

# 臨床指標2022年度

医療の質を改善する取り組み

豊見城中央病院 臨床指標委員会

# 臨床指標2022年度

## 医療の質を改善する取り組み

### 臨床指標とは

臨床指標とは、実際に行われている医療の①構造（ストラクチャー）②過程（プロセス）③結果（アウトカム）を測定した数値です。これらを測定する目的は医療の質を知ることですので、最近ではQuality Indicator（質指標）という言葉がよく使われています。

臨床指標	クリニカルインディケータ	Clinical Indicator (CI)
質指標	クオリティインディケータ	Quality Indicator (QI)

### 医療の質を評価する3つの側面

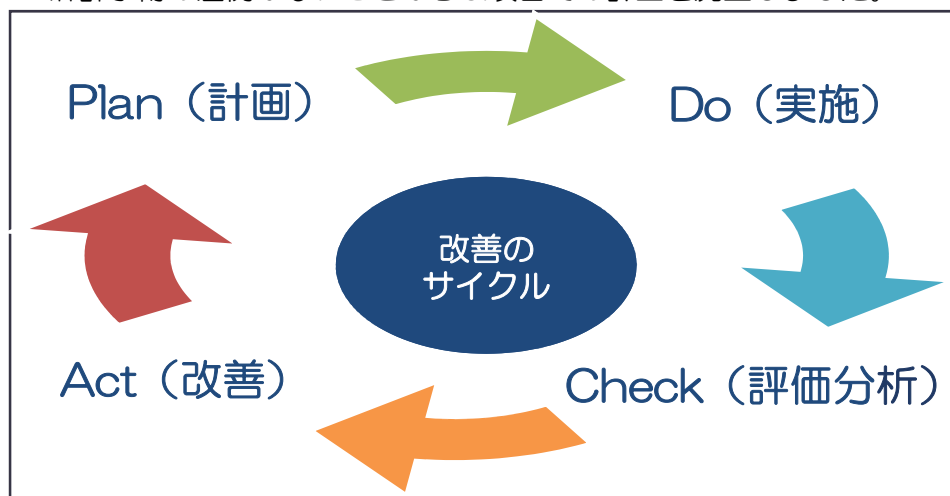


当院では、2012年より臨床指標への取り組みをはじめました。臨床指標の選定に当たっては、先進的な病院の取り組みを参考とし、20項目の臨床指標（CI）と、自院として一般の方にアピールしたい項目を中心に8項目の質指標（QI）を選定しました。

他の医療機関との比較（ベンチマーク）も臨床指標の重要な役割ですが、各施設の特徴や患者さんの特徴が異なるため、比較には調整が必要です。日本では臨床指標の定義（計算式や条件）の標準化が不十分であり、今回この調整は行っていません。ですから医療機関の指標の数値だけを比較することには慎重になる必要があります。

施設全体の変化を経年的に把握し、医療の質を改善するために、臨床指標は重要な役割をすると考えます。指標の結果は、院内で定期的に評価・分析を行い、改善策を実行しながら、患者さんや地域から信頼される質の高い医療の提供に努めてまいります。

当院は回復期病棟が多いこともあり、全体的に低い死亡率となっているため、今年度より「死亡退院率」をQIからCIへ変更し報告いたします。また「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与割合」は全身麻酔手術の症例がないことからCI項目での計上を廃止しました。



## ■2022年度 豊見城中央病院 臨床指標一覧■

### 臨床指標Clinical Indicator (CI)

CI-1 年齢階級別患者数

CI-2 新入院患者数

CI-3 平均病床利用率

CI-4 平均病床稼働率

CI-5 一般病棟平均在院日数

CI-6 死亡退院率 ※前年度QI項目よりCI項目へ移動

CI-7 2週間以内の退院サマリー完成率

CI-8 急性脳梗塞患者（発症3日以内）に対する早期リハビリテーション開始件割合

CI-9 紹介率

CI-10 悪性腫瘍・誤嚥性肺炎・認知症の症例に対する退院支援の割合

CI-11 摂食機能療法の有効率

CI-12 がん相談件数

CI-13 インデント・アグデント報告件数

CI-14 看護必要度

CI-15 看護職の離職率

CI-16 職員のインフルエンザワクチン予防接種率

CI-17 職員の健診受診率

CI-18 職員の非喫煙率

CI-19 24時間以内の再手術件数

CI-20 術後の肺塞栓発生件数

### 質指標Quality Indicator (QI)

QI-1 患者満足度

QI-2 転倒・転落発生率,損傷発生率

QI-3 一般病棟7日以内の予定外再入院率 ※指標変更

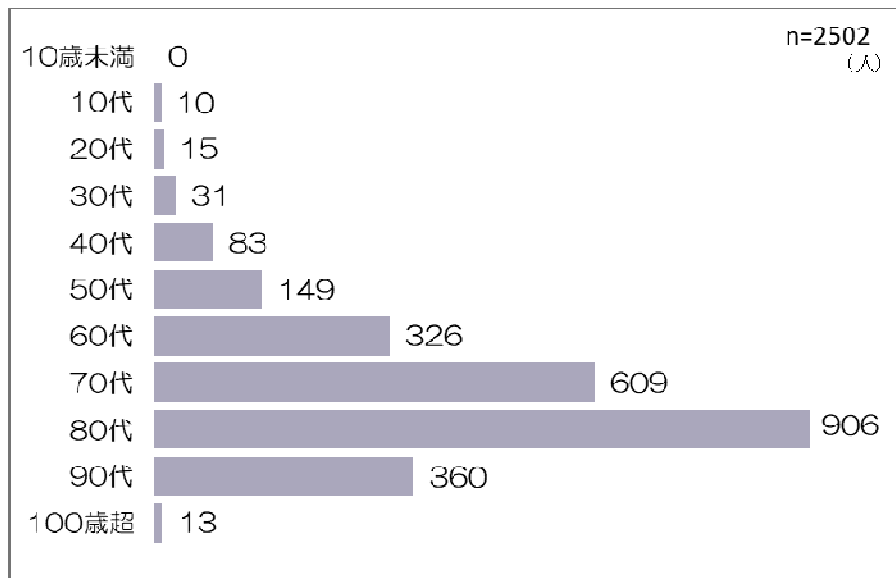
QI-4 褥瘡推定発生率

QI-5 糖尿病患者の血糖コントロール率(HbA1c)

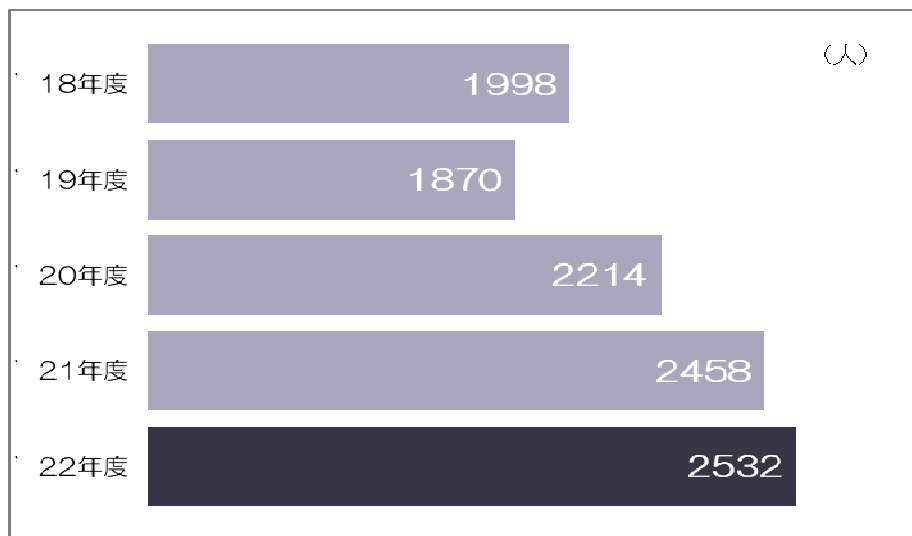
QI-6 回復期リハビリテーション病棟在宅復帰率

QI-7 クリニカルパス使用率

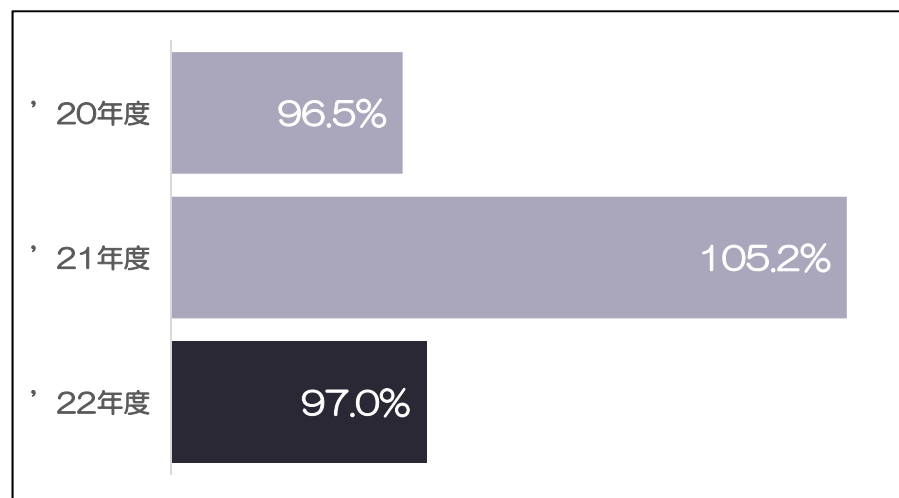
### CI-1 年齢階級別退院患者数



### CI-2 新入院患者数

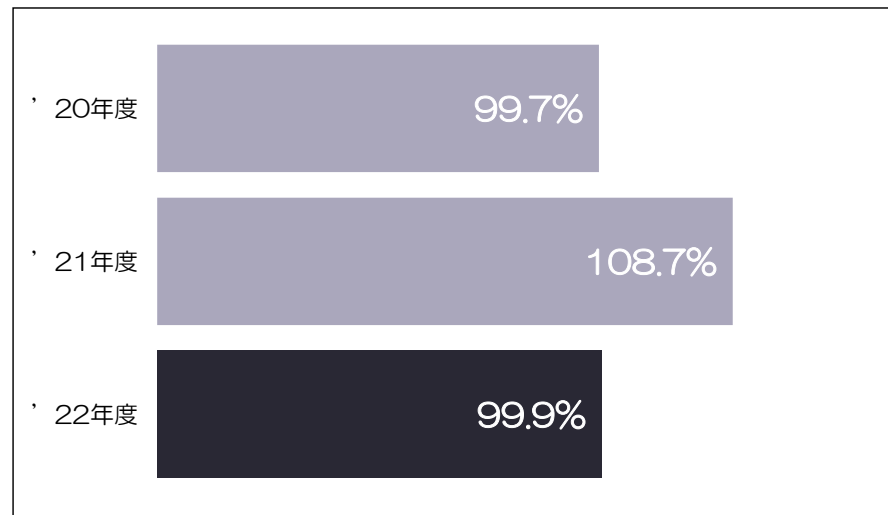


### CI-3 平均病床利用率



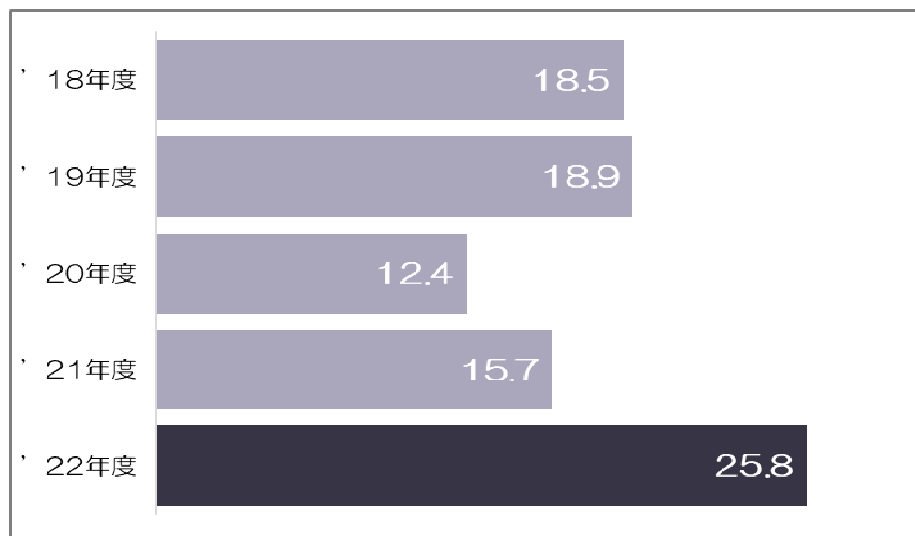
分子：24時現在の患者数  
 分母：（月間日数×月末稼働病床数）  
 ※2021年度新型コロナウイルス感染症による特例病床運用のため平均病床利用率100%超え

### CI-4 平均病床稼働率



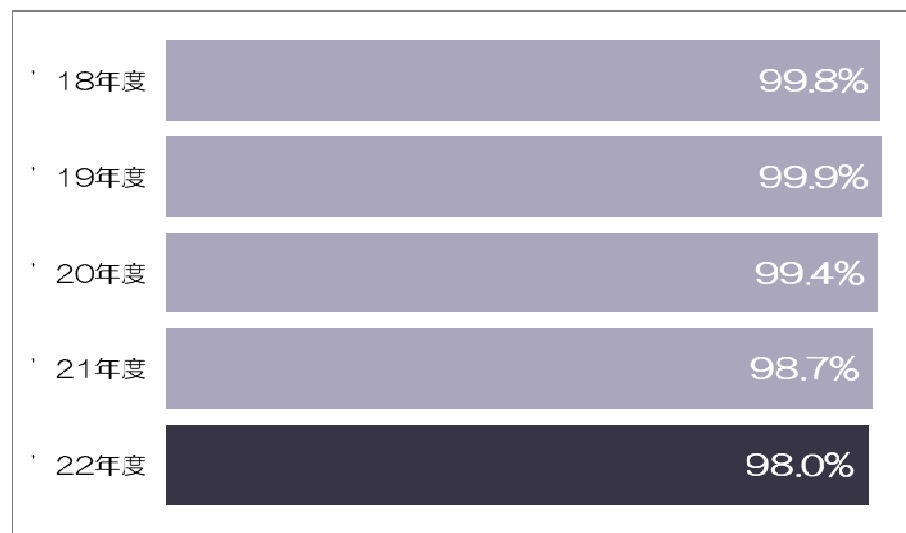
分子：24時現在の患者数+退院患者数  
 分母：（月間日数×月末稼働病床数）

### CI-5 一般病棟平均在院日数



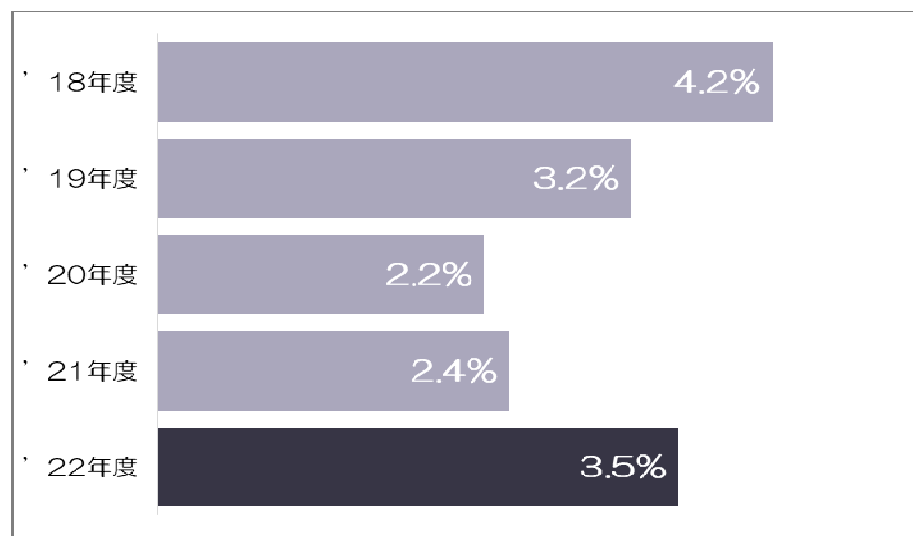
分子：在院患者延べ数  
分母：1/2 × (入院患者数+退院患者数)

### CI-7 2週間以内の退院サマリー完成率

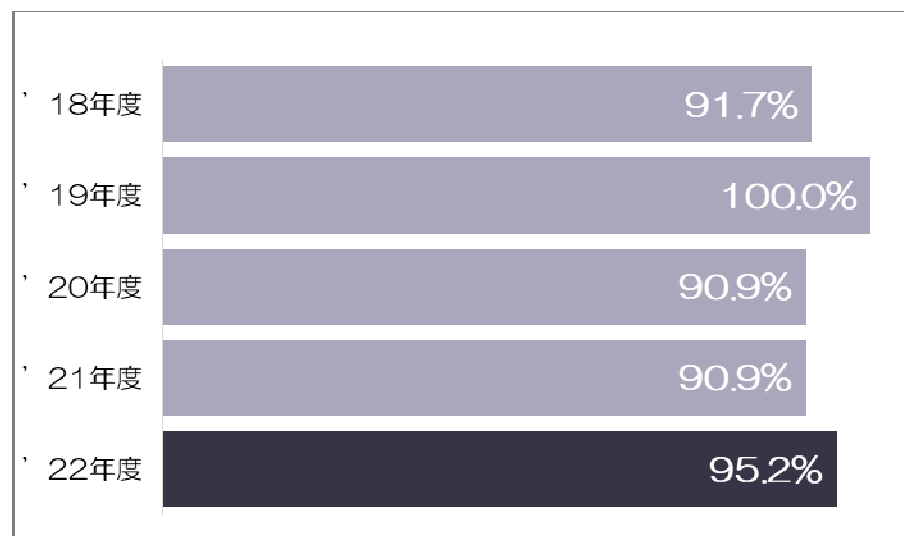


分子：退院後2週間以内の退院時要約（サマリー）記載数  
分母：全退院患者数

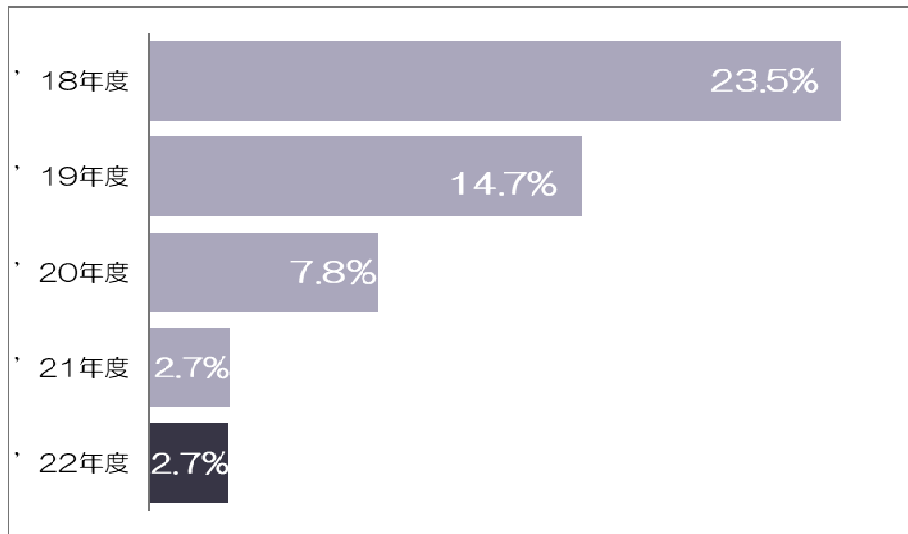
### CI-6 死亡退院率 ※前年度Q1項目より移動



### CI-8 急性脳梗塞患者（発症3日以内）に対する早期リハビリテーション開始割合

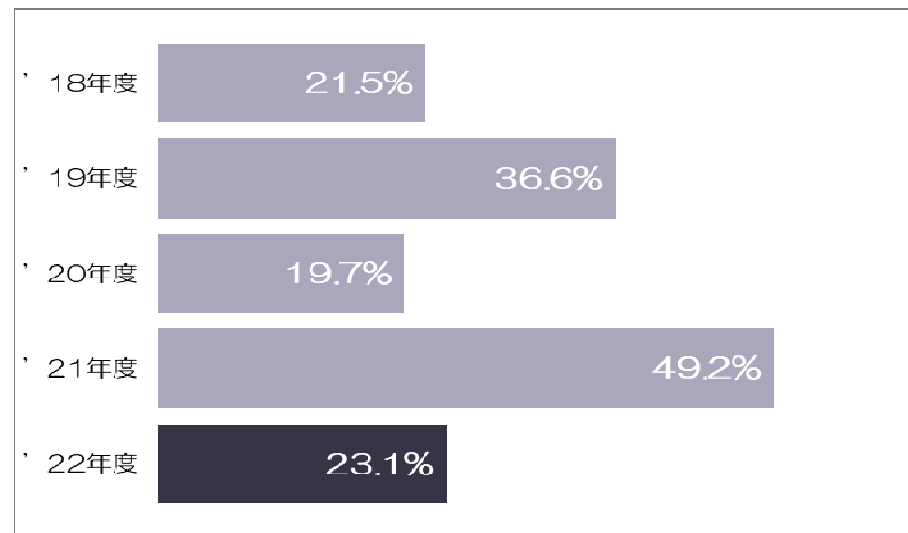


### CI-9 紹介率



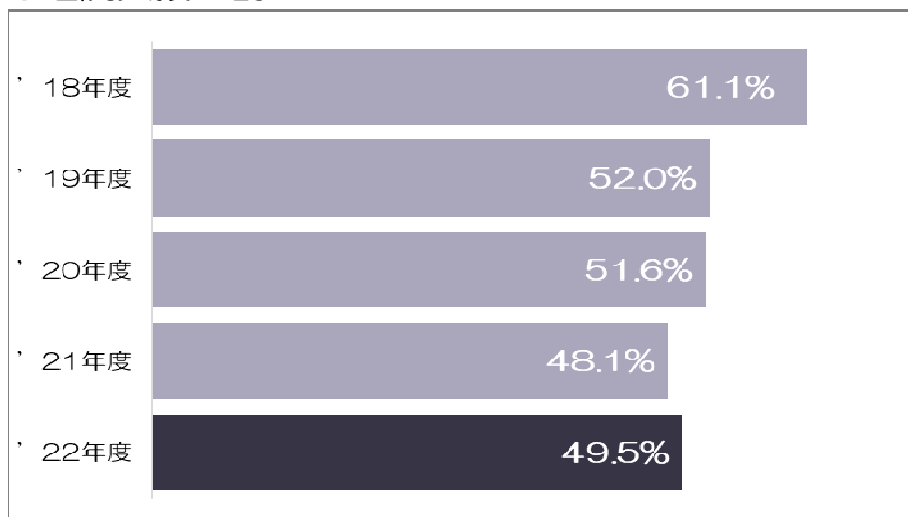
分子：紹介状を持参した外来患者  
分母：外来初診患者数

### CI-11 摂食機能療法の有効率



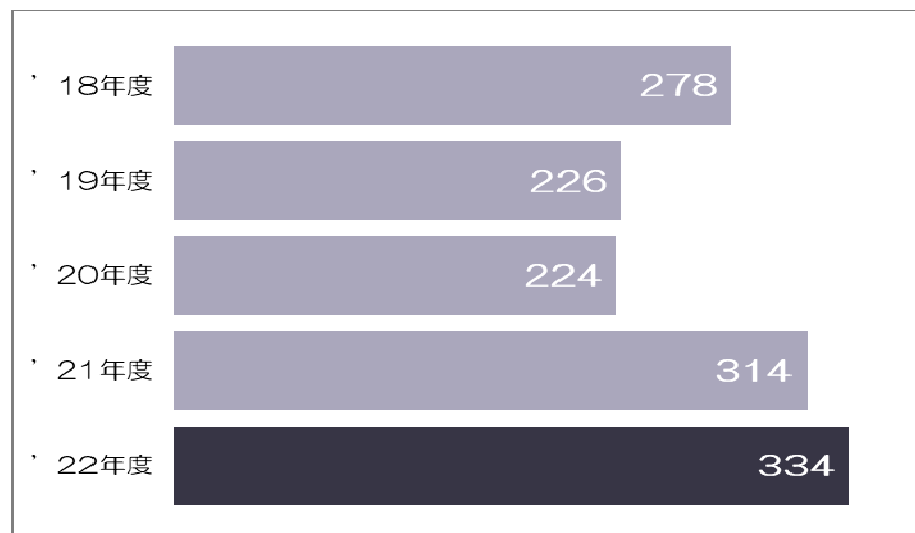
分子：藤島グレード評価・摂食状況レベル評価のいずれかが改善した患者数  
分母：摂食機能療法実施患者数

### CI-10 悪性腫瘍・誤嚥性肺炎・認知症の症例に対する退院支援の割合

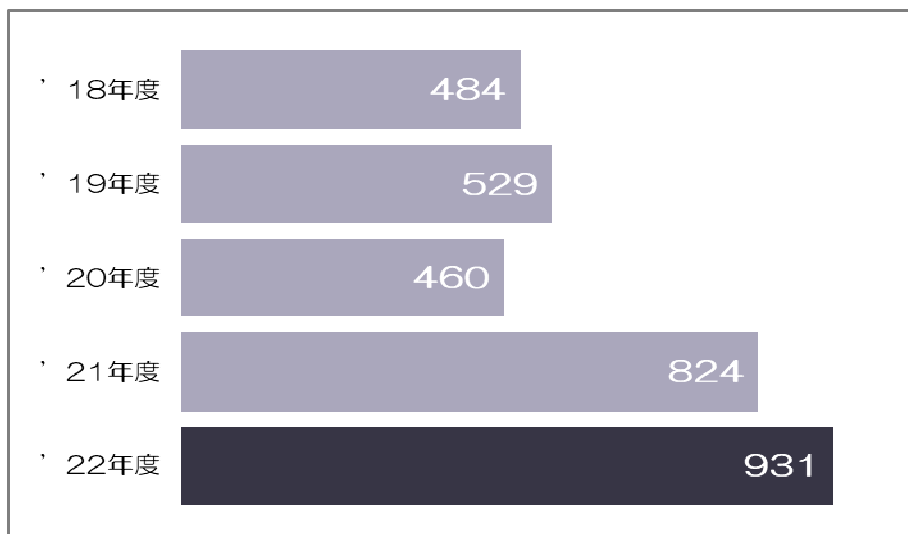


分子：分母のうち、退院支援を行った症例  
分母：悪性腫瘍・誤嚥性肺炎・認知症いずれかの入院症例数

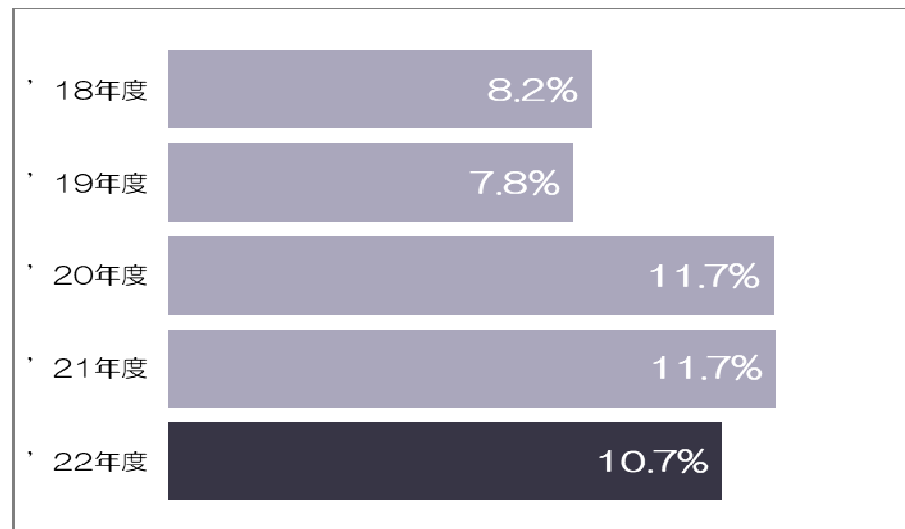
### CI-12 がん相談件数



### CI-13 インシデント・アクシデント報告件数

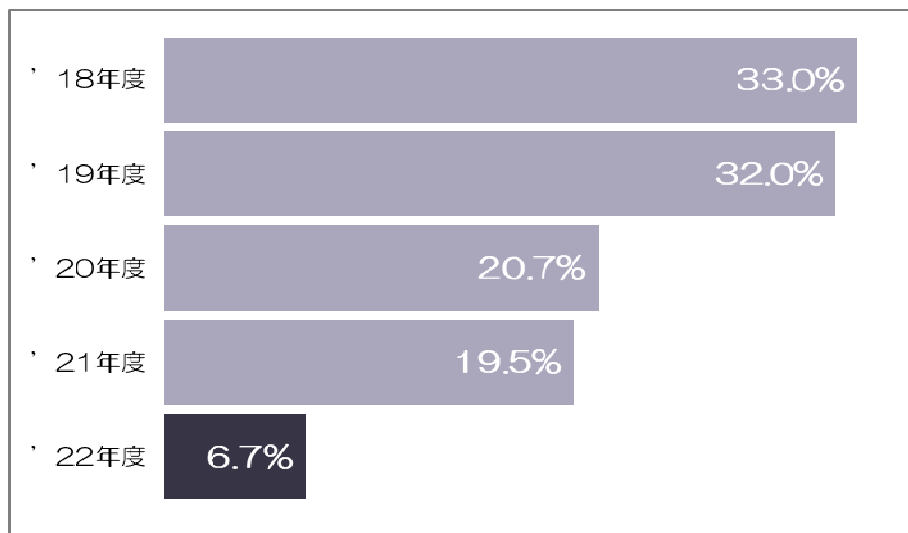


### CI-15 看護職の離職率

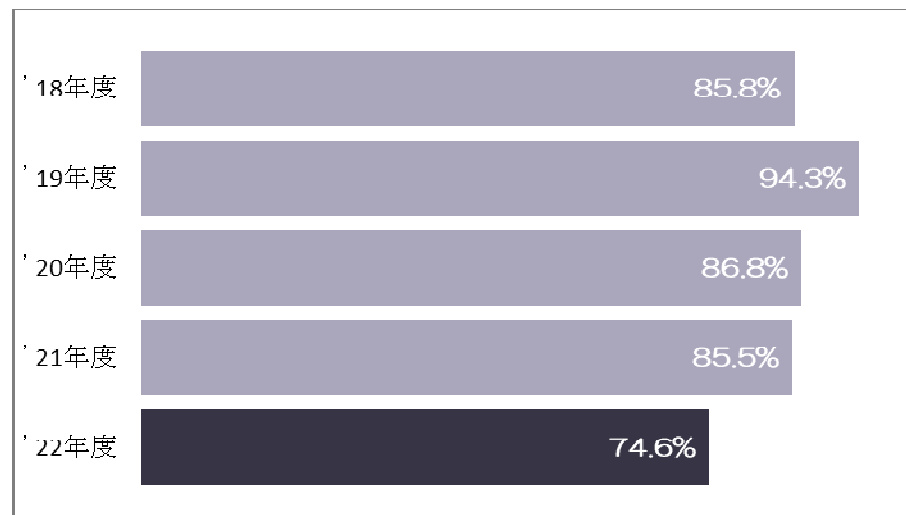


分子：退職者数  
分母：年度末の在職看護師，准看護師数

### CI-14 看護必要度

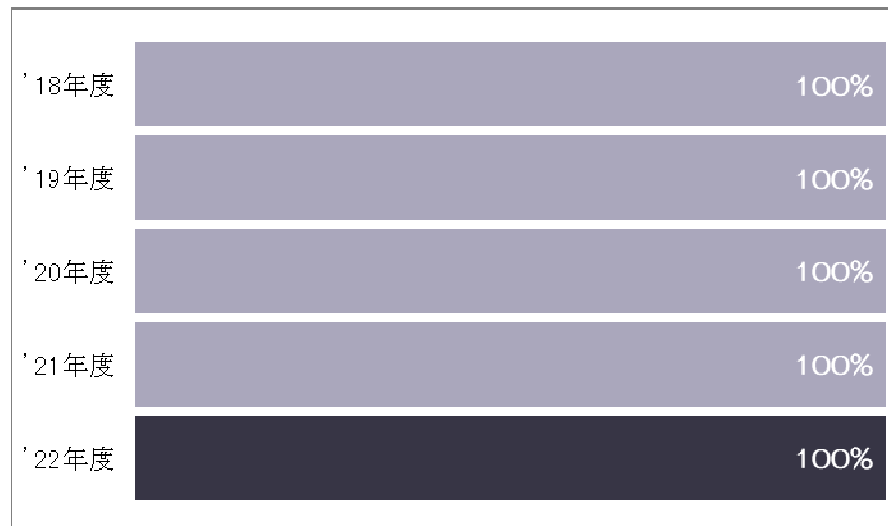


### CI-16 職員のインフルエンザワクチン予防接種率



分子：インフルエンザワクチンを接種した職員数  
分母：全職員数（介護事業部を含む）  
除外：委託職員

## CI-17 職員の健診受診率



分子：職員健診を受診した職員数  
分母：全職員数（介護事業部を含む）

## CI-18 職員の非喫煙率



分子：非喫煙者数  
分母：全職員数（介護事業部を含む）  
除外：委託職員

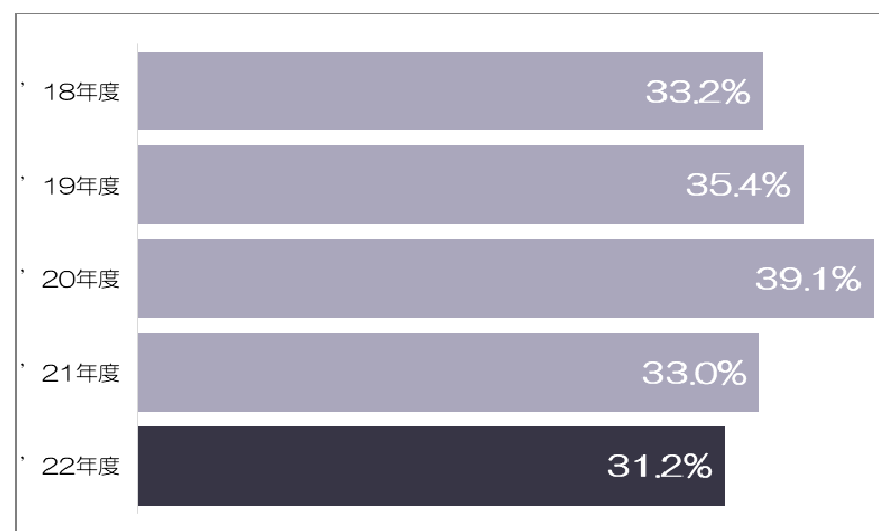
## CI-19 24時間以内の再手術件数

分子	24時間以内の予定外の再手術件数	0
分母	手術室で行われた総手術件数	525
再手術率		0%

## CI-20 術後の肺塞栓発生件数

分子	術後肺塞栓発生件数	0
分母	手術室で手術を受けた退院患者数	338
発生率		0%

## QI-7 クリニカルパス使用率



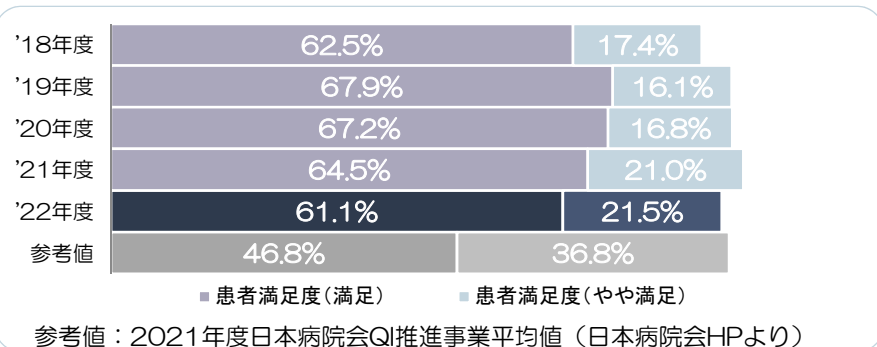
# QI-1 患者満足度

## 指標の説明・定義

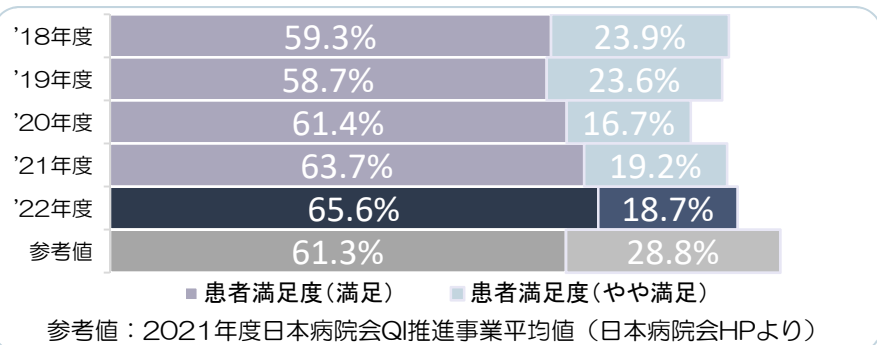
分子	「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した患者数
分母	患者満足度調査に回答した患者数
除外	未記入患者
収集期間	外来2日以上，入院1週間以上。3月までに1回の報告

外来患者、入院患者の当院への評価や満足度を把握し問題点の改善と満足度の向上を図るため調査を実施し、5段階評価（満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満足、不満足）の「満足」「やや満足」を集計しました。

### <外来患者>



### <入院患者>



## 指標の種類 アウトカム

値の解釈 より高い値が望ましい

### 考察

- 外来について
  - 満足、やや満足の合計が、82.6%となり、目標値の87%を下回りました。
  - 回収率は、昨年度の84.3%から94.2%と上昇しました。
  - 2023年度の目標値は、直近2年の実績値より、（85%）に設定したいと思います。
- 入院について
  - 満足とやや満足の合計が、84.4%と、目標値の85%に達しませんでした。また、昨年度の83.0%を上回りました。
  - アンケート配布枚数は前年同程度だったが、回収率が、-2.7%となった。低下の要因として、集計効率化を図り、Webでのアンケート調査を行ったが、期待した回答が寄せられなかった。以後、改善策として従来通りの紙回答、Web回答のハイブリットで対応した。
  - 2023年度の目標値は、引き続き、今年度達成できなかった（85%）に設定したいと思います。

巡回バス利用者の感謝の言葉、スタッフへの感謝の言葉も多く見受けられましたが、駐車場使用の不憫さの声も聞かれました。患者駐車場運用面の見直しを図ります。入院では、面会制限、手荷物受け渡し、テレビ電話での面会対応等、コロナ禍ならではの難しさもありました。

### 今後の改善活動

- 外来、入院ともに目標値を下回る結果となった。職員の接遇面、待ち時間短縮、環境整備等を引き続き行い、患者満足度の向上を図ります。

## Q1-2 転倒・転落発生率、損傷発生率

### ①転倒・転落発生率

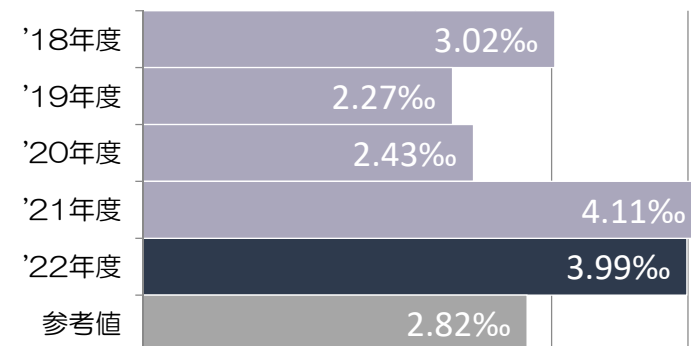
分子	インシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数
除外	分子除外＝学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間	1ヶ月毎

### ②転倒・転落による損傷発生率

分子	インシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうちインシデント・アクシデントの分類基準、患者への影響レベル3b以上の転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数
除外	分子除外＝学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間	1ヶ月毎

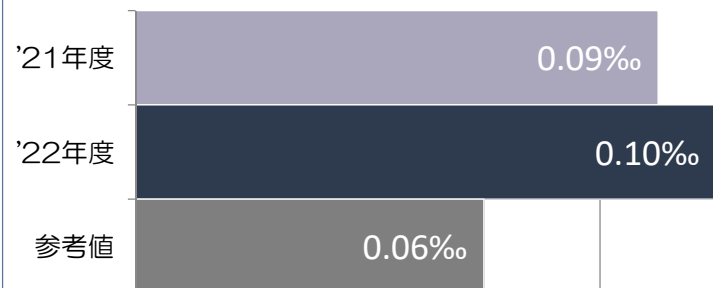
入院中の患者の転倒原因としては、転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについてはインシデント・アクシデント分類基準の「患者への影響レベル基準」を採用しています。

### ①転倒・転落発生率



参考値：2021年度日本病院会QI推進事業平均値（日本病院会HPより）

### ②転倒・転落による損傷発生率



参考値：2021年度日本病院会QI推進事業平均値（日本病院会HPより）  
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）

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

## 考察

2022年度は、339件の転倒・転落レポート提出がありました。

有害事象の3b（参考値は4以上）は10件で、いずれも転倒に由来するアクシデントからの発生でした。

転倒・転落発生率は3.99%、損傷発生率は0.10%前年度より転倒転落発生率は減少しましたが、損傷発生率は増加していました。

『損傷発生率を下げる』を重点課題として、環境づくりや対策に取り組んできました。

患者の特徴としては、

- ・高齢者が多く、認知症、不穏のある患者が年々増加傾向のうえ、今年度は回復期病棟の増室により脳血管疾患の患者が増えた。危険度Ⅲレベルの方が増え、また、外来患者様の転倒もあり家族の協力依頼も必要である。
- ・退院に向け、リハビリが進みADLが向上したことで転倒してしまった報告も昨年と同様に多かった。
- ・転倒・転落が多く、そのため拘束につながる例もあった。

次年度の目標

- ・転倒・転落発生時の報告を徹底
- ・「この患者さんは転倒するかもしれない」という認識を持ち、ベッドサイドの環境（柵、テーブル、床頭台の位置）、トイレまでの動線、杖、車椅子、履物、衣服への目配りを行い、環境整備チェック表の活用を強化。
- ・リスク評価により看護計画の実施、評価を徹底する。
- ・複数疾病を保有した多剤併用患者に対する、重複投薬や薬物相互作用リスクへの対策を講じる。また、眠前薬の変更とせん妄予防への取り組みを行う
- ・生活動作の拡大を安心、安全に行えるように注意する

課題

- ・環境チェック表の活用を行い予防対応を強化
- ・情報共有と学習

## 改善活動事例

### 院内情報共有や数値のフィードバック

- ・医療安全ホームページの充実
- 安全情報提供発信

### 勉強会・講習会の開催

- ・KYT※1報告会、勉強会、e-ラーニングの活用（院内リスク委員会・看護部リスク委員会）
- ・転倒・転落発生時の振り返りとRCA分析※2

### 医療安全醸成に向けた取り組み

- ・5S※3活動
- ・安全ラウンド
- ・医療安全情報の提供
- ・リスクレター配布
- ・薬物有害事象の観点から、眠剤の適正使用についての検討・せん妄アセスメントシートでリスク薬剤やベンゾジアセピン系薬剤の検討
- ・インシデント（ヒヤリハット）報告の件数アップを行い意識を高める
- ・ベット周りの環境調整と環境チェック表の強化

### 情報の共有に向けて

- ・ADL※4表 患者家族向けポスター掲示
- ・ピクトグラムの活用
- ・患者、家族への協力依頼の動画配信

### 設備・器具の見直し購入

- ・マットレスの劣化対策

※1 危険予知トレーニング

※2 根本原因分析

※3 整理・整頓・清掃・清潔・しつけ（習慣）

※4 日常生活動作

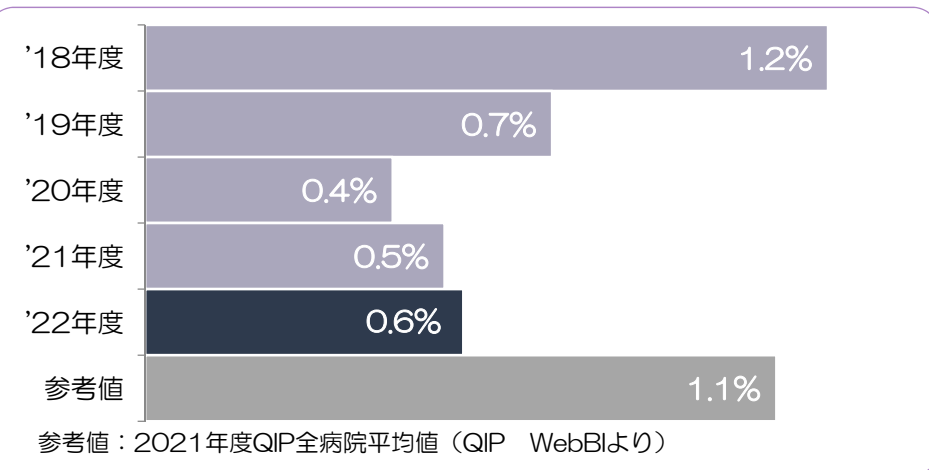
## QI-3 一般病棟7日以内の予定外再入院率 ※指標変更

### 指標の説明・定義

分子	退院後7日以内の計画外の入院かつ理由の種別が『6:新たな他疾患発症のため』以外
分母	調査対象となる一般病棟への入院の有無が「0:なし」を除く退院患者数
収集期間	1ヶ月毎

患者の中には、退院後7日以内に予定外の再入院をすることがあります。その背景としては、初回入院時の治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態で患者に早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。

2020年度、日本病院会QIプロジェクトの指標から京都大学QIPプロジェクトの指標に変更しましたが、QIPプロジェクトの本指標も2021年度で計測終了となりました。そのため、2022年度はQIP全病院平均値を参考値とし、新たな再入院率指標を計測することとなりました。



### 指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

### 考察

1年間の再入院率は、平均値0.58%、最大値3.15%、最小値0.00%という結果で、2021年度QIP全病院平均値1.1%と比較して低い値でした。

本年度から新しくなった指標は、前回入院疾患に関連した再入院を計測するため、より医療の質を測れるようになっていと思っています。

本年度、一番再入院率が高かったのが第二四半期（7-9月）で5件でした。7月に1件、9月に4件（最大値3.15%）の再入院となっており、9月は台風避難のためのレスパイト入院（介護者の休足、行事などによる短期的入院受け入れ）であることがわかりました。また、7月の再入院をみると、誤嚥性肺炎で入院することが増えている患者で、当院治療後に軽快したものの、退院後に誤嚥性肺炎が再発し再入院となった事例もありました。

夏は台風の時期でレスパイト入院が増加し、再入院増加に繋がりがやすいですが、もうひとつの要因として2022年度当院は、県地域医療構想・病床整備計画による地域包括ケア病床80床開設に向け、7月より一般病棟を2病棟開設し、計3病棟が一般病棟となりました。本指標は一般病棟からの退院患者が調査対象となるため、分子・分母の件数に影響を与え、再入院率増加に繋がったとも考えます。

しかし10月からは、地域包括ケア病床の許可を得たため一般病棟が1病棟へ戻ったためか、第三・第四半期（10-3月）までの再入院は1件のみでした。

病床機能再編の結果、再入院率は全国でも低い値を維持できていますので、継続できるよう努めてまいります。

### 改善活動事例

- ・委員会での報告や院内ホームページで値を共有した

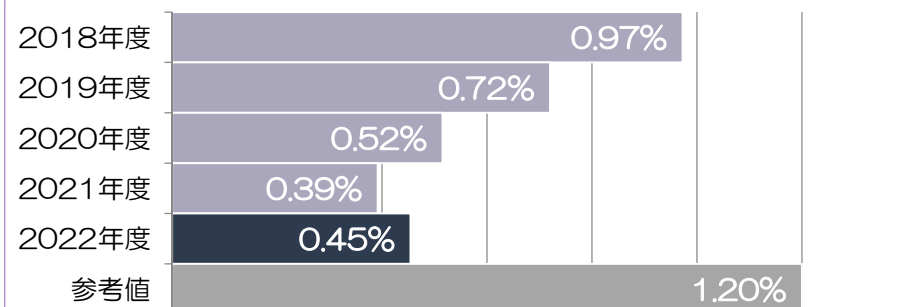
## Q1-4 褥瘡推定発生率

### 指標の説明・定義

分子	調査日に褥瘡を保有する患者数
分母	調査日の入院患者数
除外	入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者数
収集期間	1ヶ月毎

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOL※1の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

この指標は、院内で褥瘡が発生した割合を見るアウトカム指標です。褥瘡の新規発生率については日本国内では一定の算出方法がないため、日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率算出方法を用いました。分母の調査日の入院患者数には当日の入院患者は含めませんが、退院の患者は含めています。また、1名の患者が複数部位に褥瘡を有していても、患者数は1名として数えています。入院時にすでに褥瘡を保有していた患者であっても入院中に新規発生した場合は褥瘡推定発生率に加えています。



参考値：平成28年度日本褥瘡学会実態調査委員会調査施設の一般病院平均値

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

### 考察

2022年度褥瘡推定発生率は0.45%で、前年度より0.06%高く、全国平均より-0.75%であった。褥瘡発生部位は尾骨部が最も多く、次に踵部に多く見られた。日常生活動作の自立度がリハビリ期で身体介助を要する患者が多く、坐位姿勢のズレ（仙骨座り）により尾骨部褥瘡が多い要因として考えられた。また、COVID-19罹患後の廃用RH目的入院の患者が多く、自力体位変換が困難な患者に踵部褥瘡が見られた。

### 活動事例

#### 褥瘡回診/委員会活動

- ・毎週木曜日14：00より褥瘡専任医師・専任看護師・WOCナース※2・リハビリスタッフ・管理栄養士で褥瘡回診を行い、ケア方法や褥瘡予防、栄養管理について検討、病棟スタッフへ情報の共有と指導を行う
- ・褥瘡や創傷、アルブミン低下のある患者に対しNSTへ報告し栄養状態を評価・サポートを依頼する
- ・毎月第4火曜日に褥瘡委員会にて褥瘡発生件数を報告し、発生状況を把握、問題事例について事例検討や勉強会を行う
- ・新人職員対象の褥瘡勉強会や褥瘡委員会で勉強会を行い、病棟メンバーへ指導を行う
- ・学会やセミナー参加で得た情報を委員会や病棟にフィードバックを行う

#### 環境の整備

・エアマット、体圧分散マットおよびベースマットのリース契約見直し、導入を行っている。各患者のADLに応じたマットレスを提供できているか把握するため定期的に病棟ラウンドを行い、速やかにマットレスやポジショニングピローを提供できる環境調整を行っている。マットレスの適応とポジショニングピロー活用方法の周知徹底を行っている。

※1 生活の質

※2 皮膚・排泄ケア認定看護師

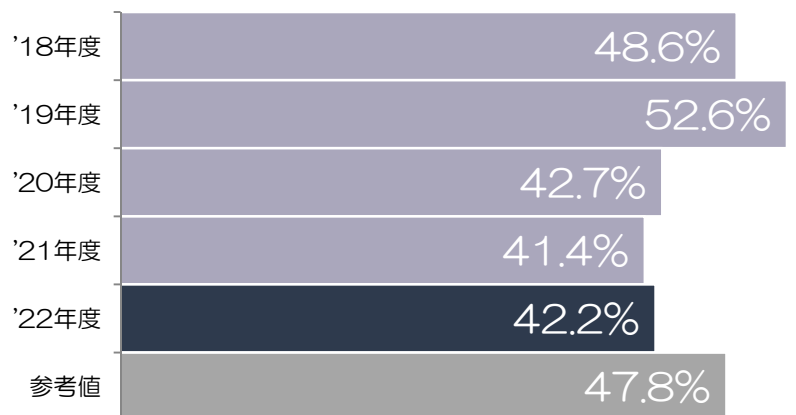
## QI-5 糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c）

### 指標の説明・定義

分子	HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数
分母	糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
除外	運動療法または食事療法のみ糖尿病患者
収集期間	3ヵ月毎

糖尿病の薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみる指標です。

HbA1cは、過去2～3か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。糖尿病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。したがって、HbA1cが7.0%以下にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の1つであると考えられます。ただし、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であり、専門医があえてHbA1cを高め維持している患者もいます。したがって、すべての患者で、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。



参考値：2021年度日本病院会QI推進事業平均値（日本病院会HPより）

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より高い値が望ましい

### 考察

日本病院会の報告でも季節的な要因が指摘されているため、6月、9月、12月、3月の4回の平均値を計測しました。

当院の2022年度の平均値は42.2%でした。日本病院会QI推進事業報告の平均値47.8%と比較して5.6%低い結果でした。昨年度と比較すると0.8%は改善しました。65歳以上のHbA1c8.0%未満の場合は、2022年度の平均値は76.1%で、参考値の平均値77.8%と比較し1.7%低い結果でした。昨年度と比較すると参考値との差が少なくなっています。

コントロール率が参考値より低い要因として、新型コロナ禍で食事・運動・薬物療法が指示どおりできず、また急性疾患によるストレスも多く、定期外来受診が滞ってしまったためだと考えられます。また、近隣医療機関からのコントロール不良な紹介患者も多く、紹介患者への個別指導は初回から2回連続することは定着できています。さらに、多職種で集団指導する糖尿病教室も運用について検討しながら進めています。

高齢患者へは直接指導や家族への介入を優先して行い、血糖コントロールの維持に務める必要があります。

### 改善活動事例

- ・個別指導と集団（糖尿病教室）指導の継続
- ・多職種連携（医師・看護師・栄養士・健康運動指導士・心理士・MSW）の継続
- ・合併症疾患に関連する科（眼科・皮膚科など）との連携

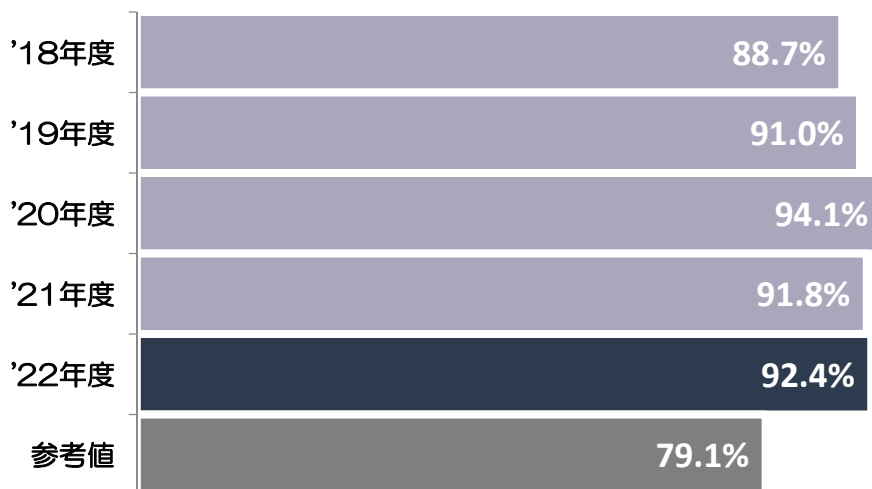
## QI-6 回復期リハビリテーション病棟在宅復帰率

### 指標の説明・定義

分子	回復期リハビリテーション病棟退院患者のうち自宅等へ退院した患者
分母	回復期リハビリテーション病棟退院患者
除外	他の保険医療機関へ転院した患者
収集期間	毎月

回復期リハビリテーション病棟退院患者のうち自宅等へ退院した患者を集計しました。

回復期リハビリテーション病棟の目的は、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折の急性期治療を終えた患者さんに歩行、移動、食事、更衣、排泄、会話などの集中的なリハビリテーションを提供することで、家庭での生活に戻れるようにすることです。本指標は回復期リハビリテーション病棟がこの目的をどのくらい達成できているかを評価するものです。ここでいう在宅には自宅以外の施設、例えばケアハウスなども含まれます。



参考値：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書  
2021年2月一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より高い値が望ましい

### 考察

2022年度の在宅復帰率は92.4%であり、前年と同様に高い数値を維持しています。参考値との比較でも当院は高い在宅復帰率であることが分かります。2022年度より当院の回復期リハビリ病棟が増床されました。多職種で協力し、コロナ禍での退院支援や家屋環境調整などの流れもスムーズになってきました。感染対策を講じた上での家屋調査なども実施しています。

### 改善活動事例

- ・院内情報共有や数値のフィードバック
- ・回復期病棟入院前より情報を取得し、方向性を早期に把握することで退院後の生活をイメージしたりリハビリの提供に努めた。
- ・コロナ禍でも感染対策を講じながら多職種によるカンファレンス・家屋調査を実施。早期に課題を情報共有し在宅に帰れるよう環境を整えた。
- ・毎週多職種カンファレンスを行い、退院阻害要因を早期に洗い出し、問題解決に向けての情報共有を行った。
- ・地域や介護事業所等と連携を取り情報収集し活用した。
- ・急性期病院へのラウンドを毎週行い、退院阻害因子の情報把握、今後必要と思われる社会福祉サービスなどを早期に想定し、退院支援へつなげることができた。
- ・病棟に退院支援看護師が配置されたことによる患者、家族との橋渡し。
- ・自宅での介護に向けた介護指導の強化。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ
2. 一般社団法人 日本病院会 2021年度 QIプロジェクト (QI推進事業) 結果報告
3. 日本褥瘡学会会誌 第4回(2016年度)日本褥瘡学会実態調査委員会報告1
4. 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書  
2021年2月
5. 2021年度京都大学QIP WebBI

社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 臨床指標委員会  
2023.12