

臨床指標（クリニカルインディケーター）

臨床指標（クリニカルインディケーター）とは、医療の質を定量的に評価する指標のことで、医療の過程や結果から課題や改善点を見つけ出し、医療の質の向上を目的とするものです。

医療の質は、

- 1 構造（ストラクチャー Structure）：施設、医療機器、スタッフの職種や人数など
- 2 過程（プロセス Process）：実際に行われた診療や看護の内容
- 3 結果（アウトカム Outcome）：診療や看護の結果としての状態

の3つの側面について評価されることが一般的です。

当院では、平成29年度から日本病院会「QIプロジェクト」に参加しております。QIプロジェクトは、「自院の診療の質を知り、経時的に改善する」ことを目的とし、医療の質を測定、評価、公表するための指標の検討と各病院でPDCAサイクルを病院の運営管理の手法に組み込むことを促す役割を担っています。

病院全体に関する指標

診療実績

| | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 |
|---------------------|---------|---------|---------|
| 延べ外来患者数（人） | 224,244 | 222,059 | 217,574 |
| 1日平均外来患者数（人） | 919 | 911 | 904 |
| 延べ入院患者数（人） | 112,767 | 115,495 | 116,714 |
| 実入院患者数（人） | 10,659 | 10,552 | 10,619 |
| 1日平均入院患者数（人） | 309 | 316 | 319 |
| 平均在院日数（全体）（日） | 10.5 | 11 | 11 |
| 平均在院日数（一般病床）（日） | | 10.1 | 10.4 |
| 平均在院日数（地域包括ケア病棟）（日） | | 13.3 | 9.6 |
| 病床利用率（%） | 80.0 | 81.6 | 82.2 |
| 救急車搬送数（人） | 3,236 | 3,464 | 3,465 |
| 救急ヘリ搬送数（人） | 36 | 55 | 34 |
| 救急ヘリ搬出数（人） | 11 | 11 | 10 |
| 手術件数（件）※1 | 5,124 | 5,316 | 5,549 |
| 全身麻酔件数（件） | 2,120 | 2,221 | 2,255 |
| 分娩件数（件） | 1,306 | 1,181 | 1,140 |

※1 手術室で実施した件数

医療の質に関する指標

死亡退院患者率

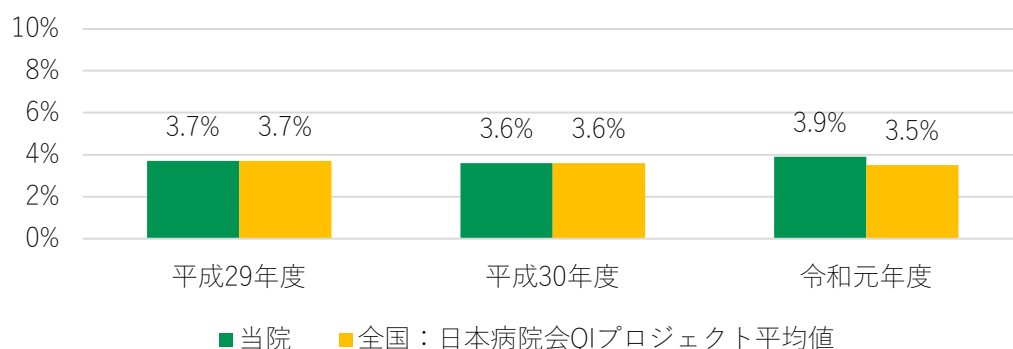
アウトカム指標

退院された患者さんのうち死亡退院された患者さんの割合を示しています。

死亡退院患者率は、医療施設の特性（地域の特性、病床数、入院患者さんの年齢、性別、疾患の種類や重症度など）が異なるため、単純に医療の質の良し悪しを比較できるものではありません。

計算方法

| | |
|----|--|
| 分子 | 死亡退院患者数 |
| 分母 | 退院患者数 |
| 除外 | <ul style="list-style-type: none">・ 緩和ケア等（診療報酬の算定を認可された病棟のみではなく、同様の病棟を設置している場合も含む）退院患者・ D P Cで様式1に含まれる「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの。」 |



入院患者の転倒・転落発生率

アウトカム指標

入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル2以上・レベル4以上）

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。

原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。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。

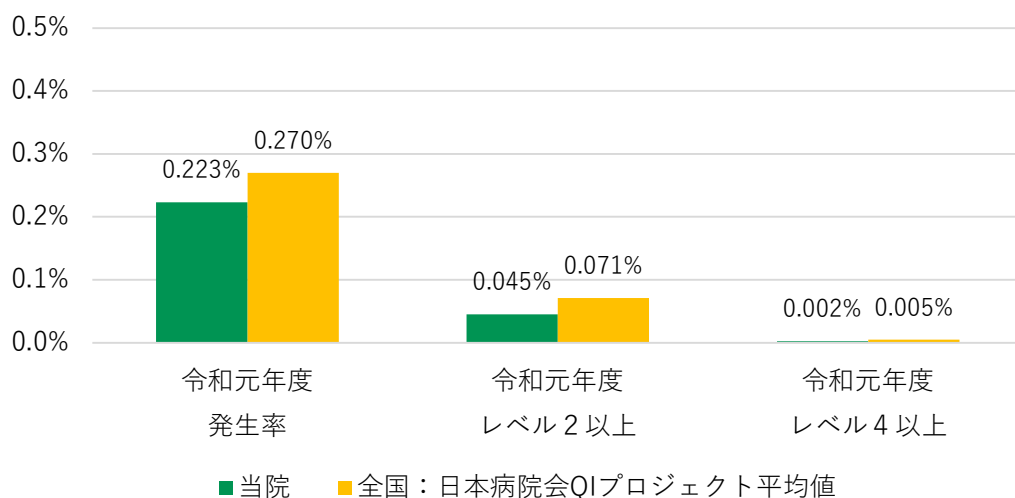
転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

計算方法

| | |
|----|-----------------------------|
| 分子 | 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 |
| | 入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数 |
| 分母 | 入院患者延べ数（人日） |

損傷レベル（The Joint Commission）

| | |
|-------|---|
| 1 なし | 患者に損傷はなかった |
| 2 軽度 | 包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた |
| 3 中軽度 | 縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた |
| 4 重度 | 手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった |
| 5 死亡 | 転倒による損傷の結果、患者が死亡した |
| 6 UTD | 記録からは判定不可能 |



褥瘡は患者の QOL 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。

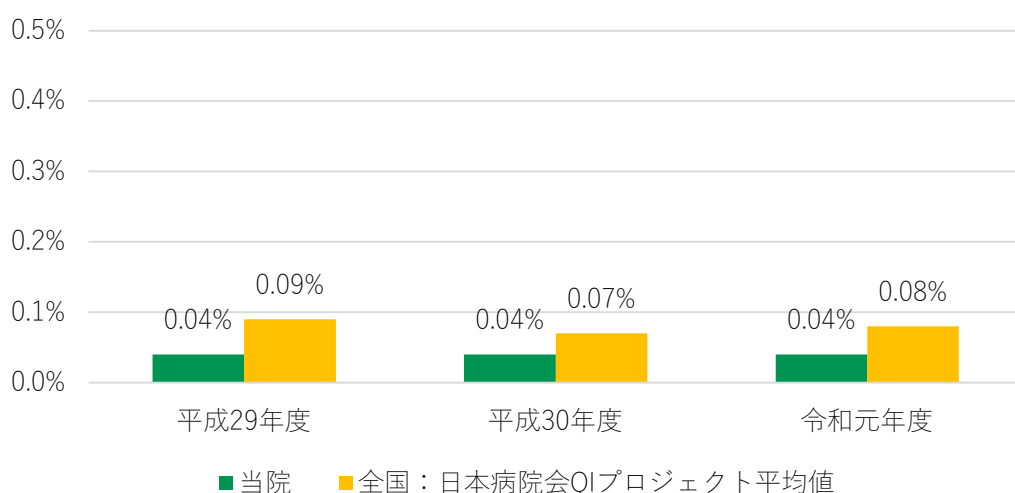
そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられています。

計算方法

| | |
|----|--|
| 分子 | d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数 |
| 分母 | 同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数（人日） |
| 除外 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 同日入退院の患者 ・ 入院時刻から 24 時間以内に DESIGN-R の Depth（深さ）が d1,d2, D3, D4, D5, DU のいずれかの記録がある患者 ・ 同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者 |

日本褥瘡学会 DESIGN-R(2008 年改訂版褥瘡経過評価用) による褥瘡の深さ基準

| | |
|-----|-------------|
| d 0 | 皮膚損傷・発赤なし |
| d 1 | 持続する発赤 |
| d 2 | 真皮までの損傷 |
| D 3 | 皮下組織までの損傷 |
| D 4 | 皮下組織をこえる損傷 |
| D 5 | 関節腔、体腔に至る損傷 |
| D U | 深さ判定が不能の場合 |



紹介率、逆紹介率

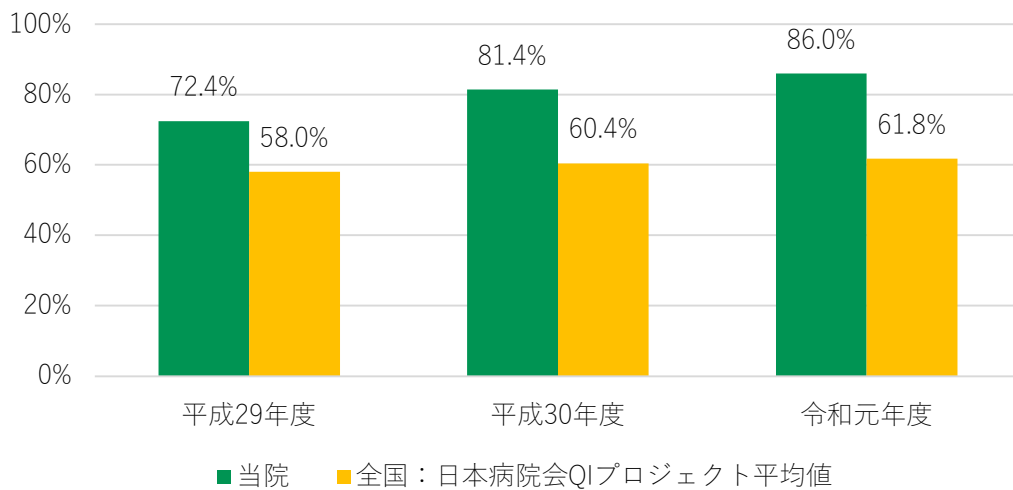
プロセス指標

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。
逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。

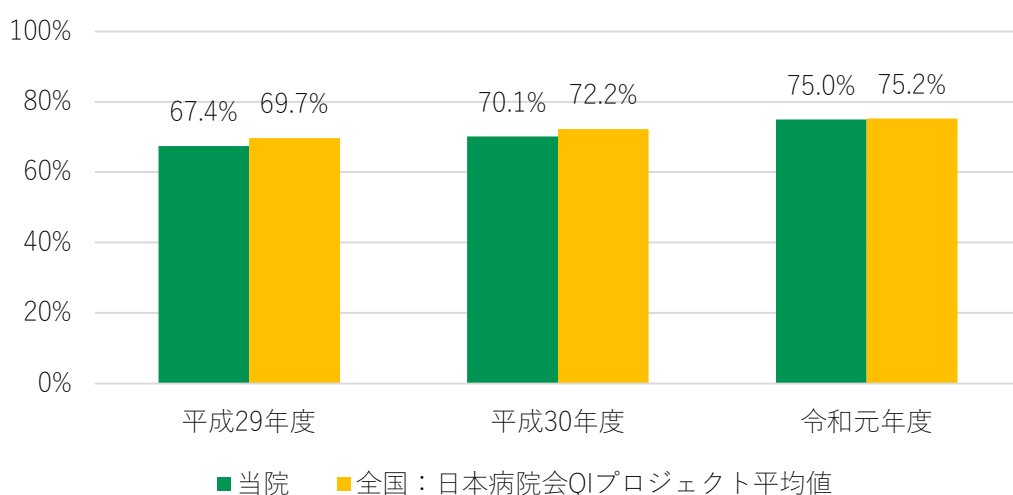
計算方法

| | |
|----|--|
| 分子 | 紹介初診患者数 |
| | 逆紹介患者数 |
| 分母 | 初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数) |

《紹介率》



《逆紹介率》



尿道留置カテーテル使用率

プロセス指標

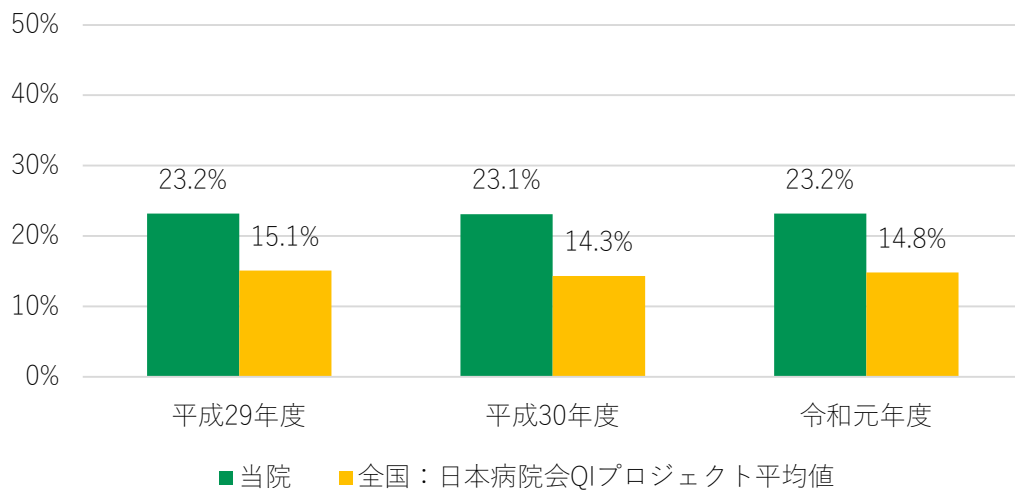
尿道留置カテーテルは、自身で排尿が困難な状況や医学的理由（周術期管理、重篤な状態に対する正確な尿量測定など）で尿道へ留置するカテーテルです。

長期留置されていると細菌感染のリスクが高まることから、必要性の検討や、挿入時やカテーテル使用中の感染対策が重要とされています。

カテーテル関連尿路感染症のアウトカム指標を算出するための指標であり、値が高いか、低いかをみるものではありません。

計算方法

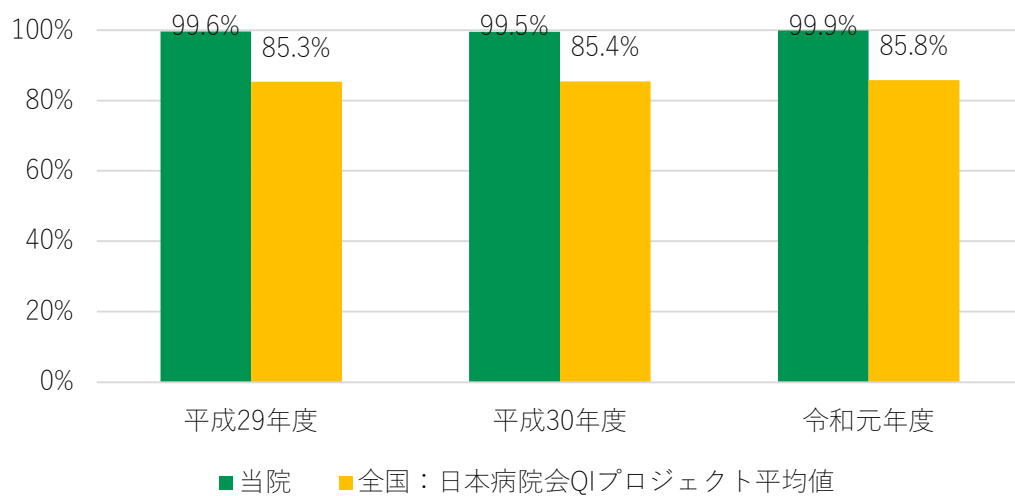
| | |
|----|---|
| 分子 | 尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数 |
| 分母 | 入院延べ患者数 |
| 除外 | 恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル |



救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できません。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかります。

計算方法

| | |
|----|---------------|
| 分子 | 救急車で来院した患者数 |
| 分母 | 救急車受け入れ要請件数 |
| 除外 | 他院からの搬送（転送）件数 |



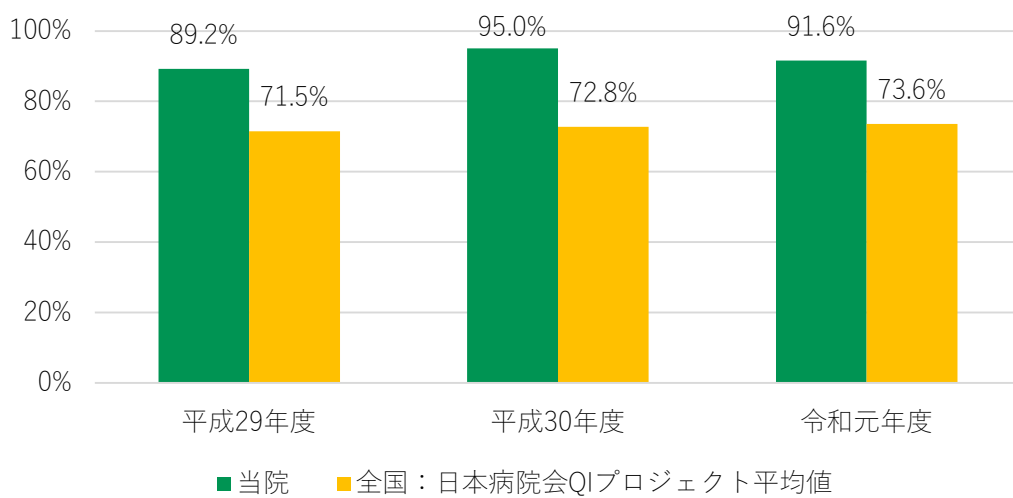
脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくなり、再発リスクの増加もみられず、ADLの退院時到達レベルを犠牲にせずに入院期間が短縮されることが分かっています。

わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「不動・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作（ADL）向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められている（グレードA）」と書かれています。

したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。

計算方法

| | |
|----|--|
| 分子 | 分母のうち、入院後早期（3日以内）に脳血管リハビリテーションが行われた症例数 |
| 分母 | 脳梗塞で入院した症例数 |

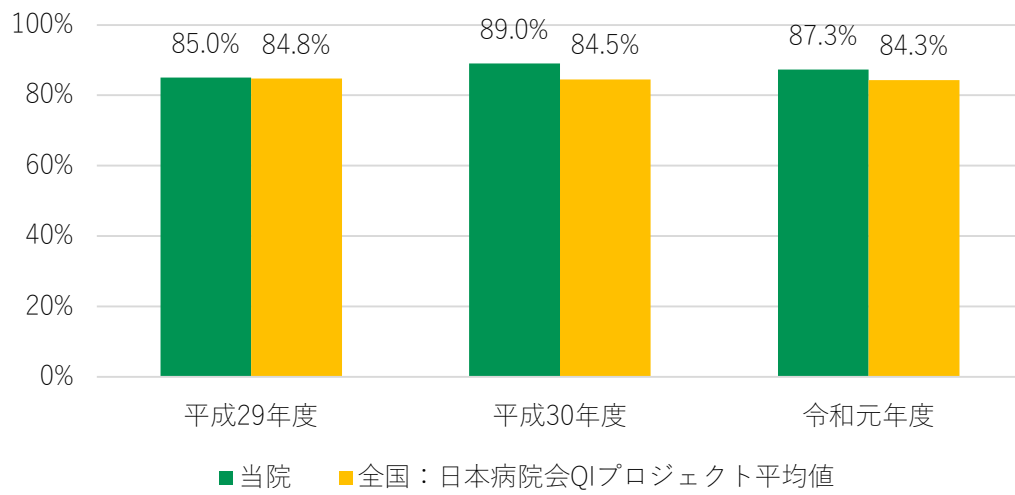


糖尿病や慢性腎臓病は、食事も重要な治療の一つです。入院時に提供される食事には、通常食と治療のために減塩や低脂肪などに配慮した特別食があります。

積極的に栄養管理の介入を行うことも、医療の質の向上につながります。

計算方法

| | |
|----|---|
| 分子 | 分母のうち特別食加算の算定回数 |
| 分母 | 18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病症例で、それらへの治療が主目的ではない入院症例の食事回数 |



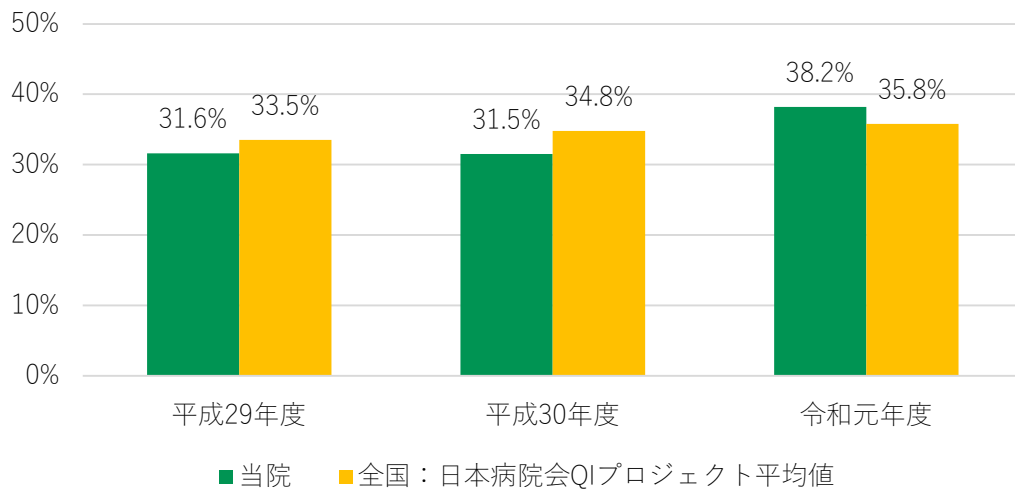
広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

プロセス指標

広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。

計算方法

| | |
|----|--------------------------|
| 分子 | 分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数 |
| 分母 | 広域抗菌薬投与を開始した入院患者数 |



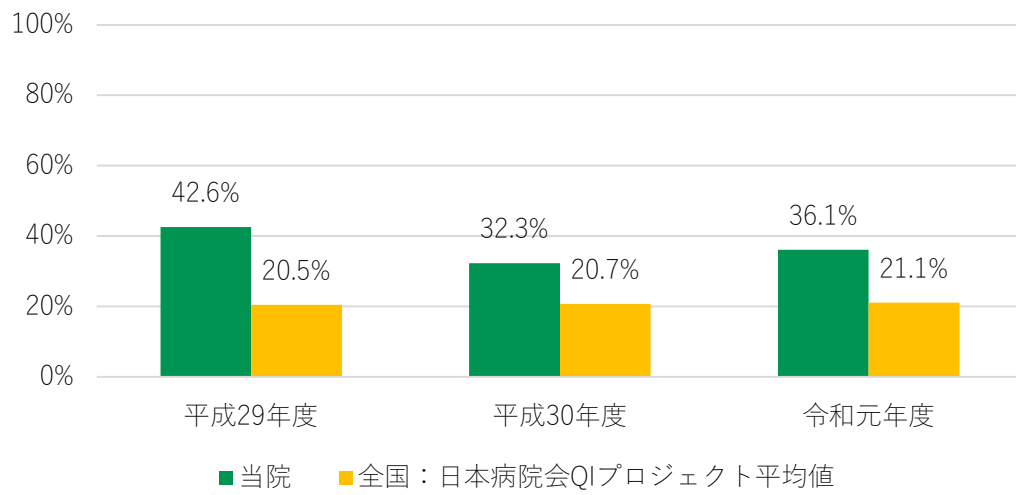
大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

プロセス指標

急性期における治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。
大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

計算方法

| | |
|----|-----------------------------|
| 分子 | 分母のうち「地域連携診療計画加算」を算定した患者数 |
| 分母 | 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数 |



大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折の早期手術割合

プロセス指標

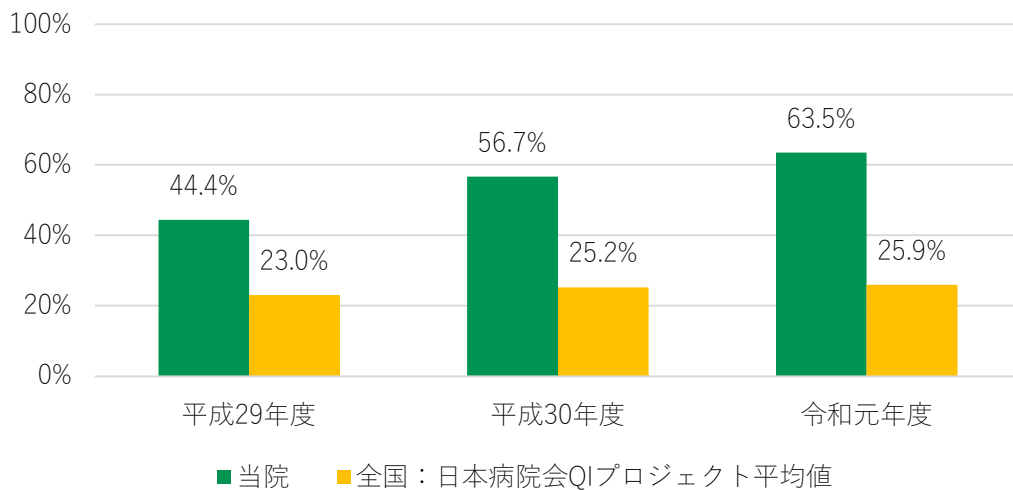
大腿骨頸部骨折や大腿骨転子部骨折は、ガイドラインではできる限り早期の手術を推奨されています（Grade B 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版）。

「早期」の厳密な説明は示されていませんが、本指標では、各手術について、入院2日以内に手術を受けた症例数として計測を行いました。

計算方法

| | |
|----|-----------------------------|
| 分子 | 分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数 |
| 分母 | 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数 |
| | 大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数 |

《大腿骨頸部骨折》



《大腿骨転子部骨折》

