

QI Quality Indicator 2020

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

はじめに

巻頭のことば

冊子刊行にあたって

病院概要

COVID-19診療体制

- ①救急車の応需率
- ②患者満足度調査
- ③血液培養実施時の2セット実施率
- ④1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
- ⑤脳梗塞入院1週間以内リハビリ強度
- ⑥肺炎患者の再入院率*
- ⑦心不全患者の再入院率*
- ⑧中心静脈カテーテルの使用率・合併症発生率*
- ⑨尿道留置カテーテルの使用率・症候性尿路感染症発生率
- ⑩脳梗塞・脳塞栓患者*
 - ・ Door To Needle Time (DTN)
 - ・ Door To Puncture Time (DTP)
- ⑪急性心筋梗塞患者*
 - ・ Door To Balloon Time (DTB)
- ⑫静脈血栓塞栓症 (VTE) の予防対策実施率とVTE発症率*
- ⑬褥瘡対策の実践*
- ⑭リハビリテーション介入率 *
- ⑮検査予約待ち日数*
- ⑯呼吸器/消化器感染症で入院した小児患者への抗菌薬使用状況*

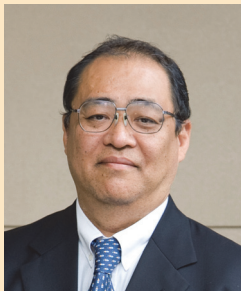
*番号の⑥⑦⑧⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯は病院独自の指標になります。

巻頭のこたば

今年度より橋田亨先生の後任としてQIワーキングリーダーを務めることになりました主席副院長、脳神経外科の坂井信幸です。グループリーダーの尾原信行先生とともに積極的に活動していきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。

Quality Indicator (QI) は「医療の質を評価する指標」のことで、実践している医療を適切な視点で評価し、それを公表することにより客観的評価を受けて医療の質の改善に繋げることを目標に多くの施設で活用されています。私と尾原信行先生の専門の脳卒中医療分野では、有効性が科学的に証明された組織プラスミノゲン活性化因子(rt-PA)静注療法を広く行うために、常時この医療を提供する医療機関を一次脳卒中センター(Primary Stroke Center, PSC)と認定し公表する事業が米国で2000年から始まりました。その認定にあたっては、設備、人員などの体制に加えて、医療の質の向上が求められており、「患者データベースの構築と常に治療と患者転帰を確認する」ことが必要とされました。中でも「病院到着からrt-PA静注開始までの時間 (door to needle, D2N)」は、救急受け入れ、患者観察、画像診断、治療適応決定、薬剤準備と投与が総合的に反映される重要な指標 (QI) であり、その短縮が患者転帰の改善に効果を示すことがこれまでの研究で判っています。目標は40分以内とされ、PSCにはその達成率をモニターすることが求められています。当院では、D2Nに加え、2015年に有効性が確認された機械的血栓回収療法のQIである「病院到着から機械的血栓回収療法開始 (動脈穿刺) までの時間 (door to puncture, D2P)」を全例でモニターしています。日本脳卒中学会では2020年からPSCの認定を開始しましたが、日本脳卒中学会では全てのPSCにD2NとD2Pの平均値、中央値の報告を義務づけており、日本中の脳卒中センターの標準的QIとなっています。

当院のQIワーキングの活動は、2013年に日本病院会のQI推進事業に参加した時に始まりました。2014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。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解析し、指標の推移の確認とどう改善するかを議論し、その結果を公表してきました。この程、2020年度のデータがまとまりましたので、関係各位にお示しいたします。2020年は新型コロナウイルス感染症が世界中で拡散した年でした。災害に例えられる大きなできごとで病院全体が大きな影響を受けたため、各指標にも大きな変化が見られています。これまでと単純な比較はできませんが、当院のデータの経年的変化、改善に向けての取り組み、今後の展望を共有させていただきたいと思っております。このような状況であるからこそQI活動の継続は重要です。多くの皆様にQI活動に関心をお持ちいただき、一緒に医療の質の改善に取り組んでいただきたいと思います。



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
脳神経外科部長 坂井 信幸

冊子刊行にあたって

QI Quality Indicator

今年度より北井豪先生の後任としてQIワーキンググループリーダーを務めることになりました脳神経内科の尾原です。どうぞよろしくお願い致します。

Quality Indicator (QI) は、“医療の質を評価する指標”であり、我々が普段提供している医療が見える化し、客観的評価を可能にすることで、医療の質の改善につなげることを最大の目的としています。

私がQIに興味を持ったきっかけは、2013年米国留学中に知ったTarget; Strokeという取り組みです。米国では脳卒中や循環器病においてQI指標を盛り込んだレジストリが広まっており、脳卒中センターなど施設認定にもQIの高い達成率が求められます。その中で脳梗塞患者の病院到着から血栓溶解薬静注までの時間（Door to Needle time : DTN）短縮を目標に始まったのがTarget; Strokeキャンペーンで、DTN短縮のために有用な戦略が示され、優秀なDTNを達成した施設には社会的報奨が与えられました。その結果、Target; Stroke開始後に全米のDTNは60分以内50%以上という目標が達成され、さらに患者の院内死亡率が低下し転帰も改善したことが証明されました。このようにQIを分析して見つけた課題に対して目標を設定し、改善策を実行し効果を検証していくことで結果的に医療の質が改善していく好循環に感銘を受けました。

当院では2013年にQIワーキングを立ち上げ、日本病院会のQI推進事業に参加を始めました。翌年には全国自治体病院協議会の医療の質の評価・公表等推進事業に参加し、これまで8年間のQIデータが蓄積されています。また、これらの指標の他にも、当院独自の指標を取り入れて解析しています。ただQIを測定して公表するだけでは意味がなく、必ずそこで課題を見つけ改善に取り組むこと、そしてその改善が患者にも病院にも有益であることが重要だと考えています。

本冊子は2020年度のデータを解析したものになりますが、この1年はCOVID-19の感染拡大により病院全体が大きな影響を受けており、各指標にも大きな変化が見られています。このため、前年の数値との単純な比較はできませんが、このような状況下でもQI活動は継続しており、当院のデータの経年変化やこれまでの改善に向けての取り組み、今後の展望を共有させていただければと思います。そしてより多くの皆様にQIについて知っていただき、医療の質の改善につながる提案をしていただければ幸いです。

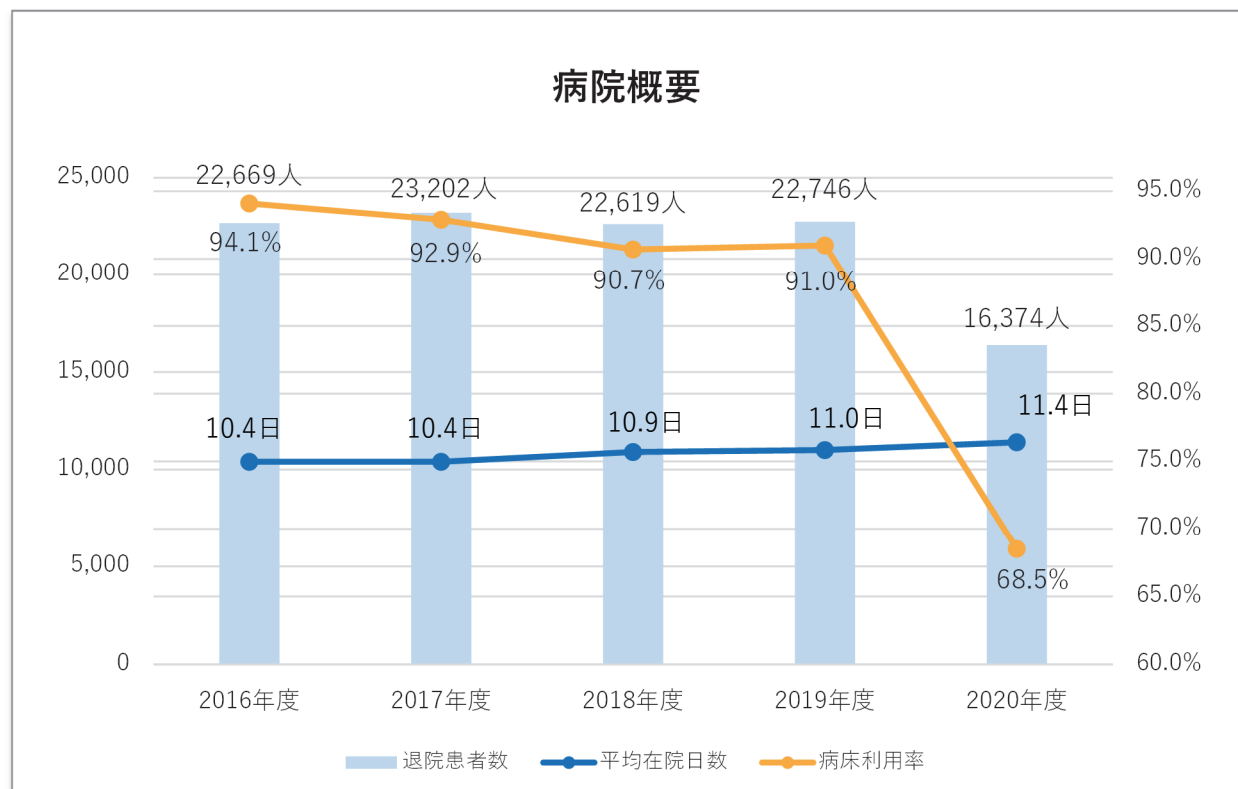


神戸市立医療センター中央市民病院
QIワーキンググループリーダー
脳神経内科医長 尾原 信行

病院概要

2020年の病院指標については、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大により、病院全体が大きな影響を受けました。院内感染及び重症患者の受け入れのため、救急受入、入院、外来、手術の制限を行ったことにより、特に4月から6月の期間において患者数が大きく減少しました。その後、新型コロナウイルス感染症病棟の運用等院内の体制を整備しましたが、第2波、第3波への対応もあり、2020年度の退院患者数は前年度より6,372人の減少、病床利用率は22.5%低くなっています。

このような特殊な診療状況下にあっては、前年度との単純な数値の比較は難しいですが、COVID-19の診療及び圧迫を受けたが維持できた診療についても重要な情報であるという視点で見ていくことは可能であると考えられます。



	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
退院患者数	22,669人	23,202人	22,619人	22,746人	16,374人
平均在院日数	10.4日	10.4日	10.9日	11.0日	11.4日
病床利用率	94.1%	92.9%	90.7%	91.0%	68.5%

COVID-19診療体制

2020年3月3日に神戸市内で初めて新型コロナウイルスの感染者が確認されて以降、2021年9月1日時点での神戸市内の延べ感染者数は23,000名を超えています。

当院では神戸市からの病床確保の依頼・要請に基づき、神戸市内で唯一の重症患者に対応する特定病院として兵庫県の指定を受け、外来では帰国者・接触者外来を設置するとともに、入院については重症・中等症を中心に新型コロナウイルス感染症患者の受入に対応しています。

2020年11月9日には全国で初めてすべての病床で重症患者の受け入れが可能な臨時病棟（36床）の運用を開始しました。感染症対応病棟を本館と分離することで、新型コロナウイルス感染症患者への治療と当院における高度医療の提供を両立し、神戸医療圏における市民の安全を継続的に確保します。

新型コロナウイルス感染症病棟（臨時病棟）

（1）建物

①病床（全 36床）

- ・重症個室 14 床（集中治療室（ICU）機能を備えた病床）
- ・中等から重症病床 22 床（個室 2 床、4 床室 20 床）
- ・全床にて重症患者対応可、全室陰圧対応

②初療室 1 室、スタッフステーション、資材保管スペース等

③臨時病棟に隣接してCT撮影室、PCR検査室を設置

（2）主な医療機器

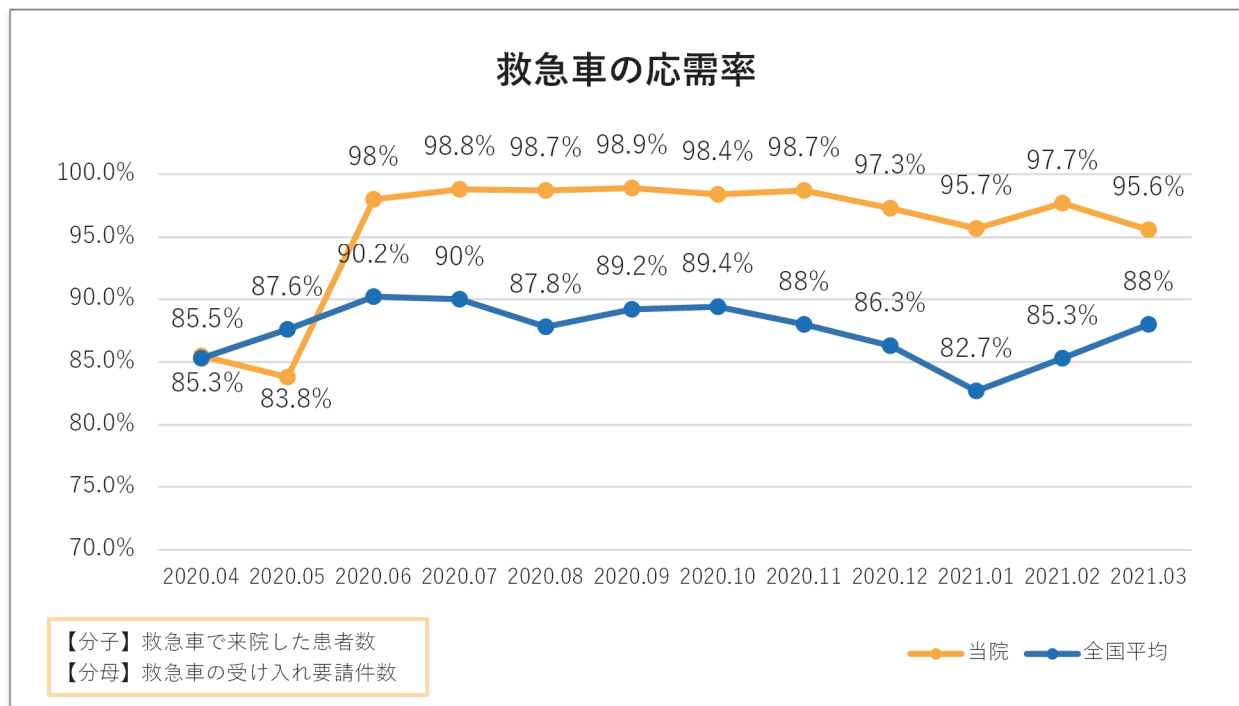
- ・人工呼吸器（全床配備）、血液浄化装置（透析）2 台、遠隔モニタリングシステム（個室全床、4 床室は 2 床に 1 台）、人工心肺装置（ECMO）1 台等



救急車の応需率

2020年は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大による院内感染、重症コロナ患者の受け入れ等のため、通常救急の一部受入制限を行ったこともあり、特に4月から5月にかけて低い数値を示しています。

6月以降も第2波、第3波への対応に迫われましたが、臨時病棟の運用等診療体制を整備し、兵庫県における「新型コロナウイルス感染症重症等特定病院」として、同感染症の重症患者を受け入れるとともに、地域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、市民の「**最後の砦**」として安全で安心な医療の提供に努めました。



※全国平均：日本病院会に参加する病床数500床以上の病院

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
救急車で来院した患者数	112	93	440	638	665	538	662	603	567	644	558	633
救急車の受け入れ要請件数	131	111	449	646	674	544	673	611	583	673	571	662

コメント

2020年、神戸市全体の救急車応需率（交渉1回目転院搬送を除く）は前年の82.8%から78.9%に低下しました。コロナ禍の中、発熱、呼吸苦等疑似症例の不応需が増えたためです。

我々は、2020年の殆どの期間と現在に至るまで、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、重症コロナ診療に注力しました。しかし、コロナ用病床を46床に拡充しても、市内すべての重症患者さんをお引き受けすることはできませんでした。夜間休日の引受先がないという救急医療の課題が、この非常時で明るみに出たものと考えます。コロナは我々が何をやるべきかを示しています。

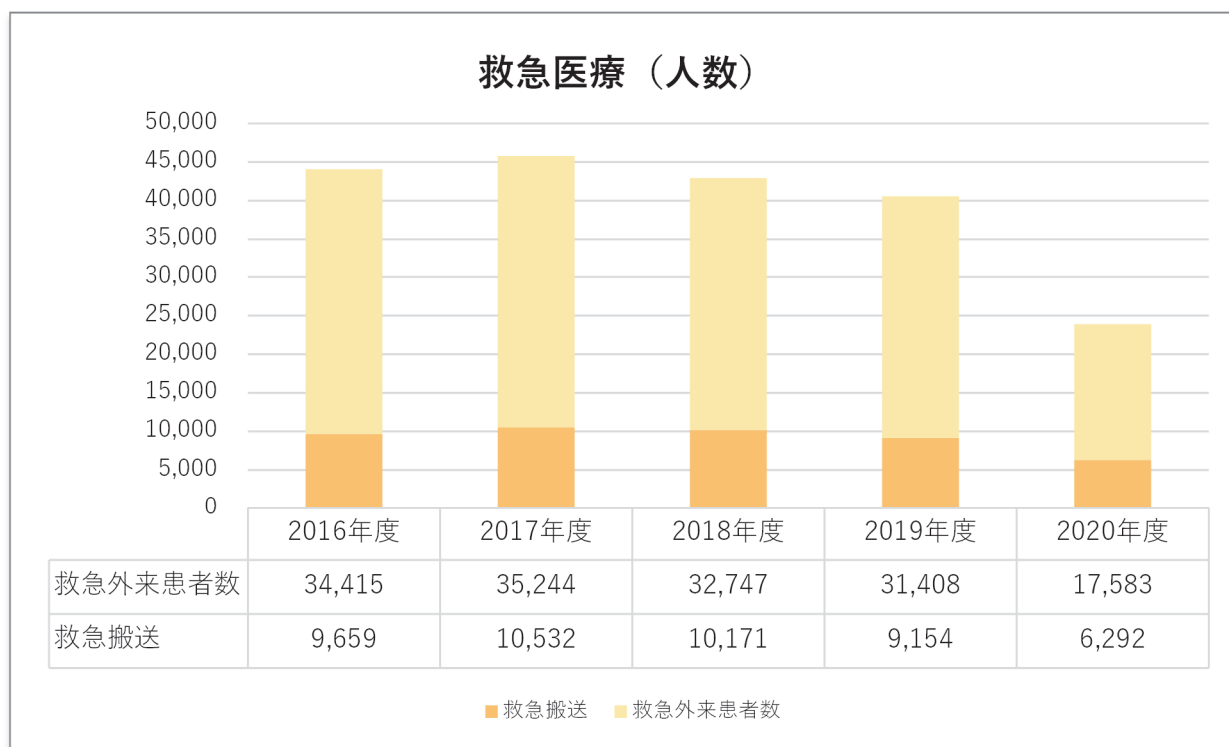
救急医療を充実させ地域全体で取り組むことが、現在のような災害対応に役立つことは自明の理です。皆様とともに百尺竿頭に一步を進む努力を続けます。

(救命救急センター長 有吉 孝一)

◆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3年3月30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2年）』において、当院の救命救急センターが全国295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**7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2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）のうち、新型コロナウイルスの影響により除外する項目を除き、すべてにおいて高得点を獲得し、充実段階評価において最高の『S』評価をいただくことができました。



患者満足度調査

当院では、毎年入院、外来患者に対して、患者満足度調査を実施し、患者サービスの向上に取り組んでいます。2020年度の調査では、「満足」と「やや満足」を合わせた満足度は9割を超えており、大半の人が現状に満足されていました。

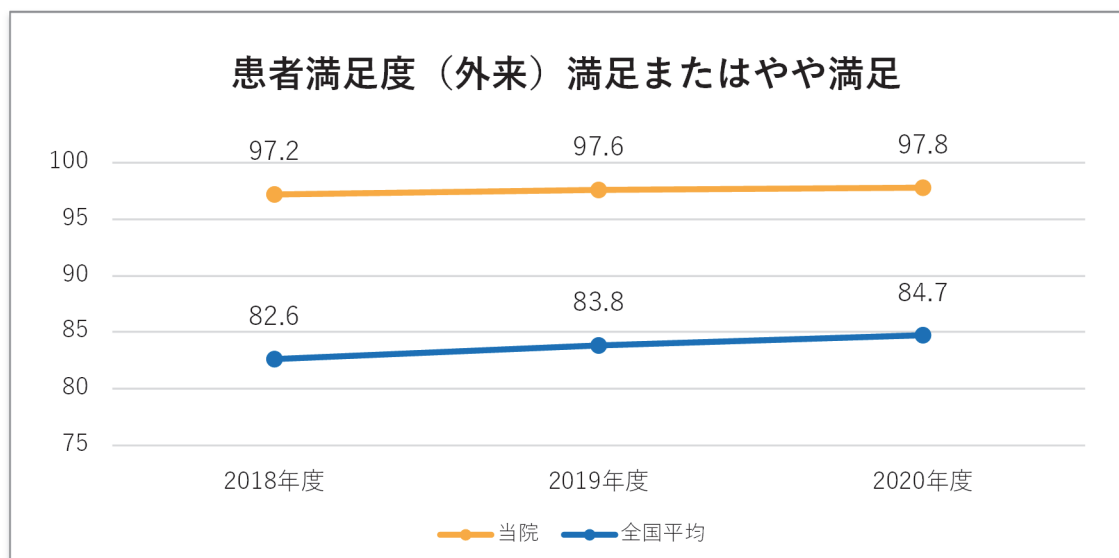
地域における役割や特徴等により、利用者からの評価も変わるため、一概に施設間の比較は難しいですが、経年の変化は施設の運営上重要であり有用な指標といえます。

病院スタッフへの励ましの言葉の項目では、コロナ禍での業務に対する感謝やねぎらいの言葉が非常に多くみられました。

外来

実施期間：2020年11月16日(月)～2020年11月20日(金) 5日

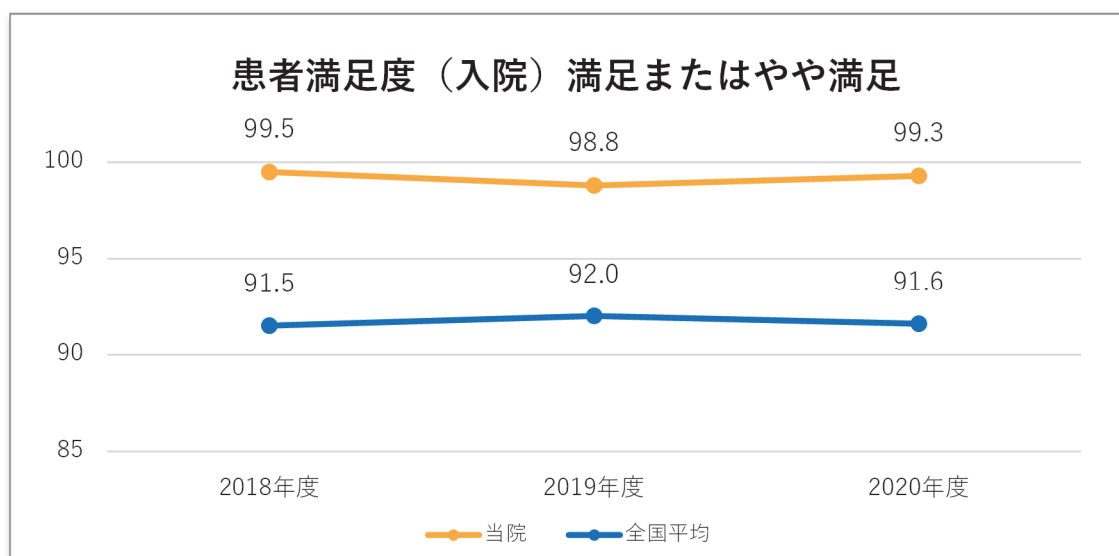
配布数：5,889部 回収数：4,060部 回収率：68.9%



入院

実施期間：2020年11月16日(月)～2020年11月29日(日) 14日

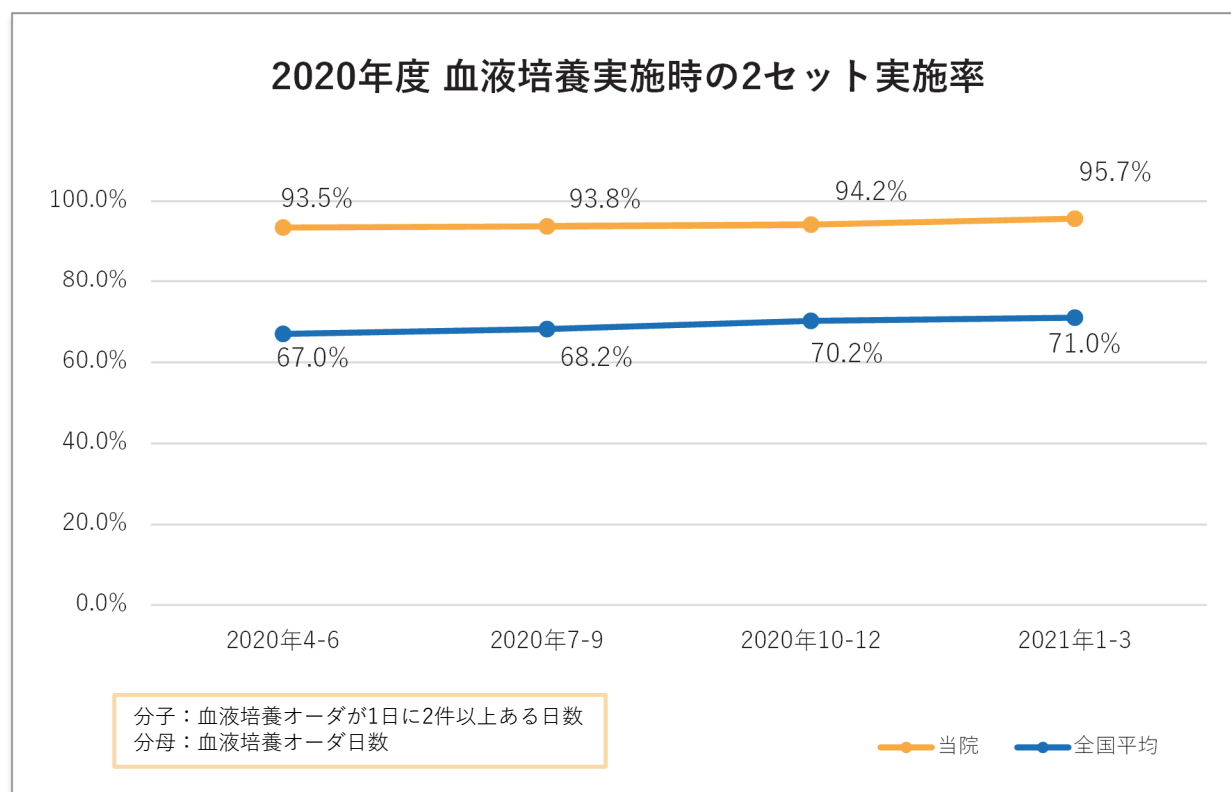
配布数：470部 回収数：339部 回収率：72.1%



※全国平均：日本病院会に参加する病床数500床以上の病院

血液培養実施時の2セット実施率

血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合の指標になります。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。当院では、全国平均と比較して高い割合を示しています。（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）



※全国平均：日本病院会に参加する病床数500床以上の病院

	2020年			2021年
	4月-6月	7月-9月	10月-12月	1月-3月
血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数	853	1,615	1,877	1,972
血液培養オーダー日数	912	1,721	1,993	2,061

QI担当者より

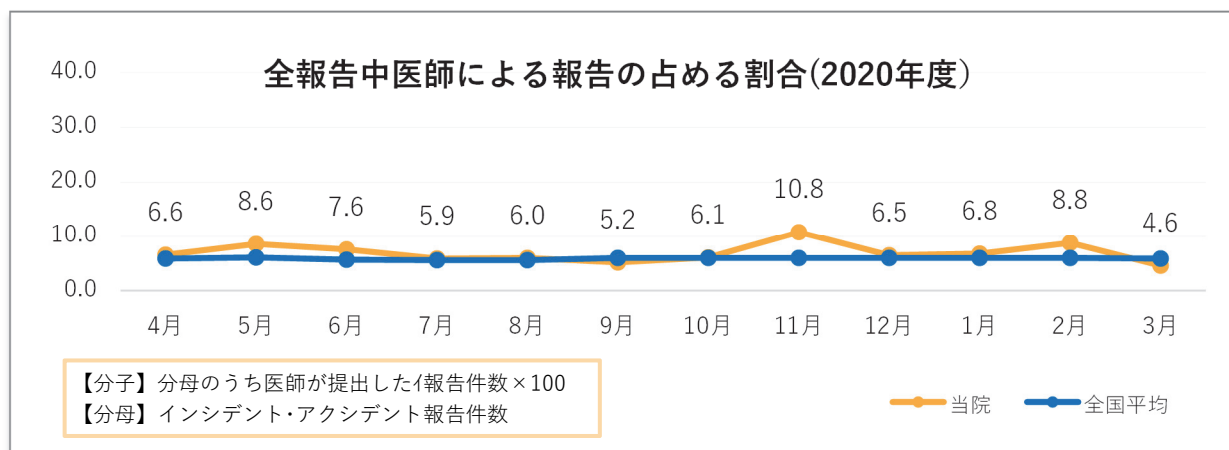
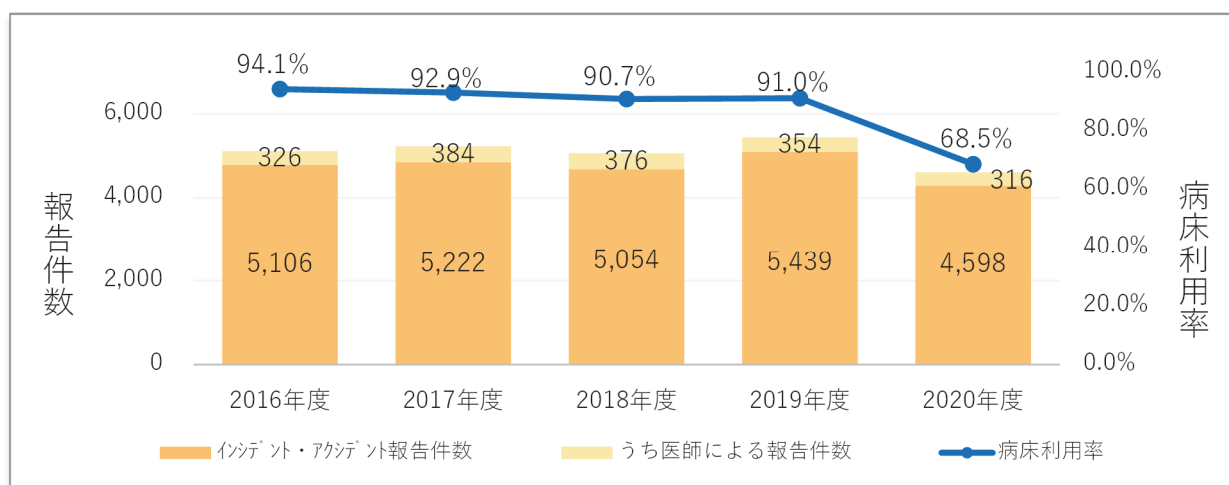
血液培養検査は感染症診療の診断と適切な抗菌薬選択に大きく影響する検査です。複数セット採取は血液培養の検出率向上が期待でき、真の血流感染とコンタミネーションの判断も容易になります。当院の血液培養採取数はかなり多く必要時に血液培養が適切に採取されていることがわかります。2セット採取率は外来・病棟ともに高く、90%以上を推移しています。全国平均と比較しても高い値となっています。2セット採取が困難な場合（小児や採血困難患者）を除き、複数セット採取が実施されています。今後も2セット採取を継続して実施できるよう引き続き指標を確認していきたい。

（臨床検査技術部・感染管理室 奈須 聖子）

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。

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います。当院の件数は全国平均より高い件数を示しています。



※全国平均：日本病院会QI参加施設病床数500床以上の病院

QI担当者より

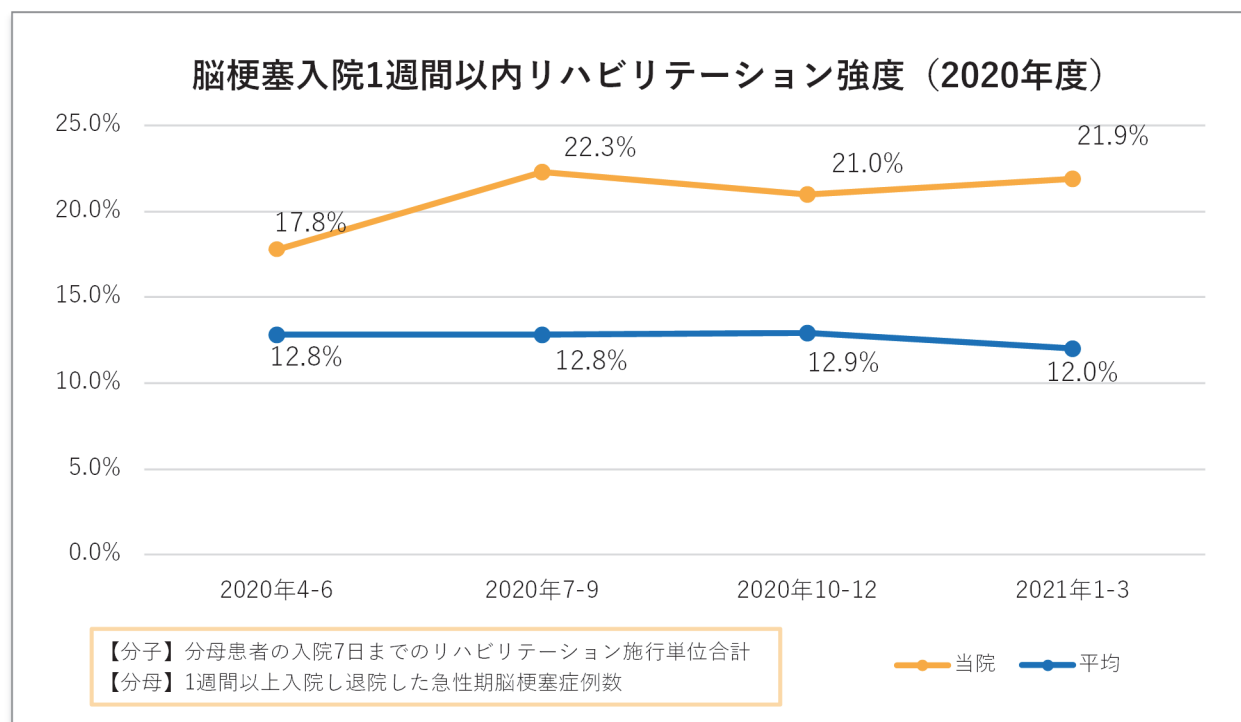
インシデント・アクシデントレポート報告は、ベッド数の5倍以上あると安全文化が醸成していると言われています。当院では、2016年以降年間5000件以上の報告がありましたが、2020年度はCOVID-19の影響で病床利用率が68.5%と低いなか、4,599件の報告があったことはインシデント・アクシデント報告をする文化は醸成していると考えます。また、医師のインシデント・アクシデント報告の割合が、全国平均より高い割合を占めていますが、目標とする10%には至っていません。そのため、医師については年間2件以上の報告をしていただくよう啓蒙し、またオカレンス報告の基準を定めるなどしてより多くの報告をいただけるよう取り組んでいます。

(医療安全管理室 稲岡 佳子)

脳梗塞入院1週間以内リハビリ強度

脳梗塞では手足の麻痺や言語障害、嚥下障害などの神経症状が起こりますが、これらは早期からリハビリテーション（理学療法、作業療法、言語療法）を行ったほうが機能回復が良いとされます。本QI指標は、脳梗塞患者さんに対して入院1週間以内に行われたリハビリ強度を表しています。

積極的に取り組んでいる場合には単位数が高くなります。しかし血圧の変動や病態が不安定な場合にはリハビリテーションの開始に注意を要することがあります。このような患者さんが多い病院は数値が低くなります。



平均：全国自治体病院協議会QI事業に参加する600床以上の病院の平均

早期の機能障害からの回復と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもと、できるだけ発症早期から積極的なリハビリテーションを行うことを強く勧めています。

また、訓練の量はリハビリテーションの効果を検討するうえで重要な要素であり、本指標はこの入院早期における重点的なリハビリ介入の指標です。

QI担当者より

脳卒中において急性期リハビリテーションは、患者の神経学的後遺症を軽減するとともに全身合併症の予防にもつながる唯一の治療です。

急性期リハビリテーションを早期から安全に行っていくには、脳卒中で入院した患者すべてに目を配るための十分なマンパワーと体制作り、そして適切なリスク評価が必要です。当院の脳梗塞入院1週間以内のリハビリ強度は、全国平均より高い数値を維持しています。脳卒中患者に関わるスタッフ全員が早期リハビリテーションの重要性を認識することが大切です。

(脳神経内科医長 尾原 信行)

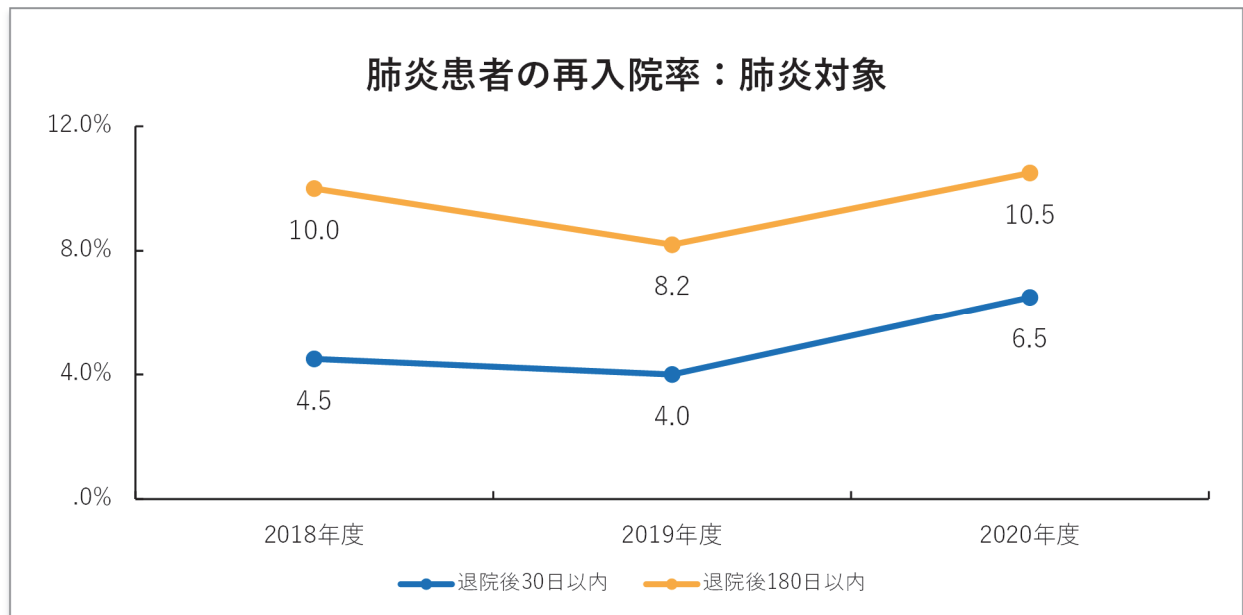
肺炎患者の再入院率

「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。

年度	初回退院患者数 (A)	再入院患者数							
		退院後30日以内				退院後180日以内			
		全疾患 (B)	割合(%) (B÷A)	肺炎 (C)	割合(%) (C÷A)	全疾患 (D)	割合(%) (D÷A)	肺炎 (E)	割合(%) (E÷A)
2018年度	728 (67±26) [死亡患者数58名]	65 (70±19)	8.9%	33 (73±16)	4.5%	184 (70±22)	25.3%	73 (73±18)	10.0%
2019年度	645 (65±28) [死亡患者数58名]	50 (64±26)	7.8%	26 (60±30)	4.0%	130 (64±26)	20.2%	53 (63±27)	8.2%
2020年度	474 (74±18) [死亡患者数63名]	46 (74±18)	9.7%	31 (75±18)	6.5%	99 (75±15)	20.9%	50 (73±17)	10.5%

※()内の数字：(平均年齢±標準偏差)



コメント

2020年度の肺炎患者の退院後30日以内の再入院率の割合は全体で9.7%、うち肺炎で再入院の割合は6.5%でした。前年度より、コロナ禍の影響で退院患者数は171人減少していますが、再入院の割合が増加傾向しています。これは誤嚥を繰り返すような基疾患のある重症者の比率が高かったためと思われます。循環器内科、呼吸器内科では在宅や地域との連携により、再入院率を下げる工夫をしていますが、高齢化が進み難しい問題となっています。

(副院長・呼吸器内科部長 富井 啓介)

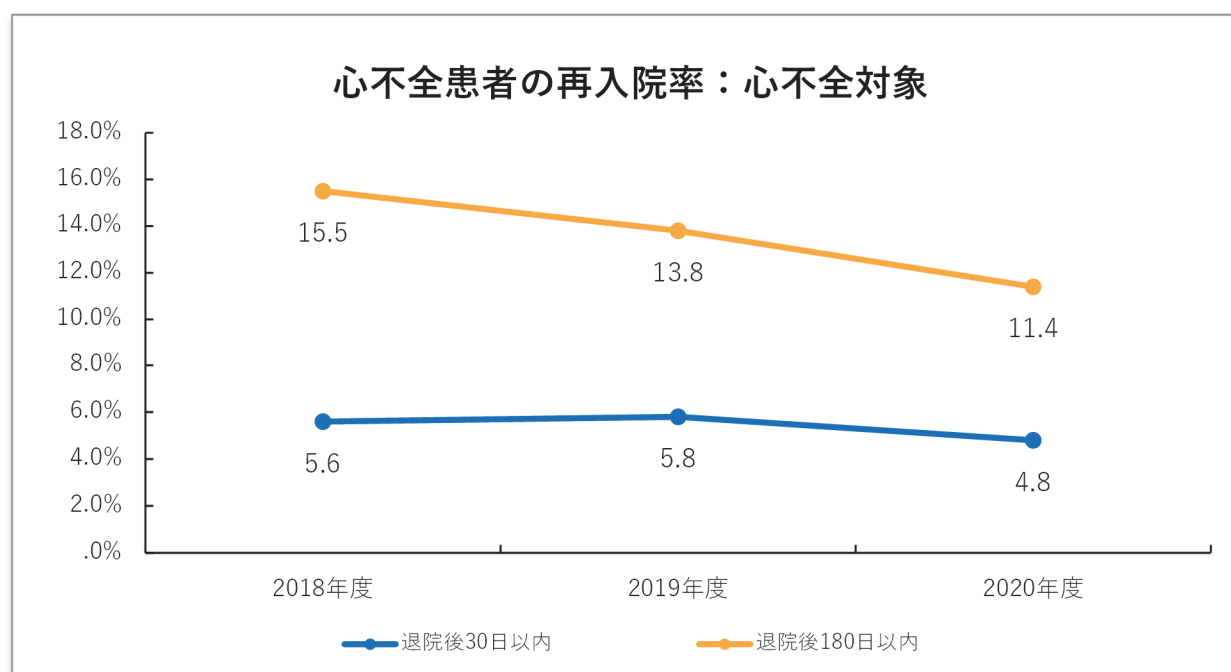
心不全患者の再入院率

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。

年度	初回退院患者数 (A)	再入院患者数							
		退院後30日以内				退院後180日以内			
		全疾患 (B)	割合(%) (B÷A)	心不全 (C)	割合(%) (C÷A)	全疾患 (D)	割合(%) (D÷A)	心不全 (E)	割合(%) (E÷A)
2018年度	446 (76±12)	68	15.2%	25	5.6%	167	37.4%	69	15.5%
	[死亡患者数28名]	(74±10)		(73±11)		(75±11)		(75±10)	
2019年度	412 (76±13)	68	16.5%	24	5.8%	166	40.3%	57	13.8%
	[死亡患者数18名]	(77±10)		(77±12)		(76±11)		(77±11)	
2020年度	315 (76±12)	50	15.9%	15	4.8%	113	35.9%	36	11.4%
	[死亡患者数14名]	(77±10)		(78±9)		(77±10)		(77±10)	

※()内の数字：(平均年齢±標準偏差)

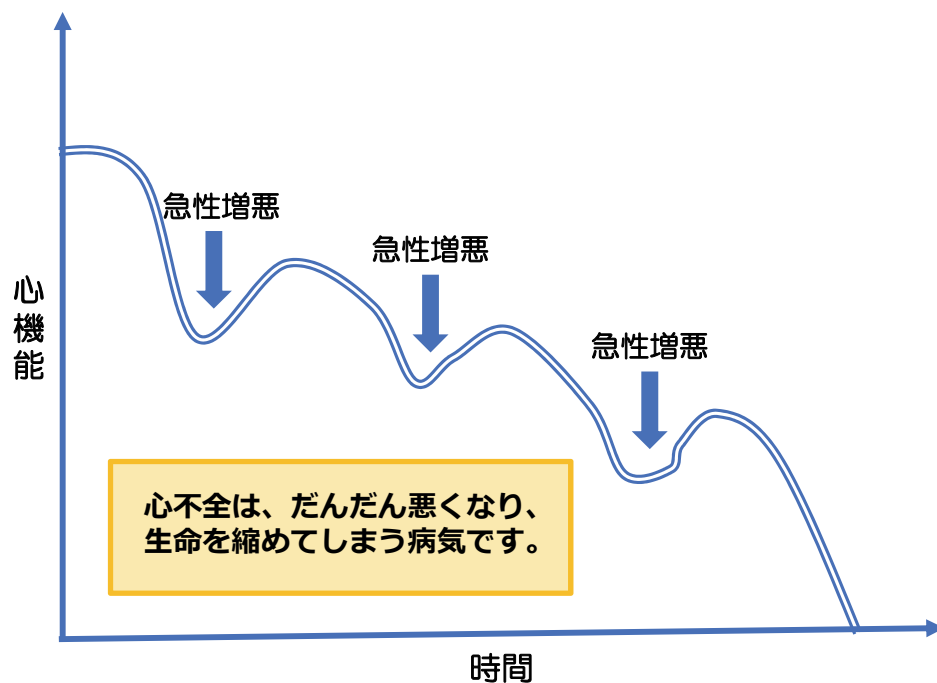


心不全の予後はがんより悪い!?

心不全の「予後」とは、心不全になったあと、どれだけ長く生きられるか、という意味で、生命予後とも言われます。一般的に、心不全の生命予後はよくないとされ、重症化した心不全は「がんより予後が悪い」といわれることもあります。

心不全の予後は、その根底にある心臓病の種類、症状の重症度によっても変わってきます。また、生命予後つまり寿命も重要ですが、どれだけ症状や通院も含めた疾病によるストレスがなく生きられるかという意味での健康寿命をどれだけ長くできるか、ということも非常に大切です。

心不全になっても病気とうまく付き合い、寿命や健康寿命を長く生きるためには、できるだけ軽症のうちからしっかりと治療することが大切です。



QI担当者より

心不全入院患者の平均年齢は76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4.8%、退院後180日以内では11.4%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います。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11.1%、180日以内では24.5%と依然として高いです。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)

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。

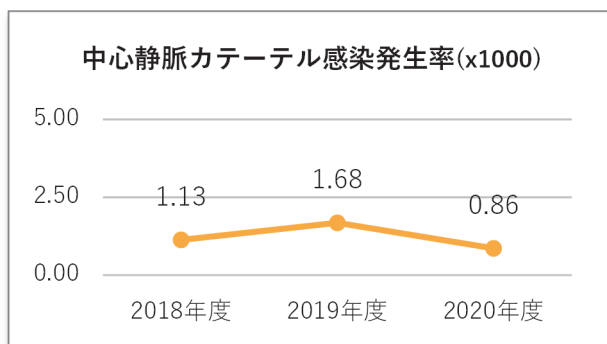
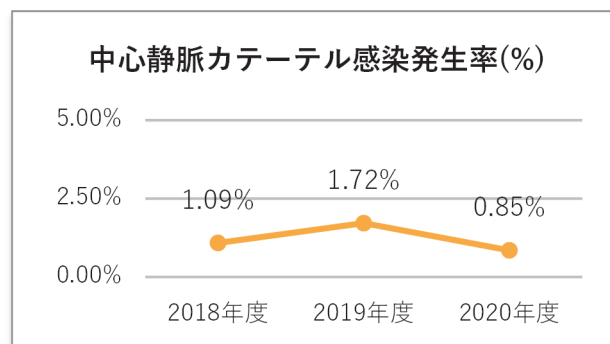
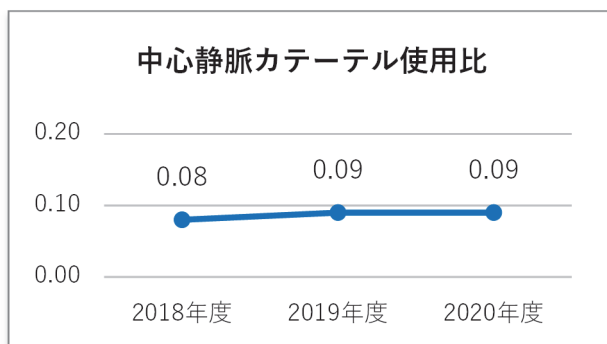
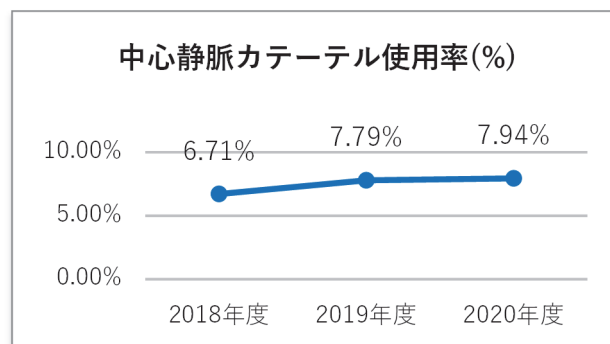
重症患者や経口摂取が不能な患者などでは、なくてはならない手技ですので、安全に挿入・管理していくことが重要です。本来、血液の中に細菌は全くないです。しかし、細菌に汚染された中心静脈カテーテルが体の中にあると、血液の中で細菌が増えてしまい菌血症になります。高い熱が出たり体の様々な場所に重篤な影響がでたりと大きな問題になることがあります。

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、今回よ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)
2018年度	22	30,067	2,016	6.71%	1.09%	252,356	19,463	0.08	1.13
2019年度	40	29,921	2,332	7.79%	1.72%	252,145	23,867	0.09	0.92
2020年度	15	22,104	1,755	7.94%	0.85%	190,313	17,410	0.09	0.86



○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	CV・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(%)
2018年度	1,025	16	1.56%	574	6	1.05%	417	0	0.00%
2019年度	1,069	20	1.87%	761	12	1.58%	502	8	1.59%
2020年度	746	8	1.07%	603	6	1.00%	406	1	0.25%

○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)
2018年度	9,413	16	1.70	7,150	6	0.84	2,900	0	0.00
2019年度	9,169	20	2.12	10,033	12	1.68	4,665	8	2.76
2020年度	5,749	7	0.74	7,424	6	0.84	4,237	1	0.34

○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(%)
2018年度	血腫 9	0.79%	血腫 3	0.49%	血腫 6	1.92%	0	0.00%
	動脈 3		動脈 1		動脈 2			
	その他 4		その他 1		その他 3			
2019年度	血腫 3	0.26%	気胸 1	0.19%	血腫 3	0.53%	0	0.00%
	動脈 1		動脈 1		その他 1			
	気胸 1							
2020年度	血腫 2	0.28%	血腫 1	0.13%	血腫 1	0.66%	0	0.00%
	気胸 1				気胸 1			
	その他 2				その他 2			

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と比較して、腕から比較的簡単に挿入でき、挿入後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。

QI担当者より

2020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、発生率の高い傾向にあった部署に感染対策の改善への介入を行ったためか、2019年度に比較して減少していました。CDCのNHSNのベンチマークと比較しても、当院の感染率は低く抑えられていました。また、重篤合併症の発生率は、2019年度とほぼ同等でした。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。

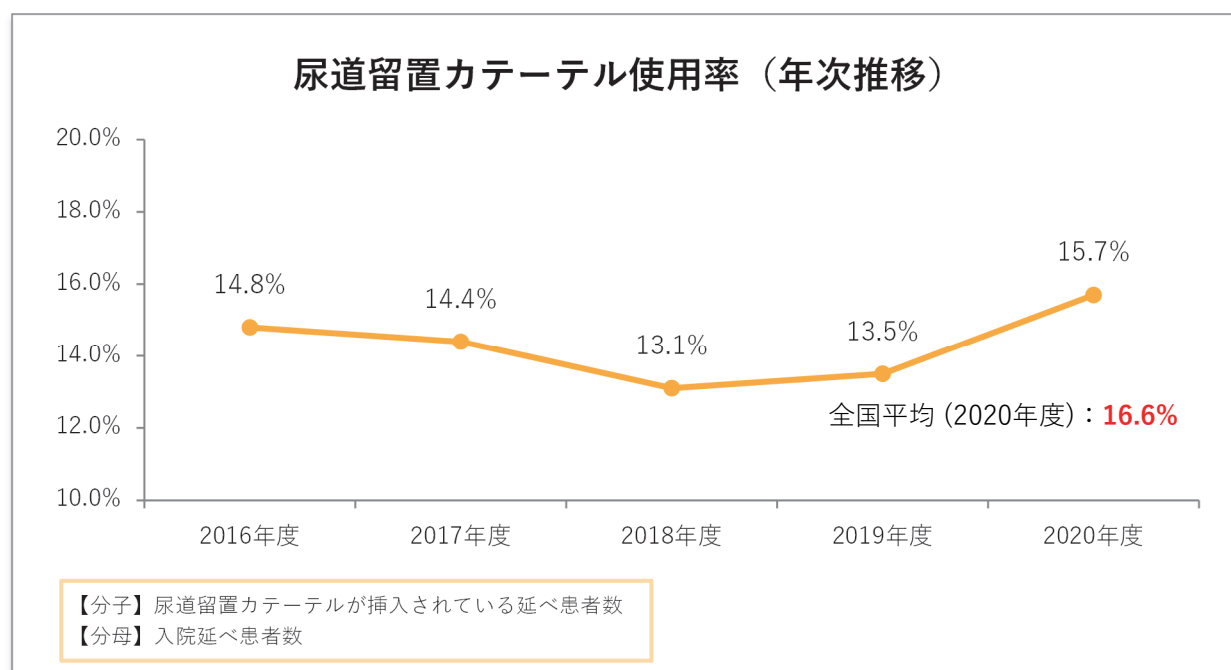
（看護部・感染管理室 小倉 明子）

尿道留置カテーテルの使用率・症候性尿路感染症発生率

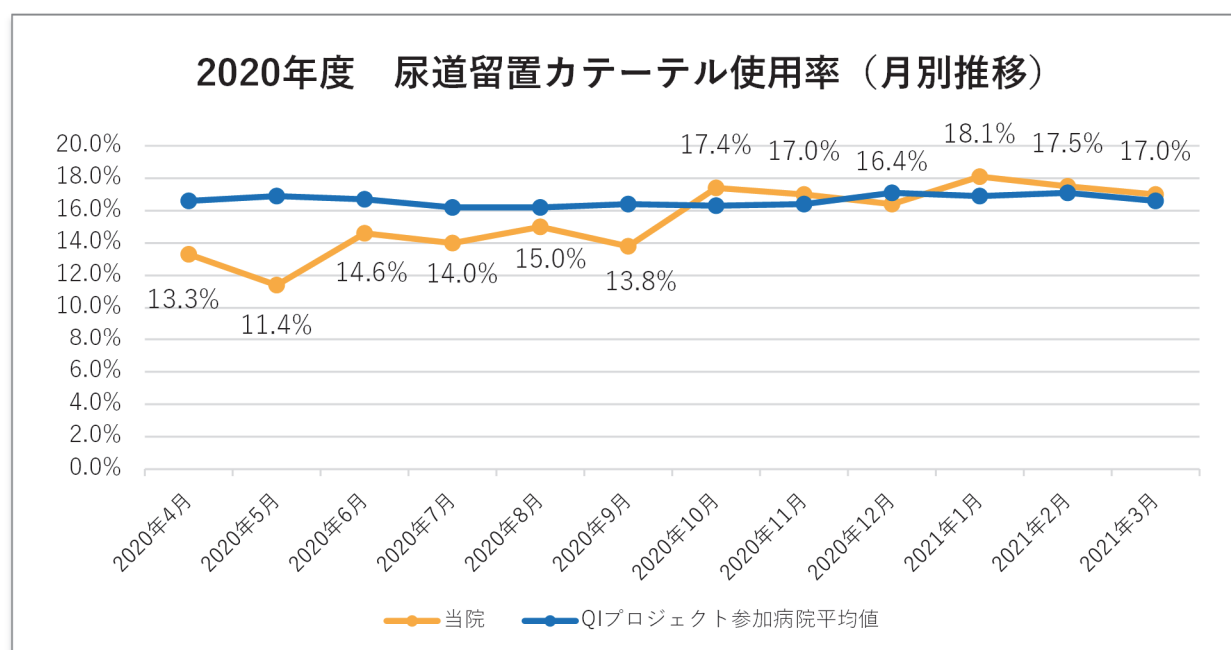
尿道留置カテーテル使用率

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。

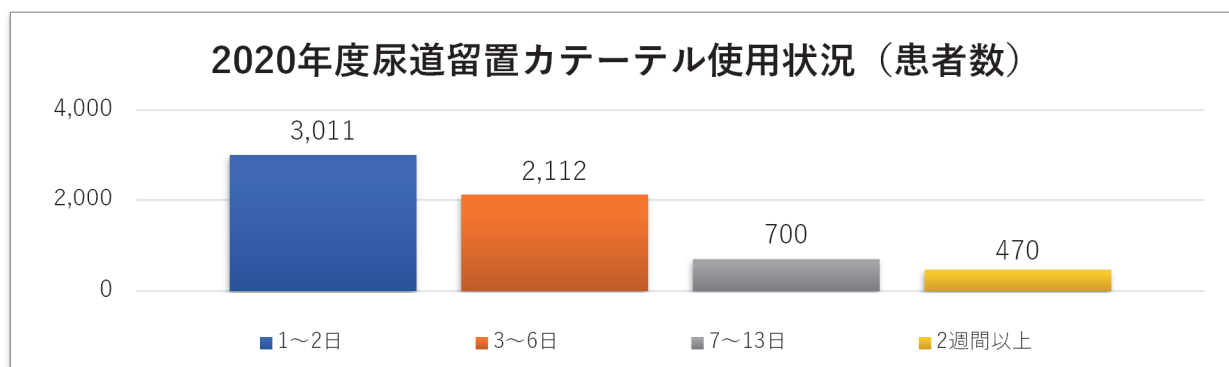


※全国平均：日本病院会に参加する病床数500床以上の病院



※全国平均：日本病院会に参加する病床数500床以上の病院

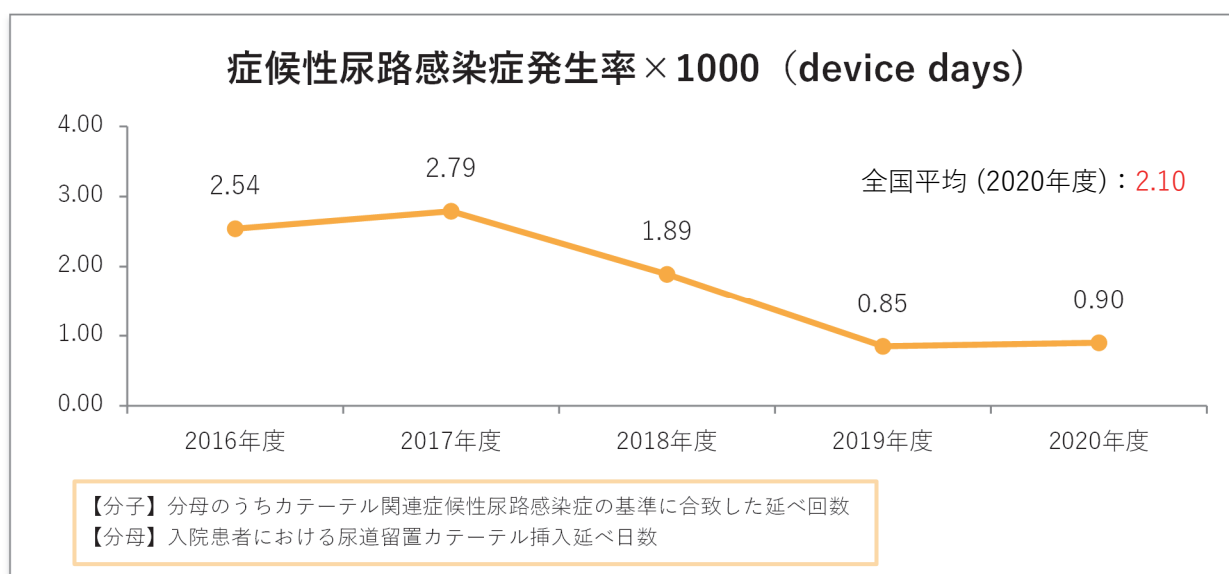
◆尿道留置カテーテル使用状況



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。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。尿道カテーテルが必要かどうかを日々評価し、可能であれば抜去することで留置期間の短縮を図っています。

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：日本病院会に参加する病床数500床以上の病院

入院されている尿道留置カテーテルを使用した患者さんのうち、カテーテル関連症候性尿路感染症に罹患した割合を示しています。

QI担当者より

尿路感染症は医療関連感染の中で最も多く発生し、その大部分が尿道カテーテルに由来するものと言われています。2020年度は、これまでと比較して尿道留置カテーテルの使用率が高い傾向にありました。これは、重症患者の割合が高かった可能性があります。一方で、尿路感染症の発生率は低値を継続できていました。引き続き、不要な尿道カテーテルの使用をなくすため、患者さんに尿道カテーテルが必要かどうか毎日評価を行い、できるだけ1日でも早い抜去をしていきます。

（看護部・感染管理室 小倉 明子）

脳梗塞・脳塞栓患者

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。

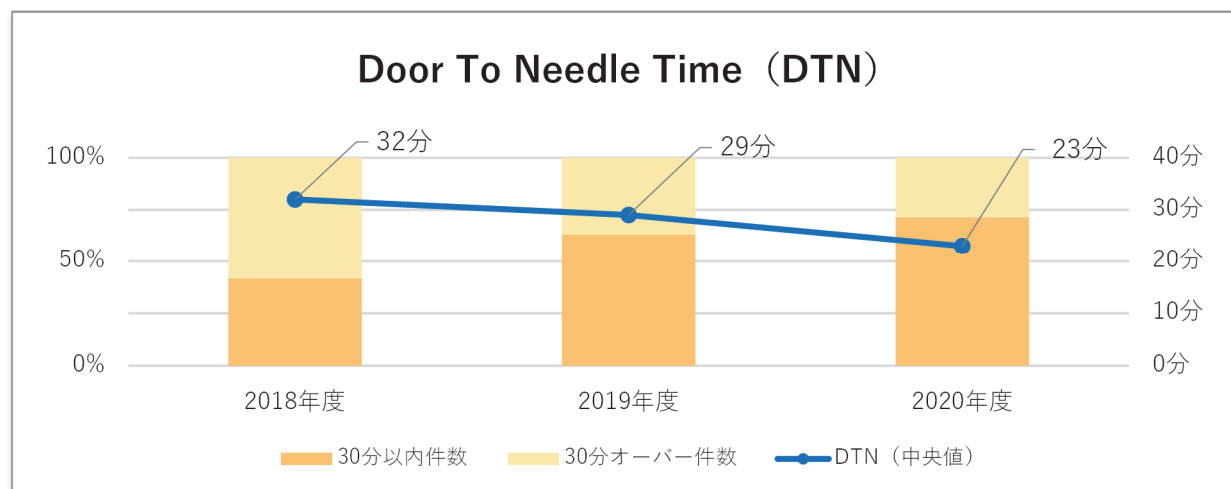
一般的に発症4.5時間以内の主幹動脈閉塞を伴う脳梗塞では、患者さんが来院してから診察を行い、頭部CT、CTアンギオグラフィーを撮影し、脳梗塞が疑われればまずrt-PA静注を行い、続いて主幹動脈閉塞があれば血管内治療へ向かいます。この時間経過の中でDTN、DTPの短縮を目指した診療体制の見直し、医療チームの連携強化が非常に重要となっています。

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

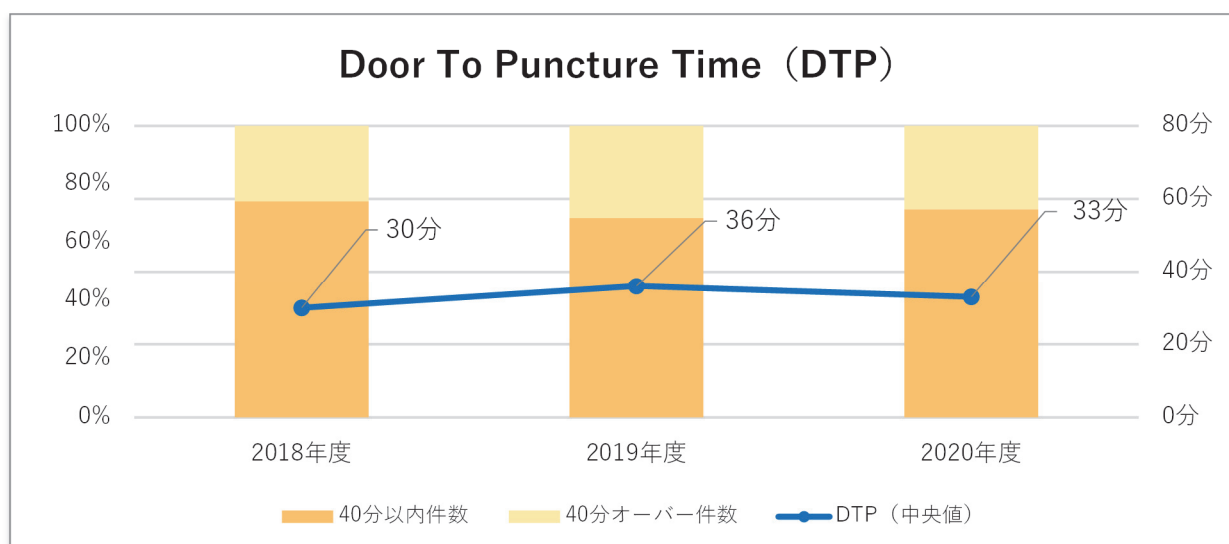
項目	2018年度	2019年度	2020年度
30分以内件数	15	17	25
30分オーバー件数	21	10	10
総件数	36	27	35
達成率 (30分以内)	42%	63%	71%
DTN (平均値)	34分	31分	28分
DTN (中央値)	32分	29分	23分



◆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	2018年度	2019年度	2020年度
40分以内件数	43	26	35
40分オーバー件数	15	12	14
総件数	58	38	49
達成率（40分以内）	74%	68%	71%
DTP（平均値）	34分	40分	36分
DTP（中央値）	30分	36分	33分



脳卒中啓発キャラクター ストローくん

当院オリジナルキャラクターです。
着ぐるみを活用した、新しい市民への脳卒中啓発活動の中心人物です。
COVID-19の感染状況を見ながらになりますが、イベント、市民公開講座等啓発活動に取り組む予定です。



QI担当者より

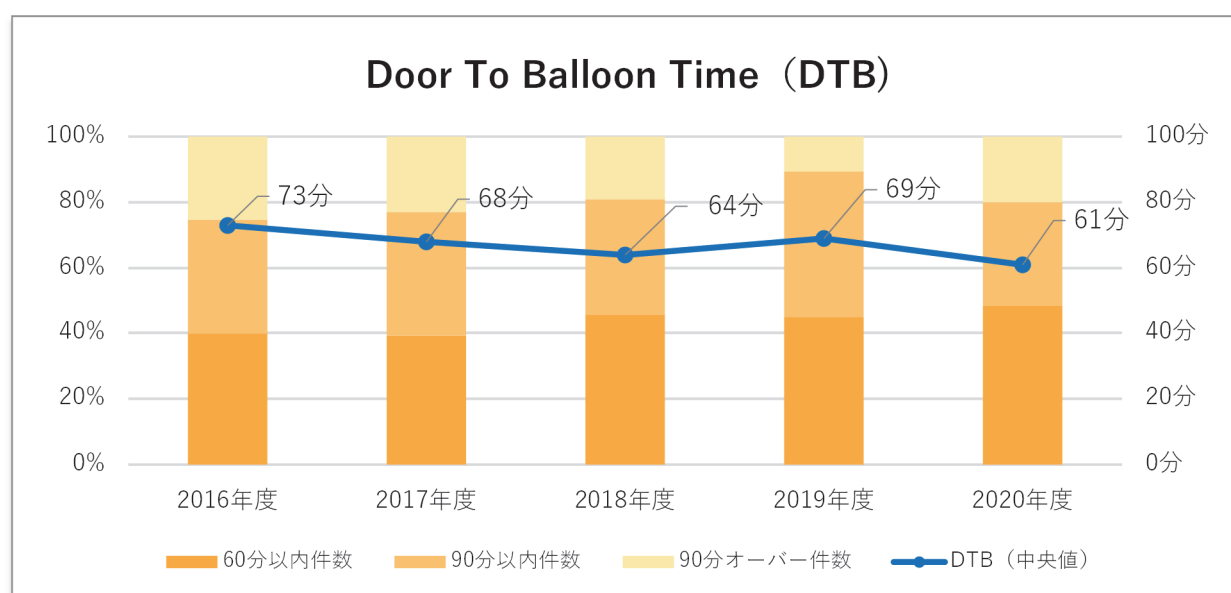
今年度も当院のDTN、DTPともに非常にいい成績が達成できています。
DTP 33分は、おそらく全国1、2位を争う結果です。さらにDTNは年々「時短」に成功していて、2018年と比べてなんと9分も短縮しています。
すでに全国トップクラスの成績であるにもかかわらず、さらなる改善が見られていることは、皆様の向上心の賜物だと感銘をうけています。
「時短」は、医師の力だけでどうにかなるものではなく、看護師、放射線技師、検査技師、事務の方々など関係職種すべての協力があって成り立つものであり、まさに病院力を示した結果だと思います。
今後も皆様のご協力をお願いいたします。

(脳神経外科医長 今村 博敏)

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

当院では、今後さらに心臓・血管治療の分野に力を注いでいきたいと考えており、最新鋭の設備を整え、多種多様な患者さんへ対応できる施設へと進化しております。2022年春には心臓血管ハイブリッド手術室が改築完成予定です。超高齢社会となり、PCIを必要とする患者さんが今後数多く当院へ来院されることになります。そのような状況になった場合でも、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。

QI担当者より

当院でのDoor to Balloon中央値は2019年69分から2020年61分に短縮していますが、一部の患者さんで90分以内を達成できていません。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)

静脈血栓塞栓症 (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欠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 (%)		2018年度	2019年度	2020年度
分子	予防実施患者数	3,773	3,869	2,070
分母	入院患者数	4,007	4,163	2,213
割合	予防実施率(%)	94.2	92.9	93.5
VTE発症患者数		13	23	9
VTE発症率(%)		0.32	0.55	0.41
DVTリスク評価登録数		2,933	3,019	1,758
DVTリスク評価登録率(%)		73.2	72.5	79.4

【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欠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 (%)		2018年度	2019年度	2020年度
分子	予防実施患者数	12,783	12,886	9,872
分母	入院患者数	22,289	22,814	16,579
割合	予防実施率(%)	57.4	56.5	59.5
VTE発症患者数		94	120	116
VTE発症率(%)		0.42	0.53	0.70
VTE発症者で予防実施患者数		73	98	110
VTE発症者の予防実施率(%)		77.7	81.7	94.8
DVTリスク評価登録数		5,135	5,070	4,813
DVTリスク評価登録率(%)		23.0	22.2	29.0

【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欠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

QI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。

VTEのリスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者に対しては、予防実施率や発症率は非常に良い数値となっています。しかし全入院患者では、手術患者よりも予防実施率が低く、VTE発症率が高いことがわかります。まず手術以外の入院患者のリスク評価登録率を高めることから改善していく必要があります。

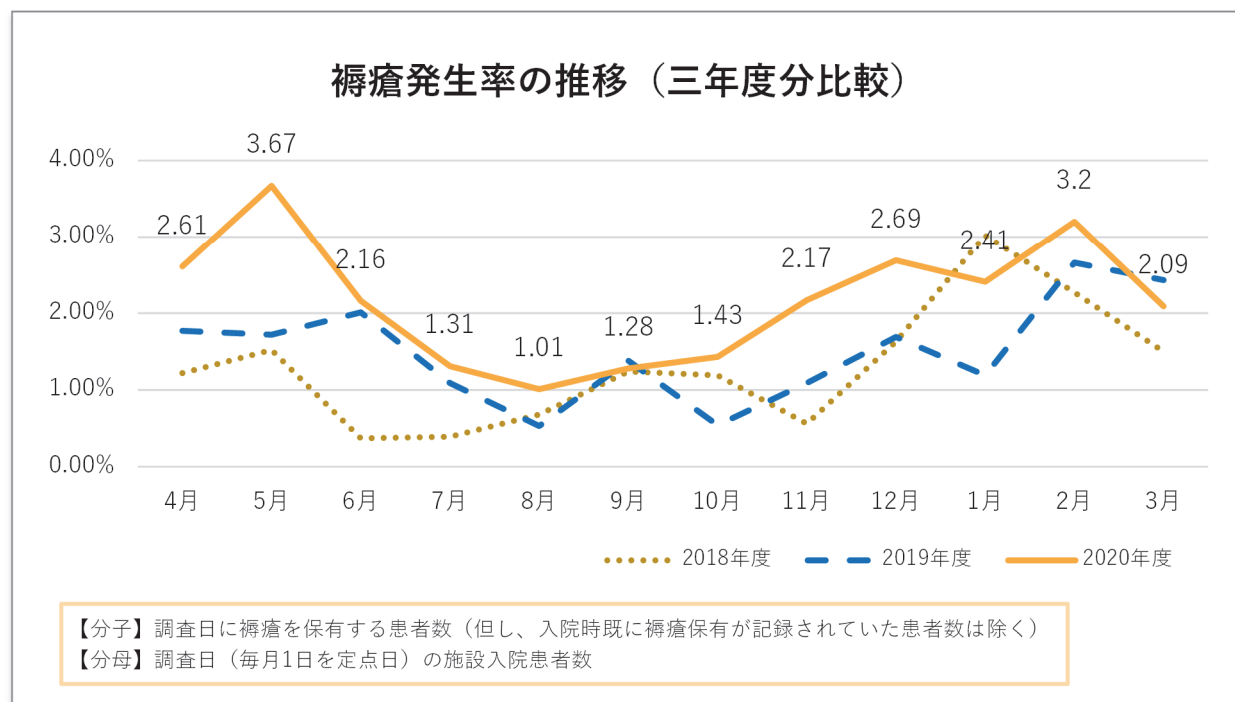
(脳神経内科医長 尾原 信行)

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対象の活動をしています。

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。



Depth (深さ)

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。

DESIGN Depth深さ (深達度)

創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合これと相応の深さとして評価する

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

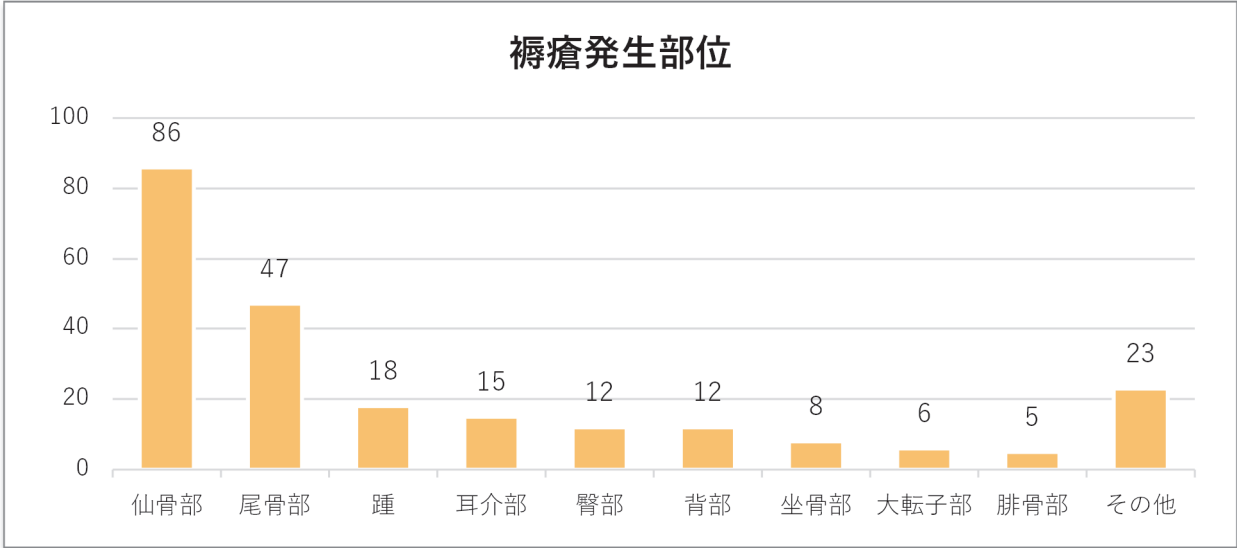
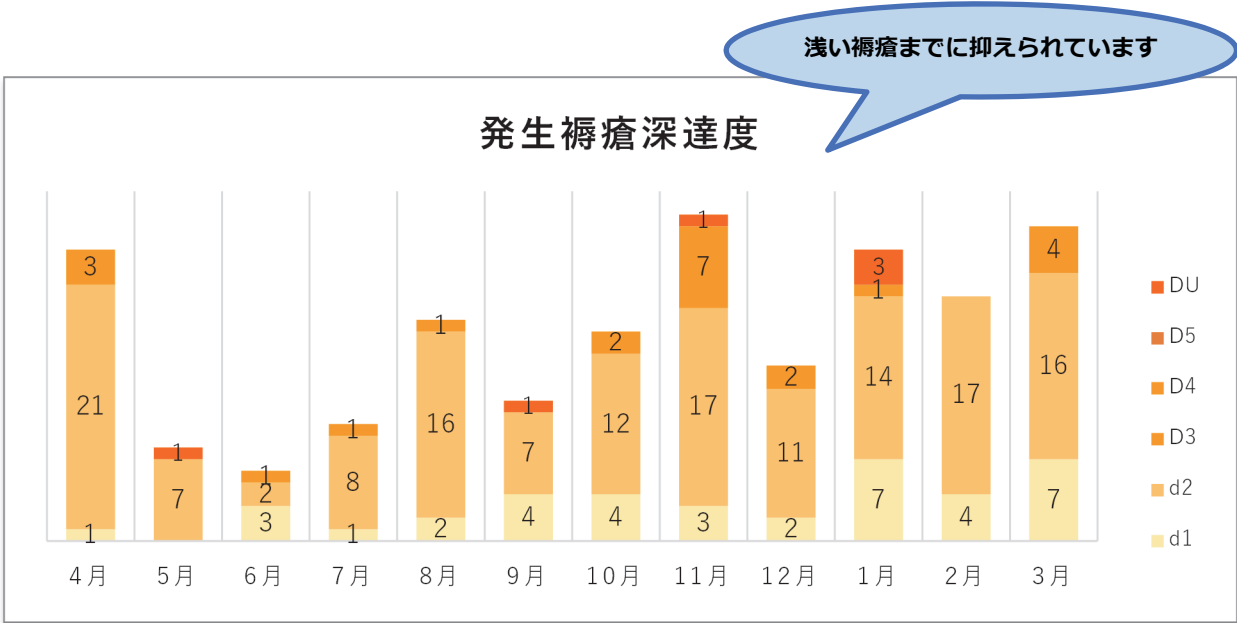
褥瘡ではない！

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

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。



QI担当者より

2020年度は褥瘡発生件数が増えています。COVID-19の影響で定期入院の制限などで自立度が低く、重症な患者さんの割合が増えた事も影響していると考えます。重症な患者さんが増えても褥瘡が増えないように、昨年に続き全看護師を対象とした褥瘡予防ケアの技術演習や動画視聴での教育を進めています。

当院の院内発生褥瘡はほとんどが浅い褥瘡ですが、d1での発見が少ない事が課題です。d1での早期発見が増えるように反復した教育を行っています。

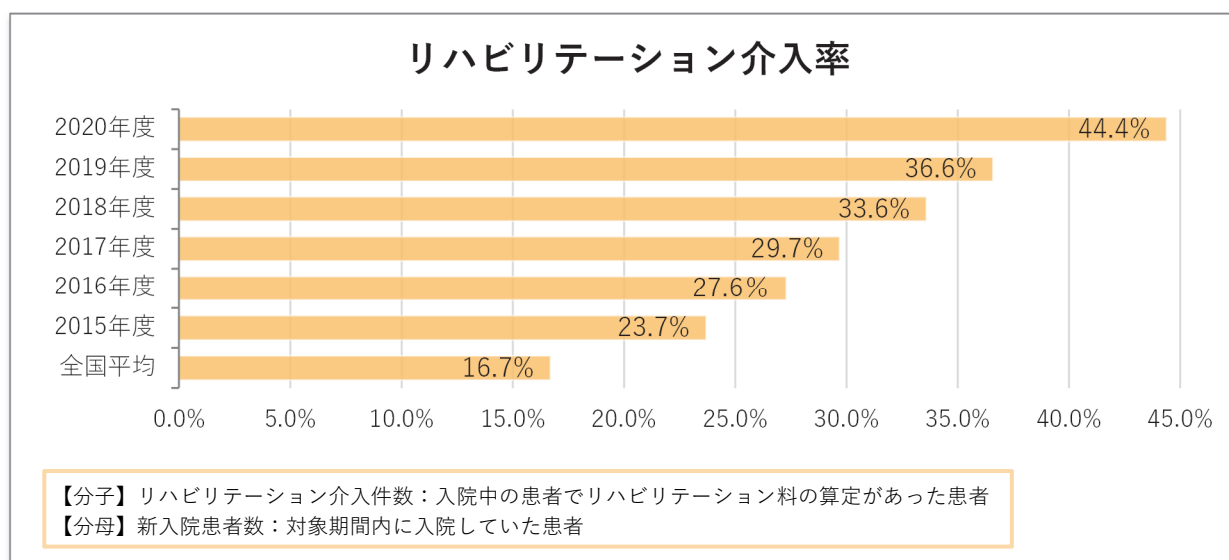
当院は早期から経管栄養を開始する患者さんが多く、下痢を認める患者さんも多いです。失禁による皮膚の浸軟が関連した褥瘡も認めるため、排泄ケアにも力を入れていく予定です。

(看護部・褥瘡対策チーム 大川 亜弥)

リハビリテーション介入率

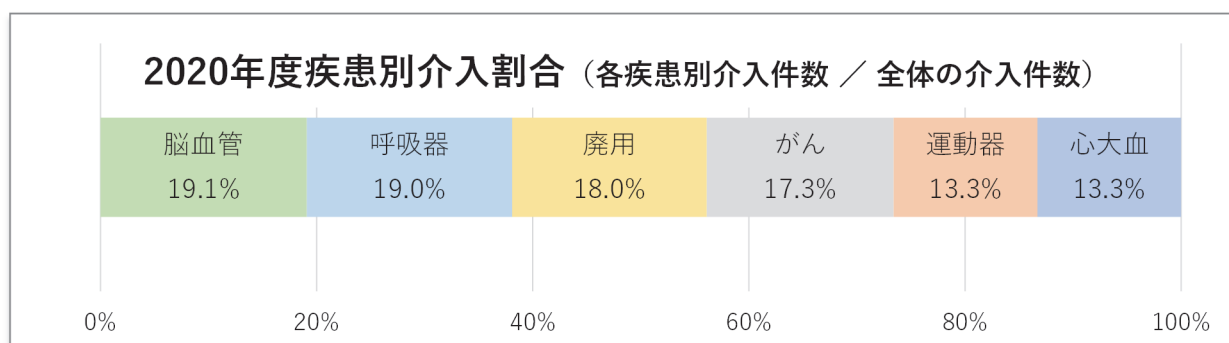
急性期病院では平均在院日数が短く、当院も10日前後で推移しています。リハビリテーション介入率は早期介入がどの程度できているかの指標であり、この指標を上げることで通常リハビリが想定される疾患以外の疾患に対しても、必要に応じて早期からリハビリが提供できていることにつながると考えています。全国的に急性期の基幹病院でのリハビリ介入率は高くない（16.7%）現状ですが、**2020年度**の当院の介入率は目標の30%を大きく超えて、**44.4%**となりました。今後もスムーズな転院、退院に向けて、早期からリハビリ介入し、ADL低下及び廃用の予防を行うことが重要となります。

リハビリ実施率についても40%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。



	2015	2016	2017	2018	2019	2020
新入院患者数	22,709	23,904	24,430	24,190	23,406	17,129
リハビリテーション介入件数	5,389	6,602	7,259	8,127	8,577	7,610

●2020年度 疾患別介入割合



脳血管疾患：脳卒中（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血など）、神経疾患、脊髄損傷等

呼吸器疾患：肺炎、慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息、呼吸不全、胸部外傷等

廃用症候群：急性疾患等（敗血症性、急性腎不全、尿路感染症など）に伴う安静による廃用症候群

がん：血液腫瘍、多発性骨髄腫、食道がん、肺がん、咽頭がん、乳がん等

運動器疾患：外傷、骨折、関節の変性疾患等

心大血管疾患：急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患等

◆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
2019年度	6,253	5,400	1,520	3,880	4,367	2,628	1,406	333
2020年度	5,412	4,532	1,119	3,413	3,512	2,066	1,145	301

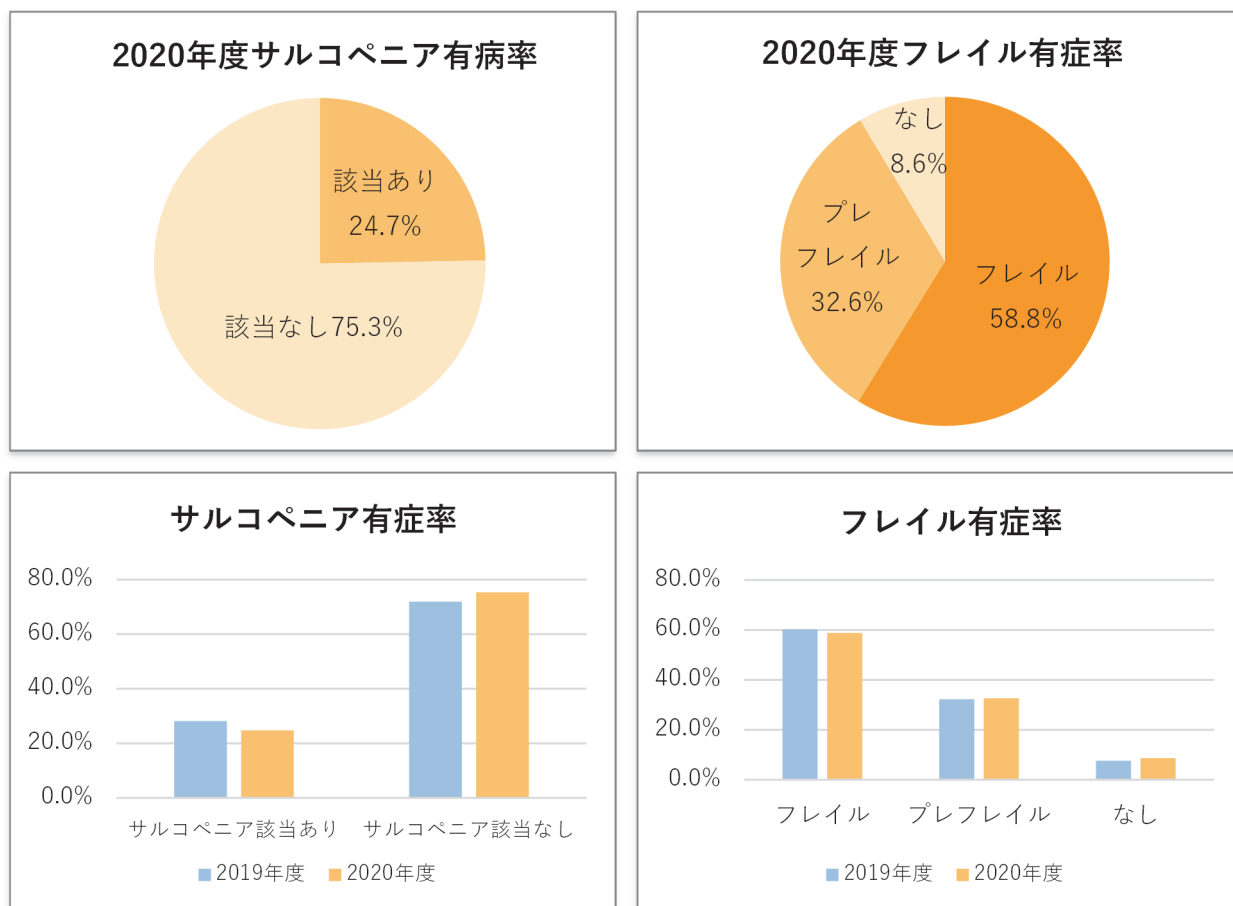
当院ではリハビリの処方が出た患者には、**全例**サルコペニアとフレイルの評価をしています。

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。



QI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9,000名のうち7,000名（約75%）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。

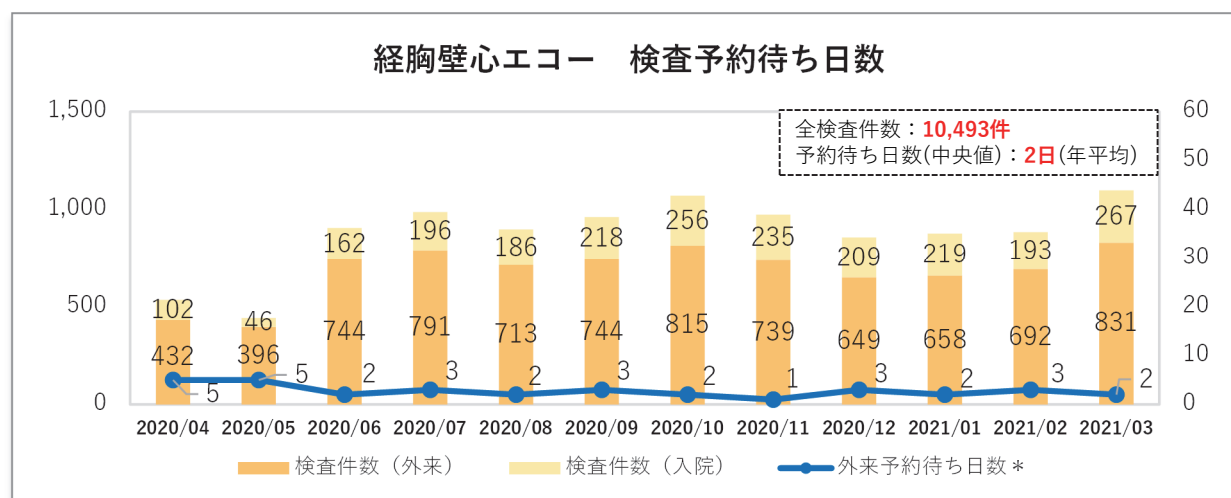
今後は地域医療連携センター・神戸市と連携し、フレイル・サルコペニア患者の退院後のサポートに取り組んでいきたいと考えております。

（リハビリテーション技術部技師長代行 岩田 健太郎）

検査予約待ち日数

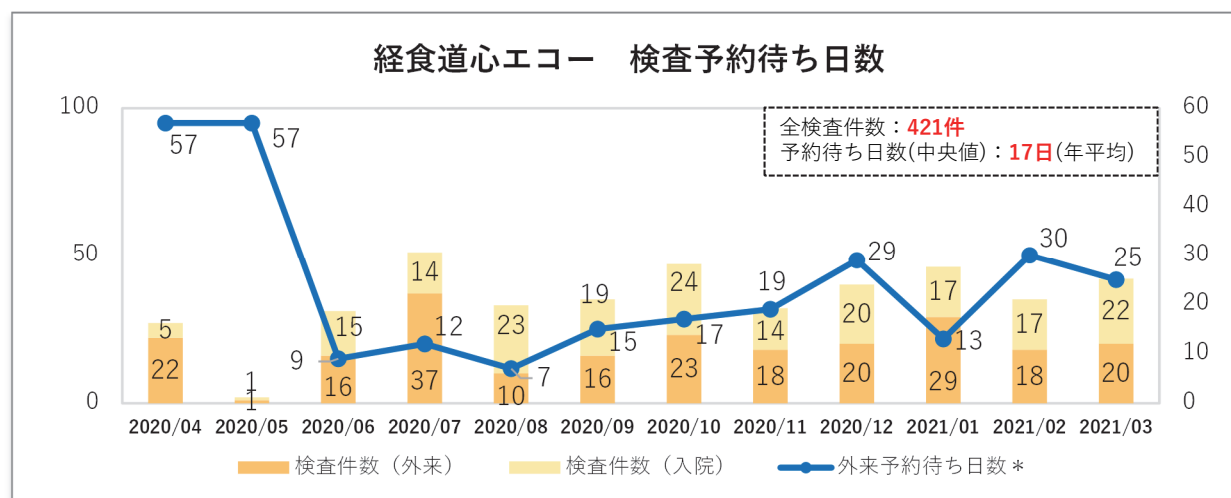
当院では、救急医療・高度医療・患者さん中心の医療にこたえるために、技師一人一人、各部門が一体となって臨床検査に取り組んでいます。

2019年度から新しい指標として、当院で行っている検査の予約時の待機日数を調査しました。予約の申し込みを受け付けた日から、検査日までを予約待ち日数とし、1日の最短日を月ごとに集計しています。待ち時間、日数の短さは、医療の質を表す指標であり、患者サービスの向上にもつながると考えられます。



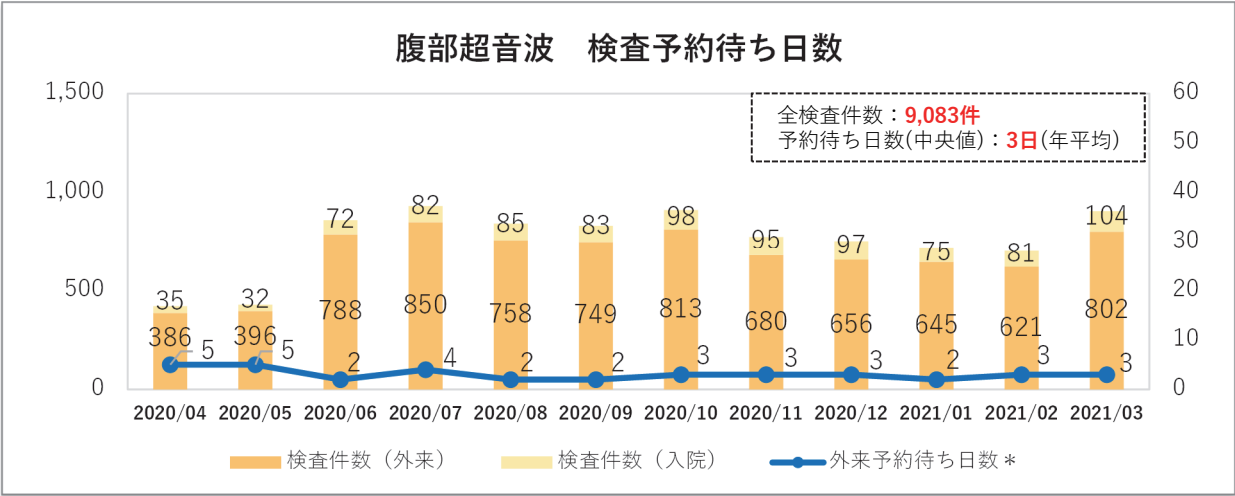
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年度合計	前年度合計
外来予約待ち日数*	5	5	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	2	4
全検査件数	534	442	906	987	899	962	1,071	974	858	877	885	1,098	10,493	11,598
検査件数(入院)	102	46	162	196	186	218	256	235	209	219	193	267	2,289	2,590
検査件数(外来)	432	396	744	791	713	744	815	739	649	658	692	831	8,204	9,008
当日至急検査件数	25	31	63	81	60	85	110	88	78	76	81	93	871	1,036

(注) * 中央値(当日至急検査は除く)



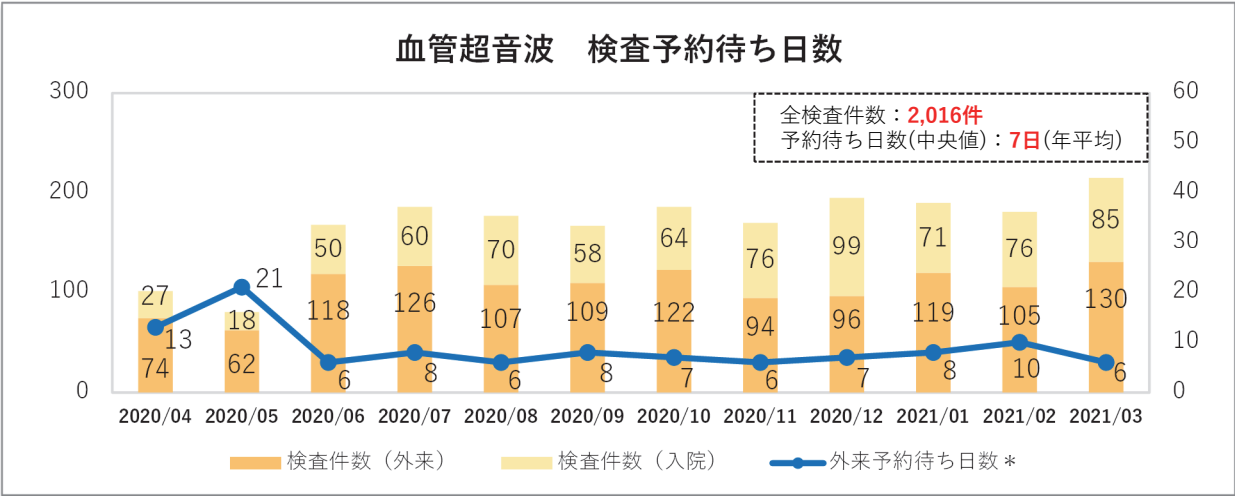
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年度合計	前年度合計
外来予約待ち日数*	57	57	9	12	7	15	17	19	29	13	30	25	17	15
全検査件数	27	2	31	51	33	35	47	32	40	46	35	42	421	843
検査件数(入院)	5	1	15	14	23	19	24	14	20	17	17	22	191	228
検査件数(外来)	22	1	16	37	10	16	23	18	20	29	18	20	230	615
当日至急検査件数	0	0	2	2	1	3	4	0	4	3	1	3	23	19

(注) * 中央値(当日至急検査は除く)



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年度合計	前年度合計
外来予約待ち日数*	5	5	2	4	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3
全検査件数	421	428	860	932	843	832	911	775	753	720	702	906	9,083	11,104
検査件数(入院)	35	32	72	82	85	83	98	95	97	75	81	104	939	1,176
検査件数(外来)	386	396	788	850	758	749	813	680	656	645	621	802	8,144	9,928
当日至急検査件数	29	34	84	113	88	97	106	108	115	96	96	127	1,093	1,673

(注) * 中央値(当日至急検査は除く)



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年度合計	前年度合計
外来予約待ち日数*	13	21	6	8	6	8	7	6	7	8	10	6	7	11
全検査件数	101	80	168	186	177	167	186	170	195	190	181	215	2,016	2,801
検査件数(入院)	27	18	50	60	70	58	64	76	99	71	76	85	754	1,128
検査件数(外来)	74	62	118	126	107	109	122	94	96	119	105	130	1,262	1,673
当日至急検査件数	11	21	32	36	45	31	34	31	46	41	44	37	409	583

(注) * 中央値(当日至急検査は除く)

QI担当者より

当院の生理検査の検査件数は、診療や治療方針決定のための礎となり年々増加しています。これに伴い、検査予約待ち日数が延びる傾向にあります。このため、検査件数と予約待ち日数、当日至急検査件数をQI指標とし、経時的な調査を行っています。2020年度は、前年度と比較すると全検査件数が1～3割減少しており、コロナの影響が考えられます。経食道心エコーはエアロソルの発生のコロナ感染リスクの高い検査のため、必要最小限に検査を限定したためさらに件数が激減しています。また緊急事態宣言後の4、5月の検査はいずれも特に減少しています。4、5月の待ち日数が延びているのは、至急の検査以外を延期した影響と思われるのですが、それ以外の月では件数減のため、昨年より予約が比較的取りやすくなり短くなっていると考えます。今後も検査の予約が出来ずに診察が延びることを避けるためにも引き続き指標を注視していきたいと考えています。

(臨床検査技術部主査 菅沼 直生子)

呼吸器/消化器感染症で入院した小児患者への抗菌薬使用状況

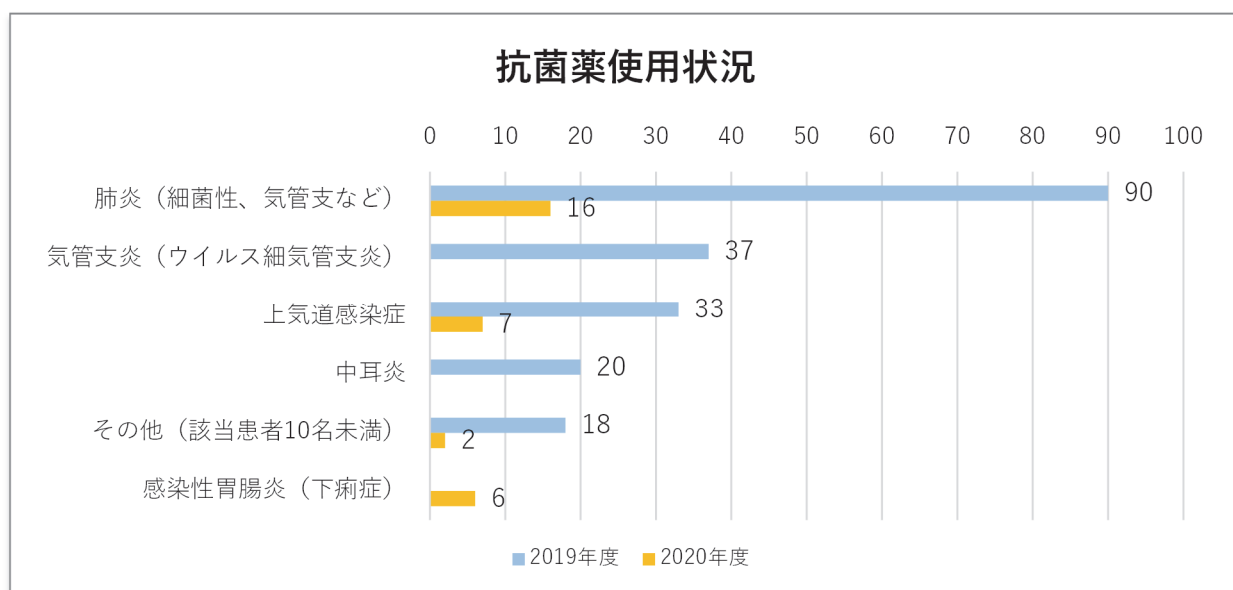
抗菌薬がその効果を最大限に保ち、耐性菌を増やさないようにする為には、抗菌薬の適正使用が大変重要です。小児科領域における感染症ではウイルス感染が多く、抗菌薬治療が必要ではない場合が多い現状があります。

当科における抗菌薬使用状況を明らかにすることで、抗菌薬適正使用の指標の一つとしたいと考えています。

	対象疾患の退院患者数 (分母)	抗菌薬使用患者数 (分子)	抗菌薬実施率
2019年度	709	198	27.9%
2020年度	136	31	22.8%

【分母】集計期間内に退院して、DPC病名に呼吸器または消化器感染症の疾患名が登録されている患者

【分子】入院中に抗菌薬注射(処方)を使用した患者



対象抗菌薬注射

ビクシリン注・セフトラックス注・スルバシリン注・
セファゾリンナトリウム注・ジスロマック注・その他

QI担当者より

昨今、耐性菌の増加が危惧されており、当科でも耐性菌感染症の診療にあたる機会が増えている。そこで耐性菌の出現を防ぐ目的で抗菌薬適正使用をQIの指標としている。しかし、本年はCOVID19ウイルス感染症の影響で感染症が主となる入院症例が激減した。本年の結果を例年と比較することが適切かは不明であるが、入院症例に対する実施率が減少していたことは評価に値する。一方、抗菌薬が不要な場合が多い感染性胃腸炎での実施率は増加していた。その一部には、重症細菌感染症リスクの高い症例が含まれていると考えられるが、さらに詳細な検討が必要である。引き続き抗菌薬適正使用を心掛けた診療を行っていきたい。

(小児科副医長 田中 悠)

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

2021年11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 坂井 信幸 尾原 信行

事務局 小前 哲治 高田 三奈子 市村 英将 大森 茂樹

委員 谷口 智彦 大谷 恭平 田中 悠 前田 千晶 稲岡 佳子 大川 亜弥 小倉 明子
池末 裕明 岩田 健太郎 奈須 聖子 菅沼 直生子 米谷 久美子 西 和人



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