ＰＬ病院　医療の質指標（ＱＩ）

当院は医療の質の改善と向上を目的に、2014年度から日本病院会ＱＩプロジェクトに参加し、医療の質指標（ＱＩ：Quality　Indicator）を集計しています。

【日本病院会ＱＩプロジェクトについて】

日本病院会ＱＩプロジェクトは「医療の質の評価・公表推進事業」です。参加施設は自院の医療の質指標（ＱＩ）データを集計し日本病院会に提出します。そして、集まったデータは日本病院会で集計し参加施設にフィードバックされます。

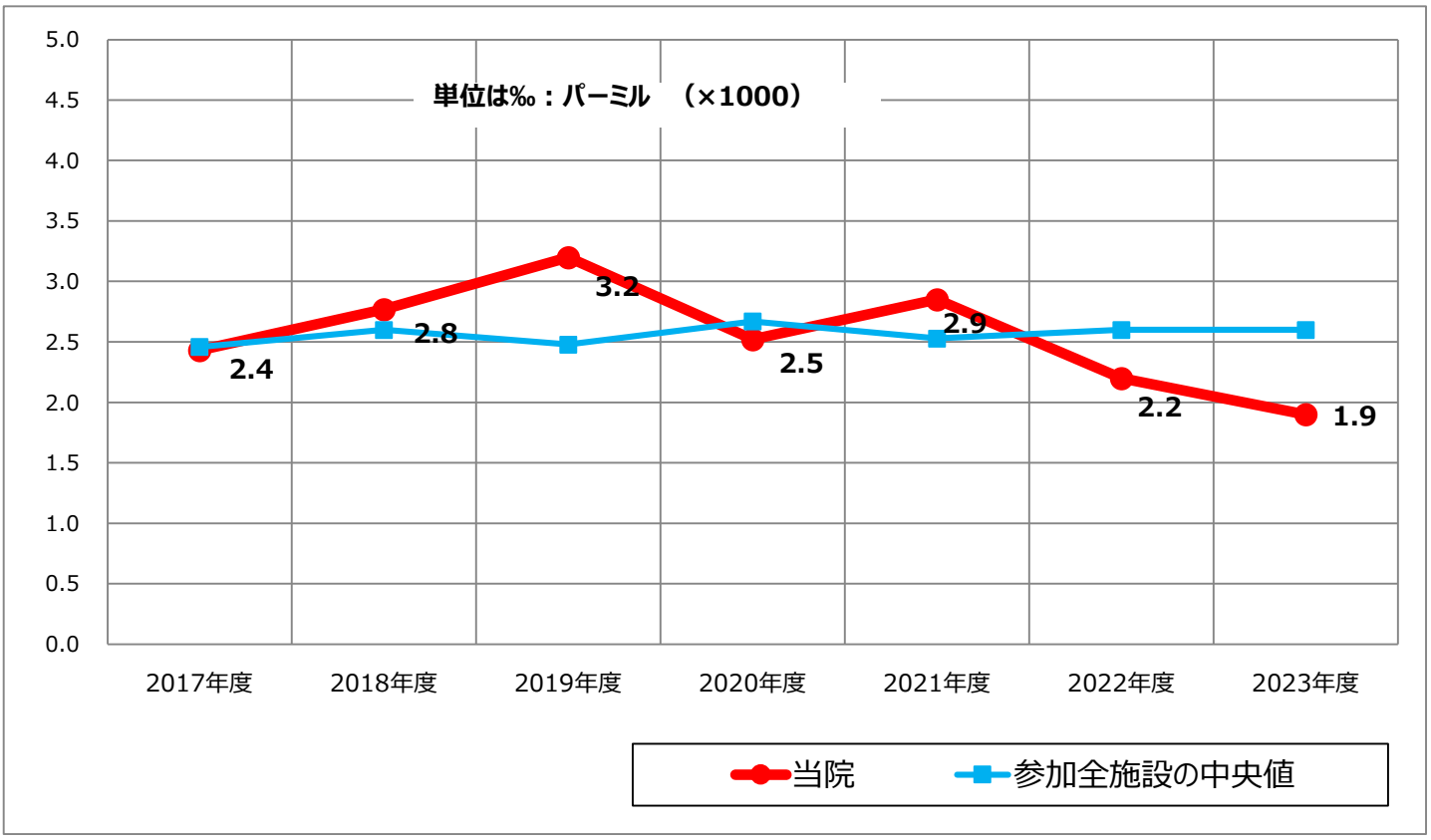
【2023年度集計結果について】

2023年度は338施設がこのプロジェクトに参加しました。47指標の中から今回は8指標のデータを掲載いたします。

今後も職員一同、引き続き患者様により良い医療を提供できるよう、医療の質改善・向上に力を合わせていく所存です。

入院患者の転倒・転落発生率

低い値が望ましい指標



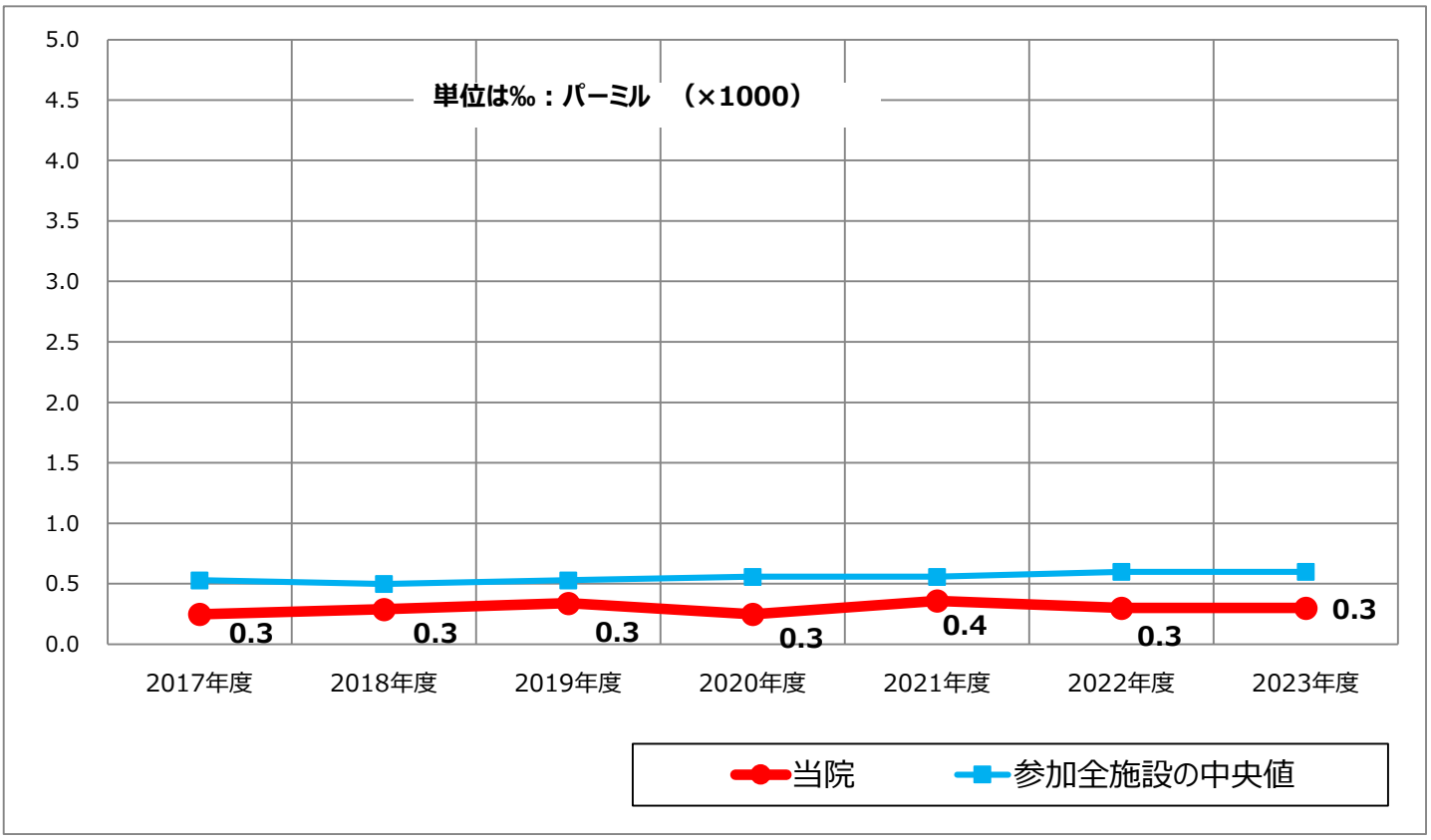
算出方法：　分子　医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された入院中の転倒転落件数
　　分母　入院患者延べ数

2023年度当院は、1.9‰パーミル（分母68838名、分子133件）となり、参加全施設の中央値より低くなりました。転倒転落リスク評価から予防対策を講じることができたと考えられます。転倒転落には、入院による環境の変化、疾患や病態によるADLの低下など様々な要因が関連しています。

転倒転落を起こさないために身体抑制など行動制限をかけることは、せん妄やADLの低下の誘因となる可能性がります。そのため転倒転落を「0」にすることは困難です。患者様やご家族に、転倒転落を起こしやすい状況であることをご説明・ご理解いただいたうえでご協力いただき、予防対策を引き続き行っていきます。

入院患者の転倒・転落発生率
（損傷レベル2以上）

低い値が望ましい指標



算出方法：　分子　医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された
入院中の転倒転落件数のうち、損傷レベル2以上の件数
分母　入院患者延べ数

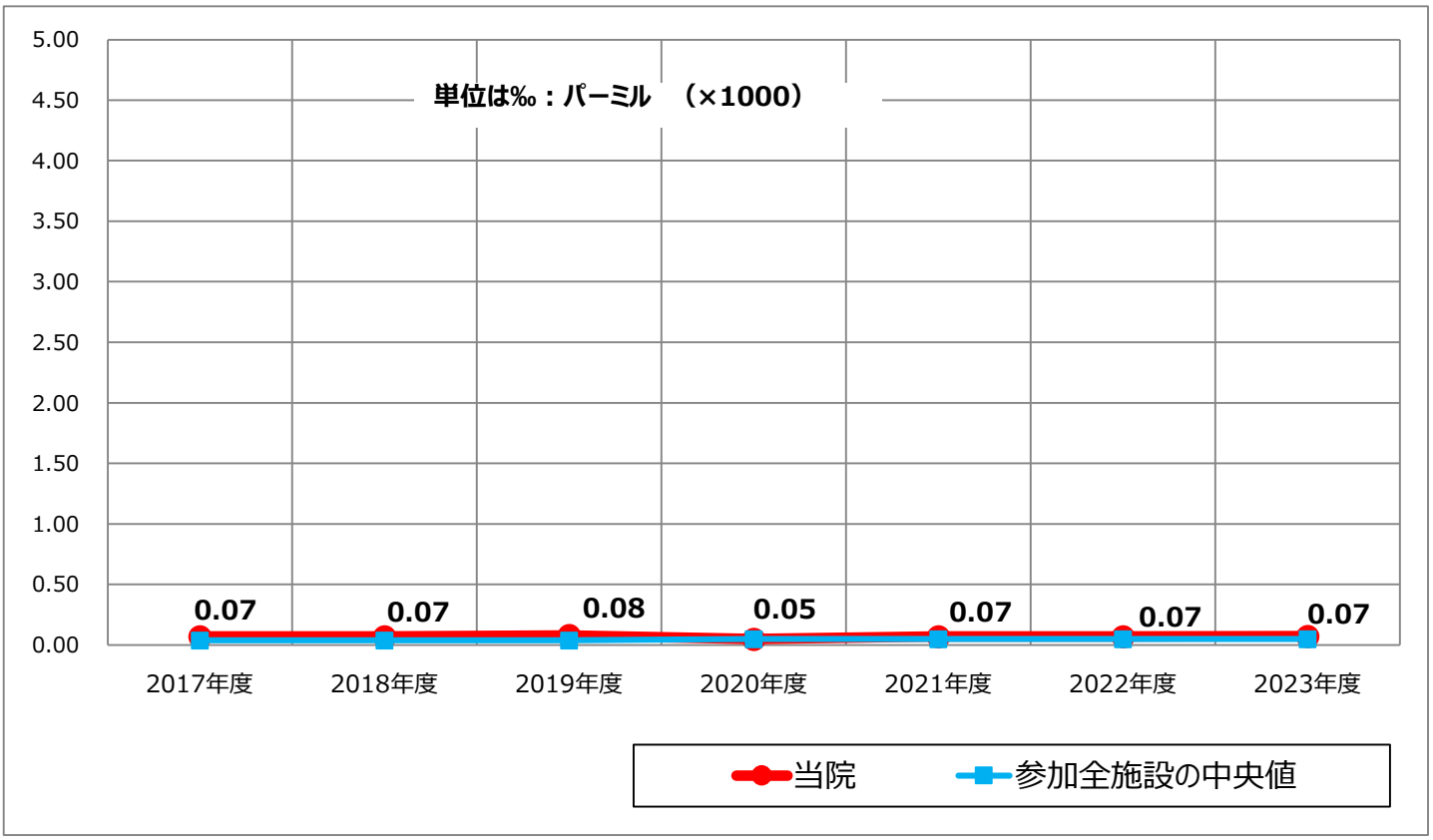
損傷レベル		インシデント影響度分類	説明
1	なし	0、1、2	患者に損傷はなかった
2	軽度	2または3a	包帯・氷・創傷洗浄・四肢の挙上・局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	3a	縫合・ステリー・皮膚接着剤・副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	3b/4a/4b	手術・ギプス・牽引が必要、または骨折した、または神経損傷・身体内部損傷のため診察が必要
5	死亡	5	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD		記録からは判定不可能

2023年度当院損傷レベル2以上は、0.3‰パーミル（分母68838名、分子19件）でした。

損傷レベル2以上の発生率が参加全施設の中央値より低いことから、患者様の情報を共有し、環境整備やケアの実践が適切に行われているといえます。

入院患者の転倒・転落発生率
（損傷レベル4以上）

低い値が望ましい指標



算出方法：　分子　医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された
入院中の転倒転落件数のうち、損傷レベル4以上の件数
分母　入院患者延べ数

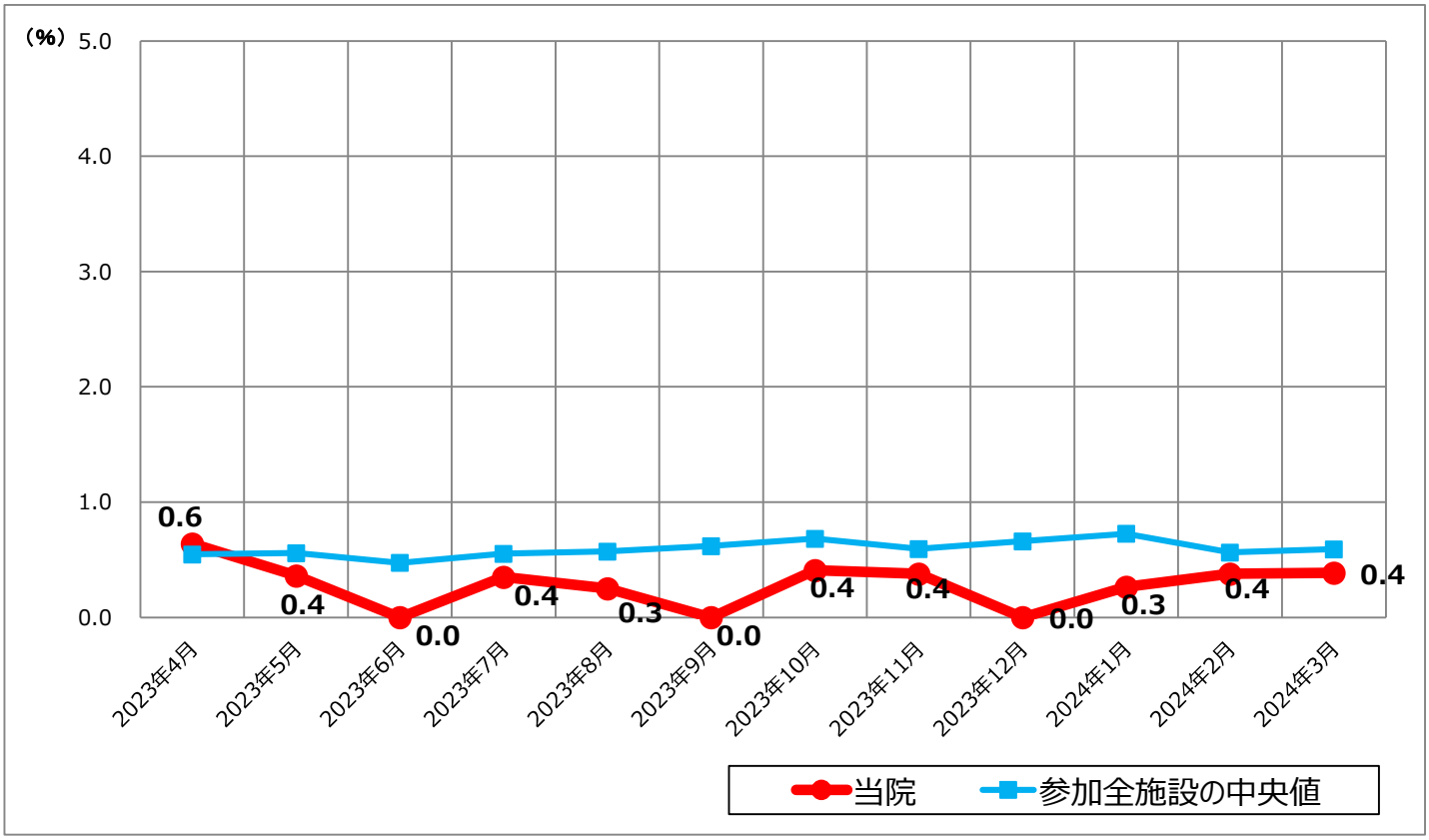
損傷レベル		インシデント影響度分類	説明
1	なし	0、1、2	患者に損傷はなかった
2	軽度	2または3a	包帯・氷・創傷洗浄・四肢の挙上・局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	3a	縫合・ステリー・皮膚接着剤・副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	3b/4a/4b	手術・ギプス・牽引が必要、または骨折した、または神経損傷・身体内部損傷のため診察が必要
5	死亡	5	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD		記録からは判定不可能

2023年度当院損傷レベル4以上は、0.07‰パーミル（分母68838名、分子5件）でした。

損傷レベル4以上は、患者の生活や生命に大きく影響することから目標を「0」としています。退院間近のADLが変化してきている時や入院してすぐなど環境に慣れない状況で発生しています。損傷レベル4以上は、転倒転落事故防止対策チームが病棟と連携し対応を行っています。

新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

低い値が望ましい指標



算出方法：　分子　d2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
　　分母　調査期間初日の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

日本褥瘡学会　2020年改定　DESIGN-R Depth （深さ）

Depth（深さ）	内容
ｄ０	皮膚損傷・発赤なし
ｄ１	持続する発赤
ｄ２	真皮までの損傷
Ｄ３	皮膚組織までの損傷
Ｄ４	皮膚組織を超える損傷
Ｄ５	関節腔、体腔に至る損傷
ＤＤＴＩ	※深部損傷褥瘡（ＤＴＩ）疑い
ＤＵ	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

※深部損傷褥瘡（DTI）疑いは、視診・触診・補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断します

2023年度より測定開始された指標であり、掲載グラフは2023年度月別推移です。

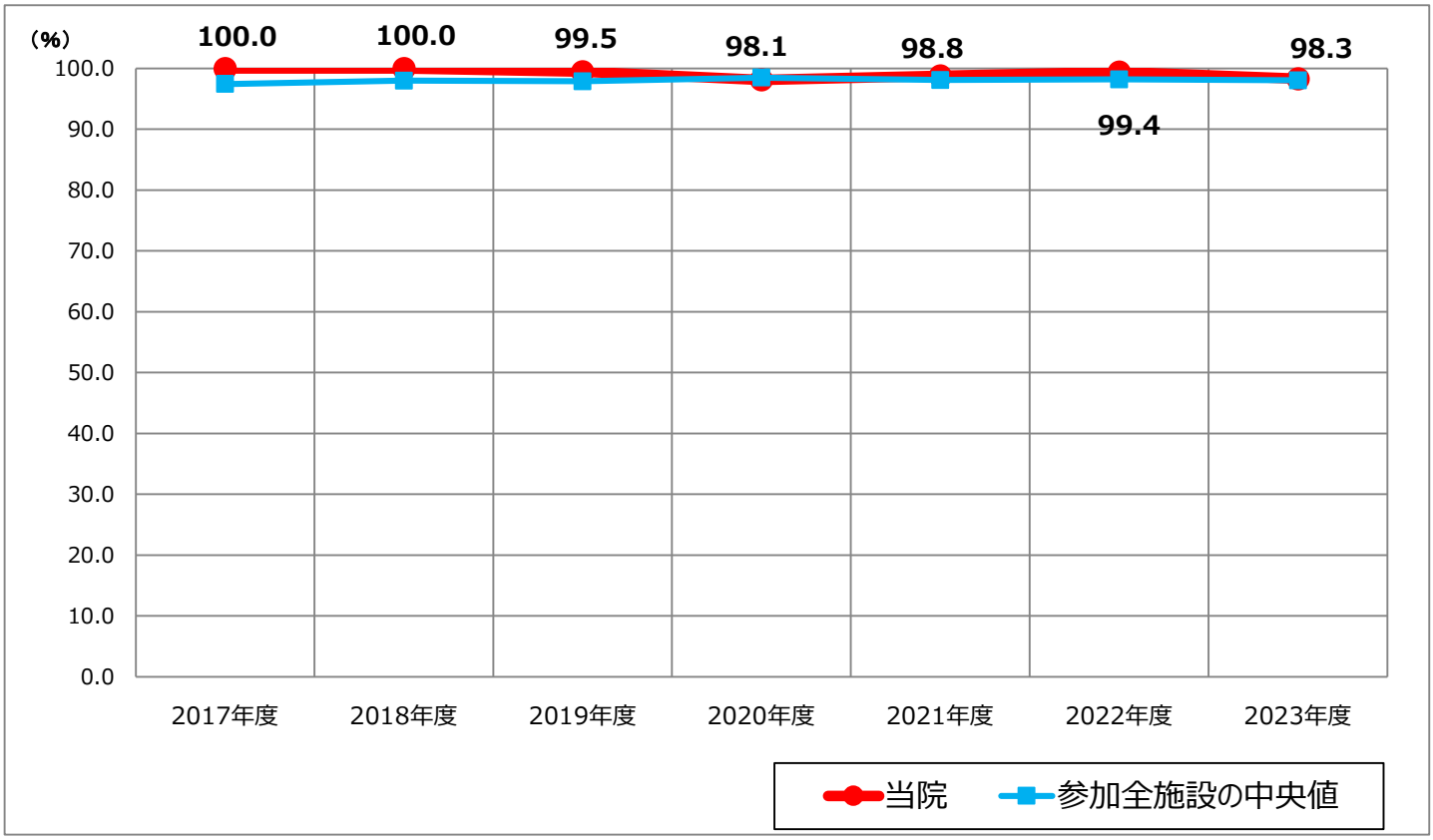
圧迫創傷とは、以前は床ずれ、褥瘡、ＭＤＲＰＵと呼ばれていたものの総称です。

ＱＩプロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者様の中で、どのくらい新規の圧迫創傷が発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。

当院は参加全施設の中央値よりほぼ低い値を維持することができています。

予防的抗菌薬投与率

高い値が望ましい指標



算出方法：　分子　手術開始（皮膚切開時刻）前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

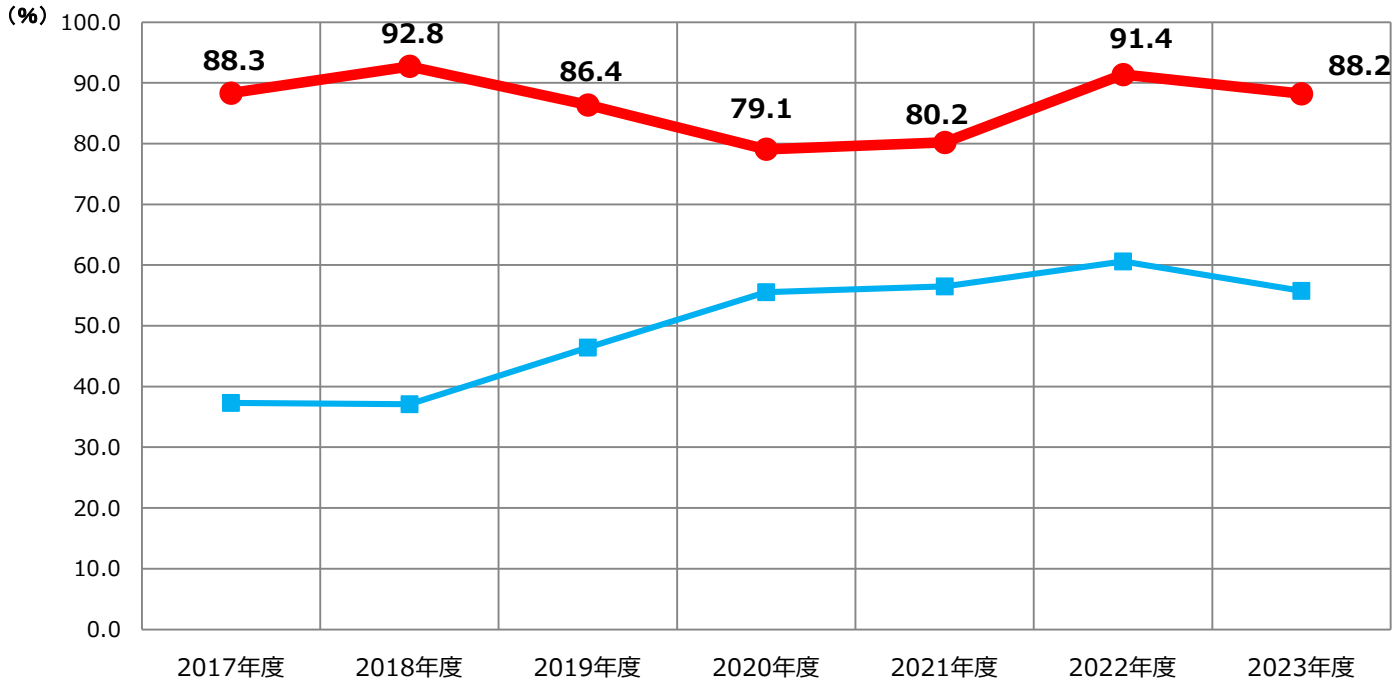
分母　7つの特定術式（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘術）の手術件数

注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬を投与することで、術後感染症の発生率を下げることができ、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができます。達成率が90%を超える施設は十分に質の高い医療を提供できていると考えられています。

当院は手術室で徹底管理することにより、ほぼすべての症例で1時間以内の投与を達成できています。

予防的抗菌薬投与停止率

高い値が望ましい指標



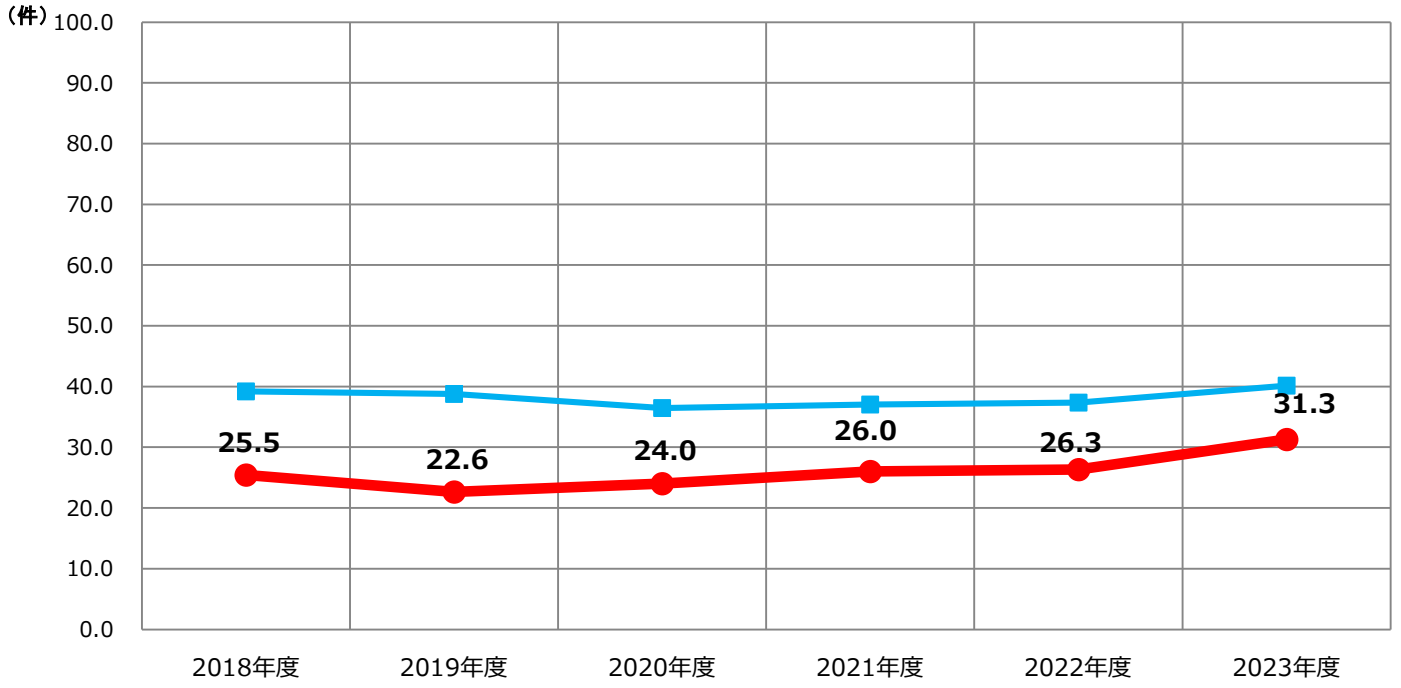
算出方法：　分子　術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数
（冠動脈バイパス手術またはそのほかの心臓手術の場合48時間以内）
分母　4つの特定術式（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘術）
の手術件数

注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。抗菌薬を必要以上に長期間投与することは、耐性菌発生のリスクや薬剤副作用のリスクの増大、ひいては医療費の増大につながります。

一般的に、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の投与を中止することが推奨されており、当院は高い水準を維持しています。

1か月間・100床当たりの入院患者に関する インシデント・アクシデント報告件数

高い値が望ましい指標



算出方法：　分子　調査期間中の月毎の入院患者様に関するインシデント・アクシデント報告件数×100
分母　許可病床数

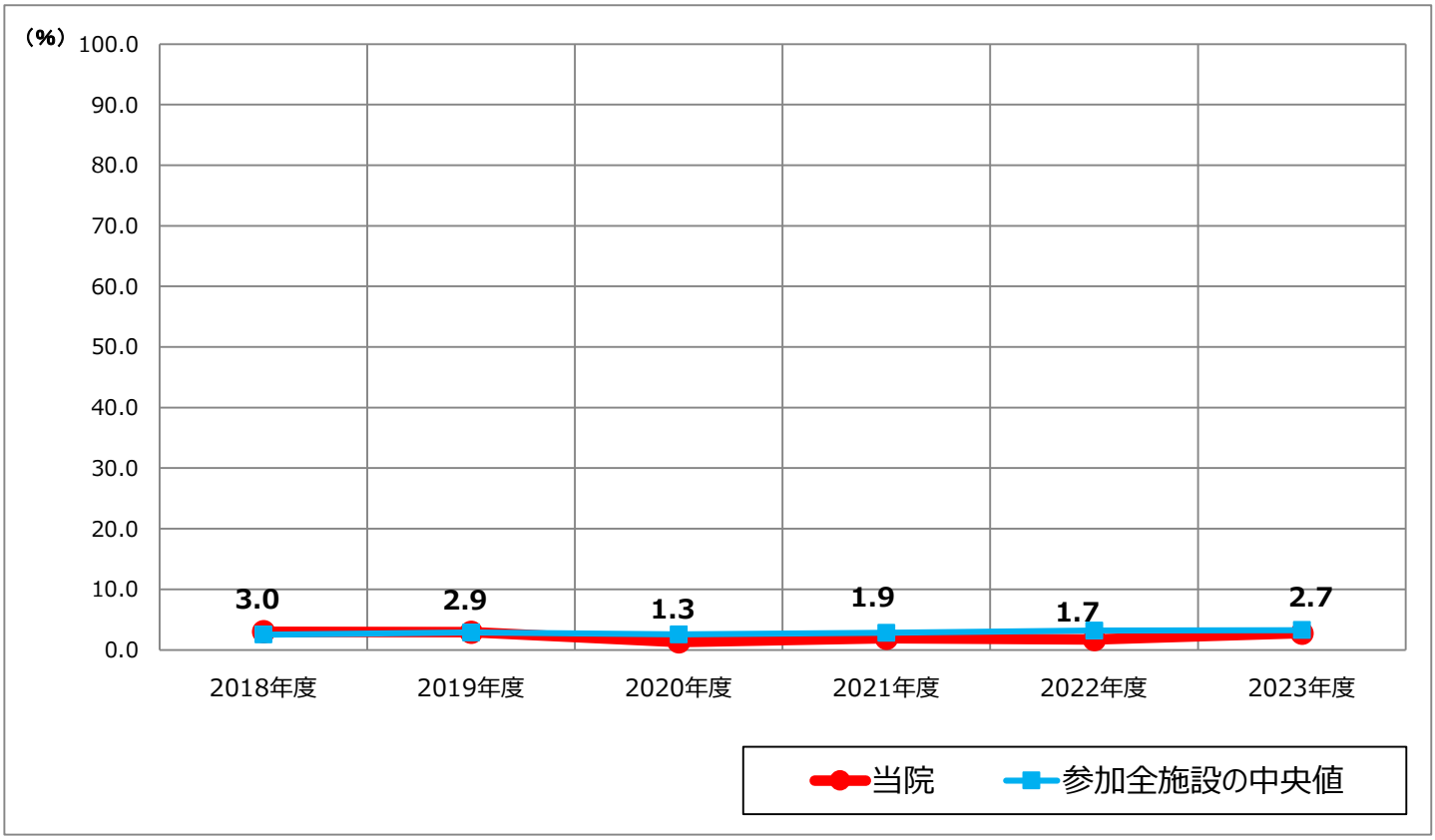
【単位：100床あたり】

インシデント・アクシデントレポートの発生報告で、何が起きているのか情報を得ることができます。情報を共有することで再発防止につながります。未然防止できた情報（状況など）を共有することで改善策につながります。インシデント・アクシデントレポート作成に手間がかかるという声があり、2021年度から入力しやすいシステムに変更しました。2023年度当院の報告件数は1389件でした。

より質の高い安全な組織を目指していきたいと考えています。

入院患者に関するインシデント・アクシデント報告書中、医師による報告の占める割合

高い値が望ましい指標



算出方法：　分子　分母のうち、医師が提出したインシデント・アクシデント報告書の件数
分母　調査期間中の月毎の入院患者様に関するインシデント・アクシデント報告件数

この指標は入院患者様に関する報告に限定しているので、当院の2023年度は2.7%（総報告件数1389件、うち医師38件）となっています。しかし、「外来患者様を含めた医師による報告」は全体の6.9%（総報告件数1935件、うち医師133件）となっており、当院が目標としている「医師による報告数が全体の5%以上」を達成できています。

例えば指導医師が臨床研修医のヒヤリ・ハット事象などに気づいたときは、研修医教育の振り返りのためにも臨床研修医に報告入力を促すようにしています。