医療の質

Quality Indicator

病院近くの大中橋から望む桜

Ver. 6.0

平成 27 年９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すが、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、胆嚢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。

平成 24 年度版の発刊

平成 25 年 9 月　　院長　　砂　川　晶　生

平成 24 年度のデータを含めた内容に更新しました。

5 年生存率等のデータ取集に労力を要する指標については、毎年のデータ更新を課していません。

質指標は、数字そのものを他施設と比較することは、病院のおかれる状況な

どが大きく異なるため、注意が必要です。本院で取り上げている糖尿病患者の血糖コントロールなどがその典型と言えます。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。多くの指標では、病院間で比較するのではなく、同一施設での経時的変化をみることにより大きな意味があると考えています。

平成 25 年度版の発刊に際して

平成 26 年 9 月　　院長　　砂　川　晶　生

平成 26 年度から、当院が所属する全国自治体病院協議会においても、厚生労働省による『医療の質の評価・公表等推進事業』に参加し、計 83 病院で共通の質指標の検討が開始されました。当院も、本事業に参加しています。従って、当院では、日本病院会の QI プロジェクト、全国自治体病院協議会の事業、及び、本院独自の QI の検討をそれぞれ行っていることになります。とりまとめの労を取って頂いた各職員に感謝します。

QI 事業の活動的持続について

平成 27 年 9 月　　院長　　砂　川　晶　生

ここ数年で、医療の質指標の公表は、厚生労働省の推進事業や各病院団体の事業により、多くの病院で通常の取り組みとなってきました。

当院でも、当院独自の QI、日本病院会の QI プロジェクト、全国自治体病院協議会での「医療の質の評価・公表等推進事業」の 3 方面からの取り組みとなっています。それぞれの事業における指標は増えこそすれ、減ることはないため、質指標の算出、公表、評価等にかかる業務量が増大しており、これらの増大した業務が一部のスタッフに集中し、過負荷となりつつあります。指標の整理や有効活用の方法を吟味すること等を通して、本事業が活動的に持続することや Cosmetic compliance の防止を意識した組織づくりが求められています。

従来、本冊子では、病院独自の QI のみを掲載していましたが、今回は、病院における QI 以外の質改善の取り組みや、日本病院会や全国自治体病院協議会での取り組みに関しても、トピックスとして、ご紹介しています。

がんの 5 年生存率に関しては、データの更新がなく経過しています。院内がん登録事業を平成 21 年から開始していますが、その結果を踏まえた上での予後調査を考えており、今回は、冊子の項目から除外しています。

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 1
改訂第 3 版の発刊に際して　砂川晶生 2
平成 24 年度版の発刊　砂川晶生 2
平成 25 年度版の発刊に際して　砂川晶生 3
QI 事業の活動的持続について　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 8
２．　救急医療：救急車搬送患者数・救急患者数　砂川晶生 10
３．　剖検率　砂川晶生 12

治療手技・手術

４．　乳がん患者での乳房温存手術の割合　岡村隆仁 13
５．　胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合　岡村隆仁 14
６．　内視鏡検査・内視鏡的治療件数　濱戸教行 15
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 16
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 17
８．　糖尿病患者の血糖コントロール　井原直次、上田豊晴 18
９．　クリニカルパス使用件数　治田美津子 20
１０．　特定術式における手術開始１時間以内の予防的抗菌薬投与率　里内正樹 22

１１．　特定術式における術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率　里内正樹 24

１２．　手術部位感染（ＳＳＩ）発生率　里内正樹 27

１３．　外来化学療法　鳥見好宏 29

１４．　褥瘡有病率・推定発生率　堀井さゆり 30

１５．　帝王切開率　堀江清繁、西原八重美 32

予防医療

１６．　職員の健診受診率　柿迫寛 33

１７．　職員のインフルエンザ予防接種率　柿迫寛 34

１８．　乳がん検診の受診率　松山宜生 35

患者満足・支援

１９．　患者満足度　岡本千賀子 37

２０．　栄養指導　山本友香、小泉明子 43

２１．　入院患者の薬剤管理指導の実施率　鳥見好宏 45

２２．　退院支援／入院医療福祉相談　水口憲治 46

検　査

２３．　緊急検体検査の結果報告に要した時間　勝山政彦 49

２４．　生理検査の待ち時間　西岡正彦 50

２５．　血液培養が複数回提出された患者の割合　西田陽一 51

２６．　輸血製剤廃棄率　堀川寛子 53

医療安全

２７．　入院患者の転倒・転落発生率　田中早苗 54

トピックス

Ⅰ　「病理アラート」の取り組み　田中早苗 57

Ⅱ　薬剤師主導の
バンコマイシン注射液のＴＤＭ　竹内理恵、安田知浩 58

Ⅲ　日本病院会のＱＩプロジェクト　砂川晶生 60

Ⅳ　全国自治体病院協議会における
「医療の質の評価・公表等推進事業」　砂川晶生 61

Ⅴ　褥瘡推定発生率、褥瘡発生率について　砂川晶生 62

執筆者所属（執筆順）

氏　名	所　属		
砂川晶生	診療局	院長	
岡村隆仁	診療局	副院長	外科
濱戸教行	診療局	消化器内科	内視鏡センター部長
仲川嘉紀	診療局	診療局長	透析科
上田豊晴	診療局	総合内科	部長
井原直次	技術局	薬剤部	
治田美津子	看護局	透析センター	副看護局長
里内正樹	看護局	中央手術室	感染管理認定看護師
鳥見好宏	技術局	薬剤部	薬剤部長
堀井さゆり	看護局	外来	皮膚・排泄ケア認定看護師
堀江清繁	診療局	産婦人科	部長
西原八重美	看護局	産婦人科病棟	師長
柿迫寛	事務局	総務課	
松山宜生	技術局	放射線技術科	技術局長
岡本千賀子	看護局	副看護局長	
山本友香	診療局	栄養管理科	管理栄養士
小泉明子	診療局	栄養管理科	管理栄養士
水口憲治	事務局	医事課	医療ソーシャルワーカー
勝山政彦	技術局	臨床技術科	副技師長
西岡正彦	技術局	臨床技術科	技師長
西田陽一	技術局	臨床技術科	
堀川寛子	技術局	臨床技術科	
田中早苗	看護局	副看護局長	
竹内理恵	技術局	薬剤部	
安田知浩	技術局	薬剤部	

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（%）＝

［年間延入院患者数／（許可病床数×365)］×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、様々な要因で、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、主として、医師不足の影響を受け、低下傾向を示しています。平成 21 年度から平成 23 年度にかけては、一部の診療科で医師が増員したこともあり、病床利用率は増加しましたが、平成 23 年 11 月で 25 床の医療型療養病棟を廃止した影響もあり、再び、低下傾向にあります。病床機能報告制度の導入等もあり、病床の見直しなどの必要性を検討すべき時期に来ているのかもしれません。

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）＝

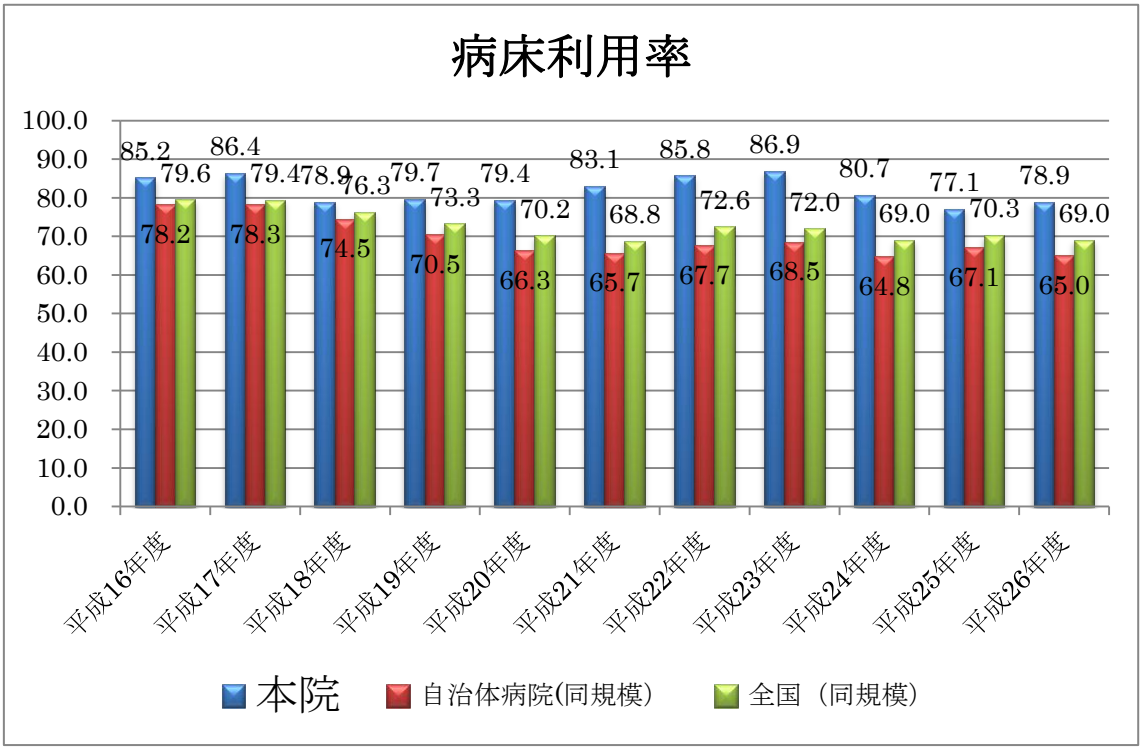
延入院患者数／［(新規入院患者数＋退院患者数）／2 ］

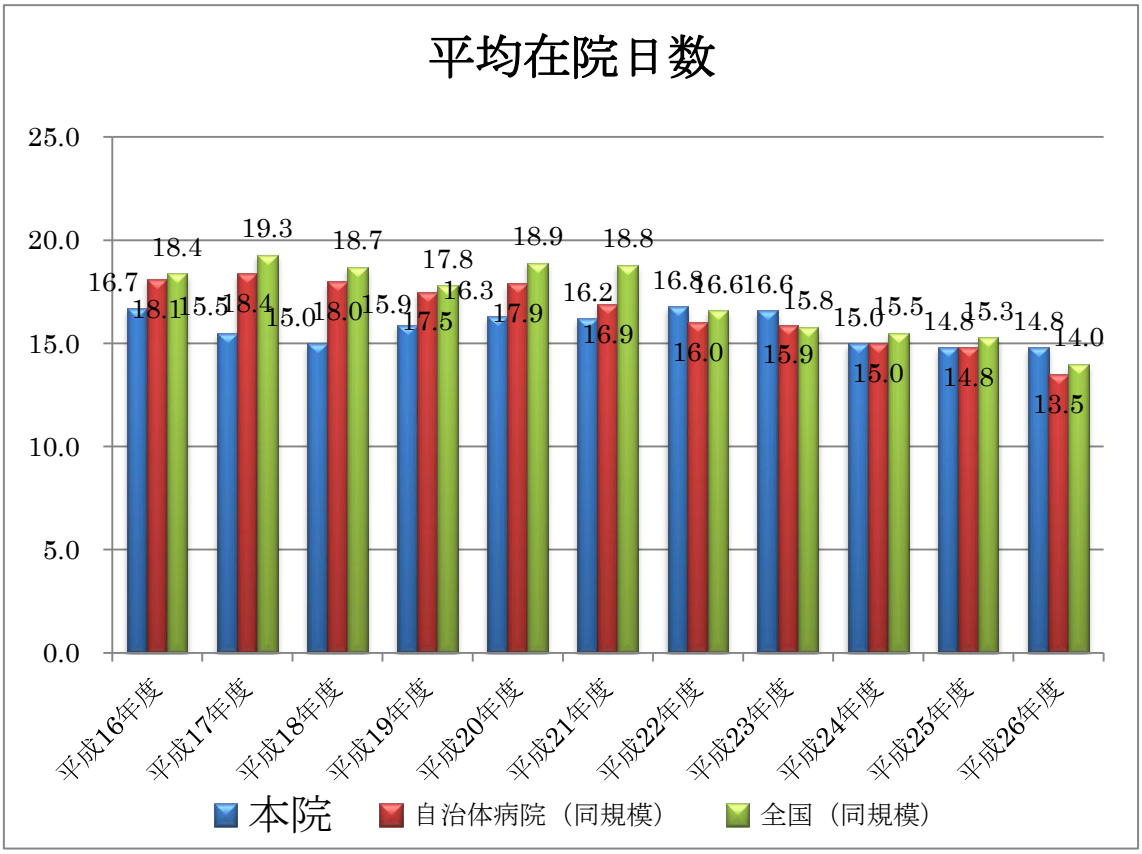
在院日数は、同一の同程度の疾患であれば、治療の効率性を示す指標となります。退院後の状況が良好であれば、短い入院期間で治療することが効率のよい医療ということになります。平均在院日数は、急性期病院の DPC 導入等を契機に、全国的にも急性期病院を中心に短縮傾向が進んでいます。本院の平均在院日数は、平成 23 年度までは、15 日から 16 日で推移しており、短縮傾向はありませんでしたが、平成 24 年度は 15.0 日と、平成 23 年度の 16.6 日から大きく短縮しました。これは、療養病棟の廃止を反映したものと考えられます。平成 25 年度以降も同様の傾向です。

参考データは、平成 23 年度までは病院経営分析調査報告から、平成 24 年度以降は病院経営実態調査報告から引用しました。それぞれ、各年度の 6 月の 1 か月間のデータです。

＜参考文献＞

・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
・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
100.0
90.0
80.0
70.0
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
85.2 79.6 78.2
86.4 79.4 78.3
78.9 76.3 74.5
79.7 73.3 70.5
79.4 70.2 66.3
83.1 68.8 65.7
85.8 72.6 67.7
86.9 72.0 68.5
80.7 69.0 64.8
77.1 70.3 67.1
78.9 69.0 65.0
平成16年度
平成17年度
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
平成24年度
平成25年度
平成26年度
本院
自治体病院(同規模)
全国（同規模）

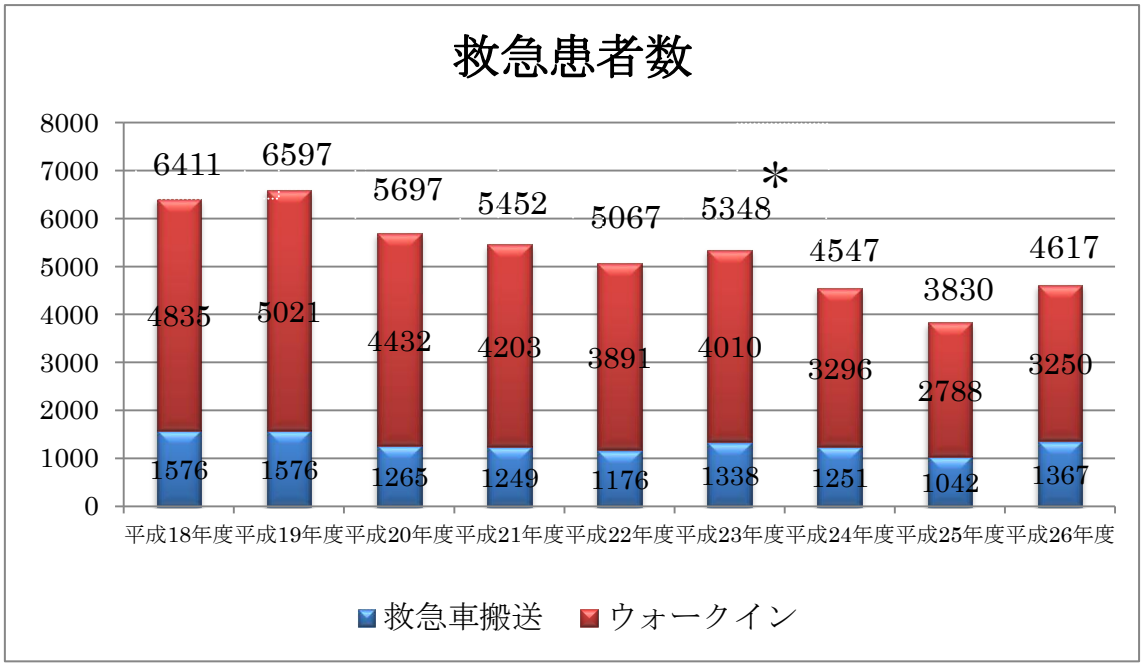

平均在院日数
25.0
20.0
15.0
10.0
5.0
0.0
16.7 18.4 18.1
15.5 19.3 18.4
15.0 18.7 18.0
15.9 17.8 16.3 17.5
18.9 17.9
16.2 18.8 16.9
16.8 16.6 16.0
16.6 15.8 15.9
15.0 15.5 15.0
14.8 15.3 14.8
14.8 14.0 13.5
平成16年度
平成17年度
平成18年度
平成19年度
平成20年度
平成21年度
平成22年度
平成23年度
平成24年度
平成25年度
平成26年度
本院
自治体病院（同規模）
全国（同規模）

２．救急医療：救急車搬送患者数・救急患者数

本院の救急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、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。数年前から、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当院への時間外受診が減少しました。当院小児科が病院として二次救急に専念できる体制が整ったということで、医療資源の適正な配分という観点からは改善された結果と言えます。

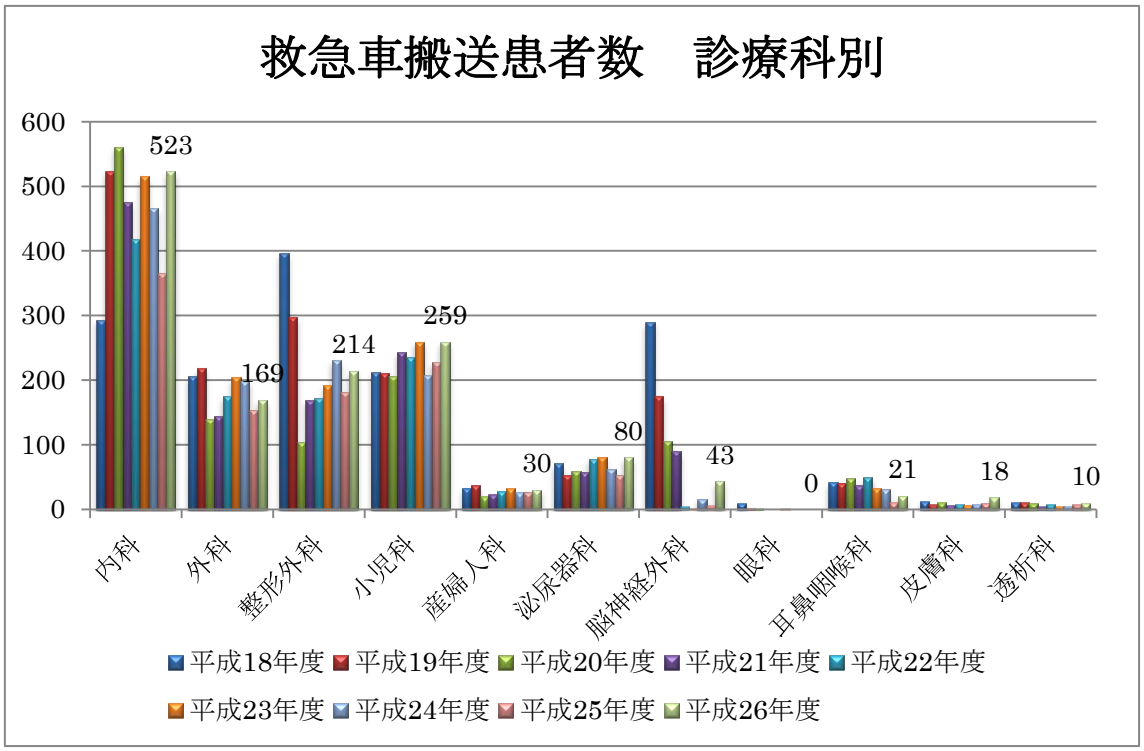
平成 25 年度は、内科医師の退職の影響で内科の救急患者数が減少したため、病院全体の救急患者数が過去最少でした。平成 26 年度は、内科の救急受入担当医師の雇用等、救急受入体制の見直しにより、受入件数は若干増加しました。

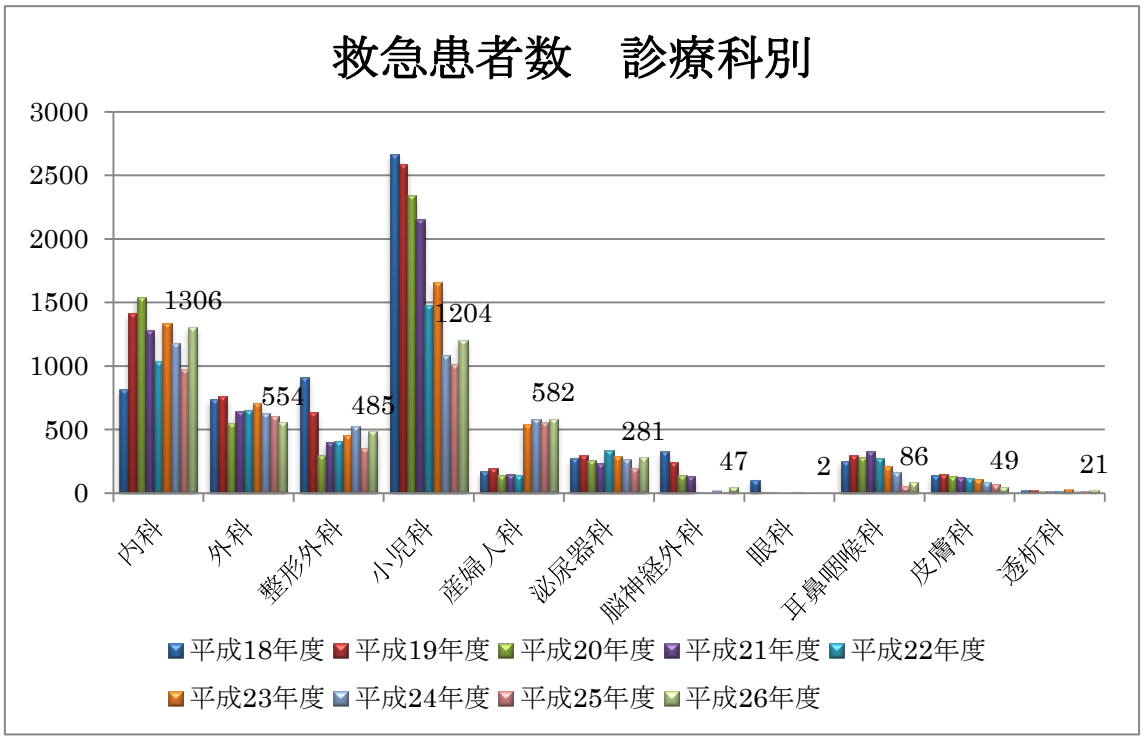
十分な救急医療体制を構築するには、病院全体、特に、医師のマンパワーが必要となります。地域の中核の自治体病院として、不採算部門である救急医療体制を整備する必要があり、医師を始めとした人材確保に努めています。



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。





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を言います。剖検率とは、入院中に死亡された患者さんの内、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

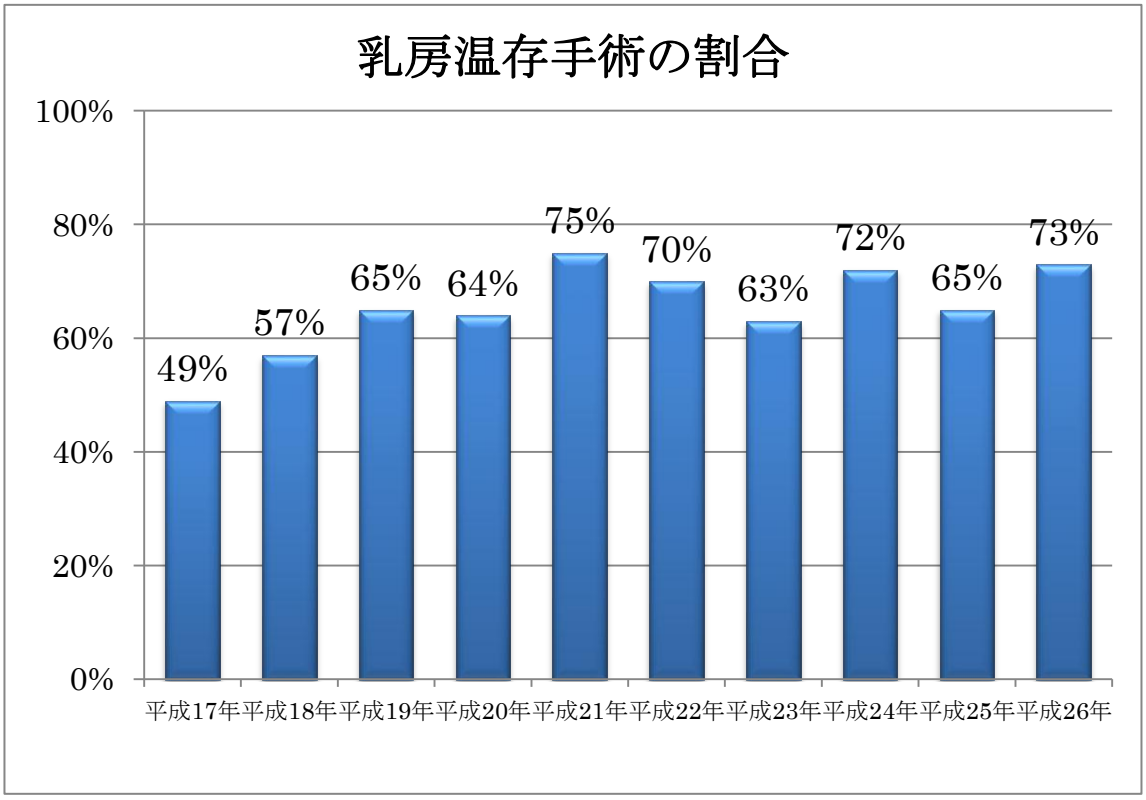
	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
剖検数（人）	3	3	1	1	1	2	0	1	1
院内死亡者数（人）	260	266	285	280	310	325	294	302	341
剖検率（%）	1.1	1.1	0.3	0.4	0.3	0.6	0.0	0.3	0.3

４．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、腫瘤径が 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。なお平成 26 年は 90 件の乳がん手術を施行しております。

＜参考文献＞

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

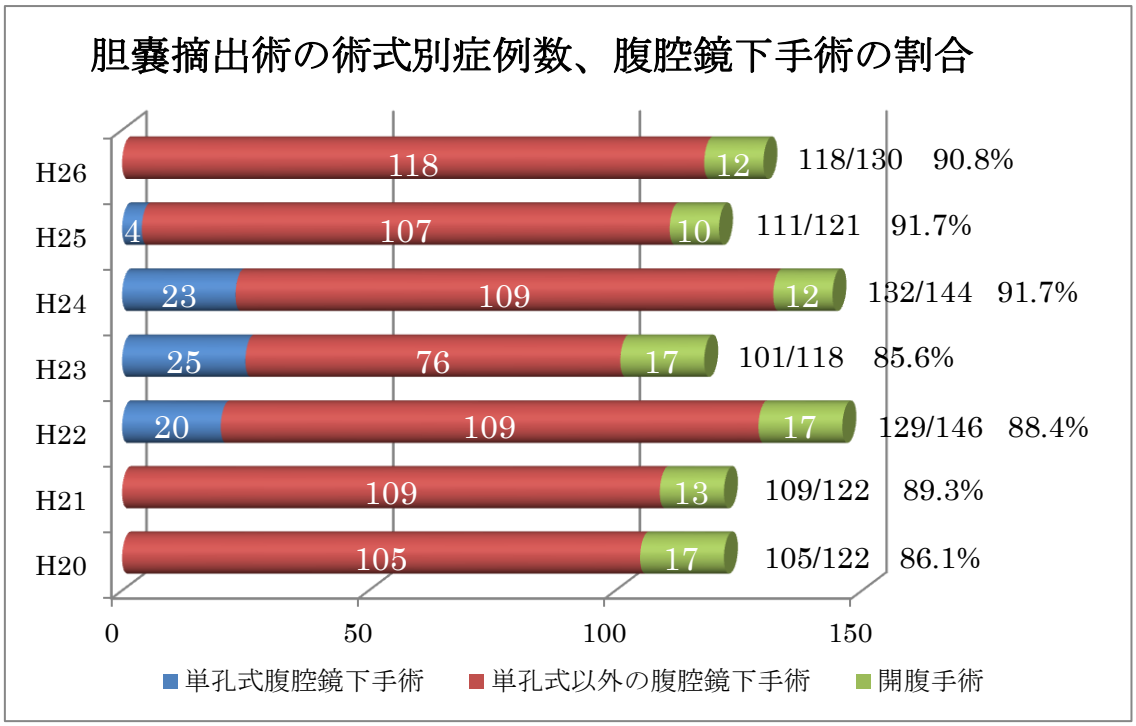


５．胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合

胆嚢炎や症状を伴う胆嚢結石に対する標準治療は、胆嚢摘出術です。

胆嚢摘出術には、主に開腹による胆嚢摘出術と腹腔鏡下胆嚢摘出術の 2 種類があります。さらに最近では、腹腔鏡下胆嚢摘出術の場合、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嚢摘出術も行われるようになりました。

急性胆嚢炎では、胆嚢周囲膿瘍などの重い局所合併症を伴っている場合、あるいは胆嚢捻転症や壊疽性胆嚢炎では、腹腔鏡下手術よりも開腹胆嚢摘出術が安全と考えられます。しかし、一般に腹腔鏡下胆嚢摘出術は、開腹胆嚢摘出術と比較して、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嚢結石・胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢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　　：腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した患者数

分母　　：胆嚢摘出術を施行した 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、手術時病名に胆嚢結石または胆嚢炎を含まない患者

６． 内視鏡検査・内視鏡的治療

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（胃カメラ・大腸カメラ）を毎年多数例施行しています。上部・下部の消化管出血に対する緊急内視鏡症例に対して、クリップや薬剤で出血を止める治療を行っています。

早期胃癌を胃カメラで切除する ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）も、適応症例に積極的に行っています。粘膜の異常血管の診断ができる拡大内視鏡で、胃癌の切除範囲の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（上皮内癌）症例も 2013 年に比較し増加しており、進行癌になる症例が減少することが期待されます。

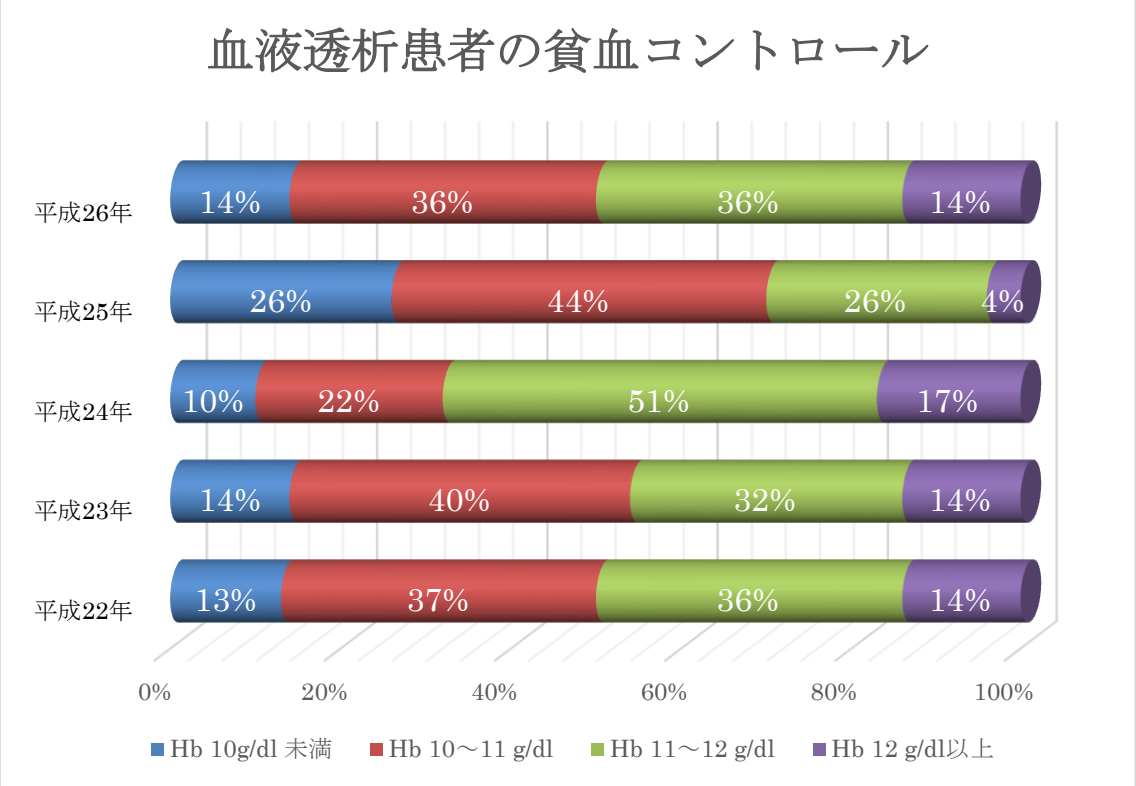
また、総胆管結石や膵癌・胆管癌などの診断のために、胆汁が十二指腸に流れ出る通り道である胆管や、消化酵素である膵液を出す膵管を内視鏡的に造影する逆行性膵胆管造影（ERCP）を行っています。ERCP では、膵管と胆管の十二指腸への開口部である乳頭を電気メスで切開して広げる乳頭切開術（EST）で総胆管結石の治療をしています。また、胆管炎の治療のために胆管にチューブを入れて感染胆汁を出すようにする胆道ドレナージや癌性狭窄に対して狭窄部を拡張する胆管ステント留置もしています。

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
上部消化管内視鏡検査	3101	3073	3359	3410	3177
内、止血治療	40	29	34	24	28
下部消化管内視鏡検査	1097	1147	1228	1341	1407
内、止血治療	2	3	11	3	2
ERCP（内視鏡的逆行性膵胆管造影）	146	142	193	154	140
ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）	24	15	19	34	25
内、胃癌に対するもの	17	14	17	32	24
大腸 EMR（内視鏡的粘膜切除術）	176	209	219	230	256
内、大腸癌に対するもの	40	46	49	49	61

７．血液透析に関する指標

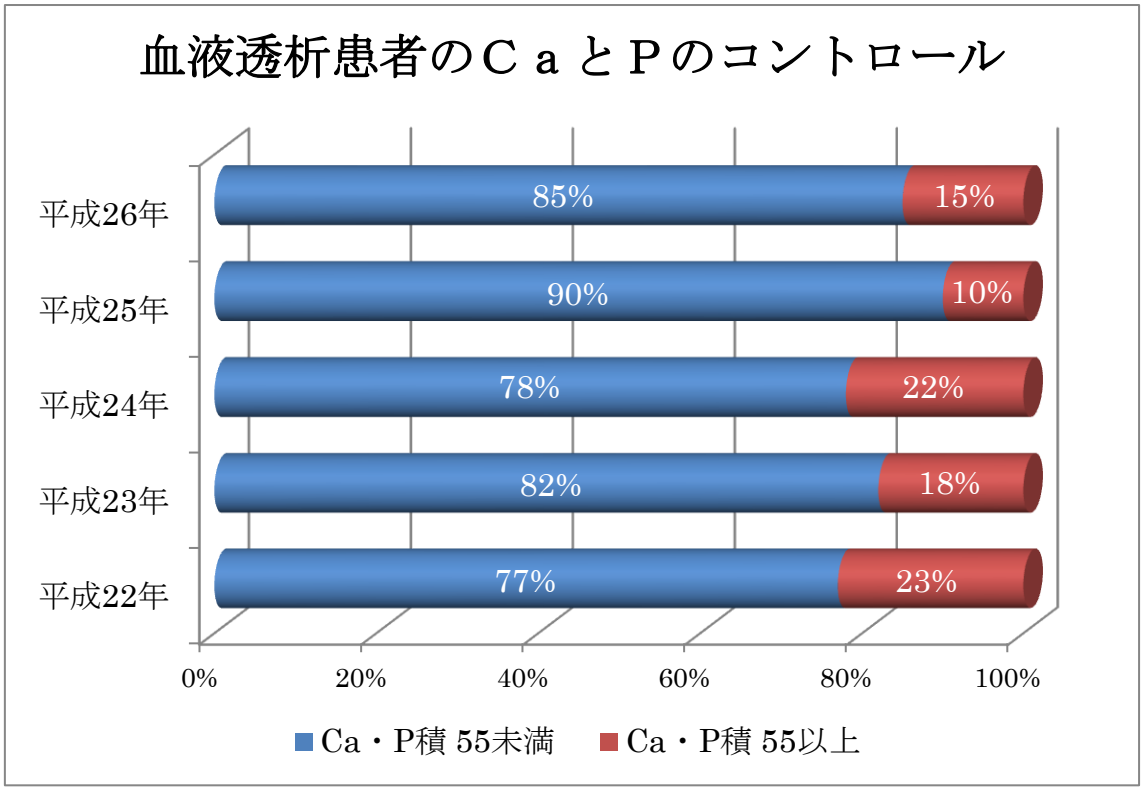
７ａ．血液透析患者の貧血コントロール

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ので、この腎性貧血を改善するために、赤血球生成促進剤（ESA 製剤）を用いています。日本透析医学会の 2008 年のガイドラインでは、血液透析患者さんのヘモグロビン（Hb)値を 10～11g/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 Hb11～12g/dl を治療目標とされています。平成 25 年には Hb 値が全体的に低くなっていたため、平成 26 年では Hb 値 10～11g/dl を維持するように修正しました。



７ｂ．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 値を掛け算した 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 割以上の患者さんが 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。



８．糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c）

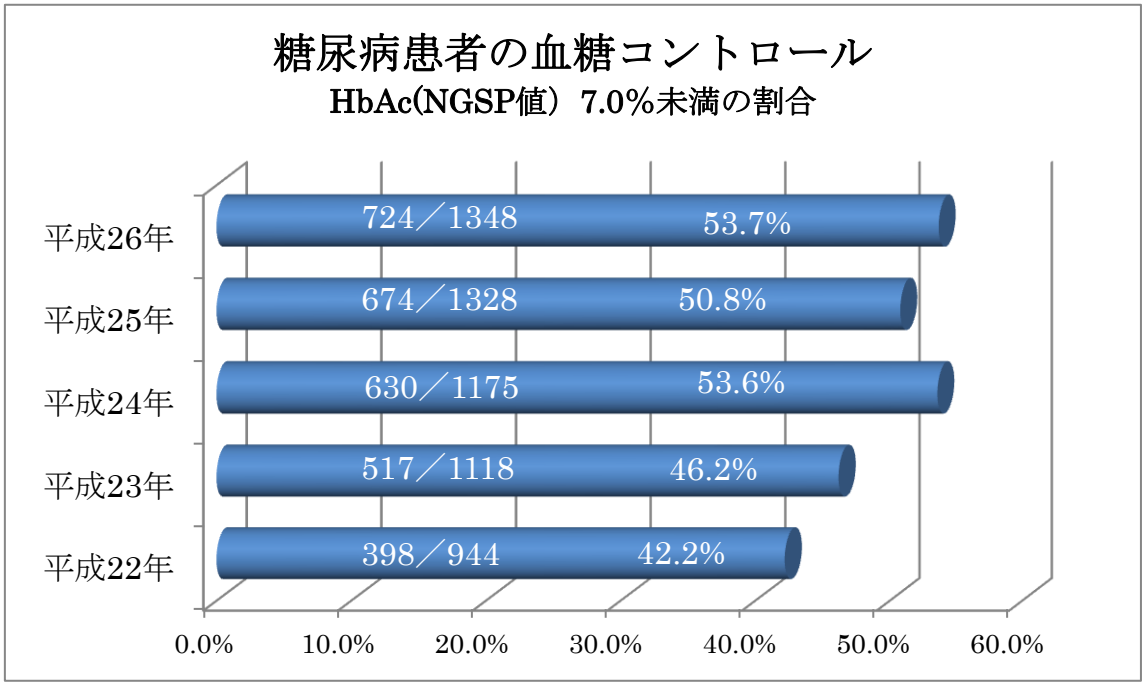
HbA1c は、過去 1～2 か月間の平均血糖値を反映するため、血糖コントロールの指標として広く世界で使用されています。耐糖能正常者の基準値は 4.6～6.2%（NGSP 値*）で、糖尿病患者において、血糖正常化を目指す際の目標は 6.0%未満、合併症予防のための目標は 7.0%未満、治療強化が困難な際の目標は 8.0%未満とされています。

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 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。ただし、HbA1c は腎不全や赤血球の異常では、指標としての信頼性に欠ける場合があります。この他、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変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 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　ｲﾝﾀｰﾒﾃﾞｨｶ

９．クリニカルパス使用件数

本院では、平成 13 年よりクリニカルパス（パスと略す）を導入し、平成 21 年度には 111 種類、平成 24 年度は、院内の電子カルテシステムの変更・更新に合わせ EBM の確認と内容の整理を行い、現在 70 種類のパスを電子化し使用しています。過去、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。しかし、パスによって医療の標準化が図られ、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。

日本クリニカルパス学会では、「パスとは患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画であり、標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法である」と公式定義されました。その意味で、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。

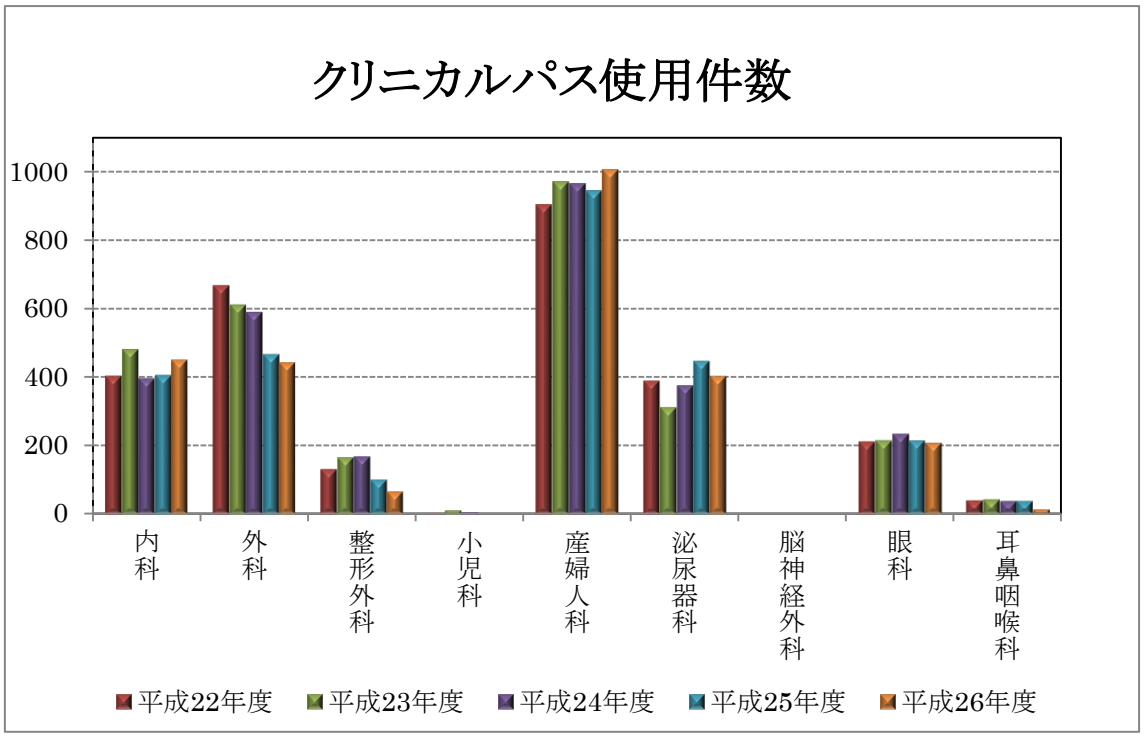
パスは病院全ての職種から構成されるクリニカルパス委員会で日々、点検・評価され修正を行っています。平成 26 年度は電子パスの使用状況から評価を実施し、BOM(Basic Outcome Mastar)を導入し新パス作成に取り組みました。BOM は電子カルテ上でのパス作成、バリアンス収集、ベンチマーク、互換性の担保などを目的とし、これにより用語の標準化とデータ収集が可能となります。

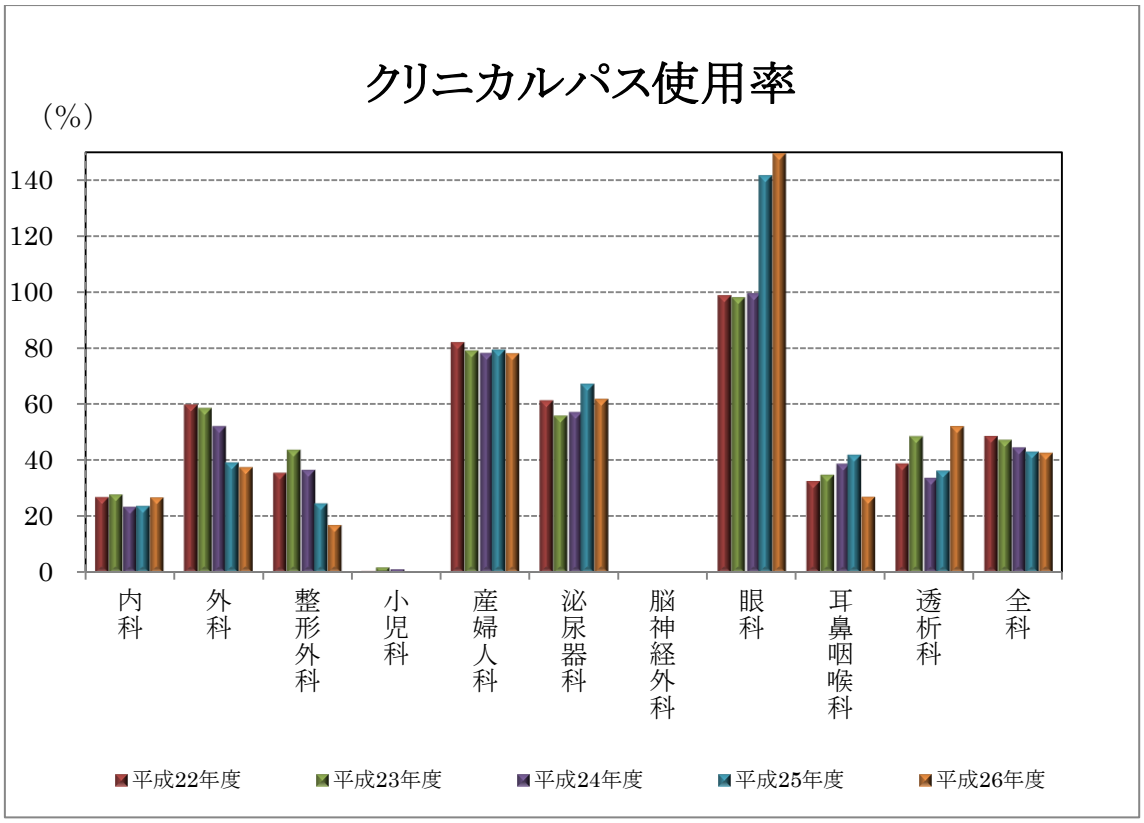
平成 26 年度のパスの使用率は、全科で 42.8%（昨年度より－0.7%）でした。使用率が最も高いのは、眼科 149.6%でした。眼科パスは片目白内障を使用しており、両目の手術の方は２回使用となるため使用率が 100%を超える状況となりました。次いで使用率が高いのは産婦人科 78.2%です。泌尿器科は手術や検査に新パスを作成し、使用率が 67.8%でした。透析科は今年度、PTA のパス作成を行い、高齢化する透析患者さんが安全に安心して検査を受けることができるように対応し、52.3%の使用率でした。

地域連携クリニカルパスは厚生労働省が「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」のひとつとして推奨されています。医療機能の分化・連携による切れ目のない医療の提供として当院は、平成 26 年度は「大腿骨頸部骨折」14 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。





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. 特定術式における手術開始１時間以内の予防的抗菌薬投与率

手術後に手術部位感染(Surgical Site Infection ; SSI)が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高くなります。

日本病院会の QI プロジェクトにおいては、事業開始の平成 22 年度から、「手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」をプロセス指標として採用してきました。当院を含め、多くの施設で本指標が 90%を超えるなど、天井効果が認められました。平成 25 年度からは、分母を特定術式に絞った指標として検討しています。

本指標の定義は以下の通りです。

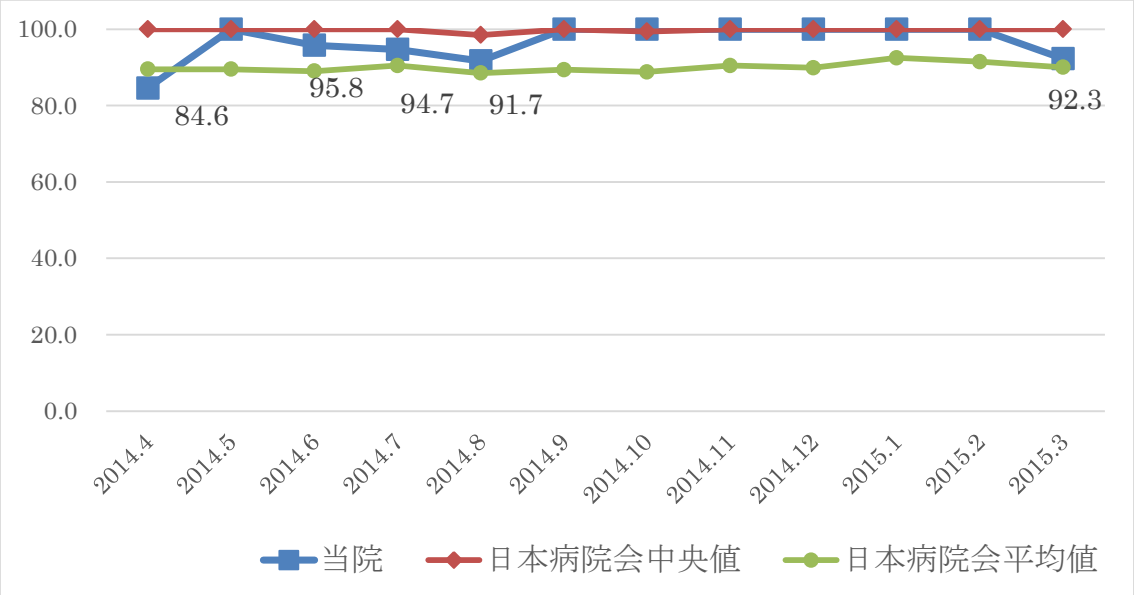
分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母：特定術式の手術件数（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人口骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術）
分母除外基準

- 入院時年齢が 18 歳未満の患者
- 在院日数が 120 日以上の患者
- 帝王切開手術施行患者
- 臨床試験・治験を実施している患者
- 術前に感染が明記されている患者
- 全身／脊椎／硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日／麻酔終了日を基点とする）
- 手術開始日時の24時間前に抗菌薬を投与されている患者（大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし）
- 外来手術施行患者

本院における本指標は、母数が少ないため、1～2 例の未施行患者があることで、月により 90%を下回っていますが、比較的良好な数字で推移しています。

手術全般に対する同指標の調査も年 2 回行っていますが、100%に近い数字となっています。

特定術式における手術開始１時間以内の予防的抗菌薬投与率（%）



調査月	分子値（件数）	分母値（件数）	投与率	日本病院会	
				中央値	平均値
2014.4	11	13	84.6 %	100.0 %	89.5 %
2014.5	15	15	100.0 %	100.0 %	89.5 %
2014.6	23	24	95.8 %	100.0 %	89.0 %
2014.7	18	19	94.7 %	100.0 %	90.5 %
2014.8	11	12	91.7%	98.5 %	88.5 %
2014.9	12	12	100.0 %	100.0 %	89.4 %
2014.10	18	18	100.0 %	99.4 %	88.8 %
2014.11	15	15	100.0 %	100.0 %	90.5 %
2014.12	12	12	100.0 %	100.0 %	89.9 %
2015.1	20	20	100.0 %	100.0 %	92.5 %
2015.2	19	19	100.0 %	100.0 %	91.5 %
2015.3	12	13	92.3 %	100.0 %	90.0 %

＊「中央値」とは、数値データを大きさの順に並べ替えた時、順番が真ん中になる値です。参考データは、「日本病院会 QI プロジェクト事業」の参加病院の中央値、平均値です。

１１．特定術式における術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率

手術後に手術部位感染(Surgical Site Infection ; SSI)が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高くなります。

「特定術式における術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率」は、日本病院会の QI プロジェクトにおいて、平成 25 年度から新たに採用された指標です。特定術式において、SSI 予防のための抗菌薬投与を手術後 24 時間以内で終了した手術件数の割合を示します。

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、あくまでも予防のための投与であり、逆に、長期間の抗菌薬投与は、耐性菌の発生や医療費の増加を生じます。

本指標の定義は以下の通りです。

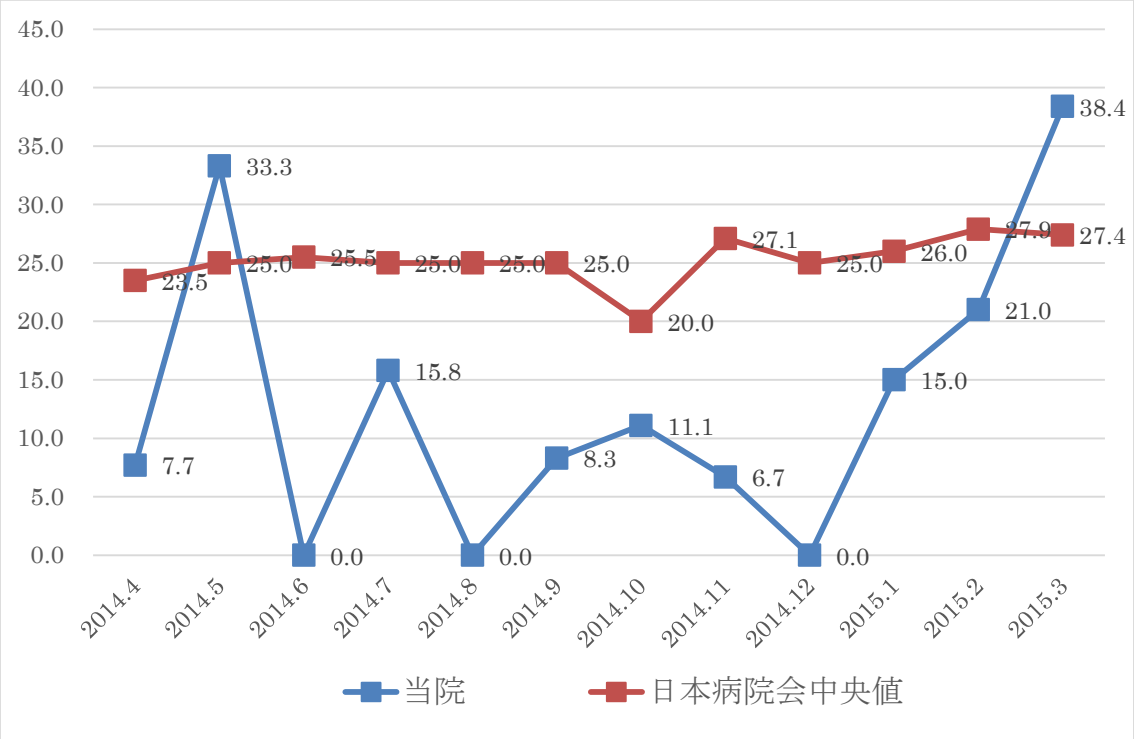
分子：術後24時間以内（冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合48時間以内）に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数

分母：特定術式の手術件数（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人口骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術）

分母除外基準

- 入院時年齢が 18 歳未満の患者
- 在院日数が 120 日以上の患者
- 帝王切開手術施行患者
- 臨床試験・治験を実施している患者
- 術前に感染が明記されている患者
- 全身／脊椎／硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日／麻酔終了日を基点とする）
- 術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている
- 手術室内または回復室内での死亡患者

特定術式における術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率（%）



調査月	分子値（件数）	分母値（件数）	停止率	日本病院会中央値
2014.4	1	13	7.7 %	25.5 %
2014.5	5	15	33.3 %	25.0 %
2014.6	0	24	0 %	25.5 %
2014.7	3	19	15.8 %	25.0 %
2014.8	0	12	0 %	25.0 %
2014.9	1	12	8.3 %	25.0 %
2014.10	2	18	11.1 %	20.0 %
2014.11	1	15	6.7 %	27.1 %
2014.12	0	12	0 %	25.0 %
2015.1	3	20	15.0 %	26.0 %
2015.2	4	19	21.0 %	27.9 %
2015.3	5	13	38.4 %	27.4 %

当院の停止率は平均 13%でした。これは日本病院会の参加施設の中央値と比較して低い値で、改善の余地があると考えられます。特定術式の中でも、患者さんに内在する糖尿病など、感染に弱いリスクにより予防的抗菌薬投与の期間を配慮して進めることが必要ですが、耐性菌の発生や医療費の増加という可能性もあるため十分に検討して投与が必要と考えられます。

＊「中央値」とは、数値データを大きさの順に並べ替えた時、順番が真ん中になる値です。参考データは、「日本病院会 QI プロジェクト事業」の参加病院の中央値、平均値です。

１２．手術部位感染（SSI: Surgical Site Infection）発生率

SSI は術野感染とも呼ばれ、手術操作が直接加わった部位にみられる感染で、手術創感染や腹腔内膿瘍、膿胸などが含まれます。感染のリスクの高い「手術」という医療行為においては、100 %感染を防ぐ方法は現在無く、少なからず術中・術後感染が起こり得ます。そのリスクを最小限に抑えることが重要であり、SSI 発生率は周手術期における病院の感染対策の質を示す重要な指標の一つとなります。

当院では 2014 年 7 月 1 日より SSI サーベイランスを実施し、半期に一度の報告としています。

胆嚢・胃・大腸・直腸の手術を受けた患者を対象とし、手術手技別 SSI 発生数を調査・把握し、以下の指標を算出しました。

１）手術手技別SSI発生率（%）
［対象手術手技別SSI件数／対象手術件数］× 100

２）リスクインデックス（RI）（Risk Index）別 SSI 発生率（%）
［SSI 件数（RI 別）／手術件数（RI 別）］× 100

SSI 発生率を比較する場合には、手術した症例の SSI 発生リスクを調整して比較することが必要です。対象手術を ASA スコア（術前全身状態の分類）、手術時間、創分類の合計点により R0、R1、R2、R3 に分け、それぞれのリスク分類ごとの SSI 発生率を算出します。

３）SIR（Standardized Infection Ratio）（標準化感染比）
実際の感染数／予測感染数

予測感染数は、術式ごとの RI 別の手術件数に、厚生労働省の院内感染対策サーベイランス（JANIS）データのリスクインデックス別の SSI 発生率を掛けて算出します。

次頁の表は当院の対象術式件数、SSI 発生件数、SSI 発生率と、比較に用いた JANIS の SSI 発生率と SIR です。

手術手技別 SSI 発生率　2014.7.1～2014.12.31

手術手技	手術件数	SSI 発生件数	SSI 発生率 (%)	参考値＊ (%)
胆嚢手術	78	0	0.0	3.1
胃手術	32	1	3.1	8.0
大腸手術	18	3	16.7	12.3
直腸手術	12	0	0.0	15.8

＊参考値：JANIS　2014（1 月～6 月）

標準化感染比（SIR）　2014.7.1～2014.12.31

術式	胆嚢手術	大腸手術	直腸手術	胃手術（合計）	幽門側胃切除	胃全摘	その他の胃手術
SIR	0	1.23	0	0.41	0.82	0	0

今回、胆嚢・直腸手術では SSI の発生は見られませんでした。胃手術では縫合不全による体腔感染が一例見られました。大腸手術について SSI 発生率が 16.7%とやや高い値を示しています。上記の発生率は全症例合計の SSI 発生率となっており、患者個々のリスク別に応じた SSI 発生率を比較すると当院の標準化感染比（SIR）は大腸がやや高い状態となっています。症例数がそれほど多くないため SSI 発生件数が少数でも高い値となりました。SSI 対策上は問題がなかったと考えられます。そして、大腸出術を除いて JANIS（厚生労働省）データと比べると、SSI 発生率は低く良好であるといえます。今後、症例数を重ねていくことで、より精度の高いデータとなっていくと考えられます。

＜参考文献＞

・厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業　SSI 部門 JANIS（一般向け）期報・年報
・改訂 5 版サーベイランスのための CDC ガイドライン　NHSN マニュアル（2011 版）より

１３．外来化学療法

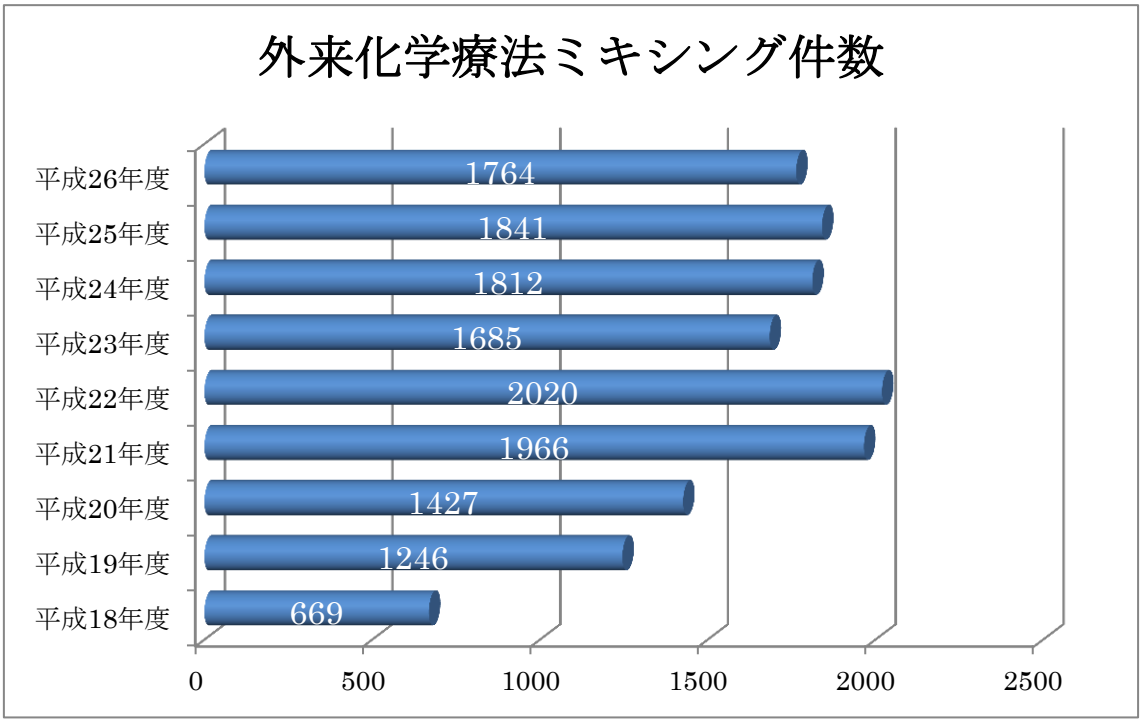
チーム医療で抗癌剤投与の安全管理を行っています。

がん化学療法とは、抗がん剤によるがん治療のことです。これまでがん化学療法は、入院して治療を行うことが一般的でしたが、新規薬剤の開発や副作用の軽減などの医療の進歩によって、今では、外来でも安全にがん治療を受けることができるようになりました。患者さんは自宅で普通の生活を送り、ご家族の心身両面の援助を受けながら、最新のがん治療を受けることが可能になったのです。

当院では、平成 18 年 4 月から、薬剤部において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）を開始し、高い技術と最新の知識をもった薬剤師 2 名により、安全な抗がん剤の調整を行っています。

またがん化学療法は吐き気や気分不良などの身体症状を伴うことがあります。このような副作用をできるだけ少なくするため、化学療法を専門とする看護師が患者さんの体調をきめ細やかに観察し、副作用軽減の援助をします。

外来科学療法室では、医師、薬剤師、看護師がそれぞれの分野において専門性を高め、お互いに協力しながら、患者さんが安心して治療が受けられるように最善の努力をしています。

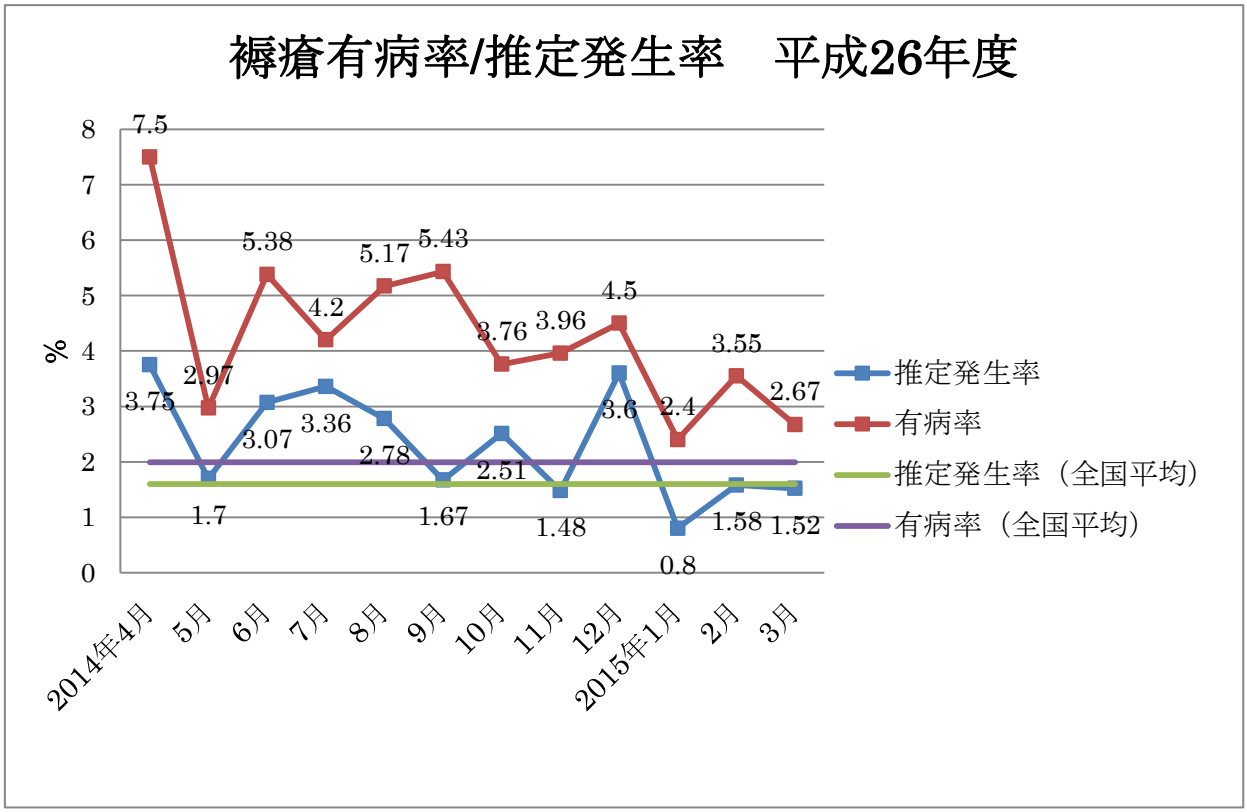


１４．褥瘡（じょくそう）有病率・推定発生率

褥瘡とは「床ずれ」とも呼ばれ、体の同じ部分に長時間の圧迫やねじれ、ずれ力が加わり、その部分の血流が悪くなり、皮膚や皮下組織がダメージを受けてしまった状態をいいます。発生部位や形、大きさ、深さは様々です。褥瘡の発生は、患者さんの全身状態と密接な関係があり、その発生率は、全身管理や局所ケア、療養環境などケアの質を表す重要な指標です。

〈日本褥瘡学会が推奨する褥瘡有病率ならびに推定発生率の計算方法〉
調査日：あらかじめ決めておく
調査対象：日常生活自立度に関わりなく褥瘡を保有している方
【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%
【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%

平成 26 年度　当院の褥瘡有病率/推定発生率は以下の通りです。



2013 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、褥瘡推定発生率 1.60%・褥瘡有病率 1.99%（一般病院）でした。

当院の褥瘡推定発生率は、2015 年 1 月で 0.8%と大きく全国平均を下回る月もありますが、まだまだ全国平均を上回る月があります。有病率は、2015 年 1 月で 2.4%と全国平均を大きく上回っています。褥瘡の発生するリスクの高い地域の救急患者や急性期重症患者さんを積極的に受入れる当院の特性が，褥瘡有病率/推定発生率が平均を上回る要因として考えられます。当院では、多職種がチームとなり褥瘡治療や予防ケアに取組んでいます。また、医療者だけでなく、患者さんや家族も一緒に褥瘡治療や予防ケアに参加していただけるように心がけています。2002 年に褥瘡対策委員会が発足して以来、褥瘡対策委員会メンバーだけでなく、院内スタッフの褥瘡に対する意識は高く、褥瘡に関する院内研修会には、毎年多くのスタッフが参加しています。その結果、早期から褥瘡発生を予測し、褥瘡治療や予防ケアが提供されるようになりました。

【褥瘡対策委員会の紹介】

メンバー：皮膚科医師　皮膚・排泄ケア認定看護師　看護師　薬剤師
介護福祉士 理学療法士

主な活動：院内研修の企画・開催
褥瘡回診/カンファレンス（治療・ケアの評価と検討）
適切な体圧分散用具を供給出来る体制の整備

体圧分散用具一例：低反発ウレタンマットレス 92 台
中機能エアマットレス 50 台
高機能エアマットレス 31 台
車いす・座位用減圧クッション
安楽な姿勢をサポートするクッション

皮膚・排泄ケア認定看護師が訪問看護師と同行し、地域で療養されている方やご家族に、療養環境に応じた褥瘡治療や予防ケアが受けていただけるように訪問看護ステーション、介護スタッフが共働できる出来るシステムを考えています。

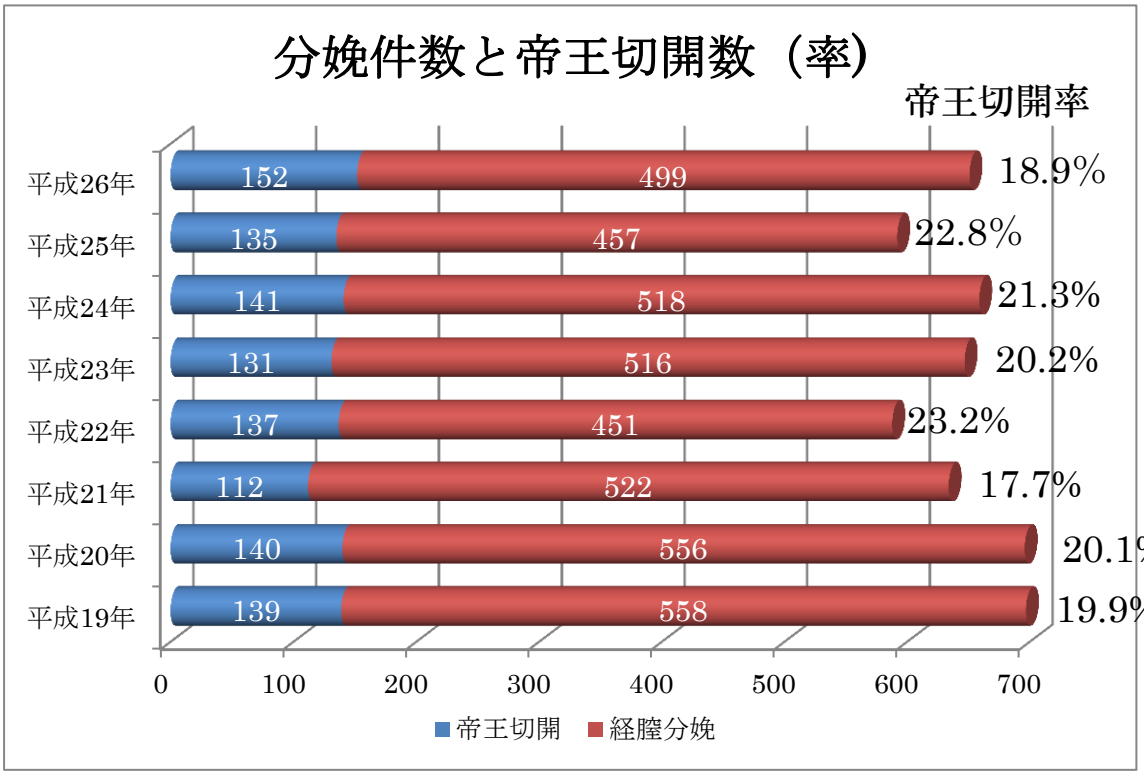
＊皮膚・排泄ケア認定看護師：日本看護協会認定審査に合格した看護師で、創傷（褥瘡、熱傷、下肢潰瘍など）、スキンケア、オストミー（人工肛門や人工膀胱）、排泄管理などにおいて水準の高い看護実践および看護ケアの広がりと知識の向上を図ることに貢献する看護師

１５．帝王切開率

帝王切開とは、自然分娩つまり経膣分娩が不可能、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 20%前後で推移しています。帝王切開の要因として、平成 26 年度でみると、152 件の帝王切開のうち 43 件が反復帝王切開、27 件が分娩遷延、21 件が胎児機能不全、18 件が骨盤位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 600 件前後となっています。平成 27 年 1 月より、分娩の地域制限を一部緩和しました。

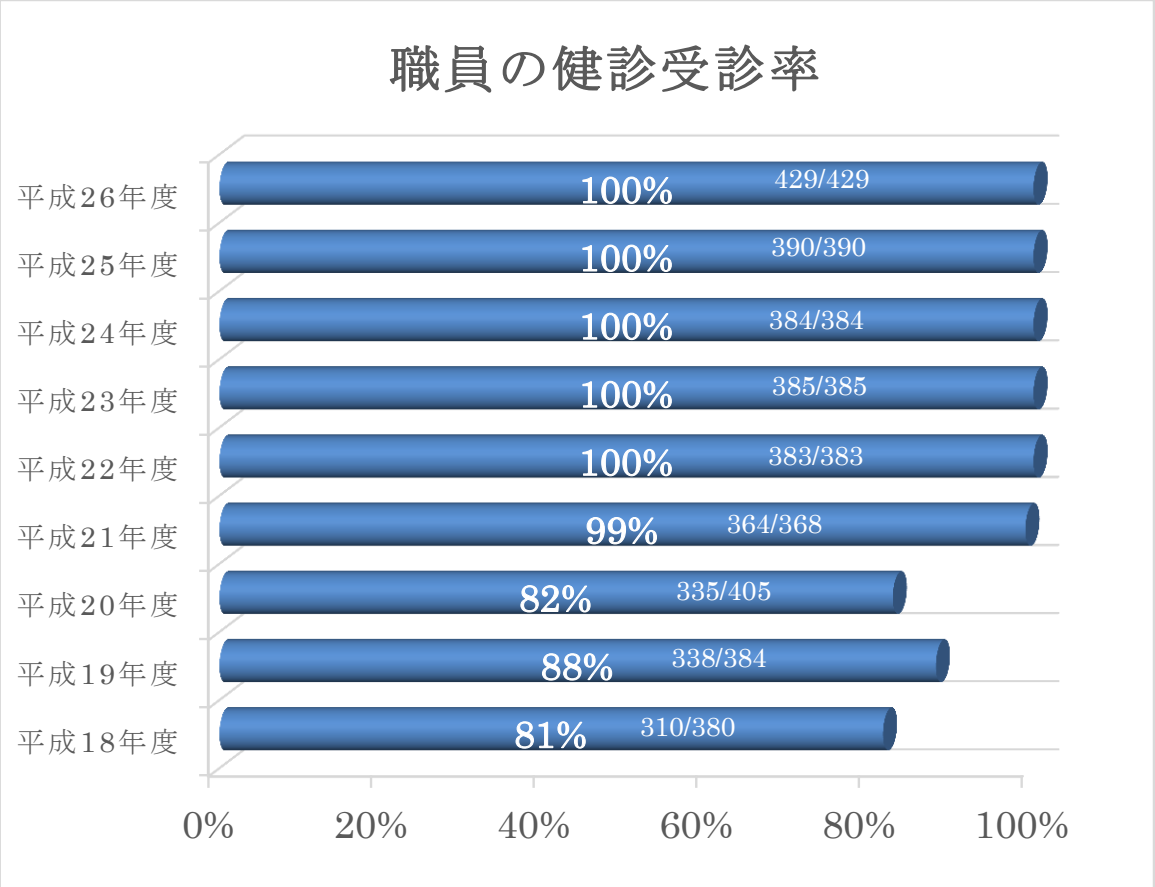
１６．職員の健診受診率

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。

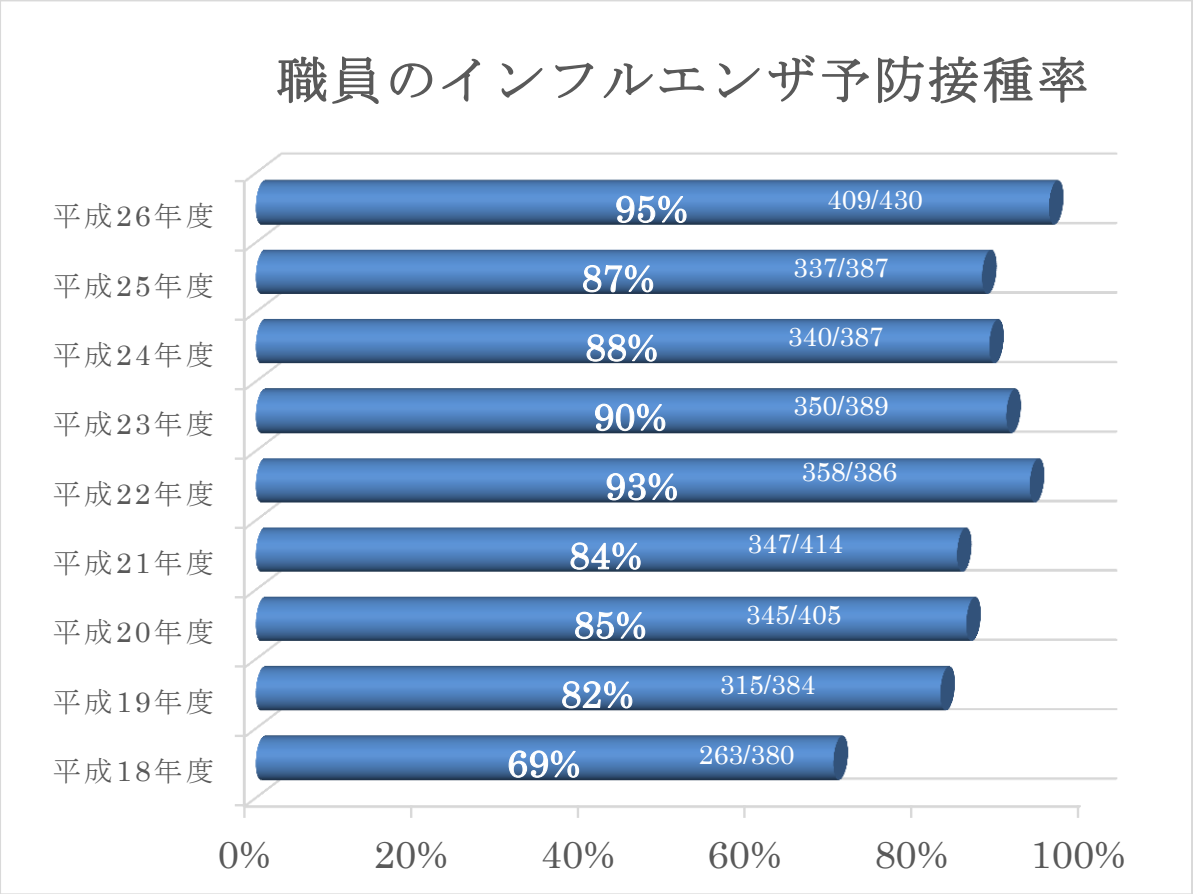
健診の受診率向上のため、受診日を複数回設けることや、職員への啓蒙、また、受診出来なかった場合の対策等を講じています。



１７．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増加し、平成 22 年度以降は 90%前後を維持しています。



１８．乳がん検診の受診件数

毎年、新たに約６万人が患者になり、女性のがん罹患数では、乳がんがトップです。他のがんと比べて治りやすいがんではありますが、患者の３割が再発（転移）し、残念ながら年間で約１万人が亡くなっています。４０代半ばから後半にかけて発見されるケースが多いのですが、７０代、８０代の女性にも増え、また、２０代、３０代の若い世代にまで広がっています。幅広い年齢層で、全体的に増えています。壮年期（30～64 歳）の女性の死因原因のトップです。

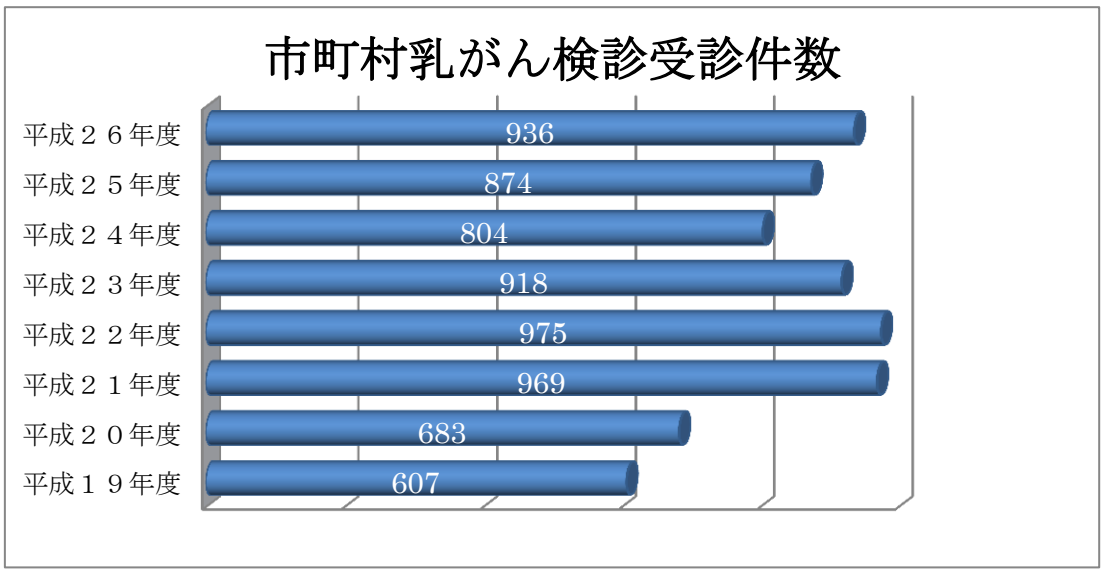
しかし、検診受診率は非常に低い水準のため、検診受診率の向上が課題です。検診の受診件数や検査件数は、地域や病院の乳がん検診の体制が整っているかどうかの指標であり、地域全体の診療の質の指標となるものと考えます。

本院においても、マンモグラフィ検診施設画像認定を受け、マンモグラフィと視触診併用の乳がん検診を行っております。

マンモグラフィは、装置の精度、技師の撮影の仕方、医師の読影力（画像を見て異常があるかないかを判断する能力）などで結果が左右される検査です。

マンモグラフィ検査の認定を受けている医師や技師、施設で検査を受けるほうが安心です。

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。

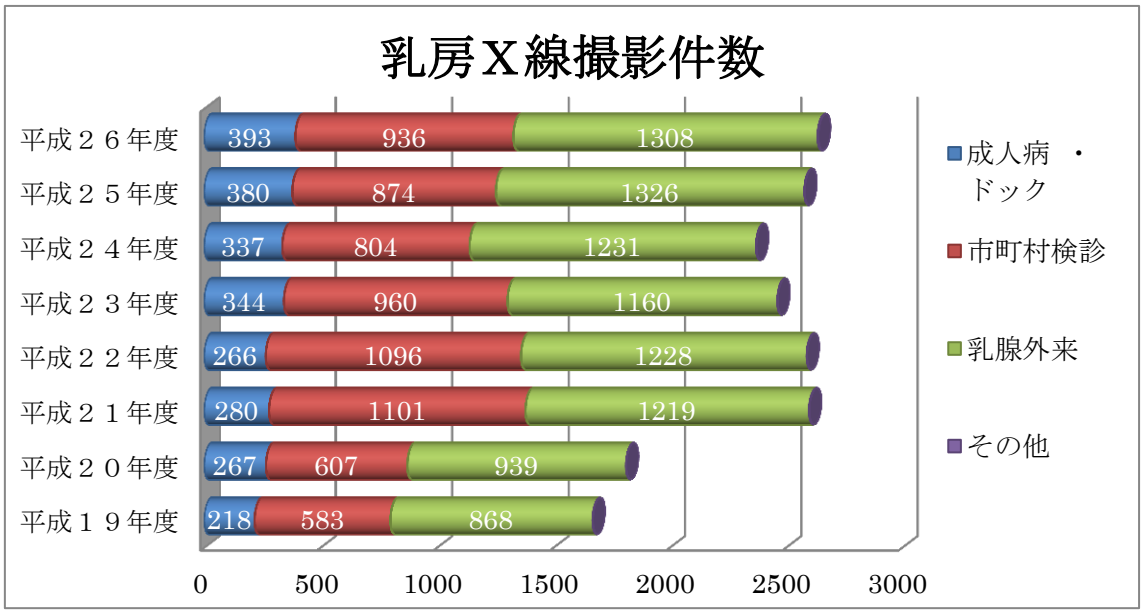


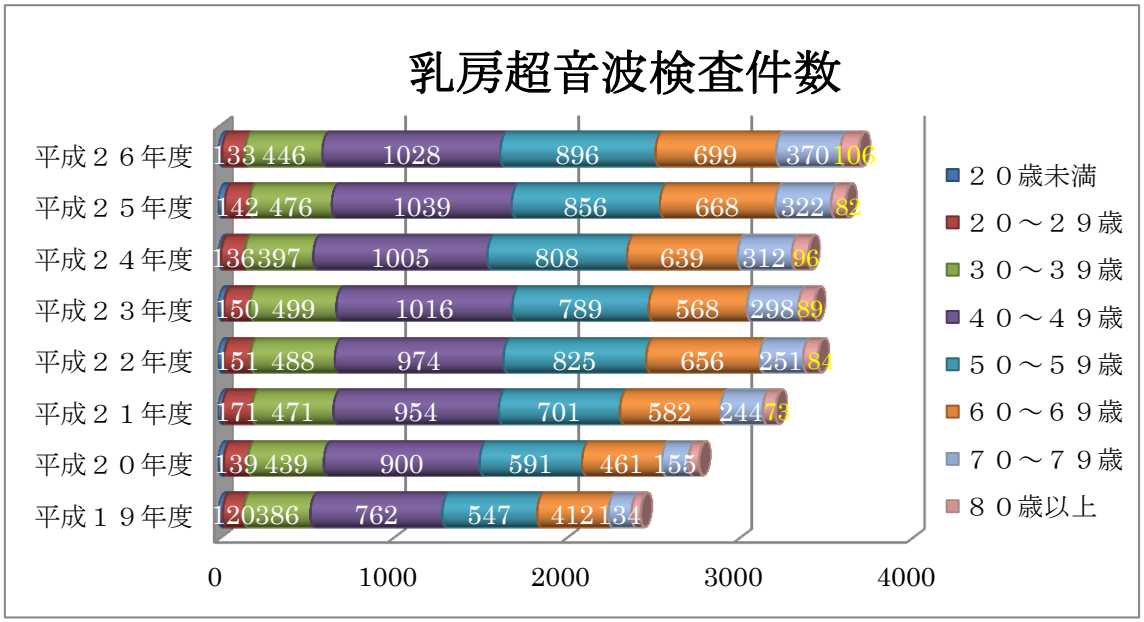
※：平成 22 年度途中より市内他院（3 医療機関）でも受診可能となりました。

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すことが出来、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。





１９．患者満足度

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

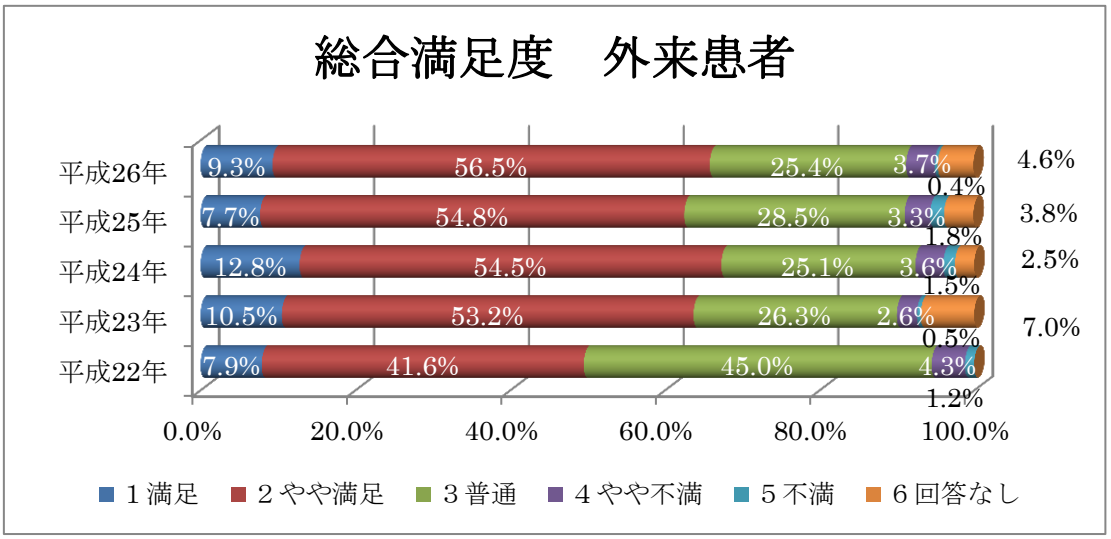
本院では、接遇委員会が中心となり、平成 18 年度から院内統一した形式で患者満足度調査を実施しています。当初は、年 1 回、150 人（退院患者 100 人、外来患者 50 人）の患者さんを対象として、100 点満点での病院の総合評価点数（総合満足度）と「診療面」、「接遇面」、「院内施設面」に関しての計 26 項目の質問項目をアンケート調査していました。

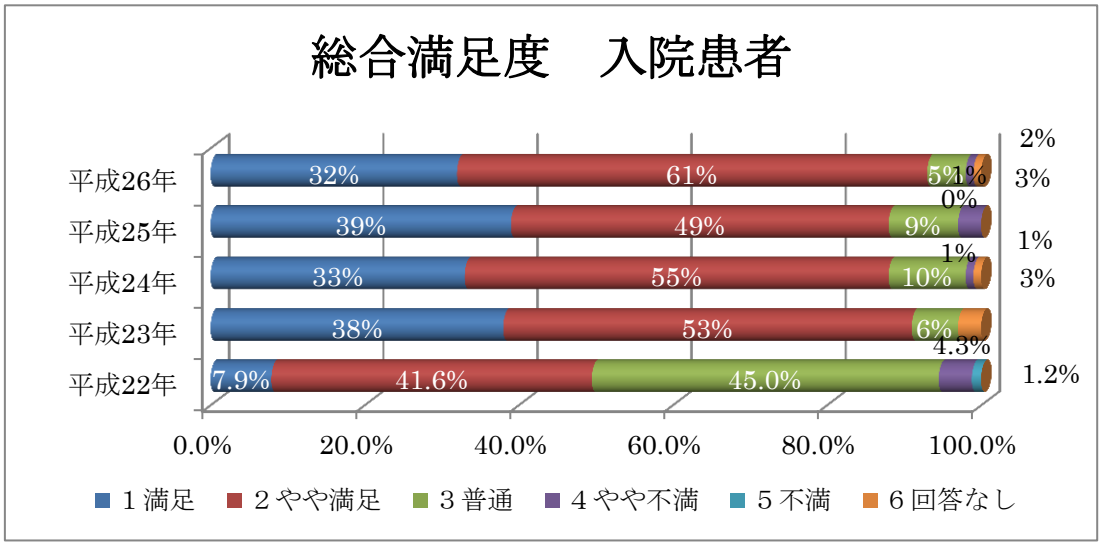
平成 22 年度からは、調査方法と項目を変更し、決められた期間の該当患者（調査日に来院された外来患者、調査機関に退院が決定した入院患者）を全て対象とし、調査しています。調査患者数は、平成 22 年は、退院患者 127 名、外来患者 1333 名、平成 23 年は、退院患者 130 名、外来患者 617 名、平成 24 年は、退院患者 170 名、外来患者 964 名、平成 25 年は退院患者 127 名、外来患者 547 名、平成 26 年は退院患者 109 名、外来患者 798 名でした。

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

「全体としてこの病院に満足しているか」という内容で、5段階評価で調査しました。5段階評価の5点を「満足」、4点を「やや満足」、3点を「普通」、2点を「やや不満」、1点を「不満」として患者満足度調査に回答した患者数に対する％で表しました。

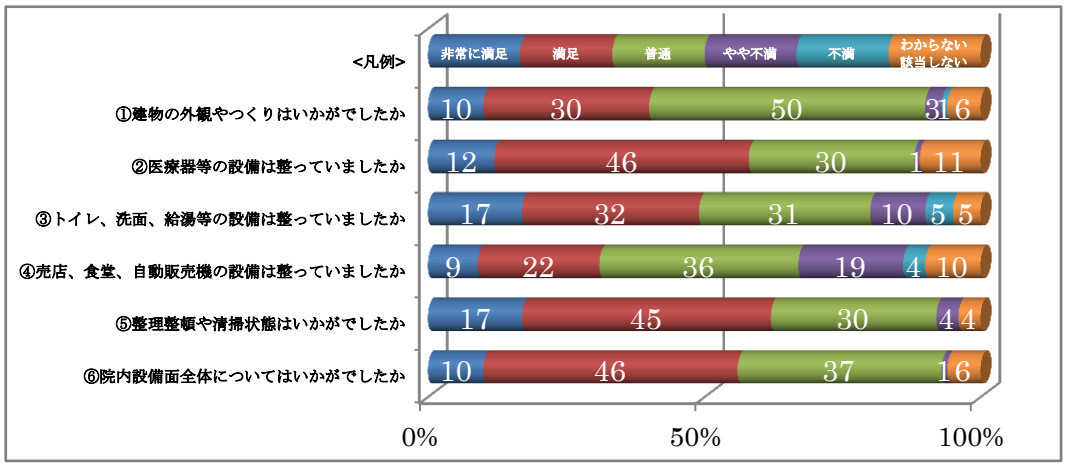




個々の項目の評価も重要ですが、個別の満足や評価の合計点数を総合満足度とすべきではないとされています。患者さんごとに、それぞれの項目に対する重みづけが違っているからです。その意味で、総合的な満足度を測る調査項目が必要となります。「満足」、「やや満足」の割合の他施設との比較は、アンケート方法、対象患者数、地域性などの違いがあるため慎重でなければなりませんが、インターネット等で公表されている他施設の調査結果と比較して遜色はありません。

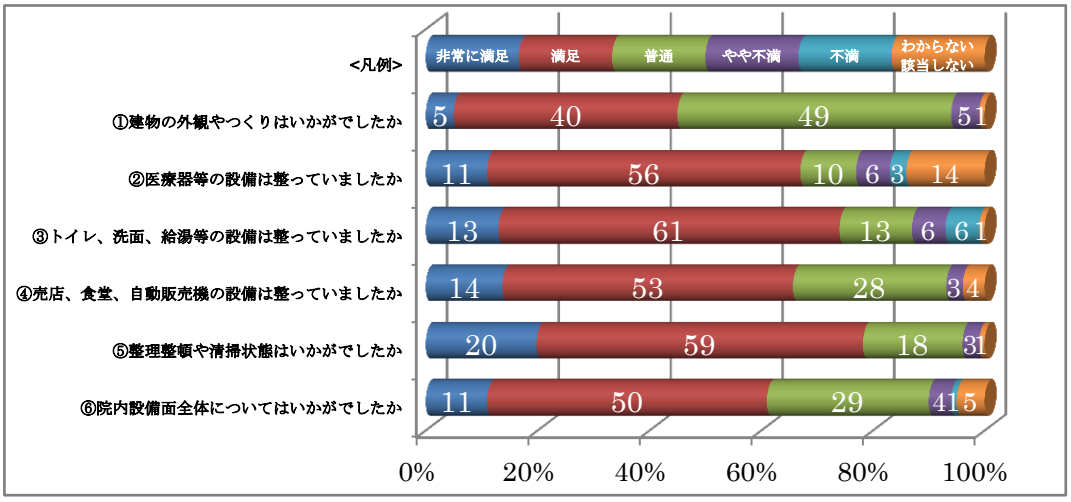
Ⅱ．院内施設面の調査結果

1）平成 18 年調査結果



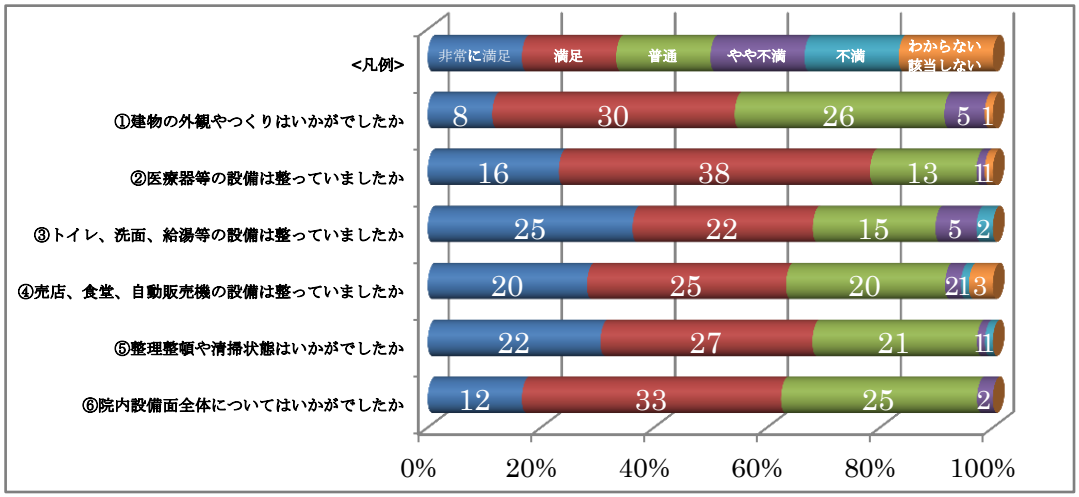
平成 18 年の「院内施設面満足度」では、売店、食堂、自動販売機の設備は整っていましたかの問いに対する満足度が一番低い評価でした。

2）平成 19 年調査結果



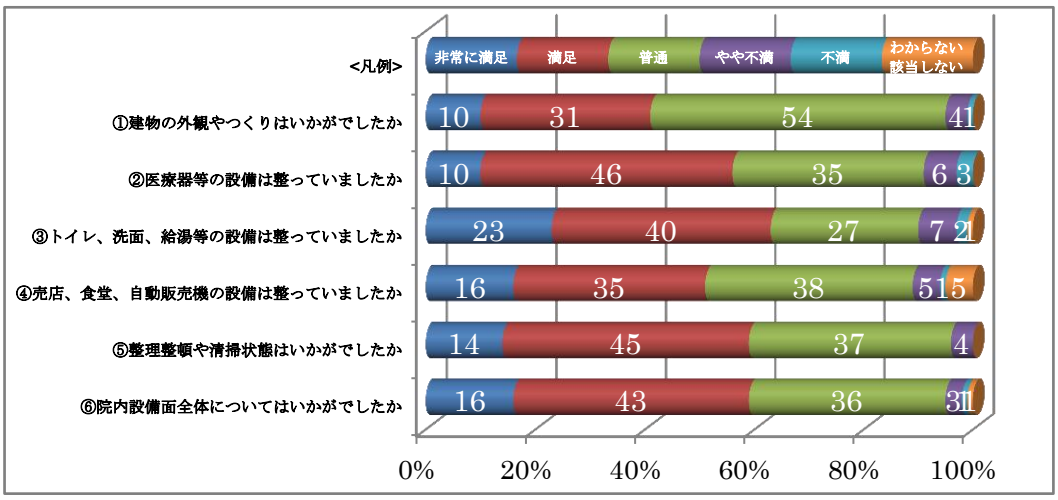
平成 19 年に、以前からも患者さんの要望が多かった売店の改修・自動販売機の増設を行いました。

3）平成 20 年調査結果



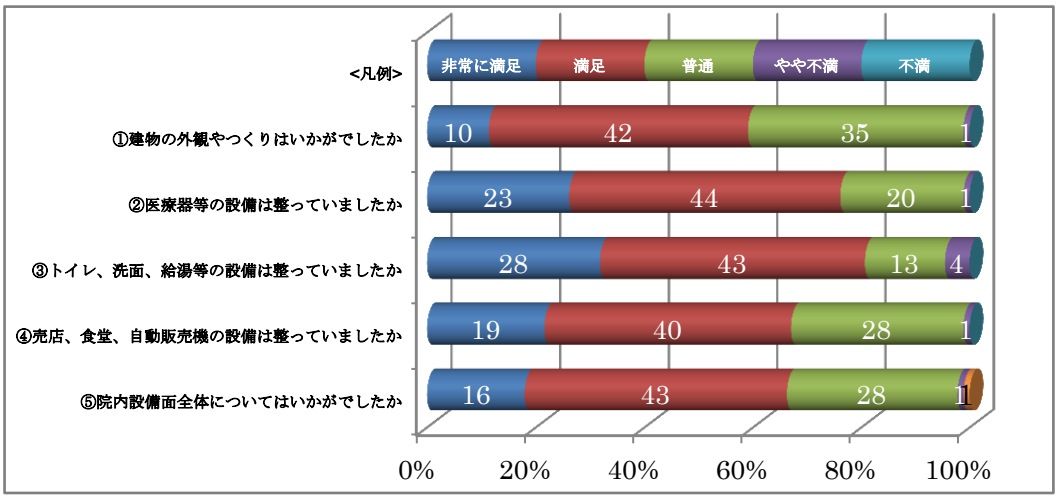
平成 19 年度に売店の改修・自動販売機の増設を行ってから、少しずつ患さんの満足度が高まり、半数近くの患者さんから良い評価を得ることがでるようになりました。

4）平成 21 年度調査結果



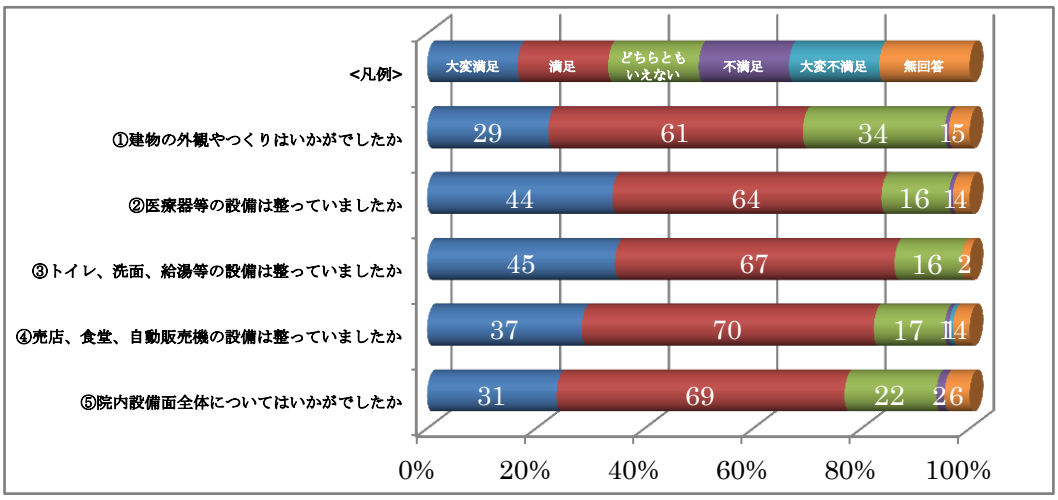
西館病棟の浴室や洗面所の改修工事を行い、以前に比べ療養環境は改善しつつあると思われます。しかし、洗面所ではお湯が出ない等の直には改善できない問題も残っています。アンケート結果としては、院内設備面での評価は良くなってきています。

5）平成 22 年度調査結果



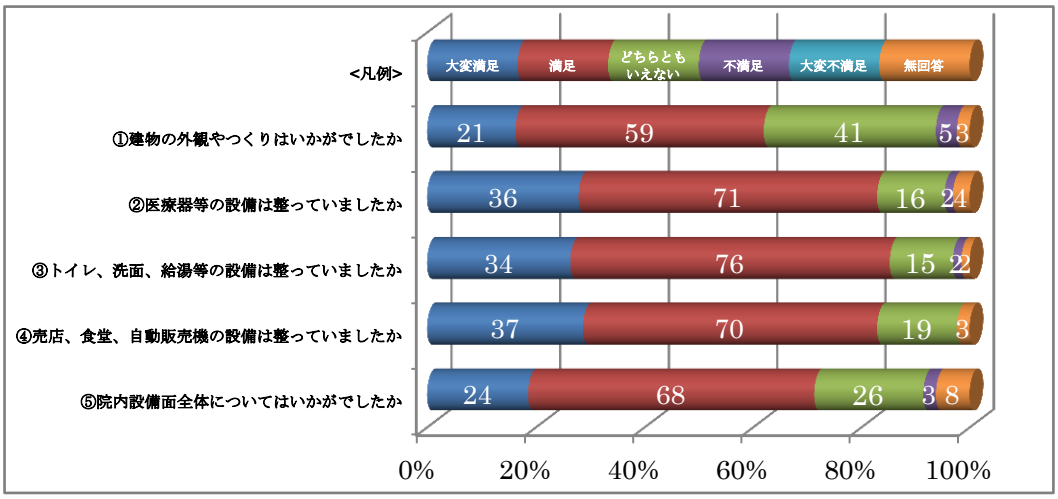
売店を改修したことによって、満足度が一時的に少し向上しましたが、やはり、食堂が閉鎖された影響は満足度の低下を招いています。今後は、それを少しでも補うために、イートインコーナーの開設も計画されている為、患者さんがくつろげる空間を提供でき満足いただけることを期待します。

6）平成 23 年度調査結果



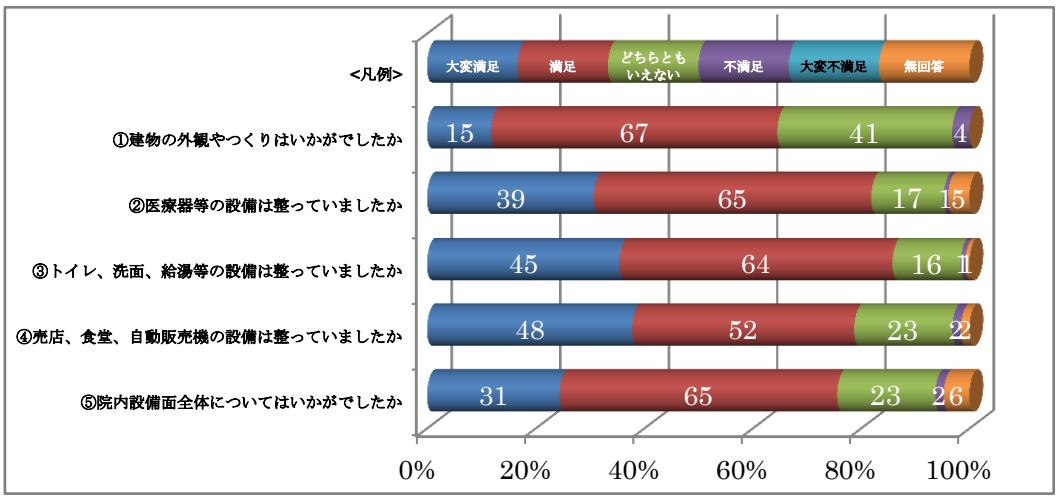
全体的に施設面に対しての満足度が上昇しました。
患者図書室の開設も行われましたので、今後に期待したいです。

7）平成 24 年度調査結果



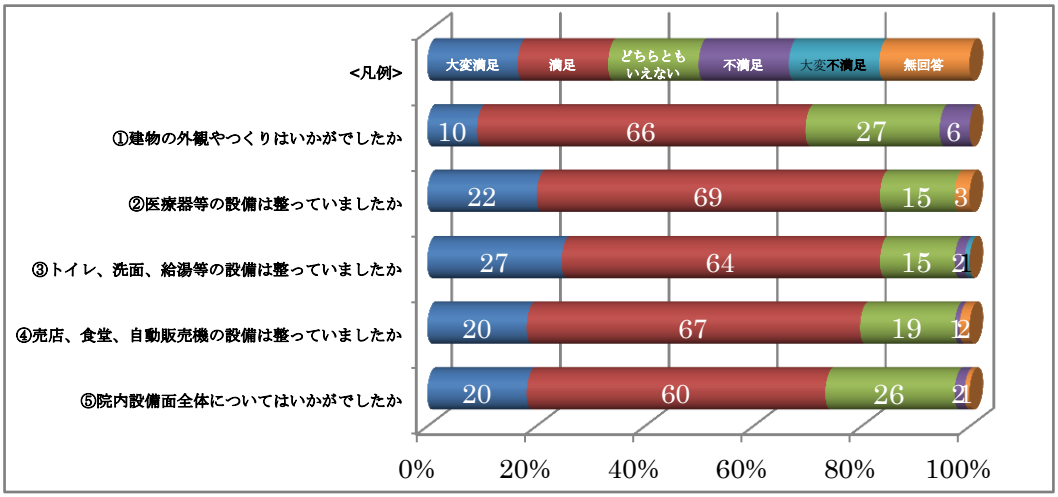
病院内部環境については少しずつ改修を重ね、約 80%の患者さんにご満足いただいているという結果になっています。平成 21 年度から比べると、とてもよい評価をいただけるようになっています。今後も、患者さんのご要望にお応えできるように、満足度調査のご意見を参考に検討していきたいと思います。

8）平成 25 年度調査結果



満足度の結果としては横ばい状態となっています。建物の老朽化に伴い「建物の外観やつくりはいかがですか」の問いに対する満足度が低下状態となっています。しかし、具体的な設備（トイレ・洗面所・売店等）に対する満足度は、「満足」から「大変満足」に少しずつ移行しています。これは、平成 22 年度から徐々に改修を行い、療養環境が改善できつつある結果と思われます。

9）平成 26 年度調査結果



平成 23 年度から満足度が上昇してきていましたが、昨年度に比べると、全体的な満足度はあまり変化がないもの、大変満足の占める割合が減少しています。病院の老朽化の影響と考えます。
平成 27 年度から放射線治療が開始され、今まで以上に治療範囲が広がることによって、患者さんの満足度が高まることを期待しています。

２０．栄養指導

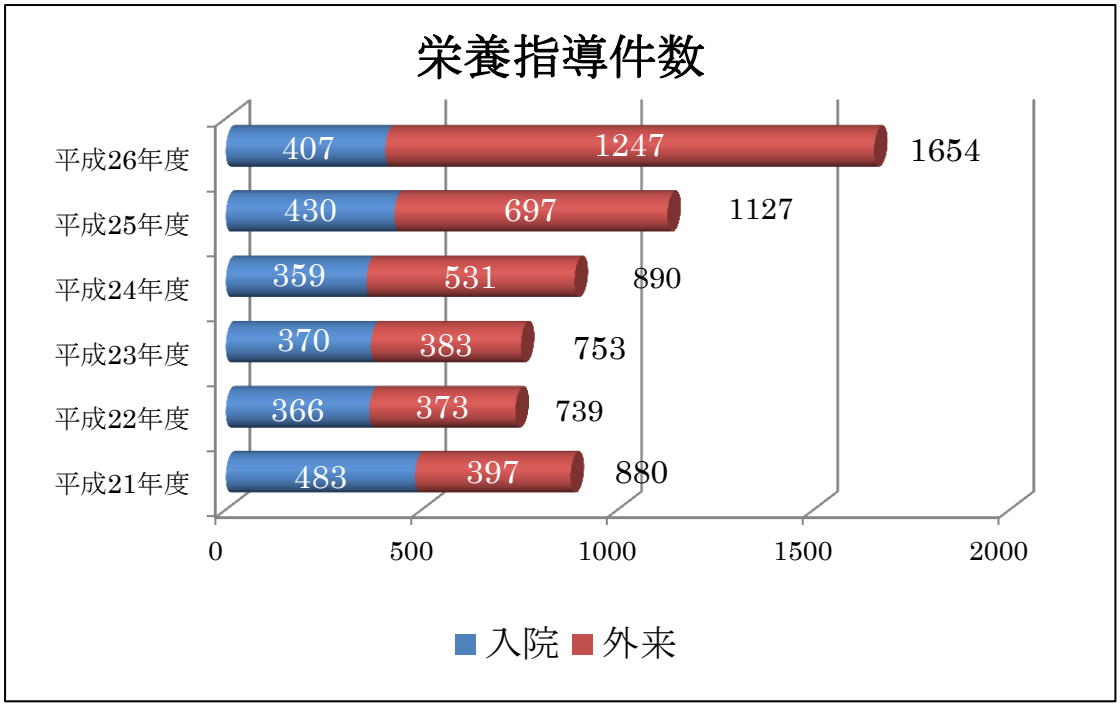
患者さんの日常生活の指導の一つとして栄養指導があります。

栄養管理では、「食べる」ことを通して、入院患者さんの症状や栄養状態に合せた食事を提供することで病気の治癒または病状の改善（治療効果）を図ることに努めています。医療の一環として栄養面からのサポートを他職種との連携(Nutrition Support Team、NST*)により取り組んでいます。

入院の患者さんには食事内容の説明・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と退院後の食事療法の維持ための栄養指導となります。

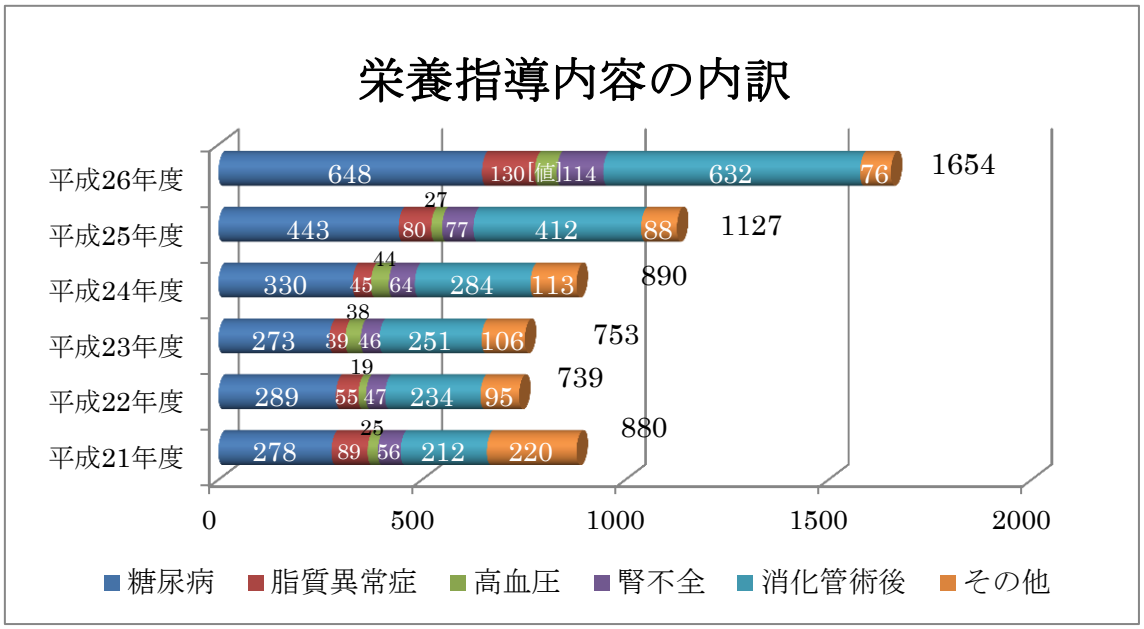
栄養指導の件数と内容は、病院の指導管理体制の指標の一つとなりうると考えられます。

＊：NST とは、栄養不良や栄養状態が改善しない方を対象に医師、看護師、管理栄養士、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。



管理栄養士が患者さんの病態に応じた食事療法を提案しています。何をどの位食べたよいのか、食べ方のコツや調理の工夫について、患者さんのライフスタイルに合せた具体的な料理や献立をもとに話をします。継続した食事療法が行えるよう、「患者の食生活に寄り添える指導」心がけています。

「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。平成 26 年度は延べ 9 名の患者さんに指導を行いました。



内科と外科からの依頼が全体の 90%を占めています。糖尿病を始めとする生活習慣病や消化器疾患の術後（胃・腸・膵臓・食道）に対する栄養指導件数が増加傾向にあります。

平成 26 年度の入院の指導件数は 407 件（内訳：内科 79 件、外科 283 件、その他 45 件）で、外科症例で全体の 70%を占めています。外科の消化器疾患の患者さんに対して、術前には術後の食事内容・食べ方など、退院前には退院後の食事の注意点・化学療法時の副作用（食欲不振・吐き気など）の対処法などを説明し、退院後は外来でサポートしています。

平成 26 年度の外来の指導件数は 1247 件（内訳：内科 771 件、外科 366 件、その他 110 件）で診察日と継続指導を一体化した事で前年に比べ 550 件増加しています。

平成 24 年 4 月の糖尿病透析予防指導管理料新設に伴い、同年 7 月より糖尿病透析予防指導を実施しています。透析予防指導とは専任の医師と該当医師の指示を受けた管理栄養士および専任の看護婦「透析予防診療チーム」が患者に対して、塩分制限および蛋白制限などの食事指導・運動指導・その他の生活習慣に関する指導などを個別に実施するものです。平成 24 年 7 月から平成 26 年 3 月までの期間に計 53 名と平成 26 年度は 16 名の患者さんに指導を行いました。

２１．入院患者の薬剤管理指導の実施率

薬剤管理指導業務とは、薬剤師が入院中の患者さんに対し、薬による副作用が出ていないかを調べたり、患者さんに現在行われている薬物治療の内容を説明する服薬指導を行ったりと、適切な薬物療法の実施に向けてサポートする仕事です。

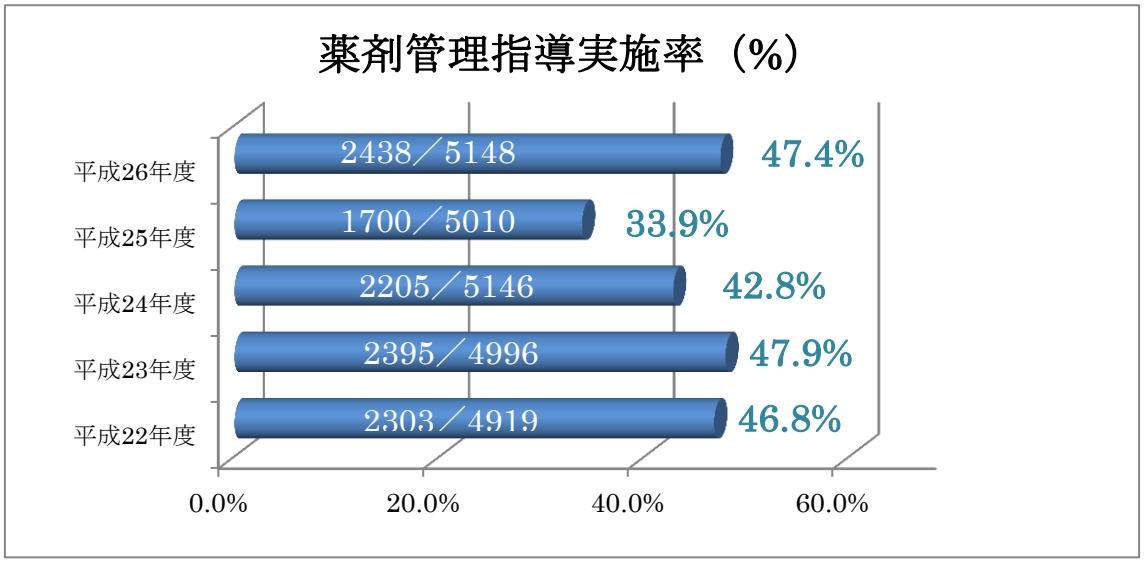
まずは入院時に患者さんが他院から持ってこられた薬を調べることから始まります。当院では、薬剤部で患者さんの持参薬の内容や日数を確認し、電子カルテに入力を行っています。その後、ベッドサイドでの薬の説明、副作用チェック、退院時指導へと続きます。ベッドサイドでは、アレルギーや副作用歴、飲み忘れがないか、飲み合わせに問題がないか、効果や副作用について直接面談し確認させて頂きます。

本院では、基本的に、小児科と産科の患者さんは、通常の薬剤管理指導の対象とはしていないため、薬剤管理指導実施率は、次式の定義としました。

薬剤管理指導実施率（%）＝

薬剤管理指導を行った退院患者数／小児科、産科を除く退院患者数×100

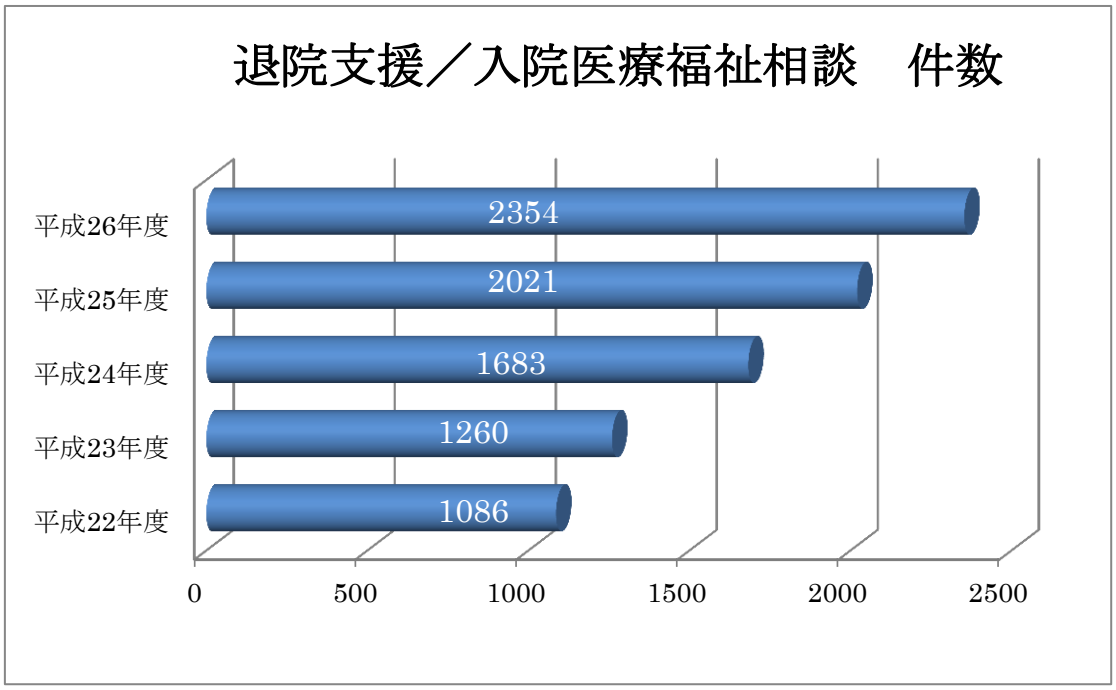
薬剤部では、患者さんがより安全性･有効性の高い薬物治療が受けられるように、薬剤師が高い専門性を持ってチーム医療の一員として活動することを目標としています。今後とも、薬剤管理指導の実施率を伸ばす努力を続け、薬剤師の職能を発揮していきたいと考えています。



２２．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*が経済的相談や、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おり、平成 22 年度 1086 件、平成 23 年度 1260 件、平成 24 年度 1683 件、平成 25 年度 2021 件、平成 26 年度 2354 件となっています。

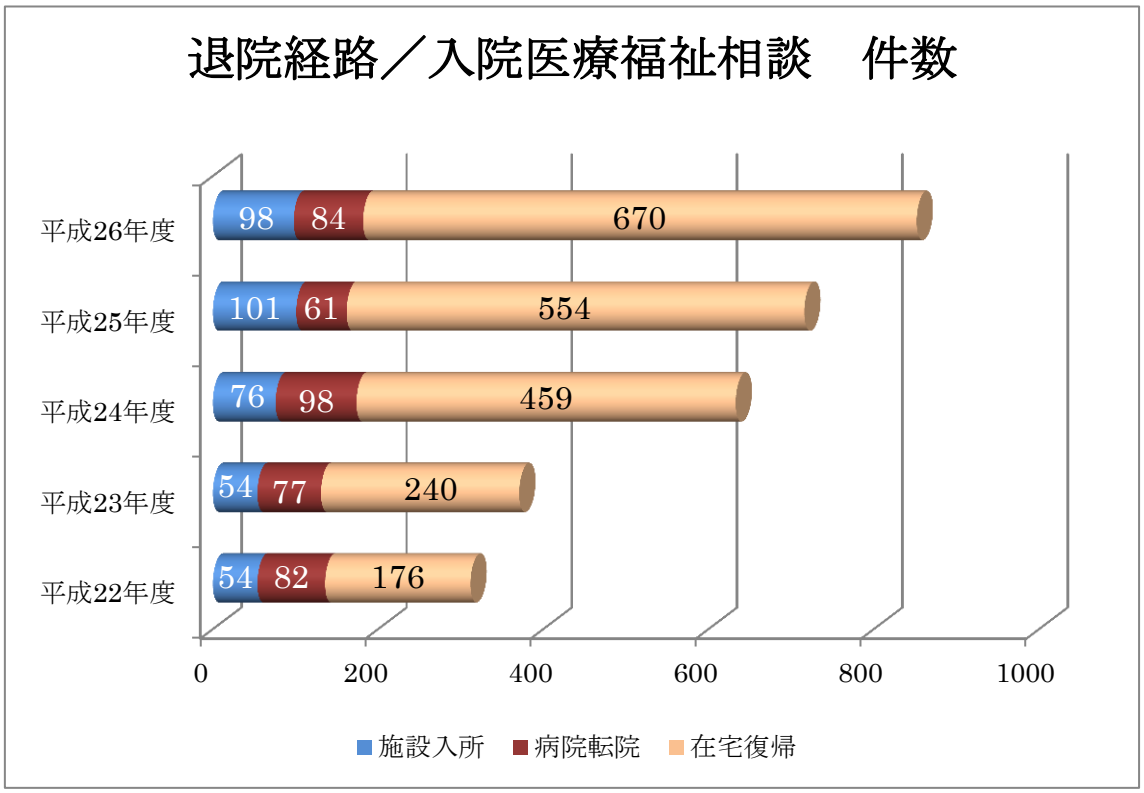


相談件数の平成 22 年度から平成 26 年度の増加要因は、以下①～③のことが挙げられます。①平成 22 年 5 月に本院に亜急性期病床**が開設され、MSW の介入によって在宅復帰支援が強化された。②平成 24 年度から退院支援スクリーニング***を導入し、病棟で「退院支援が必要」と判断された患者さんは、MSW が入院早期から介入するシステムをとった。③平成 25 年度より本院の退院支援専門部署にＭＳＷの他にあらたに看護師が加わり、MSW と看護師が協働して退院支援を行った。さらにそれに加え、病棟と退院支援専門部署で退院前カンファレンスを積極的に実施する等、病棟との連携を強化した。以上のことが、平成 22 年度から平成 26 年度の増加要因として挙げられます。

相談件数の増加と共に、退院経路に占める在宅復帰率が、平成 22 年度 56.4%、平成 23 年度 66.4%、平成 24 年度 72.5%、平成 25 年度 77.3%、平成 26 年度 78.5%、と年々増加しています。増加の背景には、前述した亜急性期病床の開設、退院支援スクリーニングを導入に加えて、高齢者向け住宅や有料老人ホーム＊＊＊＊のような介護サービスを備えた高齢者住宅が大和高田市近隣に増加しており、以前は施設入居や病院に転院していた患者さんが高齢者住宅に移行したことも要因と考えられます。

このような退院支援の増強や在宅復帰率の増加は、病院機能や国の福祉サービスの変遷とともに変化していくものだと考えています。

医療福祉相談窓口では、病院機能の変遷の中でも常に、患者さんや家族のニーズに即した退院支援が出来るように、今後もサポートしていきたいと考えています。



＊：医療ソーシャルワーカー(MSW)

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

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。

＊＊＊：退院支援スクリーニング

退院支援スクリーニングとは、数多くの患者さんから、退院支援が必要な患者さんを効率よく早期に発見して特定することです。スクリーニング票には退院支援ニーズに関連した 7 つの項目で構成されており、7 項目の条件に複数該当すると、退院支援が必要な患者さんと判断されます。本院では、入院 3 日以内に全患者さんを対象に実施しています。

＊＊＊＊：高齢者向け賃貸住宅

高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアーフリー構造等を有し、安否確認サービス及び生活相談サービス、介護ザービスを提供する高齢者向け賃貸住宅等です。

２３．緊急検体検査の結果報告に要した時間

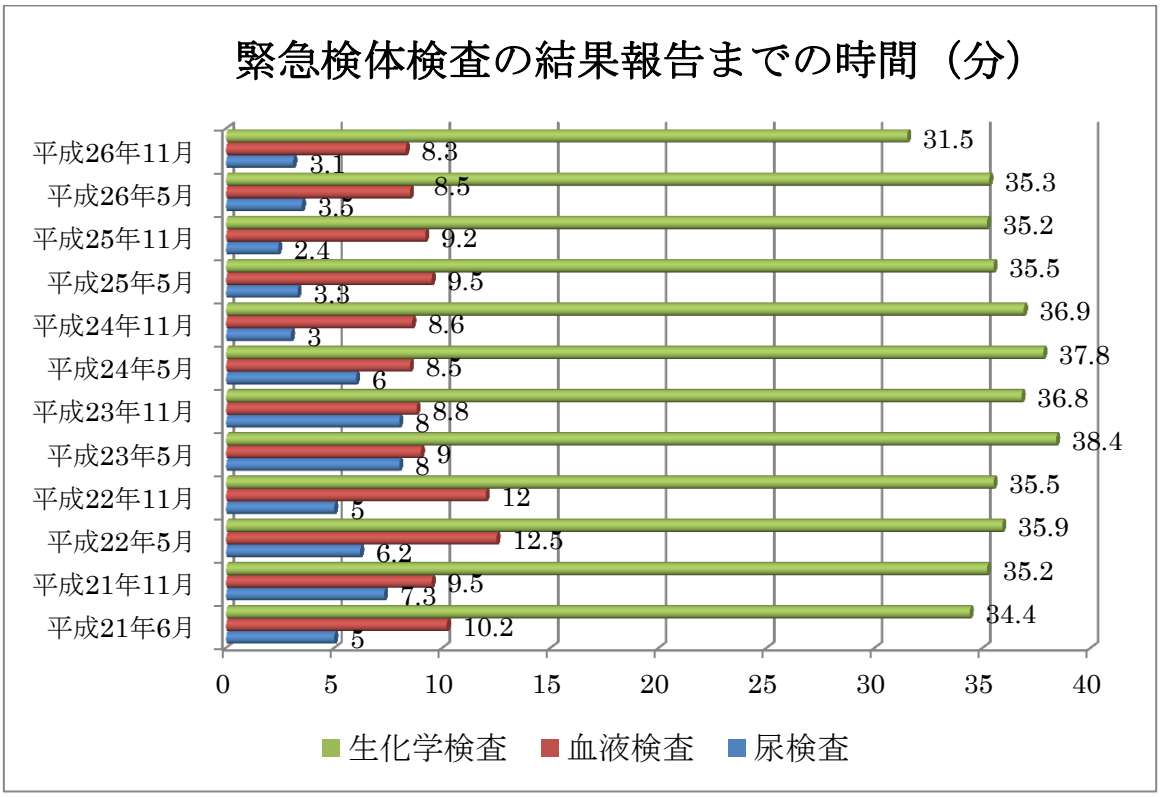
生化学検査では検体到着時間から結果報告時間までの時間は一昨年度の検査システム導入効果もあり短縮傾向にあります。これに加え、平成 26 年 7 月に新しい中型分析機器が 2 台導入されました。従来は大型分析機器 1 台で改善を加えて運用してまいりましたが、新分析機器 2 台を平行稼働させることにより、よりスピーディーに結果報告をすることが可能となりました。導入前後の 5 月と 11 月を比較すると約 4 分短縮することができました。夜間の対応も効率的になりました。しかし、これに満足することなく、結果報告に要する時間を短縮できるように改善を加えていきます。

血液検査は運用が少し変わったために時間が長くなっていましたが、もとに戻っています。

一般検査は運用方法が変わった為に若干ですが長くなっています。

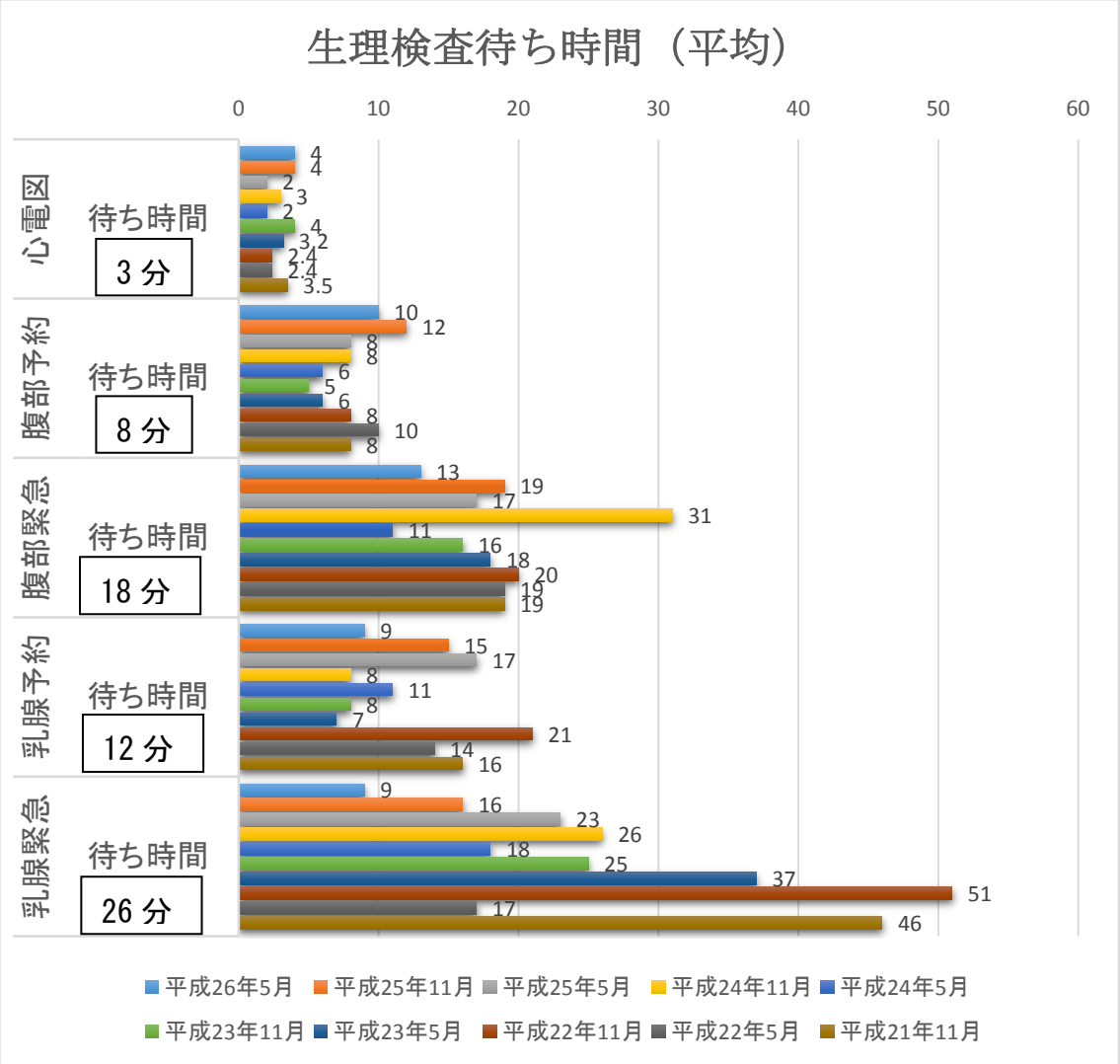
今後も、運用方法の見直しを含めた改善を考えています。

検査の性格上、どうしても再検査が必要となる場合があり、時間短縮ばかりとはいきませんが、可能な限り無駄を省き、待ち時間短縮に努めていきます。



２４．生理検査の待ち時間

生理検査室では､患者さんの満足度を上げるために年 2 回検査待ち時間調査をしています。生理検査は診察に合わせた依頼を受け患者さんに直接検査をします。少しでも患者さんの負担を減らすように、できる限り当日に結果を報告する体制をとっています。しかし、エコー検査の場合では予約の方を優先にしているため、緊急検査の方の待ち時間が予約の方に比べ長くなっています。予約検査の振り分けや、技師を適宜配置したり、新たに技師を養成することで対応した結果、緊急エコーの待ち時間が徐々にですが短縮することができています。さらに、検査の画像や報告書が電子化されたことで診察時に電子カルテ上で確認出来るようになり、患者さんと医師が検査画像や報告内容を見ながら診察ができるようになりました。



２５．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（Contamination））と真の菌血症との鑑別も可能となります。検査は 1 部位 2 本採取を複数回行い、全て陽性の場合は、真の菌血症とみなし、1 本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、抗生物質の投与前や中止後に複数回行うことが基本です。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。平成 26 年の血液培養の総件数は増加していますが、複数ボトル提出された割合はやや減少しております。また、血液培養検査指針を作成し、複数回培養を推奨しております。
（複数回は採血部位を変える、または採血時間を変える事です。）

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 20 年	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年※
総　件　数	200	194	235	361	538	582	644
複数ボトル提出例	33	21	35	83	168	426	445
割　合	16.5%	11.0%	15.0%	23.0%	31.0%	73.2%	61.8%

※件数で表すと高めですが実際の患者数で計算すると総患者数 445 名、複数回患者数は 199 名で 44.7%となります。

次頁に平成 26 年度の血液培養より検出された細菌の一覧を示します。

病院の種類（プライマリーケア施設と高度先進医療施設、大学病院と一般病院等）によって、培養陽性率は高くも低くもなりますが、血液培養の精度管理として、陽性率が 5%以下に低下したり、15%以上に上昇した場合には、医師が適切に血液培養をオーダーしているかどうかを調査するべきであるとされています。本院の陽性率は 13%でした。検出された菌のうち、1009 から 1033 まではコンタミネーションが疑われます。

血液培養より検出された細菌一覧（平成 26 年度）

	内科	外科	小児科	泌尿器科	婦人科	整形外科	皮膚科	透析センター	合計
1002 Staphylococcus aureus	5		2			1		1	9
1003 Staphylococcus aureus(MRSA)	5	1		2				3	11
1009 Staphylococcus caprae	1								1
1016 Staphylococcus epidermidis	6	2		1					9
1022 Staphylococcus hominis		1							1
1025 Staphylococcus intermedius	1								1
1028 Staphylococcus lugdunensis				1					1
1033 Staphylococcus simulans	2								2
1104 Streptococcus agalactiae(B 群)	1								1
1206 Enterococcus faecalis	2			2					4
2064 Campylobacter jejuni ssp jejuni	1								1
2106 Citrobacter freundii	1								1
2142 Enterobacter aerogenes	2								2
2147 Enterobacter cloacae		1		2					3
2163 Escherichia coli	11	1	1	8				1	22
2243 Klebsiella oxytoca	2								2
2246 Klebsiella pneumoniae	1			2					3
2292 Morganella morganii	1								1
2355 Providencia stuartii	1								1
2416 Serratia marcescens	1								1
3108 Bacteroides fragilis group		1							1
3109 Bacteroides fragilis		1							1
3327 Clostridium perfringens	1								1
4002 Candida albicans				1					1
4008 Candida glabrata	3								3
合　計	48	8	3	19	0	1	0	5	84
提出検体合計	316	65	108	110	6	7	1	31	644
未検出	268	57	105	91	6	6	1	26	560
検出率（%）	15.2	12.3	2.8	17.3	0	14.3	0	16.1	13.0

２６．輸血製剤廃棄率

輸血製剤廃棄率は、輸血用血液製剤が病院内で適切に使用されているかどうかを示す指標となります。

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、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 26 年度は 4.8%になりました。

一元管理によって、より効率的に血液製剤を使用するシステムにはなりましたが、すべての血液製剤を無駄にすることなく利用するのは難しい状況です。

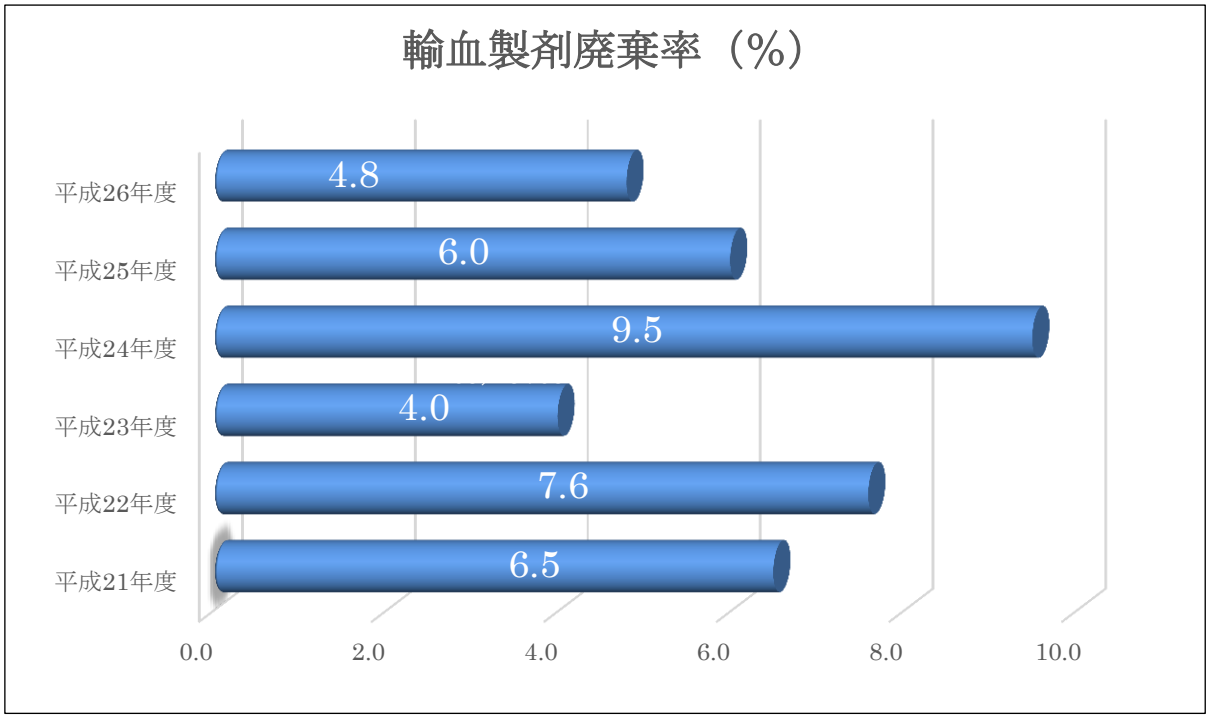
たとえば、手術のために準備した血液製剤は使用されなければ返却されます。有効期限までに同じ血液型の輸血依頼があればそちらに使用することもできますが、依頼がなければ廃棄することになります。

しかし自己血の有効利用や、手術時の輸血準備数の適正量、輸血実施部署における適正な製剤の取り扱いなど輸血委員会で検討された情報を診療各科にフィードバックし、適正な使用と取り扱いを推進する事等で少しでも廃棄率を下げる努力をしていきたいと考えています。

廃棄率は、以下の定義で算出します。

輸血製剤廃棄率（%）；

［RBC 製剤廃棄単位数／RBC 製剤購入単位数］×100

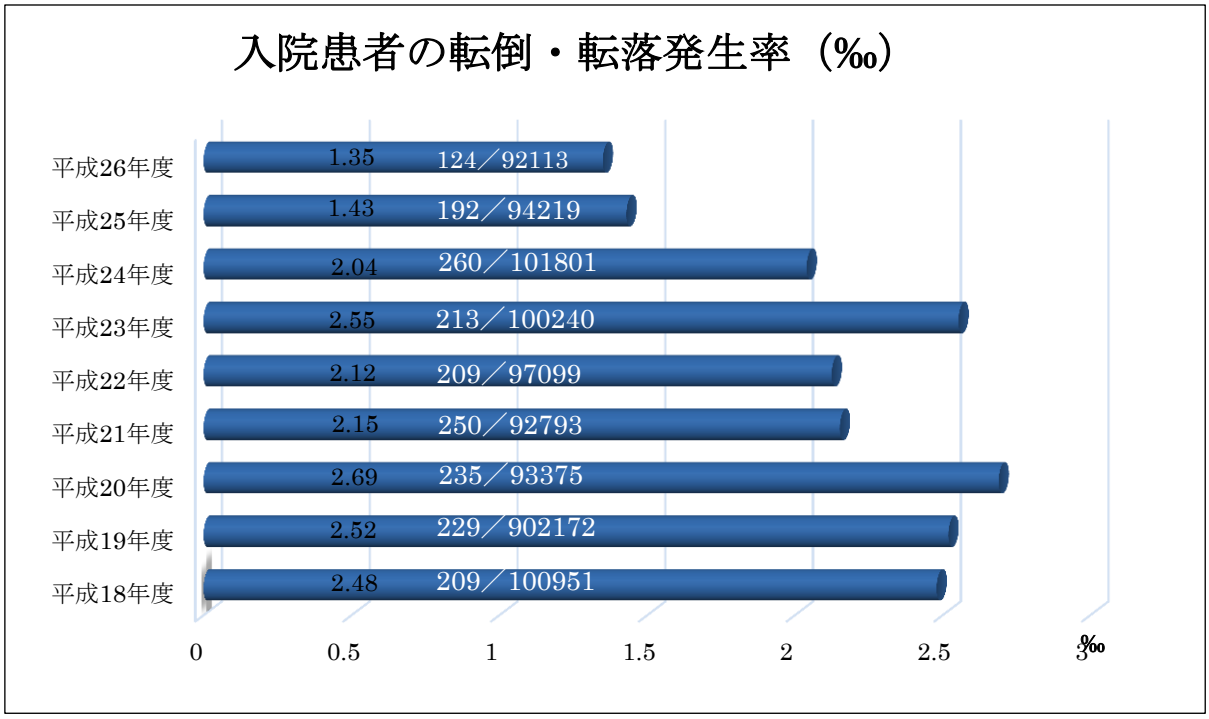


２７．入院患者の転倒・転落発生率

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。

転倒・転落発生率＝（転倒・転落件数／入院延患者数）



転倒・転落は、院内で発生する事故の約 18%を占めています。平成 26 年度の転倒・転落発生率は、1.35‰と平成 17 年以降、最も低い発生率となりました。１昨年から転倒・転落件数の増加の要因でもあった患者さんの排泄行動に注目し、月 1 回の看護局医療安全対策委員転倒転落ワーキングメンバーによる、病棟・病室へのラウンドを実施しました。療養上の世話の事故の概要は、インシデント 134 件、アクシデント 80 件あり、その中で転倒は 49%、転落は 15%を占めていました。発生場所の多かったのが病室、トイレ、廊下の順であり、発生時間として 22 時～7 時台がインシデント 49%、アクシデント 25.8%と夜間に多く発生していました。一番インシデントが集中していたのが 6 時～7 時であ

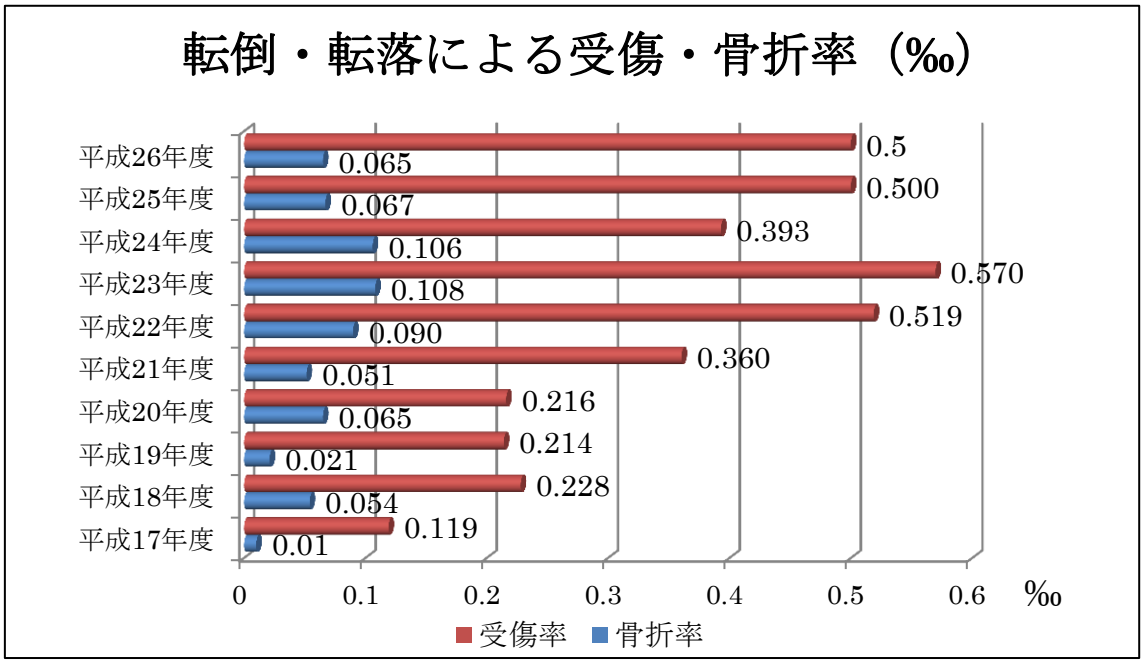
り、夜間は消灯して足元が暗いこと、眠剤内服など転倒のリスクが日中に比べて高くなることが考えられます。患者が単独でおこなったものが半数を占めており、転倒のリスクを患者自体あまり認識できていないこともみられました。発生要因として、患者側だけでなく、「観察を怠った」が 99 件と観察不足が事故の要因となっていることがわかりました。日頃から患者の状態をアセスメントし、タイムリーに対策を考えていく必要がありました。平成 27 年 4 月から患者、家族にも理解していただけるよう入院時に「転倒転落防止パンフレット」を配布し、患者自身にも認識をしてもらえるよう防止策の取り組みを行いました。また、転倒転落防止ラウンドでは、KYT を用いて予測した対策を見つけることで、有効な危険防止対策を考えることができました。

患者の転倒・転落による事故を防止するためには、より安全な療養環境の整備と患者の危険要因をチェックする転倒・転落アセスメントシートの評価をタイムリーに行ない、対策を再考していくことが大事になってきます。

転倒・転落の全国的なデータ参考値 2.57‰（参考文献参照）と比較してみると当院の転倒・転落発生率は 1.35‰も低い数値となっています。今後も、転倒・転落アセスメントスコアシートを活用し、リスクを評価することにより、それに応じた対応策を講じ、転倒・転落件数の減少に反映していくことが望まれます。

転倒・転落によ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。

	入院延患者数	受傷件数	受傷率（‰）	骨折件数	骨折率（‰）
平成 26 年度	92113	46	0.500	6	0.065
平成 25 年度	90045	45	0.500	6	0.067
平成 24 年度	94219	37	0.393	10	0.106
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



転倒の受傷率及び骨折率の増加が年々増加傾向であったのが、平成 25 年度からは横ばい状態となっています。電子カルテ導入をきっかけに、転倒・転落アセスメント内容を見直し、そのアセスメントシートで転倒の危険度リスクを総合的に評価し、効果的な予防策につながるように結びつけることができたのではないかと思います。入院患者さんの 70 歳以上の割合は 59.4%と高齢化率が進み認知症が多い中、患者が自力で行動し、医療者が見ていない時に転倒・転落が起きていることがほとんどでした。人的努力による防止策には限界があります。そこで、転倒・転落発生時の傷害を最小にするために、予防具等の物的環境の側面からも検討しました。平成 26 年度の転倒転落危険度 I の割合は、30.4%、危険度 II は 28.6%、危険度Ⅲは 3.2%となっていました。年間の予防具の利用率は、タッチコールセンサー80.8%、コールマット 73.8%と稼動しており、転倒転落の高リスク患者に適切な予防具を選択しています。

今後も、骨折等の大きな事故につながらぬよう、患者の危険性を予測した対応が必要になってくると考えられます。

＜参考文献＞

・厚労働科学研究費補助金事業（医療安全・医療技術評価総合研究事業）平成 16－18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書　別冊『転棟転落対策のガイドライン』（主任研究者：上原鳴夫）
・2012 年度 QI プロジェクト（QI 推進事業）結果報告

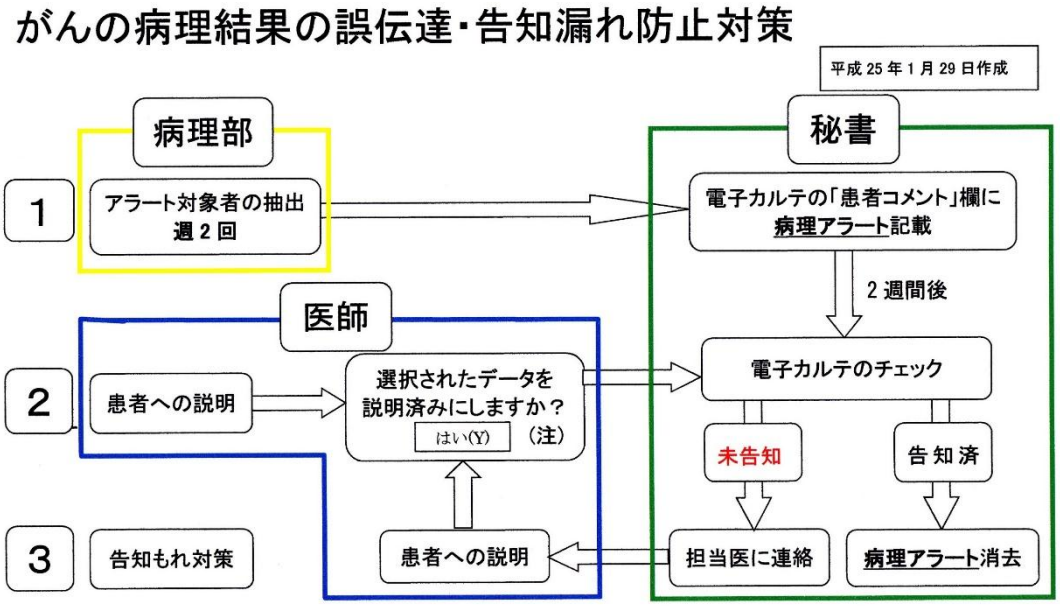
トピックス

本院では、質指標を使った質改善の取り組み以外にも様々な取り組みが行われています。以下にこの数年の取り組みの一部を示します。

Ⅰ．「病理アラート」の取り組み

病理検査結果が患者に正確に伝わらなかったために治療が遅れた事例の報告が散見され、医療安全情報として報告されています。

当院では、病理検査で悪性所見を認めた場合に、その情報を確実に患者さんに伝えるため、平成 24 年 6 月から、「病理アラート」として医師事務作業補助者による確認システムを開始しました。下記に示す流れで、毎週 2 回のチェックで伝達漏れがないかを確認し、担当医に連絡しています。最終的に、担当医が患者さんに病理結果を伝えたことが確認できるまで追跡しています。



(注)：「病理結果確認方法」参照

平成25年に、甲状腺細胞診の結果を聞きに来られていない患者さんがおられ、繰り返し連絡を取ることにより、結果を伝えることができました。誤伝達の原因は、患者さん側にあることも、医療者側にあることもあり、十分な注意が必要です。今後とも、この取り組みを継続していきます。

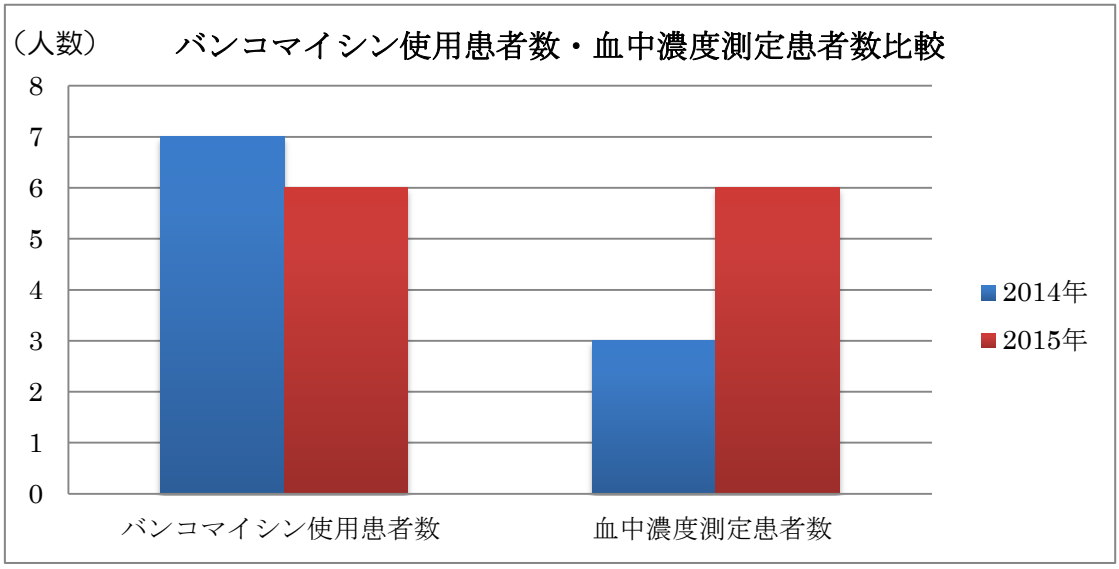
Ⅱ．薬剤師主導のバンコマイシン注射液の TDM

TDM（Therapeutic Drug Monitoring）は薬物動態学（Pharmacokinetics：PK）と薬力学（Pharmacodynamics：PD）に基づき、患者さん毎に最適な薬物治療を行うための手法です。患者さんに用いられる薬の副作用を最小限に留め、より効果的な治療を行うことが出来るように、薬物血中濃度をはじめとした様々な薬物治療に関する因子（臨床検査データ、臨床症状、遺伝情報など）を確認・観察しながら投与量を調節していきます。

TDM は医療現場において薬物、わけても抗菌薬の適正使用やリスクマネジメントに必要不可欠な存在ですが、当院ではこれまで、TDM は医師が独自に行っており、薬剤部は積極的な関与はしてきませんでした。2014 年薬剤部が増員されるに伴って、薬剤部の方針として、まずは TDM を実施することが推奨されている薬剤の中でとりわけ使用量の多いバンコマイシン注射薬において、TDM 業務の拡充を図ることとしました。既に主治医が全例 TDM を実施している透析患者さんを除く、バンコマイシン注射薬を使用されている全ての患者さんにおいて投与設計を行い、主治医に投与計画の提案を行う体制を構築すべく準備し、2015 年 4 月より薬剤部にて当該業務を行っております。

当院のバンコマイシン TDM 業務の特徴は、主治医の許可のもと予め院内で決定された手順に従って薬剤師が薬物血中濃度オーダーを代行していることです。これにより、常に最適なタイミングで血中濃度測定が行われることや他のスタッフの負担軽減につながることが期待されます。

図は、薬剤部において当該業務がはじまってから現在までの期間（2014 年 3～6 月）と、昨年の同時期（2015 年 3～6 月）のバンコマイシン注射薬を使用した患者さんの数及び、薬物血中濃度を測定した患者さんの数を比較したものです（透析患者さんと投与期間が 3 日以下の患者さんは除いています）。バンコマイシン注射薬使用時に血中濃度測定を行った数は、2014 年では 7 件中 3 件、2015 年では 6 件中 6 件と大幅に増加しています。



また、右表に薬物血中濃度を測定した患者さんの血中濃度の値を示しています。薬物血中濃度を測定した患者さんのうち、投与終了までに薬物血中濃度が治療域（十分な有効性がありながら副作用発現の可能性が比較的低い血中濃度）に入った患者さんの数は 2014 年では 3 件中 0 件、2015 年では 6 件中 4 件となっています。この結果から、バンコマイシン注射薬の投与設計を行う際に、薬剤部にてコンピュータシミュレーションを用いて投与計画を行っていることが、薬物血中濃度のコントロール向上に貢献していると考えられます。

2014 年　血中濃度測定患者･測定値

	バンコマイシン血中濃度（μg/mL）		
①	4.97	9.12	7.37
②	8.5	8.67	21.28
③	30.29	36.78	

2015 年　血中濃度測定患者･測定値

	バンコマイシン血中濃度（μg/mL）			
①	23.41			
②	4.84	17.36	15.78	14.38
③	14.81	21.67	19.24	17.13
④	10.23			
⑤	3.65	13.56		
⑥	21.37	20.8		

＊ バンコマイシン注射薬治療域血中濃度：10-20μg/mL

はじまってから 3 ヶ月程度しか経過していない現段階では時期尚早ですが、今後、治療効果についても報告していきたいと考えています。バンコマイシン注射薬にとどまらず、抗菌薬をはじめとした薬物治療に資するところとなるよう、今後も引く続き薬剤部を挙げて業務に当たる所存です。

Ⅲ．日本病院会の QI プロジェクト

本院では、平成 22 年度から、病院の団体である日本病院会の医療の質改善事業（QI プロジェクト）に参加しています。指標の定義や数、参加病院の数などは、年度毎に変遷しています。平成 26 年度の一般病院の指標を下記に示します。

1	患者満足度（外来患者）	2	患者満足度（入院患者）
3	死亡退院患者率	4a	入院患者の転倒・転落発生率
4b	入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル 2 以上）	4c	入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル 4 以上）
5	褥瘡発生率	6	紹介率
7	逆紹介率	8	尿道カテーテル使用率
9	救急車・ホットラインの応需率	10	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
11	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	12	糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c(NGSP)＜7.0%）
13	退院後 6 週間以内の救急医療入院率	14	急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与割合
15	急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合	16	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
17	急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	18	急性心筋梗塞患者における退院時の 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
19	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	20	脳卒中の患者のうち第 2 病日までに抗血栓治療を受けた患者の割合
21	脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合	22	心房細動を診断された脳卒中患者への退院時の抗凝固薬の処方
23	脳梗塞における入院後早期リハビリ実施例の割合	24	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
25	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		

アクセス先：日本病院会「QI プロジェクト」　http://www.hospital.or.jp/qip/

Ⅳ．全国自治体病院協議会における「医療の質の評価・公表等推進事業」

全国自治体病院協議会では、平成 26 年度から厚生労働省の「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始しています。本院も、本事業に参加しています。

平成 26 年度の一般病院の指標を下記に示します。

1	入院患者満足度	2	外来患者満足度
3	紹介率（一般）	4	逆紹介率（一般）
5	紹介率（地域医療支援病院）	6	逆紹介率（地域医療支援病院）
7	新入院患者紹介率	8	在宅復帰率
9	院内他科入院中の精神科診察依頼頻度	10	精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度
11	地域医療機関サポート率	12	地域分娩貢献率
13	地域救急貢献率	14	転倒・転落レベル 2 以上発生率
15	褥瘡推定発生率	16	クリニカルパス使用率（患者数）
17	クリニカルパス使用率（日数）	18	肺血栓塞栓症の予防対策実施率
19	脳梗塞入院 1 週間以内のリハビリ強度	20	急性心筋梗塞患者 14 日以内院内死亡率
21	ステージⅠ乳がん患者の乳房温存率	22	大腿骨頭地域連携パスの使用率

アクセス先：全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表等推進事業」
https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83

Ⅴ．褥瘡推定発生率、褥瘡発生率について

褥瘡の新規発生率の算出方法は、一定したものがありません。日本褥瘡学会が推奨する褥瘡推定発生率、全国自治体病院協議会の褥瘡推定発生率、日本病院会の QI プロジェクトによる褥瘡発生率等、定義が異なります。本院では、3 者とも算出・評価しています。それぞれの定義は以下の通りです。

日本褥瘡学会【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」

全国自治体病院協議会【褥瘡推定発生率】
「入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数＋入院時に褥瘡あり、他部位に新規発生の患者数」/「調査日の在院数（入院当日は除外）」

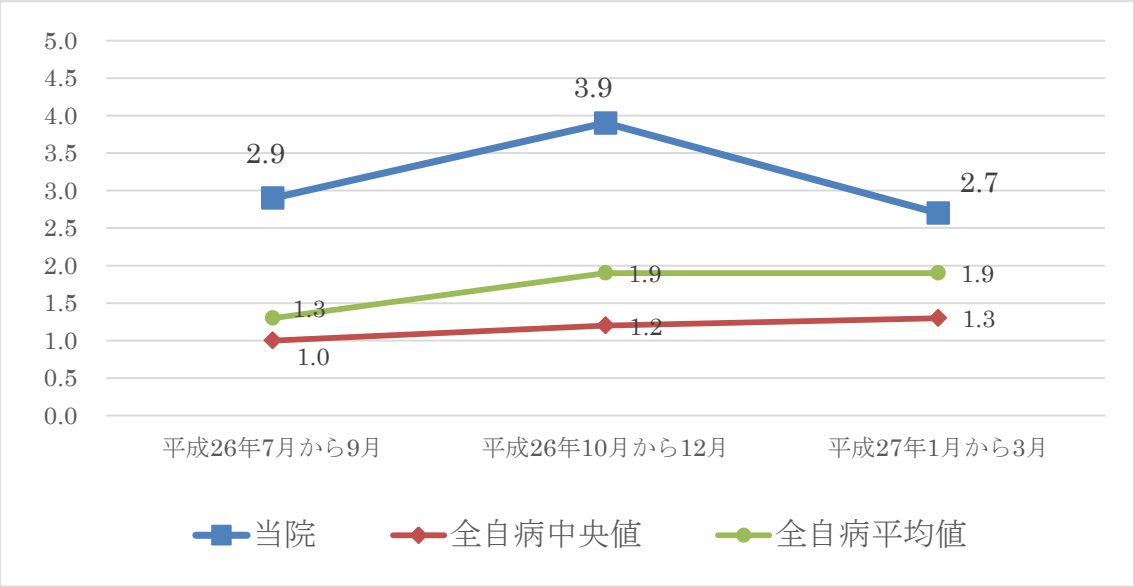
日本病院会【褥瘡発生率】
「調査期間における分母対象患者のうち、深さｄ２以上の褥瘡の院内新規発生患者数」/「入院延べ患者数」

当院の褥瘡新規発生率は、褥瘡推定発生率では、日本褥瘡学会の実態調査の平均値や全国自治体病院協議会の平均値に比べて高値でした（30 頁、次頁のグラフ参照）。褥瘡発生率では、平成 26 年度の年間平均は、本院で 0.727 ‰、日本病院会の中央値 0.608 ‰、平均値 0.908 ‰と、本院が特に高値というわけではありませんでした（次頁のグラフ参照）。

日本褥瘡学会や全国自治体病院協議会の褥瘡推定発生率では、調査日に褥瘡を保有する患者数という定義で、褥瘡の深さの区分はしていません。一方、日本病院会の褥瘡発生率では、日本褥瘡学会が提唱する褥瘡の重症度評価法（Design-R）の中の褥瘡の深さ（Depth）の区分で、ｄ１（持続する発赤）は分子として取り上げず、ｄ２（真皮までの損傷）（皮膚にごく浅いくぼみが見られる状態）以上の患者を分子の対象としています。

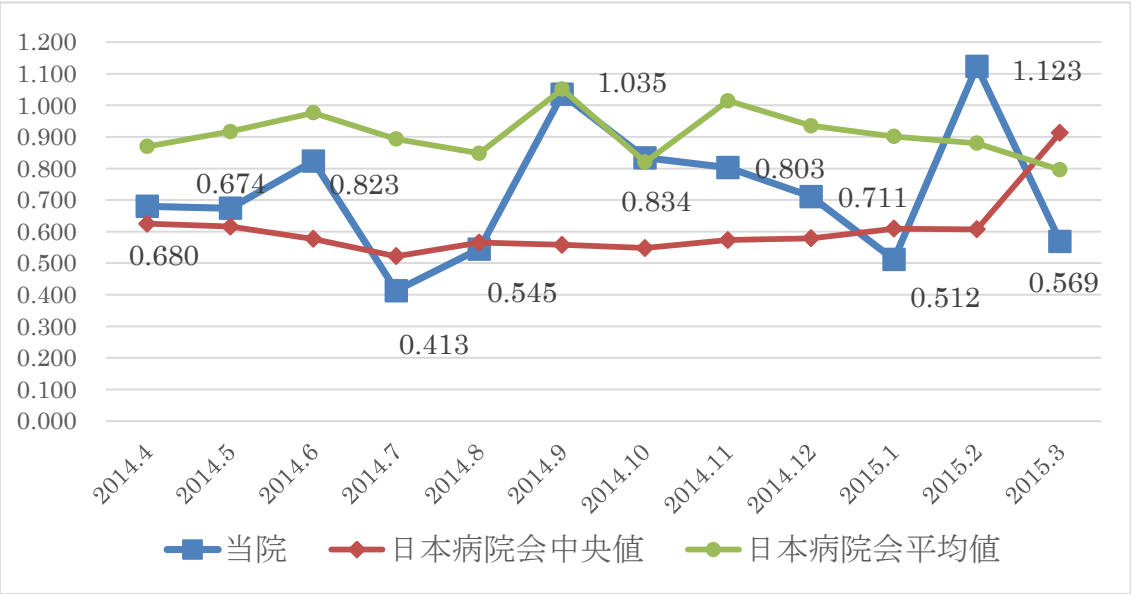
以上から、本院の褥瘡推定発生率が高値であった要因の一つは、軽症の褥瘡患者を多く拾い上げていることにあると考えられます。このことは、早期発見し報告する仕組みが有効に機能していること、また、看護スタッフを中心とした褥瘡対策チームの活動性や意識の高さを示していると考えています。

褥瘡推定発生率（%）（全国自治体病院協議会）



褥瘡推定発生率は、全国自治体病院協議会の中央値、平均値より高値でした。

褥瘡発生率（‰）（日本病院会）



平成 26 年度の本院の褥瘡発生率の年間平均は 0.727 ‰で、日本病院会の中央値 0.608 ‰、平均値 0.908 ‰に比べて、特に高いわけではありません。