

# 臨床指標 2013

## 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

#### 1. 構造

ストラクチャー：  
施設、医療機器、  
医療スタッフの種類  
と数など

#### 2. 過程

プロセス：  
実際に行われた  
診療や看護

#### 3. 結果

アウトカム：  
行われた医療の結果  
としての  
患者さんの健康状態

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、自院として一般の方にアピールしたい項目を中心に7項目を選定しました。項目は、今後徐々に増やしてゆく予定です。

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。



## ■平成 25 年度 南部病院 臨床指標一覧■

1.[患者満足度](#)

2.[死亡退院患者率](#)

3.[転倒・転落発生率](#)

4.[再入院率](#)

5.[褥瘡推定発生率](#)

6.[糖尿病患者の血糖コントロール](#)

7.[回復リハ病棟在宅復帰率](#)

[先頭に戻る](#)

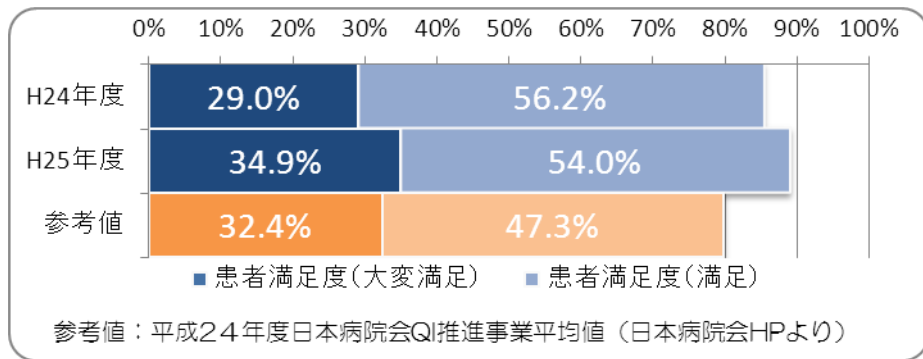
# 患者満足度（平成 25 年度）

## 指標の説明・定義

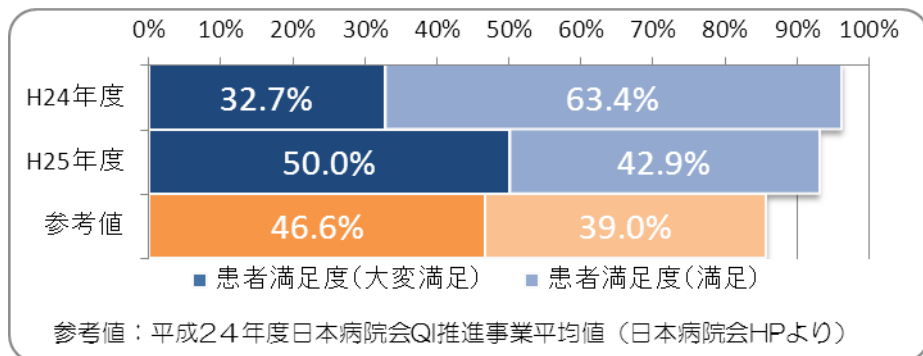
分子	a.「この病院での診療に大変満足している」と回答した患者数 b.「この病院での診療に大変満足または満足している」と回答した患者数
分母	患者満足度調査に回答した患者数
除外	未記入患者
収集期間	外来2日以上，入院1週間以上。3月までに1回の報告

外来患者、入院患者の当病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（大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足）の「大変満足」「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

### <外来患者>

年間で330人のアンケートを実施し平均で(大変満足)は34.9%、(満足)は54.0%、(どちらともいえない)が4.41%、(不満足)は0%、(大変不満足)が0%でした。(大変満足)+(満足)の合計は88.9%で決して低くはないですが更に評価UPを目指します。一方(どちらともいえない)+(不満足)+(大変不満足)が4.41%あり更に改善に努めていきたいと思ひます。

### <入院患者>

年間で22人のアンケートを実施し平均で(大変満足)は50.0%、(満足)は40.9%、(どちらともいえない)が4.5%、(不満足)0%、(大変不満足)は4.5%でした。(大変満足)+(満足)が、90.9%で決して低くはないですが更に評価UPを目指します。

## 改善活動事例

### 院内情報共有や数値のフィードバック

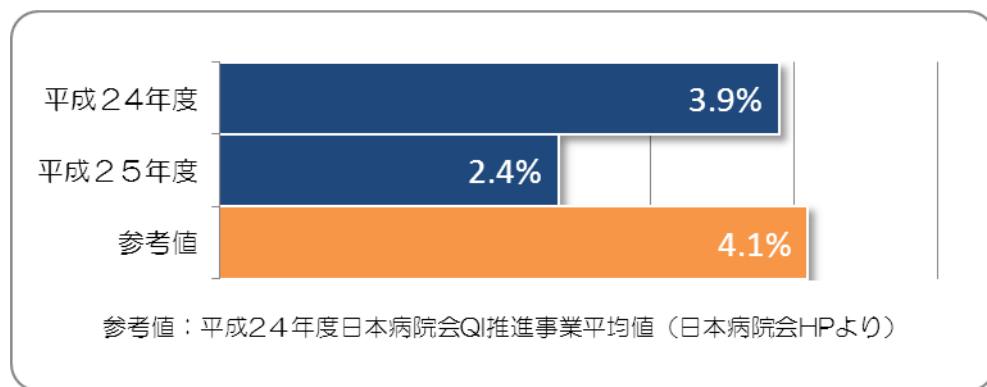
- ・委員会や会議で結果を報告した。
- ・結果をグラフ化し、不満・要望等を一覧にして委員会にて回覧した。

## 死亡退院患者率（平成 25 年度）

### 指標の説明・定義

分子	死亡退院患者数
分母	退院患者数
除外	緩和ケア等退院患者
収集期間	1ヶ月毎

どの病院でも、死亡退院患者率を把握できますが、医療施設の特徴（病院の規模、病院機能、地域の特性など）、入院患者のプロフィール（年齢、性別、疾患の種類と重症度など）が異なるため、医療機関間の比較には調整が必要です。この死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありませんが、施設全体の変化を経年的に把握するのに役立つ指標だと考えます。



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

当院の平成 25 年度 1 年間の平均は平均値 2.4%、中央値 2.5%、最大値 3.9%、最小値 0.7%という結果で、平成 24 年度日本病院会 QI 推進事業報告書の 6 ヶ月間の平均、平均値 4.1%、中央値 3.6%、最大値 36.6%、最小値 0.0%と比較して低い結果でした。回復期リハビリテーション病棟の退院数を含めると低くなるため、一般病棟のみの死亡率も計測したところ 3.8%という結果でした。高齢の患者さんが多い割には低い数値だと思われます。在宅医療への継続や、重症化した場合、同一法人の急性期病院へ転院して治療するなどの連携がとれていると考えられます。

### 改善活動事例

#### 院内情報共有や数値のフィードバック

- 委員会での報告や院内ホームページで値を共有した。
- 死亡率が 4.0%以上になった月は病棟師長に報告し、症例検討を行なった。

#### 勉強会・講習会の開催

- 急変時対応訓練を実施した。

# 転倒・転落発生率、損傷発生率（平成 25 年度）

## 指標の説明・定義

### ① 転倒・転落発生率

分子	分子＝レポートが提出された転倒・転落件数
分母	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

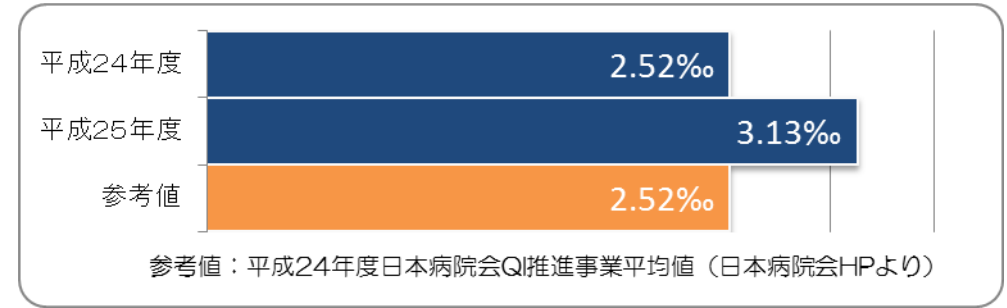
### ② 転倒・転落による損傷発生率

分子	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 4 以上の転倒・転落件数
分母	分母＝入院延べ数
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

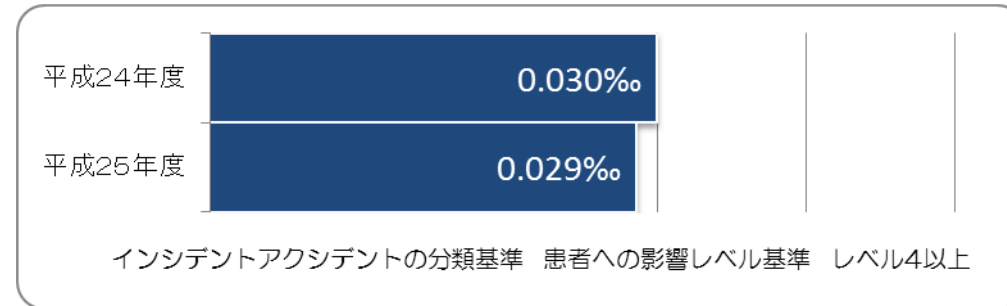
入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・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。

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



### ② 転倒・転落による損傷発生率



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

本院の25年度転倒・転落の報告数率は増加したが、全体的にインシデント報告数が増加した結果と考える。インシデント・アクシデント報告に対するスタッフの意識は高く、速やかに報告がなされている現状があり、報告忘れが無いと評価したい。損傷発生率は前年度比較では変化は無い。報告数増加に対する比較にすると、損傷発生率は低下したと考える。『ベットサイドにポータブルトイレを置かない』という対策を取ったことも、効果として評価したい。転倒・

転落の報告書内容として、患者さん自身が「自分でできると思った」という行動が今年度も多く見られた。患者さんへの安全面の説明が、不十分であると考ええる。本院の転倒・転落改善活動として、KYT(危険予知トレーニング)が必要であり、危険予知(KY)を常に意識し、患者さんへの安全面の説明、個々に必要な安全対策がなされることが重要との考えは継続の必要性を感じる。次年度の目標として、報告率は下げず損傷発生率を下げたいと考えます。改善策としては、転倒転落報告書の各部署での振り返りと対応策の徹底を継続し、目標達成としたい。

## 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 『南部病院 医療安全対策の部屋』

### 勉強会・講習会の開催

- ・KYT 勉強会開始 リスク委員会・看護部
- ・転倒・転落発生時の振り返り

### 施設・設備・機器の見直しや購入

- ・ベットコール・フットコール・てんとう虫等転倒・転落予防のための機器点検

## 平成 25 年度 再入院率（退院後 6 週間以内の予定外入院）

### 指標の説明・定義

分子	退院後 6 週間以内の予定外入院患者数
分母	退院患者数
除外	
収集期間	1 ヶ月毎

患者の中には、退院後 6 週間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。分母は退院患者数、分子は退院後 6 週間以内の予定外入院患者数で、いずれも全病床を対象としました。昨年は分子が救急医療管理加算算定患者となっておりましたので経年比較ができませんが、より実態を表した定義となったと思います。本院は DPC 病院ではありませんが、参考値である日本病院会の算出方法は一般急性期病床のみを対象とした DPC 調査を元にしてしますので、単純に比較することはできません。

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

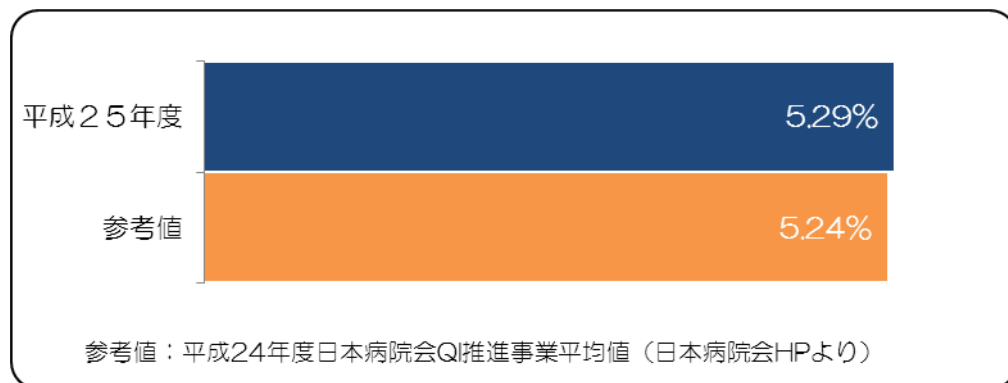
1 年間の平均は、平均値 5.29%、中央値 5.03%、最大値 7.95%（12 月）、最小値 2.91%（3 月）という結果で、日本病院会の平均値 5.24%と比較してほぼ同様の値でした。このうち前回入院と同一疾病での再入院率は 2.51%でした。

昨年と比べて今年が 5.29%と上昇しているのは、分子の対象患者が救急医療管理加算対象患者から予定外入院患者数へ変更されたためと思われます。再入院率低下を目指すのであれば、再入院した患者の基礎疾患、再入院の契機となった疾病等に踏み込んだ分析と対策が必要になりますが、次回以降の課題としたいと思います。

### 改善活動事例

#### 院内情報共有や数値のフィードバック

- 委員会での報告や院内ホームページで値を共有した。





## 褥瘡推定発生率（平成 25 年度）

### 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。

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

当院の推定発生率背景には、脳血管疾患の患者や治療期間を要した廃用症候群の患者など重症度の高い患者さんが多く、それに伴い褥瘡発生率も増えてきました。また、褥瘡を持ち込むケースも多く、高齢社会での現状や、合併症によるADL低下で長期臥床・栄養状態の悪化等で褥瘡を誘発している現状も原因だと考えられます。

褥瘡を完治する過程では時間や栄養改善までに時間を要する為、難渋しているのが実態であり、体型や運動能力、瘡の性状に差がある高齢者では個別要因に配慮しなくては解決不可能です。

また褥瘡を予防するためには、患者さんの栄養状態や、必要な体圧分散寝具を適切に使用されているかなどの指導の改善は必要です。

今後もNSTとの連携を密に図り、院外での活動にも積極的に取り組んでいけるようにすることが検討の課題であります。

### 改善活動事例

#### 院内情報共有や数値のフィードバック

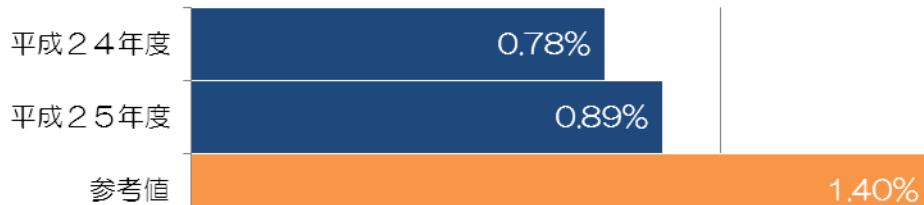
- ・毎週金曜日に褥瘡委員1名、担当医師、薬剤士、リハビリスタッフ、栄養士が共に病棟に出向き、褥瘡処置方法を検討し、専門看護師が状況を分析しながら、スタッフへの指導を行なっている。
- ・NST委員会でも褥瘡・アルブミン低下のある患者さんの栄養サポートを毎週火曜日評価している。今後は全員対象の検討を行なう。
- ・チーム医療を強化し、第4火曜日に委員会にて院内情報共有や発生件数の数値のフィードバック・褥瘡評価・処置・学習会を行なっている。

#### 勉強会・講習会の開催

- ・新人勉強会に褥瘡予防講習会を取り入れた。
- ・各病棟での症例を褥瘡委員会で評価の学習。

#### 施設・設備・機器の見直しや購入

- ・体圧分散寝具を定期購入



参考値：平成21年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



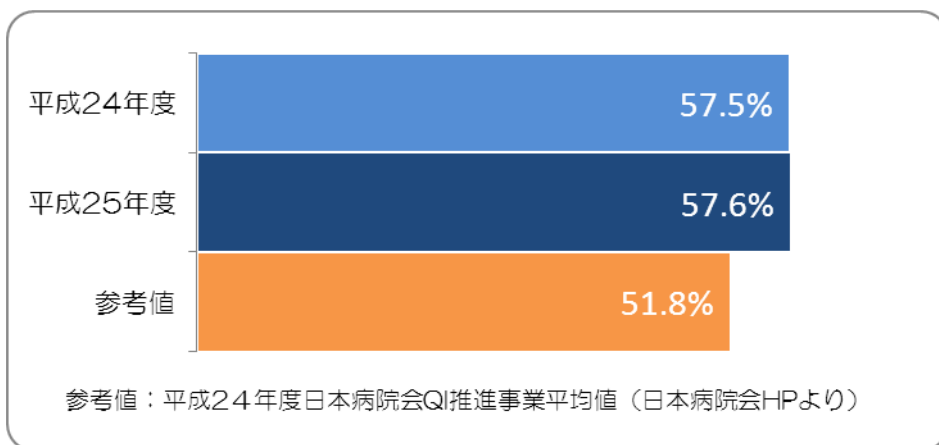
## 糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c）（平成 25 年度）

### 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 を高めに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。



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回の平均を計測しました。当院の平成25年度の平均値は57.6%、日本病院会平成24年度報告の平均値51.8%と比較して良い結果でした。また、昨年の結果と比較して大きな変化はありませんでした。

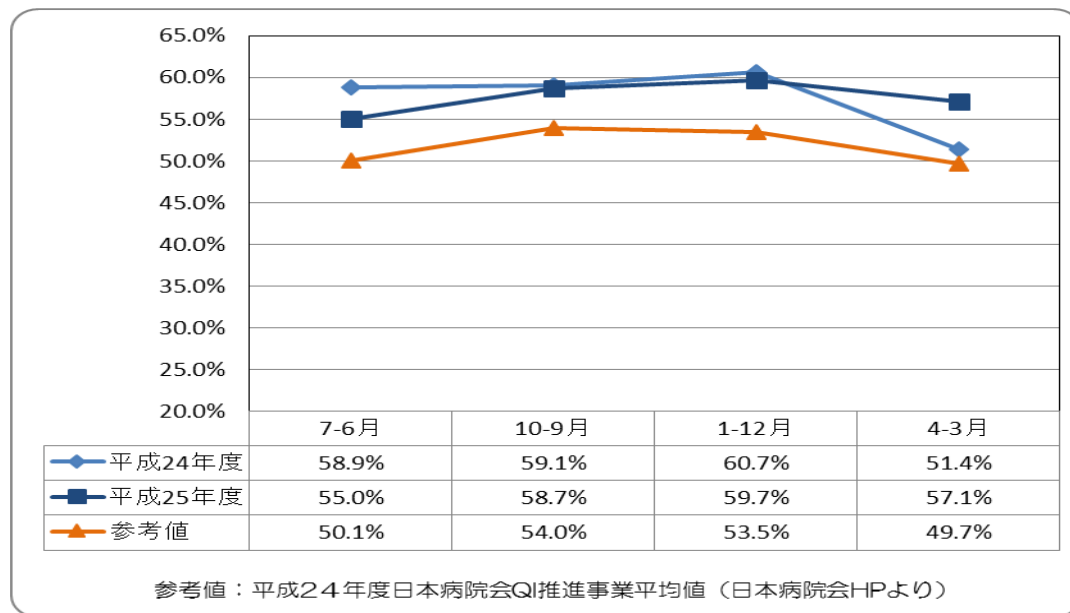
当院は高齢者の比率が高く、HbA1cの目標値をあえて高く設定している方の割合も高いものと思われます。こういった背景の中での平成25年度の結果は、良い結果だったと思います。但し、外来患者の中には若年者にもかかわらずHbA1cが高値の状態が続いている方もおり、今後のことを考えると心配な状態です。

### 改善活動事例

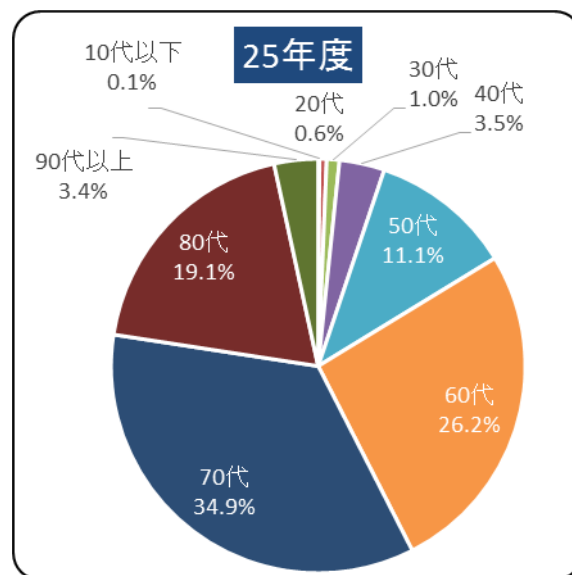
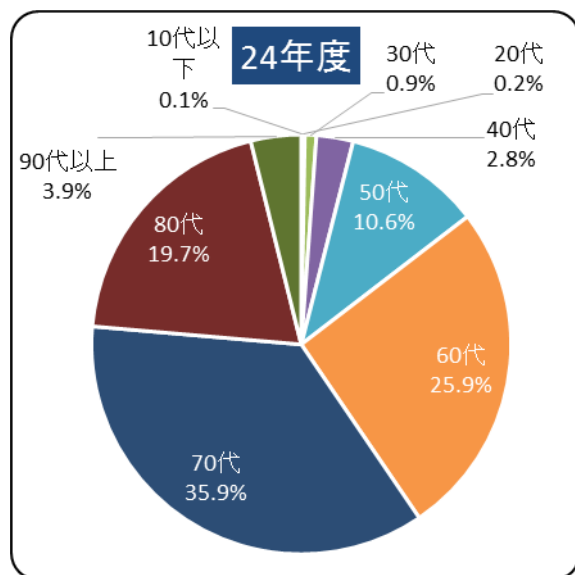
生活習慣病センター内のミーティングで対策会議を行った。

- 重点的に関わりを持っていく症例を抽出し、他職種で連携して関わってここととした。
- 腎症の病期が上がった方に関しては、腎サポート外来、糖尿病透析予防コースでの診療を進め、重点的に関わっていくこととした。
- 糖尿病教室；カンバセーションマップを用いた指導を導入した。

## 参考資料



## 南部病院対象患者年齢層



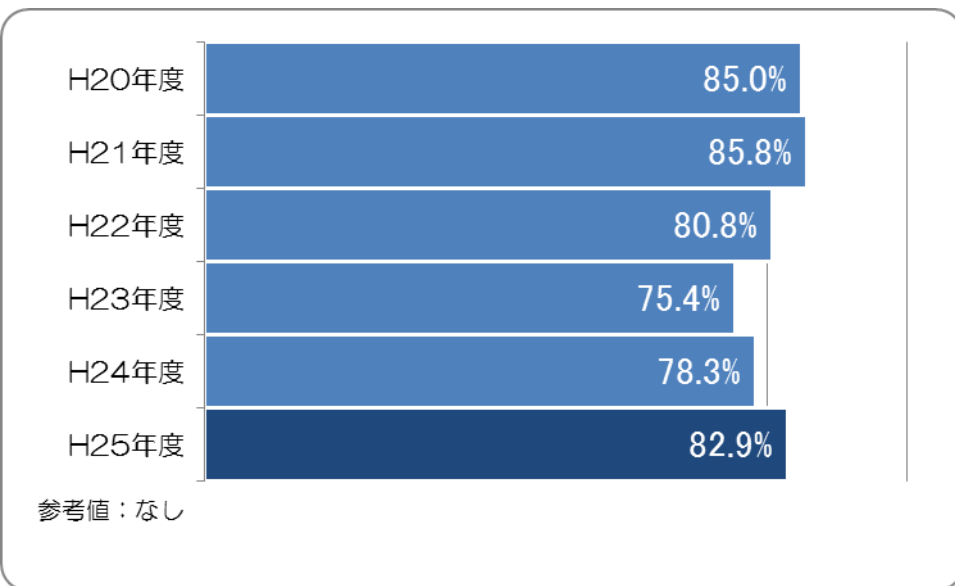
## 回復期リハビリ病棟在宅復帰率（平成 25 年度）

### 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食事、更衣、排泄、移動、会話などの集中的なリハビリテーションサービスを提供することで、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

平成 25 年度の当院の在宅復帰率は 82.9%と、昨年に比較し高い値となりました。しかし、脳血管障害患者の発生率の増加と重症化によって機能回復に限りがあり、在宅復帰は困難を極め療養型病院及び施設調整が増加傾向にあります。今後、回復期リハビリテーション病棟の需要が高まる中で、在宅復帰を目指す援助を強化する必要があると考えられます。

### 改善活動事例

- 院内情報共有や数値のフィードバック
- 回復期病棟に入院前より情報をとり、方向先を早め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に取り組むようにした。
- 多職種による家屋調査を行い、問題を抽出し在宅に帰れるよう環境を整えた。
- 地域や介護事業所等と連携を取り情報収集し活用した。

## 参考文献

1. 福井次矢監修: Quality Indicator 2012 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 2012年度 QIプロジェクト(QI推進事業)結果報告

[http://www.hospital.or.jp/pdf/O6\\_20130917\\_01.pdf](http://www.hospital.or.jp/pdf/O6_20130917_01.pdf)

3. 日本褥瘡学会会誌
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 H25年2月