



2023 年度
QI プロジェクト
結果報告



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

序文

日本病院会における QI プロジェクトは、2010 年度に開始され、2023 年度で 14 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が、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、2023 年度は、371 病院が参加して、一般病床 34 項目、精神病床 13 項目、療養病床 16 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に矜持を持って、その結果を示されますよう、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

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	17	-1
02	青森県	4	0
03	岩手県	3	0
04	宮城県	6	0
05	秋田県	0	0
06	山形県	7	0
07	福島県	8	1
08	茨城県	6	0
09	栃木県	3	0
10	群馬県	6	0
11	埼玉県	16	1
12	千葉県	14	-1
13	東京都	35	5
14	神奈川県	16	0
15	新潟県	4	1
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	21	0
21	岐阜県	7	1
22	静岡県	13	1
23	愛知県	25	1
24	三重県	3	0
25	滋賀県	7	-1
26	京都府	16	0
27	大阪府	38	1
28	兵庫県	13	1
29	奈良県	5	0
30	和歌山県	0	0
31	鳥取県	0	0
32	島根県	2	0
33	岡山県	6	2
34	広島県	8	1
35	山口県	1	1
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	22	3
41	佐賀県	1	0
42	長崎県	2	0
43	熊本県	3	2
44	大分県	5	0
45	宮崎県	0	0
46	鹿児島県	2	0
47	沖縄県	4	-1
総計		371	18

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	16
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	350	344	31	35
2018	355	350	33	36
2019	357	352	30	37
2020	353	347	27	39
2021	352	347	27	39
2022	353	348	26	40
2023	371	367	25	42



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	参加有無	病床数	参加有無	病床数
1	北海道	手稲溪仁会病院	○	○	670		0		0
2	北海道	函館中央病院	○	○	527		0		0
3	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480		0		0
4	北海道	市立函館病院	○	○	582		0		0
5	北海道	日鋼記念病院	○	○	387		0		0
6	北海道	KKR斗南病院	○	○	283		0		0
7	北海道	札幌厚生病院	○	○	519		0		0
8	北海道	市立札幌病院	○	○	672		0	○	38
9	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325		0		0
10	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410		0		0
11	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480		0		0
12	北海道	市立旭川病院	○	○	372		0	○	100
13	北海道	帯広厚生病院	○	○	606		0		0
14	北海道	北斗病院	○	○	217		0		0
15	北海道	帯広第一病院	○	○	230		0		0
16	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301		0		0
17	北海道	砂川市立病院	○	○	408		0	○	80
18	青森県	八戸市立市民病院	○	○	572		0	○	50
19	青森県	十和田市立中央病院	○	○	315		0	○	50
20	青森県	青森県立中央病院	○	○	684		0		0
21	青森県	青森市民病院	○	○	459		0		0
22	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685		0		0
23	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370		0	○	105
24	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414		0		0
25	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	328	○	40		0
26	宮城県	坂総合病院	○	○	357		0		0
27	宮城県	永仁会病院	×	○	80		0		0
28	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389		0		0
29	宮城県	仙台市立病院	○	○	467		0	○	50
30	宮城県	仙台オープン病院	○	○	330		0		0
31	山形県	済生会山形済生病院	○	○	473		0		0
32	山形県	公立置賜総合病院	○	○	450		0		0
33	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528		0		0
34	山形県	山形県立中央病院	○	○	594		0		0
35	山形県	日本海総合病院	○	○	630		0		0
36	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	521		0		0
37	山形県	山形県立河北病院	○	○	136		0		0
38	福島県	大原総合病院	○	○	353		0		0
39	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471		0		0
40	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036		0		0
41	福島県	寿泉堂総合病院	○	○	305		0		0
42	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299		0		0
43	福島県	星総合病院	○	○	415		0		0
44	福島県	総合南東北病院	○	○	461		0		0
45	福島県	竹田総合病院	○	○	693	○	0		0
46	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800		0		0
47	茨城県	JAとりで総合医療センター	○	○	414		0		0
48	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	453		0		0
49	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302		0		0
50	茨城県	つくばセントラル病院	○	○	313		0		0
51	茨城県	東京医科大学茨城医療センター	○	○	501		0		0
52	栃木県	新小山市民病院	○	○	300		0		0
53	栃木県	足利赤十字病院	○	○	431		0	○	40
54	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644		0		0
55	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	555		0		0
56	群馬県	済生会前橋病院	○	○	317		0		0

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	参加有無	病床数	参加有無	病床数
57	群馬県	伊勢崎市民病院	○	○	494		0		0
58	群馬県	美原記念病院	○	○	45	○	144		0
59	群馬県	太田記念病院	○	○	386		0		0
60	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399		0		0
61	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340		0		0
62	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	399		0		0
63	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	492		0		0
64	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337		0		0
65	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	632		0		0
66	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198		0		0
67	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	390		0		0
68	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	659		0		0
69	埼玉県	伊奈病院	○	○	102		0		0
70	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	143	○	58		0
71	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1063		0		0
72	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	778		0		0
73	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241		0		0
74	埼玉県	埼玉医科大学病院	○	○	887		0	○	78
75	埼玉県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	○	○	292		0		0
76	埼玉県	草加市立病院	○	○	380		0		0
77	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272		0		0
78	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449		0		0
79	千葉県	板倉病院	×	○	91		0		0
80	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	276		0		0
81	千葉県	小張総合病院	○	○	350		0		0
82	千葉県	成田赤十字病院	○	○	710		0		0
83	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763		0	○	220
84	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	660		0		0
85	千葉県	亀田総合病院	○	○	865		0		0
86	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	198	○	108		0
87	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	500		0		0
88	千葉県	セコメディック病院	○	○	292		0		0
89	千葉県	国立がん研究センター東病院	○	○	425		0		0
90	千葉県	千葉労災病院	○	○	400		0		0
91	東京都	聖路加国際病院	○	○	520		0		0
92	東京都	東大和病院	○	○	284		0		0
93	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418		0		0
94	東京都	三井記念病院	○	○	482		0		0
95	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○	○	640		0		0
96	東京都	佼成病院	○	○	340		0		0
97	東京都	河北総合病院	○	○	331		0		0
98	東京都	牧田総合病院	○	○	290		0		0
99	東京都	市立青梅総合医療センター	○	○	475		0	○	50
100	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1036		0		0
101	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686		0		0
102	東京都	豊島病院	○	○	386		0	○	32
103	東京都	KKR虎の門病院	○	○	819		0		0
104	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350		0		0
105	東京都	東京逓信病院	○	○	461		0		0
106	東京都	昭和大学病院	○	○	815		0		0
107	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	611		0		0
108	東京都	榑原記念病院	○	○	212		0		0
109	東京都	NTT東日本関東病院	○	○	544		0	○	50
110	東京都	KKR立川病院	○	○	412		0	○	38
111	東京都	東京都立松沢病院	×		0		0	○	898
112	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535		0		0

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	参加有無	病床数	参加有無	病床数
113	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	○	156		0
114	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	490		0		0
115	東京都	みなみ野病院	×		0	○	180		0
116	東京都	東京新宿メディカルセンター	○	○	520		0		0
117	東京都	国立国際医療研究センター病院	○	○	749		0		0
118	東京都	東京医科大学病院	○	○	885		0		0
119	東京都	東京都立多摩総合医療センター	○	○	805		0		0
120	東京都	東邦大学医療センター大橋病院	○	○	320		0		0
121	東京都	日本大学医学部附属板橋病院	○	○	947		0	○	43
122	東京都	大久保病院	○	○	304		0		0
123	東京都	佐々総合病院	○	○	183		0		0
124	東京都	練馬光が丘病院	○	○	405	○	52		0
125	東京都	多摩北部医療センター	○	○	337		0		0
126	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326		0		0
127	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300		0		0
128	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218		0		0
129	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565		0		0
130	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	730		0	○	10
131	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	367		0		0
132	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415		0		0
133	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287		0		0
134	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188		0		0
135	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	659		0	○	10
136	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	○	○	430		0		0
137	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419		0		0
138	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441		0		0
139	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	468		0		0
140	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○	367	○	50		0
141	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518		0		0
142	新潟県	立川総合病院	○	○	481		0		0
143	新潟県	新潟市民病院	○	○	660		0		0
144	新潟県	新潟脳外科病院	×	○	120	○	58		0
145	新潟県	長岡中央総合病院	○	○	500		0		0
146	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	495		0		0
147	富山県	真生会富山病院	○	○	99		0		0
148	富山県	厚生連高岡病院	○	○	484		0		0
149	石川県	KKR北陸病院	○	○	125		0		0
150	石川県	恵寿総合病院	○	○	426		0		0
151	福井県	市立敦賀病院	○	○	330		0		0
152	福井県	福井赤十字病院	○	○	534		0		0
153	福井県	林病院	○	○	199		0		0
154	山梨県	山梨県立中央病院	○	○	622		0		0
155	長野県	長野赤十字病院	○	○	635		0		0
156	長野県	長野市民病院	○	○	400		0		0
157	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	292		0		0
158	長野県	北信総合病院	○	○	337		0		0
159	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	246		0		0
160	長野県	佐久総合病院	○	○	170		0		0
161	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	433		0		0
162	長野県	相澤病院	○	○	456		0		0
163	長野県	丸の内病院	○	○	199		0		0
164	長野県	諏訪中央病院	○	○	360		0		0
165	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425		0	○	30
166	長野県	飯田病院	○	○	212		0	○	235
167	長野県	伊那中央病院	○	○	394		0		0
168	長野県	富士見高原病院	○	○	151		0		0

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	参加有無	病床数	参加有無	病床数
169	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	195		0		0
170	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	204		0	○	120
171	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○	○	434		0		0
172	長野県	丸子中央病院	○	○	149	○	50		0
173	長野県	昭和伊南総合病院	○	○	300		0		0
174	長野県	飯田市立病院	○	○	403		0		0
175	長野県	相澤東病院	×	○	54		0		0
176	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	620		0		0
177	岐阜県	松波総合病院	○	○	501		0		0
178	岐阜県	羽島市民病院	○	○	271		0		0
179	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	394		0		0
180	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	528		0	○	42
181	岐阜県	東海中央病院	○	○	332		0		0
182	岐阜県	中部国際医療センター	○	○	502		0		0
183	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465		0		0
184	静岡県	静岡県立総合病院	○	○	662		0	○	6
185	静岡県	藤枝市立総合病院	○	○	564		0		0
186	静岡県	島田市立総合医療センター	○	○	445		0		0
187	静岡県	遠州病院	○	○	340		0		0
188	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○	○	750		0		0
189	静岡県	浜松医療センター	○	○	606		0		0
190	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○	○	816		0	○	104
191	静岡県	中東連総合医療センター	○	○	500		0		0
192	静岡県	磐田市立総合病院	○	○	500		0		0
193	静岡県	NTT東日本伊豆病院	×	○	150		0	○	46
194	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	○	○	615		0		0
195	静岡県	静岡済生会総合病院	○	○	561		0		0
196	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780		0		0
197	愛知県	安城更生病院	○	○	749		0		0
198	愛知県	刈谷豊田総合病院	○	○	704		0		0
199	愛知県	KKR名城病院	○	○	326		0		0
200	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236		0		0
201	愛知県	KKR東海病院	×	○	166		0		0
202	愛知県	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	○	○	806		0		0
203	愛知県	豊田厚生病院	○	○	606		0		0
204	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1325		0	○	51
205	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499		0		0
206	愛知県	小牧市民病院	○	○	520		0		0
207	愛知県	春日井市民病院	○	○	558		0		0
208	愛知県	総合大雄会病院	○	○	329		0		0
209	愛知県	一宮市立市民病院	○	○	570		0		0
210	愛知県	稲沢市民病院	○	○	278		0		0
211	愛知県	岡崎市民病院	○	○	660		0		0
212	愛知県	八千代病院	○	○	308	○	52		0
213	愛知県	海南病院	○	○	540		0		0
214	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772		0		0
215	愛知県	名鉄病院	○	○	373		0		0
216	愛知県	総合病院南生協病院	○	○	313		0		0
217	愛知県	江南厚生病院	○	○	684		0		0
218	愛知県	済衆館病院	○	○	194	○	143		0
219	愛知県	名古屋市立大学医学部附属東部医療センター	○	○	520		0		0
220	愛知県	豊川市民病院	○	○	436		0	○	65
221	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○	○	220		0		0
222	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460		0		0
223	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440		0		0
224	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	393		0		0

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	参加有無	病床数	参加有無	病床数
225	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	403		0		0
226	滋賀県	淡海医療センター	○	○	362		0		0
227	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424		0		0
228	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535		0		0
229	滋賀県	甲南病院	×	○	100	○	99		0
230	滋賀県	長浜赤十字病院	○	○	422		0	○	70
231	京都府	武田病院	○	○	384		0		0
232	京都府	武田総合病院	○	○	500		0		0
233	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359		0		0
234	京都府	京都市立病院	○	○	548		0		0
235	京都府	洛和会音羽病院	○	○	415		0		0
236	京都府	宇治武田病院	○	○	177		0		0
237	京都府	男山病院	○	○	199		0		0
238	京都府	三菱京都病院	○	○	188		0		0
239	京都府	京都桂病院	○	○	545		0		0
240	京都府	千春会病院	×	○	60		0		0
241	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300		0		0
242	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	394		0		0
243	京都府	市立福知山市民病院	○	○	344		0		0
244	京都府	宇治徳洲会病院	○	○	473		0		0
245	京都府	洛和会丸太町病院	○	○	150		0		0
246	京都府	京都田辺中央病院	○	○	199		0		0
247	大阪府	中津病院	○	○	570		0		0
248	大阪府	大阪市立総合医療センター	○	○	975		0	○	55
249	大阪府	野江病院	○	○	400		0		0
250	大阪府	森之宮病院	○	○	355		0		0
251	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401		0		0
252	大阪府	大阪警察病院	○	○	580		0		0
253	大阪府	多根総合病院	○	○	304		0		0
254	大阪府	千船病院	○	○	308		0		0
255	大阪府	西淀病院	×	○	218		0		0
256	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	831		0	○	34
257	大阪府	南大阪病院	○	○	400		0		0
258	大阪府	市立豊中病院	○	○	613		0		0
259	大阪府	箕面市立病院	○	○	317		0		0
260	大阪府	高槻病院	○	○	477		0		0
261	大阪府	北摂総合病院	○	○	217		0		0
262	大阪府	松下記念病院	○	○	323		0		0
263	大阪府	小松病院	○	○	190		0		0
264	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313		0		0
265	大阪府	佐藤病院	○	○	177		0		0
266	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751		0		0
267	大阪府	わかかさ竜間リハビリテーション病院	×	○	78	○	422		0
268	大阪府	若草第一病院	○	○	230		0		0
269	大阪府	八尾市立病院	○	○	380		0		0
270	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88		0		0
271	大阪府	PL病院	○	○	323	○	47		0
272	大阪府	清恵会病院	○	○	241		0		0
273	大阪府	馬場記念病院	○	○	300		0		0
274	大阪府	府中病院	○	○	299		0		0
275	大阪府	阪南市民病院	○	○	185		0		0
276	大阪府	ベルランド総合病院	○	○	477		0		0
277	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	581		0		0
278	大阪府	耳原総合病院	○	○	386		0		0
279	大阪府	日本生命病院	○	○	350		0		0
280	大阪府	大阪市立十三市民病院	○	○	224		0		0

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	参加有無	病床数	参加有無	病床数
281	大阪府	大阪医科薬科大学病院	○	○	792		0	○	40
282	大阪府	東大阪病院	○	○	112	○	143		0
283	大阪府	城山病院	○	○	299		0		0
284	大阪府	国立循環器病研究センター病院	○	○	550		0		0
285	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	760		0	○	8
286	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333		0		0
287	兵庫県	川崎病院	○	○	228		0		0
288	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	164		0		0
289	兵庫県	甲南医療センター	○	○	461		0		0
290	兵庫県	明和病院	○	○	319		0		0
291	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	167		0		0
292	兵庫県	井野病院	○	○	100		0		0
293	兵庫県	明石医療センター	○	○	382		0		0
294	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600		0		0
295	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院	×		0	○	120		0
296	兵庫県	兵庫医科大学病院	○	○	919		0		0
297	兵庫県	神戸百年記念病院	○	○	199		0		0
298	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	540		0		0
299	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	715		0		0
300	奈良県	平成記念病院	○	○	180	○	120		0
301	奈良県	国保中央病院	○	○	220		0		0
302	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166		0		0
303	島根県	松江赤十字病院	○	○	554		0	○	45
304	島根県	島根県立中央病院	○	○	522		0	○	40
305	岡山県	岡山県精神科医療センター	×		0		0	○	255
306	岡山県	光生病院	○	○	198		0		0
307	岡山県	岡山旭東病院	○	○	214		0		0
308	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1172		0		0
309	岡山県	倉敷中央病院リバーサイド	×	○	130		0		0
310	岡山県	重井医学研究所附属病院	○	○	198		0		0
311	広島県	土谷総合病院	○	○	351		0		0
312	広島県	KKR呉共済病院忠海分院	×	○	44		0		0
313	広島県	KKR広島記念病院	○	○	149		0		0
314	広島県	KKR吉島病院	×	○	111	○	47		0
315	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110		0		0
316	広島県	マツダ病院	○	○	270		0		0
317	広島県	KKR呉共済病院	○	○	373		0		0
318	広島県	JR広島病院	○	○	275		0		0
319	山口県	周東総合病院	○	○	360		0		0
320	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	390		0	○	60
321	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	305		0		0
322	香川県	香川県立中央病院	○	○	526		0		0
323	香川県	回生病院	○	○	397		0		0
324	香川県	坂出市立病院	○	○	194		0		0
325	香川県	さぬき市民病院	○	○	175		0		0
326	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199		0		0
327	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435		0		0
328	愛媛県	済生会今治病院	○	○	191		0		0
329	高知県	近森病院	○	○	452		0		0
330	高知県	いずみの病院	○	○	189	○	48		0
331	高知県	高知高須病院	○	○	63		0		0
332	高知県	高知医療センター	○	○	548		0	○	44
333	福岡県	三萩野病院	×	○	181		0		0
334	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259		0		0
335	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	453		0		0
336	福岡県	九州病院	○	○	575		0		0

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	参加有無	病床数	参加有無	病床数
337	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	380		0		0
338	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468		0		0
339	福岡県	福岡市民病院	○	○	204		0		0
340	福岡県	KKR千早病院	○	○	175		0		0
341	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602		0		0
342	福岡県	西福岡病院	○	○	145	○	45		0
343	福岡県	聖マリア病院	○	○	931		0	○	60
344	福岡県	新古賀病院	○	○	256		0		0
345	福岡県	嶋田病院	○	○	100		0		0
346	福岡県	古賀病院2 I	○	○	144		0		0
347	福岡県	社会保険田川病院	○	○	335		0		0
348	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	○	72	○	93
349	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	636		0		0
350	福岡県	戸畑共立病院	○	○	218		0		0
351	福岡県	九州がんセンター	○	○	411		0		0
352	福岡県	久留米大学病院	○	○	965		0	○	53
353	福岡県	貝塚病院	○	○	83	○	116		0
354	福岡県	宗像水光会総合病院	○	○	300		0		0
355	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450		0		0
356	長崎県	佐世保中央病院	○	○	312		0		0
357	長崎県	KKR佐世保共済病院	○	○	373		0		0
358	熊本県	KKR熊本中央病院	○	○	361		0		0
359	熊本県	球磨郡公立多良木病院	○	○	183		0		0
360	熊本県	熊本地域医療センター	○	○	227		0		0
361	大分県	大分岡病院	○	○	203		0		0
362	大分県	大分県立病院	○	○	509		0	○	36
363	大分県	KKR新別府病院	○	○	269		0		0
364	大分県	大分記念病院	○	○	84	○	34		0
365	大分県	大分県厚生連鶴見病院	○	○	216		0		0
366	鹿児島県	いづろ今村病院	○	○	115		0		0
367	鹿児島県	今村総合病院	○	○	330		0	○	48
368	沖縄県	友愛医療センター	○	○	388		0		0
369	沖縄県	ハートライフ病院	○	○	308		0		0
370	沖縄県	中頭病院	○	○	355		0		0
371	沖縄県	大浜第一病院	○	○	217		0		0

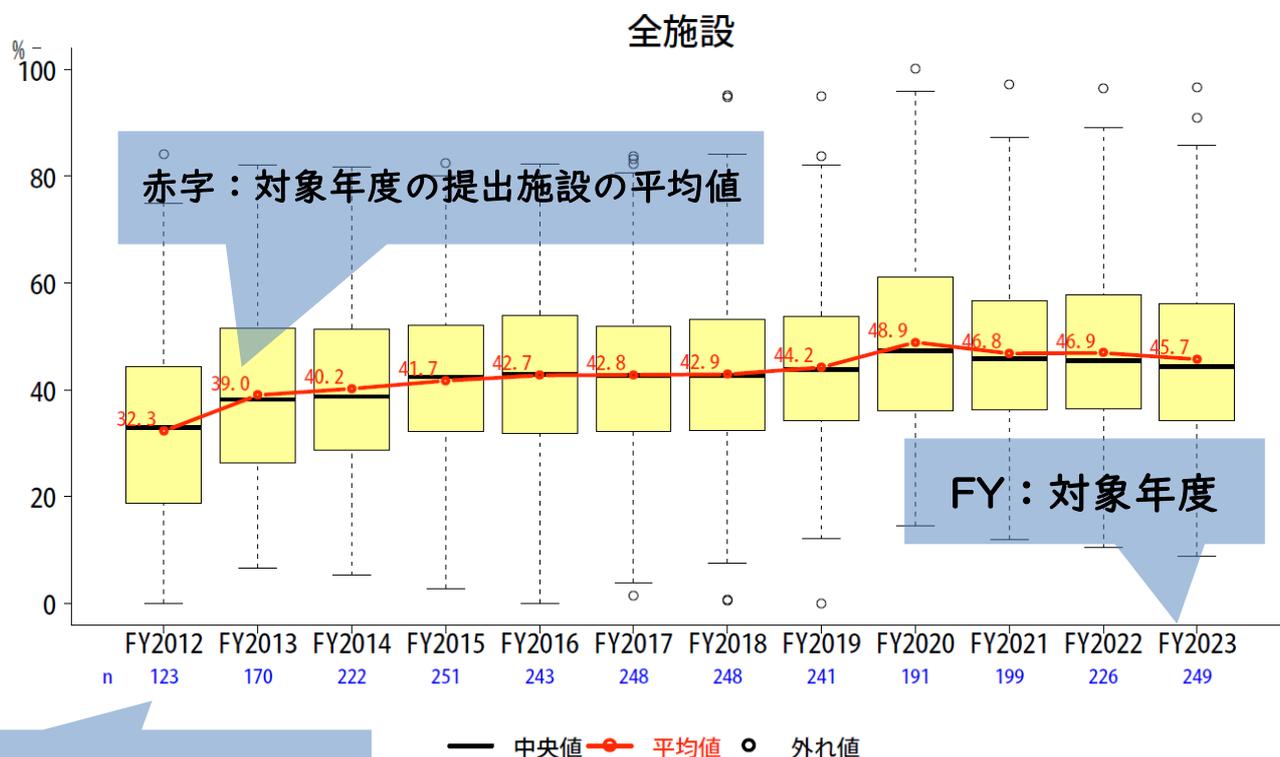
グラフの見方

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



n：提出施設数

変更点：

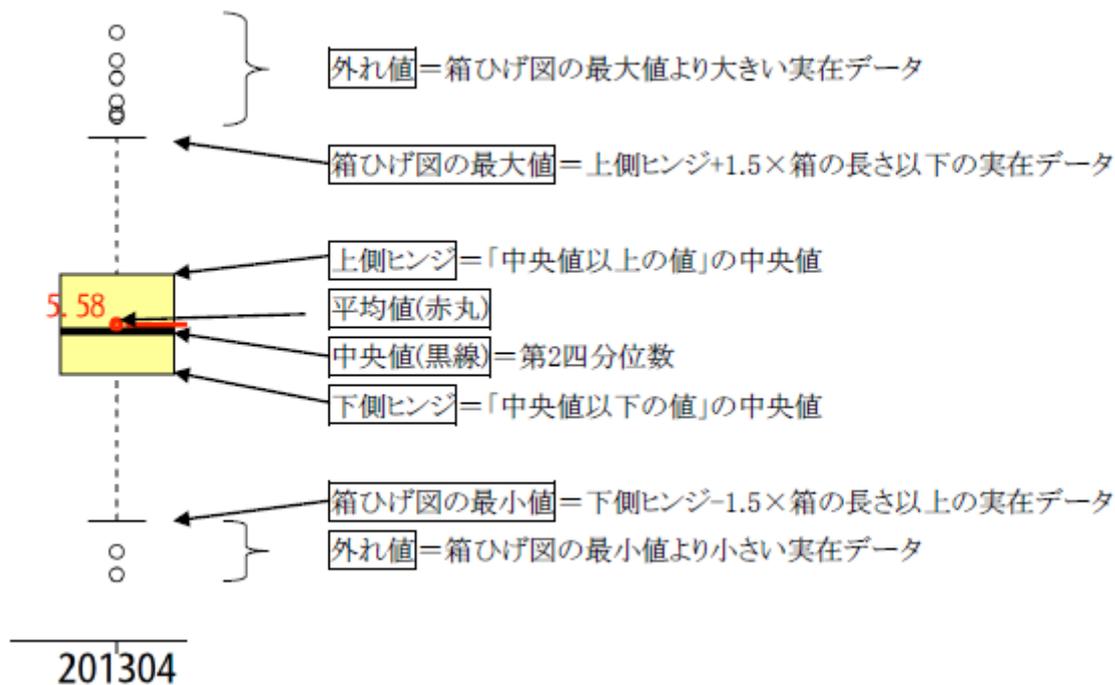
- 2022年度までは、最新の年度（上記グラフの場合は2023年度）に参加した施設に限定して経年変化のグラフを作成していましたが、毎年過去の値が変化してしまうため、2023年度より、本プロジェクトが開始された2010年度以降、一度でも参加したことがある施設を対象に経年変化のグラフを作成するよう変更しております。
- 箱ひげ図のグラフ表示上、12年分としており、2023年度の場合、最大で2012年度～2023年度の表示となります。

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。

フィードバックグラフについて

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

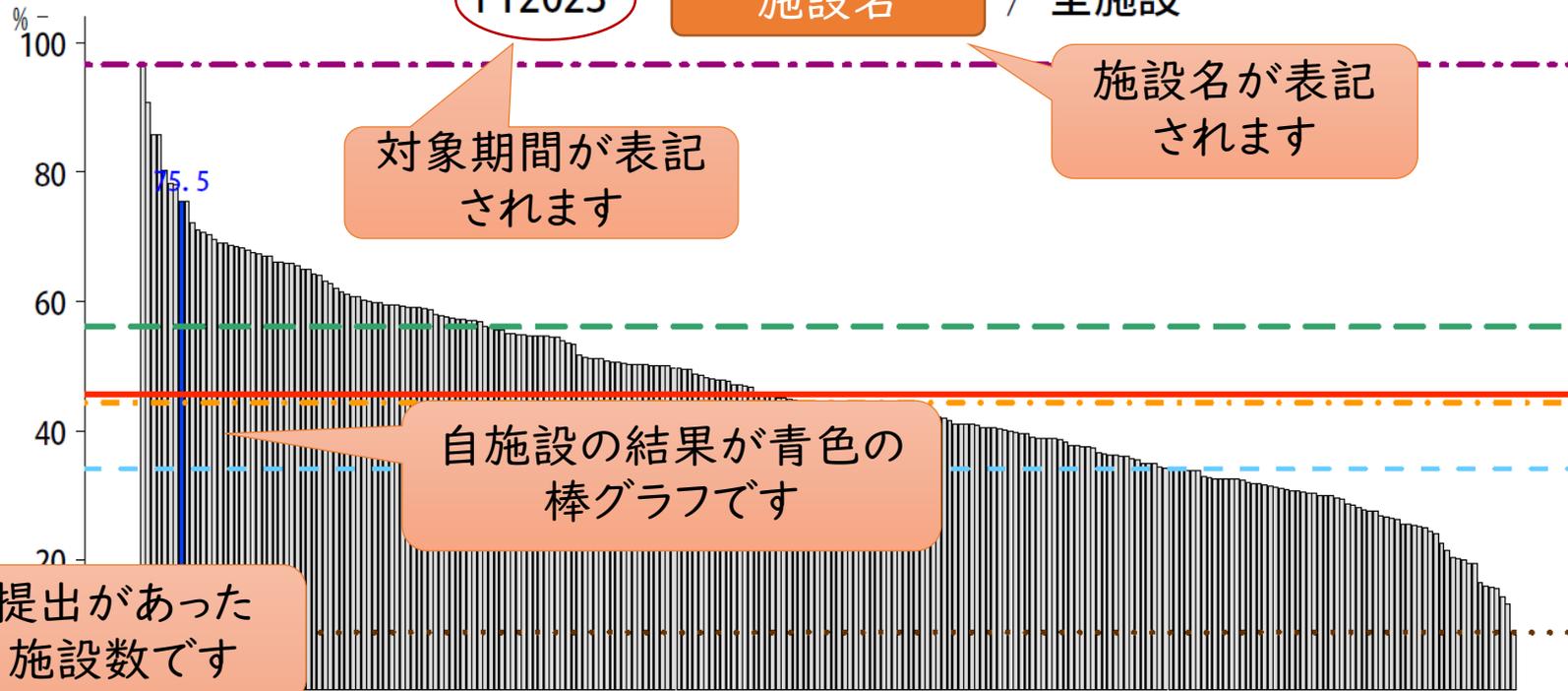
分子: 「満足」と回答した外来患者数

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

FY2023

施設名

/ 全施設



施設名が表記
されます

対象期間が表記
されます

自施設の結果が青色の
棒グラフです

提出があった
施設数です

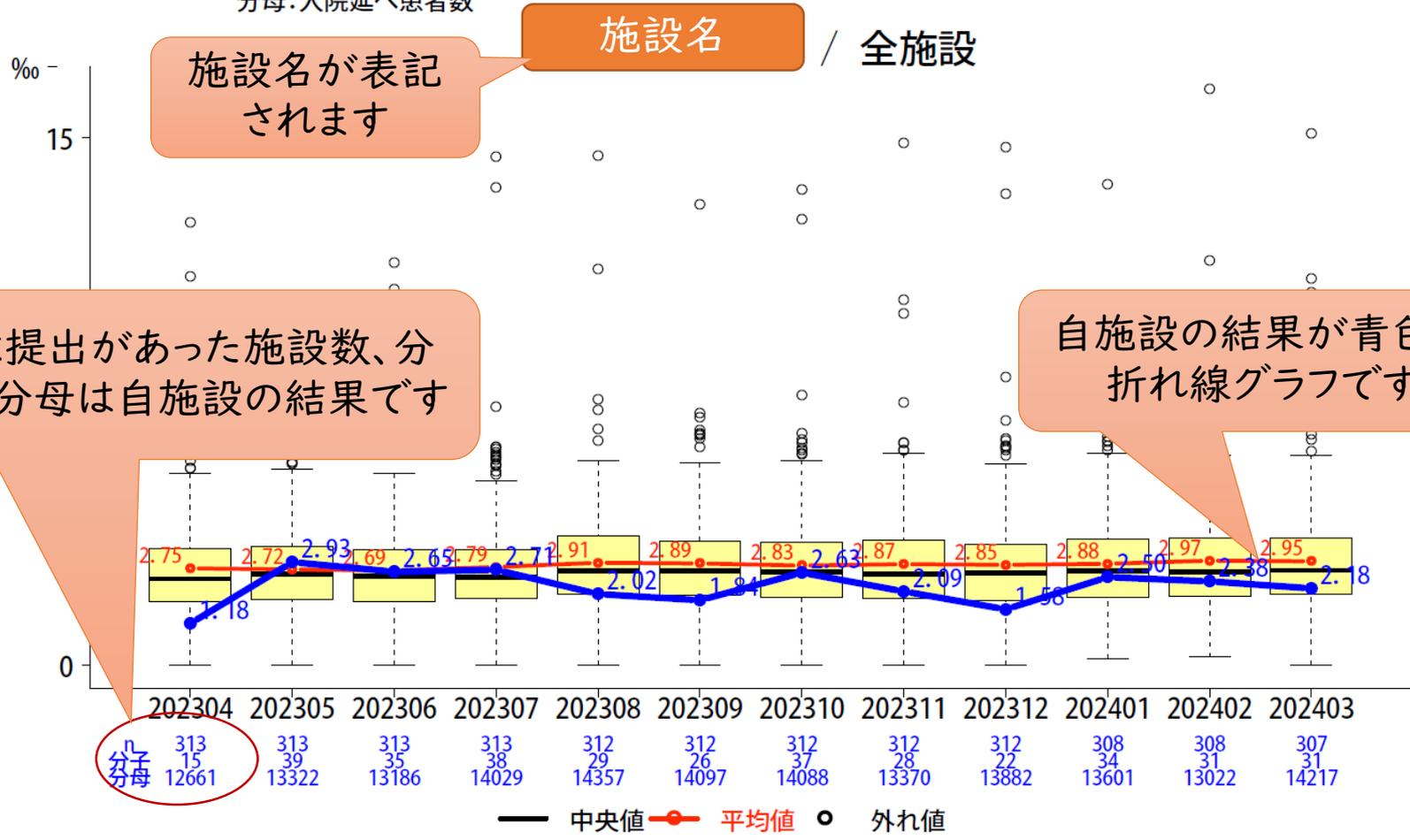
n 249

... 最小値 8.86 % - - 25%tile 34.13 % . . . 中央値 44.35 % — 平均值 45.70 % - - 75%tile 56.13 % - - 最大値 96.57 %

フィードバックグラフ[箱ひげ図]

一般-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

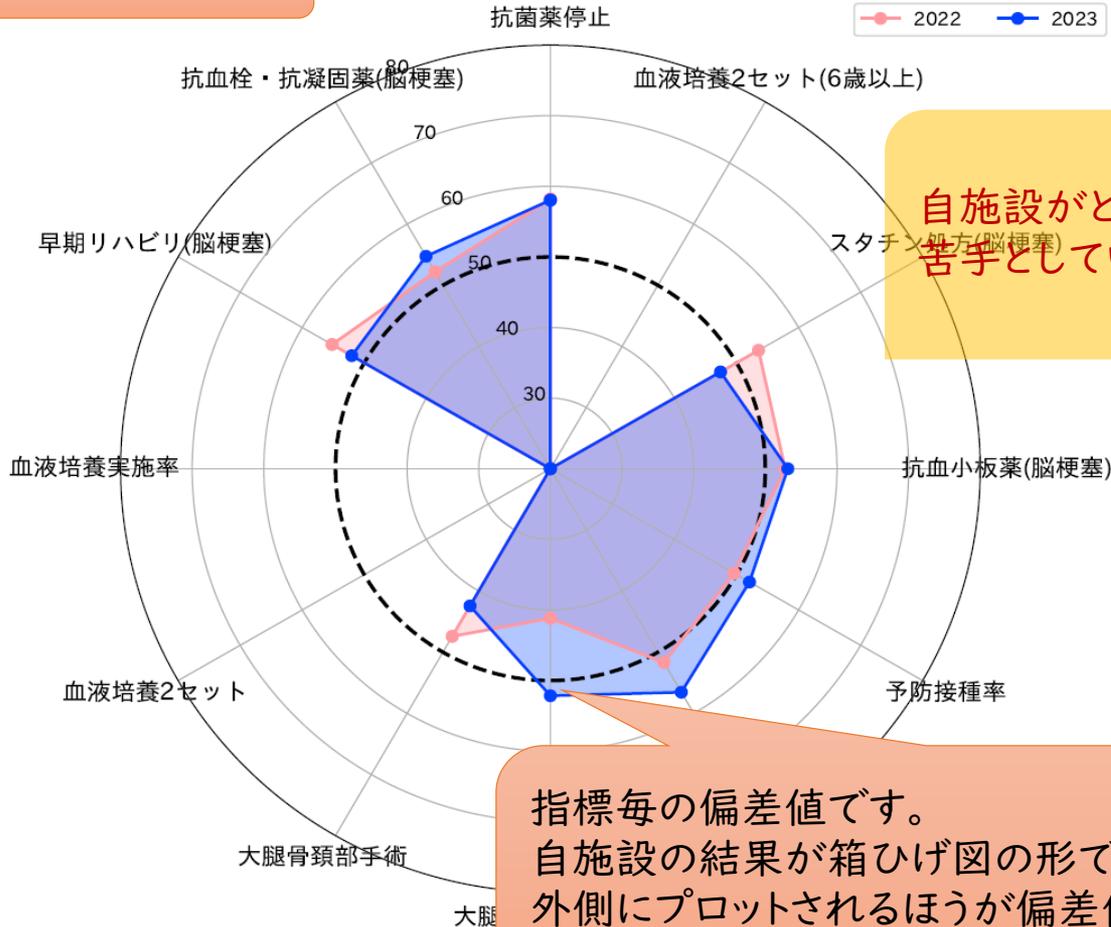
分子:医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数



フィードバックグラフ [レーダーチャート]

施設名が表記されます

施設名



自施設がどの領域に強いのか、
苦手としているかがわかります。

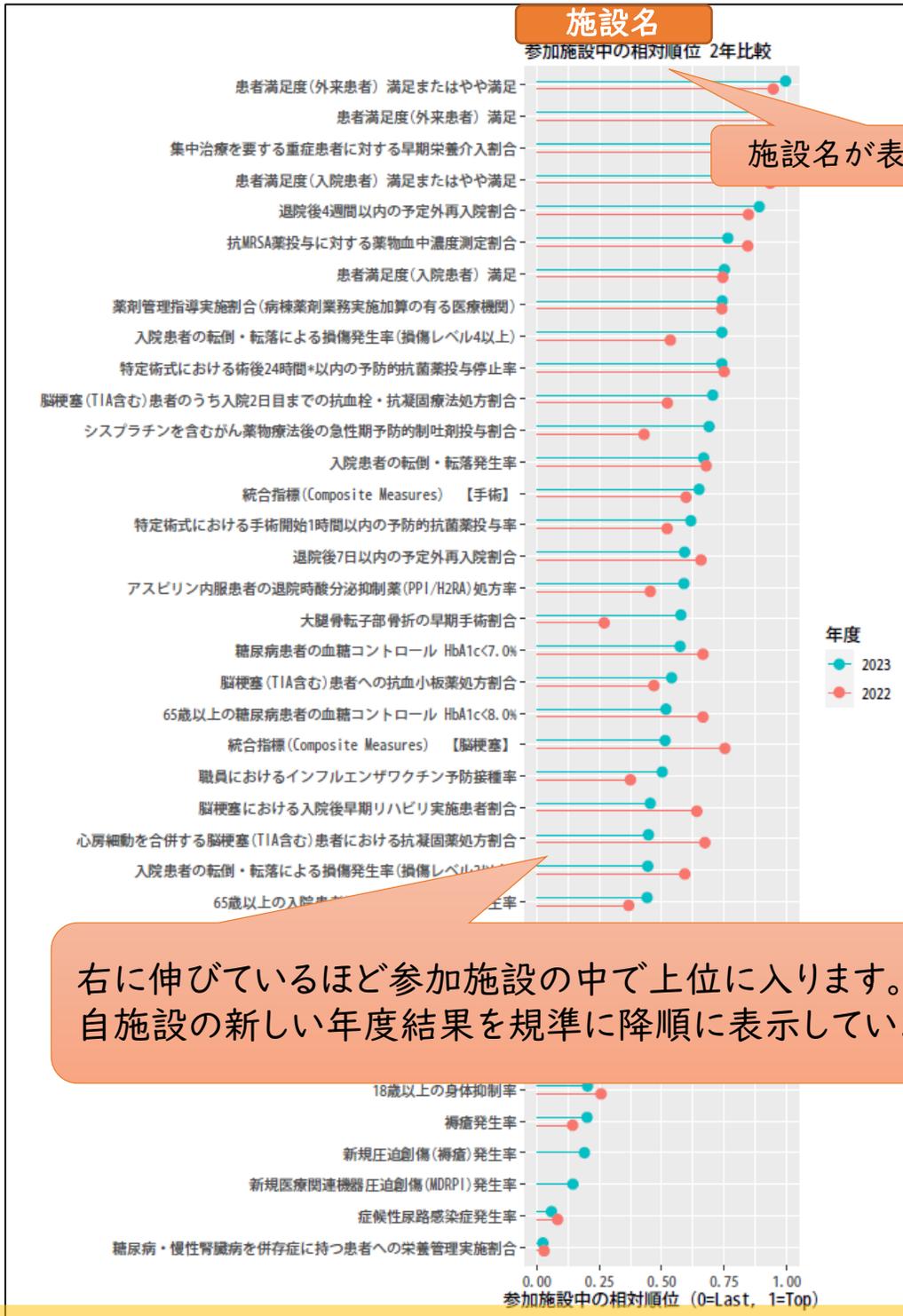
指標毎の偏差値です。
自施設の結果が箱ひげ図の形でプロットされます。
外側にプロットされるほうが偏差値が高く、参加施設の中で上位に位置付けられています。

レーダーチャートに表示する項目

表示項目は、バラつきの多い指標を選定しています。
以下は、2023年度の結果より、選定した指標です。

番号	表示名	正式名
1	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
2	血液培養2セット（6歳以上）	血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合（6歳以上）
3	スタチン処方（脳梗塞）	脳梗塞患者におけるスタチン処方割合
4	抗血小板薬（脳梗塞）	脳梗塞（TIA含む）の診断で入院し、抗血小板薬を処方された症例の割合
5	予防接種率	職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率
6	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の投与割合
7	大腿骨転子部手術	大腿骨転子部骨折の早期手術割合
8	大腿骨頸部手術	大腿骨頸部骨折の早期手術割合
9	血液培養2セット	血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合
10	血液培養実施率	カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率
11	早期リハビリ（脳梗塞）	脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合
12	抗血栓・抗凝固薬（脳梗塞）	脳梗塞（TIA含む）の診断で入院し、入院2日目までに抗血小板療法あるいは一部の抗凝固療法を受けた症例の割合

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ることに役立ちます。

一般病床向けの指標

No.1 患者満足度(外来患者) a)満足 b)満足またはやや満足

No.2 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.1 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.2 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。

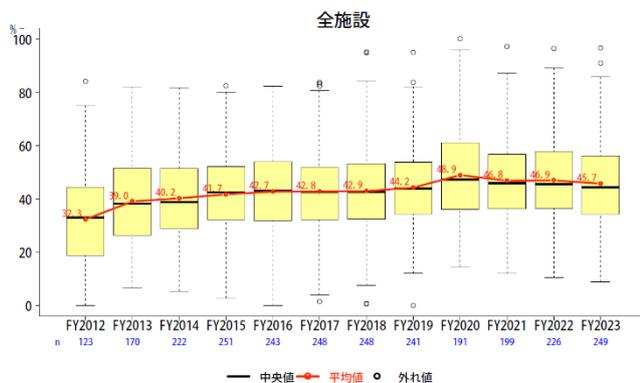
指標の種類・値の解釈

アウトカム

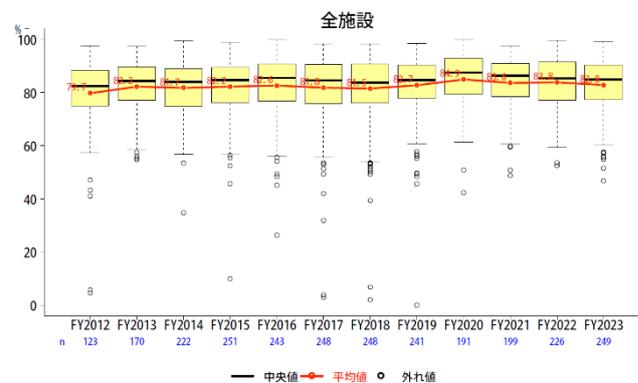
より高い値が望ましい

結果

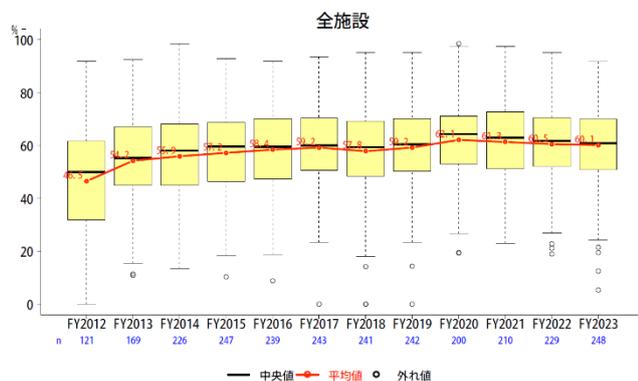
患者満足度(外来患者) 満足



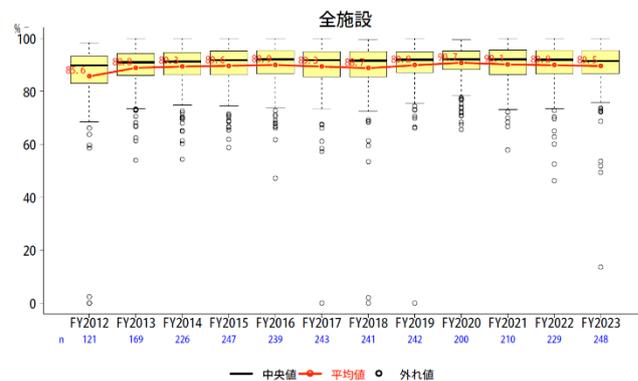
患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



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118施設で、提出割合は67.7%(249/367, 前年比+2.9)でした。満足のみでは、平均値45.7%(前年比-1.2)、中央値44.4%(前年比-1.1)、最大値96.6%(前年比+0.2)、最小値8.9%(前年比-1.5)、満足またはやや満足では、平均値82.8%(前年比-1.0)、中央値84.8%(前年比-0.5)、最大値99.3%(前年比-0.4)、最小値46.7%(前年比-5.8)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年度と比べると徐々に改善してきています。また、満足またはやや満足は、低い値の外れ値も減り、ばらつきが無くなってきていることがわかります。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出がなかったのは119施設で、提出割合は67.6%(248/367, 前年比+1.8)でした。満足のみでは、平均値60.1%(前年比-0.4)、中央値60.8%(前年比-0.9)、最大値91.7%(前年比-3.5)、最小値5.2%(前年比-13.6)、満足またはやや満足では、平均値89.5%(前年比-0.3)、中央値91.4%(前年比-0.5)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値13.6%(前年比-32.5)という結果でした。最小値であった施設

は、2023 年度新規参加施設であり、次年度の変化を確認する必要がありますが、本プロジェクト参加施設における全体結果としては、同水準を維持しています。

参考文献

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

No.3-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.3-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

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

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

2013年度からは、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加していた2010年度に計測していた損傷レベル2以上を、再度項目に加えることにしました。また、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.3-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.3-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.3-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.3-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.03-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。

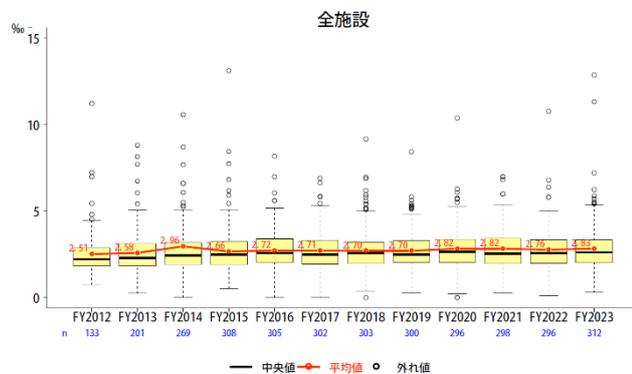
指標の種類・値の解釈

アウトカム

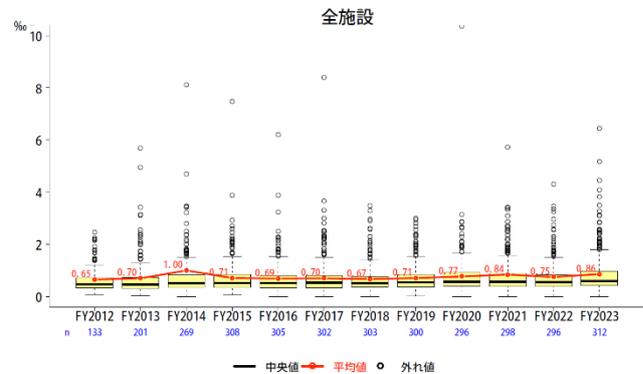
より低い値が望ましい

結果

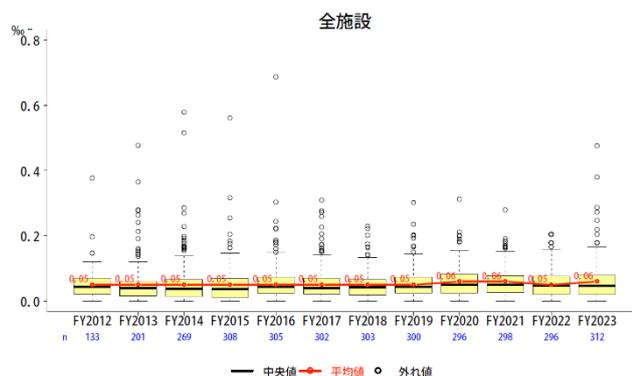
入院患者の転倒・転落発生率



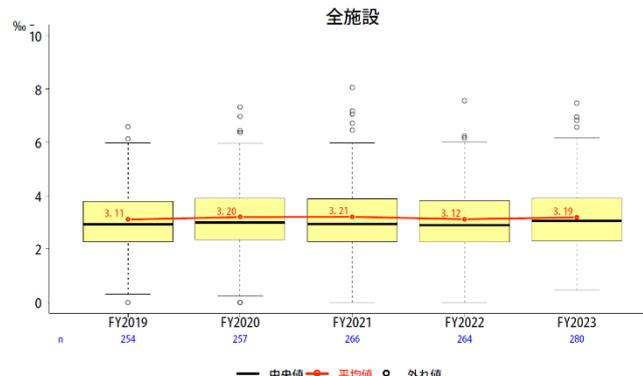
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



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55施設で、提出割合は85.0% (312/367, 前年比-0.1)、65歳以上では87施設で、提出割合は76.3% (280/367, 前年比+0.4)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.83‰(前年比+0.07)、中央値2.61‰(前年比+0.04)、最大値12.86‰(前年比+2.11)、最小値0.29‰(前年比+0.19)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値0.86‰(前年比+0.12)、中央値0.58‰(前年比+0.02)、最大値6.43‰(前年比+2.12)、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+0.01)、中央値0.05‰(前年比±0)、最大値0.48‰(前年比+0.27)、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3.19‰(前年比+0.07)、中央値3.05‰(前年比+0.15)、最大値7.47‰(前年比-0.09)、最小値0.46‰(前年比+0.46)でした。

どの施設も、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がわかります。アンケート結果からも、転倒転落発生率における改善活動の実施は常に上位に入っていることから、各施設が様々な取り組みを行っていることが、この結果に繋がっていると考えています。

さらに、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「転倒・転落回数」、様式3に「転倒・転落発生件数」が加えられました。今後は、各施設算出からDPCデータによる算出への変更も検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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)
7. 2024年度DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)実施説明資料 2024年5月31日 (https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240531.pdf 2024/11/29 available)

No.4 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療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。

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)>

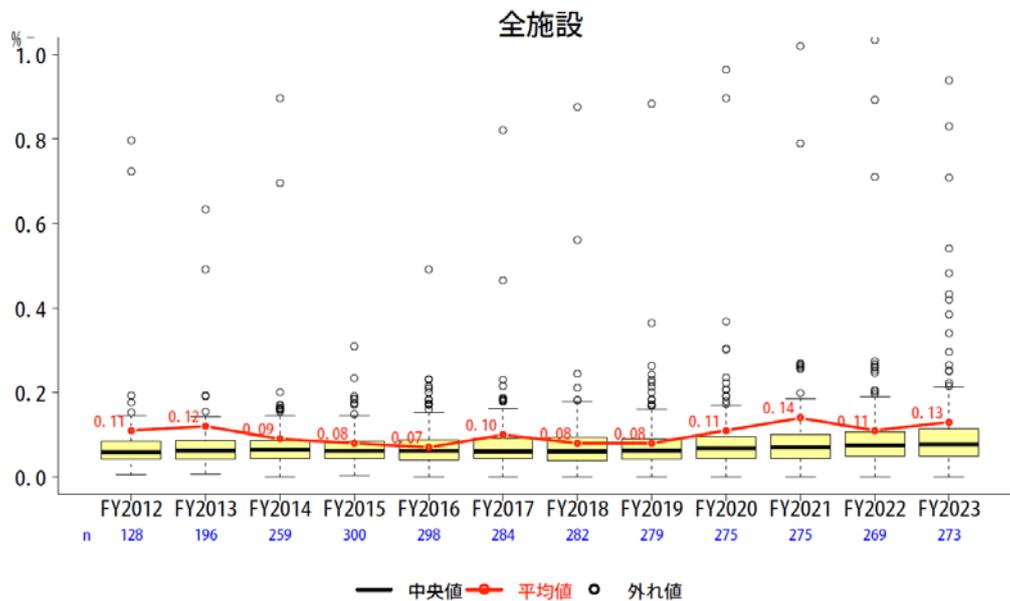
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

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94施設で、提出割合は74.4% (273/367, 前年比-2.9) でした。

1年間の結果は、平均値0.13% (前年比-0.02)、中央値0.08% (前年比±0)、最大値4.54% (前年比+0.22)、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。

2021年度に実施したアンケートで算出が難しい指標に挙げられていたため、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および検討を進めてきました。2023年度から新しい指標を追加することが決定したため、本指標の算出は、2023年度で終了となります。

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> 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.jcqhc.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.5-a 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

No.5-b 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

No.5-c 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）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一つとなっています。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療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一つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「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）」、分子の定義「d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちのどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.5-a>

分 子： 調査期間中に d2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数

分 母： 調査期間初日（0 時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.5-b>

分 子： 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI）発生患者数

分 母： 調査期間初日（0 時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.5-c>

分 子： 入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数

分 母： 調査期間に新たに入院した患者数

<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

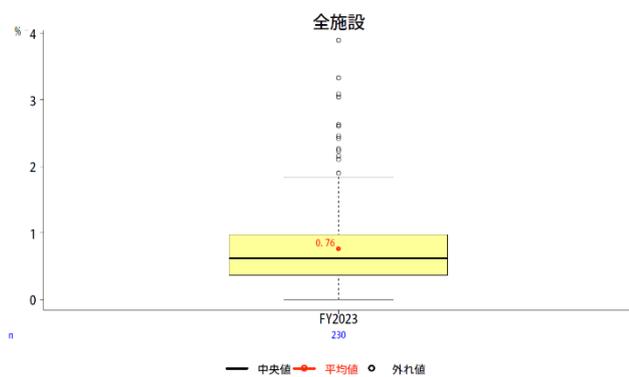
指標の種類・値の解釈

アウトカム

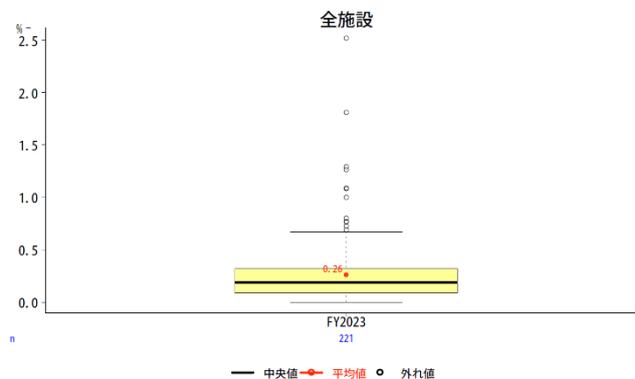
より低い値が望ましい

結果

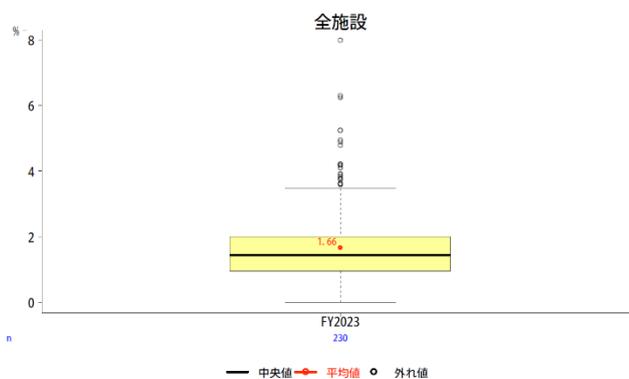
新規圧迫創傷（褥瘡）発生率



新規医療関連機器圧迫創傷 (MDRPI) 発生率



持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率



考察

<No.5-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率>

今回、提出がなかったのは137施設で、提出割合は62.7%(230/367)でした。

1年間の結果は、平均値0.76%、中央値0.62%、最大値3.89%、最小値0.00%でした。

<No.5-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率>

今回、提出がなかったのは146施設で、提出割合は60.2%(221/367)でした。

1年間の結果は、平均値0.26%、中央値0.16%、最大値2.52%、最小値0.00%でした。

<No.5-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率>

今回、提出がなかったのは137施設で、提出割合は62.7%(230/367)でした。

1年間の結果は、平均値1.66%、中央値1.43%、最大値7.97%、最小値0.00%でした。

2023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。

また、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「入院時の褥瘡の有無」、「入院中の褥瘡の最大深度等」、「入院中の褥瘡の最大深度等の日付」が加えられました。今回策定した指標に加えて、DPCデータによる算出を追加するかも検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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)
7. 2024年度DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)実施説明資料 2024年5月31日 (https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240531.pdf 2024/11/29 available)

No.6 紹介割合

No.7 逆紹介割合

指標の説明・定義

2021年度までは、紹介率・逆紹介率として計測してきましたが、令和4年度診療報酬改定に伴い、外来機能の明確化および医療機関間の連携を推進する観点より、名称変更、定義変更し、新たに紹介割合・逆紹介割合として計測することになりました。

紹介割合とは、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と救急患者における割合です。一方、逆紹介割合とは、初診患者と再診患者に対し、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、紹介割合・逆紹介割合の数値は、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.6) 紹介患者数+救急患者数
No.7) 逆紹介患者数

分母： No.6) 初診患者数
No.7) 初診+再診患者数

収集期間： 1ヶ月毎

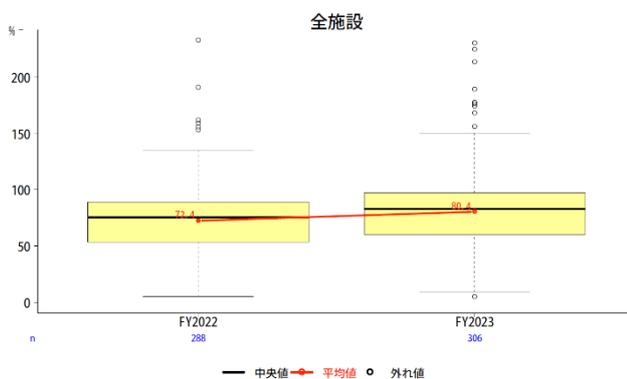
調整方法： ‰(パーミル：1000分の1を1とする単位) ※逆紹介割合のみ適用

指標の種類・値の解釈

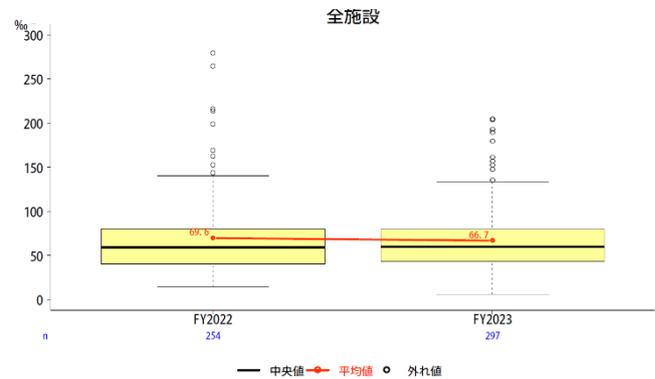
プロセス

結果

紹介割合



逆紹介割合



考察

今回、提出がなかったのは紹介割合が61施設、逆紹介割合が70施設で、提出割合は83.4% (306/367, 前年比+0.62)、80.9% (297/367, 前年比+7.94) でした。紹介割合の1年間の結果は、平均値80.4% (前年比+8.0)、中央値82.8% (前年比+7.5)、最大値230.2% (前年比-2.3)、最小値5.0% (前年比-0.1)、逆紹介割合の1年間の結果は、平均値66.7% (前年比-2.9)、中央値59.9% (前年比+0.9)、最大値508.6% (前年比-126.5)、最小値5.8% (前年比-8.7) でした。

逆紹介割合は、2021年度までの逆紹介率と大きく定義が異なることから、2022年度では算出間違いの可能性がある施設が数十施設ありましたが、四半期毎の施設へのフィードバックで個別に確認を依頼することで、2023年度ではほぼ算出間違いの施設は無くなりました。

本指標は、病院経営指標に含まれることも多く、医療の質指標として本プロジェクトで測定を継続していくかは検討が必要と考えます。

参考文献

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

No.8 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

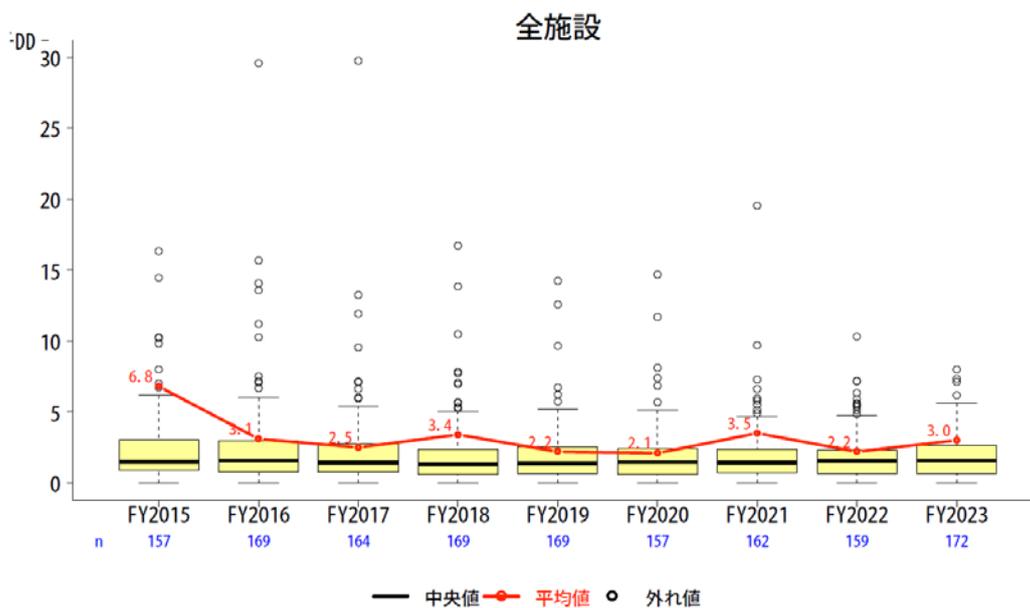
調整方法： DD (Device-dayの略： 対1000カテーテル使用日数)

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195施設で、提出割合は46.9% (172/367, 前年比-1.2) でした。1年間の結果は、平均値 3.0 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比+0.8)、中央値 1.6 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比+0.1)、最大値 84.4 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比+23.4)、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でした。2021 年度の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ましたが、2022 年度では正しい計測方法で提出されています。

2021 年度実施したアンケートでは本指標は算出も難しく、提出割合も半数以下であるため、継続可否については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 インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am 1997;11:609-622.
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011;32:101-14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)

No.9 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わります。

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

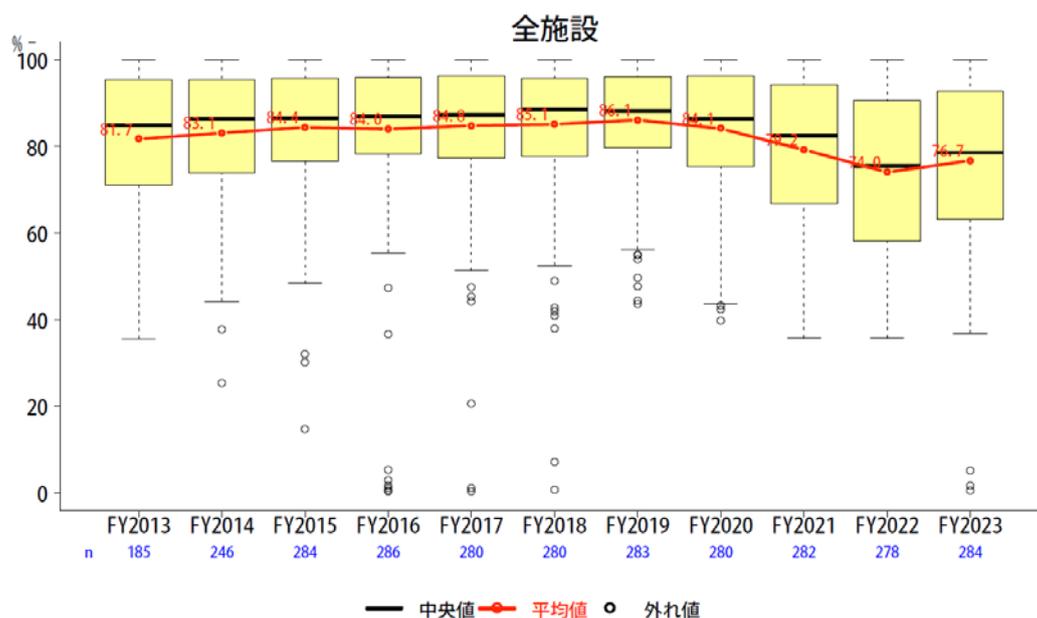
収集期間： 1ヶ月毎

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 83 施設で、提出割合は 77.4% (284/367, 前年比-2.5) でした。1 年間の結果は、平均値 76.8% (前年比+2.8)、中央値 78.5% (前年比+3.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.5% (前年比-35.2) でした。

最小値の施設は、参加期間である 2014 年度～2017 年度、2022 年度の値は 95～99% を推移しており、入力間違いであったかは確認が必要です。

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、2020 年以降、徐々に値が下がっていましたが、2023 年度はやや改善しました。しかし、全体のばらつきはまだ大きく、地域や病院の機能によっては、流行前と同じ体制には戻っていない施設もあるようです。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 厚生労働省: データからわかる-新規コロナウイルス感染症情報-人口 10 万人当たり新規陽性者数 (Internet: <https://covid19.mhlw.go.jp/> 2023/10/27 available)

No.10 特定術式における手術開始前 1 時間以内の 予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

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

2013 年度から The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-1 に準拠した定義に変更しました。

手術前に感染症のあることがわかっている患者は除外し、術式も冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つの術式における手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬の投与率を示しています。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分子: 手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

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

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

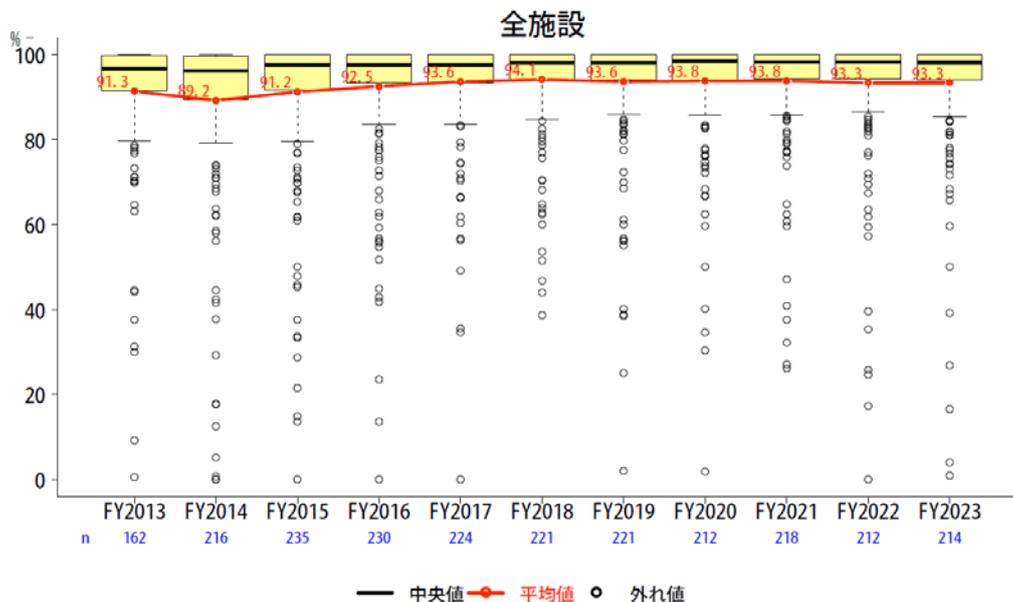
収集期間: 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは153施設で、提出割合は58.3% (214/367, 前年比-2.6) でした。1年間の結果は、平均値93.3% (前年比±0)、中央値98.1% (前年比-0.1)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.9% (前年比+0.9) でした。

経時的に見ても、大きな変化はありませんが、指標値80%未満が18施設ありました。2024年度以降、外れ値の施設へは、問い合わせを行い、改善活動実施の有無や値が低い理由などを調査する予定です。

さらに、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「予防的抗菌薬投与」が加えられました。各施設算出とDPCデータを用いた算出による検証を行い、算出元の変更が可能か、検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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.11 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
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

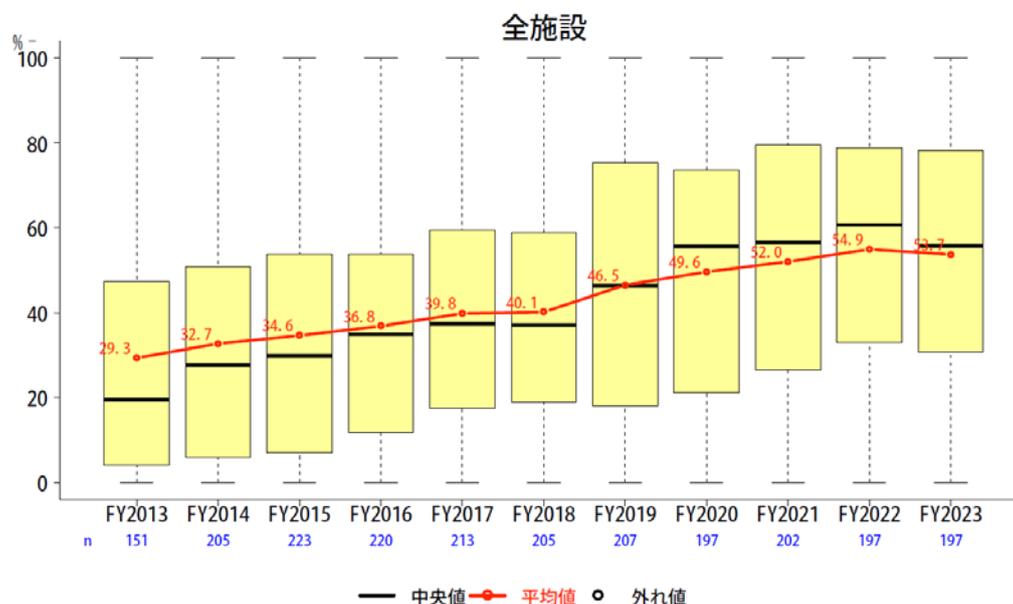
収集期間: 1ヶ月毎

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170施設で、提出割合は53.7% (197/367, 前年比-2.9) でした。1年間の結果は、平均値53.7% (前年比-1.2)、中央値55.8% (前年比-4.9)、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24.4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。改善活動としては、アンケート結果を見ると、クリニカルパスの内容を改訂することが多くを占めています。

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.12 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

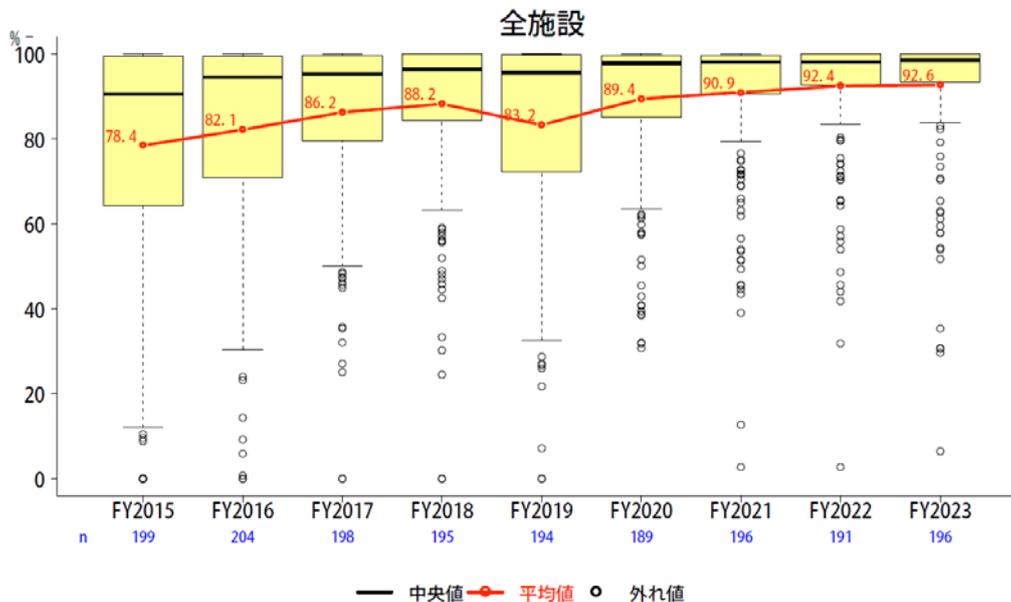
収集期間: 1ヶ月毎

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171施設で、提出割合は53.4% (196/367, 前年比-1.5) でした。1年間の結果は、平均値92.6% (前年比+0.2)、中央値98.5% (前年比+0.5)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値6.3% (前年比+3.6) 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年度以降、また改善してきています。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。

最小値の施設は2015~2020年度まではほぼ100%の選択率であったにもかかわらず、2021~2023年度は2~6%の選択率となっています。算出の間違いであるのか、何か体制が変更となったのかは確認が必要です。

2024年度以降、こういった外れ値の施設に対して、アプローチを行う予定です。

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.13-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

No.13-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一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、低血糖を感じてできない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であると考えます。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.13-a HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

No.13-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.13-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.13-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みの糖尿病患者

収集期間: 3ヶ月毎

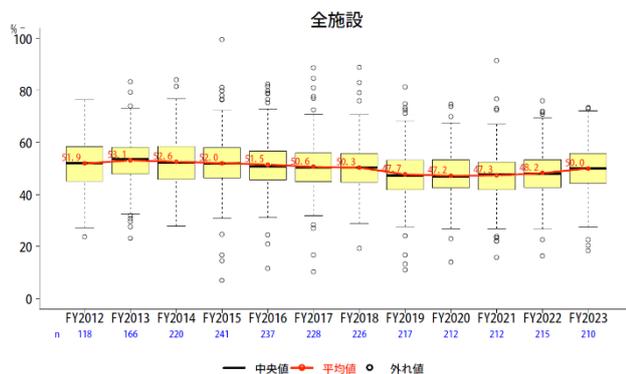
指標の種類・値の解釈

アウトカム

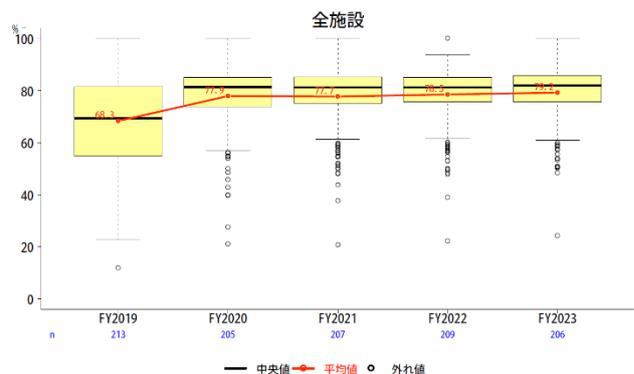
より高い値が望ましい

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.13-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157施設で、提出割合は57.2% (210/367, 前年比-4.6) でした。1年間の結果は、平均値 50.0% (前年比+1.8)、中央値 50.1% (前年比+2.0)、最大値 73.5% (前年比-2.4)、最小値 18.3% (前年比+1.9) で、経時的に見ると、2019~2022年度は47~48%台でしたが、2023年度は50%でやや改善しました。

<No.13-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161施設で、提出割合は56.1% (206/367, 前年比-3.9) でした。1年間の結果は、平均値 79.2% (前年比+0.7)、中央値 81.9% (前年比+0.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 24.2% (前年比+2.0) でした。2019年度は一部定義が適切ではない部分があり、提出データにばらつきが生じました。そのため、2020年度以降が、真の指標値と言えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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.14 退院後 4 週間以内の予定外再入院割合

指標の説明・定義

2021 年度までは「30 日以内の予定外再入院率」として計測していましたが、2022 年度から、定義および名称を変更した項目です。

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中期まで総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 7 日以内の予定外再入院割合」

分 子: 分母のうち、前回退院から 4 週間以内に計画外で再入院した患者数

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

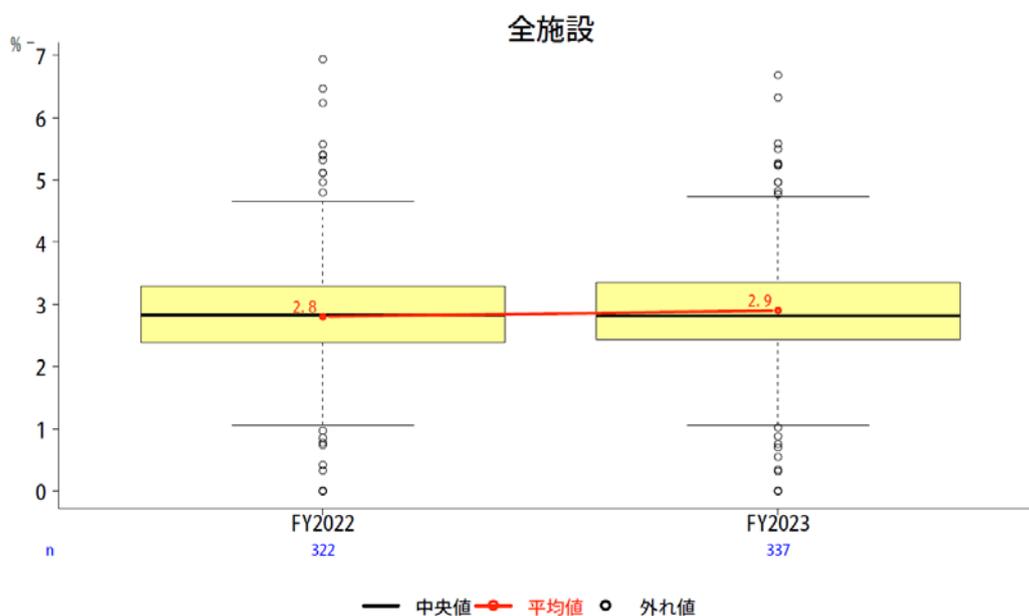
使用データ DPC 様式 1

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 2.9% (前年比+0.1)、中央値 2.8% (前年比±0)、最大値 6.7% (前年比-0.2)、最小値 0.0% (前年比±0) 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 2.5% (N=50)、200 床以上 400 床未満は平均値 2.8% (N=123)、400 床以上 500 床未満は平均値 3.0% (N=61)、500 床以上は平均値 3.0% (N=103) と、病床数が増えるにつれ、やや再入院割合が高くなっています。病床規模によって再入院の状況が異なることが予想されるため、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.15 退院後 7 日以内の予定外再入院割合

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、本指標では早期のそれらを総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」

分 子: 分母のうち、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

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

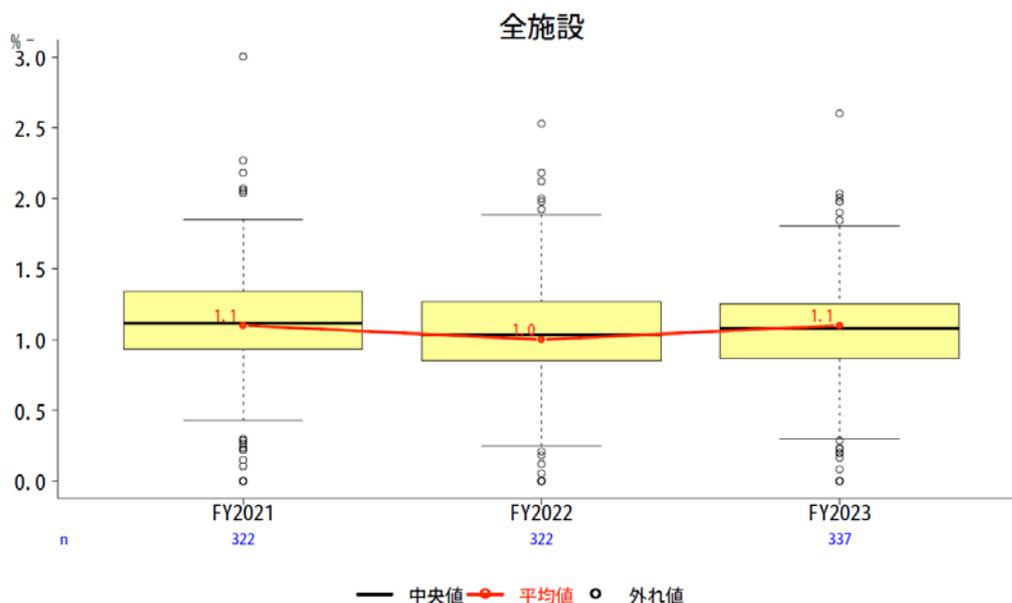
使用データ DPC 様式 I

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% (前年比+0.1)、中央値 1.1% (前年比+0.1)、最大値 2.6% (前年比+0.1)、最小値 0.0% (±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% (N=50)、200 床以上 400 床未満の平均値は 1.1% (N=123)、400 床以上 500 床未満の平均値は 1.1% (N=61)、500 床以上の平均値は 1.1% (N=103) であり、「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」同様、やや小規模施設が低い結果ですが、そこまで差はありませんでした。

参考文献

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

No.16 脳梗塞(TIA 含む) の診断で入院し、入院 2 日目までに 抗血小板療法あるいは一部の抗凝固療法を受けた症例の割合

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

分子:	分母のうち、入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法 (オザグレレルナトリウム) 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
-------	-------------------------------

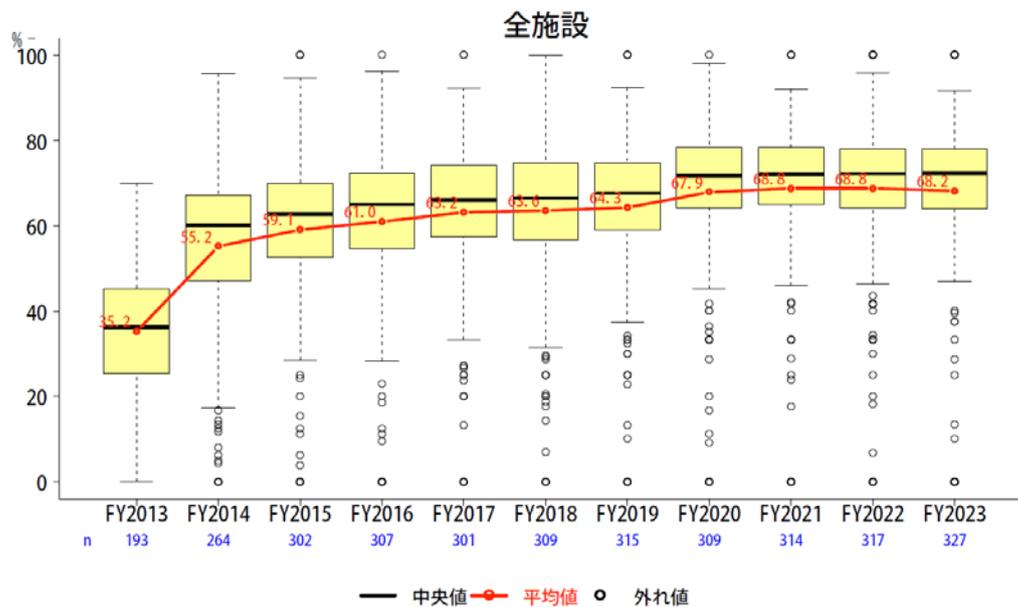
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル
-------	------------------

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68.2%（前年比-0.6）、中央値72.3%（前年比+0.1）、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2013年度から年々改善をしており、2013年度と比べると33ポイントと大きな改善が見られました。特定の疾患に対する薬物治療の指標はプロセスに該当するため、改善がしやすい指標の一つです。

本指標は、心原性脳塞栓症症例が多くなると指標値が低くなる定義となっていました。そのため、2024年度からは「非心原性脳梗塞（TIA含む）の診断で入院し、入院2日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合」とし、定義を改訂する予定です。

参考文献

1. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
3. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.

4. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.17 脳梗塞(TIA 含む) の診断で入院し、抗血小板薬を処方された症例の割合

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

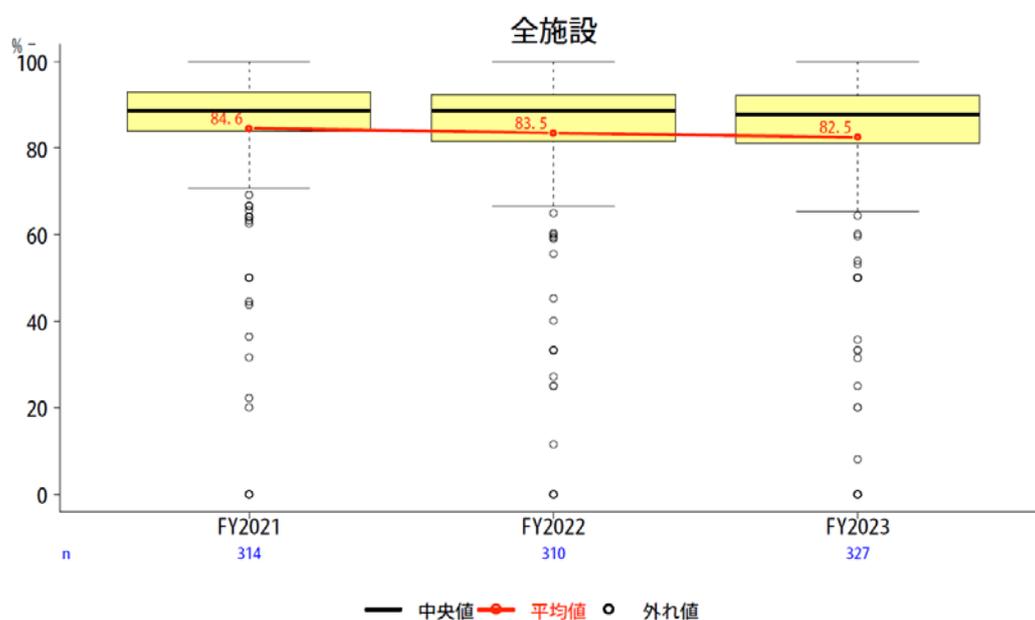
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 82.5% (前年比-1.0)、中央値 87.8% (前年比-0.9)、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、2021年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

2024年度からは、「脳梗塞(TIA含む)の診断で入院し、入院2日目までに抗血小板療法あるいは一部の抗凝固療法を受けた症例の割合」の定義を変更するのに合わせて、本指標は削除し、新たに「非心原性脳梗塞(TIA含む)の診断で入院し、入院中に抗血小板療法を受けた症例の割合」を追加する予定です。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan; 119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. *Stroke* 2006 Feb; 37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 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 イターメディカ 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.18 脳梗塞患者のスタチン処方割合

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

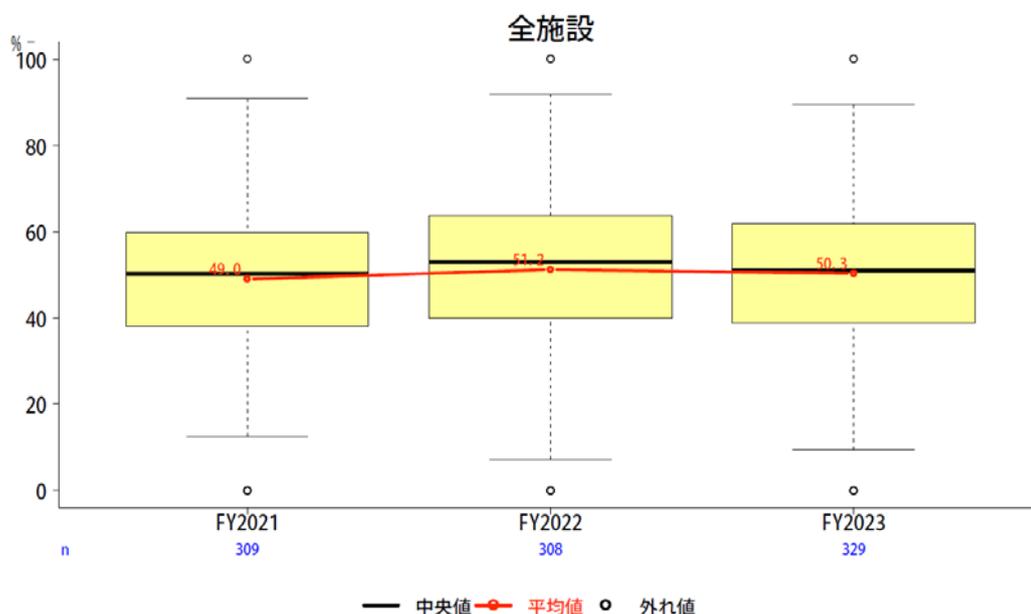
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

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 50.3% (前年比-0.9)、中央値 51.0% (前年比-1.9)、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、2021年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

3年間の結果を見ても、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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.19 心房細動を合併する脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、抗凝固薬を処方された症例の割合

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めます。「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

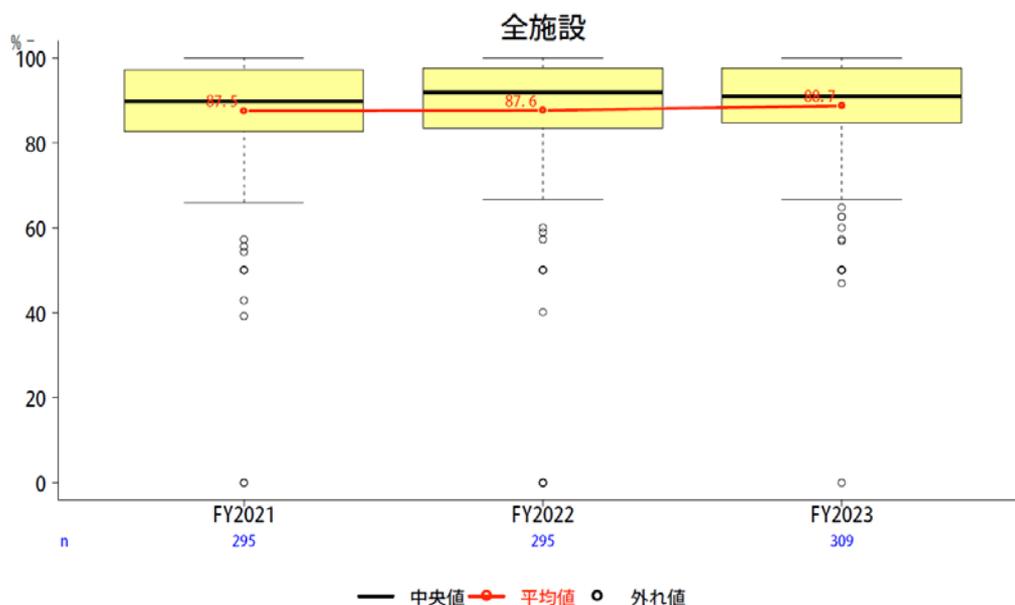
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

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 88.7% (前年比+1.1)、中央値 90.9% (前年比-0.9)、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、2021年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

3年間の結果を見ても、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン」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.20 脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合

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、「不動・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： 18 歳以上の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

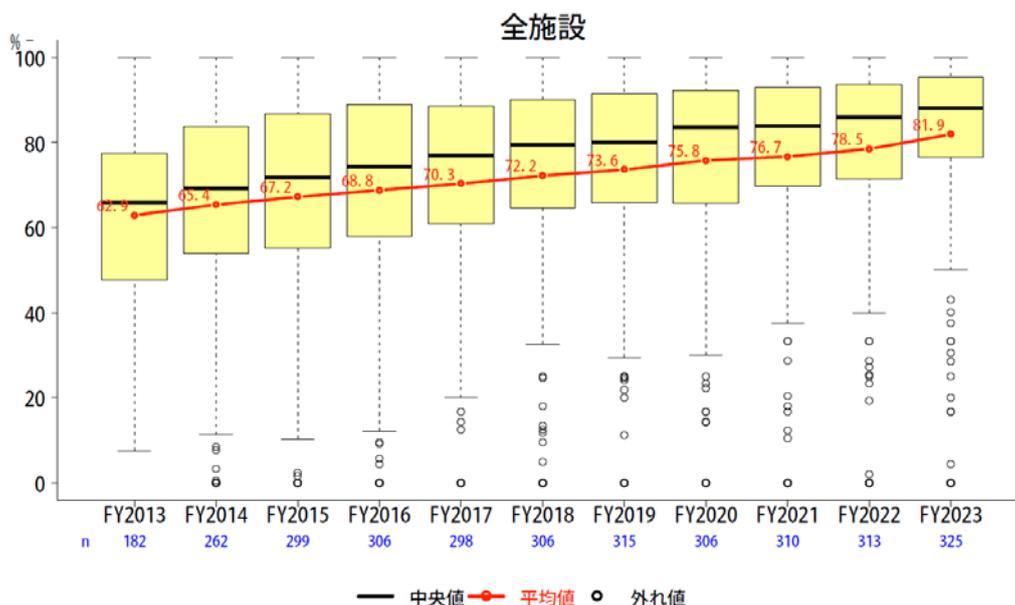
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

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 81.9% (前年比+3.4)、中央値 88.1% (前年比+2.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2013年度の測定開始以降、毎年改善している指標です。さらに、箱ひげ図も小さくなってきており、ばらつきもなくなってきています。

改善活動を行った施設からは、

- ✓ 医師の早期リハビリテーションに関する意識向上
- ✓ 脳血管チーム設立
- ✓ 土曜日のリハビリテーション対応

といった内容が改善に寄与したと報告されています。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 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.21 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.10, 11, 12 の分子の合計

分母: 指標 No.10, 11, 12 の分母の合計

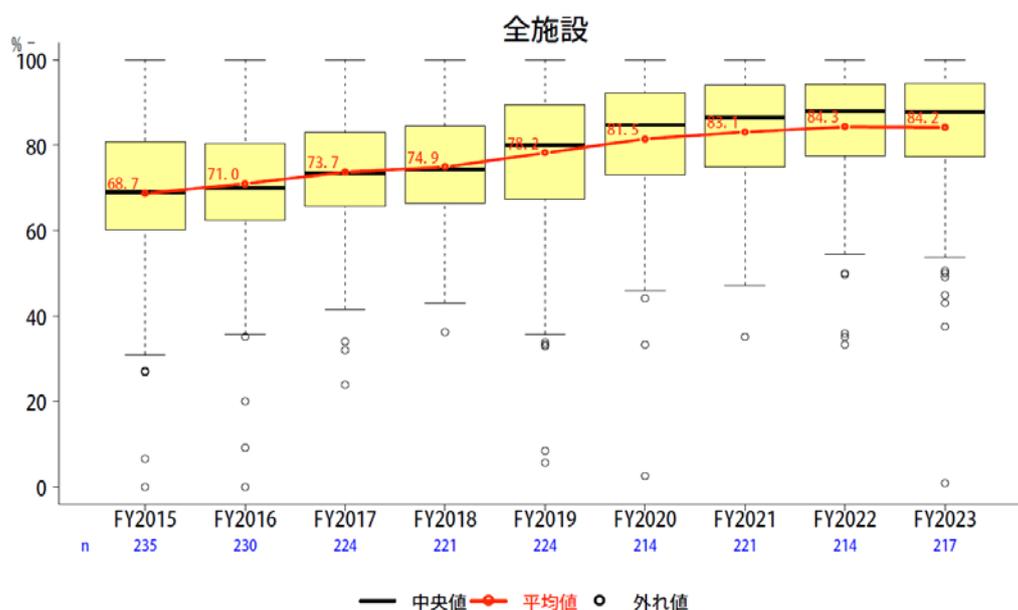
収集期間: 1ヶ月毎

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 84.2% (前年比-0.1)、中央値 87.8% (前年比-0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.9% (前年比-32.4) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 15.5 ポイントと大きな改善が見られました。

統合指標のため、「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。

最小値の施設は、2019 年度から参加している施設ですが、2019~2022 年度の値は 87~100% を推移しているため、算出間違いかどうか、確認する予定です。

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 インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.22 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評価できます。

分子: 指標 No.16,17,18,19,20 の分子の合計

分母: 指標 No.16,17,18,19,20 の分母の合計

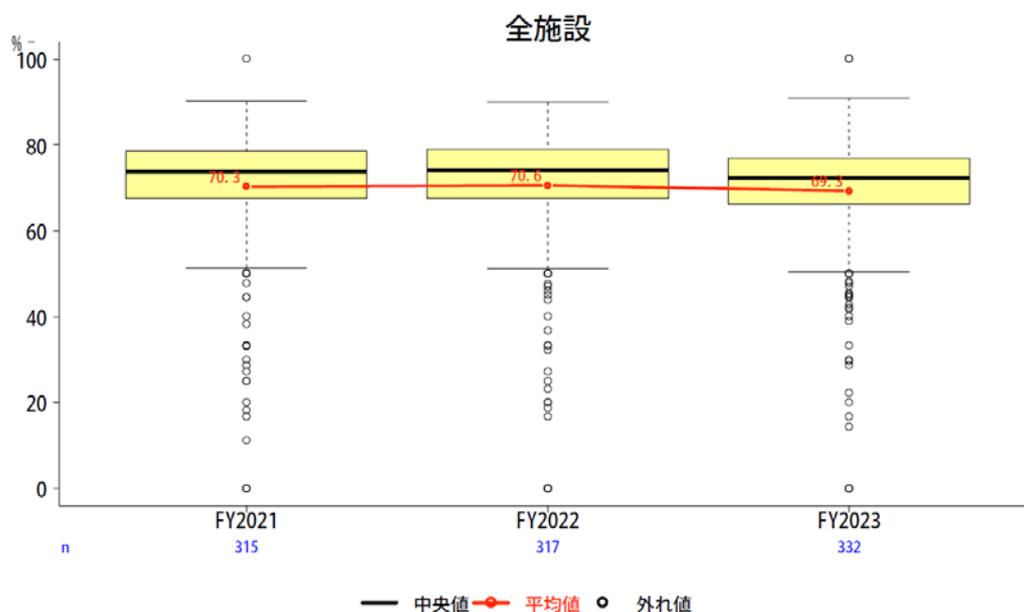
収集期間: 1ヶ月毎

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 69.3% (前年比-1.3)、中央値 72.4% (前年比-1.8)、最大値 100.0% (前年比+10.0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

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 インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.23-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

No.23-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。

2021 年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022 年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

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

<No.23-a>

分子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×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.23-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

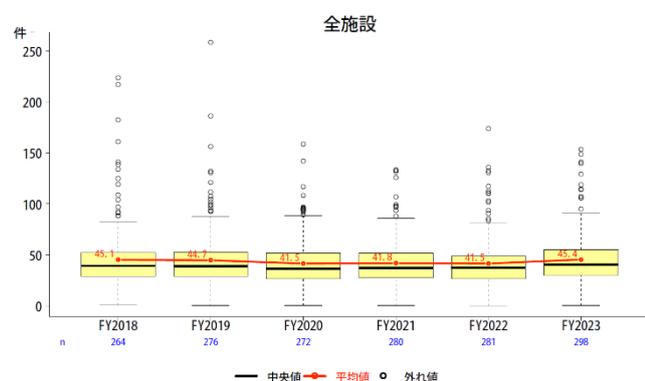
分母： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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。

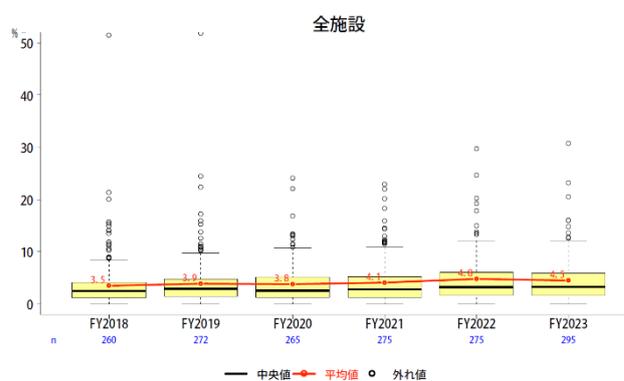
収集期間： 1ヶ月毎

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.23-a 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは69施設で、提出割合は81.2% (298/367, 前年比+0.5) でした。1年間の結果は、平均値45.4件 (前年比+3.9)、中央値40.2件 (前年比+2.8)、最大値153.1件 (前年比-20.5)、最小値0.4件 (前年比+0.4) 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.23-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80.4% (295/367, 前年比+1.4) でした。1年間の結果は、平均値4.5% (前年比-0.3)、中央値3.3% (前年比+0.1)、最大値56.7% (前年比-43.3)、最小値0.0% (前年比±0) で、測定を開始した2018年度からは1ポイント上昇していますが、大きな変化はありませんでした。

参考文献

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

No.24 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。

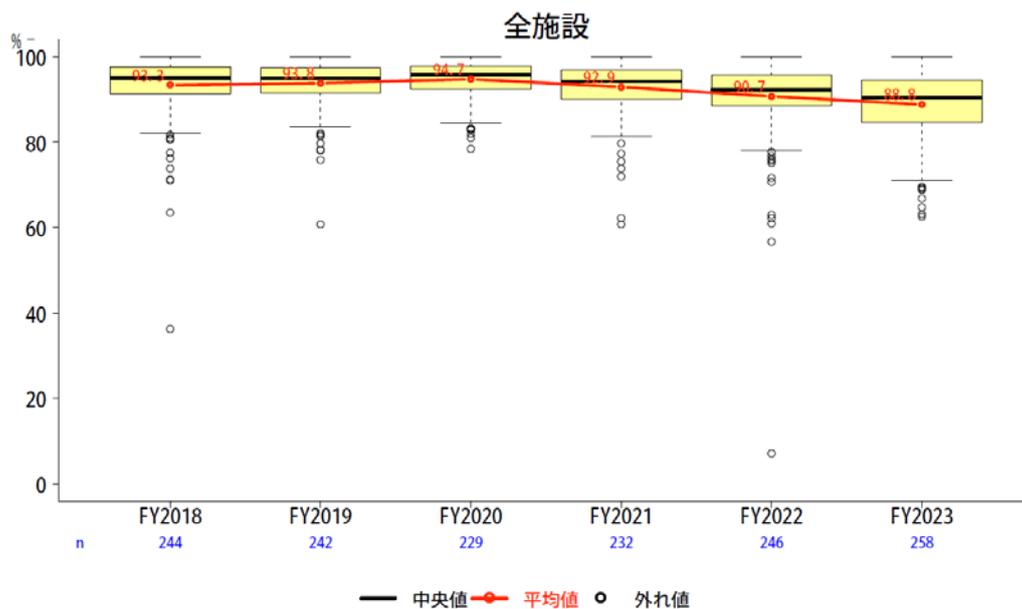
収集期間： 年1回

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109施設で、提出割合は70.3% (258/367, 前年比-0.4) でした。1年間の結果は、平均値 88.8% (前年比-1.9)、中央値 90.4% (前年比-1.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 62.6% (前年比+55.4) で、2020年度をピークに徐々に低下し、2023年度は90%を切っています。

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のワクチン接種を実施していたことと影響があるのかは確認が必要です。

参考文献

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

No.25 糖尿病・慢性腎臓病を依存症に持つ患者への栄養管理実施割合

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

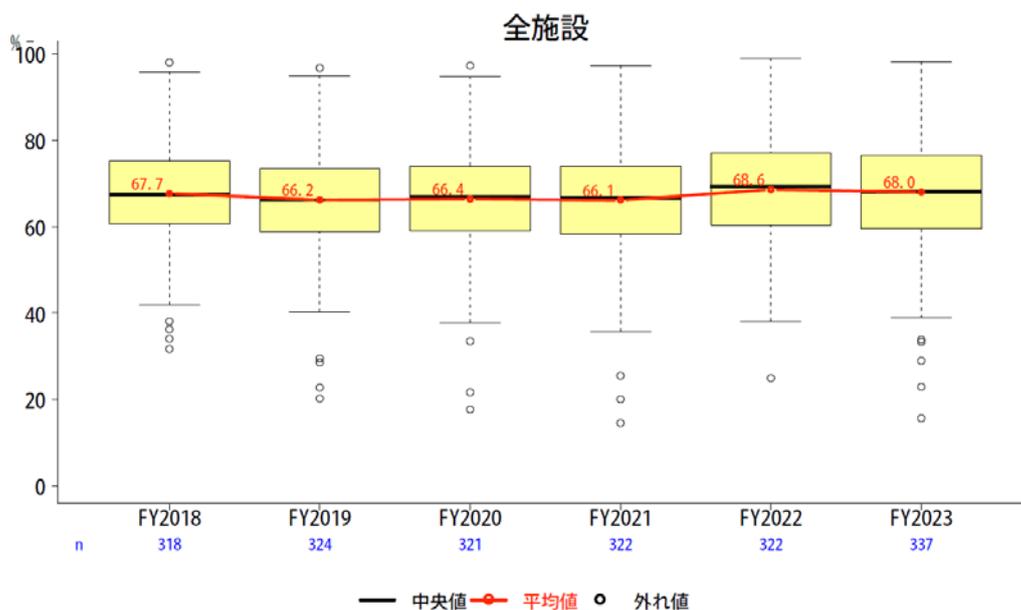
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 68.0% (前年比-0.6)、中央値 68.1% (前年比-1.2)、最大値 98.2% (前年比-0.8)、最小値 15.6% (前年比-9.3) 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。

最小値の施設のように 15% 程度の施設もあるため、2024 年度以降、外れ値の施設に対して、アプローチを行う予定です。

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.26-a カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率

No.26-b カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率

指標の説明・定義

広域抗菌薬は、使用前までの細菌培養検査、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。

特定機能病院では、微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれるため、算出対象外としています。

<No.26-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.26-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

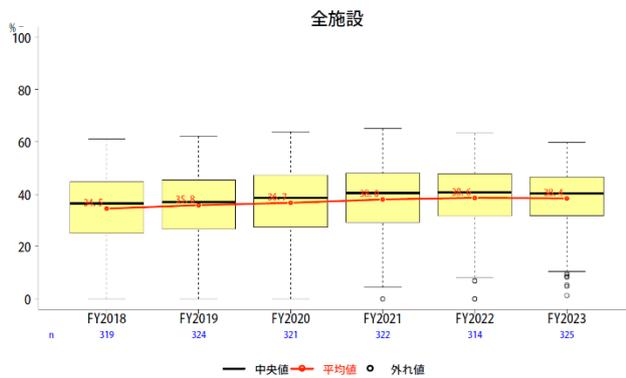
指標の種類・値の解釈

プロセス

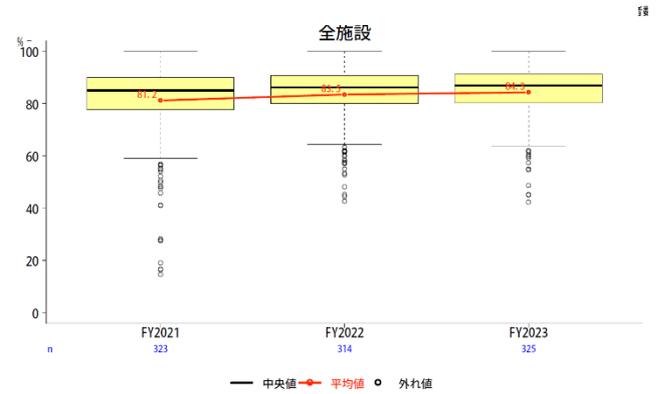
より高い値が望ましい

結果

a) 血液培養実施率



b) 培養検査実施率



考察

<No.26-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 38.4% (前年比-0.2)、中央値 40.2% (前年比-0.4)、最大値 59.9% (前年比-3.4)、最小値 1.3% (前年比+1.3) で、測定を開始した 2018 年度以降、微増ですが改善してきています。

<No.26-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 84.3% (前年比+0.7)、中央値 87.0% (前年比+0.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 42.3% (前年比-0.4) で測定を開始した 2021 年度以降、微増ですが改善し、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/>

No.26-c 血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合

指標の説明・定義

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。

特定機能病院では、微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれるため、算出対象外としています。

<No.26-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

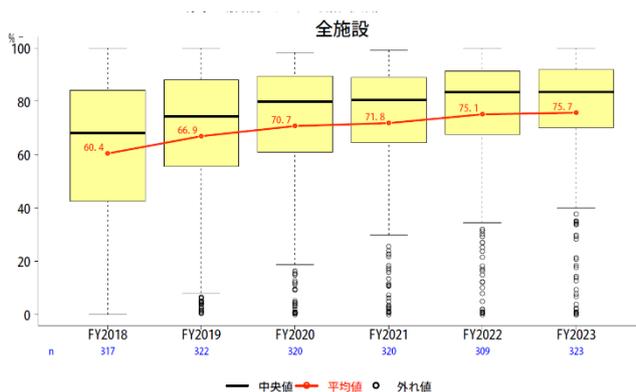
指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果

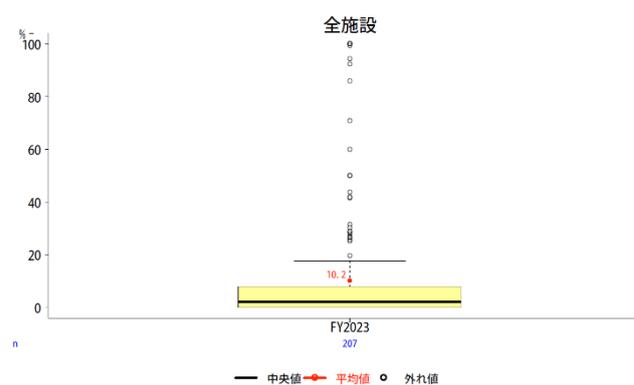
c) 2セット実施率



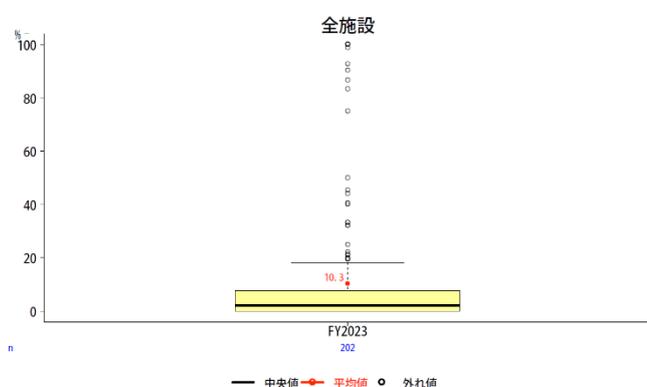
d) 生後 28 日未満



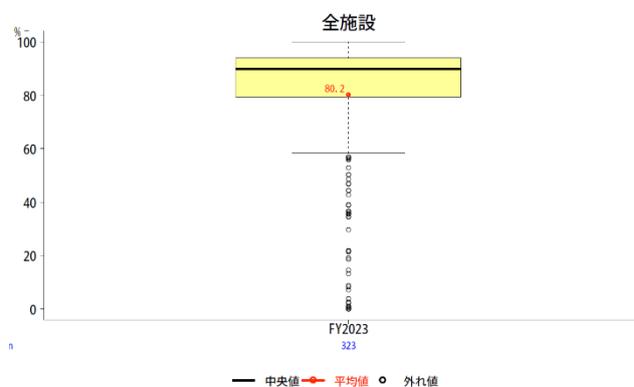
e) 生後 28 日以降 2 歳未満



f) 2 歳以上 6 歳未満



g) 6 歳以上



考察

全体の 1 年間の結果は、平均値 75.7% (前年比+0.6)、中央値 83.5% (前年比+0.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)、生後 28 日未満の結果は、平均値 8.8%、中央値 0.0%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、生後 28 日以降 2 歳未満の結果は、平均値 10.2%、中央値 2.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、2 歳以上 6 歳未満の結果は、平均値 10.3%、中央値 2.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、6 歳以上の結果は、平均値 80.3%、中央値 89.8%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

2023 年度より、年齢によるサブ指標を作成しましたので、どのように変化するか、継続して見ていく予定です。

参考文献

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

No.27-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

No.27-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

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.27-a>

分 子:	分母のうち地域連携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.27-b>

分 子:	分母のうち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
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

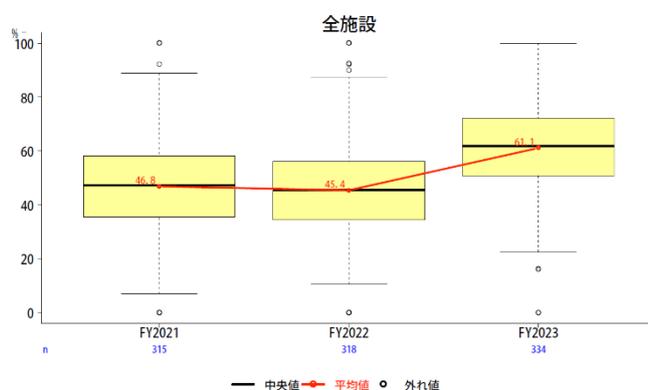
指標の種類・値の解釈

プロセス

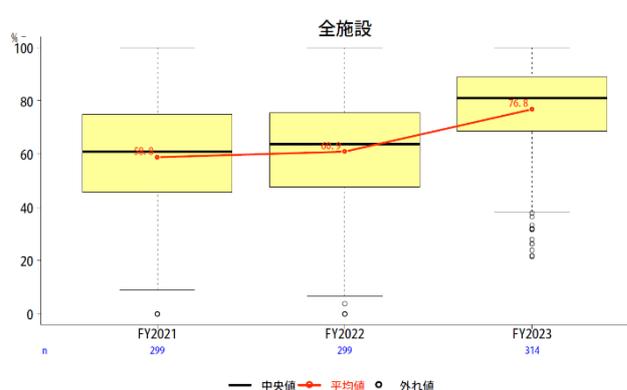
より高い値が望ましい

結果

a) 脳卒中患者



b) 大腿骨頸部骨折患者



考察

<No.27-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 61.1% (前年比+15.7)、中央値 61.8% (前年比+16.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

<No.27-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 76.8% (前年比+15.9)、中央値 80.9% (前年比+17.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 21.4% (前年比+21.4) でした。

2022年度までは分母から転院患者を除外していましたが、施設からの問い合わせがあり、検討の上、定義を改訂しました。そのため、2023年度値が上昇しているように見えています。次年度の結果報告では、2022年度までの指標と、2023年度以降の指標とでわかるべきか、検討し、作成する予定です。

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/>
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.28 18歳以上の身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、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。

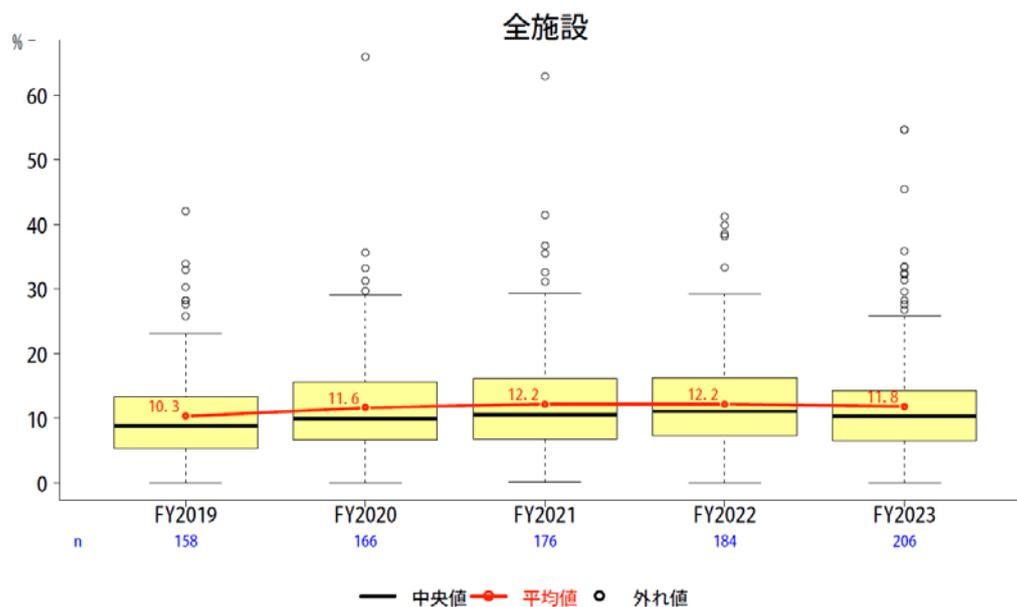
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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161施設で、提出割合は56.1% (206/367, 前年比+3.3) でした。1年間の結果は、平均値11.8% (前年比-0.4)、中央値10.3% (前年比-0.8)、最大値54.6% (前年比+13.5)、最小値0.0% (前年比-0.1) でした。

本指標は、厚生労働省補助事業である医療の質向上のための体制整備事業の中で行われている医療の質可視化プロジェクトでも選択され、今後、多くの病院への展開が期待される指標でもあることから、提出施設数が増加するよう促すことが課題です。

さらに、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「身体的拘束日数」が加えられました。今後は、各施設算出からDPCデータによる算出への変更も検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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」
4. 厚生労働省補助事業 医療の質向上のための体制整備事業
(Internet: <https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/> 2023/10/27 available)

No.29-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

No.29-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.29-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 I

<No.29-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 I

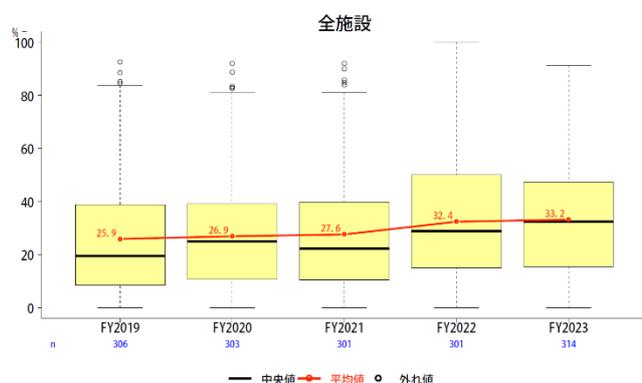
指標の種類・値の解釈

プロセス

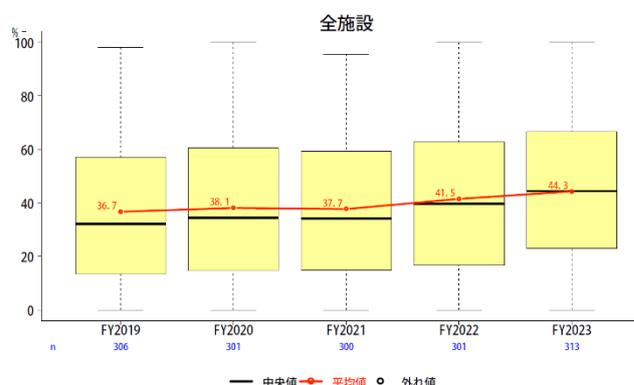
より高い値が望ましい

結果

a) 大腿骨頸部骨折



b) 大腿骨転子部骨折



考察

<No.29-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 33.2% (前年比+0.8)、中央値 32.5% (前年比+3.6)、最大値 91.3% (前年比-8.7)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。まだばらつきはありますが、2019年度と比べると7.3ポイント改善しています。

<No.29-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 44.3% (前年比+2.8)、中央値 44.4% (前年比+4.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、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年度と比べると7.6ポイント改善しています。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://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.30 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性 期予防的制吐剤の投与割合

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を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。

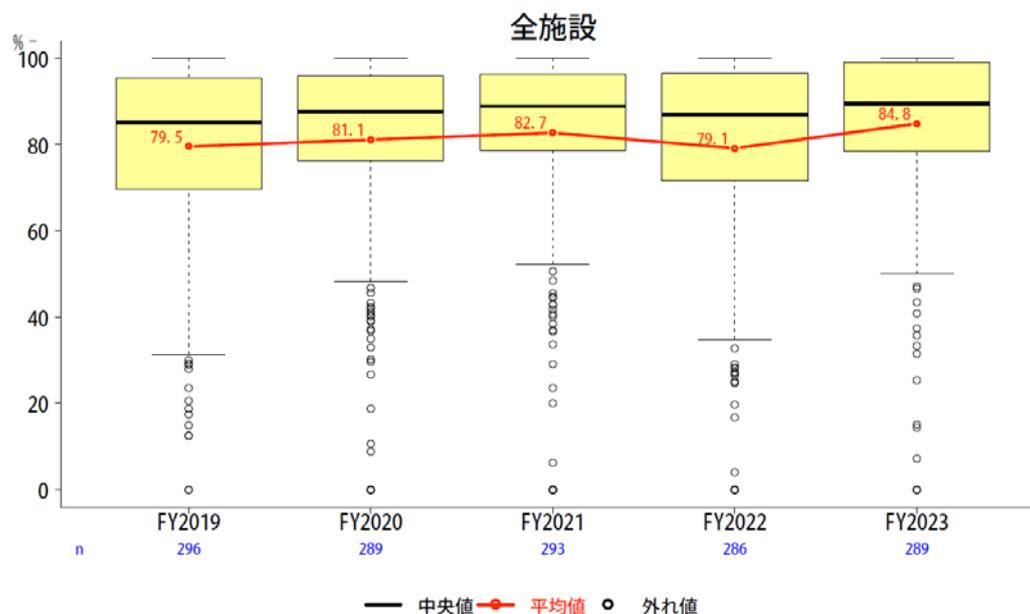
分 子:	分母の実施日の前日または当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤すべてを併用した数
分 母:	入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた 18 歳以上の患者の実施日数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

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 84.8% (前年比+5.7)、中央値 89.4% (前年比-2.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2019年度から新しく採用した項目で、2021年度までは徐々にばらつきが減ってきていましたが、2022年度はやや値が下がっています。

2023年10月時点では、新薬のホスネツピタントは、制吐剤適正使用ガイドライン 2015年10月【第2版】には記載されていませんでしたが、添付文書および臨床試験(国内10057030試験)を参照し、NK1受容体拮抗薬の一つとして分子測定に含めることにしたため、2023年度の値が上昇していると考えます。

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/>
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.31 抗 MRSA 薬投与に対して、薬物血中濃度を測定された症例の割合

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

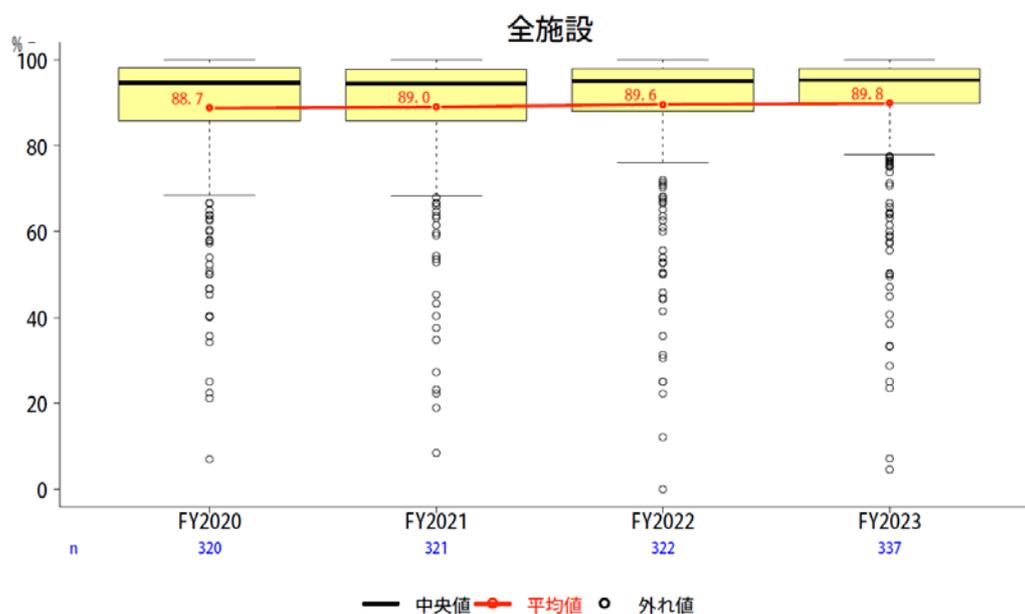
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 89.8% (前年比+0.2)、中央値 95.3% (前年比+0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 4.6% (前年比+4.6) 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.32-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.32-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

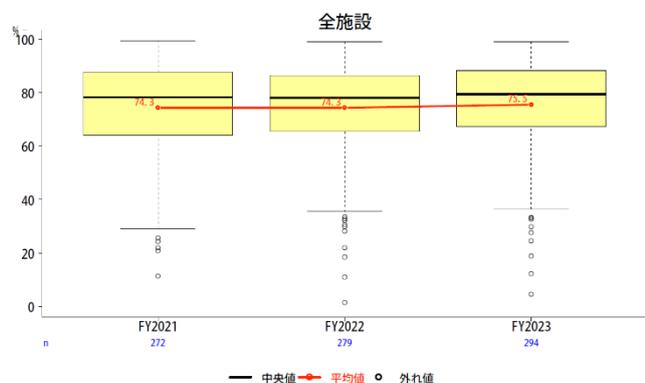
指標の種類・値の解釈

プロセス

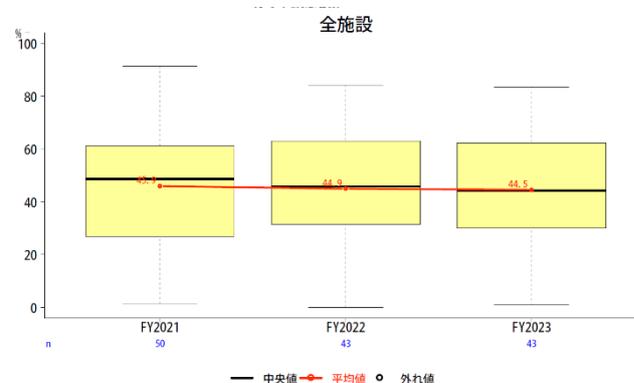
より高い値が望ましい

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.32-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 75.5% (前年比+1.3)、中央値 79.5% (前年比+1.4)、最大値 99.0% (前年比±0)、最小値 4.4% (前年比+3.0) でした。

<No.32-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 44.5% (前年比-0.4)、中央値 44.2% (前年比-1.5)、最大値 83.4% (前年比-0.7)、最小値 0.8% (前年比+0.8) でした。

2021年度から新しく採用した項目ですが、大きな変化はありませんでした。

参考文献

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

No.33 集中治療を要する重症患者に対する 早期栄養介入割合

指標の説明・定義

重症患者に対する早期栄養開始により、感染症の合併減少や死亡率低下が指摘されています。

本指標では、2020年度に新設された早期栄養介入管理加算（特定集中治療室管理料）を利用し、早期栄養介入の状況をモニタリングします。指標算出では集中治療室入室理由は限定しておらず、術後管理目的など本指標の主旨とは異なる症例も一部含まれる場合も考えられますが、術後症例についても多くが早期の栄養介入が望ましいとされており、全身麻酔下での手術症例のみ当てはまる加算（2022年度新設、周術期栄養管理加算）を分子に加えることで、適切な栄養介入がされているものは分子として検知できるようにしています。

一方で、特定の術後管理症例（縫合不全が疑われる消化管手術等）や非推奨症例（コントロール不良のショック状態、低酸素状態、極度のアシドーシス、腸管虚血、腹部コンパートメント症候群、活動性の上部消化管出血など）も含まれるため、その場合、値が低く算出される可能性があります。

分 子： 分母のうち、集中治療室入室後 3 日以内に栄養介入を受けた症例数

分 母： 集中治療室に 3 日間以上連続して入室していた 18 歳以上の症例数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

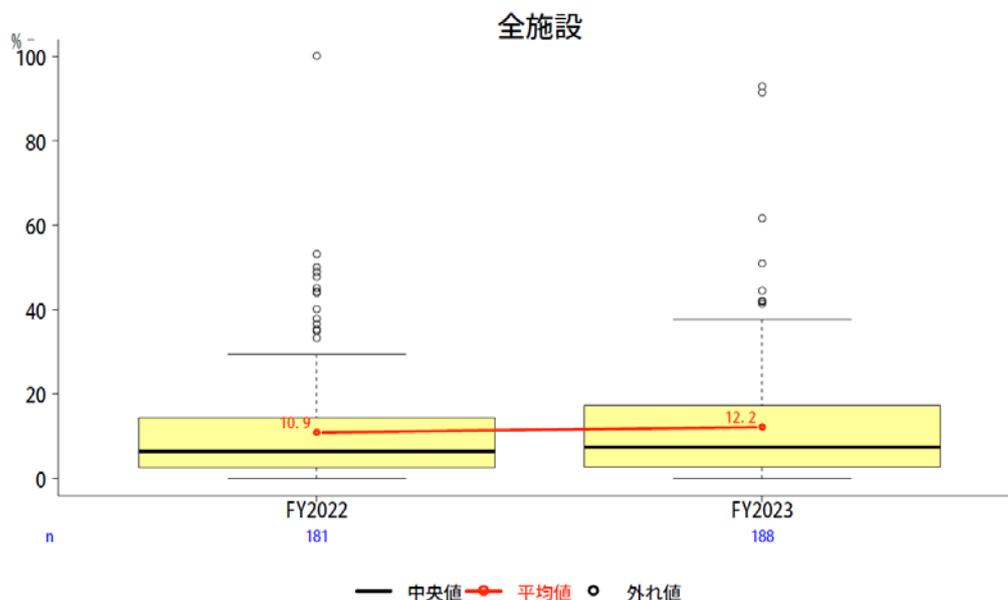
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 12.2% (前年比+1.3)、中央値 7.5% (前年比+1.0)、最大値 93.0% (前年比-7.0)、最小値 0.0% (±0) でした。

2022年度から新しく採用した項目のため大きな変化はありませんでしたが、2022年度からは 1.3ポイント上昇しています。

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/>

No.34 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) 処方率

指標の説明・定義

消化性潰瘍診療ガイドライン 2015 第 2 版では、「低用量アスピリン (LDA) による消化性潰瘍の発生頻度、有病率の抑制には酸分泌抑制薬が有効である (エビデンスレベル A) ので行うように推奨する (推奨の強さ I)」とあり、この推奨をもとにより望ましいプラクティスとして指標を策定しました。

ただし、消化性潰瘍診療ガイドライン 2020 で示されるように、一次予防での PPI/H2RA 投薬は保険適用外となるため、指標の活用時にはこの矛盾にも留意する必要があります。

分 子: 分母のうち、退院時に酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) が退院時に処方された症例数

分 母: 退院時にアスピリン内服薬が処方されている 18 歳以上の患者数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

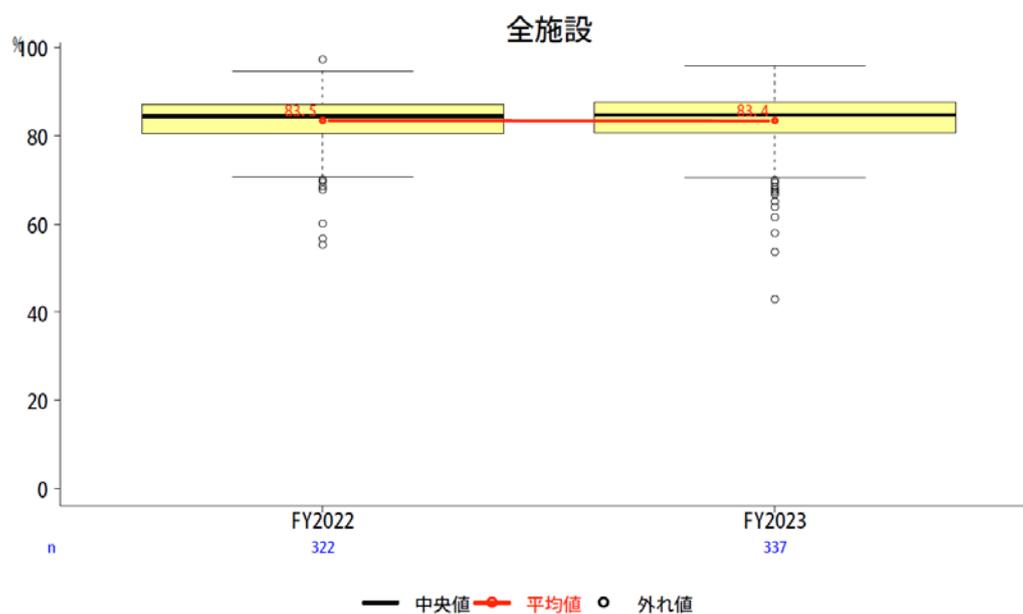
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 83.4% (前年比-0.1)、中央値 84.7% (前年比+0.3)、最大値 95.7% (前年比-1.3)、最小値 42.9% (前年比-12.3) でした。

2022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/>

精神病床向けの指標

No.1 紹介率

No.2 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

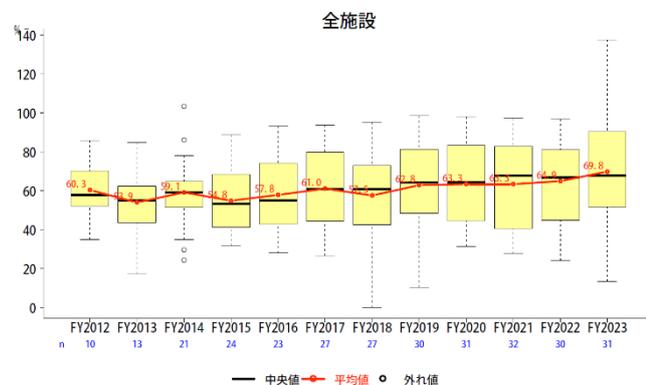
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

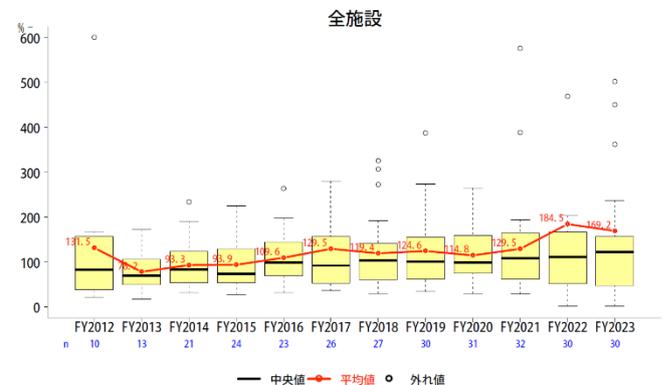
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.1 紹介率>

今回、提出がなかったのは 11 施設で、提出割合は 73.8% (31/42, 前年比-1.2) でした。1 年間の結果は、平均値 69.8% (前年比+4.9)、中央値 67.9% (前年比+1.1)、最大値 137.5% (前年比+40.7)、最小値 13.3% (前年比-10.7) でした。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。値が上がってきている傾向から地域の医療機関との連携は高まっていると考えられます。

<No.2 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは 12 施設で、提出割合は 71.4% (30/42, 前年比-3.6) でした。1 年間の結果は、平均値 169.2% (前年比-15.3)、中央値 122.1% (前年比+10.4)、最大値 1142.0% (前年比-966.0)、最小値 1.6% (前年比-0.1) 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

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.3-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.3-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。

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.3-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.3-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.3-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.3-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.3-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。

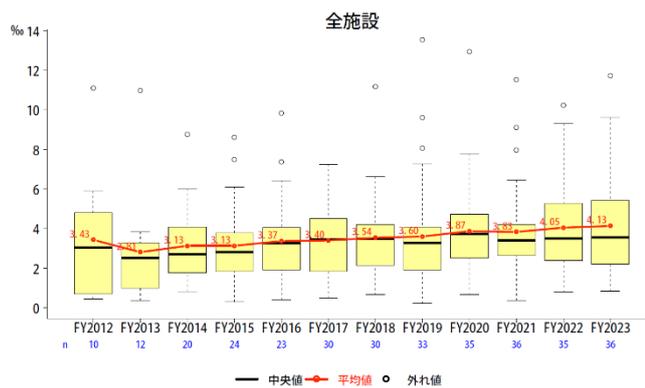
指標の種類・値の解釈

アウトカム

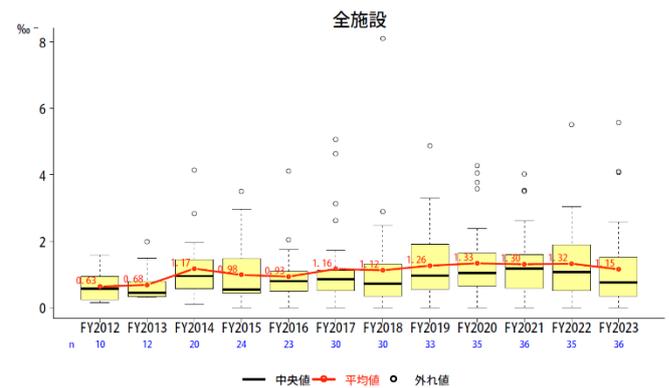
より低い値が望ましい

結果

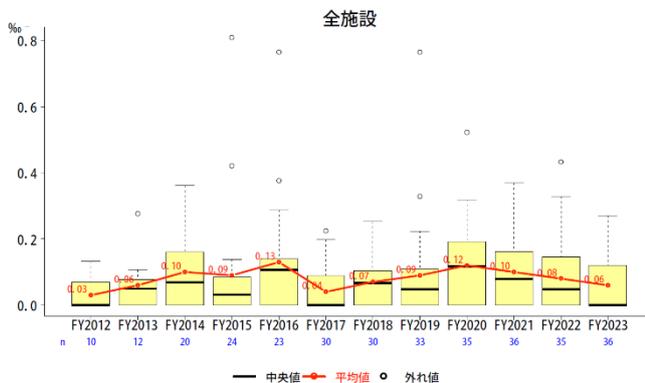
入院患者の転倒・転落発生率



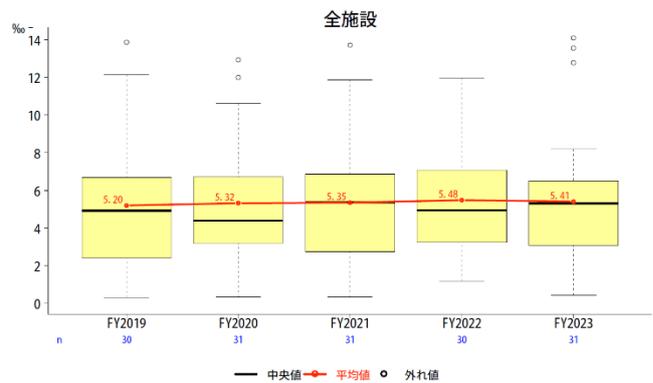
入院患者の転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル 2 以上)



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 6 施設で、提出割合は 85.7% (36/42, 前年比-1.8)、65 歳以上では 11 施設で、提出割合は 73.8% (31/42, 前年比-1.2) でした。転倒転落発生率の 1 年間の結果は、

平均値 4.13% (前年比+0.08)、中央値 3.55% (前年比+0.04)、最大値 11.71% (前年比+1.48)、最小値 0.85% (前年比+0.06)、損傷発生率 (損傷レベル 2 以上) の 1 年間の結果は、平均値 1.15% (前年比 -0.17)、中央値 0.76% (前年比-0.31)、最大値 5.57% (前年比+0.06)、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-0.02)、中央値 0.00% (前年比 -0.05)、最大値 0.27% (前年比-0.16)、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 5.41% (前年比-0.07)、中央値 5.31% (前年比+0.37)、最大値 14.08% (前年比+2.10)、最小値 0.45% (前年比-0.74) でした。

精神科では薬の影響もあり、一般病床と比べて転倒転落発生率は高い傾向にあります。一般病床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。転倒転落発生率の平均値は上がっていますが、中央値はほぼ横ばいです。また、65歳以上の転倒転落発生率は転倒転落発生率全体より高いですが、平均値と中央値の大きな経年変化はありません。各病院の転倒転落リスク低減の取り組みにより、転倒転落発生率に大きな変化がないと考えられます。

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.4 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、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。

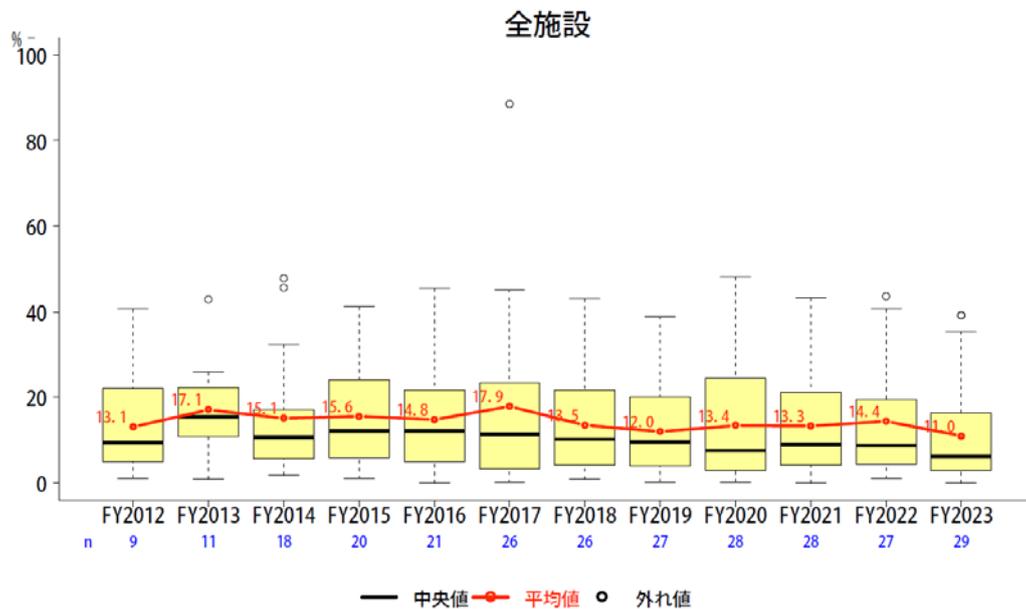
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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13施設で、提出割合は69.0% (29/42, 前年比+1.5) でした。1年間の結果は、平均値11.0% (前年比-3.3)、中央値6.2% (前年比-2.5)、最大値39.2% (前年比-4.3)、最小値0.0% (前年比-1.0) で、測定を開始した2012年度以降、平均値は11~18%で推移しています。

中央値はやや下がっており、値のばらつきも小さくなっているため各病院における行動制限最小化の取り組みの成果が表れていると考えられます。

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.5 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

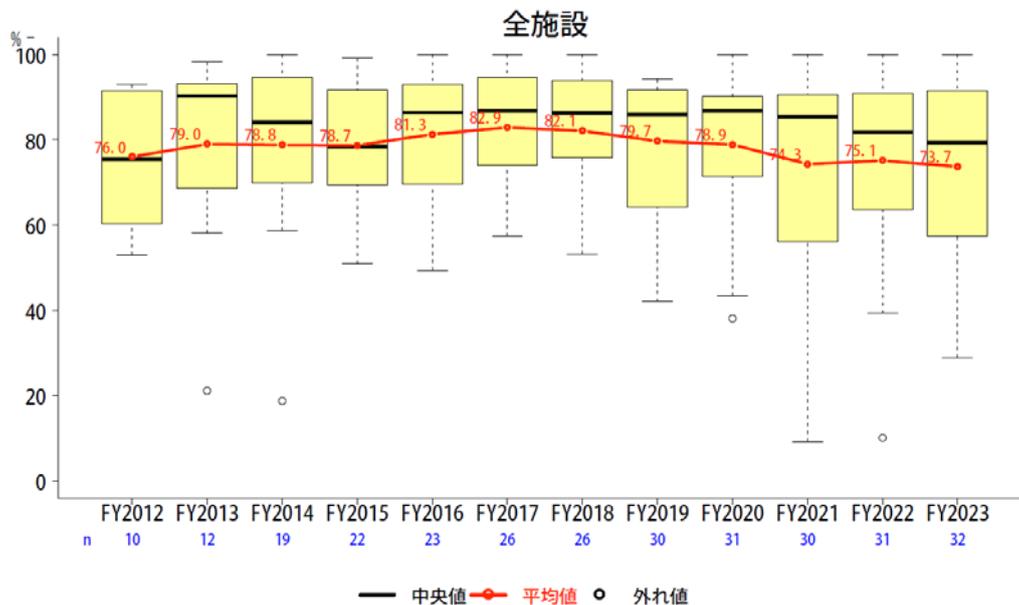
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

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10施設で、提出割合は77.5% (31/40, 前年比+0.6) でした。1年間の結果は、平均値73.7% (前年比-1.5)、中央値79.3% (前年比-2.5)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値29.0% (前年比+18.9) であり、2021年度から平均値、中央値ともに減少傾向となっています。2021年度～2022年度は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や一般病床への転院が増加したと考えられます。2023年度も新型コロナウイルス感染症の影響があったと考えられますが、どのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

No.6 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療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)>

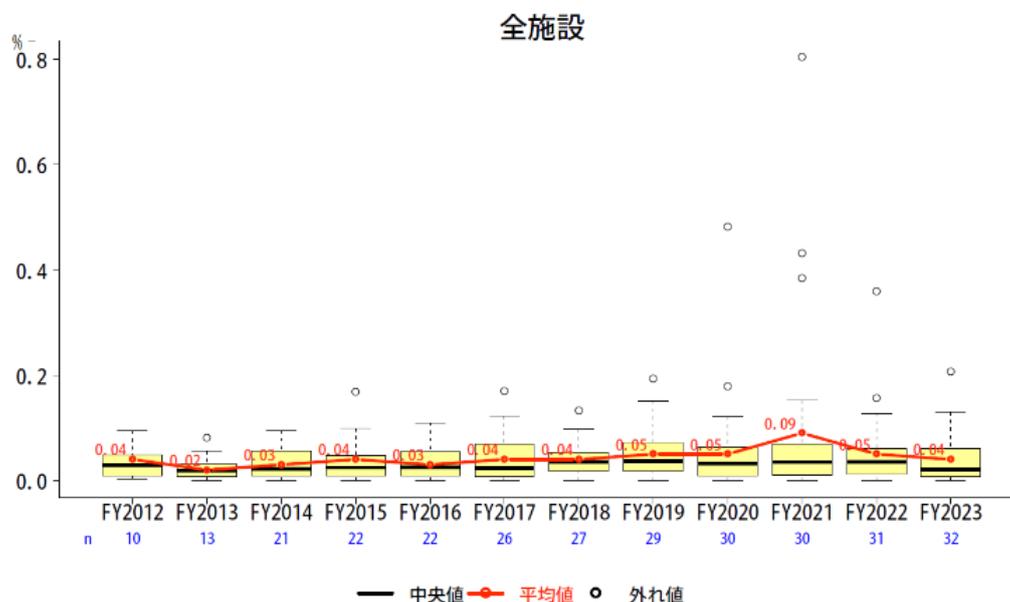
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

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 10 施設で、提出割合は 76.2% (32/42, 前年比-1.3) でした。1 年間の結果は、平均値 0.04% (前年比-0.01)、中央値 0.02% (前年比-0.02)、最大値 0.21% (前年比-0.15)、最小値 0.00% (前年比±0) でした。

外れ値が大きく、平均値が悪化している年もありますが、中央値に大きな変化はありません。看護ケアの取り組みにより褥瘡予防対策が継続されている成果と考えられます。

2021 年度に実施したアンケートで算出が難しい指標に挙げられていたため、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および検討を進めてきました。2023 年度から新しい指標を追加することが決定したため、本指標の算出は、2023 年度で終了となります。

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-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

No.7-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)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一つとなっています。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療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一つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「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)」、分子の定義「d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちのどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.7-a>

分 子： 調査期間中に d2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数

分 母： 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-b>

分 子： 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI)発生患者数

分 母： 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-c>

分 子： 入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数

分 母： 調査期間に新たに入院した患者数

<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

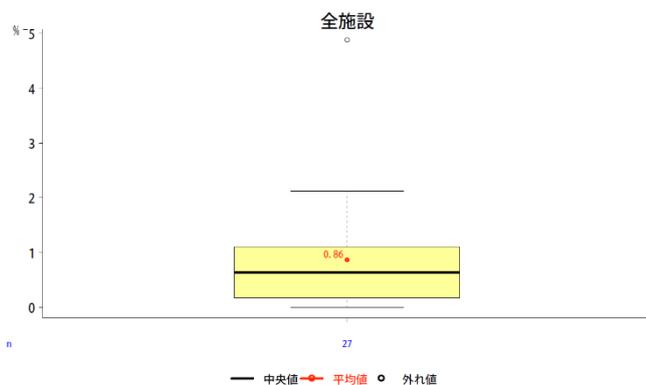
指標の種類・値の解釈

アウトカム

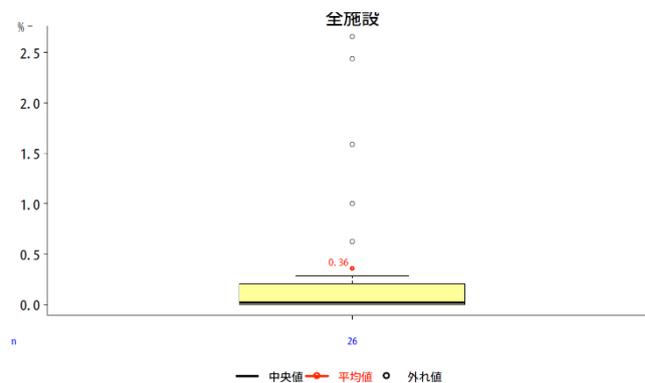
より低い値が望ましい

結果

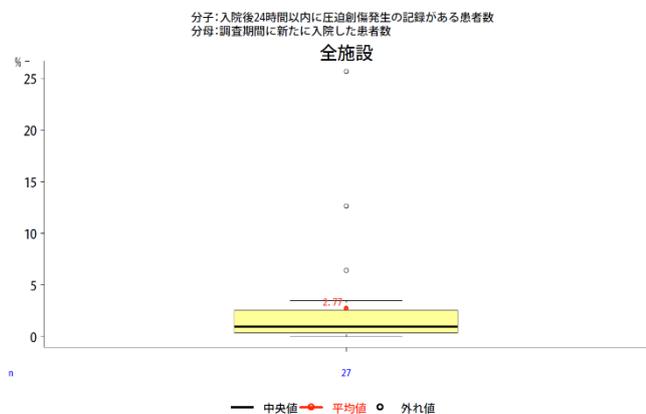
新規圧迫創傷（褥瘡）発生率



新規医療関連機器圧迫創傷 (MDRPI) 発生率



持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率



考察

<No.7-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率>

今回、提出がなかったのは15施設で、提出割合は64.3%(27/42)でした。

1年間の結果は、平均値0.86%、中央値0.63%、最大値4.88%、最小値0.00%でした。

<No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率>

今回、提出がなかったのは16施設で、提出割合は61.9%(26/42)でした。

1年間の結果は、平均値0.36%、中央値0.2%、最大値2.66%、最小値0.00%でした。

<No.7-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率>

今回、提出がなかったのは15施設で、提出割合は64.3%(27/42)でした。

1年間の結果は、平均値2.77%、中央値0.96%、最大値25.64%、最小値0.00%でした。

2023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. 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.8 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

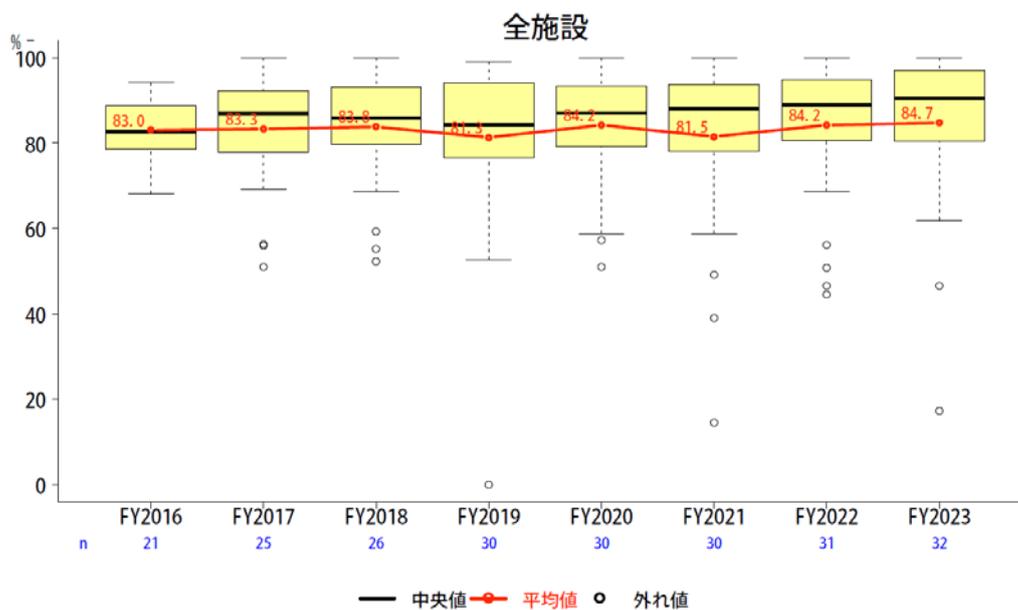
収集期間: 1ヶ月毎

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 10 施設で、提出割合は 76.2% (32/42, 前年比-1.3) でした。1 年間の結果は、平均値 84.8% (前年比+0.6)、中央値 90.5% (前年比+1.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 17.2% (前年比-27.2) で、測定を開始した 2016 年度以降、平均値は 81~85% 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](https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83_2017/12/05_available))

No.9 再入院率

指標の説明・定義

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

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

➤ 今回入院日-前回退院日 \leq 90日

分母： 調査期間の病院全体の新入院患者数

分母補足： 他診療科から精神科への転科もカウントする

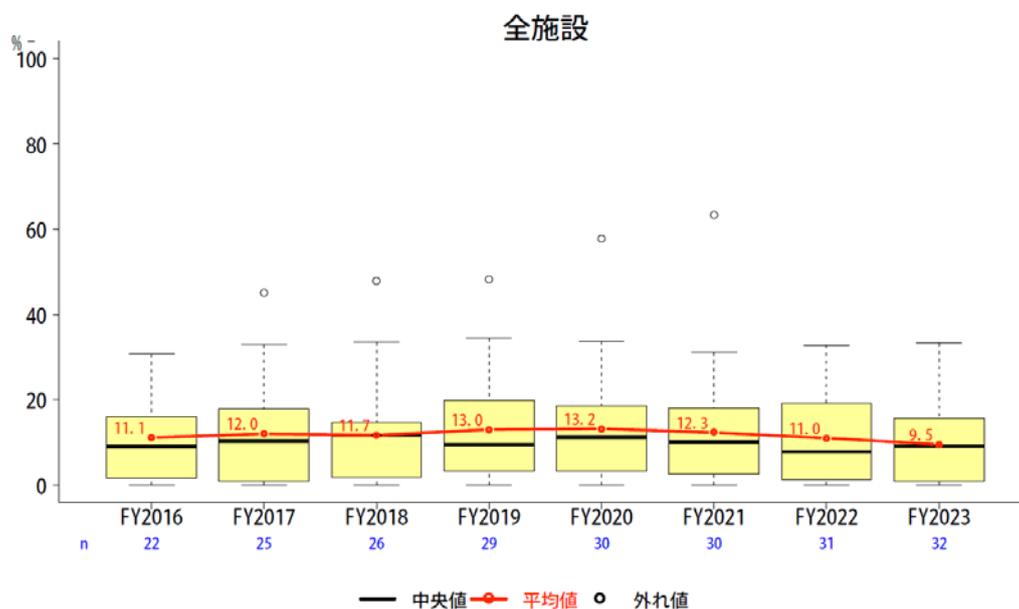
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 76.2% (32/42, 前年比-1.3) でした。1 年間の結果は、平均値 9.5% (前年比-1.5)、中央値 9.1% (前年比+1.3)、最大値 33.3% (前年比+0.5)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2016 年度以降、平均値は 9.5~13% 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.10 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

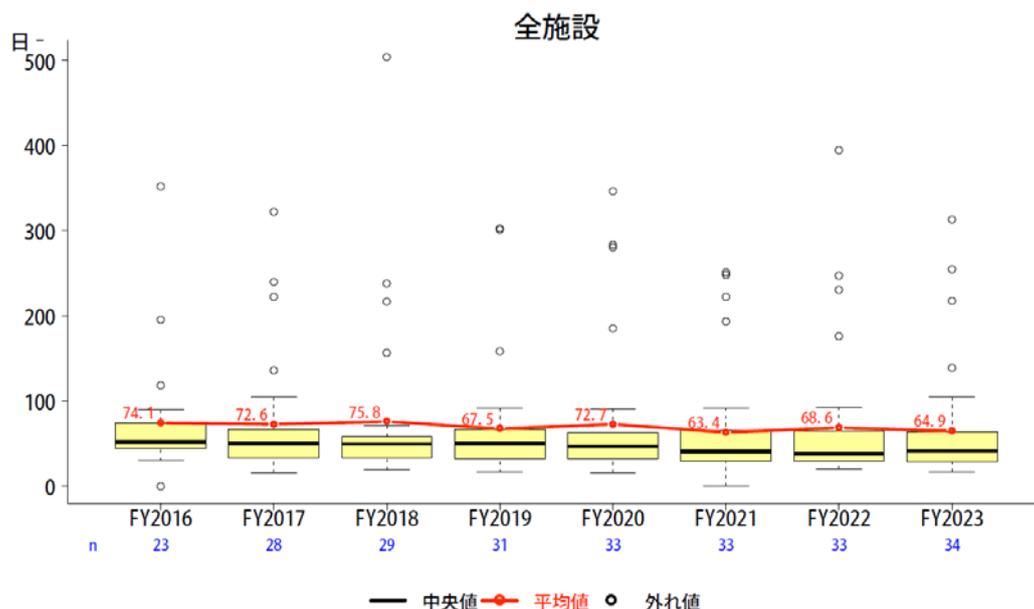
収集期間： 1 ヶ月毎

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8施設で、提出割合は81.0% (34/42, 前年比-1.5)でした。1年間の結果は、平均値 64.9 日 (前年比-3.7)、中央値 41.1 日 (前年比+3.2)、最大値 313.2 日 (前年比-81.5)、最小値 17.0 日 (前年比-2.9)で、測定を開始した2016年度以降、平均値は63~79日で推移しています。

参考文献

No.11-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.11-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.11-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.11-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.11-a)分母のうち「満足」と回答した外来患者数

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.11-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.11-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

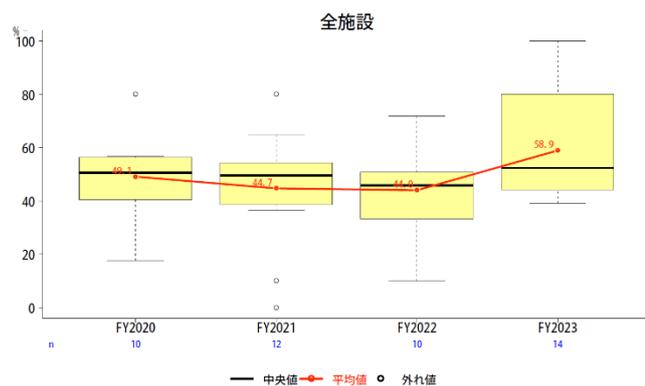
指標の種類・値の解釈

アウトカム

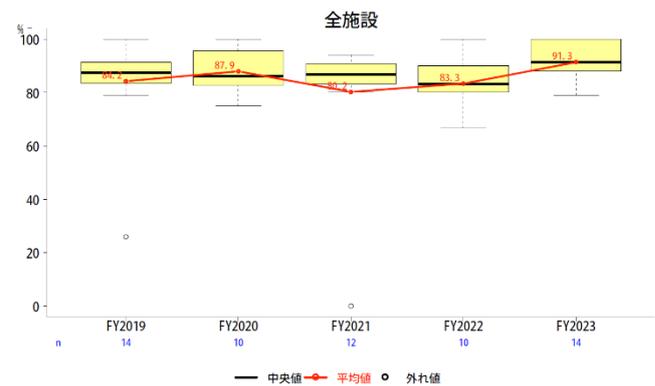
より高い値が望ましい

結果

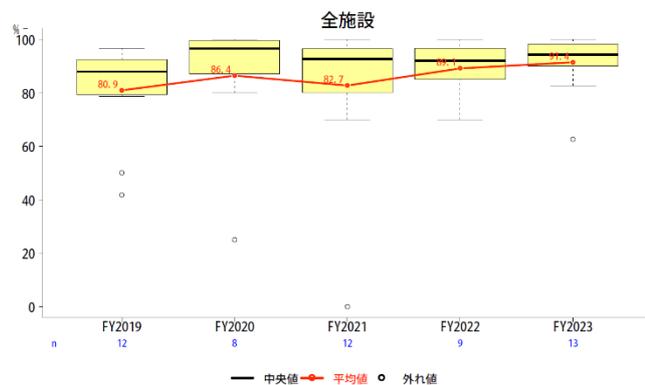
a) 総合評価(満足)



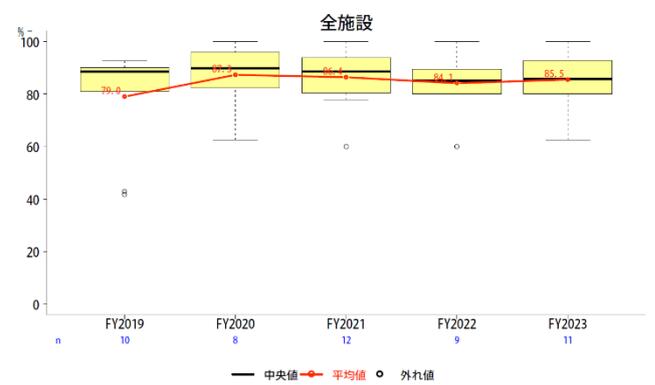
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.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 28 施設で、提出割合は 33.3% (14/42, 前年比+8.3) でした。

満足のための 1 年間の結果は、平均値 58.9% (前年比+14.9)、中央値 52.3% (前年比+6.5)、最大値 100.0% (前年比+28.3)、最小値 39.1% (前年比+29.1)、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 91.3% (前年比+8.0)、中央値 91.3% (前年比+8.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 79.0% (前年比+12.3) でした。

<No.11-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 29 施設で、提出割合は 31.0% (13/42, 前年比+8.5) でした。

1年間の結果は、平均値 91.4% (前年比+2.3)、中央値 94.2% (前年比+2.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 62.5% (前年比-7.5) でした。

<No.11-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 31 施設で、提出割合は 26.2% (11/42, 前年比+3.7) でした。

1年間の結果は、平均値 85.5% (前年比+1.4)、中央値 85.7% (前年比+0.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 62.5% (前年比+2.5) 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.12-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.12-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.12-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.12-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.12-a)分母のうち「満足」と回答した入院患者数

No.12-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.12-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.12-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

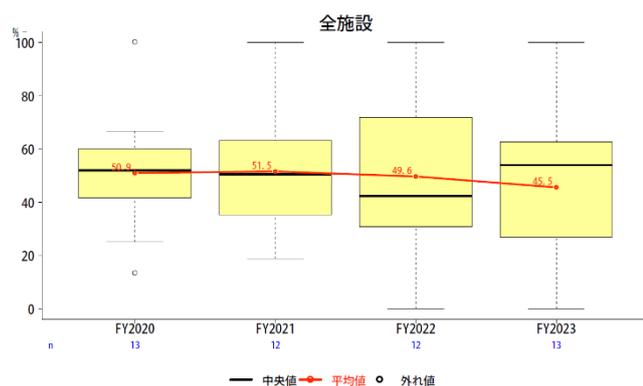
指標の種類・値の解釈

アウトカム

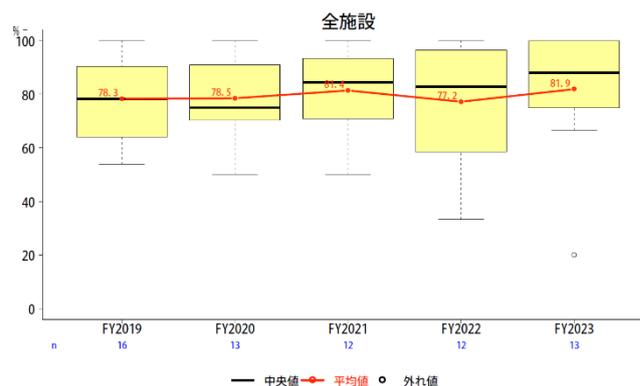
より高い値が望ましい

結果

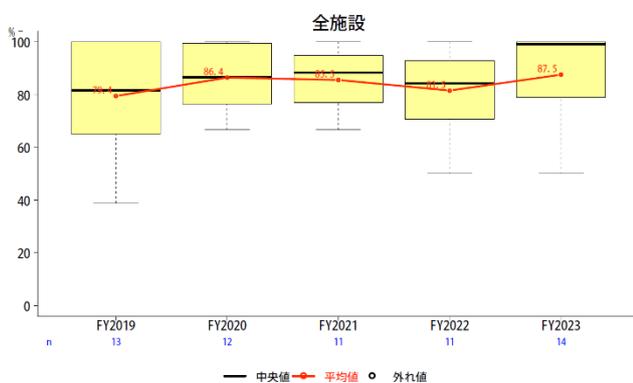
a) 総合評価(満足)



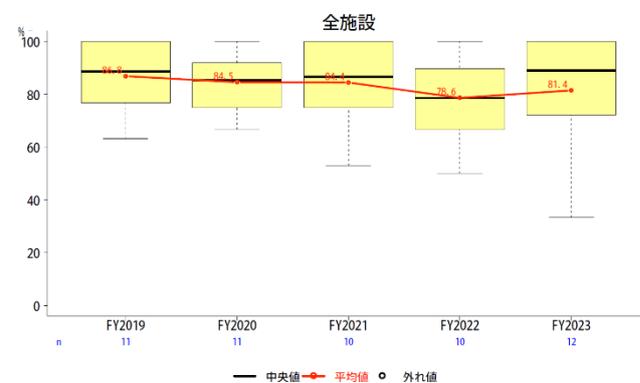
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.12-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29施設で、提出割合は31.0%(13/42, 前年比+1.0)でした。満足のための1年間の結果は、平均値45.5%(前年比-4.2)、中央値53.9%(前年比+11.5)、最大値100.0%(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81.9%(前年比+4.7)、中央値88.0%(前年比+5.2)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値20.0%(前年比-13.3)でした。

<No.12-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33.3%(14/42, 前年比+5.8)でした。

1年間の結果は、平均値87.5%（前年比+6.0）、中央値99.1%（前年比+14.8）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値50.0%（前年比±0）でした。

<No.12-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30施設で、提出割合は28.6%（12/42, 前年比+3.6）でした。

1年間の結果は、平均値81.4%（前年比+2.8）、中央値88.9%（前年比+10.4）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値33.3%（前年比-16.7）でした。

精神科では強制入院があるため、入院患者満足度は一般病床と比べると低いと考えられます。

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 インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.13-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

No.13-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。

2021年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

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があります。

<No.13-a>

分子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×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.13-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

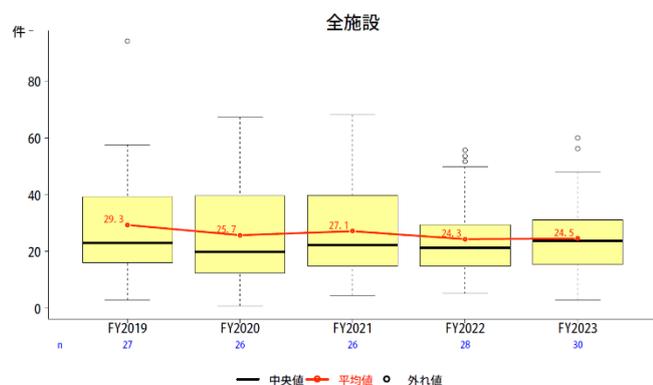
指標の種類・値の解釈

アウトカム

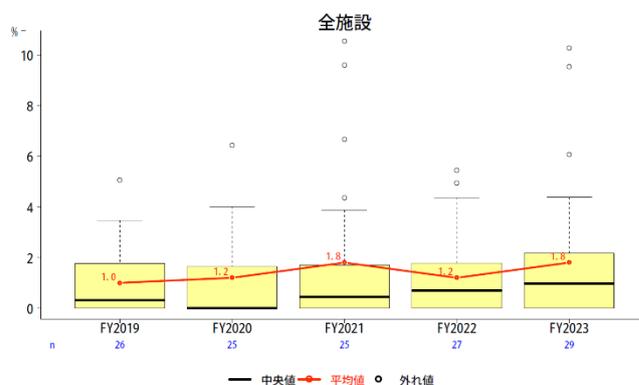
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.13-a 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは12施設で、提出割合は71.4% (30/42, 前年比+1.4) でした。

1年間の結果は、平均値 24.5 件 (前年比+0.2)、中央値 23.7 件 (前年比+2.5)、最大値 59.9 件 (前年比+4.3)、最小値 3.0 件 (前年比-2.1) でした。

<No.13-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は69.0% (29/42, 前年比+1.5) でした。

1年間の結果は、平均値 1.8% (前年比+0.5)、中央値 1.0% (前年比+0.3)、最大値 10.3% (前年比+4.8)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

医師による報告の占める割合は中央値、平均値共に増加しており、医師の安全意識が向上していると考えられます。

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

参考文献

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

療養病床向けの指標

No.1 紹介率

No.2 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.1) 紹介患者数
No.2) 逆紹介患者数

分母： 初診患者数

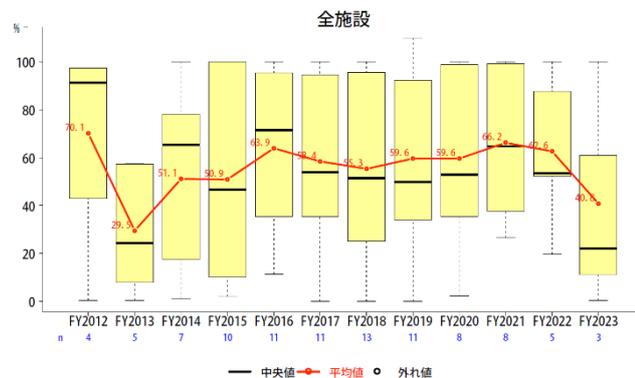
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

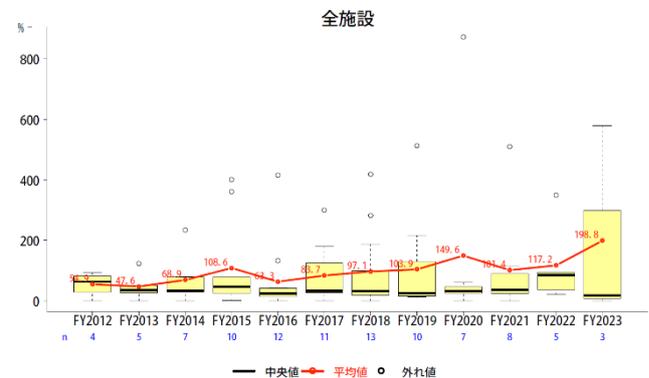
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.1 紹介率>

今回、提出がなかったのは22施設で、提出割合は12.0%(3/25, 前年比-7.2)でした。

1年間の結果は、平均値40.8%(前年比-21.8)、中央値22.0%(前年比-31.4)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.4%(前年比-19.2)でした。

<No.2 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは22施設で、提出割合は12.0%(3/25, 前年比-7.2)でした。

1年間の結果は、平均値198.8%(前年比+81.6)、中央値17.1(前年比-68.1)、最大値579.2%(前年比+229.2)、最小値0.1%(前年比-20.7)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.3-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.3-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。

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.3-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.3-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.3-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.3-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.3-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。

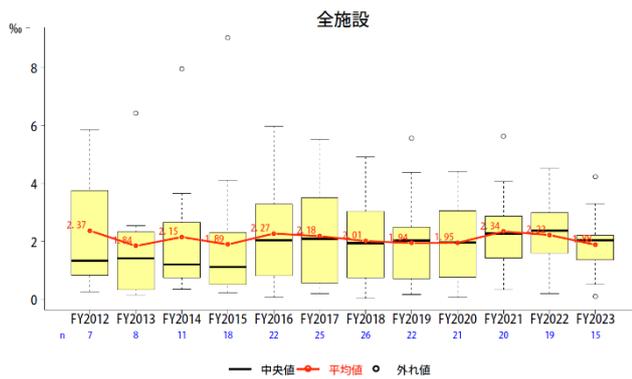
指標の種類・値の解釈

アウトカム

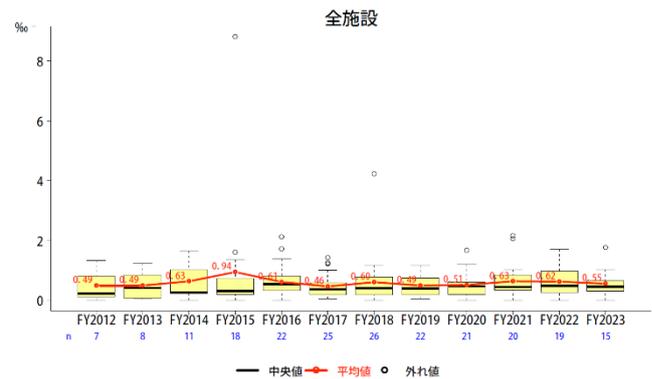
より低い値が望ましい

結果

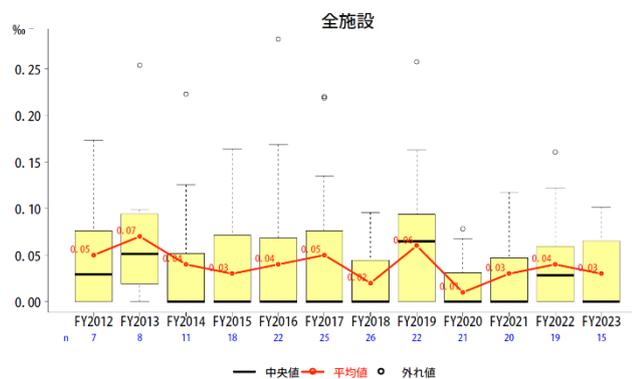
入院患者の転倒・転落発生率



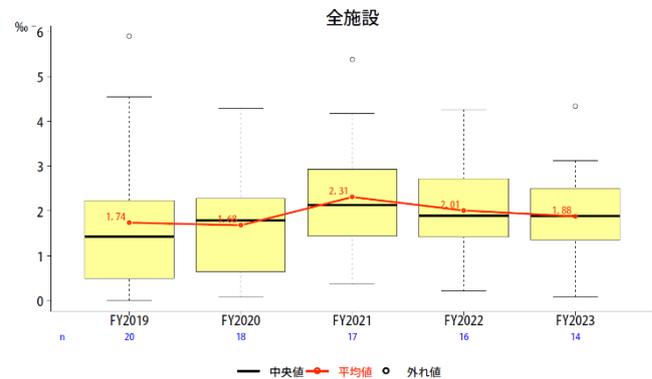
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



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10施設で、提出割合は60.0%(15/25, 前年比-13.1)、65歳以上では11施設で、提出割合は56.0%(14/25, 前年比-5.5)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値 1.88% (前年比-0.34)、中央値 2.05% (前年比-0.33)、最大値 4.24% (前年比-0.28)、最小値 0.09% (前年比-0.12)、損傷発生率 (損傷レベル 2 以上) の1年間の結果は、平均値 0.55% (前年比-0.08)、中央値 0.45% (前年比-0.03)、最大値 1.76% (前年比+0.06)、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-0.03)、最大値 0.10% (前年比-0.06)、最小値 0.00% (前年比±0) でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 1.88% (前年比-0.13)、中央値 1.88% (前年比-0.02)、最大値 4.33% (前年比+0.07)、最小値 0.09% (前年比-0.12) 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 1.8~2.4% を推移し、損傷レベル 2 以上は 0.4~0.9% 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.4 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、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。

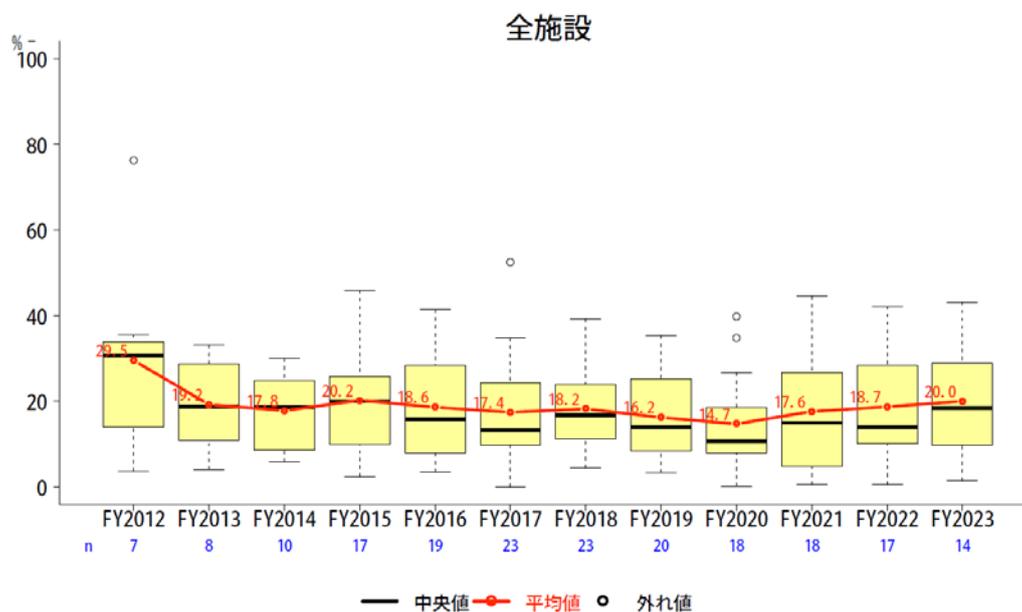
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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56.0% (14/25, 前年比-9.4) でした。

1年間の結果は、平均値 20.0% (前年比+1.3)、中央値 18.4% (前年比+4.3)、最大値 43.1% (前年比+0.9)、最小値 1.4% (前年比+0.9) でした。

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.5 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

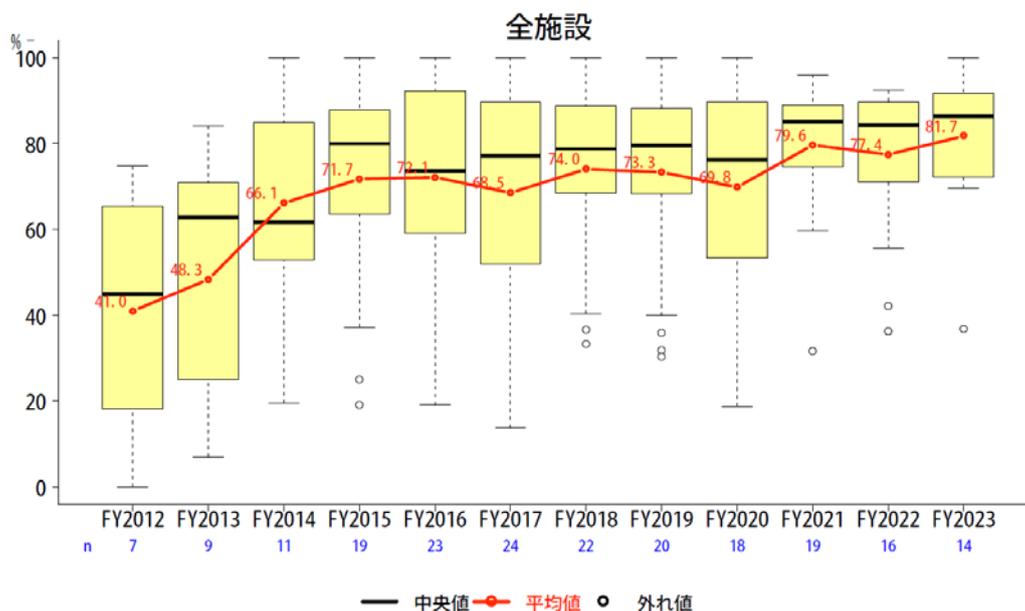
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

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11施設で、提出割合は56.0% (14/25, 前年比-5.5) でした。1年間の結果は、平均値81.7% (前年比+4.3)、中央値86.4% (前年比+2.1)、最大値100.0% (前年比+7.6)、最小値36.8% (前年比+0.6) でした。

提出施設が多くないためばらつきもありますが、経時的に見ると、改善傾向です。

参考文献

No.6 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療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)>

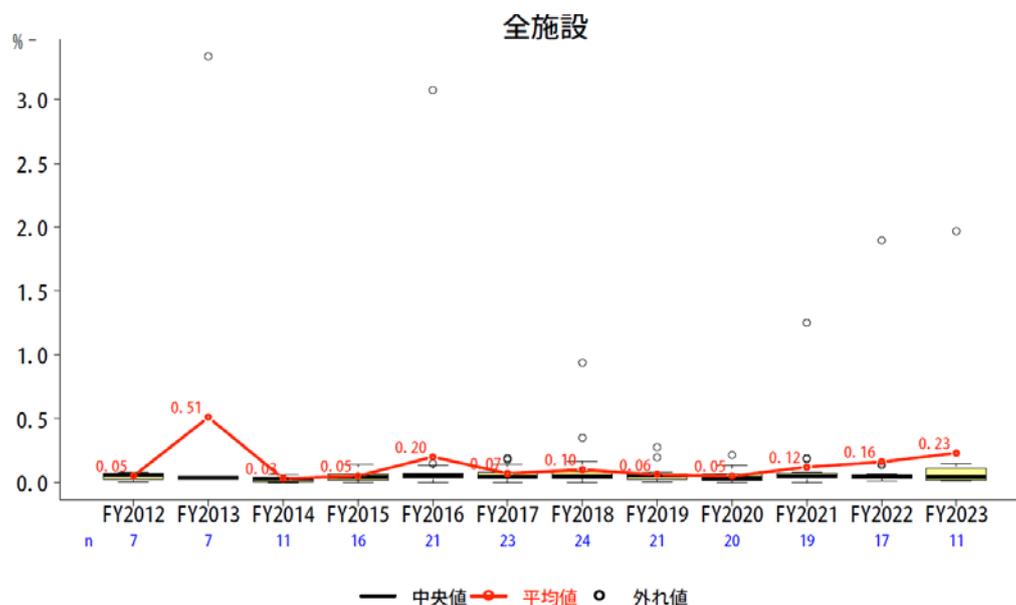
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

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14施設で、提出割合は44.0% (11/25, 前年比-21.4) でした。

1年間の結果は、平均値 0.23% (前年比+0.07)、中央値 0.04% (前年比-0.01)、最大値 1.97% (前年比+0.07)、最小値 0.01% (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.jcqhc.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-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

No.7-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)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一つとなっています。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療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一つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「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)」、分子の定義「d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちのどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.7-a>

分 子: 調査期間中にd2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数

分 母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-b>

分 子: 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI)発生患者数

分 母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-c>

分 子: 入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数

分 母: 調査期間に新たに入院した患者数

<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

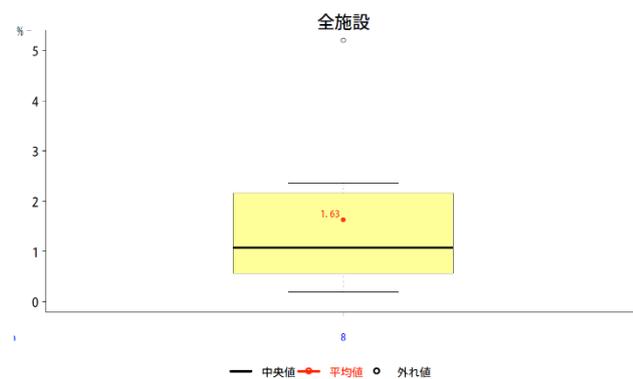
指標の種類・値の解釈

アウトカム

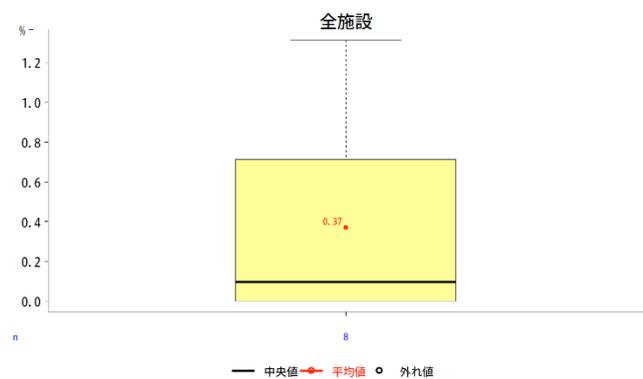
より低い値が望ましい

結果

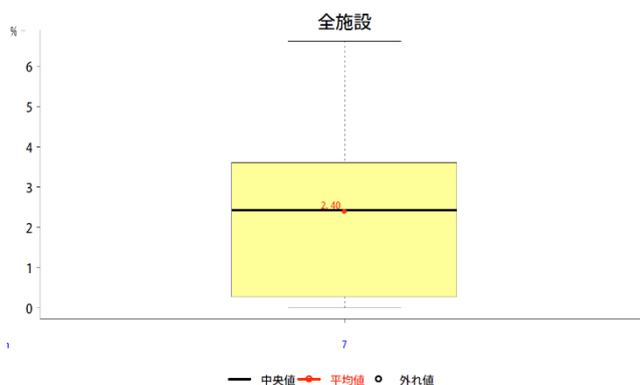
新規圧迫創傷（褥瘡）発生率



新規医療関連機器圧迫創傷 (MDRPI) 発生率



持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率



考察

<No.7-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率>

今回、提出がなかったのは17施設で、提出割合は32.0%(8/25)でした。

1年間の結果は、平均値1.63%、中央値1.08%、最大値5.20%、最小値0.19%でした。

<No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率>

今回、提出がなかったのは17施設で、提出割合は32.0%(8/25)でした。

1年間の結果は、平均値0.37%、中央値0.10%、最大値1.31%、最小値0.00%でした。

<No.7-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率>

今回、提出がなかったのは18施設で、提出割合は28.0%(7/25)でした。

1年間の結果は、平均値2.40%、中央値2.42%、最大値6.63%、最小値0.00%でした。

2023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. 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.8 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。

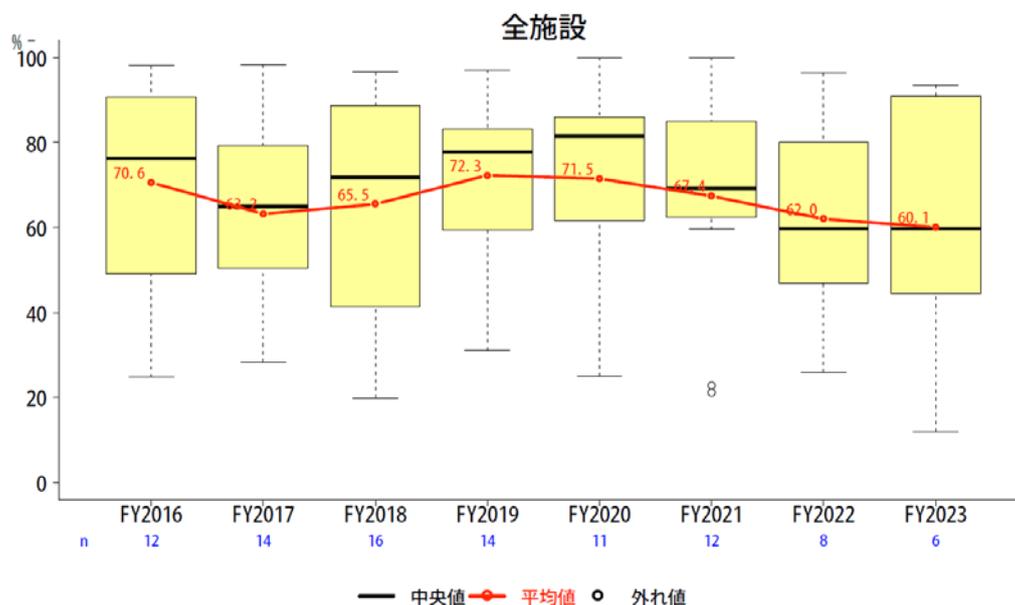
分子:	HbA1c(NGSP)の最終値が 8.0%未満の入院患者数
分母:	糖尿病の薬物治療を入院で 30 日以上投与されている入院患者数
分母除外:	運動療法または食事療法のための糖尿病患者
収集期間:	3ヶ月毎

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19施設で、提出割合は24.0%(6/25, 前年比-6.8)でした。

1年間の結果は、平均値60.1%(前年比-1.9)、中央値59.7%(前年比±0)、最大値93.5%(前年比-2.8)、最小値11.9%(前年比-14.0)でした。

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.9 療養病床における 降圧薬服用患者の血圧コントロール

指標の説明・定義

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

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

分子： 血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数

分母： 入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数

分母除外： 透析患者

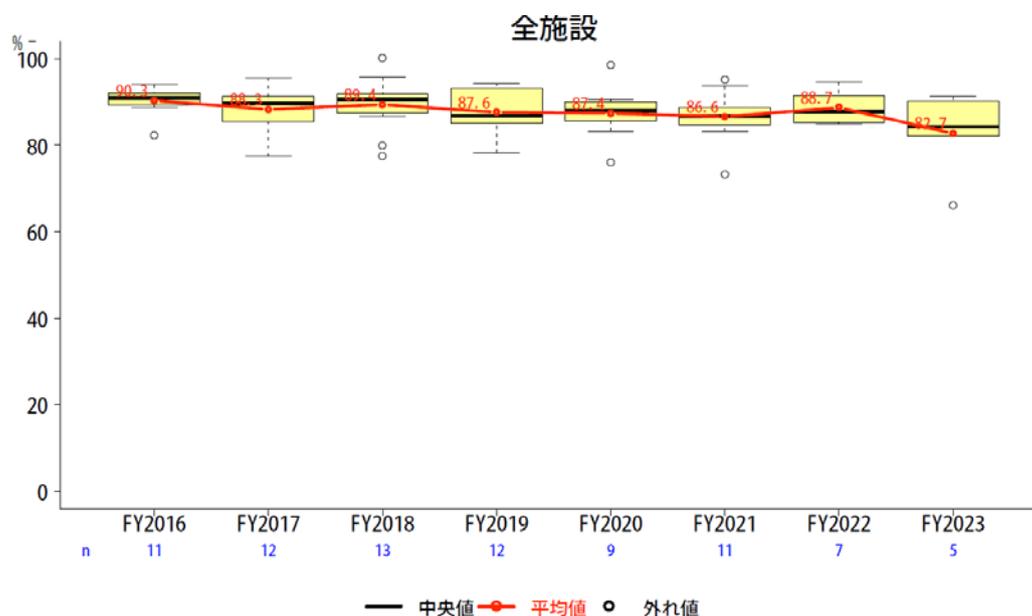
収集期間： 3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 20 施設で、提出割合は 20.0% (5/25, 前年比-6.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 82.7% (前年比-5.9)、中央値 84.2% (前年比-3.6)、最大値 91.3% (前年比-3.3)、最小値 66.0% (前年比-18.8) でした。

提出施設数が徐々に減少しているため、提出できない理由を調査する予定です。

参考文献

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

No.10 急変時や終末期における インフォームドコンセント実施率

指標の説明・定義

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

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

分母： 全入院患者数

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

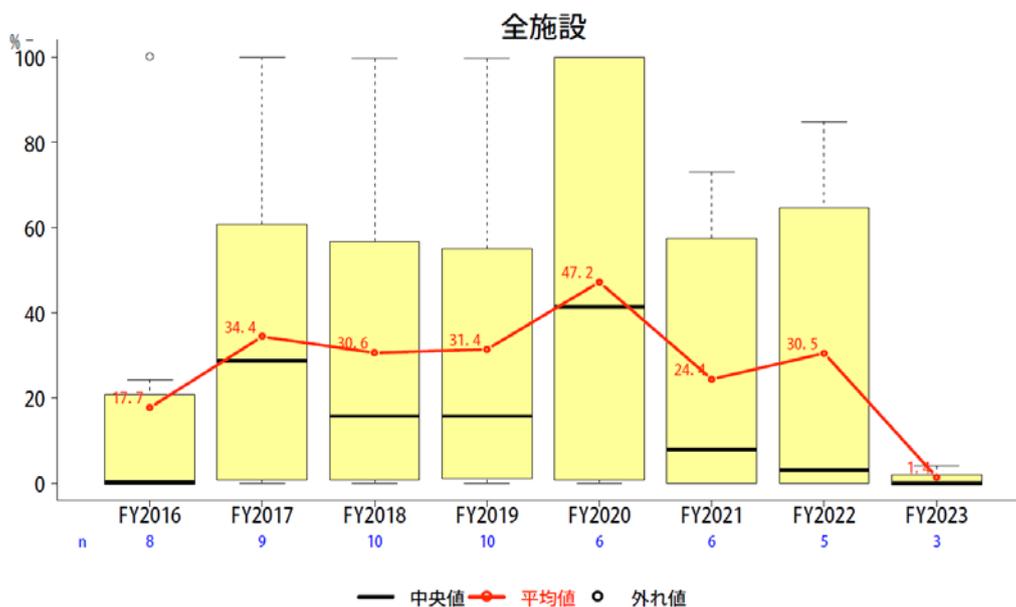
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 12.0% (3/25, 前年比-7.2) でした。

1 年間の結果は、平均値 1.4% (前年比-29.1)、中央値 0.0% (前年比-3.1)、最大値 4.1% (前年比-80.8)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

提出施設数が徐々に減少しているため、提出できない理由を調査する予定です。

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
f 2017/12/06 available)

No.11-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.11-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.11-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.11-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.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」と回答した外来患者数

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.11-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.11-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

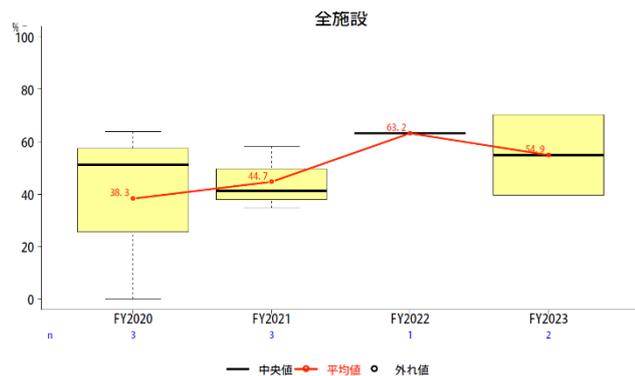
指標の種類・値の解釈

アウトカム

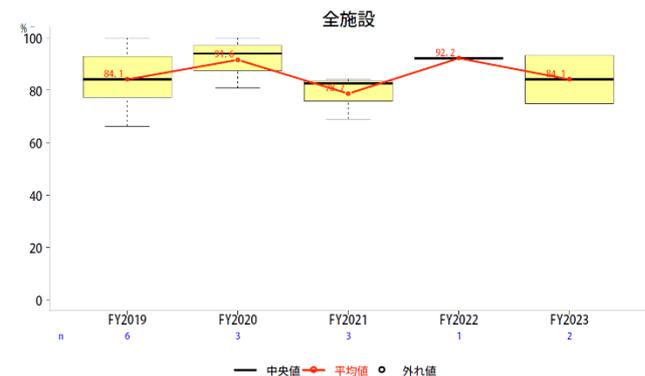
より高い値が望ましい

結果

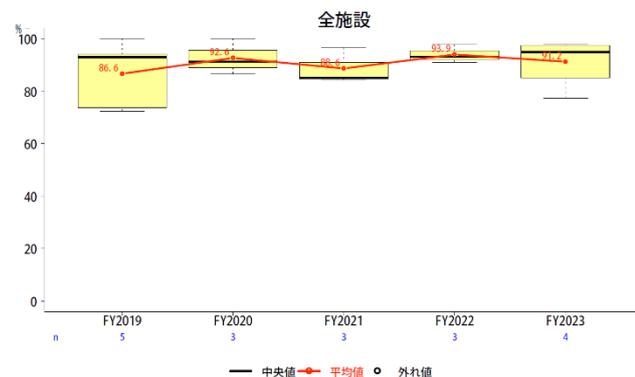
a) 総合評価(満足)



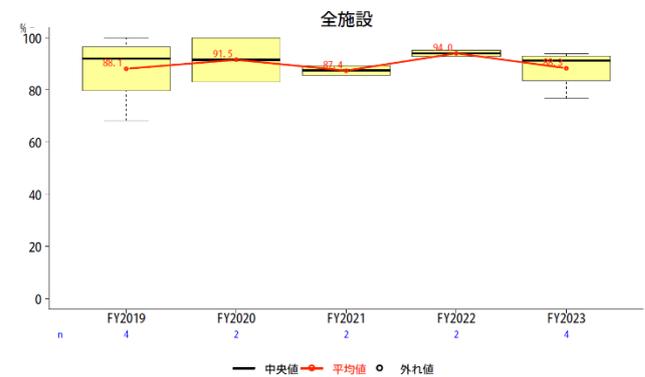
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.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23施設で、提出割合は8.0%(2/25, 前年比+4.2)でした。

満足のための1年間の結果は、平均値54.9%(前年比-8.3)、中央値54.9%(前年比-8.3)、最大値70.2%(前年比+7.0)、最小値39.6%(前年比-23.6)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値84.1%(前年比-8.1)、中央値84.1%(前年比-8.1)、最大値93.3%(前年比+1.1)、最小値75.0%(前年比-17.2)でした。

<No.11-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21施設で、提出割合は16.0%(4/25, 前年比+4.5)でした。

1年間の結果は、平均値 94.0% (前年比+6.6)、中央値 94.0% (前年比+6.6)、最大値 95.2% (前年比+6.0)、最小値 92.8% (前年比+7.2) でした。

<No.11-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 21 施設で、提出割合は 16.0% (4/25, 前年比+8.3) でした。

1年間の結果は、平均値 88.3% (前年比-5.7)、中央値 91.2% (前年比-2.8)、最大値 93.9% (前年比-1.3)、最小値 76.8% (前年比-15.9) でした。

2019年度から採用した項目で、まだ数施設しか提出できていません。提出が難しい理由を調査する必要があると考えていますが、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 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.12-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.12-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.12-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.12 この病院について総合的にはどう思われますか?>

分 子: No.12-a)分母のうち「満足」と回答した入院患者数

No.12-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.12-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.12-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

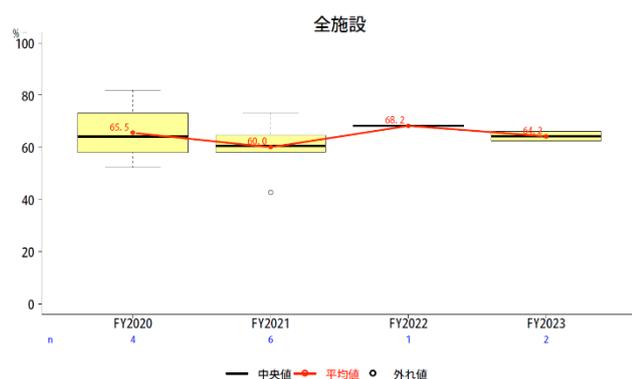
指標の種類・値の解釈

アウトカム

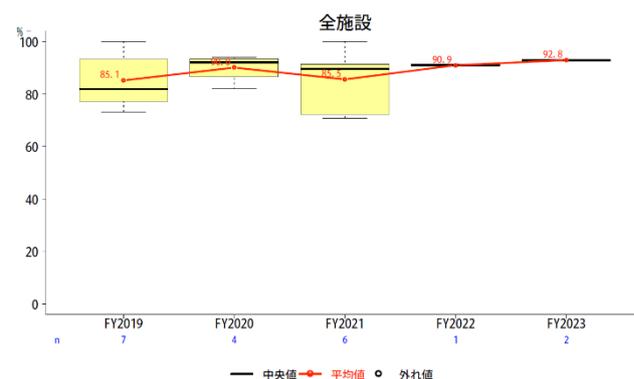
より高い値が望ましい

結果

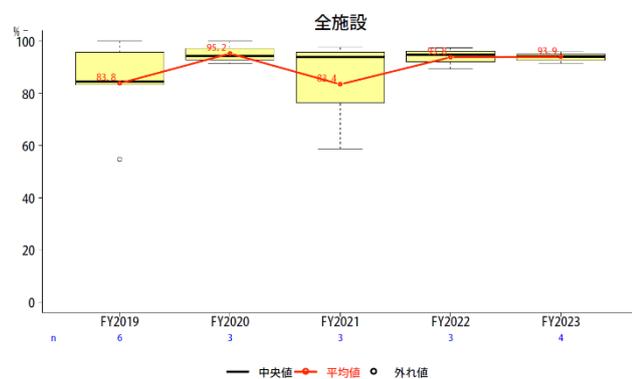
a) 総合評価(満足)



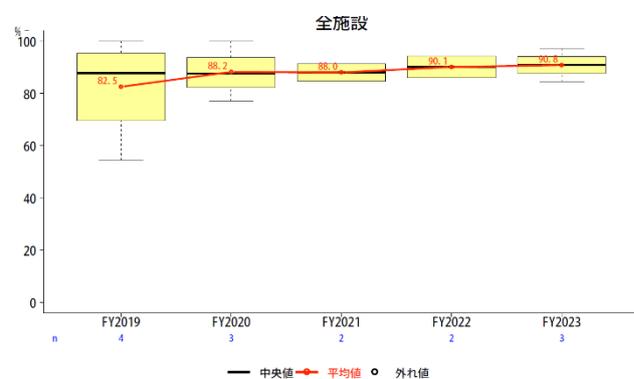
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.12- 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23施設で、提出割合は8.0%(2/25, 前年比+4.2)でした。

満足のための1年間の結果は、平均値64.2%(前年比-4.0)、中央値64.2%(前年比-4.0)、最大値66.1%(前年比-2.1)、最小値62.5%(前年比-5.9)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値92.8%(前年比+1.9)、中央値92.8%(前年比+1.9)、最大値92.9%(前年比+2.0)、最小値92.8%(前年比+1.8)でした。

<No.12-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21施設で、提出割合は16.0%(4/25, 前年比+4.5)でした。

1年間の結果は、平均値93.9%(前年比+0.1)、中央値94.1%(前年比-0.8)、最大値95.9%(前年比-1.4)、最小値91.5%(前年比+2.2)でした。

<No.12-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22施設で、提出割合は12.0%(3/25, 前年比+4.3)でした。

1年間の結果は、平均値90.8%(前年比+0.7)、中央値90.8%(前年比+0.7)、最大値97.1%(前年比+2.9)、最小値84.6%(前年比-1.5)でした。

2019年度から採用した項目で、まだ数施設しか提出できていません。提出が難しい理由を調査する必要があると考えていますが、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.13-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

No.13-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。

2021 年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022 年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

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.13-a>

分 子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×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.13-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

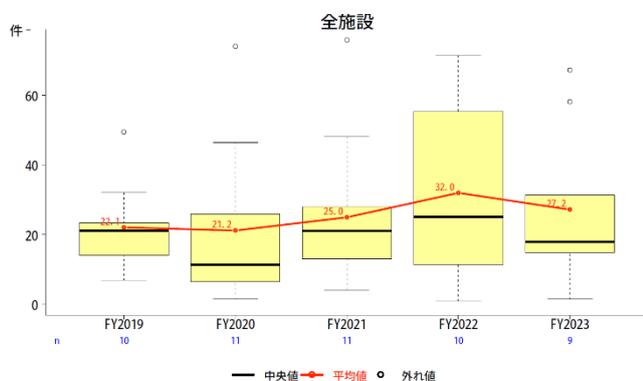
指標の種類・値の解釈

アウトカム

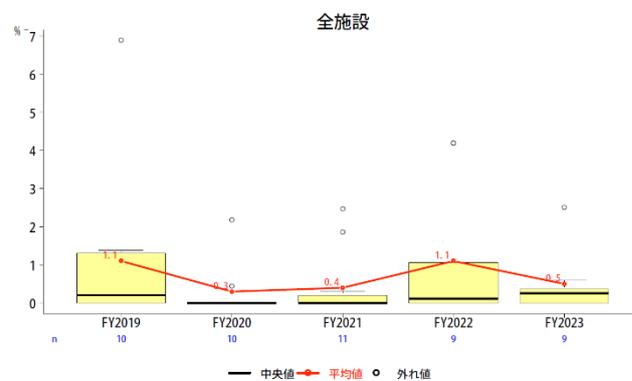
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.13-a 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは16施設で、提出割合は36.0% (9/25, 前年比-2.5) でした。1年間の結果は、平均値 27.2 件 (前年比-4.8)、中央値 18.0 件 (前年比-7.2)、最大値 67.1 件 (前年比-4.2)、最小値 1.5 件 (前年比+0.5) でした。

<No.13-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36.0% (9/25, 前年比+1.4) でした。1年間の結果は、平均値 0.5% (前年比-0.6)、中央値 0.3% (前年比+0.1)、最大値 2.5% (前年比-1.7)、最小値 0.0% (±0) でした。

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

参考文献

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

No.14 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

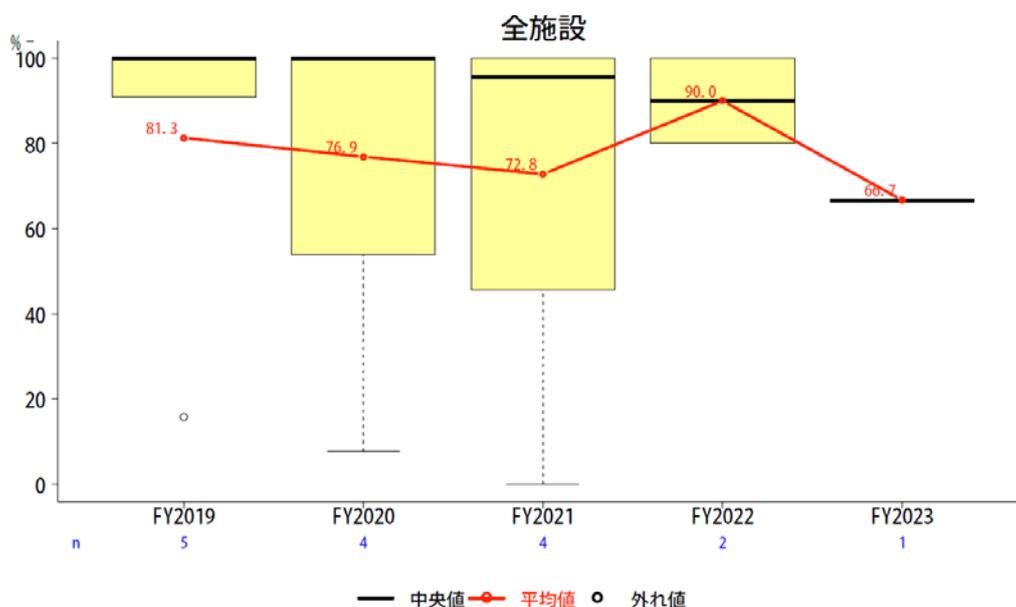
収集期間: 1ヶ月毎

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 24 施設で、提出割合は 4.0% (1/25, 前年比-3.7) でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ 1~5 施設しか提出できていません。提出施設数が伸び悩んでいるため、今後は指標の継続可否も含めて検討していく予定です。

参考文献

No.15 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

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、より安全と考える策定した指標です。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

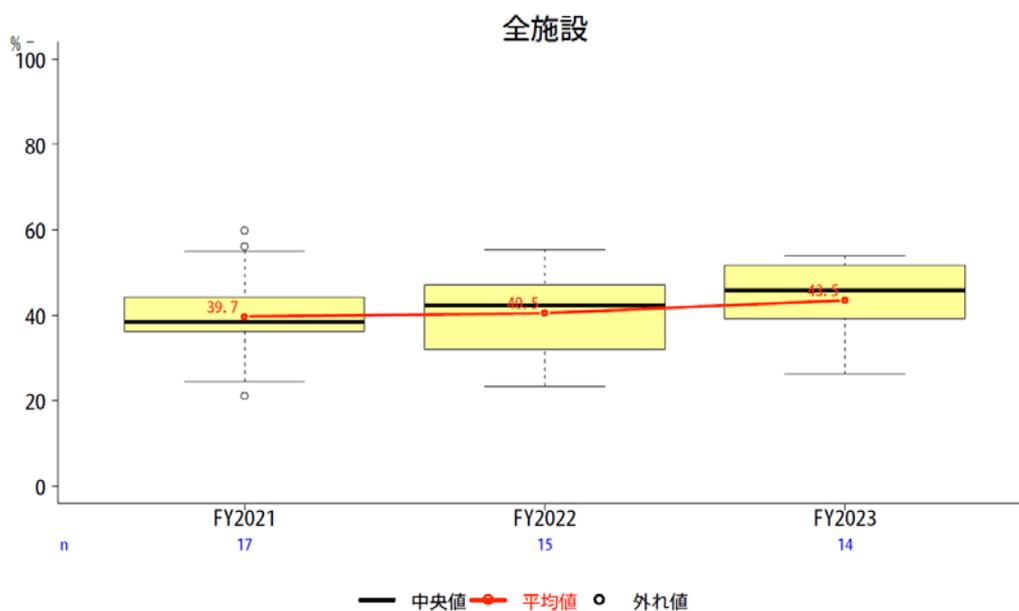
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

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 43.5% (前年比+3.0)、中央値 45.8% (前年比+3.5)、最大値 54.0% (前年比-1.5)、最小値 26.2% (前年比+2.9) 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.16 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

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

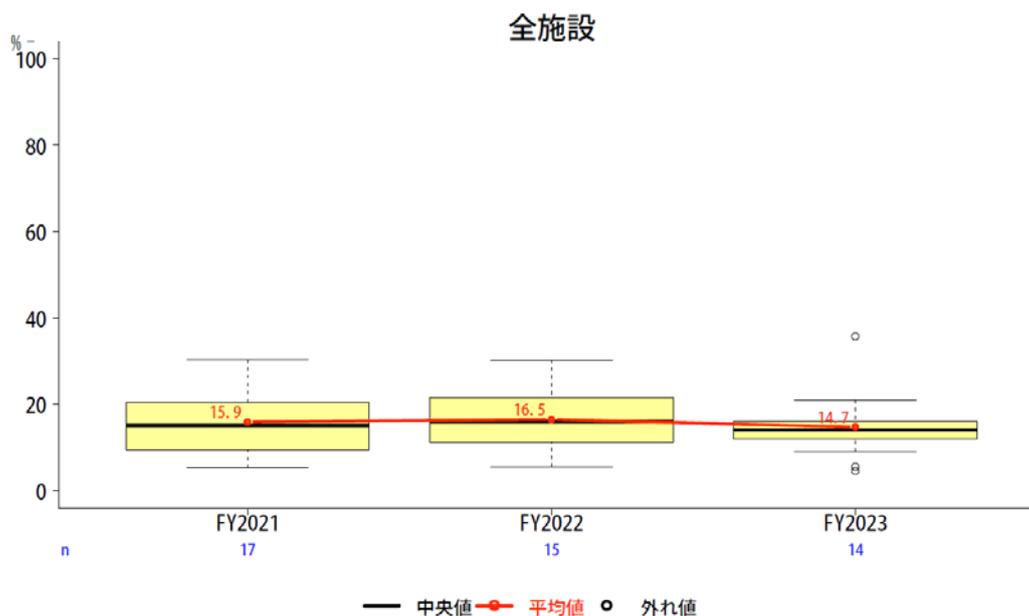
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

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 14.7% (前年比-1.8)、中央値 14.1% (前年比-1.9)、最大値 35.7% (前年比+5.4)、最小値 4.6% (前年比-0.9) 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

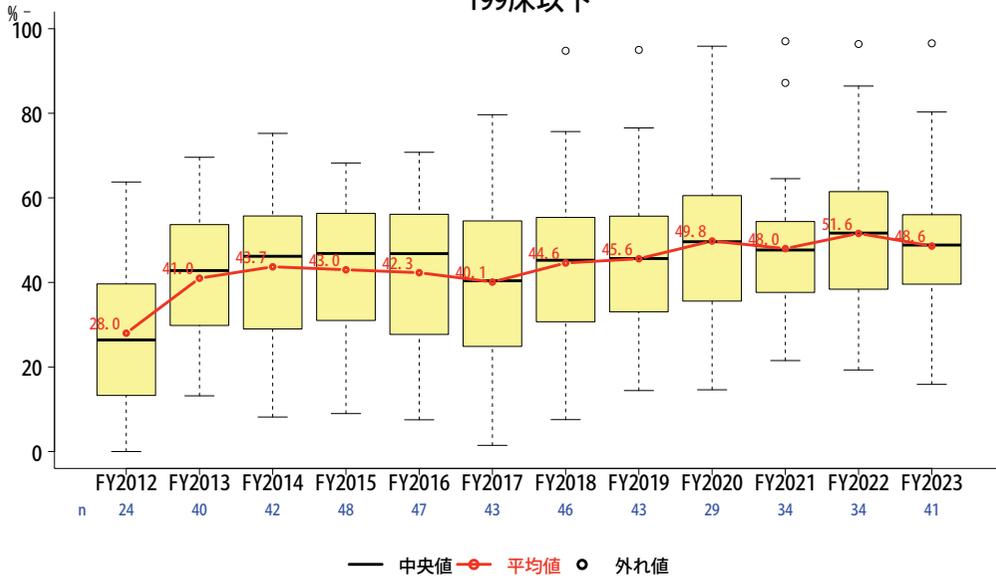
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015

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

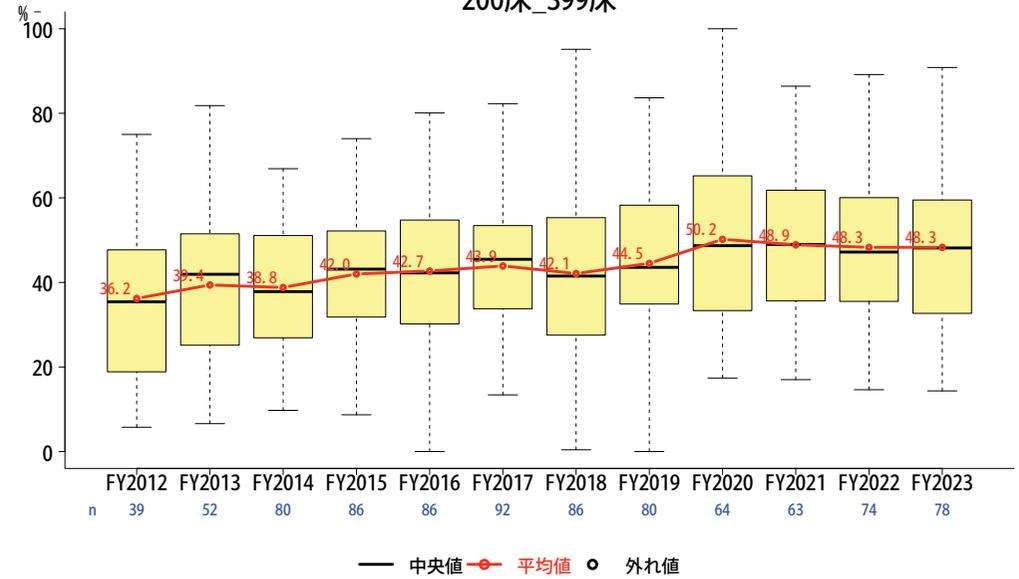
199床以下



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

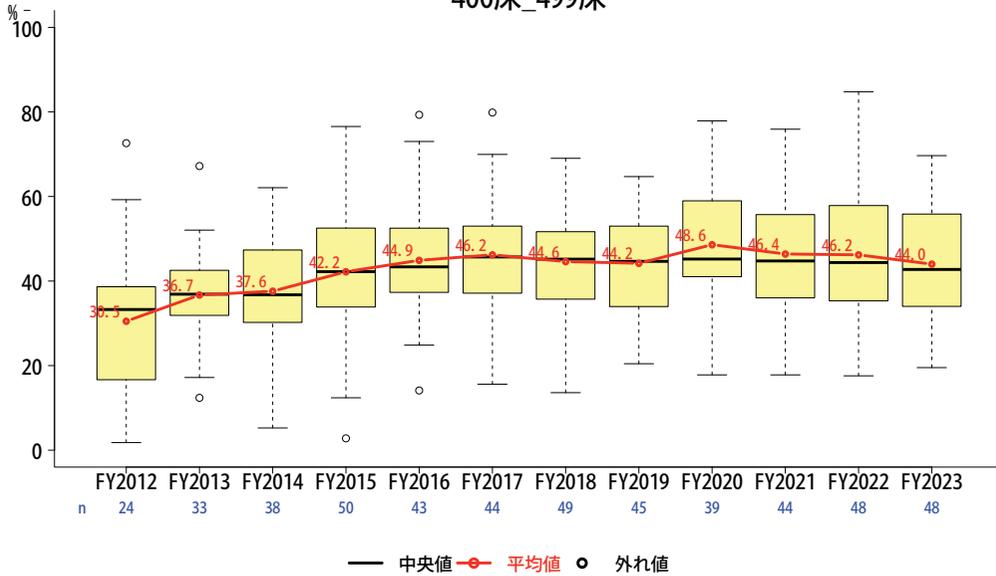
200床_399床



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

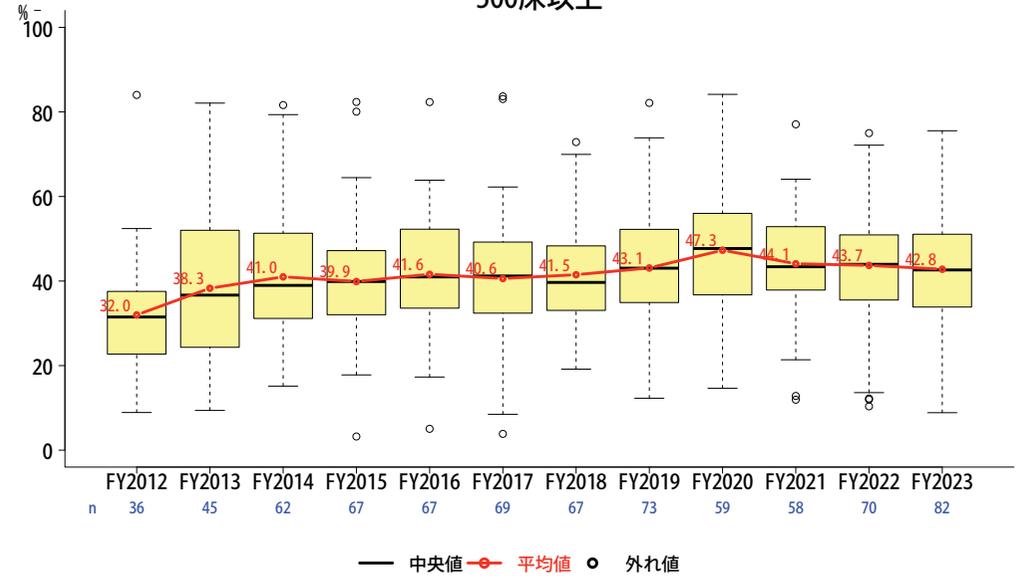
400床_499床



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

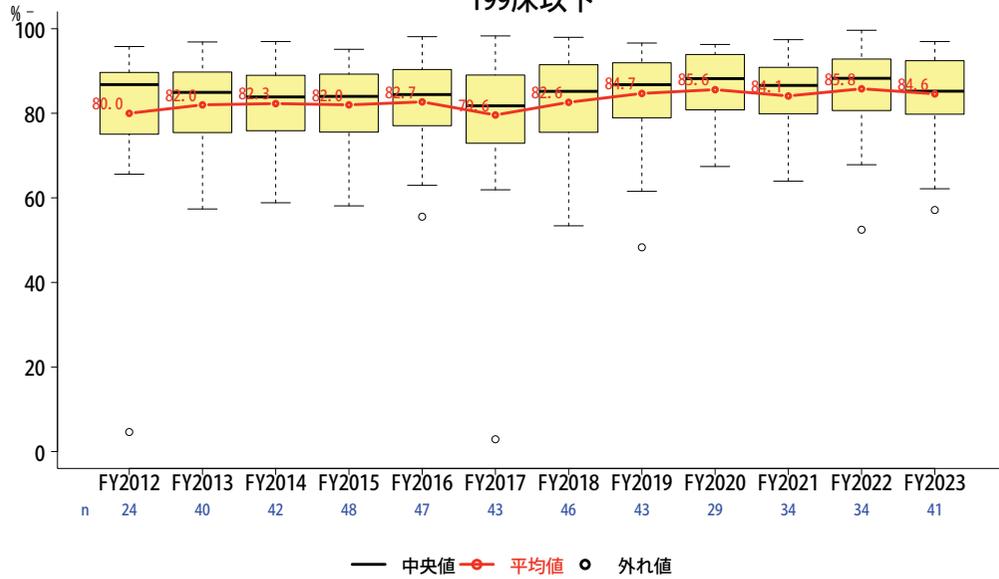
500床以上



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

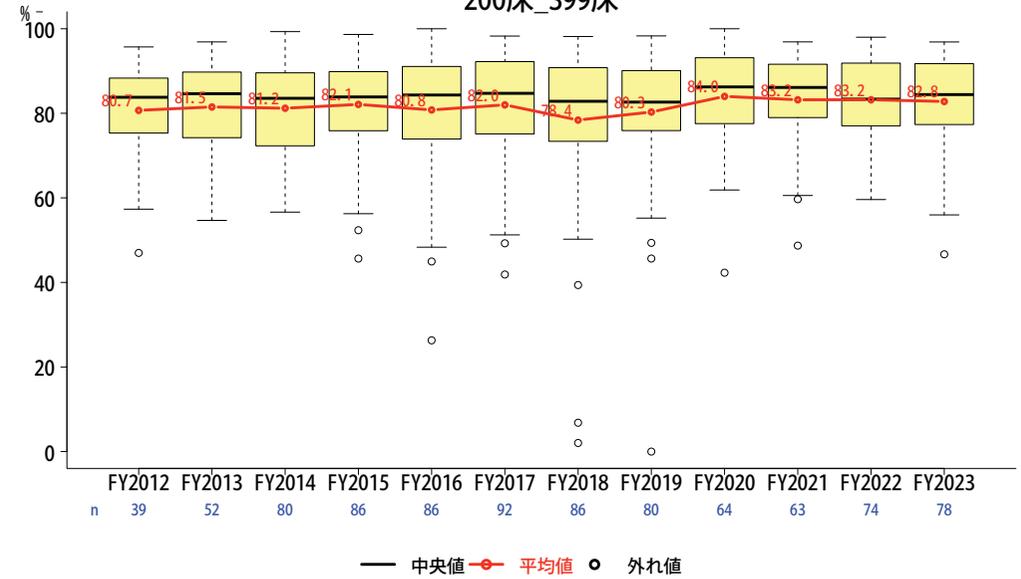
199床以下



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

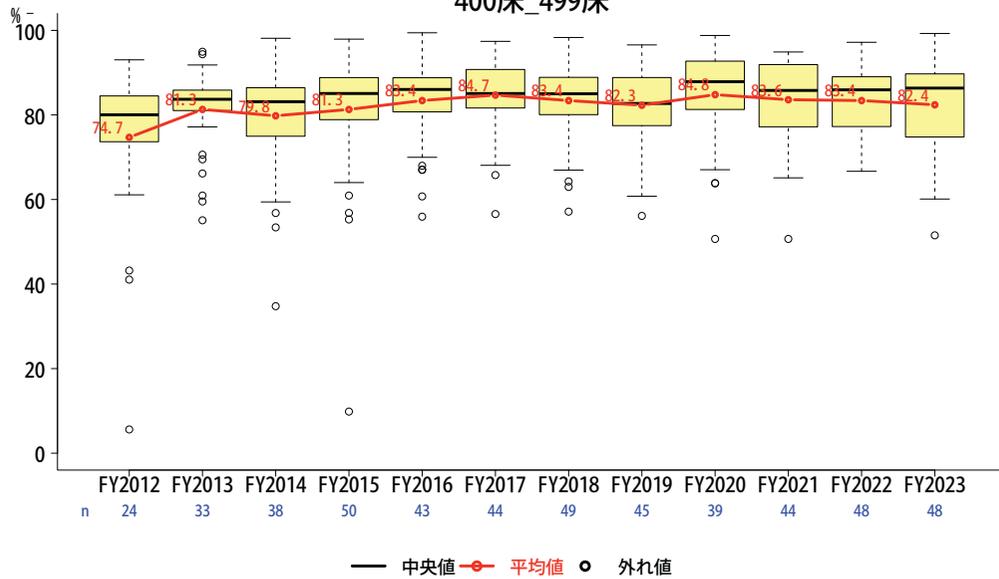
200床_399床



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

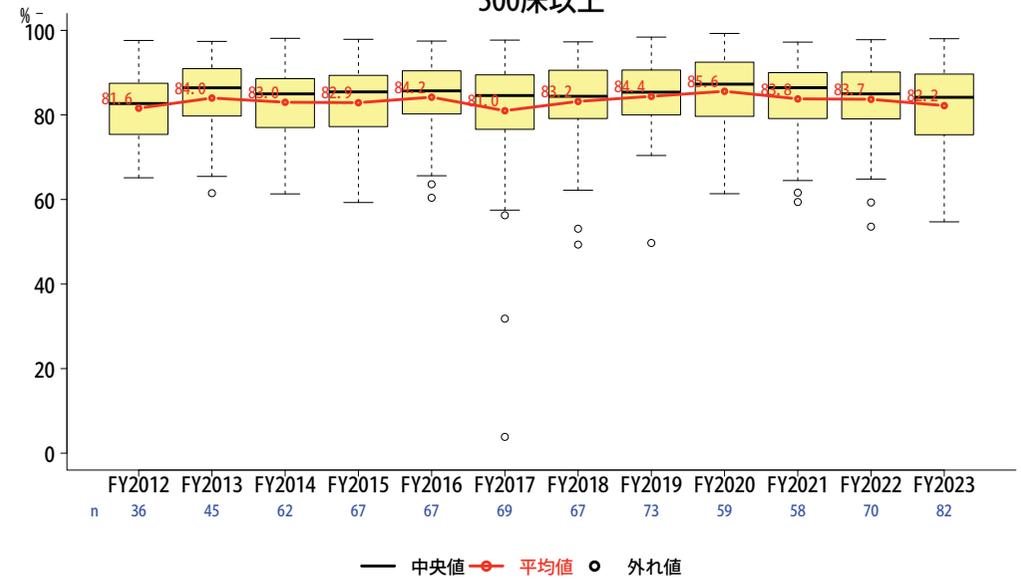
400床_499床



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

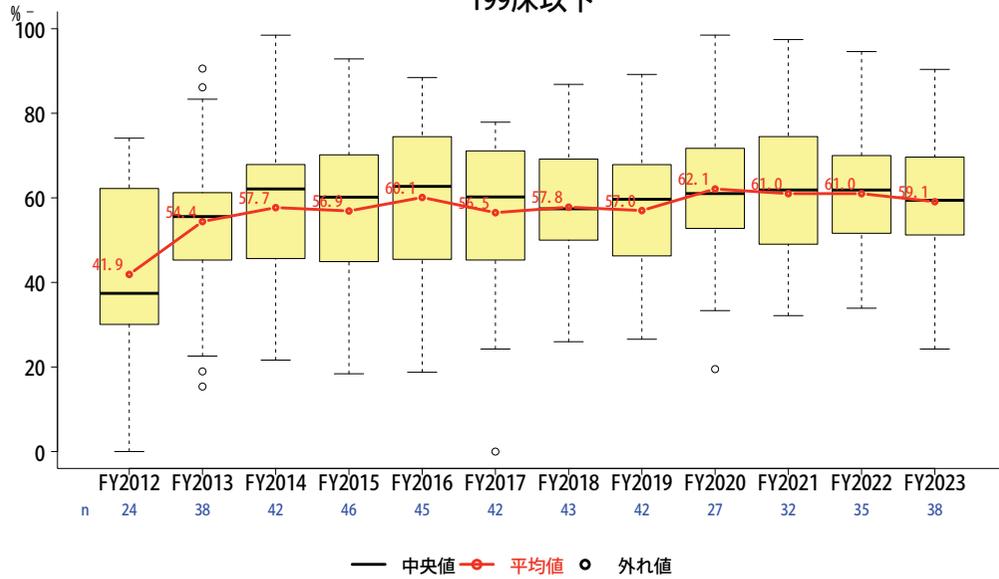
500床以上



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

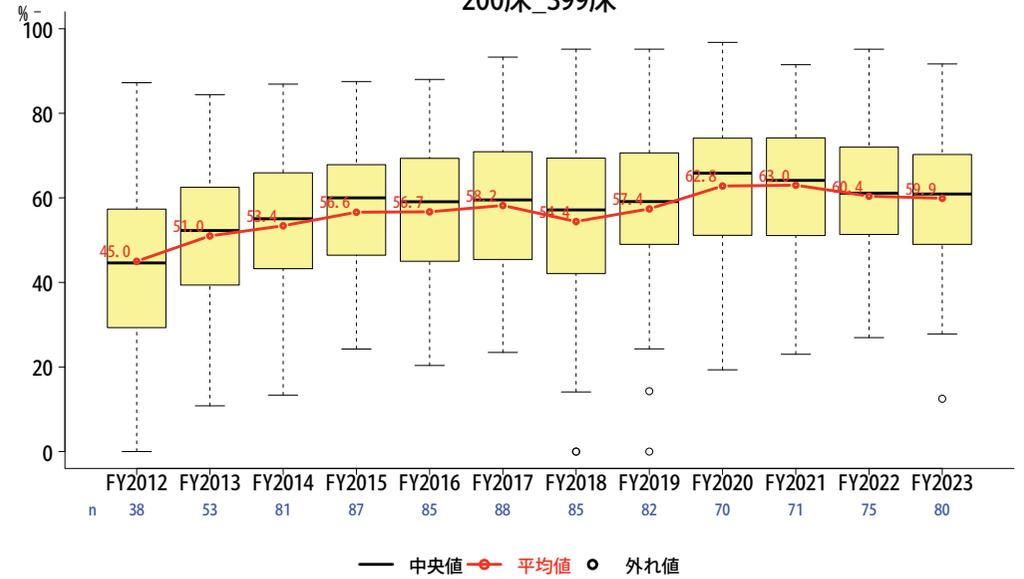
199床以下



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

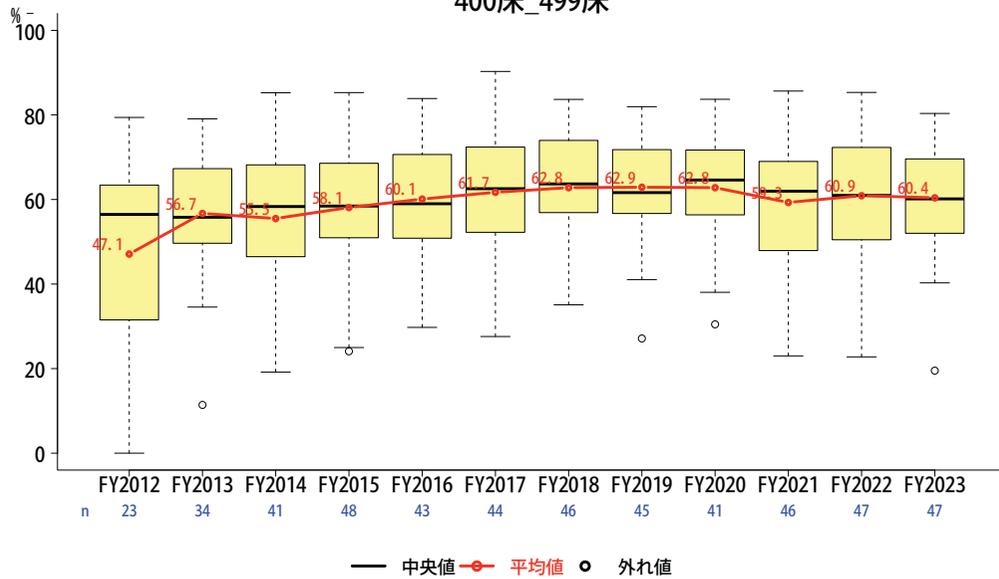
200床_399床



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

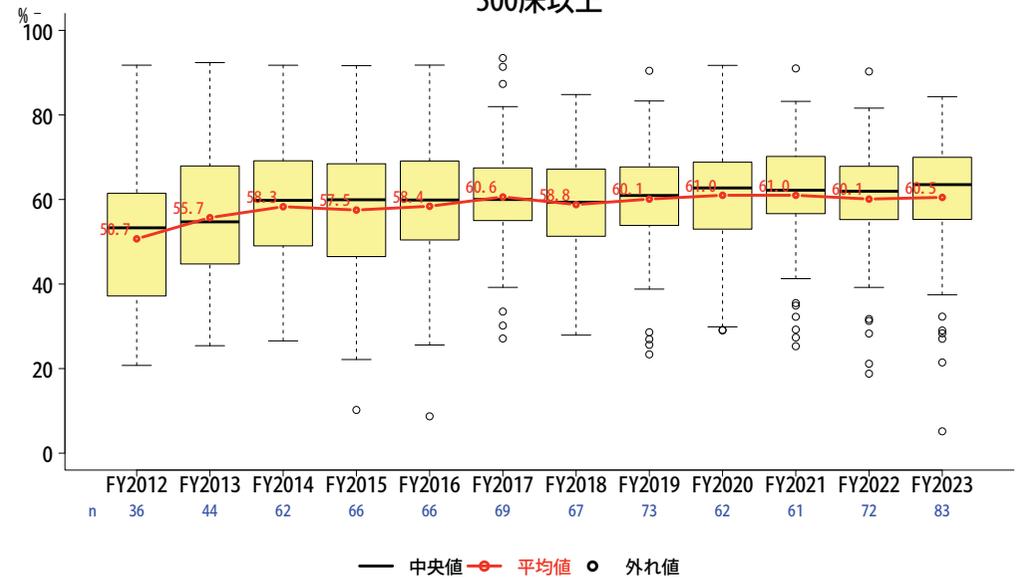
400床_499床



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

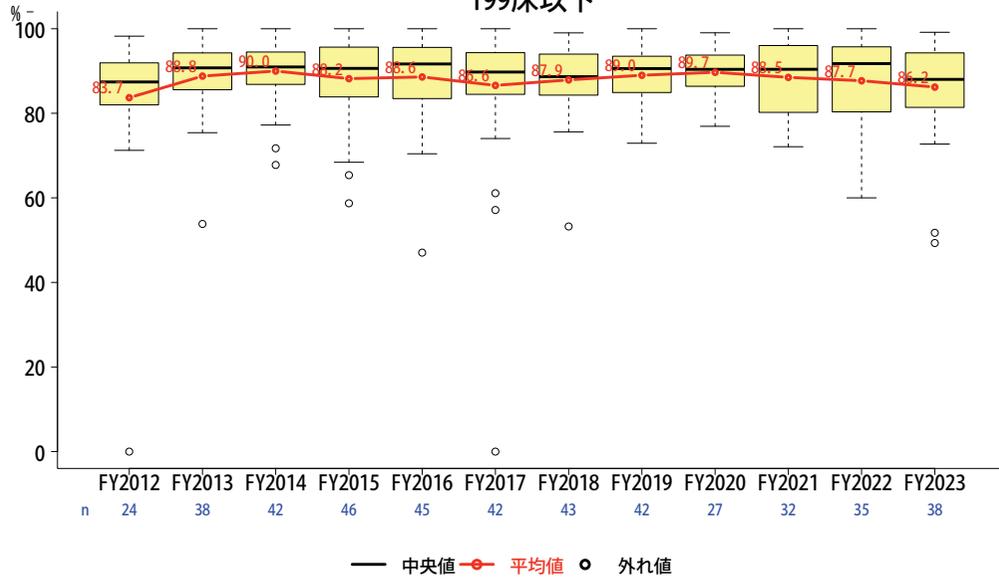
500床以上



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

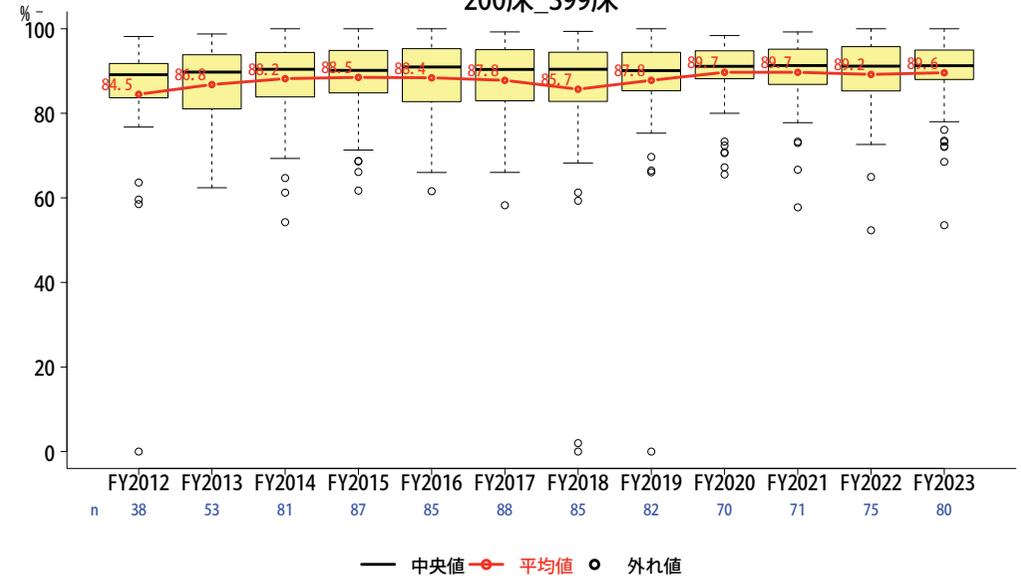
199床以下



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

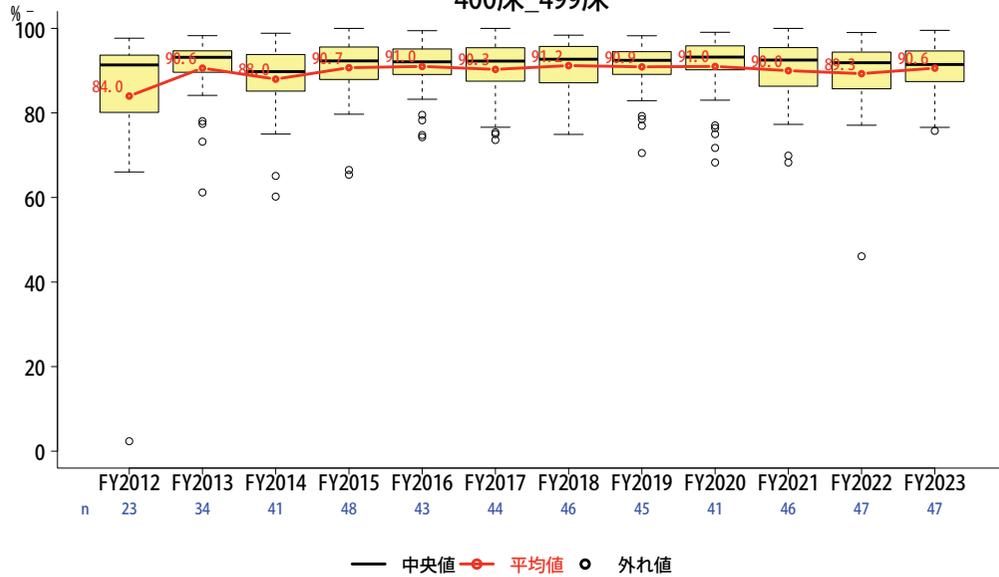
200床_399床



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

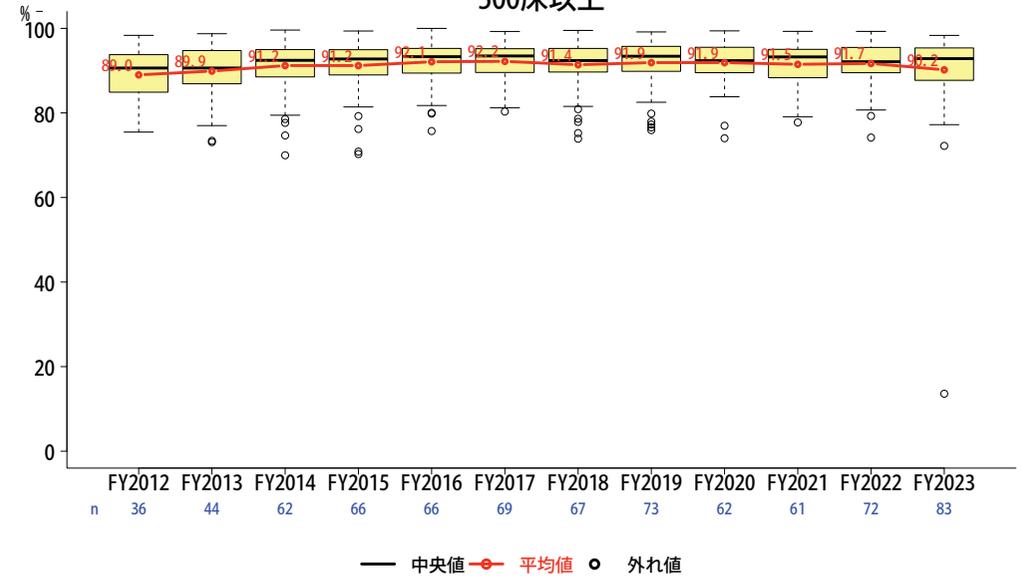
400床_499床



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

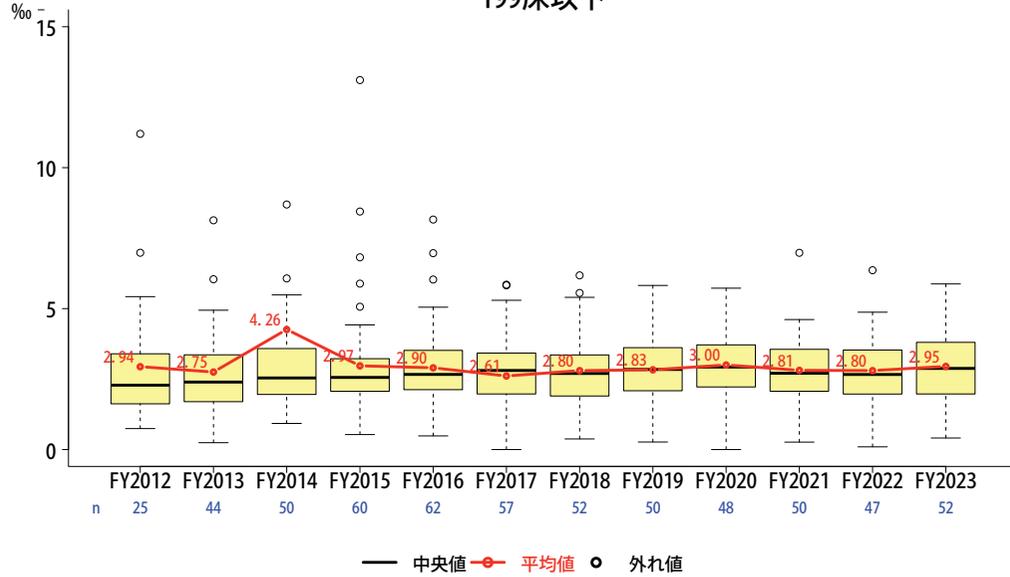
500床以上



一般-5 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

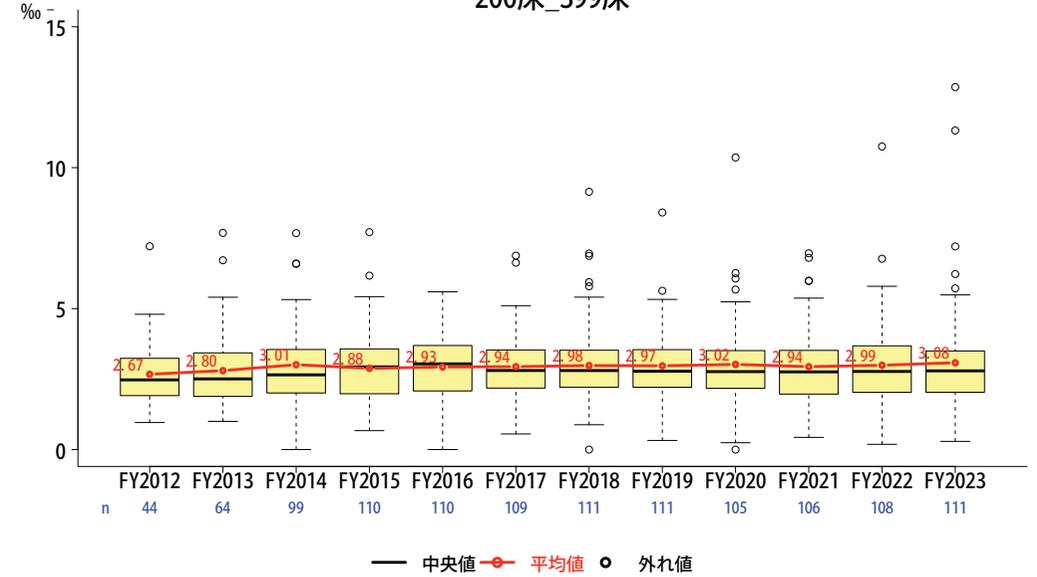
199床以下



一般-5 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

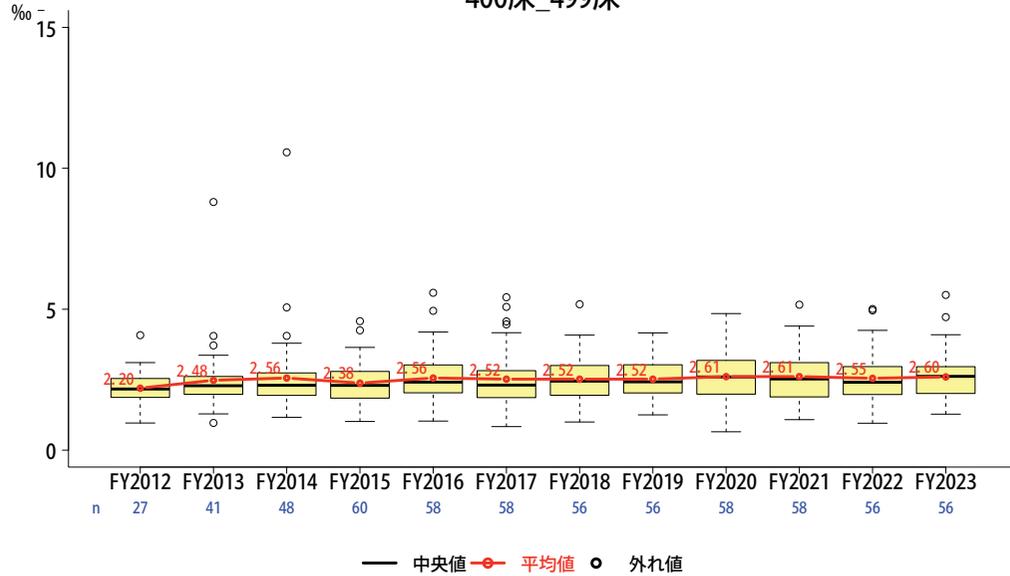
200床_399床



一般-5 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

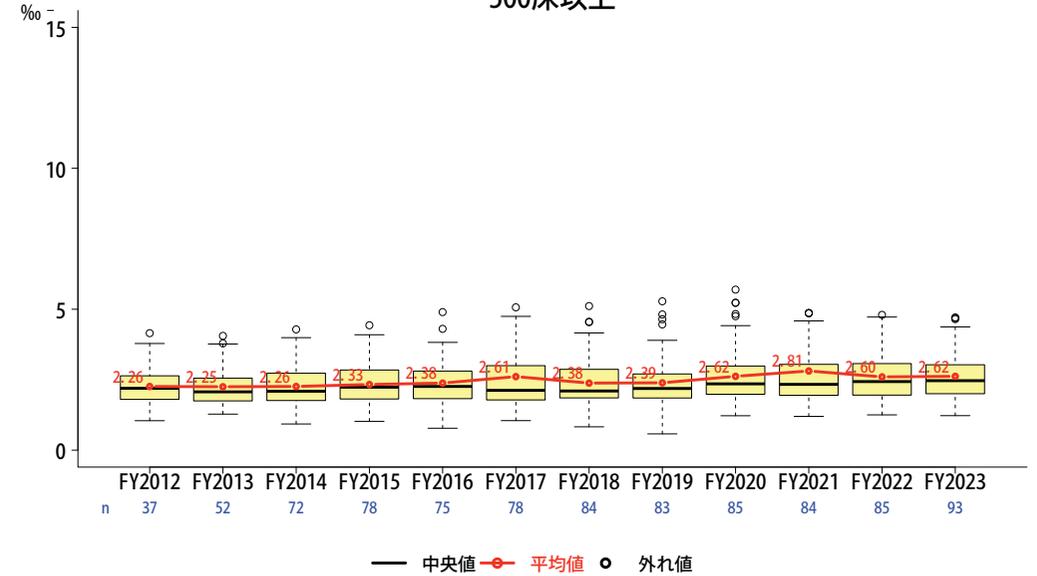
400床_499床



一般-5 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

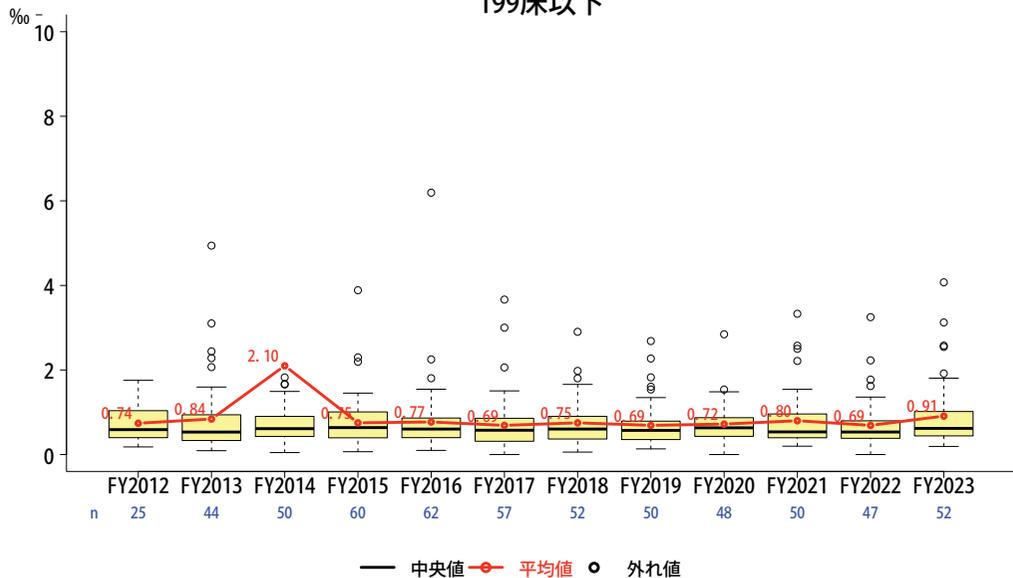
500床以上



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

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

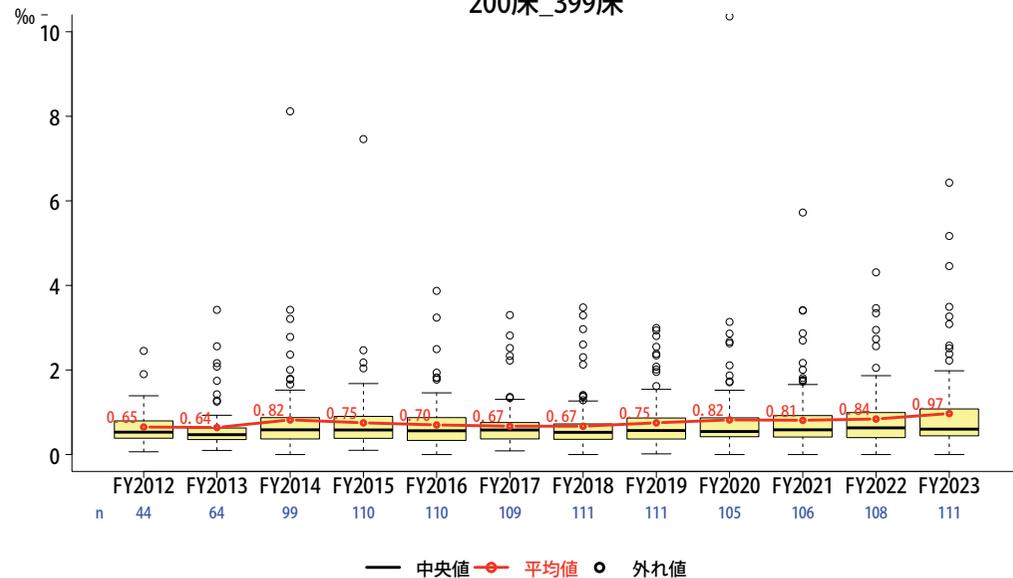
199床以下



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

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

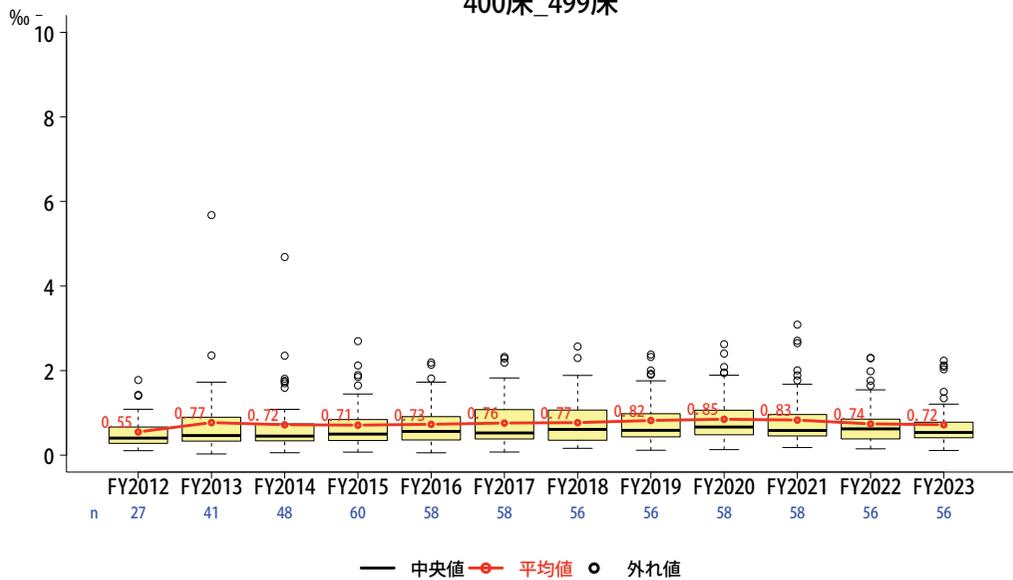
200床_399床



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

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

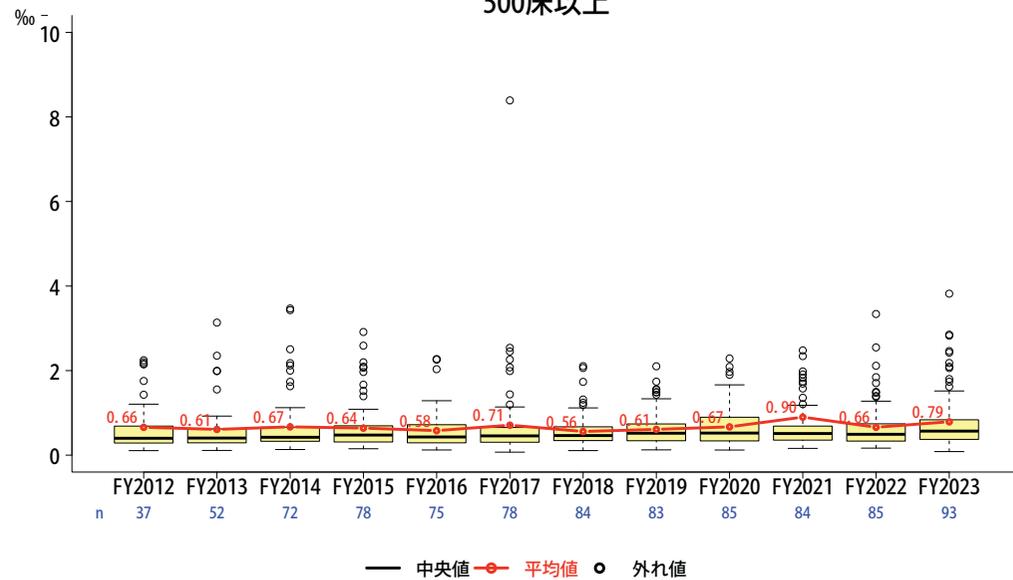
400床_499床



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

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

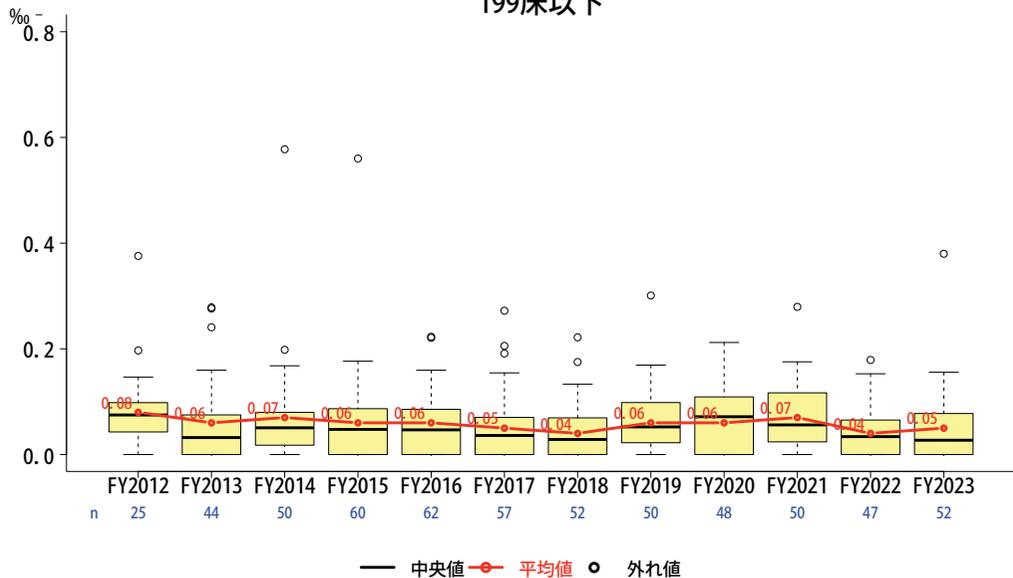
500床以上



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4以上）

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

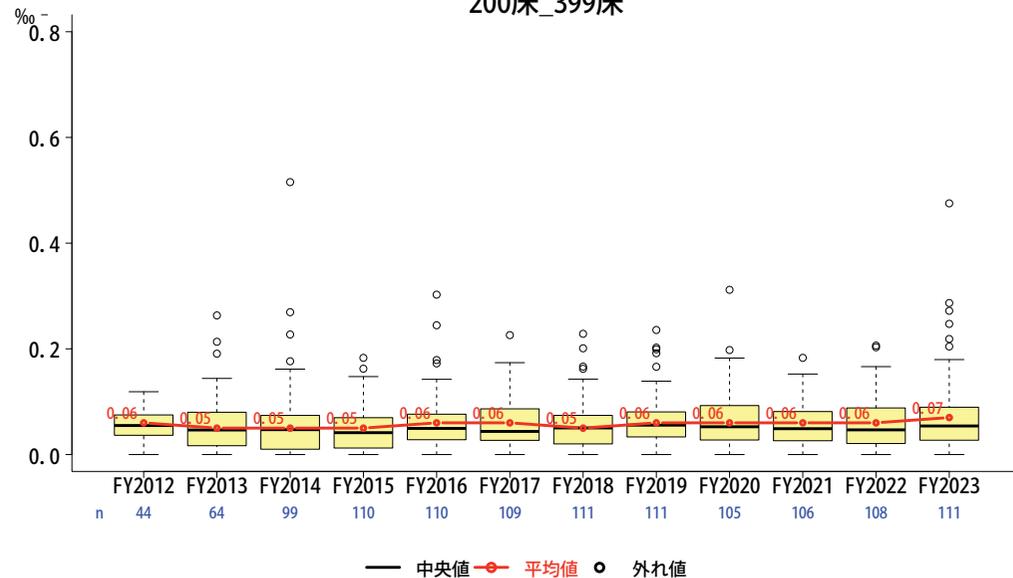
199床以下



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4以上）

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

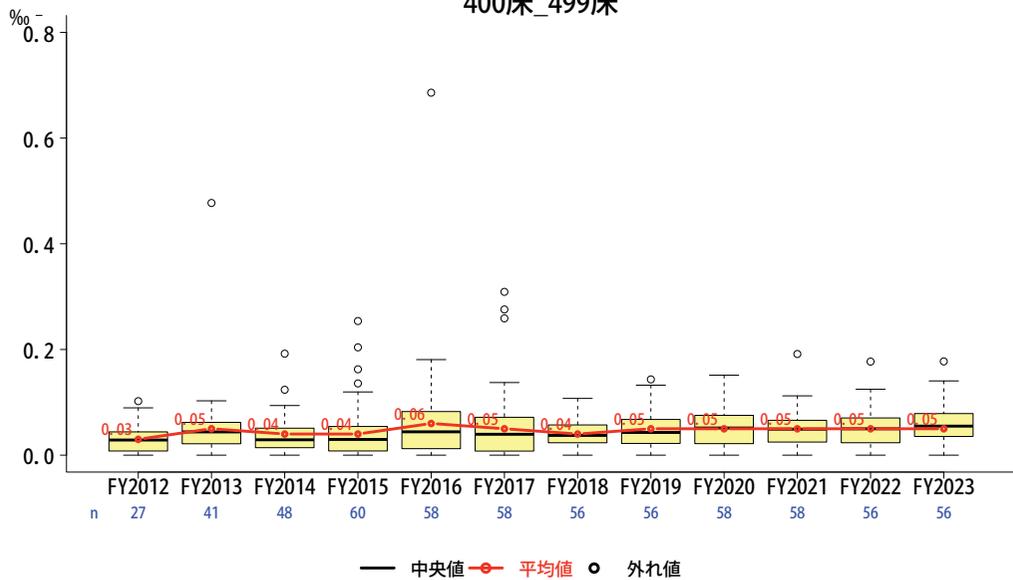
200床_399床



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4以上）

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

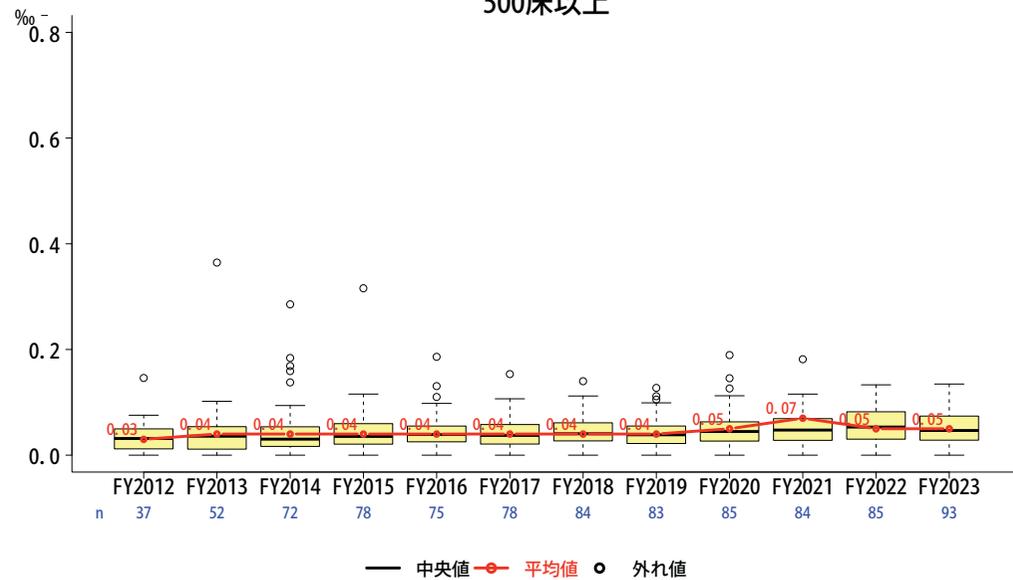
400床_499床



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4以上）

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

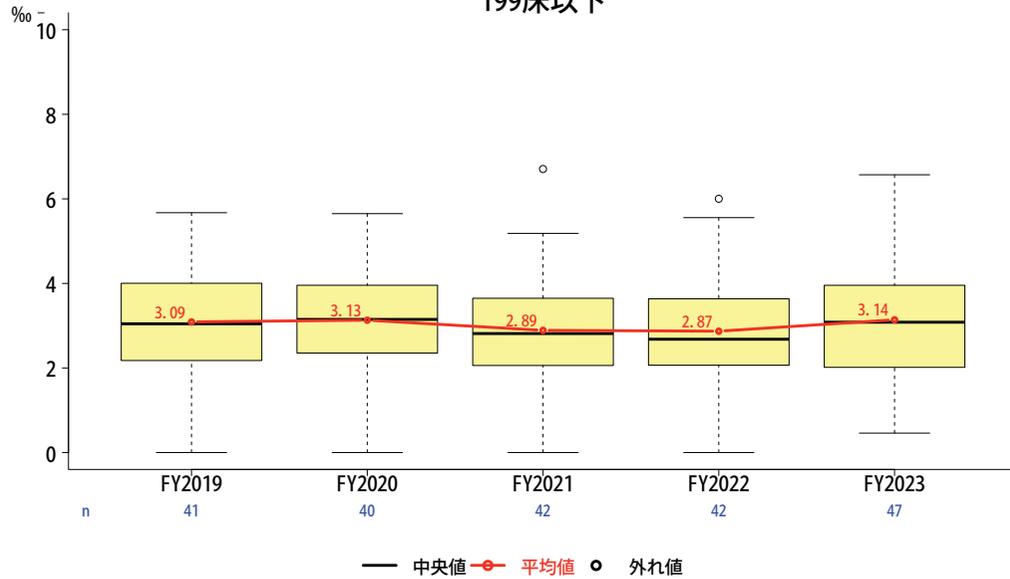
500床以上



一般-8 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

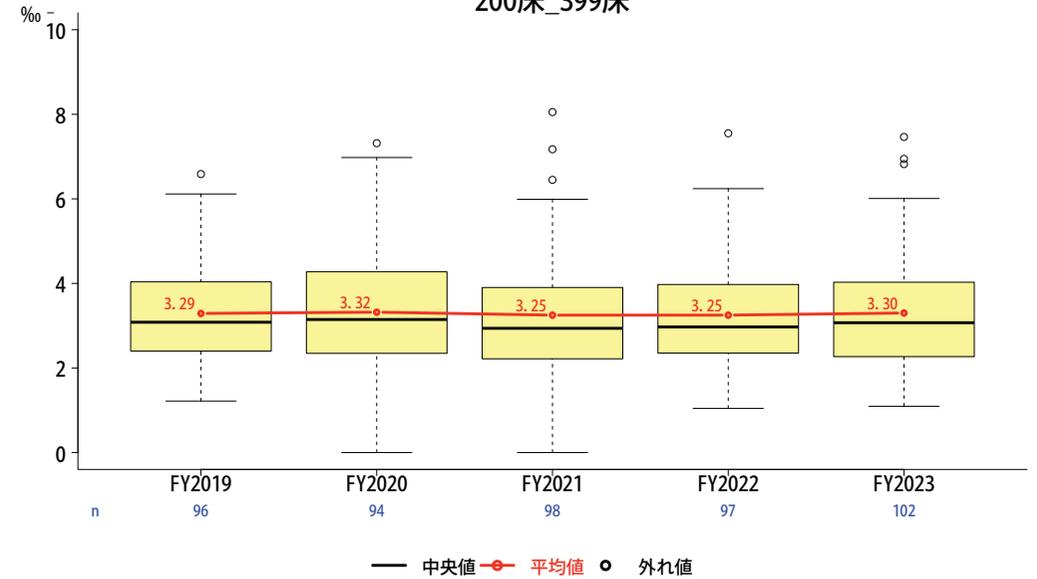
199床以下



一般-8 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

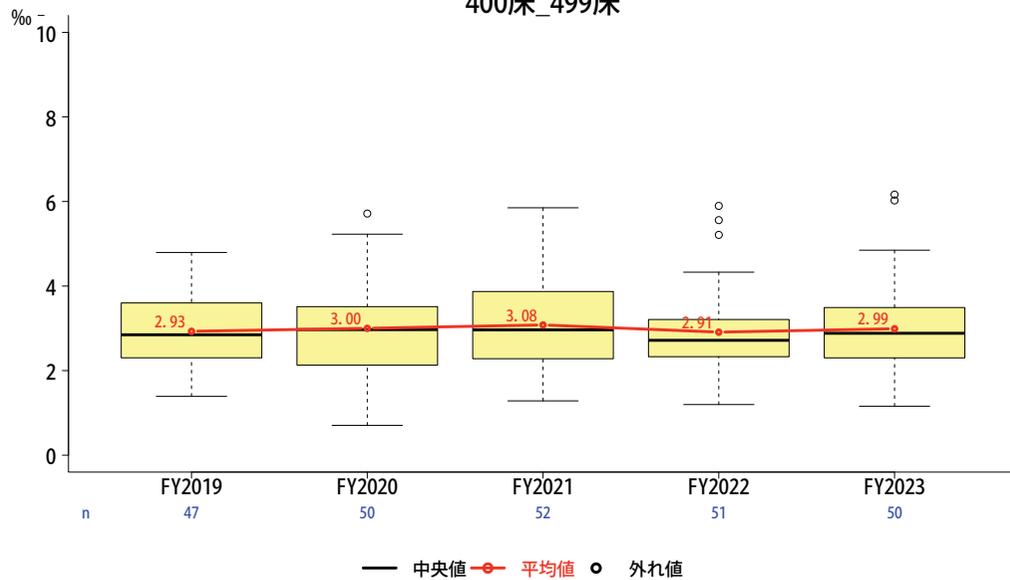
200床_399床



一般-8 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

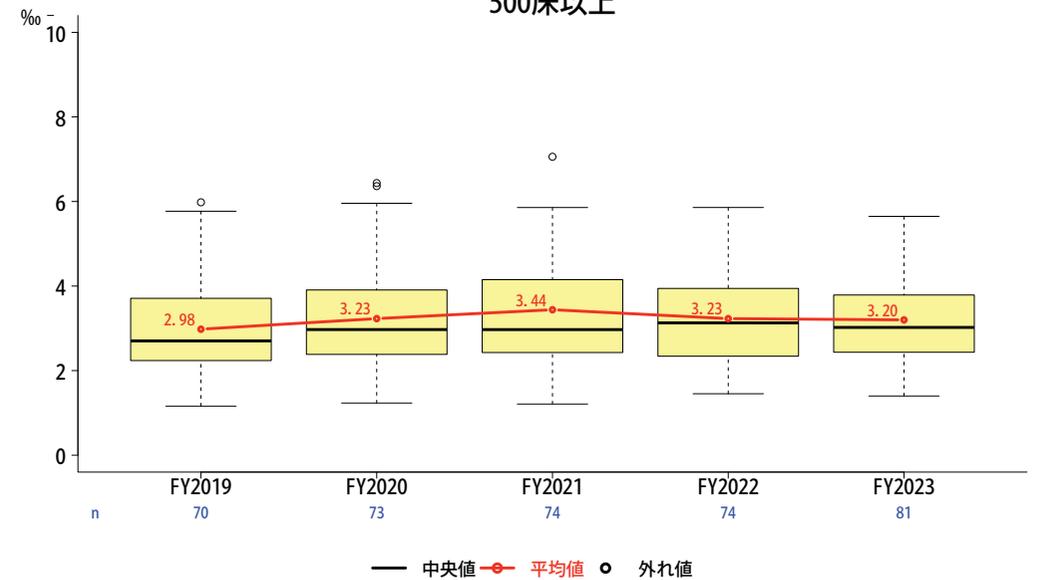
400床_499床



一般-8 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

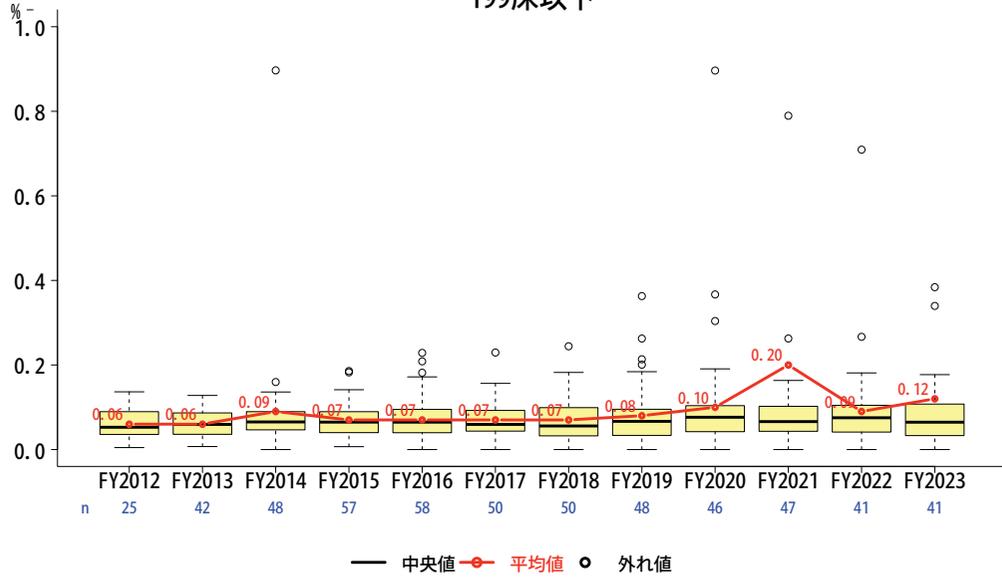
500床以上



一般-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

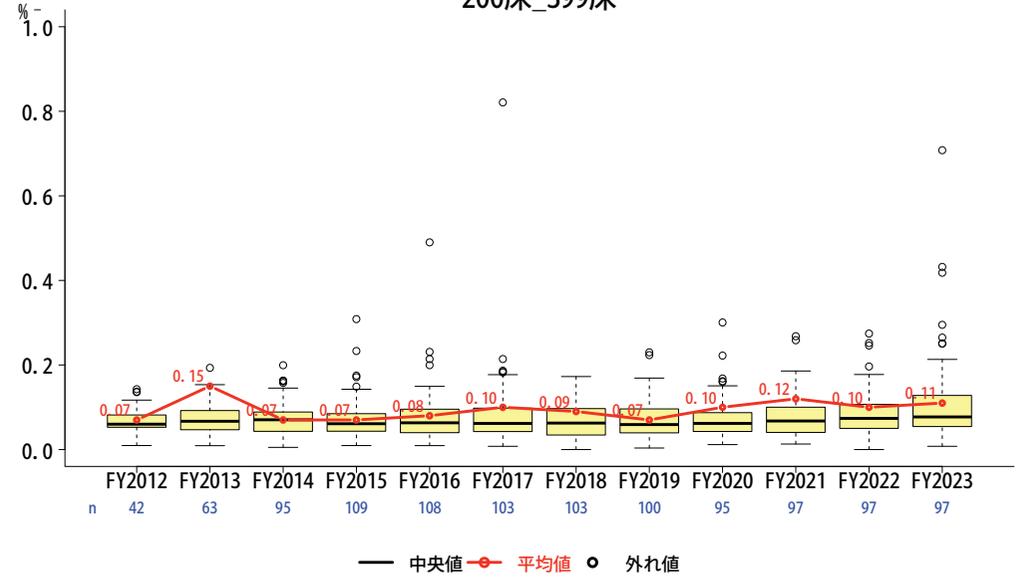
199床以下



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

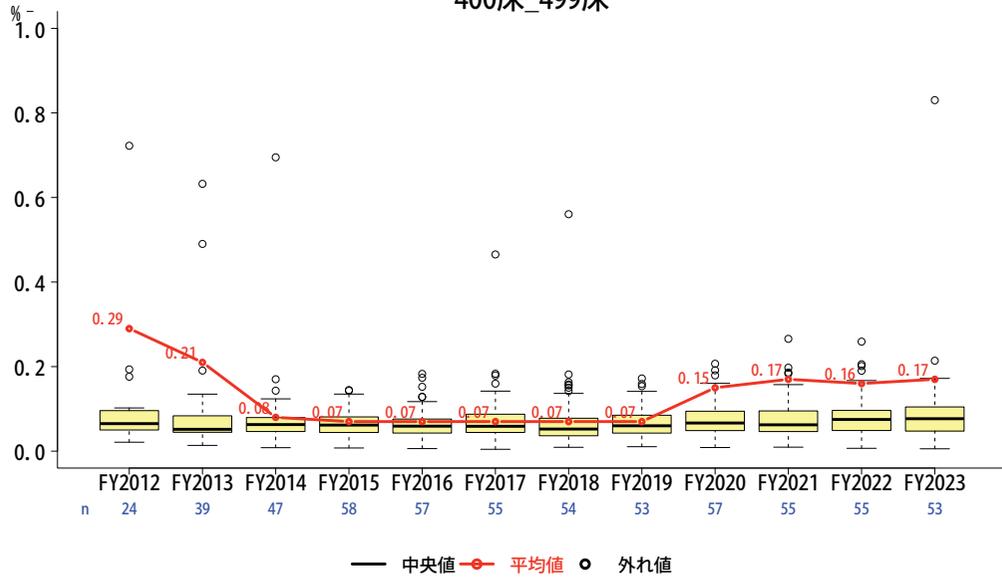
200床_399床



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

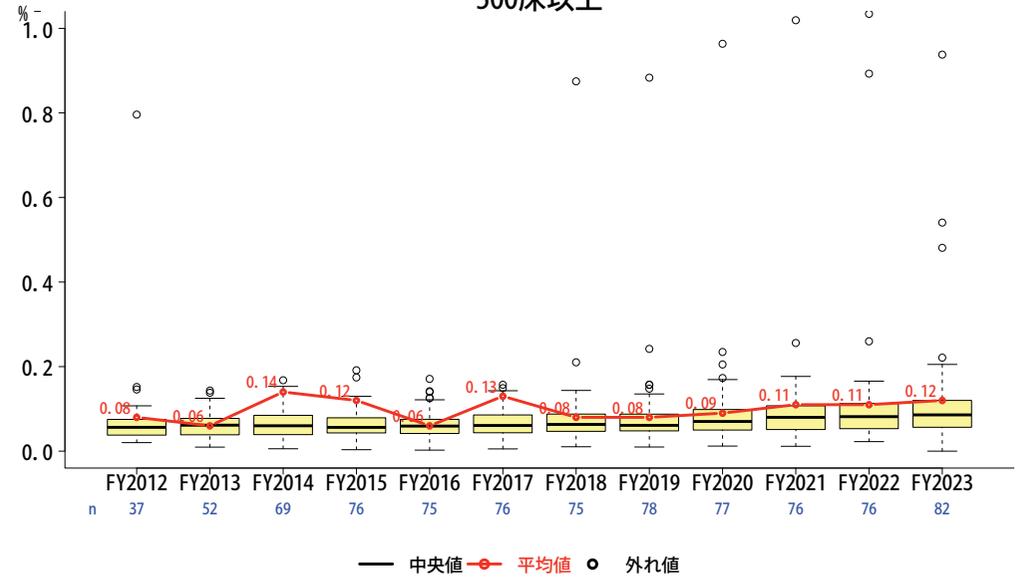
400床_499床



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

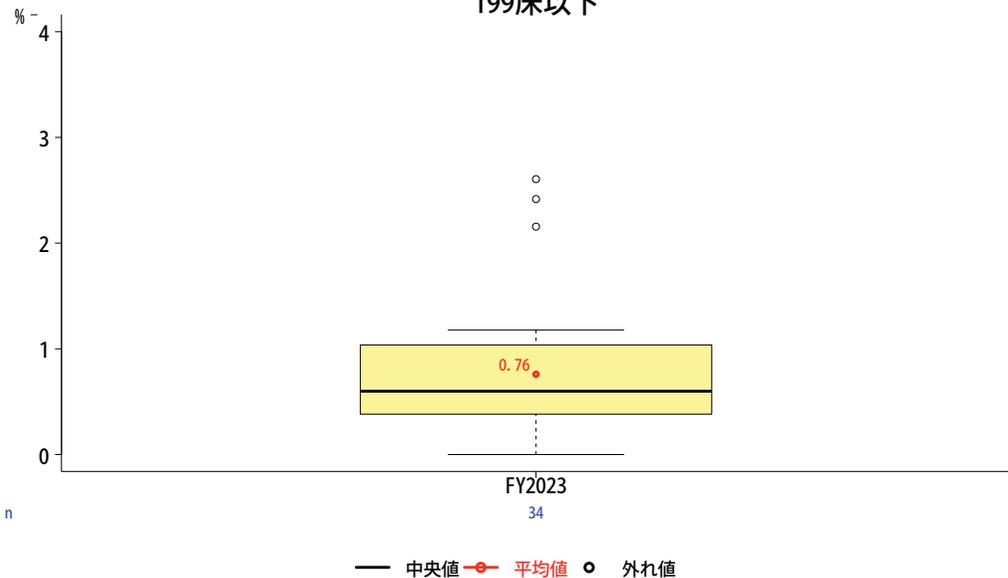
500床以上



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

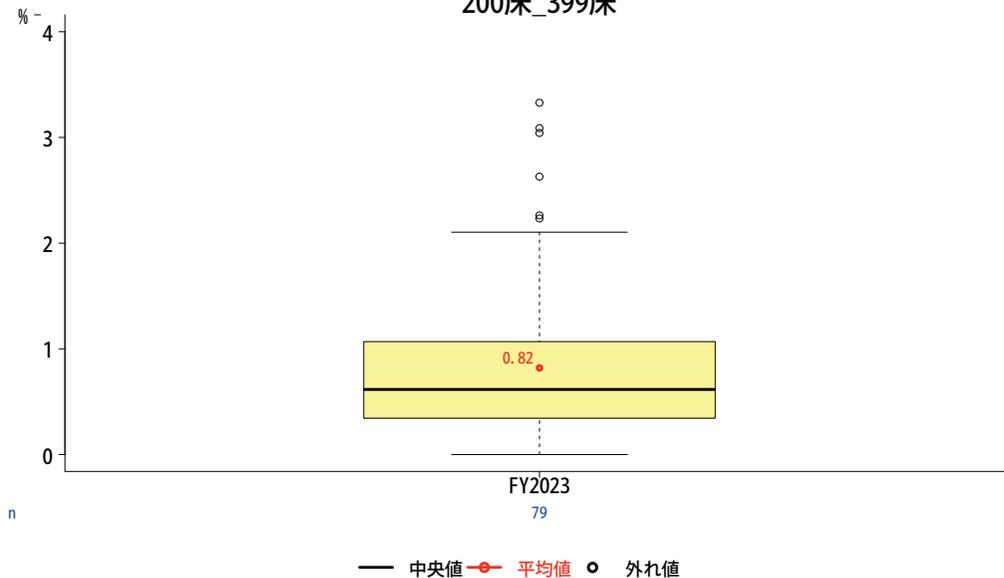
199床以下



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

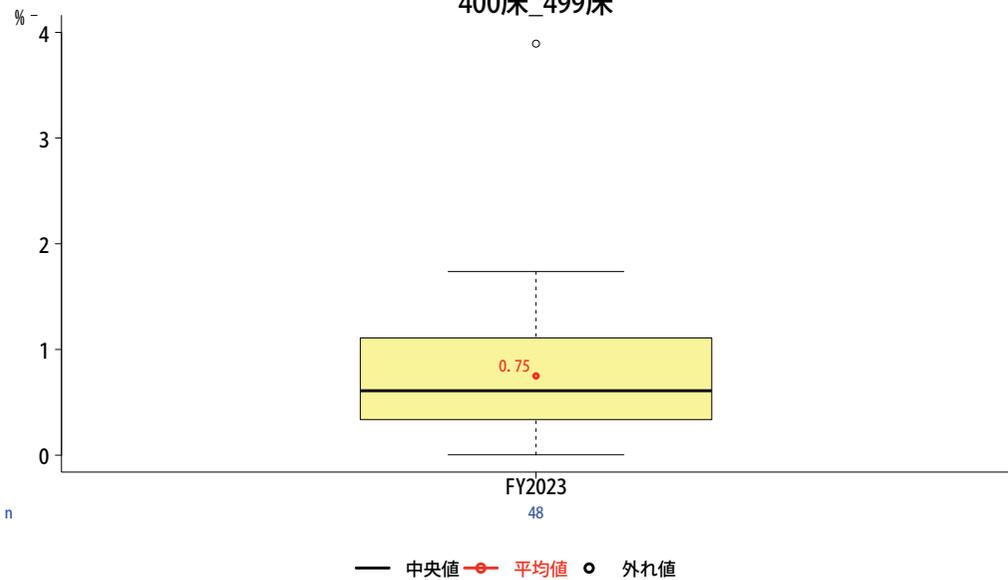
200床_399床



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

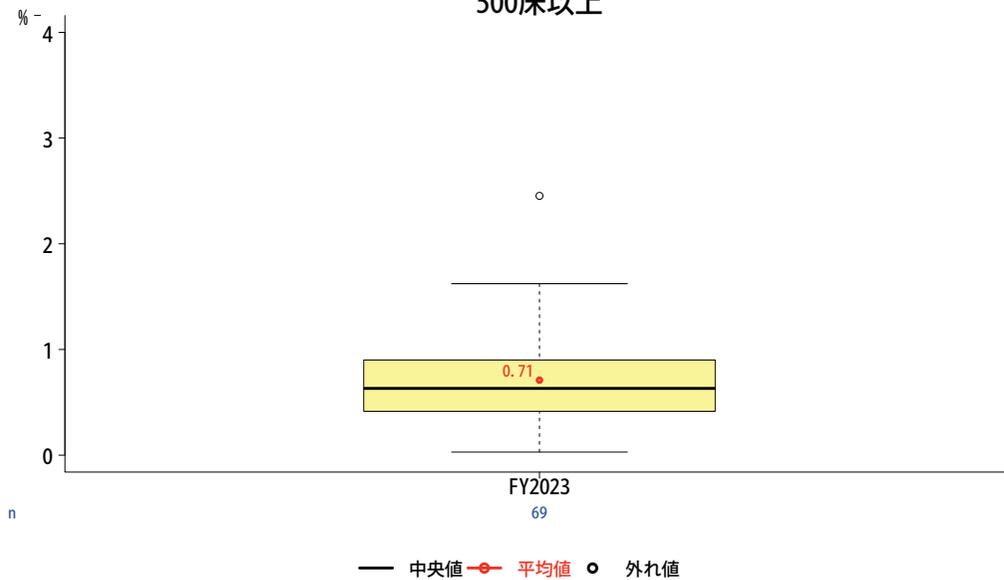
400床_499床



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

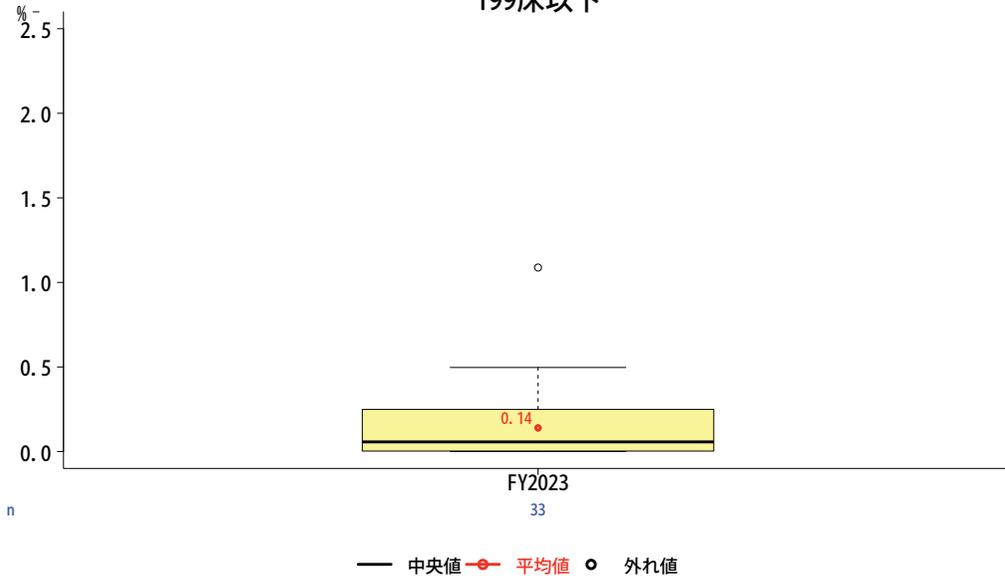
500床以上



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子：調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
 分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

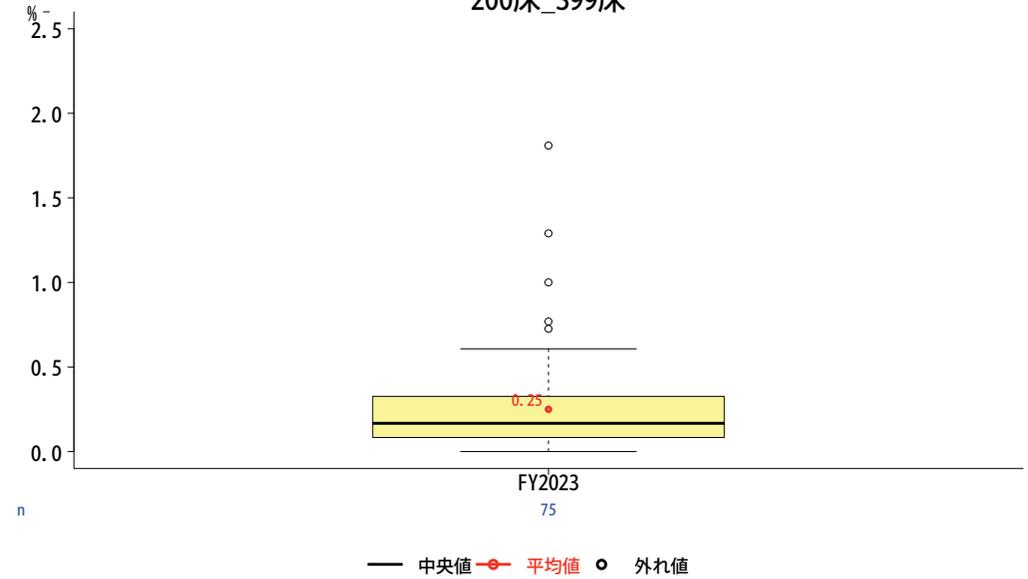
199床以下



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子：調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
 分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

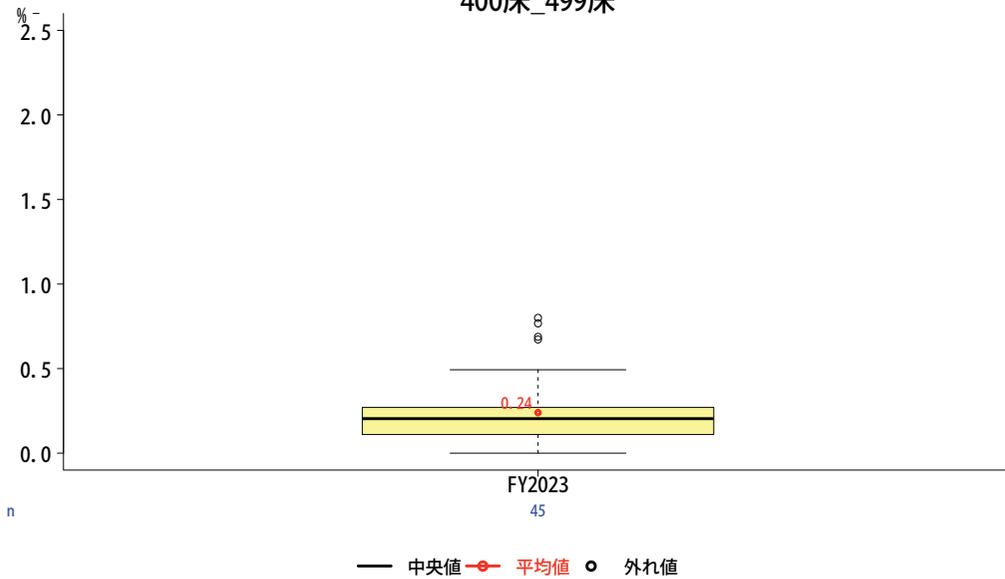
200床_399床



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子：調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
 分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

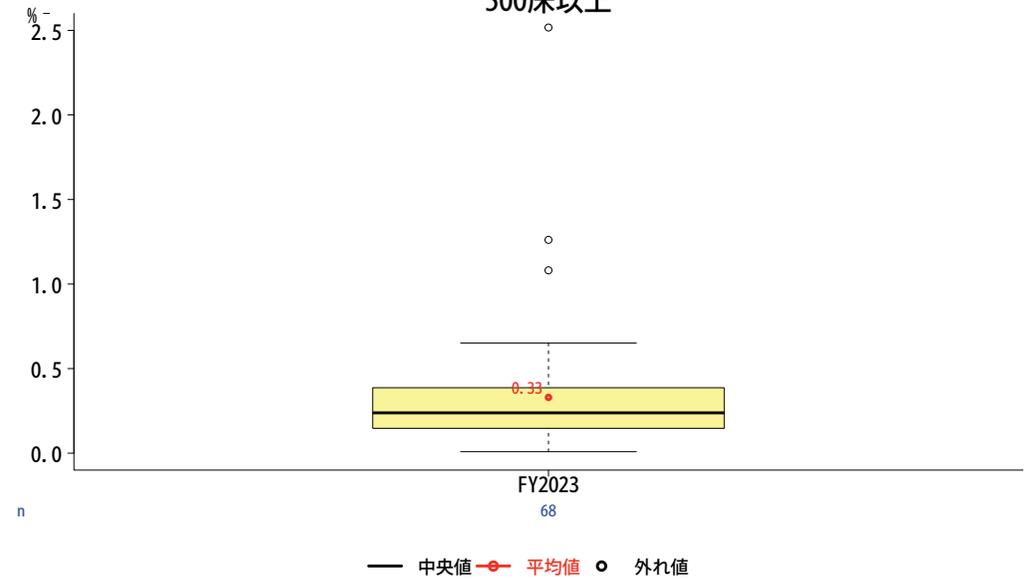
400床_499床



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子：調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
 分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

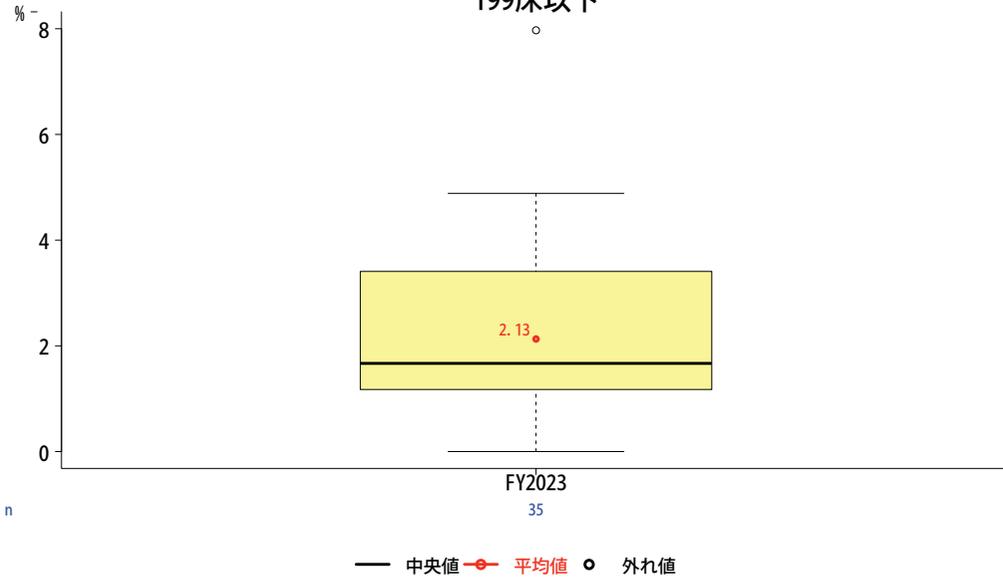
500床以上



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

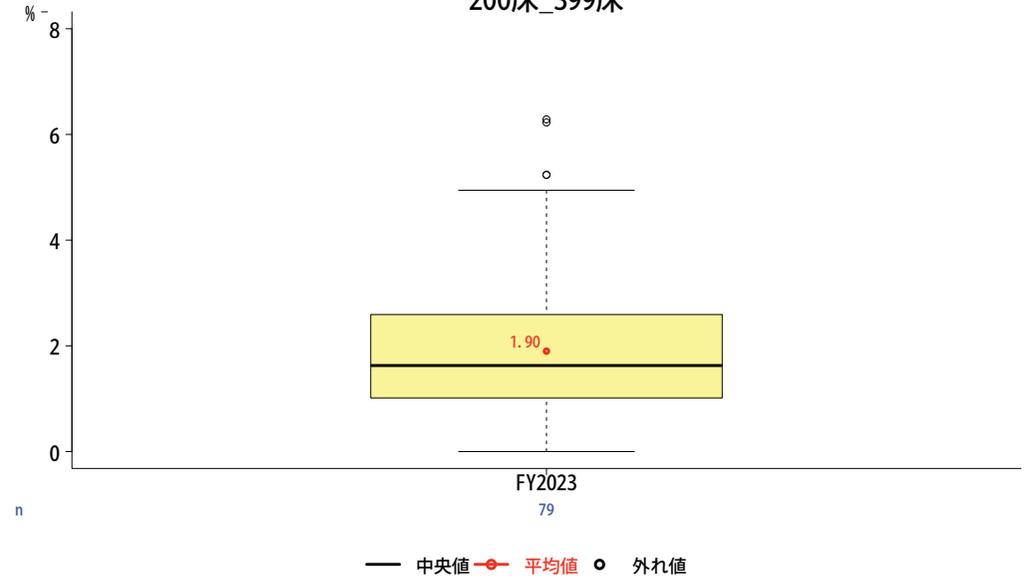
199床以下



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

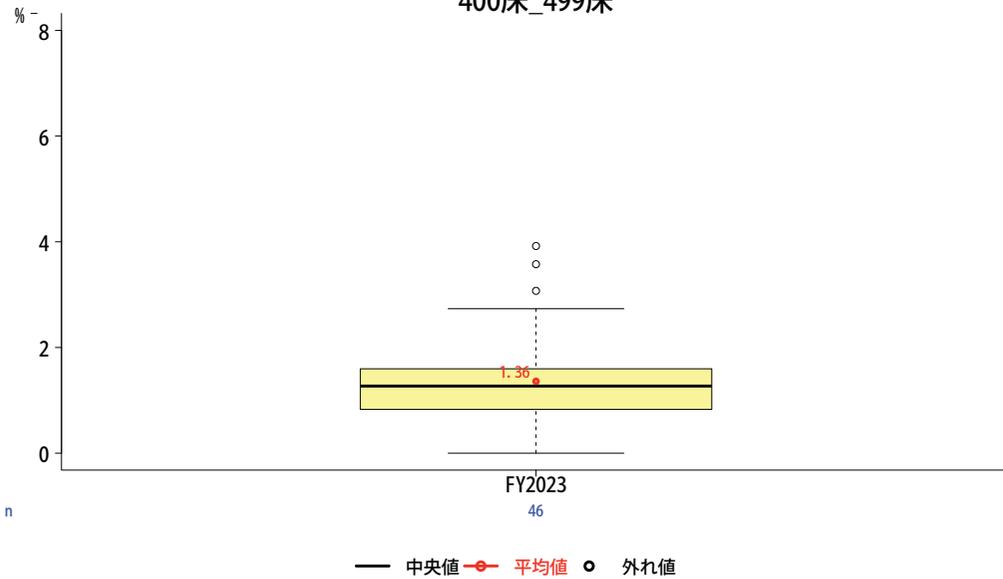
200床_399床



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

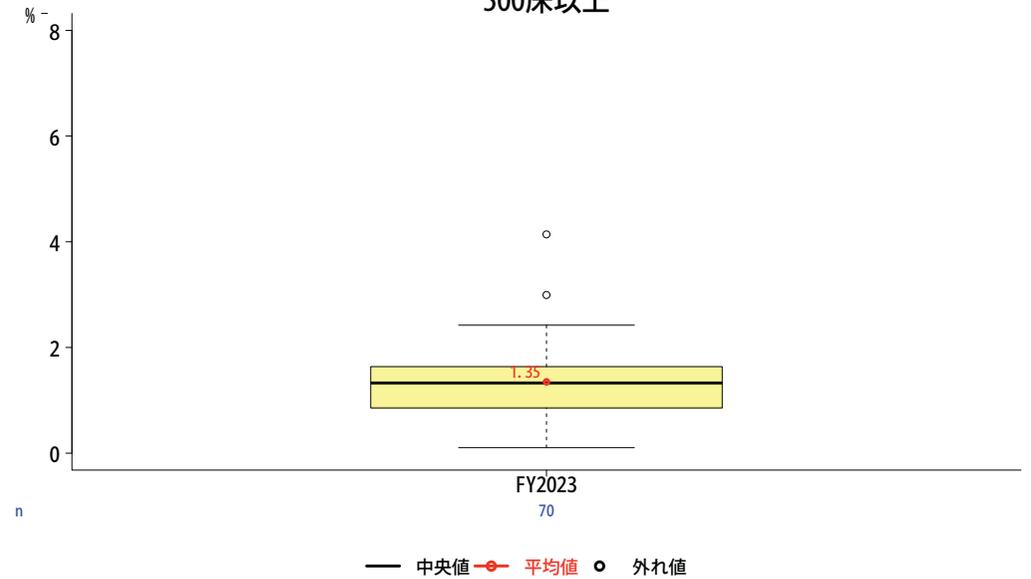
400床_499床



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

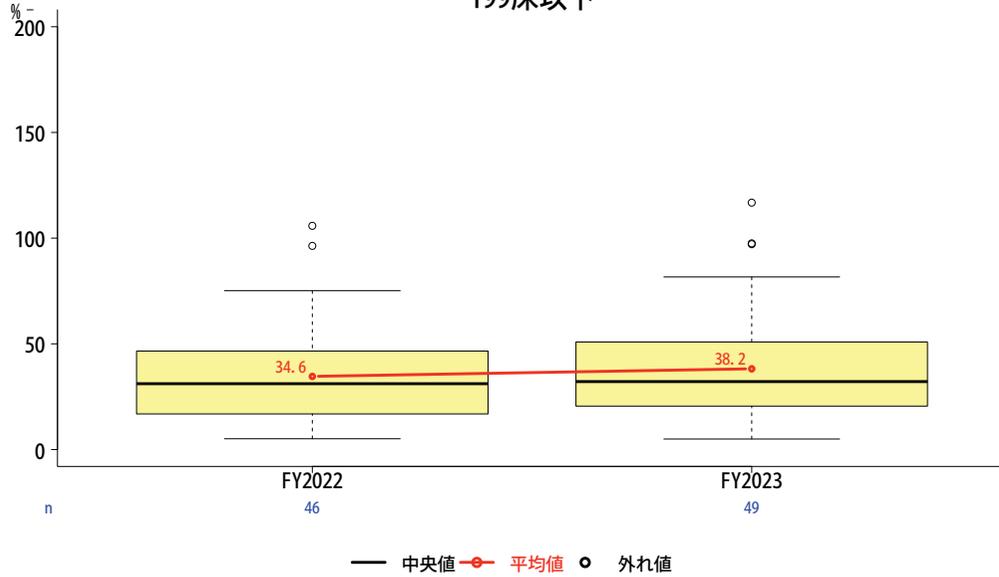
500床以上



一般-13 紹介割合

分子：(紹介患者数+救急患者数)
分母：初診患者数

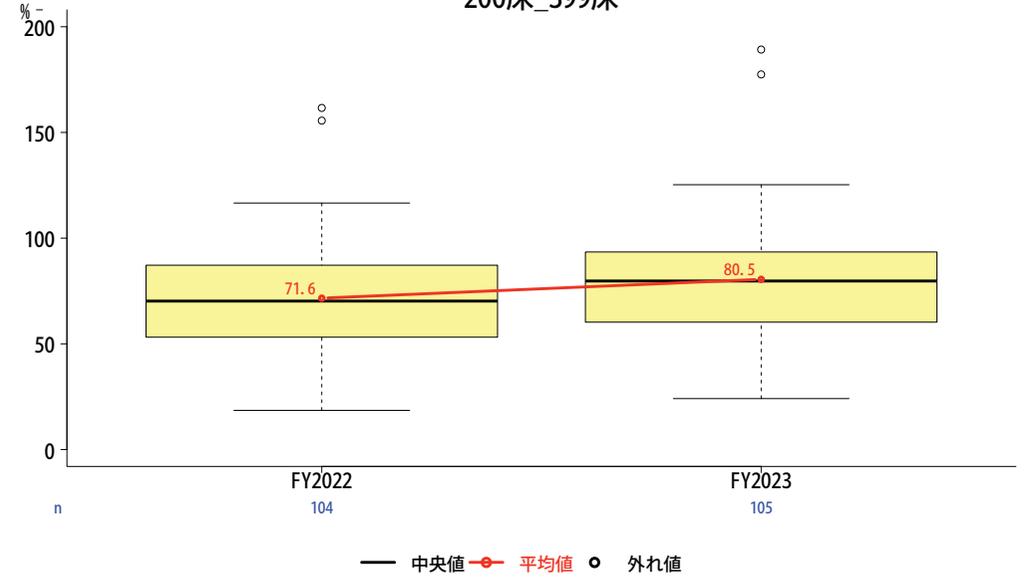
199床以下



一般-13 紹介割合

分子：(紹介患者数+救急患者数)
分母：初診患者数

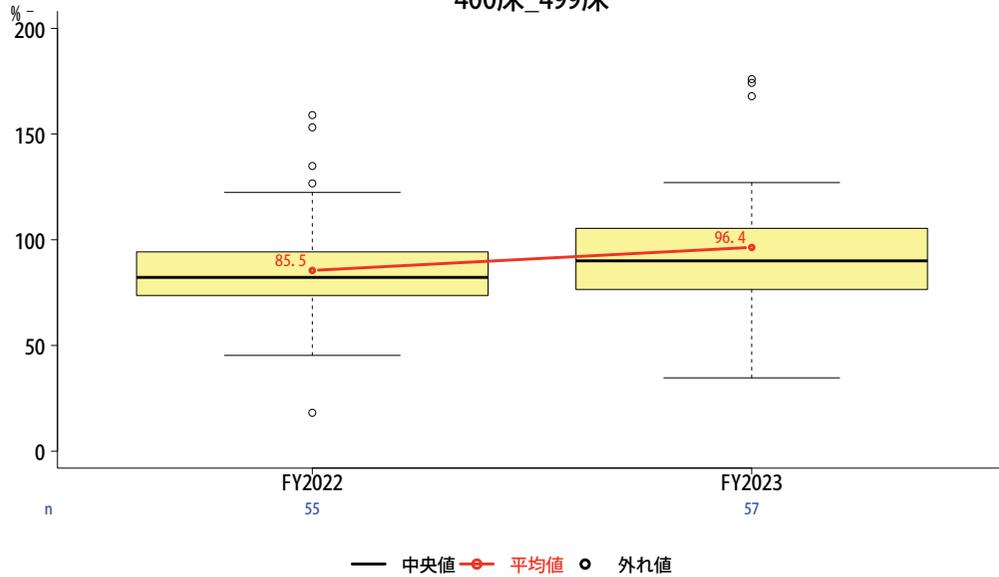
200床_399床



一般-13 紹介割合

分子：(紹介患者数+救急患者数)
分母：初診患者数

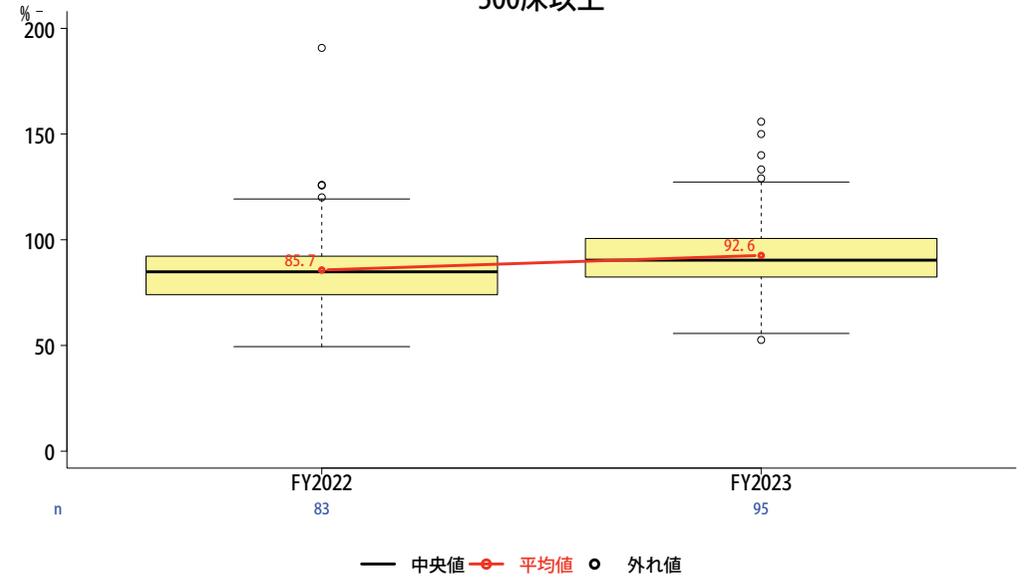
400床_499床



一般-13 紹介割合

分子：(紹介患者数+救急患者数)
分母：初診患者数

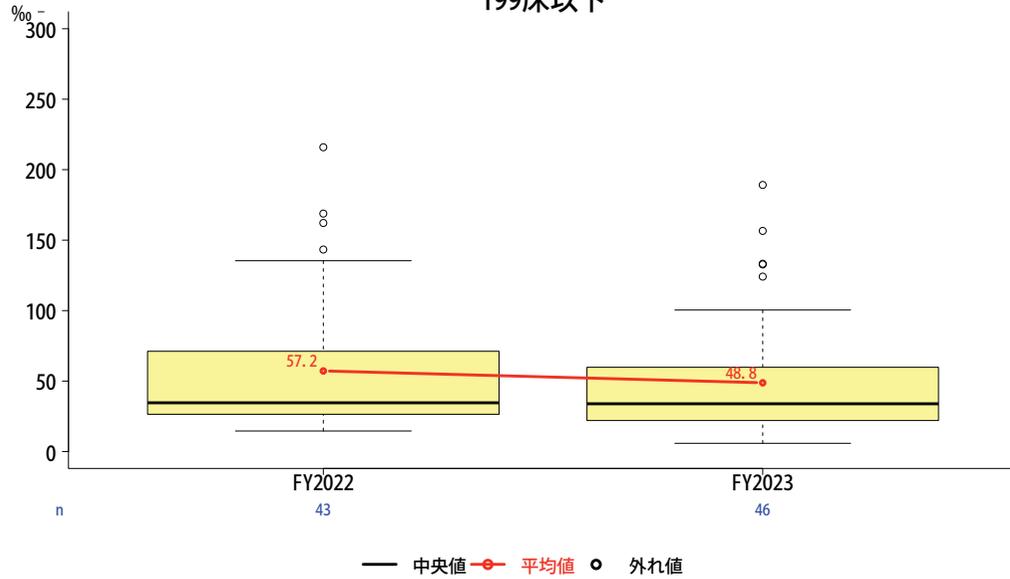
500床以上



一般-14 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

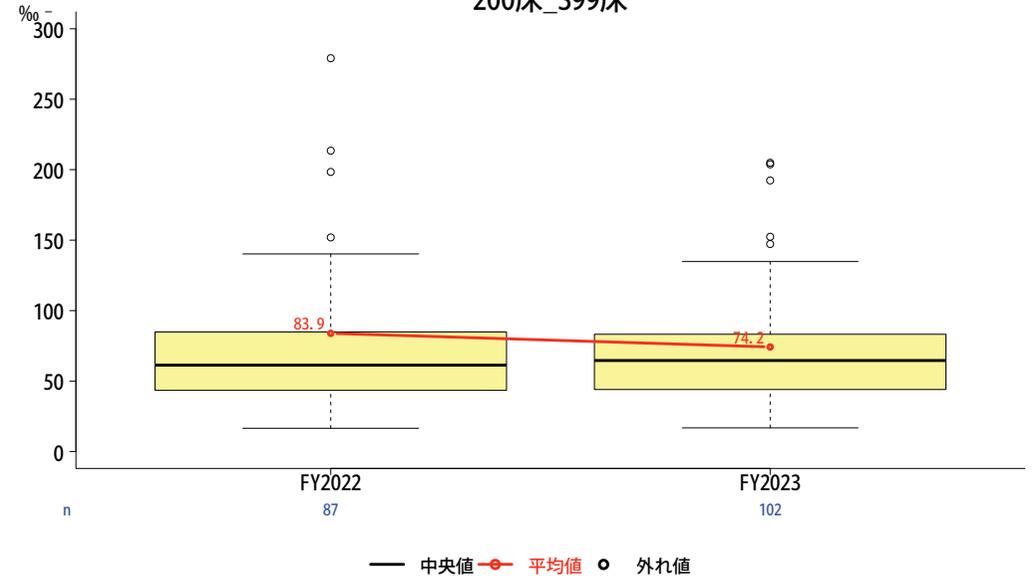
199床以下



一般-14 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

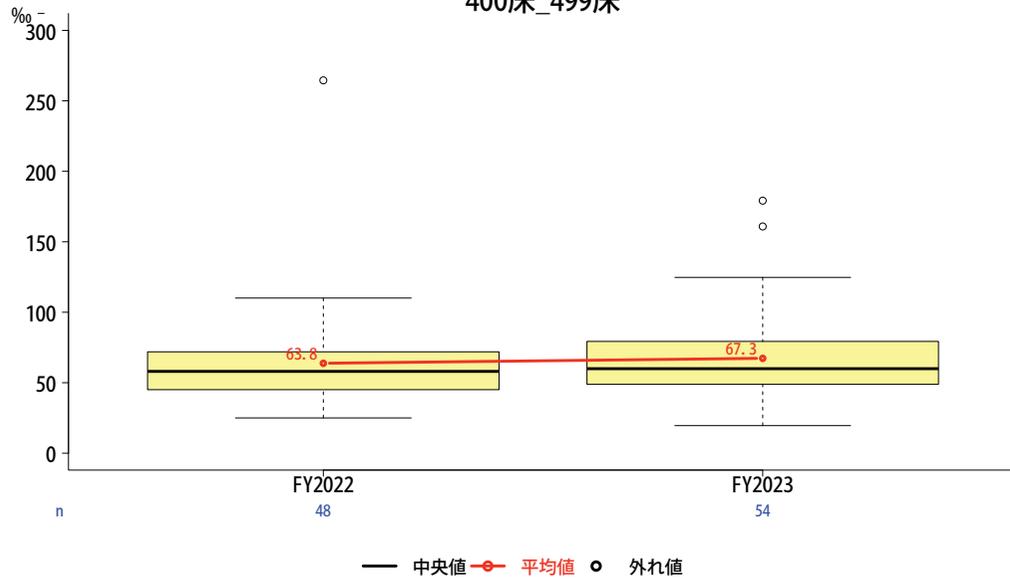
200床_399床



一般-14 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

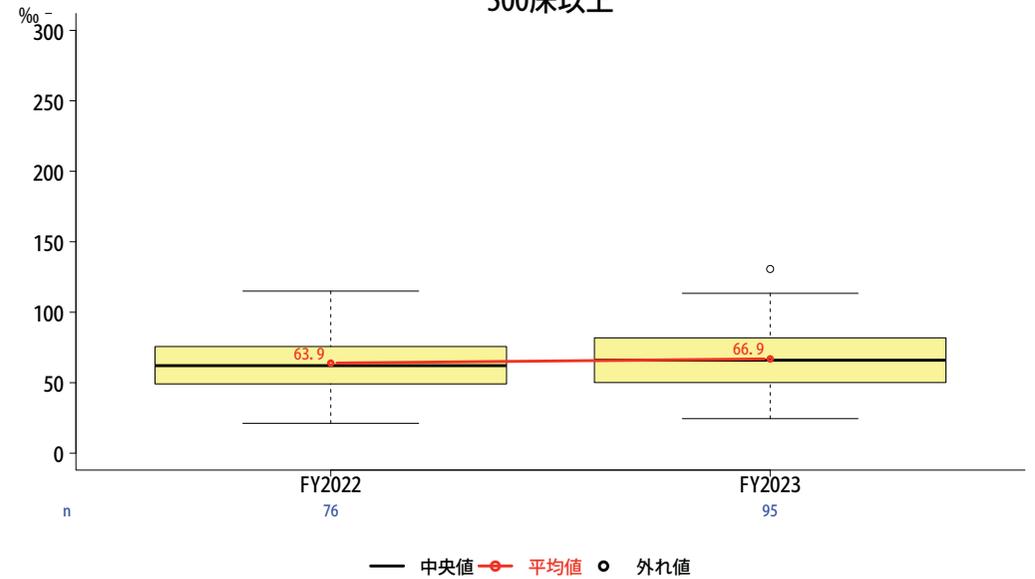
400床_499床



一般-14 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

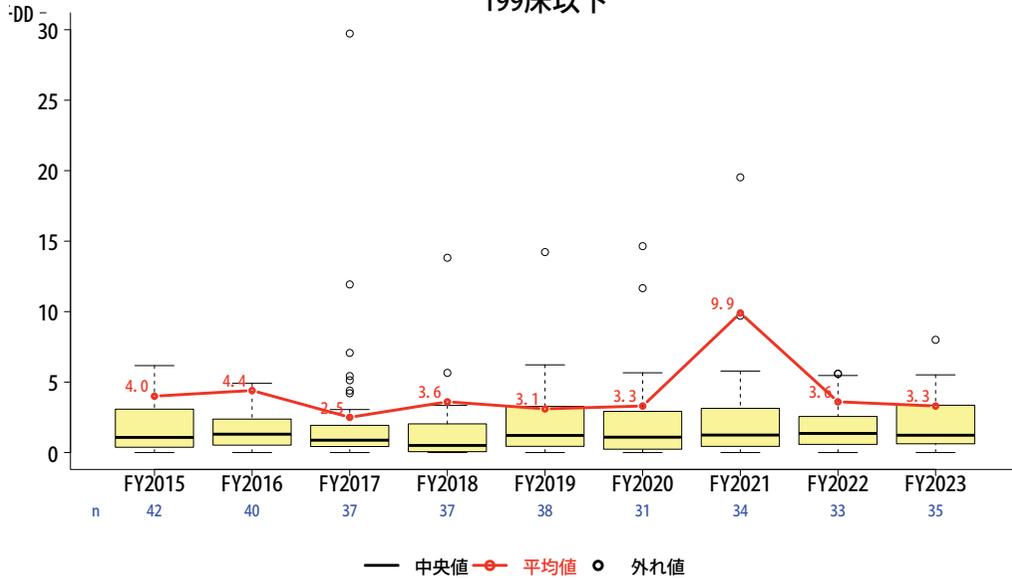
500床以上



一般-15 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

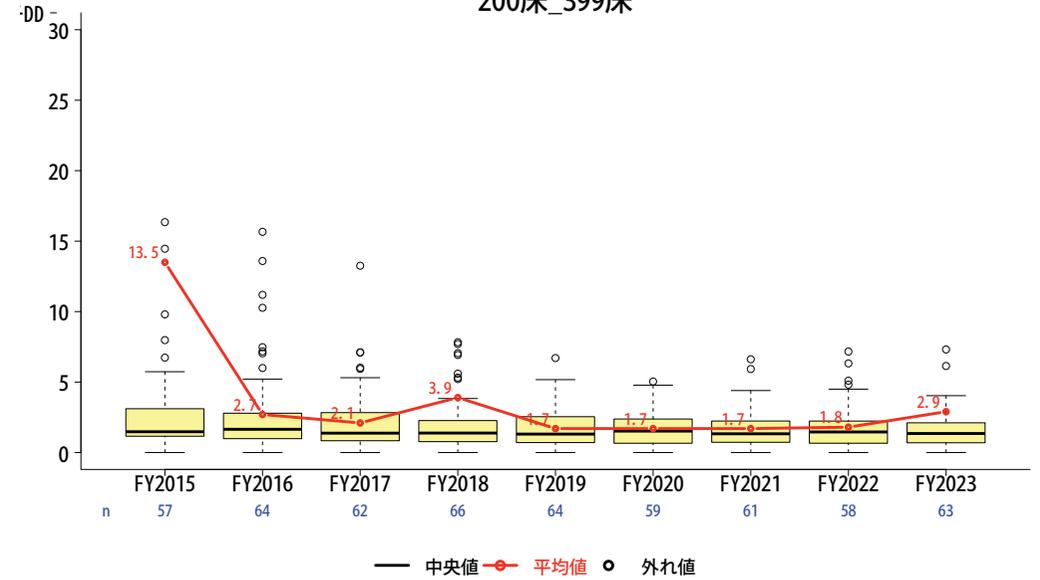
199床以下



一般-15 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

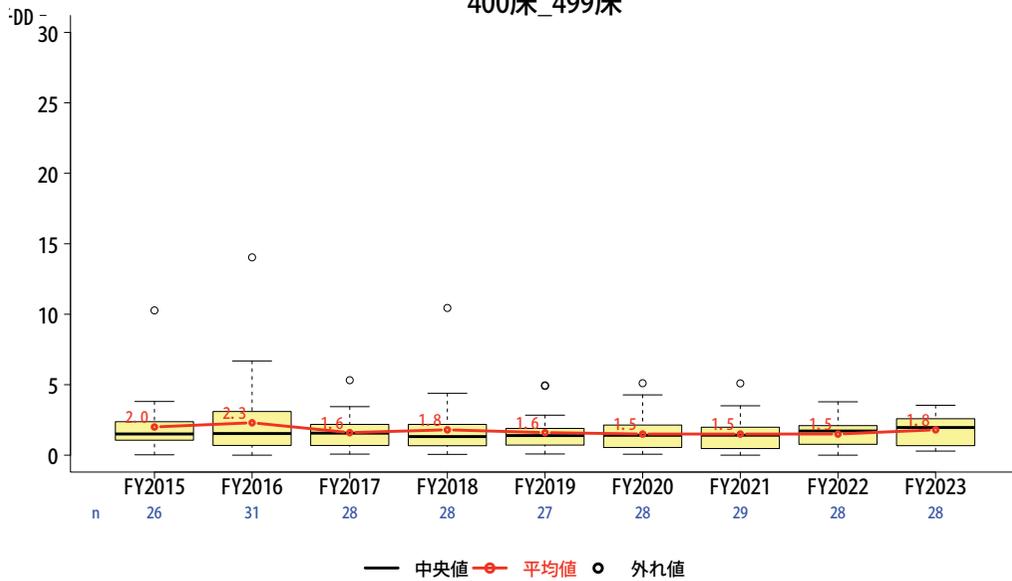
200床_399床



一般-15 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

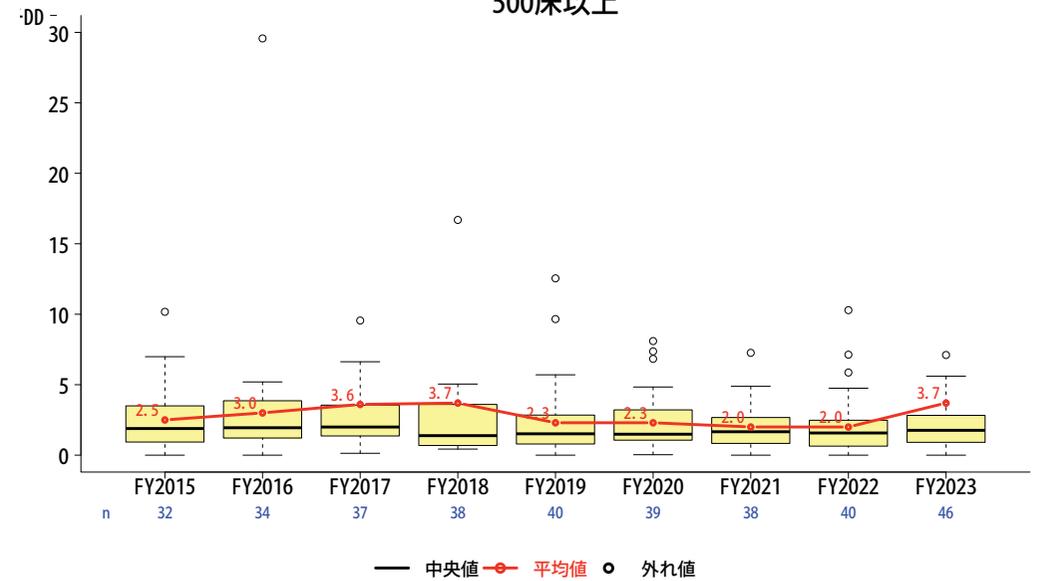
400床_499床



一般-15 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

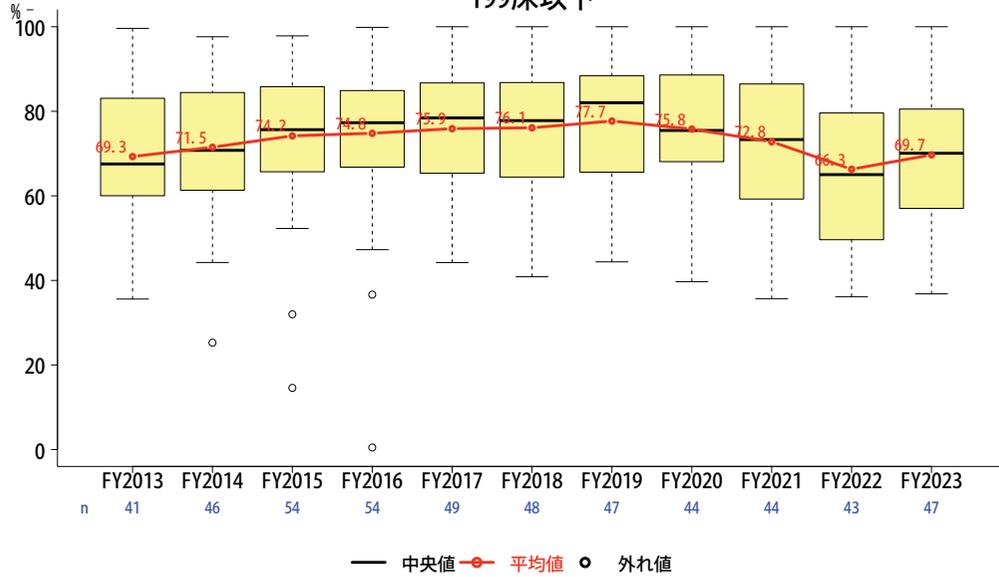
500床以上



一般-16 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

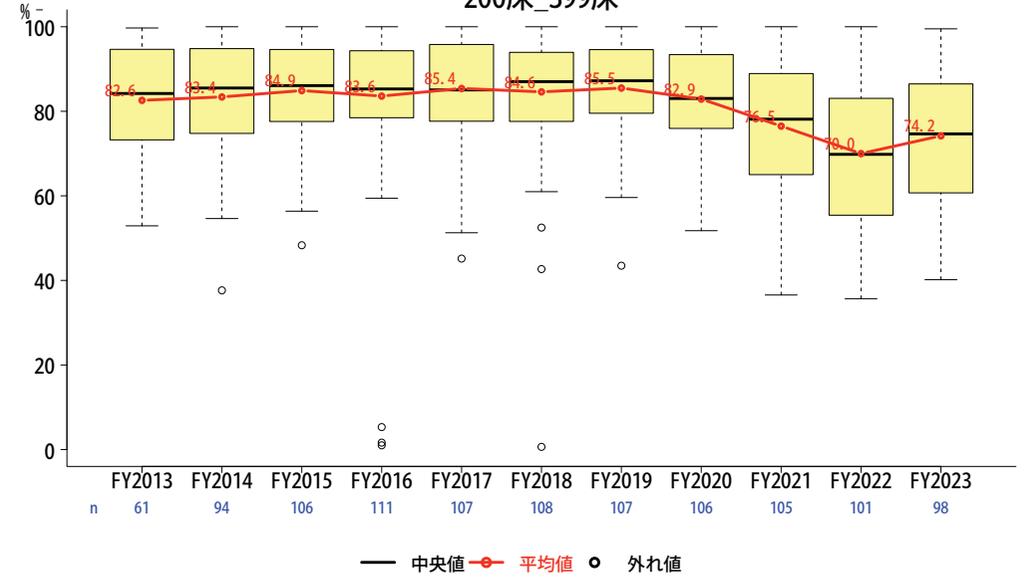
199床以下



一般-16 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

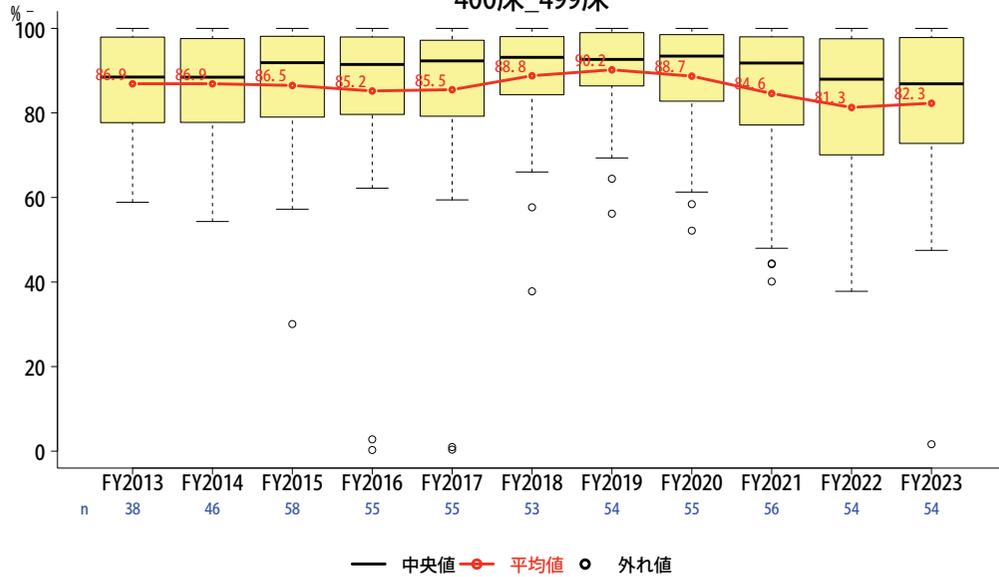
200床_399床



一般-16 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

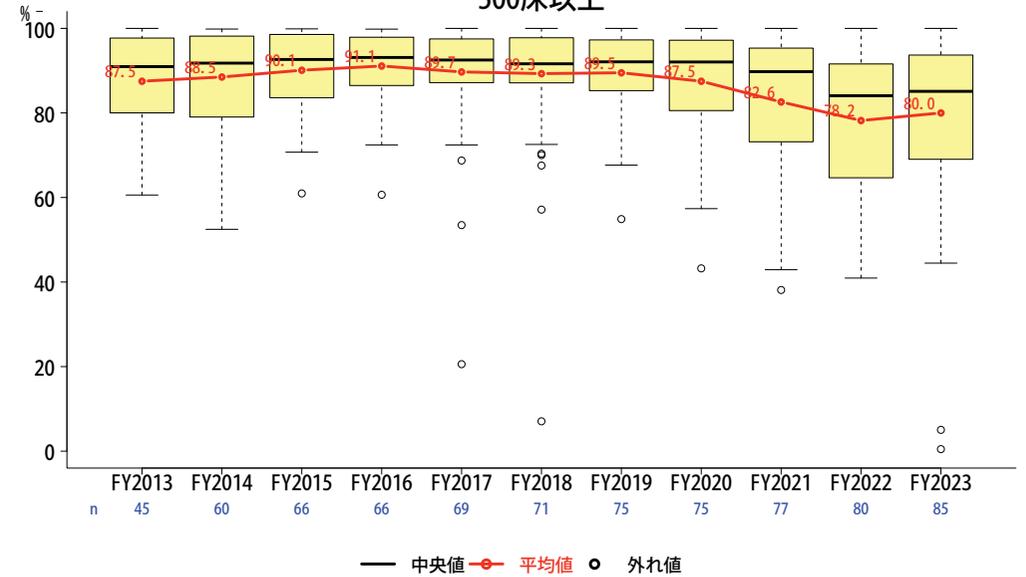
400床_499床



一般-16 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

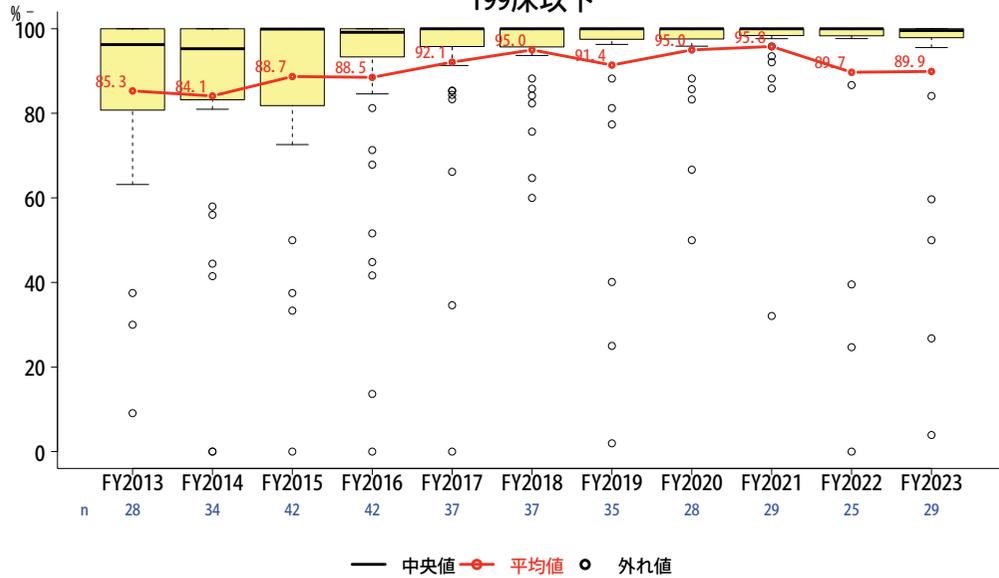
500床以上



一般-17 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

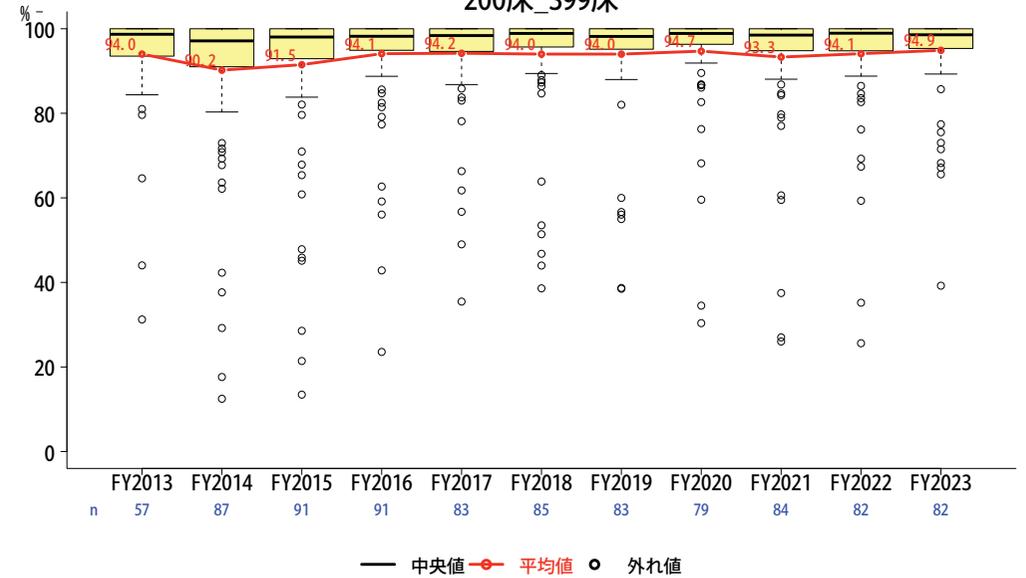
199床以下



一般-17 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

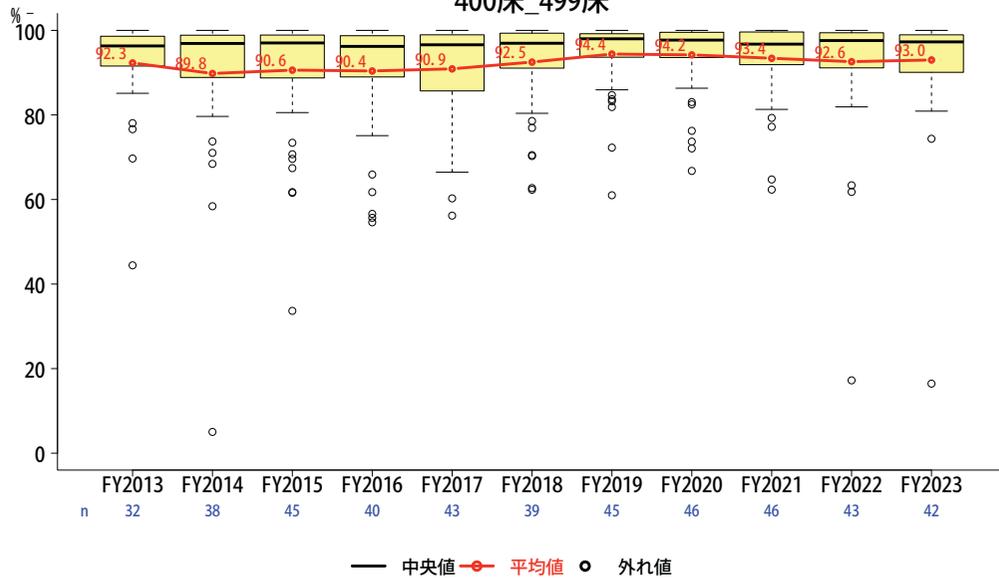
200床_399床



一般-17 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

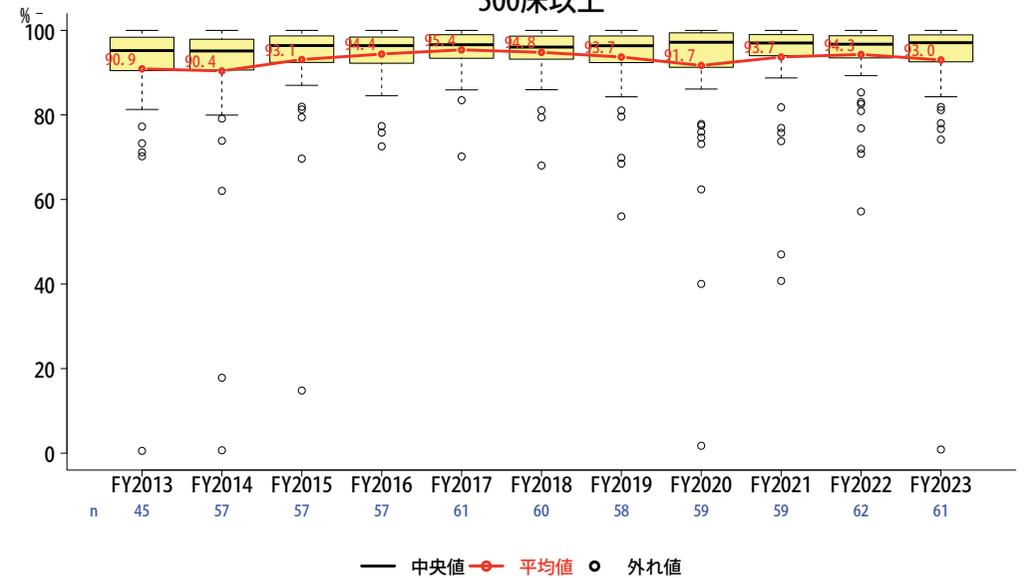
400床_499床



一般-17 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

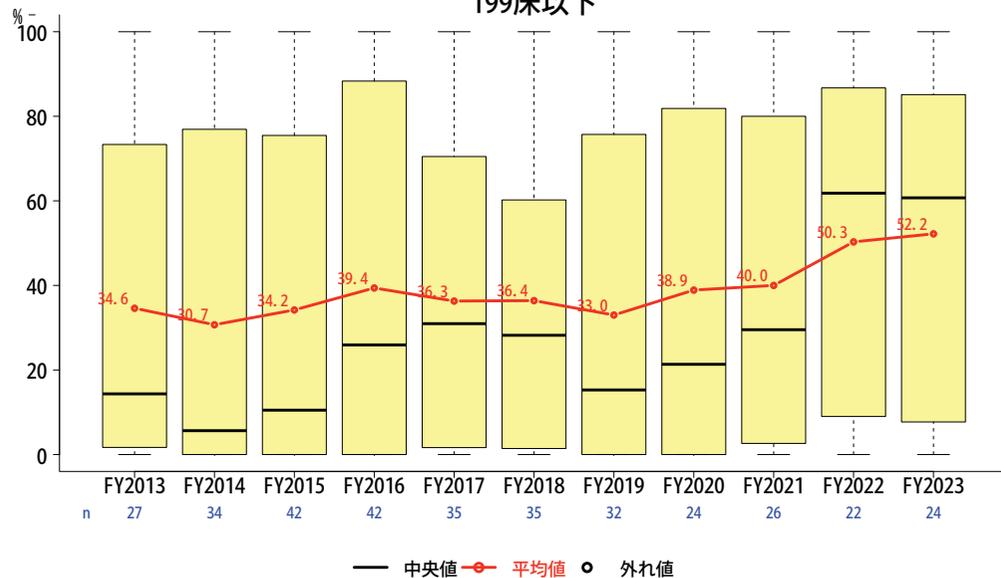
500床以上



一般-18 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

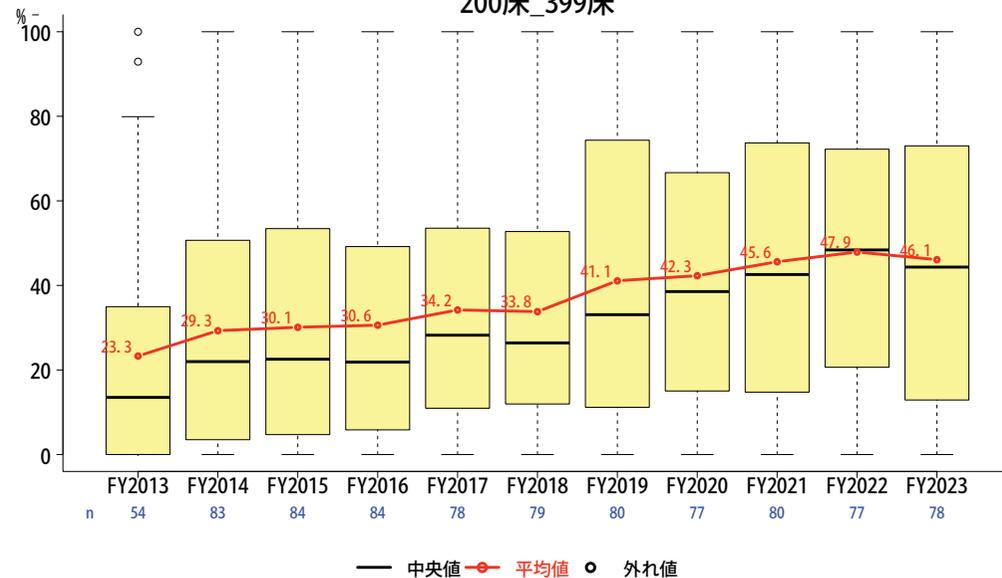
199床以下



一般-18 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

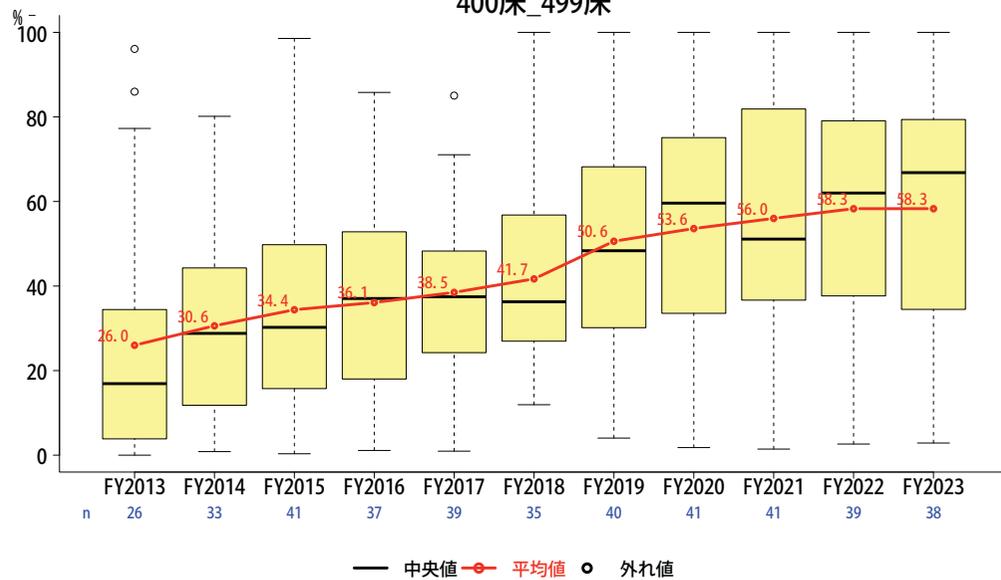
200床_399床



一般-18 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

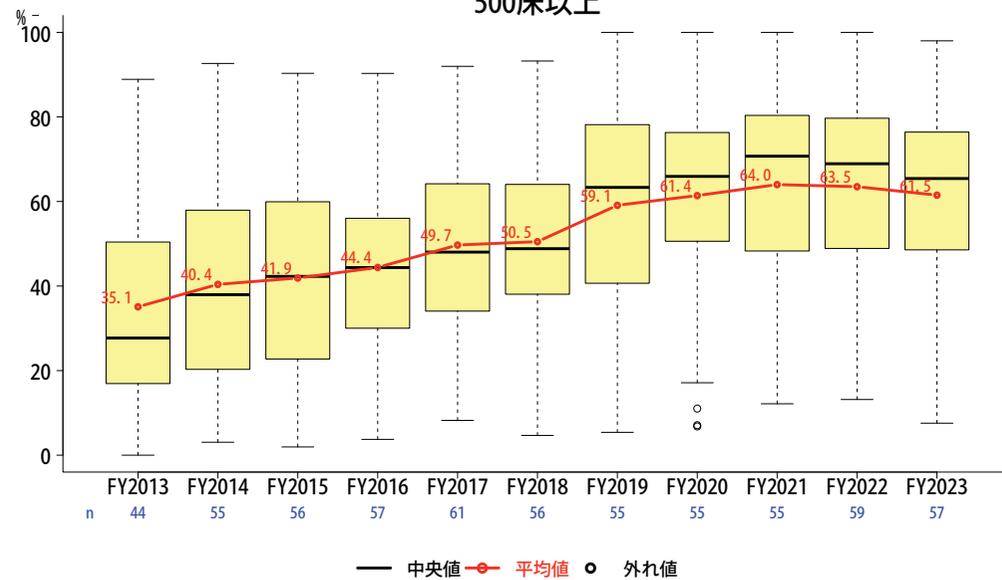
400床_499床



一般-18 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

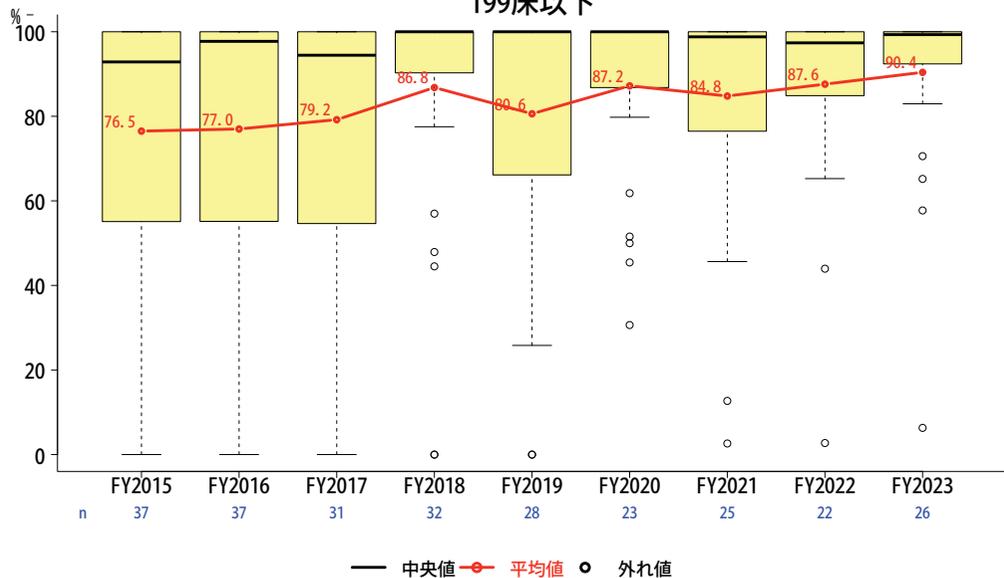
500床以上



一般-19 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

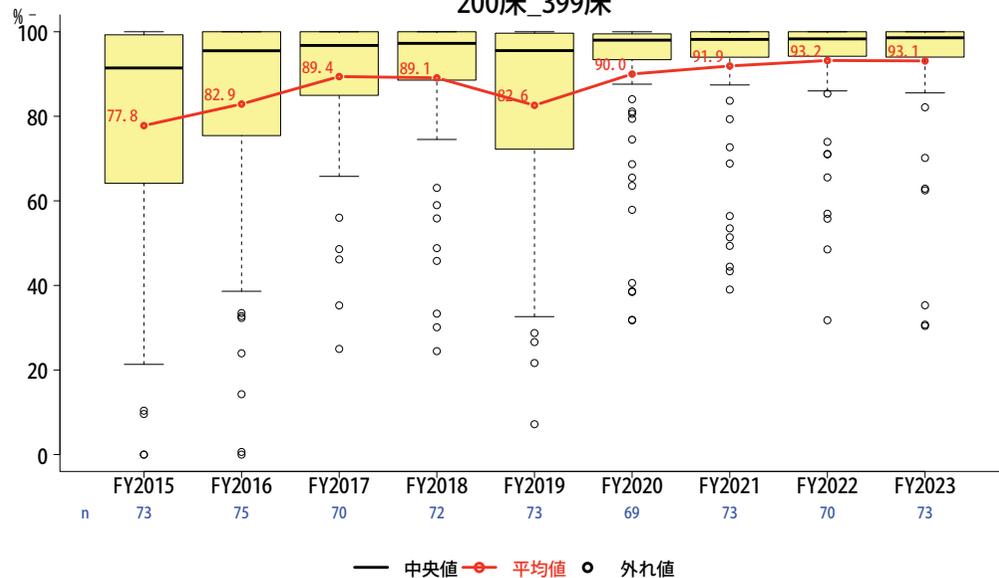
199床以下



一般-19 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

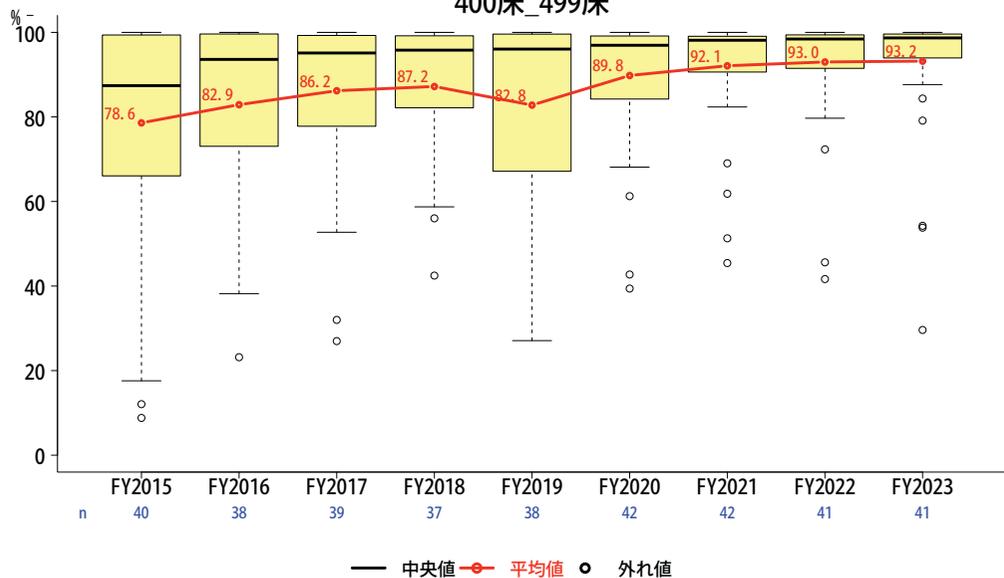
200床_399床



一般-19 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

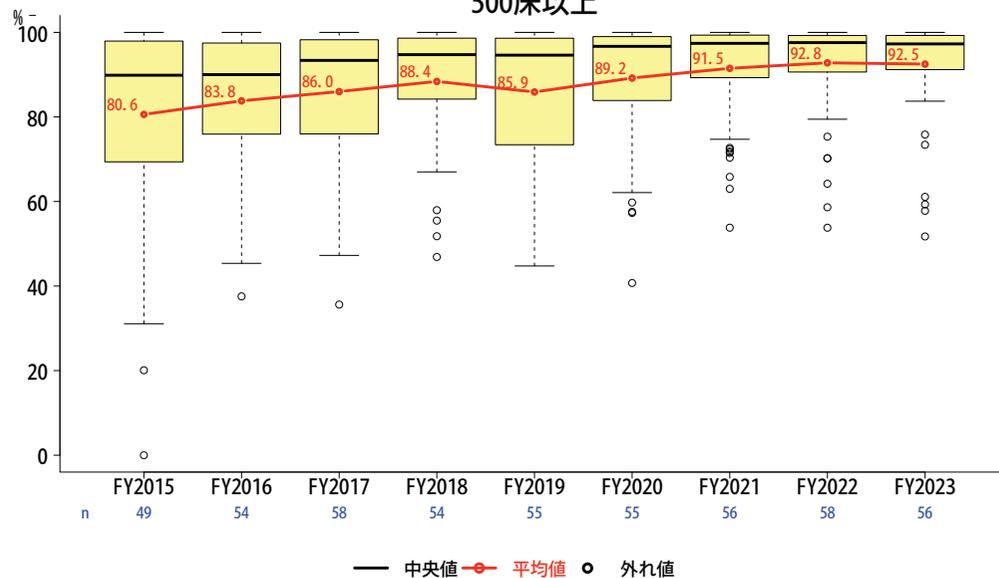
400床_499床



一般-19 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

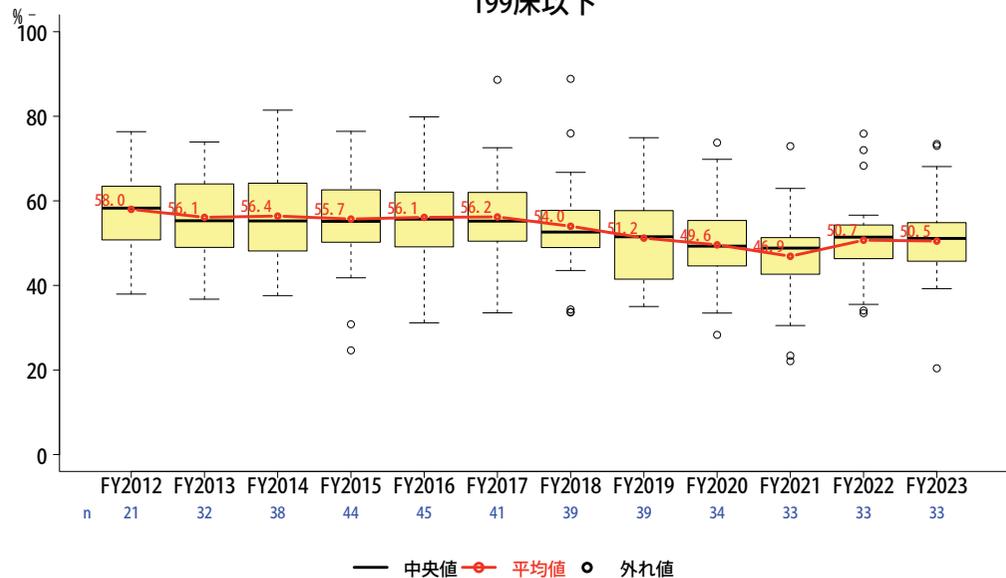
500床以上



一般-20 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

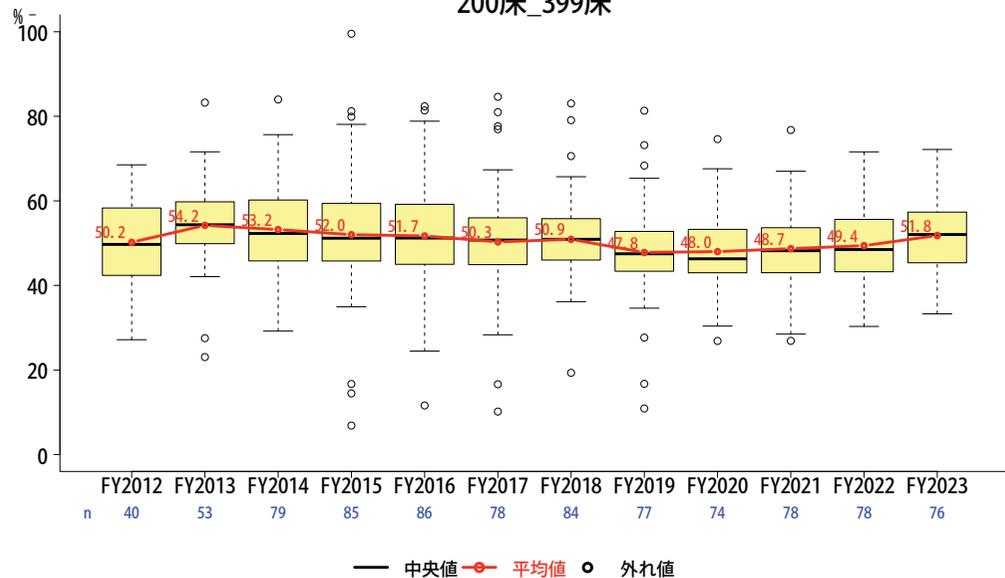
199床以下



一般-20 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

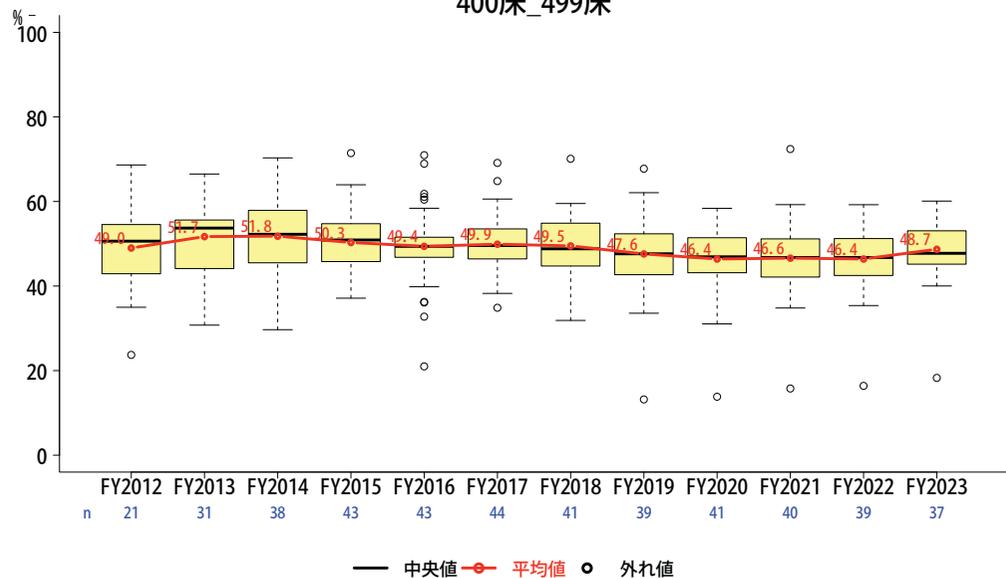
200床_399床



一般-20 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

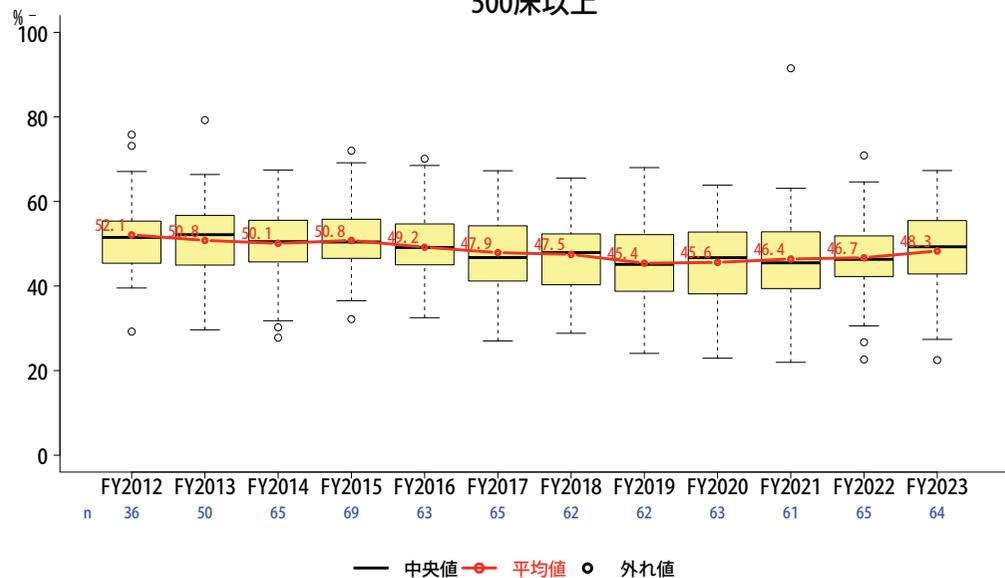
400床_499床



一般-20 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

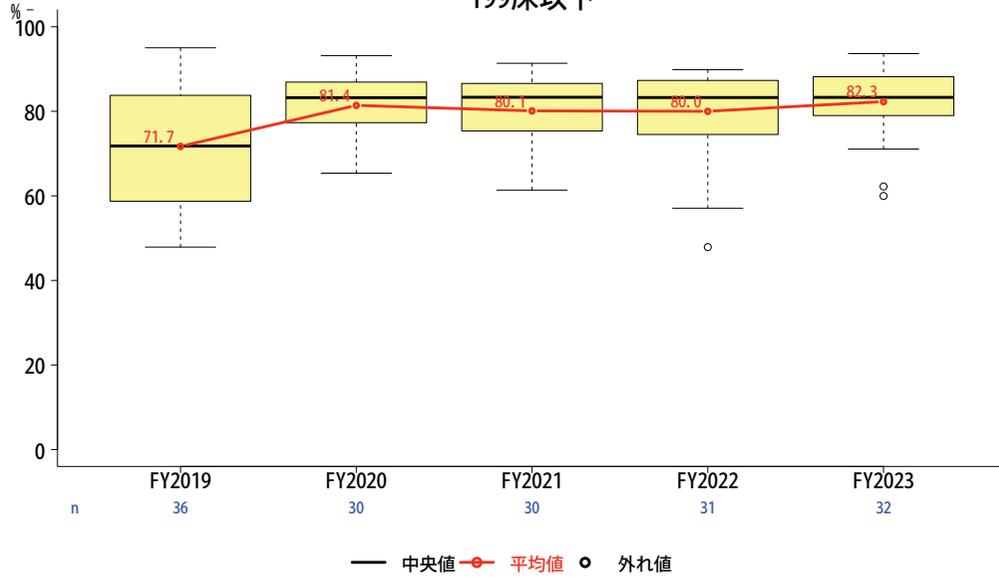
500床以上



一般-21 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65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

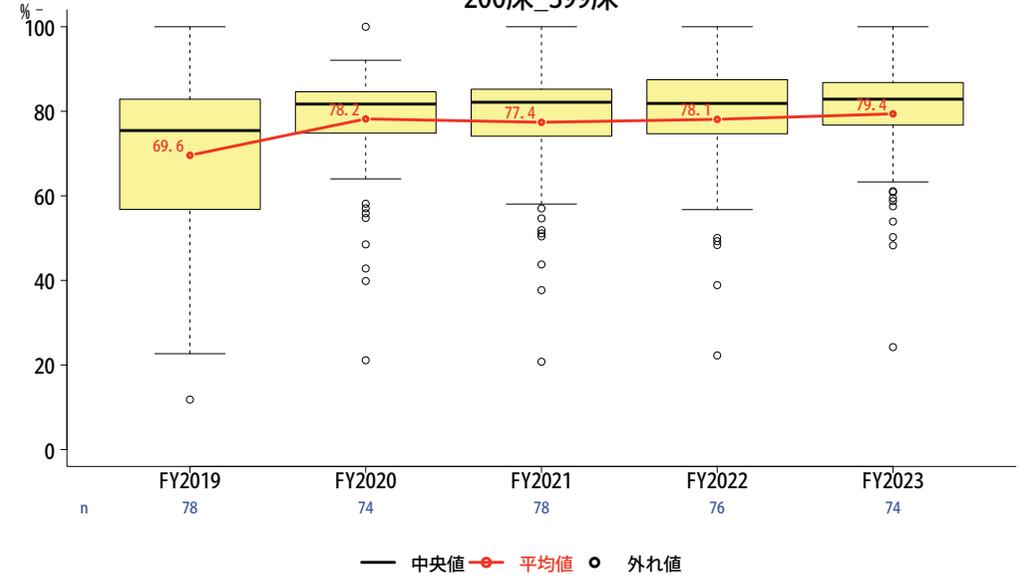
199床以下



一般-21 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65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

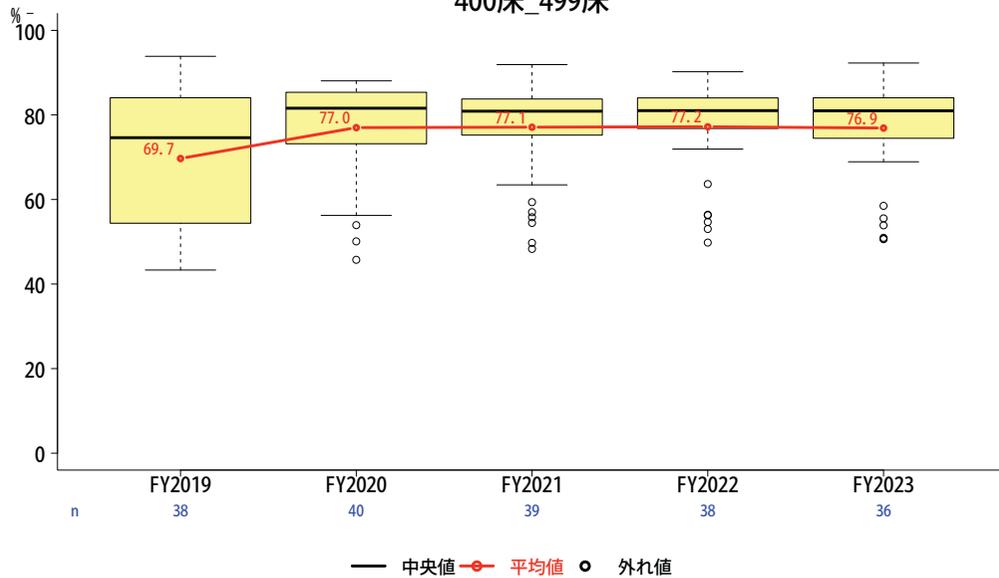
200床_399床



一般-21 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65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

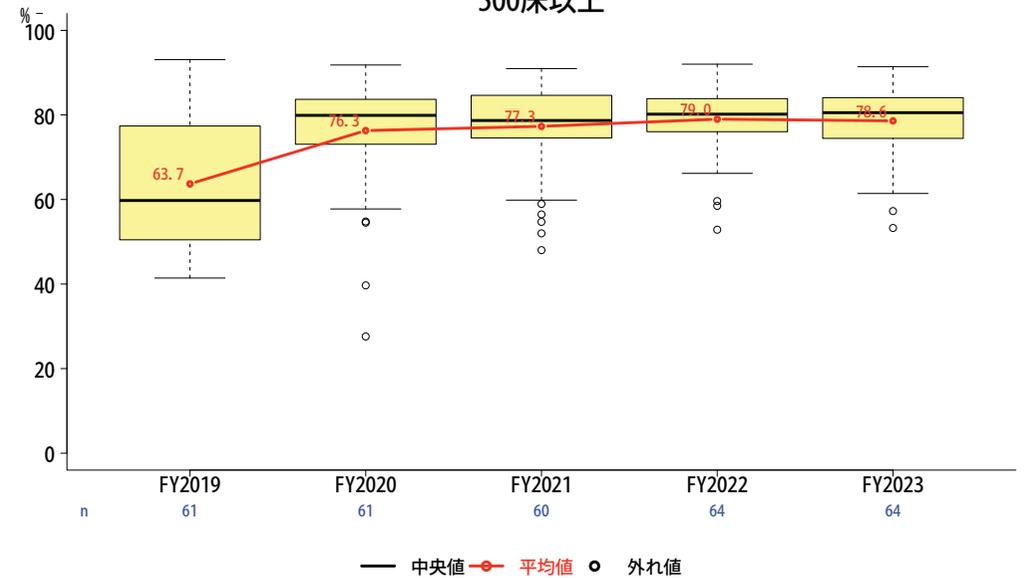
400床_499床



一般-21 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65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

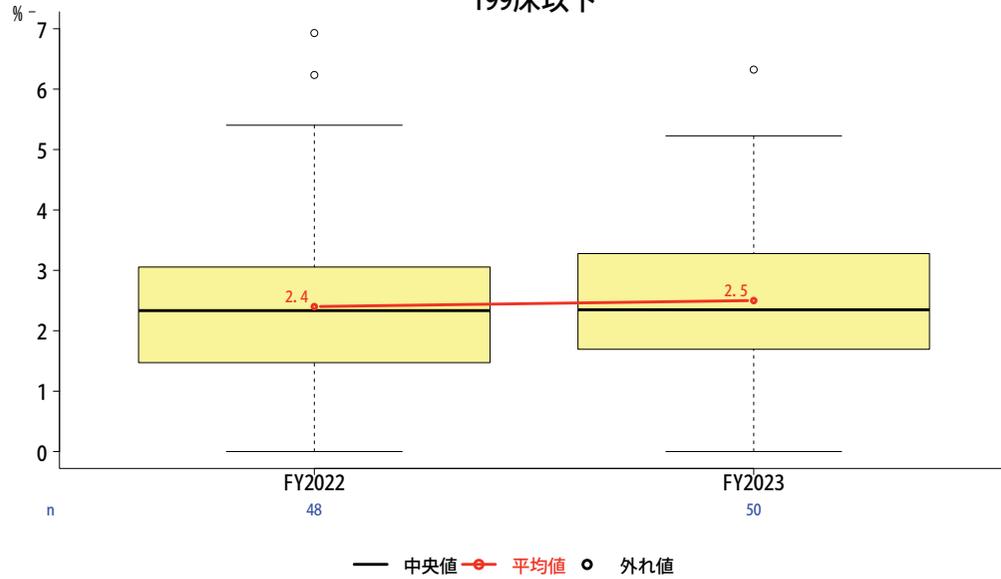
500床以上



一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

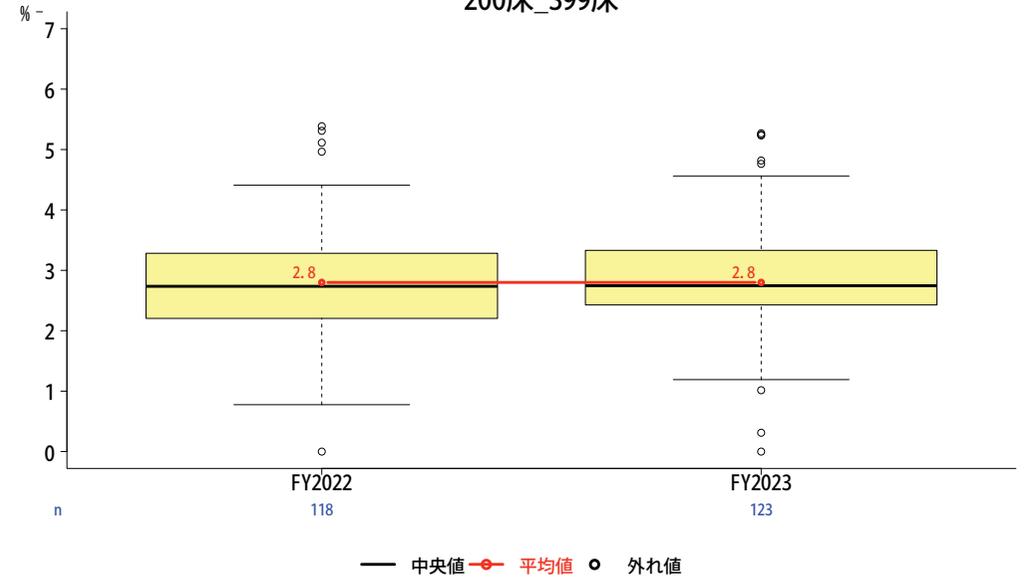
199床以下



一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

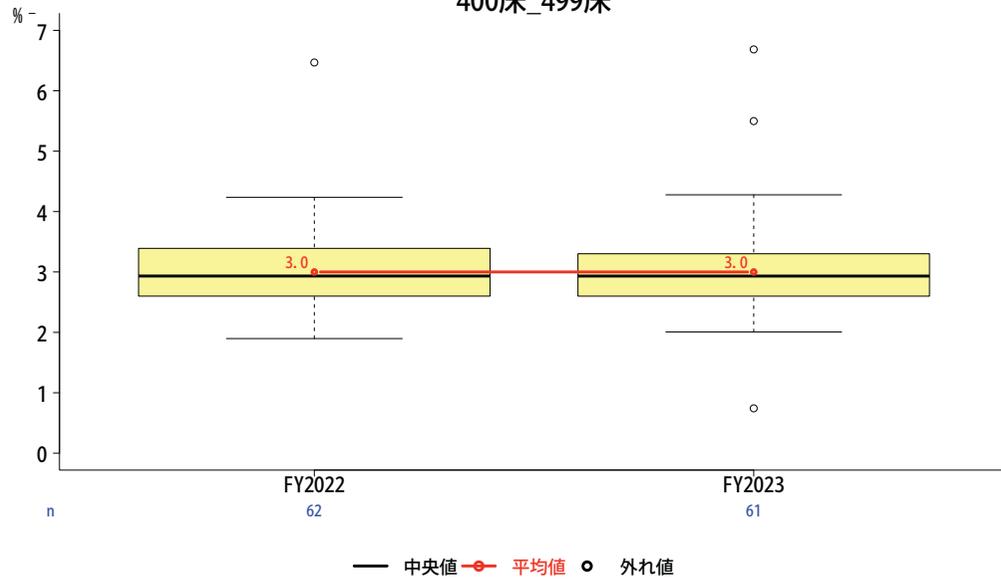
200床_399床



一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

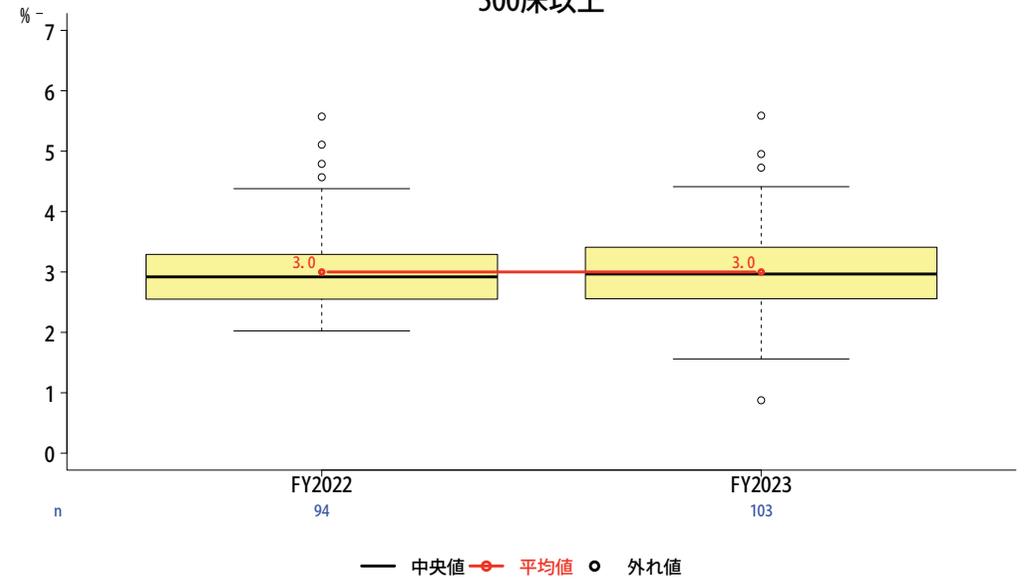
400床_499床



一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

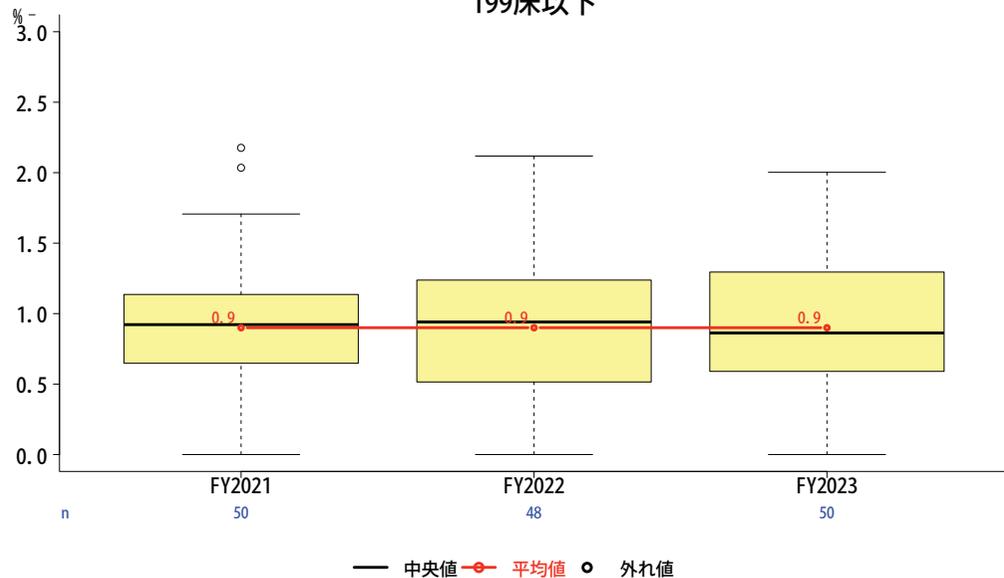
500床以上



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

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

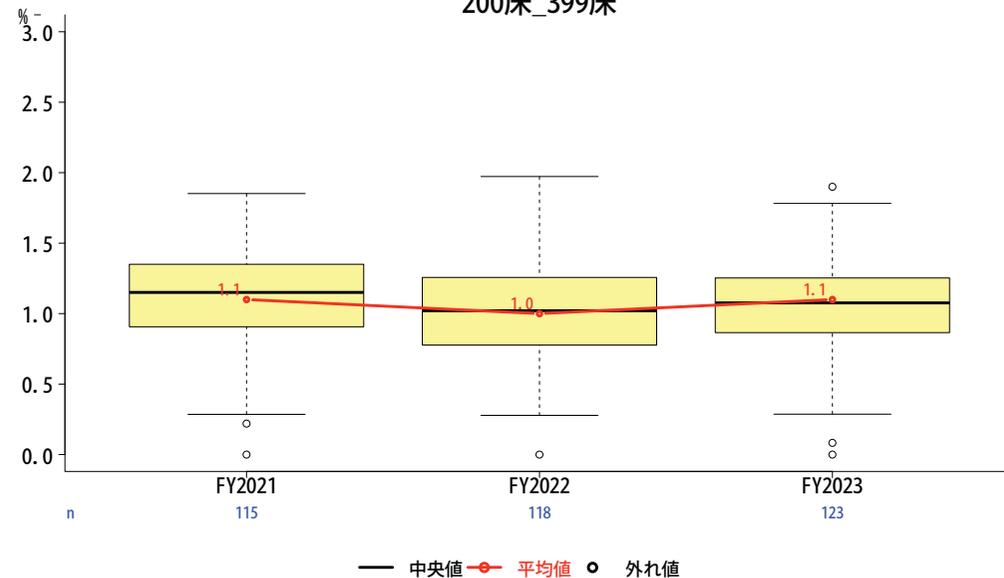
199床以下



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

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

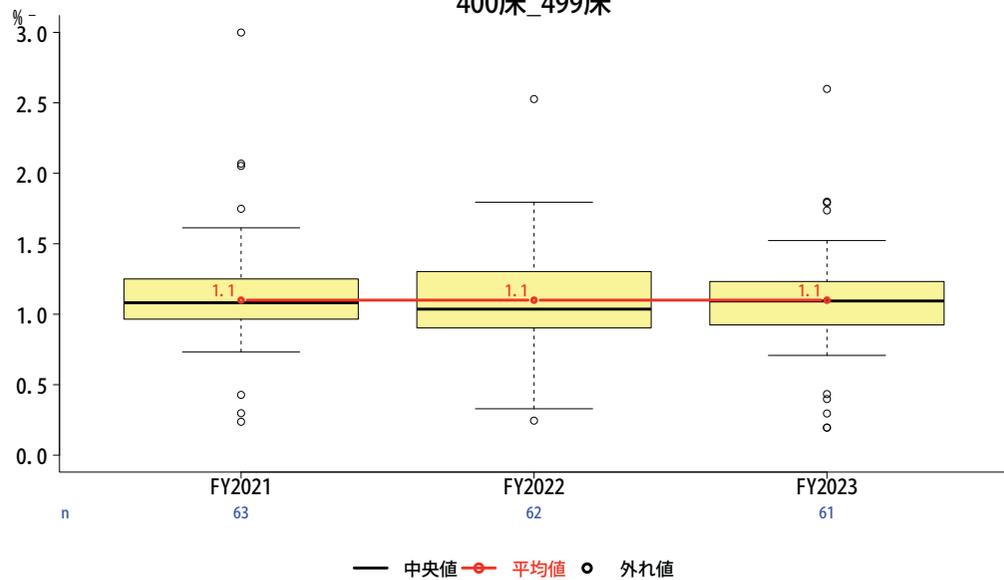
200床_399床



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

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

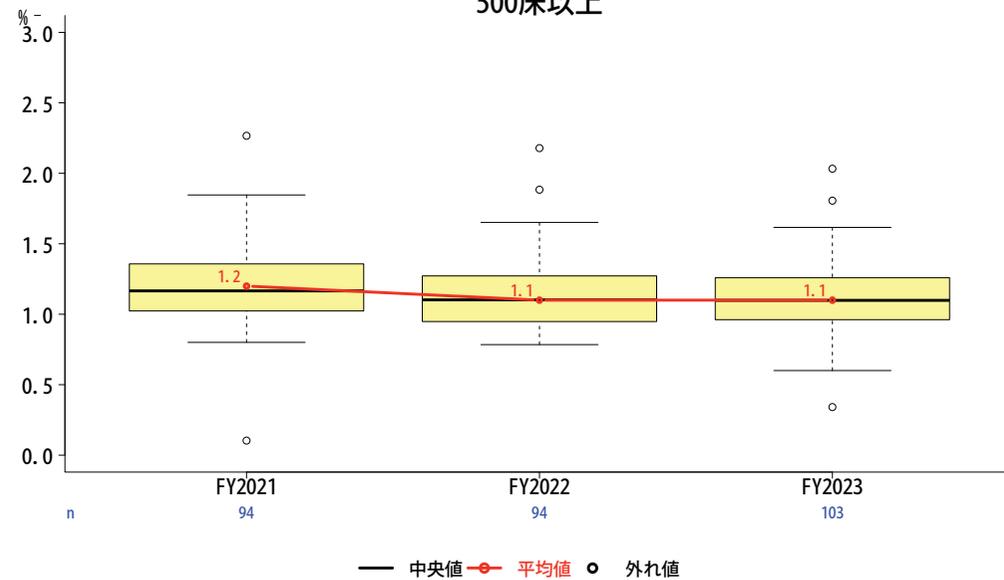
400床_499床



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

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

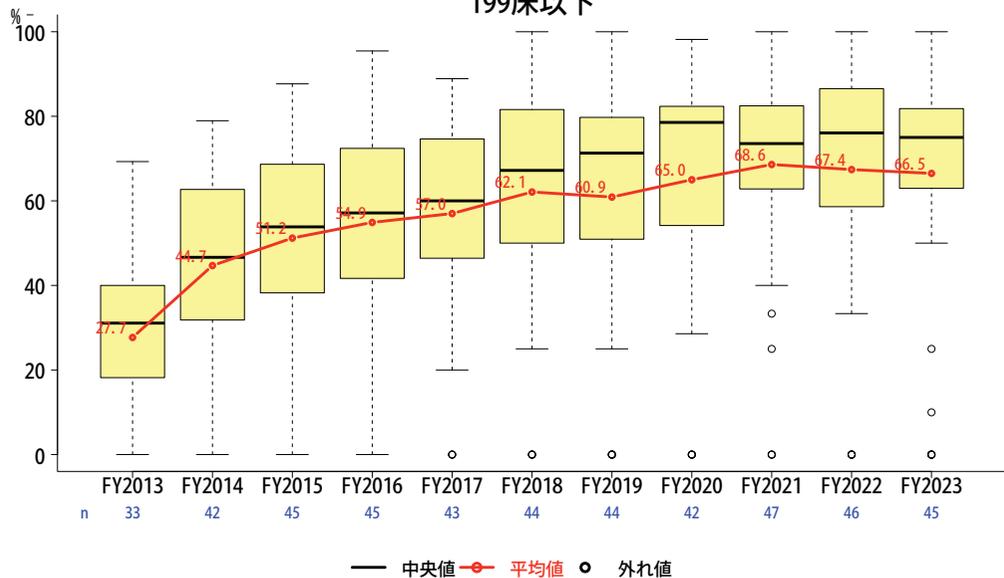
500床以上



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法(オザグレルナトリウム)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

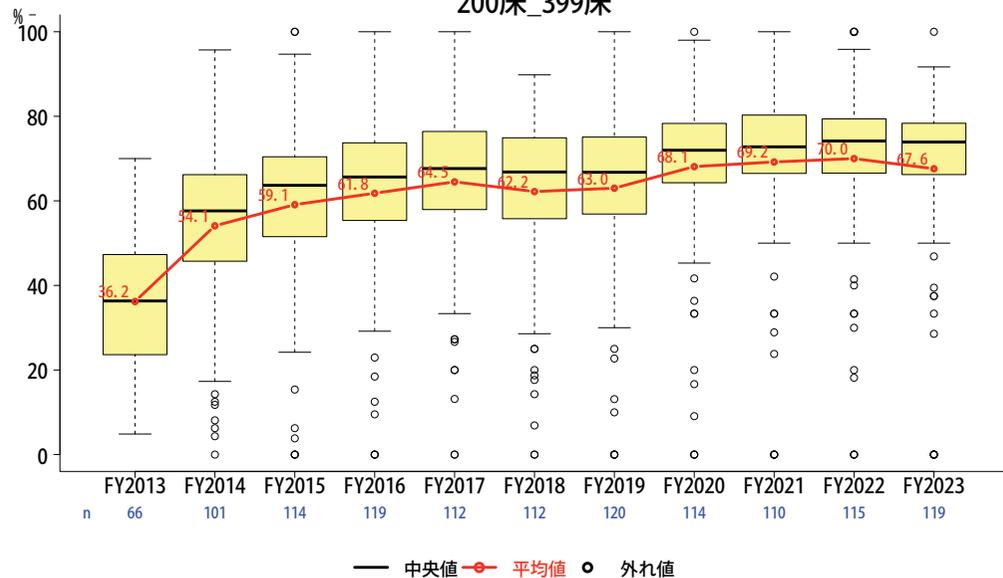
199床以下



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法(オザグレルナトリウム)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

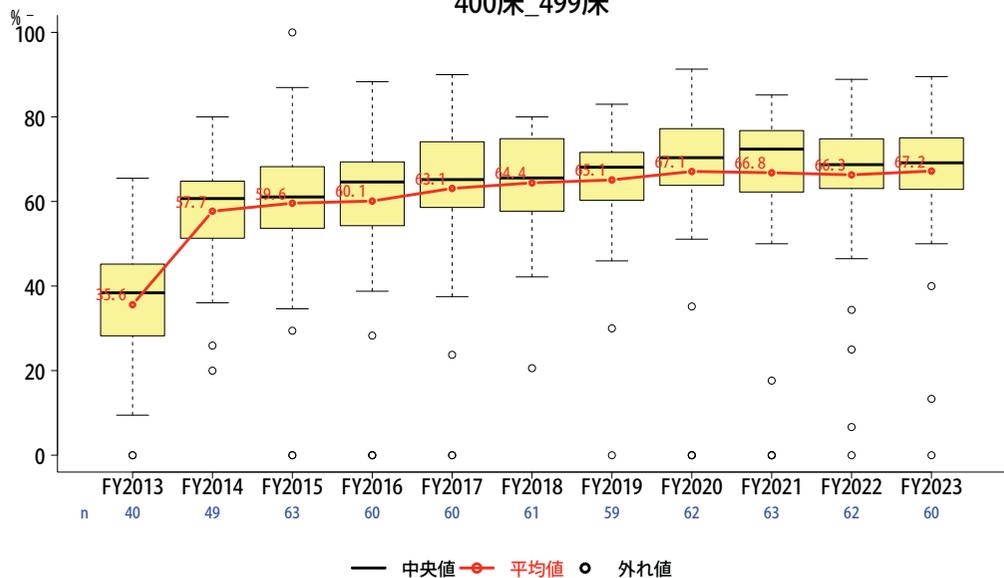
200床_399床



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法(オザグレルナトリウム)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

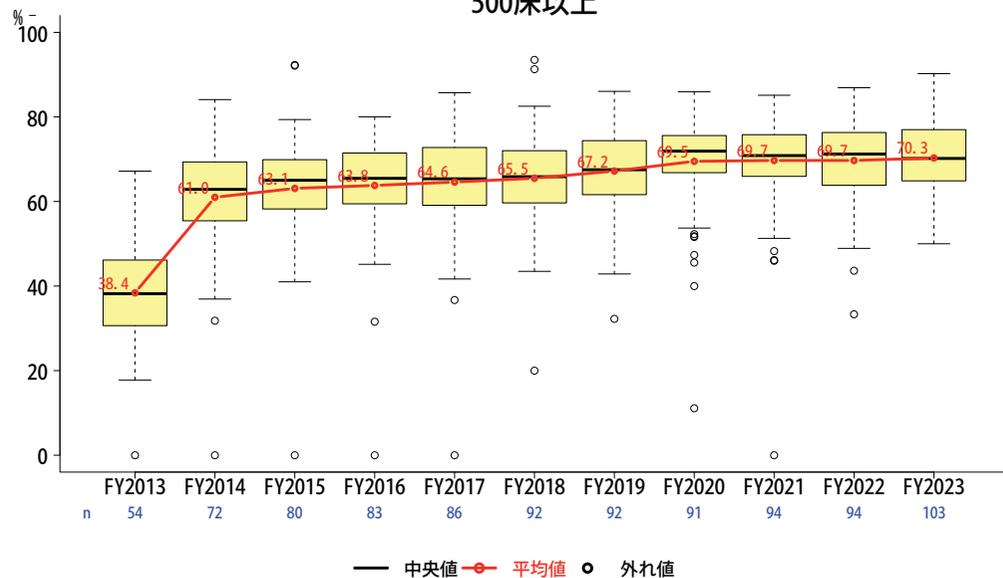
400床_499床



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法(オザグレルナトリウム)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

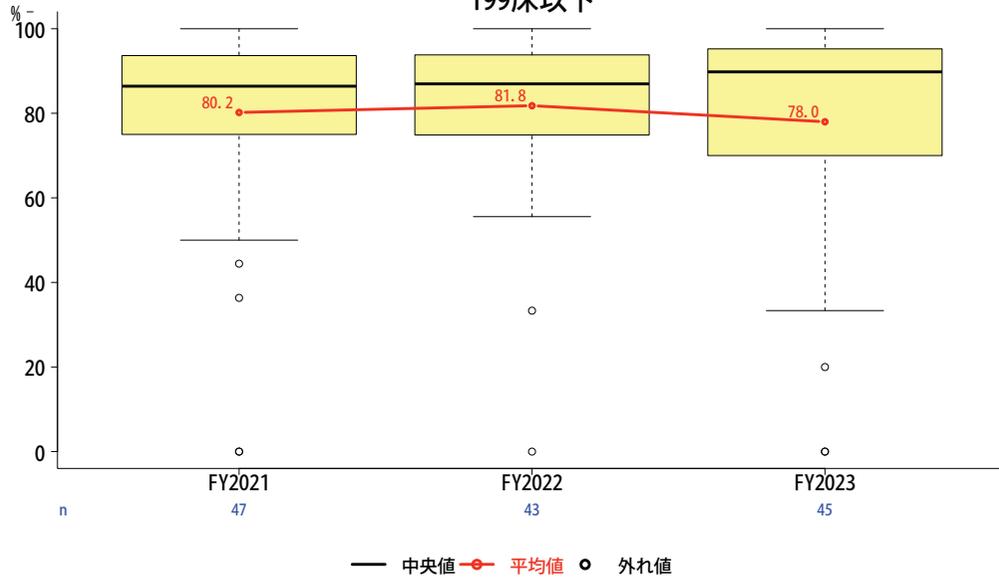
500床以上



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子: 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

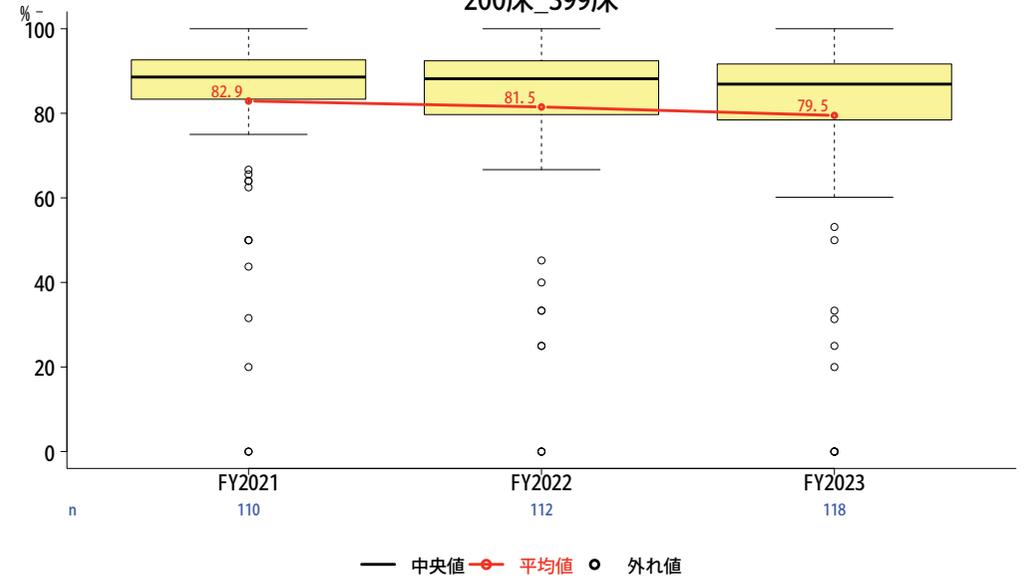
199床以下



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子: 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

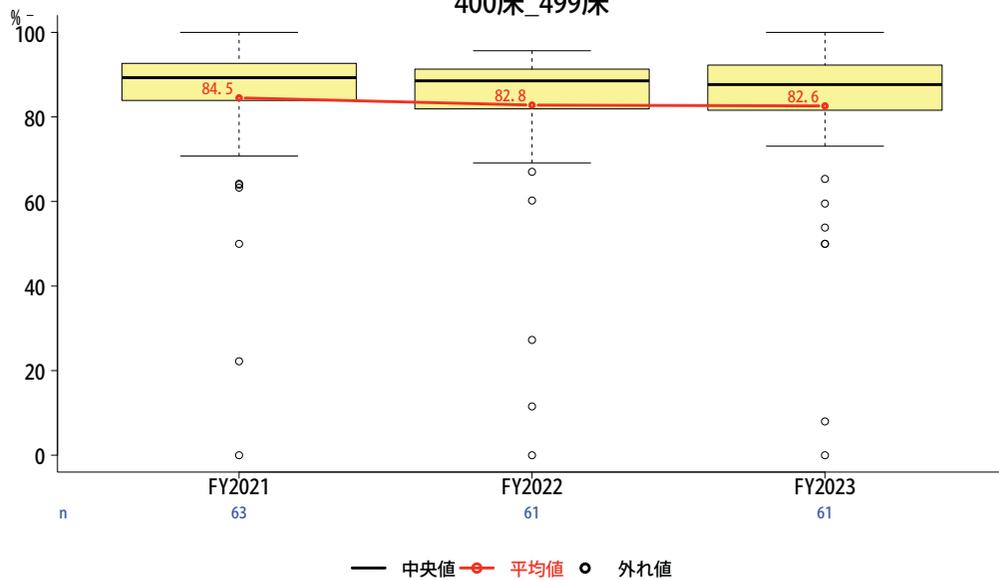
200床_399床



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子: 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

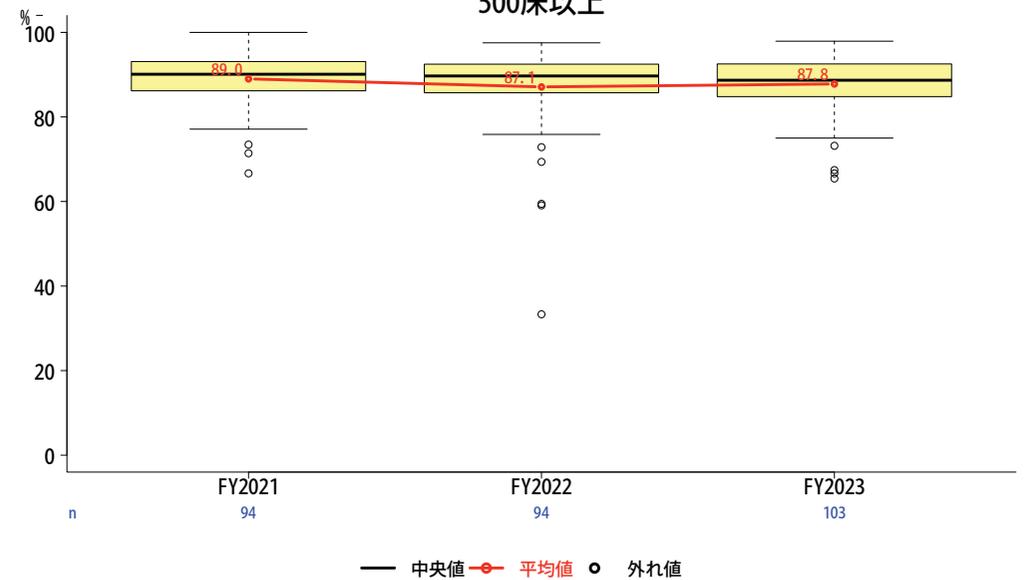
400床_499床



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子: 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

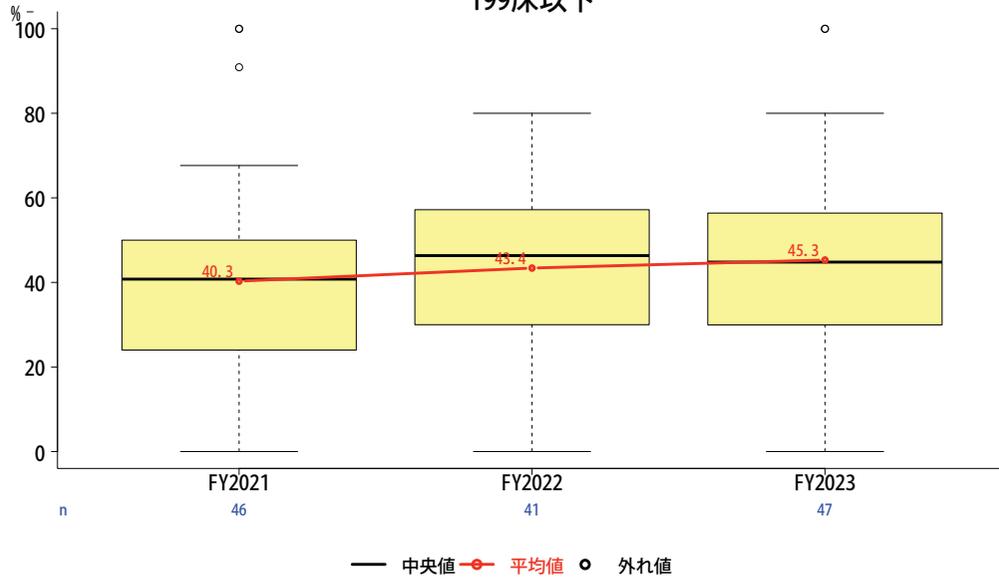
500床以上



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子:スタチンが投与された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

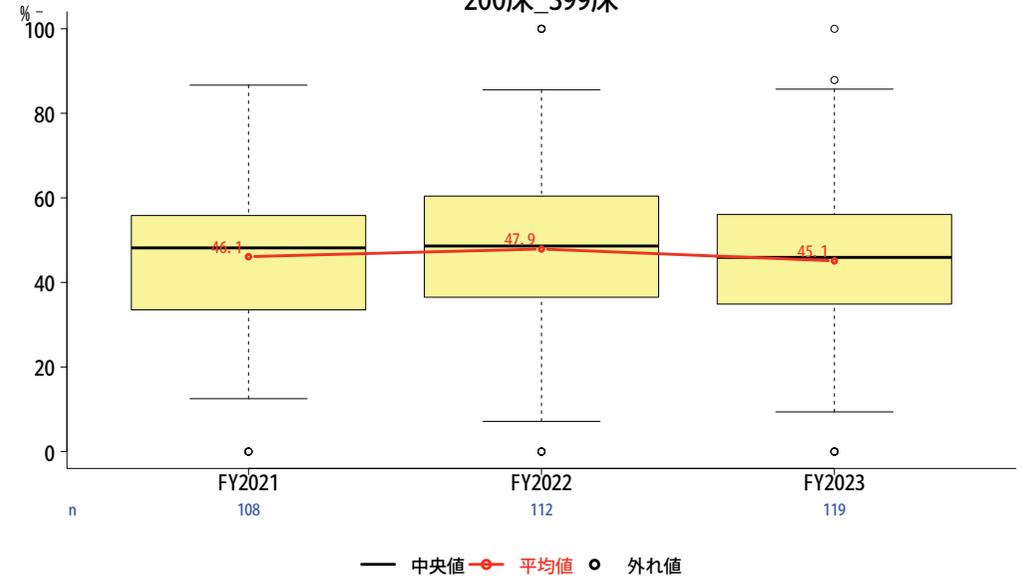
199床以下



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子:スタチンが投与された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

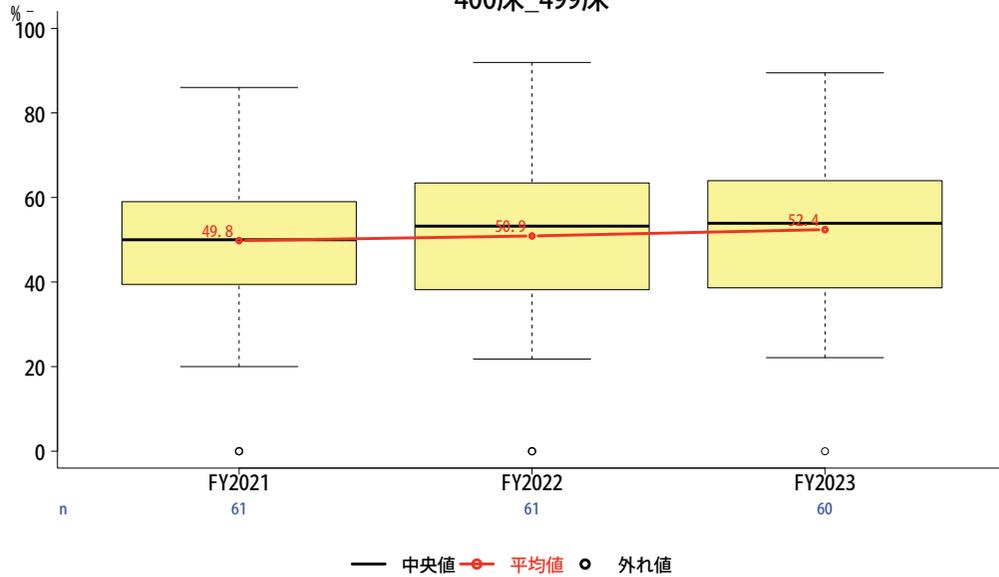
200床_399床



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子:スタチンが投与された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

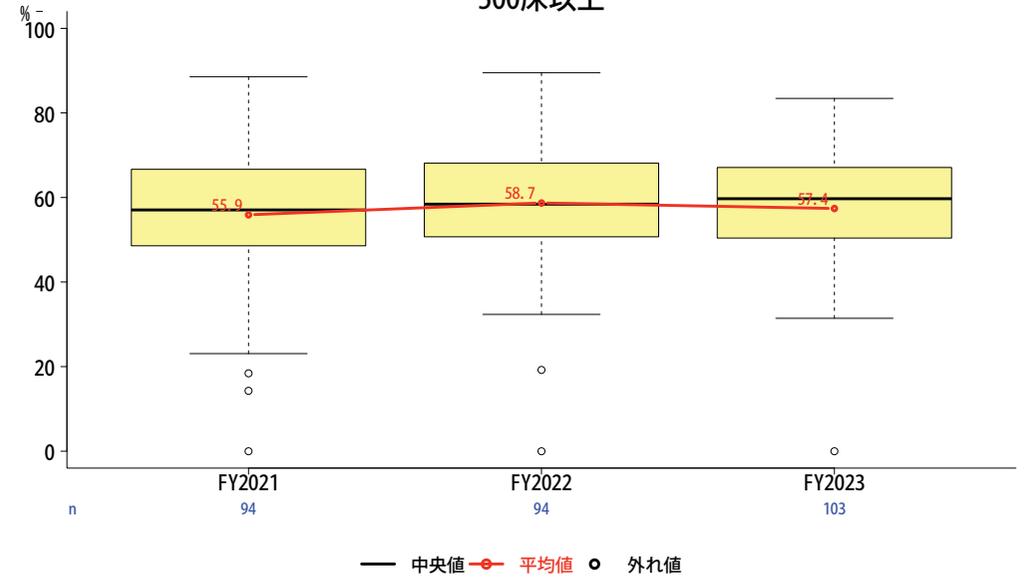
400床_499床



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子:スタチンが投与された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

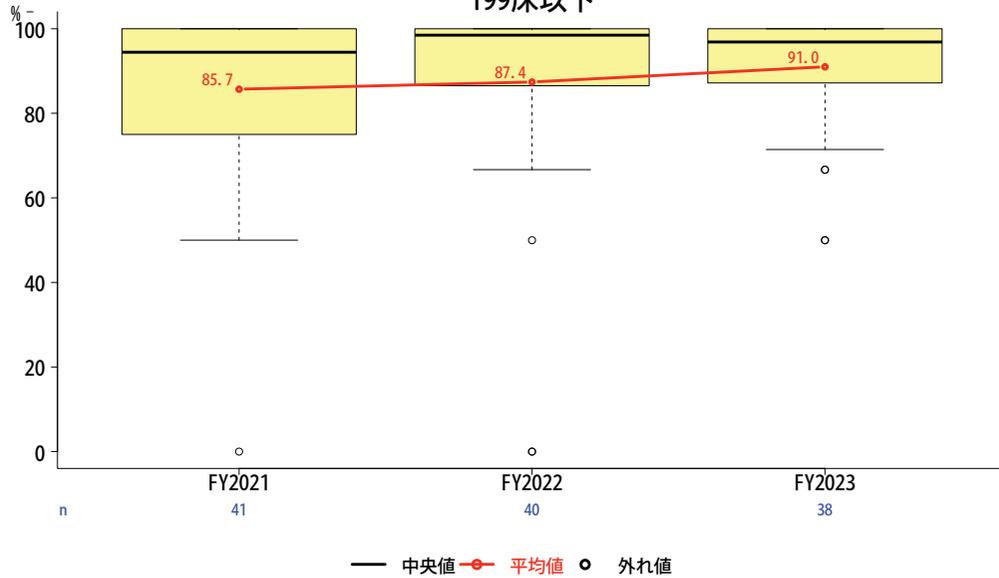
500床以上



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子: 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の診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

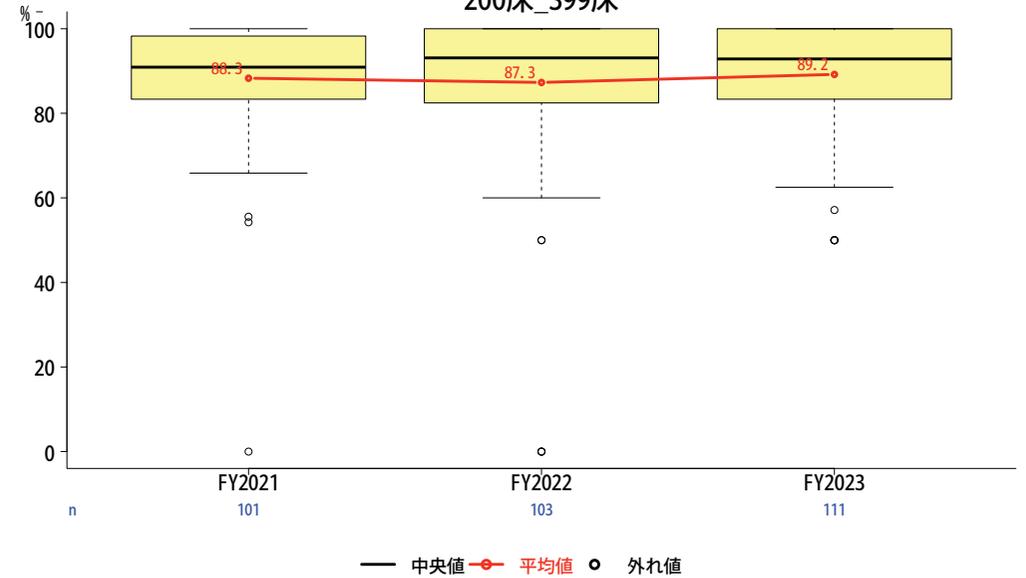
199床以下



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子: 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の診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

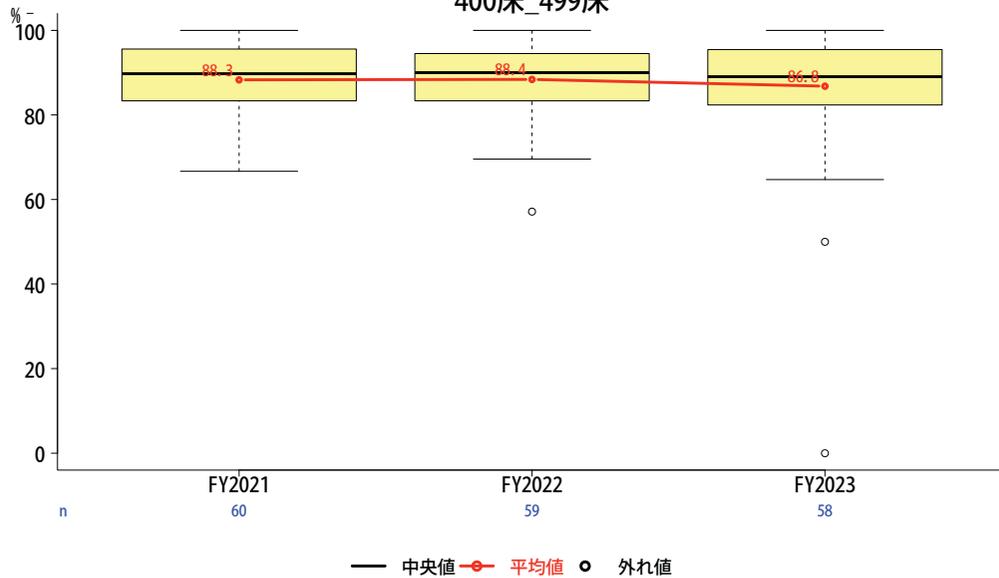
200床_399床



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子: 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の診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

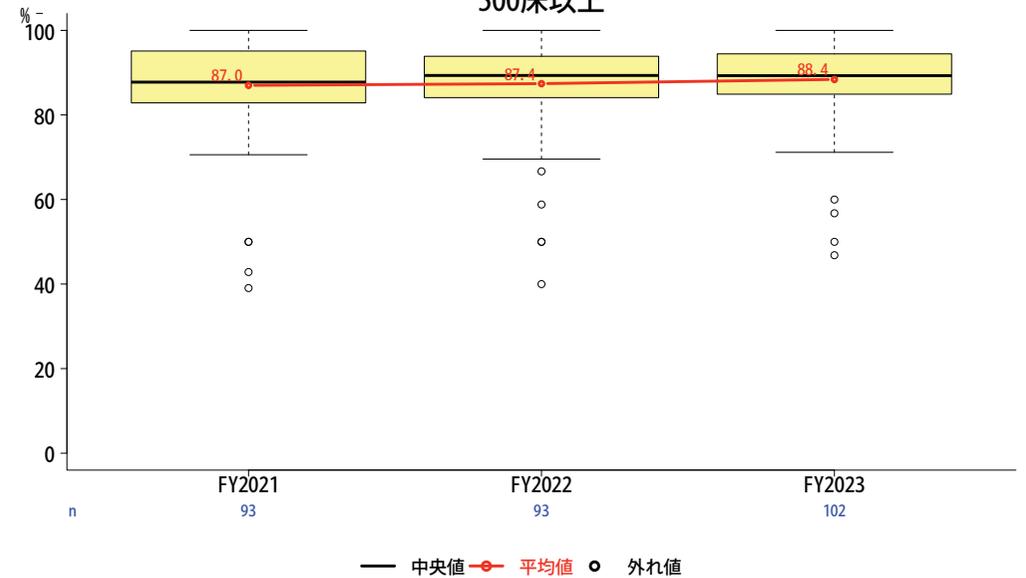
400床_499床



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子: 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の診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

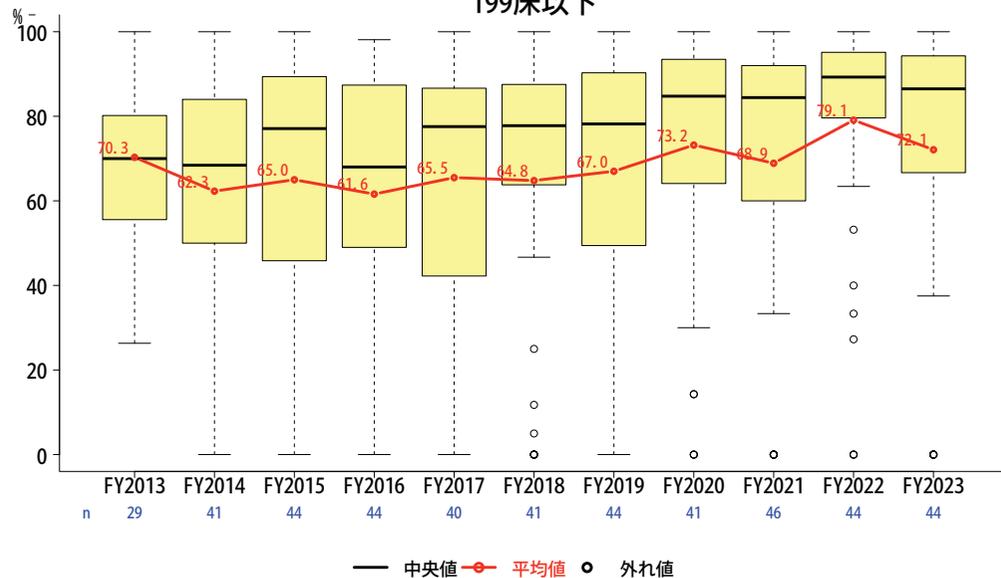
500床以上



一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子:入院後早期(3日以内)にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

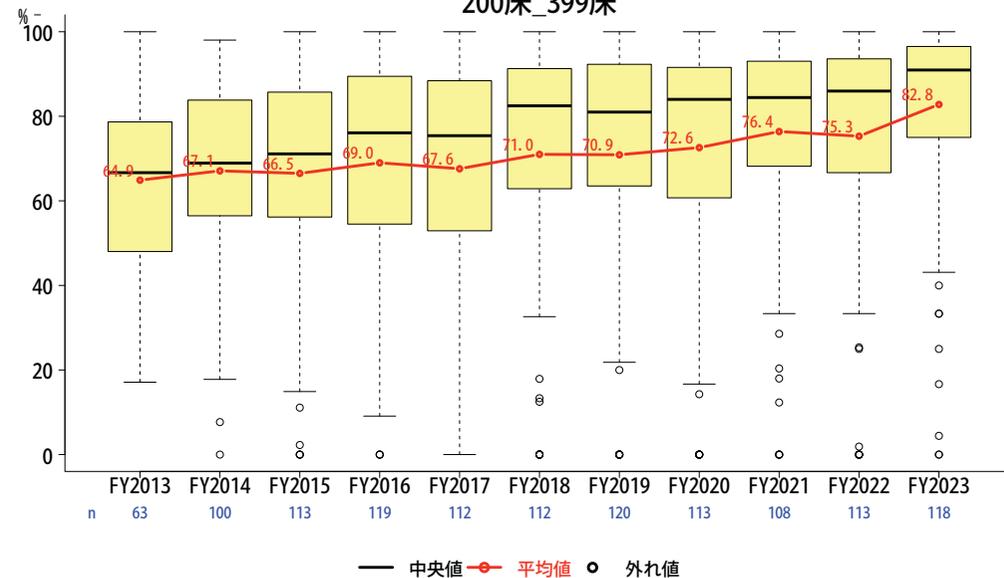
199床以下



一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子:入院後早期(3日以内)にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

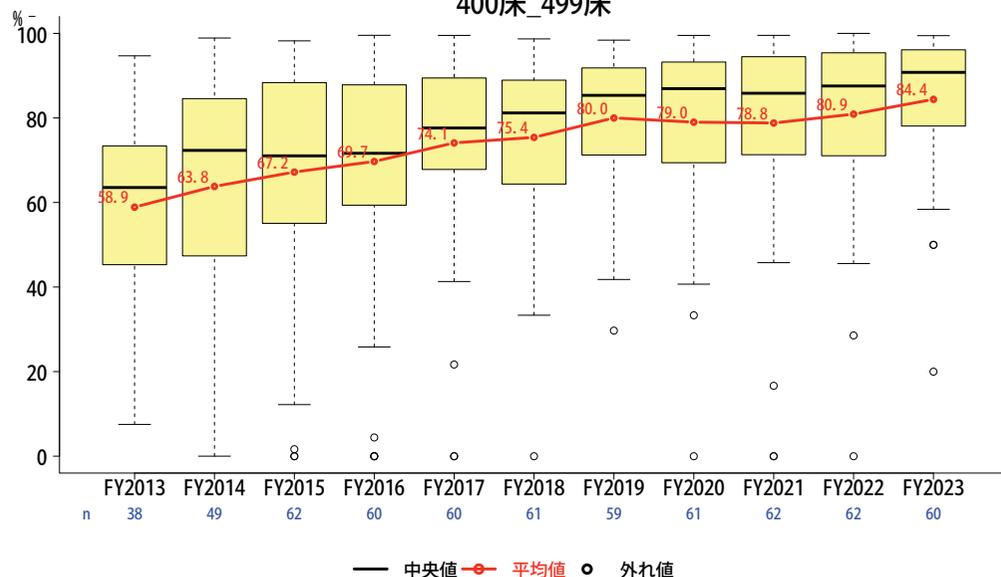
200床_399床



一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子:入院後早期(3日以内)にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

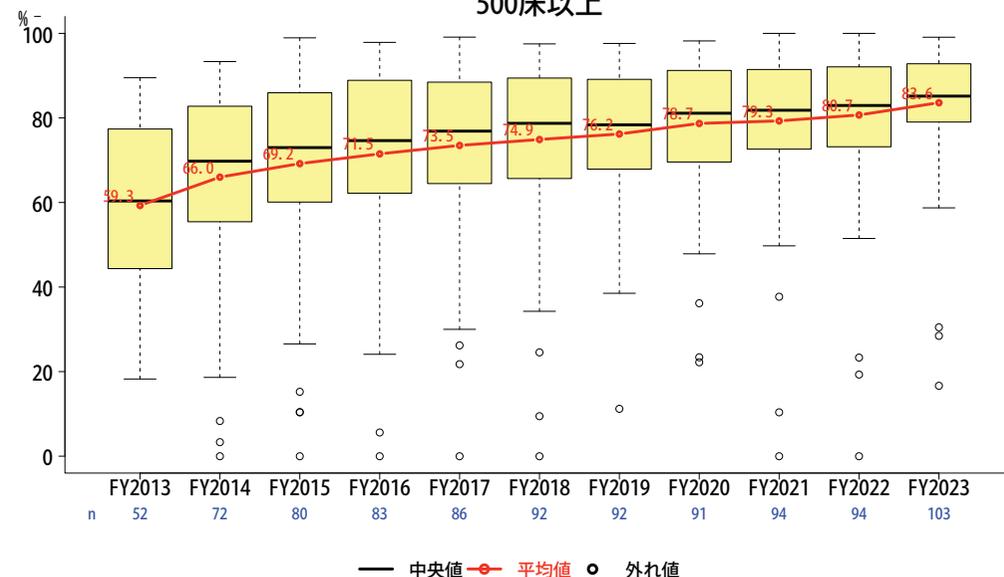
400床_499床



一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子:入院後早期(3日以内)にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

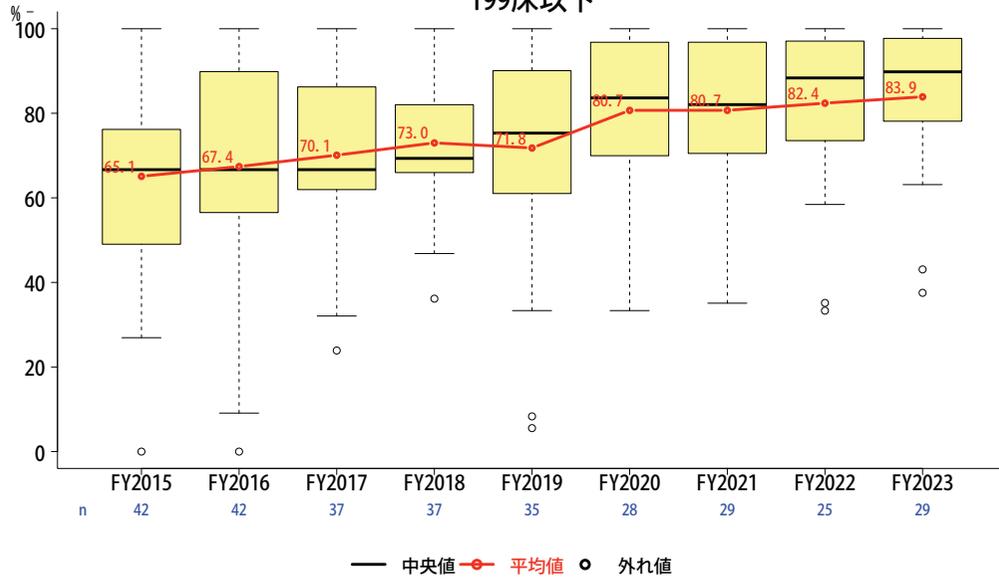
500床以上



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計

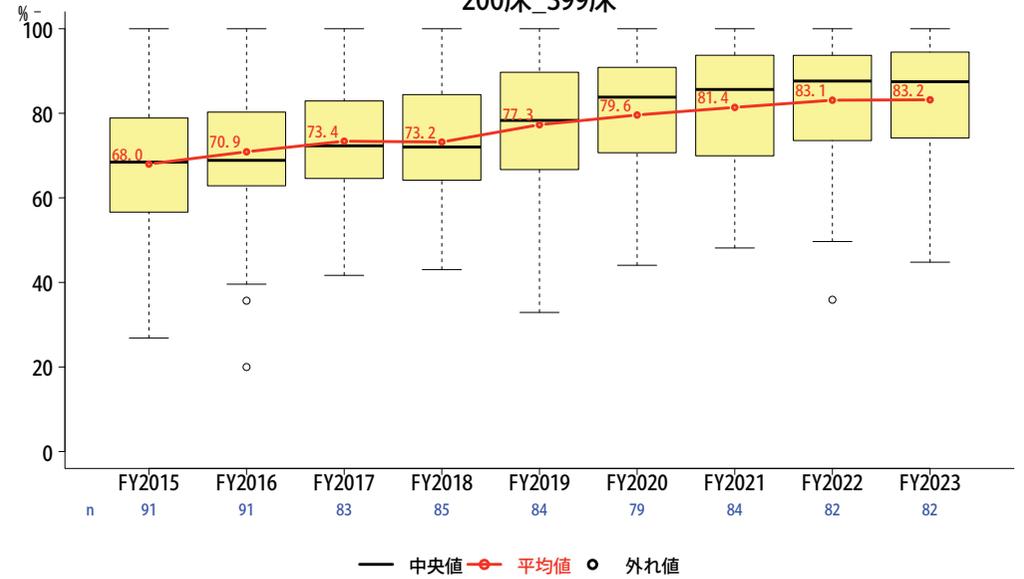
199床以下



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計

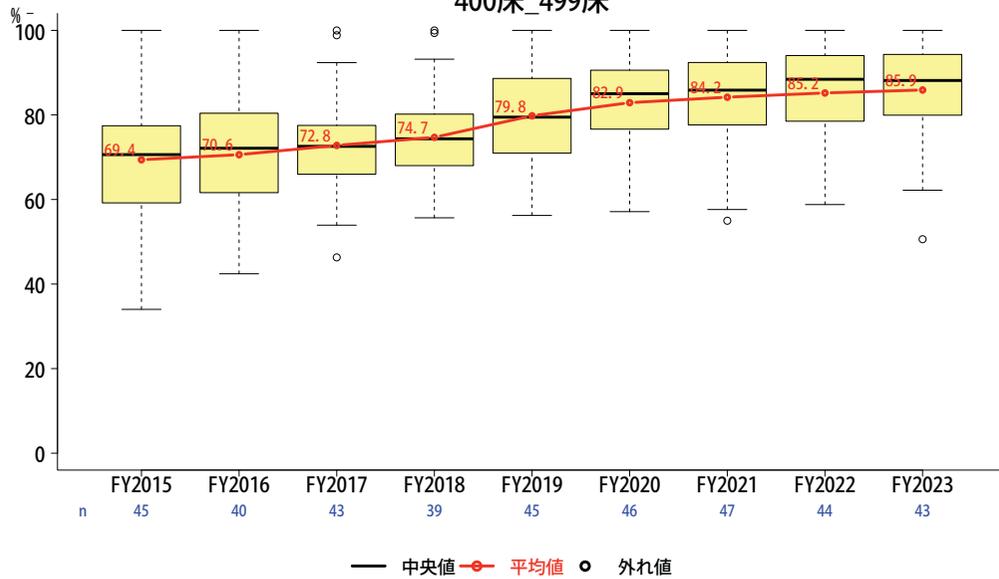
200床_399床



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計

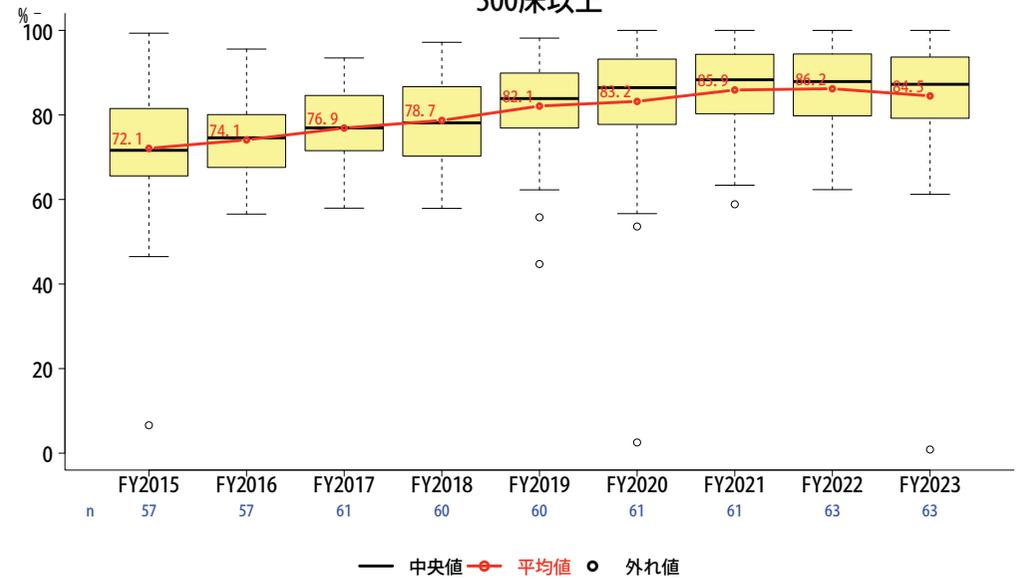
400床_499床



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計

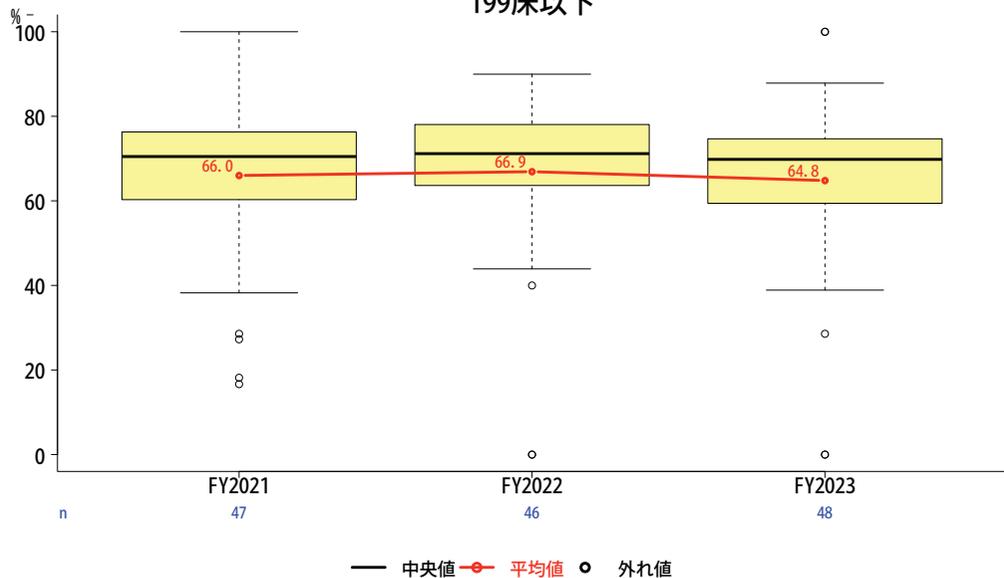
500床以上



一般-30 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計

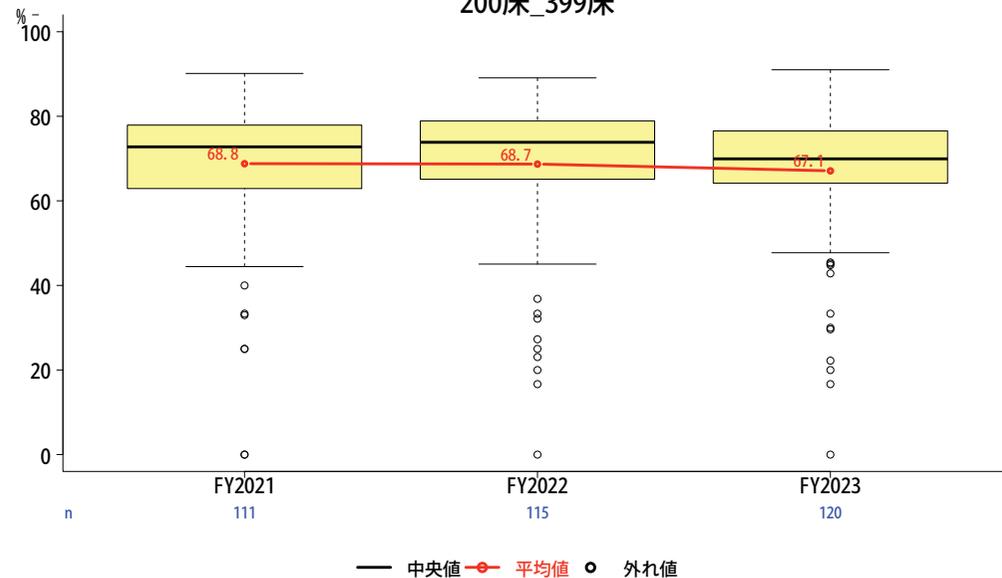
199床以下



一般-30 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計

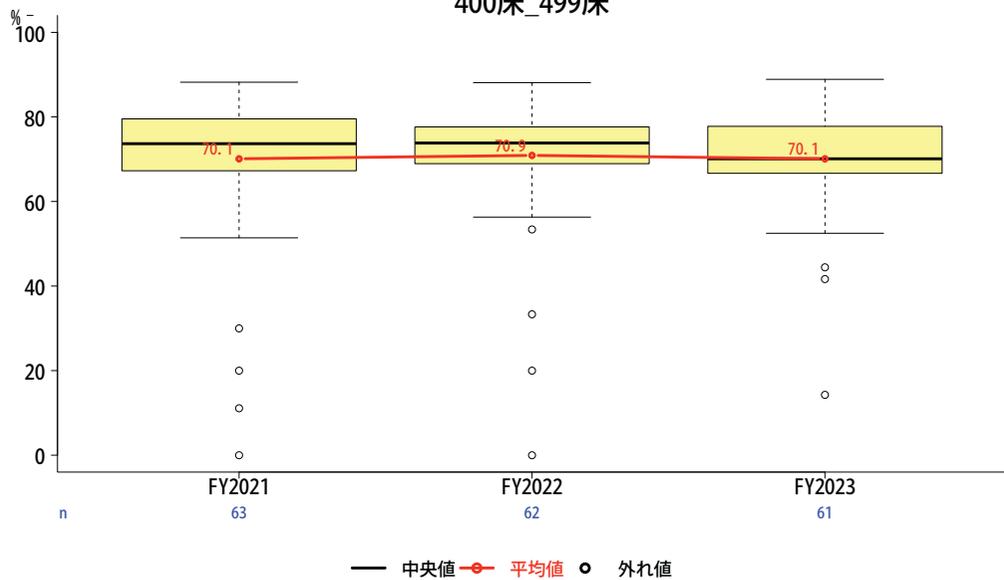
200床_399床



一般-30 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計

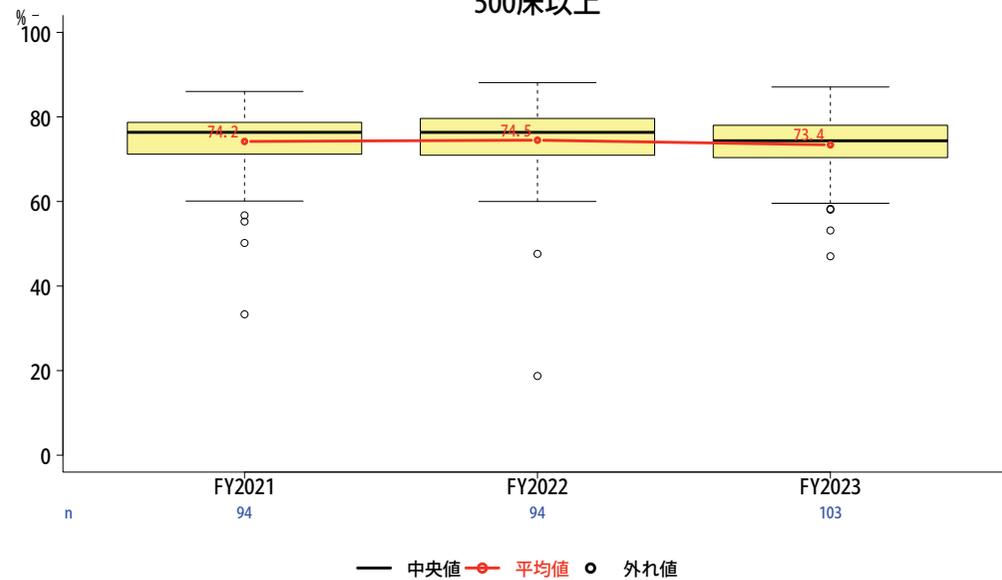
400床_499床



一般-30 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母: 指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計

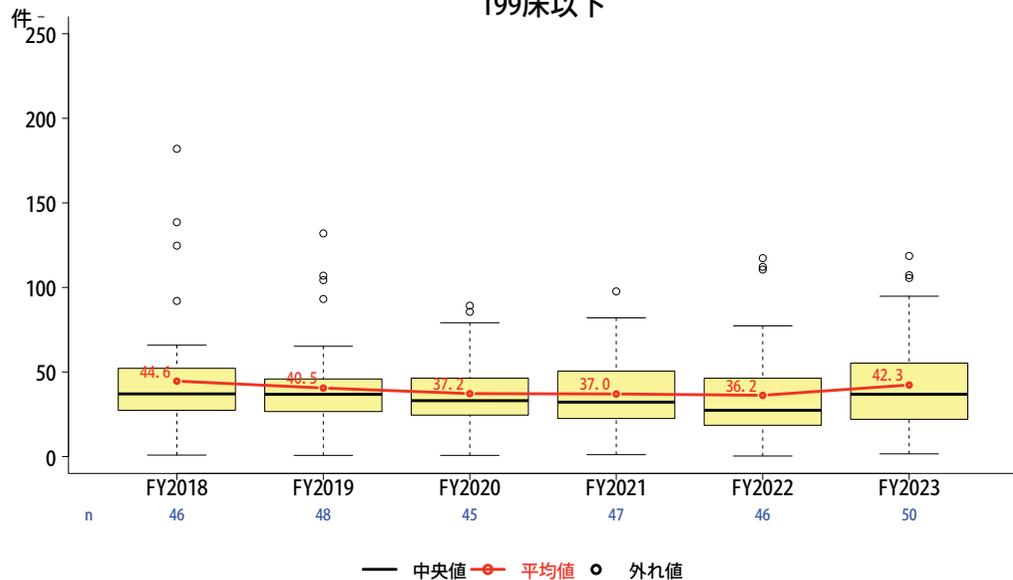
500床以上



一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

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

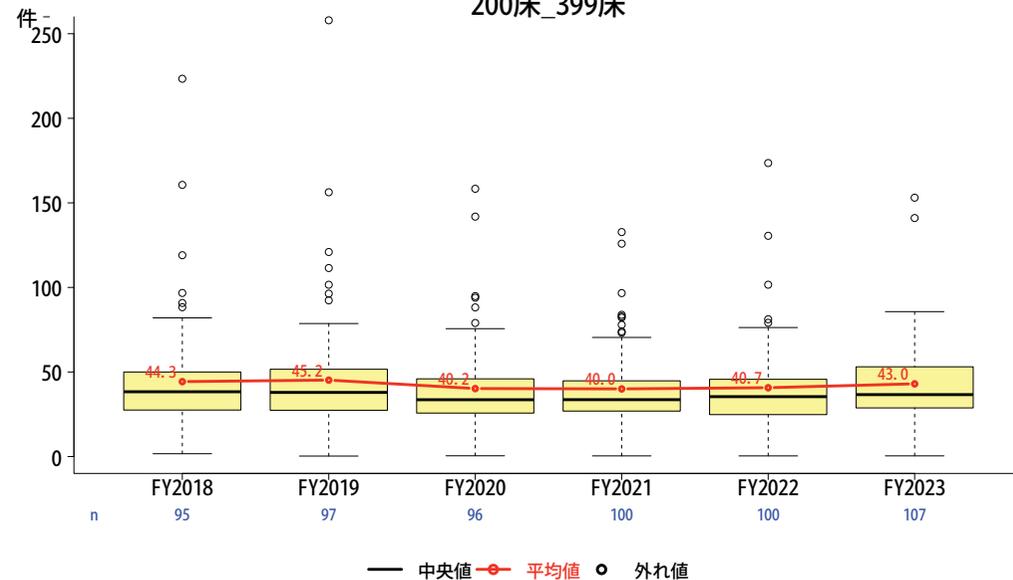
199床以下



一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

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

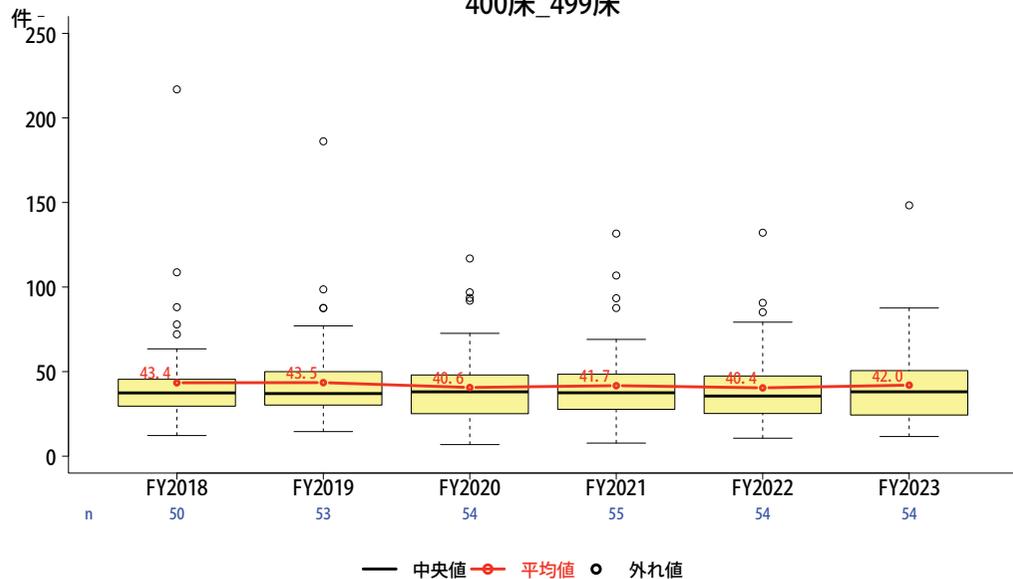
200床_399床



一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

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

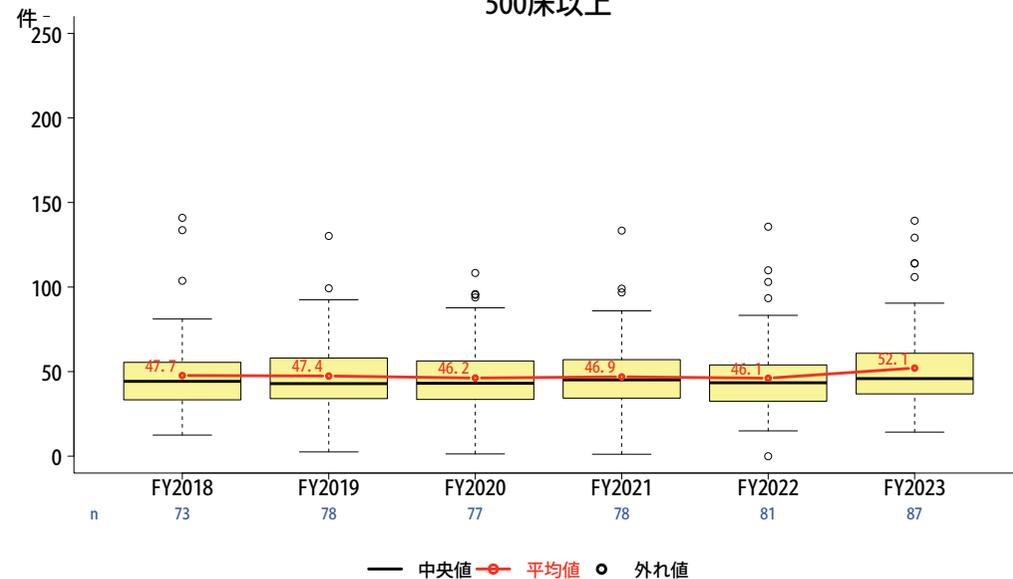
400床_499床



一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

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

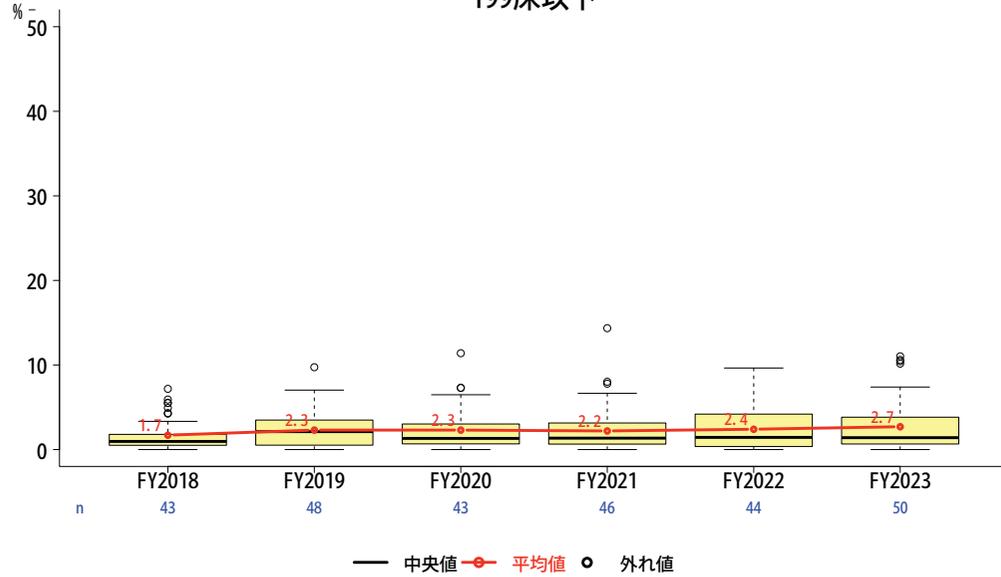
500床以上



一般-32 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

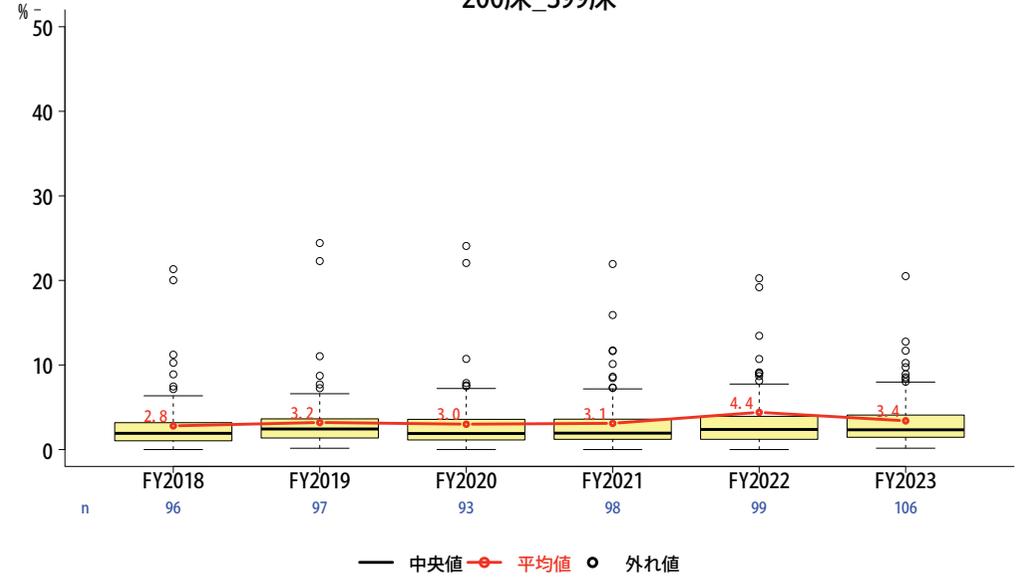
199床以下



一般-32 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

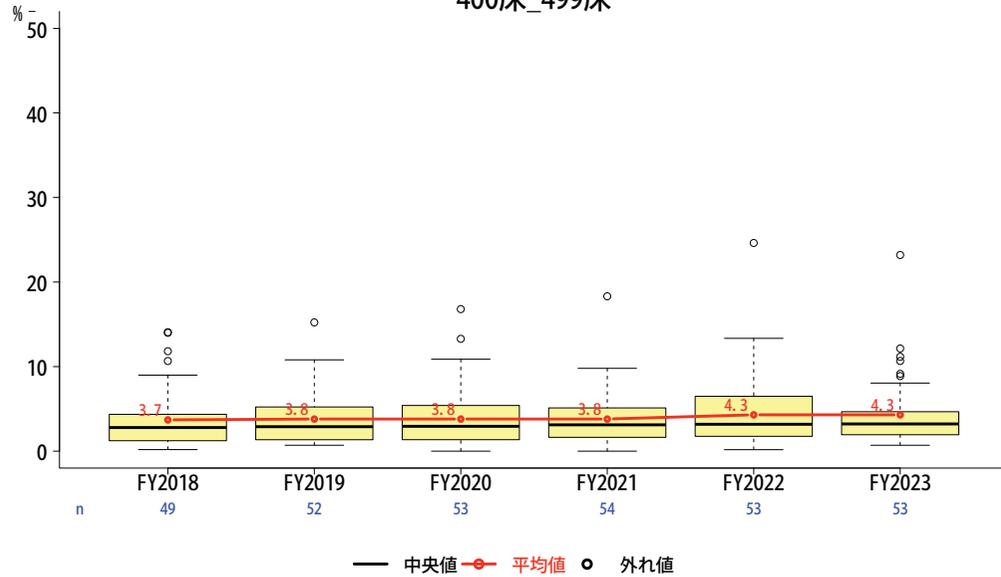
200床_399床



一般-32 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

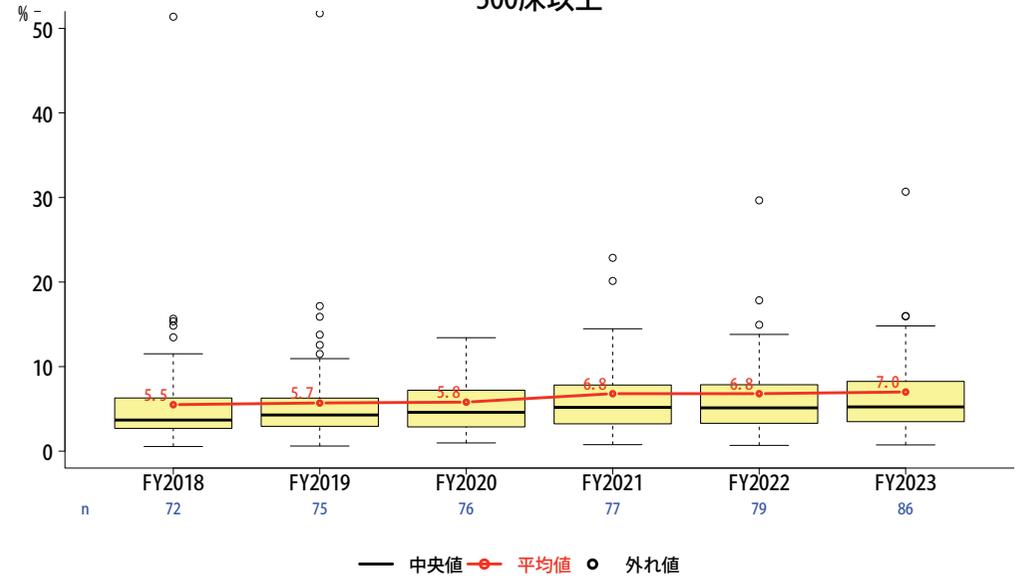
400床_499床



一般-32 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

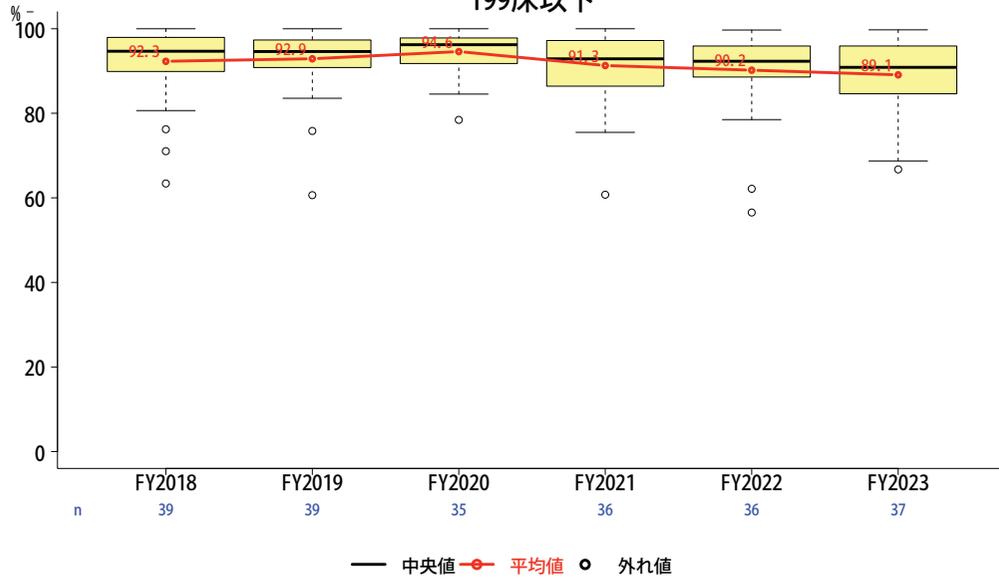
500床以上



一般-33 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

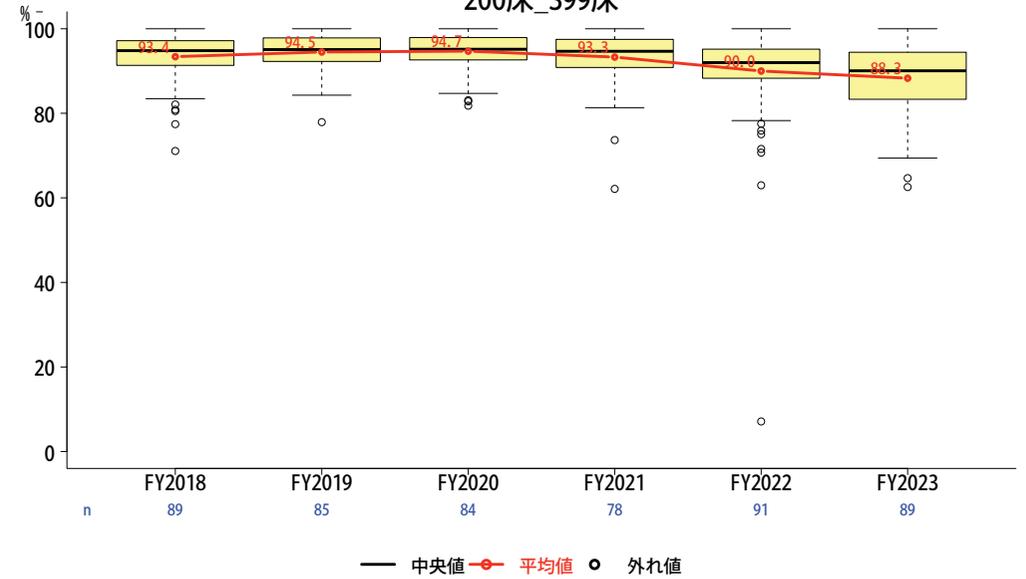
199床以下



一般-33 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

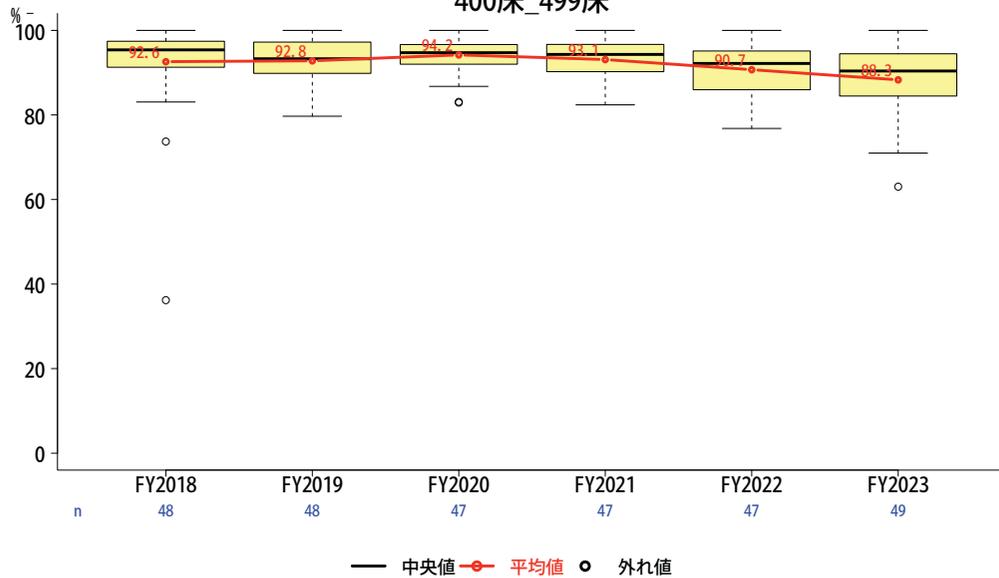
200床_399床



一般-33 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

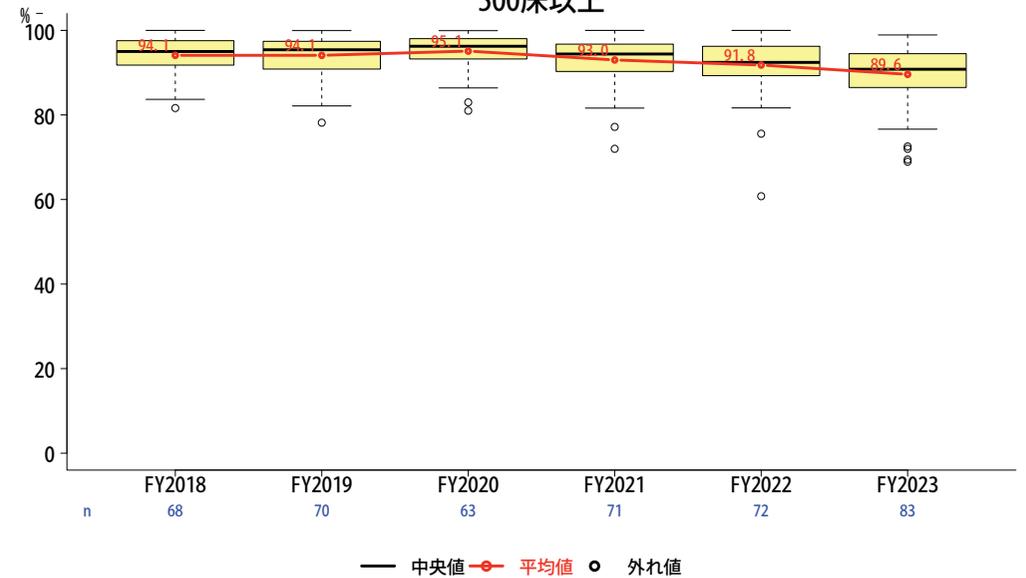
400床_499床



一般-33 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

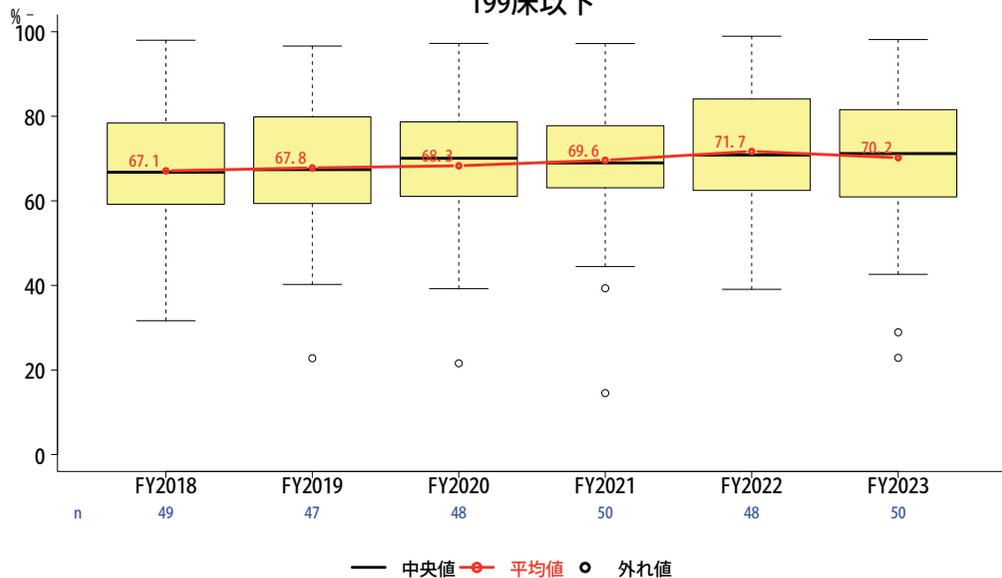
500床以上



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

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

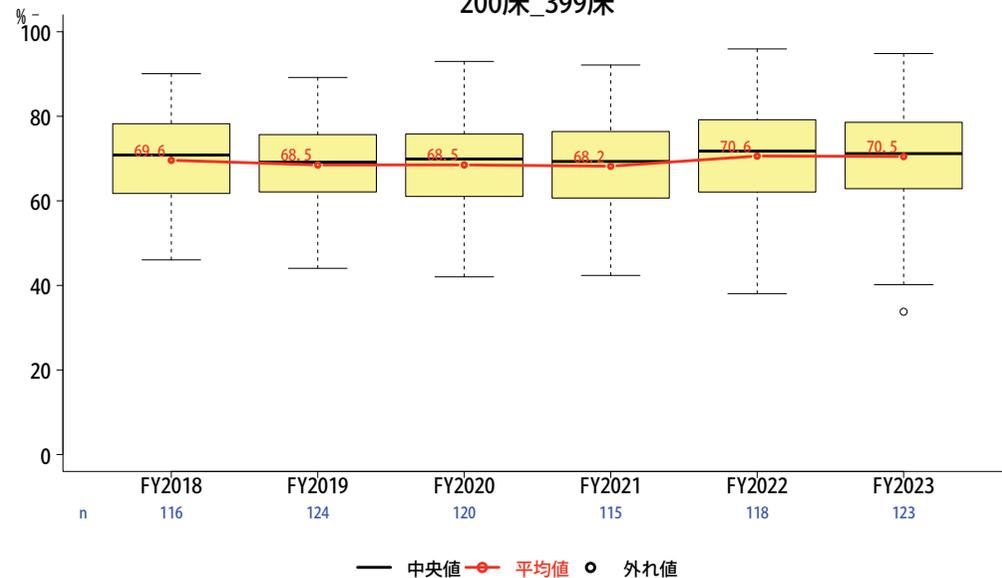
199床以下



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

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

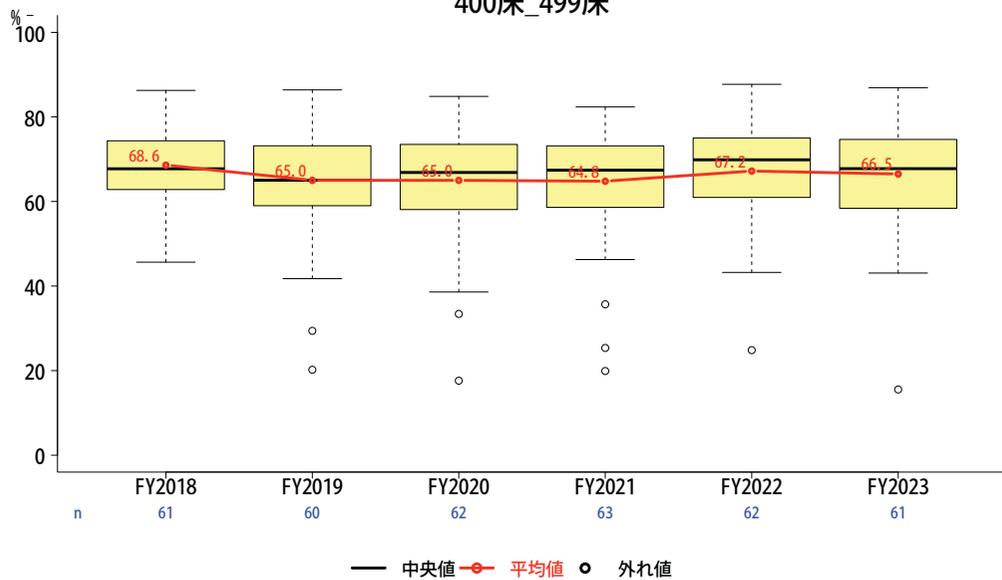
200床_399床



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

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

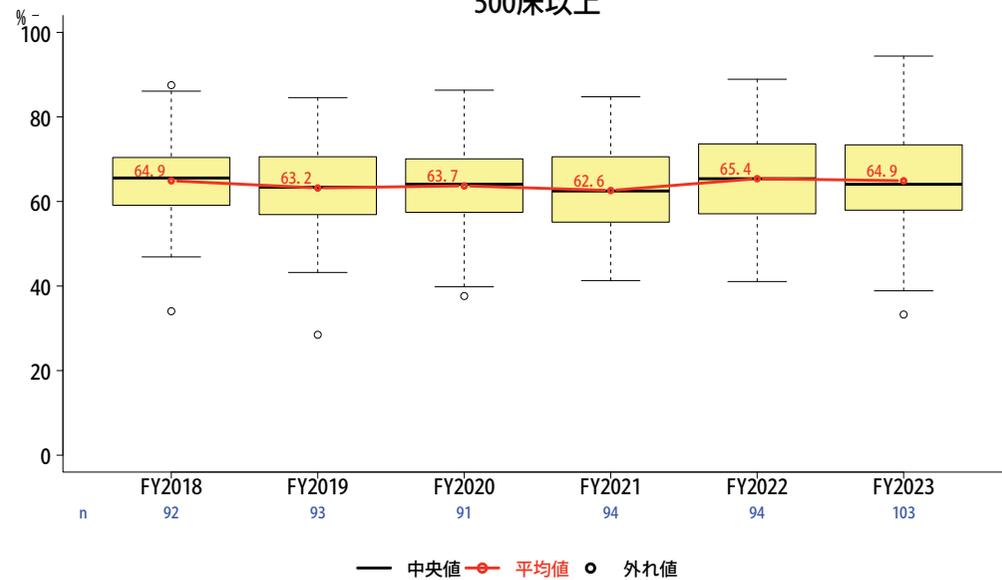
400床_499床



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

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

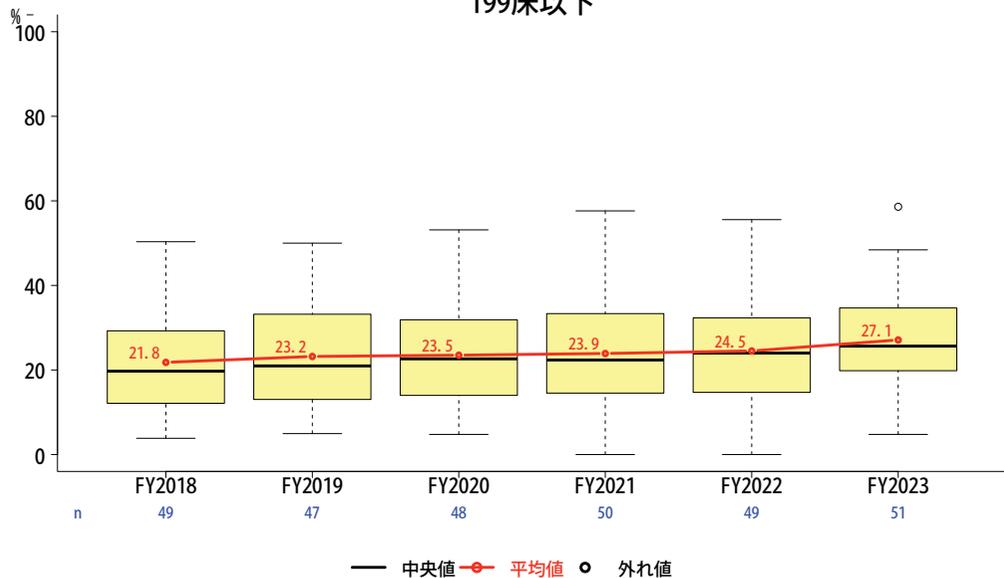
500床以上



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

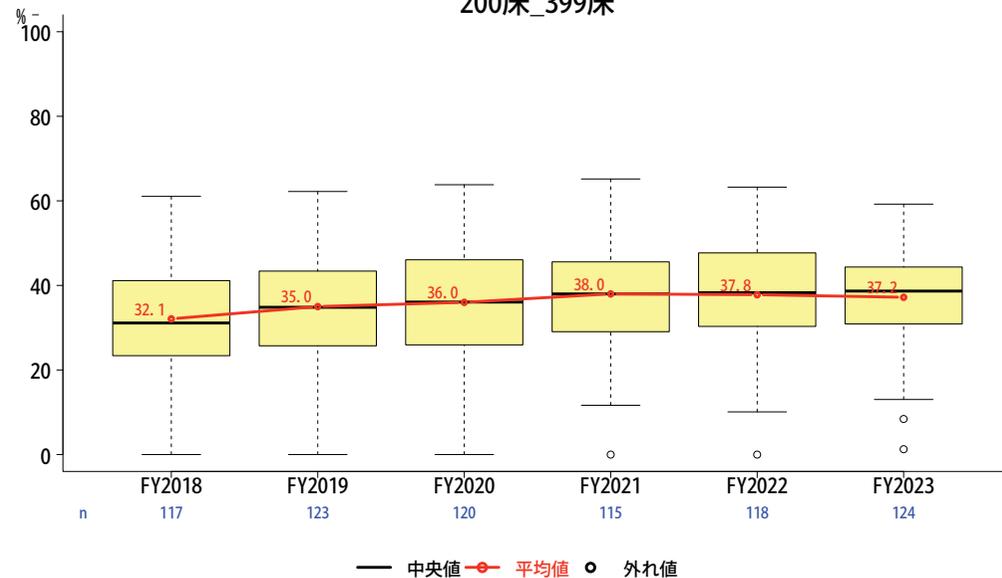
199床以下



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

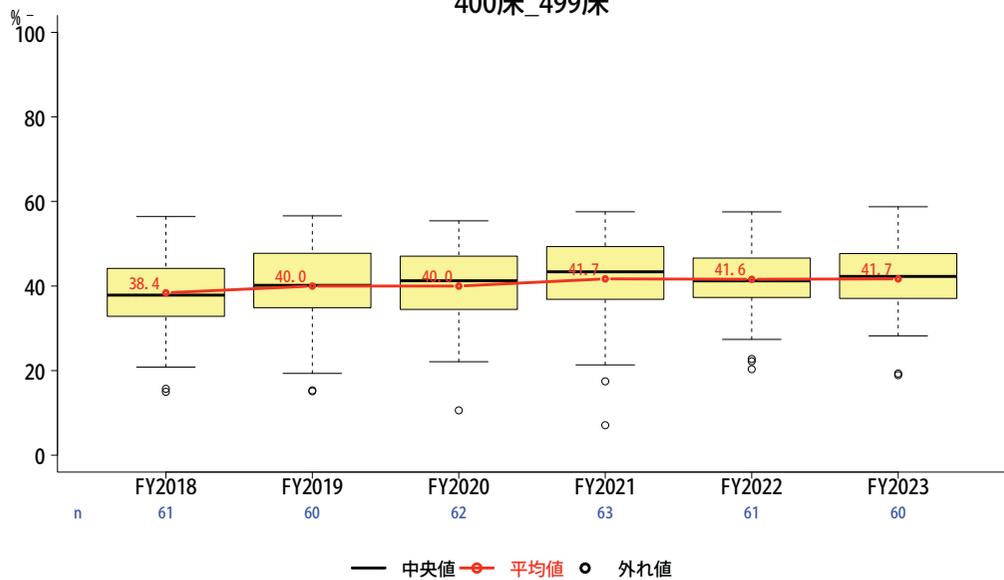
200床_399床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

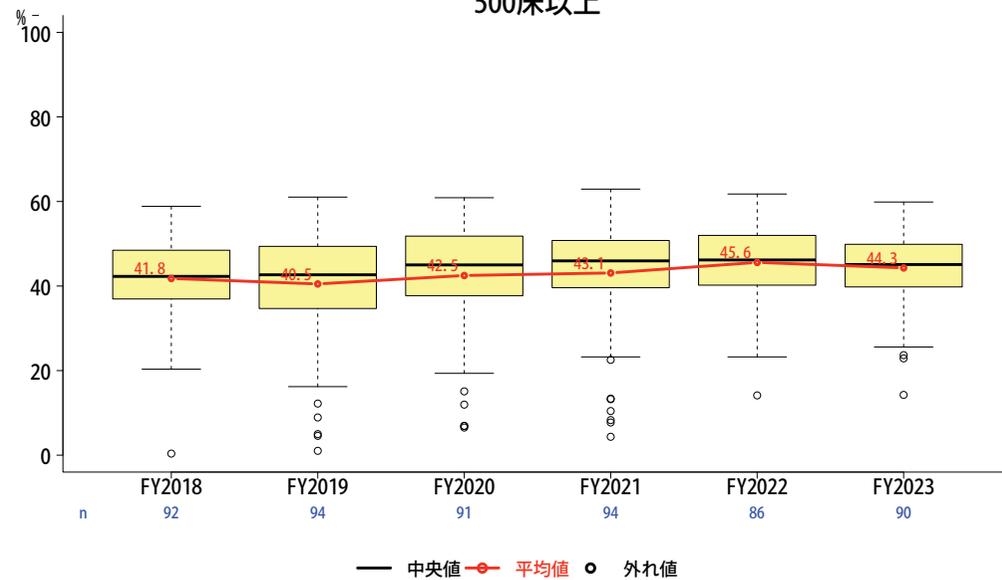
400床_499床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

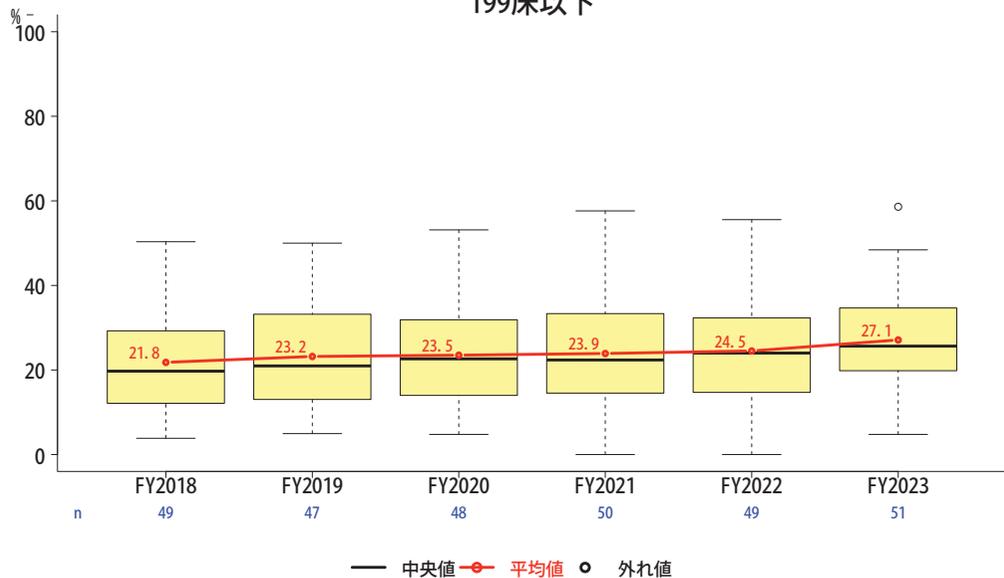
500床以上



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

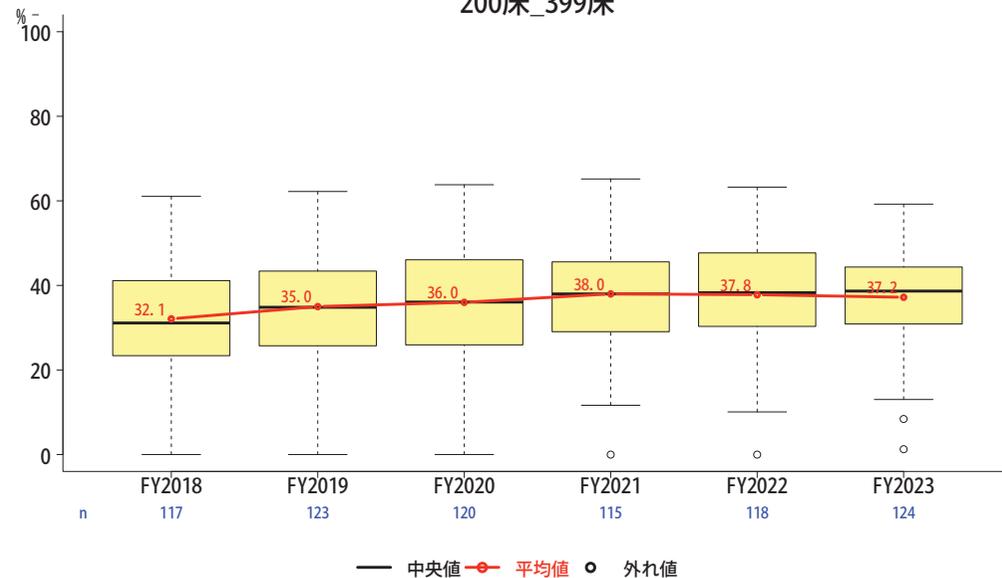
199床以下



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

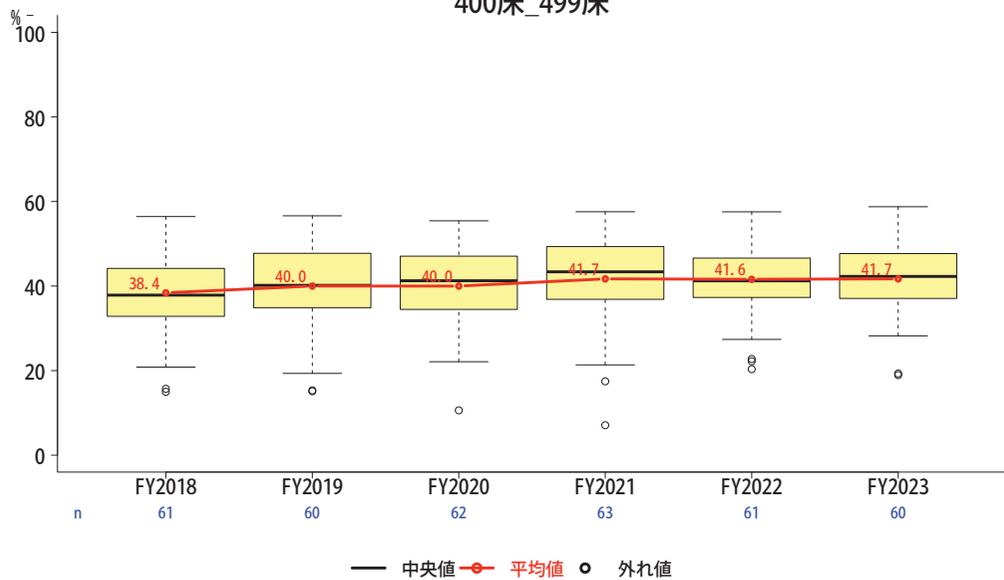
200床_399床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

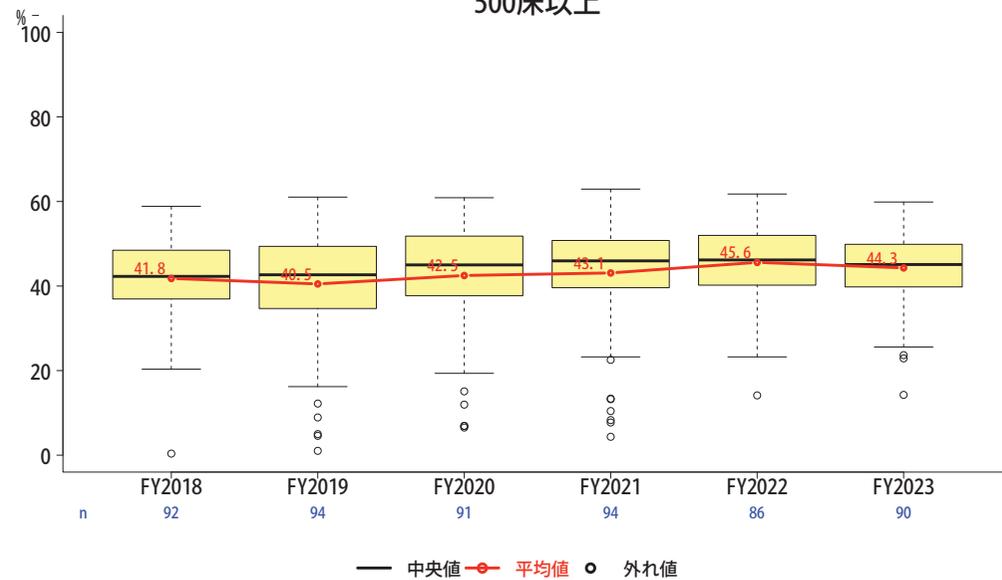
400床_499床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

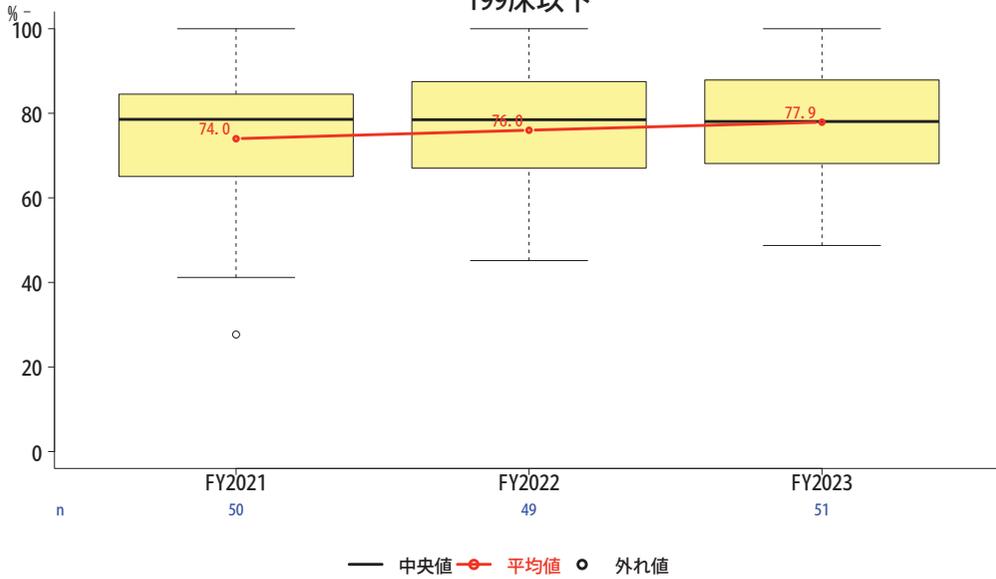
500床以上



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

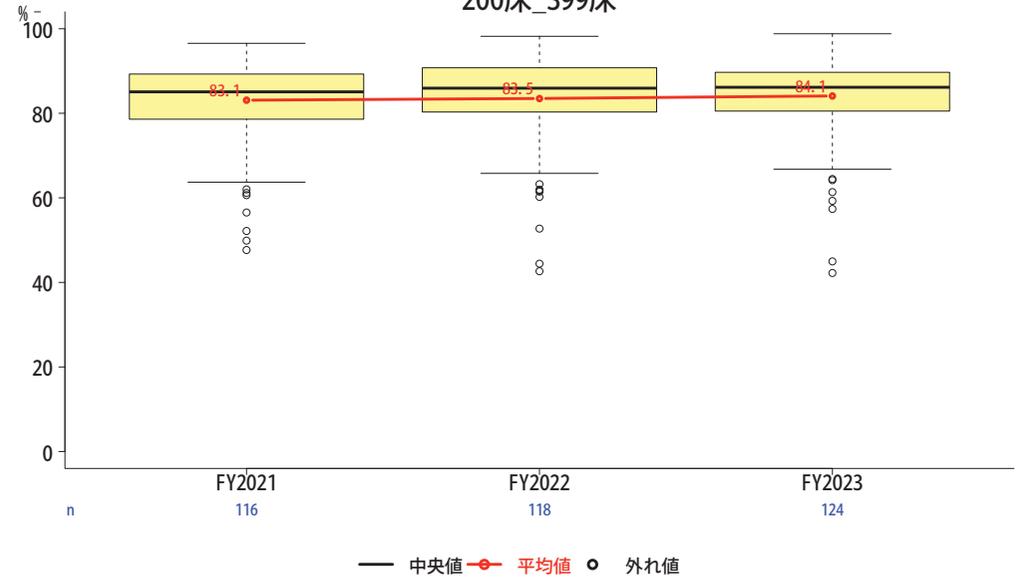
199床以下



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

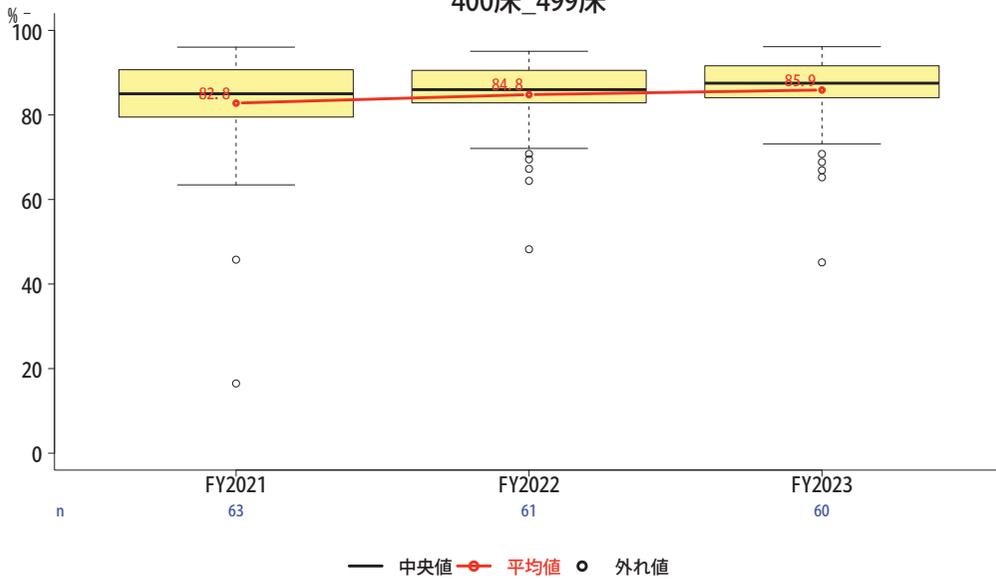
200床_399床



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

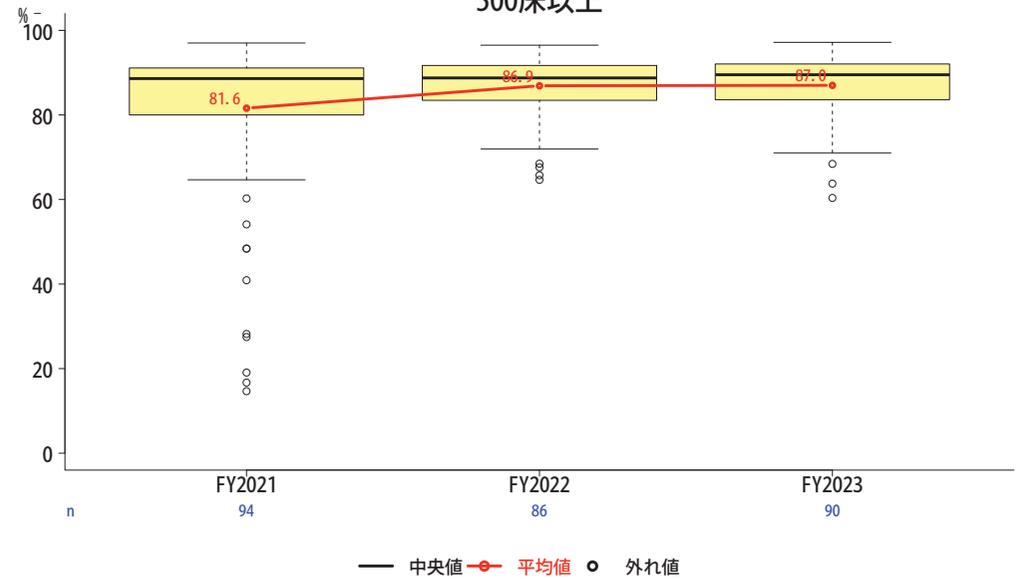
400床_499床



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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患者数
 分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

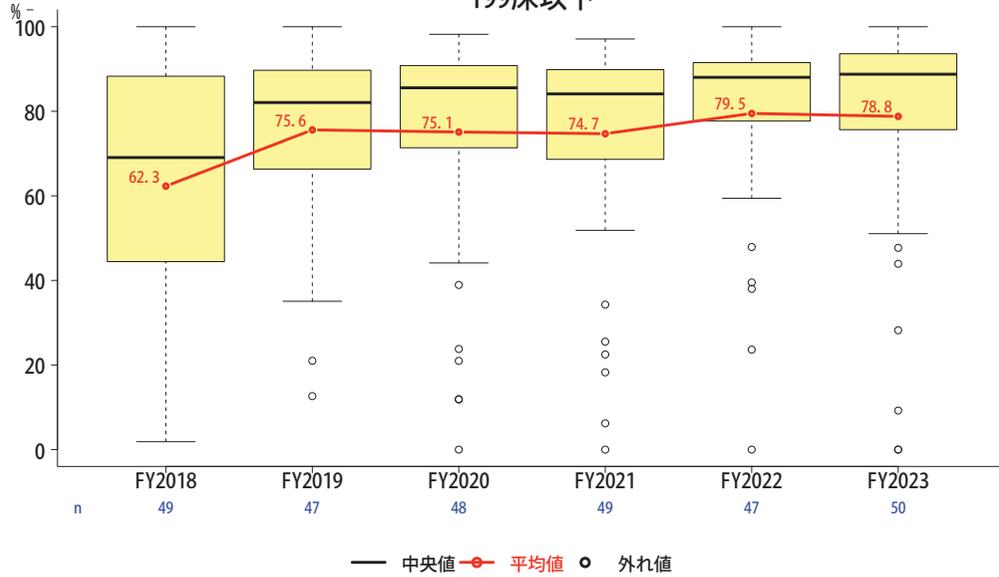
500床以上



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数 (人日)
 分母:血液培養のオーダー日数 (人日)

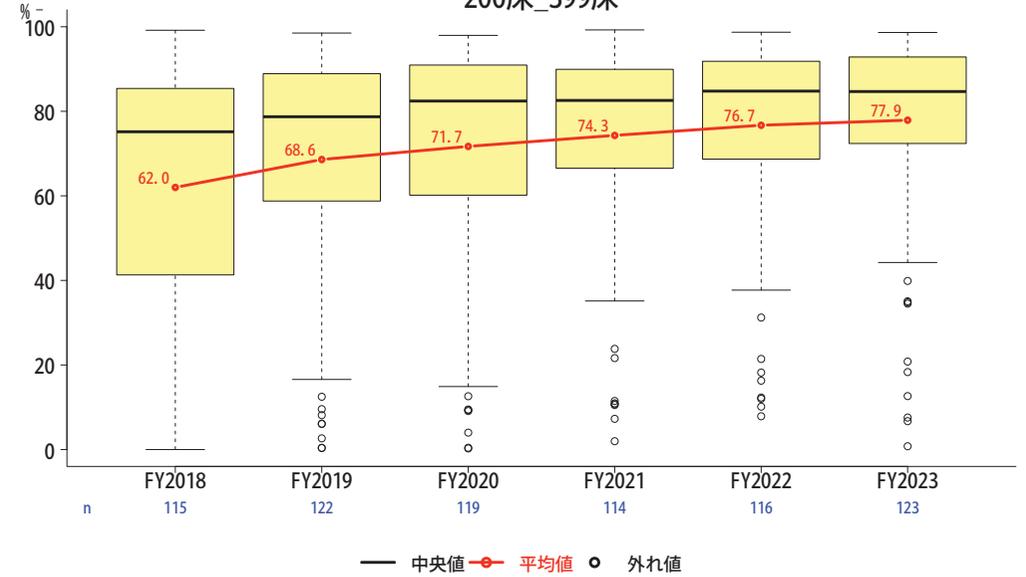
199床以下



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数 (人日)
 分母:血液培養のオーダー日数 (人日)

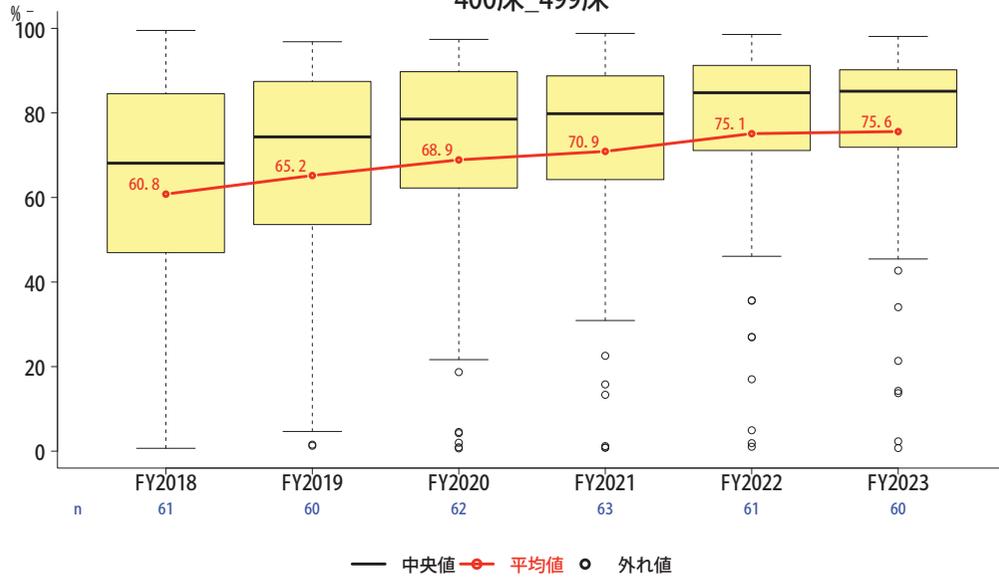
200床_399床



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数 (人日)
 分母:血液培養のオーダー日数 (人日)

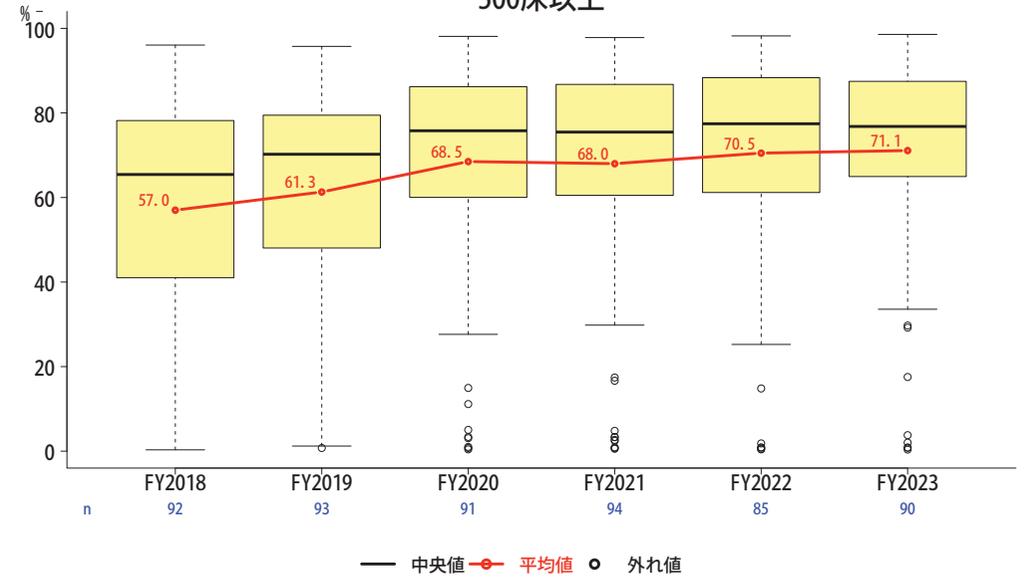
400床_499床



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数 (人日)
 分母:血液培養のオーダー日数 (人日)

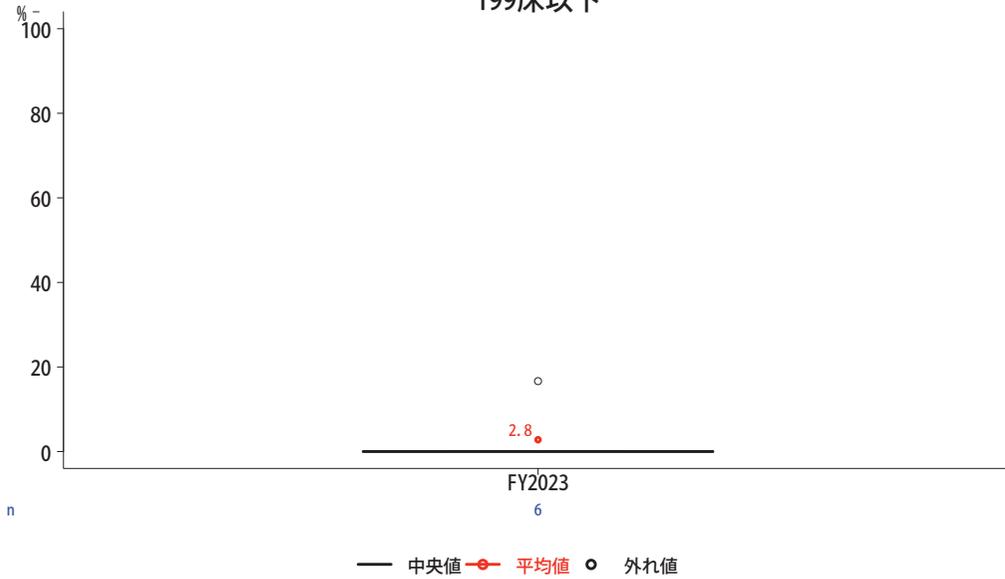
500床以上



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

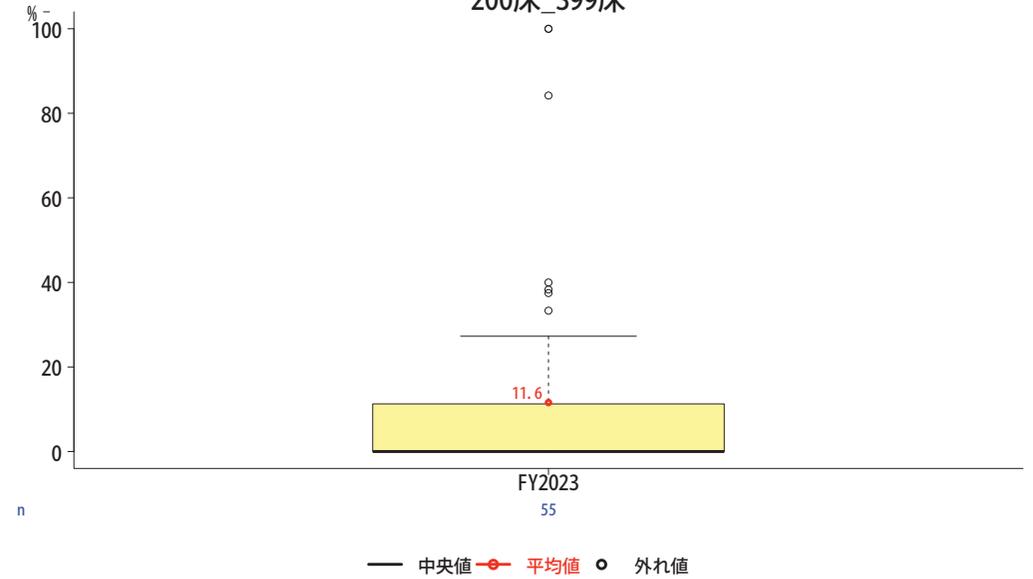
199床以下



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

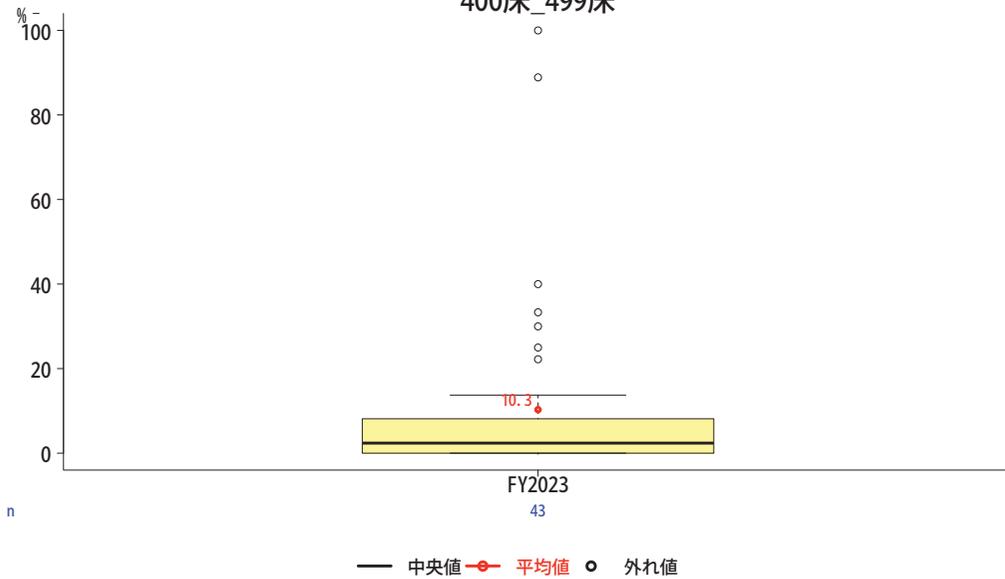
200床_399床



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

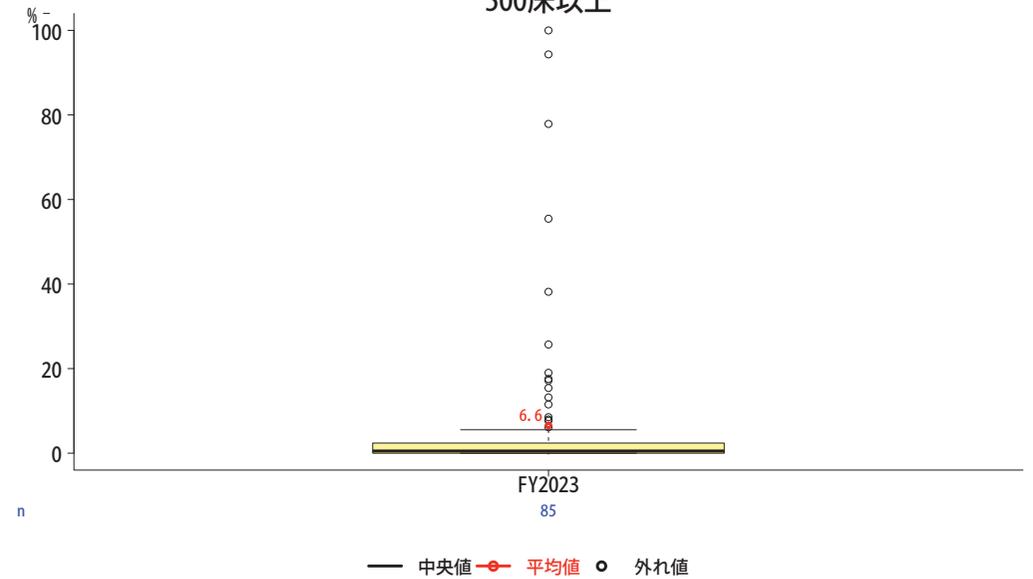
400床_499床



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

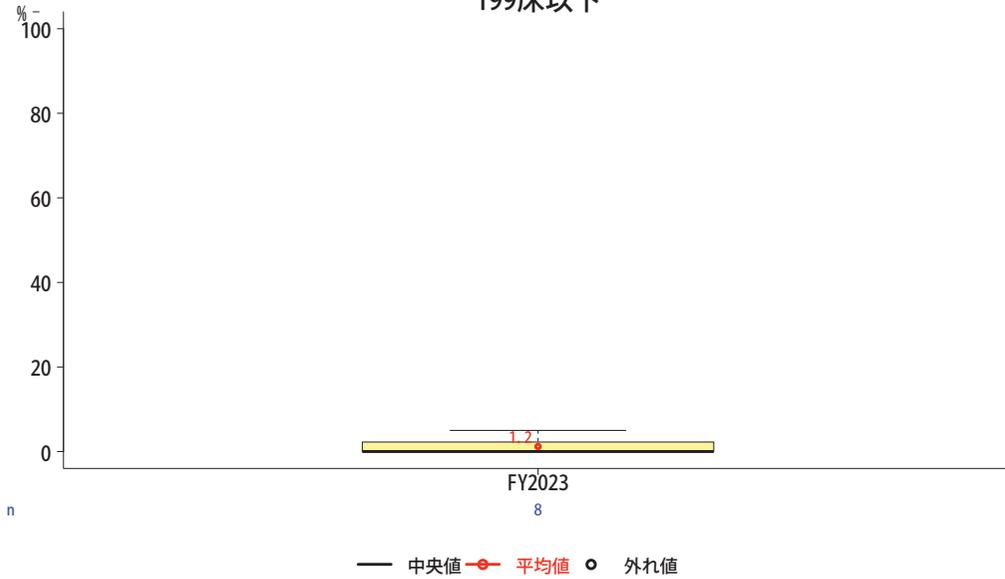
500床以上



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

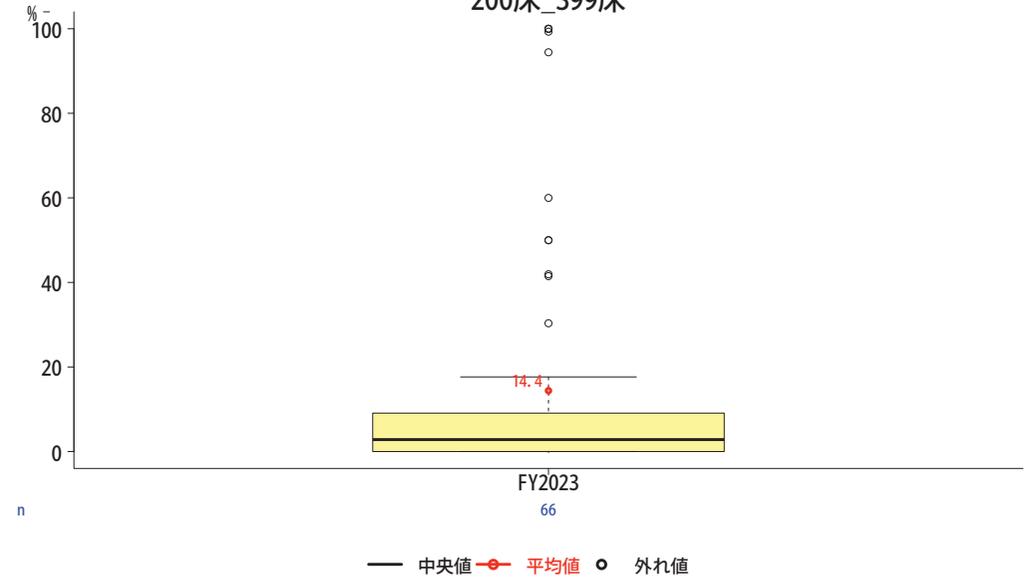
199床以下



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

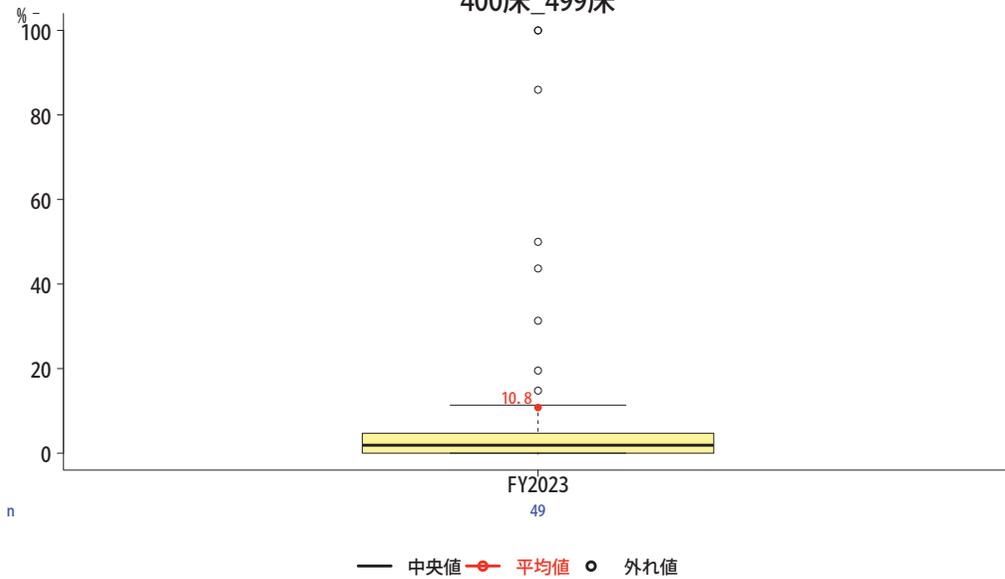
200床_399床



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

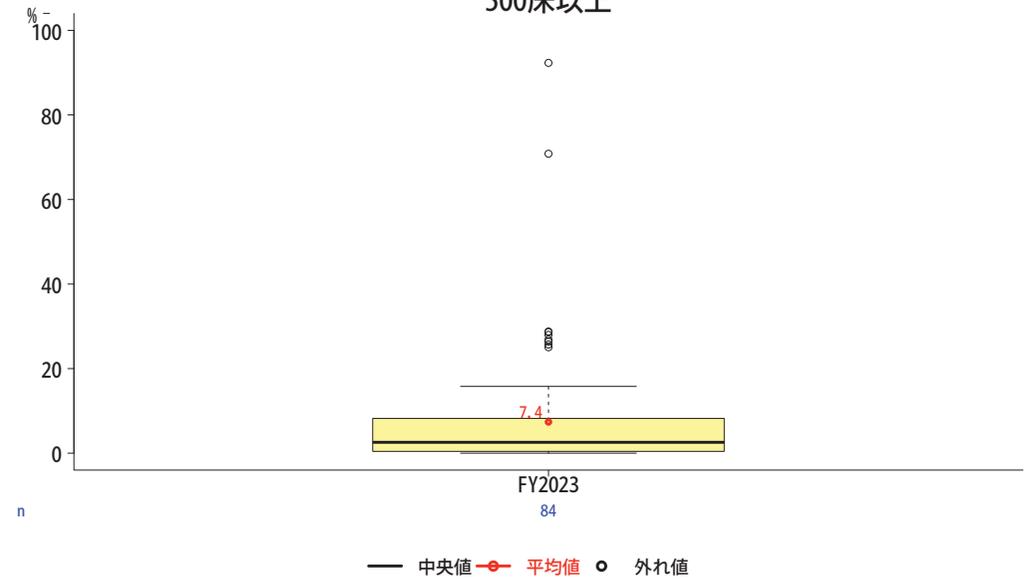
400床_499床



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

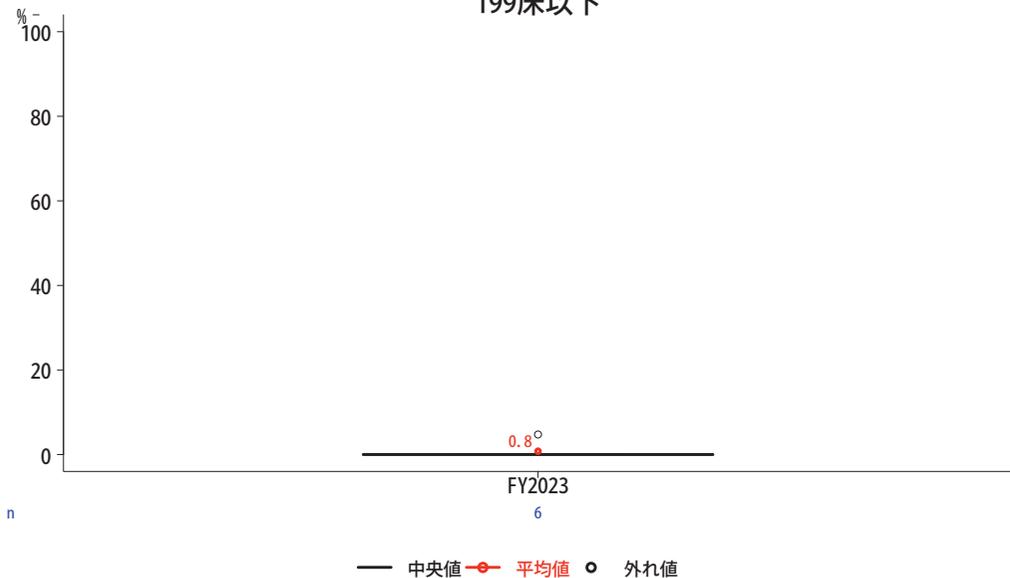
500床以上



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

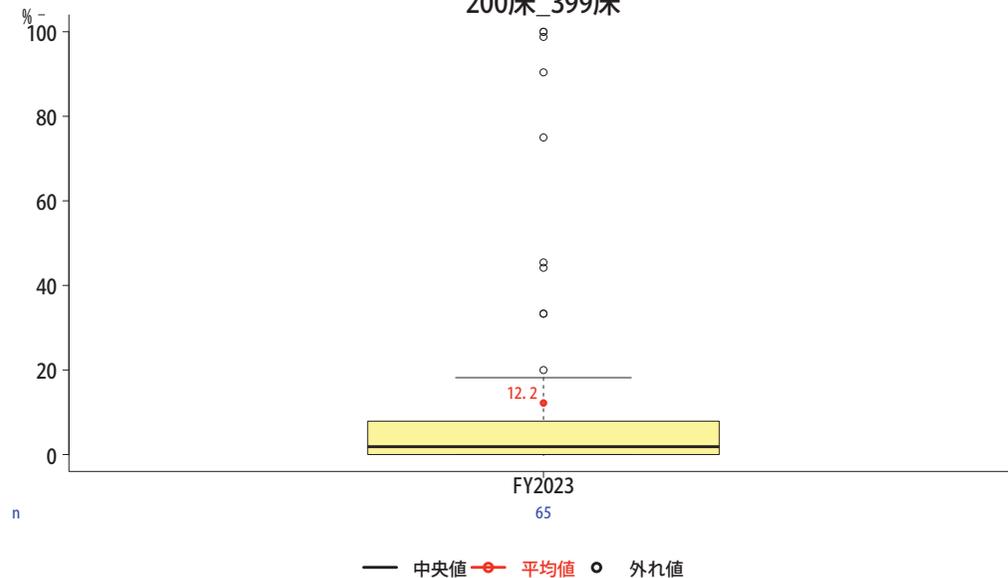
199床以下



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

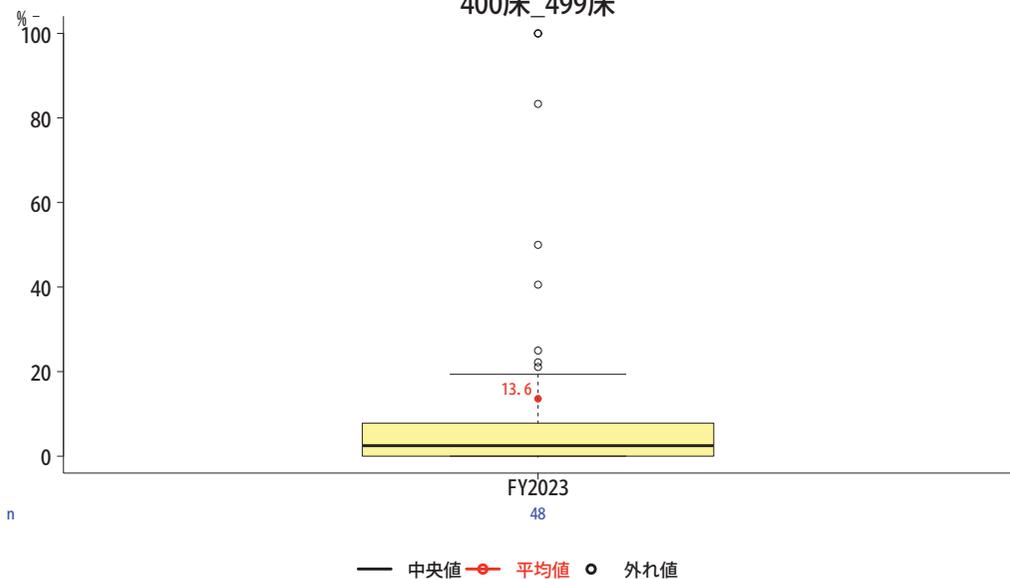
200床_399床



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

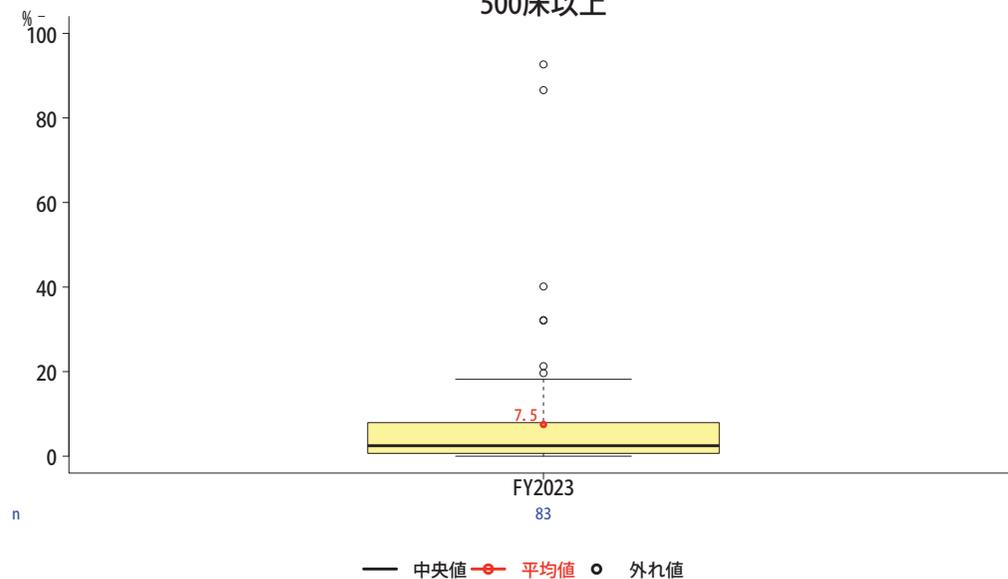
400床_499床



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

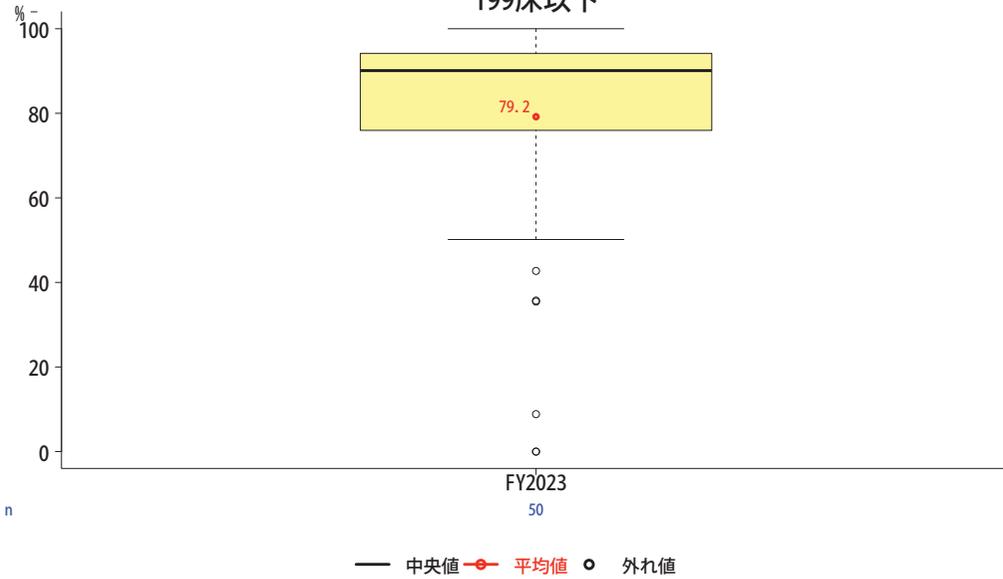
500床以上



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

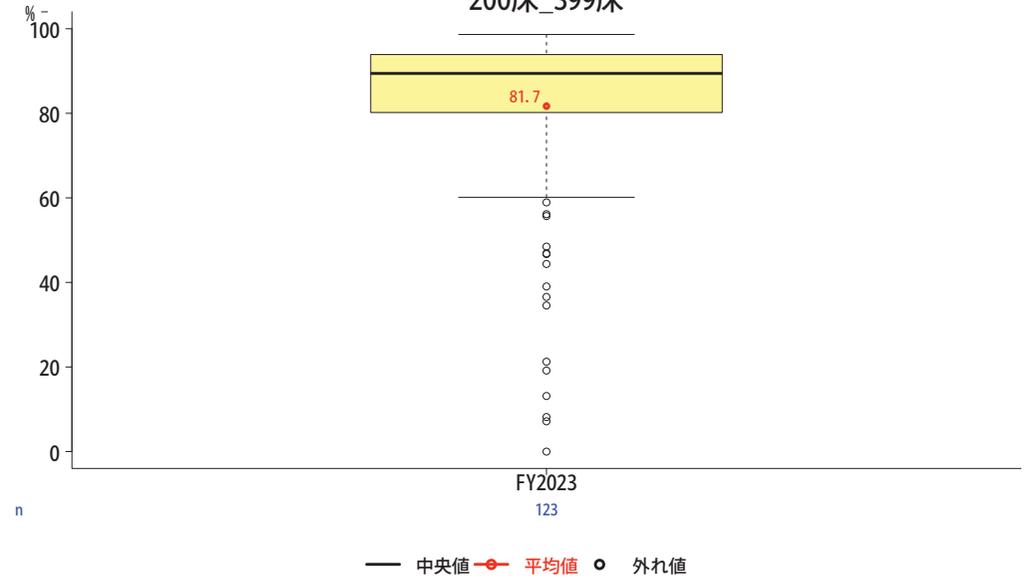
199床以下



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

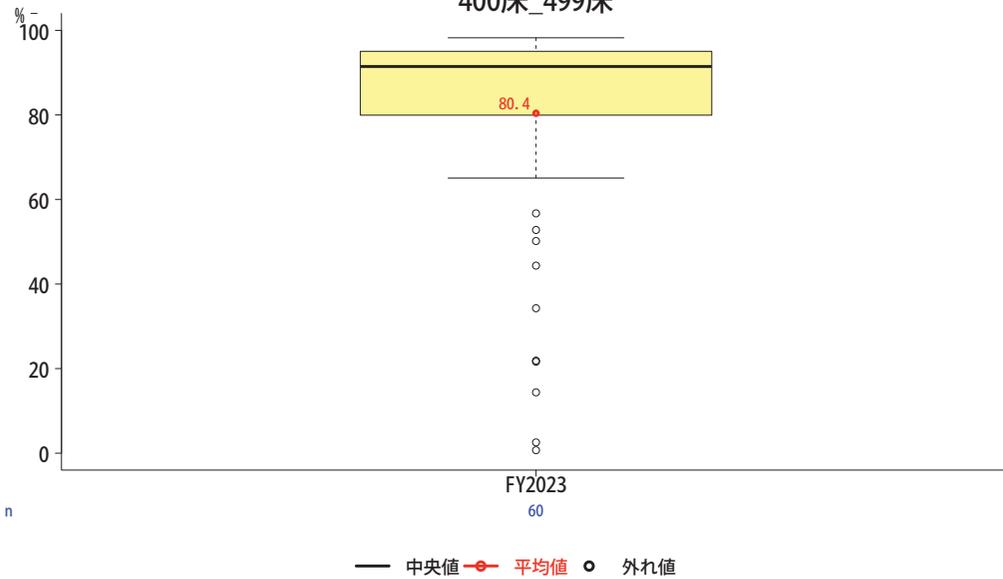
200床_399床



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

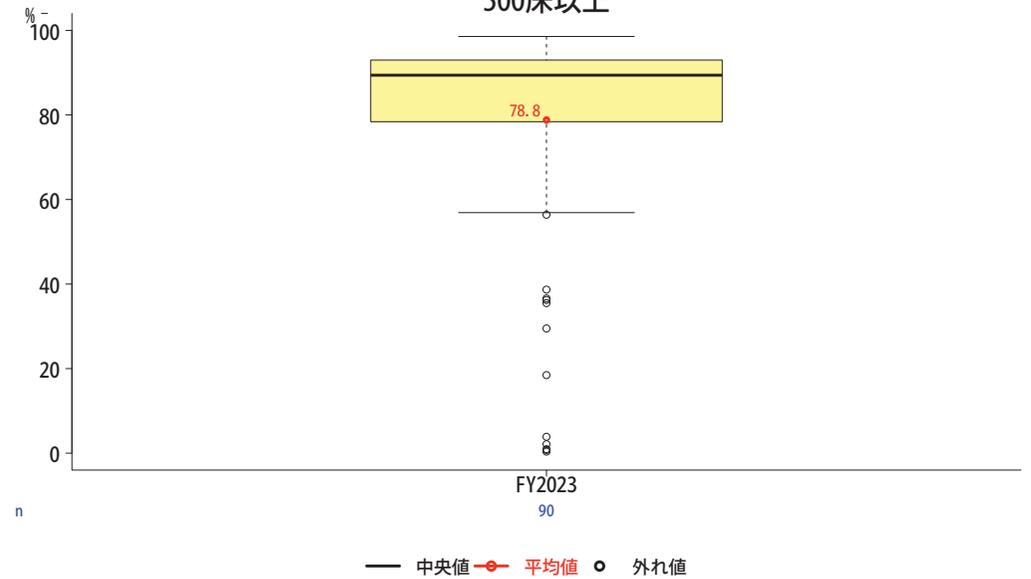
400床_499床



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子:血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
 分母:血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

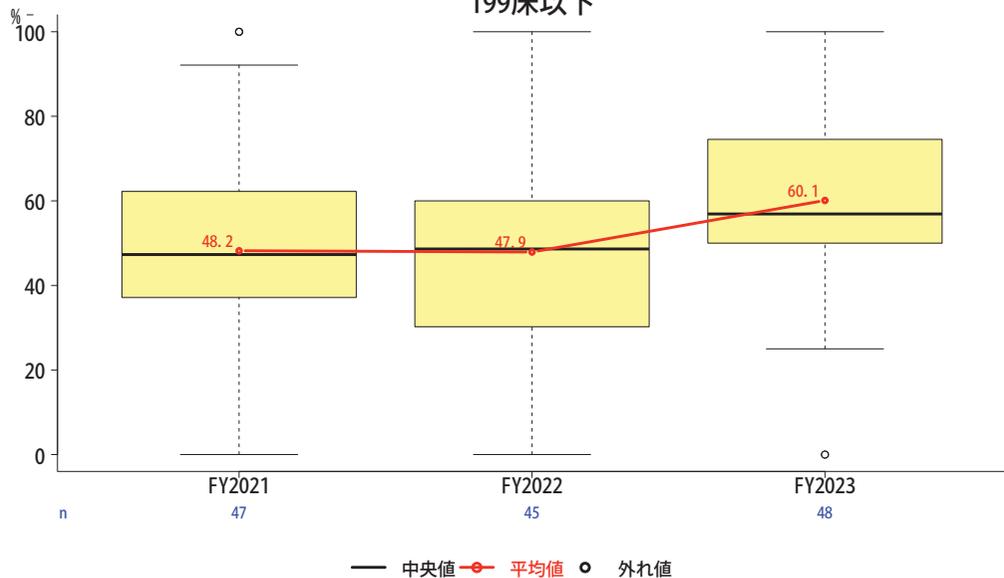
500床以上



一般-42 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:脳卒中て入院した患者数

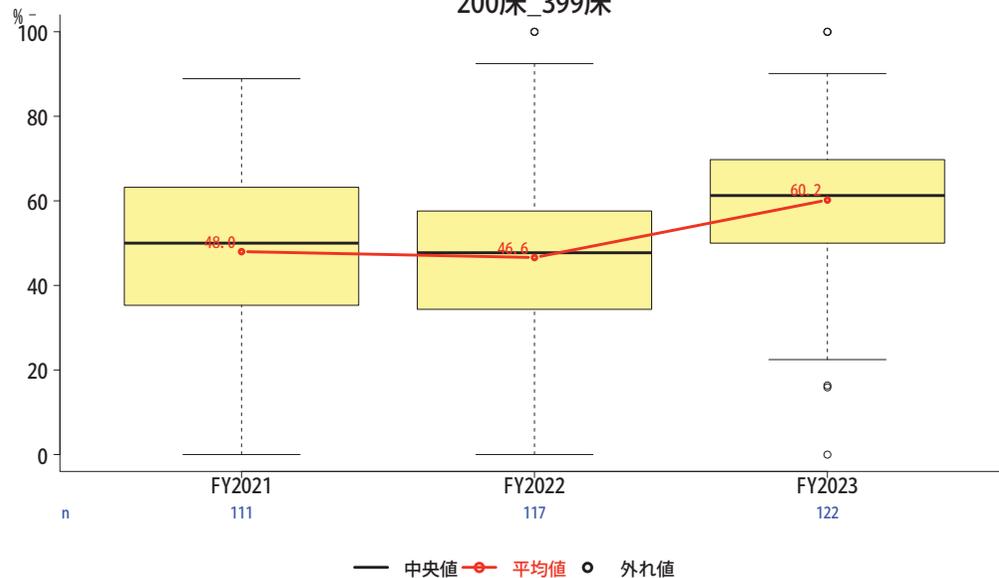
199床以下



一般-42 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:脳卒中て入院した患者数

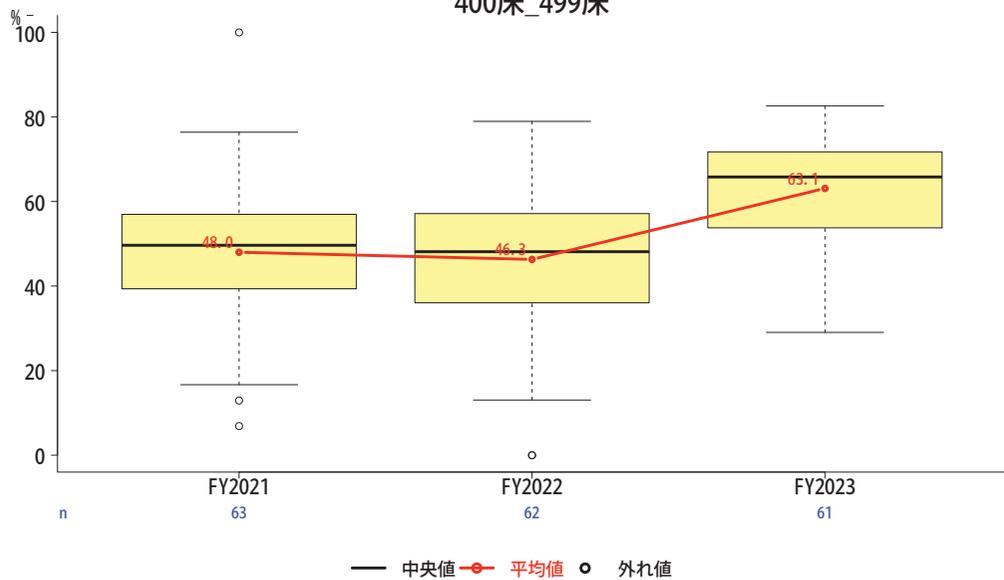
200床_399床



一般-42 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:脳卒中て入院した患者数

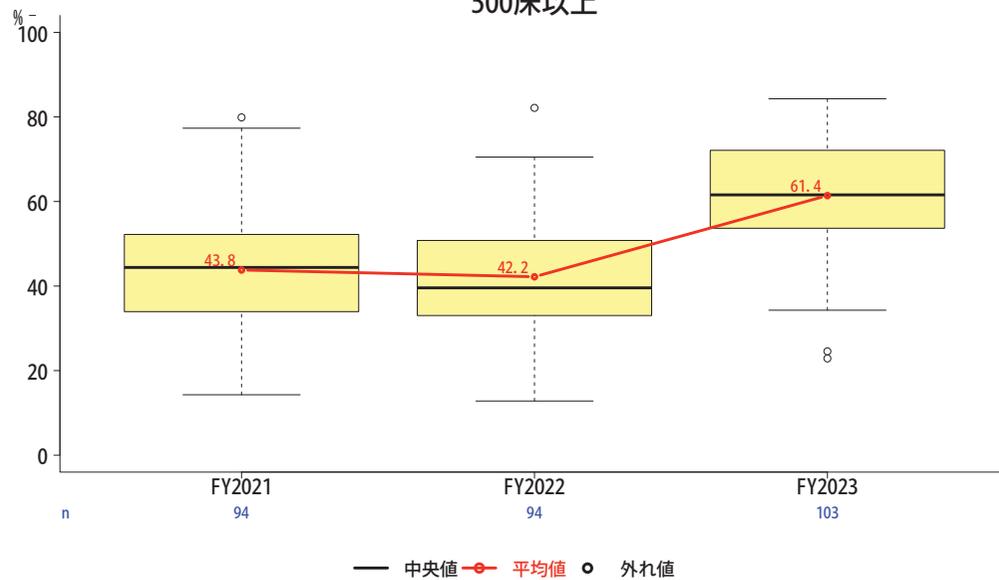
400床_499床



一般-42 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:脳卒中て入院した患者数

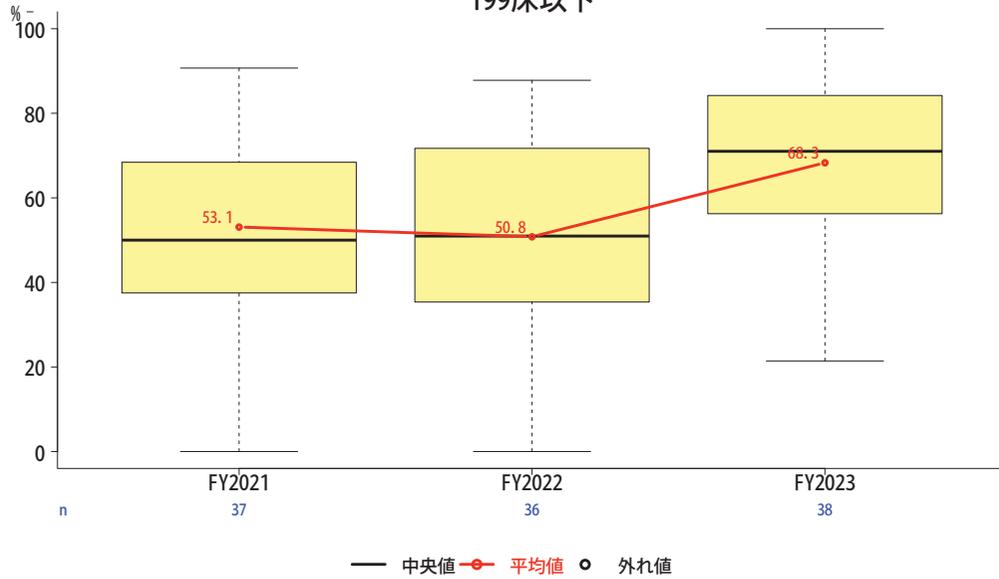
500床以上



一般-43 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

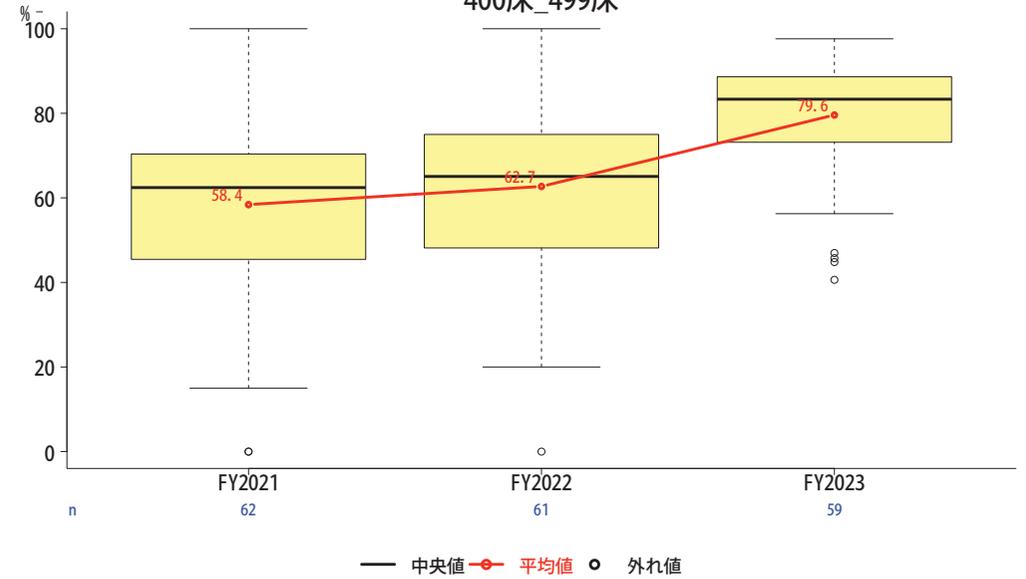
199床以下



一般-43 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

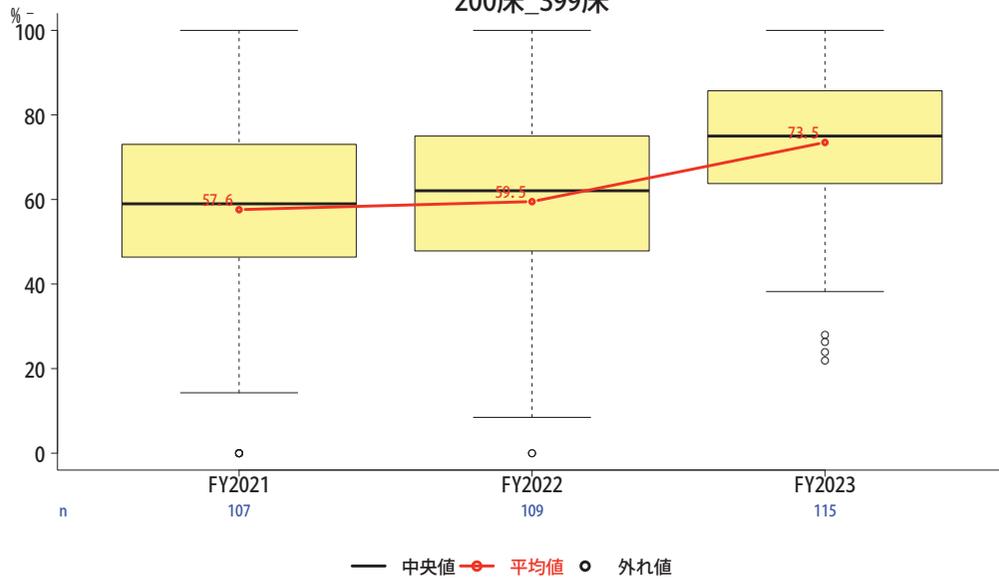
400床_499床



一般-43 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

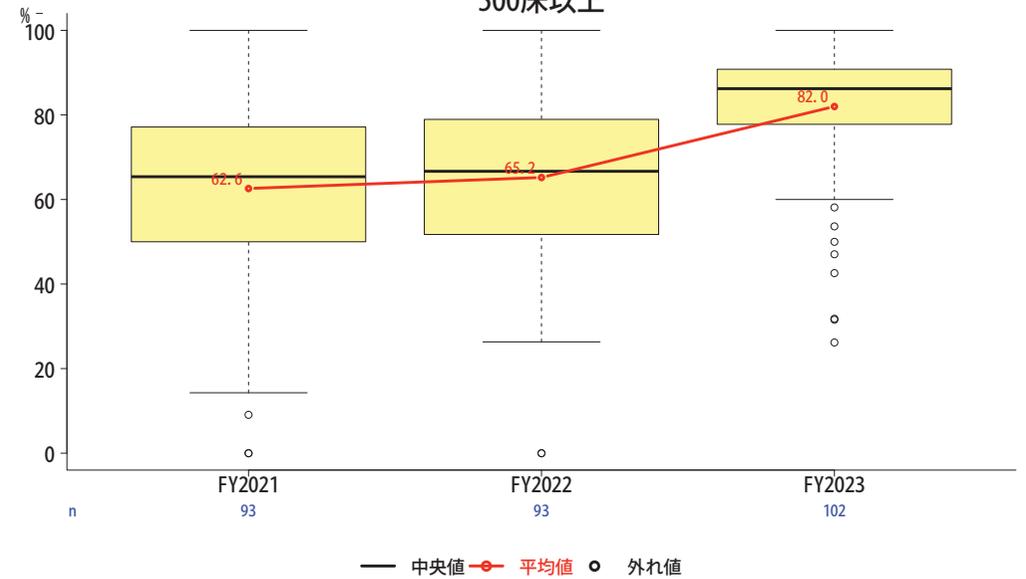
200床_399床



一般-43 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

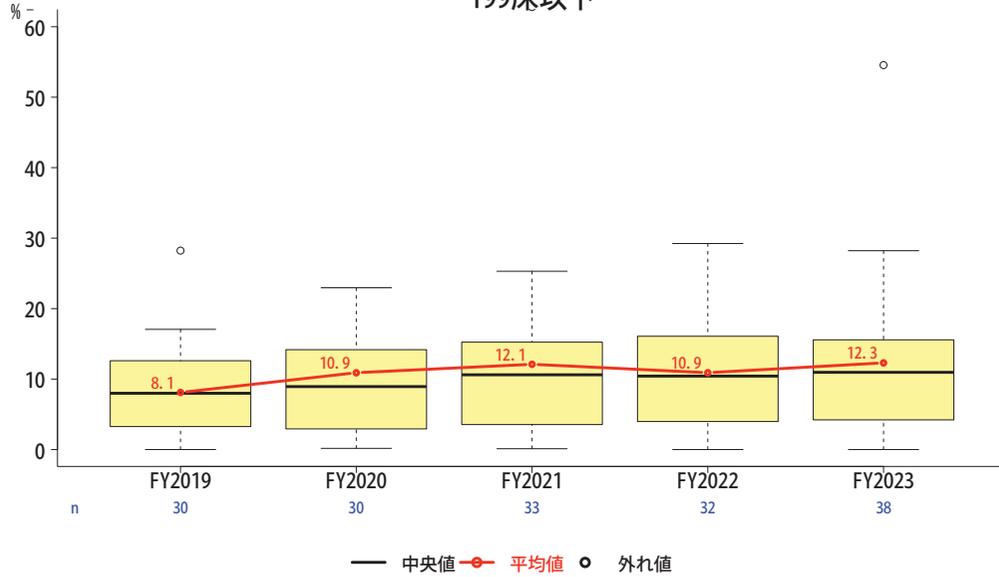
500床以上



一般-44 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

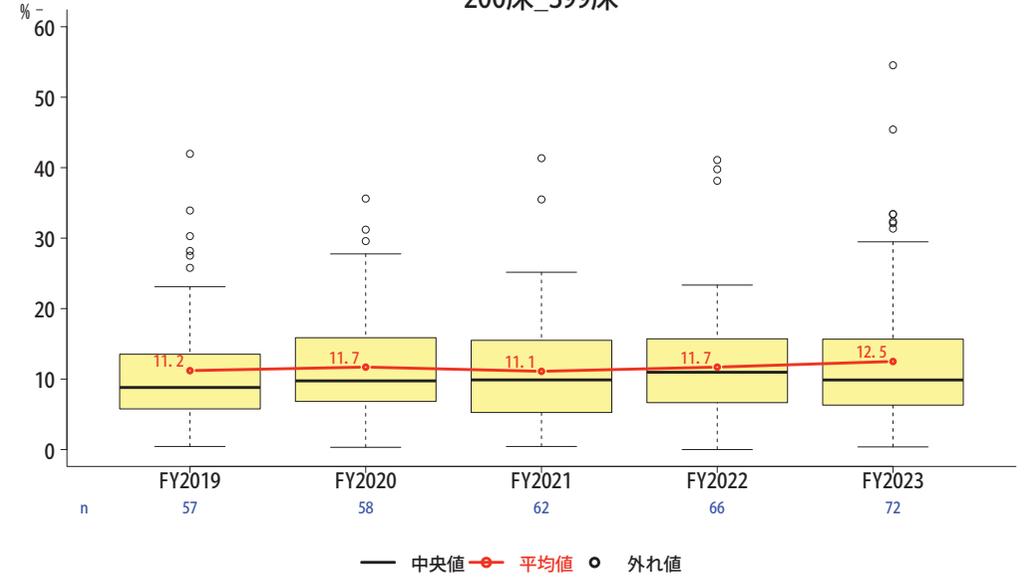
199床以下



一般-44 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

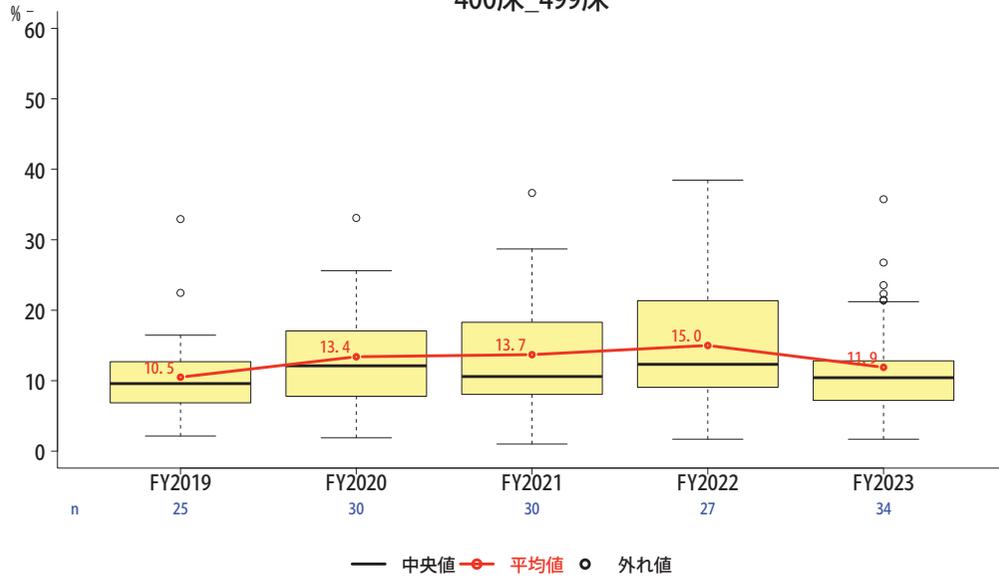
200床_399床



一般-44 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

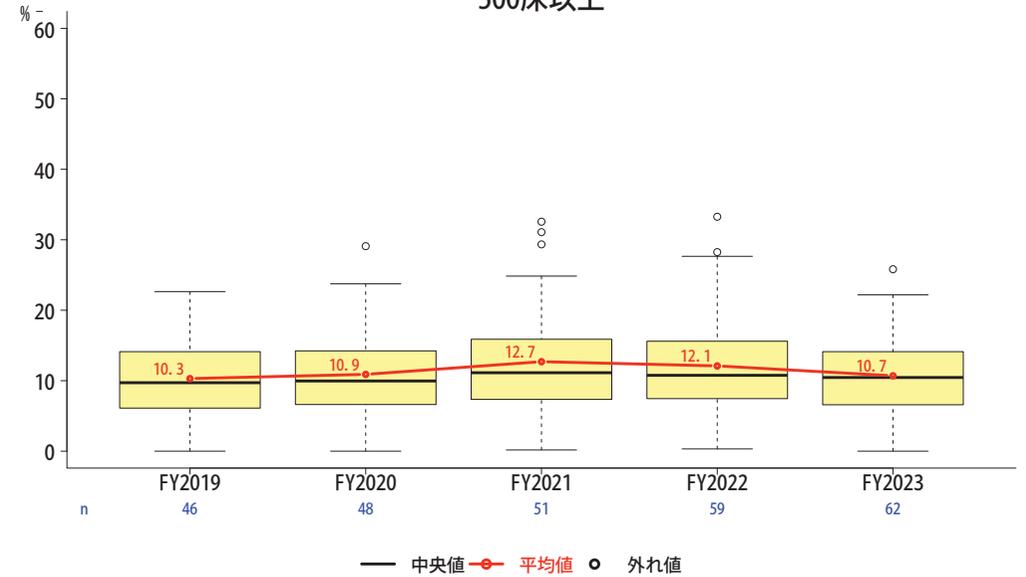
400床_499床



一般-44 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

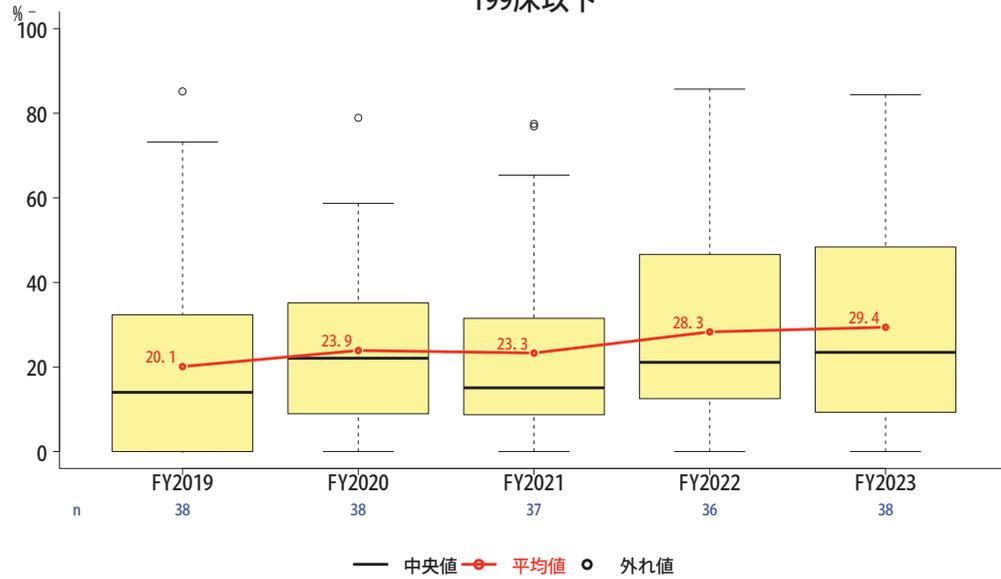
500床以上



一般-45 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

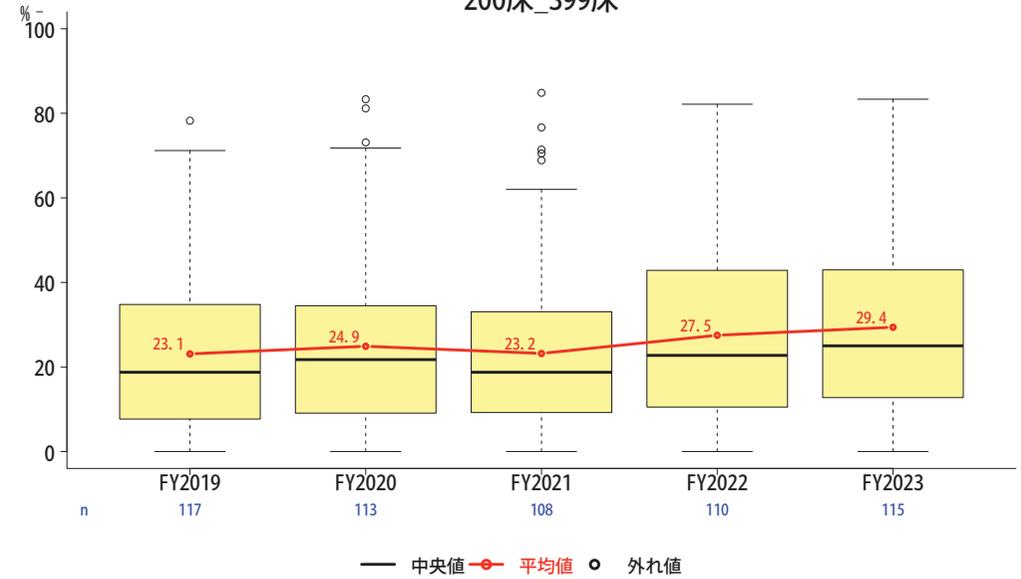
199床以下



一般-45 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

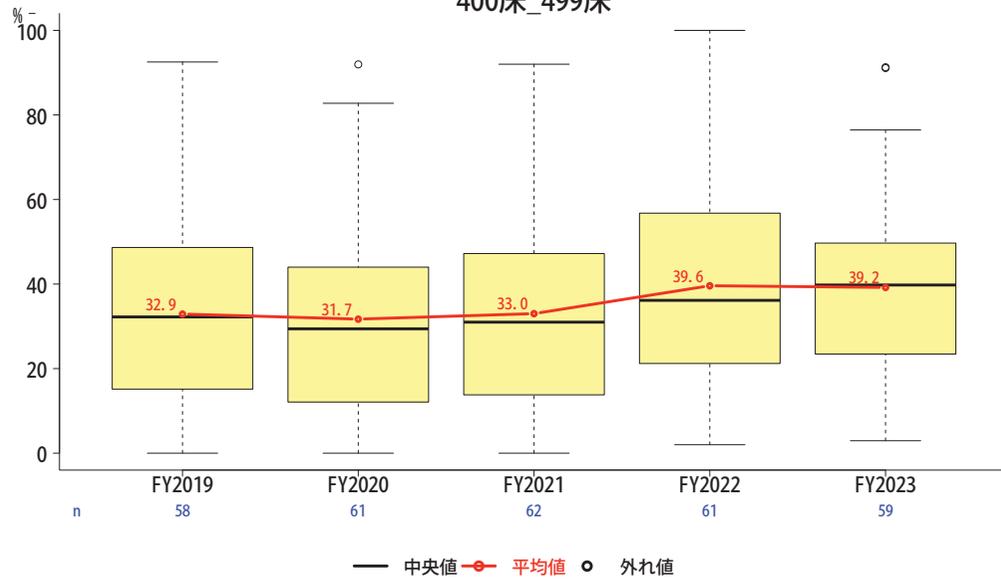
200床_399床



一般-45 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

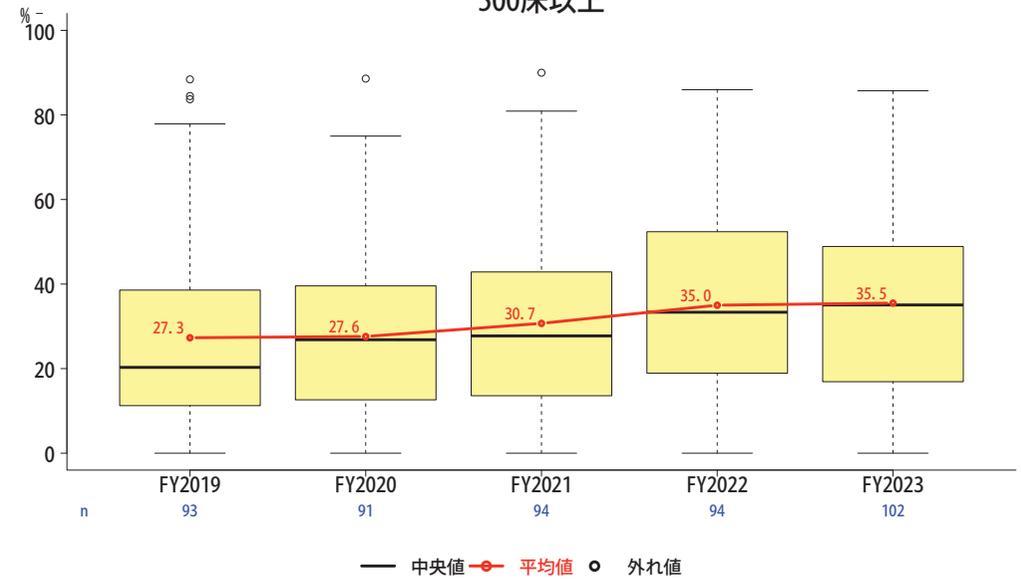
400床_499床



一般-45 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

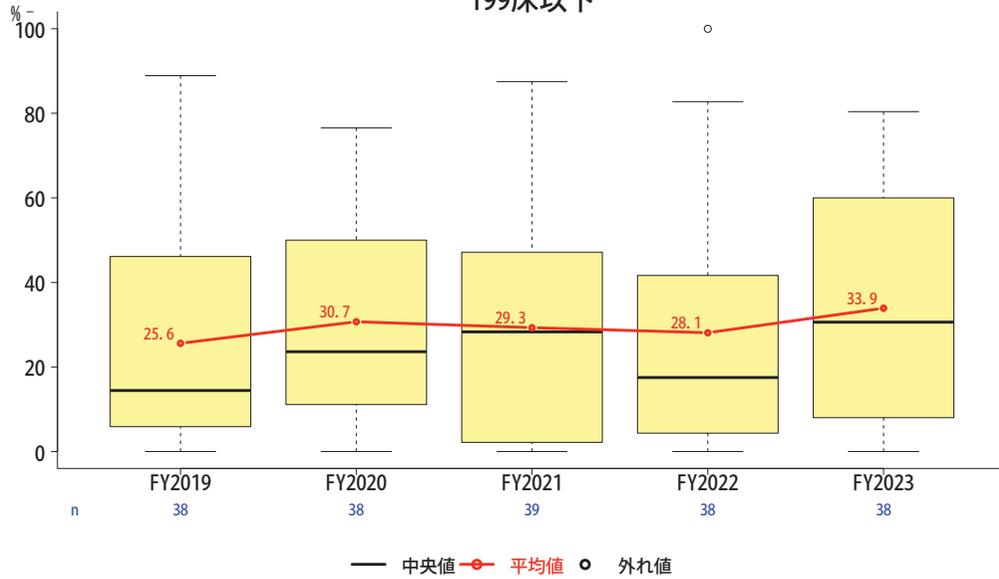
500床以上



一般-46 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

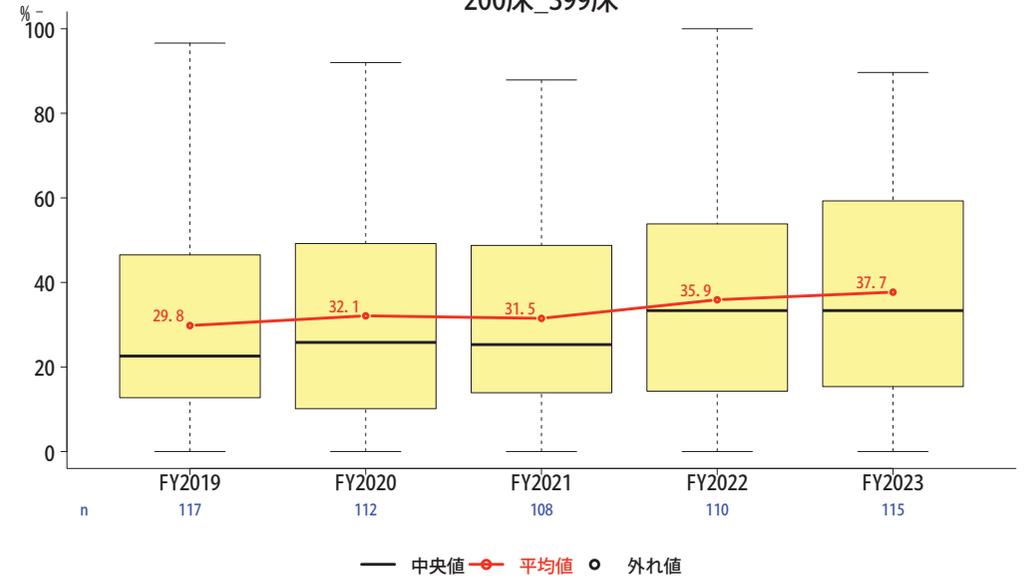
199床以下



一般-46 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

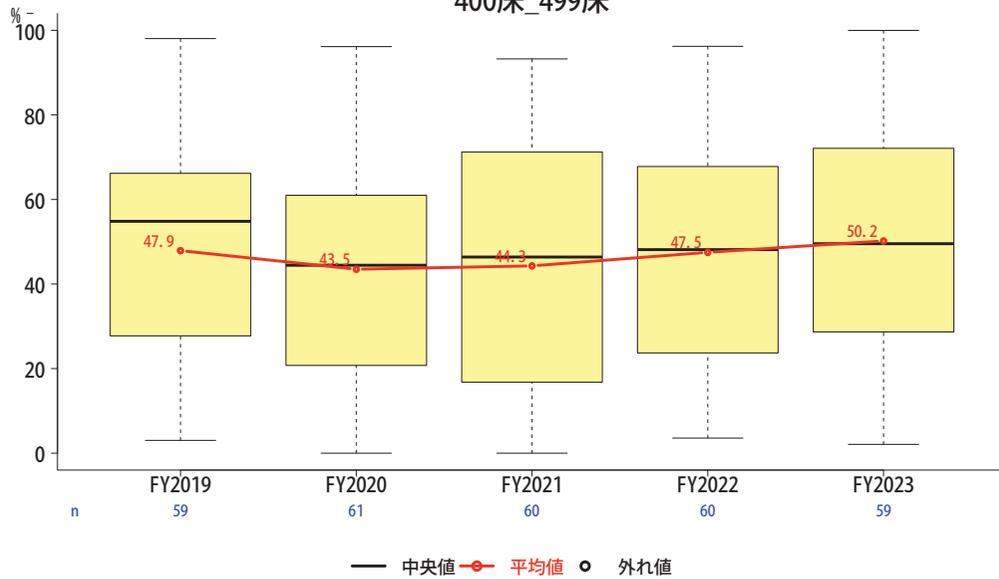
200床_399床



一般-46 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

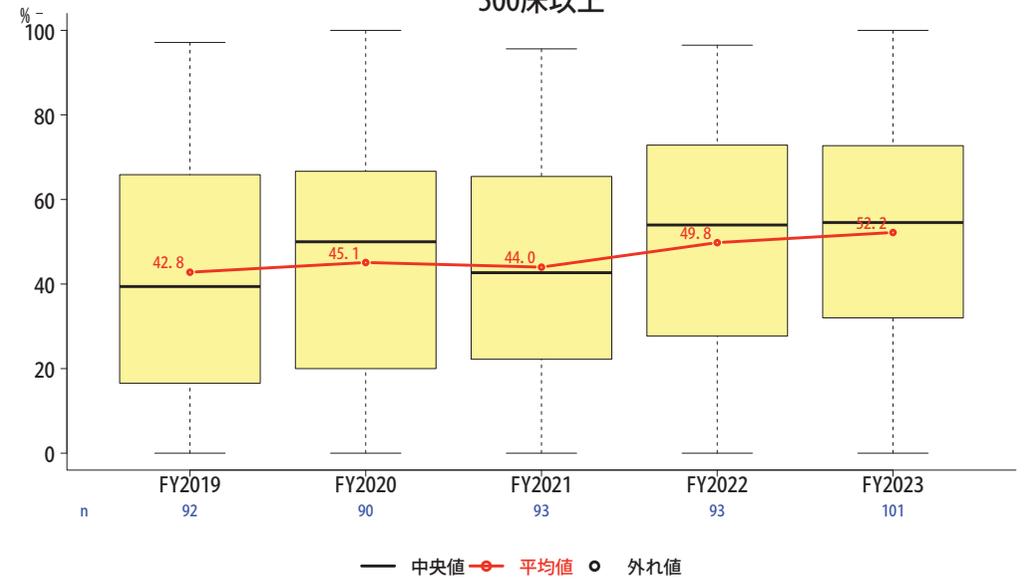
400床_499床



一般-46 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

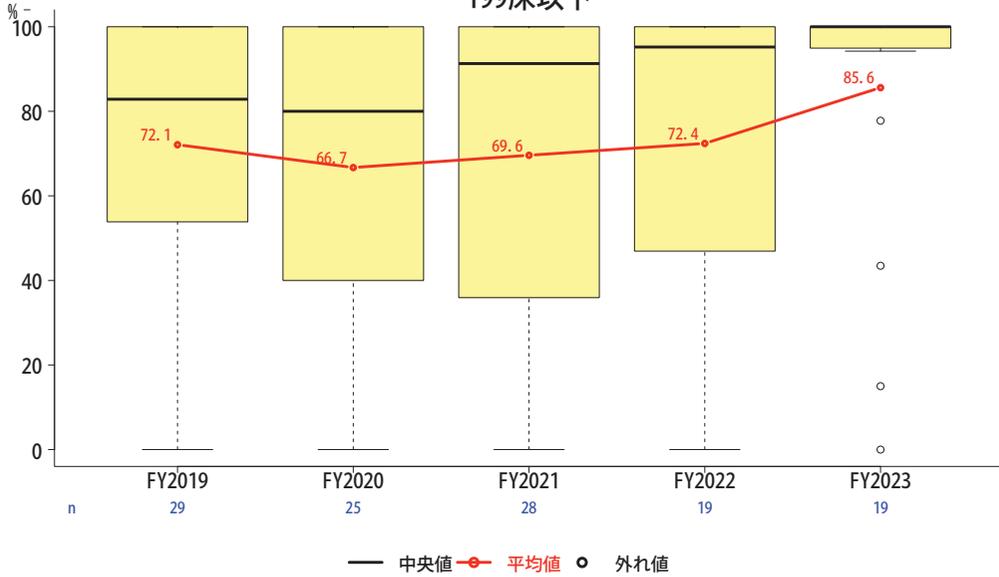
500床以上



一般-47 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

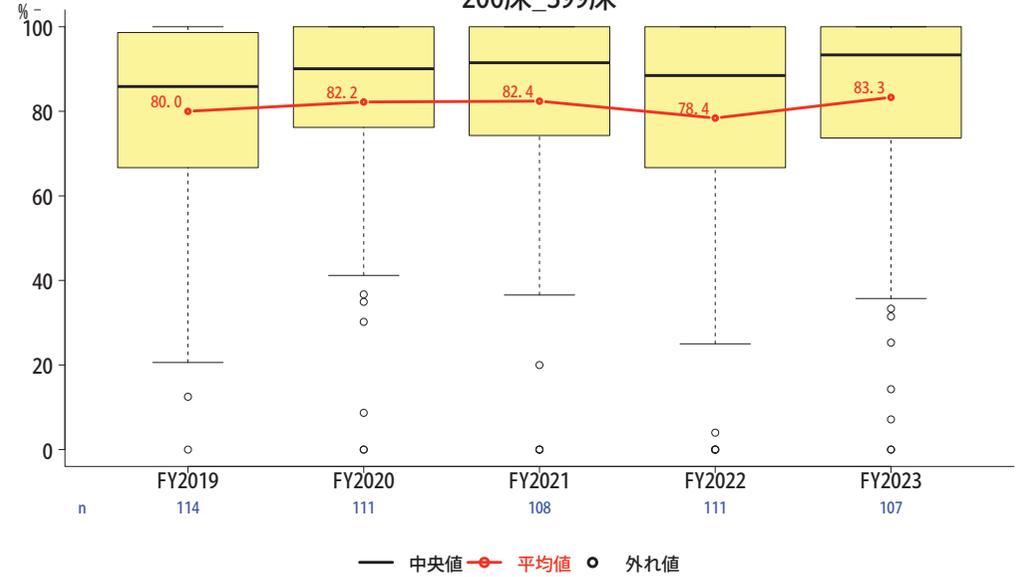
199床以下



一般-47 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

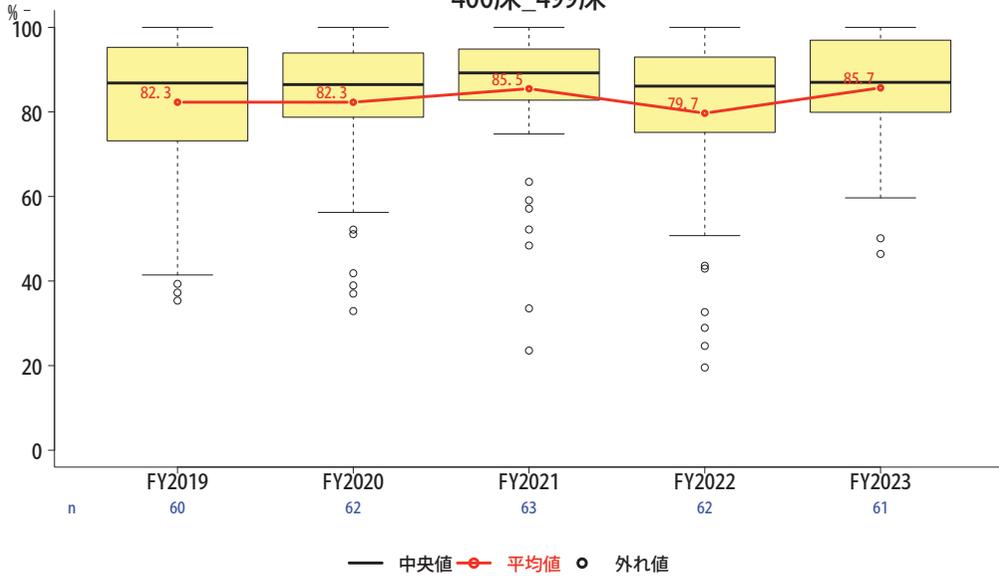
200床_399床



一般-47 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

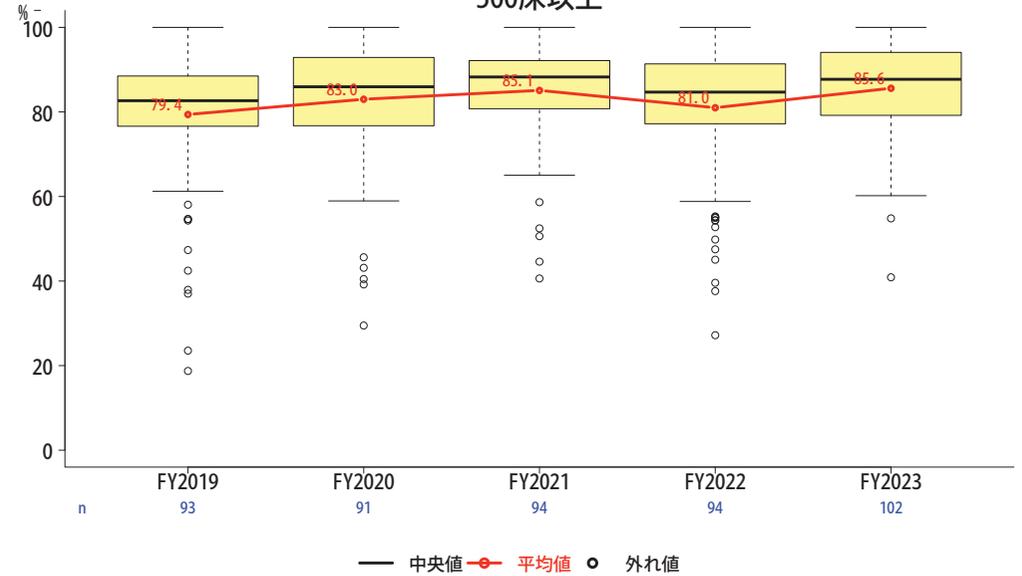
400床_499床



一般-47 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

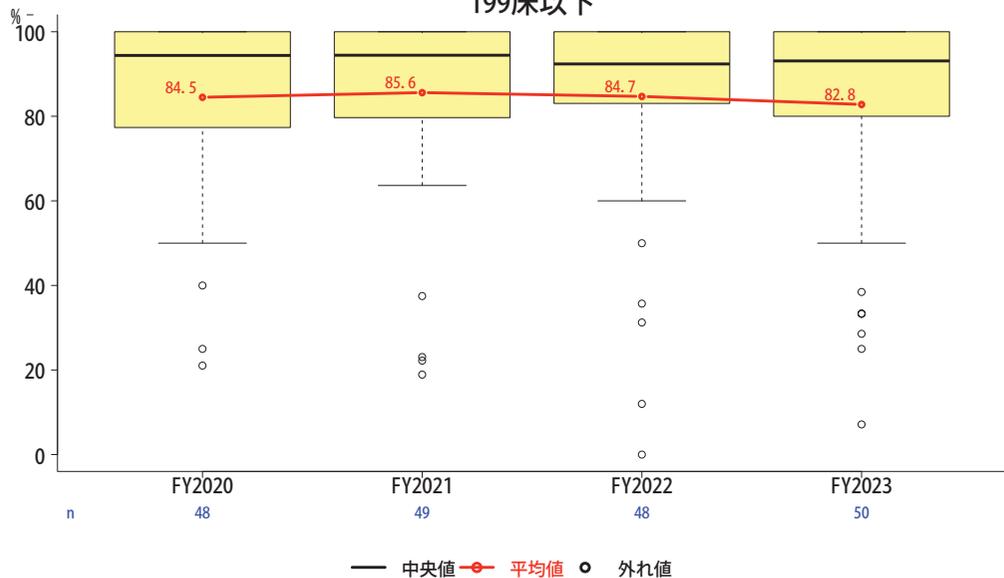
500床以上



一般-48 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

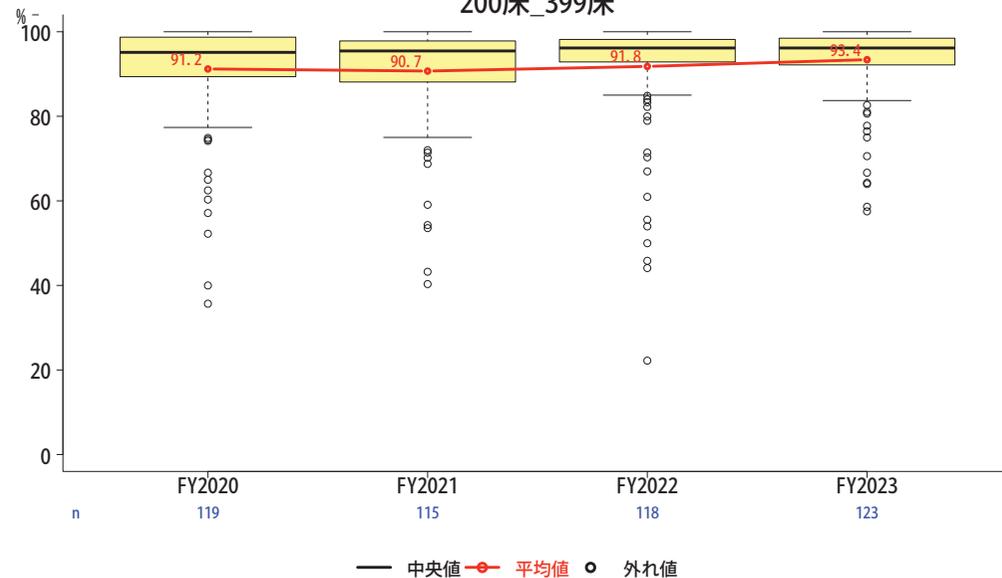
199床以下



一般-48 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

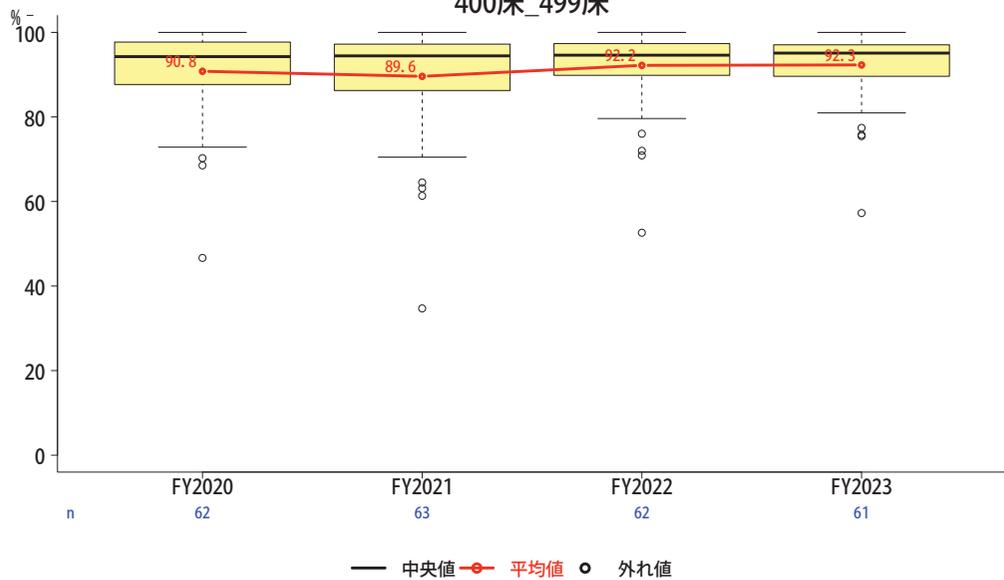
200床_399床



一般-48 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

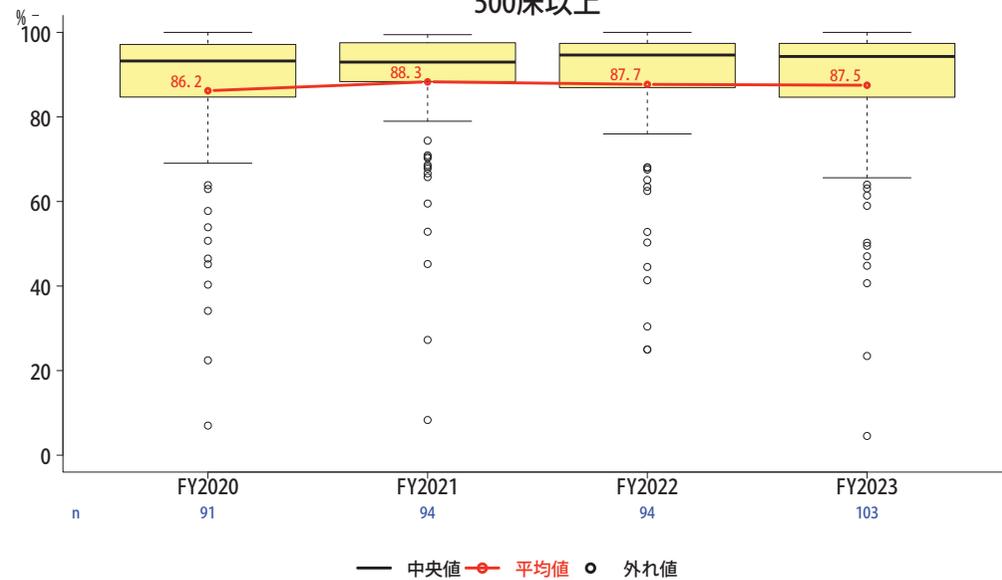
400床_499床



一般-48 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

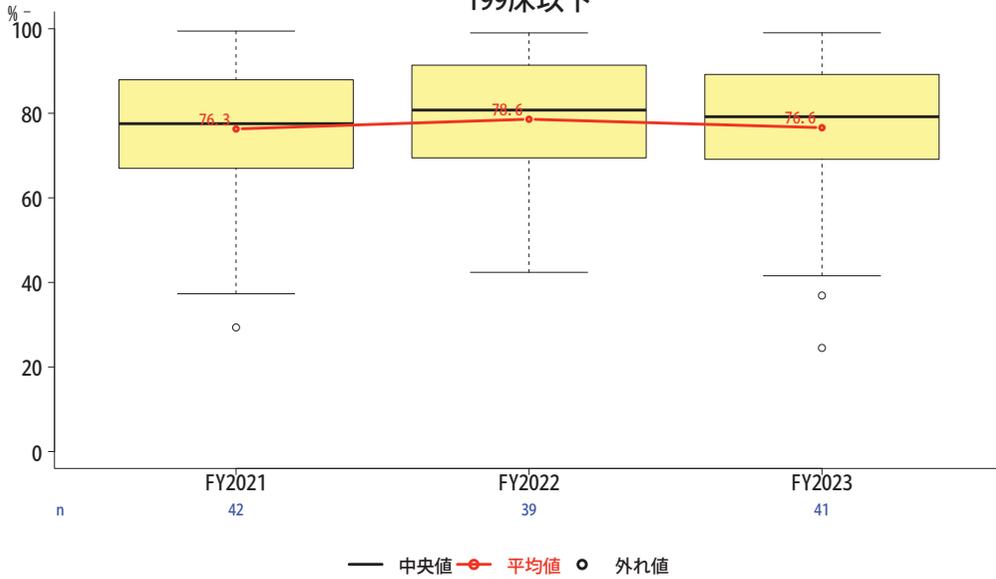
500床以上



一般-49 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

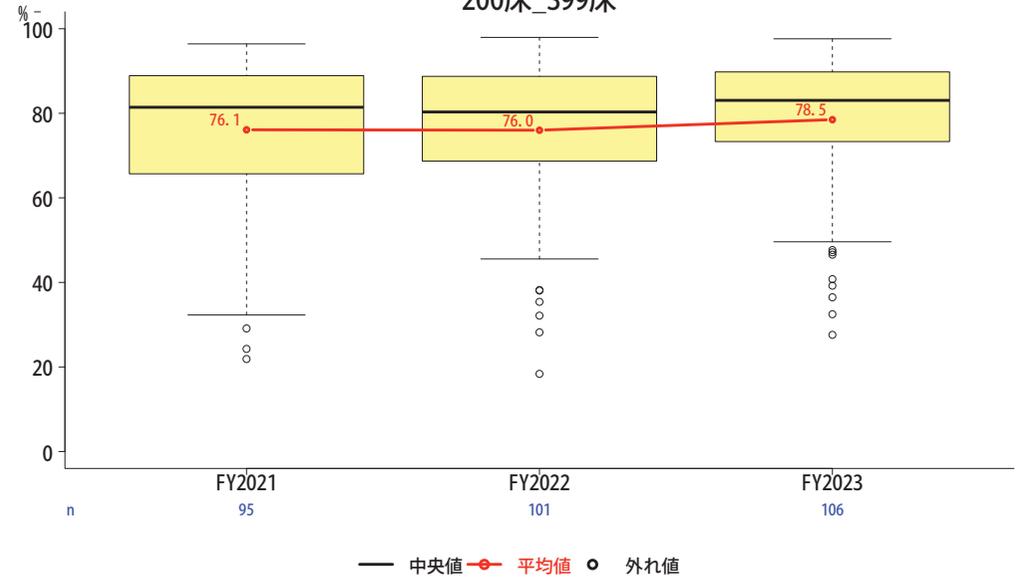
199床以下



一般-49 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

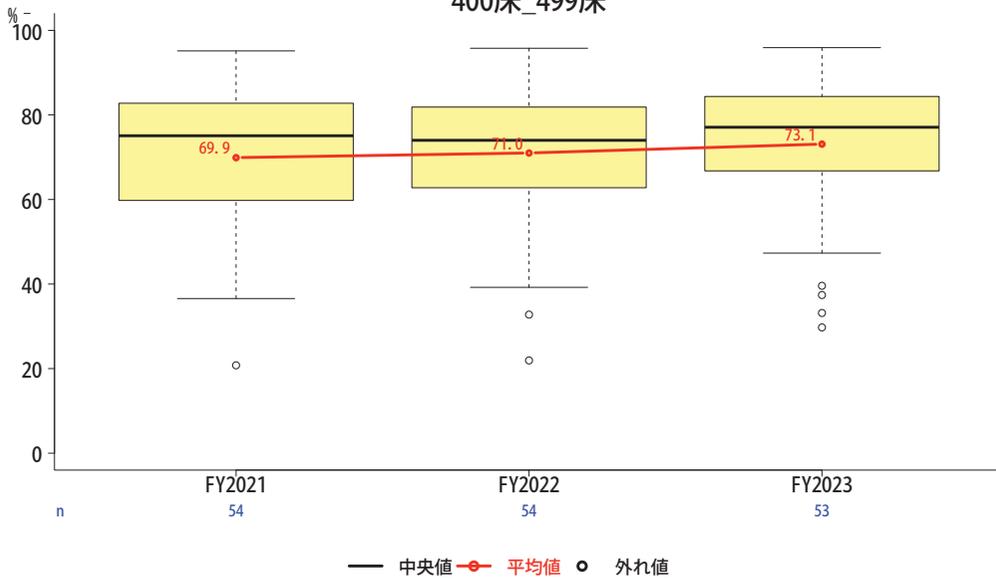
200床_399床



一般-49 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

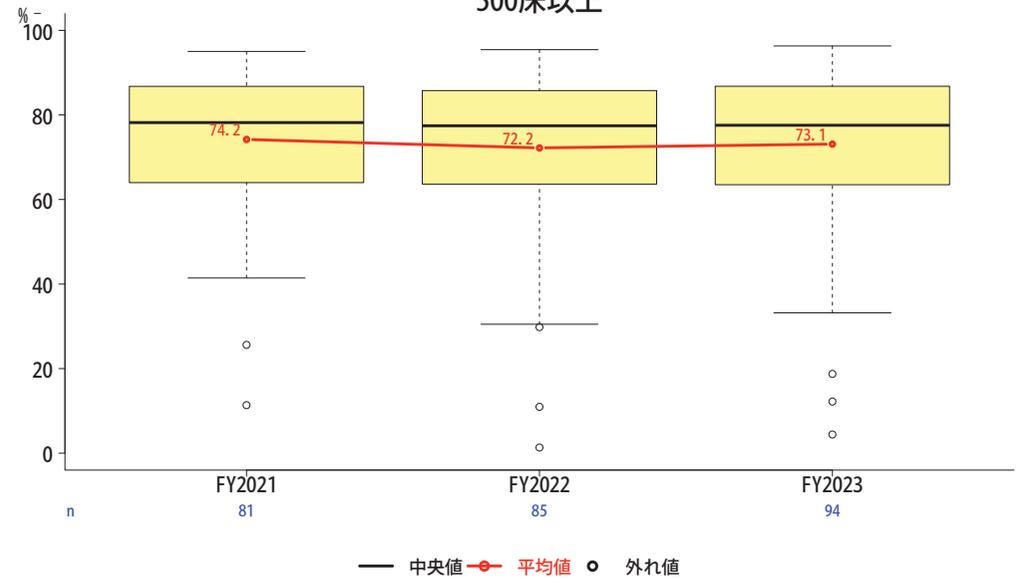
400床_499床



一般-49 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

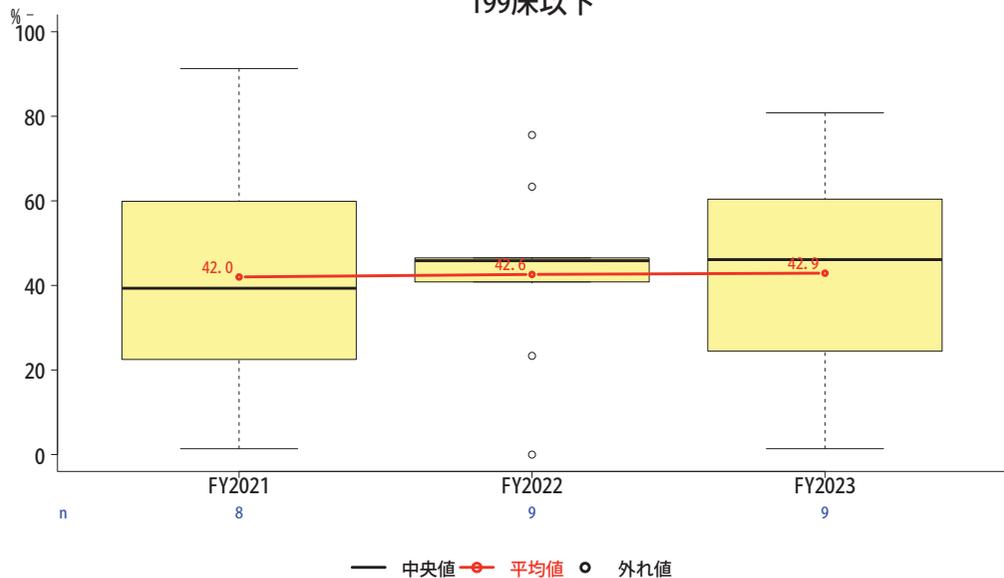
500床以上



一般-50 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

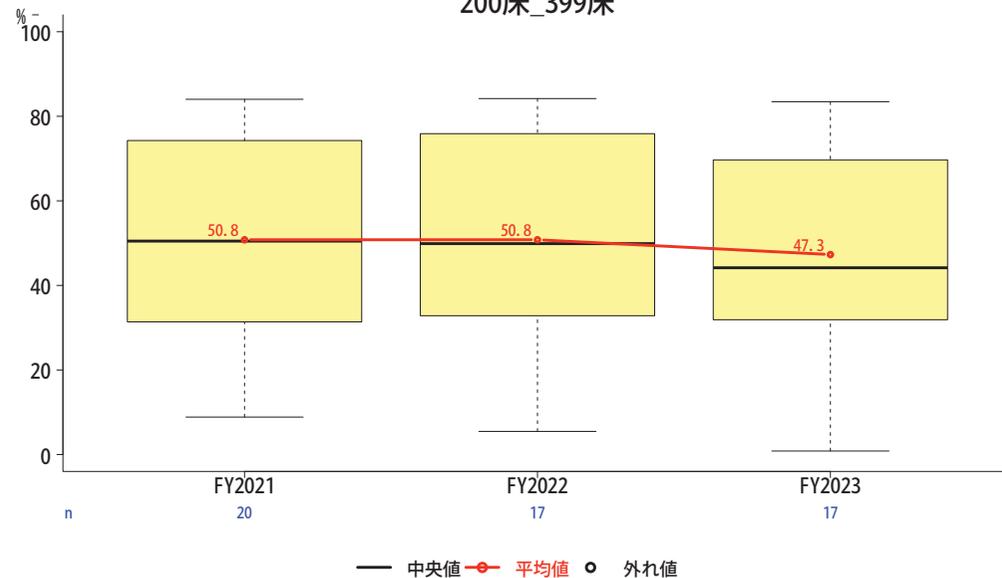
199床以下



一般-50 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

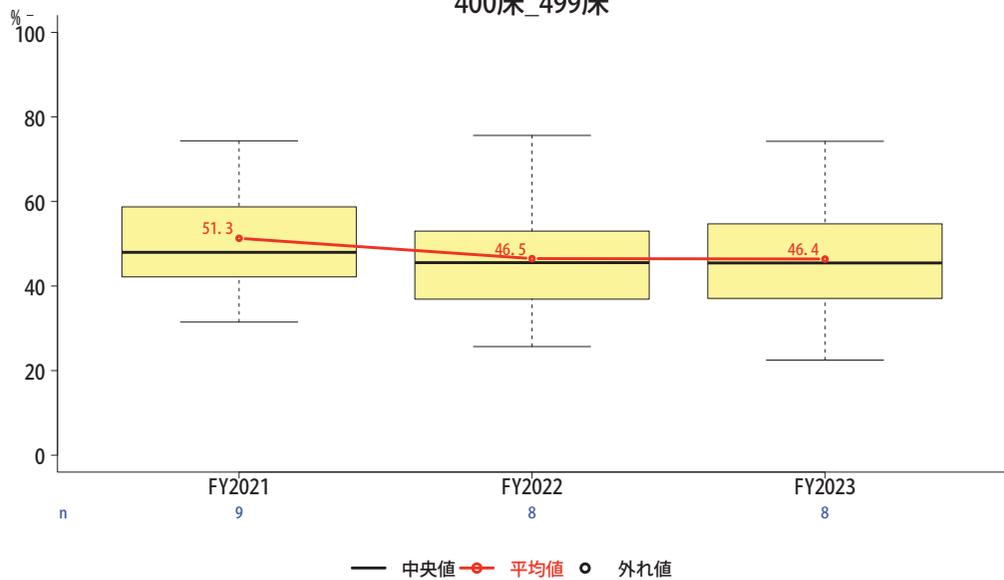
200床_399床



一般-50 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

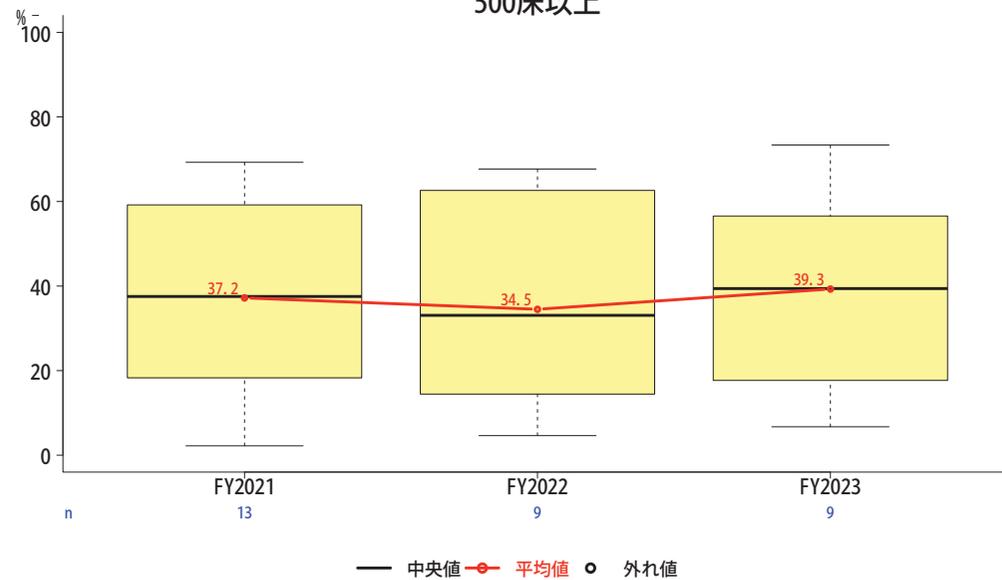
400床_499床



一般-50 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

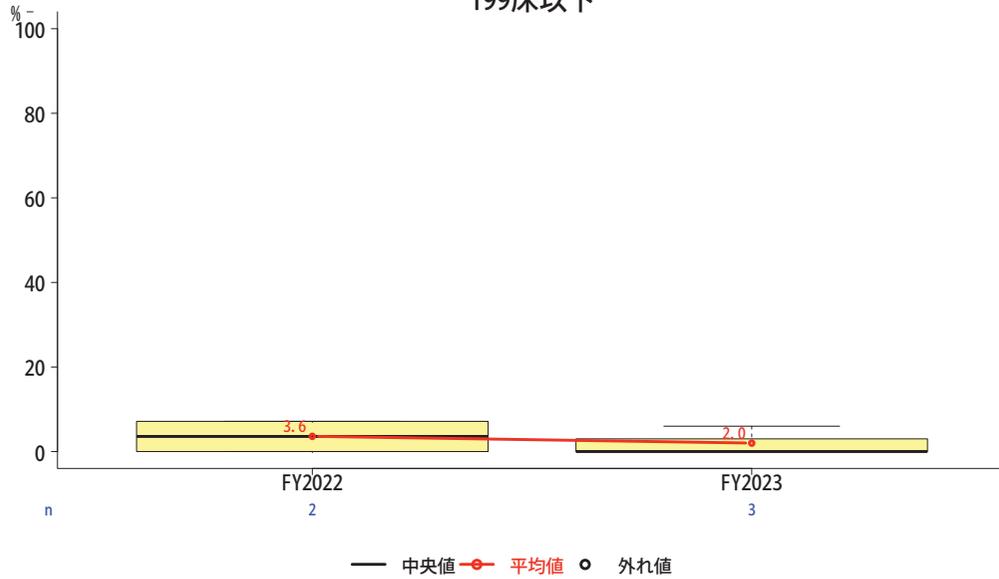
500床以上



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

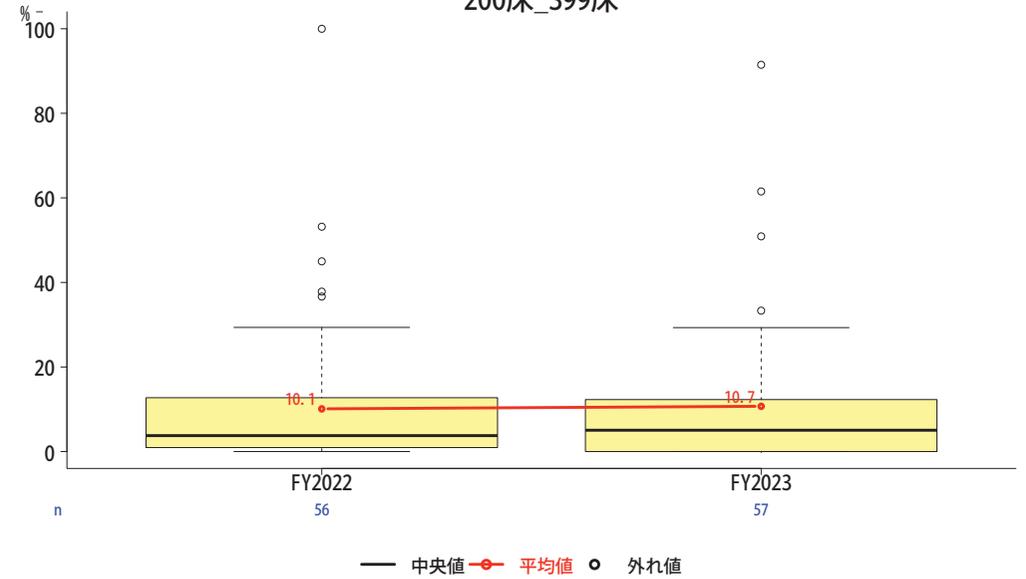
199床以下



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

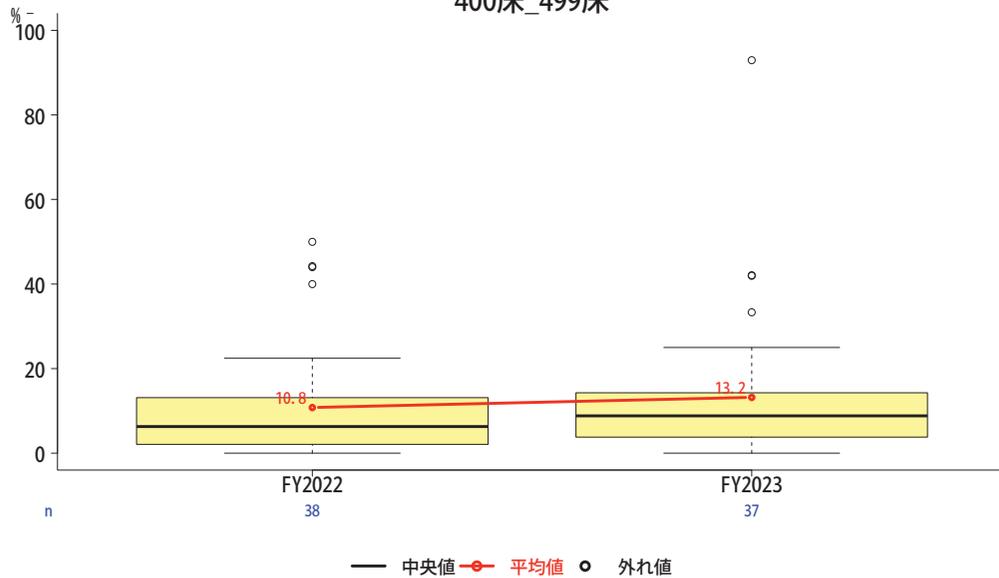
200床_399床



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

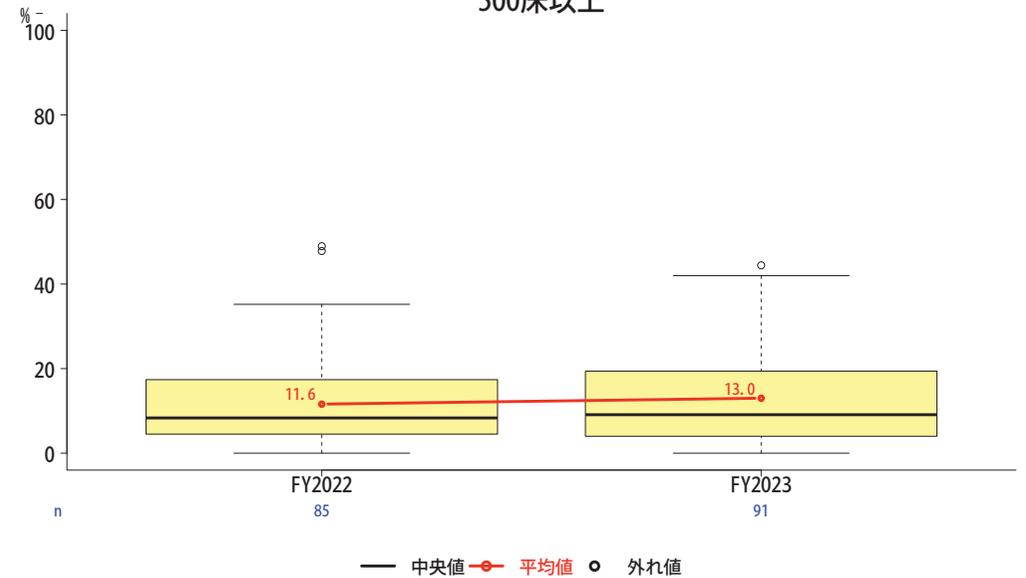
400床_499床



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

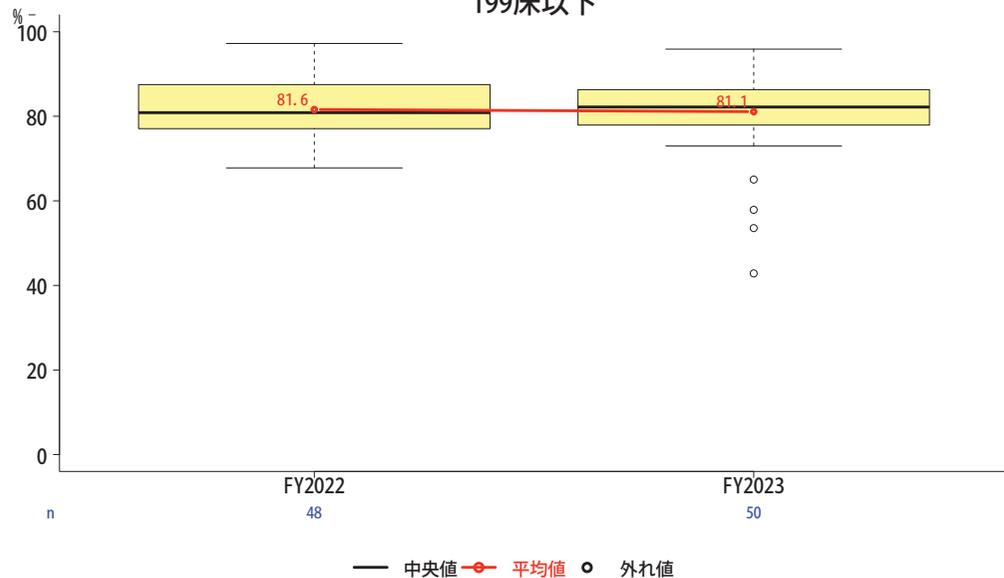
500床以上



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

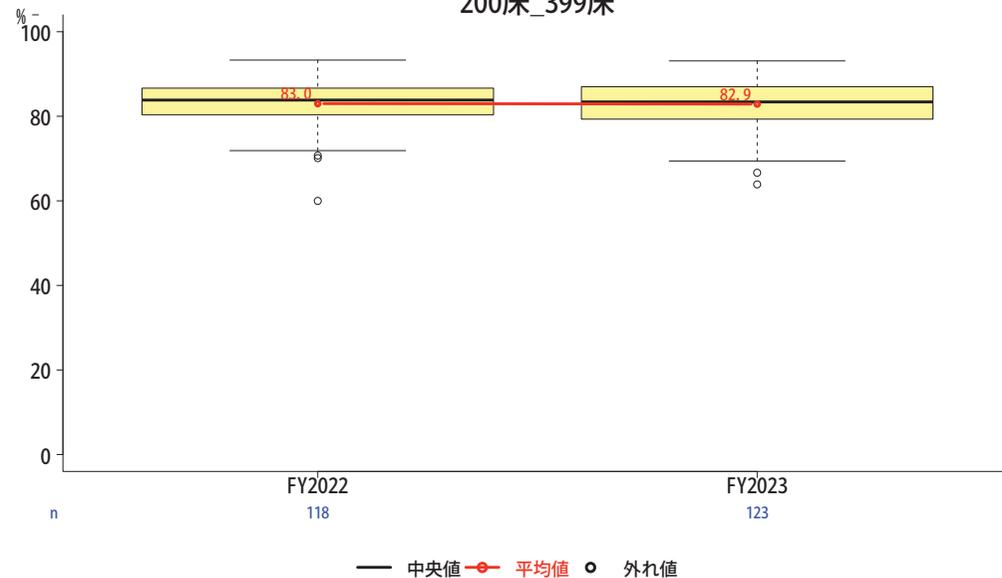
199床以下



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

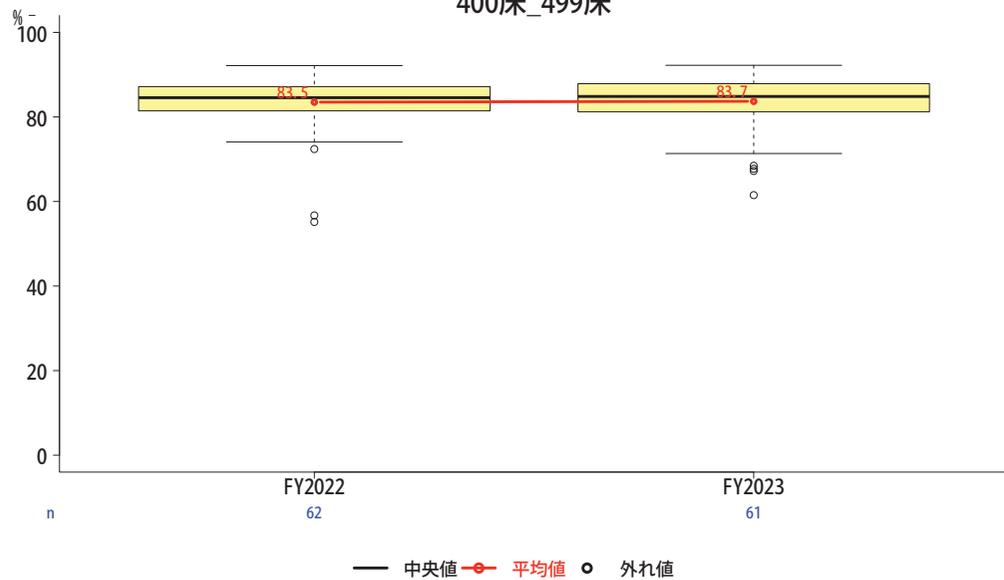
200床_399床



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

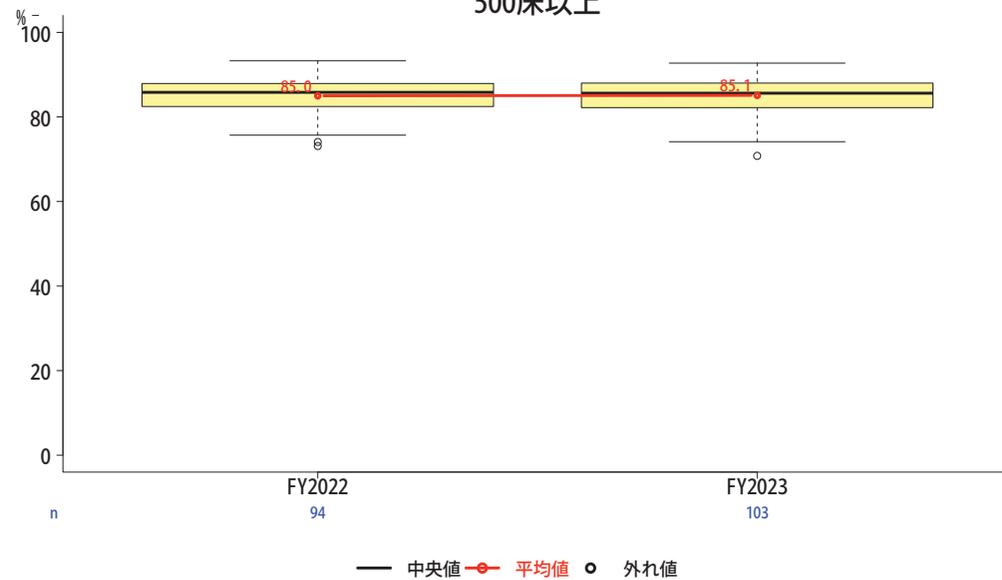
400床_499床



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

500床以上



QIプロジェクト2023 アンケート集計

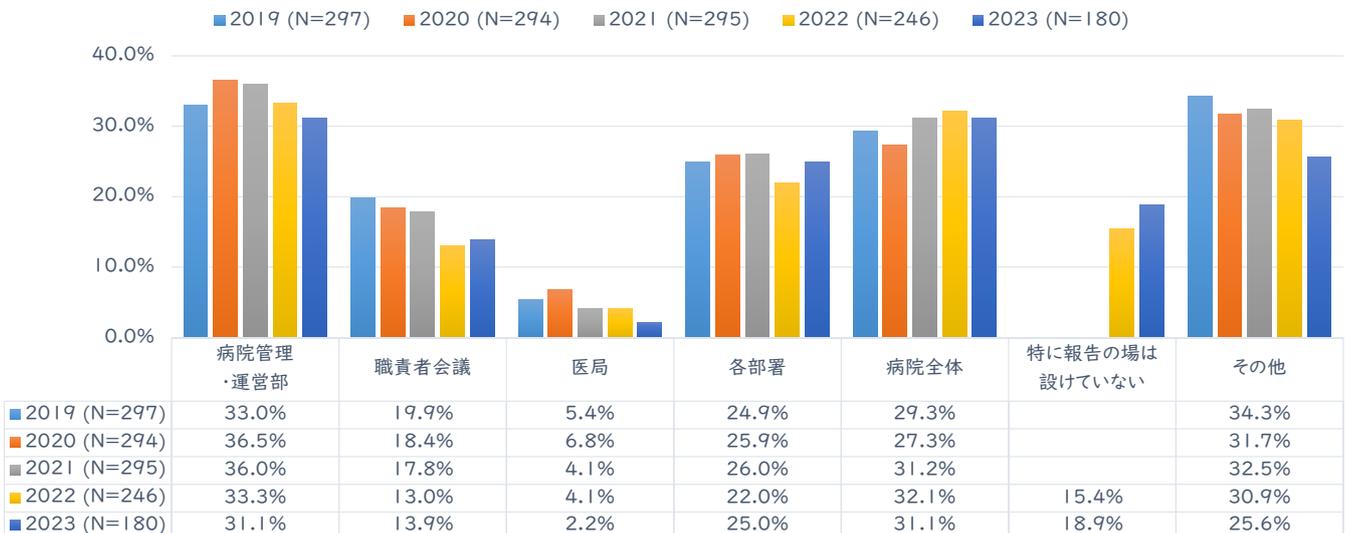
2024.02.16時点

回答率=49.0% (180/367施設)

参考: 2022年度 回答率=69.7% (246/353施設)

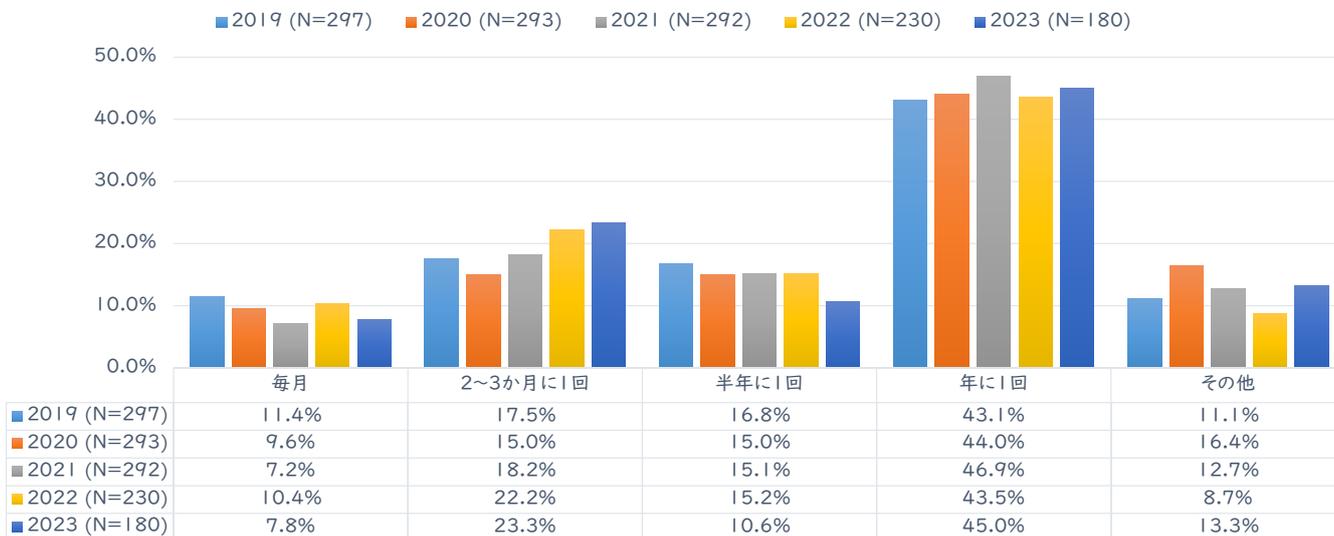
QIプロジェクトにおける全体像

QIの測定結果を院内のどのような場で報告していますか? (複数回答可)



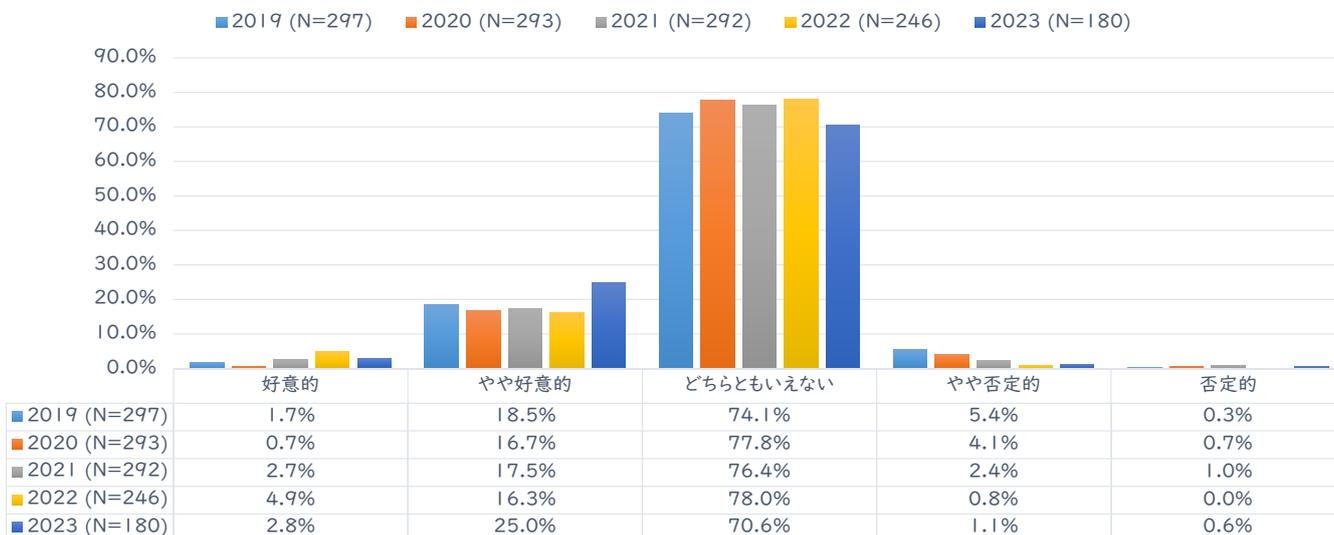
QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告はどのぐらいの頻度で行っていますか？



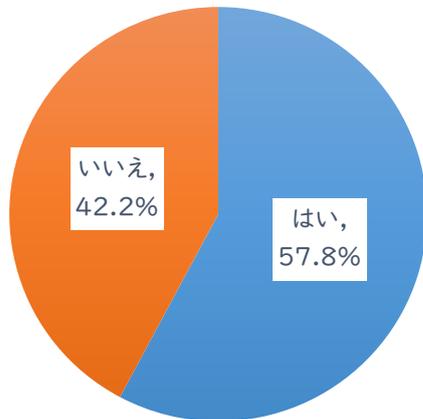
QIプロジェクトにおける全体像

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

当プロジェクトに参加していることを外部に
公表していますか？

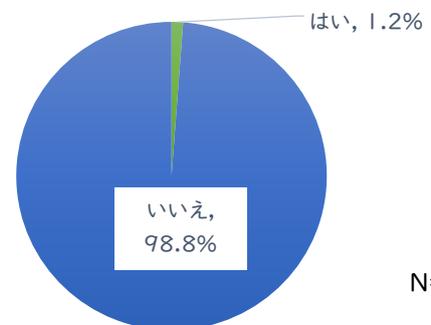
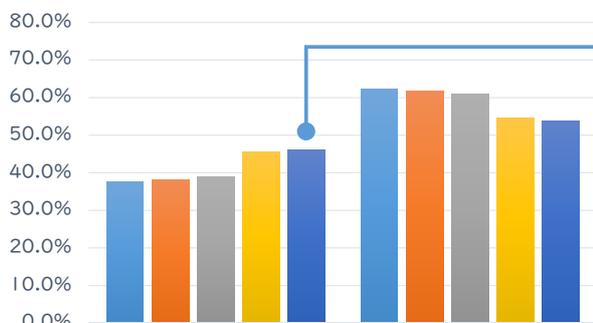


N=180

QIプロジェクトにおける全体像

QIの測定結果あるいはフィードバック結果を外部に
公表していますか？

外部（患者等）から問い合わせ等の反応はありましたか？

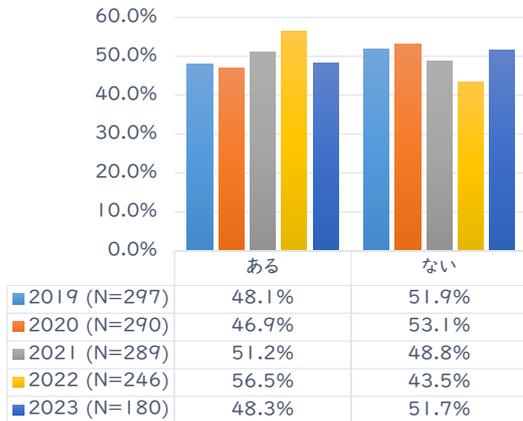


N=83

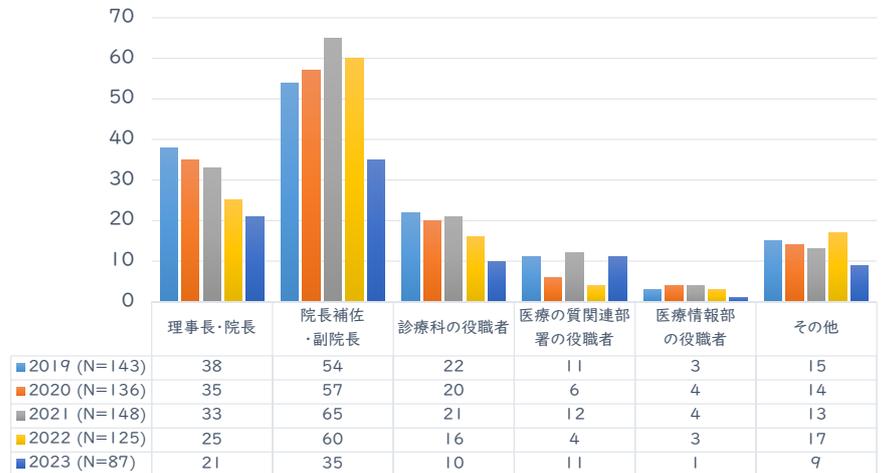
■ 2019 (N=297)	37.7%	62.3%
■ 2020 (N=293)	38.2%	61.8%
■ 2021 (N=292)	39.0%	61.0%
■ 2022 (N=246)	45.5%	54.5%
■ 2023 (N=180)	46.1%	53.9%

QIプロジェクトにおける組織体制

貴院内に、指標の改善活動に係る委員会がありますか？

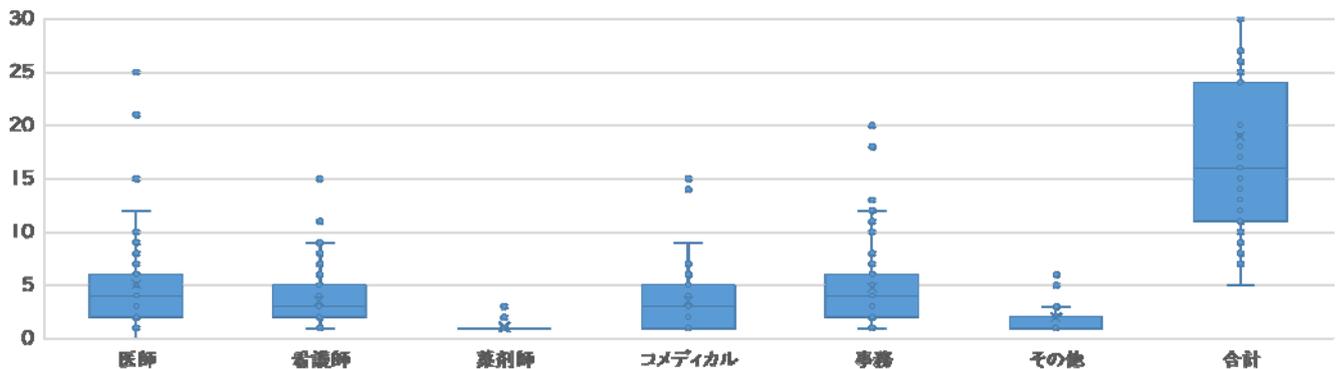


委員会の委員長はどなたですか？



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。

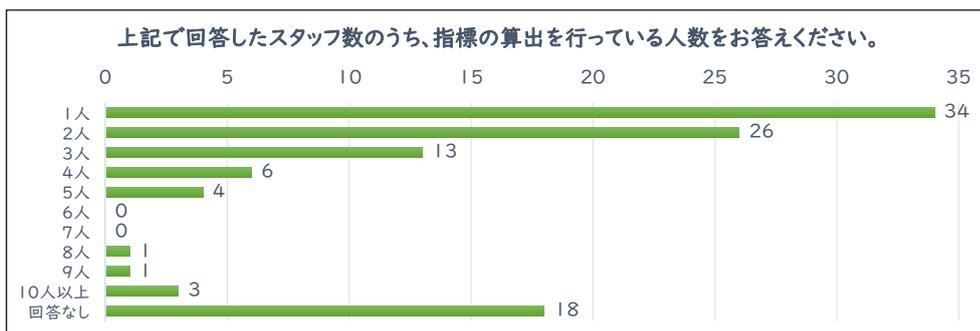
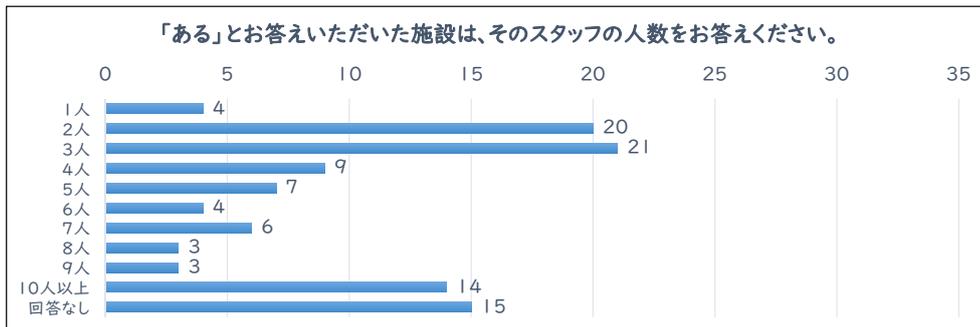
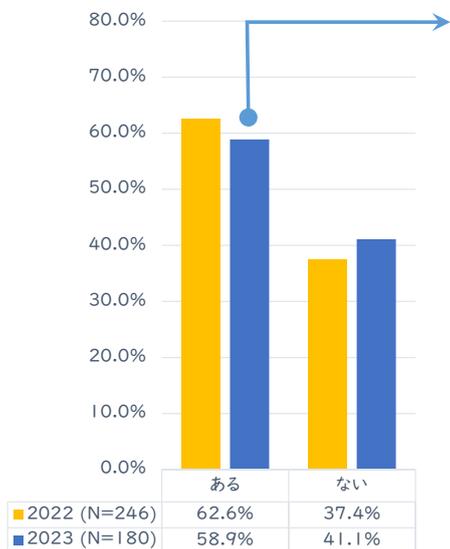


	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務	その他	合計
平均値	5.0人	3.5人	1.1人	3.5人	4.7人	1.9人	18.9人
最小値	0人	1人	1人	1人	1人	1人	5人
中央値	4人	3人	1人	3人	4人	1人	16人
最頻値	2人	2人	1人	1人	3人	1人	13人
最大値	41人	15人	3人	15人	20人	6人	72人

※中央値は2022年度と大きな変化はない

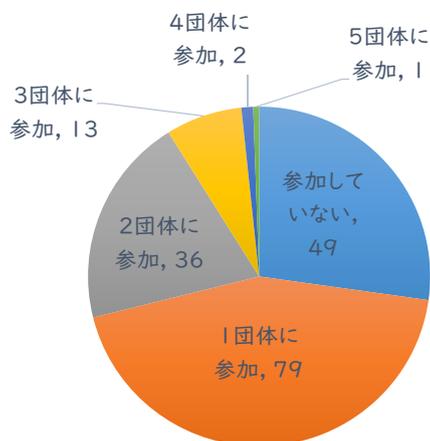
QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報のデータ抽出や分析を行う
専門の部署・部門はありますか？



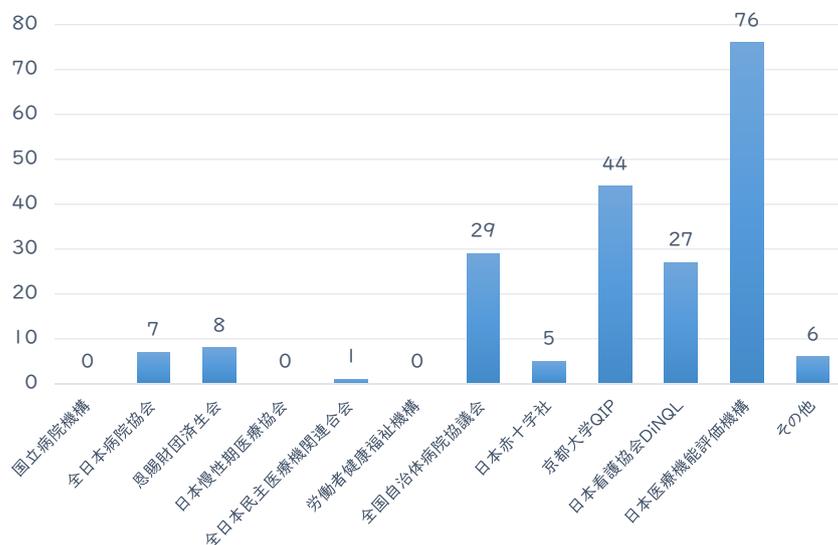
QIプロジェクトにおける組織体制

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



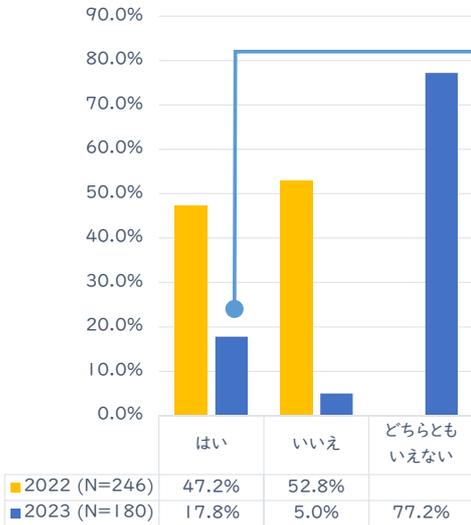
N=180

参加している団体(複数回答可)



QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？

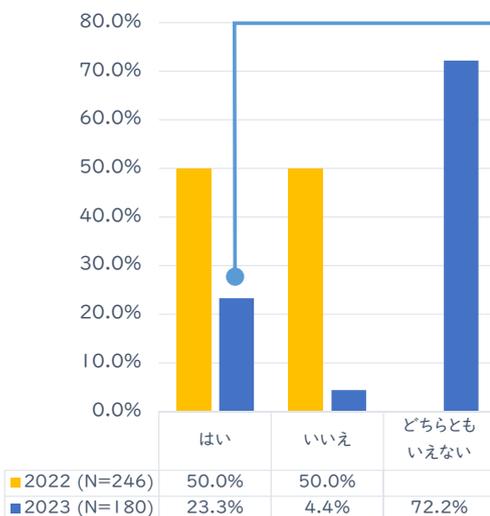


「はい」の理由 ※指標名だけの記載は除外

- 参加するだけで質向上はないが、QI指標より取り組むべき課題は明確になった。これを通して改善への行動により変化しつつある。
- 医療の質向上委員会が発足してQI報告の場が出来た。
- 各種委員会でQI指標を参考に改善の取組みを行うようになった。
- 具体的に比較ができる。
- 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合が2022年度と比較し介入割合が上昇していた。
- 転倒・転落による損傷（レベル4以上）発生数が他院に比べ多かったが改善した。
- 身体拘束の意識づけになっている
- 毎朝リハビリカンファレンスで脳卒中患者のチェックを行い、リハビリ開始が遅い場合は医師等と連携している。
- 日本病院会QIプロジェクトへの参加により、自院の現状と課題を把握できるようになった。日常の診療プロセスを見直す機会を得ることができ、結果的にPDCAサイクルを効果的に回すことができるようになった。
- 各部署において、強み弱みを分析。対策を講じ、精度向上に繋げている。
- 同規模病院との比較、経年変化の把握ができ、考察の重要な材料となっている
- 身体抑制の減少に向けて取り組むきっかけとなった。
- 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合が右肩上がりに上昇している
- 転倒転落発生率を他院とベンチマークすることで、実質的な目標値を設定出来る様になった。
- 18歳以上の身体抑制率について、抑制最小化チームを中心に「ころやわマット」の体験を取り入れたり、抑制の3要件について再認識を行うなど抑制率減少に向けて取り組んでいる。
- 転倒・転落やインシデント等の安全管理に関する分析と対策が日々行われている。
- 他院と比較し低かった逆紹介率が向上した

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？



「はい」の理由

- 幹部に結果の共有を行なった。
- 部署に結果の共有を行い、データの精査を行なっている。
- 毎月、委員会にて数値を発表しており、少し数字が下がると、内容を確認され、改善におけた手立てを検討してもらえる。
- 実践が指標に反映され、さらに経営貢献につながっている
- 救急医療の地域における当院の役割の理解
- 日本病院会QIプロジェクトのデータを院内の会議で共有することで、職員が自院の客観的な立ち位置を把握することができるようになった。また、自院の指標の経年的な変化も把握できるようになった。そして、自院の弱みである指標は、改善する機会と捉えて、各部署が前向きに見直し、取り組みを行った。
- 委員会活動において、研修を実施するなど、積極的に改善に取り組んでいる。
- 改善意欲が向上し、常に問題意識を持って取り組むようになってきたように感じます
- 現状の把握、今後の対策、改善案につながっている
- 医療安全研修にQIデータを使用し、職員に周知した。
- 一部の職員が質改善に興味を持ってくれた（特に幹部）
- フィードバックデータや指標の算出作業の結果を院内の関係委員会で情報共有するなど、他院との比較による当院の立ち位置を認識する職員が増えている。
- 病院全体で指標から導き出される問題に対処する風土となった。

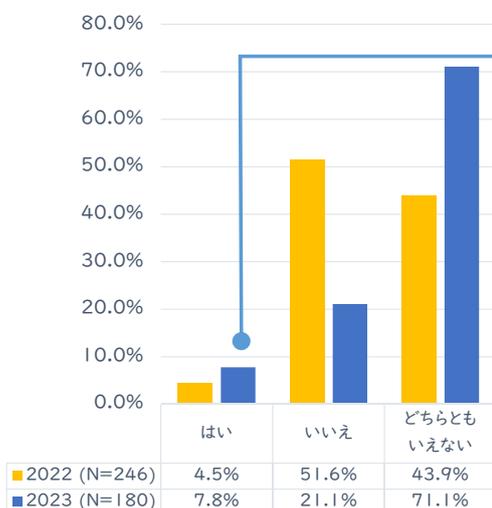
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

「はい」の理由(続き)

- ベンチマークを気にするようになった
- 救急応需率、身体拘束率に関しては当院の課題となっています。身体拘束率は当院の取り扱う疾患の特性上高いのですがそれでも高すぎるため対策が必要という認識を看護部長等からいただいています。
- 担当部門による検証作業が行われたり、該当する委員会にて議論されたり等の反応が見られた。
- 指標の改善に意識を向けるようになった
- 臨床指標を基にした質改善活動の重要性を理解していただいた
- 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に関して、手術室から麻酔科医が1時間以内の投与を意識しているようだといい麻酔科医への意識づけにつながっているという声もあがっている。
- 身体抑制率が平均値を超えていることからどのように低下させていくのかを検討するきっかけとなった。
- 当院褥瘡対策チームは、年度初めにQI事業参加病院平均値を下回ることを目標値として周知している。毎月QI数値結果及び新規褥瘡患者数と部位、MDRPU発生数と部位、医療器具の内容についても報告することでケア・取り組みに対する意識向上に影響していると思われる。
- インディケータに直接関与するスタッフの日常的な目標として根付いている。
- 他病院と比較する事で当院に改善の余地がある事を知り、改善活動を行い、今後は中央値を上回っていきたいという目標が出来た。

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

その他(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？

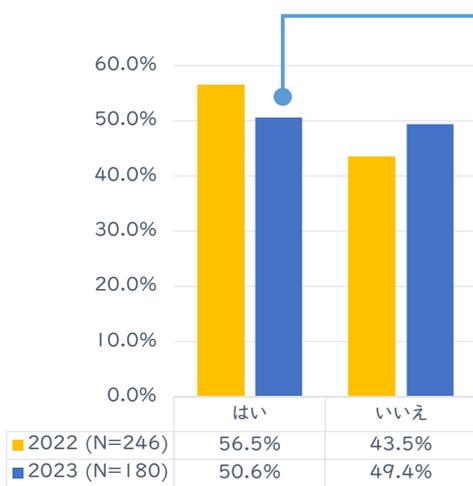


「はい」の理由

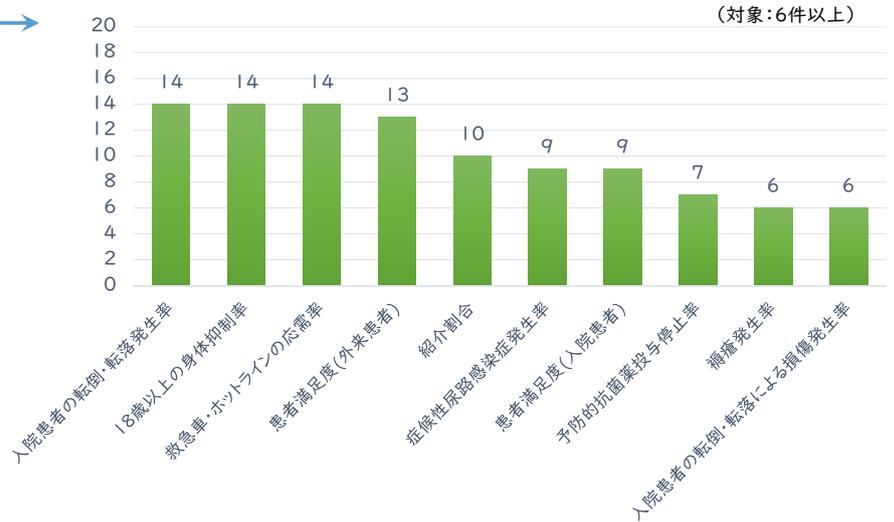
- 自院の患者層を見直し、当院に必要な業務について検討することができた。
- データを見て評価分析することの有用性について理解が広まった。
- ホームページに公開しているので、委員以外の職員でも、客観的にみることができ、意識は高まっている。
- 血液培養採取時の汚染率を新たに改善指標として取り組みを行った結果、経年的に有意な改善が得られた
- 制吐剤の適正使用について見直しが出来た
- ISO・JCIの第三者評価の受診による質向上について、QIデータで数値的な経緯を見ることが出来ている
- 明確な効果を示せないが、必要に応じて現場などに報告・相談・質問をすることで、その指標に対する取組や姿勢が変化することもある。しかし、明確な変化は診療報酬改定などによる変化により影を潜めてしまう。計測している指標について、明らかに対策を行う必要性が無いほど、日常業務で予防策・改善対策を心がけている。
- 血液培養2セット実施率のフィードバックが低く、調査すると、長期間に渡り算定漏れが発覚した。
- 看護部でも検証するようになった
- 組織として意識していなかった臨床指標について、不足している部分は改善しなければいけないという意識が芽生えて実際に会議で改善を実施している
- QIという言葉になじみがないスタッフにも、院内でQIについて発信することで興味関心をもってもらえるようになった(主に委員会メンバーや使用の問い合わせ先スタッフなど)

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、日本病院会QIプロジェクトの指標の中で、改善活動を行いましたか？



改善活動を行った上位10項目



改善活動

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

【指標化、詳細分析、検証】

- 転倒転落予防について病棟によりQI指標にしたことで改善があった
- 毎月の医療安全管理情報として院内の転倒・転落と比較する評価指標とした。
- 抑制率減少の活動に合わせて注力している。
- 発生した事例に対して多職種で分析し、対策を検討した。
- 職員からインシデント・アクシデントレポートの報告を受けて、月毎で集計し、そ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。

【評価およびラウンド】

- 転倒・転落予防のための取組として、環境ラウンドや転倒転落アセスメントの実施を行った。
- 転倒・転落予防策シートを入院患者に使用

【ベンチマーク】

- 他施設と比較し当院の数値の改善に努めた。
- フィードバックデータ平均より少ない(良い)が、医療安全推進室にてデータを把握し、改善活動を更に継続する。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み

【フィードバック、情報共有、その他】

- ワーキンググループ内での症例検討、事例共有
- 各部署へのフィードバックと説明
- 医療安全管理室で継続的に経過観察し、委員会で報告している。
- 入院患者の転倒転落には患者のQOL低下や有害事象に繋がる可能性がある。転倒による損傷リスクやネバイベントに繋がるためモニタリングを行う必要があり、以下を実施した。
 - 転倒件数、発生率のモニタリング
 - 毎週の業務量報告にて各部署の転倒件数、発生状況を情報共有
 - 転倒後24時間後のアセスメント入力確認、未記入の記入依頼
- 低床ベッドや衝撃吸収マットの利用を促進することで、転倒はするけれども大げかにつながらない対策を模索している。
- エスカレーター速度減速、高齢者の車いす使用・エレベーター使用の誘導

18歳以上の身体抑制率

【詳細分析、運用見直し】

- ・ 医師及び看護師、コメディカル、事務からなる身体拘束検討委員会(毎月)を発足させ、QIデータを基にデータ分析を行い、改善ポイントをリストアップして様々な取組みを行った。結果、目標数値を達成することが出来た。
- ・ 毎月自院の病棟別数値を算出し、平均と比較しながら看護部、認知症ケアチームを中心に改善に取り組んでいる。
- ・ 抑制最小化チームを中心に「ころやわマット」の体験を取り入れたり、抑制の3要件について再確認を行うなど抑制率減少に向けて取り組んでいる。
- ・ 身体抑制を行わないことを基本とし、危険と思われる症状、行動があった場合のケアを見直し手順書を作成した。
- ・ 不眠せん妄フォーミュラーの改定

【評価およびラウンド】

- ・ 環境調整のためのスキル向上や現場ラウンド。
- ・ 認知症ケアに係る医師、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1回病棟ラウンドし、抑制患者の実態を把握するとともに、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。

【フィードバック、情報共有、その他】

- ・ 身体抑制廃止委員会での活動
- ・ フィードバックデータをもとに当院の現状把握
- ・ 病棟ごとの身体抑制率を毎月フィードバック着実に身体抑制率は低減しており、職員の意識や行動の変容に繋がっている。
- ・ センサーの購入や認知症マフ使用など身体拘束をしないための道具増加。
- ・ 病棟内にリンクナースを配置し、早期に認知症ケアチーム介入が出来るように連携した。その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取れるようにリンクナースが働きかけている。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実務担当者として認知症看護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。
- ・ 身体抑制を一時的に実施したとしても解除に向けたカンファレンスを行うこととした。
- ・ 抑制率減少に向けて病院全体で対応する方針となった

救急車・ホットラインの応需率

- ・ 救急センターにおける患者受け入れ時の状況分析、救急車受け入れ時の体制を見直し構築
- ・ 断った事例については、断り理由のデータを蓄積している。これをもとにワーキングを開催し、応需率が上がるよう取り組みを行う。
- ・ 救急患者適正化
- ・ 極端に断る医師がおり、なぜ断るのか断り理由の集計を行っている。ただ結果に結びついていない。総合病院でないことを理由に少しでも循環器疾患の可能性があれば断る医師がおり、救急員会などでデータ開示、院長からの注意など行ったが改善していない。
- ・ 運動器救急受け入れ(病院救急車による診療所・高齢者施設等からの救急受け入れの推進)
- ・ 救急車の積極的な受け入れに関する呼びかけ
- ・ 救命救急センター運営会議等において、現状分析を実施
- ・ 各消防署への訪問
- ・ 消防との連携強化、ニーズの確認、消防と医師による症例検討会の実施など
- ・ 発熱患者対応のフロー作成
- ・ ベンチマークとしての活用
- ・ 定義の統一

患者満足度（外来患者・入院患者）

【施設・設備・機器、運用の見直し】

- QRコードから回答できる入力フォームを作成のうえ患者様に用紙の配布、外来等への掲示を行った。
- 電子カルテ更新時に待ち時間対策としてスマートフォンを利用した会計後払いシステムを導入した。また、同対策として、予約時間に合わせた来院を促すため、予約時間2時間前以降の受付制限を実施予定である。
- 通常の調査以外に、退院患者へのHCAPSの導入

【接遇、研修】

- 接遇向上委員会での活動
- 病院全体での接遇チェック
- 患者サービスの向上

【待ち時間】

- 待ち時間対策。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 患者満足度が低い原因を分析し、個別的な対策を行った。
 - 接遇、トイレ、待ち時間のフリーコメントが多い。中でも待ち時間に対する満足度が極めて低い。待ち時間調査を実施して診療科及び医師ごとに分析を行い、予約枠の適正化に向けた取り組みを行う。
- ご意見に対する対応策の検討、回答、改善
- 薬剤の副作用についてクリニカルパス表にも記載した
- 病棟毎に目標を立て取り組みを行った

紹介割合

- 紹介元についてのABC分析
- 紹介率向上のため、各病院や開業医等への訪問
- 紹介状の返書を直接クリニックへ持参し、かかりつけ医との連携を図る
- 地域病院への営業活動および情報共有
- 紹介患者増加の取り組み
- 医療機関ごとの承継件数、紹介診療科、疾患名などの分析
- 紹介元である開業医への訪問・情報提供
- 低値である紹介割合・逆紹介割合の詳細データ分析を行うためのデータ収集ツールを検討していた。今後はデータに蓄積と分析に繋げることが課題。
- 紹介率、逆紹介率がフィードバックデータより低く出ているが、指標基準が変更されたため、と説明があった。

症候性尿路感染症発生率

- 膀胱留置カテーテルの管理を改善し、カテーテルに関連して起きた尿路感染症を減らすために以下の2つを実施した
 - ① サーベイランスシステムを利用し、患者の情報・分析し、判定
 - ② 留置カテーテル挿入後48時間以降に発生したカテーテル由来の感染を調査
- 感染関連ソフトの導入にて数値化されてことにより見える化され改善に繋がった
- 毎月自院の病棟別数値を算出し、平均と比較しながら排尿ケアチームを中心に改善に取り組んでいる
- 排尿ケアチームでは、早期に患者の排尿機能を把握し、早期の尿道カテーテル抜去を試みることを目標とする。また尿道カテーテル抜去不能症例においては尿の性状を見ながら早期の尿道カテーテル交換の検討。
- 他施設と比較し当院の数値の改善に努めた。
- 毎月データを集計し、フィードバックすること
- 尿道留置カテーテル早期抜去のアセスメント
- カテーテル関連尿路感染防止のための管理方法を再周知する
- 尿道カテーテル関連尿路感染サーベイランスの継続およびタイムリーかつ効果的なフィードバック、カンファレンスの強化、職員教育の継続。リマインドの検討

予防的抗菌薬投与停止率

- クリニカルパスの見直しと術後病棟での抗菌薬注射の追加について医師と協議した。
- 関係部署へのフィードバック
- 適正な期間での投与を心がける。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み
- 感染管理室、ASTが中心となり、2022年8月～結腸切除パスの抗菌薬投与期間を「術後3日間」→「術後1日間」へ変更した。
- 周術期抗菌薬として第3世代セフェム系抗菌薬（経口）の投与を削除することで、周術期抗菌薬の漫然とした投与が改善された。また、改善に伴い第3世代セフェム系抗菌薬使用量の削減にも繋がった。

褥瘡発生率

- 委員会内での現状把握
- 他施設と比較し当院の数値の改善に努めた。
- 褥瘡・創傷治療に関する医師、看護師、薬剤師、栄養士等で褥瘡対策チームを組織して褥瘡予防と治療を行っており、チームで連携して院内の褥瘡発生予防・発症後早期からの適切な処置を含めた対策を毎月1回対策委員会のなかで行っている。
- 褥瘡ラウンド・予防ケア・寝具やクッション整備・在宅支援・教育（院内研修・スキルアップ研修等）・週1回の褥瘡カンファレンスの業務をこなしながら、QI実務担当者と皮膚排泄ケア認定看護師との間で毎月、褥瘡の持ち込みや院内発生、部位の深さの情報を共有し、月ごとの発生率を確認し、増減の把握や対策に活用している。
- フィードバックデータ平均より少ない（良い）が、褥瘡チーム活動により、エママット等の機器更新を行っており、改善されている。
- 褥瘡対策委員会主催の褥瘡予防のポジショニング研修を実施。また、褥瘡ハイリスク対象者は毎週1回ラウンドカンファを実施し褥瘡予防ケアの充実を図っている。

一般社団法人 日本病院会 2023 年度 QI 委員会

(50 音順)

(2024年度 11 月時点)

- 委員長 福井次矢(社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院 常務理事)
- 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 岩淵勝好(山形市立病院済生館 呼吸器内科長)
- 委員 神野正博(社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 理事長)
- 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(医療法人博愛会 横浜病院 理事長)
- 委員 堀川知香(聖路加国際病院 病院事務部 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(聖隷三方原病院 病院長)

副会長 仙賀 裕(茅ヶ崎市立病院 名誉院長)

- 事務局 西川幸一(一般社団法人 日本病院会 事業部 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 事業部 学術研修課)
- 事務局 堀江美史(一般社団法人 日本病院会 事業部 学術研修課)

<開催報告>

【委員会】

- 第 1 回 QI 委員会 2023 年 8 月 3 日(出席委員 9 名)
- 第 2 回 QI 委員会 2023 年 11 月 30 日(出席委員 8 名)
- 第 3 回 QI 委員会 2024 年 2 月 22 日(出席委員 9 名)

【実務担当者説明会・QI2022 フィードバック説明会 合同説明会】

開催日:2023年5月18日(木)13:00~15:40

開催方法:会場集合(日本病院会会議室)+オンライン(Zoom ウェビナー)のハイブリッド開催および
オンデマンド配信

参加数:約 170 施設

【QI2023 フィードバック説明会】

開催日:2024年3月5日(火)13:00~14:30

開催方法:オンライン(Zoom ウェビナー)開催およびオンデマンド配信

参加数:約 100 施設

初版

2024年12月2日