

QIプロジェクト ～医療の質向上をめざして～ 2020年

QIプロジェクトは、2011年度より、厚生労働省事業を日本病院会が引き継いで行われている、医療の質を向上させる事業です。（今年度は352病院が参加しております。）当院は、2012年度より参加しております。41項目の指標があります。

QI推進事業は、「各々の病院が自院のデータを経時的に公表しながら、向上の為に努力し結果として医療の質が改善される」ことを目的とし、医療の質を測定、評価、公表するための検討と各病院で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。

QI指標一覧

■DPC以外の指標

- (01) 患者満足度（外来患者）
- (02) 患者満足度（入院患者）
- (03) 死亡退院患者率
施設全体の変化を経年的に把握していくためには、扱いやすい指標であると考えられますが、医療機関の体制や患者様のプロフィール、疾患の種類と重症度などが大きく関与するため、リスク調整が必要な指標であり、標準化が容易ではありません。
- (04-a) 入院患者の転倒・転落発生率
損傷発生率とともに、医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された件数が集計されております。
- (04-b) 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル2以上）
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、傷害予防に繋がると考えられております。損傷レベルについてはThe Joint Commissionの定義を使用しています。
- (04-c) 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル4以上）
- (05) 褥瘡発生率
褥瘡の発生は、患者様のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こす等治療が長期に及ぶおそれがあります。院内での新規発生ケースを集計しております。
- (06) 紹介率
紹介率とは、当院を受診した患者様のうち、他の医療機関から紹介されて来院した患者様の割合のことです。紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の指標であり、これらの指標が高い医療機関は、各患者様の病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられます。
- (07) 逆紹介率
逆紹介率とは、当院から他の医療機関に紹介した患者様の割合を示す数字です。
- (08) 尿道留置カテーテル使用率
カテーテル関連尿路感染症の発生率を算出するための前段階指標で、どのくらいの患者様に尿道留置カテーテルが使用されているかをみています。尿路感染は医療関連感染の約40%を占めており、そのうち66～86%が尿道カテーテルなどの器具が原因です。いったん尿道カテーテルを挿入すると15日までに50%、1ヶ月までにはほぼ100%尿路感染症を起こすといわれています。尿路感染症は一般的には重症化することなく無症状で経過することがほとんどですが、まれに膀胱炎、腎盂炎、敗血症に至ることがあるため、適切に管理することが重要です。このように、尿道留置カテーテル関連尿路感染対策は医療関連感染対策の重要な課題の一つとなっています。
- (09) 救急車・ホットラインの応需率
救急車・ホットライン応需率は、救急車受入要請のうち何台受入れが出来たのか、その割合を表しています。「救急車は全て受入れ、断らない」を目標に救急車の受入体制は可能な限り応需すべく取り組んでいます。本指標は、地域医療の最後の砦である救命救急医療の機能が果たしているかを表しています。
- (10) 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
手術部位感染（SSI）を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後2～3時間まで、血中及び組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高いとされており、
- (11) 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 ⇒対象術式の変更あり
手術後に、手術部位感染が発生すると入院期間が延長します。手術部位感染を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後2～3時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、手術部位感染を予防できる可能性が高くなります。しかし、不必要に長期間投与することで、抗菌薬による副作用の出現や耐性菌の発生、医療費の増大につながります。一般的には、非心臓手術では術後24時間以内、心臓手術では術後48時間以内までに抗菌薬を中止することが推奨されています。
- (12) 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c (NGSP) <7.0%
糖尿病による合併症頻度はHbA1cの改善度に比例しており、合併症を予防するためにも6.5%以下に維持することが推奨されています。

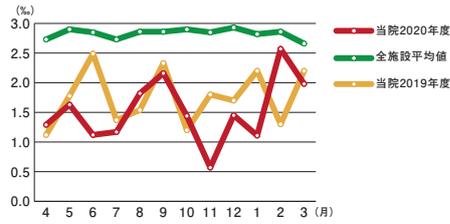
■DPCからの指標

- ・退院後6週間以内の救急医療入院率
- ・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抗血小板薬投与割合
- ・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
- ・急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合
- ・脳卒中患者のうち入院2日目までに抗血小板治療もしくは抗凝固療法を受けた患者割合
- ・脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合
- ・脳卒中患者の退院時スタチン処方割合
- ・心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合
- ・脳梗塞における入院後早期リハビリ実施症例の割合
- ・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
- ・入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合
等

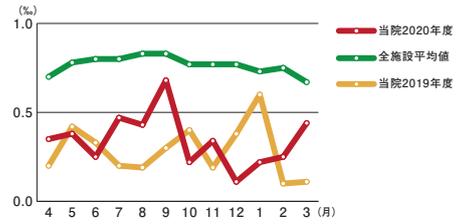


病院のミッションは、全職員で患者様の治療にあたることです。また、全部署が現在の病院について理解する事も必要です。QIデータに関しましては、継続報告を行います。ホームページや年報等で公表しております。別紙に、自院の月別推移グラフ（DPC以外）を掲載致します。

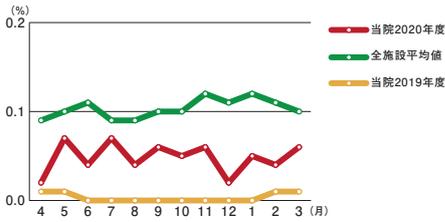
4-a 入院患者さまの転倒・転落発生率



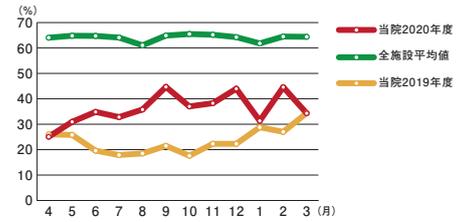
4-b 入院患者さまの転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル2以上)



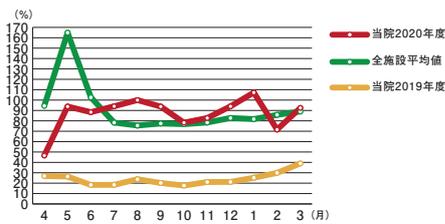
5 褥瘡発生率



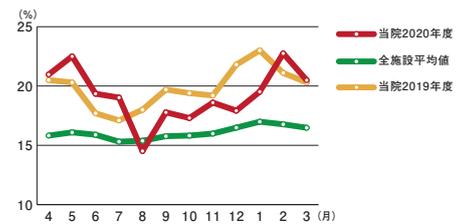
6 紹介率



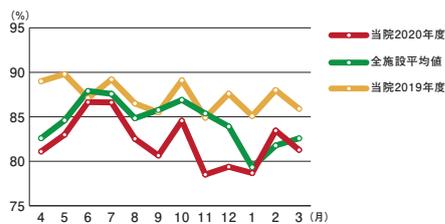
7 逆紹介率



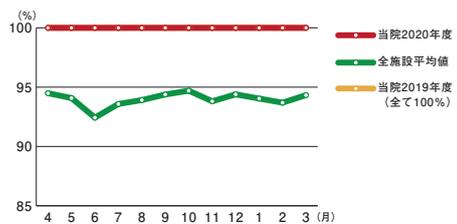
8 尿道留置カテーテル使用率



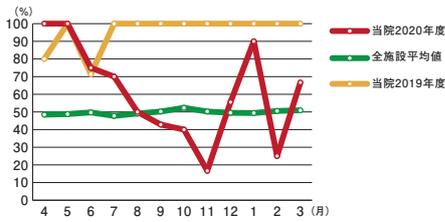
9 救急車・ホットラインの応需率



10 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率



11 特定術式における術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率



12 糖尿病患者さまの血糖コントロールHbA1c (NGSP) <7.0%

