

臨床指標2024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2024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)
※小数点第二を四捨五入して表示
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

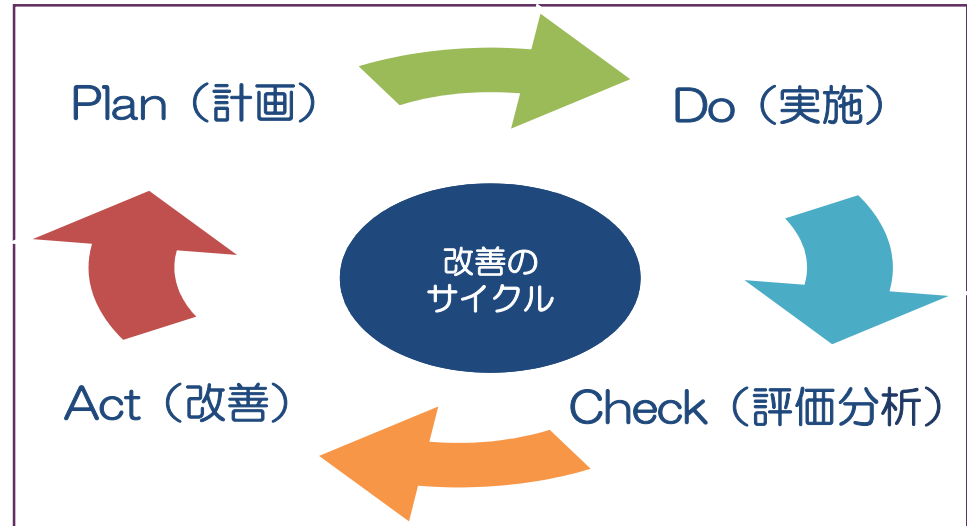


当院では、2012年より臨床指標への取り組みをはじめました。臨床指標の選定に当たっては、先進的な病院の取り組みを参考とし、18項目の臨床指標（CI）と、自院として一般の方にアピールしたい項目を中心に6項目の質指標（QI）を選定しました。

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、「死亡退院率」をQIからCIへ変更し報告いたします。



■2024年度 豊見城中央病院 臨床指標一覧■

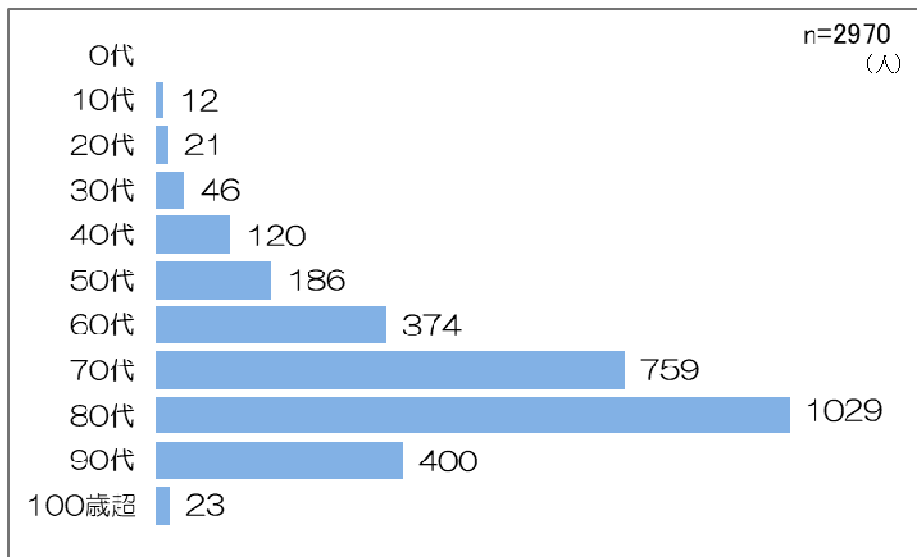
臨床指標Clinical Indicator (CI)

- [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](#)
- [CI-7 2週間以内の退院サマリー完成率](#)
- [CI-8 一般病棟7日以内の予定外再入院率](#)
- [CI-9 摂食機能療法の有効率](#)
- [CI-10 がん相談件数](#)
- [CI-11 インシデント・アクシデント報告件数](#)
- [CI-12 看護必要度](#)
- [CI-13 看護職の離職率](#)
- [CI-14 職員のインフルエンザワクチン予防接種率](#)
- [CI-15 職員の健診受診率](#)
- [CI-16 職員の非喫煙率](#)
- [CI-17 24時間以内の再手術件数](#)
- [CI-18 術後の肺塞栓発生件数](#)

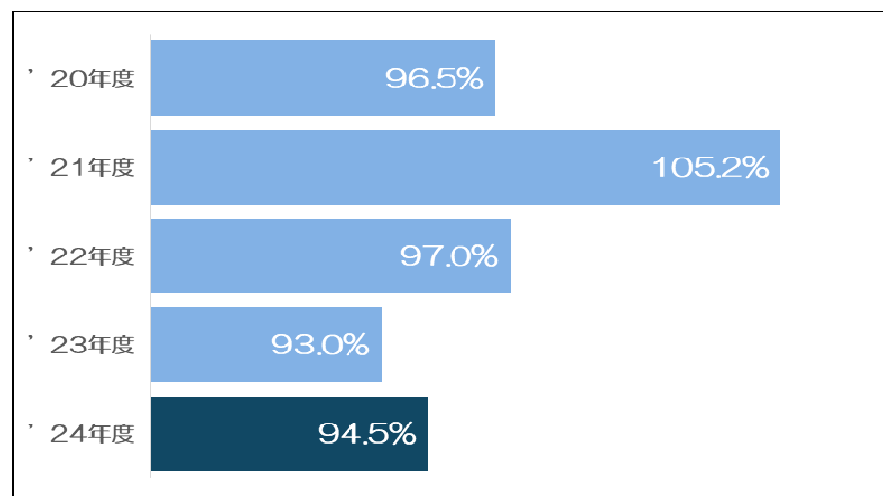
質指標Quality Indicator (QI)

- [QI-1 患者満足度](#)
- [QI-2 転倒転落発生率・転倒転落による損傷の発生率](#)
- [QI-3 褥瘡推定発生率](#)
- [QI-4 糖尿病患者の血糖コントロール率 \(HbA1c\)](#)
- [QI-5 回復期リハビリ病棟在宅復帰率](#)
- [QI-6 クリニカルパス使用率](#)

CI-1 年齢階級別退院患者数

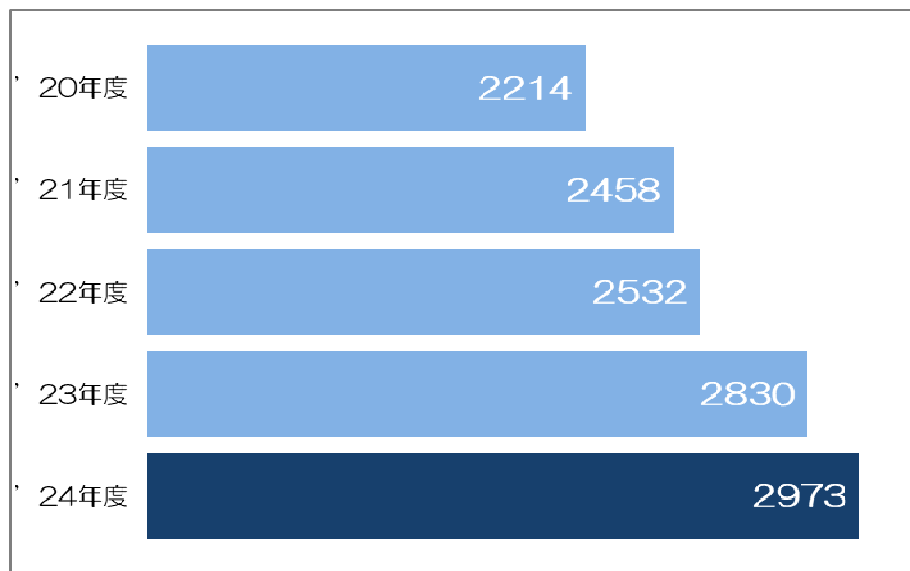


CI-3 平均病床利用率

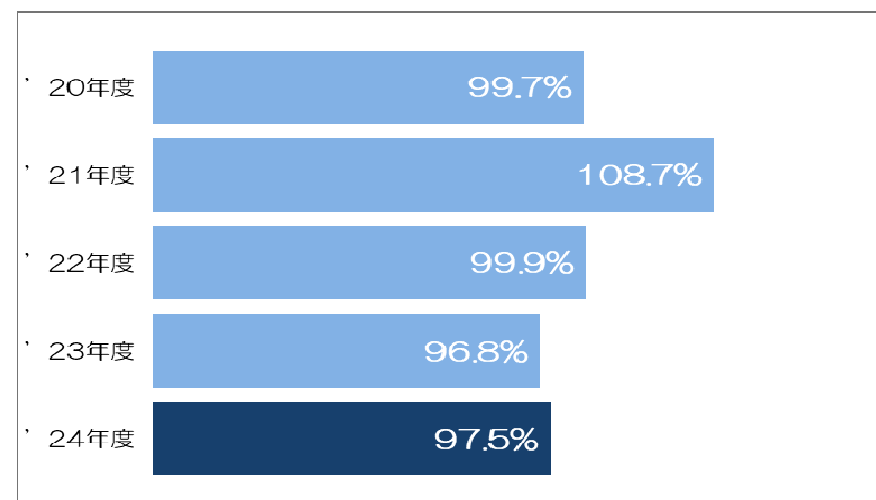


分子：24時現在の患者数
 分母：（月間日数×月末稼働病床数）
 ※2021年度新型コロナウイルス感染症による特例病床運用のため平均病床利用率100%超え

CI-2 新入院患者数

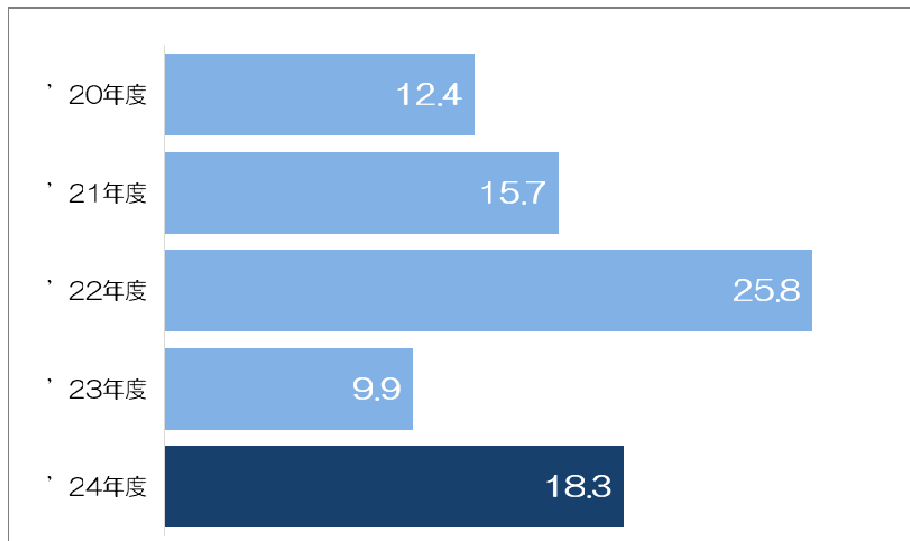


CI-4 平均病床稼働率



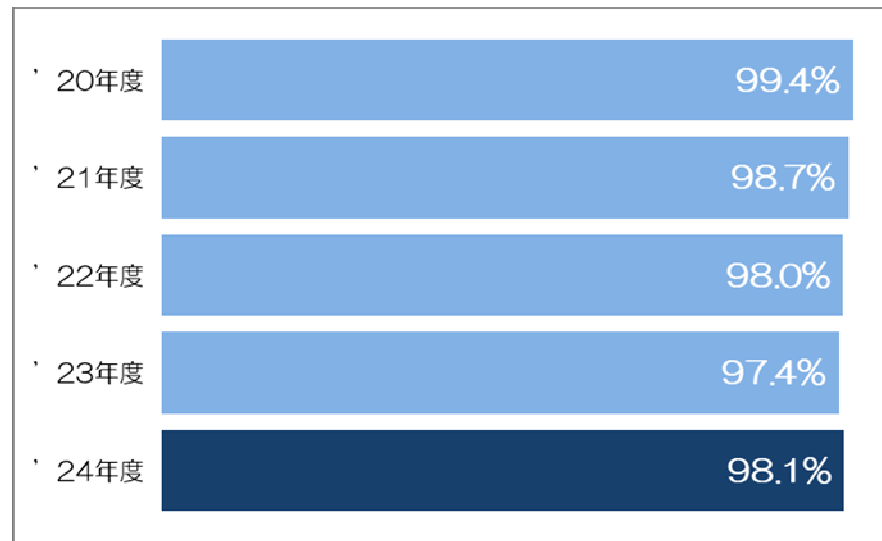
分子：24時現在の患者数+退院患者数
 分母：（月間日数×月末稼働病床数）

CI-5 一般病棟平均在院日数

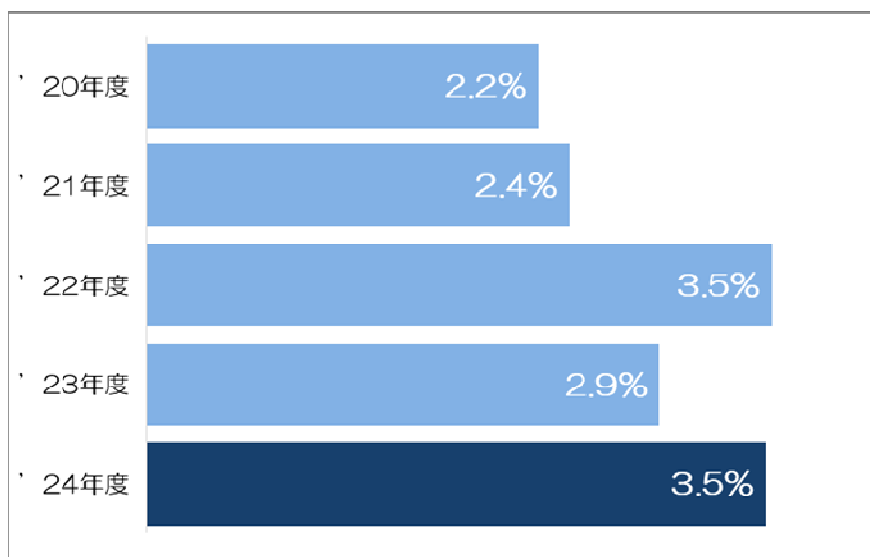


分子：在院患者延べ数
 分母：1/2 × (入院患者数+退院患者数)

CI-7 2週間以内の退院サマリー完成率

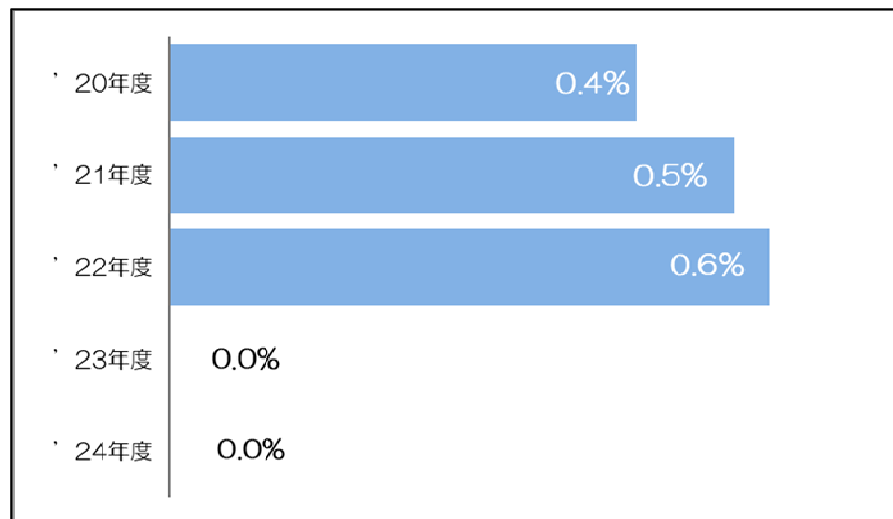


CI-6 死亡退院率

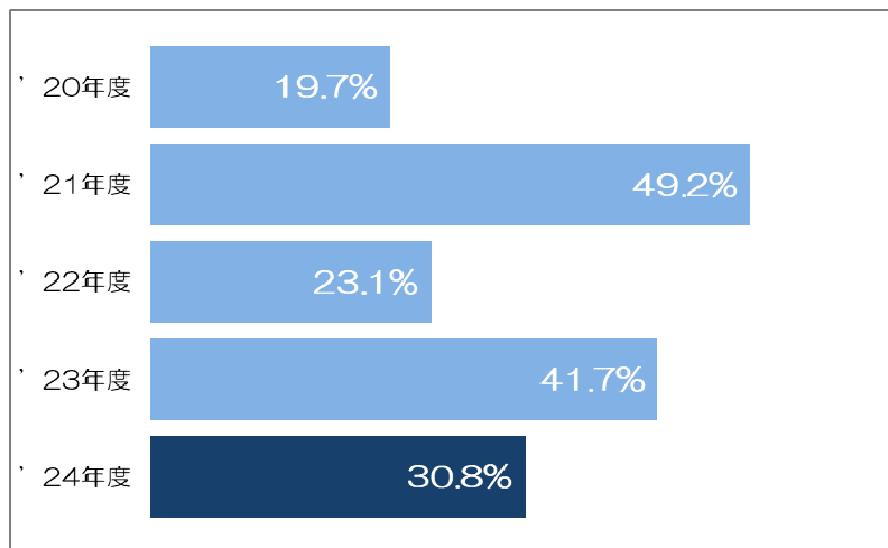


※緩和ケア病棟退院を除く

CI-8 一般病棟7日以内の予定外再入院率

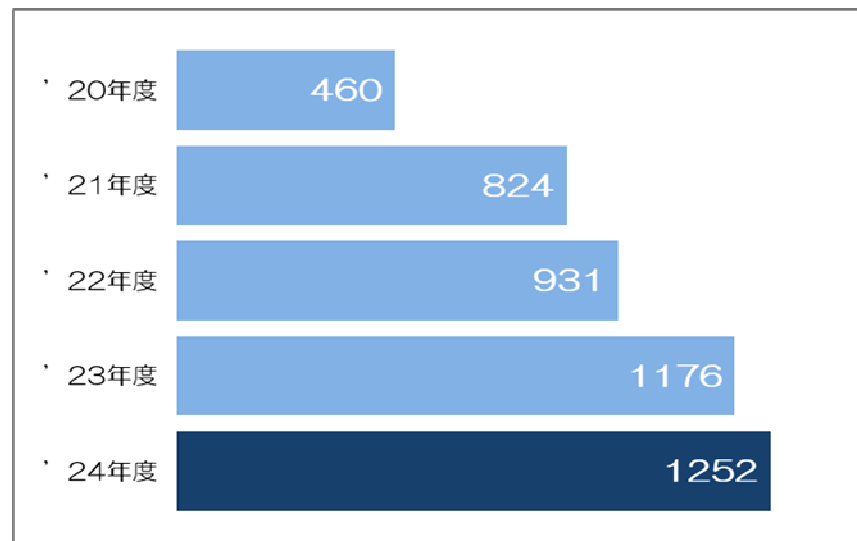


CI-9 摂食機能療法の有効率

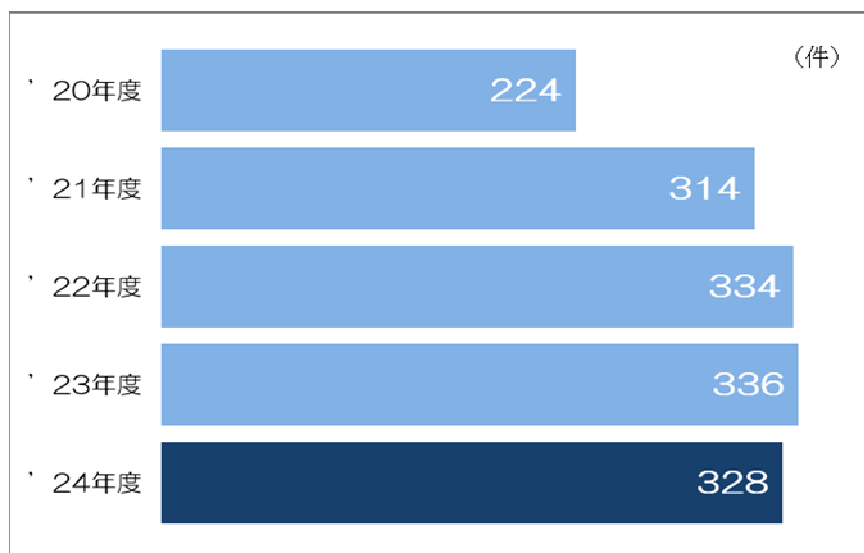


分子：FOIS (functional oral intake scale)が改善した患者数
分母：摂食機能療法実施患者数

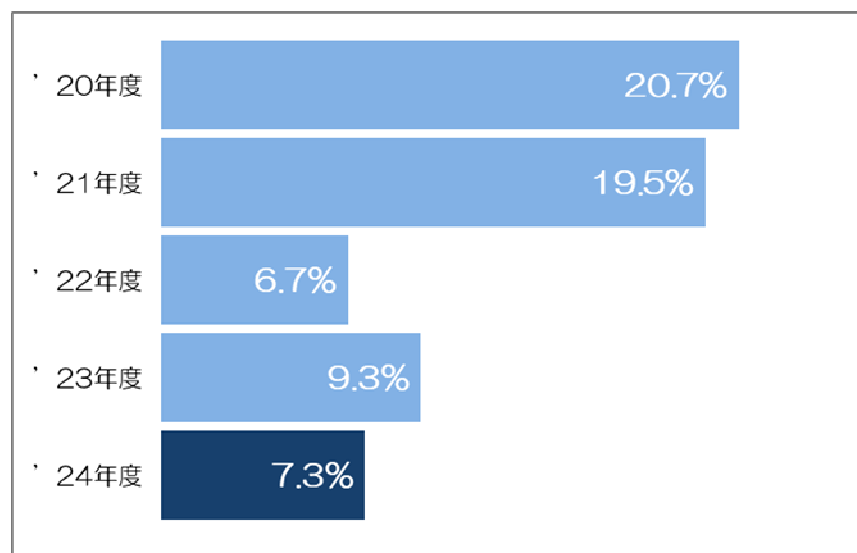
CI-11 インテント・アクト報告件数



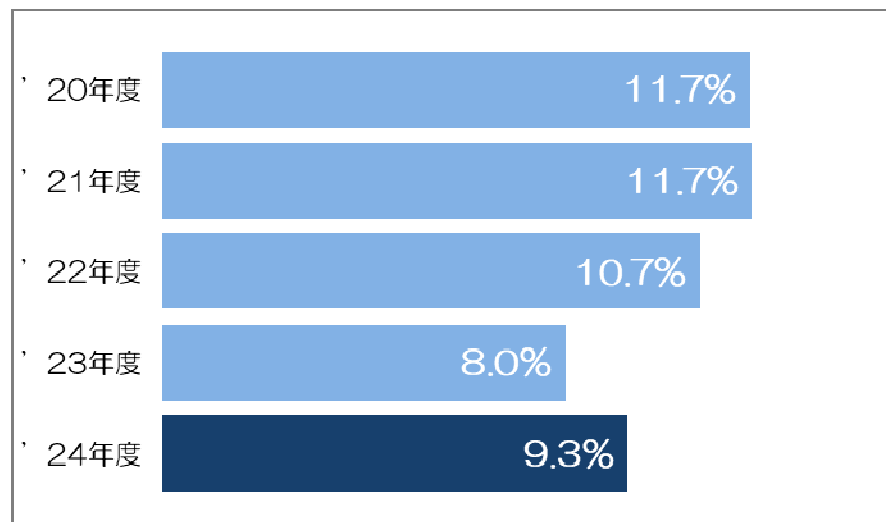
CI-10 がん相談件数



CI-12 看護必要度

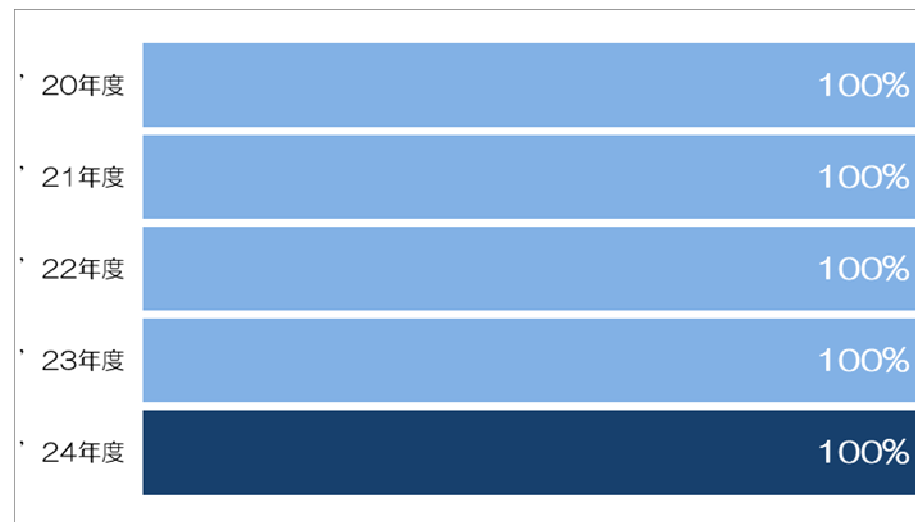


CI-13 看護職の離職率



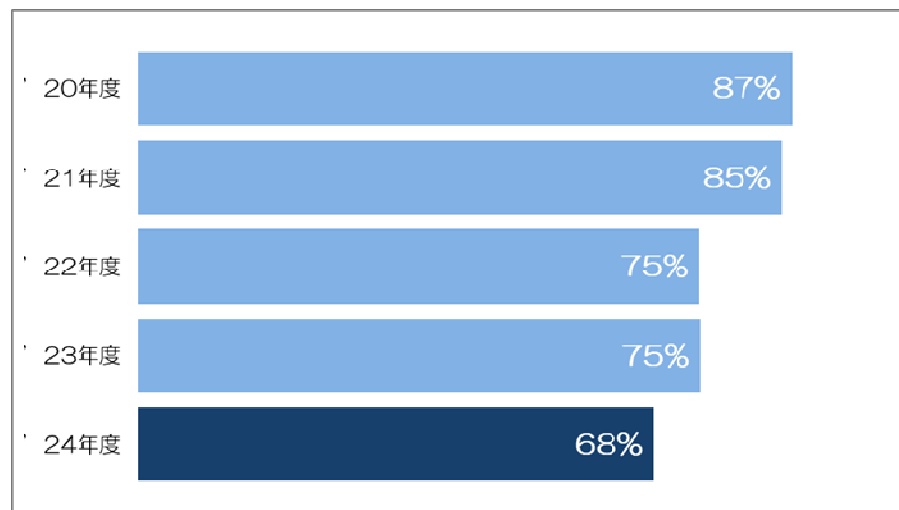
分子：退職者数
分母：年度末の在職看護師，准看護師数

CI-15 職員の健診受診率



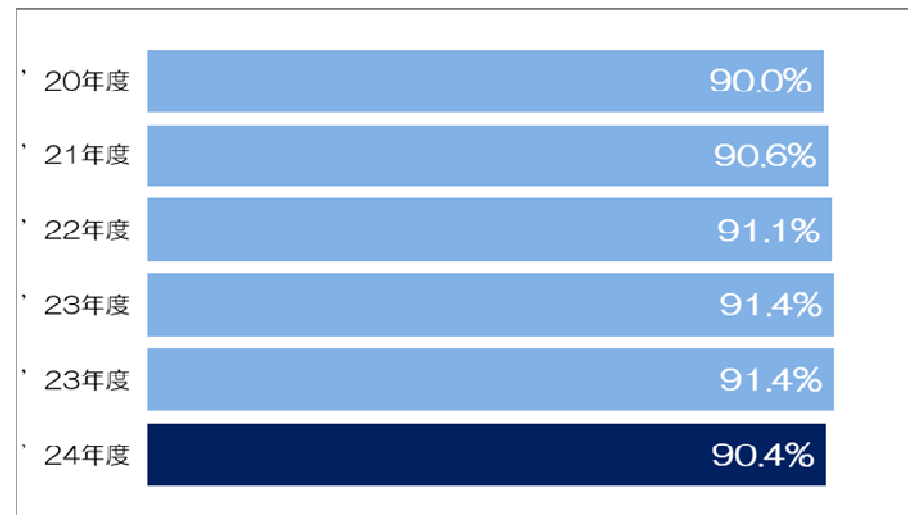
分子：職員健診を受診した職員数
分母：全職員数（介護事業部を含む）

CI-14 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-16 職員の非喫煙率

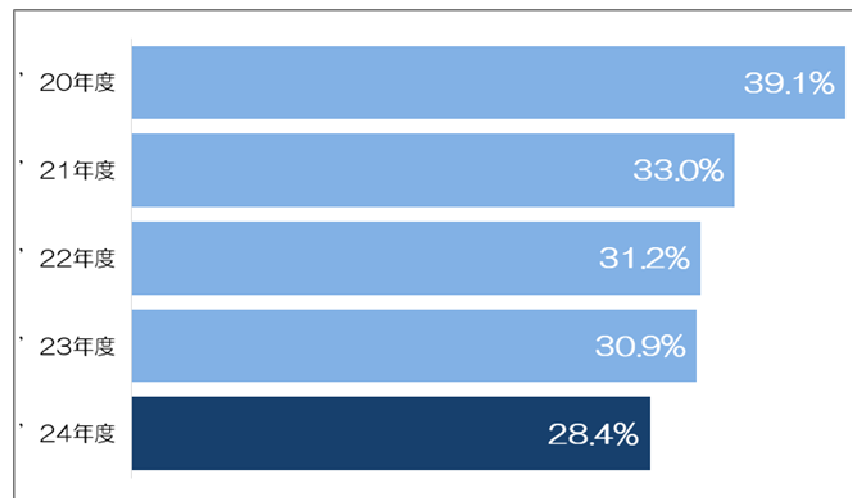


分子：非喫煙者数
分母：全職員数（介護事業部を含む）
除外：委託職員

CI-17 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	497
再手術率		0%

QI-6 クリニカルパス使用率



分子：パス使用患者数
 分母：退院患者数（全病棟）

CI-18 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	351
発生率		0%

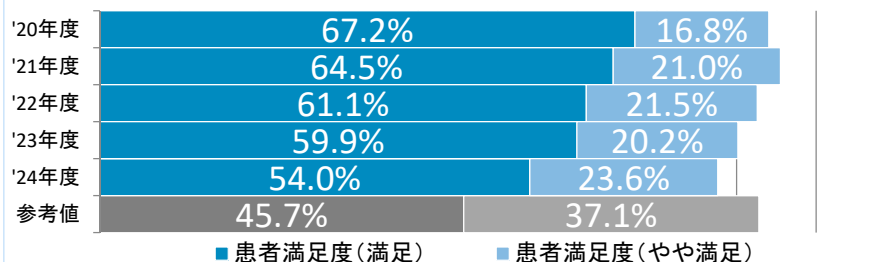
QI-1 患者満足度

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

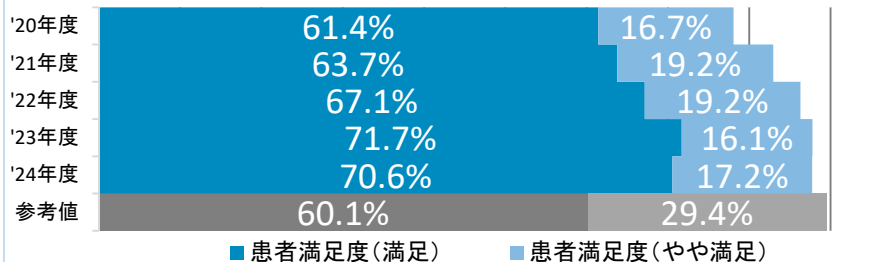
外来患者、入院患者の当院への評価や満足度を把握し問題点の改善と満足度の向上を図るため調査を実施し、5段階評価（満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満足、不満足）の「満足」「やや満足」を集計しました。

<外来患者>



参考値：2023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>



参考値：2023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

- 外来について
 - 満足、やや満足の合計が77.6%となり、前年度比較 -2.5% 目標値の83%を下回りました。
 - 回収率は、92.2%で昨年度の78.9%から13.3%上昇しました。
 - 令和7年度の目標値は、昨年同様（83%）に設定したいと思いません。 ※2023年度日本病院会QI推進事業平均値=82.8%
- 入院について
 - 満足とやや満足の合計が、87.8%と、前年同等（87.8%）の結果となりましたが、目標値の89.8%には届きませんでした。
 - 回収率は前年度より1.6%上昇したが、ここ数年は横這い状態である。回収率を高める取り組みが必要。
 - 令和7年度の目標値は、2023年度日本病院会QI推進事業平均値の（89.5%）に設定したいと思いません。

今後の改善活動

接遇研修については、2024年度は全職員対象に実施し、134名の受講があった。患者対応の基本となることから、引き続き、全職員の接遇面向上に取り組みたい。課題となっている、「外来待ち時間」の対策として、システム導入を検討中。WEB予約や診察待ち案内等、患者がストレスなく受診できる環境整備に取り組みたい。また、他事業所の取り組みにあるよう、待ち時間にFree Wi-Fi活用し、書籍・雑誌が閲覧できるようなシステムの導入も検討したい。

QI-2 転倒・転落発生率、損傷発生率

①転倒・転落発生率

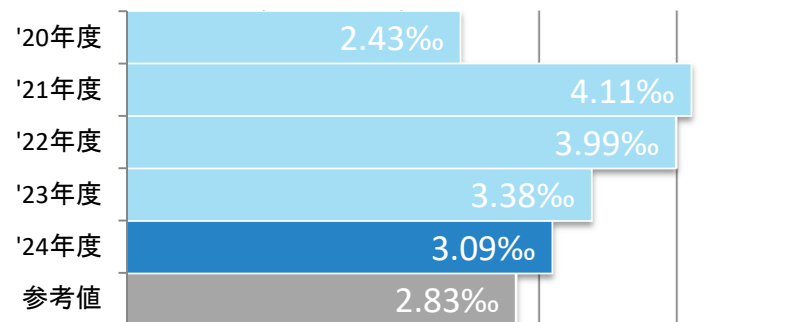
分子	レポートが提出された転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数
除外	分子除外＝学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間	1ヶ月毎

②転倒・転落による損傷発生率

分子	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

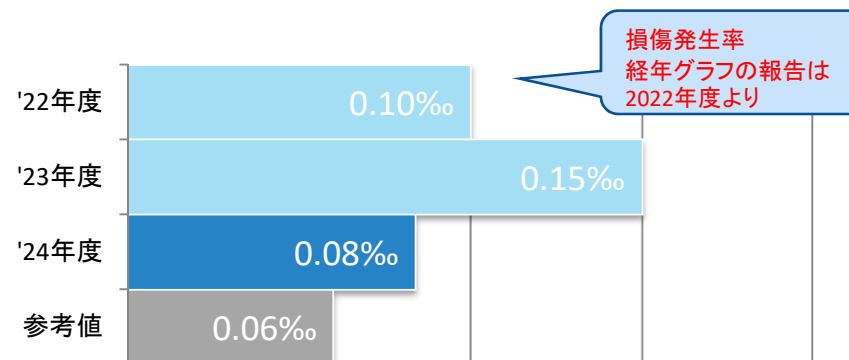
入院中の患者の転倒原因としては、転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについてはインシデント・アクシデント分類基準の「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：2023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：2023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 より低い値が望ましい

考察

2024年度は、280件の転倒・転落レポート提出がありました。有害事象の3b以上9件で昨年より5件減少しています。

転倒・転落発生率は3.09%、損傷発生率は0.08%前年度より転倒転落発生率、損傷発生率ともに減少していました。

『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たことが、結果につながっていると思います。

患者の特徴としては、高齢者が多く、認知症、せん妄のある患者が年々増加傾向のうえ、回復期リハビリ病棟が3病棟あることから脳血管疾患の患者の受け入れが増えています。転棟、転落の危険度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す。

退院に向け、リハビリが進みADL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くありました。

転倒・転落が多く、そのため拘束につながる例もありました。

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
- ・スマートベッドシステムの導入により、機能を安全に結びつけることができる。

課題

- ・身体拘束最小化とともに転倒転落対策
- ・情報共有と学習
- ・スマートベッドシステムを転倒転落予防に結びつける対策を講じる

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
- ・認知症患者への関わり方について
- ・身体拘束最小化への取り組み

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ゼピン系薬剤の検討
- ・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整備チェック表の強化

情報の共有に向けて

- ・ADL※4表 患者家族向けポスター掲示
- ・ピクトグラムを活用
- ・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

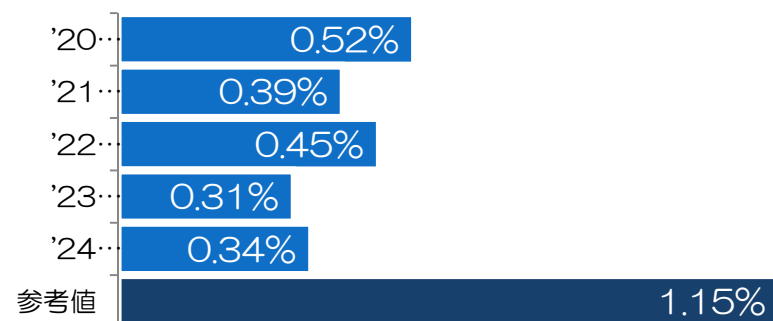
QI-3 褥瘡推定発生率

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：2021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

2024年度褥瘡推定発生率は0.34%で、前年度より0.03%高かったが、全国平均より-0.81%であった。褥瘡発生部位は尾骨部が最も多く、次に仙骨部、踵部・くるぶし・足底外側に多く見られた。日常生活動作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・仙骨部褥瘡が多い要因として考えられた。回復期の廃用リハビリ目的の入院の患者が多く、下腿浮腫があり自力体位変換が困難な患者に踵部やくるぶし、足底外側の褥瘡が見られた。

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を行い、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・栄養サポートを依頼する
- ・毎月第4火曜日に開催している褥瘡委員会で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を行う
- ・新人職員対象の褥瘡勉強会や褥瘡委員会内でメンバーが持ち回りで勉強会を行い、各部署へのフィードバックを行う
- ・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、ベースマットのリース契約見直し、導入を行っている。各患者の日常生活動作自立度に応じたマットレスを提供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。自立度に応じた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

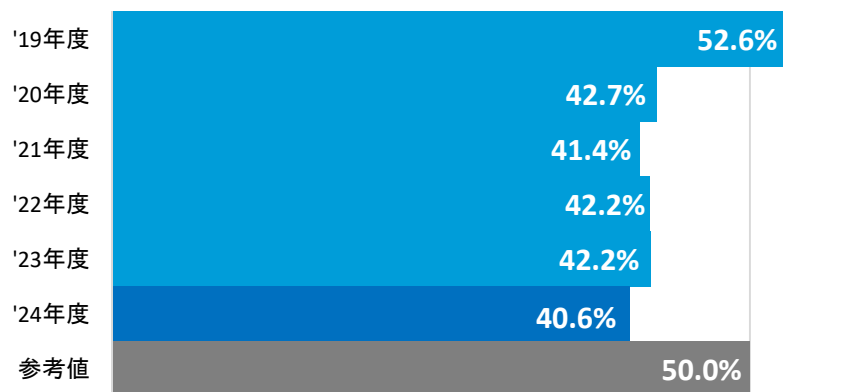
QI-4 糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c）

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ための糖尿病患者
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：2023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2024年度の平均値は40.6%でした。日本病院会QI推進事業報告の平均値50.0%と比較して9.4%低い結果でした。また、経年推移では昨年度と大きな変化はありませんでした。65歳以上のHbA1c8.0%未満の場合は、2024年度の平均値は71.6%で、参考値の平均値79.2%と比較し7.6%低い結果でした。2023年度の平均値72.6%と比べ悪化傾向にある。

コントロール率が参考値より低い要因として、専門医がおり、コントロール不良な患者の紹介が多い。また、高齢者のコントロール不良な患者が増え、介入の必要がある。

また、調査期間中に検査を受けていない患者は、分母に含まれるが分子には含まれないため、数値が低くなっている可能性があることも念頭に置き、予約変更が多い患者には留意して対応する。

改善活動事例

紹介された患者への個別指導と、多職種で集団指導する糖尿病教室への参加の促しも定着してきたが今後も継続していく。

高齢者では家族介入や社会資源の必要性についてスクリーニングを実施し、問題解決の支援をしている。スクリーニング実施した患者の対応はスタッフで情報共有する。

予約変更や処方のみ来院が続く場合には、継続通院可能かを確認し、医師と調整を図る

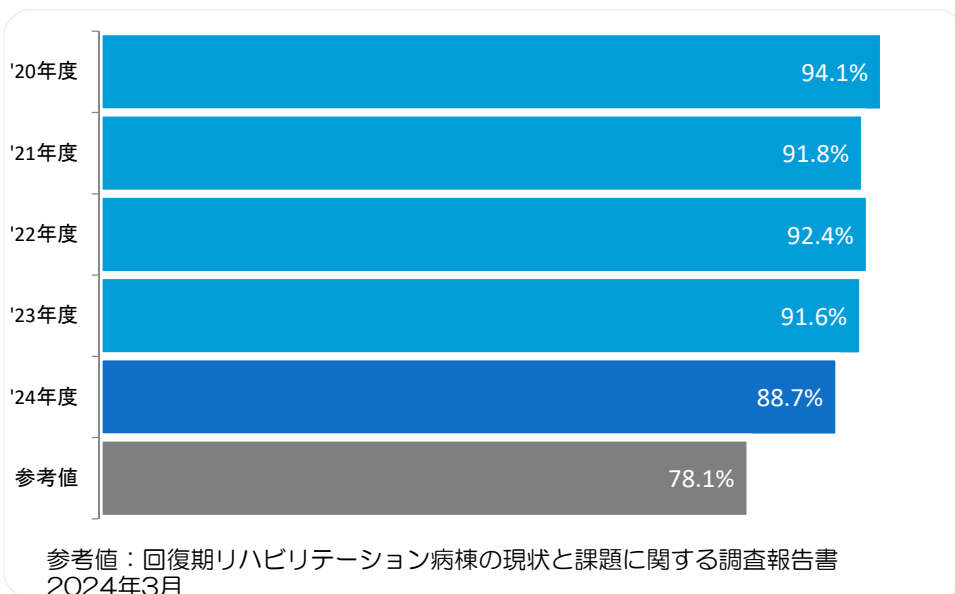
QI-5 回復期リハビリ病棟在宅復帰率

指標の説明・定義

分子	回復期リハビリ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。



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

2024年度は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が、新型コロナウイルス感染症クラスター発生に伴い、患者のADL低下が多く認められた。さらに、老健施設や転院が増加したことも影響し、在宅復帰率の低下につながったと考えられます。

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収集し、多職種で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務めた。
- ・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を収集し活用した。
- ・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、家族との橋渡しすることで、退院阻害因子を明確にすることができた。
- ・自宅での介護に向けた介護指導の強化。
- ・退院後調査の実施、フィードバックの取り組み強化。

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 2023年度 QIプロジェクト (QI推進事業) 結果報告
3. 2021年度日本褥瘡学会実態調査委員会調査報告
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
2024年3月