医療の質評価指標
2024

友愛医療センター　QI委員会

医療の質評価指標 2024

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目的が見えてくる

CI（Clinical Indicator)・・臨床指標

QI（Quality Indicator）・・医療の質指標

臨床指標　Quality　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

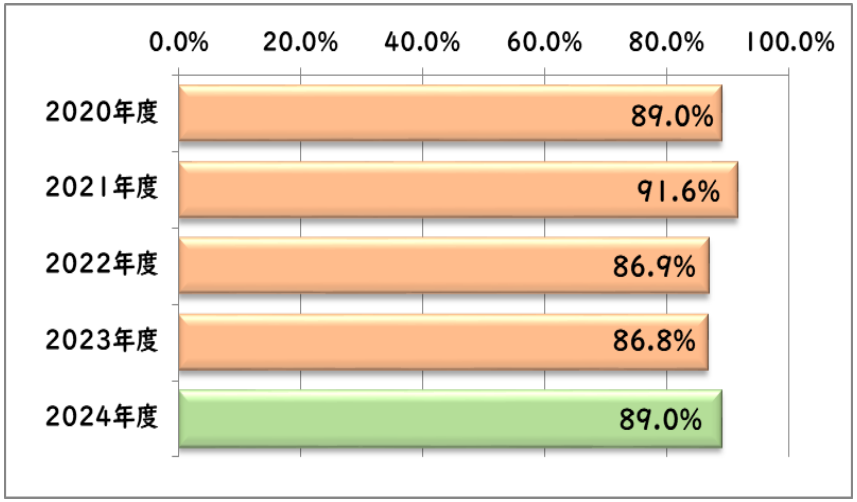
CI-10　開心術を受けた患者の平均術後在院日数

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

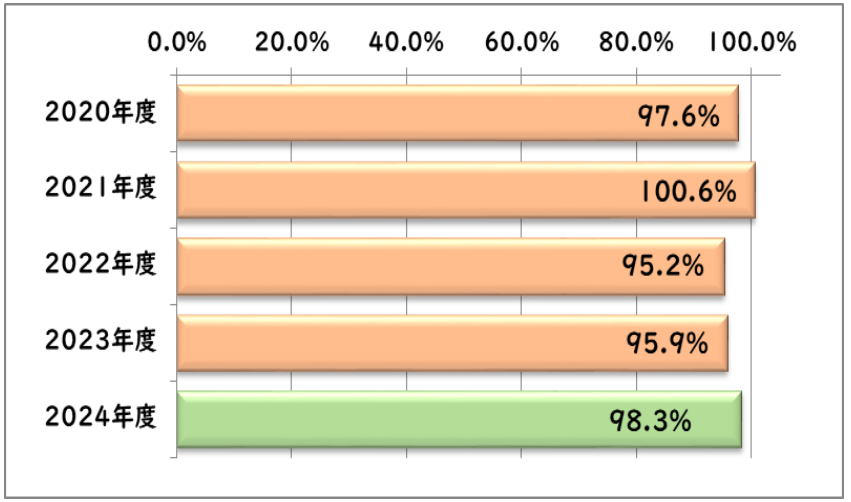
【分母】 病床数×日数



CI-2 病床稼働率

【分子】 在院患者延数+ 年間退院患者延数

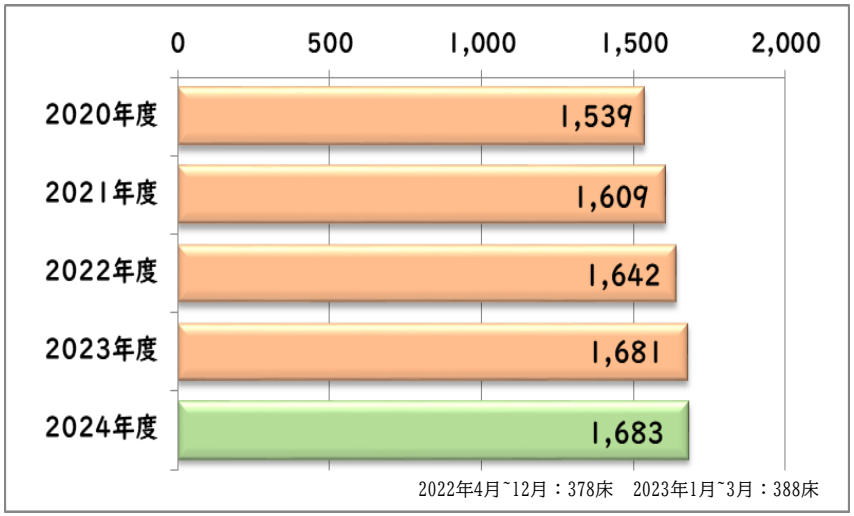
【分母】 病床数×日数



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

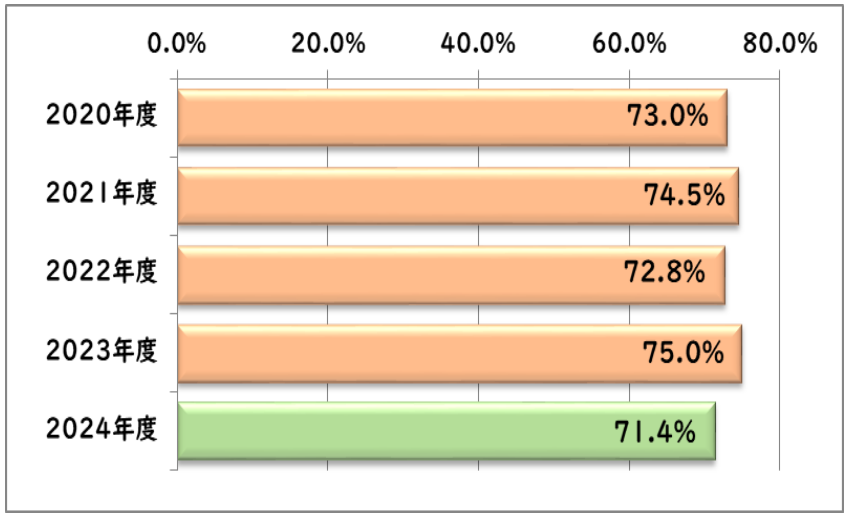
【分母】 病床数



CI-4 DPC期間Ⅱ退院割合

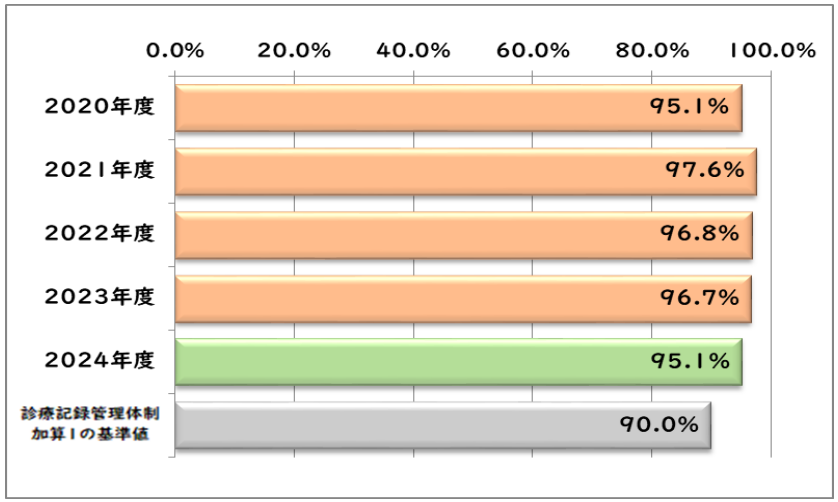
【分子】 ＤＰＣ期間Ⅰまたは Ⅱで退院した患者

【分母】 ＤＰＣ対象患者



Cl-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



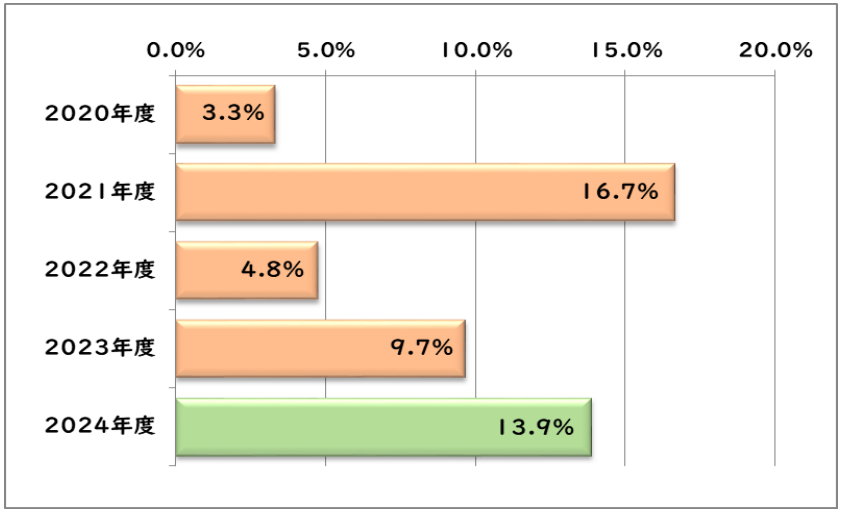
Cl-6　心拍動下冠動脈バイパス術完遂率

【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



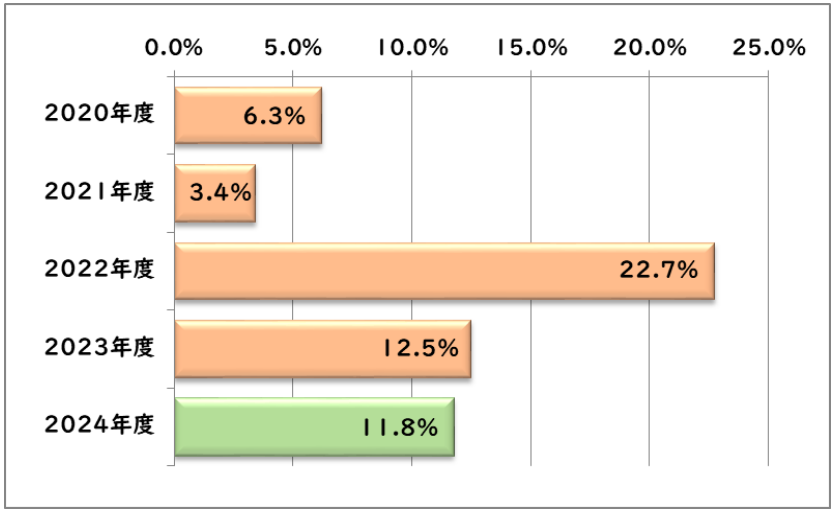
Cl-7　80歳以上の開心術における院内死亡率

【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



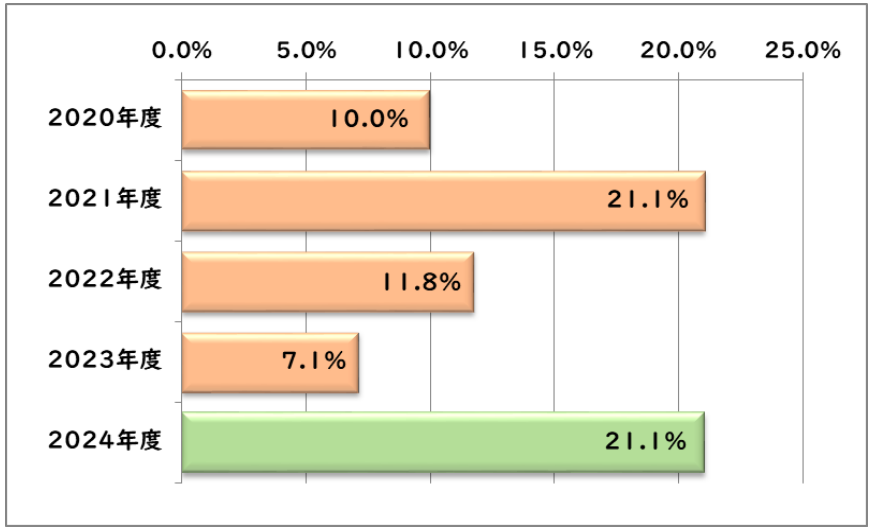
Cl-8　透析患者の心臓血管外科手術における院内死亡率

【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



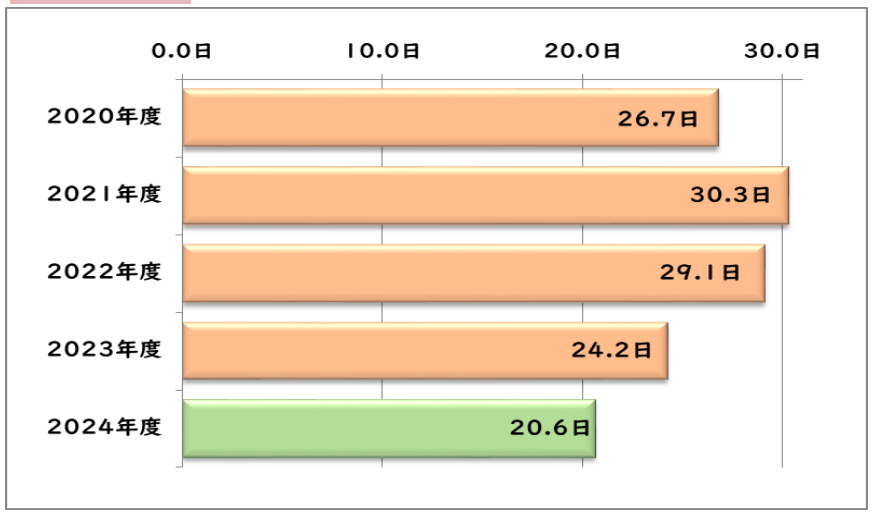
CI-10 開心術を受けた患者の平均術後在院日数

【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



質指標　Quality　Indicator（QI）

QI-1　クリニカルパス使用率

QI-2　救急車・ホットラインの応需率

QI-3　新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

QI-4　新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

QI-5　持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

QI-6　18歳以上の身体拘束率

QI-7　職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

QI-8　入院患者の転倒転落発生率

QI-9　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

QI-10　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-11　65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

QI-12　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

QI-13　医師によるインシデント・アクシデント報告割合

QI-14　紹介割合

QI-15　逆紹介割合

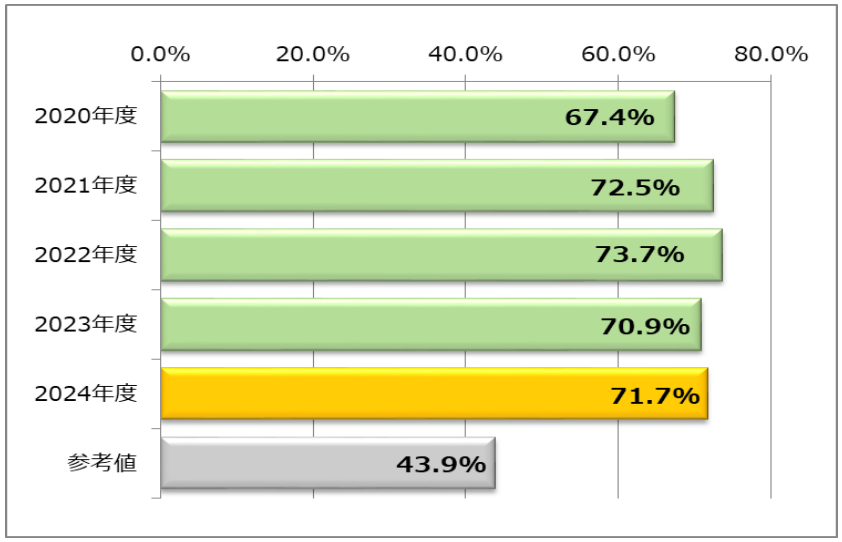
QI-1　クリニカルパス使用率

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：2024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

2024年度パス平均使用率は71.7％（前年比＋0.8ﾎﾟｲﾝﾄ）
10パスの修正・見直しを行った（新規パス作成はなし）
2024年度実際に使用したパスの数は9400件
使用されたパスの中で使用頻度が高い上位3位の種類
1.6051 正期産新生児（経腟分娩）411件
2.6001 正常経腟分娩 406件
3.4145 R４．3改訂TKA（前日入院） 331件

パス使用率が高い診療科
1.整形外科（95.9%）、2.産婦人科（91.7％）、3.泌尿器科（85.9％）
内科では、循環器（84.6％）がもっとも高かった。
7つの診療科（循環器・小児・整形・産婦人科・耳鼻・泌尿器・心外）で平均使用率（71.7％）を超えていた。

改善活動

2024年度は、MEDISでの看護処置・観察項目の言語化の統一とアウトカムへの紐付けを行い、アウトカムの変更や観察項目の統一する土台を作成した。
全パスへ中止薬剤の確認文言の雛形を作成しパスに挿入をパス委員会メンバーで行い、300以上あるパスの使用頻度の少ないパスの整理も合わせて行った。
パス事務局と協働で医事課を中心に減収となるデータの抽出、医療材料や検査頻度の見直しを医師へ提案しパスへ組み込むための流れを作るための協議を行い、パス委員へもパス見直しの際にそういった部分への視点も持つよう周知を行った。
2024年度の大部分は、看護処置・観察項目の統一化とパス文言の入れ替え作業を主に活動を行った。
2025年度に向けての下地を整え、より効果・効率の高いパス運用となるようパス委員会全体で活動中。
次年度の課題としては、アウトカムの入れ替え作業とアウトカム設定の完了が上がっている。

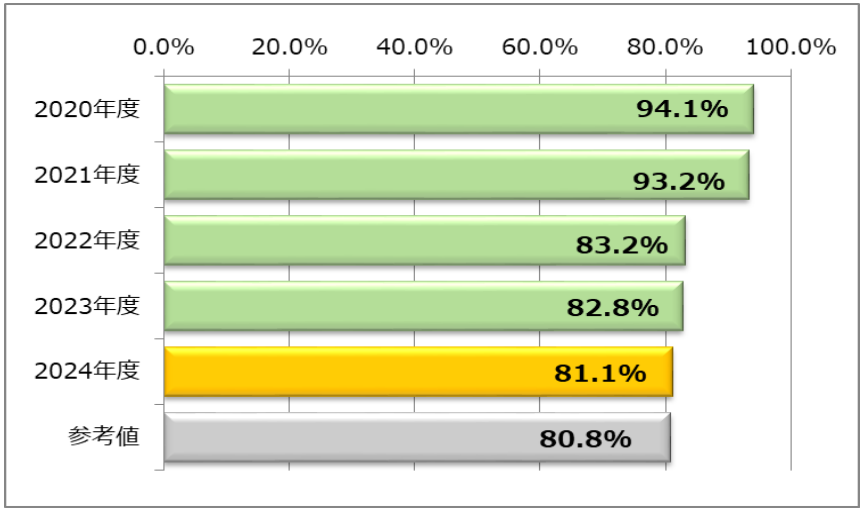
QI-2　救急車・ホットラインの応需率

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わります。



※参考値：日本病院会　2024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、地域における高度医療を担う機能の充実を図り、「断らない医療」を基本方針として救急医療体制の整備に努めてまいりました。しかしながら、入院ベッドの逼迫により、一部の症例で受け入れが困難となる事例も発生しておりました。こうした状況の中、診療報酬改定により「救急患者連携搬送料」の算定が可能となったことを受け、当院では初期診療を実施したうえで、必要時には提携医療機関への転院調整を行う運用を整備し、適正かつ円滑な救急医療の提供に取り組んでまいりました。また、10月より高規格型救急車を本格的に導入し、積極的な運用を開始しております。併せて、ドクターカーの運用も継続し、当院で治療が必要な症例に対し確実に対応できる体制を、院内全体で共有するとともに、適正な医療の提供に努めていきたいと思います。

改善活動

当院におけるドクターカーの出場件数は年々増加傾向にあります。2024年度においても、ドクターカーが直接現場へ出動し、現場での医療介入および適切な医療機関への搬送を継続して実施してまいりました。

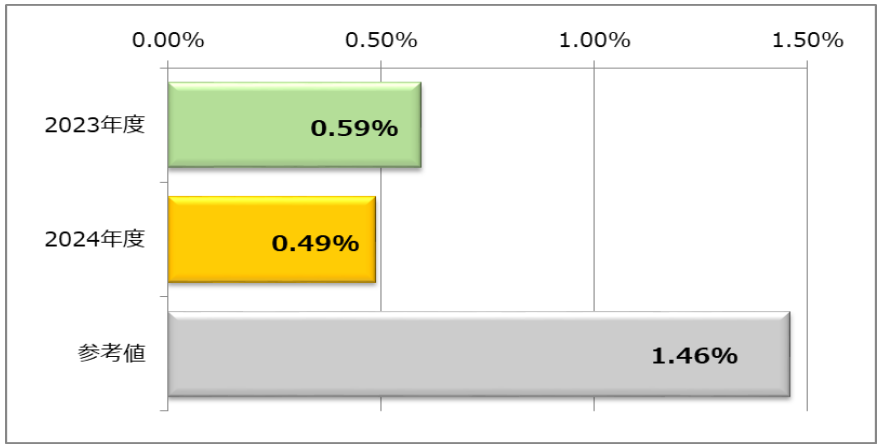
救急隊との連携強化を目的として、週1回の体制ではありますが、院内に消防待機ステーションを設置し、協力体制の構築を推進しております。また、ドクターカー運用により、救急隊より早く現場へ到着し、迅速な医療介入が可能となった症例も確認されています。さらに、緊急転院搬送については、従来は所轄消防の車両を利用しておりましたが、本年度より高規格型救急車を導入したことで、当院が自院車両で対応できる体制が整備されました。この整備により、所轄消防の負担軽減にも寄与しています。今後も救急隊との連携を継続して強化し、迅速かつ適切な医療提供が行えるよう、体制の充実に努めてまいります。

QI-3　新規圧迫創傷(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	調査期間初日（**0**時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数
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つとなっており、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。「褥瘡発生率」としてプロジェクト開始当初から測定してきましたが算出が難しい指標の一つであったため、新たな定義で**2023**年度より測定を開始しました。入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。



※参考値：日本病院会　**2024**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

入院時からの皮膚アセスメントの徹底やリスク評価に基づく予防ケア多職種による継続的な情報共有を実施していることで、圧迫創傷の早期発見・早期対応につながっている。高齢患者や重症患者の増加に伴い褥瘡発生リスクが高い患者の受け入れが増えている中でも、組織的な予防活動により重症化防止に努めることができている。今後も予防ケアの質向上に取り組み、さらなる発生率低減を目指していく。

改善活動

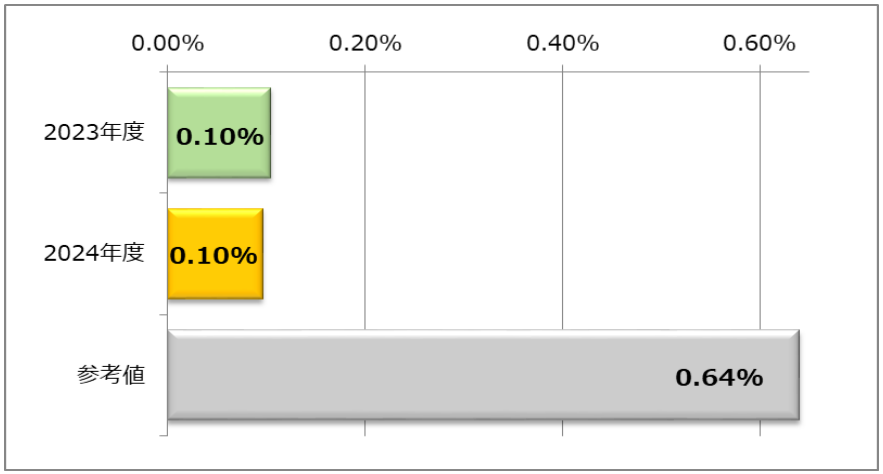
褥瘡対策チームを中心に、入院時評価の徹底、体位変換の実施、体圧分散寝具の適切な活用、栄養管理およびスキンケアを継続している。今後も多職種連携を強化し、ハイリスク患者への早期介入を推進することで、患者の安全確保とQOL向上につなげていく

QI-4　新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

指標の定義・説明

分子	調査月のMDRPI発生患者数
分母	調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数
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つとなっており、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。「褥瘡発生率」としてプロジェクト開始当初から測定してきましたが算出が難しい指標の一つであったため、新たな定義で2023年度より測定を開始しました。入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。



※参考値：日本病院会　2024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

2024年度のMDRPI発生率は0.10％であり、参考値0.64％を大きく下回る良好な結果となった。医療関連機器使用時の定期的な皮膚観察や装着状況の確認、多職種による予防的介入が効果的に実践できていることがうかがえる。日常的な観察と職員の意識向上が、安全で質の高いケアにつながっている。

改善活動

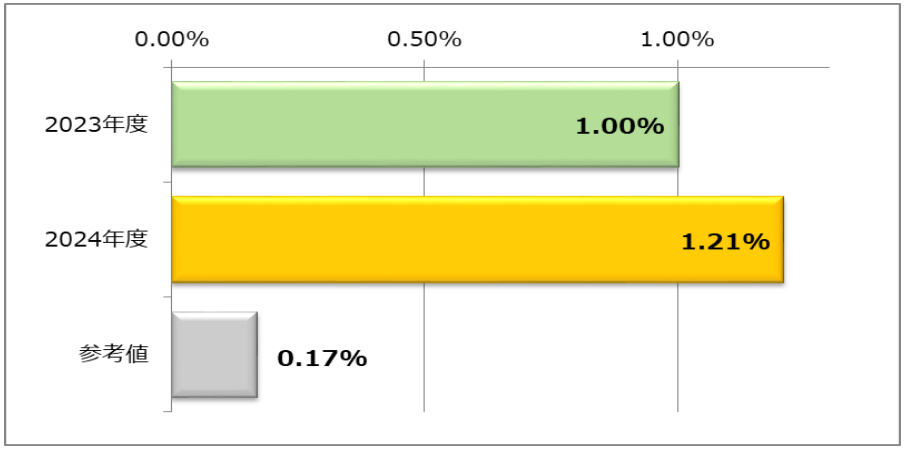
医療関連機器装着患者に対して皮膚状態の定期評価を継続し、装着部位の除圧や保護材の活用を積極的に実施した。また、事例共有や院内教育を通してスタッフの予防意識向上を図った。今後も現状を維持しながら、さらなる質向上に向けた取り組みを継続する。

QI-5　持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

指標の定義・説明

分子	入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母	調査期間内に新たに入院した患者数
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つとなっており、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。「褥瘡発生率」としてプロジェクト開始当初から測定してきましたが算出が難しい指標の一つであったため、新たな定義で2023年度より測定を開始しました。入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。



※参考値：日本病院会　2024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

入院時の迅速な皮膚評価と早期介入体制が定着しており、持ち込み褥瘡患者に対する適切なケアが実践できている。患者状態の変化を的確に把握しながら、重症化予防と治癒促進に努めた成果が反映されたものと考えられる。

改善活動

入院時アセスメントの徹底に加え、褥瘡対策チームによる早期介入と継続的なモニタリングを実施した。適切な体位管理やスキンケア、栄養管理を多職種で連携しながら実践し、患者一人ひとりに応じた予防・治療ケアを推進した。今後も質の高いケアの継続により、患者満足度とQOL向上を目指していく。

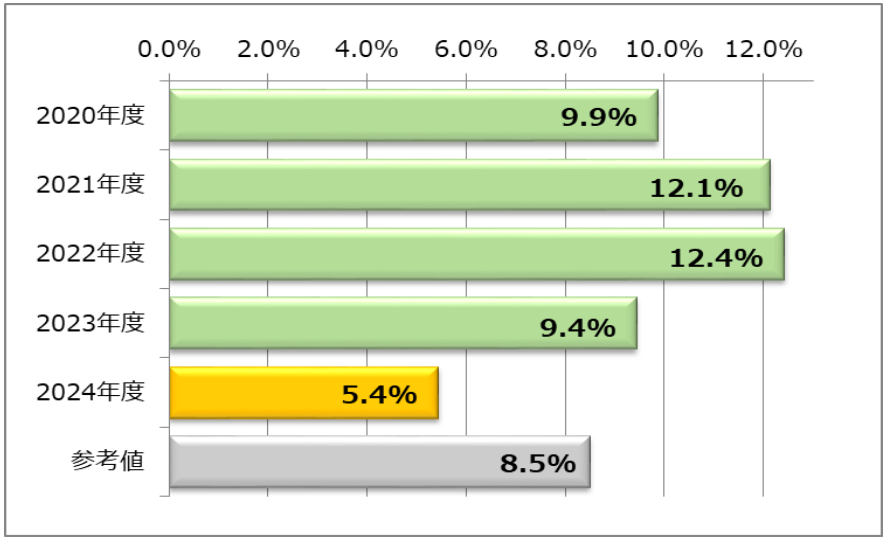
QI-6　18歳以上の身体拘束率

指標の定義・説明

分子	（物理的）身体拘束を実施した患者延べ数
分母	18 歳以上の入院患者延べ数
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。患者を安易にひもや抑制帯などの道具を使用した身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

2023 年度までは「身体抑制率」と表記していましたが、
2024 年度からは「身体拘束率」と表記することにしました。



※参考値：日本病院会　**2024**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

前年度と比較して4%減っている。電子カルテからの実数把握するようになり、より正確に近い数値が出せるようになった。看護部を中心に身体拘束をできるだけ減らす意識高まり、積極的に取り組み始めている。しかし、医師の指示、カンファレンスの開催、記録など十分に定着できていない部分もあるため、今後は院内ラウンドを通して部署の取り組み状況を把握し改善を図っていく。

改善活動

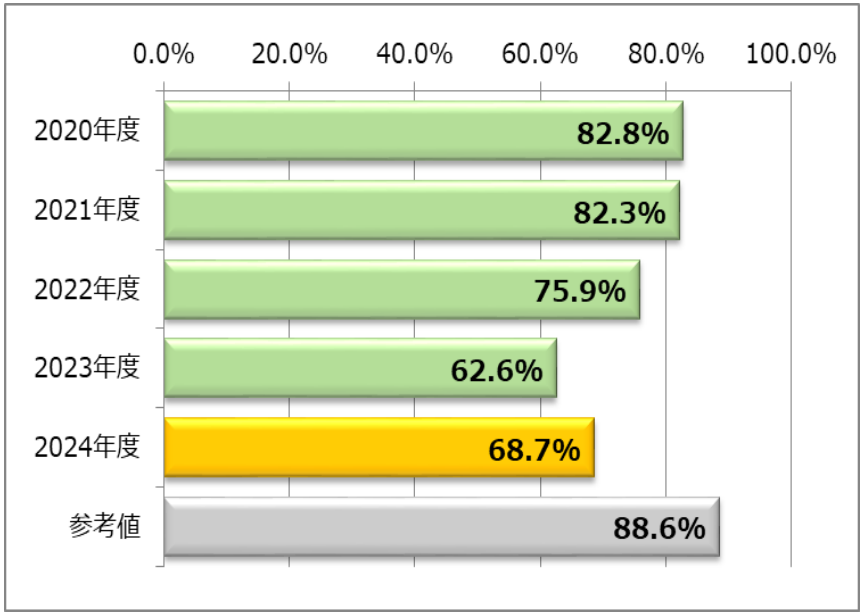
①身体拘束患者を病棟看護日誌へ入力反映させることで実数把握をできるようにした
②看護部主任会：カンファレンス基準の作成
③看護部医療安全委員会：離床センサー使用フローシート作成
④医師へ身体拘束開始時指示と記録の徹底を文書での協力依頼
⑤全職員向けのPIP動画研修開催
⑥4南病棟：ミニデイサービス開催
⑦6北病棟：カンファレンスの取り組み強化

QI-7　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　2024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

2025年度から、インフルエンザワクチン接種に関する院内通達を「集団」「個別」を分けて発信し、受信者が読みやすいように改訂した。これまでは個別接種時はなるべくペアを探してもらうよう依頼していたが、ペアは不要とし個別接種が申し込みやすいようにした。院内通達も毎年「知らなかった」職員がいるため短期間に数回発信した。結果11/28までの接種期間内の接種率は64％であり2024年度より低い接種率となった。申込期間を延長し個別接種期間延長と集団接種を追加で設けた。最終接種率は67％となった。（派遣含む）

改善活動

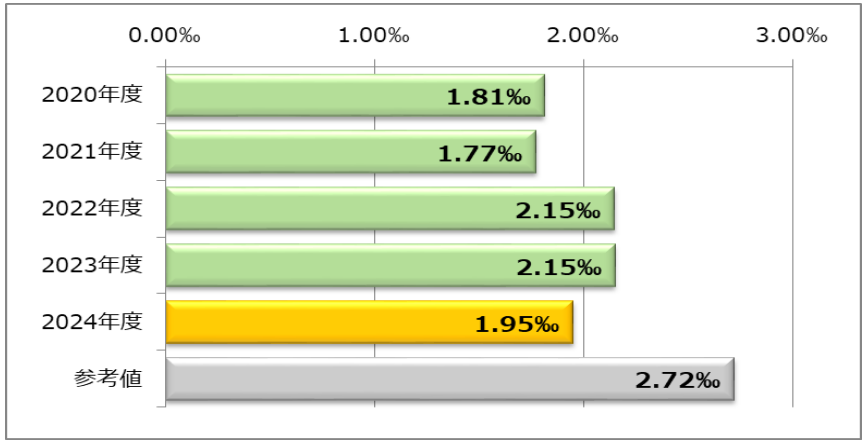
・2020年度以降継続している内容（集団接種の回数を2回から4回に増やした。接種開始時間は12：00からだったが15：00に変更。接種時間も1時間から1時間半に変更。）
・院内通達を「個別」「集団」わけて発信。
・個別接種はペア不要とした。（薬剤科の協力あり）
・個別接種期間の延長と集団接種の追加を行った。
・所属長あてに各部署の申込人数を共有した。

QI-8　入院患者の転倒・転落発生率

指標の定義・説明

分子	医療安全管理室へレポート提出された転倒・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ても、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　2024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

2024年度は、前年に比べ0.2%減っている。転倒・転落発生した際の速やかな対応、転倒転落後のフローの活用がなされ、病棟内での情報共有ができた。患者の評価を行い、適切な対策を検討、実施できたと考える。

改善活動

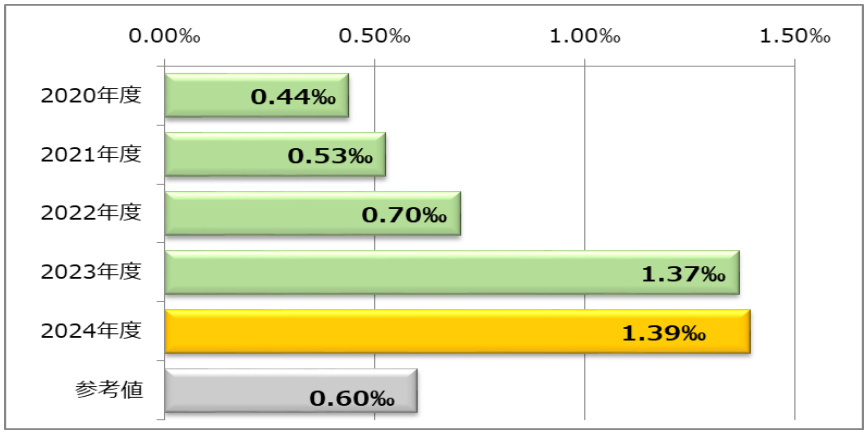
①医療安全への報告へ、対策まで入力してもらい、その内容を部署で周知できているか、確認を行う。
②他職種転倒転落安全ラウンド（毎週1回）行い環境調整確認する
転倒・転落リスクの高い患者の表示はどのように行っているか確認。患者のリストバンドへの表示開始（要注意・転倒歴あり）
ベッドサイドの転倒リスクの確認を部署のスタッフと共有
③センサー類の取り付け基準の作成を看護部医療安全管理委員会リンクのスタッフと作成。
④センサー類のナースコールと、一般のナースコール音を変更
⑤転倒転落予防強化月間の制定

QI-9　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	医療安全管理室へレポート提出された転倒・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ても、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　2024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

全体の転倒転落件数は前年に比べ減っていたが、レベル2以上の報告が9件増えたが,レベル4以上は0件であった。手術後の転倒患者が多くいることや、自分でできると思ったと、患者の認識の問題が見えてきた。今後も患者指導も含めた対策が必要。

改善活動

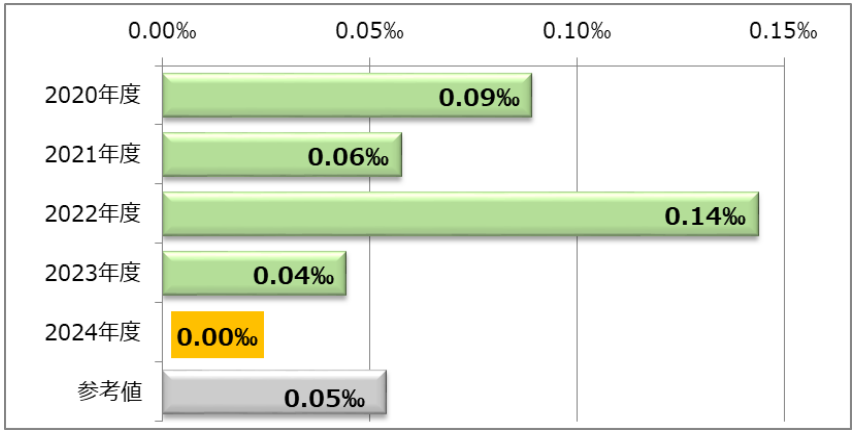
①転倒転落の要因として、排泄行動の際の転倒が一番多く上がったため、各患者の排泄パターンの確認や、患者指導の強化をはかる。
②転倒転落要注意の患者さんの情報共有、ナースコールが押せない患者へのセンサー類の活用、今後は見守りカメラ等も検討していく必要あり。
③転倒転落ラウンド週1回で、部署の工夫など集約し、全部署で共通したマニュアル作成を提案。
④転倒転落の危険性をいち早くキャッチするために、ナースコール音の調整。センサー類と一般ナースコール音を分けて設定。
⑤ラウンド時の環境確認、病棟スタッフとのディスカッションを行う。

QI-10　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	医療安全管理室へレポート提出された転倒・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ても、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　2024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

レベル4以上の発生は0件であった。各部署にて環境整備や、患者の転倒転落アセスメントが、定着してきた成果と考える。今後も損傷が起こらないような工夫や、周知を継続していく。

改善活動

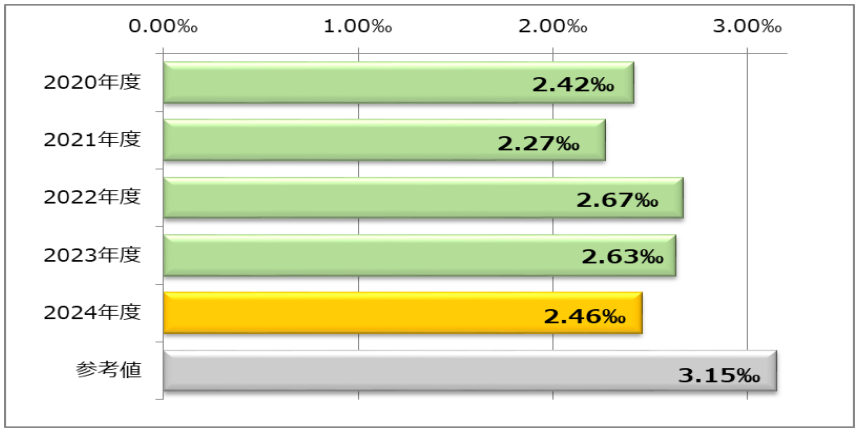
①転倒・転落発見時のフローの活用を強化
②内服や治療において、2次的合併が起こらないよう、事前の情報収集や患者教育、速やかな報告と診察を継続していく。
③患者さんが転倒転落した場合でも、衝撃緩和ができればレベル3ｂ以上の報告が減らせると考え、ベットサイドへ、注意が必要な患者へ、衝撃緩和マットの設置を検討へ。

QI-11　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ても、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　2024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

前年度に比べ、0.17%減少あり。入院という環境の変化にあり、治療で運動量の低下、下肢筋力低下などの要因が多くある。また、認知機能の低下、せん妄、ナースコール不使用、自立過信、頼みづらいなどが要因と考えられる

改善活動

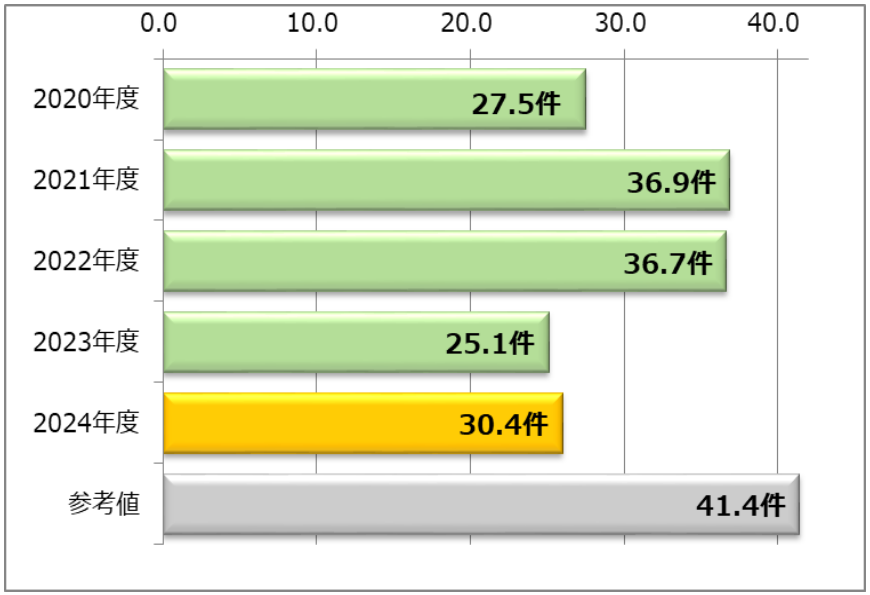
①転倒転落の要因として、排泄行動の際の転倒が一番多く上がったため、各患者の排泄パターンの確認や、患者指導の強化をはかる。
②安全器具の確認を徹底。患者サイドを離れる際の確認事項で、センサー起動確認、ベッド柵・高さ、車椅子やテーブルのロック確認などチェックリスト化へ。
③履物の対策確認
④患者指導で、「できるつもり」に対して対策。ADL変化の見える化と、患者への声掛け。
⑤転倒転落注意患者の情報共有。

QI-12　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　2024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　より高い値が望ましい

考察

参考値の値より、報告件数は11件と少ない状況である。
何か出来事があっても、うまく対応できていれば、問題とは捉えず、報告に至らない状況がある。気づきを報告する必要性があること、大きな事が起こる前に対策を検討していくこと、その体制作りがまだまだ不足と考える。
よく発見する人は、次に同じことが起きないようにするには？という考えを持ち、行動している。

改善活動

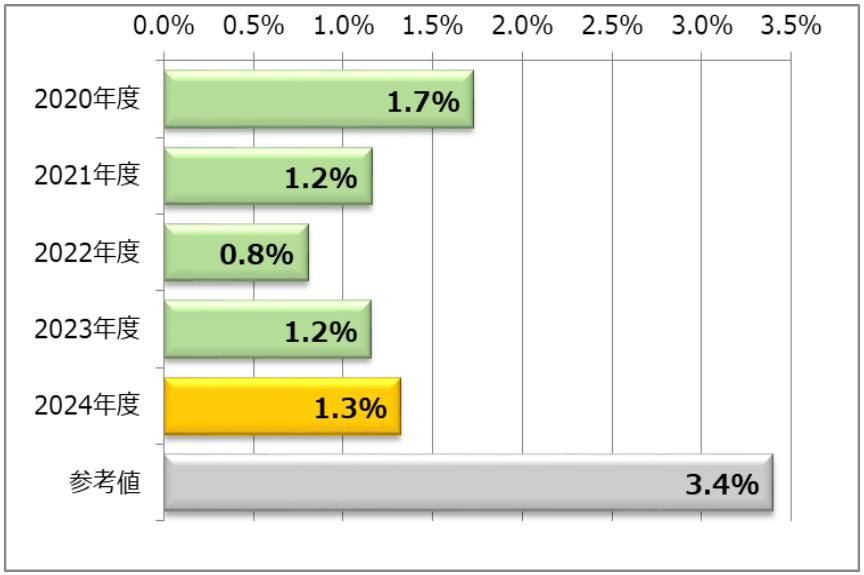
①0レベルの報告を増やし、早めの気づきを促す必要性を周知。
②よく発見してくれた方へ、good job（お菓子）を医療安全管理室より贈る事を実施。部署長へ渡し、本人へ渡してもらう事で、部署内で発見する意識が高くなるように促す。
③報告したら終わりではなく、部署内での問題をどのように解決に取り組んでいるかを、委員会で報告してもらい、共有を図る。
④報告書のシステムを最大限に活用できるよう、医療安全管理室より、発信を強化していく。

QI-13　全報告中医師による報告の占める割合

指標の定義・説明

分子	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があります。



※参考値：日本病院会　2024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　より高い値が望ましい

考察

0.1%、前年度より報告が増加しているが、まだまだ報告が少ない状況。コメディカルからの報告から、医師の報告が必要と判断されるケースで、医師へ報告依頼している事が多い傾向。自発的な報告体勢への変化が必要。

改善活動

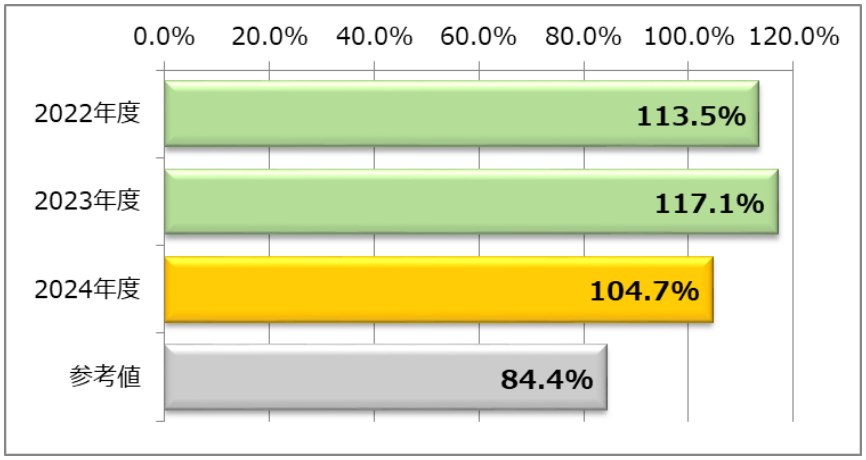
①医師に対して、報告が必要な事例があれば、メールにて報告依頼。
②医療安全対策部会などで、報告件数を共有。
③対策事例を医療安全対策部会での報告依頼を促す。
④今後は、医師への依頼件数と報告件数を、医局へ発信していく体制へ。

QI-14　紹介割合

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、切れ間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　2024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　ー

考察

2024年度の当院における紹介割合は74.7%であり、地域医療支援病院の要件である65%を上回っているものの、前年度と比較すると低下した。地域の医療機関からの紹介患者を受け入れ、高度急性期・急性期医療を担う役割は継続できていると考える。一方で、紹介割合低下の要因については診療科ごとの詳細な分析が十分にできておらず、現時点では明確な要因把握には至っていない。紹介割合は地域連携室だけの課題ではなく、病院全体で取り組むべき指標である。今後は診療科別の現状分析を進めるとともに、地域医療支援病院としての役割や紹介患者受入れの重要性について、医師や職員の理解を深め、病院全体で紹介患者の受入れ促進に取り組む必要がある。

改善活動

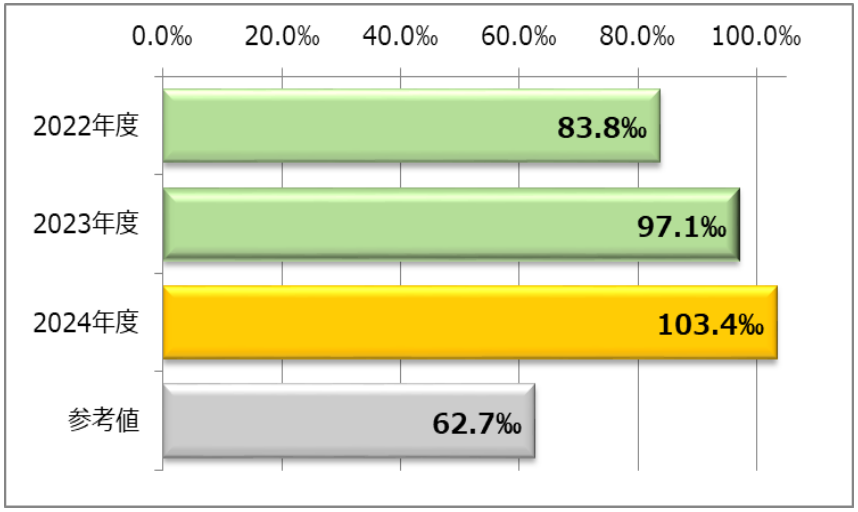
・診療科ごとの逆紹介実績を分析し、逆紹介対象患者の抽出方法について検討を進める。
・病状が安定した患者について、かかりつけ医への逆紹介を積極的に提案できる体制づくりを行う。
・登録医訪問や情報交換を通じて地域医療機関との連携を強化し、安心して患者を戻せる関係づくりを推進する。

QI-15　逆紹介割合

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　2024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

当院の逆紹介割合は119.4%であり、前年度の122.1%からやや低下したものの、高い水準を維持している。逆紹介の推進は地域医療支援病院としての役割を果たすうえで重要であり、病状が安定した患者を地域のかかりつけ医へつなぐことで、地域における機能の分化と連携の推進に寄与している。また、逆紹介を進めることは外来診療枠の確保につながり、新たな紹介患者の受入れ拡大にも重要な役割を果たしている。
一方で、当院で継続的に通院している患者のうち、逆紹介が可能な対象患者については十分な把握ができておらず、診療科ごとの現状や課題の分析も十分ではない。今後は、新規患者の受入れ促進という視点も踏まえながら、逆紹介対象患者の抽出方法を検討し、医師や関係部署と連携して計画的な逆紹介を推進していく必要がある。また、患者や地域医療機関に対して機能分化の意義を丁寧に説明し、相互の信頼関係の強化につなげていくことが重要である。

改善活動

- 診療科ごとの逆紹介実績を分析し、逆紹介対象患者の抽出方法について検討を進める。
- 病状が安定した患者について、かかりつけ医への逆紹介を積極的に提案きる体制づくりを行う。
- 登録医訪問や情報交換を通じて地域医療機関との連携を強化し、安心して患者を戻せる関係づくりを推進する。

医療の質指標　Qua l ity　Indicator（QI）

使用データ：DPCデータ（様式1、EFファイル）

QI-16　非心原性脳梗塞(TIA含む) で入院し、2日目までに抗血小板療法を受けた症例割合

QI-17　非心原性脳梗塞(TIA含む) で入院し、入院中に抗血小板療法を受けた症例の割合

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　糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

QI-21　カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

QI-22　カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

QI-23　血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

QI-24　大腿骨頚部骨折の早期手術割合

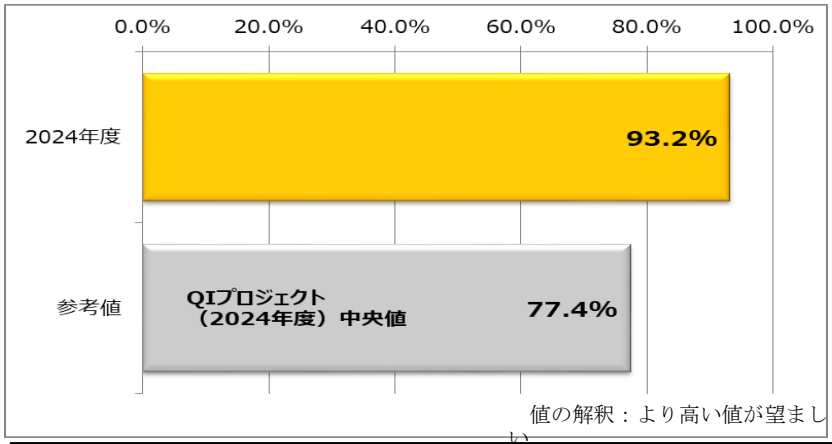
QI-25　大腿骨転子部骨折の早期手術割合

QI-26　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

QI-16　非心原性脳梗塞(TIA含む)の診断で入院し、入院2日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合

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

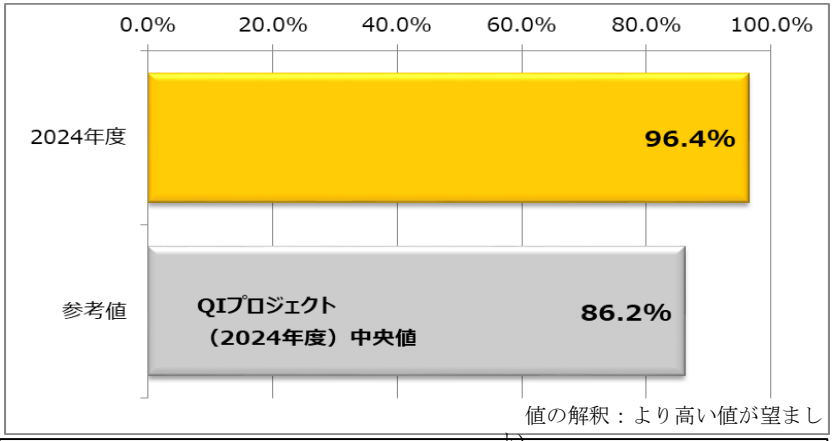
【分子】	入院2日目までに抗血小板療法を受けた患者数
【分母】	18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数



QI-17　非心原性脳梗塞(TIA含む)の診断で入院し、入院中に抗血小板療法を受けた症例の割合

非心原性脳梗塞や非心原生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

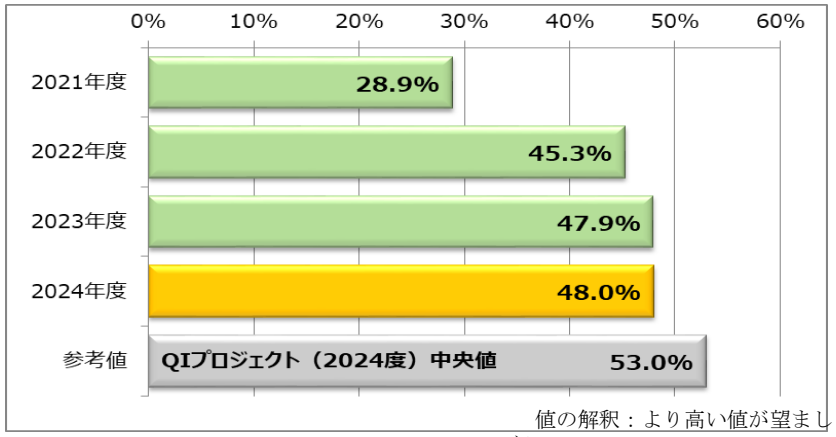
【分子】	入院中に抗血小板療法を受けた患者数
【分母】	18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数



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

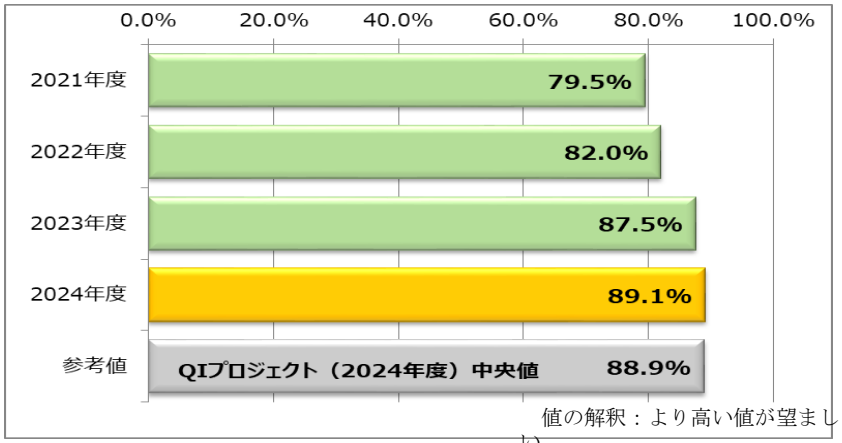
【分子】	スタチンが処方された患者数
【分母】	脳梗塞で入院した患者数



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

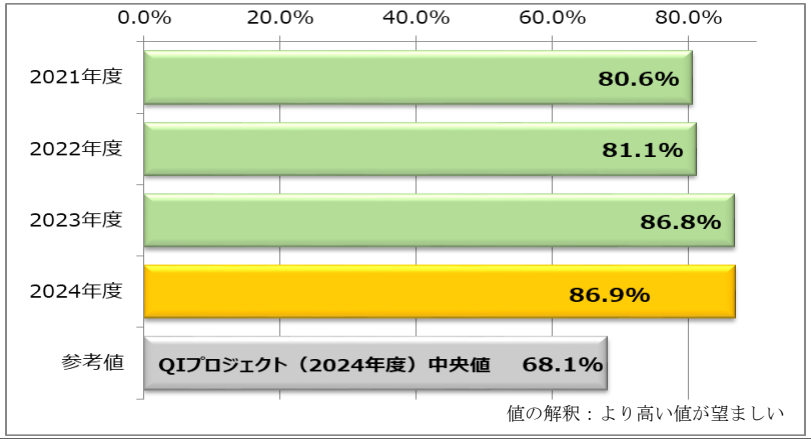
【分子】	入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数
【分母】	脳梗塞で入院した患者数



QI-20　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

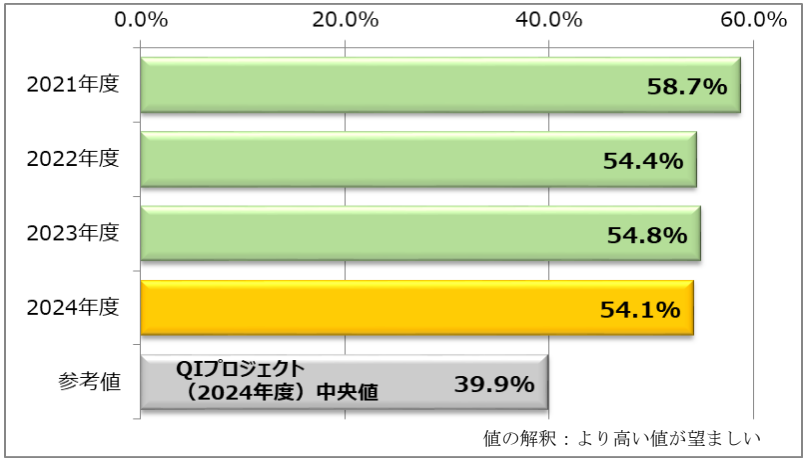
【分子】	特別食加算の算定回数
【分母】	18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、治療が主目的でない入院患者の食事回数



QI-21　カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

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

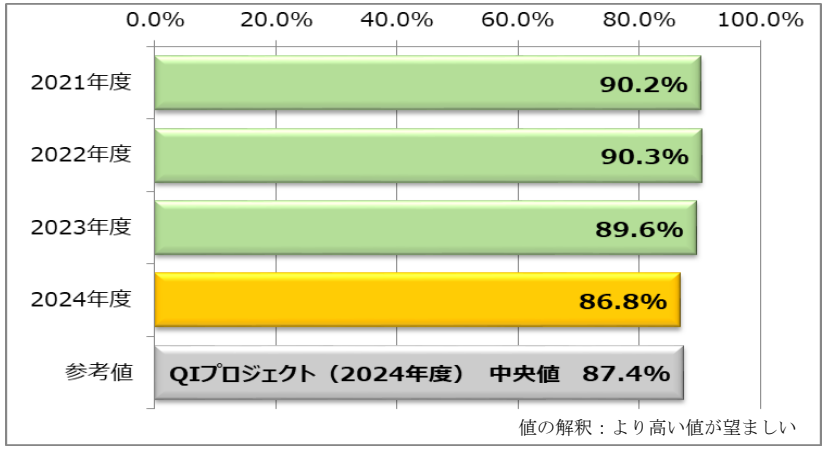
【分子】	投与開始初日に血液培養検査を実施した数
【分母】	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数



QI-22　カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

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

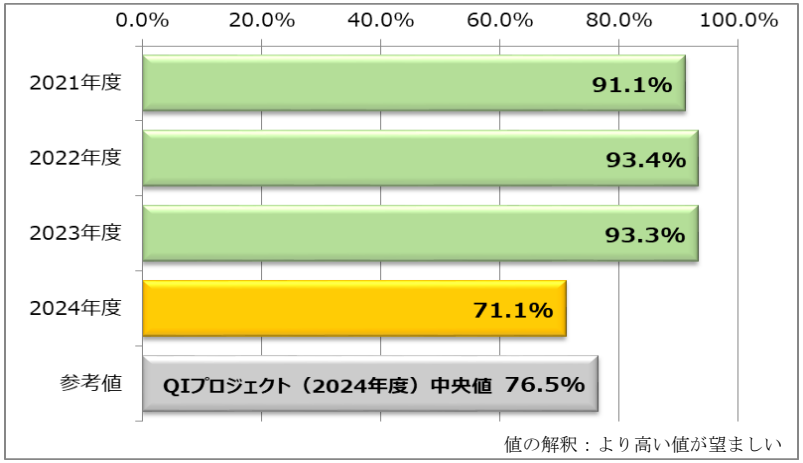
【分子】	投与開始初日までに培養検査を実施した数
【分母】	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数



QI-23　血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

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

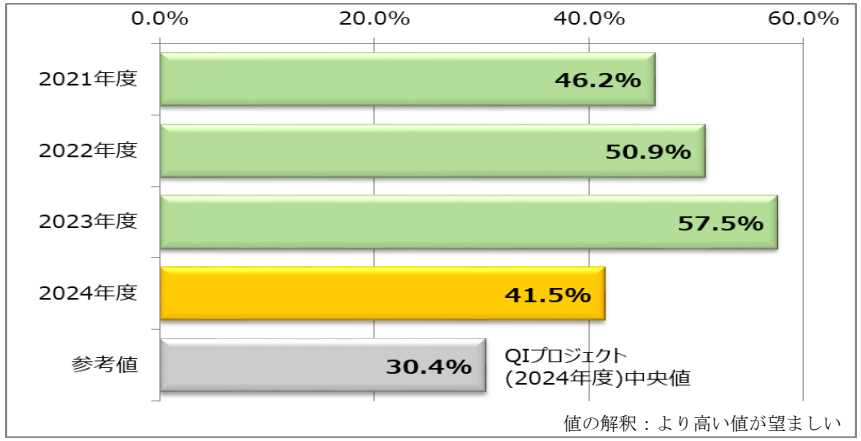
【分子】	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数(人日)
【分母】	血液培養オーダ日数(人日)



QI-24　大腿骨頚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

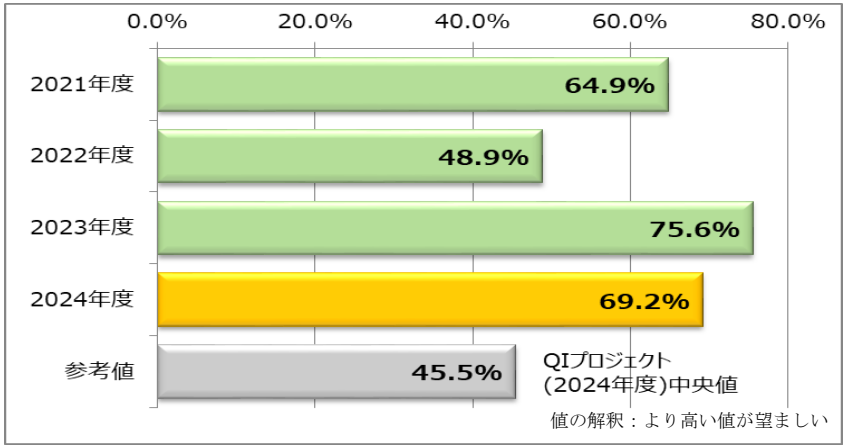
【分子】	入院2日以内に手術を受けた患者数
【分母】	大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数



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

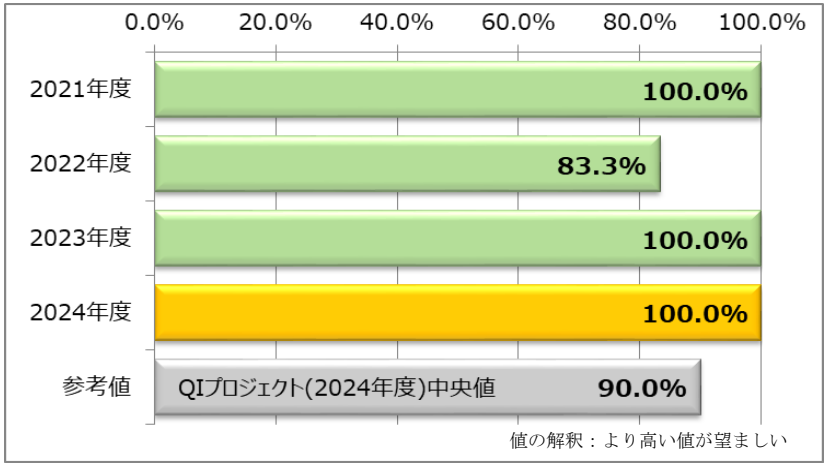
【分子】	入院2日以内に手術を受けた患者数
【分母】	大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数



QI-26　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

催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は治療アドヒアランスにとっても重要

【分子】	実施日の前日/当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1受 容体拮抗薬、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



友愛医療センター

QI委員会

参考資料・参考文献

1.(1)一般社団法人 日本病院会 2024 年度QI プロジェクト結果報告

(2)2024年度経年変化病床区分別フィードバックデータサマリー

2.日本クリニカルパス学会

社会医療法人友愛会
友愛医療センター