

平成25年度「QI推進事業」
結果報告

平成26年12月
豊橋市民病院

当院では、平成 23 年度より一般社団法人日本病院会が行っている「医療の質（Quality Indicator：QI）推進事業」に参加しています。これからの病院は、継時的なデータを収集し、現在行われている診療プロセスが妥当であるかを振り返り、改善していくことを目指しています。

平成 25 年度 QI 推進事業に当院の医療データを提出し、集計結果がフィードバックされましたのでご報告いたします。また、平成 25 年度より QI 推進事業の指標が見直され、従来の 12 指標の 3 指標を対象外とし、新規 16 指標（指標名に【新】のあるもの）が追加されました。豊橋市民病院では、対象外（指標名に【外】のあるもの）となった 2 指標についても継続してデータ収集に取り組んでおり、平成 25 年度 QI 事業結果報告では計 27 指標を掲載しております

QI 推進事業とは？

「医療の質（Quality Indicator：QI）」とは、根拠（エビデンス）に基づいた医療、「標準医療」の実践調査として、欧米などでは国家レベルで測定し公開されており、イギリス、フランスでは病院の格付け、オランダでは病院の検閲で利用されています。日本では、日本病院会が主導で QI 推進事業が行われています。

QI 推進事業では、データに基づく診療の質指標の経年変化、改善の試みが行われており、Structure（構造）、Process（過程）、Outcome（結果）の 3 つの分野に分けて指標づくりが行われております。

また、「多施設を横断的に比較」するのではなく、「各施設で診療の質を継時的に改善」することを目的としており、結果を見て「十分」ではなく、施設ごとの目標値を立てて「向上」を目指すことが重要であると言われております。

※日本病院会では、各施設のデータを集約して分析を行っており、平成 25 年度の全国平均は QI 推進事業から提示されたデータを用いています。

《平成 25 年度 QI 推進事業参加施設内訳》

	参加施設数	内 特定機能 病院	内 地域医療 支援病院	内 臨床研修 指定病院	内 機能評価 受診病院	内 DPC 病院
700 床以上	26	4	13	22	21	26
400 床以上 700 床未満	88	0	63	81	76	87
100 床以上 400 床未満	103	0	29	76	92	86
100 床未満	9	0	0	0	7	3
合計	226	4	105	179	196	202

※ は、豊橋市民病院（平成 25 年度）が該当しています。

《DPC データとは？》

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断群分類に基づいて評価される入院 1 日あたりの定額支払い制度を言います。DPC データは、この定額支払い制度に基づくデータであり、厚生労働省に提出するデータを用いています。

平成25年度 各指標定義結果目次

1 患者満足度調査.....	1
1.-1 患者満足度（外来患者）.....	1
1.-2 患者満足度（入院患者）.....	1
2 死亡退院患者率.....	2
3 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率.....	3
3.-1 入院患者の転倒・転落発生率.....	4
3.-2 入院患者の転倒・転落によるレベル2以上損傷発生率.....	4
3.-3 入院患者の転倒・転落によるレベル4以上損傷発生率.....	4
4 院内新規褥瘡発生率.....	5
5 紹介率・逆紹介率【新】.....	6
5.-1 紹介率.....	6
5.-2 逆紹介率.....	6
6 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率【外】.....	7
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【新】.....	8
8 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【新】.....	9
9 糖尿病患者の血糖コントロール実施率.....	10
10 退院後6週間以内の救急医療入院率.....	11
11 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【新】.....	12
12 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合【新】.....	13
13 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【新】.....	14
14 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合【新】.....	15
15 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ジオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合【新】.....	16
16 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはアンジオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合【新】.....	17
17 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【新】.....	18
18 脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合【新】.....	19
19 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処方割合【新】.....	20
20 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合【新】.....	21
21 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【新】.....	22
22 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【新】.....	23
23 手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】.....	24
24 豊橋市民病院 QI 指標年度比較.....	25

24.-1 患者満足度	25
(ア) 外来患者（外来患者さんの総合的な満足度について）	25
(イ) 入院患者（入院患者さんの総合的な満足度について）	25
24.-2 死亡退院患者率.....	25
24.-3 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率	26
(ア) 入院患者の転倒・転落発生率.....	26
(イ) 入院患者の転倒・転落によるレベル 2 以上損傷発生率.....	26
(ウ) 入院患者の転倒・転落によるレベル 4 以上損傷発生率.....	26
24.-4 院内新規褥瘡発生率.....	26
24.-5 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率	27
24.-6 糖尿病患者の血糖コントロール実施率.....	27
24.-7 退院後 6 週間以内の救急医療入院率.....	27
24.-8 手術患者の肺血栓塞栓症発生率.....	27

1 患者満足度調査

患者さんがどのように感じているかを把握し、その結果を反映していくことで、医療サービスの一層の充実を図るために実施しています。受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。引き続き、高い患者満足度を維持・向上できるよう努めていきます。

<指標定義>

分子：	「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した外来患者数
分母：	1.-1 外来患者) 患者満足度調査に回答した外来患者数 1.-2 入院患者) 患者満足度調査に回答した入院患者数 ※「わからない」「未記入」については分母から除く
調査期間：	1.-1 外来患者) 平成25年7月8日～平成25年8月2日 1.-2 入院患者) 平成25年7月8日～平成25年7月22日
値の解釈：	より高い値が望ましい

1.-1 患者満足度（外来患者）

カテゴリー名	当院 (%)	全国平均 (%) (166 施設)
満足	19.3	39.0
満足+ほぼ満足	70.1	82.2

(参考)「設問：総合的に考えて当院に満足されていますか（外来）？」当院調査回答数

配布数：2,000 人 回収数：826 人（回収率：41.3%） (人)

満足	やや満足	普通	やや不満	不満	わからない	未記入	合計
154	407	188	30	21	6	20	826

1.-2 患者満足度（入院患者）

カテゴリー名	当院 (%)	全国平均 (%) (165 施設)
満足	29.2	54.2
満足+ほぼ満足	77.0	88.8

(参考)「設問：総合的に考えて当院に満足されていますか（入院）？」当院調査回答数

配布数：555 人 回収数：506 人（回収率：91.2%） (人)

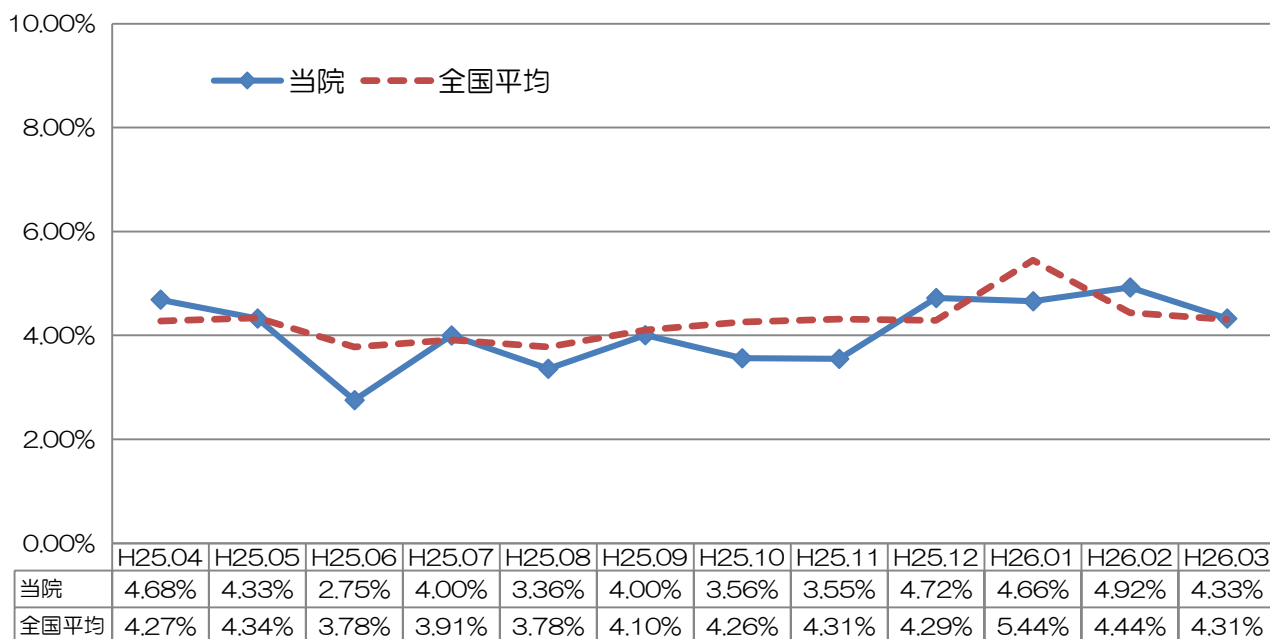
満足	やや満足	普通	やや不満	不満	わからない	未記入	合計
142	233	89	18	5	4	15	506

2 死亡退院患者率

病院単位での医療アウトカムを客観的に把握するシステムは存在しません。医療施設の特徴（職員数、病床数、救命救急センターや集中治療室、緩和ケア病棟の有無、平均在院日数、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、直接他施設との医療の質を比較することは適切ではありません。しかしながら死亡退院患者率を調査し、変化にいち早く気づくことで、死亡退院した患者の診療過程の妥当性などを検討していく必要があります

<指標定義>

分子：	死亡退院患者数
分母：	退院患者数
除外：	DPC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ケース（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。
収集期間：	平成25年4月～平成26年3月（1ヶ月毎）
値の解釈：	より低い値が望ましい



3 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率

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様々なものがあります。転倒・転落の発生率、損傷発生率の両者を追跡するとともに、それらの事例を分析することで予防策を実施し、リスクを低減していく取り組みにつなげていきます。

転倒・転落の損傷レベルについては、「The Joint Commision」の定義を使用しています。

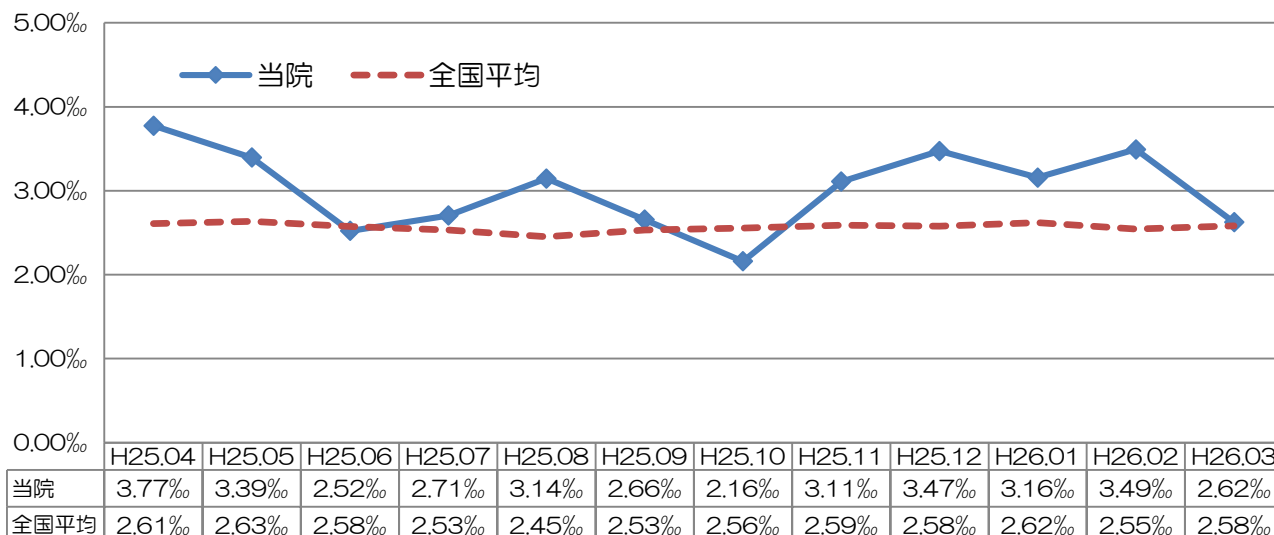
<指標定義>

分子：	3.-1 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 転倒・転落件数 3.-2 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 転倒・転落のうち損傷レベル2以上の転倒・転落件数 3.-3 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 転倒・転落のうち損傷レベル4以上の転倒・転落件数
分母：	入院延べ患者数
分子包含：	介助時および複数回の転倒・転落
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：	平成25年4月～平成26年3月（1ヶ月毎）
調整方法：	‰（パーミル：1000分の1を1とする単位）
値の解釈：	より低い値が望ましい

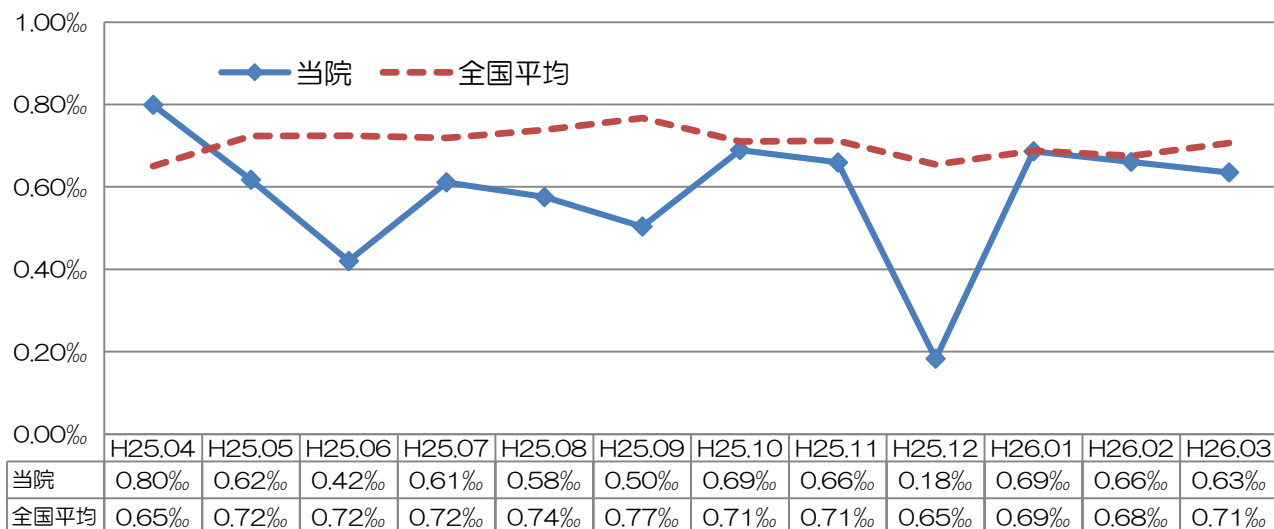
<損傷レベル>

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

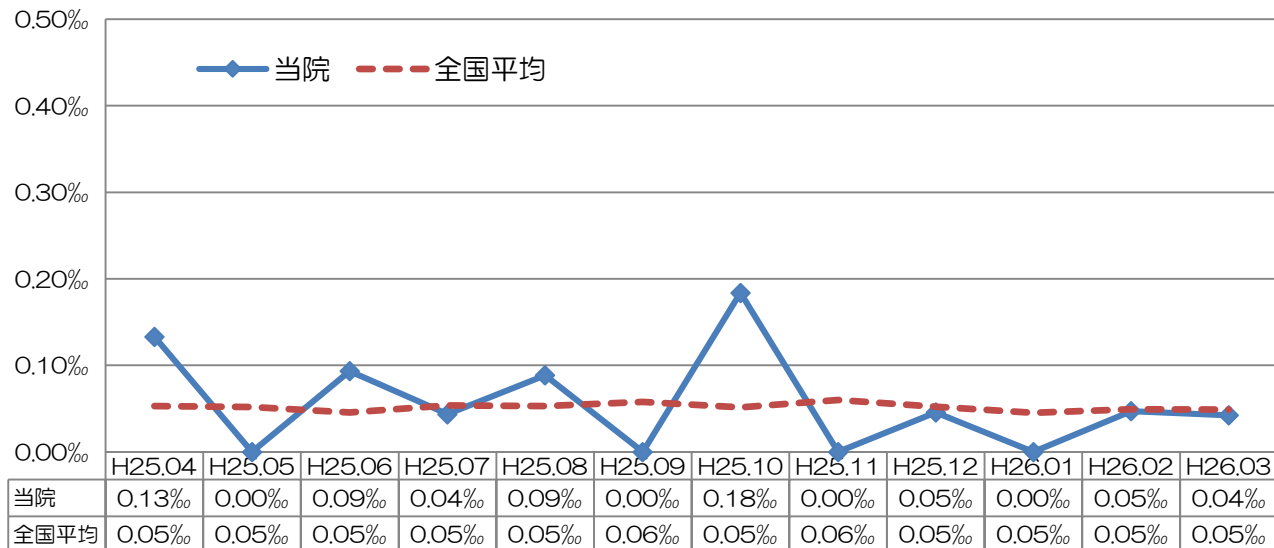
3-1 入院患者の転倒・転落発生率



3-2 入院患者の転倒・転落によるレベル2以上損傷発生率



3-3 入院患者の転倒・転落によるレベル4以上損傷発生率



4 院内新規褥瘡発生率

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。褥瘡は患者の生活機能が保たれず、人間らしい生活を続けられるQOL (Quality of Life)の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治療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。

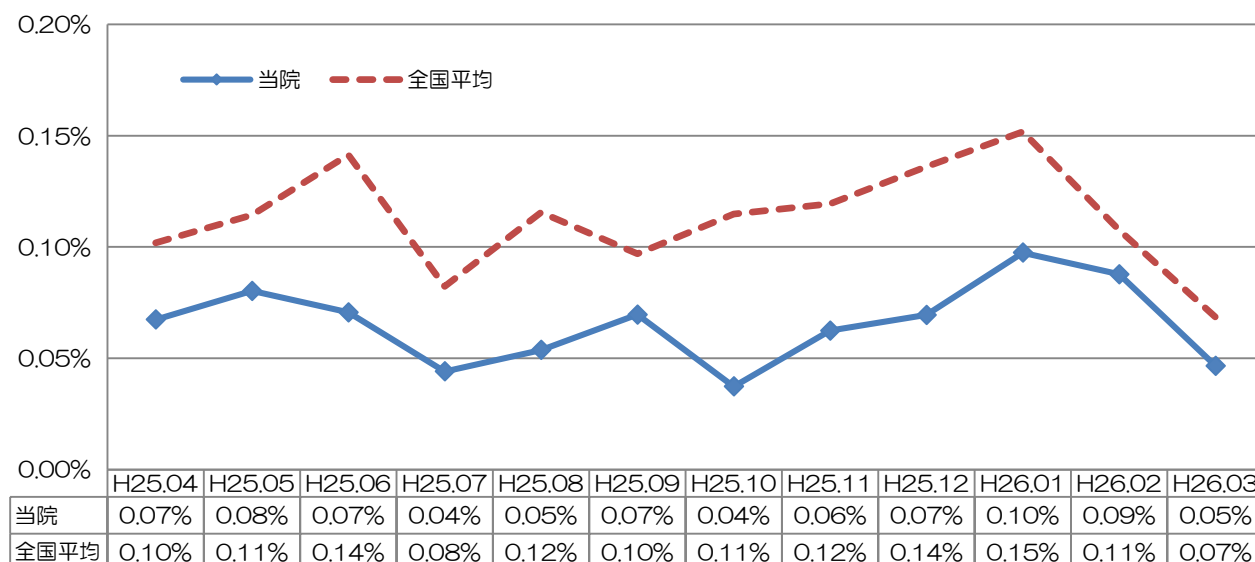
褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会のDESIGN-R（2008年改訂版褥瘡経過評価用）とInternational NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelinesを用いています。

<指標定義>

分子：	調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母：	入院延べ患者数
分子包含：	院内で新規発生の褥瘡（入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録） 深さd2以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡（DU）・深部組織損傷疑い
分母除外：	日帰り入院患者の入院日数（同日入退院患者も含む） 入院時すでに褥瘡保有が記録（d1,d2,D3,D4,D5,DU）されていた患者の入院日数（ただし、院内で新規発生した患者に限定） 調査期間より前に褥瘡の院内発生が確認され、継続して入院している患者の入院日数
収集期間：	平成25年4月～平成26年3月（1ヶ月毎）
値の解釈：	より低い値が望ましい

<褥瘡 Depth（深さ）>

d0	皮膚損傷・発赤なし	D3	皮下組織までの損傷
d1	持続する発赤	D4	皮下組織をこえる損傷
d2	真皮までの損傷	D5	関節腔、体腔に至る損傷
		DU	深さ判定が不能の場合



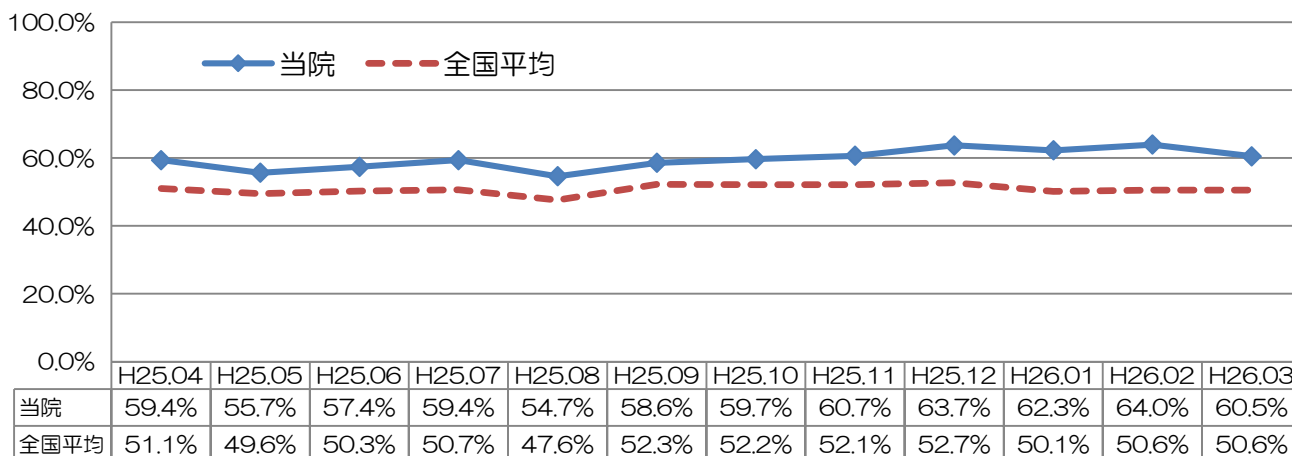
5 紹介率・逆紹介率【新】

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。一方、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。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示しています。

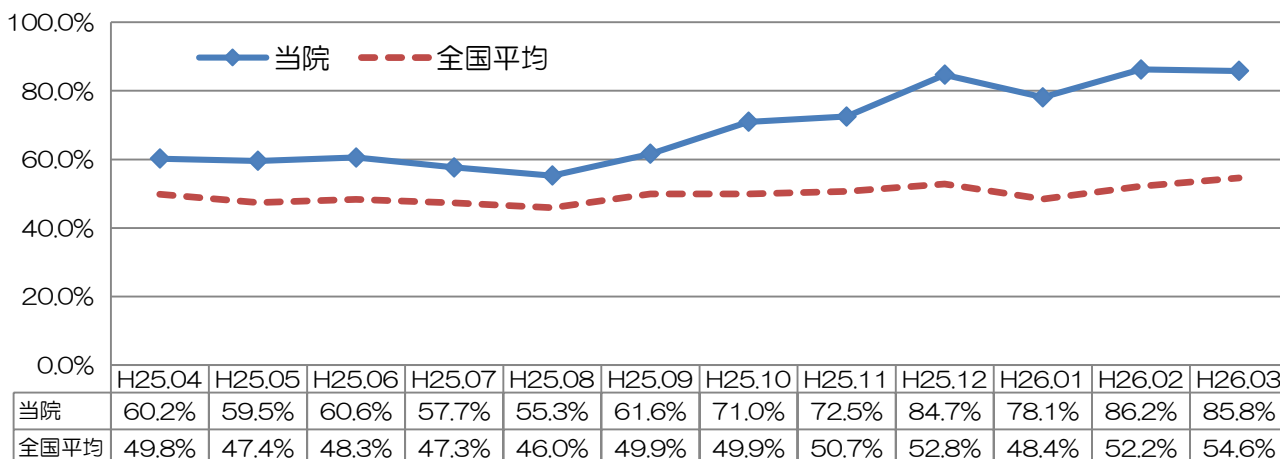
<指標定義>

分子：	5.-1) 紹介初診患者数＋（初診緊急入院患者数－初診緊急入院患者のうち紹介初診患者数） 5.-2) 逆紹介患者数
分母：	初診患者数－（休日・夜間の初診救急患者数－休日・夜間の初診救急入院患者数）
収集期間：	平成25年4月～平成26年3月分（1ヶ月毎）
値の解釈：	より高い値が望ましい

5.-1 紹介率



5.-2 逆紹介率

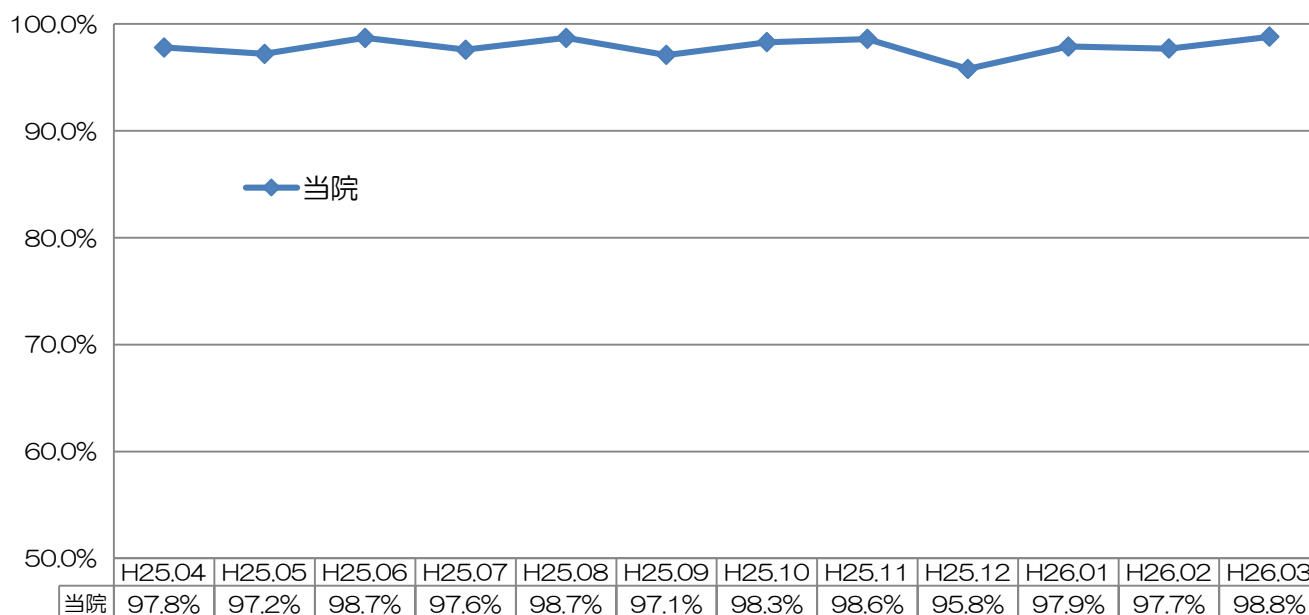


6 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率【外】

手術後に、手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）が発生すると、入院期間が延長し、医療費が有意に増大します。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、血中およ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くなります。このため手術執刀開始前の 1 時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSI を予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

<指標定義>

分子：	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
分母：	入院手術を受けた退院患者数
分母除外：	同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者 手術申し込みが手術開始24時間以内に行われた患者（緊急手術） 外来で行われた手術 術前に感染が明記されている患者 予防的抗菌薬投与がされていない患者 手術前日～術後2日目までに抗菌薬が投与されていない患者 帝王切開術
収集期間：	平成25年4月～平成26年3月（1ヶ月毎）
値の解釈：	より高い値が望ましい



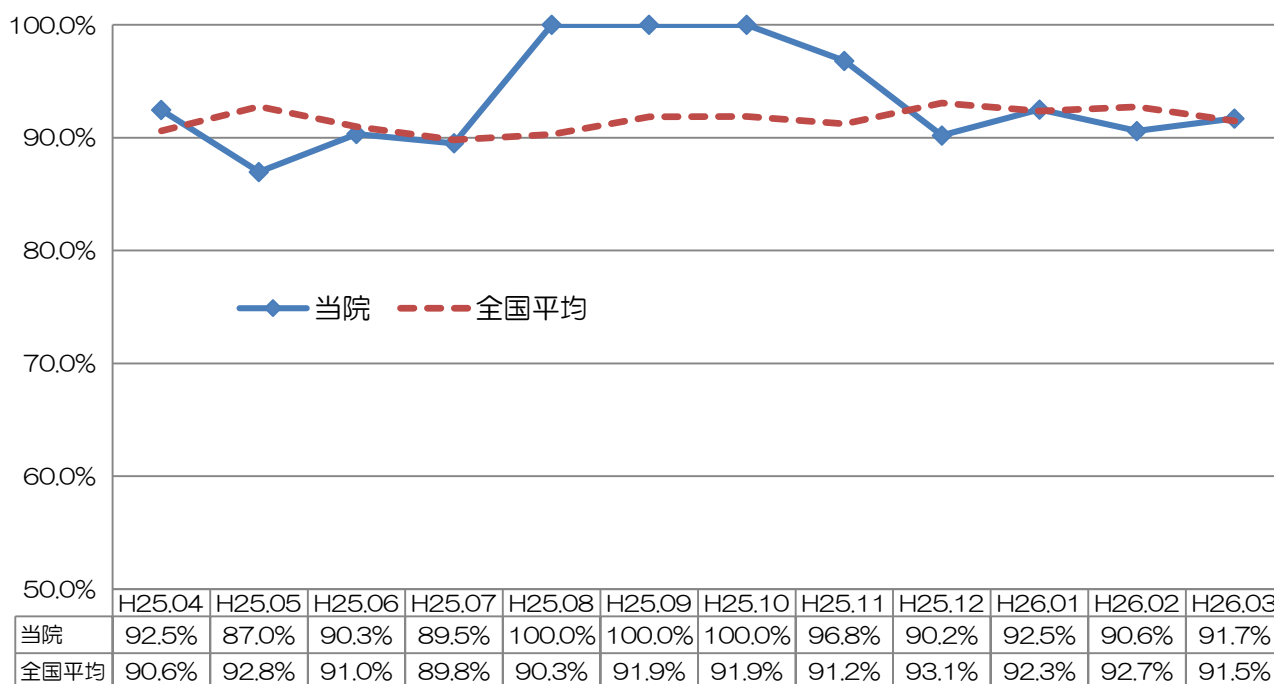
※平成 25 年度より QI 推進事業の対象指標ではないため、全国平均との比較はありません。

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【新】

指標6の「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」で抽出される患者において The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project (SCIP) の SCIP-Inf-1 に準拠した患者のみを対象としています。

<指標定義>

分子：	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
分母：	特定術式の手術件数（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）
分母除外：	入院時年齢が18歳未満の患者 在院日数が120日以上患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする） 手術開始日時の24時間前に抗菌薬を投与されている患者（大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし） 外来手術施行患者
収集期間：	平成25年4月～平成26年3月（1ヶ月毎）
値の解釈：	より高い値が望ましい

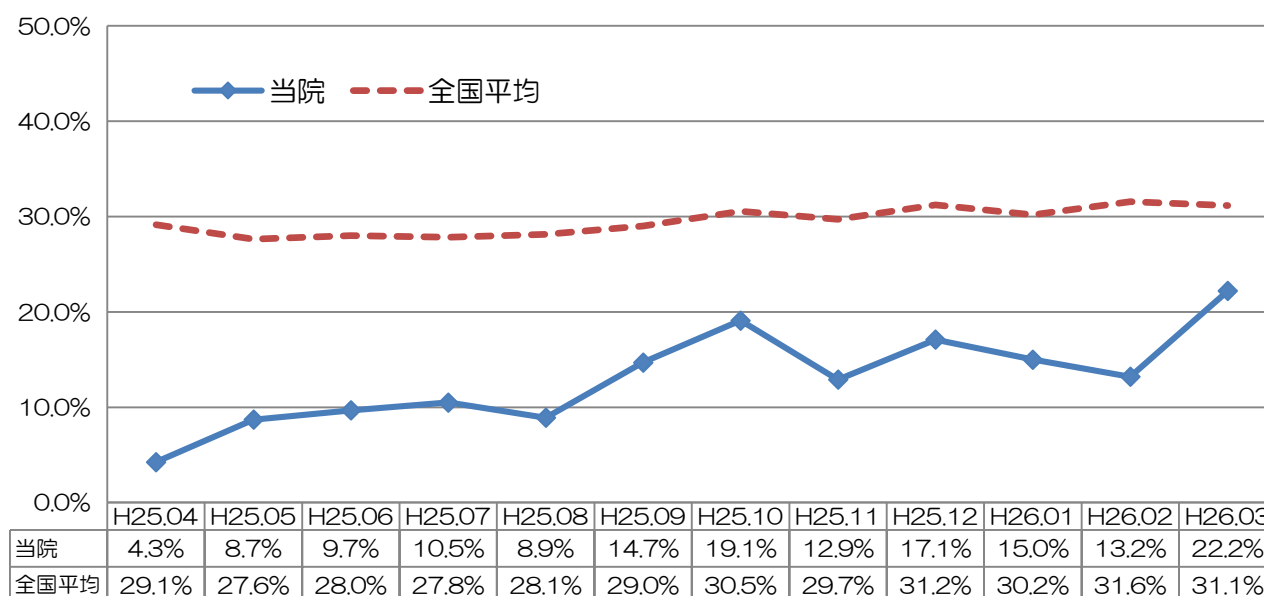


8 特定術式における術後 24 時間（心臓手術は 48 時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率【新】

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、血中およ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くなりますが、不必要に長期投与することで、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。指標 7 の「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」で抽出される患者において The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-3 に準拠した患者のみを対象としています。

<指標定義>

分子：	術後24時間以内（冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合48時間以内）に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数
分母：	特定術式の手術件数（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）
分母除外：	入院時年齢が18歳未満の患者 在院日数が120日以上患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする） 術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている 手術室内または回復室内での死亡患者
収集期間：	平成25年4月～平成26年3月（1ヶ月毎）
値の解釈：	より高い値が望ましい



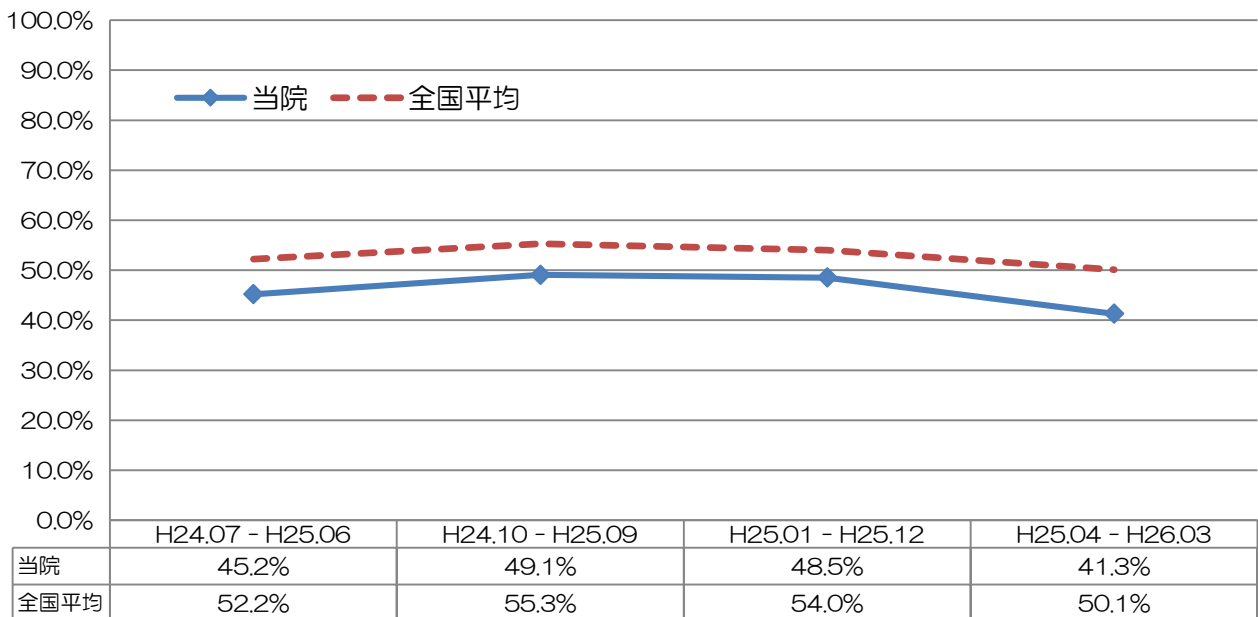
9 糖尿病患者の血糖コントロール実施率

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、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対象とし、HbA1cを用いています。

HbA1cは、過去2～3ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示すアウトカム指標です。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、HbA1cを6.5%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にふさわしい指標であると考えられます。

<指標定義>

分子：	HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の患者数
分母：	糖尿病の薬物治療を施行されている患者数（過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者）
分母除外：	運動療法または食事療法だけの糖尿病患者 該当期間に入院があり、処方日数から入院期間を差引き、合計90日未満処方になる患者
収集期間：	平成24年7月～平成25年6月、平成24年10月～平成25年9月 平成25年1月～平成25年12月、平成25年4月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



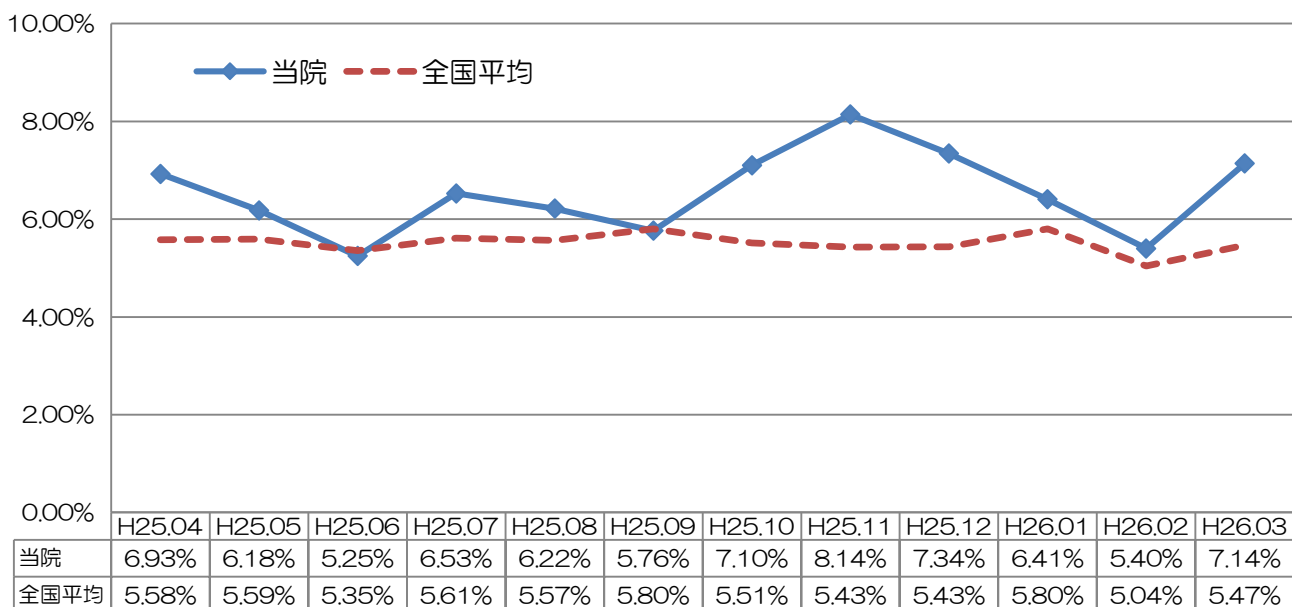
10 退院後6週間以内の救急医療入院率

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、病院全体の質を見ることができる指標です。

※本データは、厚生労働省提出用のDPCデータを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	退院後6週間以内の救急入院患者数
分母：	退院患者数
収集期間：	平成25年4月～平成26年3月分（1ヶ月毎）
値の解釈：	より低い値が望ましい



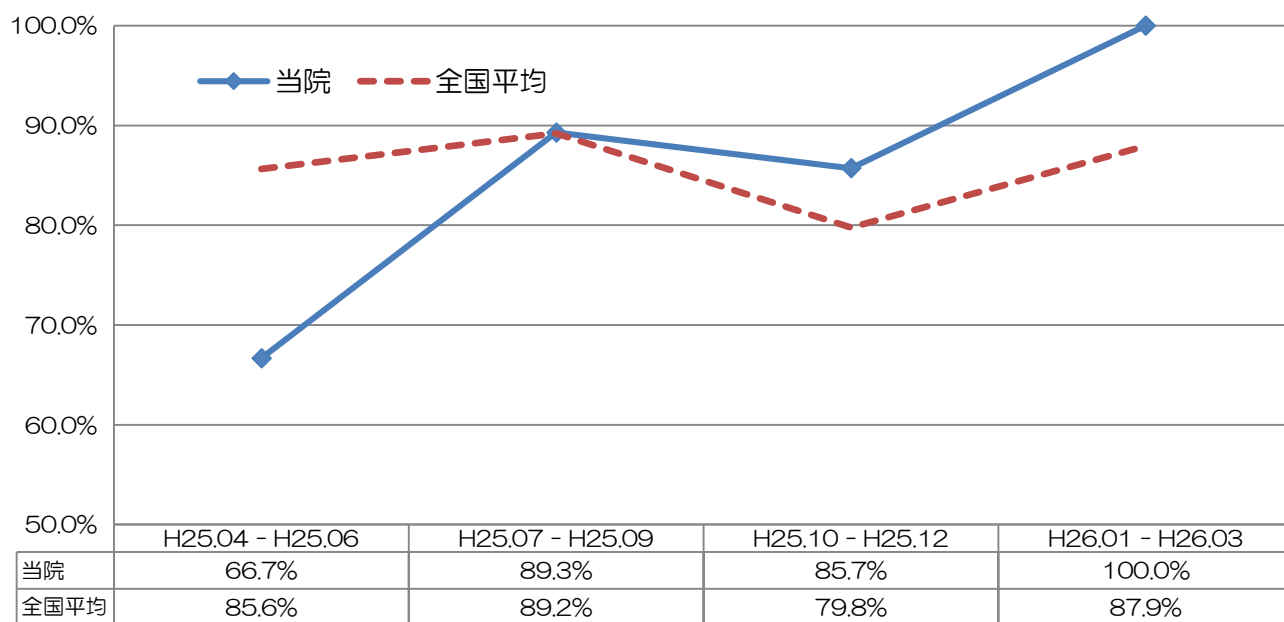
1 1 急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与割合【新】

急性心筋梗塞は、通常発症後2～3カ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、再び心筋梗塞を起こさないための予防として、血液を固まりにくくする作用を持つアスピリンという薬が有効であると過去の欧米のガイドラインにも掲載されています。この薬の投与は予後を改善させる標準的な治療の一つとされており、急性心筋梗塞において標準的な診療が行われているかを表す指標と言えます。

※本データは、厚生労働省提出用のDPCデータを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち入院後二日以内にアスピリンが投与された患者数
分母：	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



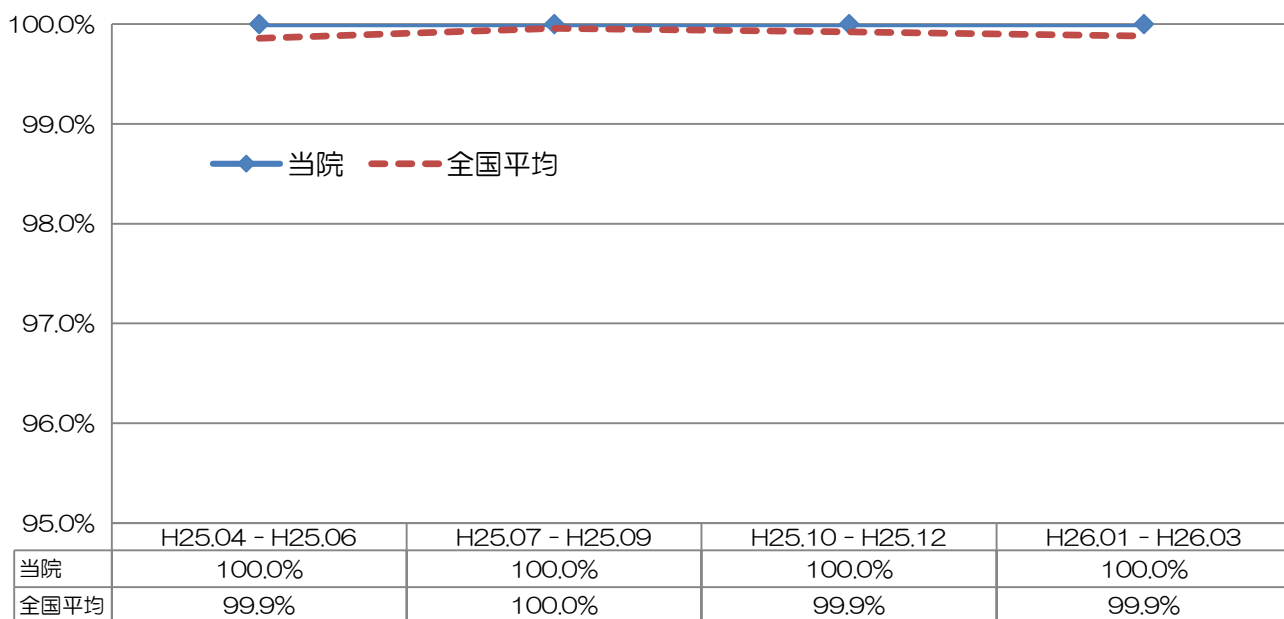
1 2 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合【新】

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、日本循環器学会ガイドラインにて、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>）。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン（81-162mg）の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの投与率をみています。この投与率は海外の医療の質の評価指標としても採用された指標です。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、退院時にアスピリンが投与された患者数
分母：	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



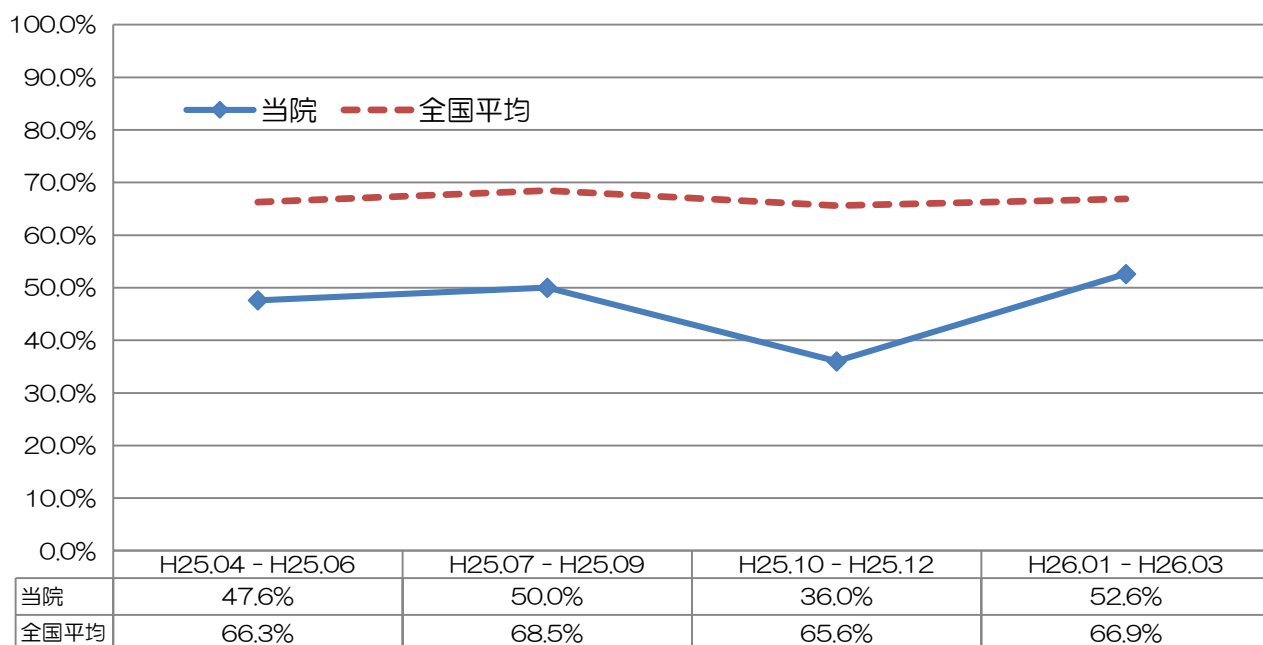
1 3 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合【新】

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、日本循環器学会ガイドラインにて、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>）。この投与率は海外の医療の質の評価指標としても採用された指標です。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、退院時にβブロッカーが投与された患者数
分母：	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



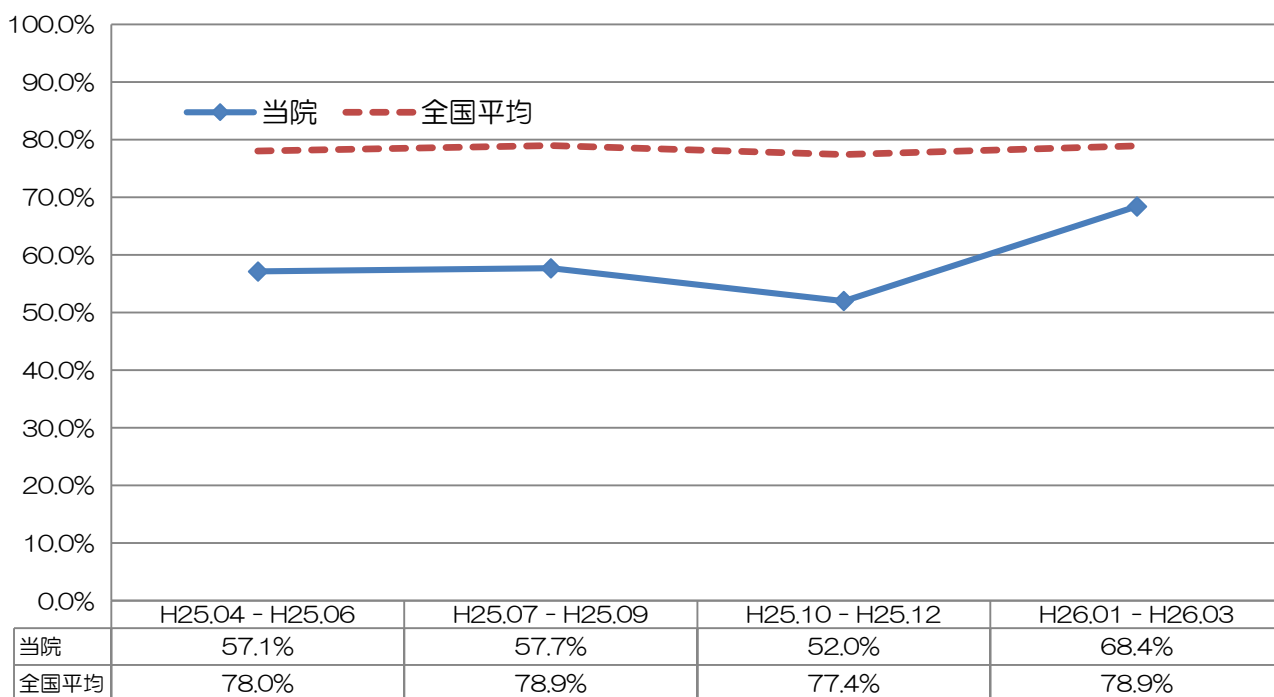
1 4 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合【新】

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、日本循環器学会ガイドラインにて、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>）。この投与率は海外の医療の質の評価指標としても採用された指標です。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、退院時にスタチンが投与された患者数
分母：	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



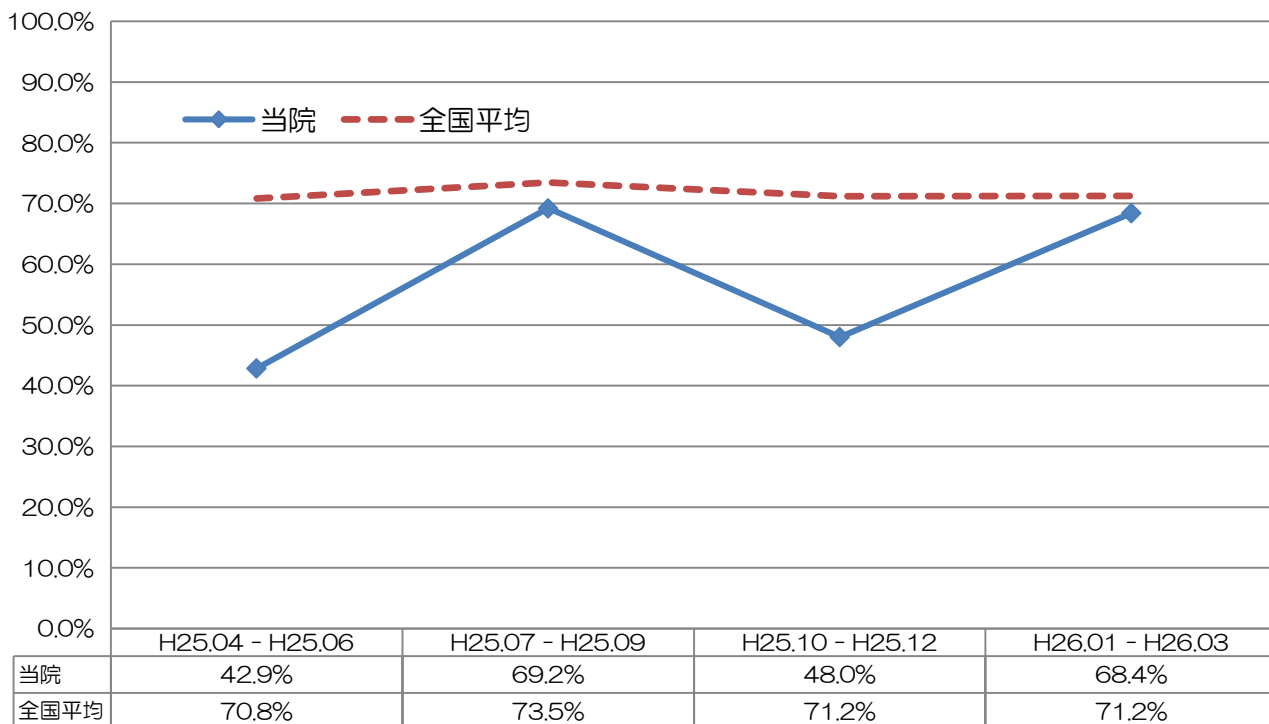
15 急性心筋梗塞患者における退院時の ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合【新】

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、日本循環器学会ガイドラインにて、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>）。この投与率は海外の医療の質の評価指標としても採用された指標です。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシンⅡ受容体阻害剤が投与された患者数
分母：	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



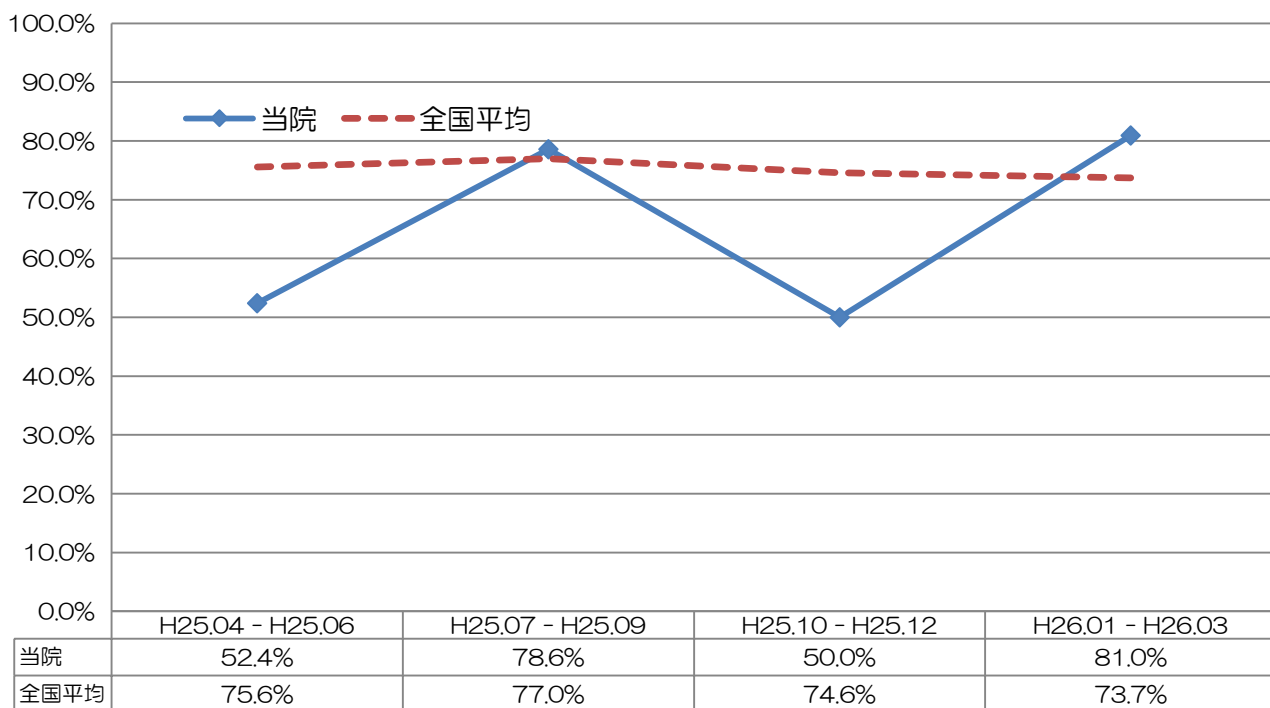
16 急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合【新】

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、日本循環器学会ガイドラインにて、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>）。この投与率は海外の医療の質の評価指標としても採用された指標です。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシンⅡ受容体阻害剤が投与された患者数
分母：	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



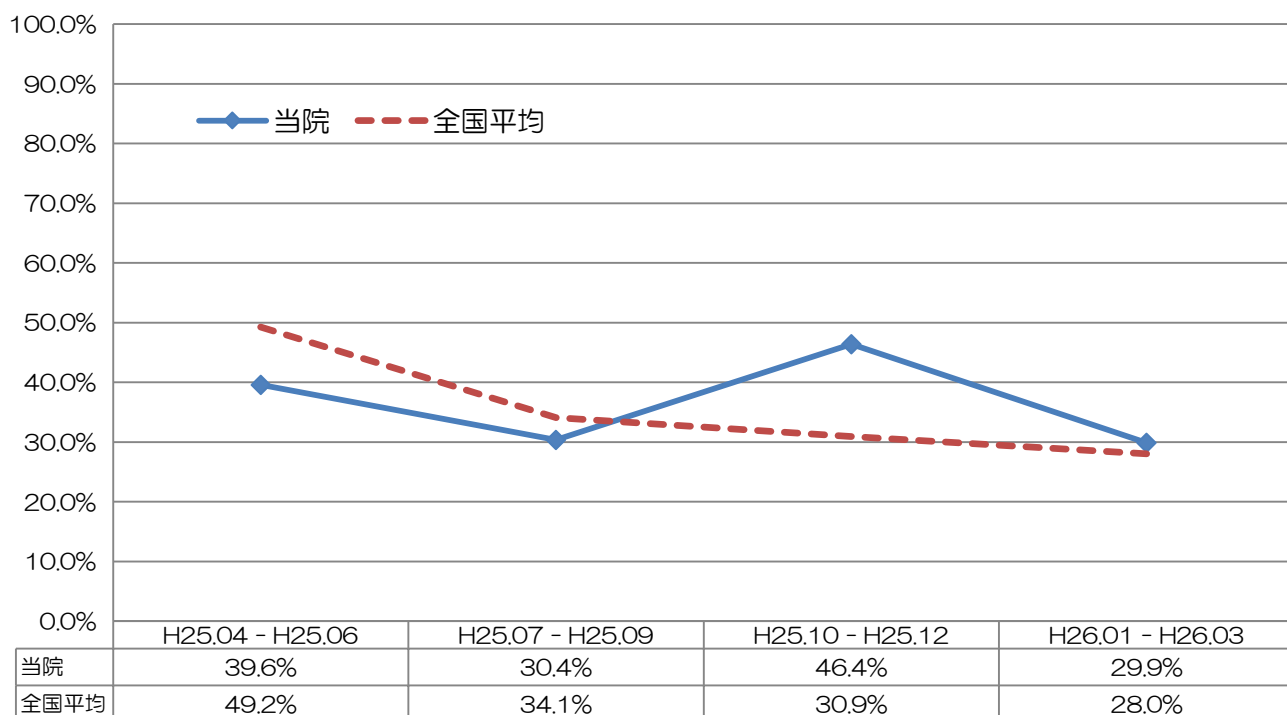
17 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓治療を受けた患者の割合【新】

脳梗塞急性期における抗血栓療法として、発症 48 時間以内のアスピリン投与が確立された治療法となっています。また、米国心臓協会（AHA）/米国脳卒中協会（ASA）急性期脳梗塞治療ガイドライン 2013 では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から 24～48 時間以内に投与することを推奨しています（クラス I、エビデンスレベル A）。したがって、適応のある患者には第 2 病日までに抗血栓薬の投与が開始されていることを調査する指標です。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、第2病日までに抗血栓療法を施行された患者数
分母：	脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



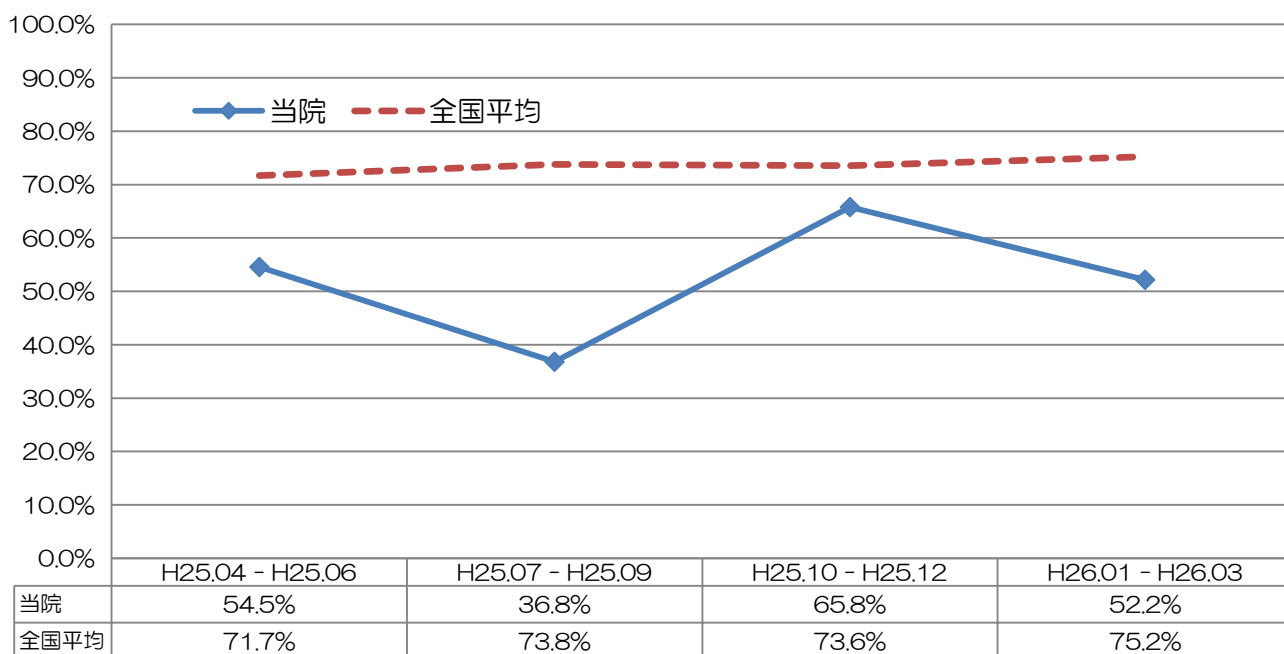
18 脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合【新】

非心原性脳塞栓（アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞など）や非心原性一過性脳虚血発作（TIA）では、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン2009では、「现阶段で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法（本邦で使用可能なもの）はアスピリン75-150mg/日、クロピドグレル75mg/日（以上、グレードA）、シロスタゾール200mg/日、チクロピジン200mg/日（以上、グレードB）である」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗血小板薬の投与が開始されていることを調査する指標です。

※本データは、厚生労働省提出用のDPCデータを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数
分母：	脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



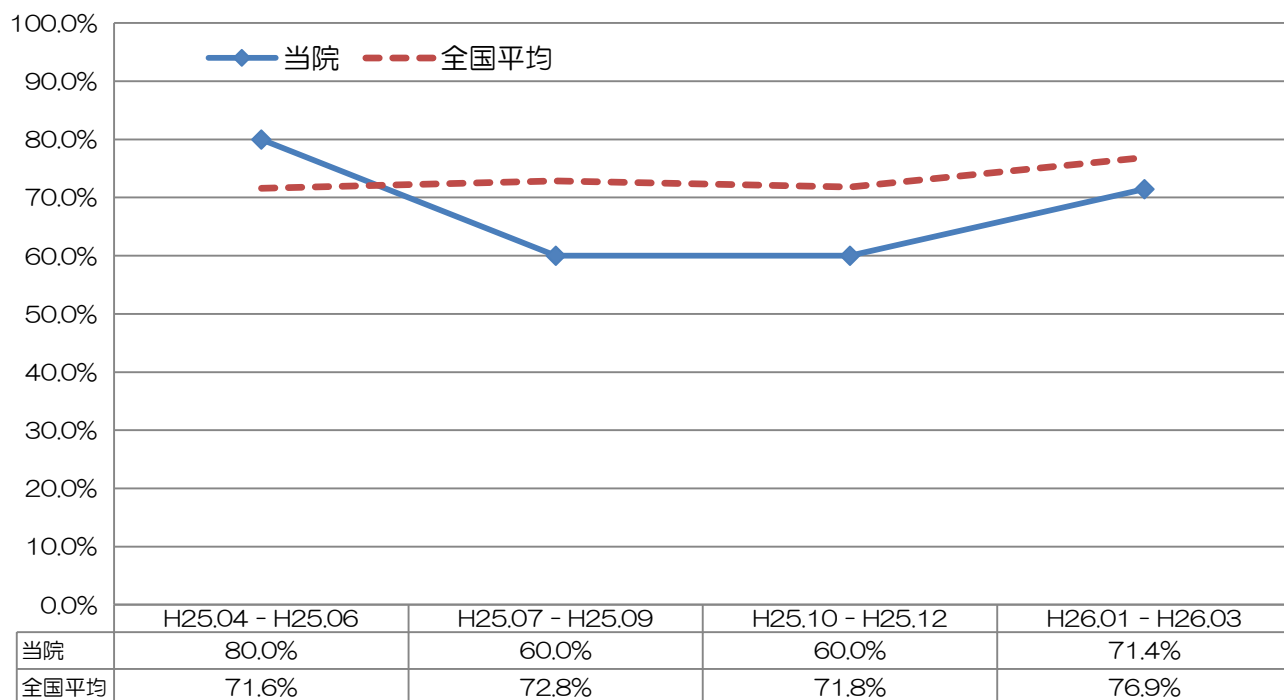
19 心房細動を診断された脳卒中患者への退院時の抗凝固薬処方割合【新】

心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン2009では、「弁膜症を伴わない心房細動(NVAF)のある脳梗塞または一過性脳虚血発作(TIA)患者の再発予防では、ワルファリンが第一選択であり、INRを2.0-3.0に維持することが推奨される(グレードA)。70歳以上のNVAFのある脳梗塞またはTIA患者では、INR1.6-2.6が推奨される(グレードB)。出血性合併症はINR2.6を超えると急増する(グレードB)」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることを調査する指標です。

※本データは、厚生労働省提出用のDPCデータを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数
分母：	脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された18歳以上の入院患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



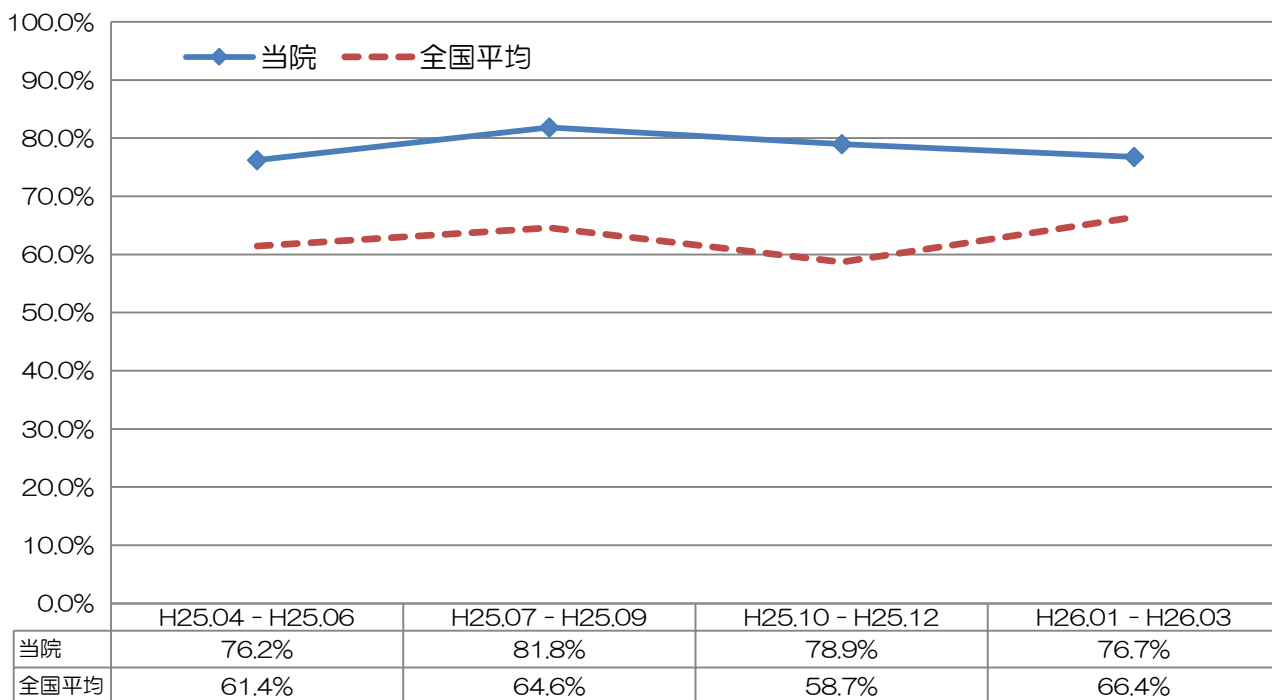
20 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合【新】

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 2009 では、「廃用症候群を予防し、早期の 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。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、入院後早期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
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



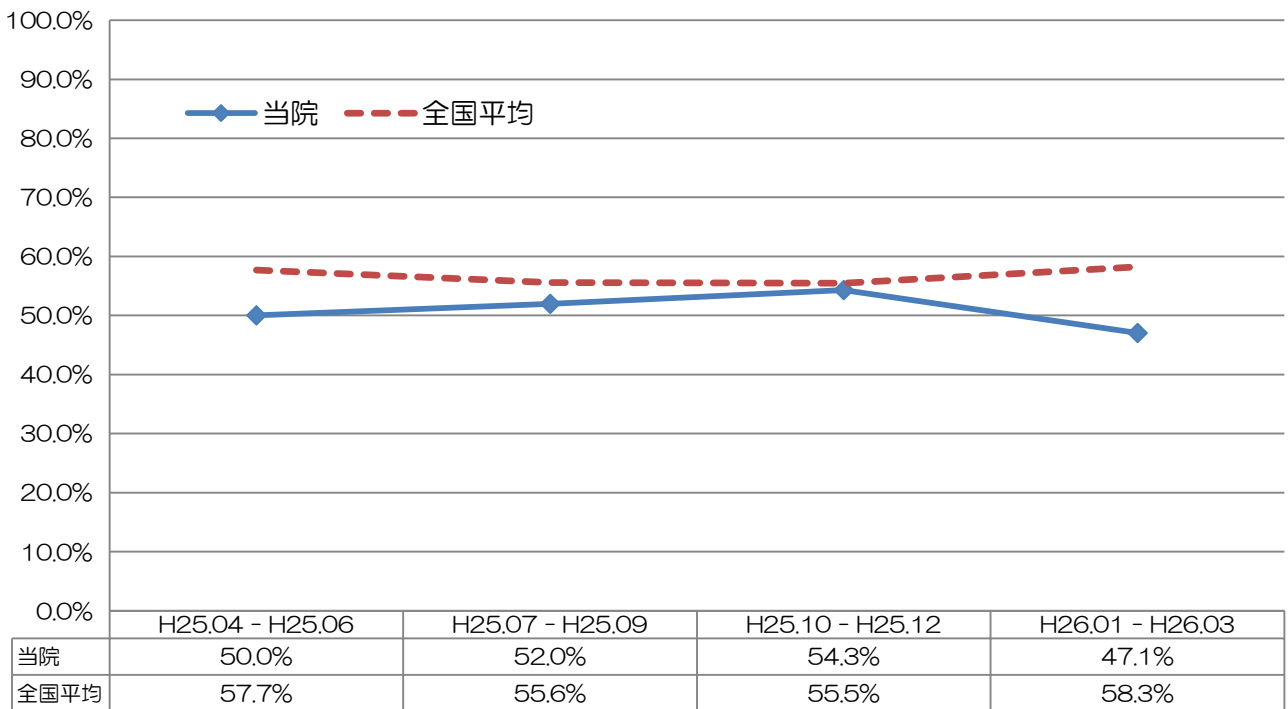
2.1 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合【新】

喘息患者においては、吸入ステロイド薬とピークフローモニタリングによる自己管理が治療の基本となります。また、急性発作期にはステロイド薬の内服や点滴が必要です。吸入ステロイド薬には、①喘息症状を軽減する、②生活の質（QOL）および呼吸機能を改善する、③気道過敏性を軽減する、④気道の炎症を制御する、⑤急性増悪の回数と強度を改善する等の効果があります。

※本データは、厚生労働省提出用のDPCデータを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、入院中に吸入ステロイド薬の処方を受けた患者数
分母：	喘息を原因とする5歳以上の入院患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



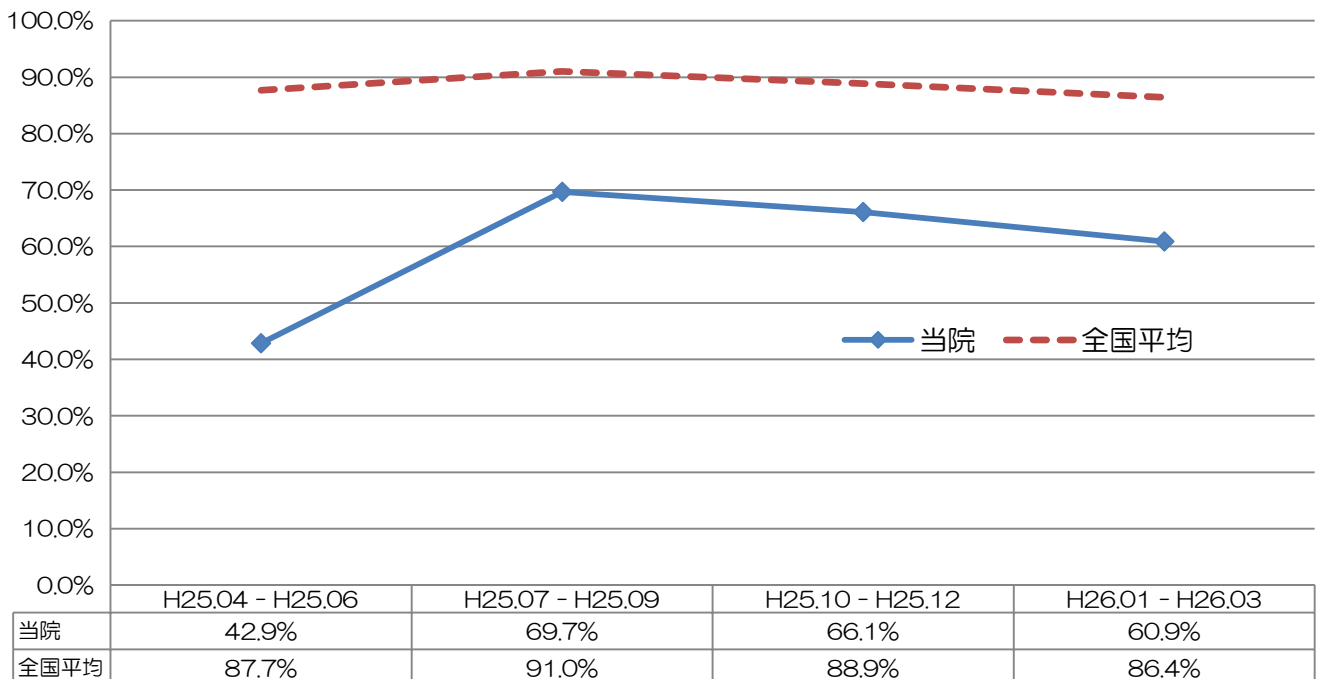
2.2 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合【新】

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2012 において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本治療（ステップ 1）となります。吸入ステロイドの処方ステップ 2 以上となります。中発作において β 2 刺激薬等の気管支拡張作用を持つ薬剤では対応できない場合、大発作と呼吸不全では初期段階から、経口・静注ステロイドの投与が標準的治療として示されています。薬物療法は、早期に十分な効果が得られたのちに良好な状態を維持できる必要最少量まで徐々に減量するほうが、患児の生活の質（QOL）の向上のためには好ましいと考えられています。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

<指標定義>

分子：	分母のうち、入院中にステロイドの全身投与（静注・経口処方）を受けた患者数
分母：	2-15歳で、喘息に関連した疾病の入院患者数
収集期間：	平成25年4月～平成25年6月、平成25年7月～平成25年9月 平成25年10月～平成25年12月、平成26年1月～平成26年3月
値の解釈：	より高い値が望ましい



2.3 手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】

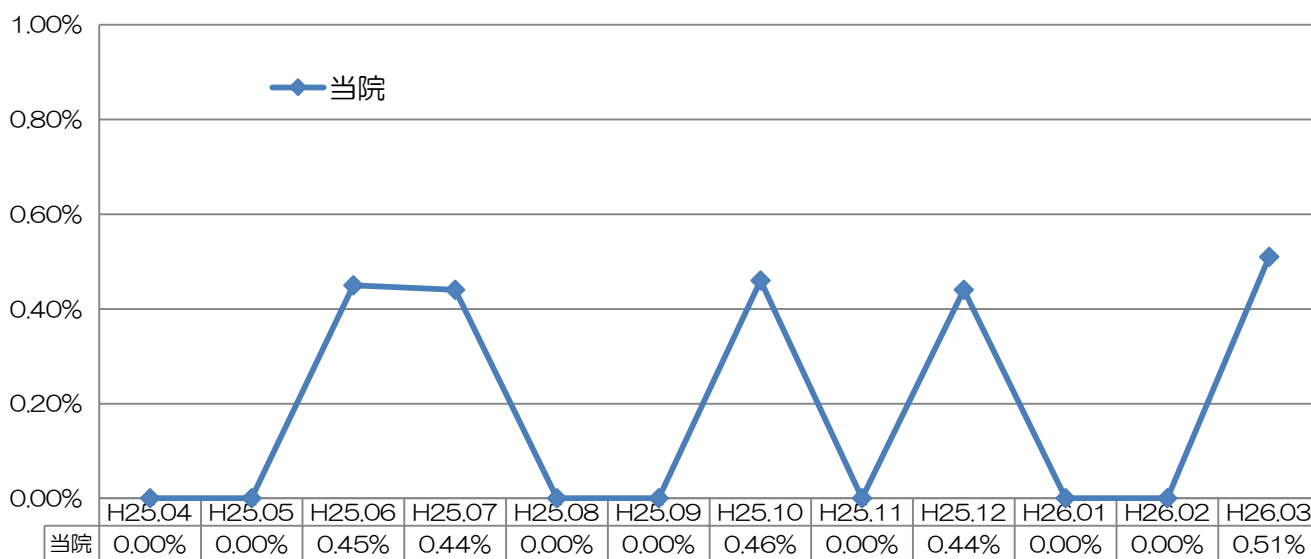
手術後における急性肺血栓塞栓症は、下肢あるいは骨盤内静脈の血栓が原因とされており、整形外科、消化器外科、産婦人科などの術後に安静臥床が長くなった患者では注意しなければならない術後合併症の一つです。

肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）では中リスク以上の場合には、リスク分類に応じて弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫法、抗凝固療法の単独あるいは併用の予防方法が推奨されています。

※本データは、厚生労働省提出用のDPCデータを基に作成されています。

<指標定義>

分子	分母のうち、入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている患者数（疑い病名含む）
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数
収集期間	平成25年4月～平成26年3月分（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい



※平成25年度よりQI推進事業の対象指標ではないため、全国平均との比較はありません。

24 豊橋市民病院 Q1 指標年度比較

※ 平成 25 年度からの新規指標（指標名に【新】のあるもの）については、経年データがないため掲載していません。

※ 指標「24.-5 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」「24.-8 手術患者の肺血栓塞栓症発生率」は、平成 25 年度より Q1 推進事業の対象外指標となりましたので、今年度分については全国平均との比較はありません。

24.-1 患者満足度

(ア) 外来患者（外来患者さんの総合的な満足度について）

値の解釈：より高い値が望ましい

カテゴリー名		平成25年度 (回収数：826)	平成24年度 (回収数：818)	平成23年度 (回収数：824)
満足	当院	19.3%	20.1%	25.3%
	全国平均	39.0%	32.1%	35.5%
満足+ほぼ満足	当院	70.1%	72.4%	90.7%
	全国平均	82.2%	79.7%	82.1%

(イ) 入院患者（入院患者さんの総合的な満足度について）

値の解釈：より高い値が望ましい

カテゴリー名		平成25年度 (回収数：506)	平成24年度 (回収数：431)	平成23年度 (回収数：421)
満足	当院	29.2%	28.6%	33.5%
	全国平均	54.2%	46.2%	51.7%
満足+ほぼ満足	当院	77.0%	78.6%	95.5%
	全国平均	88.8%	85.5%	87.9%

24.-2 死亡退院患者率

値の解釈：より低い値が望ましい

	平成25年度	平成24年度	平成23年度
当院平均	4.06%	4.36%	4.43%
全国平均	4.28%	4.16%	4.52%

24.-3 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率

(ア) 入院患者の転倒・転落発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	平成25年度	平成24年度	平成23年度
当院平均	3.02‰	2.64‰	2.68‰
全国平均	2.58‰	2.49‰	2.49‰

(イ) 入院患者の転倒・転落によるレベル2以上損傷発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	平成25年度	平成24年度	平成23年度
当院平均	0.59‰	0.34‰	0.36‰
全国平均	0.70‰	0.68‰	0.62‰

(ウ) 入院患者の転倒・転落によるレベル4以上損傷発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	平成25年度	平成24年度	平成23年度
当院平均	0.06‰	0.03‰	0.00‰
全国平均	0.05‰	0.05‰	0.06‰

24.-4 院内新規褥瘡発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	平成25年度	平成24年度	平成23年度
当院平均	0.07%	0.05%	0.06%
全国平均	0.12%	0.11%	0.07%

24.-5 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率

※平成 25 年度より QI 推進事業の対象外指標となりました。

値の解釈：より高い値が望ましい

	平成 25 年度	平成 24 年度	平成 23 年度
当院平均	97.8%	97.7%	96.9%
全国平均	全国平均無し	91.2%	90.8%

24.-6 糖尿病患者の血糖コントロール実施率

値の解釈：より高い値が望ましい

	平成 25 年度	平成 24 年度	平成 23 年度
当院平均	48.5%	50.2%	40.1%
全国平均	54.0%	53.6%	48.4%

24.-7 退院後 6 週間以内の救急医療入院率

値の解釈：より低い値が望ましい

	平成 25 年度	平成 24 年度	平成 23 年度
当院平均	6.53%	5.74%	1.44%
全国平均	5.52%	5.28%	3.77%

24.-8 手術患者の肺血栓塞栓症発生率

※平成 25 年度より QI 推進事業の対象外指標となりました。

値の解釈：より低い値が望ましい

	平成 25 年度	平成 24 年度	平成 23 年度
当院平均	0.19%	0.07%	0.00%
全国平均	全国平均無し	0.12%	0.13%