

医療安全と医療の質測定・向上への取り組みー聖路加国際病院の経験ー

1. 医療の質と安全性: 背景と重要性
2. 聖路加国際病院における対応・活動の概要
3. 安全性向上の事例
4. 診療の質向上の事例
5. Quality Indicatorを用いることの有用性
6. まとめと展望

Nov.13, 2014

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

1

医療の質と安全性: 背景

1920年	外科医コッドマン	1847年	ゾンメルヴァイズ
1966年	ドナベディアン (構造・過程・結果)		(褥瘡熱と手洗い) ナイチンゲール
1994年	JCI設立	1991年	ハーバード・メディ
2000年	質指標(QI)の測定 と公表		カル・プラクティス研究
2004年	Quality and Outcome Framework (英国)	1993年	ダナ・ファーバー(抗がん剤の過量投与)
2008年	“10 Never Events” (米国)	1999年	横浜市(手術取り違い) 都立広尾病院
			(消毒薬の誤投与)
		2000年	“人は誰でも間違える”

Nov.13, 2014

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

2

医療の質とは？

- Quality of care can be defined as ‘the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge’. [Lohr KN (ed.) Medicine: A Strategy for Quality Assurance. Vols I and II. Washington, DC: National Academy Press, 1990]
- 医療の質とは「**個人や集団に対して行われる医療が望ましい健康アウトカムをもたらす可能性の高さ、その時々**の専門知識に合致している度合い」である。



エビデンスに基づいた“標準医療”
Evidence-based Standard of Care

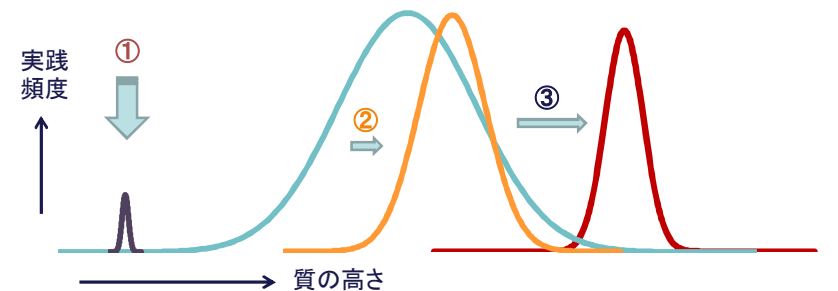
Nov.13, 2014

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

3

医療の質のスペクトラム

過誤～イノベーション

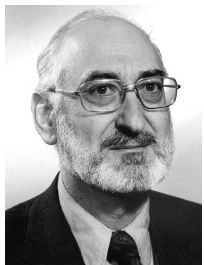


- ① 過誤を少なくする
個人の注意力の問題から組織の問題へ
- ② 質を高くする(＝バラツキを少なく、平均値を上げる)
EBMの実践: 診療ガイドライン、QI測定・PDCAサイクル
- ③ パラダイムシフト(＝医療のイノベーション)
基礎研究、トランスレーショナル・リサーチ、臨床研究

Nov.13, 2014

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

4



Avedis Donabedian
(1919-2000: ミシガン大学教授)

「医療の質は
3つの側面
から評価される。」

(Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966)

構造 (Structure)

組織、機器、職員の数・専門性など

プロセス (Process)

実際の診療・看護内容、職員の行動

アウトカム (Outcome)

治癒、生存、QOL、満足、コストなど

医療安全と医療の質測定・向上 への取り組みー聖路加国際病院の経験ー

1. 医療の質と安全性: 背景と重要性
2. 聖路加国際病院における対応・活動の概要
3. 安全性向上の事例
4. 医療の質向上の事例
5. Quality Indicatorを用いることの有用性
6. まとめと展望

医療の質改善 のための組織体制

医療安全
ミーティング
(毎日9:30~9:45)

QIセンター

QI委員会
(毎月)

感染管理

感染管理委員会

医療安全

セーフティマネジメント
委員会

薬剤管理

薬剤マネジメント
委員会

患者満足

サービス向上委員会

診療の質

診療記録オーディット
委員会

職員満足

総務課人事係

医療環境管理

施設課

教育研修

FDSD部

システム

システム管理
委員会

方針・手順

QI委員会

- 委員は約40名 (+出席自由+外部からの見学者)
 - ・委員長は院長
 - ・副委員長は医療情報管理室マネジャー (診療情報管理士)
- 毎月1回開催
- 年度初めに、委員や部署からの提言をもとに、1年以内に改善したいQIを10~15項目採り上げ、各QIごとに担当者を決める。
- 各QIの担当者の役割
 - ・年度内に目標値を達成するための活動を行う
- 毎月の委員会
 - ・採り上げたQIについて、担当者が前月までの値を発表 (算出は、医療情報管理室・診療情報解析室が担当)
 - ・年度内に目標値を達成するための方策を話し合う。

2013年度QI指標(1)

	Measure Domain	指標	前月値	5月値	目標値
1	Outcome	外来患者の転倒・転落発生率	0.02%	0.03%	検討中
	Process	外来患者の転倒・転落アセスメント実施率	90.1%	92.4%	100.0%
	Process	外来患者の転倒・転落予防対策立案率	99.6%	99.5%	100.0%
	Outcome	入院患者の転倒・転落発生率	1.21%	2.11%	1.21%
	Outcome	入院患者の転倒・転落による損傷発生率	0.07%	0.00%	—
	Process	入院患者の転倒・転落アセスメント実施率	99.5%	99.5%	100.0%
	Process	入院患者の転倒・転落再アセスメント実施率	96.8%	93.5%	100.0%
	Process	入院患者の転倒・転落予防対策立案率	99.9%	99.9%	100.0%
	Process	入院患者の転倒・転落予防対策説明書発行率	96.3%	96.0%	100.0%
2	Outcome	人工呼吸器関連肺炎(VAP)発生率	6.6%	0.0%	3.5%
3	Process	口腔ケア実施率	84.7%	85.9%	90.0%
	Process	入院時口腔ケアアセスメントテンプレート記入率	98.9%	98.0%	100.0%
	Process	口腔ケアの継続的アセスメント実施率	84.5%	83.6%	90.0%
	Process	歯科口腔外科コンサルテーション件数	36件	46件	—

Nov.13, 2014

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

9

2013年度QI指標(2)

	Measure Domain	指標	前月値	5月値	目標値
4	Outcome	褥瘡発生率	0.07%	0.08%	0.07%
	Process	入院患者のうち、24時間以内の「褥瘡対策に関する診療計画書」作成率	87.0%	86.0%	100.0%
	Process	褥瘡発生リスクの高い人に対する体圧分散寝具の使用率	89.1%	作成中	検討中
5	Outcome	糖尿病患者の血糖コントロール(HbA1c<7.0%)	65.2%	64.8%	65.0%
	Outcome	2型糖尿病患者における血糖コントロール(HbA1c<7.0%)	66.7%	66.1%	65.0%
6	Process	2型糖尿病患者におけるメトホルミン投与率	78.8%	79.4%	80.0%
	Outcome	降圧剤使用者(65歳以上)における血圧コントロール(<140かつ<90)	74.6%	75.3%	80.0%
7	Outcome	降圧剤使用者(30歳以上65歳未満)における血圧コントロール(<130かつ<85)	49.1%	49.5%	60.0%
	Process	ステロイド服用患者の骨粗鬆症予防率	53.4%	55.1%	70.0%
8	Process	ワーファリン錠処方とINR検査に関する院内ルール準拠率1	86.4%	88.3%	100.0%
	Process	ワーファリン錠処方とINR検査に関する院内ルール準拠率2	99.1%	98.5%	100.0%
9	Outcome	ワーファリン錠処方とINR検査関連のインシデント発生件数	0件	0件	—
	Process	15≤eGFR<45の患者における造影剤腎症予防プロトコル実施率	50.0%	82.6%	80.0%
10	Process	入院患者のうち、服薬指導を受けた者の割合	83.3%	84.9%	85.0%

Nov.13, 2014

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

10

QIの測定と公開：ホームページと出版



Nov.13, 2014

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

11

医療安全と医療の質測定・向上への取り組み—聖路加国際病院の経験—

1. 医療の質と安全性：背景と重要性
2. 聖路加国際病院における対応・活動の概要
3. 安全性向上の事例
4. 医療の質向上の事例
5. Quality Indicatorを用いることの有用性
6. まとめと展望

Nov.13, 2014

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

12

インスリンの名称類似による指示誤認

2010年度 3件

「ヒューマログミックス25注ミリオペン」皮下注のところ
「ヒューマログ注ミリオペン」投与、患者が低血糖

発生日	概要	要因
5月	「ノボラピッド30ミックス注フレックスペン」の指示 「ノボラピッド注フレックスペン」を投与	両者の違いを理解していなかった。
6月	「ヒューマログ注ミリオペン」の指示 「ヒューマログN注ミリオペン」を投与	両者の違いに気づかなかった。
10月	「ヒューマログ注ミリオペン」の指示 「ヒューマログミックス25注ミリオペン」を投与	両者が異なる薬剤であるとの認識が無かった。

Nov.13, 2014

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

13

インスリンの名称類似によるエラー防止策(1)

薬剤名の前に**薬剤名の一部を()内表示**

以前(before)オーダー画面表示(例)

改善後(after)オーダー画面表示(例)

以前(before)オーダー画面表示(例)	改善後(after)オーダー画面表示(例)
ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン
ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	(30)ノボラピッド30ミックス注フレックスペン
ノボラピッド50ミックス注フレックスペン	(50)ノボラピッド50ミックス注フレックスペン
ノボラピッド70ミックス注フレックスペン	(70)ノボラピッド70ミックス注フレックスペン
ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン
ヒューマログミックス25注ミリオペン	(25)ヒューマログミックス25注ミリオペン
ヒューマログミックス50注ミリオペン	(50)ヒューマログミックス50注ミリオペン
ヒューマログN注ミリオペン	(N)ヒューマログN注ミリオペン

Nov.13, 2014

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

14

インスリンの名称類似によるエラー防止策(2)

予防策2: インスリン製剤への注意ラベル表示

- 【ヒューマログと付くキット製剤は院内採用が3種類あります】
- 【インノレットと付くキット製剤は院内採用が3種類あります】
- 【ヒューマリンと付くキット製剤は院内採用が2種類あります】



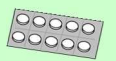
ハイファート薬 R注 インノレットと付くキット製剤は 院内採用が 3種類 あります。	ハイファート薬 ヒューマログ注 ヒューマログと付くキット製剤は 院内採用が 3種類 あります。	ハイファート薬 R注 ヒューマリンと付くキット製剤は 院内採用が 2種類 あります。
ハイファート薬 30R注 インノレットと付くキット製剤は 院内採用が 3種類 あります。	ハイファート薬 ミックス25注 ヒューマログと付くキット製剤は 院内採用が 3種類 あります。	ハイファート薬 N注 ヒューマリンと付くキット製剤は 院内採用が 2種類 あります。
ハイファート薬 N注 インノレットと付くキット製剤は 院内採用が 3種類 あります。	ハイファート薬 ミックス50注 ヒューマログと付くキット製剤は 院内採用が 3種類 あります。	

Nov.13, 2014

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

15

ワーファリン錠の処方とINR検査に関する 院内ルール 2012.2.27開始



ワーファリン服用中の入院患者

- INR検査日は検査結果を確認後、ワーファリンを処方
 - INR検査オーダーを入力したら、検査日のワーファリン処方を削除する
 - INR値確認後にワーファリン処方入力を行う
 - 処方カレンダー画面で処方の重複の有無と用量を確認する
 - 処方日数は、次回INR測定日の前日までとする
- 入院中の投与時刻は夕食後に統一する
- ワーファリン投与量の変更時(処方入力時)はチャートにも記載する

2012年2月 循環器内科・医療安全小委員会・セーフティマネジメント委員会

Nov.13, 2014

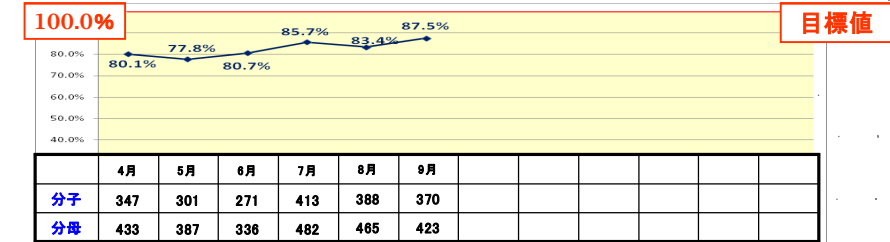
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

16

ワーファリン錠処方とINR検査に関する院内ルール準拠率

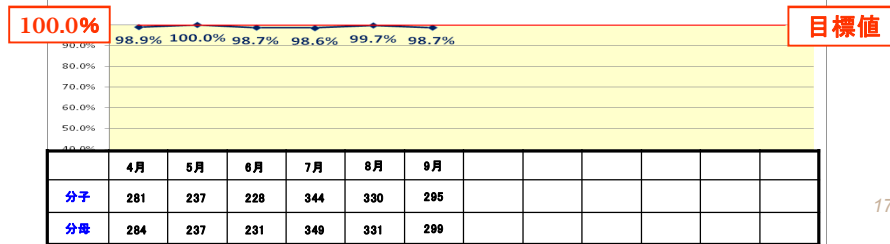
分子: INR検査日でINR結果報告日時に有効なワーファリン処方がない件数

分母: ワーファリン服用中の入院患者のINR検査件数



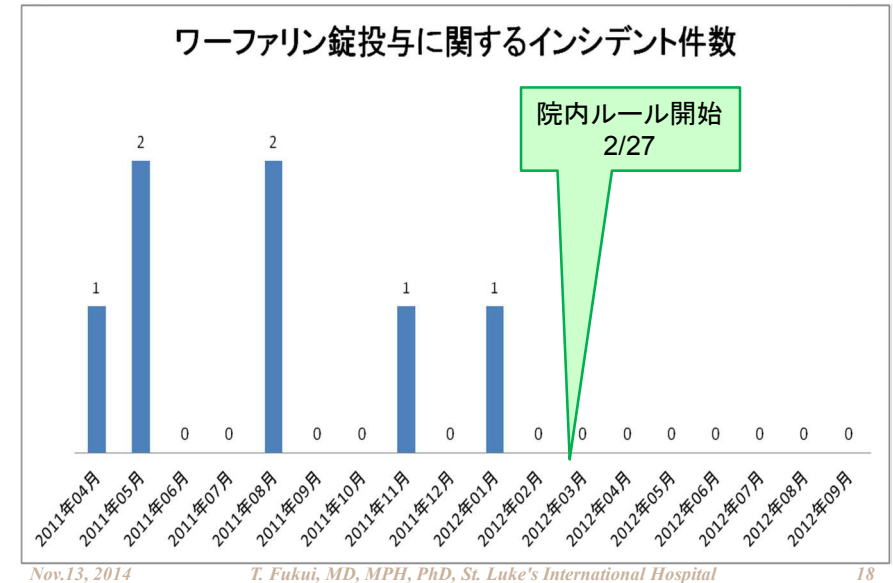
分子: INR結果報告日午後、最初にオーダされたワーファリン処方の用法が“夕食後”の件数

分母: ワーファリン服用中の入院患者で、INR結果報告日午後、最初にオーダされたワーファリン処方件数



17

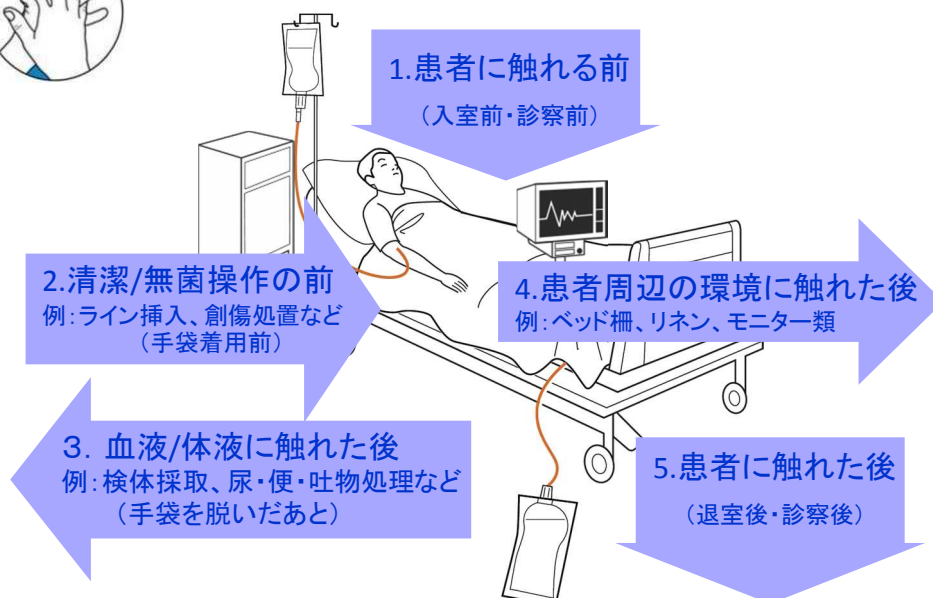
ワーファリン錠処方とINR検査関連インシデント発生件数 —院内ルール開始前後—



Medication errors and near misses



手指衛生:5つのタイミング



Nov.13, 2014

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

19

手指衛生への対応

- 2011年 担当者による直接観察法
- 2012年 ハンディーカムカメラ設置による直接観察法
- 2013年 全病棟に固定カメラ設置

プロセス指標

手指衛生実施率 Hand hygiene adherence rates



Nov.13, 2014

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

20

モニタービデオカメラ

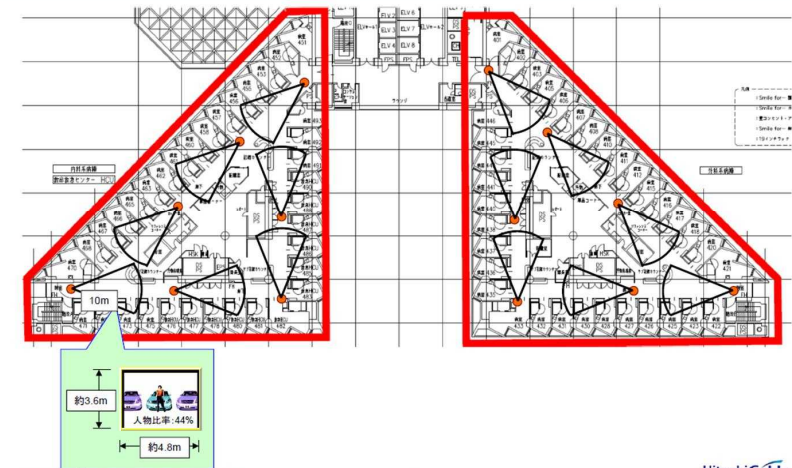
Nov.13, 2014

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

21

日常的にモニター ⇒ 病棟に常設ビデオカメラ設置

● 各ディストリのカメラ配置位置 全エリアタイプ (カメラ7台/フロア)



Copyright (C) 2012, Hitachi Cable Networks, Ltd.

3

Hitachi Cable
Communications Engineering & Construction

Nov.13, 2014

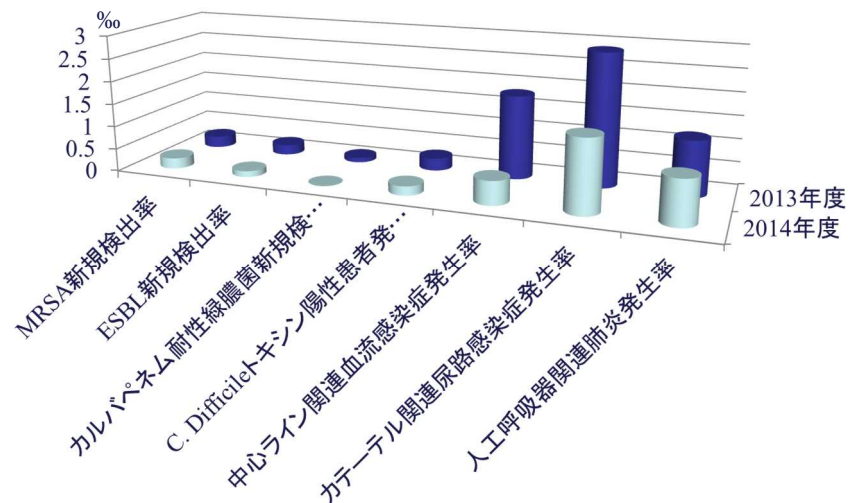
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

22

アウトカム指標

感染管理指標: 2013年→2014年

手指衛生実施率: 60%→72%



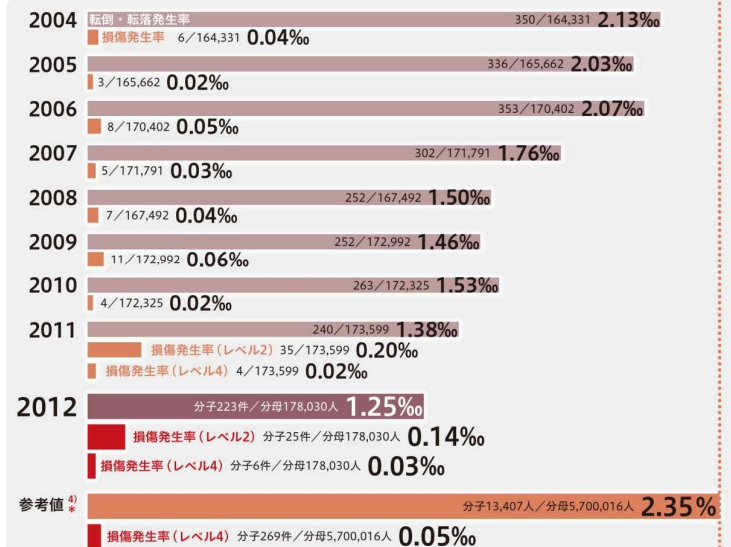
Nov.13, 2014

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

23

アウトカム指標

入院患者の転倒・転落発生率／損傷発生率



*2011年10月～2012年3月の平均値

Nov.13, 2014

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

24

転倒・転落へのQI委員会の対応

問題の重大さを認識



「転倒・転落研究会」を発足(2006年)

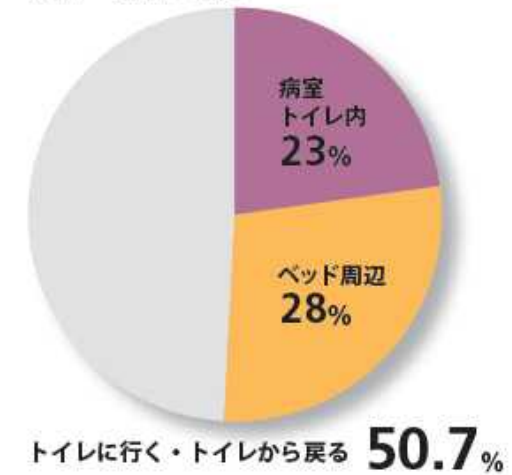


それまでに収集されていたデータを解析、解釈・検討



対応策の発案・実施

転倒・転落の状況



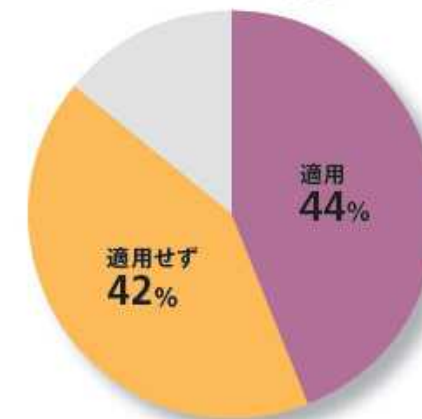
病室トイレへの手すり設置



病室トイレへの
手すり設置

段差の解消

アセスメントシートの適用状況



従来の転倒・転落アセスメントツール: 13項目

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

Nov.13, 2014

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

29

単変量解析(χ^2 検定): 11項目が転倒・転落発生と有意に関連

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

Nov.13, 2014

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

30

多重ロジスティック回帰分析: 5項目が転倒・転落と有意に関連

	Odds Ratio	Odds Ratio 95%CI	p-value
性別	0.85	0.52 ~ 1.40	0.52
入院時年齢	1.02	1.00 ~ 1.03	0.08
①転倒転落経験あり	0.96	0.45 ~ 2.03	0.91
②歩行補助具使用あり	1.58	0.85 ~ 2.93	0.15
③歩行障害あり	3.23	1.79 ~ 5.84	0.00
④めまい、たちくらみあり	2.13	0.98 ~ 4.86	0.06
⑤排泄障害あり	0.93	0.49 ~ 1.78	0.83
⑦挿入物あり	1.16	0.67 ~ 2.02	0.59
⑧精神状態あり	0.88	0.38 ~ 2.01	0.76
⑨見当識障害あり	0.74	0.33 ~ 1.64	0.46
⑩ナースコールができない	3.25	1.56 ~ 6.74	0.00
⑪徘徊・多動できない	3.44	1.05 ~ 11.28	0.04
⑫睡眠薬・精神安定剤の服用あり	1.33	0.77 ~ 2.31	0.31
⑬看護師の直感あり	2.81	1.59 ~ 4.98	0.00
一般病棟から一般病棟への移動あり	1.84	0.88 ~ 3.82	0.10

Nov.13, 2014

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

31

転倒・転落のリスクアセスメント項目の採否

①転倒転落経験あり	採用
②歩行補助具使用あり	採用
③歩行障害あり	採用
④めまい、たちくらみあり	採用
⑤排泄障害あり	
⑦挿入物あり	
⑧精神状態あり	
⑨見当識障害あり	
⑩ナースコールができない	採用
⑪徘徊・多動あり	採用
⑫睡眠薬・精神安定剤の服用あり	採否について分析・検討
⑬看護師の直感あり	採用

Nov.13, 2014

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

32

“新”転倒・転落アセスメントツール(7項目)

スコア	アセスメント項目	項目の内容
1	☒ ① 転倒経験	過去1ヶ月間の転倒経験がある
4	☒ ② 歩行障害	自立歩行不可能 こまた歩行、すくみ足、ふらつきあり
2	☒ ③ めまい、たちくらみ	めまい、たちくらみがある
	☐ ④ ナースコール	転倒リスクがあるが看護師を呼ぶことができない
3	☒ ⑤ 徘徊・多動	多動(意味なく繰り返される行動)徘徊(目的もなく歩き回る行動)
	☐ ⑥ 睡眠薬・精神安定剤の服用	これまで服用していて服用を継続するor本日から服用を開始する
3	☒ ⑦ 看護師の直感	
	☐ ⑧ 上記の項目すべてに該当なし	
13	☐ ⑨ 上記以外の転倒・転落に関するリスク⇒	

スコア合計 **13** *スコア合計は転倒・転落リスクの目安(最高点は17点)
 *1項目でも該当する項目がある場合は対策を立案する



ナースコール



体動コール



足元柵

転倒・転落低減への方略

- データの解析とフィードバック: 病棟単位
- 勉強会・研修会
- 設備・機器の修理・見直し: 手すりの設置、サイン
- せん妄患者への対応
- 業務プロセスの見直し: アセスメント
- 院内ルール・ガイドラインの見直し
- 患者・家族への働きかけ・協力要請

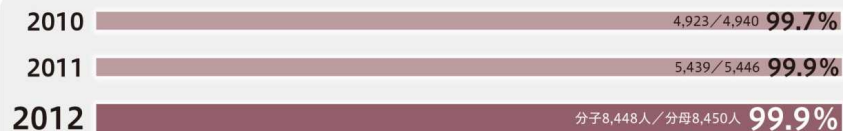
プロセス指標

転倒・転落アセスメント実施率



* 2007年8月より新アセスメント項目のテンプレート使用開始

転倒・転落予防対策立案率



* 2007年8月より新アセスメント項目のテンプレート使用開始

Nov.13, 2014

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

37

転倒・転落予防対策説明書発行率



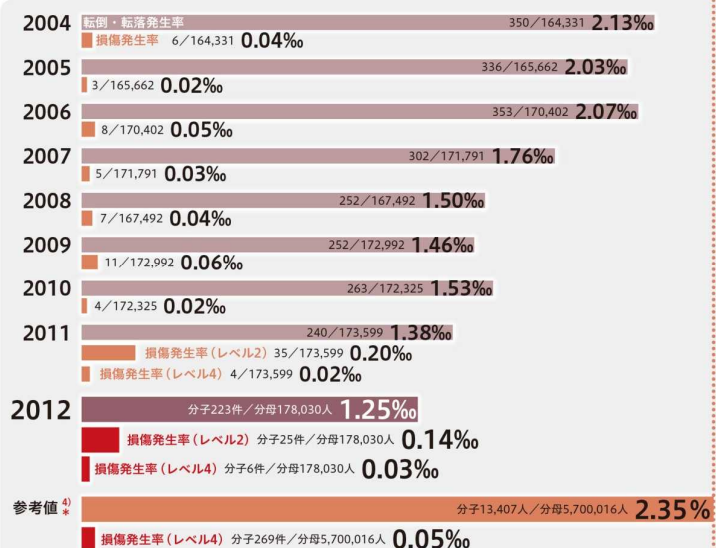
* 2007年8月より新アセスメント項目のテンプレート使用開始

Nov.13, 2014

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

38

入院患者の転倒・転落発生率／損傷発生率



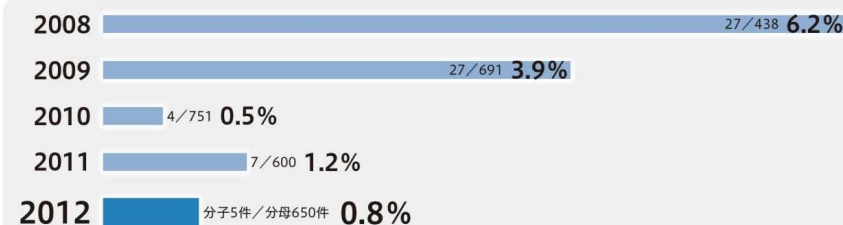
* 2011年10月～2012年3月の平均値

Nov.13, 2014

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

39

中心静脈カテーテル挿入術の合併症発生率 (動脈穿刺あるいは気胸の発生率)



* 2008年5月より処置記録テンプレート使用開始

Nov.13, 2014

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

40

QI委員会による対応

中心静脈カテーテル挿入術(CVC)にともなう合併症の発生に関する客観的データを収集する必要性を認識

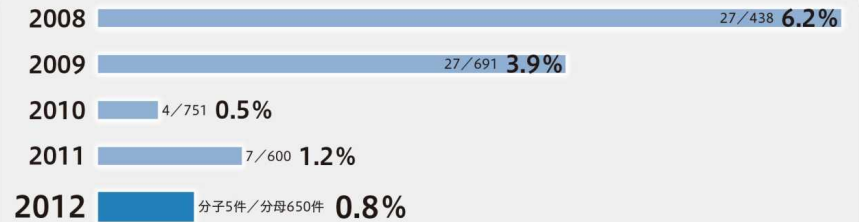
テンプレートを開発し、全てのCVC手技の記録開始(2007年)

エコーガイド下鎖骨下静脈カテーテル挿入術での合併症発生率が最も高い(2008年前半)

院内「CVC認定制度」を制定し、直ちに施行(2008年度後半)

院外から講師を招いて、CVC実技講習会を複数回実施(2008年度)

中心静脈カテーテル挿入術の合併症発生率 (動脈穿刺あるいは気胸の発生率)

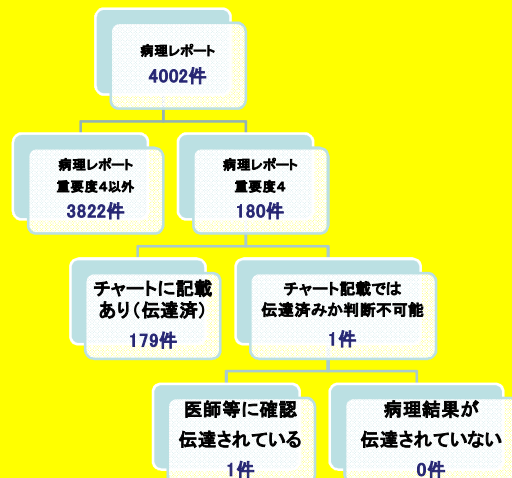


*2008年5月より処置記録テンプレート使用開始

悪性の病理結果が患者に伝達されているか

—6月分調査結果— 医療情報管理室 診療情報管理係

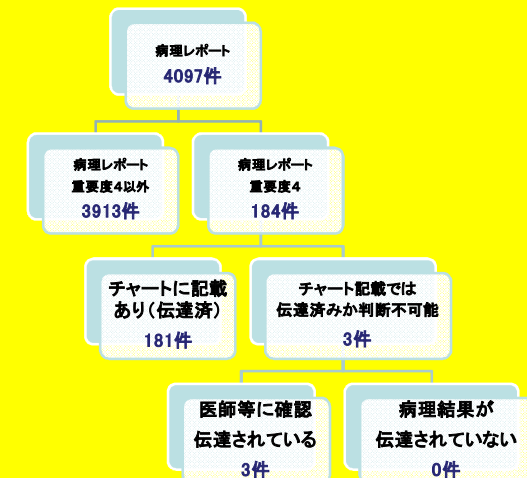
結果報告後のプログレスノート、ICテンプレートの記載内容を抽出。本人に伝達されているか確認(6月に病理検査をした患者)



悪性の病理結果が患者に伝達されているか

—7月分調査結果— 医療情報管理室 診療情報管理係

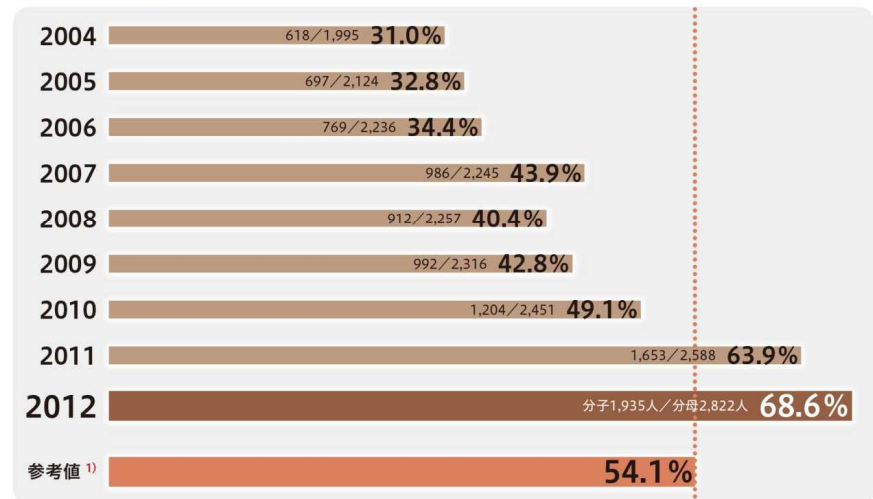
結果報告後のプログレスノート、ICテンプレートの記載内容を抽出。本人に伝達されているか確認(6月に病理検査をした患者)



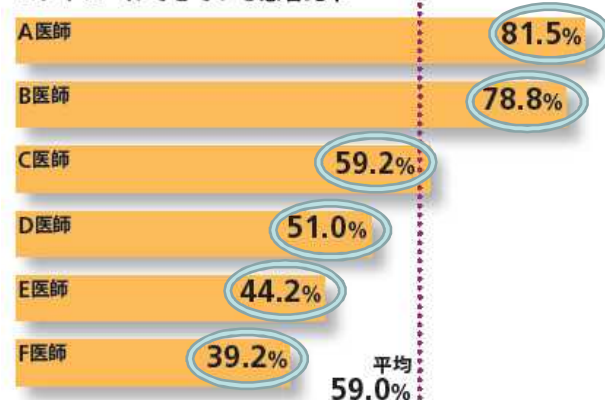
医療安全と医療の質測定・向上への取り組みー聖路加国際病院の経験ー

1. 医療の質と安全性: 背景と重要性
2. 聖路加国際病院における対応・活動の概要
3. 安全性向上の事例
4. 医療の質向上の事例
5. Quality Indicatorを用いることの有用性
6. まとめと展望

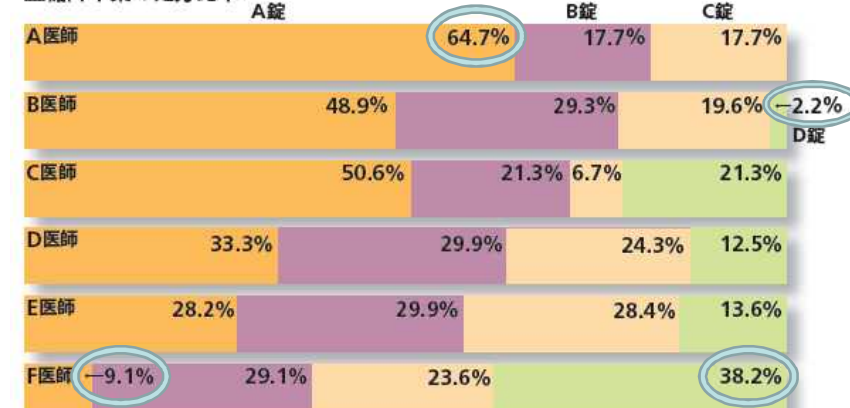
糖尿病患者: 血糖コントロール (HbA1c<7.0%)



HbA1c<7.0%にコントロールできている患者比率



血糖降下薬の処方比率

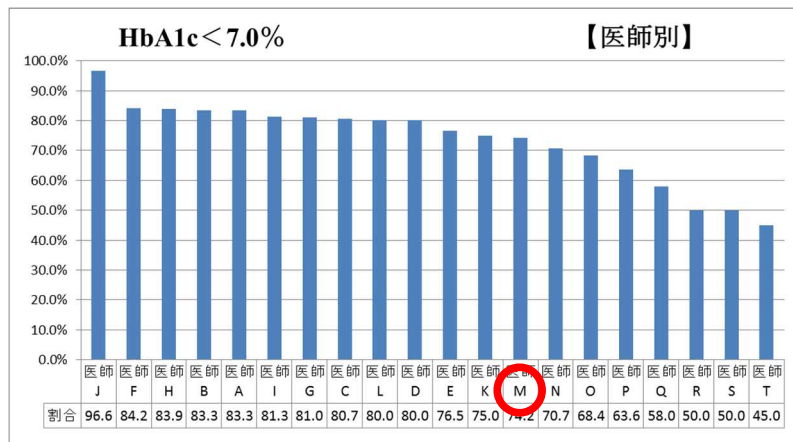


糖尿病患者の血糖コントロール

分子: HbA1c(JDS)の最終値が**6.6%未満**の患者数

分母: 糖尿病の薬物治療を施行されている患者数

(過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)



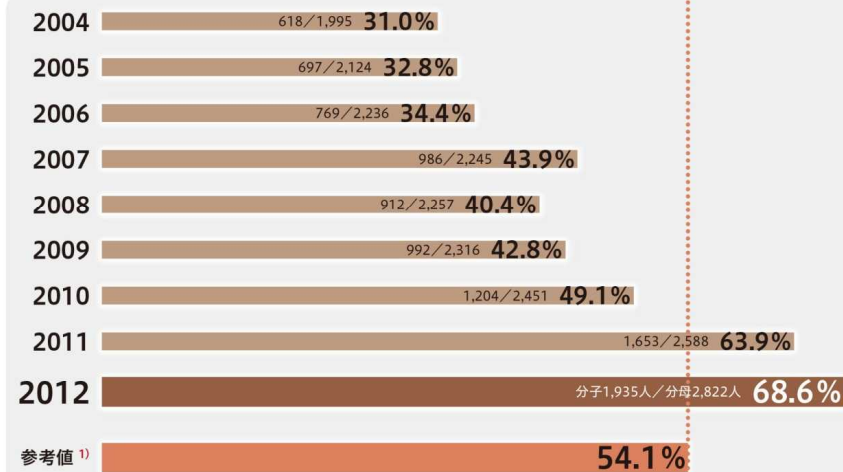
期間: 2011年1月から12月 対象: 分母10人以上

Nov.13, 2014

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

49

糖尿病患者: 血糖コントロール (HbA1c < 7.0%)



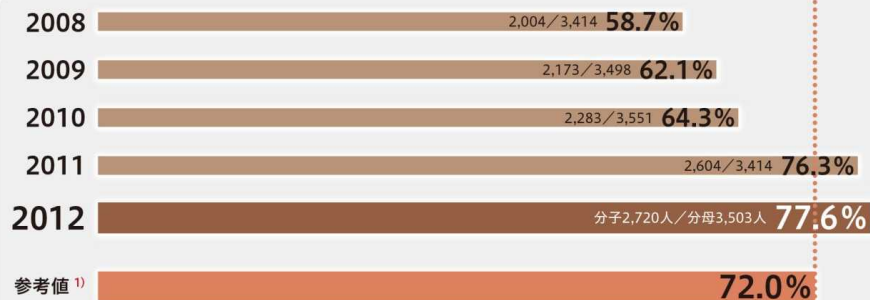
Nov.13, 2014

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

50

降圧薬服用患者: 血圧のコントロール

65歳以上、目標血圧 < 140/90mmHg



Nov.13, 2014

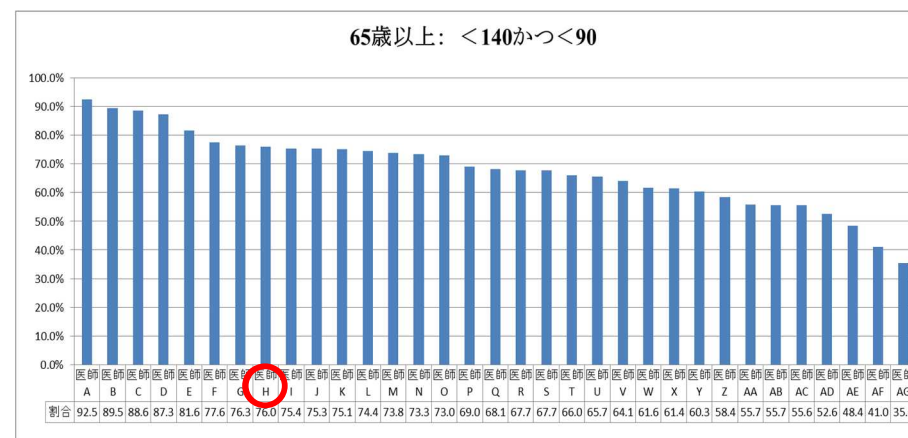
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

51

降圧剤使用者における血圧コントロール

分子: 調査年の最後に測定した血圧値が**140/90mmHg未満**の患者数

分母: 1年間の処方日数の合計が90日以上で、調査年初日の年齢が**65歳以上**の患者数



期間: 2011年4月から12月 対象: 処方件数150件以上

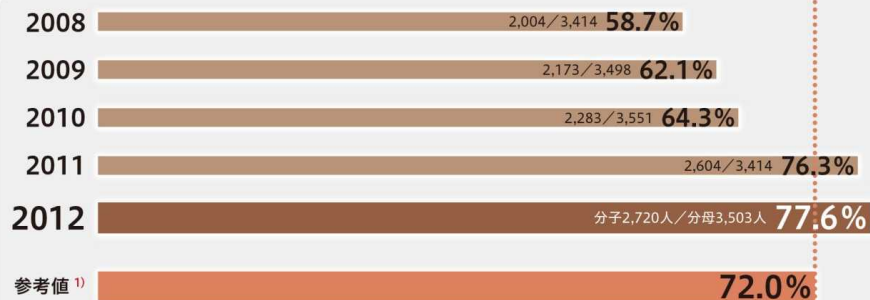
Nov.13, 2014

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

52

降圧薬服用患者：血圧のコントロール

65歳以上、目標血圧<140/90mmHg



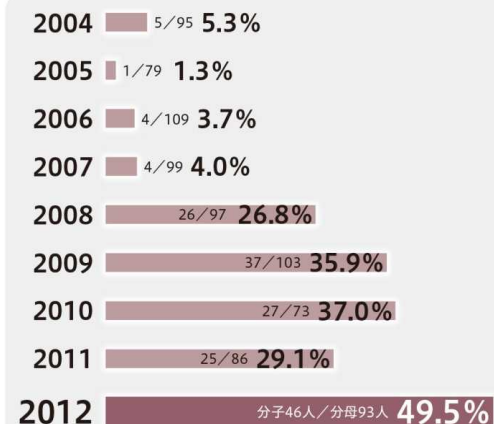
Nov.13, 2014

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

53

急性心筋梗塞患者

病院到着後24時以内のβ遮断薬投与

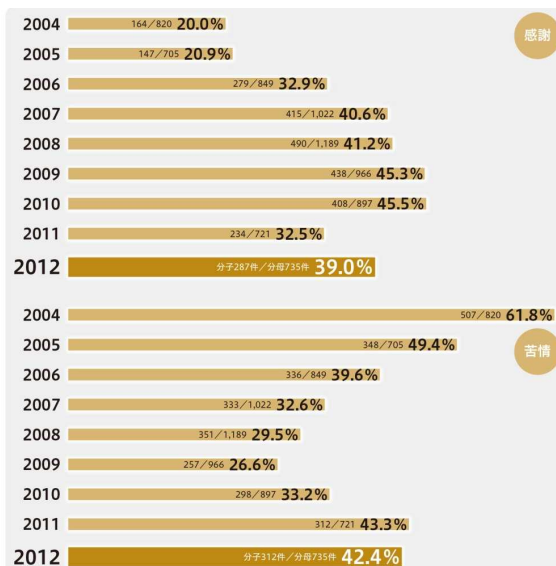


Nov.13, 2014

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

54

意見箱投書中に占める感謝の割合

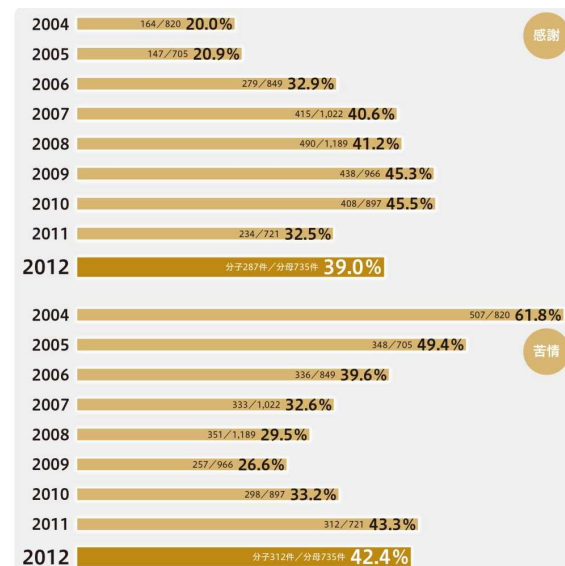


Nov.13, 2014

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

55

意見箱投書中に占める苦情の割合

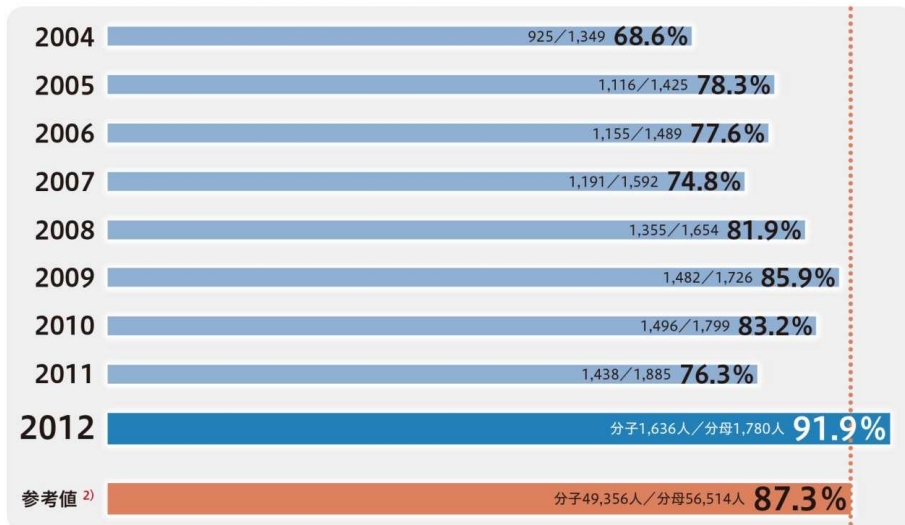


Nov.13, 2014

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

56

職員のインフルエンザ予防接種率

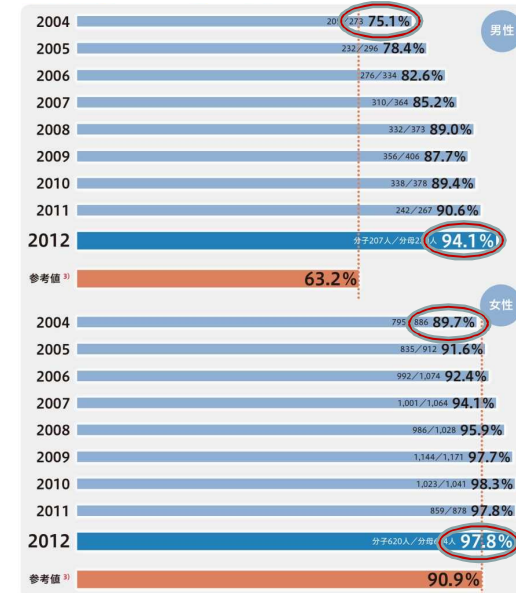


Nov.13, 2014

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

57

職員の非喫煙率



Nov.13, 2014

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

58

医療安全と医療の質測定・向上への取り組みー聖路加国際病院の経験ー

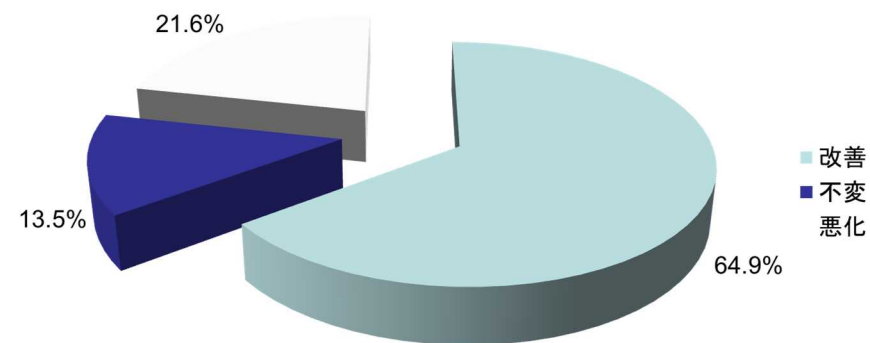
1. 医療の質と安全性: 背景と重要性
2. 聖路加国際病院における対応・活動の概要
3. 安全性向上の事例
4. 医療の質向上の事例
5. Quality Indicatorを用いることの有用性
6. まとめと展望

Nov.13, 2014

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

59

2004/2005年から2012年への変化 (#QI=74)



Nov.13, 2014

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

60

QIを測定・公表することによる改善のメカニズム

1. ホーソン効果(Hawthorne Effect)

- ・他人に見られる、監視されるとパフォーマンスが向上する
(改善への動機づけ: 無意識的な場合が多い?)

(Hawthorneはシカゴ郊外の町の名前: ウェスタン電気会社の工場Hawthorne Worksで1924年～1932年に行われた工員の生産性に関する実験の結果に由来)

2. 比較することによるパフォーマンス向上(改善への動機づけ: 意識的)

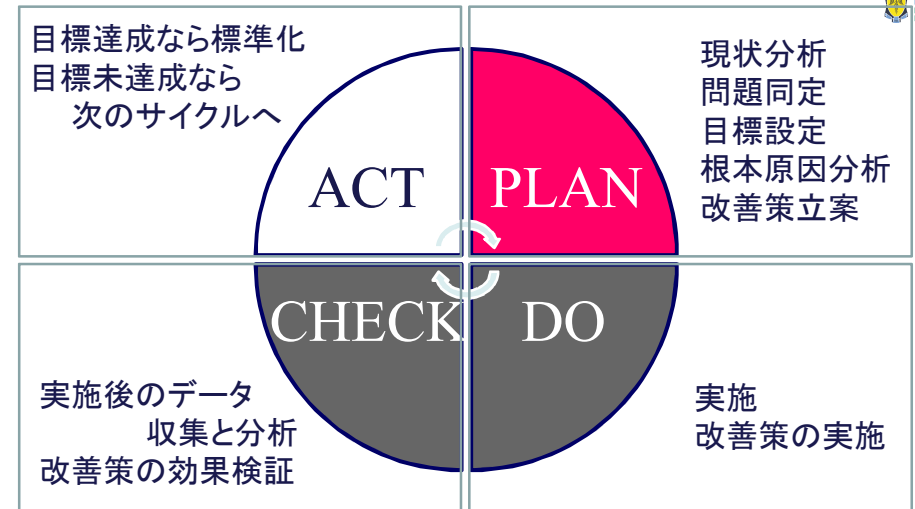
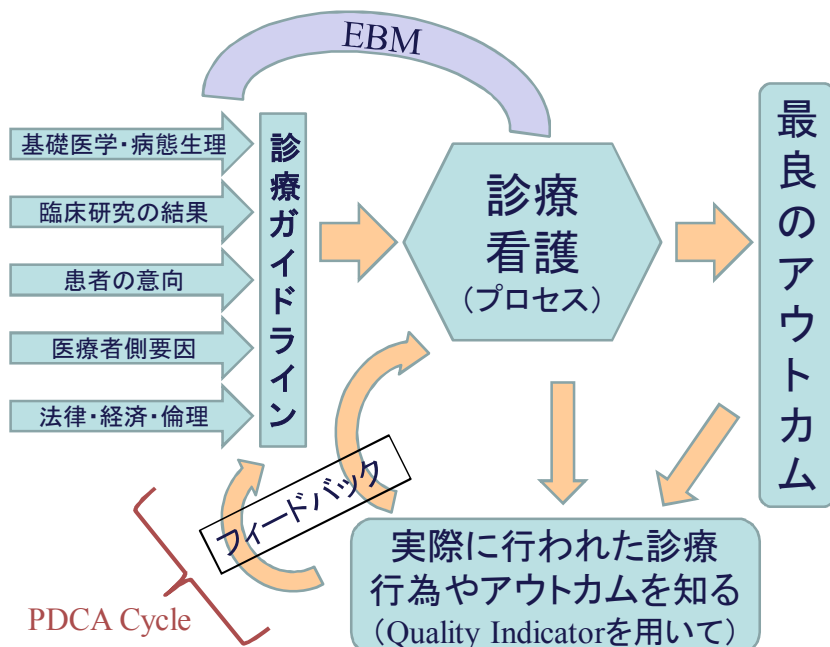
- ・エビデンスとの比較(エビデンス・診療ギャップ)
- ・他の医師、他の医療施設との比較(ベンチ・マーキング)

3. 個人による改善への努力+組織としてのアプローチ

- ・医療の質の向上・改善は「医療者個人の努力・変化に係る」という考えから「組織として行える部分が少なくない」という考えへのパラダイム・シフトが必要・・・医療安全の場合に必要なであったように。

QI改善への組織としての介入

1. 業務プロセスの見直し 例: 待ち時間
2. 設備・機器の見直し 例: 手すり
3. 規則・ガイドライン・システムの見直し
例: CVC認定制度
4. 勉強会・研修会の開催 例: 糖尿病治療
5. フィードバック 例: 糖尿病、高血圧
6. コミュニケーションの改善 例: Door-to-Balloon
7. 患者さんへの働きかけ 例: 患者誤認防止
8. 外部評価 例: JCI受審



PDCAサイクル

医療安全と医療の質測定・向上 への取り組みー聖路加国際病院の経験ー

1. 医療の質と安全性: 背景と重要性
2. 聖路加国際病院における対応・活動の概要
3. 安全性向上の事例
4. 医療の質向上の事例
5. Quality Indicatorを用いることの有用性
6. まとめと展望

まとめ: QI活動の目指すもの

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

展望: 医療の質と安全性

- **認識**: 「医療の質と安全性確保は、病院のもっとも重要な使命」であることの共通認識
 - ー 現在も、今後も
- **意思と行動**: 個人＋組織としての取り組み・実践の重要性
 - ー 病院管理者の強い意思と行動、投資
- **動機づけ**: 「観察されること」、「比較すること」、「絶えず向上しようとする心」
 - ー プロフェッショナリズム、成人学習理論
- **ツール**: 「QIを用いたPDCAサイクル」の有用性
- **将来**: 全スタッフの診療・看護行動のモニタリング

医療安全と医療の質測定・向上 への取り組みー聖路加国際病院の経験ー

1. 医療の質と安全性: 背景と重要性
2. 聖路加国際病院における対応・活動の概要
3. 安全性向上の事例
4. 医療の質向上の事例
5. Quality Indicatorを用いることの有用性
6. まとめと展望