

### 従来の転倒・転落アセスメントツール: 13項目

アセスメント項目	項目の内容	
<input type="checkbox"/> ①転倒経歴	過去1ヶ月間の転倒経験がある	身体的側面
<input type="checkbox"/> ②歩行補助具使用	杖・その他の歩行補助具使用、車椅子使用、歩行介助必要	
<input type="checkbox"/> ③歩行障害	自立歩行不可能 さまた歩行、すくみ足、ふらつきあり	
<input type="checkbox"/> ④めまい、たちくらみ	めまい、たちくらみがある	
<input type="checkbox"/> ⑤排泄障害	排泄移動時のつかまり歩行、排泄動作要介助、尿道カテーテル挿入中	
<input type="checkbox"/> ⑥視力障害	視力や視野の問題がありADLに影響がある	精神・認知的側面
<input type="checkbox"/> ⑦挿入物	挿入物により移動時に看護師の介助が必要	
<input type="checkbox"/> ⑧精神状態	興奮(暴怒性のため)に起因する感情の激しい変化や攻撃的行動 不穏(不安・恐怖による落ち着きのなさ、感情の暴発・行動) せん妄(可逆的な見当惑障害、注意力障害、知覚障害など)	
<input type="checkbox"/> ⑨見当惑障害	今日の日付(年月日)が不明確	
<input type="checkbox"/> ⑩ナースコール	転倒し方が高いが看護師を呼ぶことができない	
<input type="checkbox"/> ⑪徘徊・多動	多動(意味なく線)巡される行動 徘徊(目的もなく歩き回る行動)	
<input type="checkbox"/> ⑫睡眠薬・精神安定剤の服用	これまで服用していた服用を継続するかor本日から服用を開始する	
<input type="checkbox"/> ⑬看護師の直感		
<input type="checkbox"/> ⑭上記以外の転倒・転落に関するリスク		
<input type="checkbox"/> ⑮上記の項目すべてに該当なし		

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 39

### 単変量解析( $\chi^2$ 検定): 11項目が転倒・転落発生と有意に関連

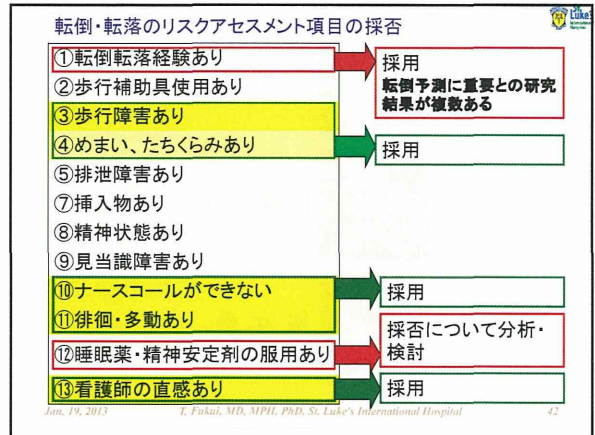
	転倒あり(N=72)		転倒なし(N=5141)		p-value
	N	%	N	%	
①転倒転落経歴あり	11	15.3%	219	4.3%	p < 0.01 *
②歩行補助具使用あり	21	29.2%	384	7.5%	p < 0.01 *
③歩行障害あり	40	55.6%	632	12.3%	p < 0.01 *
④めまい、たちくらみあり	9	12.5%	158	3.1%	p < 0.01 *
⑤排泄障害あり	19	26.4%	435	8.3%	p < 0.01 *
⑥視力障害あり	1	1.4%	134	2.6%	1.000
⑦挿入物あり	25	34.7%	882	17.2%	p < 0.01 *
⑧精神状態あり	13	18.1%	204	4.0%	p < 0.01 *
⑨見当惑障害あり	15	20.8%	271	5.3%	p < 0.01 *
⑩ナースコールできない	20	27.8%	131	2.5%	p < 0.01 *
⑪徘徊・多動あり	6	8.3%	22	0.4%	p < 0.01 *
⑫睡眠薬・精神安定剤の服用あり	21	29.2%	1049	20.4%	0.077
⑬看護師の直感あり	32	44.4%	405	7.9%	p < 0.01 *
一般病棟から一般病棟への移動あり	10	13.9%	258	5.0%	p < 0.01 *

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 40

多重ロジスティック回帰分析: 5項目が転倒・転落と有意に関連

	Odds Ratio	Odds Ratio 95%CI	p-value
性別	0.85	0.52 ~ 1.40	0.52
入院時年齢	1.02	1.00 ~ 1.03	0.08
①転倒転落経験あり	0.96	0.45 ~ 2.03	0.91
②歩行補助具使用あり	1.58	0.85 ~ 2.93	0.15
③歩行障害あり	3.23	1.79 ~ 5.84	0.00
④めまい、たちくらみあり	2.13	0.98 ~ 4.66	0.06
⑤排泄障害あり	0.93	0.49 ~ 1.78	0.83
⑦挿入物あり	1.16	0.67 ~ 2.02	0.59
⑧精神状態あり	0.88	0.38 ~ 2.01	0.76
⑨見当識障害あり	0.74	0.33 ~ 1.64	0.46
⑩ナースコールができない	3.25	1.56 ~ 6.74	0.00
⑪徘徊・多動できない	3.44	1.05 ~ 11.28	0.04
⑫睡眠薬・精神安定剤の服用あり	1.33	0.77 ~ 2.31	0.31
⑬看護師の直感あり	2.81	1.59 ~ 4.98	0.00
一般病棟から一般病棟への移動あり	1.84	0.88 ~ 3.82	0.10

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 41



各項目の重みづけと感度・特異度

	Odds Ratio	Odds Ratio 95% CI	p-value
転倒経験	1	0.54 2.30	0.78
歩行障害	4	2.25 6.86	0.00
めまい、たちくらみ	2	0.99 4.59	0.05
ナースコール	3	1.77 6.51	0.00
徘徊・多動	3	1.02 8.62	0.05
看護師の直感	3	1.80 5.57	0.00
睡眠薬・精神安定剤の	1	0.75 2.22	0.36

\* カットオフポイント=2

	今回の対象者	別の6ヶ月間の対象者
感度 (%)	73.6	84.1
特異度 (%)	81.5	78.4
AUC	0.805	0.837

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 43

“新”転倒・転落アセスメントツール(7項目)

スコア	アセスメント項目	項目の内容
1	<input checked="" type="checkbox"/> ①転倒経験	過去1ヶ月間の転倒経験がある
4	<input checked="" type="checkbox"/> ③歩行障害	自立歩行不可能 こまた歩行、すくみ足、ふらつきあり
2	<input checked="" type="checkbox"/> ④めまい、たちくらみ	めまい、たちくらみがある
3	<input type="checkbox"/> ⑩ナースコール	転倒リスクがあるが看護師を呼び出すことができない
3	<input checked="" type="checkbox"/> ⑪徘徊・多動	多動(意味なく繰り返される行動)徘徊(目的もなく歩き回る行動)
3	<input checked="" type="checkbox"/> ⑫睡眠薬・精神安定剤の服用	これまで服用していたり、服用を継続するor本日から服用を開始する
3	<input checked="" type="checkbox"/> ⑬看護師の直感	
13	<input type="checkbox"/> ①以上の項目すべてに該当なし	
13	<input type="checkbox"/> ①以上の項目以外に転倒・転落に関するリスク	

スコア合計:  訂正: \*スコア合計は転倒・転落リスクの目安(最高値17点) \*1項目でも該当する項目がある場合は訂正を立案する

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 44

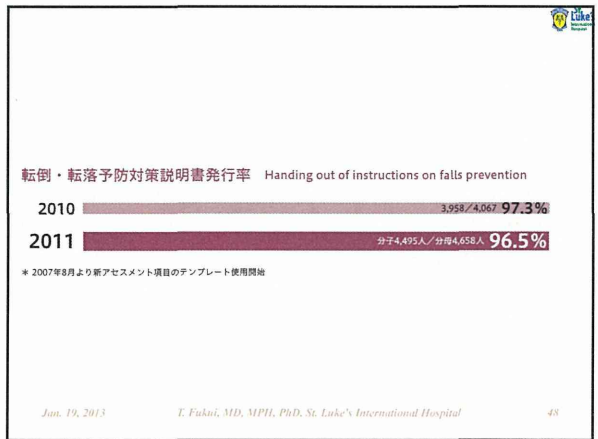
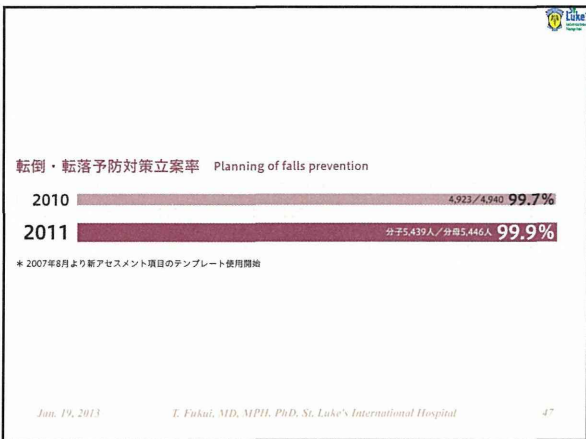
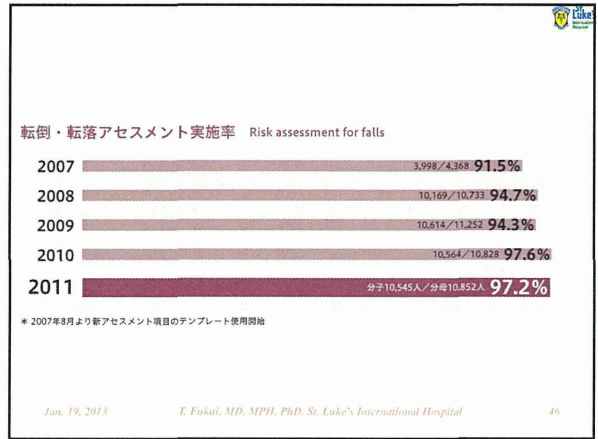


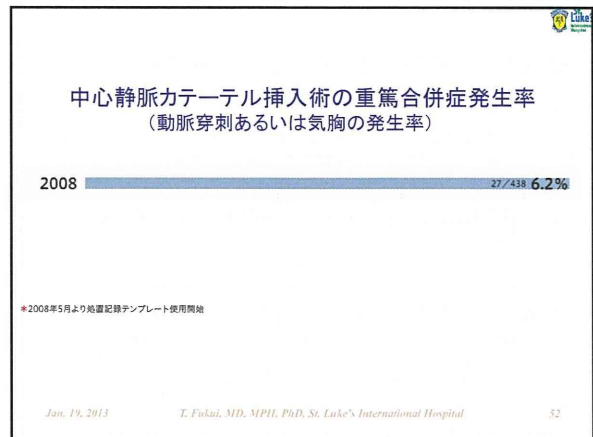
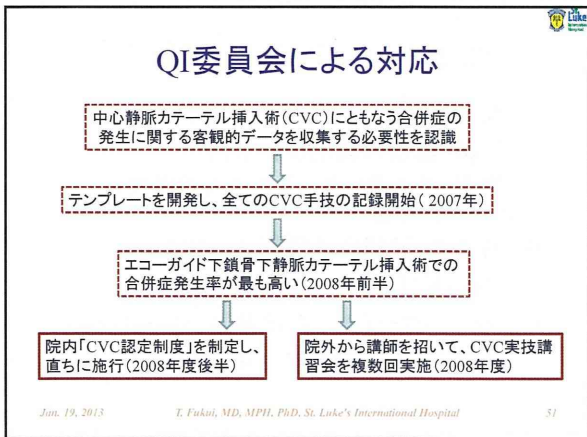
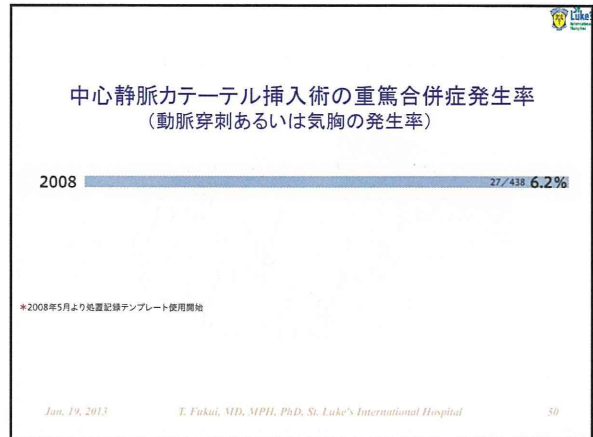
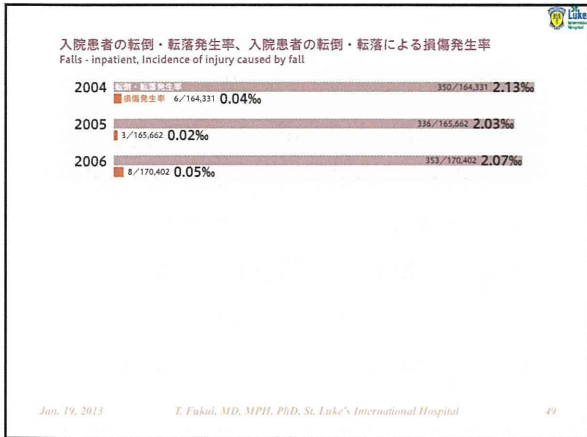
ナースコール

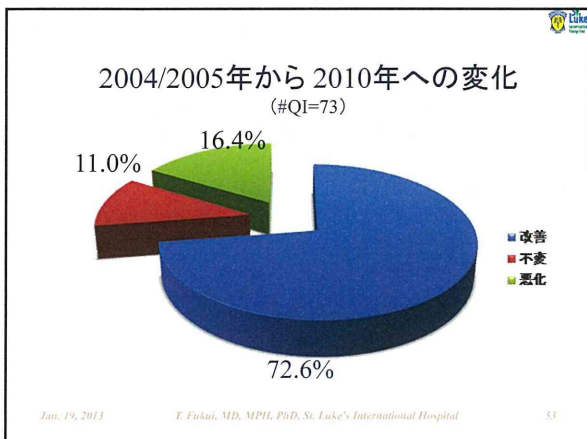
体動コール

足元柵

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 45







- ### QIを用いた医療の質改善活動 — 聖路加国際病院と日本病院会の経験 —
1. 医療の質とその指標: Quality Indicator
  2. 聖路加国際病院におけるQI測定・改善
  3. QI改善のメカニズムと組織の役割
  4. 厚生労働省: 研究班と推進事業
  5. 日本病院会QIプロジェクト
  6. 海外の状況: Pay-for-Performanceなど
- Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 54

- ### QIを測定・公表することによる改善のメカニズム
1. **ホーソン効果 (Hawthorne Effect)**
    - ・他人に見られる、監視されるとパフォーマンスが向上する (改善への動機づけ: 無意識的な場合が多い?)
    - (Hawthorneはシカゴ郊外の町の名前: ウェスタン電気会社の工場Hawthorne Worksで1924年~1932年に行われた工員の生産性に関する実験の結果に由来)
  2. **比較することによるパフォーマンス向上 (改善への動機づけ: 意識的)**
    - ・エビデンスとの比較 (エビデンス・診療ギャップ)
    - ・他の医師、他の医療施設との比較 (ベンチ・マーキング)
  3. **個人による改善への努力+組織としてのアプローチ**
    - ・医療の質の向上・改善は「医療者個人の努力・変化に係る」という考えから「組織として行える部分が少なくない」という考えへのパラダイム・シフトが必要・・・医療安全の場合に必要なであったように。
- Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 55

- ### QI改善への組織としての介入
1. 業務プロセスの見直し 例: 待ち時間
  2. 設備・機器の見直し 例: 手すり
  3. 規則・ガイドライン・システムの見直し 例: CVC認定制度
  4. 勉強会・研修会の開催 例: 糖尿病治療
  5. フィードバック 例: 糖尿病、高血圧
  6. コミュニケーションの改善 例: Door-to-Balloon
  7. 患者さんへの働きかけ 例: 患者誤認防止
- Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 56

## QIを用いた医療の質改善活動

— 聖路加国際病院と日本病院会の経験 —

1. 医療の質とその指標: Quality Indicator
2. 聖路加国際病院におけるQI測定・改善
3. QI改善のメカニズムと組織の役割
4. 厚生労働省: 研究班と推進事業
5. QIをめぐる国内外の状況
6. 6. 海外の状況: Pay-for-Performanceなど

Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

57

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)  
「医療の質向上に資するアウトカム評価に関する研究」  
(研究代表者: 福井次矢)

“病院の医療の質を測る”Quality Indicatorに関する調査

目的: 質指標(QI)の測定に対する医療機関の認識・現状、  
必要な資源、そしてQIを公開することに関する意識を知る

方法: 郵送による質問紙票調査(15問)

対象: 日本病院会会員のうち病床100床以上の2,100施設  
および大学病院100施設の計2,200施設

時期: 平成22年2月

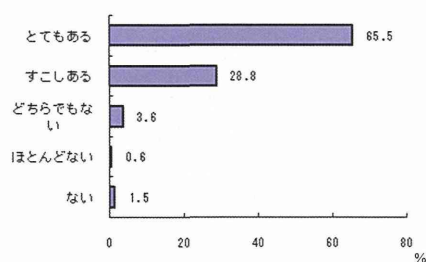
回収: 大学病院36、一般病院432、計468施設(21.3%)

Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

58

## 医療の質評価に関心があるか？

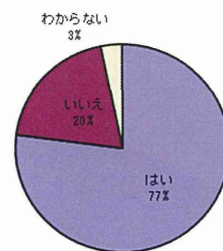


Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

59

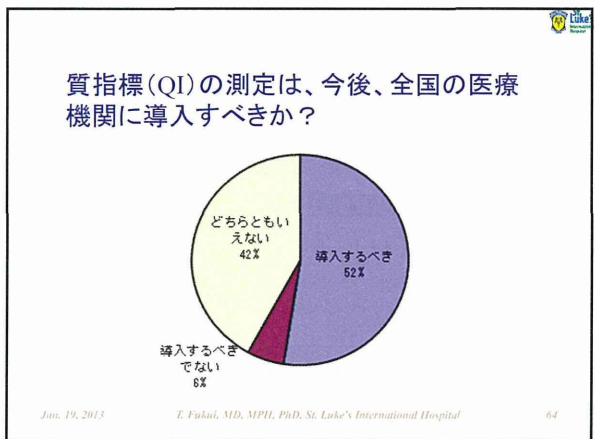
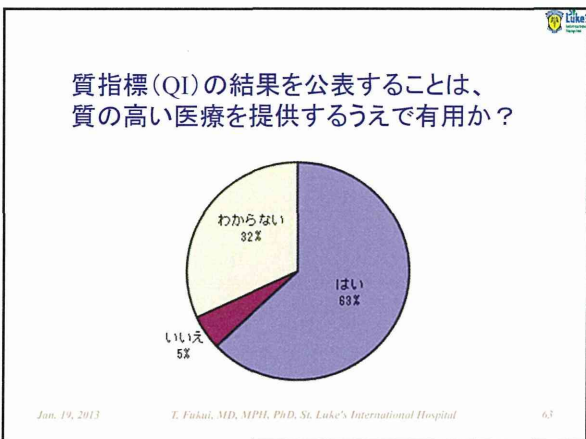
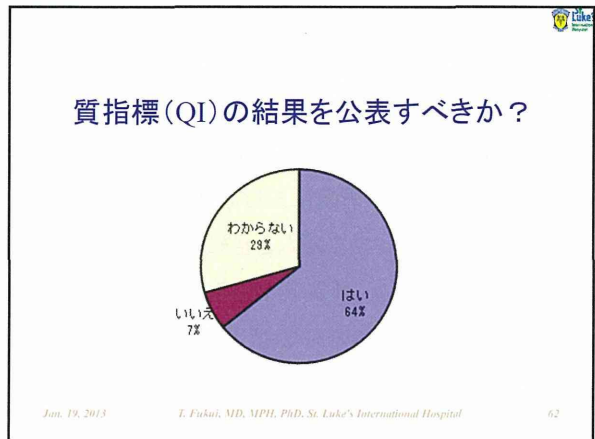
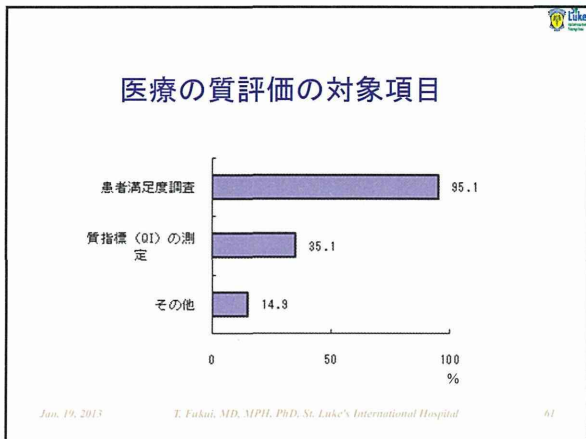
## 医療の質の評価を行っているか？



Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

60





## 厚生労働省「医療の質の評価・公表推進事業」

□ 厚生労働省の2010年度の事業として、3つの病院団体（国立病院機構、全日本病院協会、日本病院会）に補助金を出して、10項目以上のQIを測定・公表

□ 日本病院会：30病院で11項目のQI

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| ①患者満足度(外来)       | ⑦予防可能な静脈血栓塞栓症     |
| ②患者満足度(入院)       | ⑧褥瘡発生率            |
| ③死亡退院患者率         | ⑨糖尿病患者での血糖コントロール  |
| ④入院患者の転倒転落発生率    | ⑩心筋梗塞患者でのアスピリン処方率 |
| ⑤手術患者での予防的抗菌薬投与  | ⑪静脈血栓塞栓の予防行為実施率   |
| ⑥退院後6週間以内の緊急再入院率 |                   |



平成23年4月28日、QI測定値をホームページ上に公開

□ 平成23年度は、恩賜財団済生会、全日本民主医療機関連合会、日本慢性期医療協会の3団体に補助金

Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

65

## QIを用いた医療の質改善活動

— 聖路加国際病院と日本病院会の経験 —

1. 医療の質とその指標: Quality Indicator
2. 聖路加国際病院におけるQI測定・改善
3. QI改善のメカニズムと組織の役割
4. 厚生労働省: 研究班と推進事業
5. 日本病院会QIプロジェクト
6. 海外の状況: Pay-for-Performanceなど

Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

66

## 日本病院会QIプロジェクト

□ 平成23年7月、前年度の厚労省補助事業の継続を決定

□ QI委員会を設置

□ 目的は会員病院のQIを経年的に改善

□ 85病院が参加、平成23年9月、3回の説明会

□ 一般病床の病院では11指標、療養型病床、精神科病床を有する病院で異なる指標

□ 平成24年度は145病院で続行中

□ 結果のフィードバック、改善の経験についてシンポジウム開催

Jan. 19, 2013

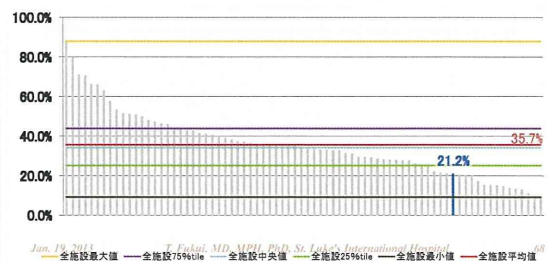
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

67

## 一般No1-a 患者満足度(外来患者) 大変満足

分子	「この病院での診療に大変満足している」と回答した外来患者数
分母	患者満足度調査に回答した外来患者数

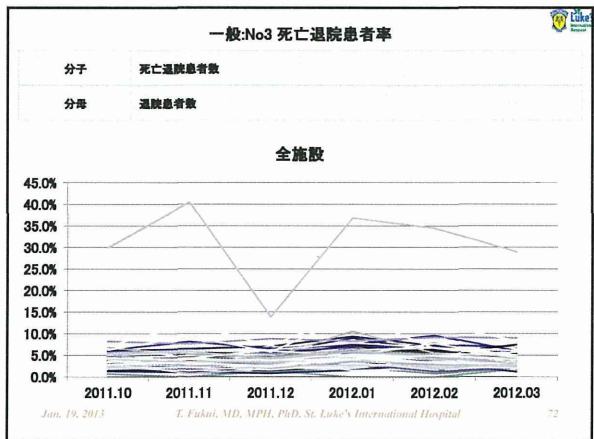
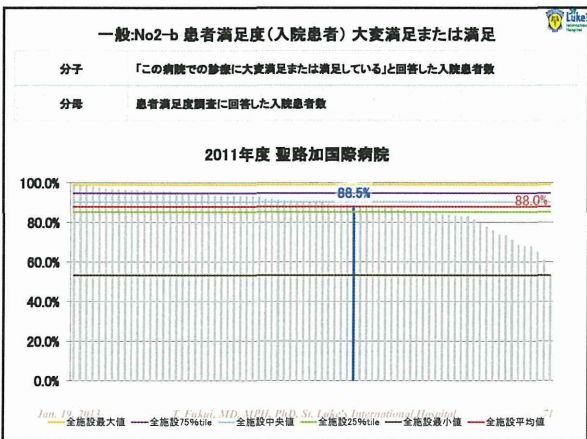
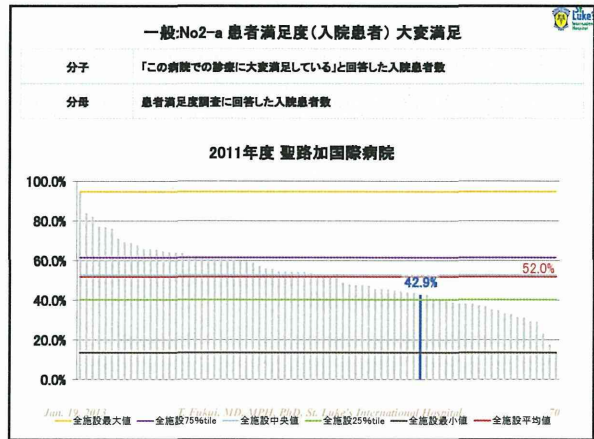
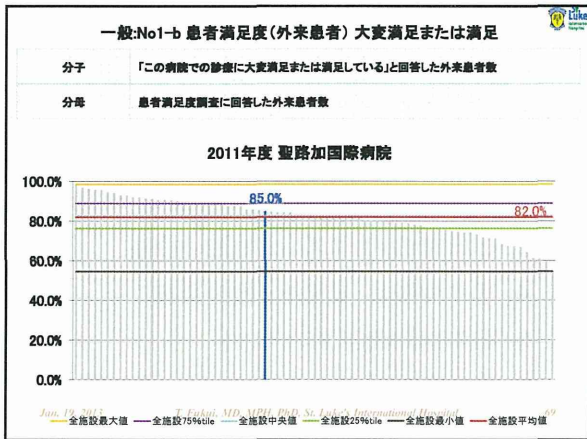
2011年度 聖路加国際病院

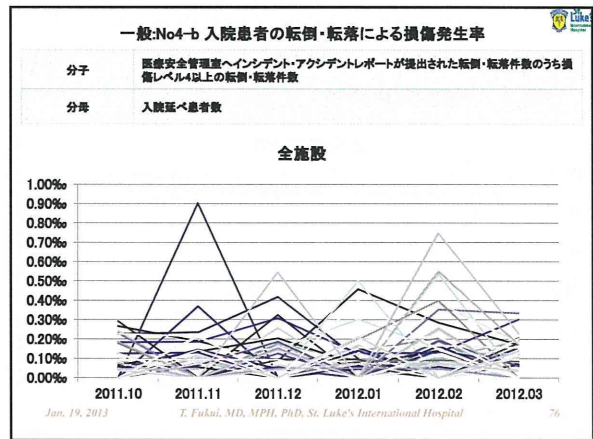
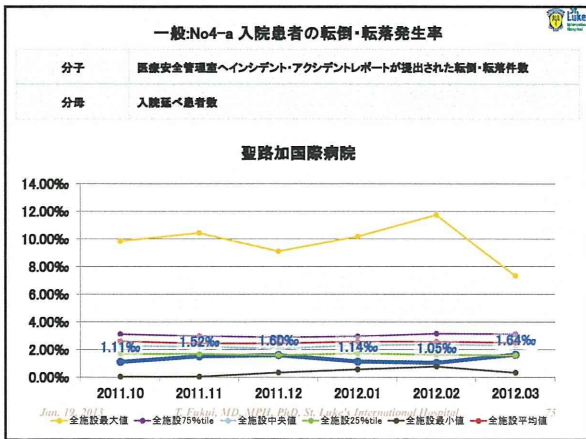
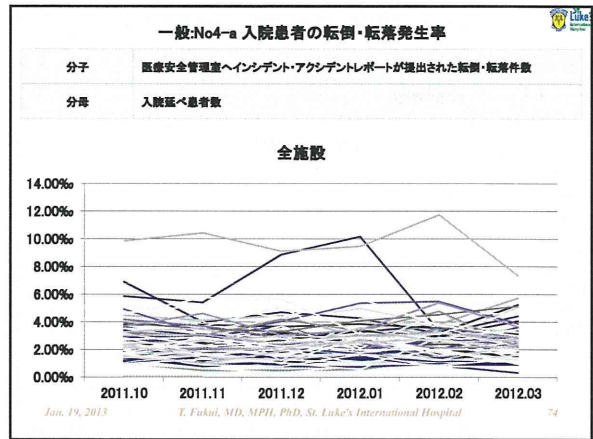
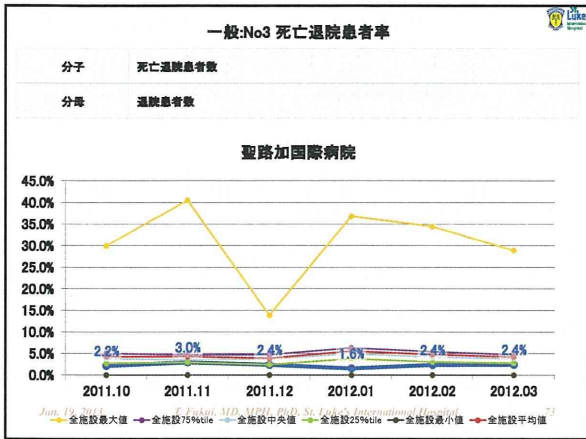


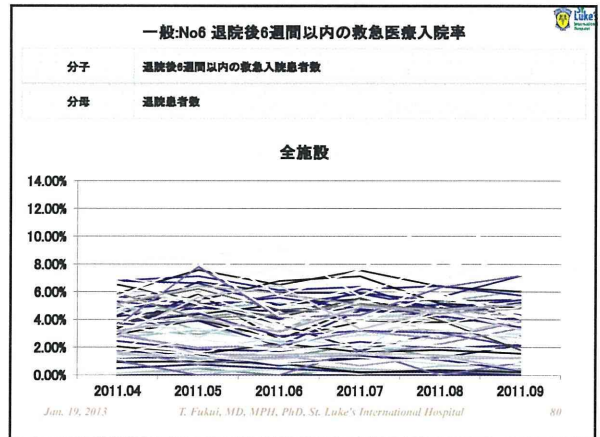
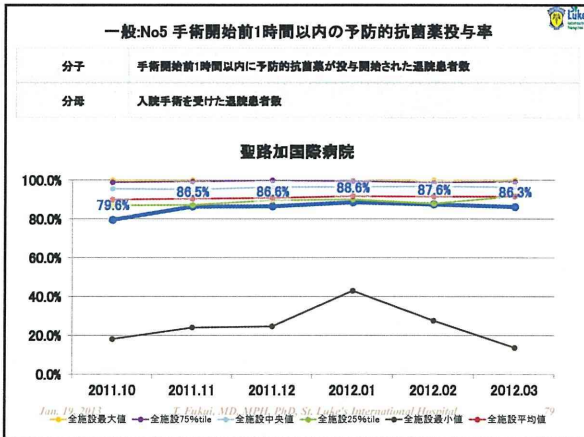
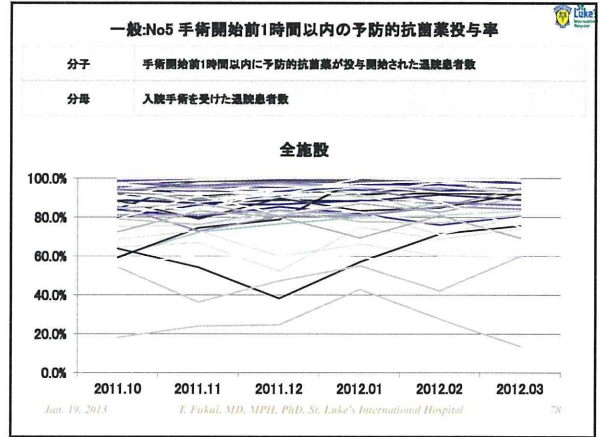
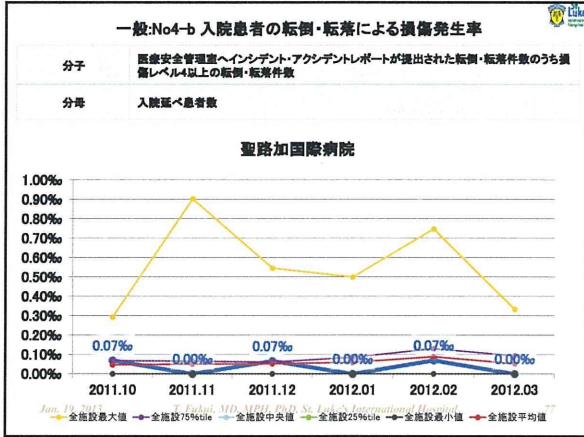
Jan. 19, 2013

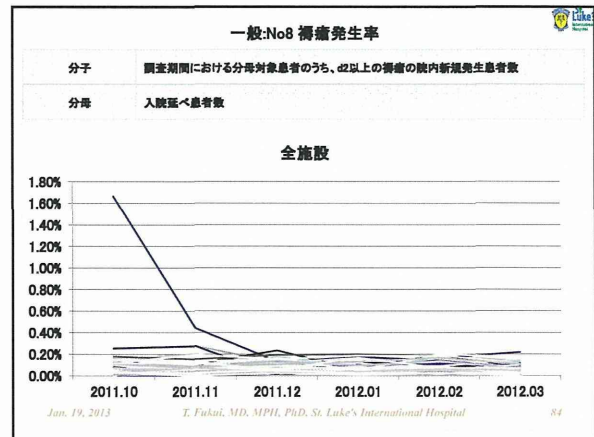
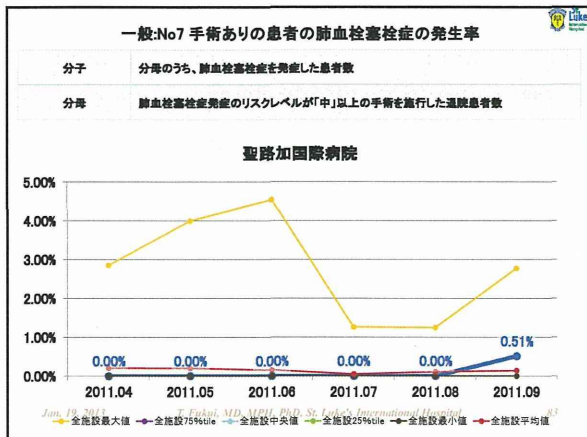
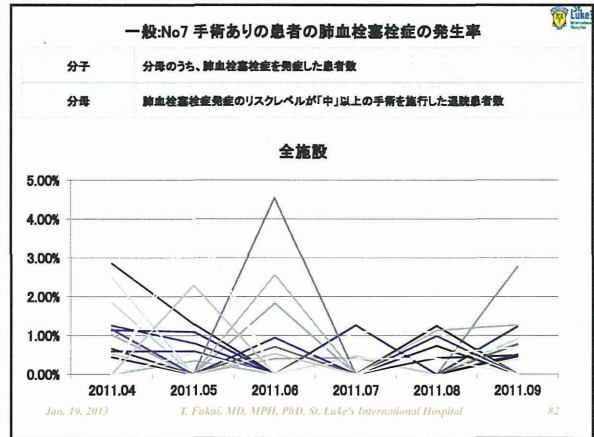
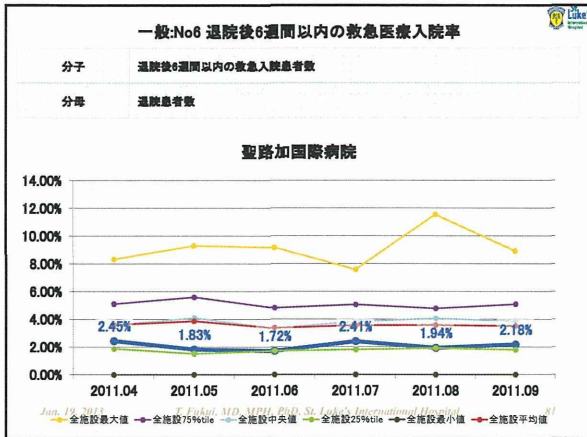
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

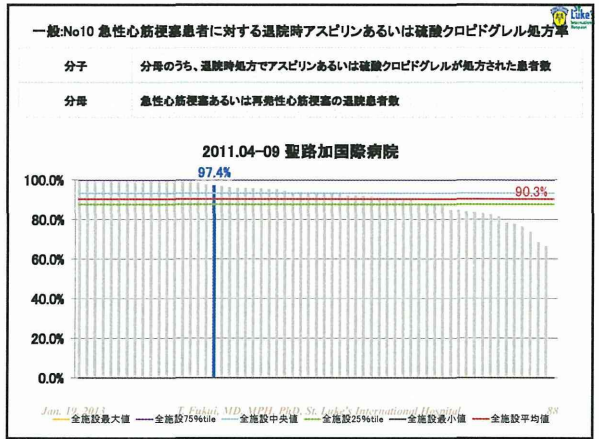
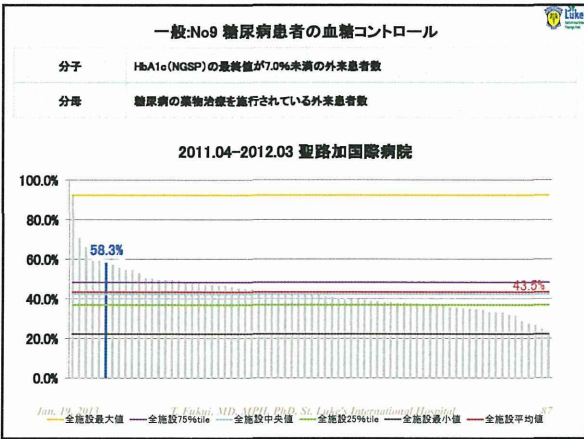
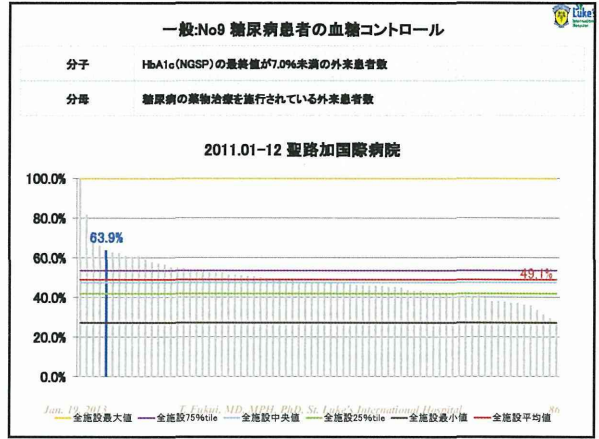
68

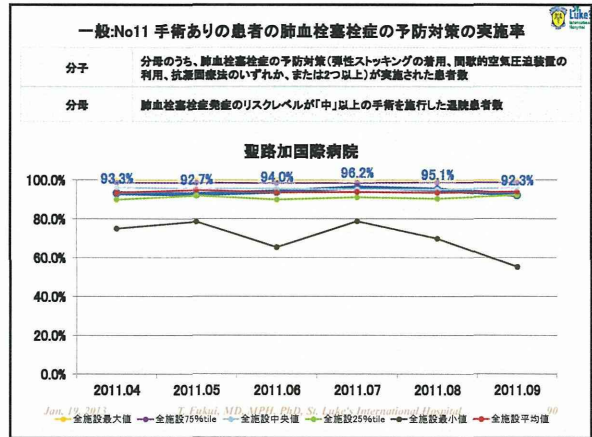
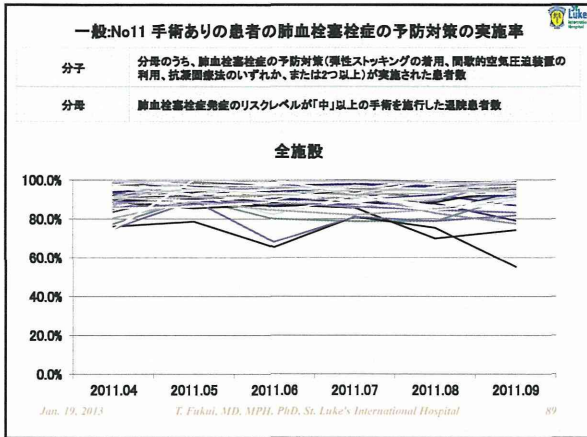












**QIを用いた医療の質改善活動**  
— 聖路加国際病院と日本病院会の経験 —

1. 医療の質とその指標: Quality Indicator
2. 聖路加国際病院におけるQI測定・改善
3. QI改善のメカニズムと組織の役割
4. 厚生労働省: 研究班と推進事業
5. 日本病院会QIプロジェクト
6. 海外の状況: Pay-for-Performanceなど

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 91

**QIを用いた医療の質改善へのインセンティブ**  
— Pay for Performance (P4P) —

- 米国: メディケア・メディケイドの“10 Never Events”
  1. 転倒と外傷
  2. 血管内カテーテル関連感染症
  3. 不十分な血糖コントロールによる疾病
  4. カテーテル関連尿道感染症
  5. 股関節あるいは膝関節の人工関節手術後の深部静脈血栓症と肺塞栓症
  6. 術後の遺物遺残
  7. 冠状動脈バイパス手術、整形外科手術、肥満外科手術後の術創感染症
  8. 空気塞栓症
  9. 血液型不適合
  10. 褥瘡(ステージ3、ステージ4)
- 英国: GPの収入がP4Pにより25%アップ、全医療費予算の14%がP4Pで支払われている。
- 香港: 2009年にQI測定と連動させたP4Pを開始

Jan. 19, 2013 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 92

## QIを用いた医療の質改善へのインセンティブ —P4P以外—

- オランダ: 3領域 (Basic Set, Healthcare Transparency, Medical Safety) のQIについて、政府による医療の質検閲が行われている
- France: 保健省内の医療の質・安全局が、3領域のQIの結果に基づいて病院をAからEにランク付けしている

### 当初期待されたQIの効果

- 患者の受療行動を変化させて、質の低い病院は淘汰される？
- ↓
- 現在までの調査研究では、医師の行動には大きな変化が起こったが、患者の受療行動には有意な変化は起こっていない。

Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

93

## QI活動の最終目的(アウトカム)

- あくまでも「提供する医療の質の改善」
- 改善につながらないQI測定・公表は無意味
  - 病院ごとのQIを比較しても、厳密な意味で医療の質のみを比較していることにはならない
  - ⇒対象患者の特性が異なるため
- 全ての病院がQI測定が可能なのではない
- 一部の病院でQI測定を行って、医療の質向上に有用であることが示された「改善策」を大多数の病院に普及させる試みこそ重要
- QIの測定・公表は、「改善策」の発見・確認、改善への動機づけ、改善効果のモニタリングに有用

Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

94

## QIを用いた医療の質改善活動

—聖路加国際病院と日本病院会の経験—

1. 医療の質とその指標: Quality Indicator
2. 聖路加国際病院におけるQI測定・改善
3. QI改善のメカニズムと組織の役割
4. 厚生労働省: 研究班と推進事業
5. 日本病院会QIプロジェクト
6. 海外の状況: Pay-for-Performanceなど

Jan. 19, 2013

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

95



## 肺炎患者の抗菌薬投与前の血液培養実施率と手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与に関する取り組みについて

(株) 日立製作所 ひたちなか総合病院 院長 永井庸次

当院の概要と臨床指標の取り組みの現状を報告する。当院では他施設・団体等で作成された臨床指標を検討し、42の臨床指標を作成したが、その中で「肺炎患者の抗菌薬投与前の血液培養実施率」、「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与」について主に述べる。

これら2指標の選択理由は、42指標のうちこの1年間で有意に改善した指標であったことである。指標収集メンバーとしては、従来のTQM室中心では職員に満足されるような臨床指標作成が難しく、新設したデータセンタ（診療情報室、情報システム、医事、経理、医療クラーク、看護部、薬剤部等で構成）で収集・分析する必要があった。

収集作業はなるべく日常業務に落とすように心がけ、手作業ではなくシステムに落とし込んだ結果、42指標中38指標をシステム化できた。しかし、収集の際の課題は多々見付き、これらの課題を系統的に1つひとつ解決していく必要があった。定期的なタスク、委員会開催により指標構築の進捗状況を把握し、異常値・外れ値の定期的な検討や指標の妥当性検証を試みた。また、当院は全日病の「医療の質評価事業」、「医療の質評価公表等推進事業」に参加しており、そこで使用されているMEDI-TARGETの他、Qlik Viewなどのソフトを用いて、レセプト、DPCデータが活用でき、ベンチマークはもちろん、指標作成における業務改善ができた。

2指標とも収集中、診療科、医師別双方ともに順調に改善が認められた。個々の内容についても、例えば手術前の予防的抗菌薬投与では投与時間でも選択される抗菌薬でも改善が認められた。しかし、指標のプロセスそのものはこれら2指標ともに改善したが、その改善結果、アウトカムとして何が変わったか、改善したかという点に課題が残った。職員の反応、行動・意識変化とも関連することであるが、これらの指標はプロセス指標であり、例えば、術前の予防的抗菌薬投与でSSIが減少したかどうか、肺炎の抗菌薬投与前の血液培養で適正抗菌薬の投与とともに、有熱期間・在院日数等が減少したかどうかなどのアウトカム指標を同時に検討する必要がある。もちろん1施設だけでは無理であるが、関連アウトカム指標が同時に提示されなければ、担当医師・職員の満足度向上には結びつかない。

当院では、指標作成と改善活動の実践中、認定感染看護師の活用など多職種協働実践を心掛けた。しかし、職員、特に医師に臨床指標の位置付けを十分理解してもらうことは困難であり、その理解を深めると同時に、臨床指標のオーナー設定や役割分担・責任権限の明確化が必要である。

最後に、医師、職員に満足してもらう臨床指標とは、透明性と説明責任に役立つ指標でなければならないと考える。

肺炎患者の抗菌薬投与前の血液培養実施率と手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与に関する取り組みについて

(株)日立製作所ひたちなか総合病院院長  
永井庸次

当院の概要

- 302床急性期病院(含回復期50床)
- 災害拠点病院
- がん診療指定病院
- エイズ治療拠点病院
- 地域医療支援病院
- 臨床研修指定病院(基幹型・協力型)
- DPC対象病院
- 第二種感染症病床
- 地域小児科センター
- 筑波大学ひたちなか社会連携教育研究センター



データ収集の課題

指令部門  
測定維持部門  
周知部門

- どのようなデータを収集する？
- 既に収集済みなのでは？
- 未収集であれば、どのように集めるか  
(日常業務への落とし込みが重要)？
- だれがデータを収集する？
- データ収集係の教育方法は？
- データ収集の継続性の検証は？
- データの正確性の検証は？
- データの守秘義務は？
- パイロット的なデータ収集をするか？
- 収集データの共有/周知は？

- 測定目的は何？
- 報告はだれに？
- 証拠・文献は？
- 分母は？
- 分子は？
- 測定単位は？
- データの基は？
- 関与部門は？

PDCAサイクル

- 測定を日常ルーチン業務に落とし込む
- 経時的に測定データをプロットする

全員が測定を望んでいるが、  
全員が測定されることを望んでいない

各委員会抽出データの整理

56項目に抽出した(一部抜粋)が、委員会止まりのデータに成っている

人/部署	項目	備考	結果	電カ	電カ下
感染安全委員会	インシデント内部報告件数	月単位/週で傾向を把握する	D	×	×
	インシデント内感染件数	月単位/週で傾向を把握する	D	×	×
	インシデント影響感染件数	月単位/週で傾向を把握する	D	×	×
	安全部理事会への報告数	月単位/週で傾向を把握する	伝	×	×
	重要な検査結果の患者への報告件数	月単位/週で傾向を把握する	伝	×	×
	手術室の感染件数	月単位/週で傾向を把握する	伝	×	×
	延べ手術室感染件数	月単位/週で傾向を把握する	伝	×	×
	薬剤・検査報告数	月単位/週で傾向を把握する	伝	×	×
	薬剤・検査報告数	月単位/週で傾向を把握する	伝	×	×
	薬剤・検査報告数	月単位/週で傾向を把握する	伝	×	×
感染対策委員会	MSSA有菌感染件数	月単位/全体の傾向を把握する	伝	△	△
	月別MSSA検出患者数(感染率)の増多	月単位/全体の傾向を把握する	伝	△	△
	月別MSSA検出患者数の取組活動:持ち	月単位/全体の傾向を把握する	伝	△	△
	院内感染発生:経過	月単位/全体の傾向を把握する	伝	△	△
	院内感染発生率:感染率(手洗い)	月単位/全体の傾向を把握する	伝	△	△
	院内感染発生率:感染率(手洗い)	月単位/全体の傾向を把握する	伝	△	△
	院内感染発生率:感染率(手洗い)	月単位/全体の傾向を把握する	D	△	△
	院内感染発生率:感染率(手洗い)	月単位/全体の傾向を把握する	D	△	△
薬事委員会	MSSA治療時数(全病棟)	月単位/全体の傾向を把握する	△		
	デュラック使用量(全病棟)	月単位/全体の傾向を把握する	△		
薬事委員会	採擇薬/削除薬件数				×

電カルではベタのデータしか抽出できず情報には加工しなければならない

## 臨床指標をシステムに落とし込む

指標名	測定方法	測定頻度	測定場所	測定単位	測定日	測定者	測定ツール	測定結果	測定コメント
院内感染率	院内感染発生数/患者数	月	院内	%	10/1	感染管理科	院内感染発生状況	0.15%	
手術部位感染率	手術部位感染発生数/手術数	月	手術室	%	10/1	手術室	手術部位感染発生状況	0.05%	
院内感染率(院内)	院内感染発生数/患者数	月	院内	%	10/1	感染管理科	院内感染発生状況	0.15%	
院内感染率(外来)	院内感染発生数/患者数	月	外来	%	10/1	感染管理科	院内感染発生状況	0.05%	
院内感染率(手術)	院内感染発生数/手術数	月	手術室	%	10/1	手術室	手術部位感染発生状況	0.05%	
院内感染率(ICU)	院内感染発生数/患者数	月	ICU	%	10/1	ICU	院内感染発生状況	0.20%	
院内感染率(病棟)	院内感染発生数/患者数	月	病棟	%	10/1	病棟	院内感染発生状況	0.10%	
院内感染率(外来)	院内感染発生数/患者数	月	外来	%	10/1	外来	院内感染発生状況	0.05%	
院内感染率(手術)	院内感染発生数/手術数	月	手術室	%	10/1	手術室	手術部位感染発生状況	0.05%	
院内感染率(ICU)	院内感染発生数/患者数	月	ICU	%	10/1	ICU	院内感染発生状況	0.20%	
院内感染率(病棟)	院内感染発生数/患者数	月	病棟	%	10/1	病棟	院内感染発生状況	0.10%	
院内感染率(外来)	院内感染発生数/患者数	月	外来	%	10/1	外来	院内感染発生状況	0.05%	
院内感染率(手術)	院内感染発生数/手術数	月	手術室	%	10/1	手術室	手術部位感染発生状況	0.05%	

**90% システム化 (38/42指標)**

**DPCデータをMEDI-TARGETに落とし込む**  
**大部分の指標**  
**当院独自システムを構築(合手入力)**  
**周術期抗菌薬投与**  
**転倒・転落**  
**抑制**  
**院内感染**

## 当院のTQM室の現状

- ISO9001・病院機能評価機構受査担当事務局
- 臨床指標作成取りまとめ部署
- 方針管理委員会事務局
- 委員会議事録全体管理
- 各委員会作成情報の集約化・デジタル化
- 各決定事項進捗管理
- 各委員会調整機能
- タスク調整機能

- 院長付き
- 元看護部長
- 元検査科長
- 施設係主任技師
- 医療安全専従者
- 感染対策専従者

- TQMに関する本質的な業務  
施行や検討がされていない
- 各構成員の役割分担・責任  
権限が不明確である

## なぜこの課題を優先したのか？

- 臨床指標作成タスク(TQM室主体多職種メンバー)
  - 日本病院会
  - 全日本病院協会
  - 国立病院機構
  - VHJ
  - 聖路加病院QI
  - QIP
  - IQIP
- 当院臨床指標作成(42臨床指標)

**参考**

**42臨床指標**  
**定義**  
**システム化**  
**分子**  
**分母**  
**外れ値**  
**妥当性**  
**公開**

## 臨床指標改善度

	2011年度年間	2012年度Q1		2011年度年間	2012年度Q1
褥瘡	72%	74%	TAE在籍日数	6.88日	0日
DVT発症率	84.50%	71%	麻痺発症率	37.50%	18.87%
発症後3日以内	86.77%	0%	麻痺後CT	100%	100%
術前1時間抗生薬	80%	86%	麻痺致死	0%	0%
発症早期リハ	100%	0%	心臓発症	100%	100%
術後検査	0%	0.05%	心臓発症後日アスピリン	100%	84.4%
全手術DVT発生率	0.10%	0.14%	PCI死亡	0%	0%
死亡	4.20%	5.00%	糖尿病A&E	48.50%	49.46%
24時間以内死亡除外	4.27%	4.84%	重症止血管	83.33%	78.19%
24時間以内死亡	12.03%	7.45%	HOVインターフェロン	0%	100%
転倒	2.20%	2.89%	肺炎発症率	85.81%	86.11%
転倒転落率	0.31%	0.37%	小児肺炎発症日数	4,497,14日	8-4日
転倒転落再入院率	2.77%	8.05%	法重発症日数	2,88日	3,33日
3日以内再入院率	0.59%	0.00%	ヘルニア在籍日数	4日	3,00日
IHI感染	5.18%	4.47%	前立腺肥大	12,11日	13日
尿管感染	0.81%	0.00%	前立腺癌	5,29%	0%
VAP	0%	0%	COVID2以上入院	29%	0%
DPO利用率	87.76%	87.89%	通院カンファ	18,82%	15,79%
転倒	2.74%	2,30%	回復期病棟	80,00%	88,27%
乳がん生存	47%	52%	紹介件	48,79%	50,32%
肺がん死亡	0%	0%	透析件	60,42%	64,44%
胃がん在籍日数	14,84日	13,25日			

**感染認定看護師、感染コントロールチーム活動**

