

Q I 報告 2014年度

Quality Indicator 解説

さいたま赤十字病院の理念「信頼される医療」を実現するため、基本方針の一つとして「医療の質の向上と安全な医療の提供」を掲げています。しかし、医療の質の良し悪しや向上しているのかどうかを評価することは容易ではありません。安全な医療についても同様です。医療には多彩な側面があり様々な要素が絡み合うため、単純に一つの“ものさし”で測定することが出来ないからです。

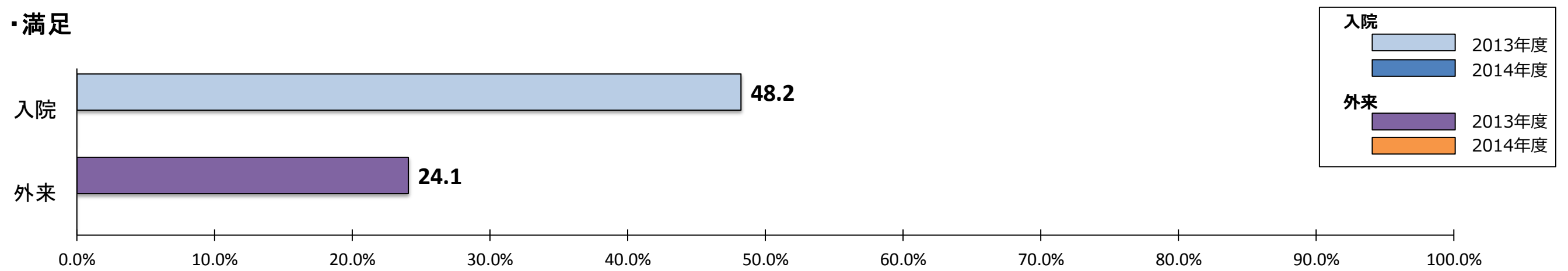
そこでいくつかの視点や切り口から、標準的な診療過程（Process）やその結果導き出された成績（Outcome）を指標すなわち“ものさし”として定め、医療の質や安全性を評価しようとする試みが医療の質指標（Quality Indicator : QI）です。

当院は、2013年から日本病院会のQIプロジェクトに参加しています。基本的にQIは病院間の比較を行うためのものではありません。QIは自院における医療の質を見える化し、経時的変化をモニターすることによって改善につなげる、道具としての位置付けでとらえるべきと考えています。

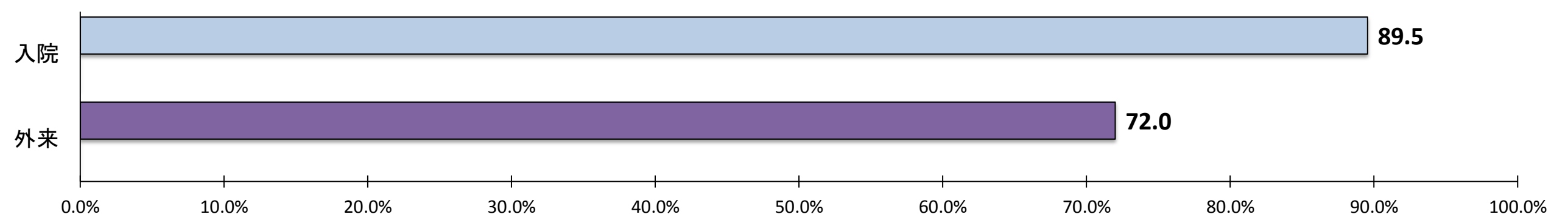
今後この指標のベクトルが医療の質向上やより安全な医療に向かうよう、病院運営を含め日々診療に取り組んでまいります。

1. 患者満足度

・満足



・満足または、やや満足



受けた医療に対する患者さんの満足度を調査することは、医療の質を測る直接的な評価指標となり高いほど良いと考えられます。患者満足度（外来患者）は、患者満足度調査に回答した外来患者さんで「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足と回答した外来患者さんの割合と、満足またはやや満足と回答した外来患者さんの割合を示しています。患者満足度（入院患者）は、同じく患者満足度調査に回答した入院患者さんで「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足と回答した入院患者さんの割合と、満足またはやや満足と回答した入院患者さんの割合を示しています。

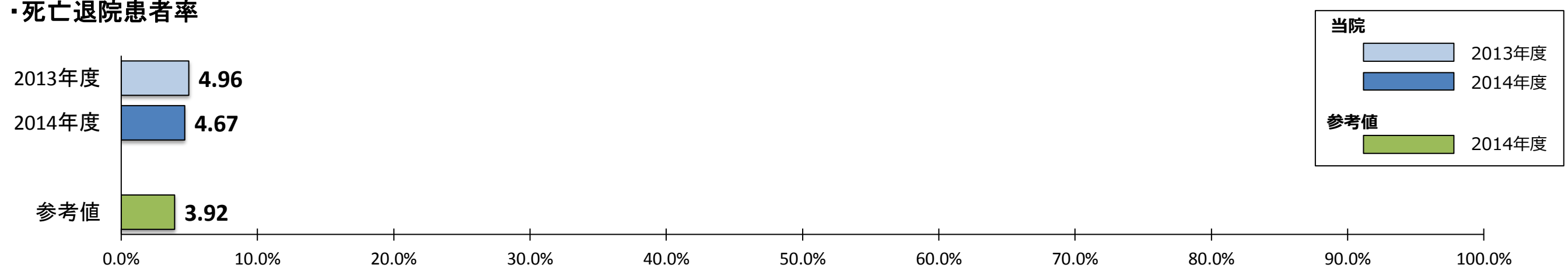
入院患者さんに比べて外来患者さんの満足度が低い理由は、「待ち時間」に対する不満が大きく影響しているものと考えています。診察予約を取っていただいているにもかかわらずお待たせしてしまうことが多々あることは承知しており、日々改善に努めていますがまだ十分とは言えない状況です。今後も引き続き努力してまいりますのでご理解、ご協力をお願いいたします。

※残念ながら諸般の事情で2014年度は「満足度調査」が行えませんでした。お詫び申し上げます。2015年度は秋頃を予定しておりますのでご協力よろしくをお願いいたします。

2. 死亡退院患者率

※参考値は、Q Iプロジェクト参加病院の平均値

・死亡退院患者率

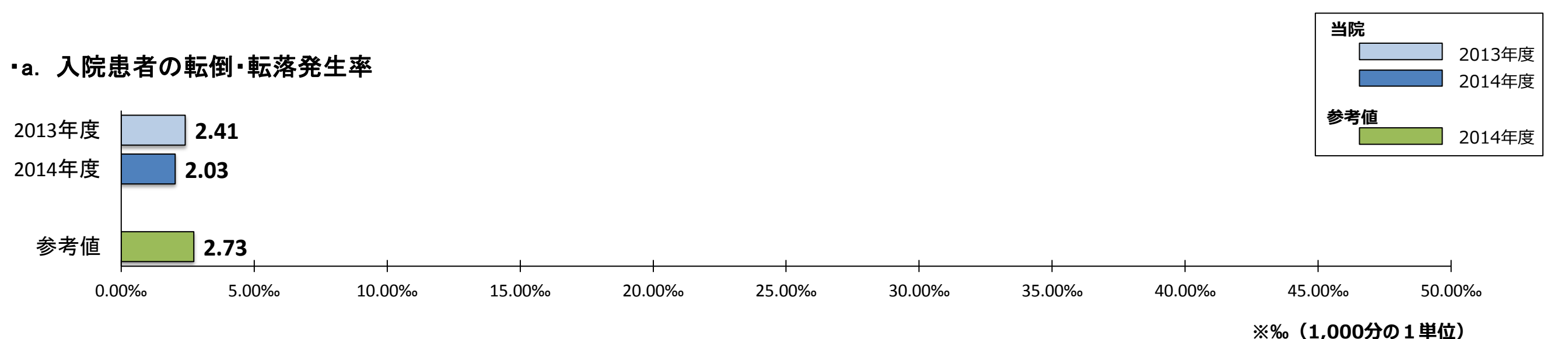


当院を利用された患者さんのうち亡くなられた件数の割合を示します。より重篤な患者さんの受け入れを行う救命救急センターやがん診療拠点病院の機能を果たしているため全国平均に比べてやや高くなっています。とは言ってもわれわれの努力で数値改善の余地は無いのか、M&Mカンファレンス（死亡症例検討会）等で検証し、よりよい医療につなげる活動を継続的に行っています。

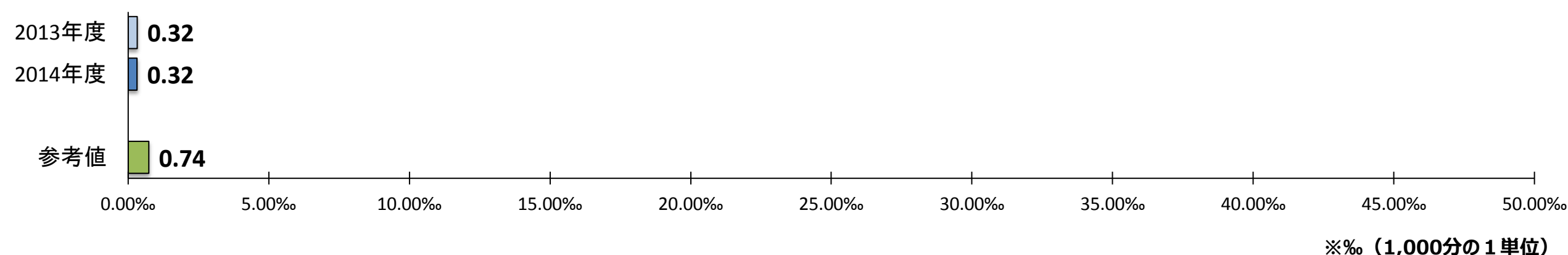
2014年度、わずかですが改善されています。

3. 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

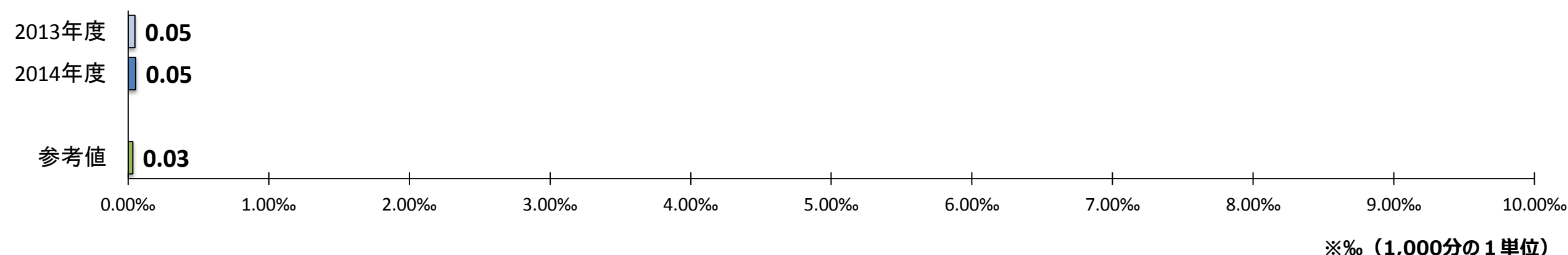
・a. 入院患者の転倒・転落発生率



・b. 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル2以上)



・c. 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル4以上)

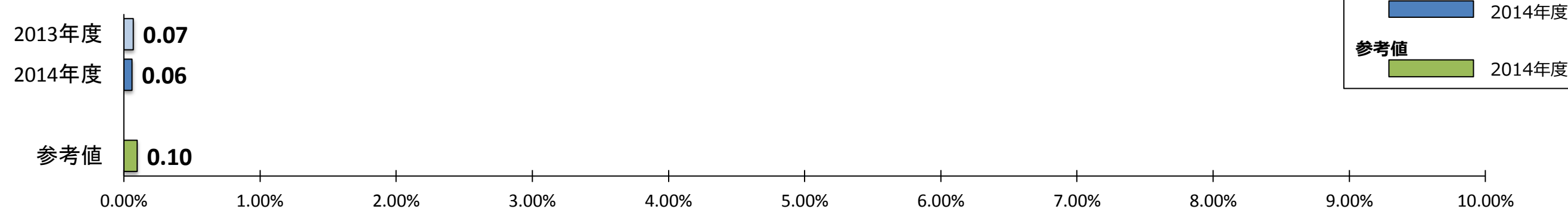


環境の変化や病気そのもの影響などにより入院患者さんの転倒・転落が少なからず発生しています。医療安全推進室では転倒・転落の事例を収集して、その要因を分析・特定し、現場にフィードバックすることで予防につなげようと日々努力しています。その取り組みが有効に機能しているかどうかについては転倒・転落発生率とそれによる損傷発生率の動向を追跡することによって検証が可能になります。

2014年度、転倒・転落発生率はわずかではありますが減少しています。

4. 褥瘡発生率

・褥瘡発生率

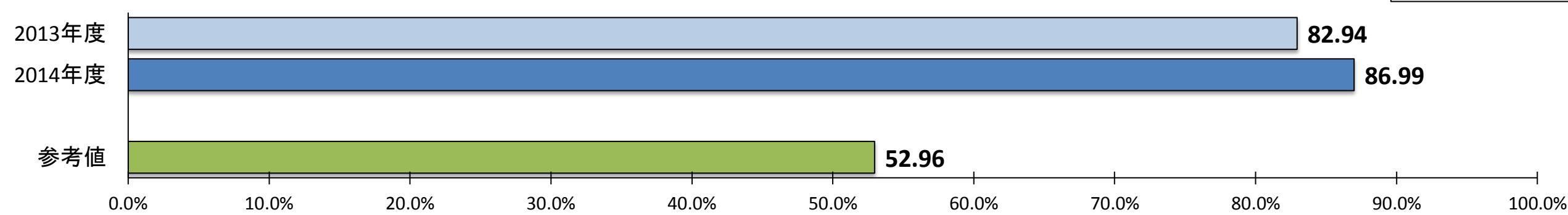


褥瘡は、患者さんの生活の質 (QOL) を著しく低下させるため、その予防対策は医療を提供するうえで大きな課題となっています。そのため褥瘡発生率は看護ケアの質評価の重要な指標の一つと考えられ、低いほど良質な医療であるということも言えるまでもありません。

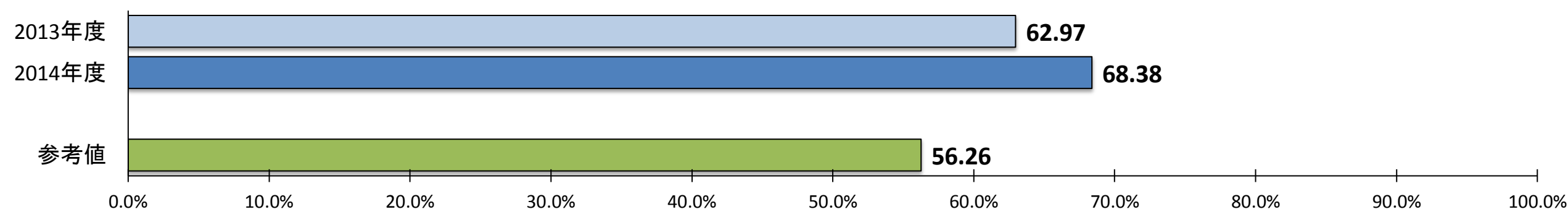
2014年度はごくわずかですが減少しています。

5. 紹介・逆紹介率

・紹介率



・逆紹介率

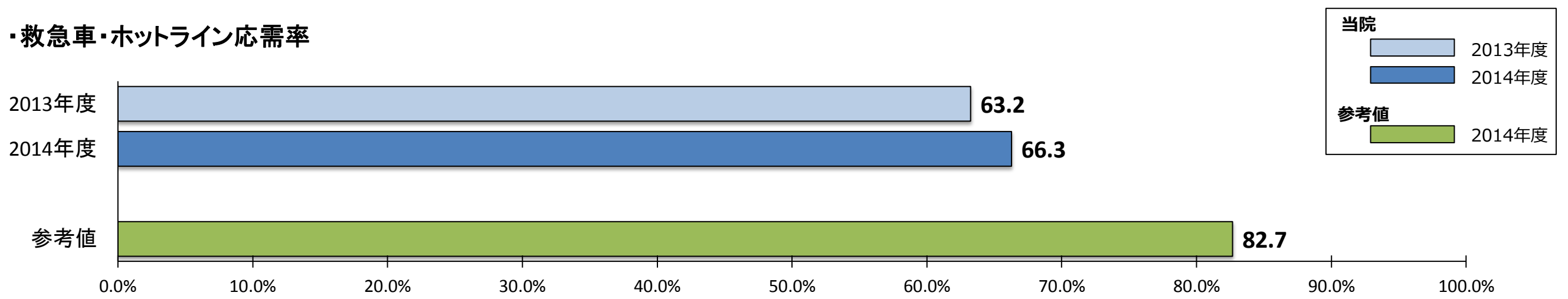


超高齢化社会になる2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が始まっています。この社会構造を支える医療提供体制実現のため地域医療構想の策定も同時に進められ、かかりつけ医と地域の基幹病院との役割分担と連携がますます重要視されています。紹介率、逆紹介率は連携の指標として最もわかり易い数値といえます。

当院は数年来、地域医療支援病院として病診連携の推進に取り組んできました。紹介率・逆紹介率とも年々上昇しています。

6. 救急車・ホットライン応需率

・救急車・ホットライン応需率



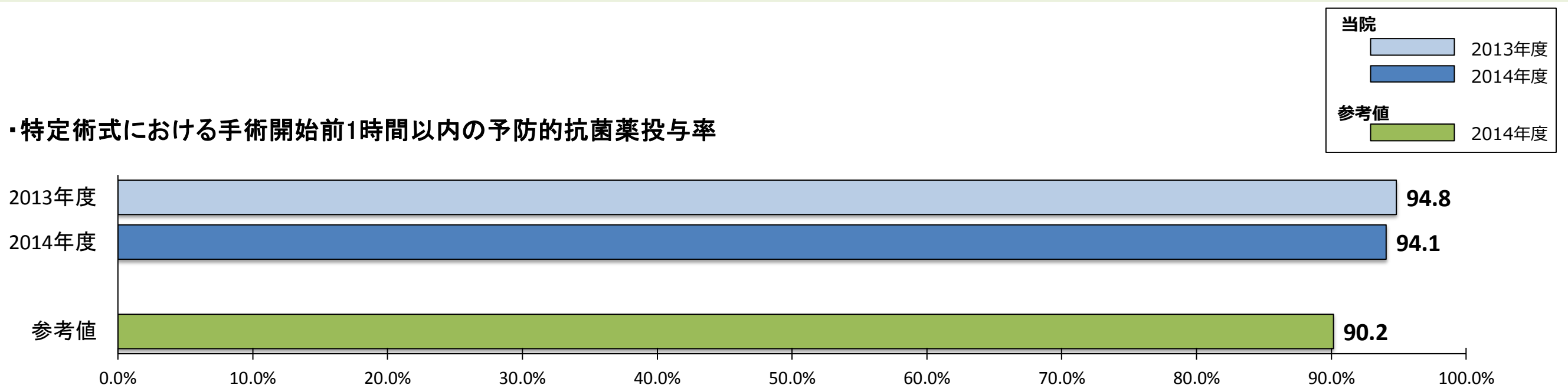
救急車受入れ要請に対し当院が受け入れを受諾した割合を示します。[救急車で来院した患者数]÷[救急車受入れ要請件数]で算出される指標です。広域からの救急受入れ要請数を正確に把握できる体制が構築できていないため、さいたま市消防局管内のみの限定的なデータ（全体の約90%弱）になっていますが、地域における高度急性期病院としての当院の役割を考えるうえで最も重要な指標の一つと考えています。

2014年度は、第1次から第3次までトータルで7,986件とこの地域の医療機関では最も多く救急要請を受け入れました。しかしながら、応需率としては前年よりやや増えてはいるものの66.3%と全く満足できる数字ではありません。

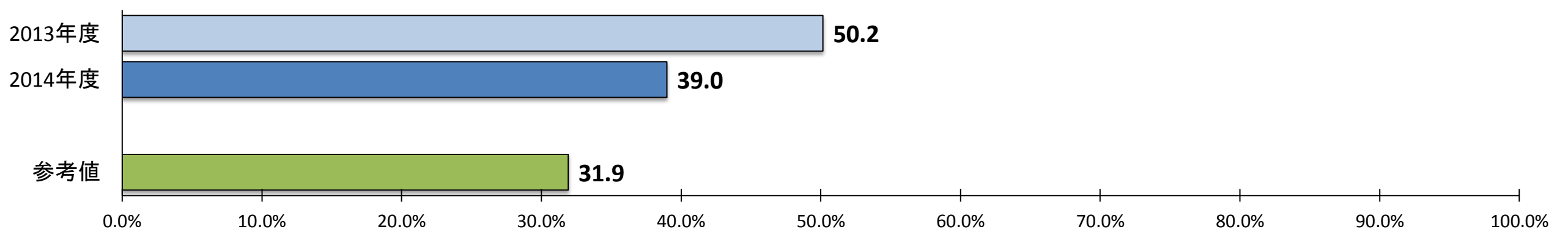
第3次救急としての救命救急センター・救急医学科は基本的に断らないため、応需率を上げるためには第2次救急要請を如何にたくさん受け入れられる体制を整えていくかを喫緊の課題と認識し、鋭意努力をしているところです。

7. 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

・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



・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



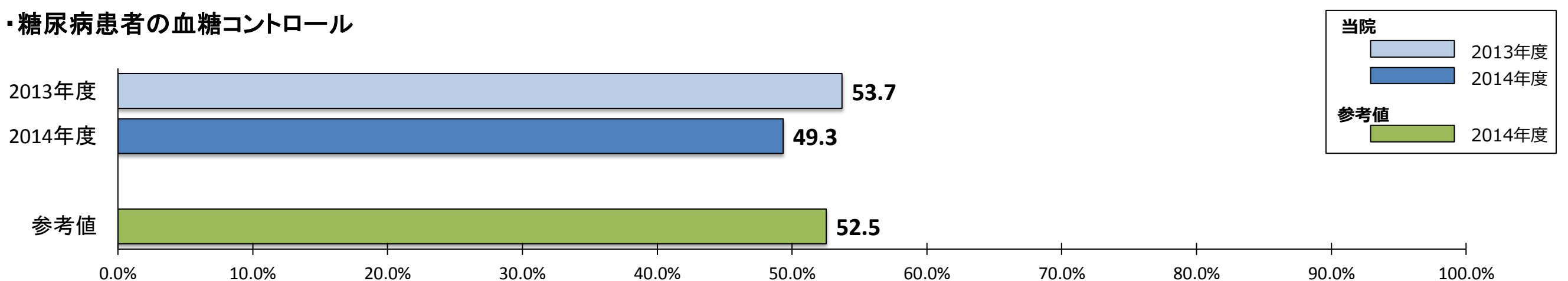
手術後に手術部位感染が発生すると入院期間が延び、それだけ社会復帰も遅れることになります。手術執刀開始1時間以内に適切な抗菌薬を静脈注射することで効果的に手術部位感染を予防することができると考えられています。

一方、不必要に長期間投与することで抗菌薬の副作用や耐性菌の出現など有害事象が発生するため、一般的には、心臓手術で術後48時間以内、その他の手術で術後24時間以内に抗菌薬の投与を中止することが推奨されています。分母対象となる手術は、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術になります。

2014年度その実施率は、全国平均よりは高いものの残念ながらいずれも減少しています。

8. 糖尿病患者の血糖コントロール

・糖尿病患者の血糖コントロール

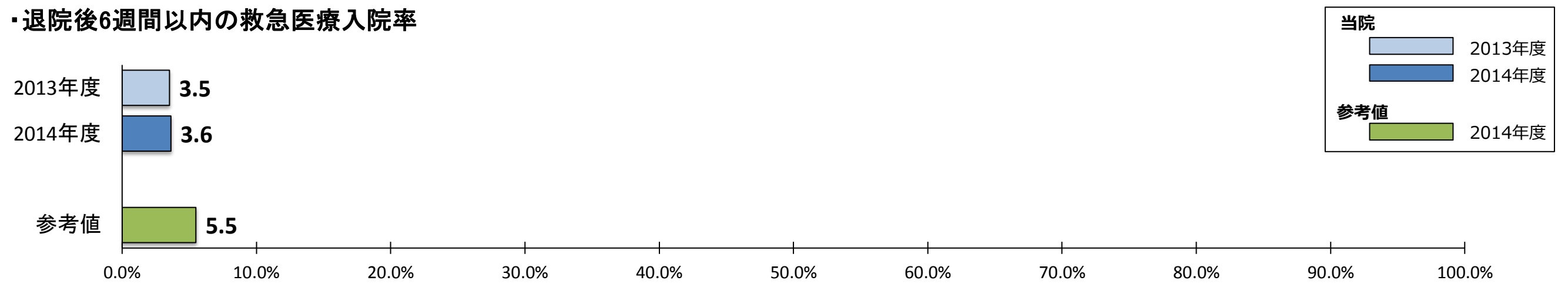


糖尿病の薬物療法を施行されている外来患者さんで、HbA1c (NGSP) の最終値が7.0%未満の外来患者さんの割合を示します。HbA1cは過去2-3か月の血糖値のコントロール状態を表し、7.0%未満は優・良・可の可とみなされ、糖尿病による合併症の頻度がそれだけ小さくなるとされています。様々な条件があり一概には言えない部分もありますが、糖尿病診療の質を示す指標とされています。

2013年度全国平均を上回っていましたが、2014年度は残念ながらやや下回っています。

9. 退院後6週間以内の救急医療入院率

・退院後6週間以内の救急医療入院率

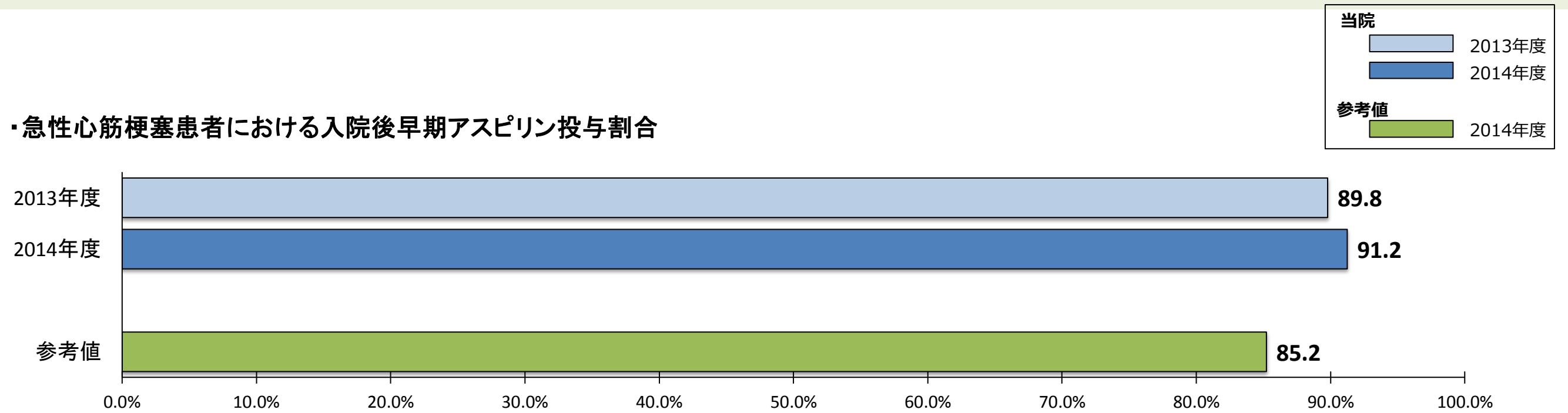


退院後6週間以内に予定外の再入院があった場合、初回入院時の治療が不十分であったとか回復が不完全な状態で退院をしてしまったなどの可能性があります。当院のような急性期病院には平均在院日数の短縮が求められており、予定外再入院率をモニターすることで無理な早期退院を強制していないかを検証できると考えています。

2014年度は2013年度とほぼ同じ数値で、全国平均より良い実績を維持しています。

10. 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

・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

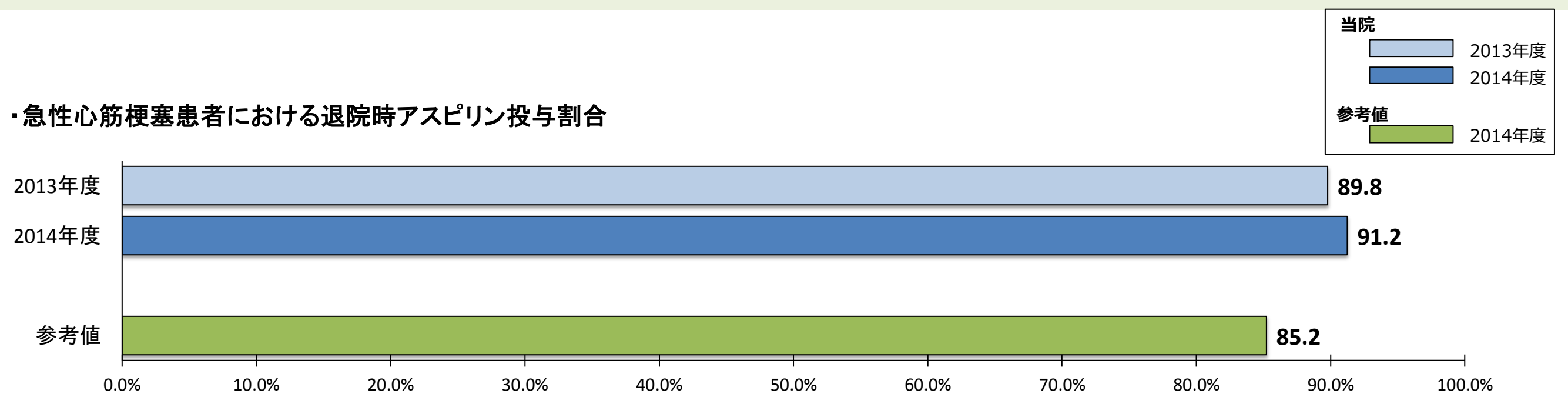


抗血小板薬であるアスピリンが急性心筋梗塞の予後を改善することが明らかにされ、血栓溶解療法あるいは経皮的冠動脈形成術による再灌流療法を施行する場合にも処置に先立って投与することが勧められているため、急性期のアスピリン投与率は医療の質を示す指標となります。

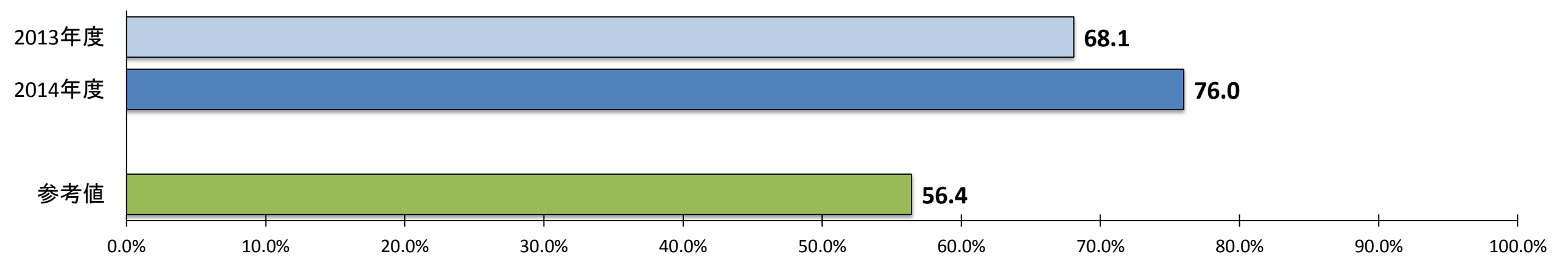
2013年度は91.9%と全国平均に比べ高い数値を示していましたが、2014年度はさらに高い数値となっています。

11. 急性心筋梗塞患者における退院時特定薬投与割合

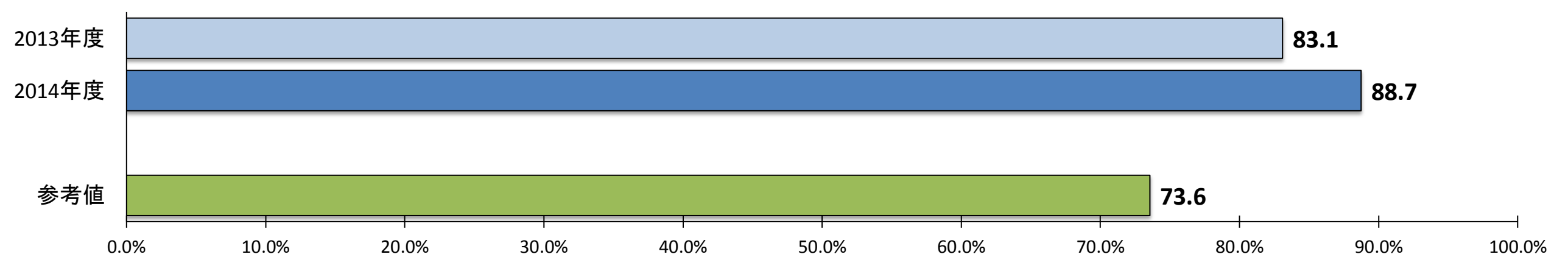
・急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合



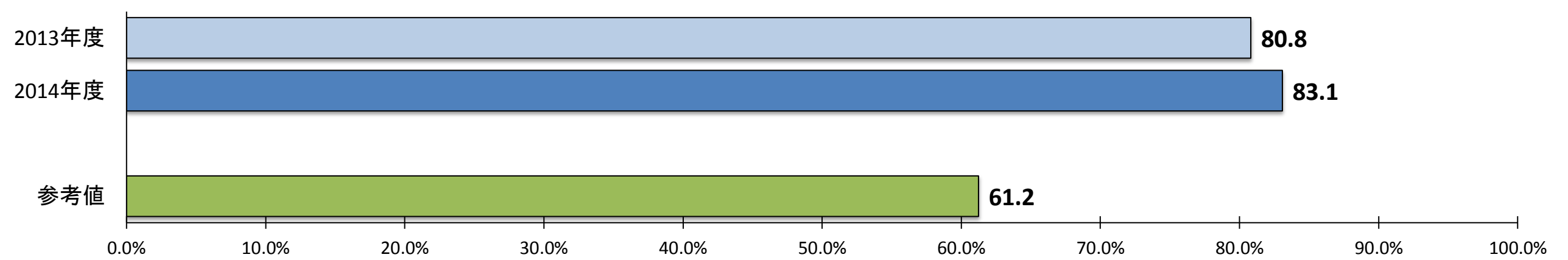
・急性心筋梗塞患者における退院時β ブロッカー投与割合



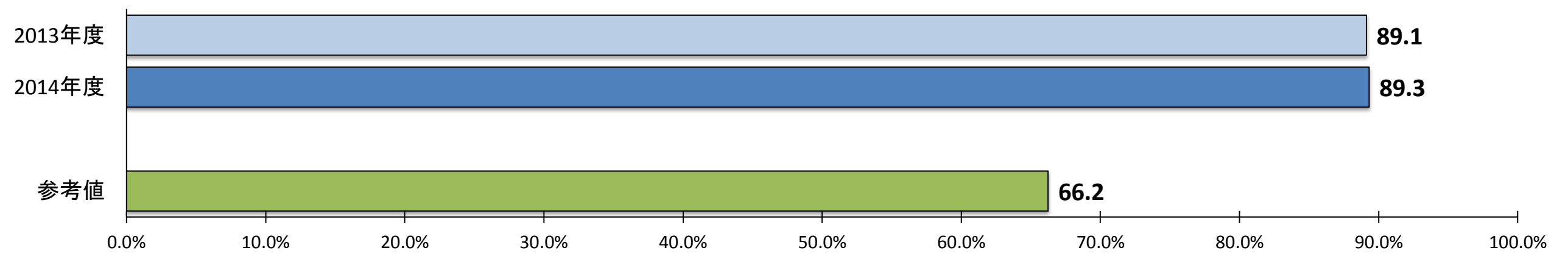
・急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合



・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



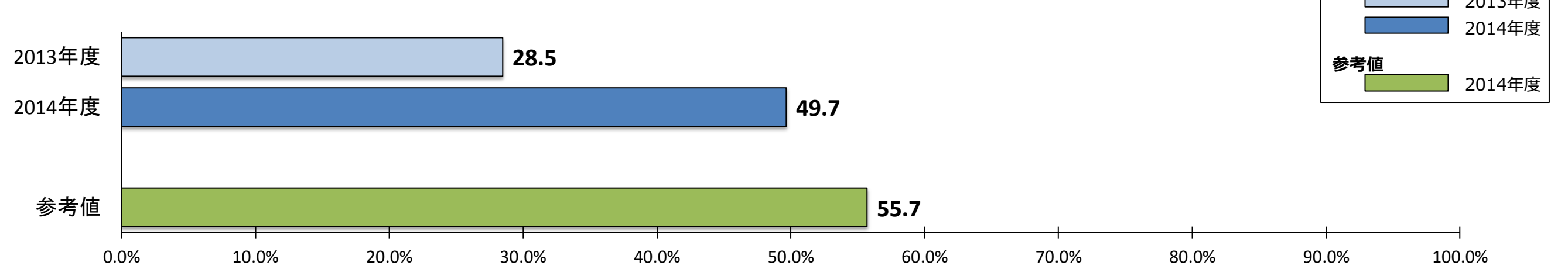
・急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤の投与割合



急性心筋梗塞において経皮的冠動脈形成術による再灌流療法など急性期治療が終了した後も心筋梗塞の再発や関連した心血管疾患での死亡を防ぐ二次予防のためには、必須とされる薬物を退院時に処方することが推奨されています。諸事情によりそれぞれ100%とは行かないまでも、投与されていない患者さんについて解析をすることで投与率を上げ予後改善につながる可能性があります。いずれの指標においても2013年度は全国平均を大きく上回っていましたが、2014年度さらに良好な結果となっています。

1 2. 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓治療を受けた患者の割合

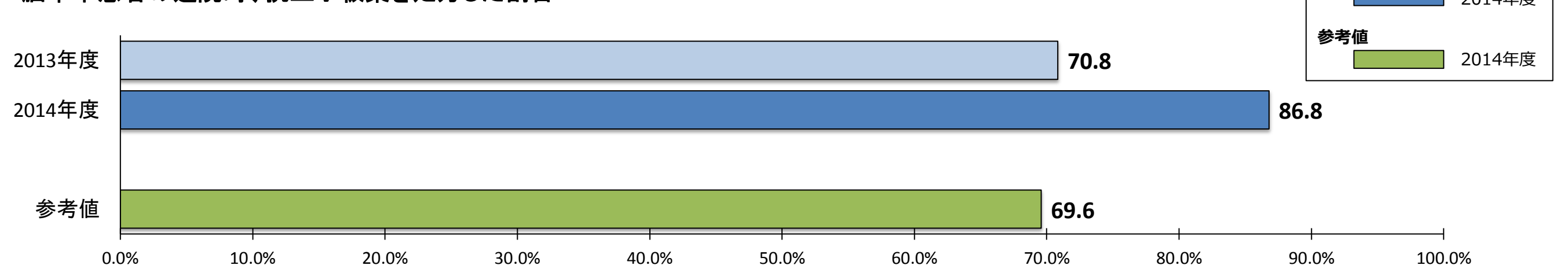
・脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓治療を受けた患者の割合



脳梗塞の急性期には、病態に応じて抗血小板療法、抗凝固療法などの抗血栓療法が行われ、発症48時間以内の投与開始が推奨されています。大梗塞で薬物療法の適応にならない患者さんや出血傾向がある患者さんも含まれるため100%に近づけば良いというわけではありません。2013年度に比べ2014年度は約50%と治療の割合が増えています。

1 3. 脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合

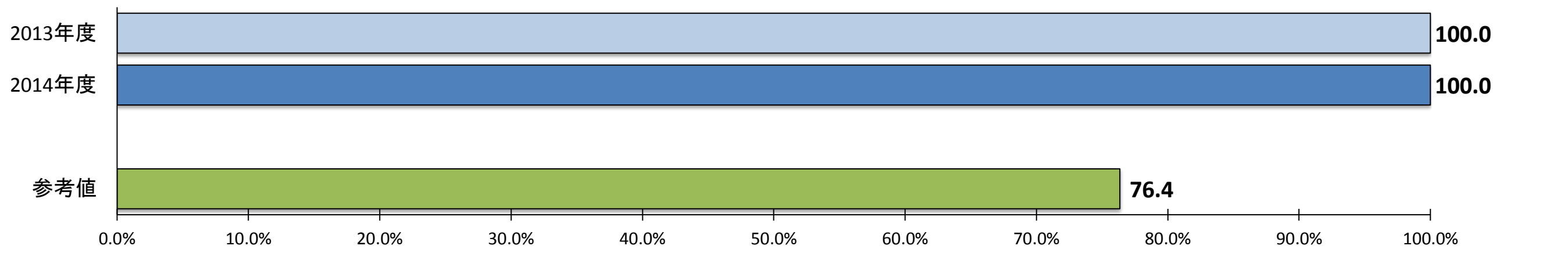
・脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合



非心原性の脳血管障害の再発および他の心血管傷害発生のリスクを軽減するために、抗血小板薬投与が推奨されています。再発予防の観点から、適応のある患者さんには退院時に抗血小板薬が開始されていることが望まれます。2013年度の70.8%に比べ、2014年度は86.8%と大幅に上昇しています。

14. 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

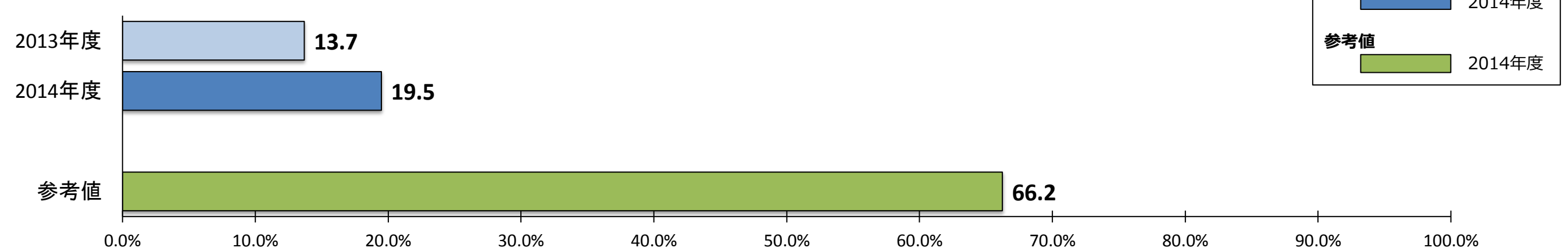
・心房細動を診断された脳卒中患者への退院時の抗凝固薬の処方



心原性脳血管障害には抗凝固薬投与が第一選択とされています。再発予防の観点から、適応のある患者さんには退院時に抗凝固薬投与されていることが望まれます。
2013年度、2014年度ともに100%投与されています。

15. 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施症例の割合

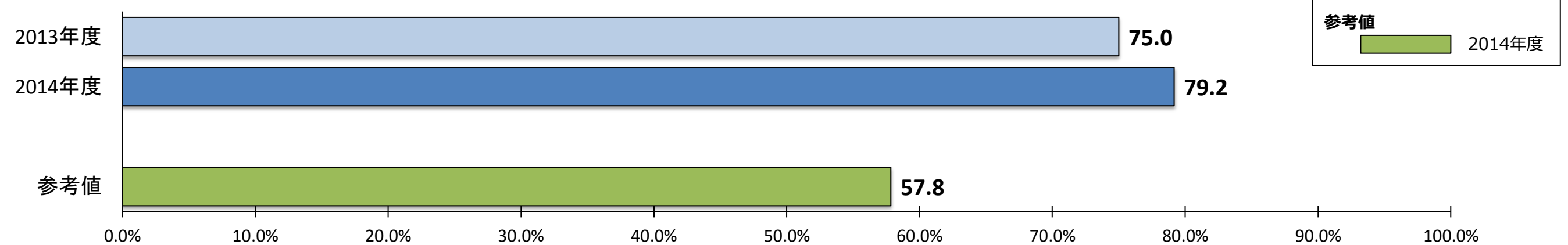
・脳梗塞における入院後早期リハビリ実施症例の割合



脳梗塞により運動障害、言語障害、感覚障害が遺残することがあり、これら後遺症によって寝たきりになると筋萎縮・筋力低下、関節拘縮など廃用症候群が起こることになります。廃用症候群の発症を防止するためには早期からのリハビリテーションが重要といわれています。
当院は全国平均に比べて大きく出遅れており、実施率向上に全力で取り組んでいるところです。まだまだではありますが、2013年度に比べ2014年度は増加傾向にあります。

16. 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

・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



気管支喘息の患者さんの入院治療では、全身性ステロイド治療とともに吸入ステロイド治療を開始することが重要とされています。
2013年度、2014年度とも全国平均を上回っています。