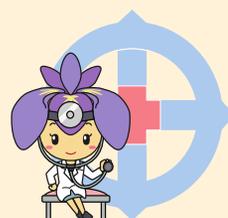


碧南市民病院 臨床指標 2015

Hekinan Municipal Hospital Clinical Indicator 2015



碧南市民病院
診療情報管理室

目次

臨床指標の見方	5
---------	---

○病院全体の指標

1. 平均在院日数（一般病棟のみ）	7
2. 病床稼働率	8
3. 外来／入院比率	9
4. クリニカルパス適用率	10
5. 予期しない6週間以内の再入院率	11
6. 2週間以内の退科サマリー作成率	12
7. アルブミン製剤／赤血球濃厚液（MAP）比	13
8. 死亡退院患者率	14

○死因究明に関する指標

9. 死亡退院患者剖検率	16
10. 死亡退院患者死亡時画像病理診断（A I : Autopsy imaging）実施率	17

○看護に関する指標

11. 入院中の新規褥瘡発生率	19
12. 入院患者の転倒・転落発生率	20
13. ストーマサイトマーキング率	21

○悪性新生物の指標

14. 胃がん患者に対する手術時の腹水細胞診の施行率	23
15. Stage II, IIIの胃がん患者における術後S-1療法実施率	24
16. 結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率（Stage I、Stage II）	25
17. Stage IIIA～IIICの大腸がん患者における補助化学療法実施率	27
18. 乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の施行率	28
19. 乳がん患者に対する嘔吐リスクの高い化学療法における制吐剤 （5-HT3受容体拮抗型制吐剤とステロイドの併用）の投与率	29
20. 肺がん手術患者に対する治療前の病理診断の施行率	30

目次

○循環器疾患の指標

2 1. 急性心筋梗塞：受付から緊急PCIまでの所要時間が90分以内の患者割合	32
2 2. 急性心筋梗塞患者における病院到着前後24時間以内のアスピリン処方率	33
2 3. 急性心筋梗塞患者における退院時処方率 (アスピリン、 β -遮断薬、ACEI/ARB、スタチン)	34
2 4. 心不全入院患者における左室機能評価	37
2 5. 心不全入院患者に対する退院後の治療計画記載率	38
2 6. 心不全入院患者における退院後予約割合	39
2 7. PCI後の24時間以内の死亡率	41

○脳血管疾患の指標

2 8. 脳梗塞患者における早期リハビリ開始率	43
2 9. 脳梗塞患者に対するアスピリン、オザクレル、 アルガトロバン、ヘパリンの投与率	44
3 0. 破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の施行率	45
3 1. 急性期開頭術施行患者の死亡退院率	46
3 2. 救急搬送後、入院となった脳血管疾患患者における 頭部CT検査施行までに要した時間(単位 分)	47

○周産期、女性生殖器疾患手術の指標

3 3. 出産予定婦の帝王切開率	49
3 4. 帝王切開術における全身麻酔の割合	50
3 5. 単純子宮全摘術が施行された患者に対する輸血発生率	51
3 6. 卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の施行率	52

○整形外科領域の指標

3 7. 大腿骨近位部骨折に対する早期リハビリテーション(術後4日以内)の施工率	54
3 8. 人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーション実施料	55
3 9. 人工関節置換術、人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための 抗菌薬の3日以内の中止率	56

目次

○消化器疾患の指標

40. 胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合	58
41. 急性胆のう炎患者に対する入院2日以内の超音波検査実施	59
42. 急性胆管炎患者における入院初日の血液培養検査実施率	60
43. 急性胆管炎患者、急性胆のう炎患者に対する早期（2日以内）の注射抗菌薬投与の実施率	61
44. 急性膵炎患者に対する早期（入院2日以内）のCT施行率	62

○呼吸器疾患の指標

45-1. 肺炎：65歳以上患者割合（ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17）	64
45-2. 肺炎：65歳以上患者割合（嚔下性肺炎 J69）	65
45-3. 肺炎：65歳以上患者割合（間質性肺炎 J84）	66
45-4. 肺炎：65歳以上患者割合（その他の肺炎 J18）	67
46-1. 肺炎：平均在院日数（ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17）	68
46-2. 肺炎：平均在院日数（嚔下性肺炎 J69）	69
46-3. 肺炎：平均在院日数（間質性肺炎 J84）	70
46-4. 肺炎：平均在院日数（その他の肺炎 J18）	71
47-1. 肺炎：死亡率（ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17）	72
47-2. 肺炎：死亡率（嚔下性肺炎 J69）	73
47-3. 肺炎：死亡率（間質性肺炎 J84）	74
47-4. 肺炎：死亡率（その他の肺炎 J18）	75
48. 気管支喘息患者に対する吸入ステロイド剤の投与率	76
49. 小児喘息に対して入院中にステロイドの全身投与（静注・経口）を受けた患者の割合	77
50. 間質性肺炎患者に対する血清マーカー検査（KL-6, SP-D, SP-A）の施行率	78
51. 慢性閉塞性肺疾患患者に対する呼吸器リハビリテーション実施率	79

○尿路系疾患、男性生殖器疾患手術の指標

52. 急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の施行率	81
53. 経尿道的前立腺切除術が施行された患者に対する術後3日以内の抗菌薬注射薬の中止率	82

目次

○薬剤に関する指標

5 4. バンコマイシン投与患者の血中濃度測定	84
-------------------------	----

○高齢者に関する指標

5 5. 高齢非経口摂取患者の胃ろう実施率	86
-----------------------	----

○手術に関する指標

5 6. 胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の施工率	88
---	----

5 7. 執刀開始1時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合	89
-------------------------------	----

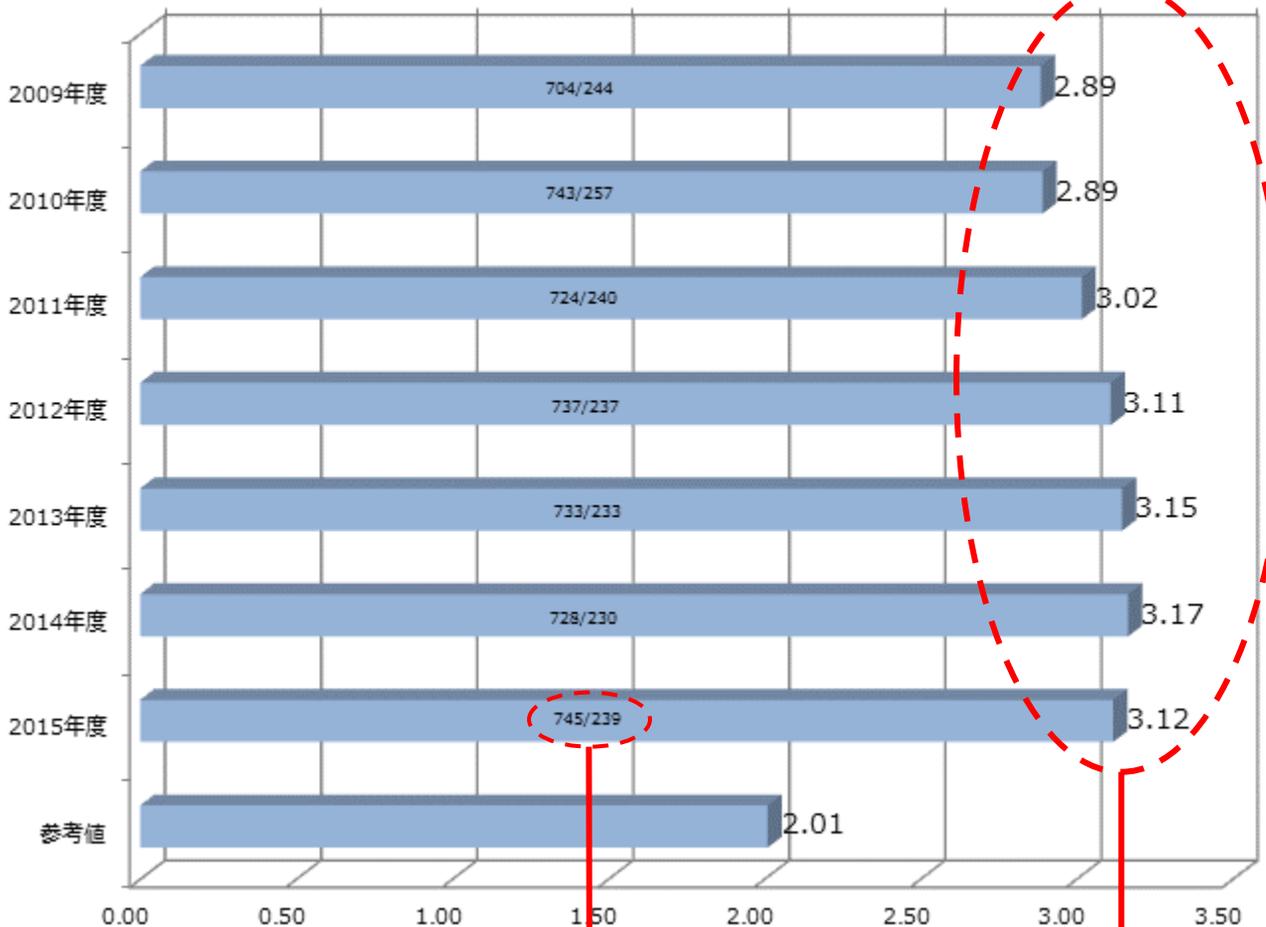
○地域連携に関する指標

5 8. 紹介率、逆紹介率	93
---------------	----

臨床指標の見方

- 各臨床指標の数値を年度ごとにまとめ、数値をグラフ化して表示しています。
- 棒グラフの中もしくは下に示した数字は、指標値の分子/分母になります。
- 集計期間については以下の通りです。
 - ・2009年度～2015年度（開始日:4/1～終了日:3/31）の退院患者が対象

3. 外来/入院比率

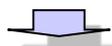


分子/分母

各年度の指標値

【分子】 集計期間内の1日平均外来延べ患者数

【分母】 集計期間内の1日平均入院患者数



※分子（上段）、分母（下段）にて定義を表記しています。

病院全体の指標

- 1.平均在院日数（一般病棟のみ）
- 2.病床稼働率
- 3.外来／入院比率
- 4.クリニカルパス適用率
- 5.予期しない6週間以内の再入院率
- 6.2週間以内の退科サマリー作成率
- 7.アルブミン製剤／赤血球濃厚液（MAP）比
- 8.死亡退院患者率

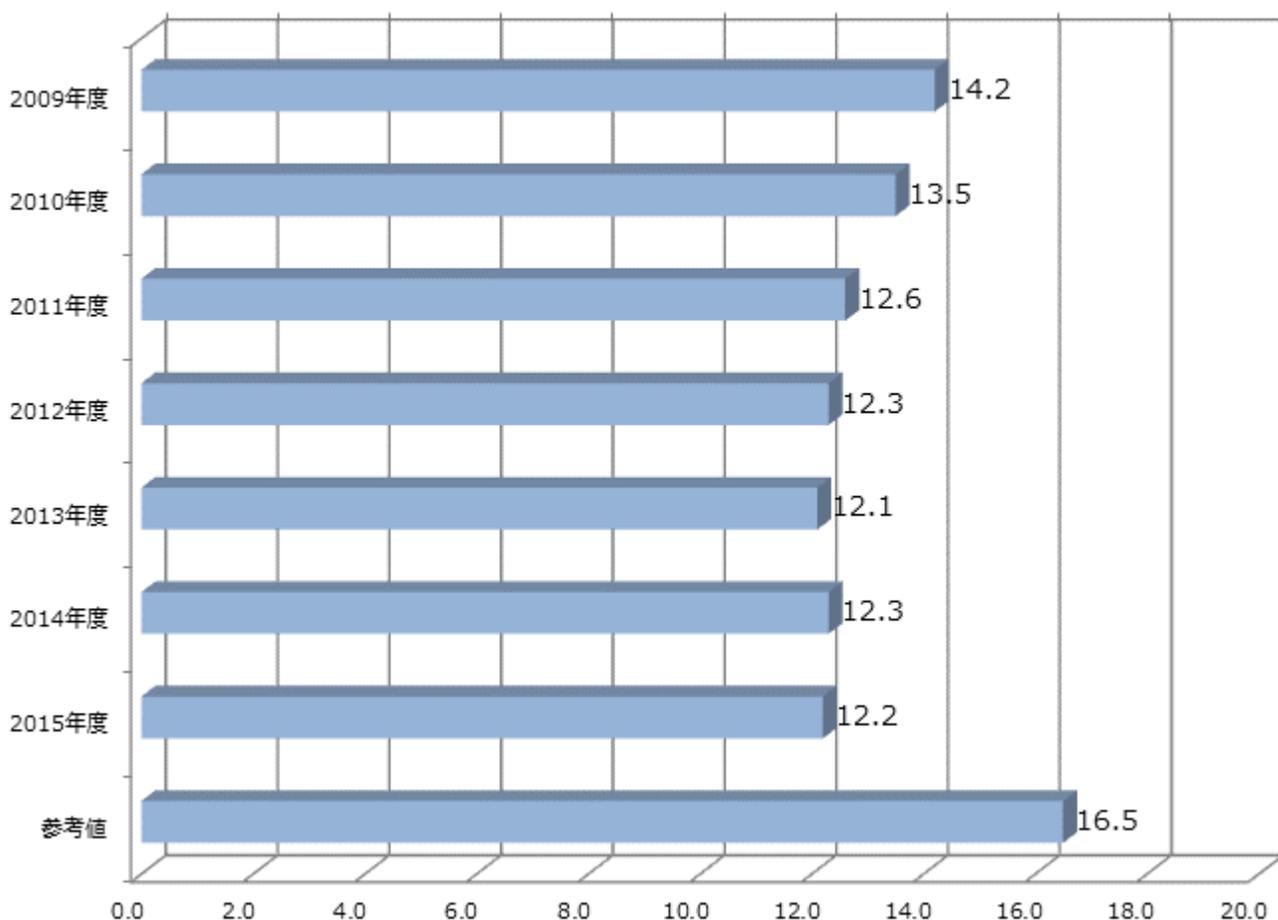
1.平均在院日数

2.病床稼働率

平均在院日数は病床利用状況の指標であり、病床利用が定常状態であることを前提として、在院患者が全て入れ替わるまでの期間を表したものです。また、保険医療機関の施設基準の1つである「一般病棟入院基本料」の枠組みにおいて、7：1や10：1という看護師配置数のほかに、平均在院日数も一般病棟における医療の質を保証する指標となっています。更に、平均在院日数と病床稼働率は、当該医療機関における経営の質を示す指標のひとつとしても活用されています。

○平均在院日数

1. 平均在院日数（一般病棟のみ）



○算出式：平均在院日数（一般病棟のみ）

【分子】：集計期間内の入院患者延数

【分母】：集計期間内の（新入院患者数+退院患者）×1/2

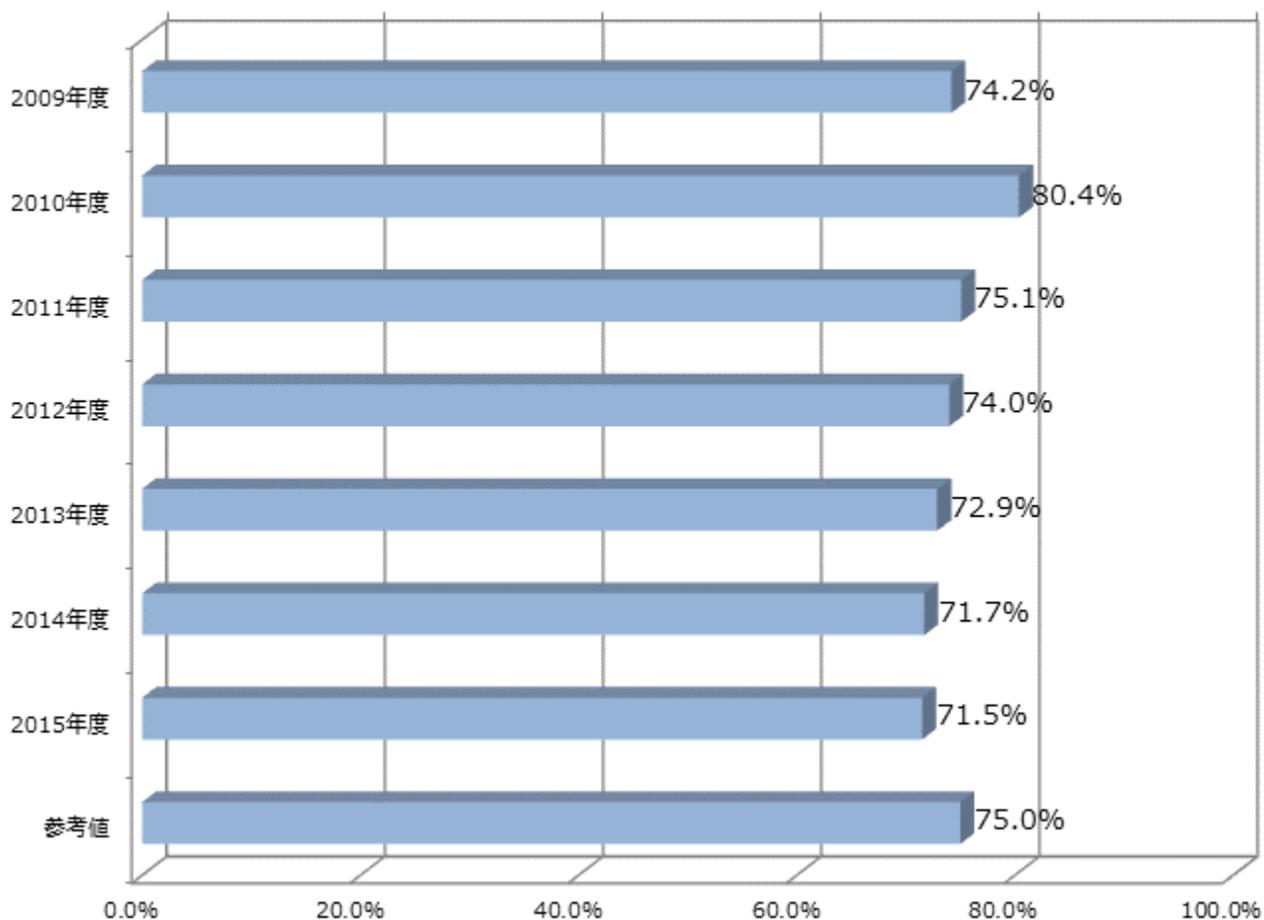
※参考値：厚生労働省 平成27年病院報告（一般病床）

1.平均在院日数

2.病床稼働率

○病床稼働率

2. 病床稼働率



○算出式：病床稼働率

【分子】：集計期間内の入院患者延数

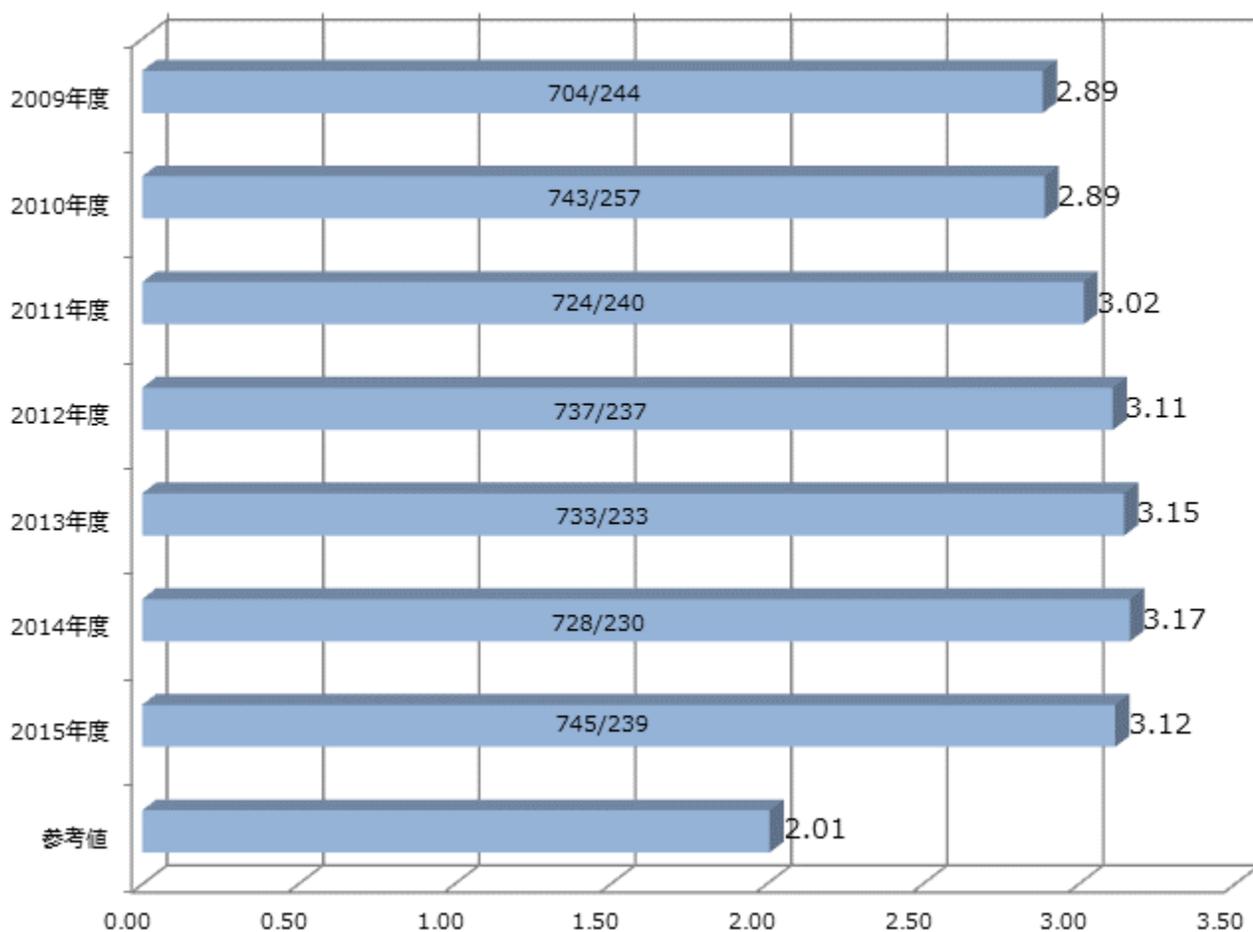
【分母】：集計期間内の実働病床数×集計期間内の診療日数

※参考値：厚生労働省 平成27年病院報告（一般病床）

3. 外来／入院比率

急性期病院においては、コストパフォーマンスの面から、外来診療を縮小し、入院診療の比重を重くしようとする動きがあります。しかし、DPC／PDPS制度の影響もあり、外来診療でも化学療法等の集中度の高い診療もあり、検査を外来に移行する動きもあります。診療のパフォーマンスを把握する上で、重要な指標といえます。

3. 外来／入院比率



○算出式

【分子】：集計期間内の1日平均外来延べ患者数

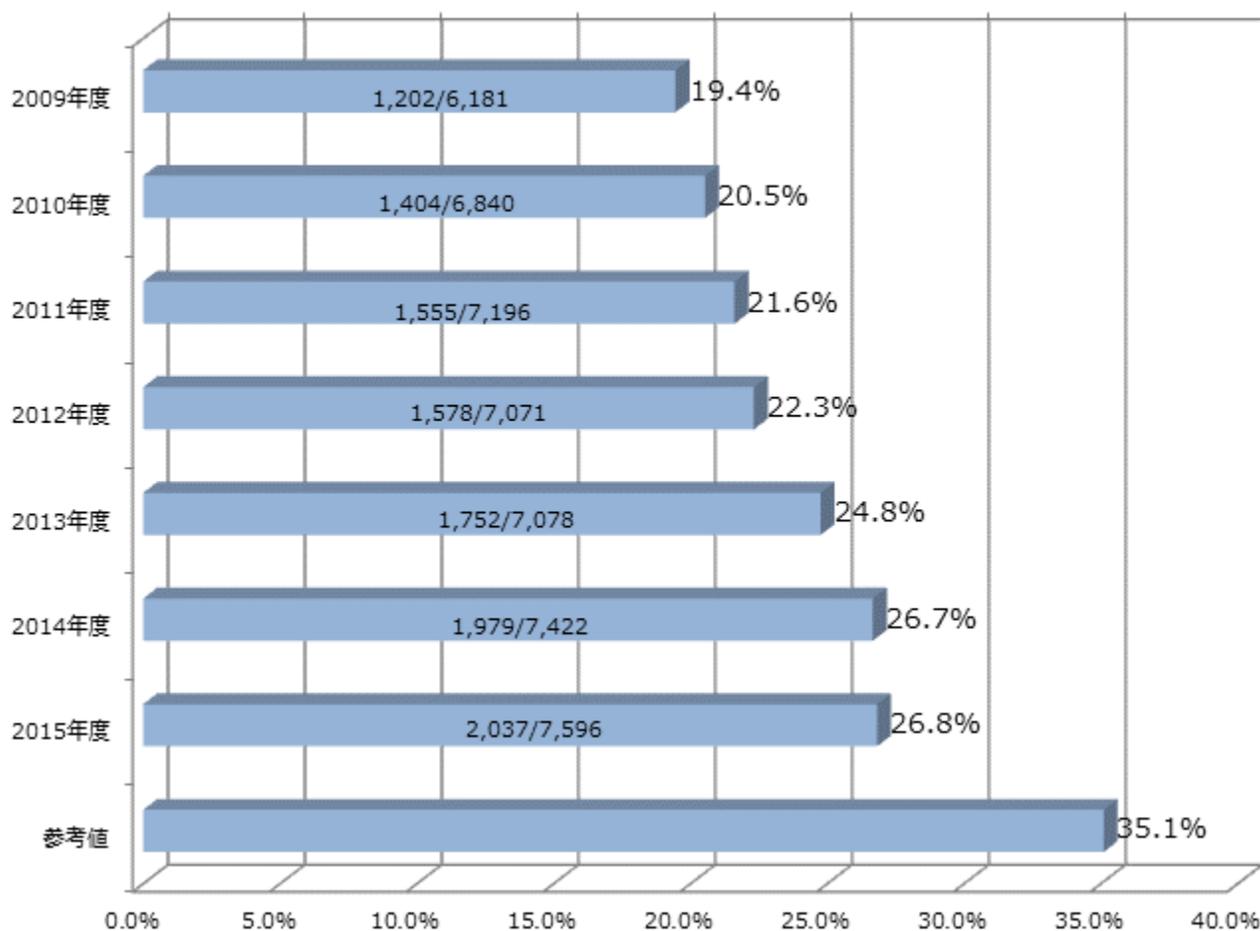
【分母】：集計期間内の1日平均入院患者数

※参考値：厚生労働省 平成26年度病院経営管理指標 自治体病院数値

4. クリニカルパス適用率

医療の質は、標準医療への準拠の程度により測定されるといわれています。標準化された医療が患者、医療従事者にどれだけ提供されているかを示す指標と言えます。

4. クリニカルパス適用率



○算出式

【分子】：分母対象例のうちクリニカルパスを使用した患者数

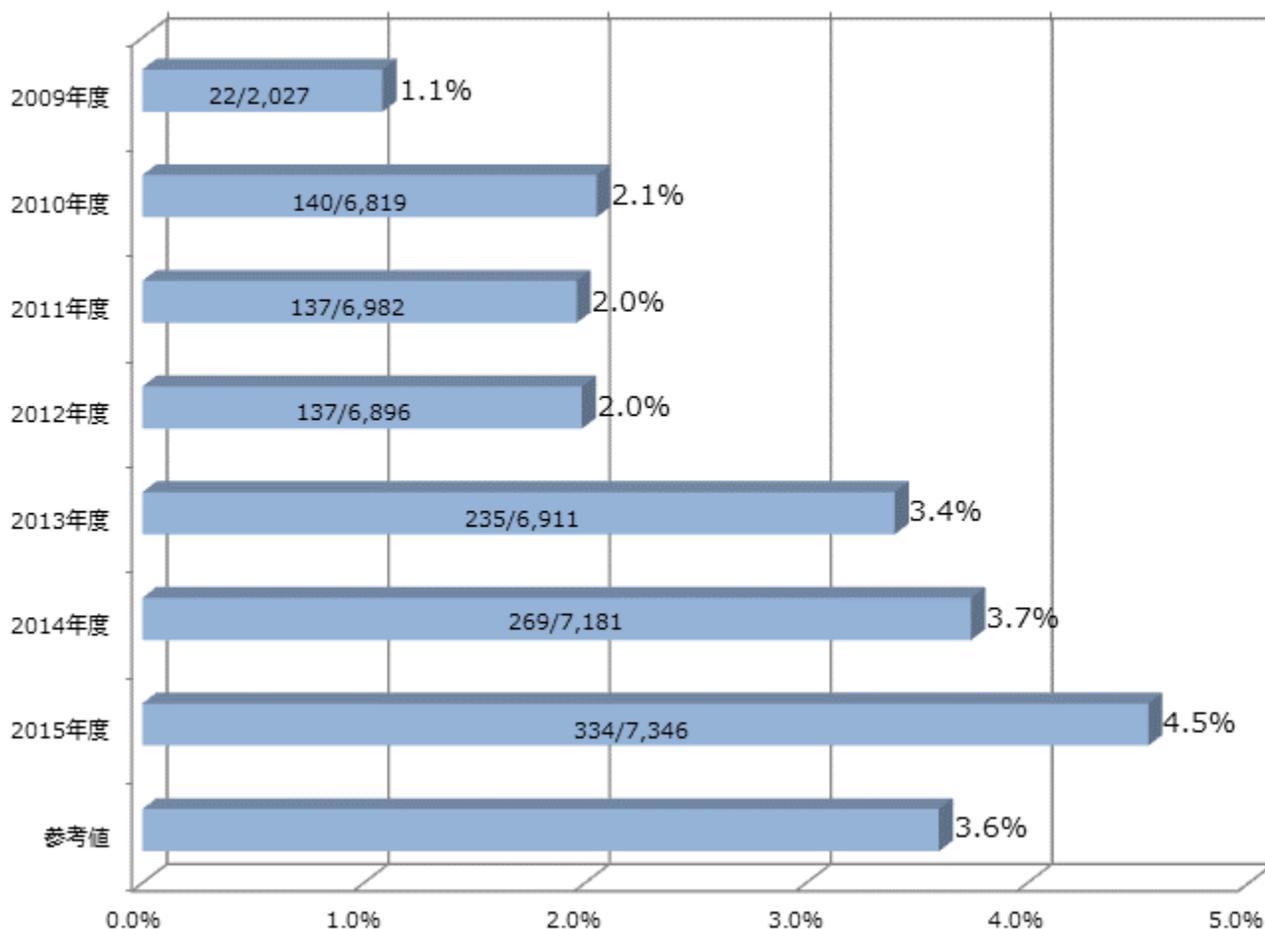
【分母】：集計期間内に退科した患者数

※参考値：病院機能評価データブック 平成26年度（一般病棟2 メジアン値）

5. 予期しない6週間以内の再入院率

効果的な医療提供を目指していく上で、粗診粗療にならないためにも、再入院率を把握していくことは重要です。早期退院を強いると、退院後の緊急再入院率が上がります。その背景としては、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患者さんに早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。

5. 予期しない6週間以内の再入院率



○算出式

【分子】：分母対象例のうち退院後6週間以内に予期しない再入院をした患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者数

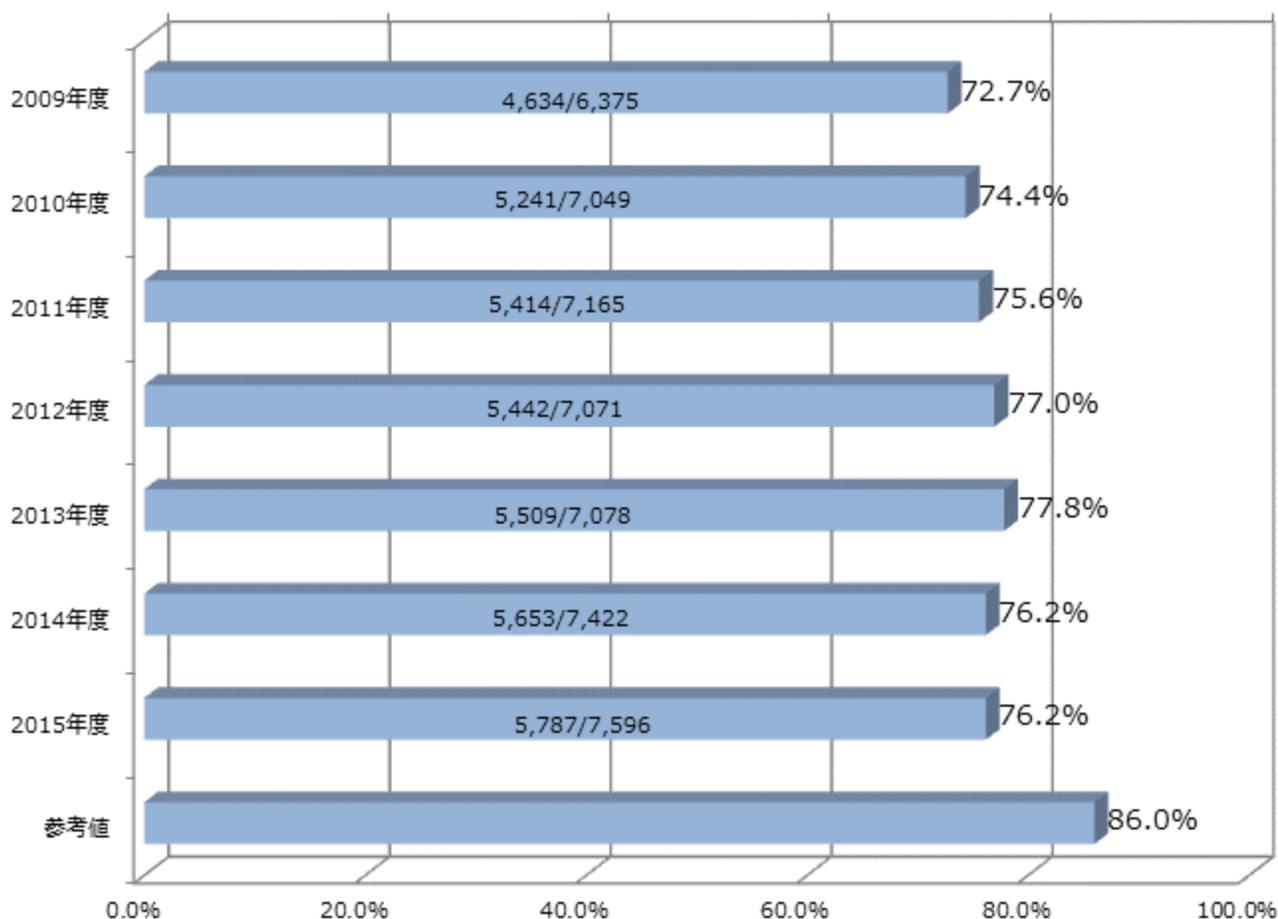
※参考値：病院機能評価データブック 平成26年度（一般病棟2 メジアン値）

※2009年度の指標値の集計期間は2009年7月～10月退院患者分である

6. 2週間以内の退科サマリー作成率

退科サマリーは、患者の病歴、入院時の身体所見、検査所見、入院経過など、入院中に受けた医療行為を要約したものです。「公益財団法人 日本医療機能評価機構」が行う病院機能評価では、患者退院後2週間以内に退院時サマリーが原則100%作成されていることが求められています。（当院は退科サマリー作成率で掲載しています）

6. 2週間以内の退科サマリー作成率



○算出式

【分子】：分母のうち、2週間以内に退科サマリーが作成された患者数

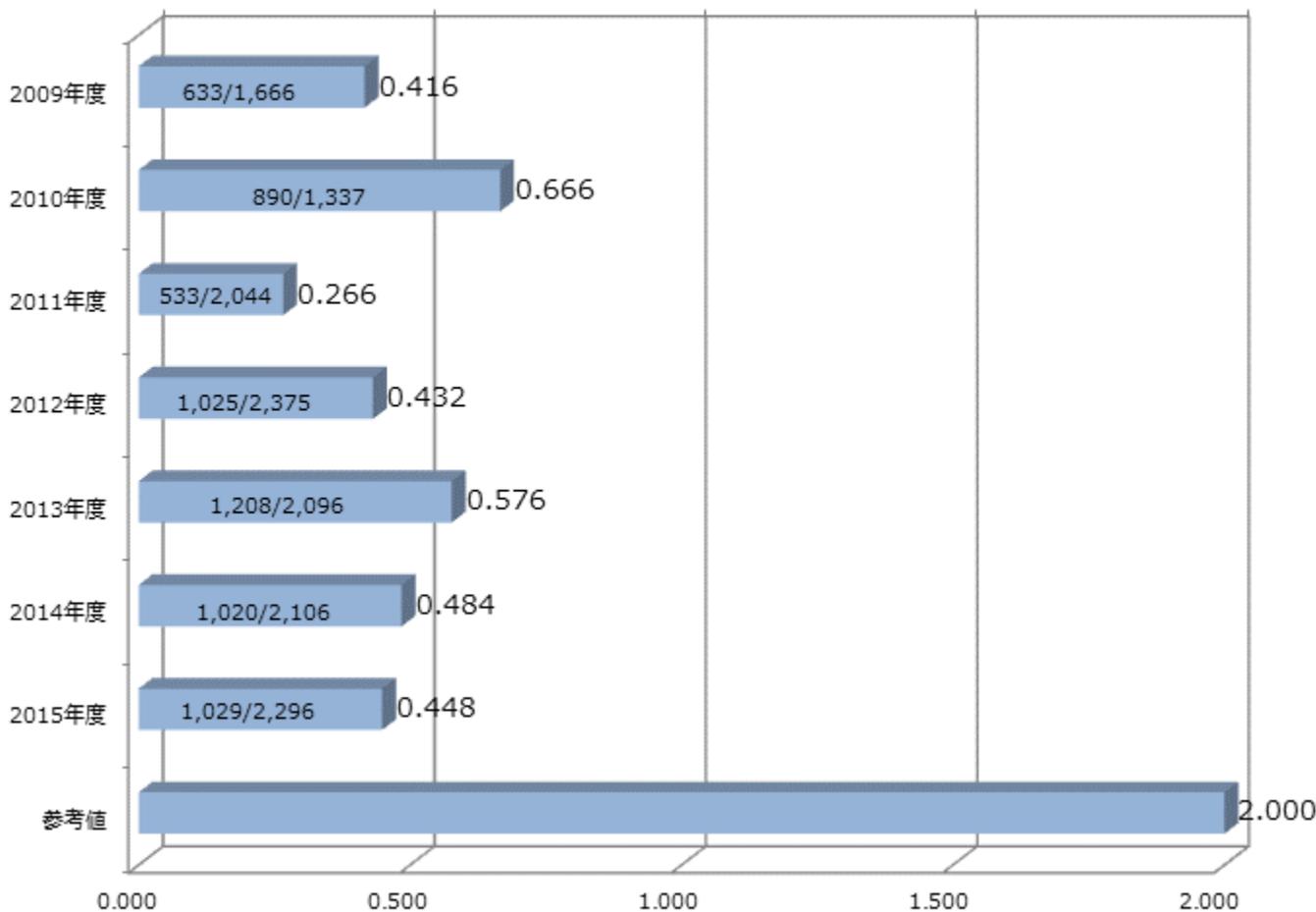
【分母】：全退科患者数

※参考値：病院機能評価データブック 平成25年度（一般病棟2 メジアン値）

7. アルブミン製剤／赤血球濃厚液（MAP）比

輸血療法の安全かつ適正な実施を推進することから、医療機関における輸血管理の構築及び輸血の適正な実施が求められています。安全かつ適正な輸血を評価するための診療報酬「輸血適正使用加算」を算定する要件として、アルブミン製剤／赤血球濃厚液（MAP）比は、2.0未満と定められています。

7. アルブミン製剤／赤血球濃厚液（MAP）比



○算出式

【分子】：アルブミン製剤の使用量

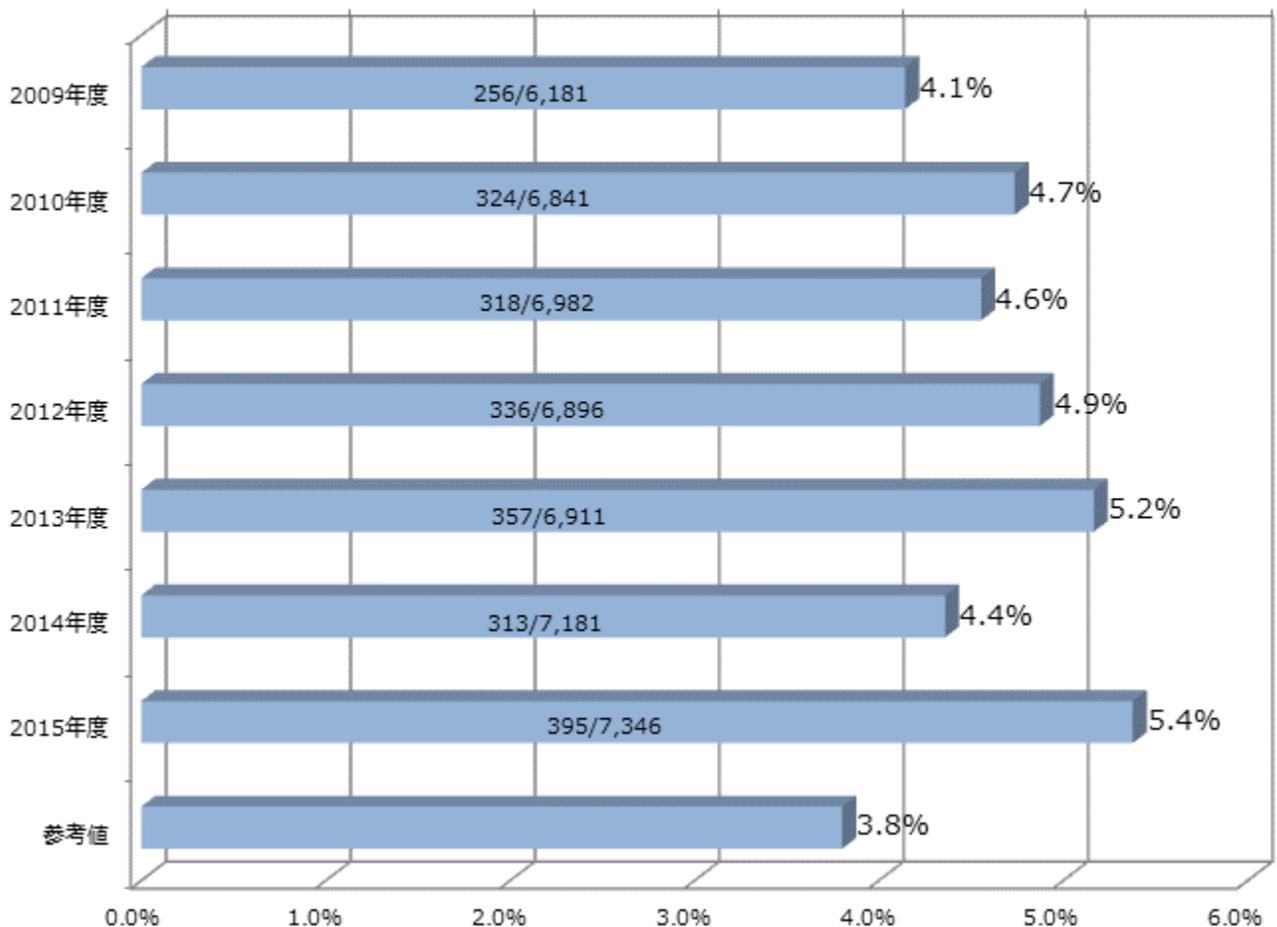
【分母】：赤血球濃厚液（MAP）の使用量

※参考値：診療報酬施設基準「輸血管理料」の設定値 2.0未満

8.死亡退院患者率

どの病院でも、死亡退院患者率を把握できますが、病院全体での医療アウトカムを客観的に把握するシステムは存在しません。医療施設の特徴(職員数、病床数、救命救急センターや集中治療室、緩和ケア病棟の有無、平均在院日数、地域の特性など)、入院患者のプロフィール(年齢、性別、疾患の種類と重症度など)が異なるため、この死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありません。

8. 死亡退院患者率



○算出式

【分子】：死亡退院患者数

【分母】：全退院患者数

※参考値：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告平均値

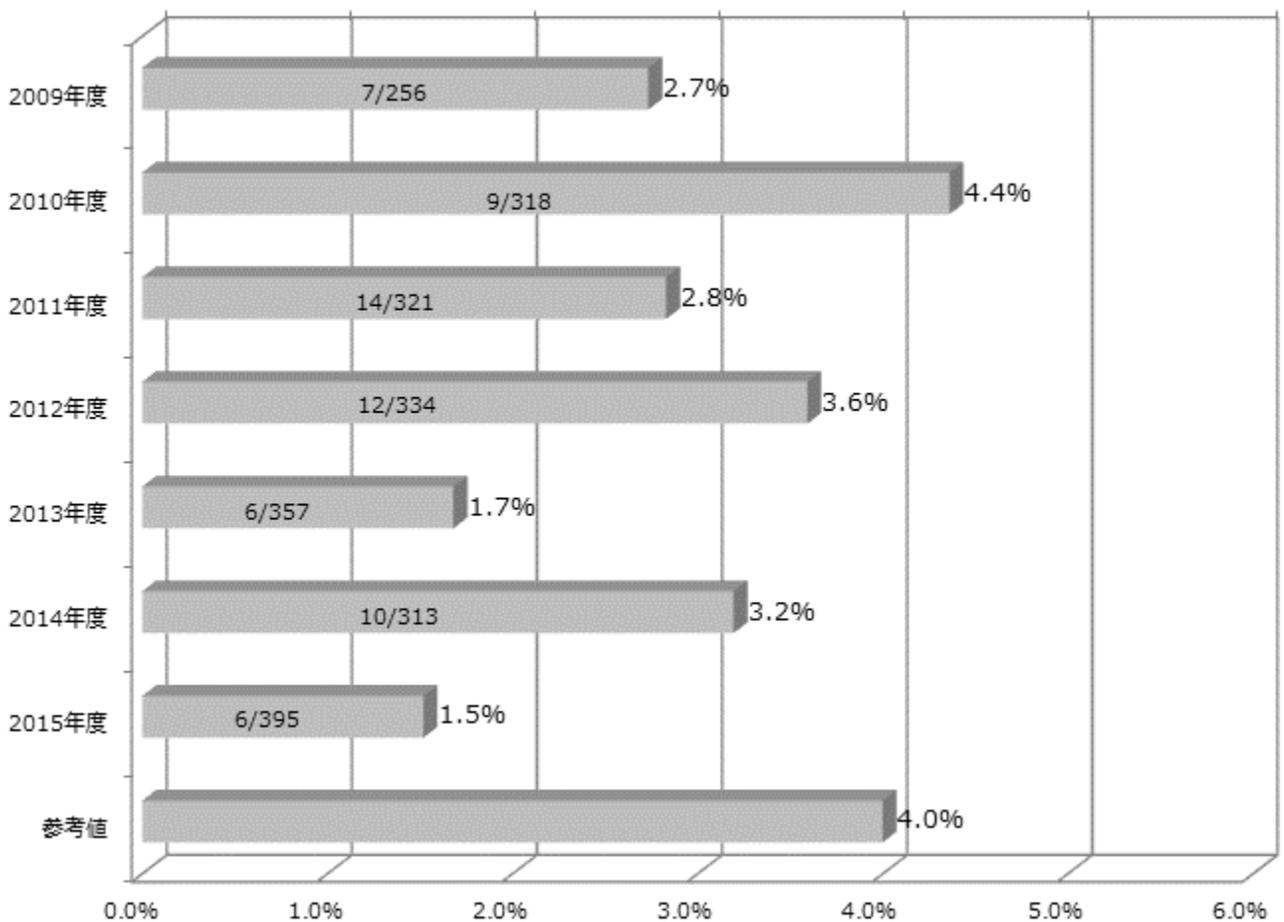
9.死亡退院患者剖検率

10.死亡退院患者死亡時画像病理診断（A I : Autopsy imaging）
実施率

9.死亡退院患者剖検率

剖検の主な目的は、死因や病気の成り立ち、病態を解明することであり、全身あるいは一部の臓器が採取され、肉眼的・顕微鏡的検査により最終診断が下されます。しかし、剖検率は全国的に減少しています。その理由として、画像診断などの検査の進歩、複雑な死因究明に関する制度、遺族の要望、剖検にかかる費用等が考えられます。しかし、剖検によって、新たな事実が発見されることも少なくなく、剖検結果はその後の診療に役立つため、剖検率は医療の質を反映しているとも言われます。

9. 死亡退院患者剖検率



○算出式

【分子】：分母対象例のうち剖検を実施した患者数

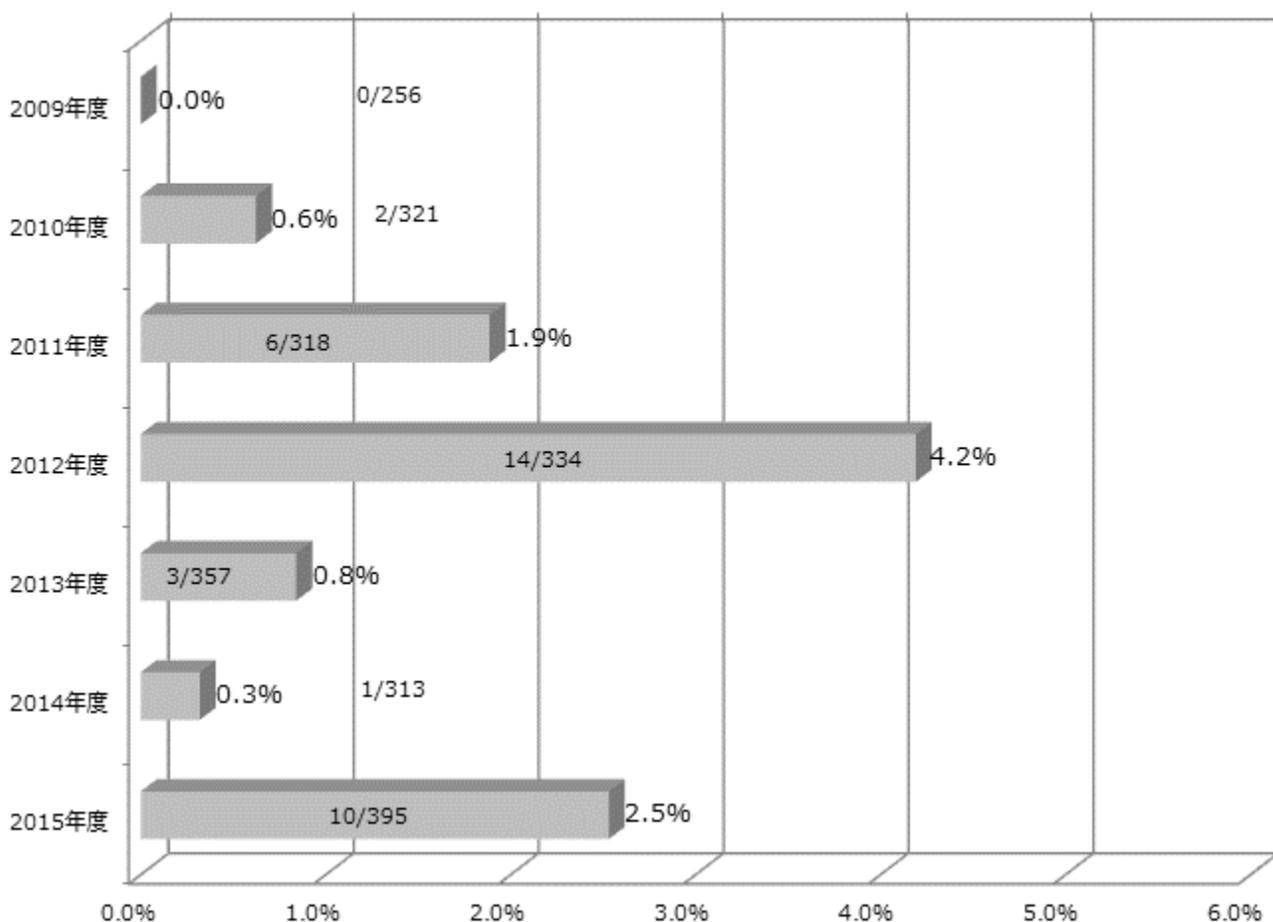
【分母】：集計期間内に死亡退院した患者数

※参考値：病院機能評価データブック 平成24年度

10.死亡退院患者死亡時画像病理診断 (A I : Autopsy imaging) 実施率

日本における死因究明制度の不備が社会的に注目を集めるようになり、このような社会背景の変化によって、より正確な死因の判断が求められるようになってきています。死因究明の手法の一つとして、遺体を傷つけることなく実施可能な死亡時画像病理診断 (AI=Autopsy imaging) の活用に対する関心が高まっています。死因を究明することは、亡くなった理由を正確に知りたいという遺族の思いに応えるだけでなく、医学の発展や公衆衛生の向上、さらには、犯罪死の見逃し防止等の観点からも重要です。

10. 死亡退院患者死亡時画像病理診断 (A I : Autopsy imaging) 実施率



○算出式

【分子】：分母対象例のうち死亡時病理画像診断を実施した患者数

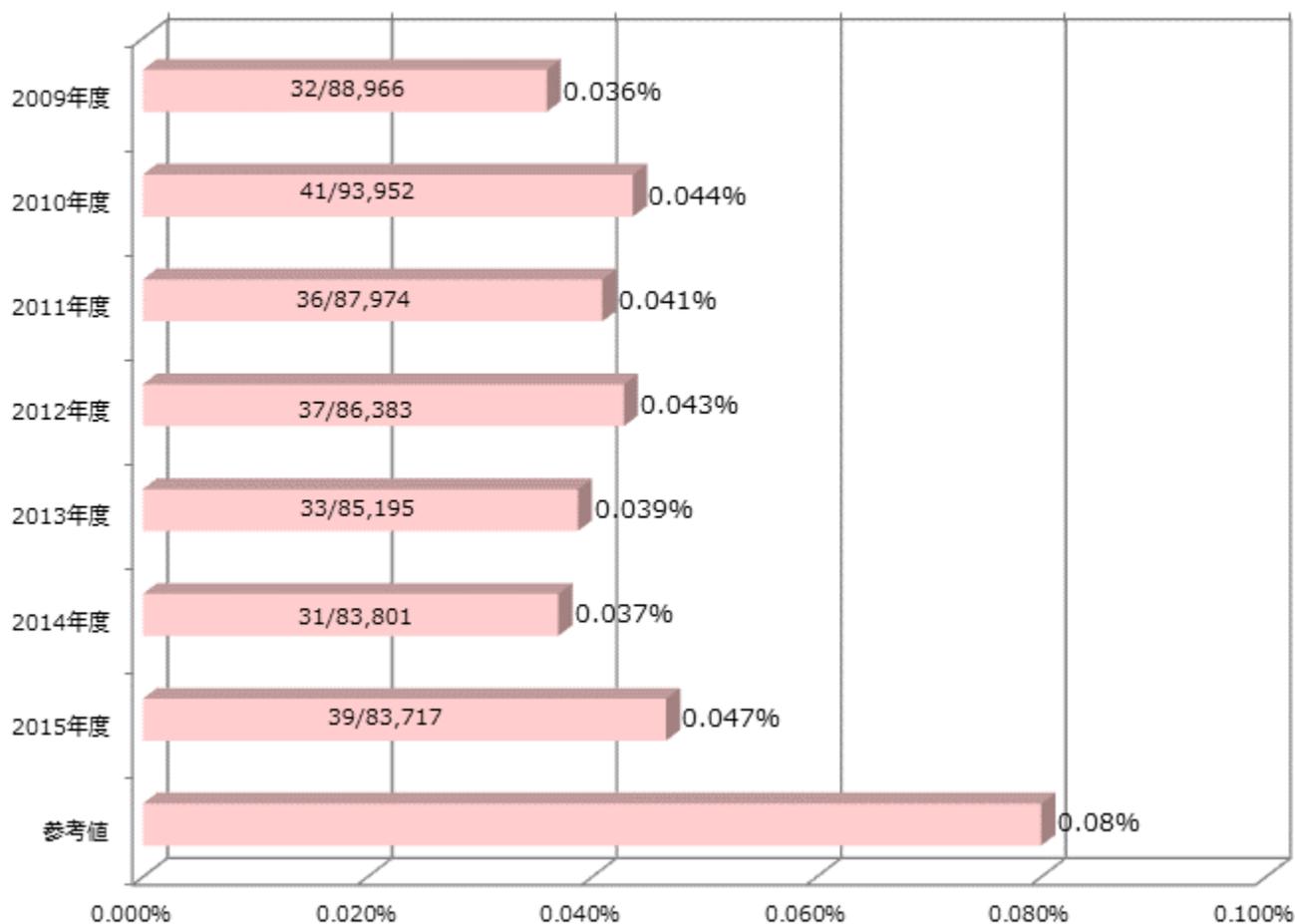
【分母】：集計期間内に死亡退院した患者数

- 11.入院中の新規褥瘡発生率
- 12.入院患者の転倒・転落発生率
- 13.ストーマサイトマーキング率

11.入院中の新規褥瘡発生率

褥瘡の発生要因として栄養不良、全身状態悪化、長時間の圧迫、麻痺などがあります。褥瘡は感染を招き、さらに身体の活力を低下させますので予防が必要です。さらに褥瘡の有無は介護、看護の質をはかるものさしとされています。

11. 入院中の新規褥瘡発生率



○算出式

【分子】：分母対象例のうち入院期間中に褥瘡が発生した患者数

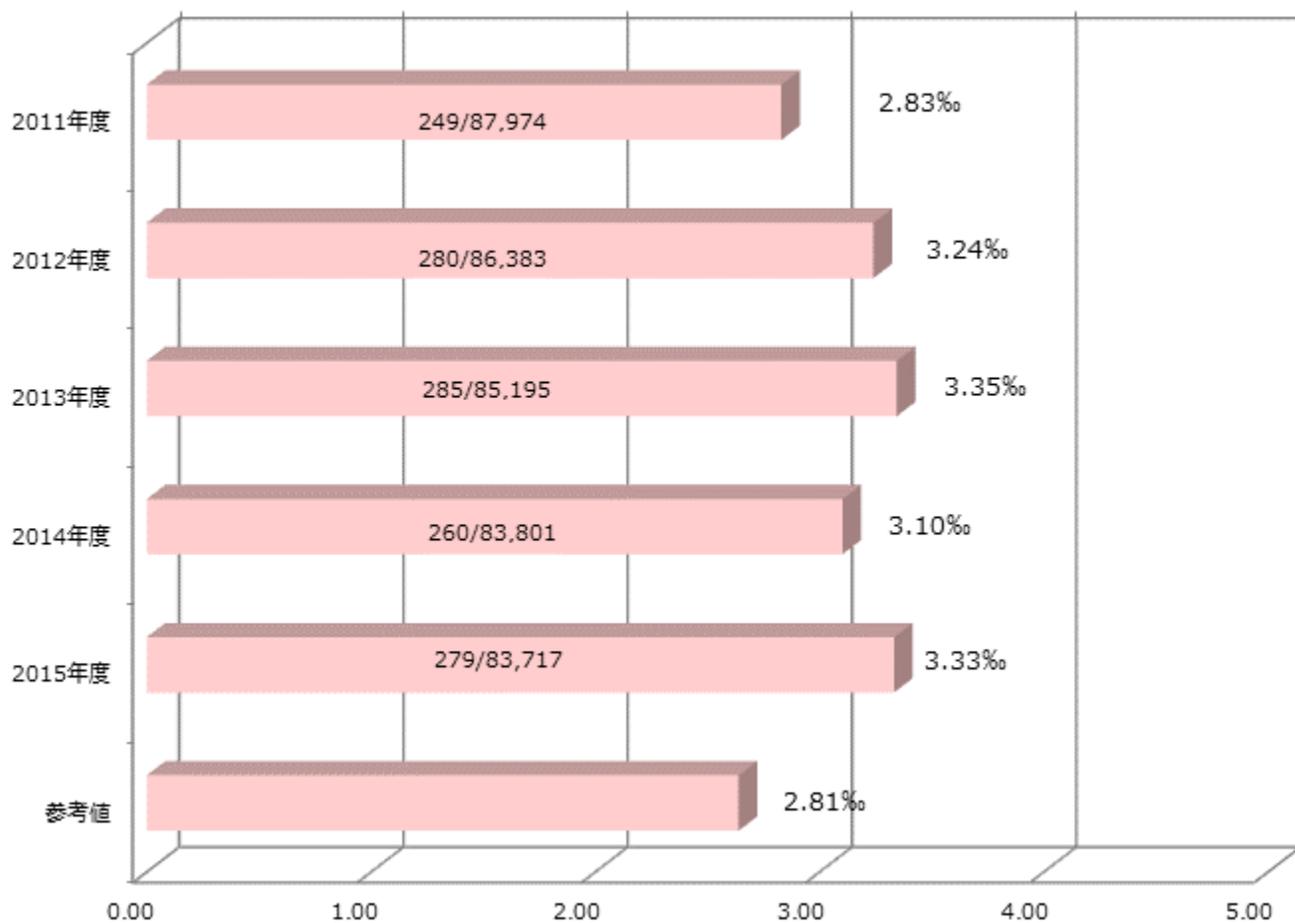
【分母】：集計期間内に退院した患者数

※参考値：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告平均値

12.入院患者の転倒・転落発生率（単位：‰）

患者の障害に至らなかった転倒・転落事例も報告して、転倒・転落の原因や要因について、分析、予防策を策定することは、傷害予防のため重要となります。また、患者の転倒・転落のリスクアセスメントを行って、対策を策定し、実施するといった日々のサイクルに加え、病院設備面の見直しも重要となります。転倒・転落の発生率を追跡することは、予防の取組みを効果的に行えているかの指標として重要です。

12. 入院患者の転倒・転落発生率



○算出式

【分子】：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された入院中の転倒・転落件数

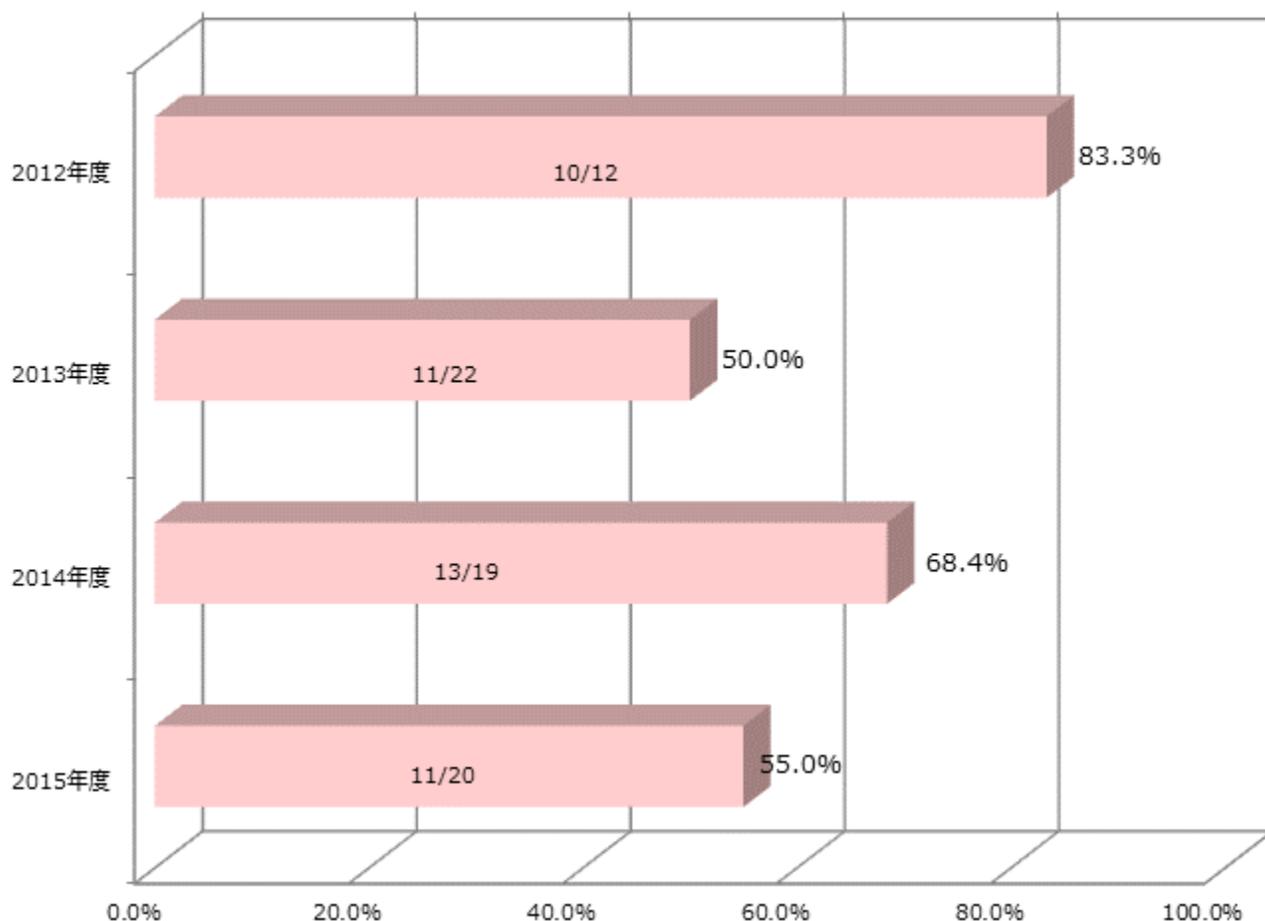
【分母】：入院延べ患者数

※参考値：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告平均値

13. ストーマサイトマーキング率

ストーマサイトマーキング (stoma site marking) とは、「術前にストーマを造るべき位置を体表上に選定して同部に印を付けること」です。ストーマサイトマーキングの目的は、術後のストーマの合併症を予防することです。また、患者が管理しやすい最も適した位置にストーマを造設して、術前の生活に戻ることが容易にするために行います。

13. ストーマサイトマーキング率



○算出式

【分子】：分母対象例のうちストーマサイトマーキングを実施した患者数

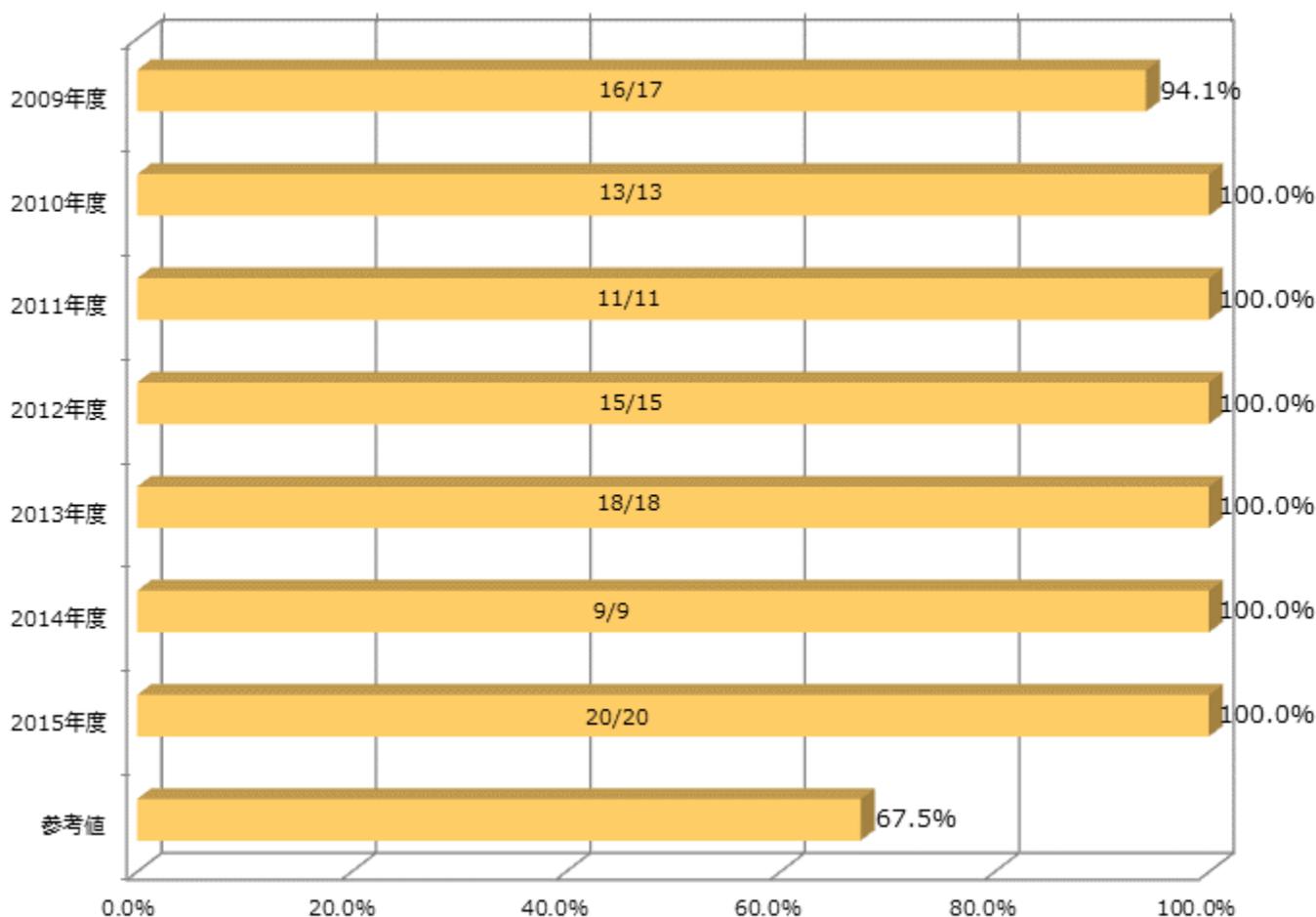
【分母】：人工肛門造設患者数（小児を除く）

14. 胃がん患者に対する手術時の腹水細胞診の施行率
15. Stage II, IIIの胃がん患者における術後S-1療法実施率
16. 結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率 (Stage I、Stage II)
17. Stage IIIA～IIICの大腸がん患者における補助化学療法実施率
18. 乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の施行率
19. 乳がん患者に対する嘔吐リスクの高い化学療法における制吐剤
(5-HT₃受容体拮抗型制吐剤とステロイドの併用) の投与率
20. 肺がん手術患者に対する治療前の病理診断の施行率

14.胃がん患者に対する手術時の腹水細胞診の施行率

腹水の細胞診により、腹水の中にがん細胞があるかを調べることができ、これにより、胃がんがどの程度進行しているか確認することができ、状態に応じた治療を検討することに利用されます。

14. 胃がん患者に対する手術時の腹水細胞診の施行率



○算出式

【分子】：分母のうち、胃の悪性腫瘍手術時に腹水細胞診が行われた患者数

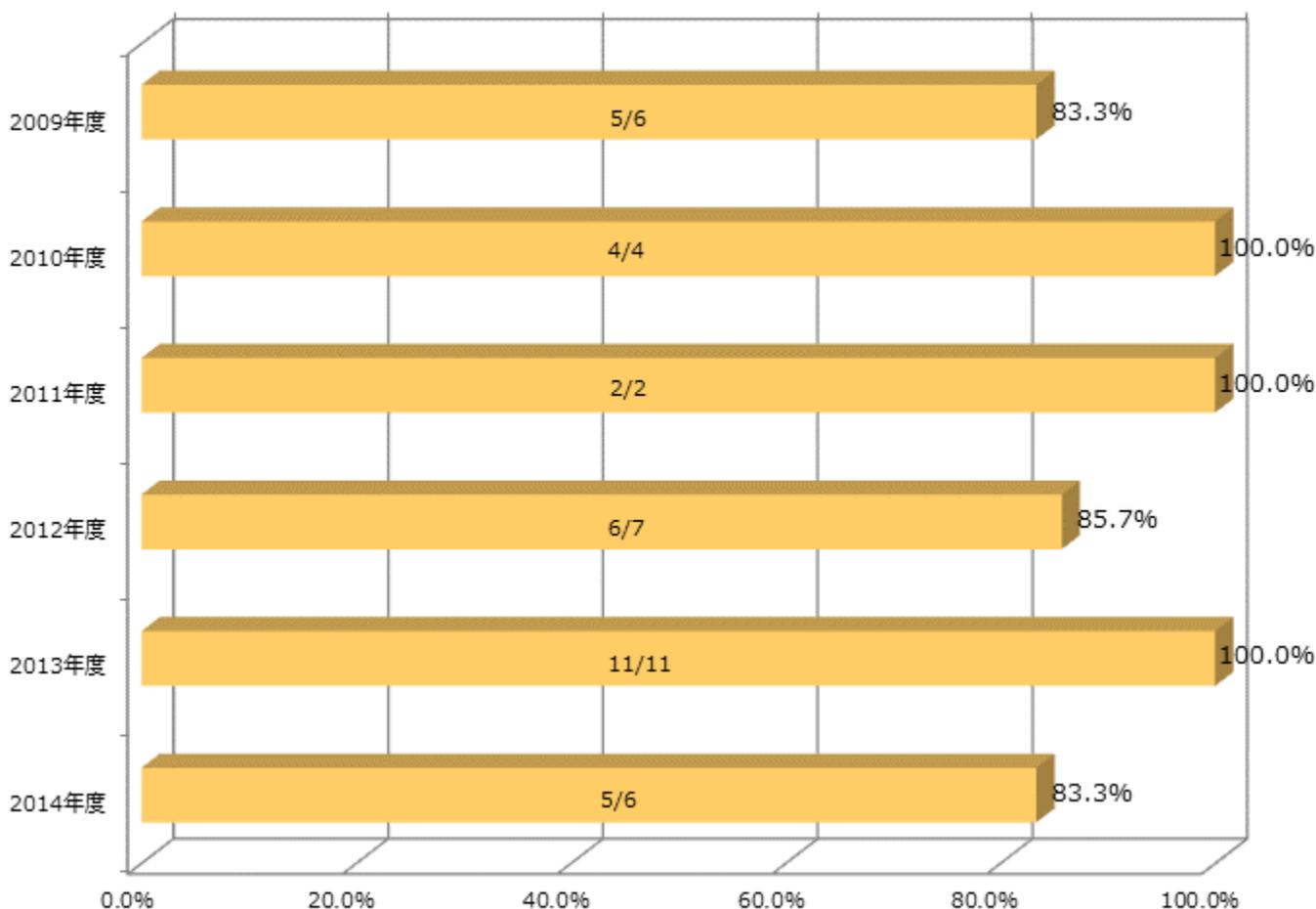
【分母】：胃の悪性腫瘍手術が施行された退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

15.Stage II, IIIの胃がん患者における術後S-1療法実施率

2007年に報告されたACTS-GC試験の結果では、Stage II、IIIの進行胃癌に対し手術単独群とS-1内服1年間のランダムに割り付け比較検討した結果、S-1内服の有効性が示されています。(観察期間3年：手術単独群 70.1%、投与群 80.1%) この結果により、S-1療法は、Stage II、III胃癌患者の術後化学療法において、手術単独群と比して有意に高い生存割合を示していることから、胃癌に対して根治手術を受け、組織学的に取扱い規約Stage II、III(胃癌取扱い規約14版 pT3NO,pT1 を除く)の進行癌と診断され退院した患者は、S-1療法による補助化学療法の選択肢が提示されるか、されない場合には診療録に理由が記載されるべきであると考えます。

15. Stage II, IIIの胃がん患者における術後S-1療法実施率



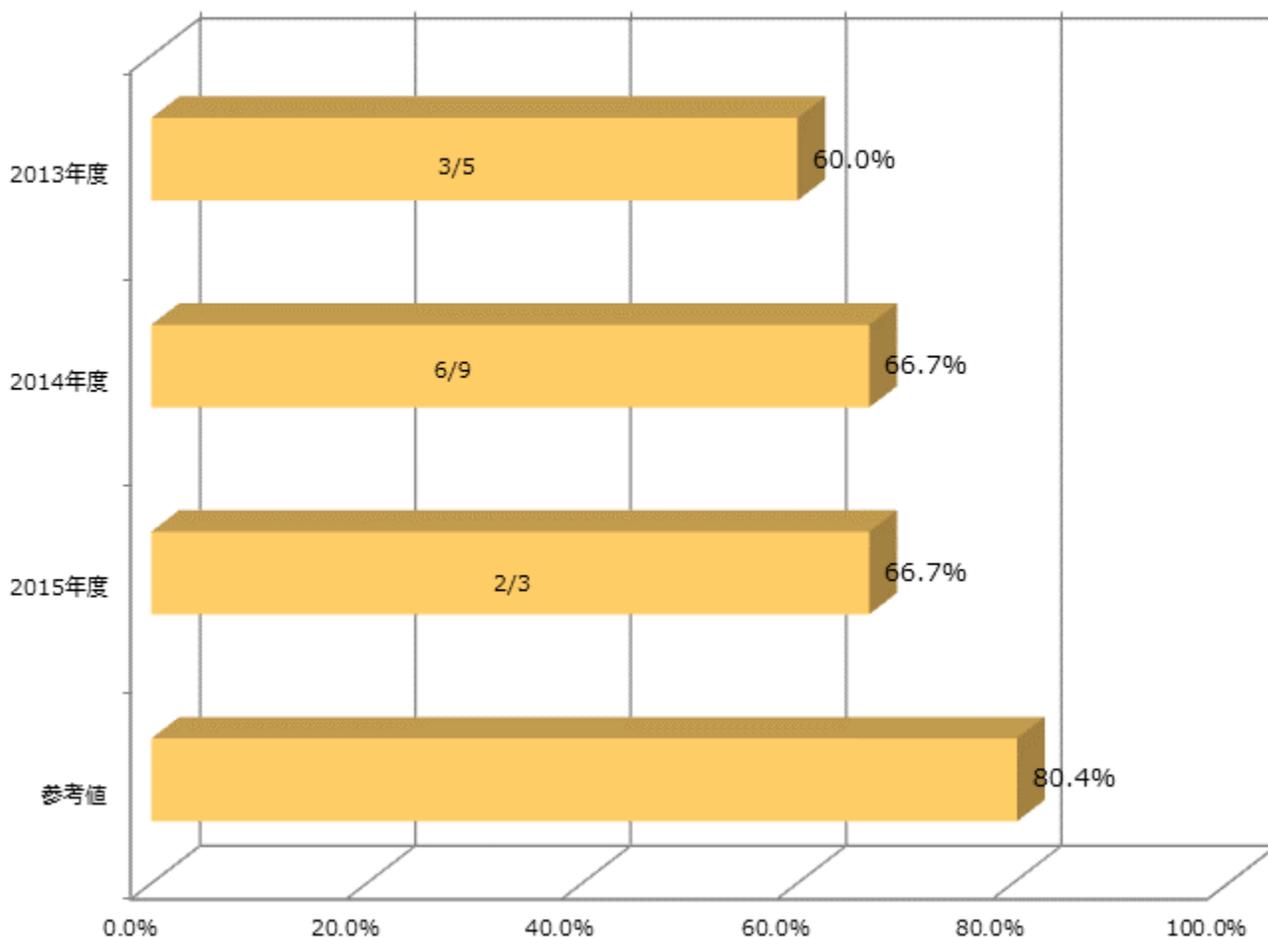
○算出式
【分子】：S-1療法による補助化学療法の選択肢が提示されたか、または提示しない理由が診療録に記載されている患者数
【分母】：胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約Stage II、III (pT1,pT3NOを除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者数
※出典：厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班：診療の質指標 Quality Indicator. 2009. <http://qi.ncc.go.jp>

16.結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率 (Stage I、Stage II)

腹腔鏡下手術の有用性として、開腹手術と比較し、入院期間の短縮、腸管運動の早期回復、術後の疼痛の軽減、患者への負担軽減等があげられています。ただし、腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術の習得と局所解剖の理解が不可欠であり、自病院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが求められています。

○Stage I

16. 結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率 (Stage I)



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院期間中に腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術を施行した患者数

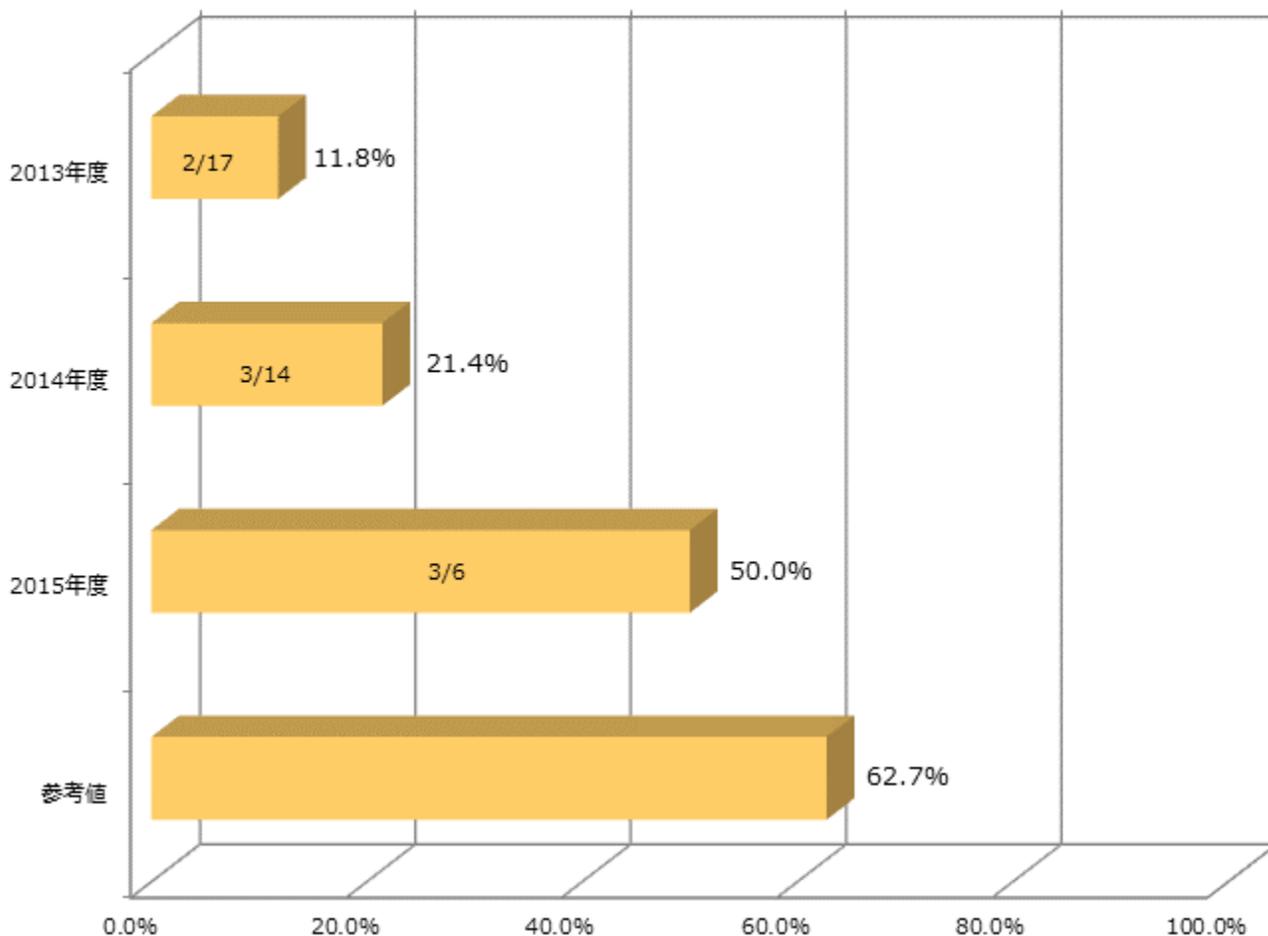
【分母】：結腸がん (Stage I) の手術を施行した退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

16.結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率 (Stage I、Stage II)

○Stage II

16. 結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率 (Stage II)



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院期間中に腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術を施行した患者数

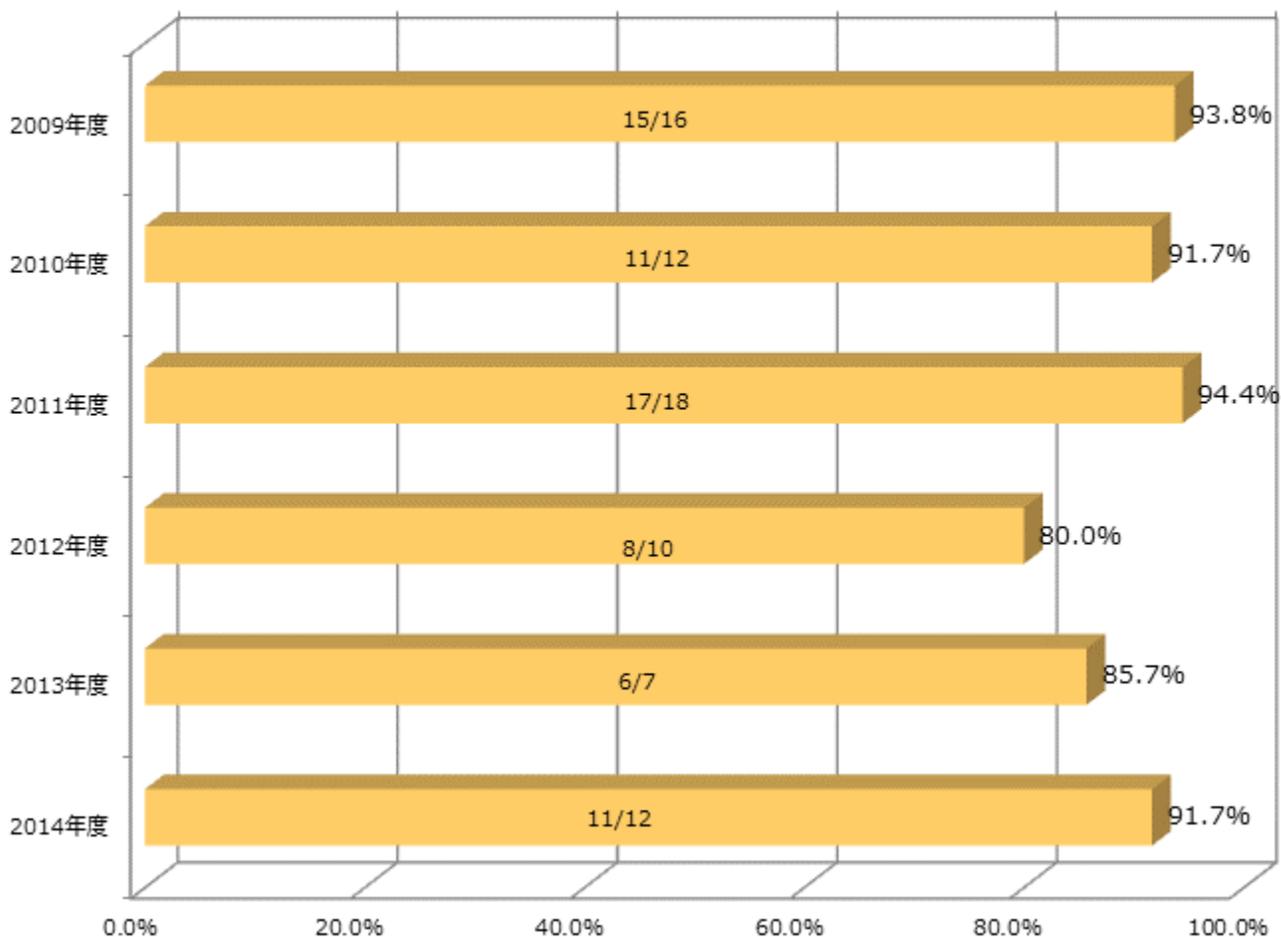
【分母】：結腸がん (Stage II) の手術を施行した退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

17.StageⅢA～ⅢCの大腸がん患者における補助化学療法実施率

大腸癌治療ガイドラインでは、R0切除が行われたStageⅢの大腸癌は補助化学療法の対象と考えられています。可能な限り補助化学療法を行うことにより、再発を抑制し予後の改善を図ることが必要と考えられます。但し、ガイドラインでは、「主要臓器機能が保たれていること、performance status(PS)が0～1である、術後合併症から回復している、適切なインフォームド・コンセントに基づき患者から文書による同意が得られている、重篤な合併症（特に、腸閉塞、下痢、発熱）がない」が適応の原則となっています。

17. StageⅢA～ⅢCの大腸がん患者における補助化学療法実施率



○算出式

【分子】：分母のうち、1年以内に補助化学療法を受けた患者数

【分母】：StageⅢA～ⅢCの大腸癌患者数（がん登録されている者に限る）

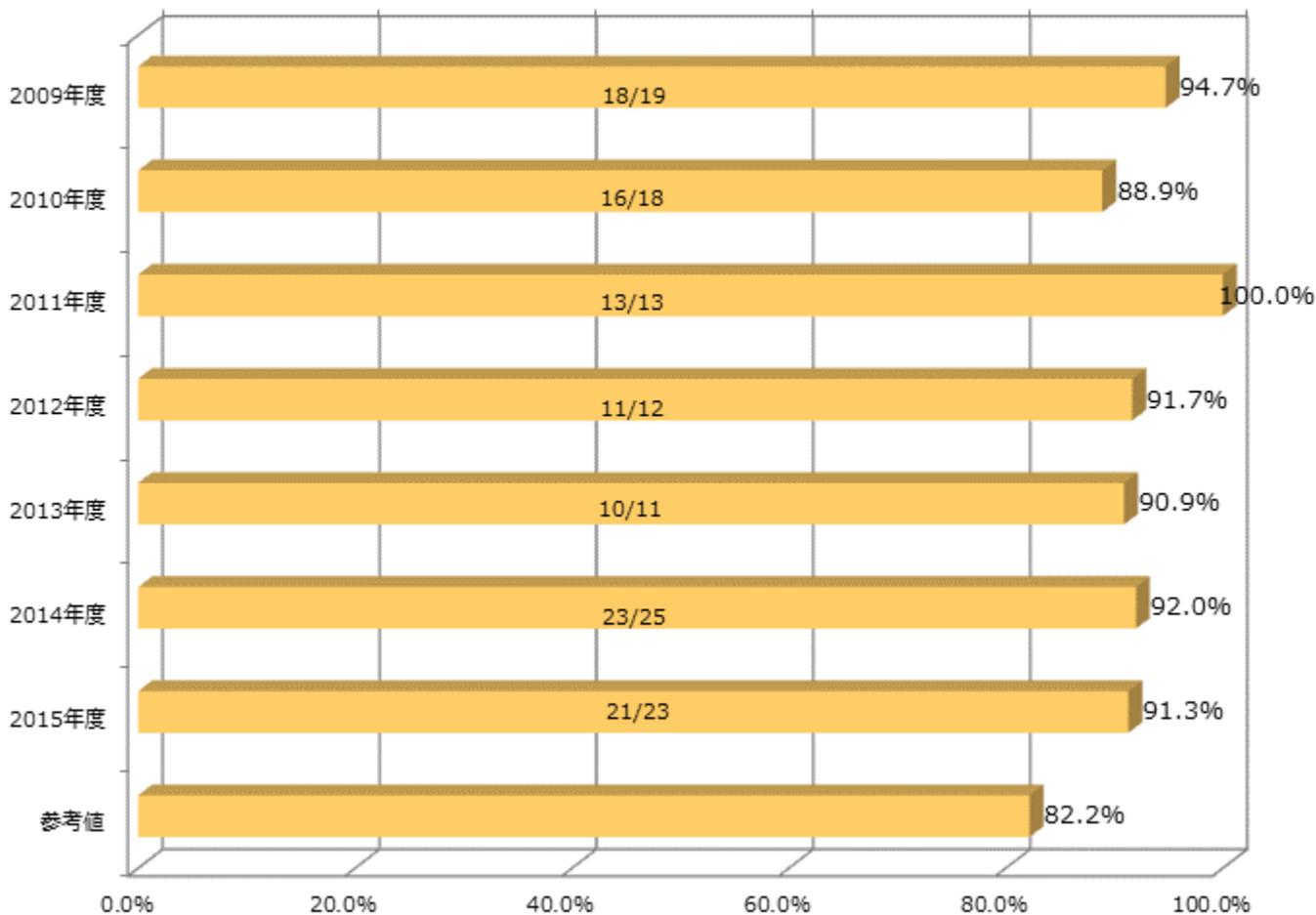
※分母除外

- ①補助療法をリファーしない医学的理由（併存疾患、発症日が5年以上前、癌が転移した、医学的禁忌等）が記載されている患者
- ②補助化学療法をリファーしない患者都合（患者拒否等）が記載されている患者
- ③補助化学療法をリファーしないシステム要因（化学療法を施行できない治験に参加している等）が記載されている患者
- ④がん登録にStageが登録されていない患者

18.乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の施行率

乳がん手術後の再発予防の補助療法として、ホルモン療法の選択肢があります。ホルモン療法による薬物療法においては女性ホルモン受容体を持っている場合に効果が期待できるため、事前にホルモン療法に反応性が高いがん細胞であるかどうかの検査を施行することが求められます。

18. 乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の施行率)

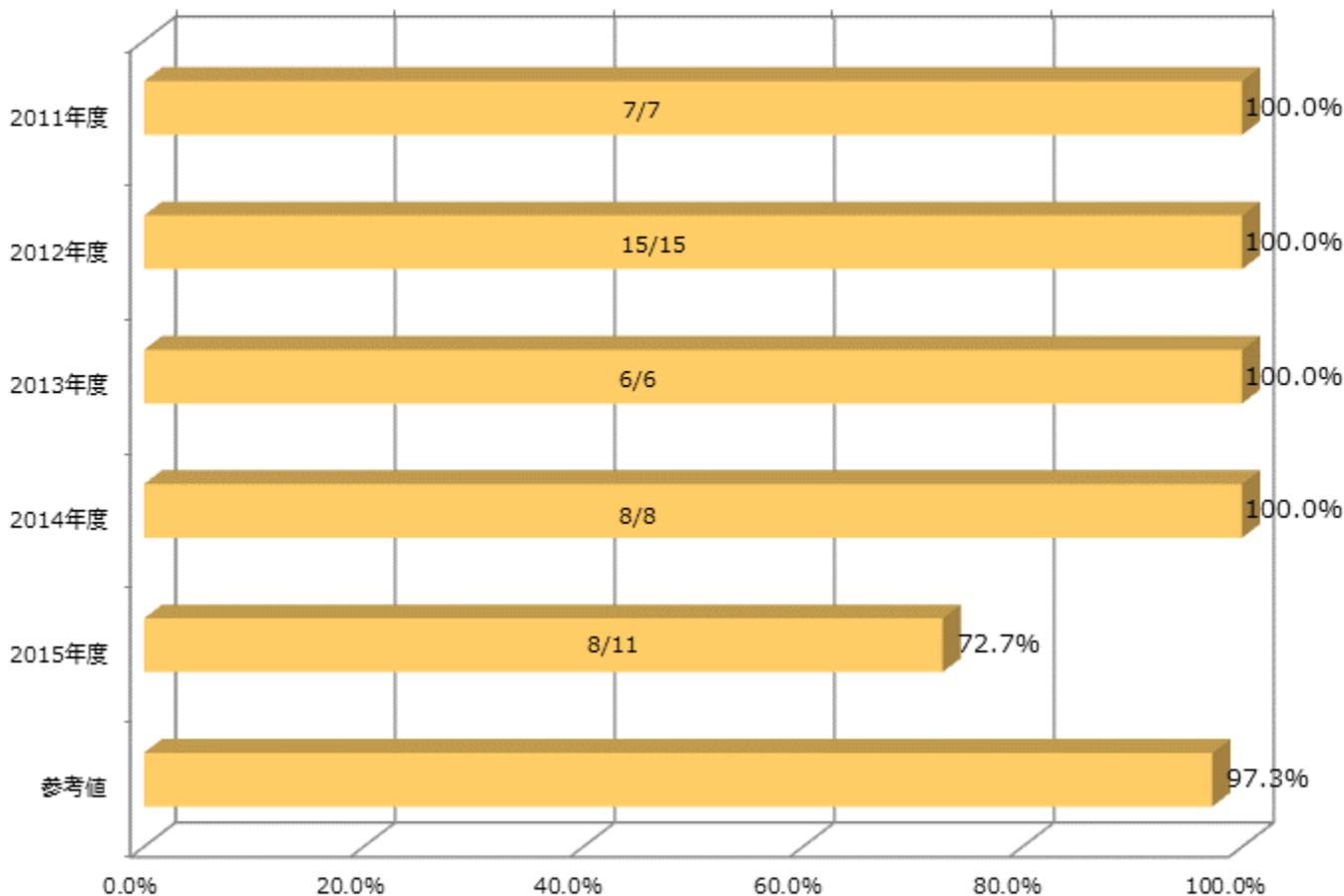


○算出式
【分子】：分母対象患者のうち、術後薬物療法のためにホルモン受容体あるいはHER-2の検索が行われた患者数
【分母】：乳房の悪性腫瘍（初発）で手術を施行した退院患者数
※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

19.乳がん患者に対する嘔吐リスクの高い化学療法における制吐剤（5-HT3受容体拮抗型制吐剤とステロイドの併用）の投与率

化学療法施行から24時間以内に嘔吐を引き起こす可能性が高リスクあるいは中リスクに該当する抗がん剤の投与においては、吐き気や嘔吐を予防するために、5-HT3受容体拮抗型制吐剤とコルチコステロイドの併用投与が求められます。

19. 乳がん患者に対する嘔吐リスクの高い化学療法における制吐剤（5-HT3受容体拮抗型制吐剤とステロイドの併用）の投与率



○算出式

【分子】：分母のうち、分母で該当した化学療法薬剤の投与同日に5-HT3受容体拮抗型制吐剤およびコルチコステロイドが投与された患者数

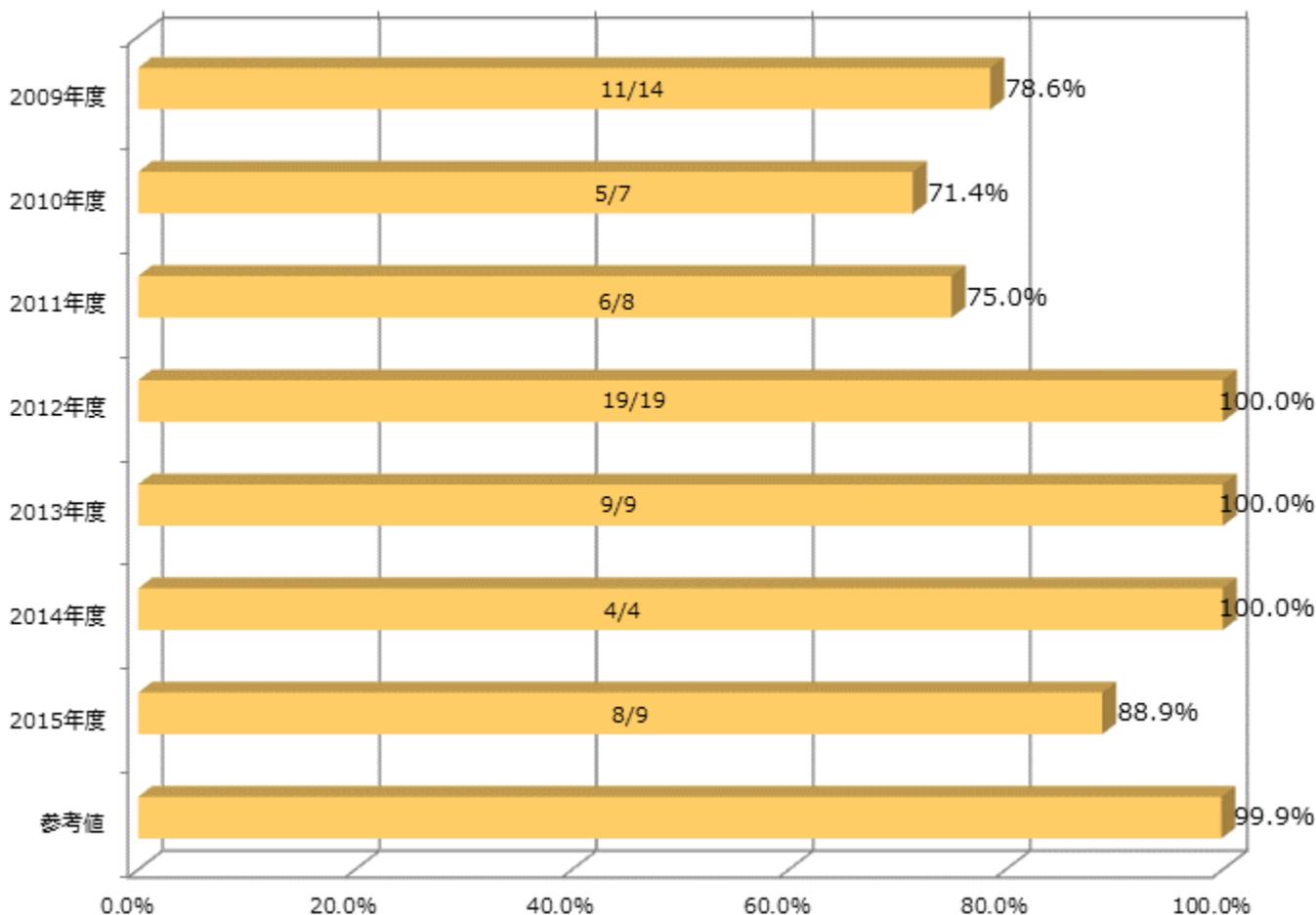
【分母】：乳房の悪性腫瘍または乳房の上皮内癌で、嘔吐リスクが高リスクあるいは中リスクに該当する化学療法薬剤を投与された退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

20.肺がん手術患者に対する治療前の病理診断の施行率

治療開始前に組織もしくは細胞診断によって確定診断を行い、患者さんの状態や希望にあった治療法を検討することが重要になります。

20. 肺がん手術患者に対する治療前の病理診断の施行率



○算出式

【分子】：分母対象患者のうち手術前に組織または細胞診が施行された患者数

【分母】：肺の悪性腫瘍（初発）で手術を施行した退院患者数

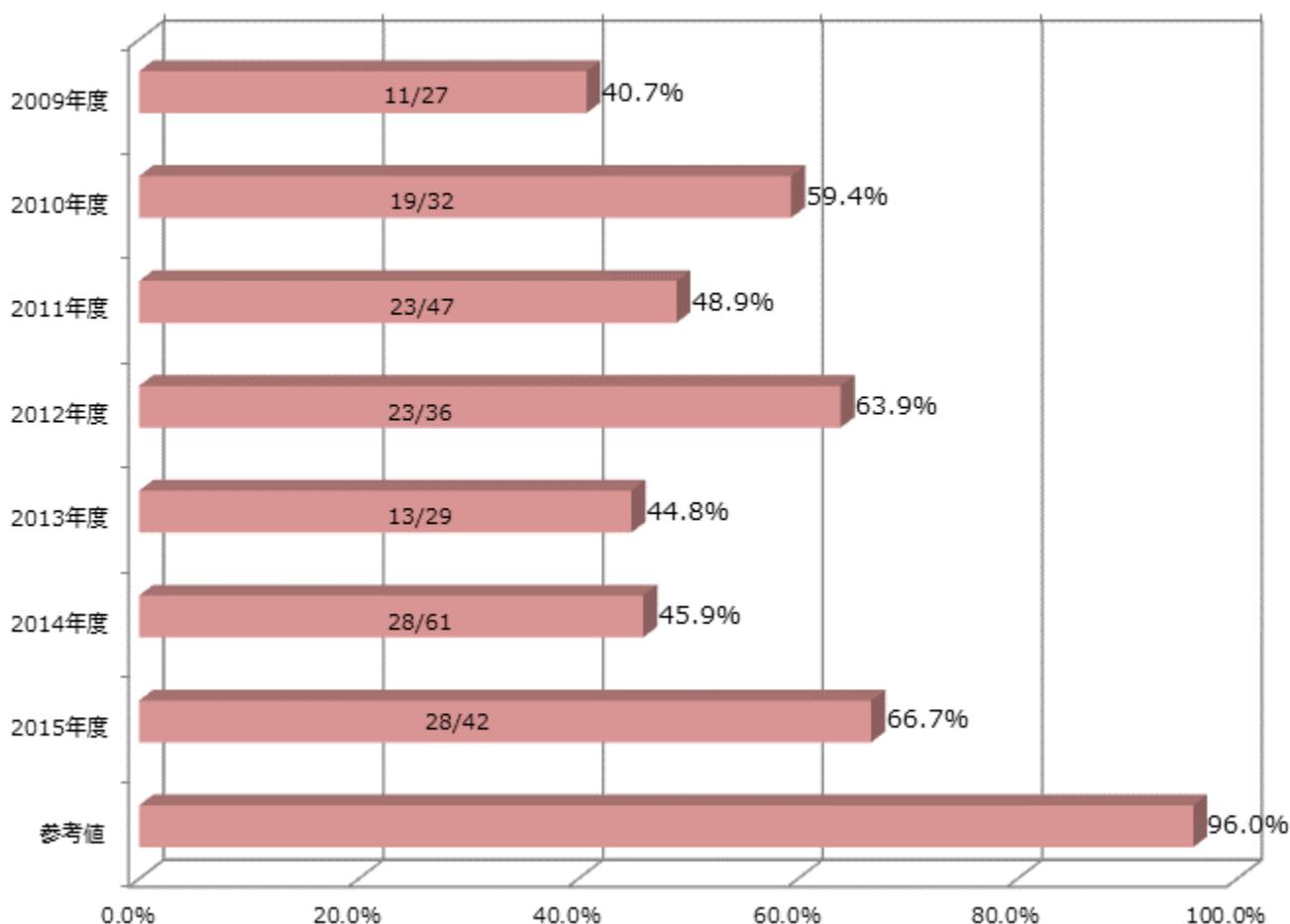
※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

21. 急性心筋梗塞：受付から緊急PCIまでの所要時間が90分以内の患者割合
22. 急性心筋梗塞患者における入院当日若しくは翌日のアスピリン投与率
23. 急性心筋梗塞患者における退院時処方率
(アスピリン、 β -遮断薬、ACEI/ARB、スタチン)
24. 心不全入院患者における左室機能評価
25. 心不全入院患者に対する退院後の治療計画記載率
26. 心不全入院患者における退院後予約割合
27. PCI後の24時間以内の死亡率

21.急性心筋梗塞：受付から緊急PCIまでの所要時間が90分以内の患者割合

急性心筋梗塞の治療には、発症後可能な限り早期に再灌流療法を行うことが生命予後の改善に重要です。病院到着（door）からPCI（balloon）までの時間は診断から検査、PCIの手技までが含まれており、このdoor-to-balloonの時間が90分以内であることという指標が、急性心筋梗塞の治療の質を評価する上での指標の一つとなります。

21. 急性心筋梗塞：受付から緊急PCIまでの所要時間が90分以内の患者割合



○算出式

【分子】：分母のうち受付からPCIまでの所要時間が90分以内の患者数

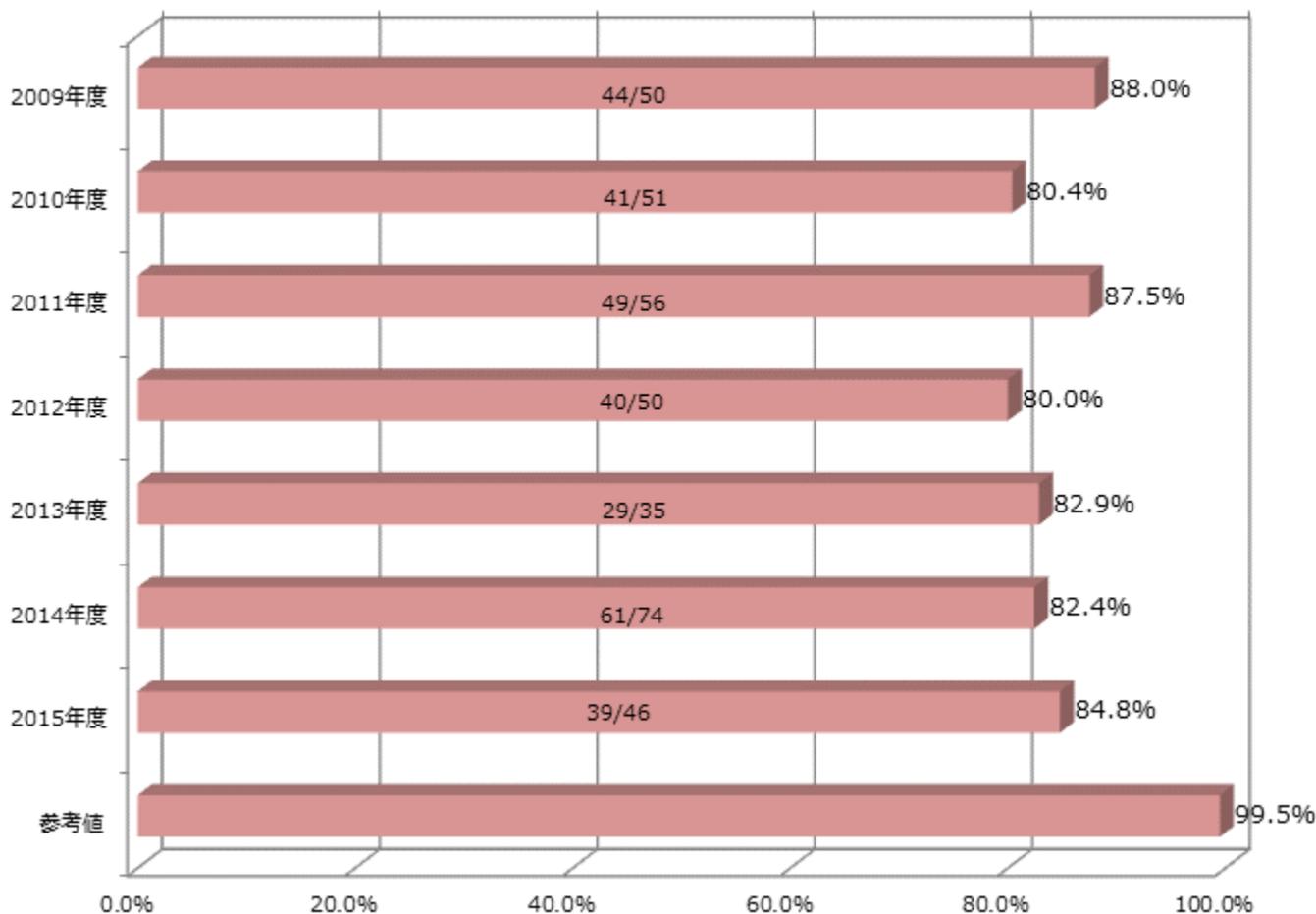
【分母】：主病名が急性心筋梗塞で外来受診から緊急PCIを実施した患者数

※参考値：The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2015

22.急性心筋梗塞患者における入院当日若しくは翌日のアスピリン投与率

アスピリンは抗血小板作用があり、急性心筋梗塞の予後を改善するのに有効であることが多くの臨床研究で示されており、二次予防としての投与意義も確立されています。急性心筋梗塞では、再灌流が得られた後も二次予防を積極的に行わなければならない、標準的な治療が行われているかを図る指標として有用です。

22. 急性心筋梗塞患者における病院到着前後24時間以内のアスピリン処方率



○算出式

【分子】：分母対象例のうち、入院当日もしくは翌日の処方歴に「アスピリン」「バップアリン」等、アスピリン処方がされていた患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「急性心筋梗塞」を主病名に入院した患者数

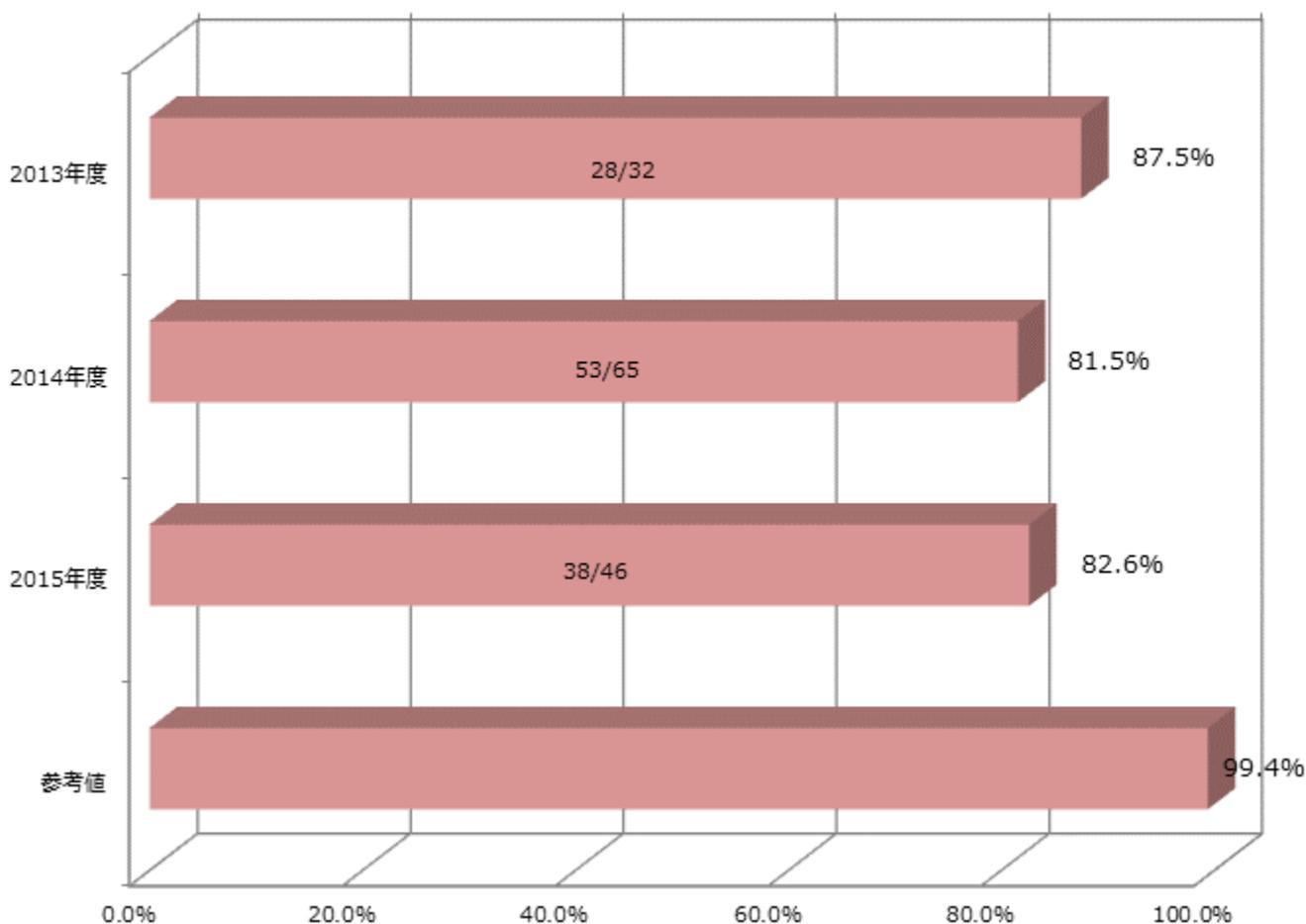
※参考値：The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2015

23.急性心筋梗塞患者における退院時処方率 (アスピリン、β-遮断薬、ACEI/ARB、スタチン)

心筋梗塞後の二次予防において重要な薬剤には、抗血小板薬、β遮断薬、ACEIあるいはARB、スタチンが挙げられています。再び急性心筋梗塞を起こさないように、二次予防を積極的に進めていくことが重要です。

○アスピリン

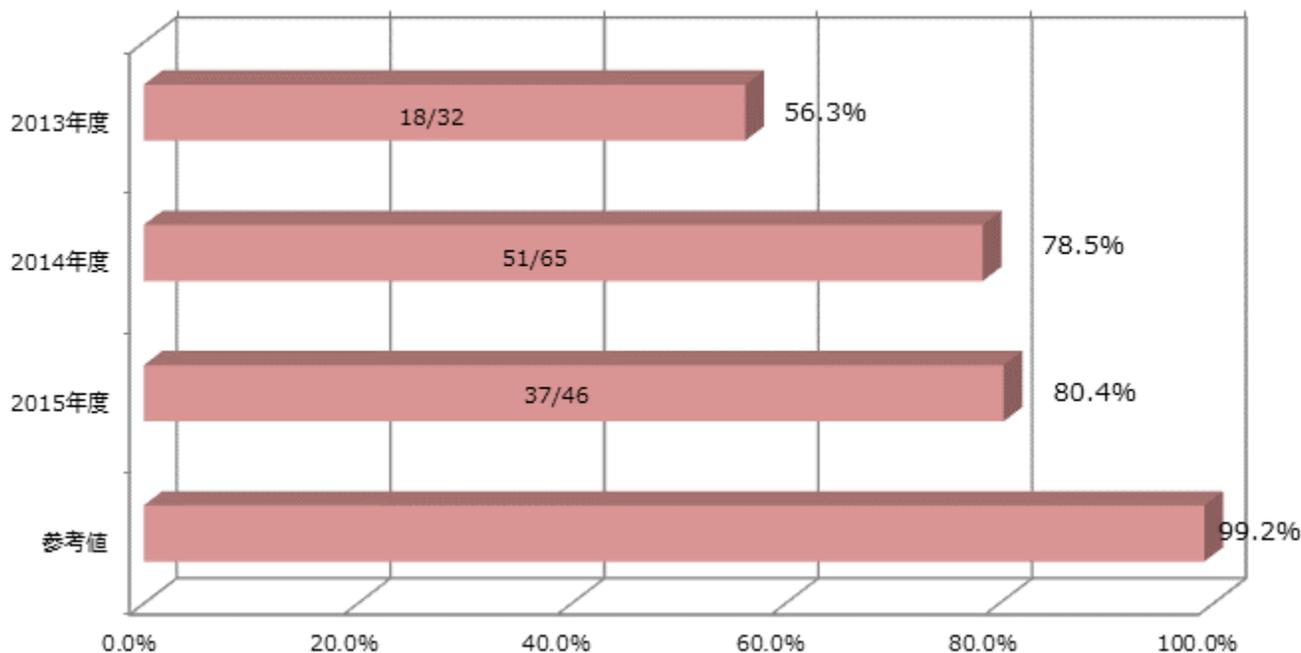
23. 急性心筋梗塞患者における退院時処方率 (アスピリン)



23.急性心筋梗塞患者における退院時処方率 (アスピリン、β-遮断薬、ACEI/ARB、スタチン)

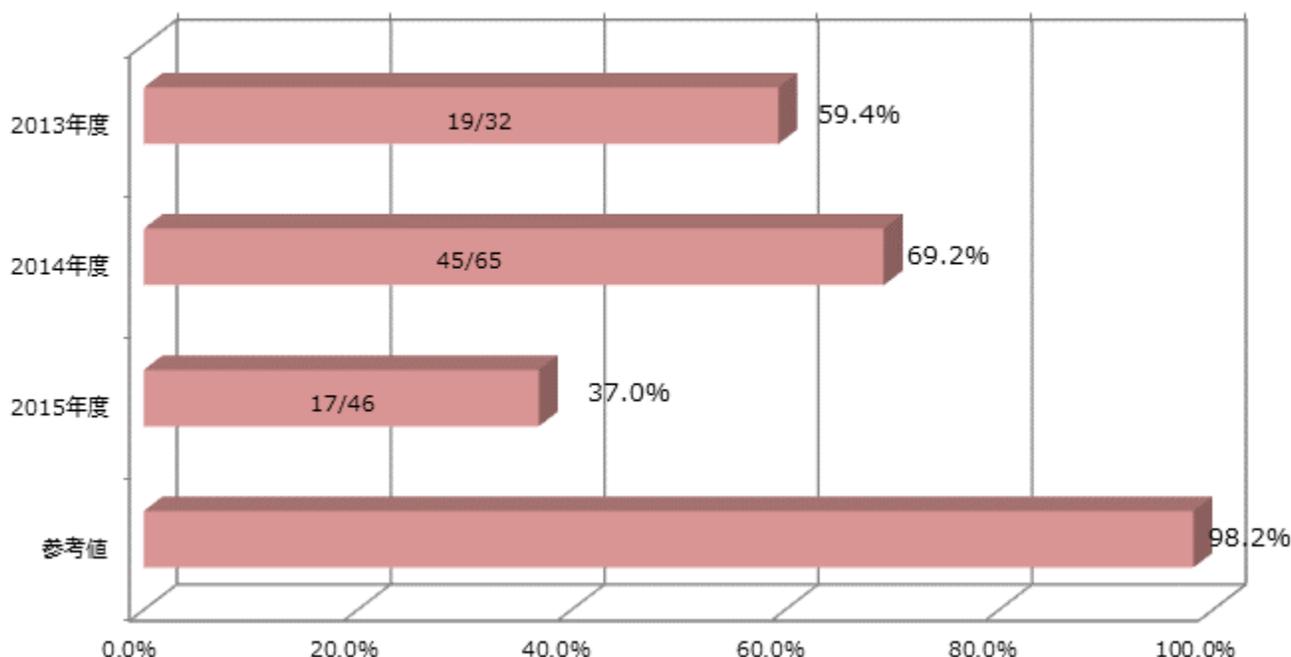
○β-遮断薬

23. 急性心筋梗塞患者における退院時処方率 (β-遮断薬)



○ACEI/ARB

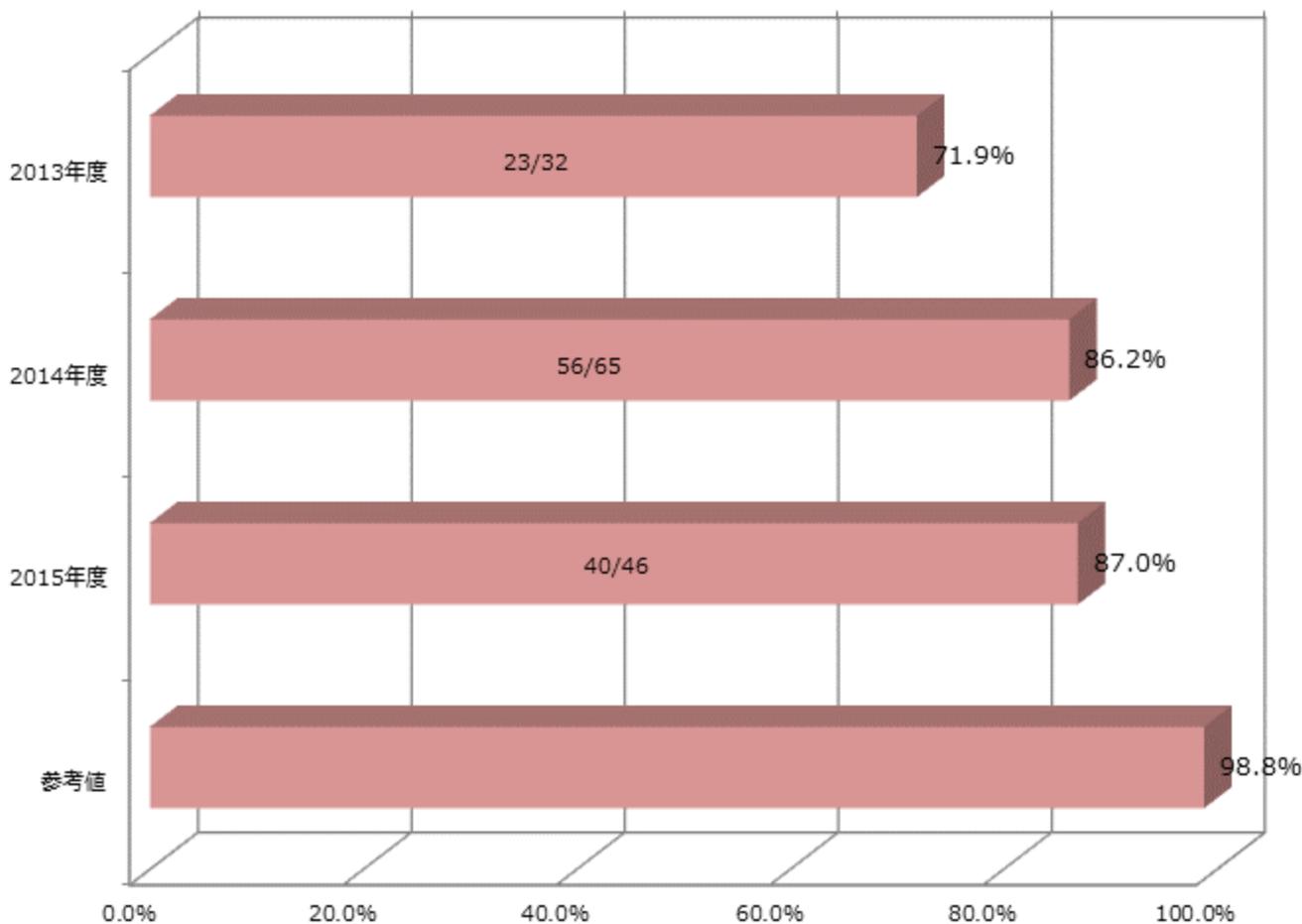
23. 急性心筋梗塞患者における退院時処方率 (ACEI/ARB)



23.急性心筋梗塞患者における退院時処方率 (アスピリン、β-遮断薬、ACEI/ARB、スタチン)

○スタチン

23. 急性心筋梗塞患者における退院時処方率（スタチン）



○算出式

【分子】：分母のうち、退院時に該当する薬剤が処方されている患者数

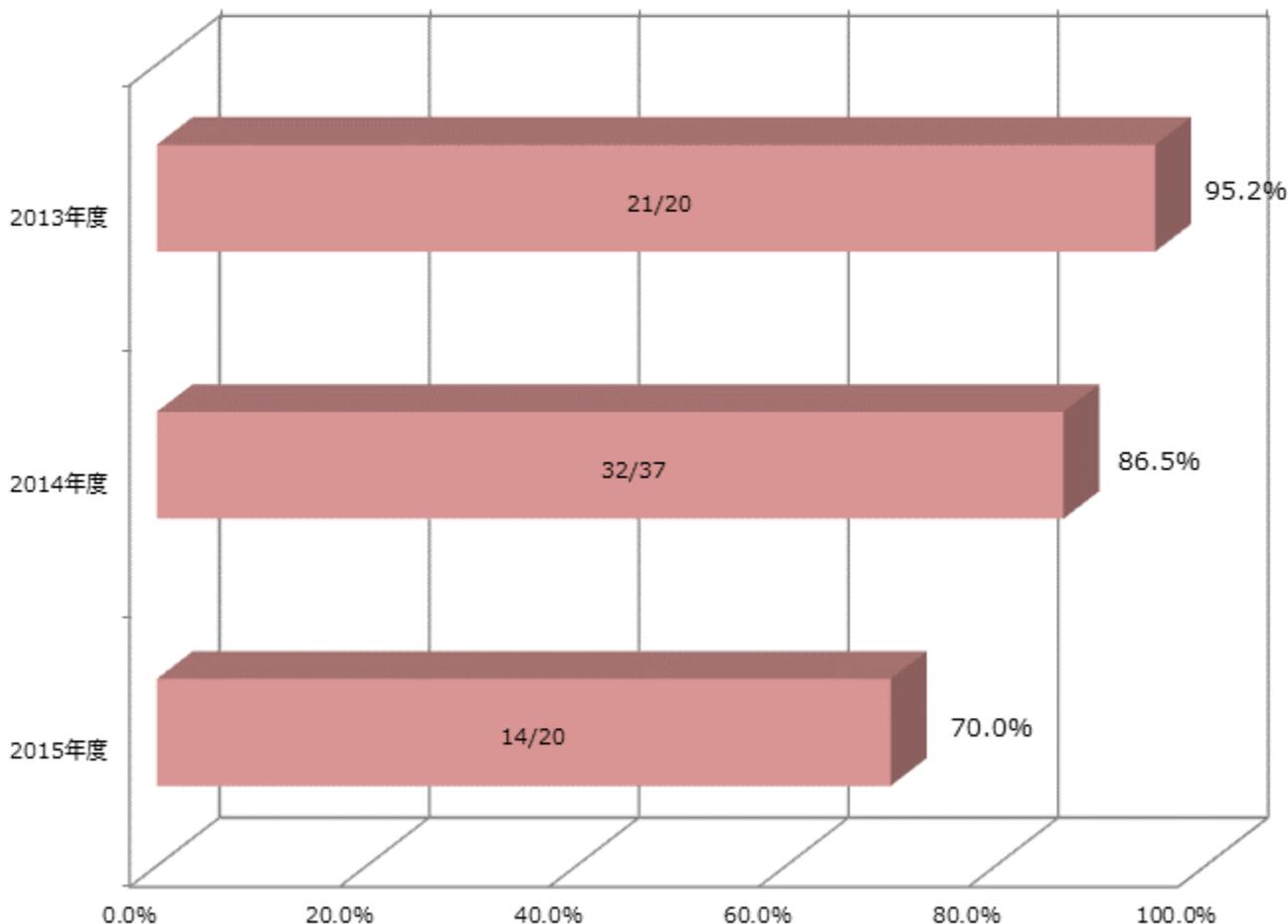
【分母】：急性心筋梗塞の診断で入院し生存退院した患者数

※参考値：The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2015

24.心不全入院患者における左室機能評価

心不全における罹患率および死亡率を減少させる薬剤の適切な選択は、障害、左心室収縮機能を有する患者の同定を必要とします。心不全を持つ患者の管理における単一の最も重要な診断テストとして、左心室収縮機能の評価を提唱されています。

24. 心不全入院患者における左室機能評価



○算出式

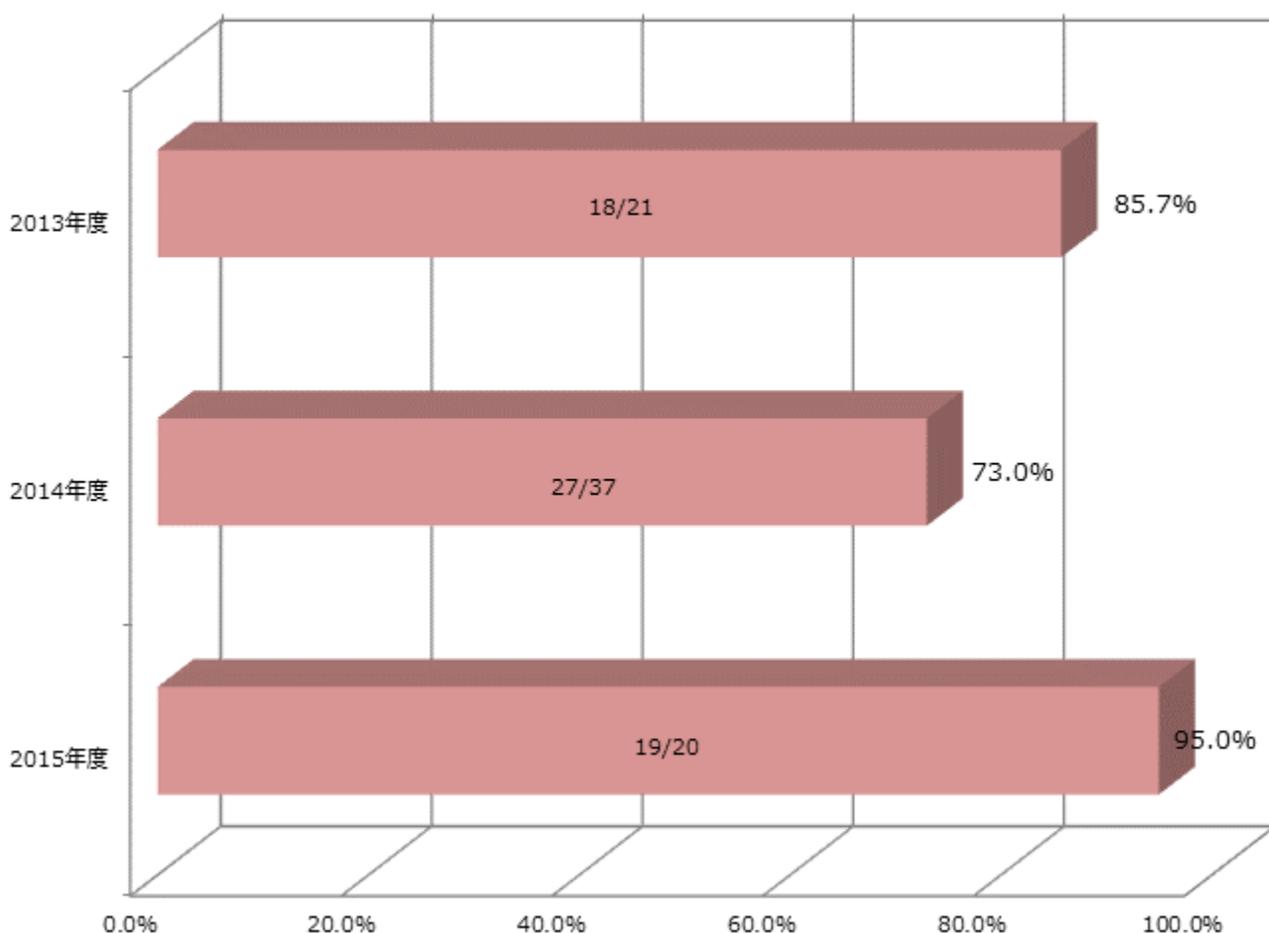
【分子】：入院前3ヶ月から退院までに心エコー検査を実施した患者数、または、入院前3ヶ月から退院までに、退院後3ヶ月以内の心エコー検査の依頼をオーダーしている患者数

【分母】：心不全退院患者数

25.心不全入院患者に対する退院後の治療計画記載率

心不全は、人々が入院、再入院をしている最も一般的な原因の1つです。再入院の予防においては、退院後のサポートが重要であると言われています。退院企画の中で、外来受診、退院時処方薬、症状悪化時の対応などについて教育できるかということは重要です、再入院率低下には患者教育は必要で、退院指導が入っていることは医療の質における指標として妥当であると考えられます。

25. 心不全入院患者に対する退院後の治療計画記載率



○算出式

【分子】：入院中に退院計画書を作成した患者数

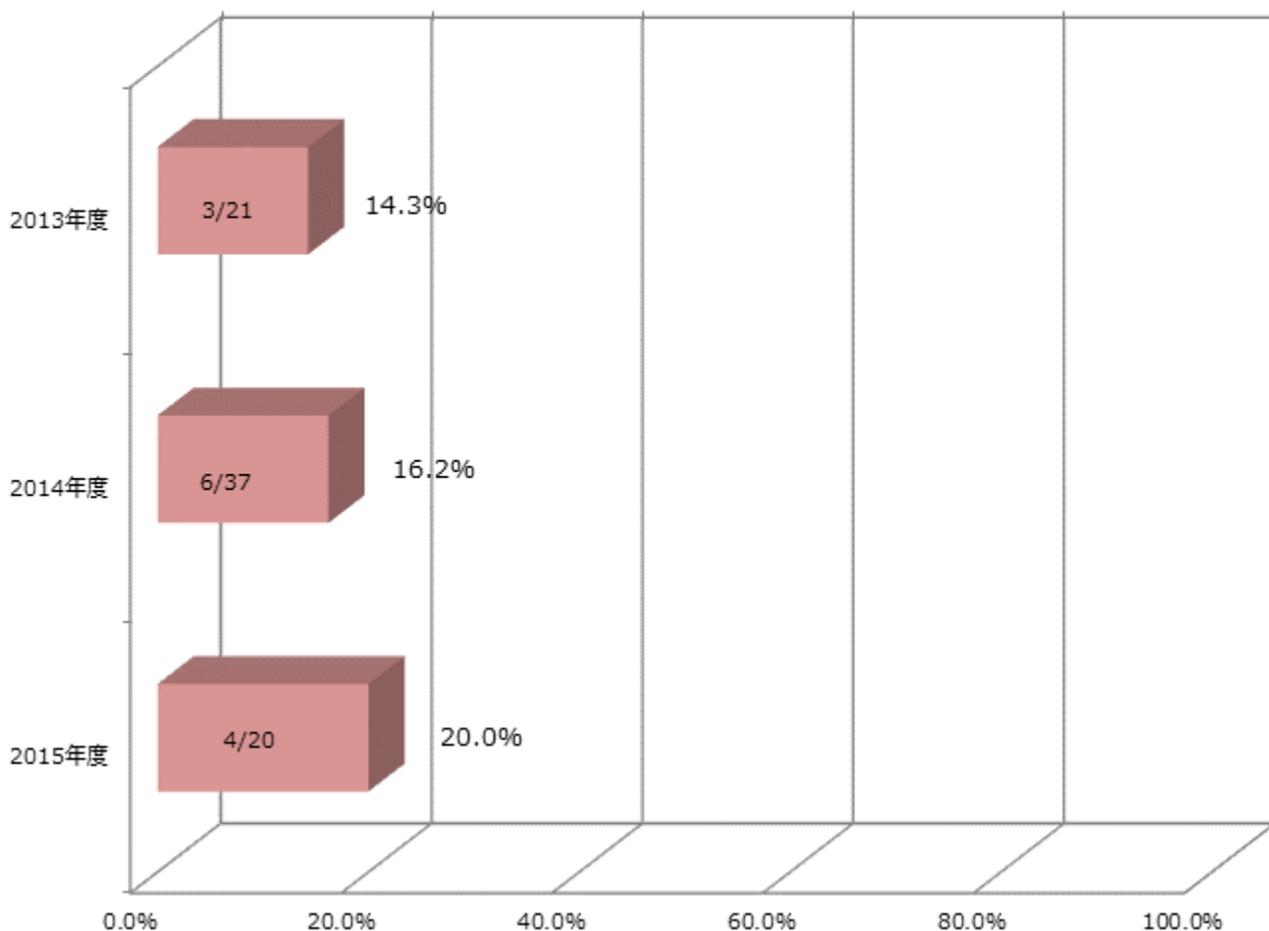
【分母】：18歳以上の心不全入院患者数

26.心不全入院患者における退院後予約割合

心不全は、人々が入院、再入院をしている最も一般的な原因の1つです。再入院の予防においては、退院後のサポートが重要であると言われています。適切な退院後管理における退院後の予約割合は、医療の質における1つの指標として妥当であると考えられます。

○7日以内

26. 心不全入院患者における退院後予約割合（7日以内）



○算出式

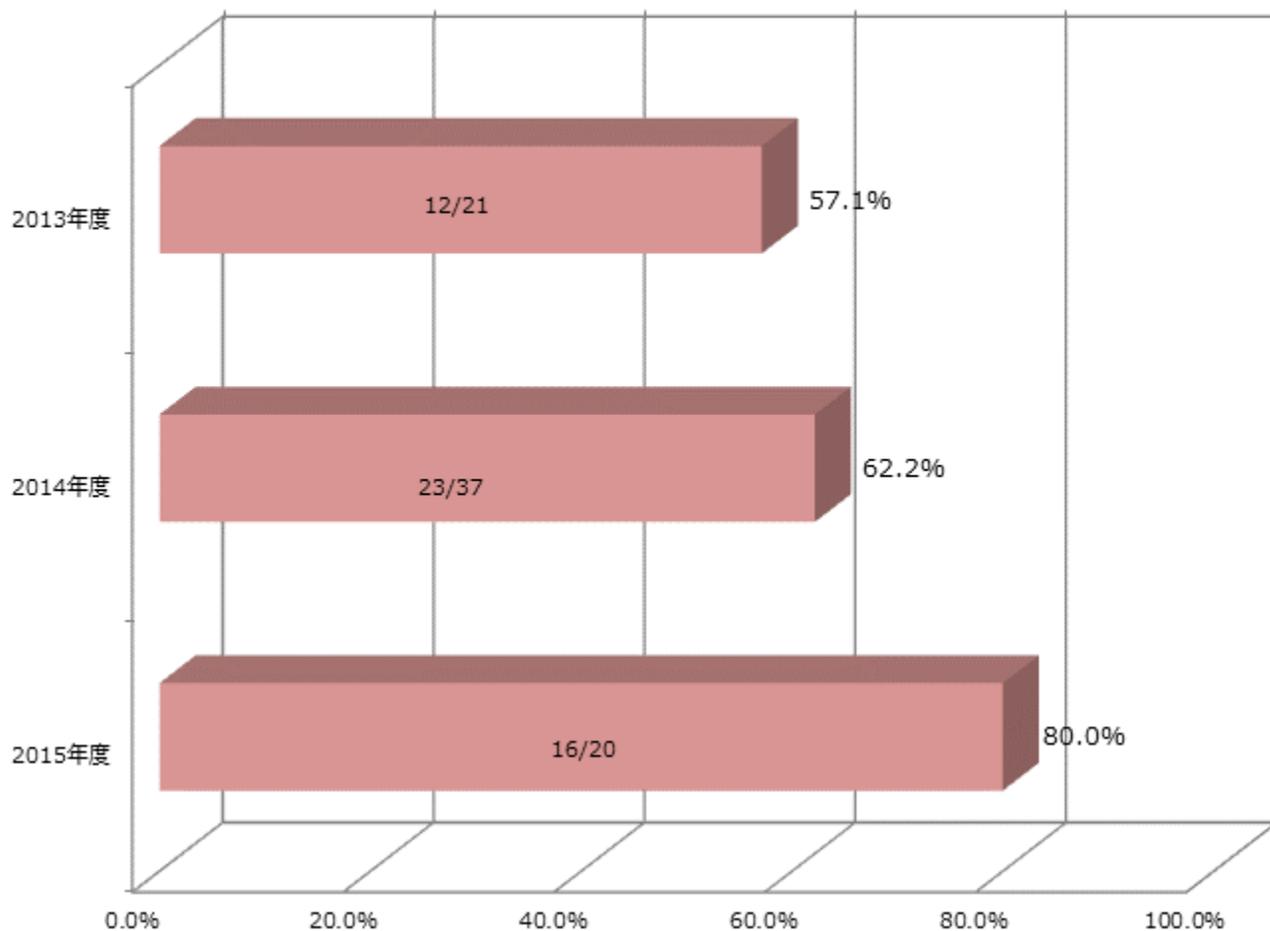
【分子】：退院から7日以内の再診予約がある患者数

【分母】：心不全入院患者数

26.心不全入院患者における退院後予約割合

○ 1ヶ月以内

26. 心不全入院患者における退院後予約割合（1ヶ月以内）



○算出式

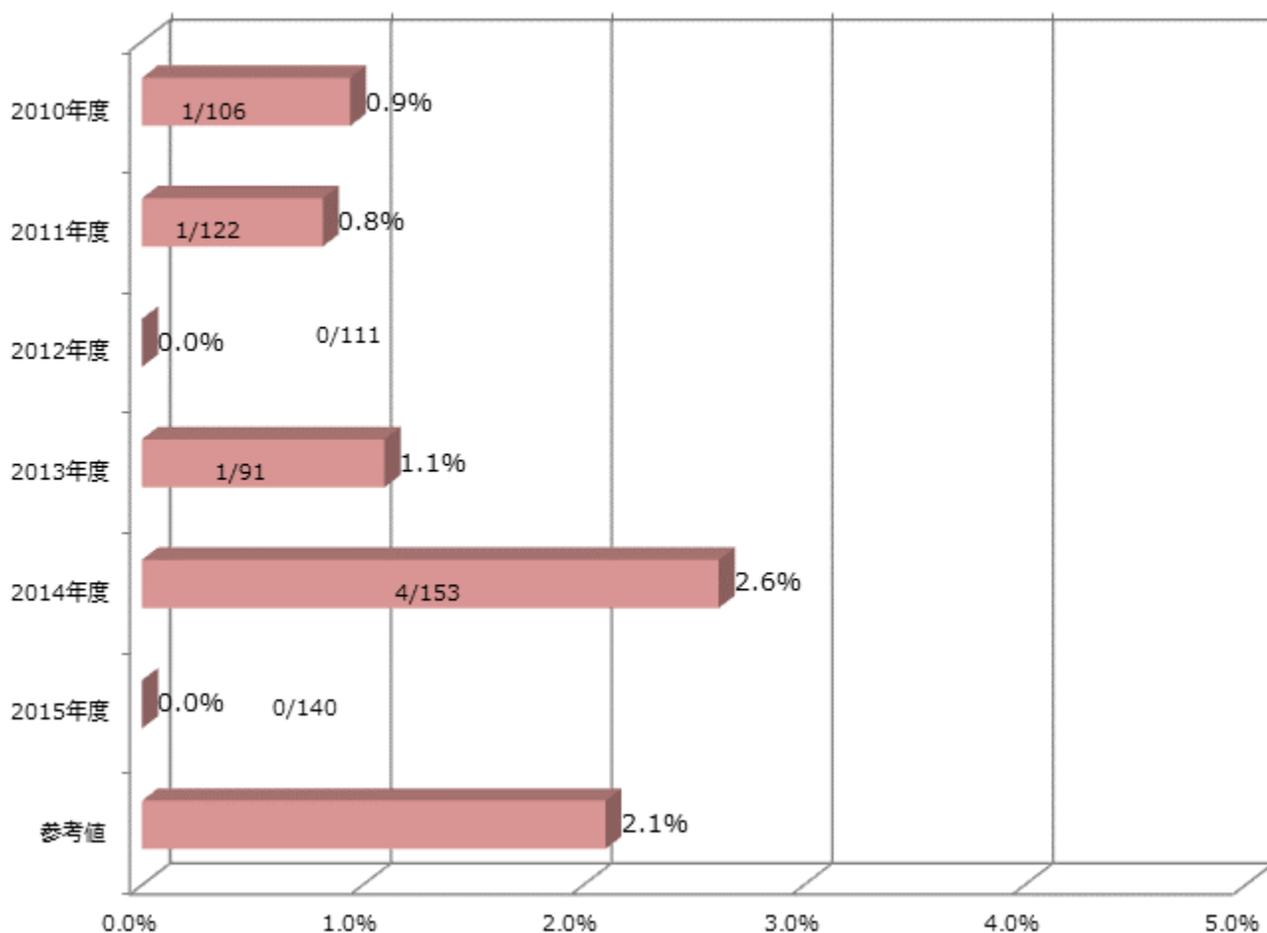
【分子】：退院から1ヶ月以内の再診予約がある患者数

【分母】：心不全入院患者数

27. P C I 後の 2 4 時間以内の死亡率

虚血性心疾患に対する治療は薬物療法、カテーテルによる経皮的冠動脈形成術 (PCI)、冠動脈バイパス術があります。PCIの成功率は、その施設の医療の質を評価する上で重要な指標と考えられ、PCIの24時間以内の入院死亡率は、医師の経験や技術、合併症発生時の対応などが反映され、PCIの質を評価する基本的な指標と考えられます。

27. P C I 後の 2 4 時間以内の死亡率



○算出式

【分子】：分母対象患者のうち 2 4 時間以内に死亡した退院患者数

【分母】：PCI実施退院患者数

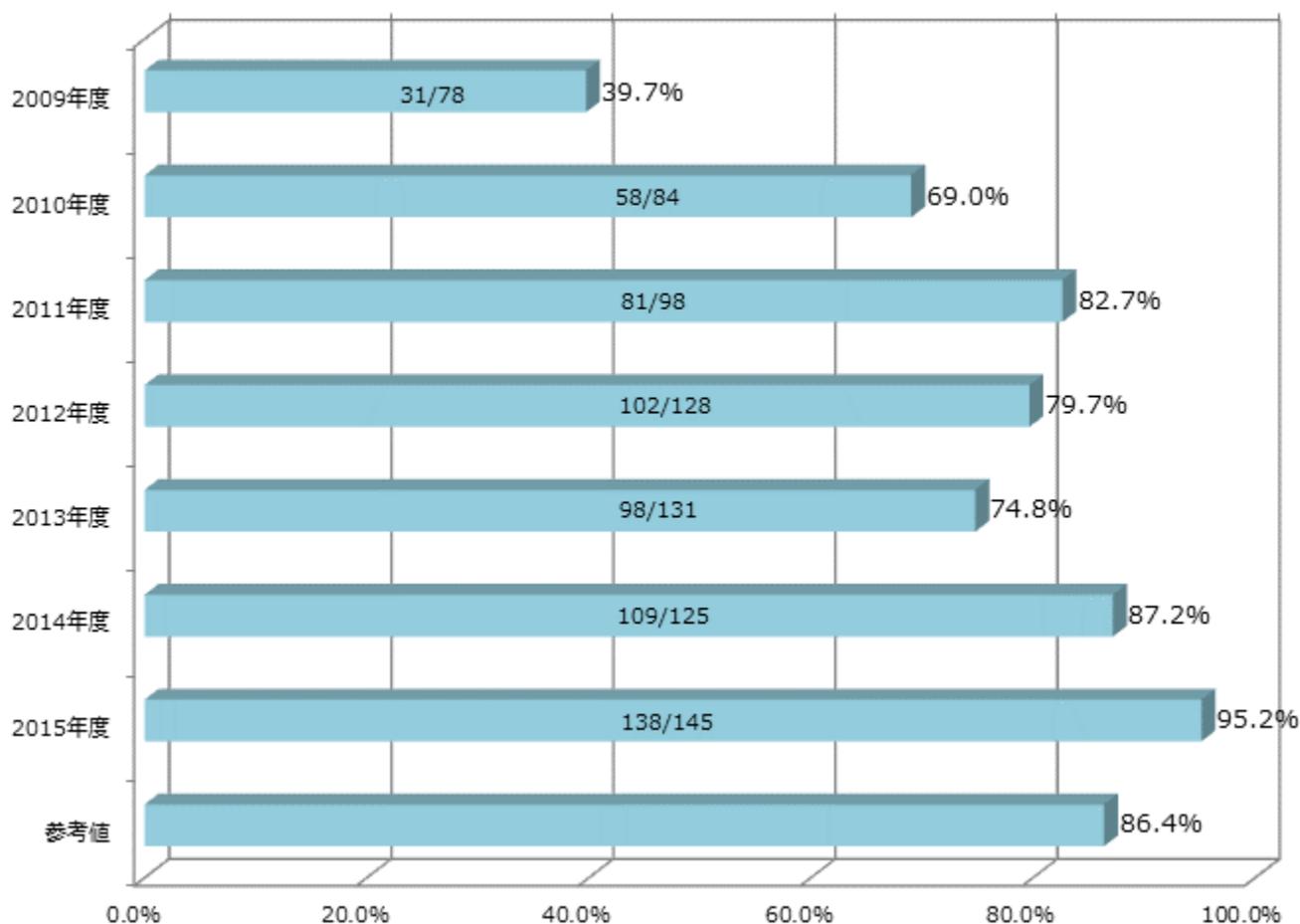
※参考値：AHRQ Quality Indicators™ Inpatient Quality Indicator v5.0 Benchmark Data Tables 2015

- 28.脳梗塞患者における早期リハビリ開始率
- 29.脳梗塞患者に対するアスピリン、オザクレル、アルガトロバン、ヘパリンの投与率
- 30.破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の施行率
- 31.急性期開頭術施行患者の死亡退院率
- 32.救急搬送後、入院となった脳血管疾患患者における頭部CT検査施行までに要した時間（単位 分）

28.脳梗塞患者における早期リハビリ開始率

脳梗塞の後遺症によって、寝たきりになると、筋萎縮・筋力低下、関節拘縮等の症状があらわれる廃用症候群が起こります。廃用症候群を予防し、早期ADL向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとに出来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が強く勧められています。また、2005年の厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」が提示した資料でもリハビリテーション実施率が指標として挙げられています。

28. 脳梗塞患者における早期リハビリ開始率



○算出式

【分子】：分母対象例のうち入院日から4日の時点でリハビリテーションが開始された患者数

【分母】：脳梗塞の急性期（発症4日以内）であった患者のうち、脳血管リハビリテーションを実施した退院患者数

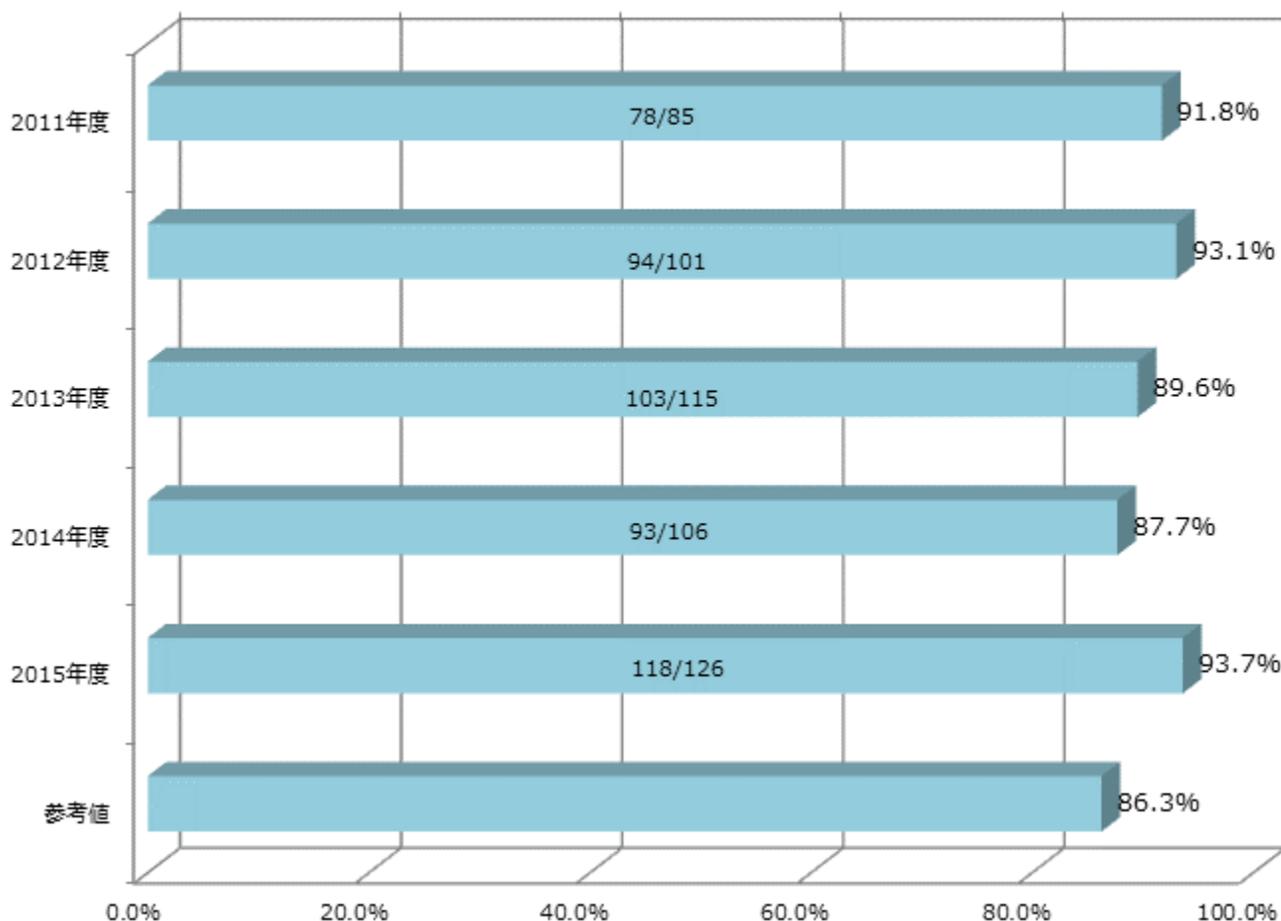
※参考値：2015年度 医療の質の評価・公表推進事業における臨床評価指標

※2014年度より分母の算出式を変更する。

29.脳梗塞患者に対するアスピリン、オザクレル、アルガトロバン、ヘパリンの投与率

急性脳梗塞患者さんの転帰の改善や早期再発予防を目的として、臨床病型や患者さんの状態にあわせて、抗血小板療法（アスピリン、オザグレル）や抗凝固療法（アルガドロバン、ヘパリン）等を行うことが必要になります。（ただし、これらの薬物療法が適用とならない大梗塞を起こしている場合や出血傾向がある患者さんも分母に含まれた評価となっていることから、指標値は100%となりません。）

29. 脳梗塞患者に対するアスピリン、オザクレル、アルガトロバン、ヘパリンの投与率



○算出式

【分子】：分母のうち、入院日から数えて2日以内にアスピリン、オザクレル、アルガトロバン、ヘパリンが投与された患者数

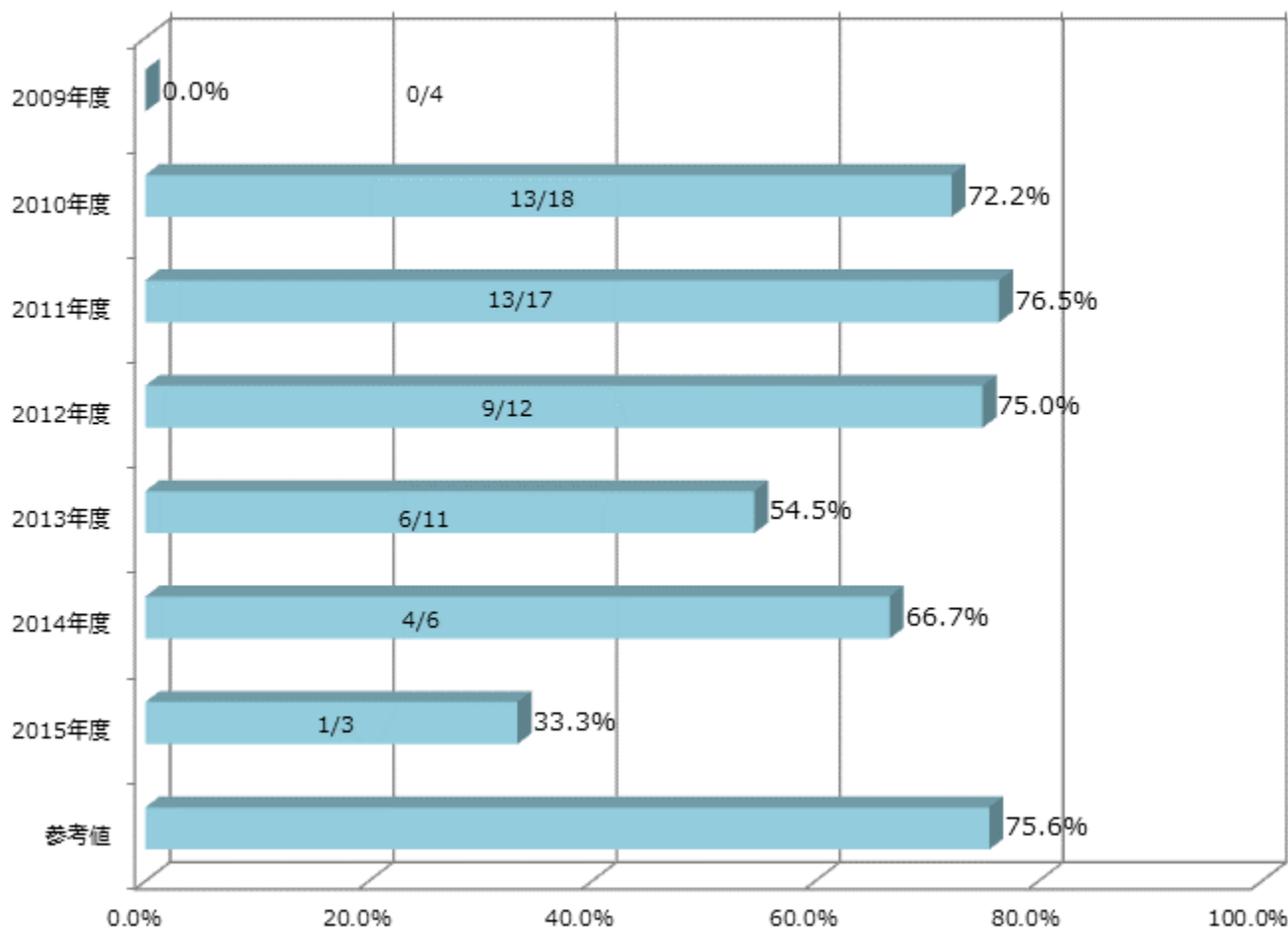
【分母】：急性脳梗塞の退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

30. 破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療 あるいは血管内治療の施行率

くも膜下出血の主原因として脳動脈瘤破裂があげられます。破裂脳動脈瘤を保存的に治療した場合、再出血することがあります。そのため、再出血の予防は重要となり、重症で改善できない場合を除き、予防的処置として、開頭による外科的手術あるいは開頭を要しない血管内治療を行うことが求められます。

30. 破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の施行率



○算出式

【分子】：分母のうち、開頭による外科治療あるいは血管内治療を受けた患者

【分母】：急性くも膜下出血の退院患者数

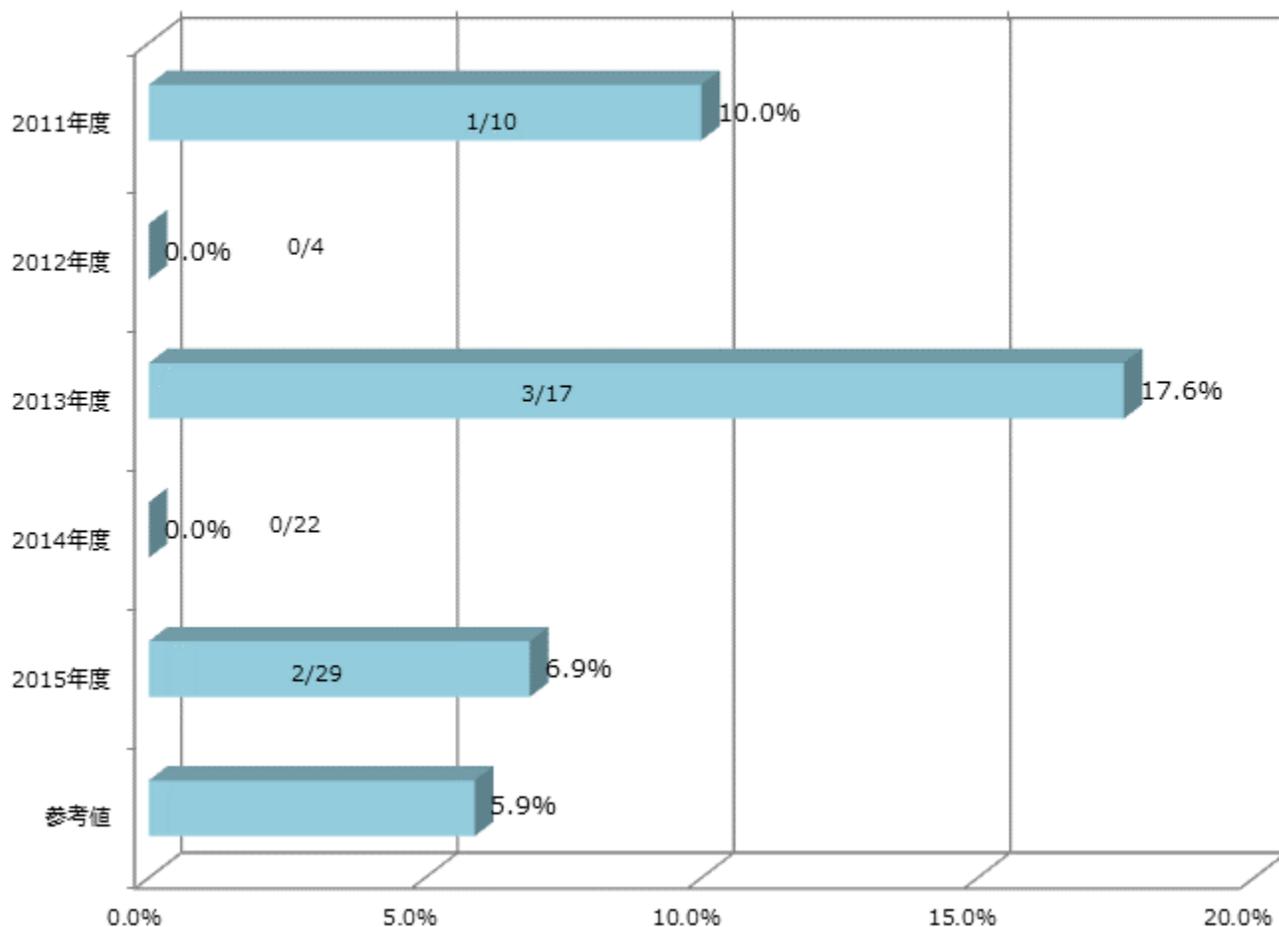
※分母除外：外傷性くも膜下出血は除く

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

31.急性期開頭術施行患者の死亡退院率

急性期脳疾患患者が、救命を目的として緊急手術を施行する場合があります。緊急開頭術の原因となった疾患の病期や重症度によって予後に大きな差が現れます。急性期開頭術を受けた患者さんの死亡退院率を知ることにより、医療の質を評価・比較することができます。ただし、緊急開頭術の原因となった疾患の種類や重症度に死亡率は左右されるため、単純に比較することはできません。

31. 急性期開頭術施行患者の死亡退院率



○算出式

【分子】：急性期3日以内に開頭術を受け、死亡退院した患者数

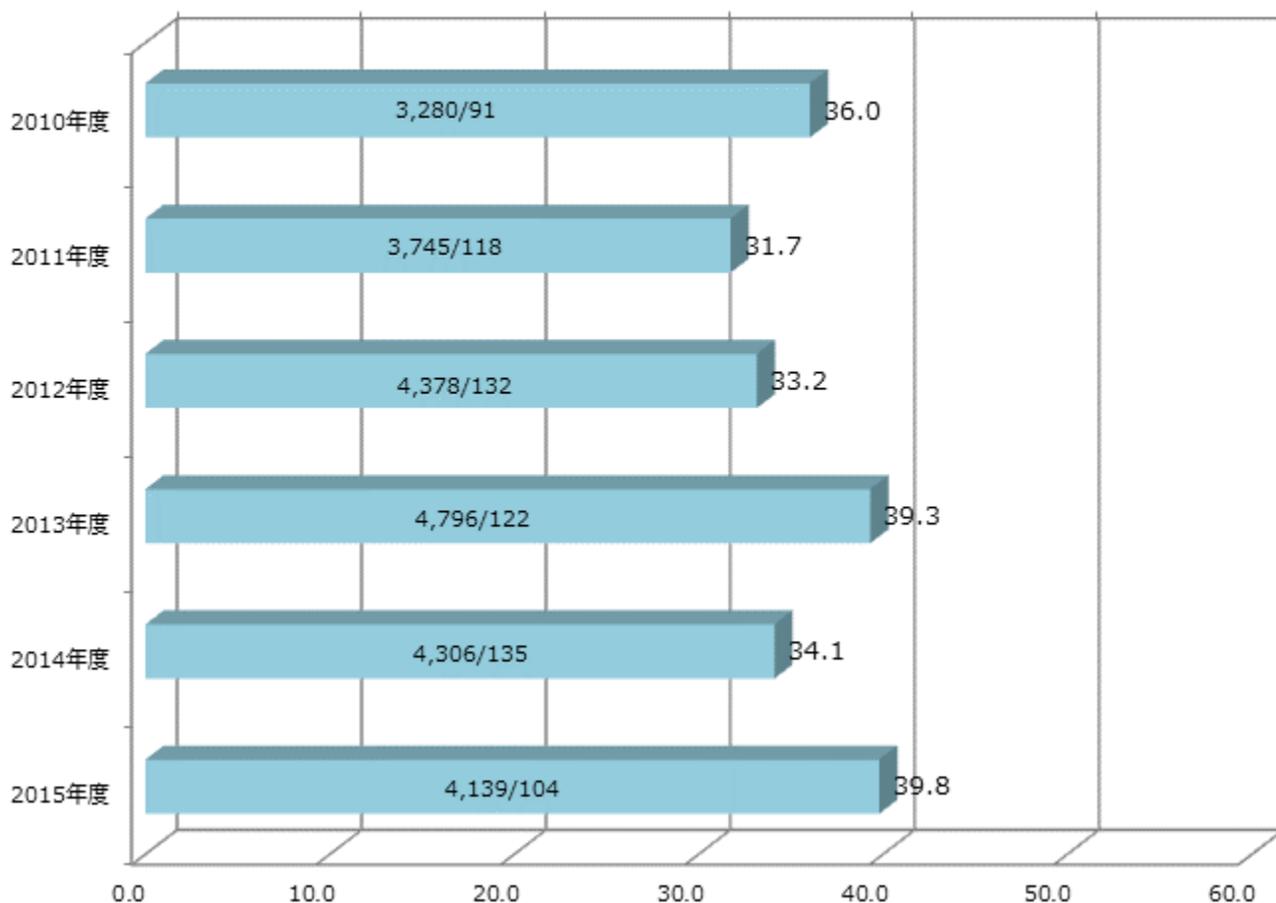
【分母】：緊急入院後3日以内に開頭術を受けた患者数

※参考値：AHRQ Quality Indicators™ Inpatient Quality Indicator v5.0 Benchmark Data Tables 2015

32.救急搬送後、入院となった脳血管疾患患者における 頭部CT検査施行までに要した時間（単位 分）

脳血管疾患患者が救急搬送後、診断に必要な画像診断検査をどれだけ迅速に提供できたかは、診断とそれに続く治療開始の迅速性を示す大切な指標となります。

32. 救急搬送後、入院となった脳血管疾患患者における
頭部CT検査施行までに要した時間（単位 分）



○算出式

【分子】：分母対象例のうち、救急車到着時間から頭部CTを受けるまでの延べ時間

【分母】：救急搬送患者で脳神経外科、神経内科への入院患者のうち脳血管障害の診断名のある患者数

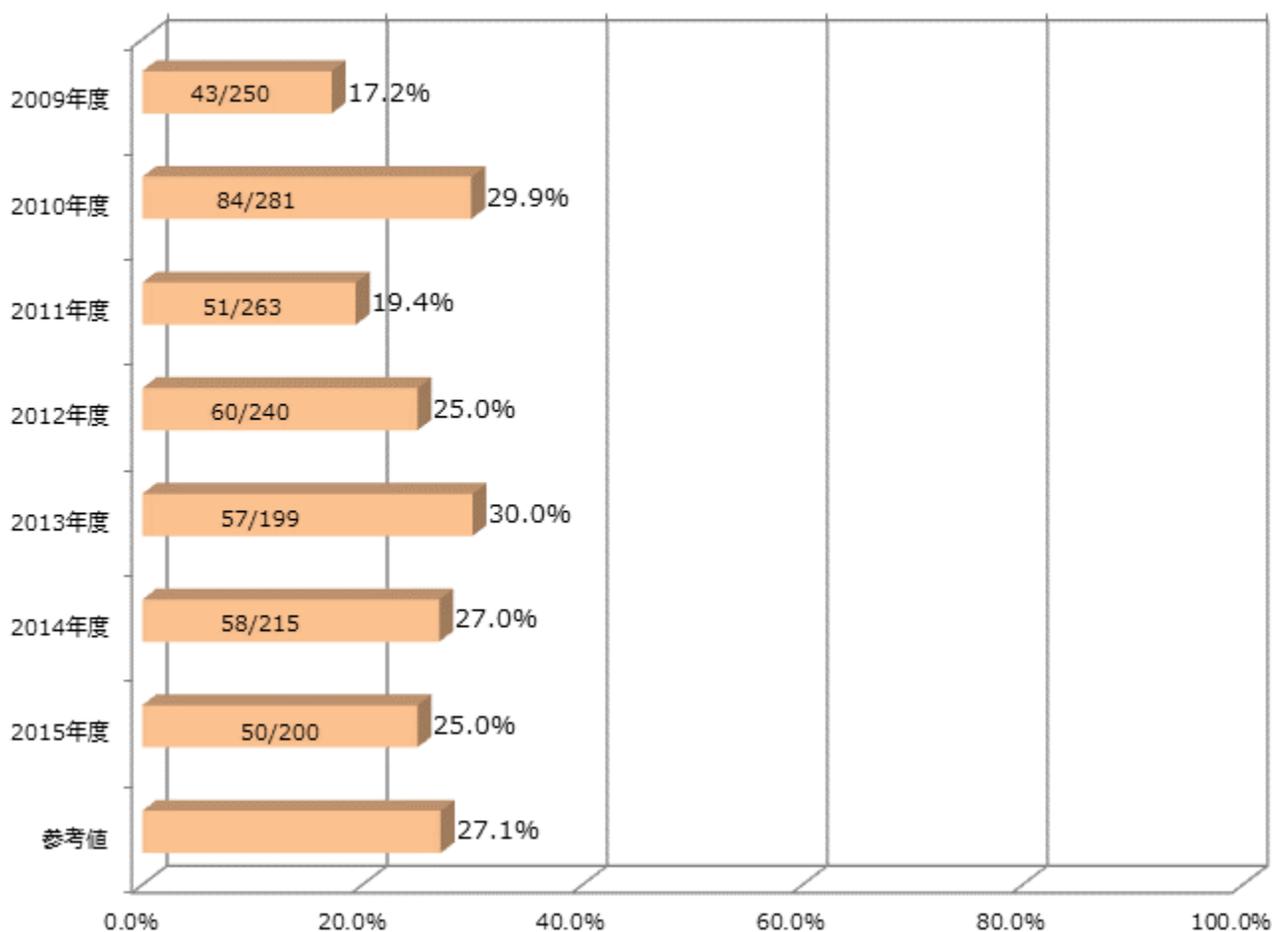
※分母除外 ～ 入院後24時間以内に実施していない患者、救急者到着時間が不明な患者は除く

- 33. 出産予定婦の帝王切開率
- 34. 帝王切開術における全身麻酔の割合
- 35. 単純子宮全摘術が施行された患者に対する輸血発生率
- 36. 卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の施行率

33. 出産予定婦の帝王切開率

出産の年齢が非常に幅広い現代において、合併症の頻度、不妊症の治療の頻度、また妊婦および医師の動向を含む社会的見識などの要因によって大きく影響されます。

33. 出産予定婦の帝王切開率



○算出式

【分子】：分母対象例のうち、帝王切開が実施された妊婦の数

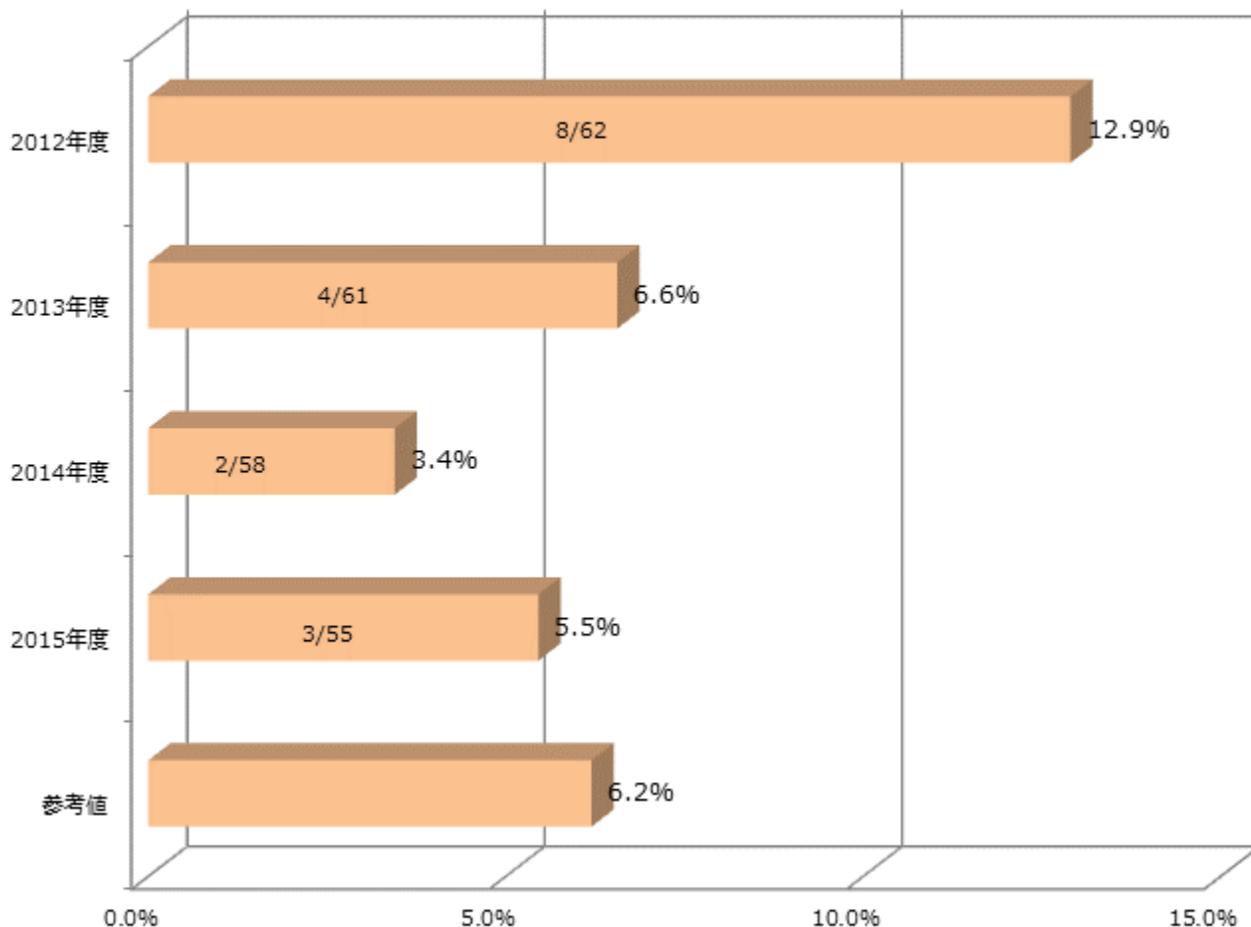
【分母】：36週以降43週未満で当該病院で出産を行った妊婦の数

※参考値：国立病院機構 臨床指標2009 2008年度平均値

34.帝王切開術における全身麻酔の割合

帝王切開の全身麻酔では、薬物を含むさまざまな要素が胎児と新生児に影響を与えます。挿管時のトラブル、誤嚥性肺炎、術中覚醒など、妊婦の全身麻酔のリスクは非常に高いです。また、薬剤の胎盤移行による児の抑制などの問題から、区域麻酔が禁忌の症例や非常に緊急性の高い症例に限られます。

34. 帝王切開術における全身麻酔の割合



○算出式

【分子】：分母のうち、帝王切開術を全身麻酔で実施した患者数

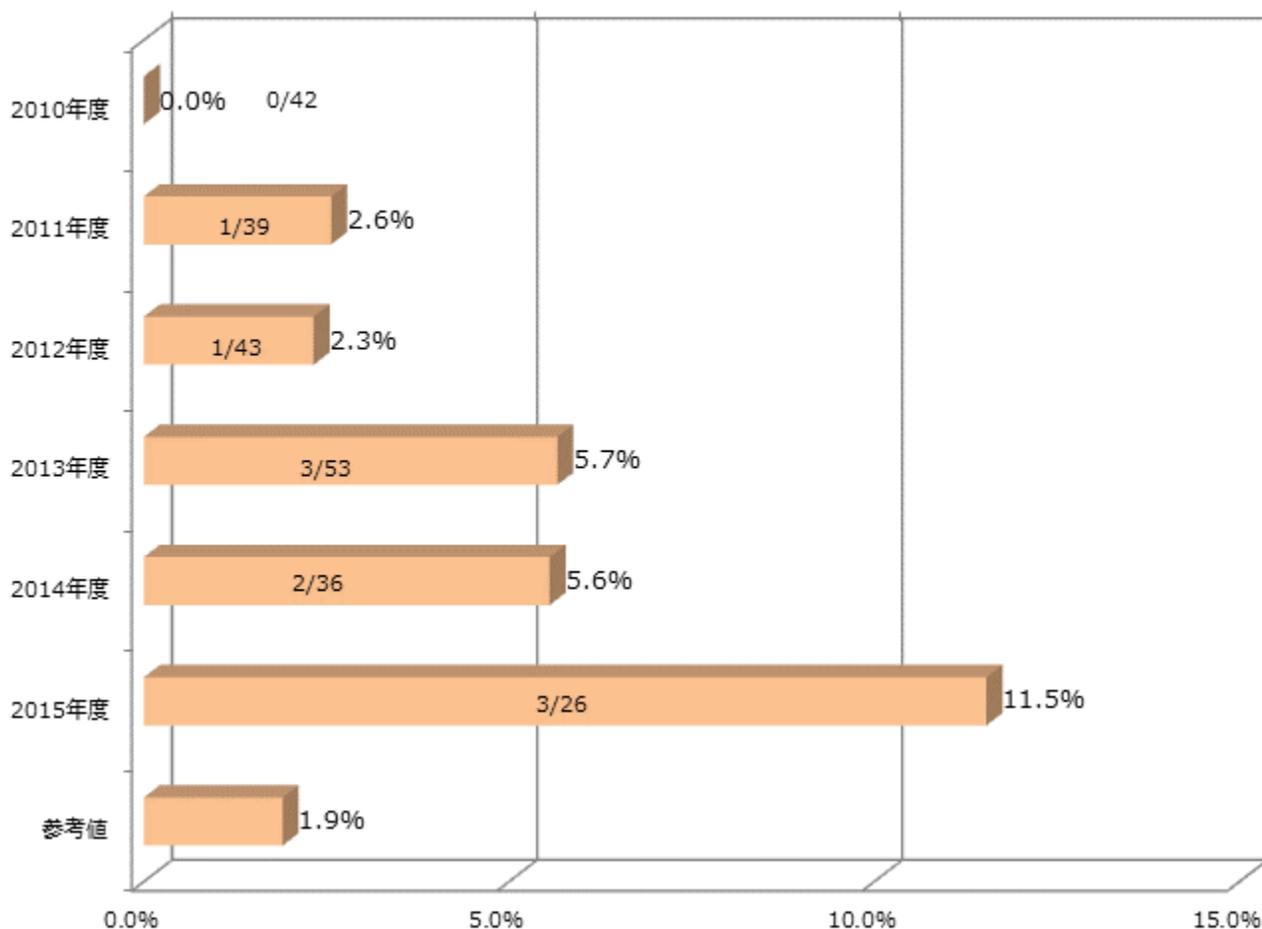
【分母】：帝王切開術を実施した退院患者数

※参考値：Australasian Clinical Indicator Report: 2007-2014: 16th edition

35.単純子宮全摘術が施行された患者に対する輸血発生率

単純子宮全摘術は婦人科手術で最も頻度の高い手術であり、一般的に行われている治療です。輸血を必要としない出血量で手術を施行できる技術を備えることが求められます。

35. 単純子宮全摘術が施行された患者に対する輸血発生率



○算出式

【分子】：分母対象患者のうち輸血が発生した患者数

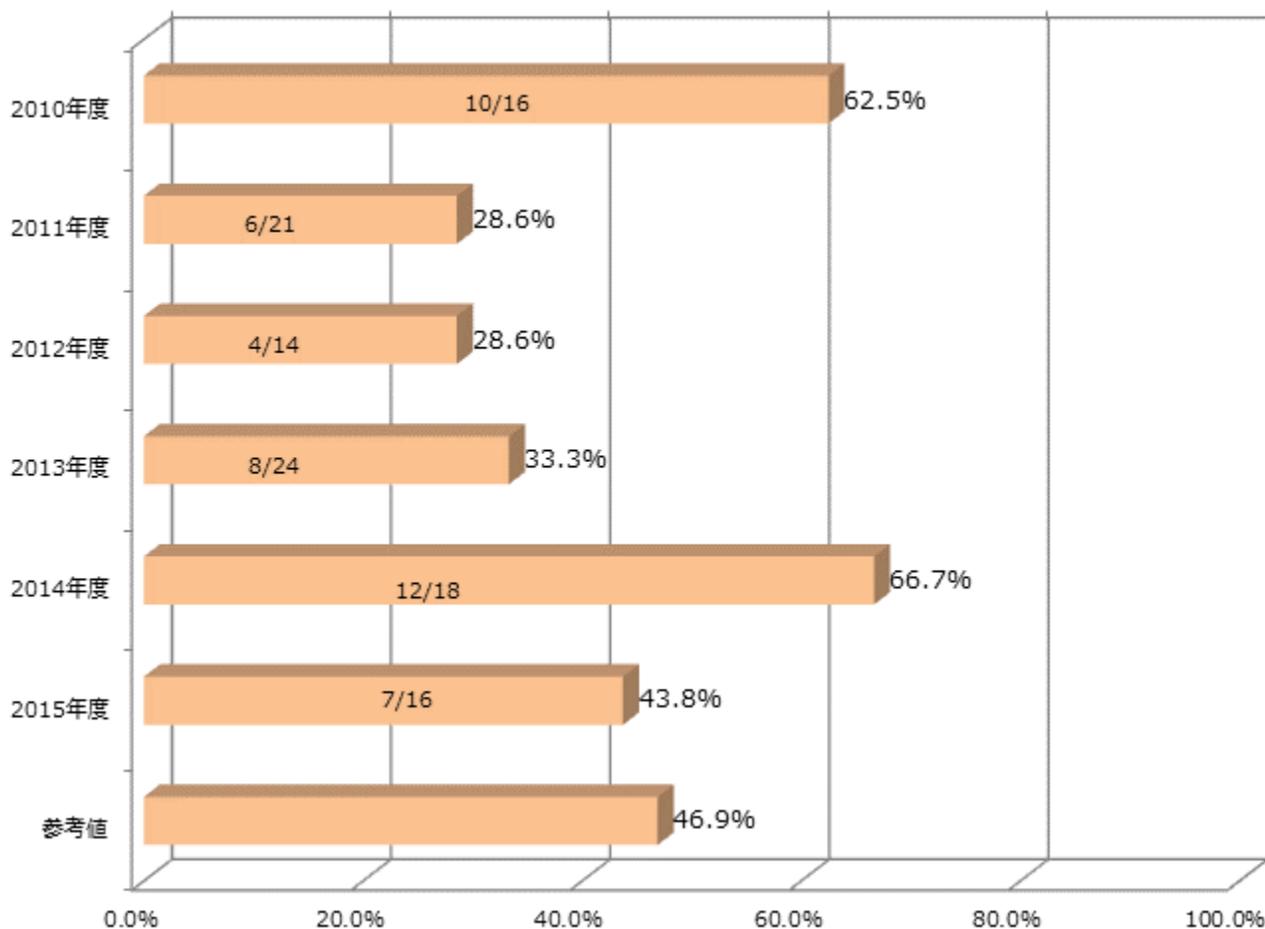
【分母】：単純子宮全摘術を施行した退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床指標2013 2013年度平均値

36. 卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の施行率

近年、卵巣腫瘍に対する腹腔鏡手術のニーズが増えており、治療法の選択肢の一つとして、病院で対応できているかどうかの評価になり得ます。腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術と局所解剖の理解が不可欠であり、自病院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが必要になります。

36. 卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の施行率



○算出式

【分子】：分母のうち、腹腔鏡下手術がされた患者数

【分母】：卵巣腫瘍で手術が施行された退院患者数

※分母除外：同日に複数の手術を施行された患者

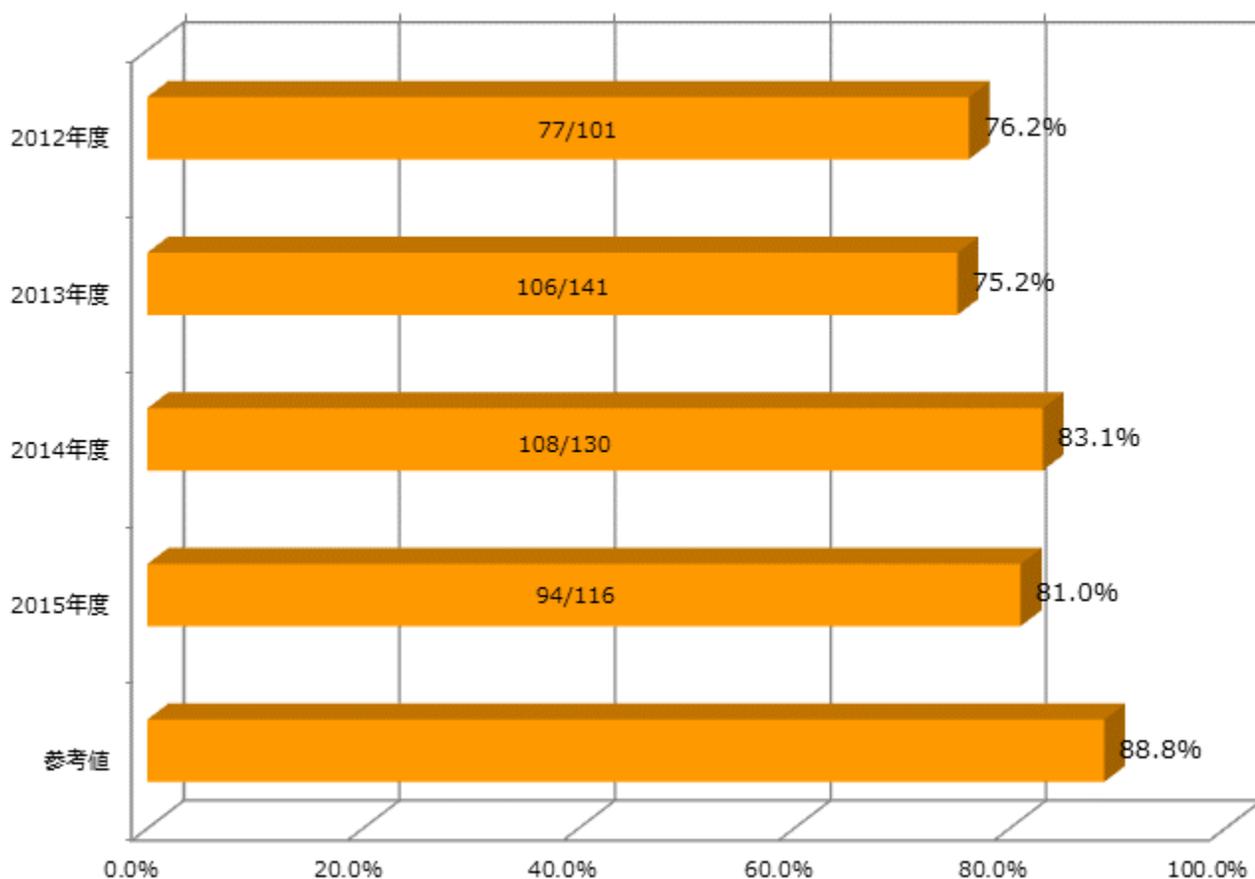
※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

- 37. 大腿骨近位部骨折に対する早期リハビリテーション
（術後4日以内）の施工率
- 38. 人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーション実施率
- 39. 人工関節置換術，人工骨頭挿入術における手術部位感染予防の
ための抗菌薬の3日以内の中止率

37.大腿骨近位部骨折に対する早期リハビリテーション (術後4日以内)の施工率

早期にリハビリテーションを行うことにより、廃用症候群の予防、早期退院に繋がります。

37. 大腿骨近位部骨折に対する早期リハビリテーション (術後4日以内)の施工率



○算出式

【分子】：分母のうち、手術当日から数えて4日以内にリハビリテーションが行われた患者数

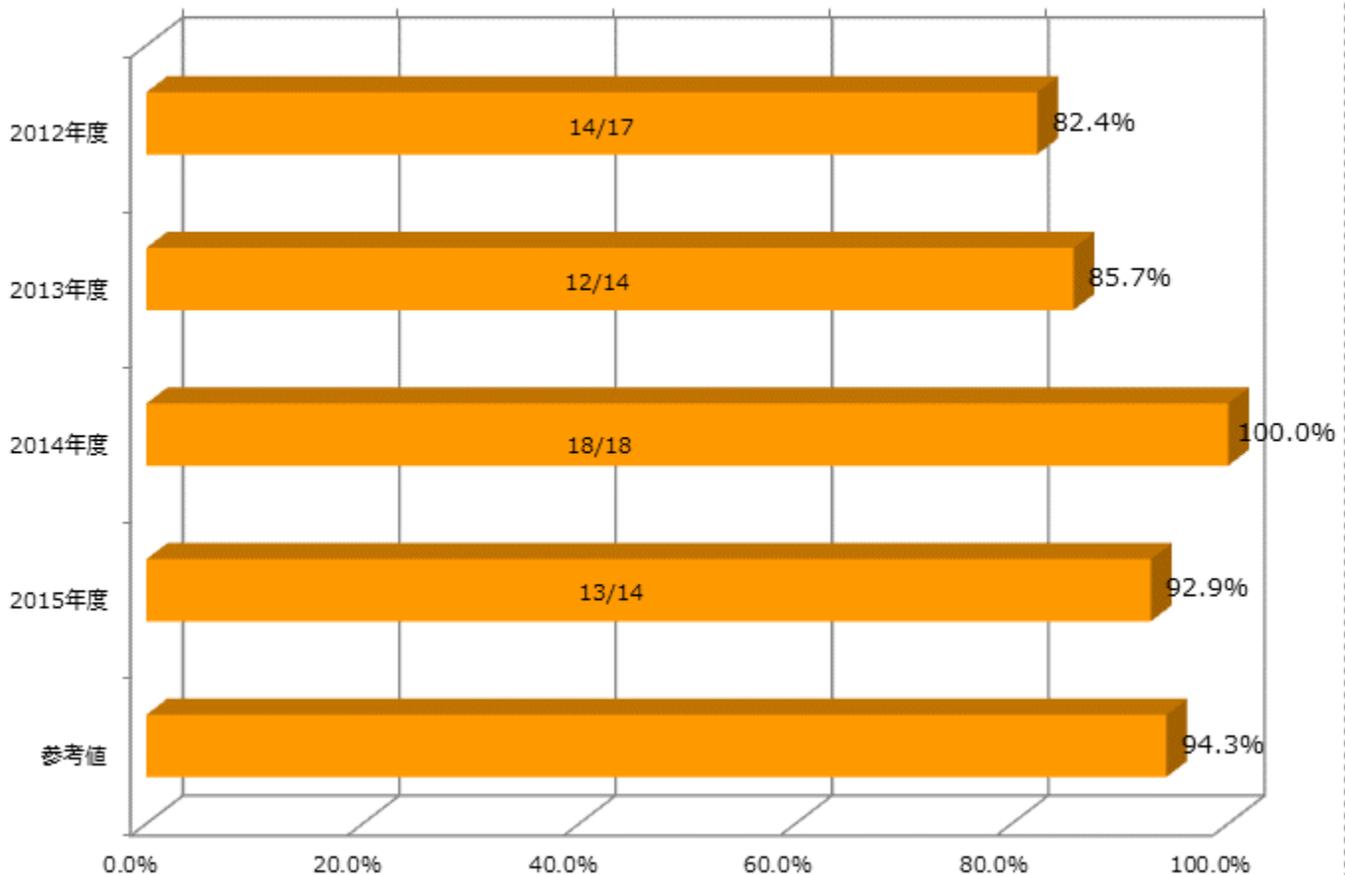
【分母】：大腿骨頸部あるいは大腿骨転子部・転子下骨折に係る手術を施行した退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

38.人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーション実施料

人工膝関節全置換術後の過度な安静は、身体機能の回復を遅らせる原因となります。術後早期にリハビリテーションを開始することで、下肢への静脈うっ滞（血流が静脈に停滞する状態）を減少させ、深部静脈血栓症の発生頻度を低下させることにもつながります。ADL、QOLの維持のためにも、早期にリハビリテーションを開始することが求められます。ただし、施設の体制によっては、理学療法士らによる専門的なリハビリテーションの開始が遅れる場合があります（開始日が休日に該当する場合など）。

38. 人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーション実施料



○算出式

【分子】：分母のうち、術後4日以内にリハビリテーションが開始された患者数

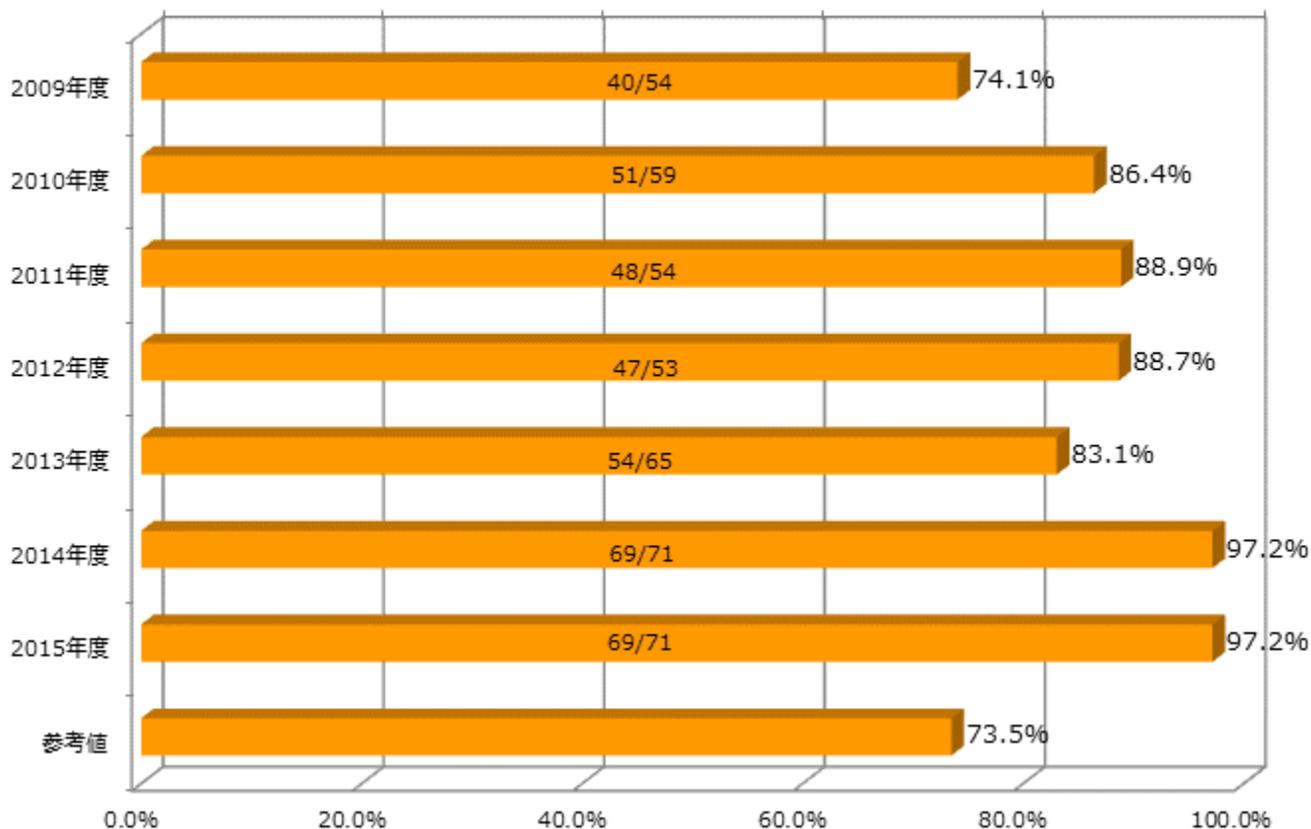
【分母】：人工膝関節置換術が施行された退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

39.人工関節置換術，人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬の3日以内の中止率

抗菌薬の予防的投与により、術後の感染症の発生率を低下させることができます。但し、長期間にわたる予防的抗菌薬投与は、抗菌薬耐性菌による感染症の誘発につながります。そのため、抗菌薬の投与期間として、術後3日以内に中止することが求められています。

39. 人工関節置換術，人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬の3日以内の中止率



○算出式

【分子】：分母のうち、手術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて3日以内に投与が中止された患者数

【分母】：「人工関節置換術」、「人工関節再置換術」、「人工骨頭挿入術」のいずれかを施行した退院患者数

※分母除外

- ①入院期間中に複数の手術を受けた患者（同日複数の手術を受けた患者は除く）
- ②術後3日以内に退院した患者

※分子除外

予防的抗菌薬を他の抗菌薬に切り替え、継続的に投与された患者は除く

（例：予防抗菌薬～セファメジン → 術後3日後にメロペンに切り替え継続投与）

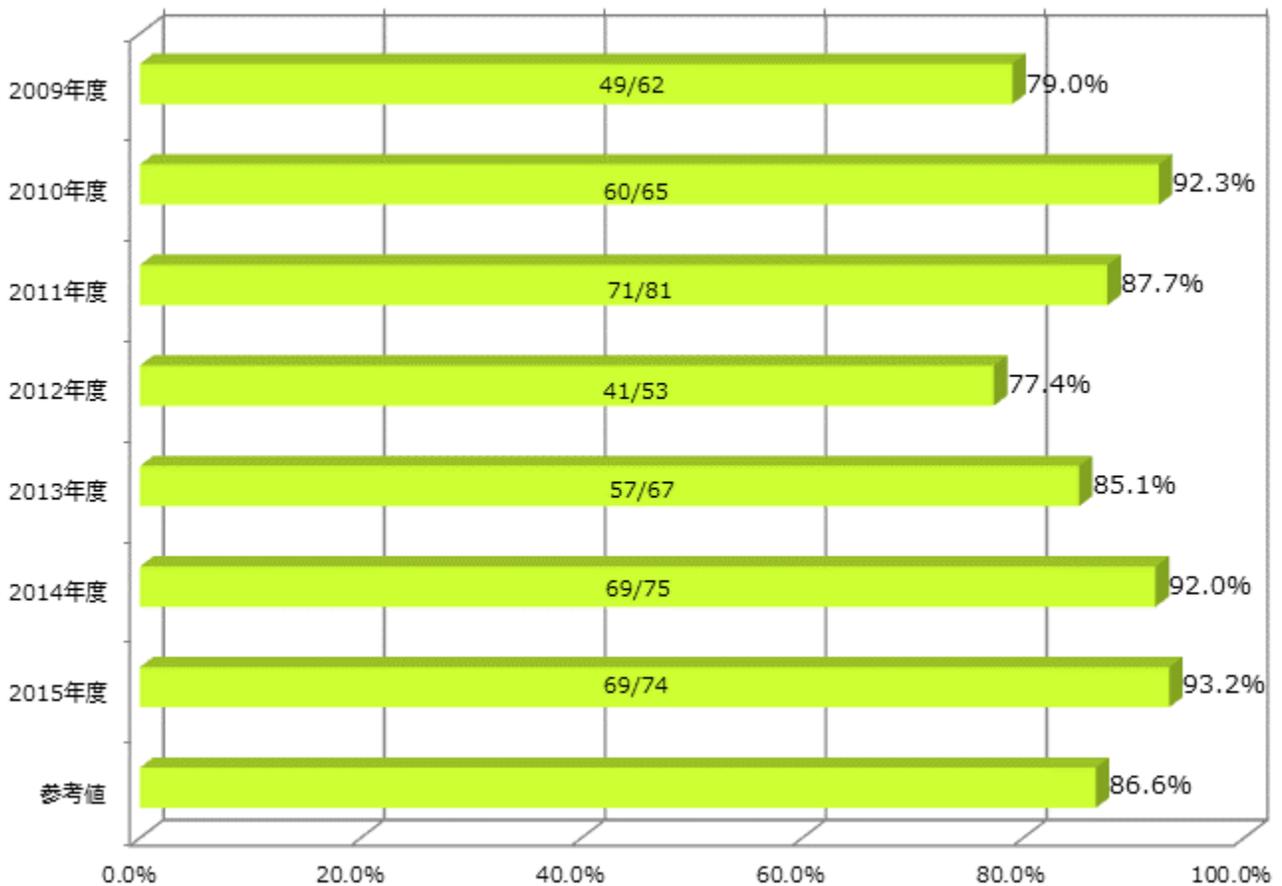
※参考値：2013年度医療の質の評価・公表等推進事業における臨床評価指標

- 40.胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合
- 41.急性胆のう炎患者に対する入院2日以内の超音波検査実施
- 42.急性胆管炎患者における入院初日の血液培養検査実施率
- 43.急性胆管炎患者、急性胆のう炎患者に対する早期（2日以内）の注射抗菌薬投与の実施率
- 44.急性膵炎患者に対する早期（入院2日以内）のCT施行率

40.胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合

胆嚢摘出術には、主に開腹による胆嚢摘出術と腹腔鏡下胆嚢摘出術の2種類があり、急性胆嚢炎では、重い局所合併症を伴っている場合、あるいは胆嚢捻転症、化膿性胆嚢炎等では、全身状態の管理を十分にしながら開腹手術を行うことが推奨されています。腹腔鏡下手術は、開腹手術と比較して、死亡率、合併症、手術時間について差がありませんが、入院期間と術後の回復期間が短くなります。このため、特に合併症を伴わない胆嚢結石、胆嚢炎に対する腹腔鏡下手術の割合が高い方が、医療の質が高いと言えます。

40. 胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合



○算出式

【分子】：分母対象例のうち腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した患者数

【分母】：胆嚢摘出術を施行した退院患者数

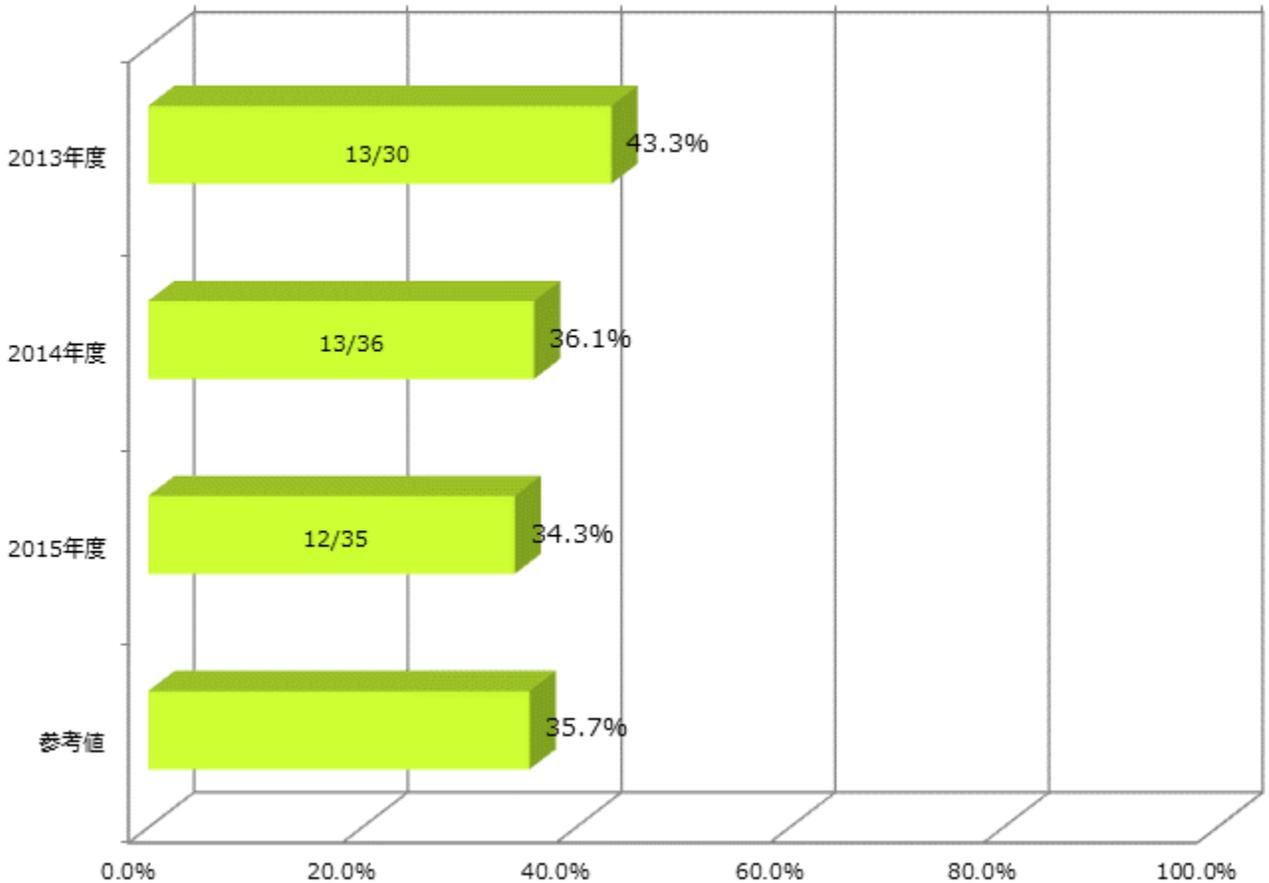
※分母除外：複数手術を同時に受けた患者、手術時病名に胆嚢結石または胆嚢炎を含まない患者

※参考値：AHRQ Quality Indicators™ Inpatient Quality Indicator v5.0 Benchmark Data Tables 2015

41.急性胆のう炎患者に対する入院2日以内の超音波検査実施

超音波検査は、急性胆のう炎が疑われる全ての症例において最初に行われる検査です（推奨度1、レベルA）。簡便性、低侵襲性の点から、第1選択の画像診断です。

41. 急性胆のう炎患者に対する入院2日以内の超音波検査実施



○算出式

【分子】：分母のうち入院2日以内に超音波検査を実施した患者数

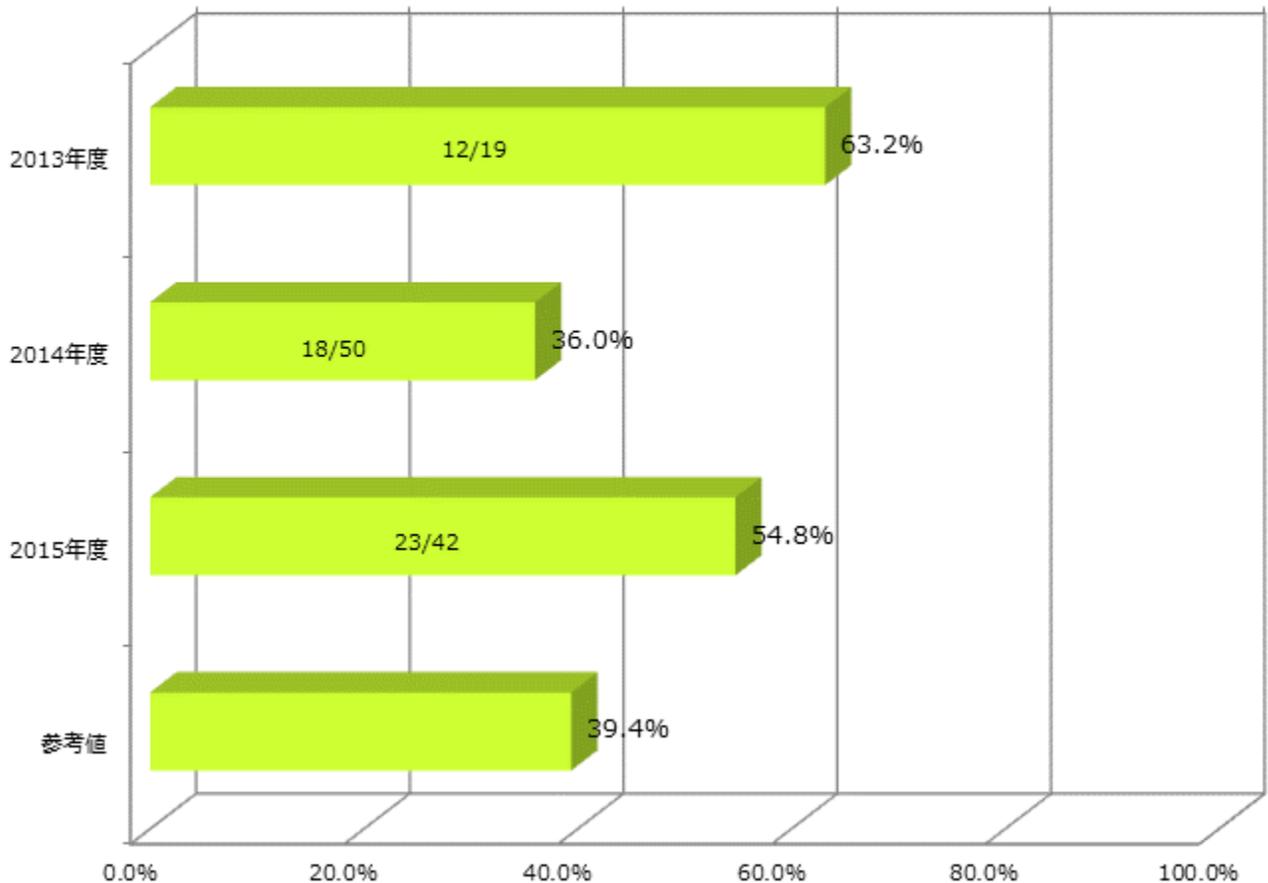
【分母】：急性胆嚢炎退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

42.急性胆管炎患者における入院初日の血液培養検査実施率

急性胆管炎において、起炎菌の同定が治療の第一歩です（診断がつき次第、初期治療として抗菌薬の投与が開始されます）。ガイドラインによると、血液培養によっても陽性となることが報告されていますが、胆管炎を疑う症例では、総胆管胆汁の培養検査を行うべきであるとされています。

42. 急性胆管炎患者における入院初日の血液培養検査実施率



○算出式

【分子】：分母のうち血液培養検査を実施した患者数

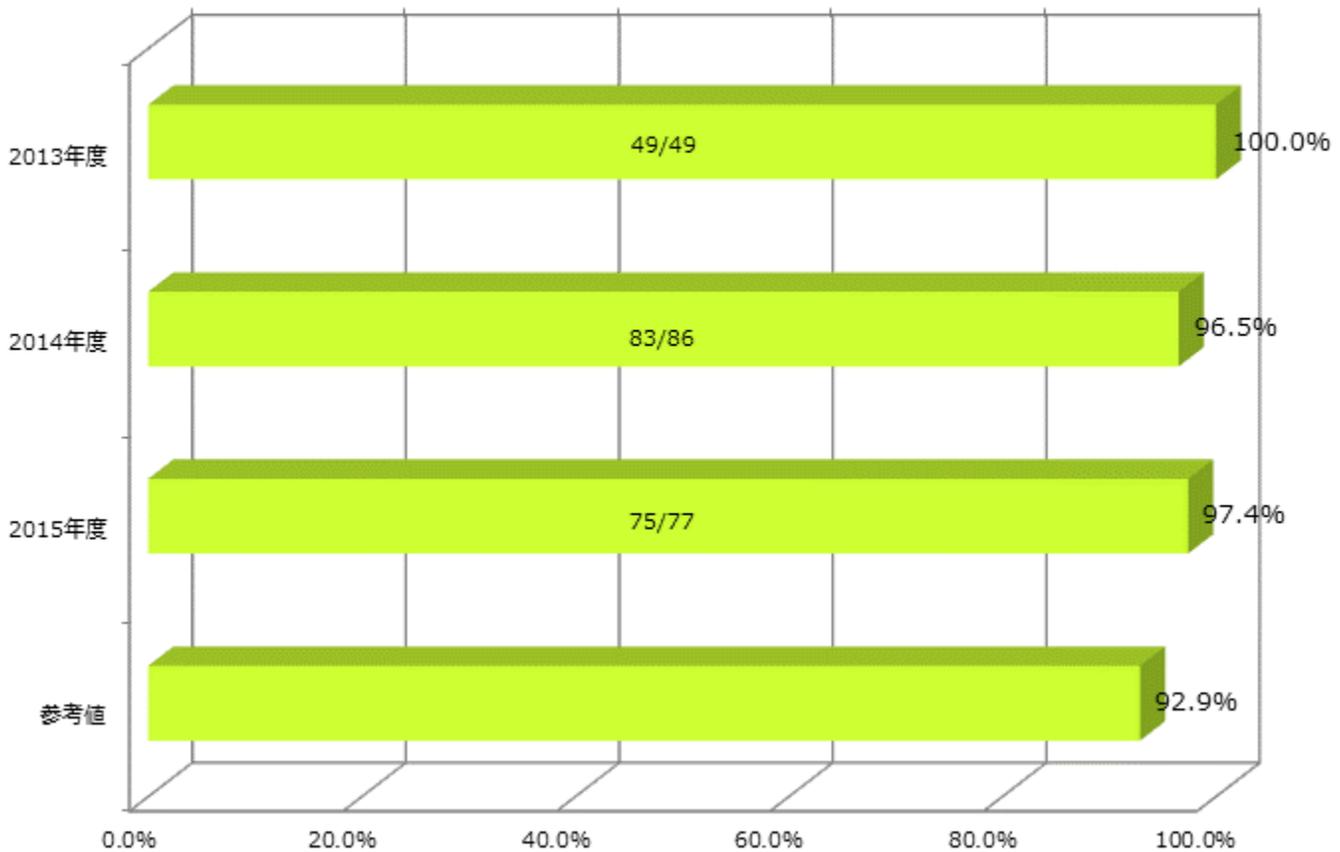
【分母】：急性胆管炎退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

43.急性胆管炎患者、急性胆のう炎患者に対する 早期（2日以内）の注射抗菌薬投与の実施率

急性胆管炎の診断がつき次第、抗菌薬投与を開始します。急性胆管炎、急性胆嚢炎と診断された症例は、原則として全例が抗菌薬投与の対象となります。ただし、炎症所見がほとんどなく胆石疝痛発作と鑑別が困難な軽症の症例には、抗菌薬を投与せずに経過観察する場合があります。

43. 急性胆管炎患者、急性胆のう炎患者に対する早期（2日以内）の
注射抗菌薬投与の実施率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院日から数えて2日以内に抗菌薬（注射薬）が投与された患者数

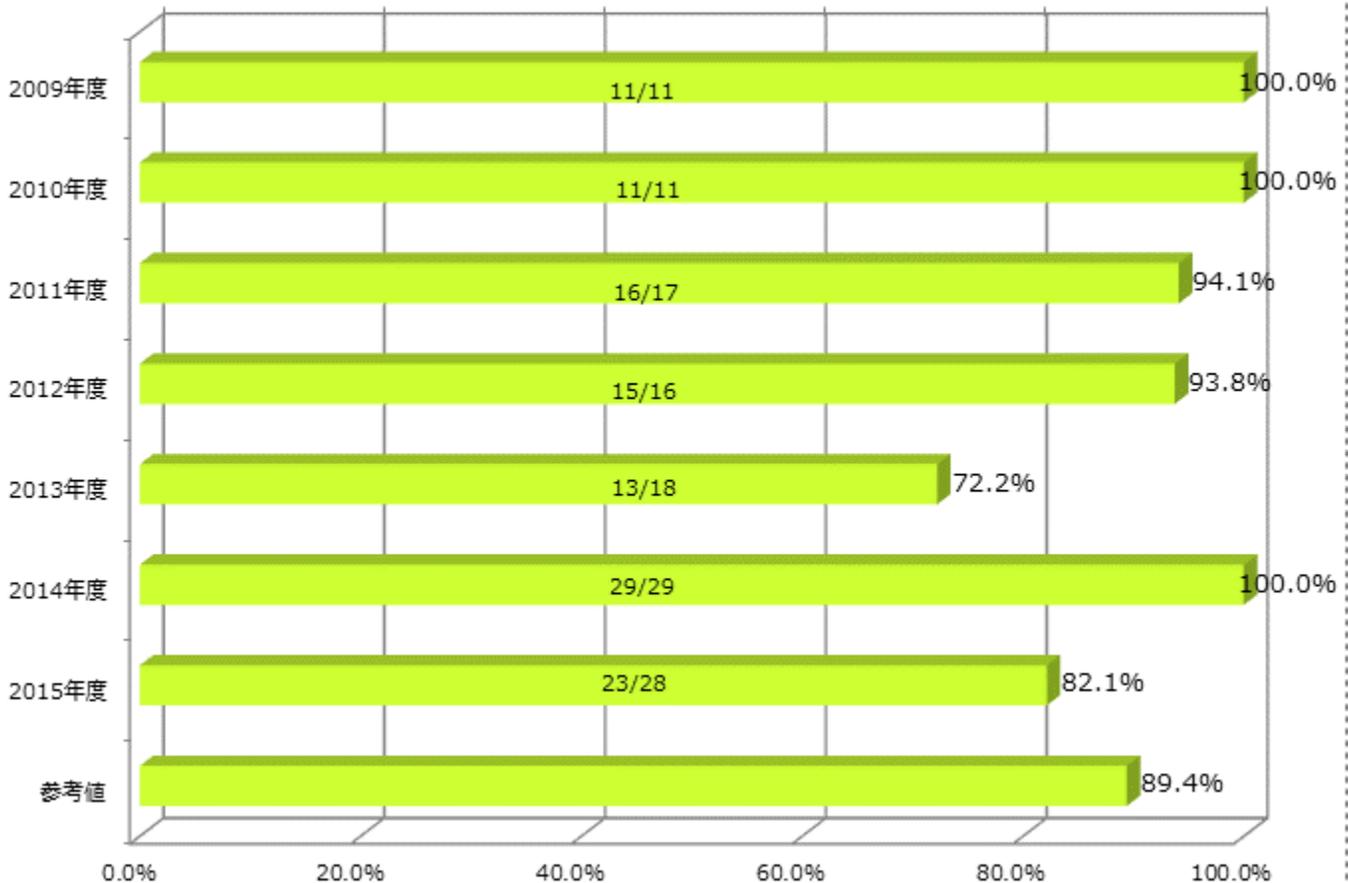
【分母】：急性胆管炎あるいは急性胆嚢炎の退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

44.急性膵炎患者に対する早期（入院2日以内）のCT施行率

CTは、急性膵炎の診断と腹腔内合併症の診断に最も有用な画像診断であり、胃十二指腸潰瘍の穿孔など他の腹腔内疾患との鑑別や、腹腔内臓器の併存疾患や膵炎に伴う合併症の診断が可能となります。また、早期の適切な対応へとつなげることができます。

44. 急性膵炎患者に対する早期（入院2日以内）のCT施行率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院の入院日から数えて2日以内にCTが施行された患者数

【分母】：急性膵炎の退院患者数

※分母除外：①在院日数が2日以内の患者、②当該入院期間中に内視鏡下胆管・膵管造影法を行った患者

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

呼吸器疾患の指標

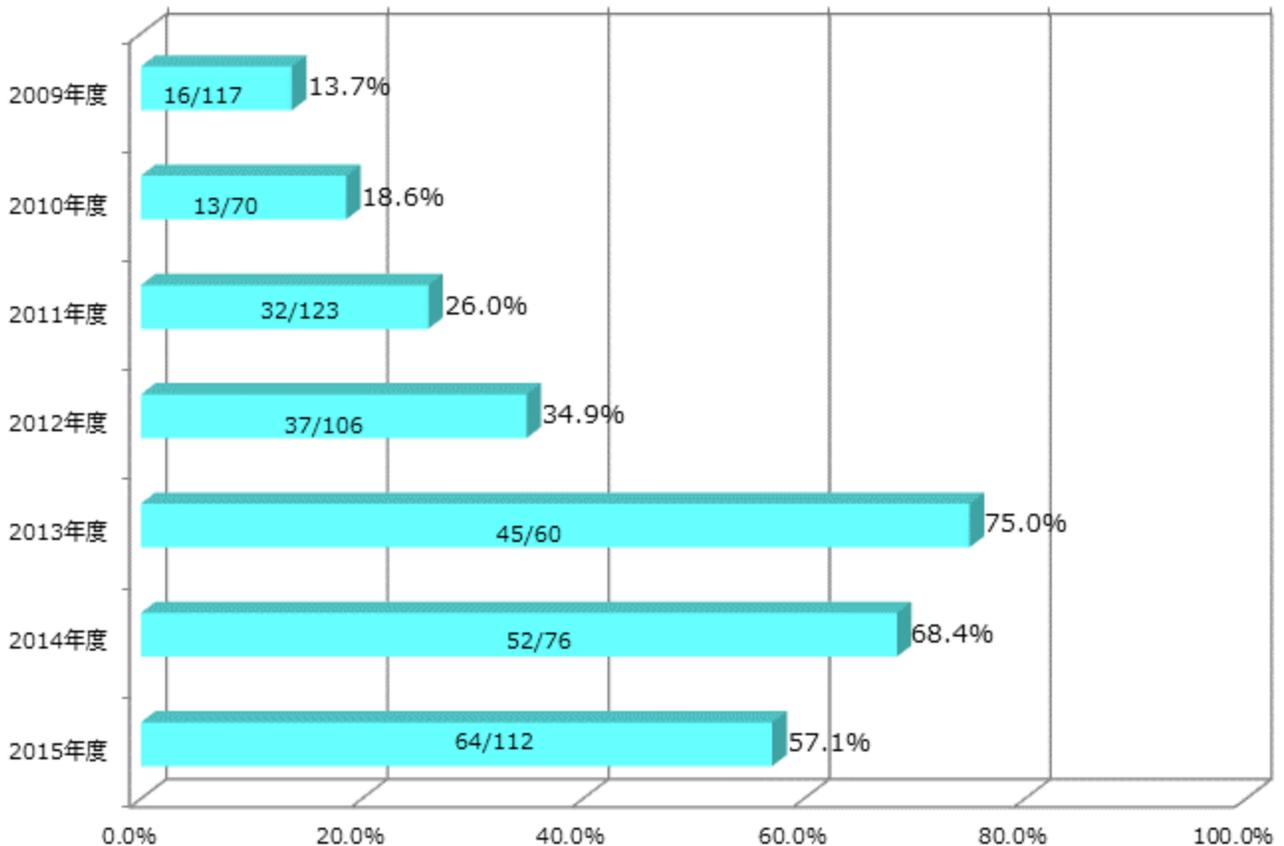
- 45.肺炎：65歳以上患者割合
- 46.肺炎：平均在院日数
- 47.肺炎：死亡率
- 48.気管支喘息患者に対する吸入ステロイド剤の投与率
- 49.小児喘息に対して入院中にステロイドの全身投与（静注・経口）を受けた患者の割合
- 50.間質性肺炎患者に対する血清マーカー検査（KL-6, SP-D, SP-A）の施行率
- 51.慢性閉塞性肺疾患患者に対する呼吸器リハビリテーション実施率

45.肺炎：65歳以上患者割合

肺炎は季節を問わず罹患する疾患であり、また、罹患率が高いうえ、死亡率も高い重要な疾患です。肺炎の生命予後という点から重症度分類をする指標の一つとして年齢があります。

○ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17

45-1. 肺炎：65歳以上患者割合
(ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17)



○算出式

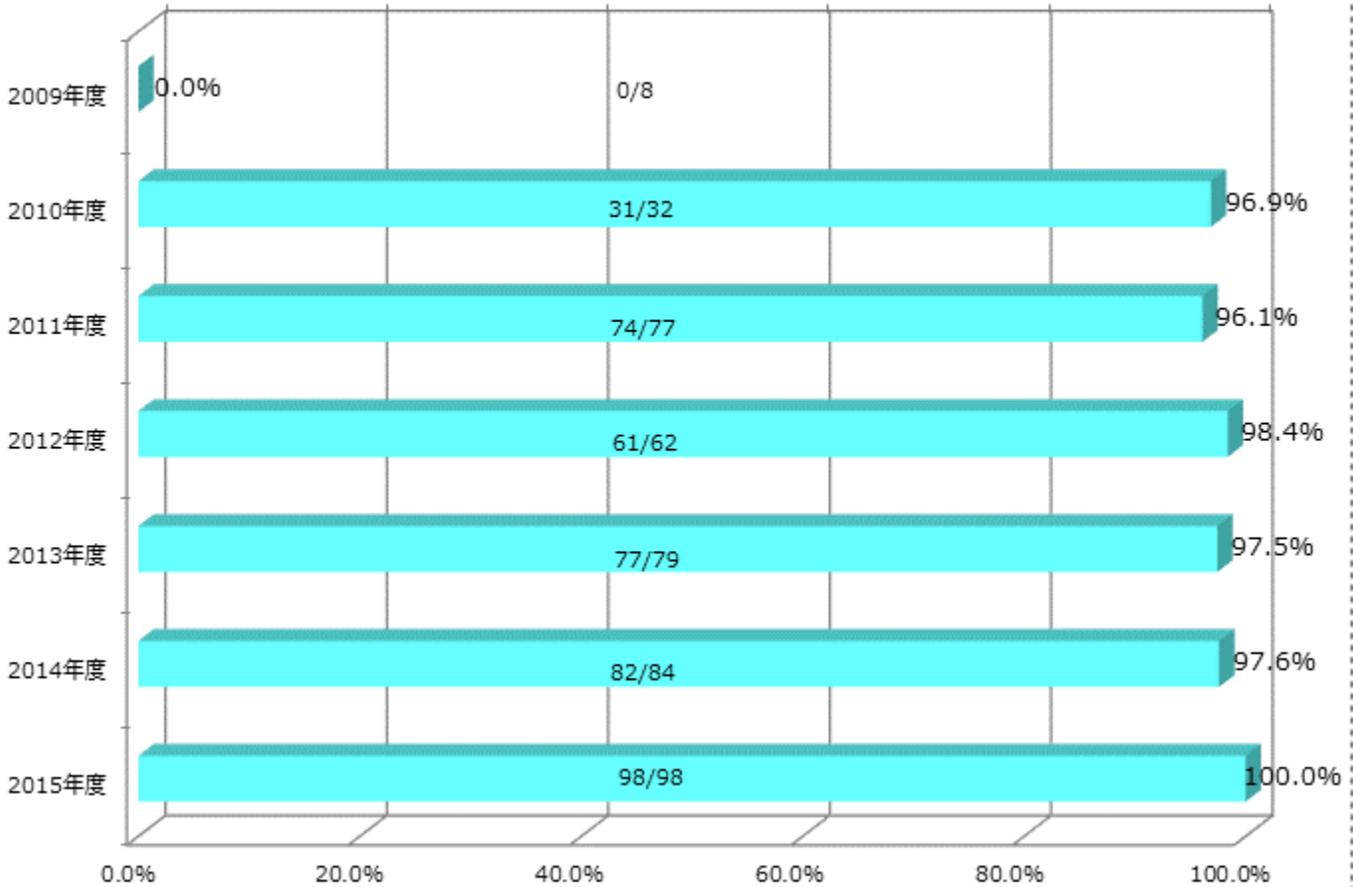
【分子】：分母対象例のうち65歳以上の患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17」が主病名である患者数

45.肺炎：65歳以上患者割合

○嚥下性肺炎 J69

45-2. 肺炎：65歳以上患者割合（嚥下性肺炎 J69）



○算出式

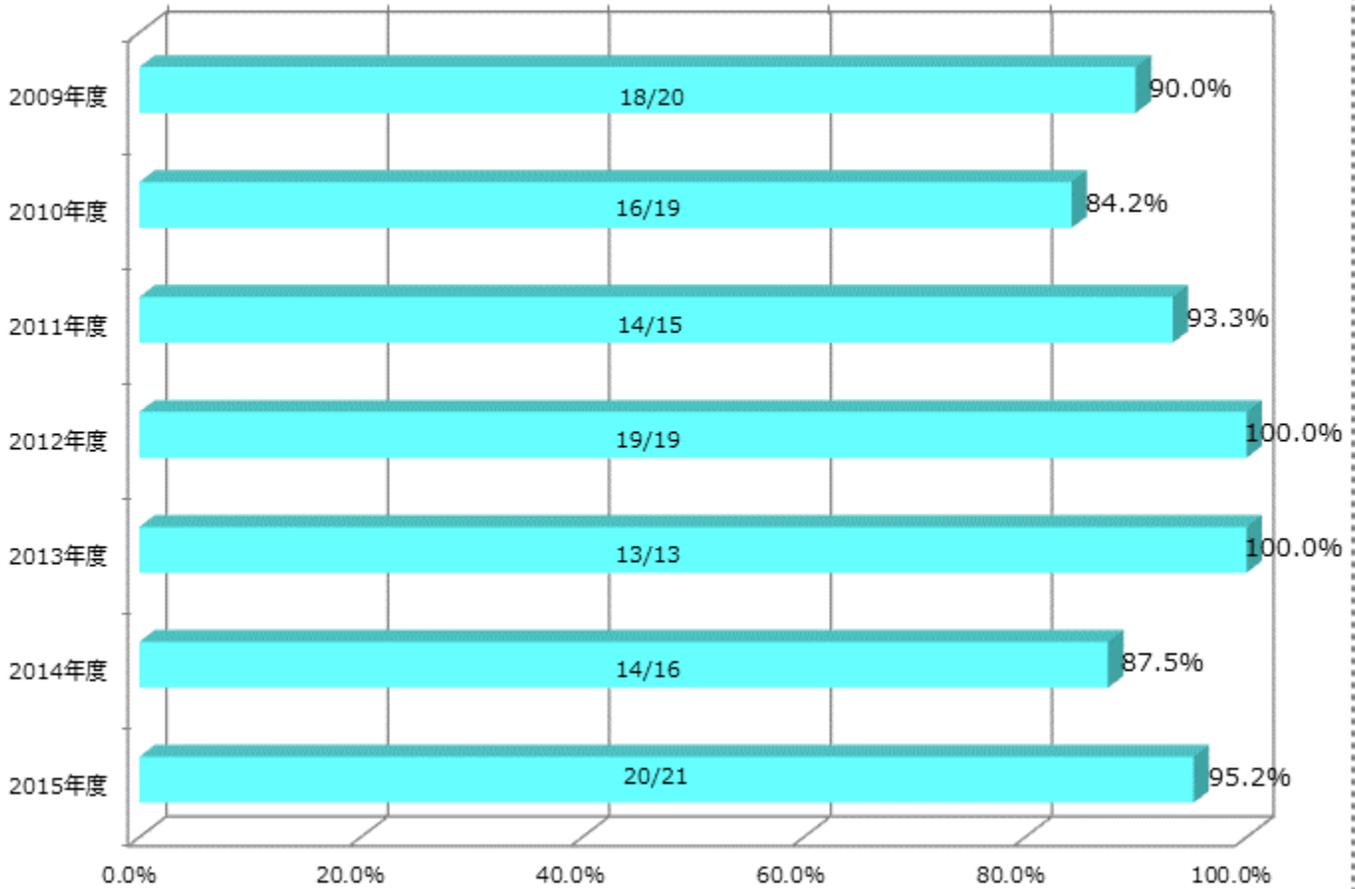
【分子】：分母対象例のうち65歳以上の患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「嚥下性肺炎 J69」が主病名である患者数

45.肺炎：65歳以上患者割合

○間質性肺炎 J84

45-3. 肺炎：65歳以上患者割合（間質性肺炎 J84）



○算出式

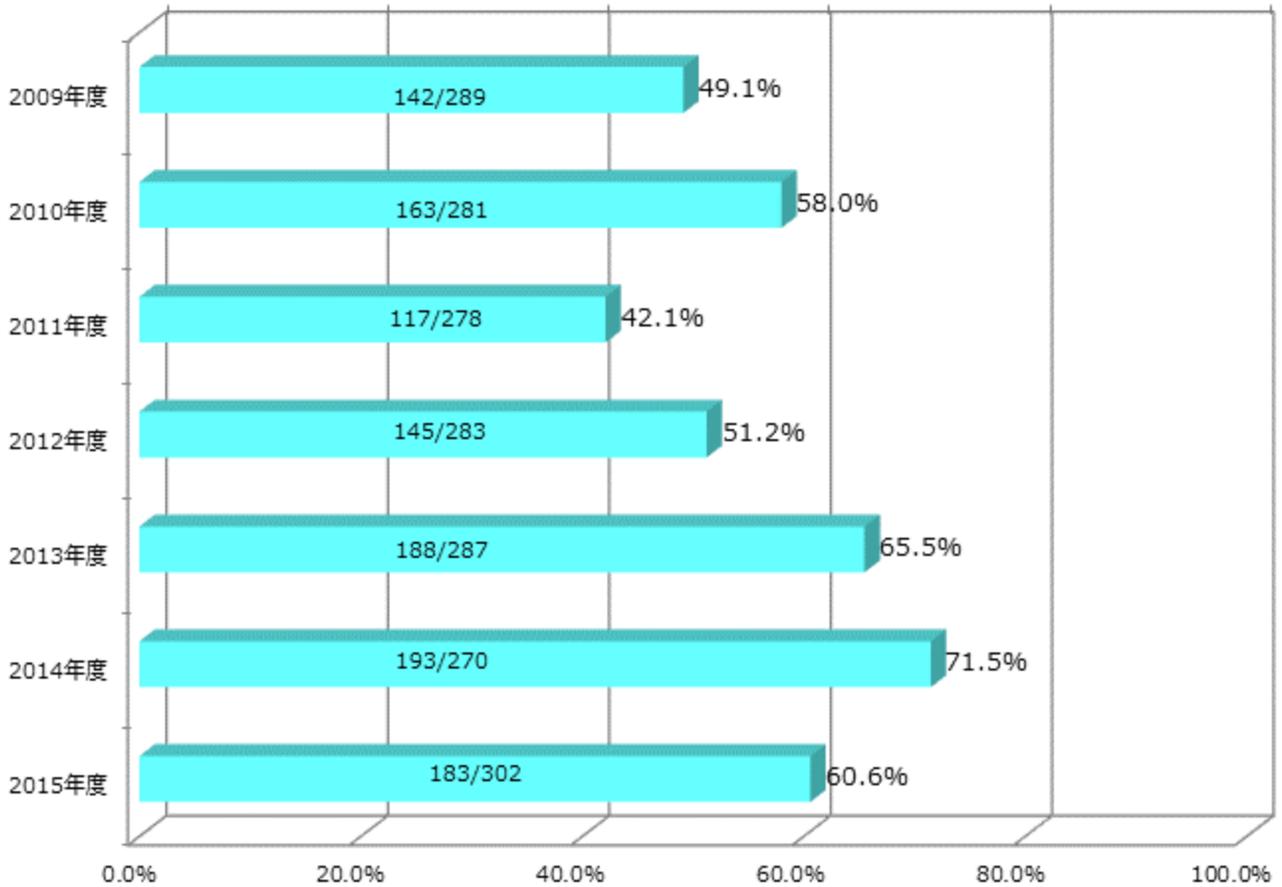
【分子】：分母対象例のうち65歳以上の患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「間質性肺炎 J84」が主病名である患者数

45.肺炎：65歳以上患者割合

○その他の肺炎 J18

45-4. 肺炎：65歳以上患者割合（その他の肺炎 J18）



○算出式

【分子】：分母対象例のうち65歳以上の患者数

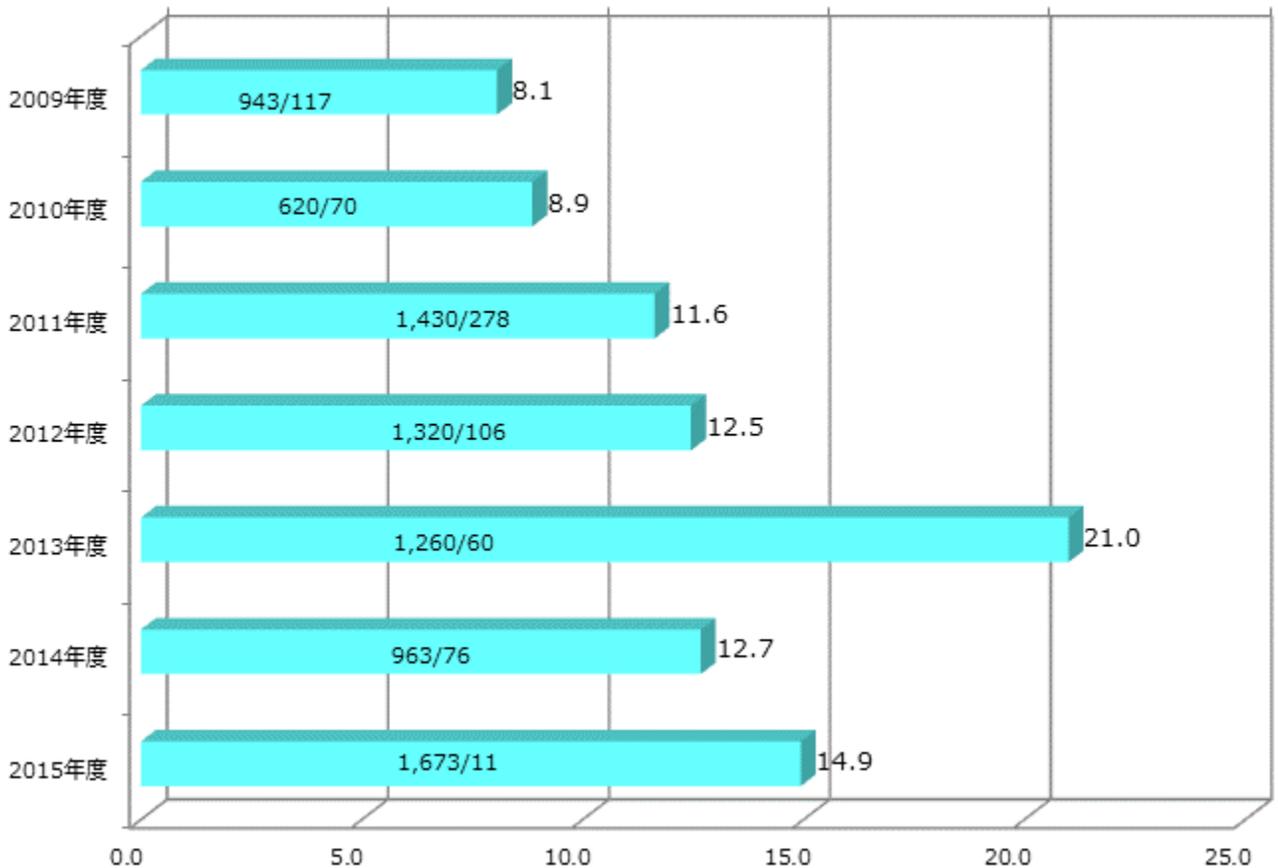
【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「その他の肺炎 J18」が主病名である患者数

46.肺炎：平均在院日数

肺炎に対して適切な医療やケアの介入がなされているかどうかの総合的な指標と言えます。平均在院日数を経時的に追跡することで、肺炎診療の質評価と改善をはかります。

○ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17

46-1. 肺炎：平均在院日数（ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17）



○算出式

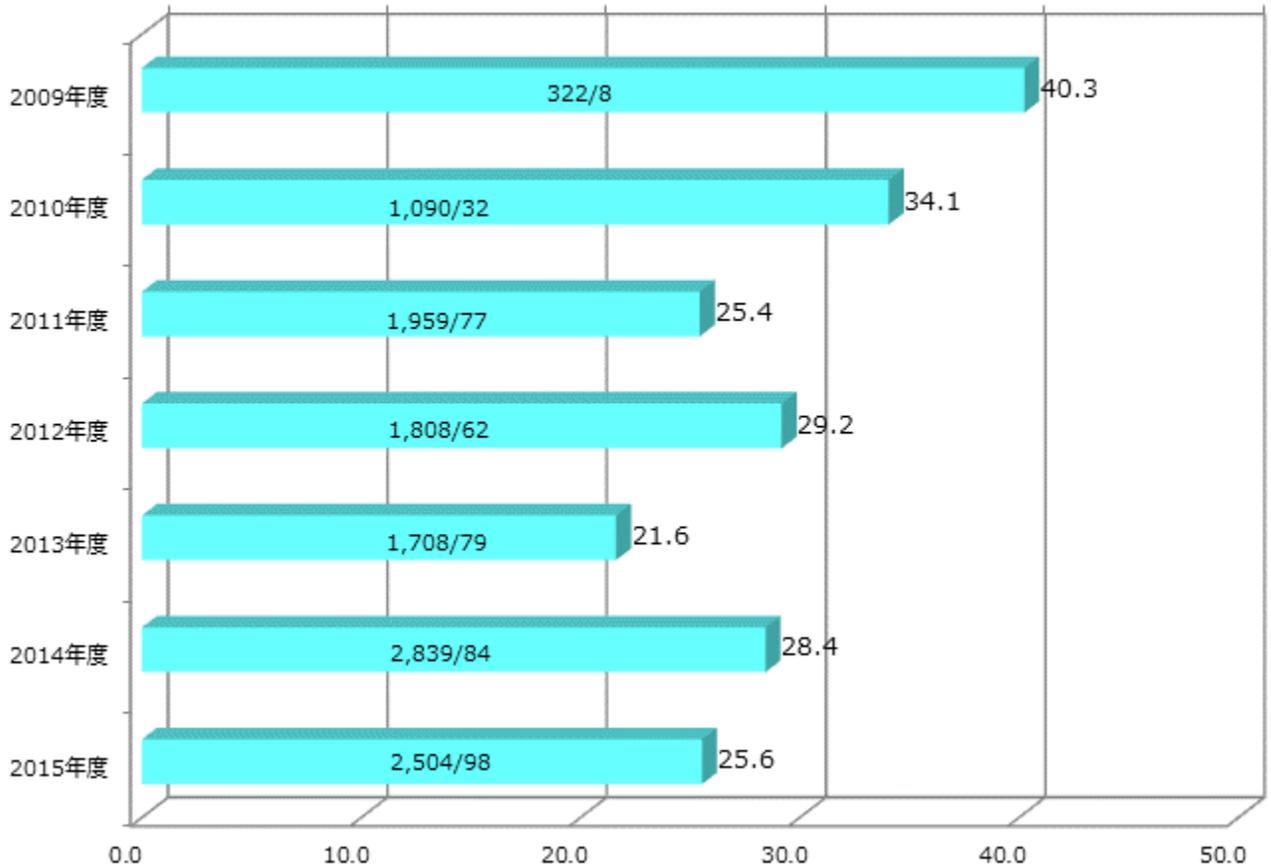
【分子】：分母対象例の在院日数（退院日－入院日＋1）の総和

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17」が主病名である患者数

46.肺炎：平均在院日数

○嚥下性肺炎 J 6 9

46-2. 肺炎：平均在院日数（嚥下性肺炎 J 6 9）



○算出式

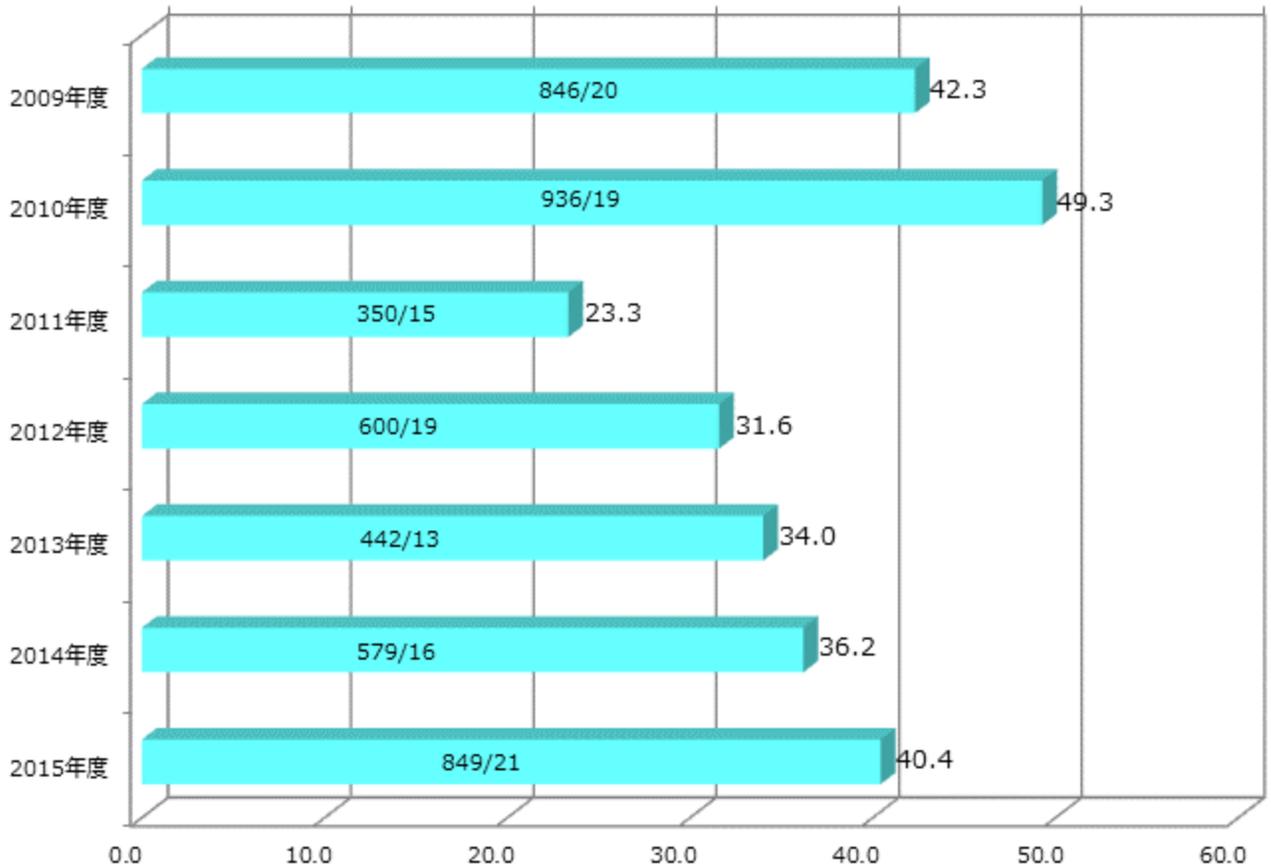
【分子】：分母対象例の在院日数（退院日－入院日＋1）の総和

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「嚥下性肺炎 J 6 9」が主病名である患者数

46.肺炎：平均在院日数

○間質性肺炎 J 8 4

46-3. 肺炎：平均在院日数（間質性肺炎 J 8 4）



○算出式

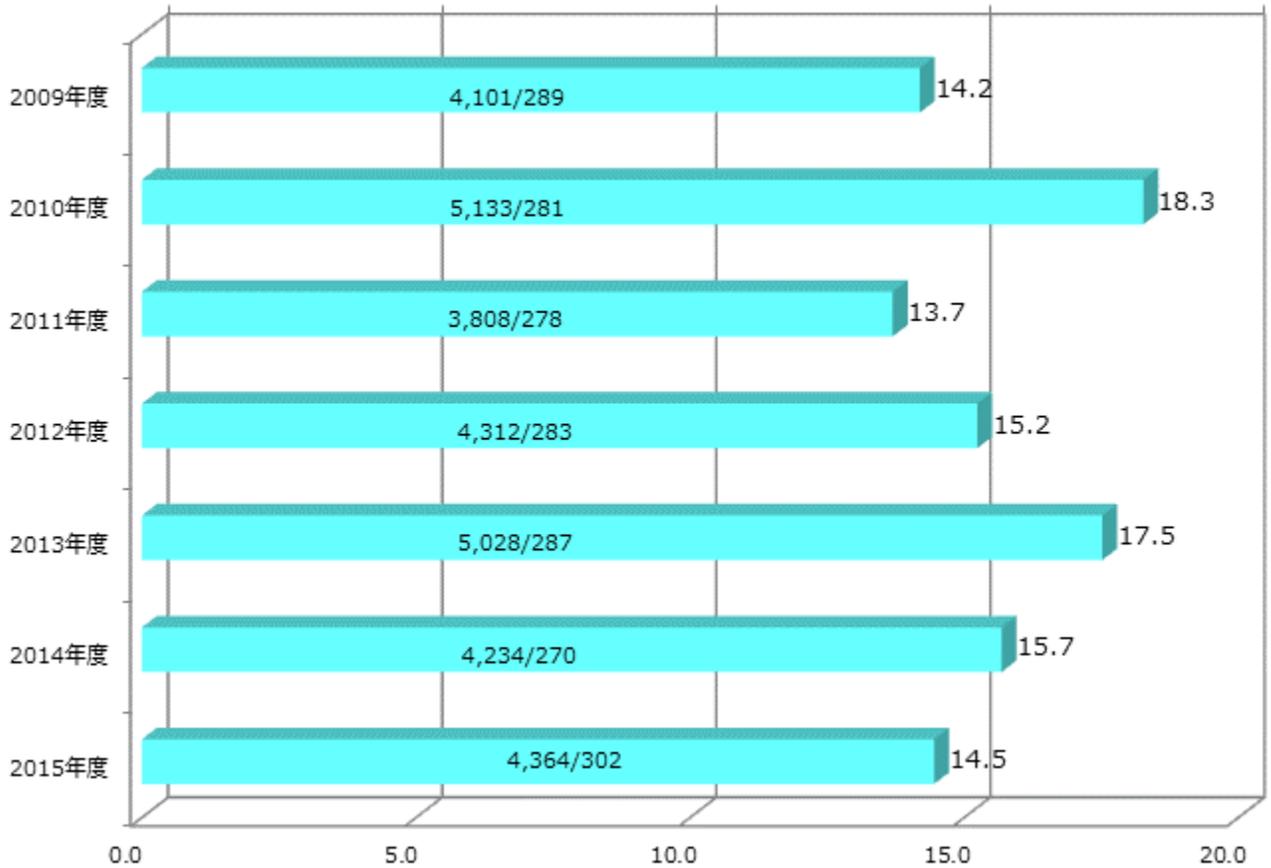
【分子】：分母対象例の在院日数（退院日－入院日＋1）の総和

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「間質性肺炎 J 8 4」が主病名である患者数

46.肺炎：平均在院日数

○その他の肺炎 J18

46-4. 肺炎：平均在院日数（その他の肺炎 J18）



○算出式

【分子】：分母対象例の在院日数（退院日－入院日＋1）の総和

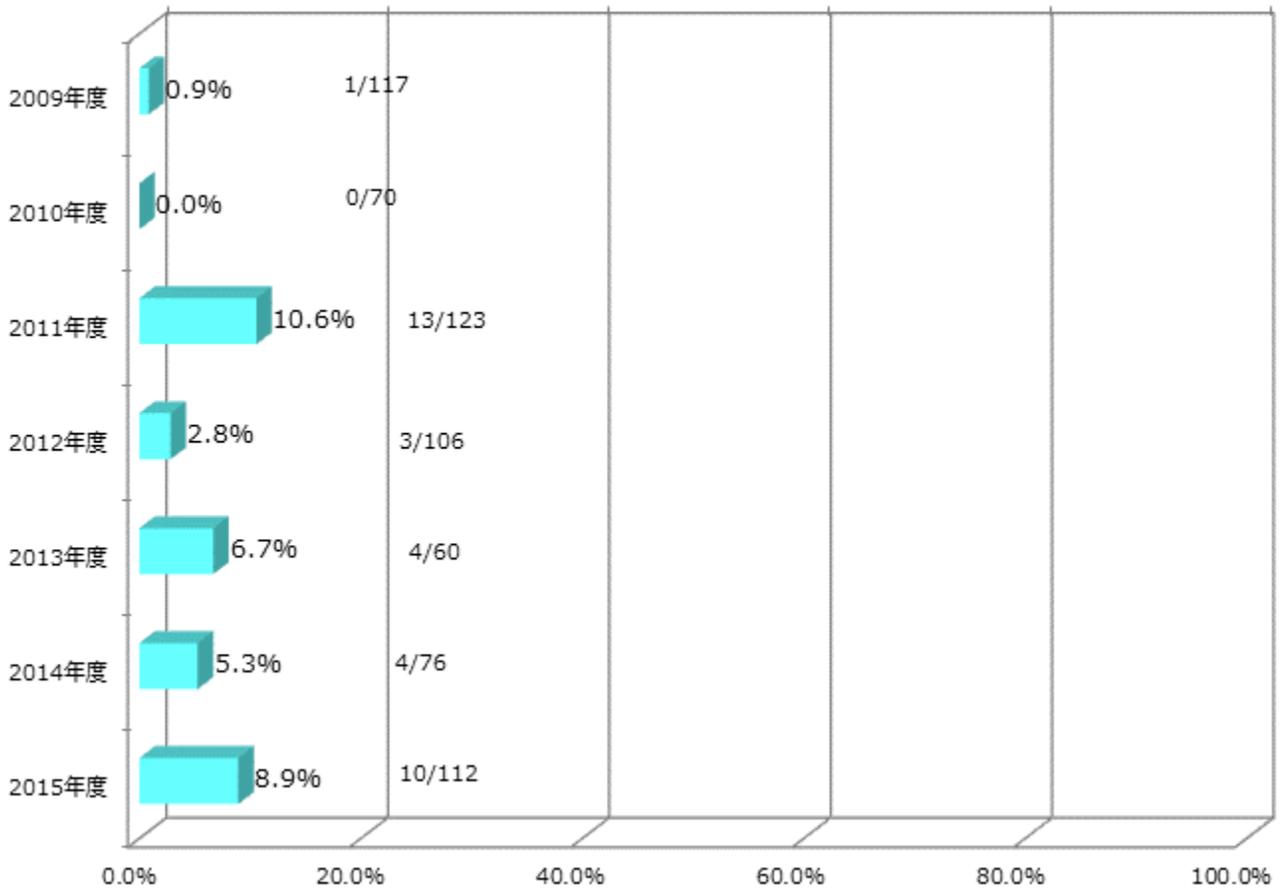
【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「その他の肺炎 J18」が主病名である患者数

47.肺炎：死亡率

常に死因の上位にある肺炎は、治療のタイミングを逃すと死に至るため、適切な診断と治療が重要になってきます。病院で診療することの多い疾患であり、肺炎による死亡率は、その病院が治療している肺炎患者の重症度を示しており、内科的治療の効果を計る指標となります。

○ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17

47-1. 肺炎：死亡率（ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17）



○算出式

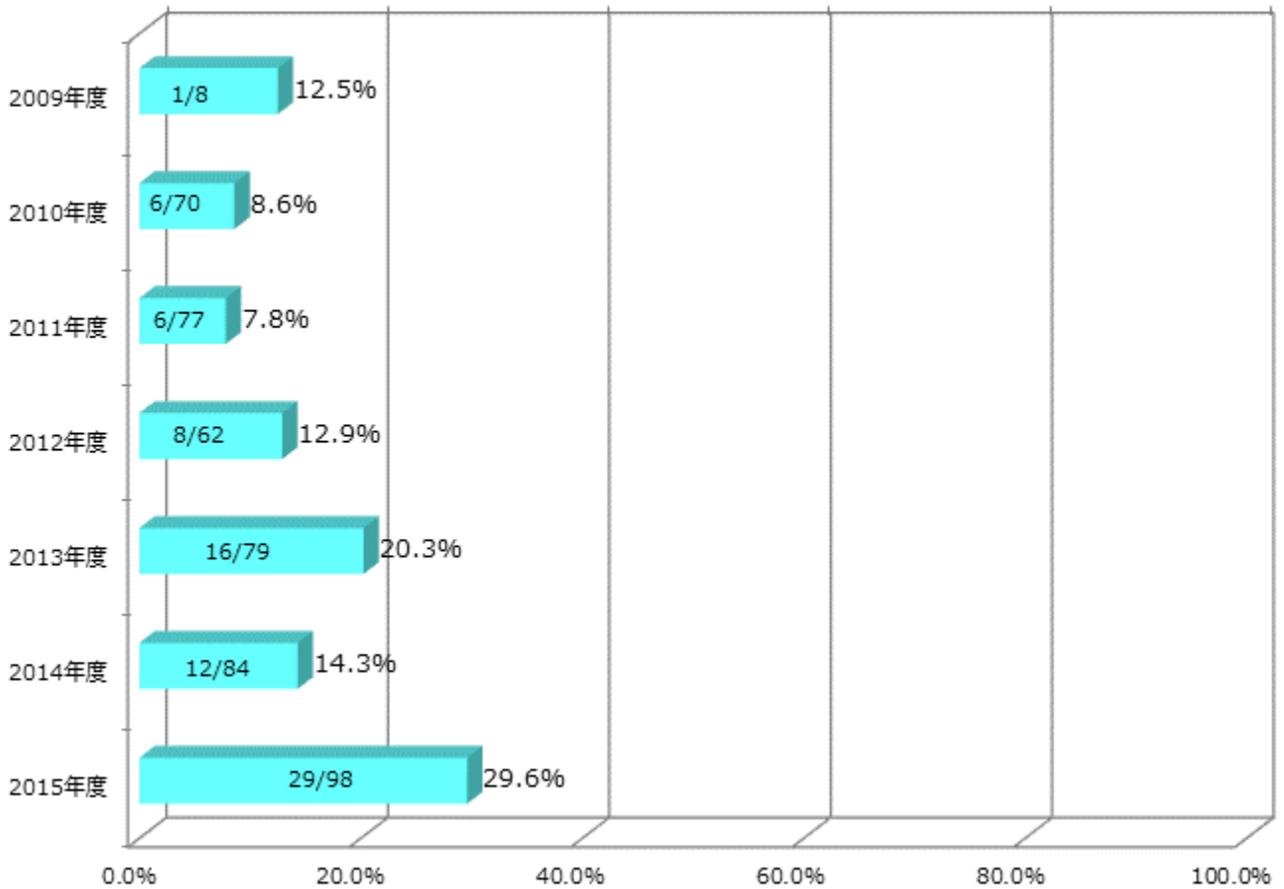
【分子】：分母対象例のうち、退院時の転帰が「死亡」であった患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「ウイルス、細菌等による肺炎 J10～J17」が主病名である患者数

47.肺炎：死亡率

○嚥下性肺炎 J 6 9

47-2. 肺炎：死亡率（嚥下性肺炎 J 6 9）



○算出式

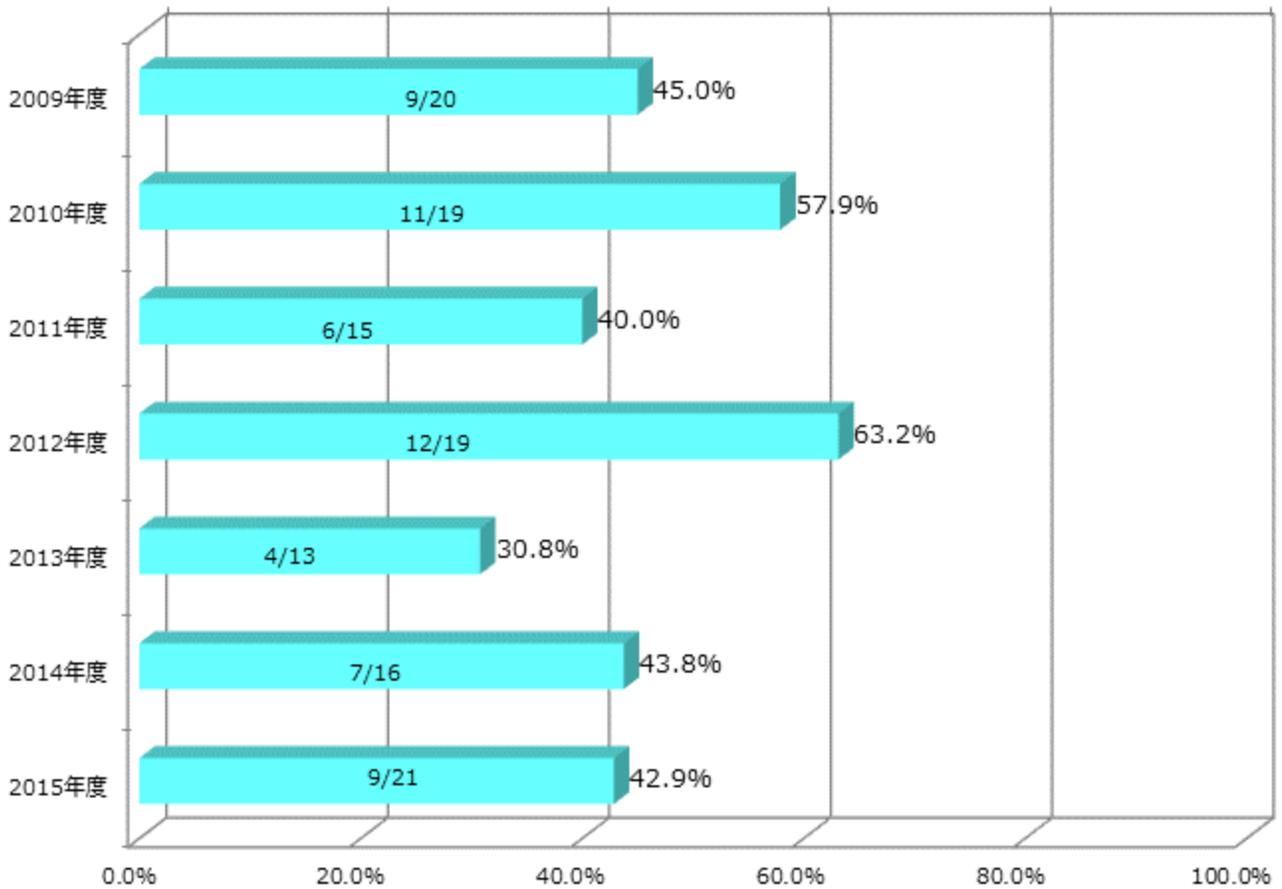
【分子】：分母対象例のうち、退院時の転帰が「死亡」であった患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「嚥下性肺炎 J 6 9」が主病名である患者数

47.肺炎：死亡率

○間質性肺炎 J 8 4

47-3. 肺炎：死亡率（間質性肺炎 J 8 4）



○算出式

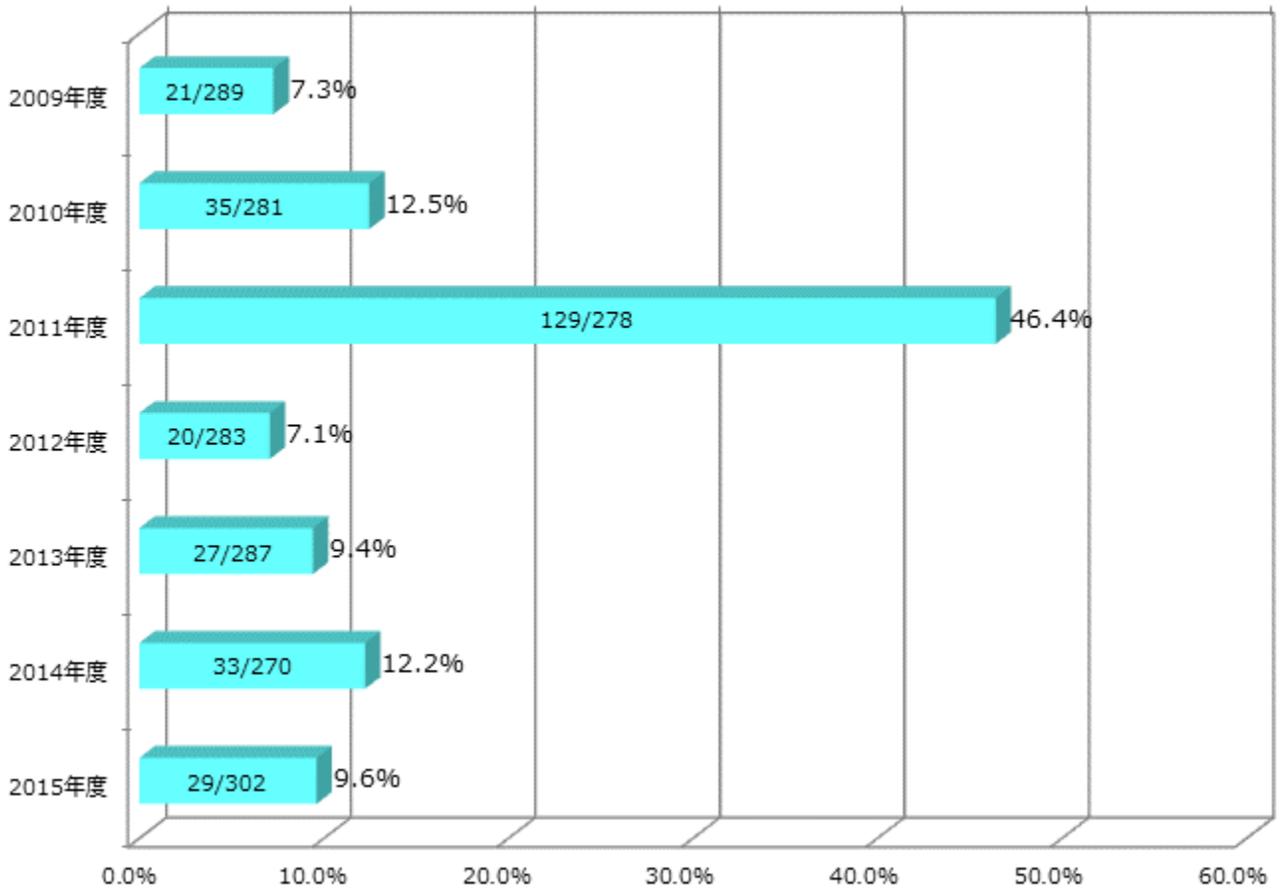
【分子】：分母対象例のうち、退院時の転帰が「死亡」であった患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「間質性肺炎 J 8 4」が主病名である患者数

47.肺炎：死亡率

○その他の肺炎 J18

47-4. 肺炎：死亡率（その他の肺炎 J18）



○算出式

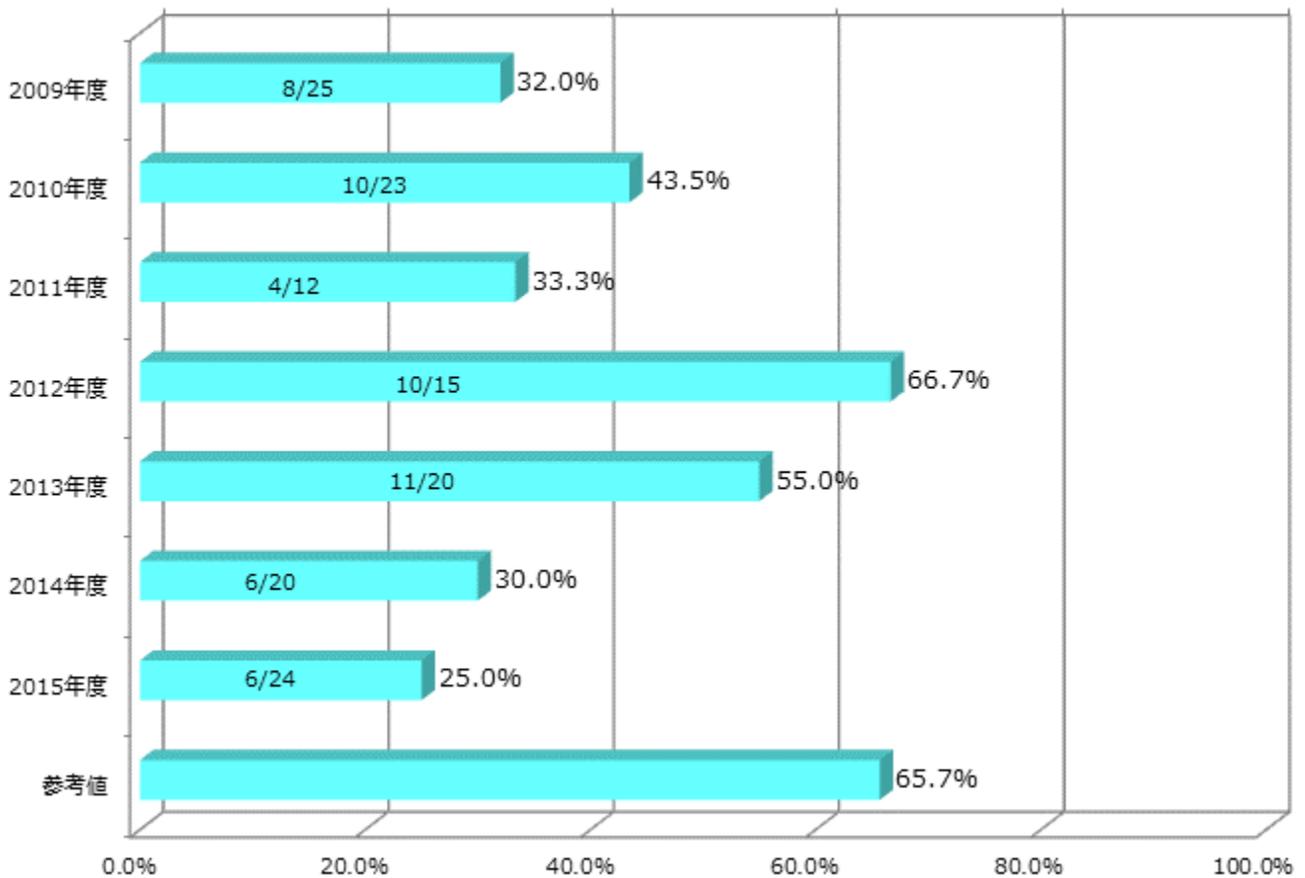
【分子】：分母対象例のうち、退院時の転帰が「死亡」であった患者数

【分母】：集計期間内に退院した患者のうち、「その他の肺炎 J18」が主病名である患者数

48.気管支喘息患者に対する吸入ステロイド剤の投与率

気管支喘息の入院治療では、全身性ステロイド治療とともに吸入ステロイド治療を開始することが重要になり、吸入ステロイド薬には、喘息症状を軽減、生活の質（QOL）および呼吸機能を改善する、気道の炎症を制御、急性増悪の回数を改善する等の効果があります。経口ステロイド剤を長期投与により糖尿病、骨粗鬆症などの全身性の副作用が発症するため、高用量の吸入ステロイド剤を使用することにより全身性の副作用を減らす効果があります。

48. 気管支喘息患者に対する吸入ステロイド剤の投与率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院期間中に吸入ステロイド剤が投与された患者数

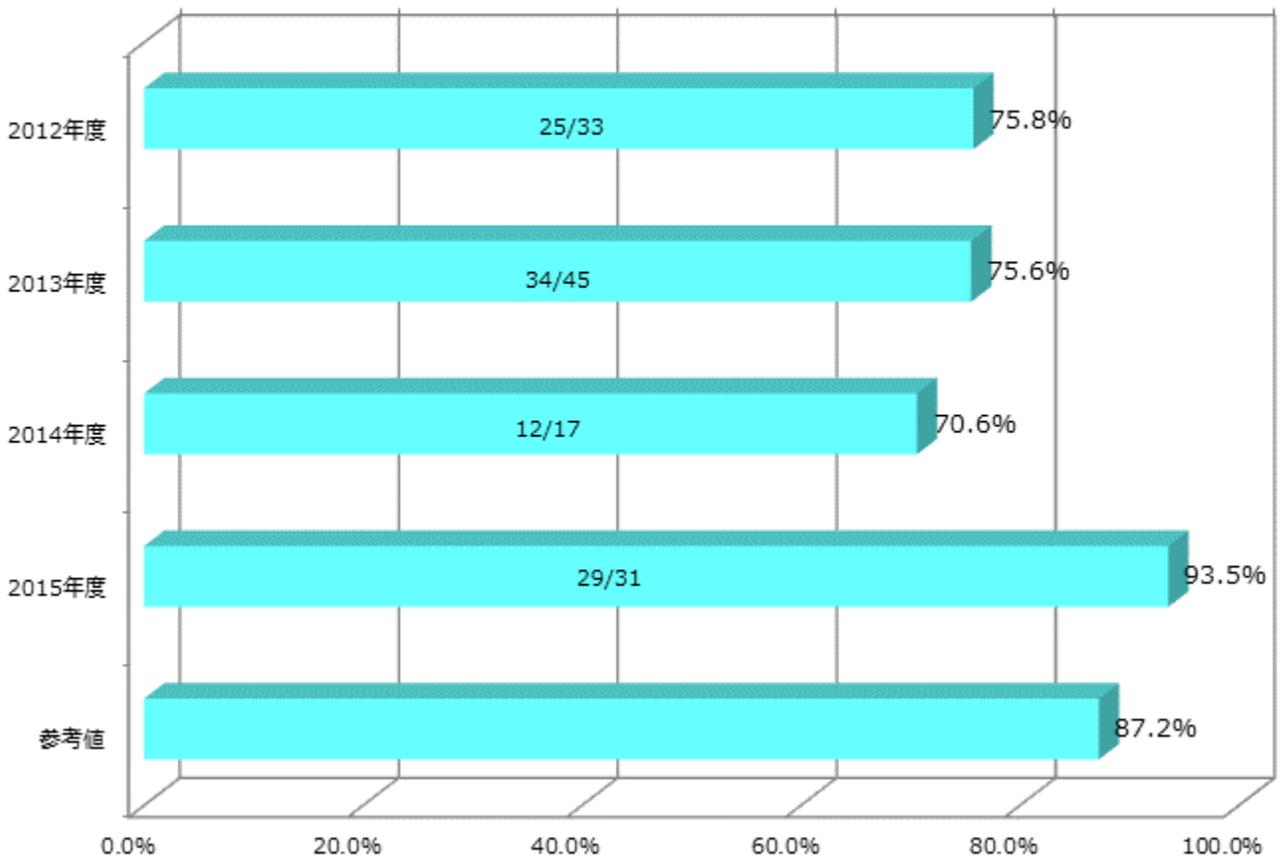
【分母】：気管支喘息の退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

49.小児喘息に対して入院中にステロイドの全身投与（静注・経口）を受けた患者の割合

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2012において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本治療（ステップ1）となります。吸入ステロイドの処方ステップ2以上となります。薬物療法は、早期に十分な効果が得られたのちに良好な状態を維持できる必要最少量まで徐々に減量するほうが、患児の生活の質（QOL）の向上のためには好ましいと考えられています。

49. 小児喘息に対して入院中にステロイドの全身投与（静注・経口）を受けた患者の割合



○算出式

【分子】：分母のうち、入院中にステロイドの全身投与（静注・経口処方）を受けた患者数

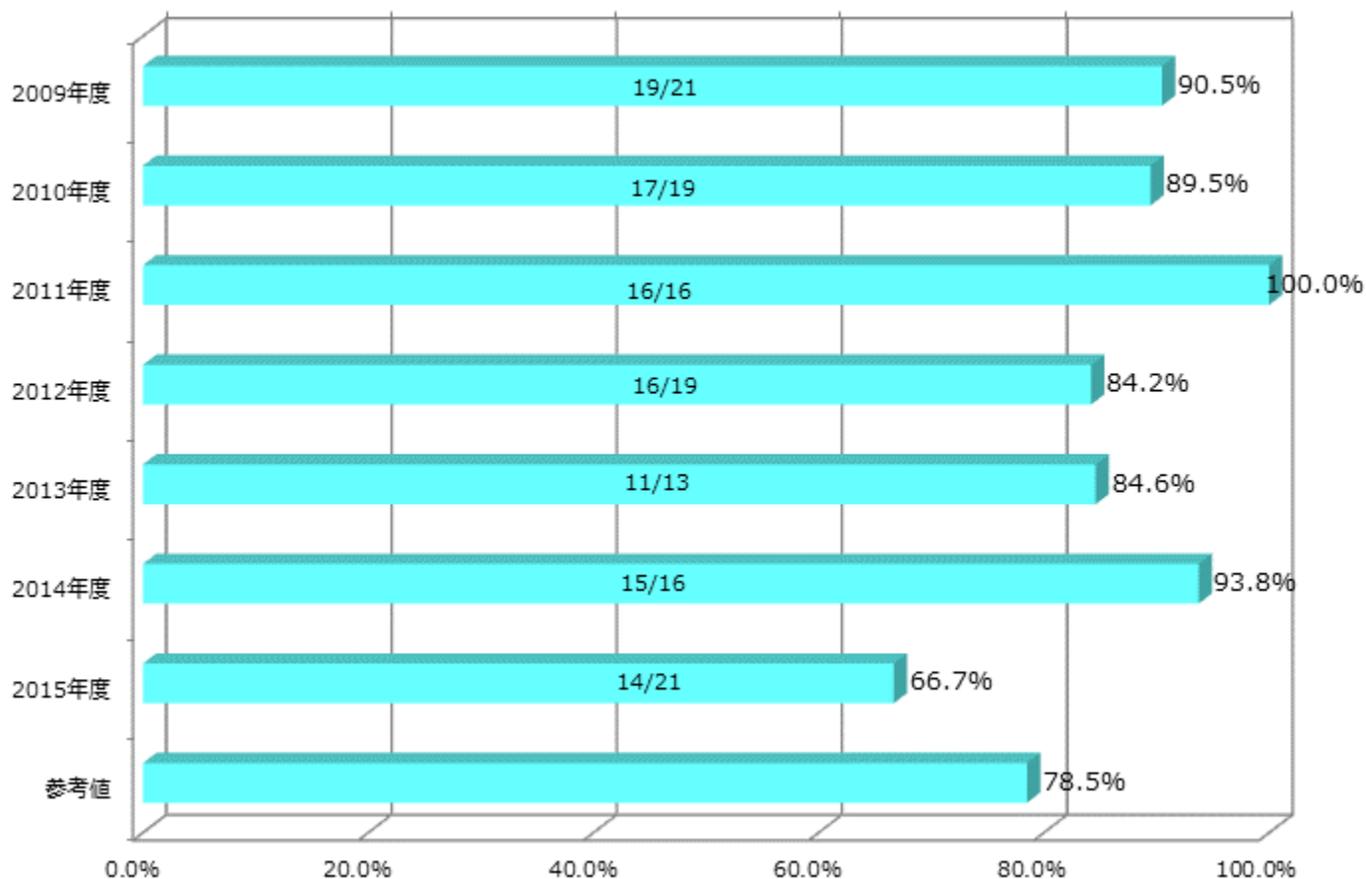
【分母】：気管支喘息で退院した患者数（2歳～15歳）

※参考値：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告平均値

50.間質性肺炎患者に対する血清マーカー検査 (KL-6, SP-D, SP-A) の施行率

間質性肺炎の血清マーカーにはKL-6、SP-D、SP-Aがあり、間質性肺炎の特徴である肺繊維化の病変の鑑別、病勢把握や治療経過の観察に有用とされています。

50. 間質性肺炎患者に対する血清マーカー検査 (KL-6, SP-D, SP-A) の施行率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院期間中に間質性肺炎における検査 (KL-6, SP-D, SP-A) が行われた患者数

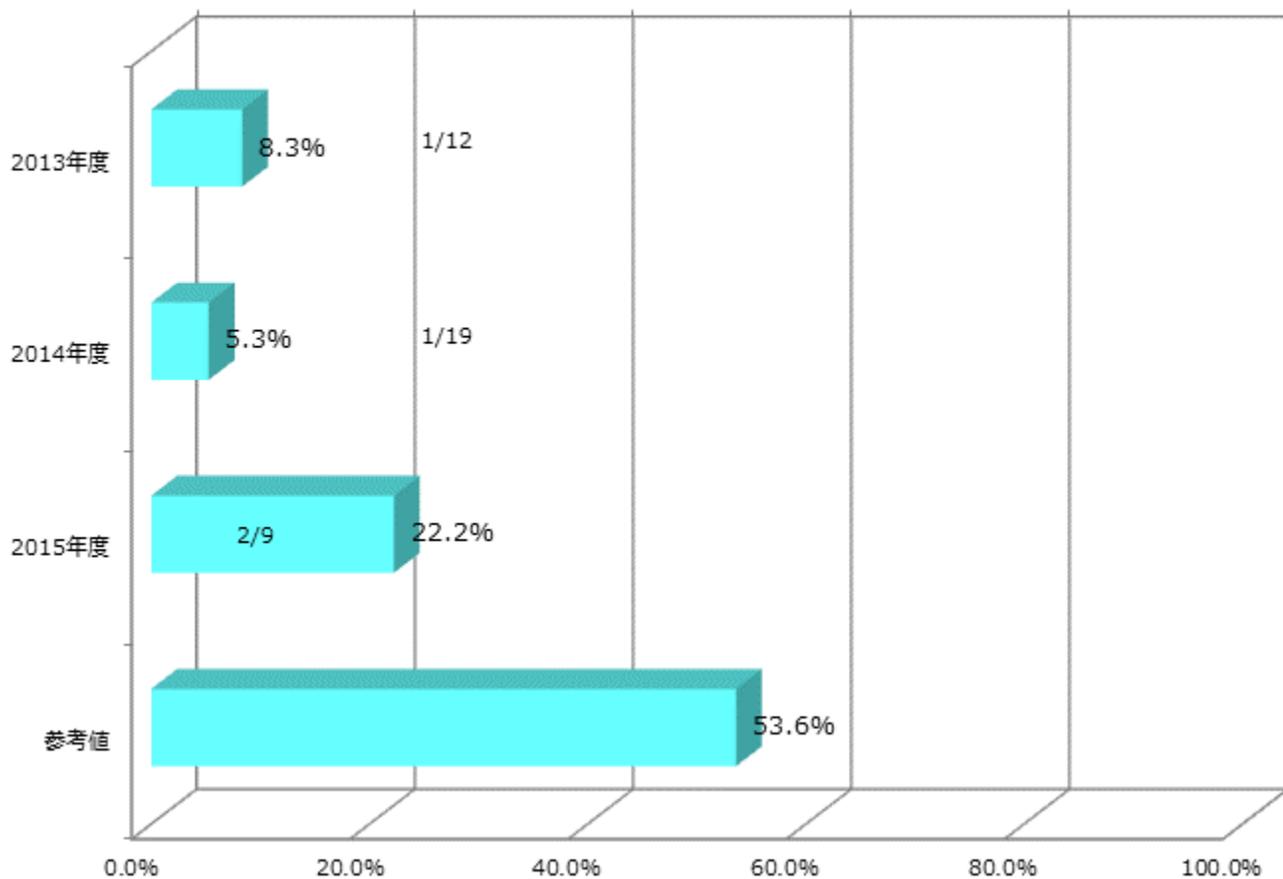
【分母】：間質性肺炎の退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

51.慢性閉塞性肺疾患患者に対する呼吸器リハビリテーション実施率

慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対する呼吸器リハビリテーションを入院中から開始することで、効率的かつ持続的な実施が期待でき、長期的な患者の改善度も大きいと思われます。ADLやQOLの改善のためにも、呼吸器リハビリテーションを行うよう強く推奨されます。

51. 慢性閉塞性肺疾患患者に対する呼吸器リハビリテーション実施率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院期間中に呼吸器リハビリテーションが実施された患者数

【分母】：慢性閉塞性肺疾患の退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

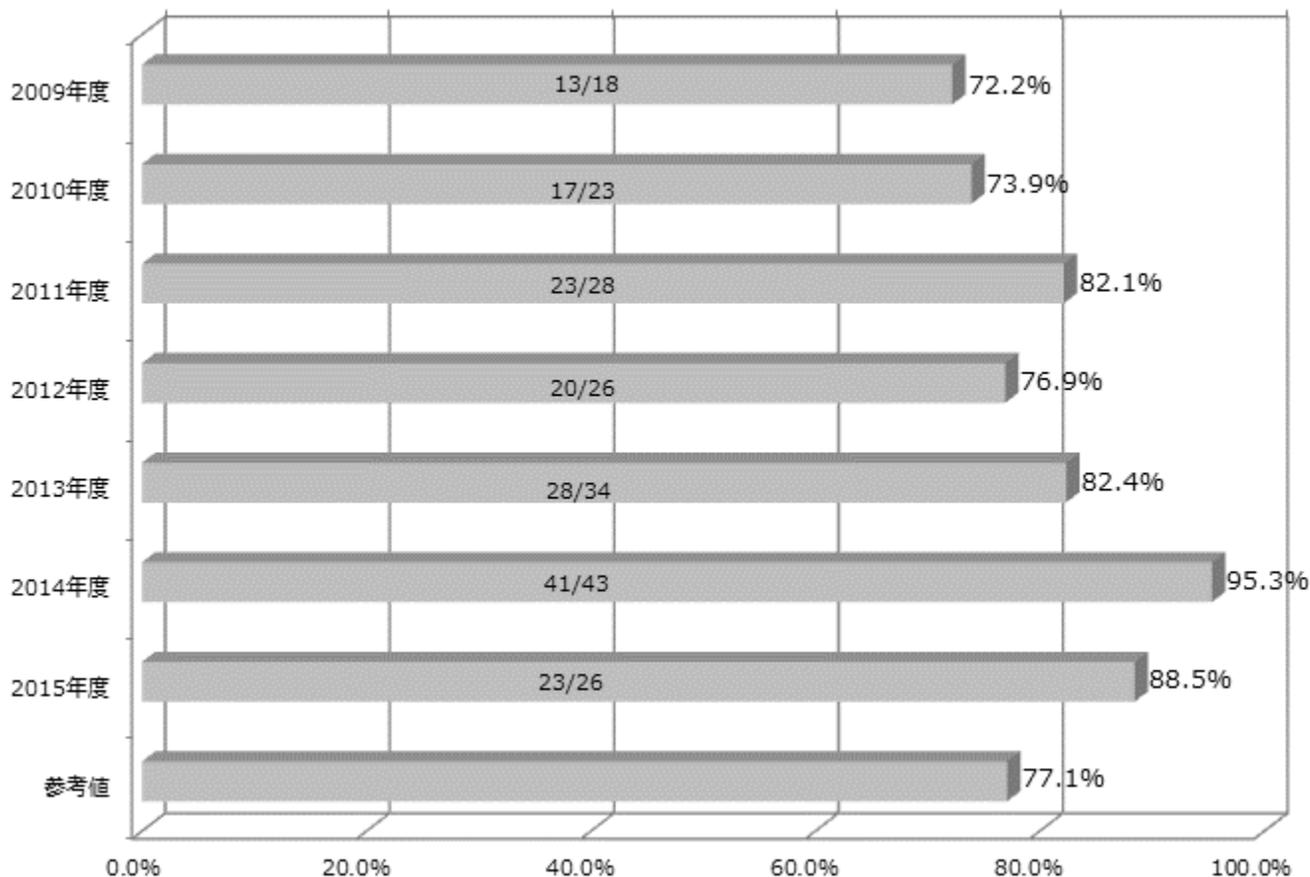
52. 急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の施行率

53. 経尿道的前立腺切除術が施行された患者に対する術後3日以内の
抗菌薬注射薬の中止率

52.急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の施行率

急性腎盂腎炎の治療では、適切な抗菌薬を選択し投与することが必要になります。不適切な抗菌薬の選択は、悪化につながり、敗血症を招くこともあります。尿培養検査を行い、原因菌を同定し、適切な抗菌薬を選択して治療を行うことが求められています。

52. 急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の施行率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院期間中に尿培養が施行された患者数

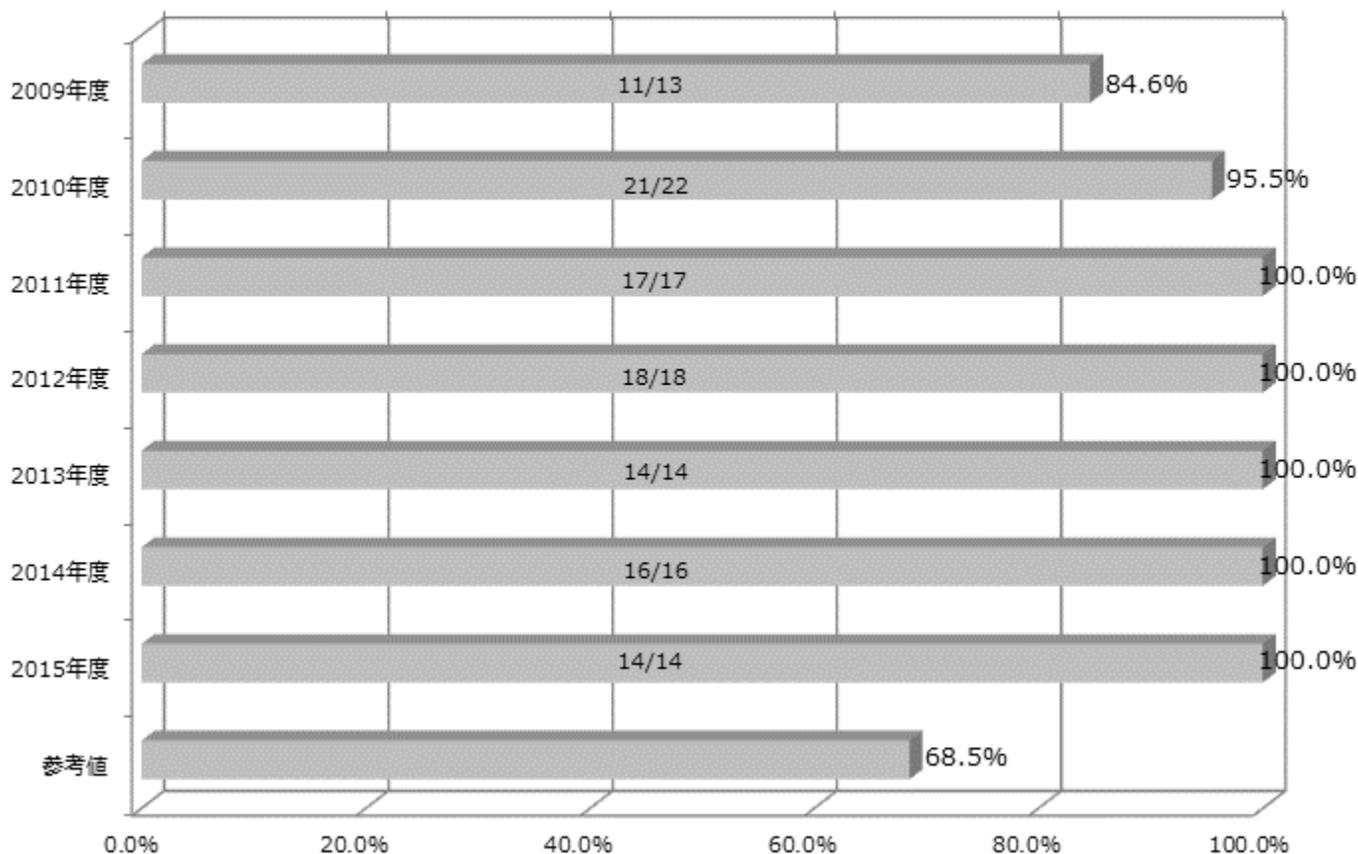
【分母】：注射抗菌薬が投与された急性腎盂腎炎の退院患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

53. 経尿道的前立腺切除術が施行された患者に対する術後3日以内の抗菌薬注射薬の中止率

長期にわたる予防的抗菌薬の投与は、多剤耐性菌の問題を引き起こします。また、多剤耐性菌による術後感染のリスクがあがります。このため、少なくとも術後3日以内には予防的抗菌薬を中止することが求められます。

53. 経尿道的前立腺切除術が施行された患者に対する術後3日以内の
抗菌薬注射薬の中止率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院の手術日から数えて3日以内に抗菌薬（経口・注射）が中止になった患者数

【分母】：経尿道的前立腺切除術が施行された退院患者数

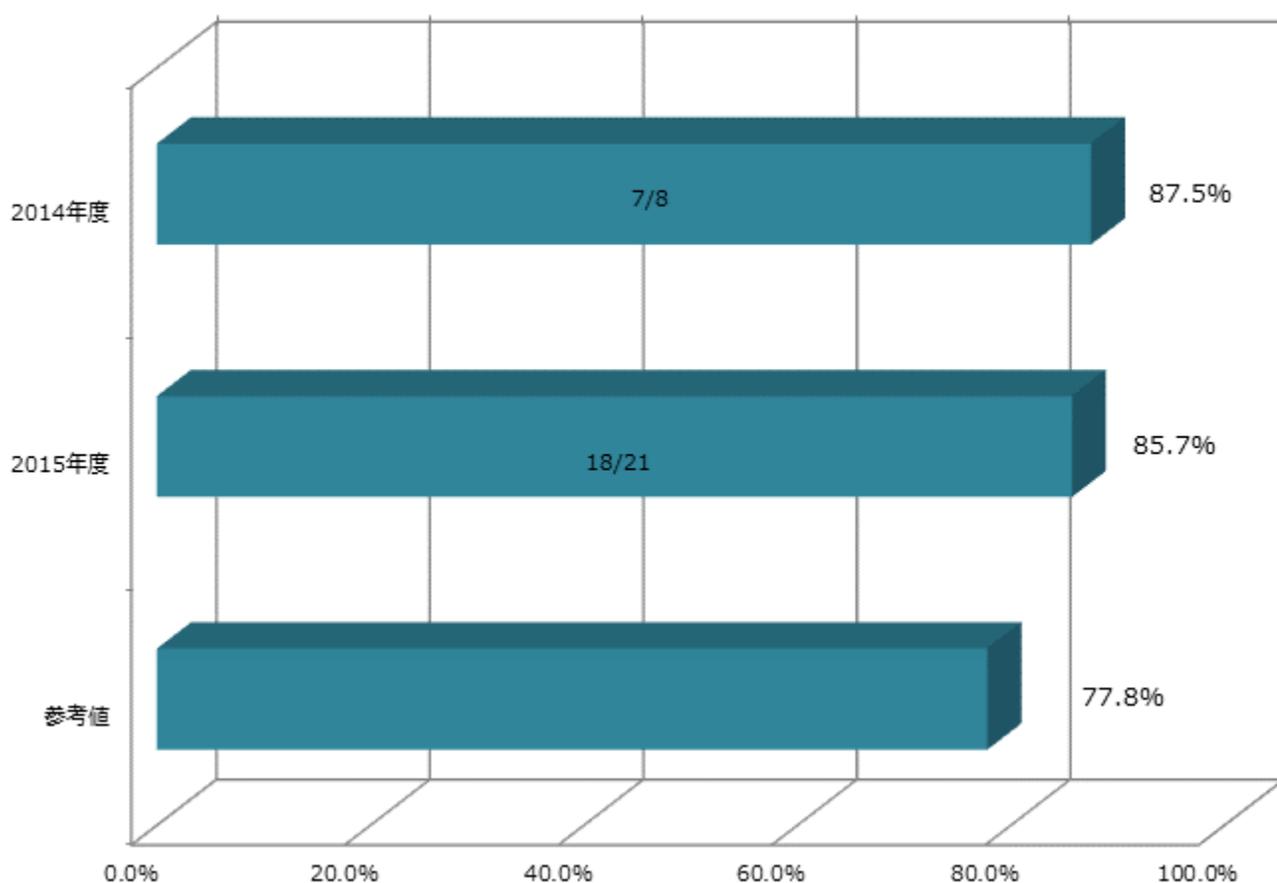
※参考値：国立病院機構 臨床指標2013 2013年度平均値

54.バンコマイシン投与患者の血中濃度測定

54.バンコマイシン投与患者の血中濃度測定

バンコマイシンは、治療薬物モニタリング（Therapeutic Drug Monitoring, TDM）を必要とする抗菌薬の1つで、定期的な血中濃度の測定により投与量の精密な管理が必要とされます。血中濃度を測定し適正な投与計画を定めることで、腎障害や肝障害等の合併症や耐性菌の発生等を防ぐだけでなく、最適な効果発現が可能となります。医師や薬剤師らによるチーム医療を推進し、TDMを必要とする薬剤が投与されている患者を適切にモニタリングすることが重要です。

54. バンコマイシン投与患者の血中濃度測定



○算出式

【分子】：分母のうち、血中濃度測定を実施された患者数

【分母】：バンコマイシンを投与された退院患者数

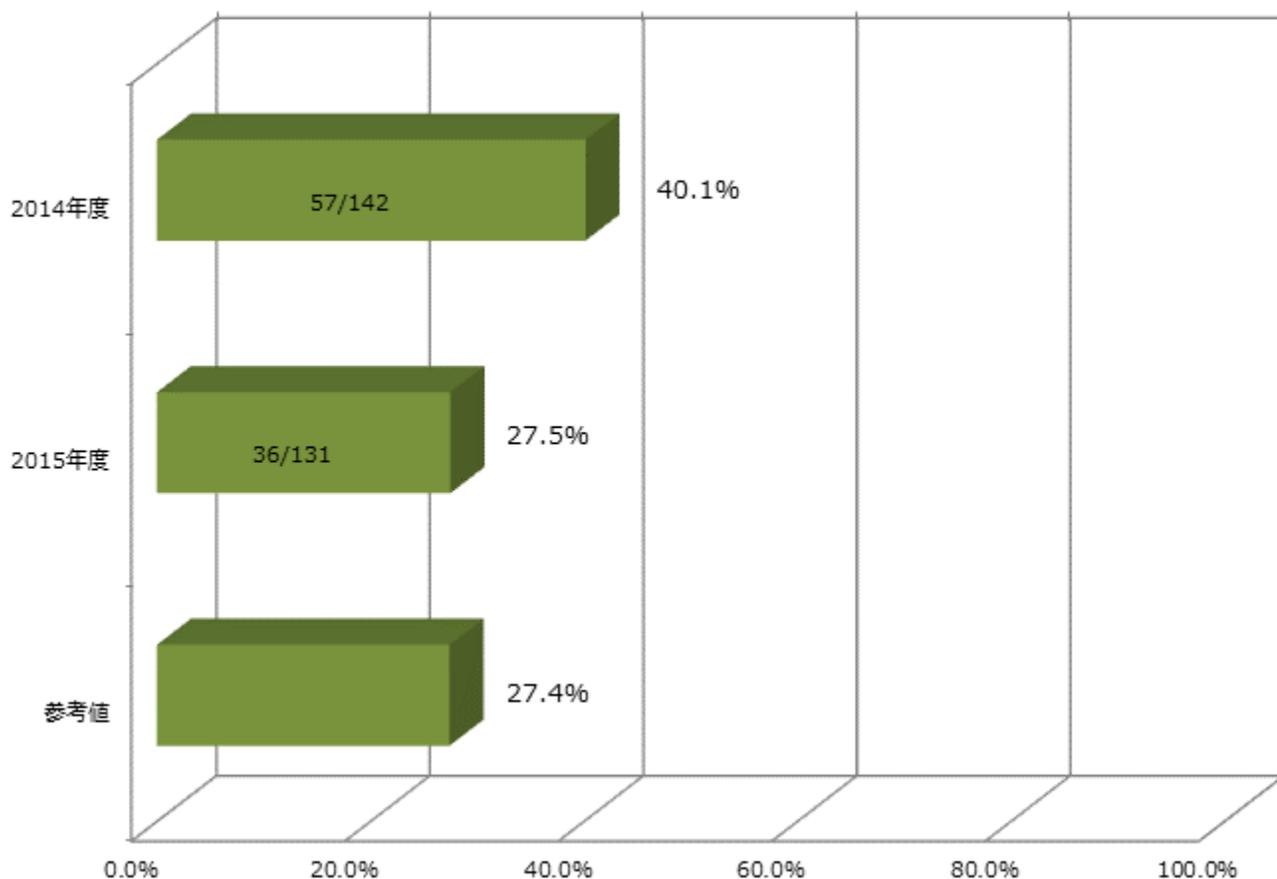
※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

55. 高齢非経口摂取患者の胃ろう実施率

55.高齡非経口摂取患者の胃ろう実施率

経鼻栄養実施患者が多いのは望ましくない一方で、施設環境や患者状態等様々な問題から胃ろうが造設できない状況も存在します。人工栄養の選択については、患者の尊厳への十分な配慮が必要です。

55. 高齡非経口摂取患者の胃ろう実施率



○算出式

【分子】：分母のうち、胃ろうより流動食を点綴注入を実施した患者数

【分母】：65歳以上の退院患者のうち、鼻腔栄養もしくは胃ろうより流動食を点綴注入を実施した患者数

※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

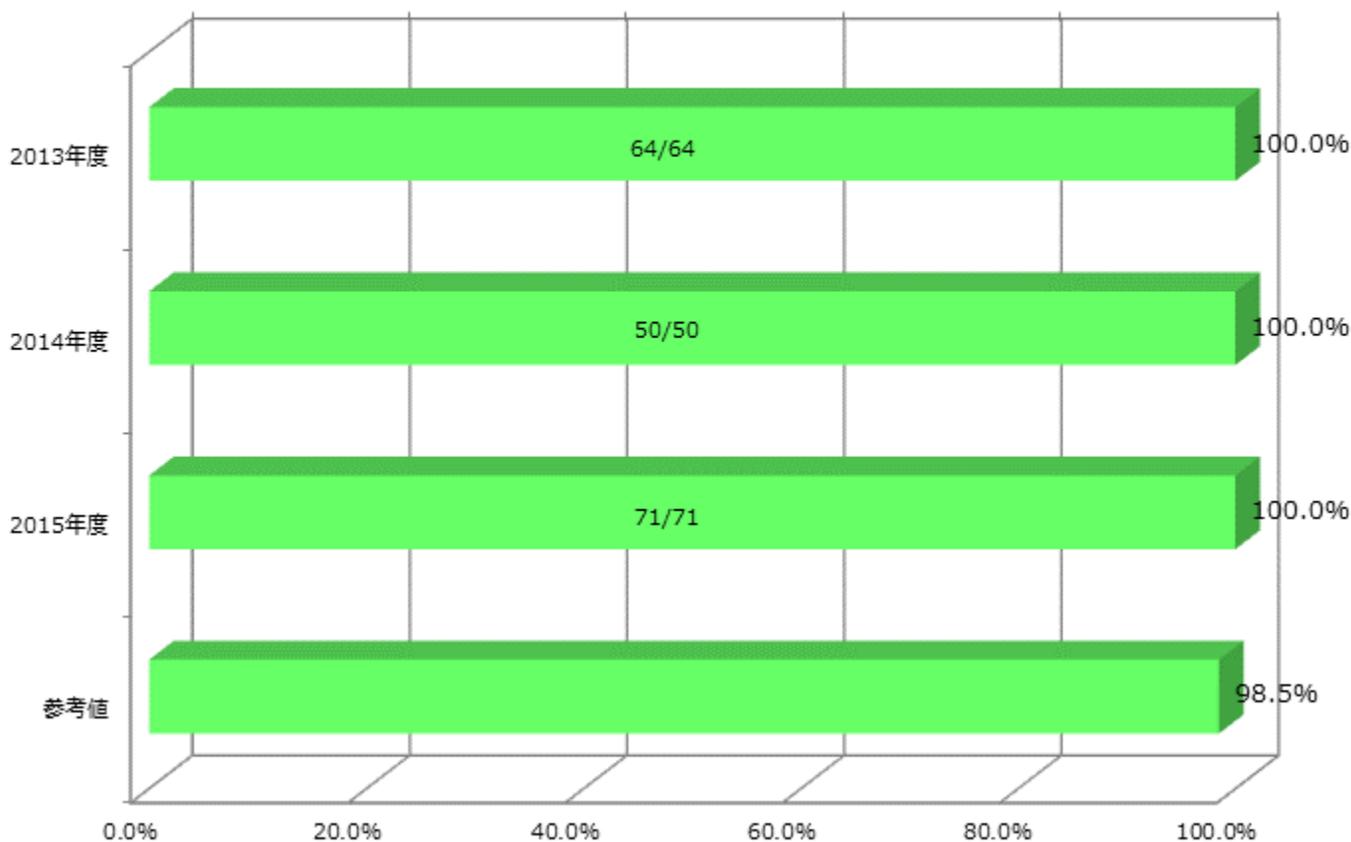
手術に関する指標

- 56. 胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の
予防対策の施工率
- 57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合

56.胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する 静脈血栓塞栓症の予防対策の施工率

肺血栓塞栓症（血栓が静脈から剥がれて肺に詰まると起こります）と肺血栓塞栓症を引き起こす元になる下肢の深部静脈血栓症（下肢の深部静脈が圧迫されることで血栓が出来てしまった状態）をあわせて、「静脈血栓塞栓症」と呼びます。このため、血栓ができないように、患者さんの状態にあわせて、弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫法（下肢にカフを巻いて、空気を間歇的に送入する機械を用いて、下肢を圧迫したり、マッサージを行う）、抗凝固療法といった対策を行っていくことが求められます。

56. 胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の
予防対策の施工率



○算出式

【分子】：分母のうち、当該入院期間中に肺血栓塞栓症予防管理料が算定された、あるいは抗凝固療法が行なわれた患者

【分母】：胃がん、大腸がん、膵臓がん、静脈血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

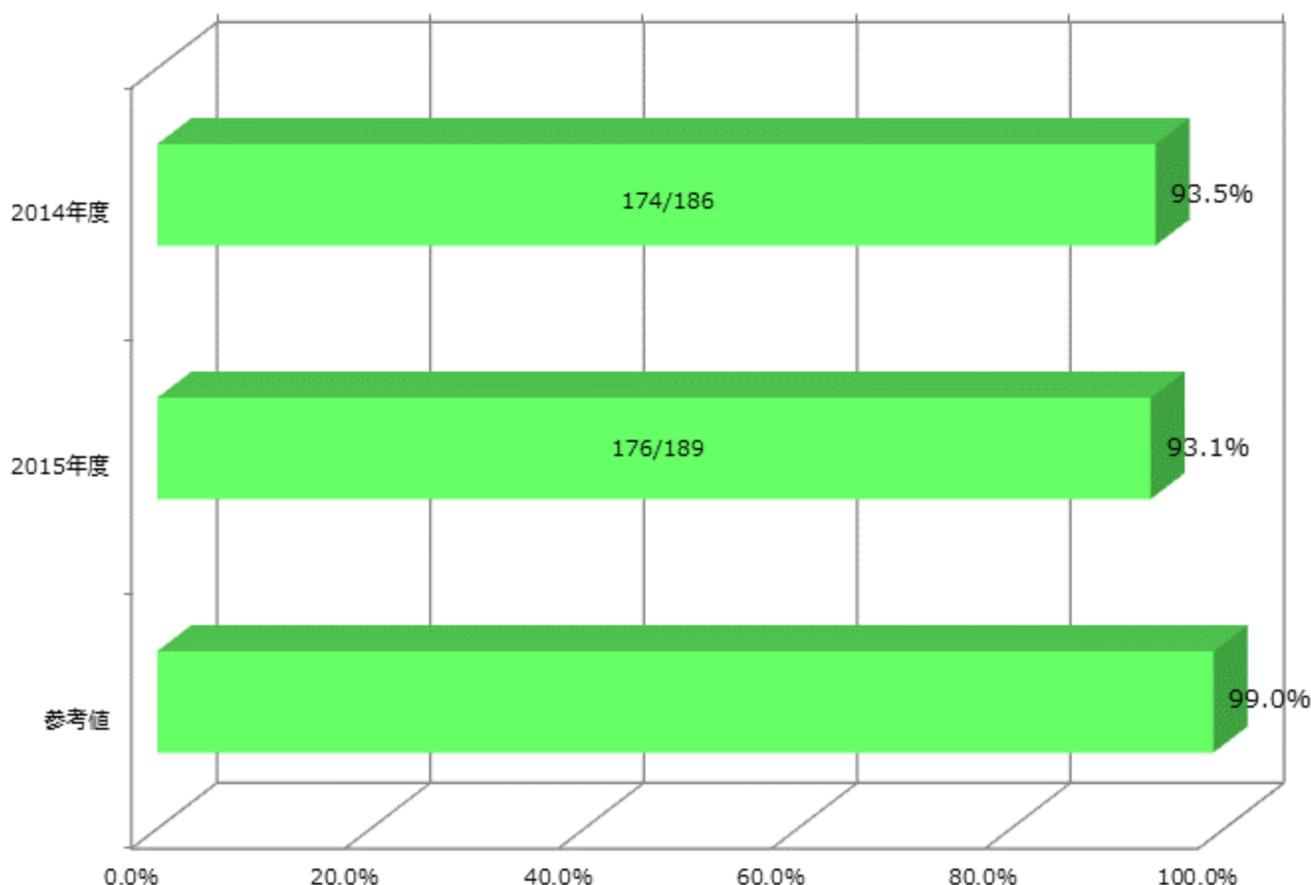
※参考値：国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 2016 2015年平均値

57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合

手術後に、手術部位感染（Surgical Site Infection : SSI）が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSI を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後 2～3 時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSI を予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の 1 時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSI を予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

○ 総計

57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合（総計）



○ 算出式

【分子】：手術開始前 1 時間以内に予防抗菌薬が投与開始された手術件数

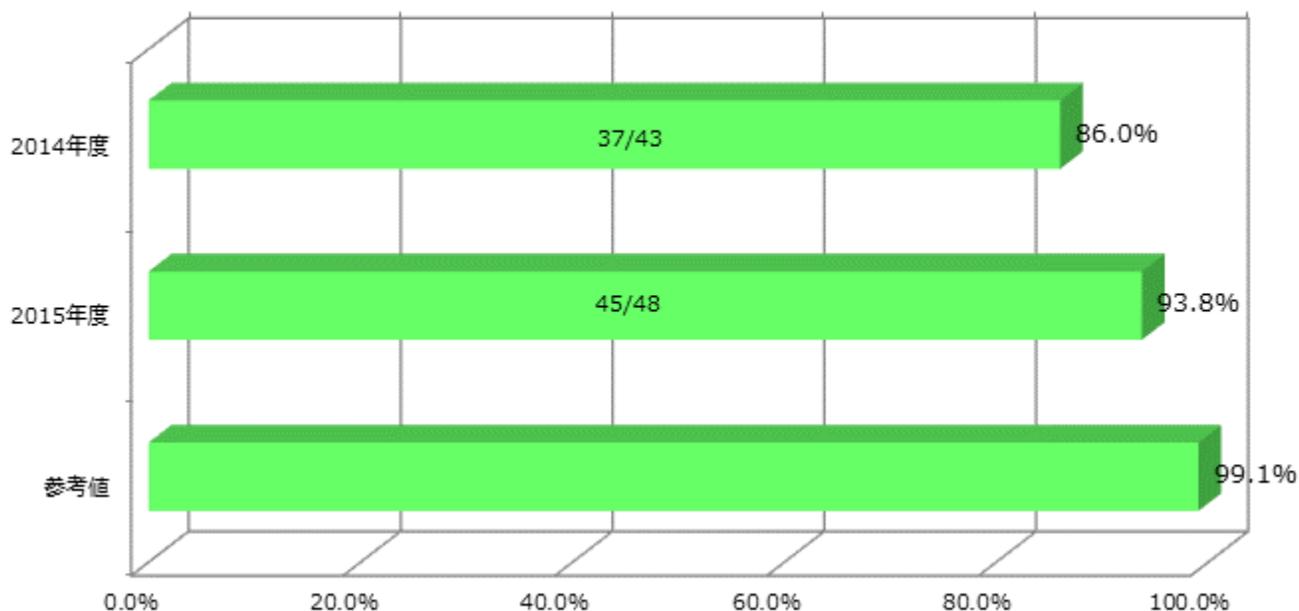
【分母】：手術件数（股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術）

※参考値：The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2015

57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合

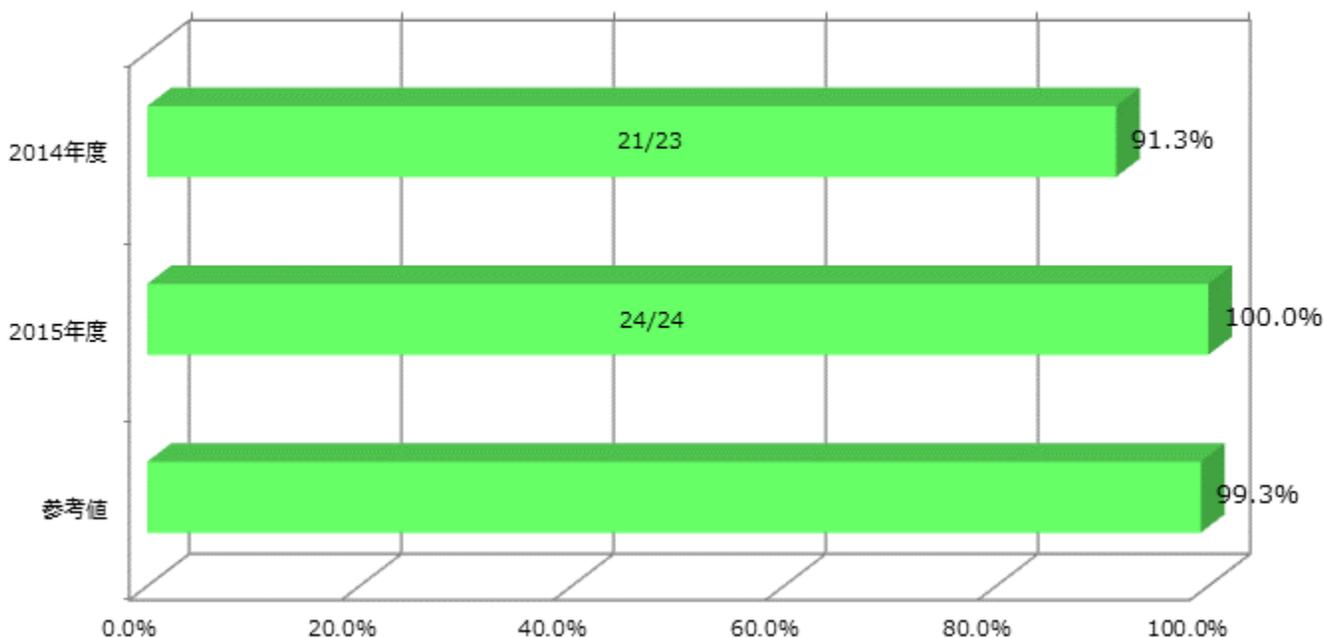
○股関節人工骨頭置換術

57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合（股関節人工骨頭置換術）



○膝関節置換術

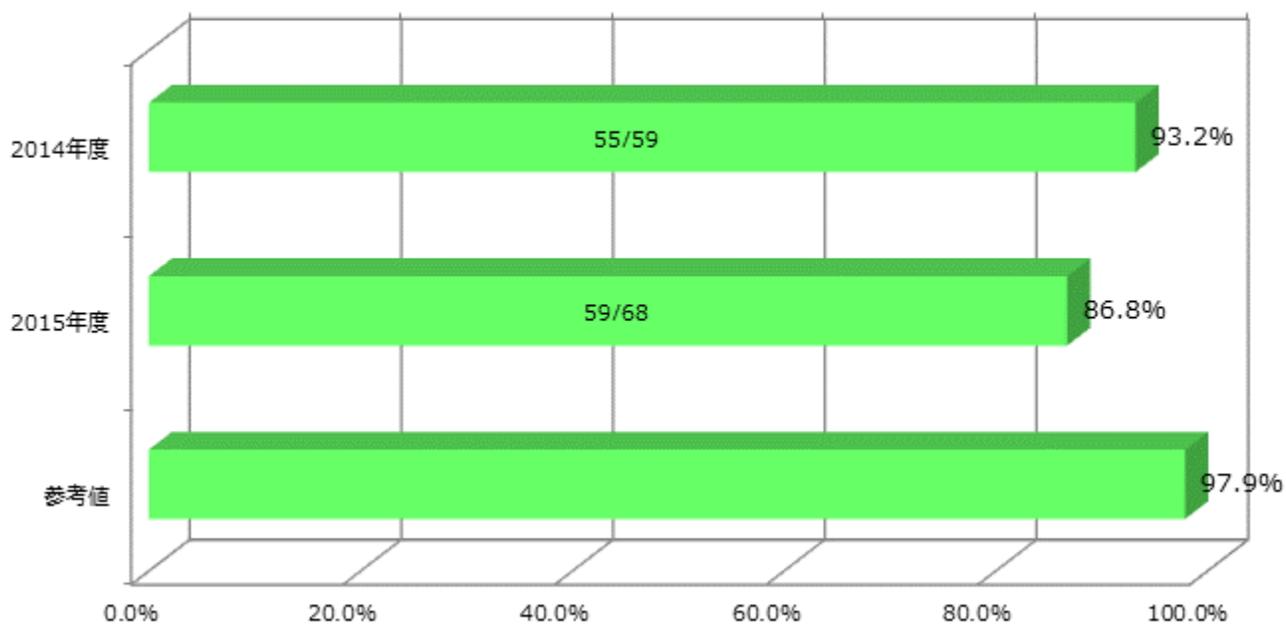
57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合（膝関節置換術）



57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合

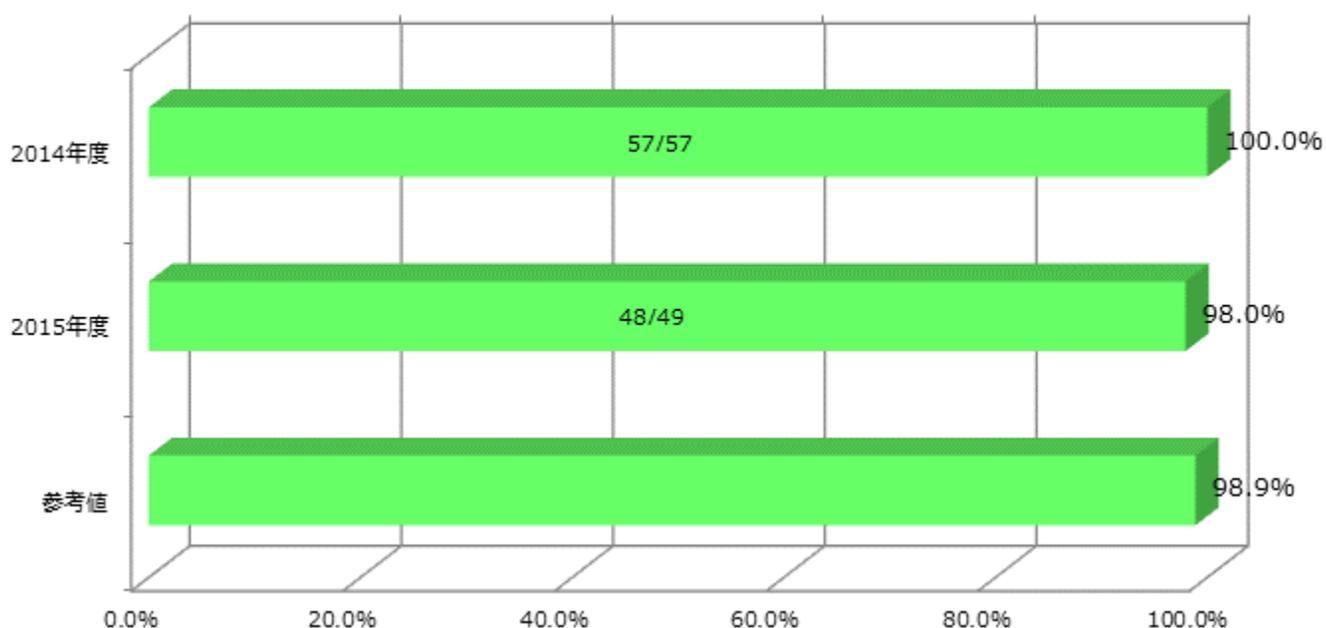
○大腸手術

57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合（大腸手術）



○子宮全摘術

57. 執刀開始 1 時間以内に予防抗菌薬投与を開始した割合（子宮全摘除術）

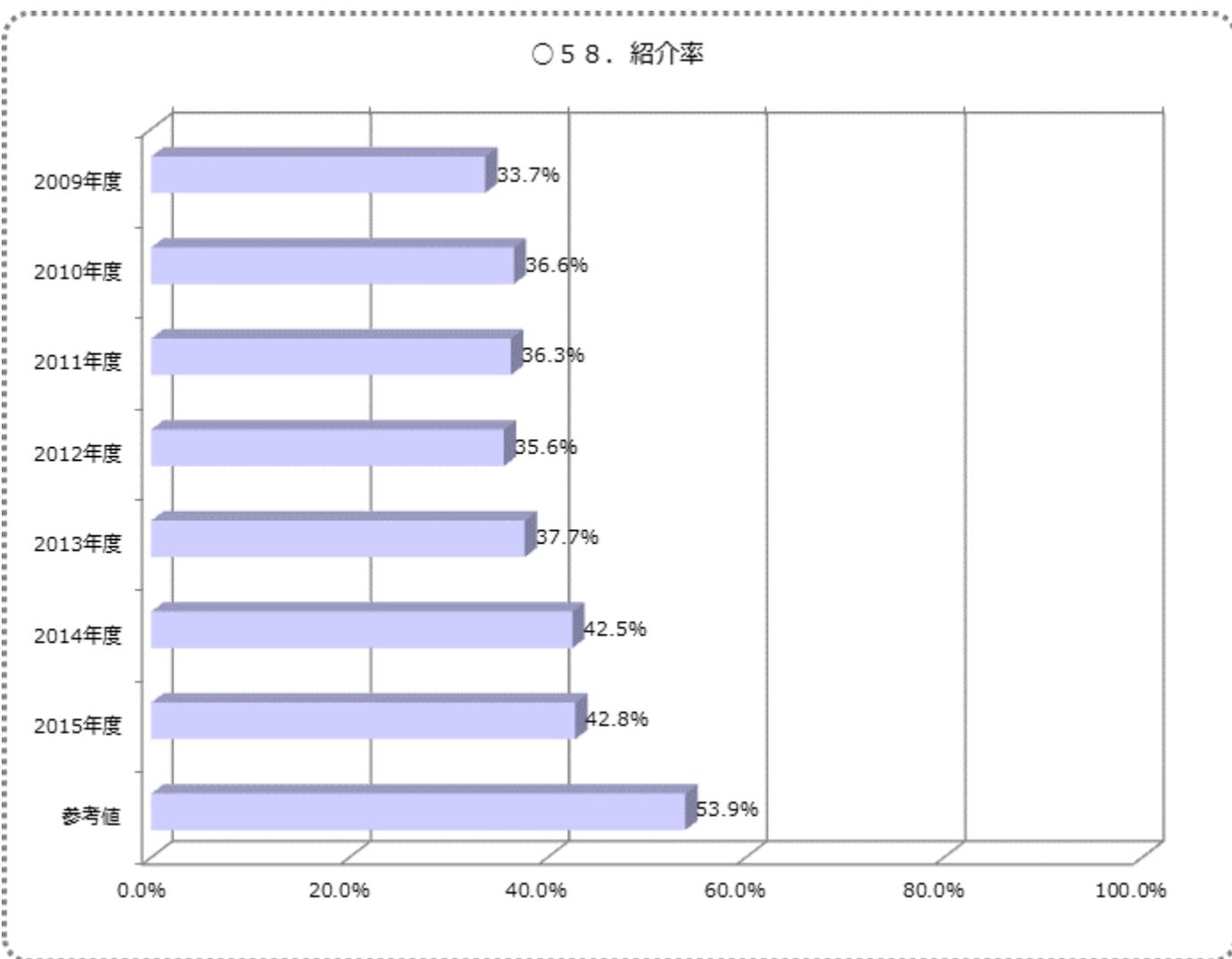


58. 紹介率、逆紹介率

58.紹介率、逆紹介率

紹介率、逆紹介率は地域の他の医療機関等との連携状況を反映していると言えます。また、地域完結型医療を目指す意味では、紹介率、逆紹介率の数値を指標とすることは重要です。

○紹介率



○算出式：紹介率

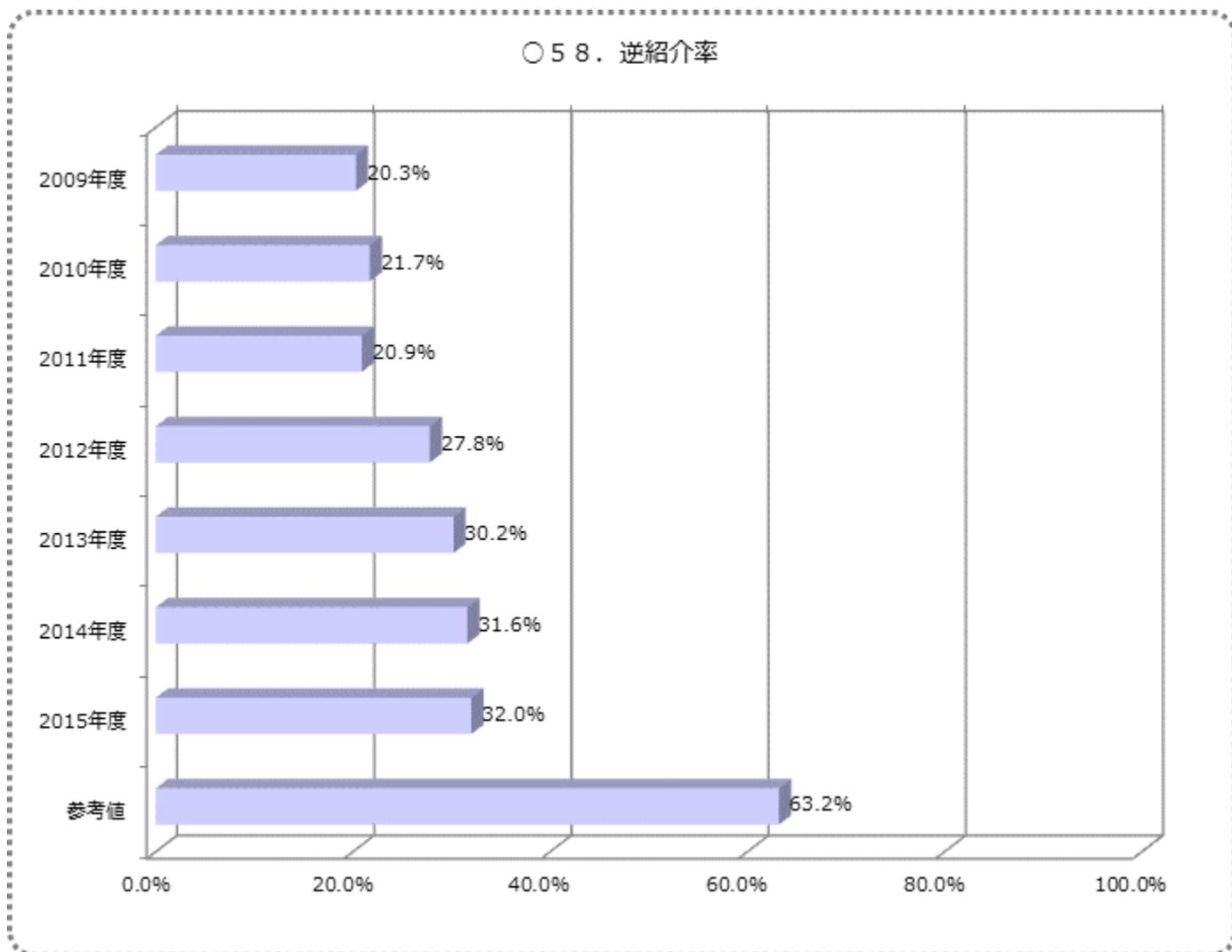
【分子】：集計期間内の文書による紹介患者数+集計期間内の救急車搬送による患者数

【分母】：集計期間内の初診患者数

※参考値：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告平均値

58.紹介率、逆紹介率

○逆紹介率



○算出式：逆紹介率

【分子】：逆紹介患者数

【分母】：集計期間内の初診患者数

※参考値：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告平均値



碧南市民病院 診療情報管理室
発行 28年12月1日