

---

臨 床 指 標  
(2018 年度実績)

---



仙 台 市 立 病 院

★：一般社団法人 日本病院会「Q1プロジェクト」の指標項目

<b>I 病院全体</b>	
★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
6 職員満足度【新】	5
<b>II 医療連携</b>	
★7 紹介率（地域医療支援病院）	5
★8 逆紹介率（地域医療支援病院）	6
9 新入院患者紹介率	6
10 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率	7
11 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パス使用率	7
12 地域医療機関サポート率	8
<b>III 救急</b>	
13 救急車搬入台数・救急車搬入のうちの入院患者数	8
★14 救急車・ホットラインの応需率	9
★15 退院後6週間以内の再入院率	9
16 院内トリアージ実施率【新】	10
<b>IV 医療安全</b>	
★17 a 入院患者の転倒・転落発生率	11
入院患者の転倒・転落発生率（精神科病床）	11
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）	12
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）	12
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）	12
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）	12
★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	13
★19 全報告中医師による報告の占める割合	13
<b>V 褥瘡</b>	
★20 褥瘡発生率	14
褥瘡発生率（精神科病床）	14
<b>VI 感染管理</b>	
★21 尿道留置カテーテル使用率	15
★22 症候性尿路感染症発生率	15
★23 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率【新】	16
★24 血液培養実施時の2セット実施率	16
25 血液培養汚染菌検出率	17
26 MRSA検出状況	17
27 中心ライン関連血流感染発生率	18
28 人工呼吸器関連肺炎発生率	18

<b>Ⅵ 手術</b>	
★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	19
★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	19
a 術後48時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（バイパス手術）【新】	20
b 術後48時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（他の心臓手術）【新】	20
c 術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（股関節置換術）【新】	20
d 術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（膝関節置換術）【新】	20
e 術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（血管手術）【新】	21
f 術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（大腸手術）【新】	21
g 術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（子宮全摘除術）【新】	21
★31 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率	22
★32 統合指標（手術）	22
★33 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防策実施率	23
★34 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率	23
★35 中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸発生率【新】	24
<b>Ⅶ 呼吸器</b>	
★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	24
★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	25
★38 誤嚥性肺炎に対する喉頭ファイバースコープ又は嚥下造影検査実施率【新】	25
<b>Ⅷ 糖尿病・代謝</b>	
★39 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP)<7.0%	26
糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP)<8.0%【新】	26
★40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率【新】	27
<b>Ⅸ 心血管</b>	
★41 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	27
★42 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合	28
★43 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与率【新】	28
★44 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	29
★45 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	29
★46 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	30
★47 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	30
★48 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内のPCI実施割合	31
★49 統合指標（虚血性心疾患）	31
<b>X I 脳神経</b>	
★50 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	32
★51 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合	32
★52 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合	33
★53 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	33
★54 統合指標（脳卒中）	34
<b>X II 精神</b>	
★55 身体抑制率（精神科病床）	34

★56 在宅復帰率（精神科病床）	35
★57 90日以内の退院患者率（精神科病床）	35
★58 再入院率（精神科病床）	36
★59 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）（精神科病床）	36
60 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	37
61 院内他科からの精神科診察依頼頻度	37

### XIII リハビリ

★62 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	38
63 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	38

### XIV 薬剤

★64 薬剤管理指導実施率	39
★65 安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率	39

### XV 臨床検査

66 外部精度管理の正答数（評価A、B含む）の割合（%）	40
------------------------------	----

## I 病院全体

## ★1 患者満足度（外来・入院）

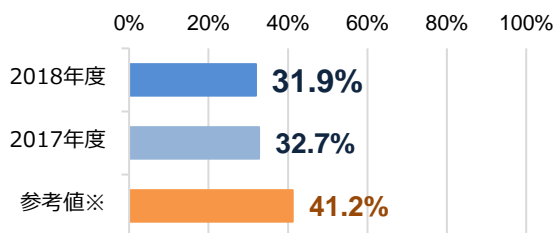
## アウトカム

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「2018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】

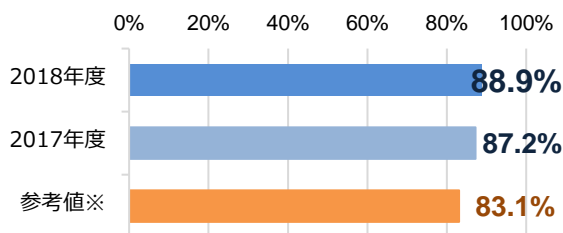
分子 「この病院について総合的にはどう思われますか？」  
の設問に、「非常に満足」と回答した外来患者数

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「2018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

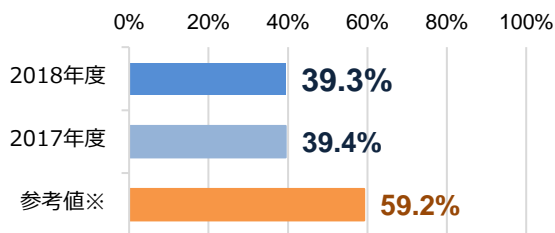
分母 患者満足度に回答した外来患者数

## 【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「2018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】

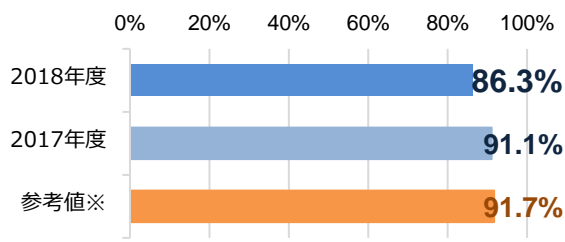
分子 「この病院について総合的にはどう思われますか？」  
の設問に、「非常に満足」と回答した入院患者

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「2018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項目の平均値で算出しています。

## ◇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。

「非常に満足」と回答した患者割合については、前年度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、前年度よりも高い結果となりました。

この結果を踏まえて、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。

## 【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。

「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、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。

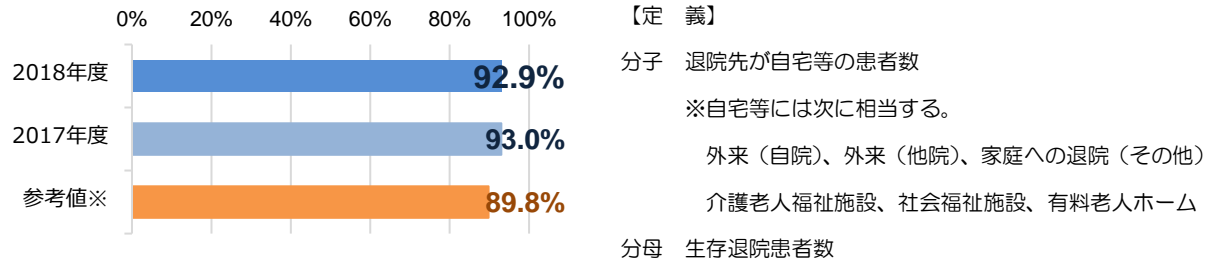
## 2 在宅復帰率

## 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」

2018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、92.9%で、前年度とほぼ同様の値の結果となりました。

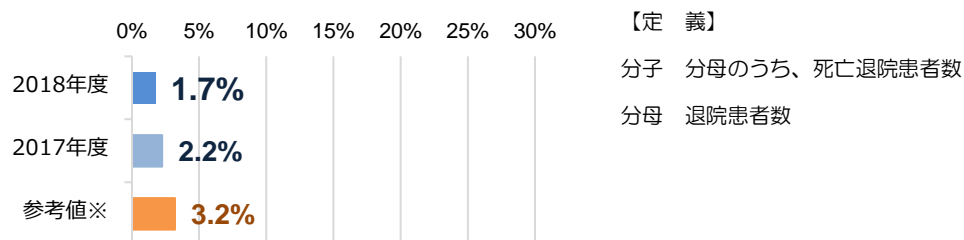
当院では、PFMを導入しており、医療福祉相談室の退院調整看護師と専任のソーシャルワーカーが、治療後安心して退院できるように、患者さん、ご家族の意向を伺い、転院先や自宅退院の調整支援などの取り組みを行っています。このような取り組みが数値にも反映していると考えられます。

## ★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。



※日本病院会「2018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

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。

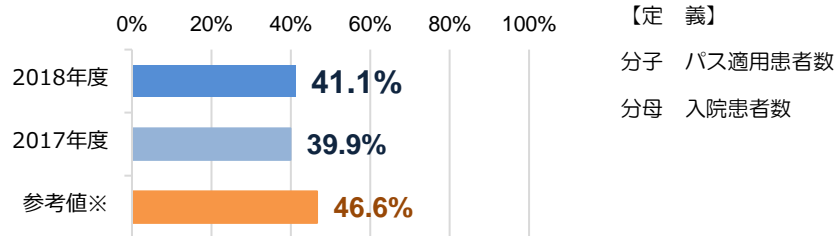
今後も当院における年毎の割合変化に着目し、医療の質と安全への取り組みの成果を可視化していきたいと思っております。

## 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」

2018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、41.1%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。

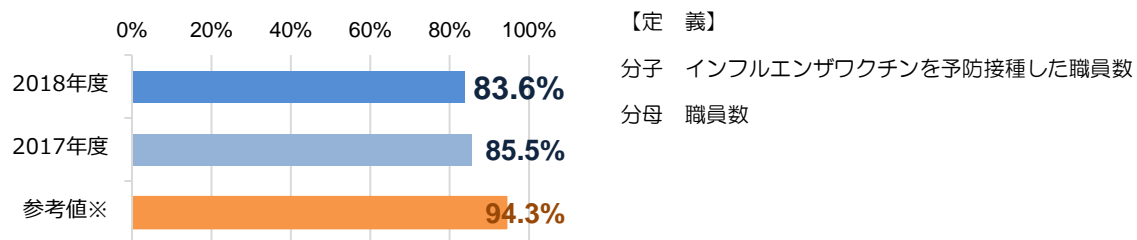
今後も継続して標準的かつ効率的で安全な医療の提供を目指し、クリニカルパス委員会を中心に、パス適用の推進、パスの標準化・適正化に向けた取り組みをより一層進めていきます。

## ★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「2018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

当院のインフルエンザワクチン予防接種率は83.6%であり、参考値を下回る結果となりました。当院の数値は、職員の補助制度を利用し、当院で接種を受けた職員の数を集計したものであり、他院で接種した職員は含まれていません。他院で接種した職員も含めた場合は、参考値に近い数値であると推察されます。

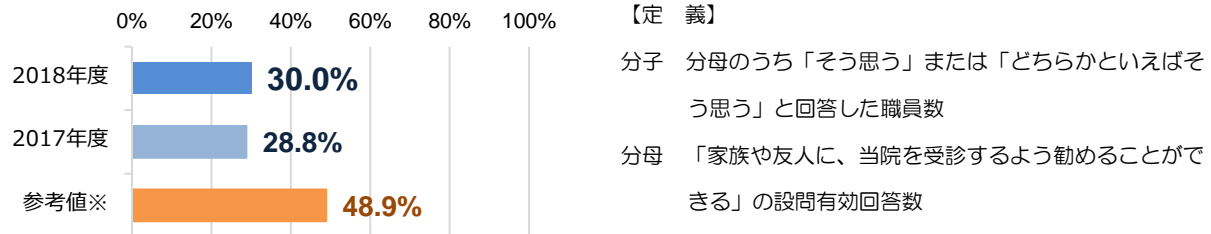


## 6 職員満足度【新】

## 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。



※2018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30.0%であり、参考値を下回る結果となりました。当院では外来診療は小児科を除き「紹介・予約制」としており、救急の場合を除き新患で受診される方は「かかりつけ医」の紹介が必要になるため、家族や友人に簡単に勧められないことが影響しているものと推察されます。

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。

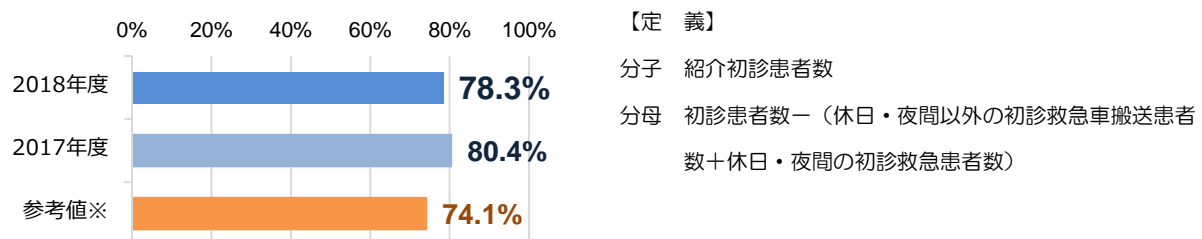
## II 医療連携

### ★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。



※日本病院会「2018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78.3%となっており、参考値を上回る結果となりました。

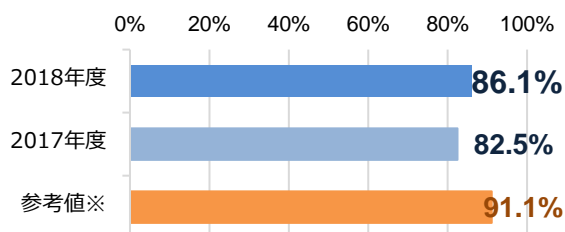
今後とも、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、地域の医療機関と協力しながら、更なる紹介率の向上に努めていきます。

## ★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。



【定義】

分子 逆紹介初診患者数

分母 初診患者数－（休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数）

※日本病院会「2018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86.1%となっており、参考値を下回る結果となりました。

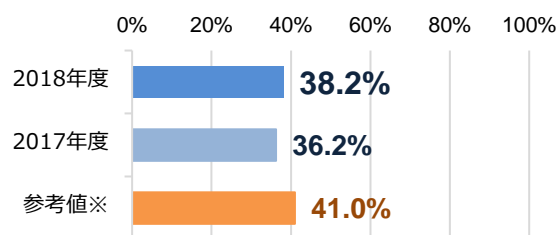
「地域完結型医療」を推進するため、当院での治療目的を終了し病状が安定した患者さんには、地域の医療機関への逆紹介を促進していきます。

## 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。



【定義】

分子 新入院患者中の紹介患者数（紹介は入院前90日以内）

分母 新入院患者数

※全国自治体病院協議会「医療の質の評・公表推進事業」

2018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38.2%となっており、参考値をやや下回る結果となりました。

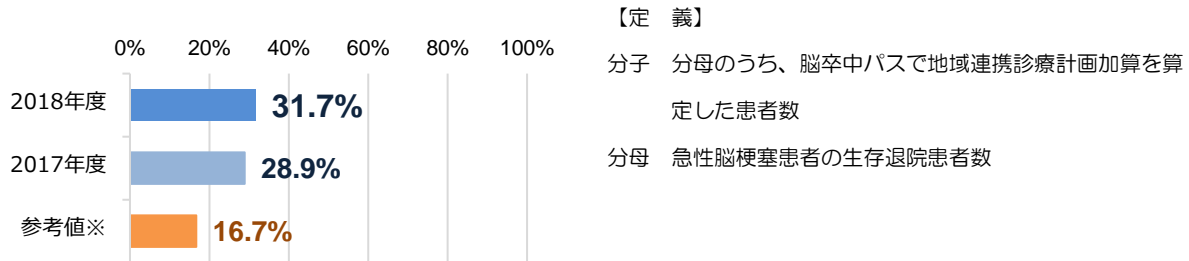
今後とも、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、地域の医療機関と協力しながら、新入院患者紹介率の向上に努めていきます。

## 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。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2018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31.7%となっており、参考値を大きく上回る結果となりました。

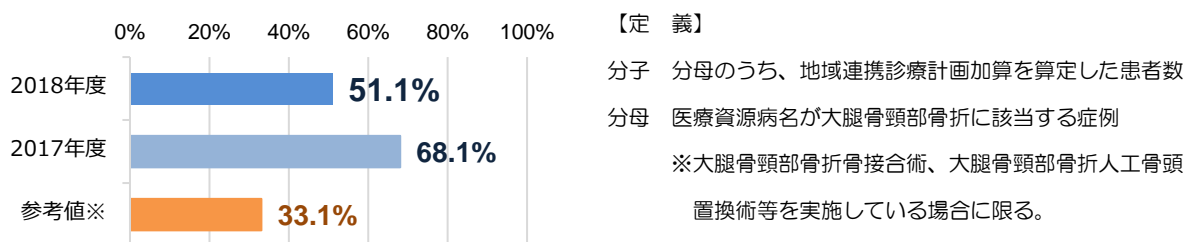
今後とも、地域包括医療の実現に向けて、地域連携パス使用率の更なる向上に努めていきます。

## 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。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2018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51.1%となっており、参考値を大きく上回る結果となりました。

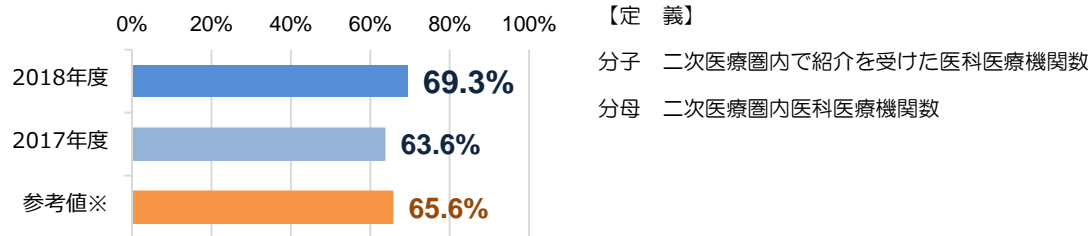
今後とも、地域包括医療の実現に向けて、更なる地域連携パス使用率の向上に努めていきます。

## 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」

2018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69.3%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、更なる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

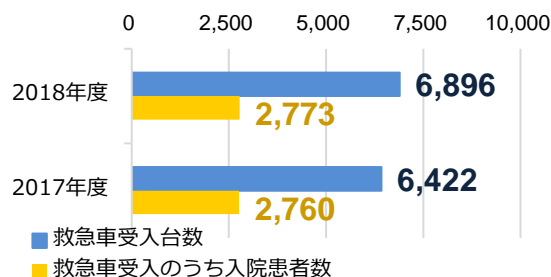
### 13 救急車受入台数・救急車受入のうち入院患者数

## 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2018年度6,896件の救急車を受け入れ、うち2,773名が入院となりました。2017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。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、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。

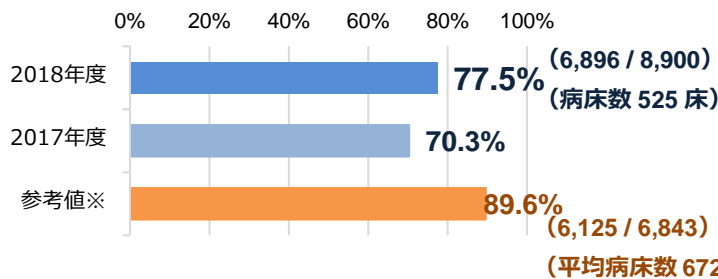
## ★14 救急車・ホットラインの応需率

## 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。



【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、分子ともにヘリ搬送及び紹介搬送の件数を含めて算出しています。

※日本病院会「2018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672床）

## ◇当院の特徴

当院の救急車・ホットラインの応需率は77.5%となっており、2017年度を上回る結果となりました。しかし、参考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。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、多くの救急車の受け入れ、救急車・ホットラインの応需率の向上に努めていきます。

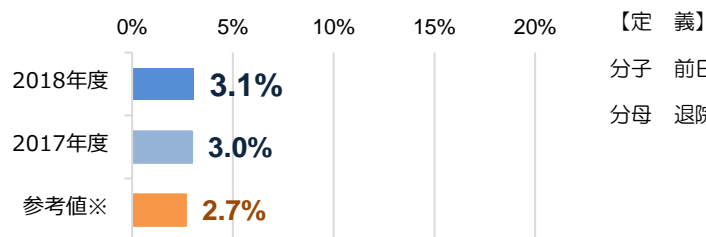
## ★15 退院後6週間以内の再入院率

## 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。



【定義】

分子 前日の退院日が42日以内の救急医療入院症例数

分母 退院症例数

※日本病院会「2018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3.1%であり、2017年度実績と比較して、ほぼ同様の値の結果となりました。

当院では、外来看護師が病棟カンファレンスに積極的に参加し、退院後の外来ケアにつなげる取り組みを行っています。今後も継続的に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。

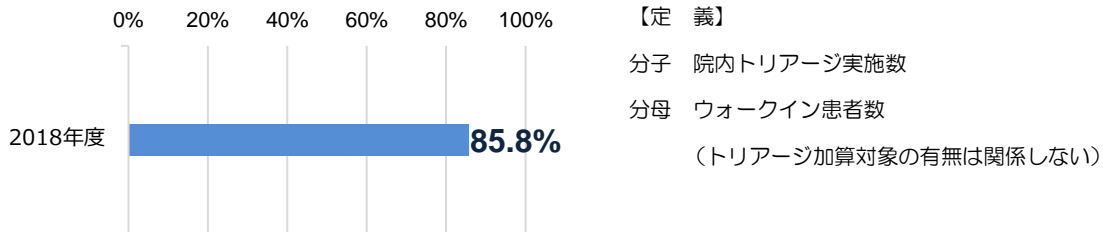
## 16 院内トリアージ実施率【新】

## 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、自家用車や徒歩による来院（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

当院の院内トリアージ実施率は85.8%となっており、救命救急センターへ救急車以外で来院される患者さんに対しても緊急度に応じた診療の調整に活かしてきました。院内トリアージ実施率の値が高いことは、多く来院する患者さんに対して、安全な医療を提供することにつながります。

今後も、多くの患者が来院される救命救急センター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。

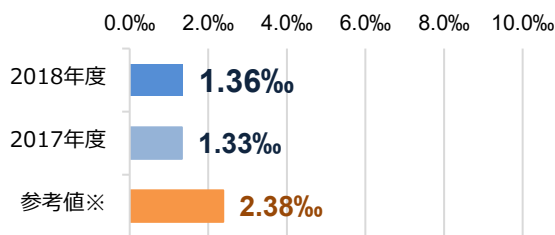
## ◇当院のインシデント事象レベルと当該指標の損傷レベル 対照表

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】



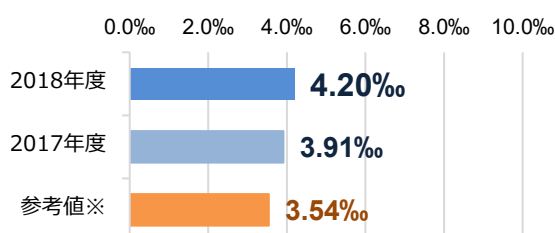
## 【定義】

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）

※日本病院会「2018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】

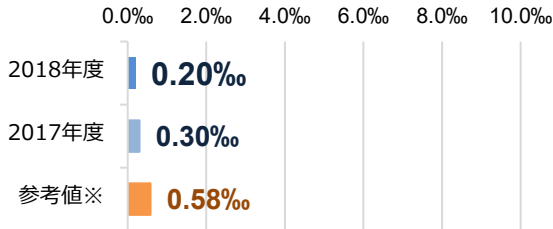


※日本病院会「2018年度QIプロジェクト結果報告」精神科病床向け

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「2018 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】

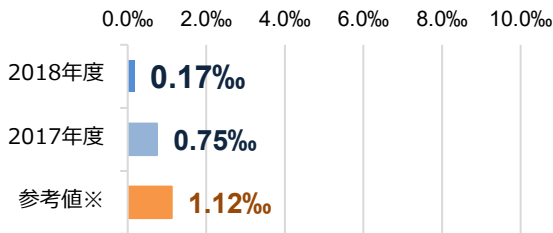
分子 医療安全管理室へインシデント・アクシデント  
レポートが提出された入院中の転倒・転落件数  
のうち損傷レベル 2 以上（当院のインシデント  
事象レベル 3a）の転倒・転落件数

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。

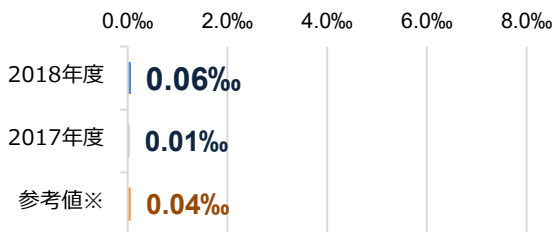
#### 【精神病床】



※日本病院会「2018 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「2018 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】

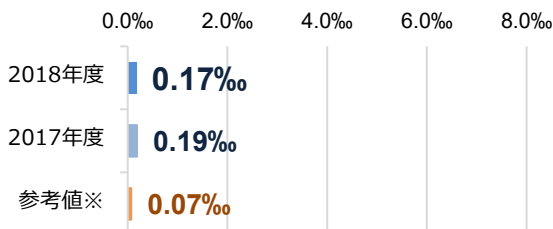
分子 医療安全管理室へインシデント・アクシデント  
レポートが提出された入院中の転倒・転落件数  
のうち損傷レベル 4 以上（当院のインシデント  
事象レベル 3b）の転倒・転落件数

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「2018 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・精神病床の入院患者損傷レベル 2 以上の発生率は減少しましたが、一般病棟の入院患者損傷レベル 4 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合わせ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



※2018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

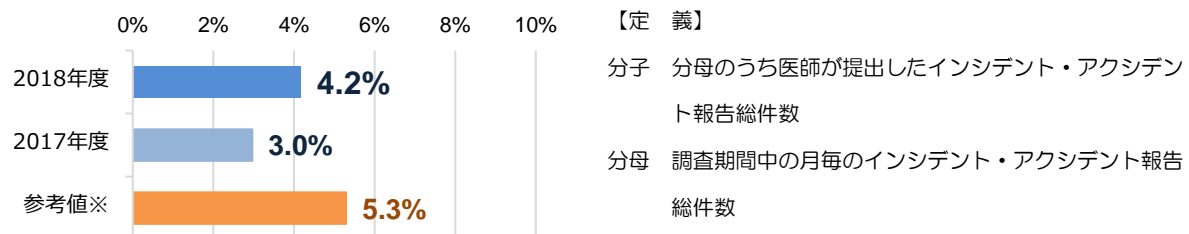
当院は参考値より低い値で、昨年度と比べると3.8ポイント更に減少しました。レベル0の報告が減少している傾向にあり、未然に防いだ事例を報告する意義を職員に周知し、報告数の増加につなげたいと考えます。

## ★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があります。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。

※2018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

当院は参考値より低い値です。また、昨年度と比べると1.2ポイント上回る結果となりました。

2019年1月からオカレンス報告制度を導入し、医師の報告が多くなったと考えられます。しかし、当院の値は参考値よりも低いため、更なる努力が必要です。

## V 褥瘡

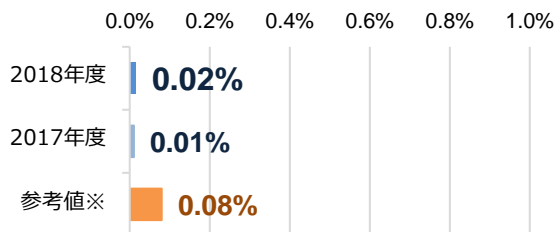
## ★20 褥瘡発生率

## 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】



## 【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

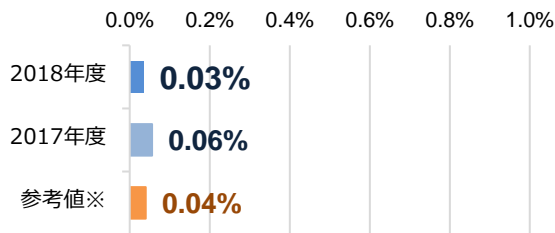
分母 入院延べ患者数（人日）

## 【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。

※日本病院会「2018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「2018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0.02%、前年度は参考値を上回った精神病床でも、前年度よりも0.03ポイント低い0.03%となっており、共に参考値を下回る結果となりました。

褥瘡予防対策委員会は四つの部会で活動し、院内教育をはじめマニュアルの整備や記録の監査などを行い、スタッフ一人一人の知識とスキルアップに取り組んでいる効果だと考えます。また、前年度の発生率が参考値をやや上回った精神病床では、個々の症例を振り返り発生予防に努めました。

今後も継続して褥瘡発生を予防できるよう、定期的な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・治療・ケアへつなげていきます。

## VI 感染管理

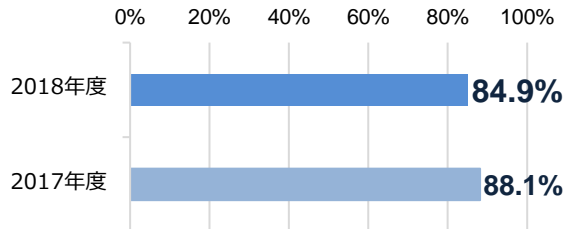
## ★21 尿道留置カテーテル使用率（ICU入室患者のみ）

## 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。

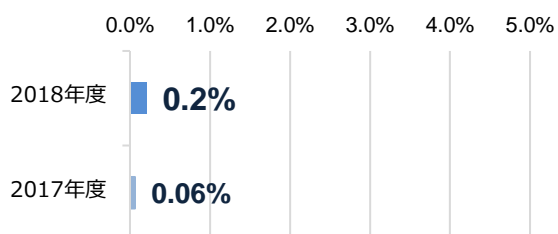
## ◇当院の特徴

前年度と比較してやや低い値となりました。今後も継続して尿道留置カテーテル挿入適応患者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

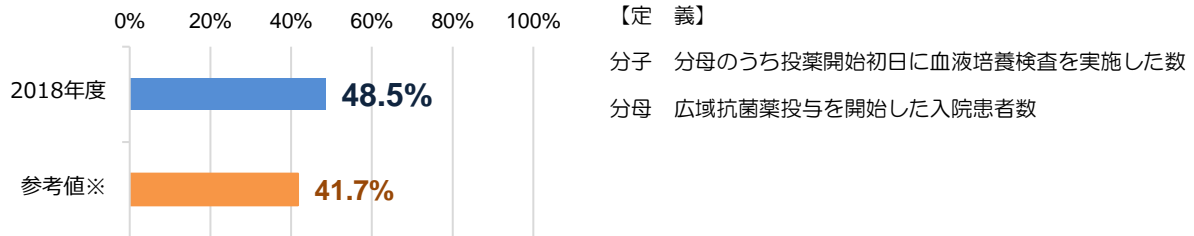
前年度と比較しやや高い値となりましたが、継続して低い値を維持しています。引き続きカテーテル挿入手技や管理方法について適正化を図っていきます。

## ★23 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率【新】

## 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、起病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「2018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

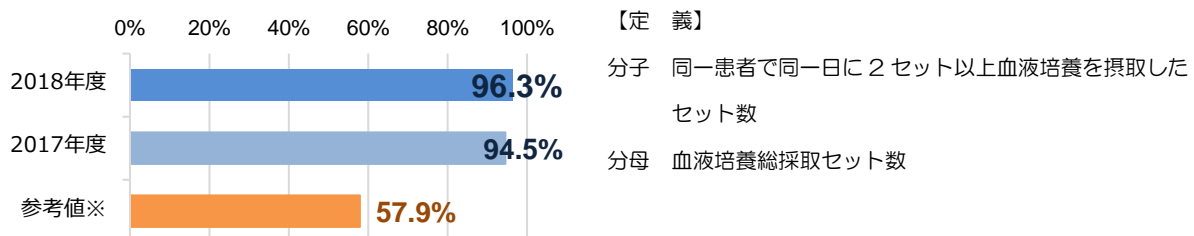
参考値を上回る結果となりました。今後はより高値を目指すため、ASTによる介入を強化していく方針です。

## ★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「2018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

前年度と比較し高い値となりました。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。

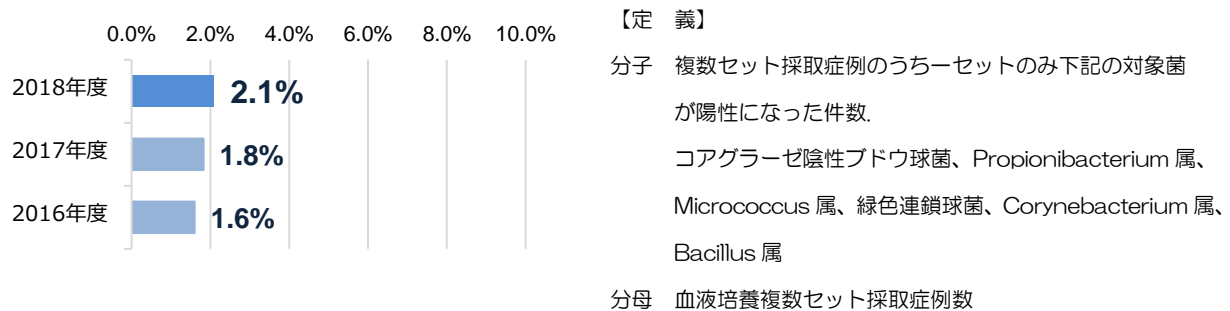
## 25 血液培養汚染菌検出率

## 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。血液培養の手技（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、ASM<sup>1)</sup>ならびに CLSI<sup>2)</sup>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

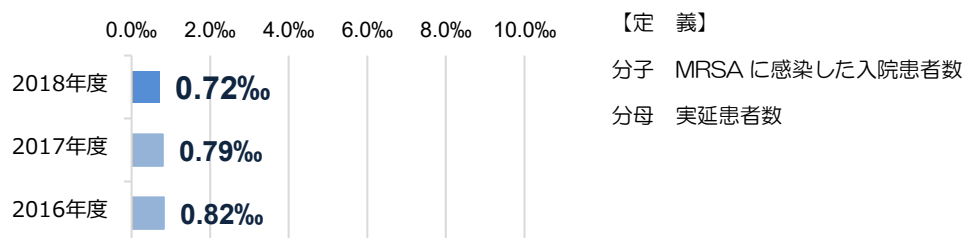
前年度と比較し少しずつ高い値となっていますが、国際的な基準である3%未満を維持しています。今後もより高い水準を維持できるよう啓蒙活動を行っていきたいと思います。

## 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

MRSA によるアウトブレイクもなく、2016年度・2017年度・2018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。

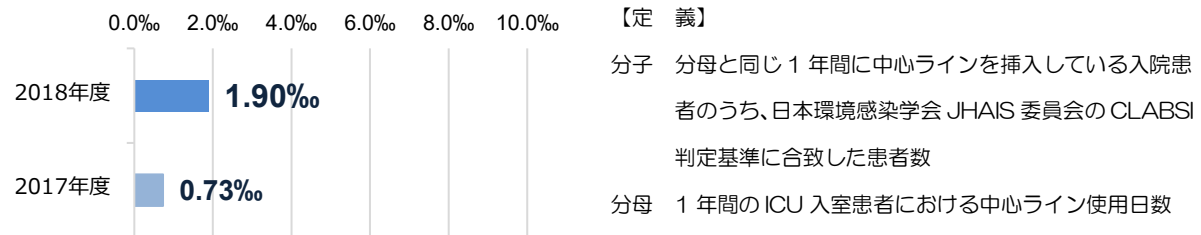
## 27 中心ライン関連血流感染発生率（ICU入室患者のみ）

## 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<sup>1)</sup>。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

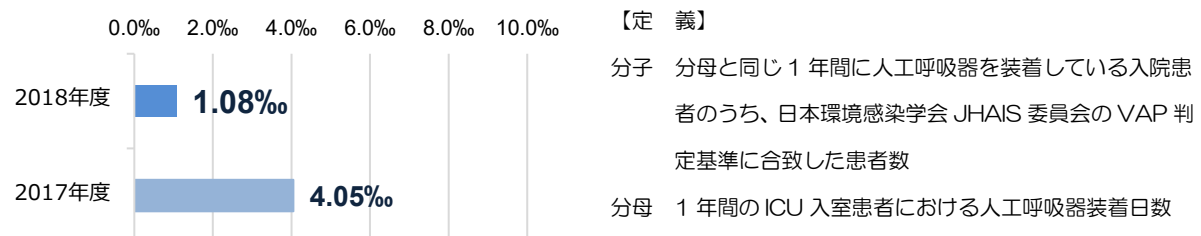
前年度と比較して高い値となりました。当院マニュアルや種々のガイドラインを参考にしながら、今後の発生率低減に努めていきます。

## 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

前年度と比較して低い値となりました。  
 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っております。

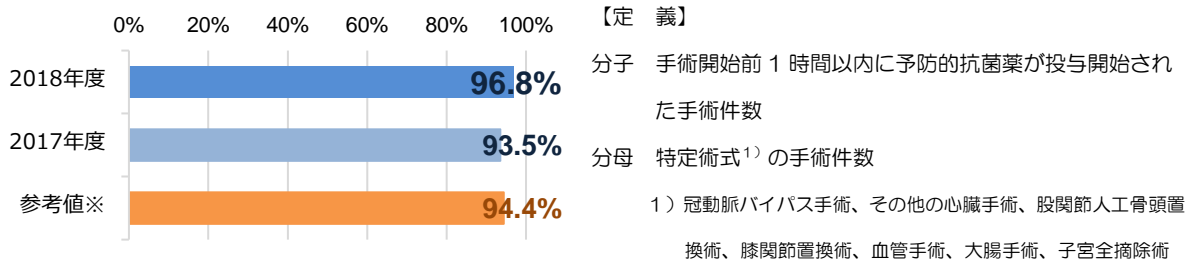
## VII 手術

## ★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「2018 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

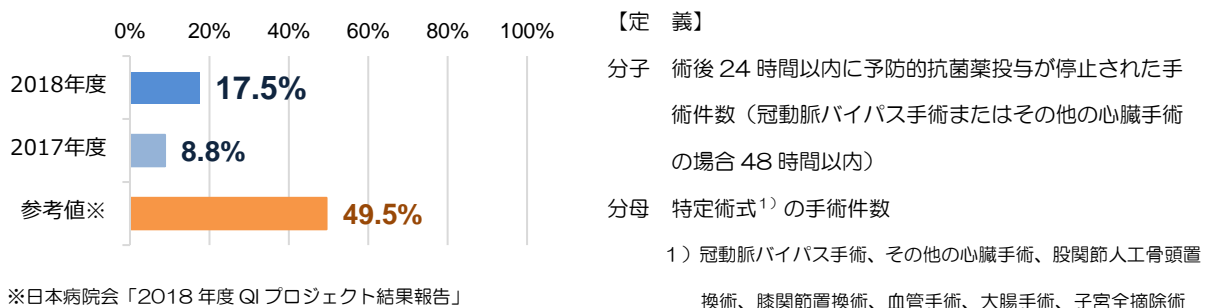
参考値を上回る結果となりました。当院では 2017 年に「抗菌薬適正使用マニュアル」を作成し、その中に周術期抗菌薬についても記載されています。今後も投与率が向上するよう検討していきます。

## ★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。

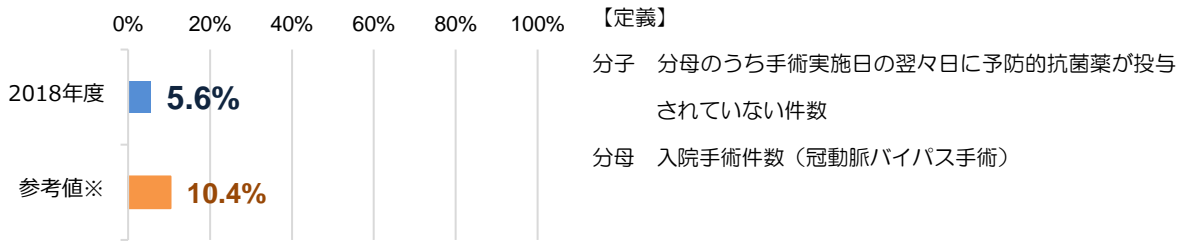
## ◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」

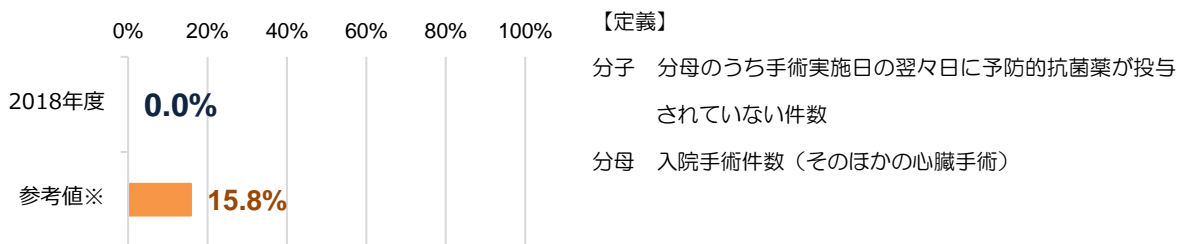
500 床以上による平均値

### 30-a 術後 48 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（バイパス手術）【新】



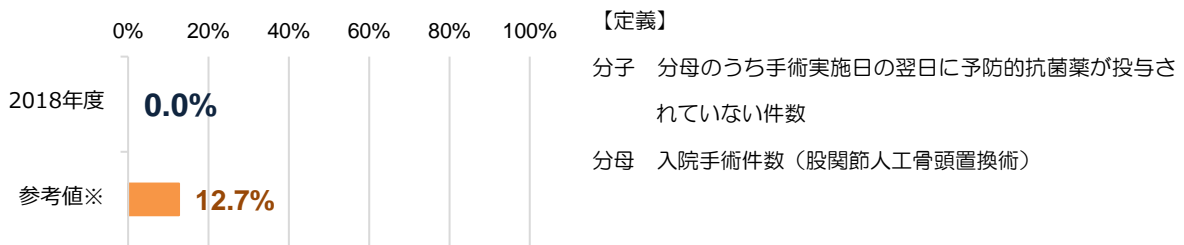
※日本病院会「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」  
 500 床以上による平均値

### 30-b 術後 48 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（他の心臓手術）【新】



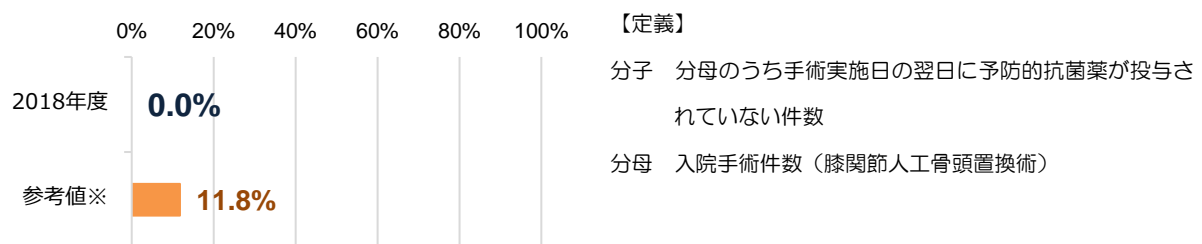
※日本病院会「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」  
 500 床以上による平均値

### 30-C 術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（股関節置換術）【新】



※日本病院会「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」  
 500 床以上による平均値

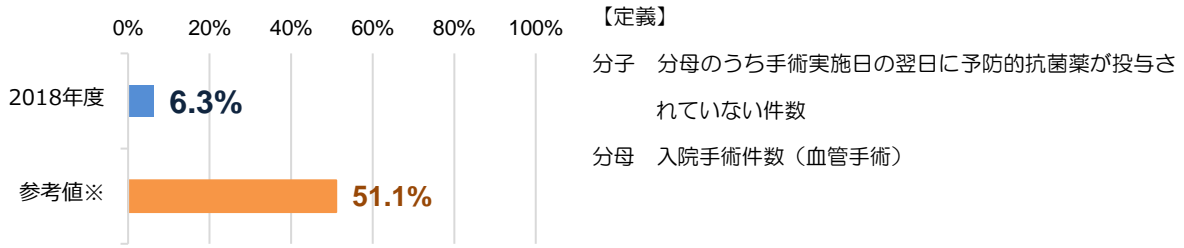
### 30-d 術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（膝関節置換術）【新】



※日本病院会「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」  
 500 床以上による平均値



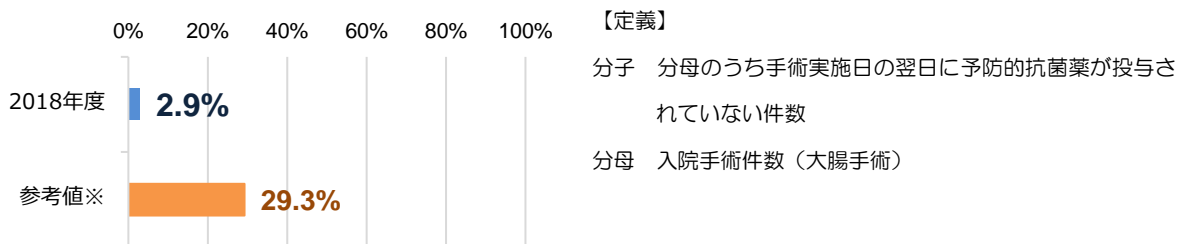
## 30-e 術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（血管手術）【新】



※日本病院会「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

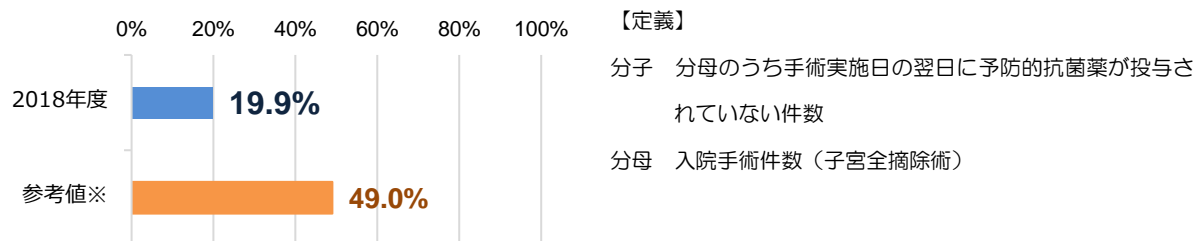
## 30-f 術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（大腸手術）【新】



※日本病院会「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

## 30-g 術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（子宮全摘除術）【新】



※日本病院会「2018 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、少し改善されていますが、依然として参考値よりも低い値となりました。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、停止率の向上に努めていきます。

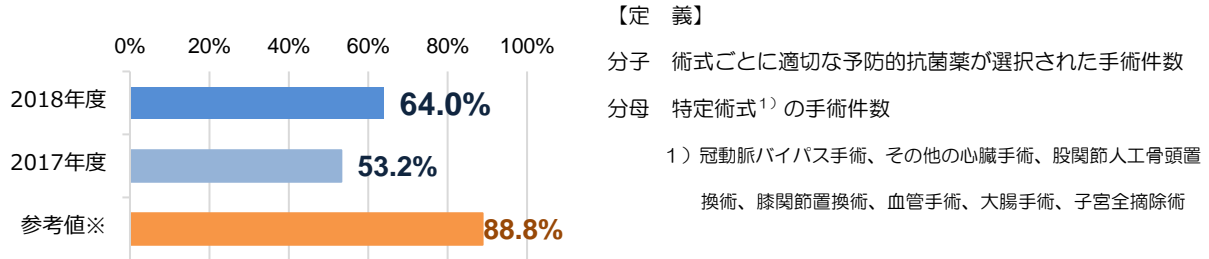
## ★31 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

## 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「2018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

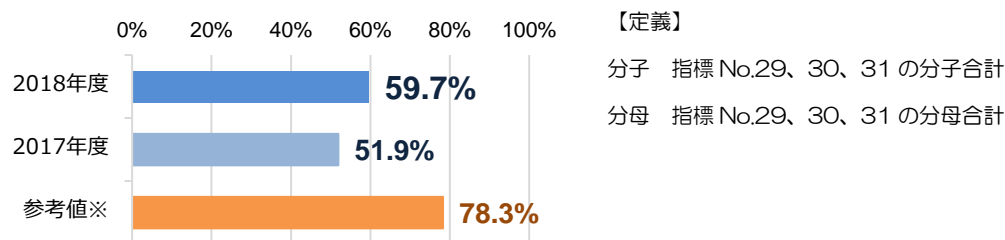
前回よりも高い値となりましたが、参考値と比較して依然として低い値となりました。診療科別、術式別の指標値の分析を進め、術式によってはクリニカルパスの見直しを行い、適切な抗菌薬を組み込む等の改善案を検討し、適切な抗菌薬選択を行うように努めていきます。

## ★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「2018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

前回よりも高い値となりましたが、参考値と比較して依然として低い値となりました。

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を行うように努めていきます。

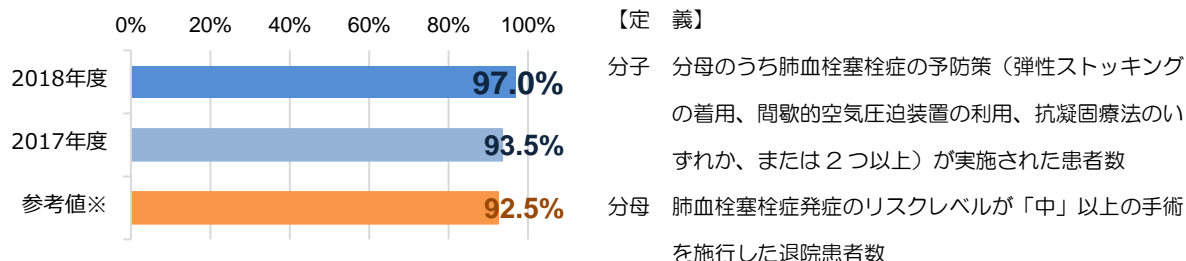
## ★33 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防策実施率

## 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。



※2018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

当院は参考値より高い値です。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い、リスクに応じて対策を実施しています。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。薬物による予防として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しています。

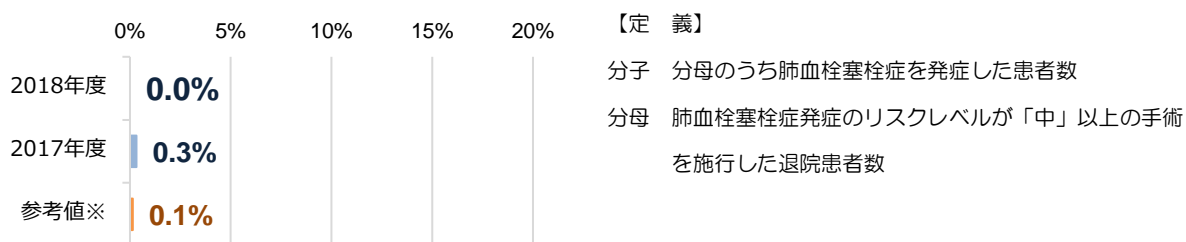
## ★34 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

## 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。



※2018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

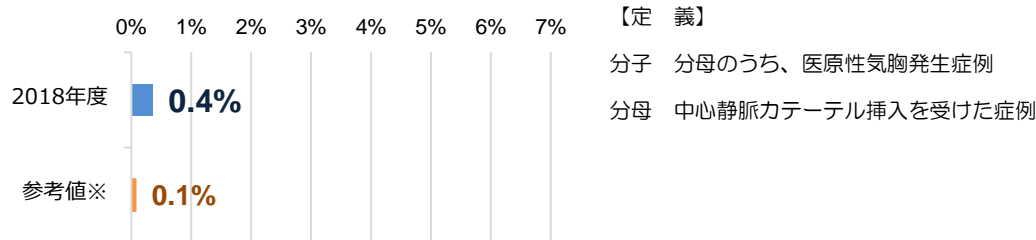
手術に関連した肺血栓塞栓症は発生していません。術後は肺塞栓症の早期発見のため、生体モニターの装着や患者の観察を実施しています。今後も患者さんのリスクに応じた予防対策を実施するとともに、早期発見と発生時の迅速な救命処置に努めます。

## ★35 中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸発生率【新】

## 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、抗菌薬や循環動作約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。



※日本病院会「2018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

中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸は1件発生しました。CVCインストラクターによる年2回のCVC、PICC（末梢挿入型中心静脈カテーテル）研修を行っています。超音波エコー下による定期的な実践的訓練を行うことで合併症発生の低減に努めています。また、より侵襲の低いPICCを選択することも増えています。

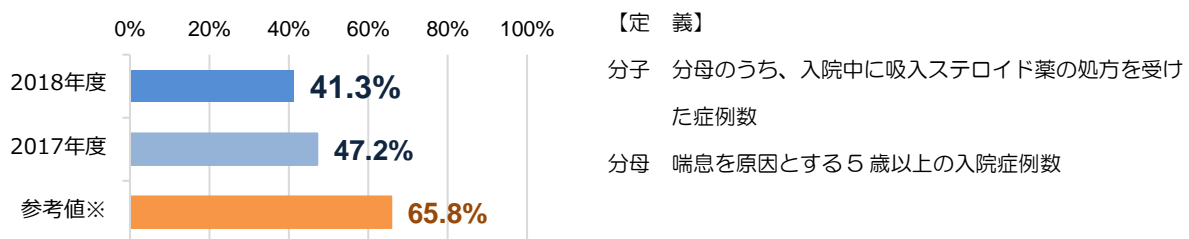
## VIII 呼吸器

## ★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。



※日本病院会「2018年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

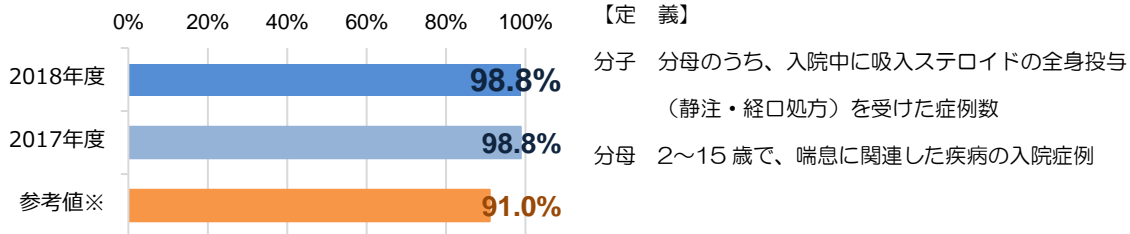
## ◇当院の特徴

2018年度喘息入院患者さん63名（15歳以上24名、15未満39名）であった。15歳以上の喘息患者さんに対しては、100%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 $\beta_2$ 刺激薬を使用しても、 $SpO_2$ 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「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

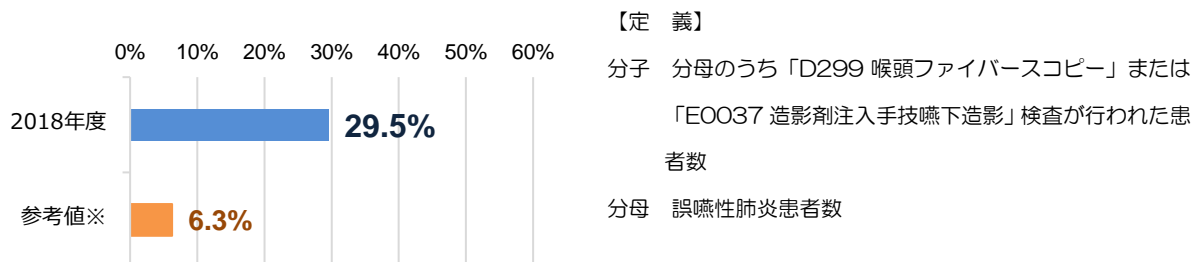
#### ◇当院の特徴

当院は 24 時間小児救急患児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  $\beta_2$  刺激薬を使用しても、 $SpO_2$  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が必要です。そのため、当院の喘息入院患児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思われます。

### ★38 誤嚥性肺炎に対する喉頭ファイバースコープ又は嚥下造影検査実施率【新】 プロセス

誤嚥性肺炎の多くは嚥下障害によって引き起こされます。喉頭ファイバースコープや嚥下造影検査によって患者さんの嚥下機能を評価し、適切なアプローチ（治療、摂食・嚥下訓練、リハビリテーション、音声訓練など）につなげることができます。

◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2018 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

当院は三次救急病院として多数の肺炎患者さんを受け入れており、その中でも高齢化の進展に伴い誤嚥性肺炎者の受け入れが多くなっています。

肺炎治療後の安定期には、安全に摂取可能かどうかの嚥下機能評価を積極的に行っており、退院調整にも有用であると思われます。

## IX 糖尿病・代謝

## ★39 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP)&lt;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。

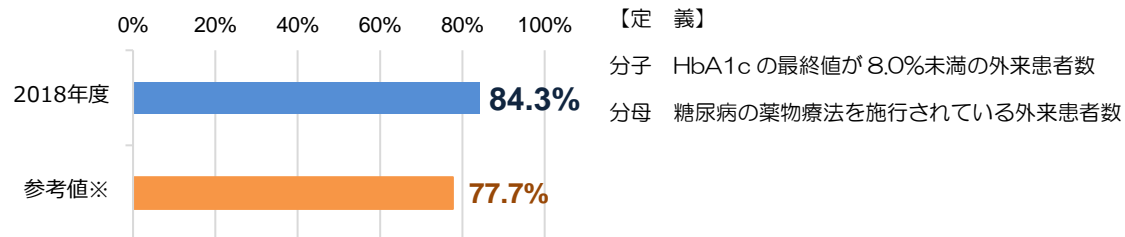


※日本病院会「2018年度QIプロジェクト結果報告」

500床以上による平均値

## 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP)&lt;8.0%【新】

## ◇当院の数値 値の解釈 より高い値が望ましい。



※日本病院会「2018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、それぞれ参考値より7.6～10.6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(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)に基づいたHbA1cの目標設定を日常の診療の場で、すべての患者さんを対象に行っています。

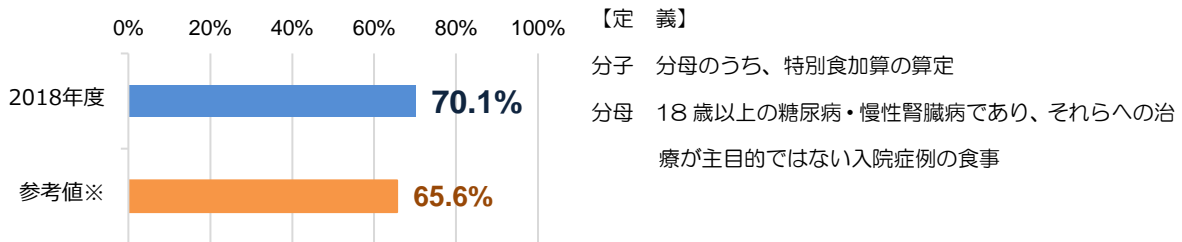
## ★40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率【新】

## 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「2018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

当院の実施率は70.1%で参考値より上回る結果となりました。

当院では各病棟に管理栄養士を配置し患者入院時に栄養計画を立て、糖尿病等の既往がある患者には特別食を提供するよう積極的に働きかけています。今後も継続して適切な栄養管理を実施していきたいと思っております。

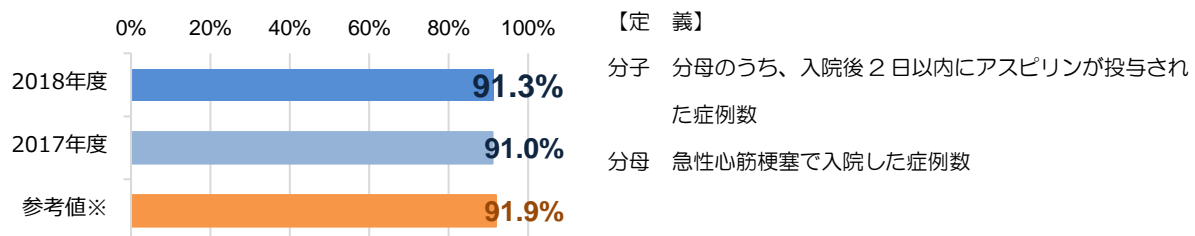
## X 心血管

## ★41 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-遮断薬の処方率は、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「2018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

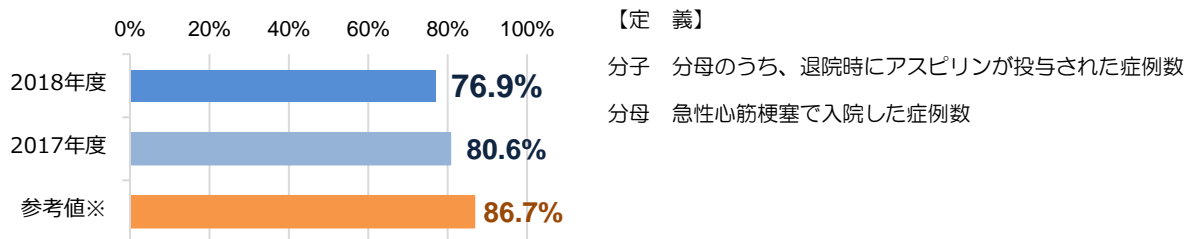
当院の数値は、参考値よりも0.6ポイント低い結果となりました。

2017年度よりも改善してきていますが、当院の特徴として心肺停止後の急性心筋梗塞が多く、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。

## ★42 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「2018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9.8ポイント低い結果となりました。

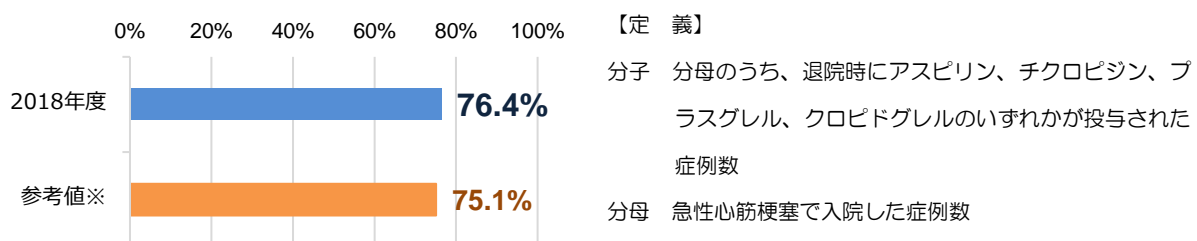
当院では、患者さんにあった抗血小板剤の処方をおこなっています。特に心房細動合併例では抗凝固療法との3剤併用で出血が増えるため、アスピリンは急性期のみの併用として、退院時にはアスピリン以外の抗血小板剤（クロピドグレル、プラスグレル）を投与する機会が多くなってきています。

## ★43 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与率【新】 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「2018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1.3ポイント高い結果となりました。

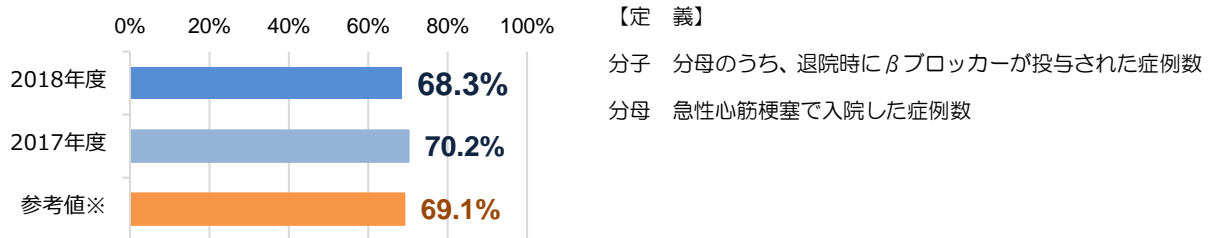
当院では、患者さんにあった抗血小板剤の処方をおこなっています。特に心房細動合併例では抗凝固療法との3剤併用で出血が増えるため、アスピリンは急性期のみの併用として、退院時にはアスピリン以外の抗血小板剤（クロピドグレル、プラスグレル）を投与する機会が多くなってきています。



## ★44 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「2018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

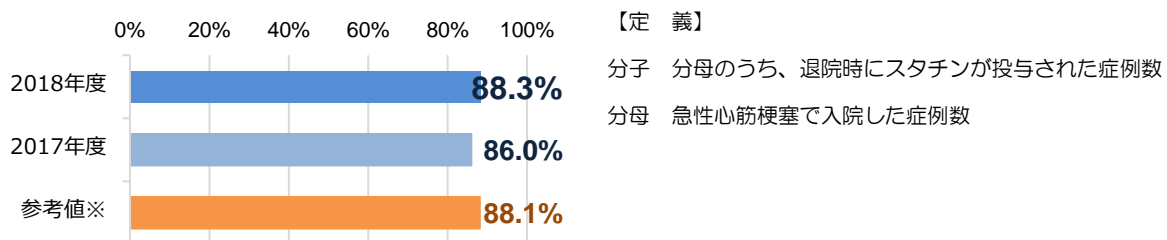
当院の数値は、参考値より0.8ポイント低い結果となりました。

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。

## ★45 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「2018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0.2ポイント高い結果となりました。

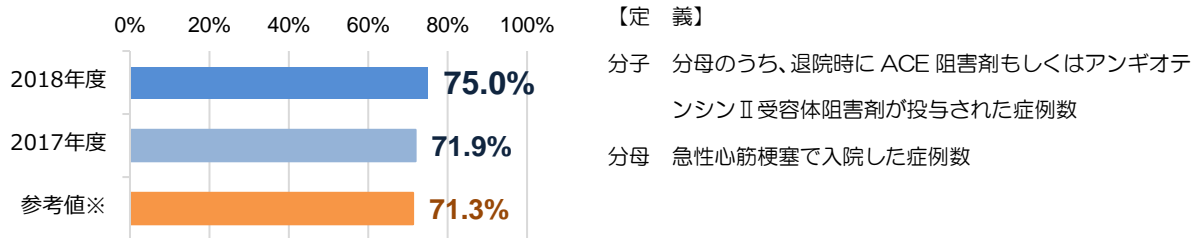
当院では退院時に継続可能な患者さんに対しては投与していますが、今後はさらに処方率を上げるように努めていきます。

## ★46 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「2018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 3.7 ポイント高い結果となりました。

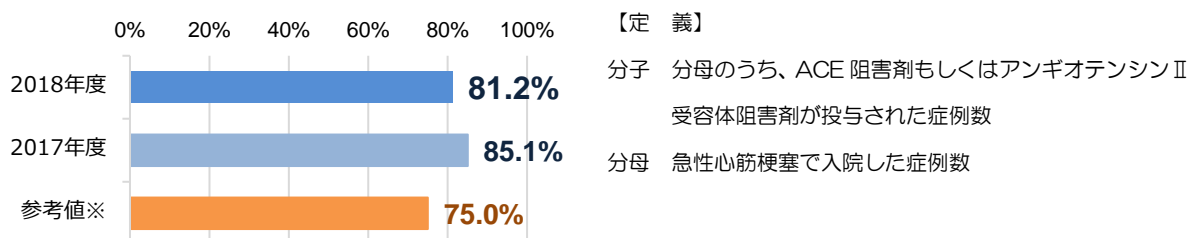
当院では、急性心筋梗塞における退院患者さんに対し、禁忌がなければ積極的に投与しています。

## ★47 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「2018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 6.2 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。

## ★48 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-balloon<sup>1)</sup> 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「2018 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 12.2 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。

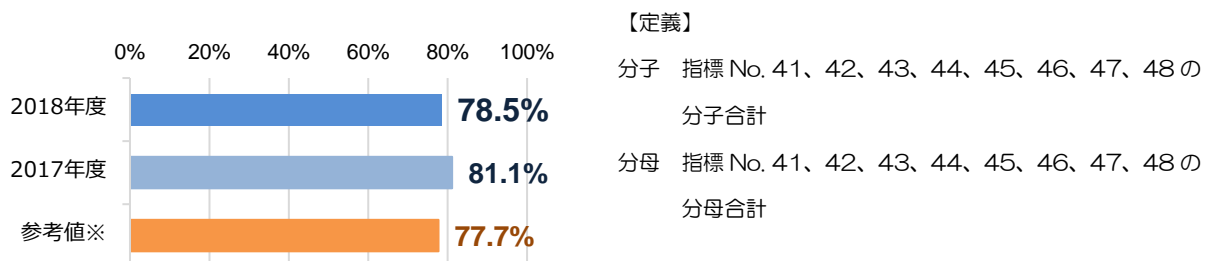
さらに 90 分以内の実施割合を高めるように努力していきます。

## ★49 統合指標（虚血性心疾患）

指標 No. 41、42、43、44、45、46、47、48 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「2018 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 0.8 ポイント高い結果となりました。

標準的な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。

## XI 脳神経

★50 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「2018 年度 QI プロジェクト結果報告」

500 床以上による平均値

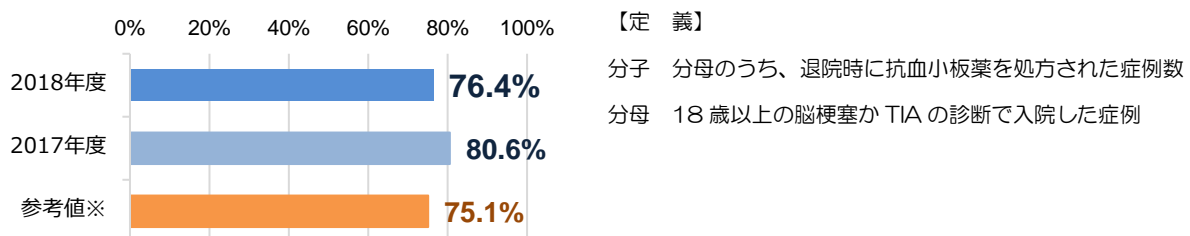
## ◇当院の特徴

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、参考値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。

★51 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「2018 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

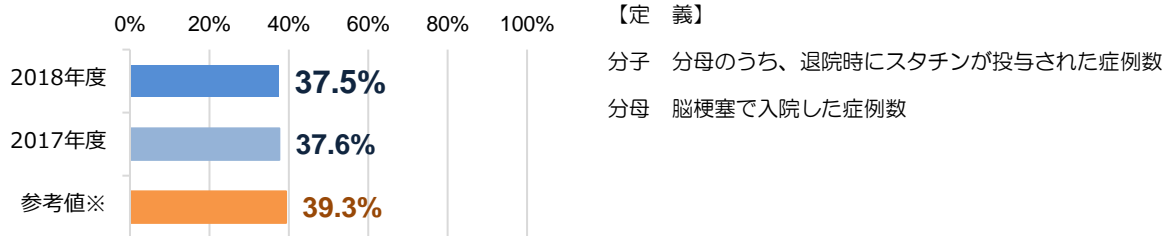
当院では発症 24 時間以内の急性期脳梗塞および TIA への治療として、米国心臓学会のガイドラインに基づいて、抗血小板剤の 2 剤投与を行っています。3 週間程度の併用ののち、1 剤に減量して継続することが一般的です。参考値よりも高い数値が出ているのは、プロトコール遵守ができていていることの反映と考えています。

## ★52 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「2018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。

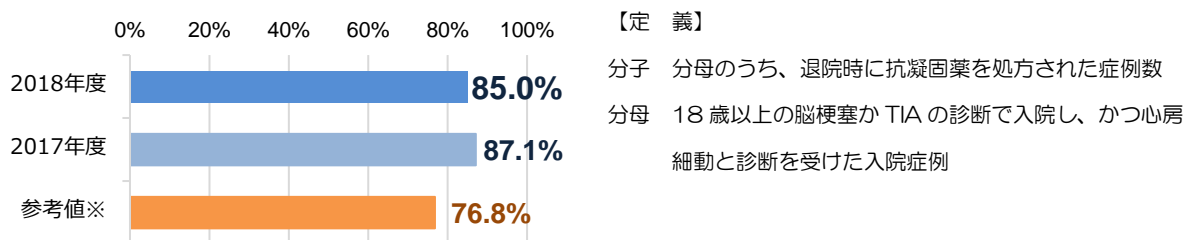
## ★53 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

## 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「2018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

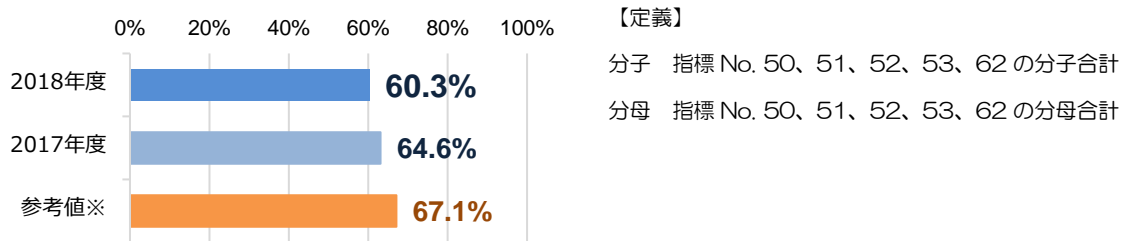
当院では循環器内科にて多くの心房細動症例の治療を行っていることもあり、心房細動をもつ脳塞栓症例が多い特徴があります。退院時に抗凝固剤を処方しなかった症例は、死亡症例、経口摂取困難で中心静脈栄養、高齢や合併症で抗凝固剤治療を選択されなかった症例に限られています。数値は適切な治療を提供していることを反映していると考えています。

## ★54 統合指標（脳卒中）

指標No. 50、51、52、53、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「2018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日間の経過観察のちに抗凝固剤投与をおこなっていることから、指標No.50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。

## XII 精神

### ★55 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「2018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26施設による平均値

### ◇当院の特徴

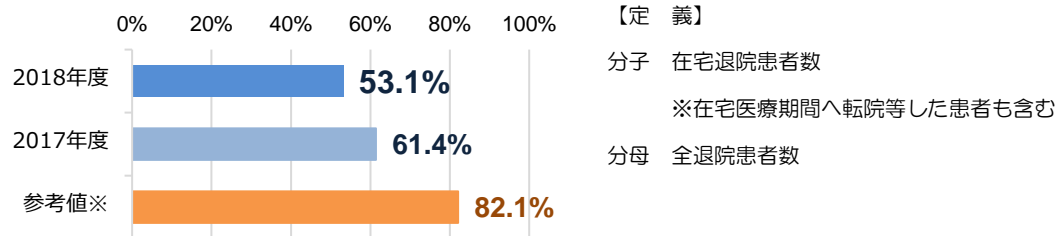
当院の身体抑制率(精神科病床)は、29.6%となっており、参考値よりも劣った結果(=身体抑制率が高い)となっています。当院でも身体抑制の最小化に努めていますが、地域に必要とされる(単科)精神科病院では行えない身体合併症に特化した入院治療をおこなっていますので、点滴などの処置、術後の安静確保などのため身体抑制が必要となることが多く、(単科)精神科病院が主体となる平均値に比べ身体抑制率が高くなったと推測されます。引き続き身体抑制の最小化に努めていきます。

## ★56 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「2018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26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53.1%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。

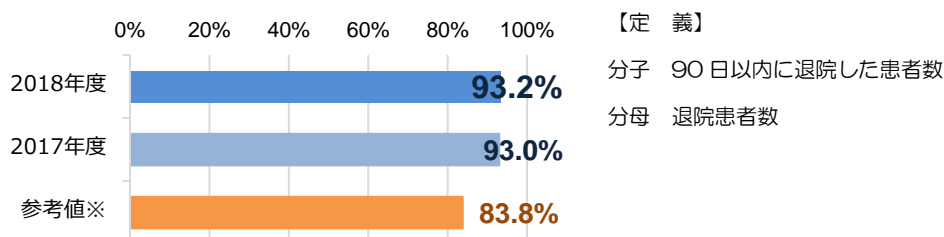
当院では、地域の精神科医療機関・クリニック、保健・福祉機関との連携のもと、身体合併症精神科医療に特化した入院治療を行っており、身体治療が終了した後に紹介元医療機関に再入院したり、またはリハビリテーション病院や介護老人福祉施設へ退院したりすることが多くなるため、在宅復帰率が低くなったと推測されます。患者さんの病態・病状に応じて在宅復帰を含めた柔軟な退院調整を進めていきます。

## ★57 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「2018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26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93.2%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。

## ★58 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「2018 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 26 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 8.2%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。

## ★59 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「2018 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 26 施設による平均値

## ◇当院の特徴

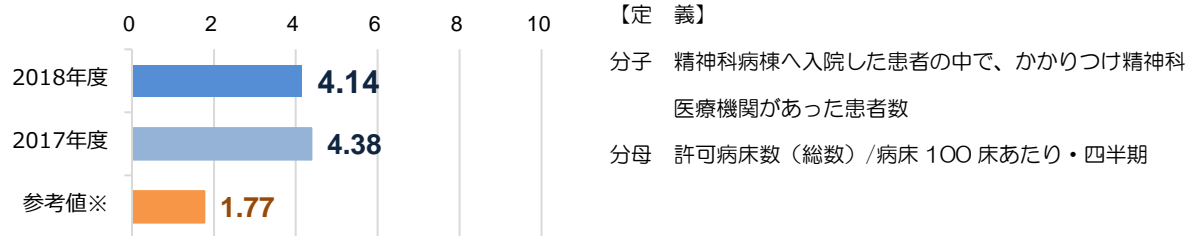
当院の平均在院日数(精神科病床)は 38.6 日となっており、参考値に比べ特に優れた結果(=1 か月あたりの入退院数が多い)となっています。当院の使命である身体合併症医療の役割を果たすため、各身体診療科との密接な協力のもと急を要することの多い身体合併症治療のニーズを満たしているだけでなく、当院退院後の治療引継ぎについて地域の精神科医療機関などの理解・協力によって平均在院日数が短くなっていると考えられます。総合病院精神科機能を強化・維持するため、より一層の連携強化に努めます。



## 60 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」

2018年度一般指標(500床以上)による平均値

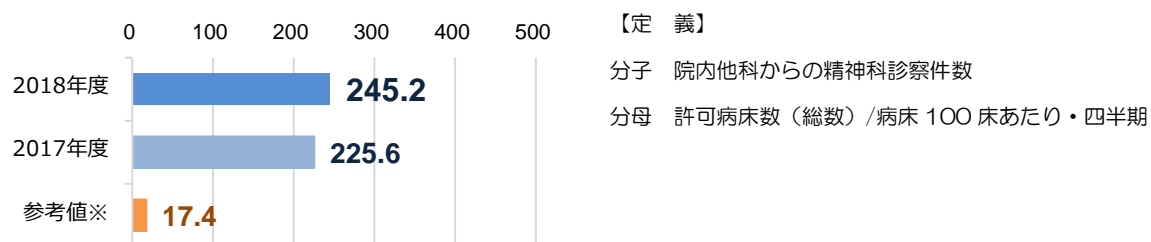
### ◇当院の特徴

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、4.14 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。

## 61 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。



※全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表推進事業」

2018年度一般指標(500床以上)による平均値

### ◇当院の特徴

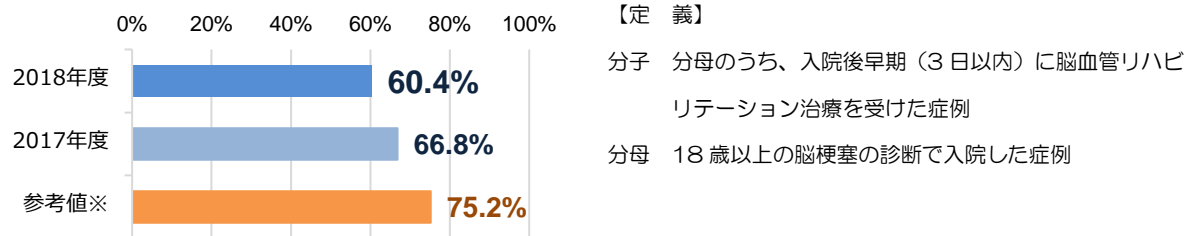
当院の院内他科からの精神科診察依頼頻度の指標は 245.2 となっており、参考値に比べ極めて優れた結果(=身体診療科からの精神科への診察依頼が多い)となっています。当院では、限られた医療資源を有効に活用するために地域でおこなえる一般精神科診療機能をダウンサイジングしており、それにより、身体治療中に精神科診療が必要となった際に速やかかつ強力に介入できている現れと考えられます。引き続き地域から求められる診療機能を維持・強化します。

## XIII リハビリ

## ★62 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

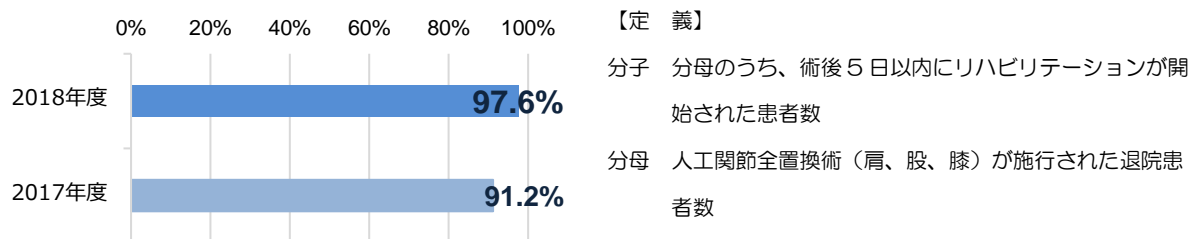
## ◇当院の特徴

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、処方当日又は翌日に多職種（PT・OT・必要に応じてST）が介入します。2018年度は木曜入院・金曜処方のケースが多く、介入が週明けになってしまったと思われる。処方が翌日になった理由としては、血栓回収手術の実施や、遅い時間帯の入院であったことが考えられます。

## 63 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り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

人工関節術後の患者さんは術前評価を行うことも多く、予定入院のベッドコントロールが良好だったために処方の遅れが少なくなり、昨年度より良好な数値が得られたと考えられます。しかし輸血などの処置の為にリハが中止になることや、週末等の連休を挟むと介入が遅れがちになることもあります。

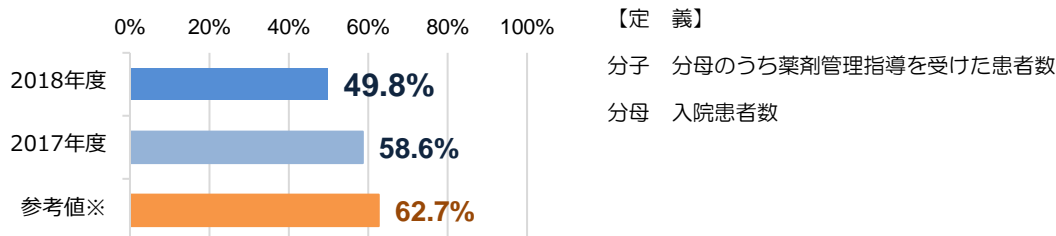
## XIV 薬剤

## ★64 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。



※2018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

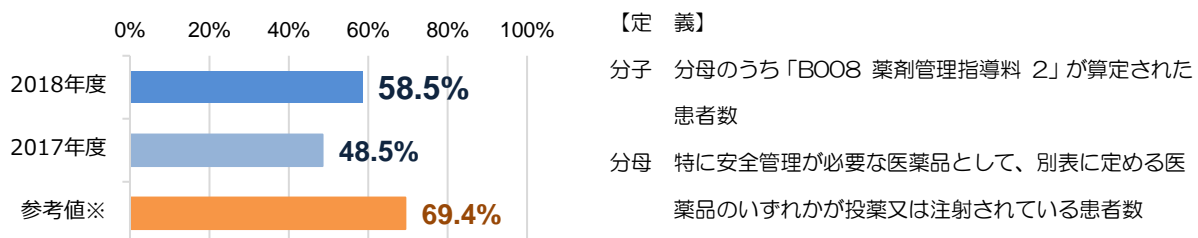
当院の薬剤管理指導実施率は49.8%となっており、前年度よりも8.8ポイント下回る結果となっています。病棟担当者の減少等により指導患者数を増やすことは達成できていませんが、安全管理が必要な医薬品を使用する患者さんへ優先的に服薬指導を実施する等の対応をおこない、院内の薬物治療に関与しています。今後も、配置病棟の拡大と共に、より有効かつ安全な薬物治療を提供できるよう取り組んでいきます。

## ★65 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。



※2018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

当院の安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）使用患者に対する服薬指導実施率は58.5%となっており、前年度よりも10ポイント上回る結果となっています。副作用の早期発見、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。

## XV 臨床検査

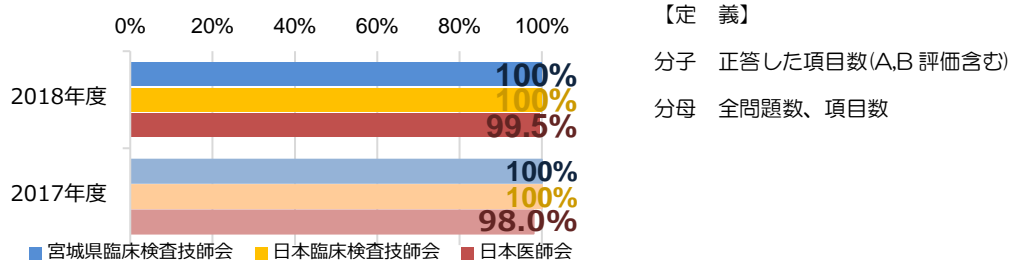
## 66 外部精度管理の正答数(評価 A,B 含む)の割合(%)

## 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。2018年度においては、2017年度と同様に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。