

2022 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、2022 年度で 13 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、2022 年度は、353 病院が参加して 47 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。

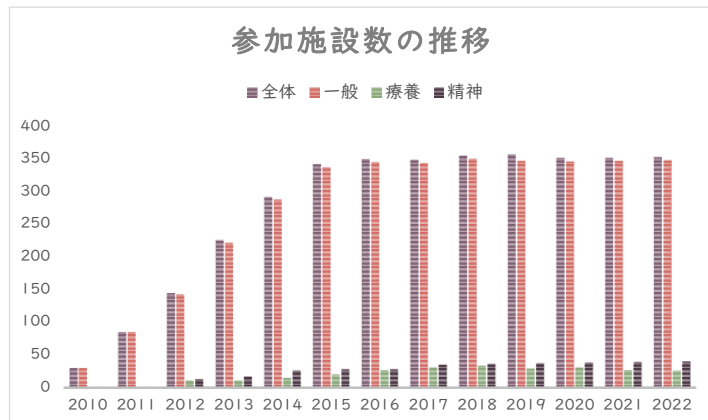
QI 委員会 委員長 福井次矢

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	18	0
02	青森県	4	0
03	岩手県	3	0
04	宮城県	6	0
05	秋田県	0	-1
06	山形県	7	0
07	福島県	7	0
08	茨城県	6	0
09	栃木県	3	0
10	群馬県	6	0
11	埼玉県	15	-1
12	千葉県	15	1
13	東京都	30	0
14	神奈川県	16	-1
15	新潟県	3	-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	1
21	岐阜県	6	0
22	静岡県	12	0
23	愛知県	24	2
24	三重県	3	0
25	滋賀県	8	2
26	京都府	16	0
27	大阪府	37	0
28	兵庫県	12	0
29	奈良県	5	0
30	和歌山県	0	-1
31	鳥取県	0	0
32	島根県	2	0
33	岡山県	4	0
34	広島県	7	1
35	山口県	0	0
36	徳島県	1	0
37	香川県	5	0
38	愛媛県	3	0
39	高知県	4	0
40	福岡県	19	0
41	佐賀県	1	0
42	長崎県	2	0
43	熊本県	1	0
44	大分県	5	0
45	宮崎県	0	0
46	鹿児島県	2	0
47	沖縄県	5	-1
総計		353	1

参加施設数の推移

年度	全体	一般	療養	精神
2010	30	30		
2011	85	85		
2012	145	143	11	13
2013	226	222	11	17
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	349	344	31	35
2018	355	350	33	36
2019	357	347	29	37
2020	352	346	31	38
2021	352	347	27	39
2022	353	348	26	40



No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
1	北海道	手稲溪仁会病院	○	○	670	9.6						
2	北海道	函館中央病院	○	○	527	12.8						
3	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480	11.2						
4	北海道	市立函館病院	○	○	582	12.2						
5	北海道	日鋼記念病院	○	○	387	14.8						
6	北海道	KKR斗南病院	○	○	283	8.4						
7	北海道	札幌厚生病院	○	○	519	13.8						
8	北海道	市立札幌病院	○	○	672	10.4				○	38	35
9	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325	12.7						
10	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410	10.1						
11	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480	10.5						
12	北海道	市立旭川病院	○	○	372	12.6				○	100	37
13	北海道	帯広厚生病院	○	○	606	12.6						
14	北海道	北斗病院	○	○	217	10.7						
15	北海道	帯広第一病院	○	○	230	18.3						
16	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301	8						
17	北海道	砂川市立病院	○	○	408	11.8				○	80	50.1
18	北海道	北海道病院	○	○	358	11.5						
19	青森県	八戸市市民病院	○	○	572	13				○	50	74.4
20	青森県	十和田市立中央病院	○	○	315	13.1				○	50	50.3
21	青森県	青森県立中央病院	○	○	684	12.8						
22	青森県	青森市民病院	○	○	459	14.5						
23	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685	11.3						
24	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370	12.3				○	105	334.9
25	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414	11.2						
26	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	328	7.3	○	40	58			
27	宮城県	坂総合病院	○	○	357	14.2						
28	宮城県	永仁会病院		○	80	8.6						
29	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389	14.4						
30	宮城県	仙台市立病院	○	○	467	10.6				○	50	46.9
31	宮城県	仙台オープン病院	○	○	330	8.7						
32	山形県	済生会山形済生病院	○	○	473	13.6						
33	山形県	三友堂病院	○	○	185	18.1						
34	山形県	公立置賜総合病院	○	○	450	12.9						
35	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528	11.6						
36	山形県	山形県立中央病院	○	○	594	10.3						
37	山形県	日本海総合病院	○	○	630	11.6						
38	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	521	13						
39	福島県	大原総合病院	○	○	353	11.2						
40	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471	12						
41	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036	15.1						
42	福島県	寿泉堂総合病院	○	○	305	10.3						
43	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299	17.7						
44	福島県	星総合病院	○	○	415	11.4						
45	福島県	総合南東北病院	○	○	461	14.1						
46	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800	11.3						
47	茨城県	JAとりで総合医療センター	○	○	414	15.1						
48	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	453	11.6						
49	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302	12.9						
50	茨城県	つくばセントラル病院	○	○	313	13.5						
51	茨城県	東京医科大学茨城医療センター	○	○	501	14						
52	栃木県	新小山市民病院	○	○	300	11.2						
53	栃木県	足利赤十字病院	○	○	431	12.1	○	69	41.8	○	40	18.7
54	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644	13.1						
55	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	555	11.9						
56	群馬県	済生会前橋病院	○	○	317	12.2						
57	群馬県	伊勢崎市民病院	○	○	494	10.1						
58	群馬県	美原記念病院	○	○	45	7.8	○	144	36.8			
59	群馬県	太田記念病院	○	○	386	8.6						
60	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399	12.3						
61	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340	13.3						
62	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	399	13.2						
63	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	492	14.7						
64	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337	15.2						
65	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	632	10.3						
66	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198	11.5						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
67	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	390	11.3						
68	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	659	11.2						
69	埼玉県	伊奈病院	○	○	111	14.9	○	40	254.5			
70	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	143	15.7	○	58	60.9			
71	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1063	13.8						
72	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	778	13.5						
73	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241	12.7						
74	埼玉県	埼玉医科大学病院	○	○	887	12				○	78	69.6
75	埼玉県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	○	○	292	13.3						
76	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272	15.6						
77	千葉県	東葛クリニック病院	○	○	56	19.7	○	39	393.9			
78	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449	9.6						
79	千葉県	板倉病院		○	91	11.9						
80	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	276	11.4						
81	千葉県	小張総合病院	○	○	350	13.9						
82	千葉県	成田赤十字病院	○	○	714	12.7						
83	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763	13.5				○	220	72.2
84	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	660	11.7						
85	千葉県	亀田総合病院	○	○	865	13						
86	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	160	15	○	108	51			
87	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	501	11.6						
88	千葉県	セコメディック病院	○	○	292	18.7						
89	千葉県	国立がん研究センター東病院	○	○	425	11.2						
90	千葉県	千葉労災病院	○	○	400	10.4						
91	東京都	聖路加国際病院	○	○	520	8						
92	東京都	東大病院	○	○	284	15.5						
93	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418	11.9						
94	東京都	三井記念病院	○	○	482	9.8						
95	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○	○	640	10.8						
96	東京都	佼成病院	○	○	340	13						
97	東京都	河北総合病院	○	○	331	10.5						
98	東京都	牧田総合病院	○	○	290	12.6						
99	東京都	青梅市立総合病院	○	○	475	10.9				○	50	34.6
100	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1036	10.8						
101	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686	11.1						
102	東京都	豊島病院	○	○	386	9				○	32	21.7
103	東京都	KKR九段坂病院		○	231	14.5						
104	東京都	KKR虎の門病院	○	○	819	11.5						
105	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350	16.1						
106	東京都	東京通信病院	○	○	461	13.6						
107	東京都	昭和大学病院	○	○	815	10.3						
108	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	611	8.9						
109	東京都	榊原記念病院	○	○	212	8.7						
110	東京都	NTT東日本関東病院	○	○	544	9				○	50	52.1
111	東京都	KKR立川病院	○	○	412	8.1				○	38	29
112	東京都	東京都立松沢病院								○	898	71.7
113	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535	13.9						
114	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	7	○	156	25.9			
115	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	490	10.3						
116	東京都	みなみ野病院					○	180	109			
117	東京都	東京新宿メディカルセンター	○	○	520	15.8						
118	東京都	国立国際医療研究センター病院	○	○	749	12.7						
119	東京都	東京医科大学病院	○	○	885	9.8						
120	東京都	東京都立多摩総合医療センター	○	○	805	10						
121	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326	11.1						
122	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300	18.8						
123	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218	11.4						
124	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565	9.9						
125	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	730	9.6				○	10	26.1
126	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	367	19.1						
127	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415	10.4						
128	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287	10.5						
129	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188	19.4						
130	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	659	9.5				○	10	18.4
131	神奈川県	KKR横浜共済病院	○	○	430	11.1						
132	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419	11.5						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
133	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441	11.7						
134	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	468	8						
135	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○	367	14	○	50	84			
136	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518	10						
137	新潟県	立川綜合病院	○	○	481	13.1						
138	新潟県	新潟市民病院	○	○	660	11.4						
139	新潟県	新潟脳外科病院	○	○	120	16.3	○	58	78			
140	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	495	13.4						
141	富山県	真生会富山病院	○	○	99	11.4						
142	富山県	厚生連高岡病院	○	○	484	10.6						
143	石川県	KKR北陸病院	○	○	125	15.9						
144	石川県	恵寿綜合病院	○	○	426	21.5						
145	福井県	市立敦賀病院	○	○	330	12.9						
146	福井県	福井赤十字病院	○	○	600	11.8						
147	福井県	林病院	○	○	199	16						
148	山梨県	山梨県立中央病院	○	○	622	10.7						
149	長野県	長野赤十字病院	○	○	635	12.5						
150	長野県	長野市民病院	○	○	400	11.1						
151	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	292	17						
152	長野県	北信綜合病院	○	○	337	14.2						
153	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	246	16.2						
154	長野県	佐久綜合病院	○	○	170	22.6						
155	長野県	南長野医療センター篠ノ井綜合病院	○	○	433	11.8						
156	長野県	相澤病院	○	○	456	12.3						
157	長野県	丸の内病院	○	○	199	15.3						
158	長野県	諏訪中央病院	○	○	360	14.7						
159	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425	11.6				○	30	31
160	長野県	飯田病院	○	○	212	17.8				○	235	219.3
161	長野県	伊那中央病院	○	○	394	12.1						
162	長野県	富士見高原病院	○	○	151	18.8						
163	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	195	11						
164	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	204	12				○	120	68.2
165	長野県	佐久綜合病院 佐久医療センター	○	○	434	9.9						
166	長野県	丸子中央病院	○	○	149	15.5	○	50	128.9			
167	長野県	昭和伊南綜合病院	○	○	300	13.4						
168	長野県	飯田市立病院	○	○	403	10.8						
169	長野県	相澤東病院		○	54	41.9						
170	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	620	11.3						
171	岐阜県	松波綜合病院	○	○	501	11.8						
172	岐阜県	羽島市民病院	○	○	271	19.5						
173	岐阜県	岐阜赤十字病院	○	○	311	10.3						
174	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	394	13.9						
175	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	528	10.2				○	42	27.5
176	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465	13.9						
177	静岡県	静岡県立綜合病院	○	○	662	10.9						
178	静岡県	藤枝市立綜合病院	○	○	564	11.7						
179	静岡県	島田市立綜合医療センター	○	○	445	13.5						
180	静岡県	遠州病院	○	○	340	13.2						
181	静岡県	綜合病院 聖隷浜松病院	○	○	750	10.6						
182	静岡県	浜松医療センター	○	○	606	12.6						
183	静岡県	綜合病院 聖隷三方原病院	○	○	816	15.3				○	104	57.1
184	静岡県	中東遠綜合医療センター	○	○	500	9.9						
185	静岡県	磐田市立綜合病院	○	○	500	11.3						
186	静岡県	NTT東日本伊豆病院		○	150	43.1				○	46	78.2
187	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	○	○	615	11.5						
188	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780	12						
189	愛知県	安城更生病院	○	○	749	11.8						
190	愛知県	刈谷豊田綜合病院	○	○	704	10.9						
191	愛知県	KKR名城病院	○	○	326	14.3						
192	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236	13.2						
193	愛知県	KKR東海病院		○	166	15.4						
194	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	9.9						
195	愛知県	豊田厚生病院	○	○	606	10.3						
196	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1325	15.1				○	51	32.9
197	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499	11.5						
198	愛知県	小牧市民病院	○	○	520	11.4						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
199	愛知県	春日井市民病院	○	○	558	11.8						
200	愛知県	総合大雄会病院	○	○	329	11.1						
201	愛知県	一宮市立市民病院	○	○	570	11						
202	愛知県	稲沢市民病院	○	○	320	14.3						
203	愛知県	岡崎市民病院	○	○	660	9.8						
204	愛知県	八千代病院	○	○	308	11.1	○	52	89.5			
205	愛知県	海南病院	○	○	540	12.4						
206	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772	10.1				○	28	24.4
207	愛知県	名鉄病院	○	○	373	12.4						
208	愛知県	総合病院南生協病院	○	○	313	14.2						
209	愛知県	江南厚生病院	○	○	630	13						
210	愛知県	済衆館病院	○	○	194	20.5	○	143	185.9			
211	愛知県	名古屋市立大学医学部附属東部医療センター	○	○	520	11.5						
212	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○	○	220	14.5						
213	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460	13.1						
214	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440	13.2						
215	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	393	13.4						
216	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	403	9.3						
217	滋賀県	淡海医療センター	○	○	362	11.9						
218	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424	13.2						
219	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535	14.3						
220	滋賀県	淡海ふれあい病院					○	199	56.8			
221	滋賀県	甲南病院		○	100	17.9	○	99	120.2			
222	滋賀県	長浜赤十字病院	○	○	422	11.8				○	70	57
223	京都府	武田病院	○	○	384	12.5						
224	京都府	武田総合病院	○	○	500	11.7						
225	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359	12.2						
226	京都府	京都市立病院	○	○	548	10.6						
227	京都府	洛和会音羽病院	○	○	415	11.2						
228	京都府	宇治武田病院	○	○	177	14.9						
229	京都府	男山病院	○	○	199	15.8						
230	京都府	三菱京都病院	○	○	188	8.2						
231	京都府	京都桂病院	○	○	545	12.5						
232	京都府	千春会病院		○	60	14.2						
233	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300	11.7						
234	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	394	12.7						
235	京都府	京都岡本記念病院	○	○	419	15.1						
236	京都府	市立福知山市民病院	○	○	344	12.9						
237	京都府	宇治徳洲会病院	○	○	473	11.2						
238	京都府	洛和会丸太町病院	○	○	150	10.6						
239	大阪府	中津病院	○	○	670	11.5						
240	大阪府	大阪市立総合医療センター	○	○	975	9.6				○	55	33.8
241	大阪府	野江病院	○	○	400	10.9						
242	大阪府	森之宮病院	○	○	355	27.1						
243	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401	11.8						
244	大阪府	大阪警察病院	○	○	580	10.8						
245	大阪府	多根総合病院	○	○	304	10.6						
246	大阪府	千船病院	○	○	292	8.8						
247	大阪府	西淀病院	○	○	218	25.2						
248	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	831	12				○	34	32.4
249	大阪府	南大阪病院	○	○	400	14.3						
250	大阪府	市立豊中病院	○	○	613	10.3						
251	大阪府	箕面市立病院	○	○	317	11.7						
252	大阪府	高槻病院	○	○	477	8.9						
253	大阪府	北摂総合病院	○	○	217	11.3						
254	大阪府	松下記念病院	○	○	323	11.6						
255	大阪府	萱島生野病院	○	○	140	13.4						
256	大阪府	小松病院	○	○	190	10.5						
257	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313	12.4						
258	大阪府	佐藤病院	○	○	177	12.3						
259	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751	10.7						
260	大阪府	わかさ竜間リハビリテーション病院		○	78	192.4	○	422	152.9			
261	大阪府	若草第一病院	○	○	230	13.7						
262	大阪府	八尾市立病院	○	○	380	8.8						
263	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88	11.3						
264	大阪府	P L 病院	○	○	323	10.4	○	47	238.6			

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
265	大阪府	清恵会病院	○	○	241	17.8						
266	大阪府	馬場記念病院	○	○	300	16.4						
267	大阪府	府中病院	○	○	299	11.4						
268	大阪府	阪南市民病院	○	○	185	12.1						
269	大阪府	ベルランド総合病院	○	○	477	11.2						
270	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	581	10.6						
271	大阪府	耳原総合病院	○	○	386	13.6						
272	大阪府	日本生命病院	○	○	350	10						
273	大阪府	大阪市立十三市民病院	○	○	224	9.9						
274	大阪府	大阪医科薬科大学病院	○	○	792	12.8				○	40	26.5
275	大阪府	東大阪病院	○	○	120	16	○	145	47.1			
276	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	760	11.2				○	8	17.4
277	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333	12.6						
278	兵庫県	川崎病院	○	○	228	13						
279	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	164	12.2						
280	兵庫県	甲南医療センター	○	○	461	11.1						
281	兵庫県	明和病院	○	○	319	12.6						
282	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	167	14						
283	兵庫県	井野病院	○	○	100	16.8						
284	兵庫県	明石医療センター	○	○	382	10						
285	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600	9.9						
286	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院					○	120	68.2			
287	兵庫県	大西脳神経外科病院	○	○	172	20.6						
288	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	540	10.3				○	40	58.9
289	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	715	11.2						
290	奈良県	平成記念病院	○	○	180	14.9	○	120	36.5			
291	奈良県	国保中央病院	○	○	220	14.2						
292	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166	13						
293	島根県	松江赤十字病院	○	○	554	11.8				○	45	68.9
294	島根県	島根県立中央病院	○	○	568	12.4				○	40	44
295	岡山県	岡山県精神科医療センター								○	255	44.5
296	岡山県	光生病院	○	○	198	18.8						
297	岡山県	岡山旭東病院	○	○	214	12.3						
298	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1172	11.3						
299	広島県	KKR呉共済病院志海分院		○	44	16.8						
300	広島県	KKR広島記念病院	○	○	149	12						
301	広島県	KKR吉島病院		○	111	11.3	○	47	42.3			
302	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110	18.6						
303	広島県	マツダ病院	○	○	270	11.5						
304	広島県	KKR呉共済病院	○	○	373	14.2						
305	広島県	JR広島病院	○	○	275	13.6						
306	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	390	11				○	60	33.5
307	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	305	13.3						
308	香川県	香川県立中央病院	○	○	526	10.6						
309	香川県	回生病院	○	○	397	23.2						
310	香川県	坂出市立病院	○	○	194	11.8						
311	香川県	さぬき市民病院	○	○	175	16.6						
312	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199	13.3						
313	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435	12.9						
314	愛媛県	済生会今治病院	○	○	191	17.2						
315	高知県	近森病院	○	○	452	12						
316	高知県	いずみの病院	○	○	189	30.8	○	48	504.9			
317	高知県	高知高須病院	○	○	63	13.8						
318	高知県	高知医療センター	○	○	548	8.6				○	44	36.4
319	福岡県	三萩野病院		○	181	19.8						
320	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259	9.8						
321	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	453	16.9						
322	福岡県	九州病院	○	○	575	12.4						
323	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	380	10.4						
324	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468	10.5						
325	福岡県	福岡市民病院	○	○	204	12.5						
326	福岡県	KKR千早病院	○	○	175	13.1						
327	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602	13.4						
328	福岡県	西福岡病院	○	○	145	30.9	○	45	109.8			
329	福岡県	聖マリア病院	○	○	931	12.7				○	60	269.7
330	福岡県	新古賀病院	○	○	256	10.6						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
331	福岡県	嶋田病院	○	○	100	9.4						
332	福岡県	古賀病院21	○	○	144	14.1						
333	福岡県	社会保険田川病院	○	○	335	17.6						
334	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	20.6	○	72	79.9	○	93	323.5
335	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	636	12.9						
336	福岡県	戸畑共立病院	○	○	218	12.7						
337	福岡県	九州がんセンター	○	○	411	13.3						
338	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450	10						
339	長崎県	佐世保中央病院	○	○	312	14.3						
340	長崎県	KKR佐世保共済病院	○	○	373	11.9						
341	熊本県	KKR熊本中央病院	○	○	361	9.5						
342	大分県	大分岡病院	○	○	203	12.5						
343	大分県	大分県立病院	○	○	566	11.8				○	36	33
344	大分県	KKR新別府病院	○	○	269	15.6						
345	大分県	大分記念病院	○	○	84	22.9	○	34	88			
346	大分県	大分県厚生連鶴見病院	○	○	216	12.2						
347	鹿児島県	いづろ今村病院	○	○	115	15.8						
348	鹿児島県	今村総合病院	○	○	330	14.7				○	48	24.2
349	沖縄県	友愛医療センター	○	○	378	10.1						
350	沖縄県	ハートライフ病院	○	○	308	10.6						
351	沖縄県	中頭病院	○	○	355	10.4						
352	沖縄県	沖縄県立中部病院	○	○	559	12.3						
353	沖縄県	大浜第一病院	○	○	214	13.3						

グラフの見方

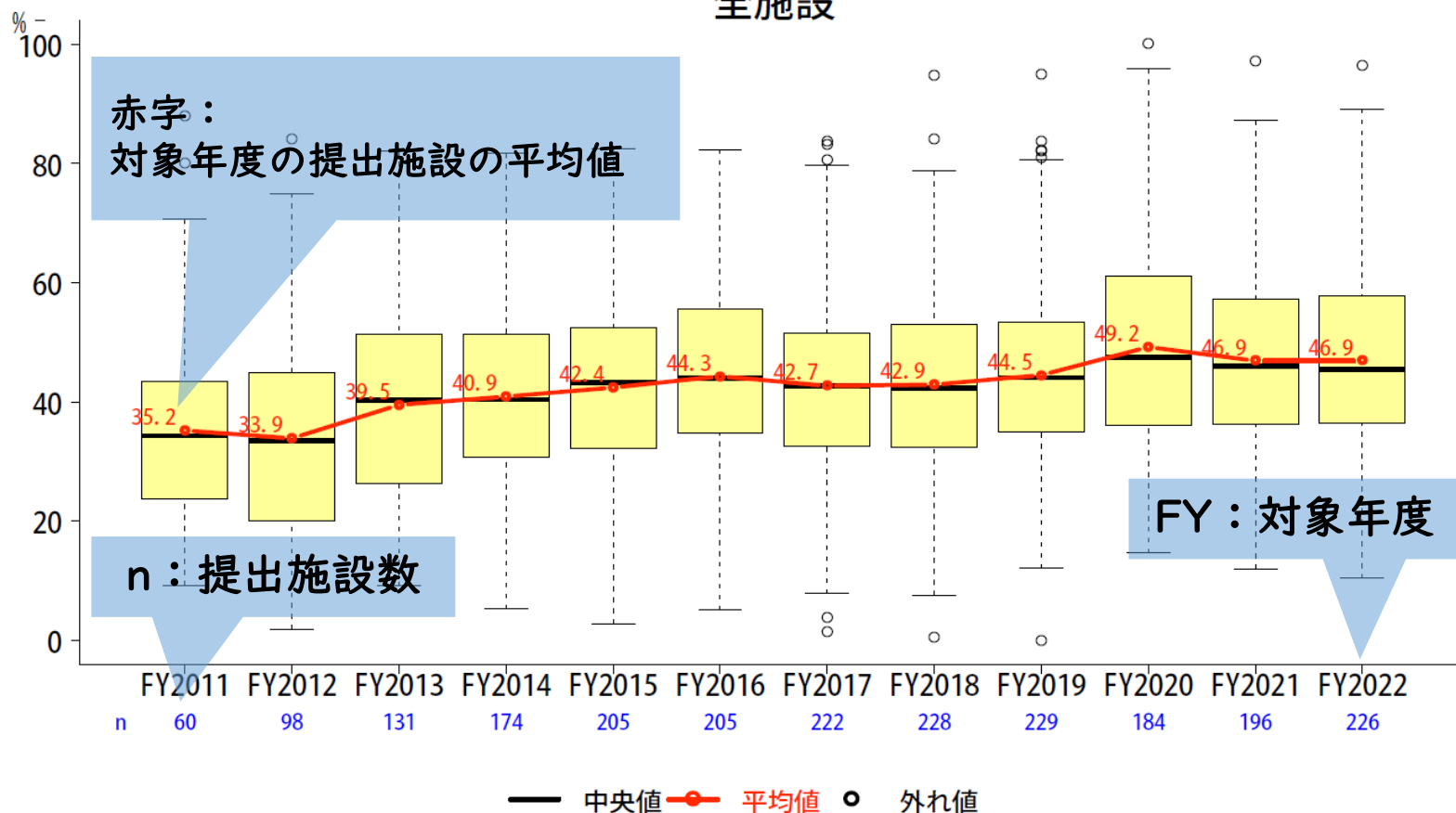
指標名および簡易定義

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数

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

全施設



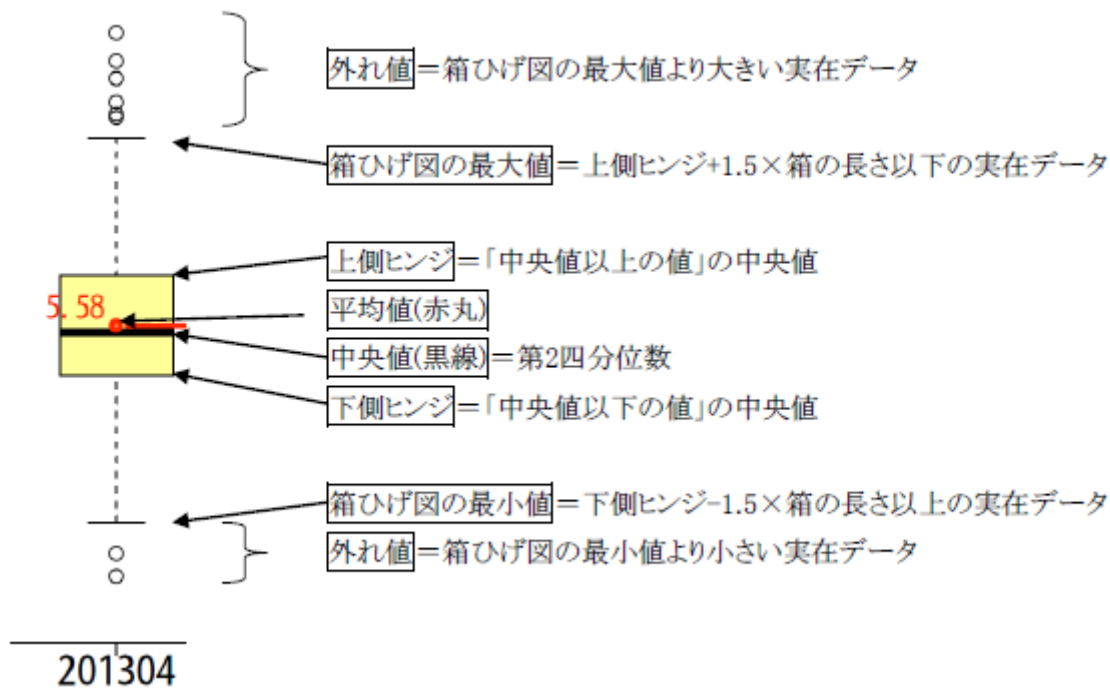
※最新年度に参加している施設を基準に作成

箱ひげ図の作成方式

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

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

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



箱ひげ図とその名称

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

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

参加病院へのフィードバックグラフ

フィードバックグラフ[棒グラフ]

一般-1-a 患者満足度 (外来患者) 満足

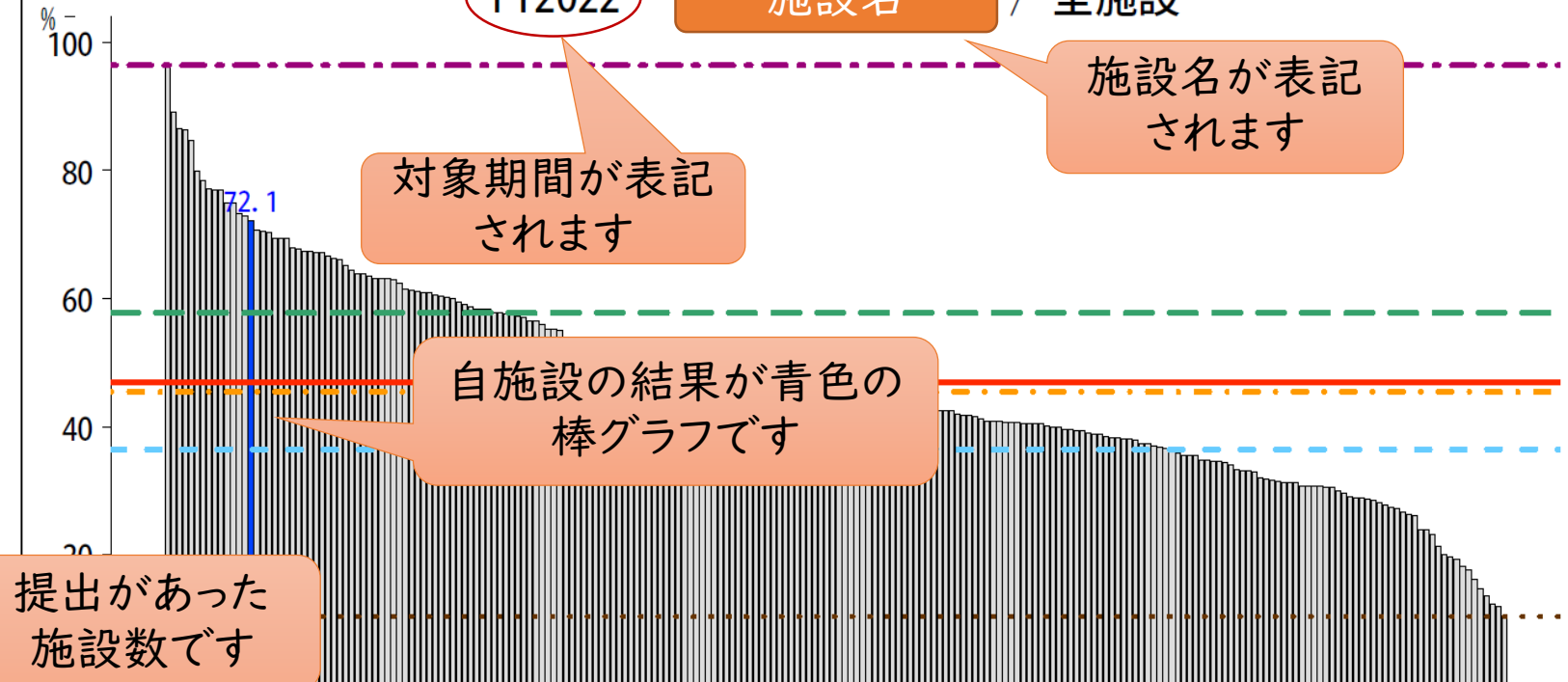
分子:「満足」と回答した外来患者数

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

FY2022

施設名

/ 全施設



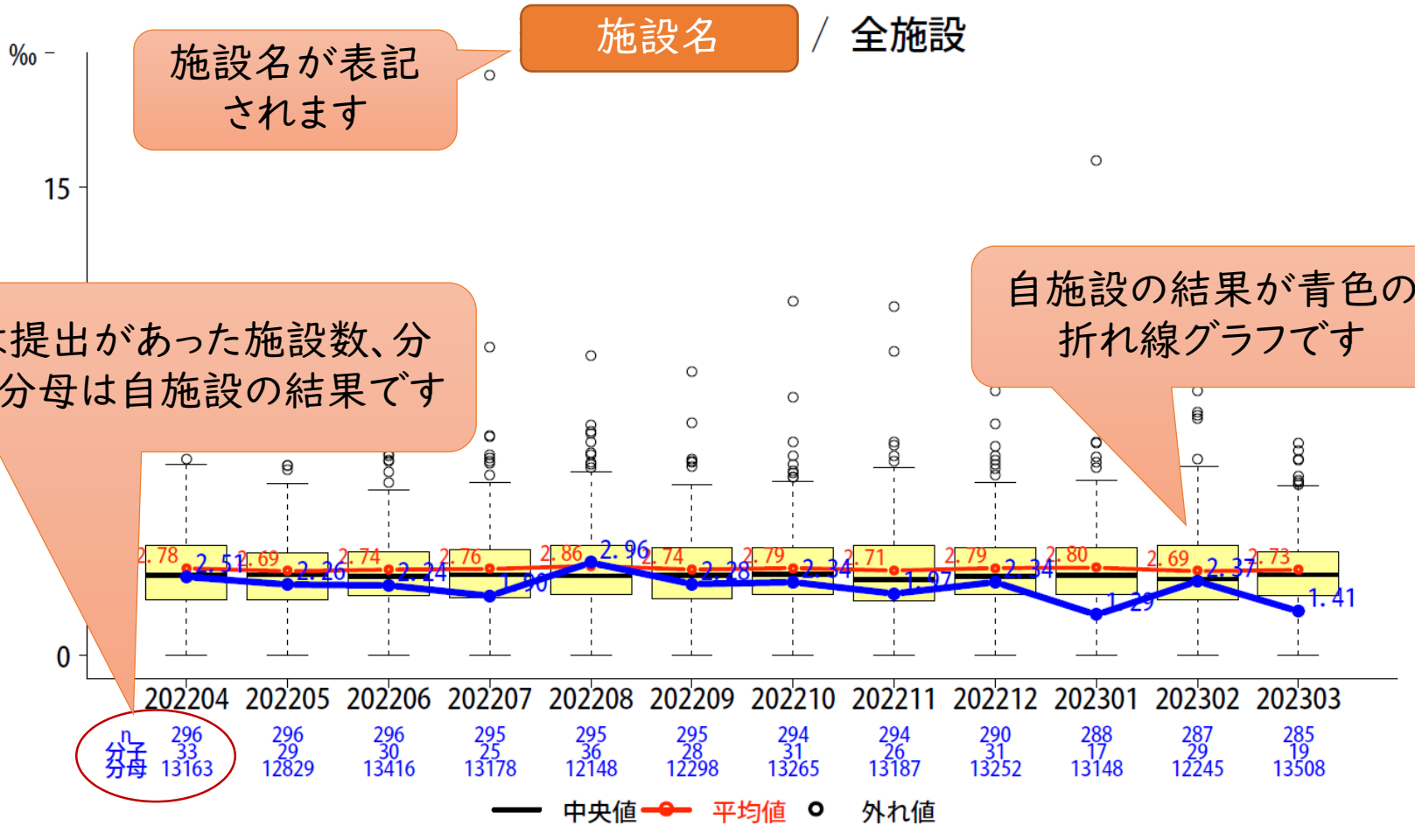
n 226

... 最小値 10.4 % - - - 25%tile 36.5 % . . . 中央値 45.5 % — 平均値 46.9 % - - - 75%tile 57.8 % - - - 最大値 96.4 %

フィードバックグラフ[箱ひげ図]

一般-4-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室へインシデント・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



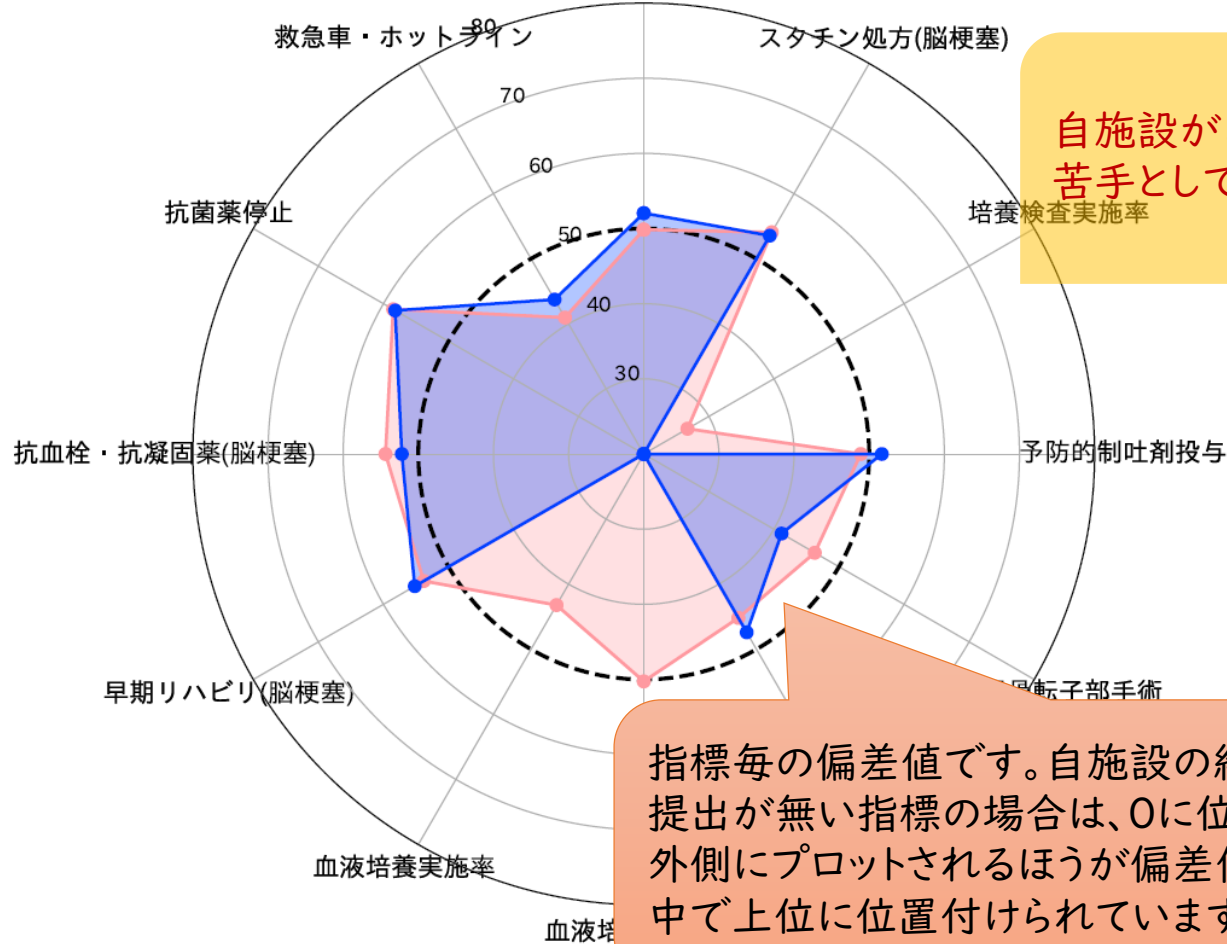
フィードバックグラフ [レーダーチャート]

施設名が表記されます

施設名

転倒転落損傷発生率(損傷レベル4以上)

2021 2022



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。

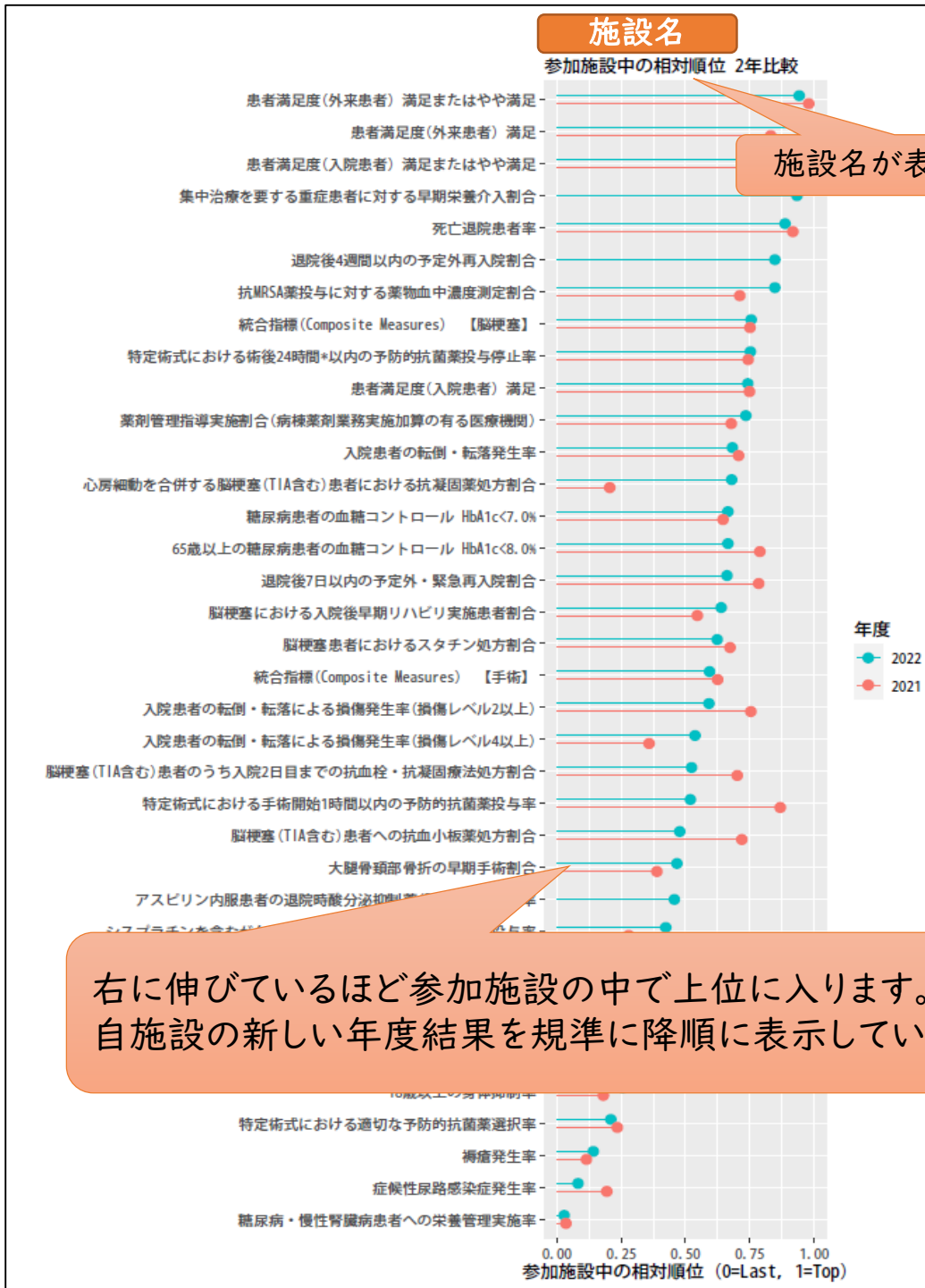
指標毎の偏差値です。自施設の結果がプロットされます。
提出が無い指標の場合は、0に位置されます。
外側にプロットされるほうが偏差値が高く、参加施設
の中で上位に位置付けられています。

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、2022年度の結果より、選定した指標です。

番号	表示名	正式名
1	転倒転落損傷発生率(損傷レベル4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)
2	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
3	培養検査実施率	広域抗菌薬使用までの培養検査実施率
4	予防的制吐剤投与	シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率
5	大腿骨転子部手術	大腿骨転子部骨折の早期手術割合
6	大腿骨頸部手術	大腿骨頸部骨折の早期手術割合
7	血液培養2セット	血液培養実施時の2セット実施率
8	血液培養実施	広域抗菌薬使用時の血液培養実施率
9	早期リハビリ(脳梗塞)	脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合
10	抗血栓・抗凝固薬(脳梗塞)	脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目まで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
11	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
12	救急車・ホットライン	救急車・ホットラインの応需率

フィードバックグラフ [ロリポップチャート]



右に伸びているほど参加施設の中で上位に入ります。
自施設の新しい年度結果を規準に降順に表示しています。

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.01 患者満足度(外来患者) a)満足 b)満足またはやや満足

No.02 患者満足度(入院患者) a)満足 b)満足またはやや満足

指標の説明・定義

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

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

<No.01 患者満足度(外来患者)>

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

分母: 患者満足度調査に回答した外来患者数(未記入患者を除く)

収集期間: 2日以上(3月までに1回の報告とする)(連日でなくともよい)

備考: 調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

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

分母: 患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)

収集期間: 1週間以上(3月までに1回の報告とする)(連日でなくともよい)

備考: 調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

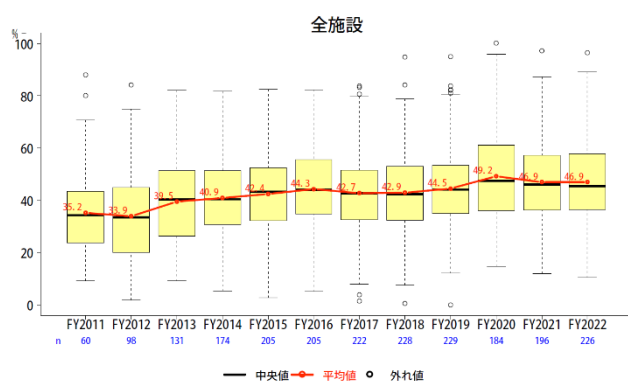
指標の種類・値の解釈

アウトカム

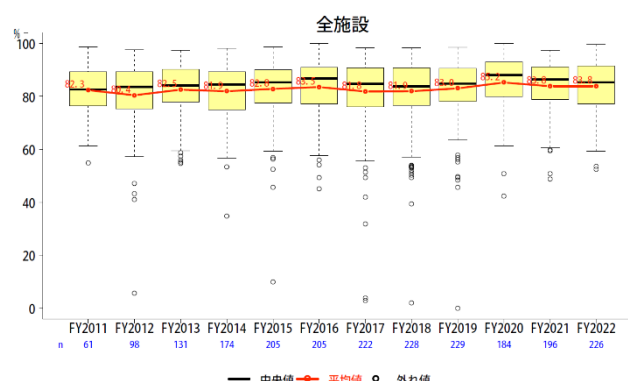
より高い値が望ましい

結果

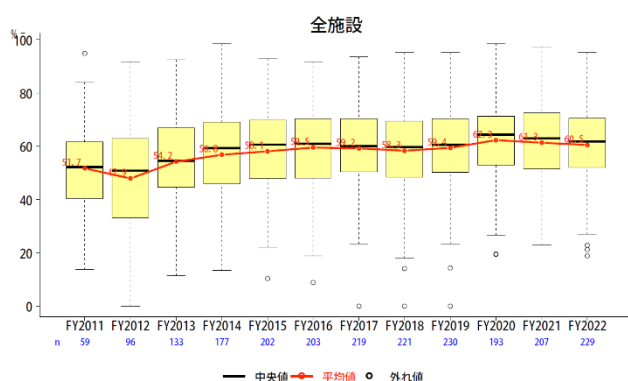
患者満足度(外来患者) 満足



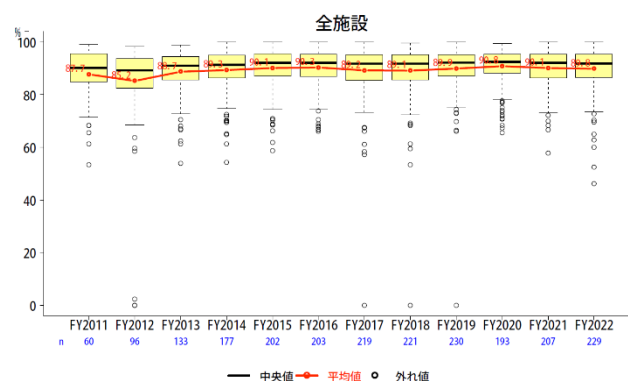
患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



患者満足度(入院患者) 満足



患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



考察

<No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは122施設で、提出割合は64.9%(226/348, 前年比+7.6)でした。満足のみでは、平均値46.9%(前年比±0)、中央値45.5%(前年比-0.5)、最大値96.4%(前年比-0.7)、最小値10.4%(前年比-1.6)、満足またはやや満足では、平均値83.8%(前年比±0)、中央値85.3%(前年比-1.1)、最大値99.6%(前年比+2.2)、最小値52.5%(前年比+3.8)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2021年度、2022年度と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65.8%(229/348, 前年比+5.3)でした。満足のみでは、平均値60.5%(前年比-0.8)、中央値61.8%(前年比-1.2)、最大値95.2%(前年比-2.2)、最小値18.8%(前年比-4.2)、満足またはやや満足では、平均値89.8%(前年比-0.3)、中央値91.9%(前年比-0.2)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値46.1%(前年比-11.7)という結果でした。提出割合は外来満

足度調査同様改善してきていますが、結果は2020年度よりやや下がっていることがわかります。これらは、提出数に伴う変化と考えられ、同程度の提出数であった2017年度～2019年度と比べると、同水準を維持しています。

アンケート結果からも、患者満足度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。

参考文献

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

No.03 死亡退院患者率

指標の説明・定義

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

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

分子： 死亡退院患者数

分母： 退院患者数

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

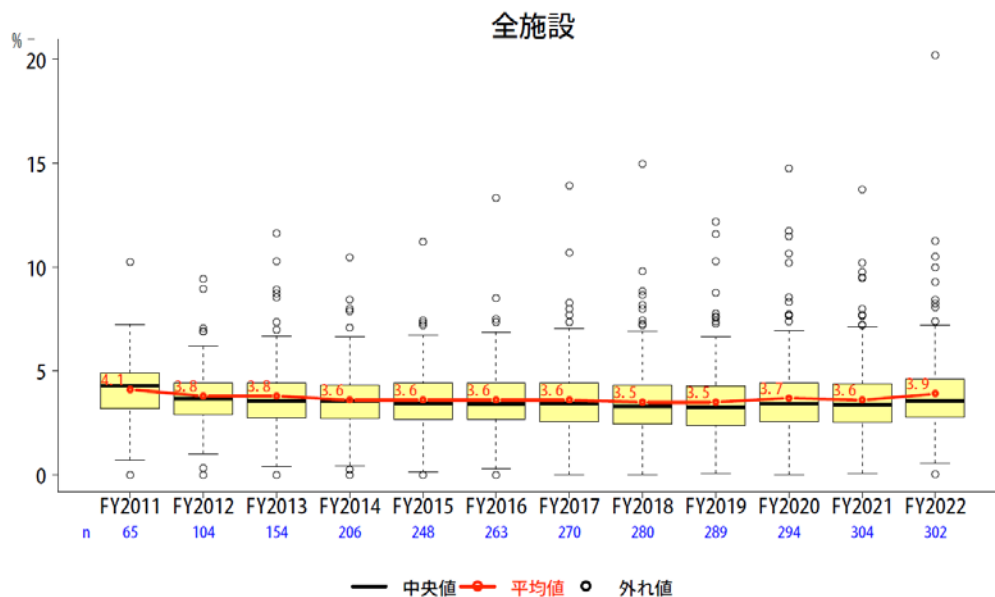
収集期間： 年1回（ただし、月1ヶ月毎）

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは46施設で、提出割合は86.8% (302/348, 前年比-1.9)でした。

1年間の結果は、平均値3.9% (前年比+0.3)、中央値3.6% (前年比+0.2)、最大値20.2% (前年比+6.5)、最小値0.0% (前年比-0.1)で、測定を開始した2010年度以降、大きな変化もなく、同水準を維持しています。

2010年度より、算出が容易であることもあり計測を続けてきましたが、前述したように施設毎の特徴や患者背景が異なることやいくつものプロセスを経ての結果であり、この指標単独での改善活動を行うことは難しいことから、2022年度で計測を終了することにしました。

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

No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.04-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.04-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

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

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

2013年度からは、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加していた2010年度に計測していた損傷レベル2以上を、再度項目に加えることにしました。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.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

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

No.04-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1ヶ月毎

調整方法: % (パーミル: 1000分の1を1とする単位)

<損傷レベル>

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

必要となった

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

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

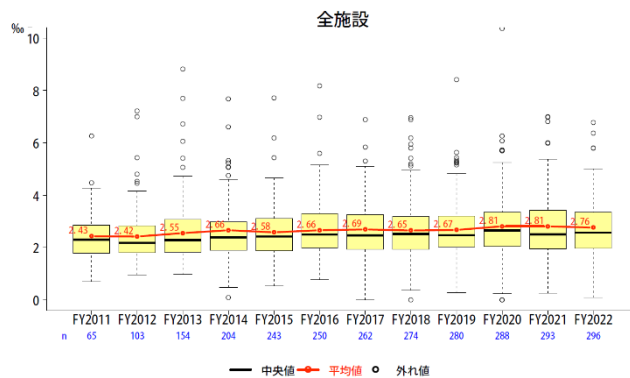
指標の種類・値の解釈

アウトカム

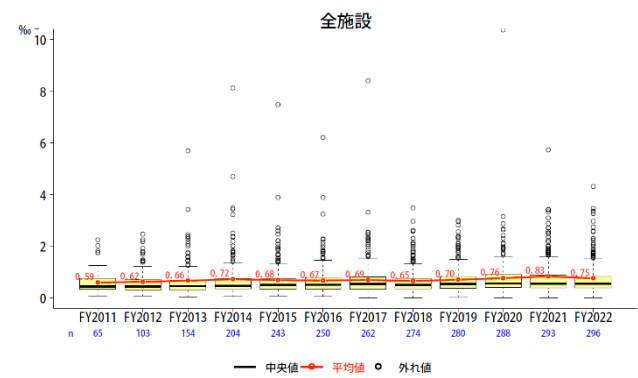
より低い値が望ましい

結果

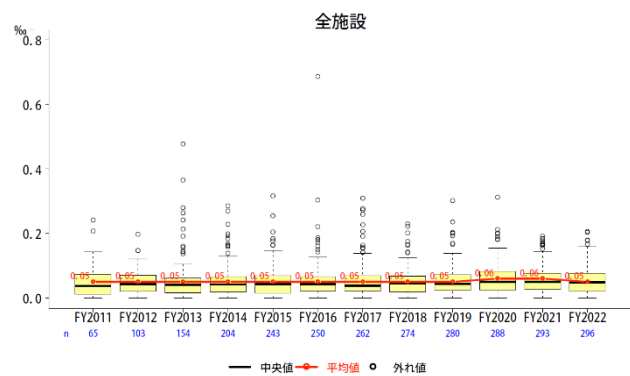
入院患者の転倒・転落発生率



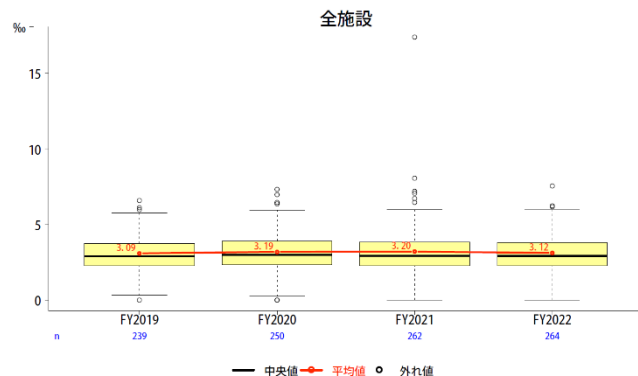
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では52施設で、提出割合は85.1% (296/348, 前年比-0.8)、65歳以上では84施設で、提出割合は75.9% (264/348, 前年比-0.8)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.76‰(前年比-0.05)、中央値2.56‰(前年比+0.05)、最大値10.75‰(前年比-11.42)、最小値0.10‰(前年比+0.16)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値0.75‰(前年比-0.08)、中央値0.56‰(前年比±0)、最大値4.31‰(前年比-16.65)、最小値0.00‰(前年比±0)、損傷発生率(損傷レベル4以上)の1年間の結果は、平均値0.05‰(前年比-0.01)、中央値0.05‰(前年比±0)、最大値0.21‰(前年比-1.18)、最小値0.00‰(前年比±0)でした。65歳以上の転倒転落発生率は、平均値3.12‰(前年比-0.08)、中央値2.90‰(前年比-0.02)、最大値7.55‰(前年比-9.83)、最小値0.00‰(前年比±0)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。

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)

No.05 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治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)>

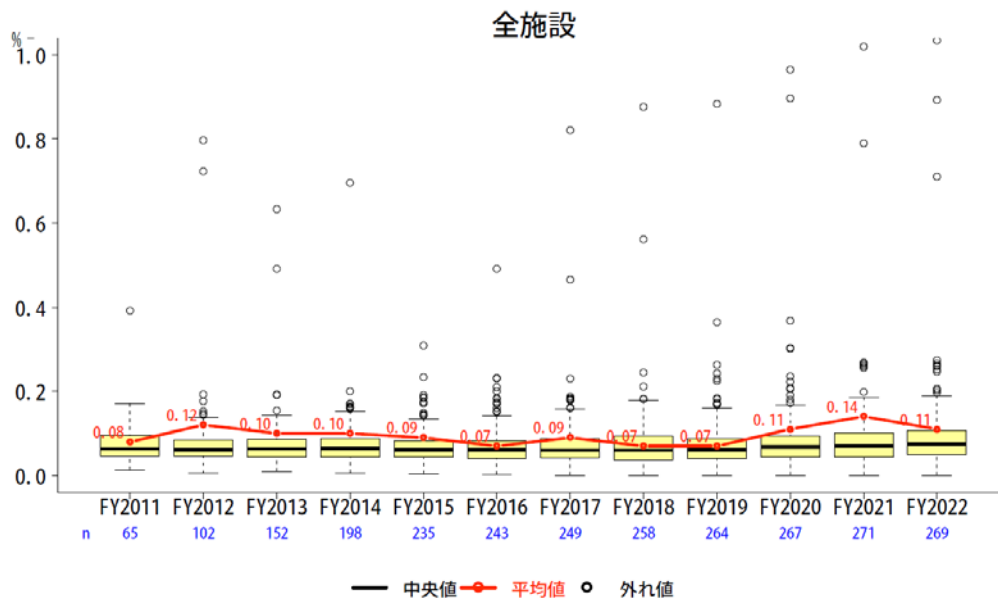
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

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79施設で、提出割合は77.3% (269/348, 前年比-3.1) でした。

1年間の結果は、平均値0.11% (前年比-0.03)、中央値0.08% (前年比+0.01)、最大値4.32% (前年比-0.77)、最小値0.0% (前年比±0) で、参加施設全体のばらつきは小さいものの、外れ値が多い指標です。分母の除外条件がやや複雑であり、四半期毎の各施設へのフィードバックでも、「入院患者延べ数」ではなく、「入院患者数」で算出していると思われる施設も存在するため、個別の確認を継続していく予定です。

また、2021年度実施したアンケートでも本指標は算出が難しい指標に挙げられていたため、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を行いました。2022年度は、パイロットスタディの結果を踏まえ、2023年度に向けて定義変更や新たな指標追加について、検討を重ねてきました。アンケートから、指標自体の有用性は高いため、定義を見直すことで、より改善活動に役立ててほしいと思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2017/06/24 available)
7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html> 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.06 紹介割合

No.07 逆紹介割合

指標の説明・定義

2022年度から採用した新しい項目です。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しました。

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.06) 紹介患者数+救急患者数
No.07) 逆紹介患者数

分母： No.06) 初診患者数
No.07) 初診+再診患者数

収集期間： 1ヶ月毎

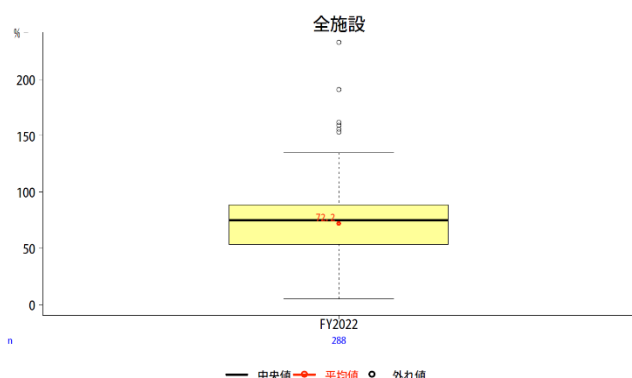
調整方法： % (パーミル：1000分の1を1とする単位) ※逆紹介割合のみ適用

指標の種類・値の解釈

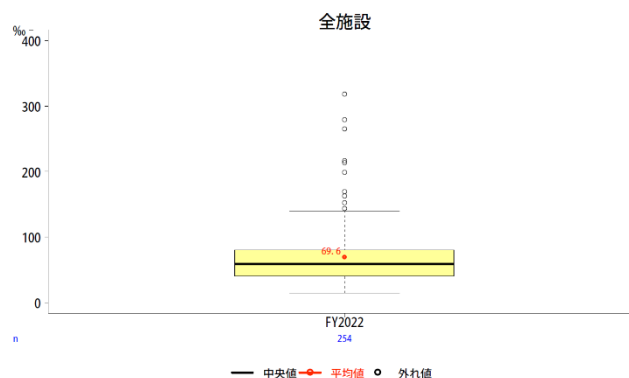
プロセス

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60施設、逆紹介割合が94施設で、提出割合は82.8% (288/348)、73.0% (254/348)でした。紹介割合の1年間の結果は、平均値72.4%、中央値75.3%、最大値232.5%、最小値5.1%、逆紹介割合の1年間の結果は、平均値69.6%、中央値56.0%、最大値635.1%、最小値14.6%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、算出間違いの可能性のある施設が50施設ほど見られました。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、30施設程度は修正をしていただけましたが、残りの20施設は未対応となり、集計時には除外することとしました。2023年度も継続して、算出間違いについては確認していく予定です。

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

No.08 尿道留置カテーテル使用率

指標の説明・定義

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

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

分子: 尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数

分母: 入院延べ患者数

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

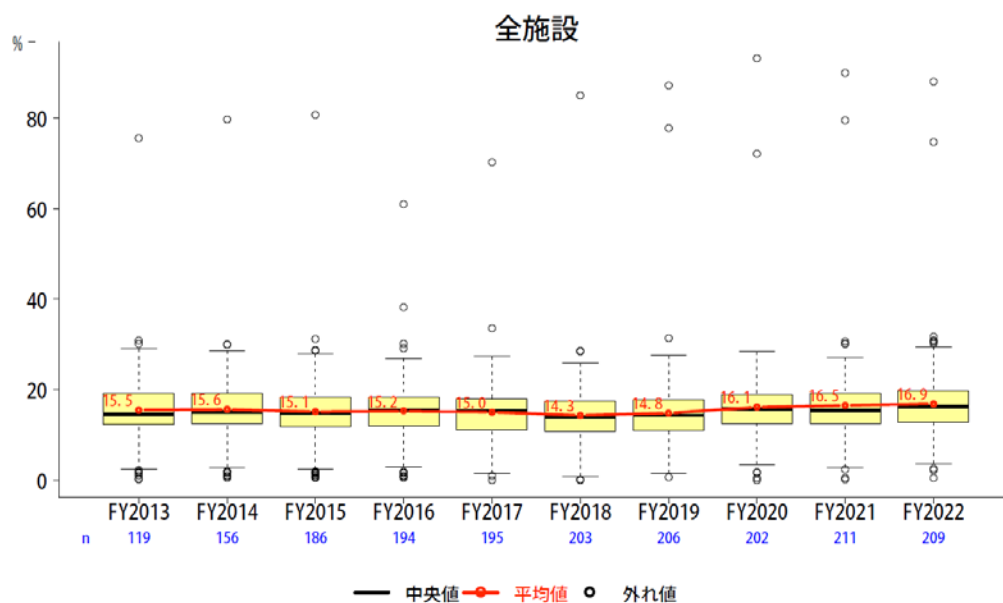
分子除外: 恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

結果



考察

今回、提出がなかったのは139施設で、提出割合は60.1% (209/348, 前年比-1.6)でした。1年間の結果は、平均値17.0% (前年比+0.5)、中央値16.2% (前年比+0.8)、最大値88.0% (前年比-1.8)、最小値0.5% (前年比+0.4)でした。

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

本指標は、指標の説明・定義で前述した通り、尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標であり、単独で比較する指標ではないため、2022年度で計測を終了することにしました。

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. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am

1997;11:609-622.

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

No.09 症候性尿路感染症発生率

指標の説明・定義

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

分子： 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分母： 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

収集期間： 1ヶ月毎

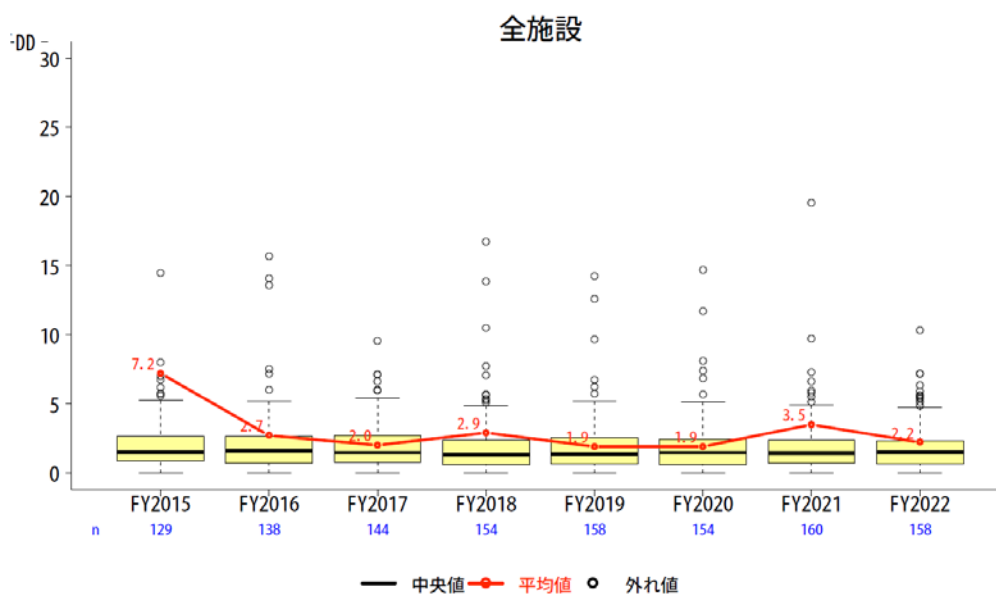
調整方法： DD (Device-dayの略： 対1000カテーテル使用日数)

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190施設で、提出割合は45.4% (158/348, 前年比-1.3) でした。1年間の結果は、平均値 2.2 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-1.3)、中央値 1.5 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比+0.1)、最大値 61.0 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-199.5)、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、有用性もあまり高くない結果となりました。この対応については、継続して検討していきたいと思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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.10 救急車・ホットライン応需率

指標の説明・定義

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

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

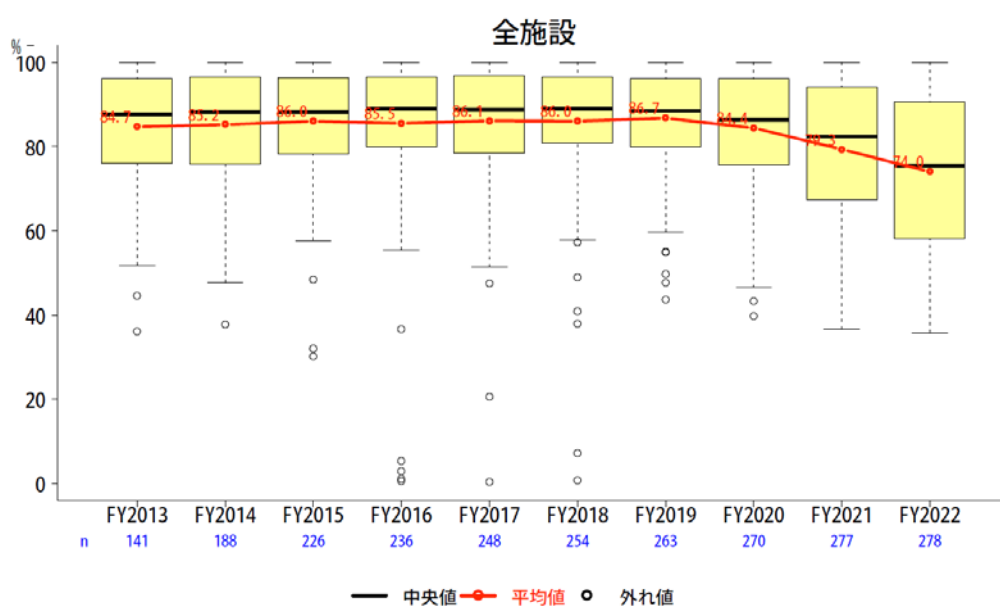
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

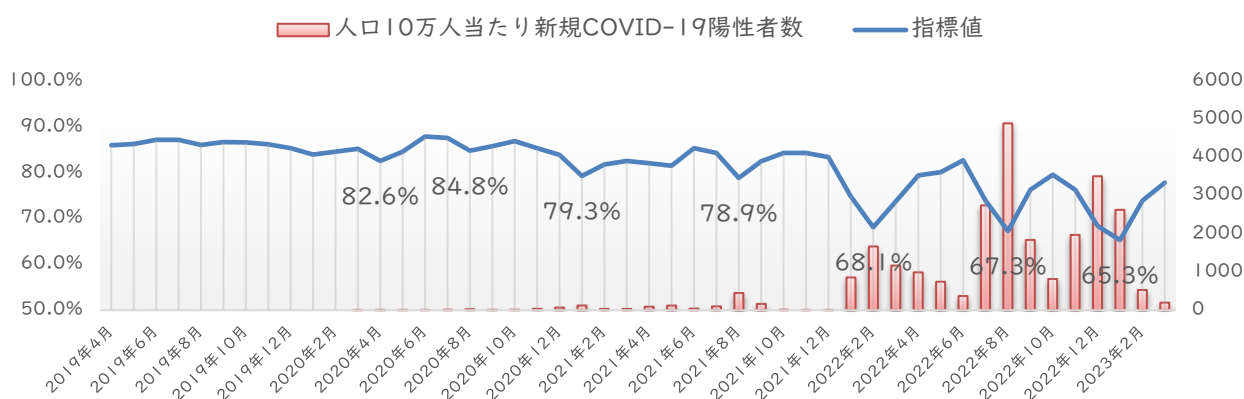
結果



考察

今回、提出がなかったのは70施設で、提出割合は79.9% (278/348, 前年比-1.4) でした。1年間の結果は、平均値74.0% (前年比-5.2)、中央値75.5% (前年比-6.5)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値35.7% (前年比-0.9) でした。

2019年度は毎月84~87%程度で推移していましたが、2020年度は4月から12月は82~87%程度で推移し、2021年1月から3月は79~82%程度、4月から7月は81~85%程度、8月は78.9%に下がりました。その後持ち直しましたが、2022年1月は74.8%、そして2月は68.1%と悪化しました。2022年度も以下に示すように第何波と言われる流行期に指標値が低下していることがわかります。



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. 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.11 特定術式における手術開始前 1 時間以内の 予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

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

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

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

分子: 手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

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

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

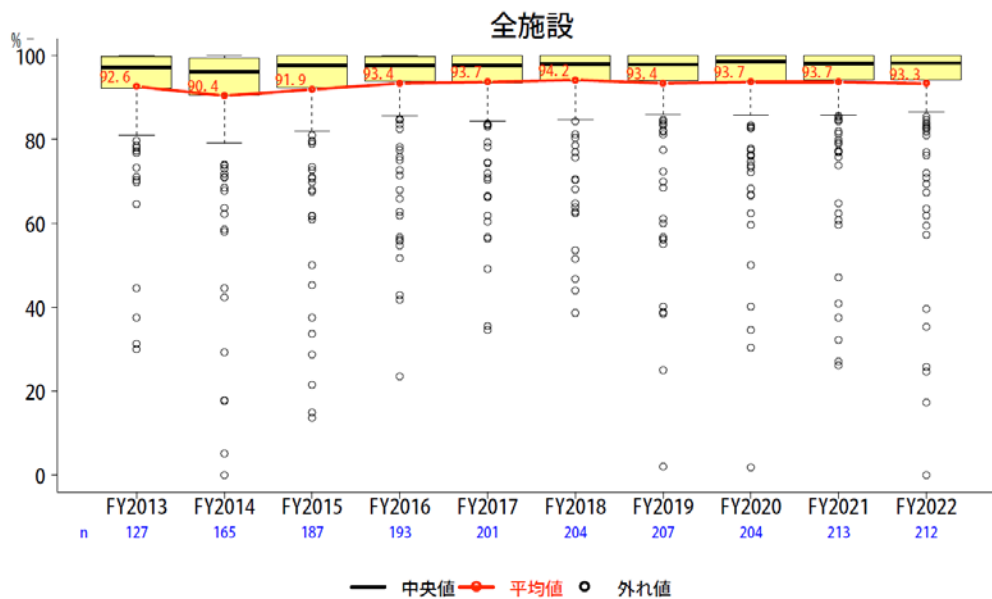
収集期間: 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは136施設で、提出割合は60.9% (212/348, 前年比-1.9) でした。1年間の結果は、平均値93.3% (前年比-0.4)、中央値98.2% (前年比-0.1)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比-26.0) でした。経時的に見ても、大きな変化はなく、提出施設の多くはよい結果を維持するフェーズに入っていると思われます。

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

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 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.12 特定術式における術後 24 時間 (心臓手術は 48 時間) 以内の予防的抗菌薬投与停止率

指標の説明・定義

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

本指標は The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-3 に準拠した定義です。術式は国内、国外のガイドラインの推奨グレードが異なることより、2019 年度から、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術を除いた、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術の 4 つを対象に変更しました。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

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

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

分母除外: 入院時年齢が 18 歳未満の患者
在院日数が 120 日以上
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

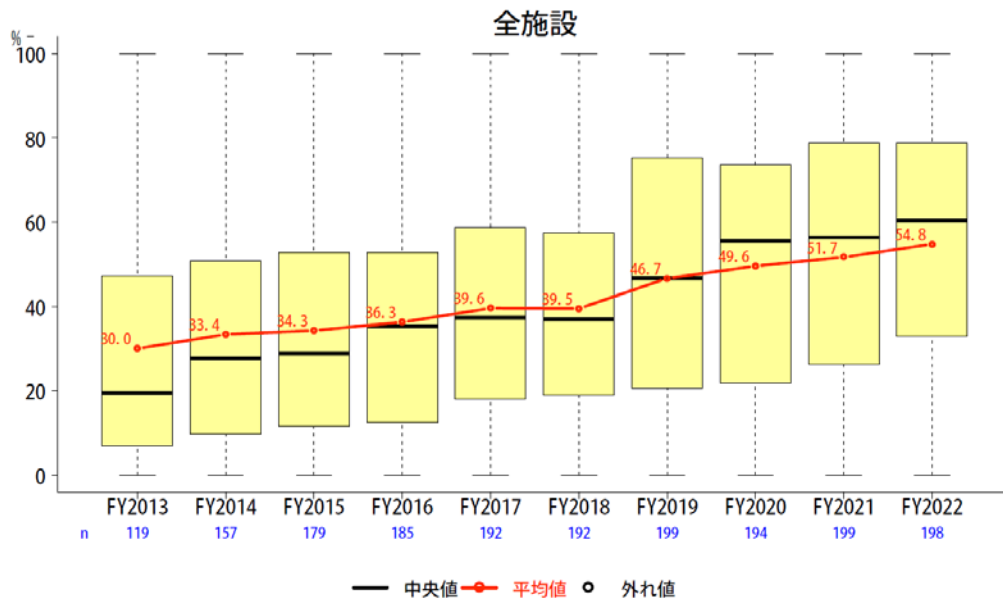
収集期間: 1ヶ月毎

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150施設で、提出割合は56.9% (198/348, 前年比-1.6) でした。1年間の結果は、平均値54.8% (前年比+3.1)、中央値60.4% (前年比+4.0)、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24.8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。

特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率と同様に、本指標も算出難易度が高い指標です。平成29年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」ではDPCデータを用いて算出を行いましたが、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.13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

指標の説明・定義

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

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

分子: 術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数

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

分母除外: 入院時年齢が18歳未満の患者
在院日数が120日以上
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

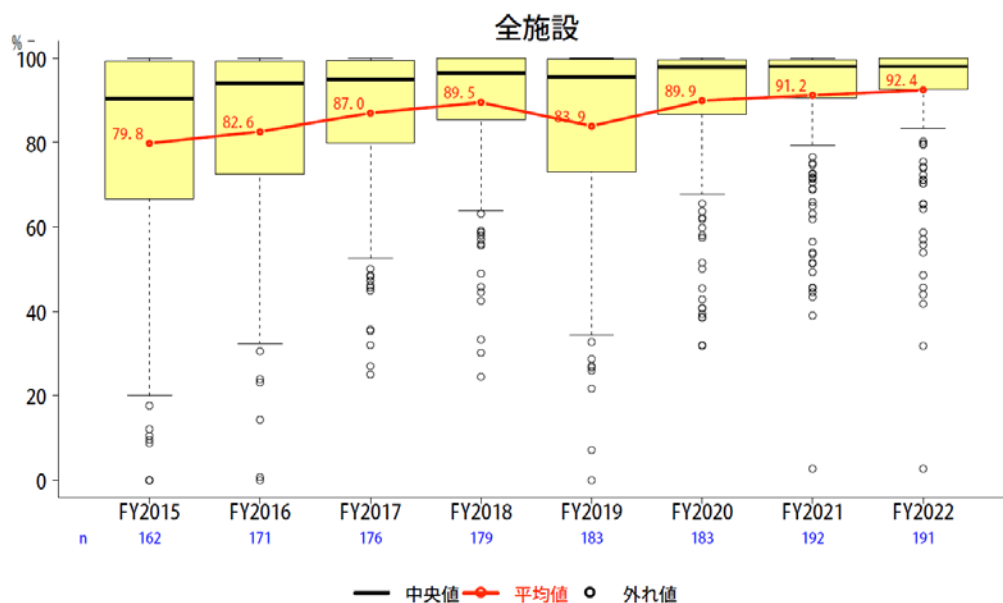
収集期間: 1ヶ月毎

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157施設で、提出割合は54.9% (191/348, 前年比-1.6) でした。1年間の結果は、平均値92.4% (前年比+1.2)、中央値98.0% (前年比±0)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値2.7% (前年比+0.1) でした。経時的に見ると、測定を開始した2015年度から2018年度までは年々改善していましたが、2019年度に下がり、2020年度以降、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。

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.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにしました。HbA1cは、過去2~3か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度はHbA1cに比例しており、合併症を予防するためには、HbA1cを7.0%未満に維持することが推奨されています。したがって、HbA1cが7.0%未満にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の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コントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であると考えます。したがって、すべての患者において、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。

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

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

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

分母: No.14-a 糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

(過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)

No.14-b 糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上の外来患者数

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

分母除外: 運動療法または食事療法みの糖尿病患者

収集期間: 3ヶ月毎

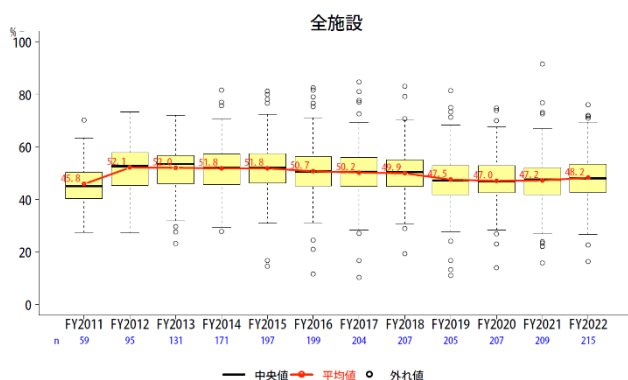
指標の種類・値の解釈

アウトカム

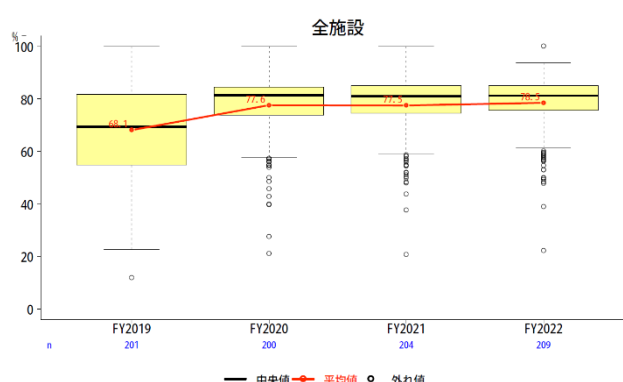
より高い値が望ましい

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.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%>

今回、提出がなかったのは133施設で、提出割合は61.8% (215/348, 前年比+0.7) でした。1年間の結果は、平均値48.2% (前年比+1.0)、中央値48.1% (前年比+0.6)、最大値75.9% (前年比-15.6)、最小値16.4% (前年比+0.8) で、経時的に見ると、2012年度、2013年度頃がピークで、徐々に下降しています。これは、前述したように、患者個々に合わせた治療を行っていることが影響していると考えます。しかし、大きな下降をしているわけではなく、同水準を維持していることは、各施設の努力であると考えます。

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

今回、提出がなかったのは139施設で、提出割合は59.7% (209/348, 前年比+0.4) でした。1年間の結果は、平均値78.5% (前年比+1.0)、中央値81.3% (前年比+0.2)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値22.3% (前年比+1.5) 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.15 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

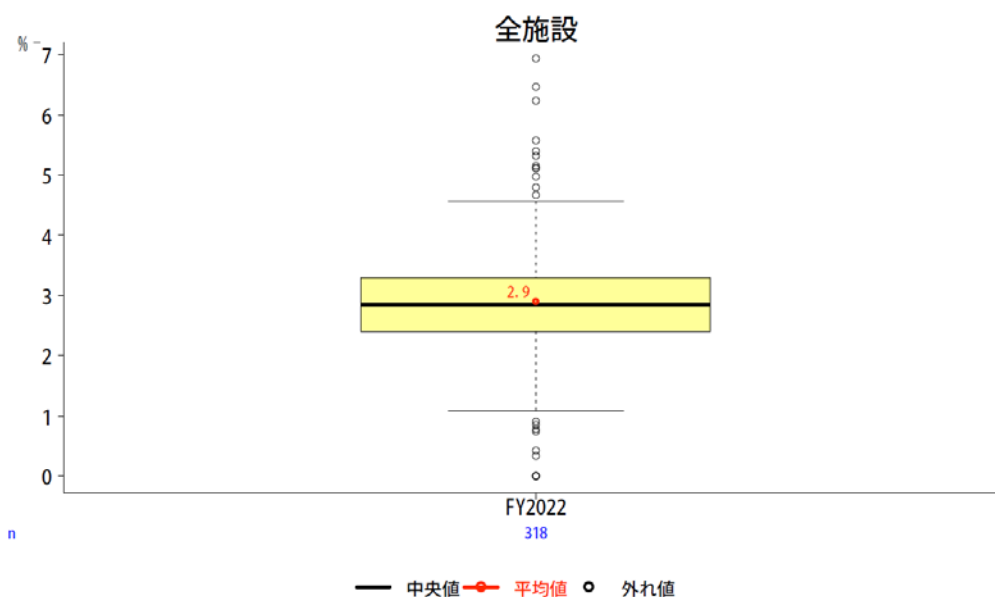
使用データ DPC 様式 1

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 2.8%、中央値 2.8%、最大値 6.9%、最小値 0.0%でした。しかし、病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 2.4% (N=48)、200 床以上 400 床未満は平均値 2.8% (N=116)、400 床以上 500 床未満は平均値 3.0% (N=60)、500 床以上は平均値 3.0% (N=94)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.16 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

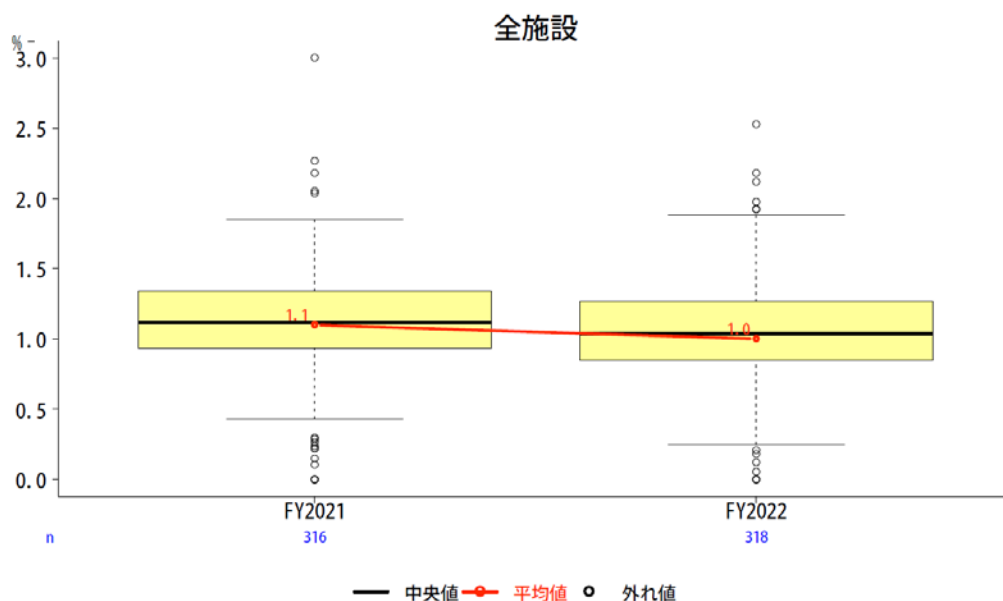
使用データ DPC 様式 I

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 1.0% (前年比-0.1)、中央値 1.0% (前年比-0.1)、最大値 2.5% (前年比-0.5)、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=48)、200 床以上 400 床未満の平均値は 1.0% (N=116)、400 床以上 500 床未満の平均値は 1.1% (N=60)、500 床以上の平均値は 1.1% (N=94) 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.17 脳梗塞(TIA 含む)患者のうち入院2日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合

指標の説明・定義

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

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

算出条件としては、アルテプララーゼ投与後 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

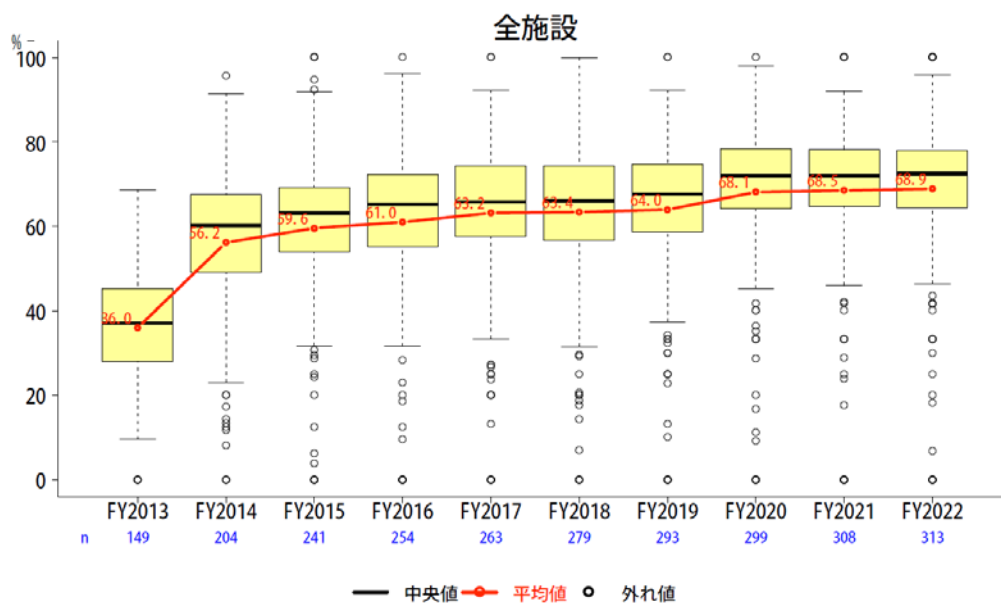
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 68.8% (前年比+0.2)、中央値 72.2% (前年比+0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 32.9 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。

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.18 脳梗塞(TIA 含む)患者における抗血小板薬 処方割合

指標の説明・定義

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

分子: 分母のうち、抗血小板薬を処方された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

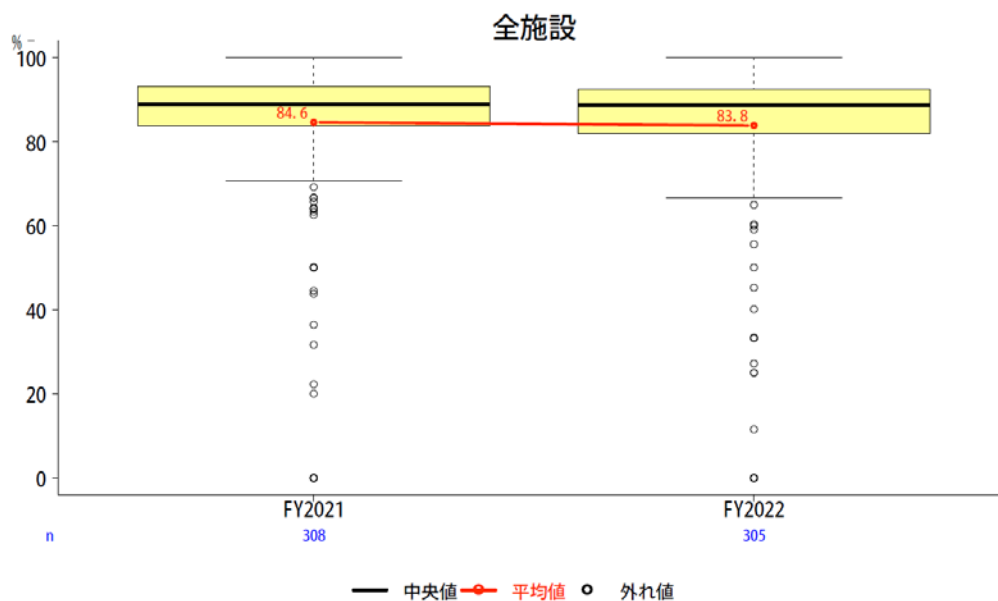
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 83.5% (前年比-1.1)、中央値 88.7% (前年比-0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。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。

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 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

指標の説明・定義

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

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

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

分子： 分母のうち、スタチンが処方された患者数

分母： 脳梗塞で入院した患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

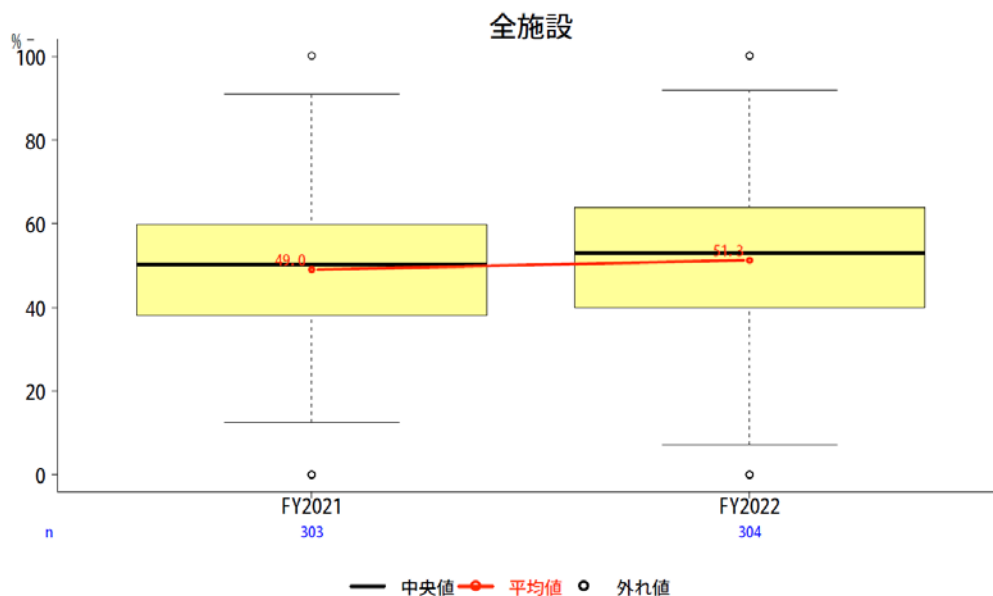
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 51.2% (前年比+2.2)、中央値 52.9% (前年比+2.7)、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。

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.20 心房細動を伴う脳梗塞(TIA 含む)患者への 抗凝固薬処方割合

指標の説明・定義

心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン(2009、2015、2021)では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である(グレードA)」とされ、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望めます。「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

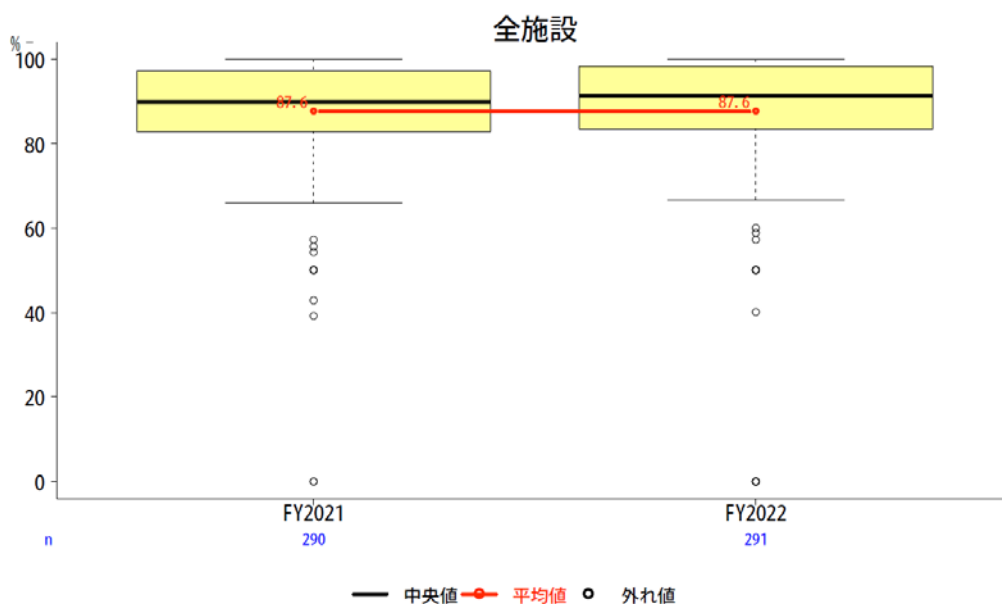
使用データ DPC様式1、Fファイル、EFファイル

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 87.6% (前年比±0)、中央値 91.9% (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。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。

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.21 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

指標の説明・定義

脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくなり、再発リスクの増加もみられず、ADLの退院時到達レベルを犠牲にせず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

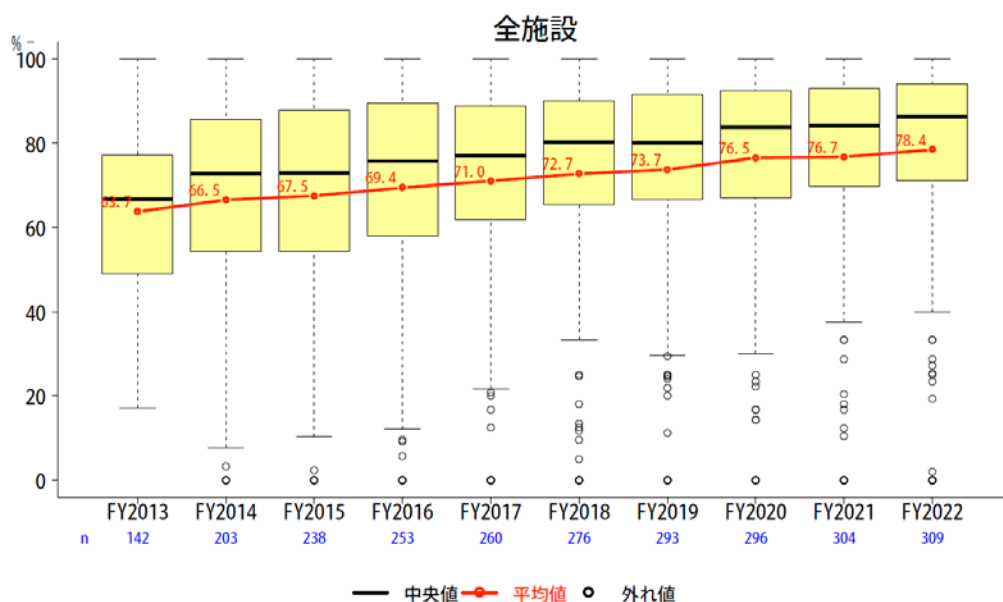
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

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 78.5% (前年比+1.8)、中央値 86.0% (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。2013年度の測定開始以降、毎年改善している指標です。

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.22 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ができます。

分子: 指標 No.11,12,13 の分子の合計

分母: 指標 No.11,12,13 の分母の合計

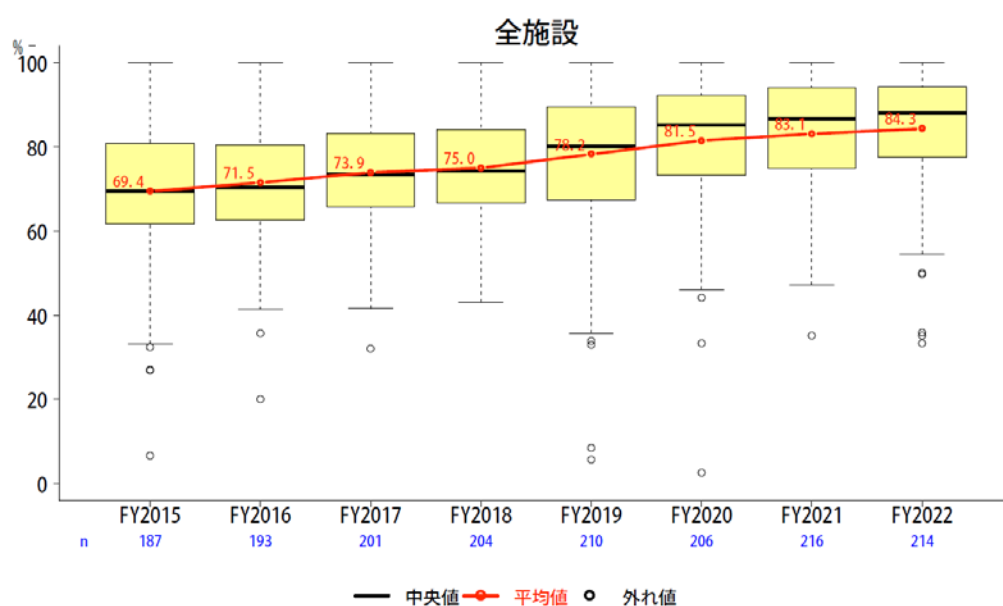
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 84.3% (前年比+1.2)、中央値 88.0% (前年比+1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 33.3% (前年比-1.8) 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 14.9 ポイントと大きな改善が見られました。

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

参考文献

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

No.23 統合指標 (Composite Measures)

【脳梗塞】

指標の説明・定義

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

分子: 指標 No.17,18,19,20,21 の分子の合計

分母: 指標 No.17,18,19,20,21 の分母の合計

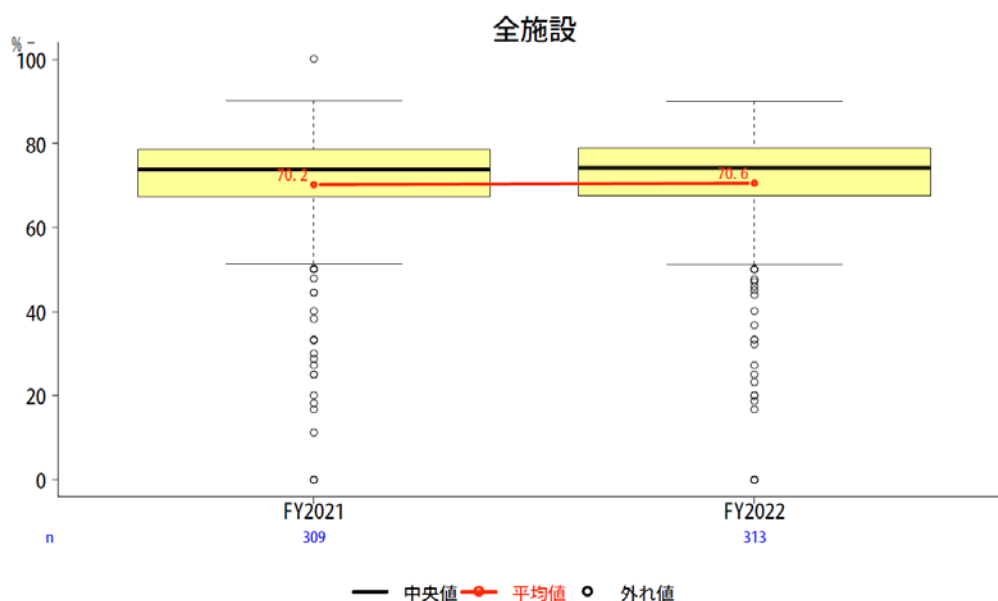
収集期間: 1ヶ月毎

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 70.6% (前年比+0.4)、中央値 74.2% (前年比+0.3)、最大値 90.0% (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.24-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.24-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.24-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.24-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

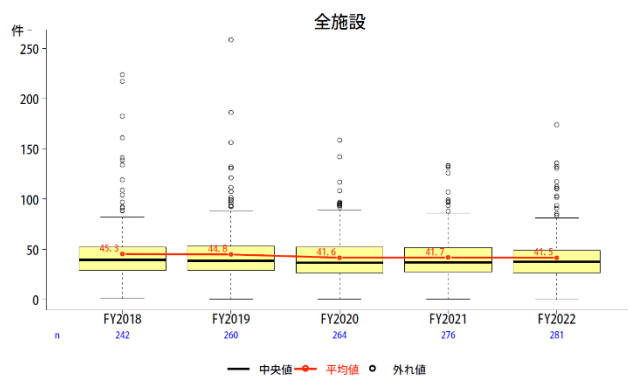
分 母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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。

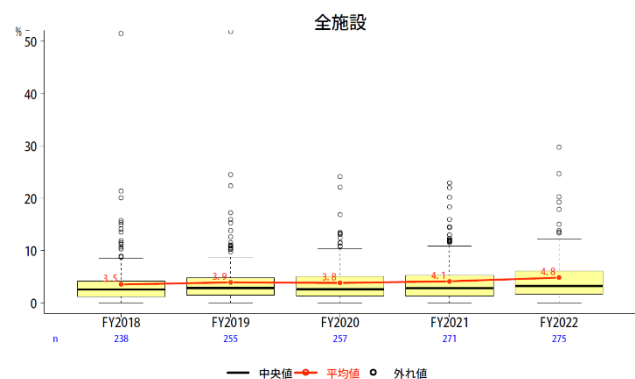
収集期間: 1ヶ月毎

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.24-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67施設で、提出割合は80.7% (281/348, 前年比±0) でした。1年間の結果は、平均値41.5件 (前年比-0.2)、中央値37.3件 (前年比+0.4)、最大値173.6件 (前年比+40.2)、最小値0件 (前年比-0.4) で、測定を開始した2018年度からやや下降してはいますが、ばらつきが少なくなっており、正確にデータ提出ができるようになってきた可能性があります。

<No.24-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73施設で、提出割合は79.0% (275/348, 前年比-0.3) でした。1年間の結果は、平均値4.8% (前年比+0.7)、中央値3.2% (前年比+0.4)、最大値100.0% (前年比+30.9)、最小値0.0% (前年比±0) で、測定を開始した2018年度以降大きな変化はありませんでした。

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.25 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。

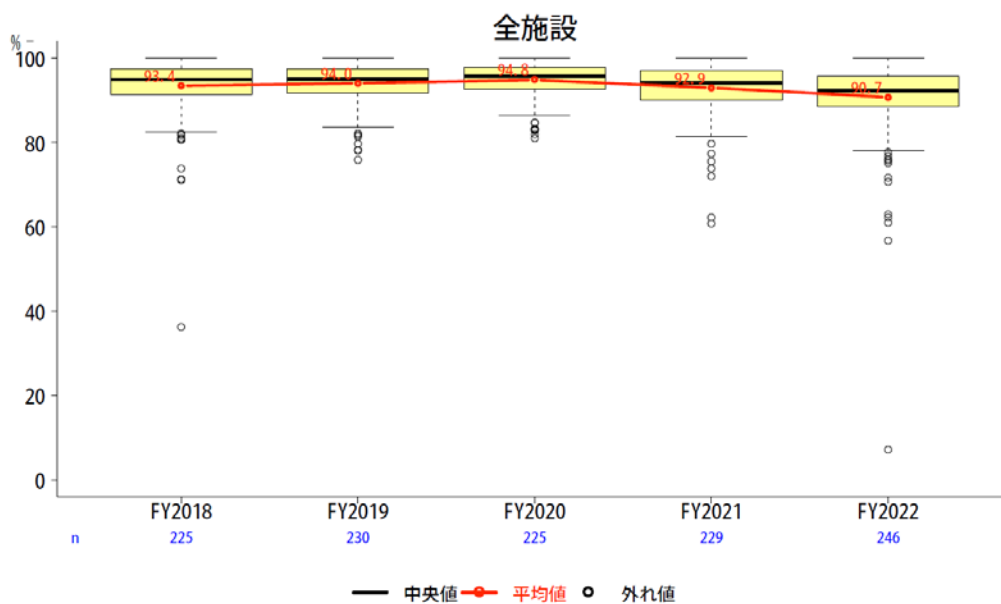
収集期間： 年1回

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 102 施設で、提出割合は 70.7% (246/348, 前年比+3.8) でした。1 年間の結果は、平均値 90.7% (前年比-2.2)、中央値 92.2% (前年比-1.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 7.1% (前年比-53.7) で、2020 年度をピークに、徐々に低下しています。

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も影響しているのではないかと考えます。

参考文献

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

No.26 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

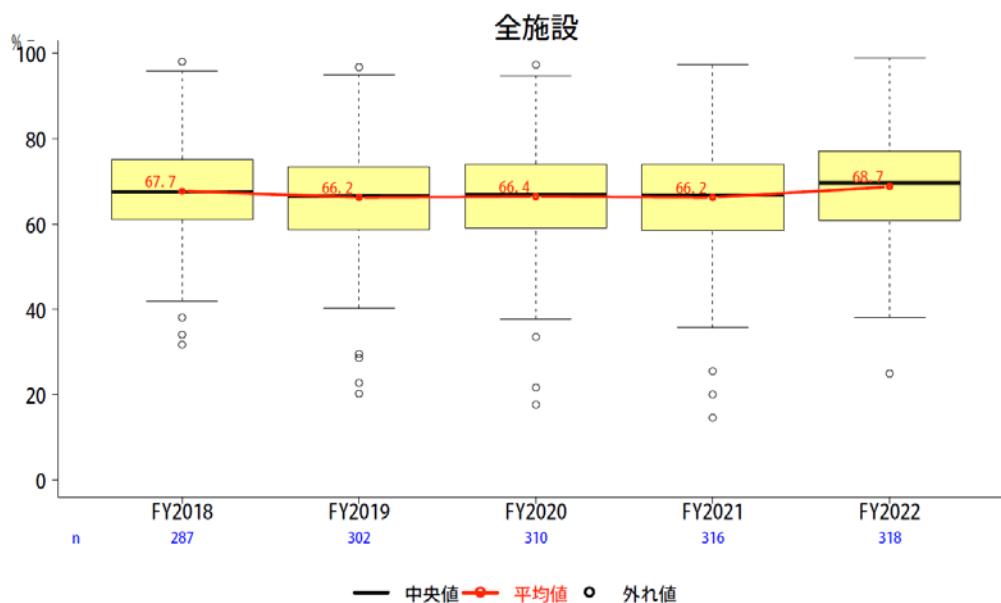
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 68.6% (前年比+2.4)、中央値 69.3% (前年比+2.5)、最大値 99.0% (前年比+1.8)、最小値 24.9% (前年比+10.3) 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。

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 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

No.27-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

No.27-c 血液培養実施時の2セット実施率

指標の説明・定義

広域抗菌薬は、使用前までの最近培養検査、投与開始時の血液培養検査は、望ましいプラクティスとなります。また、血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。

※本指標は特定機能病院では算出除外(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)

<No.27-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.27-b>

分子	分母のうち投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数
収集期間	4~6月分、7~9月分、10~12月分、1~3月分
使用データ	Fファイル、EFファイル

<No.27-c>

分子	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数(人日)
分母	血液培養オーダ日数(人日)
収集期間	4~6月分、7~9月分、10~12月分、1~3月分
使用データ	Fファイル、EFファイル

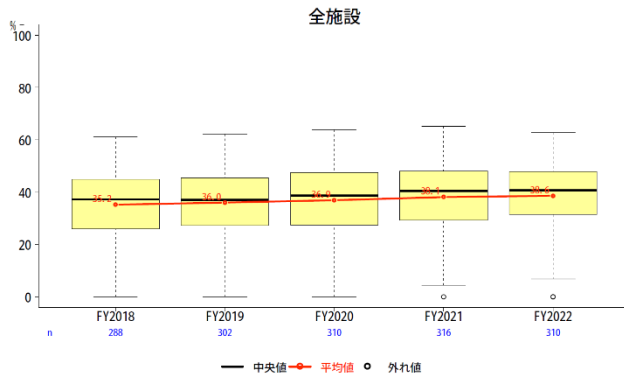
指標の種類・値の解釈

プロセス

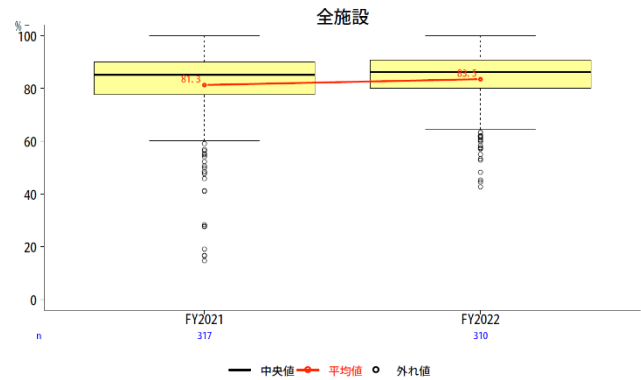
より高い値が望ましい

結果

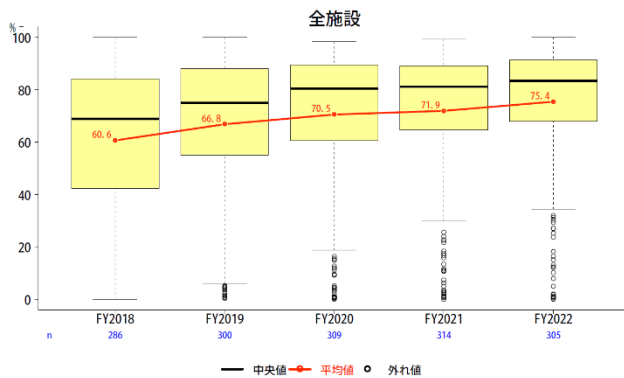
a) 血液培養実施率



b) 培養検査実施率



c) 2セット実施率



考察

<No.27-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 38.6% (前年比+0.5)、中央値 40.6% (前年比+0.1)、最大値 63.3% (前年比-1.9)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度以降大きな変化はありませんでした。

<No.27-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 83.5% (前年比+2.2)、中央値 86.3% (前年比+1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 42.7% (前年比+28.0) でした。

<No.27-b 血液培養実施時の 2 セット実施率>

1年間の結果は、平均値 75.1% (前年比+3.2)、中央値 83.4% (前年比+2.2)、最大値 100.0% (前年比+0.7)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度から徐々に改善し、2018 年度と比べると 14.8 ポイント改善しました。

参考文献

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

No.28-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

No.28-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.28-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.28-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

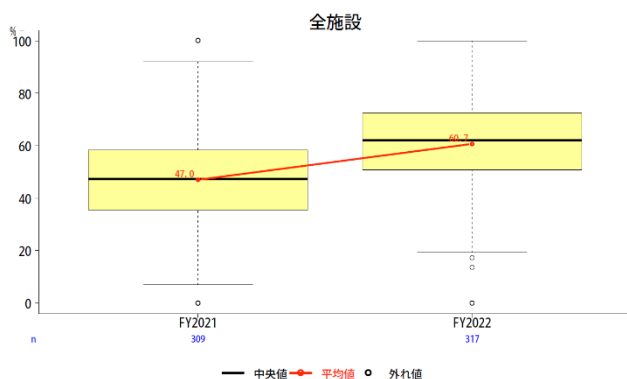
指標の種類・値の解釈

プロセス

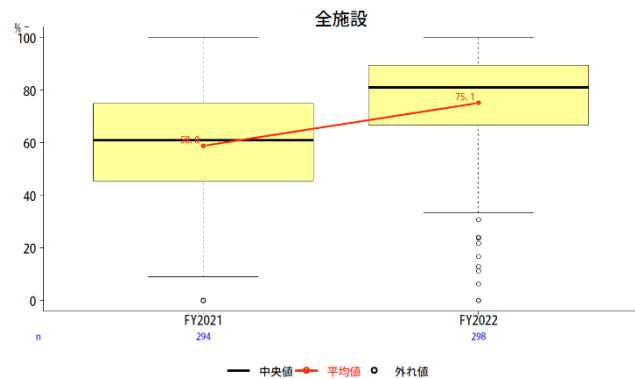
より高い値が望ましい

結果

a) 脳卒中患者



b) 大腿骨頸部骨折患者



考察

<No.28-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 45.4% (前年比-1.6)、中央値 45.5% (前年比-1.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

<No.28-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 60.9% (前年比+2.1)、中央値 63.6% (前年比+2.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

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

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. 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.29 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。

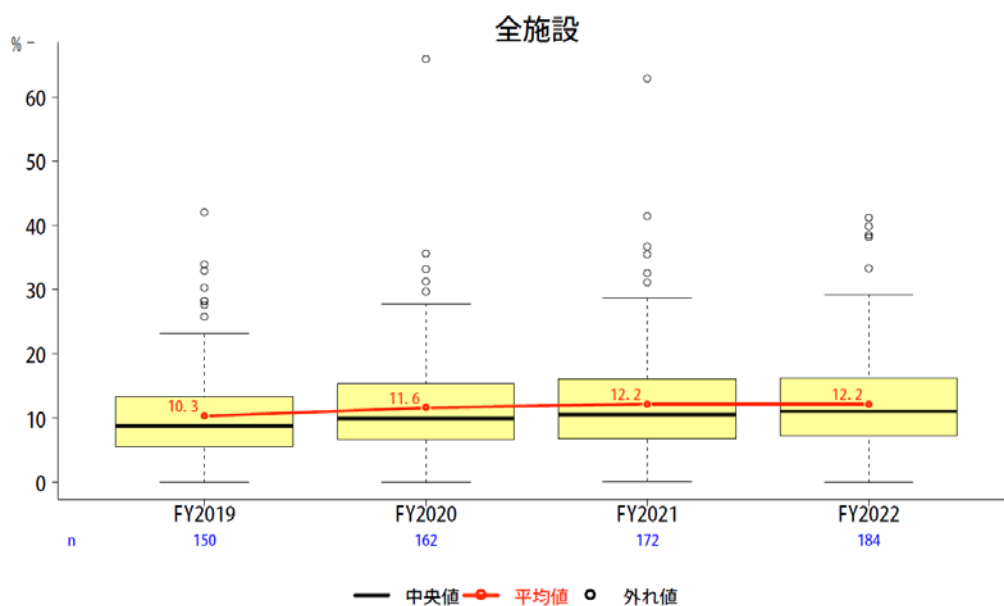
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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164施設で、提出割合は52.9% (184/348, 前年比+2.2) でした。1年間の結果は、平均値12.2% (前年比±0)、中央値11.1% (前年比+0.5)、最大値41.1% (前年比-21.7)、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。

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.30-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

No.30-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.30-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.30-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

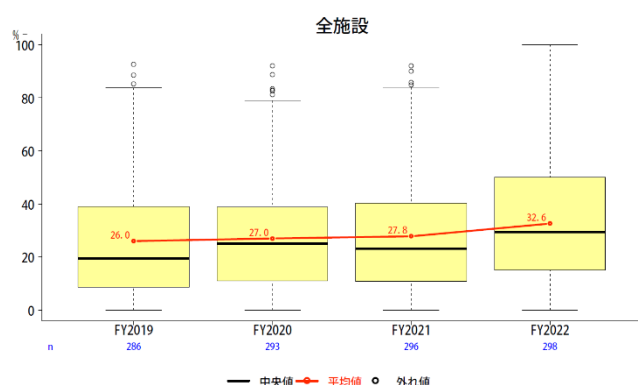
指標の種類・値の解釈

プロセス

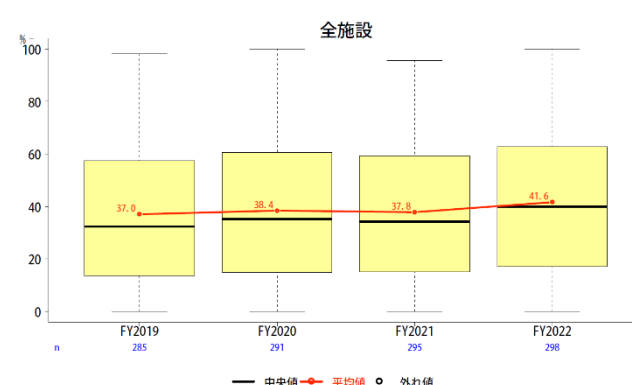
より高い値が望ましい

結果

a) 大腿骨頸部骨折



b) 大腿骨転子部骨折



考察

<No.30-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 32.4% (前年比+4.6)、中央値 28.9% (前年比+5.8)、最大値 100.0% (前年比+8.0)、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 6.6 ポイント改善しています。

<No.30-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 41.5% (前年比+3.7)、中央値 39.7% (前年比+5.4)、最大値 100.0% (前年比+4.4)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。「大腿骨頸部骨折の早期手術割合」同様、2019年度と比べると 4.6 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.3 | シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性 期予防的制吐剤投与率

指標の説明・定義

良好な治療アドヒアランスを得て化学療法を円滑に進めるために、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。高度の抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対しては、NK1 受容体拮抗薬と 5HT3 受容体拮抗薬およびデキサメタゾン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。

※2022 年発売のホスネツピタントについて、本指標では含めていないため、指標値が低く算出されることがある

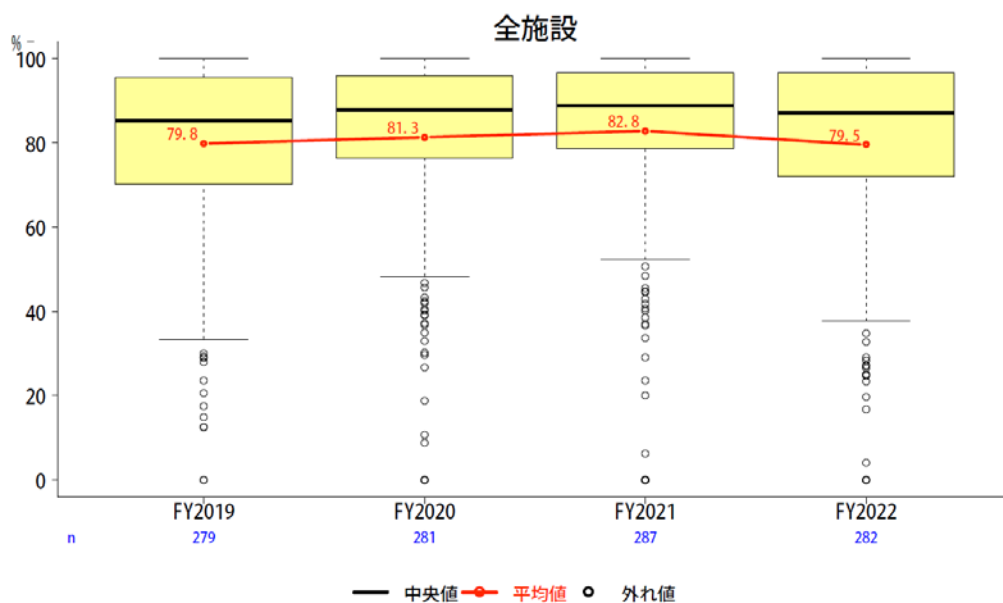
分 子:	分母の実施日の前日または当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤すべてを併用した数
分 母:	入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた 18 歳以上の患者の実施日数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

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 79.5% (前年比-3.3)、中央値 86.8% (前年比-2.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2019年度から新しく採用した項目で、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。どこに要因があるのか、注視して継続していく予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://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.32 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

指標の説明・定義

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

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

分 子: 分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例数

分 母: TDM を行うべき抗 MRSA 薬を投与された症例数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

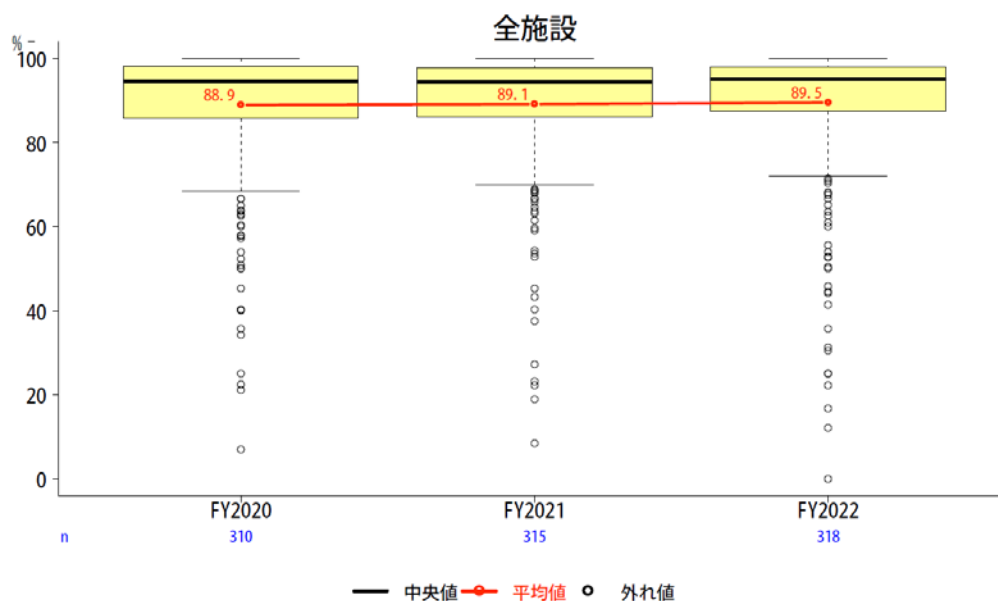
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 89.6% (前年比+0.5)、中央値 95.5% (前年比+0.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 8.3% (前年比+1.2) 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-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.33-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

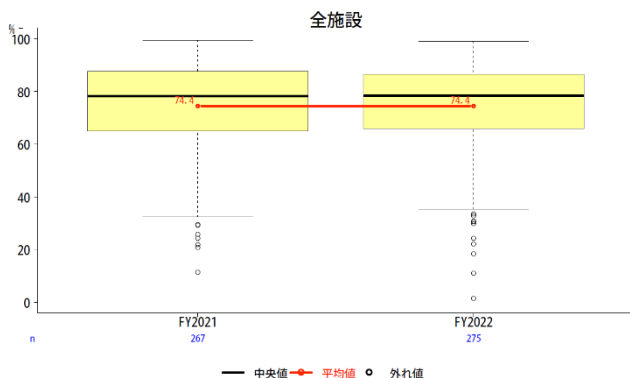
指標の種類・値の解釈

プロセス

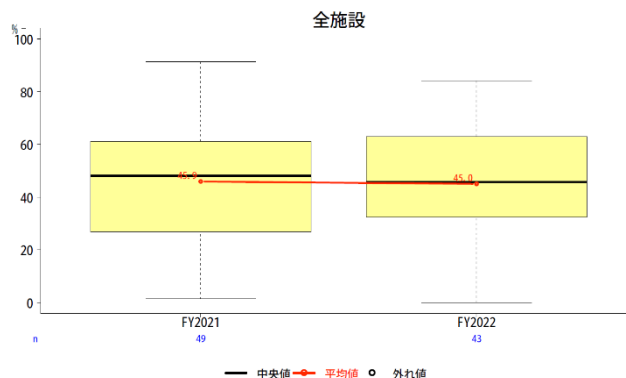
より高い値が望ましい

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.33-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)>

1年間の結果は、平均値 74.3% (前年比-0.1)、中央値 78.1% (前年比-0.2)、最大値 99.0% (前年比-0.5)、最小値 1.4% (前年比-10.0) でした。

<No.33-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 44.9% (前年比-1.0)、中央値 45.7% (前年比-2.3)、最大値 84.2% (前年比-6.8)、最小値 0.0% (前年比-1.4) でした。

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

参考文献

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

No.34 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

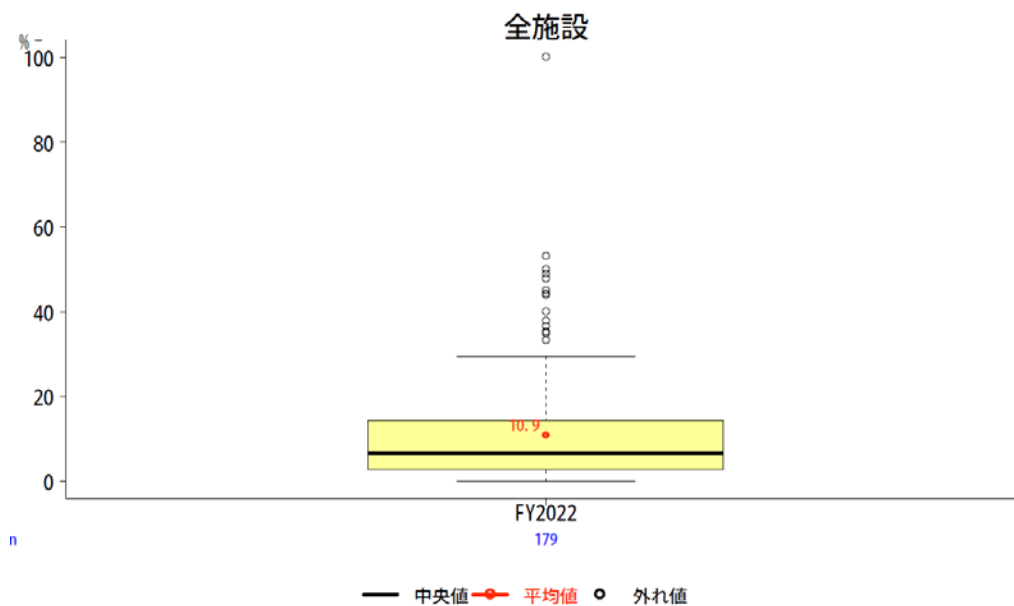
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 10.9%、中央値 6.5%、最大値 100.0%、最小値 0.0%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/>

No.35 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

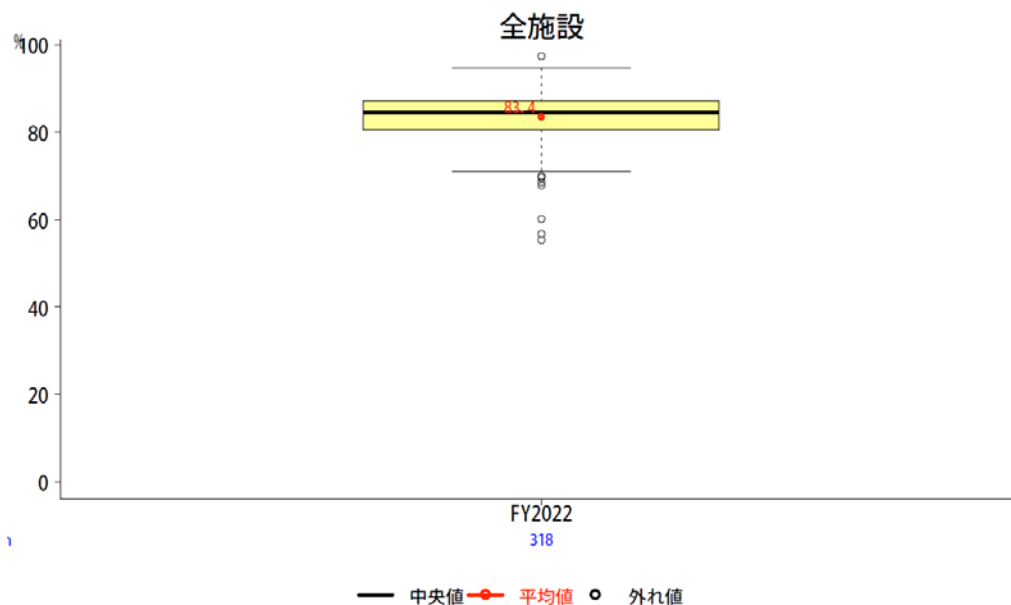
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

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 83.5%、中央値 84.4%、最大値 97.2%、最小値 55.2%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.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

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

分子： No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分母： 初診患者数

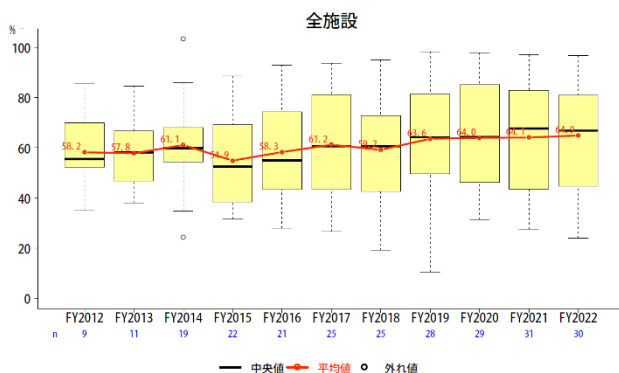
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

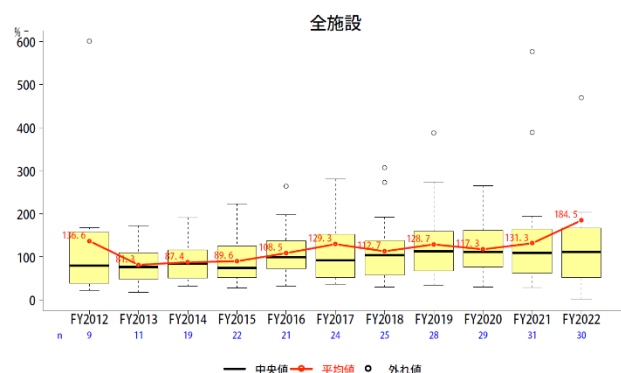
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 75.0% (30/40, 前年比-7.1) でした。1 年間の結果は、平均値 64.9% (前年比+0.8)、中央値 66.8% (前年比-0.9)、最大値 96.8% (前年比-0.4)、最小値 24.0% (前年比-3.6) 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。

<No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 75.0% (30/40, 前年比-7.1) でした。1 年間の結果は、平均値 184.5% (前年比+53.2)、中央値 111.7% (前年比+2.6)、最大値 2108% (前年比+1531)、最小値 1.7% (前年比-27.4) でした。

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

参考文献

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

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

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

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

2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分子: No.03-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

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

No.03-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分母: 入院患者延べ数(人日) ※No.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。

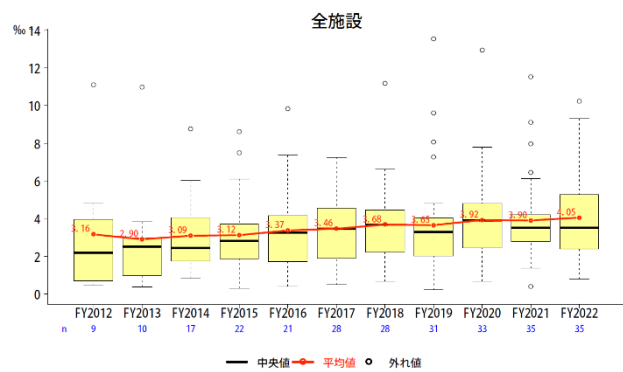
指標の種類・値の解釈

アウトカム

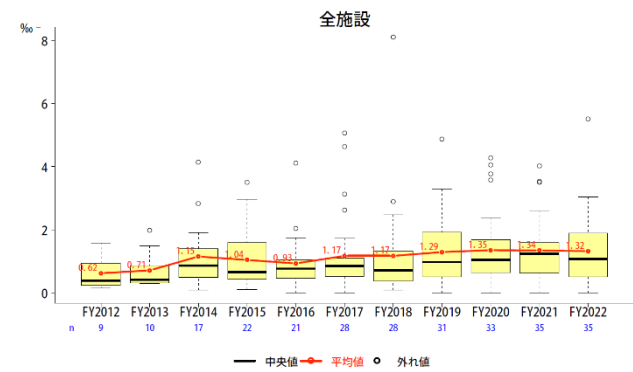
より低い値が望ましい

結果

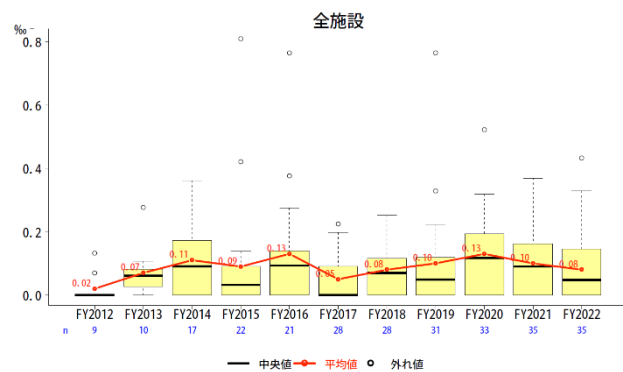
入院患者の転倒・転落発生率



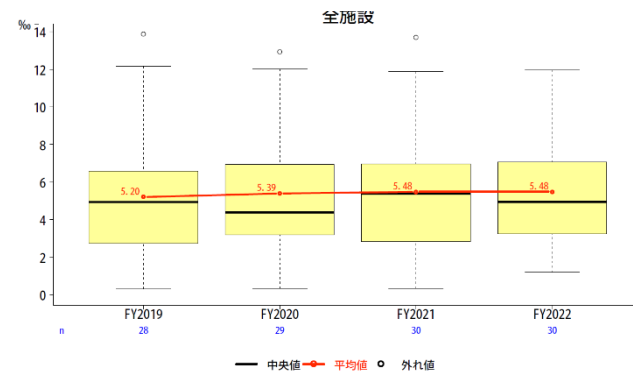
入院患者の転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル2以上)



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5施設で、提出割合は87.5% (35/40, 前年比-4.8)、65歳以上では10施設で、提出割合は75.0% (30/40, 前年比-4.5)でした。転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値4.05% (前年比+0.15)、中央値3.52% (前年比+0.02)、最大値10.23% (前年比-1.30)、最小値0.79% (前年比+0.41)、損傷発生率 (損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値1.32% (前年比-0.02)、中央値1.07% (前年比-0.17)、最大値5.51% (前年比+1.49)、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0.08% (前年比-0.02)、中央値0.05% (前年比-0.03)、最大値0.43% (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5.49% (前年比+0.01)、中央値4.94% (前年比-0.43)、最大値11.98% (前年比-1.73)、最小値1.19% (前年比+0.86)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が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が、転倒転落発生率は2012年度と比べると徐々に値が上がっています。これは入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されます。

参考文献

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

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、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。

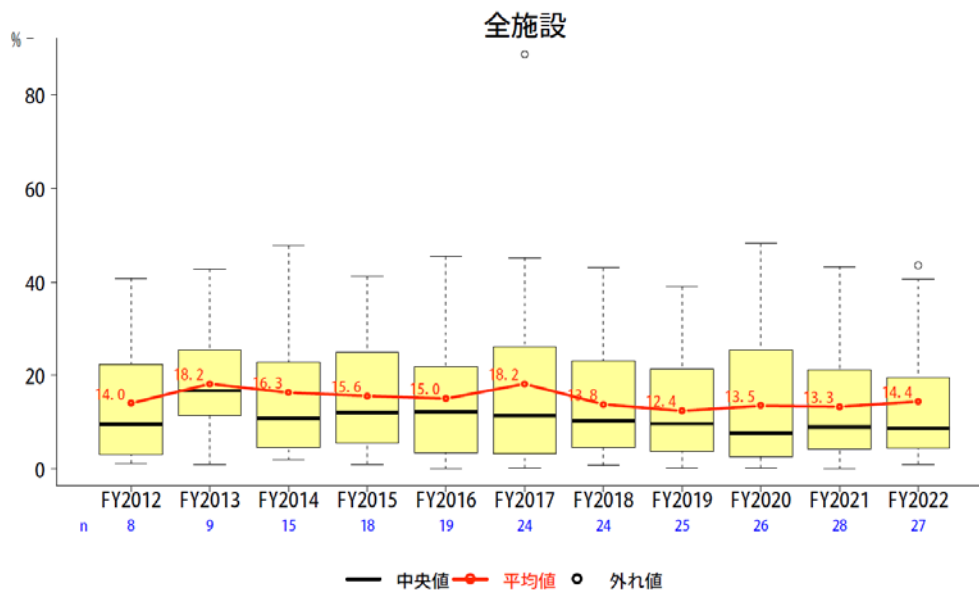
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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67.5% (27/40, 前年比-4.3) でした。1年間の結果は、平均値14.4% (前年比+1.1)、中央値8.7% (前年比-0.3)、最大値43.5% (前年比+0.02)、最小値1.0% (前年比+1.0) で、測定を開始した2012年度以降、平均値は12~18%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.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

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

本指標は、精神病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

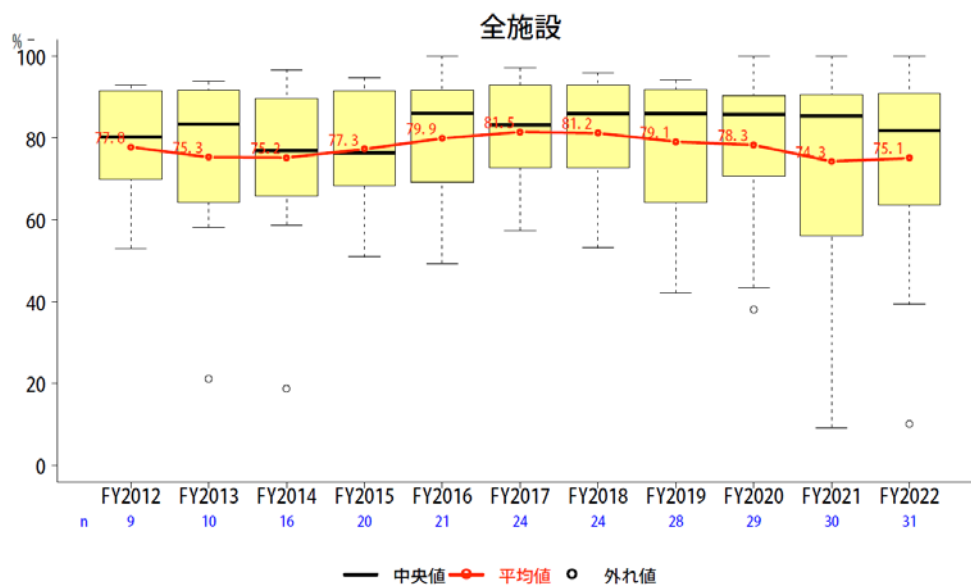
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は77.5% (31/40, 前年比+0.6) でした。

1年間の結果は、平均値 75.1% (前年比+0.8)、中央値 81.8% (前年比-3.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 10.1% (前年比+1.6) であり、2021年度と同様に平均値は低い値でした。新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、施設等の入居が難しいケースが増加したと考えられます。

参考文献

No.06 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治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)>

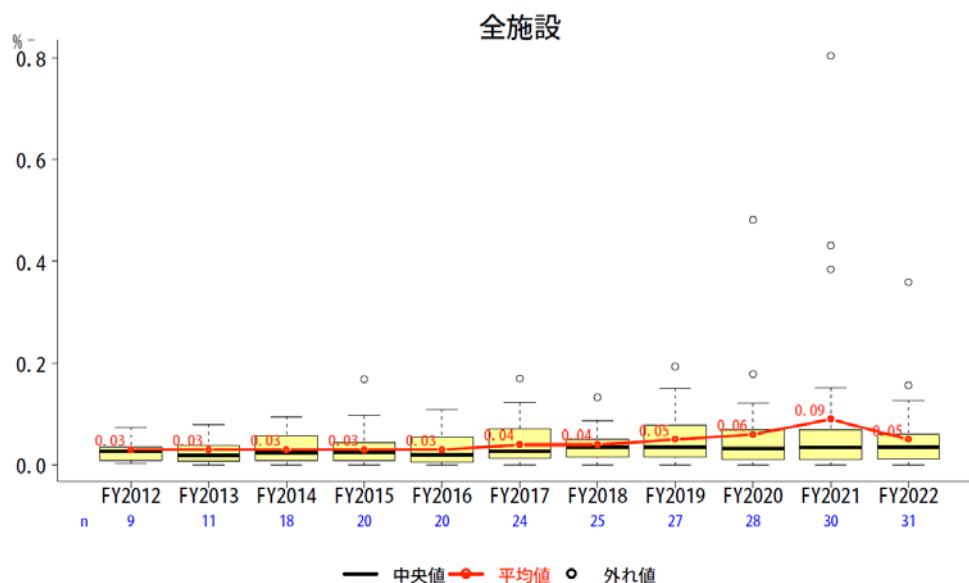
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

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9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 0.05% (前年比-0.04)、中央値 0.04% (前年比+0.01)、最大値 0.36% (前年比-0.44)、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。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet:

http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

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

No.07 90 日以内の退院患者率

指標の説明・定義

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

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

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

分母: 調査期間の精神科退院患者数

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

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

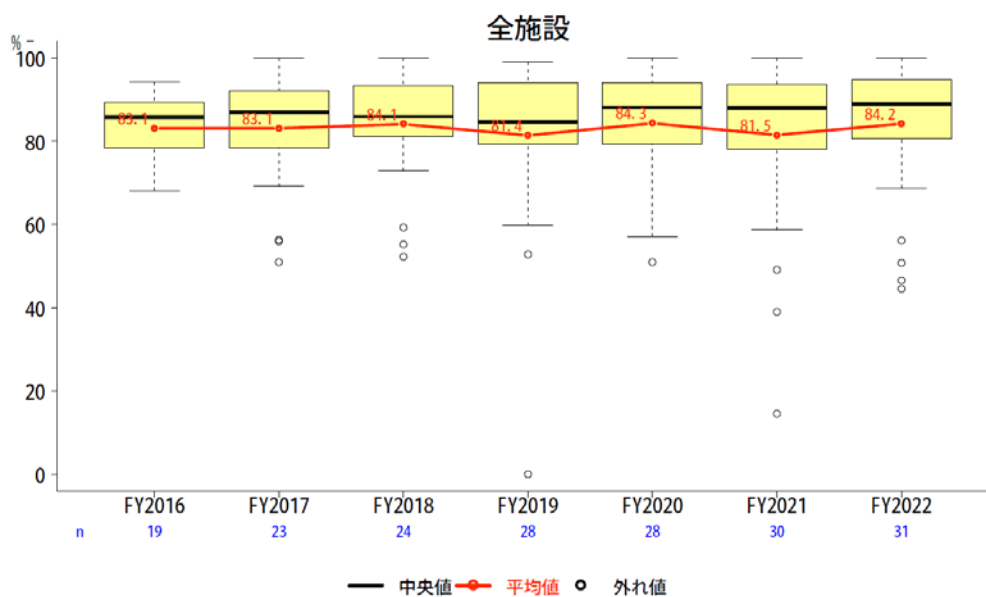
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は77.5% (31/40, 前年比+0.6) でした。1年間の結果は、平均値 84.2% (前年比+2.7)、中央値 89.0% (前年比+1.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 44.4% (前年比+30.0) 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.08 再入院率

指標の説明・定義

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

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

➤ 今回入院日-前回退院日 \leq 90日

分母： 調査期間の病院全体の新入院患者数

分母補足： 他診療科から精神科への転科もカウントする

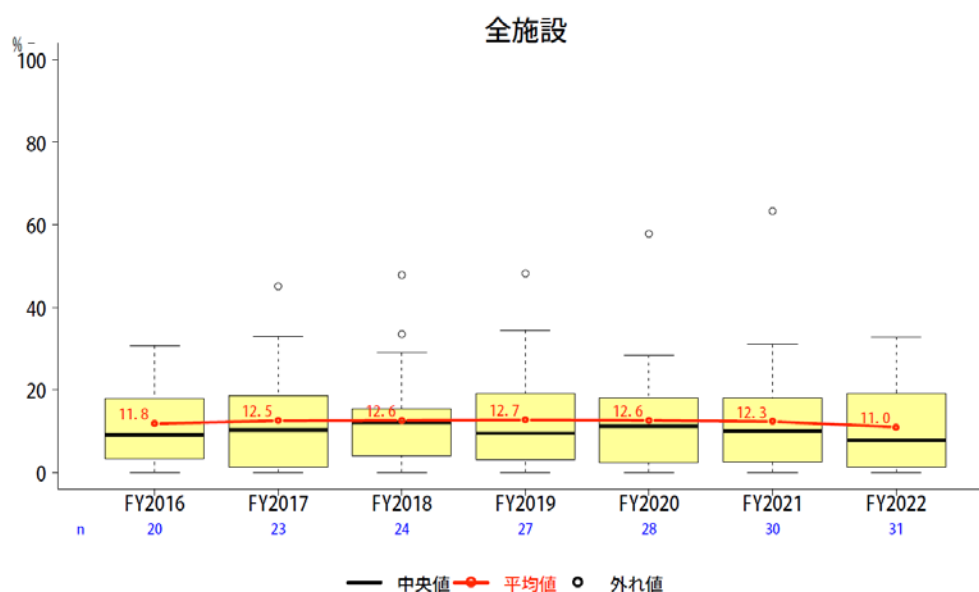
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは9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 11.0% (前年比-1.3)、中央値 7.8% (前年比-2.3)、最大値 32.8% (前年比-30.5)、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11~13%で推移しています。

参考文献

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

No.09 平均在院日数(医療観察法病棟を除く)

指標の説明・定義

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

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： 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

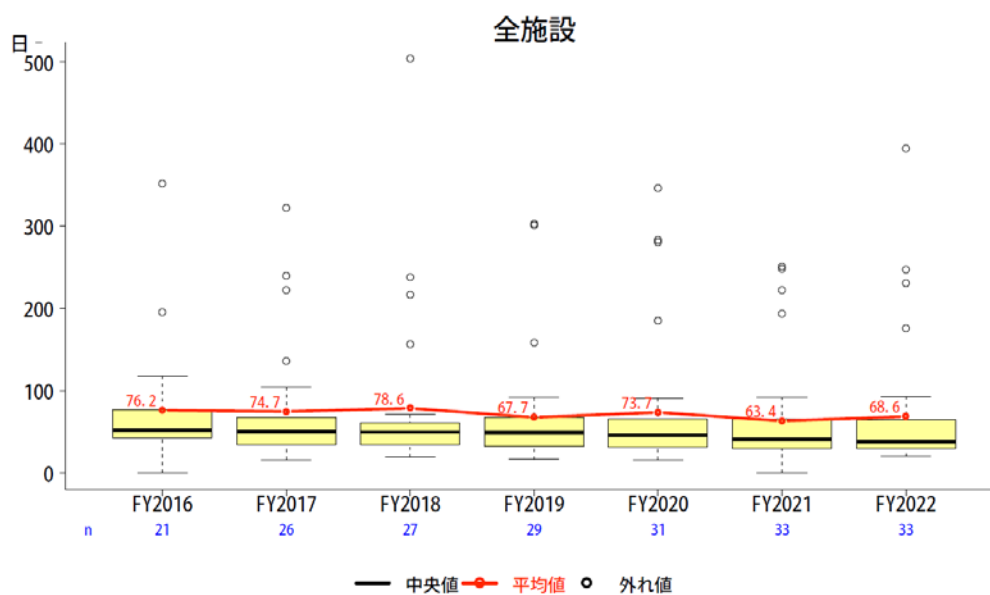
収集期間： 1ヶ月毎

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7施設で、提出割合は82.5% (33/40, 前年比-2.1)でした。1年間の結果は、平均値 68.6 日 (前年比+5.2)、中央値 37.9 日 (前年比-2.5)、最大値 394.7 日 (前年比+143.9)、最小値 19.9 日 (前年比+19.9)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.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

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

No.10-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?

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

指標の説明・定義

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

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<この病院について総合的にはどう思われますか?>

分子: No.10-a)分母のうち「満足」と回答した外来患者数

No.10-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

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

収集期間: 年1回

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

分子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数

分母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

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

分子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数

分母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

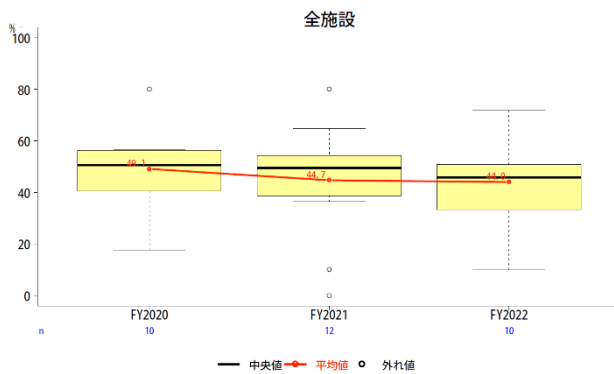
指標の種類・値の解釈

アウトカム

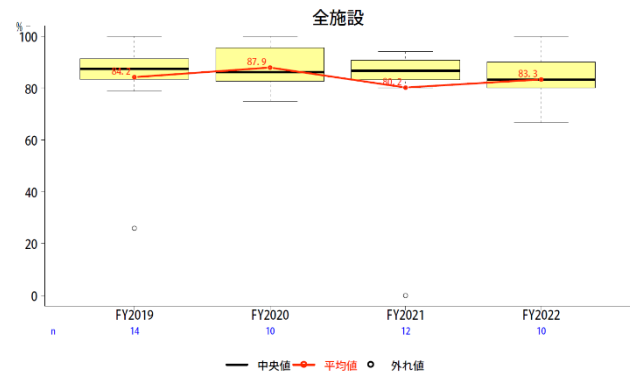
より高い値が望ましい

結果

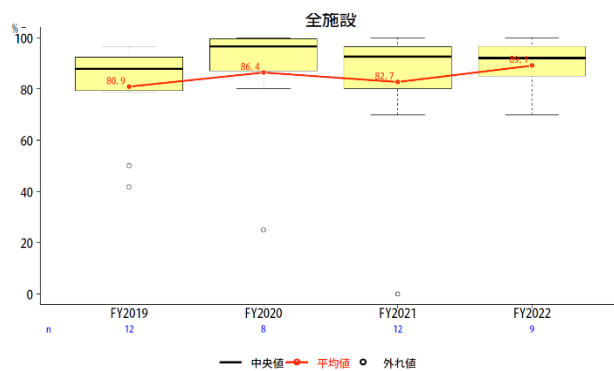
a) 総合評価(満足)



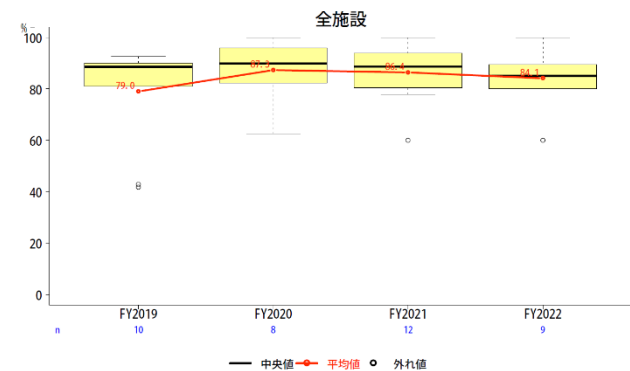
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.10-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは30施設で、提出割合は25.8% (10/40, 前年比-5.0) でした。

満足のみ1年間の結果は、平均値44.0% (前年比-0.7)、中央値45.8% (前年比-3.7)、最大値71.7% (前年比-8.3)、最小値10.0% (前年比+10.0)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値83.3% (前年比+3.1)、中央値83.3% (前年比-3.5)、最大値100.0% (前年比+5.9)、最小値66.7% (前年比+66.7) でした。

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは31施設で、提出割合は22.5% (9/40, 前年比-8.3) でした。

1年間の結果は、平均値 89.1% (前年比+6.4)、中央値 92.0% (前年比-0.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 70.0% (前年比+70.0) でした。

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

今回、提出がなかったのは 31 施設で、提出割合は 22.5% (9/40, 前年比-8.3) でした。

1年間の結果は、平均値 84.1% (前年比-2.3)、中央値 85.0% (前年比-3.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 60.0% (前年比±0) でした。

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

参考文献

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

No.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)

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

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

指標の説明・定義

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

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

<この病院について総合的にはどう思われますか?>

分 子: No.11-a)分母のうち「満足」と回答した入院患者数

No.11-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

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

収集期間: 年1回

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

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

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

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

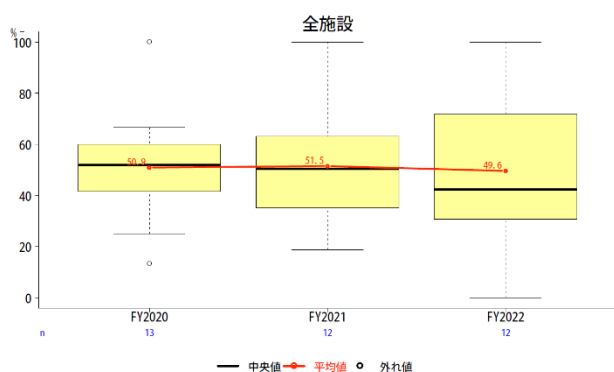
指標の種類・値の解釈

アウトカム

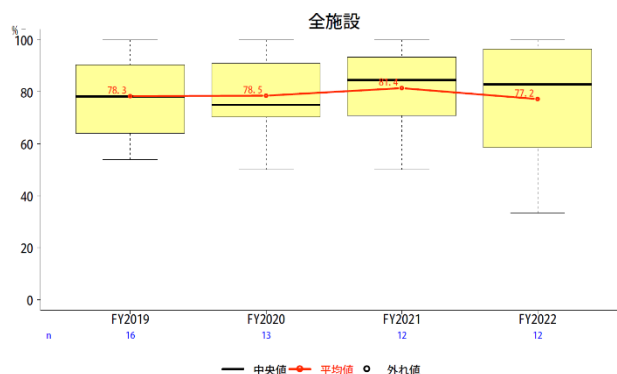
より高い値が望ましい

結果

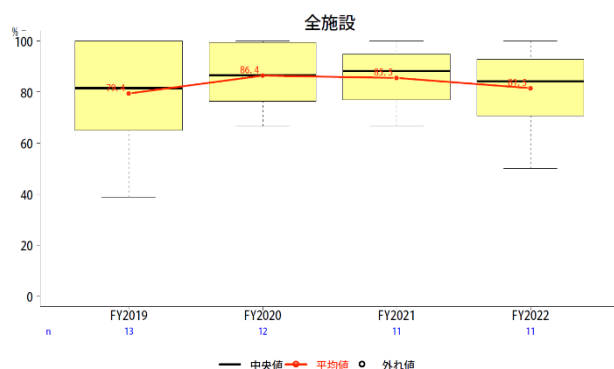
a) 総合評価(満足)



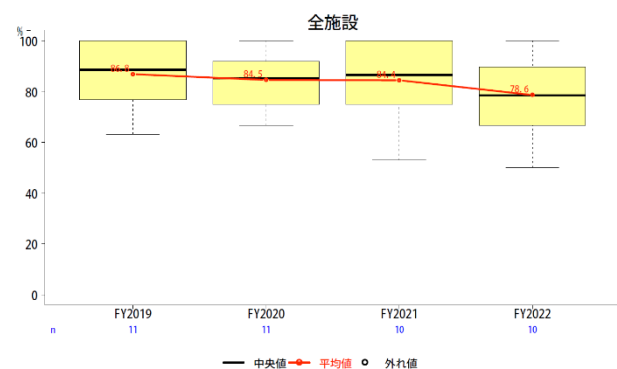
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは28施設で、提出割合は30.0%(12/40, 前年比-0.8)でした。

満足のための1年間の結果は、平均値49.6%(前年比-1.9)、中央値42.4%(前年比-8.1)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0%(前年比-18.8)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値77.2%(前年比-4.2)、中央値82.8%(前年比-1.7)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値33.3%(前年比-16.7)でした。

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

今回、提出がなかったのは29施設で、提出割合は27.5%(11/40, 前年比-0.7)でした。

1年間の結果は、平均値81.5%（前年比-4.0）、中央値84.2%（前年比-4.0）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値50.0%（前年比-16.7）でした。

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

今回、提出がなかったのは30施設で、提出割合は25.0%（10/40, 前年比-0.6）でした。

1年間の結果は、平均値78.6%（前年比-5.8）、中央値78.5%（前年比-8.0）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値50.0%（前年比-2.9）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.12-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.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

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

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

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.12-a>

分子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×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.12-b>

分子： 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分母： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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

収集期間： 1ヶ月毎

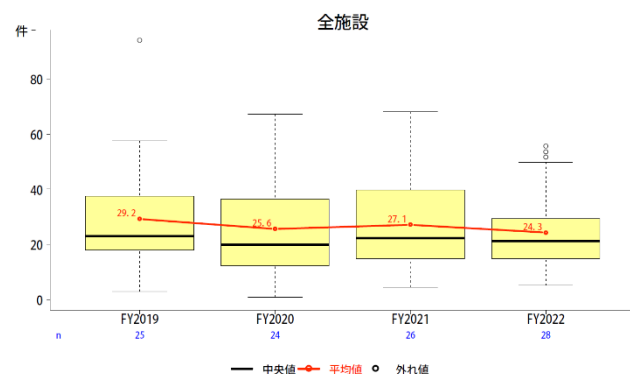
指標の種類・値の解釈

アウトカム

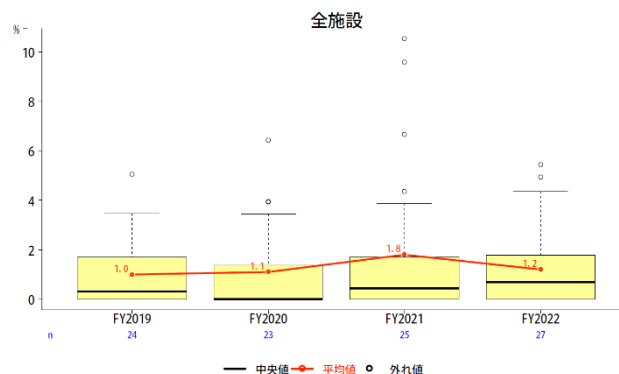
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

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

今回、提出がなかったのは12施設で、提出割合は70.0% (28/40, 前年比+3.3) でした。

1年間の結果は、平均値24.3件(前年比-2.8)、中央値21.2件(前年比-1.1)、最大値55.6件(前年比-12.4)、最小値5.1件(前年比+0.7)でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は67.5% (27/40, 前年比+3.4) でした。

1年間の結果は、平均値1.3%(前年比-0.5)、中央値0.7%(前年比+0.3)、最大値5.4%(前年比-5.1)、最小値0.0%(前年比±0)でした。

一般病床の結果と比較すると、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.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

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

分子： No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分母： 初診患者数

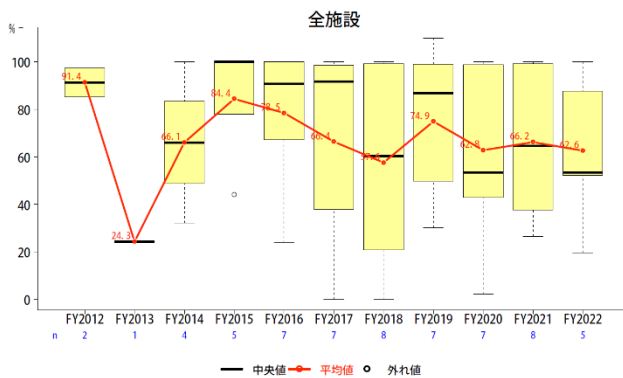
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

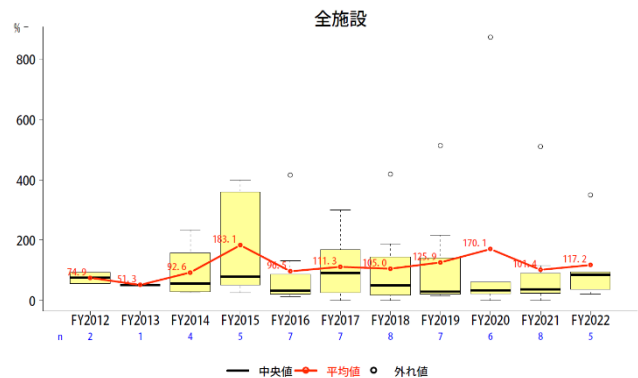
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は19.2%(5/26, 前年比-10.4)でした。

1年間の結果は、平均値62.6%(前年比-3.6)、中央値53.4%(前年比-11.3)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値19.7%(前年比-6.9)でした。

<No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は19.2%(5/26, 前年比-10.4)でした。

1年間の結果は、平均値117.2%(前年比+15.8)、中央値85.2%(前年比+47.9)、最大値350.0%(前年比-159.4)、最小値20.8%(前年比+20.8)でした。

参考文献

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

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

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

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

2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分子: No.03-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

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

No.03-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分母: 入院患者延べ数(人日) ※No.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。

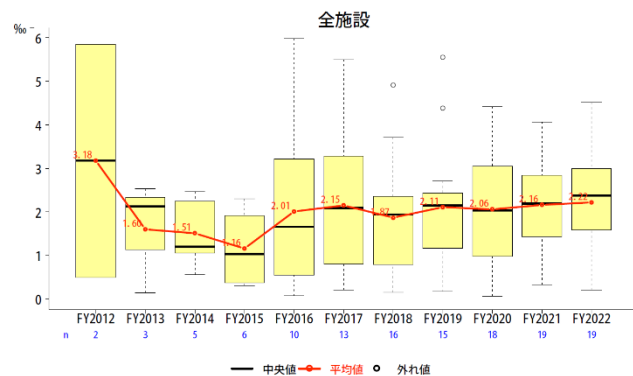
指標の種類・値の解釈

アウトカム

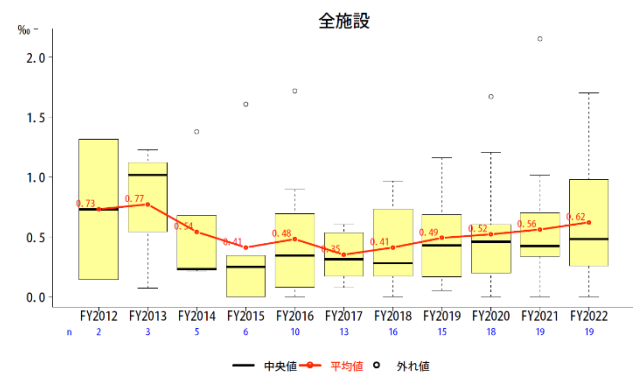
より低い値が望ましい

結果

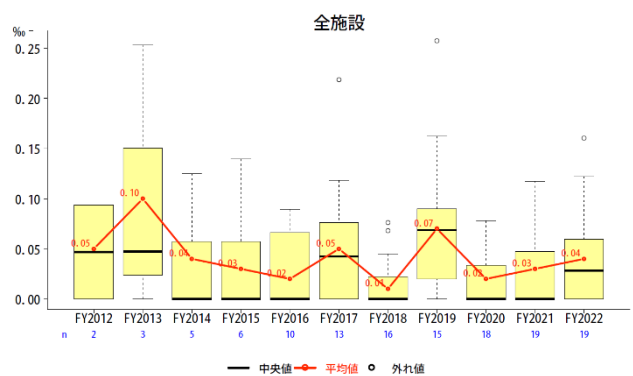
入院患者の転倒・転落発生率



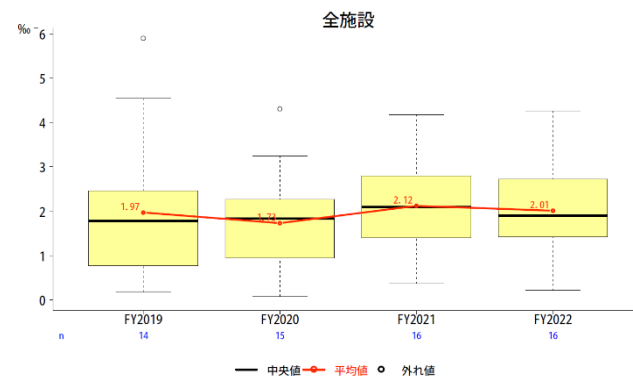
入院患者の転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル2以上)



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7施設で、提出割合は73.1%(19/26, 前年比-1.0)、65歳以上では10施設で、提出割合は61.5%(16/26, 前年比-1.5)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.22%(前年比+0.06)、中央値2.38%(前年比+0.19)、最大値4.52%(前年比+0.45)、最小値0.21%(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0.62%(前年比+0.06)、中央値0.48%(前年比+0.06)、最大値1.70%(前年比-0.45)、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0.04%(前年比+0.01)、中央値0.03%(前年比+0.03)、最大値0.16%(前年比+0.04)、最小値0.00%(前年比±0)でした。

65歳以上の転倒転落発生率は、平均値2.02%(前年比-0.10)、中央値1.90%(前年比-0.19)、最大値4.26%(前年比+0.08)、最小値0.21%(前年比-0.15)でした。

一般と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られますが、10施設以上が提出している2016年度以降、転倒転落発生率は1.8~2.2%を推移し、損傷レベル2以上は0.3~0.6%を推移しています。

参考文献

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

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、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。

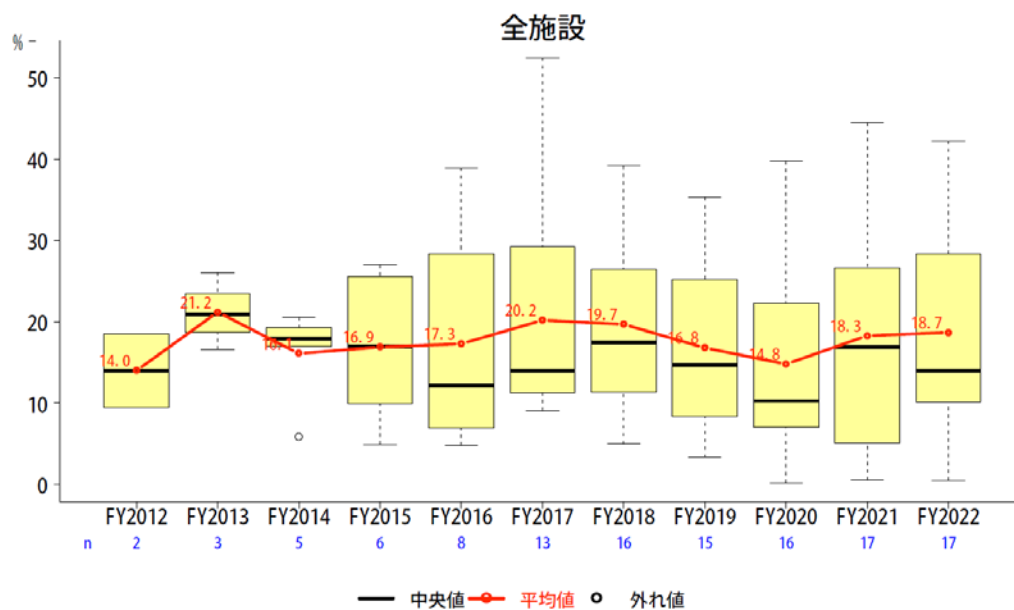
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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9施設で、提出割合は65.4% (17/26, 前年比-1.3) でした。

1年間の結果は、平均値 18.7% (前年比+0.4)、中央値 14.0% (前年比-2.9)、最大値 42.2% (前年比-2.3)、最小値 0.5% (前年比±0) 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.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

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

本指標は、療養病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

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

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

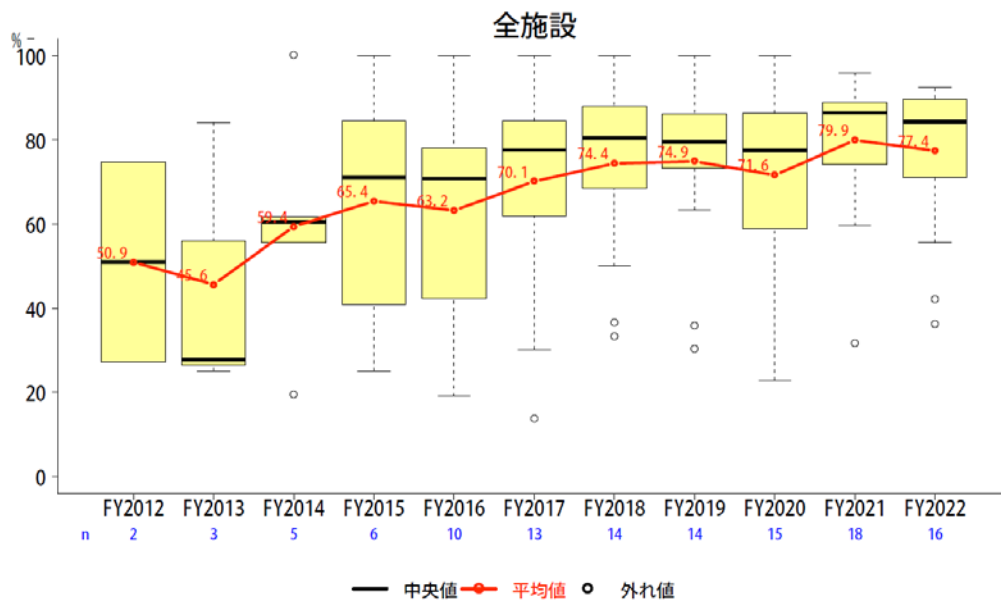
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは10施設で、提出割合は61.5% (16/26, 前年比-8.9) でした。1年間の結果は、平均値77.4% (前年比-2.5)、中央値84.3% (前年比-2.1)、最大値92.4% (前年比-3.6)、最小値36.2% (前年比++4.5) でした。

まだ、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.06 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治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)>

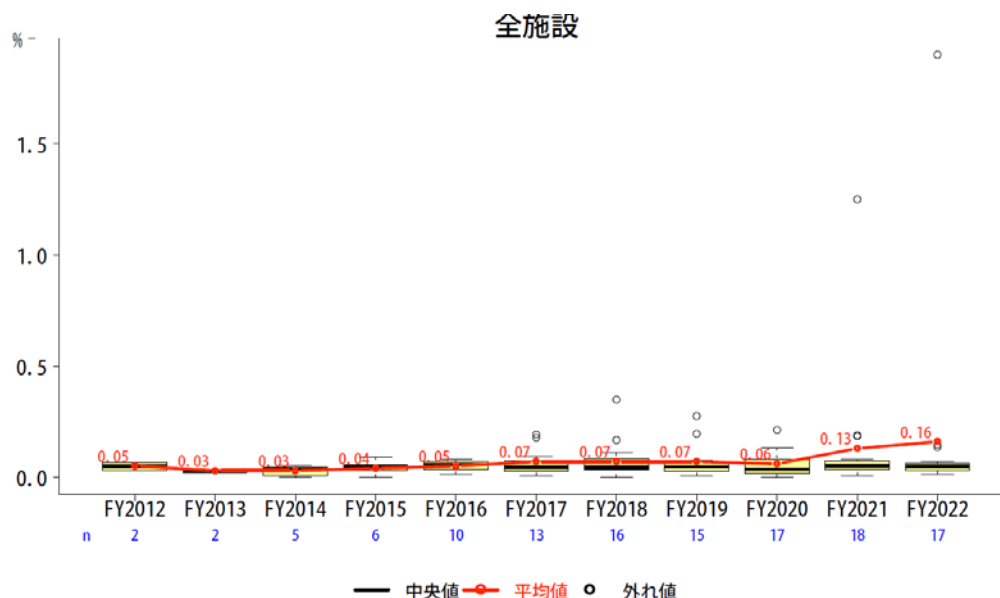
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

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9施設で、提出割合は65.4% (17/26, 前年比-5.0) でした。

1年間の結果は、平均値0.16% (前年比+0.03)、中央値0.05% (前年比±0)、最大値1.90% (前年比+0.65)、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.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

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

No.7 療養病床における 糖尿病患者の血糖コントロール

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにしました。血糖コントロールの治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定します。

一般病床向けでは HbA1c が 7.0% 未満としていますが、療養病床向けでは HbA1c が 8.0% 未満としました。低血糖を起こしやすい高齢者では HbA1c を 7.0% 未満に下げないことが推奨されています。

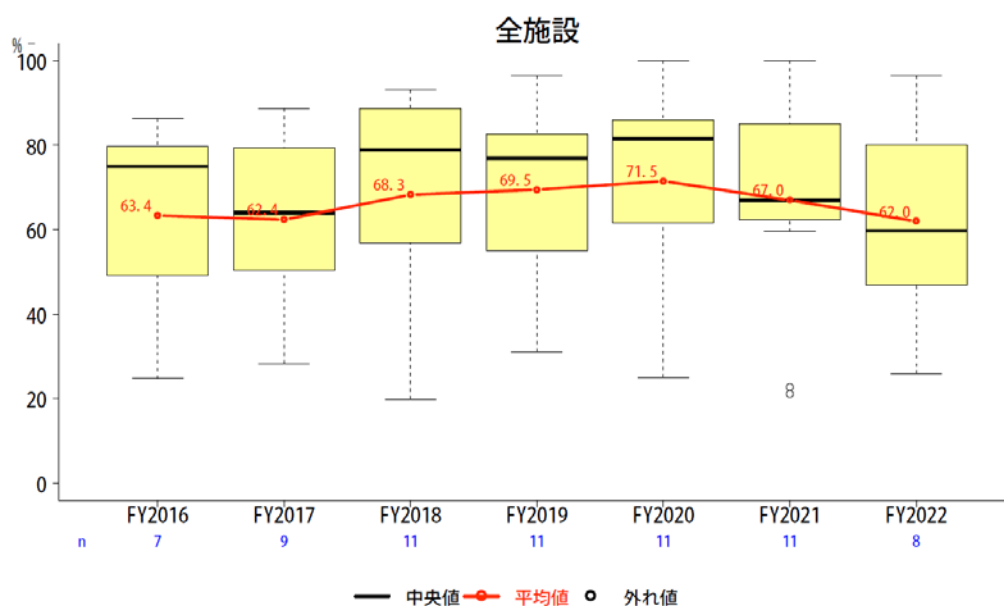
分子:	HbA1c(NGSP)の最終値が 8.0%未満の入院患者数
分母:	糖尿病の薬物治療を入院で 30 日以上投与されている入院患者数
分母除外:	運動療法または食事療法のための糖尿病患者
収集期間:	3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは18施設で、提出割合は30.8% (8/26, 前年比-13.6) でした。

1年間の結果は、平均値 62.0% (前年比-5.0)、中央値 59.8% (前年比-7.2)、最大値 96.4% (前年比-3.6)、最小値 25.9% (前年比+4.7) でした。

2022年度はやや低下しているように見えますが、提出割合が下がったことによる影響と考えます。

参考文献

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

No.8 療養病床における 降圧薬服用患者の血圧コントロール

指標の説明・定義

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

欧米においても、血圧コントロール率は医療の質の項目にも挙げられており、日本のようにかかりつけ医が必須でない環境においては、少なくとも病院に受診され、高血圧に対しての加療（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

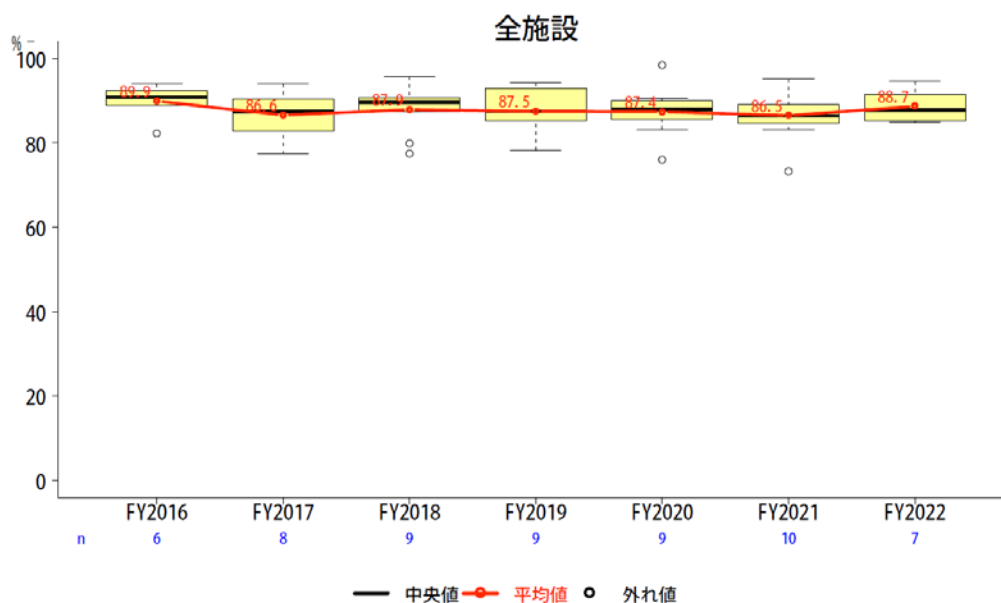
収集期間： 3ヶ月毎

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19施設で、提出割合は26.9% (7/26, 前年比-13.8)でした。

1年間の結果は、平均値88.7% (前年比+2.2)、中央値87.8% (前年比+1.4)、最大値94.6% (前年比-0.6)、最小値84.9% (前年比+11.8)で、測定を開始した2016年度以降大きな変化はありませんでした。

参考文献

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

No.9 急変時や終末期における インフォームドコンセント実施率

指標の説明・定義

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

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

分母： 全入院患者数

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

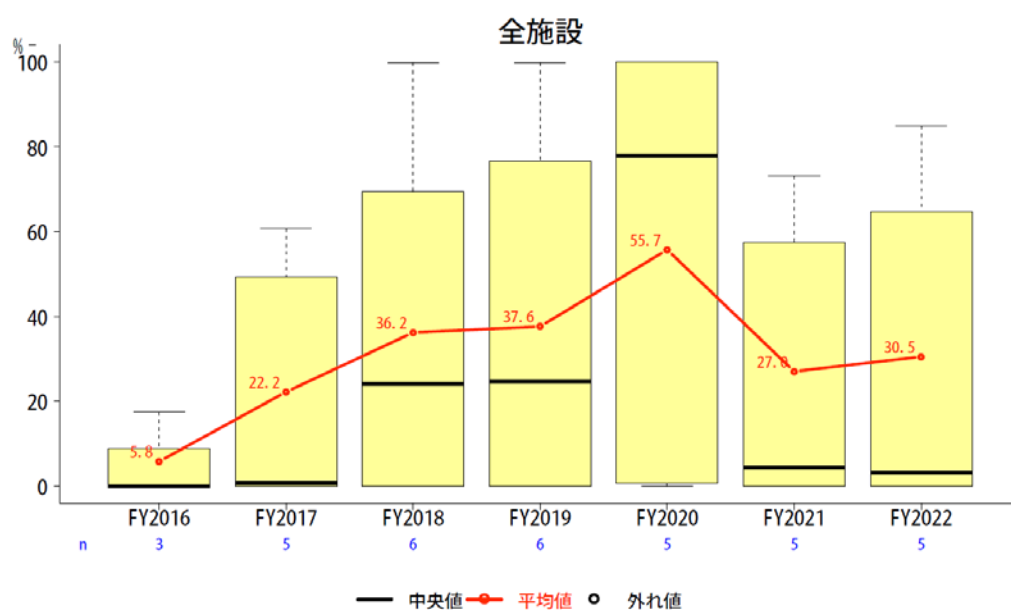
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は19.2% (5/26, 前年比-3.0)でした。

1年間の結果は、平均値30.5% (前年比+3.5)、中央値3.1% (前年比-1.3)、最大値84.9% (前年比+11.8)、最小値0.0% (前年比±0)でした。

2016年度より計測を続けていますが、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

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.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

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

No.10-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?

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

指標の説明・定義

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

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.10 この病院について総合的にはどう思われますか?>

分 子: No.10-a)分母のうち「満足」と回答した外来患者数

No.10-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

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

収集期間: 年1回

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

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

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

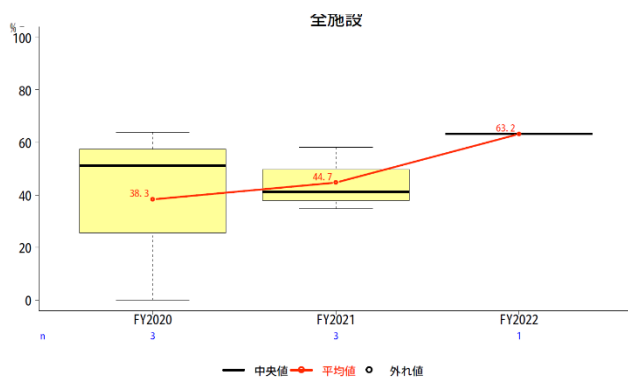
指標の種類・値の解釈

アウトカム

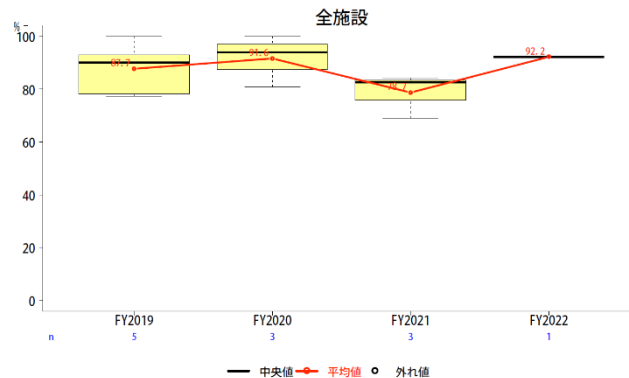
より高い値が望ましい

結果

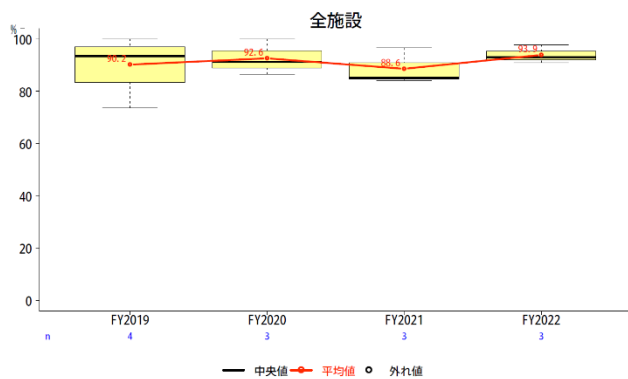
a) 総合評価(満足)



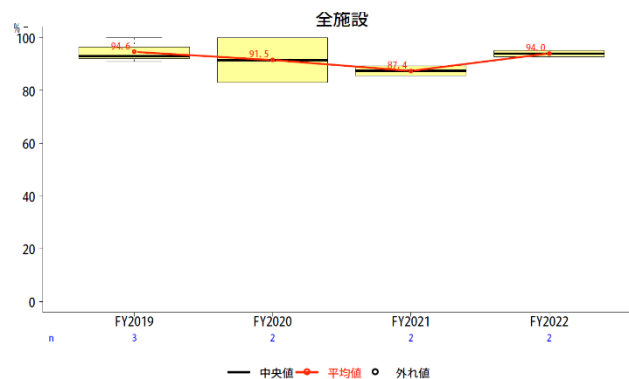
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.10- a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは25施設で、提出割合は3.8%(1/26, 前年比-7.3)でした。

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは23施設で、提出割合は11.5%(3/24, 前年比+0.4)でした。

1年間の結果は、平均値93.9%(前年比+5.3)、中央値93.0%(前年比+7.8)、最大値97.8%(前年比+1.2)、最小値90.9%(前年比+6.7)でした。

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

今回、提出がなかったのは 24 施設で、提出割合は 7.7% (2/26, 前年比+0.4) 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。

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.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)

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

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

指標の説明・定義

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

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

<No.11 この病院について総合的にはどう思われますか?>

分 子: No.11-a)分母のうち「満足」と回答した入院患者数

No.11-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

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

収集期間: 年1回

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

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

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

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

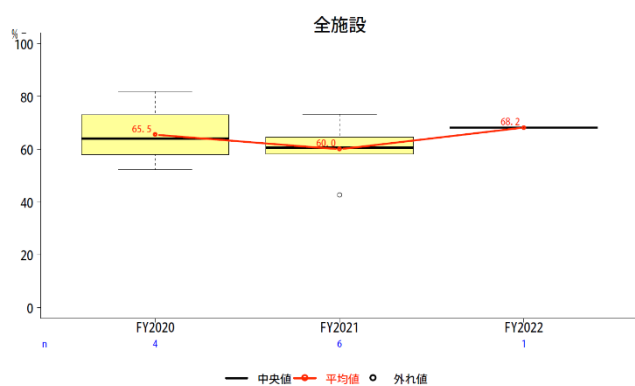
指標の種類・値の解釈

アウトカム

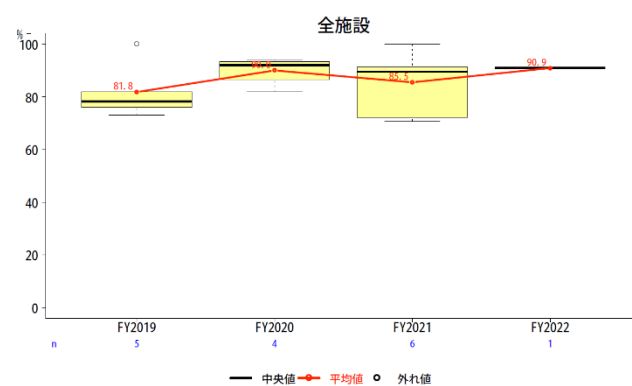
より高い値が望ましい

結果

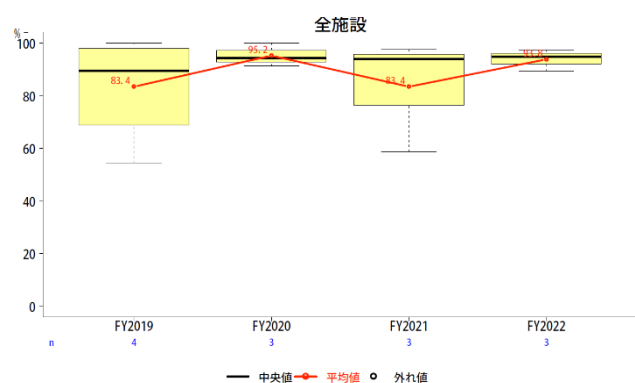
a) 総合評価(満足)



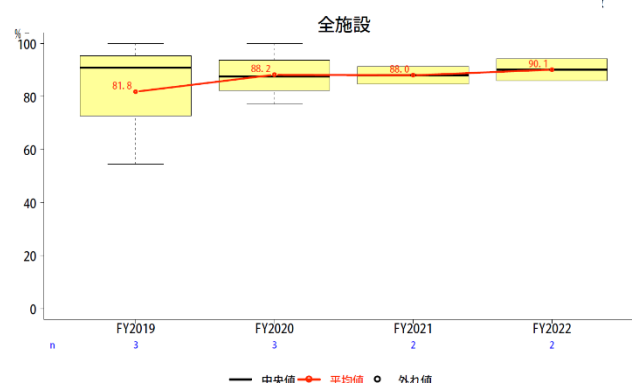
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは25施設で、提出割合は3.8%(1/26, 前年比-18.4)でした。

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

今回、提出がなかったのは23施設で、提出割合は11.5%(3/26, 前年比+0.4)でした。

1年間の結果は、平均値93.8%(前年比+10.4)、中央値94.8%(前年比+0.9)、最大値97.3%(前年比-0.2)、最小値89.3%(前年比+30.5)でした。

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

今回、提出がなかったのは 24 施設で、提出割合は 7.7% (2/26, 前年比+0.3) でした。

1 年間の結果は、平均値 90.1% (前年比+2.1)、中央値 90.1% (前年比+2.1)、最大値 94.2% (前年比+3.0)、最小値 86.0% (前年比+1.3) 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 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.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

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

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

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.12-a>

分子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×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.12-b>

分子： 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分母： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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

収集期間： 1ヶ月毎

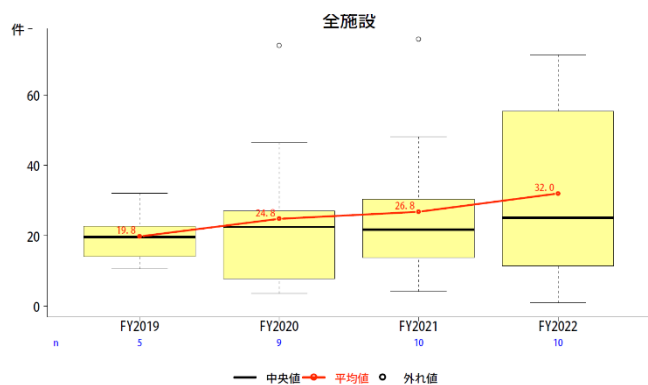
指標の種類・値の解釈

アウトカム

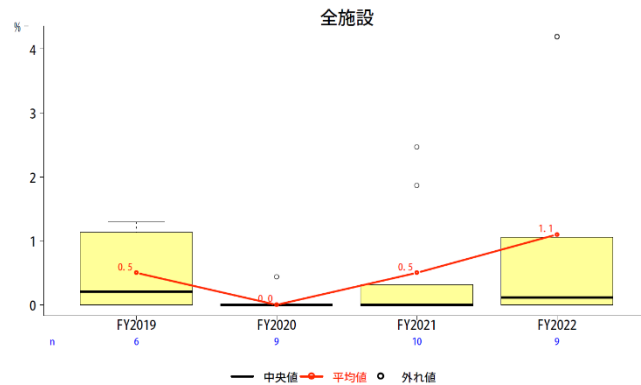
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

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

今回、提出がなかったのは16施設で、提出割合は38.5% (10/26, 前年比-2.2) でした。1年間の結果は、平均値32.0件 (前年比+5.2)、中央値25.1件 (前年比+3.3)、最大値71.4件 (前年比-4.4)、最小値1.0件 (前年比-3.2) でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは17施設で、提出割合は34.6% (9/26, 前年比-6.1) でした。1年間の結果は、平均値1.1% (前年比+0.6)、中央値0.1% (前年比+0.1)、最大値4.2% (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.13 麻薬処方患者における痛みの程度の記載率

指標の説明・定義

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した項目です。がん患者へ麻薬を処方する際に、疼痛のアセスメントが適切にされているかをみる指標です。

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

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

分母: 当該施設において麻薬が処方された患者数

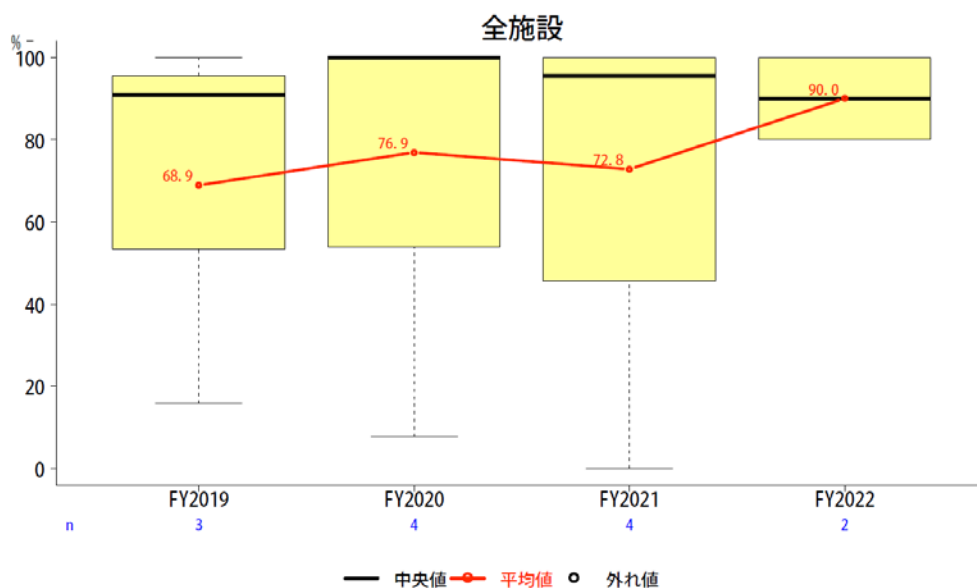
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは24施設で、提出割合は7.7% (2/26, 前年比-7.1) でした。1年間の結果は、平均値 90.0% (前年比+17.2)、中央値 90.0% (前年比-5.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 80.0% (前年比+80.0) でした。

2019年度から採用した項目で、まだ2~4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.14 療養病棟入院中の抗不安薬・睡眠薬処方割合 (高齢者)

指標の説明・定義

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

分子: 分母のうち、療養病棟入院中、抗不安薬・睡眠薬の処方があった患者数

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

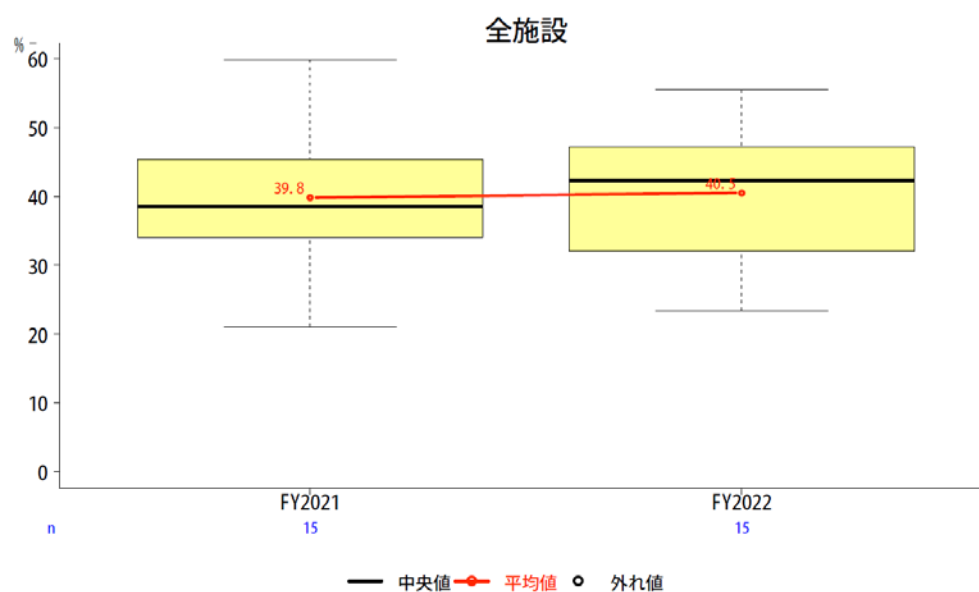
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

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 40.5% (前年比+0.7)、中央値 42.3% (前年比+3.8)、最大値 55.5% (前年比-4.3)、最小値 23.4% (前年比+2.3) でした。

本指標は、一般と療養に参加していて、かつ DPC データを提出している施設が対象となります。2021 年度から採用した項目で、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

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

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

指標の説明・定義

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

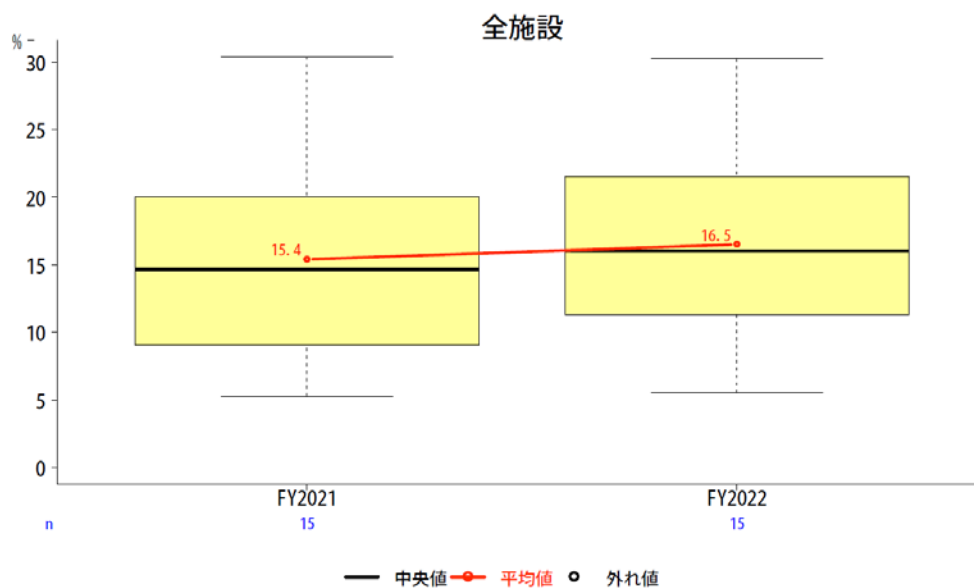
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

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 16.5% (前年比+1.1)、中央値 16.0% (前年比+1.3)、最大値 30.3% (前年比-0.1)、最小値 5.5% (前年比+0.2) 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

脳梗塞・心不全退院後 365 日以内の救急再入院/死亡

心不全症例 30 日以内の死亡

指標の説明・定義

OECD の Integrated Care チームによって提案された国際比較が可能になる指標で、継続的にフォローされている指標です。厚生労働省からの要望により、本プロジェクト参加施設の集計値を日本の値として提出・協力しているものです。

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

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

2021 年度は脳出血患者も対象でしたが、その指標は削除され、また対象も 15 歳以上から 45 歳以上に変更となっています。

<脳梗塞患者>

- 分 子:
- 1) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病問わず)
 - 2) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病限定)
 - 3) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡患者数 (傷病問わず)
 - 4) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病問わず)
 - 5) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病限定)

分 母: 45 歳以上の脳梗塞入院患者数

使用データ DPC 様式 I

<心不全患者>

- 分 子:
- 6) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病問わず)
 - 7) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病限定)
 - 8) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡患者数 (傷病問わず)
 - 9) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病問わず)
 - 10) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病限定)
 - 11) 分母のうち、30 日以内の死亡患者数

分 母: 45 歳以上の心不全入院患者数

使用データ DPC 様式 I

指標の種類・値の解釈

アウトカム

低い方が望ましい

参考文献

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d6e80df4-en/index.html?itemId=/content/component/d6e80df4-en> 2022/10/23 available)
2. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b291ab11-en/index.html?itemId=/content/component/b291ab11-en> 2023/10/30 available)

全体像

病床規模	日本病院会 会員病院数	構成割合	協力施設数	構成割合
20-99床	431	17%	12	3%
100-199床	843	34%	66	15%
200-299床	343	14%	61	14%
300-399床	362	15%	102	24%
400-499床	234	9%	78	18%
500床以上	278	11%	112	26%
計	2491	100%	431	100%

※会員病院数は2022/03/31時点

日本病院会会員病院のうち、2010年度以降一度でもQIプロジェクトに参加したことがあり、DPCデータ取得可能な施設数

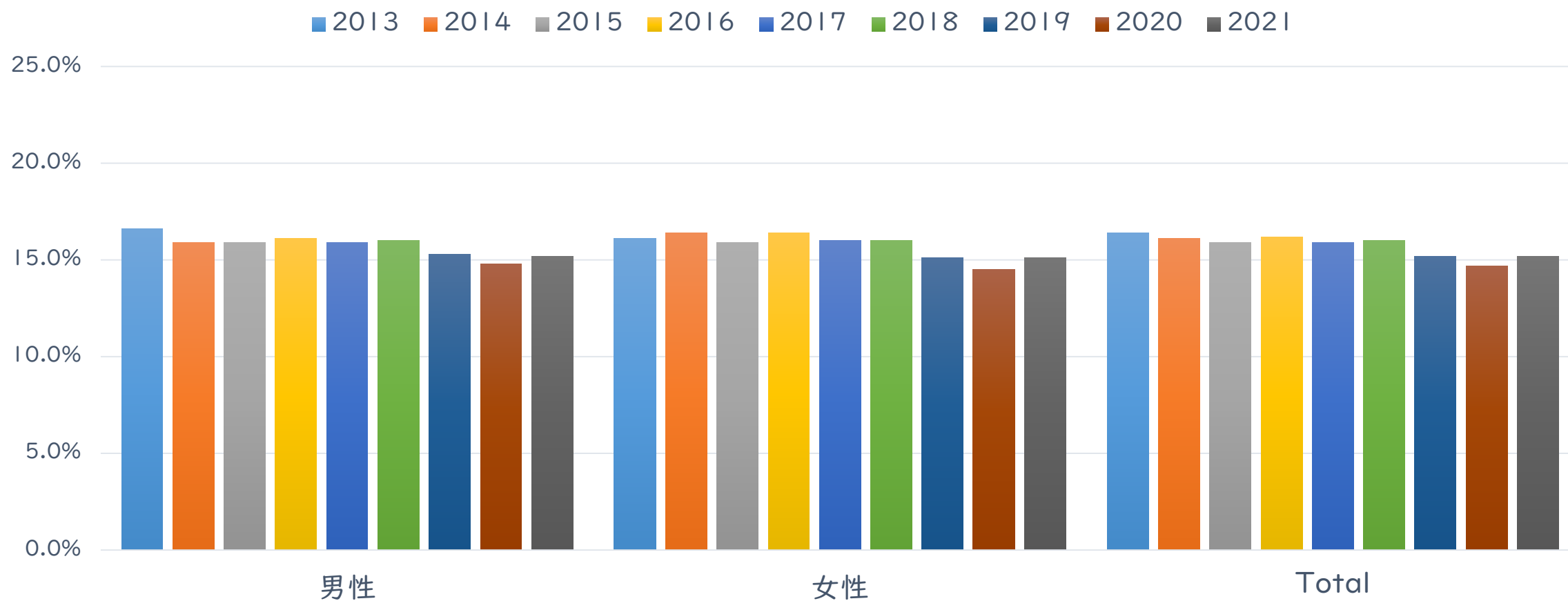
都道府県	会員病院数	協力施設数	割合
北海道	101	25	25%
青森県	18	5	28%
岩手県	38	3	8%
宮城県	29	7	24%
秋田県	26	1	4%
山形県	18	7	39%
福島県	37	7	19%
茨城県	52	12	23%
栃木県	30	4	13%
群馬県	40	10	25%
埼玉県	95	17	18%
千葉県	129	14	11%
東京都	216	33	15%
神奈川県	125	22	18%
新潟県	74	7	9%
富山県	25	5	20%
石川県	20	5	25%
福井県	27	3	11%
山梨県	17	1	6%
長野県	50	21	42%
岐阜県	40	9	23%
静岡県	71	12	17%
愛知県	113	24	21%
三重県	34	5	15%

滋賀県	29	6	21%
京都府	79	16	20%
大阪府	194	46	24%
兵庫県	133	18	14%
奈良県	41	8	20%
和歌山県	40	1	3%
鳥取県	10	0	0%
島根県	18	2	11%
岡山県	50	4	8%
広島県	65	8	12%
山口県	34	2	6%
徳島県	11	1	9%
香川県	25	8	32%
愛媛県	28	3	11%
高知県	37	6	16%
福岡県	100	21	21%
佐賀県	8	1	13%
長崎県	37	2	5%
熊本県	51	2	4%
大分県	17	6	35%
宮崎県	10	0	0%
鹿児島県	33	3	9%
沖縄県	16	8	50%
総数	2491	431	17%

	Indicator Code	指標名	Indicator Name
1	ICISC-ACR	脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）	Ischaemic Stroke - All-cause hospital readmissions within 365 days after discharge
2	ICISC-DSR	脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）	Ischaemic Stroke - Disease-specific hospital readmissions within 365 days after discharge
3	ICISC-ACM	脳梗塞退院後365日以内の死亡（傷病問わず）	Ischaemic Stroke - All-cause mortality within 365 days after discharge
4	ICISC-MACR	脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）	Ischaemic Stroke - All-cause mortality or all-cause readmission within 365 days after discharge
5	ICISC-MDSR	脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）	Ischaemic Stroke - All-cause mortality or disease-specific readmission within 365 days after discharge
6	ICCHF-ACR	心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）	CHF - All-cause hospital readmissions within 365 days after discharge
7	ICCHF-DSR	心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）	CHF - Disease-specific hospital readmissions within 365 days after discharge
8	ICCHF-ACM	心不全退院後365日以内の死亡（傷病問わず）	CHF - All-cause mortality within 365 days after discharge
9	ICCHF-MACR	心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）	CHF - All-cause mortality or all-cause readmission within 365 days after discharge
10	ICCHF-MDSR	心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）	CHF - All-cause mortality or disease-specific readmission within 365 days after discharge
11	ICCHF-CF	心不全症例30日以内の死亡率	CHF - Case fatality within 30 days of the admission date

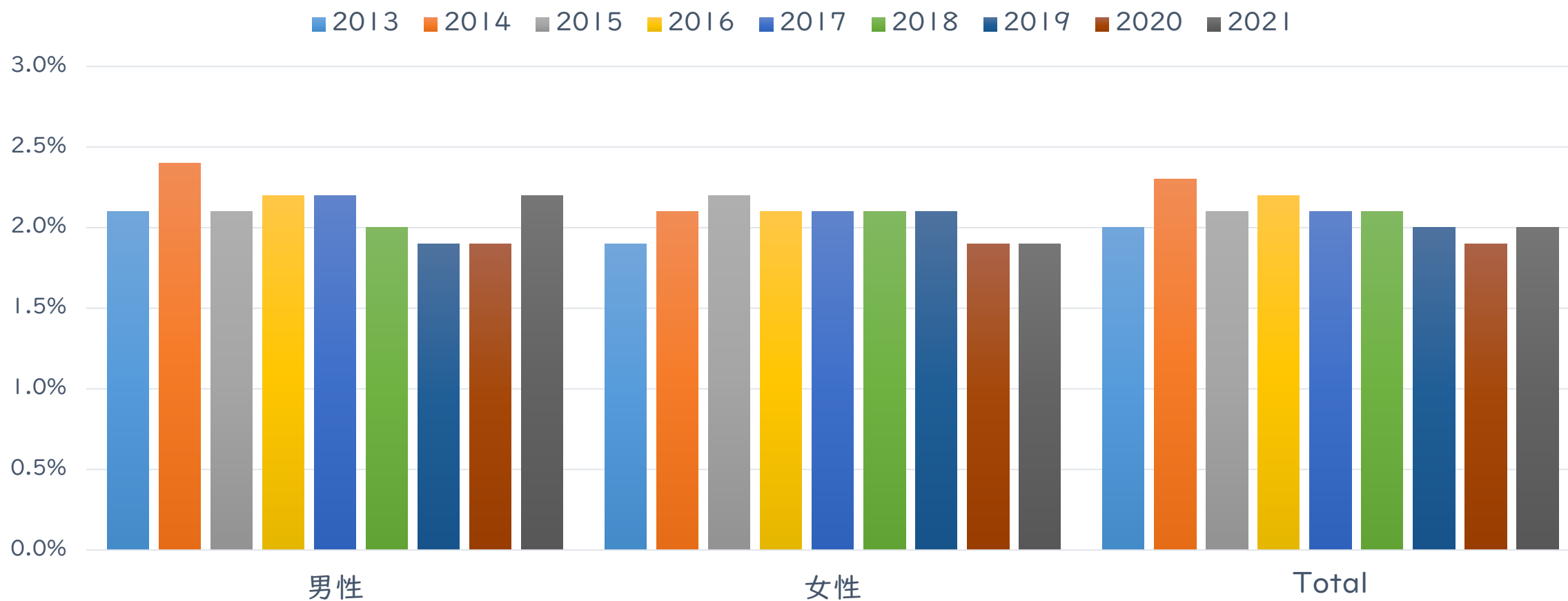
脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例



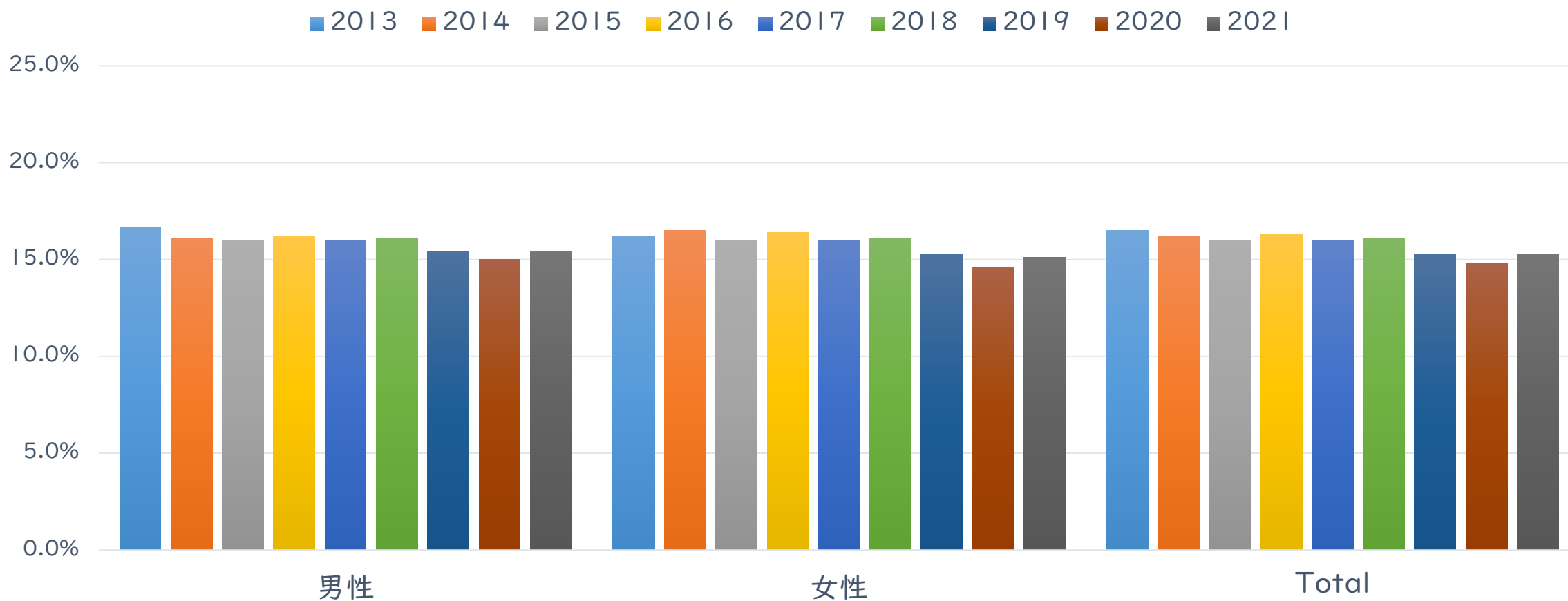
脳梗塞退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例



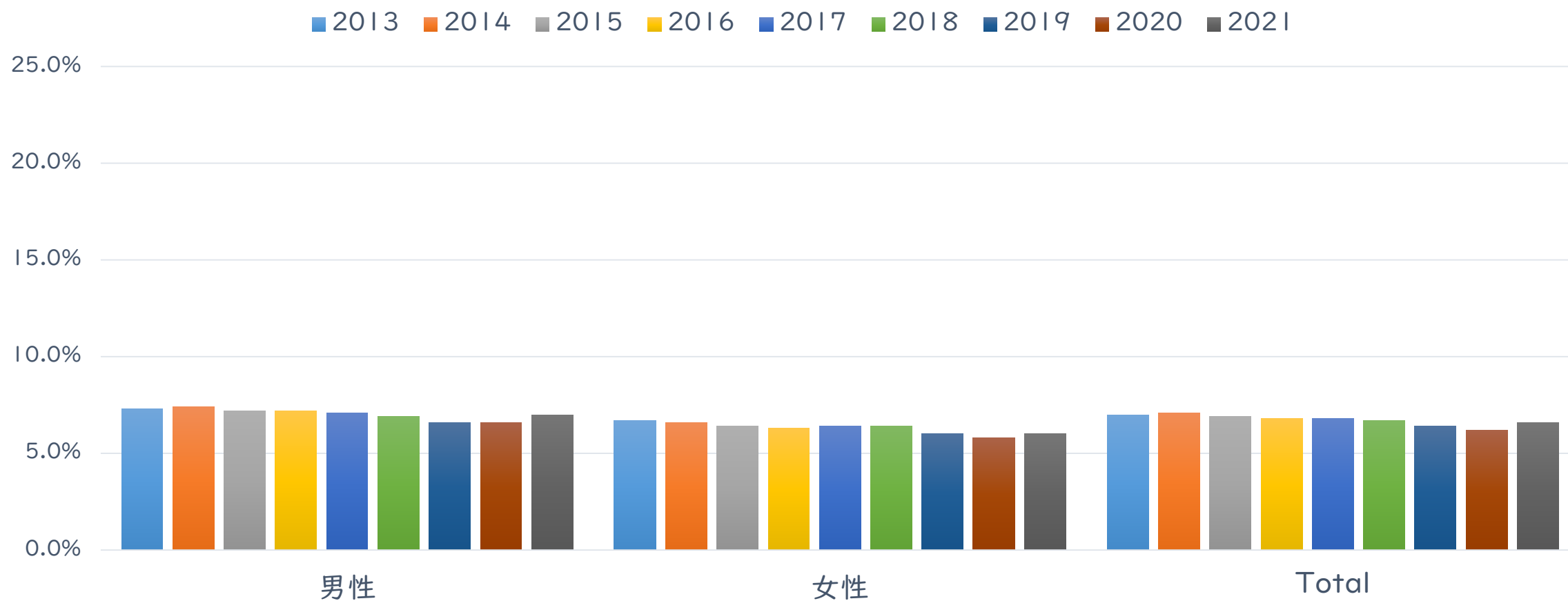
脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例



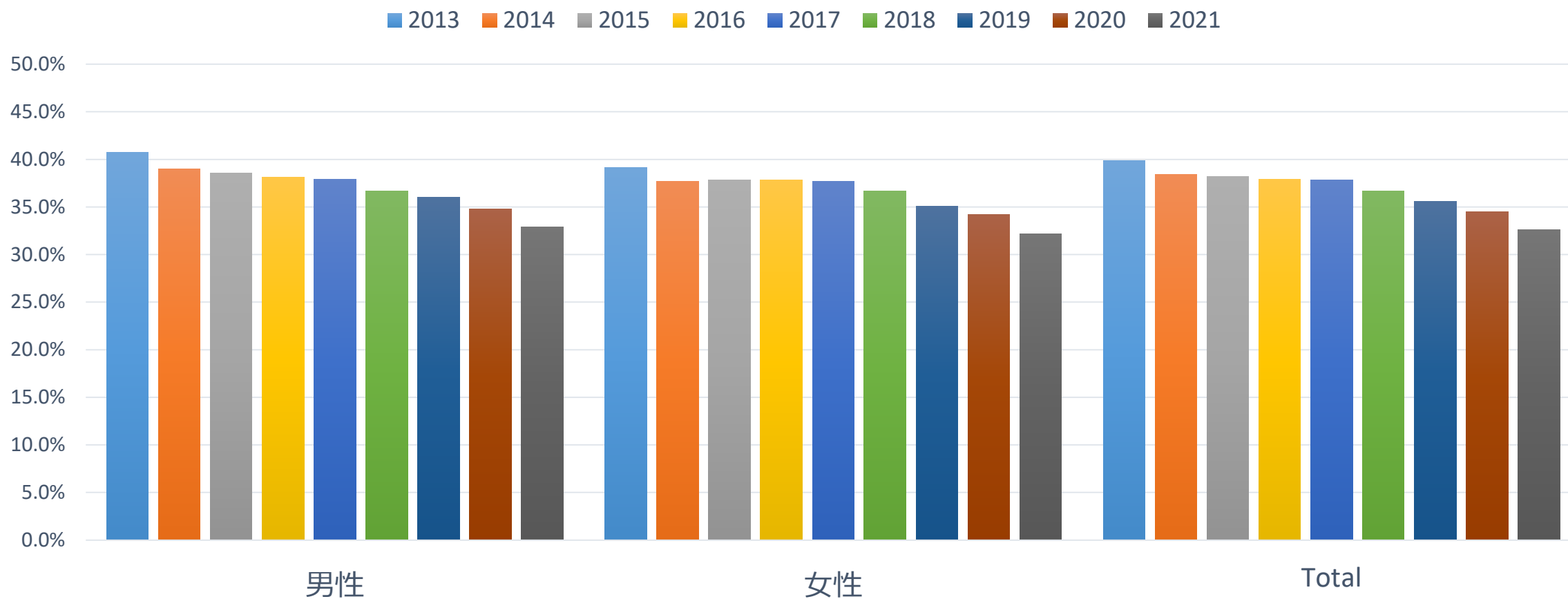
脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例



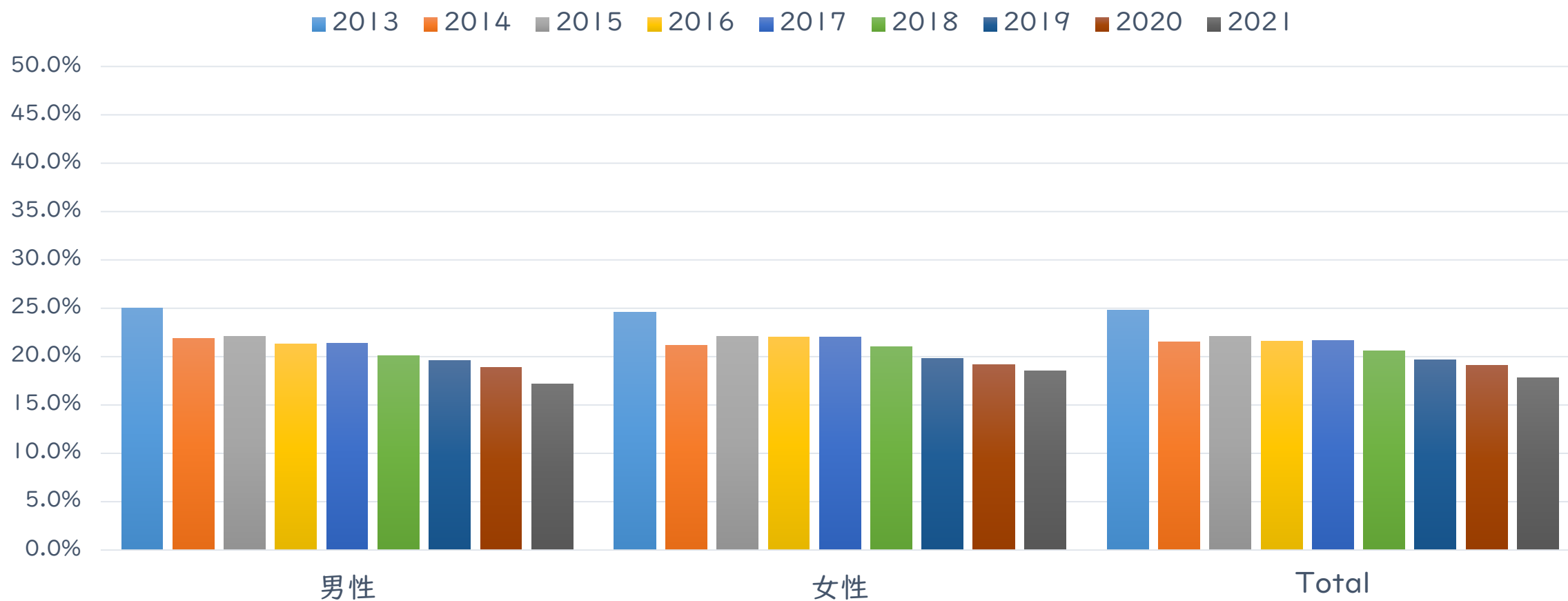
心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例



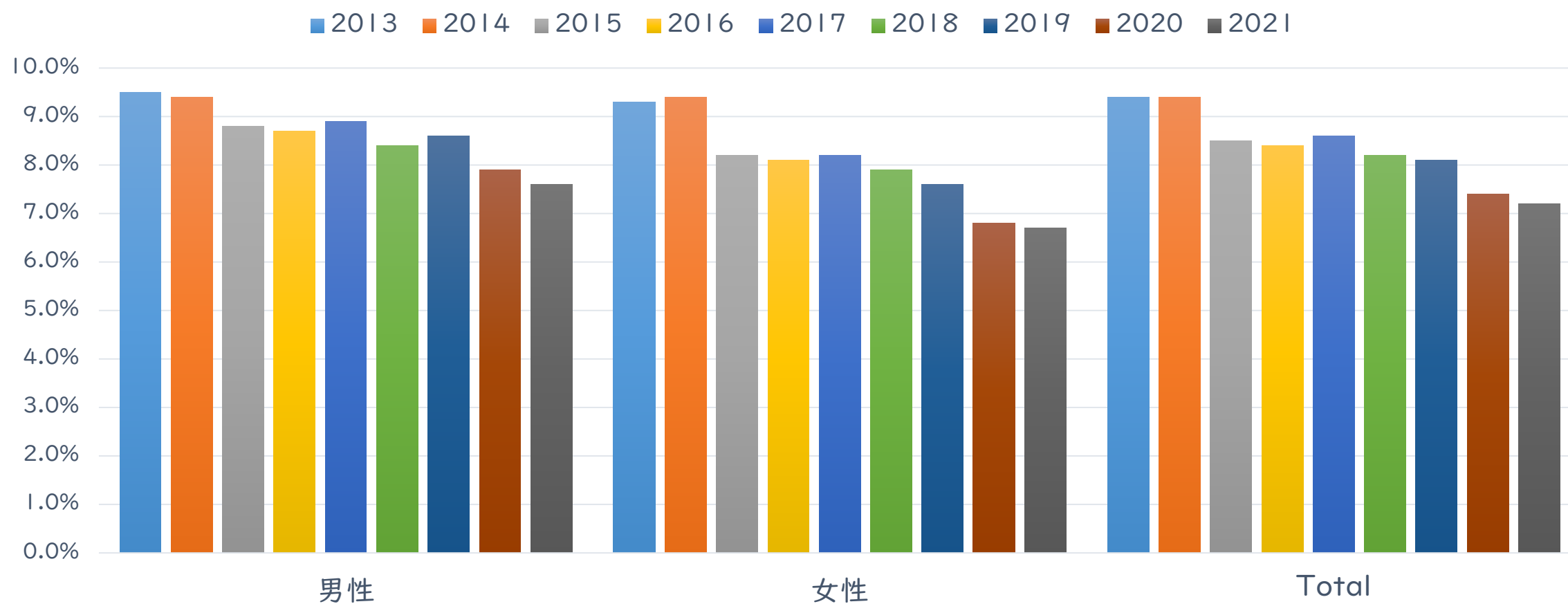
心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例



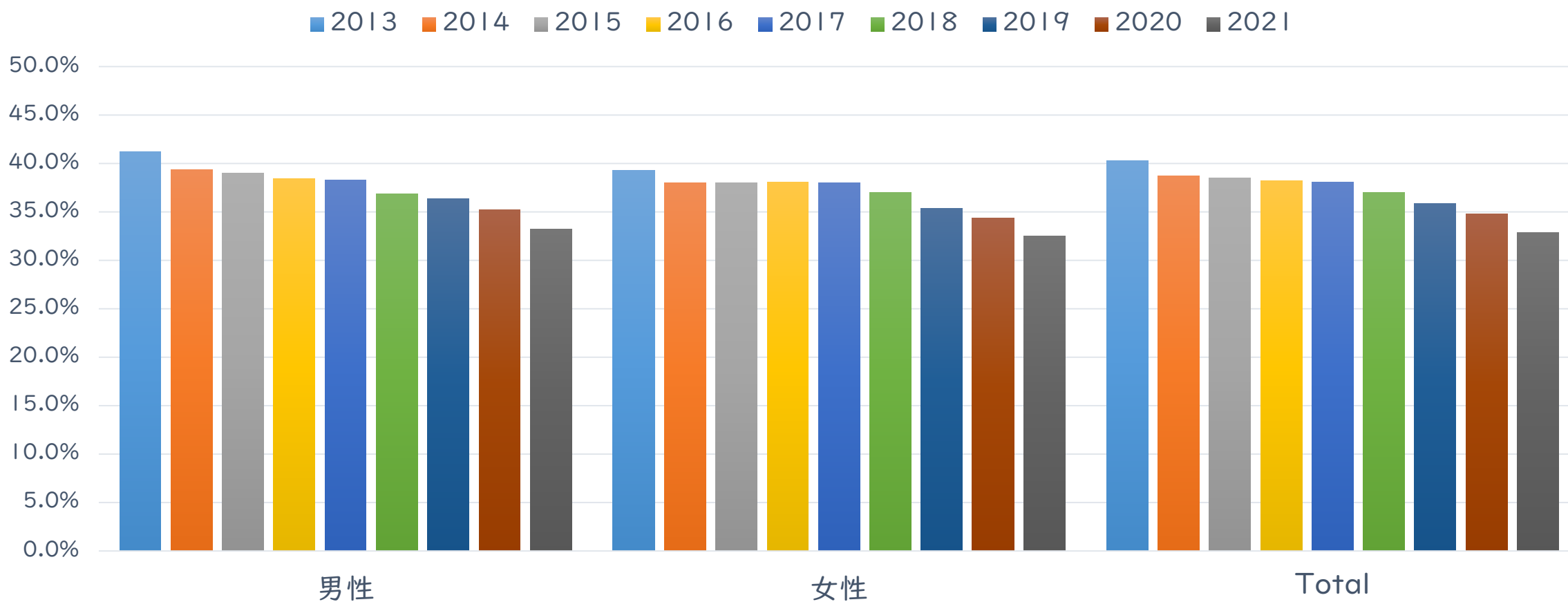
心不全退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例



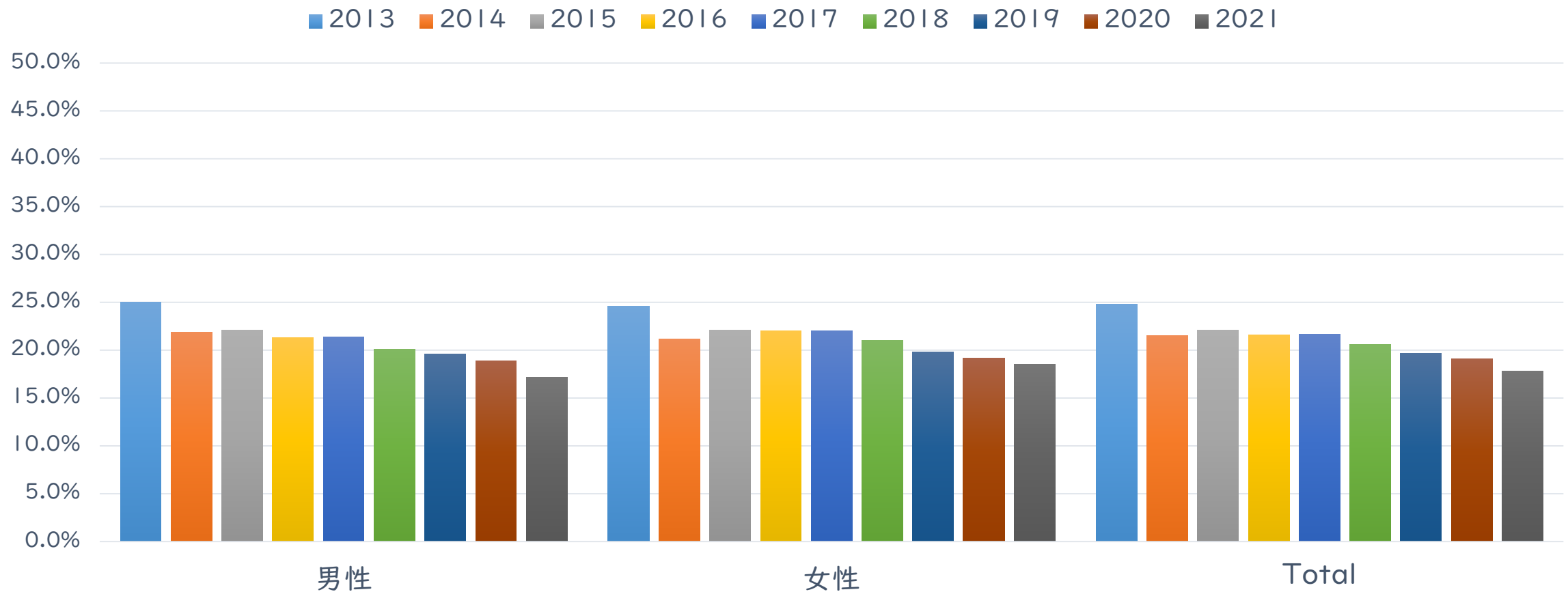
心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例



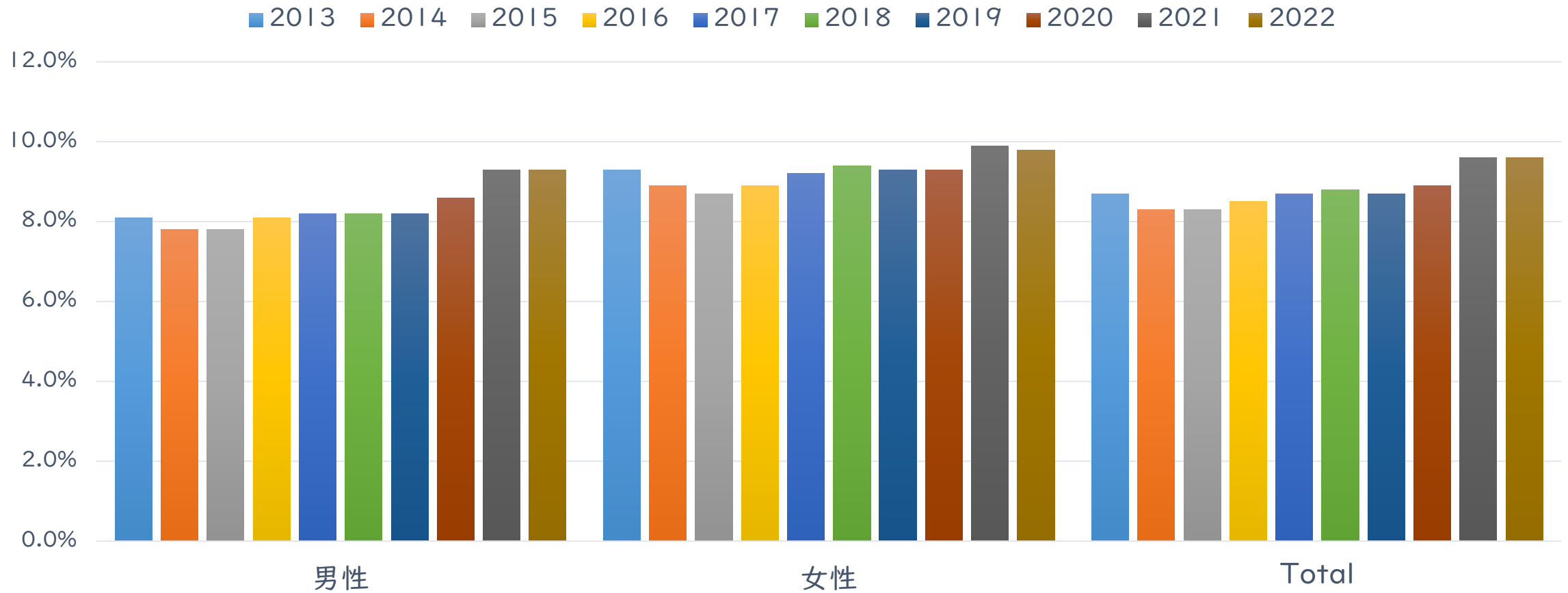
心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例



心不全症例30日以内の死亡率

分子	分母のうち、30日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例



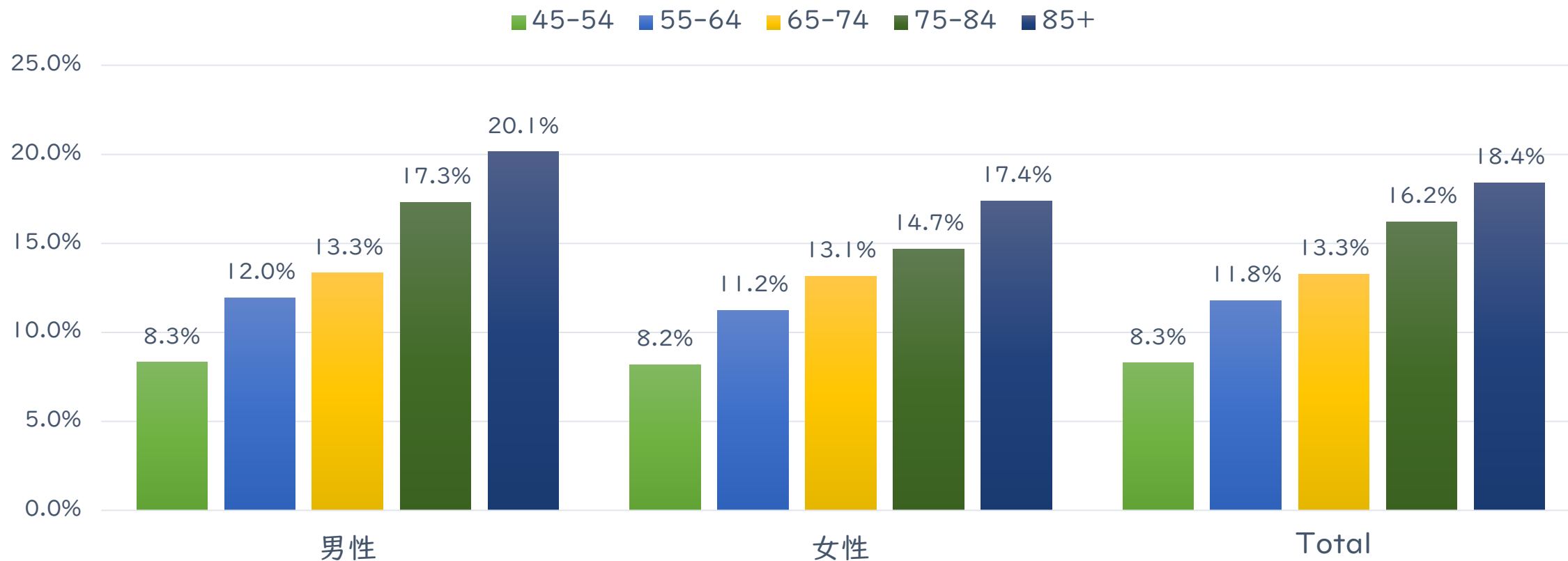
最新年(2021年)の年齢別結果

※心不全症例30日以内の死亡率のみ2022年

脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

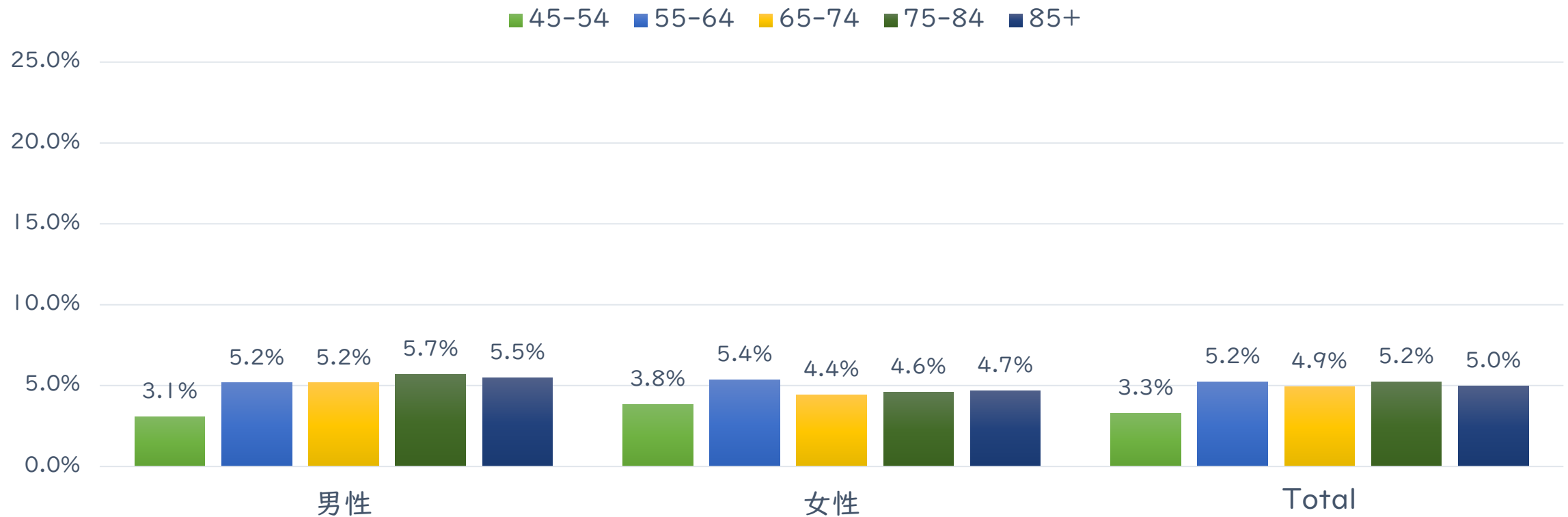
2021年



脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

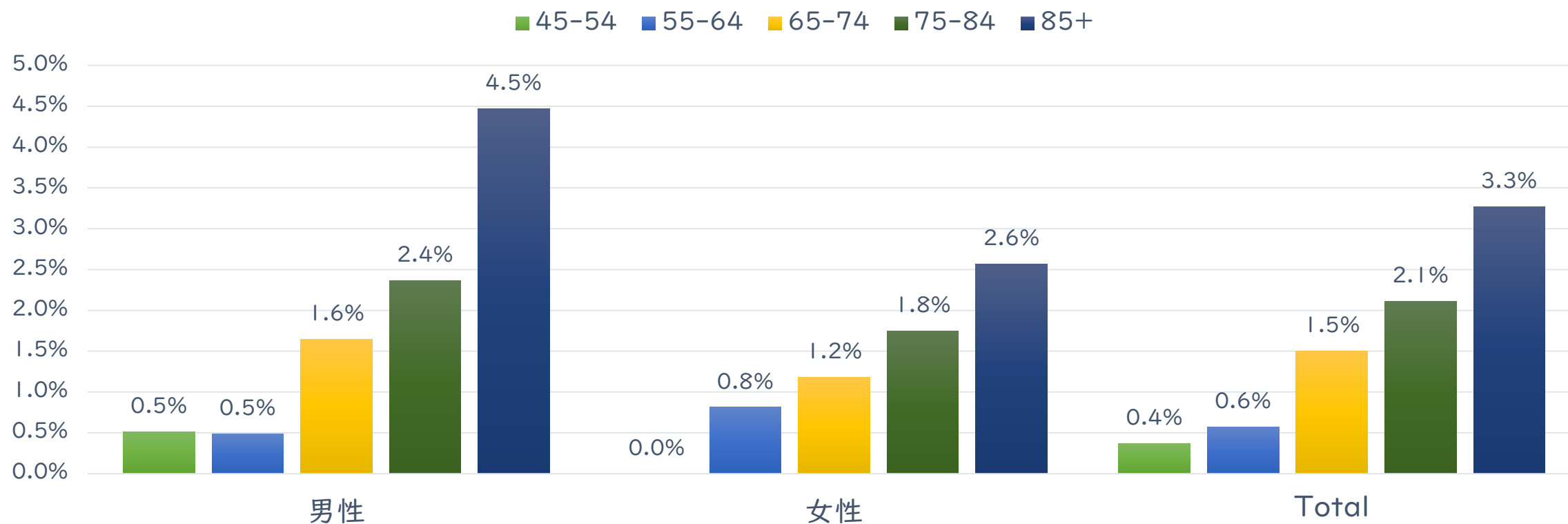
2021年



脳梗塞退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

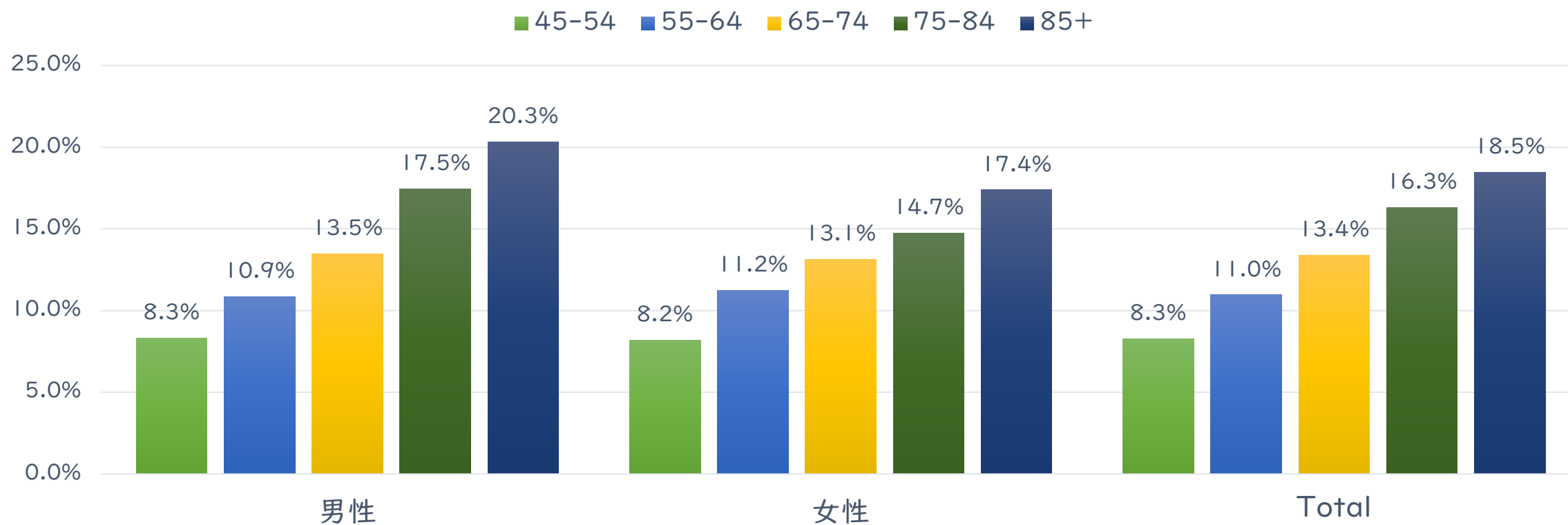
2021年



脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

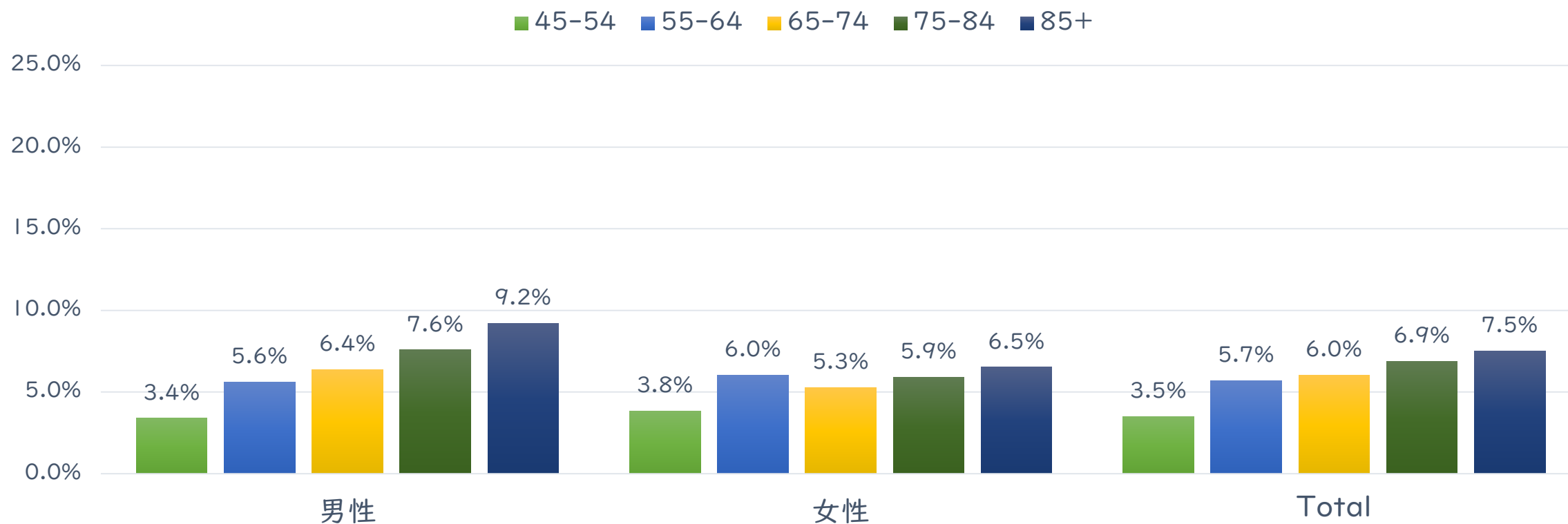
2021年



脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

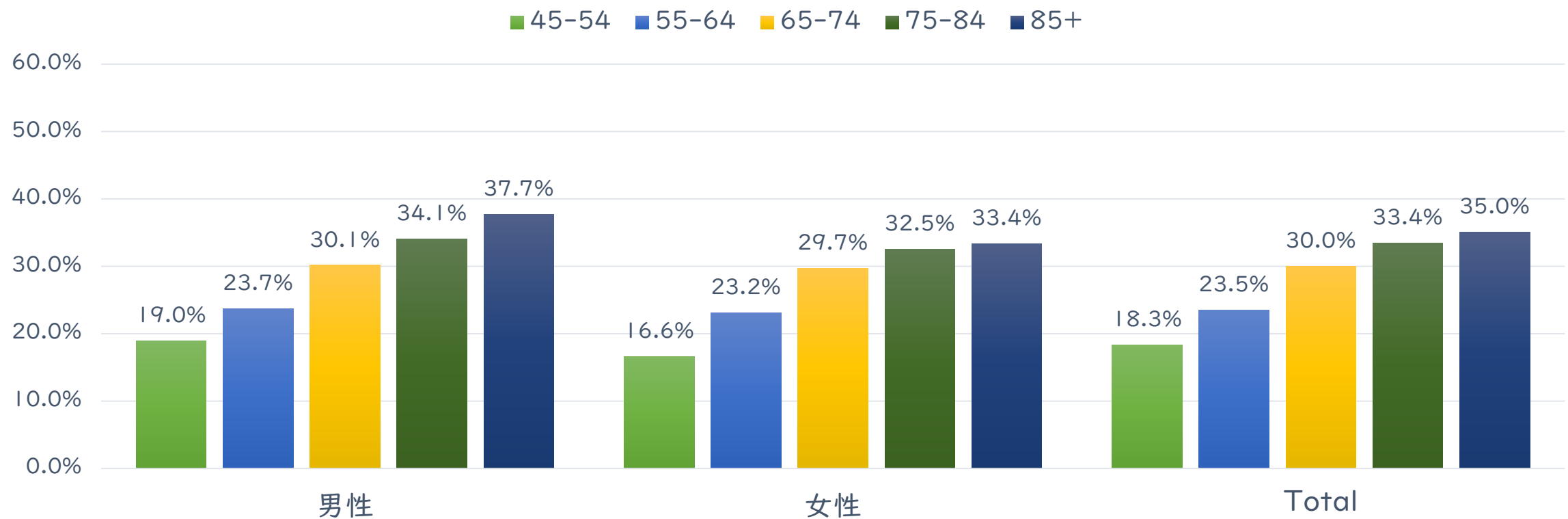
2021年



心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例

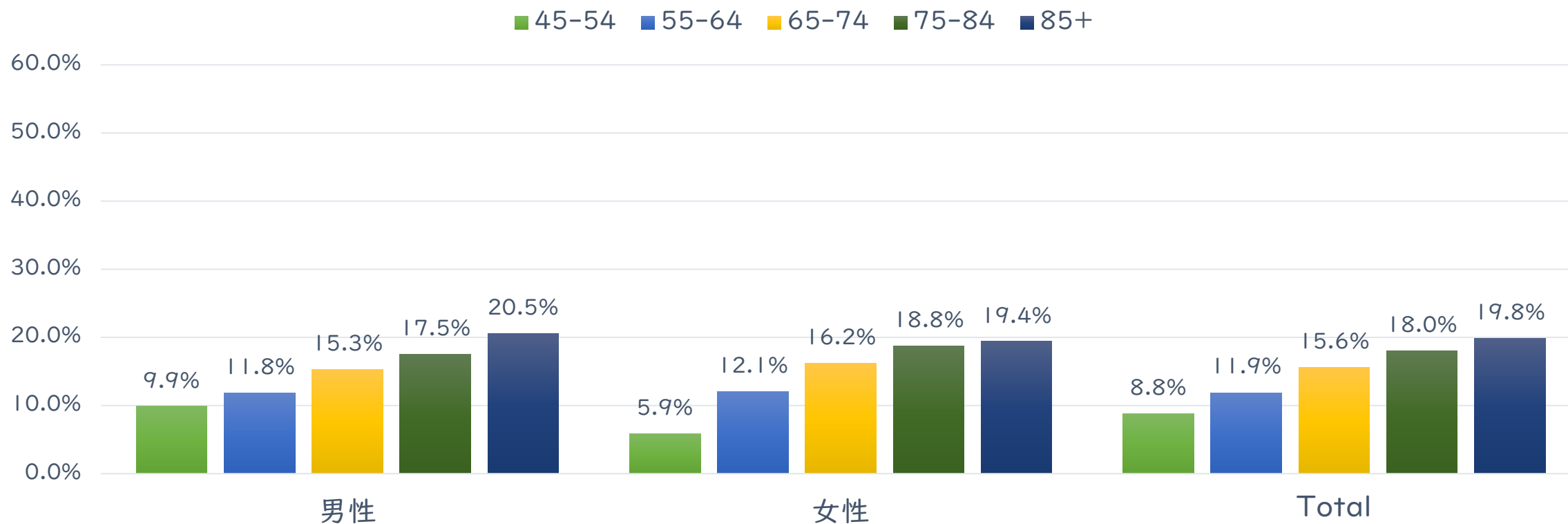
2021年



心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例

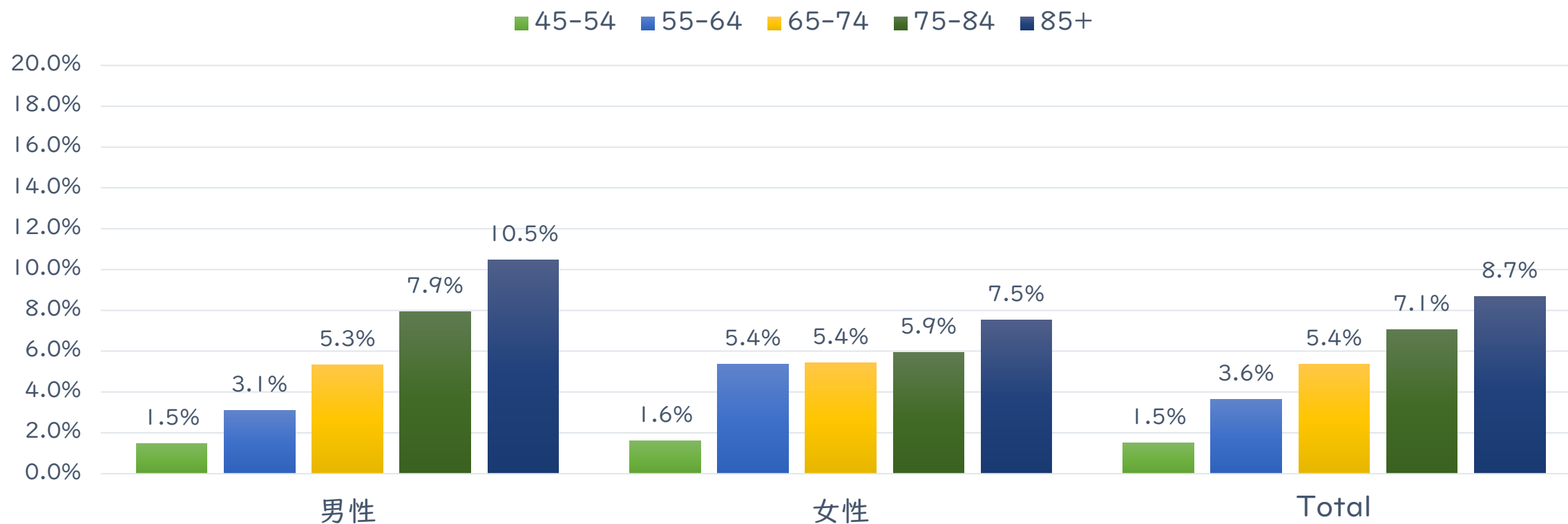
2021年



心不全退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例

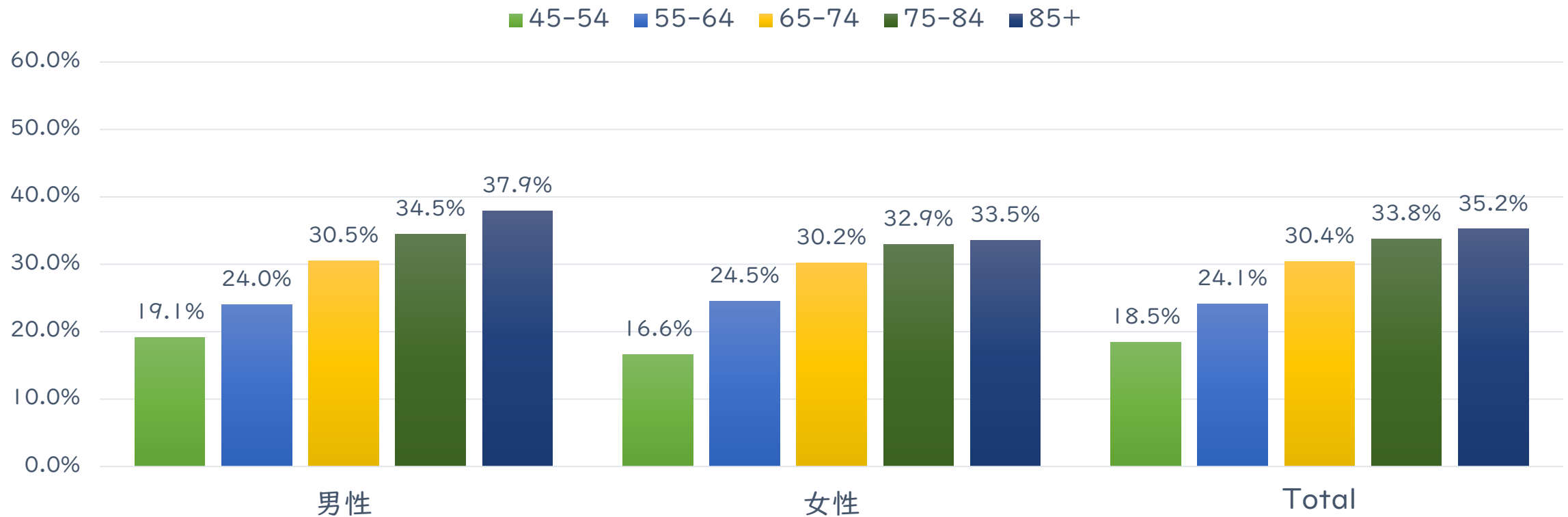
2021年



心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例

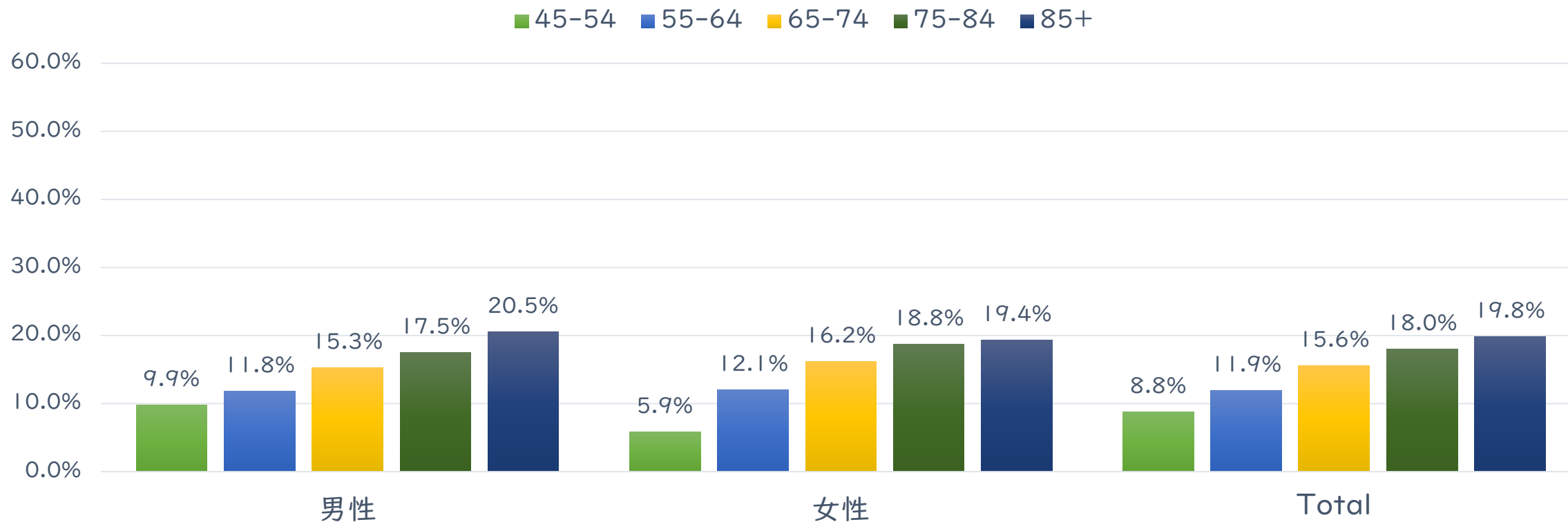
2021年



心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例

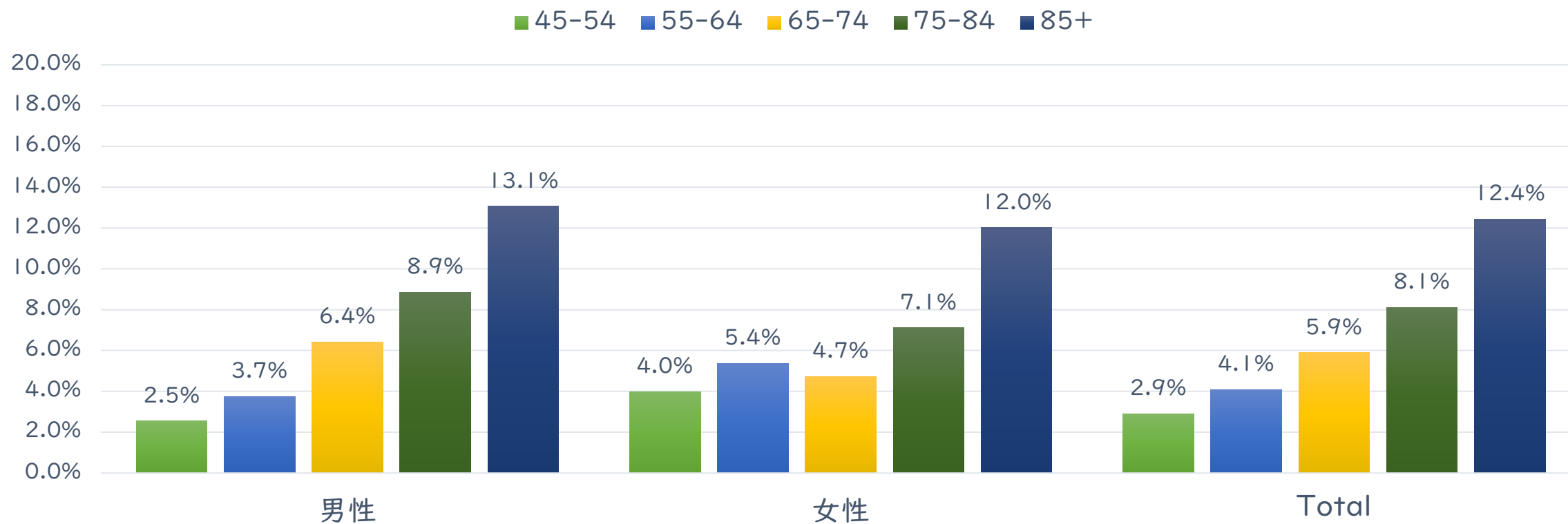
2021年



心不全症例30日以内の死亡率

分子	分母のうち、30日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例

2022年

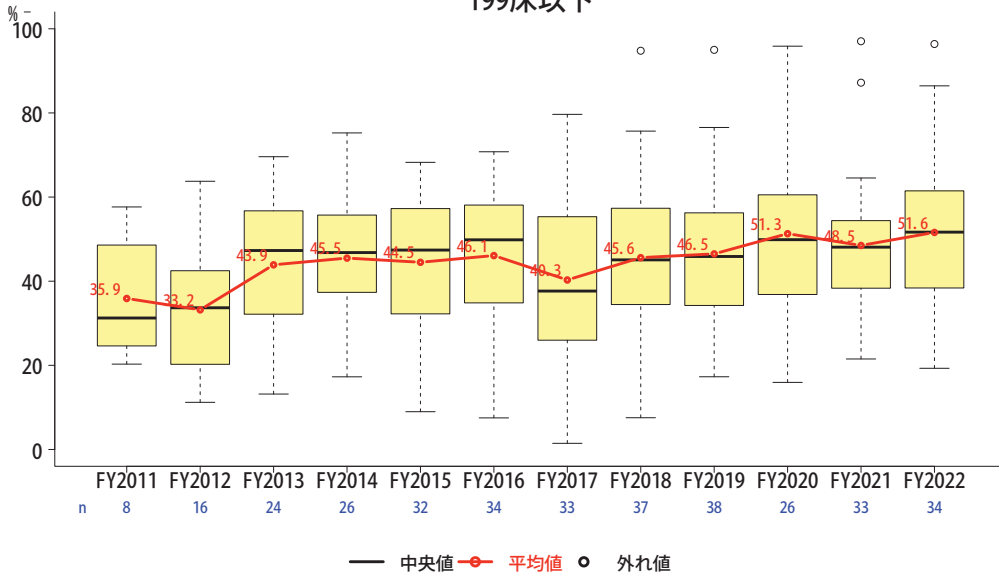


病床区分別結果

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

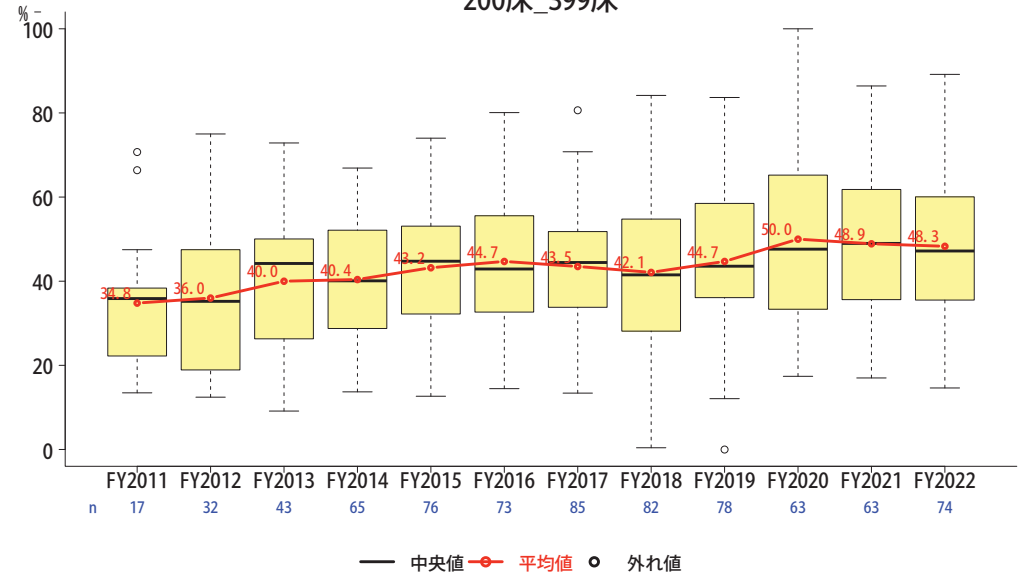
199床以下



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

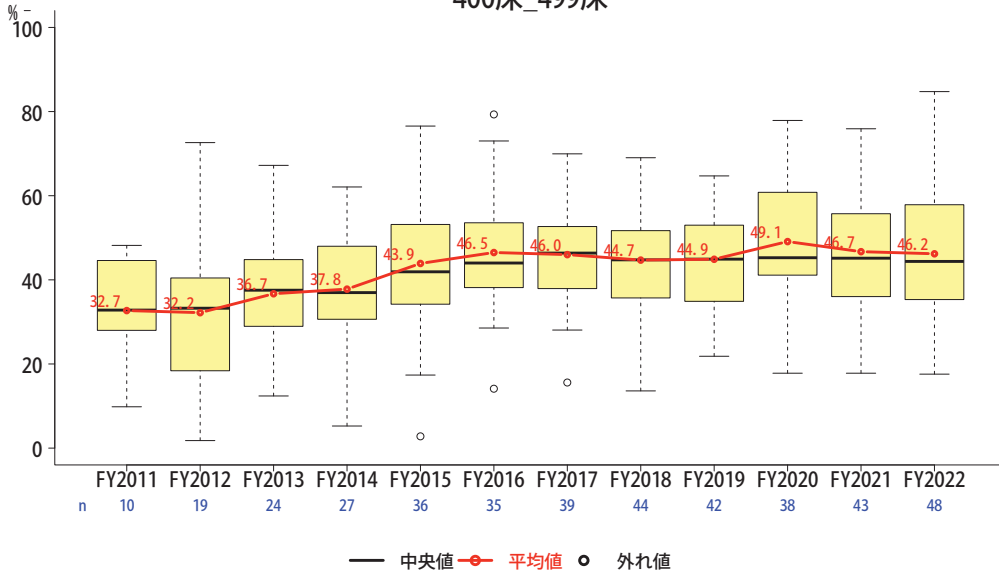
200床_399床



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

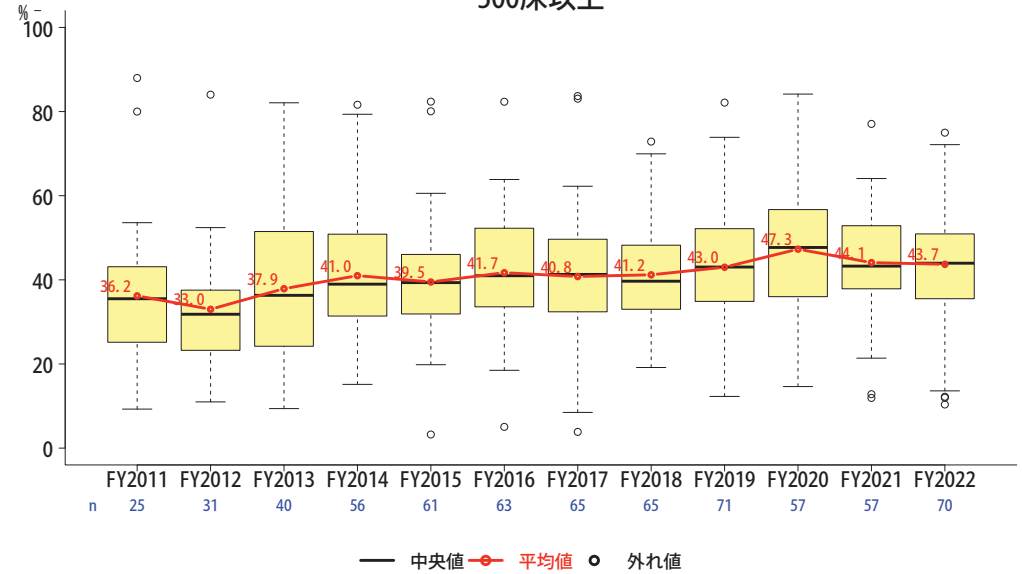
400床_499床



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

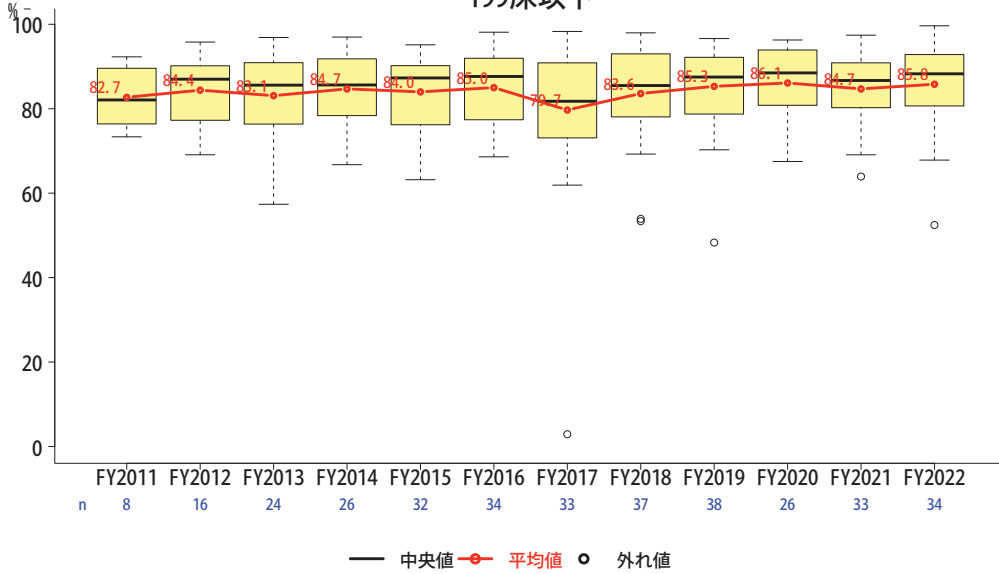
500床以上



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

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

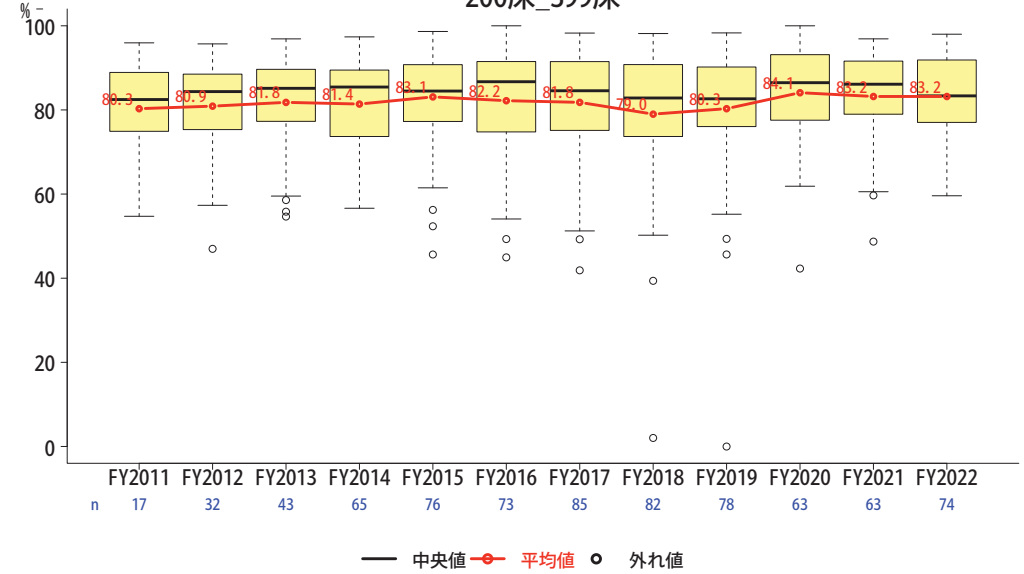
199床以下



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

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

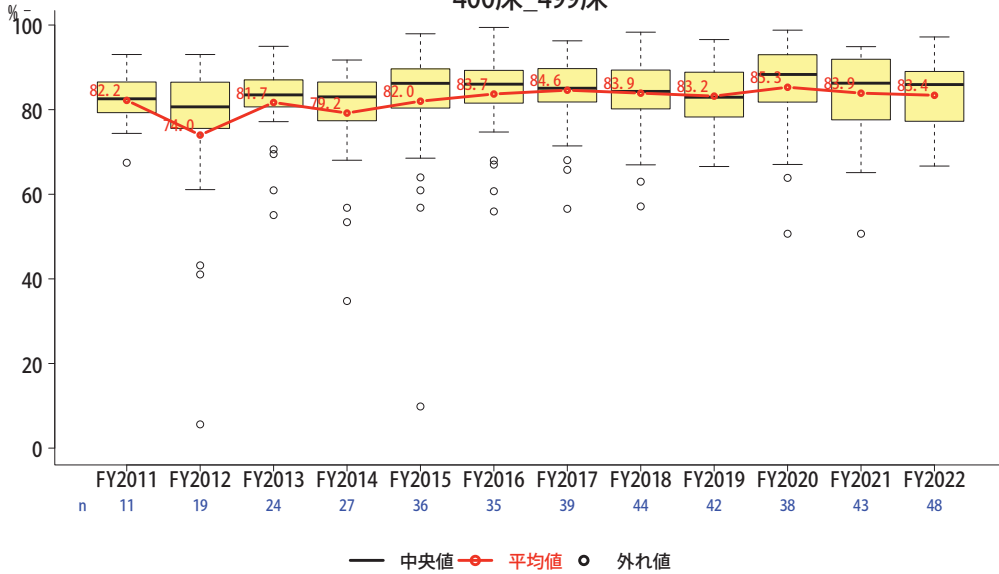
200床_399床



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

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

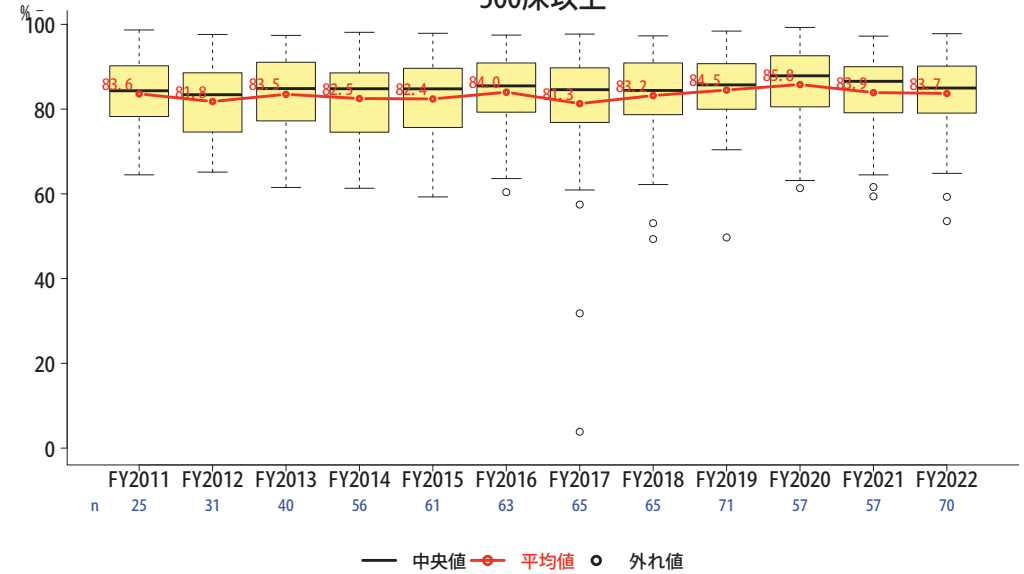
400床_499床



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

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

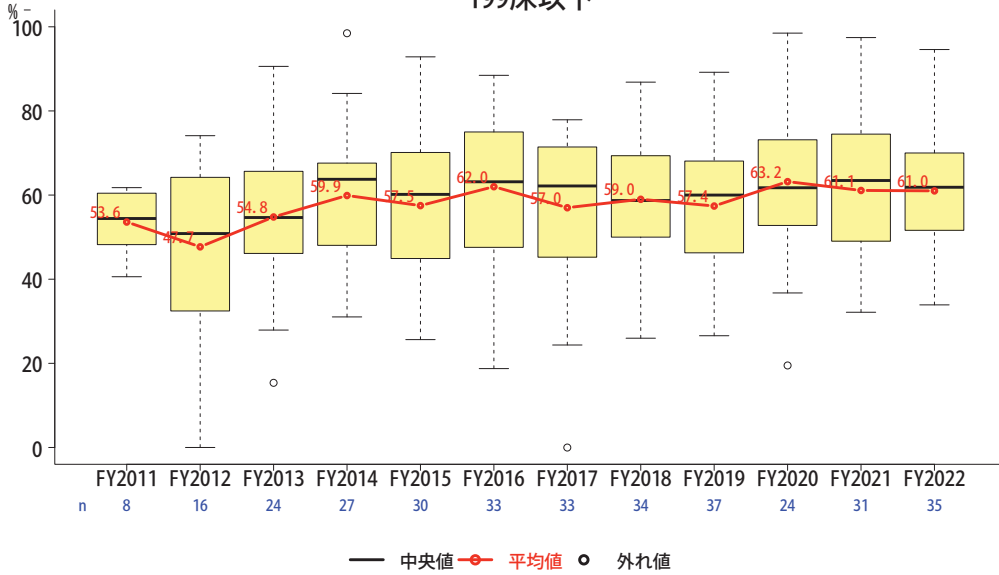
500床以上



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

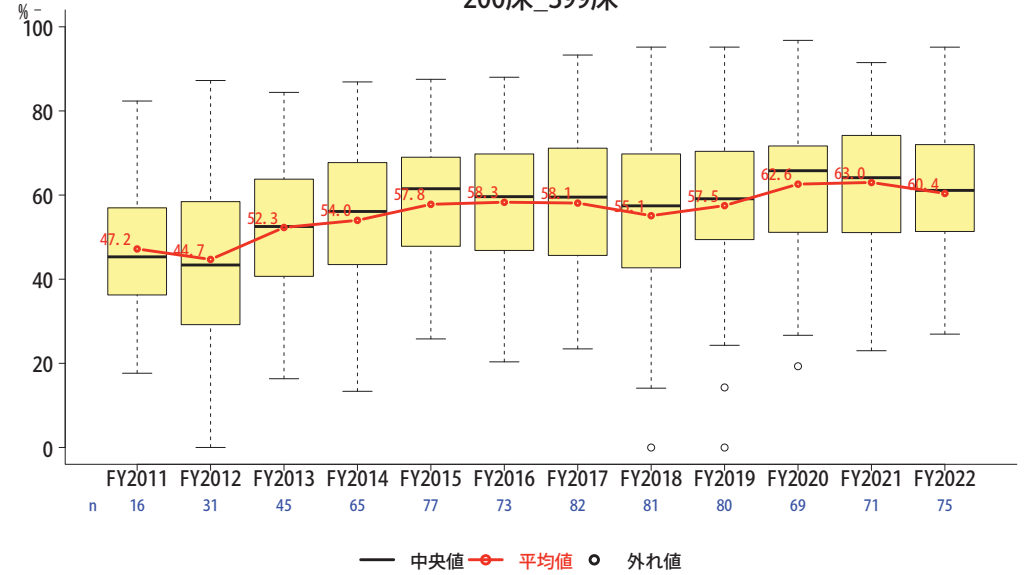
199床以下



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

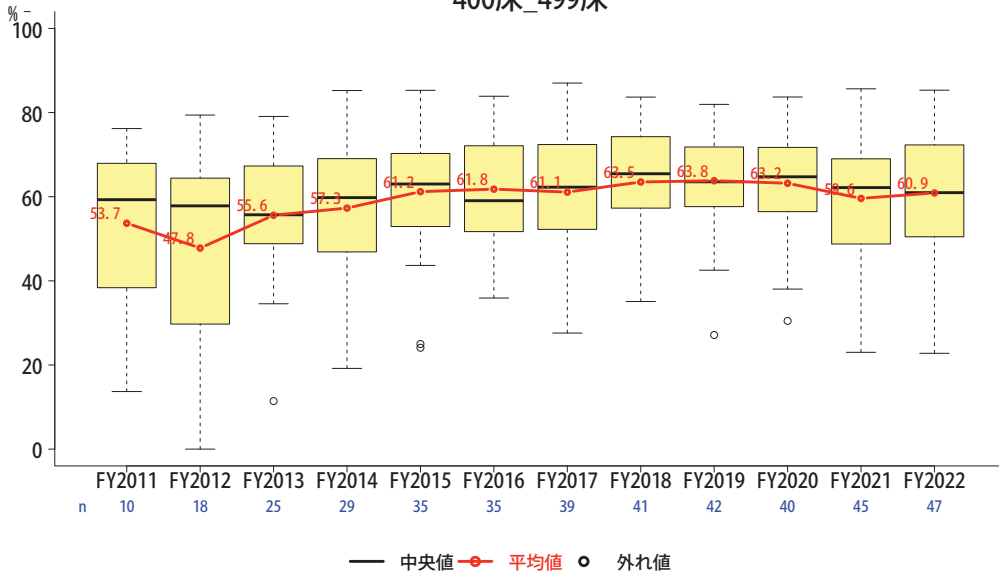
200床_399床



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

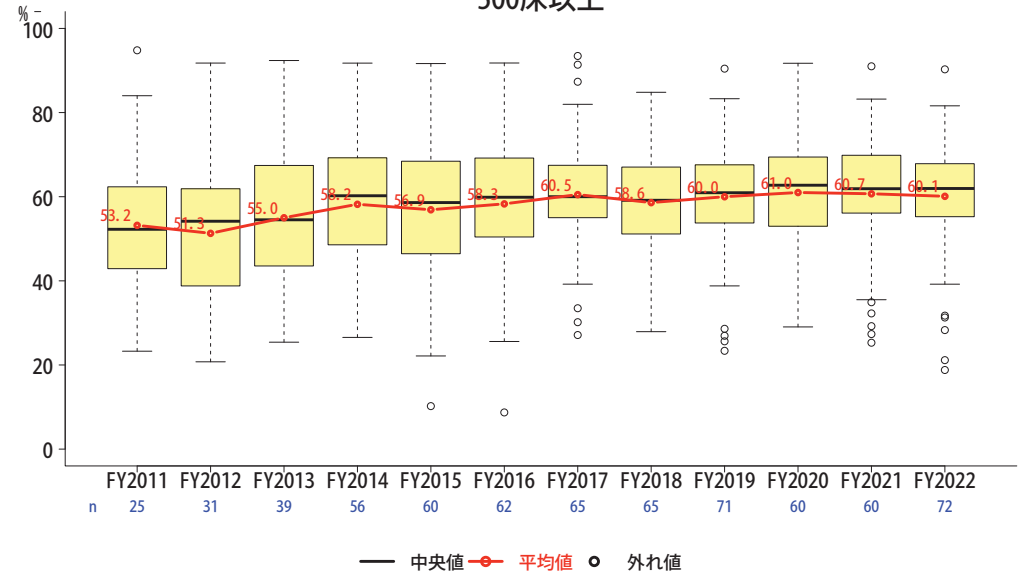
400床_499床



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

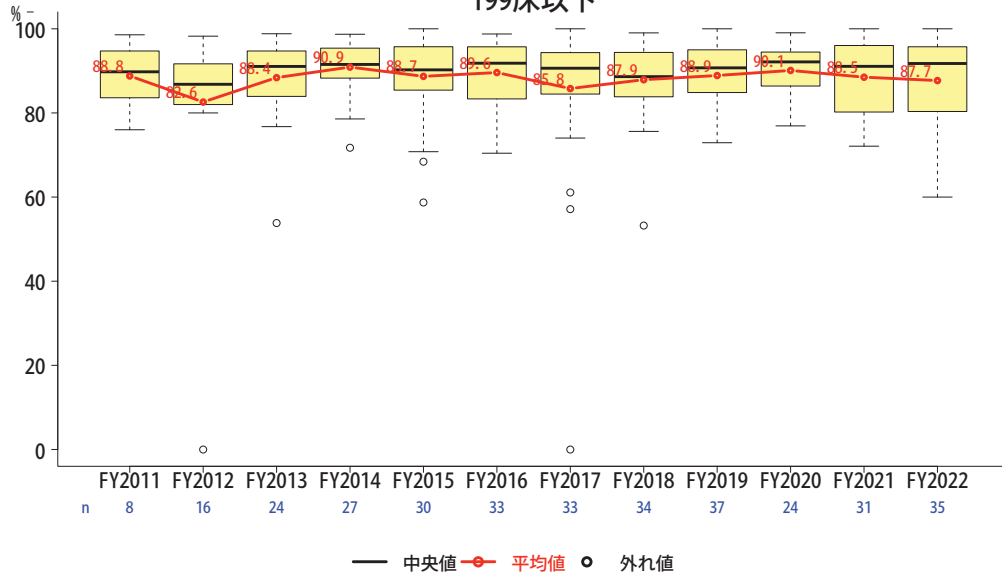
500床以上



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

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

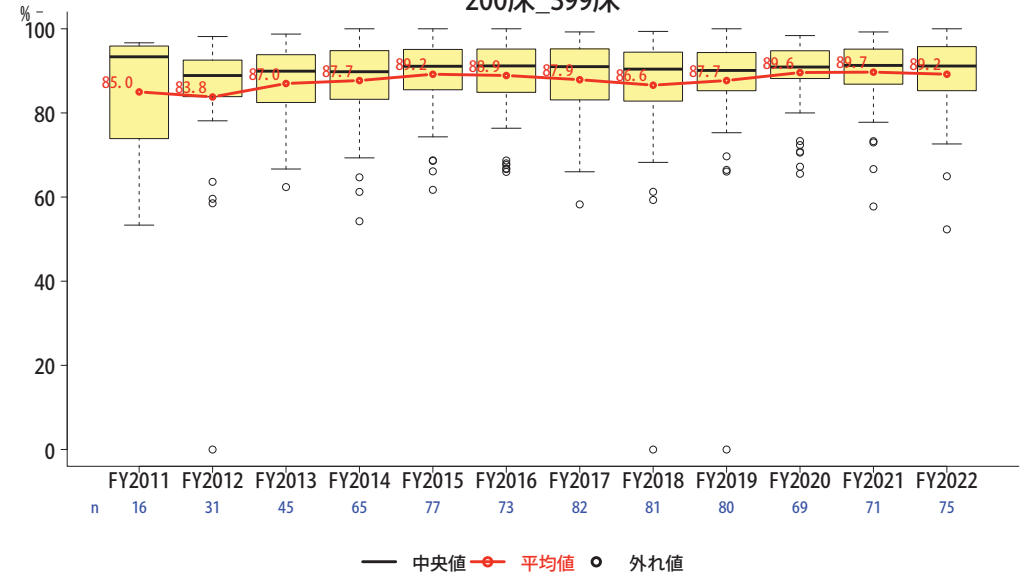
199床以下



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

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

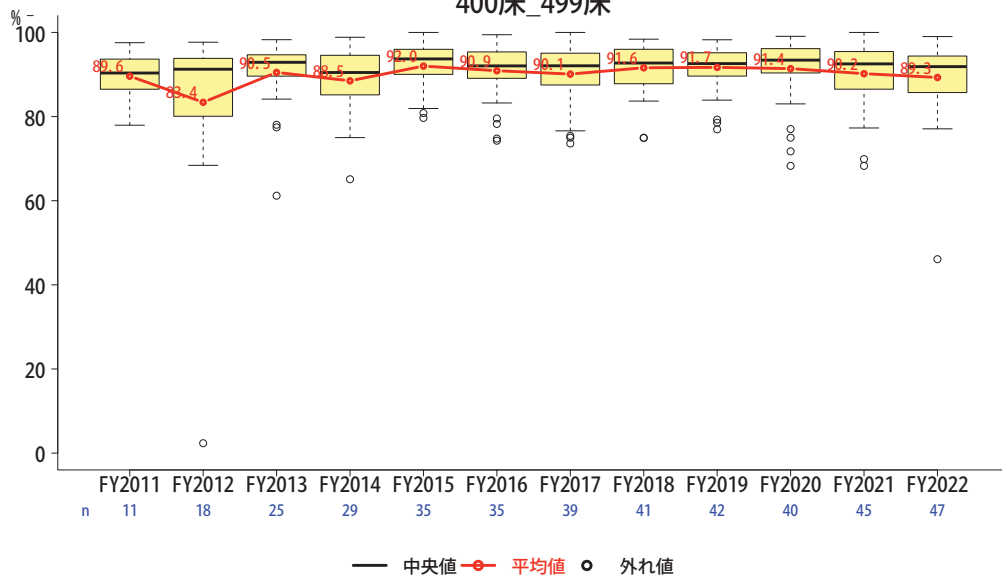
200床_399床



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

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

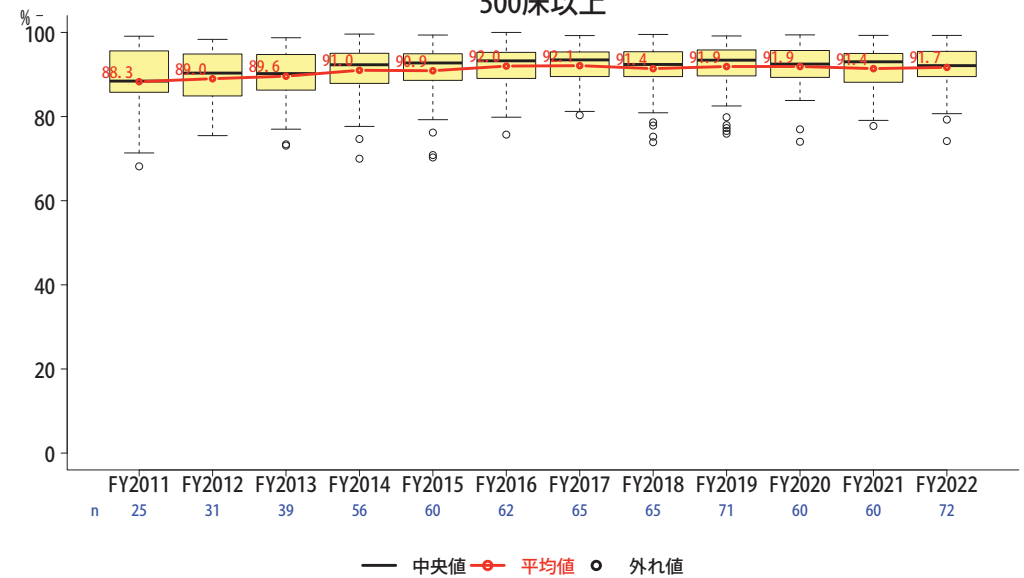
400床_499床



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

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

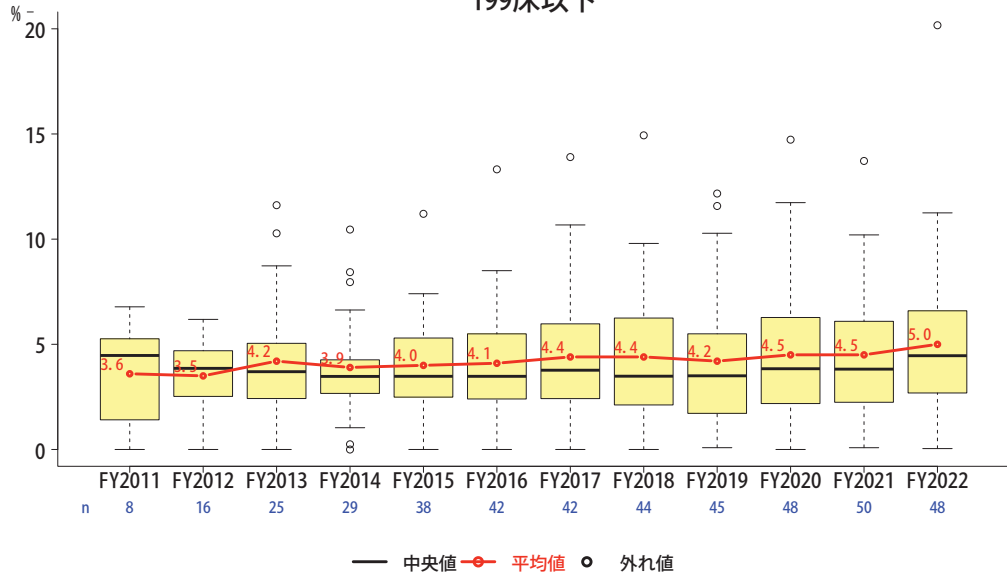
500床以上



一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数
分母:退院患者数

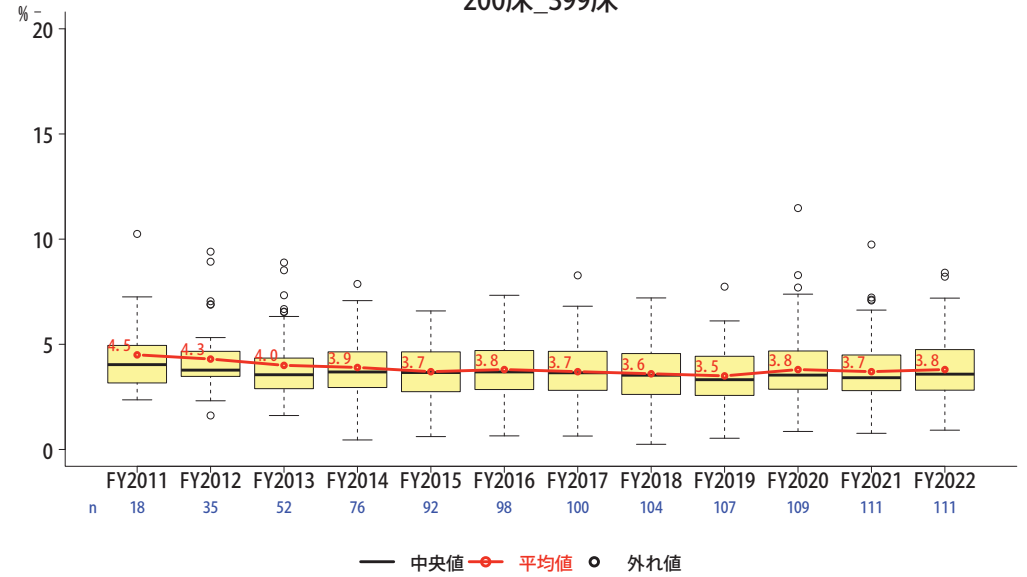
199床以下



一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数
分母:退院患者数

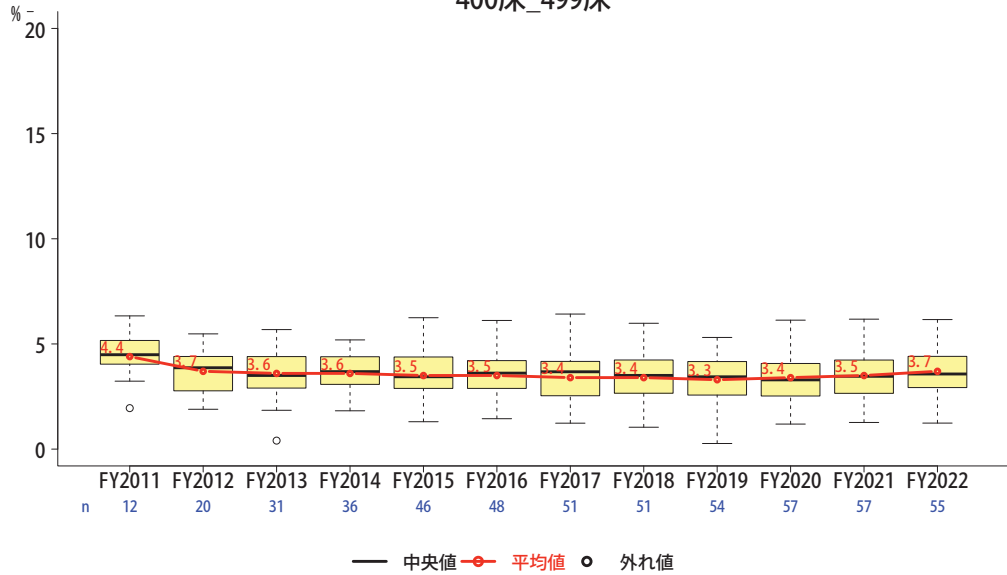
200床_399床



一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数
分母:退院患者数

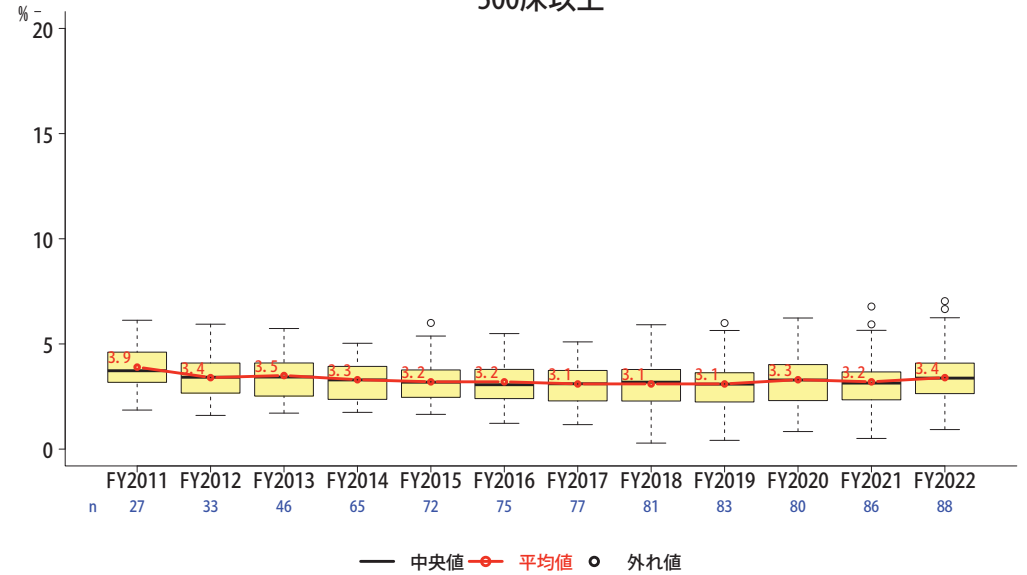
400床_499床



一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数
分母:退院患者数

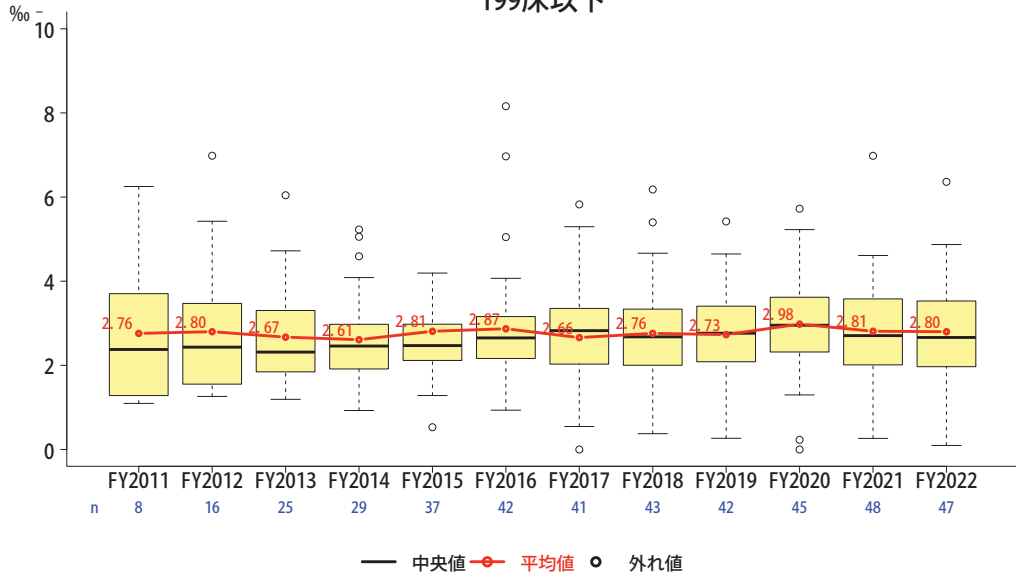
500床以上



一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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

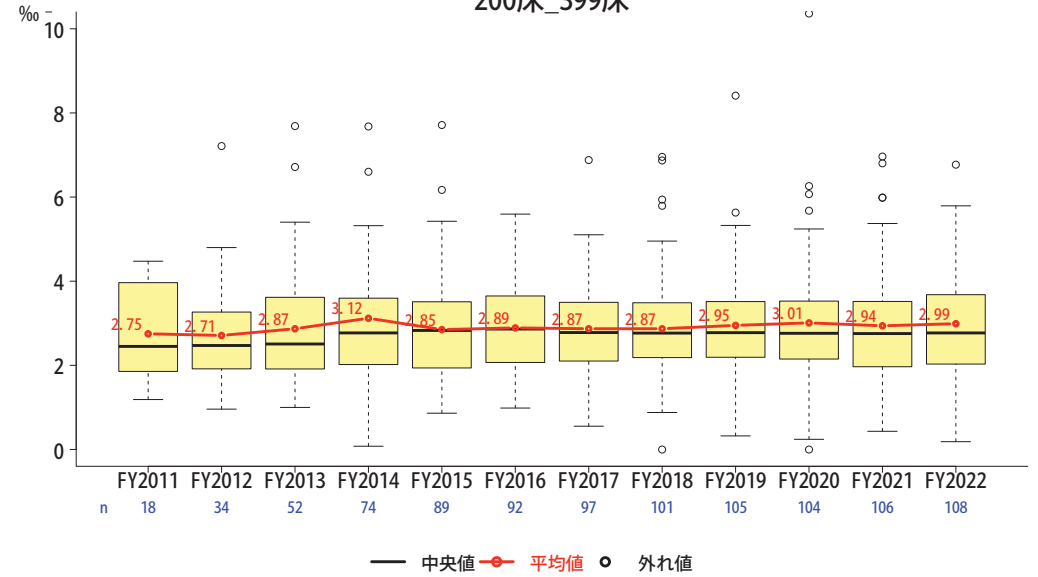
199床以下



一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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

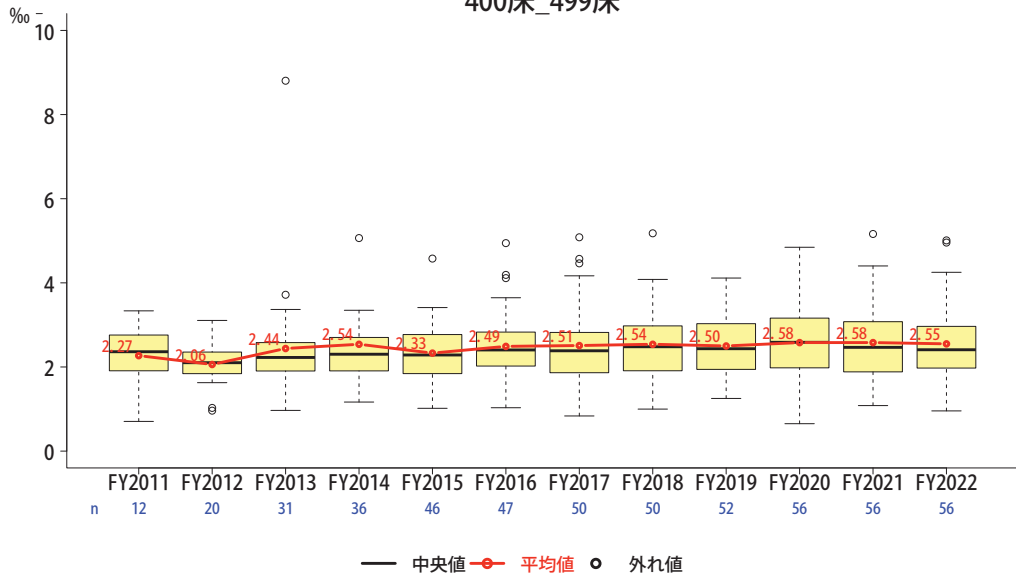
200床_399床



一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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

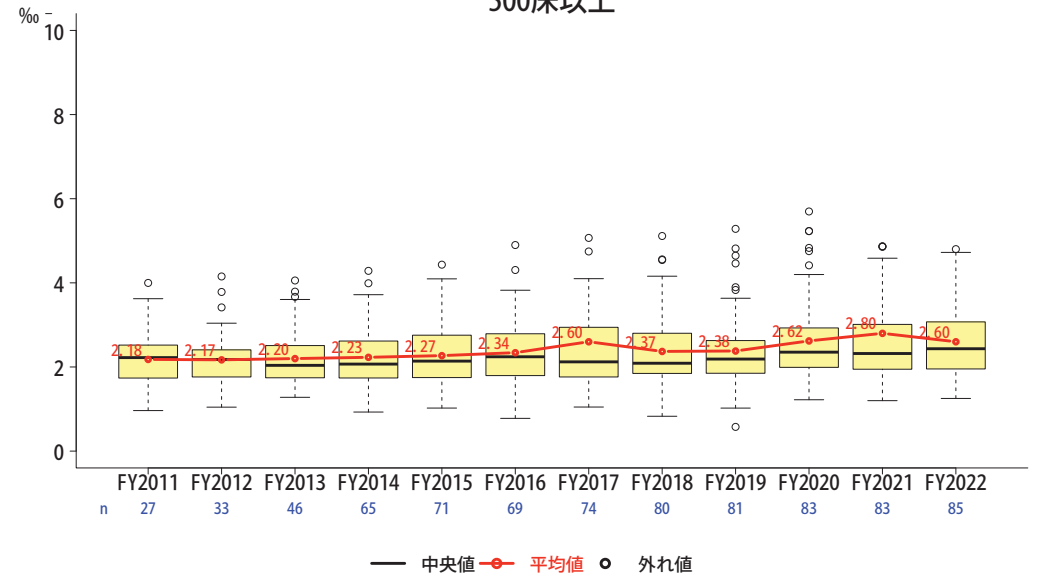
400床_499床



一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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

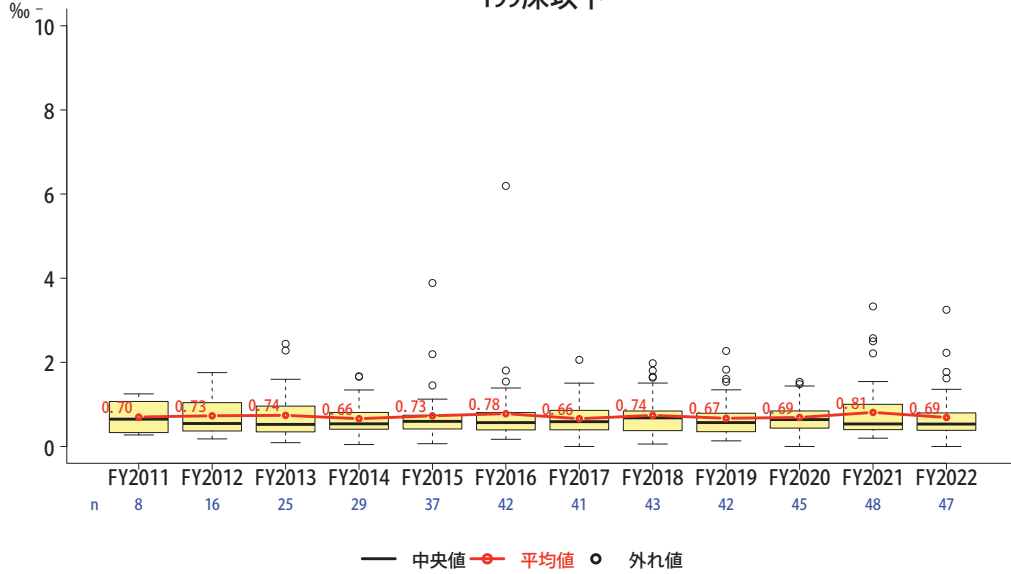
500床以上



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・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

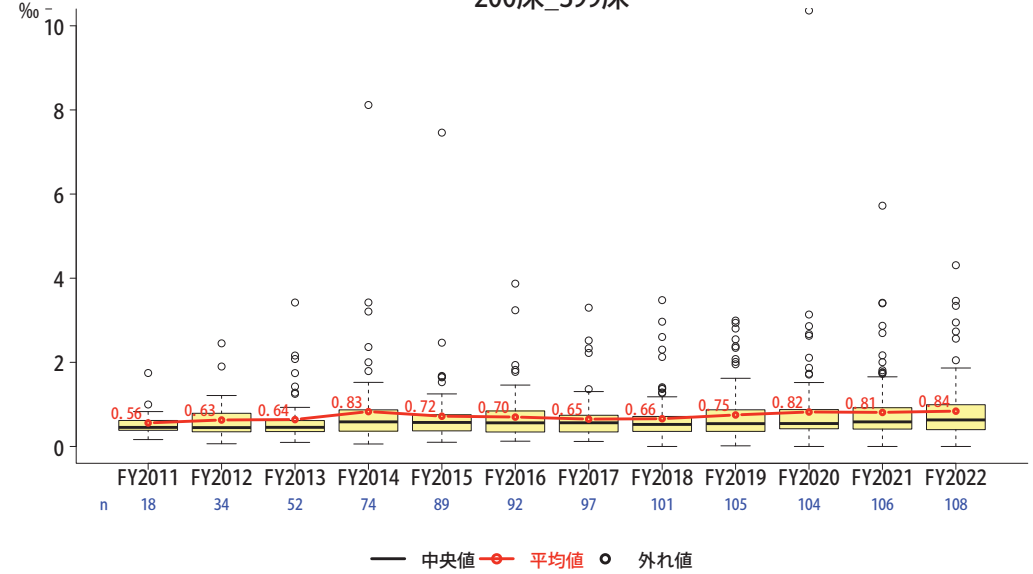
199床以下



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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

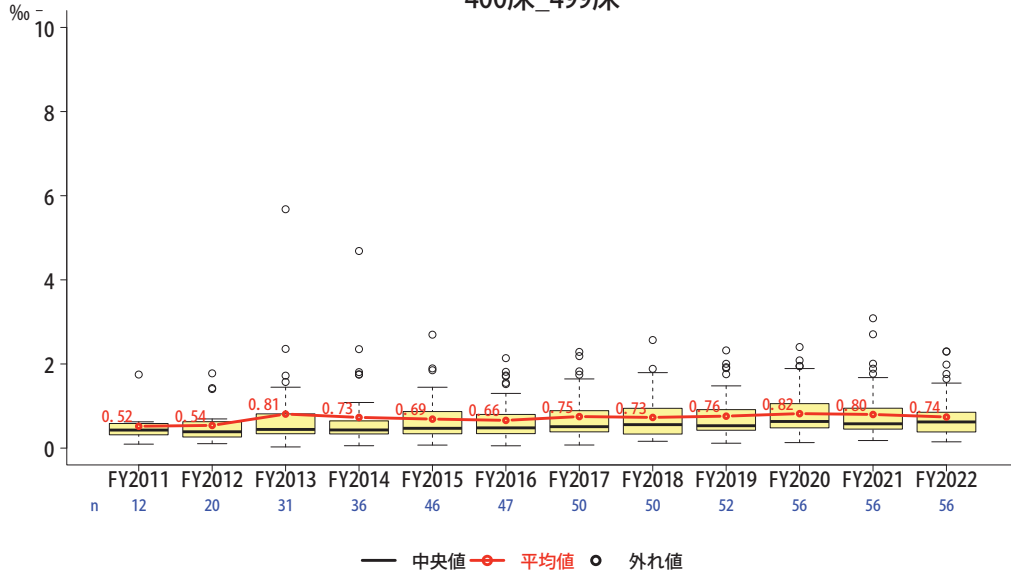
200床_399床



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・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

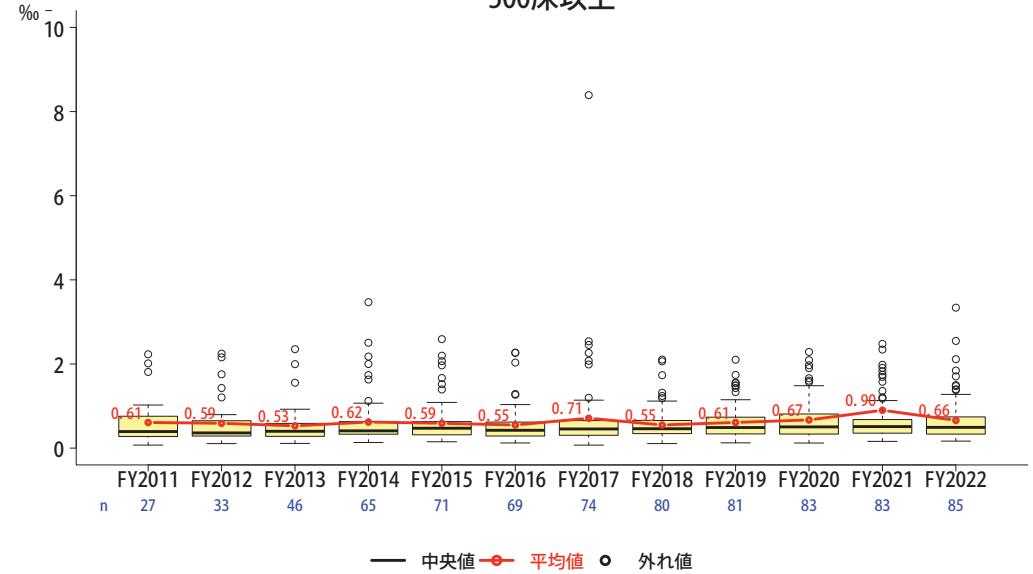
400床_499床



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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

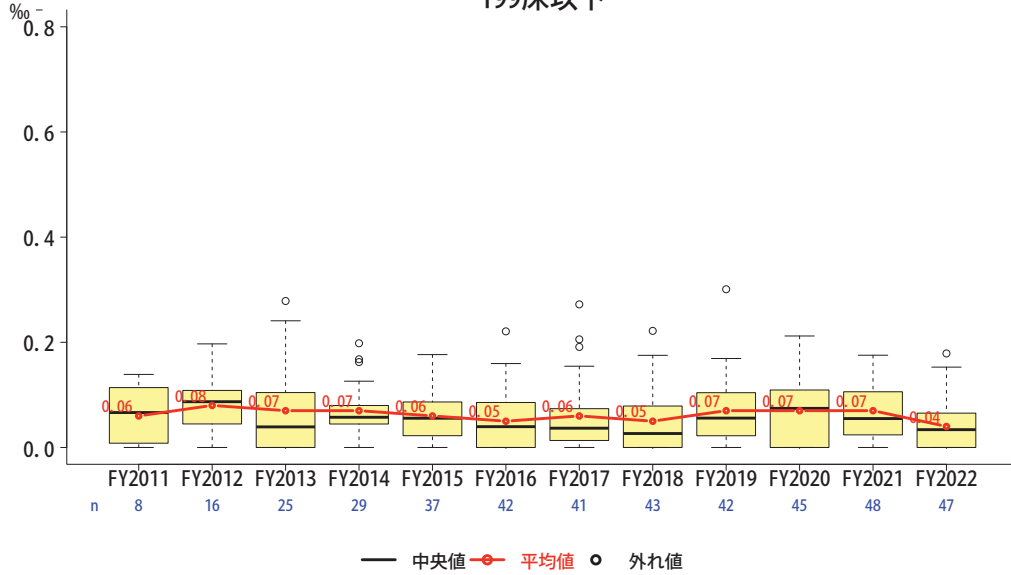
500床以上



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・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

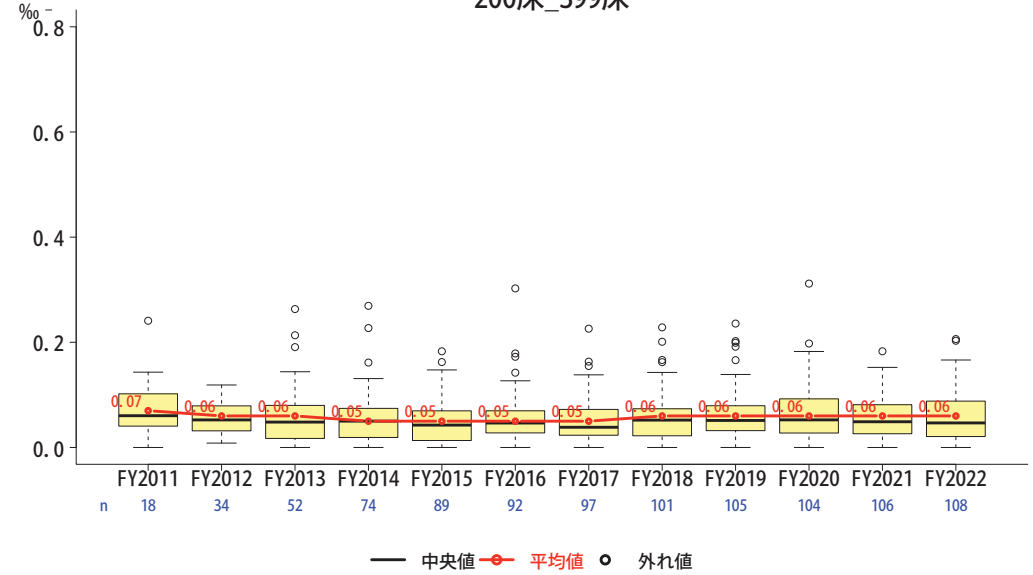
199床以下



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

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

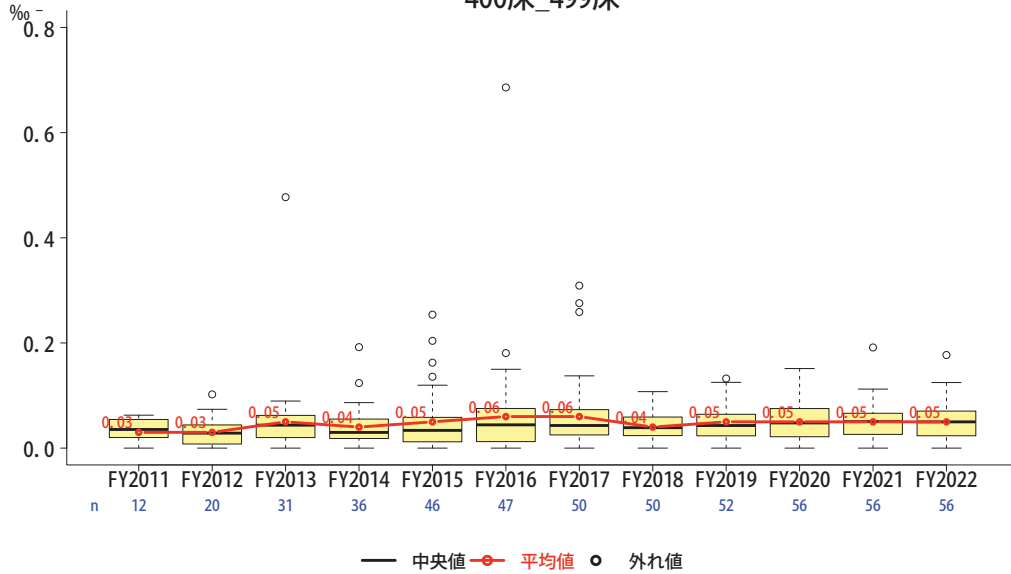
200床_399床



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・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

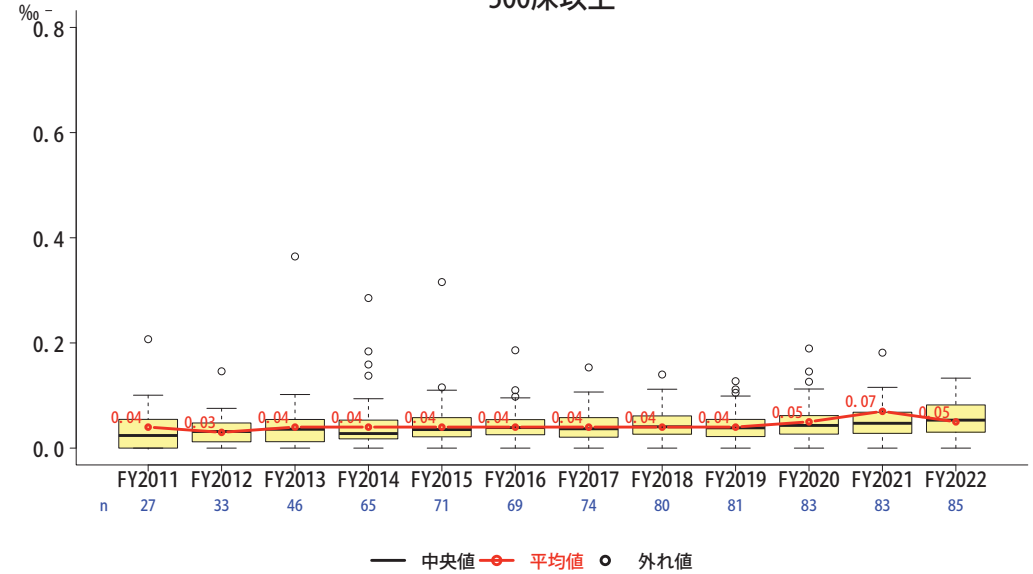
400床_499床



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

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

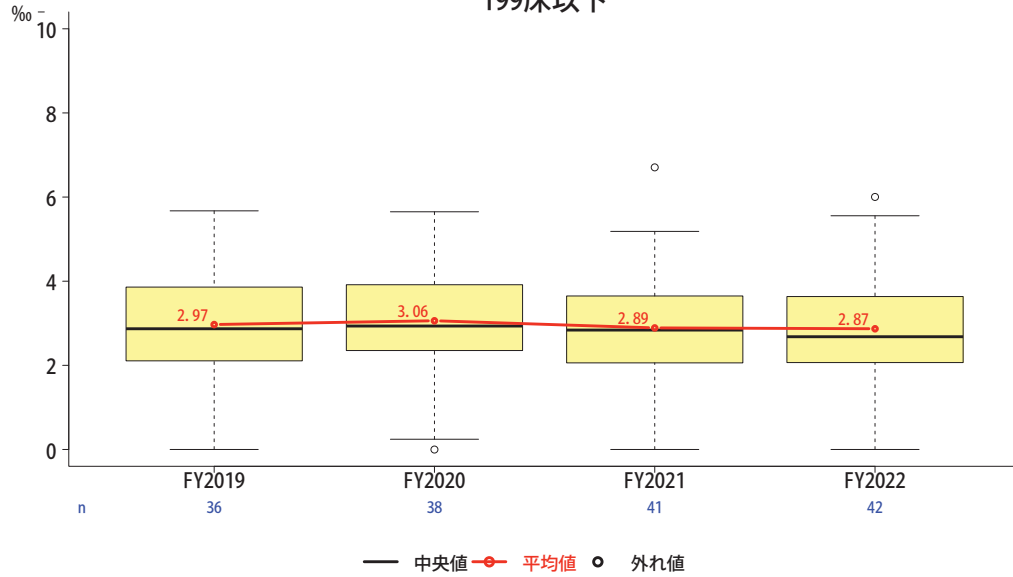
500床以上



一般-9 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

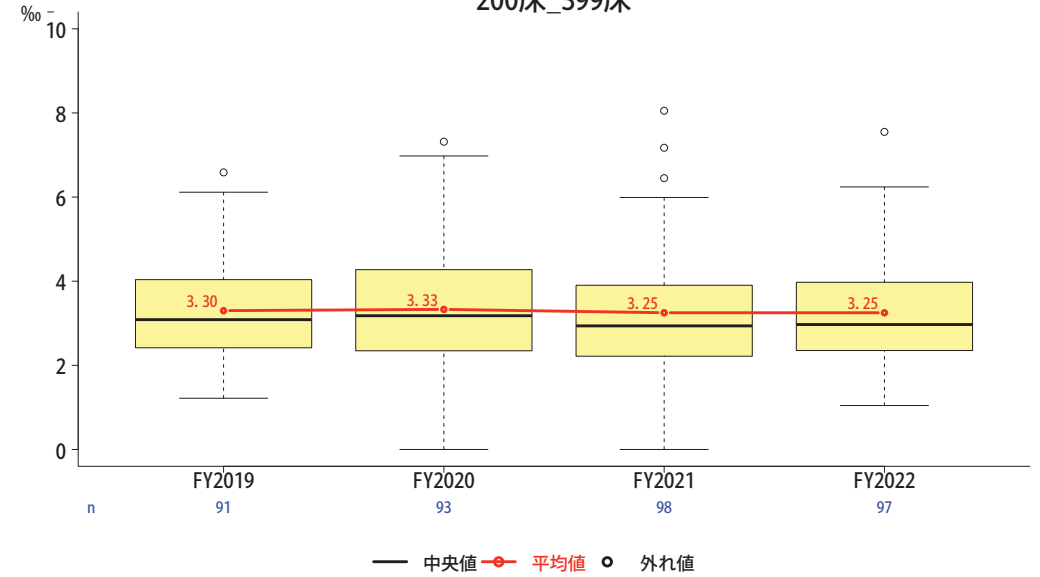
199床以下



一般-9 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

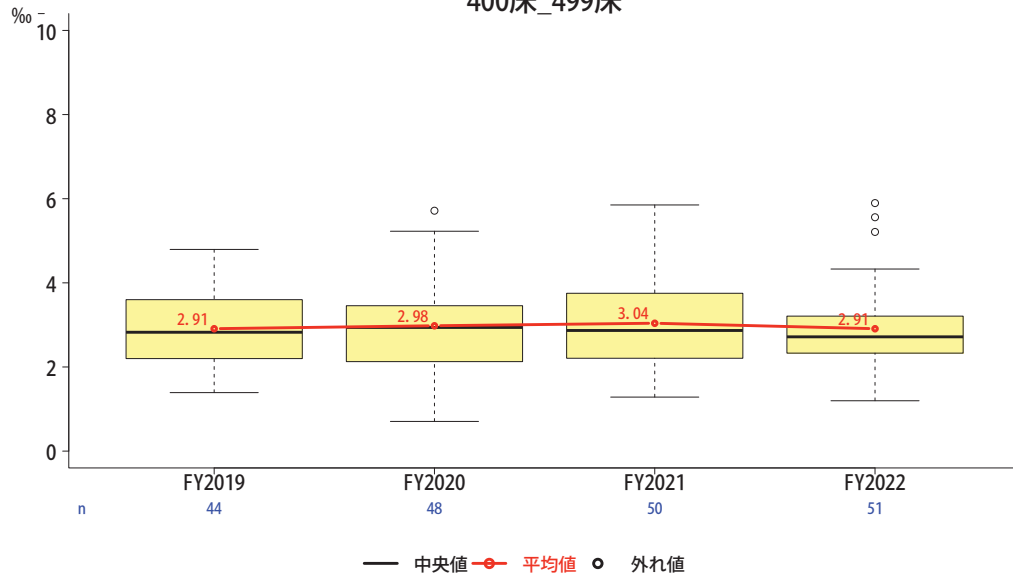
200床_399床



一般-9 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

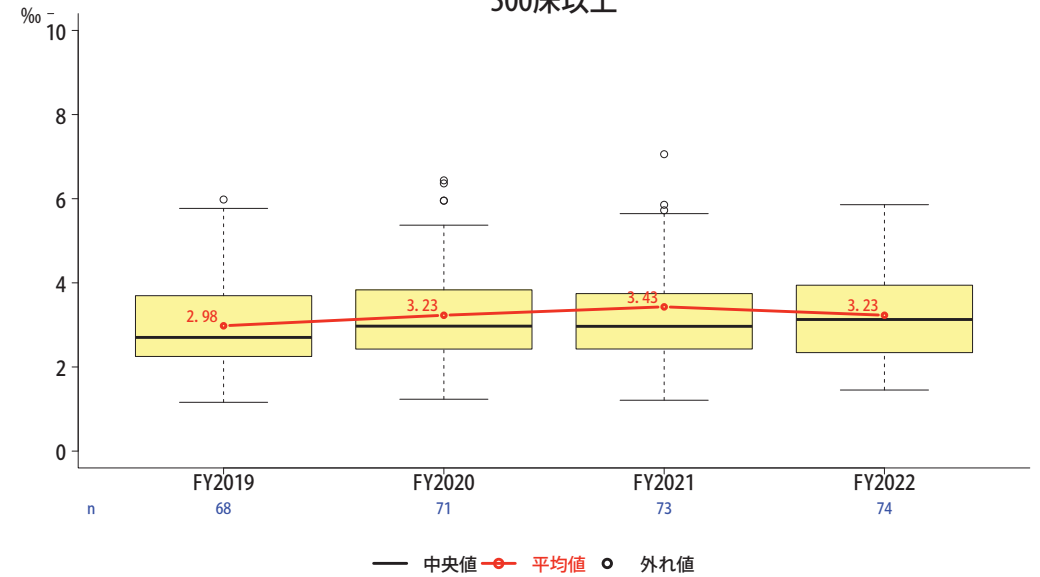
400床_499床



一般-9 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

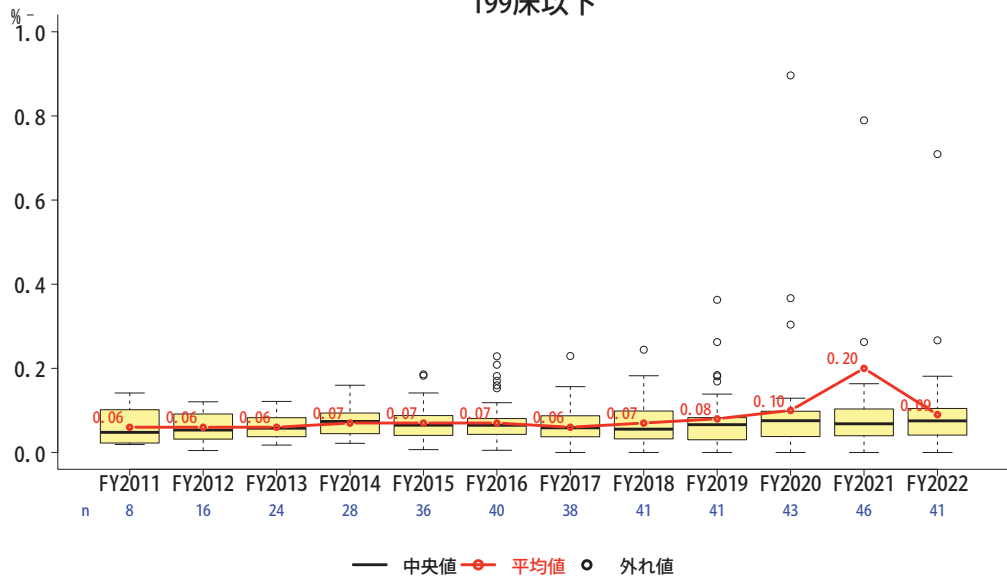
500床以上



一般-10 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

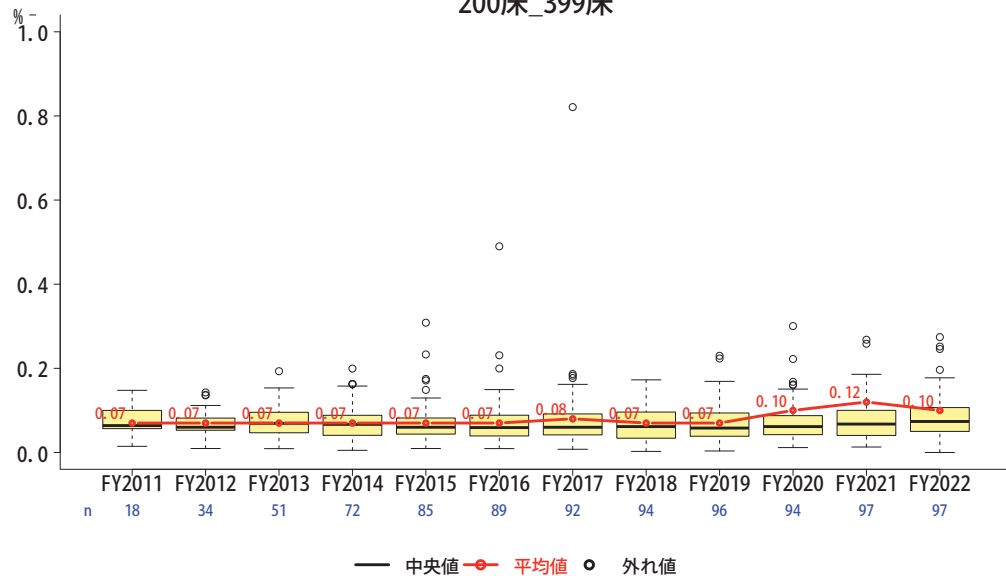
199床以下



一般-10 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

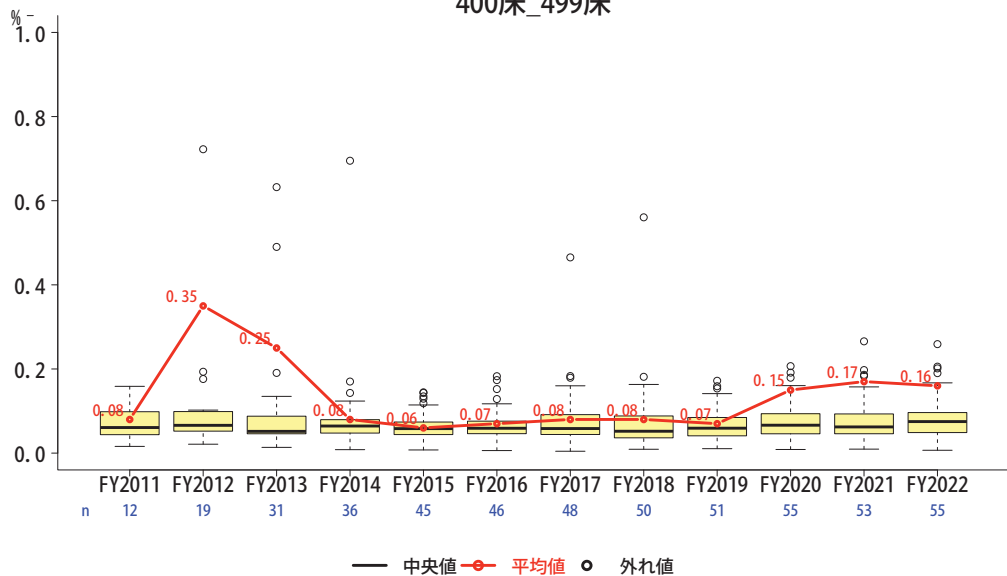
200床_399床



一般-10 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

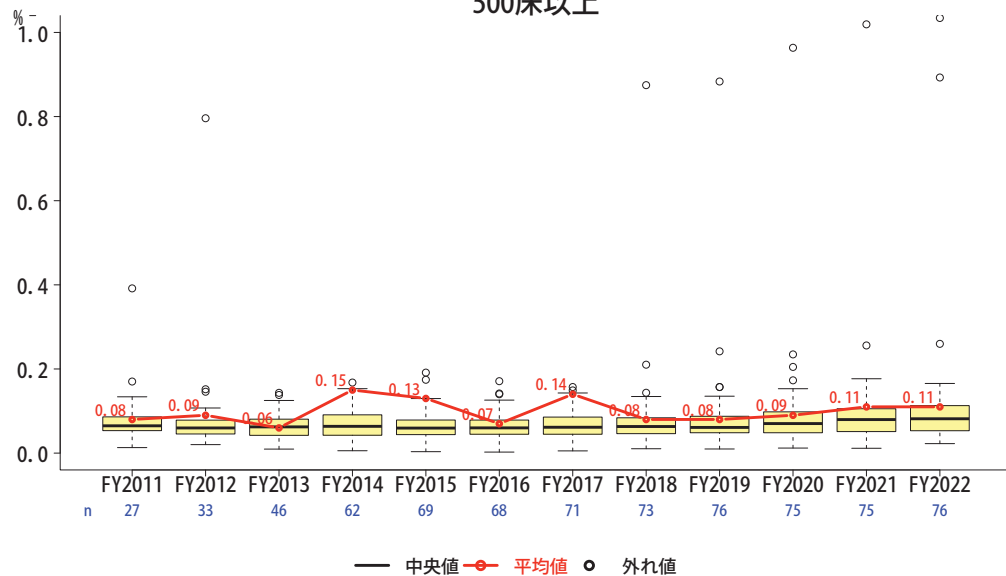
400床_499床



一般-10 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

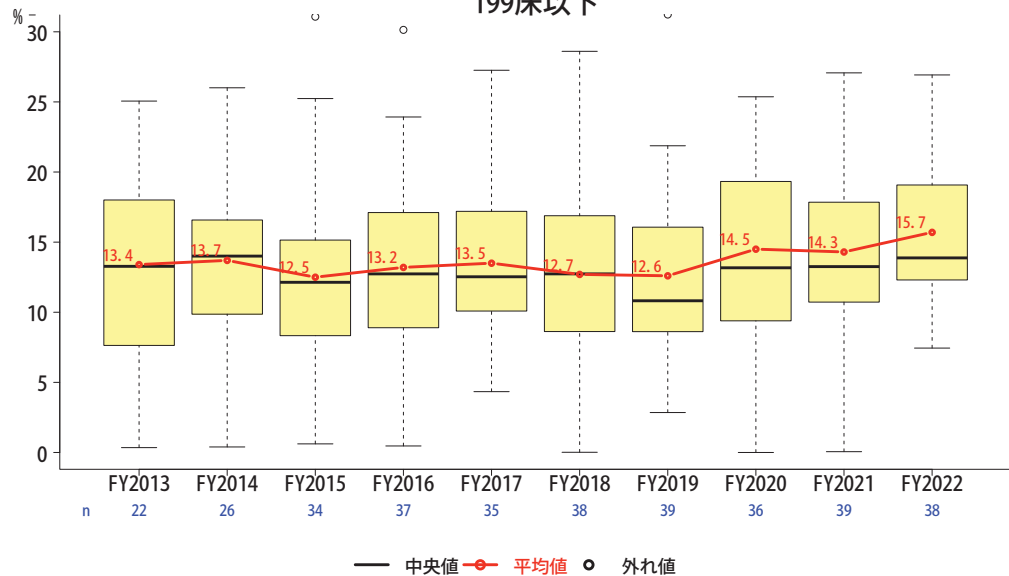
500床以上



一般-11 尿道留置カテーテル使用率

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

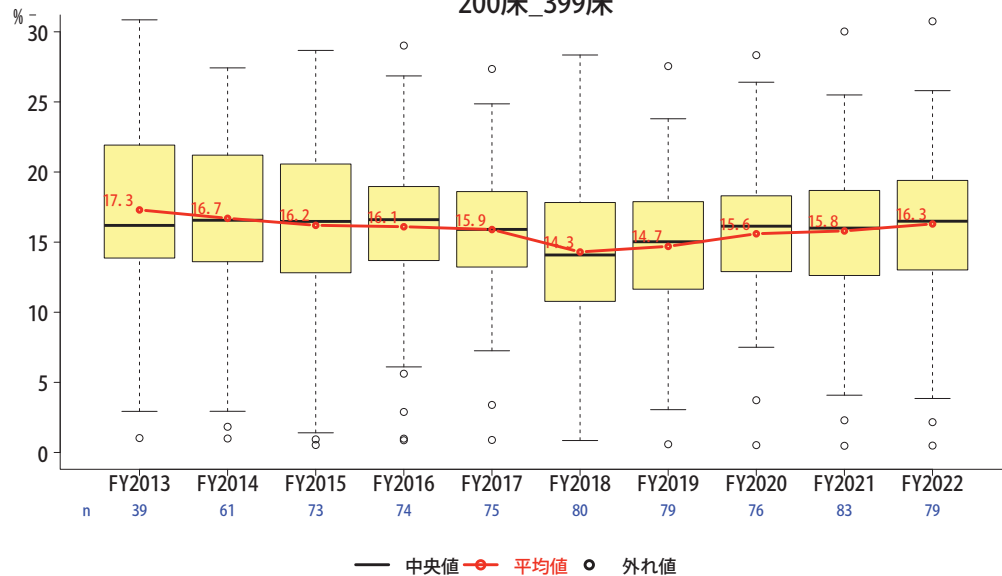
199床以下



一般-11 尿道留置カテーテル使用率

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

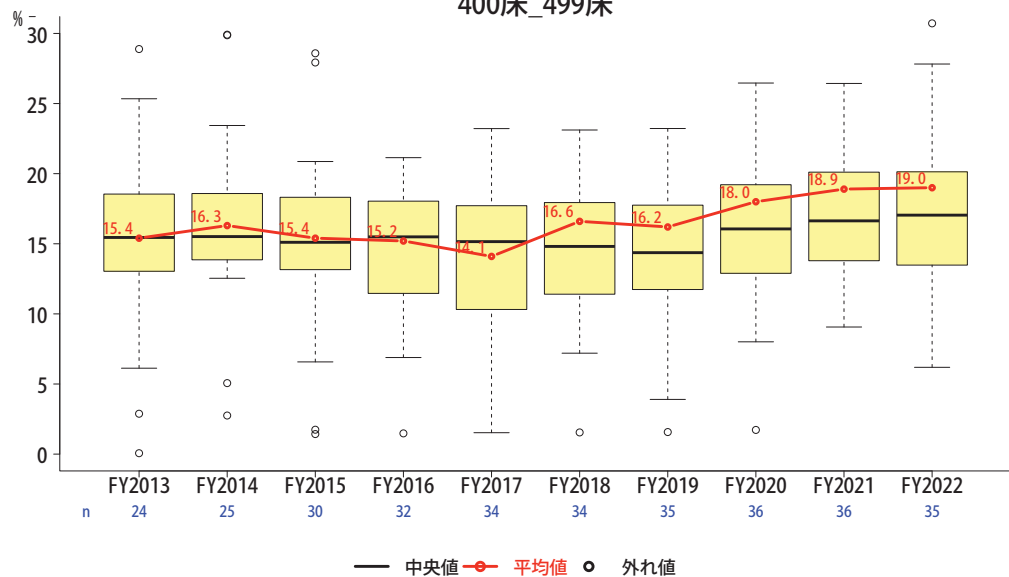
200床_399床



一般-11 尿道留置カテーテル使用率

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

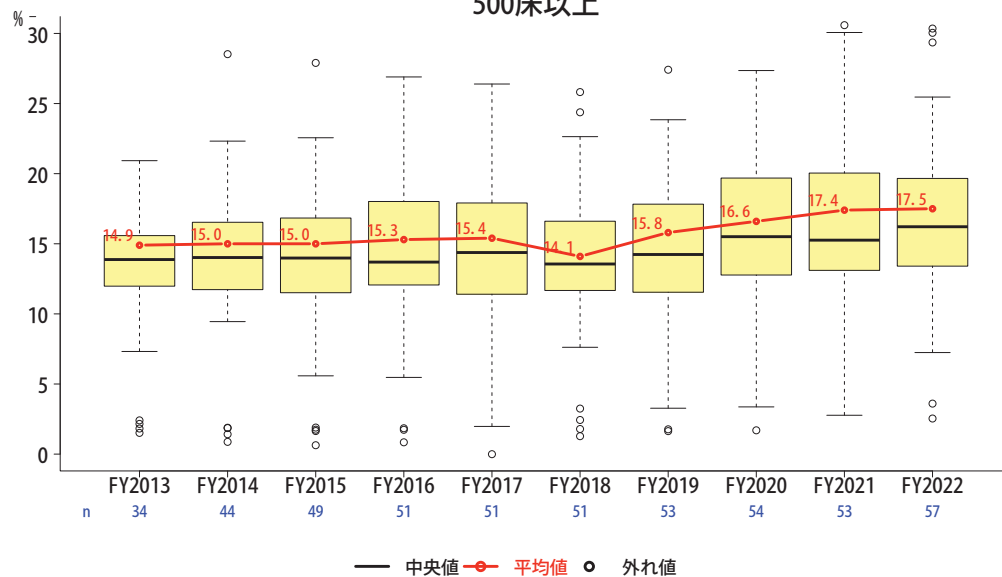
400床_499床



一般-11 尿道留置カテーテル使用率

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

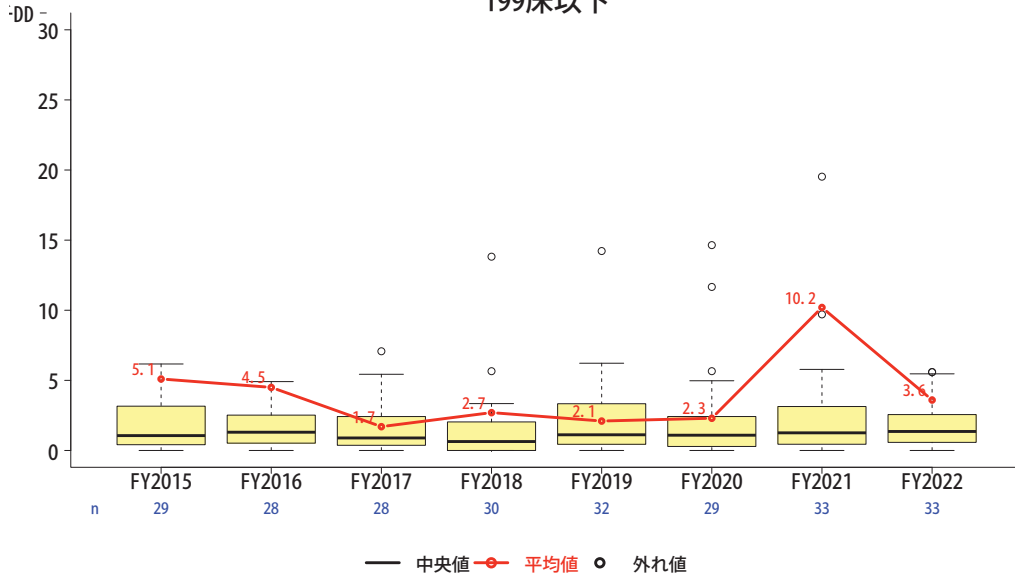
500床以上



一般-12 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

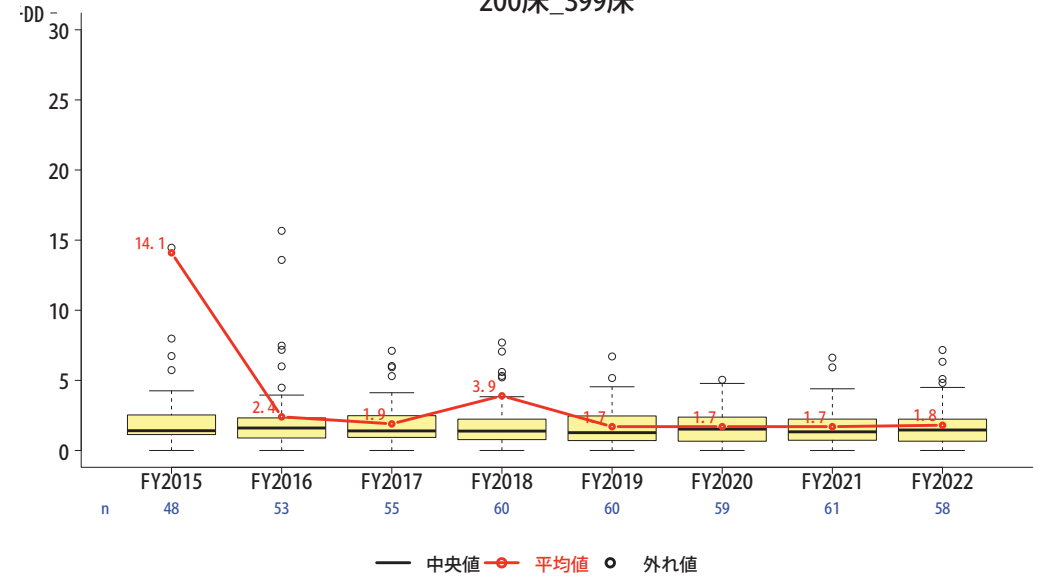
199床以下



一般-12 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

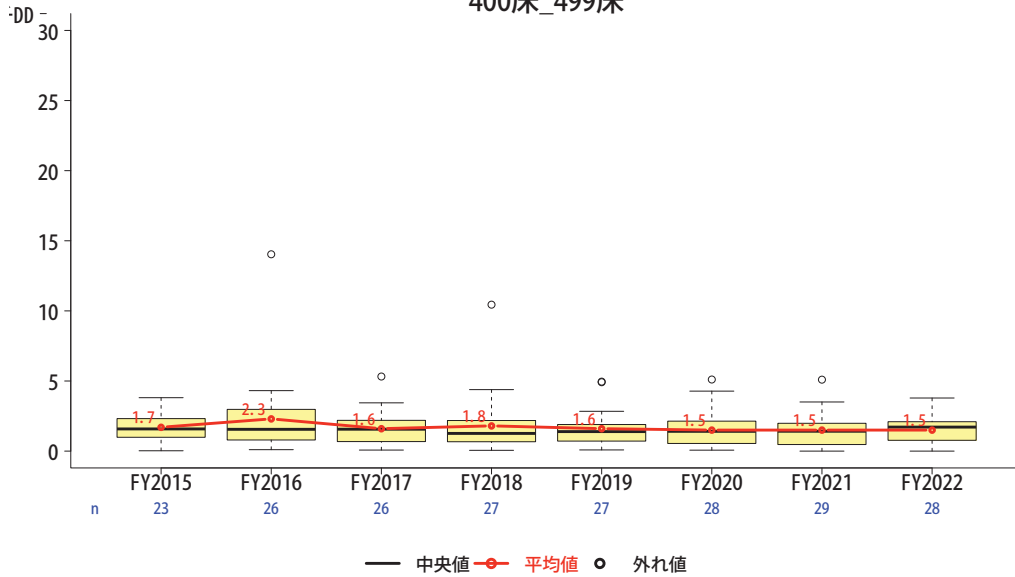
200床_399床



一般-12 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

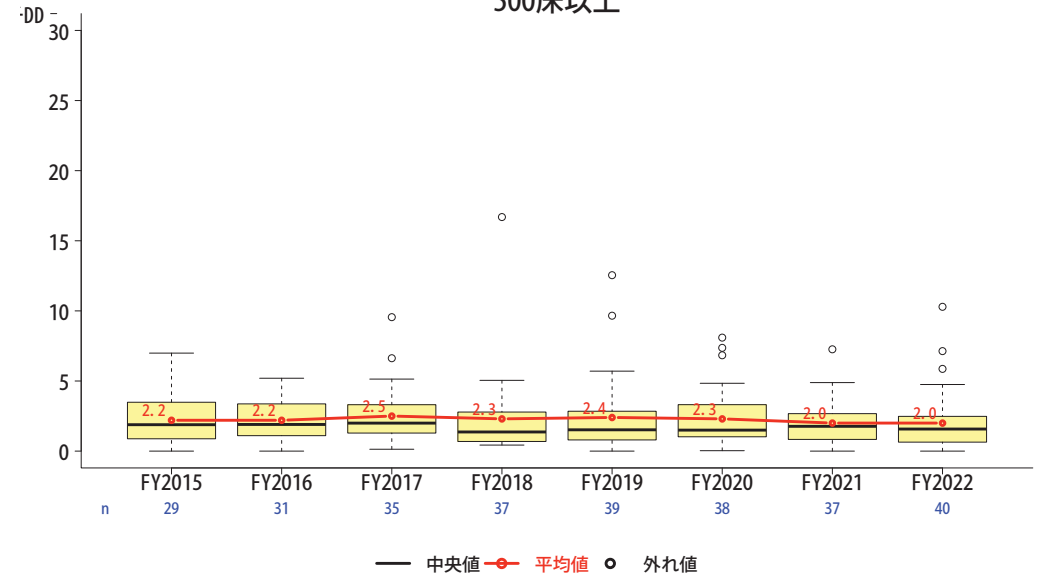
400床_499床



一般-12 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

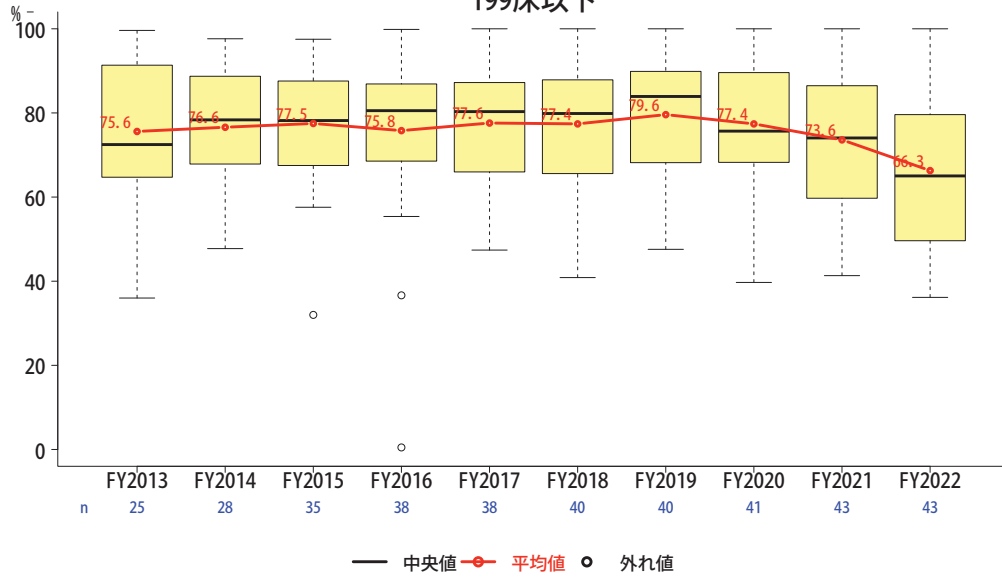
500床以上



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

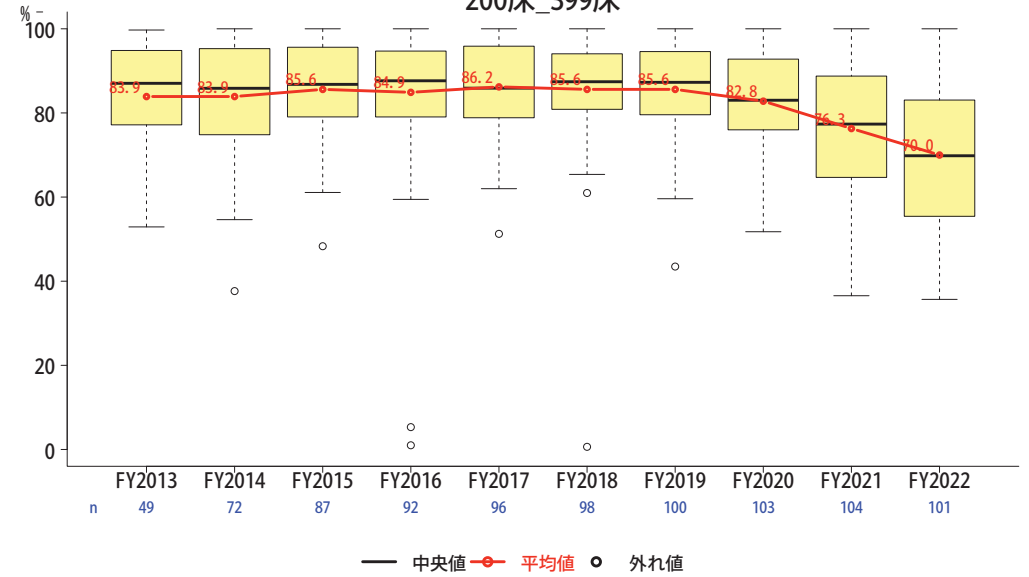
199床以下



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

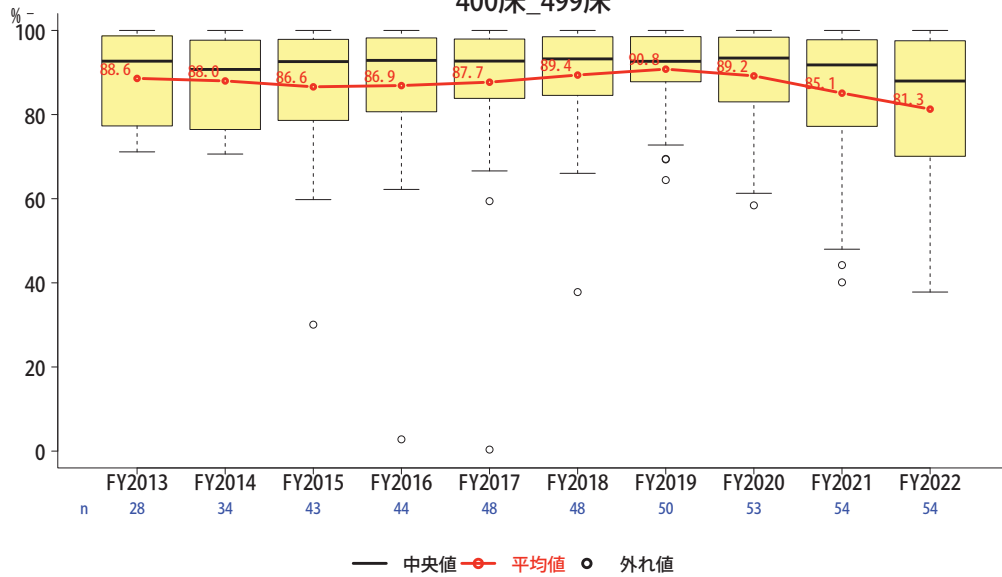
200床_399床



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

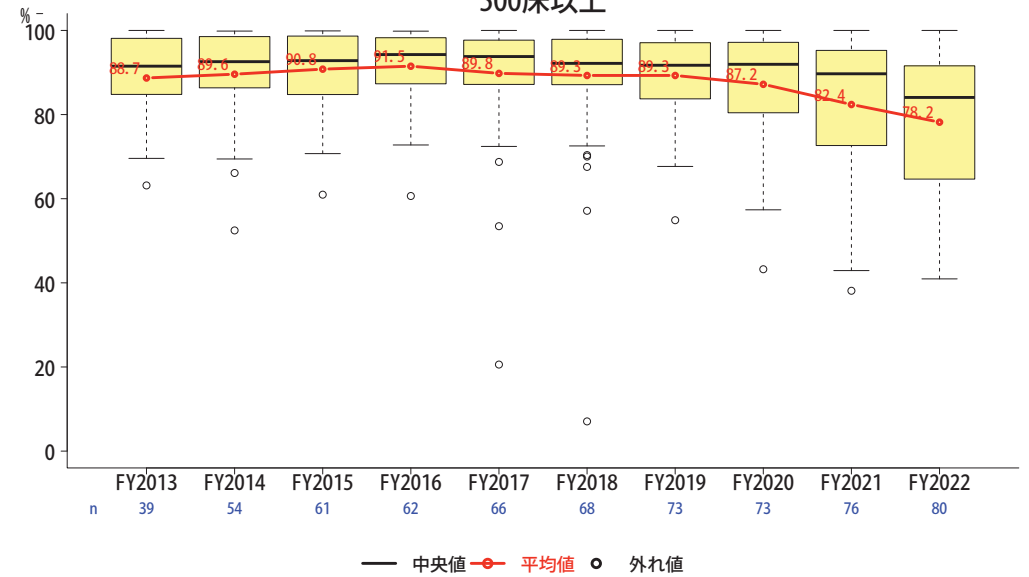
400床_499床



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

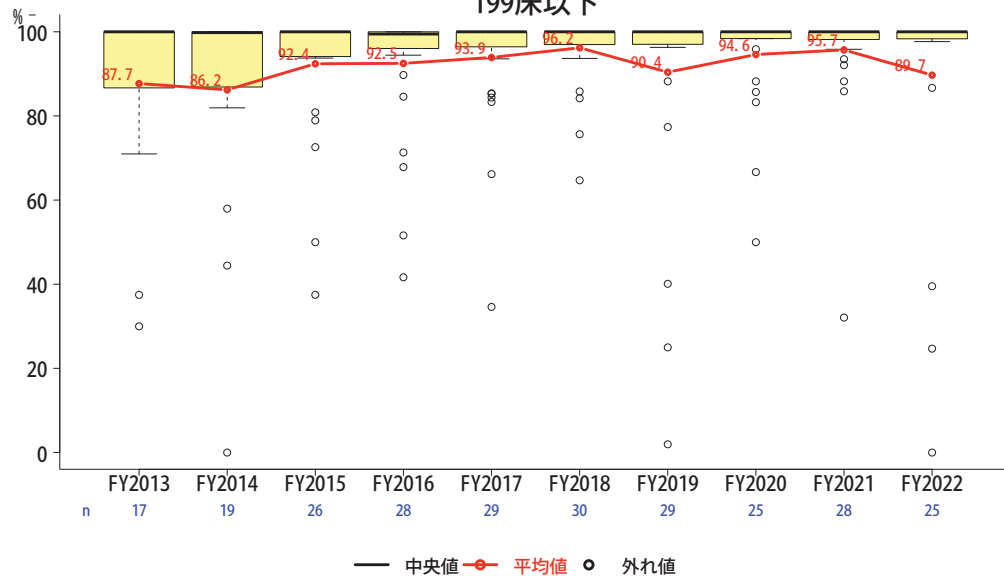
500床以上



一般-14 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

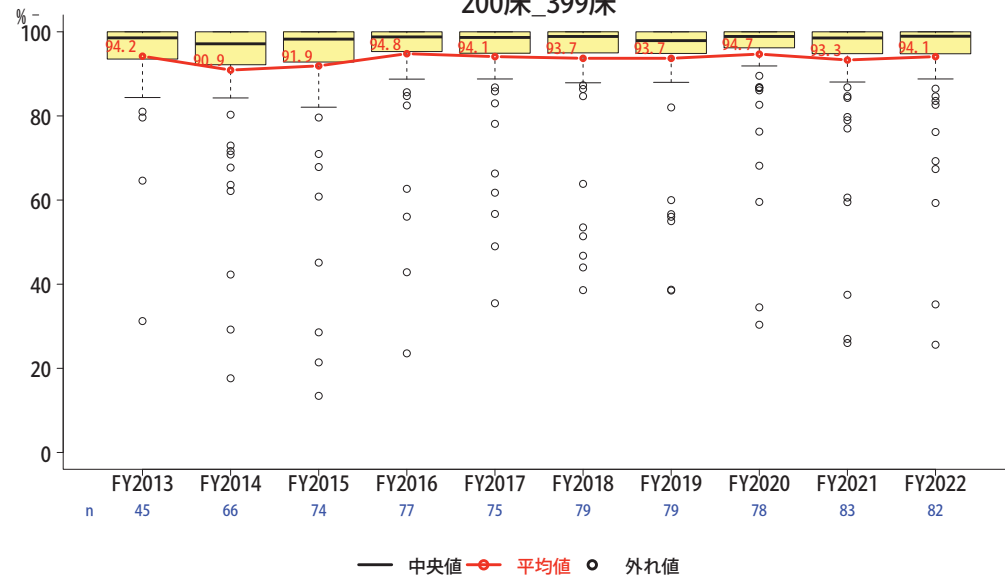
199床以下



一般-14 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

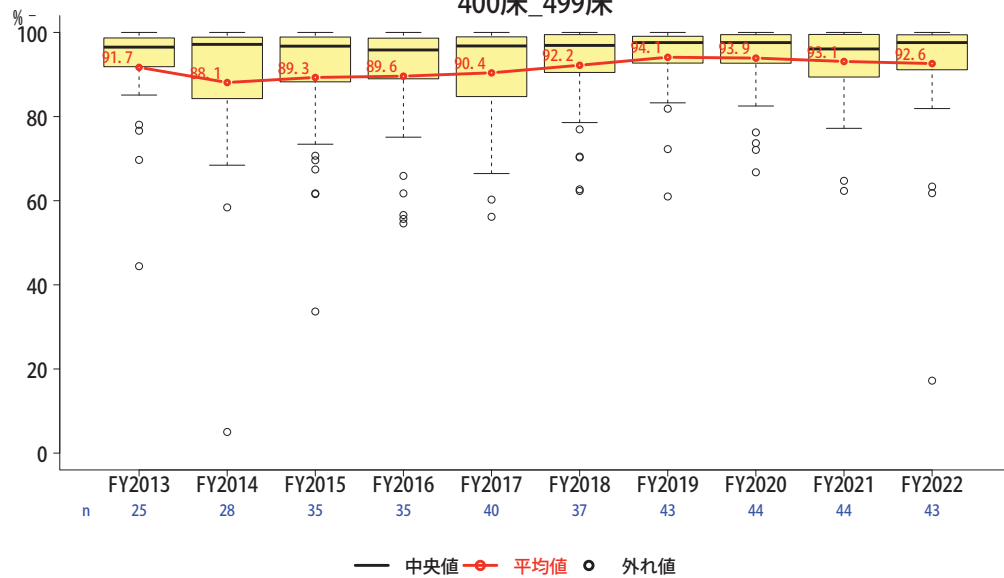
200床_399床



一般-14 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

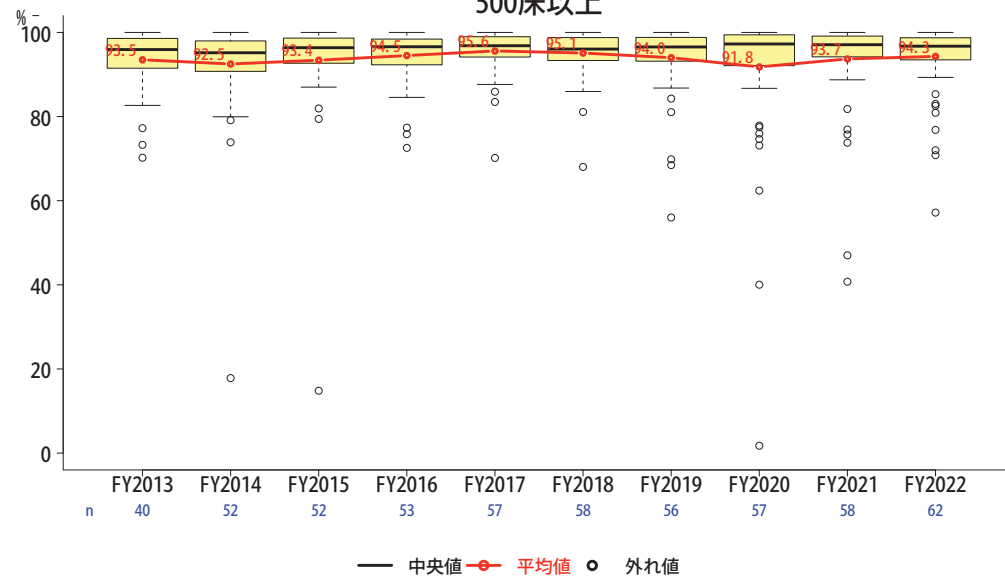
400床_499床



一般-14 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

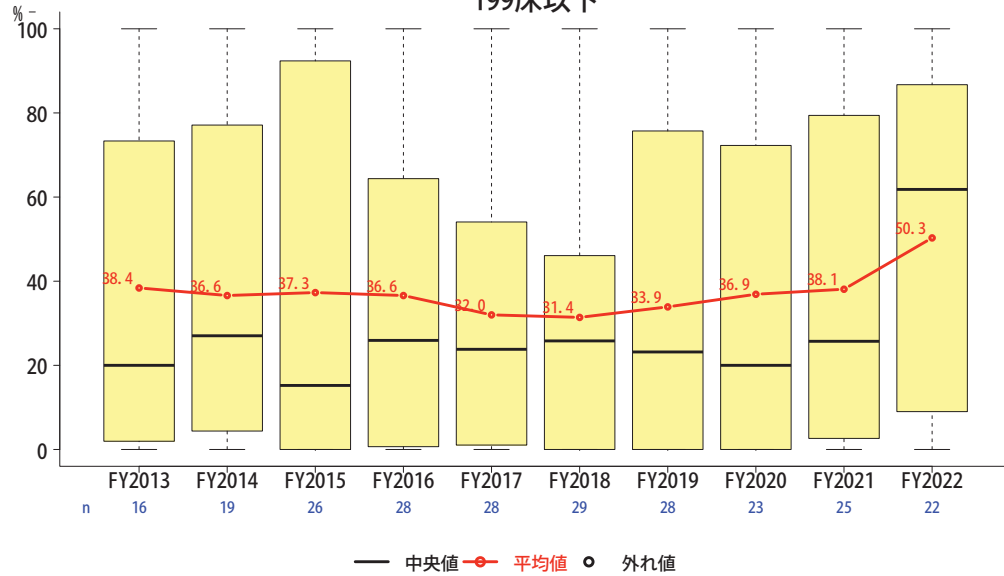
500床以上



一般-15 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

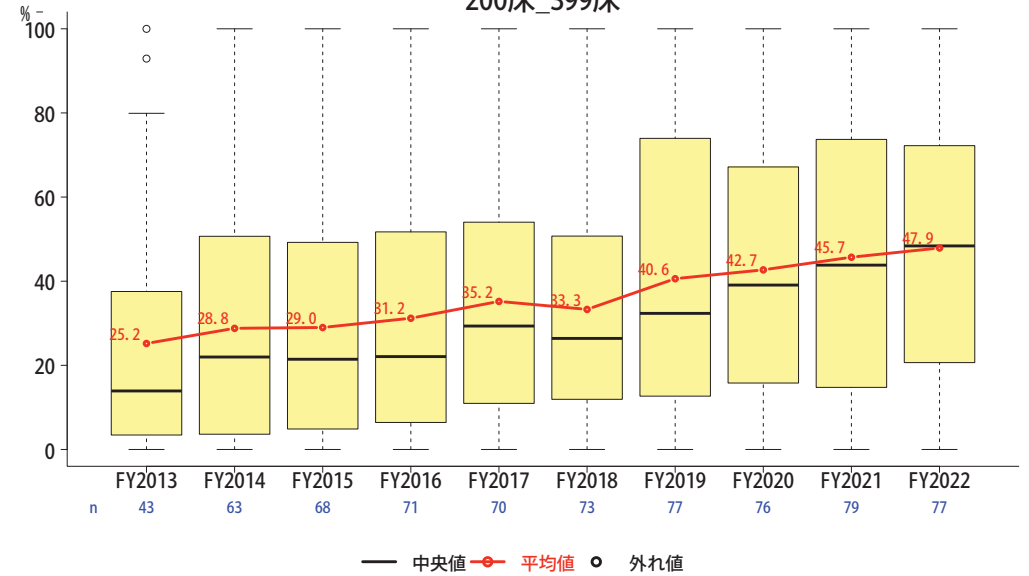
199床以下



一般-15 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

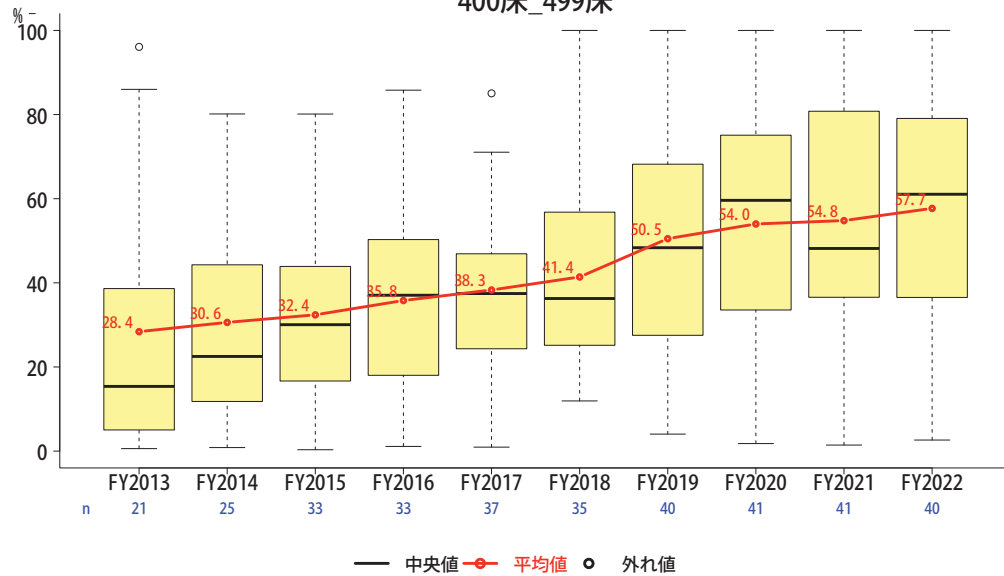
200床_399床



一般-15 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

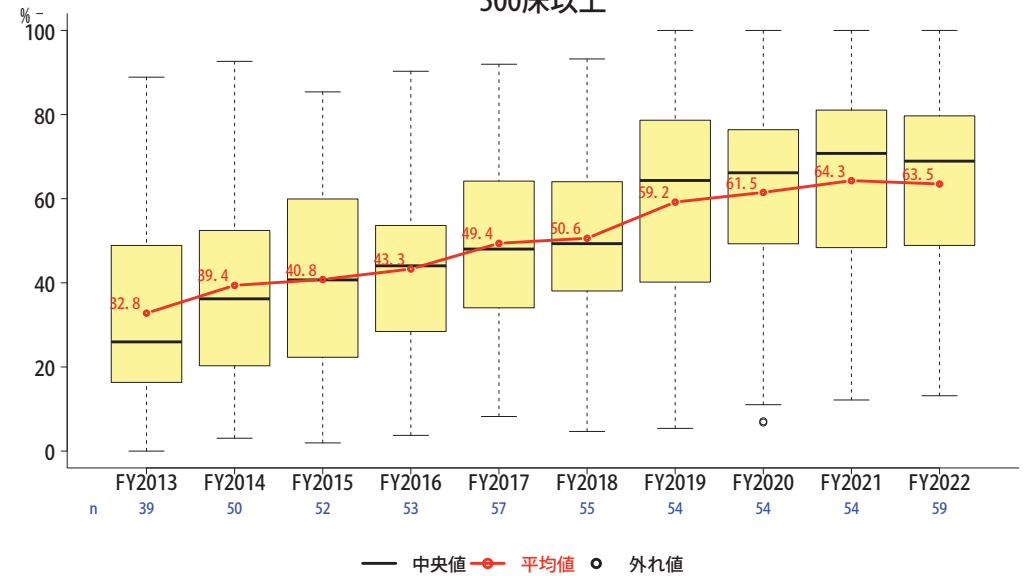
400床_499床



一般-15 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

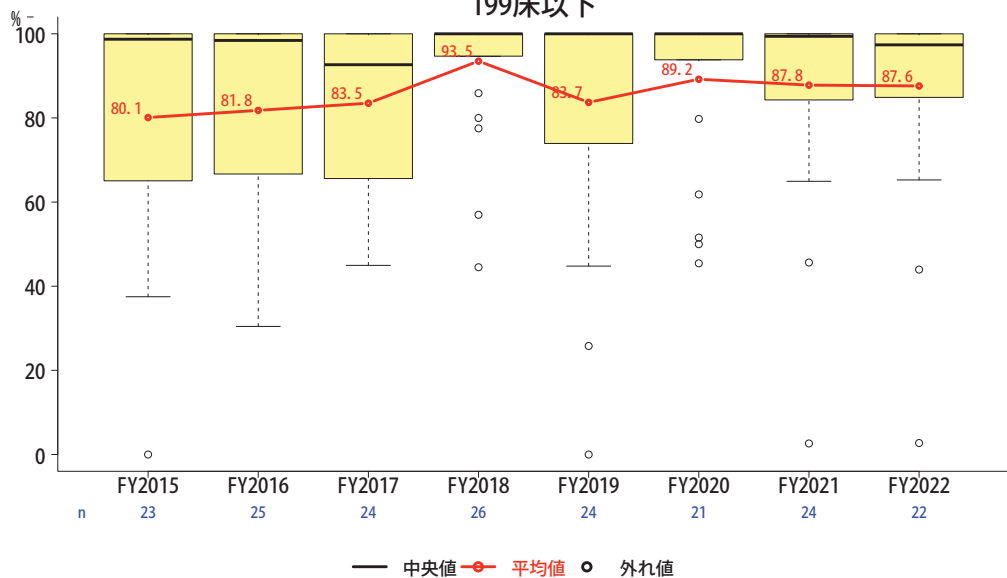
500床以上



一般-16 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

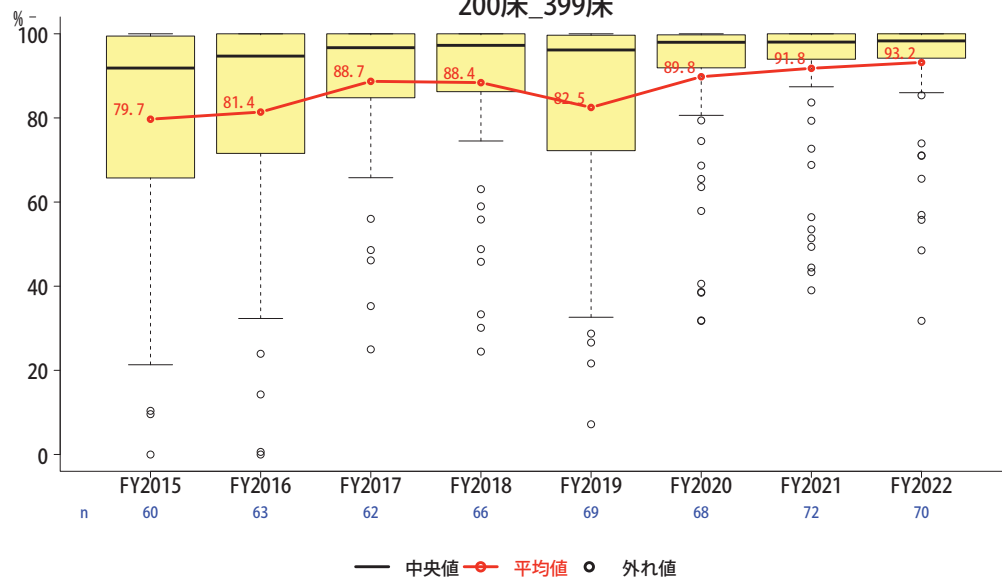
199床以下



一般-16 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

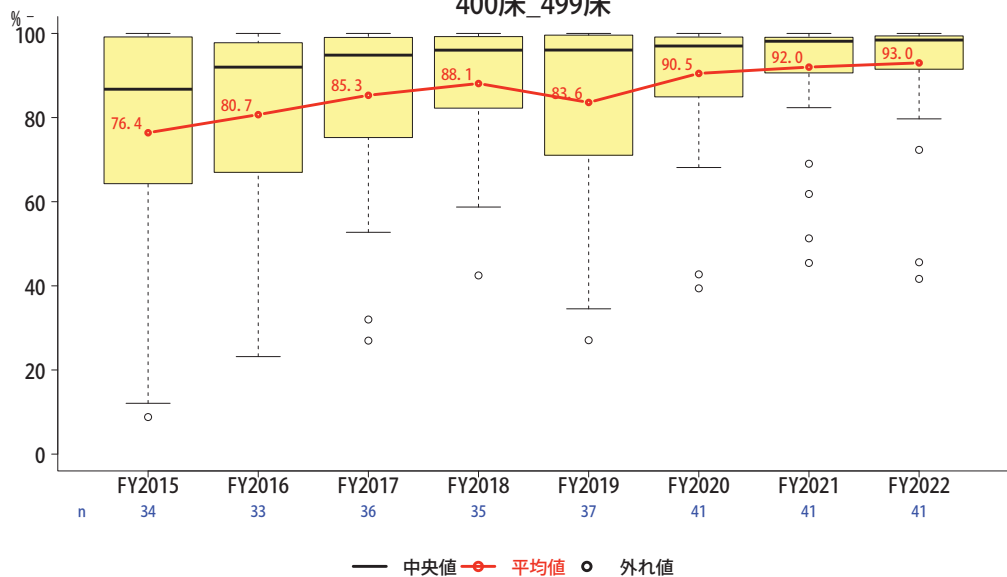
200床_399床



一般-16 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

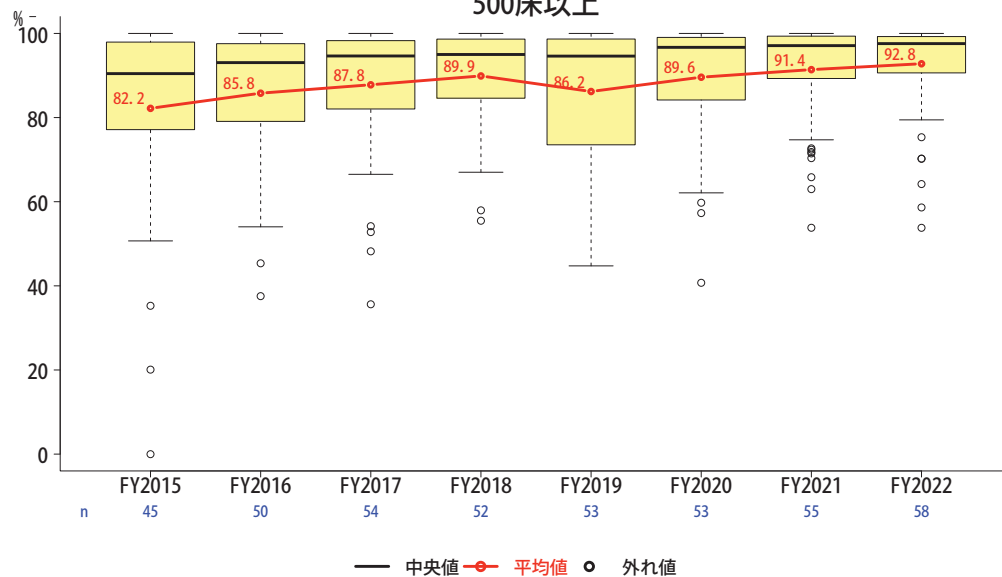
400床_499床



一般-16 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

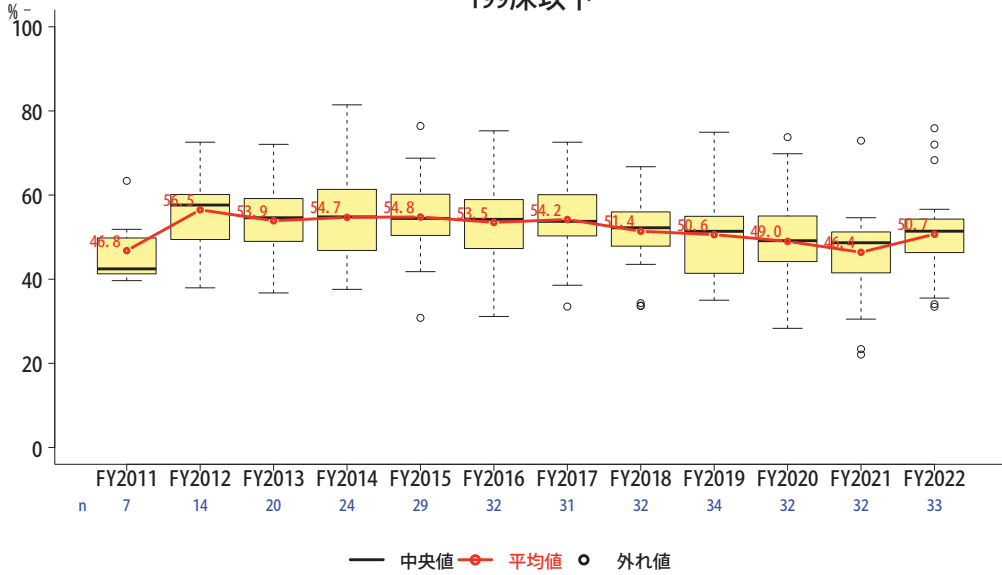
500床以上



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

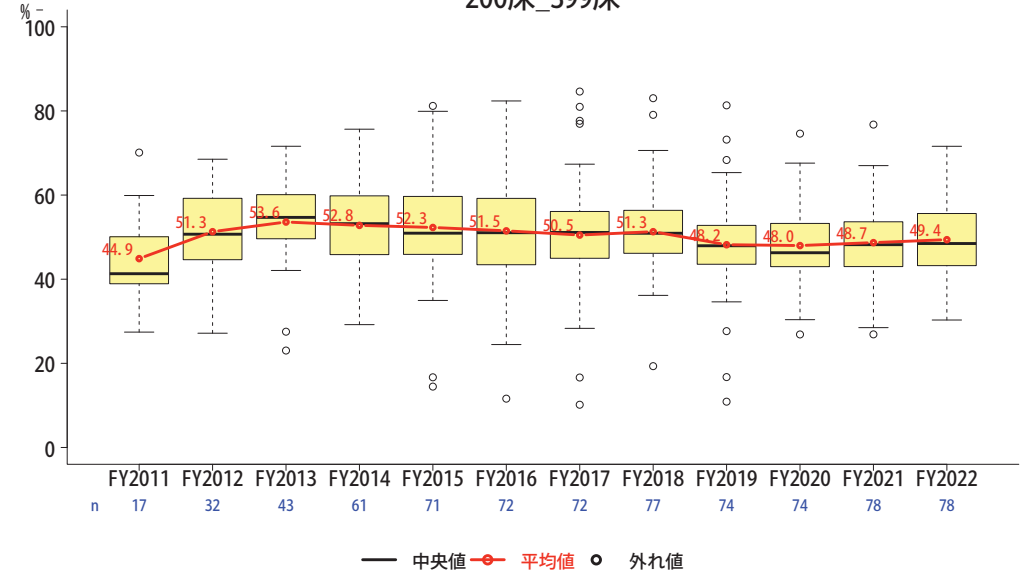
199床以下



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

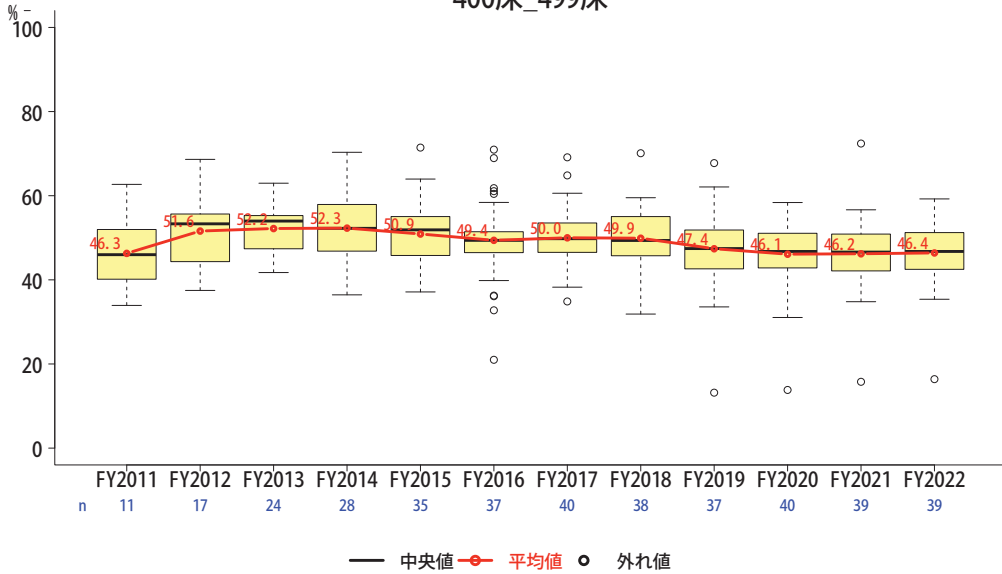
200床_399床



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

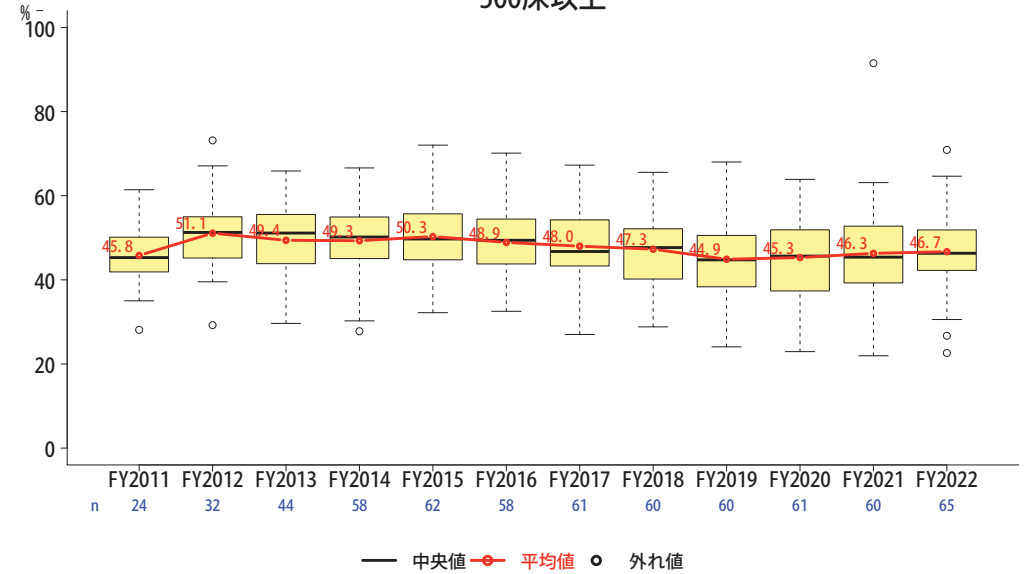
400床_499床



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

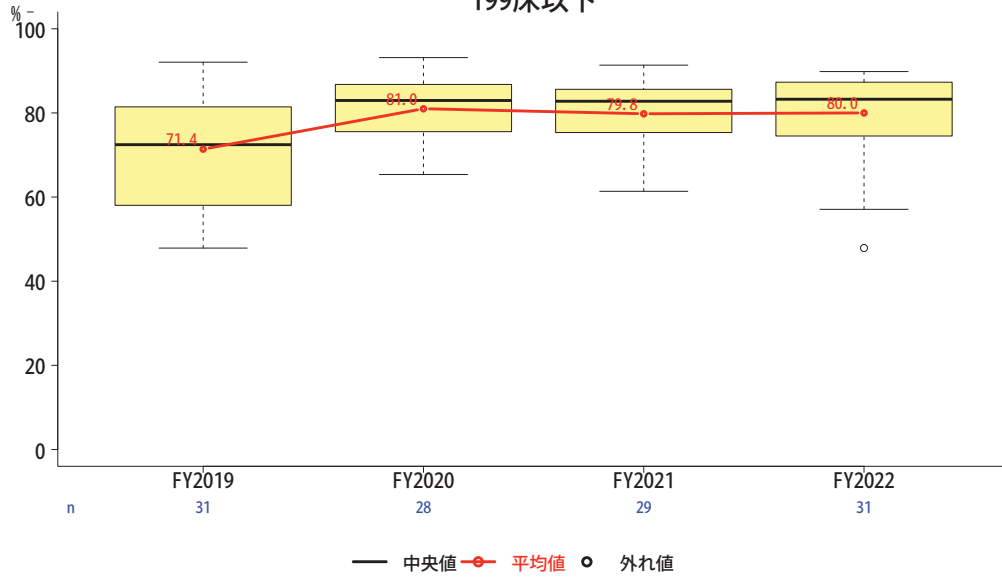
500床以上



一般-18 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

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

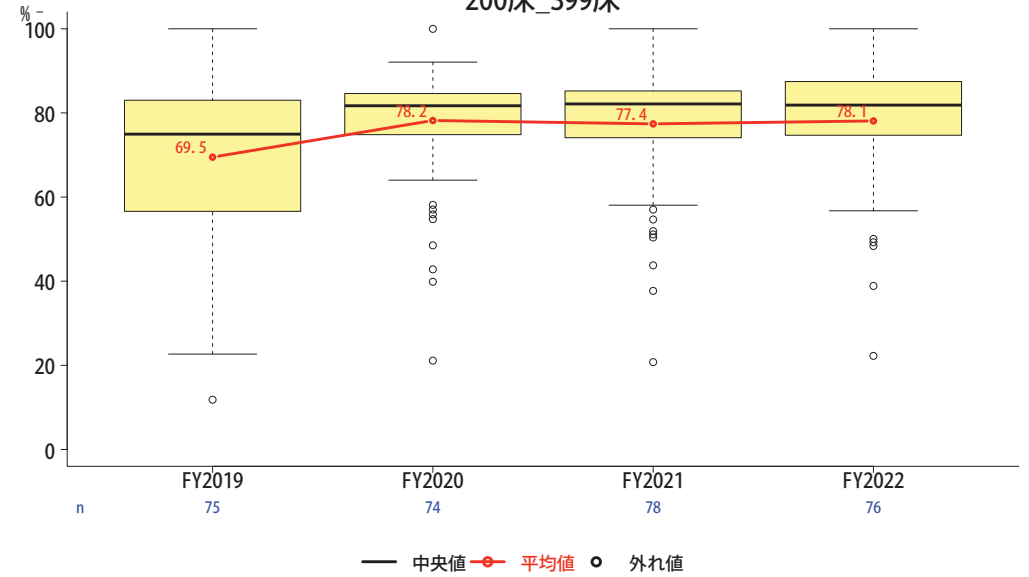
199床以下



一般-18 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

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

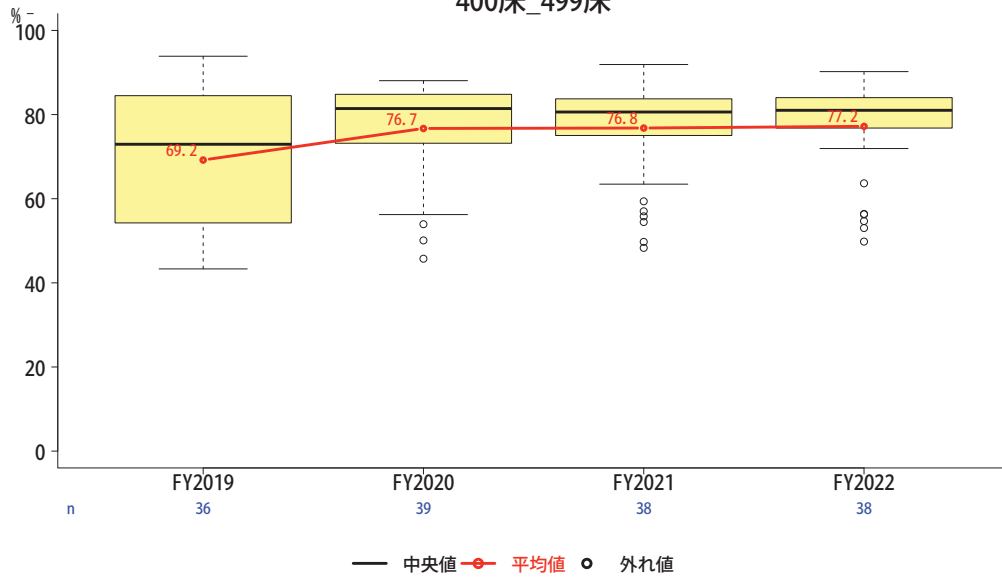
200床_399床



一般-18 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

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

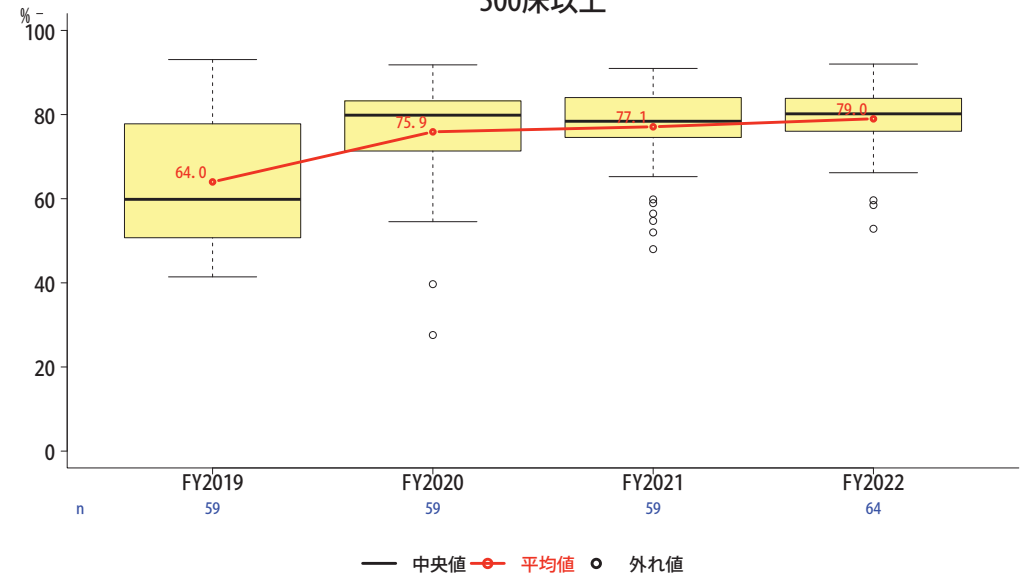
400床_499床



一般-18 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

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

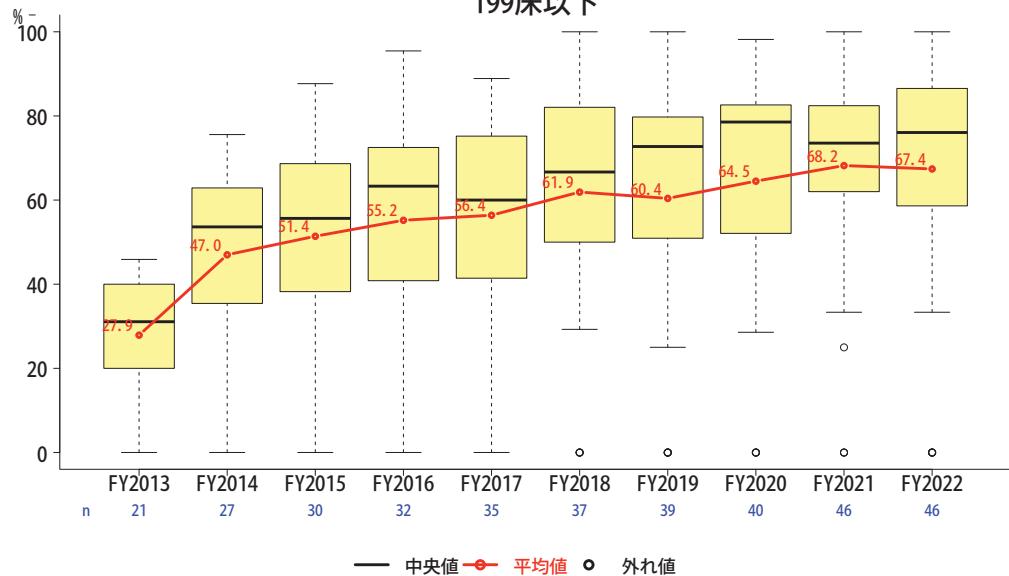
500床以上



一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

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

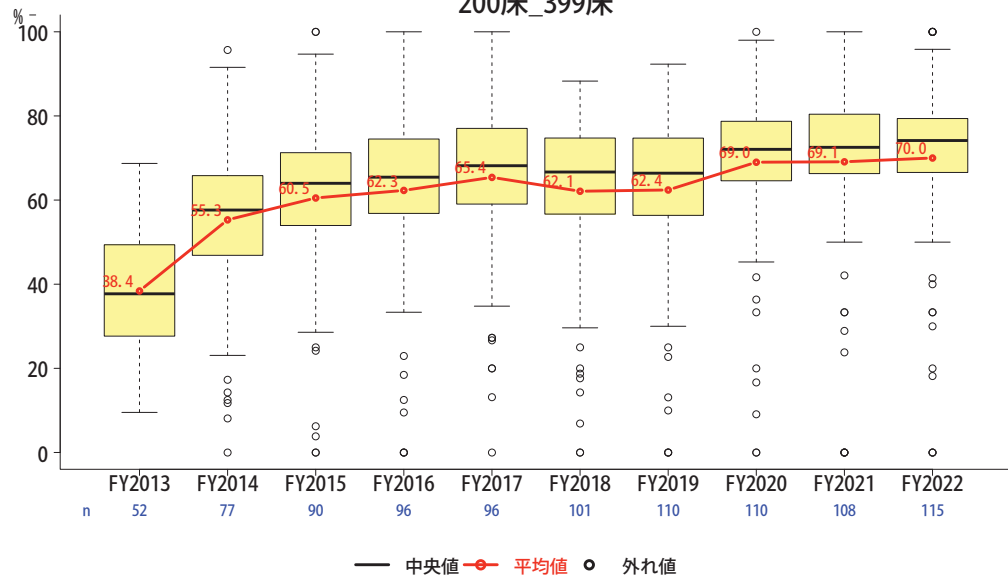
199床以下



一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

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

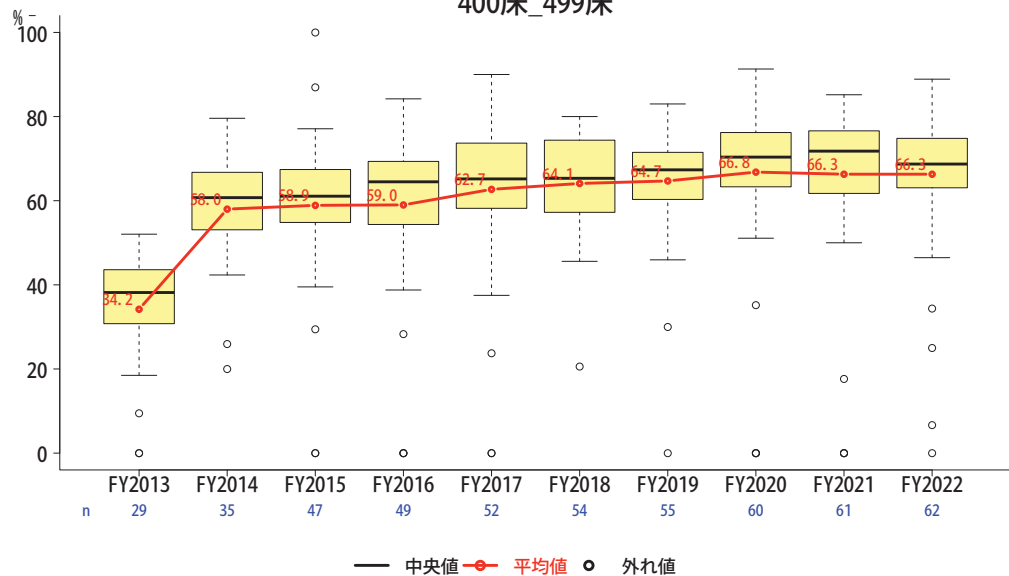
200床_399床



一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

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

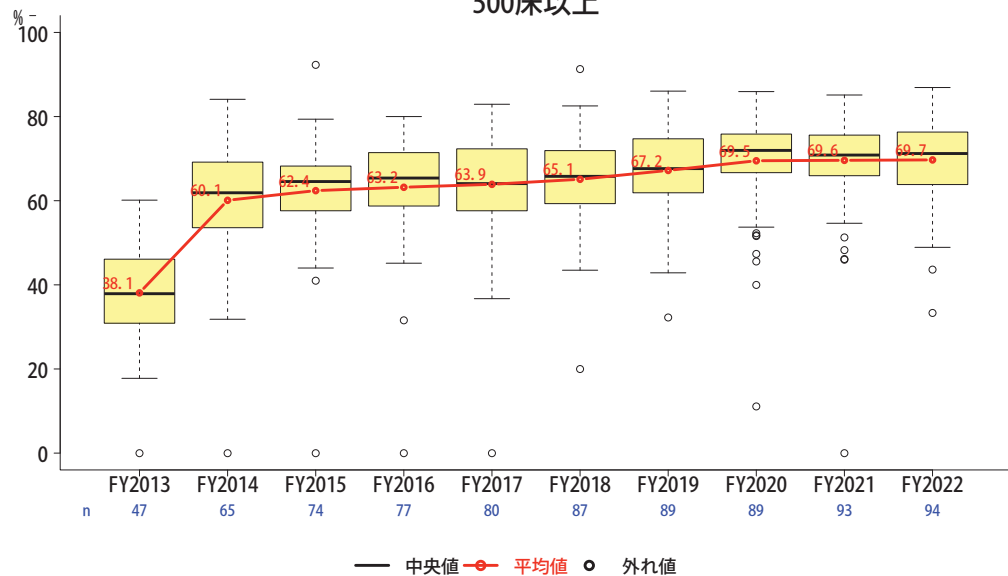
400床_499床



一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

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

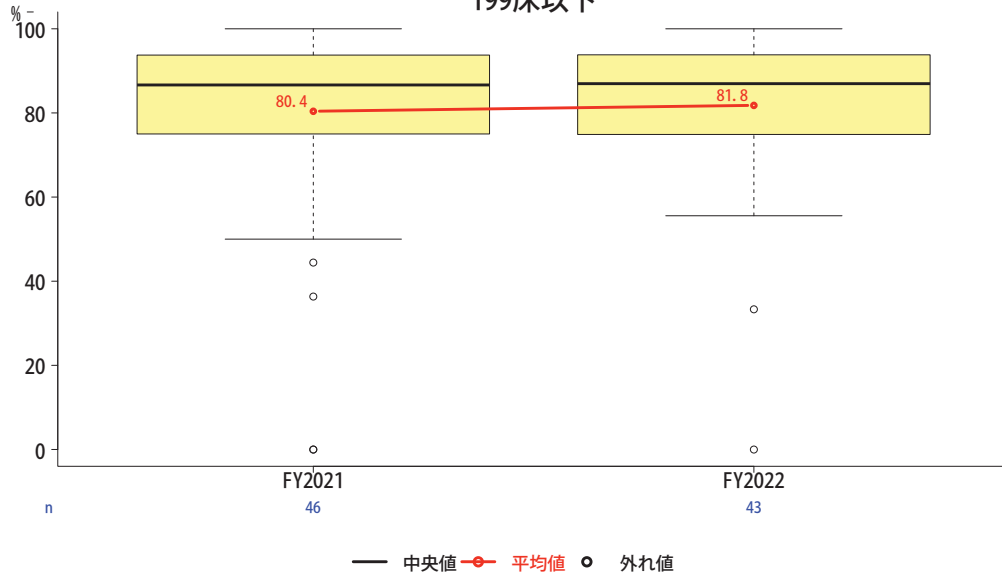
500床以上



一般-21 脳梗塞(TIA含む)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

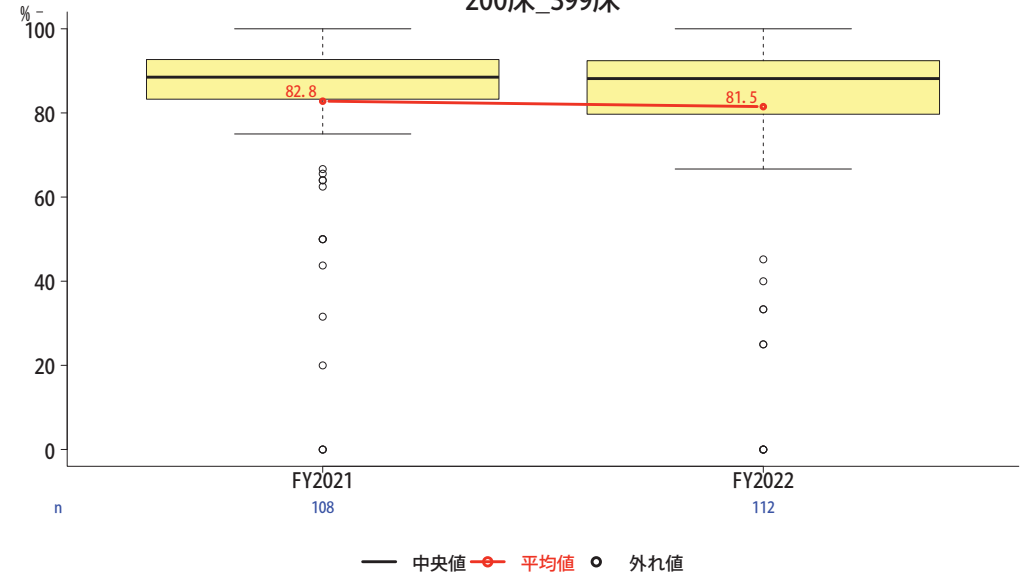
199床以下



一般-21 脳梗塞(TIA含む)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

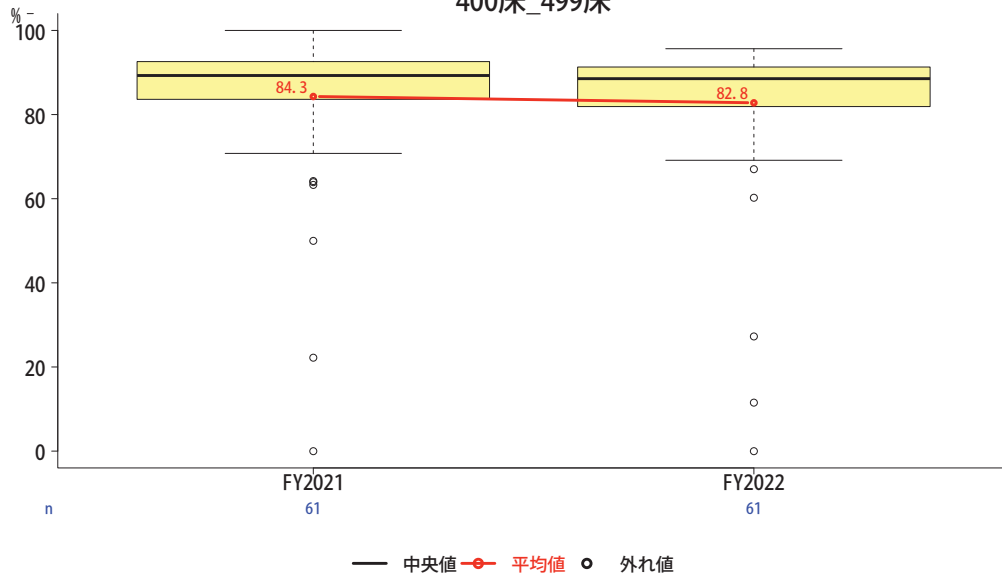
200床_399床



一般-21 脳梗塞(TIA含む)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

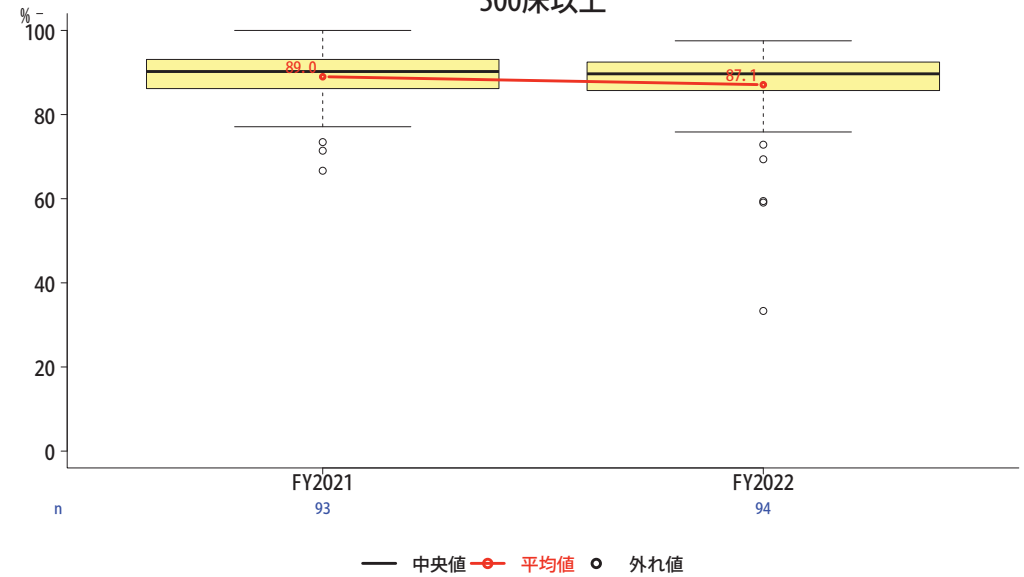
400床_499床



一般-21 脳梗塞(TIA含む)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

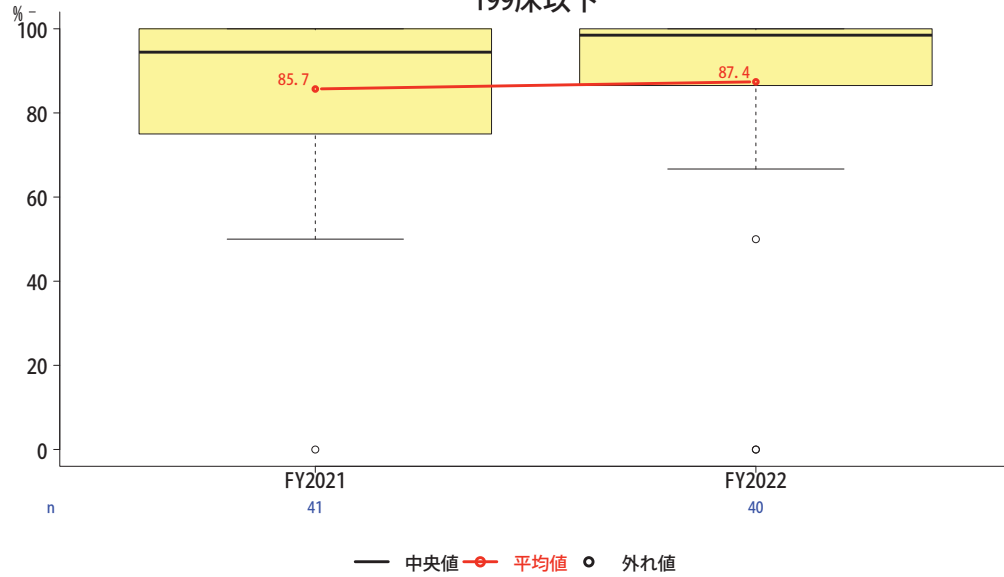
500床以上



一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

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と診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

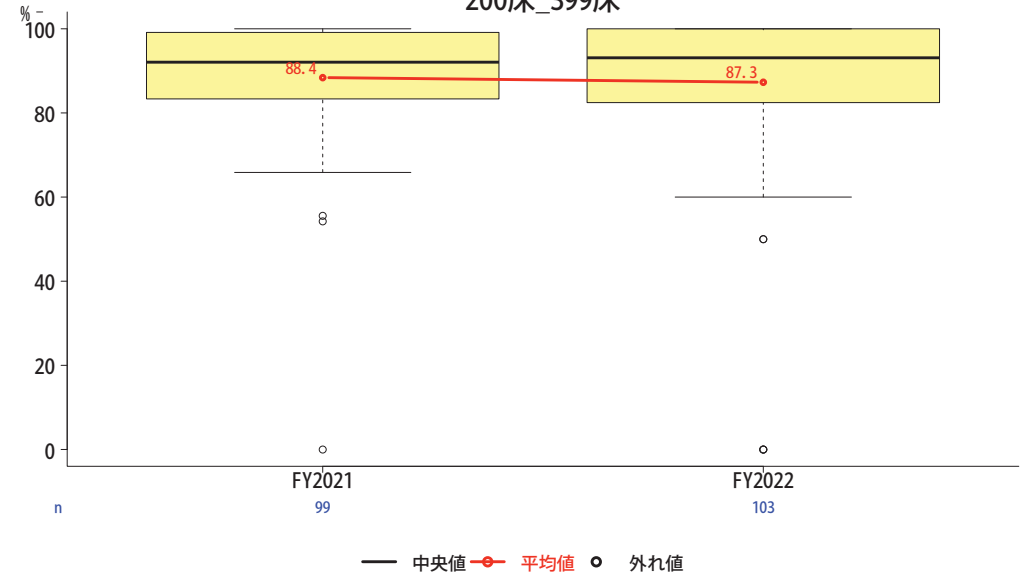
199床以下



一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

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と診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

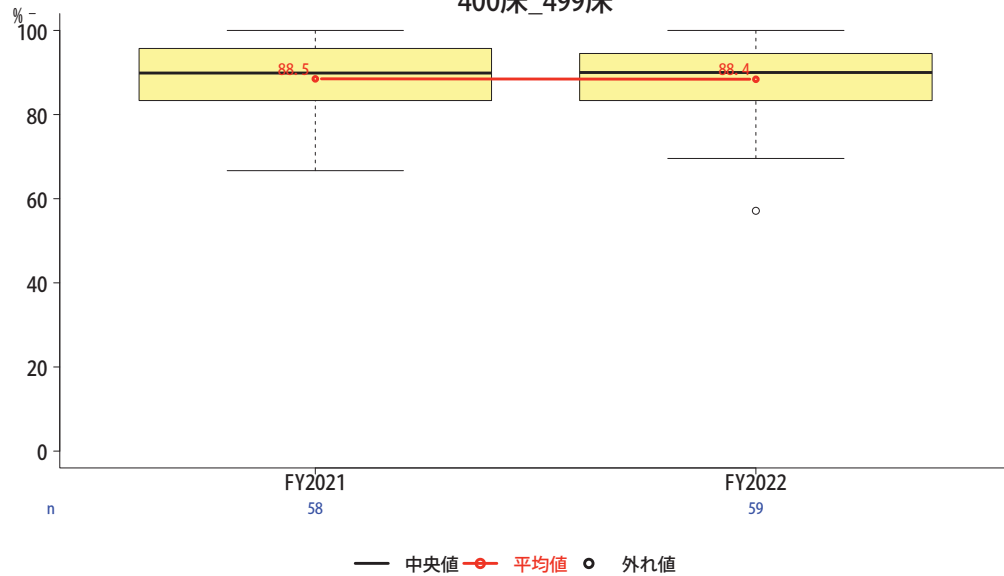
200床_399床



一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

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と診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

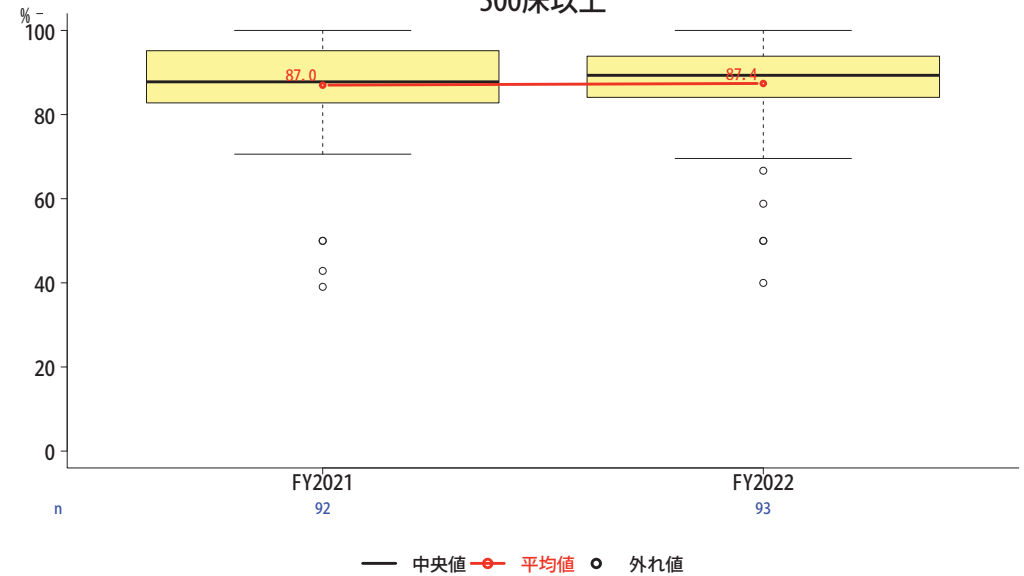
400床_499床



一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

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と診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

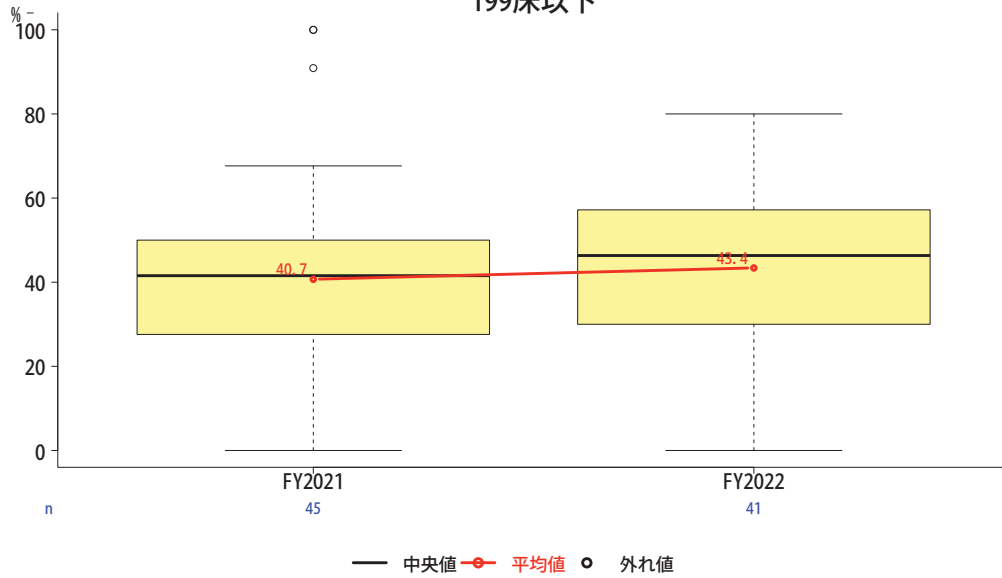
500床以上



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

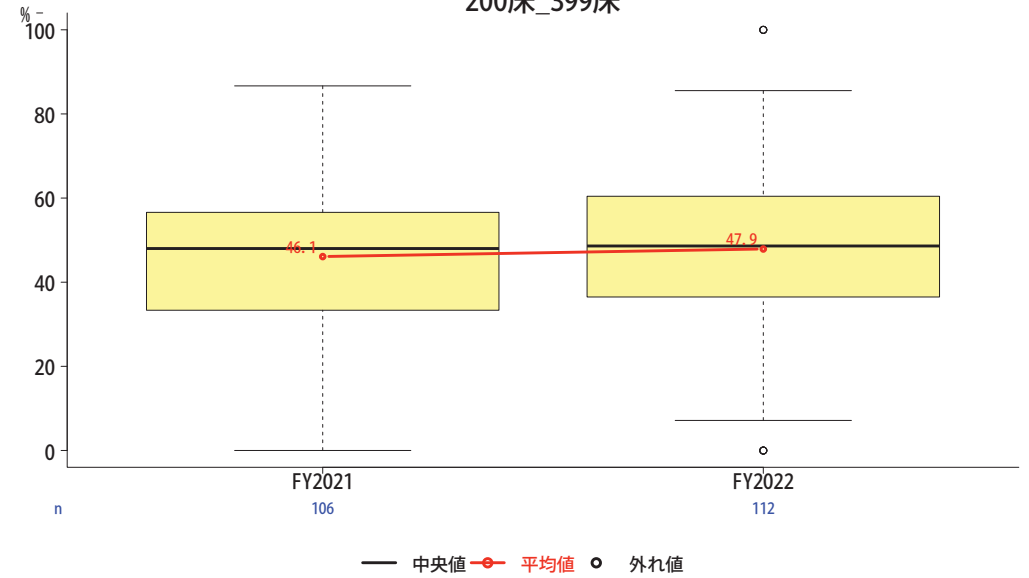
199床以下



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

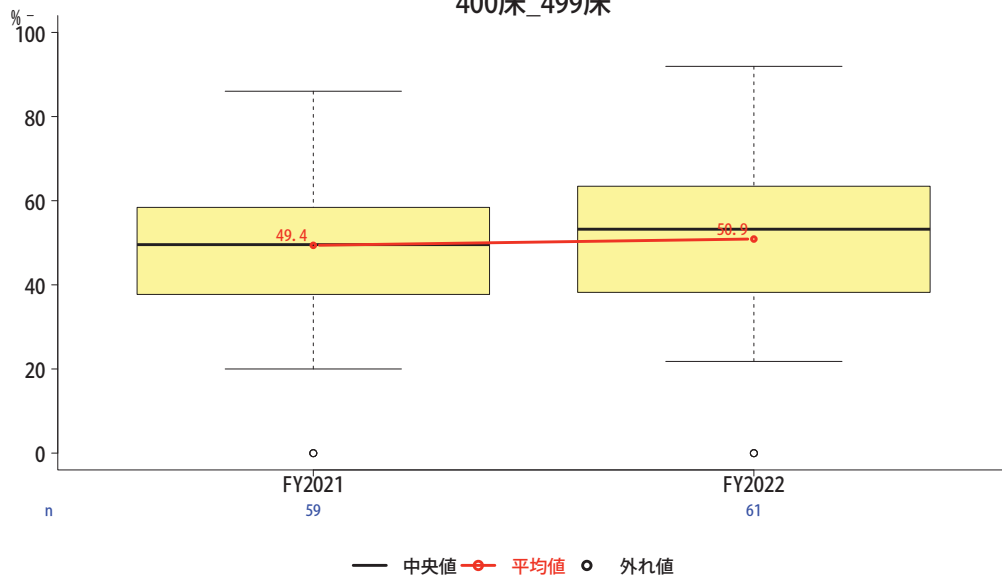
200床_399床



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

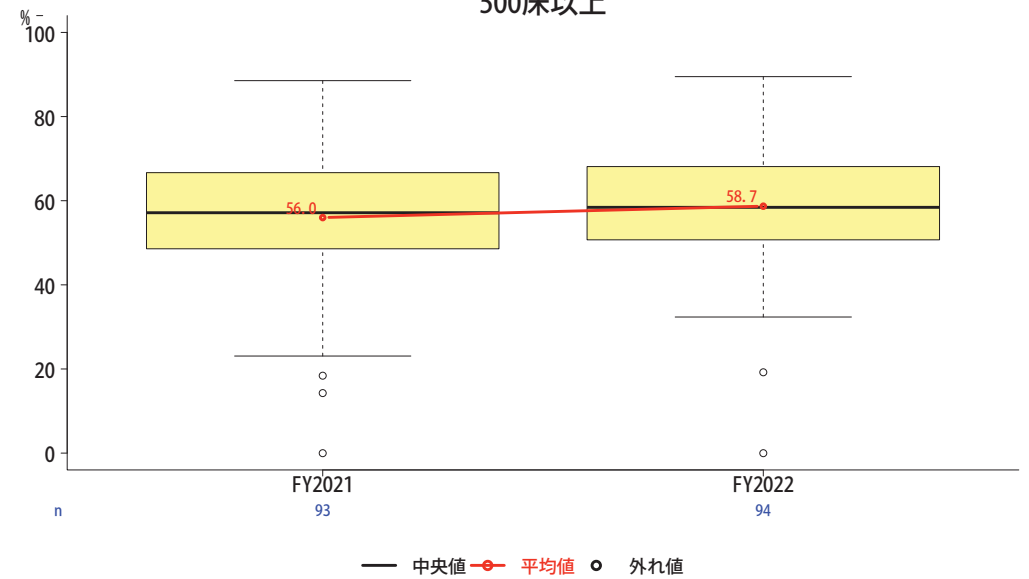
400床_499床



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

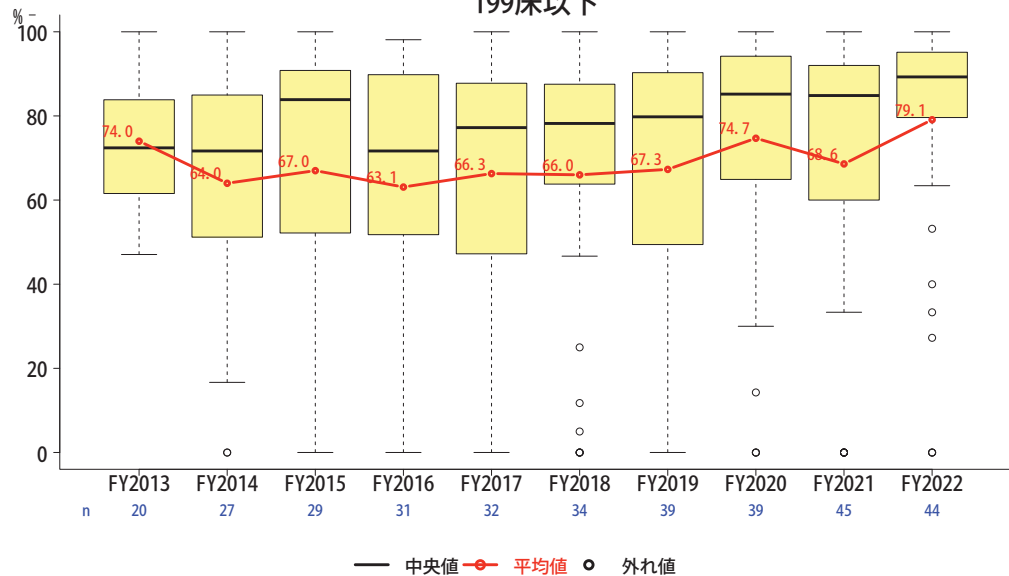
500床以上



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

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

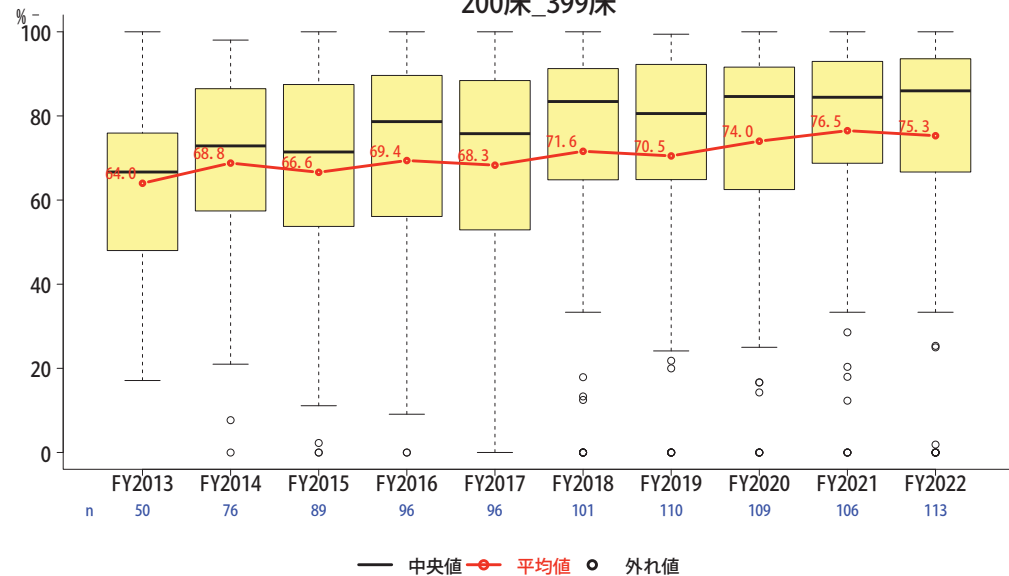
199床以下



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

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

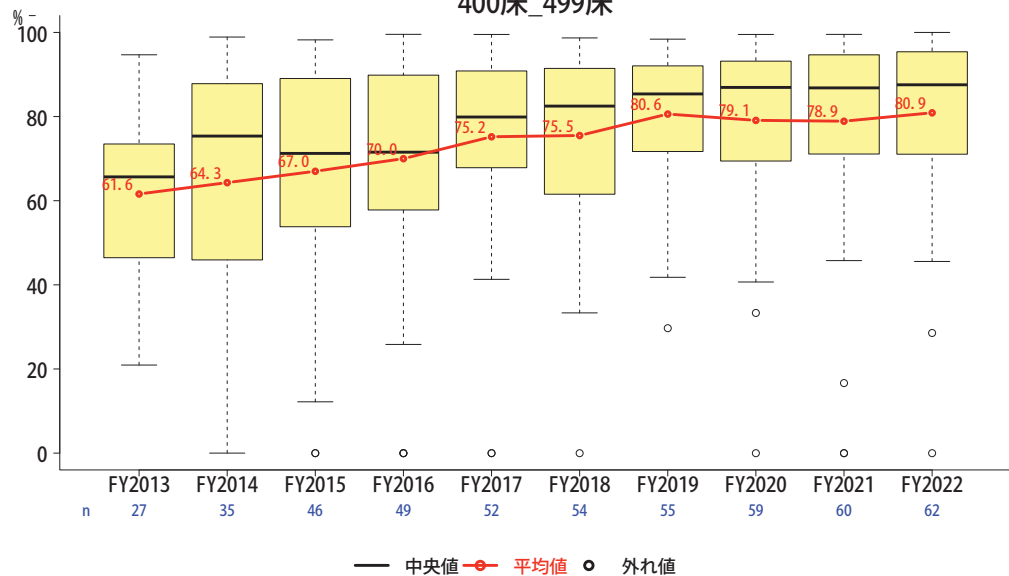
200床_399床



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

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

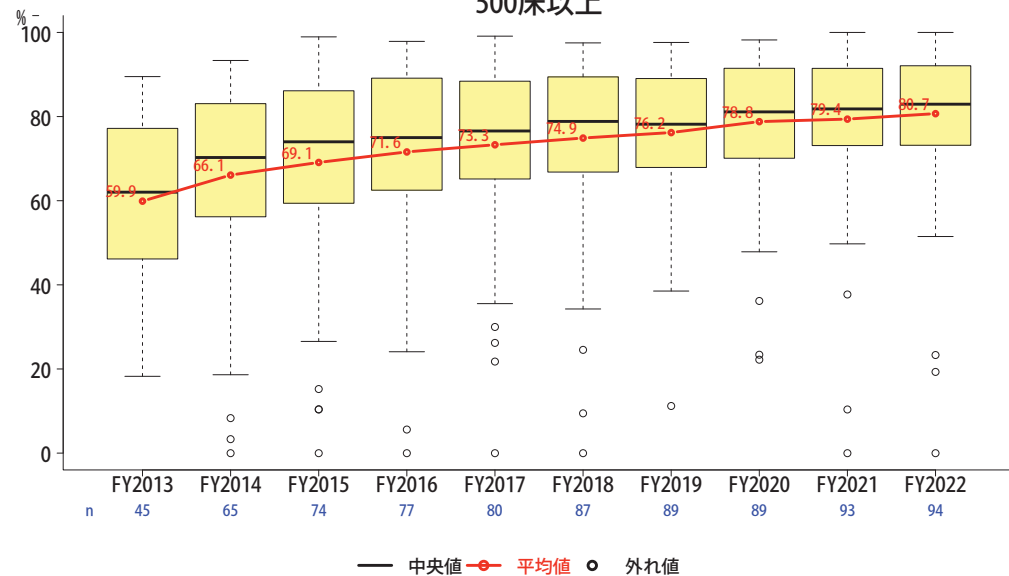
400床_499床



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

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

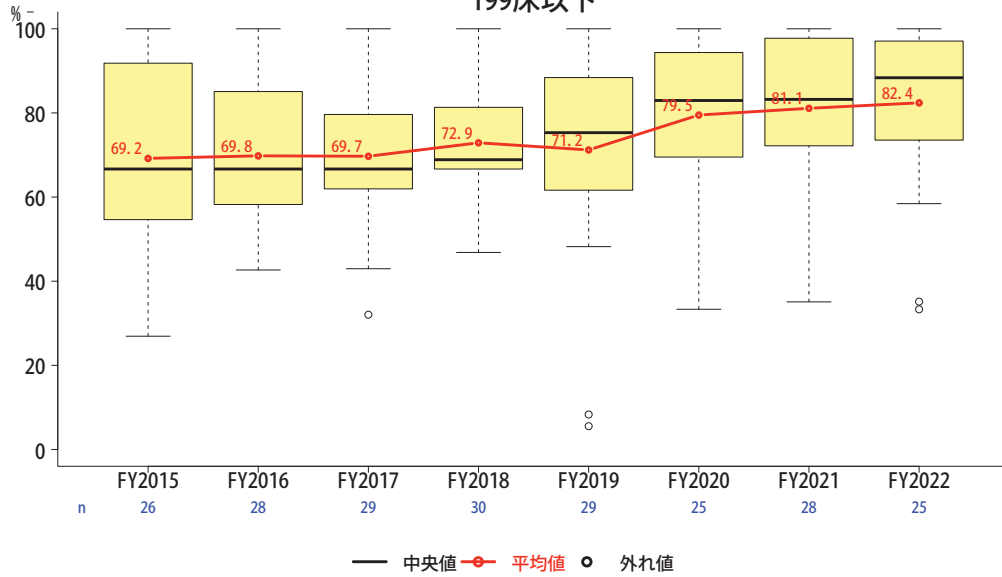
500床以上



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

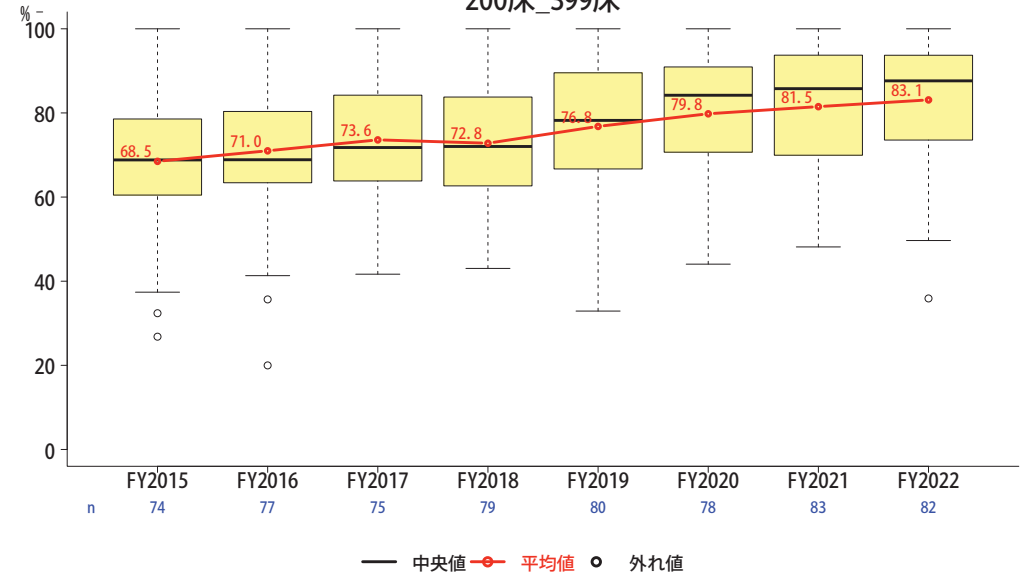
199床以下



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

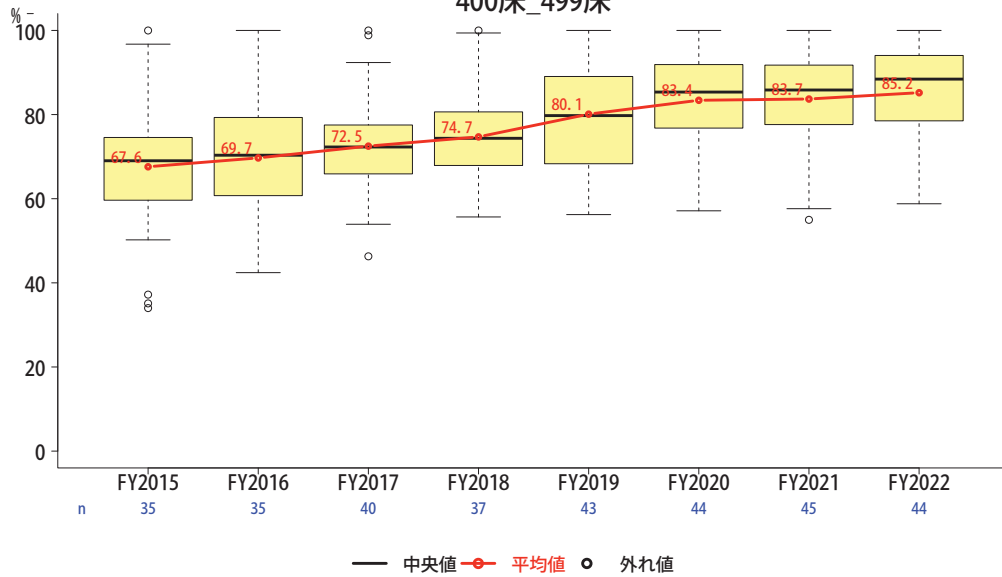
200床_399床



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

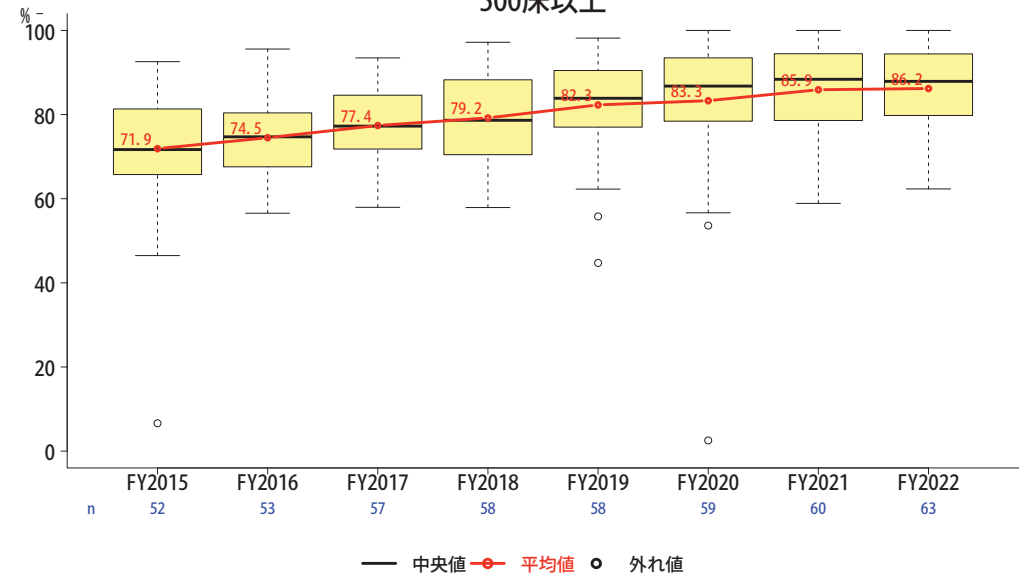
400床_499床



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

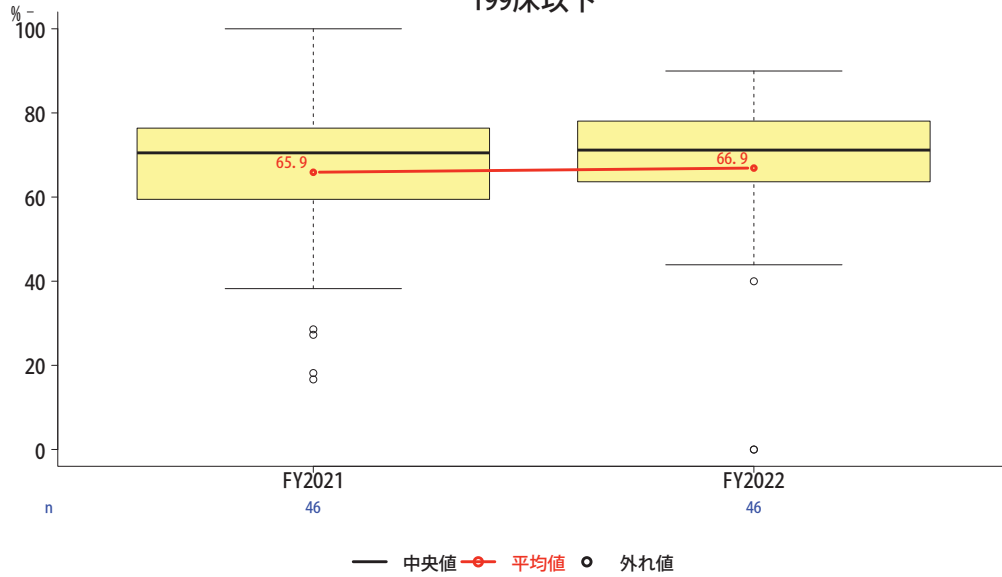
500床以上



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

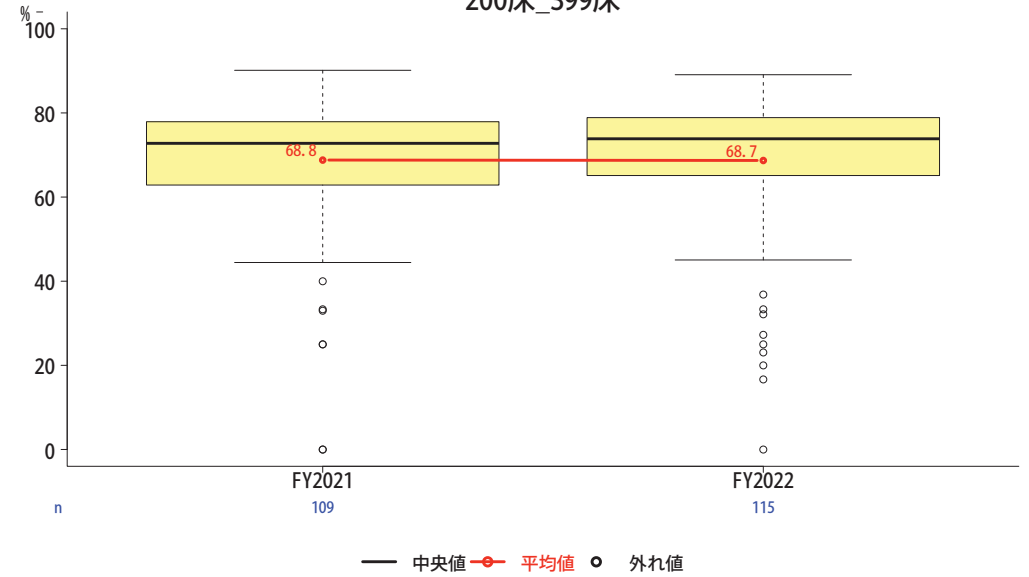
199床以下



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

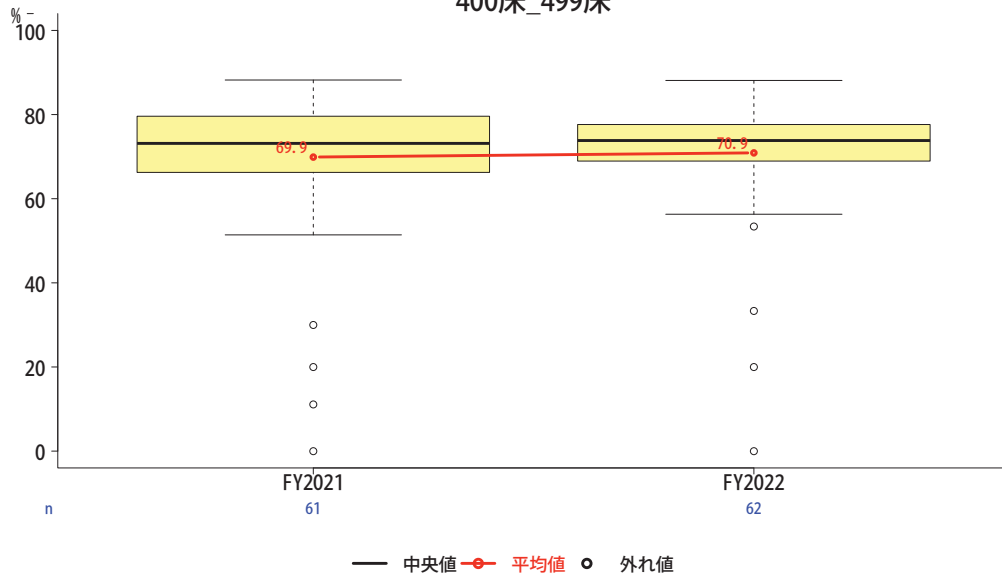
200床_399床



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

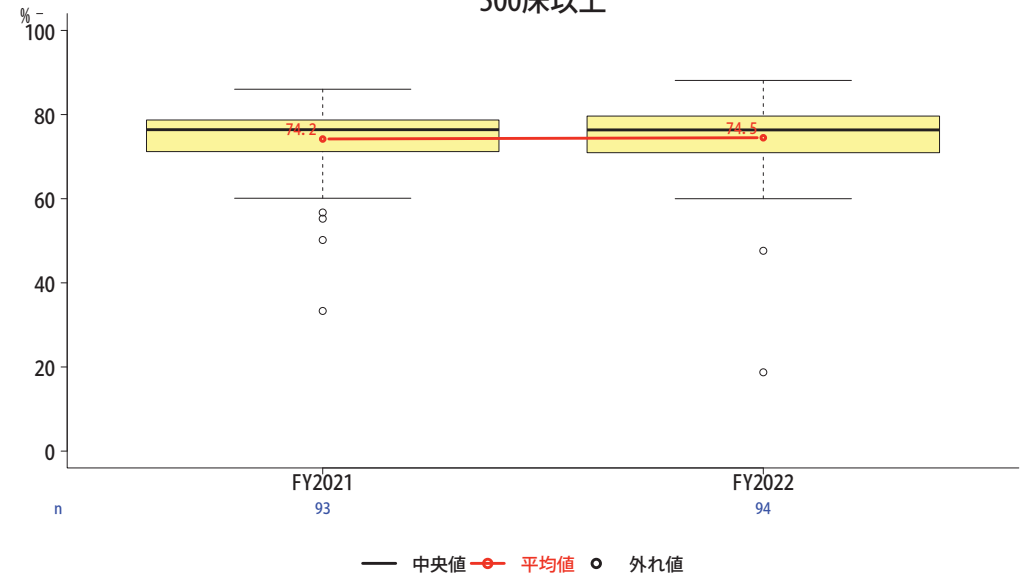
400床_499床



一般-29 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

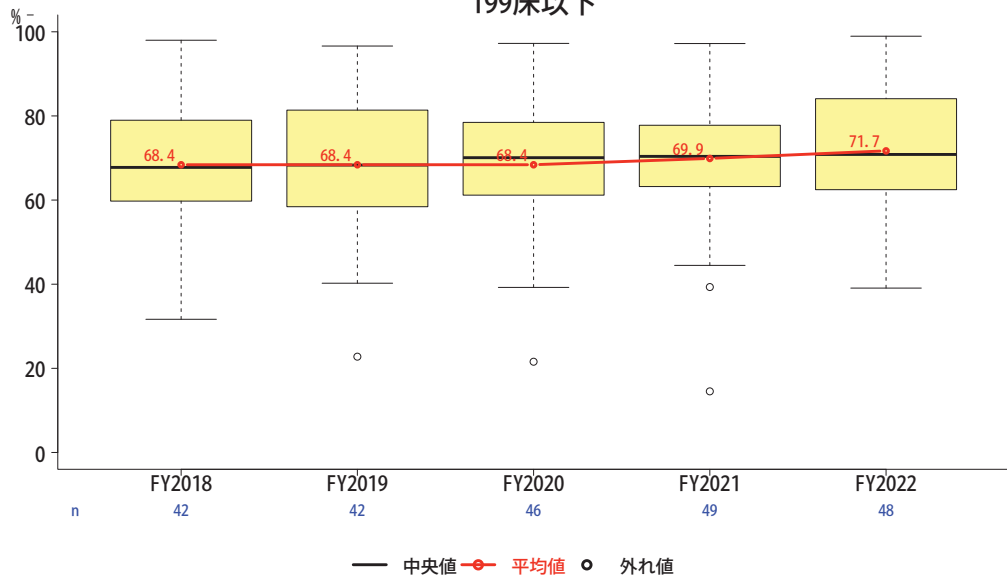
500床以上



一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

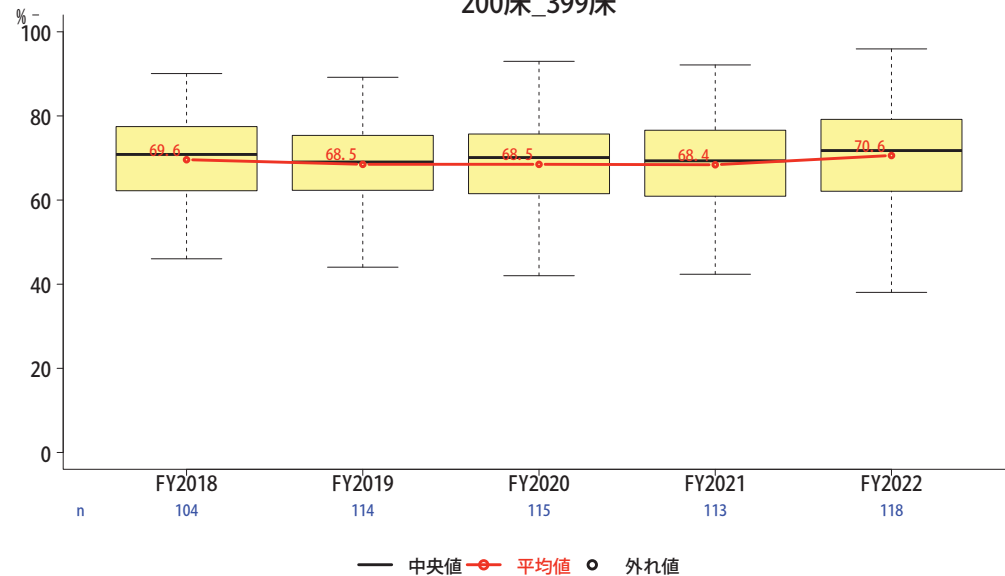
199床以下



一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

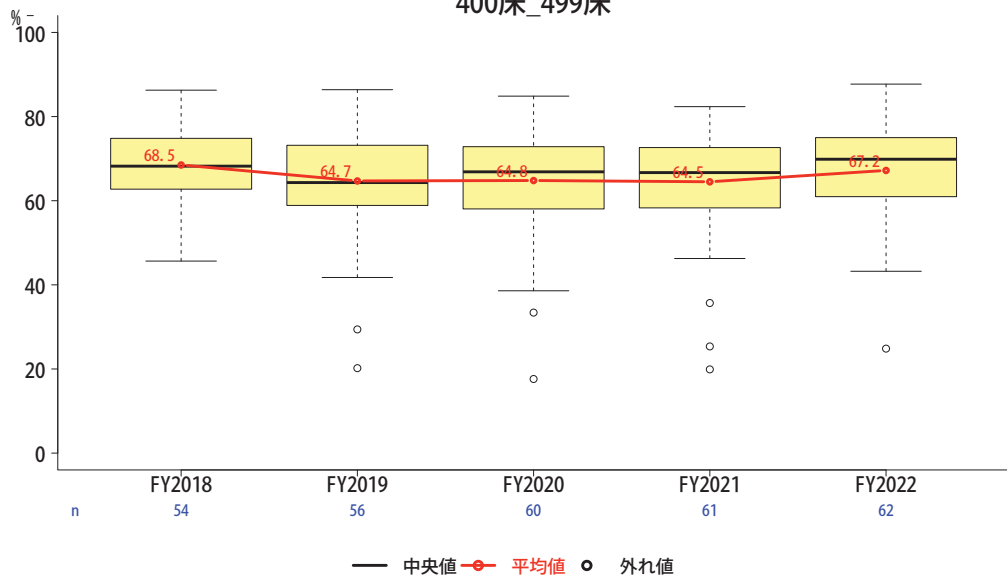
200床_399床



一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

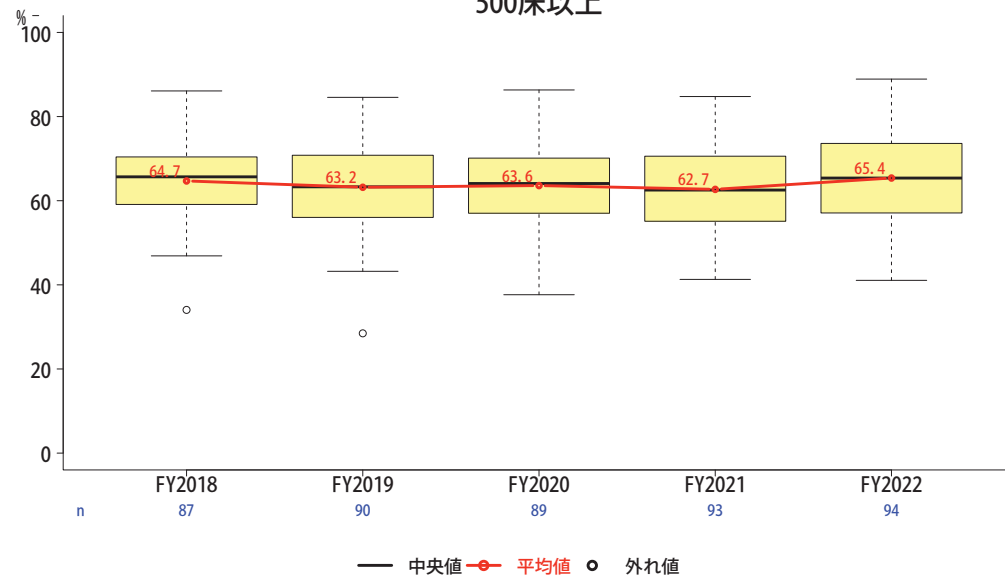
400床_499床



一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

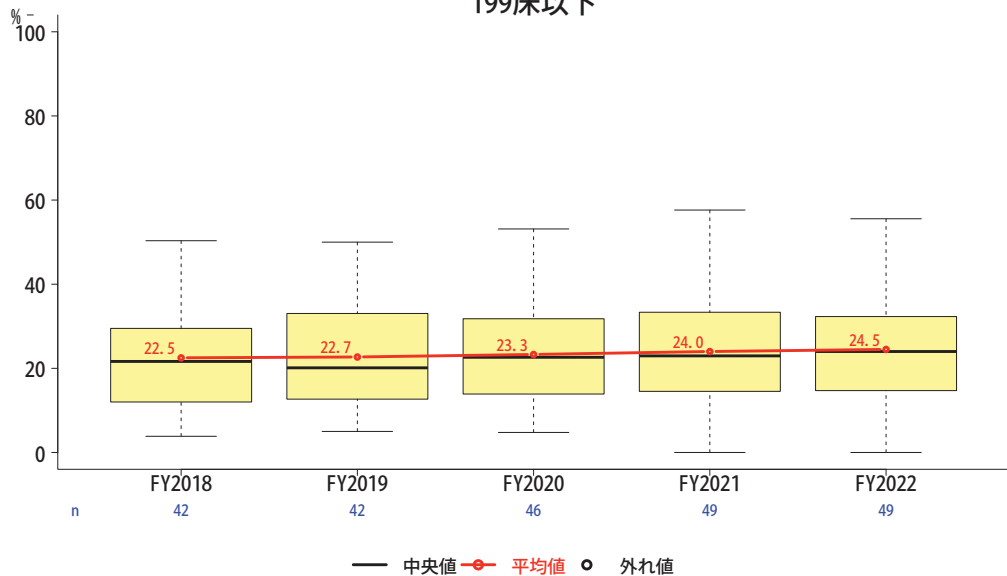
500床以上



一般-31 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

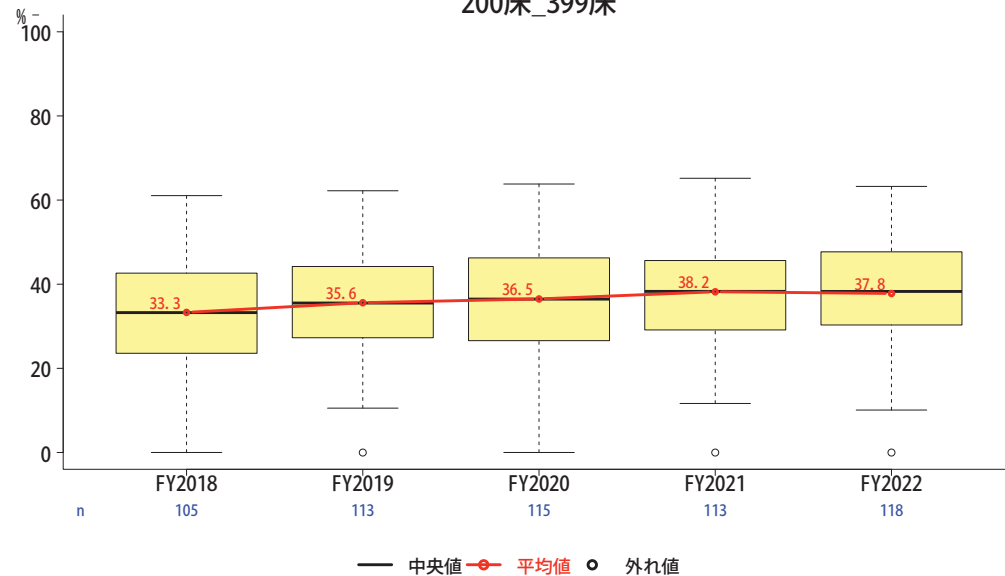
199床以下



一般-31 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

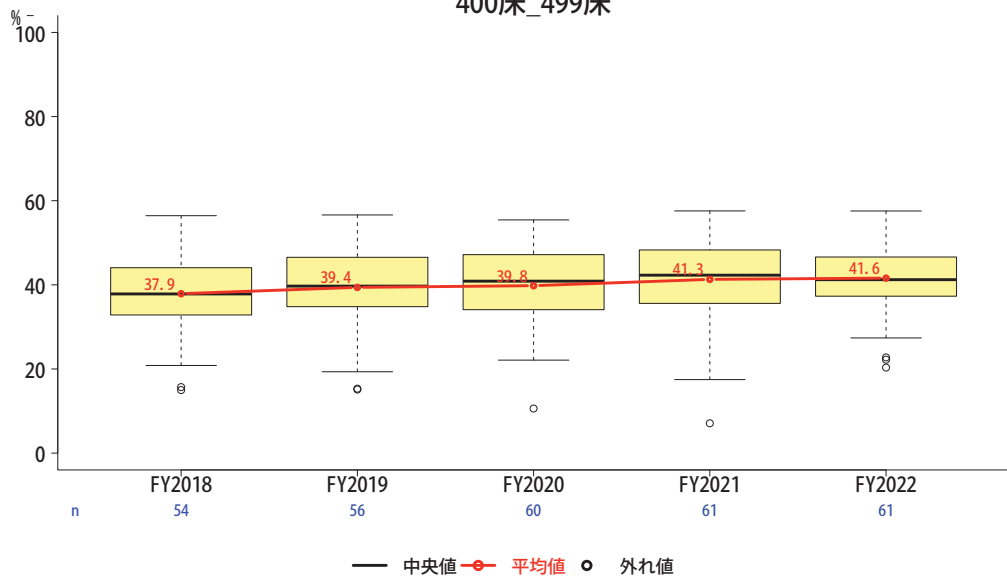
200床_399床



一般-31 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

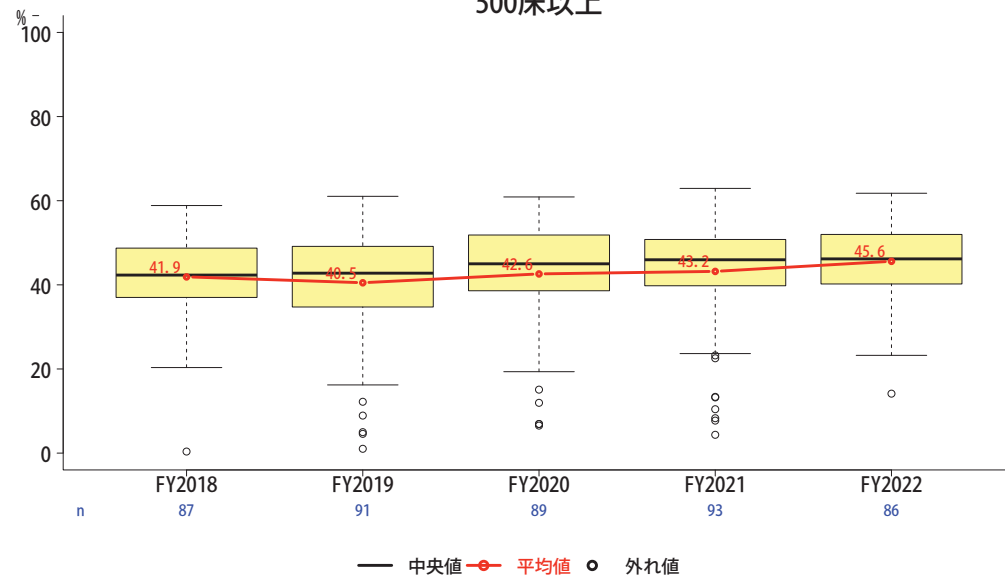
400床_499床



一般-31 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

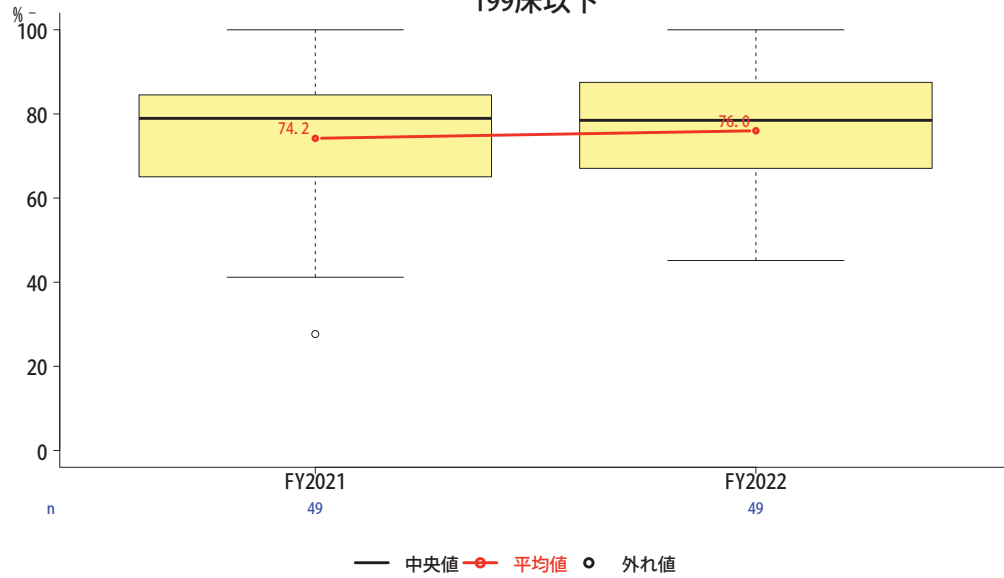
500床以上



一般-32 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

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

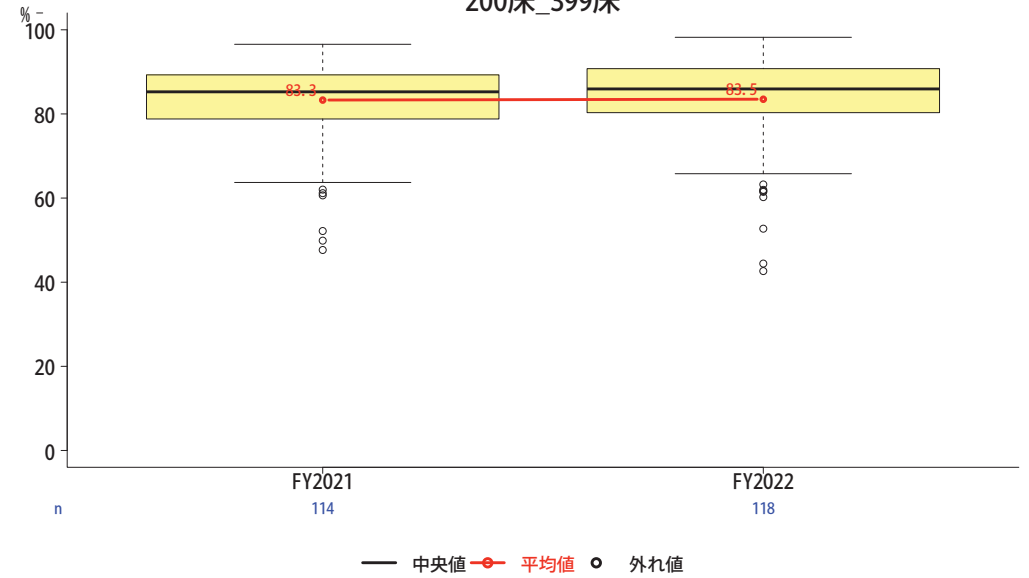
199床以下



一般-32 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

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

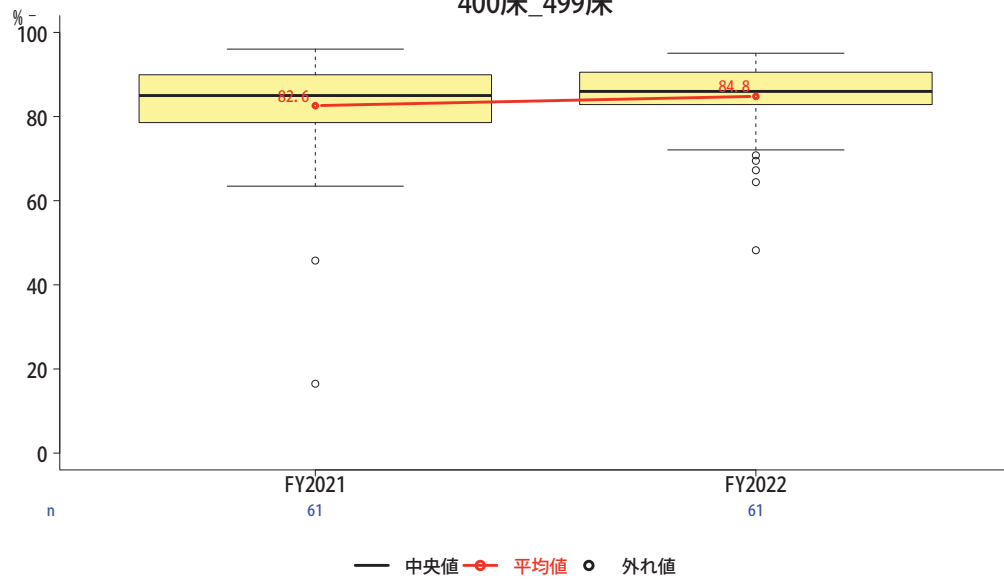
200床_399床



一般-32 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

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

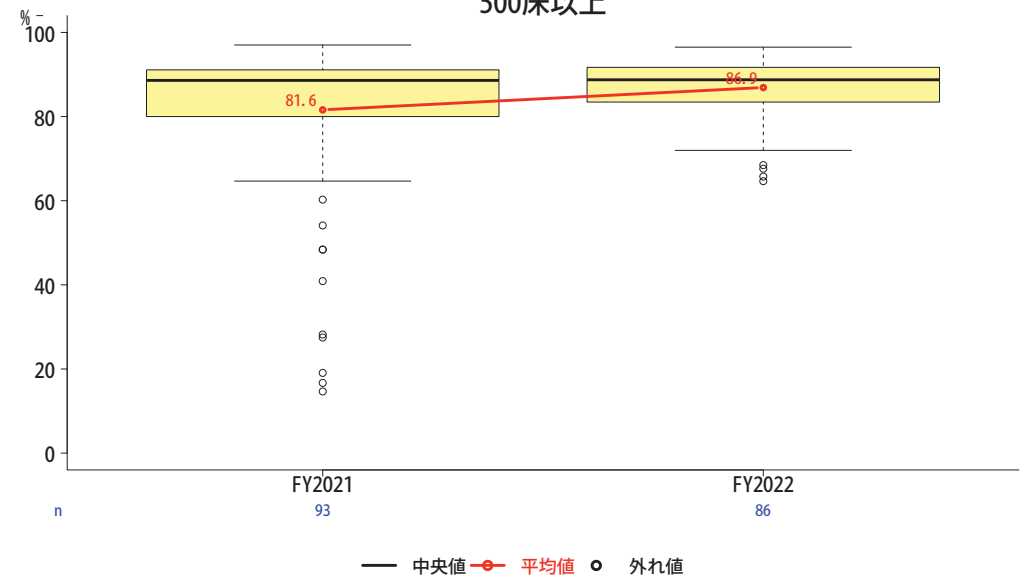
400床_499床



一般-32 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

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

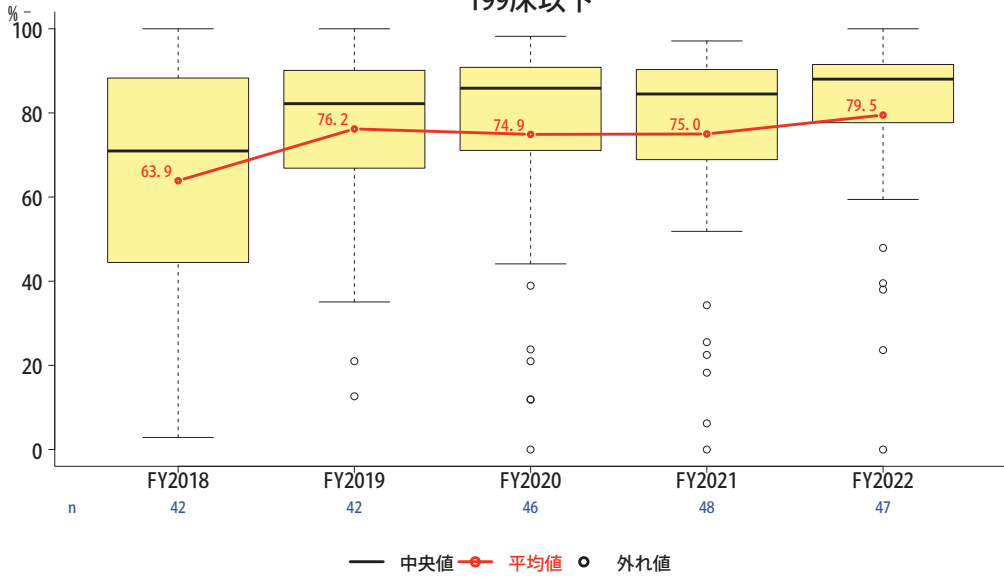
500床以上



一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

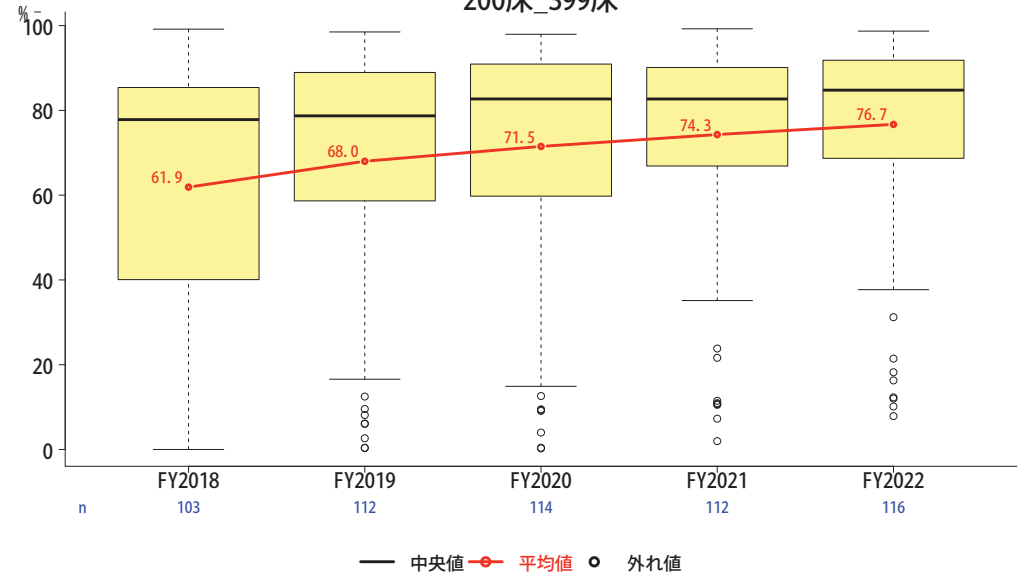
199床以下



一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

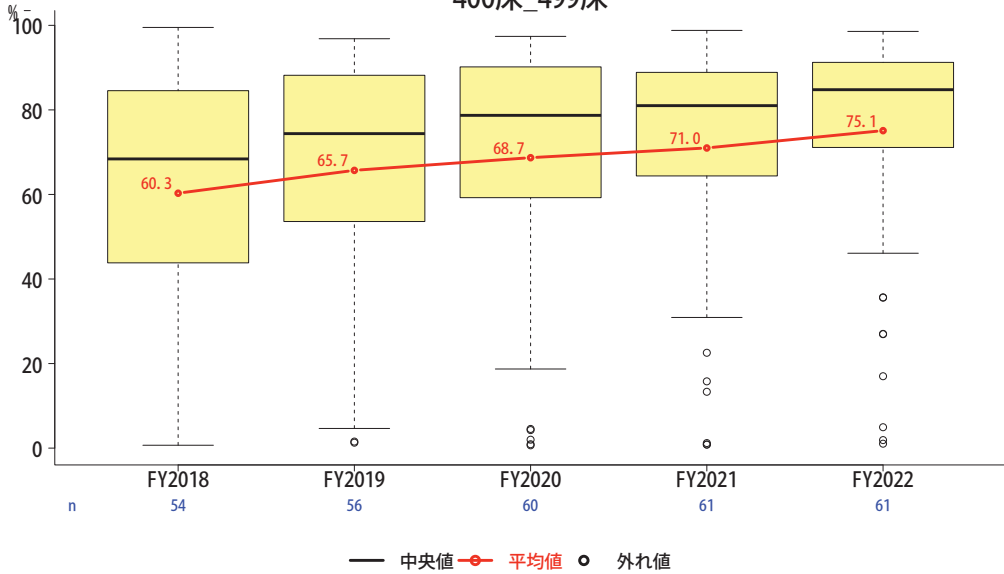
200床_399床



一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

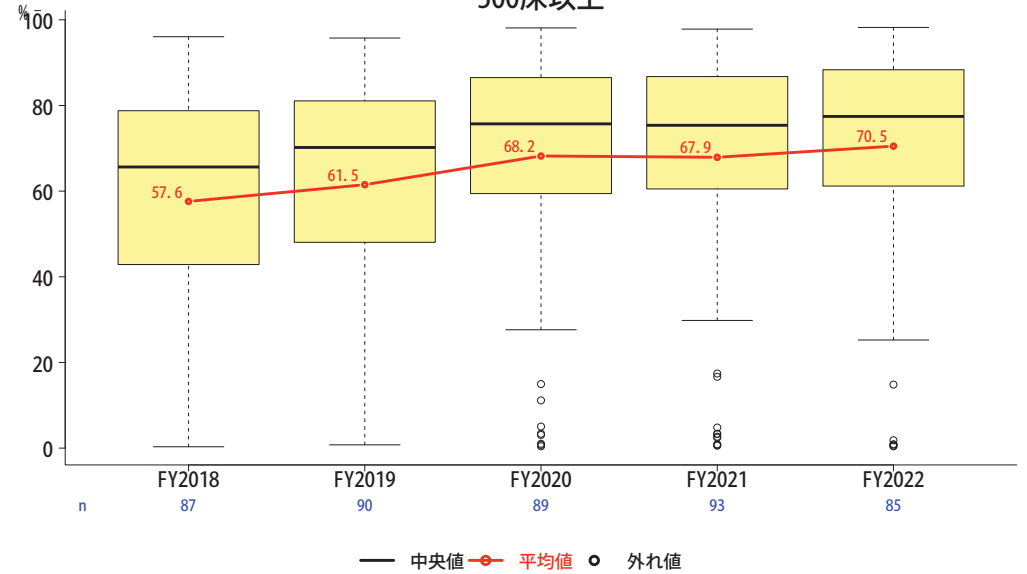
400床_499床



一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

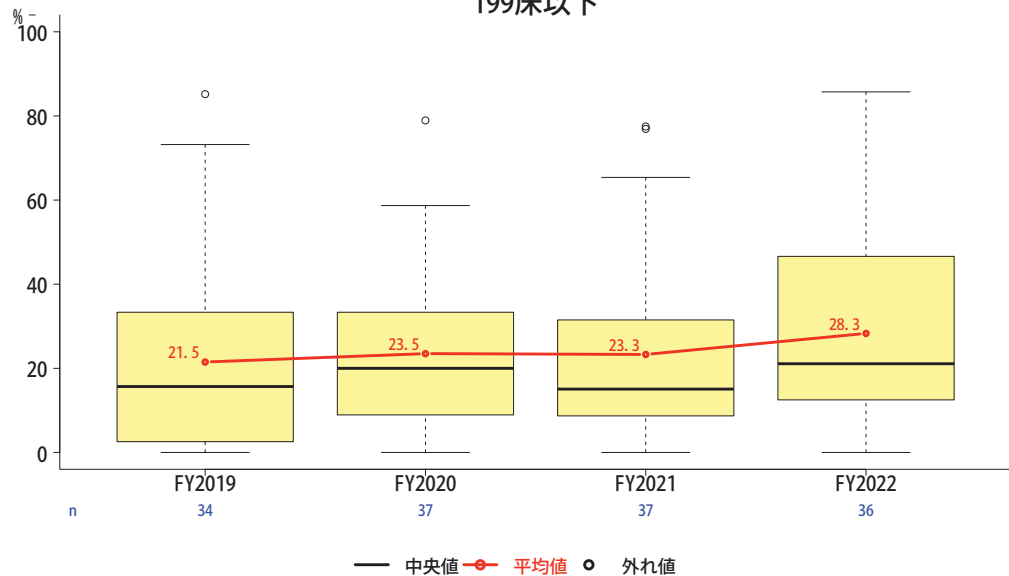
500床以上



一般-34 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

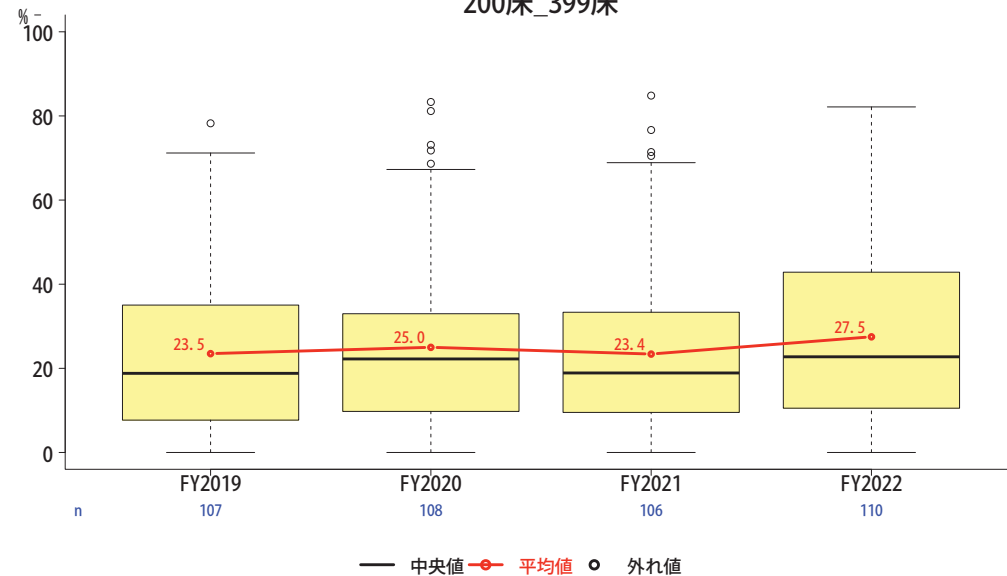
199床以下



一般-34 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

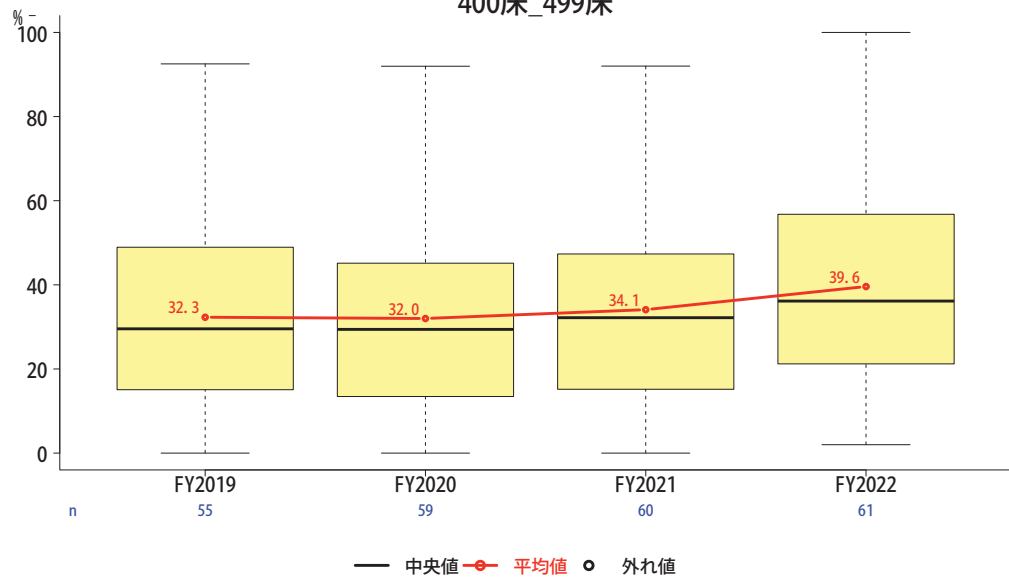
200床_399床



一般-34 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

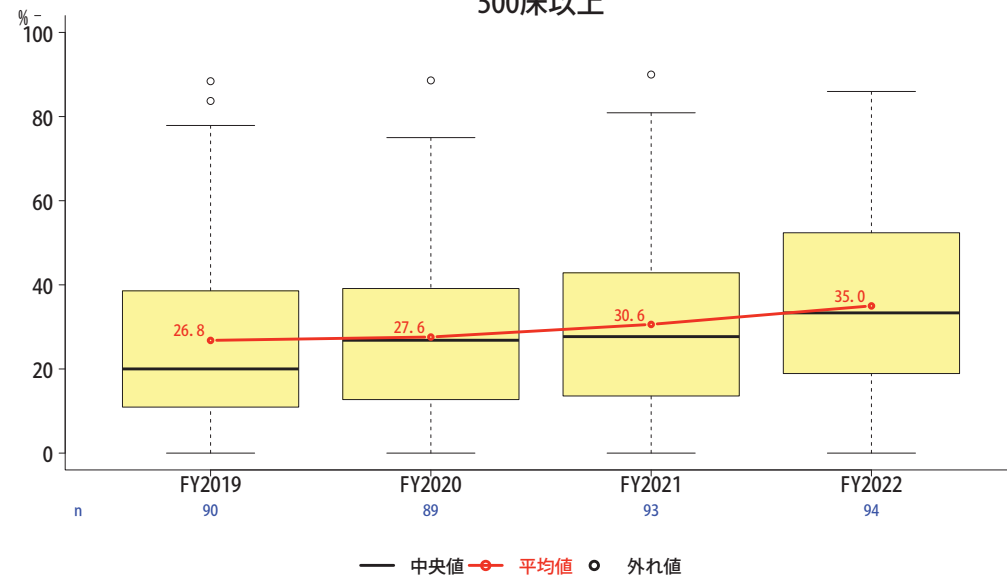
400床_499床



一般-34 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

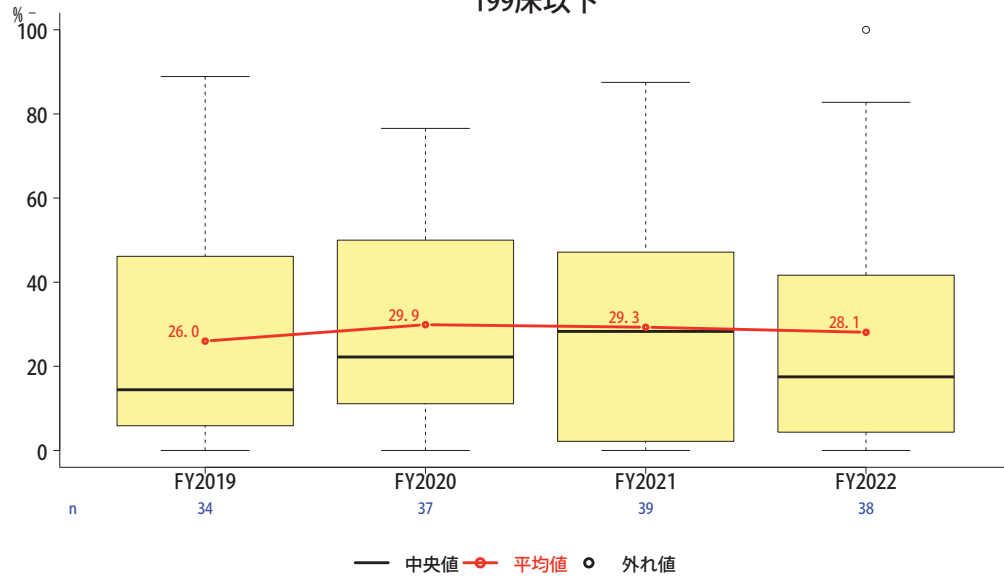
500床以上



一般-35 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

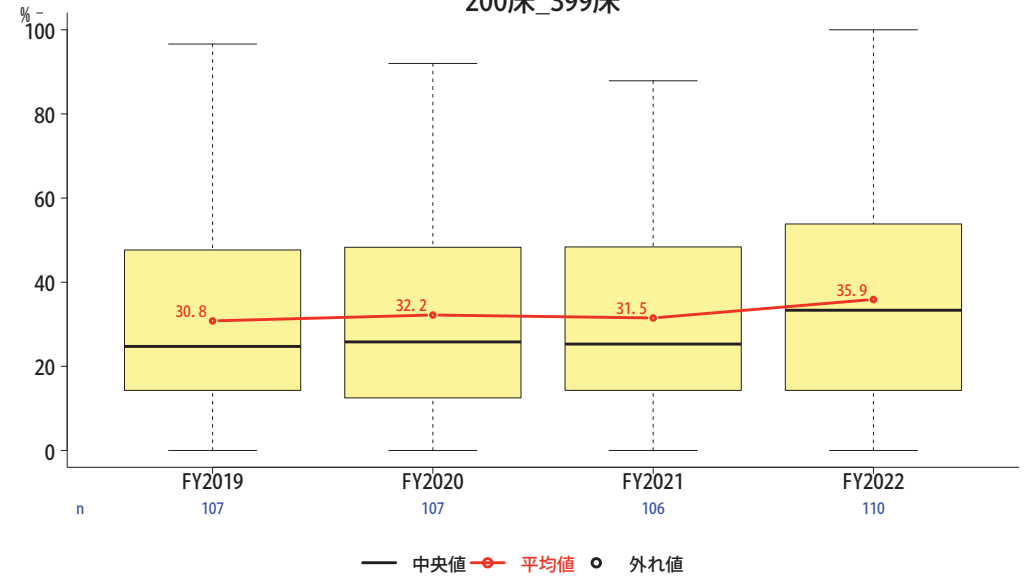
199床以下



一般-35 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

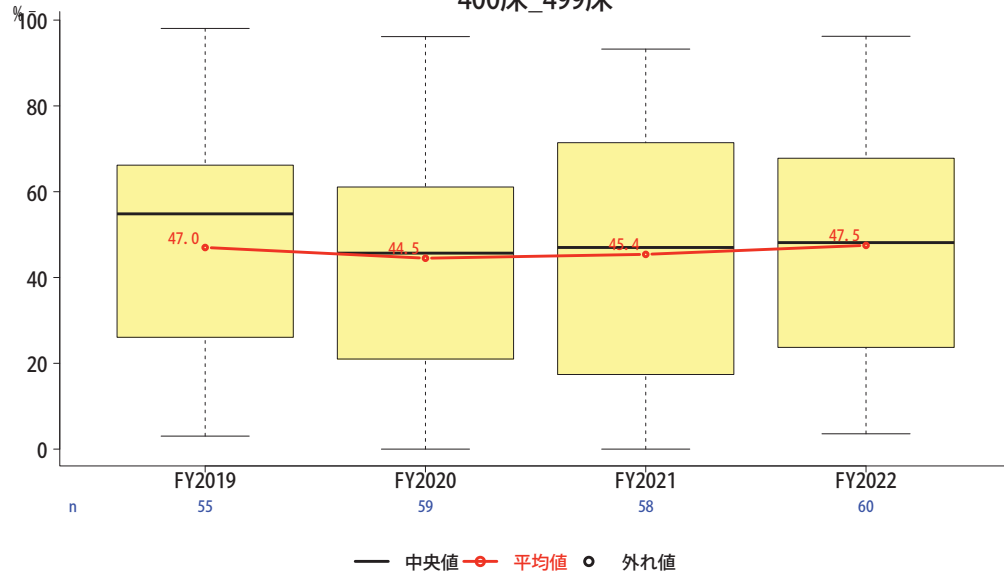
200床_399床



一般-35 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

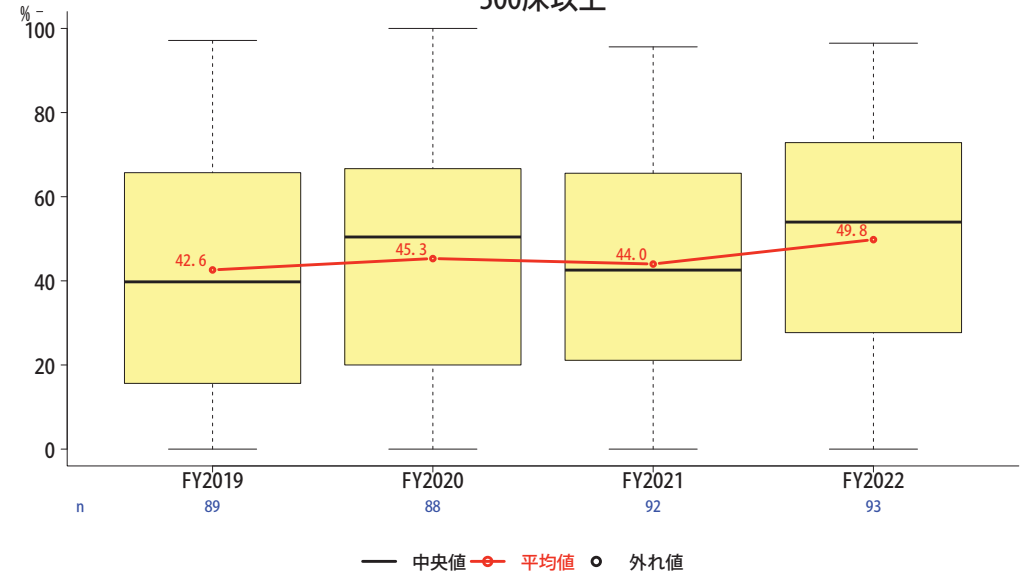
400床_499床



一般-35 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

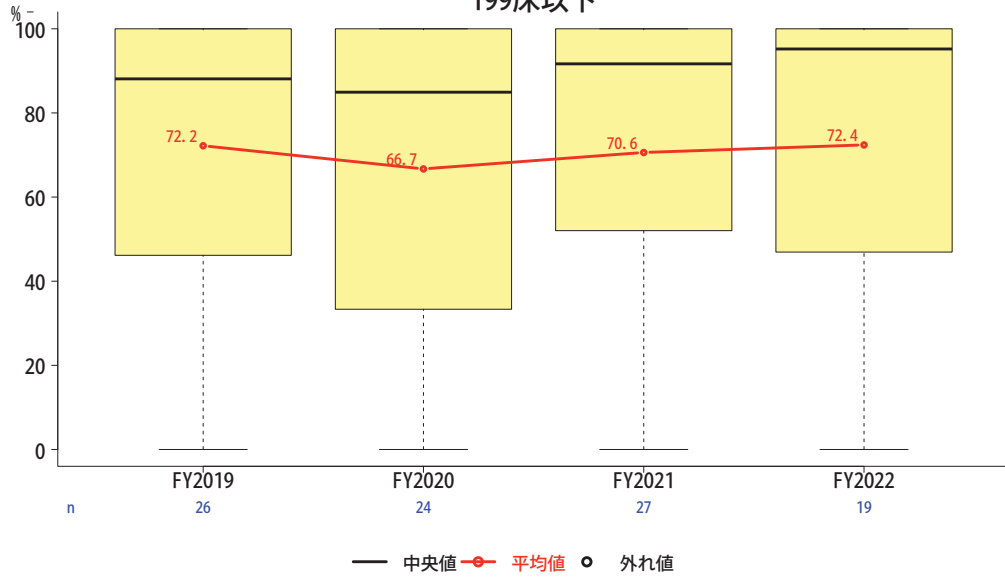
500床以上



一般-36 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

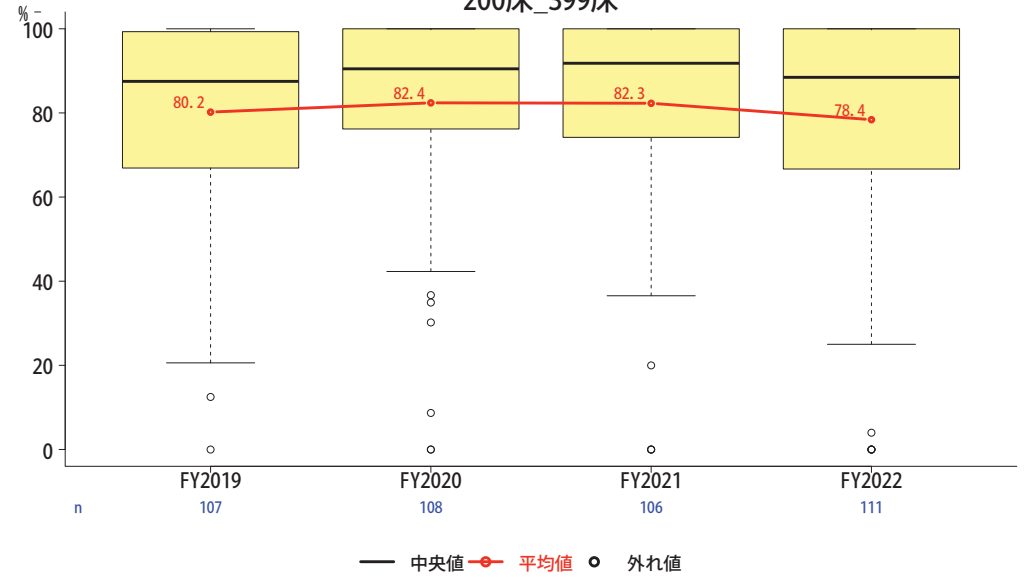
199床以下



一般-36 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

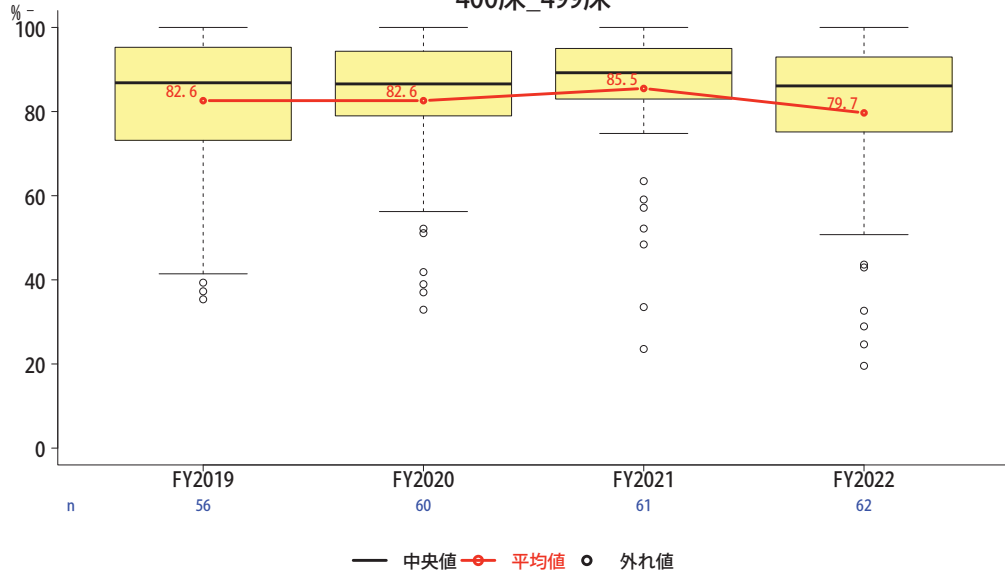
200床_399床



一般-36 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

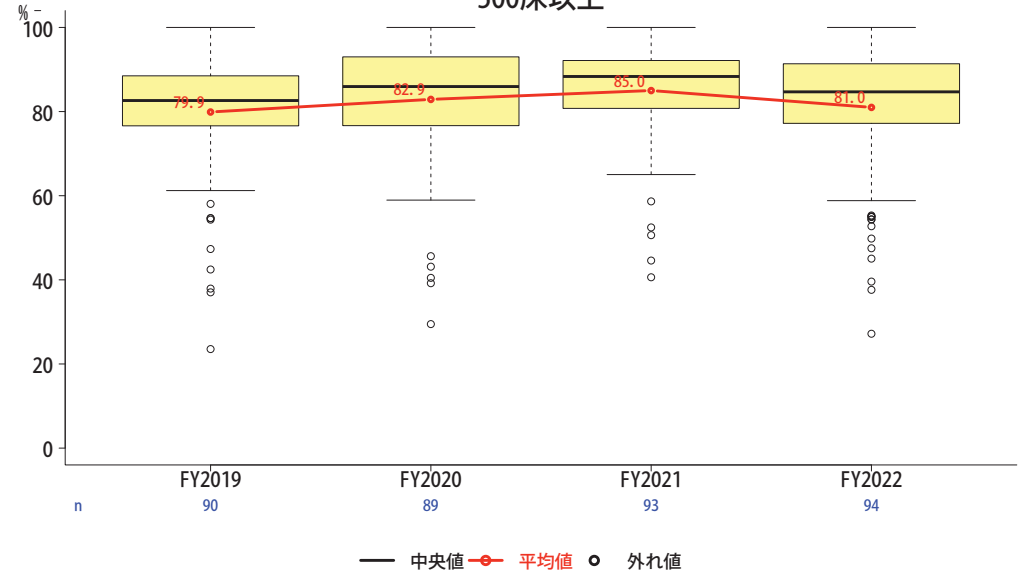
400床_499床



一般-36 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

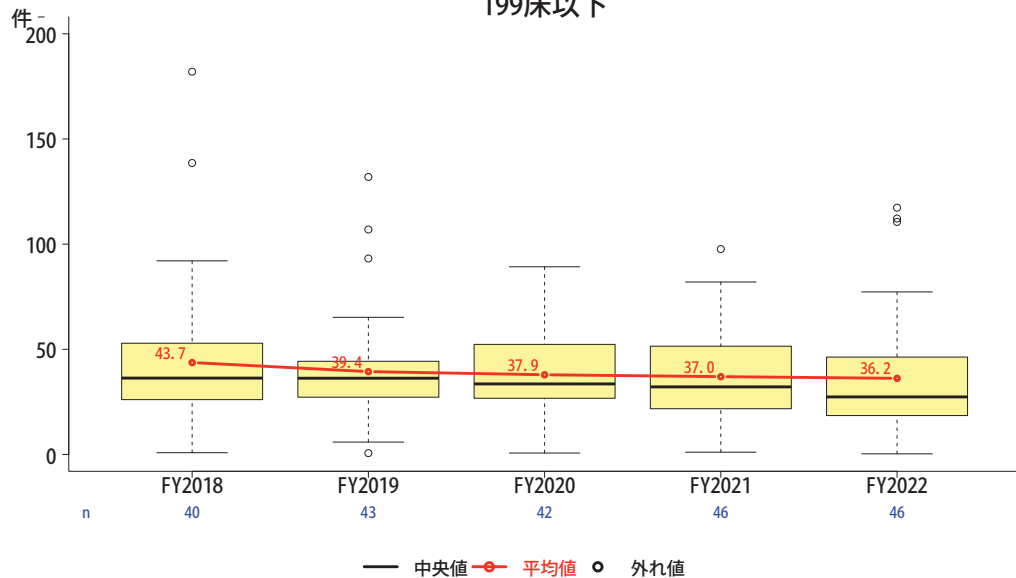
500床以上



一般-37 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

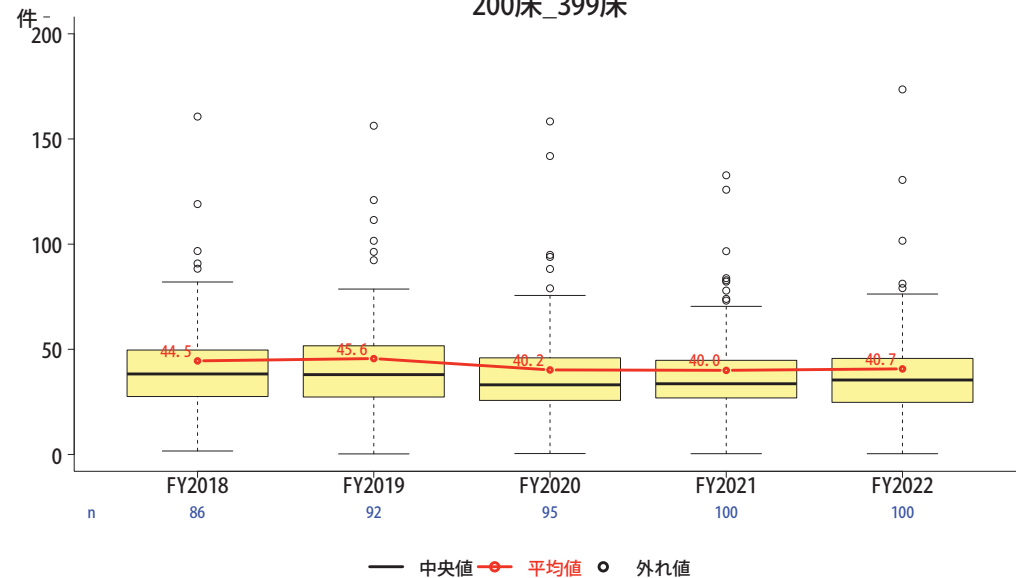
199床以下



一般-37 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

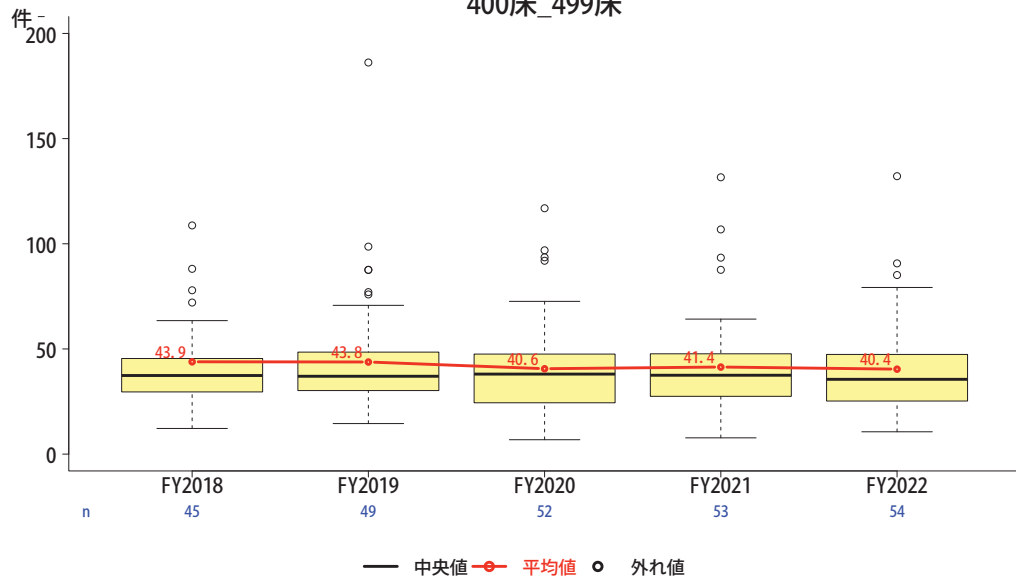
200床_399床



一般-37 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

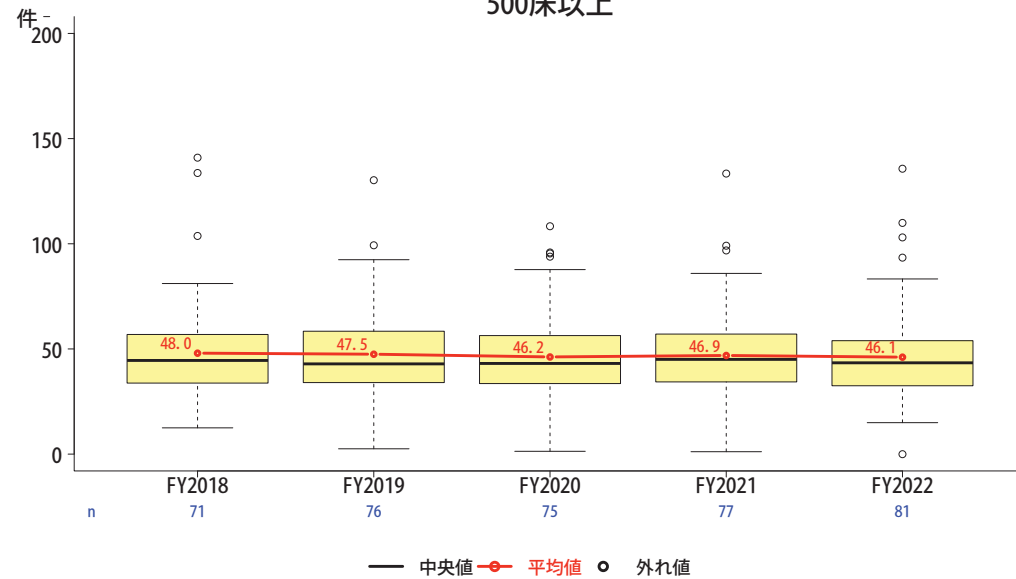
400床_499床



一般-37 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

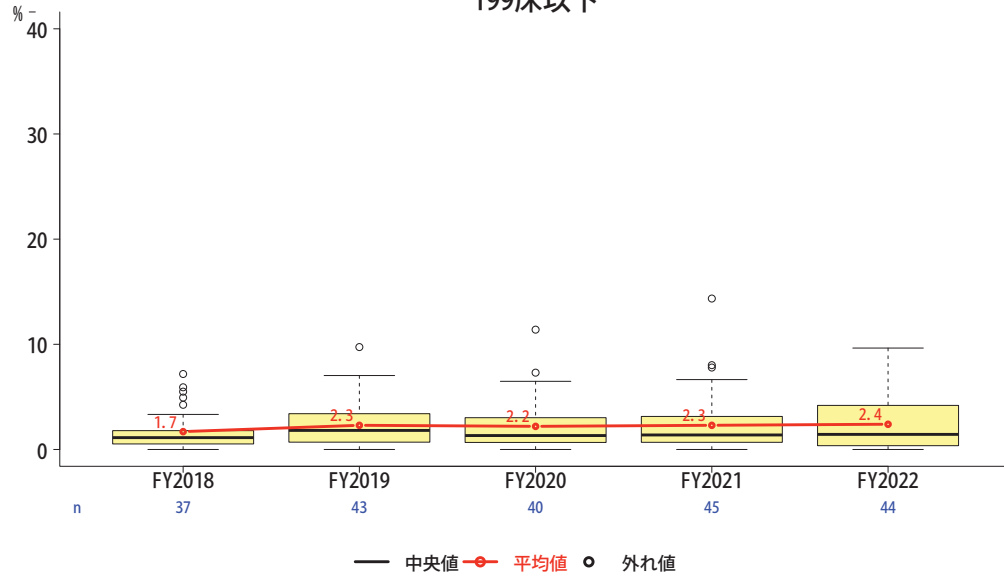
500床以上



一般-38 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

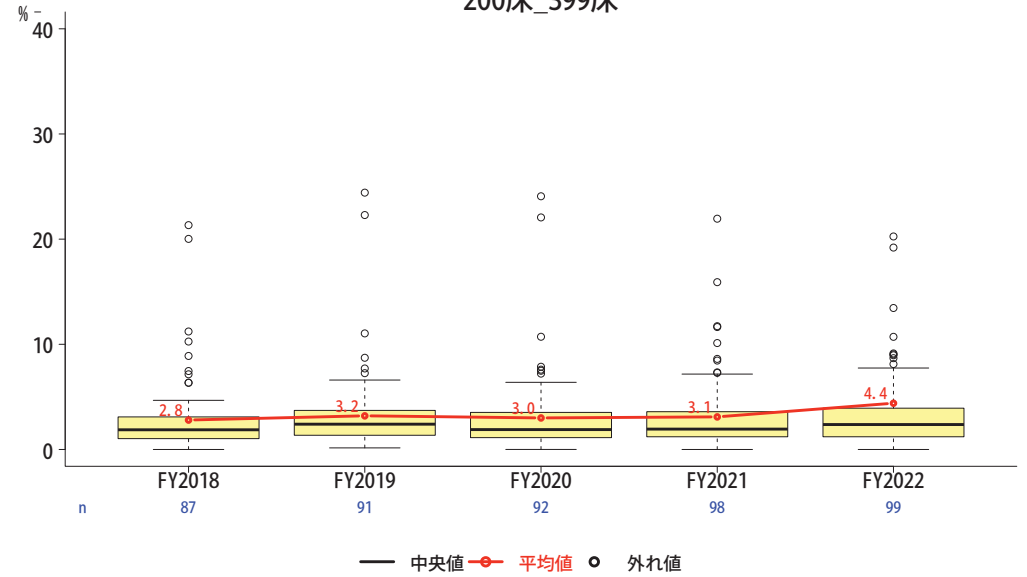
199床以下



一般-38 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

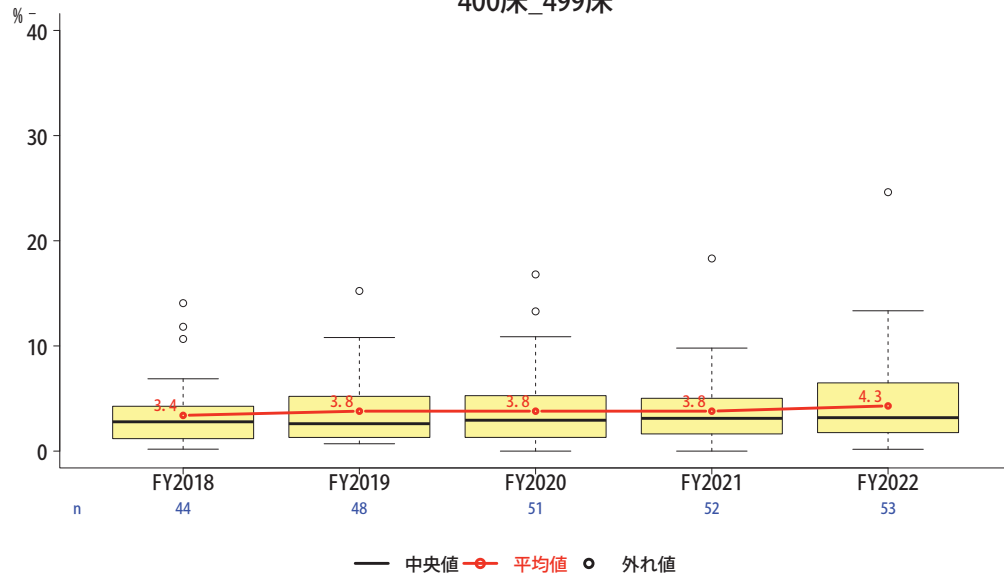
200床_399床



一般-38 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

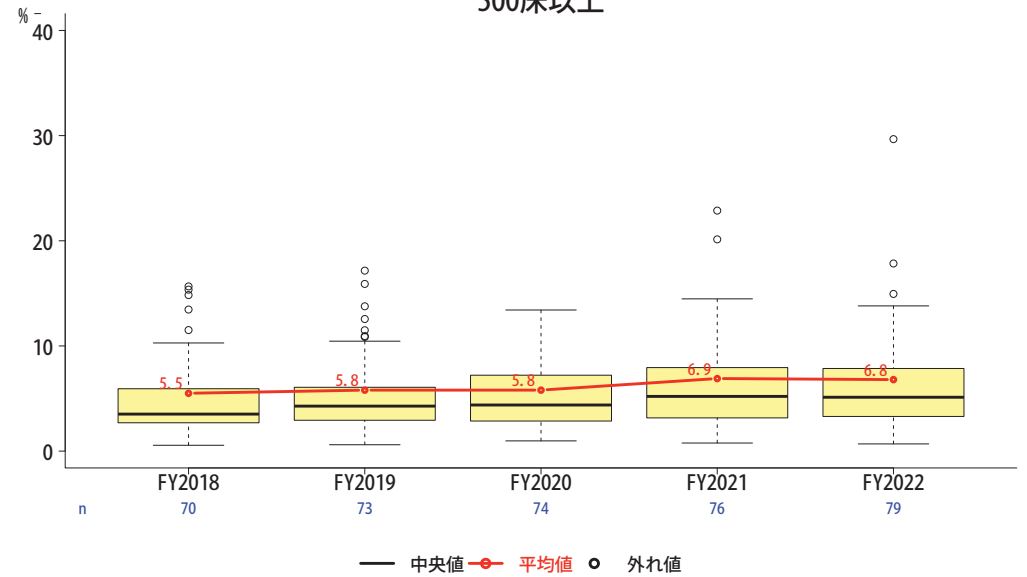
400床_499床



一般-38 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

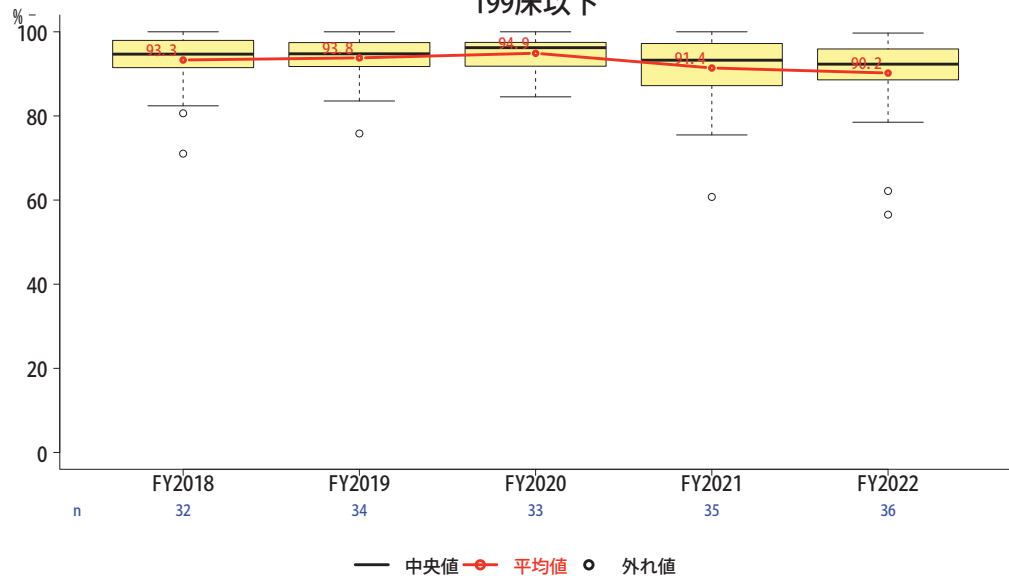
500床以上



一般-39 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

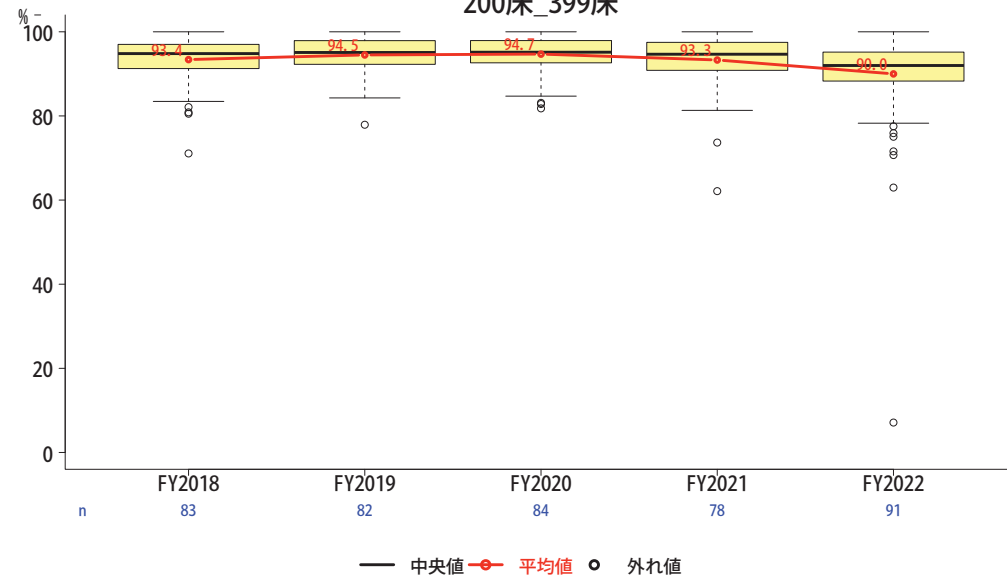
199床以下



一般-39 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

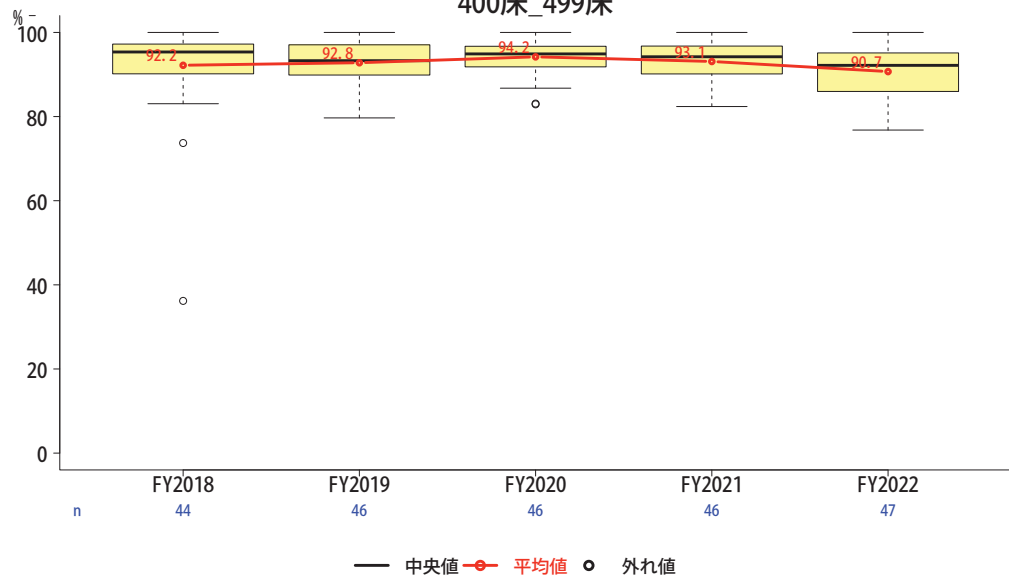
200床_399床



一般-39 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

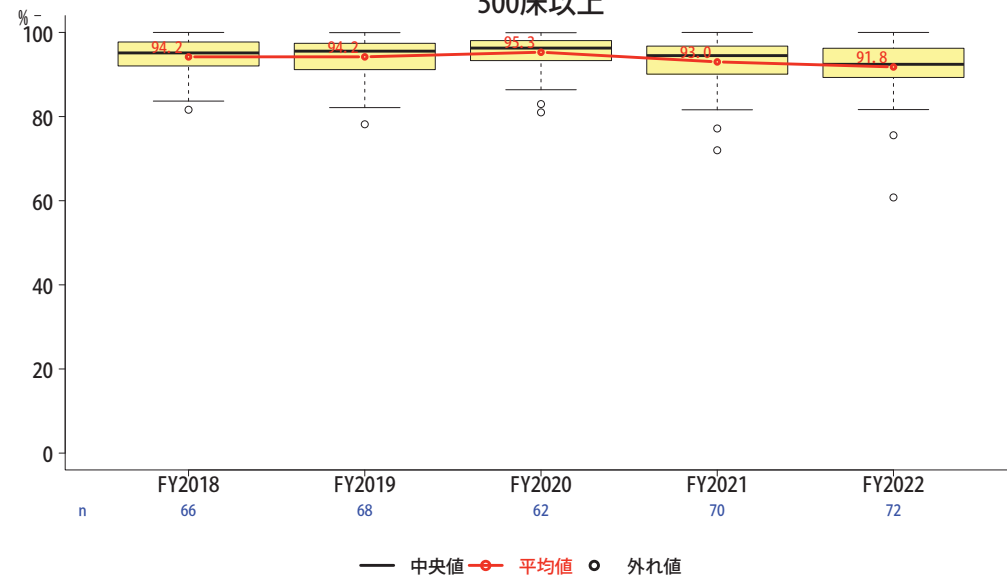
400床_499床



一般-39 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

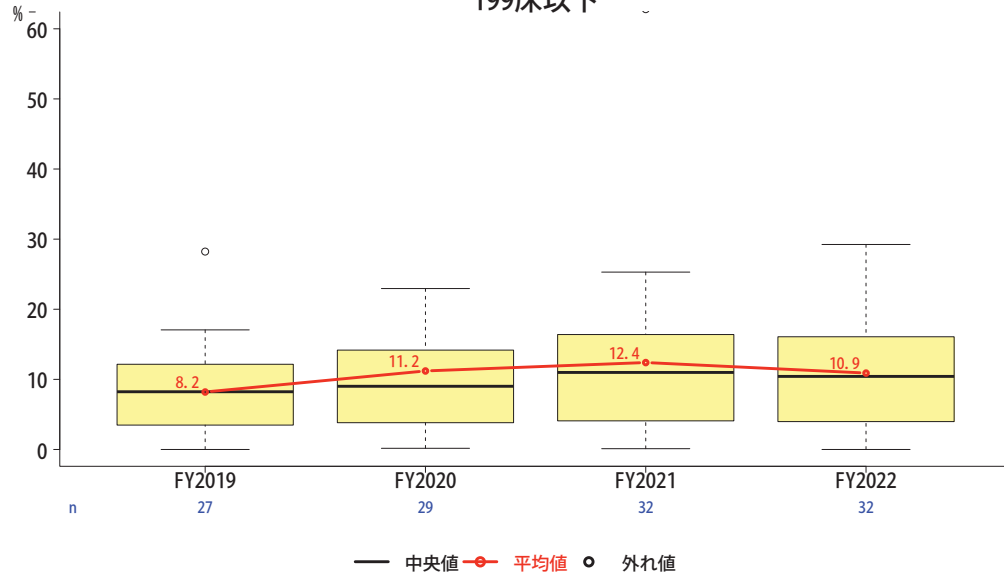
500床以上



一般-40 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

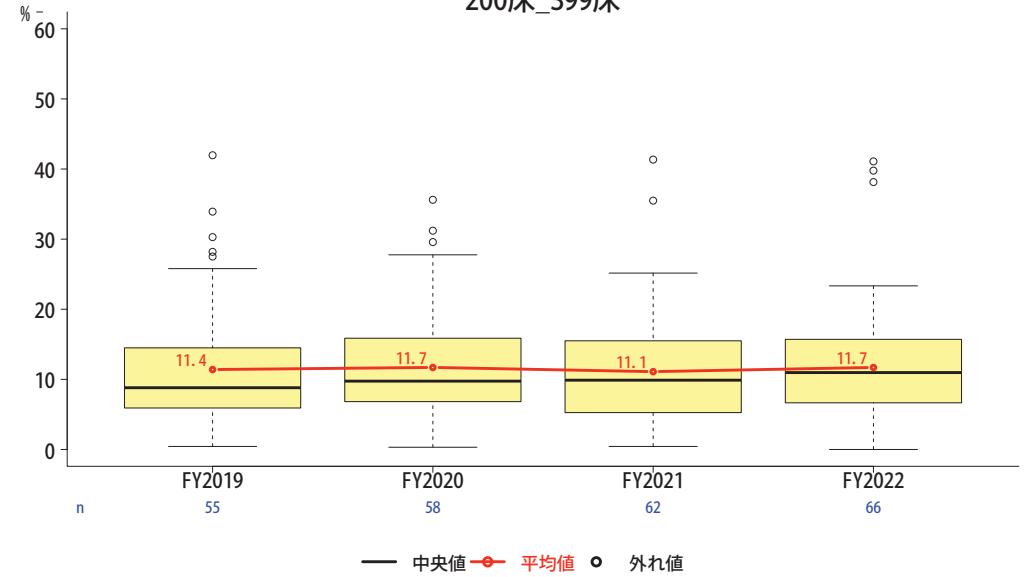
199床以下



一般-40 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

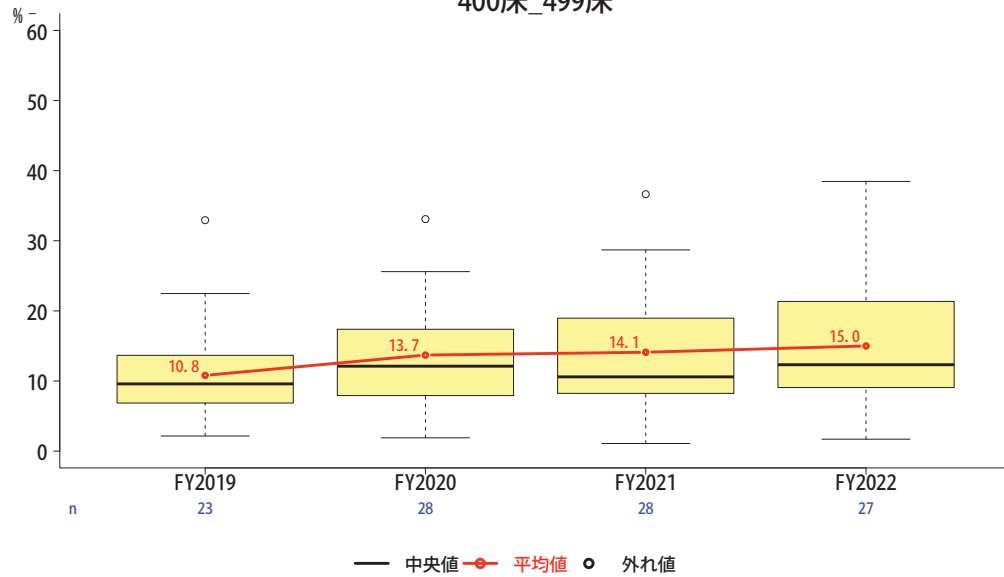
200床_399床



一般-40 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

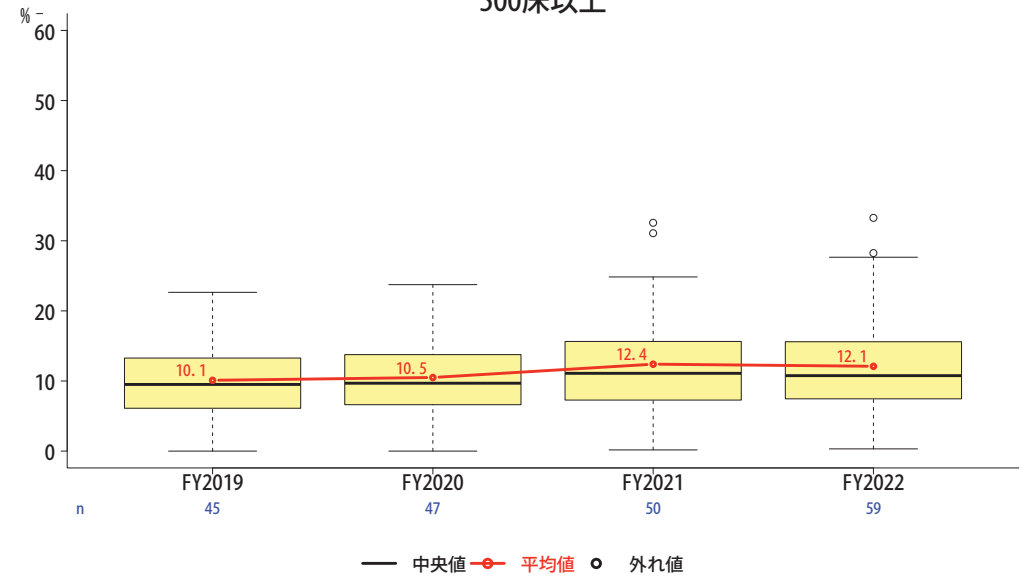
400床_499床



一般-40 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

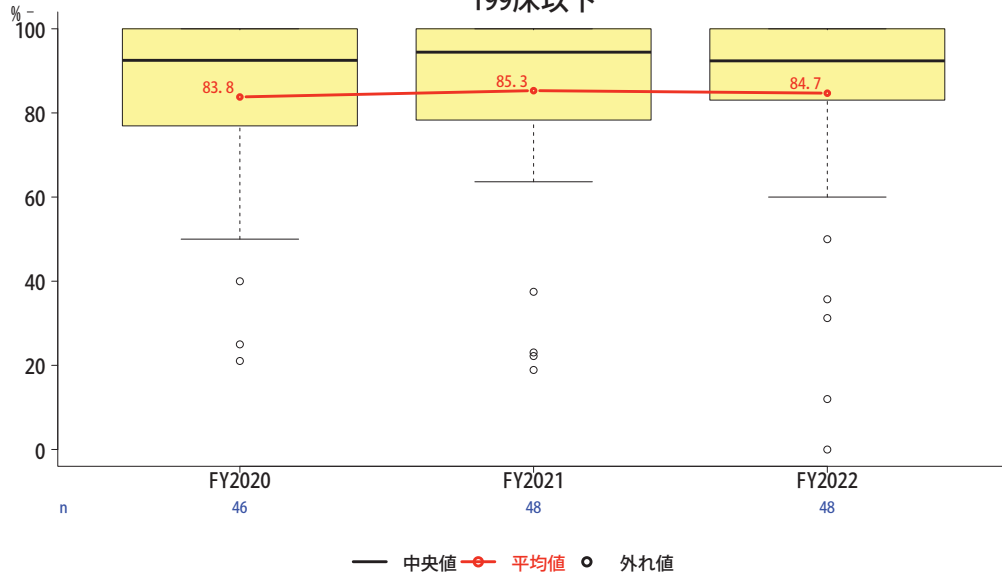
500床以上



一般-41 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

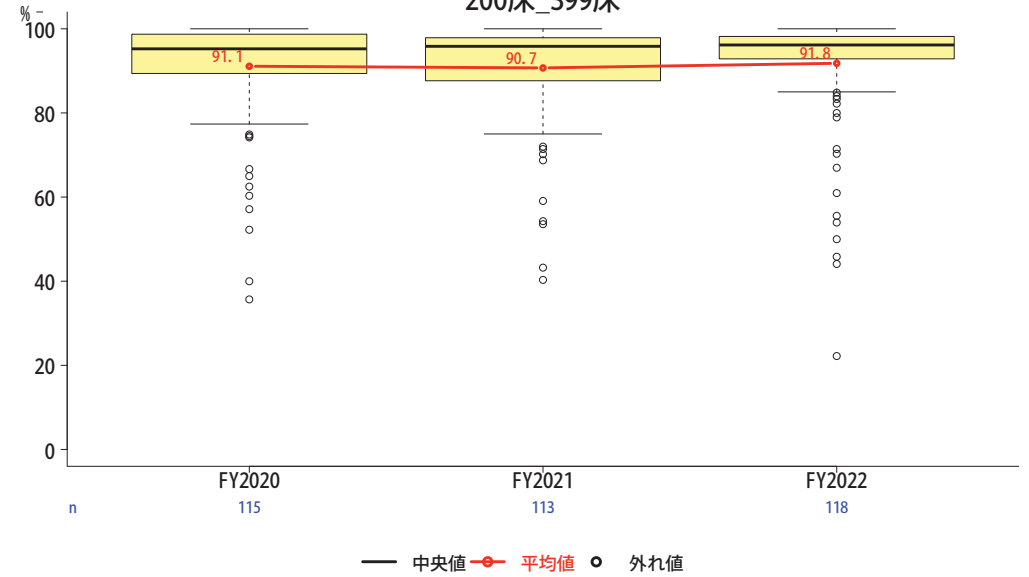
199床以下



一般-41 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

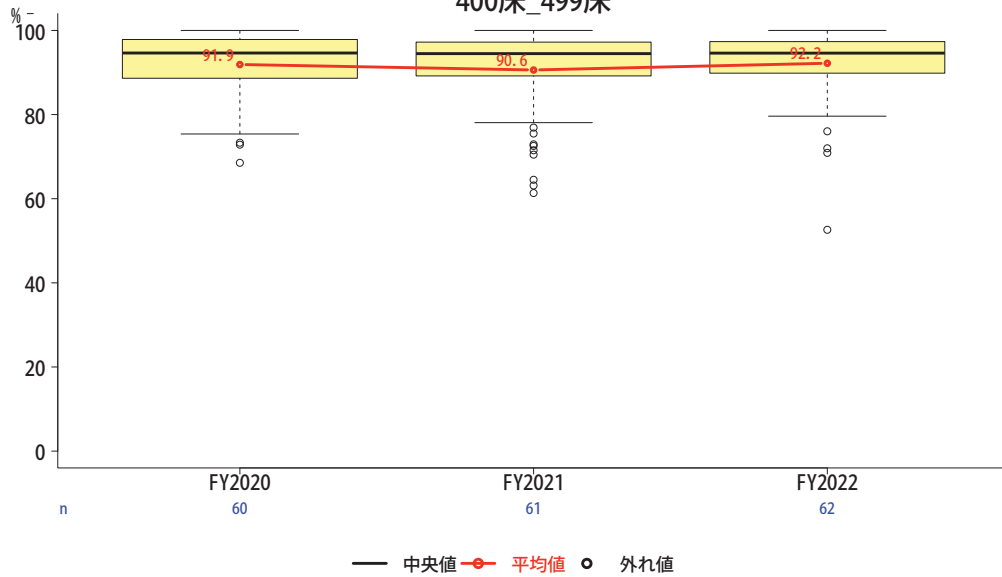
200床_399床



一般-41 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

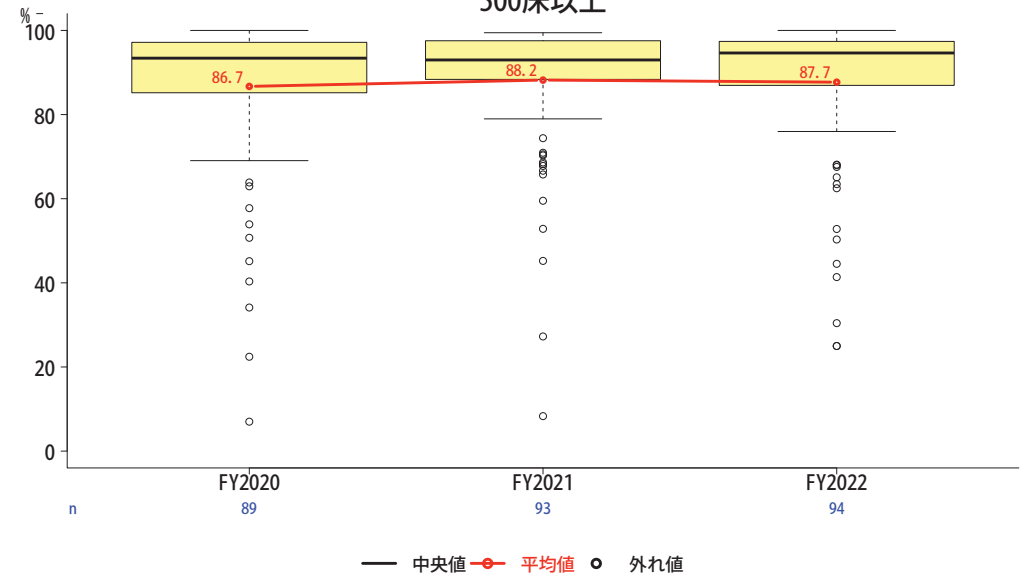
400床_499床



一般-41 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

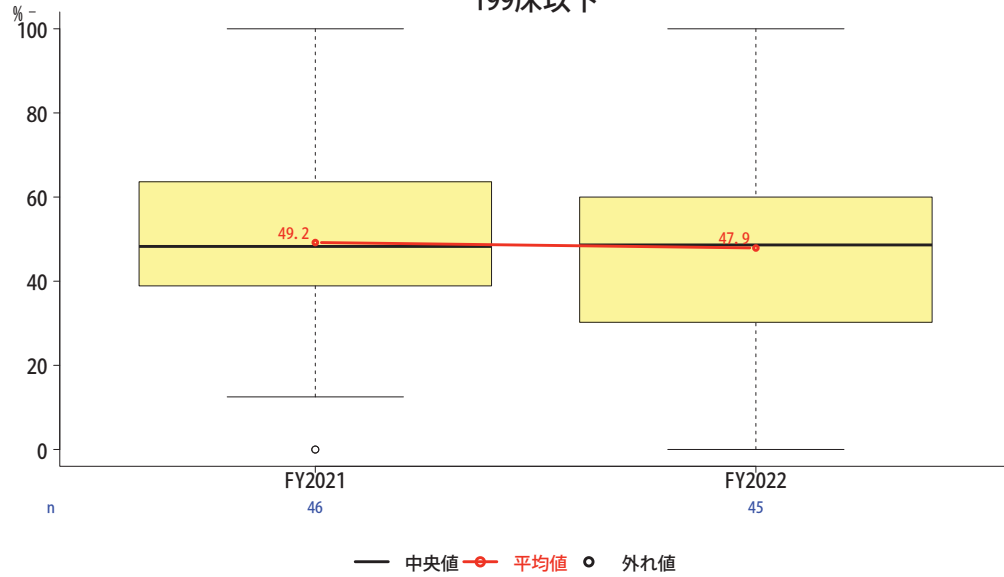
500床以上



一般-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:脳卒中で入院した患者数

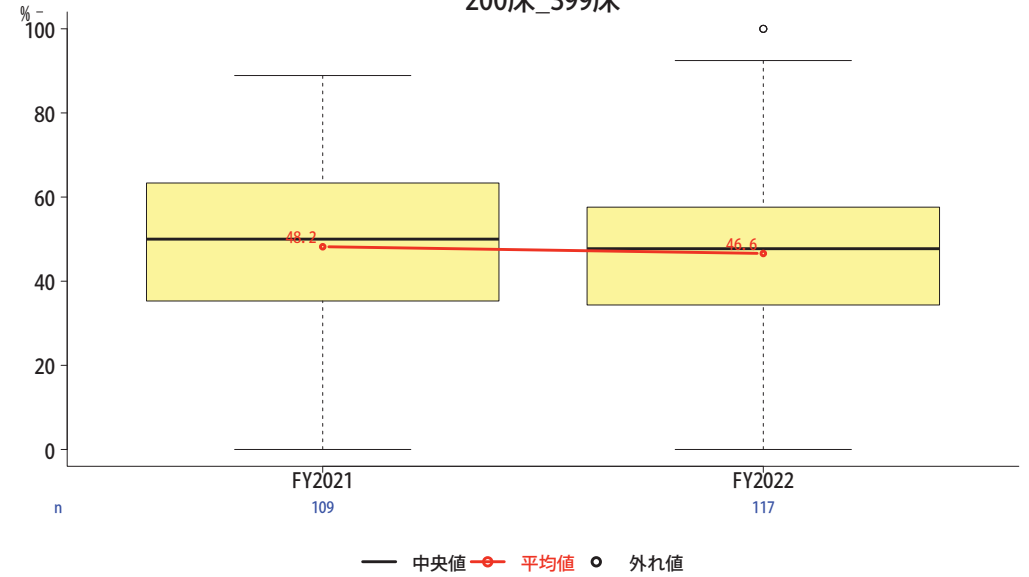
199床以下



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:脳卒中で入院した患者数

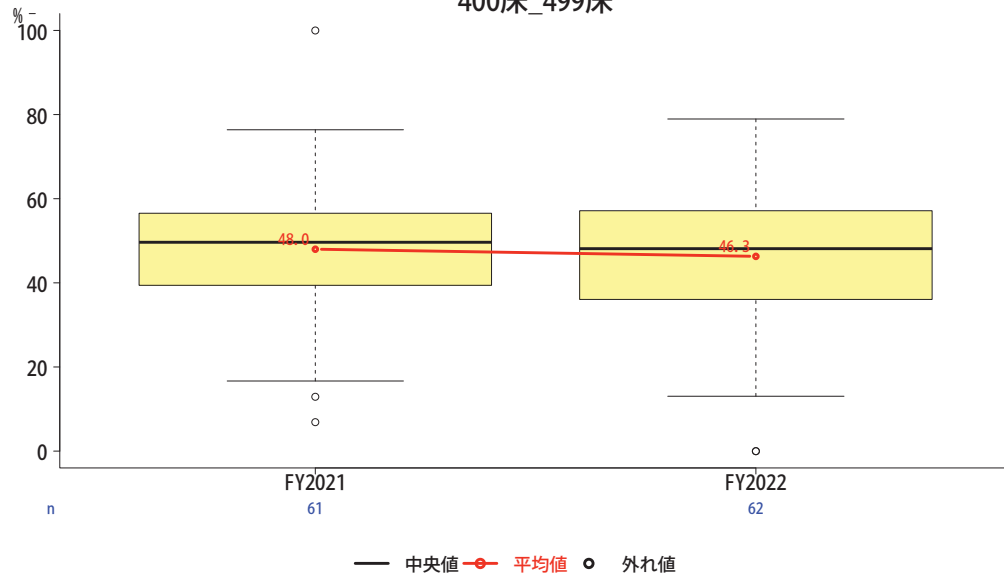
200床_399床



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:脳卒中で入院した患者数

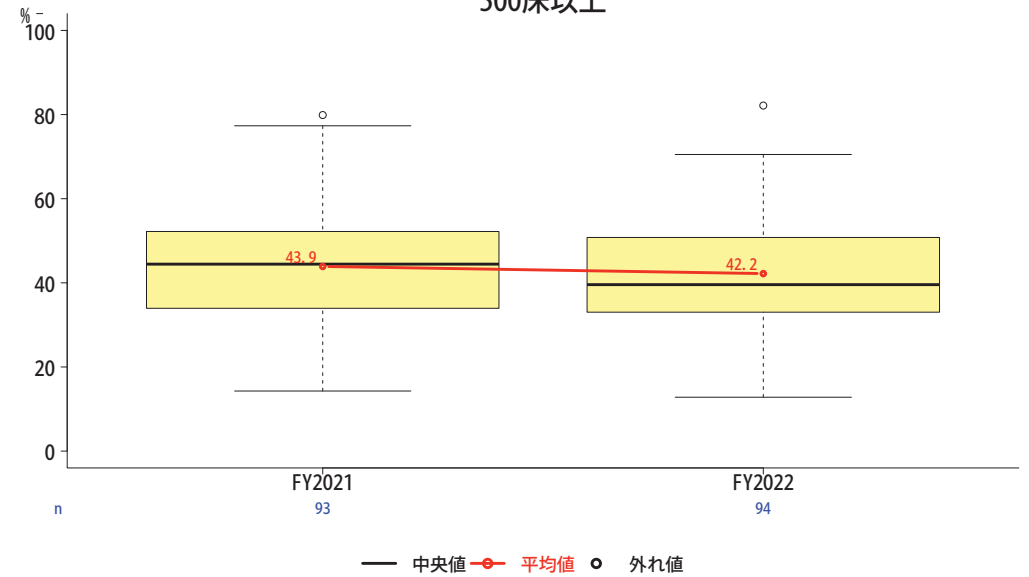
400床_499床



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:脳卒中で入院した患者数

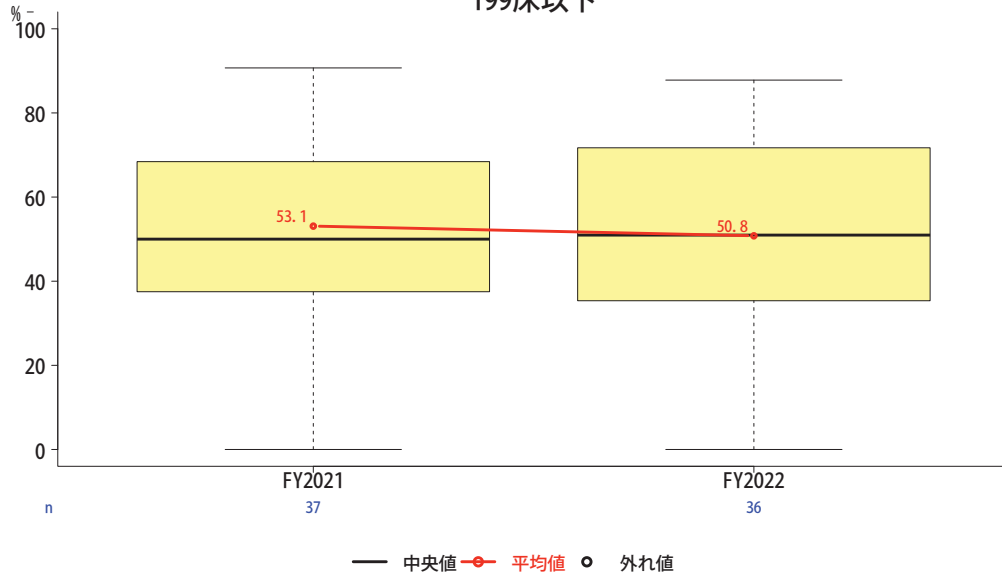
500床以上



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

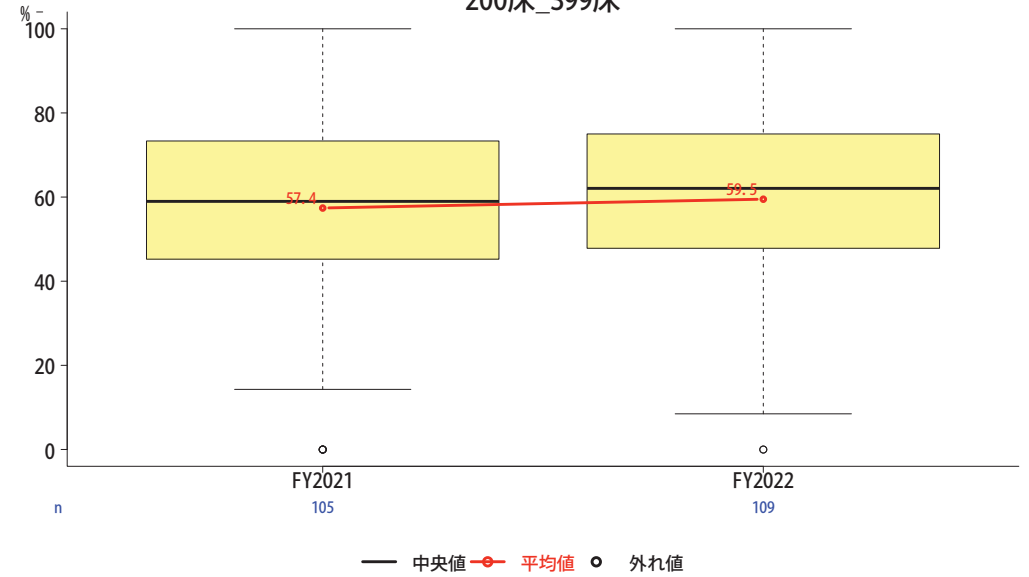
199床以下



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

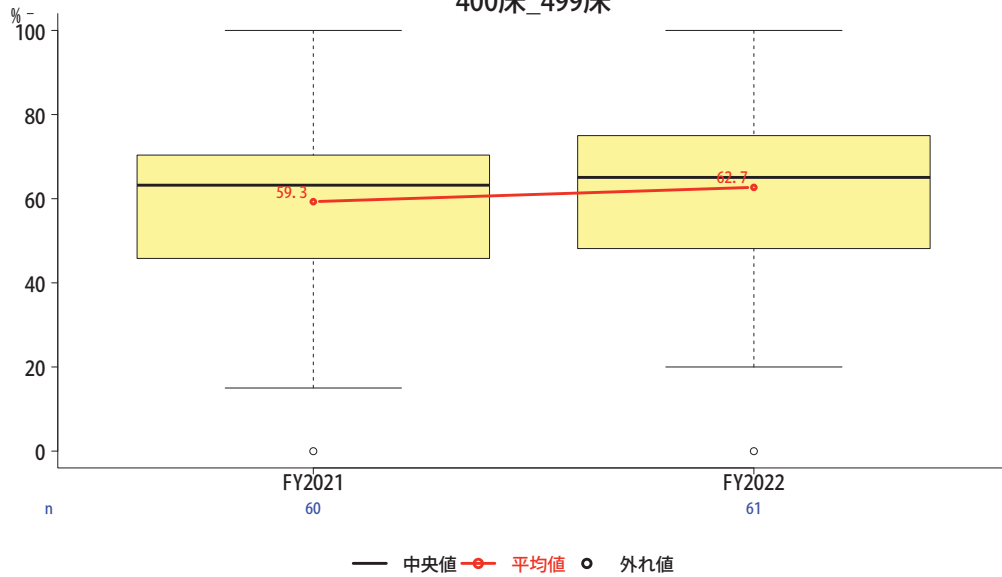
200床_399床



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

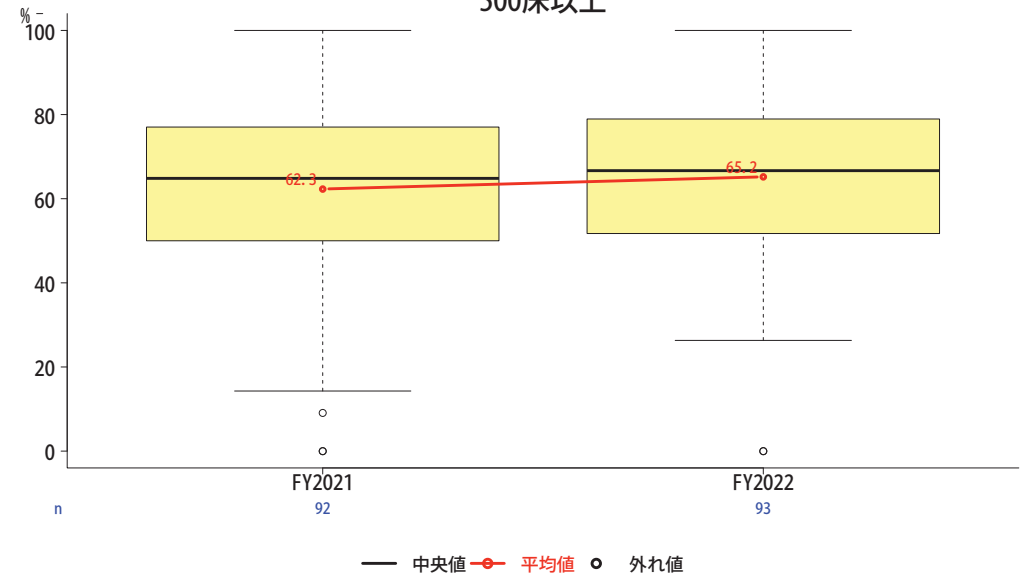
400床_499床



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

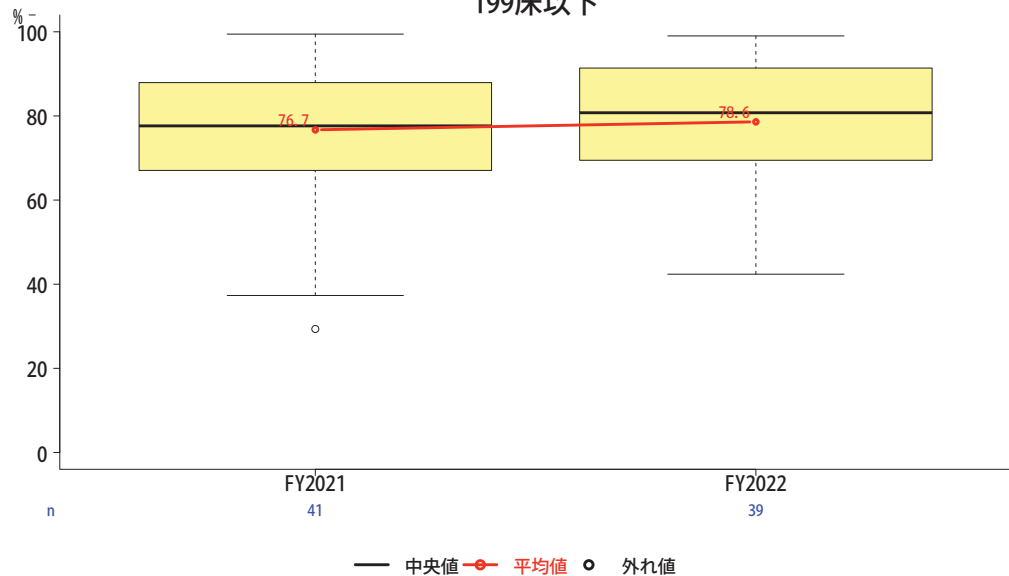
500床以上



一般-44 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

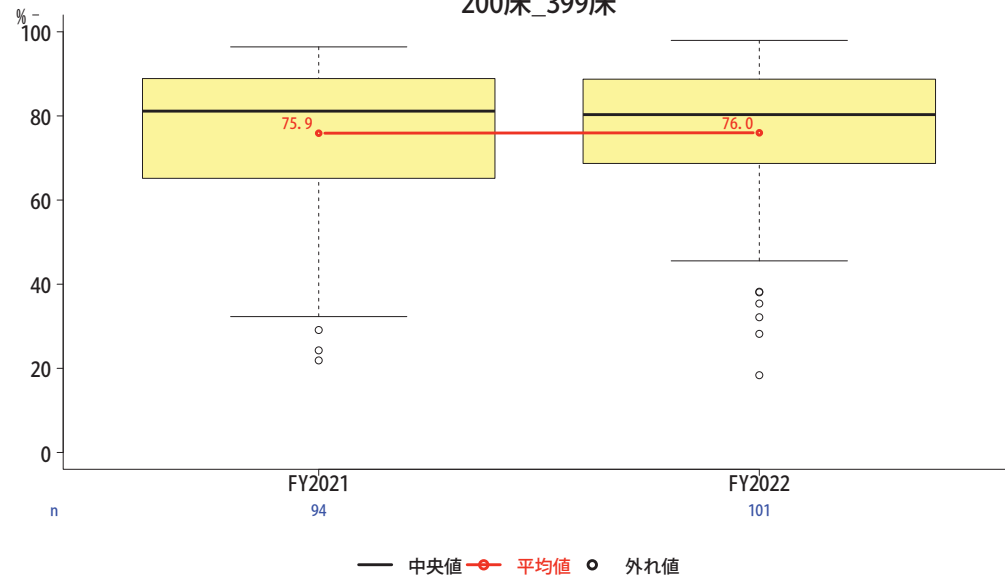
199床以下



一般-44 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

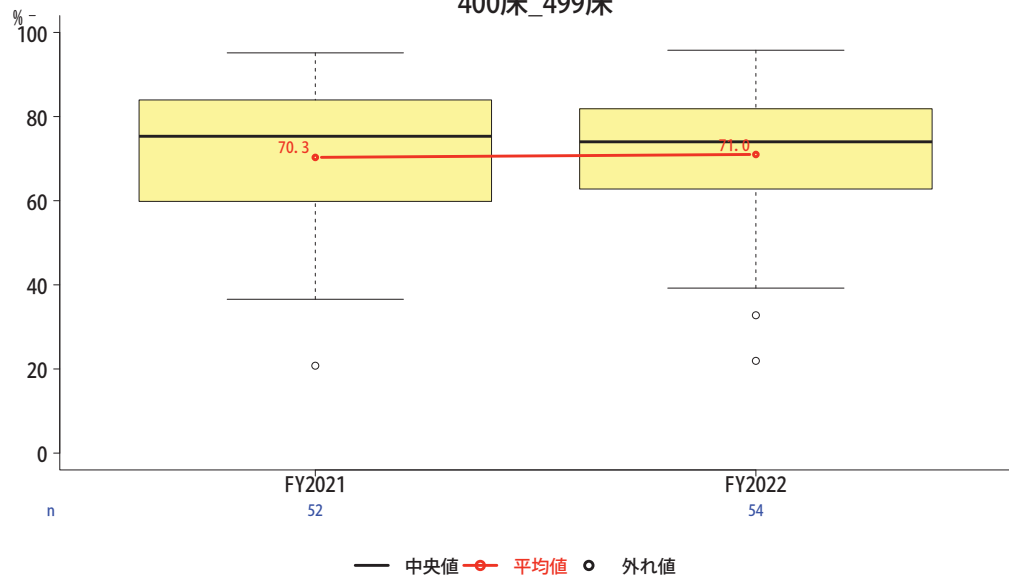
200床_399床



一般-44 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

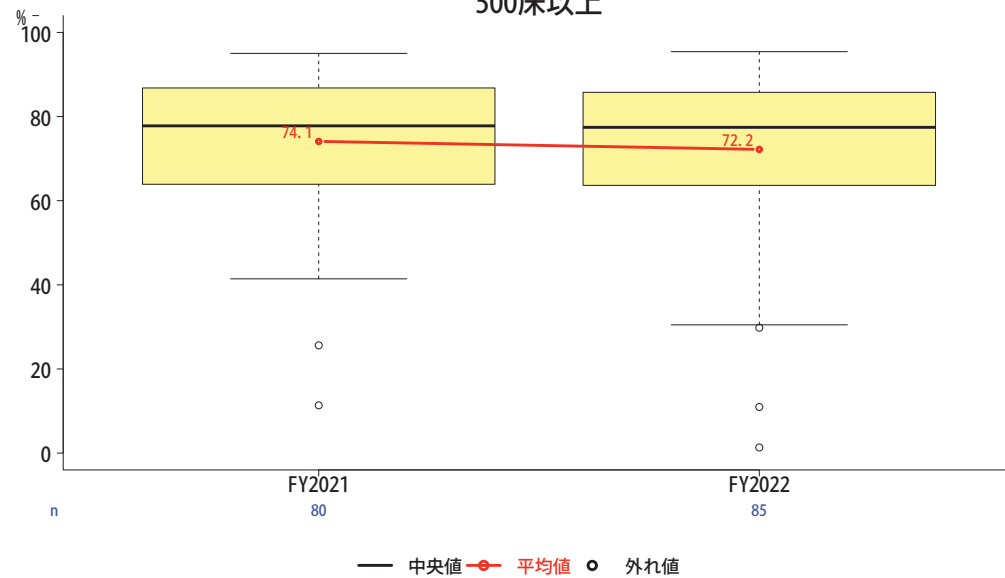
400床_499床



一般-44 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

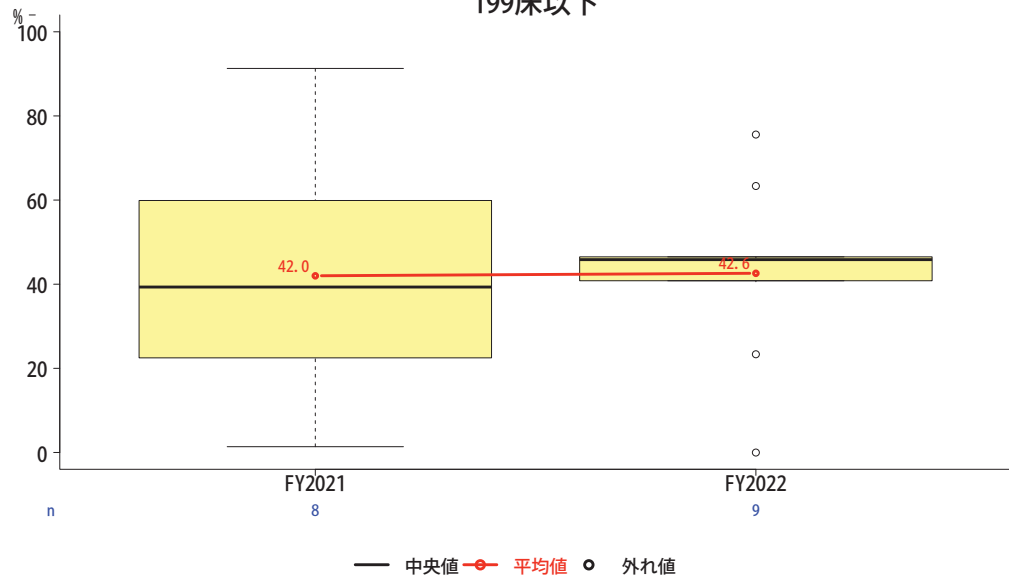
500床以上



一般-45 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

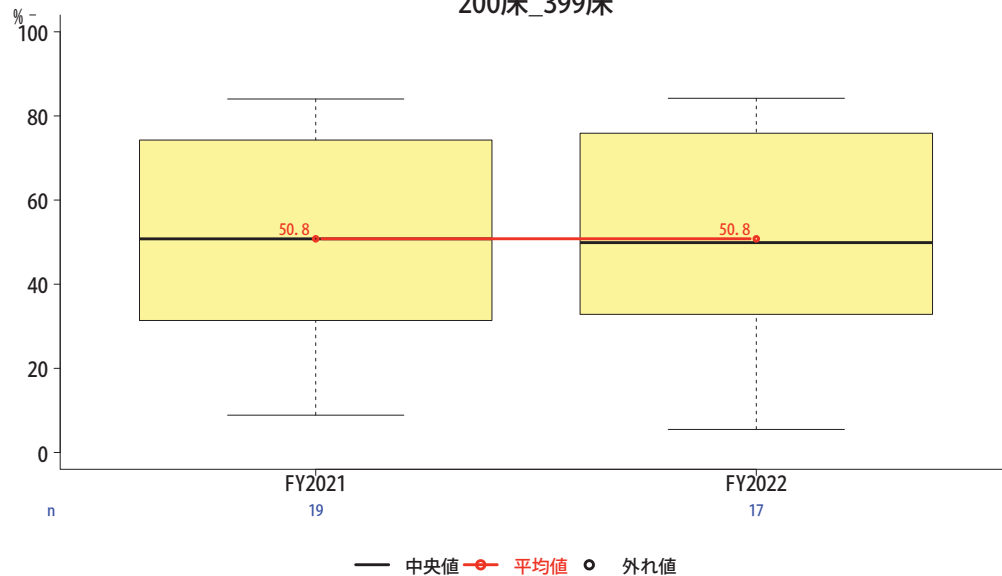
199床以下



一般-45 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

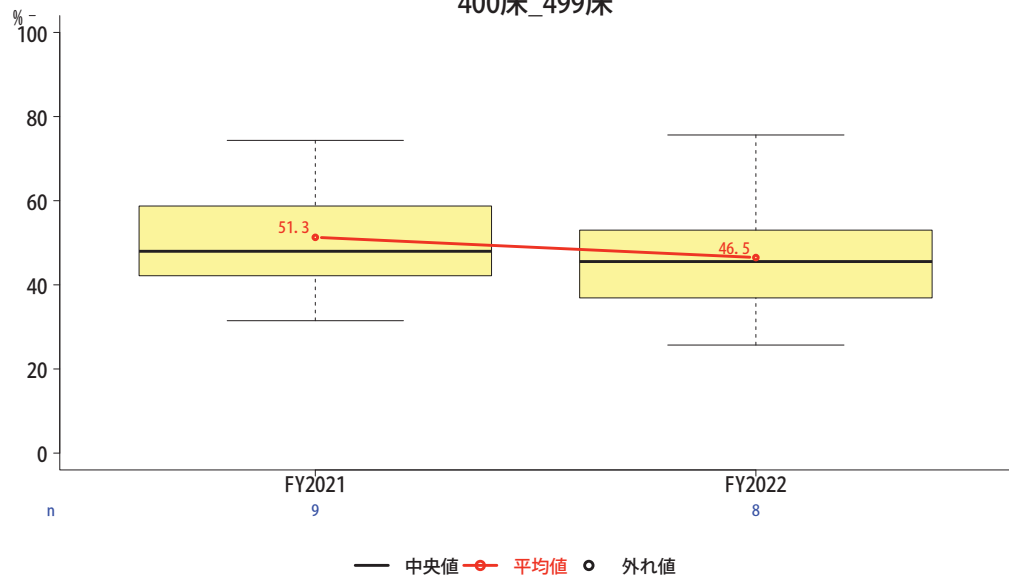
200床_399床



一般-45 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

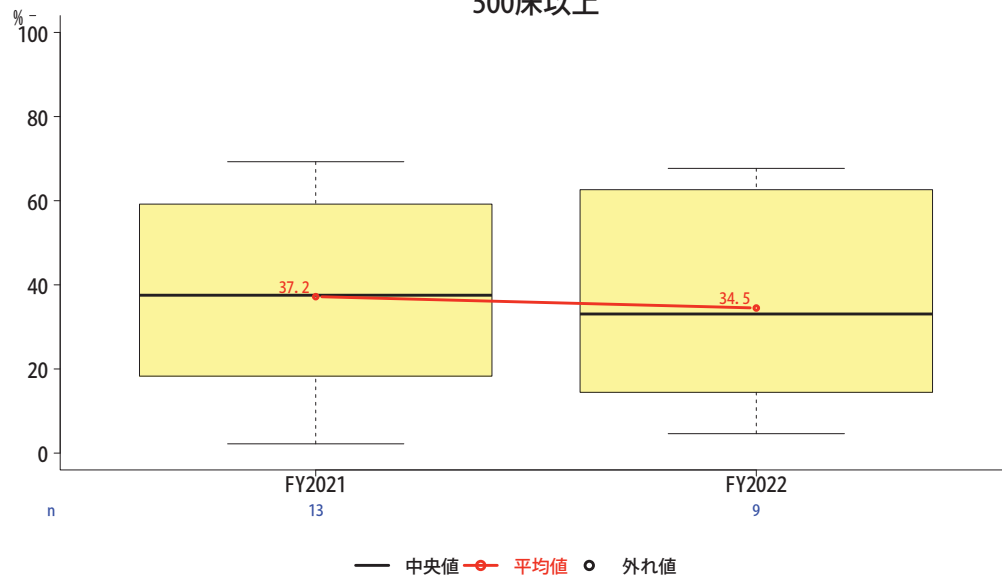
400床_499床



一般-45 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

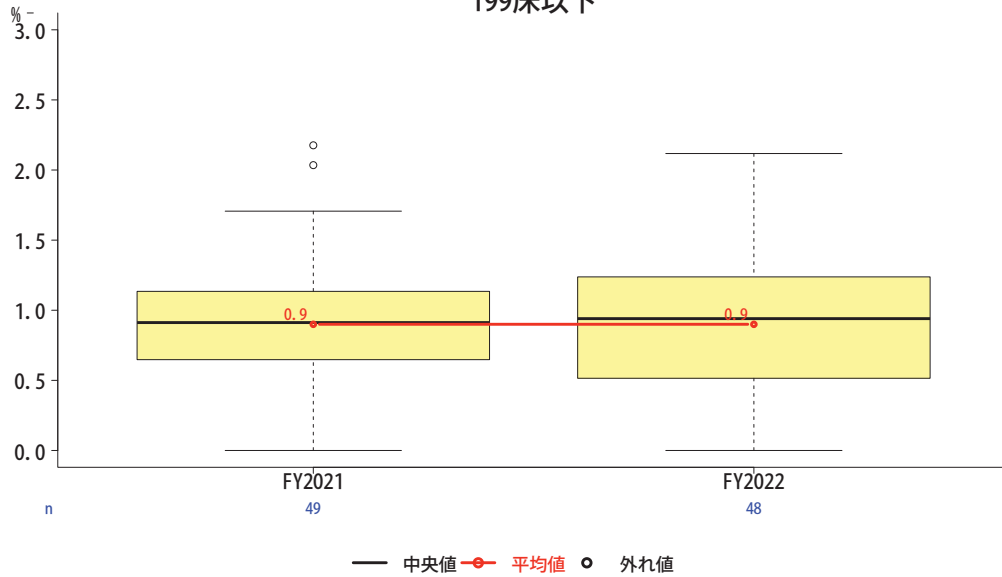
500床以上



一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

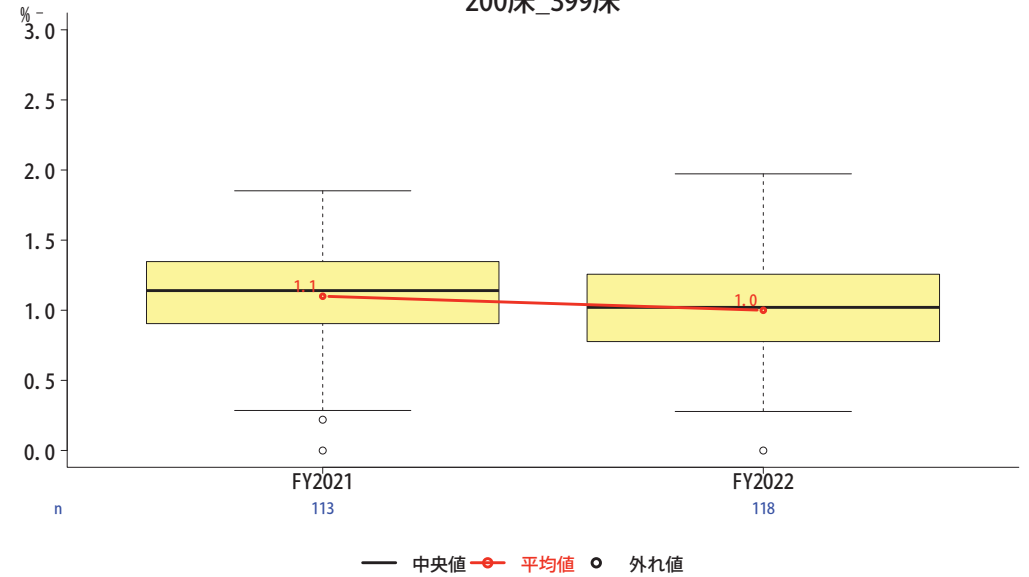
199床以下



一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

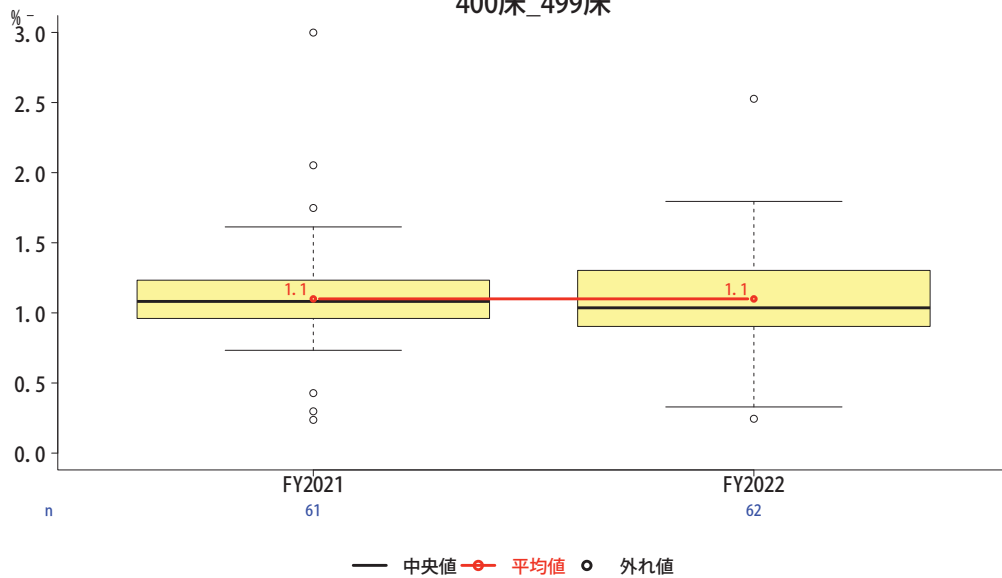
200床_399床



一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

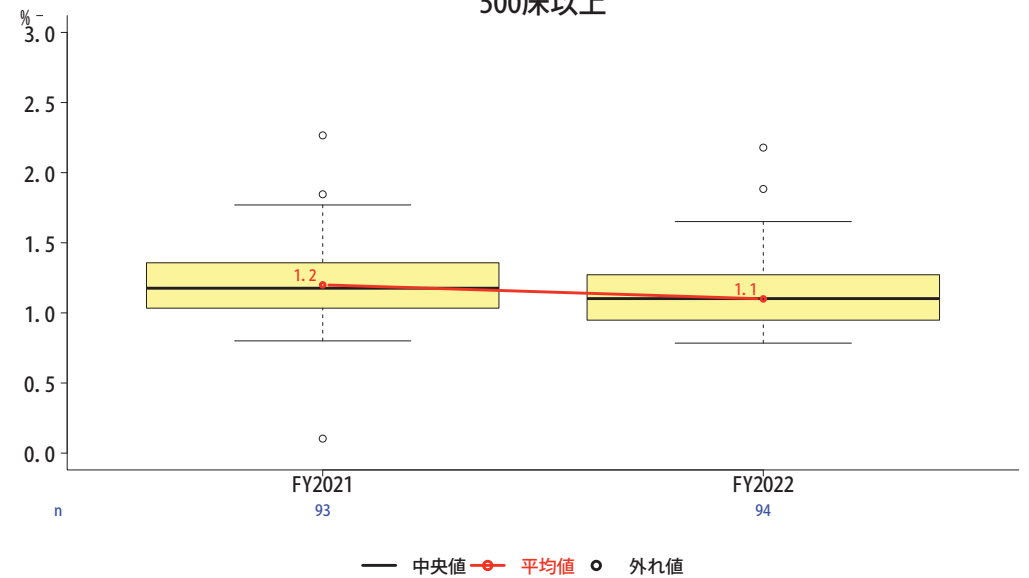
400床_499床



一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

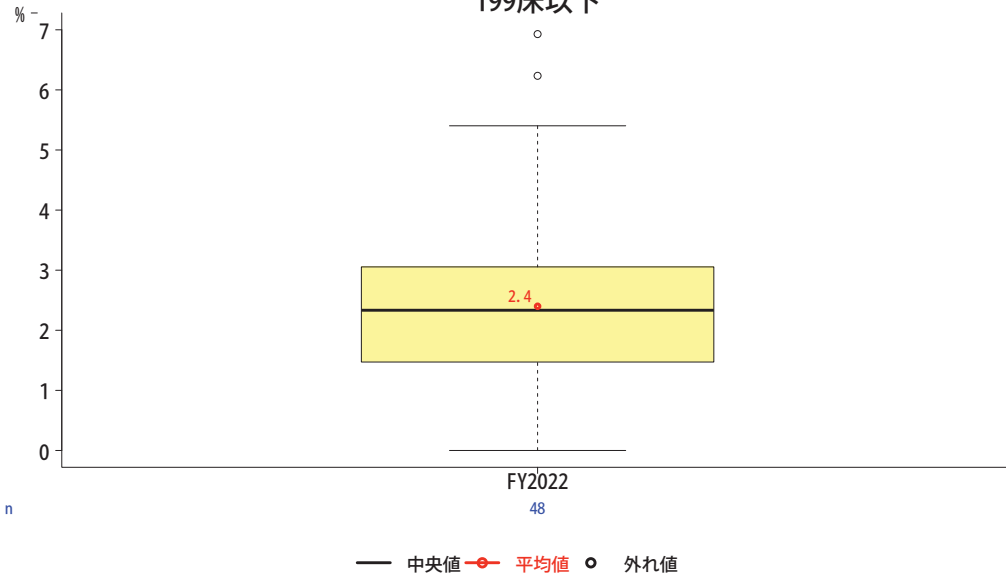
500床以上



一般-47 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

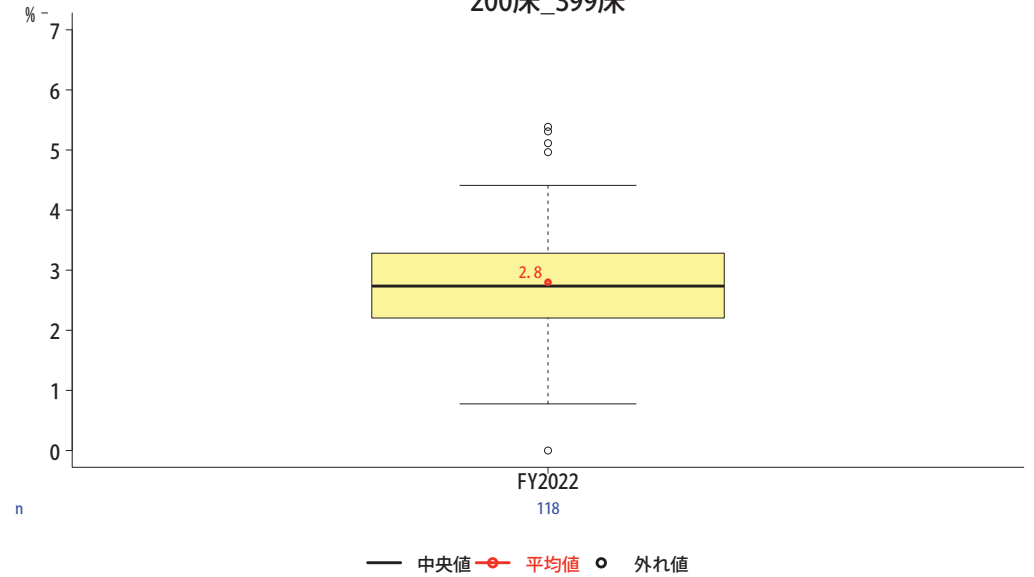
199床以下



一般-47 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

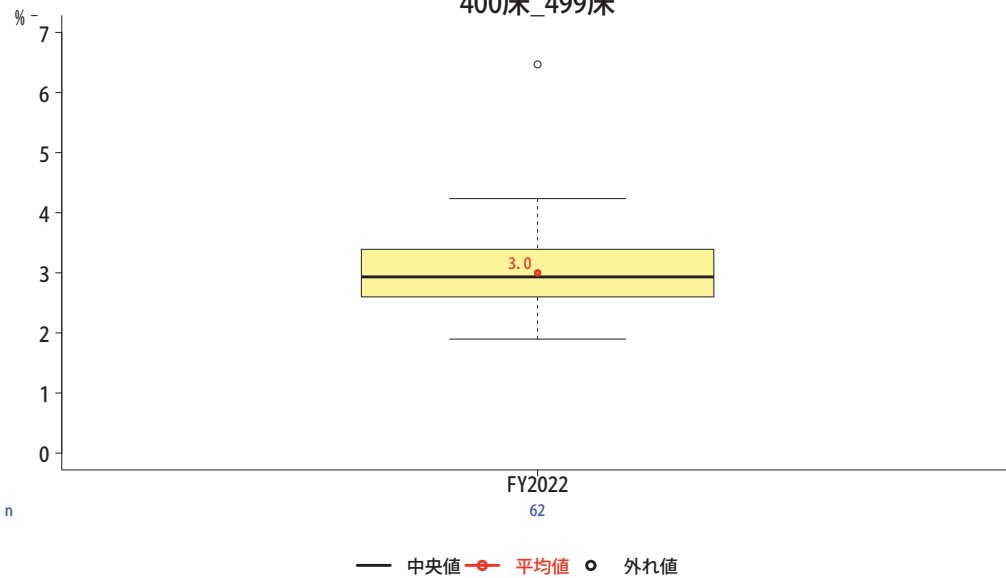
200床_399床



一般-47 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

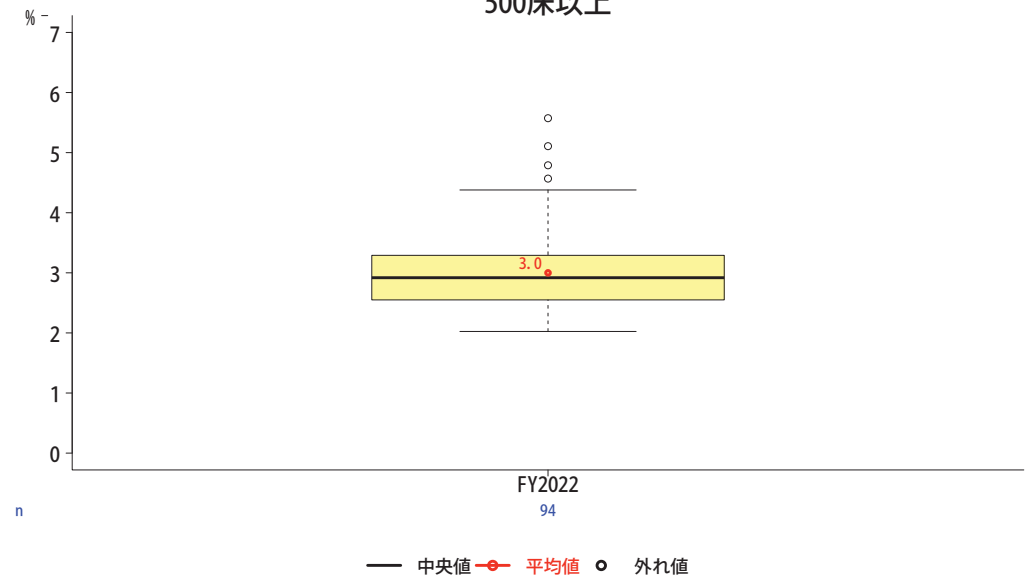
400床_499床



一般-47 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

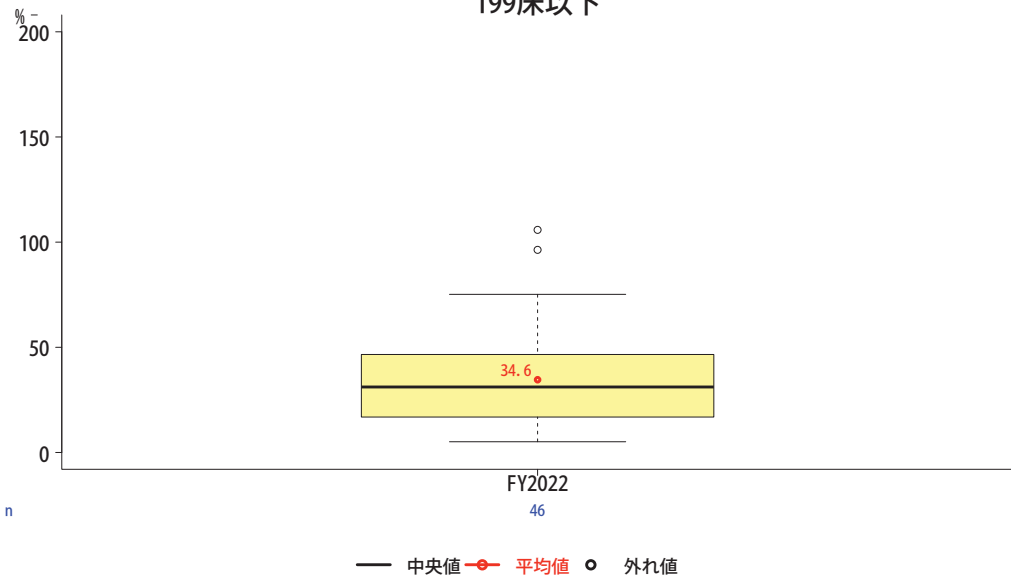
500床以上



一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

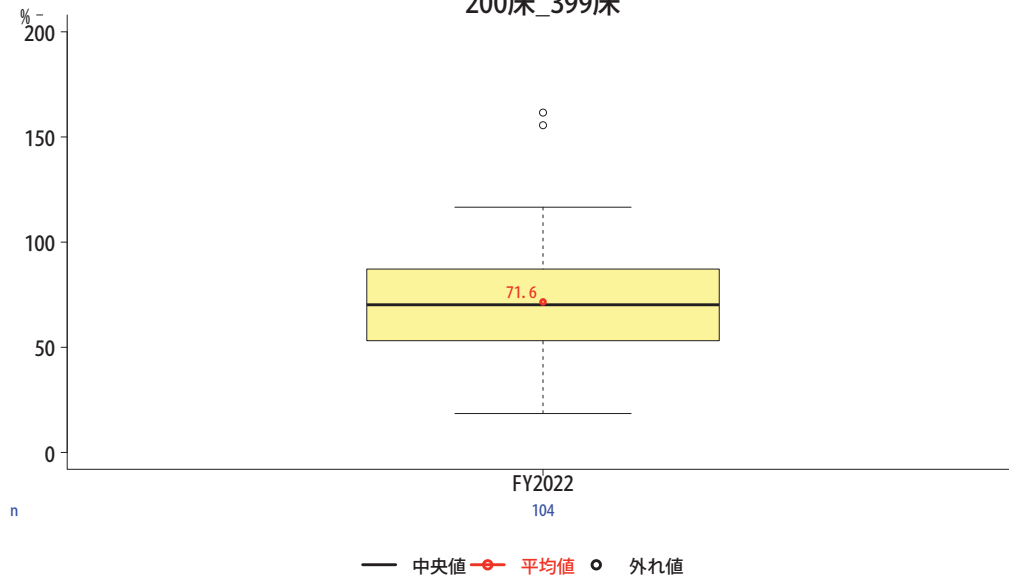
199床以下



一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

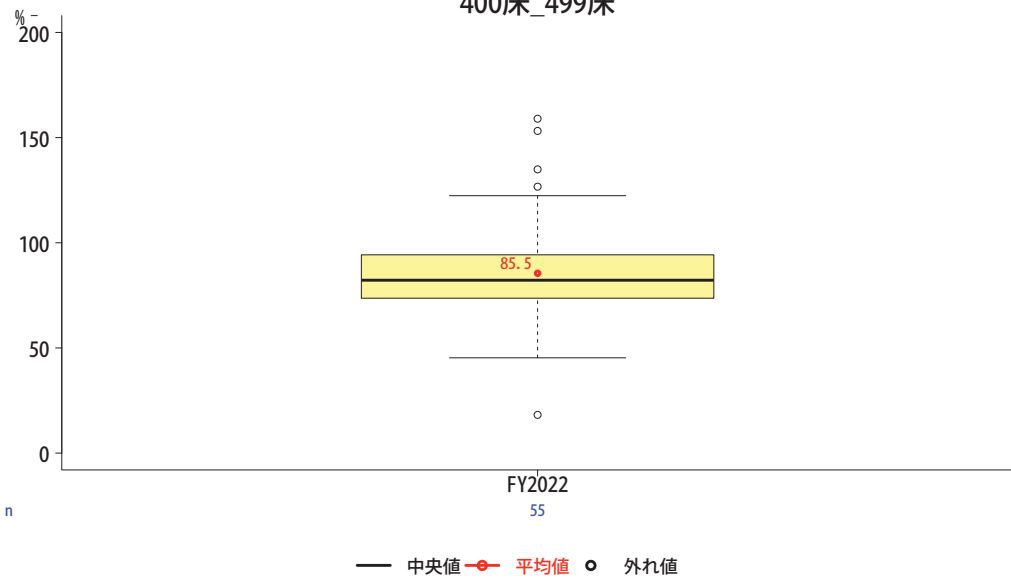
200床_399床



一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

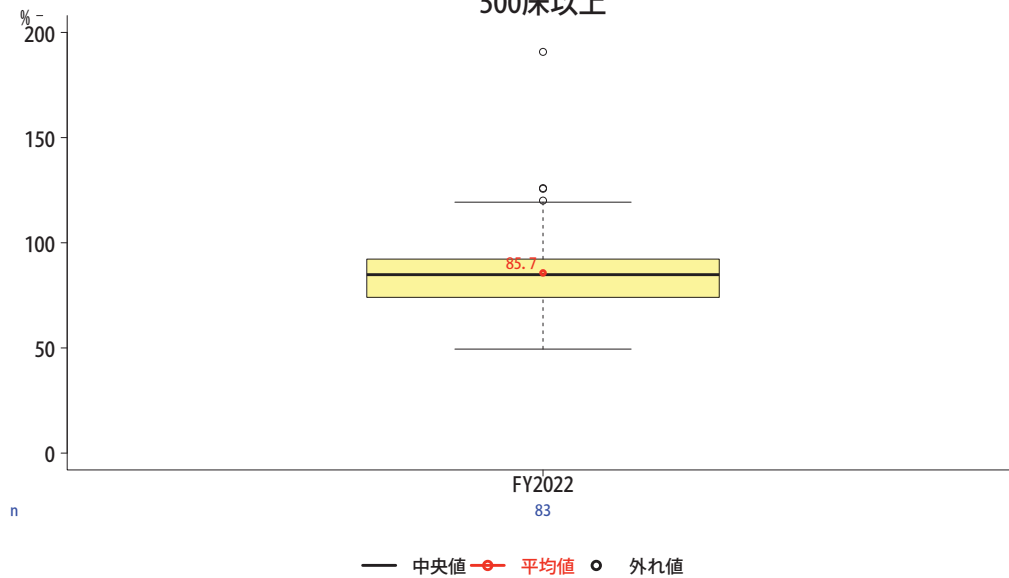
400床_499床



一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

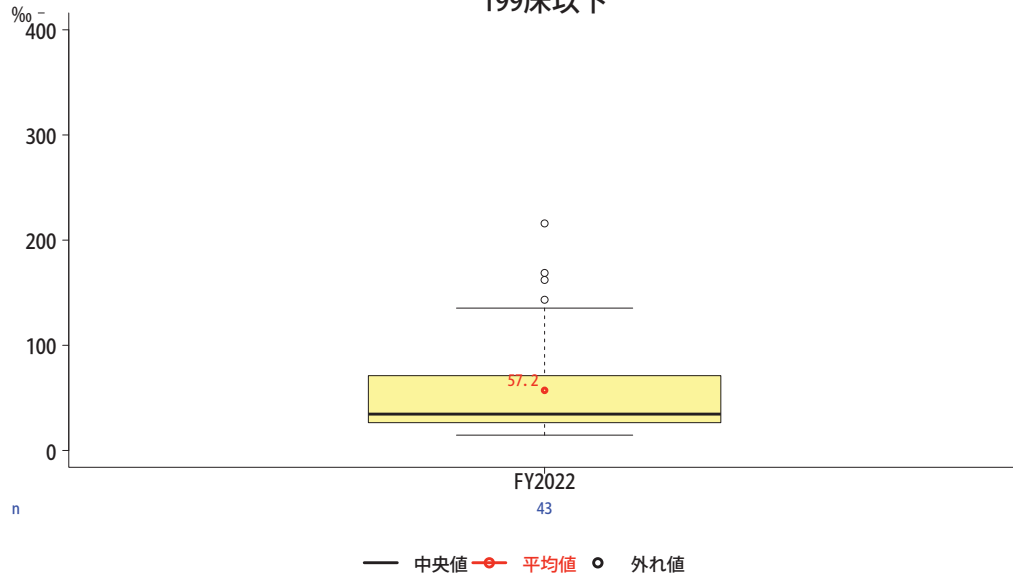
500床以上



一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

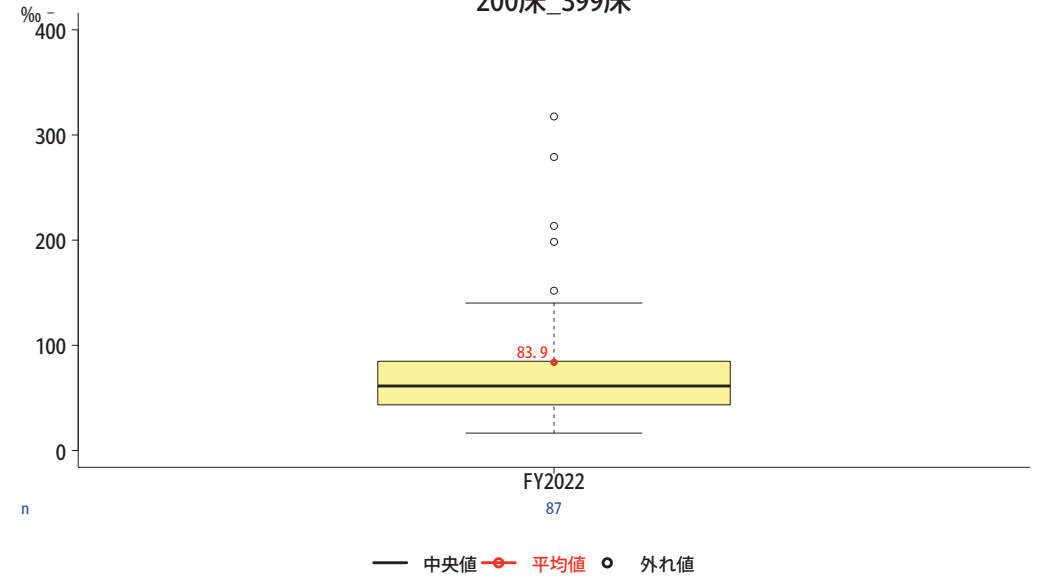
199床以下



一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

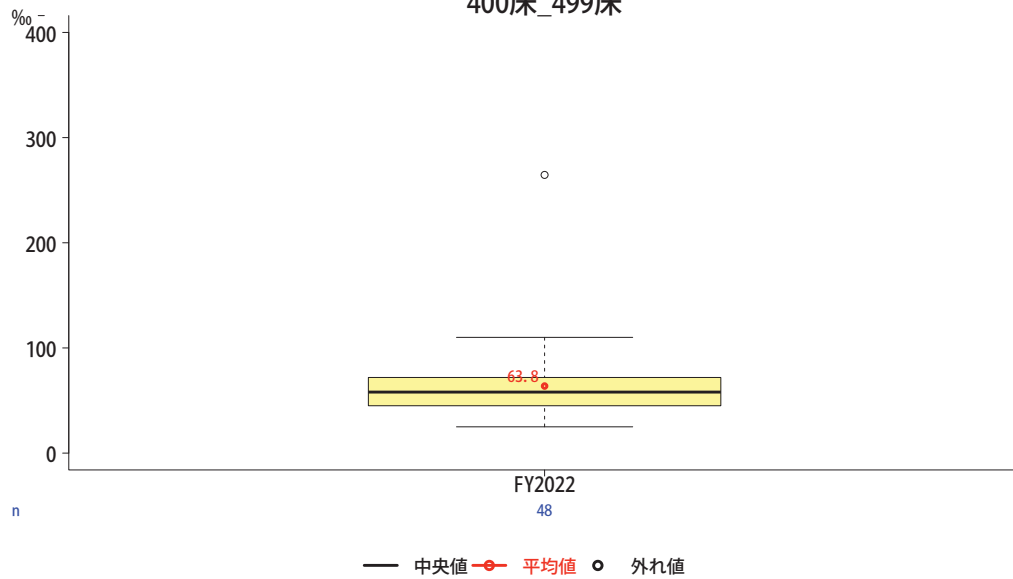
200床_399床



一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

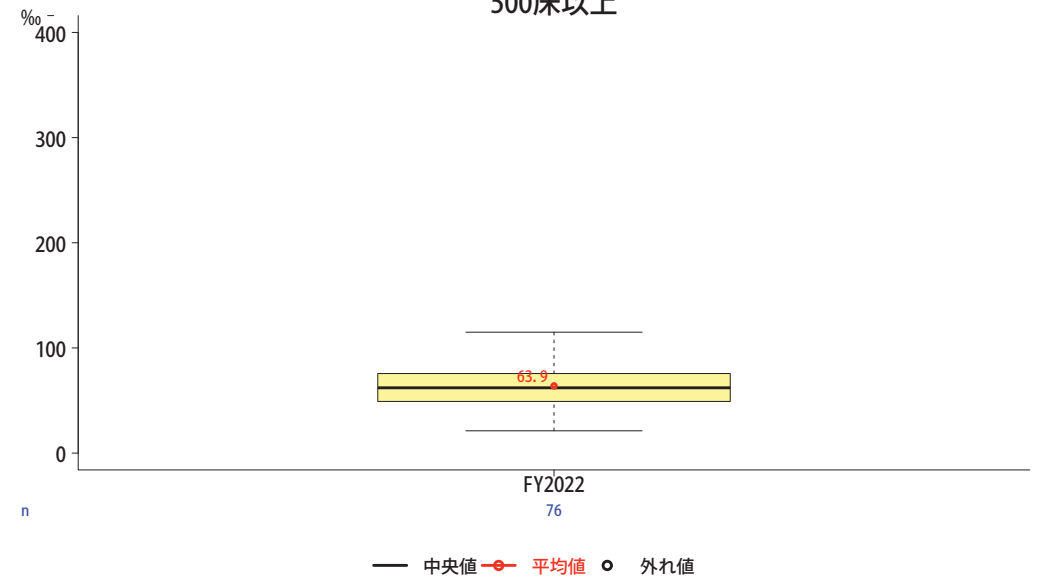
400床_499床



一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

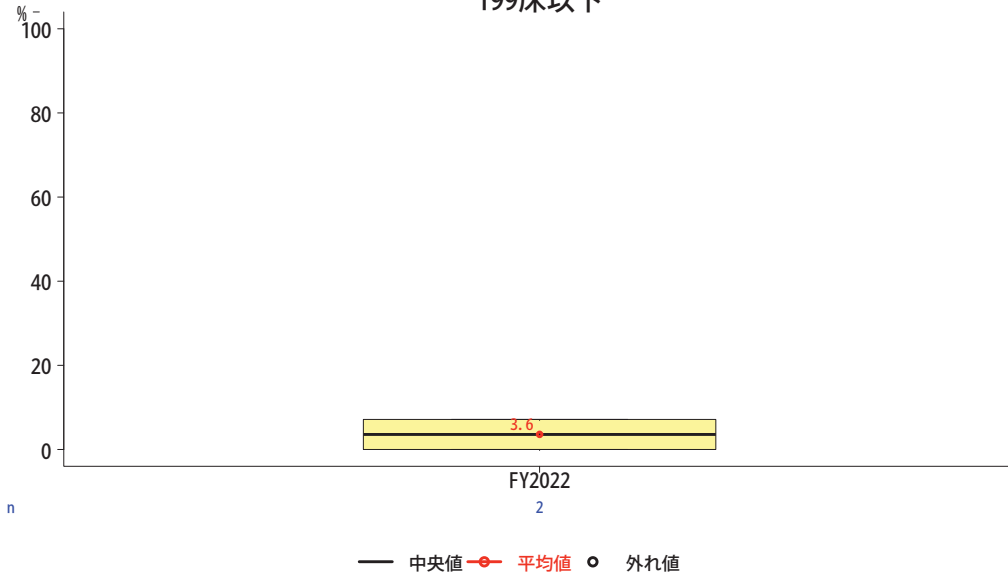
500床以上



一般-50 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

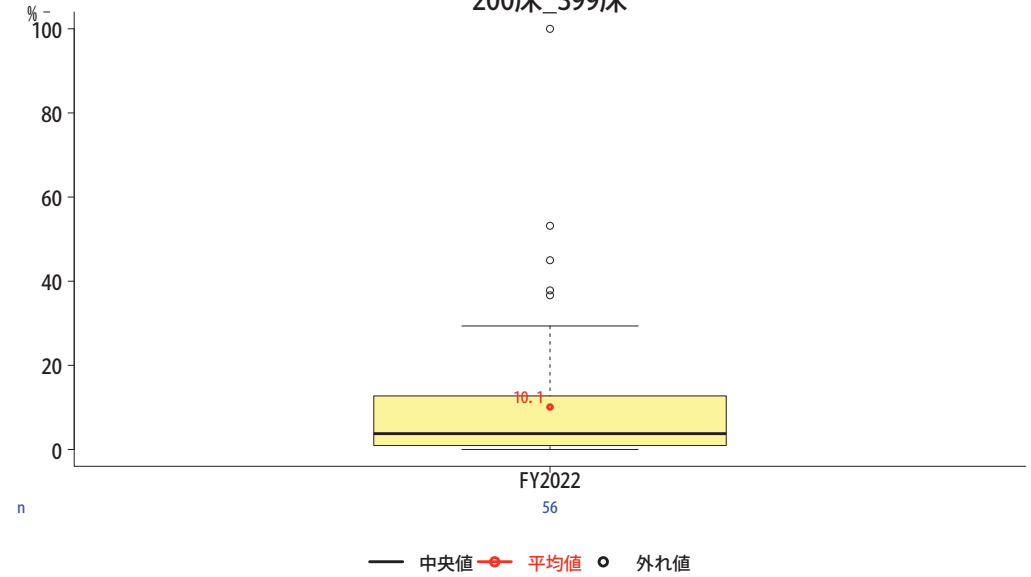
199床以下



一般-50 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

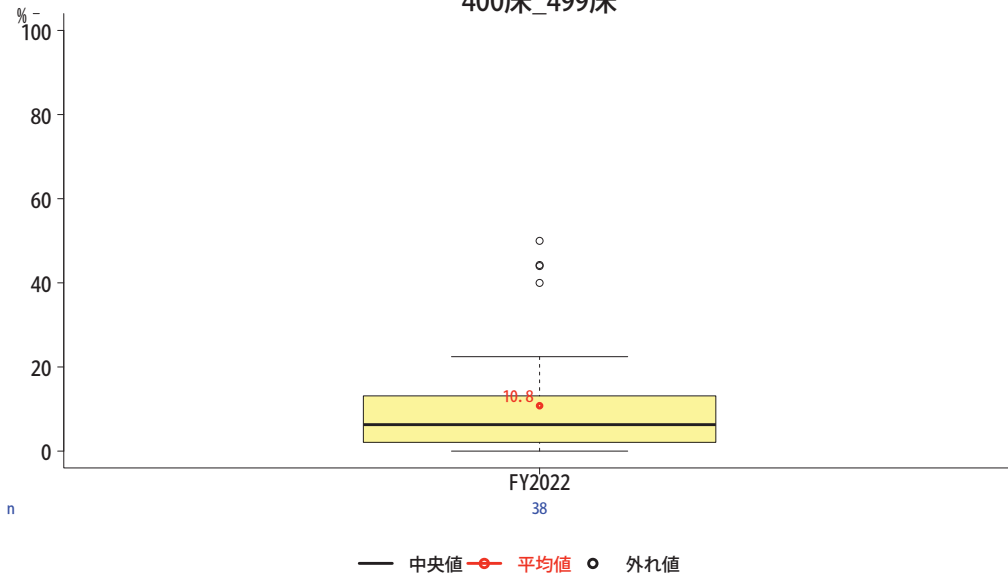
200床_399床



一般-50 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

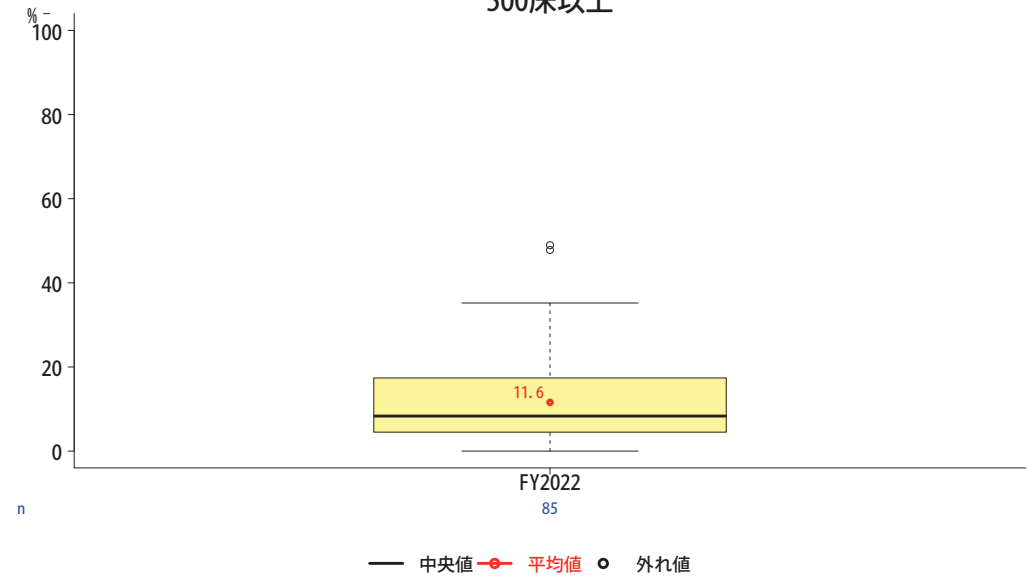
400床_499床



一般-50 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

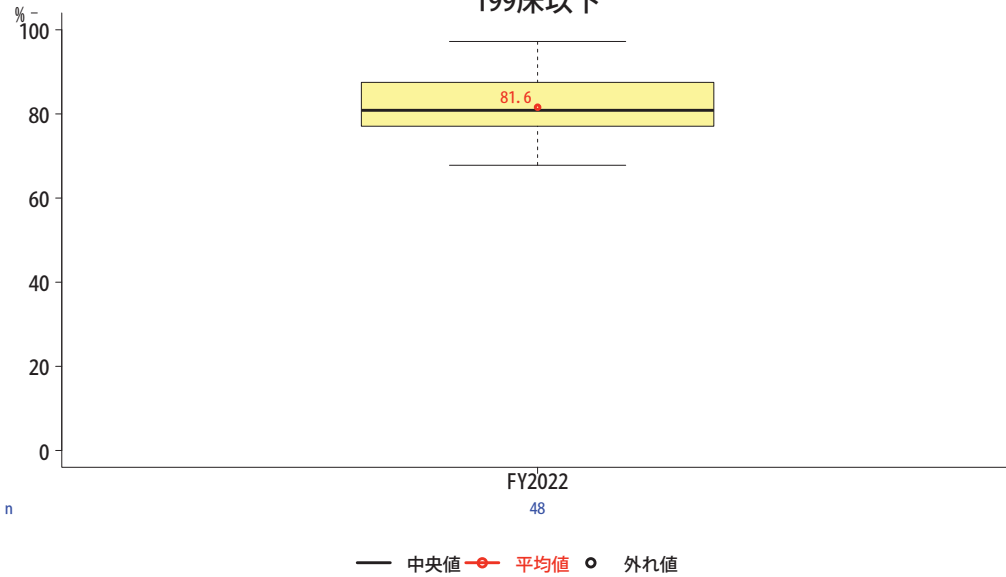
500床以上



一般-51 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

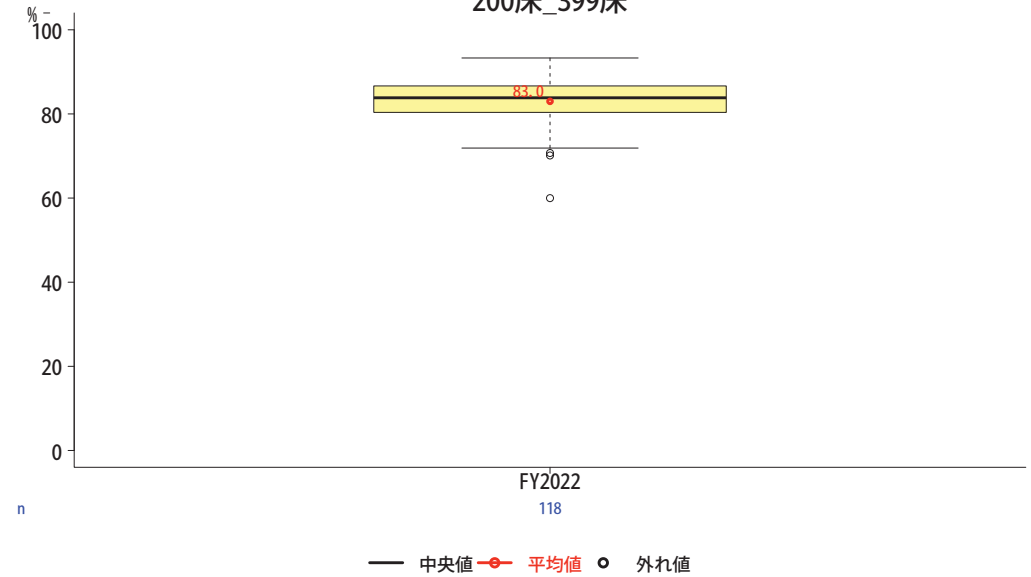
199床以下



一般-51 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

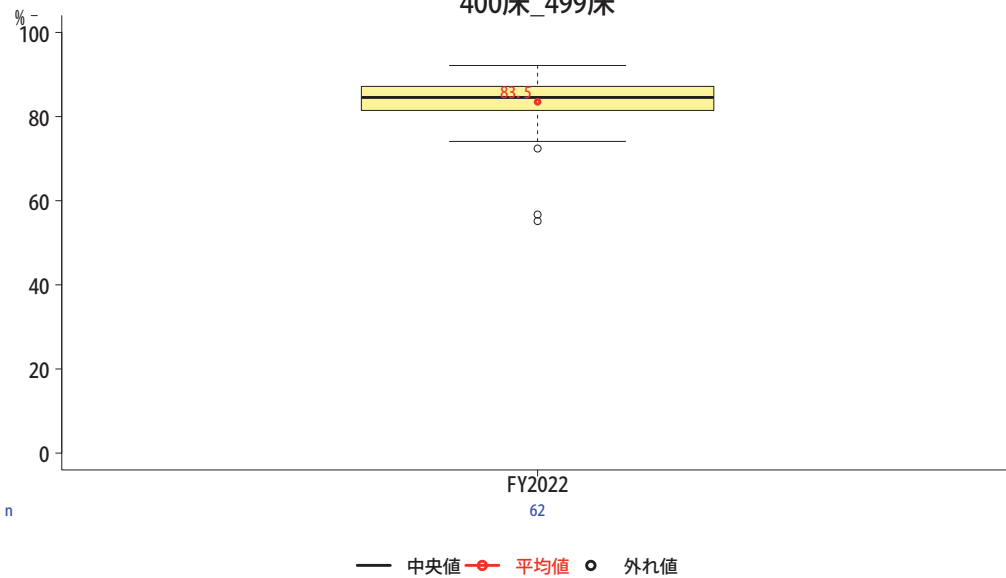
200床_399床



一般-51 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

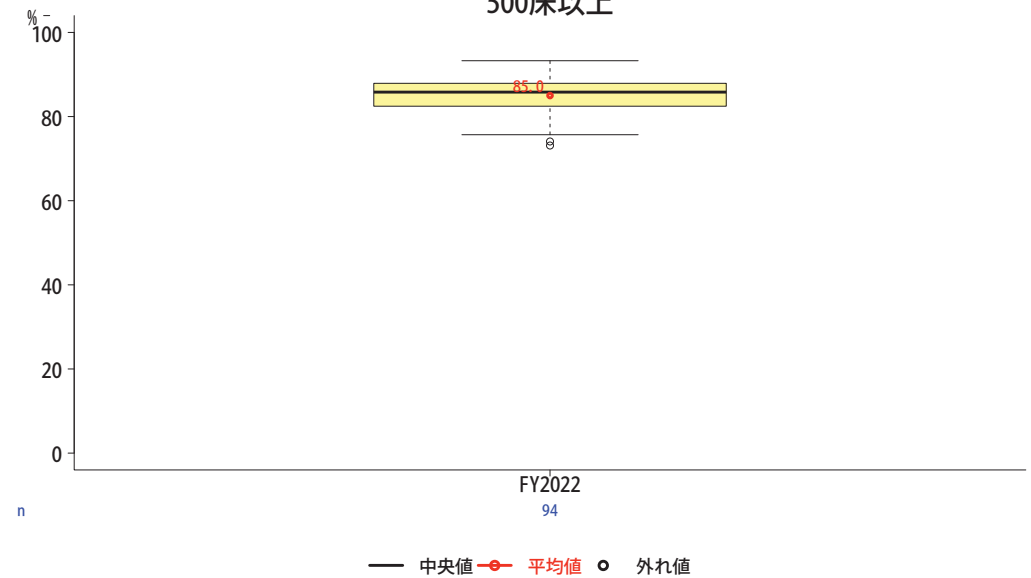
400床_499床



一般-51 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2022 アンケート集計

2023.02.06時点

回答率=69.7%(246/353施設)

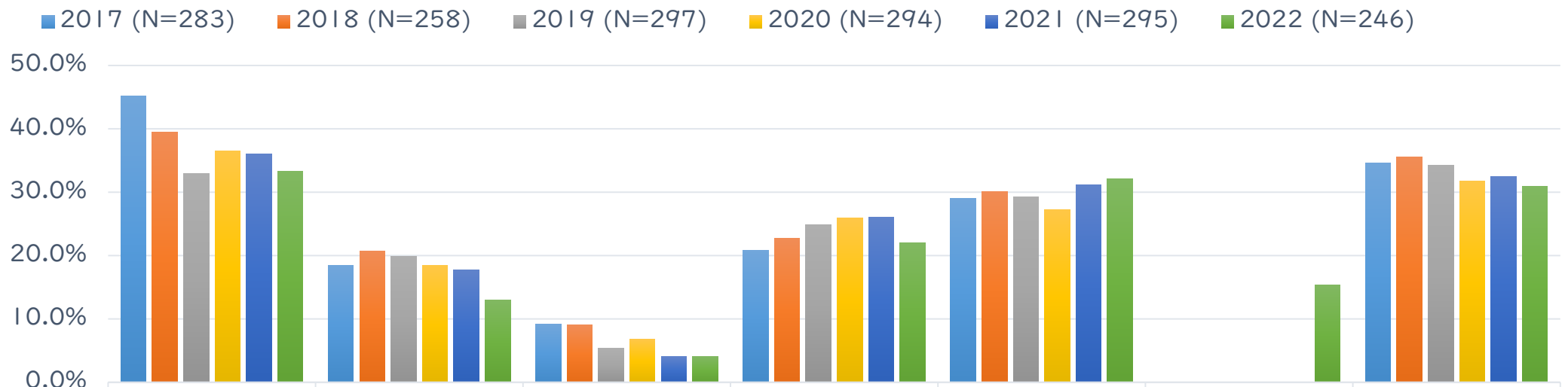
参考: 2021年度一般病床回答率=85.0%

精神病床回答率=82.1%

療養病床回答率=74.1%

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)

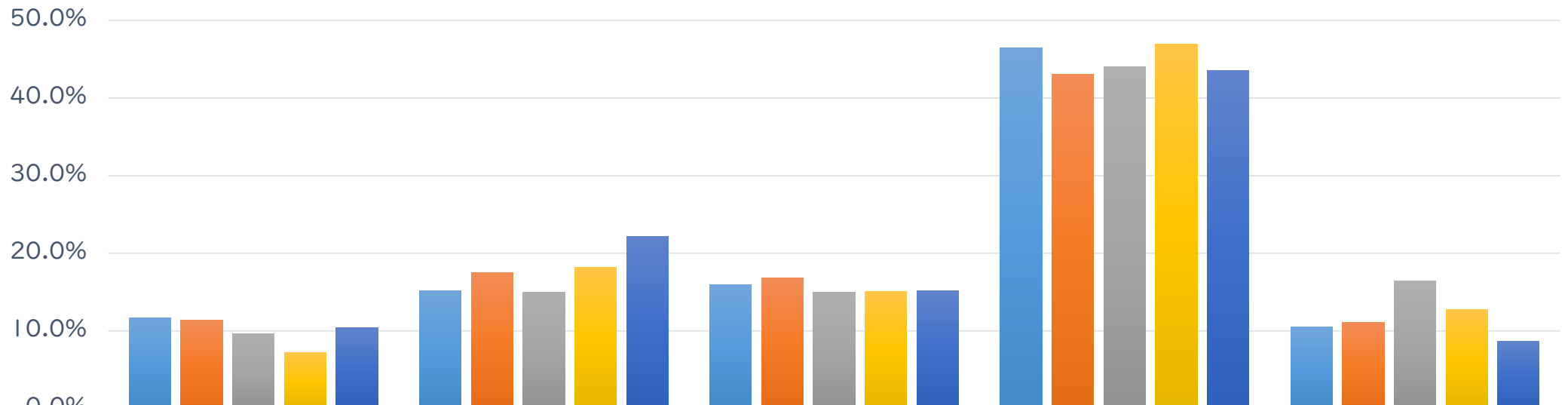


	病院管理・運営部	職責者会議	医局	各部署	病院全体	特に報告の場は設けていない	その他
■ 2017 (N=283)	45.2%	18.4%	9.2%	20.8%	29.0%		34.6%
■ 2018 (N=258)	39.5%	20.7%	9.0%	22.7%	30.1%		35.5%
■ 2019 (N=297)	33.0%	19.9%	5.4%	24.9%	29.3%		34.3%
■ 2020 (N=294)	36.5%	18.4%	6.8%	25.9%	27.3%		31.7%
■ 2021 (N=295)	36.0%	17.8%	4.1%	26.0%	31.2%		32.5%
■ 2022 (N=246)	33.3%	13.0%	4.1%	22.0%	32.1%	15.4%	30.9%

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？

■ 2018 (N=256) ■ 2019 (N=297) ■ 2020 (N=293) ■ 2021 (N=292) ■ 2022 (N=230)

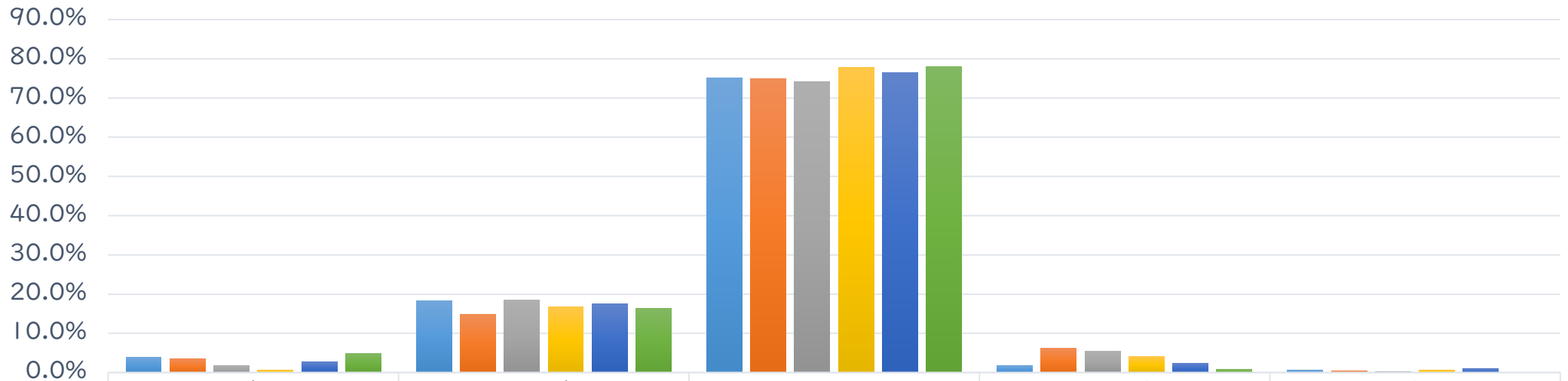


	毎月	2~3か月に1回	半年に1回	年に1回	その他
■ 2018 (N=256)	11.7%	15.2%	16.0%	46.5%	10.5%
■ 2019 (N=297)	11.4%	17.5%	16.8%	43.1%	11.1%
■ 2020 (N=293)	9.6%	15.0%	15.0%	44.0%	16.4%
■ 2021 (N=292)	7.2%	18.2%	15.1%	46.9%	12.7%
■ 2022 (N=230)	10.4%	22.2%	15.2%	43.5%	8.7%

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？

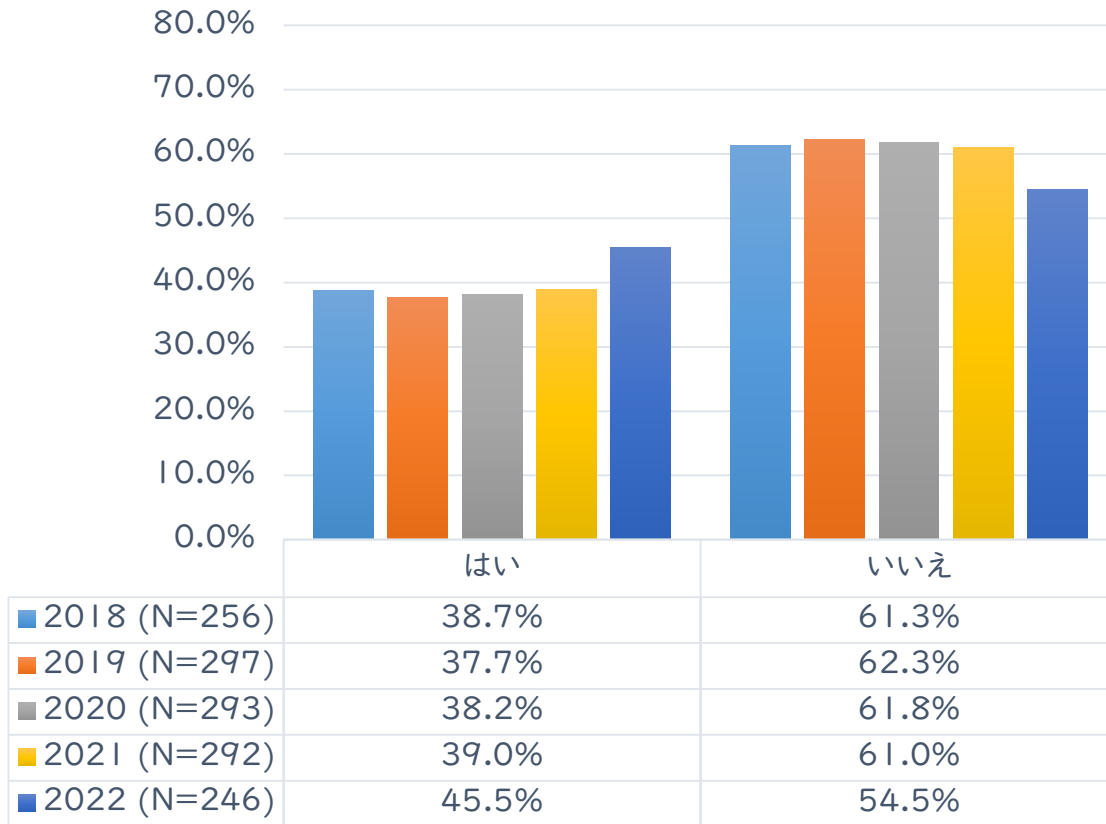
■ 2017 (N=282) ■ 2018 (N=256) ■ 2019 (N=297) ■ 2020 (N=293) ■ 2021 (N=292) ■ 2022 (N=246)



年	好意的	やや好意的	どちらともいえない	やや否定的	否定的
■ 2017 (N=282)	3.9%	18.4%	75.2%	1.8%	0.7%
■ 2018 (N=256)	3.5%	14.8%	75.0%	6.3%	0.4%
■ 2019 (N=297)	1.7%	18.5%	74.1%	5.4%	0.3%
■ 2020 (N=293)	0.7%	16.7%	77.8%	4.1%	0.7%
■ 2021 (N=292)	2.7%	17.5%	76.4%	2.4%	1.0%
■ 2022 (N=246)	4.9%	16.3%	78.0%	0.8%	0.0%

QIプロジェクトにおける全体像

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

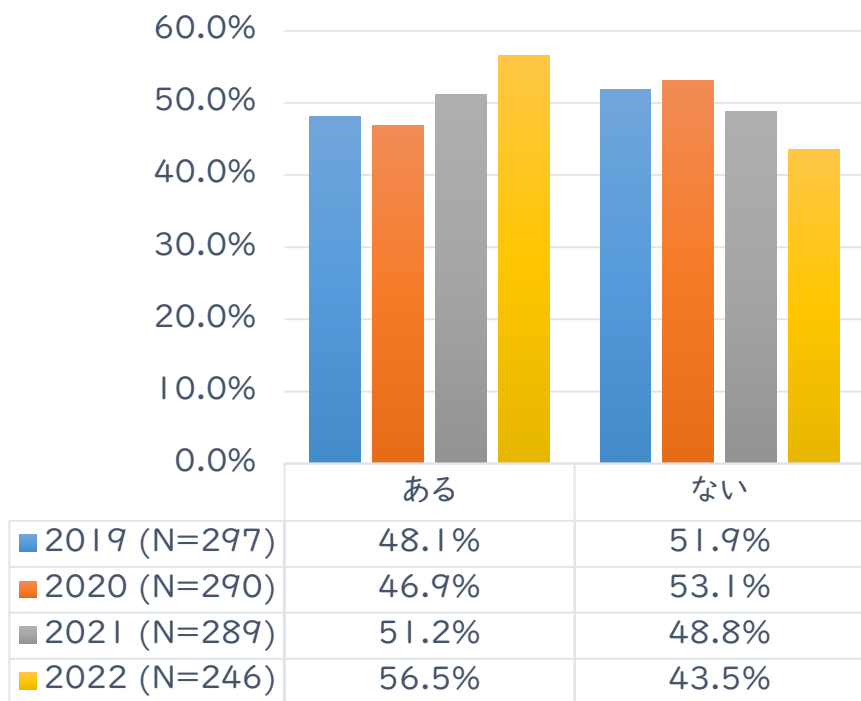


「はい」の理由

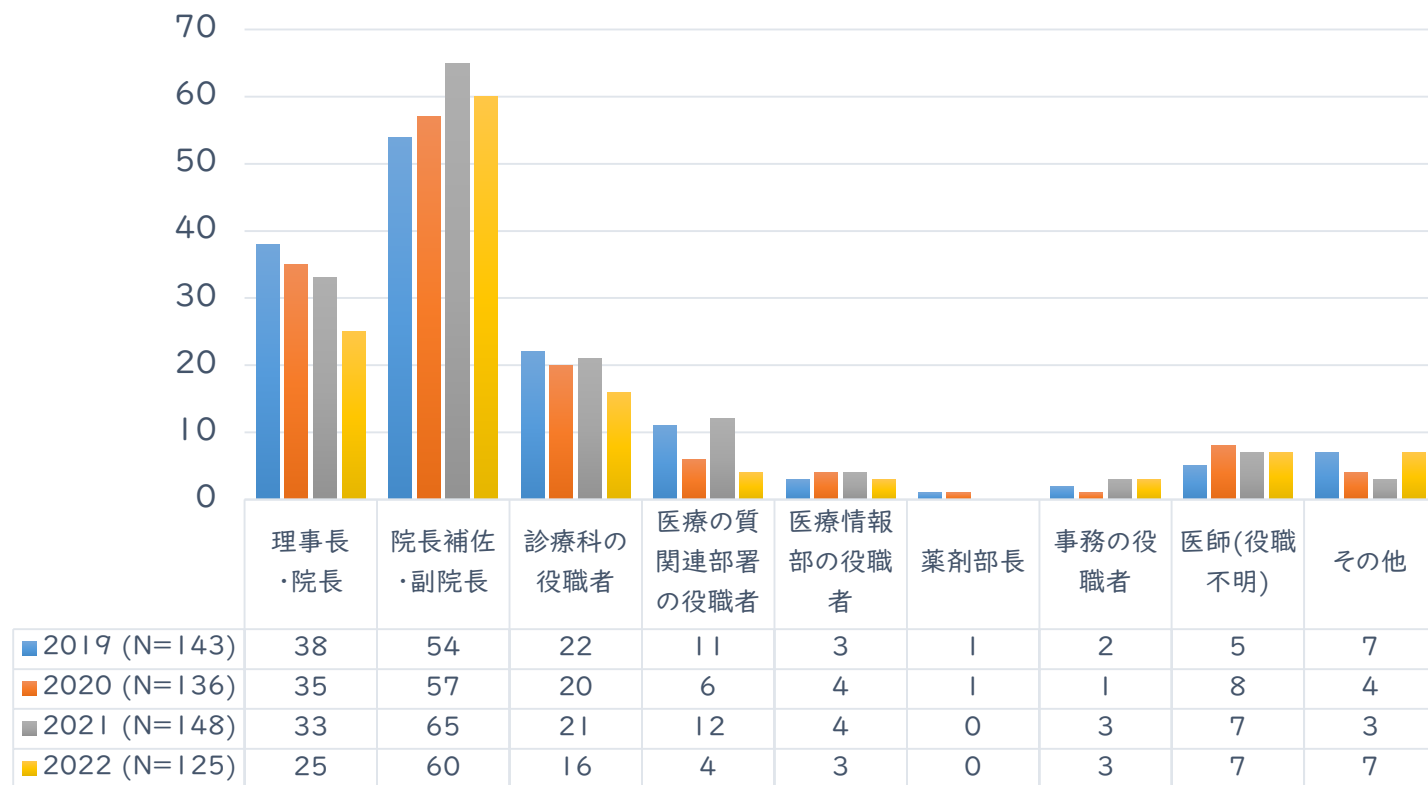
- 当院の実績として病院ホームページへ掲載。
- 病院機能評価で求められているため。病院情報の公開目的。
- 医療の質の維持と向上への取組の一環として。
- 医療の質の向上に取り組んでいることや外部に当院の実績をアピールするため。
- 医療の透明性を確保するため。
- 外部への公表により、客観的な評価を受けて、さらなる医療の質の改善に繋げるため。
- 改善に取り組んでくださった診療科もあり、臨床指標と改善活動の報告のため。
- 各部署の励みとなるため。
- 患者サービスの向上のため。
- 患者や患者家族への情報提供(病院選びの指標としてもらうため)。
- 近隣病院でも公表しているため。
- 見られていることでのデータ精緻化効果を図る目的と、指標をモニタリングする意図を職員に広く意識付けするため。
- 他病院との比較を根拠に当院の置かれた現状把握、質改善が目的。
- 当院スタッフと当院を利用されるすべての方と医療の質指標を情報共有することで、スタッフの質改善に対する意識を高め、更なる質改善への動機づけを行うため。
- 病院の診療実績などを市民に知ってほしいから。
- 非公表とする理由がないから。

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？

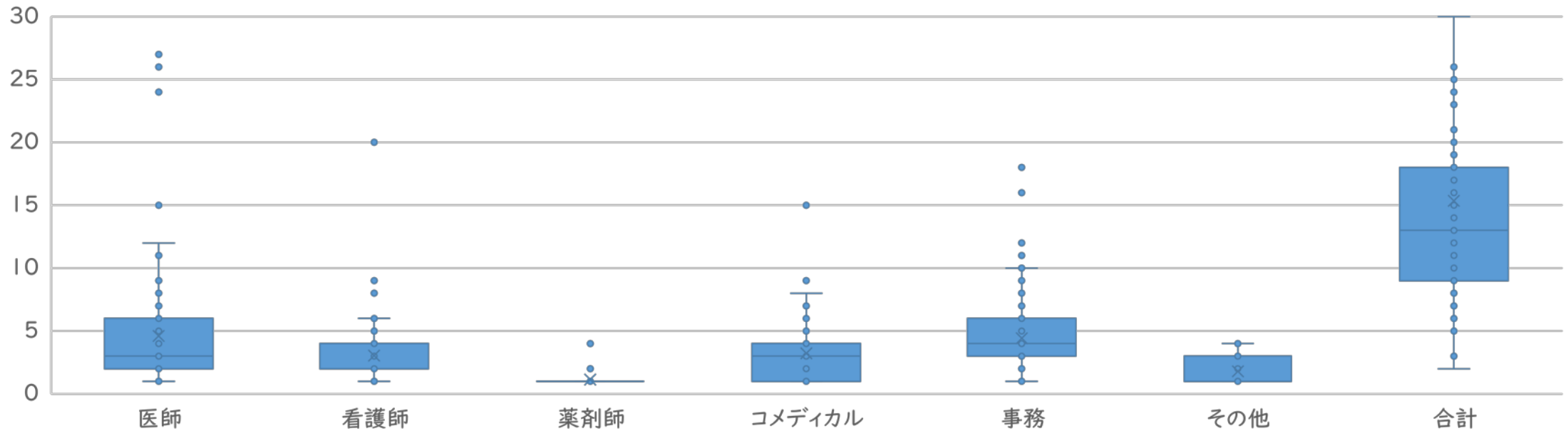


委員会の委員長はどなたですか？



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。

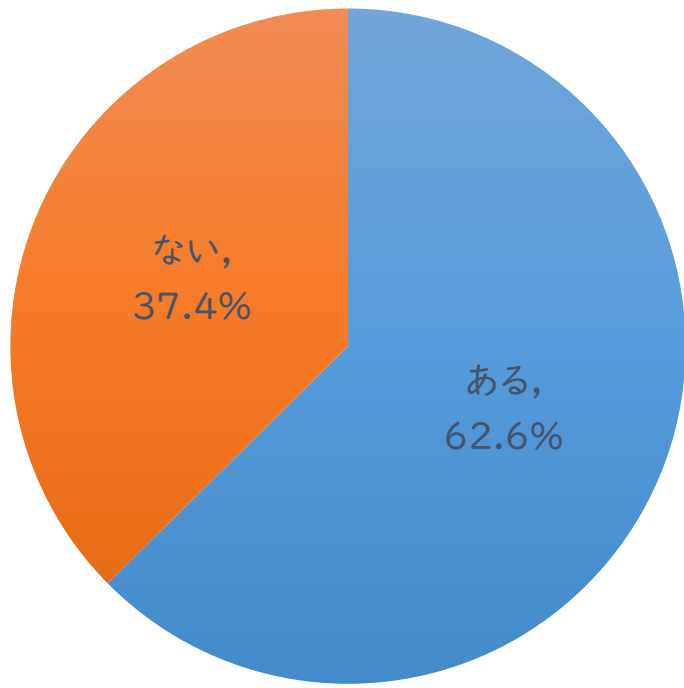


平均値	4.6人	3.1人	1.1人	3.2人	4.4人	1.8人	15.4人
最小値	1人	1人	1人	1人	1人	1人	2人
中央値	3人	2人	1人	3人	4人	1人	13人
最頻値	3人	2人	1人	3人	3人	1人	13人
最大値	27人	20人	4人	15人	18人	4人	51人

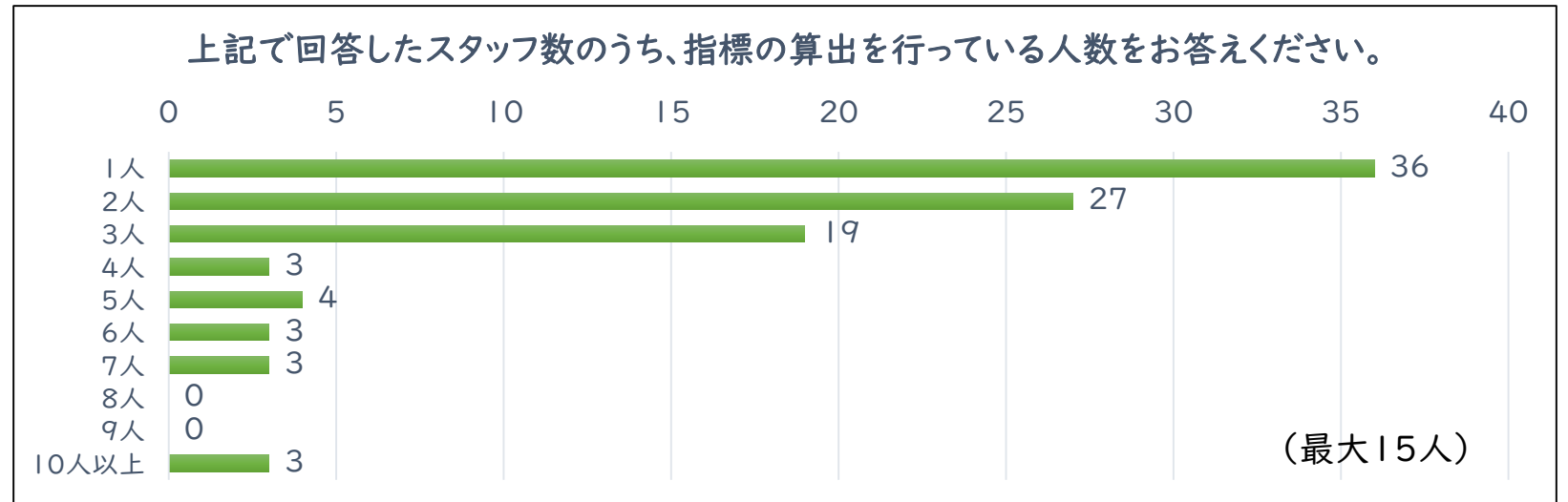
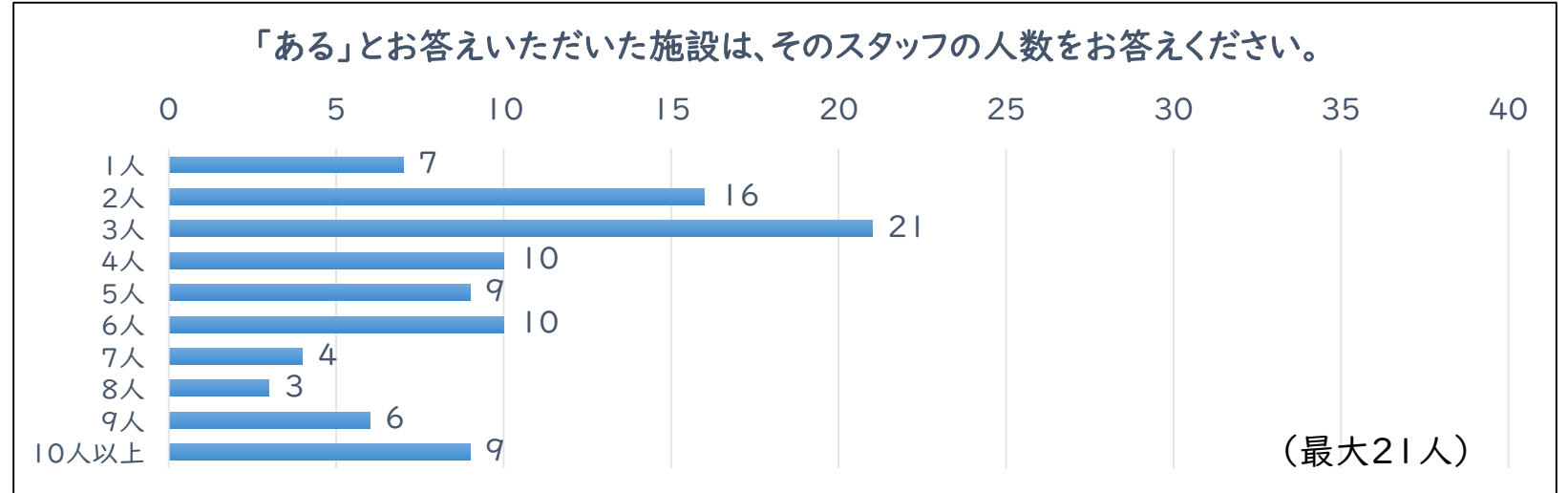
※中央値は2021年度と大きな変化はない

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？

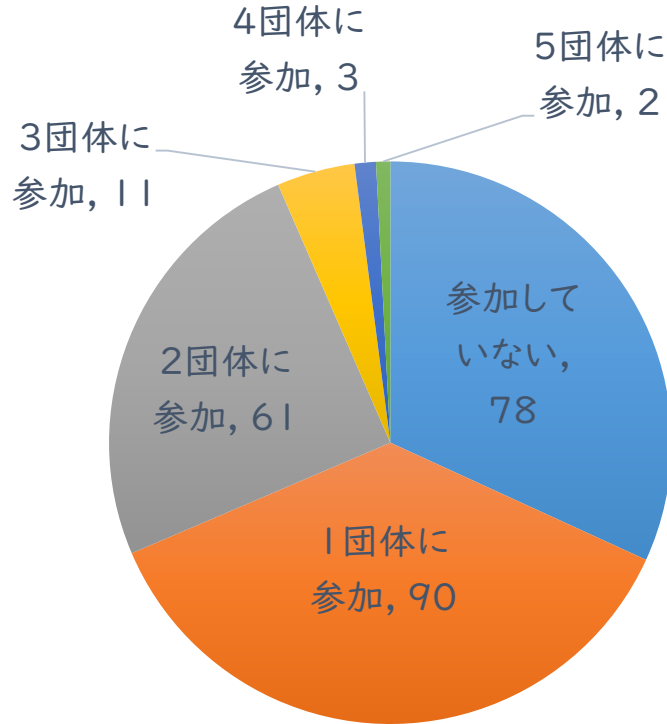


N=246



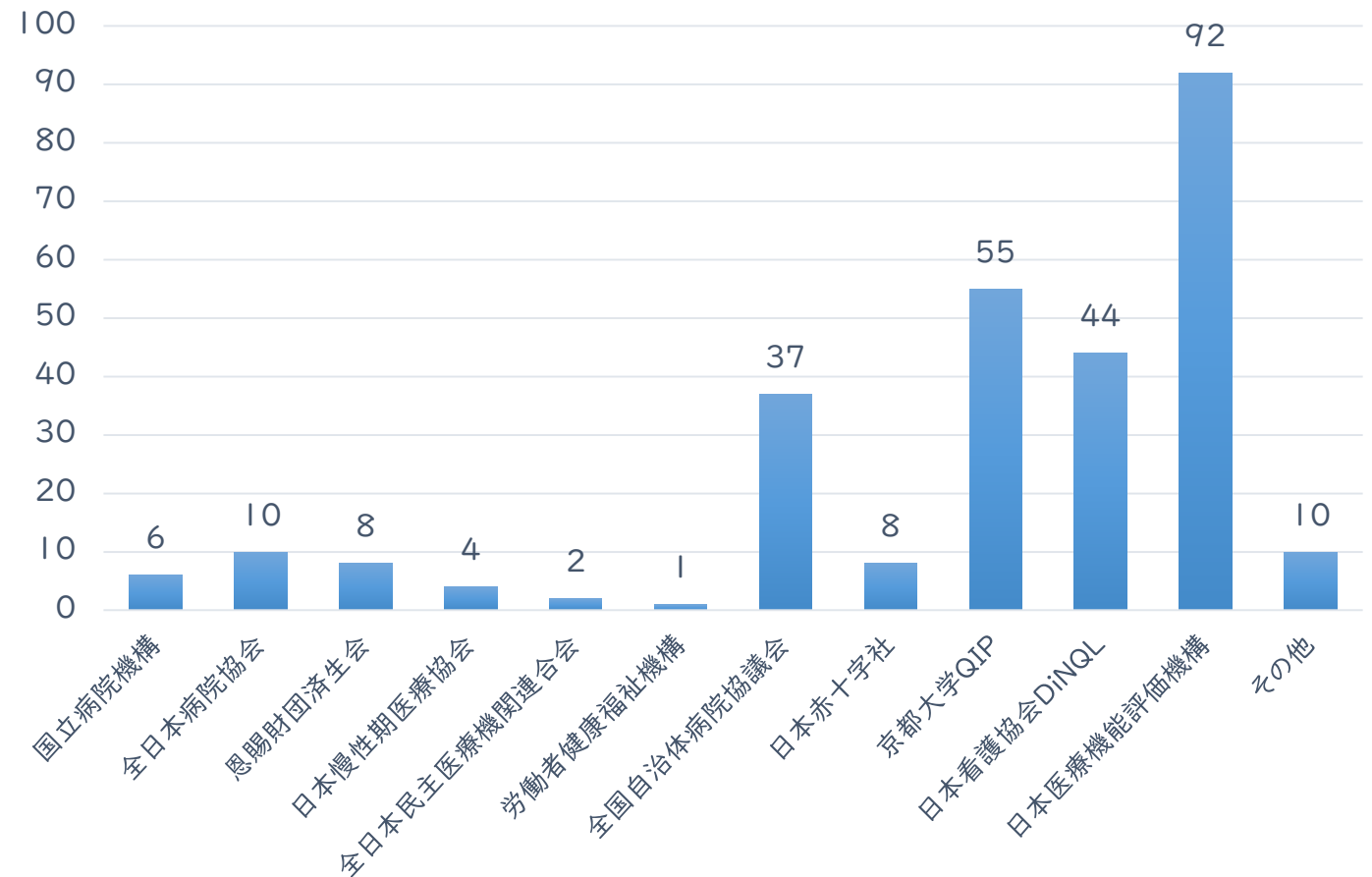
QIプロジェクトにおける組織体制

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？



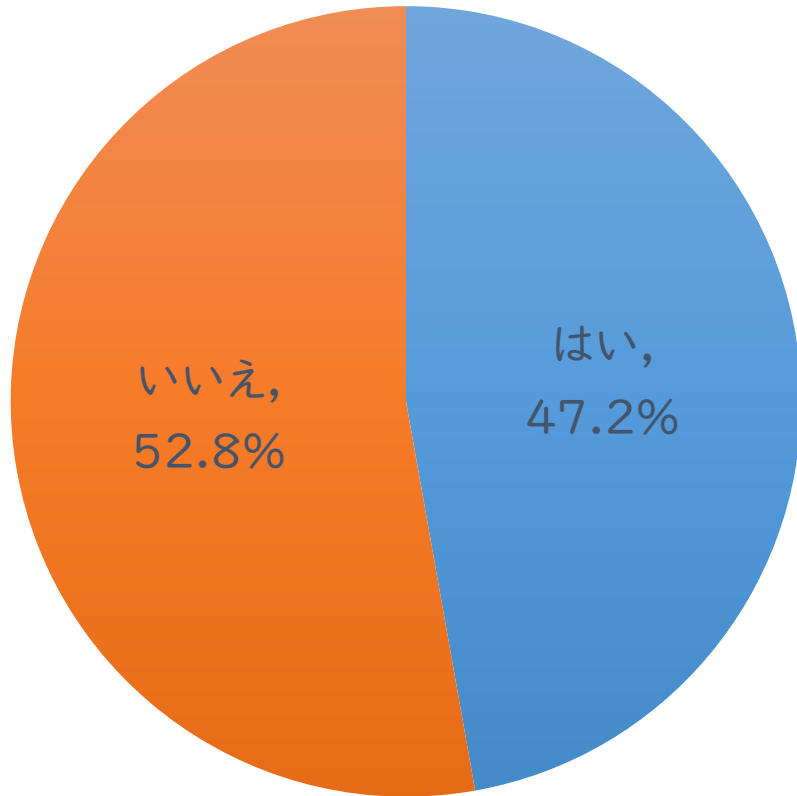
N=246

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？



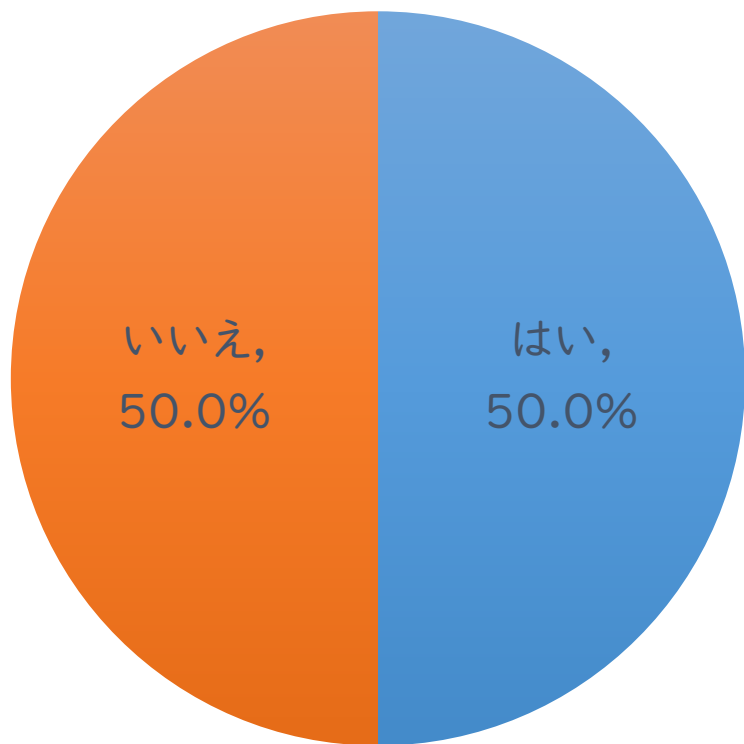
N=246

「はい」の理由

- 参加当初に比べ、特に救急応需率は改善したと感じます。
- 病院機能評価受審と併せて効果があった。
- 各部門で目標を設定することにより、目標達成に向けて、活動するようになった。
- 紹介逆紹介を他院と比較することで取り組みが進んだ。
- 自院の状況把握に役立っている。
- 各指標を確認し、委員会を通じて活動に活かしている。
- 医療の質という言葉を知ることができた。
- 定期的にQIワーキングを開催し、各指標の担当者が指標の分析結果、改善活動の報告を行っている。自分達の医療活動を可視化、見える化することで、経年比較、他施設との比較が可能になり、医療の質を向上する取り組みに役立っている。
- 2021年度「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」について改善活動に取り組んだ。値が低い原因分析を行い、関係部署と協議を行った結果、56%から80%に改善した。取り組みの成果がみられ、医療の質向上につながった。
- 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。
- 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。
- 他病院との比較することで、改善が必要な項目については、例えばクリニカルパスに組み込むことにより、少しずつはあるが医療の質改善することができた。
- 院内でQC活動を開始した。
- 当院は身体抑制率が参加施設内平均より高く、低減化を目指し活動した結果、以前より低減した。
- 指標に対する意識が付き、カルテ記事等の記載の工夫が出来てきた。

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？



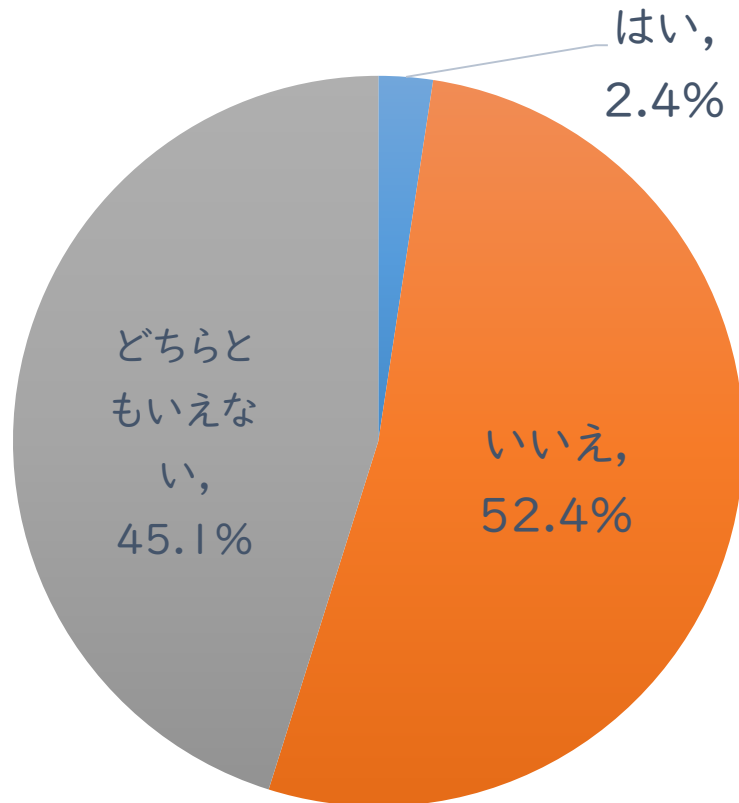
N=246

「はい」の理由

- 自院の立ち位置がわかるだけで意識が変わってきたと感じます。
- 各診療科の医局目標として採用している。
- 自部署が関連する指標について照会が増えた。
- QIデータの抽出の精度が上がった。
- 定期的なワーキングの他、QI活動を取りまとめた冊子の刊行、配布を通じて、多職種のメンバーが同じ目的に向かって取り組んだことにより、スタッフ間のモチベーションやコミュニケーションの向上に繋がった。また、所属から新しい指標作成についての相談もあった。
- 臨床指標を算出し改善活動を行った結果、成果がみられた。それにより職員が医療の質の重要性を認識できたと考ええる。
- 患者満足度の指標から、なぜ当院の立ち位置が現状となっているかの検証が行われた。
- まだ取り組みをはじめて1年以内のため、結果はでていないが、数値をもって示すことで説得力がある。
- 医療安全研修にQIデータを使用し、職員に周知している。
- 指標をもとに、自院の弱い指標について検討を行う材料となったため。
- ISO/JCIへの取り組み。
- 第三者機関の高い評価を得たことで職員のモチベーション向上に繋がったと考える。
- 各部門で目標を設定することにより、目標達成への意識が高まっている。
- 抗菌薬の予防的投与について、担当部署が関心を持つようになった。
- 転倒転落発生率や救急車応需率等について、特に意識していると感じる。

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部（患者等）の反応はありましたか？



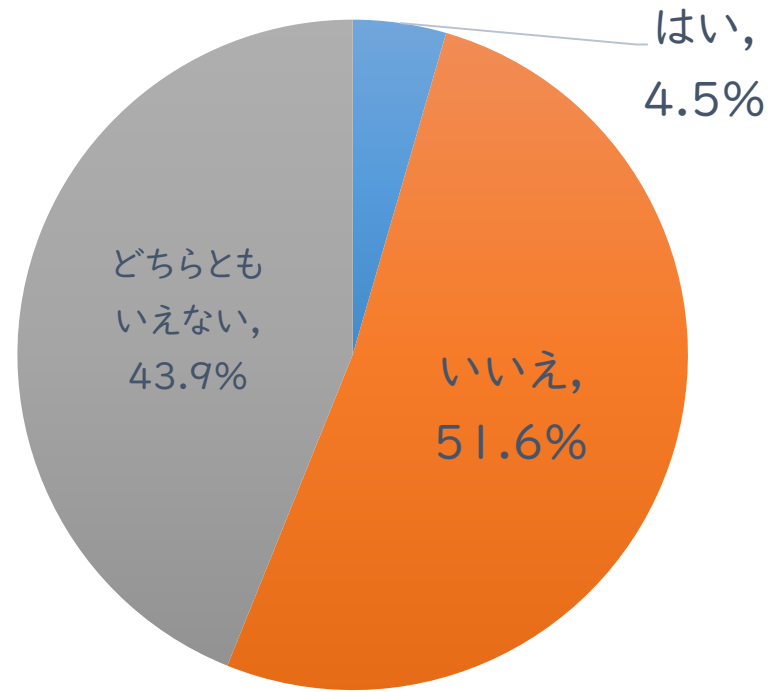
N=246

「はい」の理由

- 医療の質向上により満足度が上がっていると考える。
- ホームページに公開している。

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?

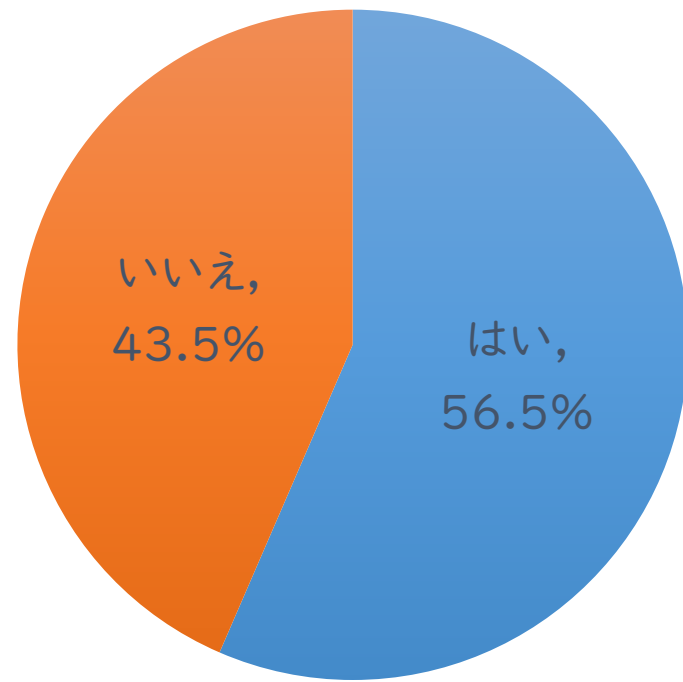


「はい」の理由

- コスト漏れの発見ができた。
- 自院の状況把握ができた。
- 外部評価等に提出するデータとして利用できた。
- 算定面での注意喚起ができた。
- 身体抑制の同意書の見直しがあった。
- 各種委員会で同指標を用いて改善取り組みが行われるようになった。
- 「指標の結果」と「現場感覚」のギャップによる算定漏れを発見できた。
- 抑制率が外れ値だが、安全に配慮してナースコールを押せない患者が多いことがわかったり、更に使用方法や対策を考える機会になっている。
- 身体拘束について考える機会が増えた。
- 具体的な数値がグラフ化されているので、当院の立ち位置がよくわかり、院内でフィードバックすることで、具体的に興味を持ってもらえるようになってきた。

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

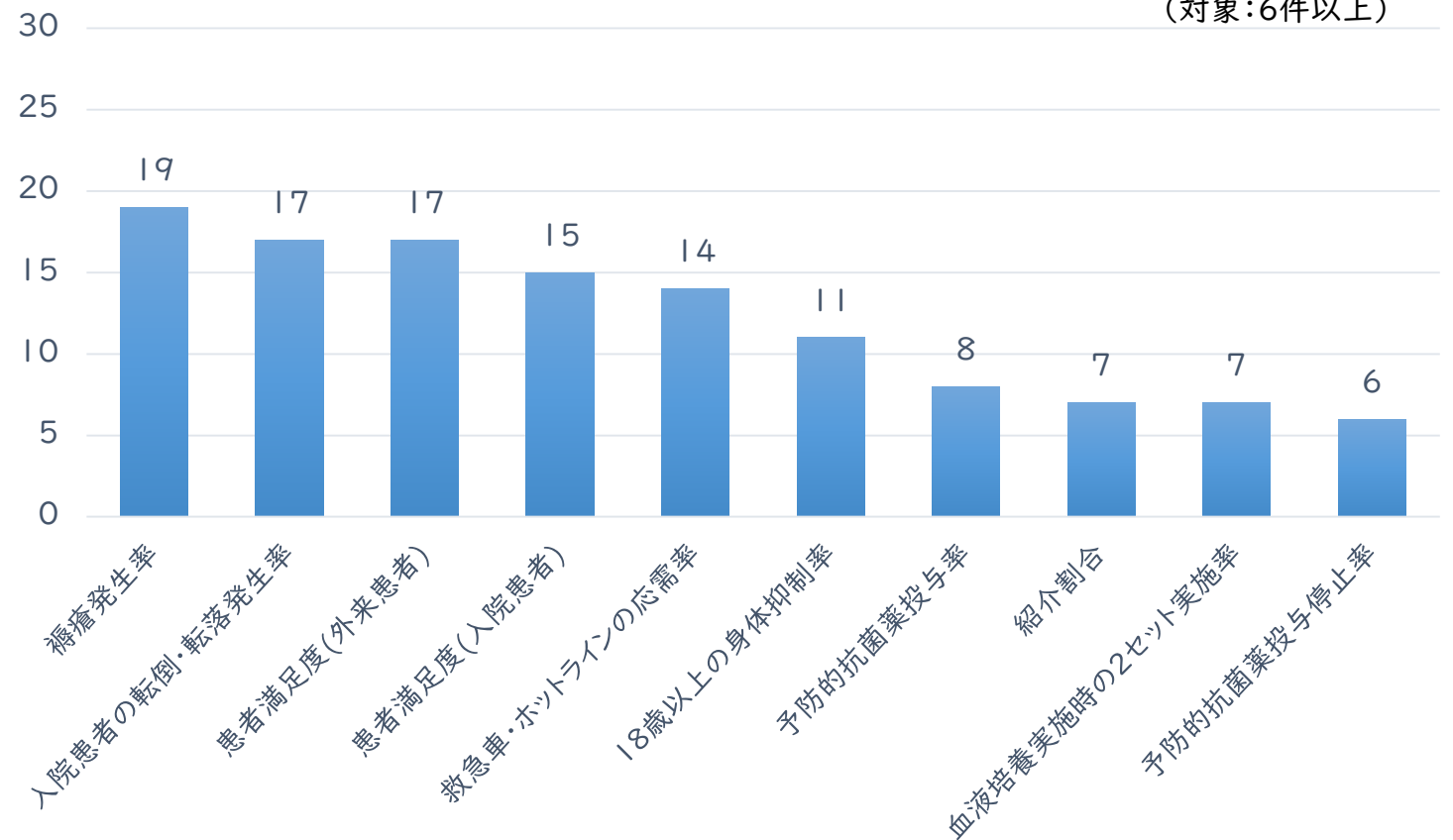
今年度、日本病院会QIプロジェクトの指標の中で、改善活動を行いましたか？



N=246

改善活動を行った上位10項目

(対象:6件以上)



褥瘡発生率

【施設・設備・機器の見直し】

- 器材の充実を図った。
- マットレス・エアマットの管理方法の検討、購入に向けた取り組みを行った。
- 褥瘡マットの追加購入。
- エアマット(ラグーナ)、体圧分散シート(フィール)の追加購入による発生率の低下。
- エアーマット等、器具の入れ替えて院内発生を予防。
- 尾骨部の褥瘡発生が多かったため、車椅子用クッションを導入した。
- 実績をもとに褥瘡予防に必要な物品の検討購入に繋がり、過不足なく迅速な対応ができています。

【勉強会・研修会の開催】

- 看護師の新採用者研修で褥瘡予防ケアの基礎を組み込みしている。特に踵の褥瘡は防ぐことができる褥瘡といえるので、踵の褥瘡発生件数を少なくすることを優先に取り組んでいる。
- エアマットの正しい使用方法について病棟勉強会の実施。
- 褥瘡チーム内で数値を共有、リンクナースへの研修会を実施。
- フィードバック資料を活用した医療安全研修。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 委員会にて適宜報告している。
- 専門委員会で検討している。
- 看護部内の委員会での改善活動。
- 褥瘡委員会が目標値を設定、毎月の病院運営会議に発生率を報告。
- 褥瘡対策チームを組織して院内の褥瘡発生予防や発症後早期からの適切な処置を含めた対策を、年に1回褥瘡対策委員会の中で行っている。そこで、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。
- 褥瘡ラウンドの実施
- 毎月新規褥瘡発生者のインシデントの分析・予防ケア用品の使用についてパンフレット作成、活用推進。

入院患者の転倒・転落発生率

【詳細分析、検証】

- 医療安全委員会を中心に、転倒転落原因の検証や発生防止策を検討している。
- インシデンド・アクシデンドレポートの分析から、転倒転落の要因を確認し、具体的対策について医療安全チームにて年3回協議している。
- 全国共同行動に沿って、個別要因の精査、対策の見直しをしている。
- 医療安全管理委員会にてデータ分析・原因調査・対策活動を行った。
- 医療安全月間を設けて、レベル0のヒヤリハットを拾い上げやすくし情報量を増やしたところで、多職種による検証回数を増やした。
- 根本原因分析を進め、要因ごとに対策チームで詳細対策を進めた（進捗中）。

【評価およびラウンド】

- 毎月多職種（外来看護師を含めた看護師 リハ、薬剤師、事務等）でラウンドを実施し療養環境を整えている。
- 患者によるアセスメント（自己評価）実施。
- 転倒予防策実施率などのプロセス指標を独自に収集している。
- 入院前問診記録の確認。
- 転倒転落フローシートの導入。
- 認知症、せん妄ハイリスクケア加算算定率向上のためのスクリーニングシート改訂。

【勉強会・研修会の開催】

- 医療安全ポスターの掲示や研修会の実施。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 転倒転落委員会での事例報告の共有。
- 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。
- 転倒転落防止において医療安全を中心に取り組んでいる。
- 指標を元にQI委員会から医療安全管理室に提言を行っている。
- 緩衝マットの購入。
- 転ぶから抑制するということもあり得ることで、大けがをしない対策をしている。
- 超低床ベッドやベッドから転落した際の衝撃吸収マットを導入した。
- 転倒転落時に痛みや衝撃を和らげるために衝撃吸収マットを患者のベッドサイドに設置できるように一般病棟へ徐々に導入を開始した。
- 低床ベッドの使用。
- テレビジョンの入院案内での転倒に関する注意喚起。
- DST精神リエゾンの早期介入により転倒リスク低下。

患者満足度（外来患者・入院患者）

【施設・設備・機器の見直し】

- カスタマーサービス室を設置
- 食事内容の改善
- トイレ自動洗浄、デイルーム椅子の入れ替え、トイレごみ箱変更
- 会計後払いシステムの導入、診察室入口の医師ネームプレート変更など
- 院内設備の改修
- ナビダイヤル導入、蛍光管変更、空気清浄機造設
- BS放送受信、温冷配膳車の導入、妊婦さん病衣の変更など

【接遇、研修】

- 接遇研修等を実施したことにより、職員に対する満足度が向上した。
- ANA元CA講師による接遇研修（新規入職者及び中間管理者への）
- クレーム対応研修
- 接遇向上委員会発信による職員全体での「おもてなし」の取り組み

【待ち時間】

- 待ち時間短縮の取り組み。

【フィードバック、情報共有、その他】

- いただいたご意見の中で対応可能な内容を関連部門に連絡し対応
- 幹部職員へ分析結果の報告及び提案を行い、次年度の事業計画の判断材料とした
- ご意見箱に投書された内容をサービス委員会で検討、対応を広報誌に掲載した
- 満足度調査結果を元に設備環境改善を行った
- 不満点をより詳細に聴取し、割合の大きい順に対策を進めた（進捗中）
- アンケート内容と設問を改訂
- 定期的にミーティングを行い、患者からのファーストコールはすぐ対応するよう徹底している。

救急車・ホットラインの応需率

【組織・体制の変更、教育】

- 救急搬送を良く断る医師は、一般救急当直ではなく、ICU当直に回す。
- 救急人員配置の見直し
- 対応スピード向上のため医師に毎回確認することをやめ看護部で受け入れ判断をするようにした。
- 原則救急患者を断らない取り組みとして救命救急士が救急隊からの電話をとるように変更した。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 救急隊との定例会開催による課題の解決
- 医局への周知と呼びかけ
- 救急センター運営会議にて報告し改善活動を行っている。
- 応需率向上に向けた取り組みを行った
- ドクタカー導入
- 断り理由調査
- コロナ対応等でぶれ幅が大きく、毎月会議等で院内に報告している
- 救急医療に特化したQI指標の公表
- 消防署への営業活動

18歳以上の身体抑制率

【評価およびラウンド】

- 認知症ケアラウンドに活用
- 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。
- 委員会によるラウンド

【詳細分析、検証】

- 委員会でチームを作り1か月に1回ミーティングを行い現状把握を行っている。その中で抑制の種類としてミトンと体幹抑制が多いことがわかり、抑制しないための対策としてコールマットとセンサーマットの買い増しを行った。また、ねむりセンサーを1か月デモ導入し本導入を検討している最中である。
- 身体抑制を低減すべく、まずはその主な原因となるせん妄を予防を目指し、睡眠薬の適正使用に取り組んだ。
- 採用しているベッド柵について、妥当性の検証が行われた。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 各病棟ごとの身体抑制率を抽出しフィードバックした
- 看護部の今年度の取り組み目標として毎月病棟別に数値を出し、病棟ごとに改善に向けて取り組んでいる
- 抑制解除に向けた取り組みの院内研修、事例検討会等を行いながらQI実務担当者と認知症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。
- 身体抑制委員会活動
- 身体拘束予防委員会の設置
- 抑制が必要な患者でもできるだけ時間を短くしている。

予防的抗菌薬

予防的抗菌薬投与率

- 術前抗菌薬投与をすべて術場で実施することにした。
- 手術の術前投与を病棟から手術室で実施に変更した。
- 麻酔科医、手術室スタッフへの実績報告。

予防的抗菌薬投与停止率

- 対象手術のクリニカルパスを手術後24時間以内で予防的抗菌薬が停止するように修正した。
- 外科でベンチマーク結果について検討し、クリニカルパスを改訂。翌月から全国平均以上の結果となった。
- 術後抗菌薬の削除をクリニカルパス上で行った。
- 他院との比較を最重要としてクリニカルパスの内容を修正した。
- 停止率の低い疾患を調査し、委員会で報告。
- 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。

紹介割合

- 地域医療機関への営業活動、開業医訪問
- 診療報酬の算定方法の変更に伴い、診療部会議で毎月推移を報告している
- 開業医の先生方向けの説明会
- 地域医療連携セミナーの実施
- 院内医師紹介の各診療科別に記載した「診療のご案内」発刊

血液培養実施時の2セット実施率

- 診療科ごとに抽出し、実施率の低い診療科へ情報を提供した。
- 2021年度実施率が平均以下であり、原因を調査し、改善した。
- 徐々に横ばいから上がっている兆しがある。
- 正確な会計入力の徹底
- 感染管理室からのデータとQIのフィードバックデータに乖離があり、原因を精査。その結果、医事請求のマスターが2回実施のオーダーを取り込んだ際、1回実施になるよう設定されていたことが判明。すぐに修正していただいたところ、全国平均以上の結果となった。
- 現場でのカウントと病院会に提出したDPCデータから抽出して頂いた結果と齟齬があり、確認中である。
- JANIS還元情報を院内感染対策委員会にて報告している。

一般社団法人 日本病院会 2022 年度 QI 委員会

(50 音順)

(2023 年度 4 月時点)

- 委員長 福井次矢(東京医科大学茨城医療センター 病院長)
- 委員 今中雄一(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授)
- 委員 岩崎 榮(NPO 法人卒後臨床研修評価機構 理事長)
- 委員 岩淵勝好(山形市立病院済生館 呼吸器内科長)
- 委員 國澤 進(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 准教授)
- 委員 嶋田 元(聖路加国際病院 ヘルニアセンター センター長)
- 委員 深田順一(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 竹内幸大(一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課 課長)
- 事務局 佐藤美幸(一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課)

<開催報告>

【委員会】

- 第1回 QI 委員会 2022 年 8 月 30 日(出席委員 10 名)
- 第2回 QI 委員会 2022 年 10 月 27 日(出席委員 10 名)
- 第3回 QI 委員会 2023 年 3 月 23 日(出席委員 11 名)

【実務担当者説明会・フィードバック説明会 合同説明会】

開催日:2022 年 5 月 31 日(木) 13:00~15:40

開催方法:Zoom ウェビナーによる LIVE 配信およびオンデマンド配信

参加数:137 施設

- 昨年度同様 COVID-19 の影響により実務担当者説明会・フィードバック説明会を合同開催した。
- フィードバックデータのグラフの見方や各指標の算出方法についての説明、参加施設からの事例発表、厚生労働科学研究「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」の現情報告を行った。

初版 2023年10月30日

2版 2023年12月7日