
2017年度
臨床指標
(クリニカルインディケータ)



仙台市立病院

▽ 目 次

★：一般社団法人 日本病院会「Q1プロジェクト」の指標項目

I 病院全体	
★1 患者満足度（外来患者）	1
患者満足度（入院患者）	1
2 在宅復帰率	3
★3 死亡退院患者率	3
4 クリニカルパス適用率	4
5 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率	4
II 医療連携	
★6 紹介率（地域医療支援病院）	5
★7 逆紹介率（地域医療支援病院）	5
8 新入院患者紹介率	6
9 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率	6
10 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パス使用率	7
11 地域医療機関サポート率	7
III 救急	
★12 救急車・ホットラインの応需率	8
13 救急車搬入台数・救急車搬入のうちの入院患者数	8
★14 退院後6週間以内の再入院率	9
IV 医療安全	
★15 a 入院患者の転倒・転落発生率	10
入院患者の転倒・転落発生率（精神科病床）	10
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）	11
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）（精神科病床）	11
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）	11
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）（精神科病床）	11
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	12
17 全報告中医師による報告の占める割合	12
V 褥瘡	
★18 褥瘡発生率	13
褥瘡発生率（精神科病床）	13
VI 感染管理	
★19 尿道留置カテーテル使用率	14
★20 症候性尿路感染症発生率	14
21 血液培養実施時の2セット実施率	15
22 血液培養汚染菌検出率	15
23 MRSA検出状況	16
24 中心ライン関連血流感染発生率	16
25 人工呼吸器関連肺炎発生率	17
VII 手術	
★26 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	17

★27 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	18
★28 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率	18
★29 統合指標（手術）	19
30 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防策実施率	19
31 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率	20
VII 呼吸器	
★32 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	20
★33 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	21
VIII 糖尿病・代謝	
★34 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP)<7.0%	21
IX 心血管	
★35 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合	22
★36 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合	22
★37 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	23
★38 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	23
★39 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	24
★40 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	24
★41 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内のPCI実施割合	25
★42 統合指標（虚血性心疾患）	25
XI 脳神経	
★43 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	26
★44 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合	26
★45 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合	27
★46 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	27
★47 統合指標（脳卒中）	28
XII 精神	
★48 身体抑制率（精神科病床）	28
★49 在宅復帰率（精神科病床）	29
★50 90日以内の退院患者率（精神科病床）	29
★51 再入院率（精神科病床）	30
★52 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）（精神科病床）	30
53 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	31
54 院内他科からの精神科診察依頼頻度	31
XIII リハビリ	
★55 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	32
56 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	32
XIV 薬剤	
57 薬剤管理指導実施率	33
58 安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率	33
XV 臨床検査	
59 外部精度管理の正答数（評価A、B含む）の割合（%）	34

I 病院全体

1 患者満足度（外来・入院）

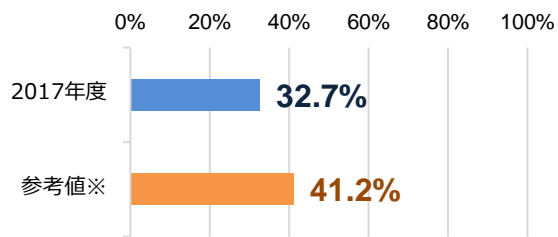
アウトカム

外来、入院の患者さんを対象に5段階評価（「非常に満足」、「満足」、「どちらとも言えない」、「不満」、「非常に不満」）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。

【外 来】

1-a 「非常に満足」と回答した患者



※日本病院会「2017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 「この病院について総合的にはどう思われますか？」

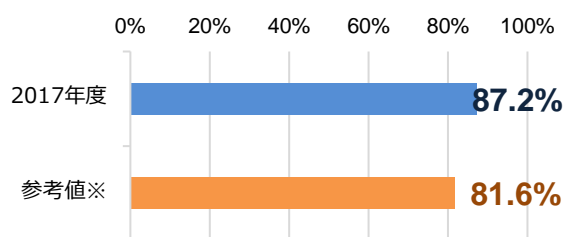
の設問に、「非常に満足」と回答した外来患者数

分母 患者満足度に回答した外来患者数

【備 考】

当該指標の質問項目「この病院について総合的にどう思われますか？」がないため、当院で実施している質問項目9項目の平均値で算出しています。

1-b 「非常に満足」または「満足」と回答した患者



※日本病院会「2017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 「この病院について総合的にはどう思われますか？」

の設問に、「非常に満足」または「満足」と回答した
外来患者数

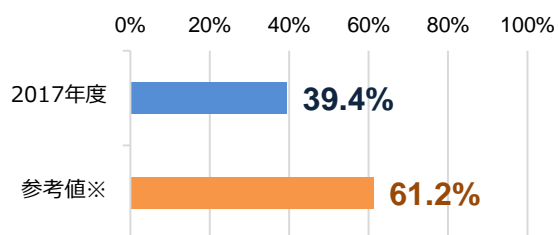
分母 患者満足度に回答した外来患者数

【備 考】

当該指標の質問項目「この病院について総合的にどう思われますか？」がないため、当院で実施している質問項目9項目の平均値で算出しています。

【入 院】

1-c 「非常に満足」と回答した患者



※日本病院会「2017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 「この病院について総合的にはどう思われますか？」

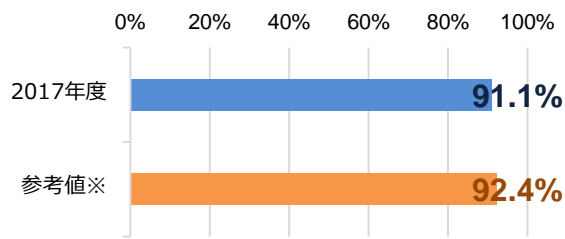
の設問に、「非常に満足」と回答した入院患者

分母 患者満足度に回答した外来患者数

【備 考】

当該指標の質問項目「この病院について総合的にどう思われますか？」がないため、当院で実施している質問項目9項目の平均値で算出しています。

1-d 「非常に満足」または「満足」と回答した患者



※日本病院会「2017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 「この病院について総合的にはどう思われますか？」
の設問に、「非常に満足」または「満足」と回答した
入院患者数

分母 患者満足度に回答した入院患者数

【備考】

当該指標の質問項目「この病院について総合的にどう思われ
ますか？」がないため、当院で実施している質問項目9項目

◇当院の特徴

【外来】

当院で実施している外来患者満足度では、「コミュニケーション」・「職員能力」・「ていねいさ」・「要望への対応」・
「気持ちの理解」・「待ち時間」・「プライバシー」・「安全な医療サービス」・「設備/アメニティ」の9項目で実施し
ています。

当該指標の数値は平均値で算出しており、「非常に満足」と回答した患者割合については、参考値よりもやや低
い結果となりました。また、「非常に満足」または「満足」と回答した患者割合については、参考値よりも高い結
果となりました。

この結果を踏まえて、質問項目ごとの分析や課題に対する改善策等を検討し、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。

【入院】

当院で実施している入院患者満足度では、「コミュニケーション」・「職員能力」・「ていねいさ」・「要望への対応」・
「気持ちの理解」・「待ち時間」・「プライバシー」・「安全な医療サービス」・「設備/アメニティ」・「食事」の10項
目で実施しています。

当該指標の数値は平均値で算出しており、「非常に満足」と回答した患者割合、「非常に満足」または「満足」
と回答した患者割合については、ともに参考値よりやや低い結果となりました。

この結果を踏まえて、質問項目ごとの分析や課題に対する改善策等を検討し、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。

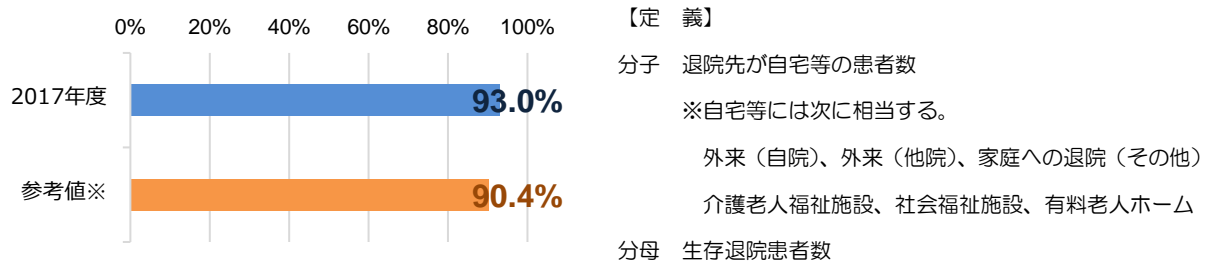
2 在宅復帰率

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います。

◇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」

2017年度一般指標(500床以上)による平均値

◇当院の特徴

当院の在宅復帰率は、93.0%で、参考値よりもやや上回る結果となりました。

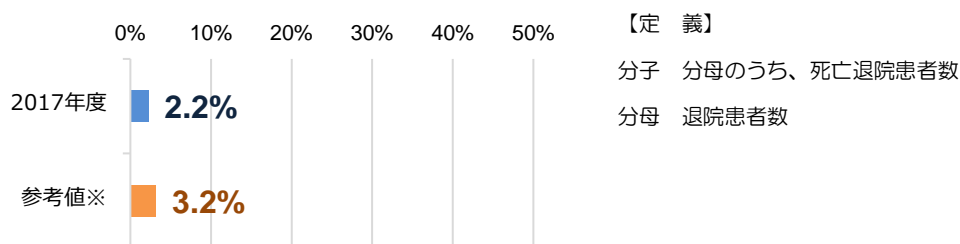
当院では、PFMを導入しており、医療福祉相談室の退院調整看護師と専任のソーシャルワーカーが、治療後安心して退院できるように、患者さん、ご家族の意向を伺い、転院先や自宅退院の調整支援などの取り組みを行っています。このような取り組みが数値にも反映していると考えられます。

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。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。



※日本病院会「2017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

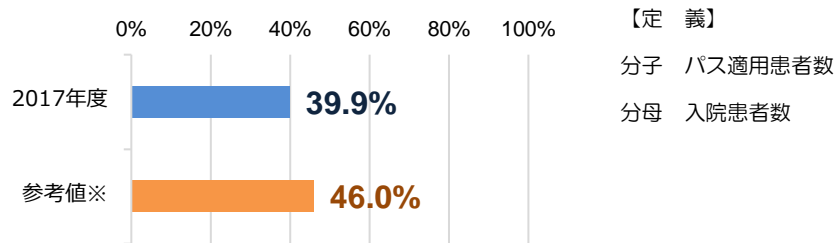
それぞれの医療施設の特徴が異なる点を考えると、死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありません。当院では、経年的に算出し、医療の質と安全への取り組みの成果を可視化していきたいと思えます。

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」

2017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、39.9%となっており、全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」(500床以上)による平均値よりもやや低い結果となりました。

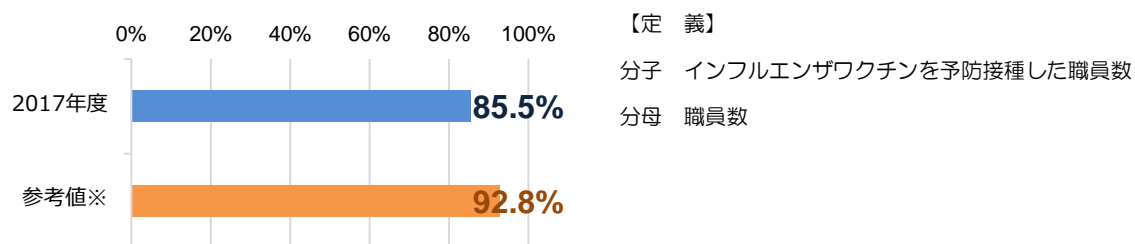
標準的かつ効率的で安全な医療の提供を目指し、クリニカルパス委員会を中心に、パス適用の推進、パスの標準化・適正化に向けた取り組みをより一層進めていきます。

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組について評価する指標です。病院職員からの患者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。



※2017年度厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」

による平均値

◇当院の特徴

当院のインフルエンザワクチン予防接種率は85.5%と厚生労働省の掲げる「医療の質の評価・公表等推進事業」の数値を下回る結果となりました。

当院の場合、共済組合事業である、院外で実施したインフルエンザワクチン予防接種に要した費用の一部を補助する制度の対象となっており、当該制度を利用した職員や補助制度を利用せずに個人的にインフルエンザワクチン予防接種を実施した職員もいる可能性があることから、潜在的インフルエンザワクチン予防接種者も含めれば、厚生労働省の掲げる「医療の質の評価・公表等推進事業」の数値に近い数値であると推察されます。

II 医療連携

6 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。



※日本病院会「2017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

当院の紹介率は80.4%となっており、日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」（500床以上）による平均値を上回る結果となりました。

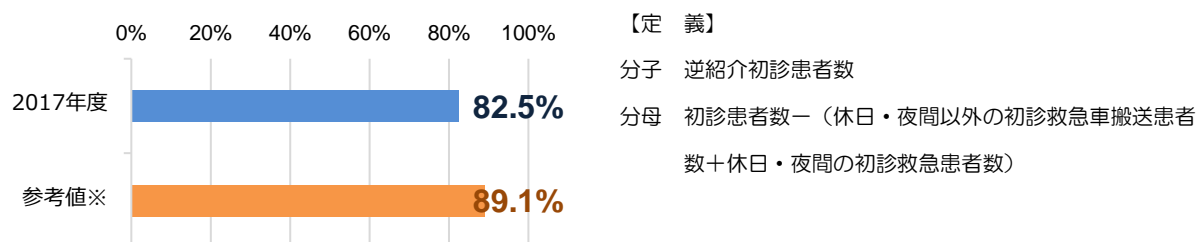
今後とも、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、地域の医療機関と協力しながら、医療の質とサービスの向上に努めていきます。

7 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「2017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82.5%となっており、日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」（500床以上）による平均値を下回る結果となりました。

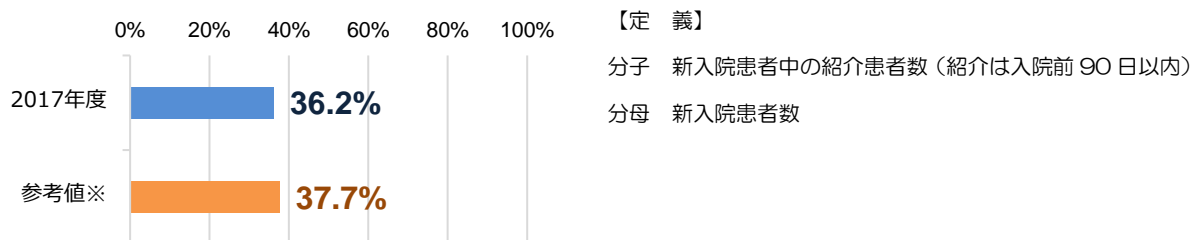
「地域完結型医療」を推進するため、当院での治療目的を終了し病状が安定した患者さんには、地域の医療機関への逆紹介を促進していきます。

8 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」

2017 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 36.2%となっており、全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」2017 年度一般指標（500 床以上）による平均値をやや下回る結果となりました。

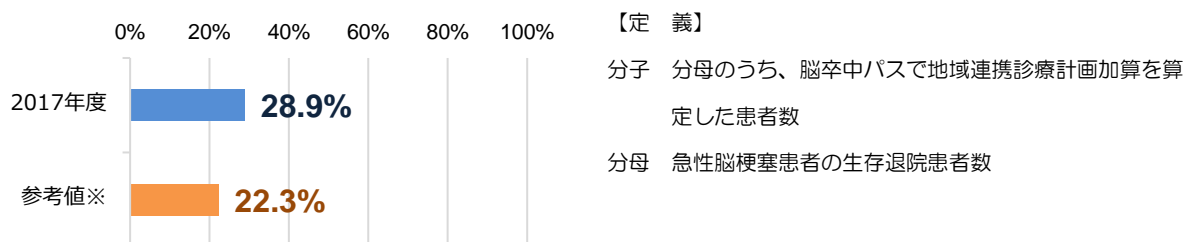
今後とも、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、地域の医療機関と協力しながら、医療の質とサービスの向上に努めていきます。

9 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。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2017 年度一般指標(500 床以上)による平均値

◇当院の特徴

当院の脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率は 28.9%となっており、全国自治体病院協議会「医療の質の公表推進事業」2017 年度一般指標（500 床以上）による平均値を上回る結果となりました。

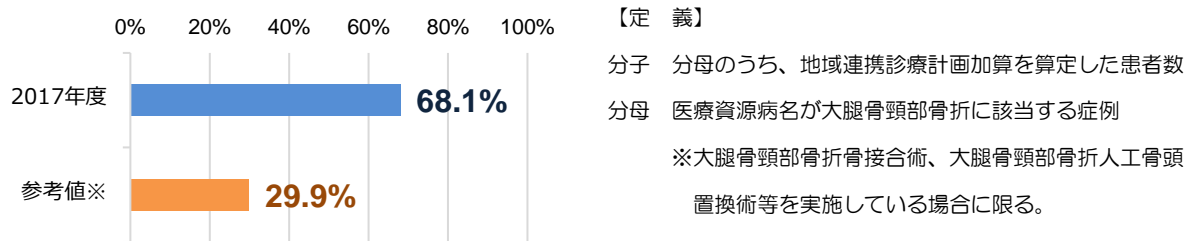
今後とも、地域包括医療の実現に向けて、地域連携パス使用率のさらなる向上に努めていきます。

10 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。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2017年度一般指標(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に対する地域連携パスの使用率は68.1%となっており、全国自治体病院協議会「医療の質の公表推進事業」2017年度一般指標（500床以上）による平均値を2倍以上も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、現状の地域連携パス使用率を維持していきます。

11 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」

2017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63.6%となっており、全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」2017年度一般指標（500床以上）による平均値をやや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、医療の質とサービスの向上に努めていきます。

Ⅲ 救急

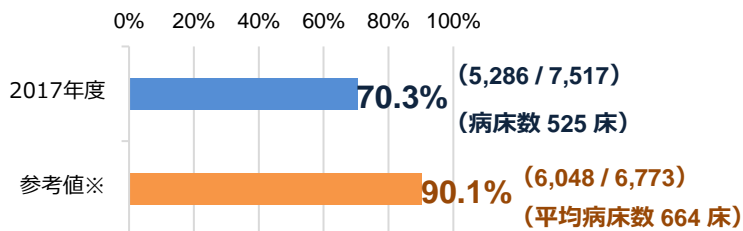
12 救急車・ホットラインの応需率

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。



※日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値（平均病床数 664.1床）

【定義】

分子 救急車で来院した患者数

分母 救急車受け入れ要請人数

【備考】

当院は、分母のうち、お断りした件数にヘリ搬送、紹介搬送を含んで算出しています。

◇当院の特徴

当院の救急車・ホットラインの応需率は70.3%となっており、日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」（500床以上）による値より低い結果となりました。

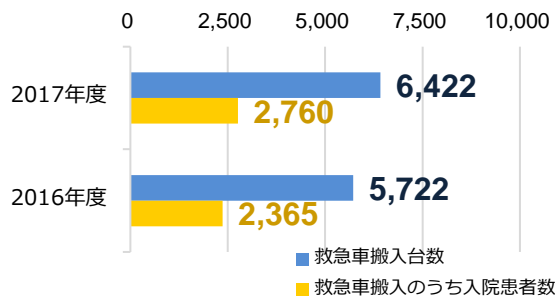
当院では、三次救急医療機関として重篤な患者さんへの対応を基本としていますが、三次救急以外の患者さんも可能な限り受け入れてきました。2017年度の救急車搬入台数は、前年度より700件増えた6,422件となり、多種多様な救急症例を受け入れております。今後も多くの救急車の受け入れを実践していきます。

13 救急車搬入台数・救急車搬入のうち入院患者数

プロセス

救急車搬入状況は、仙台市の救急医療システムの中で救命救急センターとして、高度な救急処置等を必要とする重篤な患者さんに対して、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、救急搬送患者さんのうち入院加療を必要とする患者さんの受け入れは、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2017年度6,422件の救急車を受け入れ、うち2,760名が入院となりました。2016年度と比較し、救急車搬入台数及び入院患者数も増加しています。より高い値が望ましいことではありますが、今後も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。

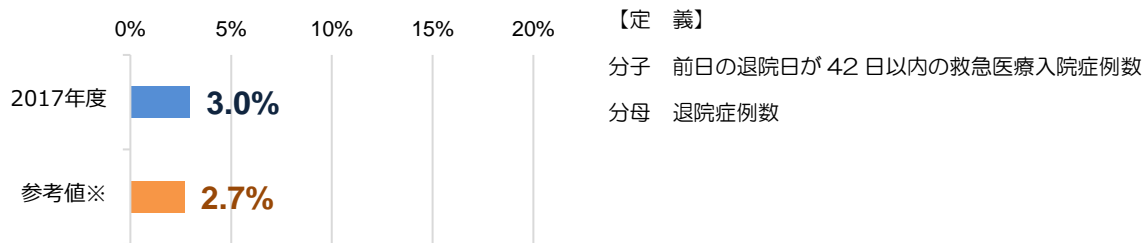
14 退院後6週間以内の再入院率

アウトカム

当院の退院後、6週間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。



※日本病院会「2017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

当院の退院後6週間以内の救急医療入院率は3.0%であり、日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」（500床以上）と比較して、ほぼ同様の値の結果となりました。

再入院にも様々な理由があると考えられるため、今後は、再入院の頻度やその理由等を検証し、より低い値を目指していきます。

IV 医療安全

15 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。

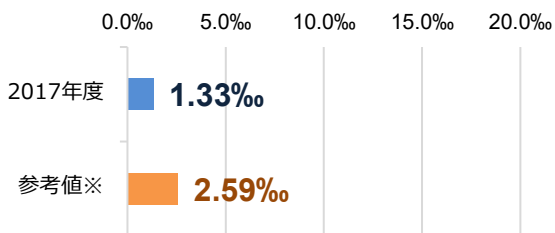
◇当院のインシデント事象レベルと当該指標の損傷レベル 対照表

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り、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。

15-a.入院患者の転倒・転落発生率

【一般病床】



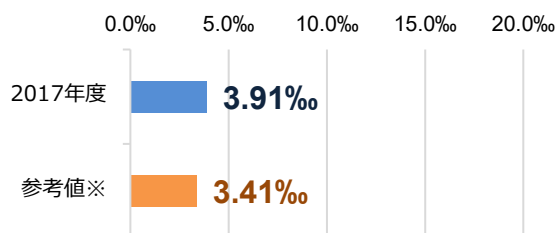
※日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

【定義】

分子 医療安全管理室へインシデント・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
分母 入院延べ患者数（人日）

【精神科病床】

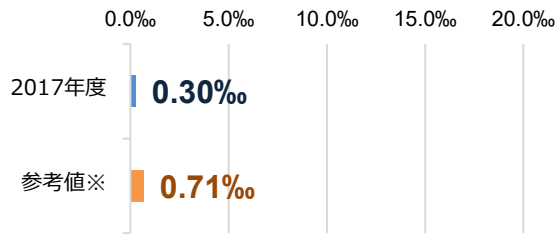


※日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向け

項目算出に参加した35施設による平均値

15-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「2017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】

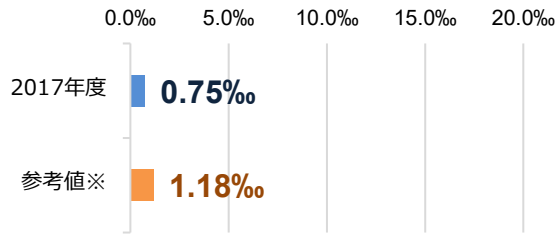
分子 医療安全管理室へインシデント・アクシデント
レポートが提出された入院中の転倒・転落件数
のうち損傷レベル2以上（当院のインシデント
事象レベル3a）の転倒・転落件数

分母 入院延べ患者数（人日）

【備考】

当院のインシデント事象レベル3aの内容が、当該指標の
事象レベル2と3に当たるため分けずに算出しています。

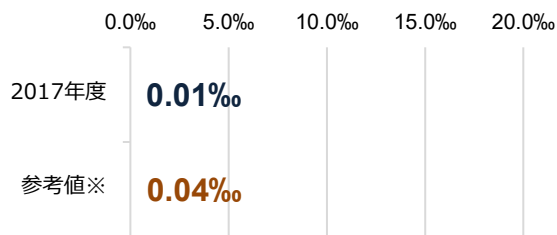
【精神病床】



※日本病院会「2017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35施設による平均値

15-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「2017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】

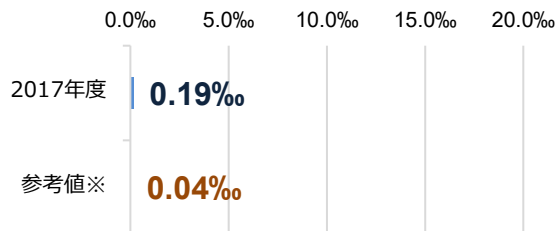
分子 医療安全管理室へインシデント・アクシデント
レポートが提出された入院中の転倒・転落件数
のうち損傷レベル4以上（当院のインシデント
事象レベル3b）の転倒・転落件数

分母 入院延べ患者数（人日）

【備考】

当院のインシデント事象レベル3bの内容が、当該指標の
損傷レベル4に当たるため、3b以上で算出しています。

【精神病床】



※日本病院会「2017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35施設による平均値

◇当院の特徴

一般病床入院患者の転倒・転落発生率は参考値より低い値であり、入院前からの患者さんやご家族を含めた転倒転落に関する説明や離床センサーマット等の環境対策の効果と考えます。

精神科病床は身体疾患と精神疾患を併せ持つ患者さんが入院しています。そのため、身体疾患の侵襲的な治療、精神疾患の症状・治療、環境の変化などの要因から転倒転落発生率は高い傾向にあります。

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 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



※2017年度厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」による平均値

◇当院の特徴

インシデント報告の適正な年間報告数はベッド数の4～5倍とする報告があり、2017年度は2,461件の報告があり、適正報告数レベルと言えます。インシデント内容分類別では薬剤に関するインシデントが4割を占め、次いでドレーン・チューブ、検査、転倒転落のとなっています。また、合併症等の医師を含めた多職種からの報告を促進するための「オカレンス報告」を平成31年から導入予定です。

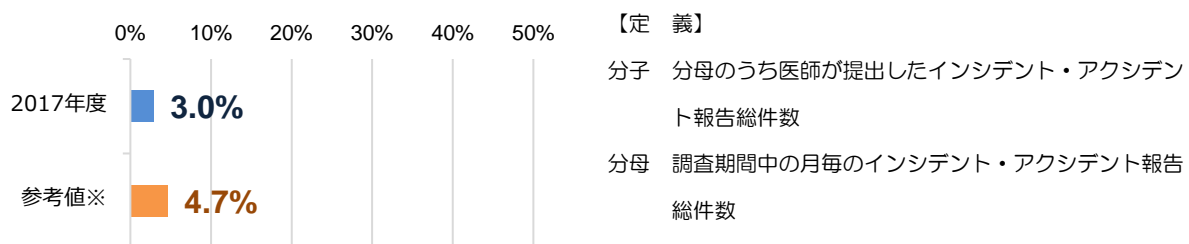
17 全報告中医師による報告の占める割合

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があります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※2017年度厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」による平均値

◇当院の特徴

医師によるインシデント報告は年々増加しているが、参考値より低い値となりました。医師からの報告数が多いほど医療安全に取り組む意識が高い病院と言われており、当院は更なる努力が必要です。

V 褥瘡

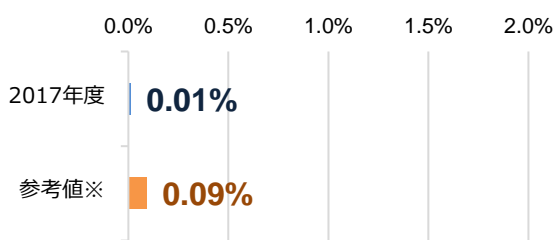
18 褥瘡発生率

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びることによって、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「2017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】

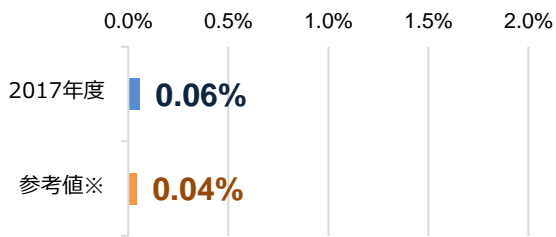
分子 調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

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「2017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35施設による平均値

◇当院の特徴

救急病棟を含む一般病床の発生率は、参考値を下回る低い値となりました。

この結果は、当院で以下の取り組みをしている効果だと考えます。

- ・入院時から褥瘡のリスクアセスメントを行い、定期的に評価して褥瘡発生予防に努めています。
- ・体圧分散用品はME室で管理し、夜間の入院にも対応できるよう全ての部署で24時間利用できます。
- ・院内教育では、年2回の全体研修会や褥瘡予防対策委員に対する毎月の勉強会の実施、院内認定制度のスキルアップサポートナースを育成し褥瘡予防・治療・ケアに関する教育を行っています。
- ・褥瘡対策チームによる回診を毎週行い、個々の患者さんに合わせた治療・ケアの目標を設定し日々のケアへ繋げています。

今後も継続して発生予防に努めていきます。

精神病床の発生率は、参考値をやや上回る結果となりました。精神病床では、身体合併症による患者さんが多いため、疾患に伴う症状や薬物療法による体動減少、治療に伴う抑制などの褥瘡リスクが考えられます。このような精神病床の特徴を踏まえ発生予防に努めていきます。

VI 感染管理

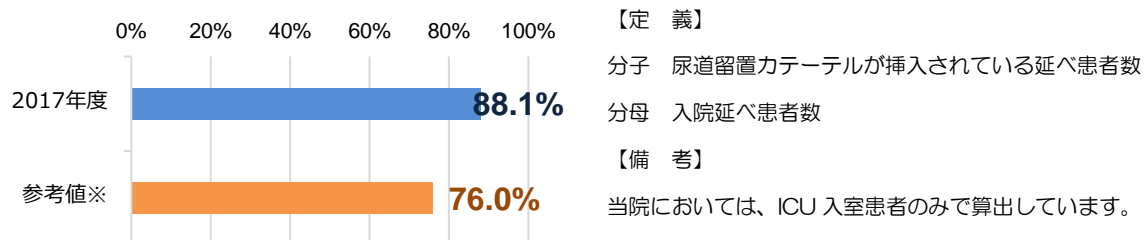
19 尿道留置カテーテル使用率（ICU 入室患者のみ）

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



※日本環境感染学会 JHAIS 委員会平均値

（集計期間：2009.4～2017.12/31）

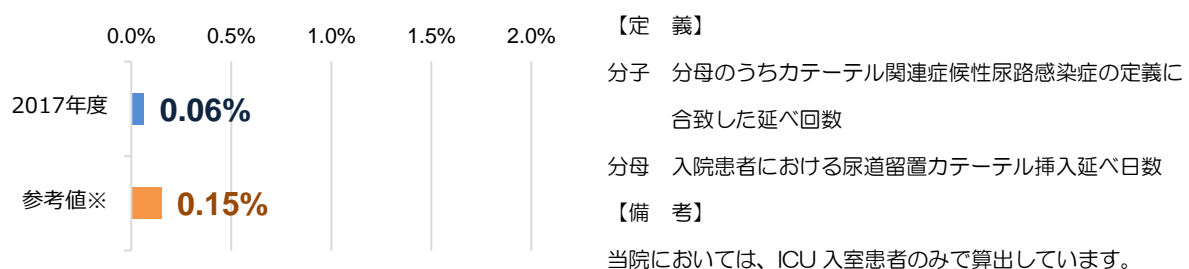
◇当院の特徴

参考値と比較して高い値となりました。2017 年 4 月には当院の「医療関連感染対策マニュアル」を改訂し、カテーテル挿入に関するフローチャートを作成し、適応する患者さんに対し、適切なカテーテル管理をするように努めています。カテーテルの使用基準に合致しない患者さんには不必要なカテーテルを挿入しないよう働きかけることにより、入院患者さんにおける尿道留置カテーテル関連尿路感染症発生率の低減が期待されます。

20 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。

※日本環境感染学会 JHAIS 委員会平均値

（集計期間：2009.4～2017.12/31）

◇当院の特徴

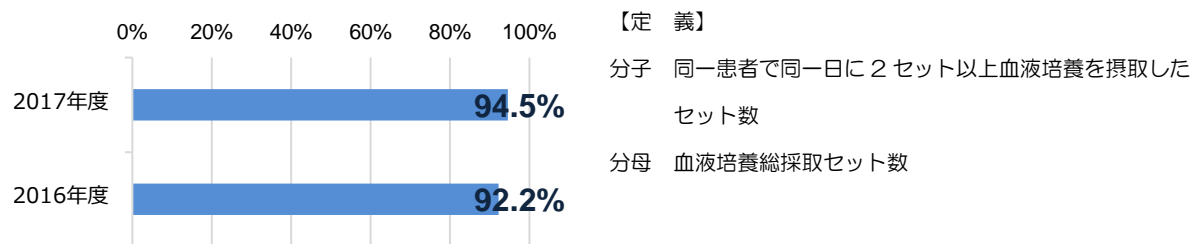
参考値と比較し低い値となりました。前述の尿道留置カテーテル使用率と連動しながら適正な患者さんに対してのみ使用し、かつ感染率を上げないよう引き続きカテーテル挿入手技や管理方法について適正化を図っていきます。

21 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。



◇当院の特徴

2016年度および2017年度いずれも90%以上と良好な結果となりました。当院では血液培養実施手順を写真化したマニュアルを導入しています。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たいと思います。

22 血液培養汚染菌検出率

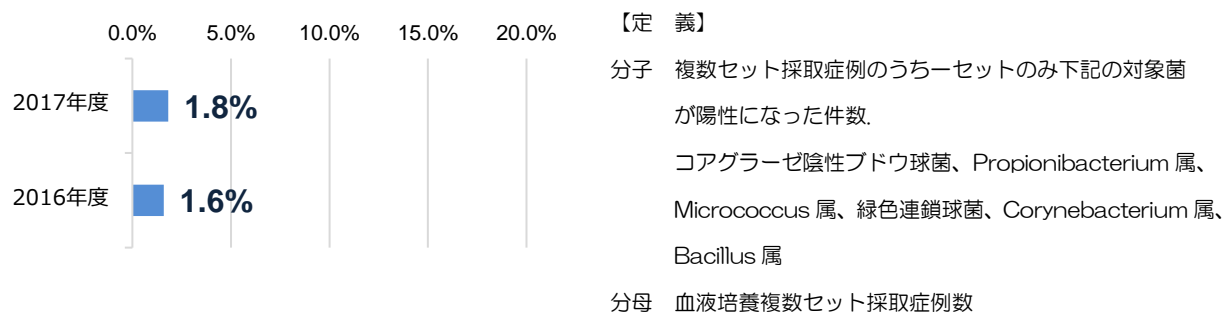
アウトカム

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

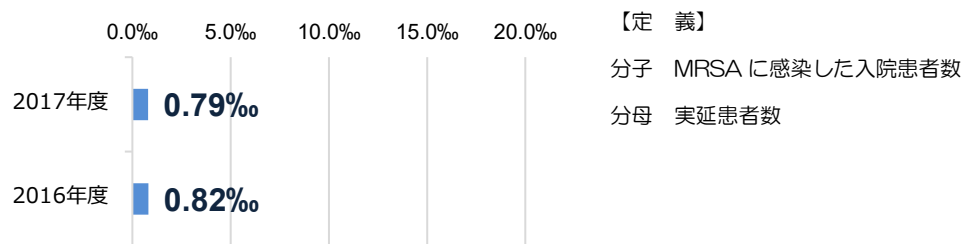
2016年度および2017年度いずれも推奨範囲内に収まり良好な結果となりました。当院では血液培養実施手順を写真化したマニュアルの導入をはじめ、血液培養時に使用する新しい消毒薬としてクロルヘキシジン含有アルコールを採用しています。今後もより高い水準を維持できるよう啓蒙活動を行っていきたいと思います。

23 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

MRSA によるアウトブレイクもなく、2016 年度および 2017 年度ともに低い値となりました。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。

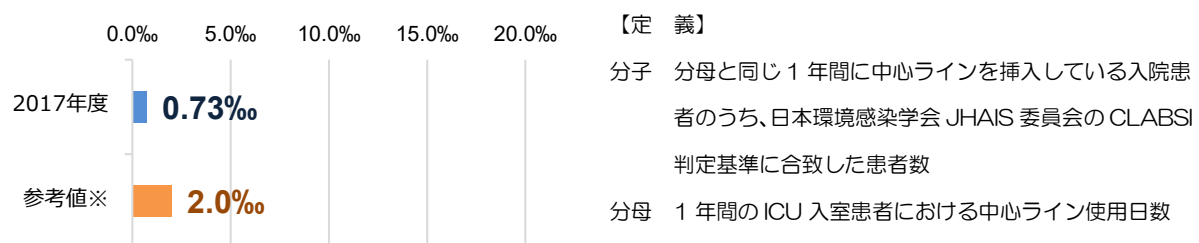
24 中心ライン関連血流感染発生率（ICU 入室患者のみ）

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。



※日本環境感染学会 JHAIS 委員会平均値

（集計期間：2009.4～2017.12/31）

◇当院の特徴

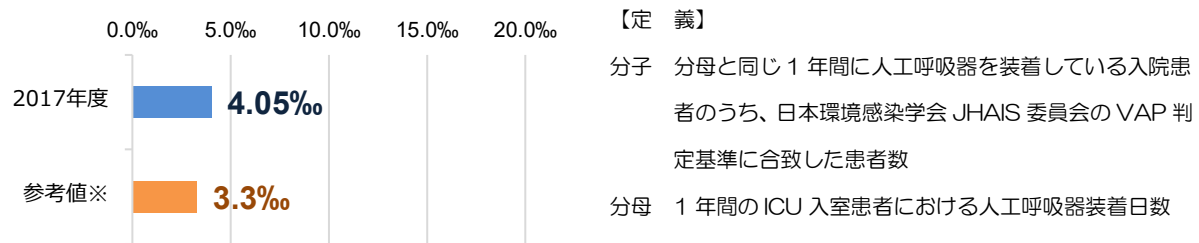
2017 年度いずれも参考値を下回り、良好な結果となりました。今後も引き続き CLABSI 低減のために最善のカテーテル挿入部位の選択、必要性の評価、実施中の管理強化、早期の抜去などの対策を図っていききたいと思います。

25 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。



※日本環境感染学会 JHAIS 委員会平均値

（集計期間：2009.4～2017.12/31）

◇当院の特徴

2017年度は参考値を上回る結果となりました。標準予防策をはじめとしたVAPマニュアルを遵守し、VAP低減のための対策を講じていきたいと思えます。

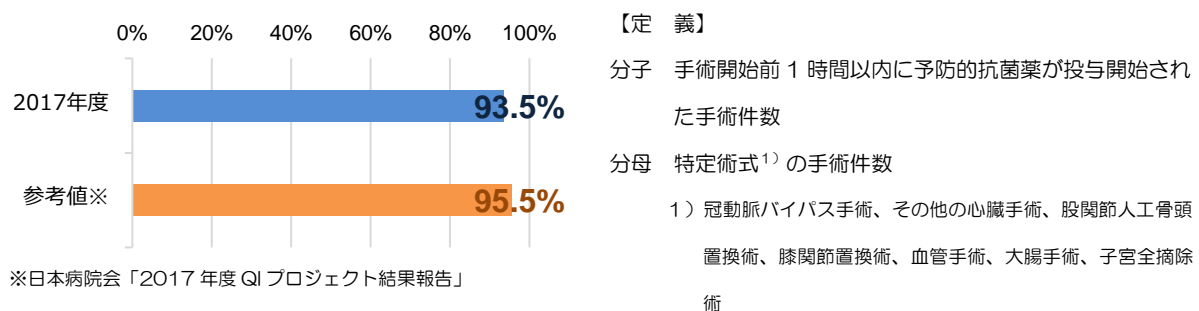
VII 手術

26 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ると言われています。

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「2017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

参考値をやや下回りましたが、概ね遵守されていると思われます。当院では2017年に「抗菌薬適正使用マニュアル」を作成し、その中に周術期抗菌薬についても記載されています。今後も遵守率が向上するよう検討していきます。

27 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。



◇当院の特徴

参考値を大きく下回る結果となりました。抗菌薬の投与は患者さんのリスクに応じて 24 時間以上継続することもあります。リスクがない患者さんに対する不必要な長期投与は避けなければなりません。この結果を踏まえて、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など改善案を検討し、遵守率の向上に努めていきます。

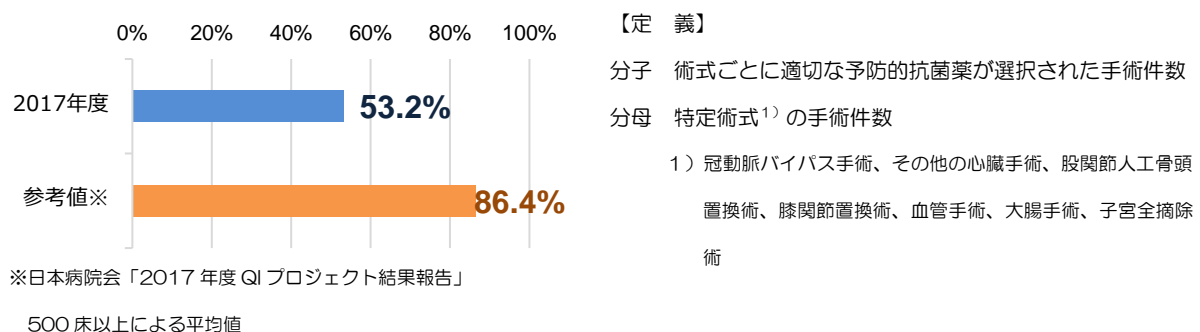
28 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

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。



◇当院の特徴

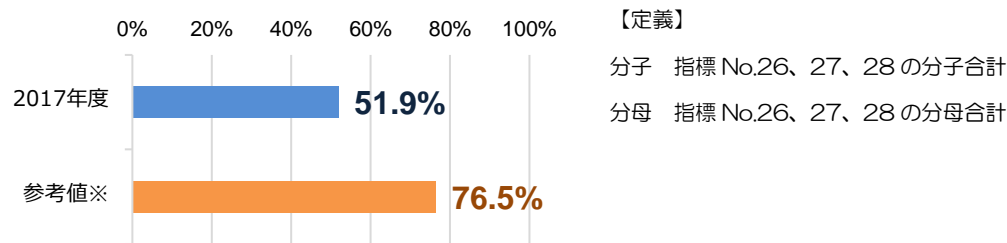
参考値よりも下回る結果となりました。診療科別、術式別の指標値の分析を進め、術式によってはクリニカルパスの見直しを行い、適切な抗菌薬を組み込む等の改善案を検討し、適切な抗菌薬選択を行うように努めていきます。

29 統合指標（手術）

指標No. 26、27、28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「2017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

指標 NO. 27、28 の値が低かったことで、総合評価の値が低くなっていると考えられます。この結果を踏まえ、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。

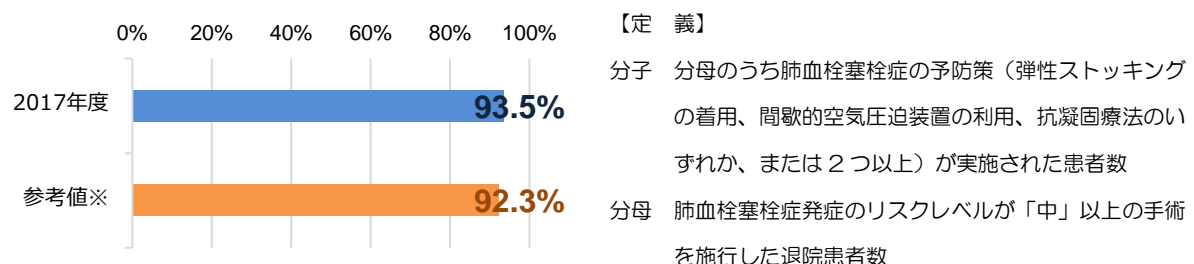
30 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防策実施率

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。



※2017年度厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」

による平均値

◇当院の特徴

当院の予防策実施率は93.5%で、参考値をやや上回る結果となりました。

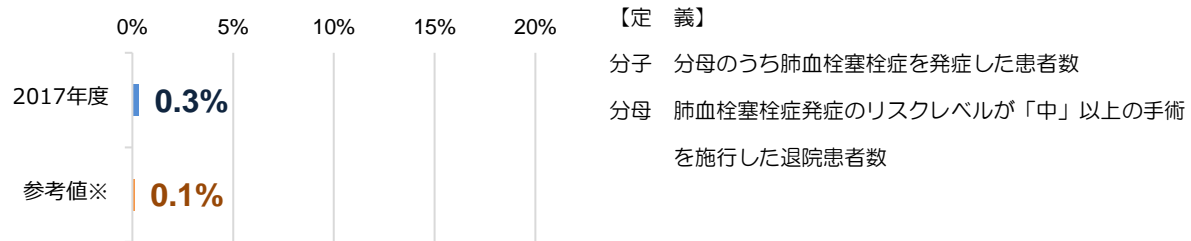
当院では、静脈血栓塞栓症リスクの評価及び予防方法の選択を、周術期のみならず内科領域を含めた入院患者さんに実施しており、リスクに応じた対応を行うことにより発生防止に取り組んでいます。

31 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。



※2017年度厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」による平均値

◇当院の特徴

当院の発生率は0.3%で、参考値をやや上回る結果となりました。

当院では、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。今後は、より低い値となるように適切な管理をより一層進めていきます。

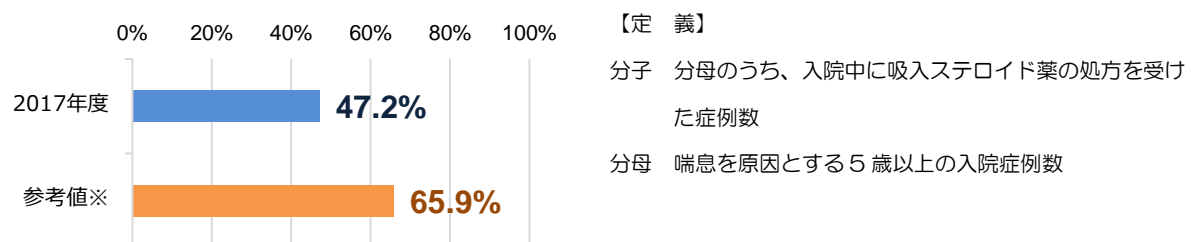
VIII 呼吸器

32 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



※日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」500床以上による平均値

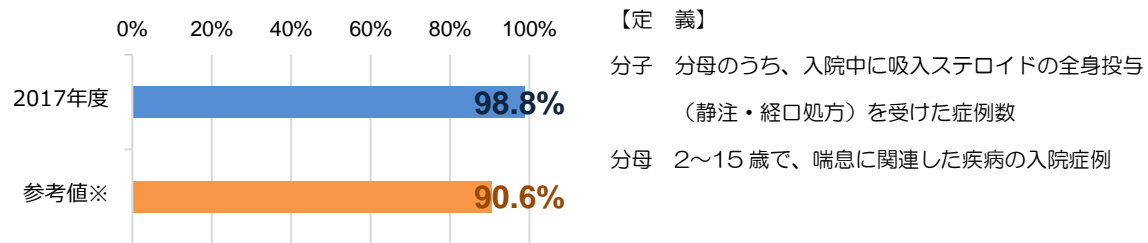
◇当院の特徴

当該データには小児の喘息入院患者さんも一定以上含まれています。当院の呼吸器内科では、喘息入院患者さんに対する吸入ステロイドの処方割合については、80%以上有ると推定しています。一方、小児科の喘息入院患者さんのほとんどがβ2刺激薬で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。

33 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小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「2017 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、市内の多くの診療所から入院治療を必要とする喘息患児さんが紹介されます。紹介患児さんのほとんどは β_2 刺激薬で SpO_2 が 95% 以上を保てない中発作以上の患児さんで、ステロイドの全身投与を必要とする症例です。そのため、当院の喘息入院患者さんにおいてはステロイド全身投与を行う症例が多くなると考えられます。

Ⅹ 糖尿病・代謝

34 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP) < 7.0% 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。



※日本病院会「2017 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

上記のデータは、参考値よりも約 10 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。

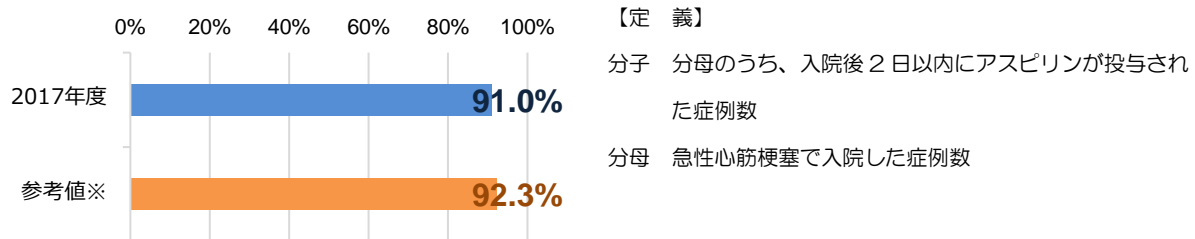
当院では、2016 年に公表された「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c)」(高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会)における年齢層・ADL・認知機能の程度・糖尿病薬の種類を考慮した HbA1c 目標値設定を、日常の診療の場で個々の患者さんに対して行っています。

X 心血管

35 急性心筋梗塞患者における入院時早期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「2017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1.3ポイント低い結果となりました。

当院の特徴として心肺停止後の急性心筋梗塞が多く、経口が不可能な症例が含まれていたと考えられます。

36 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合 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となります。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「2017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

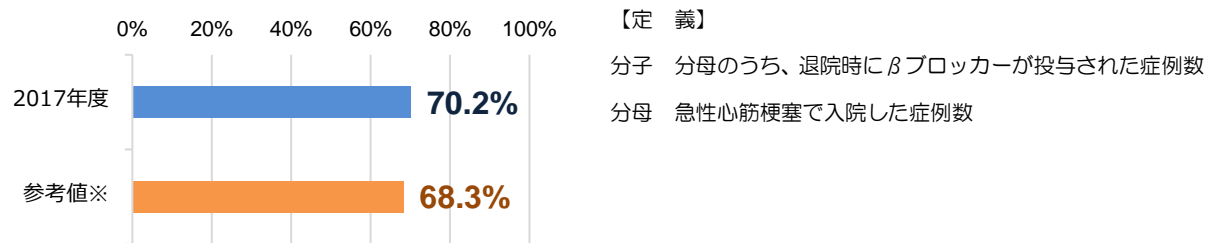
当院の数値は、参考値より6.0ポイント低い結果となりました。

当院では、患者さんにあった抗血小板剤の処方をおこなっています。本邦では、アスピリン以外の抗血小板剤（クロピドグレル、プラスグレル）を投与する機会が多くなってきています。

37 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「2017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

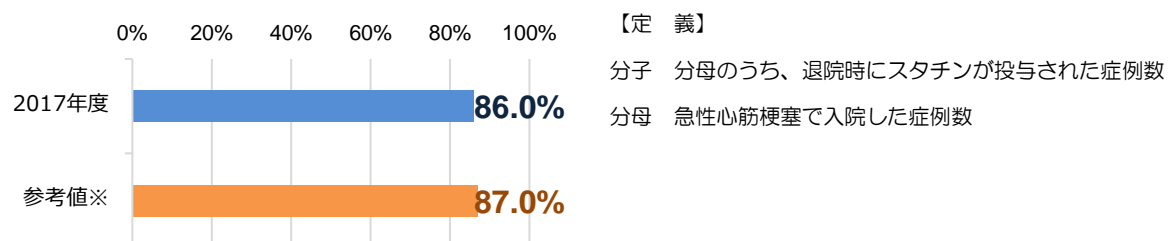
当院の数値は、参考値より1.9ポイント高い結果となりました。

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。

38 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「2017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1.0ポイント低い結果となりました。

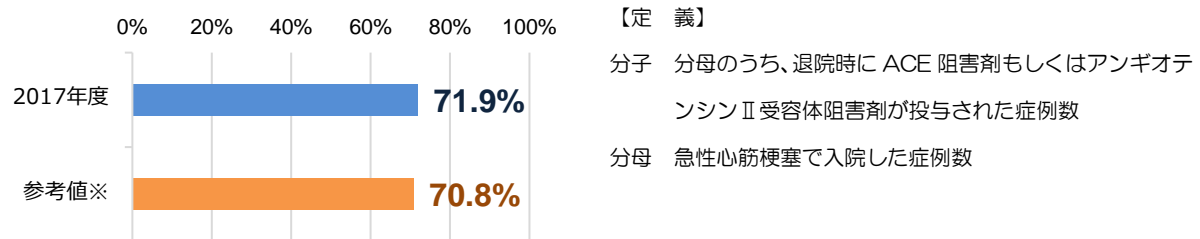
当院では、禁忌がなければ積極的に投与するようにしています。今後は、さらに処方率を上げるように努めていきます。

39 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「2017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

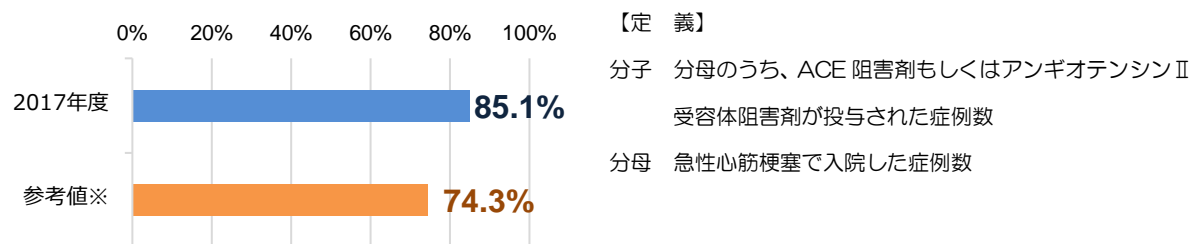
当院の数値は、参考値より 1.1 ポイント高い結果となりました。
当院では、退院時に継続可能な患者さんに対しては投与しています。

40 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「2017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 10.8 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。

41 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「2017 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 20.9 ポイント高い結果となりました。

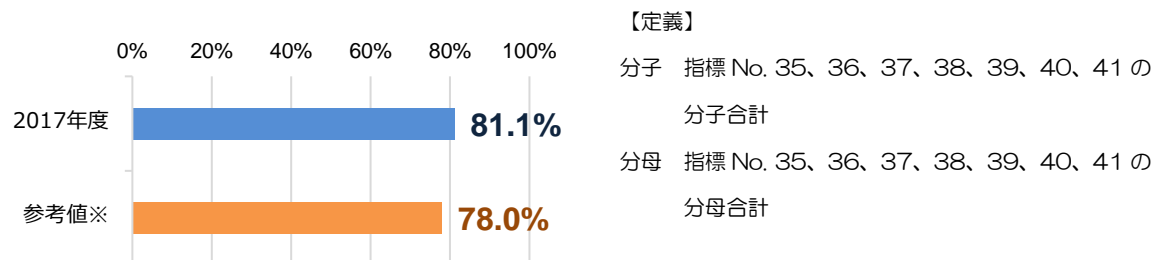
コメディカルスタッフの協力を得て、高い達成率を確保することができました。

42 統合指標（虚血性心疾患）

指標 No. 35、36、37、38、39、40、41 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「2017 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 3.1 ポイント高い結果となりました。

標準的な医療を提供できていると解釈します。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

43 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「2017 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

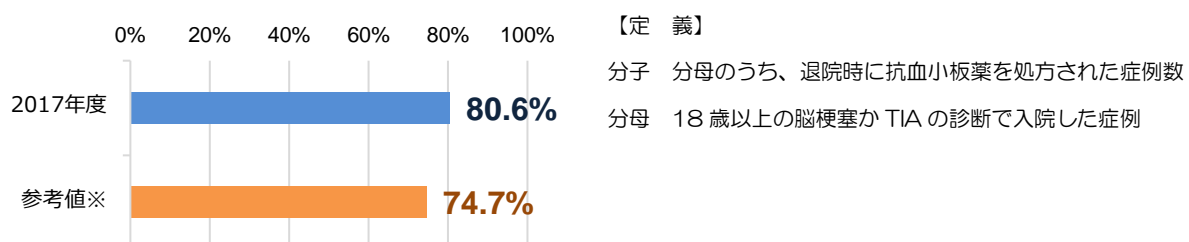
◇当院の特徴

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は、日本病院会「2017 年度 QI プロジェクト結果報告」よりも低くなっています。当院は循環器内科で不整脈治療を多く行っていることもあり、心房細動を持つ脳塞栓症例が多くなっており、抗凝固治療が必要な症例が増えています。当院では欧州心臓病学会のガイドラインに基づいて、中等度以上の心原性脳塞栓に対しては、その大きさに応じ、発症後 1、3、6、12 日間の経過観察ののちに抗凝固剤投与をおこなっています。このため、参考値より低い値となっていると考えられます。適切な治療を反映していると考えられます。

44 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「2017 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

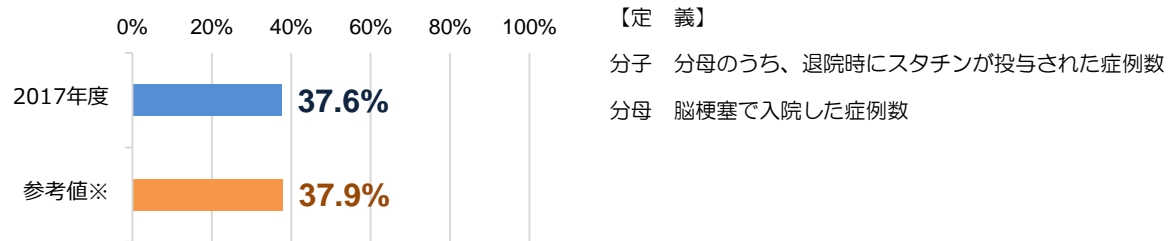
当院では発症 24 時間以内の急性期脳梗塞および TIA への治療として、米国心臓学会のガイドラインに基づいて、抗血小板剤の 2 剤投与を行っています。3 週間程度の併用ののち、1 剤に減量して継続することが一般的です。指標よりも高い数値が出ているのは、プロトコール遵守ができていていることの反映と考えています。

45 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「2017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

急性期脳梗塞において、スタチンの効果が指摘されており、また、二次予防にも効果があることが判明しています。指標とほぼ同等の値を示しており、適切なリスク管理ができていることを反映していると考えています。

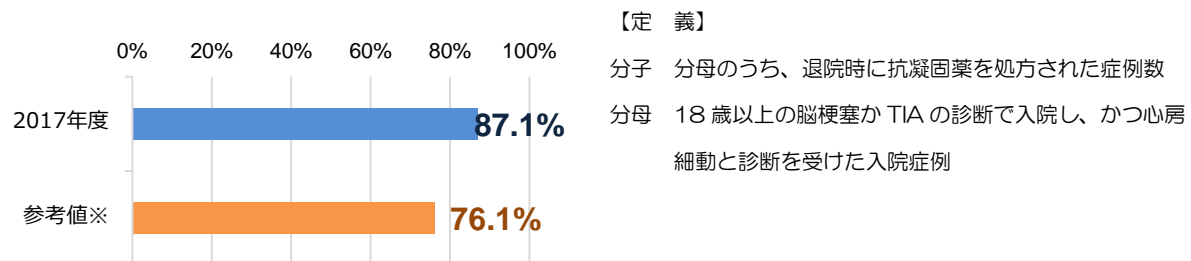
46 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

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「2017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

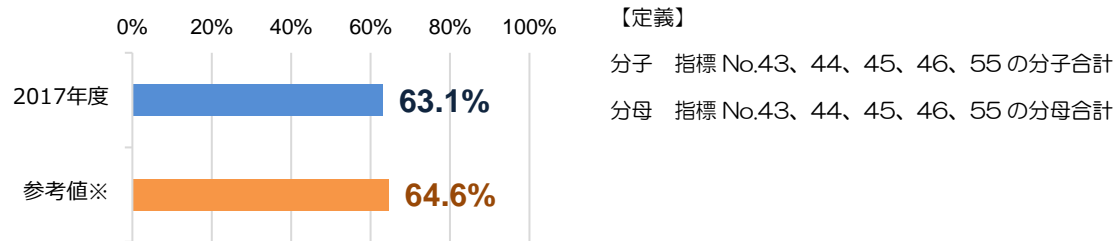
当院では循環器内科にて多くの心房細動症例の治療を行っていることもあり、心房細動をもつ脳塞栓症例が多い特徴があります。退院時に抗凝固剤を処方しなかった症例は、死亡症例、経口摂取困難で中心静脈栄養、高齢や合併症で抗凝固剤治療を選択されなかった症例に限られています。数値は適切な治療を提供していることを反映していると考えています。

47 統合指標（脳卒中）

指標No. 43、44、45、46、55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「2017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、指標通りの値となっています。心房細動をもつ脳塞栓症例が多いこと、欧州心臓病学会のガイドラインに基づいて、中等度以上の心原性脳塞栓に対しては、その大きさに応じ、発症後1、3、6、12日間の経過観察ののちに抗凝固剤投与をおこなっていることから、43の値が低くなり、総合評価の値も低くなっていると考えます。適正な治療が行われていると考えられます。

X II 精神

48 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「2017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35施設による平均値

◇当院の特徴

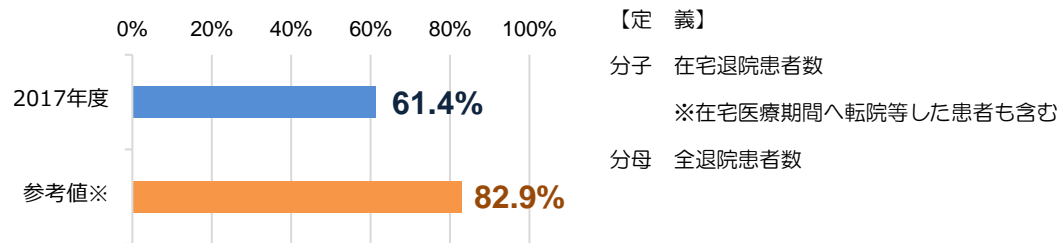
当院の身体抑制率(精神科病床)は、33.5%となっており、日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向けよりも劣った結果(=身体抑制率が高い)となっています。当院でも身体抑制の最小化に努めていますが、地域に必要とされる(単科)精神科病院では行えない身体合併症に特化した入院治療をおこなっていますので、点滴などの処置、術後の安静確保などのため身体抑制が必要となることが多く、(単科)精神科病院が主体となる平均値に比べ身体抑制率が高くなったと推測されます。引き続き身体抑制の最小化に努めていきます。

49 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。



※日本病院会「2017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35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61.4%となっており、日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向けの平均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。

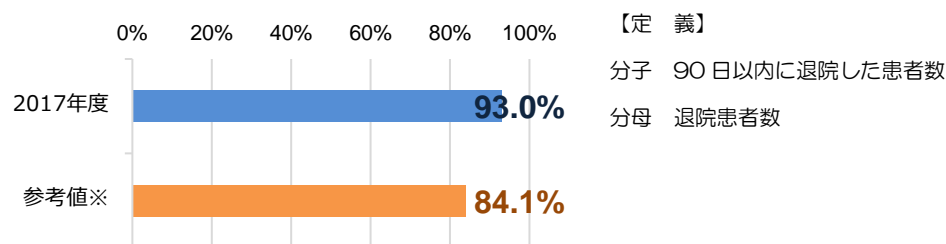
当院では、地域の精神科医療機関・クリニック、保健・福祉機関との連携のもと、身体合併症精神科医療に特化した入院治療を行っており、身体治療が終了した後に紹介元医療機関に再入院したり、またはリハビリテーション病院や介護老人福祉施設へ退院したりすることが多くなるため、在宅復帰率が低くなったと推測されます。患者さんの病態・病状に応じて在宅復帰を含めた柔軟な退院調整を進めていきます。

50 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場合があります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2017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35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93.0%となっており、日本病院会「2017年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向けの平均値に比べ優れた結果(=早期に退院する患者が多い)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。

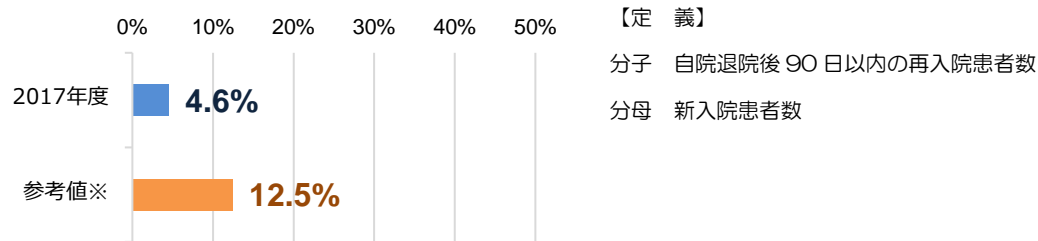
51 再入院率（精神科病床）

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。



※日本病院会「2017 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 35 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 4.6%となっており、日本病院会「2017 年度 QI プロジェクト結果報告」精神科病床向けの平均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。

52 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場合があります。

◇当院の数値 値の解釈 より低い値が望ましい。



※日本病院会「2017 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 35 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 36.3 日となっており、日本病院会「2017 年度 QI プロジェクト結果報告」精神科病床向けの平均値に比べ特に優れた結果(=1 か月あたりの入退院数が多い)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。

53 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。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2017年度一般指標(500床以上)による平均値

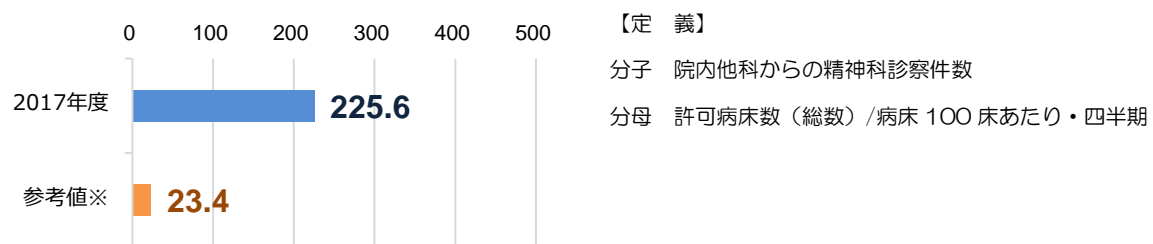
◇当院の特徴

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、4.38 となっており、全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」2017年度一般病棟(500床以上)による平均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。

54 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察に対して、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。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2017年度一般指標(500床以上)による平均値

◇当院の特徴

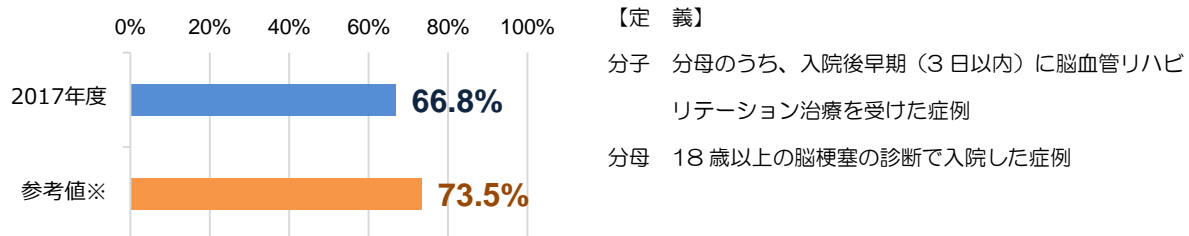
当院の院内他科からの精神科診察依頼頻度の指標は 225.6 となっており、全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」2017年度一般病棟(500床以上)による平均値に極めて優れた結果(=身体診療科からの精神科への診察依頼が多い)となっています。当院では、限られた医療資源を有効に活用するために地域でおこなえる一般精神科診療機能をダウンサイジングしており、それにより、身体治療中に精神科診療が必要となった際に速やかかつ強力で介入できている現れと考えられます。引き続き地域から求められる診療機能を維持・強化します。

XIII リハビリ

55 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「2017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

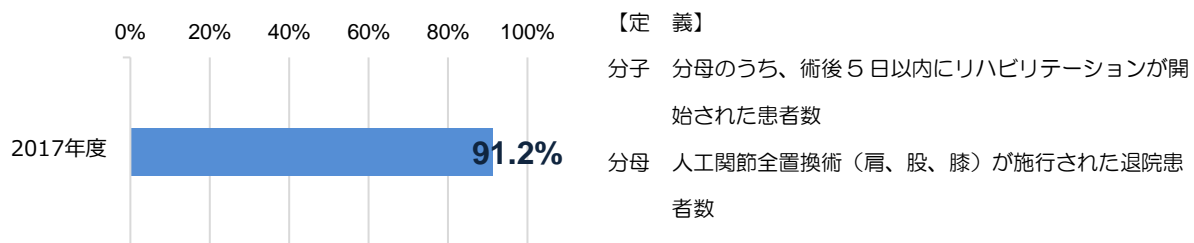
脳梗塞に関しては、致命的な時期や合併している疾患の増悪等の理由がない限り、原則的に入院当日または翌日にリハビリテーションが処方されます。処方が出されると、必ず処方当日または翌日に多職種（PT・OT・必要な場合 ST）が介入しています。2017年度は入院直後に週末や祝日を挟んだケースが多かったため、介入が遅れがちになったと考えられます。

56 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。



◇当院の特徴

人工関節置換術後の患者さんは、原則的に手術当日または翌日にリハビリテーションが処方されます。処方が出されると、遅くとも術翌日にリハ介入を始めようと努めています。しかし、輸血などの処置の為にリハが中止になることや週末を挟むケースが多いことから、介入が遅れがちになることもあります。

XIV 薬剤

57 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。



※2017年度厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」による平均値

◇当院の特徴

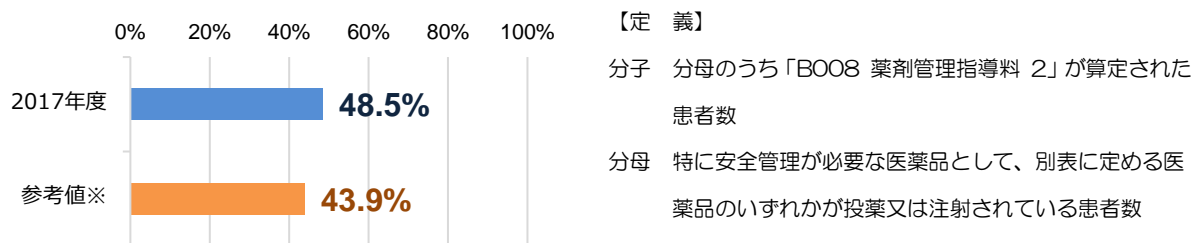
当院では、全病棟への薬剤師の配置は実施出来ていませんが、多くの場で薬剤師による服薬指導を実施しています。また、入院時の患者さんの持参薬確認についてはすべて薬剤師が関与しています。これにより直接指導にうかがえない患者さんについても、薬剤師が関与し薬物治療を行っています。今後も、配置病棟の拡大と共に、より有効かつ安全な薬物治療を提供できるよう取り組んでいきます。

58 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。



※2017年度厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」による平均値

◇当院の特徴

当院では、特に安全管理が必要な医薬品である「ハイリスク薬」を使用予定の患者さんについて、優先的に服薬指導を実施するよう努めており、2017年度は全国平均より高い割合を達成することができています。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。

XV 臨床検査

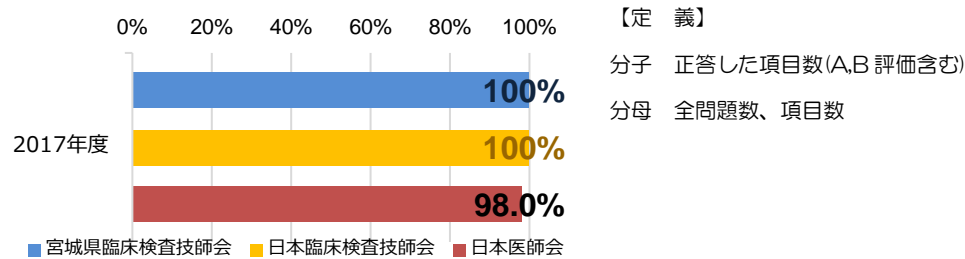
59 外部精度管理の正答数(評価 A,B 含む)の割合(%)

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。

また、評価 A、B は他施設との互換性が維持できている指標となる。

◇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等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。いずれの評価数値も高く、他施設と同様の精度、互換性が維持できていると評価できます。