

医療の質評価指標 2022

友愛医療センター QI委員会

医療の質評価指標 2022

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

CI (Clinical Indicator) ・ 臨床指標

QI (Quality Indicator) ・ 医療の質指標

継続 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週間以内の退院サマリー記載率

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

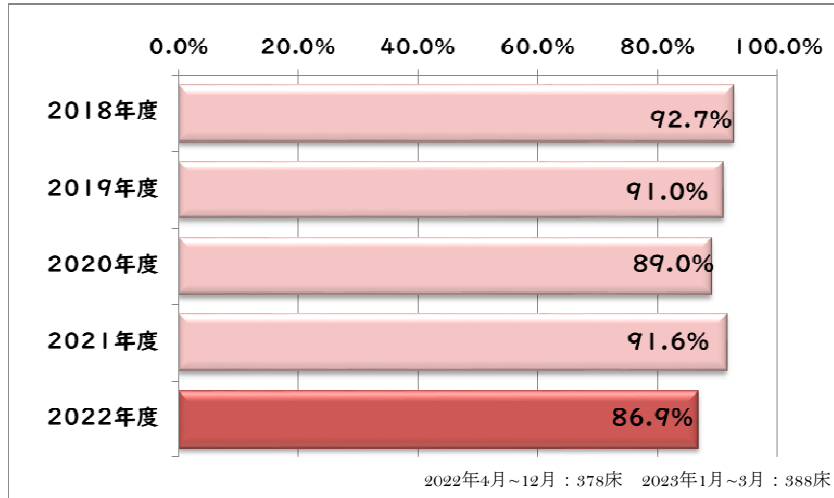
CI-11 人工心肺手術を受けた患者の平均術後在院日数

CI-1 病床利用率

(退院患者を除く)

【分子】 在院患者延数

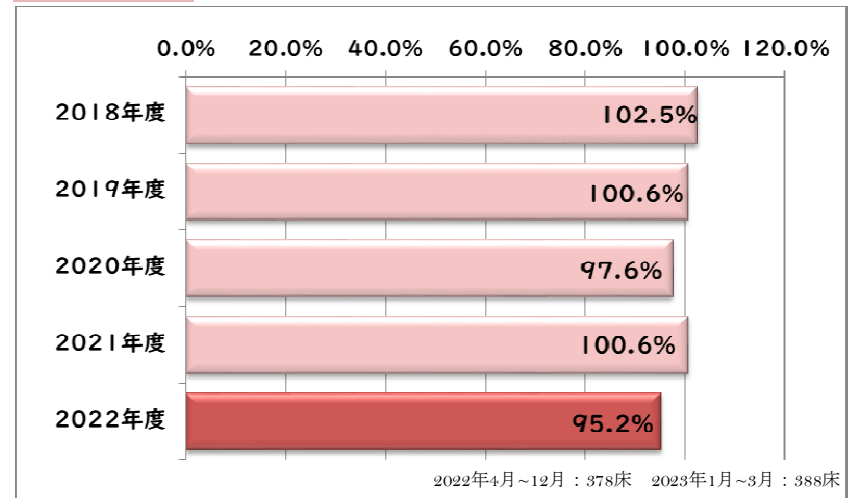
【分母】 病床数×日数



CI-2 病床稼働率

【分子】 在院患者延数+年間退院患者延数

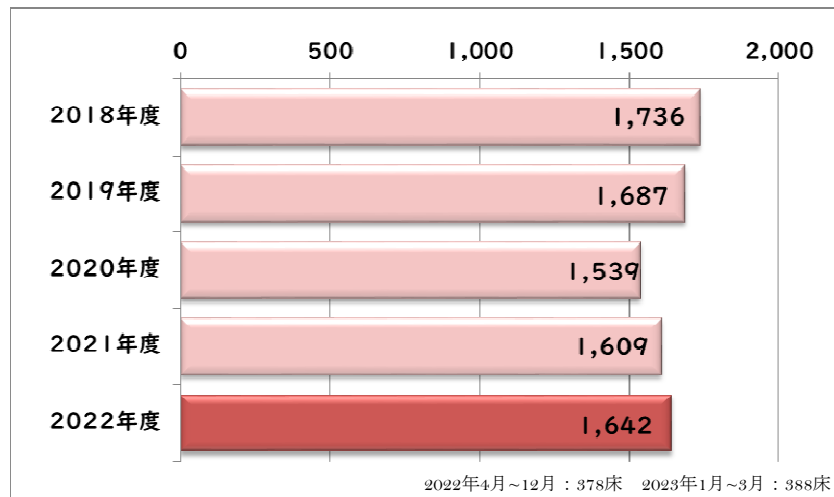
【分母】 病床数×日数



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

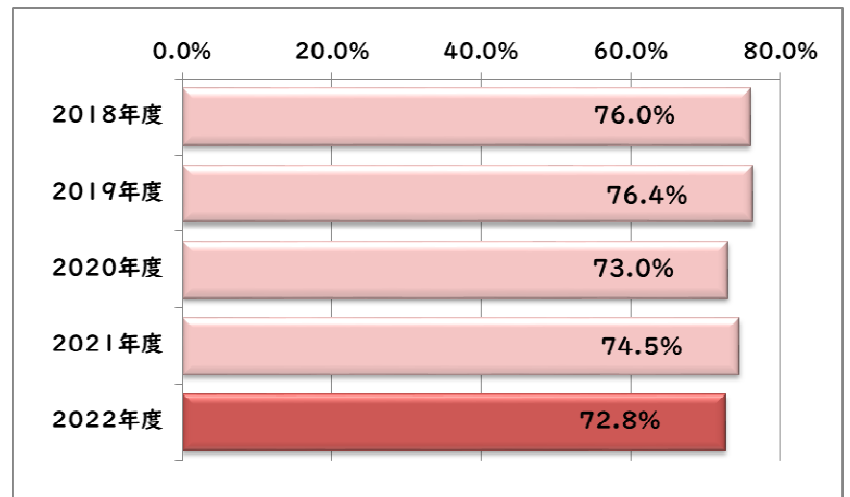
【分母】 病床数



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

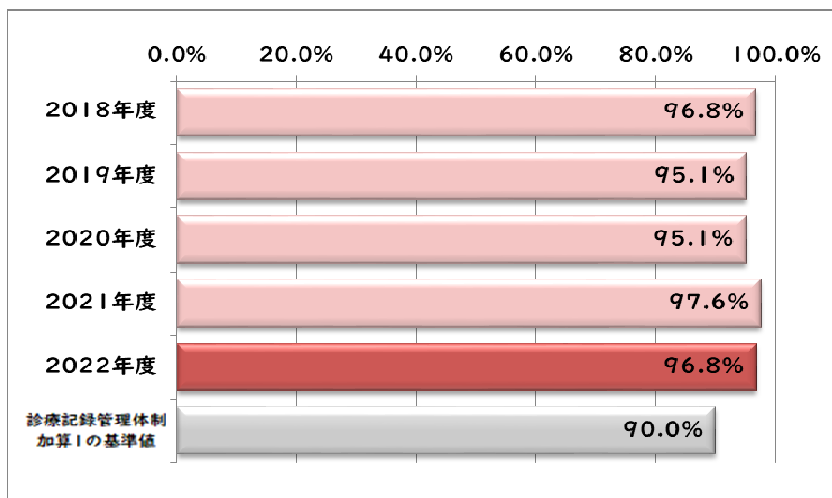
【分母】 DPC対象患者



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

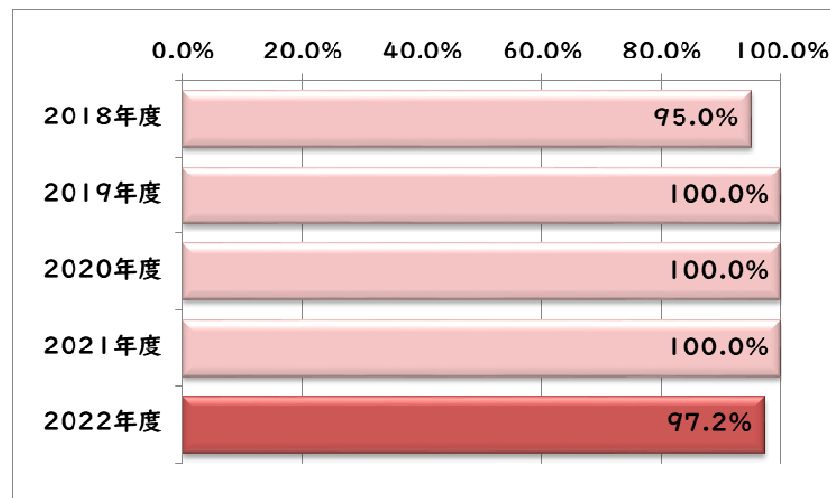
【分母】 退院患者数



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

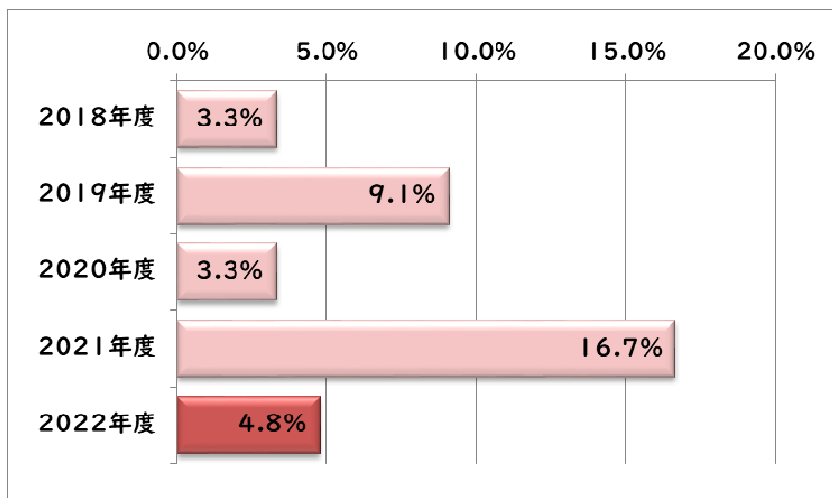
【分母】 心拍動下冠動脈バイパス術を受けた患者数



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

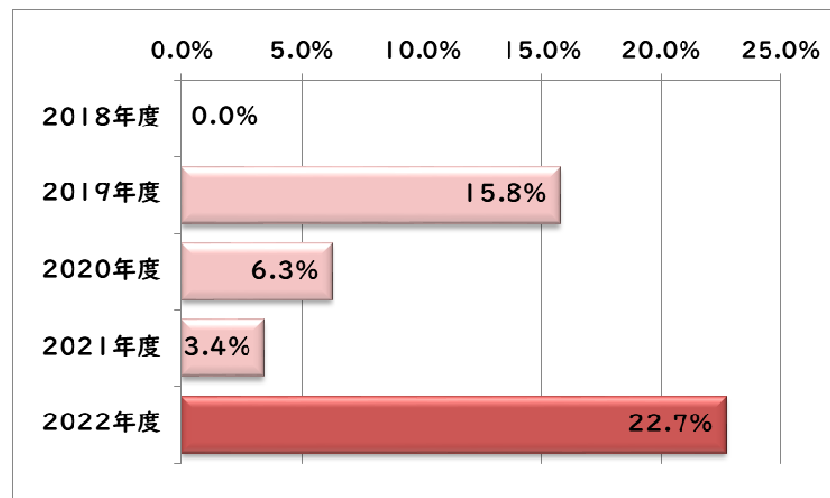
【分母】 開心術を行った80歳以上の退院患者数



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

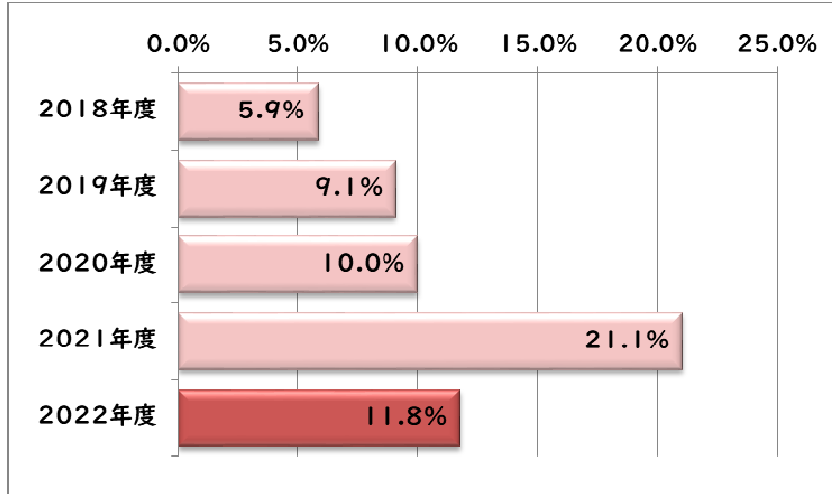
【分母】 透析患者で心臓血管外科手術を行った退院患者数



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

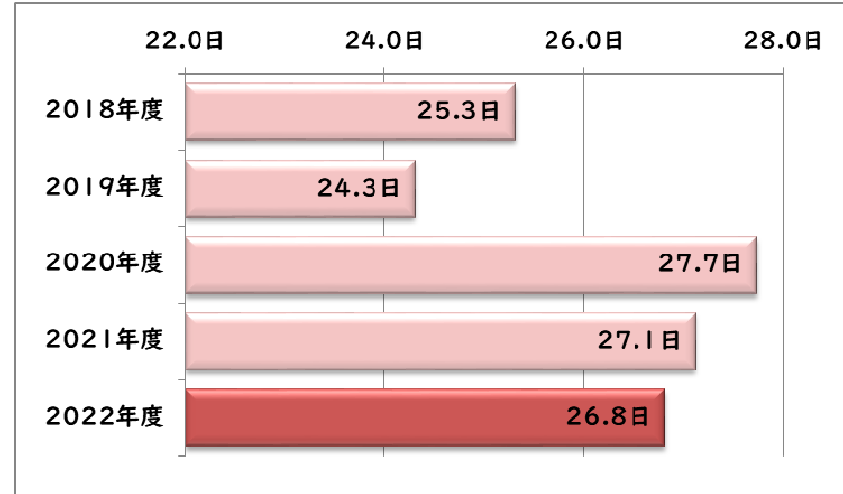
【分母】 DAの手術患者数



CI-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

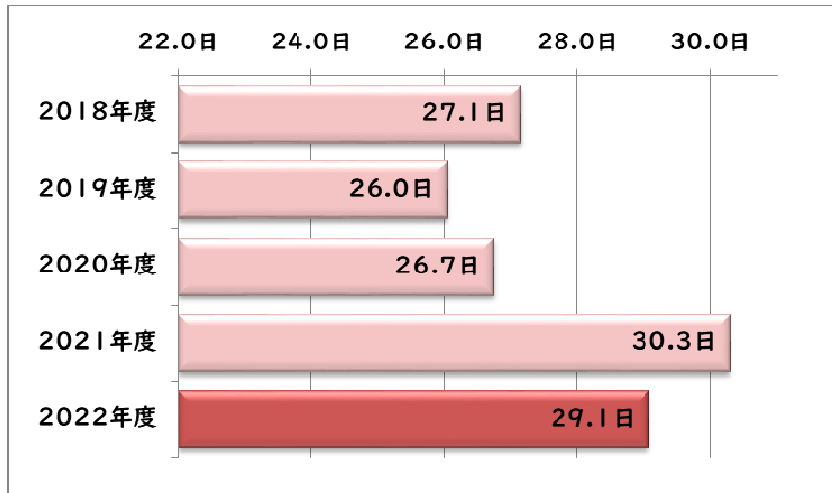
【分母】 開心術 (冠動脈バイパス術を含む) 実施件数



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



継続 質指標 Quality Indicator (QI)

QI-1	<u>クリニカルパス使用率</u>
QI-2	<u>救急車・ホットライン応需率</u>
QI-3	<u>褥瘡発生率</u>
QI-4	<u>18歳以上の身体抑制率</u>
QI-5	<u>職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率</u>
QI-6	<u>入院患者の転倒転落発生率</u>
QI-7	<u>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</u>
QI-8	<u>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</u>
QI-9	<u>65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数</u>
QI-10	<u>1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数</u>
QI-11	<u>医師によるインシデント・アクシデント報告割合</u>
QI-12	<u>紹介割合</u>
QI-13	<u>逆紹介割合</u>
QI-14	<u>死亡退院患者率</u>

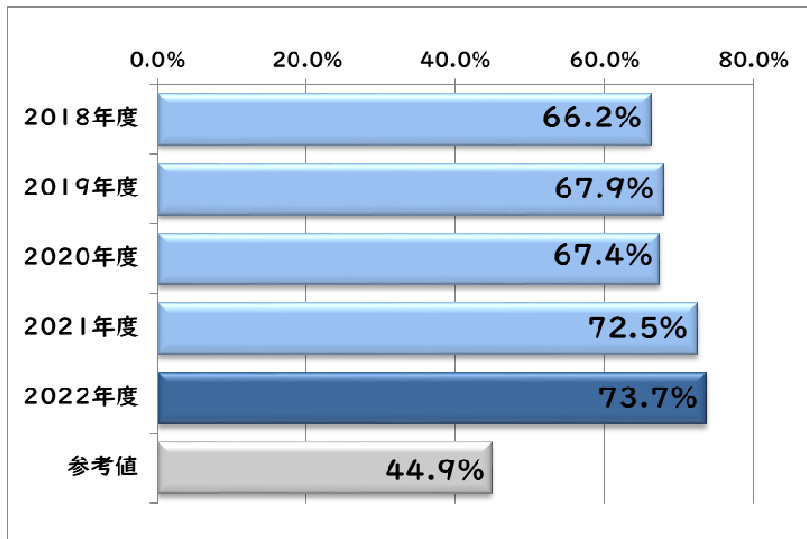
QI-1 クリニカルパス使用率

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。

医療の質の向上を図る、効率化を進めるなど様々な目標を効果的に達成するチーム医療推進のツールとしてもクリニカルパス運用が重要視されています。



※参考値：2022年度日本クリニカルパス学会 中央値

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

2022年度のパス平均使用率は73.7%
14例のパスの見直し、修正が行われた。
その中で、新規に作成したパスは4件です。

新規パスの内容は

1. リンパ管静脈吻合術パス
2. 腹膜透析カテーテル留置術の新規パス
3. 腹腔鏡検査パス
4. ダヴィンチ(泌尿器)パス

パス使用率が高い診療科は、

1. 整形外科(96.8%)、2. 産婦人科(93%)、3. 泌尿器科(89.5%)
- 内科では、循環器(86.8%)がもっとも高かった。

改善活動

在院日数の短縮に向け各診療科のパスを見直し、特にDPCⅡ期間を基準に考えていった。

バリエーション分析に関してはマスタが作成されていないため、分析が困難であり、どういったアプローチで分析していくかパス事務局と密に連携を取ることで、今まで以上にチームワークが向上しパス委員のビジョンの共有が行えた。

次年度の課題として、バリエーション分析・サイバー攻撃に備えたパス紙運用の準備が上がっている。

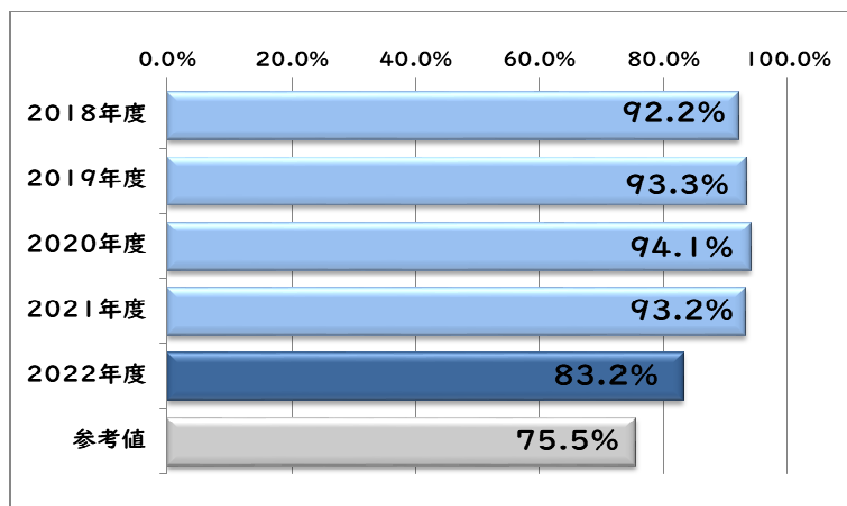
QI-2 救急車・ホットライン応需率

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かります。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

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

当院救急科は、地域を支える高度医療をモットーに救急医療提供体制の充実を目指しています。その中で、断らない医療の提供を実践してきました。2021年度までは、90%以上の救急車応需率でしたが、2022年度は83.2%と減少となる結果となりました。沖縄県は新型コロナウイルス感染症の猛威を受け医療業界は大きな打撃を受けました。受けたくても、受け入れできるベッドの確保ができない事や、転院先に難渋したケースもありました。新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受けた1年だったと思います。当院で治療が必要な疾患は受ける体制を院内全体で掲げ、ベッドコントロールを実践しました。感染対策の強化を図り、院内クラスターが発生することなく救急医療を提供できたと思います。

改善活動

当院のドクターカー出場件数は年々増加しています。2022年度はドクターカーで直接現場へ赴き医療を提供し適切な病院へ搬送をできています。救急隊と連携強化を目的に週1回ではありますが院内に消防待機ステーションを設置しています。今後も、救急隊と連携を図りながら、迅速に適切な医療を提供を実践します。

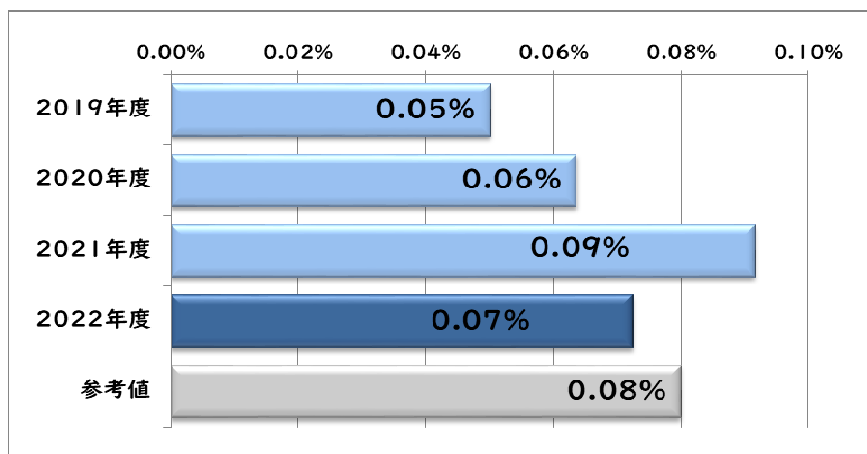
QI-3 褥瘡発生率

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 2022年度QIプロジェクト中央値

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

2022年度の褥瘡発生率は0.07%でした。前年度比0.02%減少、中央値より0.01%低い結果でした。改善活動の成果と評価します。自重関連圧迫創傷の発生率は低下していますが、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)の報告件数が増加しています。デバイスごとの対策を見直し、スタッフ周知を行い褥瘡発生率低下につながるよう活動を強化したいと考えます。

改善活動

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)、管理栄養士、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、管理栄養士、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活用

- ・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(エアマトレス)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/配置

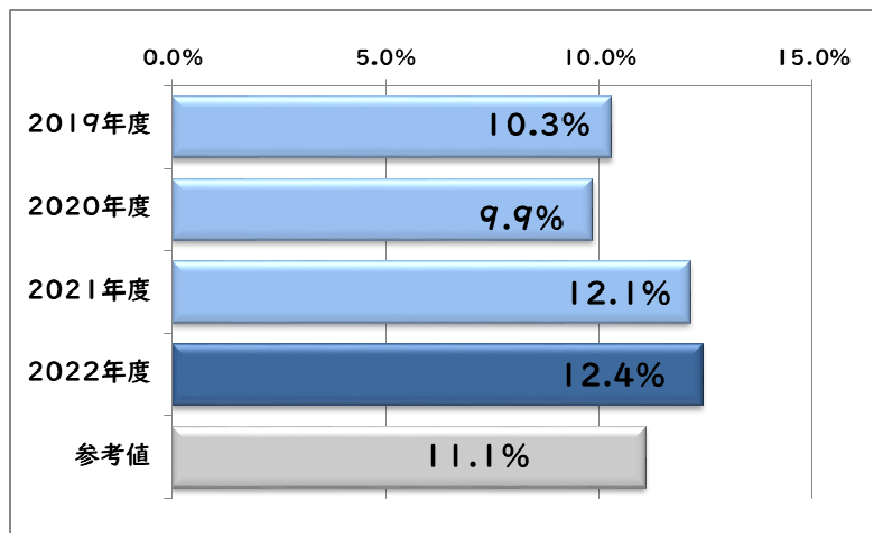
高機能型体圧分散寝具(エアマトレス)を各病棟に配置。総数114台を運用中。日常生活自立度に合わせたマットの選択が行われているか、病棟の専任看護師が定期的に評価を行う。体圧分散寝具はへたり、経年劣化を調査し順次入替え予定。

QI-4 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。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

指標の種類 プロセス
値の解釈 より低い値が望ましい

考察

急性期医療を担う当院では、身体疾患の治療が優先と判断される段階で、意識障害や認知機能障害によって、血管内留置カテーテル・気管内挿管チューブ・排液ドレーン等の誤抜去、転倒転落に繋がる恐れのある行動、身体症状悪化や感染症拡大を防止策を遵守できないなどが、身体拘束実施の理由となっている。

特に新型コロナウイルス感染症の流行は、患者の個室管理、医療者の防護服着脱によって迅速な対応、付添い・見守り対応での事故防止が特に困難になった。また、感染拡大防止の一貫として全病棟の入院患者家族の付添い・見守りが制限されたことで、治療遂行に影響をきたす心理面・行動面の症状をもたらしたと考える。

改善活動

身体拘束判断シートの活用、身体拘束解除に向けたカンファレンス実施の強化、病棟毎に身体拘束実施者数の可視化により、安易な身体拘束の実施と漫然と継続をすることの防止に取り組んでいる。

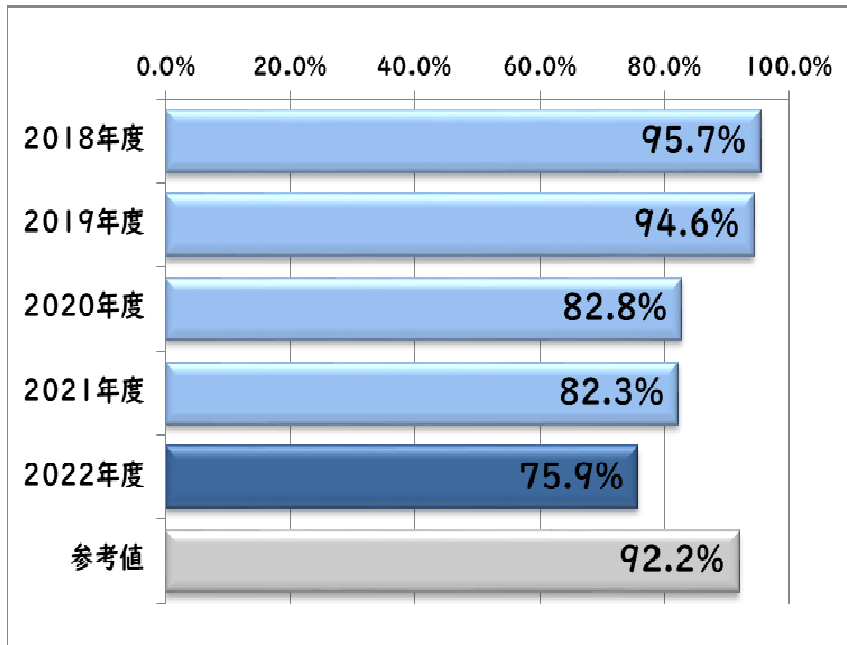
認知症やせん妄の症状に関連した身体拘束事例については、認知症サポート医、認知症看護認定看護師、精神科認定看護師、精神保健福祉士、薬剤師、公認心理師が参加するカンファレンスでも、身体拘束の解除あるいは最小限に留められるよう対応方法を検討し、病棟職員に助言・提案している。また、毎月開催の認知症ケア委員会に各病棟の担当者が参加し、認知症やせん妄の症状に関する勉強会と症例検討を実施し、身体拘束に頼らない対応・環境調整の実践力向上に努めている。

QI-5 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。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

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

2019年度は94.6%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%、2022年度は75.9%まで減少している。(2023度は59%)

インフルエンザワクチンは任意接種でもあり、職員個人の判断に委ねられる。啓発活動を行ったにも関わらず、接種率が低下しているため、周知方法の検討をしていく必要があると考える。また、同時期にCOVID-19のワクチン接種もあったため、十分に周知できなかったと考える。

改善活動

2023年度は、COVID-19感染拡大とインフルエンザの感染拡大も懸念されているため、予防接種を積極的に受けてもらいたい。インフルエンザワクチン接種は任意接種でもあるため、接種は個人の判断となる。啓発活動の検討が必要であり、ワクチン接種の必要性を周知、啓発活動の検討をしていく必要がある。

今後の対策として、途中経過の接種率を部署へフィードバックしていく。接種できない理由を確認し、接種率向上において取り組んでいく。

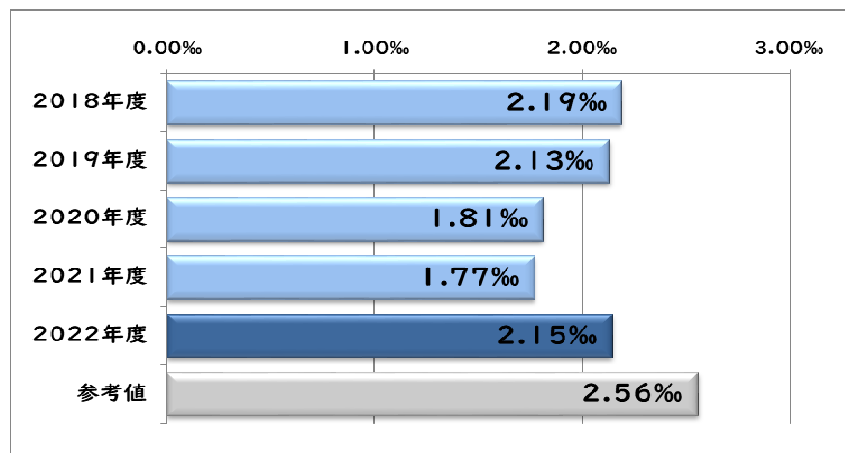
QI-6 入院患者の転倒・転落発生率

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 2022年度QIプロジェクト中央値

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

転倒転落に関する発生率が2021年度と比較して増加している。報告件数が伸びていることも要因の一つとして考えられるが、入院時や術後など患者のアセスメント評価と情報の共有ができていないことも要因と考える。転倒転落予防に関しては、転倒リスクに対する情報の共有を図り、リスクの高い患者へ早期介入ができることが必要となる。看護部医療安全対策委員会へ働きかけを行うことで、部署での発信を強化し意識付けができるよう対策を進める。

改善活動

- ①転倒転落カンファレンスの実施(テンプレートの作成、カンファレンス実施の有無を毎週転倒転落安全ラウンドにて確認し再周知を行う)
- ②転倒転落後の対応フローの活用
(師長会等で適宜発信し情報共有を行った)
- ③看護部の医療安全対策委員会リンクスタッフと共同し上記①②の対策強化を行った
- ④他職種転倒転落安全ラウンド(毎週1回)行い環境調整確認する
- ⑤入院時オリエンテーション用紙の活用とスリッパ着用禁止の再周知

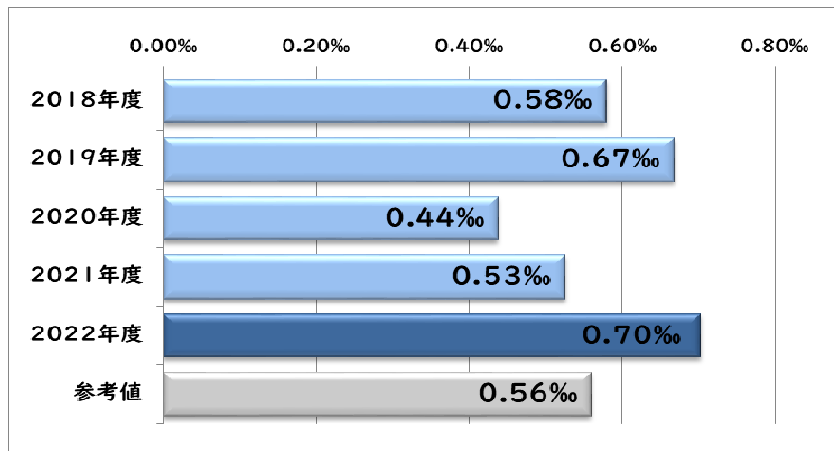
QI-7 入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数

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2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 2022年度QIプロジェクト中央値

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

環境調整不足も考えられる。NSコールの設置、車椅子・ポータブルトイレの室内設置、担当看護師の表示不足などを安全ラウンド施行時に確認し、5S活動を強化する必要がある。入院時、また状況変化時に転倒転落アセスメントを行うことで患者の転倒リスクの共有ができると考えるが患者カンファレンスの場や情報共有がうまくできていないこともあるので、カンファレンスシートの活用が習慣化できるようにリンクスタッフへの働きかけも重要。

改善活動

- ①転倒転落カンファレンスの実施(テンプレートの作成、カンファレンス実施の有無を毎週転倒転落安全ラウンドにて確認し再周知を行う)
- ②転倒転落後の対応フローの活用
(師長会等で適宜発信し情報共有を行った)
- ③看護部の医療安全対策委員会リンクスタッフと共同し上記の対策強化を行った
- ④他職種転倒転落安全ラウンド(毎週1回)行い環境調整確認する
- ⑤入院時オリエンテーション用紙の活用とスリッパ着用禁止の再周知

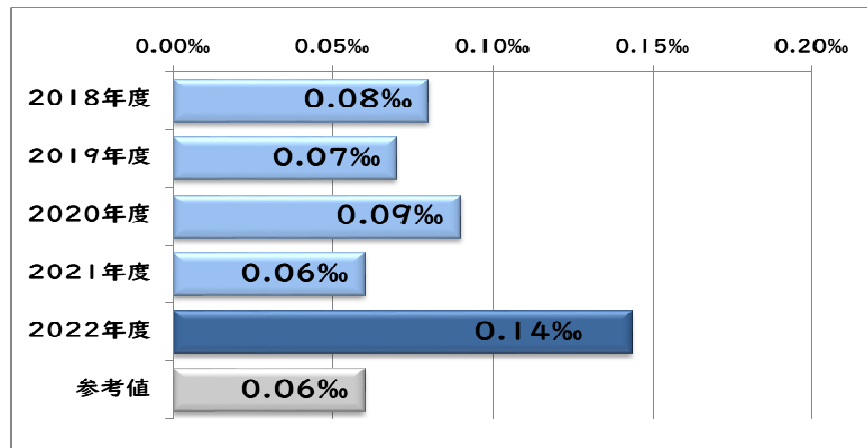
QI-8 入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落率

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 2022年度QIプロジェクト中央値

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

転倒転落に関する損傷レベル4以上の報告が増加した要因としては、環境調整不足、術後患者のせん妄も挙げられる。外科系の病棟では、術後2日以内の転倒報告も多くあり、せん妄状態や理解不足、環境調整不足など患者のリスク評価が不足していたことも予測される。また、整形外科の術後ではパス処方では血栓予防薬を使用していることもあるため頭部打撲時は慎重な対応が求められている。術前オリエンテーション内容や術後のリスク評価など対策強化し、患者教育の一貫として入院時オリエンテーションの充実も検討が必要である。

改善活動

- ①転倒転落カンファレンスの実施(テンプレートの作成、カンファレンス実施の有無を毎週転倒転落安全ラウンドにて確認し再周知を行う)
- ②転倒転落後の対応フローの活用
(師長会等で適宜発信し情報共有を行った)
- ③看護部の医療安全対策委員会リンクスタッフと共同し上記の対策強化を行った
- ④他職種転倒転落安全ラウンド(毎週1回)行い環境調整確認する
- ⑤入院時オリエンテーション用紙の活用とスリッパ着用禁止の再周知

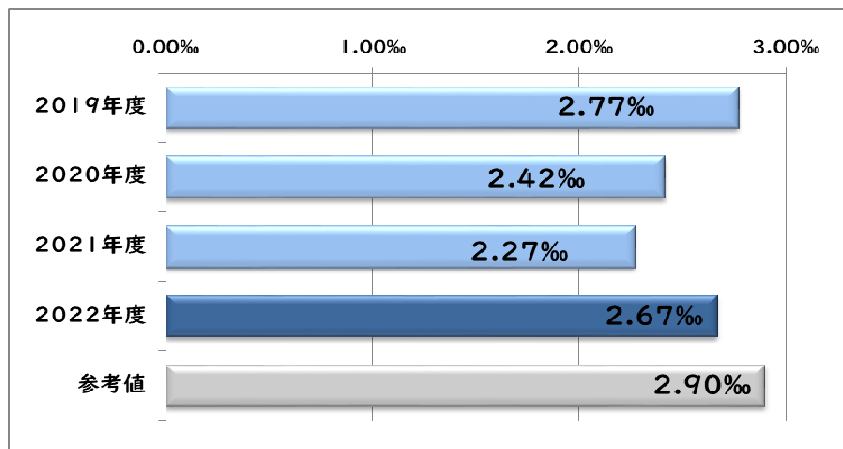
QI-9 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

指標の定義・説明

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(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 2022年度QIプロジェクト中央値

指標の種類 アウトカム

指標の解釈 より低い値が望ましい

考察

転倒転落に関する発生状況として環境調整不足も考えられる（NSコールの設置、車椅子・ポータブルトイレの室内設置、担当看護師の表示不足）また、術後の2日以内の転倒も多く報告がされていたため術前オリエンテーションや術後のリスク評価など強化が必要な部分があると考えられる。

改善活動

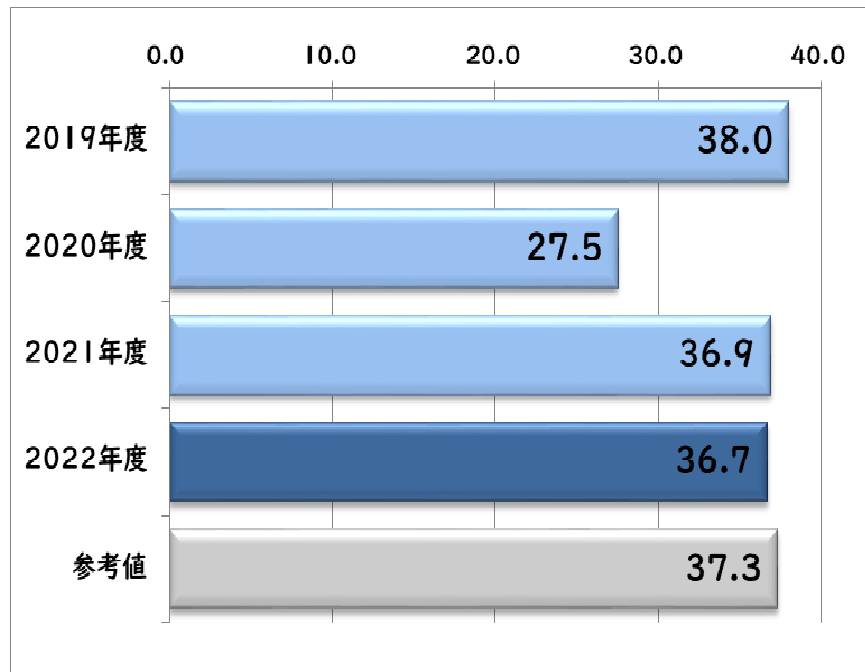
- ①転倒転落カンファレンスの実施（テンプレートの作成、カンファレンス実施の有無を毎週転倒転落安全ラウンドにて確認し再周知を行う）
- ②転倒転落後の対応フローの活用（師長会等で適宜発信し情報共有を行った）
- ③看護部の医療安全対策委員会リンクスタッフと共同し上記の対策強化を行った
- ④他職種転倒転落安全ラウンド（毎週1回）を行い環境調整確認する
- ⑤入院時オリエンテーション用紙の活用とスリッパ着用禁止の再周知

QI-10 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

指標の定義・説明

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
収集期間	1ヶ月毎

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。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

指標の種類 —
値の解釈 —

考察

2021年、2022年ともインシデント・アクシデント報告の件数が参考値に満たない状況がある。部署別の報告件数に大きな減少は見られていないが報告がない部署や減少傾向の部署がある。直接担当者へ声掛けや部署長への報告入力への依頼を行っているが、なぜ報告が必要なのかヒヤリハットふくめ報告の必要性を繰り返し伝える必要があると考える。

改善活動

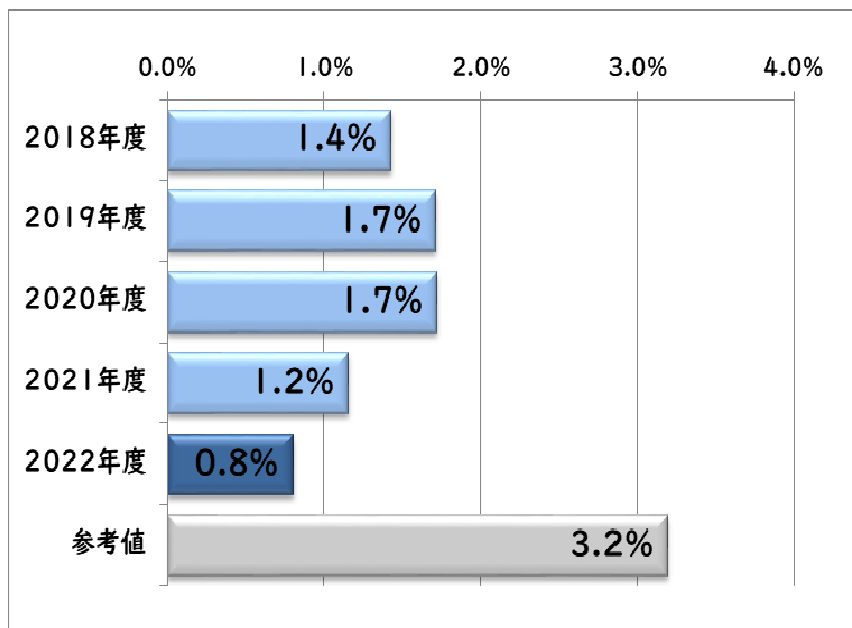
- ① 新人・中途研修で必要性について説明
- ② 医療安全必須研修での周知活動
- ③ セーフティマネージャーへの情報共有の発信
- ④ 上長への報告書未入力共有をおこない声掛けを依頼する
- ⑤ 医療安全活動へのポジティブフィードバック
(Goodjob活動・安全週間ポスター表彰)

QI-11 医師によるインシデント、アクシデント発生件数

指標の定義・説明

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入院患者におけるインシデント・アクシデント報告総件数
収集期間	1ヶ月毎

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性にあります。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

指標の種類 -
値の解釈 -

考察

医師の報告に関しては毎年減少傾向であった。2022年は0.8%しか報告がない。1年目の医師だけではなく中途採用の医師もセーフマスターの入力がわからないことがあるためHPでの周知や勉強会などで報告の必要性を伝えていく。インシデントアクシデント報告だけではなく、教育に関する内容や患者対応に関する内容など問題提起を含め様々な報告をおこなうことで、原因を調査し対策を立案できると考える。

改善活動

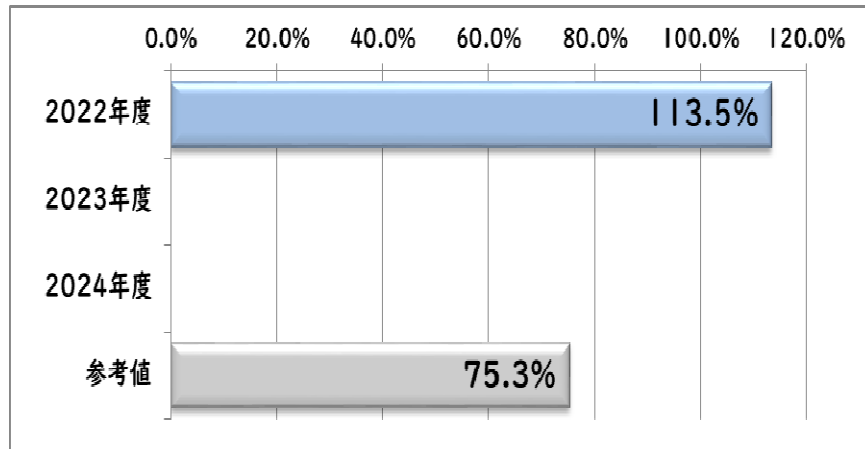
- ①セーフマスター入力について医局向け勉強会開催(新人・中途)
- ②医療安全管理室が介入が必要な内容については教育や院内の問題提起に関する内容も入力を依頼

QI-12 紹介割合 (※2022年度新規項目。2021年度までは、紹介率として計測)

指標の定義・説明

分子	紹介初診患者数+救急搬送された紹介初診患者数
分母	初診患者数-救急搬送された初診患者数-休日または夜間の初診患者数
収集期間	1ヶ月毎

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。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。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

指標の種類 プロセス
値の解釈 -

考察

当院の紹介割合は、参考値の75.3%を大幅に上回っている。さらに、2022年度紹介率は81.3%であり、地域医療支援病院の要件で定められている紹介率(65%)を上回っている。このことから、高度な医療提供が必要な患者については、地域の医療機関からの紹介を受け、病院機能に応じた適切な受診に繋がっていると考える。ただし、紹介割合が113.5%であるのに対して逆紹介割合は83.8%と差異が大きく、逆紹介については、待ち時間削減の観点からもより何らかの対策が必要だと感じる。逆紹介可能な患者をデータ分析等により抽出し、かかりつけ医への紹介を促すなど、具体的な取り組みや対策が必要だと思われる。

改善活動

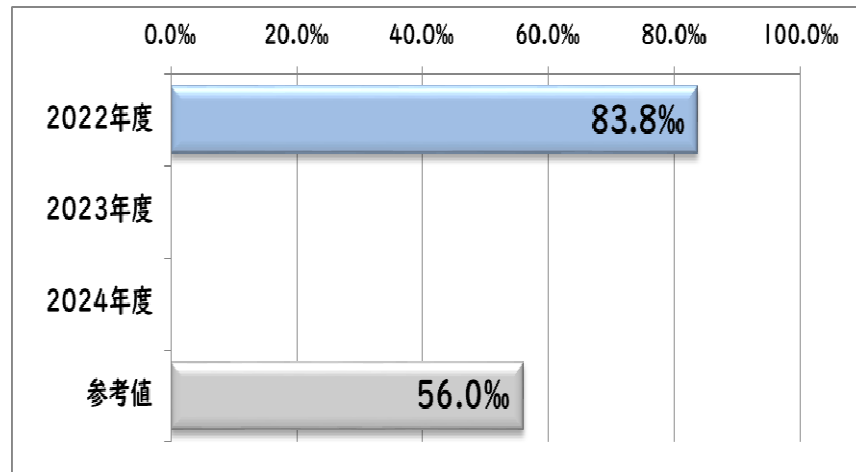
- ・地域の医療機関に、当院へ患者を紹介していただけるよう、診療体制等について定期的に情報を発信したり、医師同行による医療機関訪問を行っている。
- ・当院を受診希望で紹介状がない患者には、病院機能や当院の役割について丁寧に説明を行っている。症状がある患者や急を要する受診については、受診トリアージ看護師等が介入し対応している。

QI-13 逆紹介割合 (※2022年度新規項目。2021年度までは、逆紹介率として計測)

指標の定義・説明

分子	逆紹介患者数+連携強化診療情報提供料(B011)算定患者
分母	初診患者数+再診患者数-(救急搬送患者数+休日または夜間の患者数+連携強化診療情報提供料(B011)算定患者数)
収集期間	1ヶ月毎

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、切れ間のない医療の提供を行います。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。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

指標の種類 プロセス

値の解釈 -

考察

当院の紹介割合は、参考値の75.3%を大幅に上回っている。さらに、2022年度紹介率は81.3%であり、地域医療支援病院の要件で定められている紹介率(65%)を上回っている。このことから、高度な医療提供が必要な患者については、地域の医療機関からの紹介を受け、病院機能に応じた適切な受診に繋がっていると考える。ただし、紹介割合が113.5%であるのに対して逆紹介割合は83.8%と差異が大きく、逆紹介については、待ち時間削減の観点からもより何らかの対策が必要だと感じる。逆紹介可能な患者をデータ分析等により抽出し、かかりつけ医への紹介を促すなど、具体的な取組みや対策が必要だと思われる。

改善活動

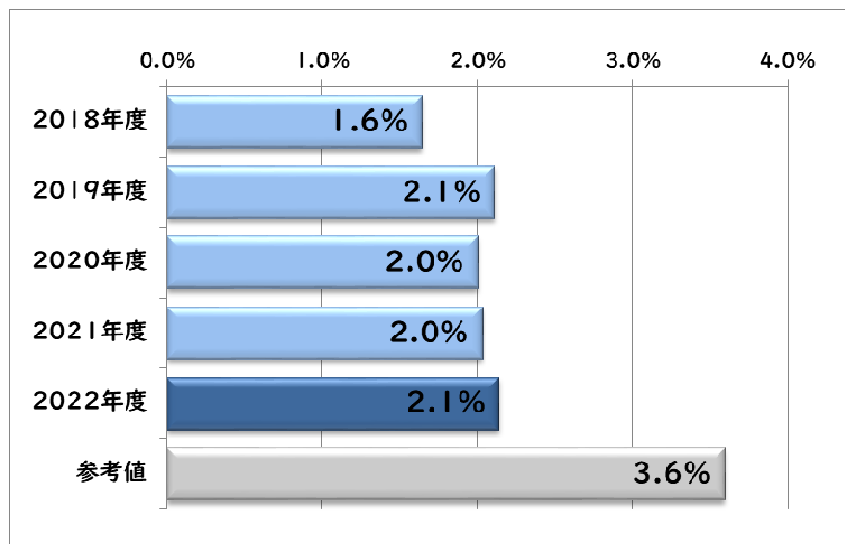
・「病状が落ち着いている患者については、かかりつけ医へ紹介するように」と院長より医師らに適宜発信している。

QI-14 死亡退院患者率

指標の定義・説明

分子	死亡退院患者数
分母	退院患者数
収集期間	1ヶ月毎

医療施設の特徴(職員数、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。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。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。



※参考値：日本病院会 2022年度QIプロジェクト中央値

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

2022年度の死亡退院患者率は2.1%(前年度比+0.1%)となっております。毎年平均2.0%前後の死亡率であり、大きな変化はみられません。

活動報告

[診療情報管理室 院内HP掲載による情報共有]

- ・診療科毎の死亡患者数を毎月掲載
- ・退院患者の退院先件数を毎月掲載

新規 医療の質指標 Quality Indicator (QI)

使用データ：DPCデータ（様式I、EFファイル）

QI-15 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

QI-16 脳梗塞(TIA含む)患者への抗血小板薬処方割合

QI-17 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

QI-18 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

QI-19 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

QI-20 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

QI-21 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

QI-22 血液培養実施時の2セット実施率

QI-23 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

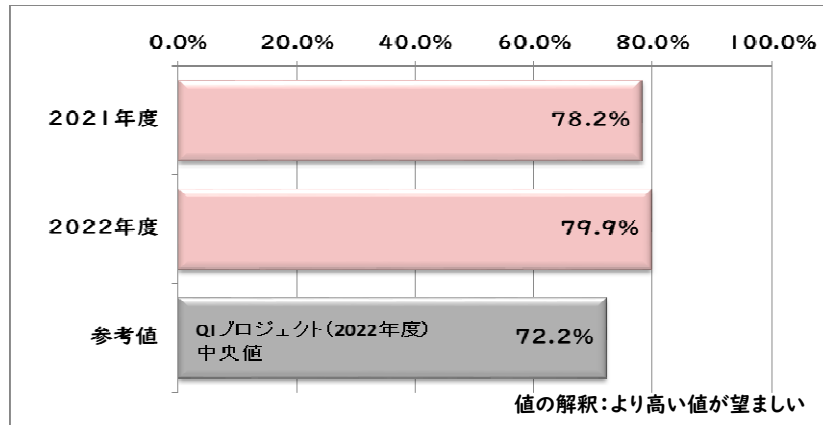
QI-24 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

QI-25 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

QI-15 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

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る

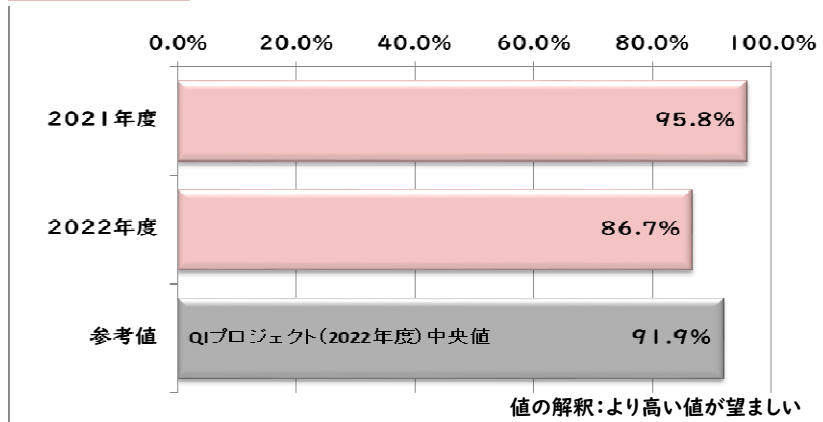
【分子】 入院2日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数
【分母】 18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数



QI-17 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

心原性脳梗塞の再発予防には抗凝固薬が第一選択とされ、適応のある患者には投与開始が推奨される

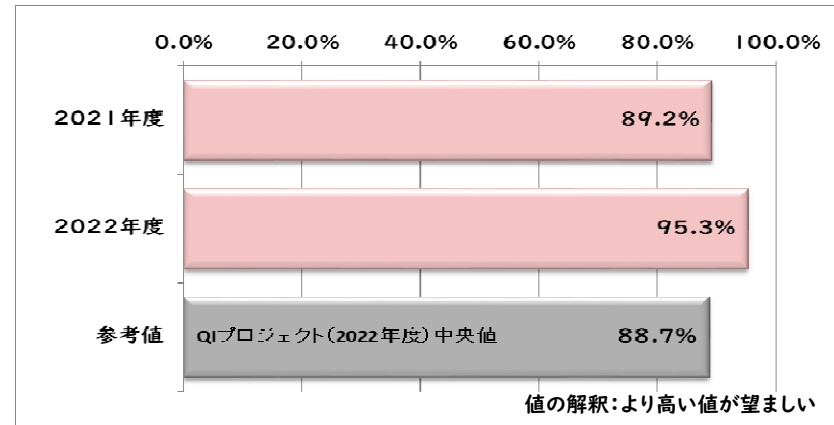
【分子】 抗凝固薬を処方された患者数
【分母】 18歳以上の脳梗塞かTIAと診断、かつ心房細動と診断された入院患者数



QI-16 脳梗塞(TIA含む)患者への抗血小板薬処方割合

非心原性脳梗塞や非心原性TIAでは、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨される

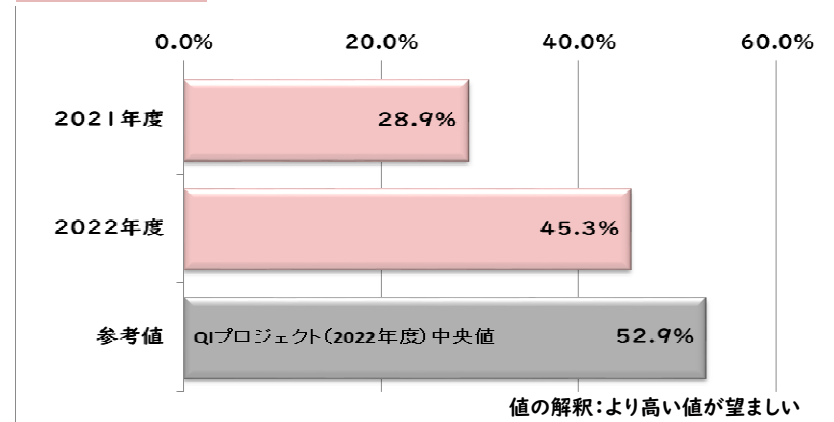
【分子】 抗血小板薬を処方された患者数
【分母】 18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数



QI-18 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

脳梗塞再発予防には脂質異常症のコントロールが推奨されており、スタチンを用いた管理は血管炎症の抑制効果も期待できる

【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

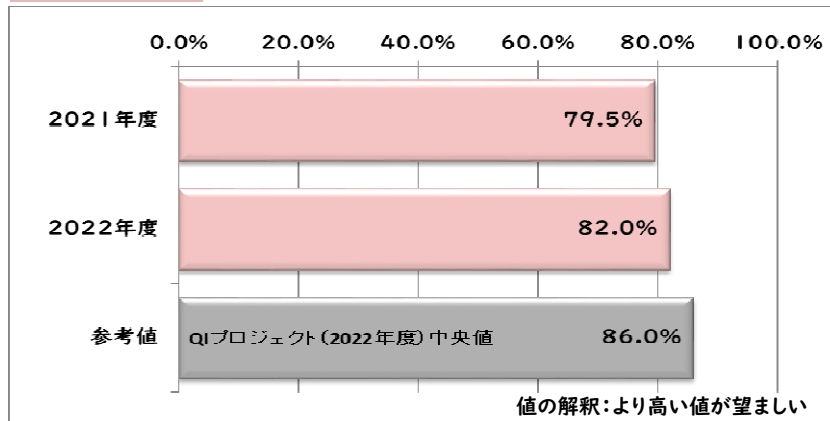


QI-19 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

早期リハビリテーションで機能予後を良くし、ADLの退院時到達レベルを犠牲にせず入院期間短縮に繋がる

【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

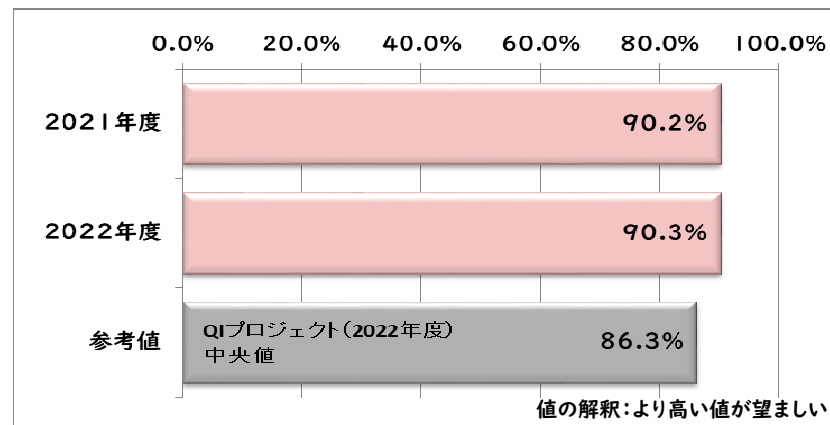


QI-21 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

広域抗菌薬では、使用前までの細菌培養検査、投与開始時の血液培養検査が望ましい

【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

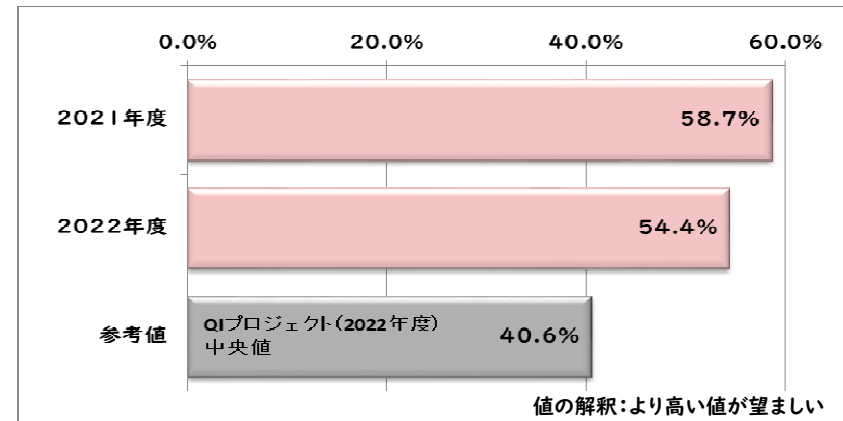


QI-20 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

広域抗菌薬では、使用前までの細菌培養検査、投与開始時の血液培養検査が望ましい

【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

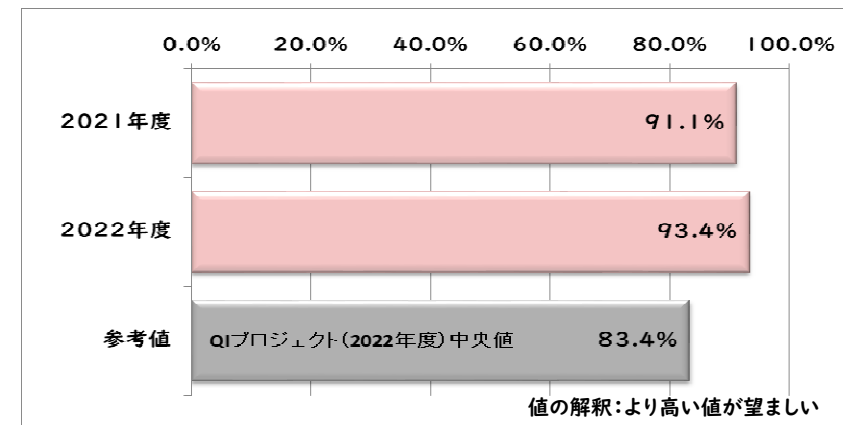


QI-22 血液培養実施時の2セット実施率

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る

【分子】 血液培養オーダが1日に2件以上ある日数

【分母】 血液培養オーダ日数

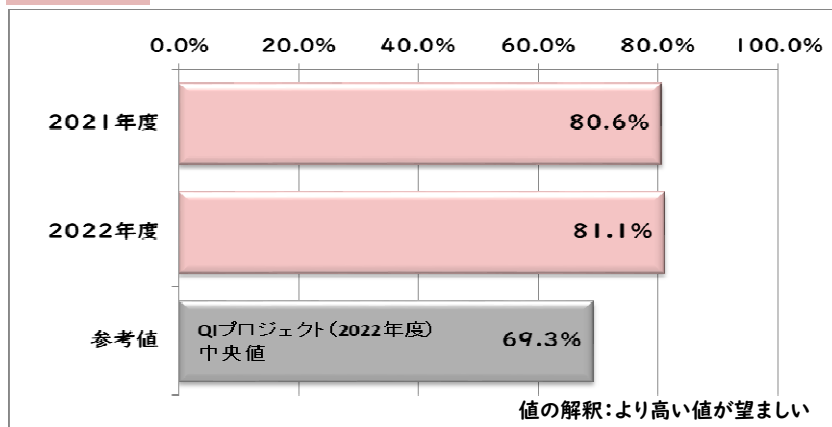


QI-23 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

糖尿病や慢性腎臓病では食事も重要な治療の一つで、積極的に介入することで医療の質向上に繋がる

【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、治療が主目的でない入院患者の食事回数

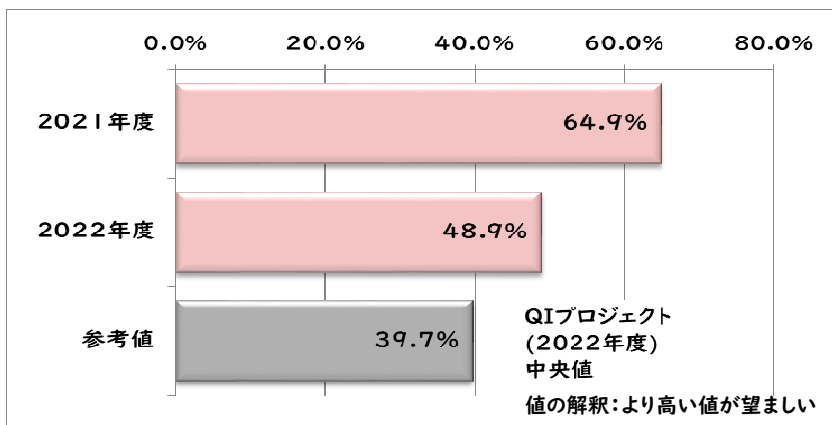


QI-25 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

できるだけ早期の手術を推奨 *早期: 入院2日以内で計測

【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

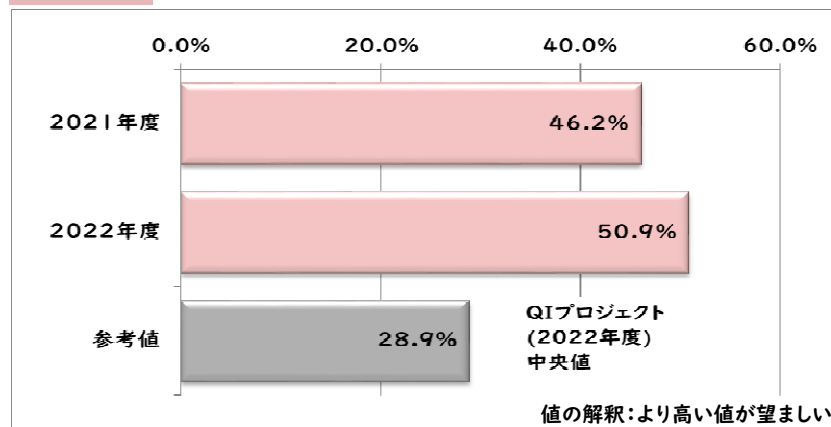


QI-24 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

できるだけ早期の手術を推奨 *早期: 入院2日以内で計測

【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



友愛医療センター QI委員会

参考資料・参考文献

- 1.一般社団法人 日本病院会 2022 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