
臨 床 指 標
(2019 年度実績)



仙 台 市 立 病 院

★：一般社団法人 日本病院会「Q I プロジェクト」の指標項目

I 病院全体	
★1 a 患者満足度 総合評価 満足の割合（外来患者）	1
患者満足度 総合評価 満足の割合（入院患者）	1
患者満足度 総合評価 満足の割合（入院患者）（精神病床）【新】	1
b 患者満足度 総合評価 満足・やや満足の割合（外来患者）	2
患者満足度 総合評価 満足・やや満足の割合（入院患者）	2
患者満足度 総合評価 満足・やや満足の割合（入院患者）（精神病床）【新】	2
c 患者満足度 医師からの説明（外来患者）【新】	2
患者満足度 医師からの説明（入院患者）【新】	3
患者満足度 医師からの説明（入院患者）（精神病床）【新】	3
d 患者満足度 医師への意見（外来患者）【新】	3
患者満足度 医師への意見（入院患者）【新】	3
患者満足度 医師への意見（入院患者）（精神病床）【新】	4
2 在宅復帰率	5
★3 死亡退院患者率	5
4 クリニカルパス適用率	6
★5 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率	6
6 職員満足度	7
II 医療連携	
★7 紹介率（地域医療支援病院）	7
★8 逆紹介率（地域医療支援病院）	8
9 新入院患者紹介率	8
★10 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率	9
★11 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パス使用率	9
12 地域医療機関サポート率	10
III 救急	
13 救急車搬入台数・救急車搬入のうちの入院患者数	10
★14 救急車・ホットラインの応需率	11
★15 退院後30日以内の再入院率	11
16 院内トリアージ実施率	12
IV 医療安全	
★17 a 入院患者の転倒・転落発生率	13
入院患者の転倒・転落発生率（精神病床）	13
b 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）	14
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）（精神病床）	14
c 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）	14
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）（精神病床）	14
d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率【新】	15
65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率（精神病床）【新】	15
★18 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	16
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（精神病床）【新】	16

★19 全報告中医師による報告の占める割合	17
全報告中医師による報告の占める割合（精神病床）【新】	17
V 褥瘡	
★20 褥瘡発生率	18
褥瘡発生率（精神科病床）	18
VI 感染管理	
★21 尿道留置カテーテル使用率	19
★22 症候性尿路感染症発生率	19
★23 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率	20
★24 血液培養実施時の2セット実施率	20
25 血液培養汚染菌検出率	21
26 MRSA検出状況	21
27 中心ライン関連血流感染発生率	22
28 人工呼吸器関連肺炎発生率	22
VII 手術	
★29 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	23
★30 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	23
★31 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率	24
★32 統合指標（手術）	24
33 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防策実施率	25
34 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率	25
35 中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸発生率	26
VIII 呼吸器	
★36 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合	26
★37 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合	27
IX 糖尿病・代謝	
★38 a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%	27
b 糖尿病患者（65歳以上）の血糖コントロール HbA1c<8.0%	28
★39 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率	28
X 心血管	
★40 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合	29
★41 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与率	29
★42 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合	30
★43 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	30
★44 急性心筋梗塞患者における退院時ACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合	31
★45 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤の投与割合	31
★46 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内のPCI実施割合	32
★47 統合指標（虚血性心疾患）	32
XI 脳神経	
★48 脳卒中患者のうち入院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	33
★49 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合	33

★50 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合	34
★51 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合	34
★52 統合指標（脳卒中）	35
X II 整形	
★53 大腿骨骨折の早期手術割合（大腿骨頸部）【新】	35
大腿骨骨折の早期手術割合（大腿骨転子部）【新】	36
X III 精神	
★54 身体抑制率（精神病床）	36
★55 在宅復帰率（精神病床）	37
★56 90日以内の退院患者率（精神病床）	37
★57 再入院率（精神病床）	38
★58 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）（精神病床）	38
59 精神科病棟への自院以外の精神科医療機関からの入院患者数	39
60 院内他科からの精神科診察依頼頻度	39
X IV リハビリ	
★61 脳梗塞における入院後3日以内の早期リハビリ実施患者の割合	40
62 人工関節全置換術（肩、股、膝）患者に対する早期リハビリテーション開始件数	40
X V 薬剤	
63 薬剤管理指導実施率	41
64 安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率	41
X VI 臨床検査	
65 外部精度管理の正答数（評価A、B含む）の割合（％）	42
X VII 化学療法	
★66 シスプラチンを含むがん薬物療法の急性期予防的制吐剤投与率【新】	42

I 病院全体

★1 患者満足度（外来・入院）

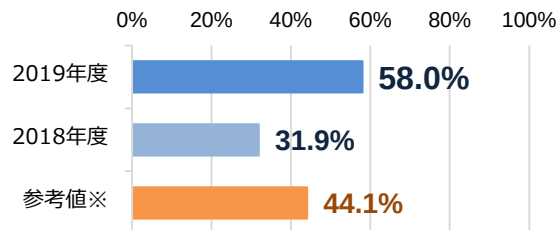
アウトカム

外来、入院の患者さんを対象に 5 段階評価（「満足」、「やや満足」、「どちらとも言えない」、「やや不満」、「不満」）で調査した結果です。患者満足度をみることは、医療の質の直接的な評価といえます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。

1-a 総合評価「満足」と回答した患者

【外 来】



【定 義】

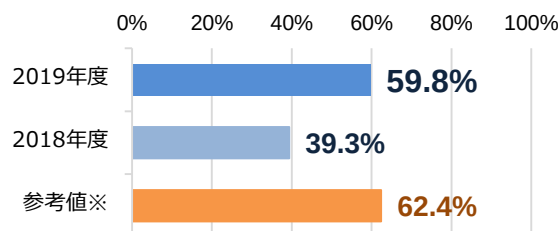
分子 分母のうち「満足」と回答した患者数

分母 患者満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」に回答した患者数

※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

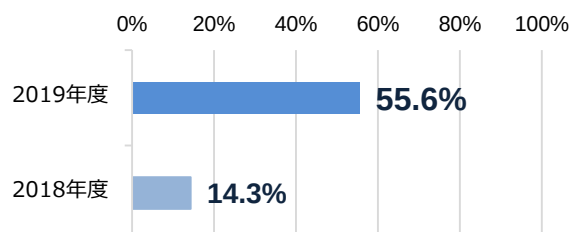
【入 院】



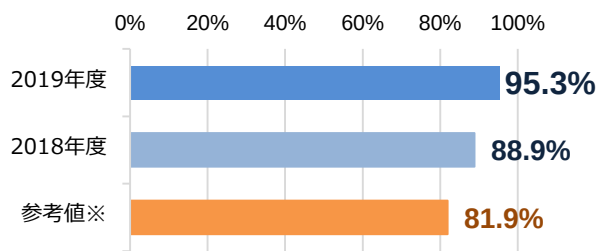
※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【入 院（精神病床）】【新】



1-b 総合評価「満足」または「やや満足」と回答した患者 【外 来】



【定 義】

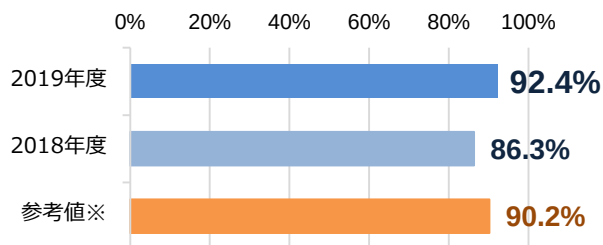
分子 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した患者数

分母 患者満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」に回答した患者数

※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

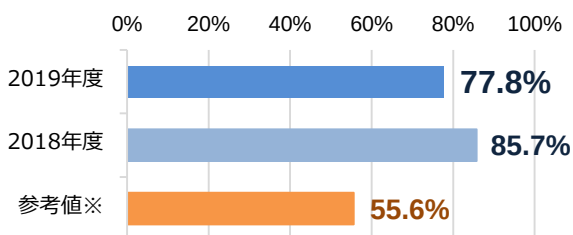
【入 院】



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

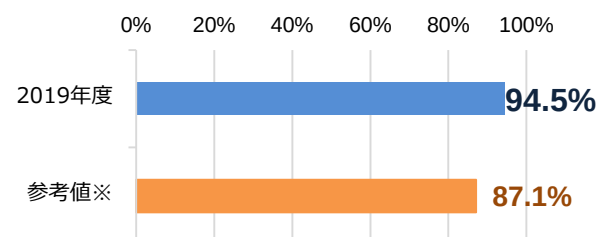
【入 院（精神病床）】【新】



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」精神病床向け

項目算出に参加した16施設による平均値

1-c 医師の説明「満足」または「やや満足」と回答した患者【新】 【外 来】



【定 義】

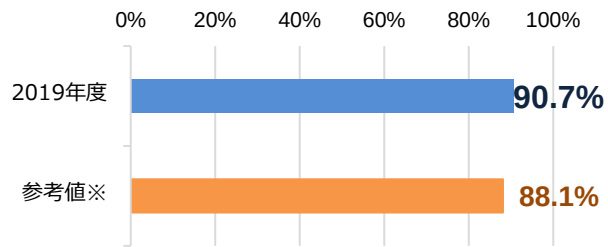
分子 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した患者数

分母 患者満足度調査項目「診断や治療方針について、今までに医師から受けた説明は十分でしたか？」に回答した患者数

※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019年度指標による平均値

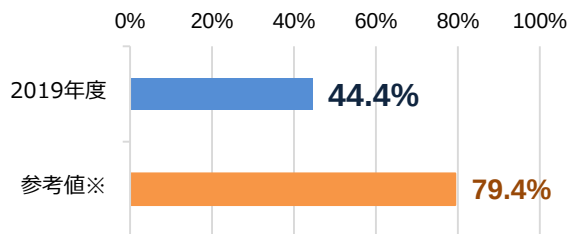
【入 院】



※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019 年度指標による平均値

【入 院（精神病床）】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神病床向け

項目算出に参加した 13 施設による平均値

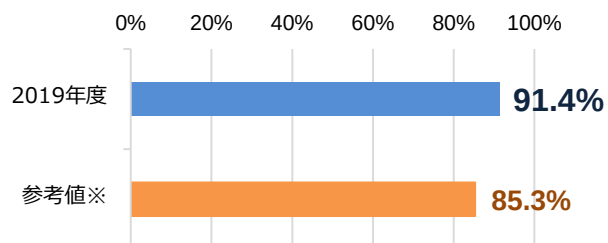
1-d 医師への意見「満足」または「やや満足」と回答した患者【新】

【外 来】

【定 義】

分子 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した患者数

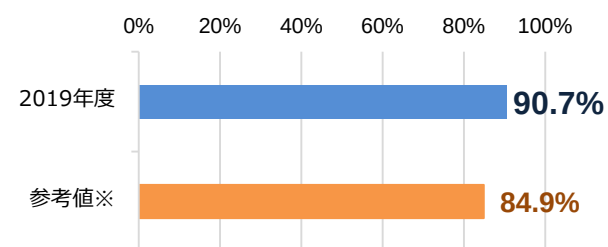
分母 患者満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」に回答した患者数



※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019 年度指標による平均値

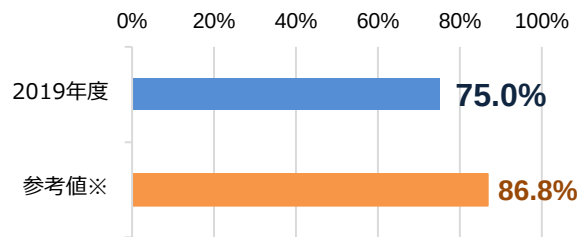
【入 院】



※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019 年度指標による平均値

【入 院（精神病床）】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神病床向け

項目算出に参加した 11 施設による平均値

◇当院の特徴

当院では、今後の医療・サービスの向上に向けた取り組みを検討する際の参考とするため、年に 1 度、患者満足度調査を実施しております。

今年度は、調査項目の見直しを行い、医師の説明や医師への意見に関する調査項目を新設しております。

総合評価については、入院病床、精神病床共に概ね参考値を上回る結果となりました。医師の説明、医師への意見については、一般病床では参考値を上回る結果、精神病床では参考値を下回る結果となりました。

患者さんから頂いたご意見等を改善につなげられるよう検討し、今後も患者さんにより一層満足いただけるよう努めていきます。

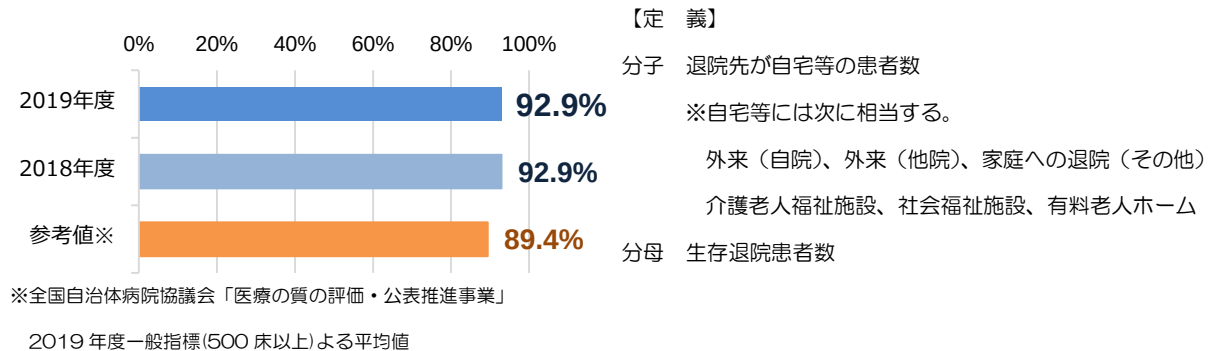
2 在宅復帰率

アウトカム

退院患者さんのうち、自宅等への退院の割合を示す指標です。

急性期医療を主に担っている病院の場合には、回復期病院等に転院して、より身体機能を安定させてから退院となる場合もあるため数値は低くなってしまう。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



◇当院の特徴

当院の在宅復帰率は、92.9%で、前年度と同様の値となりました。

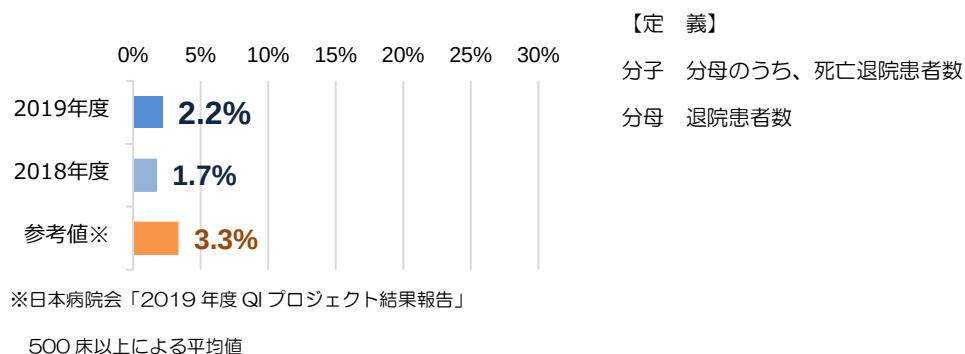
当院では、PFMを導入しており、医療福祉相談室の退院調整看護師と専任のソーシャルワーカーが、治療後安心して退院できるように、患者さん、ご家族の意向を伺い、転院先や自宅退院の調整支援などの取り組みを行っています。このような取り組みが数値にも反映していると考えられます。

★3 死亡退院患者率

アウトカム

退院患者さんのうち、死亡退院患者さんの占める割合を示した指標です。医療施設の特徴がそれぞれ異なるため、単純に医療の質を比較することはできません。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



◇当院の特徴

この指標から直接医療の質を他の病院と比較することは、病院ごとの役割や体制（職員数、病床数、救命救急センターや集中治療室の有無、緩和ケア病棟の有無、平均在院日数、地域の特性など）、入院患者さんのプロフィール（年齢、性別、疾患の種類と重症度など）が異なるため、適切ではありません。

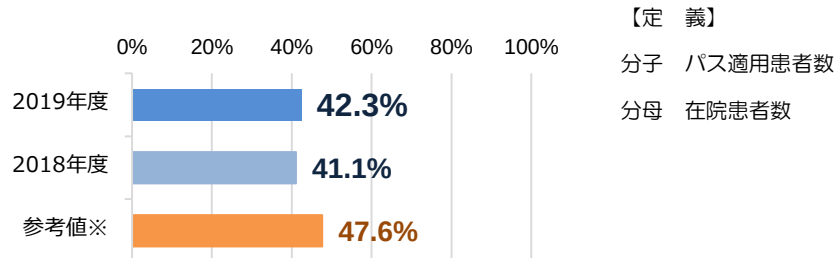
今後も当院における年毎の割合変化に着目し、医療の質と安全への取り組みの成果を可視化していきたいと思えます。

4 クリニカルパス適用率

プロセス

全ての疾患に対してクリニカルパスが適用されるものではないが、クリニカルパスを使用することで医療の標準化を図ることができます。また、当院のパス適用率を把握し、医療の標準化を図るためにも重要な指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2019年度一般指標(500床以上)による平均値

◇当院の特徴

当院のクリニカルパス適用率は、42.3%となっており、前年度よりも1.2ポイント上回る結果となりました。クリニカルパス委員会の部会としてパス推進グループを設置し、診療内容や標準的な診療日数などを考慮したパスの見直しに取り組んでいる効果だと考えます。

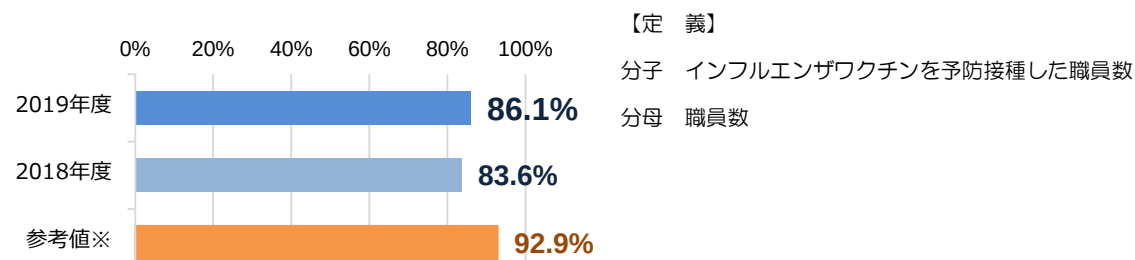
今後も継続して標準的かつ効率的で安全な医療の提供を目指し、クリニカルパス委員会を中心に、パス適用の推進、パスの標準化・適正化に向けた取り組みをより一層進めていきます。

★5 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

プロセス

院内感染防止対策への取り組みについて評価する指標です。病院職員からの患者さん及び職員間の感染を防止するために、職員のインフルエンザワクチンの接種が推奨されています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

◇当院の特徴

当院で実施したインフルエンザワクチン予防接種の接種率は86.1%と昨年度より向上したものの、「2019年度QIプロジェクト結果報告」の数値を下回る結果となりました。

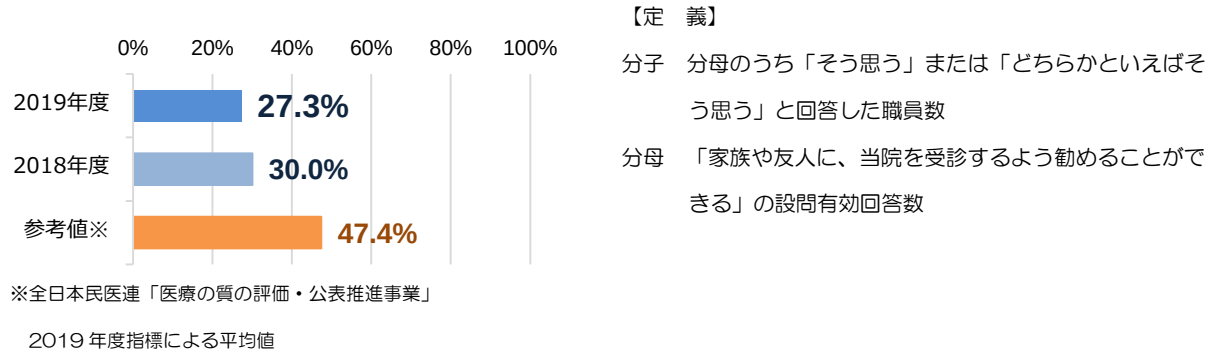
当院は共済組合が実施するインフルエンザワクチン予防接種費用の一部助成制度の対象であり、制度を利用して院外で予防接種を受けた職員や個人的に予防接種を受けた職員もいるものと推察されます。

6 職員満足度

アウトカム

職員を対象に「家族や友人に、当院を受診するよう勧めることができる」かどうか、5段階評価（「そう思う」、「どちらかといえばそう思う」、「どちらともいえない」、「どちらかといえばそう思わない」、「そう思わない」）で調査した結果です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



◇当院の特徴

当院での受診を家族や友人に勧めることについて肯定的な回答をした職員の割合は27.3%であり、前年度より2.7ポイント低下し、「医療の質の評価・公表等推進事業」による平均値を下回る結果となりました。

この指標は、当院の医療現場を支えている職員の仕事に対する意欲、働きやすさや安全確保など職場環境に対する評価と密接に関連するものと考えられることから、職員のモチベーションを高める取り組みや職場環境の改善などを進め、職員満足度の向上に努めていきます。

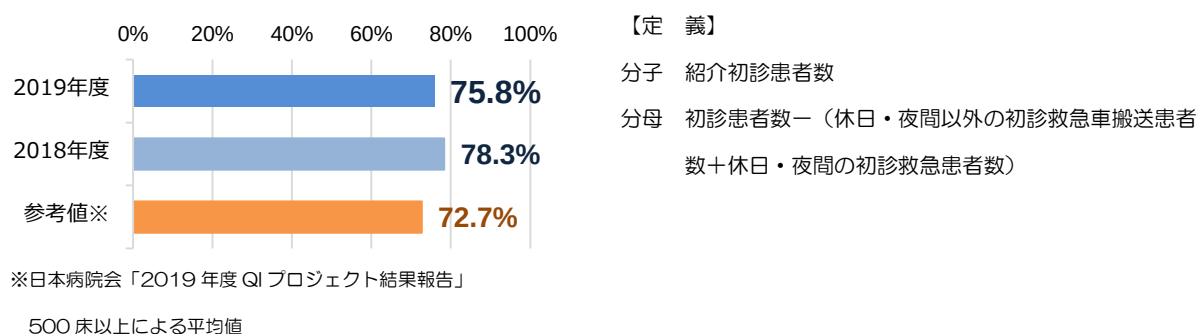
II 医療連携

★7 紹介率（地域医療支援病院）

プロセス

初診患者さんに対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者さんの割合であり、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標の一つです。また、急性期医療機関はより高い数値を目指すことが求められます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



◇当院の特徴

当院の紹介率は75.8%となっており、参考値を上回る結果となりました。

今後とも、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、地域の医療機関と協力しながら、紹介率の向上に努めていきます。

★8 逆紹介率（地域医療支援病院）

プロセス

初診患者さんに対し、他の医療機関へ紹介した患者さんの割合であり、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標の一つです。また、急性期医療機関はより高い数値を目指すことが求められます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

当院の逆紹介率は 85.5%となっており、参考値を上回る結果となりました。

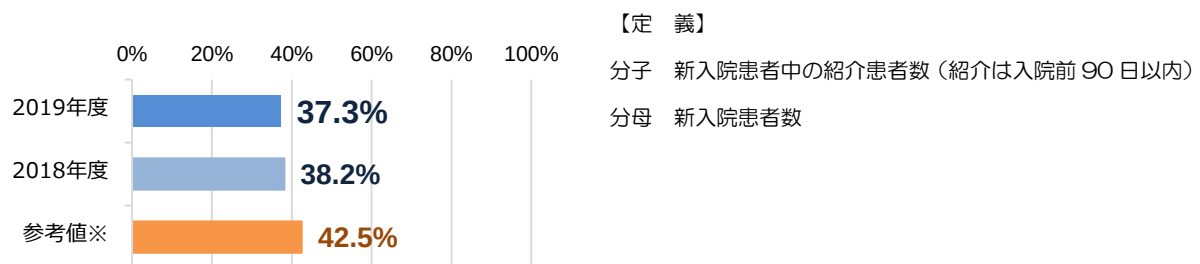
今後とも、「地域完結型医療」を推進するため、当院での治療目的を終了し病状が安定した患者さんには、地域の医療機関への逆紹介を推進していきます。

9 新入院患者紹介率

プロセス

新規に入院となった患者さんのうち、かかりつけ医等から受診した患者さんがどれだけの割合なのかを把握する指標です。割合が高いほどかかりつけ医等からの紹介を受けていることとなります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評・公表推進事業」

2019 年度一般指標(500 床以上)による平均値

◇当院の特徴

当院の新入院患者紹介率は 37.3%となっており、参考値を下回る結果となりました。

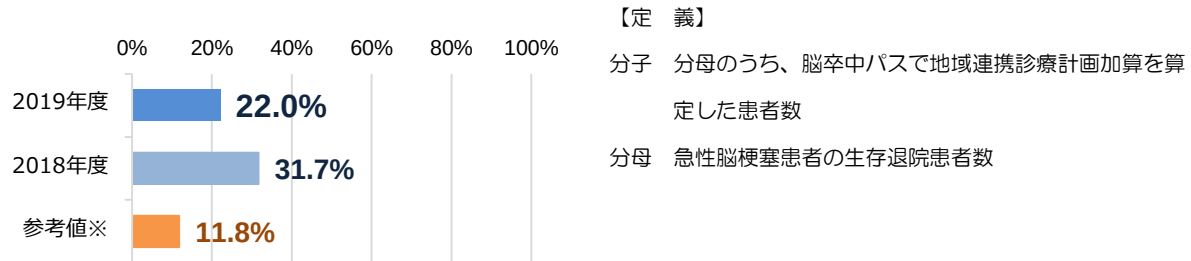
今後とも、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、地域の医療機関と協力しながら、新入院患者紹介率の向上に努めていきます。

★10 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率

プロセス

脳卒中の退院患者さんのうち、どのくらいの患者さんが地域連携パスを使用しているかを表し、各医療機関の脳卒中治療における連携状況を評価する指標です。リハビリ専門病院との連携が強化されていると数値は高くなります。また、手術からリハビリまでを一貫して行う場合は数値が低くなります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

◇当院の特徴

当院の脳卒中患者さんに対する地域連携パスの使用率は、22.0%となっており、参考値を大きく上回る結果となりました。

今後とも、地域包括医療の実現に向けて、地域連携パス使用率の一層の向上に努めていきます。

★11 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パス使用率

プロセス

大腿骨骨折の手術をした患者さんに対し、地域連携パスが適応された割合を示す指標です。リハビリ専門病院との連携が強化されていると数値は高くなります。また、手術からリハビリまでを一貫して行う場合は数値が低くなります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

◇当院の特徴

当院の大腿骨頸部骨折患者さんに対する地域連携パス使用率は、59.2%となっており、参考値と同値となりました。

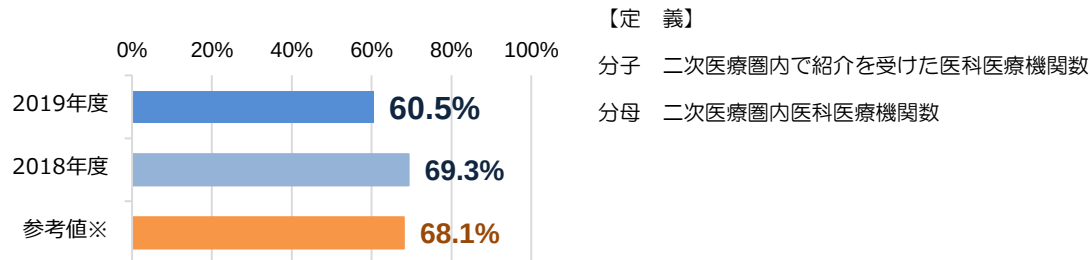
今後とも、地域包括医療の実現に向けて、地域連携パス使用率の一層の向上に努めていきます。

12 地域医療機関サポート率

プロセス

二次医療圏内で地域の診療所、病院のうち、患者さんの紹介を受けた割合を示す指標です。地域の多くの医療機関との連携を図っている場合には数値は高くなります。しかし、政令指定都市などの大規模な二次医療圏では、医療機関数が多いので、率は低くなります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2019年度一般指標(500床以上)による平均値

◇当院の特徴

当院の地域医療機関サポート率は60.5%となっており、参考値を下回る結果となりました。

今後とも、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、地域の医療機関と協力しながら、地域医療機関サポート率の向上に努めていきます。

Ⅲ 救急

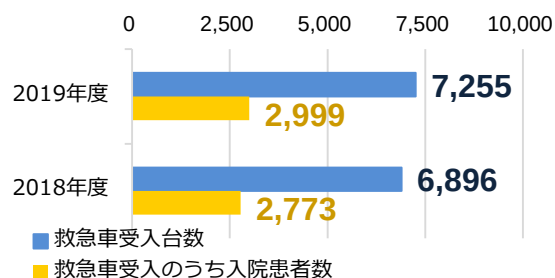
13 救急車受入台数・救急車受入のうちの入院患者数

プロセス

救急車受入台数は、救急処置等を必要とする患者さんに対する医療を総合的に提供する救急医療の機能を示す一つの目安となる指標です。

また、救急車搬受入のうちの入院患者数は、重篤な患者さんの受け入れ状況を示す指標の一つです。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



◇当院の特徴

当院は2019年度7,255件の救急車を受入れ、うち、2,999名が入院となりました。2018年度と比較し、救急車搬入台数、入院患者数ともに増加しています。これは、救急車を多く受け入れるだけでなく、入院が必要である重篤な患者さんへの医療提供へ繋がっています。今後も当院の取り組みとして「救急車は断らない」を目指し、急性期医療を担う地域の中核病院・自治体病院として地域に貢献していきます。

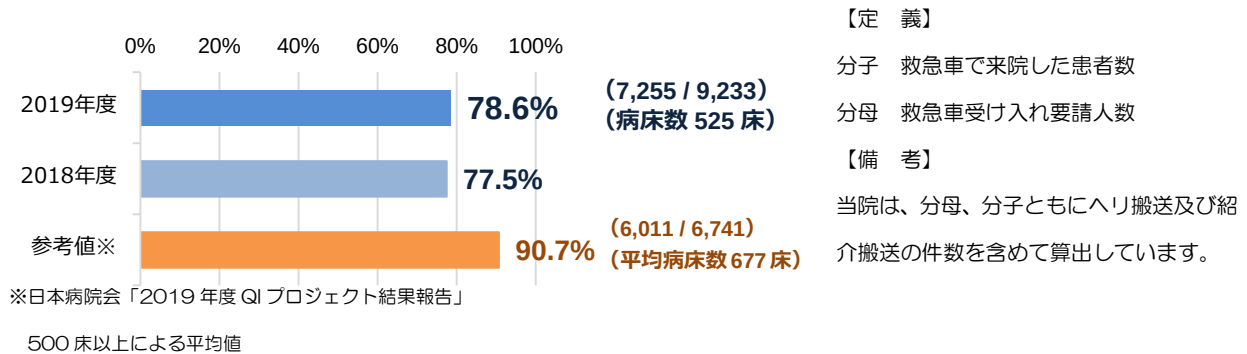
★14 救急車・ホットラインの応需率

プロセス

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示しています。

応需率は、救急科だけの努力で改善できる指標ではなく、その向上には、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関わってきます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



◇当院の特徴

当院の 2019 年度の救急車・ホットラインの応需率は 78.6% となっており 2018 年度を上回る結果となりました。しかし、参考値と比較すると救急車受け入れ台数は多いものの、応需率は低い結果となりました。

当院では、三次救急医療機関として重篤な患者さんへの対応を基本としていますが、三次救急以外の患者さんも可能な限り受け入れてきました。今後も当院の取り組みとして「救急車は断らない」を実践し、多くの救急車を受け入れ、救急車・ホットラインの応需率の向上に努めていきます。

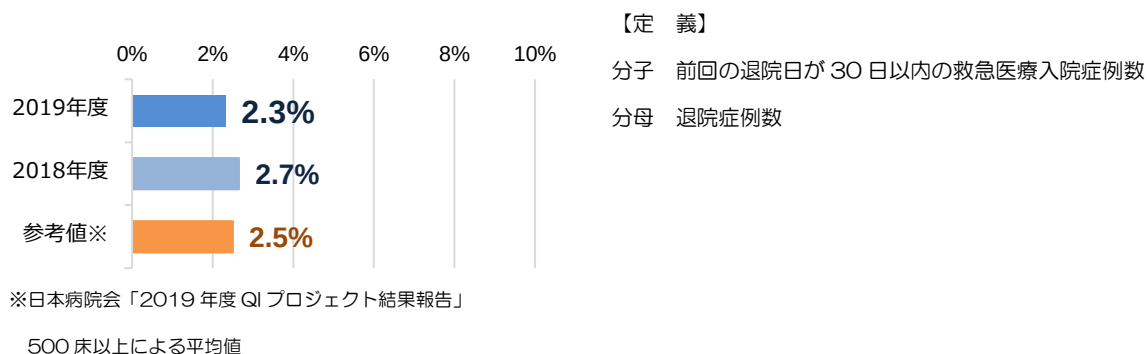
★15 退院後 30 日以内の再入院率

アウトカム

当院の退院後、30 日以内の予期せぬ再入院となった割合を示す指標です。

予期せぬ再入院となった背景には、初回入院治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態での早期退院などの要因が考えられるため、提供されている医療サービスが低下していないかどうか、再入院の頻度やその理由を検証する一つの目安となります。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



◇当院の特徴

当院の退院後 30 日以内の救急医療入院率は 2.3% となっており、2018 年度実績及び参考値を下回る結果となりました。

当院では、内科系疾患患者さんを中心に退院後も継続してフォローアップが必要な患者さんのピックアップを外来、病棟、他部門と連携して行い、必要な外来ケアにつなげられるよう努めております。今後も、継続的により低い値を目指していきます。

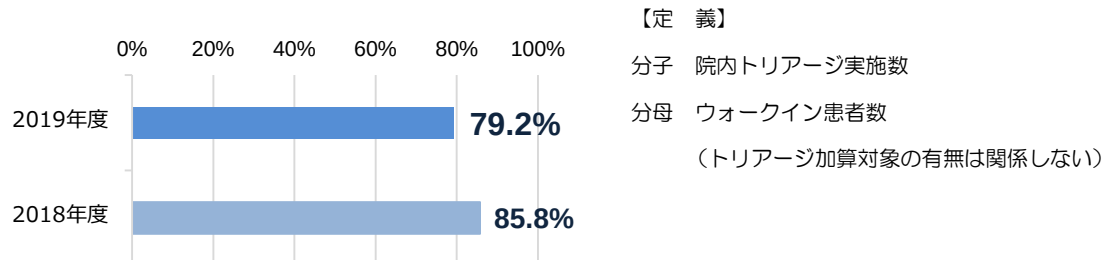
16 院内トリアージ実施率

プロセス

救命救急外来には、昼夜を問わず多くの患者さんが来院します。また、救急車だけでなく、自家用車や独歩による来院（ウォークイン）の中にも、緊急度・重症度が高い患者さんがいます。そのため、患者さんの緊急度の応じて診察の優先度を判断し、調整する目的の院内トリアージが重要となってきます。

院内トリアージ実施率は、来院手段にとらわれず適切な患者対応を効率よく行っていることを示す指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



◇当院の特徴

院内トリアージの実施は、多く救命救急外来を来院する患者さんに対して、緊急度に応じた診療を行う事で安全な医療を提供することにつながります。2019年度の院内トリアージ実施率は79.2%と2018年度と比較し低い結果となりました。院内トリアージ実施率はより高い方が望ましいといえます。

今後も、多くの患者さんが来院される救命救急外来で安全な医療の提供につなげるため、院内トリアージを積極的に実践していきます。

Ⅳ 医療安全

★17 入院患者の転倒・転落発生率

アウトカム

転倒・転落により骨折などが発生した場合には患者さんのQOLの低下をきたし、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、転倒・転落予防の取り組みを病院として効率的に行っているかどうかを評価する重要な指標です。予防策を実施し発生リスクを低減していく取り組みが重要となります。

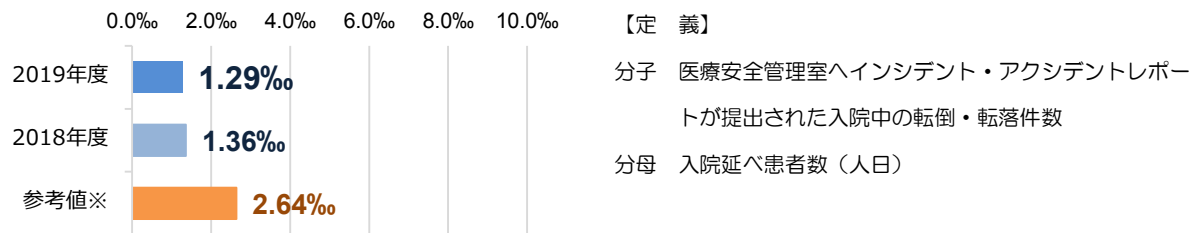
◇当院のインシデント事象レベルと当該指標の損傷レベル 対照表

当該指標の 損傷レベル	当院インシデント事象レベル	
1	0.01	仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる。
1	0.02	仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる。
1	0.03	仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる。
1	1	実施されたが、患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
1	2	処置や治療は行わなかった （患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査など必要性は生じた）
2、3	3a	簡単な処置や治療を要した （消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
4	3b	濃厚な処置や治療を要した （バイタルサインの高度変化、人工呼吸の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
4	4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
4	4b	永続的な障害や後遺症が残る、有害な機能障害や美容上の問題を伴う
5	5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。

17-a 入院患者の転倒・転落発生率

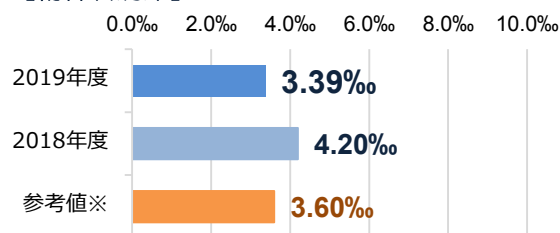
【一般病床】



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

【精神科病床】

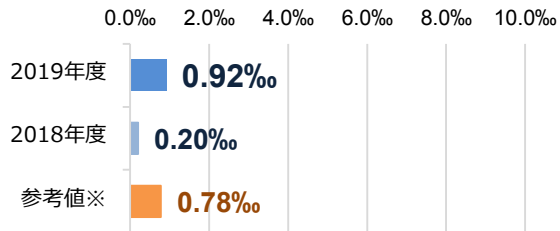


※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向け

項目算出に参加した33施設による平均値

17-b 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）

【一般病床】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」
500 床以上による平均値

【定 義】

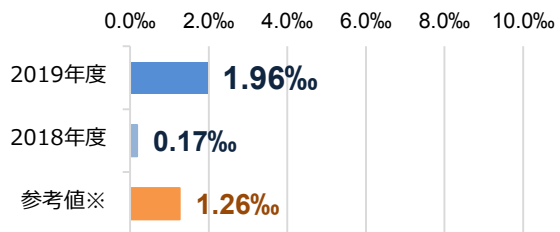
分子 医療安全管理室ヘインシデント・アクシデント
レポートが提出された入院中の転倒・転落件数
のうち損傷レベル 2 以上（当院のインシデント
事象レベル 3a）の転倒・転落件数

分母 入院延べ患者数（人日）

【備 考】

当院の損傷レベルの管理基準では、当指標の損傷レベル 2
と 3 とを分類できないため、レベル 2 にまとめて計上して
います。

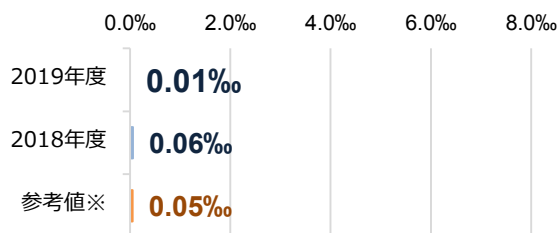
【精神病床】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神病床向け
項目算出に参加した 33 施設による平均値

17-c 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）

【一般病床】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」
500 床以上による平均値

【定 義】

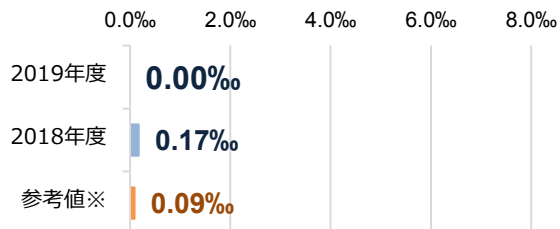
分子 医療安全管理室ヘインシデント・アクシデント
レポートが提出された入院中の転倒・転落件数
のうち損傷レベル 4 以上（当院のインシデント
事象レベル 3b）の転倒・転落件数

分母 入院延べ患者数（人日）

【備 考】

当院の損傷レベルの管理基準のレベル 3b が、当指標の損
傷レベル 4 に相当するため、レベル 3b 以上で計上してい
ます。

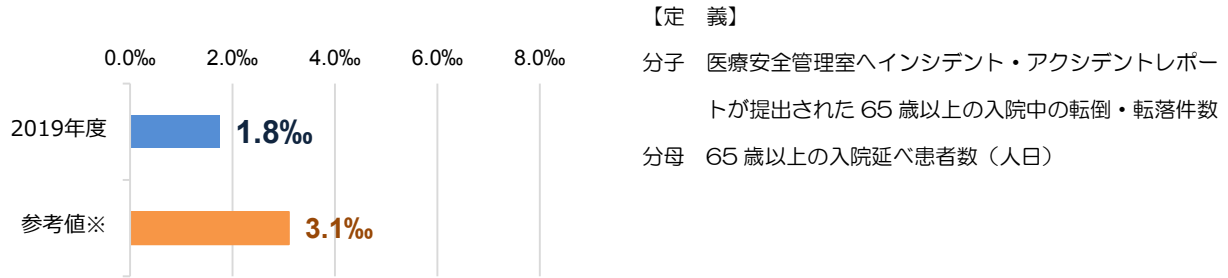
【精神病床】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神病床向け
項目算出に参加した 33 施設による平均値

17-d 65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率【新】

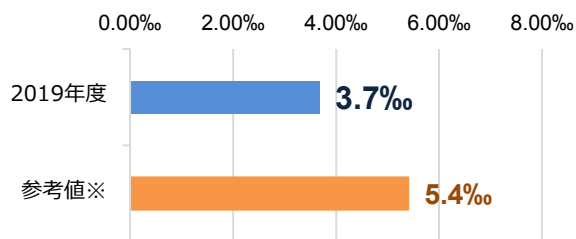
【一般病床】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【精神病床】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神病床向け

項目算出に参加した 30 施設による平均値

◇当院の特徴

一般病床・精神病床ともに転倒・転落発生率は減少し、参考値を下回りました。

損傷レベル 4 以上の発生率は減少しましたが、損傷レベル 2 以上の発生率が増加しました。入院前からの転倒転落リスクアセスメントや患者さん・ご家族を交えた転倒転落防止対策の説明、筋力トレーニング等の取り組みを行っていますが、認知症やせん妄、筋力低下などの要因による転倒転落が多くなっています。転倒しても頭部損傷や骨折を起こさないように、患者さんの個別性に応じた対策を行っていきます。

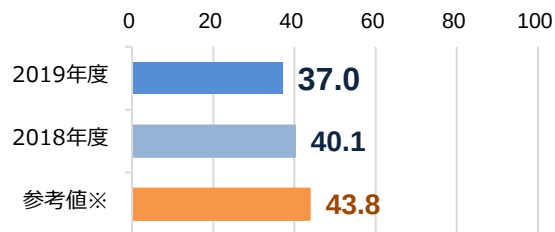
★18 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

アウトカム

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・アクシデントが発生してしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められるため、インシデント・アクシデントを報告することが必要です。

◇当院の数値

【一般病床】



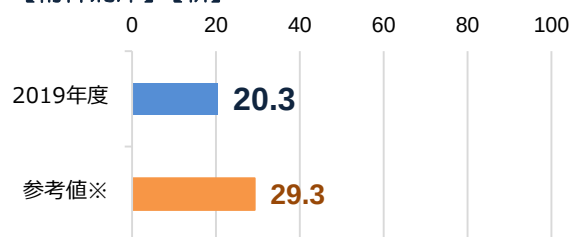
【定 義】

分子 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100
 分母 許可病床数

※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【精神病床】【新】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神病床向け

項目算出に参加した 27 施設による平均値

◇当院の特徴

当院は参考値より低い値となっています。事象レベル 0.01～0.03 の報告が減少している傾向にあり、未然に防いだ事例においても報告する意義を職員に周知し、報告数の増加につなげたいと考えます。

★19 全報告中医師による報告の占める割合

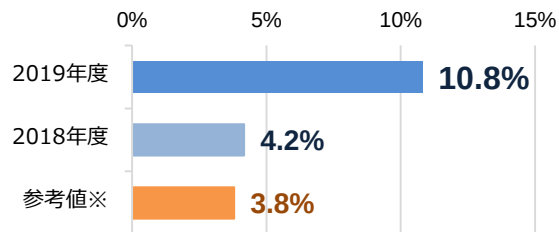
アウトカム

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・アクシデントが発生してしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められるため、インシデント・アクシデントを報告することが必要となります。

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にあります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。

【一般病棟】



【定 義】

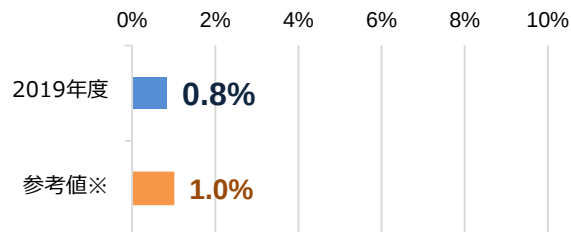
分子 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

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

※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【精神病床】【新】



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神病床向け

項目算出に参加した 26 施設による平均値

◇当院の特徴

2019 年 1 月からオカレンス報告制度を導入したことで、医師の報告が多くなったと考えます。しかし、事象レベル 3a 未満の報告が少ないことや、精神病床の値は参考値よりも低いことから、更なる努力を行っていく必要があります。

V 褥瘡

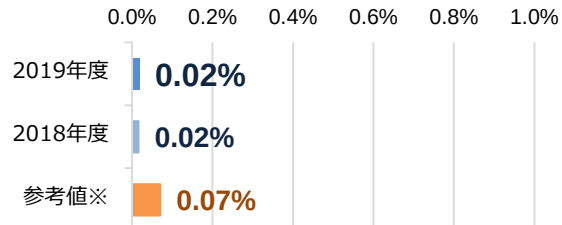
★20 褥瘡発生率

アウトカム

褥瘡は患者さんの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、提供される医療および看護ケアの質評価の重要な指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。

【一般病床】



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」
500床以上による平均値

【定義】

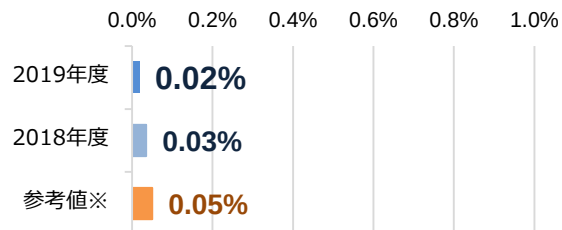
分子 調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

分母 入院延べ患者数（人日）

【備考】

医療関連機器の装着部位に発生する医療関連機器圧迫創傷も含めて算出しています。

【精神病床】



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」精神病床向け
項目算出に参加した29施設による平均値

◇当院の特徴

精神病床は前年度と比較して0.01ポイント低い0.02%で、救急病棟を含む一般病床の発生率と共に参考値を下回る結果となりました。

今後も継続して褥瘡発生を予防できるよう、定期的にリスクアセスメントを行い、個々の患者さんに合わせた予防ケアにつなげていきます。

VI 感染管理

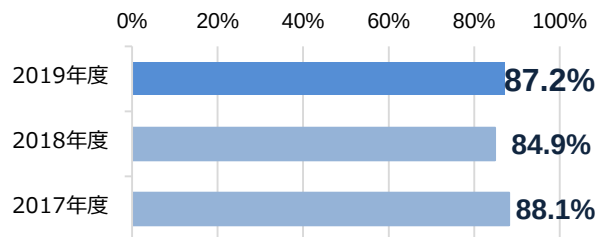
★21 尿道留置カテーテル使用率（ICU 入室患者のみ）

プロセス

尿路感染症は最も一般的な医療関連感染であり、急性期病院で報告される感染の 30%以上を占めるとされています。その多くは尿道留置カテーテルの留置が原因とされています。そのため、尿道留置カテーテルは、適切な適応に限り必要な期間だけ留置することや留置した場合はできるだけ早期に抜去することが推奨されています。

尿道留置カテーテル使用率は、院内でどのくらいの尿道留置カテーテルが使用されているかを見る指標です。

◇当院の数値



【定 義】

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

【備 考】

当院では ICU 入室患者のみで算出しています。

◇当院の特徴

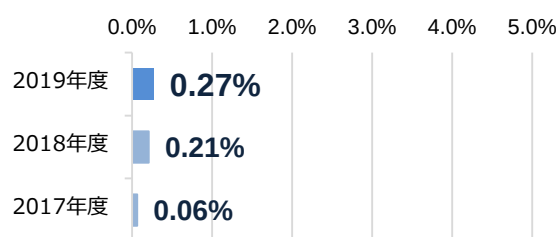
前年度と比較してやや高い値となりましたが、大きな逸脱はありませんでした。今後も継続して尿道留置カテーテル挿入適応患者さんに対してのみ使用できるよう努めていきます。

★22 症候性尿路感染症発生率（ICU 入室患者のみ）

アウトカム

尿路感染症は最も一般的な医療関連感染であり、急性期病院で報告される感染の 30%以上を占めるとされています。その多くは尿道留置カテーテルの留置が原因とされ、尿道留置カテーテル関連尿路感染症（Catheter-associated urinary tract infection : CAUTI）と呼ばれています。また、CAUTI は罹患率および死亡率の上昇、病院費用の増加、入院期間の延長に影響を及ぼします。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



【定 義】

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

【備 考】

当院では ICU 入室患者のみで算出しています。

◇当院の特徴

前年度と比較しやや高い値となりました。

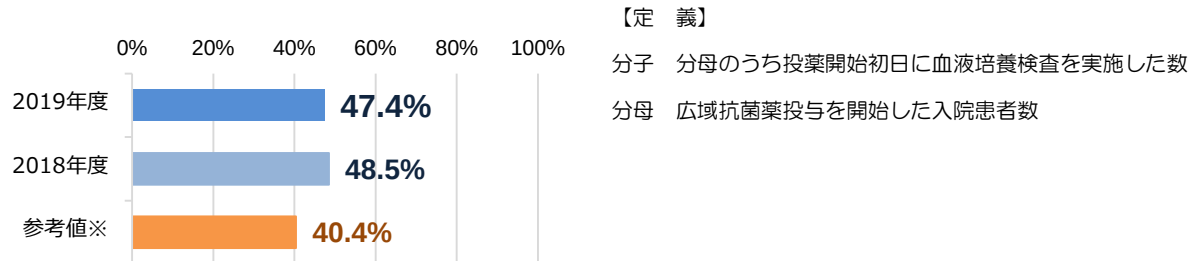
引き続きカテーテル挿入手技や管理方法について適正化を図っていきます。

★23 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

プロセス

血液培養を行うことにより、患者さんの疾患における感染性の病因の存在を確定・確認することができ、起因菌の抗菌薬感受性検査結果を提供し、抗化学療法を最適化することができる。そのため、広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましい効果的な実践方法となります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度 QI プロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

◇当院の特徴

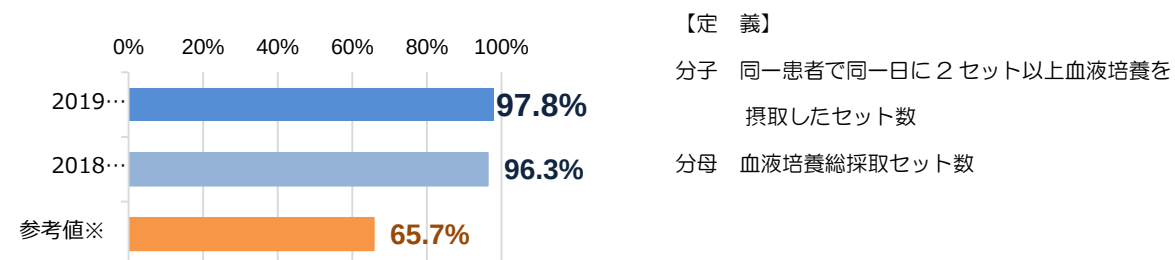
前年度と比較してやや低下しましたが、参考値を上回る結果となりました。引き続き抗菌薬投与前の血液培養実施を励行していきます。

★24 血液培養実施時の2セット実施率（小児科除く）

プロセス

血液培養は、血液中から原因微生物を捉え、確定診断から最適に治療に導くことができる最も重要な検査の一つです。近年、感染症の診断精度を高めるために、血液培養を適正化する手段のひとつである「血液培養の複数セット採取」を推進する医療施設が増えていきます。血液培養を1セット採取した場合と2セット採取した場合とでは検出度に差が生じ、2セット以上採取したほうがより正確に原因微生物を特定でき、最適な治療に導くことができます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度 QI プロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

◇当院の特徴

前年度と比較し高値を示すことができました。今後もより高い水準を維持できるよう啓蒙活動を行っていきたいと思います。

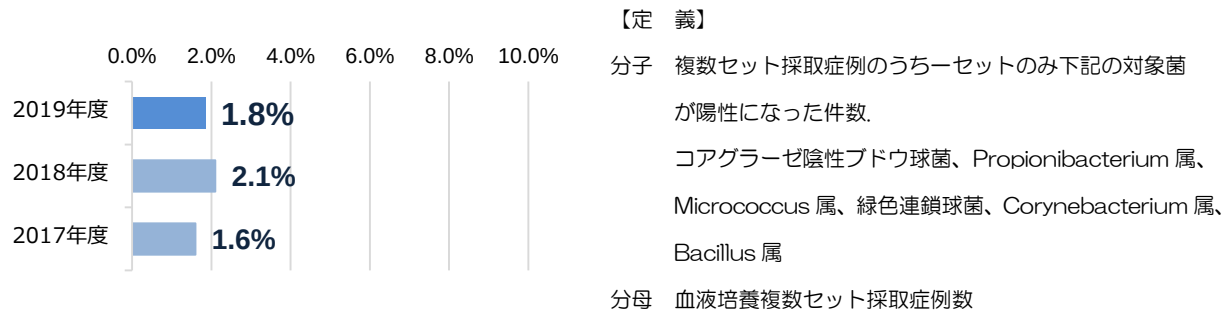
25 血液培養汚染菌検出率

アウトカム

血液培養は、血液中から原因微生物を捉え、確定診断から最適に治療に導くことができる最も重要な検査の一つです。血液培養の手法（消毒方法、手順など）が不適切な場合、皮膚の常在菌が混入して陽性となり、不適切な抗菌薬を投与してしまうなど最適な感染症診療に影響を与えます。また、ASM¹⁾ならびに CLSI²⁾では汚染菌検出率が3%を超えないよう推奨しています。

- 1) 米国微生物学会（American Society for Microbiology : ASM）
2) 米国臨床検査標準化協議会（Clinical and Laboratory Standards Institute, CLSI）

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



◇当院の特徴

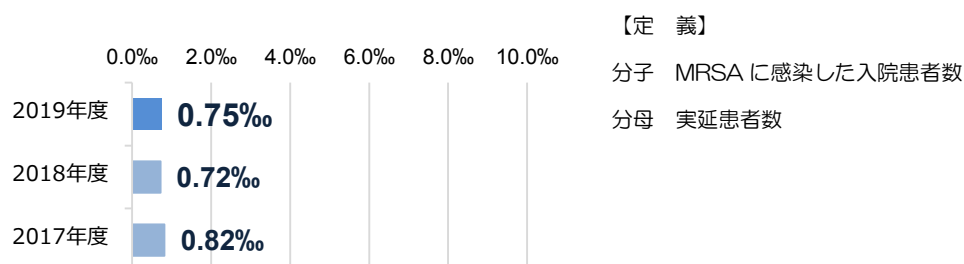
前年度と比較し低い値となりました。国際的な基準である3%未満を維持しております。
今後もより高い水準を維持できるよう啓蒙活動を行っていききたいと思います。

26 MRSA検出状況

アウトカム

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）は、医療関連感染を起こす代表的な菌です。MRSA の発生状況を把握することで、院内感染予防策の評価を行う一つの目安となる指標です。MRSA の発生を低減させるために、手指衛生や適切な器具の取扱いを徹底し汚染された手指や器具を通しての接触伝播を予防する取り組みが必要です。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



◇当院の特徴

前年度よりも少し高い値を示しましたが、MRSA によるアウトブレイクもなく対応できました。当院では検出された事例ごとに MRSA を「持ち込み」、「院内新規」、「不明」の3項目に分類し、検出状況を分析しています。持ち込み事例も含めて検出数を0にすることは困難なため、アウトブレイクの指標にもなる「院内新規」事例を常時0にすることを目標としています。

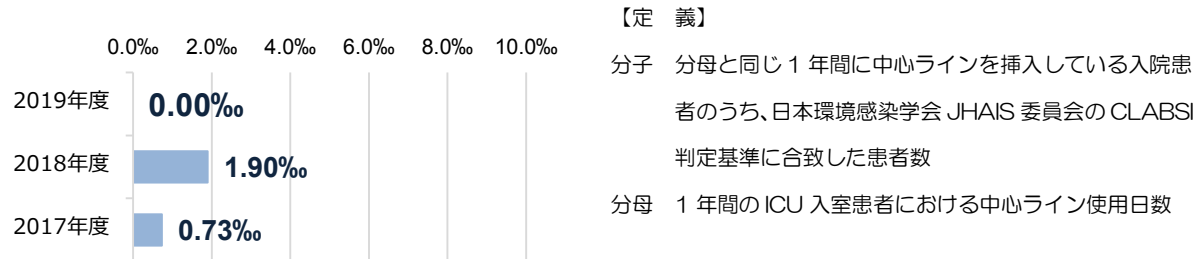
27 中心ライン関連血流感染発生率（ICU 入室患者のみ）

アウトカム

中心ライン関連血流感染（Central line-associated bloodstream infection：CLABSI）は重大な病院感染の 1 つであり、CLABSI を発症した場合、入院期間の延長や死亡率を高める原因となります¹⁾。そのため、総合的な感染対策を講じる必要があります。CLABSI 低減のために、最善のカテーテル挿入部位の選択、必要性の評価、実施中の管理強化、早期の抜去などの対策を図ることが重要となります。

1) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011.

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



◇当院の特徴

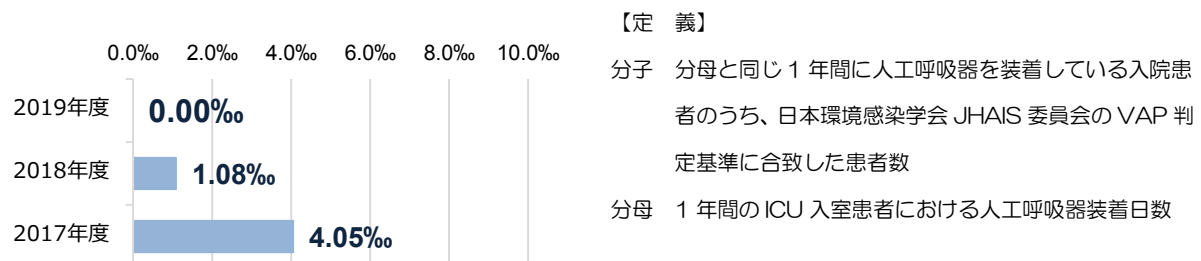
前年度と比較し低値となりました。引き続き、当院マニュアルや種々のガイドラインを参考にしながら、今後の発生率低減に努めていきます。

28 人工呼吸器関連肺炎発生率

アウトカム

人工呼吸器関連肺炎（Ventilator Associated Pneumonia：VAP）とは、人工呼吸器の装着から 48 時間以降に新たに発生する肺炎の事です。人工呼吸器装着患者さんは、非装着患者さんに比べ、肺炎を起こすリスクが 6～21 倍であり、人工呼吸器装着患者さんの 10～25%が VAP を発症するといわれています。VAP 発症は患者さんの重症化、在院期間や医療費が増大することが知られています。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



◇当院の特徴

前年度と比較し低値となりました。引き続き、当院マニュアルや種々のガイドラインを参考にしながら、今後の発生率低減に努めていきます。

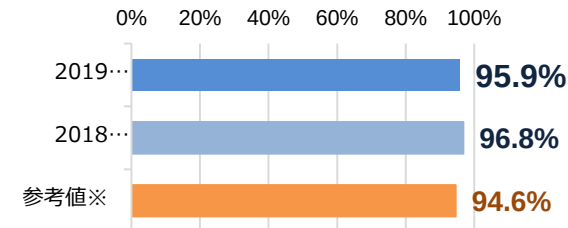
VII 手術

★29 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 プロセス

手術後に、手術部位感染が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。手術部位感染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げられ、手術開始前 1 時間以内に適切な抗菌薬を投与することで、手術部位感染を予防し、入院期間延長や入院医療費の増大を抑えることができますと言われています。

病院としての周術期感染症発症予防への意識や取り組みを図る一つの目安となる指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【定 義】

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¹⁾の手術件数

1) 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

◇当院の特徴

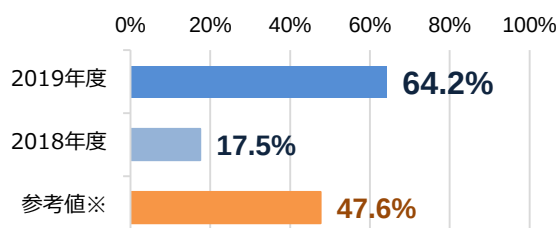
参考値を上回り、概ね遵守されていると思われます。引き続き当院マニュアルの「抗菌薬適正使用マニュアル」を随時改訂しながら、遵守率が向上するよう検討していきます。

★30 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 プロセス

特定術式のうち、感染予防のため推奨されている抗菌薬投与を手術後 24 時間以内（心臓手術の場合は術後 48 時間以内）で終了した手術件数の割合を示しています。

手術部位感染予防のためには抗菌薬投与は重要です。しかし、不必要に長期間投与することで、抗菌薬による副作用の出現や耐性菌の発生、医療費の増大につながってしまいます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【定 義】

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（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）

分母 特定術式¹⁾の手術件数

1) 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

◇当院の特徴

前年度と比較し、大幅に改善され、参考値も上回るようになりました。引き続き、不必要な長期投与を制御し、耐性菌の抑制に努めたいと思います。

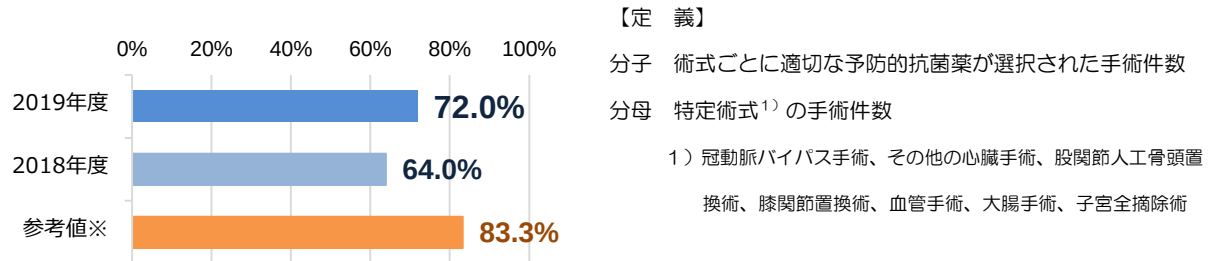
★31 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

プロセス

特定術式のうち、手術執刀開始 1 時間以内に適切な抗菌薬を静脈注射した割合を示しています。

手術執刀開始 1 時間以内に適切な抗菌薬を静脈注射することで手術部位感染を予防し、入院期間の延長や入院医療費の増大を抑えることができると言われています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

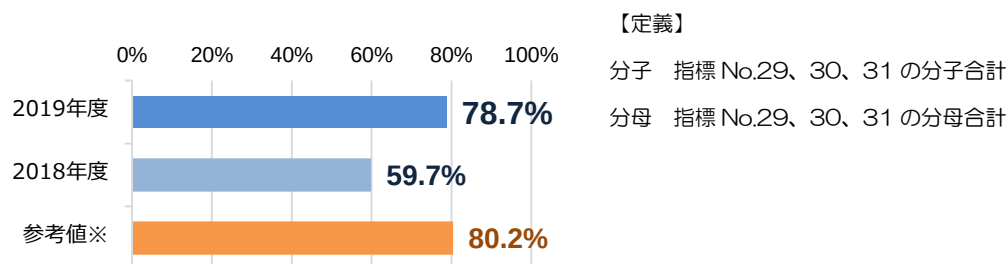
前回よりも高値を示しましたが、参考値と比較して依然として低値を示しております。診療科別、術式別の指標値の分析を進め、術式によってはクリニカルパスの見直しを行い、適切な抗菌薬を組み込む等の改善案を検討し、適切な抗菌薬選択を行うように努めていきます。

★32 統合指標（手術）

指標 No. 29、30、31 を「統合」「合成」した指標です。

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しています。こうすることで、アウトカム達成するために必要なケアプロセス群を総合的にどれくらい実施できているかを見ることを可能とし、ケアプロセスを束ねて実施しているかどうか評価できます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

前年度よりも大きく改善し、参考値に近づくことができました。引き続き、診療科別、術式別の指標値の分析を進めるとともに改善案の検討し、予防的抗菌薬の適正使用の遵守率向上に努めていきます。

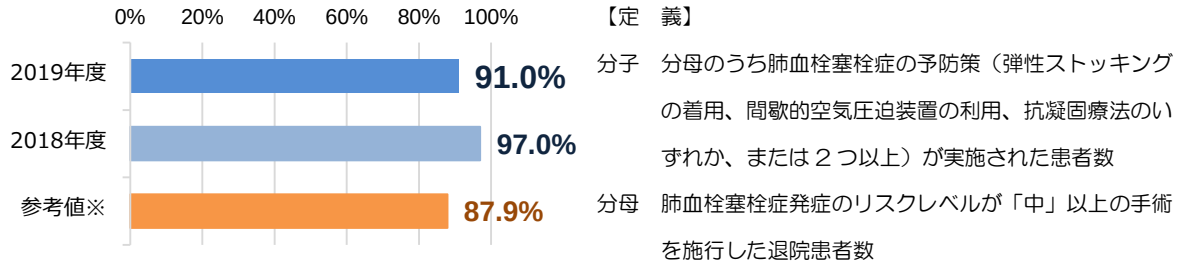
33 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防策実施率

プロセス

肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者さんに対しては、予防策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法）を行うことが一般的に推奨されています。

これらの術後肺血栓塞栓症予防対策が取られているかを評価する指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019年度指標による平均値

◇当院の特徴

参考値を上回っていますが、昨年よりも実施率が低下しています。

周術期の肺血栓塞栓症予防策は手術前に患者さんに説明を行った上、発症リスク評価に応じた予防方法を選択し、発生防止に取り組んでいます。予防の基本である術後の早期離床、早期歩行は疼痛コントロールしながら積極的に進めています。薬物による予防は、当院で使用可能な抗凝固剤と使用方法について標準化を行っています。

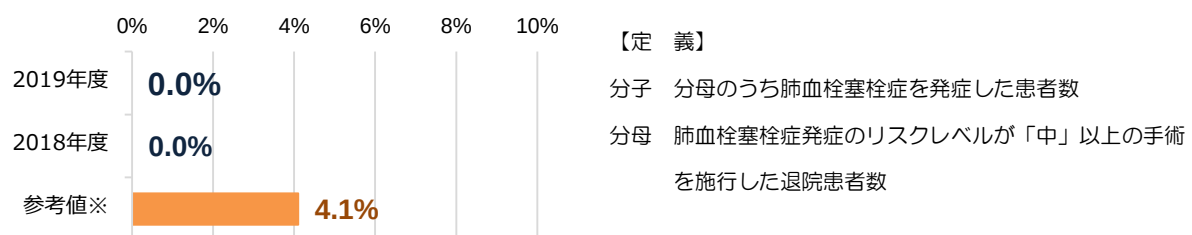
34 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

アウトカム

肺塞栓症は、血栓が肺動脈に詰まり、呼吸困難や胸痛を引き起こし、時として死に至ることもある疾患です。

肺血栓塞栓症予防に対する病院全体の取り組みの結果を示す指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019年度指標による平均値

◇当院の特徴

手術ありの患者さんの肺血栓塞栓症の発生は、昨年度に引き続きありませんでした。

肺血栓塞栓症は生命にかかわることもある合併症であるため、発症リスクに応じて対策を実施しています。

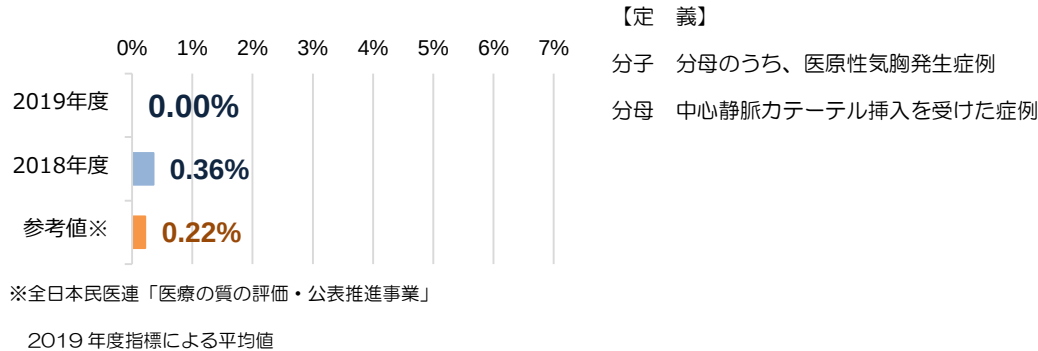
今後とも発生防止に努めていきます。

35 中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸発生率

アウトカム

中心静脈カテーテル挿入術は、主に長期の栄養管理を必要とする患者さん、抗菌薬や循環動作薬など複数の点滴を必要とする患者さんに不可欠とされている処置です。心臓近くの中心静脈にカテーテルという管を留置することで、重症患者さんの全身管理に役立ちます。そのため、中心静脈カテーテル挿入術の合併症頻度を低く保つことは、医療安全に対する取り組みの指標となります。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



◇当院の特徴

2019年度の中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸発生率は0%でした。

当院では毎年、研修医を中心に中心静脈カテーテルの挿入実技研修を行っています。また、気胸発生リスクのない、腕などの末梢静脈から挿入する PICC の使用が増加傾向であり、今後とも気胸の発生防止に努めたいと考えます。

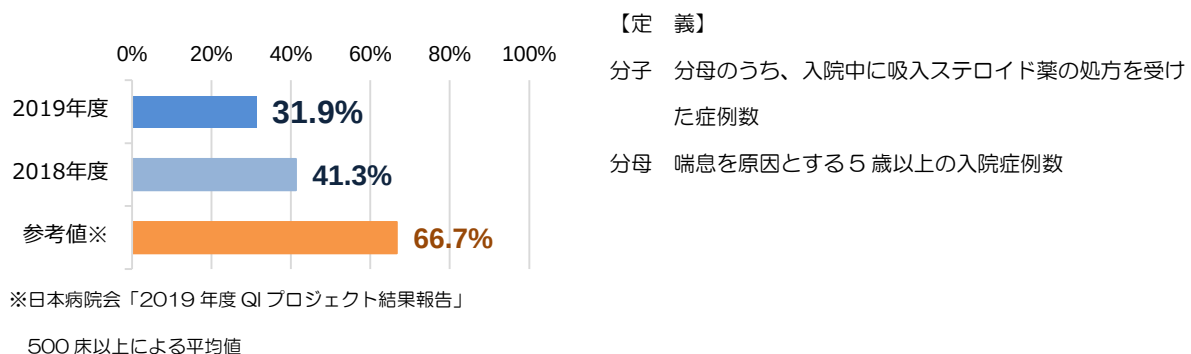
VIII 呼吸器

★36 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合 プロセス

喘息患者さんにおいて、吸入ステロイド薬とピークフローモニタリングによる自己管理が治療の基本です。また、急性発作期にはステロイド薬の内服や点滴が必要となります。

この指標は、喘息入院患者さんに吸入ステロイドを処方した割合を示しています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



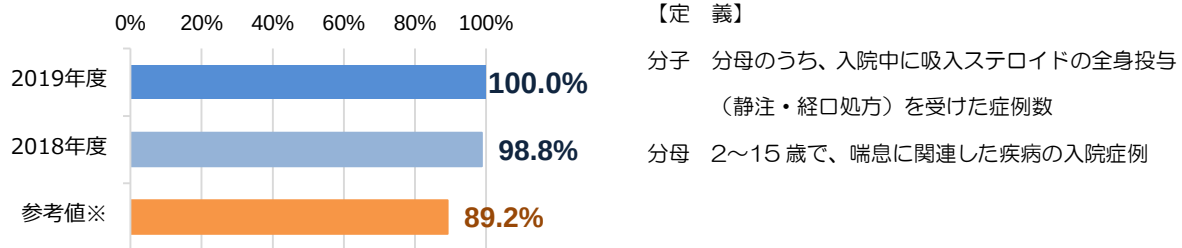
◇当院の特徴

2019年度の喘息入院患者さんは47名（15歳以上 15名、15未満 32名）でした。15歳以上の喘息患者さんに対しては、吸入ステロイド投与がされており、標準的な治療法が行われています。一方、15歳未満の小児喘息患者さんのほとんどがβ₂刺激薬を使用しても、SpO₂が95%以上を保てない中発作以上の患者さんであり、ステロイドの全身投与を必要とする症例です。そのため、参考値より低くなっていると考えられます。

★37 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合 プロセス

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2012 において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本治療（ステップ1）となります。また、吸入ステロイドの処方ステップ2以上となります。薬物療法は、早期に十分な効果が得られたのちに良好な状態を維持できる必要最少量まで徐々に減量するほうが、小児患者さんの生活の質の向上のために好ましいと考えられています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

当院は 24 時間小児救急患者さんを受け入れており、小児喘息に関しても、市内の多くの診療所から入院治療を必要とする患者さんが紹介されます。紹介患児のほとんどは $\beta 2$ 刺激薬を使用しても、SpO₂ が 95%以上を保てない中発作以上の患者さんで、ステロイドの全身投与が必要です。2019 年度に当院に入院した小児喘息患児では 100%の方にステロイド全身投与が行われており、より重症度の高い患児が紹介され入院していることが分かります。

Ⅸ 糖尿病・代謝

★38 糖尿病患者の血糖コントロール

アウトカム

HbA1c は、血糖値のコントロール状態を示す指標です。合併症を予防するためには、HbA1c を 7.0%以下に維持することが推奨されています。そのため、HbA1c が 7.0%以下にコントロールされている患者さんの割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断することにつながります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。

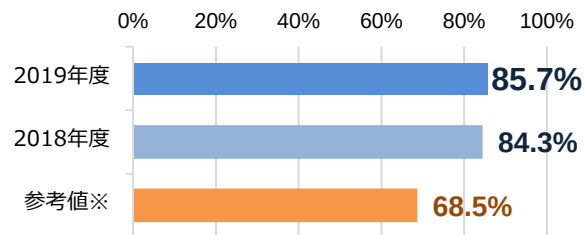
38-a HbA1c<7.0%



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

38-b 65 歳以上の HbA1c<8.0%



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【定 義】

分子 HbA1c の最終値が 8.0%未満の外来患者数

分母 糖尿病の薬物療法を施行されている 65 歳以上の外来患者数

◇当院の特徴

当科外来患者さんにおける HbA1c<7.0%および HbA1c<8.0%の患者数の割合は、それぞれ参考値より 7.7、17.2 ポイント上回っており、当院での糖尿病診療の質が、全国の糖尿病外来設置病院の中で相当程度高いレベルに位置していることを示しています。当院では、2013 年の熊本宣言に関する血糖コントロール目標(HbA1c)（合併症予防のための目標 7.0%未満、治療強化が困難な場合の目標 8.0%未満）及び 2016 年の「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」（日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会）に基づいた HbA1c の目標設定に準拠した診療をすべての糖尿病外来患者さんを対象に行っており、今後もこの水準を維持してゆく方針です。

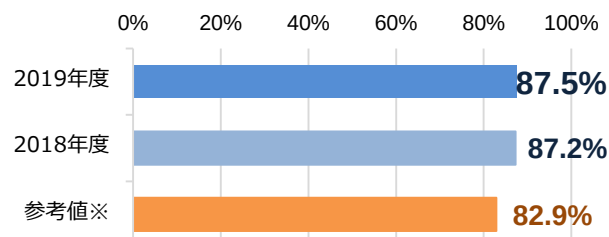
★39 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

プロセス

糖尿病や慢性腎臓病の患者さんは、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。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【定 義】

分子 分母のうち、特別食加算の算定

分母 18 歳以上の糖尿病・慢性腎臓病であり、それらの治療が主目的ではない入院症例の食事

◇当院の特徴

当院の糖尿病・慢性腎臓病患者さんへの栄養管理実施率は、87.5%となっており、参考値より 4.6 ポイント上回る結果となっています。

これは入院時、特別な栄養管理が必要と判断した患者さんについて糖尿病、腎疾患やその他疾患の既往歴等を確認し、一般食がオーダーされていた場合は特別食への変更を依頼している効果だと考えます。

特別食を提供している患者さんへは入院中に入院栄養食事指導も積極的に実施しています。

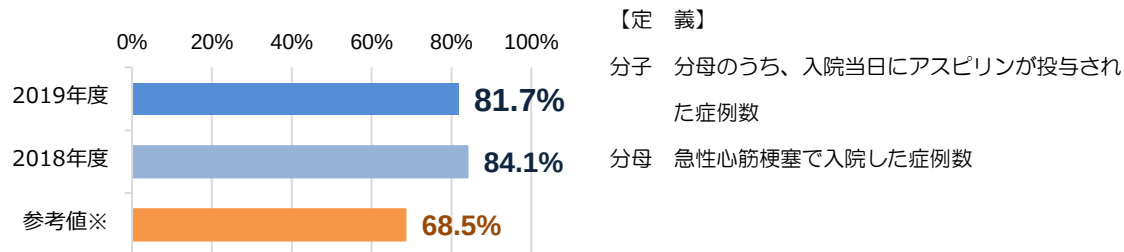
X 心血管

★40 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

プロセス

急性心筋梗塞において、血小板による血管閉塞および心筋との需要供給関係の破綻、心筋のリモデリングが問題であり、抗血小板薬及び β -遮断薬の投与が重要となります。また、急性期におけるアスピリン及び β -遮断薬の処方、Class I となっています。これらは心筋梗塞量の減少やイベント抑制にかかわっているため、医療の質を示すのに適した指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

当院の数値は、参考値よりも 13.2 ポイント高い結果となりました。

2018 年度よりも 2.4 ポイント低下していますが、当院の特徴として心肺停止後の急性心筋梗塞も多く、経口が不可能な症例が含まれていたためと考えられます。

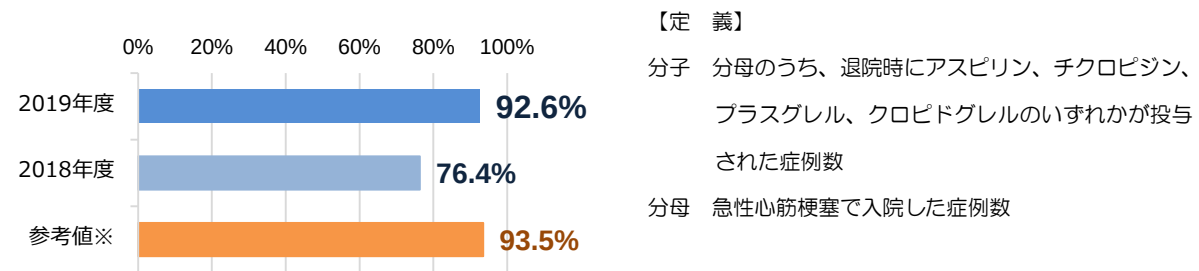
★41 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与率

プロセス

心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています。この指標は、アスピリンだけではなく、チクロピジン、プラスグレル、クロピドグレルのいずれかが含まれるとする抗血小板薬の処方率となっています。

また、この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

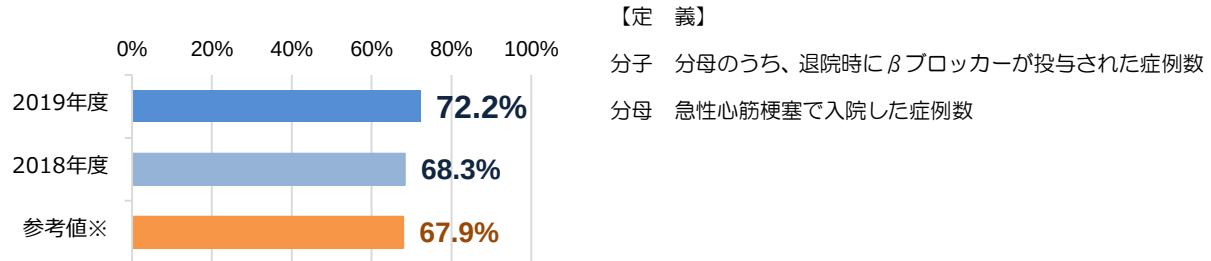
当院の数値は、参考値より 0.9 ポイント低い結果となりましたが、2018 年度よりも改善しています。

当院では、患者さんの臨床背景を考慮した抗血小板剤の処方をおこなっています。特に心房細動合併例では抗凝固療法との 3 剤併用で出血が増えるため、ガイドラインの改定に伴い、出血ハイリスク群では抗血小板薬は入院中のみ投与し、退院時には抗凝固療法のみで、抗血小板剤を中止としている患者さんも増えています。

★42 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合 プロセス

近年の急性心筋梗塞の死亡率の減少において、カテーテル治療の役割が非常に大きかったことは周知の事実です。また、再び心筋梗塞を起こさないように二次予防を積極的に行うことも重要です。そのため、二次予防に必須とされる薬物治療を退院時に処方導入することはガイドラインでも推奨されています。再び心筋梗塞を起こさないように二次予防的に行う標準的な診療が行われているかを図る指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

◇当院の特徴

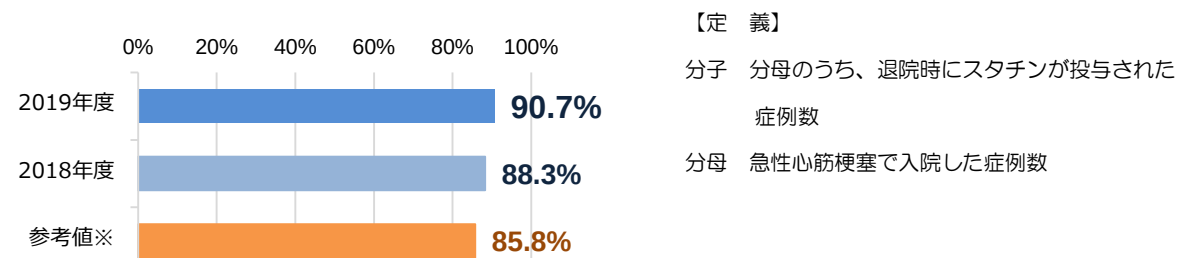
当院の数値は、参考値より4.3ポイント高い結果となり、2018年よりも3.9ポイント改善しました。

当院では、急性心筋梗塞における退院患者さんに対し、禁忌がなければ積極的に投与していますが、高度徐脈や低血圧などの禁忌時は投与できないのが現状です。禁忌がなければ今後は、さらに処方率を上げるように努めていきます。

★43 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合 プロセス

近年の急性心筋梗塞の死亡率の減少において、カテーテル治療の役割が非常に大きかったことは周知の事実です。また、再び心筋梗塞を起こさないように二次予防を積極的に行うことも重要です。そのため、二次予防に必須とされる薬物治療を退院時に処方導入することはガイドラインでも推奨されています。再び心筋梗塞を起こさないように二次予防的に行う標準的な診療が行われているかを図る指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

◇当院の特徴

当院の数値は、参考値より4.9ポイント高い結果となり、2018年よりも2.4ポイント高くなりました。

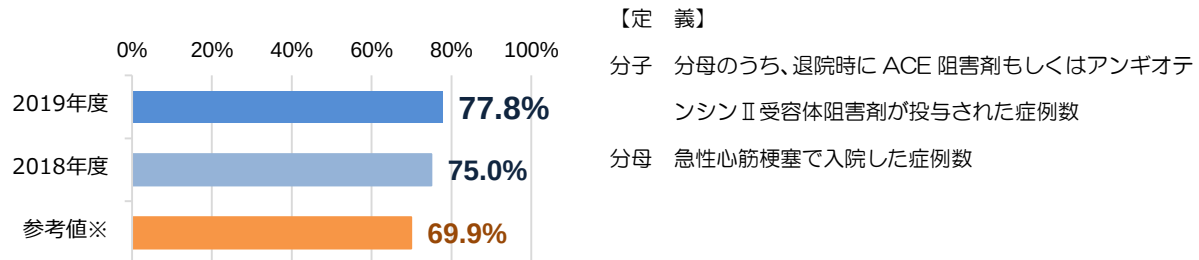
当院では退院時に継続可能な患者さんに対しては積極的に投与していますが、今後もさらに処方率を上げるように努めていきます。

★44 急性心筋梗塞患者における退院時 ACE 阻害剤もしくは アンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合

プロセス

近年の急性心筋梗塞の死亡率の減少において、カテーテル治療の役割が非常に大きかったことは周知の事実です。また、再び心筋梗塞を起こさないように二次予防を積極的に行うことも重要です。そのため、二次予防に必須とされる薬物治療を退院時に処方導入することはガイドラインでも推奨されています。再び心筋梗塞を起こさないように二次予防的に行う標準的な診療が行われているかを図る指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

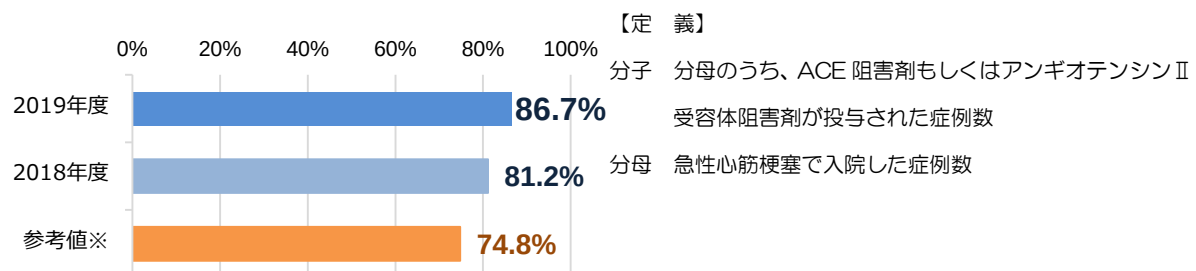
当院の数値は、参考値より 7.9 ポイント高く、2018 年度よりも 2.8 ポイント高い結果となりました。
当院では、急性心筋梗塞における退院患者さんに対し、禁忌がなければ積極的に投与しています。

★45 急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくは アンギオテンシンⅡ受容体阻害剤の投与割合

プロセス

近年の急性心筋梗塞の死亡率の減少において、カテーテル治療の役割が非常に大きかったことは周知の事実です。また、再び心筋梗塞を起こさないように二次予防を積極的に行うことも重要です。そのため、二次予防に必須とされる薬物治療を退院時に処方導入することはガイドラインでも推奨されています。再び心筋梗塞を起こさないように二次予防的に行う標準的な診療が行われているかを図る指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

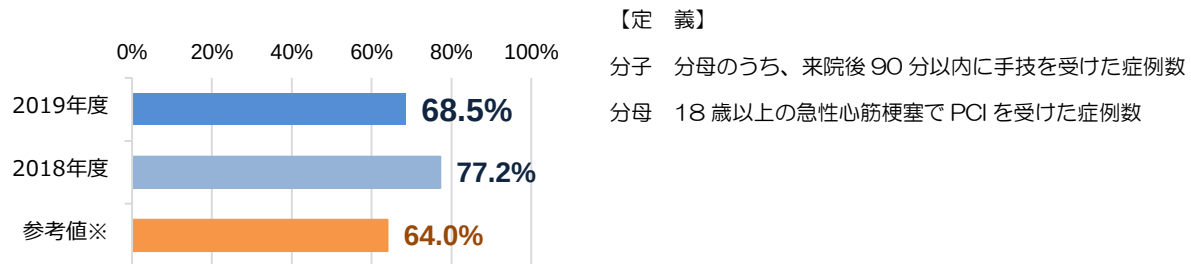
当院の数値は、参考値より 11.9 ポイント高く、2018 年度よりも 5.5 ポイント高い結果となりました。
当院では、急性心筋梗塞における退院患者さんに対し、禁忌がなければ積極的に投与しています。

★46 急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の初回 PCI 実施割合 プロセス

急性心筋梗塞の治療には、発症後可能な限り早期に再灌流療法を行うことが、生命予後の改善に大きく影響します。また、病院到着から PCI までの所要時間は、急性心筋梗塞治療の質を示す一つの目安となる指標です。

具体的には door-to-balloon¹⁾ 時間が 90 分以内であること、あるいは 90 分以内に再灌流療法が施行された患者さんの割合が 50%以上という指標が用いられています。1) door-to-balloon 時間：病院到着から PCI までの時間

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

当院の数値は、参考値より 4.5 ポイント高い結果となりました。

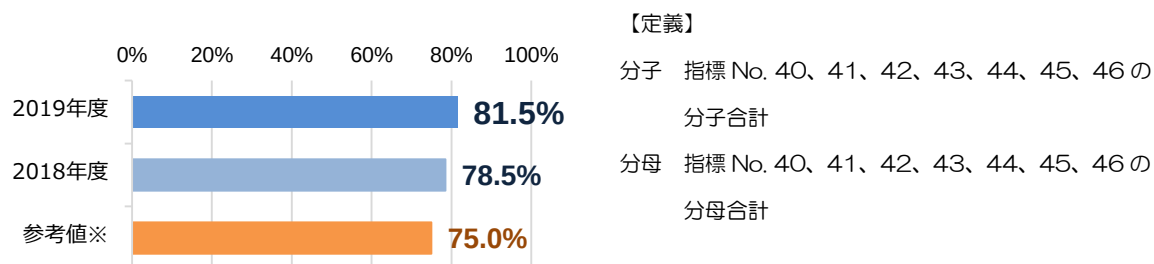
スタッフおよびコメディカルスタッフの協力を得て、高い達成率を確保することができましたが、2018 年度よりも 8.7 ポイント低下しております。さらに 90 分以内の実施割合を高めるように努力していきます。

★47 統合指標（虚血性心疾患）

指標 No. 40、41、42、43、44、45、46 を「統合」「合成」した指標です。

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しています。こうすることで、アウトカム達成するために必要なケアプロセス群を総合的にどれくらい実施できているかを見ることを可能とし、ケアプロセスを束ねて実施しているかどうか評価できます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

当院の数値は、参考値より 6.5 ポイント高く、2018 年度よりも 3.0 ポイント高い結果となりました。

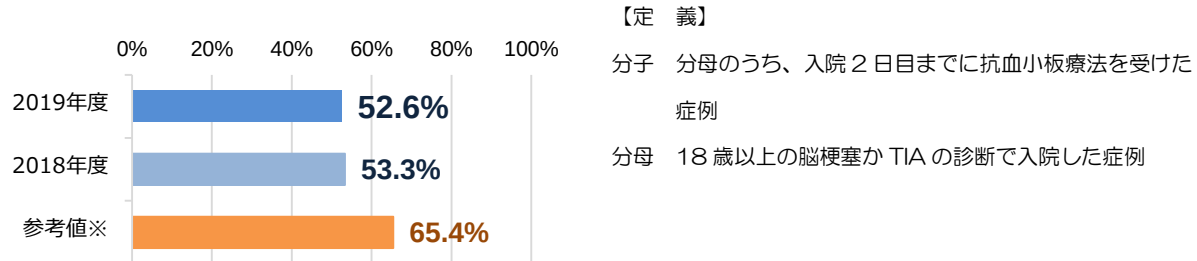
標準以上の医療が提供できていると解釈しますが、今後もさらに医療の質を向上するよう引き続き努力していきます。

X I 脳神経

★48 脳卒中患者のうち入院 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 プロセス

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。この指標は、適応のある患者さんには第 2 病日までに抗血栓薬の投与が開始された割合を示しています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

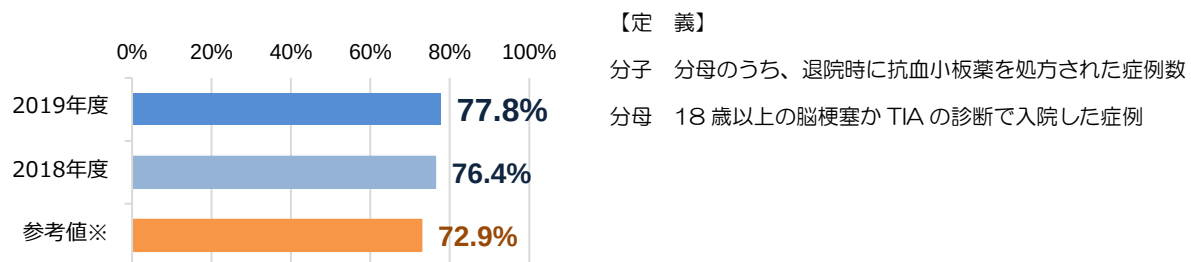
◇当院の特徴

脳梗塞は脳血栓症と脳塞栓症に分けられ、主に前者には抗血小板療法、後者には抗凝固療法を選択します。当科では脳血栓症に対しては発症早期に抗血小板療法を行いますが、脳塞栓症には抗血小板療法は選択せず、欧州心臓学会のガイドラインによる 1-3-6-12 日ルールに基づいて抗凝固療法を開始しております。当科に入院する脳塞栓症の多くは重症のため、3 日目以降に抗凝固療法を選択することが多く数値が低くなっているものと推察されます。

★49 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合 プロセス

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。この指標は、適応のある患者さんに抗血小板薬が投与されている割合を示しています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

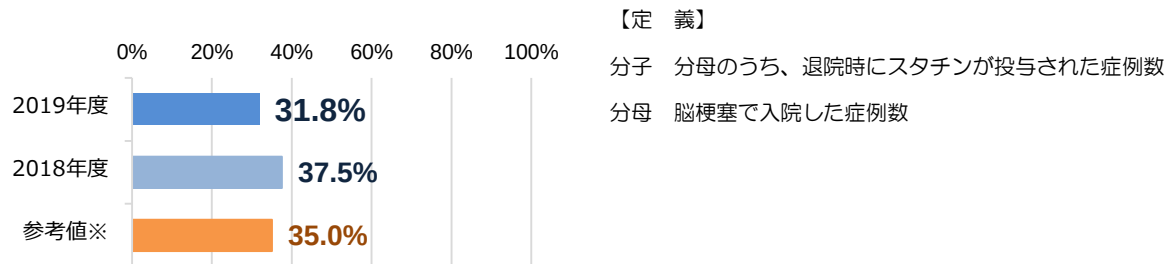
非心原性脳梗塞の再発予防のための抗血小板薬の投与は積極的に行っております。しかし、出血のリスクを高めるため、超高齢者や易出血性の方、転倒リスクの高い方には勧められず、リスクベネフィットをよく考えて選択するため、100%にはなりません。

★50 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

プロセス

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となります。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るとされています。この指標は、適応のある患者さんにスタチンが処方されている割合を示しています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

当科では全脳梗塞患者さんに対して脂質異常症のスクリーニングを行っております。そのうち、悪玉と言われる LDL コレステロールが高い方に対しては積極的にスタチンを使用しております。しかし、脳梗塞の再発予防に対するスタチンの効果を調べた臨床試験では LDL を下げすぎると脳出血が増える可能性も指摘されており、やみくもに処方せず、エビデンスに基づいて数値を見ながらコントロールを行っております。

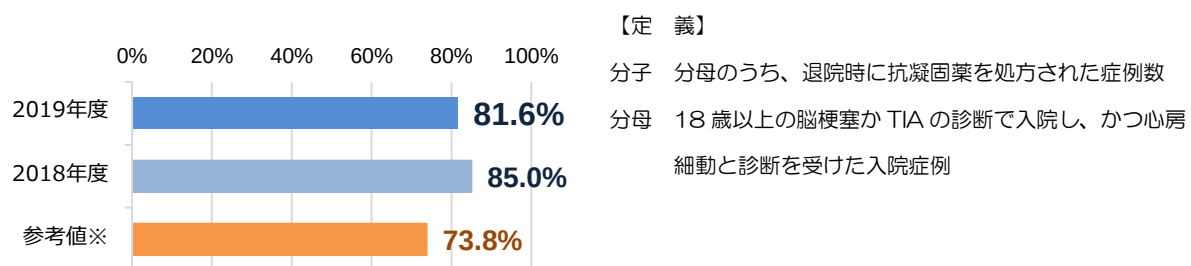
★51 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

プロセス

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 2015 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である（グレード A）」と記載されています。一方で、「出血性合併症は INR2.6 を超えると急増する（グレード B）」とも記載されています。

この指標は、適応のある患者さんに抗凝固薬の投与されている割合を示しています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

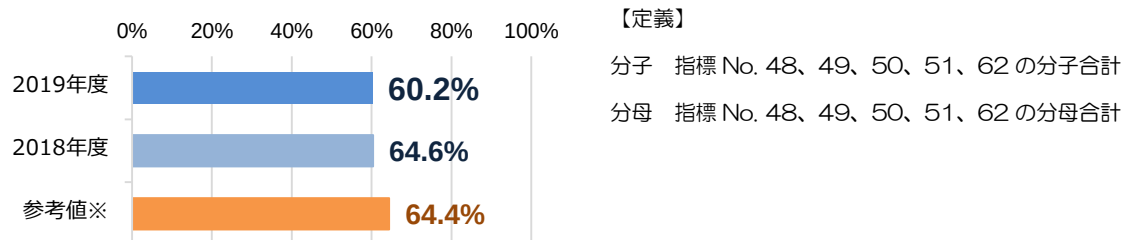
当科では心房細動を有する脳梗塞患者さんには出血リスクが高くない限りできるだけ抗凝固薬を処方しております。近年は INR を頻回に確認しなくてはならないワーファリンではなく、より出血も少ない DOAC を採用することにより出血性合併症は少なくなりました。抗血小板薬を選択することはありません。

★52 統合指標（脳卒中）

指標No. 48、49、50、51、62 を「統合」「合成」した指標です。

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しています。こうすることで、アウトカム達成するために必要なケアプロセス群を総合的にどれくらい実施できているかを見ることを可能とし、ケアプロセスを束ねて実施しているかどうかを評価できます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

概ね参考値と同様ではないでしょうか。48および50がやや低いですが、患者さん一人ひとりに対して、状況に応じた薬剤選択を行った結果であり、引き続きエビデンスやガイドラインに基づいた標準的な治療を心掛けていきたいと思います。

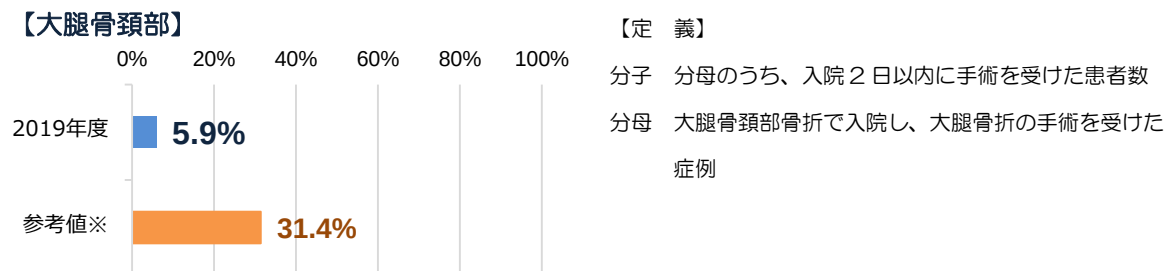
X II 整形

★53 大腿骨骨折の早期手術実施率【新】 プロセス

大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドラインでは、緊急で 24 時間以内に手術する必要はないものの、内科的合併症で手術が遅れる場合を除いて、できるだけ早期に手術を行うべきとされています。

この指標は、ガイドラインで推奨されている「2 日以内」に手術を受けた患者さんの割合を示しています。

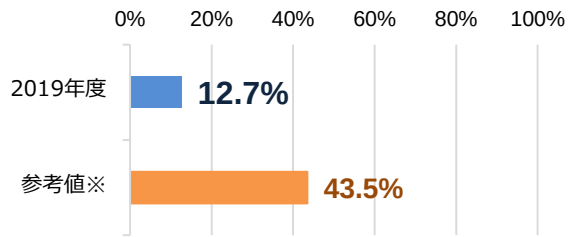
◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

【大腿骨転子部】



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

【定 義】

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症例

◇当院の特徴

当院では循環器疾患、呼吸器疾患、糖尿病などの内科的合併症を重複して合併している高齢患者さんを多く受け入れています。そのため、全身状態の評価と内科疾患のコントロールに時間がかかったことから、入院後2日以内に手術を行えないケースが多くなっていました。今後は、早期手術の更なる推進に向けて、可能な限りスピーディーに全身状態の評価を進めていく体制を整えていきたいと思っています。

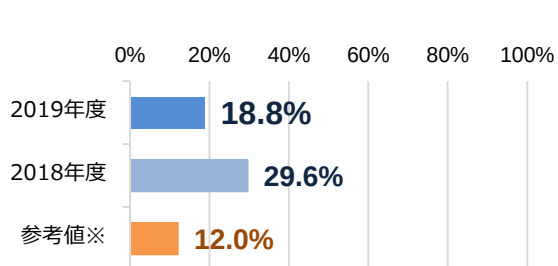
XIII 精神

★54 身体抑制率（精神科病床）

プロセス

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。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向け

項目算出に参加した27施設による平均値

【定 義】

分子 分母のうち身体抑制を実施した延べ患者数
 分母 病床入院延べ患者数

◇当院の特徴

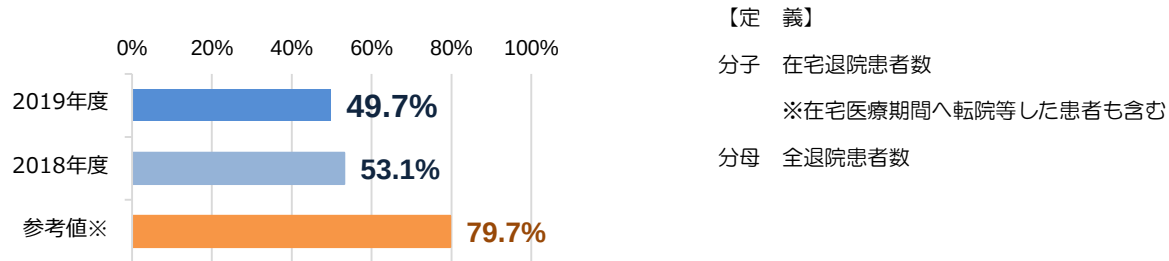
当院の身体抑制率(精神科病床)は、2018年度に比べ18.8%と減少はしておりますが、参考値よりも劣った結果(=身体抑制率が高い)となっています。当院でも身体抑制の最小化に努めていますが、地域に必要とされる(単科)精神科病院では行えない身体合併症に特化した入院治療をおこなっていますので、点滴などの処置、術後の安静確保などのため身体抑制が必要となることが多く、(単科)精神科病院が主体となる平均値に比べ身体抑制率が高くなったと推測されます。引き続き身体抑制の最小化に努めていきます。

★55 在宅復帰率(精神科病床)

アウトカム

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を除く者」として定められている患者さんの割合です。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、地域密着型介護老人福祉施設、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、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が含まれます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



【定 義】

分子 在宅退院患者数

※在宅医療期間へ転院等した患者も含む

分母 全退院患者数

※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向け

項目算出に参加した30施設による平均値

◇当院の特徴

当院の在宅復帰率(精神科病床)は49.7%と2018年度とほぼ同率の値となっており、参考値に比べ劣った結果(=療養病床や介護老人保健施設に退院した患者さんが多い)となっています。

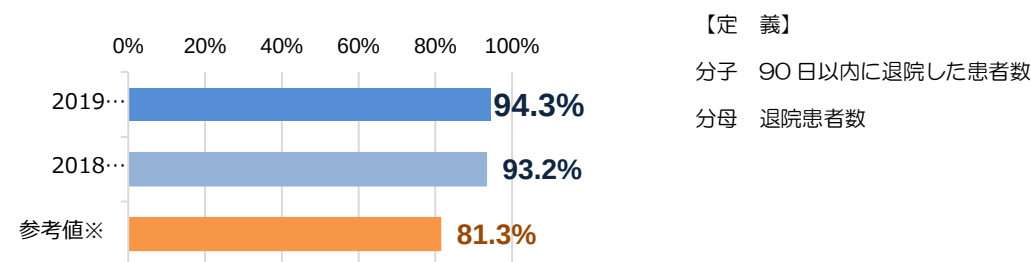
当院では、地域の精神科医療機関・クリニック、保健・福祉機関との連携のもと、身体合併症精神科医療に特化した入院治療を行っており、身体治療が終了した後に紹介元医療機関に再入院したり、またはリハビリテーション病院や介護老人福祉施設へ退院したりすることが多くなるため、在宅復帰率が低くなったと推測されます。患者さんの病態・病状に応じて在宅復帰を含めた柔軟な退院調整を進めていきます。

★56 90日以内の退院患者率(精神科病床)

アウトカム

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。なお、重度かつ慢性患者さん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。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



【定 義】

分子 90日以内に退院した患者数

分母 退院患者数

※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向け

項目算出に参加した30施設による平均値

◇当院の特徴

当院の90日以内の退院患者率(精神科病床)は94.3%となっており、参考値に比べ優れた結果(=早期に退院する患者さんが多い)となっています。これは身体合併症精神科病棟において各身体診療科と協力し集中的な治療を提供できていることと、身体治療終了後に地域の精神科医療機関・クリニック、保健・福祉機関との理解・協力を得られた上で、退院調整がスムーズに行われているためと考えられます。引き続き身体合併症診療がスムーズに提供できるようにそれぞれの連携を強化します。

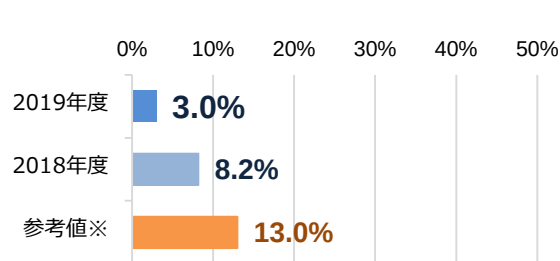
★57 再入院率（精神科病床）

アウトカム

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。また、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。

なお、重度かつ慢性患者さん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。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



【定 義】

分子 自院退院後 90 日以内の再入院患者数

分母 新入院患者数

※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神科病床向け

項目算出に参加した 29 施設による平均値

◇当院の特徴

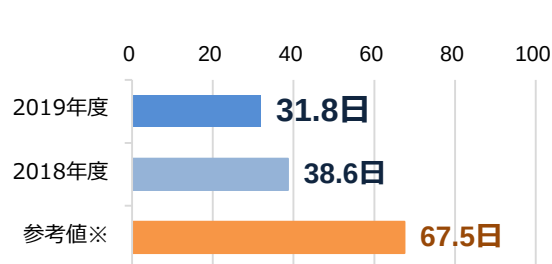
当院の再入院率(精神科病床)は 3.0%となっており、参考値に比べ特に優れた結果(=90 日以内の再入院が少ない)となっています。当院精神科では地域から求められている総合病院精神科機能を維持・強化するため、身体合併症入院治療に特化した運営を行っており、一般外来診療を行っていないため再入院が低くなっていると考えられます。当院退院後、地域における引継ぎ先の医療機関でも再入院することが避けられるように、当院入院中から丁寧な診療・ケースワークを心掛けていきます。

★58 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）（精神科病床）

アウトカム

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。重度かつ慢性患者さんを数多く担当している医療機関では日数が長くなることがあります。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



【定 義】

分子 在院患者延べ日数

分母 (1 か月間の新入棟患者数 + 1 か月の新退棟患者数) / 2

※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」精神科病床向け

項目算出に参加した 31 施設による平均値

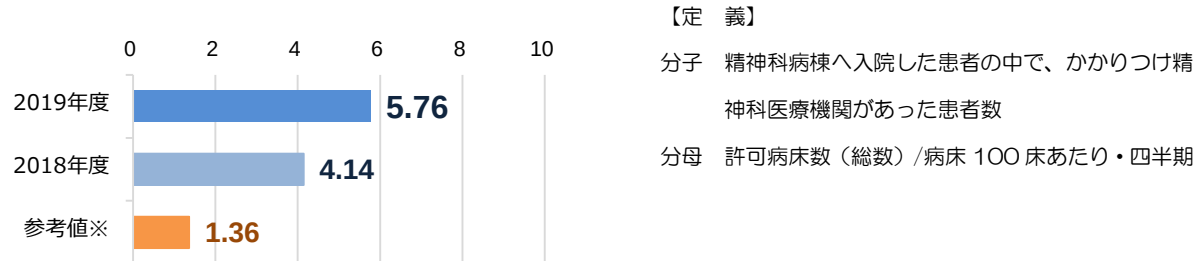
◇当院の特徴

当院の平均在院日数(精神科病床)は 31.8 日となっており、参考値に比べ特に優れた結果(=1 か月あたりの入院数が多い)となっています。当院の使命である身体合併症医療の役割を果たすため、各身体診療科との密接な協力のもと急を要することの多い身体合併症治療のニーズを満たしているだけでなく、当院退院後の治療引継ぎについて地域の精神科医療機関などの理解・協力によって平均在院日数が短くなっていると考えられます。総合病院精神科機能を強化・維持するため、より一層の連携強化に努めます。

59 精神科病棟への自院以外の精神科医療機関からの入院患者数 プロセス

精神科病院（精神科のみの病院）では対応できない身体合併症（がん、心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病の増悪、外傷等）を伴う患者さんのうち、かかりつけ精神科医療機関がある患者さんの数を示す指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



【定 義】

分子 精神科病棟へ入院した患者の中で、かかりつけ精神科医療機関があった患者数

分母 許可病床数（総数）/病床 100 床あたり・四半期

※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2019 年度一般指標(500 床以上)による平均値

◇当院の特徴

当院の精神科病棟への自院以外の精神科医療機関からの入院患者数の指標は、5.76 となっており、参考値に比べ優れた結果(=かかりつけ精神科病院では対応できない身体合併症のある患者さんの入院治療を多く引き受けている)となっています。当院の使命は(単科)精神科医療機関では対応できない身体合併症医療の提供にあり、一般精神科診療機能のダウンサイジングによる総合病院精神科機能に特化できている証と考えられます。引き続き地域から求められている身体合併症診療が持続可能な形で提供できるように体制を整備・構築していきます。

60 院内他科からの精神科診察依頼頻度 プロセス

一般病棟に入院している患者さんや精神科以外の外来患者さんの診療に対して、精神科疾患を持った患者さんに対応するため身体科からの診察依頼の頻度を示す指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



【定 義】

分子 院内他科からの精神科診察件数

分母 許可病床数（総数）/病床 100 床あたり・四半期

※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2019 年度一般指標(500 床以上)による平均値

◇当院の特徴

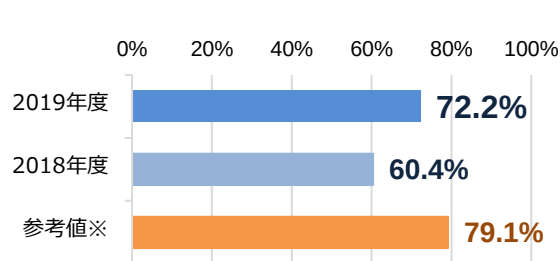
当院の院内他科からの精神科診察依頼頻度の指標は 229.4 となっており、参考値に比べ極めて優れた結果(=身体診療科からの精神科への診察依頼が多い)となっています。当院では、限られた医療資源を有効に活用するために地域でおこなえる一般精神科診療機能をダウンサイジングしており、それにより、身体治療中に精神科診療が必要となった際に速やかかつ強力に介入できている現れと考えられます。引き続き地域から求められる診療機能を維持・強化します。

XIV リハビリ

★61 脳梗塞における入院後3日以内の早期リハビリ実施患者の割合 プロセス

急性脳梗塞では、急性期治療をすすめつつ、患者さんの病態に合わせて出来るだけ早くリハビリテーションを開始することが機能の早期回復と低下抑制につながってきます。そのため、早期リハビリテーション開始率は、在宅復帰率とともに重要な指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

【定 義】

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治療を受けた症例
分母 18歳以上の脳梗塞の診断で入院した症例

◇当院の特徴

以前は週末にリハ処方が出た場合、介入開始が翌週からとなっていました。金曜日の処方については当日から介入するように体制を変更したため数値に改善が見られました。

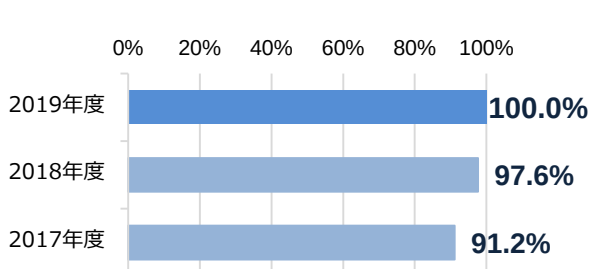
また、土日のリハ介入についても現在検討中です。

62 人工関節全置換術(肩、股、膝)患者に対する早期リハビリテーション開始件数

プロセス

人工関節全置換術後の過度な安静は、廃用症候群を引き起こす原因となります。そのため、早期リハビリテーションを開始し、早期回復を図るとともに廃用症候群や深部静脈血栓症の発生頻度を低下させるなど合併症予防をしていくことが重要となります。病院としての合併症予防への意識や取り組みを図る一つの目安となる指標です。ただし、施設の体制によっては、理学療法士らによる専門的なリハビリテーションの開始が遅れる場合があります。（開始日が休日に該当してしまう場合など）

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



【定 義】

分子 分母のうち、術後5日以内にリハビリテーションが開始された患者数
分母 人工関節全置換術（肩、股、膝）が施行された退院患者

◇当院の特徴

現在人工関節全置換術患者さんに対して、術前から担当者が介入し評価・指導を行うことが増えており、術後スムーズにリハビリテーションを開始することができています。

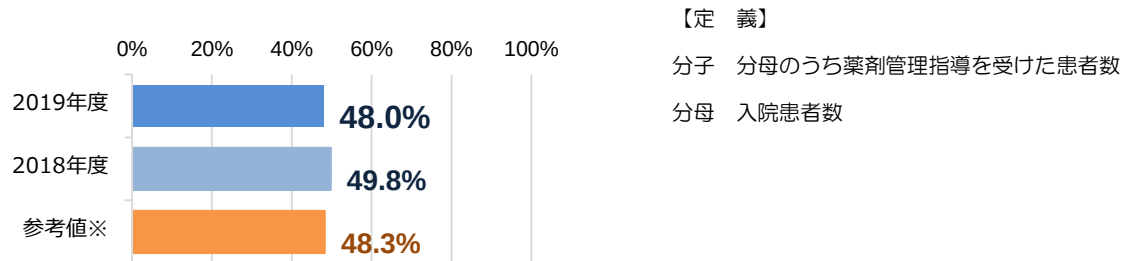
XV 薬剤

63 薬剤管理指導実施率

プロセス

病院薬剤師が行う薬剤管理指導業務には、患者さんの薬物治療の適正化、副作用モニター、持参薬チェック、服薬指導などがあります。薬剤管理指導を行うことで、患者さんは薬物治療への理解を深め、薬を服用することへの不安を軽減し、アドヒアランス（患者さんが積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従い治療を受けること）を高めることにつながります。薬剤管理指導実施率は、有効かつ安全な薬物療法が行われていることを示す指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019年度指標による平均値

◇当院の特徴

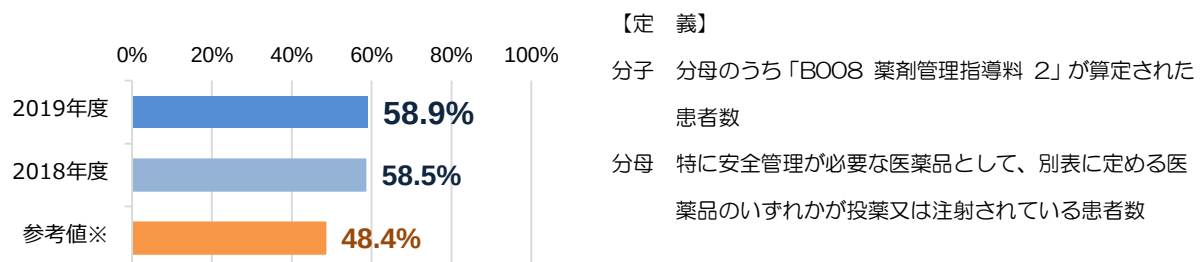
当院の薬剤管理指導実施率は、48.0%となっており、前年度よりも 1.8 ポイント下回る結果となっています。今年度は指導患者数を増やすことは達成できていませんが、服薬指導以外にも、持参薬の鑑別や術前中止薬指導などを通じて、院内の薬物治療に関与しています。今後も、配置病棟の拡大とともに、より有効かつ安全な薬物治療を提供できるよう取り組んでいきます。

64 安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率

プロセス

病院薬剤師が行う薬剤管理指導業務には、患者さんの薬物治療の適正化、副作用モニター、持参薬チェック、服薬指導などがあります。薬剤管理指導を行うことで、患者さんは薬物治療への理解を深め、薬を服用することへの不安を軽減し、アドヒアランス（患者さんが積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従い治療を受けること）を高めることにつながります。薬剤管理指導実施率は、有効かつ安全な薬物療法が行われていることを示す指標です。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※全日本民医連「医療の質の評価・公表推進事業」

2019年度指標による平均値

◇当院の特徴

当院の安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）使用患者さんに対する服薬指導実施率は、58.9%となっており、前年度よりも 0.4%上回る結果となっています。副作用の早期発現、重篤化防止のために適正な安全管理が必要な患者さんに対して、積極的に関与するよう取り組んでいる効果だと考えます。今後も継続して関与することで医薬品の適正使用に努めていきます。

XVI 臨床検査

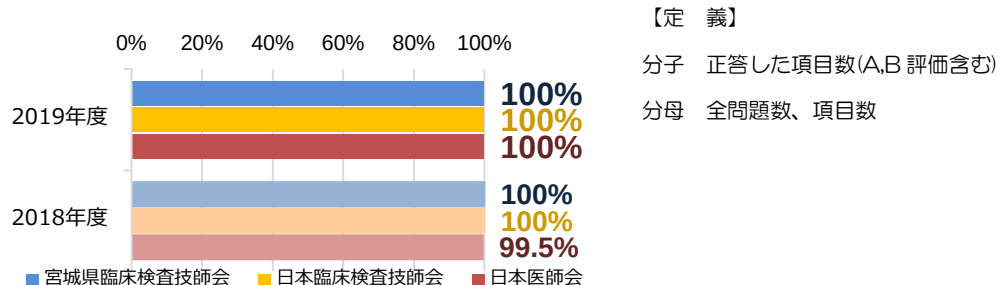
65 外部精度管理の正答数(評価 A,B 含む)の割合(%)

アウトカム

検査結果はどの施設で測定しても精度が保たれ、信頼性が保証され相互に活用されるものでなければなりません。そのため、自施設内のデータレベルと全国の施設間のデータレベルの互換性の維持が重要となります。

なお、正答数には、他施設との互換性が維持できていることを示す評価 A、B を含みます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



◇当院の特徴

自施設内のデータレベルと全国の施設間のデータレベルの互換性の維持が重要であることから、当院では日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、宮城県臨床検査技師会など多くの外部精度管理調査に参加し、自施設のデータレベルの確認を実施しています。2019 年度においては、2018 年度と同様にいずれの評価数値も高く、当院のデータは標準化され精度が保証されていると評価できます。今後も信頼性の高い検査結果を提供できるよう努めていきます。

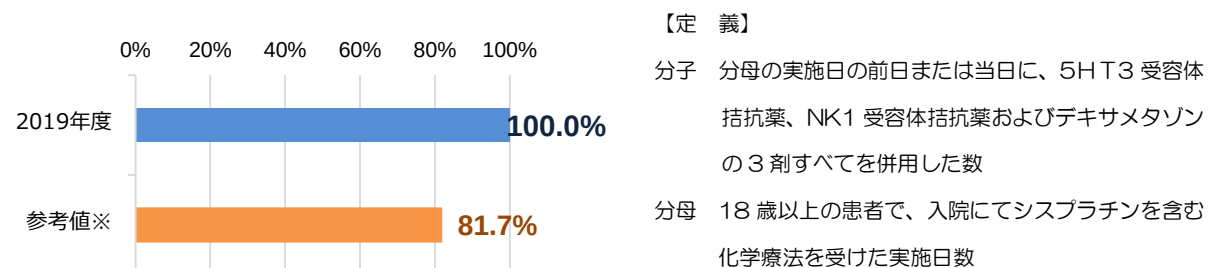
XVII 化学療法

★66 シスプラチンを含むがん薬物療法の
急性期予防的制吐剤投与率【新】

アウトカム

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は、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。「制吐剤適正使用ガイドライン」では、高度の抗がん剤による急性の悪心・嘔吐に対して、アプレピタント（もしくはホスアプレピタント）と 5HT₃ 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンを用いる（推奨グレードA）とされています。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2019 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

◇当院の特徴

当院は化学療法委員会でレジメン管理を行っています。シスプラチンを含むがん薬物療法については、「制吐剤適正使用ガイドライン」の催吐リスクに応じて、アプレピタント（もしくはホスアプレピタント）と 5HT₃ 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンが 100% 使用されている状況です。今後も「制吐剤適正使用ガイドライン」の推奨を参考にレジメン管理を行い、安全な化学療法の提供を目指していきます。