

QI Quality Indicator 2023

医療の質改善活動

神戸市立医療センター中央市民病院の取り組み



地方独立行政法人 神戸市民病院機構

神戸市立医療センター中央市民病院

Kobe City Medical Center General Hospital

巻頭のことば

病院概要

- ① 救急車の応需率
- ②* 肺癌手術患者の術後平均在院日数
- ③* 肺炎患者の再入院率
- ④* 心不全患者の再入院率
- ⑤ 術後せん妄推定発症率
- ⑥ 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数
全報告中医師による報告の占める割合
- ⑦ HBV再活性化スクリーニング実施率
- ⑧ 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率
血液培養実施時の2セット実施率
- ⑨* 中心静脈カテーテルの使用率・合併症発生率
- ⑩ 尿道留置カテーテルの使用率・症候性尿路感染症発生率
- ⑪* 急性期脳梗塞に対する治療までの時間
 - ・ Door To Needle Time (DTN)
 - ・ Door To Puncture Time (DTP)
- ⑫* 急性心筋梗塞患者
 - ・ Door To Balloon Time (DTB)
- ⑬* 静脈血栓塞栓症 (VTE) の予防対策実施率とVTE発症率
- ⑭* 褥瘡対策の実践
- ⑮* MDRPU発生件数
- ⑯* リハビリテーション介入率

*の付いた番号の指標は参加QIプロジェクト以外の指標です。

Quality Indicator



巻頭のことば

Quality Indicator (QI) は病院全体や診療科別の領域で指標を設定し、分析及び改善を促すことで医療の質の向上を図ることを目的としています。

当院がQIをはじめたきっかけは、2012年にひとりの医師がQ I 活動をしたいという意向があったところからはじまりました。翌年より日本病院会のQ I プロジェクトに参加し、その際、各部門担当者が指標を分析し、活動内容を発表する場としてQ I ワーキングを立ち上げることとなりました。さらに2015年からは全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等推進事業」にも参加しています。

当院のQIワーキンググループは、これらの推進事業で求められる指標に加え、当院独自の指標を取り入れていることが特徴ですが、測定する指標が一定の目標を達成した場合は、ワーキングで協議し項目を削除する等、常に指標の見直しや新しい指標の検討をしています。

2018年度版から冊子化への取り組みを行っており、今回の2023年度版の冊子には16の指標を公開しています。

人口の高齢化から患者年齢も上がり、80歳以上の方の手術は日常で、90歳を超える例も珍しくありません。手術患者の高齢化は術後合併症の頻度を上げ、入院期間延長の原因ともなります。高齢者手術の合併症の一つに術後せん妄があり、その対策は肝要です。

2020年からの新型コロナウイルス感染症は、2023年5月に「新型インフルエンザ等感染症」（2類相当）から「5類感染症」へと変更となり、少しずつですが、新型コロナウイルス感染症の流行前に戻りつつあります。今後も医療の質の改善活動は継続し行っていきたいと思います。

神戸市立医療センター中央市民病院
QIワーキングリーダー
主席副院長
消化器内科部長 猪熊 哲朗



病院概要

2023年度の病院指標については、2023年5月に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が5類感染症へ変更となりましたが、新型コロナ感染症への対応を引き続き継続し、通常救急の受入れや高度医療提供体制の確保に努めてまいりました。結果として退院患者数は19,759人、病床利用率は85.0%と前年度に比べ増加しており、少しずつではありますが新型コロナウイルス感染症の流行前に戻りつつあります。

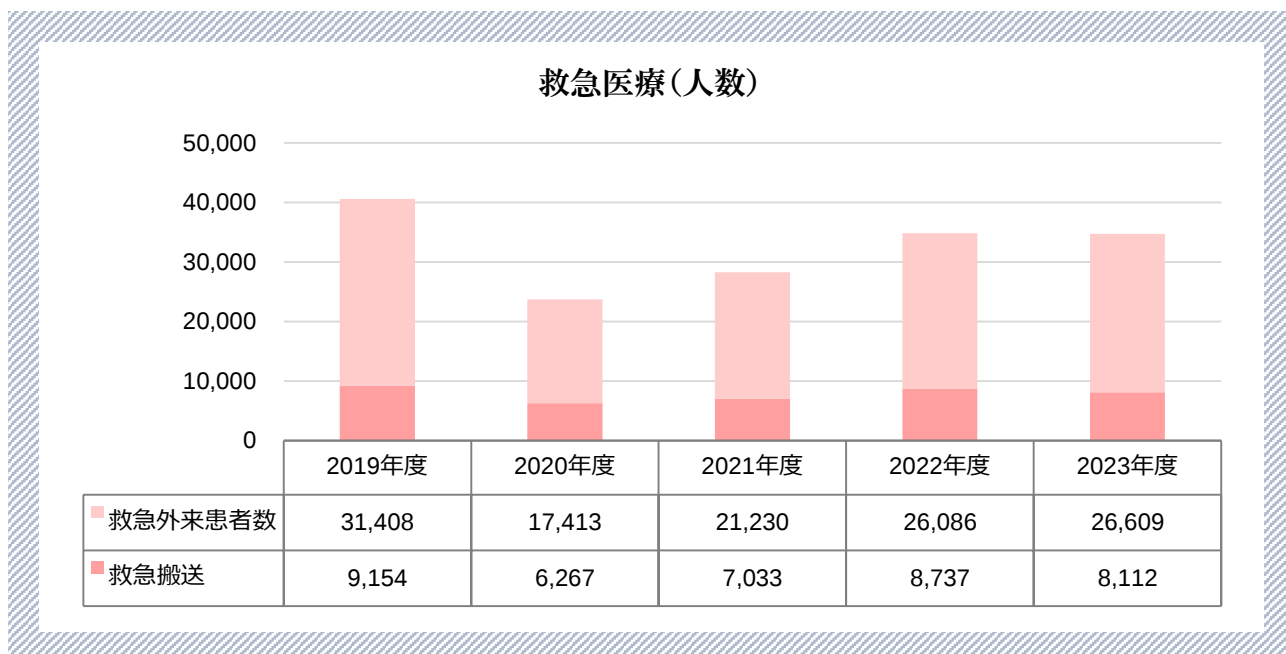
今後も病院を取り巻く厳しい環境に対し病院全体で取り組み、地域の先生方とも連携を取りながら市民の生命と健康を守る役割を果たしていきます。



◆救命救急センター機能の充実

1階の「救命救急センター」では、救急専用の病床を1階に集約し、手術対応可能な処置室を用意する等、あらゆる重症患者に迅速に対応できるよう設備を整えております。救急病棟 32床、E-ICU 8床、CCU 6床、第2救急病棟 8床、MPU 8床と充実しております。

また、4階の手術部門は手術室18床のうち1室は救急専用の手術室として確保し、重症・重篤な救急患者を受け入れるために機能を強化しています。



令和6年3月28日に厚生労働省から発表された『救命救急センターの評価結果(令和5年)』において、当院の救命救急センターが全国304施設の救命救急センター中、第1位の評価を獲得いたしました。これにより、平成26年度から**10年連続で全国第1位**の評価を頂く結果となりました。

令和5年における当院の成績は、評価対象となる4つの機能(全45項目)すべてにおいて満点を獲得し、最高の『S』評価をいただきました。

2014年から10年連続で第1位の評価を受けたのは、全国で当院のみとなります。



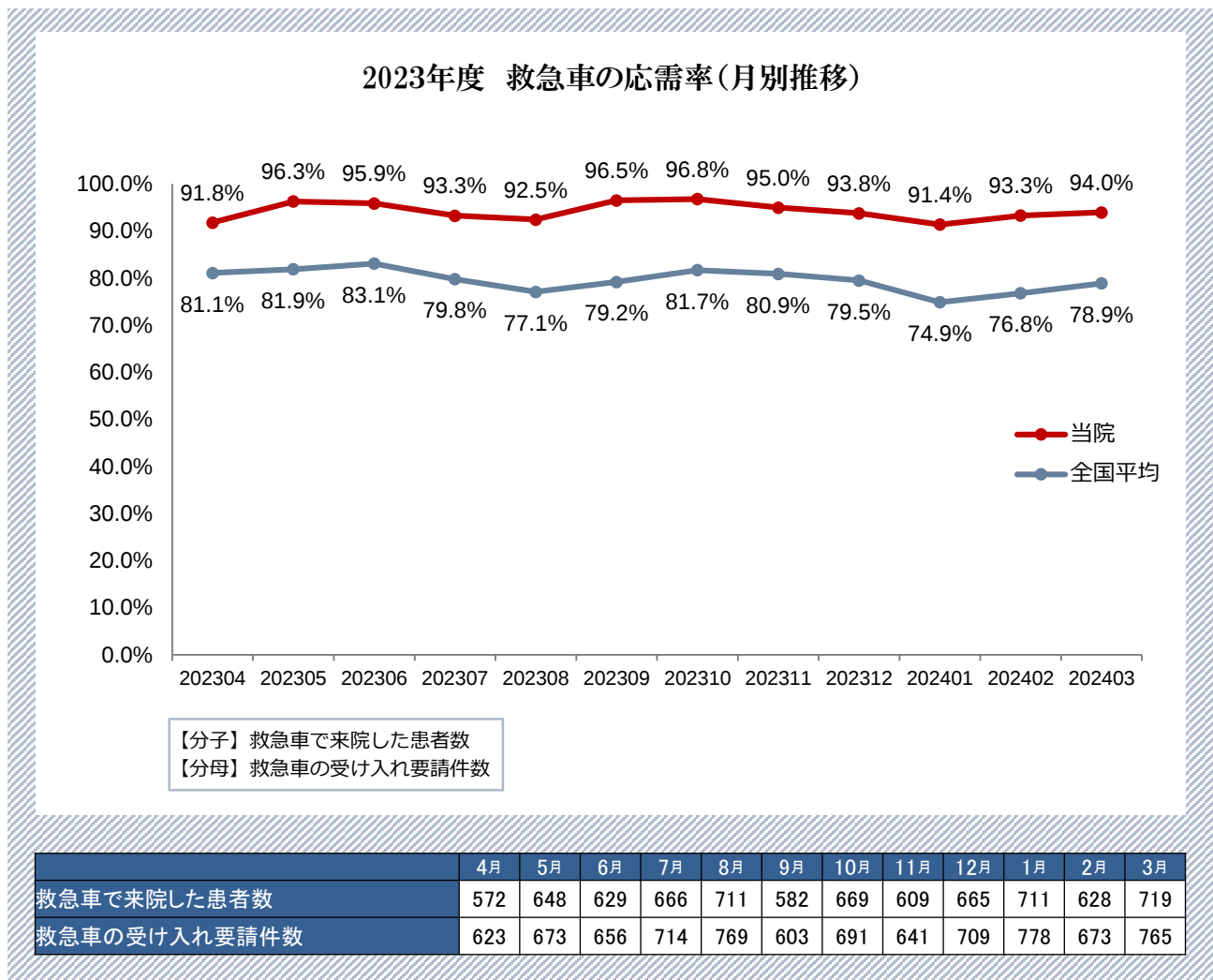
当院は、1924(大正13)年に神戸診療所として開設して以来、戦災や阪神・淡路大震災、新型コロナウイルス感染症の感染拡大など、未曾有の危機に見舞われてきましたが、市民の皆様のご理解・ご協力のなか、迫り来る危機を乗り越え、安心・安全な医療の提供に努めてまいりました。

引き続き、1年365日、24時間体制での救急医療を実践することで、安全で安心な医療の提供に努めるとともに、地域医療機関と連携を図りながら神戸医療圏の中核病院として市民の最後の砦として役割を果たしてまいります。

救急車の応需率

2023年5月以降、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が5類に位置付けられましたが、一定数の重症コロナ患者は発生するため、この受け入れを行いながらも、院内全体の病床運営の効率化に努め救急医療の提供を継続しました。

地域の医療機関と連携を図りながら「1年365日・24時間断らない救急医療」という理念のもと、神戸医療圏の中核病院として、また市民が安全で安心な医療を受けられるよう努めました。



※全国平均：日本病院会に参加する病床数500床以上の病院

担当者より

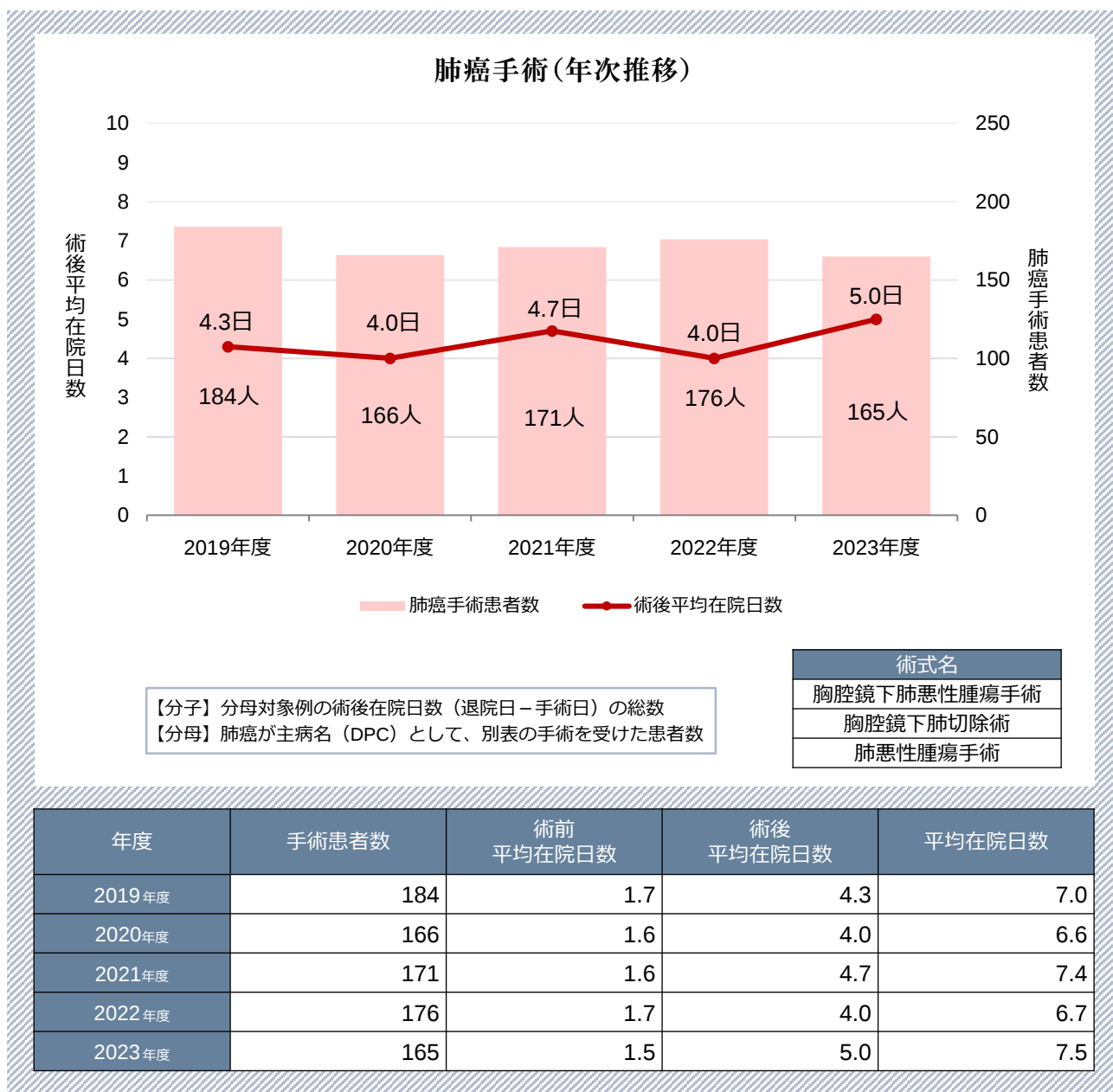
我々は、2020年のパンデミック以降、現在に至るまで、コロナ対応のためEICU、CCU、第二救急病棟、救急病棟を閉鎖、減床し救急・集中治療医、ナースをコロナ臨時病棟に異動させて、重症コロナ診療を優先してきました。臨時病棟の閉鎖に伴い、各病棟を再開し、ようやく通常の患者さんも支障なく受け入れできるようになりました。地域全体で災害医療に取り組んだ今回の経験により、平時の救急医療も発展することと存じ、ご協力に感謝申し上げます。

今後も、皆様とともに百尺竿頭に一步を進む努力を続けます。

(救命救急センター長 有吉 孝一)

肺癌手術患者の術後平均在院日数

当院はDPC対象病院として、5大癌の初発・再発患者の総数を公表しておりますが、2022年度の集計では肺癌が最も多い結果となりました。そこで、医療の質の評価、術後管理の評価として、肺癌手術患者の平均在院日数を検証しました。当院の肺癌手術は、単孔式胸腔鏡下手術を採用しており、在院日数が短いのが特徴です。



担当者より

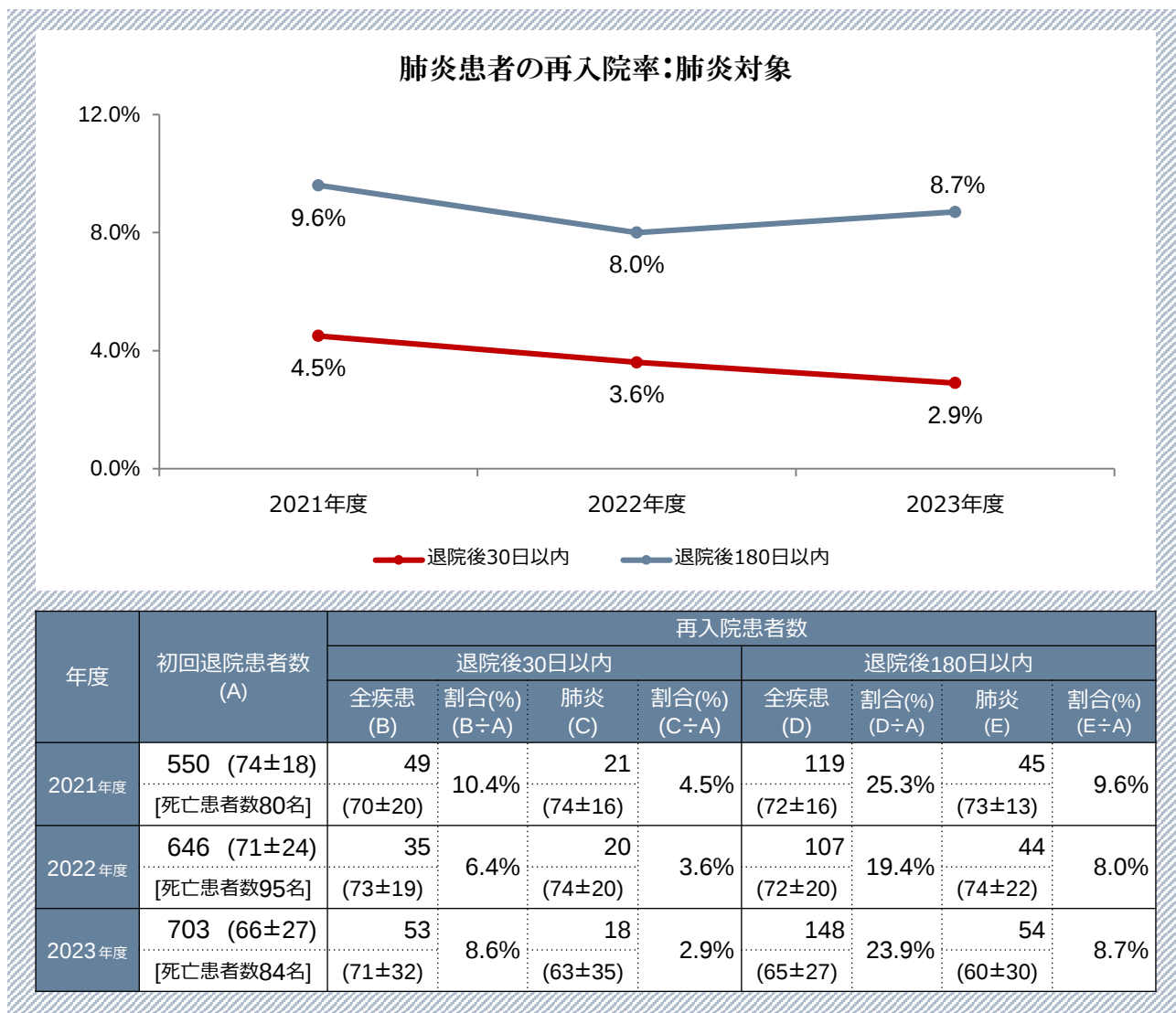
2023年9月までは、ここ数年のコロナ禍にあり、肺癌に対するほぼ全ての手術を、究極の低侵襲を目指した3cm大のキズ1個で行う単孔式胸腔鏡で行い、術後平均在院日数4日以内を達成しておりました。しかし、2023年10月以降は、スタッフの配置変更により、若手医師指導に重きを置いた従来のキズ3個で行う一般的な胸腔鏡下手術に戻っておりますため、退院までの期間が延びる傾向となっており、関係の方々にご心配をおかけしていると思います。一時的にこの在院日数の長期化傾向が続くと思われますが、現時点ではスタッフ一同の手術手技習得と習熟から洗練する方向へと意識が向いていくことを期待する段階であり、若手医師の成長により再び在院期間が短縮することを期待しているところです。

（呼吸器外科部長 浜川 博司）

肺炎患者の再入院率

「退院後6週間以内に救急医療入院した患者の割合」を調査した結果、退院後6週間以内に再入院となる人のうち、上位2疾患が心不全と肺炎患者であることが分かりました。

それをきっかけに、肺炎・心不全をターゲットにし、検証していくことになりました。



※()内の数字：(平均年齢±標準偏差)

担当者より

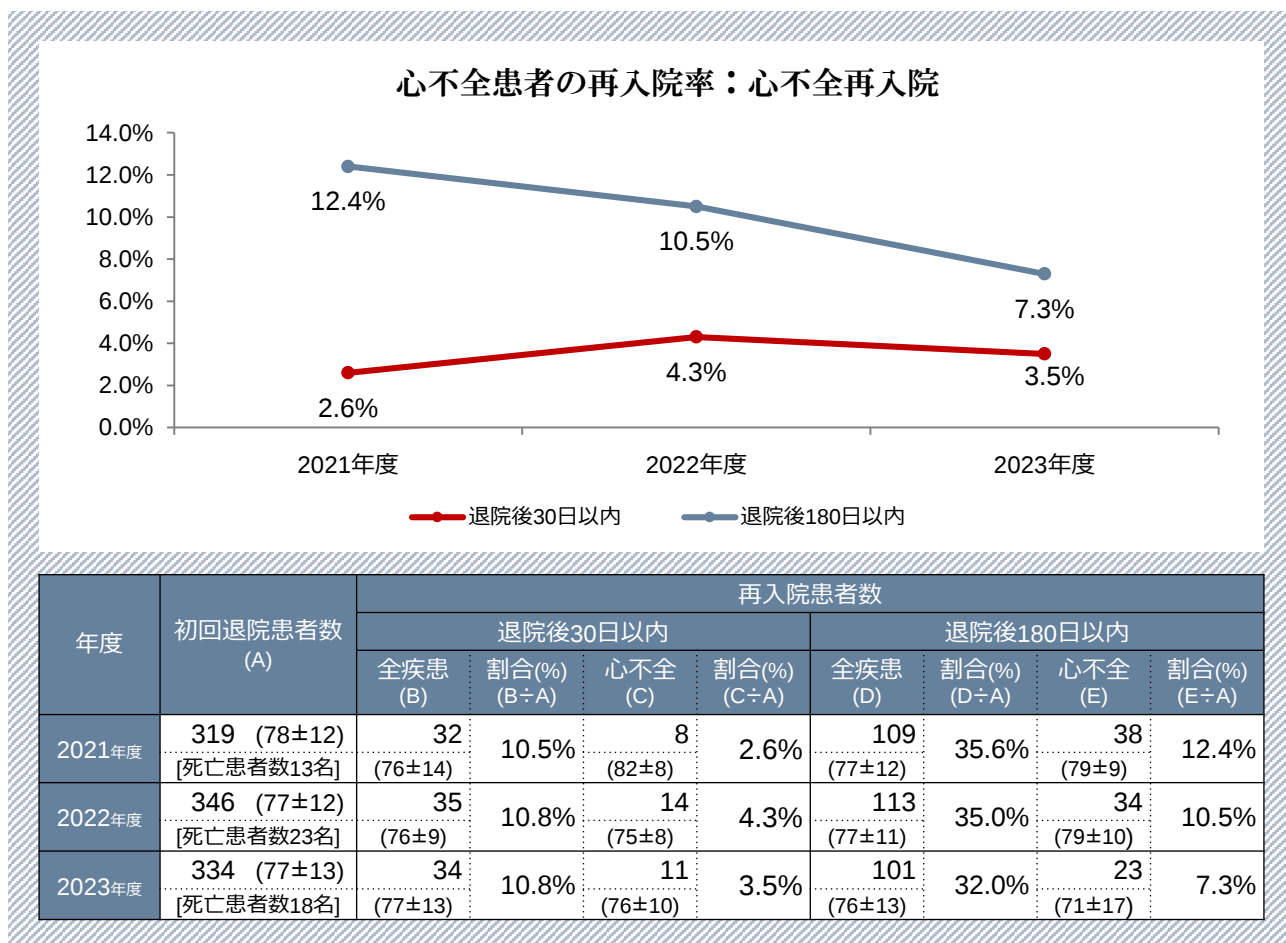
肺炎による繰り返し入院は、特にフレイルやサルコペニアを有する高齢者に多く見られる重要な課題です。当院では、基礎疾患や併存症への治療を最適化するだけでなく、入院早期から積極的なリハビリテーションを行い、患者さんの回復を支援しています。また、2024年より導入した外来呼吸リハビリテーションや、地域一体化リハビリテーションプログラム(CURE-KOBE)を通じて、退院後も継続的なケアを提供し、再入院の防止とQOLの向上に取り組んでいます。

(呼吸器内科 部長代行 立川 良)

心不全患者の再入院率

超高齢社会を迎え、心不全患者、特に高齢心不全患者が増加しており、救急搬送や集中治療を要する患者数は心筋梗塞をはるかに超えています。このような中で、入院加療を終えて無事に退院した患者が、退院後に再増悪して再入院することが非常に問題になってきています。

当院に入院する患者の退院後の転帰を追跡し、再入院の抑制へ向けた介入や取り組みを構築していくことが、この指標の目的です。本邦で行われた心不全登録研究KCHFレジストリによると、心不全入院患者の15%が半年以内に心不全による再入院を余儀なくされていると報告されています。一方で、在院日数の短縮や早期転院の推奨により、再入院率が高くなってしまわないかという懸念もあります。心不全患者の再入院率を評価することにより、心不全診療・高齢者診療の質を確保できる指標になると考えています。



※()内の数字：(平均年齢±標準偏差)

担当者より

心不全入院患者の平均年齢は77歳と高齢心不全患者が非常に増えています。心不全再増悪による再入院率は、退院後30日以内で3.5%、退院後180日以内では7.3%と本邦データと比較すると低いですが、引き続き対策が必要かと思えます。

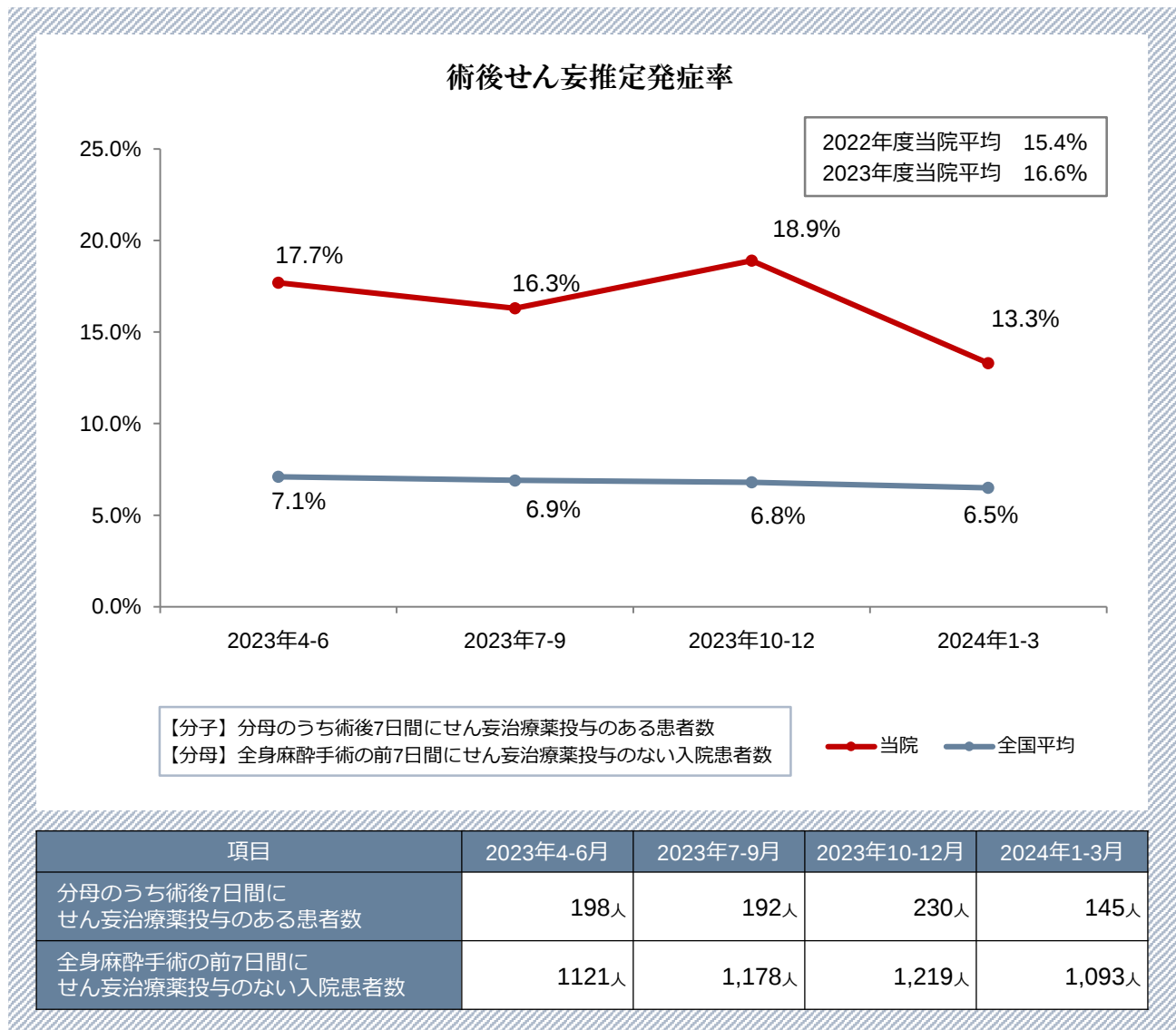
また、それ以上に注目すべきなのは、心不全以外の要因で再入院となる患者数です。30日以内では10.8%、180日以内では32.0%と以前として高いです。高齢者では、心不全だけでなくその他に多くの併存疾患を抱えているので、心不全患者が退院後に肺炎や尿路感染で再入院する、反対に、肺炎で入院した患者が心不全で再入院する、といったことが非常に多いこともよくわかります。

この再入院を予防し、診療の質を上げていくためには、まさに疾患ごとの診療ではなく、全人的医療が求められていると思います。入院中の他科との連携はもちろん、退院後の地域連携を深めていくことが再入院を防ぐ対策だと思われ、引き続き対策を進めていく必要があります。

(循環器内科医長 谷口 智彦)

術後せん妄推定発症率

せん妄とは、病気による体調不良や入院による環境の変化、手術等の影響により一時的に意識障害や認知機能の低下がみられることです。病室等の環境調整や薬剤調整で不穏や認知の障害を速やかに取り除くことを目指しています。この指標はせん妄を起こしやすい患者が占める割合や手術内容によって大きく異なることが想定されるため、施設比較は難しいですが、せん妄ハイリスク患者のスクリーニングにより、入院後は早期介入がなされるようになり、発症抑制につながる可能性があります。



※全国平均：全国自治体病院協議会に参加する全病院

担当者より

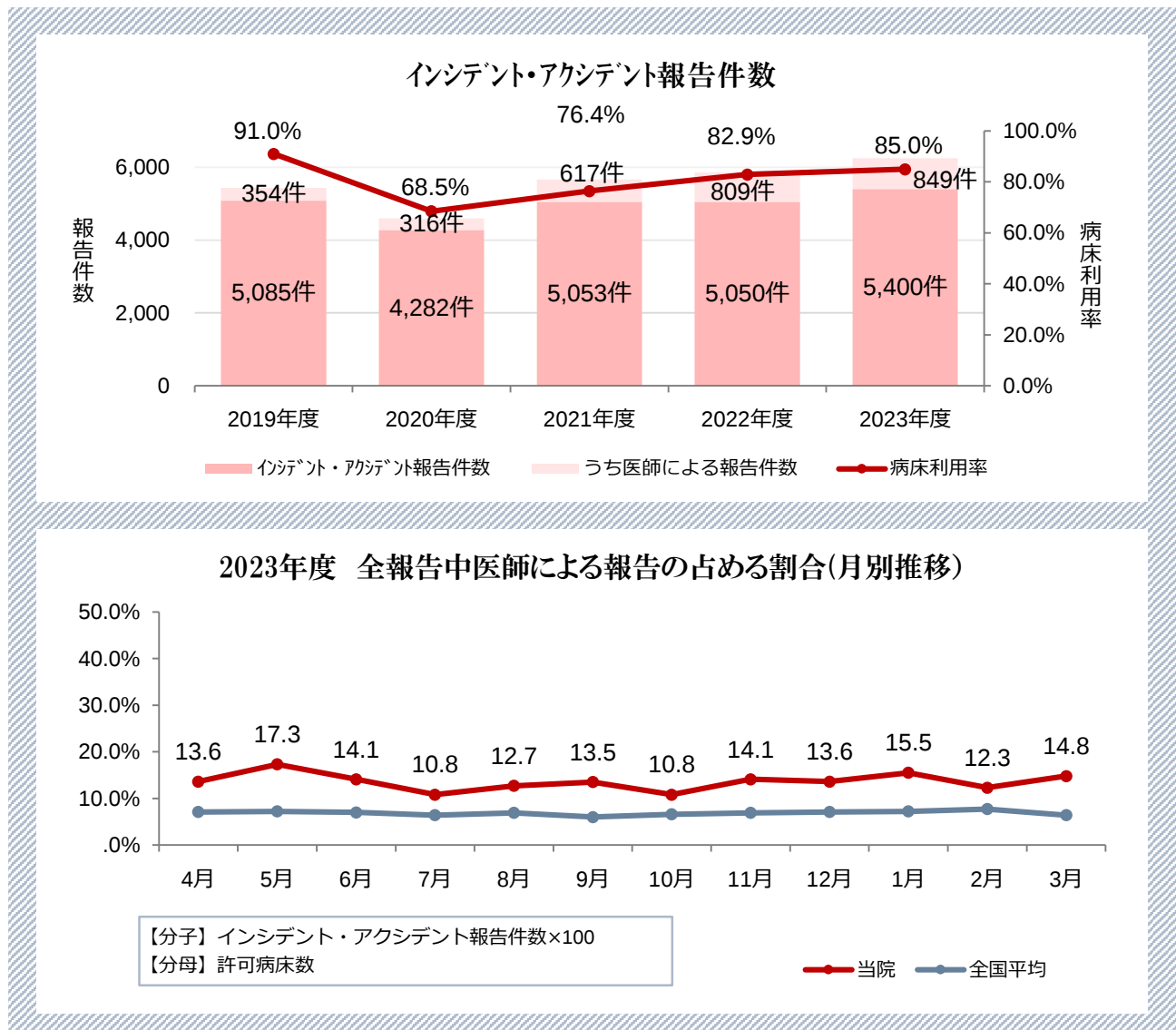
当院は一次救急から三次救急まで原則断ることなく救急を行っており、身体的な重症度の高さに加え、高齢者や複数の併存疾患を抱える患者さんが集まるため、術後せん妄の発生率は必然的に高くなります。そのため、①せん妄予防を主治医・病棟看護・病棟薬剤師など多職種で包括的に行い、②医療安全管理委員会や薬剤部の主導により、せん妄のトリガーとなるベンゾジアゼピン系睡眠薬をクリニカルパスで削除し、③対応困難なケースは、精神科医・専門看護師・薬剤師・臨床心理士・精神保健福祉士からなるリエゾンチームが対応を協議し、病院をあげてせん妄対策を行っています。

(精神・神経科 医長 松田 耕平)

1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数 全報告中医師による報告の占める割合

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を精査し、防止策をとることが求められます。

レポート情報の集計により、病院全体の潜在的リスク傾向を把握していくことは、全病院に共通する効果的な事故予防対策の企画・立案を行う上で、有効な手法であると考えられています。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。



※全国平均：日本病院会QI参加施設病床数500床以上の病院

担当者より

インシデント・アクシデント報告件数は年々増加し、安全文化が醸成しているといわれるベッド数の5倍以上の6,249件の報告がありました。報告件数のうち10%が医師の報告であることが組織の透明性の目安と言われており、年平均で約13.6%のレポート報告があり全国平均を上回っています。1事例に関し、同職種や多職種からそれぞれの視点での報告書が複数提出されるようになり、より詳細な要因が分析でき改善策につながっています。

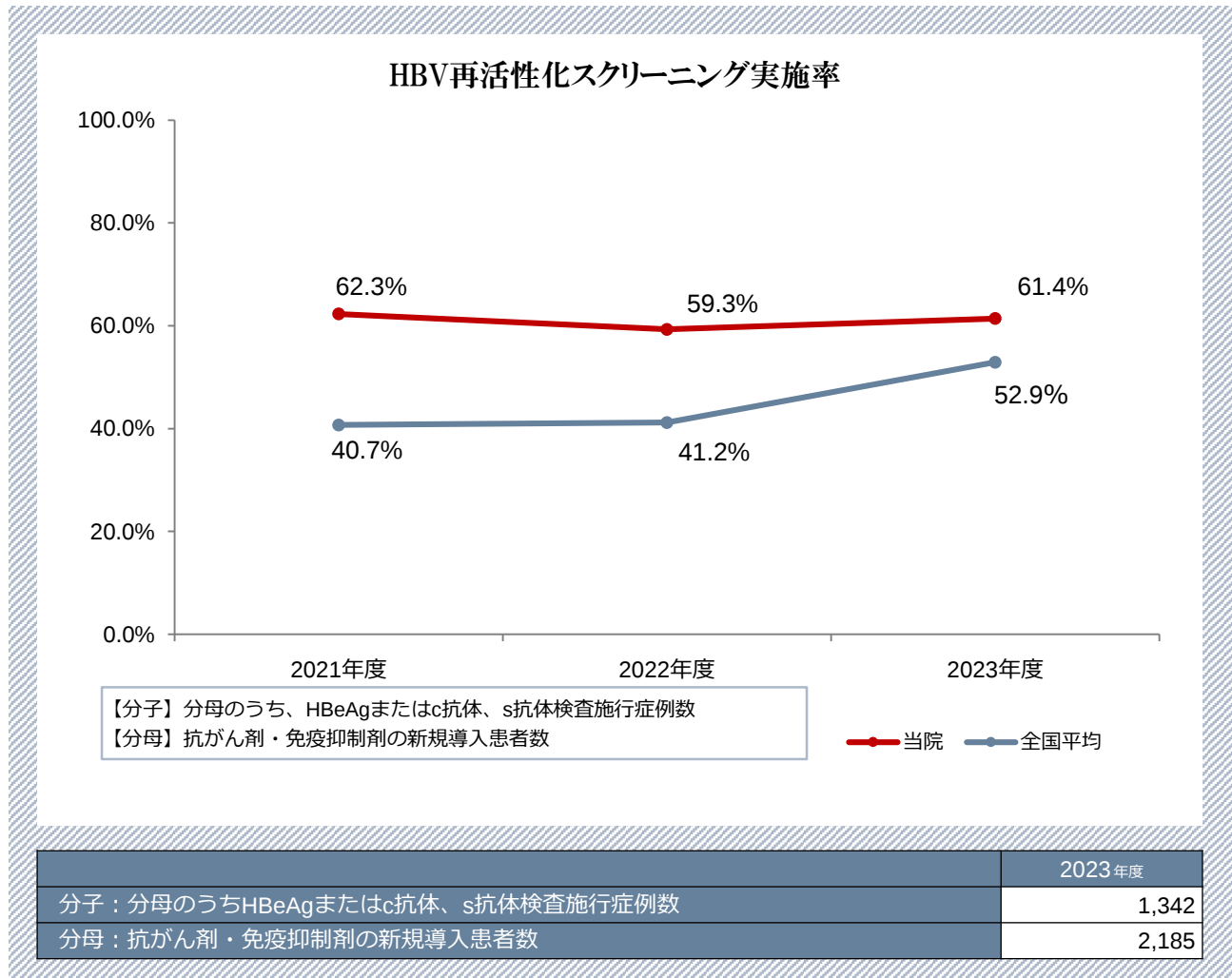
医療安全NEWS LETTER(季刊誌4回/年、mini LETTER毎月)を発行し、医療安全に関するトピックスをタイムリーに院内に周知する活動を実施しています。

(医療安全管理室 田中 真咲)

HBV再活性化スクリーニング実施率

HBV（B型肝炎ウイルス）再活性化とは、以前に感染し潜在していたウイルスが再び増え、体への障害となることです。体力のある場合にはウイルスが表面上目立たなくても、抗がん剤等の使用をきっかけに体内に潜んでいたウイルスが再び増殖し始めることがあり、がん化学療法によって生じる薬物有害反応として深刻な問題となっています。

このため抗がん剤等の治療を始める際には、B型肝炎が潜んでいるかどうかを検査することが望めます。（実施率は全国自治体病院協議会に提出しているDPCデータより算出しています）



※全国平均：全国自治体病院協議会に参加する全病院

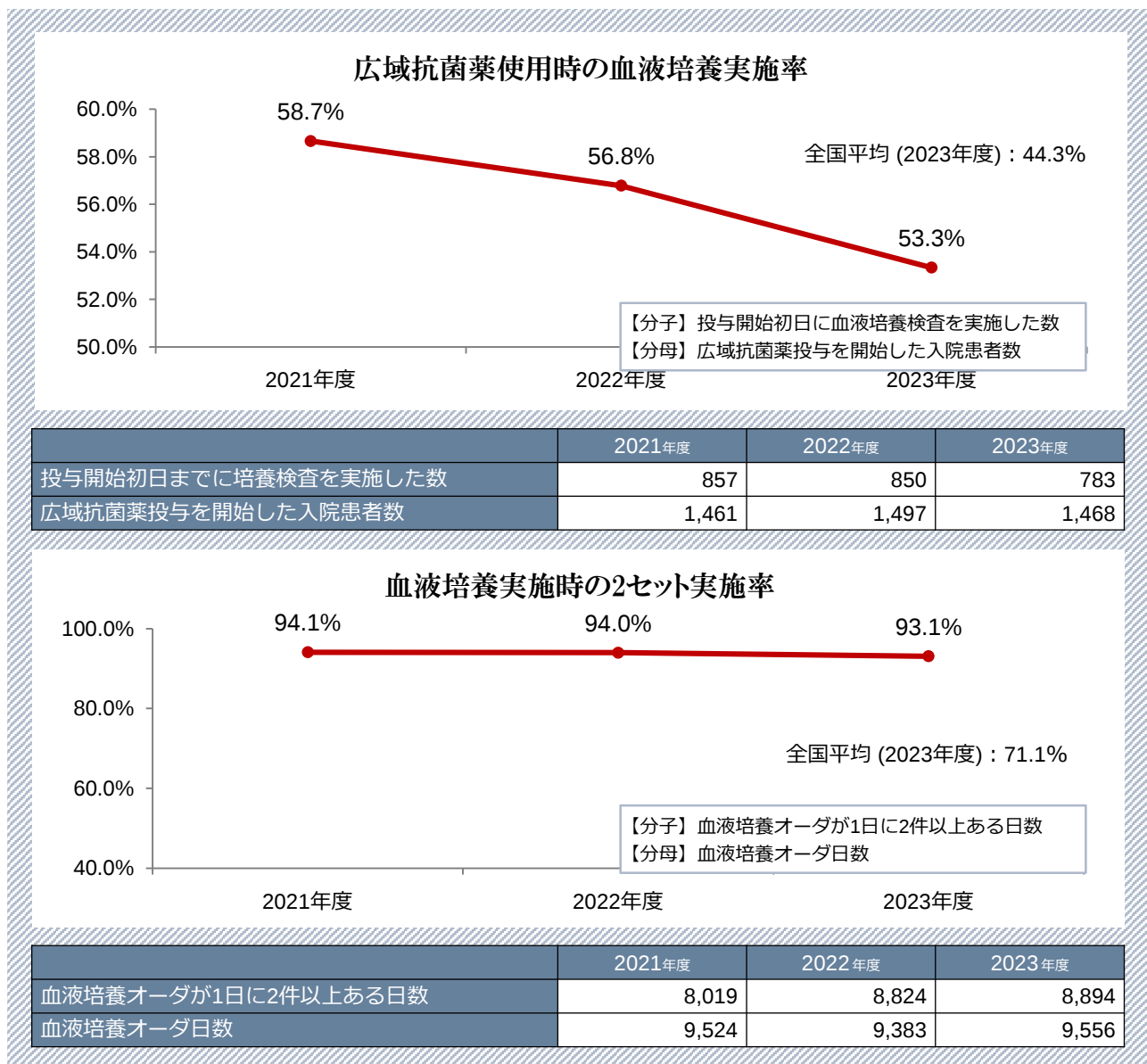
担当者より

医療安全管理室、消化器内科、薬剤部、臨床検査部などが協働し、抗がん剤や免疫抑制剤により発症するB型肝炎対策を行っています。薬剤部では、B型肝炎再活性化対策の必要な薬剤が処方されている患者の検査実施状況を確認し、必要な検査が実施されていない場合には、院内プロトコルに基づき、薬剤師による検査オーダーをしています。また、臨床検査部では、HBs抗原あるいはHBV DNAが陽転化した場合に検査オーダー医へ連絡し、注意を促しています。引き続き、多職種で連携し全国平均よりも高い水準を維持できるよう努めます。

（薬剤部 米谷佳恵）

広域抗菌薬使用時の血液培養実施率 血液培養実施時の2セット実施率

広域抗菌薬を使用する際は、投与開始時に血液培養を行うことが望ましいとされています。また、血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。
(実施率は日本病院会に提出しているDPCデータより算出しています)



担当者より

※全国平均：日本病院会QI参加施設病床数500床以上の病院

血液培養検査は感染症診療の診断と適切な抗菌薬選択に大きく影響する検査です。複数セット採取は血液培養の検出率向上が期待でき、真の血流感染とコンタミネーションの判断も容易になります。

広域抗菌薬使用時の血液培養実施率は全国平均と比較すると高い割合となっていますが、年々低くなっています。抗菌薬投与前に血液培養を採取しなければ適切な結果が得られないため、抗菌薬適正使用の観点から血液培養採取のタイミングを再度周知する必要があります。また、抗菌薬投与前の血液を除く各種培養検体採取も継続して取り組まれている為、広域抗菌薬に限らず経過を見る必要があります。

血液培養複数セット採取に関してでは全国平均よりかなり高い状態を継続的に維持できているため、今後も監視していきたいと考えます。

血液培養採取数は年々増加しており、必要時に血液培養が複数セット適切に採取されていることがわかります。適切なタイミングで適切に採取が実施されるよう引き続き指標を確認していきます。

中心静脈カテーテルの使用率・合併症発生率

中心静脈カテーテルとは、心臓に近い太い静脈（中心静脈）にとどくように考案された細くて長いチューブのことです。太い静脈にカテーテルの先があると、栄養価の高い点滴をすることができます。また、カテーテルは入れたままが原則なので何度も体に針を刺すという手間が省けます。しかし、入れるためには危険を伴う手技が必要であり、様々な合併症の懸念や、入れてからも細菌が血液の中に入らないようにしなければなりません。

重症患者や経口摂取が不能な患者などでは、なくてはならない手技ですので、安全に挿入・管理していくことが重要です。本来、血液の中に細菌は全くないです。しかし、細菌に汚染された中心静脈カテーテルが体の中にあると、血液の中で細菌が増えてしまい菌血症になります。高い熱が出たり体の様々な場所に重篤な影響がでたりと大きな問題になることがあります。

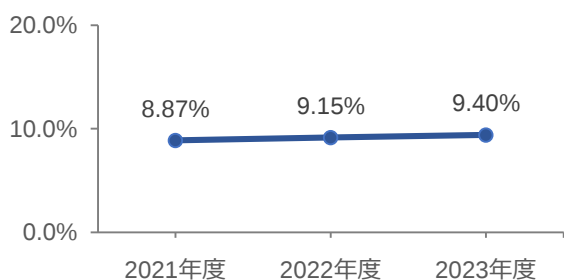
したがって、この中心静脈カテーテルを体に入れている場合には、カテーテルを清潔に保つための取組みが重要であり、安易に入れ続けることも避けなければなりません。

年度別使用率(比)と感染症発生率

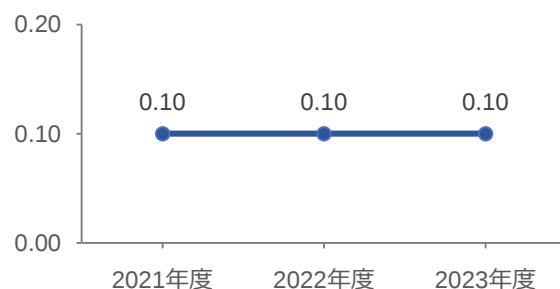
当院のQI指標は入院患者数と挿入患者数より計算していますが、CDC（米国疾病予防管理センター）のNHSN（全米医療安全ネットワーク）の計算式は延べ入院患者数（日数）で算出しており、両方の指標を出しています。

年度	感染症 発生患者数	QI				CDCのNHSN			
		入院 患者数	挿入 患者数	使用率 (%)	感染発生率 (%)	入院 延べ患者数	挿入 延べ患者数	使用比	感染発生率 (x1000)
2021年度	40	24,568	2,180	8.87%	1.83%	212,811	20,891	0.10	1.91
2022年度	31	26,309	2,407	9.15%	1.29%	230,400	22,391	0.10	1.38
2023年度	31	26,780	2,518	9.40%	1.23%	235,572	23,991	0.10	1.29

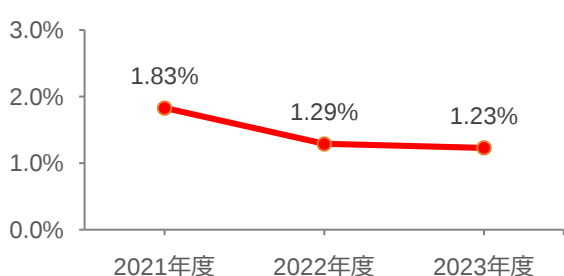
中心静脈カテーテル使用率(%)



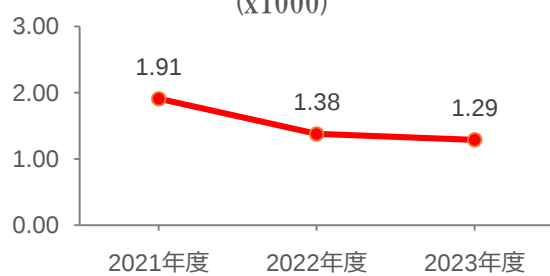
中心静脈カテーテル使用比



中心静脈カテーテル感染発生率(%)



中心静脈カテーテル感染発生率
(x1000)



○年度別中心静脈カテーテル種類毎の感染症発生率(QI)

年度	3CV・FDL			PICC			ポート(不明含む)		
	挿入患者数	感染症発生患者数	感染発生率(%)	挿入患者数	感染症発生患者数	感染発生率(%)	挿入患者数	感染症発生患者数	感染発生率(%)
2021年度	1,035	24	2.32%	639	12	1.88%	506	4	0.79%
2022年度	1,125	8	0.71%	672	16	2.38%	610	7	1.15%
2023年度	1,113	9	0.81%	751	11	1.46%	654	11	1.68%

○年度別中心静脈カテーテル種類毎の感染症発生率(CDCのNHSN)

年度	CV・FDL			PICC			ポート(不明含む)		
	挿入延べ患者数	感染症発生患者数	感染発生率(x1000)	挿入延べ患者数	感染症発生患者数	感染発生率(x1000)	挿入延べ患者数	感染症発生患者数	感染発生率(x1000)
2021年度	7,545	24	3.18	8,361	12	1.44	4,985	4	0.80
2022年度	8,841	8	0.90	8,765	16	1.83	4,785	7	1.46
2023年度	8,889	9	1.01	9,511	11	1.16	5,591	11	1.97

○中心静脈カテーテルの種類毎の重篤合併症発生患者数(年度別)

年度	全体(重篤合併症)		CV・FDL(重篤合併症)		PICC(重篤合併症)		ポート(重篤合併症)	
	発生患者数	発生率(%)	発生患者数	発生率(%)	発生患者数	発生率(%)	発生患者数	発生率(%)
2021年度	血腫 4	0.28%	血腫 1	0.39%	血腫 2	0.31%		0.00%
	気胸 1		気胸 1					
	その他 1		その他 1				0	
2022年度	血腫 2	0.21%	血腫 2	0.36%	その他 1	0.31%		0.00%
	気胸 1		気胸 1					
	その他 2		その他 1		1		0	
2023年度	血腫 3	0.36%	血腫 1	0.36%	血腫 2	0.67%		0.00%
	気胸 2		穿刺 1		穿刺 1			
	神経 1		その他 2		神経 1			
	その他 3				その他 1		0	

CV

CVはcentral venous (中心静脈) を意味する言葉で、中心静脈カテーテルは、血流量の豊富な太い静脈血管に挿入するカテーテル全般を指します。

PICC

PICCは、通常上腕から挿入する中心静脈カテーテルです。他の中心静脈カテーテルより比較的簡単に挿入でき、挿入後、腕からの感染などのリスクも少ないのが特徴です。また管理方法によっては長期間にわたって使用できるカテーテルです。

担当者より

2023年度は、中心静脈カテーテルの使用率(比)は、昨年度とほぼ同等でした。感染症の発生率はやや減少し、CDCのNHSNのベンチマークと比較しても、下回っています。カテーテル別の感染率では、CVポートがやや高い傾向にあったため、2024年から、CVポートの皮膚消毒剤を見直しています。現在、CVポートの感染率は低下傾向にあります。これらの指標を基に、引き続き対策を検討し、さらなる合併症の予防に努めたいと思います。

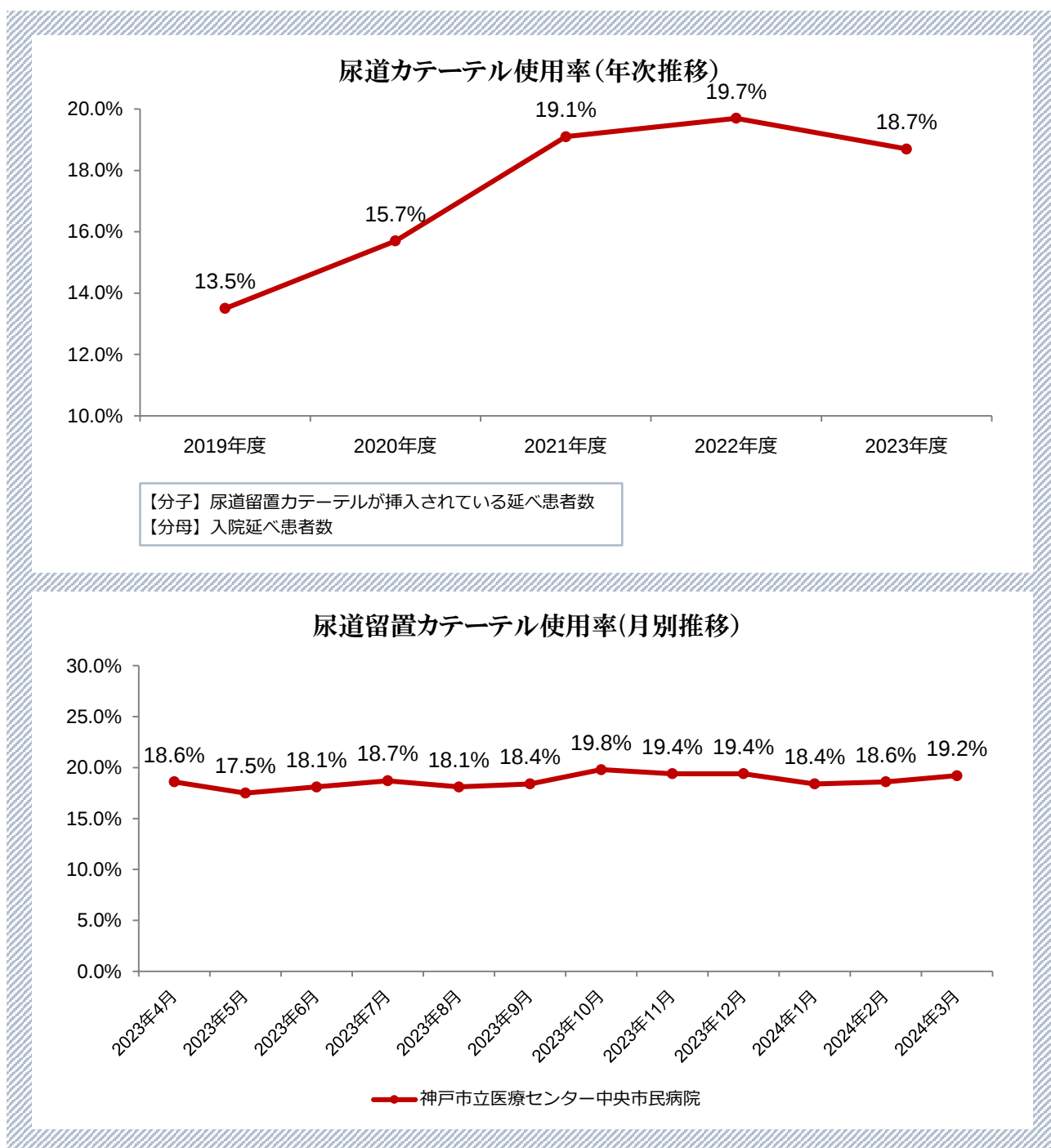
(看護部・感染管理室 小倉 明子)

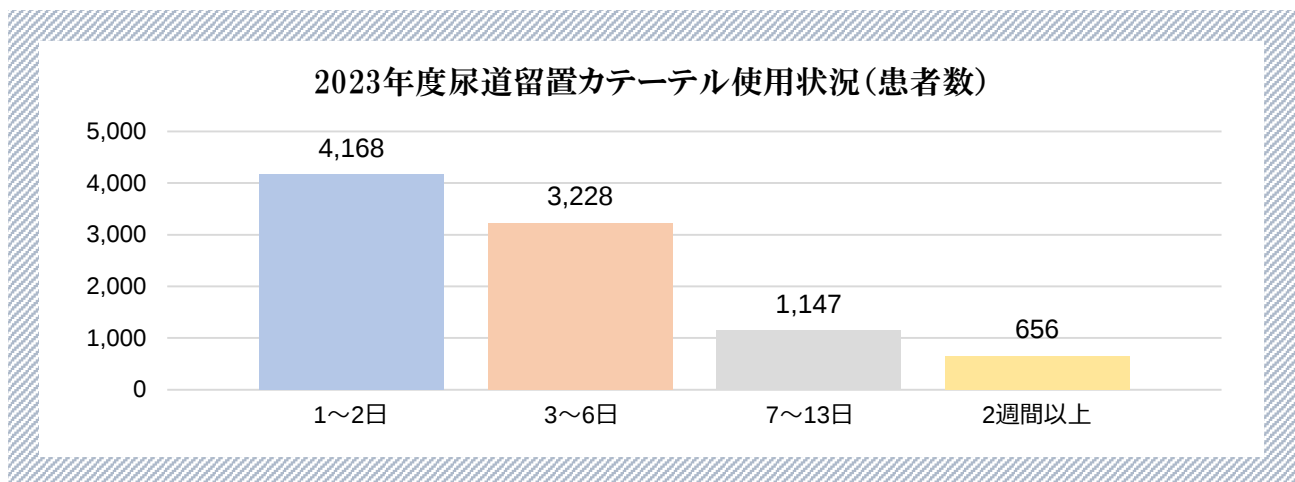
尿道留置カテーテルの使用率・症候性尿路感染症発生率

尿道留置カテーテル使用率

尿路感染症は医療関連感染の中で最も多く、そのうち尿道留置カテーテルによるものがほとんどを占めているといわれています。

本指標は入院されている患者さんのうち尿道留置カテーテルを使用した患者さんの割合を示しています。尿道留置カテーテル使用による尿路感染は、ハイリスク患者では膀胱炎、腎盂炎、敗血症に至ることがあるため、管理の徹底に努めています。

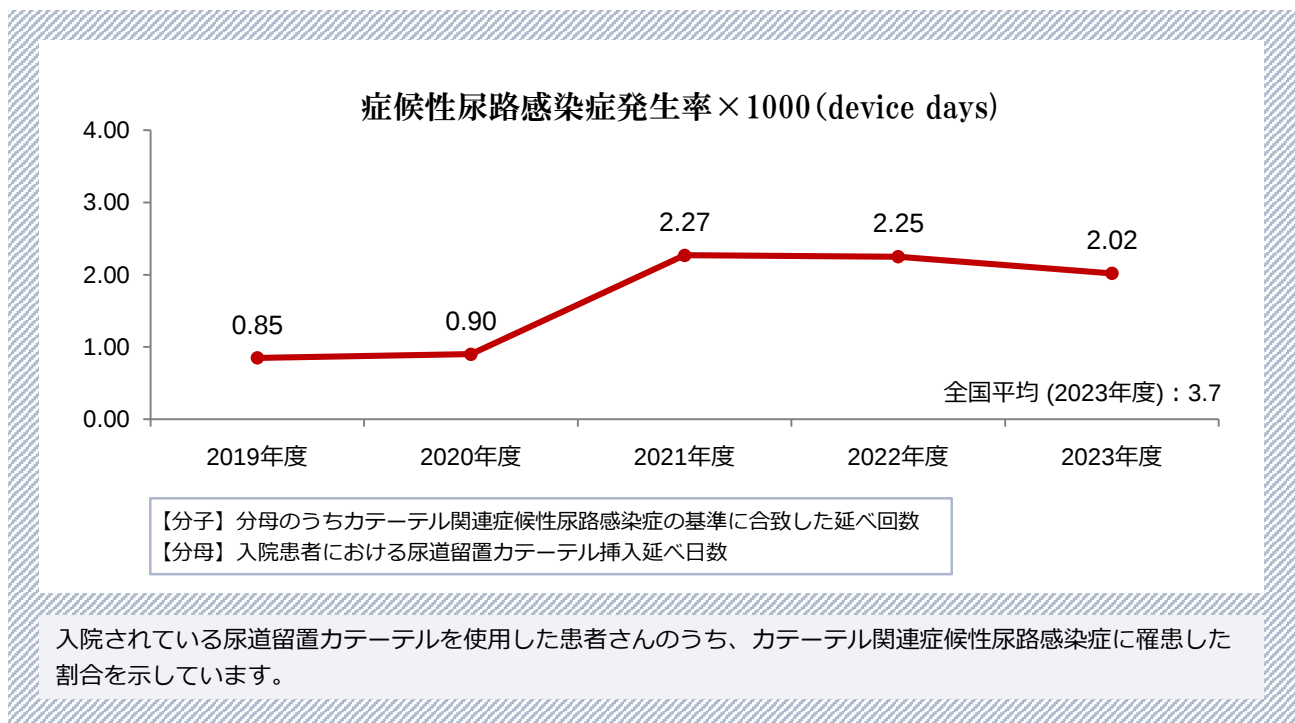




ほとんどの患者さんが1週間以内の使用となっていますが、7日以上のカテーテルを使用している患者数がやや増加しています。尿道カテーテルの挿入はカテーテル関連尿路感染症の要因になるため、できるだけ留置期間を短くすることが重要です。

症候性尿路感染症発生率

尿道カテーテルの安易な留置は、患者のADLを下げ、感染のリスクを増やします。特に高齢者では感染を起すとしばしば致命的となります。高齢者や亜急性～慢性期患者のケアの質の指標として、なるべく留置しないケアの実施、清潔管理が求められています。



※全国平均：日本病院会QI参加施設病床数500床以上の病院

担当者より

前年度と比較すると微減傾向であるものの、全国平均を超える尿路感染症が発生しています。要因として、当院の尿道カテーテル使用比が全国平均よりやや高いこと、また7日以上カテーテルを使用している患者の割合が多いことが影響していると推測されます。看護部感染対策委員会の協力を得て、尿道カテーテルが適応に基づいて留置されているか定期的に調査していますが、2023年度は約10%が適応外の留置でした。引き続き適応外の留置に関しては早期に抜去するよう指導し、感染防止に努めていきたいです。

(看護部・感染管理室 山本 達也)

急性期脳梗塞に対する治療までの時間

病院到着から血栓溶解療法開始までの時間 (Door to Needle Time)

病院到着から血管内治療開始までの時間 (Door to Puncture Time)

遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ (rt-PA) による静注血栓溶解療法は、発症4.5時間以内の急性期脳梗塞患者に対して第一に考慮すべき治療です。この治療の有効性は、発症から治療開始までの時間に依存しており、特に患者さんが病院に到着してからrt-PA静注を開始するまでの時間Door to Needle time (DTN) を短縮することが重要とされています。

また近年、脳主幹動脈閉塞を伴う急性期脳梗塞に対しては、カテーテルを用いた血栓回収療法 (血管内治療) の有効性が示され、標準治療として認められています。この治療の有効性も発症から再開通までの時間に依存しており、特に患者さんが病院に到着してから血管内治療を開始するまでの時間Door to Puncture time (DTP) を短縮することが重要とされています。

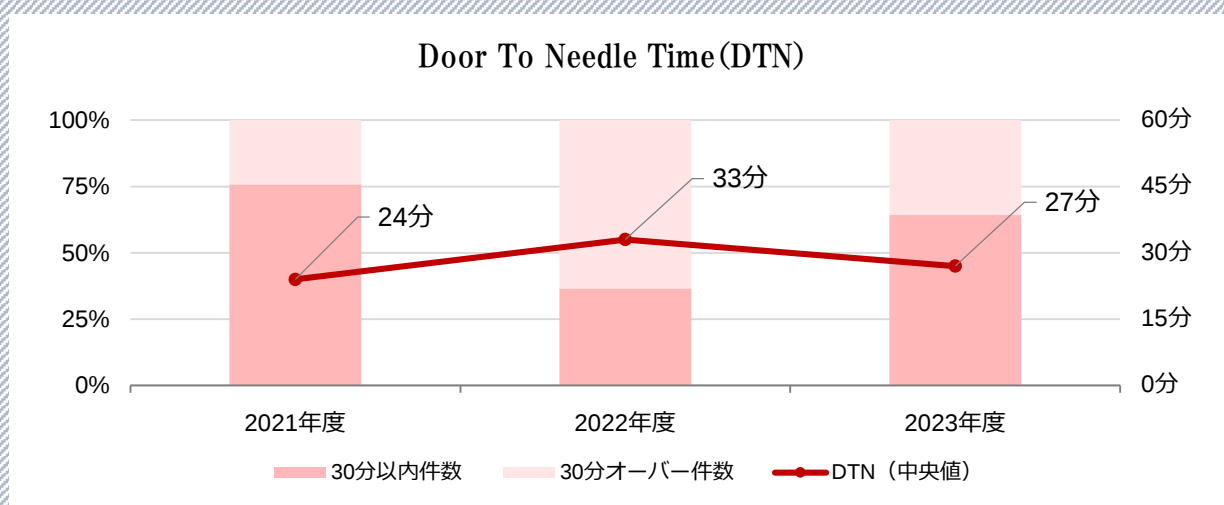
一般的に発症4.5時間以内の主幹動脈閉塞を伴う脳梗塞では、患者さんが来院してから診察を行い、頭部CT、CTアンギオグラフィーを撮影し、脳梗塞が疑われればまずrt-PA静注を行い、続いて主幹動脈閉塞があれば血管内治療へ向かいます。この時間経過の中でDTN、DTPの短縮を目指した診療体制の見直し、医療チームの連携強化が非常に重要となっています。

当院では、発症4.5時間以内の主幹動脈閉塞を伴う急性期脳梗塞例に対するDTN、DTPをQI指標として定め、それぞれ目標を30分、40分以内としました。これらは海外のガイドラインと比べてもかなり短い目標値ですが、チーム医療の実践により高い達成率を維持しています。

◆Door To Needle Time (DTN)

- 対象症例 = 血管内治療している症例（但し、治療前にMRIを撮影している症例は除く）
- DoorToNeedleTime = t-PA投与時刻 - 来院時刻

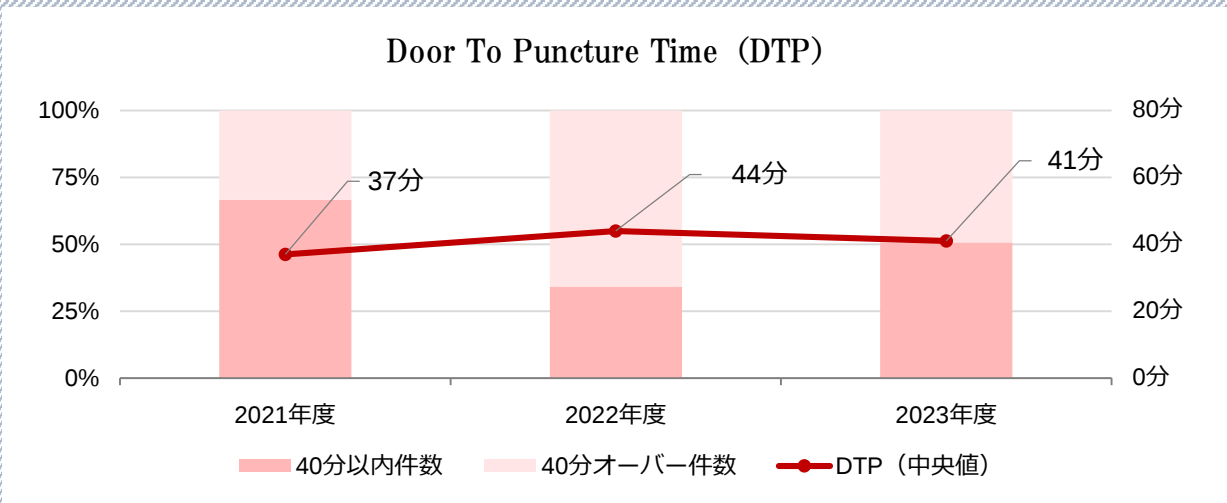
項目	2021年度	2022年度	2023年度
30分以内件数	25	15	27
30分オーバー件数	8	26	15
総件数	33	41	42
達成率（30分以内）	76%	37%	64%
DTN（平均値）	27分	38分	31分
DTN（中央値）	24分	33分	27分



◆Door To Puncture Time (DTP)

- 対象症例 = 血管内治療している症例（但し、治療前にMRIを撮影している症例は除く）
- DoorTo PunctureTime = 血管内治療開始（動脈穿刺）時刻 – 来院時刻

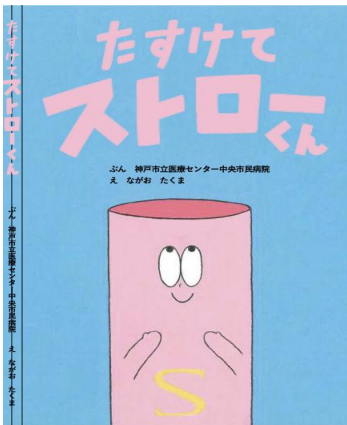
項目	2021年度	2021年度	2022年度
40分以内件数	38	25	35
40分オーバー件数	19	48	34
総件数	57	73	69
達成率（40分以内）	67%	34%	51%
DTP（平均値）	41分	48分	45分
DTP（中央値）	37分	44分	41分



「ストローくん」の絵本が完成しました！

ストローくんは当院オリジナルの脳卒中啓発マスコットです。これまで保育園への出張講座や市民講座、啓発資材などを通じて活躍してきましたが、このたびついにストローくんの絵本が完成しました。市内の小学校や図書館に寄贈しております。出張紙芝居も受け付けておりますので、ご希望の方はぜひ病院へご連絡ください。

動画もご覧いただけます→



担当者より

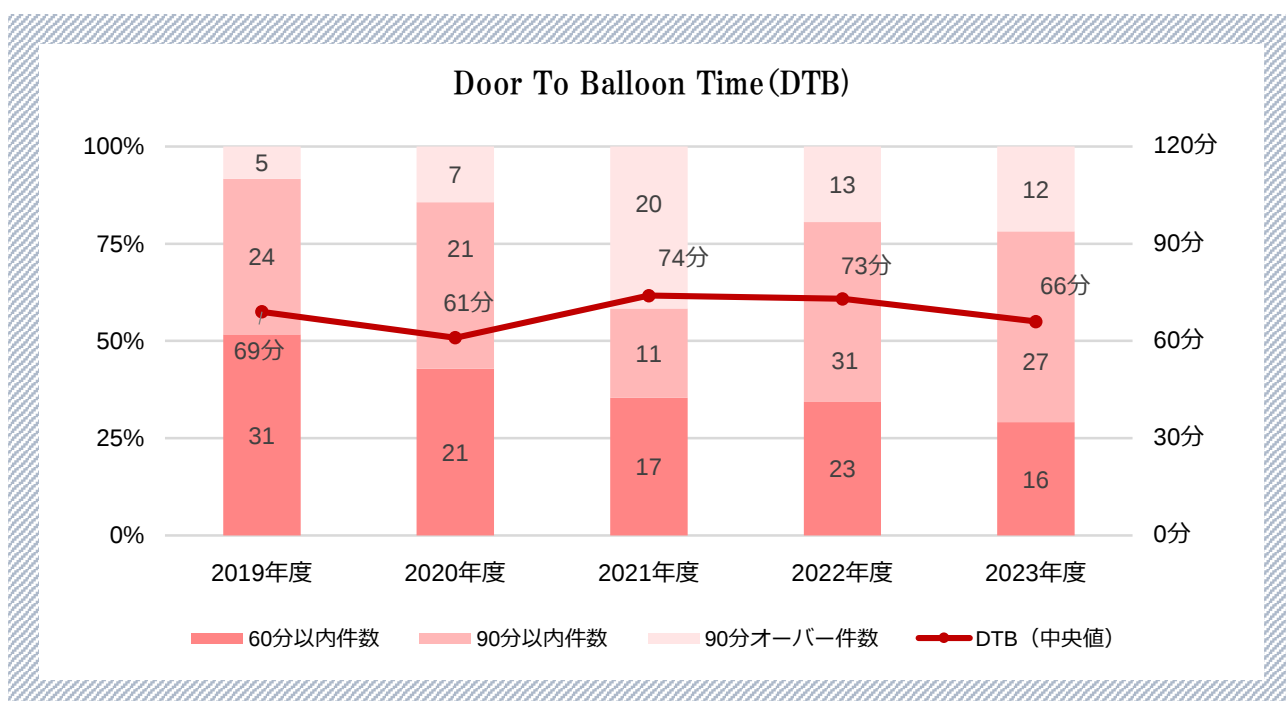
2023年度は前年度に比べ、DTN、DTPともに改善傾向となっています。しかし2021年度までに比べ、目標時間達成率は低下しています。2022年度から主幹動脈閉塞患者に対するテネクテブラーゼ（次世代tPA）の多施設共同臨床試験が始まっており、患者家族への説明と試験登録にある程度の時間を要することが一因とも考えられますが、チームの意識次第でもっと時間短縮できる部分もあるため、安全に留意しながら迅速な治療を目指したいと考えています。今後も皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

（脳神経内科医長 尾原 信行）

急性心筋梗塞患者 Door to Balloon Time

急性心筋梗塞のPCIまでの時間

急性心筋梗塞が発症してから、PCIを実施するまでの時間が早ければ早いほうが、治療のアウトカムが良くなることは、数々の研究で証明されています。そのため、「Door to Balloon time（当院到着からPCIで血流再開までの時間）が90分以内」という指標に加えて、「実施までの平均所要時間を何分以内に」という切り口で、各症例でどのくらいかかっているのか、どのような症例で遅延してしまうのかを、全ての症例で検証しています。これに加えて、患者さんが急性心筋梗塞を発症（onset）してから病院に来るまでの時間も調べることで、治療アウトカムとの関係性を調査中です。神戸での現状が分かれば市民、地域の先生方へ有用な情報を還元できるのではと期待しています。



患者数増加への対応

2022年春より心臓血管ハイブリッド手術室が稼働し、2024年にはTAVIを102件施行しました。手術件数は兵庫県第一位となり、他院で断られた治療難渋例を含め、遠方からも多数の患者様をご紹介いただいています。また僧帽弁逆流に対するカテーテル手術（MitraClip）だけでなく、胸腹部大動脈瘤に対するステントグラフト、心房中隔欠損、卵円孔に対するカテーテル閉鎖術や、左心耳閉鎖（Watchman）を提供しています。最先端の技術、装備、スタッフを揃え、兵庫県で心血管疾患の最後の砦となるよう日々邁進しております。超高齢社会となり、多くの診療科に通院が必要な、多数の合併疾患を有した心血管病患者さんが今後数多く当院へ来院されることとなります。困難な症例にも、当院の総合力で質の高い治療を提供できるような体制づくりが課題になってくると考えています。

担当者より

当院でのDoor to Balloon中央値は2023年度66分ですが、一部の患者さんで90分以内を達成できていません。達成できていない症例を後方視的に振り返ると、蘇生行為や気管挿管、画像検査が冠動脈造影前に必要な、complexな症例が多く認められました。ホットライン等を活用した紹介医や救急隊との連携、および救急外来での初療をより迅速にできるよう努力していく必要があります。最近では発症時間から再灌流までの総虚血時間がより重要とされています。

現在、総虚血時間と治療アウトカムとの関連性を調べており、一般市民に対する循環器疾患の啓蒙活動にも取り組んでいきたいと考えております。

（循環器内科医長 谷口 智彦）

静脈血栓症(VTE)の予防対策実施率とVTE発症率

2004年2月に「静脈血栓塞栓症(肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症)予防ガイドライン」がわが国で初めて公表されました。同年4月に「肺血栓塞栓症予防管理料」が保険診療として算定できることになり、その結果、弾性ストッキングや間歇的空気圧迫法が周知徹底され、さらには新規抗凝固薬が日本人のエビデンスに基づいて保険適用されたことなどが影響し、今や入院患者のVTE予防は全国に広く浸透しています。

しかし、VTE患者に対する予防対策は広まっているものの、当院では、全ての入院患者にVTEが潜在しているのではないかと考え、入院患者全体に対する発症率や予防対策実施率の経過を調査していくことにしました。

○手術患者(静脈血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術患者 全自病指標

件数／割合率(%)		2021年度	2022年度	2023年度
分子	予防実施患者数	2,247	2,333	2,350
分母	手術患者数	2,417	2,508	2,498
割合	予防実施率(%)	93.0	93.0	94.1
VTE発症患者数		8	10	7
VTE発症率(%)		0.33	0.40	0.28
DVTリスク評価登録数		1,880	1,853	1,899
DVTリスク評価登録率(%)		77.8	73.9	76.0

【分母】肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者数 *1
 【分子】分母のうち静脈血栓塞栓症予防管理料算定(弾性ストッキングの着用または間歇的空気圧迫装置の利用)あるいは抗凝固療法が実施された患者数
 *1 『肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症の予防ガイドライン』に準じて抽出されたリスクレベルが「中」以上の手術

○全入院患者(ただし、VTE加療目的の入院患者はのぞく) 病院独自指標

件数／割合率(%)		2021年度	2022年度	2023年度
分子	予防実施患者数	11,158	13,144	13,532
分母	入院患者数	18,715	19,477	19,846
割合	予防実施率(%)	59.6	67.5	68.2
VTE発症患者数		164	167	231
VTE発症率(%)		0.88	0.86	1.16
VTE発症者で予防実施患者数		149	164	224
VTE発症者の予防実施率(%)		90.9	98.2	97.0
DVTリスク評価登録数		8,314	9,308	9,919
DVTリスク評価登録率(%)		44.4	47.8	50.0

【分母】全入院患者数(ただし、VTE加療目的の入院患者はのぞく)
 【分子】分母のうち肺血栓塞栓症予防管理料算定(弾性ストッキング着用または間歇的空気圧迫装置利用)あるいは抗凝固療法が実施された患者数
 【VTE発症数】DPCの入院後発症病名に肺血栓塞栓症(PE)または深部静脈血栓症(DVT)が記録されている患者数

担当者より

入院中の静脈血栓塞栓症(VTE)は、すべての診療科の入院患者に起こりうる合併症であり、またその重篤性からも発症の予防に努めることは非常に重要です。年を追うごとに全入院患者の予防実施率やリスク評価登録率は上昇しており、院内の啓発や各科の取り組みの効果が出ていと言えます。

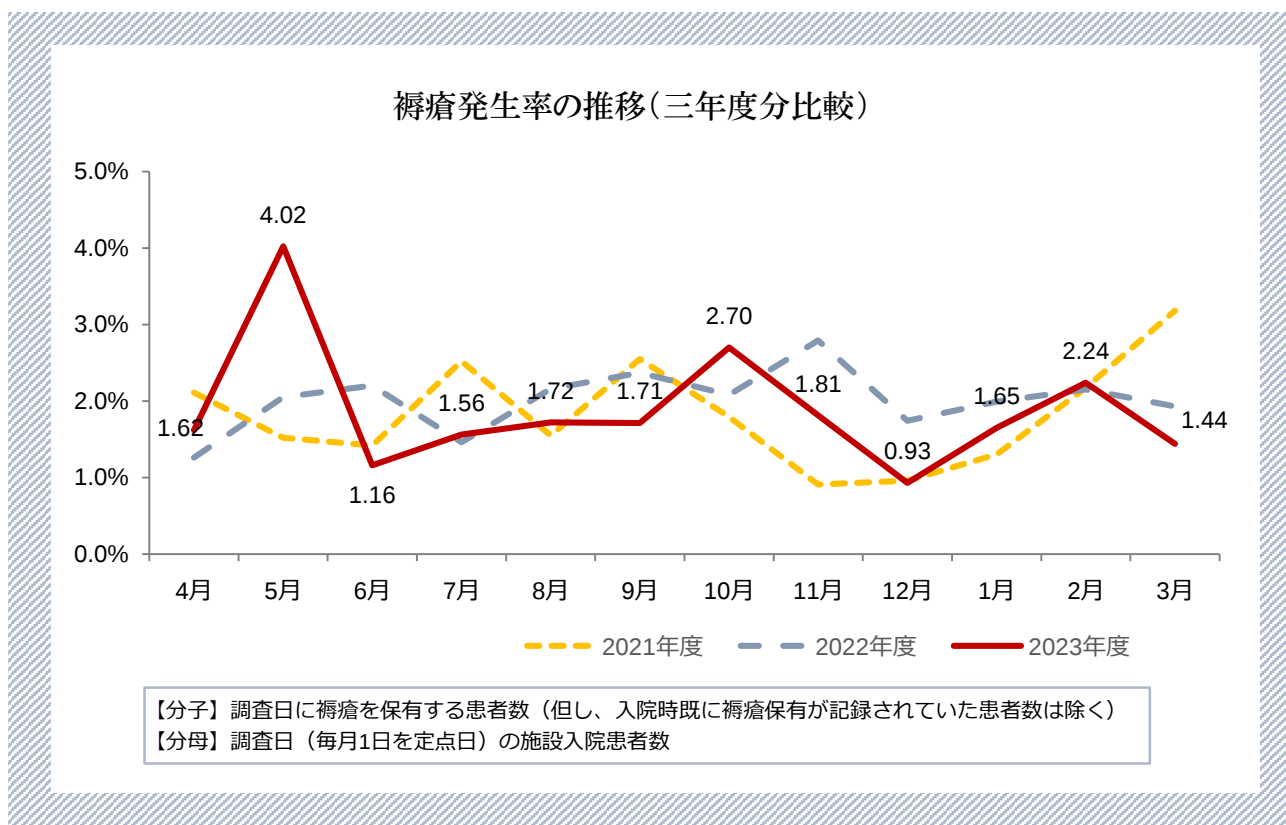
(脳神経内科医長 尾原 信行)

褥瘡対策の実践

褥瘡とは、同じ部位に体圧が長時間加わることにより、その部分の血行不良によって皮膚・皮下組織が損傷することです。その発生率は患者看護の質を測る重要な評価の一つとなります。

当院では、皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCN)という専門の看護師が中心となり活動をしています。

当院では、褥瘡評価に、日本褥瘡学会のDESIGN-R® (褥瘡経過評価用) を用いています。



DESIGN Depth深さ (深達度)

創内の一番深い部分で評価、また、改善に伴い創底が浅くなった場合はこれに相応する深さとして評価し、DUを加えた7段階に区分する。なお、Uは判定不能 (unstageable) の頭文字。

軽症

- d**
- 0 皮膚損傷・発赤なし
 - 1 持続する発赤
 - 2 真皮までの損傷

褥瘡ではない！

重症

- D**
- 3 皮下組織までの損傷
 - 4 皮下組織を超える損傷
 - 5 関節腔、体腔に至る損傷
- U** 深さ判定が不能の場合

【分子】 調査日に褥瘡を保有する患者数 (但し、入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数は除く)
 【分母】 調査日 (毎月1日を定点日) の施設入院患者数

褥瘡の色や深さなどの状態を正しく判断することで、適切な対処につながります。医療関係者のみならず、ケアをする家族も重症度の基準を理解することが大切となっています。

まずは基本的な基準を改めて確認することで、医療関係者にとっても、家族にとっても、安全なケアへ結びつくことを意識しておく必要があります。



担当者より

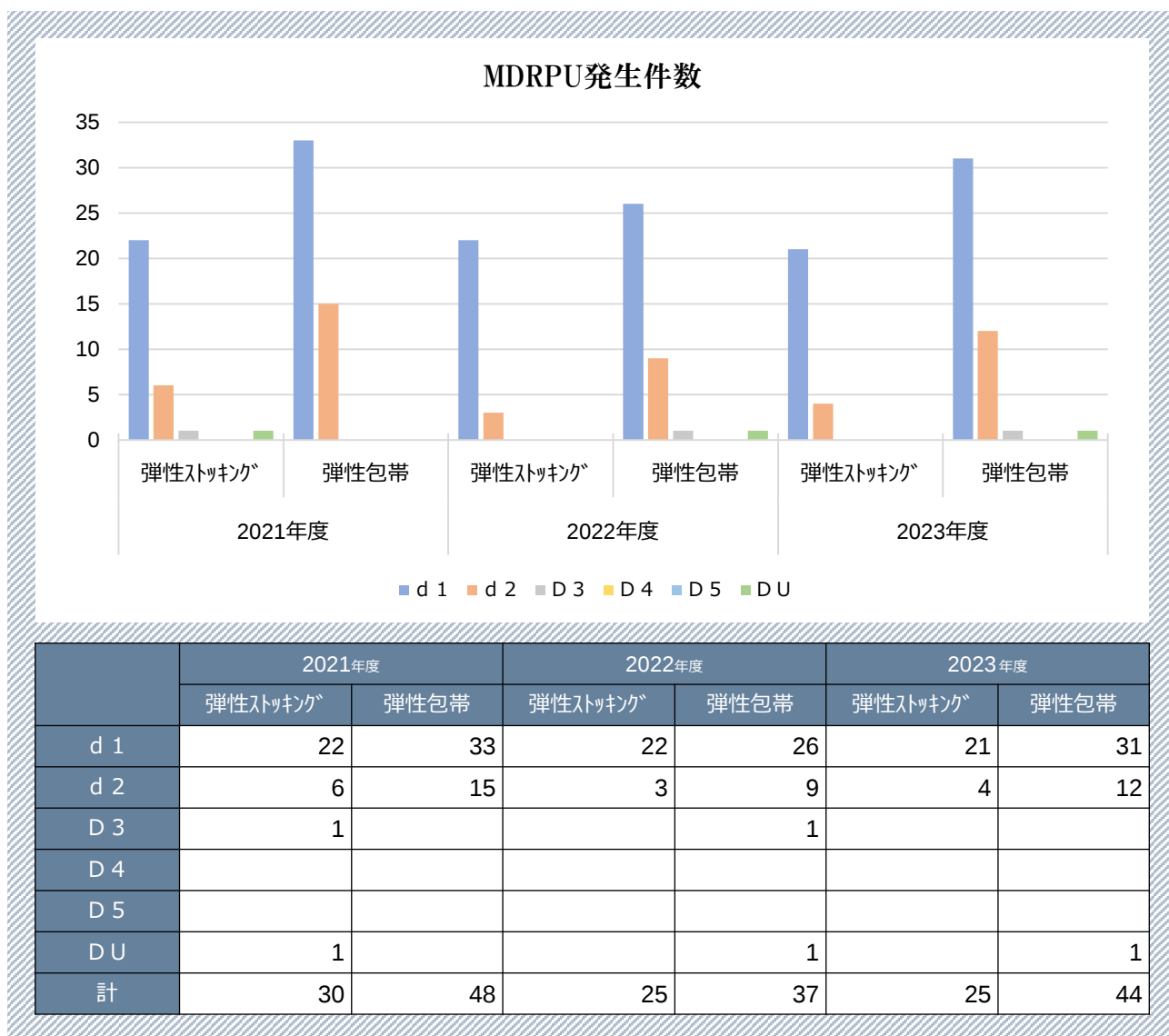
褥瘡予防ケアに取り組んできましたが、褥瘡発生率はやや下がっているものの、発生件数については減少がみられておらず、結果に結びついていないのが現状です。次年度も、引き続き褥瘡予防ケアに力を入れ、管理者にも協力を得ることで、全スタッフが統一した褥瘡予防ケアを実施できることを目指していきます。

（看護部・褥瘡対策チーム）

MDRPU発生件数

MDRPUとは、医療機器の使用により肌が圧迫されてできる創傷です。当院において、弾性ストッキング・弾性包帯によるMDRPUの発生が年々増加しています。特に、虚血肢やるい瘦で骨突出著明なMDRPUハイリスク症例に、弾性ストッキング・弾性包帯を着用してMDRPUが発生した場合は、デブリードマンを要したり、下肢切断が検討された症例もあります。

MDRPUを発生させないためには、MDRPUの発生要因を正しく理解し、予防することが重要となってきます。



担当者より

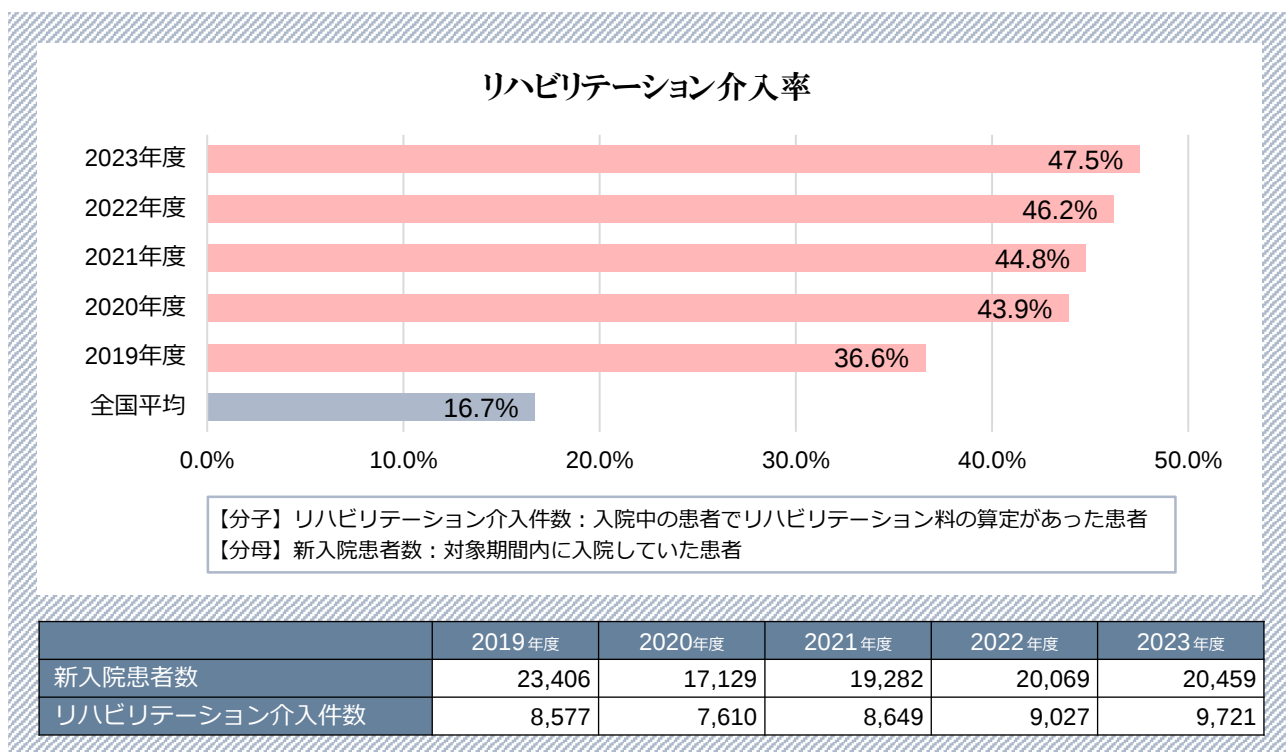
MDRPUの件数についても、減少していません。特に弾性包帯での発生件数が多く、次年度は弾性包帯での発生件数を減少させるためデバイスの正しい選択、使用方法を再度全スタッフへ啓蒙していきます。

(看護部・褥瘡対策チーム)

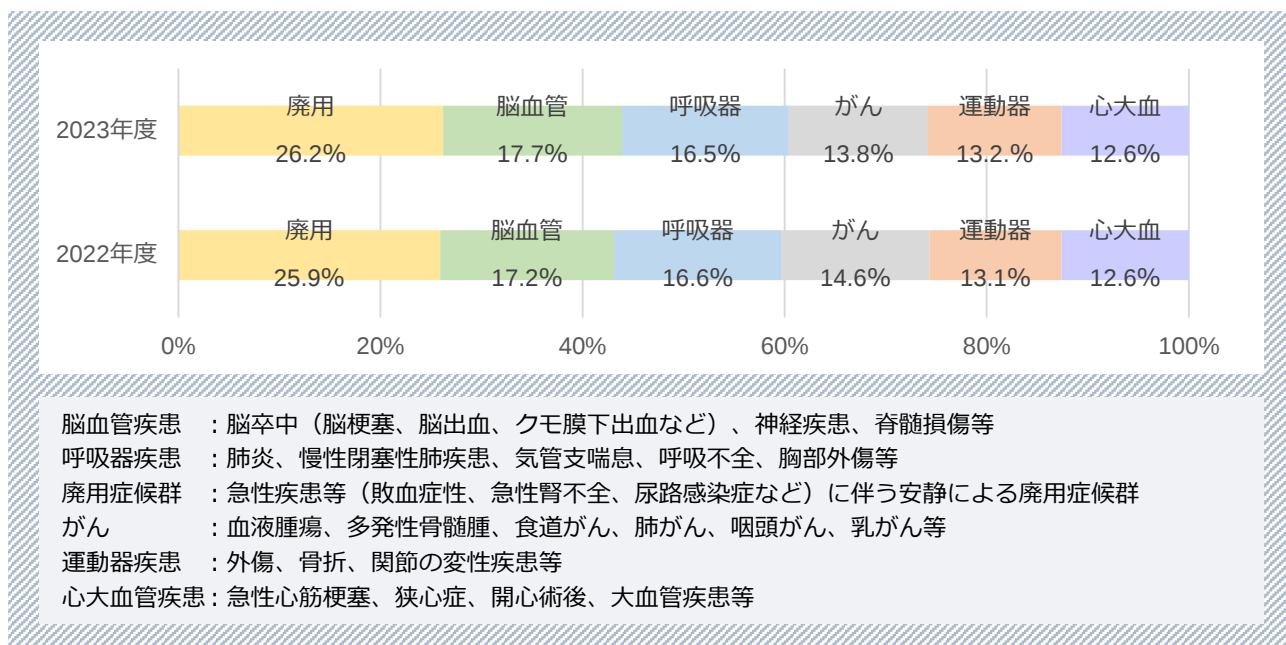
リハビリテーション介入率

急性期病院では平均在院日数が短く、当院も10日前後で推移しています。リハビリテーション介入率は早期介入がどの程度できているかの指標であり、この指標を上げることで通常リハビリが想定される疾患以外の疾患に対しても、必要に応じて早期からリハビリが提供できていることにつながると考えています。全国的に急性期の基幹病院でのリハビリ介入率は高くない（16.7%）現状ですが、2023年度の当院の介入率は目標の30%を大きく超えて、47.5%となりました。今後もスムーズな転院、退院に向けて、早期からリハビリ介入し、ADL低下及び廃用の予防を行うことが重要となります。

1日あたりの全入院患者のうち、リハビリテーションを処方されている割合は80%を超えており、積極的にリハビリテーションを実施しています。



○疾患別介入割合(各疾患別介入件数／全体の介入件数)



○フレイル・サルコペニアに関する入院時の評価記録件数

対象期間	サルコペニア・ フレイル全体評価件数	サルコペニア 評価数	該当 あり	該当 なし	フレイル 評価数	フレイル	プレ フレイル	なし
2023年度	4,182	3,945	1,266	2,679	3,437	2,114	983	340
2022年度	4,538	4,285	1,227	3,058	3,400	1,968	1,080	352

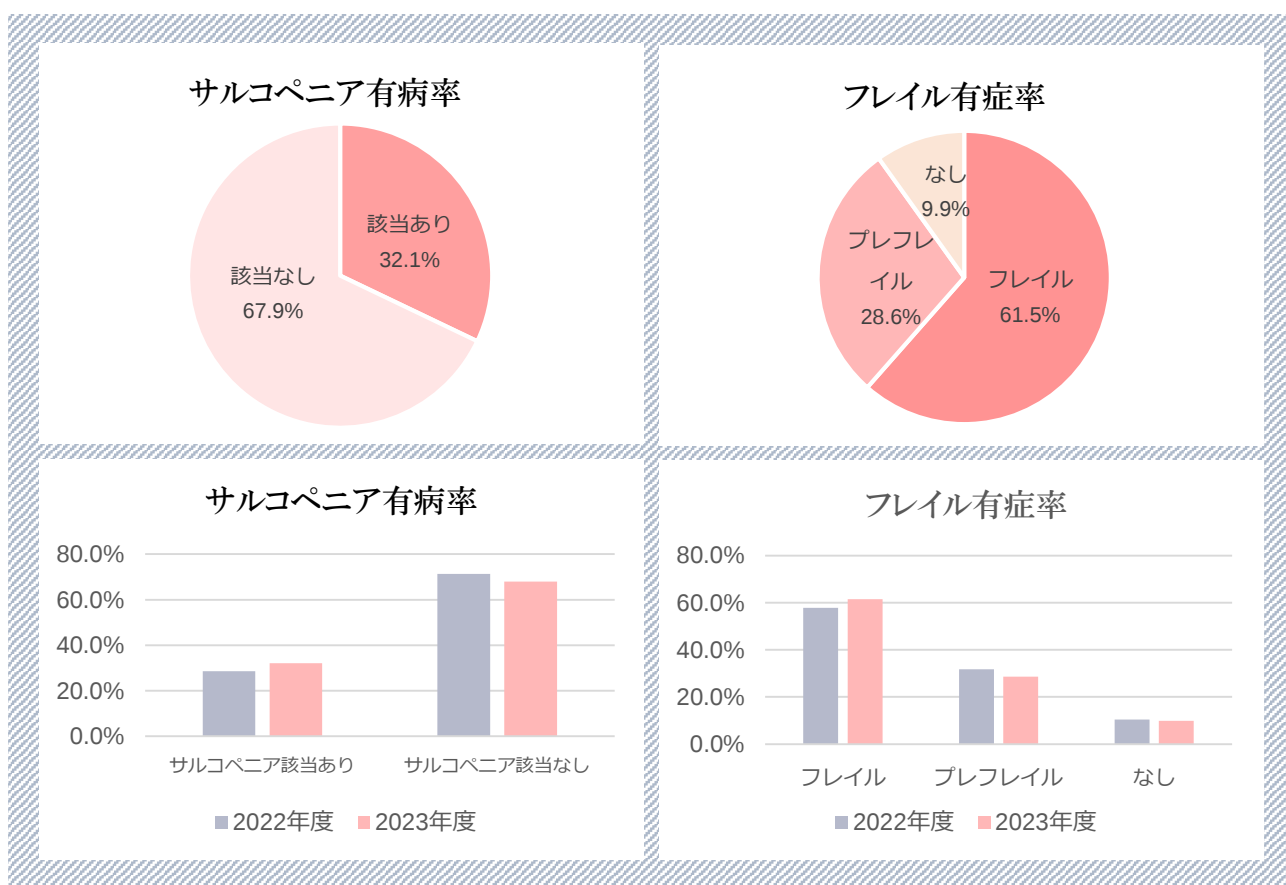
当院ではリハビリの処方が出た患者には、**全例** サルコペニアとフレイルの評価をしています。

現在、健康寿命（援助が必要ない・要介護状態でない期間）を延伸させるために国を挙げた取り組みが行われています。そこでもフレイルとサルコペニアへの対策が重要視されています。

フレイルやサルコペニアは、「適切な対応を取れば回復することができる。できるだけ早期に発見して対応することが大切だ」と言われています。

フレイル・・・加齢に伴い身体の予備能力が低下し、健康障害を起こしやすくなった状態。

サルコペニア・・・筋肉量が減少し、筋力や身体機能が低下している状態。



担当者より

フレイル・サルコペニアを有する患者は再発・再入院のリスクが高まるということがわかっています。当院でリハビリを実施した年間約10,000名のうち約6,500名（約65%）の患者は退院後にリハビリを継続できておりません。神戸市では65歳以上のフレイルは約36,000人といわれており、中央市民病院を退院した患者が多く含まれると考えられています。

今後は地域医療連携センター・神戸市と連携し、フレイル・サルコペニア患者の退院後のサポートに取り組んでいきたいと考えております。

（リハビリテーション技術部 技師長代行 岩田 健太郎）

QI Quality Indicator

医療の質改善活動 神戸市立医療センター中央市民病院の取り組み

2025年3月1日発行

監修 QIワーキング

編集 QIワーキング

協力 臨床研究推進センター研究推進部門学術研究推進部

QI ワーキンググループ

リーダー 猪熊 哲朗 尾原 信行

事務局 高田 三奈子 細谷 吉央 小川 千春 大森 茂樹

委員 谷口 智彦 宮越 千智 土井 朝子 松田 耕平 末神 純子 田中 真咲 東 祐子 小倉 明子
久米 学 岩田 健太郎 奈須 聖子 菅沼 直生子 金中 宏江 田爪 日菜 小前 哲治



地方独立行政法人 神戸市民病院機構
神戸市立医療センター中央市民病院
Kobe City Medical Center General Hospital