

# 臨床指標2021年度

友愛医療センター QI委員会

# QI臨床指標 2021年度

QI臨床指標とは  
医療の質を表す指標 (Quality Indicator) のこと

医療の質を評価する3つの側面



- ・医療の質を高めるため、「根拠に基づいた医療」を実践しているかどうか
- ・全人的医療を行うため、各部門の専門性がより発揮できているかどうか
- ・患者に対し適切なサービスが行われているかどうか
- ・質の高い医療を提供し続けるために、職員の健康に配慮しているかどうか

など、3つの側面から様々な指標測定の見えてくる

# 2021年度 友愛医療センター 臨床指標一覧

## 臨床指標

### Clinical Indicator (CI)

- CI-1 病床利用率
- CI-2 病床稼働率
- CI-3 100床当たり手術室稼働件数
- CI-4 DPC期間Ⅱ退院割合
- CI-5 2週間以内のサマリー記載率
- CI-6 心拍動下冠動脈バイパス術完遂率
- CI-7 80歳以上の開心術における院内死亡率
- CI-8 透析患者の心臓血管外科手術における院内死亡率
- CI-9 解離性大動脈瘤・大動脈解離(DA)手術患者における院内死亡率
- CI-10 開心術を受けた患者の平均術後在院日数
- CI-11 人工心肺手術を受けた患者の平均術後在院日数

## 質指標

### Quality Indicator (QI)

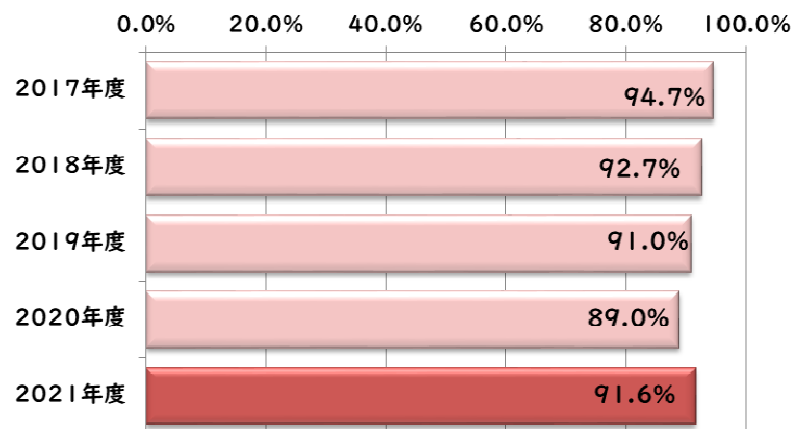
- QI-1 クリニカルパス使用率
- QI-2 褥瘡発生率
- QI-3 救急車・ホットライン応需率
- QI-4 入院患者の転倒転落発生率
- QI-5 入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落件数
- QI-6 紹介率
- QI-7 逆紹介率
- QI-8 死亡退院患者率
- QI-9 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率
- QI-10 18歳以上の身体抑制率

### CI-1 病床利用率

(退院患者を除く)

【分子】 在院患者延数

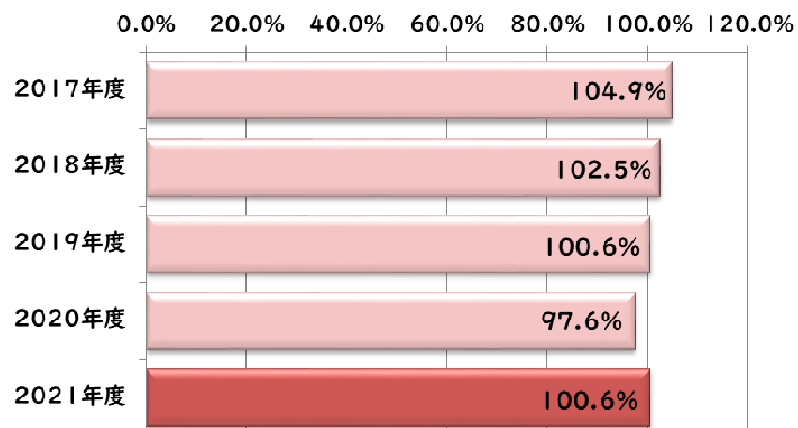
【分母】 病床数×日数



### CI-2 病床稼働率

【分子】 在院患者延数+年間退院患者延数

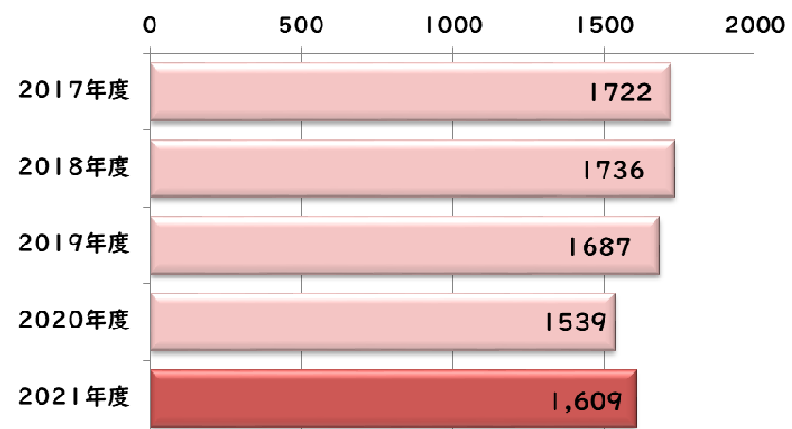
【分母】 病床数×日数



### CI-3 100床当たり手術室稼働件数

【分子】 手術室で施行した件数×100

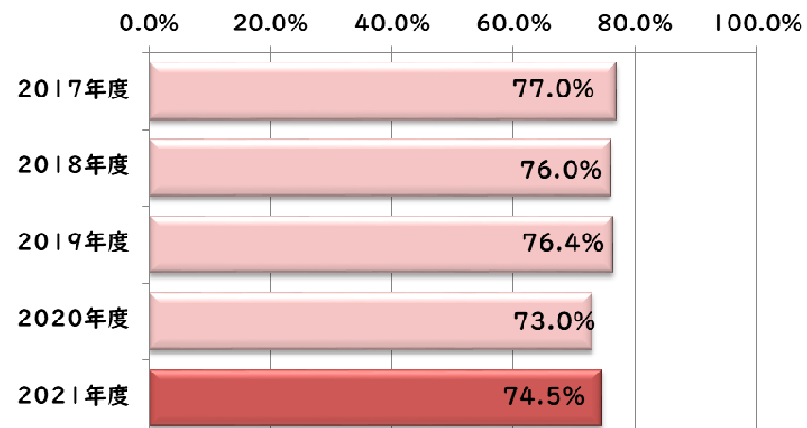
【分母】 病床数



### CI-4 DPC期間Ⅱ退院割合

【分子】 DPC期間ⅠまたはⅡで退院した患者

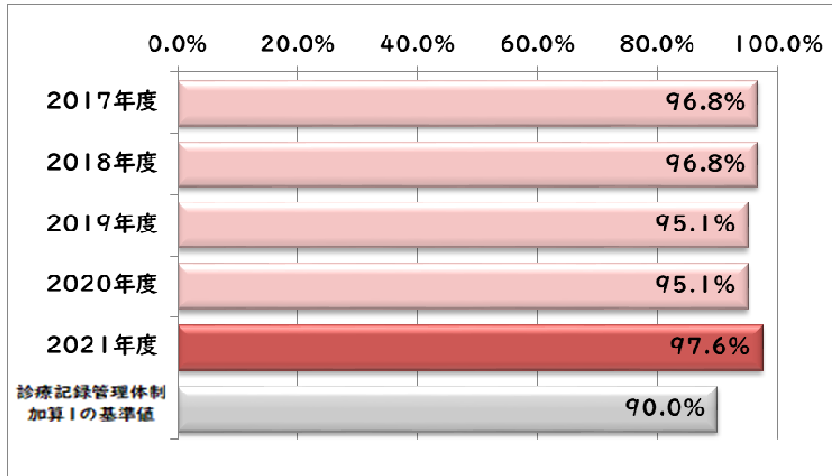
【分母】 DPC対象患者



### CI-5 2週間以内の退院サマリー記載率

【分子】 担当医が2週間以内にサマリーを記載した件数

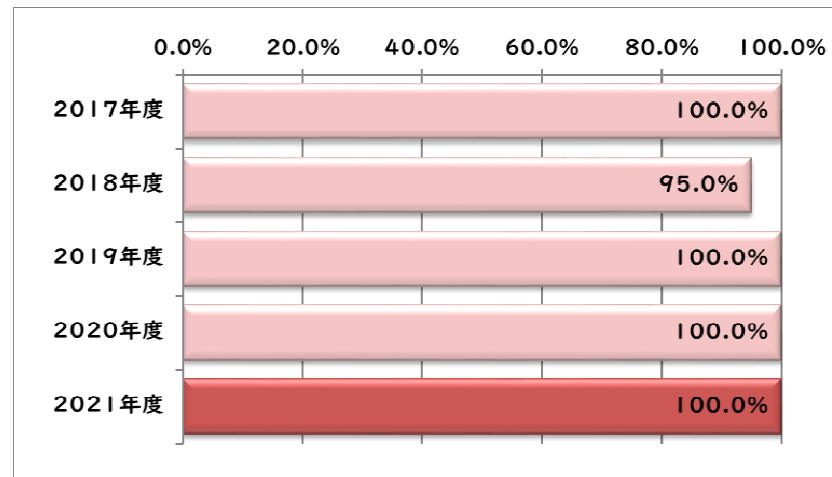
【分母】 退院患者数



### CI-6 心拍動下冠動脈バイパス術完遂率

【分子】 分母より完遂した患者数

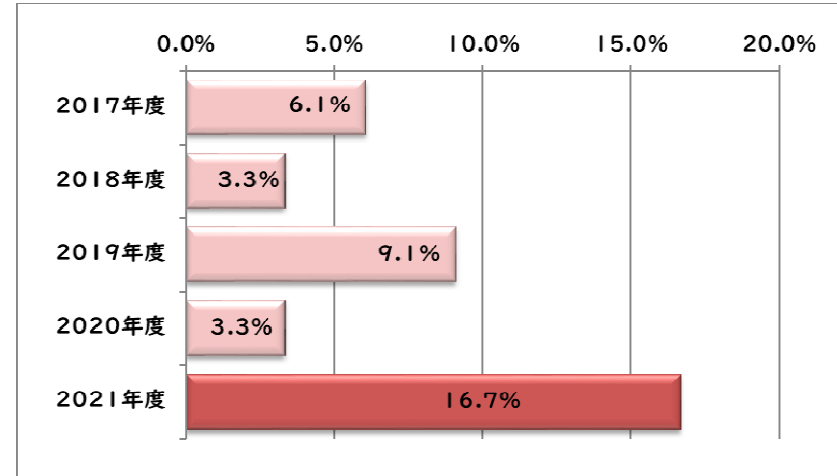
【分母】 心拍動下冠動脈バイパス術をうけた患者数



### CI-7 80歳以上の開心術における院内死亡率

【分子】 分母のうち、死亡退院の症例数

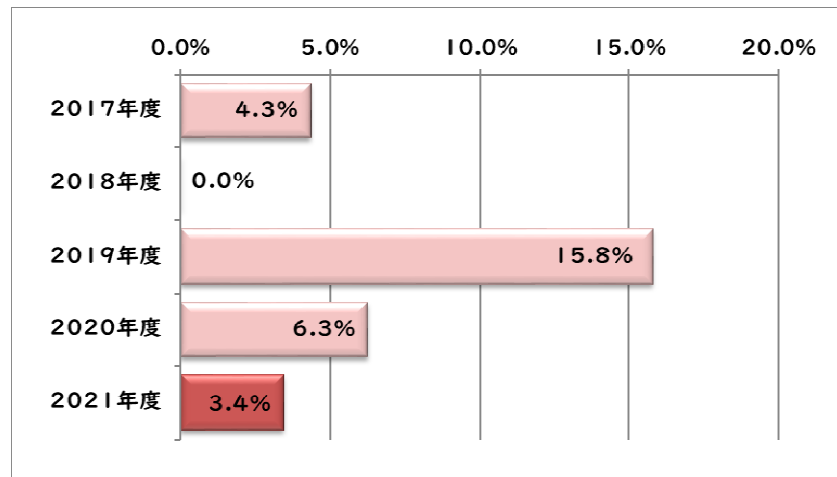
【分母】 開心術を行った80歳以上の退院患者数



### CI-8 透析患者の心臓血管外科手術における院内死亡率

【分子】 分母のうち、死亡退院の症例数

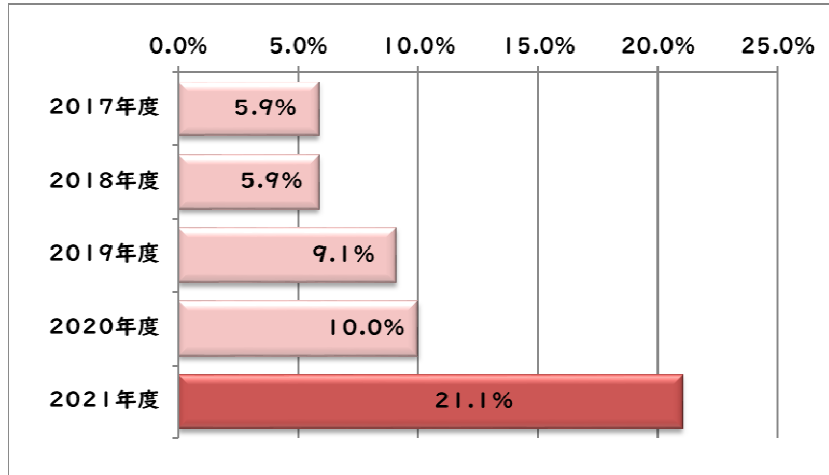
【分母】 透析患者で心臓血管外科手術を行った退院患者数



### CI-9 解離性大動脈瘤・大動脈解離(DA)手術患者における院内死亡率

【分子】 分母のうち、死亡退院の症例数

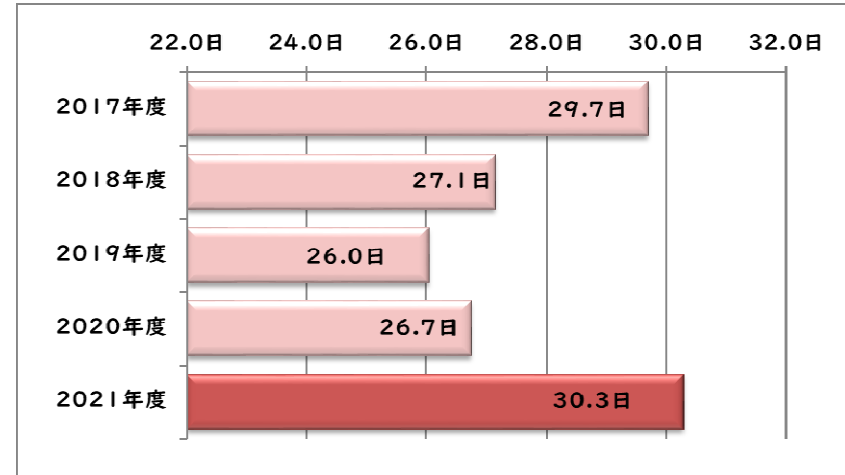
【分母】 DAの手術患者数



### CI-11 人工心肺手術を受けた患者の平均術後在院日数

【分子】 人工心肺手術実施患者の術後在院延べ日数

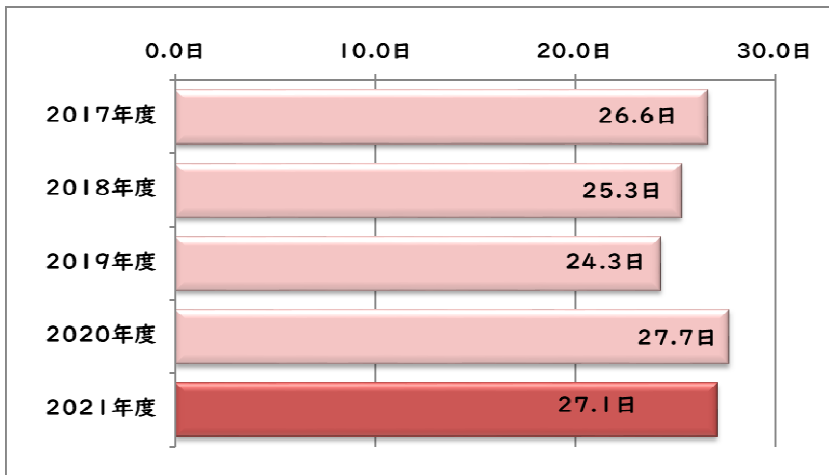
【分母】 人工心肺手術実施件数



### CI-10 開心術を受けた患者の平均術後在院日数

【分子】 開心術実施患者の術後在院延べ日数

【分母】 開心術(冠動脈バイパス術を含む)実施件数

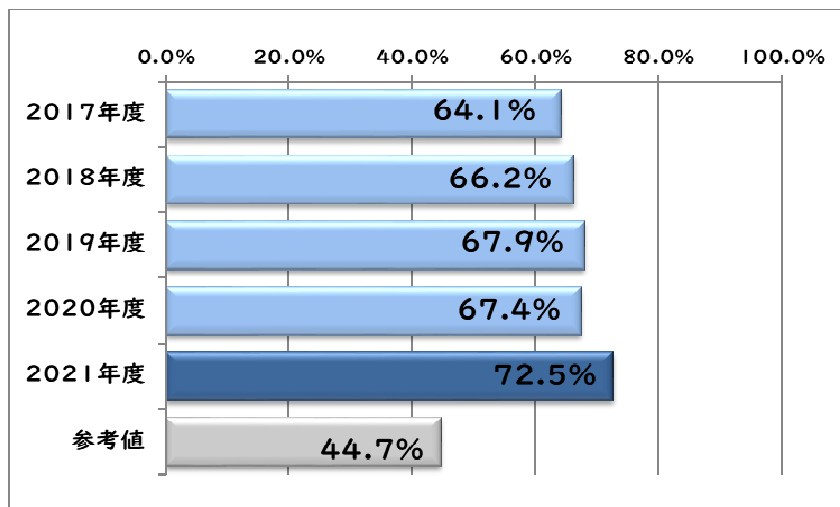


## QI-1 クリニカルパス利用率

### 指標の定義・説明

分子	クリニカルパス使用患者数
分母	退院患者数
収集期間	1ヶ月毎

クリニカルパスとは、患者さんの状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準計画書のことをいい、診療スケジュールを患者さんに提供することを目的として、入院から退院までの検査、治療、看護などを時系列に沿って一覧にまとめた診療計画書です。



※参考値:クリニカルパス学会2021年度全国平均

指標の種類 アウトカム  
値の解釈 より高い値が望ましい

### 考察

2021年度のパス平均利用率は72.5%  
最もパスを使用している診療科については、以下の通りとなっております。

#### ●外科系

1.整形外科(95.9%) 2.腎・泌尿器科(83.6%) 3.耳鼻科(73.4%)

#### ●内科系

1.循環器内科(86.6%) 2.消化器内科(52.8%) 3.呼吸器内科(56.7%)

#### ●その他診療科

1.小児科(81.5%) 2.産婦人科(92.3%)

### 改善活動事例

・DPCデータをもとに作成検討を行っております。取り組みとしては、在院日数の短縮に向け、多職種が早期介入しやすいようなパス作りや、パスの設定日数がDPCIIの期間を超えているパスの見直しを適宜行うことで、適切な医療提供の標準化、医療の質向上に繋がっています。

また、パスの新規作成や改定した内容については、月2回のパス委員会にて病棟看護師より報告を行っています。

## QI-2 褥瘡発生率

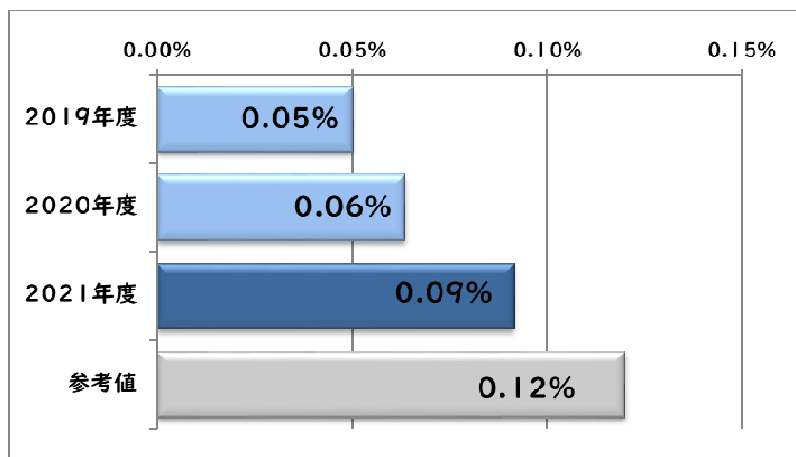
### 指標の定義・説明

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)
収集期間	1ヶ月毎

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

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

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



※参考値:日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類 アウトカム  
値の解釈 より低い値が望ましい

### 考察

2021年度の褥瘡発生率は0.09%でした。前年度と比較すると0.03%増加、全国平均より0.03%低い結果でした。当院での深度(褥瘡の深さ)別の褥瘡発生の割合は、d2:真皮までの浅い損傷が約80%を占めています。部位別では仙骨部が最も多く、次いで尾骨、踵部の順に多くみられています。発生者に共通する点として、自力体位変換が困難な患者、おむつ内排泄、ヘッドアップ坐位/車椅子坐位が挙げられます。坐位時の圧迫やずれが発生要因と考えられ、失禁による皮膚の湿潤過多は皮膚の損傷リスクが高いため外力予防に加え、おむつ内環境を整えることも重要と考えます。また、手術患者、重症度の高い患者の医療機器の需要から医療機器関連圧迫創傷(MDRPU)も増加の要因となっています。

### 改善活動事例

#### 1. 褥瘡委員会/褥瘡回診の取り組み

##### 1) 褥瘡委員会

- ・褥瘡推定発生率、有病率、発生状況の分析を報告し情報共有を行う。事例検討を行い再発予防に努める。
- ・各職種の勉強会を開催し褥瘡に必要な知識や技術を習得する。専任看護師は病棟スタッフに勉強会を行う。

##### 2) 褥瘡回診/カンファレンス

- ・専任医師、褥瘡担当師長、専任看護師、薬剤師、リハビリ科(PT/OT)、栄養士、皮膚・排泄ケア認定看護師から構成されるメンバーで回診を担当病棟看護師へ創傷処置方法やおむつの当て方、ポジショニングを指導しケア用品の提案を行う。
- ・他職種で褥瘡改善に向けたカンファレンスを行い、NST委員会や各病棟担当(薬剤師、栄養士、PT/OT)と情報を共有し治療の介入を依頼。

##### 2. 褥瘡管理システムの変更

- ・褥瘡予防計画から治療計画まで情報を一元化。高機能型体圧分散寝具(エアマット)はナンバリングし、バーコード認証で全体の使用状況を把握。不足時は他病棟から借用し患者に速やかに提供できるよう調整。

##### 3. 褥瘡予防用具の整備

高機能型体圧分散寝具(エアマット)は各病棟に配置。エアマットのリース契約更新にあたり必要台数の調査、エアマットの機種変更を検討。60台新規導入し総数114台を運用中。日常生活自立度に合わせたマットの選択が行われているか、病棟の専任看護師が定期的に評価を行う。



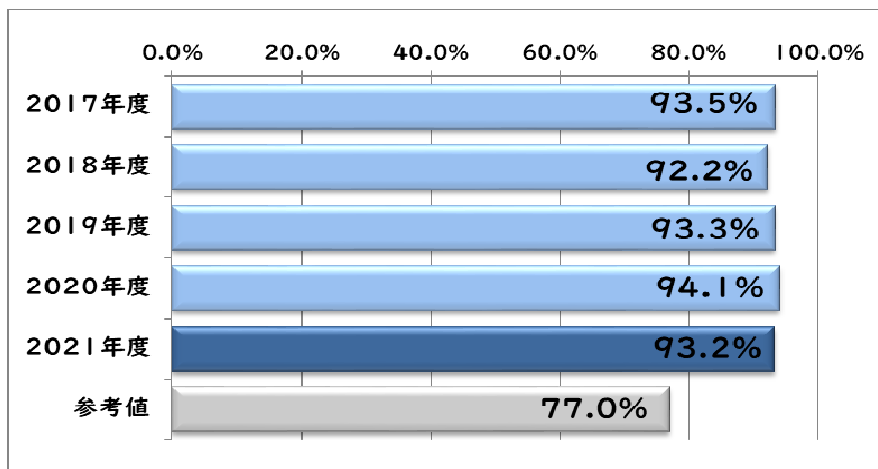
## QI-3 救急車・ホットライン応需率

### 指標の定義・説明

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
収集期間	1ヶ月毎

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。

当院救急科は入院治療や緊急手術などが必要な重症患者を対象とする救急医療（一次・二次救急）を24時間365日体制で対応しております。救急車の受け入れ要請に対して可能な限り応需するべく取り組んでいますが、要請された救急車をすべて受け入れられるわけではありません。応需率の向上は、救急科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、スタッフの協力など、さまざまな要素がかわります。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類 プロセス  
値の解釈 より高い値が望ましい

### 考察

2021年度の応需率は93.2%でした。（前年度より0.9%↓）  
キャンセル+不搬送69件を抜くと、95.3%であり、当院目標の応需率96%まであと少しの結果となった。

2020.8.1豊見城中央病院が移転・開院し「友愛医療センター」に、救急体制についても、救急フロアが従来の5倍になり人材・設備的に十分な体制が整いつつあるとし、さらに今後の取り組みとして、「派遣型救急ワークステーション」が設置されました。同センターへ派遣された救急隊員は、救急要請があった場合は同センターから出動、必要に応じて救急車への医師同乗し、早期医療介入を可能とします。同センターから出動する事により、豊見城市の人口増加地区である豊崎区域や、近隣の与根・翁長地区への救急車の到着時間を大幅に短縮でき、救命率向上や後遺症の軽減に繋がります。また、ドクターカーにも力を入れており、移転した年は30件/年の件数は、2021年度は192件と約6倍の伸び率となっており、当院の理念にある地域貢献に寄与出来ていると考える。

救急車受け入れ困難事由の事例を分析すると、主な理由の1つに新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、医療提供体制が非常に逼迫したことが要因の1つと考えられます。

### 改善活動事例

- ①救急車受け入れ困難事由集計し、全件分析。
- ②派遣型救急ワークステーション再開で連携強化。
- ③入院病床確保のため、ベッドコントロール担当者と毎日ベッドコントロール調整。
- ④地域の病院と連携し入院、転院調整を密に行う。

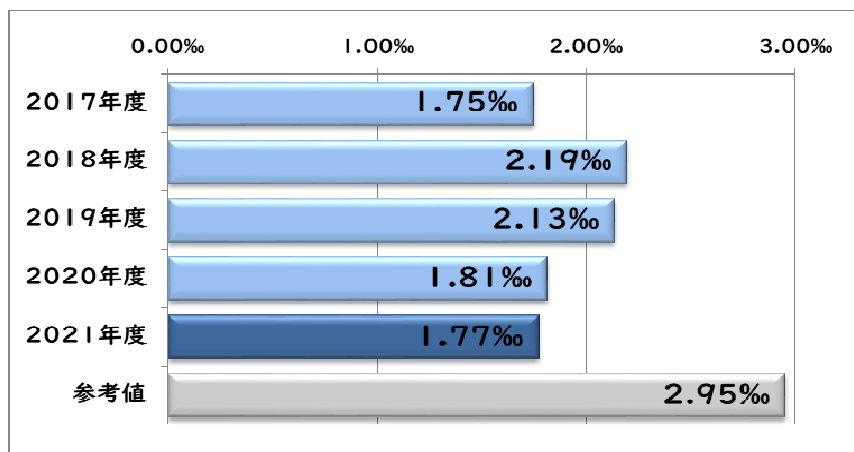
## QI-4 入院患者の転倒・転落発生率

### 指標の定義・説明

分子	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)
収集期間	1ヶ月毎

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。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

### 考察

2018年度 転倒転落件数 2.19%

2019年度 転倒転落件数2.13%

2020年度 転倒転落件数1.81%

2021年度 転倒転落件数1.77%

転倒転落件数は毎年改善傾向があり 2018年度の2.19%から比較しても前年度より低い値で推移している状況にあります。転倒転落予防対策として進めている他職種安全ラウンドや転倒に関する院内マニュアル整備を進めており一定の効果があったと考えております。今後も転倒転落に関する事例の要因検索とともにリスク軽減のため 継続した転倒転落予防対策の周知と強化を図る必要があると考えます。

### 改善活動事例

- ①週1回 他職種転倒・転落安全ラウンドを週1回行っている  
転倒転落安全ラウンドの際 環境確認や転倒後のカンファレンス・看護計画修正等で部署での改善対策周知など状況確認を行っている
- ②院内マニュアルの転倒・転落後の初期(⑥時間)対応フローシートの周知と適切な活用に向けてのアナウンスを会議等で定期的に行う
- ③転倒転落予防強化月間(12月～2月)を設定する
- ④転倒転落アセスメントシート活用 や 転倒後の看護計画修正・患者カンファレンスに関して看護部医療安全委員会とも共同する

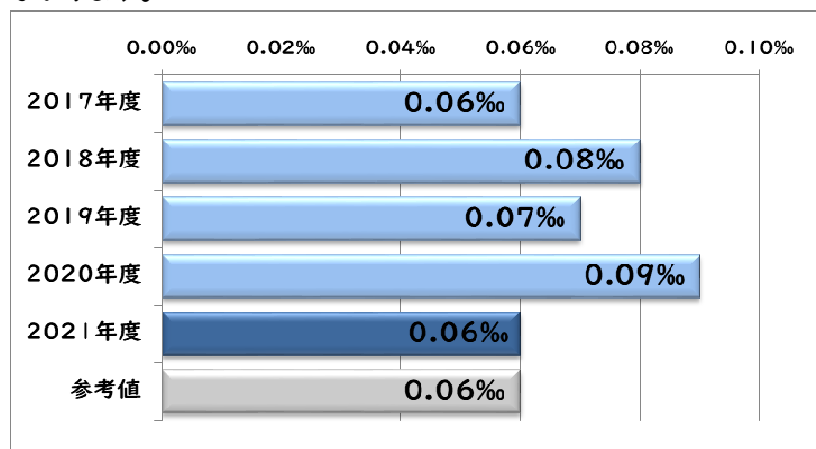
## QI-5 入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落率

### 指標の定義・説明

分子	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
分母	入院患者延べ数(人日)
収集期間	1ヶ月毎

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。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

### 考察

損傷レベル4以上の転倒転落件数に関して 件数自体は2020年度の0.09%より2021年度は0.06%と減少が見られております。ただ転倒転落事例は報告されていることから損傷に至らなかった事例の検討も含め、今後も転倒転落予防にむけてリスク軽減への取り組みや事例発生後の対応にて、取り組みの強化を図る必要があると考えます

### 改善活動事例

- ①週1回 他職種転倒・転落安全ラウンドを週1回行っている  
転倒転落安全ラウンドの際 環境確認や転倒後のカンファレンス・看護計画修正等で部署での改善対策周知など状況確認を行っている
- ②院内マニュアルの転倒・転落後の初期(⑥時間)対応フローシートの周知と適切な活用に向けてのアナウンスを会議等で定期的に行う
- ③転倒転落予防強化月間(12月～2月)を設定する
- ④転倒転落アセスメントシート活用 や 転倒後の看護計画修正・患者カンファレンスに関して看護部医療安全委員会とも共同する。

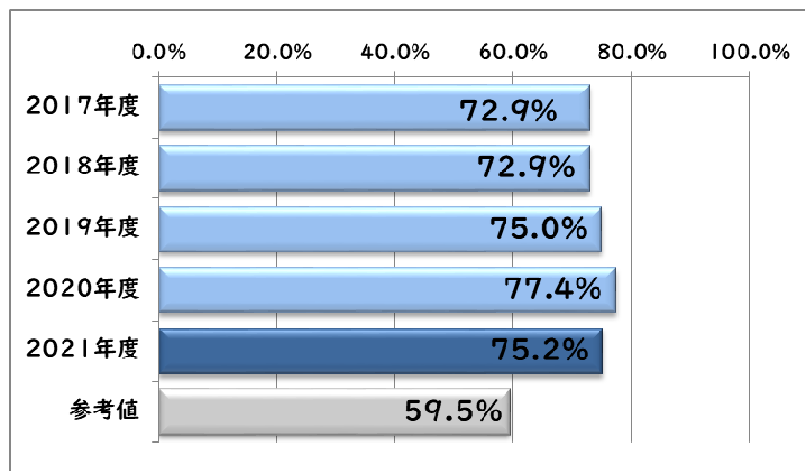
## QI-6 紹介率

### 指標の定義・説明

分子	紹介初診患者数
分母	初診患者数－(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)
収集期間	1ヶ月毎

紹介率とは、初診患者に対して、他の医療機関から紹介されて当院に来院した患者の割合です。こ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。近年、各医療機関の特性や機能の明確化を行い、地域の医療機関との連携・機能分化を促すことが、プライマリ・ケアの観点から重要視されています。

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、再度「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。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類      プロセス

### 考察

当院は2006(平成18)年に地域医療支援病院として沖縄県より承認され、現在に至ります。地域医療支援病院は紹介率・逆紹介率が一定以上である必要があります。

当院では基準として定められた紹介率・逆紹介率にとらわれず、地域で求められる医療を適切に提供し、治療後はかかりつけ医の先生方へお戻りするよう、病院一丸となって取り組んでおります。

### 改善活動事例

- ・かかりつけ医の先生方に当院へ患者さんを紹介して頂けるよう、定期的に診療体制等について情報発信しております。
- ・紹介状をお持ちでない患者さんが当院受診を希望された場合、当院の役割を丁寧に説明させていただきます。また、当院にすぐ診察が必要となる場合もありますので、症状がある方については受診トリアージ看護師にて対応の上、判断させていただきます。

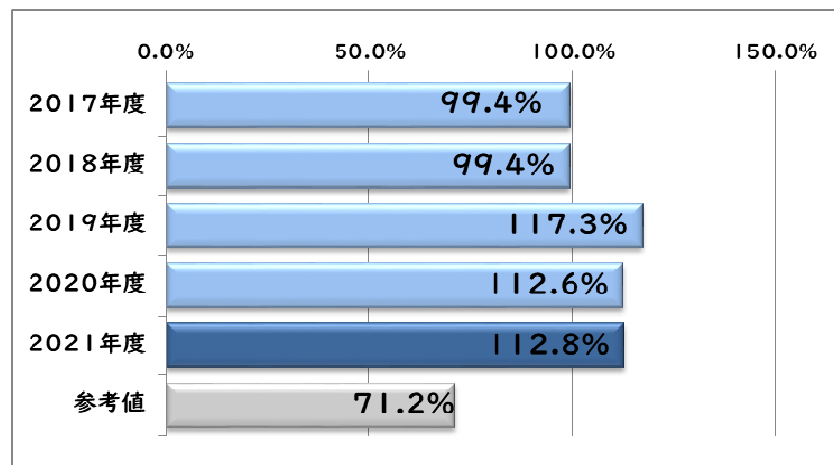
## QI-7 逆紹介率

### 指標の定義・説明

分子	逆紹介患者数
分母	初診患者数－(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)
収集期間	1ヶ月毎

逆紹介率とは、初診患者に対して、当院から他の医療機関へ紹介した患者の割合です。こ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。近年、各医療機関の特性や機能の明確化を行い、地域の医療機関との連携・機能分化を促すことが、プライマリ・ケアの観点から重要視されています。

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、再度「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。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類      プロセス

### 考察

当院は2006(平成18)年に地域医療支援病院として沖縄県より承認され、現在に至ります。地域医療支援病院は紹介率・逆紹介率が一定以上である必要があります。

当院では基準として定められた紹介率・逆紹介率にとらわれず、地域で求められる医療を適切に提供し、治療後はかかりつけ医の先生方へお戻りするよう、病院一丸となって取り組んでおります。

### 改善活動事例

- ・院内の会議体にて病院長より各先生方へ、「状態が落ち着いている患者さんはかかりつけ医の先生方へ逆紹介を」と適宜発信して頂いております。
- ・原則的に紹介患者さんはかかりつけ医の先生方へお戻し致しますが、診療情報提供書の作成が遅くなってしまう、または作成が漏れてしまう場合がありますので、そうならないように地域連携室ではほぼ全ての紹介患者さんのカルテを一定期間観察し、適宜担当医へ情報提供書の作成して頂くよう促しております。

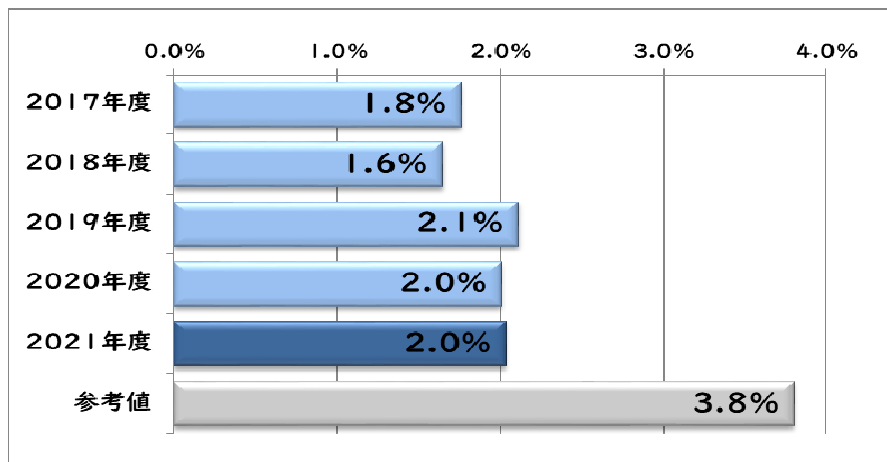
## QI-8 死亡退院患者率

### 指標の定義・説明

分子	死亡退院患者
分母	退院患者数
収集期間	1ヶ月毎

死亡退院患者率とは、病院に入院してきた患者のうち、死亡退院した患者の割合が分かる指標です。そのため、外来で死亡された患者はこの指標の値には、含まれておりません。

医療施設の特徴(病床数、救急救命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)や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)が病院毎で異なるため、この値を医療の質として病院同士の正確な比較をすることはできません。しかし、病院毎の経年的変化を参考にするのに役立つ指標となります。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

### 考察

2021年度の死亡退院患者率は2.0%(前年度比+/-0.0)となっております。経時的にみても、2017年度～2021年度の死亡退院患者率の差は0.5%以内で推移しており、毎年大きな変化もなく、同水準を維持しております。

医療機関毎の特徴などもあるため、単純に比較はできませんが、全国参考値(日本病院会2021年度QIプロジェクト 200床以上399床以内の医療機関平均値)3.8%よりも、低い数値であることが確認できます。

### 改善活動事例

【院内情報共有】

・院内HPで診療科毎の死亡患者数を毎月掲載

## QI-9 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

### 指標の定義・説明

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
収集期間	1年

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。

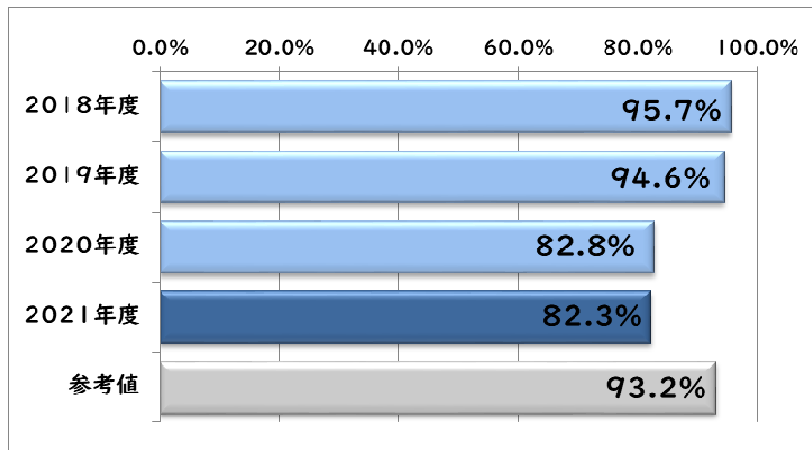
### 考察

2018年度は95.7%と高い水準であったが、年数経過ごとに減少しており、2021年度は82.3%まで減少している。

2020年から発生したCOVID-19感染拡大の影響があると考えられる。

感染制御管理部門もCOVID-19対応に追われ、インフルエンザ予防接種の啓発活動が例年と比較してできなかった。

2021年は、新型コロナワクチン接種も開始となり、インフルエンザワクチンと接種日が重複する等で接種できなかった可能性も考えられる。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類 プロセス

指標の解釈 より高い値が望ましい

### 改善活動事例

2022年度は、COVID-19感染の拡大もしくりインフルエンザの感染拡大も懸念されているので、予防接種を積極的に受けてもらいたい。

今年度は、COVID-19感染症とインフルエンザ感染症のツインデミックが懸念されている。

今年度は、ワクチン接種の啓発活動(委員会、通達で周知)を積極的に行い、接種率を参考値の90%以上を目指したい。

## QI-10 18歳以上の身体抑制率

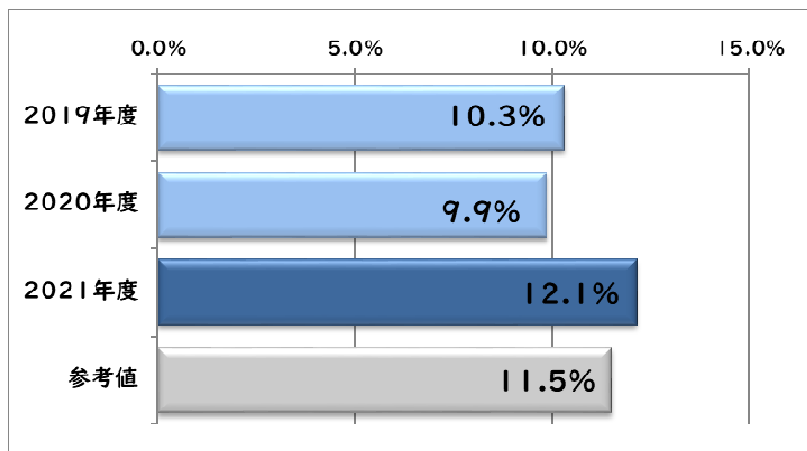
### 指標の定義・説明

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

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

### 考察

身体抑制実施に至る理由として、血管内留置カテーテルや気管内挿管の誤抜去、転倒転落に繋がる恐れのある行為、身体症状や感染症拡大防止のための安静を遵守できないといった、認知機能低下や意識障害などに伴う行動が挙げられる。  
2021年度の増加要因については、新型コロナウイルス感染拡大により、認知症高齢者の入院件数が増加したこと、家族の面会・付き添いを制限していることが影響していると考えられる。



※参考値：日本病院会 2021年度QIプロジェクト平均値

指標の種類 プロセス  
値の解釈 より低い値が望ましい

### 改善活動事例

入院時にせん妄ハイリスク患者のスクリーニングを行い、主治医、病棟看護師、薬剤師などの多職種で、せん妄予防対策を講じている。  
また、認知症ケア加算Iを取得しているため、対象患者に対し、認知症サポート医師、認定看護師、精神保健福祉士、薬剤師、公認心理師で構成したチームでカンファレンスを開催し、身体抑制を最小限に留める方法を検討し、実践できるように助言している。  
毎月開催される認知症ケア委員会には、各病棟よりリンクナースが参加し、認知症ケアに関するディスカッションや勉強会、情報共有を行うなかで、患者にとって安全な環境が整えられることを目標に活動している。



## ↓ 参考資料参考文献

1. 一般社団法人 日本病院会 2021 年度QI プロジェクト結果報告
2. 日本クリニカルパス学会