

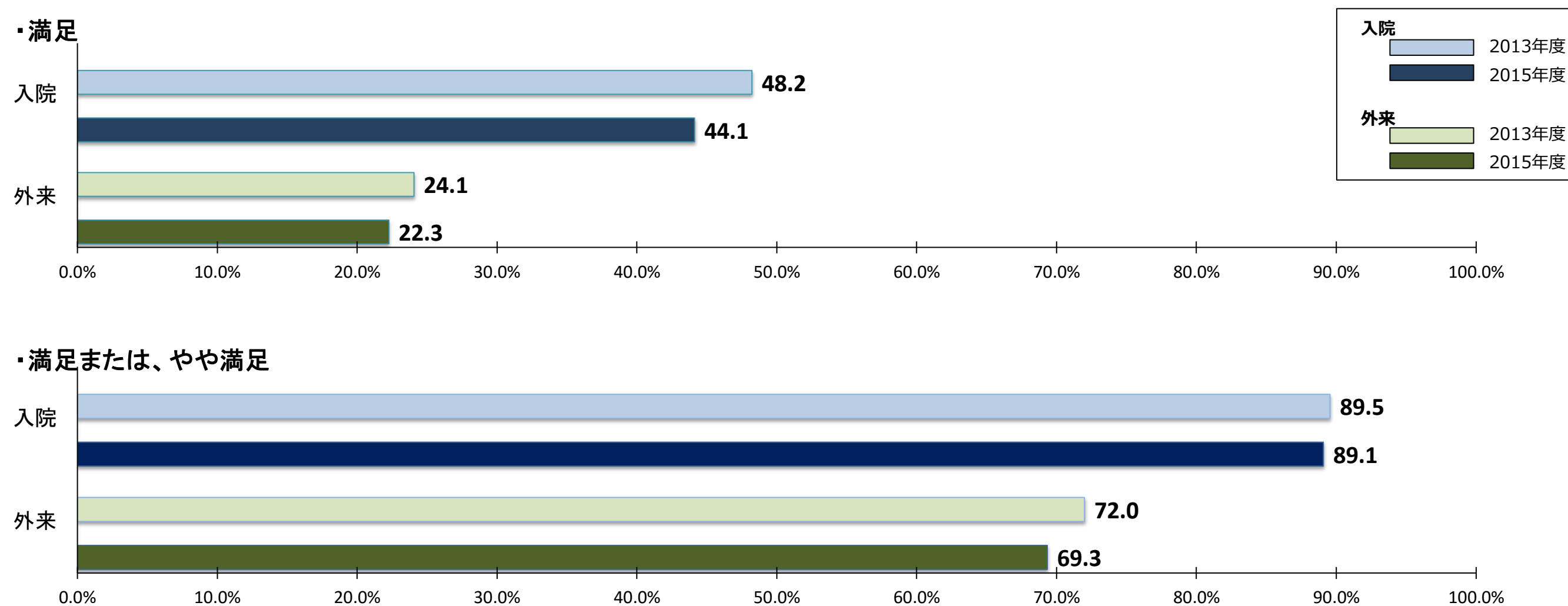
Q I 報告 2015年度

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。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。

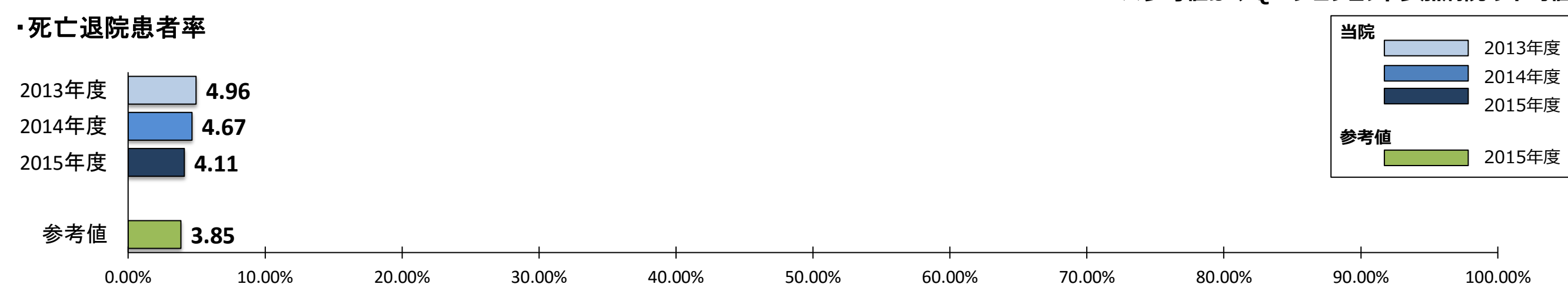
当院は、2013年から日本病院会のQIプロジェクトに参加しています。QIは自院における医療の質を見える化し、経時的変化をモニターすることによって改善につなげる、道具としての位置付けと考えています。今後この指標のベクトルが医療の質向上やより安全な医療に向かうよう、病院運営を含め日々診療に取り組んでまいります。

1. 患者満足度



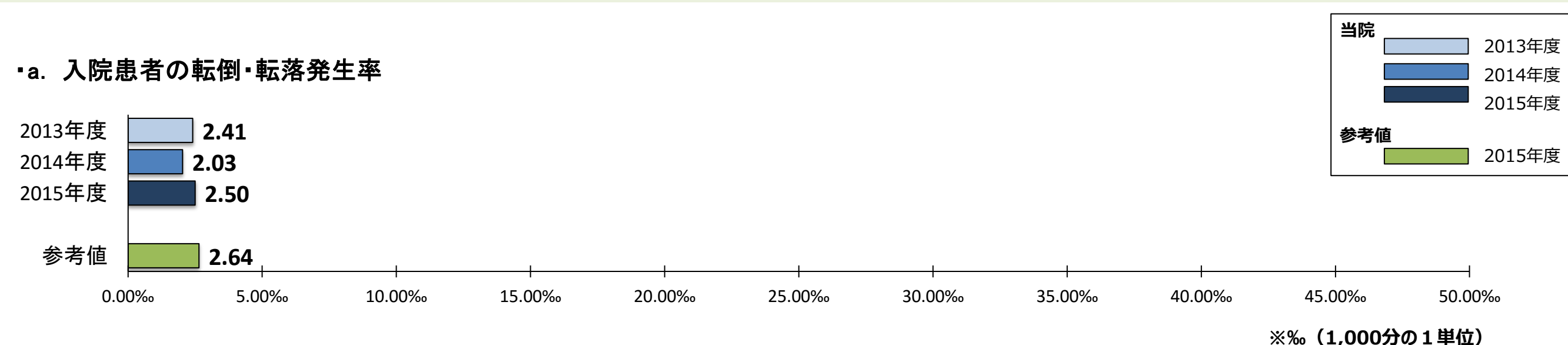
受けた医療に対する患者さんの満足度を調査することは、医療の質を測る直接的な評価指標となり高いほど良いと考えられます。「患者満足度（外来患者）」は、患者満足度調査に回答した外来患者さんのうち「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足と回答した外来患者さんの割合と、満足またはやや満足と回答した外来患者さんの割合を示しています。「患者満足度（入院患者）」は、同じく患者満足度調査に回答した入院患者さんのうち「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足と回答した入院患者さんの割合と、満足またはやや満足と回答した入院患者さんの割合を示しています。残念ながら2015年度は前回の値と比べて低くなっていました。その原因を分析し、具体的な改善策を早急に検討してまいります。

2. 死亡退院患者率

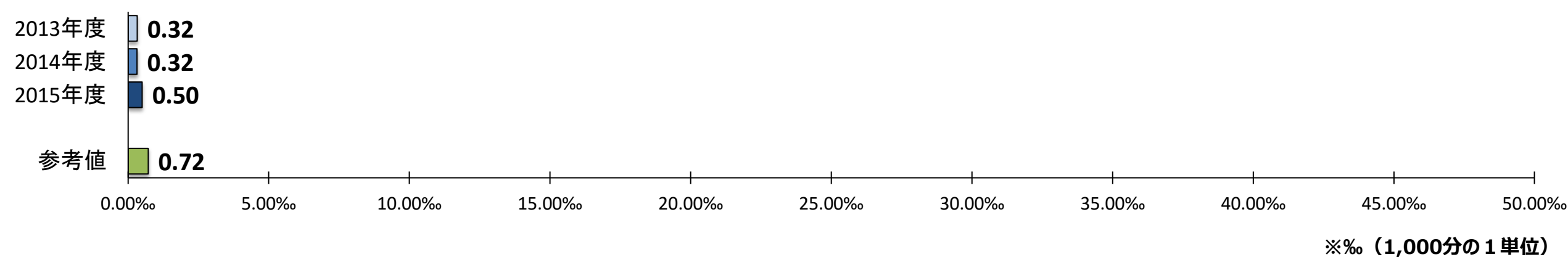


当院で入院された患者さんのうち亡くなられた患者数の割合を示します。より重篤な患者さんの受け入れを行う救命救急センターやがん診療拠点病院としての機能を果たしているため、全国平均に比べてやや高くなっています。今後も我々の努力で数値を下げられる余地は無いかを死亡症例検討会（M&Mカンファレンス）等で検証し、より良い医療につなげる活動を継続的に行ってまいります。

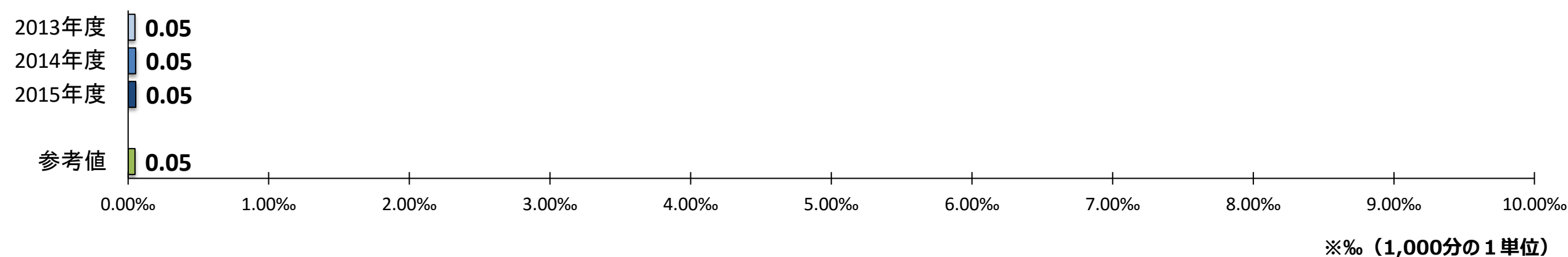
3. 入院患者の転倒・転落による損傷発生率



・b. 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル2以上)



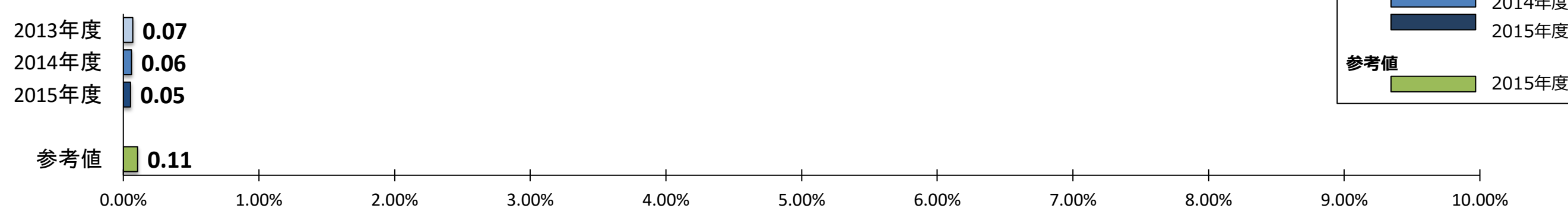
・c. 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル4以上)



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、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。

4. 褥瘡発生率

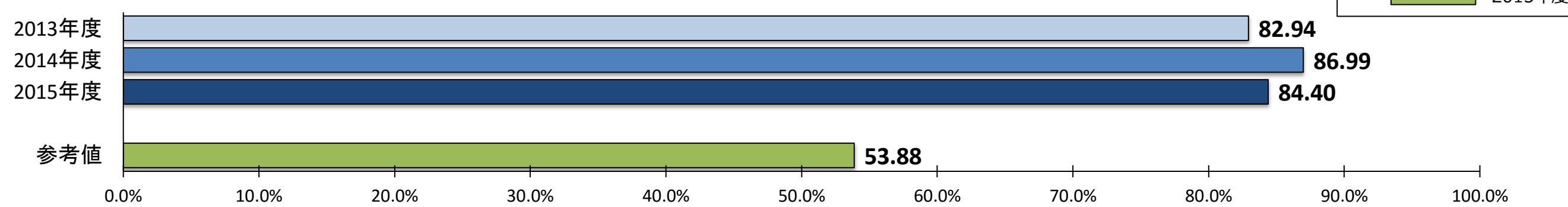
・褥瘡発生率



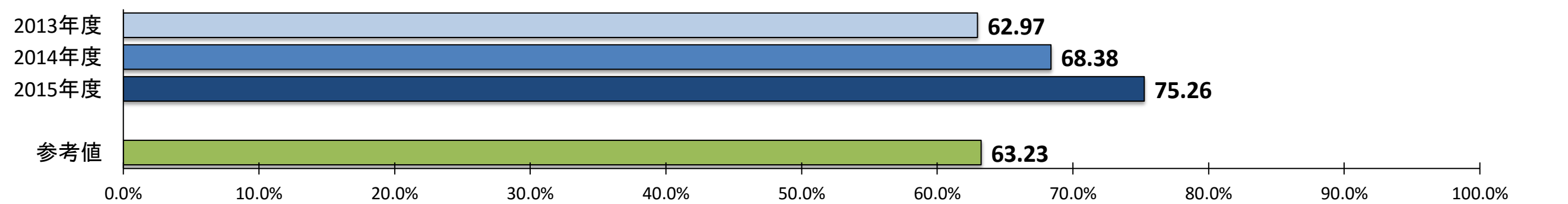
褥瘡は、患者さんの生活の質（QOL）を著しく低下させるため、その予防対策は医療を提供するうえで大きな課題となっています。そのため褥瘡発生率は看護ケアの質評価の重要な指標の一つであり、低いほど良質な医療であると考えます。

5. 紹介・逆紹介率

・紹介率



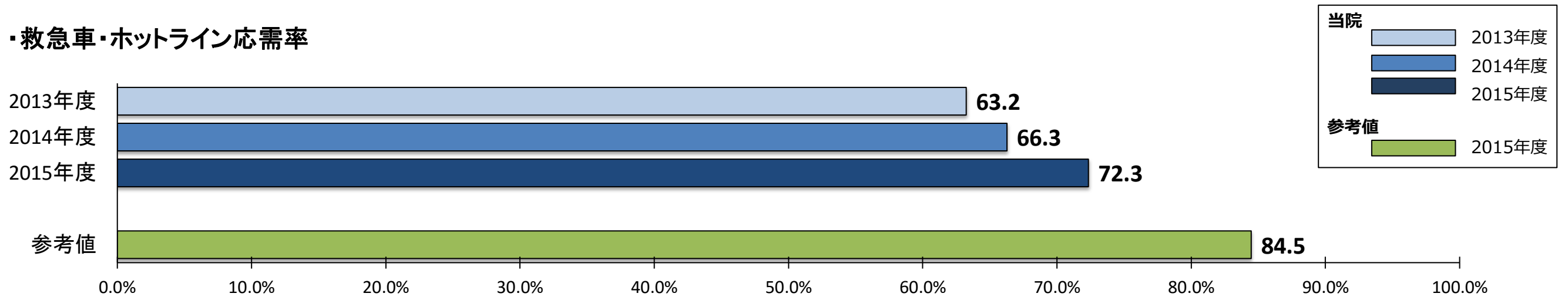
・逆紹介率



超高齢社会になる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。それを可視化するのに、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。徐々にではありますが、連携は進んでいると考えています。

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。

この指標は、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。

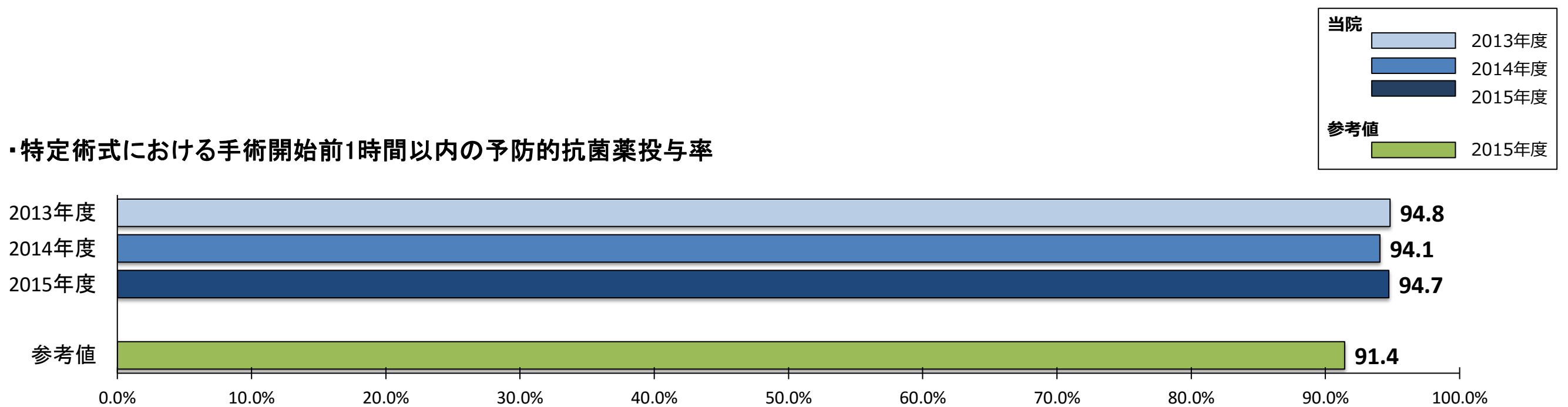
2015年度は、第1次から第3次までトータルで8,193件とこの地域の医療機関では最も多く救急要請を受け入れました。

しかしながら、応需率としては前年より増加していますが、72.3%と全く満足できる数字ではありません。

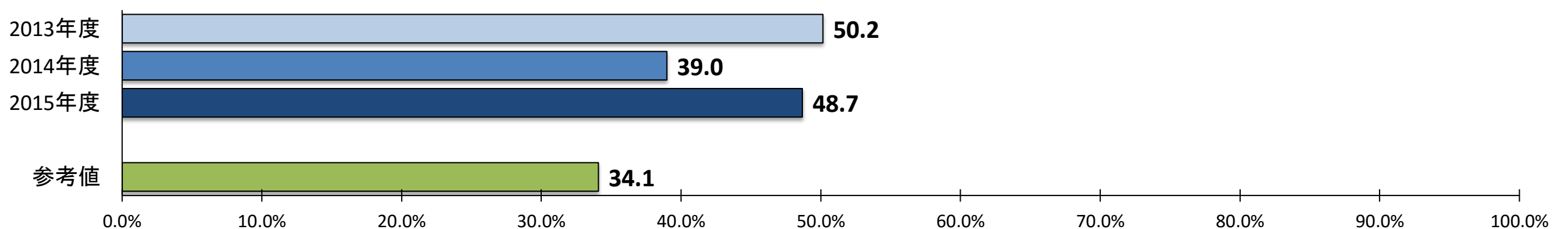
第3次救急としての救命救急センター・救急医学科は基本的に断らないため、応需率を上げるためには第2次救急要請を如何にたくさん受け入れられる体制を整えて行くかが喫緊の課題と認識し、2016年6月より部分的にER体制を開始しました。

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。

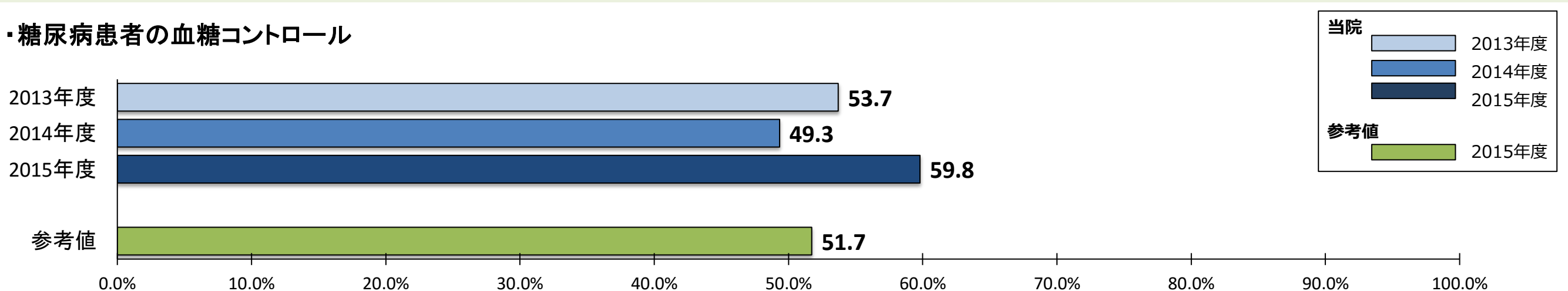
一方、不必要に長期間投与することで抗菌薬の副作用や耐性菌の出現など有害事象が発生するため、一般的には、心臓手術で術後48時間以内、そのほかの手術で術後24時間以内に抗菌薬の投与を中止することが推奨されています。

分母対象となる手術は、冠動脈バイパス手術、そのほかの心臓手術、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。

予防的抗菌薬投与停止率は、改善の余地があると考えています。

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

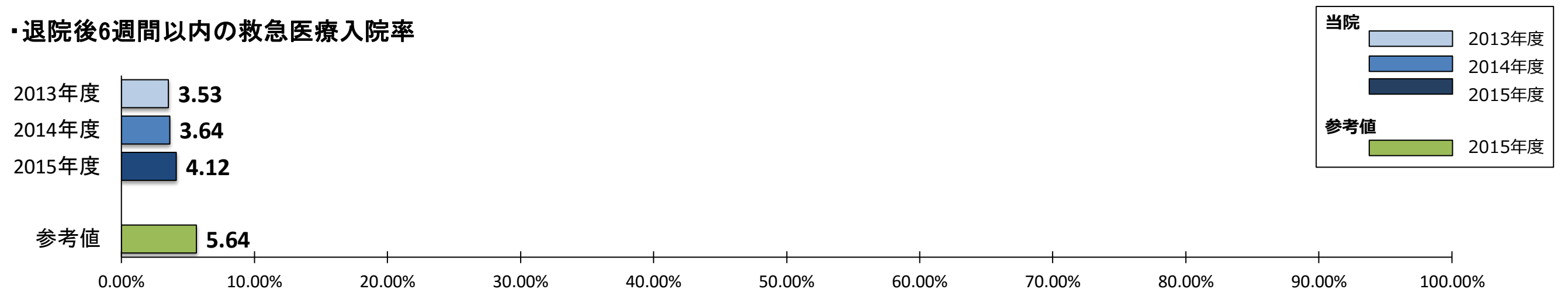


糖尿病の薬物療法を施行されている外来患者さんのうち、HbA1c (NGSP) の最終値が7.0%未満の外来患者さんの割合を示します。

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ます。様々な条件がありますが、糖尿病診療の質を示す指標とされています。

9. 退院後6週間以内の救急医療入院率

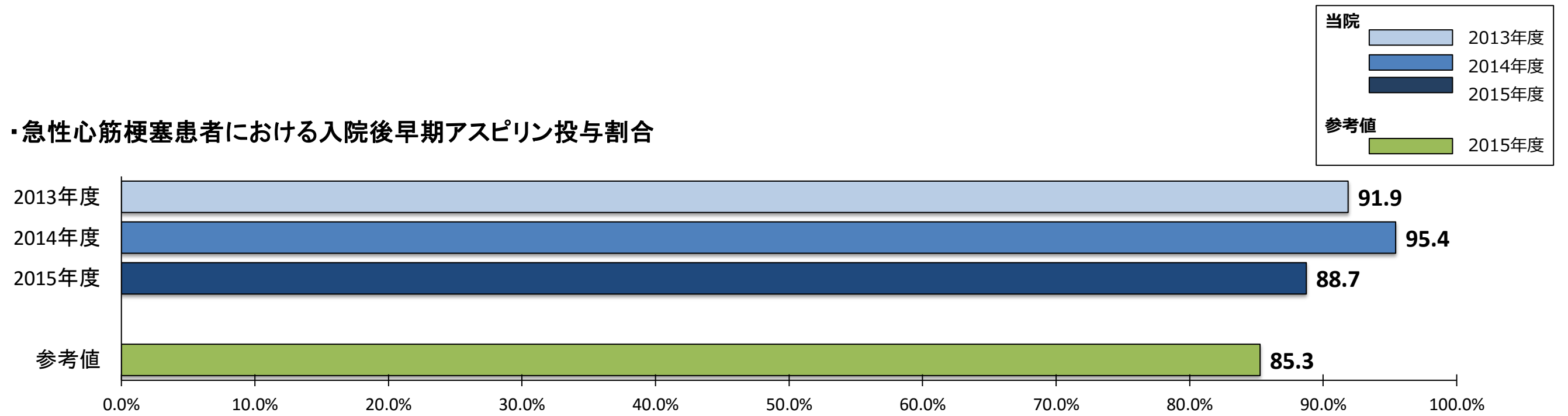
・退院後6週間以内の救急医療入院率



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。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。

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

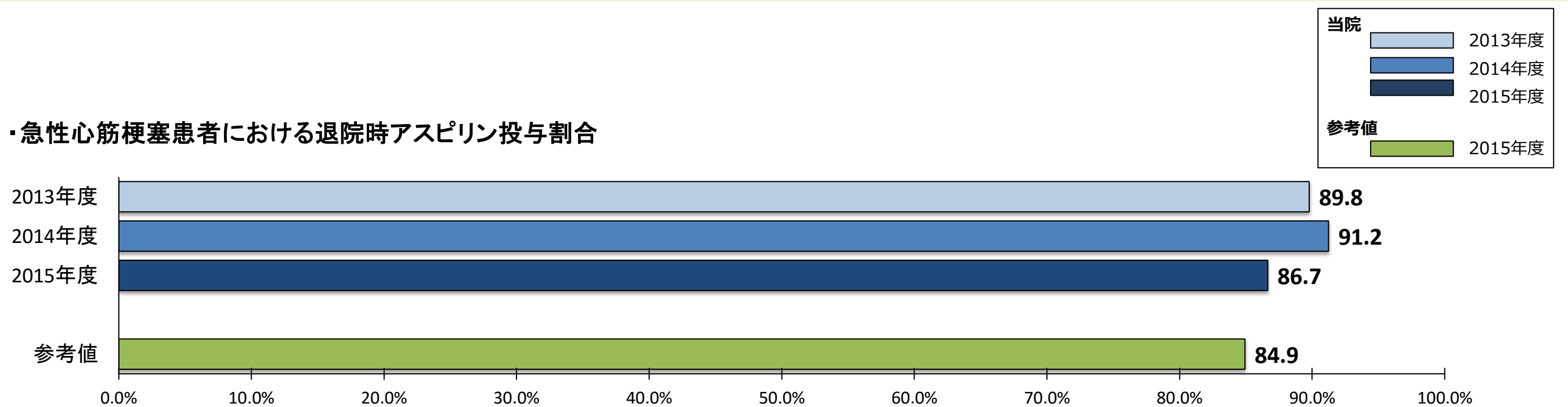
・急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与割合



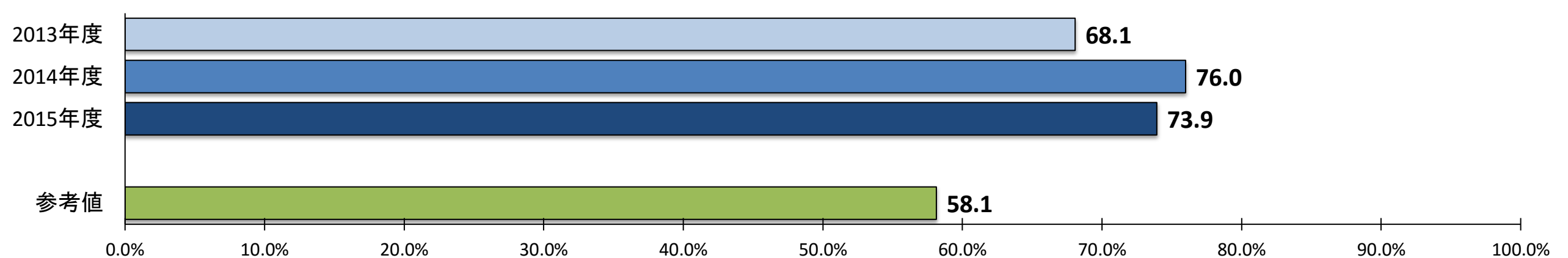
抗血小板薬であるアスピリンが急性心筋梗塞の予後を改善することが明らかにされ、血栓溶解療法あるいは経皮的冠動脈形成術による再灌流療法を施行する場合にも処置に先立って投与することが勧められているため、急性期のアスピリン投与率は医療の質を示す指標となります。

11. 急性心筋梗塞患者における退院時特定薬投与割合

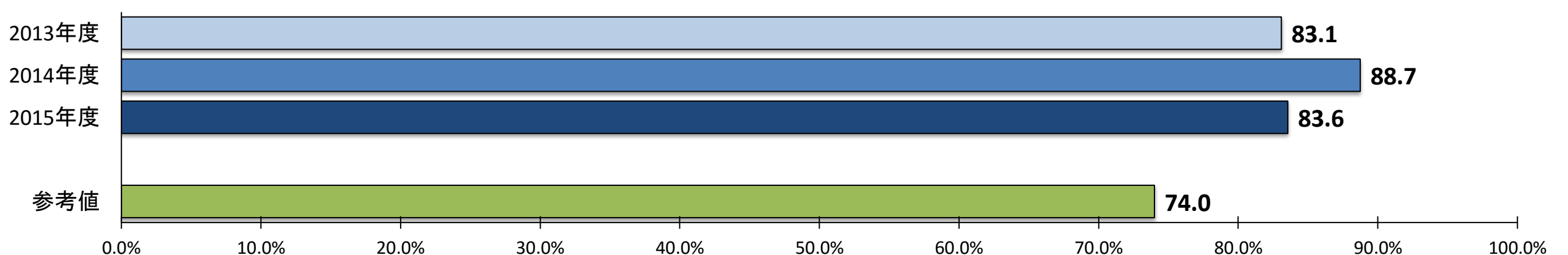
・急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合



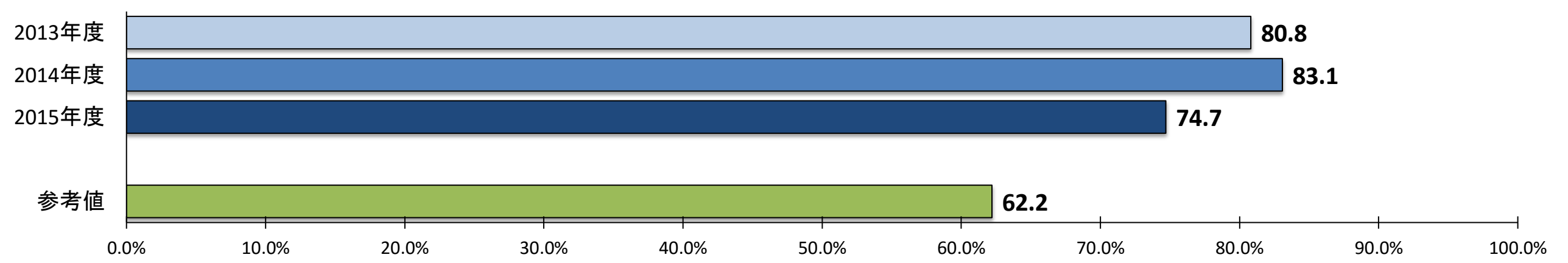
・急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合



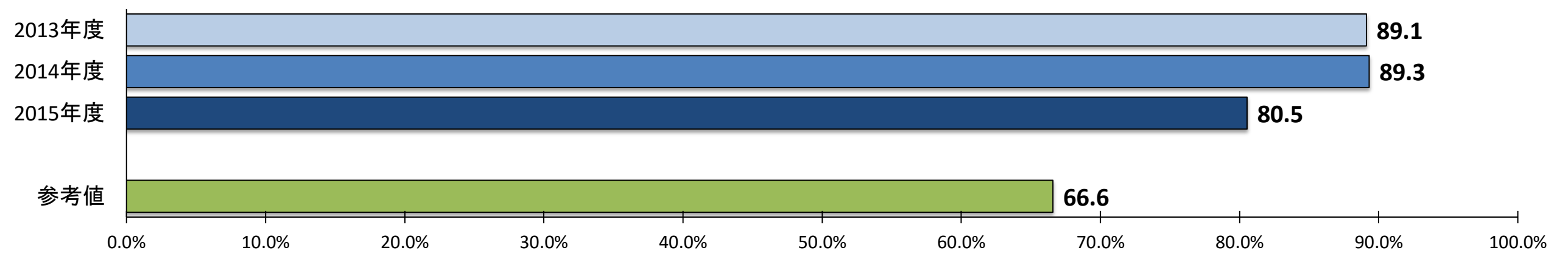
・急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合



・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



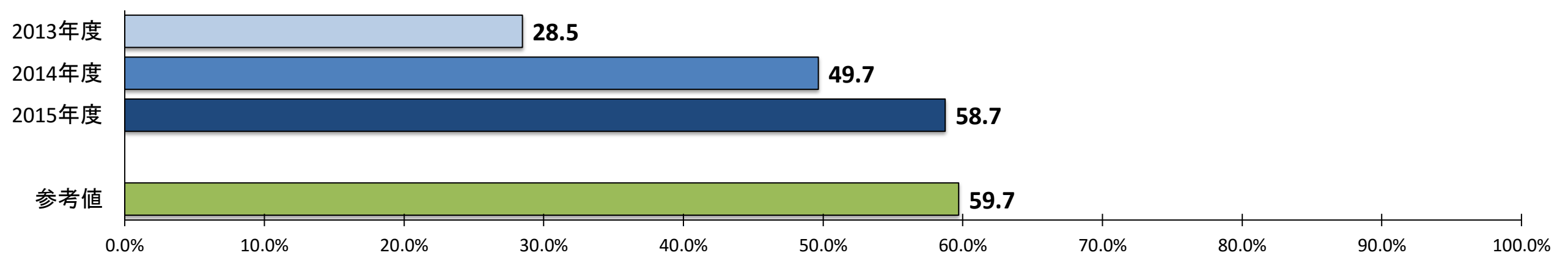
・急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤の投与割合



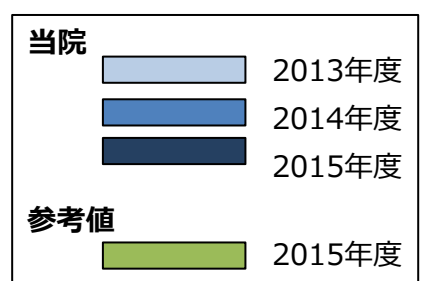
急性心筋梗塞において経皮的冠動脈形成術による再灌流療法など急性期治療が終了した後も心筋梗塞の再発や関連した心血管疾患での死亡を防ぐ二次予防のためには、必須とされる治療薬を退院時に処方することが推奨されています。
 諸事情によりそれぞれ100%とはならないまでも、投与されていない患者さんについて解析をすることで投与率を上げ予後改善につながる可能性があります。

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

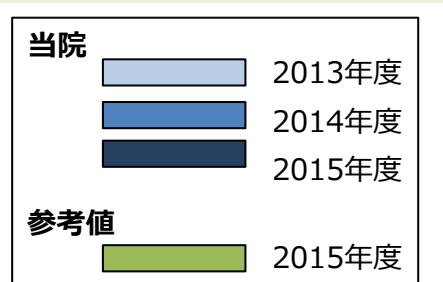
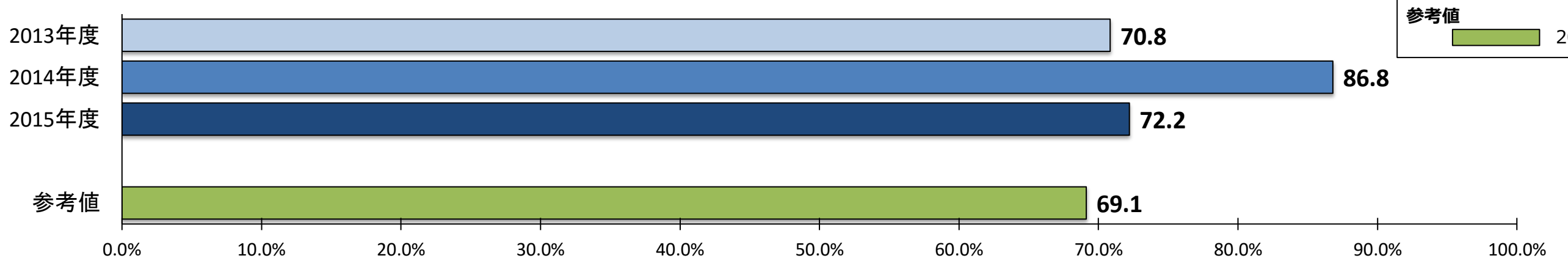


脳梗塞の急性期には、病態に応じて抗血小板療法、抗凝固療法などの抗血栓療法が行われ、発症48時間以内の投与開始が推奨されています。
 ただし、大きな梗塞のため梗塞内に出血を起こす危険性が高いと予測される場合や、既に出血のみられる患者さんには抗血栓療法は直ぐにはできないので、100%に近づければ良いというわけではありません。



1 3. 脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合

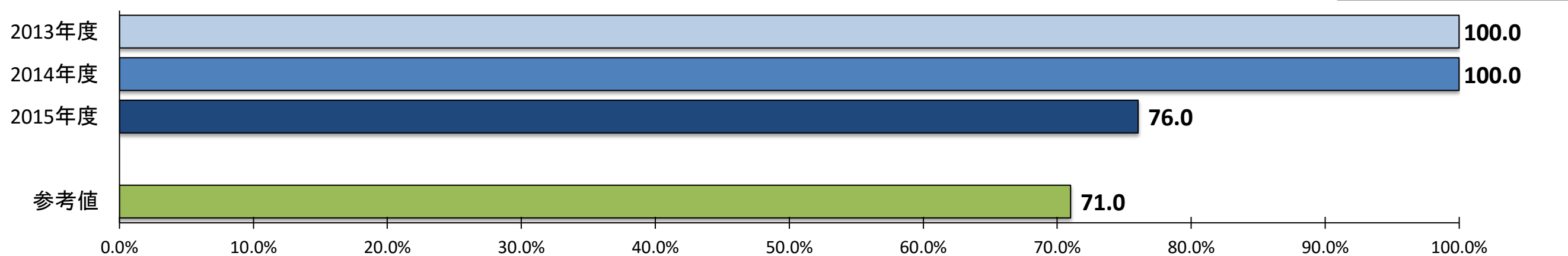
・脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合



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。

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

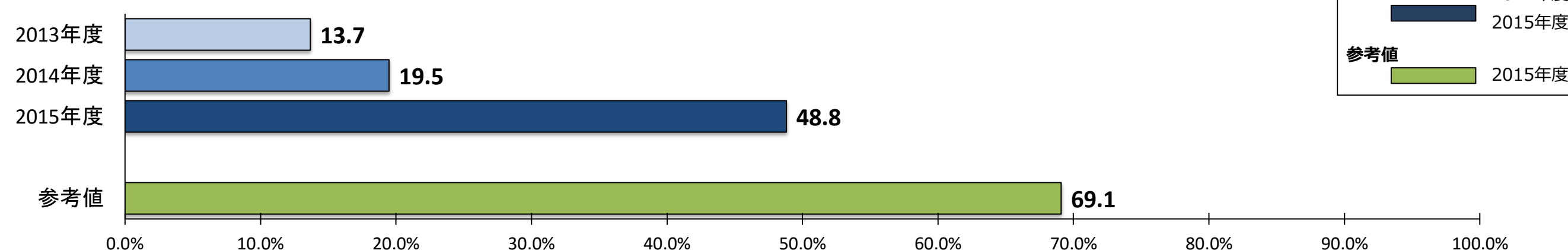
・心房細動を診断された脳卒中患者への退院時の抗凝固薬の処方



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が開始されていることが望まれます。
 心原性脳塞栓では、大梗塞を生じやすく、梗塞内に出血を起こす危険性が高いと予測される発症早期には抗凝固薬の投与を差し控えることがあります。
 その場合、退院後にリハビリ病院などで抗凝固薬を始めることもあります。

15. 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施症例の割合

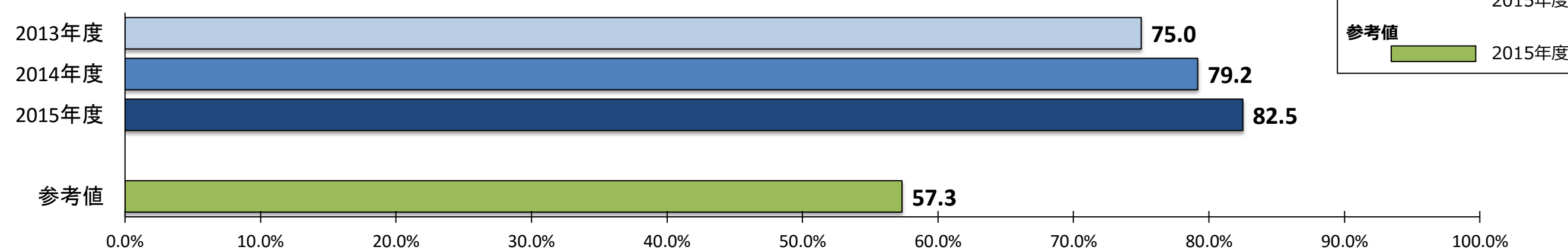
・脳梗塞における入院後早期リハビリ実施症例の割合



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、早期からのリハビリテーションが重要です。また充分とはいえませんが、2015年度は大きく改善していました。

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。