

医療の質

Quality Indicator



Ver. 3.0

平成 24 年 8 月

大和高田市立病院

序 文

「医療の質」を表す指標 (Quality Indicator)

平成 21 年 10 月 院長 砂川晶生

患者さんの誰もが、また、医療従事者自体も、安全で質の高い医療を求めています。近年、医療の質を検証し、公表する動きが盛んになってきました。その医療の質を評価するための物差し（基準）が Quality Indicator （質指標）です。臨床（評価）指標（Clinical Indicator）と言われることもあります。

現在、医療の評価方法としては、日本医療機能評価機構が行っている「組織体としての医療機関の機能」を評価する方法があります。本院も、平成 19 年 10 月に、Ver.5.0 で日本医療機能評価機構の認定を受けています。この方法では、医療の構造（施設、医療機器、医療スタッフの種類や数など）や過程（実際に行われた診療や看護の内容など）の評価が重点となり、医療の直接の結果（アウトカム）は評価対象ではありません。実際の医療の結果と、それに至る過程の評価方法が、Quality Indicator （質指標）であり、様々な指標が提唱されています。

本院では、この度、従来から院内資料として検討・評価してきた指標の一部を公表することと致しました。広く、患者さんや市民の皆さんにこれらの指標を公表することにより、一層、厳しい目で自己評価を行いつつ、医療の質の向上に取り組んでいきたいと考えています。今後、各指標の内容の妥当性を検討し、評価項目や評価方法を見直していく予定です。

皆さま方からの忌憚のないご意見やご批判をお待ちしています。

改訂の序

「医療の質」指標の更なる進化

平成 23 年 2 月 院長 砂川晶生

本院で「医療の質」指標（Quality Indicator）を公表して 1 年以上が経過しました。この間、全国的にも「医療の質」指標を公表する動きはさらに広がりを見せています。

昨年、厚生労働省が、「医療の質の評価・公表等推進事業」を実施することにし、病院団体に事業への応募を呼びかけました。10 団体から応募があり、最終的には、日本病院会、国立病院機構、全日本病院協会の 3 団体が選定され、平成 22 年 6 月に発表されました。1 団体あたり、25 以上の病院を協力病院として、データの収集・分析を行います。本院は、日本病院会の一員として、本事業に参加することになりました。

日本病院会では、患者満足度に関する指標を含む 10 指標を 30 病院で収集・分析することになりましたが、この多くは、本院で公表した指標と重なるため、日本病院会の事業とともに、本院における指標の再検討を進めています。多くの病院で同一の指標の検討・分析を行うことにより、自院の立ち位置が明らかになります（ベンチマークと言います）。これにより、さらなる改善に向けた取り組みを行っていきたいと考えています。

今回は、改訂版として、幾つかの指標の見直しと最新データへの入れ替えを行いました。残る指標についても、順次、最新データに改訂していく予定です。
皆様方からのご意見はいつでもお待ちしています。

改訂第3版の発刊に際して

平成24年8月 院長 砂川晶生

年度単位で、データの更新作業を行っています。

一部に「医療の質指標」とは言えない実績報告のような資料も混在していましたが、病院全体の診療の活動性を示すものとして、あえて、掲載を続けることとしました。また、指標として掲載したものの、指標自体の天井効果で、これ以上の改善をみることが困難な指標については、今回の資料から除外しました。

医療の質指標としては、実際に、改善が見込めて、かつ、数値化出来るものが望ましいですが、本院単独で指標の良否を検証することは困難です。どのような指標がよいかは、日本病院会など、大きな組織での検証が必要となるでしょうし、これからも、試行錯誤が続くものと思われます。

今回は、改訂版として、幾つかの指標の見直しと最新データへの入れ替えを行いました。具体的には、上部消化管出血の内視鏡的止血率を除外し、胆囊摘出術中の腹腔鏡下手術の割合、内視鏡検査・内視鏡的治療件数、糖尿病患者の血糖コントロールの3項目を加えました。

皆様方からの忌憚のないご意見やご提案をお待ちしています。

目 次

序文：医療の質を表す指標（Quality Indicator）	砂川晶生	1
改訂の序：「医療の質」指標の更なる進化	砂川晶生	2
改訂第3版の発刊に際して	砂川晶生	3

病院全体

1. 病床利用率、平均在院日数	砂川晶生	7
2. 救急医療：救急車搬送患者数・救急患者数	砂川晶生	9
3. 割検率	砂川晶生	11

治療手技・手術

4. がん診療に関する指標		
a) 胃がん切除例の5年生存率	楊知明、岡村隆仁	12
b) 大腸がん切除例の5年生存率	楊知明、岡村隆仁	14
c) 乳がん切除例の5年生存率	楊知明、岡村隆仁	16
d) 乳がん患者での乳房温存手術の割合	楊知明、岡村隆仁	18
5. 胆囊摘出術中の腹腔鏡下手術の割合	岡村隆仁	19
6. 内視鏡検査・内視鏡的治療件数	濱戸教行	20
7. 血液透析に関する指標		
a) 血液透析患者の貧血コントロール	仲川嘉紀	21
b) 血液透析患者のカルシウム（Ca）と リン（P）のコントロール	仲川嘉紀	22
c) 血液透析の効率を示す指標	仲川嘉紀	23
8. 糖尿病患者の血糖コントロール	井原直次、砂川晶生	24

9.	クリニカルパス使用件数	治田美津子	26
10.	術前1時間以内の予防抗菌薬投与率	砂川晶生	28
11.	外来化学療法	阪口正治	30
12.	褥瘡発生率・有病率	堀井さゆり	31
13.	帝王切開率	堀江清繁、長嶺美津子	33

予防医療

14.	職員の健診受診率	柿迫寛	34
15.	職員のインフルエンザ予防接種率	柿迫寛	35
16.	乳がん検診の受診率	松山宜生	36

患者満足・支援

17.	患者満足度	岡本千賀子	38
18.	栄養指導	小泉明子、山本友香	42
19.	薬剤管理指導	阪口正治	44
20.	退院支援／入院医療相談	大北真由	45

検査

21.	緊急検体検査の結果報告に要した時間	伊東哲也	47
22.	生理検査の待ち時間	伊東哲也	48
23.	血液培養が複数回提出された患者の割合	西田陽一	49
24.	輸血廃棄率	堀川寛子	50

医療安全

25. 入院患者の転倒・転落発生率

田中早苗 51

1. 病床利用率、平均在院日数

病床利用率とはベッドの利用の程度を示す指標であり、次式で算出されます。

年間病床利用率 (%) =

$$[\text{年間延入院患者数} / (\text{許可病床延数} \times 365)] \times 100$$

病床利用率は、病院の経営状態を示す指標の一つです。自治体病院としても、質の高い医療を行うためには、健全な経営が求められます。健全な経営のためには、高い病床利用率が必要条件となります。近年の医療費抑制政策や医師・看護師不足の影響で、全国の病院の病床利用率は低下してきています。本院の病床利用率も、同規模の自治体病院に比べ良好とはいえ、医師不足の影響を受け、平成 18 年度から低下傾向を示していました。平成 21 年度は、一部の診療科で医師が増員したこともあり、病床利用率の長期低落傾向に歯止めがかかり、80%台に改善しました。さらに、平成 22 年度、平成 23 年度と増加傾向にあります。

平均在院日数とは入院患者の入院から退院までの平均的な在院期間を示す指標であり、次式で算出されます。

平均在院日数 (日) =

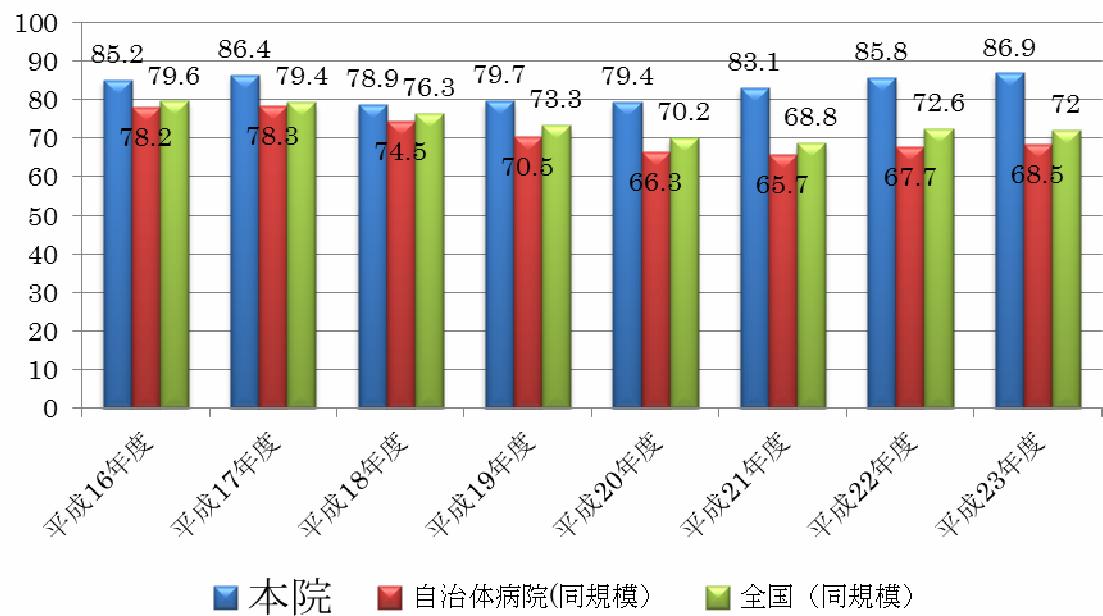
$$\text{延入院患者数} / [(\text{新規入院患者数} + \text{退院患者数}) / 2]$$

在院日数は、同一の同程度の疾患であれば、治療の効率性を示す指標となります。退院後の状況が良好であれば、短い入院期間で治療することが効率のよい医療ということになります。平均在院日数は、急性期病院の DPC 導入等を契機に、全国的にも急性期病院を中心に短縮傾向が進んでいます。本院の平均在院日数は、この 6 年間、15 日から 16 日で推移しており、短縮傾向はありません。本院では、平成 23 年 11 月で 25 床の医療型療養病棟を廃止し、一般病床に変更しました。これにより、病院全体の在院日数が短縮する方向に向かうものと予想しています。

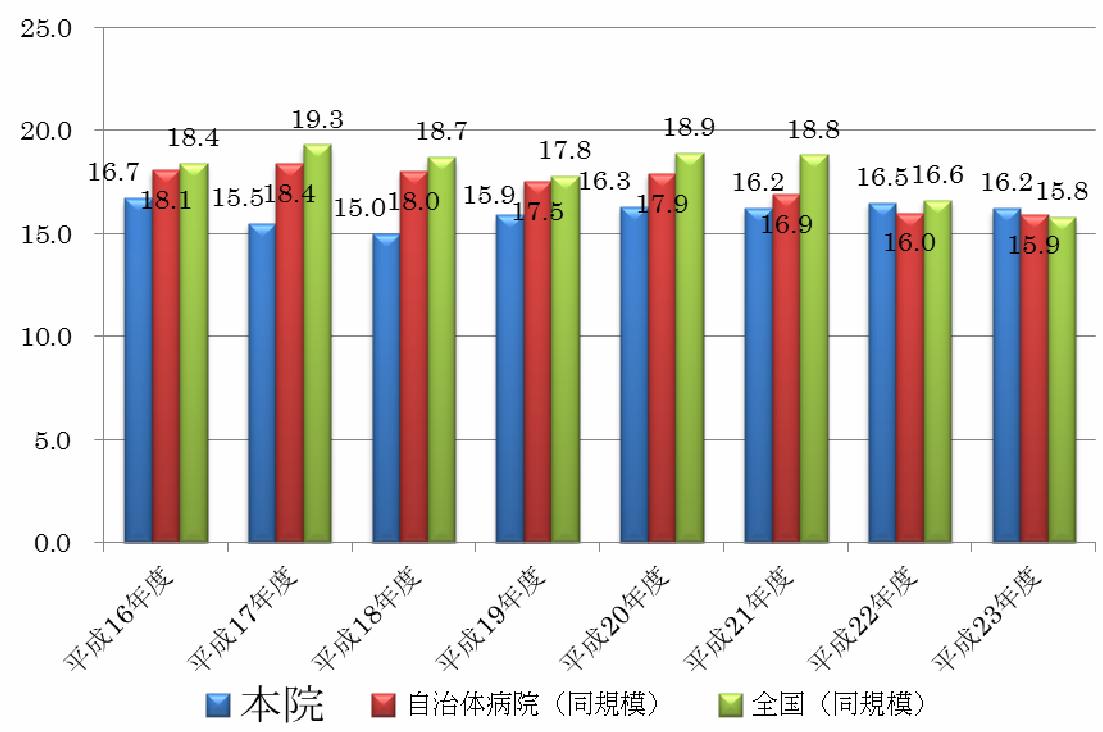
<参考文献>

- ・平成 23 年病院経営分析調査報告 社団法人全国自治体病院協議会編
- ・平成 23 年病院経営実態調査報告 社団法人全国自治体病院協議会編

病床利用率



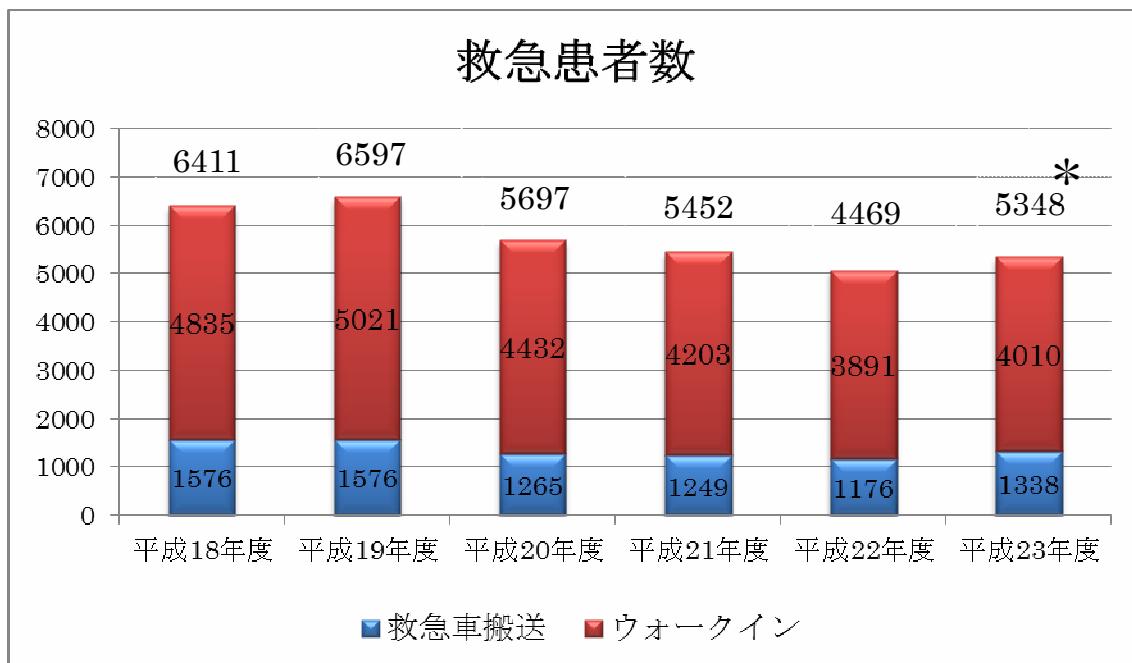
平均在院日数



2. 救急医療：救急車搬送患者数・救急患者数

本院の救急受入患者数は以前に比べて減少しています。この最も大きな原因は小児科の救急受入患者数の減少にあります。当院小児科では、奈良県中南部地域（中南和）の小児二次輪番当直を受け持っております。その中で、多くの一次救急の小児の診療を行ってきました。小児科の救急受入患者数の減少は、地域の小児の一次救急の体制が整備され、一次救急の患者さんの時間外受診が減少したことによるものと考えられます。

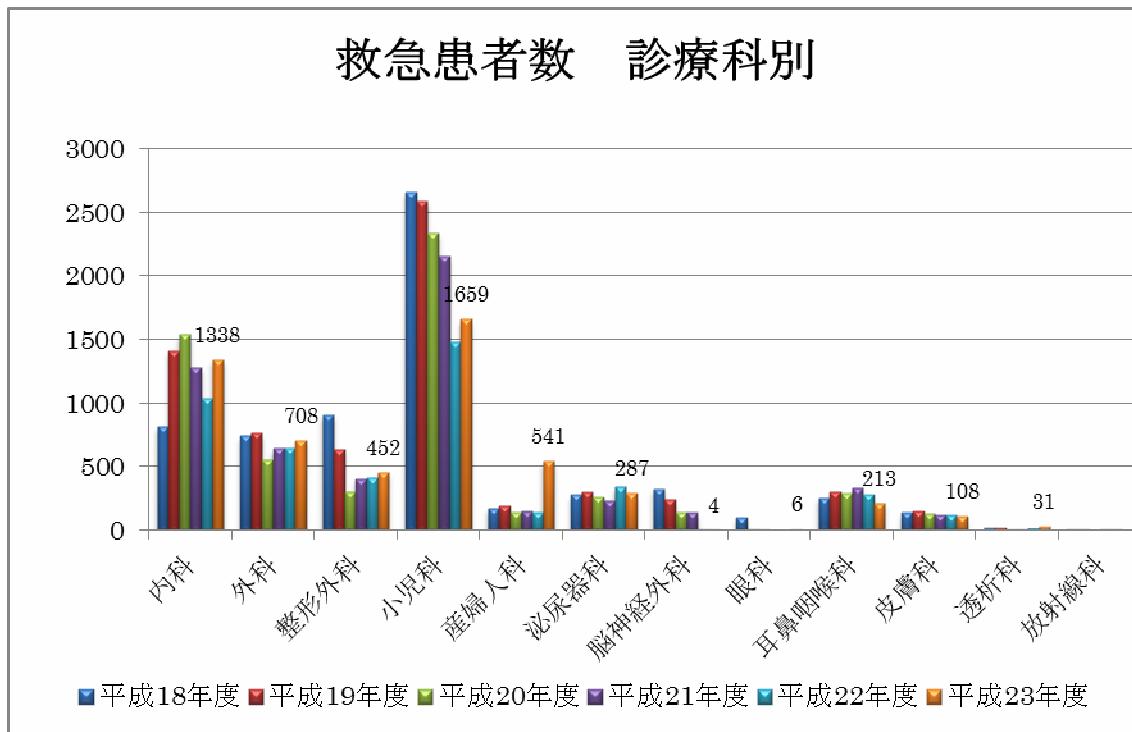
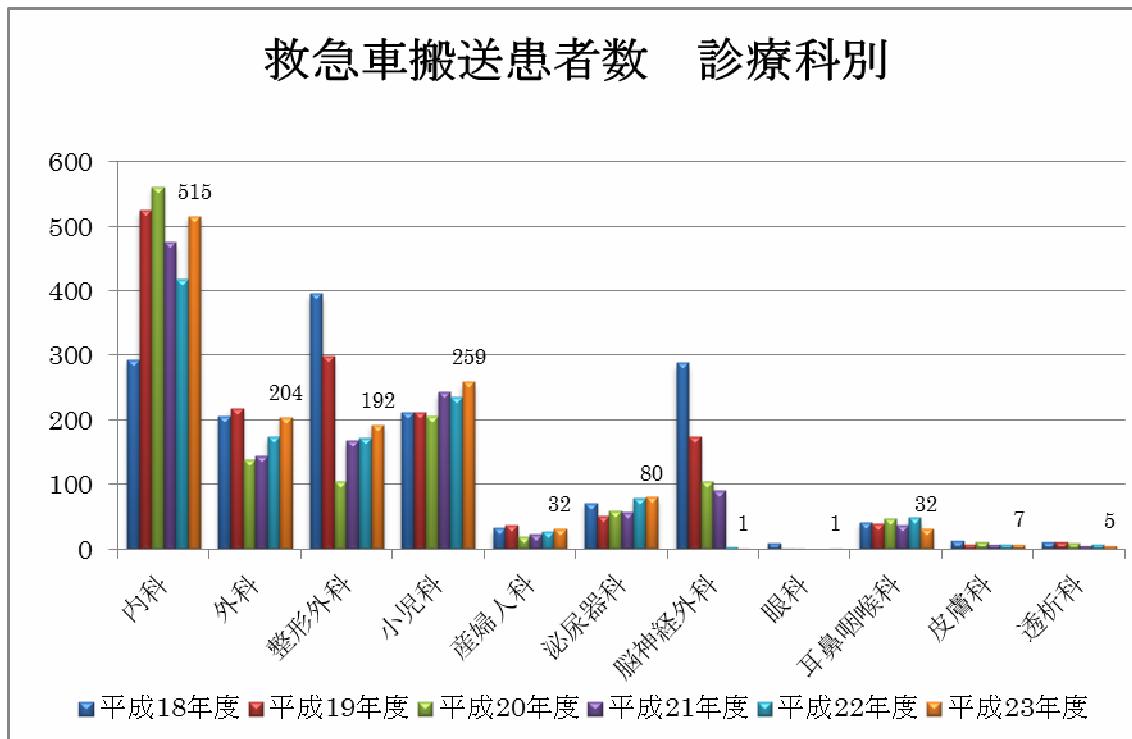
近年、様々な理由で、全国的にも救急医療体制が崩壊の危機に瀕しています。救急医療は、医師を始めとする医療スタッフの献身的な自己犠牲のみに頼って行い得るものではありません。十分な救急医療体制を構築するには、病院全体のマンパワーが必要となります。地域の中核の自治体病院として、不採算部門である救急医療体制を整備する必要があり、脳神経外科等の医師や看護師の人材確保に努めています。



救急車で搬送された患者さんと時間外に対応した患者さんの総計です。
ウォークインとは、救急車ではなく自力で来院された方を指します。

* : 時間外患者の統計は、医事データから算出しています。平成22年度までのデータでは、時間外に再診で入院した患者さん（時間外加算は算定されな

い) が含まれていませんでした。平成 23 年度分から、これらの患者を含めた数字としています。平成 23 年度は、このような患者さんは 707 人でした。



3. 剖検率

剖検とは、死亡された患者さんの病理解剖のことと言います。剖検率とは、入院中に死亡された患者さんの中、剖検された患者さんの割合のことです。

近年、画像診断などの診断手技の進歩により、病状がかなり正確に分かるようになり、年々、全国的にも剖検率が減少しています。しかし、剖検により新たな事実が判明することもあり、医学の進歩には大変重要な診断方法です。

また、医師の卒後2年間の初期臨床研修には、剖検症例を経験し、CPC (Clinico-pathological conference) を行うことが義務付けられています。

本院の剖検率は、極めて低値ですが、患者さんの貴重な御意志を大切にし、医学の進歩に寄与していきたいと考えています。

剖検数と剖検率

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
剖検数	3人	3人	1人	1人	1人	2人
院内死亡者数	260人	266人	285人	280人	310人	325人
剖検率	1.1%	1.1%	0.3%	0.4%	0.3%	0.6%

4. がん診療に関する指標

診断から一定期間後に生存している確率を生存率といい、がん医療を評価する重要な指標の一つです。通常は、治療後 5 年経過した時の生存率を治癒の目安としています。部位により、10 年生存率を用いることもあります。がんの進行度と広がりの程度を表す分類がステージ分類（臨床進行期分類）です。生存率は、ステージ別の生存率で表します。

4 a. 胃がん切除例の 5 年生存率

当院外科では、2002 年から 2006 年の 5 年間に 323 例の胃がん症例の手術を行い、下記の如くのステージ別 5 年生存率を得ました。内視鏡的に切除した症例は含まれておりません。2002 年から、早期胃がんを中心に、腹腔鏡下手術を始めました。当時の腹腔鏡下手術症例は、対象が早期がんのため、手術成績も良好で、開腹手術と遜色のない結果になっております。一方、根治手術を行えなかつたステージIV症例の成績は非常に不良でありました。現在は新しい抗がん剤の開発や術前化学療法の積極的な取り組みにより、徐々に術後成績も改善傾向です。なお、今回の検討の対象ではありませんが、内視鏡的切除症例は、以前は粘膜切除（EMR）が主でしたが、この数年はもう少し大きな早期胃がんに対する粘膜下層切除（ESD）症例を中心に行ってています。そのため手術的に切除する早期胃がん症例は減少しています。現在、腹腔鏡下手術は中等度の進行がんを中心に行っています。

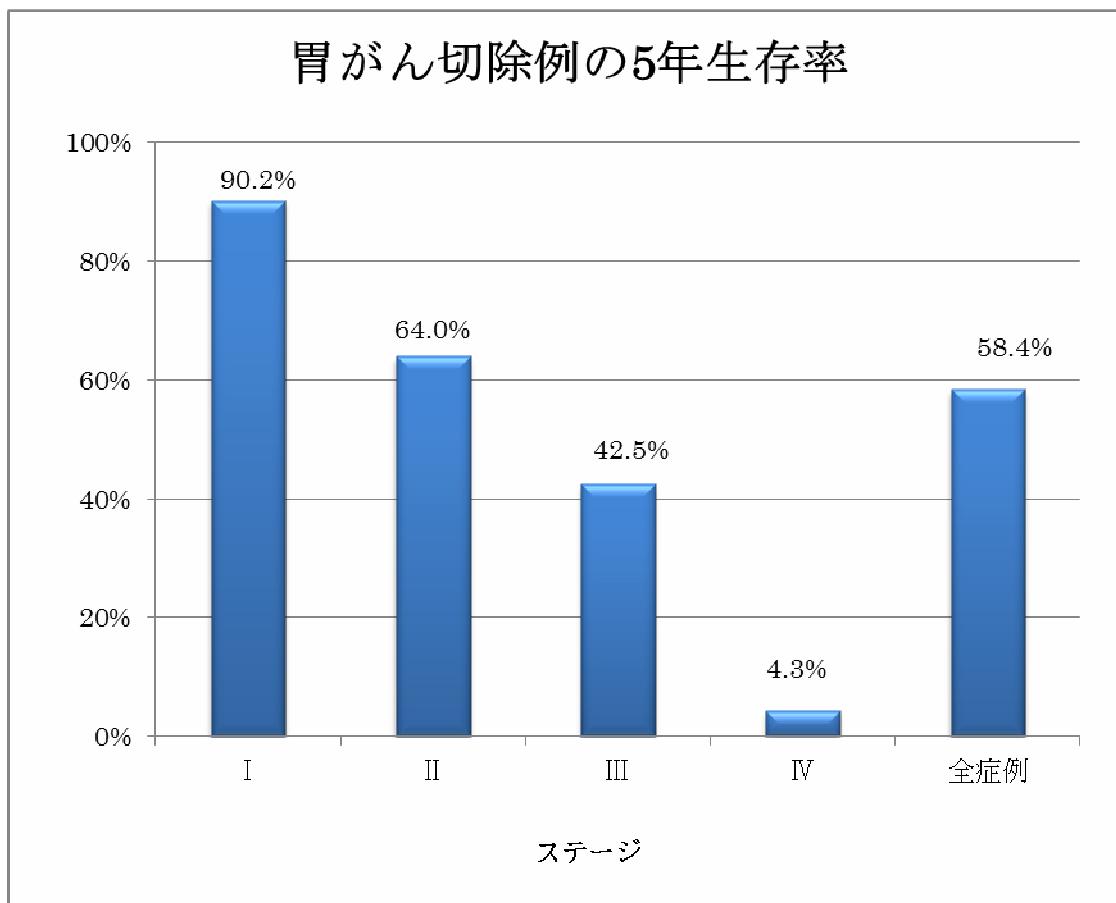
公表症例数：323 例、除外症例数：1 例（GIST*）、消息不明数：21 例、
合計：301 例

* : GIST とは

GIST（gastrointestinal stromal tumor）とは、食道・胃・小腸・大腸などの消化管の壁にできる腫瘍で「粘膜下腫瘍」を構成する腫瘍の一種です。GIST の腫瘍細胞は、消化管壁の下にある筋肉層の特殊な細胞（カハール介在細胞）と同じ起源から発生したもので、粘膜から発生する胃がんや大腸がんとは発生の仕方や再発・転移の特性が異なります。

胃がん切除例の5年生存率 (2002年～2006年)

	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	全症例
症例数	133	52	47	69	301
1年生存率 (%)	100.0	86.5	80.8	50.7	83.3
3年生存率 (%)	97.7	76.9	55.3	14.5	68.4
5年生存率 (%)	90.2	64.0	42.5	4.3	58.4



4 b . 大腸がん切除例の 5 年生存率

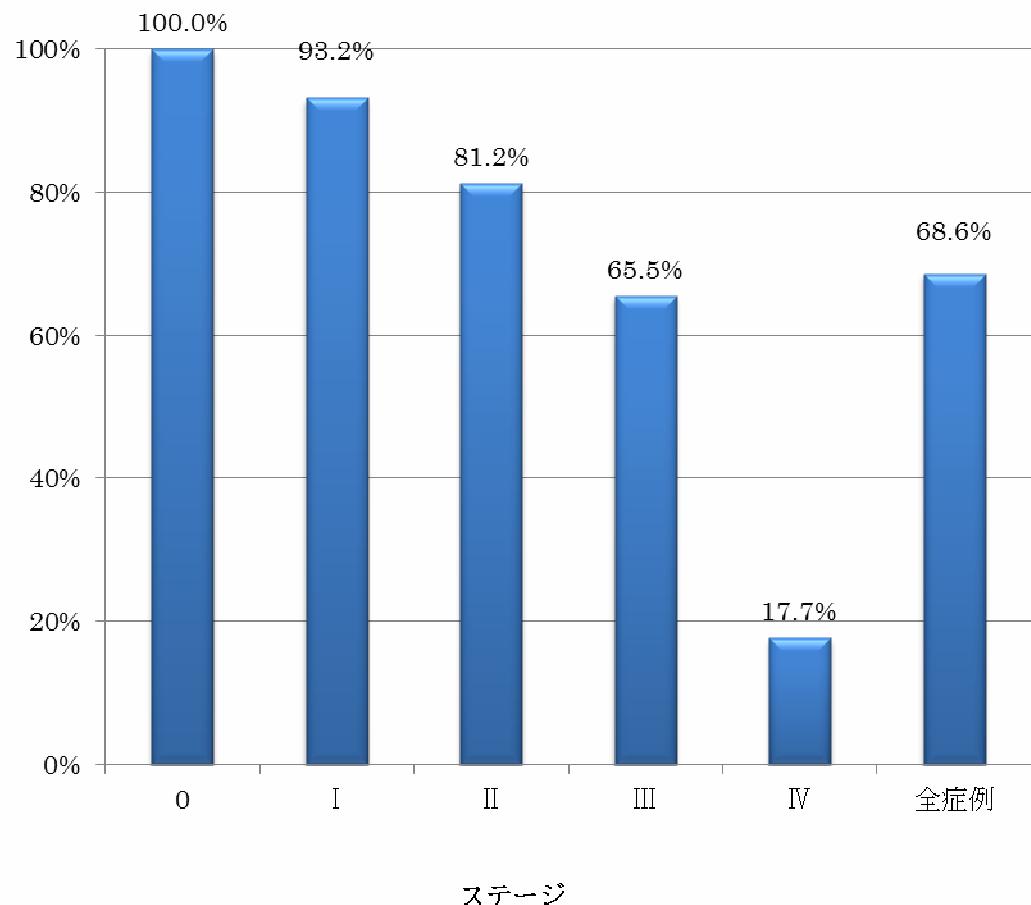
当院外科では、2002 年から 2006 年の 5 年間に 270 例の大腸がん症例の手術を行い、下記の如くのステージ別 5 年生存率を得ました。内視鏡的に切除した症例は含まれておりません。2002 年からは腹腔鏡下手術を手懸けていますが、開腹手術と成績に差がないため、次第に進行がんや直腸がんに対しても行うようになり、現在では、当院での大腸がんの標準術式は、腹腔鏡下手術になっております。一方、ステージIV症例の 5 年生存率は 17.7% と不良でしたが、現在は多発性肝転移に対しても、積極的な抗がん剤治療とそれに引き続く肝切除術を組み合わせた集学的治療により、今後大幅な予後の改善が期待されます。さらに大腸がん全体の治療成績も徐々に改善していくものと考えられます。なお、今回の検討の対象ではありませんが、早期大腸がんに対する内視鏡的切除症例は確実に増加傾向にあります。さらに、大腸がんになる前の段階のポリープ（腺腫）に対する内視鏡的切除症例も確実に増加しており、将来的には大腸がん症例自体が減少することも期待されます。

公表症例数：270 例、除外症例数：0 例、消息不明数：31 例、
合計：239 例

大腸がん切除例の 5 年生存率 (2002 年～2006 年)

	Stage 0	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	全症例
症例数	25	44	43	82	45	239
1 年生存率 (%)	100.0	100.0	100.0	97.5	66.6	92.9
3 年生存率 (%)	100.0	95.4	93.0	85.4	31.1	81.4
5 年生存率 (%)	100.0	93.2	81.2	65.5	17.1	68.6

大腸がん切除例の5年生存率



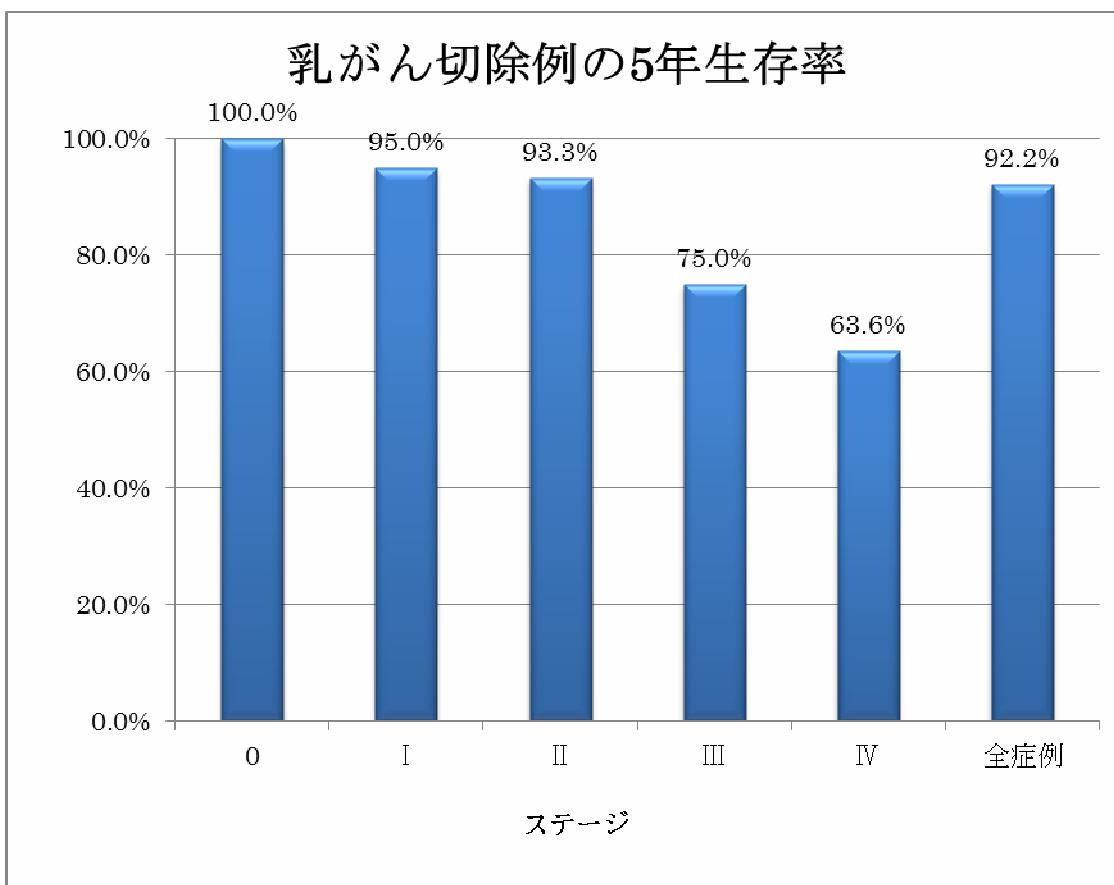
4 c . 乳がん切除例の 5 年生存率

当院外科では、2002 年から 2006 年の 5 年間に 254 例の乳がん症例の手術を行い、下記の如くの 5 年生存率を得ました。全体の 5 年生存率が 92.2% と胃がんや大腸がんよりずっと良いのが特徴的です。また、当時は、乳房温存手術の割合が 50% 前後でしたが、術前化学療法の進歩などにより、最近は 70% を超えております。さらに術後補助療法の進歩などから、以前は予後不良であったステージ III・IV 症例の予後改善も今後大いに期待されます。

公表症例数：254 例、除外症例数：0 例、消息不明数：11 例、
合計：243 例

乳がん切除例の 5 年生存率 (2002 年～2006 年)

	Stage 0	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	全症例
症例数	20	80	104	28	11	243
1 年生存率 (%)	100.0	100.0	100.0	92.9	72.7	97.9
3 年生存率 (%)	100.0	97.5	98.1	78.6	72.7	94.7
5 年生存率 (%)	100.0	95.0	93.3	75.0	63.6	92.2

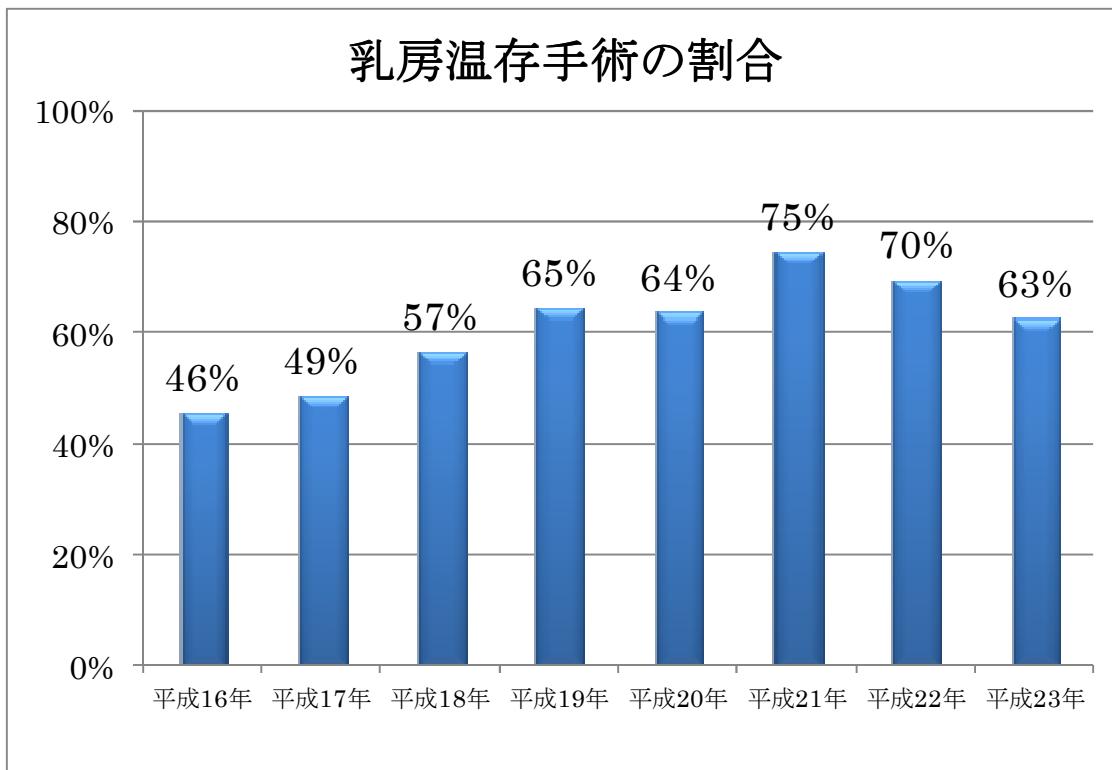


4 d . 乳がん患者での乳房温存手術の割合

乳がん症例に対する乳房温存手術は、整容性が高く、適応を正しく選択すれば、乳房切除術と同等な成績の得られる、患者さんにとって、非常に有益な治療法です。しかし、乳房温存率を向上するには、温存可能な大きさで、乳がんを発見する診断技術や、腫瘍径が3cmを超えた症例に対する、術前化学療法の体制確立などが必要となります。当院では、診断技術の向上や術前化学療法の体制の整備により、徐々に乳房温存手術の割合が増えてきました。そして、平成19年からは、乳房温存手術の割合の高い欧米での基準となる63%を超える温存率を確保することができるようになりました。

<参考文献>

Apantaku LM: Breast-conserving surgery for breast cancer. Am Fam Physician: 2002; 66: 2271-2278

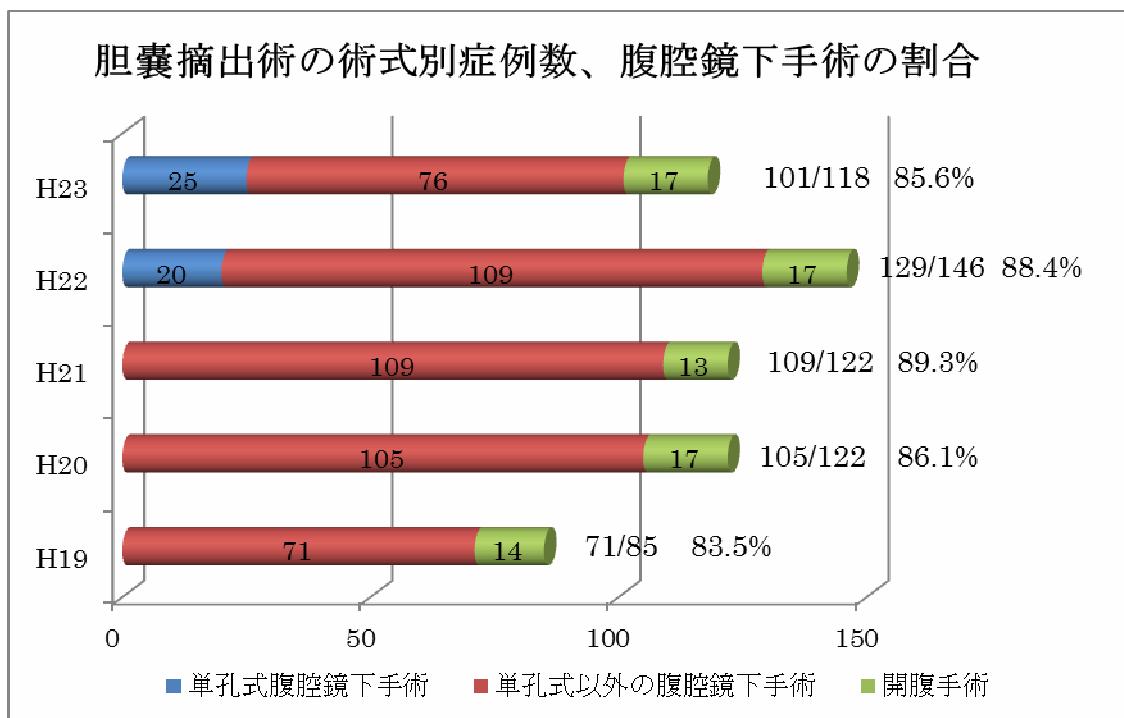


5. 胆囊摘出術中の腹腔鏡下手術の割合

胆囊炎や症状を伴う胆囊結石に対する標準治療は、胆囊摘出術です。

胆囊摘出術には、主に開腹による胆囊摘出術と腹腔鏡下胆囊摘出術の2種類があります。さらに最近では、腹腔鏡下胆囊摘出術の場合、一か所のポート（臍部に孔を設けて）から手術を行う単孔式腹腔鏡下胆囊摘出術も行われるようになりました。

急性胆囊炎では、胆囊周囲膿瘍などの重い局所合併症を伴っている場合、あるいは胆囊捻転症や壊疽性胆囊炎では、腹腔鏡下手術よりも開腹胆囊摘出術が安全と考えられます。しかし、一般に腹腔鏡下胆囊摘出術は、開腹胆囊摘出術と比較して、死亡率、合併症、手術時間については差がありません。このため、特に合併症を伴わない胆囊結石・胆囊炎に対する腹腔鏡下胆囊摘出術の割合が高い方が、医療の質が高いと言えます。



当院値の定義・計算方法

分子：腹腔鏡下胆囊摘出術を施行した患者数

分母：胆囊摘出術を施行した18歳以上の退院患者数

分母除外：複数術式を同時に受けた患者、手術時病名に胆囊結石または胆囊炎を含まない患者

6. 内視鏡検査・内視鏡的治療件数

当院では、消化器内科・外科を中心に、上部・下部消化管内視鏡検査の他、逆行性膵胆管造影(ERCP) や治療内視鏡を積極的に行ってています。

ERCP では、単なる膵胆管造影だけでなく、乳頭切開術 (EST) や乳頭拡張術(EPBD) で総胆管結石の碎石術も多数例行い、胆道ドレナージや胆管ステント留置をしています。

早期胃癌の ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)は、2011 年は数が減りましたが、2012 年は増加傾向にあり、適応症例に積極的に行ってています。拡大内視鏡も導入し、切除範囲決定に詳細な評価を行っています。

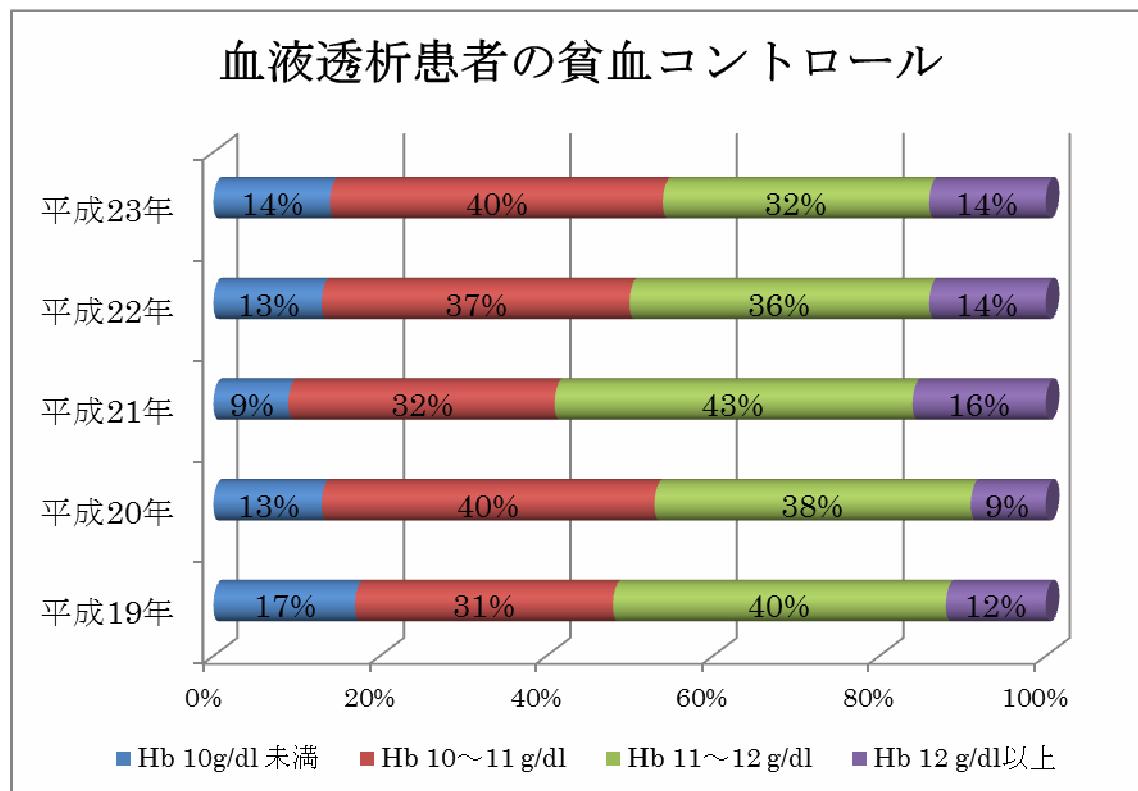
内視鏡的粘膜切除術(EMR)で、治癒切除をしている大腸癌(粘膜内癌)症例も増加していて、進行癌になる症例が減少することも期待されます。

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
上部消化管内視鏡検査	2948	3080	3143	3101	3073
下部消化管内視鏡検査	1018	1007	1038	1097	1147
ERCP (内視鏡的逆行性膵胆管造影)	92	144	120	146	142
ESD (内視鏡的粘膜下層剥離術)	11	13	24	24	15
内、胃癌に対するもの	6	9	12	17	14
大腸 EMR (内視鏡的粘膜切除術)	170	237	191	176	209
内、大腸癌に対するもの	23	33	31	40	46

7. 血液透析に関する指標

7 a. 血液透析患者の貧血コントロール

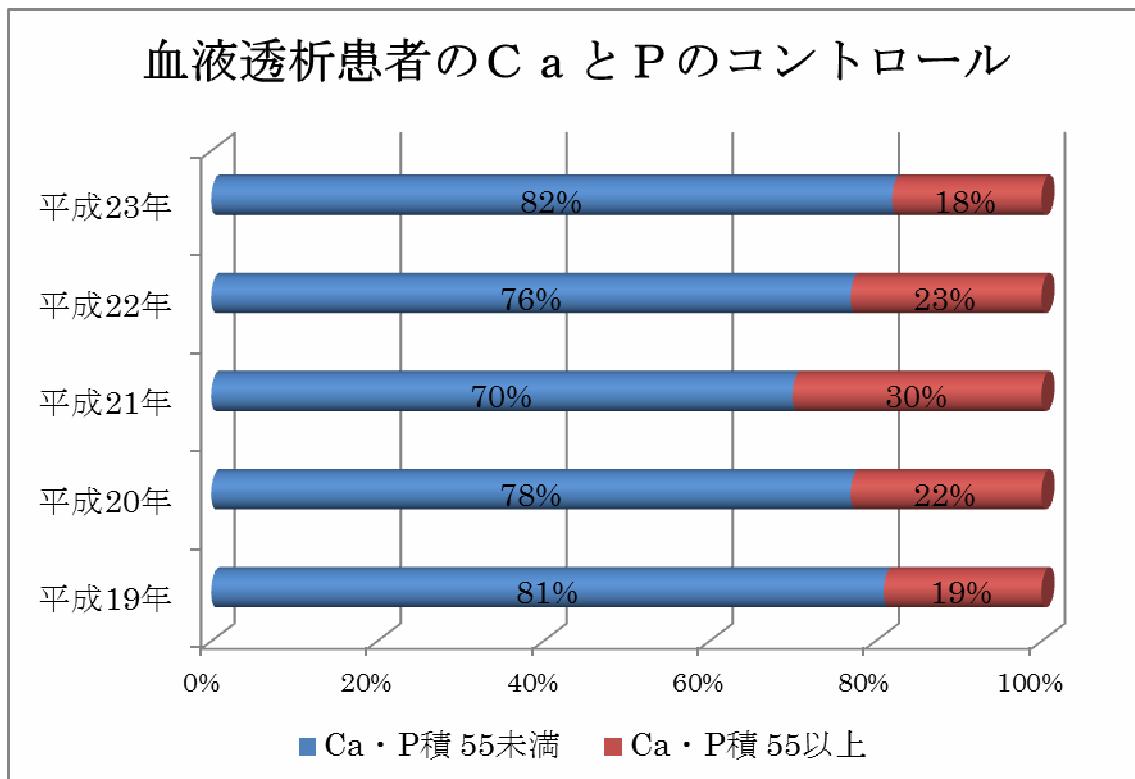
造血ホルモンであるエリスロポエチンは腎臓で産生されるため、腎臓の機能が低下すると貧血になります。遺伝子組換えヒトエリスロポエチンが使用されるようになり、腎不全の患者さんの貧血は大きく改善しました。日本透析医学会の2008年のガイドラインでは、ヘモグロビン（Hb）を10～11 g/dlに維持すること、さらに活動性の高い比較的若い患者さんではHbを11～12 g/dlを治療目標とされています。当院では大多数の患者さんが10～12 g/dlに維持されています。1割程度の患者さんではエリスロポエチン製剤を使用せずに、Hbが12 g/dl以上に保たれています。



7 b . 血液透析患者のカルシウム（Ca）とリン（P）のコントロール

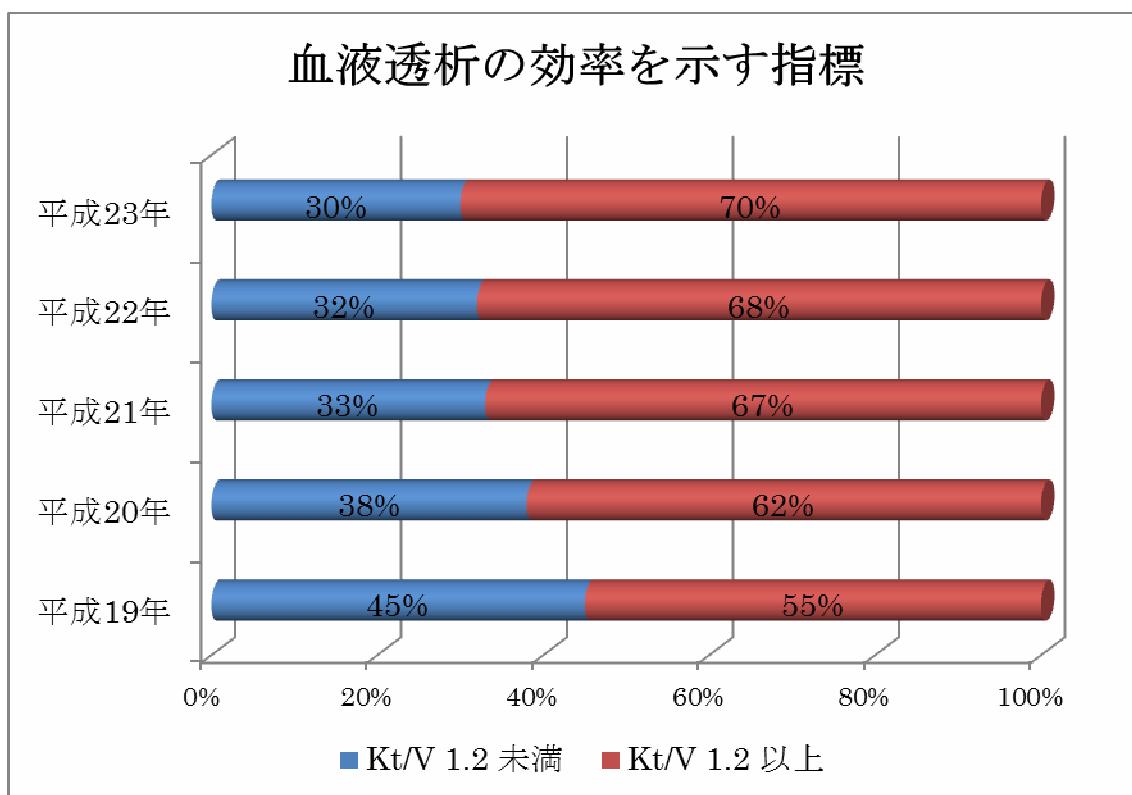
透析をしている患者さんの死亡原因の40%以上が心血管系疾患です。その死亡リスクは血清CaとPの上昇に伴って増加するため、CaとPの管理は大変重要で、Ca値とP値の掛け算したCa・P積を55未満に維持することが目標とされています。Ca・P積の管理状況が良好であれば、生命予後は改善します。

当院では7割の患者さんがCa・P積が55未満です。これには食事や服薬における医療者の指導とともに、患者さんの自己管理の努力も大変重要です。



7 c . 血液透析の効率を示す指標

透析療法の最大の目的は、体内に蓄積した尿毒素を除去し、体内的環境を維持することです。尿毒素物質を適正に除去しているかの指標として使われているのが標準化透析量 (Kt/V) です。Kt/V は数値が大きいほど透析によって浄化される体液量が多いことを示しており、週 3 回の血液透析患者さんでは、1 回の透析において Kt/V を 1.2 以上に維持することが推奨されています。しかし、血液透析導入からの期間が短く、尿がまだ出る患者さんでは、Kt/V は低い数値となります。当院で血液透析を開始する患者さんも多いため、Kt/V 1.2 以上の患者さんは 7 割程度になっています。



8. 糖尿病患者の血糖コントロール (HbA1c)

HbA1c は、過去 1~2 か月間の平均血糖値に相関するため、血糖コントロールの指標として広く世界で使用されており、正常域は 5.6%未満 (NGSP 値*)、基準値は 4.6%~6.2% とされています。糖尿病患者の血糖コントロールは、HbA1c (NGSP 値*) が 6.2%未満であれば「優」、6.2%~6.9%未満であれば「良」とされています。

本院が所属する病院団体の日本病院会の「QI (Quality Indicator) プロジェクト」では、HbA1c (NGSP 値) が 7.0%未満にコントロールされている患者の割合を糖尿病診療の質を表す指標として、多施設での本指標の検討を行っています。本指標の値に影響を与える要因は、診療の質以外に数多くあり、病院によって大きく異なります。例えば、コントロール不良の糖尿病患者を他の医療機関から多く紹介を受ける病院では、本指標は必ずしも良好ではありません。従って、本指標については、病院間で比較するのではなく、同一施設での経時的变化をみることに意味があると考えています。

聖路加国際病院の報告¹⁾では、勉強会の開催後、非専門医のコントロール率が劇的に改善したとされています。本院においても、今後、継続して本指標を算出し、糖尿病診療の評価に活かしていきたいと考えています。

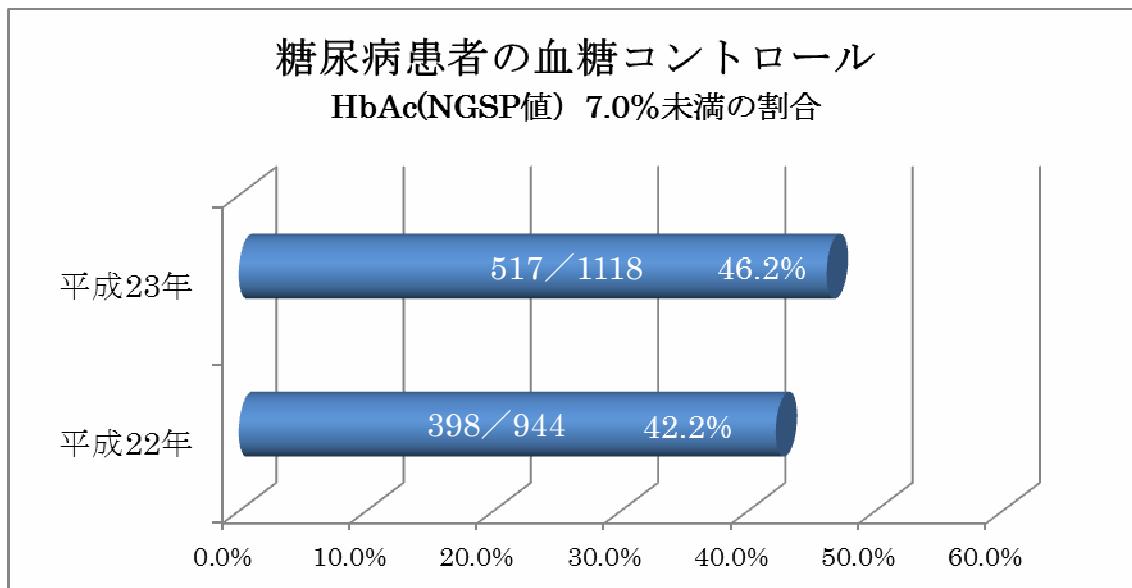
今回算出した指標の定義は以下のとおりです。

分子：調査期間中の HbA1c (NGSP 値) の最終値が 7.0%未満の患者数

分母：糖尿病の薬物治療を施行されている患者数

(調査期間の 1 年間に糖尿病治療薬が外来で合計 90 日以上処方されている患者)

除外：運動療法または食事療法のみの糖尿病患者



* : NGSP 値とは

平成 24 年 4 月 1 日から、HbA1c 表記の国際標準化を推進するために、従来の JDS (Japan Diabetes Society) 値に代わり、NGSP (the National Glycohemoglobin Standardization Program) 値が使用されるようになりました。平成 22 年、平成 23 年の HbA1c の値は JDS 値で算出していましたが、この国際標準化の流れに合わせて、NGSP 値での表記としました。JDS 値で 5.0% ~9.9% は、JDS 値に 0.4% 加えた値が NGSP 値となります。

<参考文献>

- 1) Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み インターメディア

9. クリニカルパス使用件数

クリニカルパス（パスと略す）とは、医療スタッフと患者さんが治療経過の情報を共有するため、治療や検査等の予定を時間軸に沿ってまとめた診療スケジュール表のことです。事前に詳しい予定を立てておくことで治療の効率化が実現できる上、患者さんに明確な診療情報を提供することにもなります。

このシステムはアメリカで始まり、日本には1990年代半ばに導入され、現在では広く普及しています。従来、患者さんに対して行われる医療は、同じ病院でも、担当医師の経験や判断によって違う方針がとられることがありましたが、パスによって、医療の標準化が図られました。現在では、効率的で安全な医療を行なうためには欠かすことができないツールとなっています。この意味で、パスの使用数や使用頻度は、病院全体のチーム医療の成熟度や EBM*をいかに実践しているかを表す指標とも言えます。

本院では、医療の標準化・インフォームドコンセントの充実を目的に、平成13年よりパスを導入しました。パスの内容は病院全ての職種から構成されるクリニカルパス委員会で日々、点検・評価され、修正と改善を行っています。平成21年度には111種類のパスを作成し使用していました。現在はチーム医療としての標準化が進み、平成23年には97種類に整理されました。

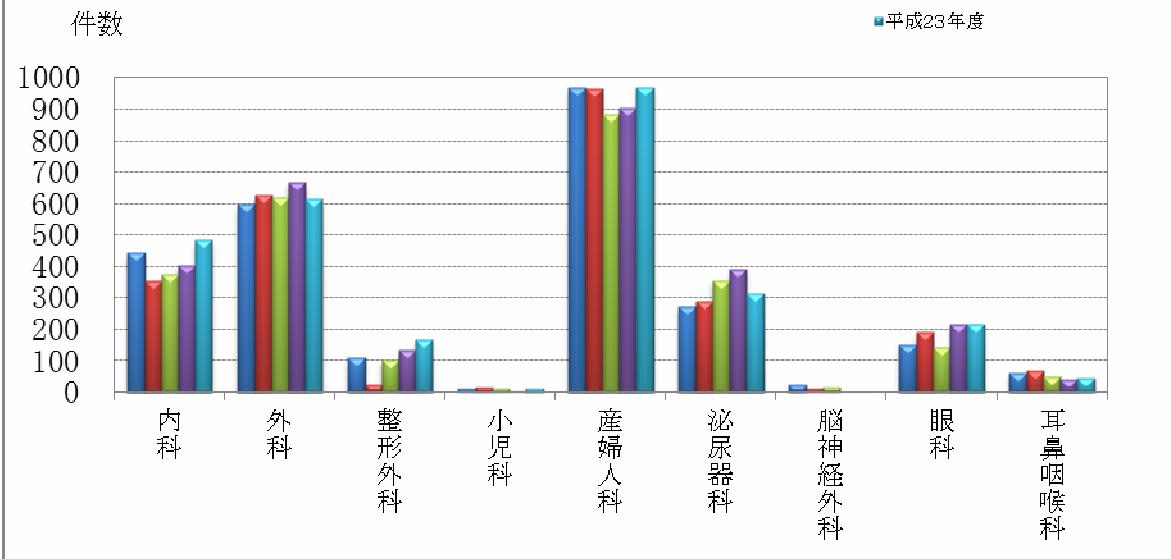
パスの使用率は、パスを使用した回数を退院患者数で除したものです。1入院で2種類のパスを使用する場合があり、100%を超える使用率になることがあります。使用率が最も高いのは、眼科・産婦人科です。続いて外科・泌尿器科と手術や検査にパスは多く使用しています。特に、患者さんとご家族の経験のない手術や検査に対する不安は大きく、パスは「目に見えるインフォームドコンセント」として不安の軽減に繋がっています。

地域連携クリニカルパスは平成19年度から「大腿骨頸部骨折」を、平成22年度から「脳血管障害」を作成し使用しています。地域連携クリニカルパスは、本院のような「急性期病院」から集中的なリハビリなどをする「回復期病院」への切れ目のない治療を受けるための、病院をまたがったパスの事です。地域の4病院と連携し、平成23年度は「大腿骨頸部骨折」24名、「脳血管障害」12名の患者さんに使用しました。

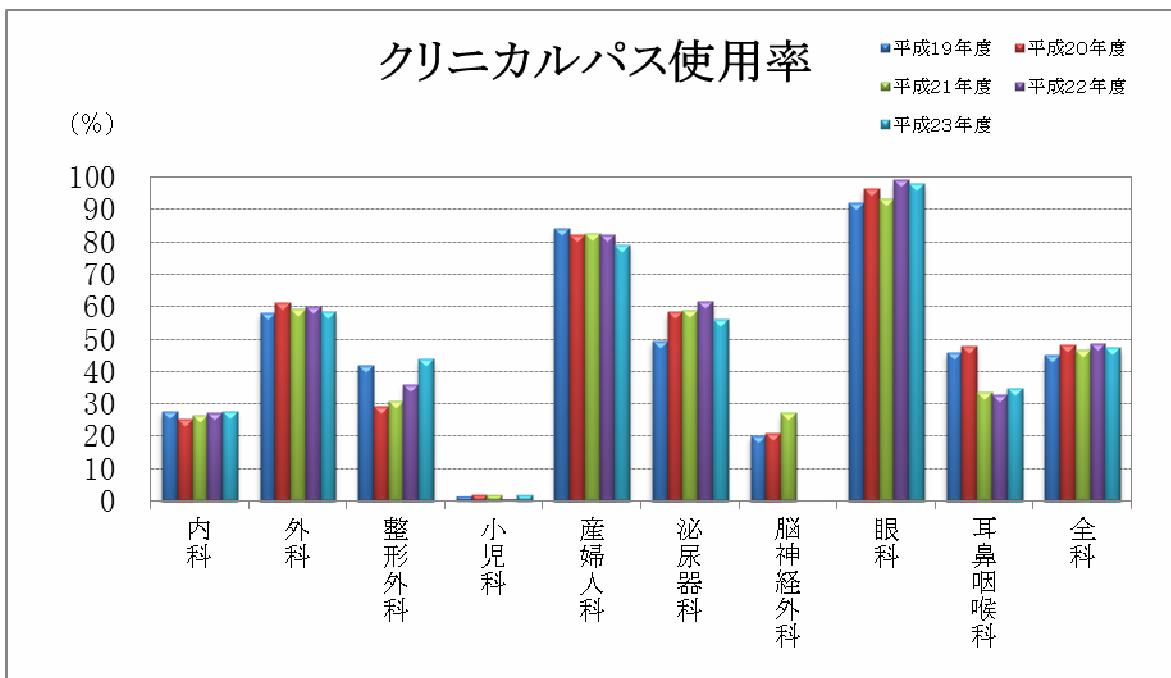
* : EBMとは

Evidence-Based Medicine の頭文字を取ったもので、日本語に訳すと、”根拠に基づいた医療”です。あいまいな経験や直感に頼らず、科学的な根拠に基づいて最適な医療・治療を選択し実践する方法論のことを指します。

クリニカルパス使用件数



クリニカルパス使用率



パス使用率は、パスを使用した回数を退院患者数で除したものです。1入院で2種のパスを使用する場合があり、100%を越える使用率となることがあります。

10. 術前1時間以内の予防抗菌薬投与率

手術後の手術部位感染（Surgical Site Infection: SSI）が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が増大します。SSIを予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬の投与があります。手術開始から終了後2~3時間まで、血中及び組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIの予防効果が期待されます。

外科的手術の周術期予防的抗菌薬投与は、適切に行われれば手術部位感染の予防法として大変有効な手段の1つです。しかし、予防的抗菌薬投与を成功させる為には、投与する抗菌薬の選択もさることながら、それ以上に投与開始のタイミングや術中の追加投与事項を適正化することが必要になってきます。そのタイミングについては、「周術期予防的投与に用いられる抗菌薬は、執刀開始60分以内に投与を開始し、執刀時に投与を完了しておくべきである。」とされています。このタイミングで投与することの理論的根拠は、SSIを起こす要因で最も重要なのが皮膚切開時の菌の創部への混入及びこの後の感染成立である為、執刀時に血中の抗菌薬の濃度を最高にしておれば、組織濃度も最高に保たれ、その結果抗菌活性が最大限に発揮されるためであるとされています。

本院の術前1時間以内の予防抗菌薬投与率は、平成21年6月の調査では、全身麻酔手術77例中28例の36.4%でした（初版のデータ）。その後、本指標の改善のための活動が不十分なまま経過していましたが、厚生労働省の「平成22年度 医療の質の評価・公表等推進事業」に日本病院会の一員として参加することを契機として、病院全体で、本指標の改善に取り組みました。日本病院会の事業における本指標の定義は以下に示す通りです。本院の以前の指標算出時の定義とは分母の除外項目などが異なります。

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退院患者数

分母：入院手術を受けた退院患者数

分母除外：

同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者

手術申し込みが手術開始24時間以内に行われた患者（緊急手術）

外来手術

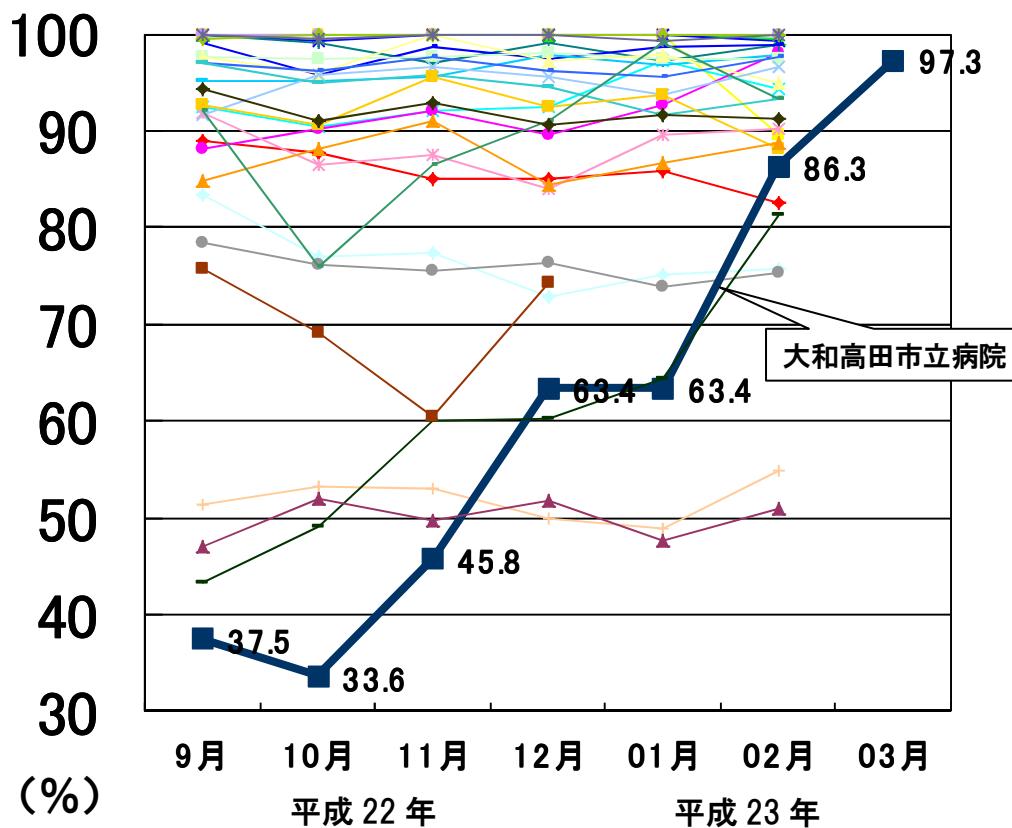
術前に感染が明記されている患者

予防的抗菌薬投与がされていない患者

手術前日～術後2日目までに抗菌薬が投与されていない患者

手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率 (%)

平成 22 年度 日本病院会「医療の質の評価・公表等推進事業」



上記のグラフは、日本病院会事業に参加の 30 病院の指標の経時的変化を示しています。青い太線が本院です。

改善策として、従来は各診療科により様々であった術前の抗菌薬投与のタイミングを病院全体として統一し、手術室入室後の適切な時間（麻酔の方法によって異なります）に投与することにしました。その結果、日本病院会の調査の最終月である平成 23 年 2 月には 86.3% と改善しました。さらに、1 時間以内に投与出来なかった患者さんの具体的な分析から、手術の方法によっては抗菌薬の投与を遅らせること、また、決められたルールを守ることを徹底すること等により一層の改善をみ、平成 23 年 3 月には 97.3% となりました。

平成 24 年度も日本病院会の事業として、毎月、指標を算出していますが、同様の投与率を維持しています。

<参考文献>

日本病院会 平成 22 年度医療の質の評価・公表等推進事業結果報告

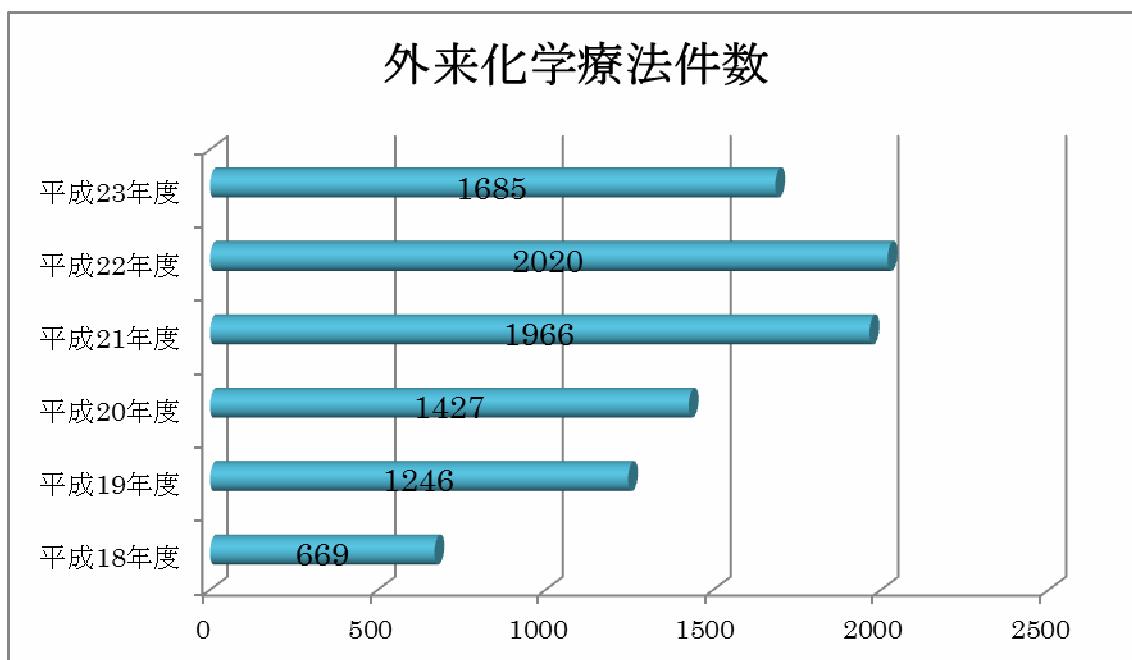
11. 外来化学療法

抗癌剤投与の安全管理を遂行するシステムが確立

化学療法とは、抗がん剤治療のことです。これまで化学療法の多くは、長期間入院して実施されていましたが、副作用の軽減した抗がん剤や、吐き気止めの開発により、ほとんどの人が安全に外来で化学療法を実施できるようになりました。この数年の間に急速に入院から外来治療へと移行しており、「普段の生活を変えずに化学療法を受ける」時代になってきました。

抗がん剤の使用には、慎重であるのみならず、化学療法についての知識や経験が豊富な医師、薬剤師、看護師が実施することにより、その安全性が一層高まります。そのため、化学療法を点滴で実施する専用の部屋とスタッフを設置することが求められるようになりました。それが外来化学療法室です。

薬剤部では、平成18年4月から、外来で行われる化学療法の点滴などの調製（抗がん剤ミキシング業務）を全面的に開始しました。2名の薬剤師により、安全な抗がん剤の調整を行っています。その結果、看護師は外来治療室で患者さんへの点滴と看護業務に専念できる環境となりました。



12. 褥瘡発生率・有病率

褥瘡とは、床ずれのことを言います。褥瘡の発生は、患者さんの全身状態の良し悪しに密接な関係があり、その発生率は、全身管理や局所ケアなど、看護ケアの質を表す重要な指標です。

当院では、皮膚科医師を中心とした褥瘡対策グループ活動や WOC ナース*の活動を通して、褥瘡予防に取り組んでいます。

日本褥瘡学会が推奨する褥瘡有病率ならびに褥瘡発生率（推定）の計算式は以下のとおりです（あらかじめ調査日を決めておき、自立度に関わりなく全てをカウントする）。

褥瘡有病率：

「調査日に褥瘡を保有する患者数」 / 「調査日の施設入院患者数」 ×100%

褥瘡推定発生率：

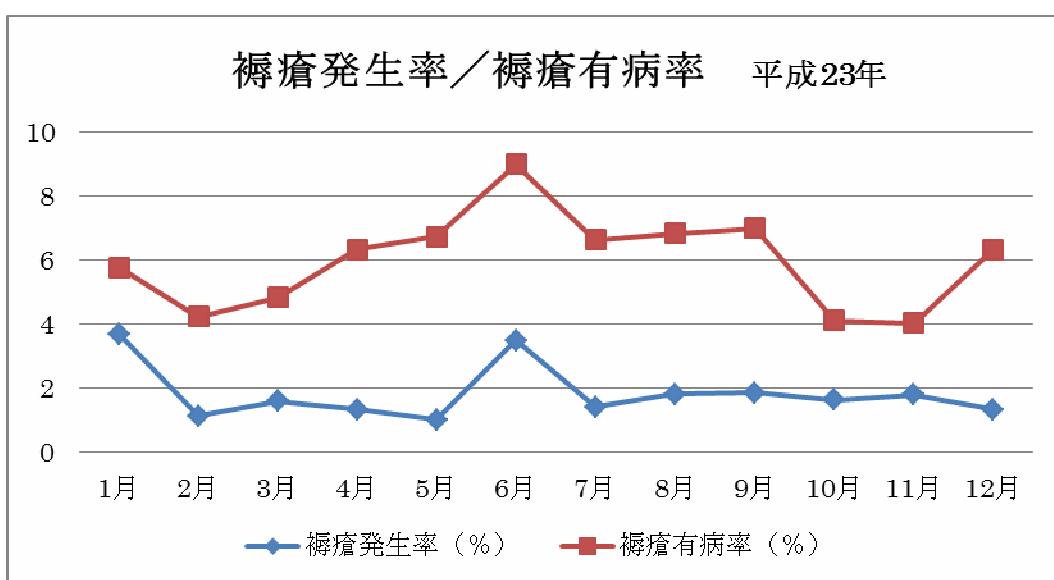
「調査日に褥瘡を保有する患者数-入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数」 / 「調査日の施設入院患者数」 ×100%

今回、それに則り行った最新のデータは、平成 23 年 12 月 9 日に実施した、下記のとおりでした。

1 褥瘡発生率（推定） 1.35 %

2 褥瘡有病率 6.78 %

また、年間を通しての褥瘡発生率/有病率は以下の通りです。



2006 年日本褥瘡学会が全国規模で実施した実態調査平均値は、褥瘡発生率 2.24%（一般病院）・褥瘡有病率 3.32%（療養型病床を有する病院**）でした。

当院の褥瘡発生率が全国平均を上回ったのは、1月と 6 月でした。褥瘡有病率と共に発生率が 1 月と 6 月に高くなった原因として年末年始や大型連休にメディカルショートステイ***を利用される患者さんの多くが、褥瘡発生のリスクが高いとされる医療処置や多くの介護を要する方々である点が考えられます。また、当院の褥瘡有病率が全国平均を常に上回っているのは、皮膚科において、褥瘡患者を積極的に引き受け治療に当たっていることも要因の一つです。入院中の褥瘡発生の予防と、入院時よりも少しでも褥瘡を治し、一旦治癒した褥瘡を再発させない環境を整えて退院して頂く取り組みが必要と考えています。

主な取り組みとして、3 点紹介します。

- ① 褥瘡に関する院内研修会を計画的に、かつ継続して開催
- ② 必要な患者さんに適した体圧分散寝具が提供できる体制づくり
- ③ 専従の褥瘡管理者を配置し、専門的知識と技術の提供

職員の褥瘡やスキンケアに対する知識や技術が向上することで、褥瘡発生の減少に繋がります。看護師が行う患者指導にも活かされるように、例年皮膚科医師をはじめ、看護師や薬剤師、理学療法士や介護福祉士で構成される褥瘡対策グループが院内研修会を企画・開催しています。

また、入院時に褥瘡発生の危険度を判定し、それに適した体圧分散寝具が提供されるように、体圧分散寝具の機能や台数を充実させています。平成 23 年度は、高機能エアマットレスが新たに購入されました。院内の需要を踏まえて、今後も体圧分散用具を充実させていく予定です。

平成 23 年 6 月から WOC ナースが 1 名から 2 名に増え、個別性にあわせたケア方法など、相談窓口となっています。入院中の患者さんだけでなく、外来通院中の患者さんの相談にも対応しています。自宅での様子をうかがい、そこから褥瘡の原因を考え、褥瘡の治癒環境を整え、新たに褥瘡が発生することがないように取り組んでいます。

* : WOC ナースとは、創傷（褥瘡や下肢潰瘍、スキンケア）、オストミー（人工肛門や人工膀胱）、排泄などのケアを専門に行う看護師のことです。

** : 平成 23 年 10 月までは、25 床の療養病棟を運営していました。

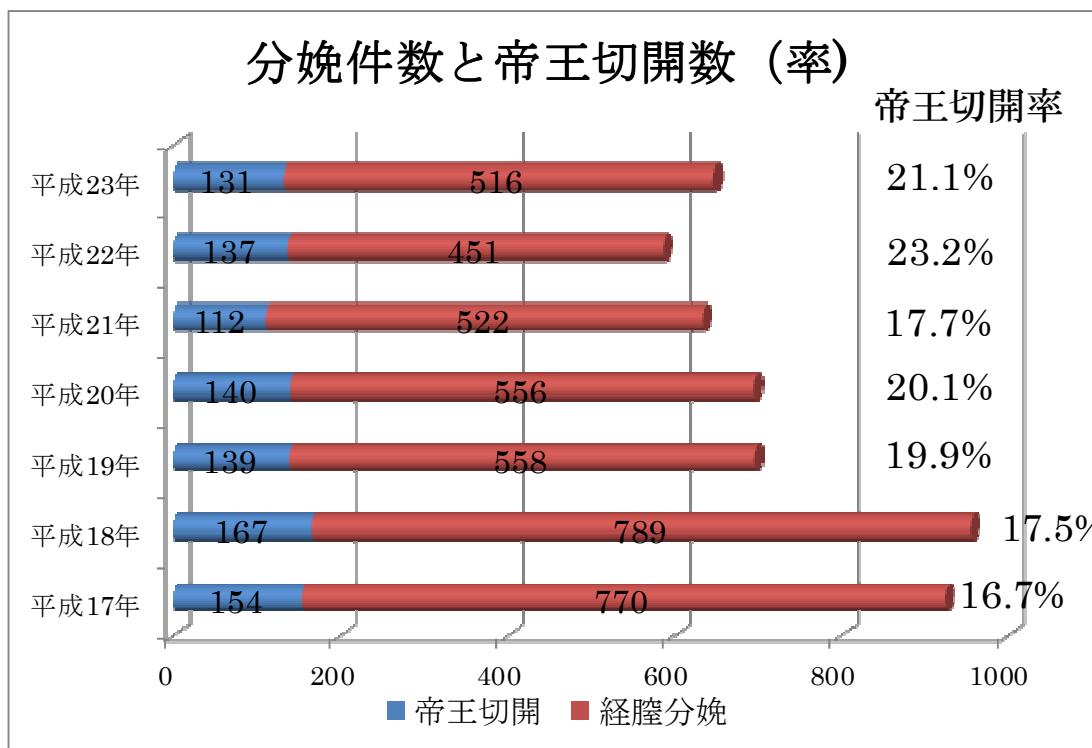
*** : 通常の施設のショートステイでは受入が出来ない医療密度の高い患者さんのショートステイで、本院在宅医療支援科独自の取り組み。

13. 帝王切開率

帝王切開とは、自然分娩つまり経産分娩が不可能、あるいは危険性が高いと判断された場合に、子宮を切開して赤ちゃんを取り出す方法で、主に赤ちゃんを救うために行われます。分娩数に対する帝王切開の割合を帝王切開率と言います。この帝王切開率は、近年、世界的に増加傾向にあり、日本では17%以上、米国では30%以上となっています。

帝王切開率は、施設によって非常に差があり、施設の体制、妊婦の年齢、合併症の頻度、不妊治療の頻度、妊婦や医師の動向を含む社会的背景によって大きく影響されます。当然、ハイリスクな妊婦さんの分娩を管理する施設では帝王切開率は高くなりますが、近年では、産科医療における医事紛争の増加の影響もあり、どの施設でも帝王切開率が上昇しているのが現状です。

当院の帝王切開率は、ここ数年増加しています。帝王切開の要因として、平成23年度でみると、131件の帝王切開のうち49件が反復帝王切開、18件が分娩遅延、18件が骨盤位、14件が胎児機能不全の順になっています。



平成19年より地域限定の分娩制限を行っており、分娩件数が年間700件前後となっています。

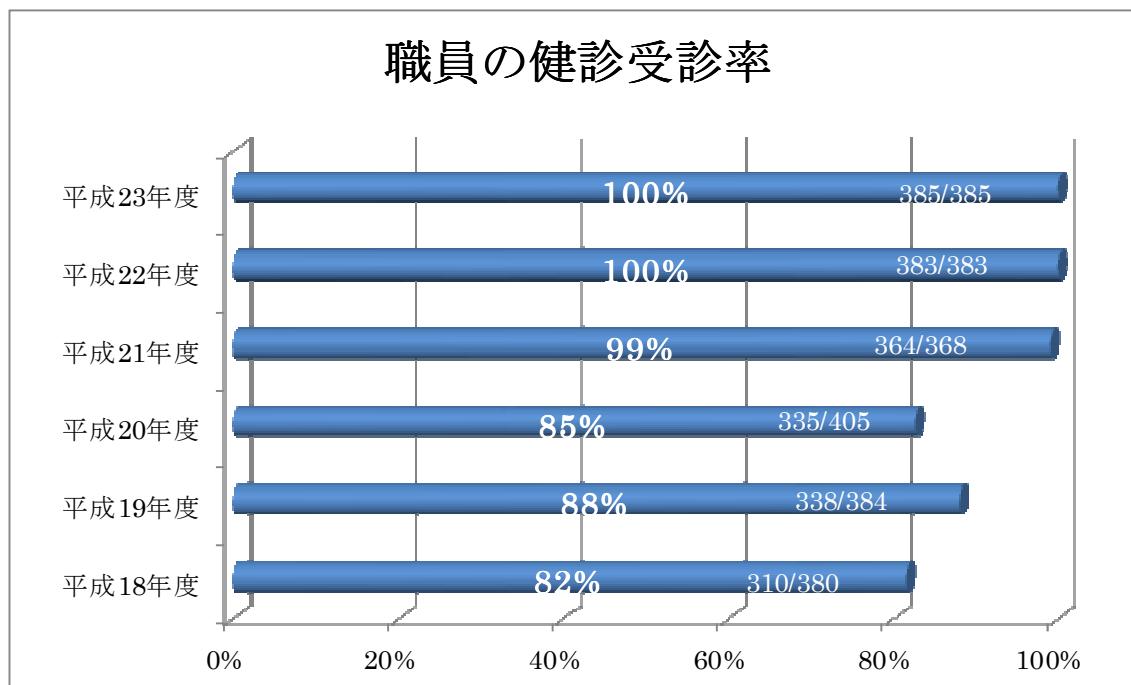
14. 職員の健診受診率

職員健診は、全職員への実施が義務付けられています

健康診断は、職員の疾病予防及び健康の保持を図るため、労働安全衛生法及び労働安全衛生規則により定められており、全職員に実施することが義務付けられています。

職員の健康診断の受診率の向上を図り、健康管理意識の高揚を促すとともに、ひいては、有所見率の低減を図ることで、職員が心身ともに健康になることにより、患者さんが安心できる安全で質の高い医療サービスを安定的に提供できるものと考えられます。

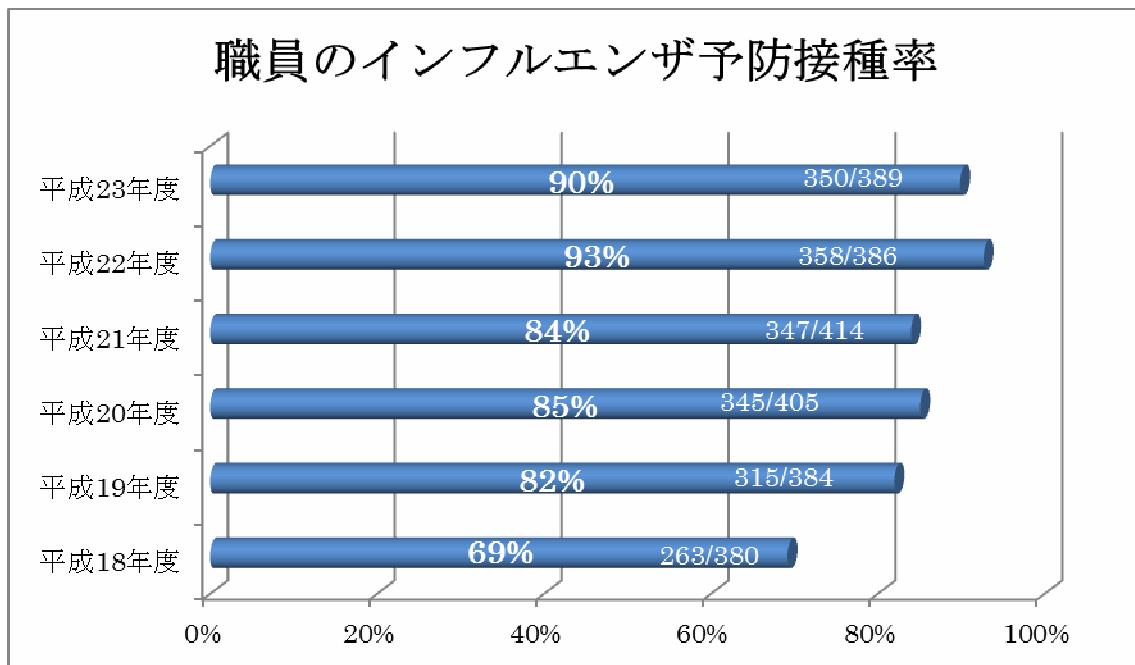
健診の受診率向上のため、受診日を複数回設けることや、職員への啓蒙、また、受診出来なかった場合の対策等を講じています。



15. 職員のインフルエンザ予防接種率

職員にインフルエンザワクチン接種が勧められる理由は、職員の健康保持、職員から周囲の患者さんへの感染防止です。職員は、種々の感染症に感染する危険性が高く、発症すると勤務制限や欠勤を必要とすることもあり、また、他の患者さんや病院スタッフに対する感染防止対策が必要となります。それには、多大な労力、時間、費用が費やされることになり、病院の損害も大きくなりますので、その点でもインフルエンザワクチン接種が勧められると考えられます。

本院におけるインフルエンザ予防接種率は、接種の費用・機会・方法を改善することと、接種の必要性を啓蒙することで、年々増加しています。

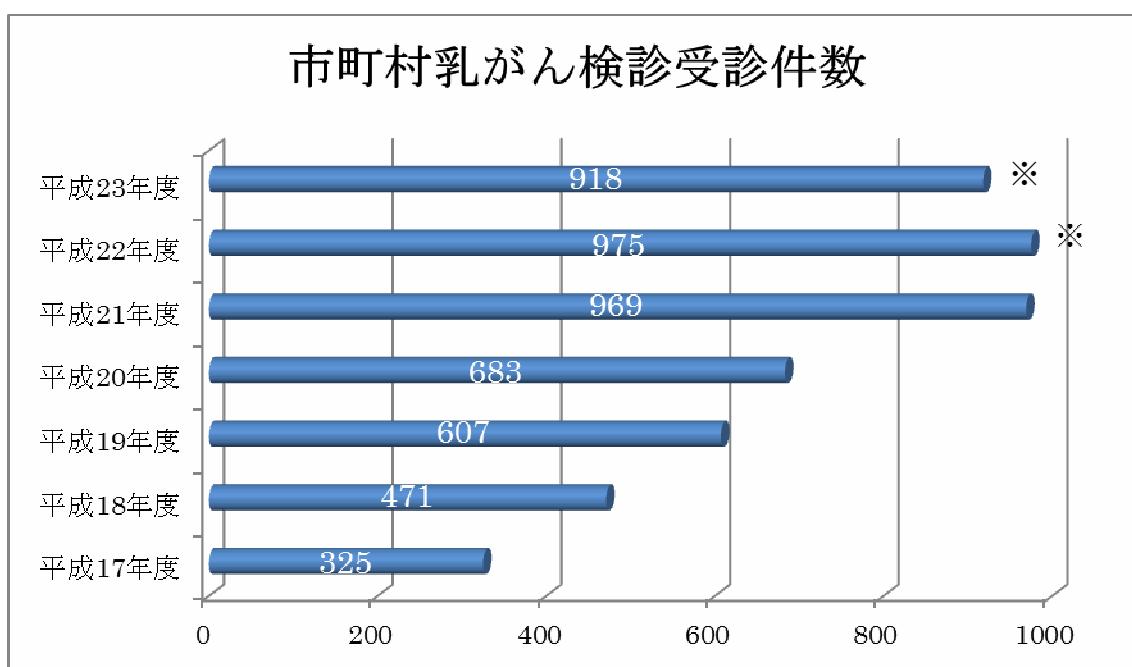


16. 乳がん検診の受診件数

日本人女性の乳がんの罹患率（乳がんになる方の割合）は年々増加しており、現在、18.5人に1人が一生のうちに乳がんになると言われています。これに伴い、乳がんによる死亡数も著しく増加しています。

従来、乳がん検診は医師による視触診のみの検診でしたが、2004年、厚生労働省により、「40歳以上は2年に1回、マンモグラフィ*と視触診併用で検査する」との指針が示されたことを受けて、2005年には、全国の9割以上の市町村でマンモグラフィによる乳がん検診が行われるようになりました。しかし、未だ、欧米に比べて検診受診率は非常に低い水準のため、検診受診率の向上が重要な課題となっています。検診の受診件数や検査件数は、地域や病院の乳がん検診の体制が整っているかどうかの指標、すなわち、地域全体の診療の質の指標となるものと考えます。

本院においても、2004年、GE社製の乳房FPD撮影装置（マンモグラフィ検診施設画像認定）を導入し、マンモグラフィと視触診併用の乳がん検診を開始しています。図は、大和高田市及び隣接の市町村からの乳がん検診の受診件数です。検診の受診件数は年々増加しており、地域住民の関心が高まってきている状況が伺えます。病気の早期発見に繋げるためにも、さらに、住民への啓蒙と検診体制の整備に努めていきたいと考えています。

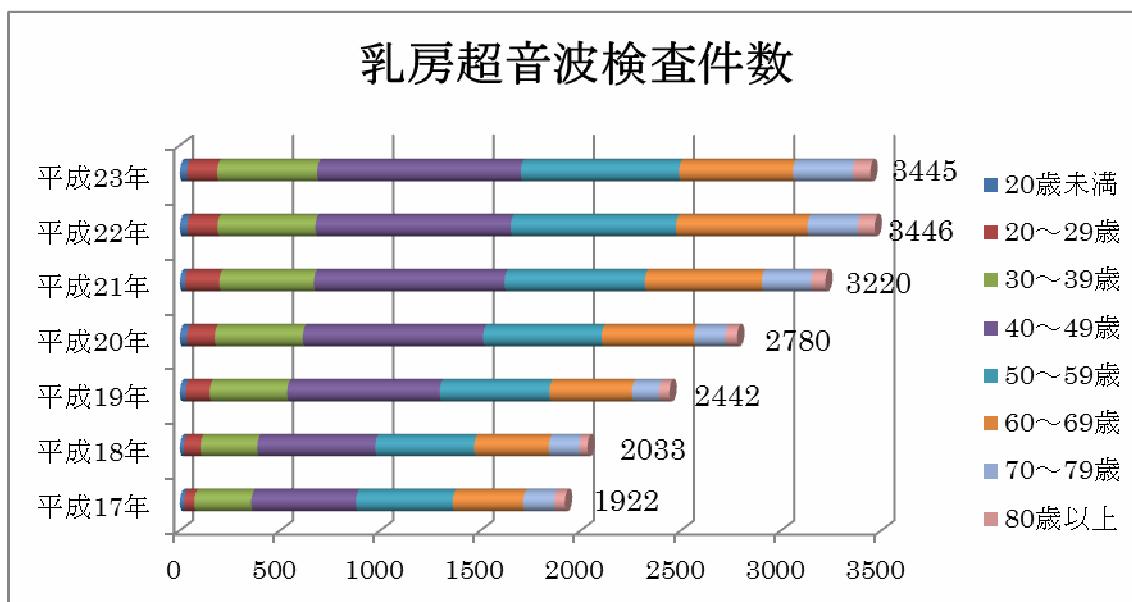
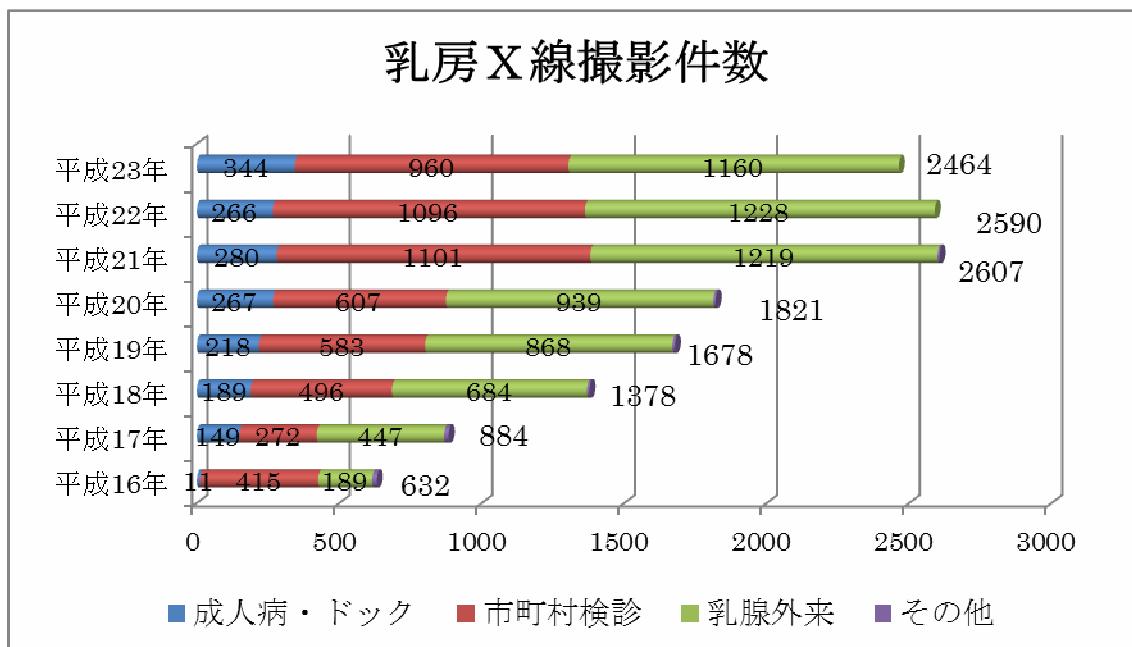


*：平成22年度途中より市内他院（3医療機関）でも受診可能となった。

* : マンモグラフィとは、乳房撮影専門のX線検査です。乳房を挟んで内部をはっきり映し出しが出来、視触診だけでは判断できない「しこり」やがん細胞の死骸の石灰化、乳腺からの分泌物等の細かい物質まで確認出来ることで、「しこり」になる前の小さながん細胞も発見できます。

検診以外の検査を含め、マンモグラフィ検査総件数は年々増加しています。

一方、乳腺の発達している閉経前の女性では、乳房全体が白く映るために、マンモグラフィでは病変を検出しにくいことがあります。そのため、超音波検査による乳がん検査も行っており、これも、年々件数が増加しています。



17. 患者満足度

病院に対する患者さんの満足度をみると、医療の質を測る直接的な指標になると考えられます。

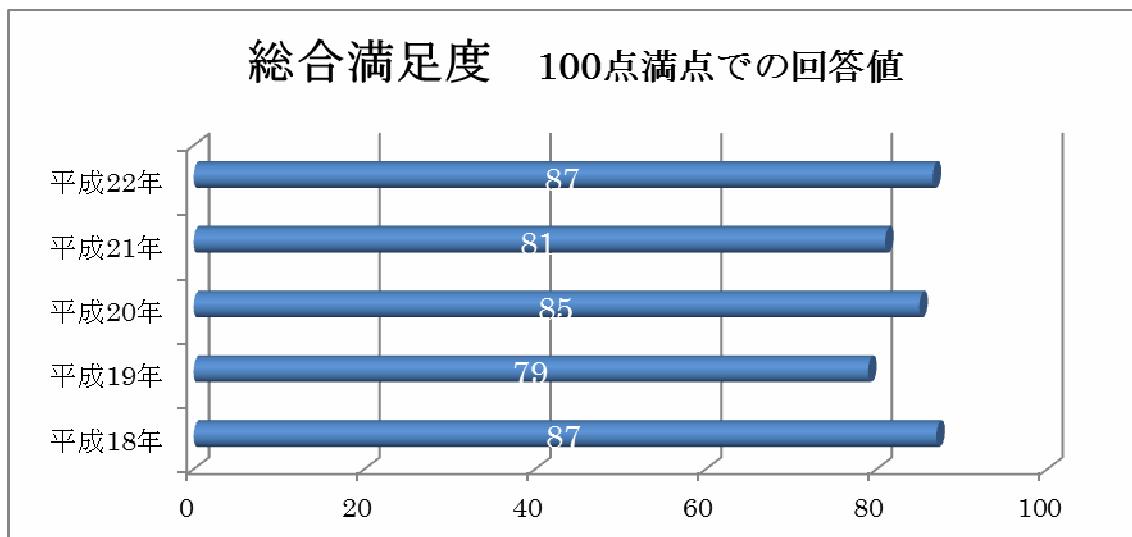
本院では、接遇委員会が中心となり、平成18年度から院内統一した形式で患者満足度調査を実施しています。年1回、150人（退院患者100人、外来患者50人）の患者さんを対象として、100点満点での病院の総合評価点数（総合満足度）と「診療面」、「接遇面」、「院内施設面」に関する計26項目の質問項目をアンケート調査していました。

平成22年度からは、決められた期間の該当患者（調査日に来院された外来患者全員、調査機関に退院が決定したすべての入院患者）を全て対象とし、調査しています。調査患者数は、平成22年は、退院患者127名、外来患者1333名、平成23年は、退院患者130名、外来患者617名でした。

調査結果を分析することによって、病院運営や設備面・対応の改善に取り組んでいます。

I. 総合満足度（100点満点での回答値）

「総合的に当院を100点満点で評価すると何点ぐらいになりますか」の質問に対する回答値を示しています。



個々の項目の評価も重要ですが、個別の満足や評価の合計点数を総合満足度とすべきではないとされています。患者さんごとに、それぞれの項目に対する重みづけが違っているからです。その意味で、総合的な満足度を測る調査項目

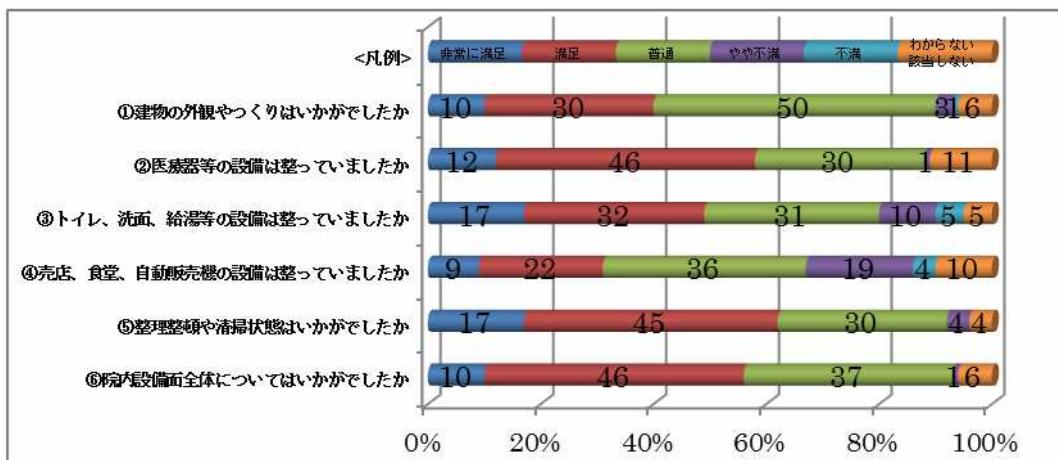
が必要となります。総合評価点の他施設との比較は、アンケート方法、対象患者数、地域性などの違いがあるため慎重でなければなりませんが、インターネットで公表されている他施設の調査結果と比較して遜色はありません。

* : 平成 23 年調査からは、質問様式の見直しにより、総合満足度の項目は除外しています。

II. 改善策の事例（院内施設面の調査結果）

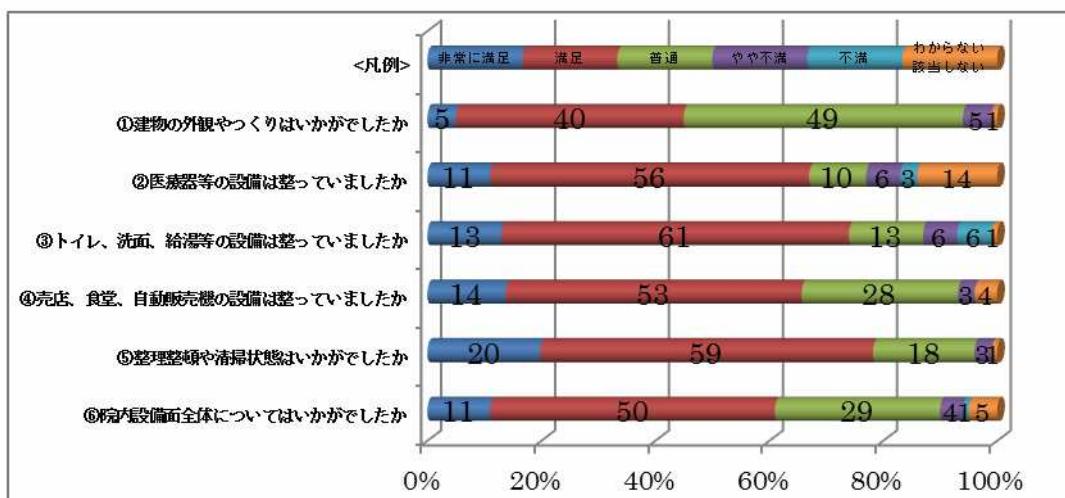
売店の改修・自動販売機の増設等に伴う満足度の推移

1) 平成 18 年調査結果



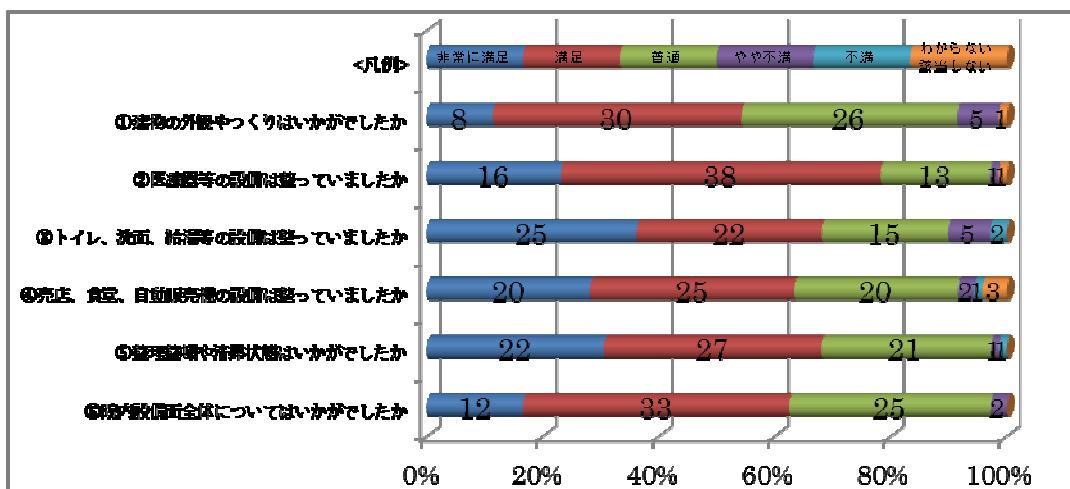
平成 18 年の「院内施設面満足度」では、売店、食堂、自動販売機の設備は整っていましたかの問い合わせに対する満足度が一番低い評価でした。

2) 平成 19 年調査結果



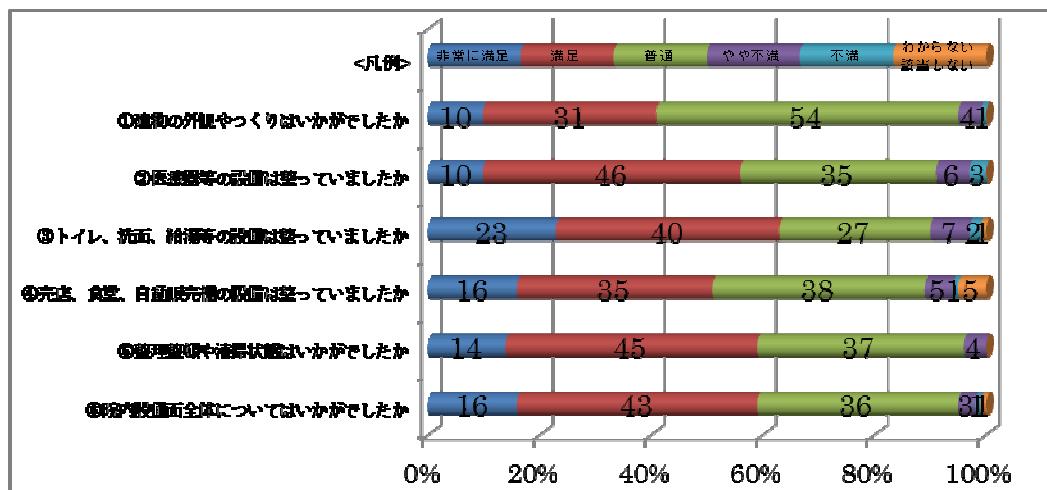
平成 19 年に、以前からも患者さんの要望が多かった売店の改修・自動販売機の増設を行いました。

3) 平成 20 年調査結果



平成 19 年度に売店の改修・自動販売機の増設を行ってから、少しずつ患者さんの満足度が高まり、半数近くの患者さんから良い評価を得ることができますようになりました。

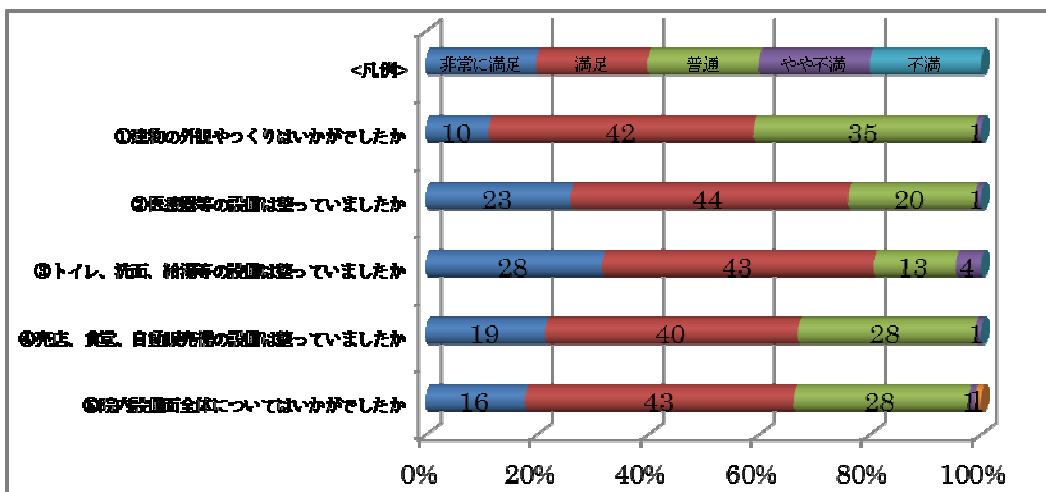
4) 平成 21 年度調査結果



西館病棟の浴室や洗面所の改修工事を行い、以前に比べ療養環境は改善しつつあると思われます。しかし、洗面所ではお湯が出ない等の直には改善できない問題も残っています。アンケート結果としては、院内設備面で

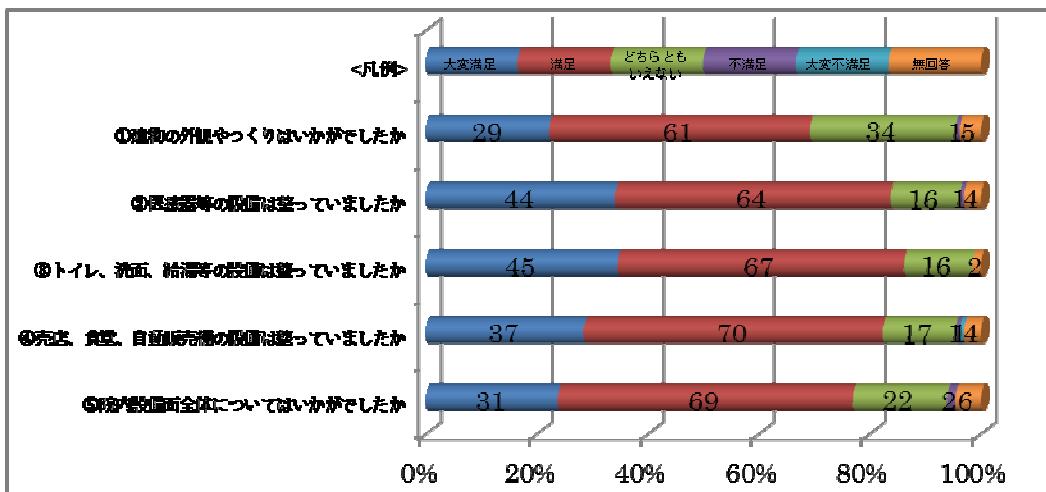
の評価は良くなっています。

5) 平成 22 年度調査結果



売店を改修したことによって、満足度が一時的に少し向上しましたが、やはり、食堂が閉鎖された影響は満足度の低下を招いています。今後は、それを少しでも補うために、イートインコーナーの開設も計画されている為、患者さんがくつろげる空間を提供でき満足いただけることを期待します。

6) 平成 23 年度調査結果



全体的に施設面に対しての満足度が上昇しました。
患者図書室の開設も行われましたので、今後に期待したいです。

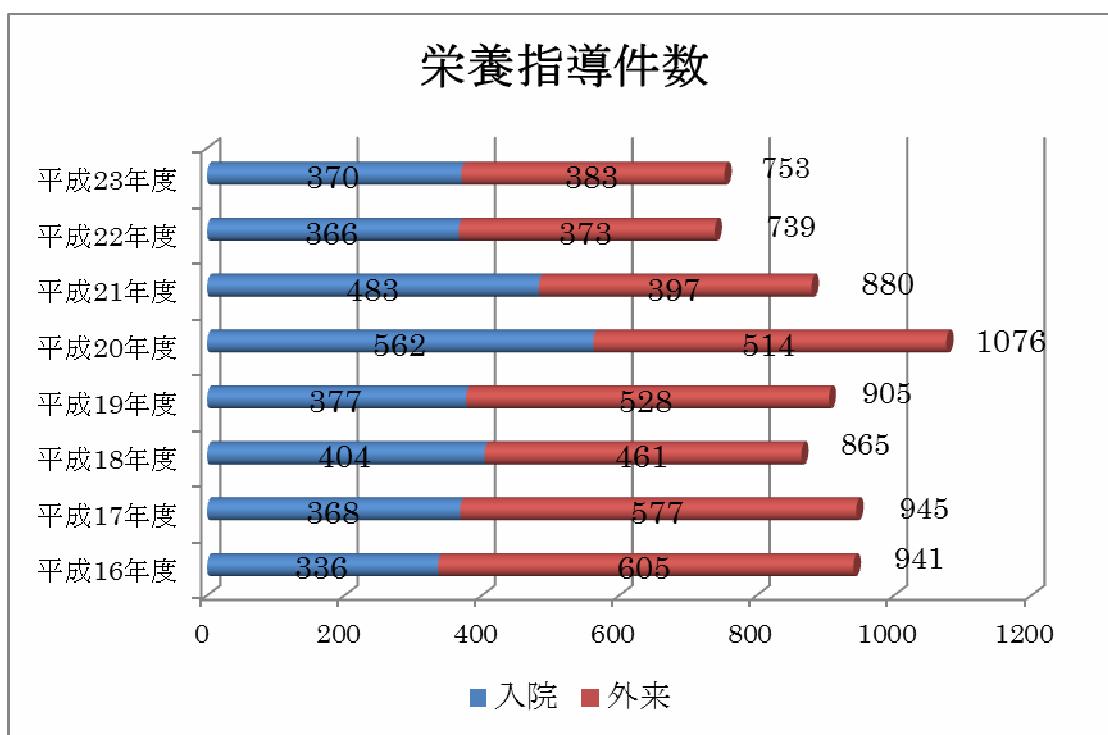
18. 栄養指導

患者さんの日常生活の指導の一つとして栄養指導があります。

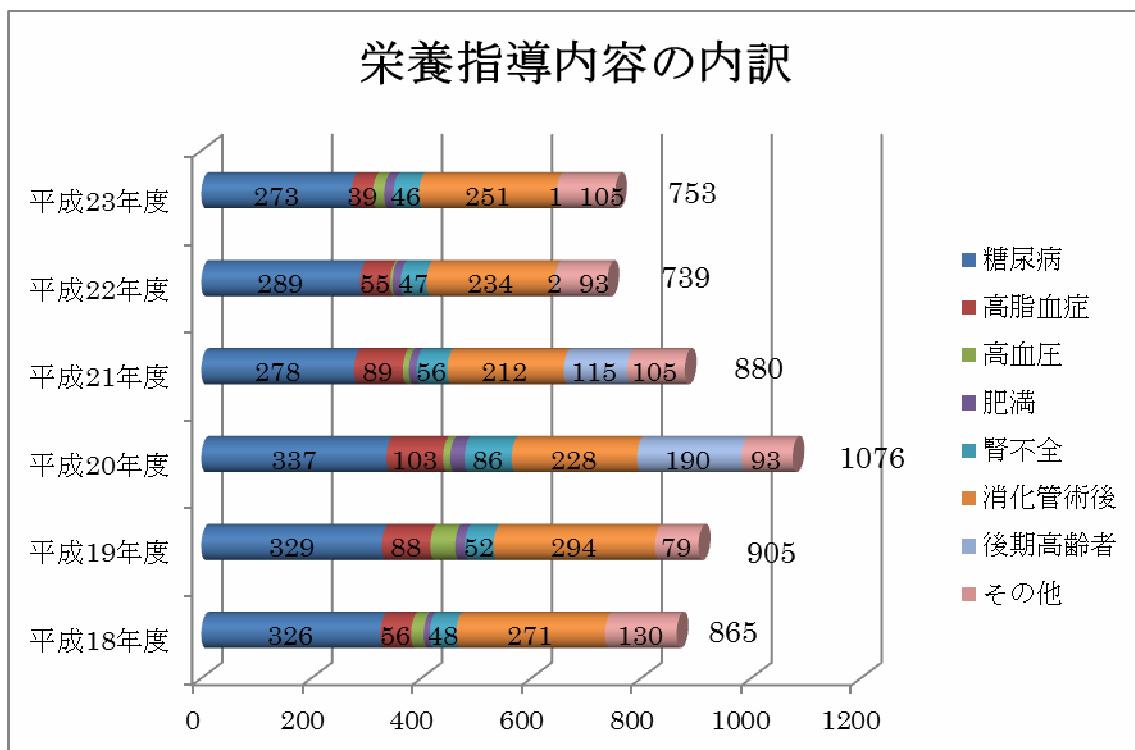
入院中の患者さんの場合、治療効果を上げるために栄養状態の改善が必須で、栄養サポートチーム(Nutrition Support Team、NST*)の業務の一環として、退院後の食生活を含めた栄養指導を行います。また、外来の患者さんでは、主として、脳血管疾患、心臓病、糖尿病などの生活習慣病の一次予防としての食生活改善のための栄養指導となります。

栄養指導の件数と内容は、病院の指導管理体制の指標の一つとなりうると考えられます。

* : NST とは、病気の治療・管理をする医師、患者さんの身近で一番患者さんの状態を把握している看護師、必要量や摂取量を評価し食事を調整提供する管理栄養士、薬の管理をする薬剤師、摂食嚥下機能評価を行う言語聴覚士、検査を担当する臨床検査技師などの各専門スタッフがそれぞれの知識や技術を出し合い最良の方法で栄養を支援するチームのことです。



「地域医療連携」として、平成18年からは近隣医院からの指導依頼を受けています。



内科（糖尿病・脂質代謝異常症・腎臓病等）外科（消化管術後等）からの依頼が全体の90%を占めています。特に、糖尿病を中心とする生活習慣病に対する栄養指導件数が増加傾向にあります。

また、平成20年度からは後期高齢者医療制度のスタートに合わせ、退院される後期高齢者やそのご家族への栄養指導を行っています。

平成22年度、平成23年度と栄養指導件数が減少したのは、管理栄養士の1人が、NST業務の一環として入院患者に対して栄養指導とは別の立場から指導を行ったことによるものです。この業務は栄養指導としては算定されないため、数字上の栄養指導件数は減少しました。平成23年度後半からNSTの構成員の見直しを行い、栄養指導に対する実働栄養管理士の人数を以前に戻したため、指導の充実に向けての再スタートとなります。

19. 薬剤管理指導の施行率

入院中の患者さんには、服薬指導が重要です

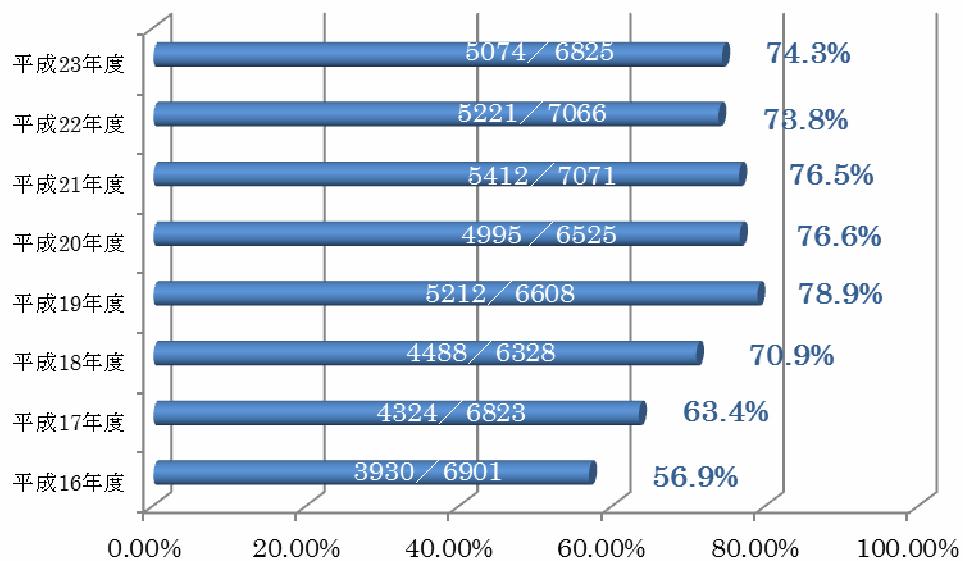
薬剤管理指導業務とは、薬剤師が入院患者さんに対し、調剤・医薬品管理・医薬品情報管理・薬歴管理・服薬指導などの業務を総括的に評価することをいいます。その主な業務が「服薬指導」であり、週に1回患者さんのベッドサイドにおもむき、薬の説明や服薬方法の説明を行っています。

このような服薬指導も含めて薬剤管理指導業務を行うことで、結果として薬の適正使用、リスクや副作用の回避、さらには患者さんへのサービス向上につながると期待されています。すなわち、薬剤管理指導を受けた患者の割合が高い程、質の高い医療が行われていると考えられます。

本院では、基本的に、小児科と産科の入院患者さんに対しては、服薬指導を行わないことにしており、対象入院患者（分母）は、全入院患者から産科と小児科の入院患者を除いた患者です。



服薬指導実施患者割合 (%)



20. 退院支援／入院医療福祉相談

平成 17 年 4 月、本院に医療、福祉に関する医療福祉相談窓口が設置されました。

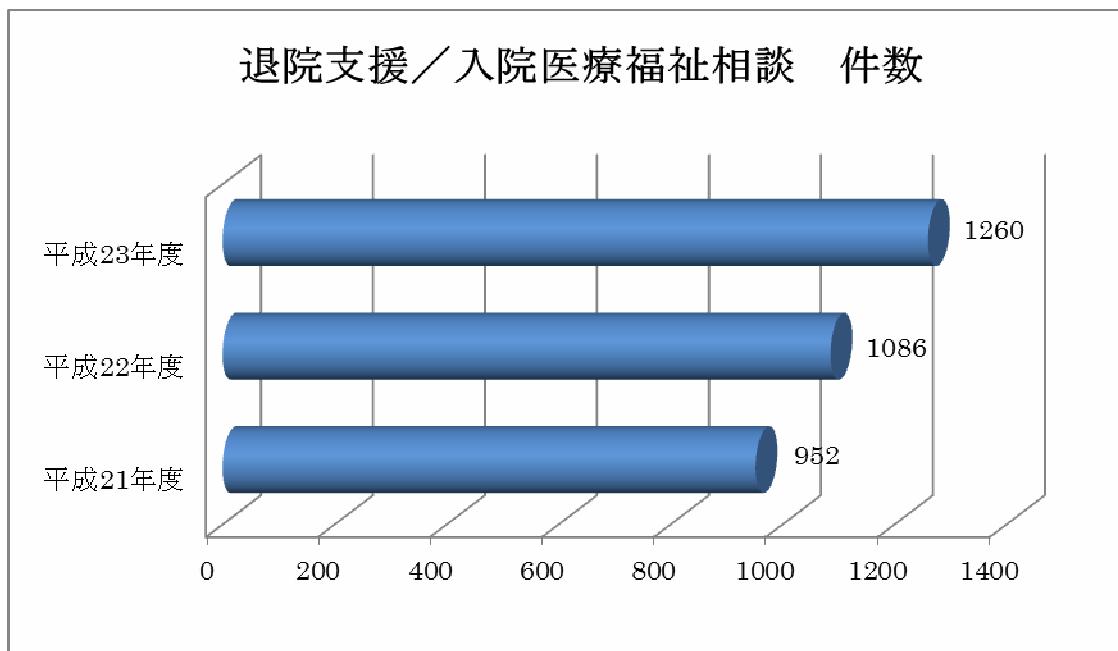
医療福祉相談窓口では、MSW*が経済的相談、福祉制度及び退院支援等に対応しています。外来における医療福祉相談と入院患者さんの医療福祉相談がありますが、ここでは、入院患者さんの医療福祉相談を取り上げます。

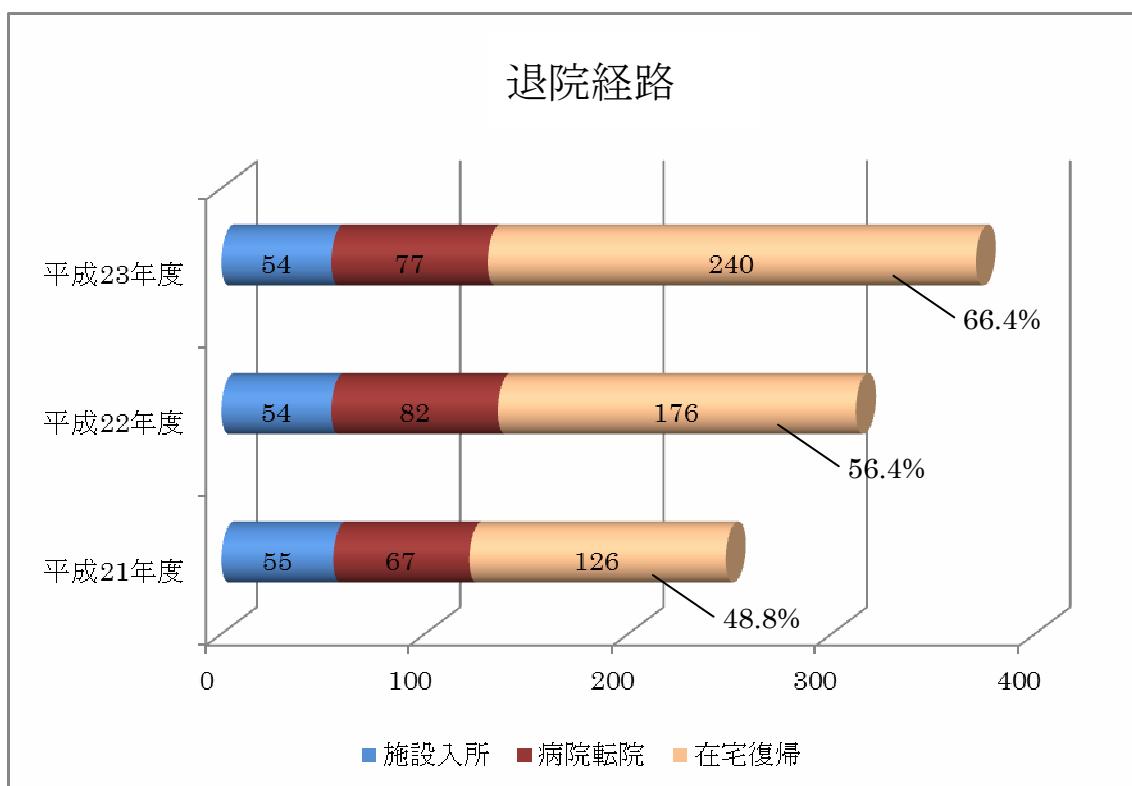
入院の医療福祉相談件数総数は、窓口を設置して以来、年々増加しています。平成 21 年度 952 件、平成 22 年度 1086 件、平成 23 年度 1260 件となっています。

平成 21 年度から平成 23 年度の相談件数が増加している要因は、平成 22 年 5 月に本院に亜急性期病床**を新たに開設し、これにより在宅復帰される患者さんにに対する退院支援がより強化されたことや、亜急性期病床以外の患者さんにおいても、MSW が介入して、在宅復帰支援を行なったこと等にあると考えられます。

それに伴い、退院経路に占める在宅復帰率が平成 21 年度 48.8%、平成 22 年度 56.4%、平成 23 年度 66.4% と年々増加しています。

この結果から分かるように、患者さんがよりスムーズに在宅復帰できるよう退院支援を行なう事が、重要なニーズの 1 つであると捉え、今後も退院支援体制を整えていきたいと考えています。





* : 医療ソーシャルワーカー(MSW)とは、入院によって収入が途絶えて入院費が支払えない、治療に対して抱いている不安、療養中の家事や育児の心配、社会復帰できるかどうかの不安など、患者さんの持つ様々な問題に対して相談にのり、問題解決にむけて援助する職種のことです。

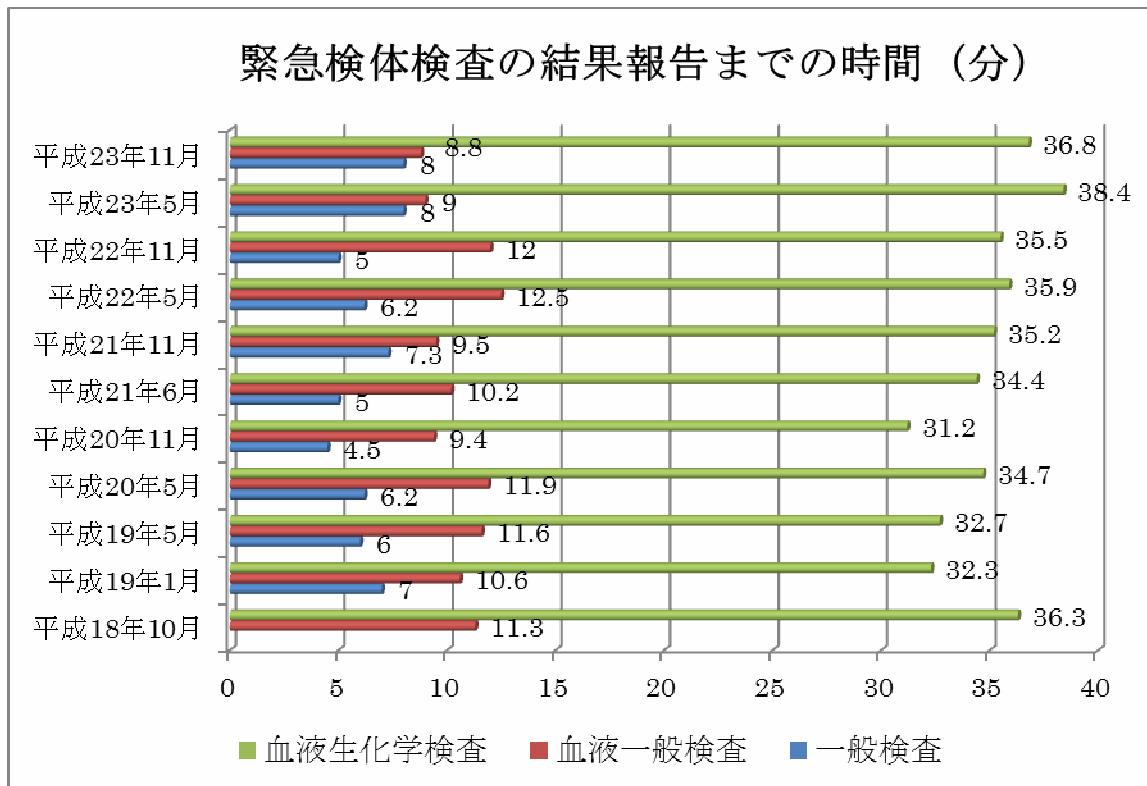
** : 亜急性期病床とは、一般病床の治療を終え、在宅復帰するにはまだ不安があり、もう少しリハビリを継続したいという患者さんに対して、医療スタッフ（医師、看護師、理学療法士、MSW等）が連携を図りながら、在宅復帰を目指す病床です。

21. 緊急検体検査の結果報告に要した時間

検体受付をして結果が出るのは、早くても35分ぐらいの報告をここ数年してきました。この数字は、自動分析器の処理能力に依存するので、これ以上短縮することは困難です。

それよりも、採血後1時間以内の報告を目指す改善の方法を実施しました。採血した検体を出来るだけ早く検査室に届けること、及び検体が届けられたらすぐに受付が出来る状況をつくることが重要と考え、平成23年4月から中央検査室に検体検査受付係を配置しました。今のところは、確実な受付を心がけているので早く処理はできていませんが、今後、検査結果報告に要する時間が短縮されることを期待しています。

また、検体を血清でなく抗凝固剤入りの血漿なら凝固するまでの時間が短縮されると考えて、新たに超緊急ラベルをつくり、ヘパリンと分離剤入り容器を使う試みを救急外来、HCUなどで、平成23年12月1日から実施しました。



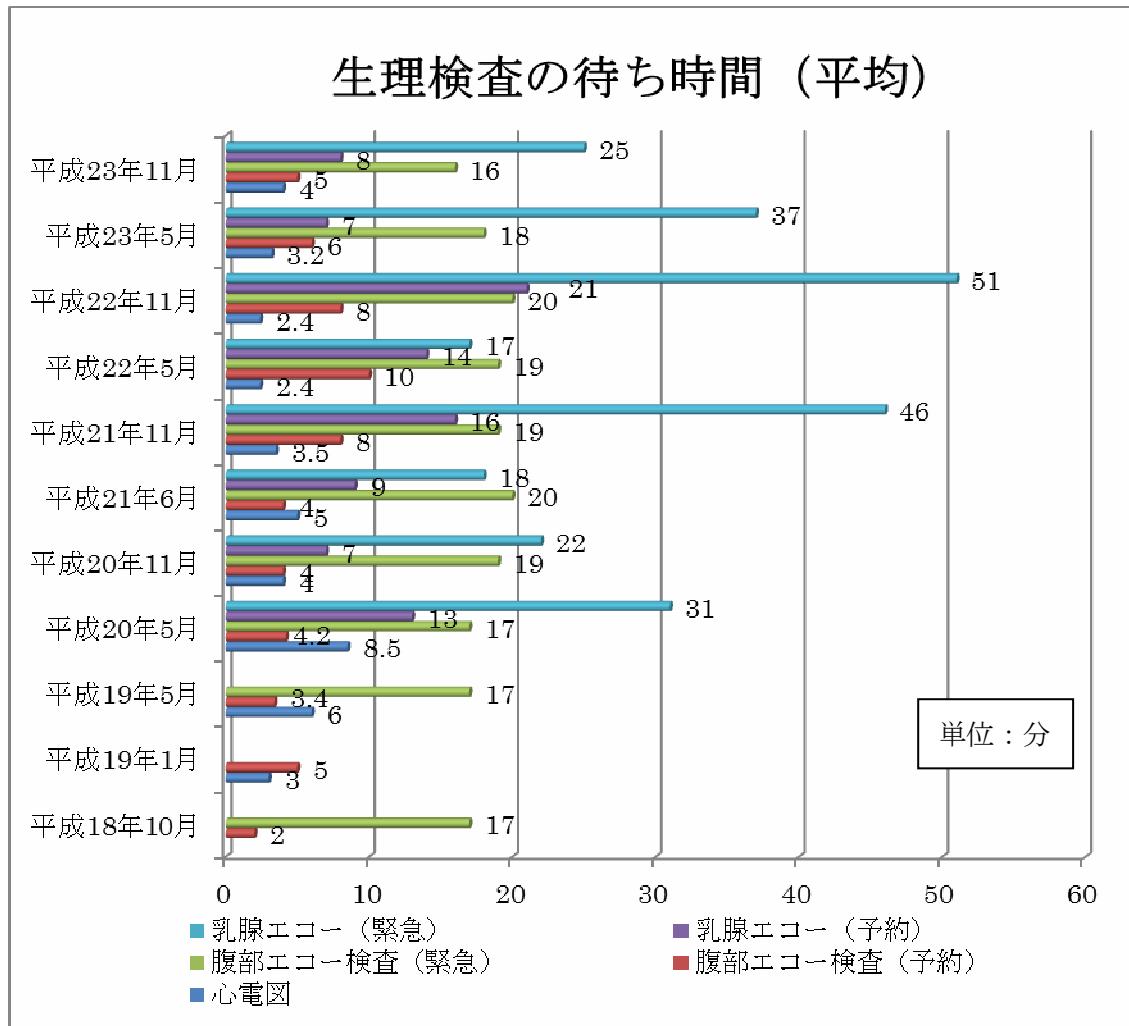
22. 生理検査の待ち時間

エコー検査については、緊急検査が予約検査をはるかに上回り計算が出来ない状況です。常にエコー室の4室をフル活動できるように検査室全体を動かし、技師の配置、応援を考えています。

また、予約枠の設定も考え直し、乳腺エコーの場合は、一度に多くの患者さんが集中する時間帯には予約枠を作らず、その分の予約枠を乳腺外来のない日に分散させました。

この施策で11月では5月よりも、10分～15分の短縮があり効果が出ました。しかしながら、乳腺エコー患者が集中している最中に、他検査のために機器を持ち出す場合もあり、機器の増備と技師の増員および養成が必要と考えています。

心電図室においては、負荷心電図やホルター心電図が入ると当然待ち時間が長くなりますが、職員を2人配置しているので、十分に対応が可能と考えています。



23. 血液培養が複数回提出された患者の割合

菌血症（血液中に細菌がいる状態）の患者さんの診断や治療には、血液培養検査が必須です。細菌の検出率は、血液を複数回採取する方が高くなります。また、複数回の検査をすることで、皮膚の常在菌が採取時に紛れ込んだ状態（コンタミネーション）と真の菌血症との鑑別も可能となります。すなわち、2ボトルとも陽性の場合は、真の菌血症とみなし、1ボトルのみの陽性の場合は、コンタミネーションの可能性を考えることとなります。この意味で、複数回の血液培養検査は、診療の正確性を反映する指標となります。

血液培養検査は、通常、抗生素質の投与前や中止後に複数回行なうことが基本です。治療開始前の短時間で検査を進める必要があります。そこで、同一日に2回以上、血液培養が提出された割合を検討しました。本院の複数ボトルの提出割合は、それほど多くありません。

血液培養検査が必要な症例を見極め、複数回の検査を積極的に行なうべく啓蒙することが今後重要と考えております。

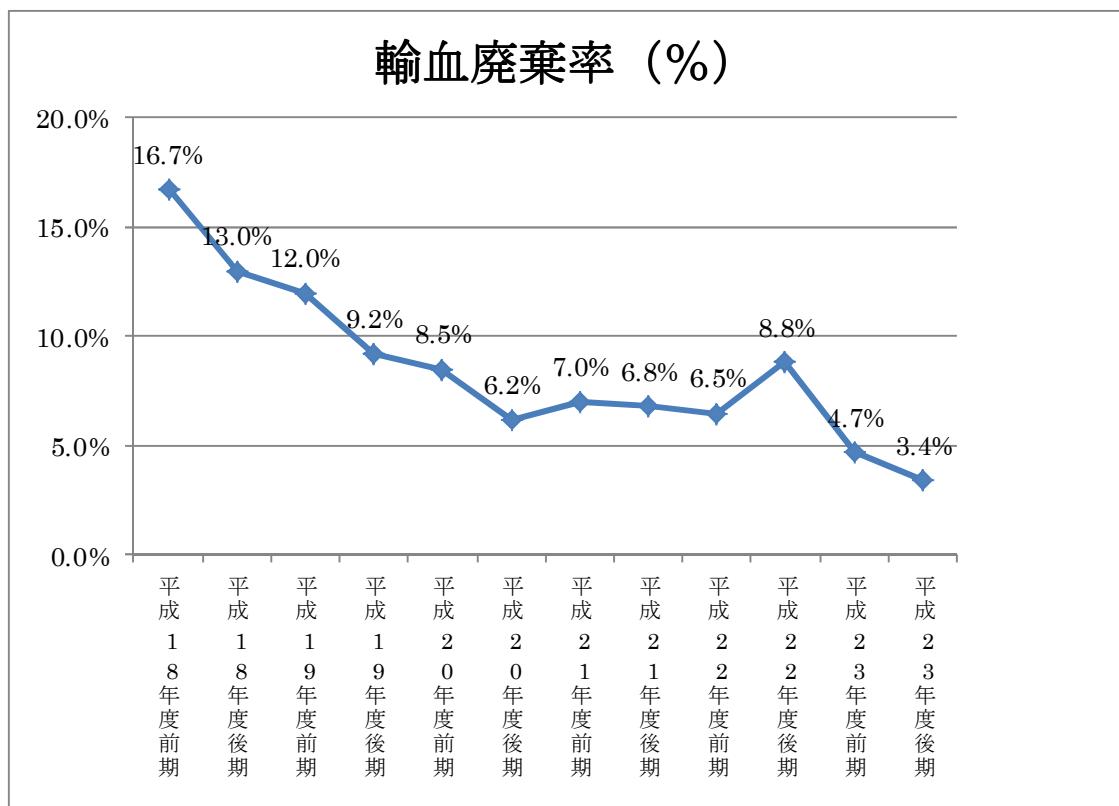
同一日に2回以上血液培養が提出された患者の割合

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
総件数	202	196	200	194	235	361
複数ボトル提出例	11	18	33	21	35	83
割合	5.4%	9.2%	16.5%	11.0%	15.0%	23.0%

24. 輸血廃棄率

手術など出血を伴う場合には、安全に備えて輸血用血液製剤を準備します。しかし、準備した血液製剤を輸血しなかった場合には、廃棄されることがあります。この血液製剤廃棄率は血液製剤の適正利用を反映する指標となります。

本院では、平成 19 年 10 月より輸血検査室において血液製剤を一元管理するようになりました、この一元化に伴い、各製剤の在庫数や有効期限が把握できるようになります。廃棄率の抑制につながっています。2 ケタあった廃棄率も昨年度は目標の 3% に近付きました。しかし、3% を下回ることができるよう工夫が必要であると思われます。血液製剤の適正利用については自己血の有効利用なども含め、担当医のさらなる理解を得て、廃棄率の抑制を目指していきたいと考えています。



前期：4 月～9 月

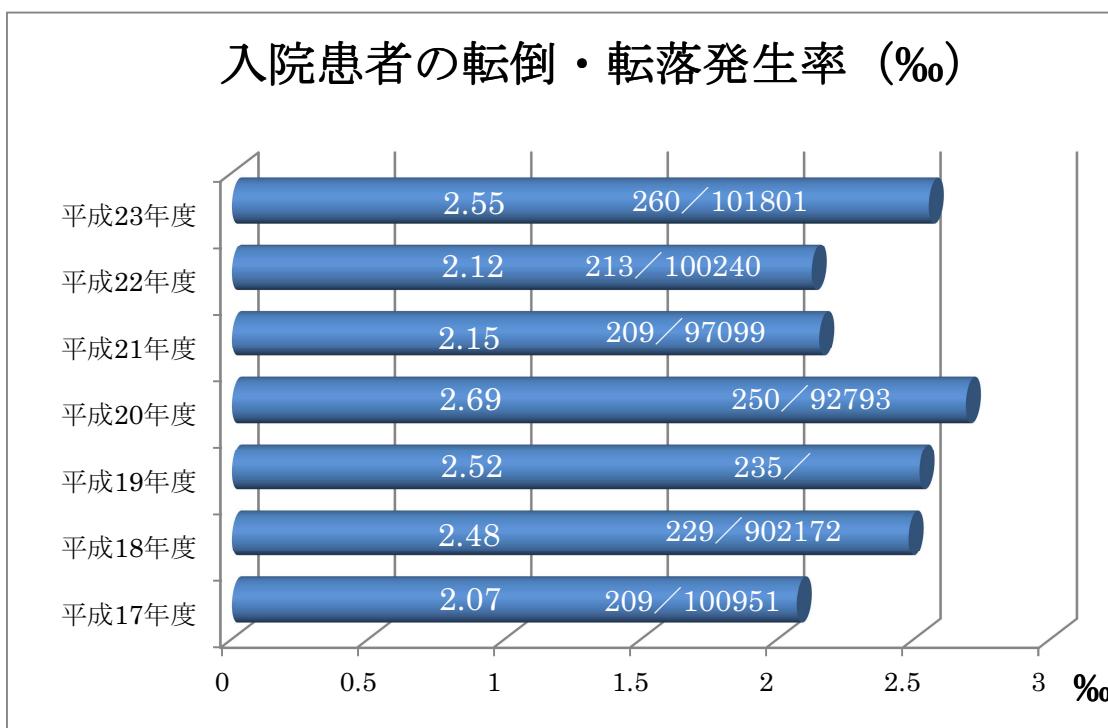
後期：10 月～3 月

25. 入院患者の転倒・転落発生率

入院中の患者さんの転倒・転落事故の防止は、病院、とりわけ看護部門にとって大きな課題です。転倒・転落事故は、外傷や骨折につながり、患者さんのQOL（生活の質）に大きな影響を及ぼします。従って、転倒・転落事故の件数や受傷内容は、病院の看護の質を示す重要な指標の一つとなります。

転倒・転落発生率は以下の式で求めます。

$$\text{転倒・転落発生率} = (\text{転倒・転落件数} / \text{入院延患者数})$$



転倒・転落発生率は、平成 20 年度をピークとして、平成 21 年度、平成 22 年度と減少傾向にありましたが、平成 23 年度は一転して増加しました。この要因の一つとして、入院患者さんの高齢化が進んでいることが挙げられます。70 歳以上の入院患者さんの割合は、平成 22 年度は 58.5%、平成 23 年度は 61.6% と年々増加しています。また、認知症を有する患者さんも増加しており、平成 23 年度では認知症状に伴う転倒・転落が 34% と転倒・転落要因の 1/3 となって

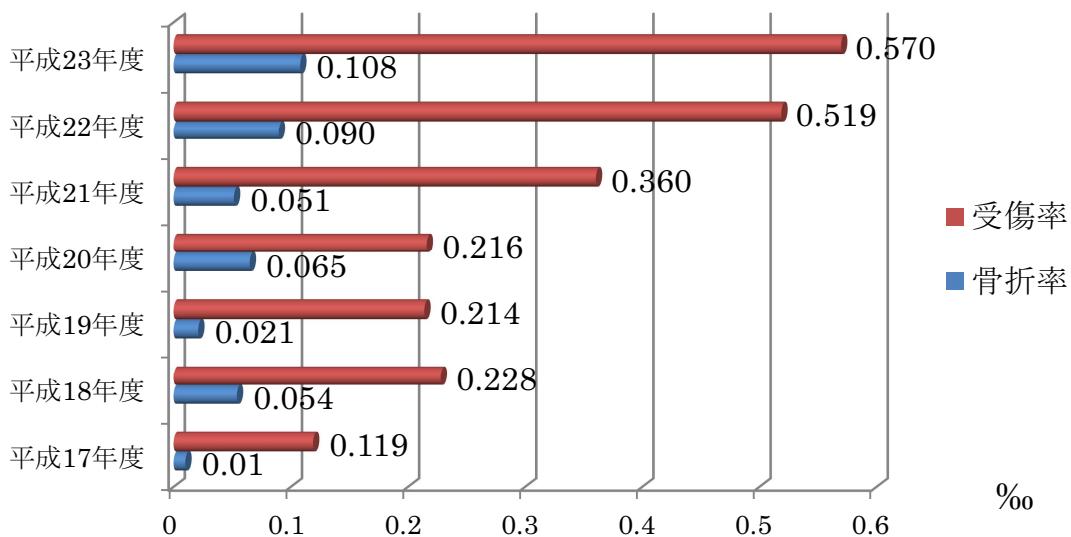
います。その他の要因としては、リハビリ期や日常生活動作が拡大した際にも転倒する件数が 55 件と増えており、「これぐらいならひとりで出来る」と自己の体力を過信したことが要因となっていることも分りました。

転倒・転落の全国的なデータ参考値 2.92 %と比較してみると当院の転倒・転落発生率は幾分低いですが、増加傾向にあるため、発生件数を減らすための対策が急がれます。

転倒・転落による受傷・骨折件数・率 (%)

	入院延患者数	受傷件数	受傷率 (%)	骨折件数	骨折率 (%)
平成 23 年度	101801	58	0.570	11	0.108
平成 22 年度	100240	52	0.519	9	0.090
平成 21 年度	97099	35	0.360	5	0.051
平成 20 年度	92793	20	0.216	6	0.065
平成 19 年度	93375	20	0.214	2	0.021
平成 18 年度	92172	21	0.228	5	0.054
平成 17 年度	100951	12	0.119	1	0.010

転倒・転落による受傷・骨折率 (%)



転倒・転落に関する受傷状況としては、擦過症や打撲程度の軽微な受傷から縫合処置を必要とする切創や骨折などかなり重症な外傷までの総数が受傷件数であり、その比率が受傷率です。

平成 22 年、平成 23 年度は受傷率が急激に増加しており、骨折件数も同様に増加しています。中でも大腿骨頸部骨折最も多く治療には手術を要し、入院期間も延長しています。受傷の多くは擦過症や打撲程度で受傷件数の 70%を占めています。

転倒・転落の予防対策として、「転倒・転落ワーキンググループ」が活動しています。転倒・転落報告書の分析、転倒・転落アセスメントツールによる転倒の危険度予測、転倒・転落予防具の使用基準や使用マニュアルの作成に加え、環境整備の状況・予防具の使用状況などを視点とした病棟ラウンドを実施しています。