

平成 23 年度医療の質の評価・公表等推進事業最終報告書

団体名 全日本民主医療機関連合会
(平成24年 3 月 31日時点)

1. 申請者 (略)

2. 評価・公表結果

<p>①概要 (事業開始からの評価・公表に向けた取組の経過等)</p> <p>○2011 年 7 月 26 日 (火) 「平成 23 年度厚労省医療の質の評価・公表等推進事業」実施説明会 (76 名参加)</p> <p>○2011 年 7 月 26 日 「民医連 QI 推進事業」第一四半期報告書の配布</p> <p>○2011 年 7 月 13 日 民医連加盟病院への「QI 推進事業」のアンケートの実施 (参加していない病院含む)</p> <p>○2011 年 7 月 26 日 (火) 「指標毎定義 Q&A-V.1」の発行</p> <p>○2011 年 8 月 1 日～QI 委員のメーリングリストをすべての病院に拡大</p> <p>○2011 年 8 月 20 日 (土) 第一回医療指標評価委員会の開催</p> <p>○2011 年 9 月 10 日 (土) 第二回医療指標評価委員会の開催</p> <p>○2011 年 10 月 15 日医療機能評価機構主催「医療の質フォーラム」で「民医連 QI 推進事業」報告</p> <p>○2011 年 10 月 22～23 日 (土・日) 全日本民医連 Q I 推進事業交流集会開催 (134 名参加)</p> <p>○2011 年 10 月 23 日 「民医連 QI 推進事業」上半期報告書の配布</p> <p>○2011 年 10 月 24 日 (月) ～「医療指標毎分析表 (一覧表・グラフ表示)」システムの稼働</p> <p>○2011 年 12 月 17～18 日 (土・日) 第三回医療指標評価委員会の開催</p> <p>○2012 年 1 月 10 日 民医連 QI 推進事業参加病院へのアンケートの実施</p> <p>○2012 年 2 月 10 日～「自院時系列分析表」システムの稼働</p> <p>○2012 年 2 月 17～18 日 (金・土) 第四回医療指標評価委員会の開催</p> <p>○2012 年 3 月 10 日 (土) 第五回医療指標評価委員会の開催</p> <p>○2012 年 3 月 27 日 (火) 全日本民医連ホームページにて「厚生労働省平成 23 年度医療の質の評価・公表等推進事業」報告を一般公開</p> <p>○2012 年 3 月 29 日 (木) 全日本民医連 QI 推進事業 2011 年報告を全日本民医連ホームページ会員用ページに公開</p> <p>○2012 年 3 月 29 日～「経年比較分析表」システムの稼働</p> <p>○2012 年 3 月 31 日 (土) 2011 年民医連 QI 推進事業報告会開催 (121 名参加)</p>

②臨床指標の算出方法及びリスク調整方法

臨床指標等の名称	算出方法 (計算式等を詳細に記載)	リスク調整方法 (除外ルールを含め、調整方法を詳細に記載)	指標作成等に当たり参考とした文献・診療ガイドラインの名称
1) 患者アンケート総合評価で「満足している」と答えた患者の割合 入院患者 外来患者	分子：A) 退院患者で「5.満足している (例)」「4.やや満足している (例)」と回答した合計 B) 外来患者で「5.満足している (例)」「4.やや満足している (例)」と回答した合計	・9月～11月の間で、各病院で期間を決めて実施し、12月に報告する ・各病院で、アンケート用紙に「総合的な評価に関わる項目 (5段階)」を位置づける。	

	分母：A)入院患者の有効回答数 B)外来患者の有効回答数 収集期間 9月～11月 (報告月12月)		
2) A)入院患者の転倒・転落発生率 B)治療を必要とする転倒・転落発生率 (アウカム)	分子：A)入院患者の転倒・転落発生件数 B)治療を必要とする転倒・転落発生件数 分母：A) B) 入院患者延数(24時在院患者+退院患者数の合計) 収集期間 7～12月期間・1ヶ月毎	・%表示 ・B)はレベルの定義なし。「治療が必要な場合」の全てを算出する。画像検査を実施して異常がない場合は除く(画像など検査だけの場合は除く)。	
3) 褥瘡新規発生率 (アウカム)	分子：入院後に新規に発生した褥瘡の数(別部位は1として計測) 分母：調査月の新規入院患者数+前月最終日在院患者数(24時現在) 収集期間 7～12月期間・1ヶ月毎	・ひとりの患者でも複数発生した場合はその個数を算出する ・診断基準の統一は今後の課題であるが、ほとんどの現場ではNPUAP(米国褥瘡諮問委員会)などの定義、分類を参考に診断されている。医療器具によるものも褥瘡に含める。	
4) 退院後30日以内の緊急再入院割合 (アウカム)	分子：その後、30日以内に同一傷病名または随伴症・合併症、併存症で予期しない緊急入院した患者(下記①～③に該当するもの) ①予期しない原疾患(※1)の悪化、再発のため ②予期しない原疾患(※1)の合併症発症のため ③予期しない併存症(※2)の悪化のため ※1：前回入院時に医療資源を最も投入した傷病を指す ※2：前回入院時の入院時併存傷病及び入院後発症傷病を指す 分母：対象3ヶ月の退院患者数 収集期間 6～8月、9	・1ヶ月の期間では対象数が少ないので3ヶ月期間毎の把握	DPCの再入院調査の理由を参照。

	～11 月（報告月：10 月、1 月）		
5) 死亡退院患者割合 (精死亡率) (アウトカム)	分子：死亡退院患者数 －入院後 48 時間以内死亡 分母：退院患者数 収集期間 7～12 月期間・1 ヶ月毎	・緩和ケア病棟含む ・病院規模別（①100～199 床、②200～299 床、③300 床以上）に分けて、月平均を表示	
6) 剖検率 (プロセス)	分子：病理解剖実施数（件） 分母：死亡退院数（入院）＋入院料を算定した外来死亡数 収集期間 7～12 月期間・1 ヶ月毎	・他病院に依頼して病理解剖した数も含める ・期間の平均値のみを掲載	
7) ケアカンファレンス実施割合 (プロセス)	分子：調査月退院患者のうち、入院期間中に 1 回以上医師・看護師・コメディカルによるカンファレンス記録のある患者 分母：退院患者数 収集期間 7～12 月期間・1 ヶ月毎	・カンファレンスの回数ではなくて、記録のある患者数を算出する ・医師、看護師は必須で、プラス、コメディカルについてはどの職種でも構わない。	
8) リハビリテーション実施率 (プロセス)	分子：リハビリテーションを実施した退院患者（PT,OT,ST いずれか） 分母：退院患者数 収集期間 7～12 月期間・1 ヶ月毎	・全病棟を対象とする（回復期リハ病棟含む） ・DPC データを使用する場合、様式 1 の存在する患者の E ファイルの各リハビリ点数コードを用いて算出。ただし、一般病棟以外（回復期リハ病棟など）の算出方法については工夫が必要。	
9) 予定手術開始前 1 時間以内の予防的抗生剤投与割合 (プロセス)	分子：執刀前 1 時間以内に予防抗生剤を投与した数 分母：クラス 2 以下入院手術数（CDC による清浄が清潔および準清潔手術） 収集期間 7～9 月、10～12 月（報告月：10 月、1 月）	・診療科により、あるいは医師により投与方法が異なるなどの場合も想定し、3 ヶ月毎に各診療科 10 症例以上となるよう調査期間を設定すること ・周術期の感染予防として抗生剤の予防投与が必要な手術。周術期感染予防として抗生剤を使用する対象となるのは、基本的に血管、	・JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス） ・CDC ガイドライン

		<p>骨などの無菌部位（クラスⅠ）、または管理された明らかな汚染・感染のない消化管等（クラスⅡ）の手術であり、消化管穿孔や開放性外傷を伴う緊急手術などは除外する。基本的に予防抗生剤投与の必要のない手術は対象外。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「清浄度」は手術室清浄度ではなく「手術創清浄度分類」 ・手術室で行った入院手術のうち、「周術期感染予防として抗生剤の予防投与が必要な手術」を表現するのに、創分類Ⅱ以下とする。 	
<p>10) A)入院手術患者の術後 48 時間以内緊急再手術割合、 B)一入院期間中の手術後 30 日以内緊急再手術割合(手術後 48 時間以内含む) (アウカム)</p>	<p>分子:A)手術後 48 時間以内緊急再手術数、B)一入院期間中の手術後 30 日以内緊急再手術数(手術後 48 時間以内含む) 分母:A)B)入院手術数(入院手術を行った退院患者数) 収集期間 7~12 月 期間・1 ヶ月毎</p>	<p>手術室で行った手術。カテーテル、内視鏡は除く B)について、例えば脳血管疾患で手術・入院し、骨折等で再手術した場合は除く。 ・期間の平均値のみを掲載</p>	
<p>11) 救急車受け入れ割合 (ブ°ピス)</p>	<p>分子:救急車受け入れ数 分母:救急要請数 収集期間 7~12 月 期間・1 ヶ月毎</p>		
<p>12) 心肺停止で救急搬送された患者の A)心拍再開割合・B)生存退院の割合 (アウカム)</p>	<p>分子:A)心拍再開し入院した患者数、B)のうち生存退院した患者数 分母:A)救急搬入された来院時心肺停止患者数、B)心拍再開し入院した患者数 収集期間 7~12 月 (報告月:1 月)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・半年分で集計 ・退院患者のうち、入院契機病名が蘇生に成功した心肺停止(I46.0) 	

<p>13) 市中肺炎患者死亡率(成人) (アウカム)</p>	<p>分子：市中肺炎患者死亡患者数(成人)：A)軽症、B)中等症、C)重症、D)超重症 分母：退院した市中肺炎患者発生患者数(成人)：A)軽症、B)中等症、C)重症、D)超重症 収集期間 7~12 月期間・1ヶ月毎 ・月別の標準化死亡比(肺炎重症度のみを用いて間接法で調整)の推移を図る</p>	<p>・使用する指標：①男性 70 歳以上、女性 75 歳以上、②BUN21mg/dL 以上または脱水あり、③SpO2 90% 以下 (PaO2 60Torr 以下)、④意識障害、⑤血圧(収縮期) 90mmHg 以下。 ・重症度分類：軽度：上記 5 つの項目の何れも満足しないもの、中等症：上記項目の 1 つまたは 2 つを有するもの、重症：上記項目の 3 つを有するもの、超重症：上記項目の 4 つまたは 5 つを有するもの。ただし、ショックがあれば 1 項目のみでも超重症とする。 ・他の病院・施設から転院してきた患者は除く。 ・重症度の判定は入院時とする。 ・期間の平均値のみを掲載</p>	<p>日本呼吸器学会「呼吸器感染症に関するガイドライン」市中肺炎の診断基準を満たすもの、重症度別</p>
<p>14) 胃がん手術後平均在院日数 (プロセス)</p>	<p>分子：術後患者の術後在院日数の総和 分母：対象三ヶ月間に胃がんの手術を受けた退院患者数 収集期間 7~9 月、10~12 月(報告月:10 月、1 月)</p>	<p>・胃がん術後(手術日を含まない)から退院日までの日数 ・計測期間内に「退院した」患者のうち、「胃がん」を主病名として入院し、入院中に全身麻酔による手術治療(開腹もしくは腹腔鏡下による胃切除術、胃部分切除術)を受けた患者数</p>	
<p>15) 急性心筋梗塞患者に対する 24 時間以内のアスピリン投与率 (プロセス)</p>	<p>分子：病院到着時間から 24 時間以内にアスピリンが投与された患者数 分母：当該月に主病名が急性心筋梗塞で退院した患者数 収集期間 7~12 月期間・1ヶ月毎</p>	<p>・入院時間は、来院時間(救急車到着時間)とする。アスピリン投与時間は、アスピリンを処方した時間とする。 ・急性心筋梗塞の患者で再梗塞も含む。待機的な治療目的の患者は</p>	

		除く。	
16) 紹介患者率 (ﾌﾟﾛﾂ)	分子：開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された一ヶ月間の患者数+救急搬入患者数 分母：1ヶ月間の初診患者数 収集期間 7～12月期間・1ヶ月毎	・近接診療所や同一法人内の紹介は除く ・救急搬入患者は、救急用自動車で来院された患者 ・初診料算定患者が対象。	
17) 逆紹介患者率 (ﾌﾟﾛﾂ)	分子：開設者と直接関係のない他の病院又は診療所への1ヶ月間の紹介患者数 分母：1ヶ月間の初診患者数 収集期間 7～12月期間・1ヶ月毎	・近接診療所や同一法人内の紹介は除く ・救急搬入患者は、救急用自動車で来院された患者 ・初診料算定患者が対象。	

③臨床指標等を用いた医療の質の評価・公表の実績（公表資料を添付するほか、下の様式に従って臨床指標ごとに記載。列が足りない場合には、列を追加するか、又は表を分けて記載）

1) 患者アンケート総合評価で「満足している」と答えた患者の割合（A入院患者、B外来患者）

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・治療の結果、安全性と説明、療養環境、入院期間などに対する患者の満足度は、医療の質を測るうえで直接的な評価指標である。
- ・収集期間9月～11月の間で、各病院で期間を決めて実施し、12月に報告する

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

それぞれの病院で行っている患者アンケートの「総合評価」に該当する項目で「満足している」「やや満足している」と答えた患者さんの割合です。アンケートは、各病院で使っていたアンケート用紙を用い、配布・回収方法、有効回答数の多寡も異なるため、病院間の比較には適当ではありません。

入院の中央値は87.55%、外来の中央値は82.86%の満足度となっています。38病院について入院と外来の満足度アンケートを比較すると、入院の満足度の方が相対的に高い病院が24病院、外来の満足度が高い病院は14病院となっており、それぞれ満足度の平均値は入院84.78%、外来80.61%と、入院の満足度が高い結果になりました。入院と外来の満足度が乖離している病院もあり（たとえば入院が

90%台で外来が40%台、逆に入院がおよそ60%で外来は90%台など)、各病院での分析が必要です。

今回の各病院で行ったアンケートの集計では、入院の満足度の最大値は99.19%、最小値が59.38%。外来の満足度では最大値が95.48%、最小値が42.09%と数値上は病院間で大きな違いがありました。本指標は期間中に一度だけ収集されたものであり、今後も調査を継続して、さらに時系列で分析を深める必要があります。また、満足度の向上を目指して具体的な課題を明らかにするためには、病棟や外来の部署ごとにアンケートを採るなど、より詳細な調査や統一した「アンケート用紙」も検討課題です。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 平成24年7～12月
患者アンケート総合評価で「満足している」と答えた患者の割合 A) 入院患者 B) 外来患者	1. 勤医協中央病院	A) 81.51% B) 73.46%
	2. 一条通病院	A) 80.00% B) 56.25%
	3. 健生病院	A) 88.64% B) 89.19%
	4. 坂総合病院	A) 87.99% B) 73.70%
	5. 長町病院	A) 59.38% B) 94.74%
	6. 前橋協立病院	A) 92.63% B) 88.66%
	7. 埼玉協同病院	A) 96.45% B) 94.71%
	8. 船橋二和病院	A) 99.19% B) 76.10%
	9. みさと健和病院	A) 81.43% B) 66.15%
	10. 小豆沢病院	A) 90.00% B) 65.07%
	11. 東葛病院	A) 81.02% B) 78.46%
	12. 立川相互病院	A) 87.23% B) 81.02%
	13. 下越病院	A) 87.86% B) 67.31%
	14. 城北病院	A) 88.29% B) 73.98%
	15. 甲府共立病院	A) 77.00% B) 79.53%
	16. 長野中央病院	A) 85.37% B) 79.59%
	17. 健和会病院	A) 75.79% B) 68.35%
	18. 松本協立病院	A) 71.92% B) 84.21%
	19. 協立総合病院	A) 84.29% B) 90.04%

20. 名南病院	A) 65.19% B) 94.21%
21. 千秋病院	A) 70.77% B) 60.66%
22. 津生協病院	A) 92.16% B) 93.26%
23. 京都民医連中央病院	A) 84.31% B) 92.11%
24. 耳原総合病院	A) 82.44% B) 74.49%
25. 尼崎医療生協病院	A) 92.44% B) 91.12%
26. 鳥取生協病院	A) 90.70% B) 89.57%
27. 総合病院水島協同病院	A) 89.04% B) 89.44%
28. 総合病院岡山協立病院	A) 91.36% B) 94.94%
29. 広島共立病院	A) 87.00% B) 90.96%
30. 徳島健生病院	A) 84.09% B) 93.30%
31. 高松平和病院	A) 94.05% B) 90.00%
32. 健和会大手町病院	A) 88.65% B) 85.88%
33. 千鳥橋病院	A) 74.50% B) 76.59%
34. 米の山病院	A) 81.63% B) 70.29%
35. 上戸町病院	A) 64.29% B) 85.71%
36. 宮崎生協病院	A) 94.53% B) 42.09%
37. 総合病院鹿児島生協病院	A) 89.06% B) 95.48%
38. 沖縄協同病院	A) 94.74% B) 84.68%
最小値	A) 59.38% B) 42.09%
中央値	A) 87.55% B) 84.45%
最大値	A) 99.19% B) 95.48%

2) A) 入院患者の転倒・転落発生率 B) 治療を必要とする転倒・転落発生率

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・転倒・転落を予防し、外傷を軽減するための指標。特に、治療が必要な患者を把握していく。
- ・収集期間 1 ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

38 病院の 7～12 月期の転倒・転落発生率は、以下のとおりでした。なお、定義にあるとおり、確認のため検査を行っただけの事例は除き、何らかの治療を要したものすべてを B として報告を求めました。

A 最大値 9.43‰ 最小値 1.61‰ 中央値 4.09‰

B 最大値 0.82‰ 最小値 0.02‰ 中央値 0.22‰

38 病院すべての件数を合計した発生率の平均値は A 4.33‰（7244/1,674,869）、B 0.26‰（439/1,674,869）でした。

A；転倒・転落発生率の上位 5 病院をみると、B も共に高値である病院が 2 病院ありました。一方、A が上位でも B；治療を必要とする転倒・転落発生率は中位あるいは中位以下の病院があり、治療を要さない事例でも見逃さずに報告することで A が上位となっているように推察されました。

今回の集計では入院患者延べ数と転倒・転落数には正の相関が伺えましたが、治療を要した転倒・転落数については明確ではありませんでした。転倒・転落事故の報告システムや骨折予防の方策、「治療を必要とする」定義の違いなどがあり、各病院において経時的に検討することが必要です。転倒・転落が発生しうる要因を減らすことが本来の目的であり、リスクアセスメントを繰り返すことが重要です。ちなみに日本病院会の発生率に比べて高い値でしたが、患者年齢や疾病構成、施設環境、発生時のシチュエーションなど多面的な分析が求められます。

参考；日本病院会「入院患者の転倒・転落発生率」最大値 3.86‰、最小値 0.70‰、中央値 1.98‰、平均値 2.03‰（平成 22 年度報告）

【改善事例】

- ・ 事故報告（転倒転落）の提出期限が守られるようになった（以前は数ヶ月前の報告書が突然提出されたりしていた）。
- ・ 2 月あたりより増える傾向にあり、各病棟への注意を促し、一定の改善がみられた。
- ・ 治療が必要ではないものの、転倒転落率が高いことが分かったため、人員・器具、マネジメント、教育・研修などの視点から検討が必要とされた。
- ・ 他院に比較して件数が多かったため、内容を再度確認した。患者希望の湿布処方時も報告を行っていることもあり、当院では基準通りに報告が行えていることを再確認し、医療安全管理委員会でも協議を継続中。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	平均
A) 入院患者の転倒・転落発生率	1. 勤医協中央病院	4.25	3.09	3.92	5.57	4.54	2.85	4.03
	2. 一条通病院	3.39	3.02	2.54	2.98	3.24	2.34	2.93
	3. 健生病院	3.10	2.63	4.15	3.29	4.15	4.42	3.62
	4. 坂総合病院	2.34	3.87	4.35	4.78	3.65	4.38	3.88
	5. 長町病院	3.52	4.41	6.12	5.91	4.88	4.75	4.92

6. 前橋協立病院	3.73	4.57	4.40	2.36	3.07	6.29	4.07
7. 埼玉協同病院	5.19	5.23	3.34	4.48	4.02	4.48	4.47
8. 船橋二和病院	3.65	5.01	4.84	4.64	6.56	4.15	4.78
9. みさと健和病院	3.91	5.27	5.47	3.74	2.80	3.95	4.18
10. 小豆沢病院	9.10	5.53	5.14	9.61	6.91	8.15	7.40
11. 東葛病院	1.44	4.01	4.19	3.62	1.87	3.14	3.05
12. 立川相互病院	3.67	2.27	3.17	4.75	5.31	4.86	4.00
13. 下越病院	2.53	1.78	1.80	3.13	4.00	1.28	2.43
14. 城北病院	7.38	6.50	5.11	6.16	7.99	8.22	6.89
15. 甲府共立病院	2.28	1.85	3.16	1.98	3.30	1.29	2.31
16. 長野中央病院	2.57	2.96	2.67	2.87	1.64	2.24	2.49
17. 健和会病院	4.24	3.45	4.30	3.69	4.11	5.98	4.29
18. 松本協立病院	4.69	5.18	3.43	3.26	4.36	5.09	4.33
19. 協立総合病院	4.59	6.42	3.32	3.65	4.19	4.92	4.54
20. 名南病院	2.83	3.83	2.29	2.68	3.22	3.70	3.10
21. 千秋病院	10.24	3.56	5.46	6.92	6.70	7.04	6.63
22. 津生協病院	4.16	3.64	4.32	3.77	3.36	5.41	4.11
23. 京都民医連中央病院	4.39	6.27	4.72	12.52	6.52	5.73	6.85
24. 耳原総合病院	2.96	2.32	3.78	3.05	2.73	2.91	2.96
25. 尼崎医療生協病院	5.21	3.53	5.38	4.91	5.89	4.89	4.96
26. 鳥取生協病院	5.01	5.15	3.76	4.43	3.27	2.26	3.99
27. 総合病院水島協同病院	5.04	4.37	3.17	3.34	3.80	2.75	3.75
28. 総合病院岡山協立病院	6.79	7.55	7.71	4.47	5.42	6.55	6.43
29. 広島共立病院	8.82	8.75	9.67	9.86	10.44	9.12	9.43
30. 徳島健生病院	4.72	3.12	3.57	3.79	4.29	2.72	3.70
31. 高松平和病院	1.87	0.31	3.41	2.66	0.90	0.57	1.61
32. 健和会大手町病院	4.10	2.80	4.44	5.29	4.43	3.92	4.16
33. 千鳥橋病院	6.00	4.56	3.29	4.10	4.79	2.99	4.28
34. 米の山病院	7.84	5.87	5.92	6.14	6.30	5.23	6.21
35. 上戸町病院	1.92	1.67	1.37	2.61	5.58	3.07	2.71
36. 宮崎生協病院	2.70	5.38	5.63	3.80	3.40	3.10	4.00
37. 総合病院鹿児島生協病院	4.32	5.40	5.51	4.62	6.20	6.30	5.39
38. 沖縄協同病院	1.22	1.43	1.02	2.28	2.02	2.39	1.73
最小値	1.22	0.31	1.02	1.98	0.90	0.57	1.61
中央値	4.13	3.94	4.17	3.80	4.17	4.27	4.09
最大値	10.24	8.75	9.67	12.52	10.44	9.12	9.43

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
B) 治療を必要とする転倒・転落発生率	1. 勤医協中央病院	0.09	0.00	0.28	0.00	0.19	0.09	0.11
	2. 一条通病院	0.00	0.00	0.00	0.23	0.00	0.00	0.04
	3. 健生病院	0.11	0.00	0.00	0.00	0.12	0.00	0.04
	4. 坂総合病院	0.00	0.19	0.00	0.10	0.20	0.00	0.08
	5. 長町病院	0.25	0.49	0.26	0.77	0.81	0.00	0.42
	6. 前橋協立病院	0.18	0.00	0.19	0.36	0.38	0.18	0.21
	7. 埼玉協同病院	0.09	0.10	0.20	0.10	0.10	0.00	0.10
	8. 船橋二和病院	0.00	0.50	0.81	0.77	0.54	0.00	0.43
	9. みさと健和病院	0.13	0.00	0.00	0.00	0.14	0.13	0.07
	10. 小豆沢病院	0.28	0.00	0.81	0.80	1.94	0.27	0.68

1 1. 東葛病院	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.04
1 2. 立川相互病院	0.94	0.21	1.20	0.42	0.33	0.53	0.60
1 3. 下越病院	0.38	0.13	0.26	0.24	0.50	0.00	0.25
1 4. 城北病院	0.79	1.02	0.52	0.25	1.38	1.00	0.82
1 5. 甲府共立病院	0.13	0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.04
1 6. 長野中央病院	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.00	0.02
1 7. 健和会病院	0.00	0.00	0.54	0.50	0.71	0.00	0.29
1 8. 松本協立病院	0.18	0.55	0.19	0.00	0.19	0.19	0.22
1 9. 協立総合病院	0.27	0.27	0.10	0.47	0.00	0.00	0.19
2 0. 名南病院	0.00	0.72	0.51	0.49	0.54	0.74	0.50
2 1. 千秋病院	0.14	0.14	0.59	0.14	0.00	0.42	0.24
2 2. 津生協病院	0.46	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00	0.12
2 3. 京都民医連中央病院	0.00	0.23	0.12	0.55	0.00	0.00	0.15
2 4. 耳原総合病院	0.31	0.22	0.22	0.10	0.00	0.11	0.16
2 5. 尼崎医療生協病院	0.17	0.53	0.37	0.18	0.00	0.19	0.24
2 6. 鳥取生協病院	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	0.07
2 7. 総合病院水島協同病院	0.54	0.79	0.69	0.27	0.00	0.00	0.38
2 8. 総合病院岡山協立病院	0.35	0.80	0.24	0.00	0.00	0.23	0.27
2 9. 広島共立病院	0.36	1.05	0.00	0.56	0.35	0.52	0.48
3 0. 徳島健生病院	0.38	0.00	0.20	0.00	0.90	0.21	0.27
3 1. 高松平和病院	0.31	0.00	0.31	0.00	0.00	0.00	0.10
3 2. 健和会大手町病院	0.65	0.23	0.43	0.53	0.41	0.45	0.45
3 3. 千鳥橋病院	1.29	0.32	0.74	1.05	0.33	0.64	0.73
3 4. 米の山病院	0.16	0.62	0.16	0.16	0.16	0.00	0.21
3 5. 上戸町病院	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.05
3 6. 宮崎生協病院	0.00	1.27	0.33	0.32	1.24	0.62	0.64
3 7. 総合病院鹿児島生協病院	0.11	0.21	0.33	0.11	0.00	0.33	0.18
3 8. 沖縄協同病院	0.00	0.22	0.51	0.46	0.25	0.48	0.31
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02
中央値	0.15	0.21	0.23	0.17	0.18	0.11	0.22
最大値	1.29	1.27	1.20	1.05	1.94	1.00	0.82

3) 褥瘡新規発生率

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・褥瘡予防対策は、提供されるべき医療の重要な項目であり、栄養管理、ケアの質評価にかかわる指標である。
- ・褥瘡アセスメント、予防アプローチの組織化の促進。
- ・収集期間 1 ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

日本褥瘡学会の「褥瘡有病率」「褥瘡推定発生率」は「調査日に褥瘡を保有する患者数」等として褥瘡の深さや大きさなどで区分はしていません。民医連指標も「深さ」など限定せず、「持続する発赤」（d1あるいはステージI）事例から、同一患者で複数あれば複数個としてカウントしています。

今回の2011年7～12月の調査では、最大値5.47%、最小値0.07%、中央値1.24%、平均値1.48%でした。

最大値5.47%である病院は、医師2名を含む褥瘡対策チームが毎週回診して褥瘡を見逃さない取り組みをしており、早期発見する仕組みづくりや看護スタッフを中心とした褥瘡管理への「感度」を高めることを意識的に追求しているといえます。褥瘡対策チームのスタッフ構成や回診頻度、病院内でのリーダーシップの発揮など今後も充実させながら、指標データを活用して質の向上をはかる必要があります。

【改善事例】

- ・ 褥瘡対策委員会においても、「褥瘡治療計画書」については意識していたが、あらためて新規褥瘡発生率を下げることを意識し始めた。
- ・ 全国的に比較すると発生率が突出して高かったことの分析結果として、当院でのNSTチームによるケアの緻密性が高いことやマットの状態に起因していること等が考えられた。短絡的に抑制率の高さや寝たきり患者が多いといった現象のみに捉われることなく、集团的に討議して対策を行うといった活動に結びついていると評価している。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
褥瘡新規発生率	1. 勤医協中央病院	0.50	1.27	1.34	0.75	1.21	0.93	1.00
	2. 一条通病院	2.02	2.53	1.23	2.02	2.60	4.28	2.46
	3. 健生病院	0.34	1.13	1.28	0.51	1.89	3.20	1.40
	4. 坂総合病院	0.76	1.21	0.34	1.35	0.44	1.35	0.90
	5. 長町病院	3.11	0.50	0.52	5.00	2.59	2.79	2.37
	6. 前橋協立病院	0.95	0.44	0.96	0.23	0.43	1.74	0.79
	7. 埼玉協同病院	0.67	0.20	0.42	0.83	0.93	1.11	0.70
	8. 船橋二和病院	0.95	1.65	1.04	0.87	1.27	1.32	1.19
	9. みさと健和病院	0.14	0.00	0.86	0.69	0.56	0.86	0.52
	10. 小豆沢病院	0.46	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
	11. 東葛病院	2.28	1.59	3.02	2.18	3.48	3.42	2.66
	12. 立川相互病院	1.24	1.68	1.17	1.33	1.05	1.19	1.28
	13. 下越病院	1.65	1.44	2.58	3.30	3.31	4.10	2.71
	14. 城北病院	2.46	2.48	2.59	1.46	1.58	1.80	2.05
	15. 甲府共立病院	2.10	0.81	0.42	0.99	1.25	0.95	1.09
	16. 長野中央病院	0.76	1.77	1.28	1.80	0.60	2.26	1.40
	17. 健和会病院	0.77	0.24	0.00	1.03	0.99	0.52	0.59
	18. 松本協立病院	0.62	0.86	1.02	0.61	0.00	0.41	0.59
	19. 協立総合病院	0.59	0.29	0.59	0.59	0.69	0.58	0.55
	20. 名南病院	0.70	2.27	2.42	2.41	0.71	0.99	1.59
	21. 千秋病院	2.03	1.02	0.29	0.83	0.84	0.27	0.87
	22. 津生協病院	1.19	1.09	1.52	1.51	1.52	1.12	1.32
	23. 京都民医連中央病院	1.08	1.32	0.93	0.73	0.58	1.47	1.02
	24. 耳原総合病院	1.67	0.77	0.74	1.34	0.63	1.35	1.08
	25. 尼崎医療生協病院	0.99	2.20	1.72	1.89	1.82	2.30	1.81

26. 鳥取生協病院	0.60	0.58	1.98	0.64	1.00	2.35	1.19
27. 総合病院水島協同病院	0.95	0.56	1.15	0.57	1.45	0.56	0.87
28. 総合病院岡山協立病院	1.71	1.35	1.21	1.17	2.88	1.83	1.69
29. 広島共立病院	1.08	2.21	1.24	0.70	2.05	1.51	1.47
30. 徳島健生病院	6.10	5.34	6.23	6.96	3.02	5.30	5.47
31. 高松平和病院	0.67	0.00	1.07	1.10	1.01	0.93	0.80
32. 健和会大手町病院	4.26	4.85	5.42	3.93	4.75	4.90	4.68
33. 千鳥橋病院	0.96	1.65	1.47	1.33	1.81	1.74	1.49
34. 米の山病院	1.28	2.02	0.51	0.75	0.51	0.45	0.91
35. 上戸町病院	0.99	1.48	1.97	1.00	1.47	1.36	1.38
36. 宮崎生協病院	1.27	0.41	1.40	2.52	1.64	1.96	1.54
37. 総合病院鹿児島生協病院	1.34	1.68	2.65	1.64	2.83	2.59	2.11
38. 沖縄協同病院	0.99	0.22	0.11	0.45	0.69	0.67	0.52
最小値	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
中央値	0.99	1.24	1.19	1.07	1.23	1.36	1.24
最大値	6.10	5.34	6.23	6.96	4.75	5.30	5.47

4) 退院後 30 日以内の緊急再入院割合

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・予定外の再入院を防ぐ。
（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早期退院を強いたことによるなど）
- ・医療者側が予期していても、患者に説明されていなければ予期しない再発・悪化、合併症発症とする。DPC の再入院調査の理由参照。
- ・収集期間：6～8 月、9～11 月

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

2011 年 7～12 月期の参加病院全体における退院後 30 日以内の緊急再入院割合は、中央値 1.89%（最大値 4.75% 最小値 0.00%）、平均値 2.03%でした。

病床規模でみると、一般病床 300 床以上の病院 14 病院の平均緊急再入院割合は、1.75%（14 病院再入院総数 777 総退院数 44,369）でした。さらに、そのうち平均在院日数 20 日未満は 9 病院で、その平均緊急再入院割合は 1.67%（病院再入院総数 531 総退院数 31,869）でした。今回の集計では、病床規模の大きな急性期病院において特に緊急再入院割合が多い傾向は認められませんでした。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 6～8月	対象期間 9～11月	平均
退院後 30 日以内の 緊急再入院割合	1. 勤医協中央病院	1.61	1.28	1.44
	2. 一条通病院	1.40	2.82	2.11
	3. 健生病院	3.83	2.47	3.17
	4. 坂総合病院	1.50	1.74	1.62
	5. 長町病院	0.49	1.93	1.21
	6. 前橋協立病院	0.92	1.12	1.02
	7. 埼玉協同病院	0.77	0.83	0.80
	8. 船橋二和病院	0.41	0.22	0.32
	9. みさと健和病院	4.02	4.54	4.28
	10. 小豆沢病院	5.69	3.88	4.75
	11. 東葛病院	0.22	0.14	0.18
	12. 立川相互病院	0.34	0.24	0.29
	13. 下越病院	2.19	2.02	2.11
	14. 城北病院	4.51	2.48	3.55
	15. 甲府共立病院	1.44	1.59	1.52
	16. 長野中央病院	2.62	3.14	2.88
	17. 健和会病院	1.62	1.98	1.80
	18. 松本協立病院	1.25	1.72	1.48
	19. 協立総合病院	2.30	2.40	2.34
	20. 名南病院	3.05	2.75	2.91
	21. 千秋病院	0.00	0.00	0.00
	22. 津生協病院	2.09	1.52	1.80
	23. 京都民医連中央病院	2.90	0.83	1.86
	24. 耳原総合病院	3.00	3.72	3.35
	25. 尼崎医療生協病院	4.83	4.12	4.48
	26. 鳥取生協病院	1.26	1.02	1.14
	27. 総合病院水島協同病院	3.76	3.35	3.55
	28. 総合病院岡山協立病院	2.94	1.12	2.01
	29. 広島共立病院	0.47	0.52	0.49
	30. 徳島健生病院	3.18	3.51	3.35
	31. 高松平和病院	1.90	3.54	2.69
	32. 健和会大手町病院	2.61	2.32	2.47
	33. 千鳥橋病院	1.65	2.16	1.91
	34. 米の山病院	0.85	0.98	0.91
	35. 上戸町病院	0.00	2.05	1.04
	36. 宮崎生協病院	3.65	3.18	3.42
	37. 総合病院鹿児島生協病院	0.97	0.22	0.60
	38. 沖縄協同病院	2.54	2.00	2.28
	最小値	0.00	0.00	0.00
	中央値	1.78	1.99	1.89
	最大値	5.69	4.54	4.75

5) 死亡退院患者割合（精死亡率）

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

・死亡退院した患者の症例から、診療の過程が妥当であったか、社会的問題がなかったかなどを検討し、診療内容の質向上を目指す。

・収集期間 1 ヶ月毎

【病院規模ごとの平均値を公表した理由】

・公表された際の影響等を考慮し、病床規模別数値の公表にしました。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】
病院の規模や入院患者層が異なるため、この指標から直接医療の質を他の病院と比較することはできません。ここでは 38 病院を病床規模別にグループ化して算出しました。

2011 年 7～12 月期の死亡退院患者割合は 100～199 床 6.44%、200～299 床 5.34%、300 床以上 4.66% となり、病床数が少ない病院群ほど死亡退院患者割合は高値でした。

本事業に参加する 38 病院を含む「全日本民医連医療の質向上・公開推進事業」に参加する 60 病院のデータからも、一般病床が少なく、月平均退院患者数が少ない病院ほど死亡退院患者割合が高いことが明らかでした。また死亡退院患者割合が高い病院は療養病床または障害者病床の比率が高い傾向が伺われました。一般病床が少なく、療養病床や障害者病床を持つ病院は内科中心で高齢者の入院が多い一方、一般病床が多い病院は死亡のリスクが低い検査、手術、分娩などの入院が相当数あるためと推測されました。

【改善事例等】

・死亡退院患者割合がベンチマークの中央値 5.06（1～3 月）に対して当院が 9.52 であったことから、直近 1 ヶ月の死亡退院患者さんの退院サマリーを会議のなかで検討した。産婦人科病棟の休止、小児科医師体制縮小（2 名→1 名）のなかで 80 代、90 代の高齢者の方の死亡が多く、当院の地域での役割とその中での医師の奮闘をあらためて感じる場となった。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	平均
死亡退院患者割合 （精死亡率）	病床数 100 床～	6.41	6.31	6.23	6.22	5.94	7.41	6.44
	病床数 200 床～	5.26	4.99	5.88	4.93	6.05	4.97	5.34
	病床数 300 床以上	4.19	4.59	4.52	4.42	4.94	5.28	4.66

6) 剖検率

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

・病理解剖は、亡くなられた患者様の死因を究明し、今後の医療に役立てていくためにも大切であり、臨床研修病院では研修上の観点からも大切となります。

・収集期間：1 ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院に

おける中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

7～12月期の調査で38病院中1件以上の病理解剖が実施された病院は29病院（76.3%）、そのうち複数件実施されたのは24病院（63.2%）でした。

民医連における臨床研修基幹型病院は36病院ですが、この29病院はすべて臨床研修基幹型病院でした。

参加病院全体でみると半年間の死亡退院数は5,000件あり、病理解剖実施数は136件、剖検率は2.72%でした。

近年、全国的に病理解剖件数は減少傾向にあり、死亡時画像診断（AI）の実施が増えています。病理解剖の実施を増やしていくためには、患者・家族と信頼関係を築き、病理解剖の意義を理解していただく医療従事者側の働きかけが重要になります。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 7～12月
剖検率	1. 勤医協中央病院	2.28
	2. 一条通病院	1.22
	3. 健生病院	2.68
	4. 坂総合病院	2.91
	5. 長町病院	0.00
	6. 前橋協立病院	1.01
	7. 埼玉協同病院	3.80
	8. 船橋二和病院	4.46
	9. みさと健和病院	3.30
	10. 小豆沢病院	0.00
	11. 東葛病院	11.52
	12. 立川相互病院	4.55
	13. 下越病院	1.35
	14. 城北病院	4.67
	15. 甲府共立病院	1.68
	16. 長野中央病院	3.61
	17. 健和会病院	0.00
	18. 松本協立病院	0.88
	19. 協立総合病院	1.47
	20. 名南病院	0.00
	21. 千秋病院	0.00
	22. 津生協病院	0.00
	23. 京都民医連中央病院	2.33
	24. 耳原総合病院	3.93
	25. 尼崎医療生協病院	0.46
	26. 鳥取生協病院	0.75
	27. 総合病院水島協同病院	8.25
	28. 総合病院岡山協立病院	1.81

29. 広島共立病院	3.49
30. 徳島健生病院	0.00
31. 高松平和病院	2.78
32. 健和会大手町病院	2.45
33. 千鳥橋病院	3.57
34. 米の山病院	2.27
35. 上戸町病院	0.00
36. 宮崎生協病院	0.00
37. 総合病院鹿児島生協病院	2.96
38. 沖縄協同病院	4.46
最小値	0.00
中央値	2.28
最大値	11.52

7) ケアカンファレンス実施割合

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・この指標はカンファレンスの実施ではなく、カンファレンス記録を評価します。記録を残すことによりチームでの情報共有が促進され、プロセス・アウトカムを評価することが可能となります。
- ・収集期間 1 ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

最大値：81.93% 最小値：5.19% 中央値：38.45%

80%を超えた 2 病院は、比較的平均在院日数が長い、100 床規模のケアミックス型病院でした。一方、10%未満の 6 病院は、300 床前後の比較的規模の大きい急性期病院で、いずれも DPC 対象病院・基幹型臨床研修病院でした。中央値の付近の病院は療養病床比率の高い病院と DPC 病院が混在しており、病院・医療機能面で際立った傾向や特徴は見られませんでした。

この間に実施した参加病院のアンケートからは「カンファレンスを開催する」「診療録に記録に残す」「集計する」という一連のプロセスで業務改善が進んでいることが伺えました。しかし、今回の最小値、中央値は満足できる水準ではありません。最小値を引き上げ、病院間のばらつきを少なくすることが求められます。

【改善事例】

- ・退院時カンファレンスが滞っていたため、平均在院日数の増加を招いていた。他院より低い結果が出たことから、総括会議に資料として添付、全職員で問題の共有を図ることができた。
- ・データ収集することで、実施割合が低いことが分かった。記録の欠如、科別、医師別のケアカンファ不実施など問題点が判明した。
- ・看護記録委員会で記録の標準化に取り組み、改善してきている。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
ケアカンファレンス 実施割合	1. 勤医協中央病院	10.78	10.83	9.19	8.54	9.54	8.96	9.63
	2. 一条通病院	71.43	73.21	61.06	64.22	70.68	52.31	65.36
	3. 健生病院	27.88	40.53	29.69	38.74	38.02	35.52	34.95
	4. 坂総合病院	5.48	6.23	9.48	8.26	9.00	9.69	8.03
	5. 長町病院	85.29	85.71	77.94	78.75	81.03	72.46	80.15
	6. 前橋協立病院	41.13	52.31	39.68	38.02	41.61	26.41	39.84
	7. 埼玉協同病院	51.20	44.85	43.21	46.88	44.80	51.89	47.33
	8. 船橋二和病院	8.40	8.15	13.25	10.70	11.70	10.32	10.36
	9. みさと健和病院	50.20	51.08	38.36	38.12	43.63	41.82	43.88
	10. 小豆沢病院	72.22	73.68	68.00	60.67	60.58	62.32	65.67
	11. 東葛病院	38.95	32.70	44.52	29.40	35.11	23.11	33.64
	12. 立川相互病院	32.20	31.76	24.03	24.71	32.37	33.80	29.92
	13. 下越病院	37.03	42.22	42.86	47.93	37.79	52.51	43.30
	14. 城北病院	41.26	52.81	56.25	54.55	47.50	54.15	51.18
	15. 甲府共立病院	11.62	9.80	7.50	8.49	6.46	6.83	8.44
	16. 長野中央病院	42.16	41.94	37.11	41.74	34.96	44.57	40.39
	17. 健和会病院	35.78	31.17	35.15	30.05	23.97	28.80	30.66
	18. 松本協立病院	41.64	46.21	40.66	43.23	41.12	41.86	42.39
	19. 協立総合病院	14.63	16.21	20.54	15.51	20.21	19.05	17.65
	20. 名南病院	30.61	47.19	56.05	52.53	45.86	50.57	47.38
	21. 千秋病院	58.73	62.32	57.48	59.42	75.35	62.84	62.88
	22. 津生協病院	46.09	44.29	39.06	44.00	39.71	43.28	42.67
	23. 京都民医連中央病院	45.03	38.32	44.07	39.50	46.86	45.39	43.28
	24. 耳原総合病院	22.83	23.64	23.86	23.43	25.50	24.06	23.87
	25. 尼崎医療生協病院	50.00	53.94	54.85	50.48	54.04	51.85	52.48
	26. 鳥取生協病院	28.14	19.35	22.92	20.41	17.67	49.67	26.83
	27. 総合病院水島協同病院	35.55	38.06	35.74	37.58	31.99	43.34	37.06
	28. 総合病院岡山協立病院	7.74	9.84	8.70	10.84	6.04	7.67	8.46
	29. 広島共立病院	42.18	44.52	46.27	52.11	48.81	41.90	45.72
	30. 徳島健生病院	18.32	20.00	19.05	21.77	18.79	14.29	18.57
	31. 高松平和病院	33.85	40.45	32.95	27.93	26.09	32.17	32.22
	32. 健和会大手町病院	24.11	27.00	32.14	26.73	27.00	24.71	26.91
	33. 千鳥橋病院	30.97	27.03	25.86	30.14	34.75	32.51	30.18
	34. 米の山病院	60.49	55.56	62.77	68.82	58.29	59.75	60.83
	35. 上戸町病院	77.98	76.99	70.27	90.35	93.52	82.50	81.93
	36. 宮崎生協病院	66.21	71.05	67.20	44.20	32.19	15.53	48.56
	37. 総合病院鹿児島生協病院	11.85	6.61	2.65	5.65	5.40	6.09	6.40
	38. 沖縄協同病院	4.58	8.74	5.28	5.71	5.07	1.84	5.19
	最小値	4.58	6.23	2.65	5.65	5.07	1.84	5.19
	中央値	36.41	40.49	37.74	38.07	35.04	38.67	38.45
	最大値	85.29	85.71	77.94	90.35	93.52	82.50	81.93

8) リハビリテーション実施率

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・ 廃用症候群や合併症を予防・改善し、早期社会復帰につなげる
- ・ 収集期間 1 ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・ 一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

この指標は、最大値 81.78%、最小値 11.04%、中央値 28.29%でした。

病床数 100～199 床(①群 14 病院)、200～299 床(②群 10 病院)、300 床以上(③群 14 病院)として規模別でみると、リハビリテーション実施率が 50%を超えている病院は①群で 4 病院あり、②群、③群ではありませんでした。規模別の中央値でみると①群、②群ではほぼ全体の中央値と同じですが、③群では全体の中央値よりも低くなっています。①群には主として慢性期医療に対応している病院のほか急性期医療型の病院も存在していますが、特に実施率の高い病院は慢性期医療を担っている病院が多くなっています。

言うまでもなく、廃用症候群の予防・改善には発症早期からのリハビリテーションが重要であり、急性期リハビリテーション実施率は在宅復帰率とともに重要な指標となっています。すでに、この間の指標数値をもとに急性期病棟へのセラピスト専属配置など早期リハビリテーションに向けた体制づくりを始めた病院も現れました。

【改善事例】

- ・ 中央値より高いものの 50%に至らず急性期へのアプローチを進めることを方針化、具体的な取り組みを開始～急性期病棟へのセラピスト専属配置。
- ・ リハ部門にフィードバック。意見交換やリハ部門の視点を聞くことができた。急性期・回復期での比較など、改めて知る部分があったようだ。
- ・ 頑張っているはずという自己評価を見直し、介入率を高める動きが生まれた。病棟診療部の今年度の目標としてとりくまれている。
- ・ 以前から、低いと言われていたのが、他院との比較でデータ的にも分かってきたので、改善に向けて、PT の増員や、心臓リハビリの開始などで、実施率は、徐々に上がってきている。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
リハビリテーション 実施率	1. 勤医協中央病院	25.43	26.47	23.12	22.70	24.07	27.53	24.92
	2. 一条通病院	70.59	74.11	66.37	62.39	58.65	64.62	65.92
	3. 健生病院	43.33	51.18	44.82	45.03	47.92	47.27	46.61
	4. 坂総合病院	23.06	24.90	21.38	22.31	23.01	23.97	23.09
	5. 長町病院	75.00	75.71	73.53	82.50	70.69	73.91	75.54
	6. 前橋協立病院	14.52	19.57	19.05	15.97	17.83	19.01	17.72
	7. 埼玉協同病院	25.87	25.40	22.15	26.18	21.56	25.07	24.44
	8. 船橋二和病院	14.96	15.31	15.89	17.03	13.83	17.26	15.70

9. みさと健和病院	28.69	27.92	24.78	26.98	26.10	25.66	26.69
10. 小豆沢病院	25.00	32.46	24.80	22.67	29.93	21.74	25.91
11. 東葛病院	19.37	19.75	20.05	19.96	18.22	21.17	19.78
12. 立川相互病院	27.80	25.55	27.54	24.71	27.49	28.95	27.01
13. 下越病院	23.42	28.25	18.94	24.48	26.42	29.10	25.11
14. 城北病院	37.22	43.29	41.67	45.45	39.00	45.06	42.16
15. 甲府共立病院	37.47	34.60	32.92	32.91	32.12	38.75	34.88
16. 長野中央病院	34.12	32.01	29.98	33.68	32.71	33.52	32.71
17. 健和会病院	50.00	51.95	45.05	61.03	53.31	54.40	52.70
18. 松本協立病院	27.27	30.00	29.18	26.45	30.53	27.91	28.52
19. 協立総合病院	13.88	16.21	18.13	15.65	15.01	14.02	15.47
20. 名南病院	27.21	27.53	28.03	29.75	29.94	26.14	28.06
21. 千秋病院	27.78	36.23	44.09	41.30	42.25	47.30	40.05
22. 津生協病院	22.61	27.86	27.34	28.80	25.74	26.87	26.61
23. 京都民医連中央病院	43.81	36.07	35.55	32.14	39.55	44.52	38.82
24. 耳原総合病院	23.55	25.50	23.86	24.45	25.04	25.59	24.69
25. 尼崎医療生協病院	25.93	27.88	31.44	30.16	29.12	30.56	29.14
26. 鳥取生協病院	21.67	33.69	24.51	31.02	23.67	23.84	26.34
27. 総合病院水島協同病院	21.26	32.26	27.21	25.84	27.33	27.86	27.00
28. 総合病院岡山協立病院	39.01	35.87	42.86	40.06	38.67	35.51	38.63
29. 広島共立病院	24.49	22.26	29.41	25.29	25.40	28.25	25.82
30. 徳島健生病院	35.11	31.67	27.78	33.06	22.15	27.89	29.36
31. 高松平和病院	36.41	45.51	38.15	36.87	34.78	35.65	37.75
32. 健和会大手町病院	40.45	40.00	44.73	41.58	41.29	41.52	41.58
33. 千鳥橋病院	25.38	26.35	26.29	22.55	30.02	30.64	26.80
34. 米の山病院	33.66	41.41	38.30	41.40	35.83	44.40	39.34
35. 上戸町病院	69.72	78.76	73.87	84.21	88.89	94.17	81.78
36. 宮崎生協病院	26.21	46.71	37.60	28.26	34.25	35.40	34.83
37. 総合病院鹿児島生協病院	12.50	11.98	9.93	10.04	12.21	9.66	11.04
38. 沖縄協同病院	29.86	31.67	35.25	31.81	36.66	34.30	33.24
最小値	12.50	11.98	9.93	10.04	12.21	9.66	11.04
中央値	27.24	31.67	28.61	29.28	29.94	29.03	28.29
最大値	75.00	78.76	73.87	84.21	88.89	94.17	81.78

9) 予定手術開始前1時間以内の予防的抗生剤投与割合

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・手術部位感染（SSI）を予防する対策の一つとして、手術前後の抗生剤投与があり、手術執刀開始の1時間以内に適切な抗生剤を静注射することでSSIを予防し、入院期間などの延長を押さえることができる。
- ・CDCガイドラインに沿った感染予防の徹底。
- ・大きく値のはずれた病院では、投与のタイミングや、投与期間、抗生剤種類なども検討課題として上がってくる。
- ・収集期間：7～9月、10～12月

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

予防的抗生剤投与の目的はSSI（手術部位感染）の発生頻度を低下させることにあります。

7～12月期に手術を行っていた36病院からの報告で、最大値100%、最小値32.95%、中央値92.59%、平均値84.31%という結果でした。

投与割合が90%を超えている病院は22病院（61.1%）あり、CDCガイドラインなどに沿って整備されていると考えられました。また、36病院中20病院（55.6%）で前半3ヶ月に比べ後半3ヶ月の投与割合が上がっていました。

一方、投与割合が低い病院があり、その要因を検討する必要があります。

民医連の指標は分子を「執刀前1時間以内に予防的抗生剤を投与した数」と定義していますが、たとえば日本整形外科学会『大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン』では「投与時期は術前1～2時間前が適切」とあり、また、ある大学病院の「適正抗菌薬使用ガイドライン」には「皮切前30分前から投与」とあるなど病院や各科のマニュアルによって微妙な違いがあります。各病院で術後感染予防の考え方、適正な抗菌薬の選択も含めて検討し改善することが必要です。

【改善事例】

- ・手術室で執刀前にタイムアウト(患者に関する情報の確認)制度を導入。執刀前に患者の抗生剤投与に関して確認作業を行うようになった。結果約90%であった値が99%と改善がなされた。
- ・今まで術後投与であった形成外科手術(主に血管系)が、診療情報管理委員会で情報提供する中で、パス作成時に術前投与に変更となった。
- ・手術開始1時間以内の予防的抗生剤投与についても、把握できていなかった。どの部署で、どのような手法で集計可能か、プロジェクトチームで検討し、集計責任部署へ方法を伝達し、学習しながらすすめていった。医師のなかでも対応がまちまちであったが、集計データをベンチマークし、情報をフィードバックすることで意識が変わった。
- ・医療安全対策担当者は、「方針で決定しているから100%やっているはず」という認識だったが、実際は特定の科で60分を超えている例がたくさんあったことが判明した。手術室と病棟との連携改善が問題点として浮かびあがった。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間	対象期間	平均
		7～9月	10～12月	
予定手術開始前1時間以内の予防的抗生剤投与割合 「—」：非該当	1. 勤医協中央病院	94.64	93.68	94.13
	2. 一条通病院	100.00	86.67	92.31
	3. 健生病院	45.63	44.20	44.87
	4. 坂総合病院	100.00	100.00	100.00
	5. 長町病院	—	—	—
	6. 前橋協立病院	34.78	30.95	32.95
	7. 埼玉協同病院	99.04	96.01	96.79
	8. 船橋二和病院	99.08	97.48	98.25
	9. みさと健和病院	99.56	99.39	99.47
	10. 小豆沢病院	—	—	—
	11. 東葛病院	60.34	61.67	61.01

1 2. 立川相互病院	87.45	81.47	84.69
1 3. 下越病院	82.46	46.36	58.68
1 4. 城北病院	93.90	95.89	94.84
1 5. 甲府共立病院	71.17	80.10	75.47
1 6. 長野中央病院	100.00	100.00	100.00
1 7. 健和会病院	79.59	85.37	82.22
1 8. 松本協立病院	89.47	96.15	92.86
1 9. 協立総合病院	96.69	100.00	98.23
2 0. 名南病院	100.00	100.00	100.00
2 1. 千秋病院	100.00	100.00	100.00
2 2. 津生協病院	100.00	100.00	100.00
2 3. 京都民医連中央病院	91.93	93.82	92.86
2 4. 耳原総合病院	95.36	96.24	95.77
2 5. 尼崎医療生協病院	77.48	77.70	77.59
2 6. 鳥取生協病院	84.38	96.88	90.63
2 7. 総合病院水島協同病院	86.44	95.16	90.91
2 8. 総合病院岡山協立病院	98.31	91.89	95.83
2 9. 広島共立病院	85.11	79.07	82.22
3 0. 徳島健生病院	93.33	100.00	96.55
3 1. 高松平和病院	100.00	100.00	100.00
3 2. 健和会大手町病院	92.91	100.00	96.46
3 3. 千鳥橋病院	70.30	66.23	68.34
3 4. 米の山病院	60.00	57.69	58.93
3 5. 上戸町病院	83.33	76.92	80.00
3 6. 宮崎生協病院	100.00	80.00	91.67
3 7. 総合病院鹿児島生協病院	88.61	88.89	88.73
3 8. 沖縄協同病院	65.17	35.80	51.76
最小値	34.78	30.95	32.95
中央値	92.42	93.75	92.59
最大値	100.00	100.00	100.00

1 0) A) 入院手術患者の術後 48 時間以内緊急再手術割合、B) 一入院期間中の手術後 30 日以内緊急再手術割合

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・外科系チームの医療の質の評価。
- ・収集期間 1 ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに関連する各病院の取組、

全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果)】

A;最大値 1.69%、最小値 0.00%、中央値 0.00%、平均値 0.29%

B;最大値 4.76%、最小値 0.00%、中央値 0.80%、平均値 1.12%

入院手術の行われた 36 病院の 2011 年 7～12 月期における手術総数は 14,521 件で、そのうち手術後 48 時間以内緊急再手術件数は 42 件、一入院期間中術後 30 日以内緊急再手術件数は 163 件あって、上記の平均値となりました。

手術後 48 時間以内緊急再手術の発生数が全体に少なく、病院ごとの手術数との関係について明らかな傾向は認められませんでした。また、一入院期間中術後 30 日以内緊急再手術率についても、手術数との関係で一定の傾向を指摘することはできませんでした。わずかな再手術数の変化で値が大きく変わる指標であり、各病院で経時的に分析する必要があります。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 7～12 月
A) 入院手術患者の 術後 48 時間以内緊急再手術割合 「一」：非該当	1. 勤医協中央病院	0.76
	2. 一条通病院	0.00
	3. 健生病院	0.00
	4. 坂総合病院	0.00
	5. 長町病院	—
	6. 前橋協立病院	0.00
	7. 埼玉協同病院	0.11
	8. 船橋二和病院	0.42
	9. みさと健和病院	0.00
	10. 小豆沢病院	—
	11. 東葛病院	0.40
	12. 立川相互病院	0.12
	13. 下越病院	0.00
	14. 城北病院	0.00
	15. 甲府共立病院	0.00
	16. 長野中央病院	0.76
	17. 健和会病院	0.93
	18. 松本協立病院	0.00
	19. 協立総合病院	0.00
	20. 名南病院	0.00
	21. 千秋病院	0.00
	22. 津生協病院	0.00
	23. 京都民医連中央病院	0.22
	24. 耳原総合病院	0.30
	25. 尼崎医療生協病院	0.00
	26. 鳥取生協病院	1.69
	27. 総合病院水島協同病院	1.47
	28. 総合病院岡山協立病院	0.00
	29. 広島共立病院	0.00
	30. 徳島健生病院	0.00

3 1. 高松平和病院	0.53
3 2. 健和会大手町病院	0.17
3 3. 千鳥橋病院	0.24
3 4. 米の山病院	0.97
3 5. 上戸町病院	0.00
3 6. 宮崎生協病院	0.00
3 7. 総合病院鹿児島生協病院	0.00
3 8. 沖縄協同病院	0.87
最小値	0.00
中央値	0.00
最大値	1.69

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 7～12月
B) 一入院期間中の 手術後 30 日以内緊急 再手術割合 「一」：非該当	1. 勤医協中央病院	1.97
	2. 一条通病院	0.00
	3. 健生病院	0.54
	4. 坂総合病院	0.00
	5. 長町病院	—
	6. 前橋協立病院	0.00
	7. 埼玉協同病院	0.74
	8. 船橋二和病院	0.42
	9. みさと健和病院	1.24
	1 0. 小豆沢病院	—
	1 1. 東葛病院	1.21
	1 2. 立川相互病院	0.72
	1 3. 下越病院	0.00
	1 4. 城北病院	1.38
	1 5. 甲府共立病院	1.30
	1 6. 長野中央病院	0.95
	1 7. 健和会病院	0.93
	1 8. 松本協立病院	0.65
	1 9. 協立総合病院	0.00
	2 0. 名南病院	3.13
	2 1. 千秋病院	0.00
	2 2. 津生協病院	0.00
	2 3. 京都民医連中央病院	0.33
	2 4. 耳原総合病院	0.59
	2 5. 尼崎医療生協病院	2.19
	2 6. 鳥取生協病院	1.02
	2 7. 総合病院水島協同病院	4.76
	2 8. 総合病院岡山協立病院	1.72
	2 9. 広島共立病院	0.00
	3 0. 徳島健生病院	0.65
	3 1. 高松平和病院	1.07
	3 2. 健和会大手町病院	0.85

33. 千鳥橋病院	0.94
34. 米の山病院	0.97
35. 上戸町病院	0.00
36. 宮崎生協病院	0.00
37. 総合病院鹿児島生協病院	2.11
38. 沖縄協同病院	3.59
最小値	0.00
中央値	0.80
最大値	4.76

11) 救急車受け入れ割合

【公表日】

平成 24 年 3 月 27 日（平成 23 年 7～12 月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

・救急車受け入れ割合は、救急隊からの搬送の要請に対して、どれだけの救急車の受け入れが出来たかを示す指標で、各病院の救急診療を評価する指標となります。地域医療への貢献を示す指標にもなりません。

・収集期間 1 ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、38 病院で 7～12 月期に 37,560 台の救急車受け入れがありました。）

受け入れ割合の最大値 100%、最小値 46.27%、中央値 83.93%、平均値 81.99%（受け入れ 37,560 件／要請 45,808 件）でした。

要請数の 80%以上を受け入れた病院が 25 病院あり、そのうちの 16 病院で受け入れ割合 90%以上となっていました。

また、救急車受け入れ数（月平均）の件数別にみると、①100 件未満が 13 病院あり、その受け入れ割合の平均値は 73.6%、②100～199 件が 11 病院、受け入れ割合は 90.1%、③200～299 件が 9 病院、受け入れ割合 84.6%、④300 件以上が 5 病院、受け入れ割合 80.3% という結果でした。

この指標結果を共有することで「自院の救急部門の頑張りが明らかになった」「受け入れ数が同程度でも、受け入れ割合が自院より上の病院があるのを見て目標が高まった」など様々な効果が出てきています。

今後、各病院が受け入れ割合を上昇させるためには、受け入れできなかった理由や背景を検証し、スタッフ体制やベッドコントロール、地域でのポジショニングなど、病院全体で検討を進める必要があります。

【改善事例】

- ・ 今まで救急要請数の把握をしていなかったが、当院は積極的に救急車を受け入れていることが明らかになった。
- ・ 救急車の要請を断った際の理由がそれぞれ詳細になった。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
救急車受け入れ割合	1. 勤医協中央病院	93.50	91.94	94.51	93.31	85.77	84.13	90.29
	2. 一条通病院	94.44	90.63	81.40	89.36	91.43	89.47	89.18
	3. 健生病院	96.82	98.45	94.41	98.04	97.20	92.68	96.30
	4. 坂総合病院	71.18	67.21	71.02	73.93	69.28	65.12	69.54
	5. 長町病院	78.95	68.63	70.59	75.00	81.48	81.82	75.36
	6. 前橋協立病院	85.35	79.11	79.56	86.99	86.14	81.25	82.75
	7. 埼玉協同病院	64.24	61.46	61.27	59.75	58.58	57.51	60.52
	8. 船橋二和病院	85.46	81.60	84.43	85.80	77.70	80.13	82.61
	9. みさと健和病院	86.38	85.61	86.64	80.78	78.31	76.03	82.22
	10. 小豆沢病院	58.04	68.04	59.14	65.74	60.42	70.94	63.88
	11. 東葛病院	92.38	93.12	88.78	90.78	90.83	87.29	90.52
	12. 立川相互病院	79.69	77.91	80.14	76.85	76.39	66.41	75.92
	13. 下越病院	73.40	70.00	71.15	73.68	65.22	72.67	71.18
	14. 城北病院	97.08	98.27	96.84	88.55	96.95	94.61	95.54
	15. 甲府共立病院	79.75	82.86	79.71	80.73	83.33	79.85	81.06
	16. 長野中央病院	95.09	91.36	92.38	86.32	88.26	88.46	90.30
	17. 健和会病院	93.24	89.89	88.31	96.30	88.89	90.70	91.19
	18. 松本協立病院	97.10	97.27	96.15	100.00	97.85	97.56	97.62
	19. 協立総合病院	92.33	93.40	92.81	92.44	94.80	90.54	92.60
	20. 名南病院	96.97	90.32	88.24	96.43	96.43	100.00	95.27
	21. 千秋病院	63.41	79.31	67.74	89.74	85.29	81.58	77.83
	22. 津生協病院	51.26	52.67	45.45	51.56	38.21	40.54	46.23
	23. 京都民医連中央病院	84.07	83.33	81.10	83.01	82.78	76.76	81.95
	24. 耳原総合病院	78.88	78.51	74.26	80.85	74.64	75.64	77.18
	25. 尼崎医療生協病院	63.16	65.77	80.25	68.09	67.01	65.26	67.74
	26. 鳥取生協病院	83.69	84.39	81.70	78.62	87.20	82.54	83.11
	27. 総合病院水島協同病院	90.34	94.04	93.28	89.81	86.50	85.96	89.76
	28. 総合病院岡山協立病院	88.62	92.00	87.97	89.15	93.04	91.10	90.33
	29. 広島共立病院	64.34	63.20	64.48	70.37	53.24	59.77	62.32
	30. 徳島健生病院	88.57	92.86	86.96	90.48	94.74	100.00	91.60
	31. 高松平和病院	75.86	68.49	70.37	57.80	67.59	68.75	68.55
	32. 健和会大手町病院	98.39	99.46	98.56	99.63	99.10	99.66	99.15
	33. 千鳥橋病院	82.33	84.71	83.33	85.30	85.87	87.06	84.75
	34. 米の山病院	92.00	96.04	98.85	98.75	84.93	92.23	94.03
	35. 上戸町病院	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	36. 宮崎生協病院	81.69	75.61	72.46	75.32	70.67	74.32	75.00
	37. 総合病院鹿児島生協病院	94.25	93.39	96.64	96.64	95.20	91.76	94.62
	38. 沖縄協同病院	92.90	92.10	93.40	95.24	96.43	89.17	93.15
	最小値	51.26	52.67	45.45	51.56	38.21	40.54	46.23
	中央値	85.92	85.16	83.88	86.66	85.82	83.34	83.93
	最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

12) 心肺停止で救急搬入された患者のA) 心拍再開割合・B) 生存退院の割合

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・救急救命医療の質の評価
- ・収集期間1ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

A)心拍再開割合は、最大値100%、最小値0.00%、中央値26.79%でした。B)生存退院した患者割合は、最大値100%、最小値0.00%、中央値0.00%（生存退院があったのは11病院で半数以下）となりました。

この期には30病院で434人(1病院あたり1~76人)の心肺停止患者を受け入れ、心拍再開は129人(29.72%)、生存退院は24人(5.53%)でした。病院別にみると受け入れ患者数が少ないところで心拍再開率が高いように見え、これをどう評価するか検討が必要です。

生存退院はほとんどの病院で0~2人でした。一般に、心肺停止患者の心拍再開率と生存退院割合に大きく影響するのは病院到着前の状況と思われます。発生から病院到着までの時間、発生場所におけるCPR実施の有無、AEDの配置と市民へのBLS教育状況、救急隊の処置の水準など多くの要因で変わります。病院側の因子としては救急外来システムやALSの組織的スキル、救急隊との連携、心拍再開後の全身管理などで検討が必要ですが、この指標を改善させるためには何よりも地域における医療連携が重要と思われました。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 7~12月
A) 心肺停止で救急搬入された患者の心拍再開割合 「-」：非該当	1. 勤医協中央病院	25.00
	2. 一条通病院	-
	3. 健生病院	50.00
	4. 坂総合病院	16.33
	5. 長町病院	-
	6. 前橋協立病院	16.67
	7. 埼玉協同病院	50.00
	8. 船橋二和病院	66.67
	9. みさと健和病院	21.74
	10. 小豆沢病院	-
	11. 東葛病院	24.00
	12. 立川相互病院	0.00
	13. 下越病院	33.33
	14. 城北病院	100.00
	15. 甲府共立病院	30.77
	16. 長野中央病院	28.57
	17. 健和会病院	33.33
	18. 松本協立病院	0.00

19. 協立総合病院	0.00
20. 名南病院	—
21. 千秋病院	0.00
22. 津生協病院	0.00
23. 京都民医連中央病院	68.75
24. 耳原総合病院	9.09
25. 尼崎医療生協病院	—
26. 鳥取生協病院	0.00
27. 総合病院水島協同病院	37.50
28. 総合病院岡山協立病院	18.75
29. 広島共立病院	0.00
30. 徳島健生病院	100.00
31. 高松平和病院	—
32. 健和会大手町病院	40.79
33. 千鳥橋病院	75.00
34. 米の山病院	20.00
35. 上戸町病院	—
36. 宮崎生協病院	—
37. 総合病院鹿児島生協病院	38.46
38. 沖縄協同病院	32.43
最小値	0.00
中央値	26.79
最大値	100.00

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 7～12月
B) 心肺停止で救急搬入された患者が心拍再開し生存退院された割合 「—」：非該当	1. 勤医協中央病院	0.00
	2. 一条通病院	—
	3. 健生病院	0.00
	4. 坂総合病院	2.04
	5. 長町病院	—
	6. 前橋協立病院	0.00
	7. 埼玉協同病院	20.00
	8. 船橋二和病院	0.00
	9. みさと健和病院	0.00
	10. 小豆沢病院	—
	11. 東葛病院	4.00
	12. 立川相互病院	0.00
	13. 下越病院	0.00
	14. 城北病院	0.00
	15. 甲府共立病院	7.69
	16. 長野中央病院	2.86
	17. 健和会病院	0.00
	18. 松本協立病院	0.00
	19. 協立総合病院	0.00
	20. 名南病院	—
	21. 千秋病院	0.00
	22. 津生協病院	0.00

23. 京都民医連中央病院	0.00
24. 耳原総合病院	6.06
25. 尼崎医療生協病院	—
26. 鳥取生協病院	0.00
27. 総合病院水島協同病院	8.33
28. 総合病院岡山協立病院	0.00
29. 広島共立病院	0.00
30. 徳島健生病院	100.00
31. 高松平和病院	—
32. 健和会大手町病院	1.32
33. 千鳥橋病院	25.00
34. 米の山病院	0.00
35. 上戸町病院	—
36. 宮崎生協病院	—
37. 総合病院鹿児島生協病院	0.00
38. 沖縄協同病院	29.73
最小値	0.00
中央値	0.00
最大値	100.00

13) 市中肺炎患者死亡率（成人）

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・どの病院でも診察する機会が多く、その病院の治療効果を測る指標である
- ・収集期間：1ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに関連する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

この指標は、以下のように「標準化死亡比」を求めて検討しました。

日本呼吸器学会ガイドラインの重症度分類別に症例数、死亡数を出し、38病院合計の重症度別平均死亡率を計算（軽症 $7/712=0.98\%$ 、中等症 $86/1824=4.71\%$ 、重症 $69/502=13.75\%$ 、超重症 $120/262=45.80\%$ ）。この平均死亡率をもとに病院ごとに重症度別症例数から予測死亡数を出してすべての重症度の予測死亡数を合計、これと実際の合計死亡数の比率で比較しています。（基準が1となり、1以上は死亡率が高い、1以下は低いこととなります）

38病院の標準化死亡比は最大値 3.15（200床未満の病院）、最小値 0.00（200床未満の2病院）、中央値は 0.91 となりました。

死亡比が最大であった病院の市中肺炎患者の死亡率は 17.86%（5/28人）、中央値となる2病院の死亡率は 6.15%（4/65人、300床台）と 6.80%（17/250人、400床台）でした。なお、最小値 0.00 であった2病院の市中肺炎患者数は 74人と 31人でした。

病院の病棟構成や地域の状況、入院患者の年齢や合併症などによって死亡率は大きく変わるため標準

化死亡比で集計しましたが、市中肺炎患者の退院総数（分母）が小さい病院では1人の患者の転帰によって死亡比が大きく変化するため比較する場合注意が必要です。各病院で肺炎患者数、重症度分布とその転帰を追跡して特徴や課題を明らかにする必要があります。

なお、聖路加国際病院の「市中肺炎患者の死亡率」は8.55%（2009年）でしたが、2010年からは「退院時主病名が肺炎である患者数」を分母として「肺炎患者の死亡率」7.91%＝14/177を新たな指標として公表しています。また、全日本病院協会は「肺炎」の死亡率（退院した「肺炎」患者人数に対する死亡人数の割合）（重症度区分が不詳）を公表しており、2010年度第2、3、4四半期はそれぞれ6.9%（重症18.1%）、7.8%（重症24.5%）、7.3%（重症21.0%）の数値を開示（2011/8/15現在）しています。

民医連の38病院では、6ヶ月間合計で市中肺炎患者の死亡率は282/3,300＝8.55%、そのうち市中肺炎重症度の「重症」と「超重症」を合わせた患者だけの死亡率は189/764＝24.74%でした。定義が違うためにそのままの比較はできませんが、各病院で継続した分析が必要です。

【改善事例】

- ・リハ医師より、以前より肺炎に関するデータを提供しており、今回のデータおよび分析も報告。特に肺炎率が高かったため、地域のデータも集めて比較しようと、活用の幅が広がっている。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 7～12月
市中肺炎患者死亡率 (成人) ※標準化死亡比	1. 勤医協中央病院	0.65
	2. 一条通病院	3.15
	3. 健生病院	2.09
	4. 坂総合病院	1.86
	5. 長町病院	2.01
	6. 前橋協立病院	1.81
	7. 埼玉協同病院	0.35
	8. 船橋二和病院	0.77
	9. みさと健和病院	0.65
	10. 小豆沢病院	2.74
	11. 東葛病院	1.02
	12. 立川相互病院	0.80
	13. 下越病院	0.84
	14. 城北病院	1.79
	15. 甲府共立病院	1.65
	16. 長野中央病院	1.20
	17. 健和会病院	0.70
	18. 松本協立病院	0.00
	19. 協立総合病院	0.92
	20. 名南病院	0.88
	21. 千秋病院	2.90
	22. 津生協病院	2.19
	23. 京都民医連中央病院	0.89
	24. 耳原総合病院	1.08
	25. 尼崎医療生協病院	0.90
	26. 鳥取生協病院	1.55
	27. 総合病院水島協同病院	0.66
	28. 総合病院岡山協立病院	0.90

29. 広島共立病院	0.80
30. 徳島健生病院	0.96
31. 高松平和病院	0.00
32. 健和会大手町病院	0.68
33. 千鳥橋病院	1.23
34. 米の山病院	0.82
35. 上戸町病院	0.71
36. 宮崎生協病院	1.01
37. 総合病院鹿児島生協病院	1.30
38. 沖縄協同病院	0.71
最小値	0.00
中央値	0.91
最大値	3.20

14) 胃がん手術後平均在院日数

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・医療の質の評価、胃がん術後管理の評価として在院日数を検証する。
- ・術後に合併症、続発症が発生すれば、在院日数は長くなるため、短期での退院は、術後管理が適切に行われたと考えられる。
- ・収集期間：7～9月、10～12月

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

7～12月期に胃がん手術のあった29病院の集計で、最大値70.00日、最小値13.25日、中央値25.40日、平均値27.69日（7,837日／283人）でした。

比較として、国立病院機構の「胃がん手術：平均術後在院日数」（定義は同じ）は2008年23.4日、2007年24.1日、2006年25.4日（臨床評価指標2009）と公表されています。民医連の胃がん手術後の平均在院日数は、今回、国立病院機構の値に比べて「2～4日長い」結果でした。

参考に、DPCの「入院期間」は、①「胃の悪性腫瘍で胃切除等の手術があり、化学療法等がない」場合では入院期間Ⅱは20日まで、Ⅲが32日まで、②「胃の悪性腫瘍で胃切除等の手術があり、化学療法ありかつ放射線療法なし」の場合で入院期間Ⅱが36日まで、Ⅲが65日まで、となっています。報告のあった29病院中26病院がDPC対象病院ですが、外来で術前検査を行い、入院後3日で手術を行うと仮定すれば、平均の在院日数は31日前後となり、DPC①の期間Ⅲよりは短いと推測されました。

胃がん手術が少ない病院では、1人でも長期入院が発生すれば平均在院日数の値が大きく変わるため分析・評価に注意が必要です。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	対象期間 7～9月	対象期間 10～12月	平均
胃がん手術後平均在 院日数 「一」：非該当	1. 勤医協中央病院	17.55	16.70	17.14
	2. 一条通病院	—	—	—
	3. 健生病院	30.00	23.27	25.07
	4. 坂総合病院	39.67	21.10	25.38
	5. 長町病院	—	—	—
	6. 前橋協立病院	—	—	—
	7. 埼玉協同病院	29.43	21.18	24.39
	8. 船橋二和病院	24.86	46.80	34.00
	9. みさと健和病院	15.00	36.67	21.50
	10. 小豆沢病院	—	—	—
	11. 東葛病院	25.22	20.00	22.94
	12. 立川相互病院	17.75	19.83	18.64
	13. 下越病院	61.00	24.00	42.50
	14. 城北病院	31.80	16.33	26.00
	15. 甲府共立病院	18.00	72.29	60.22
	16. 長野中央病院	26.57	16.22	20.75
	17. 健和会病院	27.33	24.67	26.00
	18. 松本協立病院	11.00	17.00	13.25
	19. 協立総合病院	18.43	23.67	20.85
	20. 名南病院	29.00	31.67	31.00
	21. 千秋病院	—	—	—
	22. 津生協病院	19.50	17.00	18.67
	23. 京都民医連中央病院	—	30.20	30.20
	24. 耳原総合病院	17.50	17.60	17.54
	25. 尼崎医療生協病院	—	—	—
	26. 鳥取生協病院	14.00	25.83	22.88
	27. 総合病院水島協同病院	30.25	79.20	57.44
	28. 総合病院岡山協立病院	40.40	28.00	35.75
	29. 広島共立病院	25.57	18.00	24.63
	30. 徳島健生病院	35.00	—	35.00
	31. 高松平和病院	—	—	—
	32. 健和会大手町病院	39.67	88.20	70.00
	33. 千鳥橋病院	26.14	24.25	25.45
	34. 米の山病院	—	—	—
	35. 上戸町病院	—	—	—
	36. 宮崎生協病院	26.33	—	26.33
	37. 総合病院鹿児島生協病院	40.75	13.00	35.20
	38. 沖縄協同病院	26.60	24.20	25.40
	最小値	11.00	13.00	13.25
	中央値	26.45	23.67	25.40
	最大値	61.00	88.20	70.00

15) 急性心筋梗塞患者に対する24時間以内のアスピリン投与率

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

・再び心筋梗塞を起こさないように二次予防を積極的に行うという標準的な診療が行われているか否かを図る指標。

・収集期間1ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

6ヶ月間で急性心筋梗塞患者の退院が1件以上あった病院は26病院で、患者数は1～35人と幅がありました。

アスピリン投与率は、最大値100%、最小値0.00%、中央値82.14%、26病院の平均値は81.84%（320/391）でした。

患者数の少ない病院では、入院してもすぐに他の医療機関に転送する例なども含んでいます。患者数20人以上の10病院では、24時間以内アスピリン投与率はいずれも80%以上でした。急性心筋梗塞患者への早期アスピリン使用が心イベントや死亡率を有意に減じるとのエビデンスに基づいた初期治療として、一定確立されていることが推測されます。アスピリン禁忌例や、意識状態が悪くて咀嚼服用ができないなどの例もあり、必ずしも100%にはなりません。参考までに、The Joint Commission（以下JC）の2010年の測定値は98.4%でした。患者数の少ない病院も含め、初期治療の指針の有無、あるいは非投与の理由が明記されているかなどの検証が必要と考えられます。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
急性心筋梗塞患者に対する24時間以内のアスピリン投与率 「一」：非該当	1. 勤医協中央病院	100.00	83.33	75.00	66.67	66.67	100.00	80.95
	2. 一条通病院	-	-	-	-	-	-	-
	3. 健生病院	-	100.00	-	100.00	-	66.67	80.00
	4. 坂総合病院	100.00	80.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.55
	5. 長町病院	-	-	-	-	-	-	-
	6. 前橋協立病院	-	-	-	-	-	-	-
	7. 埼玉協同病院	100.00	0.00	-	-	0.00	-	33.33
	8. 船橋二和病院	75.00	100.00	-	-	0.00	50.00	60.00
	9. みさと健和病院	66.67	100.00	100.00	100.00	25.00	100.00	66.67
	10. 小豆沢病院	-	-	-	-	-	-	-
	11. 東葛病院	-	100.00	100.00	100.00	-	-	100.00
	12. 立川相互病院	100.00	100.00	100.00	0.00	-	0.00	57.14
	13. 下越病院	100.00	75.00	100.00	100.00	50.00	71.43	80.00
	14. 城北病院	-	-	-	-	-	-	-
	15. 甲府共立病院	71.43	100.00	100.00	100.00	60.00	100.00	88.57
	16. 長野中央病院	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.15

17. 健和会病院	100.00	0.00	100.00	100.00	100.00	—	90.00
18. 松本協立病院	66.67	100.00	100.00	100.00	50.00	100.00	83.33
19. 協立総合病院	90.91	85.71	100.00	100.00	71.43	100.00	86.67
20. 名南病院	—	—	—	—	—	—	—
21. 千秋病院	—	—	—	—	—	—	—
22. 津生協病院	—	—	—	—	—	—	—
23. 京都民医連中央病院	—	100.00	100.00	0.00	80.00	100.00	86.67
24. 耳原総合病院	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
25. 尼崎医療生協病院	—	—	—	—	—	—	—
26. 鳥取生協病院	0.00	100.00	100.00	50.00	—	100.00	44.44
27. 総合病院水島協同病院	—	—	—	100.00	—	—	100.00
28. 総合病院岡山協立病院	0.00	—	100.00	100.00	100.00	100.00	83.33
29. 広島共立病院	66.67	0.00	75.00	100.00	100.00	66.67	73.33
30. 徳島健生病院	—	—	0.00	—	—	—	0.00
31. 高松平和病院	—	—	—	—	—	—	—
32. 健和会大手町病院	75.00	—	—	0.00	33.33	100.00	58.33
33. 千鳥橋病院	100.00	80.00	100.00	75.00	100.00	100.00	90.00
34. 米の山病院	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	50.00	30.00
35. 上戸町病院	—	—	—	—	—	—	—
36. 宮崎生協病院	—	—	—	—	—	—	—
37. 総合病院鹿児島生協病院	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.30
38. 沖縄協同病院	100.00	66.67	—	50.00	100.00	33.33	62.50
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
中央値	75.00	100.00	100.00	100.00	75.72	100.00	82.14
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

16) 紹介患者率

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・他の医療機関との連携、機能分化を促すための指標
- ・収集期間1ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

・一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

7～12月期の紹介患者率は、最大値50.72%、最小値4.85%、中央値22.67%、38病院の平均値は21.89%（59,985/274,092）でした。

紹介患者率の高かった病院の特徴を見てみると、外来患者数が相対的に少なく、救急車を多く受け入れていました。

他の医療機関との連携や機能分化を促す流れの中で、この指標の評価・分析は重要になってきています。次項の逆紹介患者率と併せてみることで、その地域における病院の特徴や役割を測ることができま

す。ちなみに、紹介患者率が増えると逆紹介患者率も増える傾向が伺えました。
医療連携の評価に関わる指標として、今後も継続して追跡する必要があります。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
紹介患者率	1. 勤医協中央病院	23.78	27.32	29.13	31.00	32.03	25.91	28.00
	2. 一条通病院	17.05	14.84	17.52	15.50	11.91	14.05	15.17
	3. 健生病院	27.79	54.18	58.75	55.94	53.33	53.33	50.72
	4. 坂総合病院	43.57	42.55	48.77	49.36	49.18	34.22	44.00
	5. 長町病院	8.30	5.80	6.02	5.73	5.11	4.64	5.79
	6. 前橋協立病院	6.76	8.22	7.56	8.31	7.25	8.16	7.74
	7. 埼玉協同病院	10.67	22.70	22.39	23.26	24.57	25.13	21.06
	8. 船橋二和病院	25.35	23.30	19.91	22.72	32.95	22.24	24.00
	9. みさと健和病院	29.21	32.11	34.63	28.94	29.91	27.92	30.32
	10. 小豆沢病院	6.72	11.57	13.97	16.73	11.99	18.69	13.50
	11. 東葛病院	25.93	23.74	26.12	30.14	32.53	22.53	26.53
	12. 立川相互病院	41.62	39.61	35.94	36.89	37.25	36.42	37.92
	13. 下越病院	35.68	28.27	29.95	26.40	27.69	38.33	30.70
	14. 城北病院	43.72	37.77	39.31	41.96	53.47	48.97	43.37
	15. 甲府共立病院	32.34	40.52	36.28	31.29	32.12	32.88	34.30
	16. 長野中央病院	17.34	16.09	18.09	18.95	17.64	17.46	17.59
	17. 健和会病院	11.20	12.64	13.62	14.98	13.81	13.55	13.26
	18. 松本協立病院	18.95	20.54	24.41	20.64	23.89	22.30	21.68
	19. 協立総合病院	18.63	17.60	18.51	17.82	18.60	15.79	17.73
	20. 名南病院	9.35	5.08	3.35	4.70	3.26	3.94	4.85
	21. 千秋病院	11.01	8.82	9.18	13.81	12.85	12.07	11.35
	22. 津生協病院	11.28	10.05	13.44	12.21	12.24	10.56	11.54
	23. 京都民医連中央病院	22.06	25.12	24.88	20.07	34.22	17.21	23.66
	24. 耳原総合病院	52.52	46.72	52.90	51.22	48.41	47.95	49.89
	25. 尼崎医療生協病院	30.34	30.66	34.50	29.64	31.21	32.98	31.48
	26. 鳥取生協病院	27.60	33.11	32.07	29.18	34.77	34.09	31.76
	27. 総合病院水島協同病院	28.13	40.74	41.93	35.41	38.29	32.59	35.67
	28. 総合病院岡山協立病院	18.82	21.96	21.99	19.43	20.41	20.76	20.54
	29. 広島共立病院	35.14	31.65	32.32	33.61	31.47	38.25	33.70
	30. 徳島健生病院	10.29	13.18	18.26	15.54	18.95	14.75	14.95
	31. 高松平和病院	14.60	10.53	13.91	7.32	21.21	8.64	12.61
	32. 健和会大手町病院	22.45	21.72	23.84	25.65	28.69	22.63	24.05
	33. 千鳥橋病院	31.70	37.07	33.45	34.94	32.50	28.84	32.96
	34. 米の山病院	22.22	40.85	37.78	27.67	22.70	32.02	30.28
	35. 上戸町病院	17.75	19.33	12.22	12.07	25.56	16.94	17.32
	36. 宮崎生協病院	9.11	10.83	12.60	9.81	10.38	10.90	10.57
	37. 総合病院鹿児島生協病院	9.27	8.91	11.63	10.31	9.96	11.85	10.29
	38. 沖縄協同病院	9.61	10.76	11.78	10.49	10.21	9.83	10.40
	最小値	6.72	5.08	3.35	4.70	3.26	3.94	4.85
	中央値	20.51	22.33	23.12	21.68	25.07	22.27	22.67
	最大値	52.52	54.18	58.75	55.94	53.47	53.33	50.72

17) 逆紹介患者率

【公表日】

平成24年3月27日（平成23年7～12月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- ・他の医療機関との連携、機能分化を促すための指標
- ・収集期間1ヶ月毎

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

一部を除き基本的には、公表を前提とした指標の設定を行ったこと。公表に当たっては、当然に病院規模・機能や地域の相違によりばらつきがあることが前提である。その前提を踏まえ、民医連病院における中央値等のベンチマークを測定して、自院の医療活動を客観的に知る上で貴重なデータとすること。また、すべての病院が自院の医療活動の指標を測定し、他院との数値の相違の背景にある実践・事例を学びながら数値の正確な測定力や分析・改善力をはかり、質の向上を継続的にすすめていくこと。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】

逆紹介患者率は、最大値 38.95%、最小値 3.46%、中央値は 12.08%、平均値は 12.80% (35,110/274,092) となっています。

医療が高度化・専門化の中で、一つの医療機関だけで患者の多様な医療ニーズに応えるのではなく、地域の各医療機関が機能を分担して応えていくこと（地域完結型医療）が重要となり、医療機関のシームレスな連携が求められています。

前項で紹介患者率の高い病院で逆紹介患者率が高くなる傾向に触れましたが、患者の退院や逆紹介に当たって「追い出され感」を患者に与えないために患者用のクリティカル・パスを準備し、あらかじめ「かかりつけ医」を位置づけなどの工夫が求められます。

【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】

臨床指標等の名称	協力病院名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
逆紹介患者率	1. 勤医協中央病院	14.77	13.47	14.02	12.66	14.17	14.02	13.86
	2. 一条通病院	7.37	10.94	8.09	5.37	8.44	7.57	7.85
	3. 健生病院	41.39	25.78	40.00	42.32	44.13	43.33	38.95
	4. 坂総合病院	32.43	35.57	37.74	38.56	34.28	28.11	34.04
	5. 長町病院	6.32	6.14	6.37	6.13	7.12	5.01	6.13
	6. 前橋協立病院	7.26	6.79	8.65	5.87	6.80	5.50	6.73
	7. 埼玉協同病院	11.05	12.11	11.28	11.50	12.37	12.40	11.76
	8. 船橋二和病院	4.30	5.18	3.81	4.19	4.82	2.67	4.06
	9. みさと健和病院	10.44	12.11	12.38	10.83	11.04	8.75	10.85
	10. 小豆沢病院	14.16	14.29	13.82	10.54	13.40	8.01	12.21
	11. 東葛病院	8.18	10.37	9.13	9.57	11.69	8.79	9.51
	12. 立川相互病院	11.28	11.41	11.44	13.95	13.49	11.12	12.10
	13. 下越病院	30.56	30.50	32.93	25.71	32.71	38.80	31.45
	14. 城北病院	9.69	9.31	9.37	12.81	17.49	14.48	11.77
	15. 甲府共立病院	11.94	13.08	10.05	12.59	11.27	9.73	11.43
	16. 長野中央病院	14.78	11.70	12.01	13.93	14.61	12.00	13.13
	17. 健和会病院	8.54	9.94	9.28	7.72	13.67	11.50	10.03
	18. 松本協立病院	20.61	15.81	19.97	17.82	22.55	17.72	18.96
	19. 協立総合病院	7.91	7.39	8.06	7.05	8.11	7.00	7.55
	20. 名南病院	6.70	8.12	10.04	5.15	6.67	3.94	6.50

2 1. 千秋病院	7.17	6.40	7.42	5.49	4.93	7.34	6.45
2 2. 津生協病院	10.89	13.01	10.84	10.21	13.01	12.32	11.76
2 3. 京都民医連中央病院	13.26	13.24	14.54	8.48	11.01	14.51	12.48
2 4. 耳原総合病院	35.66	29.26	30.89	31.84	32.30	28.96	31.45
2 5. 尼崎医療生協病院	22.65	22.12	29.07	22.87	21.75	22.54	23.35
2 6. 鳥取生協病院	18.56	23.09	23.49	21.53	19.97	21.80	21.37
2 7. 総合病院水島協同病院	12.91	16.05	14.94	14.25	16.44	14.07	14.67
2 8. 総合病院岡山協立病院	17.74	18.84	17.61	17.83	16.85	14.75	17.25
2 9. 広島共立病院	12.93	10.74	12.90	12.18	12.80	14.53	12.64
3 0. 徳島健生病院	16.18	16.94	26.67	19.77	20.70	21.45	20.06
3 1. 高松平和病院	18.84	18.00	26.76	17.99	12.70	12.82	17.50
3 2. 健和会大手町病院	16.16	21.53	19.90	21.13	23.80	21.66	20.64
3 3. 千鳥橋病院	10.01	9.43	14.12	10.90	14.72	13.27	12.05
3 4. 米の山病院	8.95	9.15	8.89	6.05	8.62	8.66	8.36
3 5. 上戸町病院	3.26	5.04	6.79	4.74	8.07	4.03	5.22
3 6. 宮崎生協病院	10.28	5.41	6.26	7.17	6.43	4.77	6.68
3 7. 総合病院鹿児島生協病院	4.19	4.61	3.95	3.83	5.55	4.33	4.40
3 8. 沖縄協同病院	3.37	2.64	4.30	3.46	3.40	3.61	3.46
最小値	3.26	2.64	3.81	3.46	3.40	2.67	3.46
中央値	11.17	11.91	11.73	11.20	12.91	12.16	11.91
最大値	41.39	35.57	40.00	42.32	44.13	43.33	38.95

④団体から協力病院に対して、及び協力病院内における現場の職員に対する評価結果等のフィードバックの方法や頻度

- ・四半期毎に「報告書」を作成して参加病院に配布するとともに民医連ホームページ上にアップさせてきた。また、「医療指標システム（入力・集約・共有）」に新たに「分析表システム（一覧表とグラフ表示）」を民医連ホームページ上に稼働させ、参加病院の毎月の分析や現場の職員へのフィードバックを促進させた。

- ・参加病院は、月末入力後、翌月（5～7日頃）には、医療指標毎の一覧表・グラフを閲覧・ダウンロードが可能となり、参加病院間のベンチマークや時系列での分析・評価を行い、各種委員会・医局・職場にフィードバックしている。

⑤臨床指標等の公表の方法（団体のホームページ上の専用のページ開設等）

- ・一般公開は、3/27に厚労省事業報告を全日本民医連ホームページ（topページ）に公開した。
- ・団体内では四半期毎に「報告書」を作成し配布している。また、民医連会員へは「民医連 QI 推進事業 2011 年報告書」を 3/29 にホームページ（会員用ページ）上に公表した。

⑥交付決定時及び中間評価時における評価会議の構成員からのコメントへの対応状況（中間報告の際に既に対応している場合であっても、その対応状況を再度記載）

- ・公表にあたって、患者・国民が理解しやすいような方法の検討→グラフ表示などより分かりやすい公開を検討・実施した。

- ・指標全体に関して（特に死亡退院患者割合）、公表された際の影響等を考慮したりリスク調査の方法の検討→死亡退院患者割合について、病院規模別（①100～199床、②200～299床、③300床以上）に分けて平均値を算出し公表した。

- ・患者満足度について、複数回調査の実施→7～12月のこの限られた期間の複数回は難しいが、年間を通して複数回行えるよう来年から改善・具体化したい。

- ・回復期や慢性期、地域連携、脳卒中や糖尿病患者への医療指標の追加の検討→2012年度より新たに3指標（①糖尿病患者の血糖コントロール「Hb-A1c<7.0%」の患者比率と「Hb-A1c<6.5%」の患者比率、②在宅復帰率（回復期リハビリ病棟）、③カルテ開示数<申請があつて閲覧・複写など対応したもの。電子カルテの開示なども含む>）を追加した。

- ・メーリングリストの情報交換について→医療指標の定義と解釈についての質疑応答、各病院の経験・実践の交流を行っている。それらを「Q&A集」、交流集会や報告書の考察と分析に反映させている。

・協力病院に対するフィードバック→第1四半期、上半期報告書、第3四半期累計報告の作成、配布。事業実施説明会開催（7月）、参加病院へのアンケートの実施（7月・1月）、民医連 QI 推進事業交流集会で実践の交流と検討を行った。

・患者満足度調査について、患者が何にどの程度満足しているかを分析できるようになっているか→各病院では、詳細な調査票を作成しているので、それらを参考にして分析に反映した。

⑦当初の事業計画からの変更点及びその理由（例：臨床指標の変更、臨床指標の計算方法の変更等）

・市中肺炎→病院機能、病床数、症例数が様々であるため、重症度別の死亡率ではなく、「標準化死亡比」（肺炎重症度のみを用いて間接法で調整）を採用したこと。

・死亡退院患者割合（精死亡率）→厚労省からの意見・要望を受け、公表方法を病院規模別（①100～199床、②200～299床、③300床以上）に分けて平均値を算出し公表したこと。

3. 今回の事業参画が契機となり、臨床指標等に関連する医療の質向上のために開始された取組や運動（公開可能であれば、取組等を実施した個別病院名を記載して差し支えありません。取組等が多数の場合には、別添として資料を添付し、以下の欄には、その主なものを記載）

①各協力病院での取組等

・「これまでにない具体的なベンチマークが可能となり、自院の医療活動の水準を客観的に知る上で貴重なデータとなる」「絶好なタイミング」など主体的・積極的に受け止めていること。すべての病院が自院の医療活動を測定し他院と比較しながら改善をはかり、質の向上を継続的にすすめていく期待が述べられている。

・「想像していたより各部署から反応があり、その反応の中身も否定的なものではなく、改善のための指標としてとらえた上でのポジティブなものが多い」ことや「医療のプロセスや結果の数値化可視化が、自院の位置や改善目標などに結びつく」など医局や現場に今までない数値化・可視化によるインパクトを与えている。

・ほとんどの参加病院は、管理会議や医局会議、職責者会議に報告し、フィードバックが定着していることや13病院がすでに病院独自の臨床指標をもって取り組み初めている（6病院が検討中）。

・半数以上の病院が今回の「QI推進事業」への参加によって初めて一歩を踏み出しているが、24病院は医療指標の分析・改善を行なう質向上委員会等を設置（7病院が検討中）するなど組織機構の確立へ向けて動き始めている。

・「数値を収集していくのはほとんどが手作業で効率化できない」「現場の協力がないと正確な数値が算定できない」など数値化の作業の改善と現場との協力関係が強調されている。

・今後の課題では、指標の分析・評価と活用をどのように図るかなどの力量の強化やその参加病院の教訓の共有と普及や目標値の設定などを掲げている。

・自院の経時的数値化と他院ベンチマークで印象に留まらずに比較できる数値で可視化され、その結果と分析を医療安全・感染対策など各種委員会や職場へフィードバックして議論の活性化と改善の具体化に結びつけている。

<具体的な参加病院の事例>

・転倒転落発生率が、他院に比較して件数が多かったため、内容を再度確認した。患者希望の湿布処方時も報告を行っていることもあり、当院では基準通りに報告が行えていることを再確認し、医療安全管理委員会でも協議を継続中である（宮崎生協病院）。

・褥瘡発生率が、全国的に比較すると発生率が突出して高かったことの結果として、当院でのNSTチームによるケアの緻密性が高いことやマットの状態に起因していること等が考えられた。短絡的に抑制率の高さや寝たきり患者が多いといった現象のみに捉われないことなく、集団的に討議して対策を行うといった活動に結びついていることを評価している（徳島健生病院）。

・手術室で執刀前にタイムアウト(患者に関する情報の確認)制度を導入し、執刀前に患者の抗生剤投与に関して確認作業を行うようになった。その結果、「予防的抗生剤投与割合」が、約90%から99%と改善がなされた（船橋二和病院）。

・手術開始1時間以内の予防的抗生剤投与についても、把握できていなかった。どの部署で、どのような手法で集計可能か、プロジェクトチームで検討し、集計責任部署へ方法を伝達し、学習しながらすすめていった。医師のなかでも対応がまちまちであったが、集計データをベンチマークし、情報をフィー

ドバックすることで意識が変わった。現在、病院ホームページへの掲載（随時更新している）、関連委員会での報告を行っており、診療部へは毎月の医局会議で指標（診療部用に選択した指標）の経過の報告を11月から開始し、医局内への掲示も行っている。看護部へは3ヶ月に1回報告する予定となっている（総合病院水島協同病院）。

・抑制割合が高い事が分かり「拘束廃止プロジェクト」を立ち上げた。プロジェクトチームで現状調査、拘束のモニタリング、職員の意識調査アンケート、拘束基準の見直し、学習を行っている。始まったばかりのプロジェクトなので今後活動に期待している（岡山協立病院）。

②団体全体での取組等

○7月26日（火）「平成23年度厚労省医療の質の評価・公表等推進事業」実施説明会（76名参加）厚労省事業の意義と内容や指標の定義と解釈と合わせて今年1月から開始している「民医連 QI 推進事業」第一四半期の考察と分析の報告、3病院の経験報告を行った。

○7月13日 民医連加盟病院への「QI 推進事業」のアンケートの実施（参加していない病院も含む）医療指標の自院での活用や改善に関連した事例・実践、医療指標分析・医療の質を改善のための組織機構の位置づけや新たな委員会の有無、病院独自の医療指標の有無、QI 推進事業に取り組んでみての感想・意見（現場の声、反応など）等を設問。開始したばかりであるが、現場にインパクトを与え、予想を超えて成果をあげている結果が見えてきた。まだ、参加していない病院からもアンケートを実施し、来年からの参加病院の反応が出ている。

○7月26日（火）「指標毎定義 Q&A-V.1」の発行

定義の意義と解釈に関するこの間の Q&A をまとめた「指標毎定義 Q&A-V.1」を発行。現在 V.2-2 になっている。 *添付資料①「Q&A」参照

○8月1日～QI 委員のメーリングリストをすべての病院に拡大

すべての参加病院のメーリングリストを立ち上げ、日常的な情報交換・交流を推進し、正確な測定の工夫や何よりも改善の実践と事例の交流を開始した。

○8月20日（土）第一回医療指標評価委員会の開催・・・7月からの厚労省事業開始の準備及び上半期（1～6月）報告の考察・分析

○9月10日（土）第二回医療指標評価委員会の開催・・・7月からの厚労省事業開始の準備及び上半期（1～6月）報告の考察・分析、交流集会の企画検討、2012年医療指標案の検討

2名の外部委員も含めた医療指標評価委員会を8・9月開催し、7月からの数値の集約方法や分析・考察の仕方・システムの改善の議論と合わせて上半期数値の分析・考察などを行った。

○10月15日医療機能評価機構主催「医療の質フォーラム」で「民医連 QI 推進事業」報告 *添付資料②「報告書」参照

○10月22～23日（土・日）全日本民医連 Q I 推進事業交流集会開催（134名参加）

記念講演「日本における医療の質向上の現状と今後の課題と展望－国際的な動向もふまえ」（講師：新保卓郎・国立国際医療研究センター医療情報解析研究部長／外部評価委員）、全日本民医連からの問題提起、2011年度上半期報告（医療指標の考察・分析）、4病院からの指定報告（病院独自指標設定の経験、病院 QI 委員会の経験、具体的な医療の質・改善につなげた事例など、この間の取り組みについて）、分散会（3つの論点①定義の解釈と正確な数値の測定、②いかに医療の質・改善につなげるか、③PDCA サイクルと組織機構づくり）、シンポジウム「Q I 推進事業の到達点と今後の課題」を行った。また「2012年民医連 Q I 推進事業医療指標」案の検討を行った。

○10月24日（月）～「医療指標毎分析表（一覧表・グラフ表示）」システムの稼働 *添付資料「民医連医療」参照

「医療指標システム（入力・集約・共有）」を民医連 HP 上に稼働させ、参加病院が月末入力後、翌月には参加病院の臨床指標毎の一覧表・グラフを閲覧・ダウンロードが可能となる「分析表」を稼働させ、自院で積極的に分析・活用できるようにしている。

○2011年12月17～18日（土・日）第三回医療指標評価委員会の開催・・・7月からの厚労省事業及び第三四半期累計報告（1～9月）の考察・分析

○2012年1月10日 民医連 QI 推進事業参加病院へのアンケートの実施

7月に実施したアンケート以降の取り組みについて調査。特に医療指標の自院での活用や改善に関連した事例・実践、測定上で工夫したことについて設問した。

○2012年2月10日～「自院時系列分析表」システムの稼働
 ○2012年2月17～18日（金・土）第四回医療指標評価委員会の開催・・・厚労省事業（7～12月）及び年間報告（1～12月）の考察・分析、報告会の企画・準備
 ○2012年3月10日（土）第五回医療指標評価委員会の開催・・・厚労省事業（7～12月）及び年間報告（1～12月）の考察・分析、報告会の企画・準備
 ○2012年3月27日（火）全日本民医連ホームページにて「厚生労働省平成23年度医療の質の評価・公表等推進事業」報告を一般公開 *添付資料「厚労省事業報告書」参照
 ○2012年3月29日（木）全日本民医連 QI 推進事業 2011年報告を全日本民医連ホームページ会員用ページに公開
 ○2012年3月29日～「経年比較分析表」システムの稼働 *添付資料③「操作マニュアル」参照
 ○2012年3月31日（土）2011年民医連 QI 推進事業報告会開催（121名参加）*添付資料④「報告会報告」参照
 講演「医療の質を測り時系列で改善する－聖路加国際病院の先端的試み」（講師：聖路加国際病院 医療情報センター センター長代理 嶋田元氏）、2011年民医連 QI 推進事業報告、指定報告（医療の質向上の取り組み、県連における QI 推進事業、QI 測定値をどのように活用していくか、フィードバック方法、具体的な医療の質・改善につなげた事例など、この間の取り組みについて報告）を行った。
 ○民医連 QI 推進事業 2011年1～3月第1四半期（7月）報告、2011年1～6月上半期報告（10月）、第3四半期累計報告、2011年間報告書を作成・配布（全日本民医連ホームページ【会員用ページ】にアップ）

4. 評価・公表等により得られた、協力病院における効果等

項目	効果等	左記の効果等に寄与したと考えられる取組や運動（左記に記載したものと対応させて記載してください。上記3.で記載しなかった、今回の事業参画以前から実施していた取組等も含めて記載して構いません。）
①医療の質の向上について（診療プロセスの適正化、臨床指標等の改善等）	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒転落発生率やCVC感染率など各種委員会で様々な対策を講じてきたが、数値化されていなく経時的な推移が見えていなかったが、今回の指標の数値で「見える化」され安全対策や感染対策委員会等での議論・対策が具体化・活性化した。 ・手術前1時間以内の抗生剤投与率は、100%やっているはずという認識だったが、事実は、かなり下回り、実施していない事例が多くあったことがわかり、手術室と病棟との連携の改善が明らかになった。 ・看護部門のカンファレンスの記録の標準化やカンファレンスの定例化を開始した。 ・「適切な抑制」について倫理委員会で検討し、抑制マニュアルを見直し、評価と記録を改善している。 ・リハビリ実施率の低い現状が数値化され、急性期へのアプローチの方針を決め急性期病棟にセラピストを配置し 	<ul style="list-style-type: none"> ・各参加病院で医療の質向上委員会、QI委員会等を設置し、医療指標の分析、評価、各部門へのフィードバックを行っている。 ・「医療指標システム（入力・集約・共有）」に新たに分析表システムを民医連ホームページ上に稼働させ、参加病院が、月末入力後、翌月には、参加病院の臨床指標一覧表・グラフを閲覧・ダウンロードして積極的に活用できるようにした。 ・各病院で指標一覧表・グラフを活用し、各種委員会（医療安全・感染対策等）、会議等で報告を行っている。 ・医局の掲示版に臨床指標のグラフ表示を行うなど医師へのフィードバックを強めている。

	<p>た。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急搬入割合で同じ要請数でほとんど断っていない病院の存在を知り目標の是正につながった ・リハビリ実施率の高さが職員のモチベーションを高めているなど改善が進み始めています。 	
②職員の意識向上について	<ul style="list-style-type: none"> ・想像していたより各部署から反応があり、その反応の中身も否定的なものではなく、改善のための指標としてとらえた上でのポジティブなものが多い。 ・医療指標の分析・改善を行なう質向上委員会等を設置するなど組織機構の確立へ向けて動き始めている。 ・病院独自の医療指標の設定が推進されてきたこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 23 年度厚労省事業実施説明会も含めて全国会議・交流会を 4 回実施し、事業・指標の意義について再度意志統一を行った。 ・実施説明会、交流集会等では、先行して独自指標に取り組んでいる病院や改善に結びつけている病院など 16 病院からの実践報告が、何よりも具体的に確信につながり、この事業を推進している。 ・民医連が毎月発行している雑誌「民医連医療」の特集を掲載したこと(2012 年 3 月発行)。
③外部（患者等）の反応について	<ul style="list-style-type: none"> ・共同組織（医療生協組合員・社員・友の会員・互助会員等）の連絡会にて、民医連 QI 推進事業を紹介。 ・日本病院機能評価機構主催の「クリニカル・インディケーター・フォーラム」に厚労省事業参加団体としてこの間の取り組みを報告。 ・「共同組織」向けの機関誌に臨床指標の数値と解説について連載を開始した参加病院も出てきたこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全日本民医連 QI 推進事業交流集会を開催したこと。 ・2011 年 1 月から始まった民医連 QI 推進事業の実績、厚労省事業に採択されたこと。
④その他の効果等（上記①～③に当てはまらない、当初予想していなかった副次的な効果等）	<ul style="list-style-type: none"> ・日本病院機能評価機構が実施する病院機能評価を受審するきっかけとなった。 ・事業に参加していない病院から参加を検討する病院が増えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自院と同規模の病院が事業に参加していること。 ・交流集会を実施し、具体的な質向上の改善事例を参加病院が報告したこと。

5. 評価・公表等に当たっての問題点・課題及びその解決策（可能な限り具体的に記載。特に問題点がなかった場合には「特になし」と記載。特定の臨床指標についての問題点等を記載する場合には、当該臨床指標名を明示。）

（1）技術面（指標の算出方法やリスク調整に当たっての技術的課題、データ収集や評価・公表に当たっての手続き上の問題点等）

	問題点・課題	改善策
準備段階	民医連「QI 推進事業」の開始に当たり、2010 年 7 月～QI 委員会を始動し、医療指標の設定及びその定義と解釈の統一、トライアル病院での先行実施・準備、Web システムの開発と導入、参加病院の組織を行い、外部評価委員のアドバイスと先進の病院の経験	—

	をもとに共有・普及し、2011/1～「民医連 QI 推進事業」本実施（58 病院参加→60 病院）した経過があり、本事業開始・準備についてスムーズにいった。また、医療指標 Web システムの導入は、現場での数値の活用・分析とともに「QI 推進事業」の運用・管理していく事務局業務の効率化に効果を上げている。	
データ収集段階	<ul style="list-style-type: none"> ・入力ミスの防止 ・数値を収集していくのはほとんどが手作業で効率化できない ・指標の定義の解釈の統一とその正確な測定 	<ul style="list-style-type: none"> ・各月参加病院に一斉メールし、数値の点検を再度徹底している。また、事務局で各月締め段階で異常値をチェックし、当該病院に問い合わせている。 ・厚労省事業実施説明・研修会を開催。指標の定義・解釈、事業の意義について意志統一を行った。 ・情報システム化 ・QI 推進事業交流集会にて分散会を行い、指標の定義・解釈について、疑問点を出し合い、検討を行った。 ・メーリングリストで指標の定義・解釈についての質問を収集し、その都度 QI 委員会で回答している。 ・指標の定義と解釈 Q & A 集を適宜発行し、参加病院に周知徹底を図っている。
データ分析段階	<ul style="list-style-type: none"> ・短期間での分析は難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・測定方法を継続し、分析を積み重ねること ・時系列分析を重視し、改善に結びつけること
リスク調整段階	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退院患者割合の公開方法 	病院規模別（①100～199 床、②200～299 床、③300 床以上）に分けて平均値を算出し公表。
臨床指標評価検討委員会等での評価段階	<ul style="list-style-type: none"> ・ランキング表ではないので、並び順に一喜一憂しない。 ・集計期間が短く、症例数が少ないと誤差が大きい。 ・データ測定の精度が一定していない ・病院によって見ている患者の特性が違う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・分析を積み重ねること ・他団体の分析と比較すること ・各ガイドラインを参照すること ・事前準備を行うこと
臨床指標公表段階	特になし	—
臨床指標公表後	平成 24 年 3 月 27 日全日本民医連ホームページにて公表した。公表後の課題、問題点は特になし。	—
その他	特になし	—

(2) 実施体制・コスト面（各段階での、人材確保や事務局体制、コスト上の課題等）

	問題点・課題	改善策
準備段階	<ul style="list-style-type: none"> ・専門家の協力、参加病院からの評価委員の選出、事務局体制の強化など全国団体と 	<ul style="list-style-type: none"> ・「厚労省事業」に選択された団体は、この事業を推進していく体制を継続して整

	しての体制の確立が不可欠である。	備していくので、その補助金は、毎年継続されることが必要である。
データ収集段階	<ul style="list-style-type: none"> ・診療情報管理士の体制が不可欠。 ・現場の協力がないと正確な数値が算定できない ・紙カルテのため集計作業の現場負荷が大きい 	<ul style="list-style-type: none"> ・中小病院では、診療情報管理士の配置など体制が整備されていない。診療報酬上での評価が必要である。例えば、「医療の質の評価・公表加算」など現在の「医療安全管理加算」と同様な評価が必要である。 ・電子カルテの活用、電子カルテの導入コストの補助や診療報酬での評価 ・DPC 情報の活用
データ分析段階	<ul style="list-style-type: none"> ・QI 分析に関わる専門力量の向上と専門家の育成 ・今回は、外部評価委員 2 名に参加して頂き、改めて専門家の協力が重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・QI 分析力量を強めること。そのためには、病院の PDCA サイクルの確立とその蓄積が不可欠。 ・また、全国組織の分析・研修・研究機能の向上が必要である。 ・指標にかかわる専門医師の分析・協力体制の確立
リスク調整段階	特になし	—
臨床指標評価検討委員会等での評価段階	<ul style="list-style-type: none"> ・一日だけでは、指標毎の分析・考察には委員会の時間が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・12月からは、二日間にかけて評価委員会を開催した。 ・最後のまとめには、一ヶ月で2回評価委員会を開催したが、それでも短期間に集計の点検と分析・考察を行うことになる。最初の一年間のまとめでもあり、後一ヶ月間の余裕があれば、分析・考察を練り上げることができたと考えられる。
臨床指標公表段階	特になし	—
臨床指標公表後	平成 24 年 3 月 27 日全日本民医連ホームページにて公表した。公表後の課題、問題点は特になし。	<ul style="list-style-type: none"> ・今年 6 月に医療指標評価委員会を開催して、一年間の総括と今後の課題をまとめる。
その他	特になし	—

(3) その他

	問題点・課題	改善策
準備段階	特になし	—
データ収集段階	特になし	—
データ分析段階	<ul style="list-style-type: none"> ・次年度に向けて、前年との比較・分析について 	<ul style="list-style-type: none"> ・経年比較できるよう医療指標システムの改善を検討
リスク調整段階	特になし	—
臨床指標評価検討委員	特になし	—

会等での評価段階		
臨床指標公表段階	特になし	—
臨床指標公表後	平成 24 年 3 月 27 日全日本民医連ホームページにて公表した。公表後の課題、問題点は特になし。	—
その他	特になし	—

6. 今後の予定（可能な限り具体的に記載）

①平成 24 年度の予定

【評価・公表する臨床指標等の拡大の有無について（拡大する場合には、その具体的な指標名とともに、評価のみなのか、平均値を公表するのか、あるいは協力病院ごとの指標を公表するのかについて記載）】

2012 年民医連 QI 推進事業は、28 指標（2011 年 25 指標）を設定・集約を行っている。追加した指標は、①糖尿病の血糖コントロール、②カルテ開示数、③在宅復帰率（回復期リハビリ病棟）。2011 年同様、協力病院毎の公表を予定している。ただし、死亡退院患者割合は、病院規模別（①100～199 床、②200～299 床、③300 床以上）に分けて平均値を算出し公表する。

【評価・公表する対象病院の拡大の有無について（拡大する場合には、追加される対象病院の数等を記載）】

- ・全日本民医連に加盟するすべての病院（2012 年 4 月現在：143 病院）に参加を呼びかける。
- ・2011 年は 60 病院、2012 年度は 71 病院が参加しており、新たに参加した病院も含めすべての病院に公表を呼びかけていく。

【臨床指標等の改善に向けた取組】

- ・2012 年は、新たな指標の測定も含め、臨床指標の定義と解釈の統一化とそれにもとづく正確な測定、何よりも医療の質の改善につながる取り組みを強めていく。

【その他】

- ・医療指標評価委員会にて、半年ごと集計・分析を行い、一年間の実績の公表を行う。
- ・2011 年同様、報告会などを開催し、全国での経験・実践の交流・共有を行う。
- ・時系列比較分析を重視していく。
- ・メーリングリストの積極的な活用。

②平成 25 年度以降の予定

【評価・公表する臨床指標等の拡大の有無について（拡大する場合には、その具体的な指標名とともに、評価のみなのか、平均値を公表するのか、あるいは協力病院ごとの指標を公表するのかについて記載）】

- ・地域医療を担う中小規模病院の質の向上につながる臨床指標の設定・見直しなどバージョンアップを進めていく。具体的な指標は、今年度上半期中に検討・具体化していく。

【評価・公表する対象病院の拡大の有無について（拡大する場合には、追加される対象病院の数等を記載）】

- ・引き続き、全日本民医連に加盟するすべての病院に参加を呼びかける。

【臨床指標等の改善に向けた取組】

- ・2013 年からは、この二年間の実践をもとに民医連病院の質の向上につながる臨床指標のバージョンアップ・改善を行う予定。

【その他】

- ・医療指標評価委員会にて、半年ごと集計・分析を行い、公表を行う。
- ・2011年同様、交流集会、報告会を開催し、全国での経験・実践を交流・共有を行う。
- ・時系列比較分析を重視していく。

③その他

7. 事業の総括・自己評価（事業全体のまとめ及び自己評価。可能であれば、各協力病院における所見をとりまとめて記載）

民医連では、2011年1月から独自に「医療の質の向上・公開推進事業」（QI推進事業）を開始し、そのうち38病院（104～635床、計9,752床）で厚生労働省の本事業に申請・参加しました。そもそも臨床指標が正しく算出できるのか、国や施設によって定義が違うのに比較する意味があるのか、数字のみが一人歩きしてデメリットにならないかなど、QI推進事業を取り組むにあたって民医連内部でも議論がありました。しかし、李啓充氏がエンド・リザルト制の例を引き「社会に対する医療のアカウンタビリティ」の必要性を説き、また、諸文献でプロセス評価・アウトカム評価によって質向上をはかる先進諸国の取り組みが紹介される時代になっており、実際に聖路加国際病院では「QIを測定して、それをみんなに見えるようにすることで、かなりのQIが驚くほど改善」した（ホーンソン効果）と発表されています。患者・地域住民とともに地域医療を良くしたいと願う民医連として、QI推進事業は正面から取り組むべき課題と考えられました。

当面のQI推進事業の目標は、民医連に加盟するすべての病院において臨床指標の設定・評価・改善・公開とその組織機構（PDCA管理サイクル）を確立・継続していくことにあります。この間、全日本民医連理事会・医療部会のもとに2名の外部委員を含む臨床指標評価委員会を設置して、四半期ごとに集計・評価、民医連内で共有してきました。

2011年10月に開催した「民医連QI推進事業交流集会」では、「具体的なベンチマークが可能となり、自院の医療活動の水準を知るうえで貴重なデータとなる」「管理会議や医局会議、職責者会議などに報告し、今までにないインパクトを与えている」など「端緒的ですが、民医連内外に前向きな変化を作り出している」ことが明らかとなりました。また、参加病院は、ほとんどが中小規模病院ですが、毎月安定して数値の集約がされており、特に、200床以下の病院でも様々な工夫・努力して数値が集約されており、すべての病院での測定が可能であることを示しています。

この1年間で2回実施した参加病院からのアンケートには、指標毎の測定や改善の事例が多く寄せられています。先進的などころでは、法人として病院以外の診療所や施設でも「質の向上」を目指して指標を定め、評価・改善に取り組んでいます。中長期的には、病院に限らず、民医連に加盟するすべての事業所において適切な指標を設定し評価・改善・公開とそれを進める組織機構（PDCA管理サイクル）を確立したいと考えています。繰り返しになりますが、QI推進事業の中心課題は、このPDCAサイクルを継続する機構づくりにあります。

すでに新たな指標を加えて合計28指標で2012年民医連QI推進事業に取り組んでいます。2011年1月のスタートでは55病院でしたが、2012年は71病院の参加となり、さらに参加病院が増えつつあります。本稼働して1年、短い期間に期待以上の前進ができた背景には、内外に先進病院の実践があり、その教訓に学びながら、正確で迅速な指標収集に関わった診療情報管理士など多くのスタッフの努力、そして外部評価委員である猪飼宏・新保卓郎先生のご尽力、さらに準備期間を含む2年間で4回の全国会議・集会を開催してきた全日本民医連QI委員や事務局の奮闘がありました。民医連では、この間の蓄積をもとに2012年も着実に発展させていきたいと考えています。

*参加病院の所見は、添付資料「結果報告会概要報告」を参照。

8. 今後の医療の質の評価・公表の取組に関する提案等（可能な限り具体的に記載）

地域の第一線にある民医連の病院は多くが中小規模病院であり、民医連QI推進事業は、日本の地域医療を支えている多数の中小病院の現状が反映しています。特に、地域医療における中小病院の機能・役割は、①地域の急性期医療ネットワークの中での役割を担うこと、②保健予防と慢性期の医療の中心的な役割を担うこと、③在宅医療支援機能を担うこと等、地域医療・介護連携の重要な役割を果たして

います。中小病院の医療の質の向上は、地域医療・介護の質向上でもあります。特に、慢性疾患医療やヘルスプロモーション、在宅医療など住民の健康のベースアップにつながる医療課題を反映する指標の開発と測定などは、重要な課題です。地域医療を担う中小病院が共通して追求すべき指標を開発・設定し、今後の「5疾患5事業」等の地域医療計画にもしっかり反映させることも必要です。例えば、入院患者ケア、がん検診、市中肺炎、外来医療（糖尿病、高血圧、呼吸器、消化器等）、在宅医療、救急車受入など共通した指標の開発と測定の実績が必要です。特に、「がん」、「動脈硬化性疾患」、「高齢者」、「貧困と格差」などの領域が今後の重要な焦点になると思われます。

中小病院が、医療の質の向上と公表に継続してとりくみ、地域医療の質の向上につなげるには、情報システムや指標の定義、言語等の解釈の標準化、そして何よりも中小病院や診療所規模でも取り組めるような基盤整備の支援や経済的な支援が必要です。

貧困と健康格差や超高齢社会が、急速に進行している中で、地域住民の命と健康を守る日本の中小病院の役割は一層重要になっています。民医連病院における質の向上につながる指標の開発・設定とその実績を積み上げ、中小規模病院の普遍的な臨床指標の提案や350万共同組織の住民の皆さんへのフィードバックを通して地域住民の健康権保障が前進していくことに多少とも寄与できる事業にしていきたいと考えます。