

2018 年度 QI プロジェクト 結果報告

序 文

日本病院会の QI プロジェクトは、医療の質を表す指標 (Quality Indicator: QI) を測定し公表することにより、会員病院で提供している医療の質を向上させることを目的に実施しています。2010 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」の委託協力 3 団体の一つに日本病院会が指定され、30 の会員病院による 1 年間の事業を終えた後、日本病院会独自の事業として継続しているものです。

参加病院数は、2011 年度 85、2012 年度は 145、2013 年度は 226、2014 年度は 292、2015 年度は 342、2016 年度は 350、2017 年度は 349、昨年 (2018 年) 度は 355 でした。このことは、QI を測定し公表することの重要性が広く認識されつつあることを示しています。膨大な診療記録の中から特定のデータを引き出す作業は、どの病院にとっても負担は大きいことと思いますが、QI 委員会としても、各病院の負担をできるだけ小さくできるよう努力しています。一方、参加病院の皆様には、測定された QI を用いて医療現場での PDCA (Plan、Do、Check、Action) サイクルを回して、皆様自身の病院の医療の質が向上してきていることを可視化し、職員に周知されるよう強くお勧め致します。医療の質向上という目的が真に達成されつつあることを見て知るだけで、データを引き出す職員の負担感はずいぶん軽減されるように思います。

2018 年度の参加病院 355 のうち、一般病床向けの項目算出に参加した病院は 351、精神病床向けの項目算出に参加した病院は 36、療養病床向けの項目算出に参加した病院は 33 でした。測定した QI の項目数は、2017 年度の厚生労働省事業で示された共通指標セットを追加し、一般病床向けが 42、精神病床および療養病床向けは変更なくそれぞれ 9 で、ほとんどの参加病院からデータを提出していただき、全病院の記述統計と各病院の数値がどこに位置するかを示した図表をフィードバックしてまいりました。数値が他の病院と著しく異なる場合、測定方法に違いがあるのか、対象患者の属性が異なるのか、あるいは医療内容が異なるのかなど、様々な要因について考察する必要があります。そのような横の比較も、医療の質向上への動機づけになりうることから、行う価値はありますが、より重要なことは、各病院で同じ測定方法を用いた年度ごとの比較であり、時系列での QI の改善であることに変わりはありません。

個人的には、参加病院の間で、QI を改善した病院での経験を共有する機会 (シンポジウムやセミナー) を、もっと頻繁に持てればと思っています。参加病院での医療の質改善に繋がらない QI の測定・公表は何の意味もありません。会員病院で提供される医療の質向上に向けて、より多くの病院が参加されますようお願い致します。

QI 委員会・委員長 福井次矢

No.	都道府県	施設名	DPC	一般			療養			精神		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
1	北海道	手稲溪仁会病院	○	○	670	9.9						
2	北海道	函館中央病院	○	○	527	13.8						
3	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480	12.3						
4	北海道	市立函館病院	○	○	648	13						
5	北海道	日鋼記念病院	○	○	387	14						
6	北海道	KKR斗南病院	○	○	243	8.7						
7	北海道	札幌厚生病院	○	○	519	13.6						
8	北海道	市立札幌病院	○	○	709	10.4				○	38	36.6
9	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325	12.1						
10	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410	10.9						
11	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480	11.3						
12	北海道	市立旭川病院	○	○	372	15.7				○	100	39.9
13	北海道	帯広厚生病院	○	○	678	15.5				○	70	102.1
14	北海道	北斗病院	○	○	221	10.3						
15	北海道	帯広第一病院	○	○	247	16.5						
16	北海道	市立千歳市民病院	○	○	190	9.2						
17	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301	9.1						
18	北海道	砂川市立病院	○	○	408	12.9				○	80	59.6
19	北海道	洞爺温泉病院		○	100	151.6	○	116	378			
20	青森県	八戸市立市民病院	○	○	552	13.2				○	50	98
21	青森県	十和田市立中央病院	○	○	325	15.6				○	50	57.6
22	青森県	青森県立中央病院	○	○	679	12.6						
23	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685	12.1						
24	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370	14.5				○	105	257.5
25	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414	10.1						
26	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	345	7.6	○	40	72.4			
27	宮城県	坂総合病院	○	○	357	13.8						
28	宮城県	石巻赤十字病院	○	○	464	11.3						
29	宮城県	永仁会病院		○	80	9.9						
30	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389	13.6						
31	宮城県	仙台市立病院	○	○	467	10.6				○	50	30.9
32	山形県	済生会山形済生病院	○	○	364	14.8						
33	山形県	三友堂病院	○	○	190	15.5						
34	山形県	公立置賜総合病院	○	○	520	13.4						
35	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528	13.4						
36	山形県	山形県立中央病院	○	○	645	11.3						
37	山形県	日本海総合病院	○	○	642	11.3						
38	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	511	15						
39	福島県	大原総合病院	○	○	353	11.7						
40	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471	13.2						
41	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036	15.3						
42	福島県	寿泉堂総合病院	○	○	305	11						
43	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299	16.6						
44	福島県	星総合病院	○	○	430	12.3						
45	福島県	総合南東北病院	○	○	461	14.9						
46	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800	11.1						
47	茨城県	JAとりで総合医療センター	○	○	414	13.5						
48	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	453	12.2						
49	茨城県	KKR水府病院		○	127	13						
50	茨城県	水戸済生会総合病院	○	○	472	12.5						
51	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302	12.7						
52	栃木県	新小山市民病院	○	○	300	12.1						
53	栃木県	足利赤十字病院	○	○	446	12.2	○	69	47.9	○	40	27.3
54	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644	12.9						
55	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	555	11.5						
56	群馬県	済生会前橋病院	○	○	317	11						
57	群馬県	老年病研究所附属病院	○	○	139	15.5	○	114	53.2			
58	群馬県	伊勢崎市民病院	○	○	490	12.1						
59	群馬県	太田記念病院	○	○	386	11.2						
60	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399	13						
61	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340	13.5						
62	埼玉県	済生会川口総合病院	○	○	424	10.7						
63	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	401	10.7						
64	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	492	12.8						
65	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337	15.5						
66	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	632	12.1						
67	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198	11.7						
68	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	450	14.6						
69	埼玉県	埼玉西協同病院		○	26	13.4						
70	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	733	14.2						
71	埼玉県	伊奈病院	○	○	111	16.2	○	40	199.5			
72	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	157	17	○	58	172			
73	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1053	13.1						
74	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	700	14.1						
75	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241	12.2						
76	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272	14.6						
77	千葉県	東葛クリニック病院	○	○	60	18.4	○	35				
78	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449	10.6						
79	千葉県	板倉病院		○	91	15.6						
80	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	278	12.6						
81	千葉県	小張総合病院	○	○	350	14.9						
82	千葉県	成田赤十字病院	○	○	666	13.9						
83	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763	13.4				○	220	50.3
84	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	661	11.4						
85	千葉県	亀田総合病院	○	○	850	13.1						
86	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	172	15.5	○	82	61.1			

No.	都道府県	施設名	DPC	一般			療養			精神		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
87	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	501	10.4						
88	千葉県	セコマメディック病院	○	○	292	16.6						
89	東京都	聖路加国際病院	○	○	520	8.1						
90	東京都	東大和病院	○	○	284	12.7						
91	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418	11.4						
92	東京都	三井記念病院	○	○	482	10.2						
93	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○	○	695	10.7						
94	東京都	佼成病院	○	○	320	12.1						
95	東京都	河北総合病院	○	○	331	11						
96	東京都	牧田総合病院	○	○	246	13.2						
97	東京都	青梅市立総合病院	○	○	508	11.8				○	50	37.3
98	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1011	11.4						
99	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686	12						
100	東京都	豊島病院	○	○	418	10.4				○	32	21.1
101	東京都	KKR九段坂病院		○	231	14.7						
102	東京都	KKR虎の門病院	○	○	868	15						
103	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350	16						
104	東京都	東京逋信病院	○	○	477	12						
105	東京都	昭和大学病院	○	○	815	10.9						
106	東京都	野村病院	○	○	77	16.2	○	56	56			
107	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	611	10.2						
108	東京都	永寿総合病院	○	○	384	12.8						
109	東京都	榊原記念病院	○	○	320	10.1						
110	東京都	NTT東日本関東病院	○	○	577	10.3				○	50	61.1
111	東京都	KKR三宿病院	○	○	206	15.8	○	38	39.1			
112	東京都	KKR立川病院	○	○	412	12.5				○	38	34.1
113	東京都	稲城市立病院	○	○	290	10.7						
114	東京都	東京都立松沢病院								○	808	76.9
115	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535	14						
116	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	7.9	○	156	34.8			
117	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	400	9.8						
118	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326	9.9						
119	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300	21.2						
120	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218	10.7						
121	神奈川県	高田中央病院		○	60	17						
122	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565	10.5						
123	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	732	10.8				○	10	24.5
124	神奈川県	総合病院 衣笠病院	○	○	251	17.4						
125	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	300	15						
126	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415	11.4						
127	神奈川県	東名厚木病院	○	○	267	12.3						
128	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287	10.8						
129	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188	18						
130	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	619	9.1						
131	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	○	○	430	12.4						
132	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419	11						
133	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441	13.5						
134	神奈川県	伊勢原協同病院	○	○	350	10.1						
135	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	466	8.3						
136	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○	417	11.1	○	100	62.3			
137	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518	10.6						
138	新潟県	立川総合病院	○	○	481	13.7						
139	新潟県	新潟県立中央病院	○	○	524	14.6						
140	新潟県	新潟市民病院	○	○	660	11.9						
141	新潟県	新潟南病院	○	○	143	16.8						
142	新潟県	新潟県済生会三条病院	○	○	199	14.4						
143	新潟県	新津医療センター病院		○	174	45.5						
144	新潟県	新潟脳外科病院		○	120	17.6	○	58	80.4			
145	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	539	13.2						
146	富山県	真生会富山病院	○	○	99	7.7						
147	富山県	富山赤十字病院	○	○	401	12						
148	石川県	KKR北陸病院	○	○	125	14.2						
149	石川県	恵寿総合病院	○	○	426	23						
150	石川県	やわたメディカルセンター	○	○	227	14.3						
151	福井県	市立敦賀病院	○	○	332	14.5						
152	福井県	福井赤十字病院	○	○	600	11						
153	長野県	長野赤十字病院	○	○	635	12.3						
154	長野県	長野市民病院	○	○	400	11.2						
155	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	310	17.6						
156	長野県	北信総合病院	○	○	445	16.3						
157	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	215	18.1						
158	長野県	佐久総合病院	○	○	199	16.8						
159	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	433	12.6						
160	長野県	相澤病院	○	○	460	11.4						
161	長野県	丸の内病院	○	○	199	11.8						
162	長野県	諏訪中央病院	○	○	202	10						
163	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425	12.2				○	30	44.4
164	長野県	飯田病院	○	○	212	15.8				○	240	135.1
165	長野県	伊那中央病院	○	○	394	11.9						
166	長野県	富士見高原病院	○	○	151	18.2						
167	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	194	17	○	45				
168	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	200	13.9				○	120	69.1
169	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○	○	450	10.4						
170	長野県	丸子中央病院	○	○	150	15	○	150	280			
171	長野県	昭和伊南総合病院	○	○	300	14.5						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般			療養			精神		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
172	長野県	飯田市立病院	○	○	419	10.5						
173	長野県	市立大町総合病院	○	○	212	12.8	○	62	151.3			
174	岐阜県	岐阜市民病院	○	○	559	12.3				○	50	54.7
175	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	604	11.9						
176	岐阜県	松波総合病院	○	○	501	12.6						
177	岐阜県	羽島市民病院	○	○	271	15.5						
178	岐阜県	岐阜赤十字病院	○	○	311	10						
179	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	472	13.2						
180	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	510	11.7				○	46	33.6
181	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465	14.5						
182	静岡県	静岡県立総合病院	○	○	662	12.1						
183	静岡県	藤枝市立総合病院	○	○	564	13.4						
184	静岡県	市立島田市民病院	○	○	536	14.7						
185	静岡県	遠州病院	○	○	340	13.3						
186	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○	○	750	11.1						
187	静岡県	浜松医療センター	○	○	606	14.1						
188	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○	○	810	15.4				○	104	45.3
189	静岡県	中東遠総合医療センター	○	○	500	10.3						
190	静岡県	磐田市立総合病院	○	○	500	13.1						
191	静岡県	NTT東日本伊豆病院		○	50	19	○	100	76	○	46	71.9
192	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780	12						
193	愛知県	安城更生病院	○	○	749	11.3						
194	愛知県	刈谷豊田総合病院	○	○	666	11.2						
195	愛知県	KKR名城病院	○	○	279	13.6	○	47	34			
196	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236	15.8						
197	愛知県	KKR東海病院		○	120	14.4						
198	愛知県	名古屋第二赤十字病院	○	○	812	11.3						
199	愛知県	豊田厚生病院	○	○	606	10.7						
200	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1384	14.8				○	51	34.1
201	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499	10.4						
202	愛知県	小牧市民病院	○	○	558	10.9						
203	愛知県	春日井市民病院	○	○	552	11.4						
204	愛知県	総合大雄会病院	○	○	322	13.5						
205	愛知県	一宮市立市民病院	○	○	580	11.4						
206	愛知県	稲沢市民病院	○	○	320	11.1						
207	愛知県	岡崎市民病院	○	○	715	12.3						
208	愛知県	八千代病院	○	○	270	10.7	○	52	123.6			
209	愛知県	海南病院	○	○	540	13.3						
210	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772	11.8				○	28	26.4
211	愛知県	名鉄病院	○	○	373	13						
212	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○	○	220	21						
213	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460	14.2						
214	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440	15.2						
215	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	441	12.4						
216	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	407	10						
217	滋賀県	草津総合病院	○	○	371	13.1	○	348	123.3			
218	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424	13.6						
219	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535	13						
220	京都府	武田病院	○	○	394	13.7						
221	京都府	武田総合病院	○	○	500	14						
222	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359	16.2						
223	京都府	京都市立病院	○	○	548	11.2						
224	京都府	洛和会音羽病院	○	○	429	10.7						
225	京都府	宇治武田病院	○	○	177	18.2						
226	京都府	男山病院	○	○	199	15						
227	京都府	三菱京都病院	○	○	188	9.1						
228	京都府	京都桂病院	○	○	525	13.3						
229	京都府	千春会病院		○	60	13.5						
230	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300	12.8						
231	京都府	KKR舞鶴こども療育センター		○	35	485.2						
232	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	399	13.7						
233	京都府	京都武田病院	○	○	240	18.4						
234	京都府	京都岡本記念病院	○	○	419	13						
235	京都府	市立福知山市民病院	○	○	354	14.9						
236	大阪府	中津病院	○	○	679	11.1						
237	大阪府	医誠会病院	○	○	327	13						
238	大阪府	大阪市立総合医療センター	○	○	1063	10.2						
239	大阪府	野江病院	○	○	400	12.2						
240	大阪府	森之宮病院		○	355	27.8						
241	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401	12.8						
242	大阪府	大阪警察病院	○	○	580	11.7						
243	大阪府	千船病院	○	○	292	11.2						
244	大阪府	西淀病院		○	218	19						
245	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	831	9.9				○	34	34.9
246	大阪府	南大阪病院	○	○	400	13.4						
247	大阪府	市立豊中病院	○	○	613	11.6						
248	大阪府	箕面市立病院	○	○	317	12.2						
249	大阪府	吹田病院	○	○	500	11.7						
250	大阪府	第一東和会病院	○	○	243	10.5						
251	大阪府	高槻病院	○	○	477	10						
252	大阪府	北摂総合病院	○	○	217	12						
253	大阪府	松下記念病院	○	○	323	14.2						
254	大阪府	萱島生野病院	○	○	140	14.4						
255	大阪府	小松病院	○	○	190	10.3						
256	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313	13.1						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般			療養			精神		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
257	大阪府	佐藤病院	○	○	120	13.1						
258	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751	11.8						
259	大阪府	わかくさ竜間リハビリテーション病院					○	500	165.9			
260	大阪府	若草第一病院	○	○	230	11.6						
261	大阪府	八尾市立病院	○	○	380	10						
262	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88	12.2						
263	大阪府	PL病院	○	○	285	9.7	○	47	238.6			
264	大阪府	清恵会病院	○	○	241	12.4						
265	大阪府	堺市立総合医療センター	○	○	480	9.9						
266	大阪府	馬場記念病院	○	○	300	15.3						
267	大阪府	ヘルピオノ病院					○	192	64.4			
268	大阪府	府中病院	○	○	380	13						
269	大阪府	阪南市民病院	○	○	185	17.1						
270	大阪府	ベルランド総合病院	○	○	477	11.1						
271	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	540	10.8						
272	大阪府	市立ひらかた病院	○	○	327	9.8						
273	大阪府	耳原総合病院	○	○	386	10.9						
274	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	750	10.3				○	8	21.4
275	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333	13.2						
276	兵庫県	川崎病院	○	○	273	15.4						
277	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	188	10.8						
278	兵庫県	KKR六甲病院		○	115	31.4	○	45	292			
279	兵庫県	六甲アイランド甲南病院	○	○	302	15						
280	兵庫県	甲南病院	○	○	358	14.9						
281	兵庫県	明和病院	○	○	311	12.9						
282	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	164	13.7						
283	兵庫県	井野病院	○	○	100	13.5						
284	兵庫県	明石医療センター	○	○	382	10.7						
285	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600	10.3						
286	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	430	11.8						
287	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	815	11.7						
288	奈良県	平成記念病院	○	○	180	15.6						
289	奈良県	大和高田市立病院	○	○	320	14.6						
290	奈良県	国保中央病院	○	○	220	15.3						
291	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166	13.4						
292	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	○	○	873	11.1						
293	島根県	松江赤十字病院	○	○	554	11.7				○	45	72.8
294	島根県	島根県立中央病院	○	○	594	13.7				○	40	57.5
295	岡山県	岡山県精神科医療センター								○	252	52
296	岡山県	光生病院	○	○	198	24.6						
297	岡山県	岡山旭東病院	○	○	202	12.5						
298	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1151	12.7						
299	広島県	KKR呉共済病院忠海分院		○	44	19.7						
300	広島県	KKR広島記念病院	○	○	149	13.9						
301	広島県	KKR吉島病院		○	91	14.4	○	47	90.6			
302	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110	15.5						
303	広島県	マツダ病院	○	○	270	11.5						
304	広島県	KKR呉共済病院	○	○	394	15						
305	徳島県	博愛記念病院		○	57	398.5	○	153	90.2			
306	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	390	10.4				○	60	40.5
307	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	299	13.6				○	70	29.8
308	香川県	香川県立中央病院	○	○	533	11.4						
309	香川県	回生病院	○	○	402	12						
310	香川県	坂出市立病院	○	○	194	11.9						
311	香川県	三豊総合病院	○	○	478	14.9						
312	香川県	さぬき市民病院	○	○	175	17						
313	香川県	四国こどもとおとなの医療センター	○	○	689	21.1						
314	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199	14.1						
315	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435	13						
316	愛媛県	HITO病院	○	○	207	15.6	○	50	64			
317	高知県	近森病院	○	○	452	14.3						
318	高知県	いずみの病院	○	○	190	26.4	○	48	387.8			
319	高知県	土佐市民病院	○	○	150	21.7						
320	高知県	高知高須病院	○	○	63	14.4						
321	高知県	高知医療センター	○	○	588	11.5				○	44	62
322	福岡県	三萩野病院		○	181	20.3						
323	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259	11.3						
324	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	321	13.2						
325	福岡県	九州病院	○	○	575	12.8						
326	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	380	11.1						
327	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468	10.7						
328	福岡県	福岡市民病院	○	○	204	14.7						
329	福岡県	KKR千早病院	○	○	180	13.4						
330	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602	13.5						
331	福岡県	西福岡病院	○	○	145	43.2	○	45	156.4			
332	福岡県	聖マリア病院	○	○	931	13.2				○	60	224.3
333	福岡県	新古賀病院	○	○	242	12.7						
334	福岡県	嶋田病院	○	○	100	10.7						
335	福岡県	古賀病院21	○	○	160	13						
336	福岡県	社会保険田川病院	○	○	335	14.3	○	30	30.7			
337	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	24.3	○	72	135.3	○	93	425.2
338	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	496	14.7						
339	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450	10						
340	長崎県	佐世保中央病院	○	○	312	14.3						
341	長崎県	KKR佐世保共済病院	○	○	373	13.7						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般			療養			精神		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
342	熊本県	KKR熊本中央病院	○	○	361	10.5						
343	大分県	大分岡病院	○	○	224	14						
344	大分県	大分県立病院	○	○	566	11.5						
345	大分県	KKR新別府病院	○	○	269	16.1						
346	大分県	天心堂へつぎ病院	○	○	188	23.8						
347	大分県	大分記念病院	○	○	49	18.6	○	69	66			
348	大分県	大分県厚生連鶴見病院	○	○	216	12.5						
349	宮崎県	戸嶋病院					○	40	83.5			
350	鹿児島県	いづろ今村病院	○	○	145	13.2						
351	鹿児島県	今村総合病院	○	○	300	12.6						
352	沖縄県	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	○	○	434	13.6				○	5	29.1
353	沖縄県	ハートライフ病院	○	○	308	11.6						
354	沖縄県	中頭病院	○	○	355	10.5						
355	沖縄県	沖縄県立中部病院	○	○	559	12.3						

都道県別参加施設数

県番号	都道府県	参加施設数
01	北海道	19
02	青森県	3
03	岩手県	3
04	宮城県	6
05	秋田県	0
06	山形県	7
07	福島県	7
08	茨城県	6
09	栃木県	3
10	群馬県	6
11	埼玉県	15
12	千葉県	13
13	東京都	29
14	神奈川県	20
15	新潟県	7
16	富山県	3
17	石川県	3
18	福井県	2
19	山梨県	0
20	長野県	21
21	岐阜県	7
22	静岡県	11
23	愛知県	20
24	三重県	3
25	滋賀県	5
26	京都府	16
27	大阪府	38
28	兵庫県	12
29	奈良県	6
30	和歌山県	1
31	鳥取県	0
32	島根県	2
33	岡山県	4
34	広島県	6
35	山口県	0
36	徳島県	2
37	香川県	7
38	愛媛県	3
39	高知県	5
40	福岡県	17
41	佐賀県	1
42	長崎県	2
43	熊本県	1
44	大分県	6
45	宮崎県	1
46	鹿児島県	2
47	沖縄県	4
計		355

参加施設数の推移

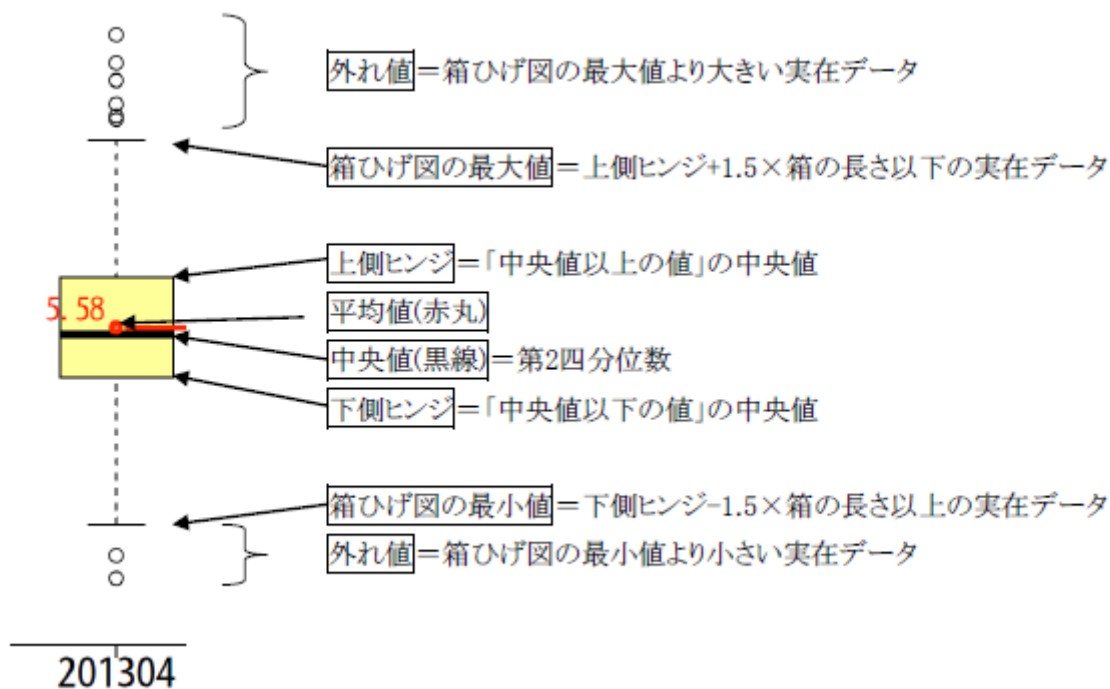
年度	全体	一般	療養	精神
2010	30	30		
2011	85	85		
2012	145	143	11	13
2013	226	222	11	17
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	349	344	31	35
2018	355	350	33	36

箱ひげ図の作成方式

箱ひげ図の作成方法にはいくつかの方法があります。本プロジェクトで採用している方式を解説します。

箱ひげ図(はこひげず、箱髭図、box plot)とは、ばらつきのあるデータをわかりやすく表現するための統計学的グラフである。様々な分野で利用されるが、特に品質管理で盛んに用いられる。細長い箱と、その両側に出たひげで表現されることからこの名がある。(Wikipedia より)

本プロジェクトで採用しているグラフは縦型であるため、縦に細長い箱と、その上下に伸びたひげで表現されています。



箱ひげ図とその名称

「箱ひげ図の最小値」、「下側ヒンジ」、「上側ヒンジ」、「箱ひげ図の最大値」と「フィードバックデータ詳細」の最小値、25%tile(第1四分位数)、75%tile(第3四分位数)、最大値の値とは、数値のばらつき具合によっては必ずしも一致しません。

一般病床向けの指標

No.01 患者満足度（外来患者） a)大変満足 b)大変満足または満足

No.02 患者満足度（入院患者） a)大変満足 b)大変満足または満足

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。

2012 年度までは、「この病院での診療に満足していますか？」の設問で「大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足」の 5 段階評価でしたが、2013 年度以降は、「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の 5 段階評価に変更しています。

<No.01 患者満足度(外来患者)>

分 子:	a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した外来患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した外来患者数
分 母:	患者満足度調査に回答した外来患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	2 日以上(3 月までに 1 回の報告とする)(連日でなくともよい)
備 考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

分 子:	a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した入院患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した入院患者数
分 母:	患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	1 週間以上(3 月までに 1 回の報告とする)(連日でなくともよい)
備 考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

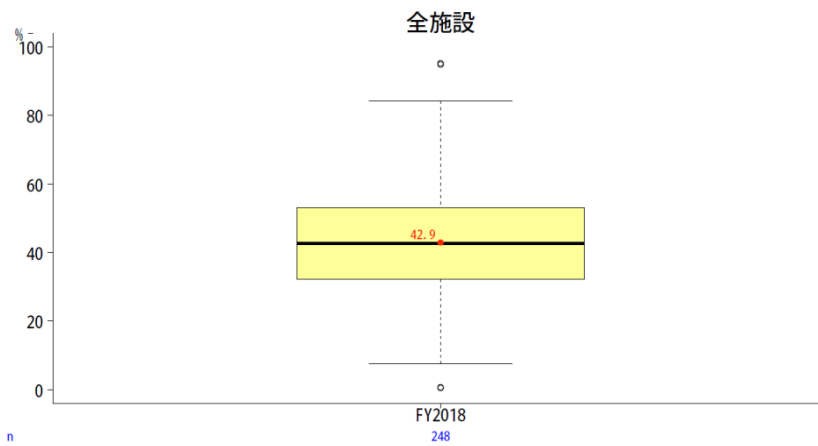
指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

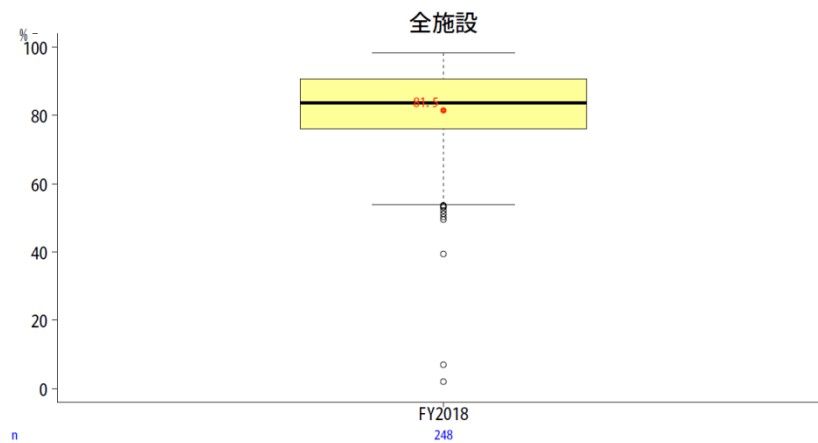
結果

No.01-a



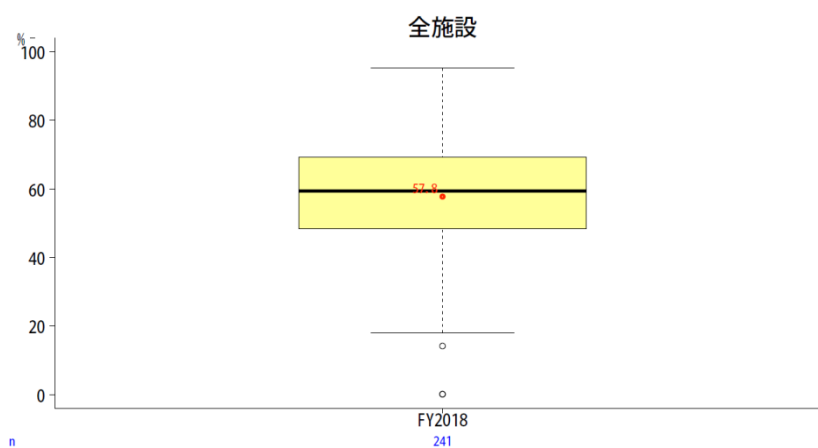
平均値	42.9%
最小値	0.4%
25%tile	32.3%
中央値	42.7%
75%tile	53.1%
最大値	95.1%

No.01-b



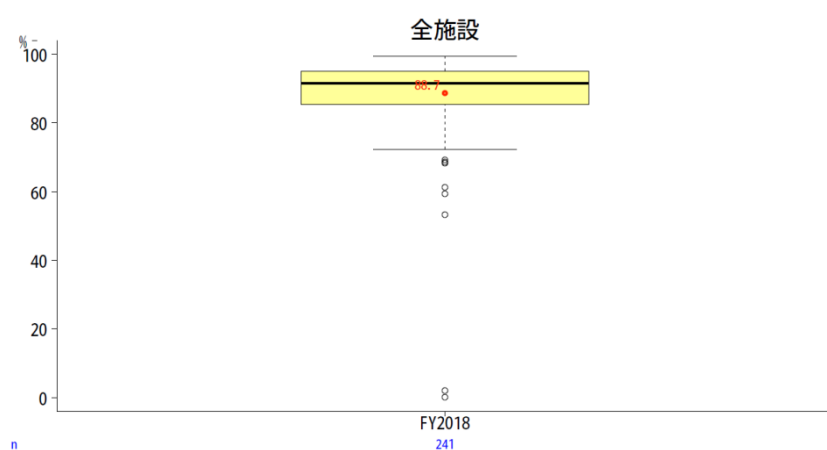
平均値	81.5%
最小値	2.0%
25%tile	76.1%
中央値	83.7%
75%tile	90.8%
最大値	98.3%

No.02-a



平均値	57.8%
最小値	0.0%
25%tile	48.4%
中央値	59.4%
75%tile	69.2%
最大値	95.2%

No.02-b



平均値	88.7%
最小値	0.0%
25%tile	85.5%
中央値	91.5%
75%tile	95.0%
最大値	99.5%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.03 死亡退院患者率

指標の説明・定義

どの病院でも、死亡退院患者率を把握できますが、病院単位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。

分母を退院患者数、分子を死亡退院患者数としています。死亡率に大きく影響すると考えられた緩和ケア等退院患者と「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）」を分母、分子から除外しています。

分子： 死亡退院患者数

分母： 退院患者数

除外： 緩和ケア等（診療報酬の算定を認可されて病棟のみでなく、同様の病棟を設置している場合も含む）退院患者
DPCで様式1に含まれる「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。」

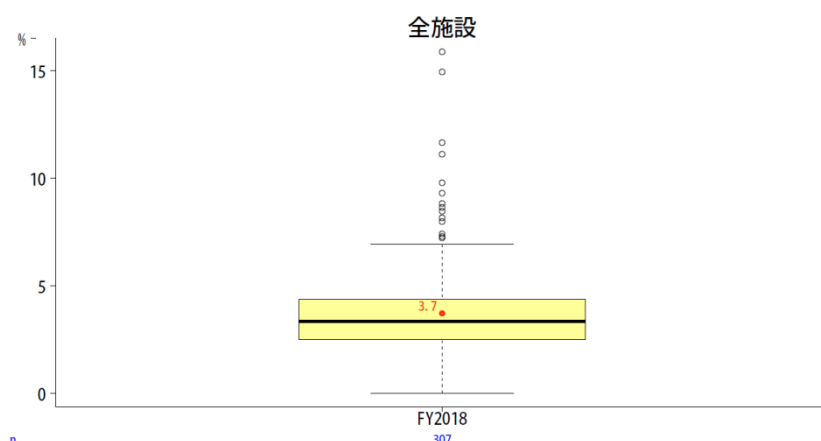
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	3.7%
最小値	0.0%
25%tile	2.5%
中央値	3.3%
75%tile	4.4%
最大値	15.9%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
2. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Matsuda S, Motomura N, Takamoto S. Performance of in-hospital mortality prediction models for acute hospitalization: hospital standardized mortality ratio in Japan: BMC Health Serv Res 2008 Nov 7;8:229.
3. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Fushimi K, Matsuda S. Assessment of hospital performance with a case-mix standardized mortality model using an existing administrative database in Japan: BMC Health Serv Res 2010 May 19;10:130.
4. Mohammed A Mohammed, Jonathan J Deeks, Alan Girling, Gavin Rudge, Martin Carmalt, Andrew J Stevens, Richard J Lilford, Evidence of methodological bias in hospital standardised mortality ratios: retrospective database study of English hospitals: BMJ 2009;338:b780.

No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.04-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.04-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2013 年度からは、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加していた 2010 年度に計測していた損傷レベル 2 以上を、再度項目に加えることにしました。

分 子: No.04-a) 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転倒・転落件数
No.04-b) 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転倒・転落件数のうち**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数
No.04-c) 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転倒・転落件数のうち**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1 ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X 線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

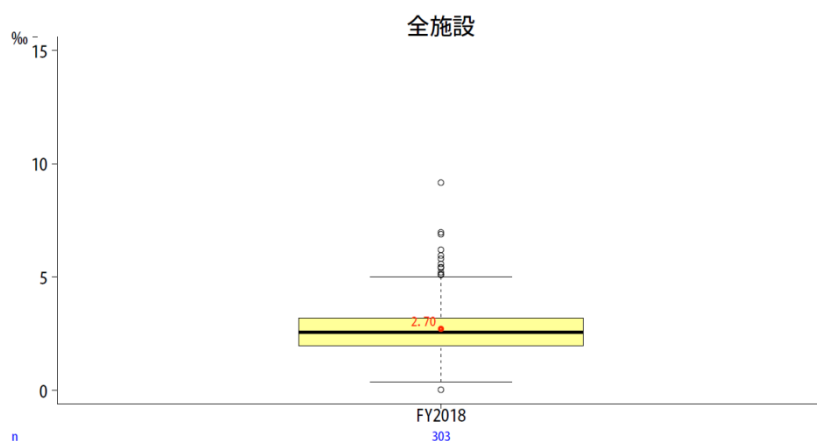
指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

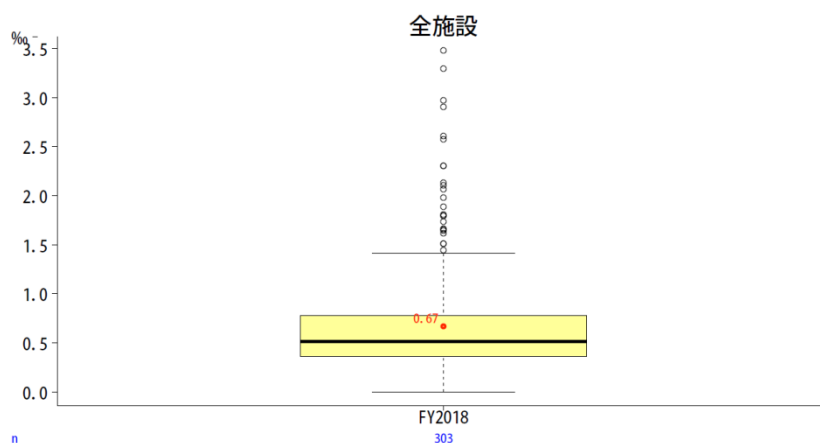
結果

No.04-a



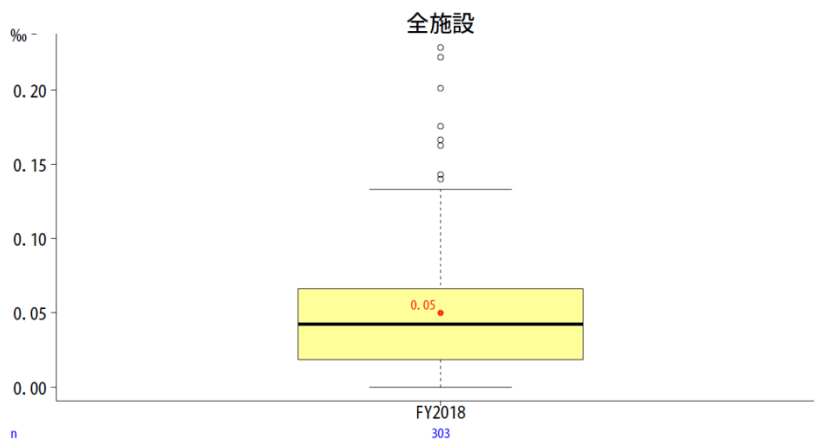
平均値	2.70‰
最小値	0.00‰
25%tile	1.95‰
中央値	2.56‰
75%tile	3.19‰
最大値	9.15‰

No.04-b



平均値	0.67‰
最小値	0.00‰
25%tile	0.36‰
中央値	0.51‰
75%tile	0.78‰
最大値	3.48‰

No.04-c



平均値	0.05‰
最小値	0.00‰
25%tile	0.02‰
中央値	0.04‰
75%tile	0.07‰
最大値	0.23‰

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 16ー18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.05 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

わが国では、褥瘡発生率については一定の算出方法がないため、分母の入院延べ患者数から「入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数」と「調査期間より前に(例えば前月に)褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数」を除外することで、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定しました。入院時刻から24時間以内に発生した褥瘡は院内発生とみなさず、日帰り入院患者、同日入退院患者も分母から除外しました。分子は、調査期間における分母対象患者(院内で新規褥瘡が発生する可能性がある患者)のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数とし、深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑いも含めることとしました。褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会のDESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用)とInternational NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelinesを用いています。

分 子:	調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分 母:	入院延べ患者数
分子包含:	院内で新規発生の褥瘡(入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録) 深さ d2 以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑い
分母除外:	日帰り入院患者の入院日数(同日入退院患者も含む) 入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数(ただし、院内での新規発生に限定) 調査期間より前に褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定)
収集期間:	1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷

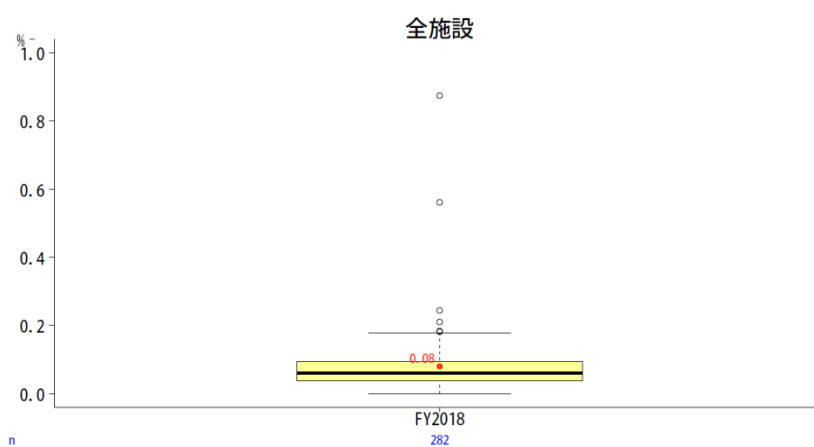
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	0.08%
最小値	0.00%
25%tile	0.04%
中央値	0.06%
75%tile	0.09%
最大値	2.46%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2017/06/24 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf 2017/06/24 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2017/06/24 available)

No.06 紹介率

No.07 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分子: No.01) 紹介初診患者数
No.02) 逆紹介患者数

分母: 初診患者数－(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数)

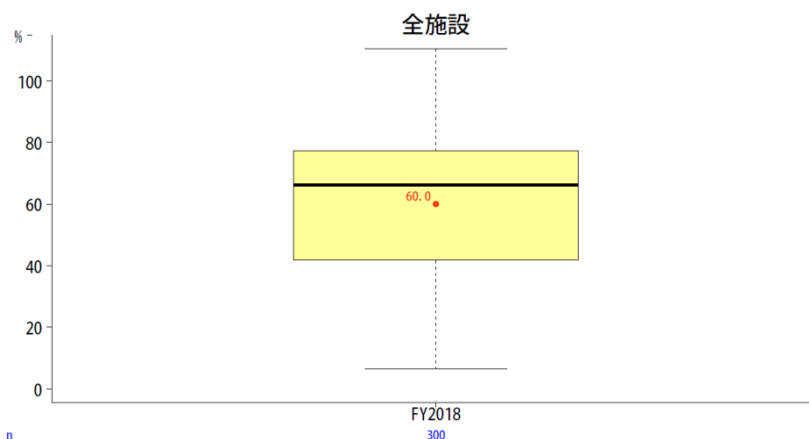
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

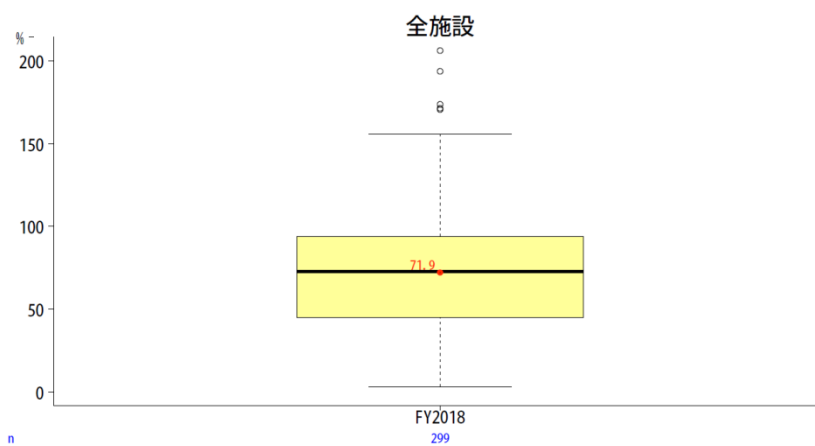
結果

No.06



平均値	60.0%
最小値	6.3%
25%tile	41.9%
中央値	66.2%
75%tile	77.3%
最大値	110.5%

No.07



平均値	71.9%
最小値	3.0%
25%tile	44.9%
中央値	72.7%
75%tile	93.9%
最大値	206.3%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.08 尿道留置カテーテル使用率

指標の説明・定義

尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約 40%を占め、その 80%が尿道留置カテーテルによるもの、すなわち CAUTI(catheter-associated urinary tract infection)です。医療機関で起こる血流感染の 15%は CAUTI の合併症であると推計されており、その寄与死亡率は 15%を超えます。CAUTI のリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTI の 65%-70%は予防可能と推計されています。

本指標は、この尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標となり、どのぐらいの患者に尿道留置カテーテルが使用されているかをみています。

分子： 尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数

分母： 入院延べ患者数

分子包含： 自院での挿入行為の有無にかかわらず尿道留置カテーテルが留置されている患者

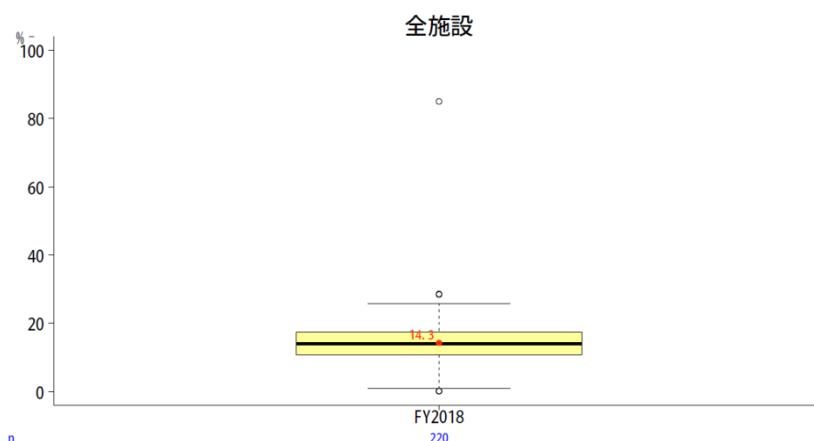
分子除外： 恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル

収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

結果



平均値	14.3%
最小値	0.0%
25%tile	10.8%
中央値	14.0%
75%tile	17.5%
最大値	84.9%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am 1997;11:609-622.
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011;32:101-14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)

No.09 症候性尿路感染症発生率

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約 40%を占め、その 80%が尿道留置カテーテルによるもの、すなわち CAUTI(catheter-associated urinary tract infection)です。医療機関で起こる血流感染の 15%は CAUTI の合併症であると推計されており、その寄与死亡率は 15%を超えます。CAUTI のリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTI の 65%-70%は予防可能と推計されています。

分子： 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分母： 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

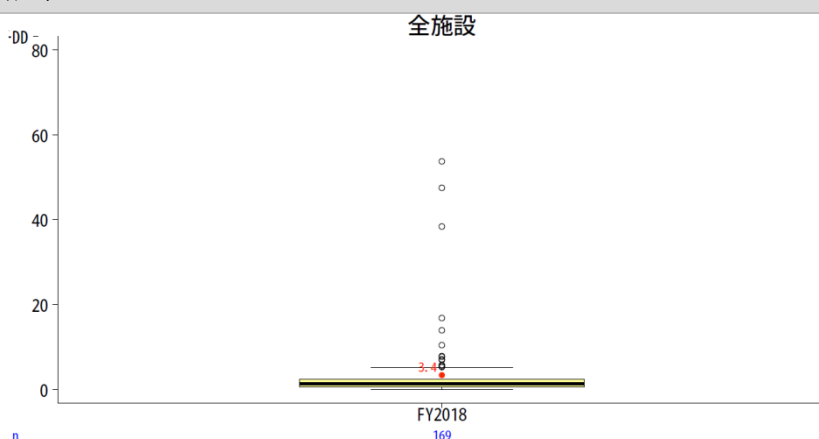
収集期間： 1 ヶ月 毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	3.4 対千 DD
最小値	0.0 対千 DD
25%tile	0.6 対千 DD
中央値	1.3 対千 DD
75%tile	2.4 対千 DD
最大値	130.1 対千 DD

算出難易度が高い指標であり、外れ値の施設は算出を確認する必要があります。算出手順のわかりづらい箇所を明確にし、より多くの施設が算出できるよう改善することが課題です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am 1997;11:609-622.
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011;32:101-14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)

No.10 救急車・ホットライン応需率

指標の説明・定義

救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できません。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかります。

分子： 救急車で来院した患者数

分母： 救急車受け入れ要請件数

分子包含： ホットライン件数

分母除外： 他院からの搬送(転送) 件数

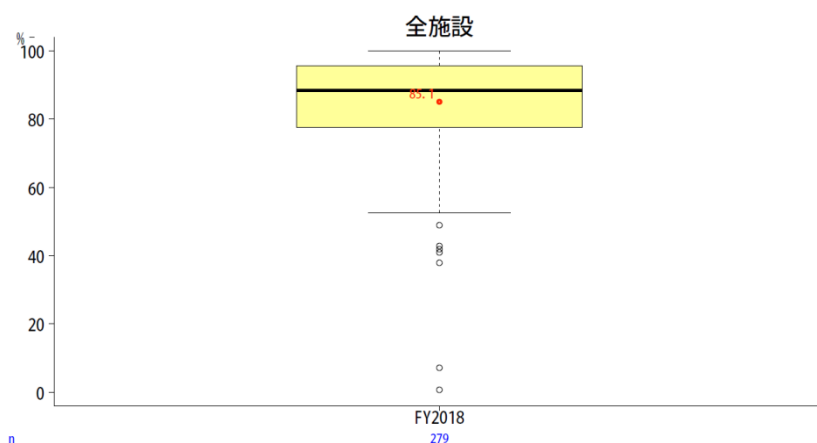
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	85.1%
最小値	0.6%
25%tile	77.6%
中央値	88.5%
75%tile	95.7%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.11 特定術式における手術開始前 1 時間以内 の予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

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。

2013 年度から The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-1 に準拠した定義に変更しました。手術前に感染症のあることがわかっている患者は除外し、術式も冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つの術式における手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬の投与率を示しています。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

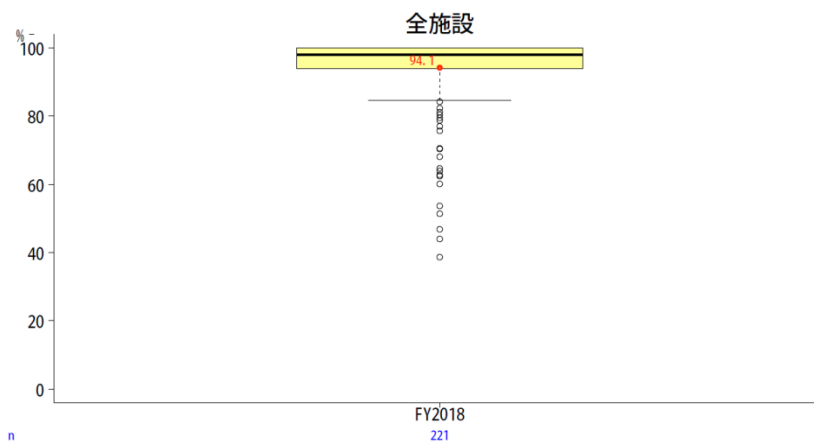
分 子:	手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分 母:	特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)
分母除外:	入院時年齢が 18 歳未満の患者 在院日数が 120 日以上の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする) 手術開始日時の 24 時間前に抗菌薬を投与されている患者(大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし) 外来手術施行患者
収集期間:	1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	94.1%
最小値	38.6%
25%tile	93.9%
中央値	98.0%
75%tile	100.0%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

No.12 特定術式における術後 24 時間（心臓手術は 48 時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率

指標の説明・定義

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。

本指標は The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-3 に準拠した定義です。

術式は「特定術式における手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」と同様に、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つ、注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分子: 術後 24 時間以内(冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合 48 時間以内)に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数

分母: 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、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)

分母除外: 入院時年齢が 18 歳未満の患者
在院日数が 120 日以上患者
帝王切開手術施行患者
臨床試験・治験を実施している患者
術前に感染が明記されている患者
全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)
術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている
手術室内または回復室内での死亡患者

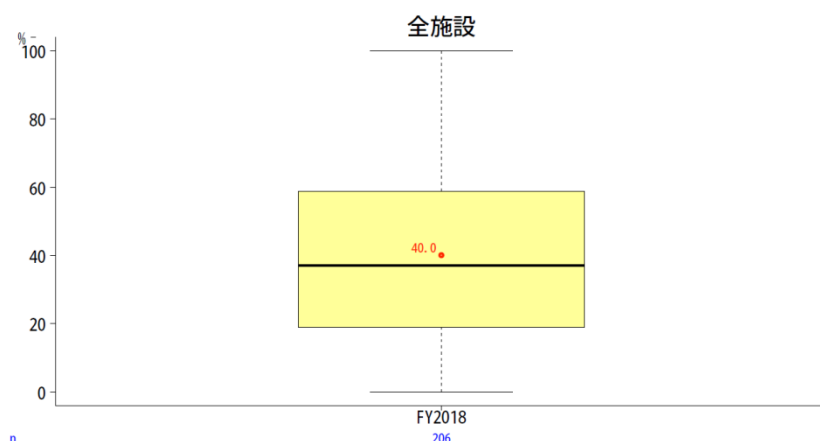
収集期間: 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	40.0%
最小値	0.0%
25%tile	19.0%
中央値	37.1%
75%tile	58.7%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued Within 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

No.13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

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。

本指標は The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-2 に準拠した定義です。

術式は「特定術式における手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」と同様に、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つ、注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分子： 術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数

分母： 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、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)

分母除外： 入院時年齢が 18 歳未満の患者

在院日数が 120 日以上の患者

帝王切開手術施行患者

臨床試験・治験を実施している患者

術前に感染が明記されている患者

全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)

手術室内または回復室内での死亡患者

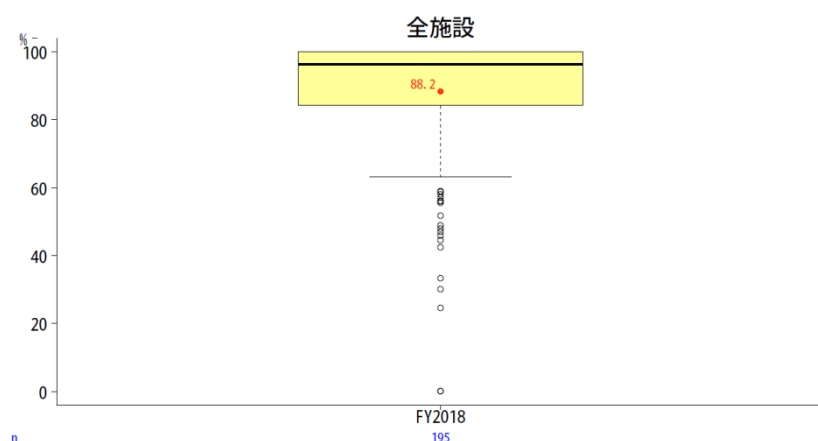
収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	88.2%
最小値	0.0%
25%tile	84.3%
中央値	96.3%
75%tile	100.0%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

No.14-b 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにしました。

HbA1c は、過去 2～3 か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度は HbA1c に比例しており、合併症を予防するためには、HbA1c を 7.0%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1c が 7.0%以下にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の 1 つであると考えられます。ただし、インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知症があり食事したことを記憶できない患者、低血糖を感知できない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であり、専門医があえて HbA1c を高めに維持している患者もいます。したがって、すべての患者で、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。

分 子:	HbA1c(NGSP)の最終値が 7.0%未満、8.0%未満の外来患者数
分 母:	糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数(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)
分母除外:	運動療法または食事療法のための糖尿病患者
収集期間:	3 ヶ月毎

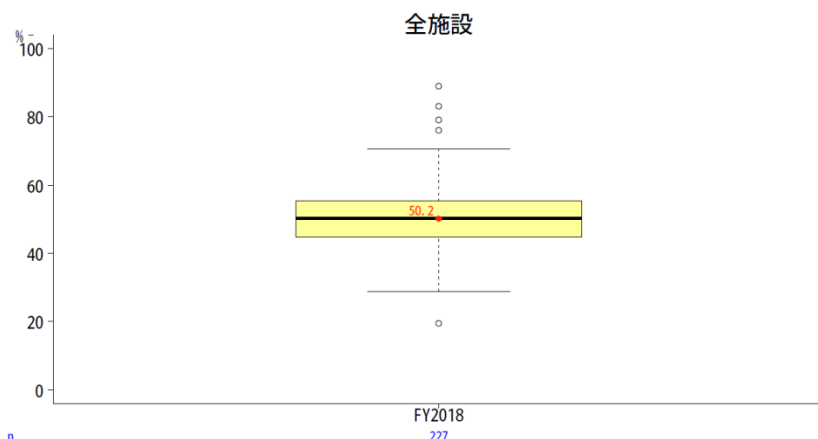
指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

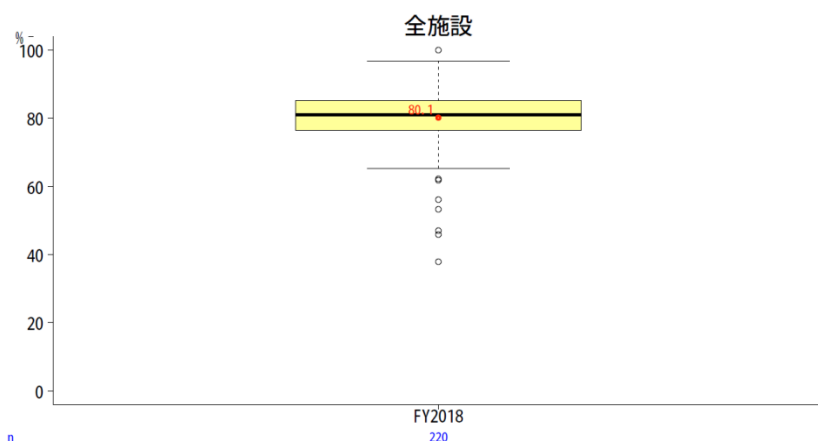
結果

No.14-a



平均値	50.2%
最小値	19.4%
25%tile	44.8%
中央値	50.3%
75%tile	55.5%
最大値	88.9%

No.14-b



平均値	80.1%
最小値	37.8%
25%tile	76.5%
中央値	81.0%
75%tile	85.1%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
2. Perioperative Care Work Group 2; American College of Surgeons/Physician Consortium for Performance Improvement/National Committee for Quality Assurance. Perioperative Care Physician Performance Measurement Set. (Internet <http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi?submit=PCPI> 2016/10/15 available)
3. National Quality Measures Clearinghouse; Comprehensive diabetes care: percentage of members 18 through 64 years of age with diabetes mellitus (type 1 and type 2) whose most recent hemoglobin A1c (HbA1c) level is less than 7.0% (controlled). (Internet: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=48628> 2016/10/15 available)
4. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National Healthcare Quality & Disparities Report (Internet: <http://nhqrnet.ahrq.gov/nhqrdr/jsp/nhqrdr.jsp#snhere#snhere> 2016/10/15 available)
5. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.

No.15 退院後 6 週間以内の救急医療入院率

指標の説明・定義

患者の中には、退院後 6 週間以内に予定外の再入院をすることがあります。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に早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。分母は様式 1 の「退院年月日」が調査期間に該当する一般入院症例数、分子は入院日の 42 日前以降に様式 1 の「前回退院年月日」が該当する救急医療入院症例数としました。

分 子: 前回の退院日が 42 日以内の救急医療入院患者数

分 母: 退院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

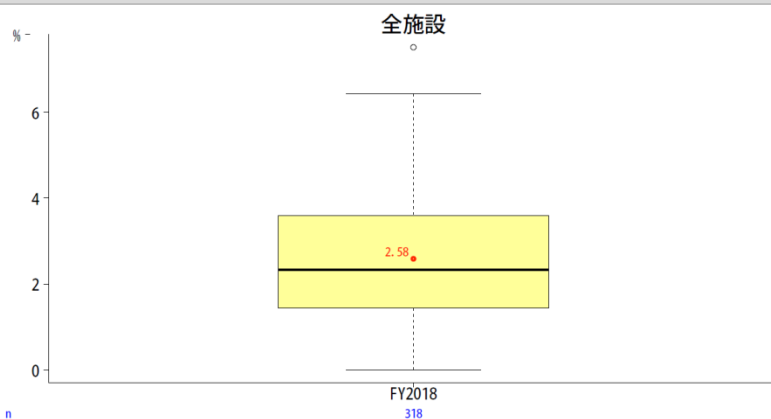
使用データ DPC 様式 1

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	2.58%
最小値	0.00%
25%tile	1.44%
中央値	2.33%
75%tile	3.59%
最大値	7.52%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.16 急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞において、血小板による血管閉塞および心筋との需要供給関係の破綻、心筋のリモデリングが問題であり、過去の報告から抗血小板薬および β -遮断薬の投与推奨されており(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)、過去の欧米のガイドラインにおいても、急性期におけるアスピリンおよび β -遮断薬の処方、Class I となっています。これらは心筋梗塞量の減少やイベント抑制にかかわっているため、医療の質を示すのには適した指標と考えられます。

患者の中にはアレルギーなどの適用外 of の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

分子: 分母のうち入院後二日以内にアスピリンもしくはクロピドグレルが投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

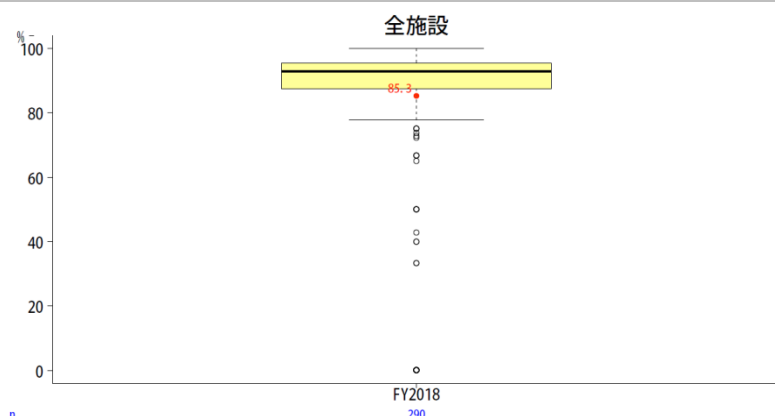
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	85.3%
最小値	0.0%
25%tile	87.5%
中央値	92.9%
75%tile	95.4%
最大値	100.0%

参考文献

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
3. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.17-a 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合

No.17-b 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています (日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン (81-162mg) の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方率をみています。2018 年度では、指標の改訂を行い、アスピリンだけではなく、チクロピジン、プラスグレル、クロピドグレルのいずれかが含まれるとする抗血小板薬の処方率をみる指標も追加しました。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

分 子:	17-a) 分母のうち、退院時にアスピリンもしくはクロピドグレルが投与された患者数 17-b) 分母のうち、退院時にアスピリン、チクロピジン、プラスグレル、クロピドグレルのいずれかが投与された患者数
分 母:	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

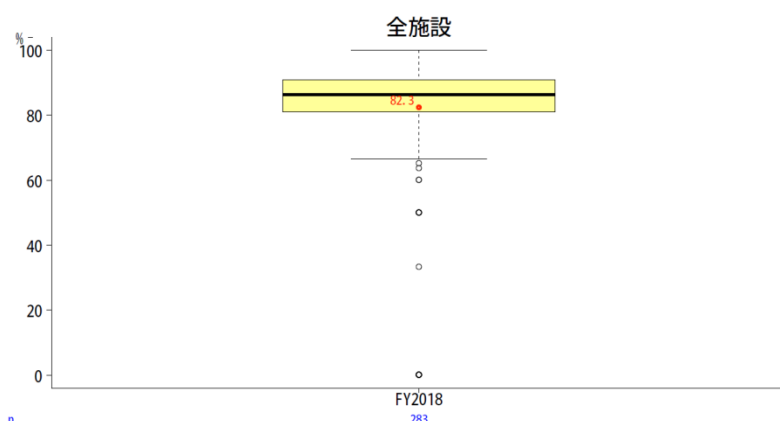
指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

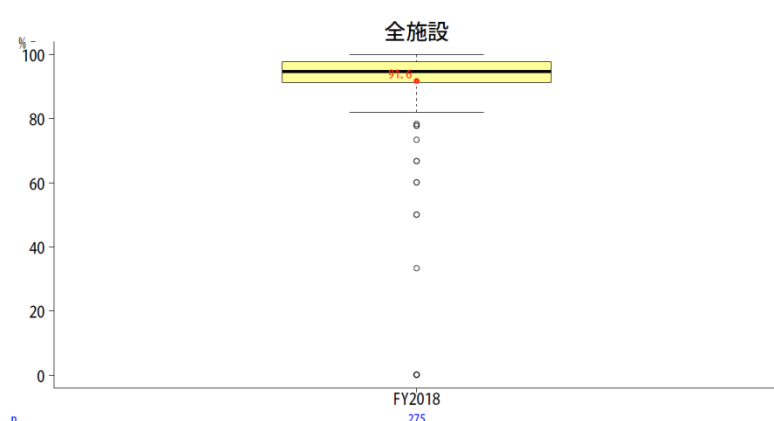
結果

No.17-a



平均値	82.3%
最小値	0.0%
25%tile	81.0%
中央値	86.3%
75%tile	90.9%
最大値	100.0%

No.17-b



平均値	91.6%
最小値	0.0%
25%tile	91.4%
中央値	94.6%
75%tile	97.6%
最大値	100.0%

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
3. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.

4. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.18 急性心筋梗塞患者における退院時 β ブロッカー投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています (日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

分子: 分母のうち、退院時に β ブロッカーが投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

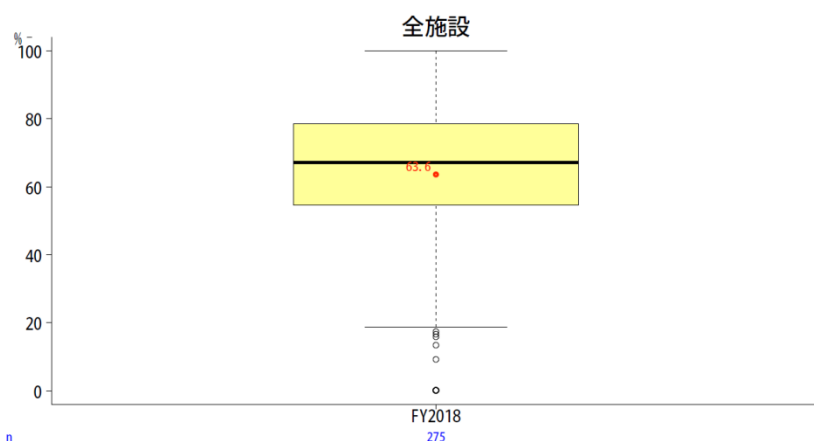
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	63.6%
最小値	0.0%
25%tile	54.6%
中央値	67.2%
75%tile	78.6%
最大値	100.0%

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-5 Beta-Blocker Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
3. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
4. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.19 急性心筋梗塞患者における退院時 スタチン投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています (日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

分子: 分母のうち、退院時にスタチンが投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

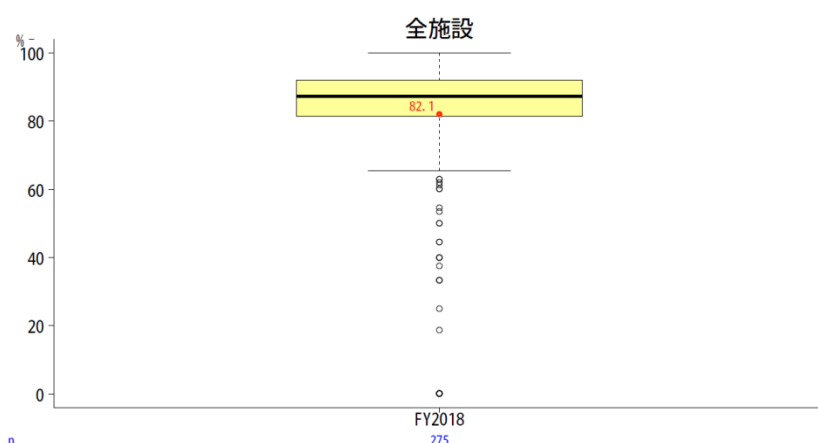
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	82.1%
最小値	0.0%
25%tile	81.4%
中央値	87.2%
75%tile	92.0%
最大値	100.0%

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-10 Statin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
3. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
4. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.20 急性心筋梗塞患者における退院時の ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンギオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています (日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

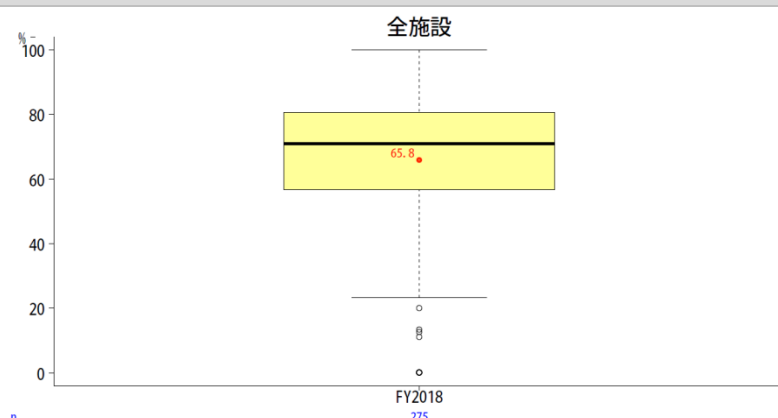
分子:	分母のうち、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数
分母:	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	65.8%
最小値	0.0%
25%tile	56.7%
中央値	70.9%
75%tile	80.6%
最大値	100.0%

参考文献

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
3. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.21 急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンギオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています (日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

分子: 分母のうち、ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

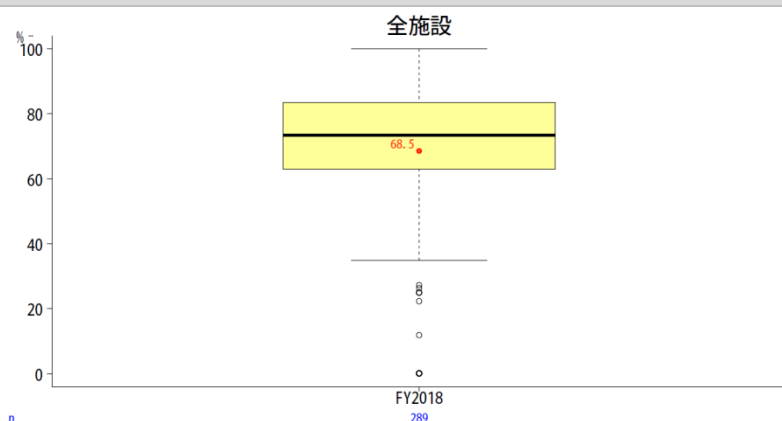
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	68.5%
最小値	0.0%
25%tile	63.0%
中央値	73.5%
75%tile	83.5%
最大値	100.0%

参考文献

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
3. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.22 急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の 初回 PCI 実施割合

指標の説明・定義

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（閉塞した冠動脈の血流を再開させる治療）を行うことが、生命予後の改善に重要です。現在、発症後 12 時間以内は早期再灌流療法の適応とされ、主にバルーンやステントを使用した PCI が行われます。また、血栓吸引療法を併用する場合があります。

病院到着(door)から PCI(balloon)までの時間は、急性心筋梗塞と診断されてから、緊急心臓カテーテル検査と治療のためのスタッフならびにカテーテル室の準備、さらに PCI の手技までを含む複合的な時間であり、door-to-balloon 時間と呼ばれます。具体的には door-to-balloon 時間が 90 分以内であること、あるいは 90 分以内に再灌流療法が施行された患者の割合が 50%以上という指標が用いられます。

本指標では、「経皮的冠動脈形成術(K546)または経皮的冠動脈ステント留置術(K549)施行例のうち、入院日もしくは翌日に(K6451)または(K5491)が算定された割合」として算出を行います。すなわち、(K6451)または(K5491)のうち、「1.急性心筋梗塞に対するもの」の算定条件には「症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(door to balloon time)が 90 分以内であること」の記載がありますので、本項目の算定を「90 分以内の実施」としてカウントします。

ただし、「1.急性心筋梗塞に対するもの」の算定条件にはその他、「症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック(Killip 分類 class IV)であること」の記載もあるため、これらが含まれると過大評価になる可能性があります。さらに、前提条件として「ST 上昇型」などがあるため、非 ST 上昇では 90 分以内であっても算定ができず、指標値が過小になることも考えられます。しかし、同条件で算出することで、一定程度の施設の推移を表すことはできると考えます。

PCI : percutaneous coronary intervention、経皮的冠動脈形成術

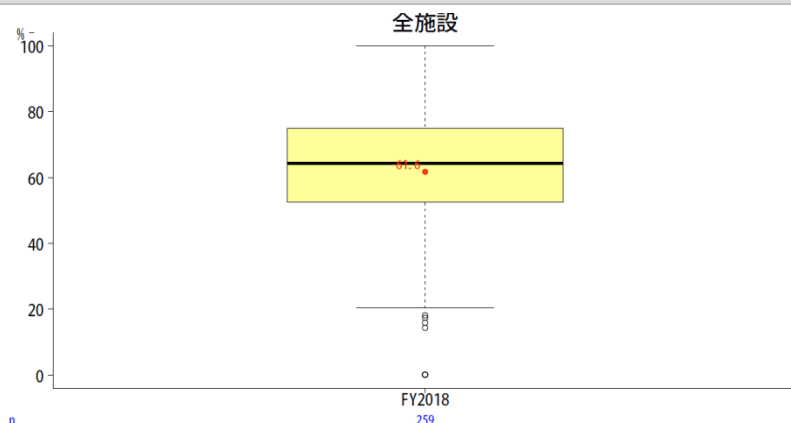
分 子:	分母のうち、来院後 90 分以内に手技を受けた患者数
分 母:	18 歳以上の急性心筋梗塞で PCI を受けた患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	61.6%
最小値	0.0%
25%tile	52.5%
中央値	64.3%
75%tile	74.8%
最大値	100.0%

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-8a Primary PCI Received Within 90 Minutes of Hospital Arrival (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. Circulation. 2004;110:82-292
3. Flynn A et al. Trends in door-to-balloon time and mortality in patients with STEMI undergoing PPCI. Arch Intern Med. 2010;170:1842-1849
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.23 脳卒中患者のうち入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合

指標の説明・定義

脳梗塞急性期における抗血栓療法として、発症 48 時間以内のアスピリン投与が確立された治療法となっています。また、米国心臓協会 (AHA) / 米国脳卒中協会 (ASA) 急性期脳梗塞治療ガイドライン 2013 では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から 24～48 時間以内に投与することを推奨しています (クラス I, エビデンスレベル A)。

したがって、適応のある患者には入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法の投与が開始されていることが望まれます。

算出条件としては、アルテプラザー投与後 24 時間以内に、抗凝固薬・抗血小板薬もしくは血栓溶解薬を投与した場合の安全性と有効性は確立していないため、分母からは除外しています。また、ガイドラインでは、抗凝固薬としてのヘパリンの使用はグレード C1 で考慮してもよいという推奨にとどまっており、分子から除外しています。さらに、抗凝固薬としてのワルファリンは、心原性脳梗塞に適応であり、また効果の発現まで時間を要するため、分子から除外しています。

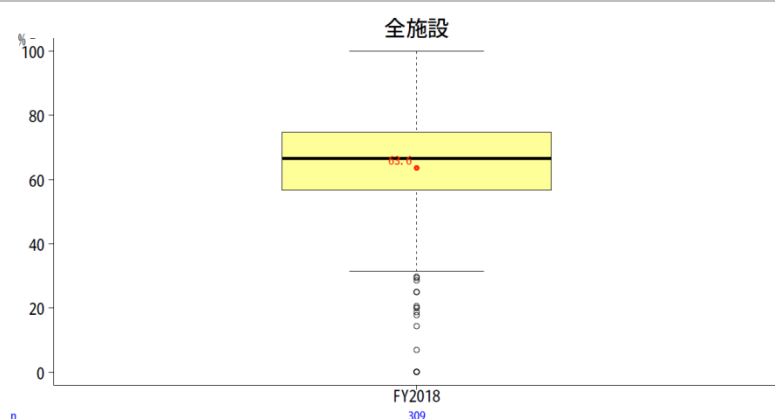
分 子:	分母のうち、入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を施行された患者数
分 母:	脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	63.6%
最小値	0.0%
25%tile	56.8%
中央値	66.5%
75%tile	74.7%
最大値	100.0%

参考文献

1. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
3. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
4. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.

No.24 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

指標の説明・定義

非心原性脳梗塞(アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞など)や非心原性 TIA では、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法(本邦で使用可能なもの)はシロスタゾール 200 mg/日、クロピドグレル 75 mg/日、アスピリン 75-150mg/日(以上、グレード A)、チクロピジン 200 mg/日(グレード B)である」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗血小板薬の投与が開始されていることが望まれます。

分子: 分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

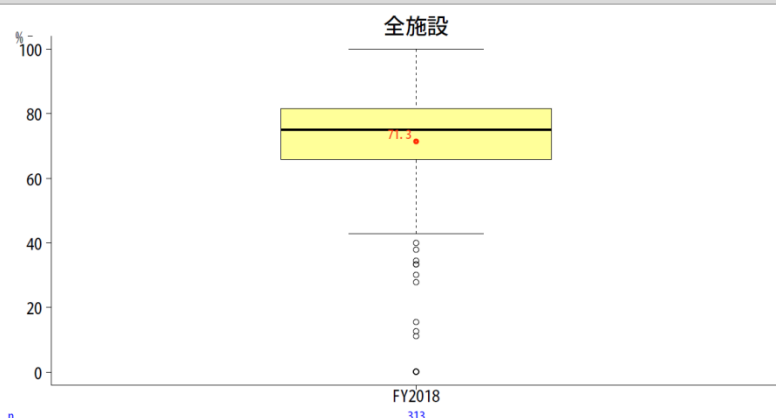
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	71.3%
最小値	0.0%
25%tile	65.8%
中央値	75.0%
75%tile	81.6%
最大値	100.0%

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. *Stroke* 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.25 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

指標の説明・定義

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。

内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「高容量のスタチン系薬剤は脳梗塞の再発予防に勧められる(グレード B)、低用量のスタチン系薬剤で脂質異常症を治療中の患者において、エイコサペンタエン酸(EPA)製剤の併用が脳卒中再発予防に勧められる(グレード B)」と書かれています。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

分子: 分母のうち、退院時にスタチンが処方された患者数

分母: 脳梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

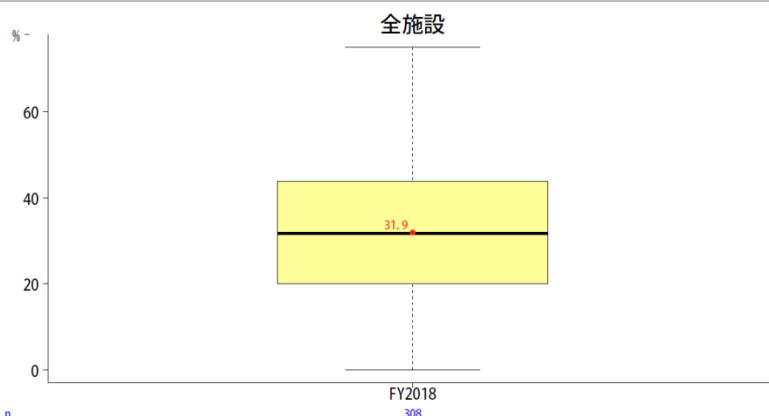
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	31.9%
最小値	0.0%
25%tile	20.1%
中央値	31.7%
75%tile	43.8%
最大値	75.0%

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.26 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

指標の説明・定義

心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である(グレード A)」とされ、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望まれます。「出血性合併症は INR 2.6 を超えると急増する(グレード B)」ことも知られており、ワルファリン投与時のモニタリングは重要であり、本指標にはワルファリン以外にも推奨される抗凝固薬も分母に含めています。

分子: 分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断され、かつ心房細動と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

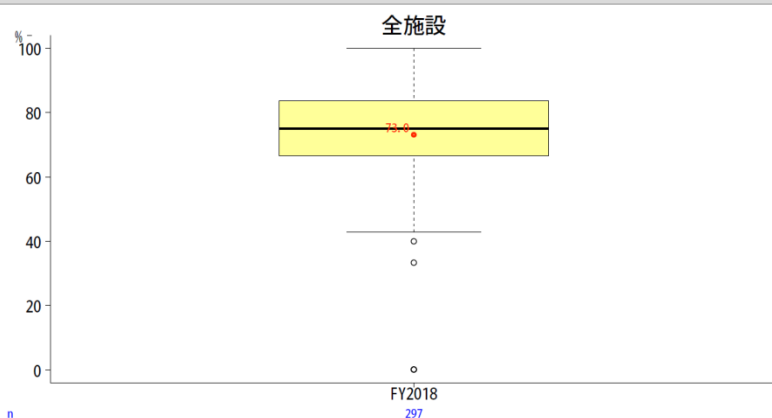
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	73.0%
最小値	0.0%
25%tile	66.7%
中央値	75.0%
75%tile	83.6%
最大値	100.0%

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA); 2010 Sep. 26 p.
4. American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2001 Oct;38:1266i-lxx.
5. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. *Stroke* 2006 Feb;37(2):577-617.
6. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.27 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

指標の説明・定義

脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくし、再発リスクの増加もみられず、ADLの退院時到達レベルを犠牲にせずに入院期間が短縮されることが分かっています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「不動・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作(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できるだけ発症後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る(グレードA)」と書かれています。したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。

分子： 分母のうち、入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた症例数

分母： 脳梗塞で入院した症例数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

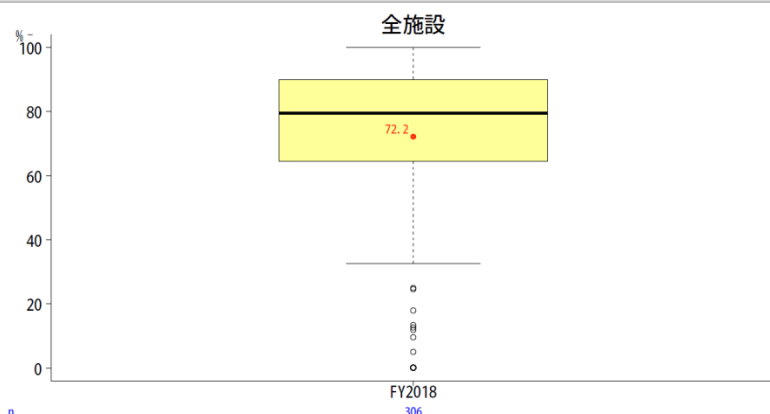
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	72.2%
最小値	0.0%
25%tile	64.6%
中央値	79.5%
75%tile	89.9%
最大値	100.0%

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a
STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.28 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

指標の説明・定義

喘息患者においては、吸入ステロイド薬とピークフローモニタリングによる自己管理が治療の基本となります。また、急性発作期にはステロイド薬の内服や点滴が必要です。

分子： 分母のうち、入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分母： 5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

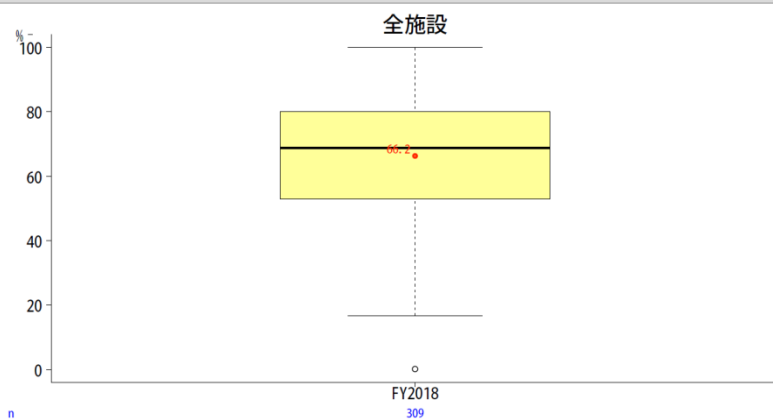
収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

結果



平均値	66.2%
最小値	0.0%
25%tile	52.9%
中央値	68.8%
75%tile	80.0%
最大値	100.0%

参考文献

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Jun. 64 p
2. Diagnosis and management of asthma: percentage of hospitalized patients with asthma who are discharged on an inhaled anti-inflammatory medication. 2010 Jun. NQMC:006175
3. Use of appropriate medications for people with asthma: percentage of members 5 to 64 years of age during

the measurement year who were identified as having persistent asthma and who were appropriately prescribed medication during the measurement year. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2012: Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Vol. 1, narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2011.

4. Performance Trending Report 2012. Office of Medical Assistance Programs, Pennsylvania Department of Public Welfare. February 6, 2013.(http://www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/communication/s_002193.pdf)

No.29 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

指標の説明・定義

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2012 および 2017 において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本となります。本指標は入院症例を急性増悪(発作)時ととらえ、全身性ステロイド薬の投与の有無をみています。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。

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: 2 歳から 15 歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

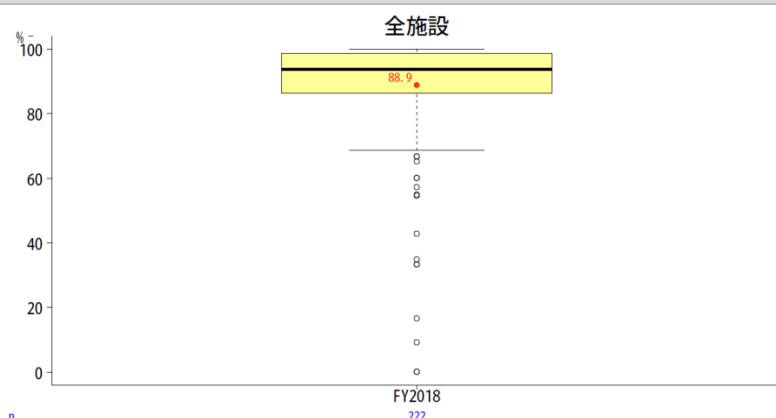
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



参考文献

1. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Finkelstein JA, Lozano P, Livingston JM, Weiss KB, Weiss ST. Use of inhaled

anti-inflammatory medication in children with asthma in managed care settings. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001 Apr;155(4):501-7.

2. Crain EF, Weiss KB, Fagan MJ. Pediatric asthma care in US emergency departments. Current practice in the context of the National Institutes of Health guidelines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995 Aug;149(8):893-901.
3. McCormick MC, Kass B, Elixhauser A, Thompson J, Simpson L. Annual report on access to and utilization of health care for children and youth in the United States--1999. *Pediatrics* 2000 Jan;105(1 Pt 3):219-30.
4. Silber JH, Rosenbaum PR, Even-Shoshan O, Shabbout M, Zhang X, Bradlow ET, Marsh RR. Length of stay, conditional length of stay, and prolonged stay in pediatric asthma. *Health Serv Res* 2003 Jun;38(3):867-86.
5. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2010 Apr 1. various p.

No.30 統合指標 (Composite Measures)

【手術】

指標の説明・定義

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうかの評価できます。

分子: 指標 No.11,12,13 の分子の合計

分母: 指標 No.11,12,13 の分母の合計

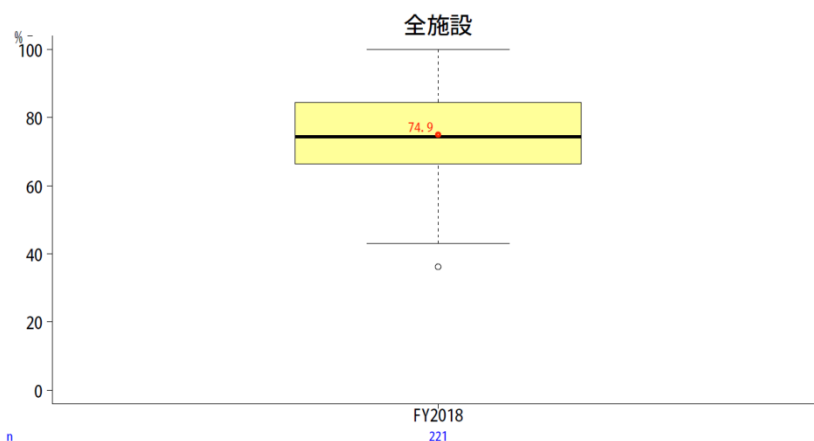
収集期間: 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	74.9%
最小値	36.2%
25%tile	66.4%
中央値	74.4%
75%tile	84.4%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.31 統合指標（Composite Measures）

【虚血性心疾患】

指標の説明・定義

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうかの評価できます。

分子： 指標 No.16,17,18,19,20,21,22 の分子の合計

分母： 指標 No.16,17,18,19,20,21,22 の分母の合計

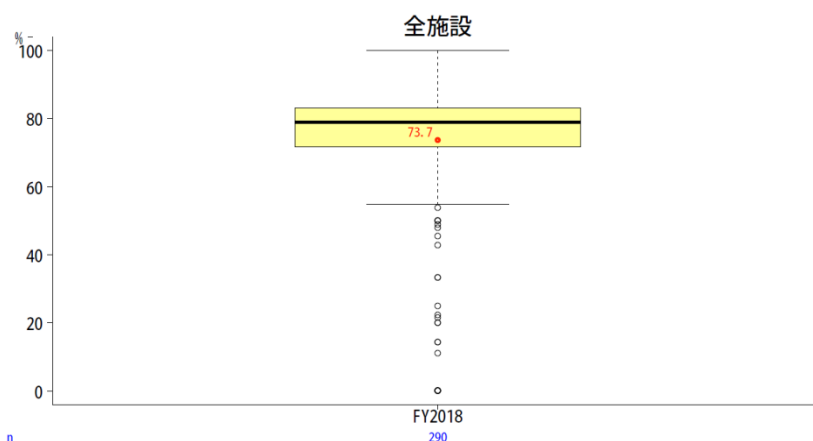
収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	73.7%
最小値	0.0%
25%tile	71.9%
中央値	79.0%
75%tile	83.1%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.32 統合指標（Composite Measures）

【脳卒中】

指標の説明・定義

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうかの評価できます。

分子： 指標 No.23,24,25,26,27 の分子の合計

分母： 指標 No.23,24,25,26,27 の分母の合計

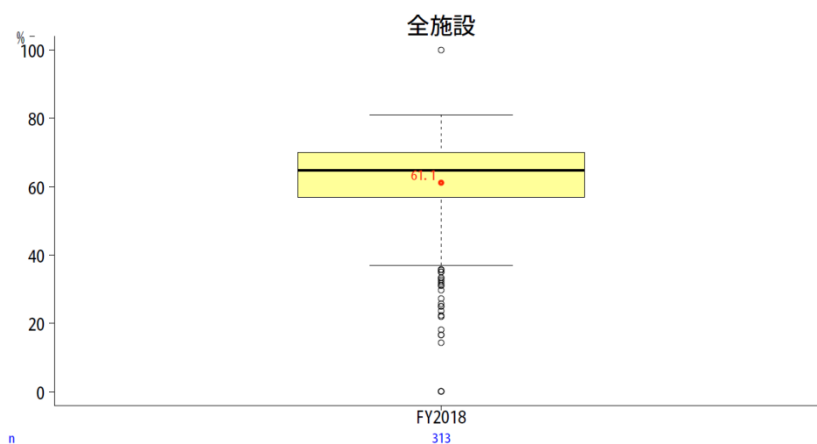
収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	61.1%
最小値	0.0%
25%tile	56.9%
中央値	64.8%
75%tile	70.1%
最大値	100.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8

No.33-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

No.33-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

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。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。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。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性があります。

<No.33-a>

分 子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分 母: 許可病床数

備 考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

<No.38-b>

分 子: 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分 母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

備 考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

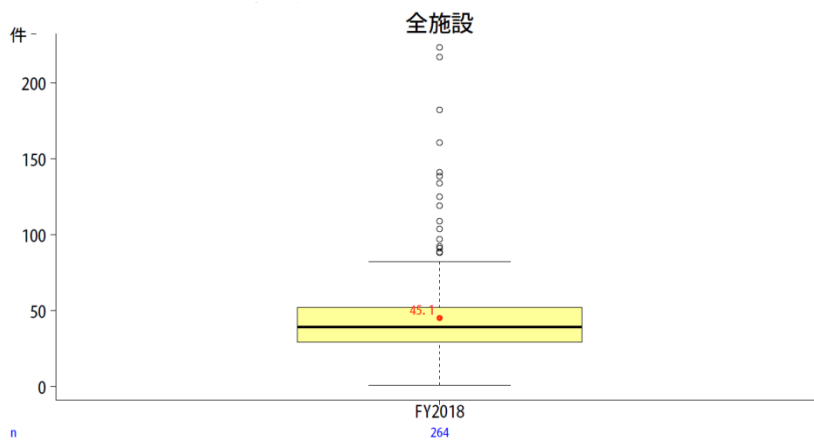
指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

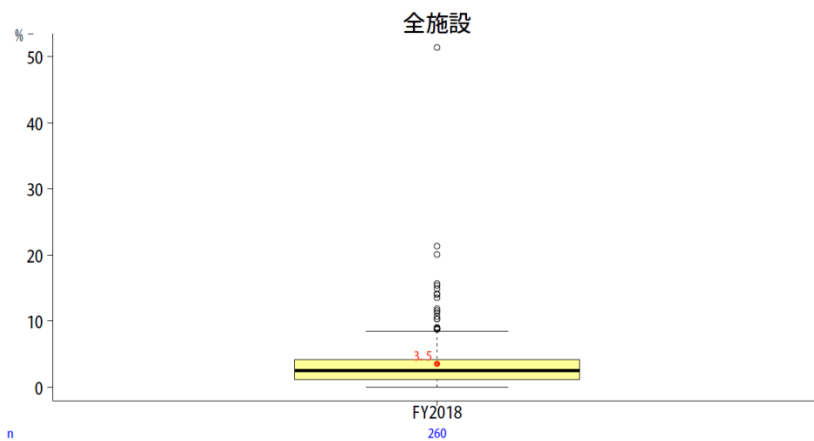
結果

No.33-a



平均値	45.1 件
最小値	0.9 件
25%tile	29.0 件
中央値	39.2 件
75%tile	52.0 件
最大値	223.4 件

No.33-b



平均値	3.5%
最小値	0.0%
25%tile	1.2%
中央値	2.5%
75%tile	4.2%
最大値	51.4%

参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成 24 年 6 月.

No.34 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

指標の説明・定義

医療機関を受診する患者は、免疫力が低下していることが多く、病院職員からの感染を防止する必要があります。接種率が高い場合には、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。

分子: インフルエンザワクチンを予防接種した職員数

分母: 職員数

備考: 職員:各施設の就業規則で規定される範囲とする。

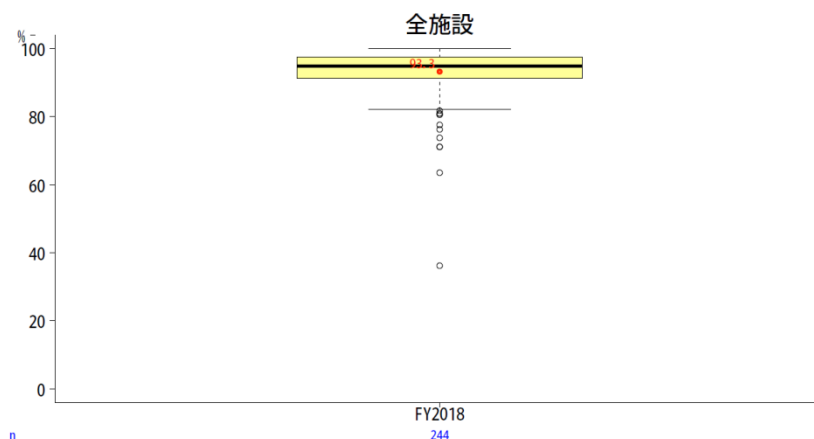
収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	93.3%
最小値	36.2%
25%tile	91.3%
中央値	94.9%
75%tile	97.5%
最大値	100.0%

参考文献

1. Libby TE, Lindley MC, Lorick SA, MacCannell T, Lee SJ, Smith C, Geevarughese A, Makvandi M, Nace DA, Ahmed F. Reliability and validity of a standardized measure of influenza vaccination coverage among

healthcare personnel. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 Apr;34(4):335–45.

2. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Measure summary: Influenza vaccination: percentage of healthcare personnel (HCP) who receive the influenza vaccination. In: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013 Jan 01. Available: <https://qualitymeasures.ahrq.gov>

No.35 中心静脈カテーテル挿入に伴う 気胸発生率

指標の説明・定義

中心静脈カテーテル挿入術は、主に長期の栄養管理を必要とする患者、抗菌薬や循環作動薬など複数の点滴を必要とする患者に不可欠とされる処置です。心臓近くの中心静脈にカテーテルという管を留置することで、重症患者の全身管理に役立ちます。

中心静脈カテーテル挿入術の合併症頻度を低く保つことは、医療安全に対する取り組みの指標となります。また、他施設よりも値が高い施設では、再発予防に向けた安全管理を見直す契機になります。

分子： 分母のうち、入院後医原性気胸が発生した患者数

分母： 中心静脈カテーテルが挿入された患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

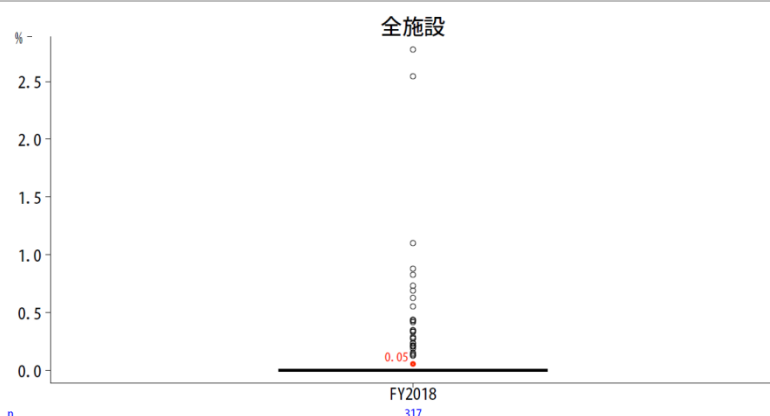
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	0.05%
最小値	0.00%
25%tile	0.00%
中央値	0.00%
75%tile	0.00%
最大値	2.78%

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.36 誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率

指標の説明・定義

誤嚥性肺炎の多くは嚥下障害によって引き起こされます。咽頭ファイバースコープや嚥下造影検査によって患者の嚥下機能を評価し、適切なアプローチ（治療、摂食・嚥下訓練、リハビリテーション、音声訓練など）につなげることができます。

分子： 分母のうち「D299 喉頭ファイバースコープ」または「E0037 造影剤注入手技 嚥下造影」検査が行われた患者数

分母： 誤嚥性肺炎患者数

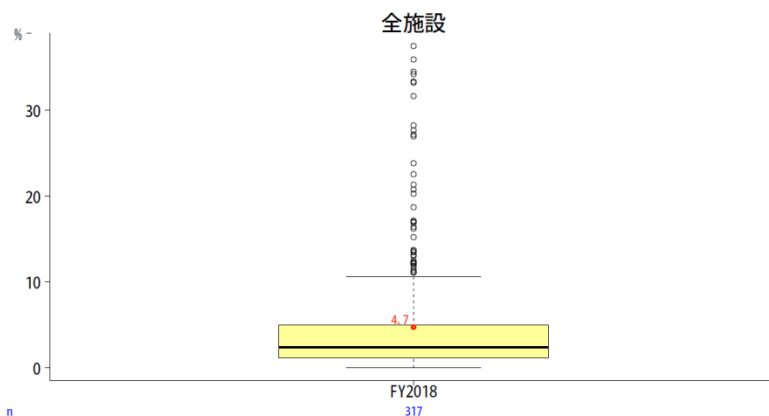
収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

結果



平均値	4.7%
最小値	0.0%
25%tile	1.1%
中央値	2.4%
75%tile	5.0%
最大値	37.5%

参考文献

1. 独立行政法人 国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 計測マニュアル
2. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
3. 独立行政法人 国立病院機構 離床評価指標 Ver.3.1 2018 <https://www.hosp.go.jp/files/000054296.pdf>

No.37 予防的抗菌薬術後 24 時間（術後 48 時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率

指標の説明・定義

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を予防する一方、不必要な予防的投与の継続を避けることで、入院期間の延長や医療費の増大、耐性菌の発生を抑えることができると考えられています。

分 子:	分母のうち手術翌日(術後2日目)に予防的抗菌薬が投与されていない件数
分 母:	入院手術件数(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・冠動脈バイパス手術・その他の心臓手術)
備 考:	冠動脈バイパス手術・その他の心臓手術の場合は、術後2日目とする。
収集期間:	4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分
使用データ	Fファイル

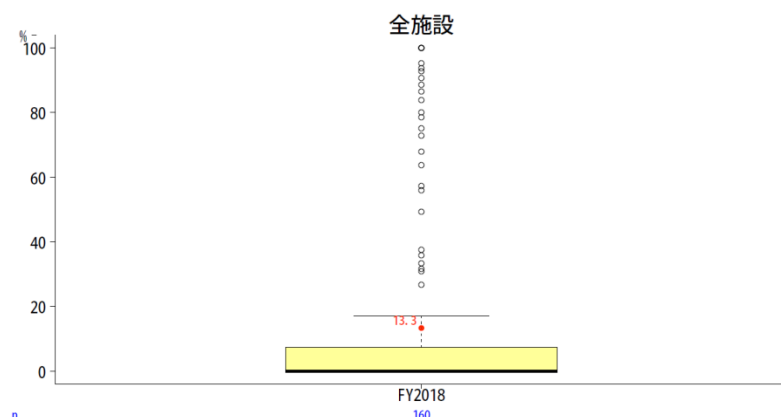
指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

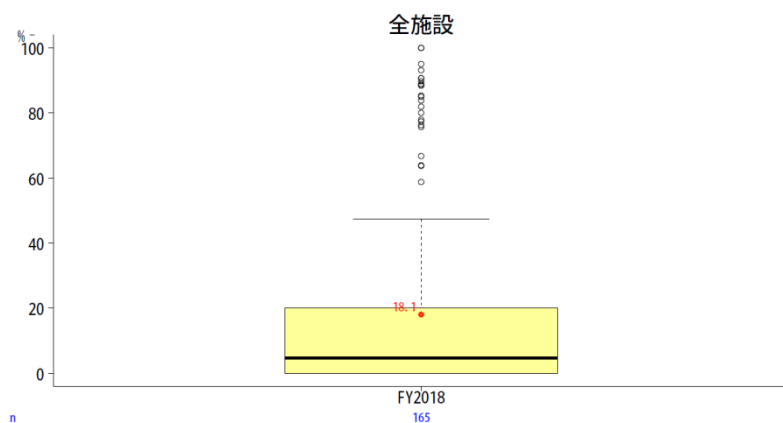
結果

No.37-a 冠動脈バイパス手術



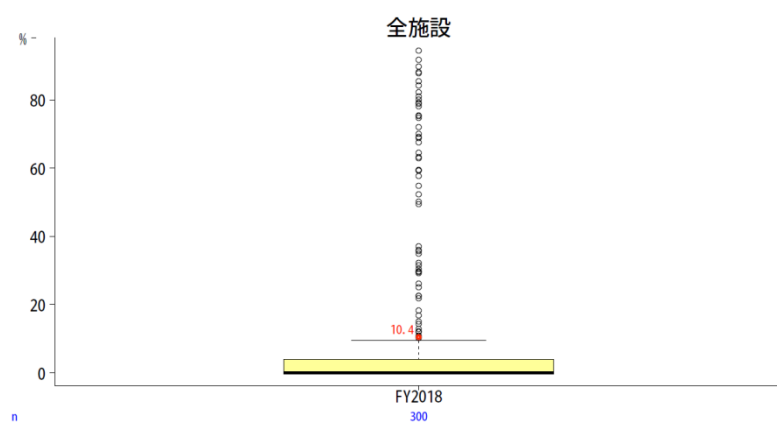
平均値	13.3%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	0.0%
75%tile	7.2%
最大値	100.0%

No.37-b そのほかの心臓手術



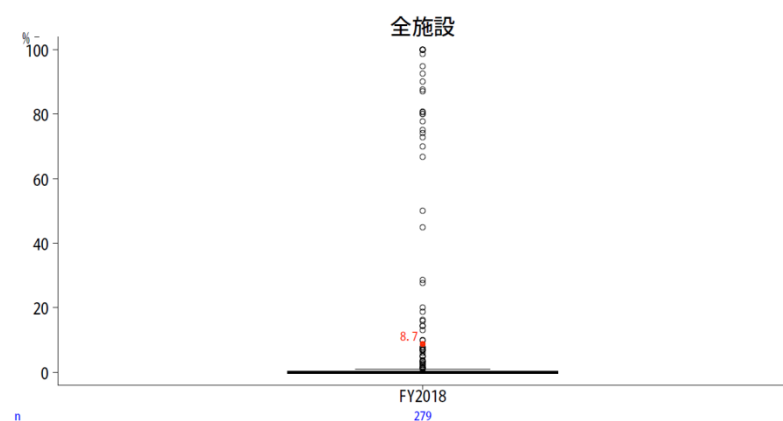
平均値	18.1%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	4.6%
75%tile	20.0%
最大値	100.0%

No.37-c 股関節人工骨頭置換術



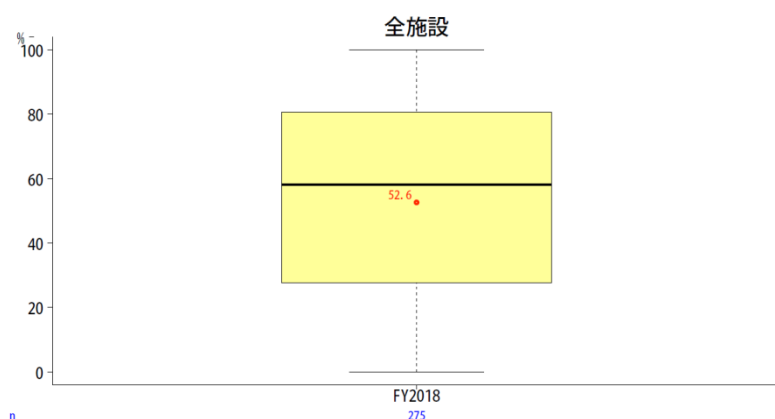
平均値	10.4%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	0.0%
75%tile	3.9%
最大値	94.4%

No.37-d 膝関節置換術



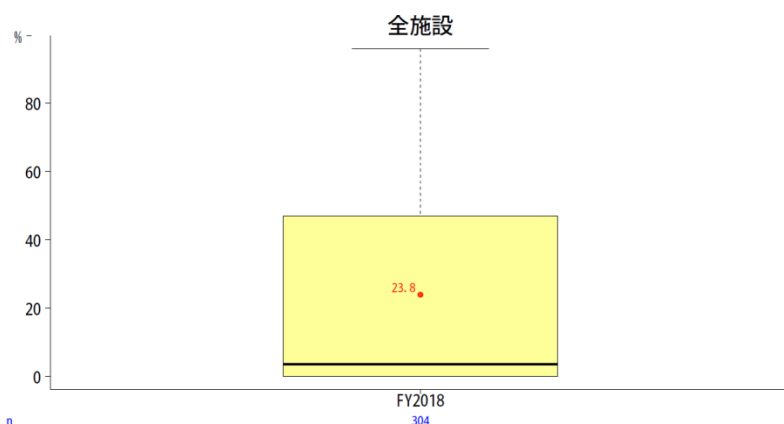
平均値	8.7%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	0.0%
75%tile	0.3%
最大値	100.0%

No.37-e 血管手術



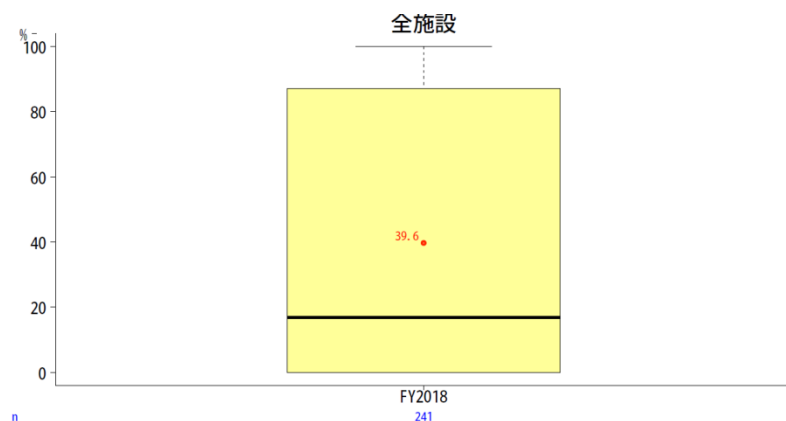
平均値	52.6%
最小値	0.0%
25%tile	27.7%
中央値	58.2%
75%tile	80.7%
最大値	100.0%

No.37-f 大腸手術



平均値	23.9%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	3.5%
75%tile	46.6%
最大値	95.8%

No.37-g 子宮全摘除術



平均値	39.5%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	16.9%
75%tile	87.2%
最大値	100.0%

参考文献

- 術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン
- The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a
SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued Within 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infect Cont Hosp Epidemiol* 1999;20:247-278.

No.38-a 薬剤管理指導実施率

No.38-b 安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率

指標の説明・定義

薬剤師の薬学的管理指導は、医療改善につながります。

また、服薬指導により薬物療法に対する安全性や有用性を患者が認識すれば、アドヒアランスの向上（患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定にそって治療を受けること）に繋がると期待されています。

<No.38-a>

分 子： 分母のうち薬剤管理指導を受けた患者数

分 母： 入院患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

<No.38-b>

分 子： 分母のうち、「B008 薬剤管理指導料 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射がされている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く）」が算定された患者数

分 母： 特に安全管理が必要な医薬品として、別表に定める医薬品のいずれかが投薬又は注射されている患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

使用データ EF ファイル

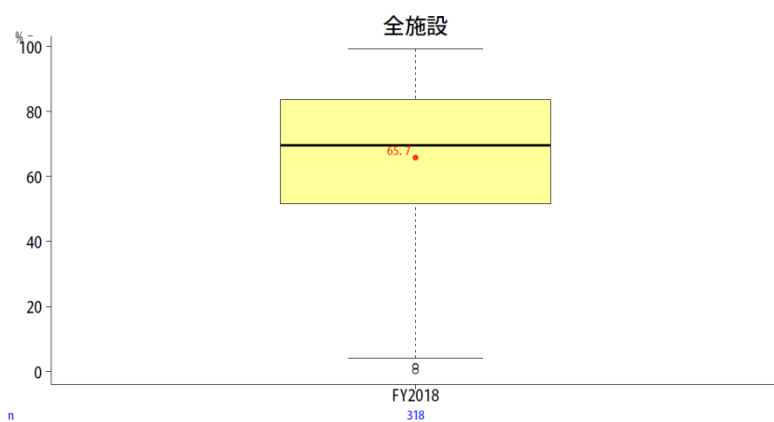
指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

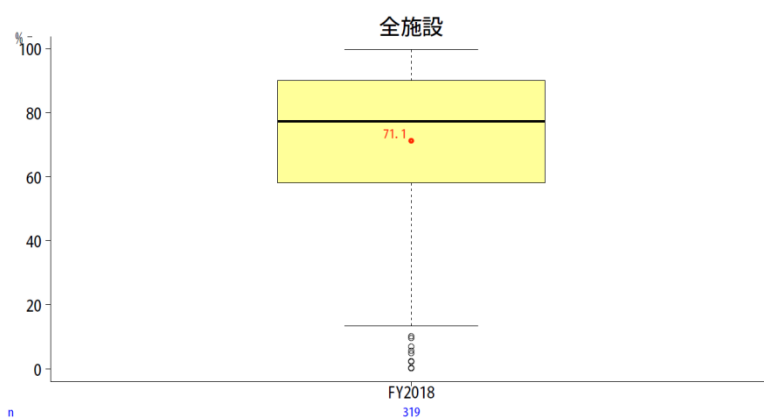
結果

No.38-a



平均値	65.7%
最小値	0.0%
25%tile	51.6%
中央値	69.6%
75%tile	83.7%
最大値	99.3%

No.38-b



平均値	71.2%
最小値	0.0%
25%tile	58.2%
中央値	77.3%
75%tile	90.1%
最大値	99.7%

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 独立行政法人 国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 計測マニュアル

No.39 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

指標の説明・定義

糖尿病や慢性腎臓病の患者は、食事も重要な治療の一つです。入院時に提供される食事には、通常食と治療のために減塩や低脂肪などに配慮した特別食があります。

積極的に栄養管理の介入を行うことも、医療の質の向上につながります。

分子： 分母のうち特別食加算の算定回数

分母： 18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

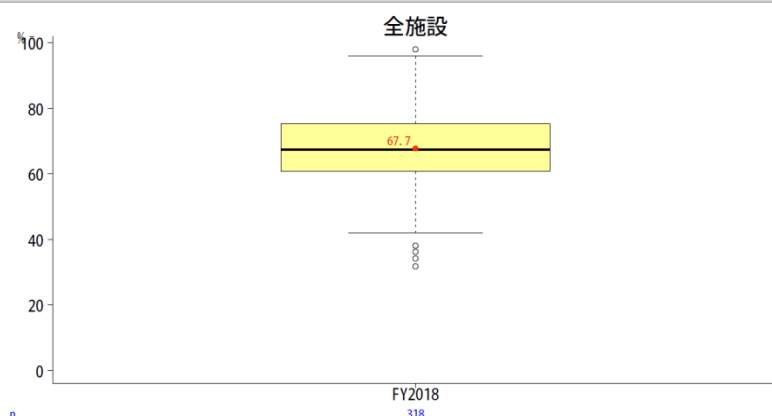
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



平均値	67.7%
最小値	31.7%
25%tile	60.7%
中央値	67.4%
75%tile	75.2%
最大値	98.0%

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

No.40-a 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

No.40-b 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

指標の説明・定義

肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン(2017年改訂版)に肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)の予防方法が記載されており、このガイドラインに準拠して予防対策を実施した場合、診療報酬上の肺血栓塞栓予防管理料を算定することができます。

予防方法には、弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置の使用、抗凝固薬療法があり、リスクレベルに応じて単独あるいは併用が推奨されています。周術期の肺血栓塞栓症の予防行為の実施は、急性肺血栓塞栓症の発生率を下げるにつながると考えられています。

深部静脈血栓症の危険因子には、加齢、悪性腫瘍、肥満や妊娠、長期臥床など、周術期以外の場面でも発症するリスクがあります。ガイドライン通りに予防措置を行ったとしても、肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症を完全に予防できるわけではありませんが、予防する行為を行っていないければ、その発症率は高まると考えられます。

<No.40-a>

分 子:	分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策(弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上)が実施された患者数
分 母:	肺血栓塞栓症発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
収集期間:	4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

<No.40-b>

分 子:	分母のうち肺血栓塞栓症を発症した患者数
分 母:	肺血栓塞栓症発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
収集期間:	4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

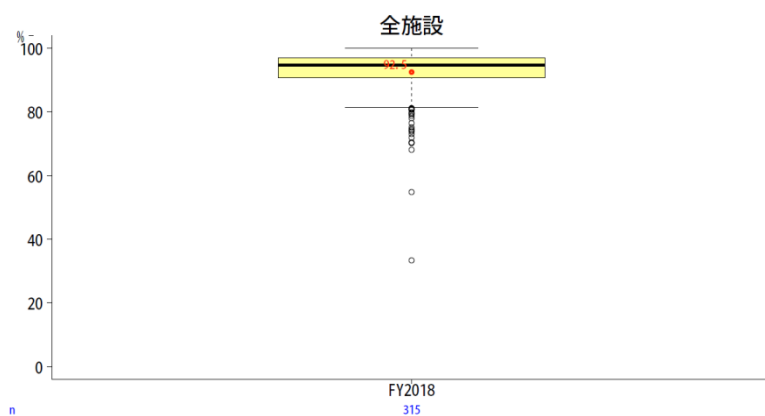
指標の種類・値の解釈

プロセス

アウトカウム

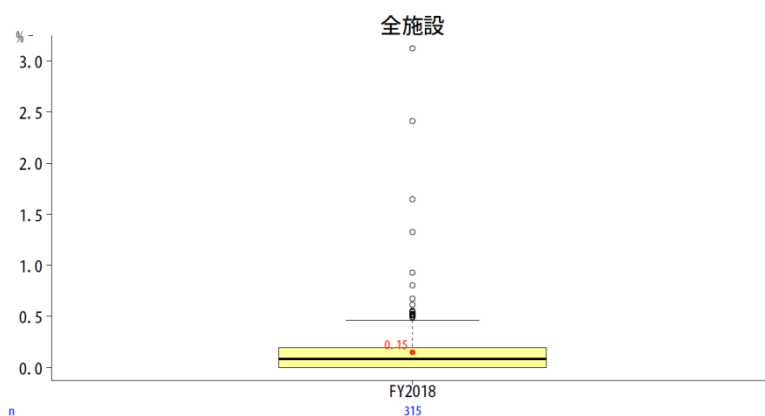
結果

No.40-a



平均値	92.5%
最小値	33.3%
25%tile	90.7%
中央値	94.7%
75%tile	97.0%
最大値	100.0%

No.40-b



平均値	0.15%
最小値	0.00%
25%tile	0.00%
中央値	0.09%
75%tile	0.19%
最大値	3.13%

参考文献

1. 独立行政法人 国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3 計測マニュアル
2. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン
3. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-VTE-2 Surgery Patients Who Received Appropriate Venous Thromboembolism Prophylaxis Within 24 Hours Prior to Surgery to 24 Hours After Surgery(http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip)
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.
5. 日本化学療法学会/日本外科感染症学会 術後感染予防抗菌薬適正使用に関するガイドライン作成委員会編.「術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン」
6. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b VTE-6 Incidence of Potentially-Preventable Venous Thromboembolism(http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip)

No.41-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

No.41-b 血液培養実施時の2セット実施率

指標の説明・定義

広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。
また、血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。

<No.41-a>

分 子: 分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数

分 母: 広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ EF ファイル

<No.41-b>

分 子: 血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日)

分 母: 血液培養オーダー日数(人日)

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ F ファイル、EF ファイル

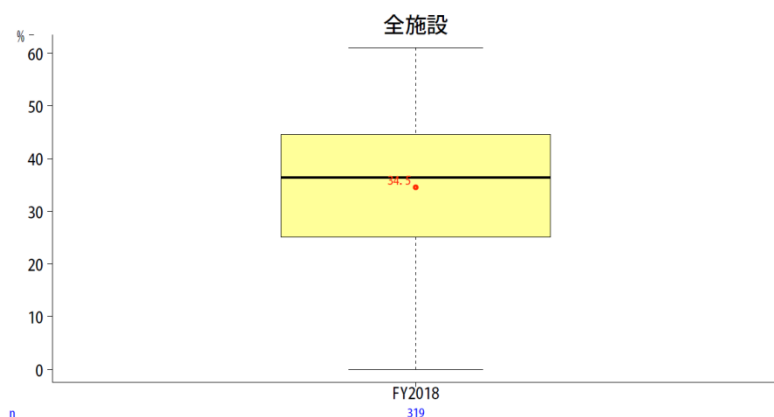
指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

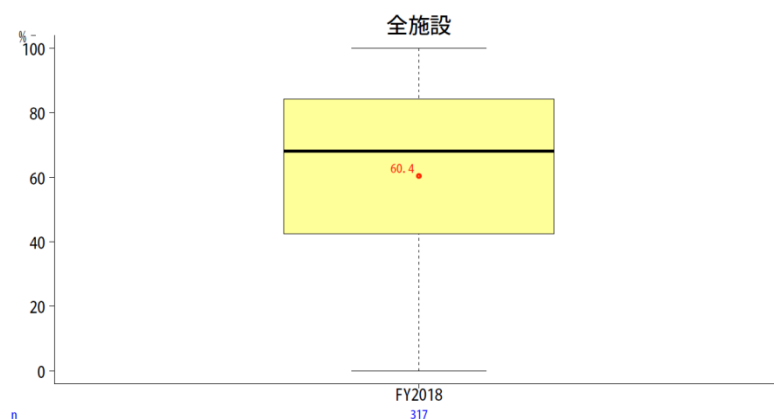
結果

No.41-a



平均値	34.5%
最小値	0.0%
25%tile	25.1%
中央値	36.4%
75%tile	44.6%
最大値	61.1%

No.41-b



平均値	60.4%
最小値	0.0%
25%tile	42.4%
中央値	68.1%
75%tile	84.2%
最大値	100.0%

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

No.42-a 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率

No.42-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

指標の説明・定義

脳卒中の治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。

脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

同様に、急性期における治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。

大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

<No.42-a>

分 子： 分母のうち「地域連携診療計画加算」を算定した患者数

分 母： 脳卒中で入院した患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

<No.42-b>

分 子： 分母のうち「地域連携診療計画加算」を算定した患者数

分 母： 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

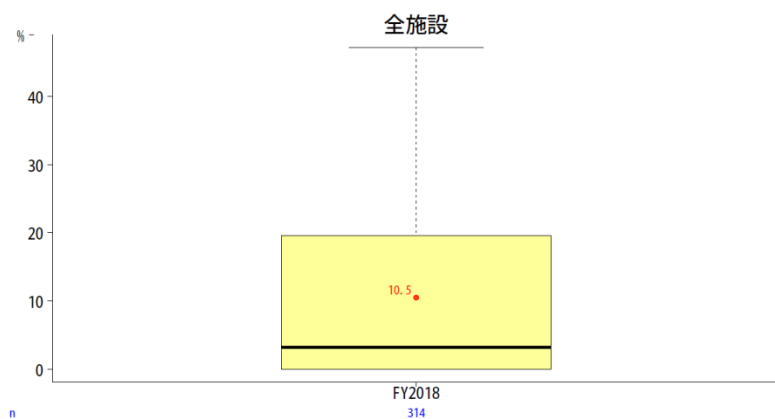
指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

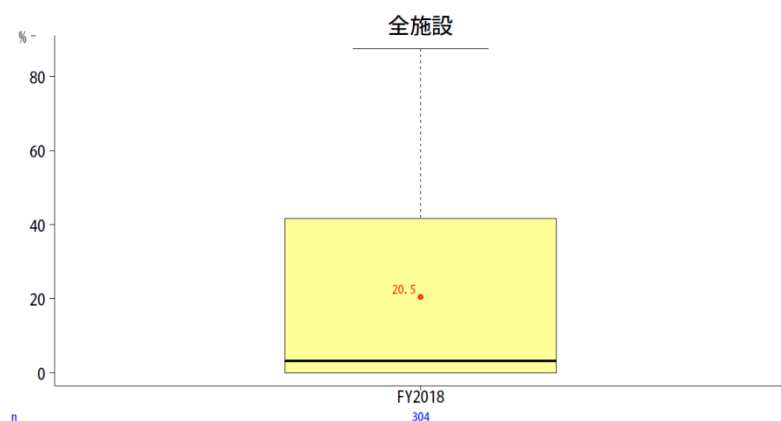
結果

No.42-a



平均値	10.5%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	3.2%
75%tile	19.5%
最大値	47.2%

No.42-b



平均値	20.5%
最小値	0.0%
25%tile	0.0%
中央値	3.2%
75%tile	41.5%
最大値	87.5%

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20170425/i_19.pdf
3. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20171018/i_20.pdf

精神病床向けの指標

No.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分 子: No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分 母: 初診患者数

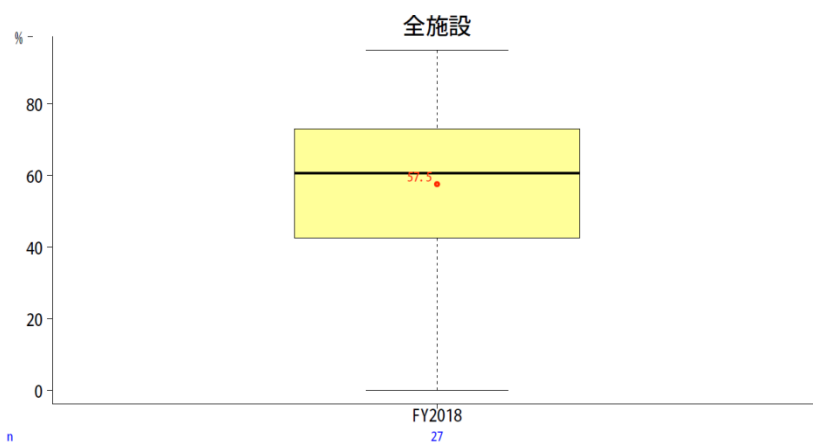
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

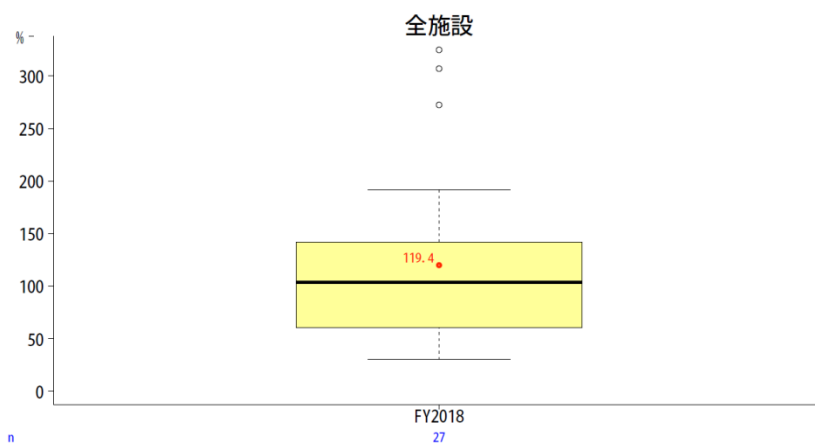
結果

No.01



平均値	57.5%
最小値	0.0%
25%tile	42.5%
中央値	60.7%
75%tile	73.0%
最大値	95.0%

No.02



平均値	119.4%
最小値	29.8%
25%tile	60.1%
中央値	103.4%
75%tile	141.6%
最大値	325.0%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2013 年度より、損傷レベル 2 以上を項目に加えることにしました。

分 子: No.03-a) 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転倒・転落件数
No.03-b) 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転倒・転落件数のうち**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数
No.03-c) 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転倒・転落件数のうち**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1 ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X 線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

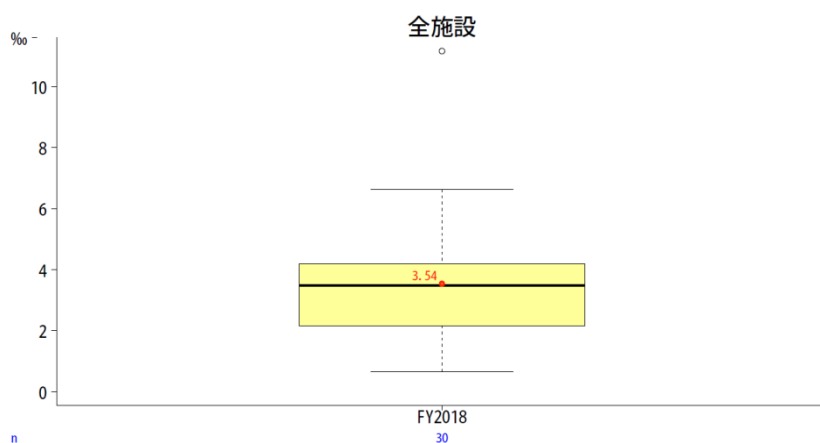
指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

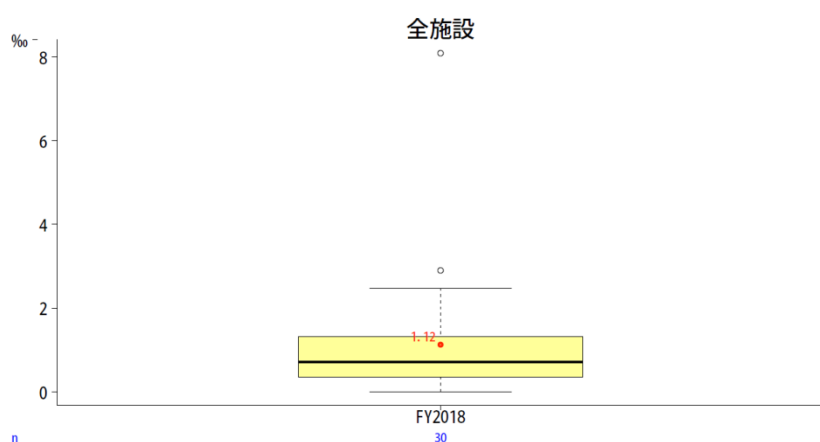
結果

No.03-a



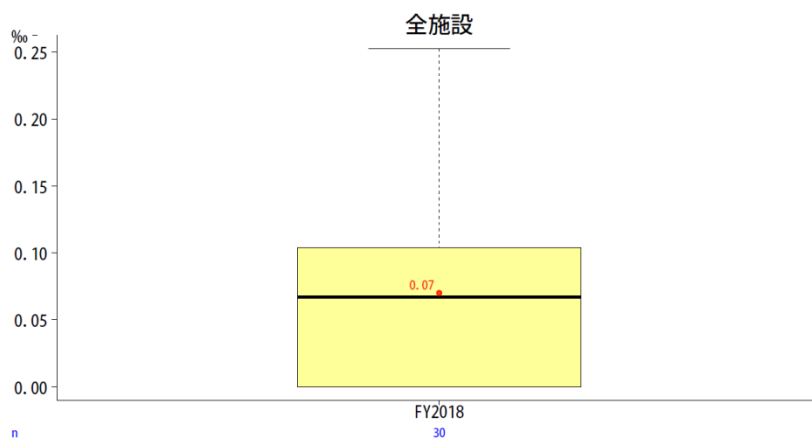
平均値	3.54‰
最小値	0.66‰
25%tile	2.15‰
中央値	3.48‰
75%tile	4.20‰
最大値	11.16‰

No.03-b



平均値	1.12‰
最小値	0.00‰
25%tile	0.35‰
中央値	0.71‰
75%tile	1.31‰
最大値	8.09‰

No.03-c



平均値	0.07‰
最小値	0.00‰
25%tile	0.00‰
中央値	0.07‰
75%tile	0.10‰
最大値	0.25‰

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 16－18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健法では、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

分 子： 分母のうち(物理的)身体抑制を実施したのべ患者日数(device days)

分 母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

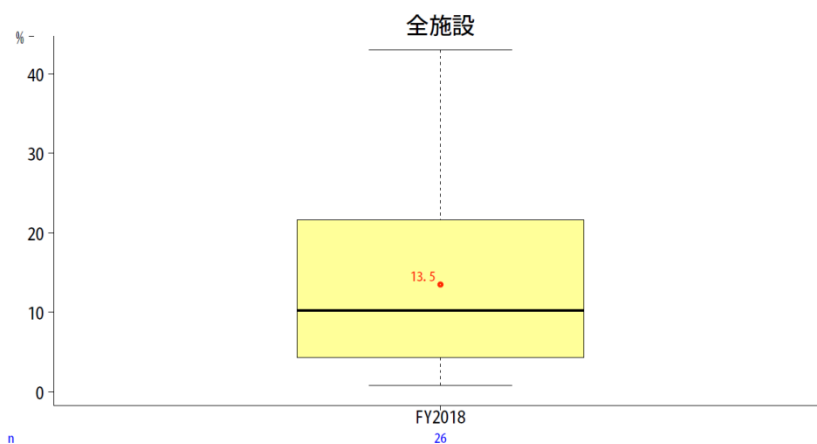
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子 テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



平均値	13.5%
最小値	0.8%
25%tile	4.4%
中央値	10.2%
75%tile	21.4%
最大値	43.1%

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

本指標は、精神病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

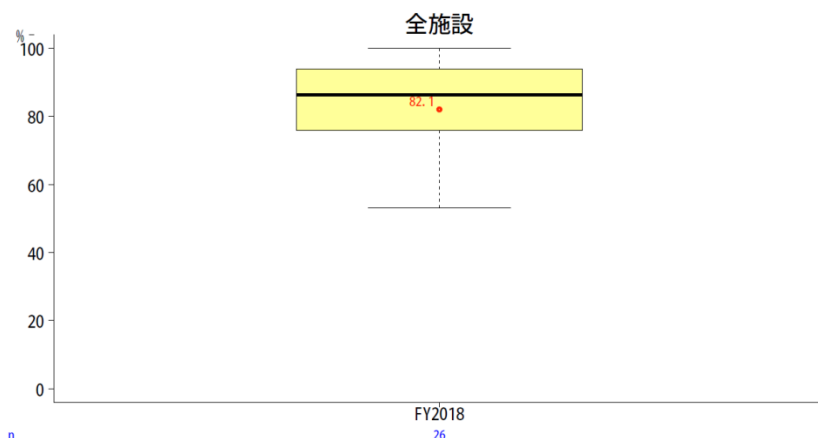
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



平均値	82.1%
最小値	53.1%
25%tile	76.4%
中央値	86.3%
75%tile	93.4%
最大値	100.0%

参考文献

No.06 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

わが国では、褥瘡発生率については一定の算出方法がないため、分母の入院延べ患者数から「入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数」と「調査期間より前に(例えば前月に)褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数」を除外することで、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定しました。入院時刻から24時間以内に発生した褥瘡は院内発生とみなさず、日帰り入院患者、同日入退院患者も分母から除外しました。分子は、調査期間における分母対象患者(院内で新規褥瘡が発生する可能性がある患者)のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数とし、深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑いも含めることとしました。褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会のDESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用)とInternational NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelinesを用いています。

分 子: 調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 院内で新規発生の褥瘡(入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録)
深さ d2 以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑い

分母除外: 日帰り入院患者の入院日数(同日入退院患者も含む)
入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数(ただし、院内での新規発生に限定)
調査期間より前に褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定)

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷

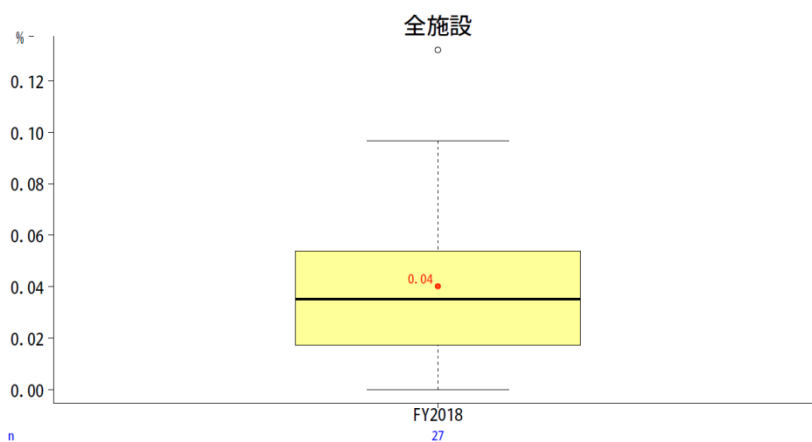
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	0.04%
最小値	0.00%
25%tile	0.02%
中央値	0.04%
75%tile	0.05%
最大値	0.13%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

No.07 90 日以内の退院患者率

指標の説明・定義

精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなることがあります。

測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

分子： 退院日が調査期間に含まれる患者で、退院日-入院日 ≤ 90 の精神科退院患者数

母： 調査期間の精神科退院患者数

分子補足： 総合病院有床精神科において精神科とそれ以外で転科をした場合も対象とし、その場合には精神科のみの在院日数で判断する

分母補足： 複数回入院した場合はその都度カウントする
精神科から他診療科への転科もカウントする

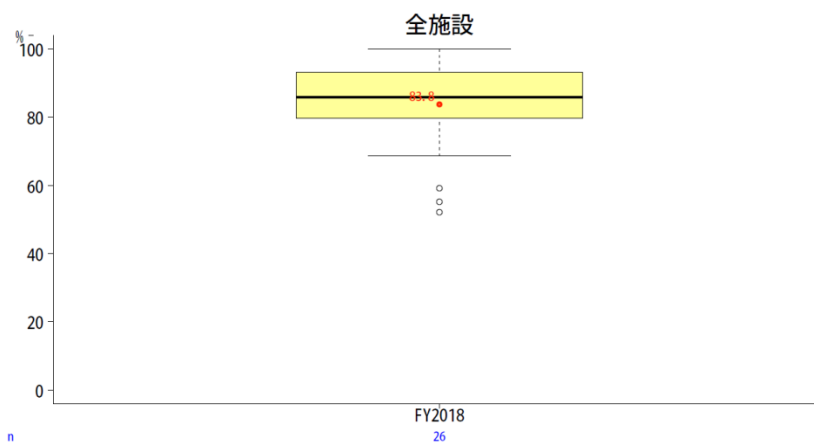
収集期間： 1 ヶ月 毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



平均値	83.8%
最小値	52.2%
25%tile	80.5%
中央値	85.9%
75%tile	92.9%
最大値	100.0%

参考文献

1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet:
<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83> 2017/12/05 available)

No.08 再入院率

指標の説明・定義

精神疾患の中には、複数回の入院治療を必要とするものもあります。病状の安定化を図り、再入院を避けることを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなる場合があります。測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、地域定着の向上が期待できます。

分子： 調査期間に精神科に新規入院した患者のうち、今回の入院日から90日以内に自院精神科の入院歴のある患者数

➤ 今回入院日－前回退院日 ≤ 90日

分母： 調査期間の病院全体の新入院患者数

分母補足： 他診療科から精神科への転科もカウントする

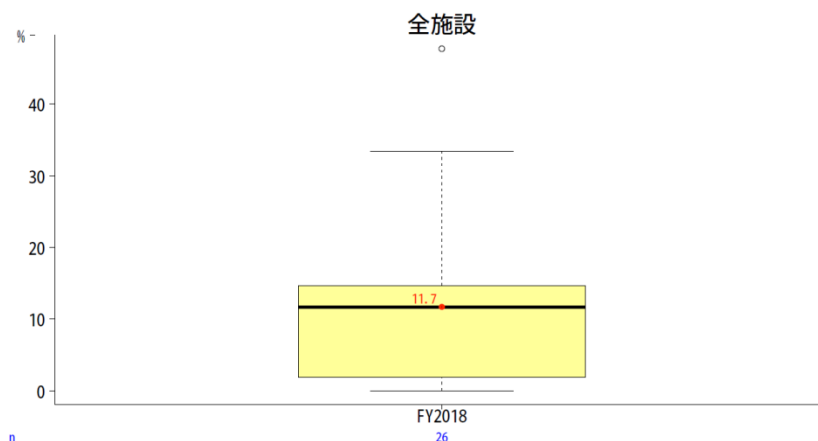
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	11.7%
最小値	0.0%
25%tile	2.1%
中央値	11.7%
75%tile	14.6%
最大値	47.7%

参考文献

- 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet:
<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83> 2017/12/05 available)

No.09 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）

指標の説明・定義

精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では日数が長くなることがあります。

測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

分子： 1 か月間の在院患者延べ日数

分母： (1 か月間の新入棟患者数+1 か月間の新退棟患者数)/2

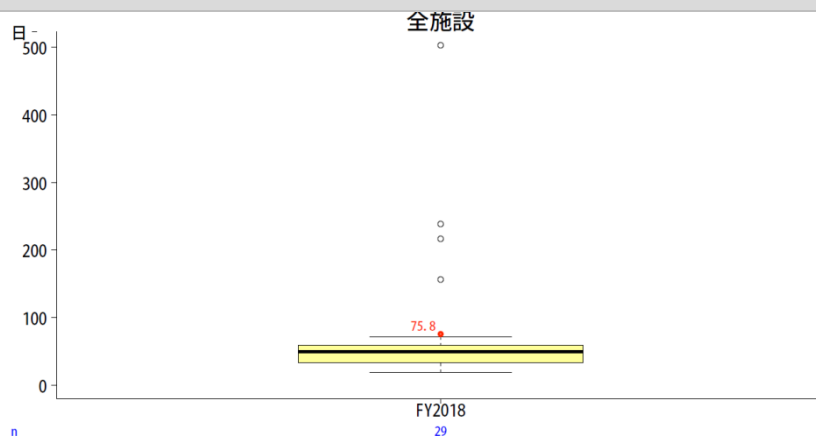
収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	75.8 日
最小値	19.1 日
25%tile	33.6 日
中央値	49.5 日
75%tile	58.5 日
最大値	503.4 日

参考文献

療養病床向けの指標

No.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分 子: No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分 母: 初診患者数

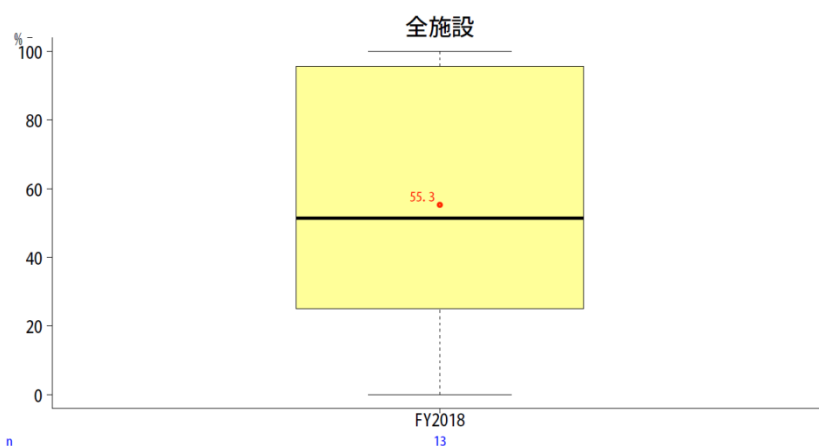
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

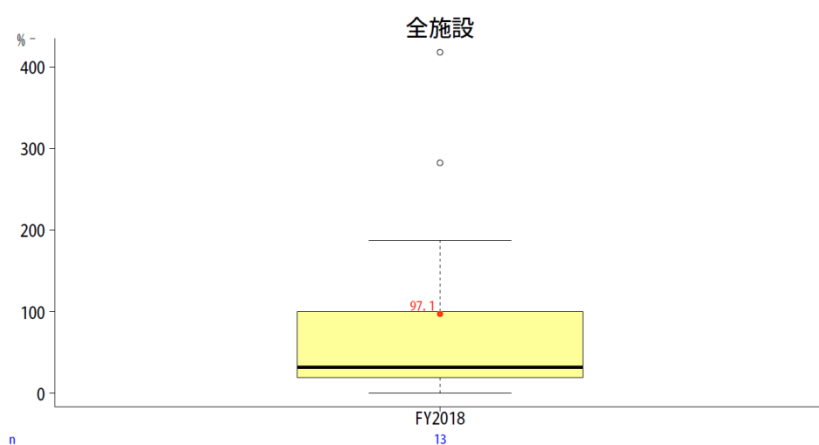
結果

No.01



平均値	55.3%
最小値	0.0%
25%tile	25.0%
中央値	51.4%
75%tile	95.6%
最大値	100.0%

No.02



平均値	97.1%
最小値	0.0%
25%tile	18.9%
中央値	31.6%
75%tile	100.0%
最大値	417.9%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2013 年度より、損傷レベル 2 以上を項目に加えることにしました。

分 子: No.03-a) 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転倒・転落件数
No.03-b) 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転倒・転落件数のうち**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数
No.03-c) 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転倒・転落件数のうち**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1 ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X 線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

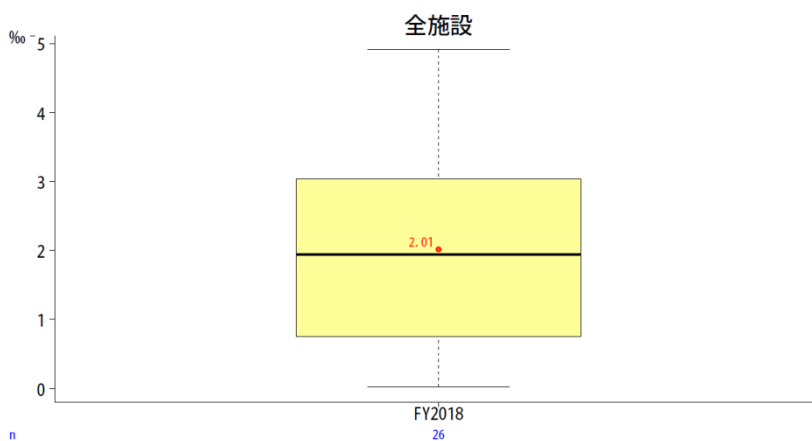
指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

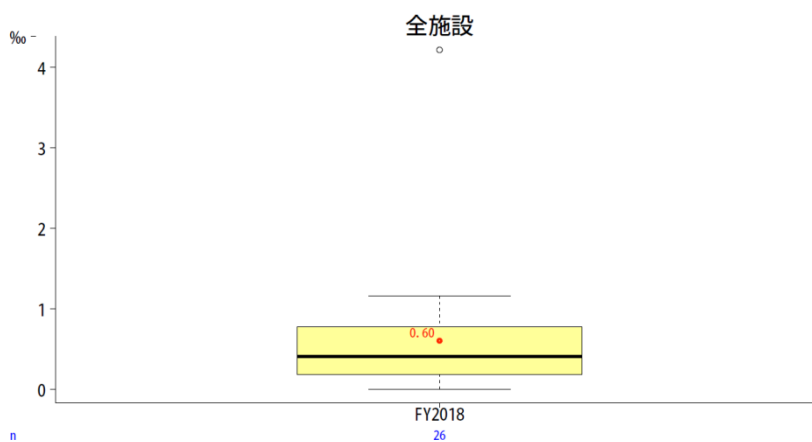
結果

No.03-a



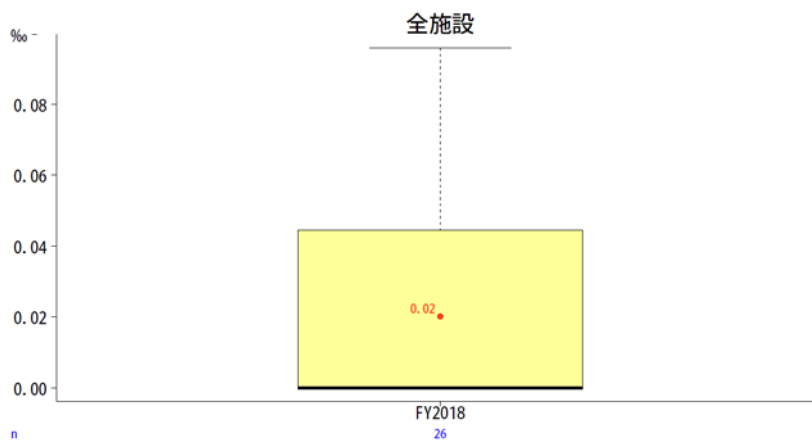
平均値	2.01‰
最小値	0.03‰
25%tile	0.80‰
中央値	1.94‰
75%tile	2.94‰
最大値	4.91‰

No.03-b



平均値	0.60‰
最小値	0.00‰
25%tile	0.18‰
中央値	0.40‰
75%tile	0.77‰
最大値	4.22‰

No.03-c



平均値	0.02‰
最小値	0.00‰
25%tile	0.00‰
中央値	0.00‰
75%tile	0.04‰
最大値	0.10‰

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 16－18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健法では、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

分 子： 分母のうち(物理的)身体抑制を実施したのべ患者日数(device days)

分 母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

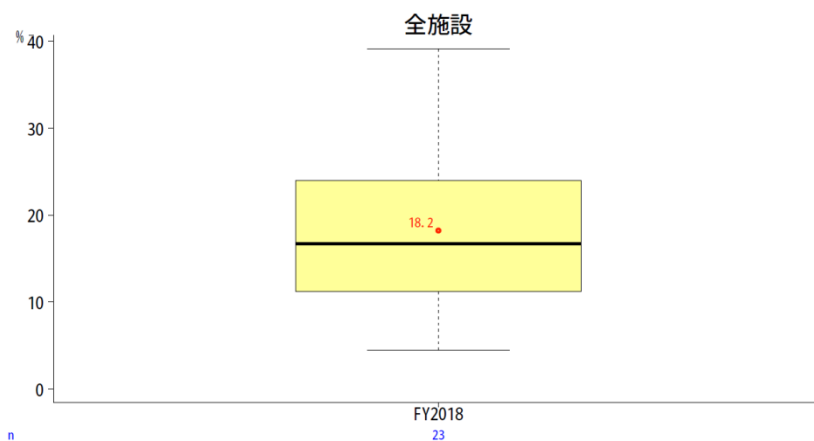
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子 テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



平均値	18.2%
最小値	4.4%
25%tile	11.2%
中央値	16.7%
75%tile	24.0%
最大値	39.1%

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

本指標は、療養病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

急性期医療を終了し、在宅復帰を目指す回復期リハビリ病棟の役割を示す指標であるとともに、回復期リハビリ病棟の診療報酬制度上の施設基準として一定の割合を保つことが規定されています。

2013年度は、分母より、在宅退院を希望しない患者も除くことにしました。

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

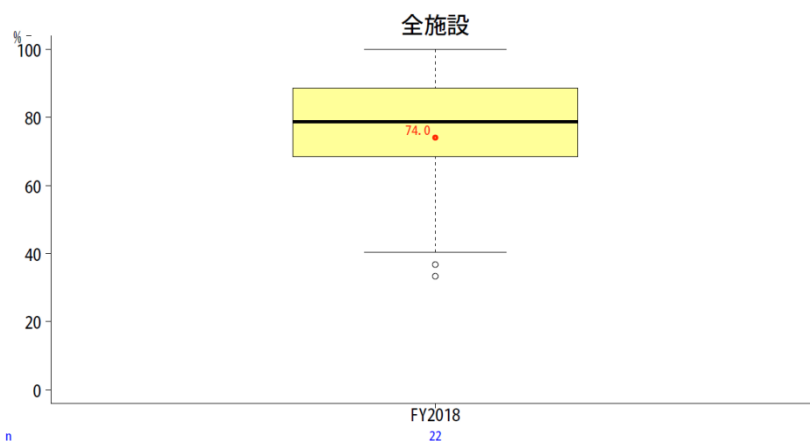
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



平均値	74.0%
最小値	33.3%
25%tile	69.8%
中央値	78.7%
75%tile	88.5%
最大値	100.0%

参考文献

No.06 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

わが国では、褥瘡発生率については一定の算出方法がないため、分母の入院延べ患者数から「入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数」と「調査期間より前に(例えば前月に)褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数」を除外することで、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定しました。入院時刻から24時間以内に発生した褥瘡は院内発生とみなさず、日帰り入院患者、同日入退院患者も分母から除外しました。分子は、調査期間における分母対象患者(院内で新規褥瘡が発生する可能性がある患者)のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数とし、深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑いも含めることとしました。褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会のDESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用)とInternational NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelinesを用いています。

分 子: 調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 院内で新規発生の褥瘡(入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録)
深さ d2 以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑い

分母除外: 日帰り入院患者の入院日数(同日入退院患者も含む)
入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数(ただし、院内での新規発生に限定)
調査期間より前に褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定)

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷

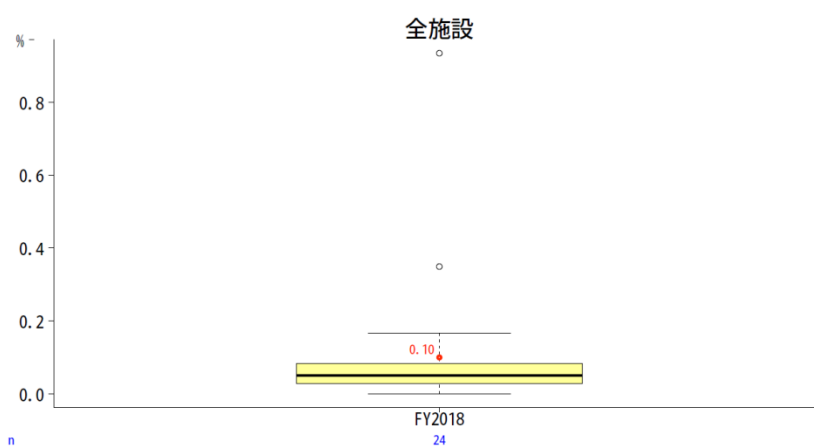
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



平均値	0.10%
最小値	0.00%
25%tile	0.03%
中央値	0.05%
75%tile	0.08%
最大値	0.93%

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-373-8
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

No.7 療養病床における 糖尿病患者の血糖コントロール

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにしました。

血糖コントロールの治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定します。

一般病床向けでは HbA1c が 7.0%未満としています、療養病床向けでは HbA1c が 8.0%未満としました。

低血糖を起こしやすい高齢者では HbA1c を 7.0%未満に下げないことが推奨されています。

分子： HbA1c(NGSP)の最終値が 8.0%未満の入院患者数

分母： 糖尿病の薬物治療を入院で 30 日以上投与されている入院患者数

分母除外： 運動療法または食事療法のための糖尿病患者

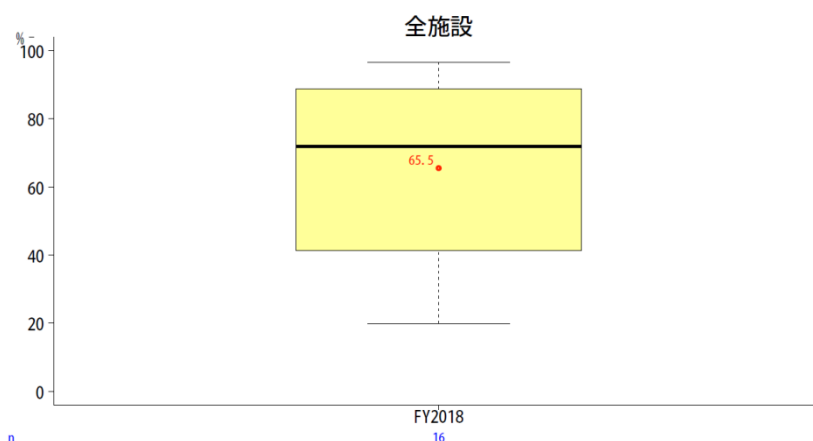
収集期間： 3 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



平均値	65.5%
最小値	19.9%
25%tile	45.8%
中央値	71.8%
75%tile	87.5%
最大値	96.7%

参考文献

1. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
2. 日本糖尿病学会. 日本老年医学会の合同委員会 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 2017 ISBN 978-4-89996-373-8

No.8 療養病床における 降圧薬服用患者の血圧コントロール

指標の説明・定義

高血圧が心血管病に与える悪影響は、古くから周知の事実です。近年、血圧値だけでなく、臓器障害への影響を考慮した高血圧治療が行われています。血圧コントロールの不良が予後に影響を及ぼすことは、過去のエビデンスから明らかであり、血圧値を下降させることにより、心血管病の発症を予防できるとされています。

欧米においても、血圧コントロール率は医療の質の項目にも挙げられており、日本のようにかかりつけ医が必須でない環境においては、少なくとも病院に受診され、高血圧に対しての加療（降圧薬処方）をしている患者の血圧コントロールが、重要な医療の質を表す指標となると考えています。

分子： 血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数

分母： 入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数

分母除外： 透析患者

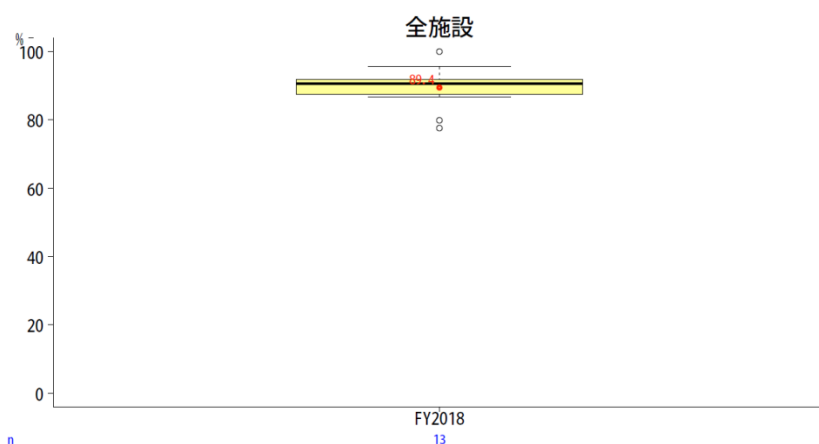
収集期間： 3 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



平均値	89.4%
最小値	77.5%
25%tile	87.4%
中央値	90.6%
75%tile	91.9%
最大値	100.0%

参考文献

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, et al.; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006 Feb 14;113(6):e85-151. Epub 2006 Jan 11. Erratum in: *Circulation*. 2006 Dec 5;114(23):e630. *Circulation*. 2006 Apr 11;113(14):e696. PubMed PMID: 16407573.
2. Psaty, B. M., Manolio, T. a, Smith, N. L., Heckbert, S. R., Gottdiener, J. S., Burke, G. L., et al. (2002). Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Archives of internal medicine*, 162(20), 2325-32. PubMed PMID: 12418946.
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ 2017 ISBN 978-4-89996-373-8
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン 2014. 日本高血圧学会, 2014.

No.9 急変時や終末期における インフォームドコンセント実施率

指標の説明・定義

急変時や終末期における患者の希望を予め取得し、その情報が共有されているかをみるための指標です。
将来の意思決定能力低下に備えて、治療方針・療養についての気がかりや、自分が大切にしてきた価値観を、
患者・家族と医療者が共有し、ケアを計画する包括的なプロセスとしての「Advance Care Plan」が実施されている
かをみています。

分子： 急変時や終末期におけるインフォームドコンセントを実施した記録がされている患者数

分母： 全入院患者数

分子包含： 主要な確認項目（輸液、中心静脈栄養、経管栄養（胃瘻含む）、昇圧剤の投与、人工呼吸器、蘇生術）これらより詳細な内容を取り決めている場合は対象とする。

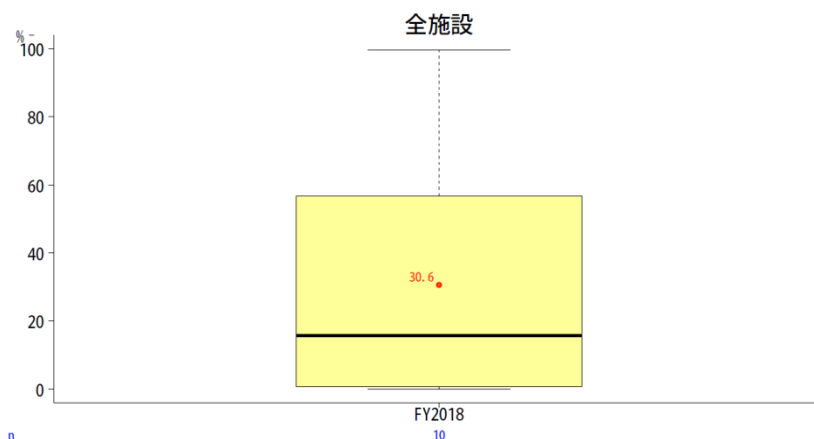
収集期間： 3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



平均値	30.6%
最小値	0.0%
25%tile	0.8%
中央値	15.7%
75%tile	54.3%
最大値	99.7%

参考文献

1. National Committee for Quality Assurance; Advance Care Plan (<https://www.qualityforum.org/QPS/0326> 2017/12/06 available)
2. アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル(総論); 日本老年医学会雑誌 52 巻 3 号(2015:7)207-210 (https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_207.pdf 2017/12/06 available)

病床区分別・経年変化

本プロジェクトでは、参加施設からの要望もあり、2017 年度第 2 四半期より病床区分別の図表もフィードバックしています。

同規模病院と比較し自身の立ち位置を把握することで、より改善につなげてもらいたいと考えています。

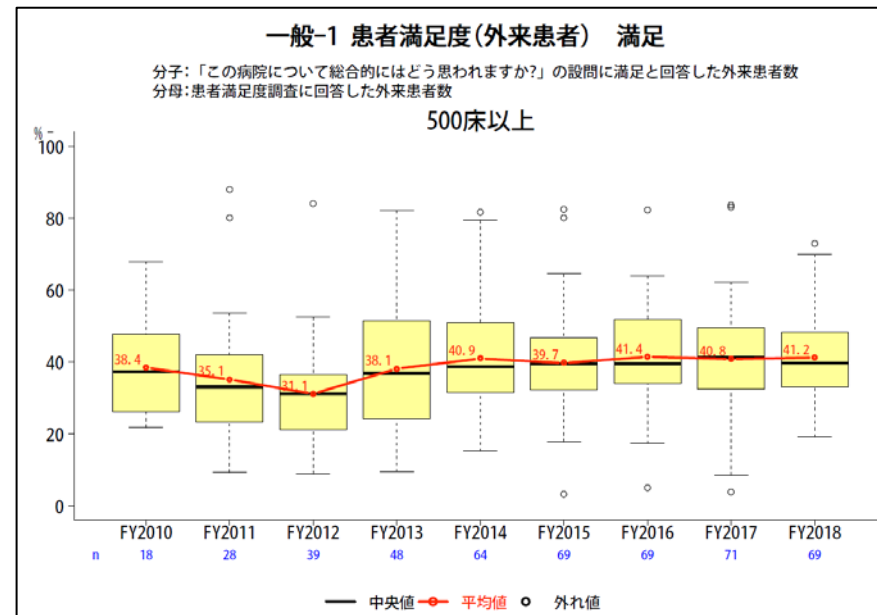
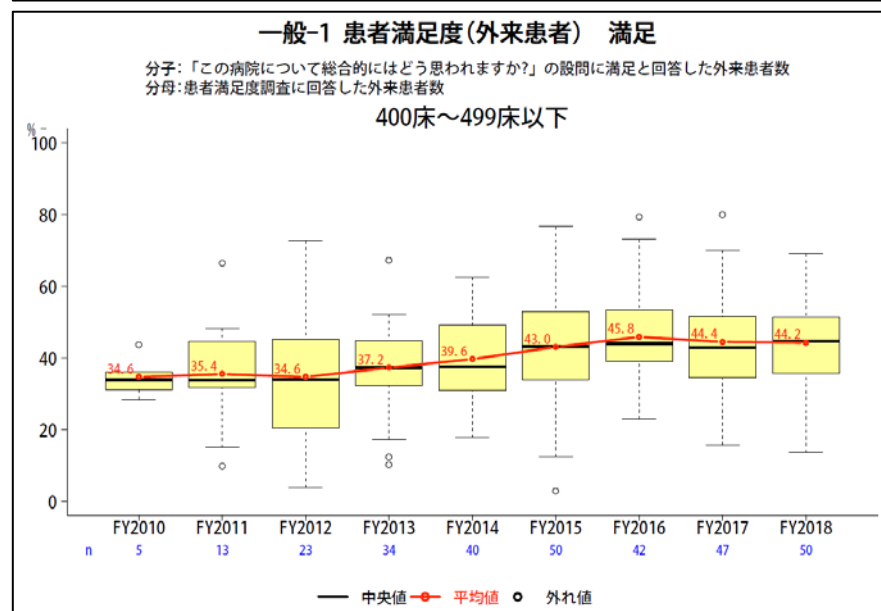
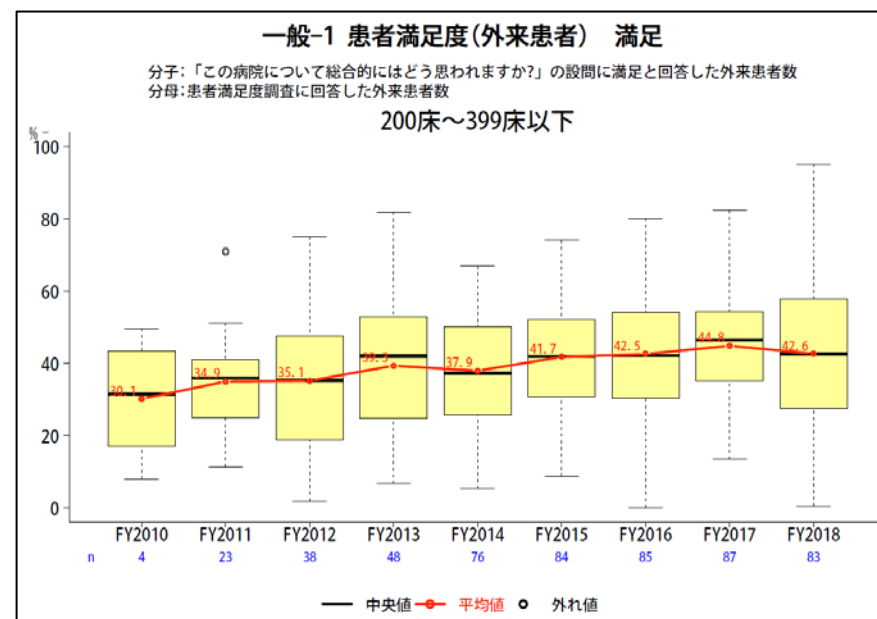
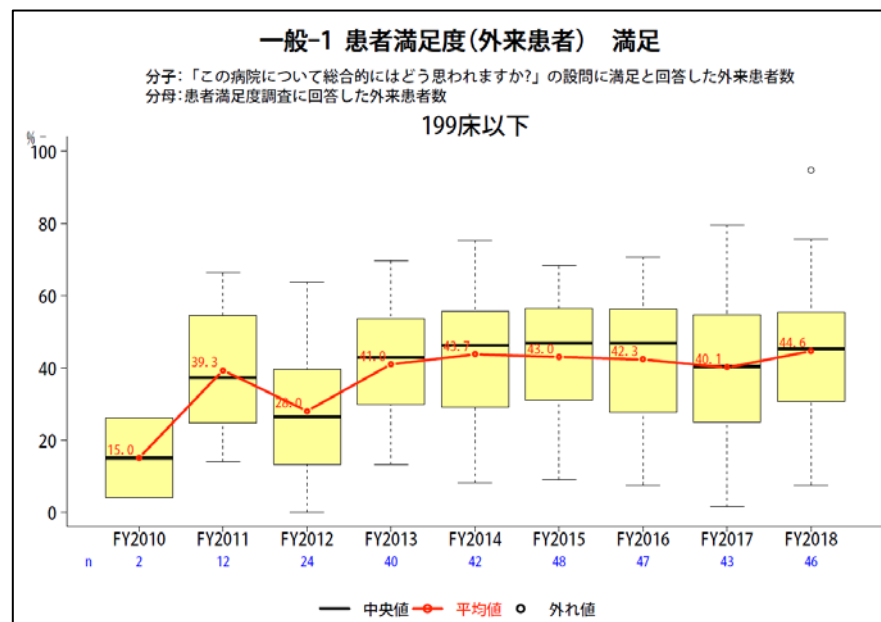
区分は、199 床以下、200 床以上 399 床以下、400 床以上 499 床以下、500 床以上の 4 区分になります。

病床区分別の図表をフィードバックすることで、全体でのフィードバックからでは見えてこない要因を見つけ出し、医療の質改善への一歩につなげてもらいたいと考えています。

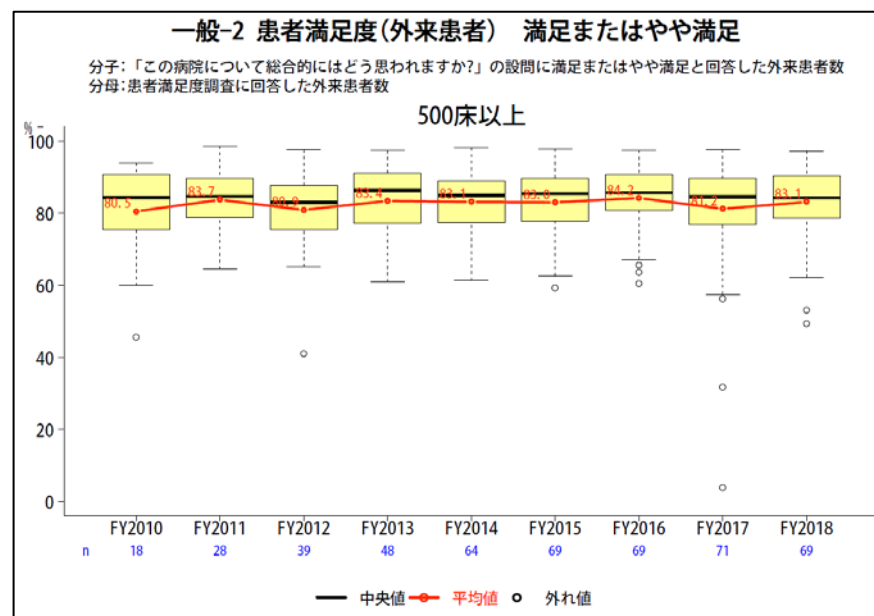
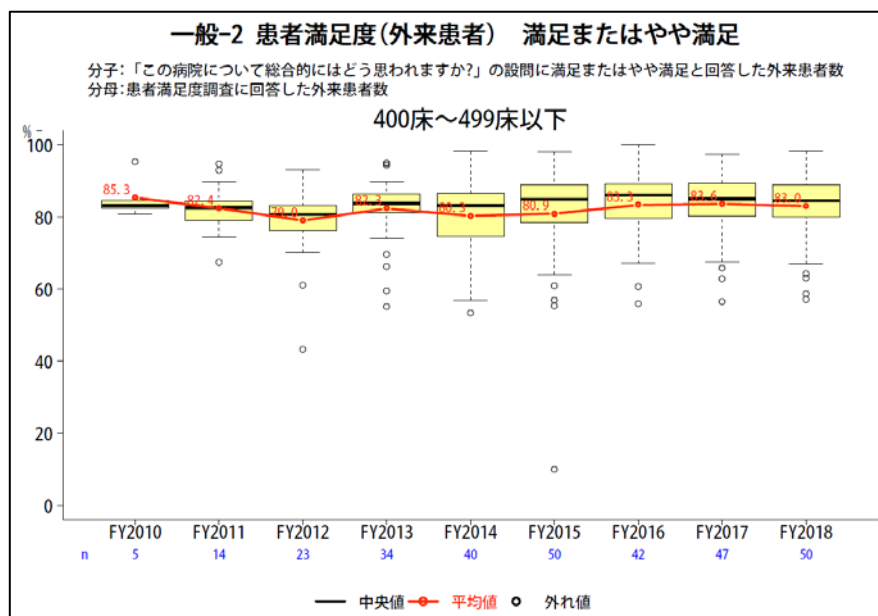
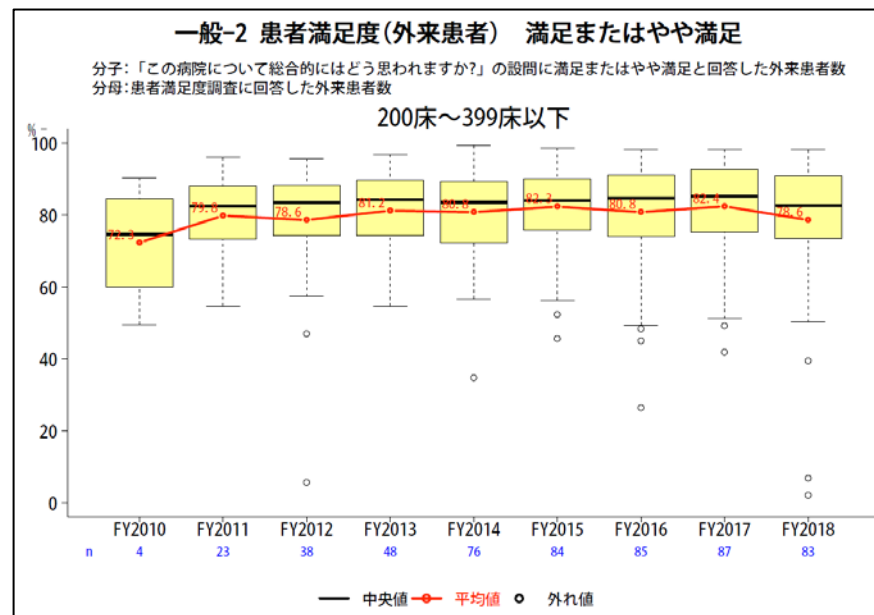
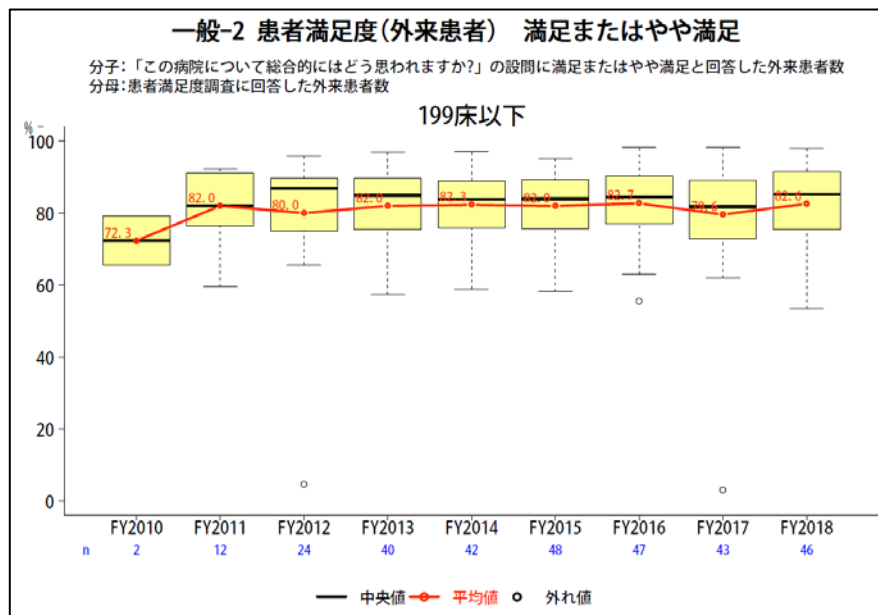
本プロジェクトは、2010 年度より開始しました。一度でも参加したことがある施設の結果を加え、経年変化をみることで、どのくらい改善できているかをみることができます。

病床区分別結果

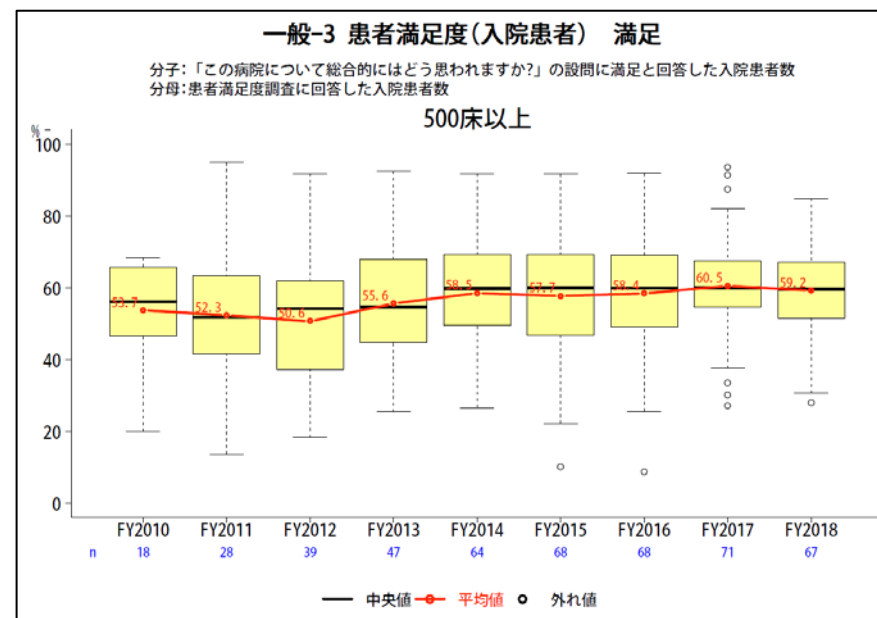
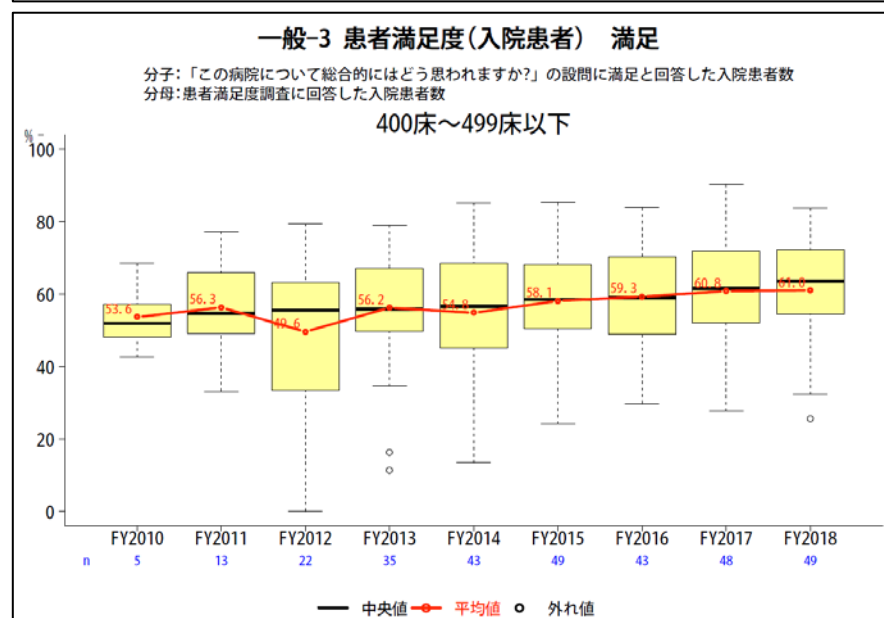
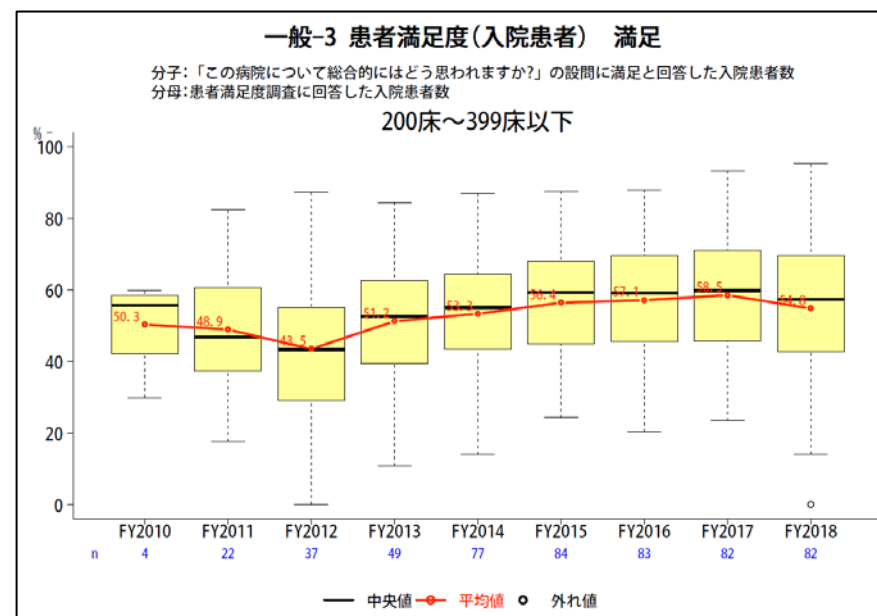
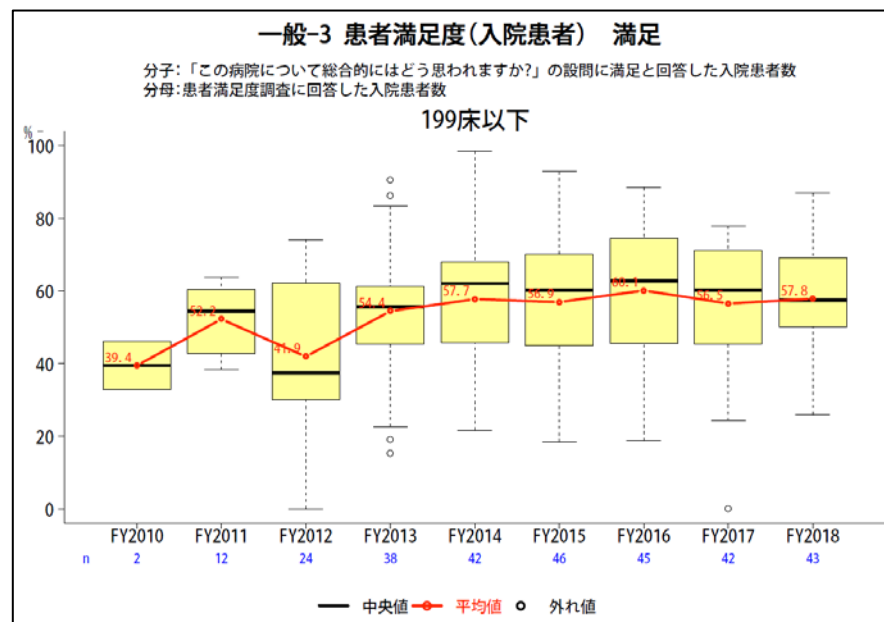
1 患者満足度(外来患者) 満足



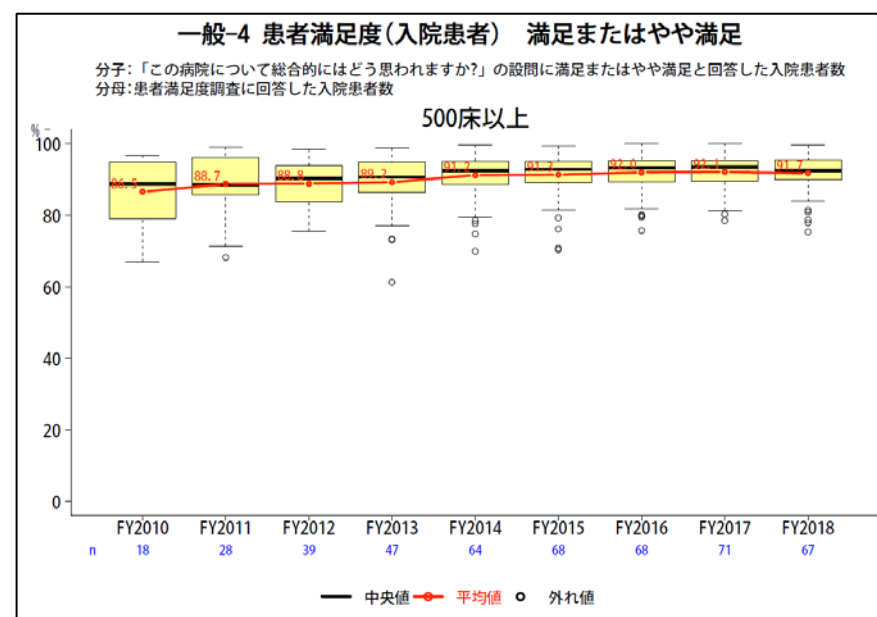
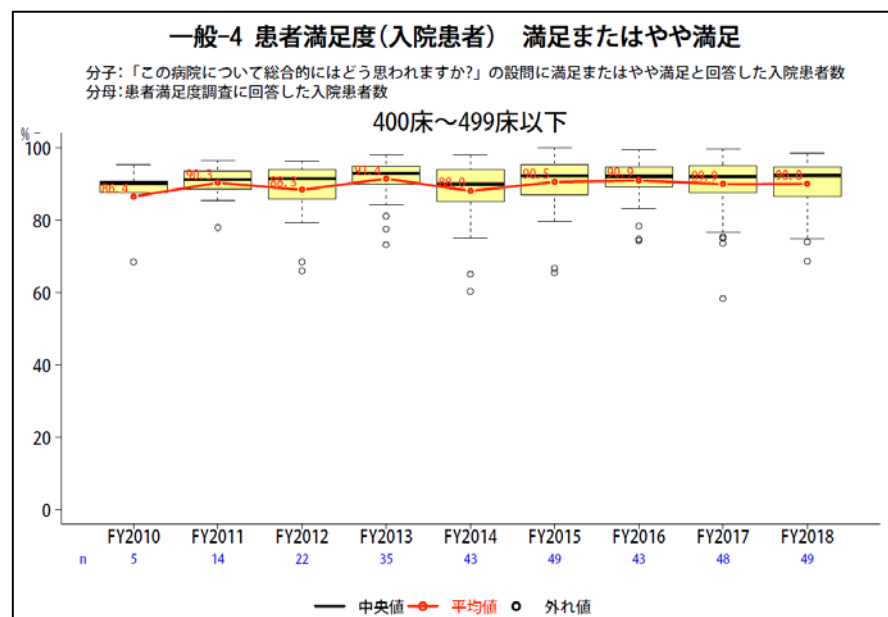
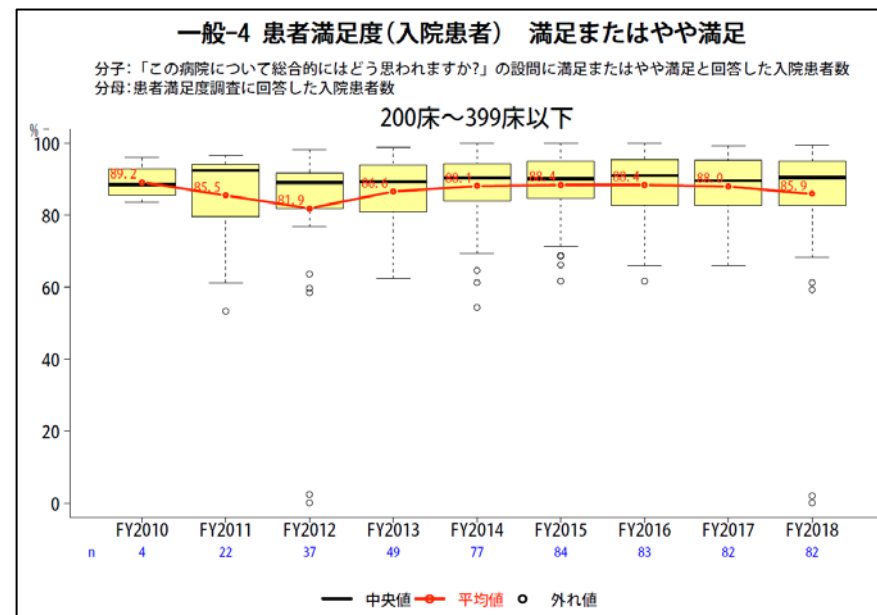
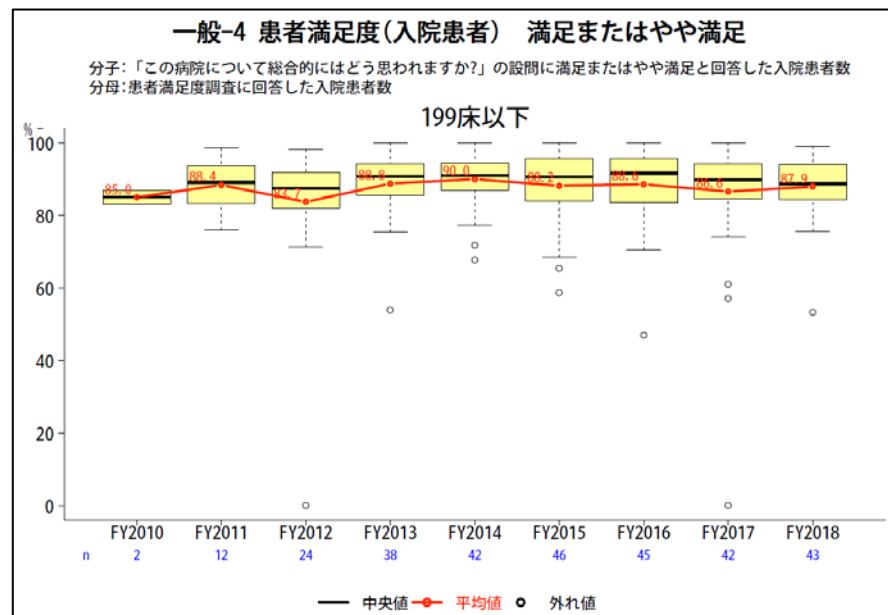
2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



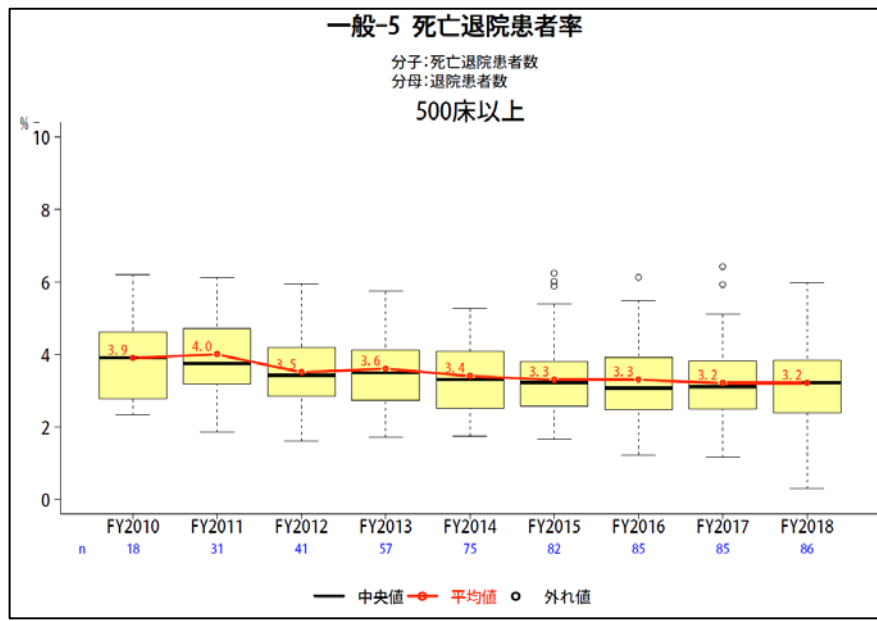
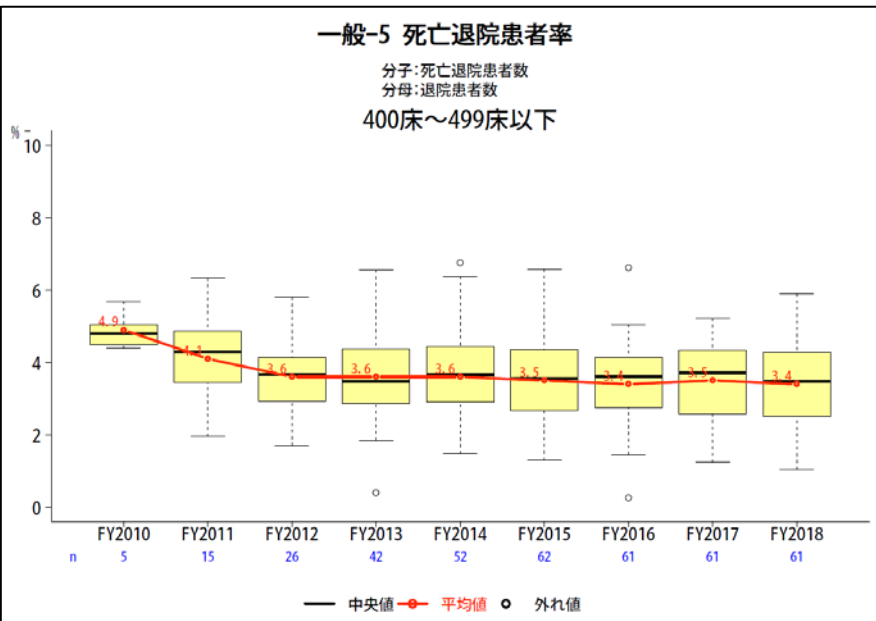
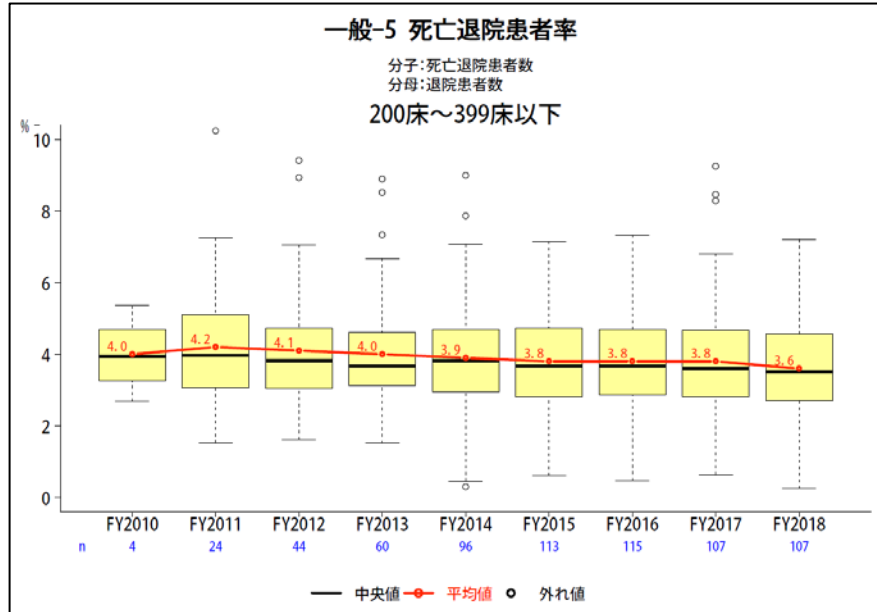
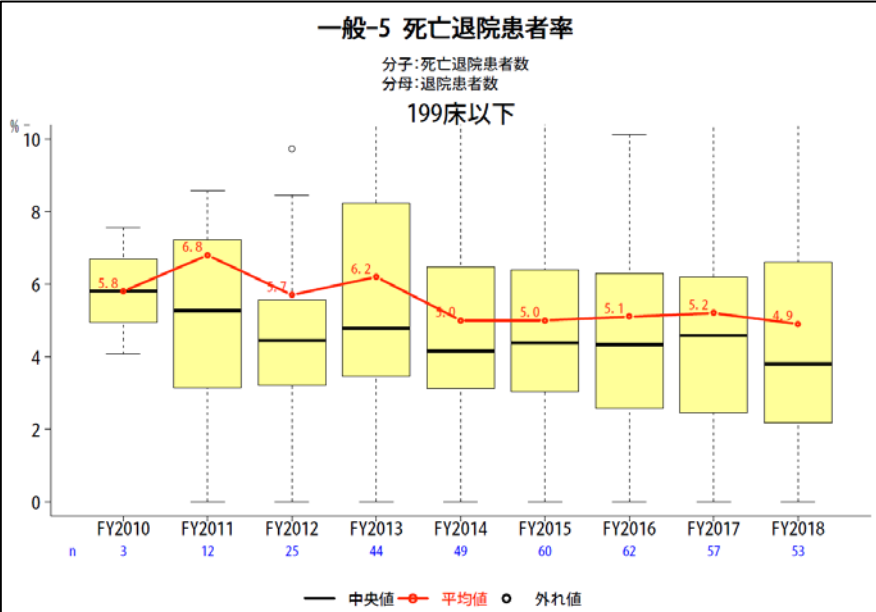
3 患者満足度(入院患者) 満足



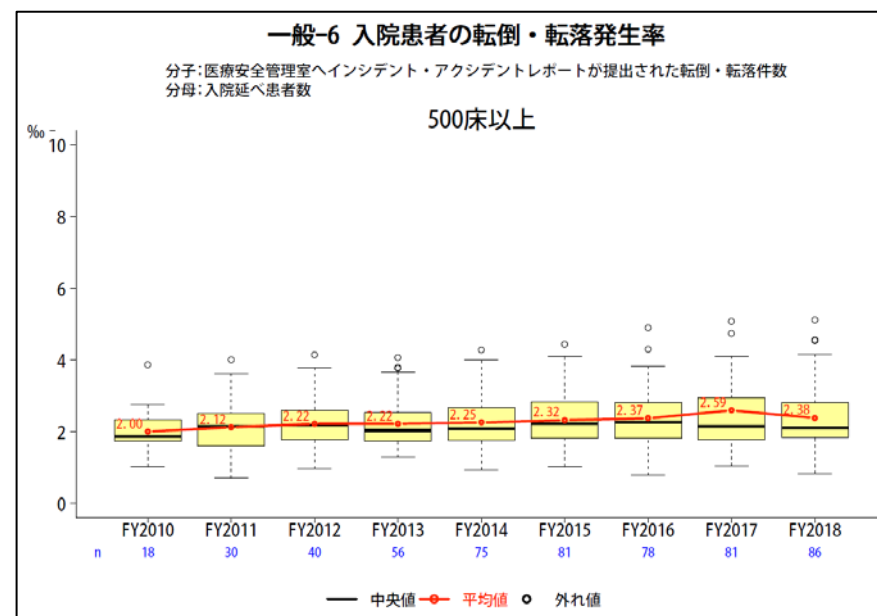
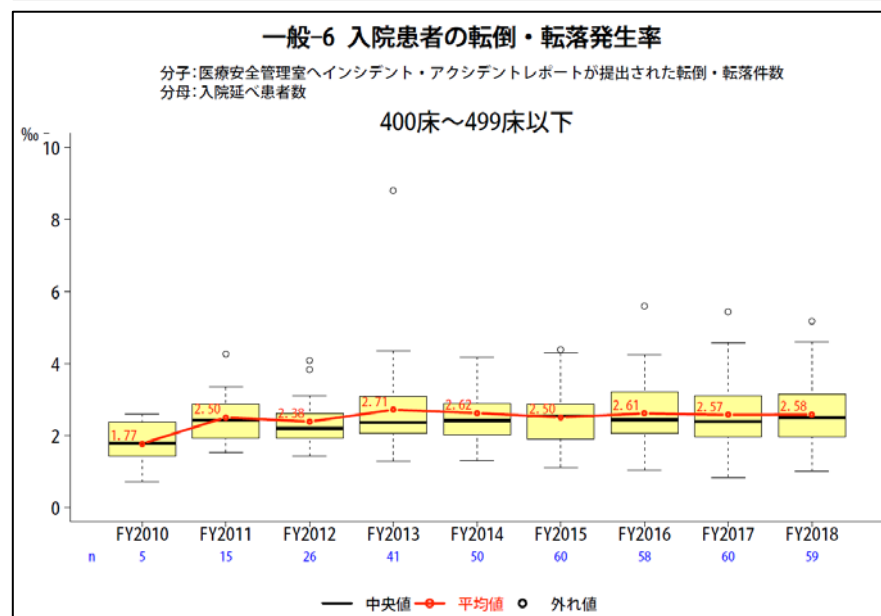
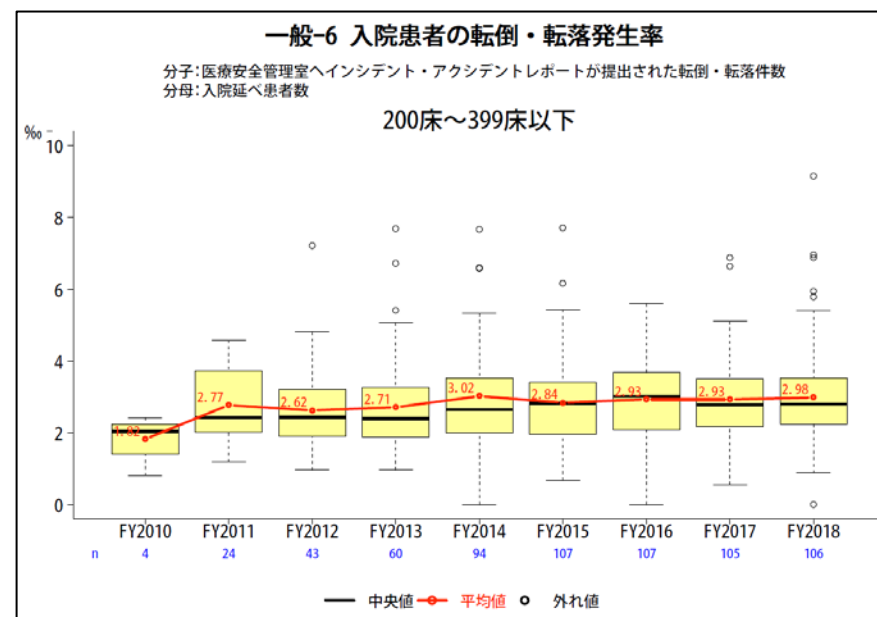
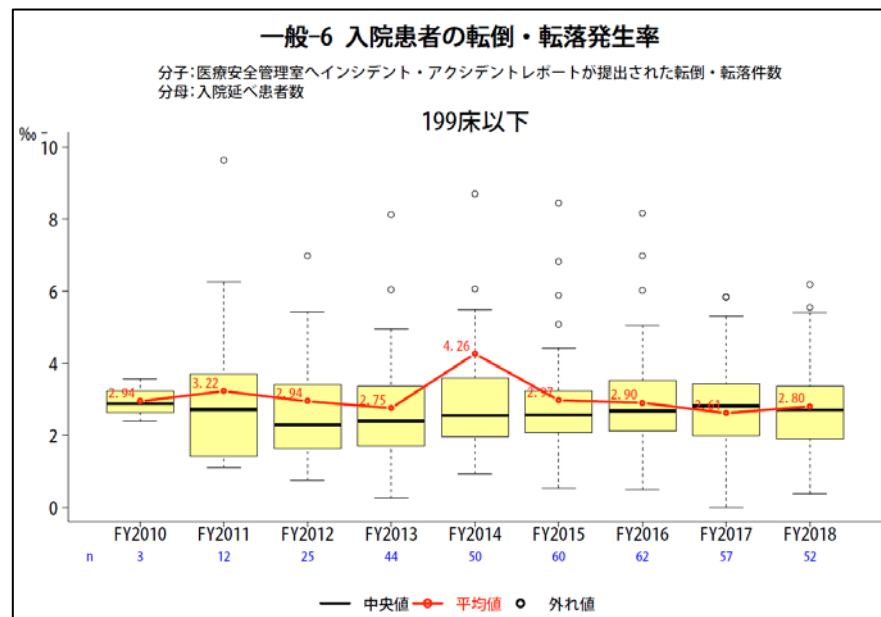
4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



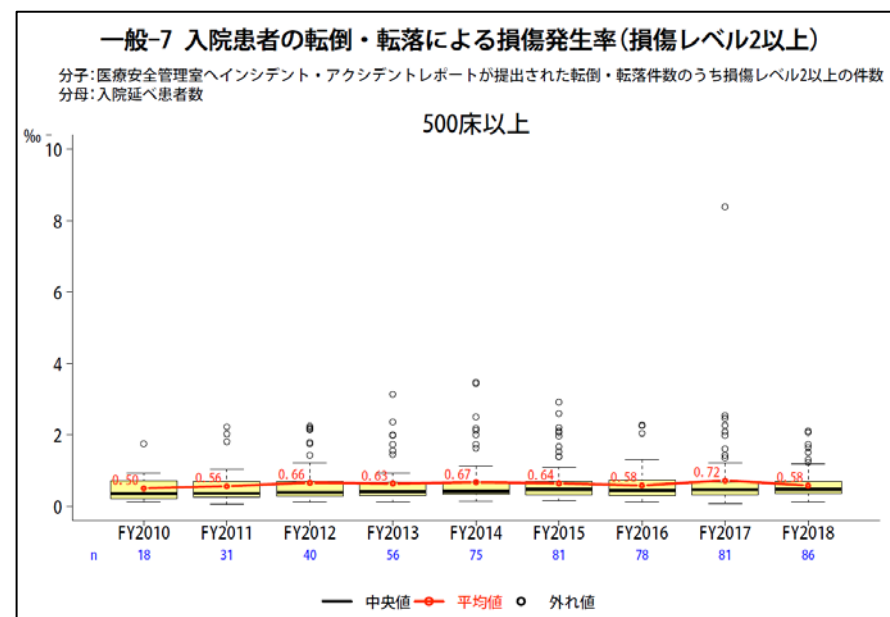
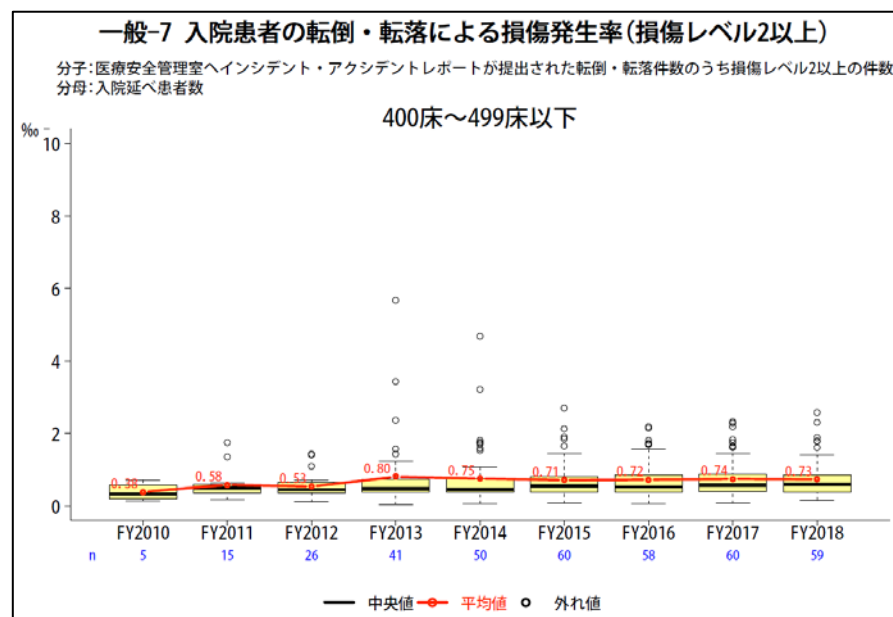
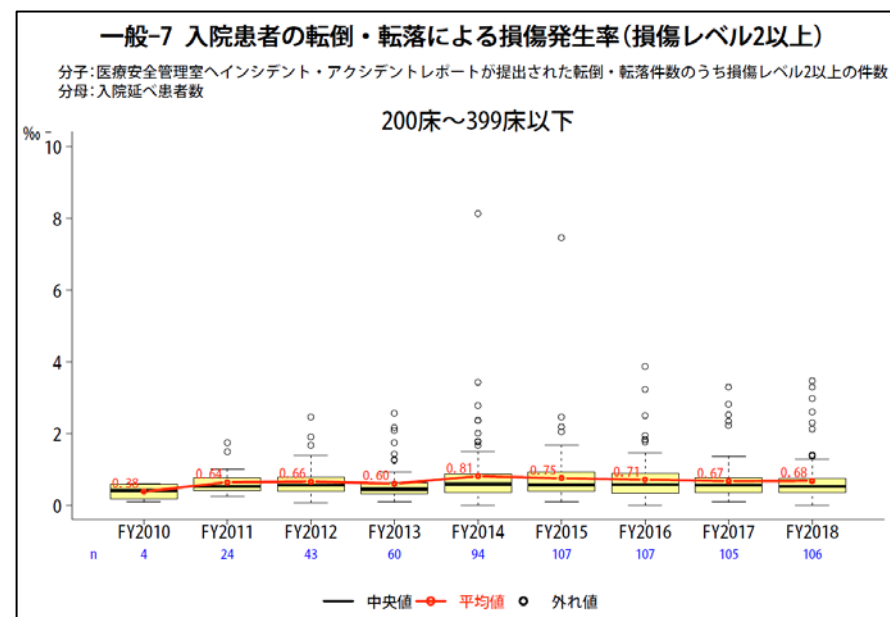
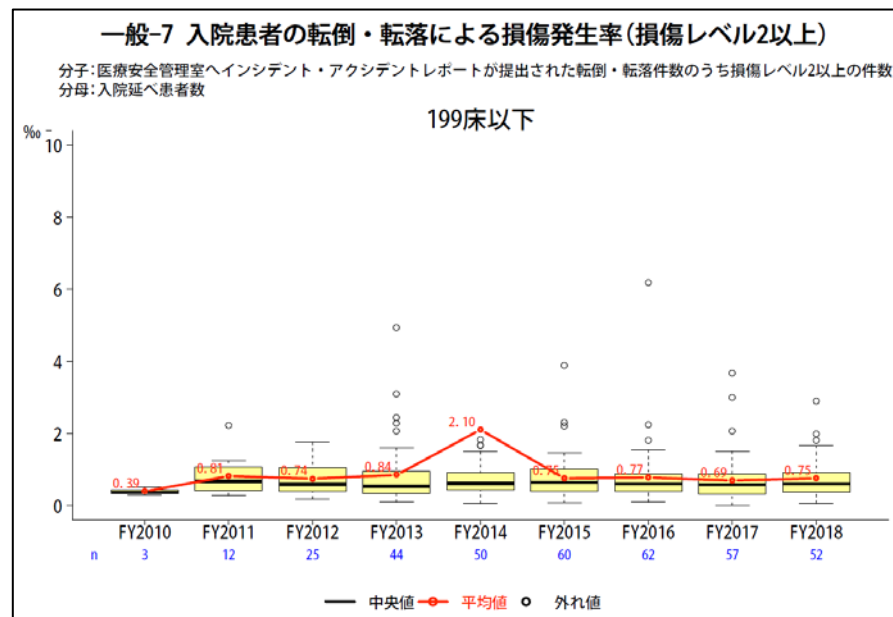
5 死亡退院患者率



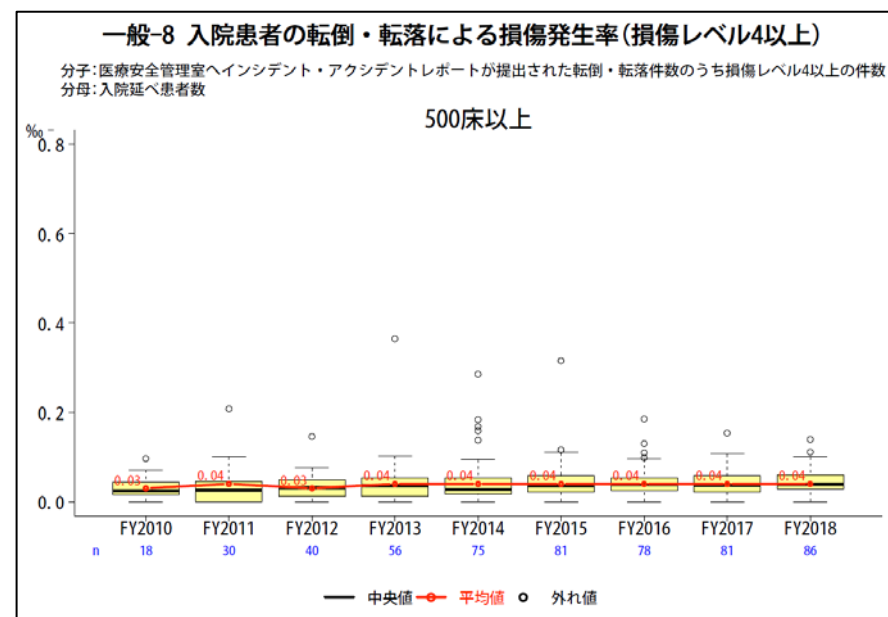
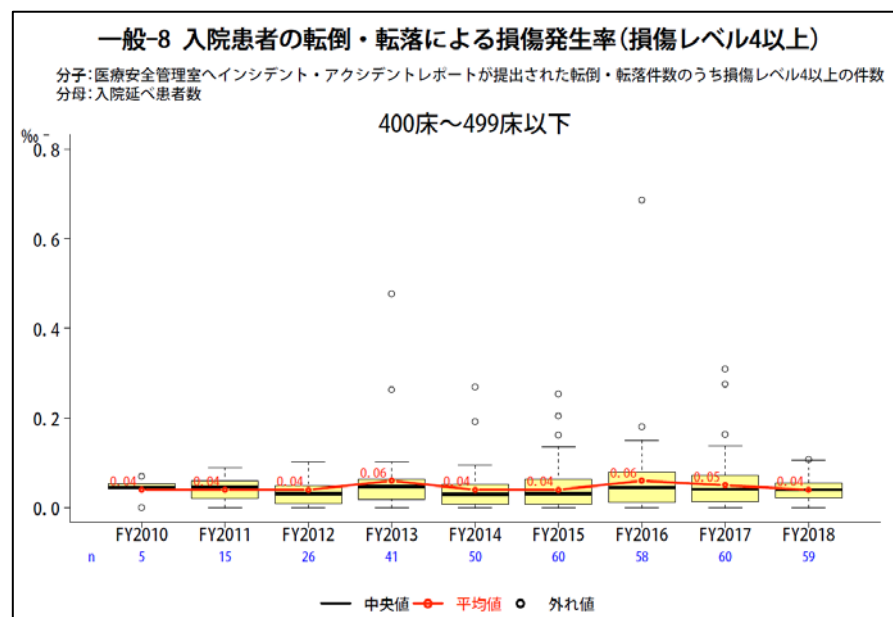
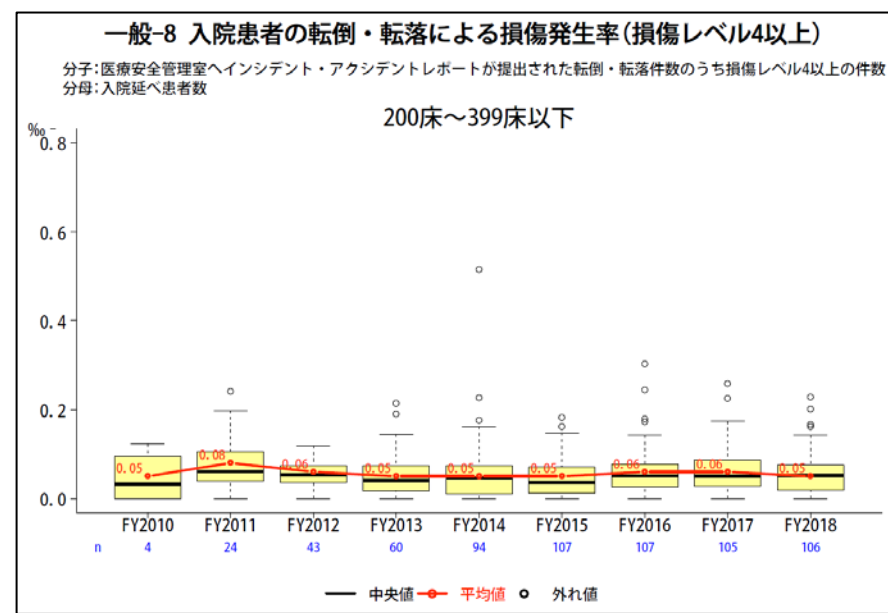
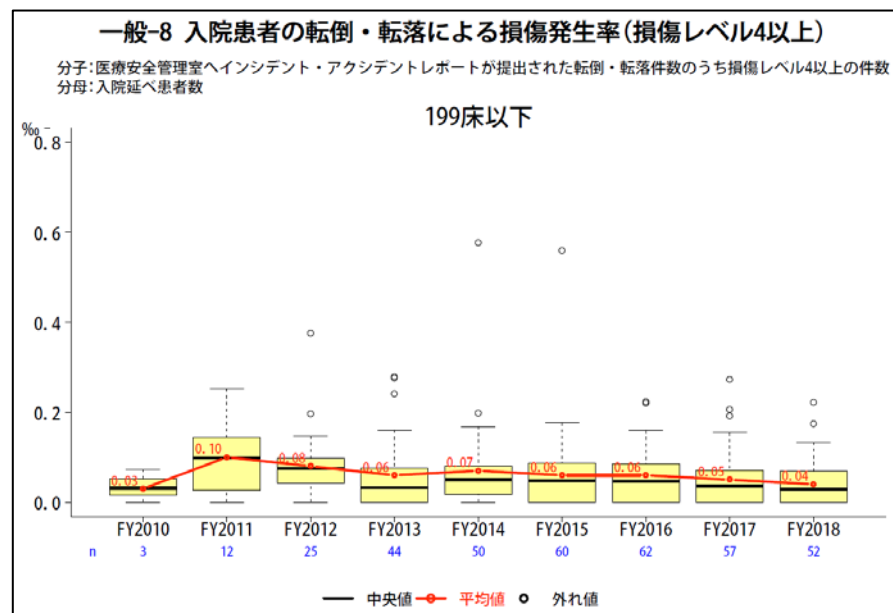
6 入院患者の転倒・転落発生率



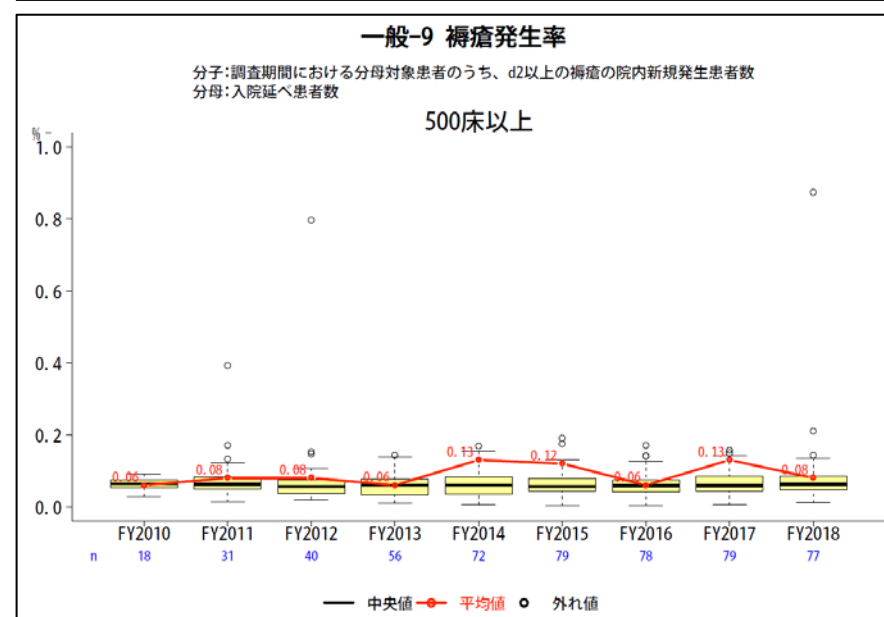
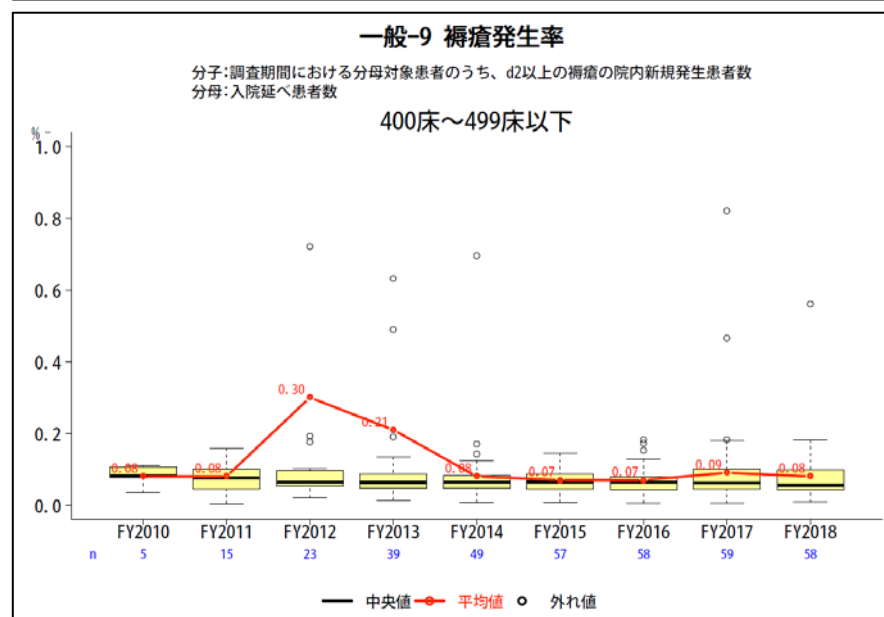
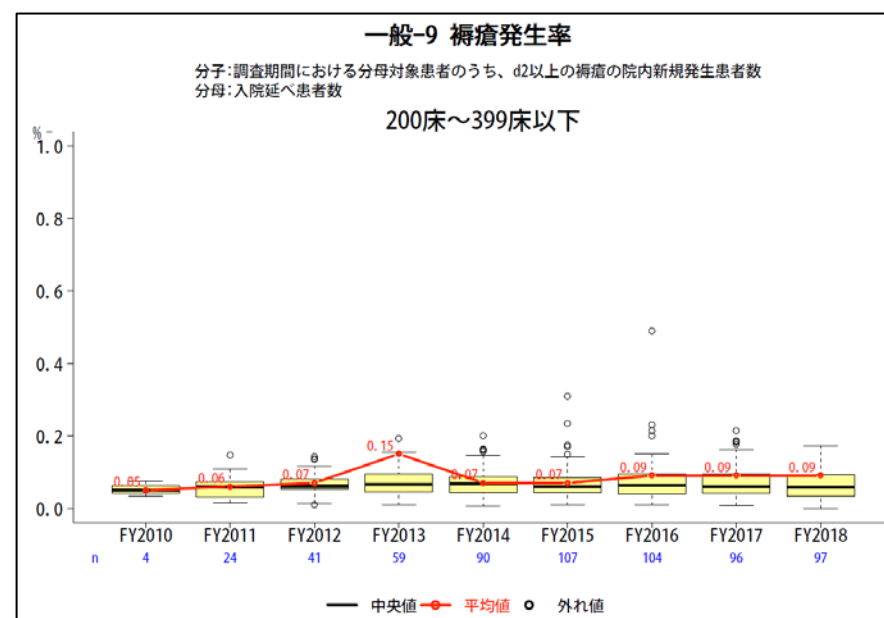
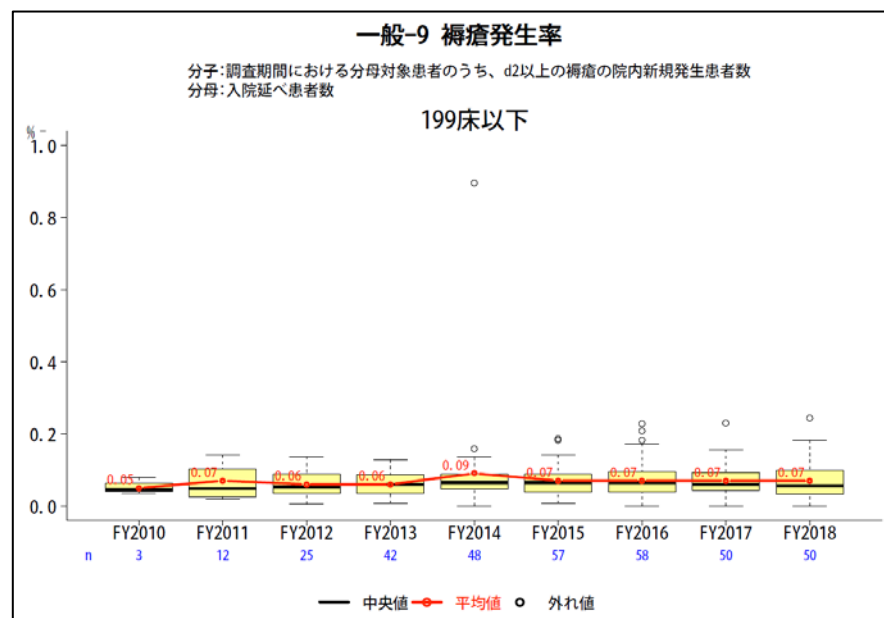
7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



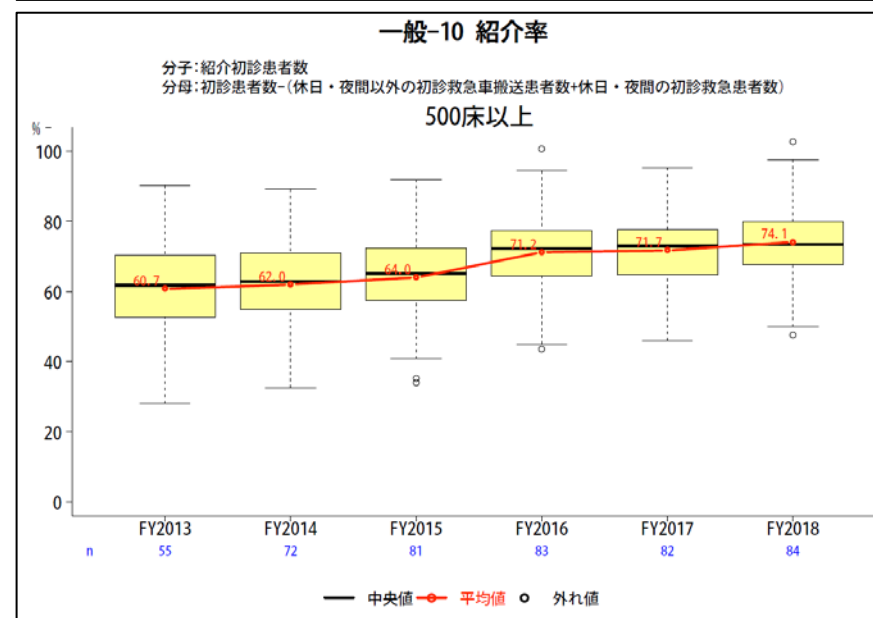
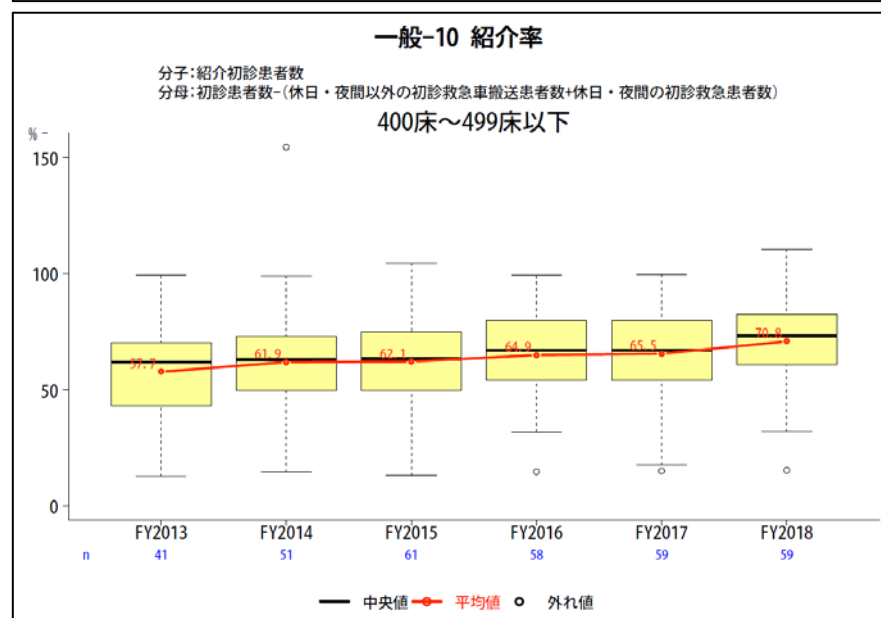
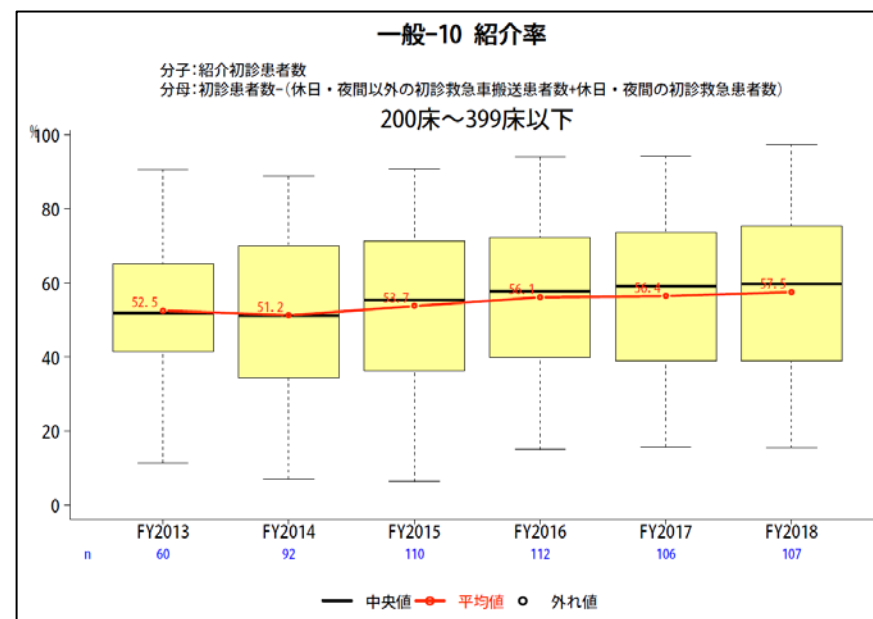
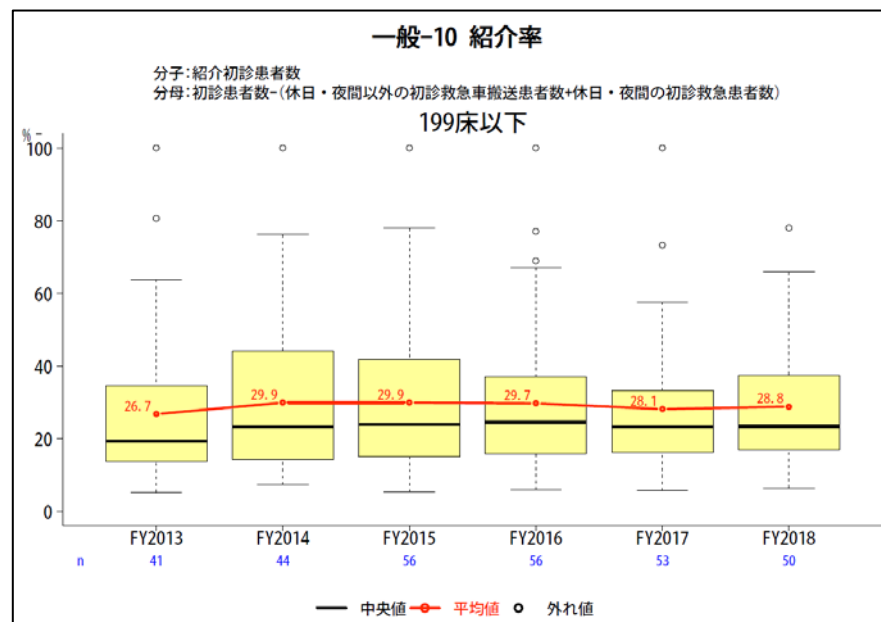
8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



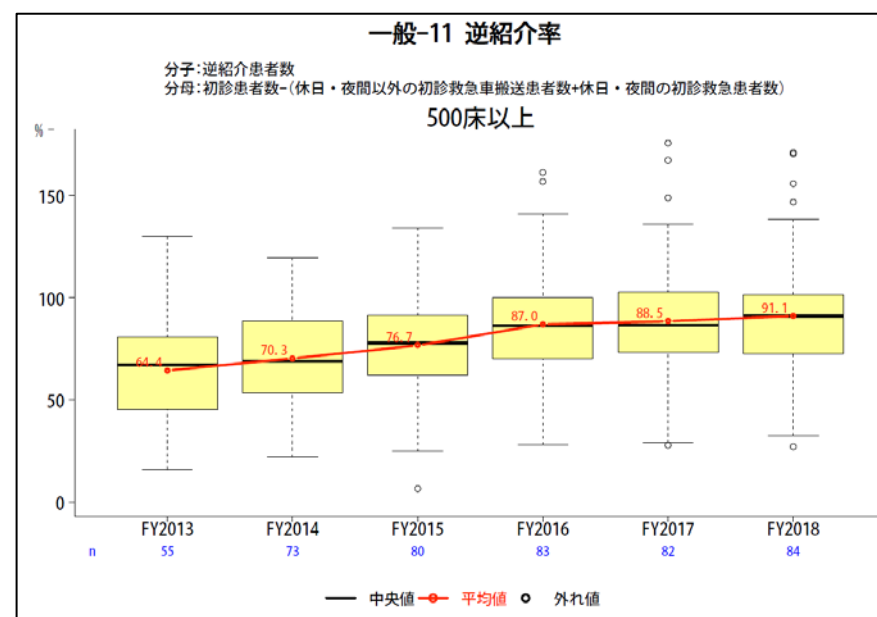
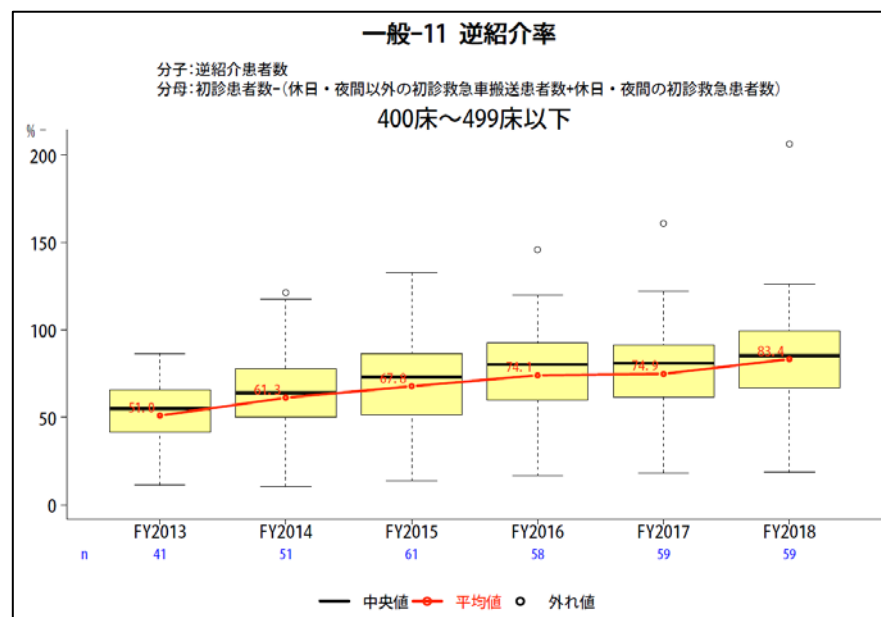
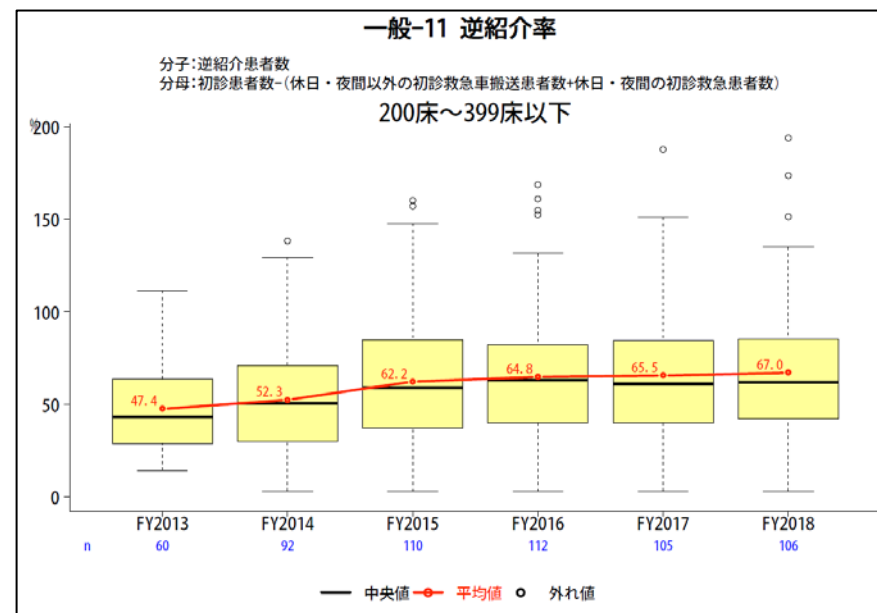
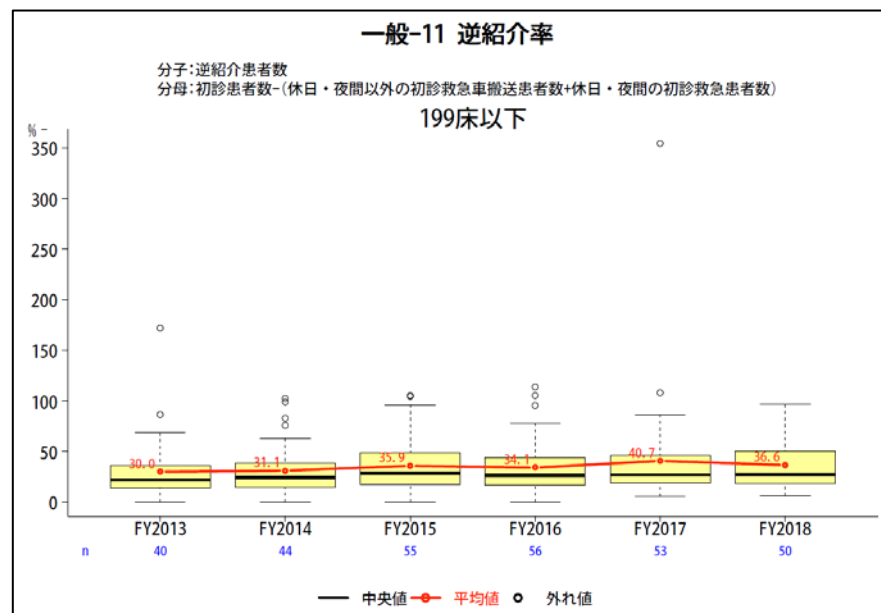
9 褥瘡発生率



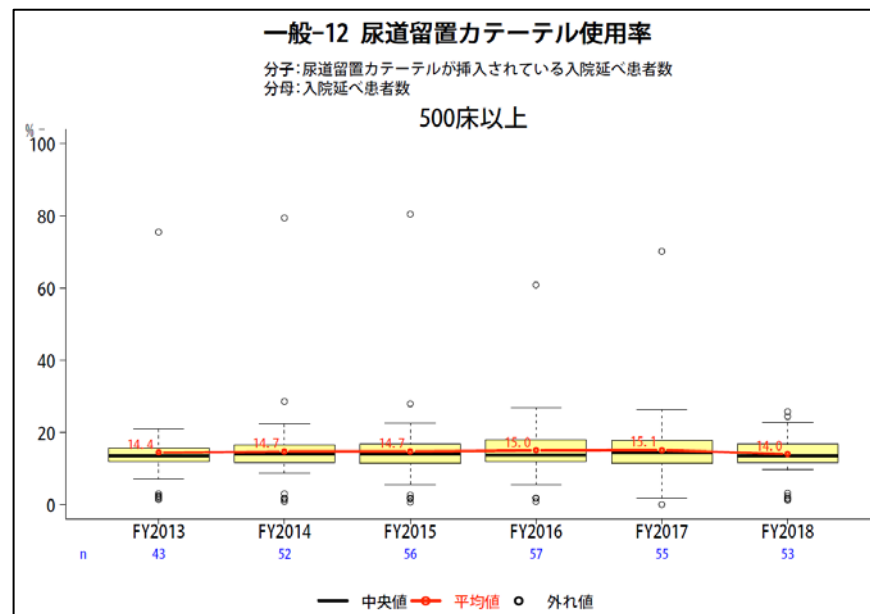
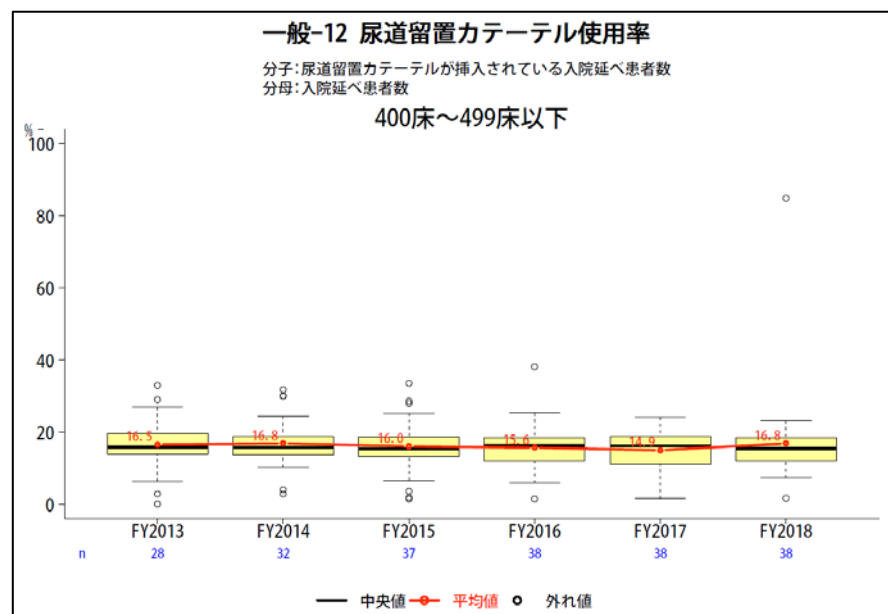
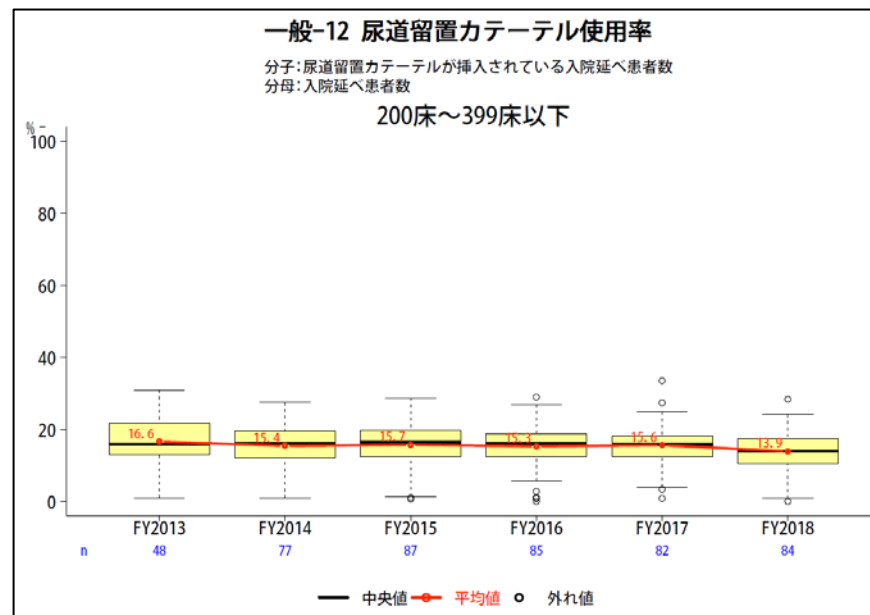
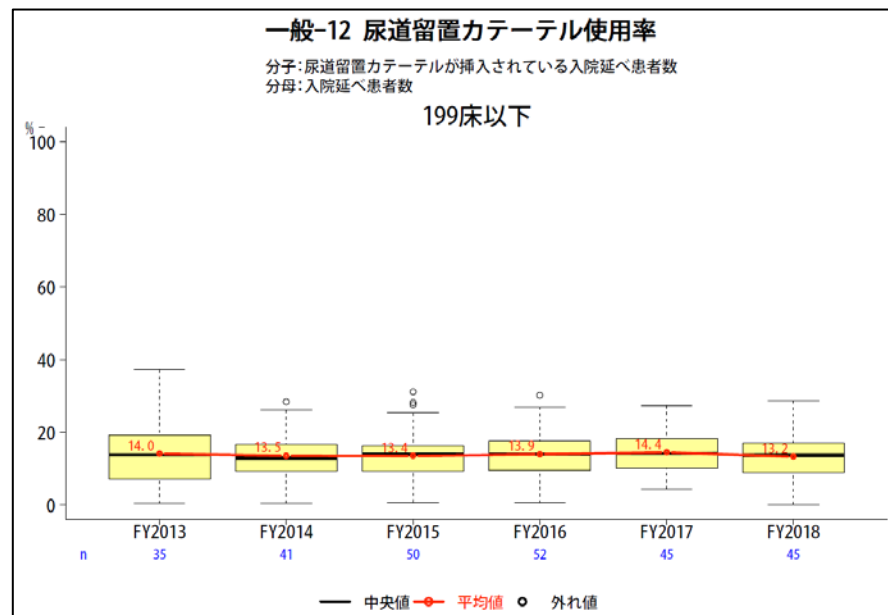
10 紹介率 ※縦軸目盛り、病床区分によって異なる



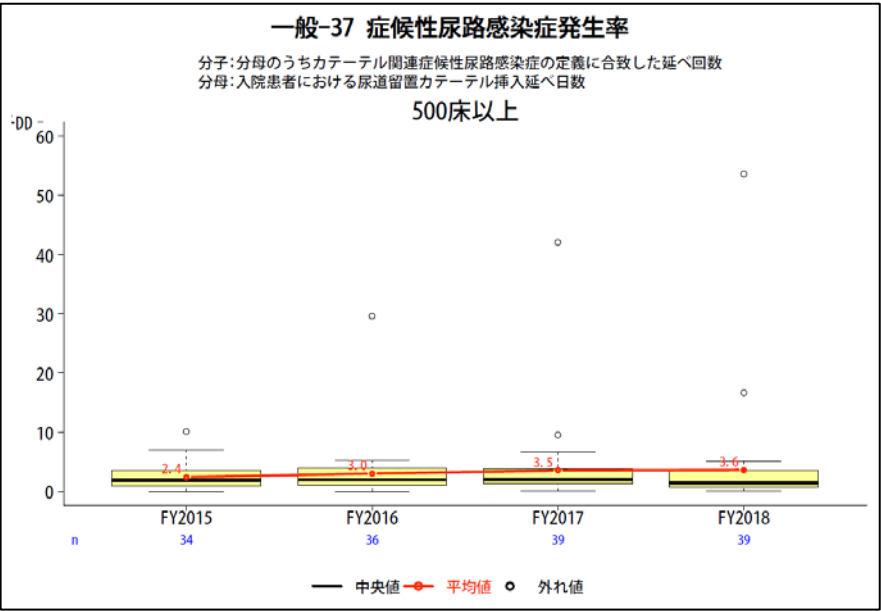
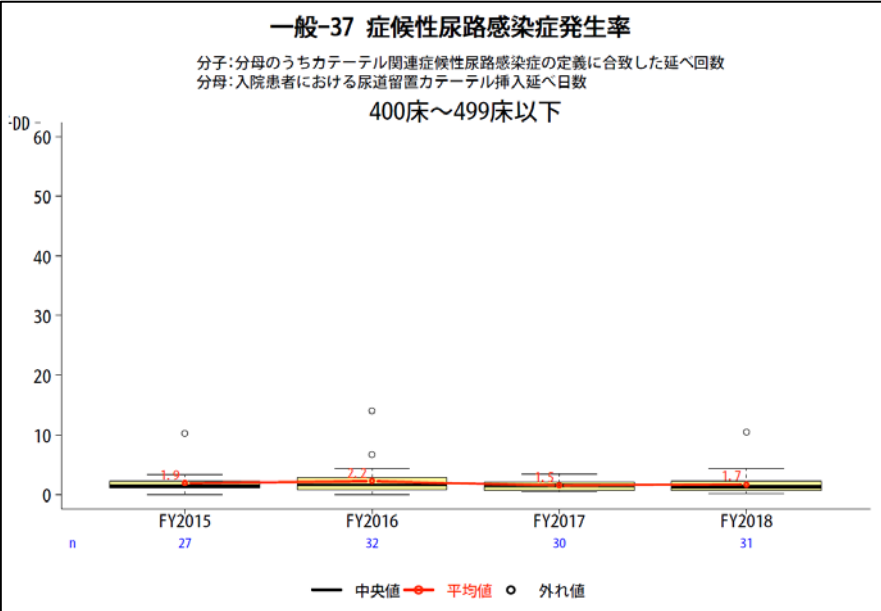
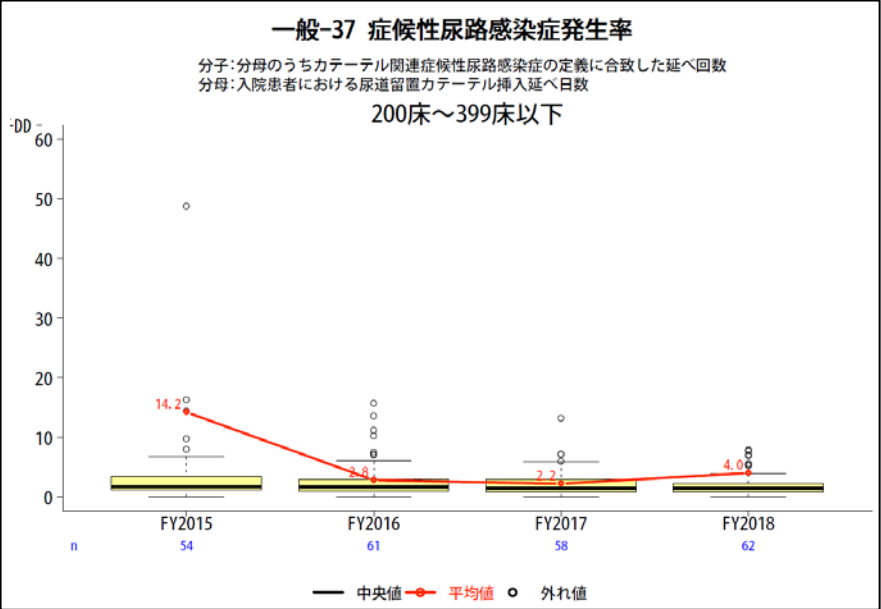
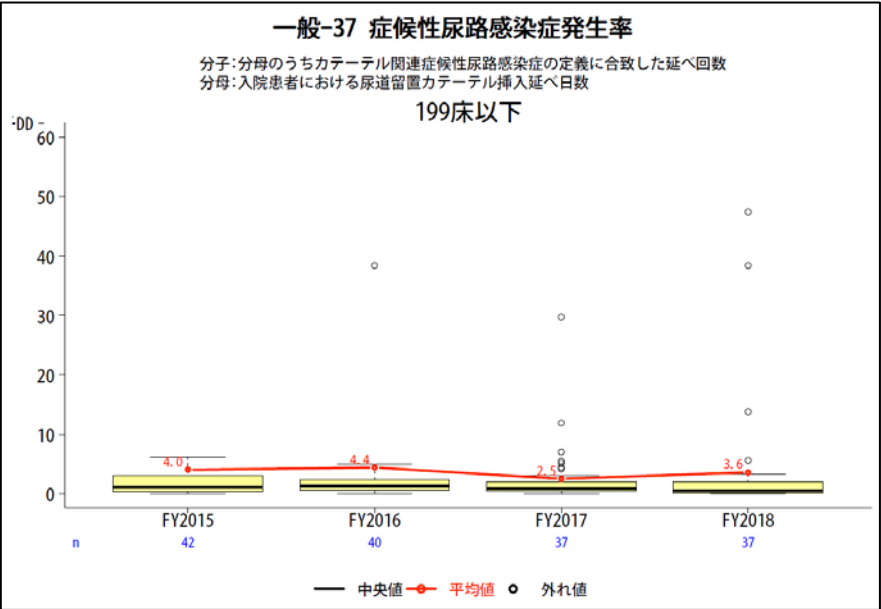
11 逆紹介率 ※縦軸目盛り、病床区分によって異なる



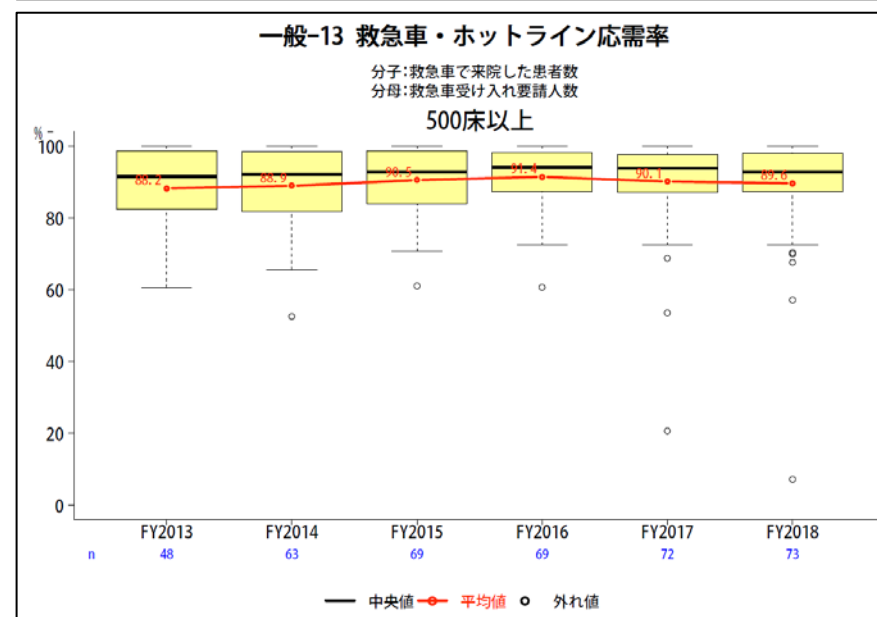
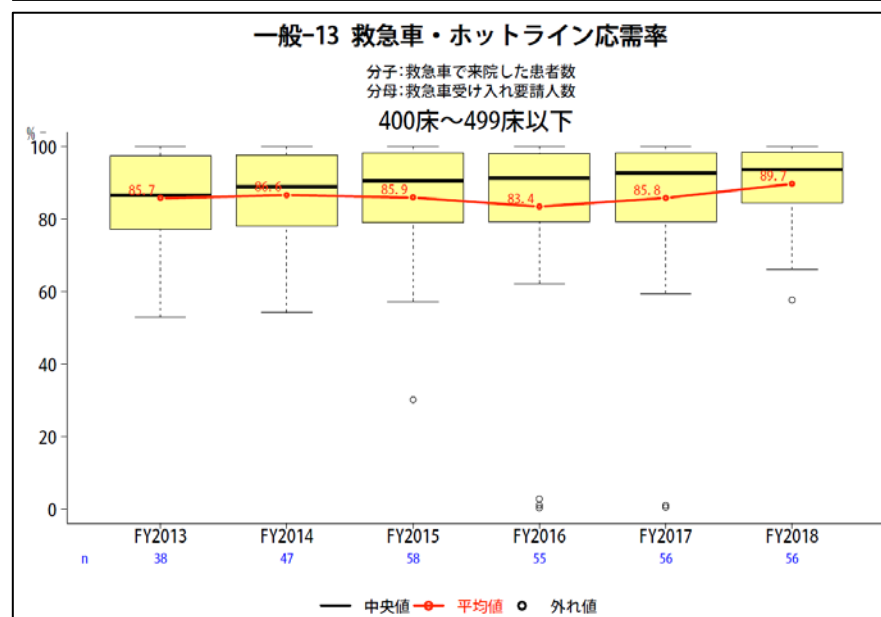
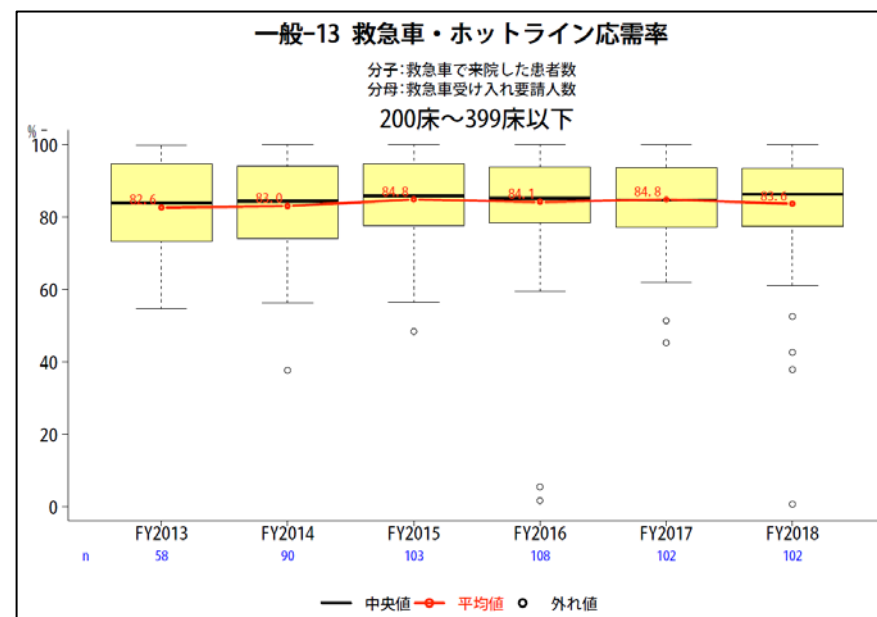
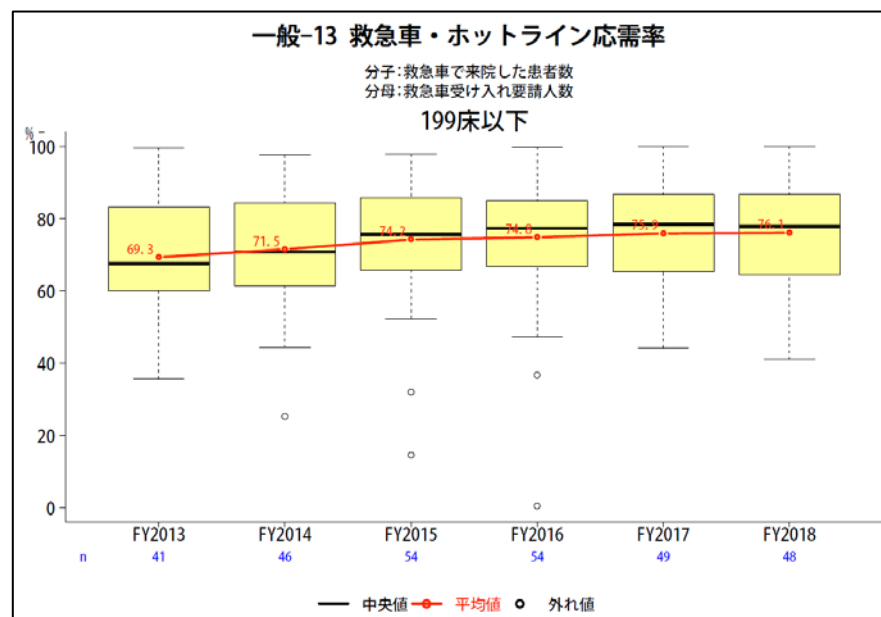
12 尿道留置カテーテル使用率



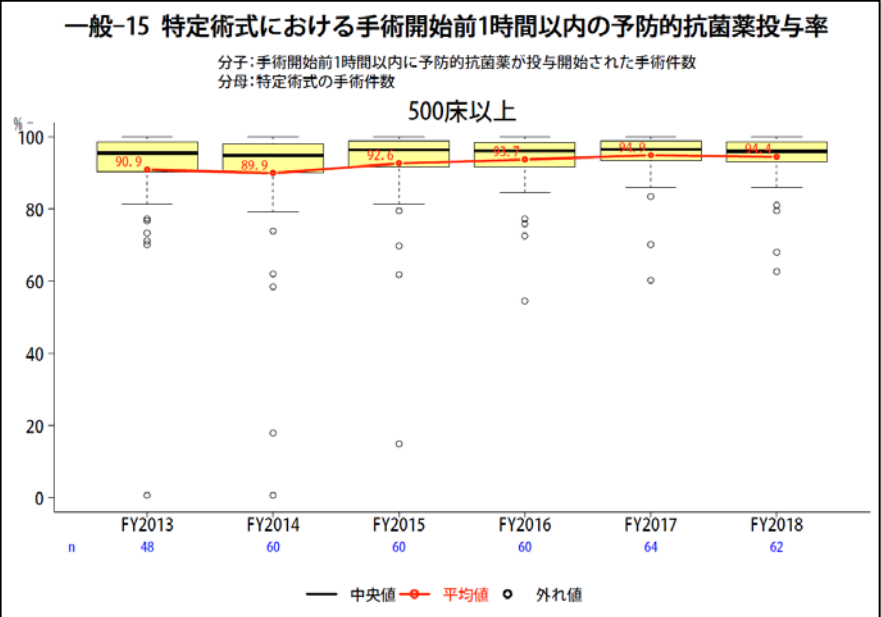
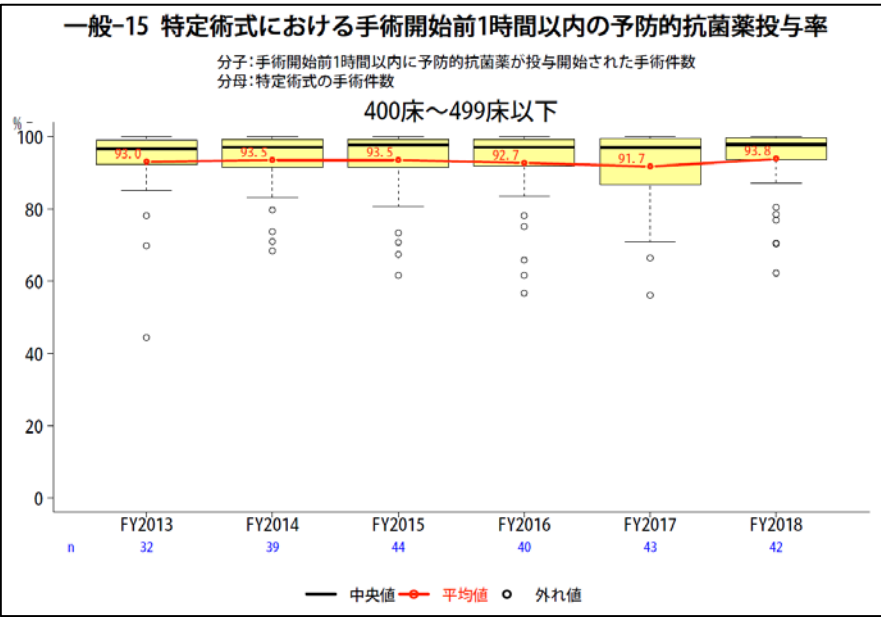
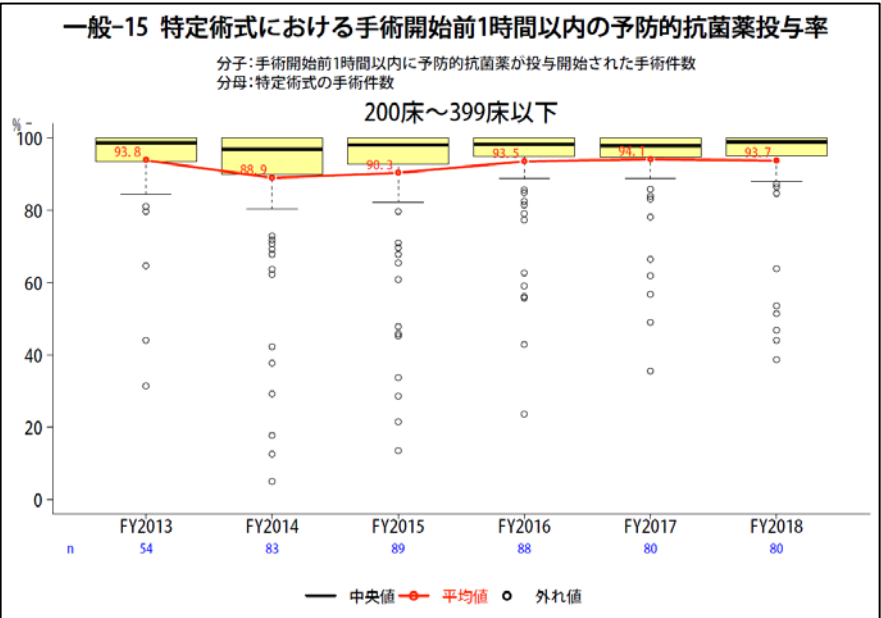
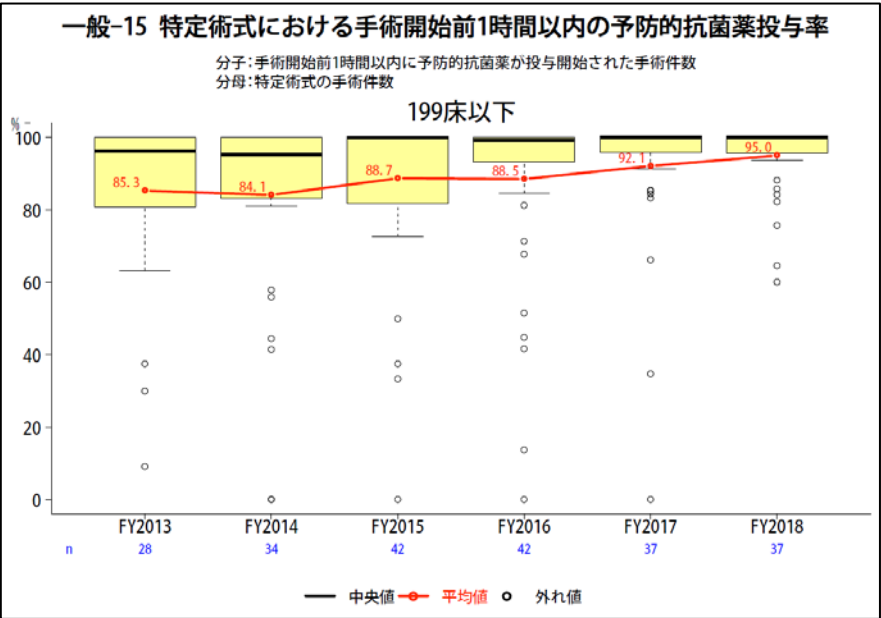
37 症候性尿路感染症発生率



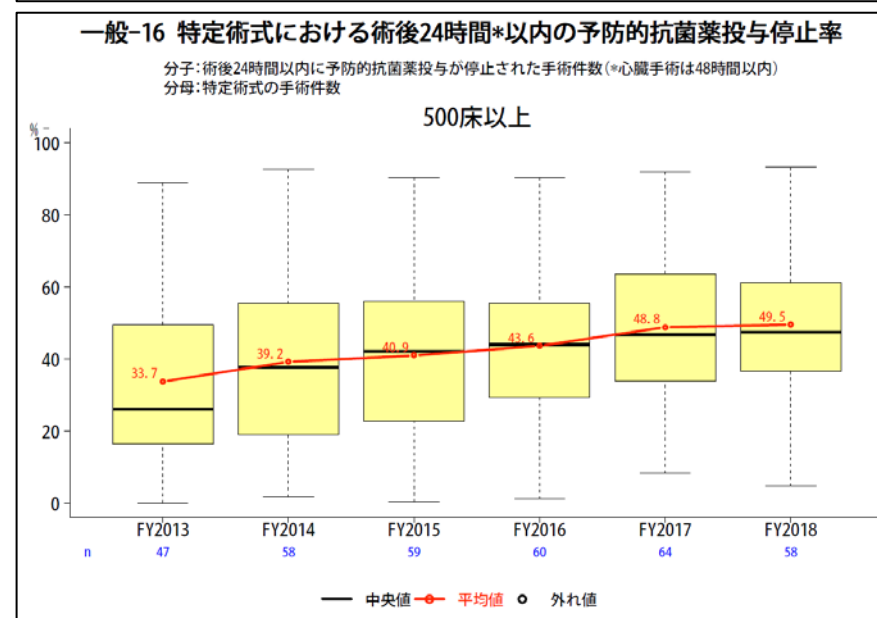
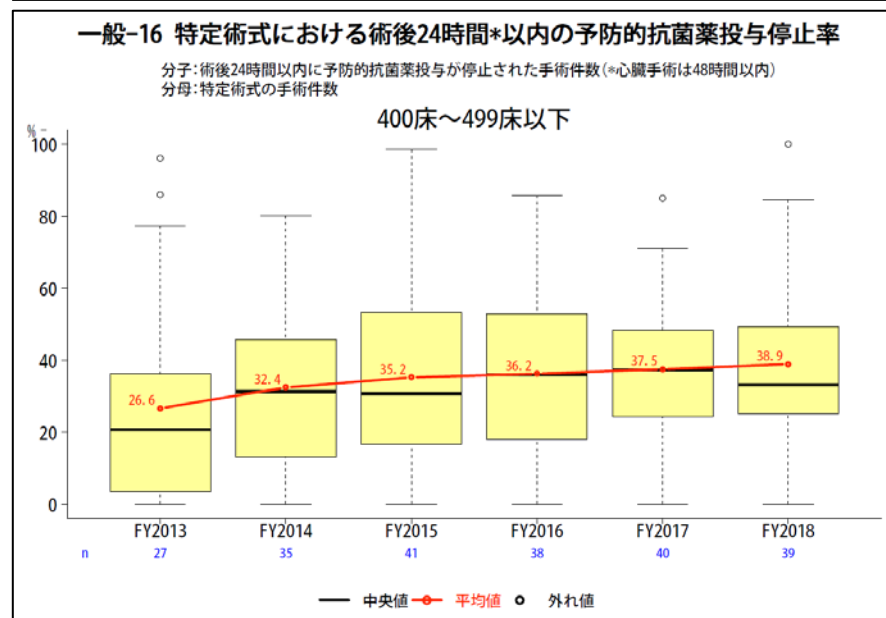
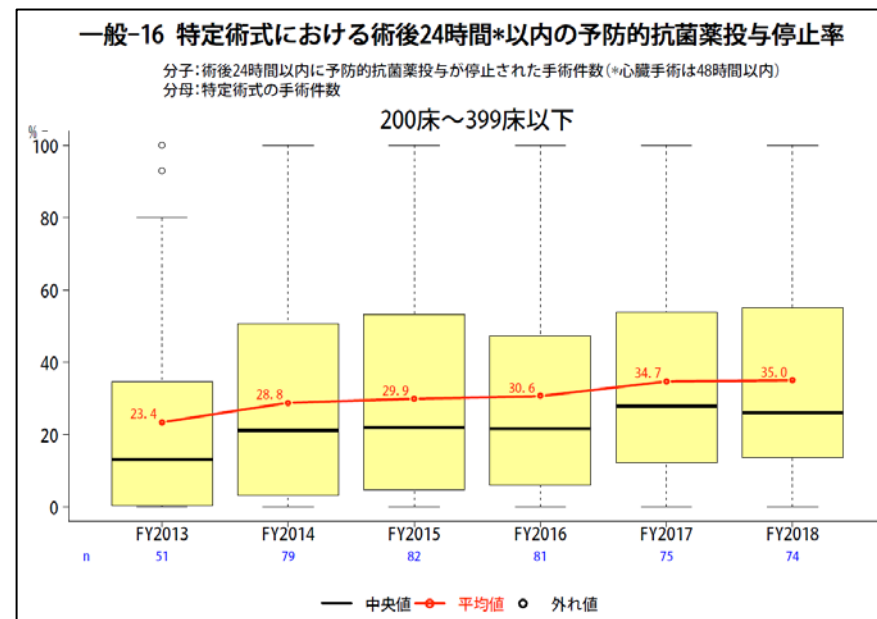
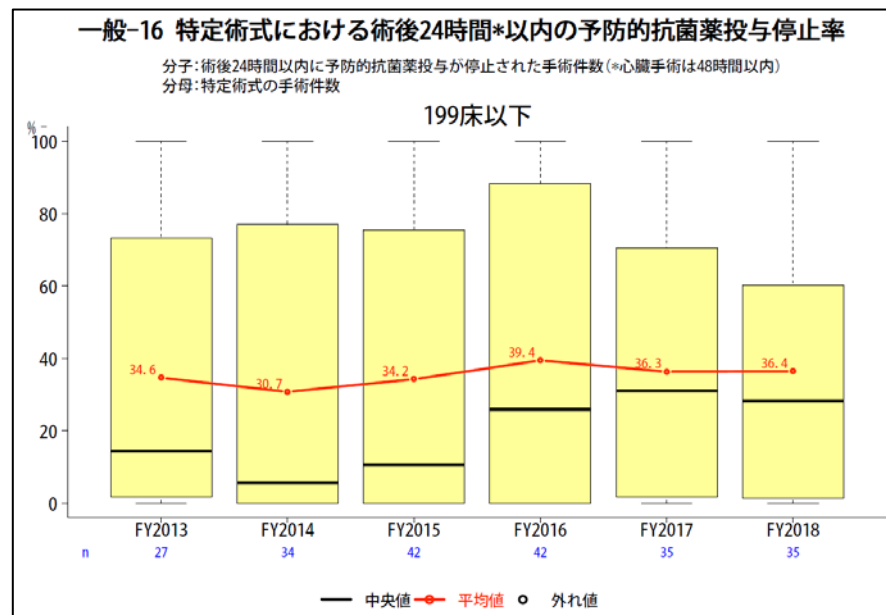
13 救急車・ホットライン応需率



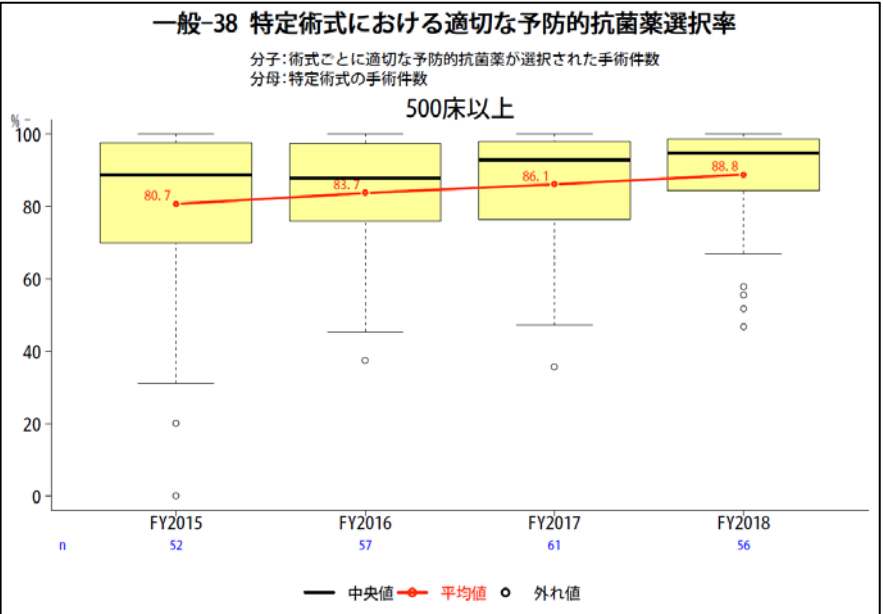
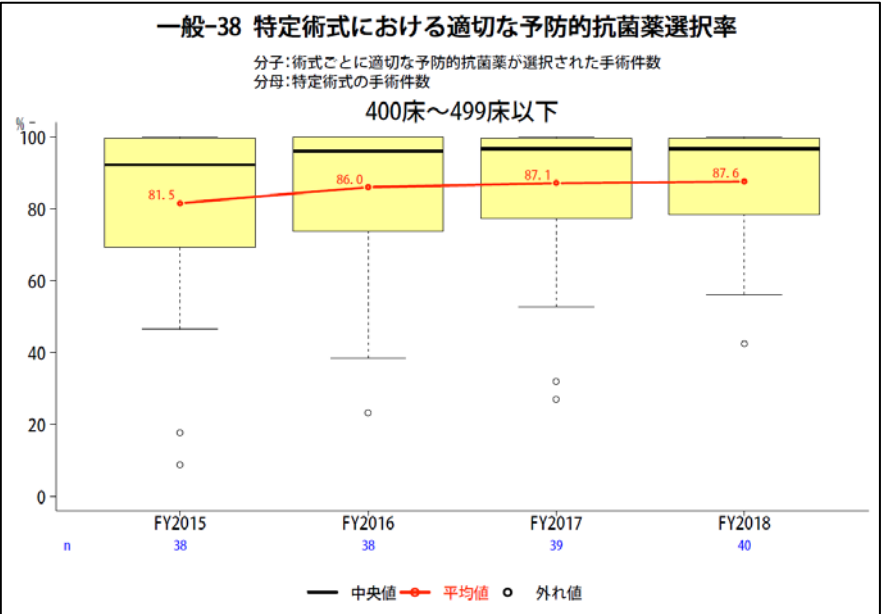
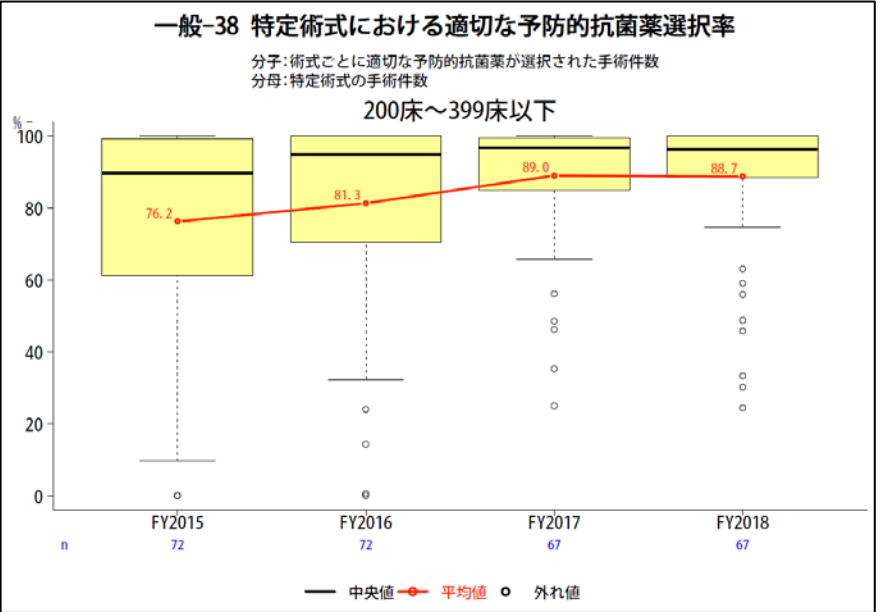
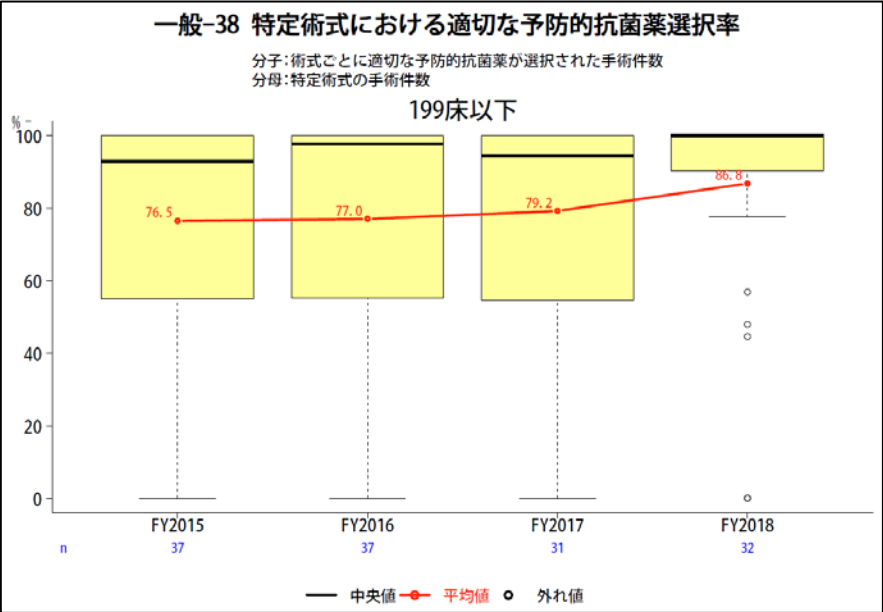
15 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率



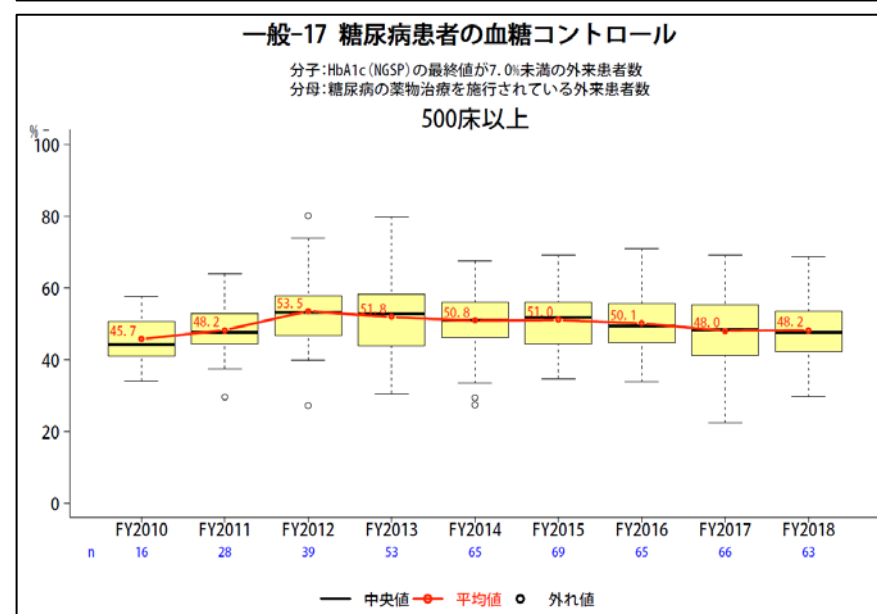
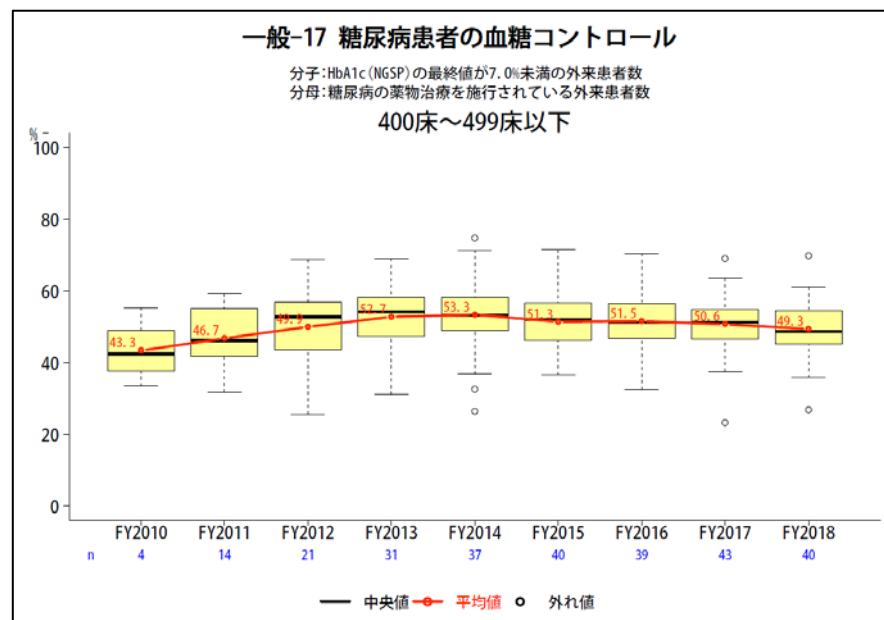
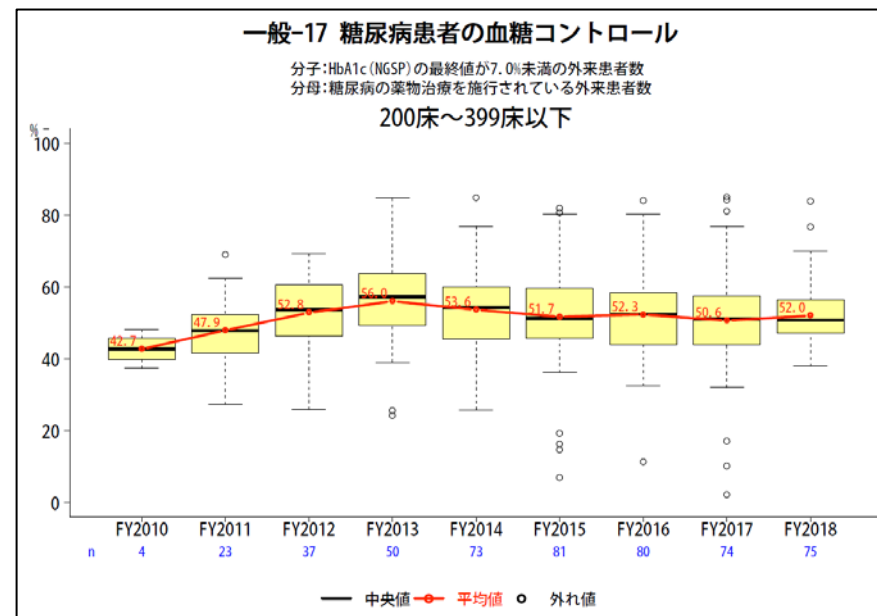
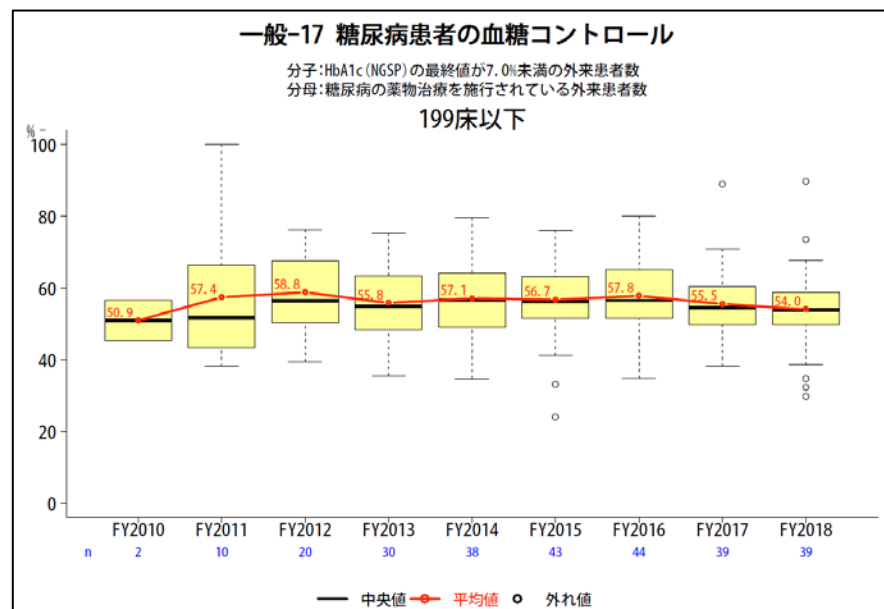
16 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率



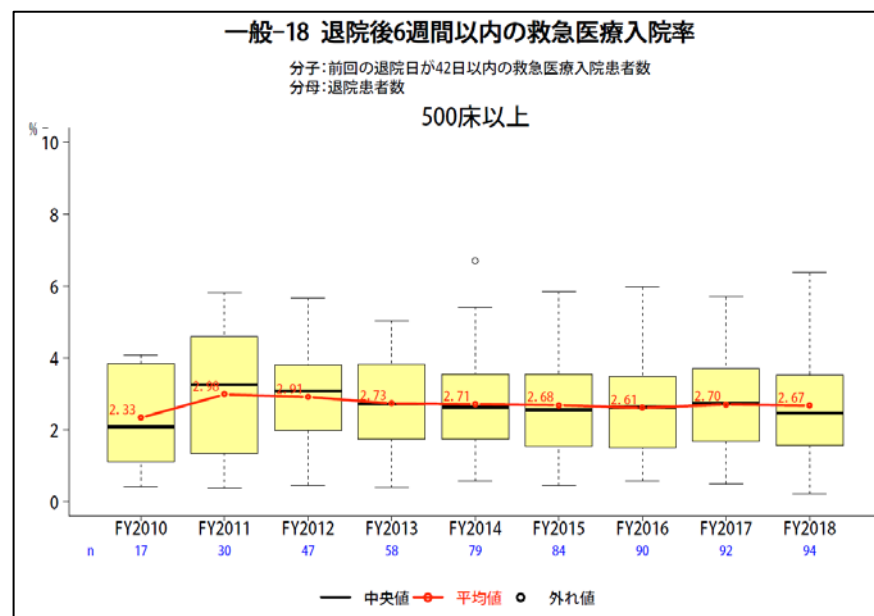
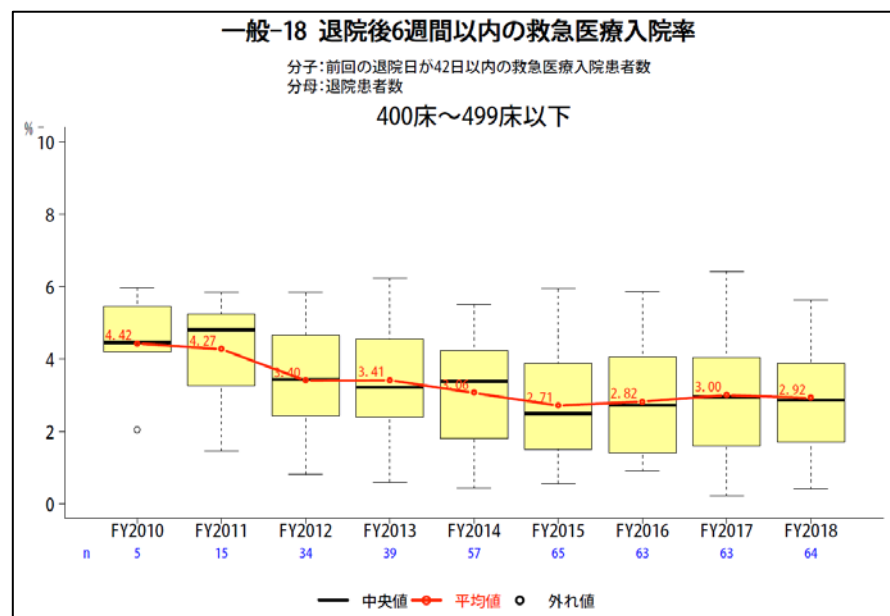
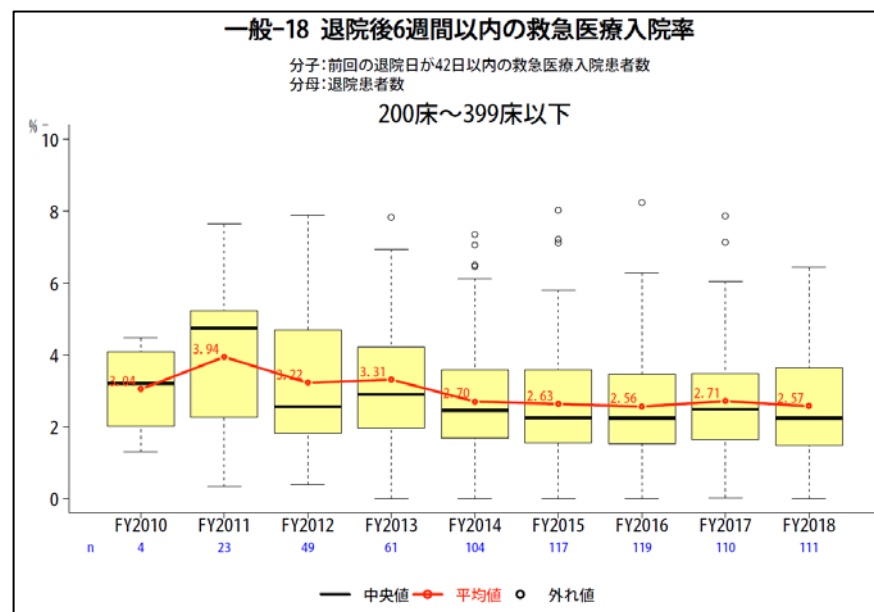
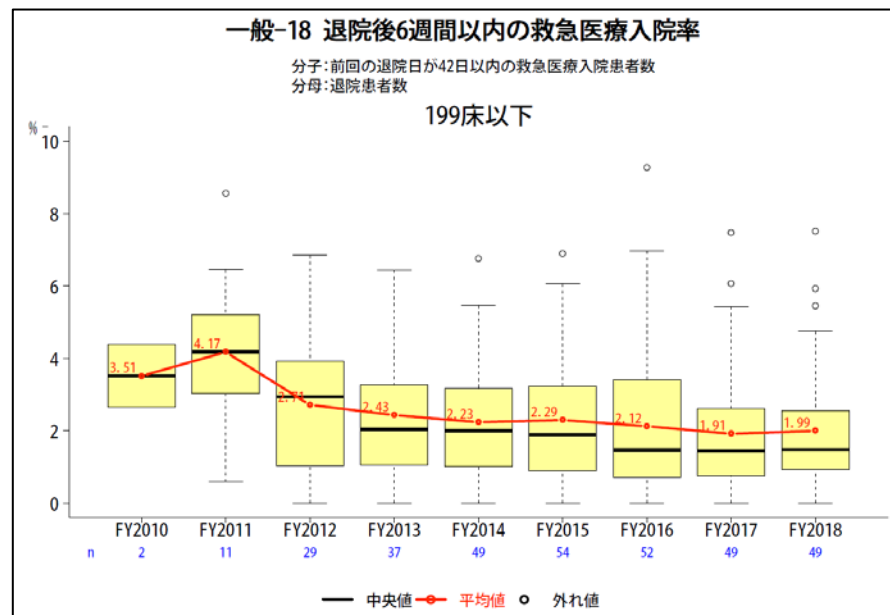
38 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率



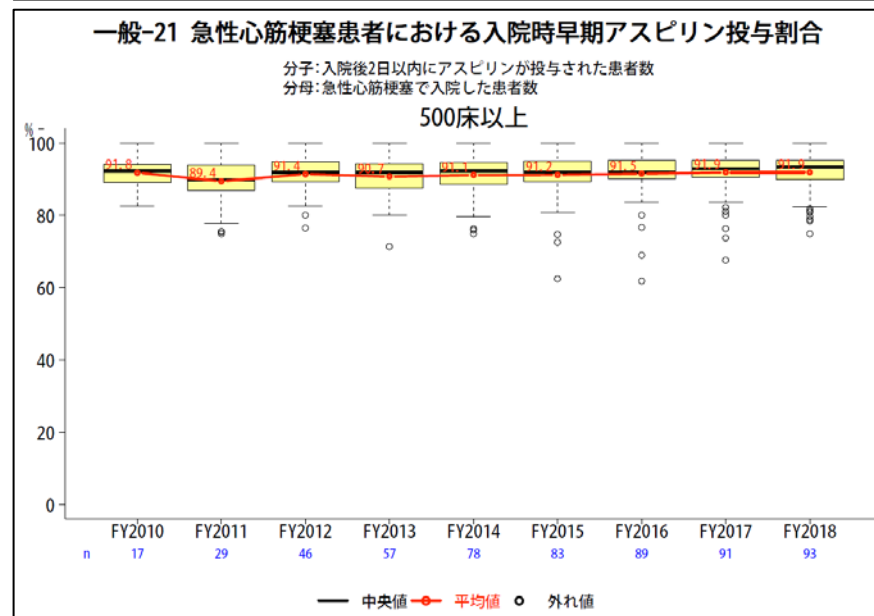
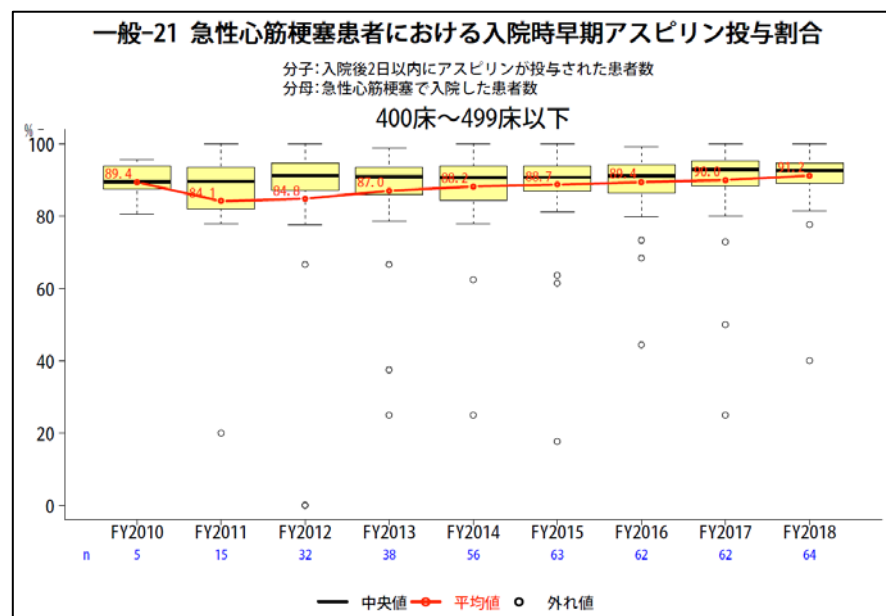
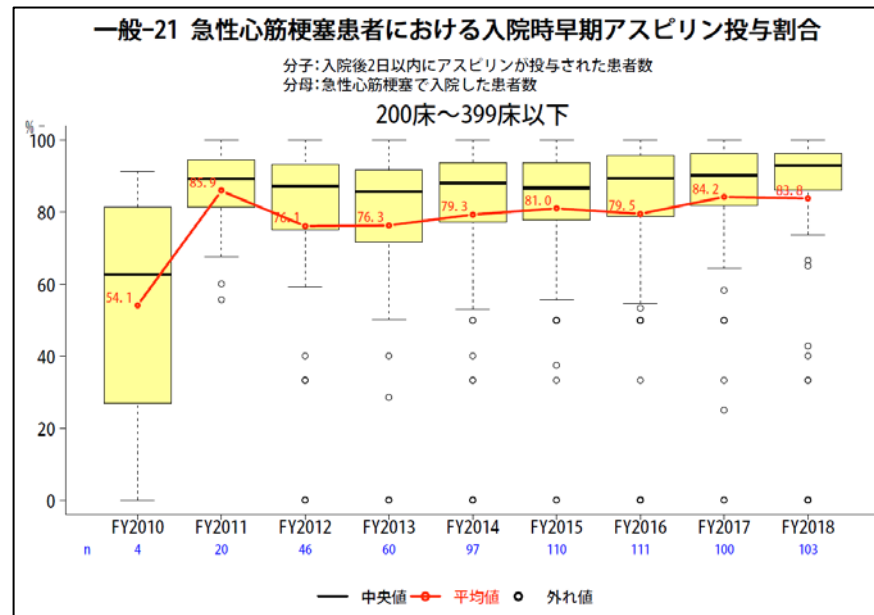
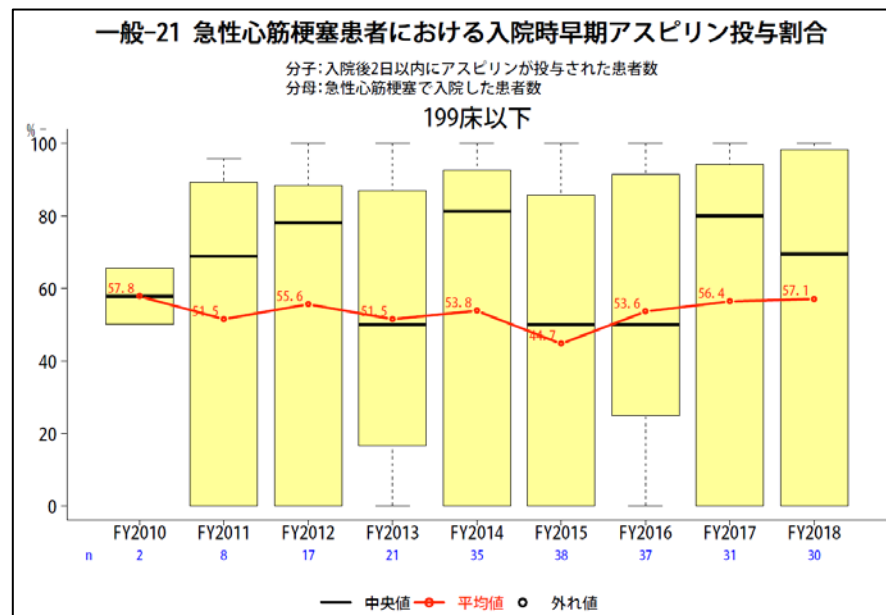
17 糖尿病患者の血糖コントロール



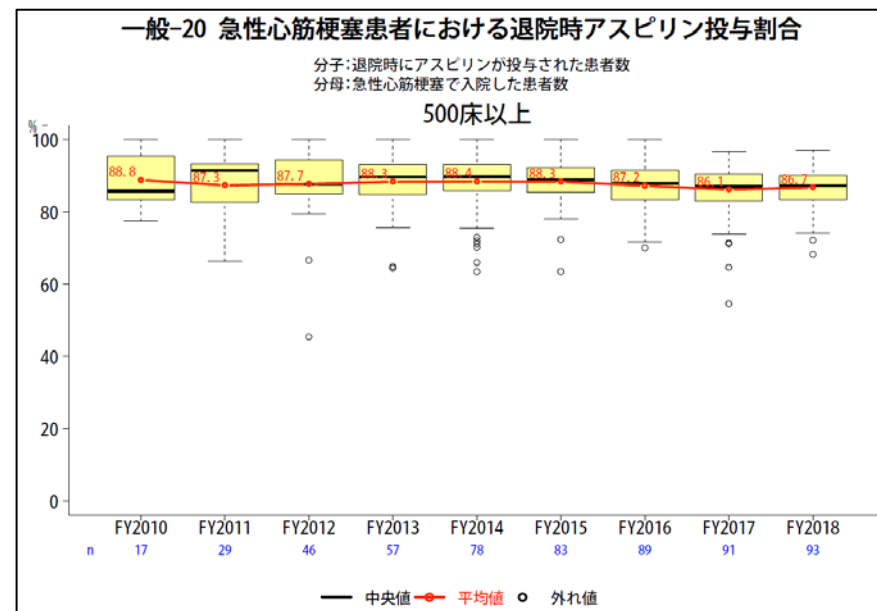
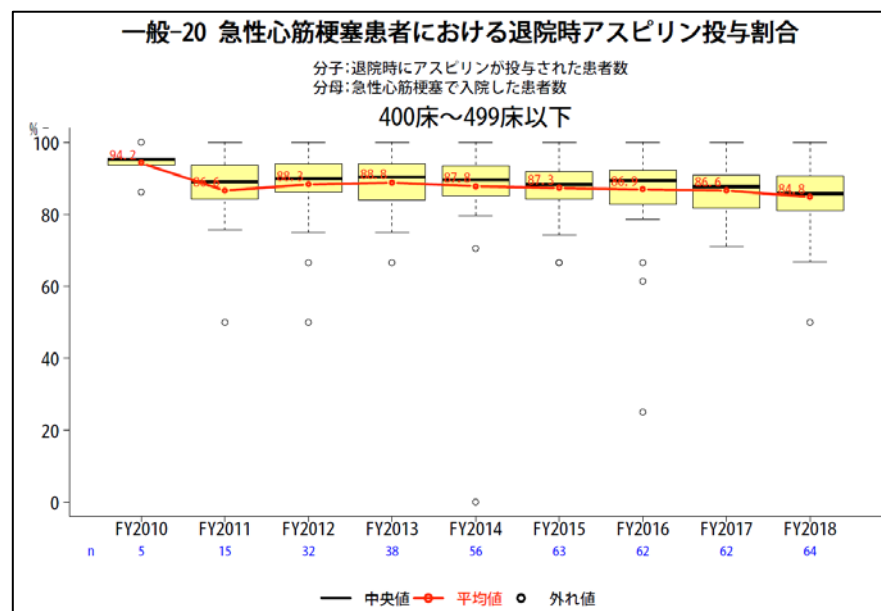
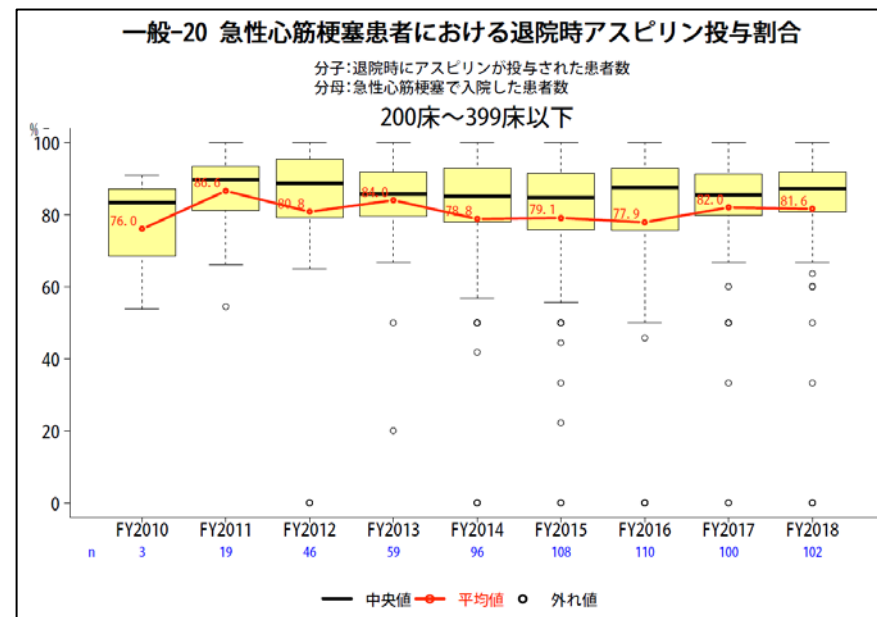
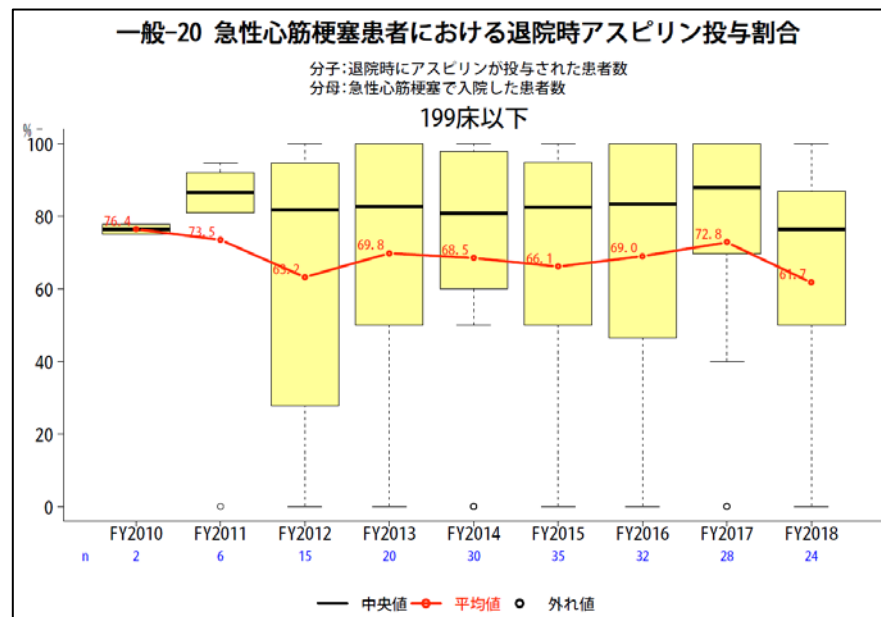
18 退院後 6 週間以内の救急医療入院率



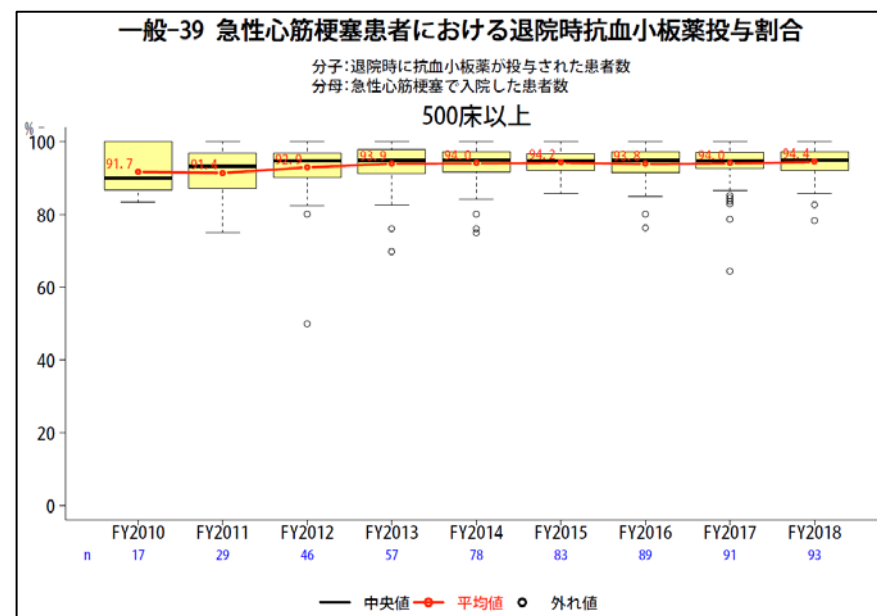
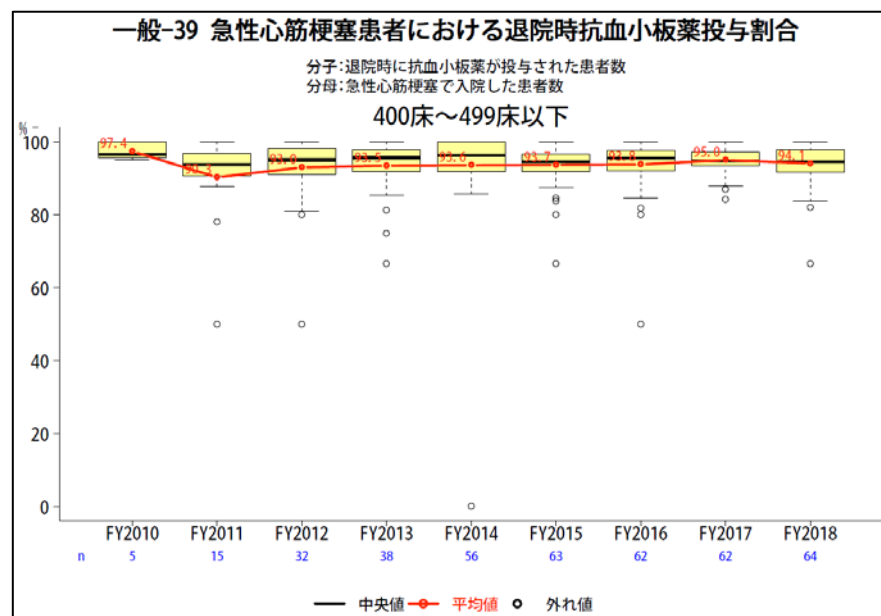
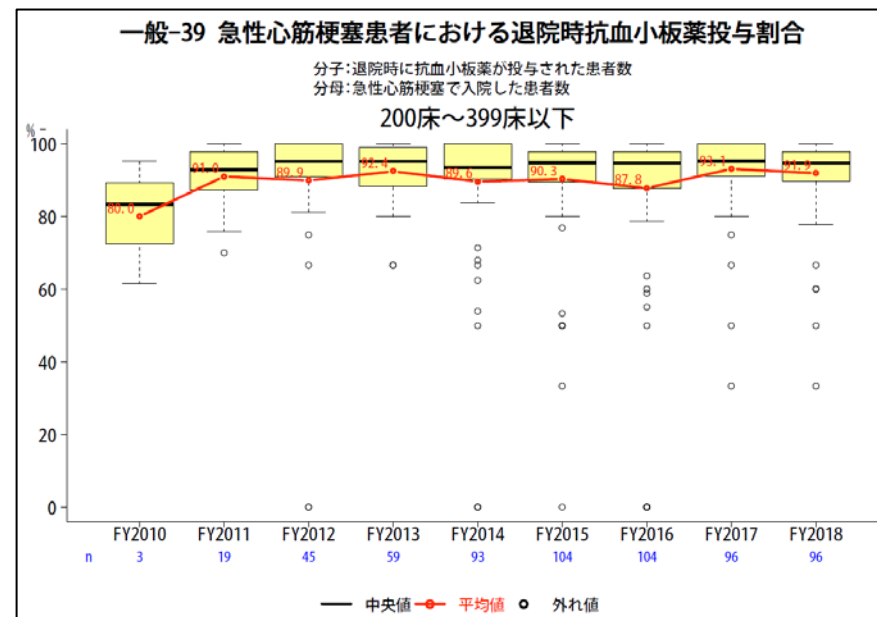
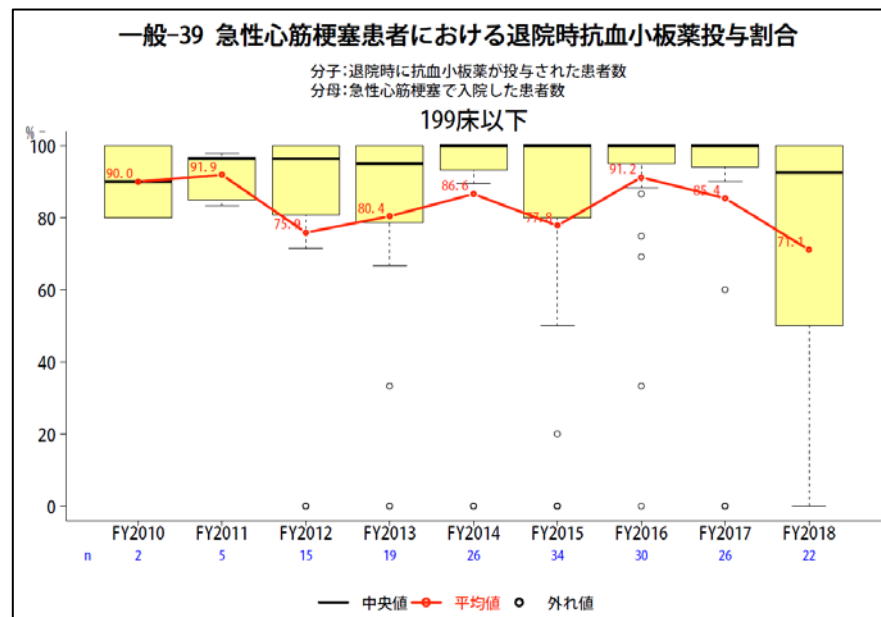
21 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合



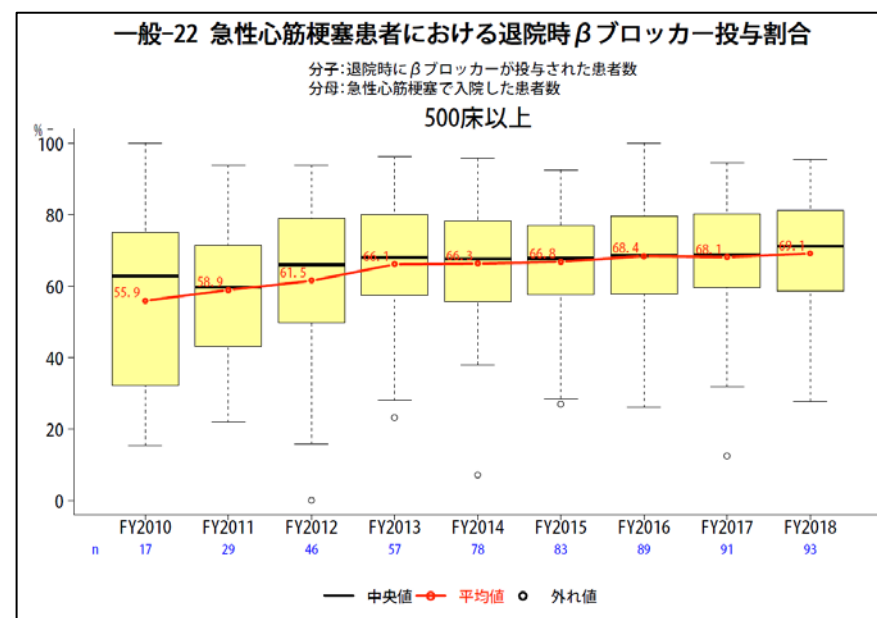
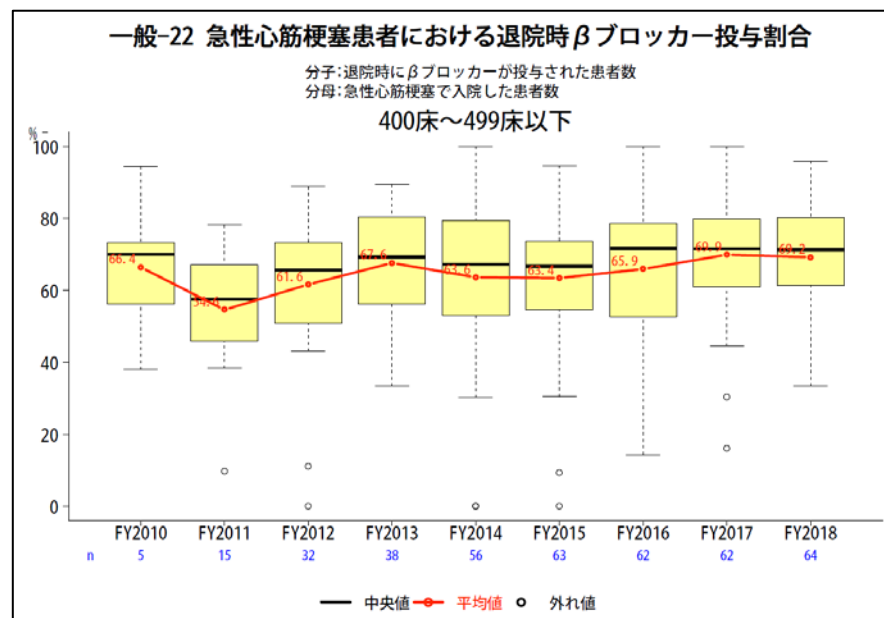
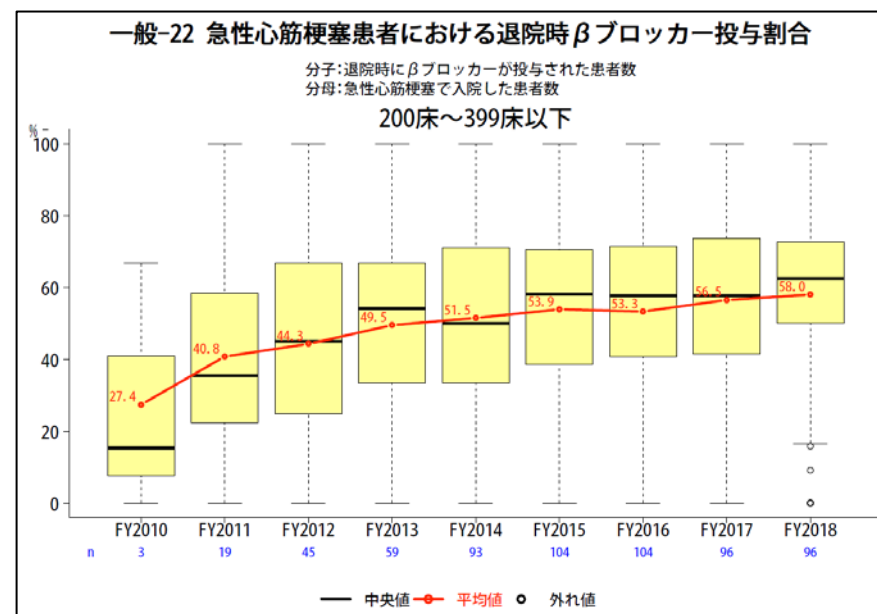
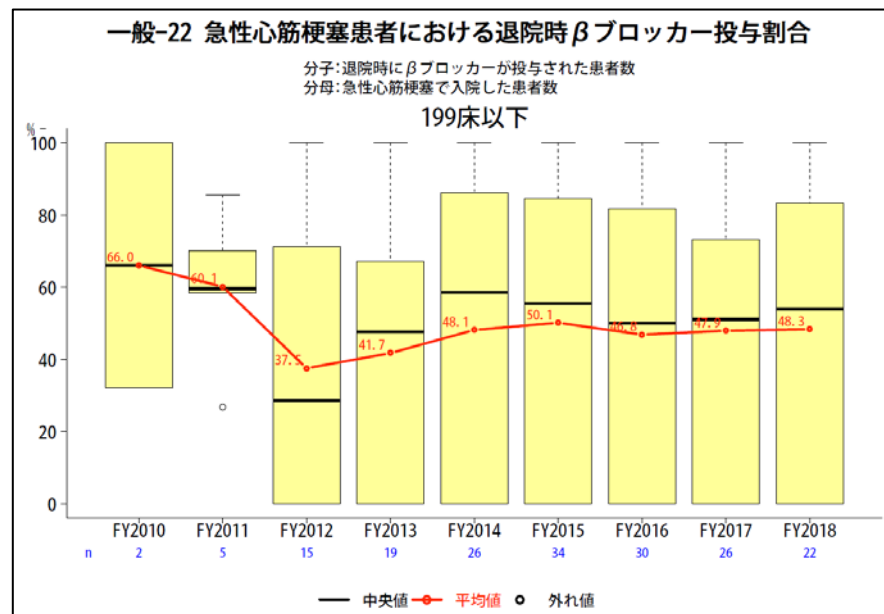
20 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合



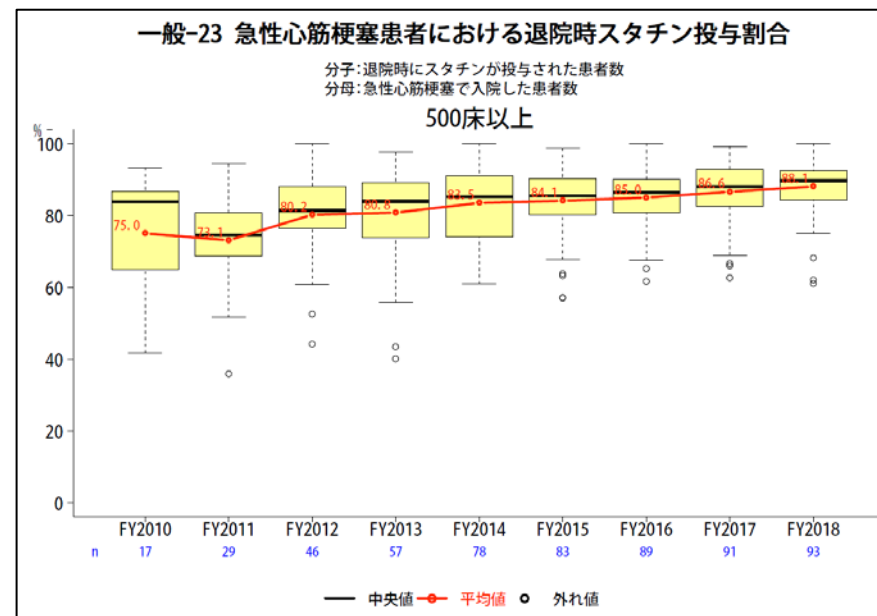
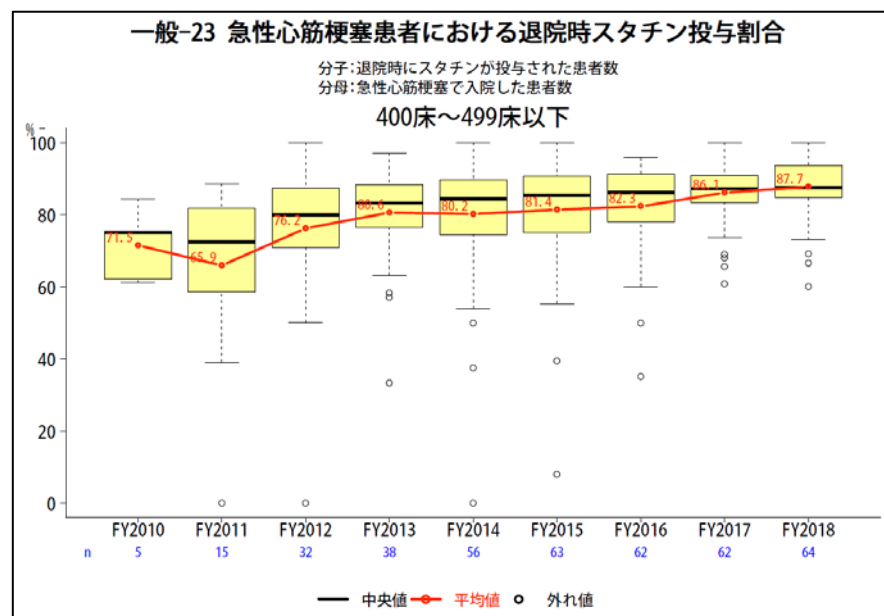
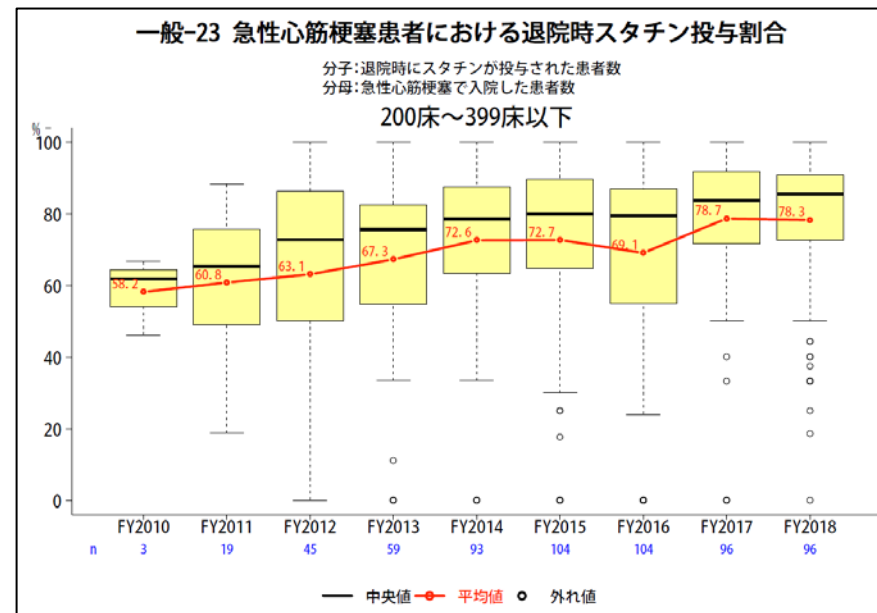
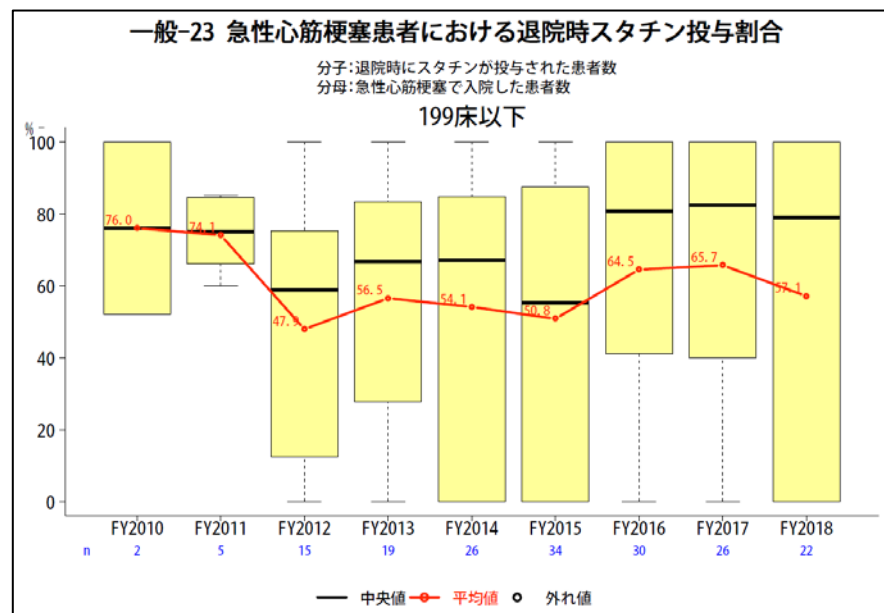
39 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合



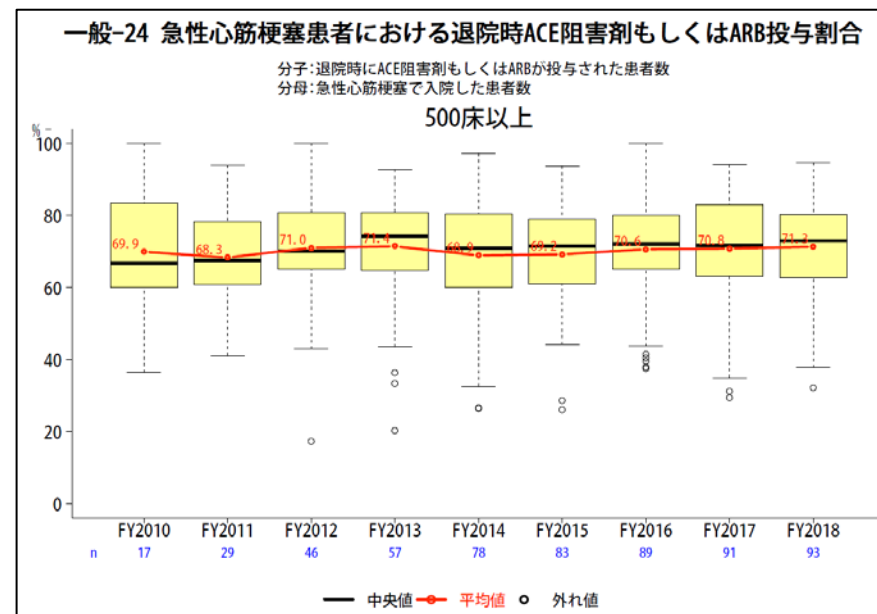
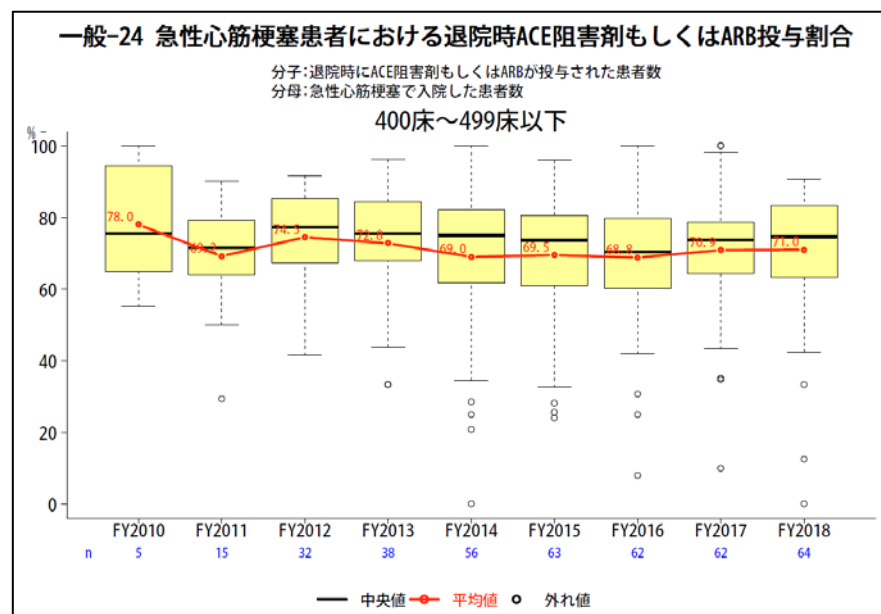
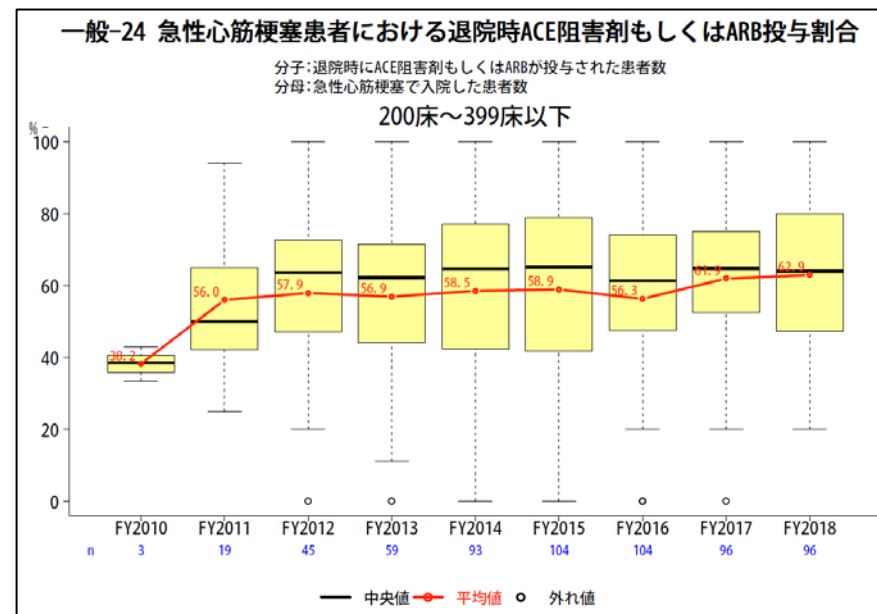
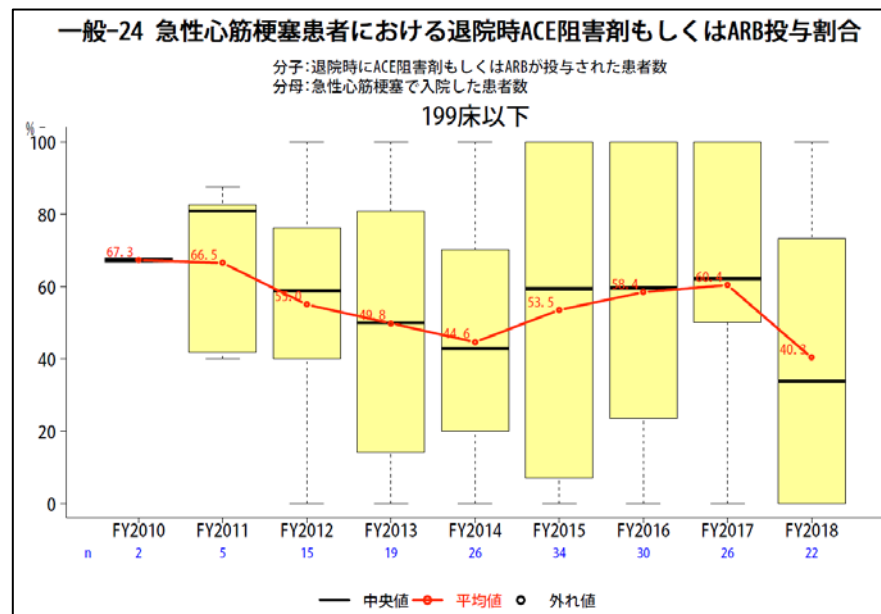
22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合



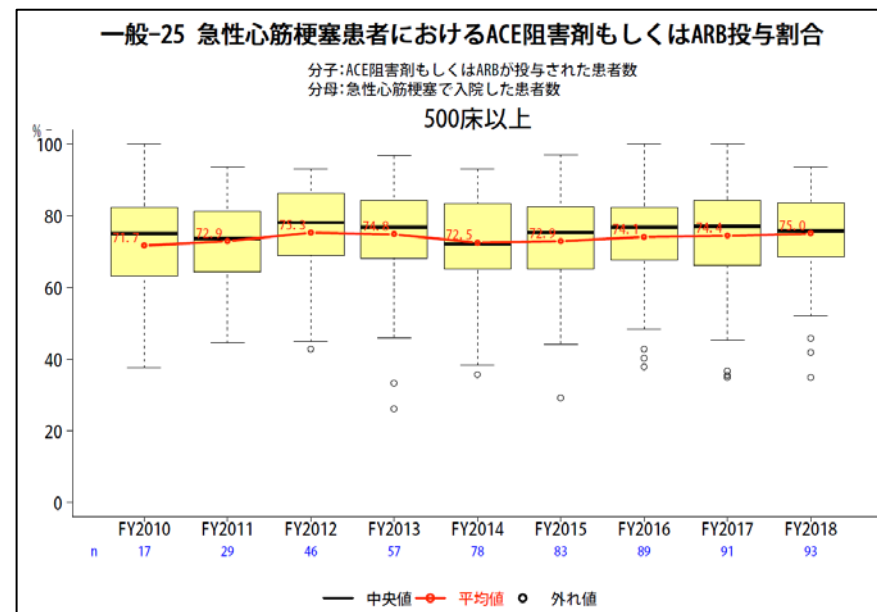
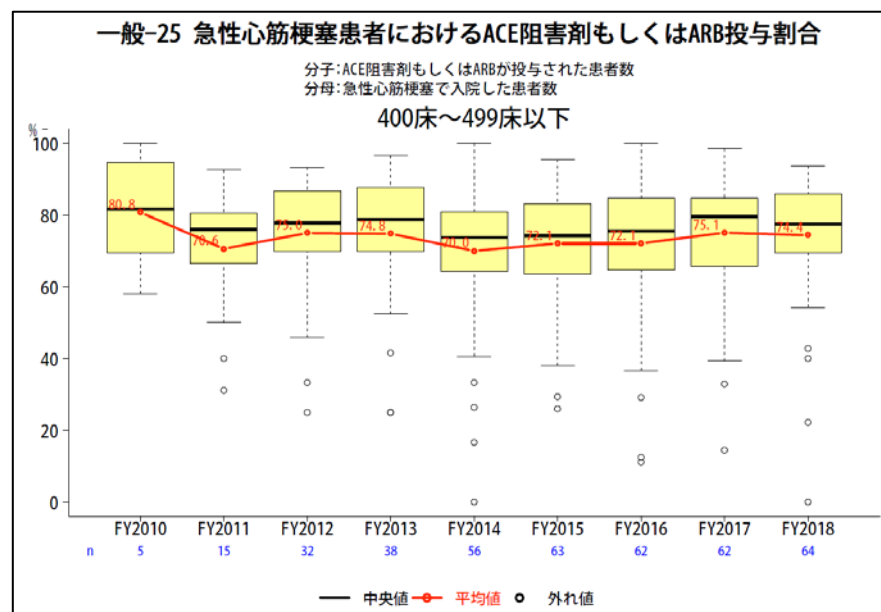
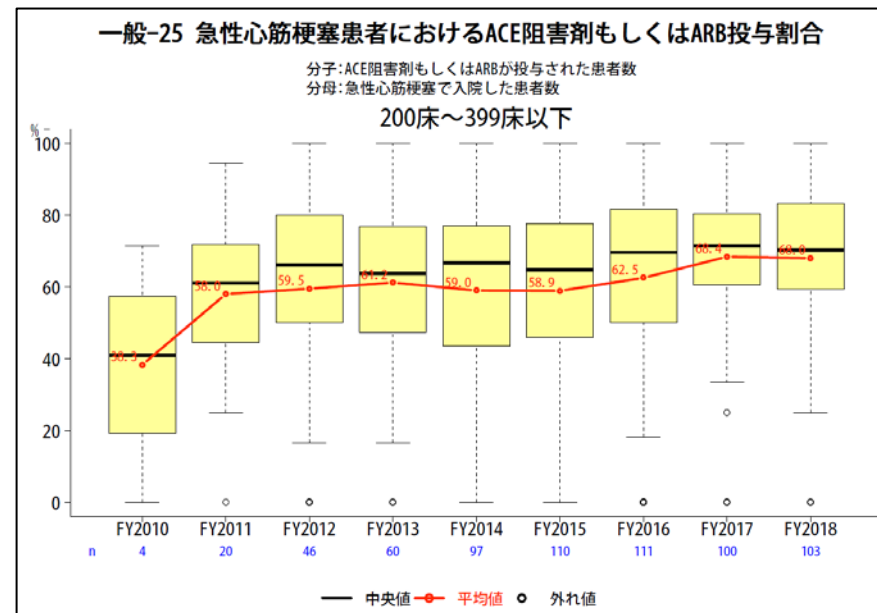
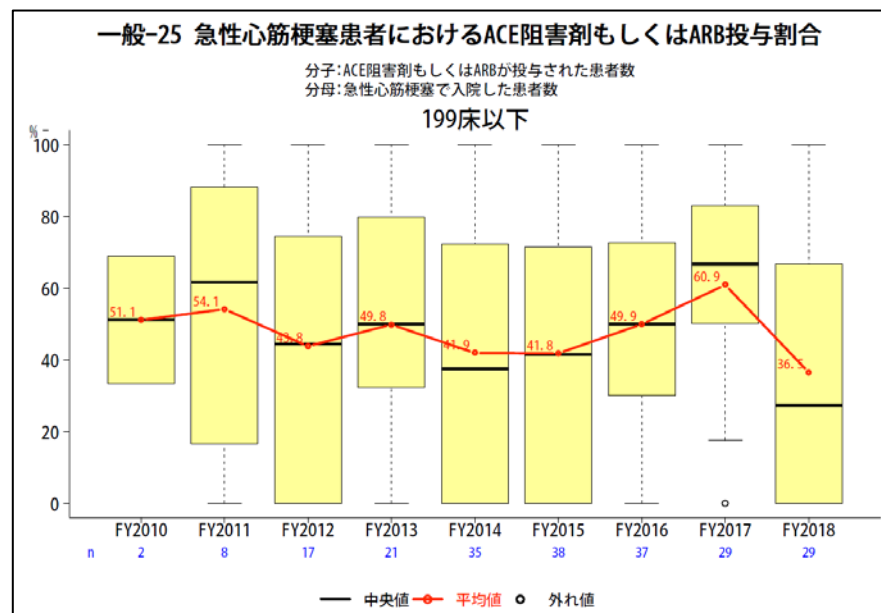
23 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合



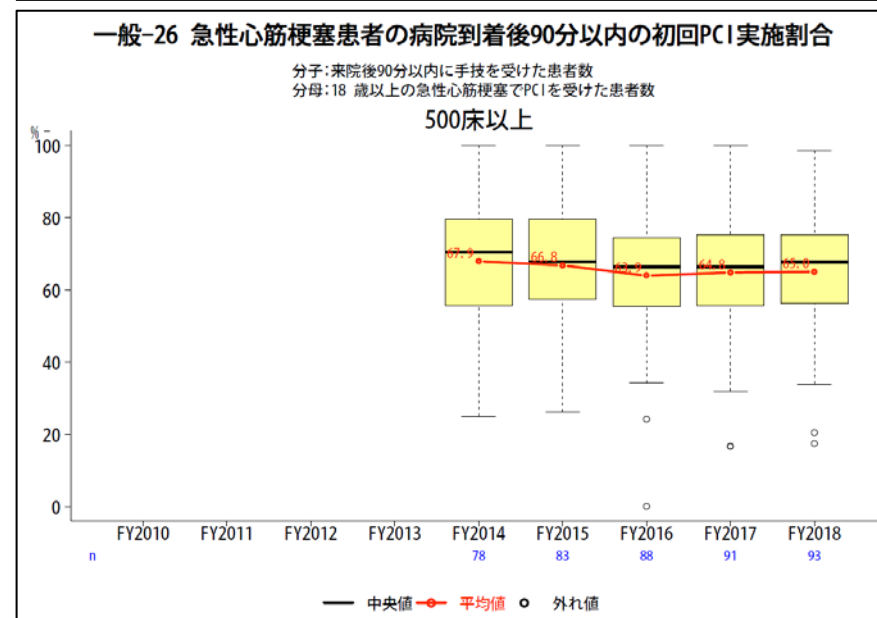
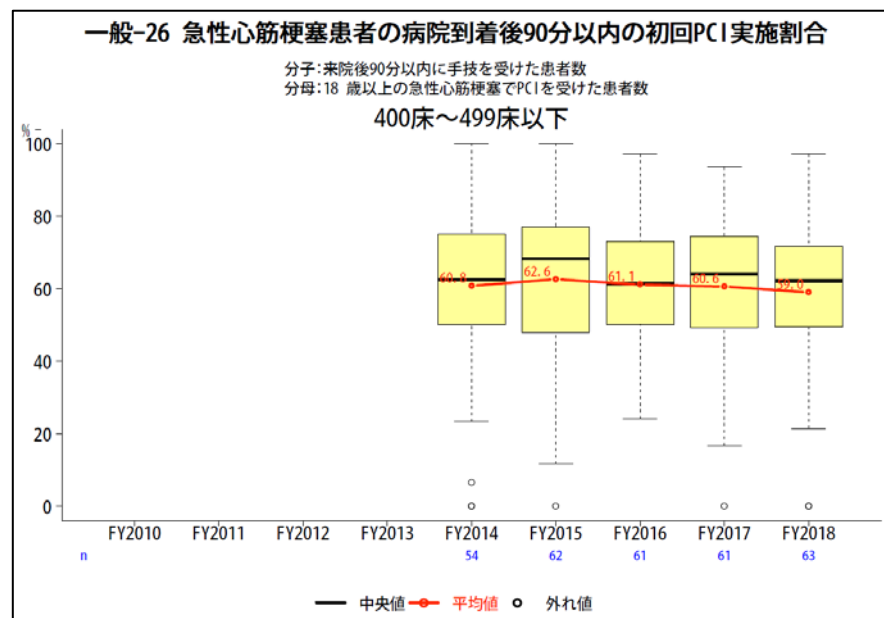
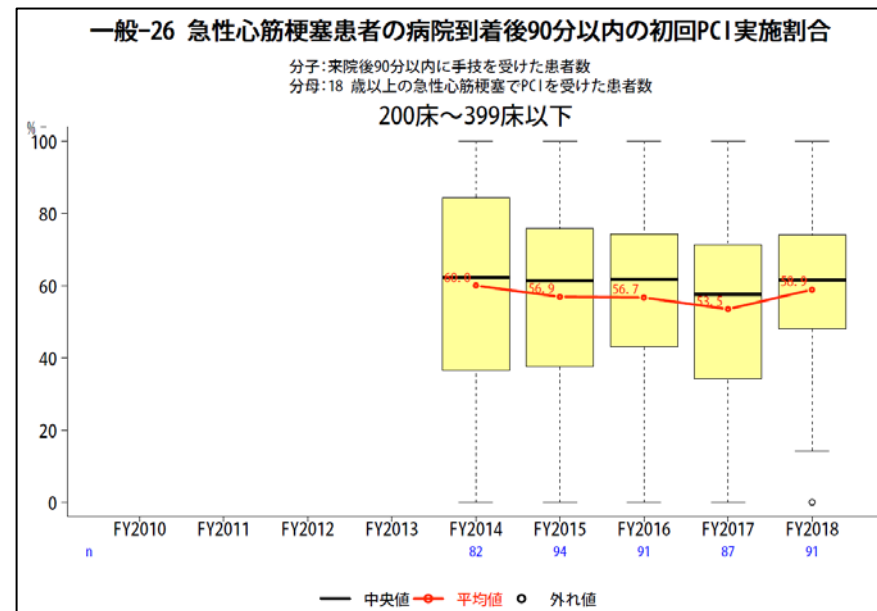
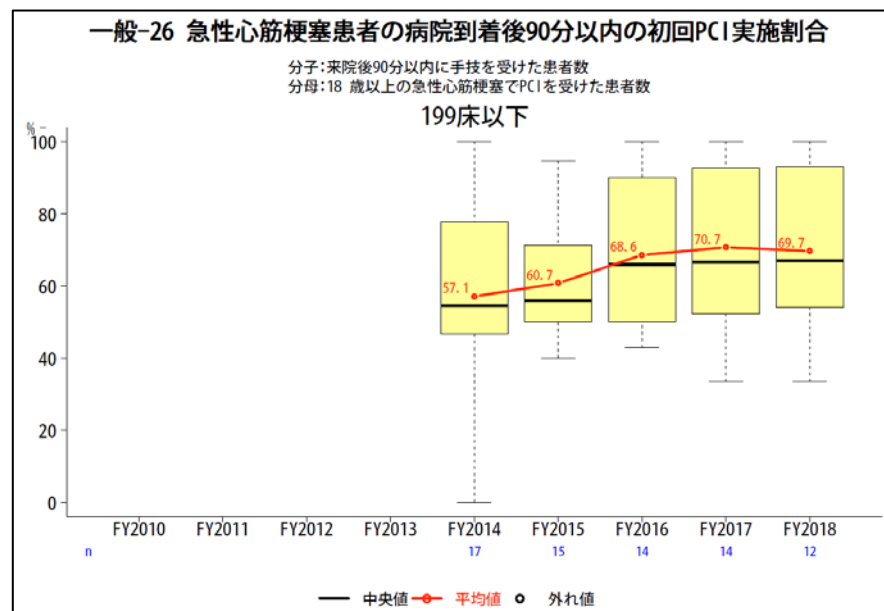
24 急性心筋梗塞患者における退院時 ACE 阻害剤もしくは ARB 投与割合



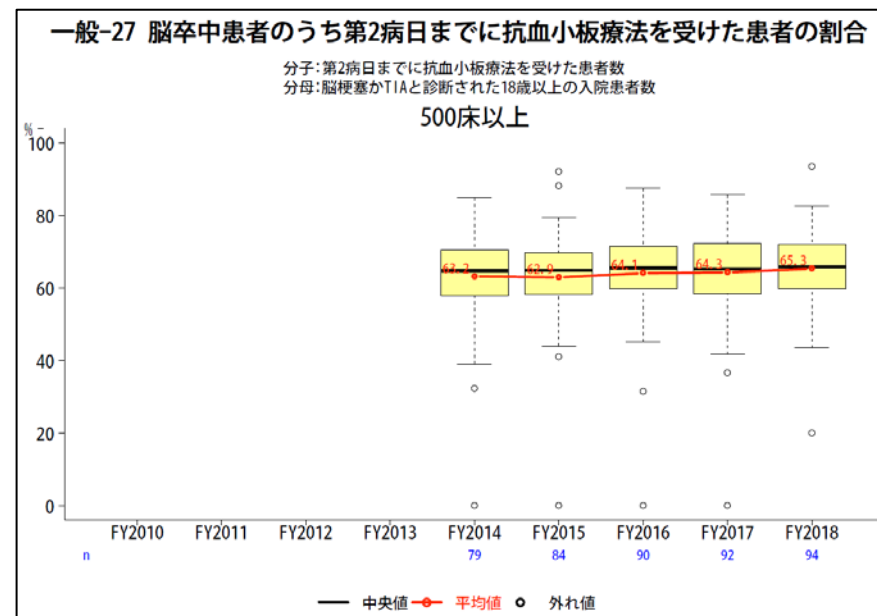
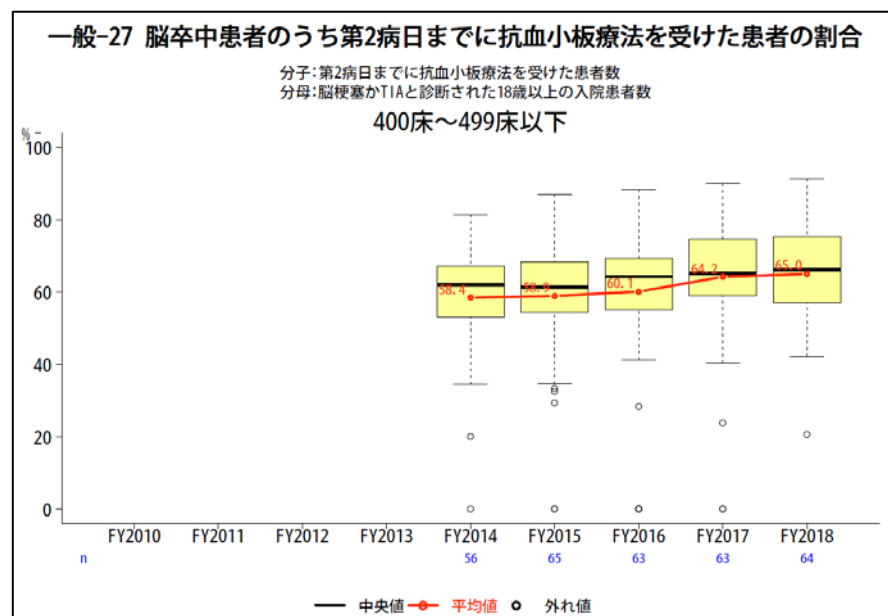
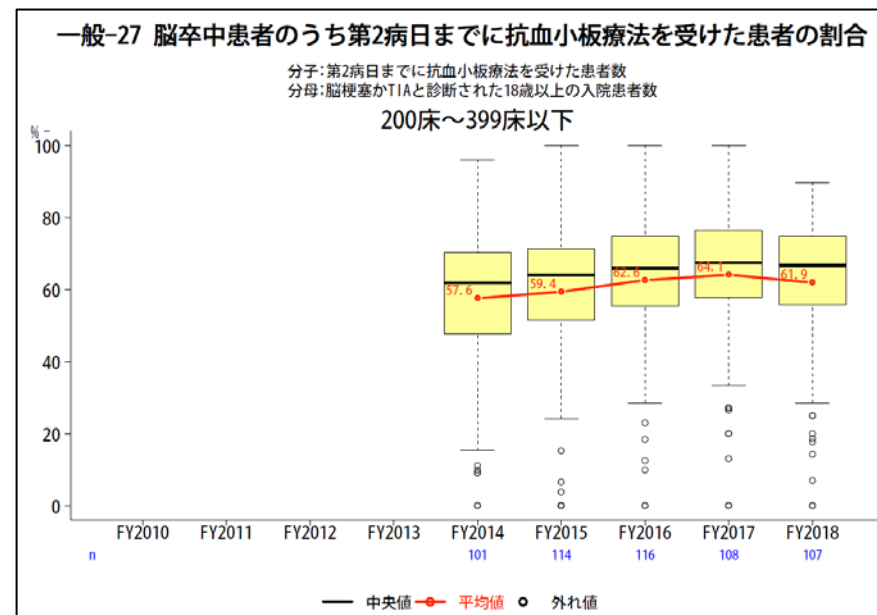
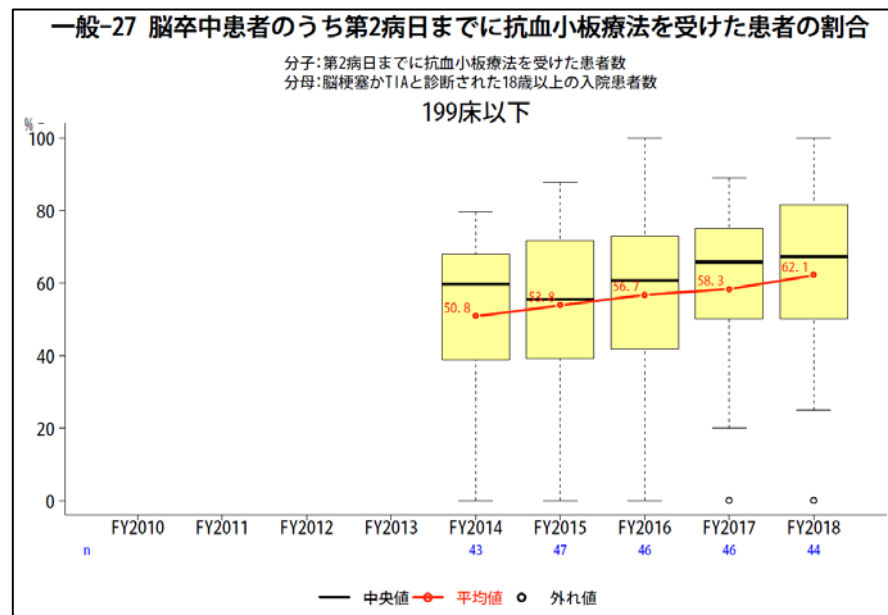
25 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合



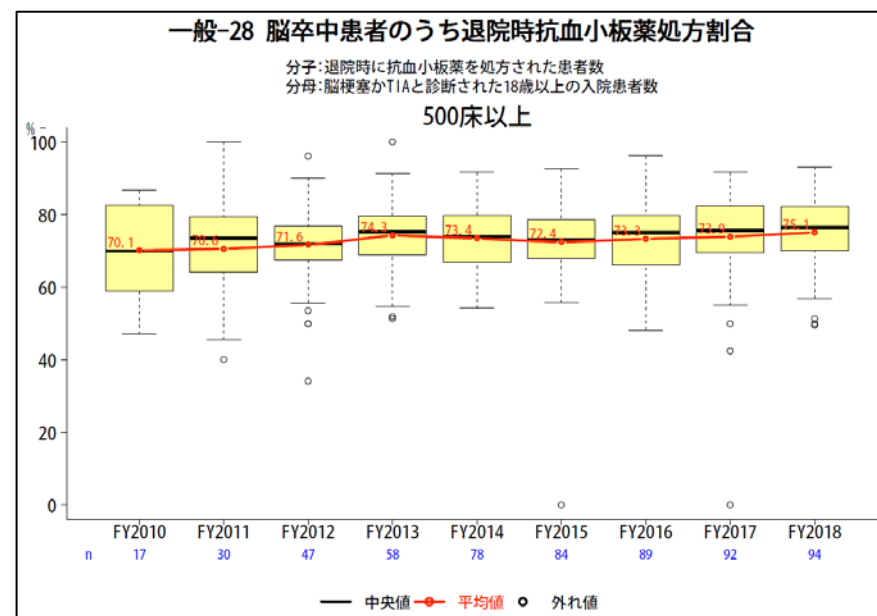
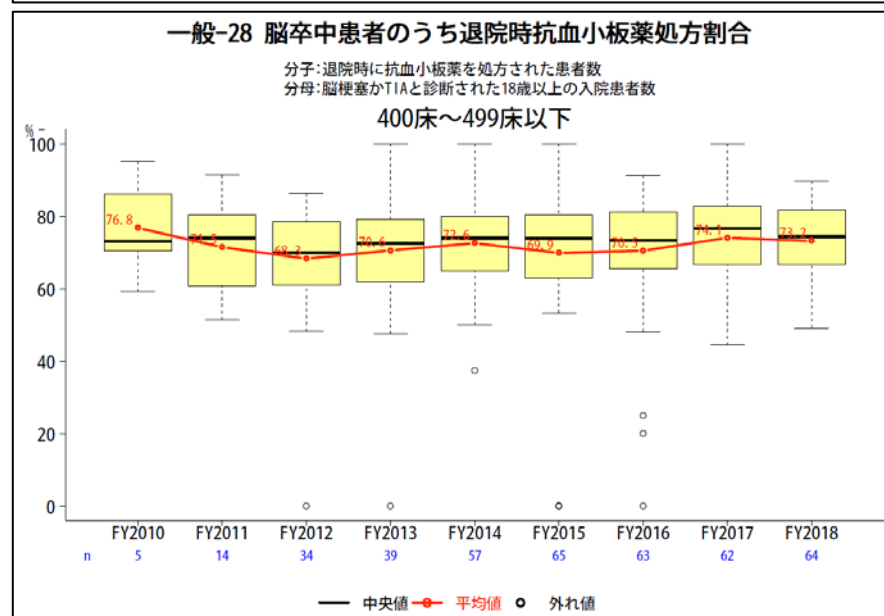
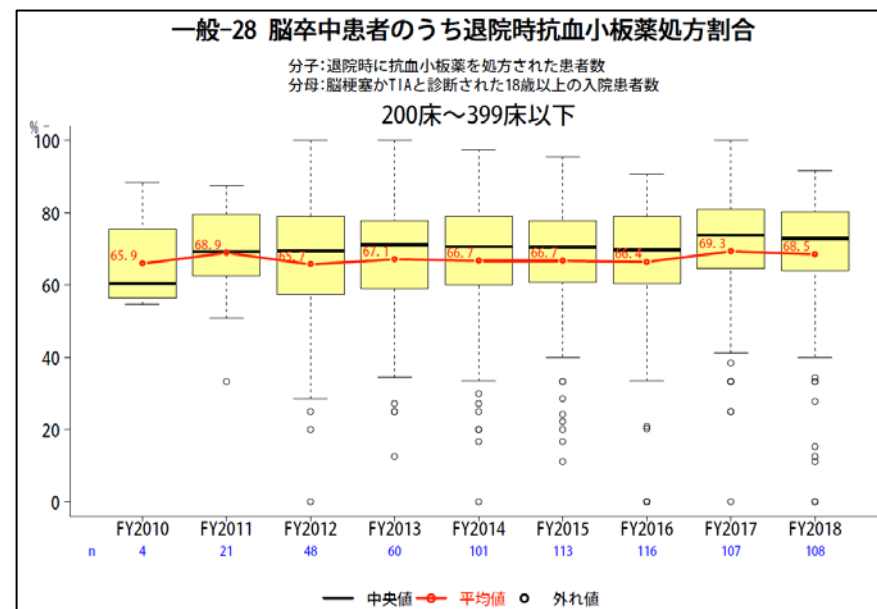
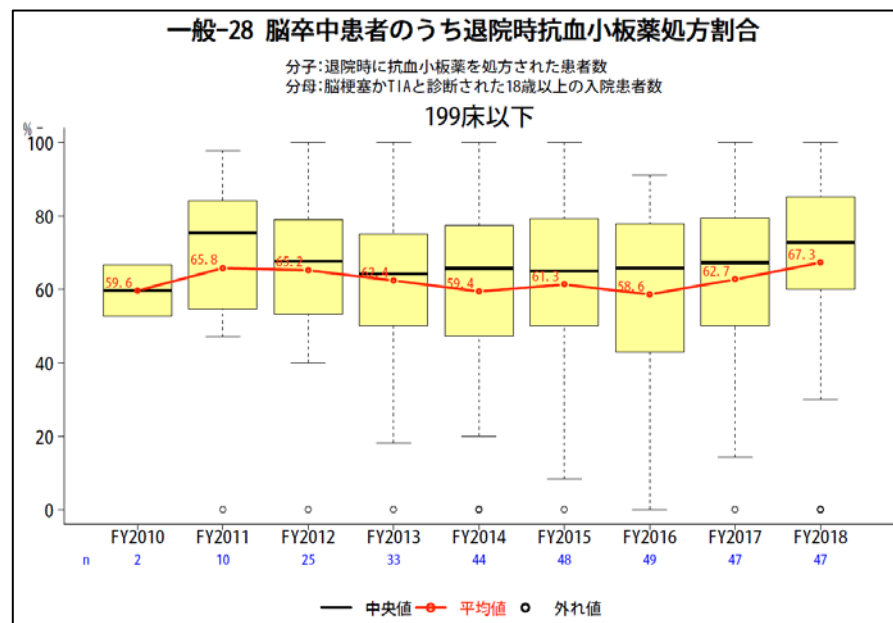
26 急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の初回 PCI 実施割合



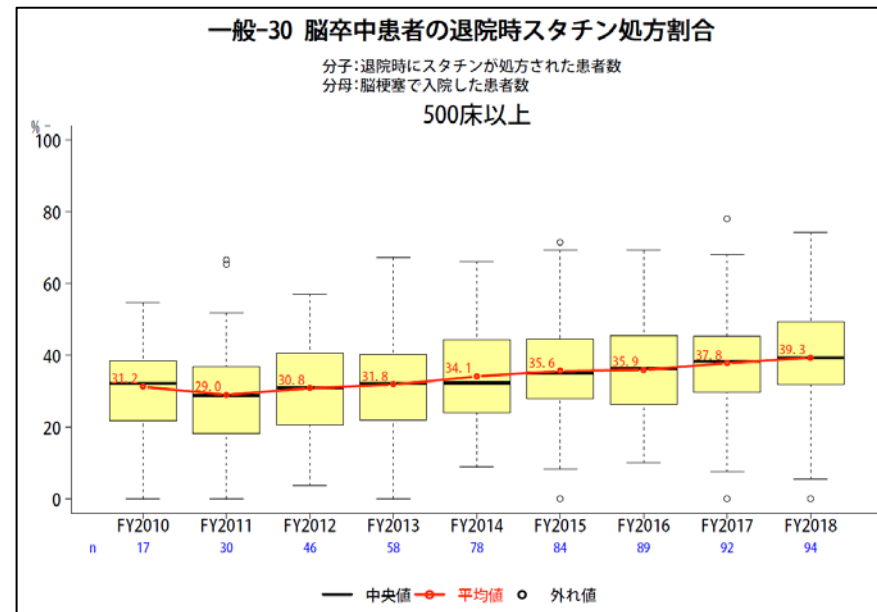
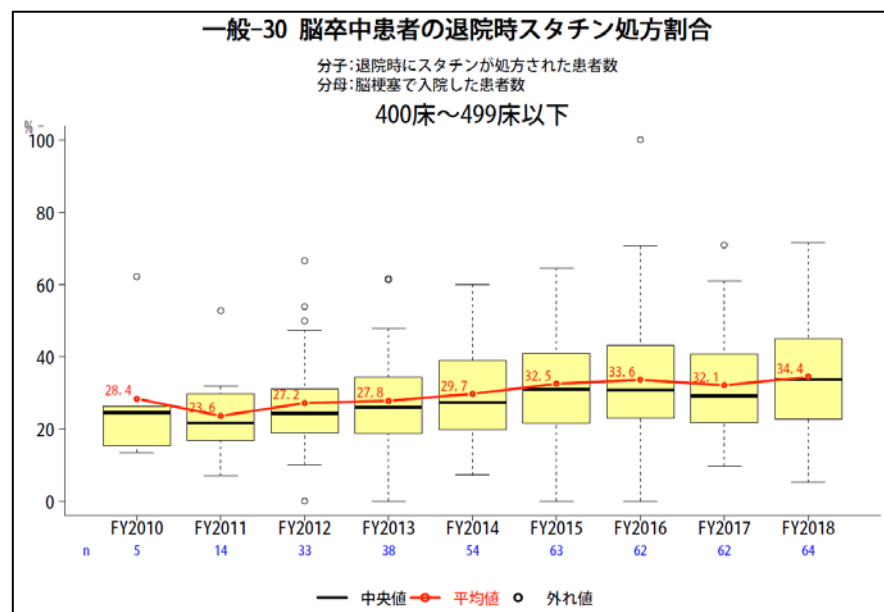
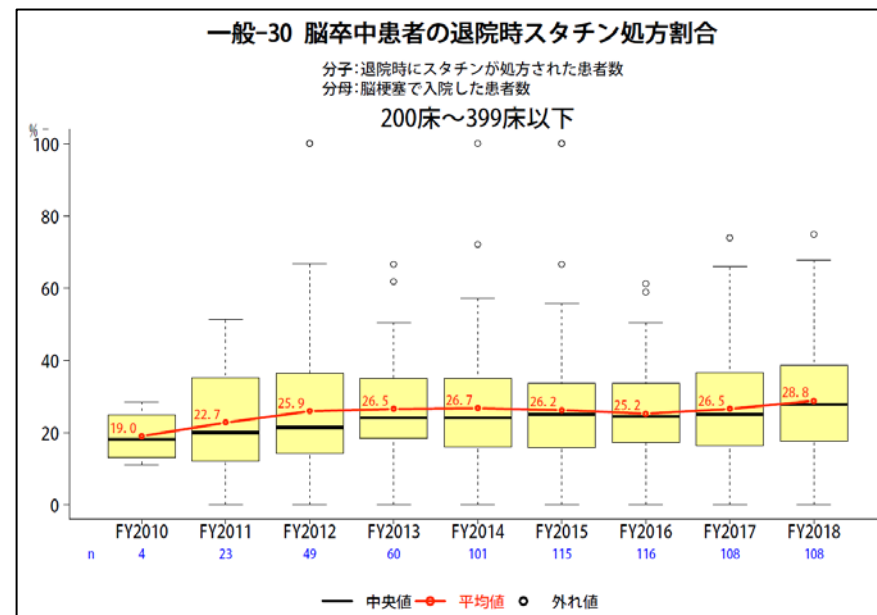
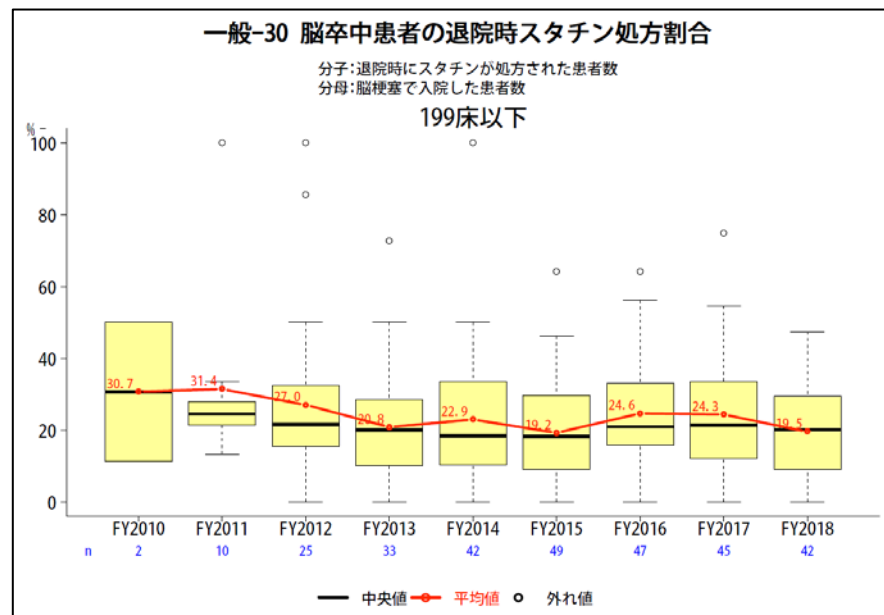
27 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合



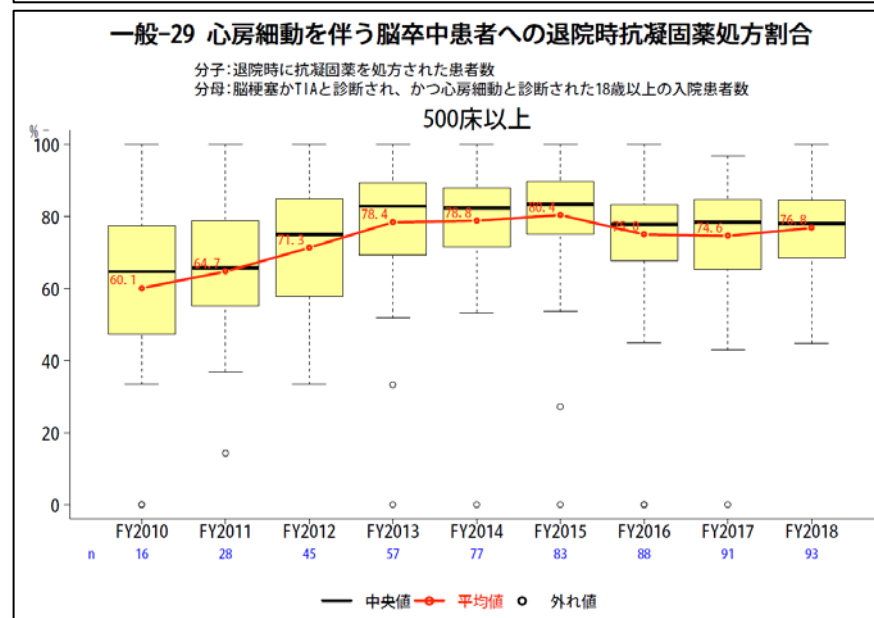
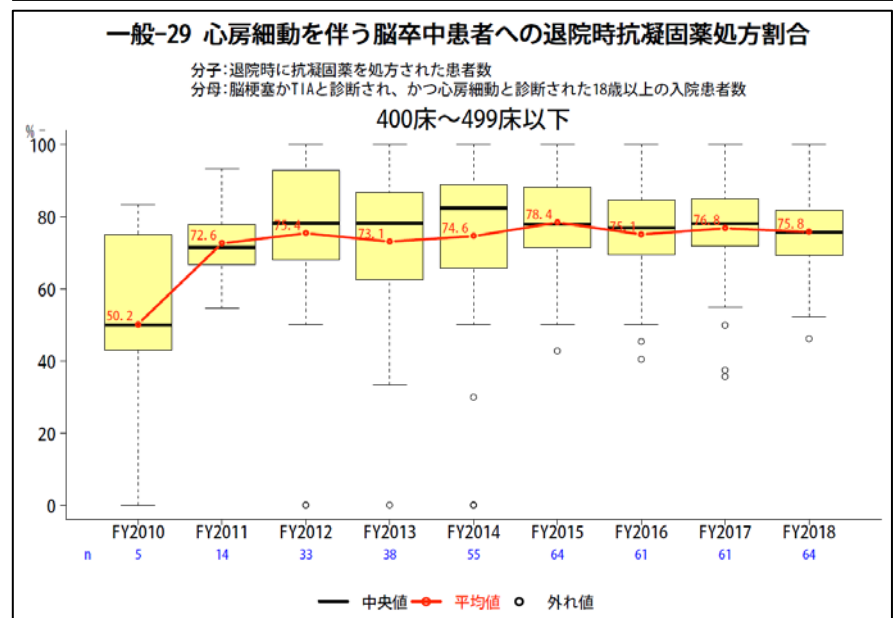
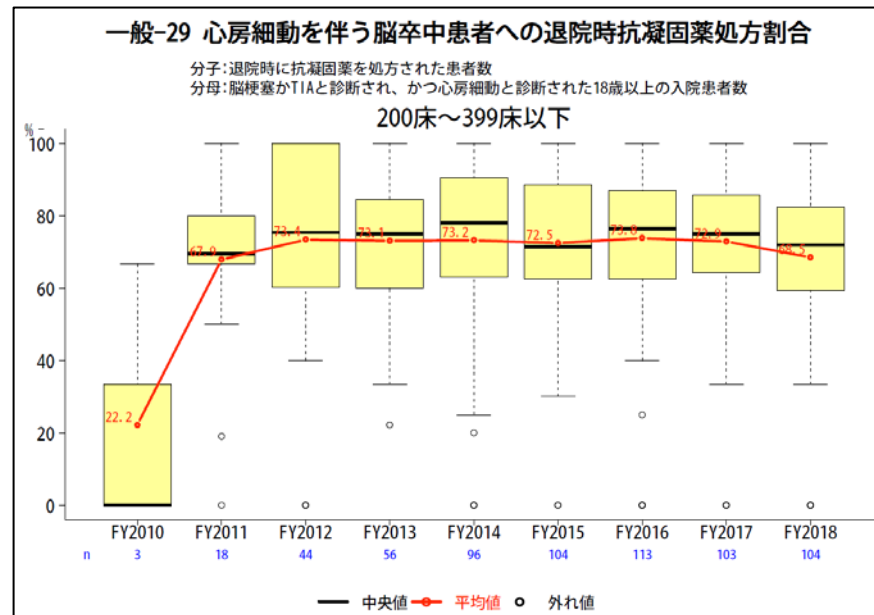
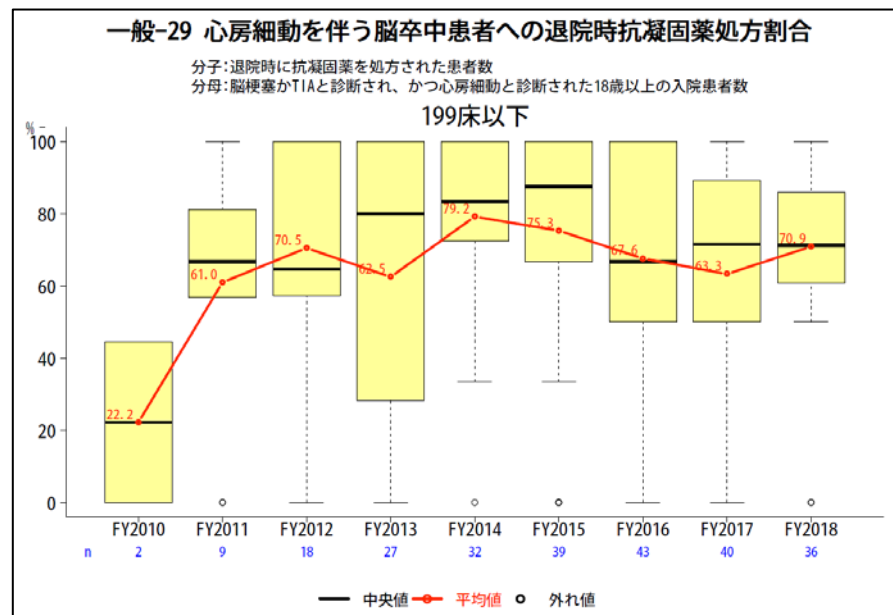
28 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合



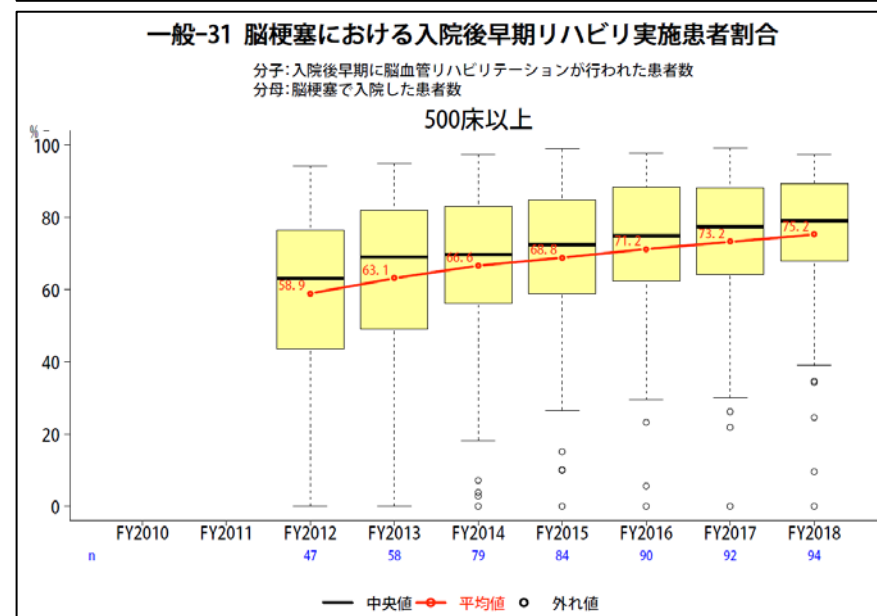
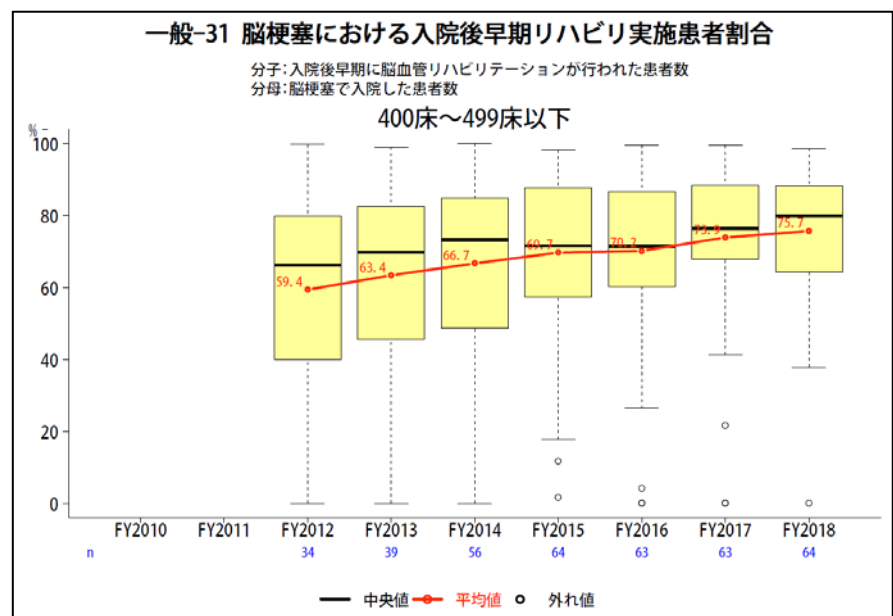
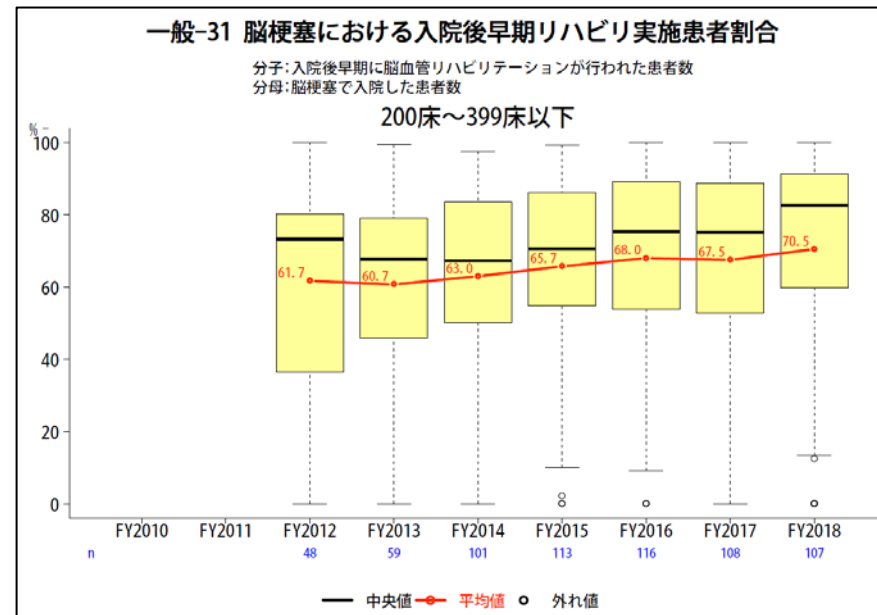
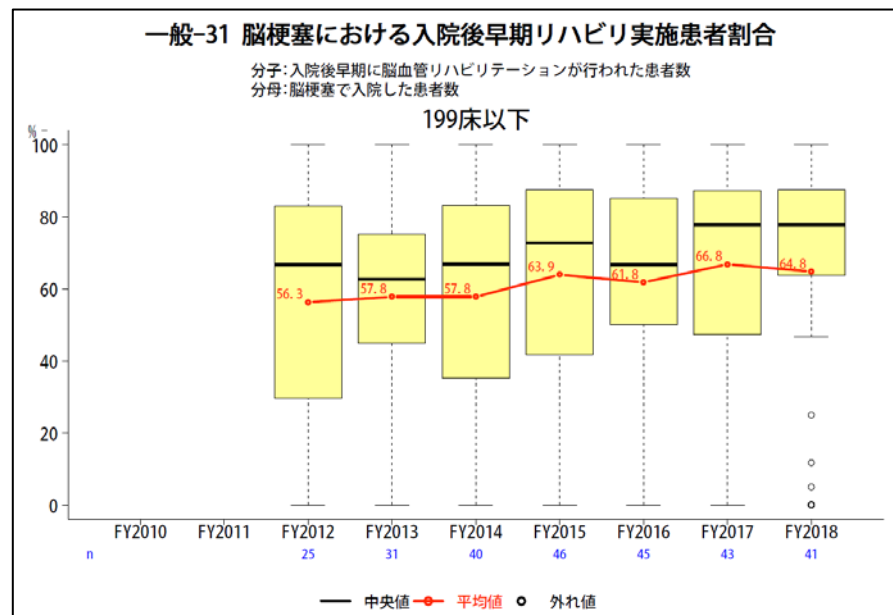
30 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合



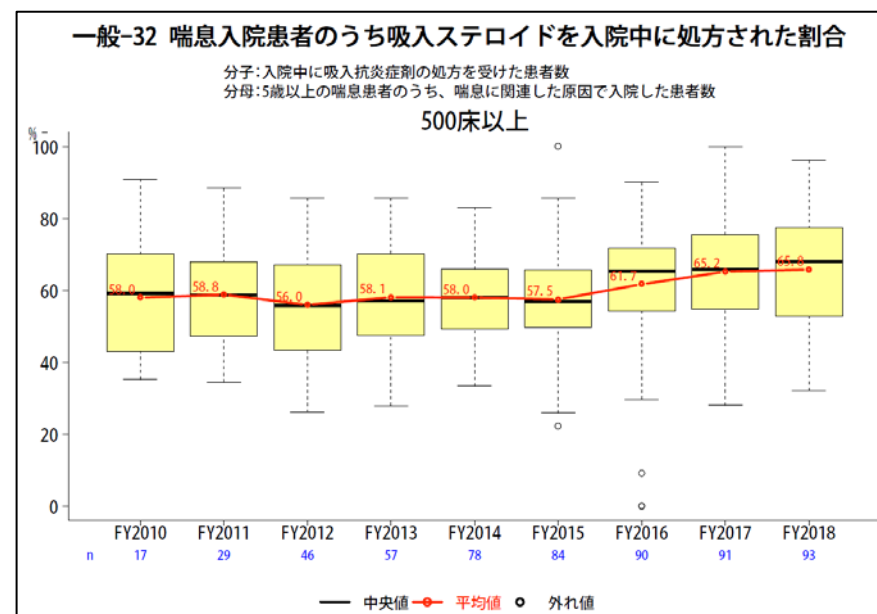
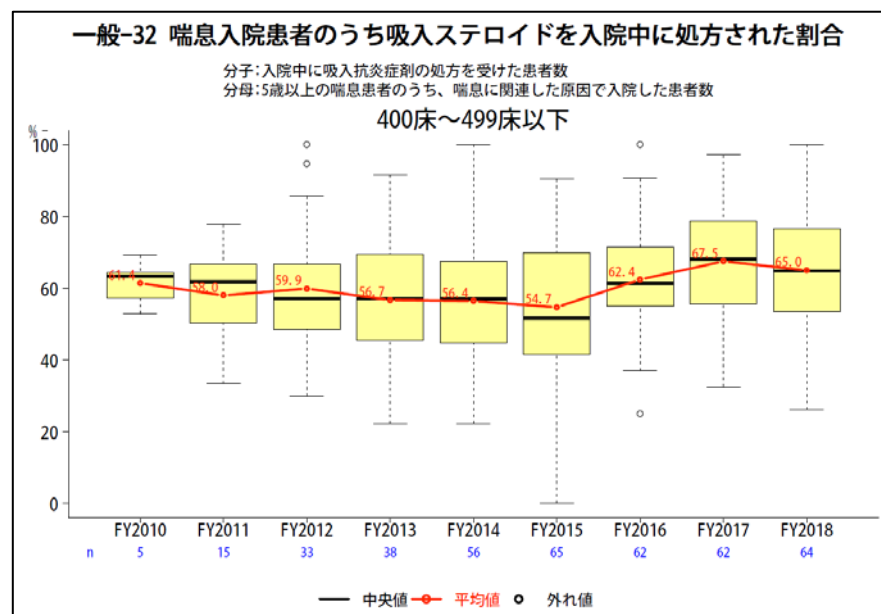
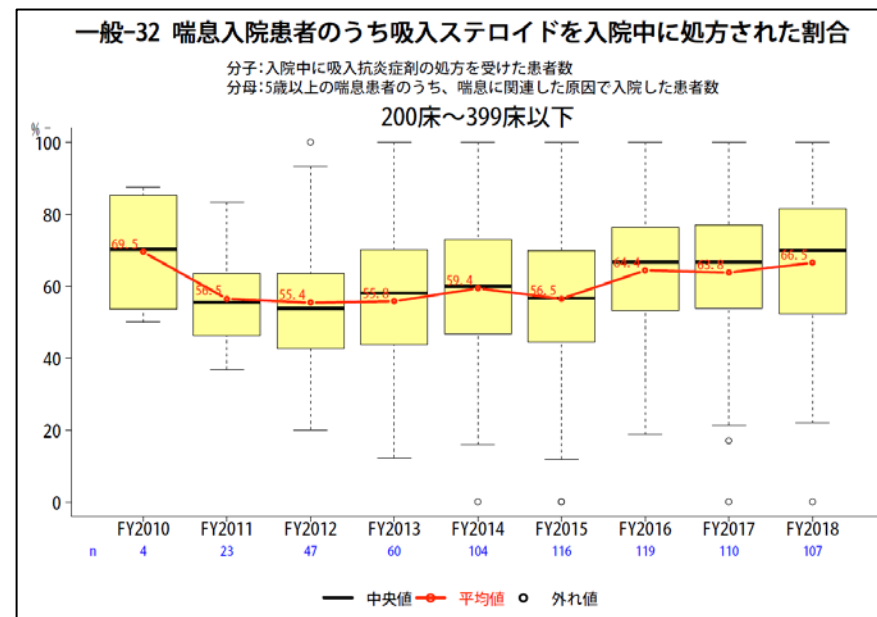
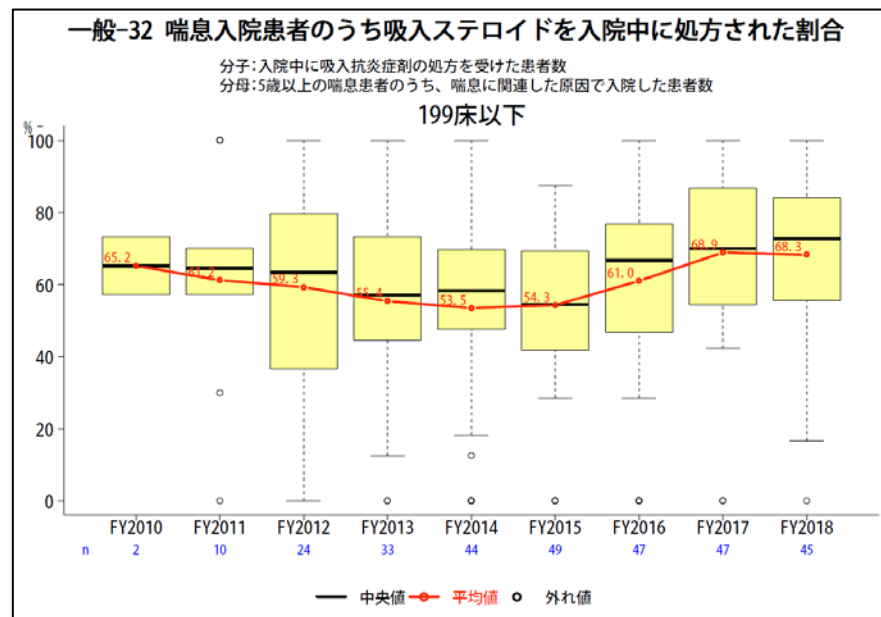
29 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合



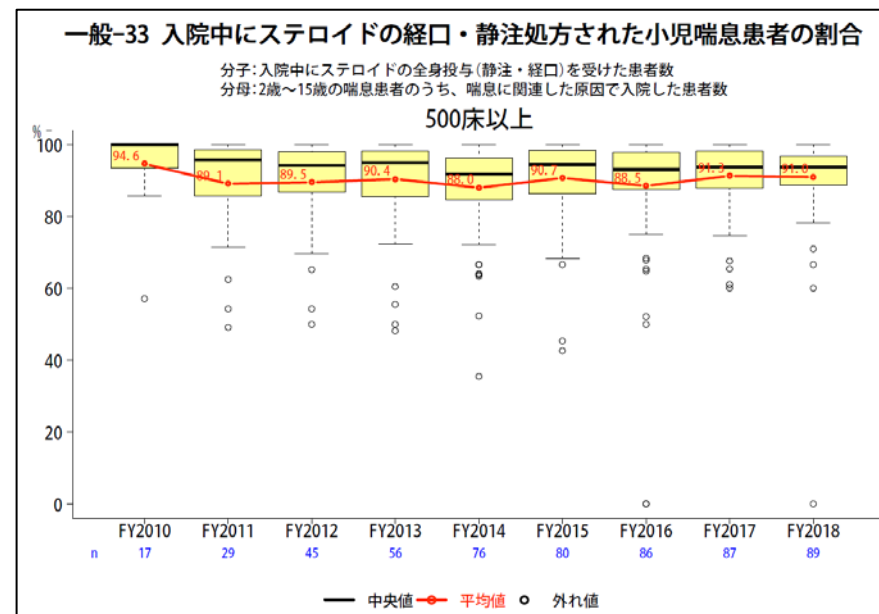
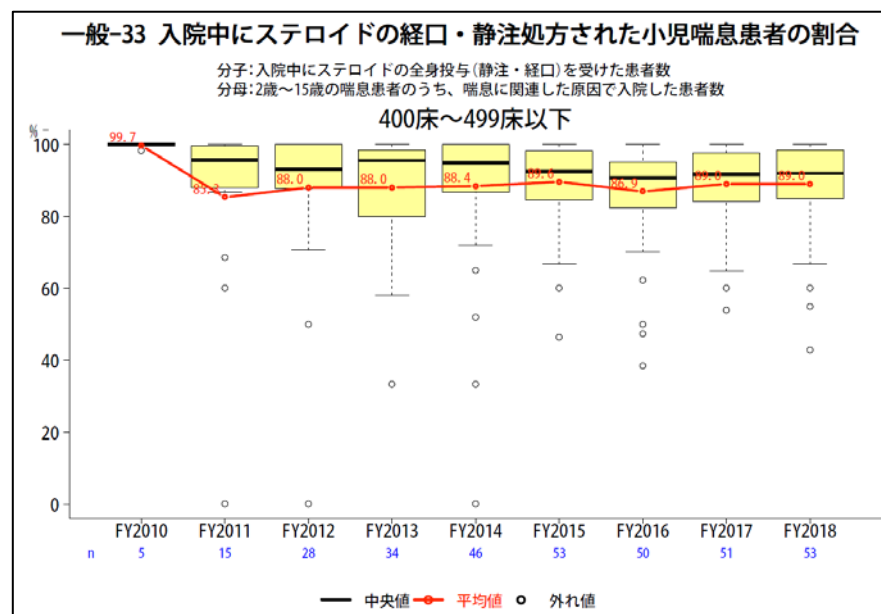
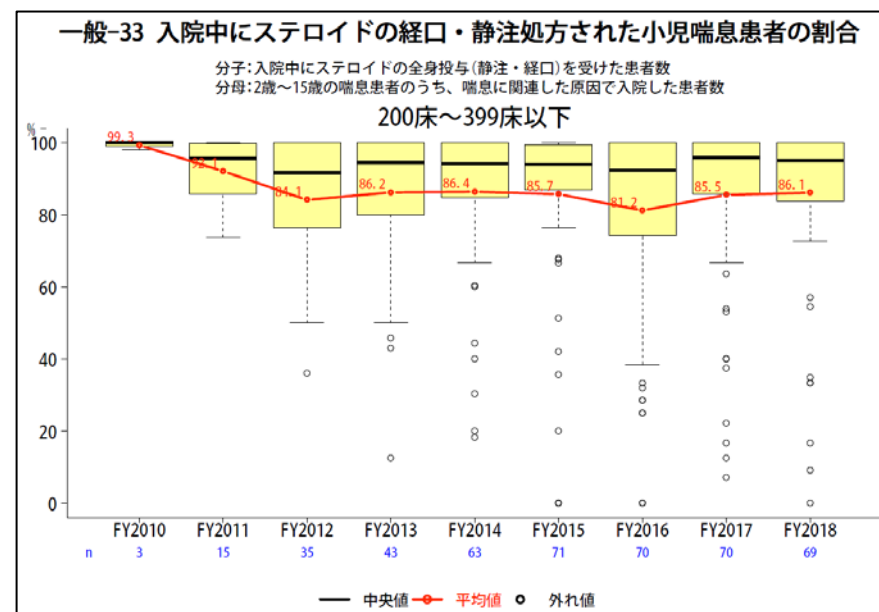
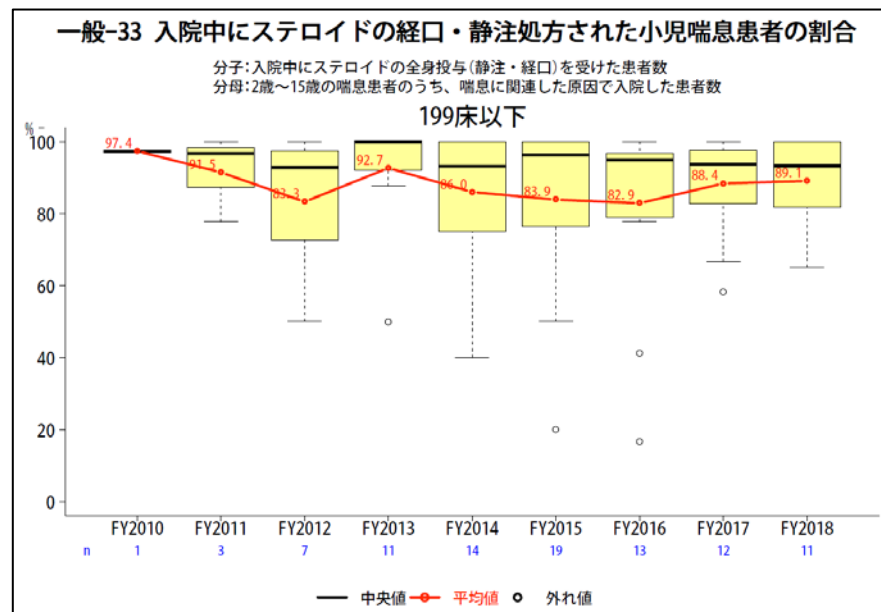
31 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合



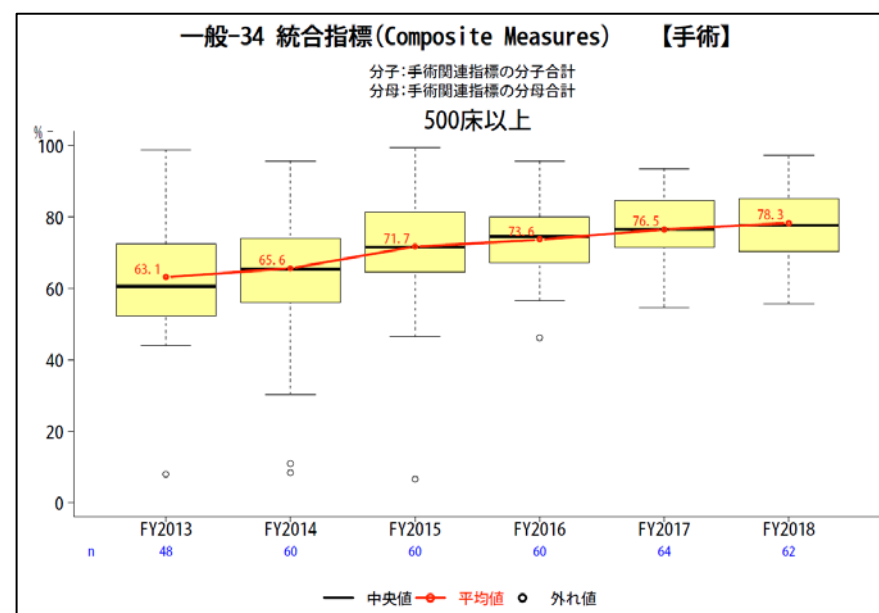
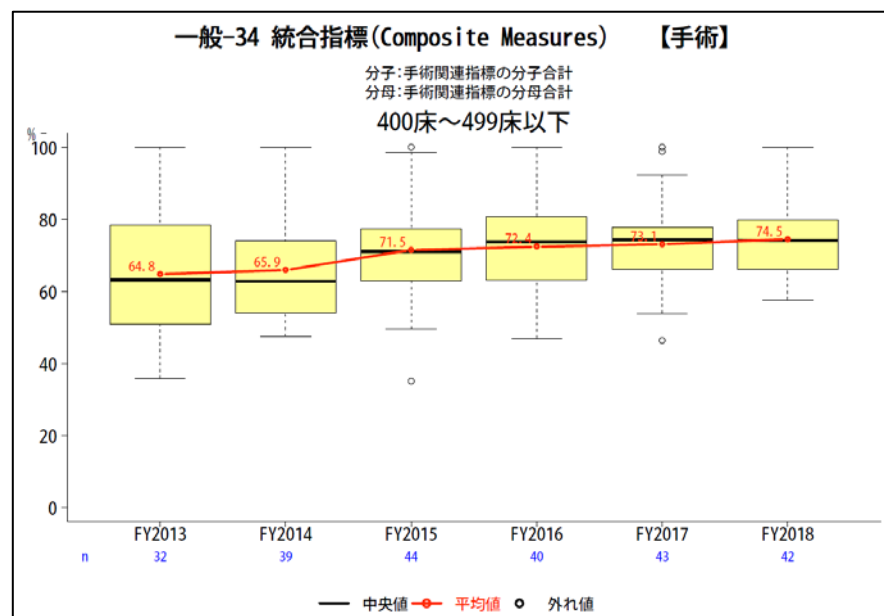
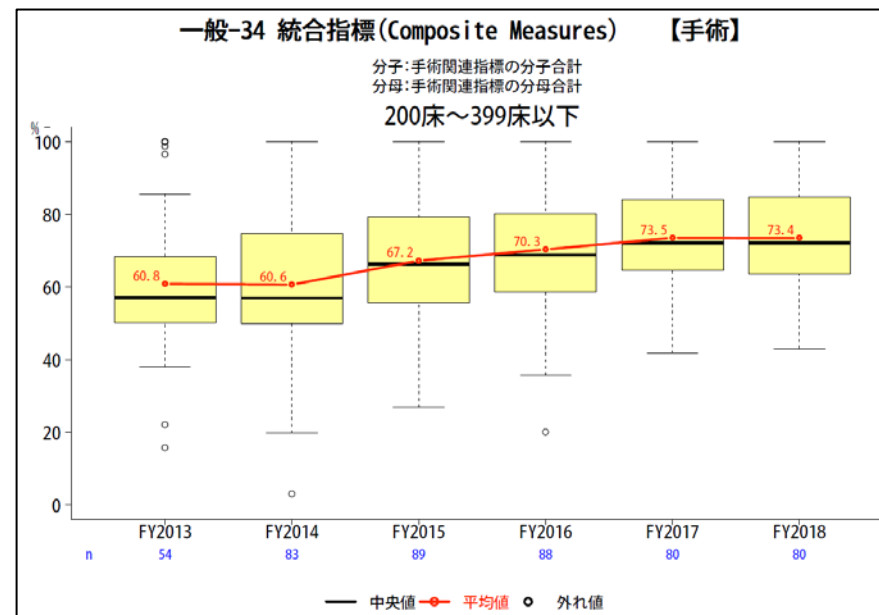
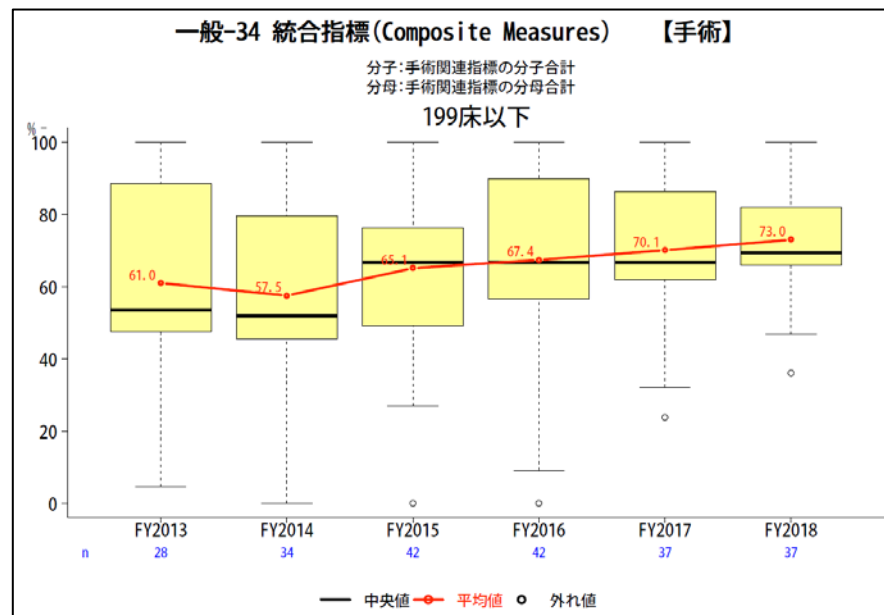
32 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合



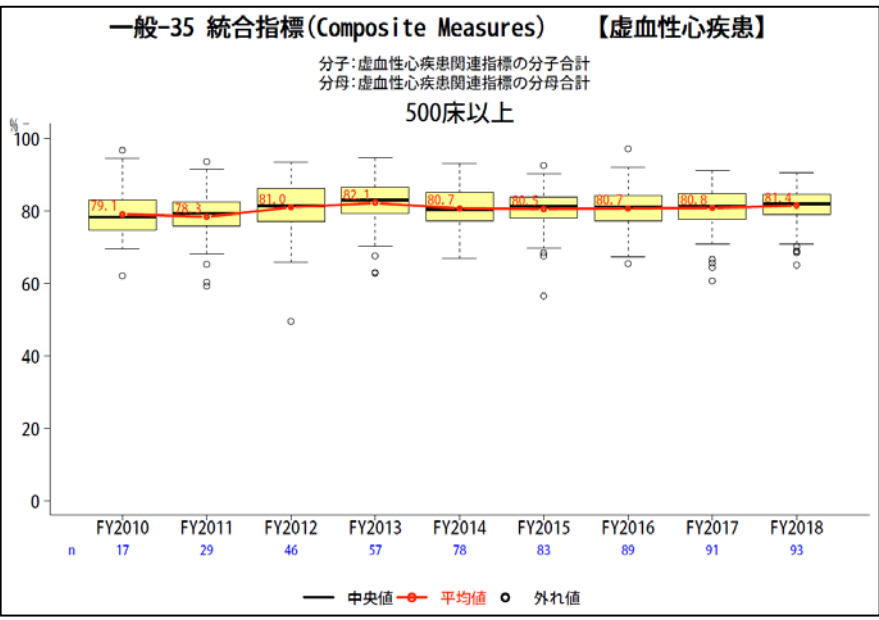
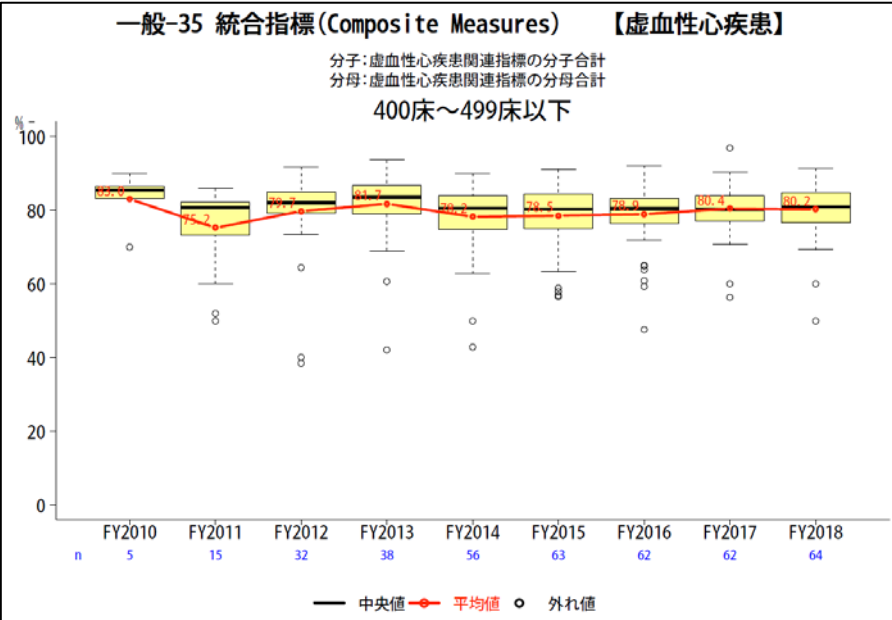
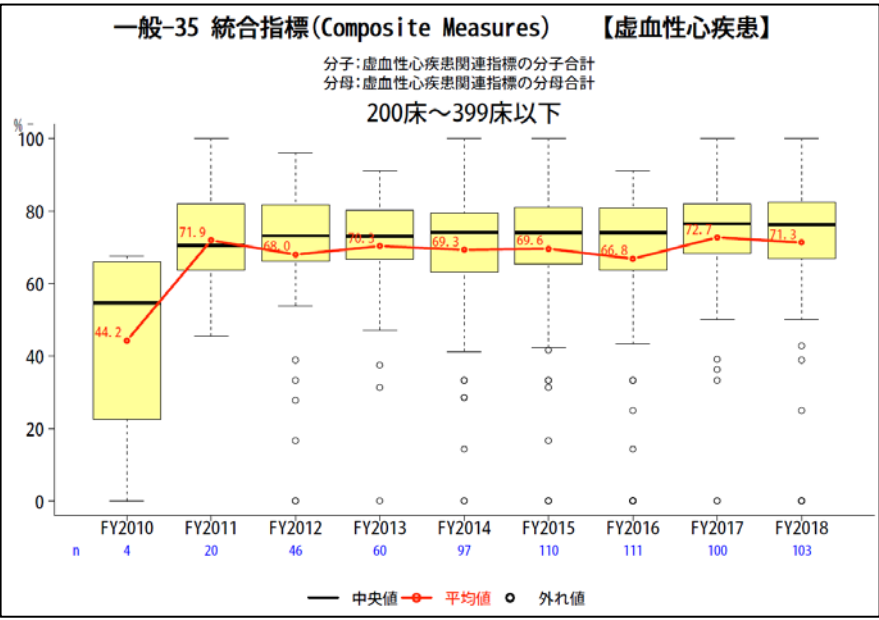
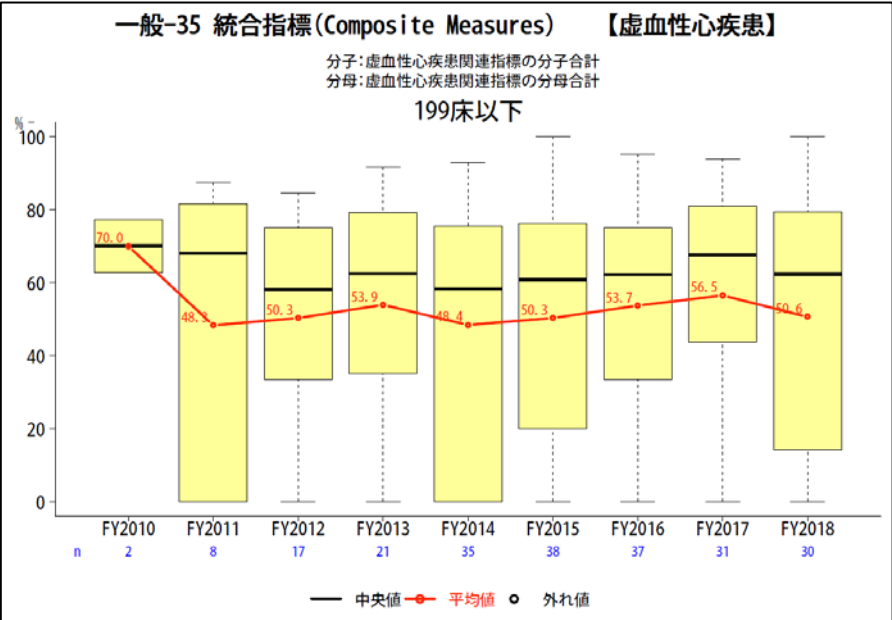
33 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合



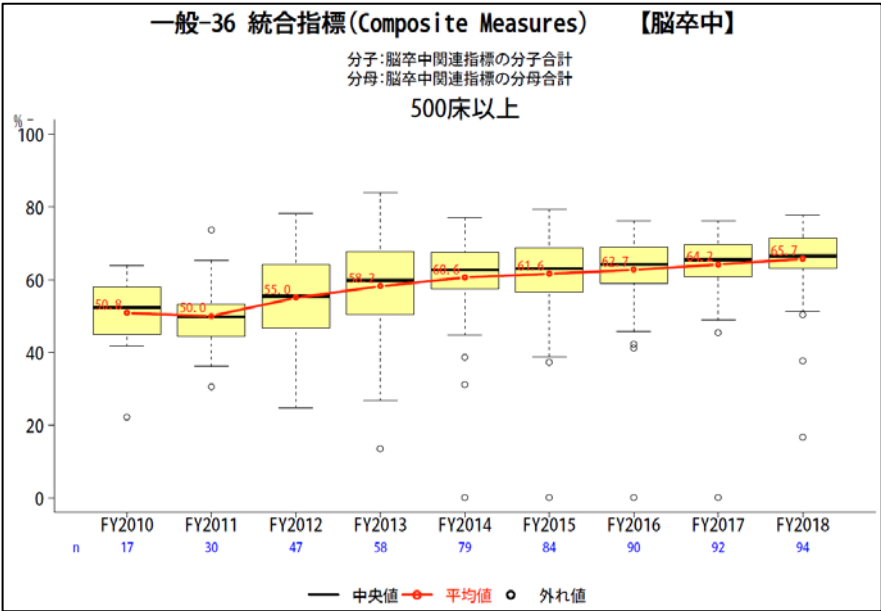
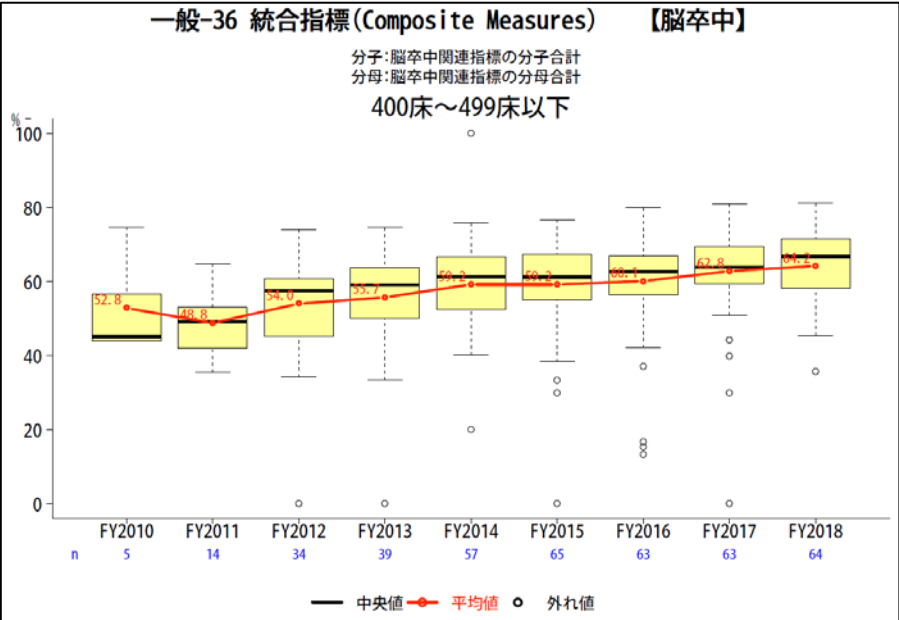
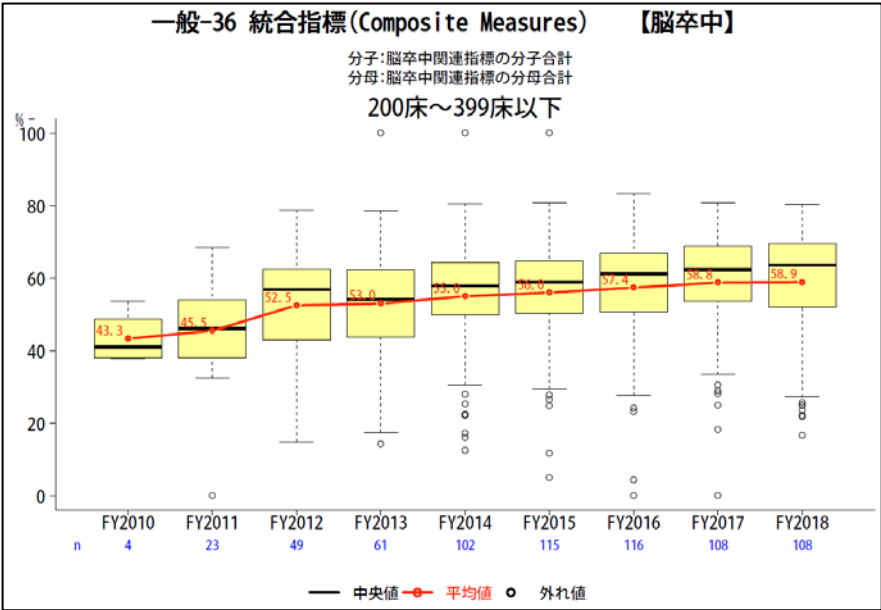
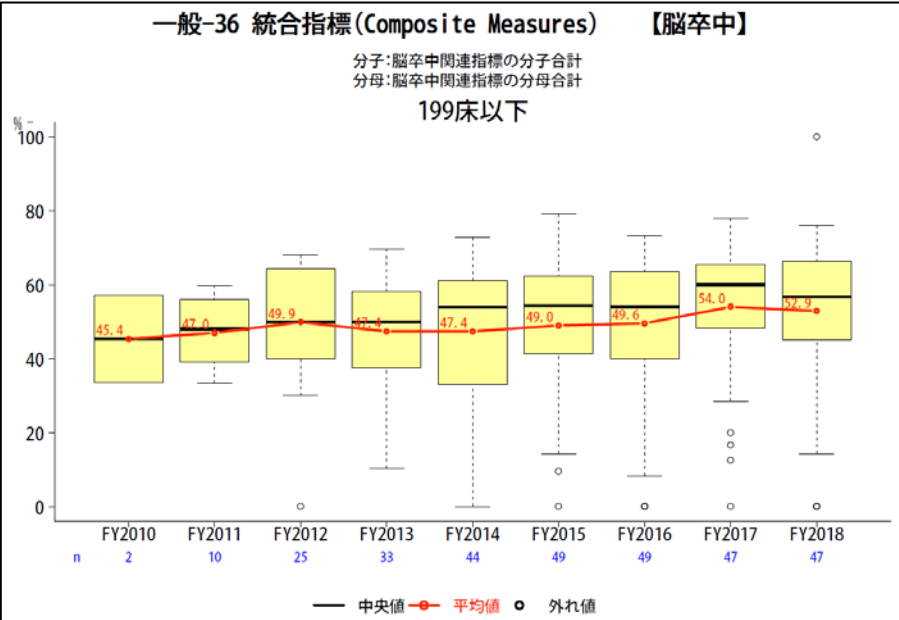
34 統合指標(Composite Measures)【手術】



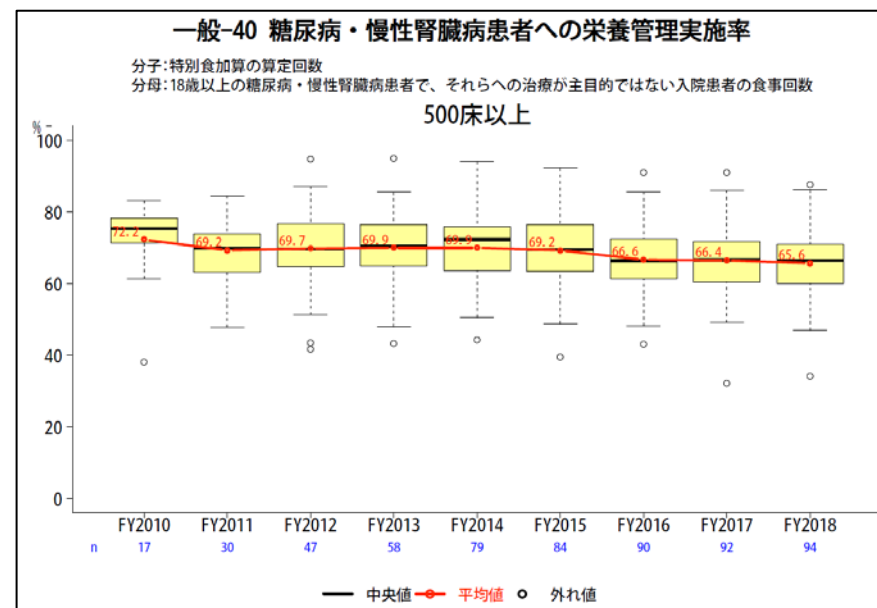
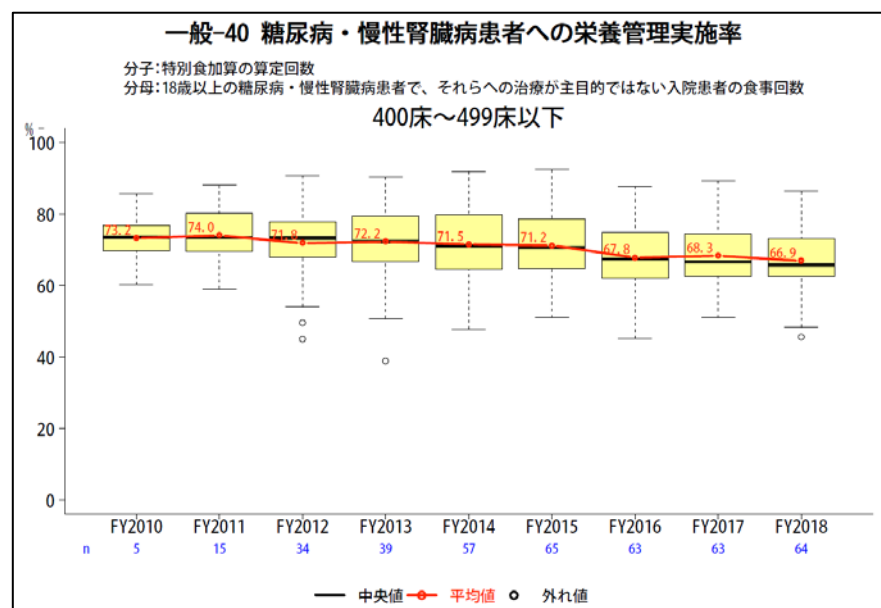
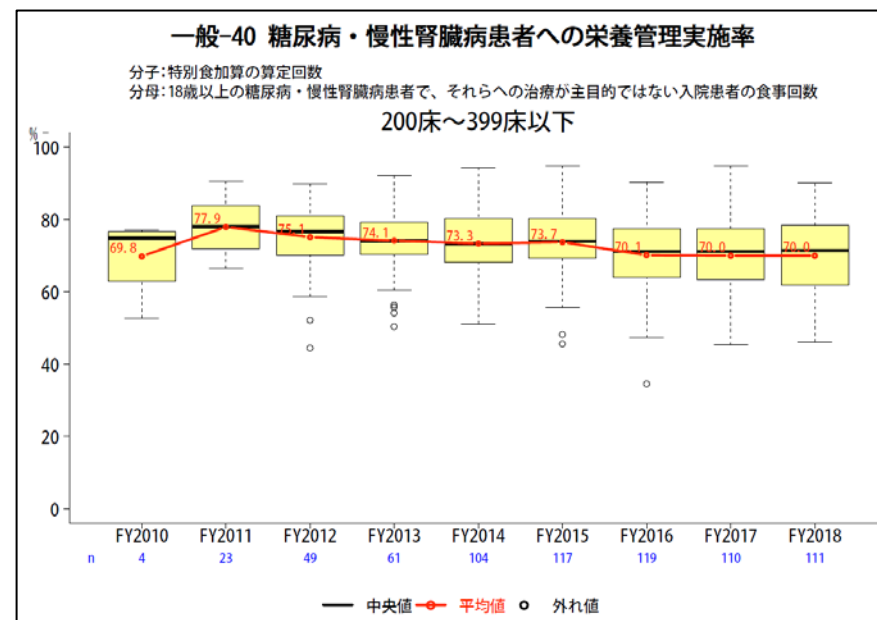
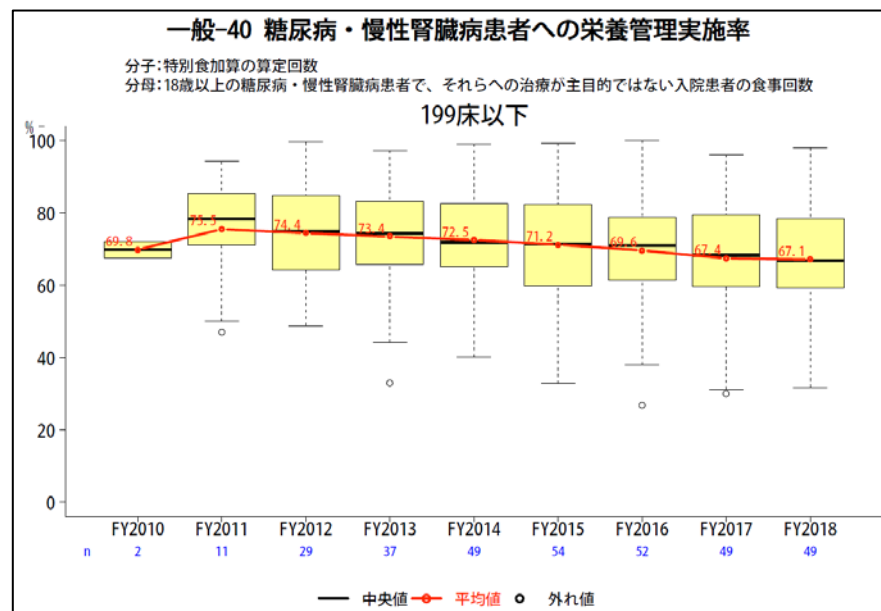
35 統合指標(Composite Measures)【虚血性心疾患】



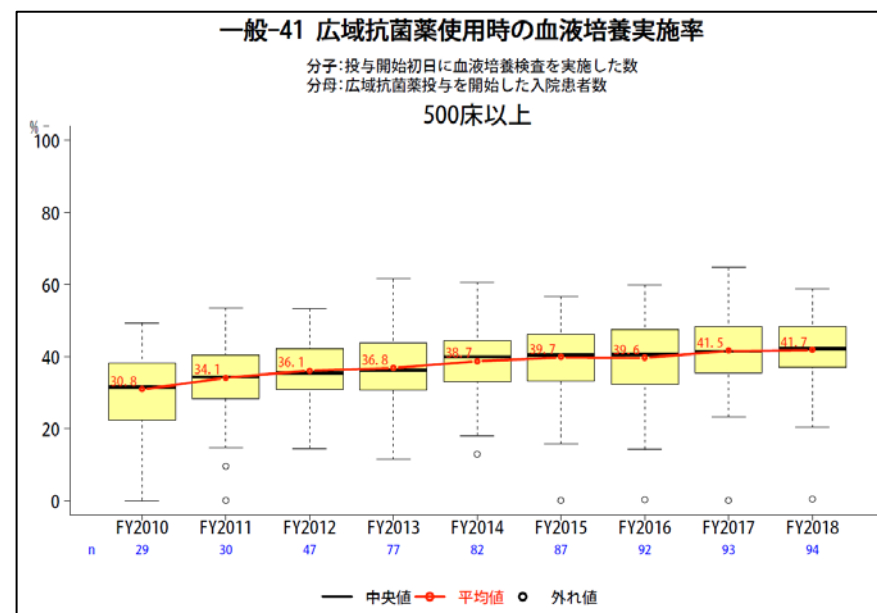
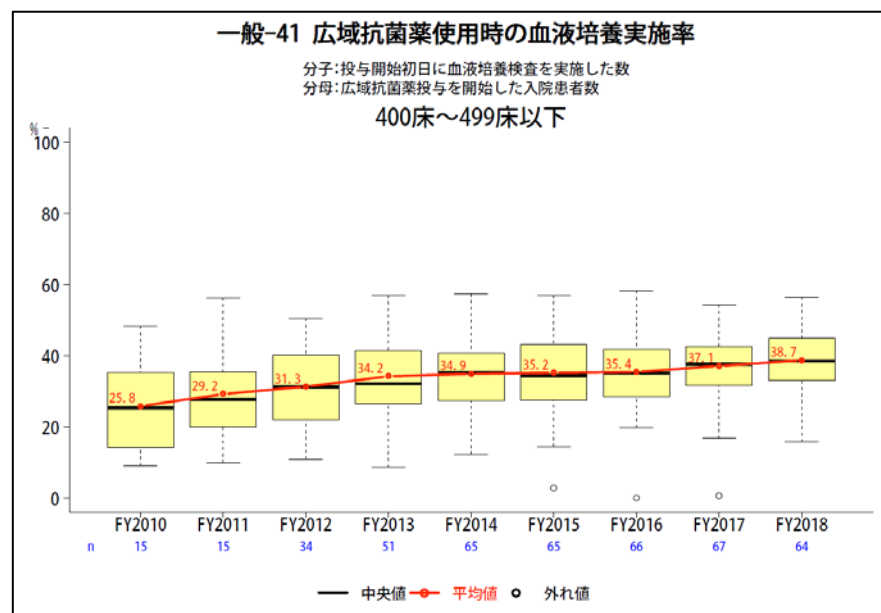
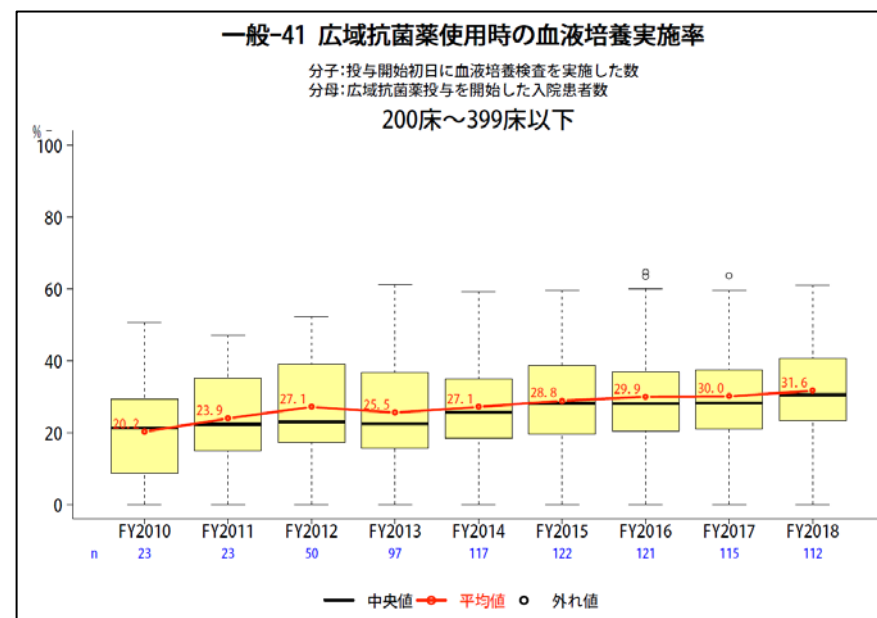
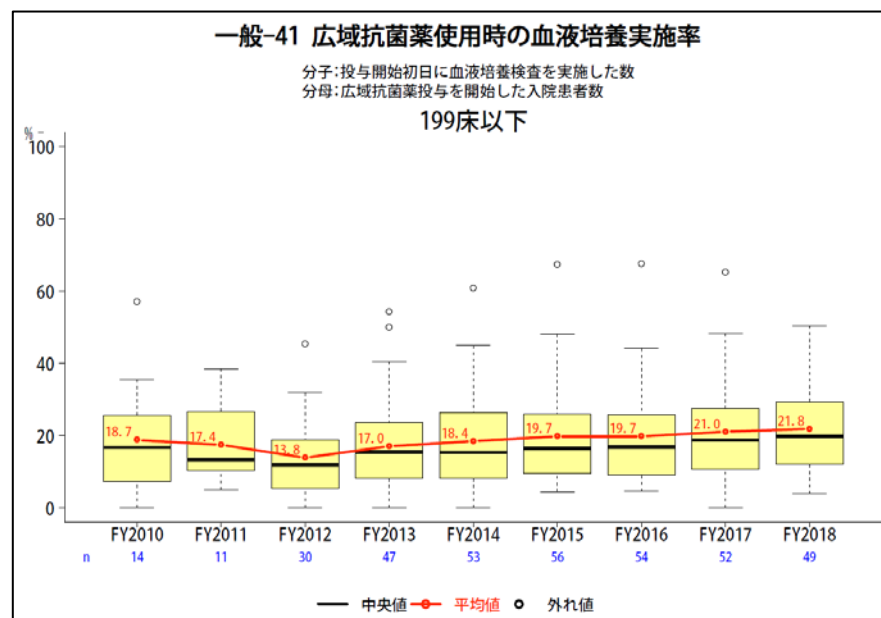
36 統合指標(Composite Measures)【脳卒中】



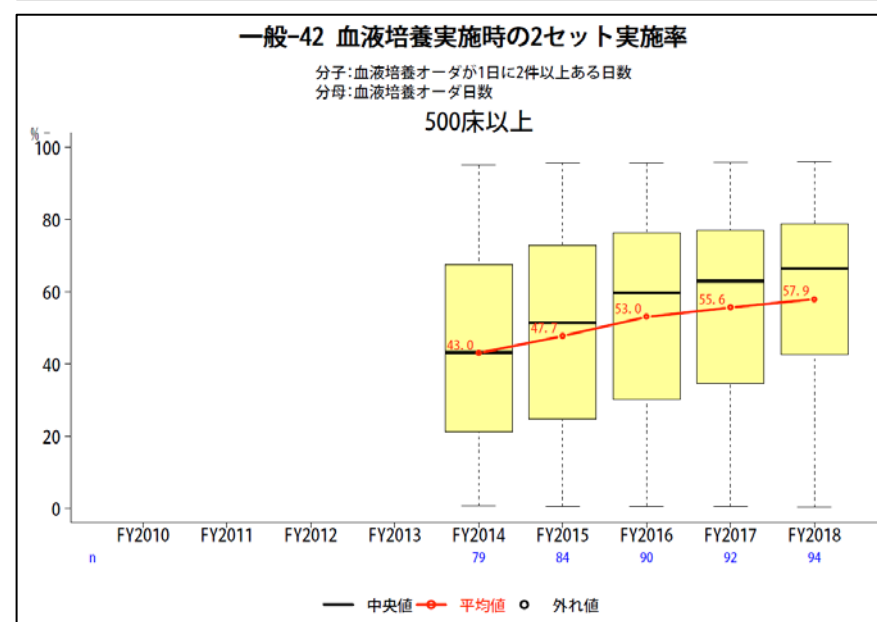
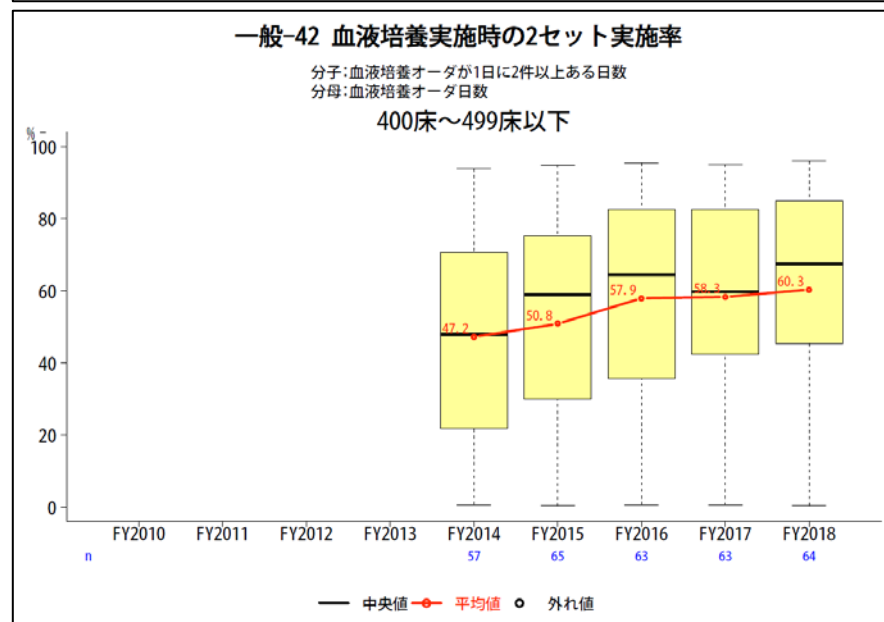
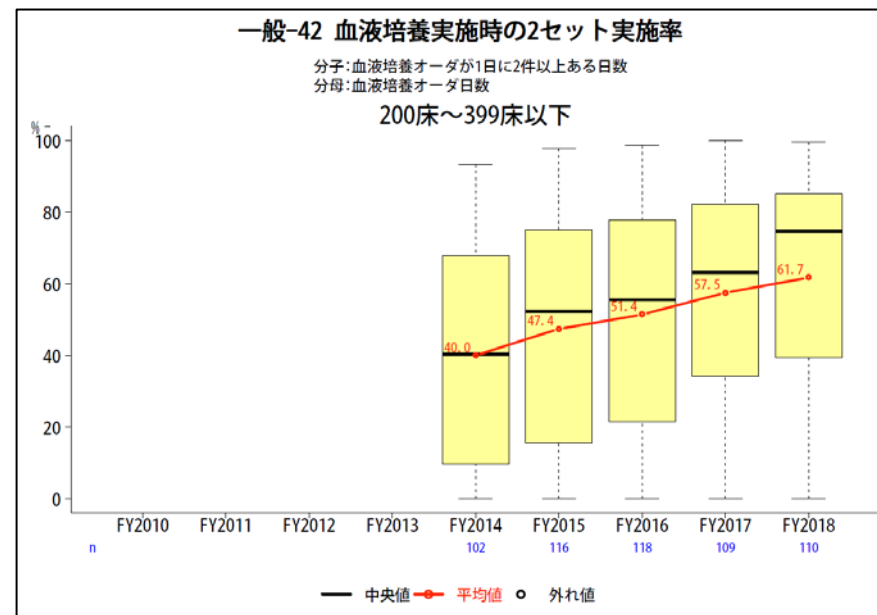
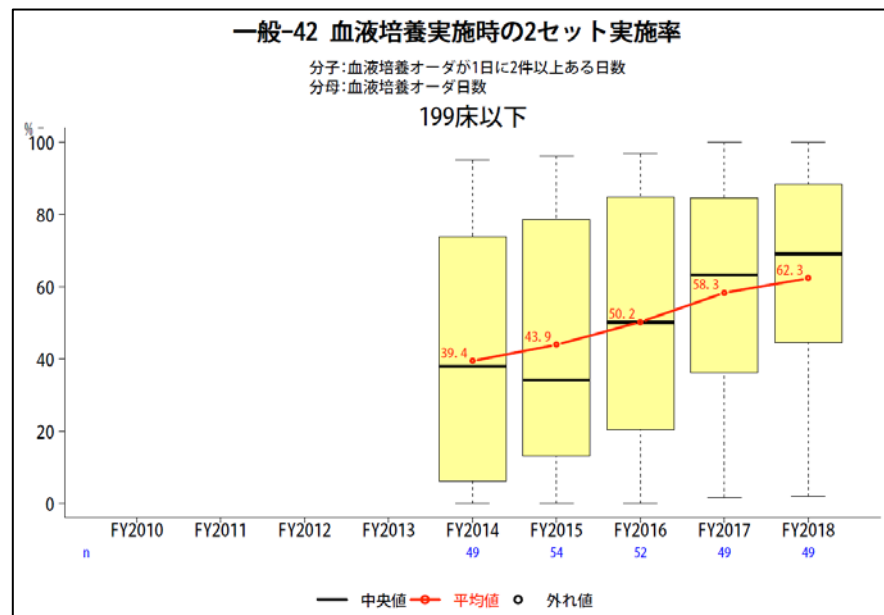
40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率



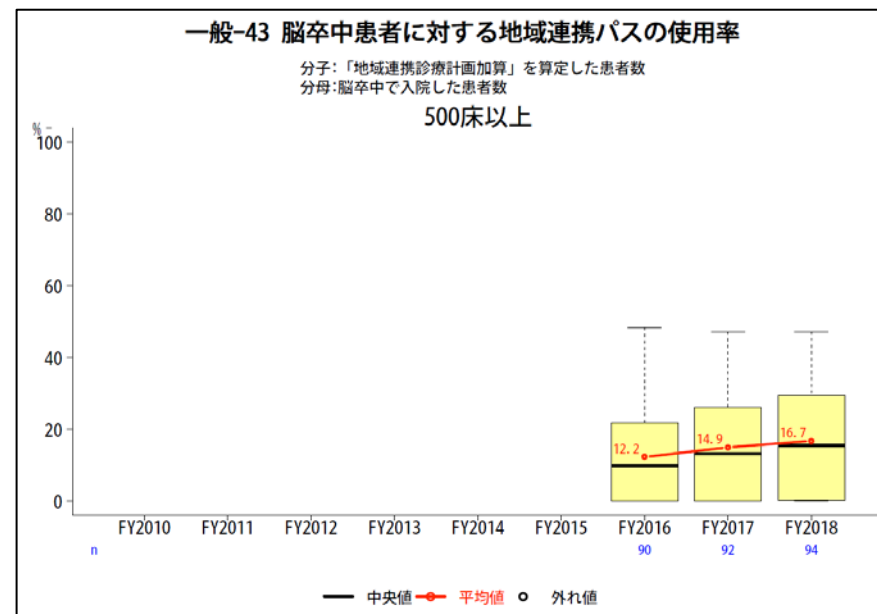
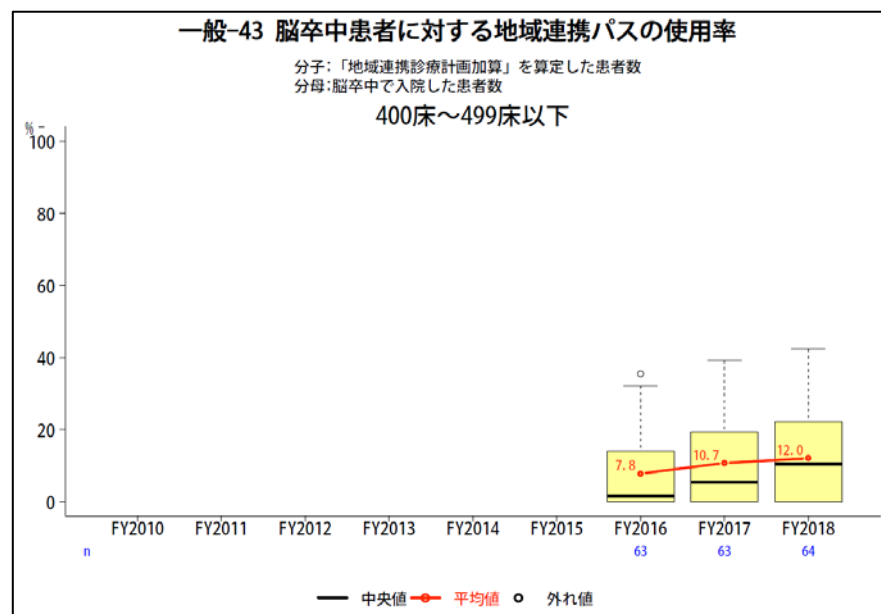
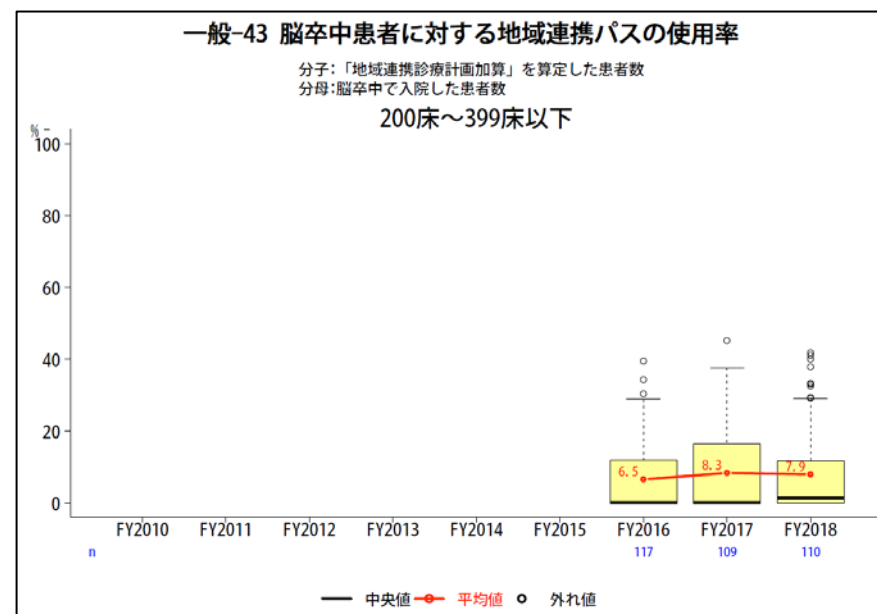
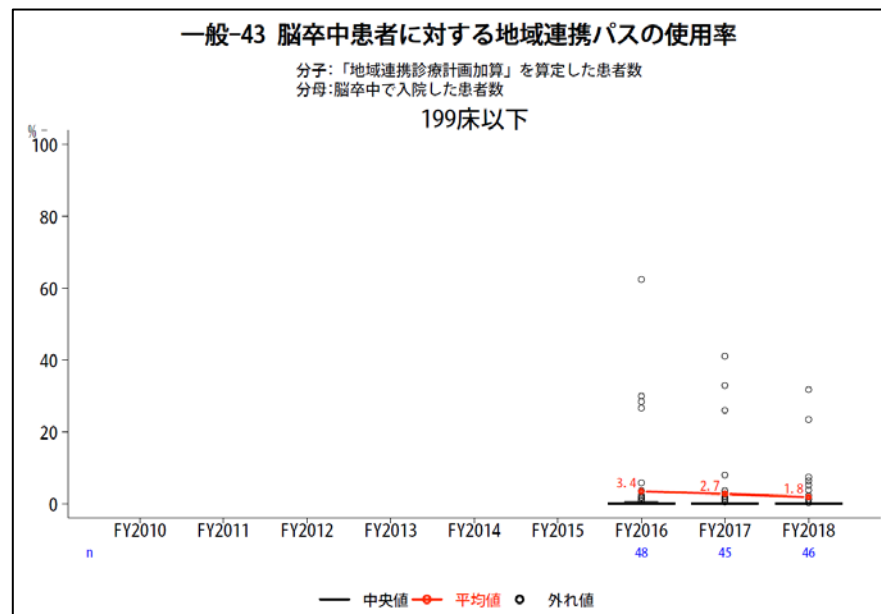
41 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率



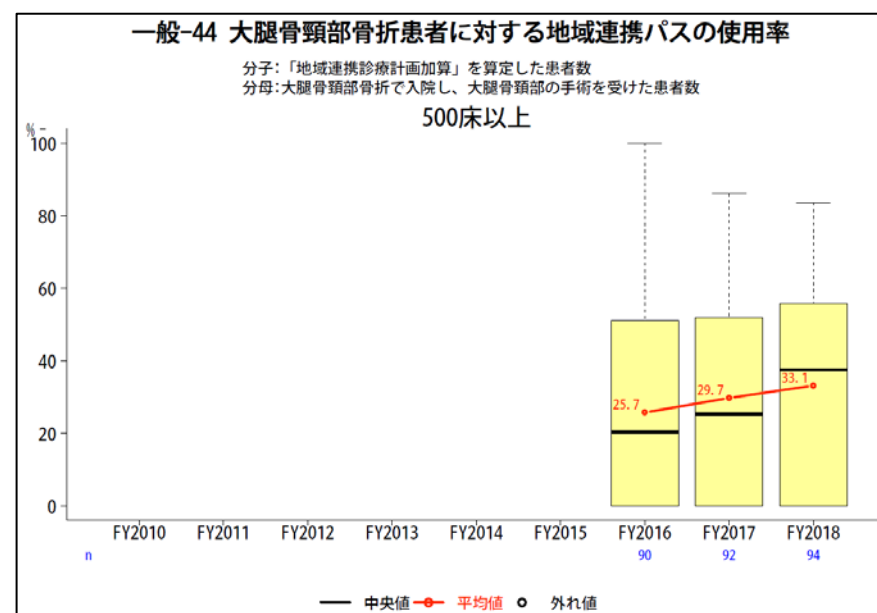
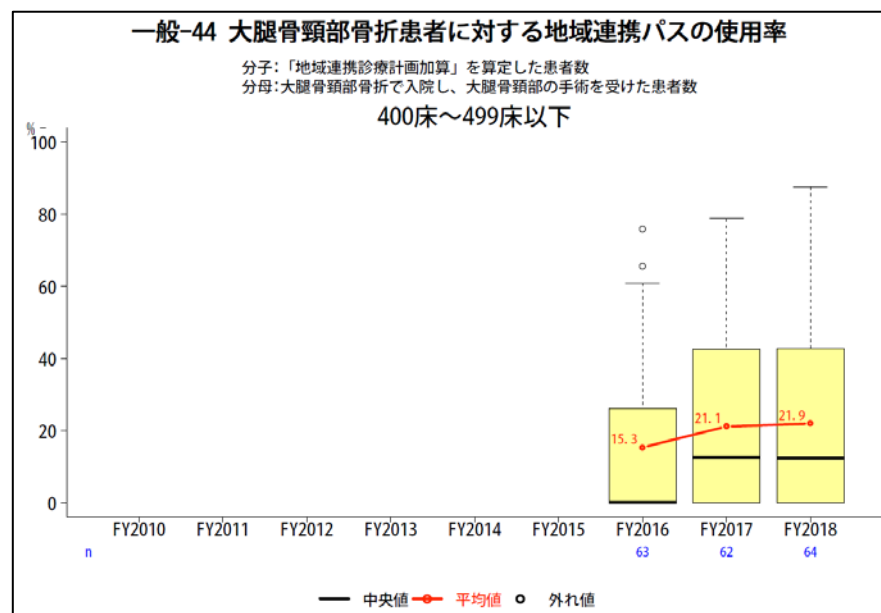
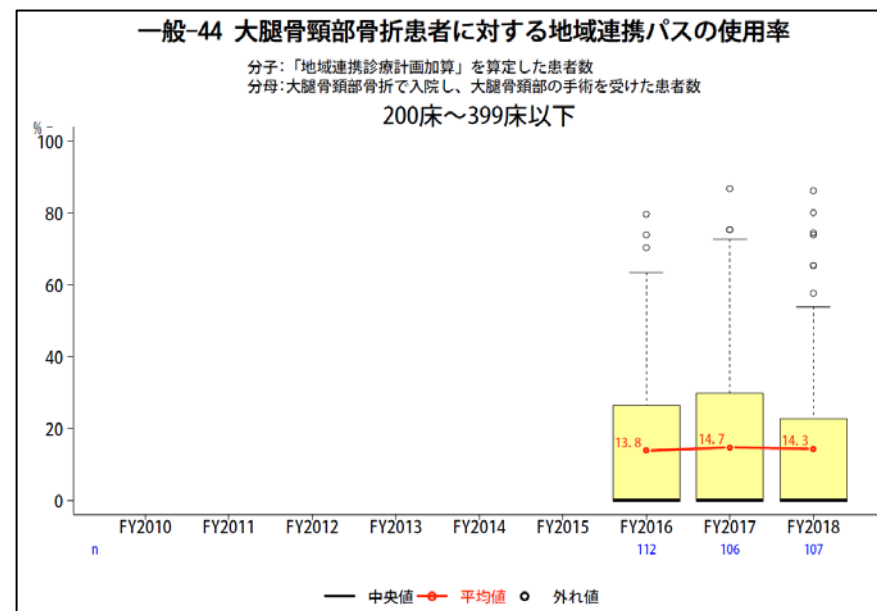
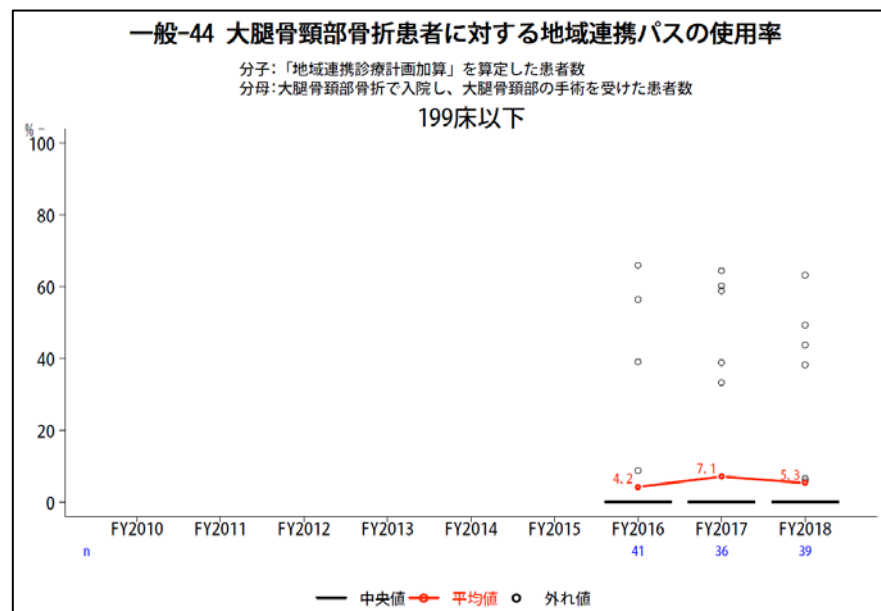
42 血液培養実施時の2セット実施率



43 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率



44 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率



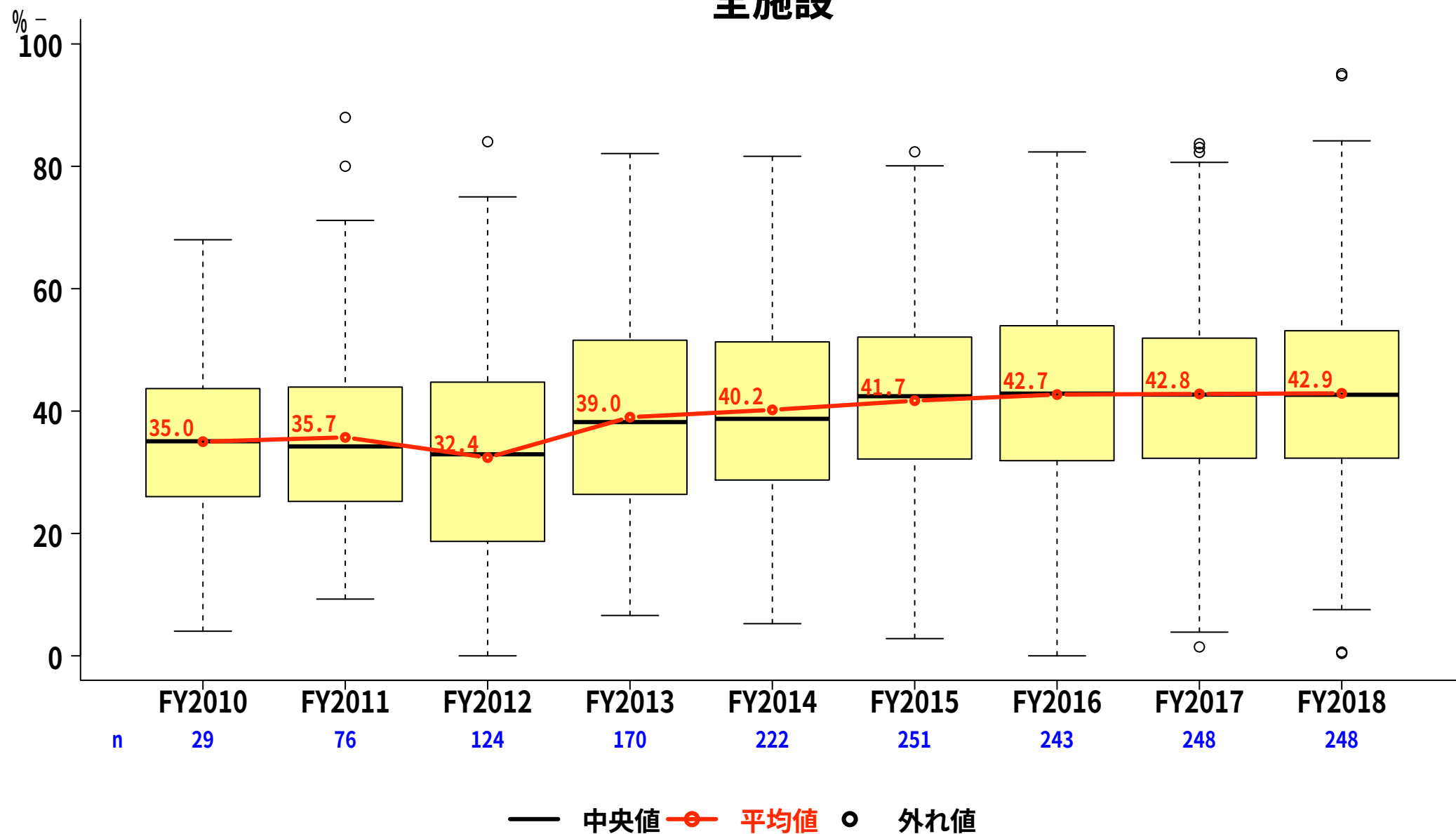
経年変化

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足と回答した外来患者数

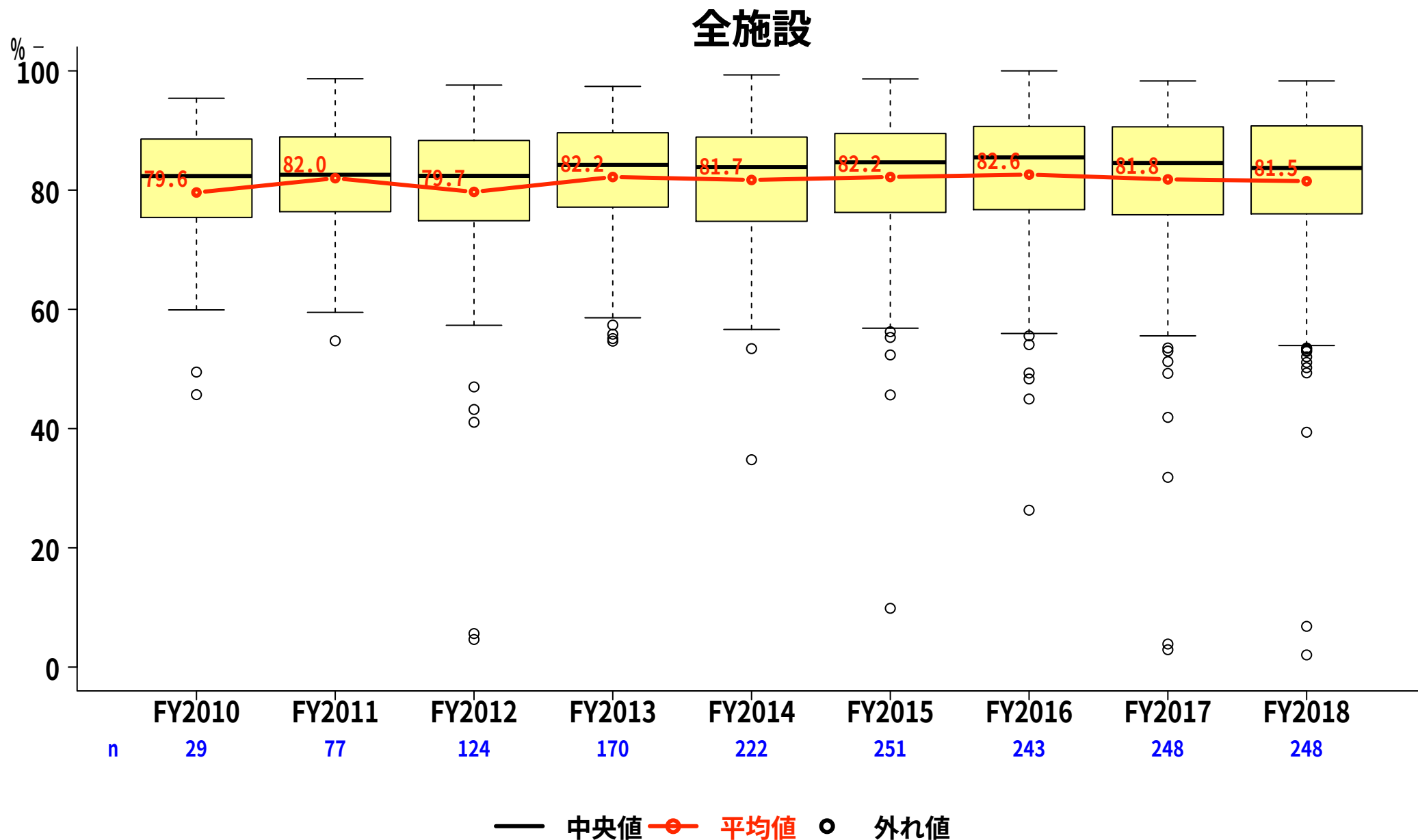
分母:患者満足度調査に回答した外来患者数

全施設



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足またはやや満足と回答した外来患者数
分母:患者満足度調査に回答した外来患者数

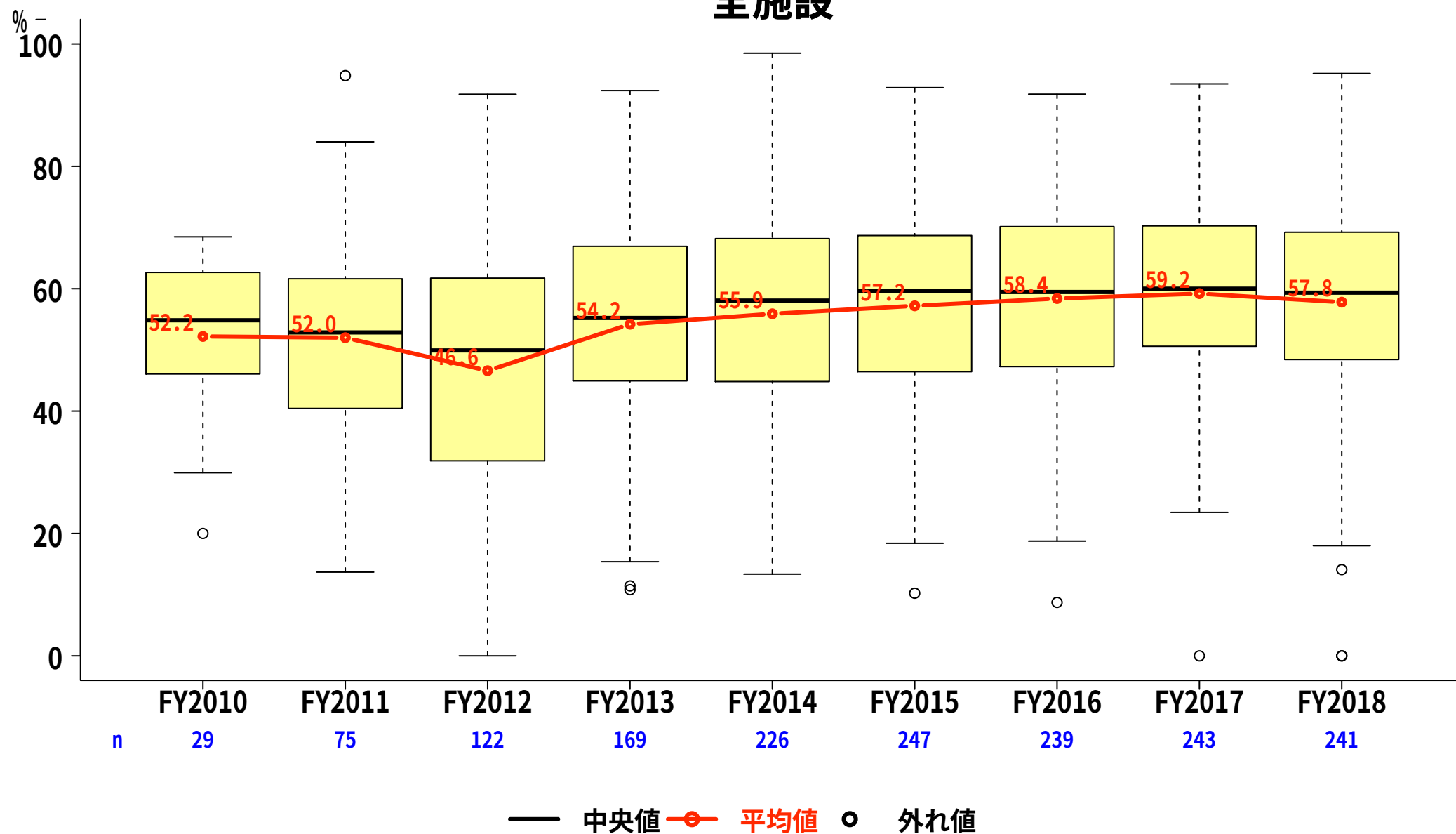


一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足と回答した入院患者数

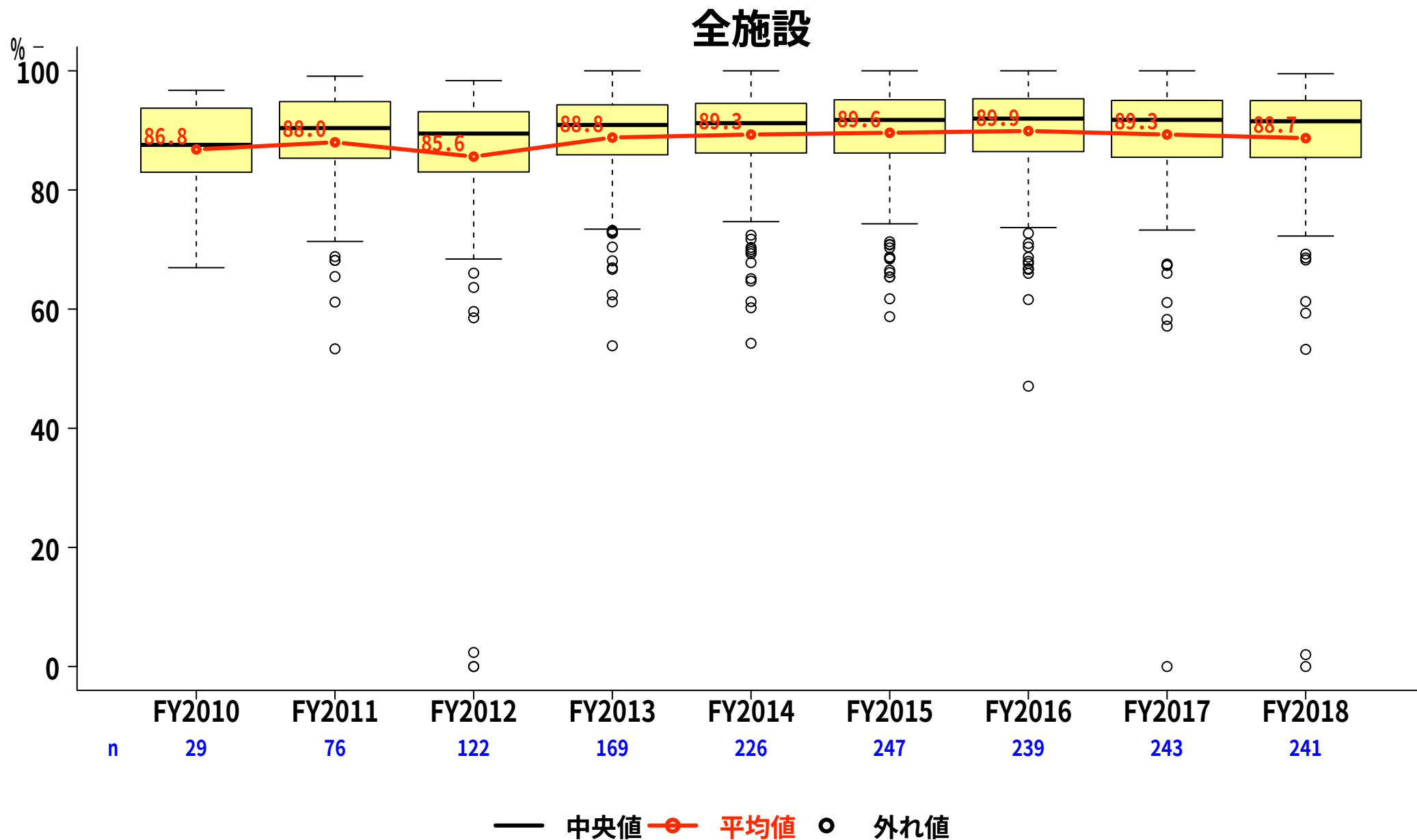
分母:患者満足度調査に回答した入院患者数

全施設



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

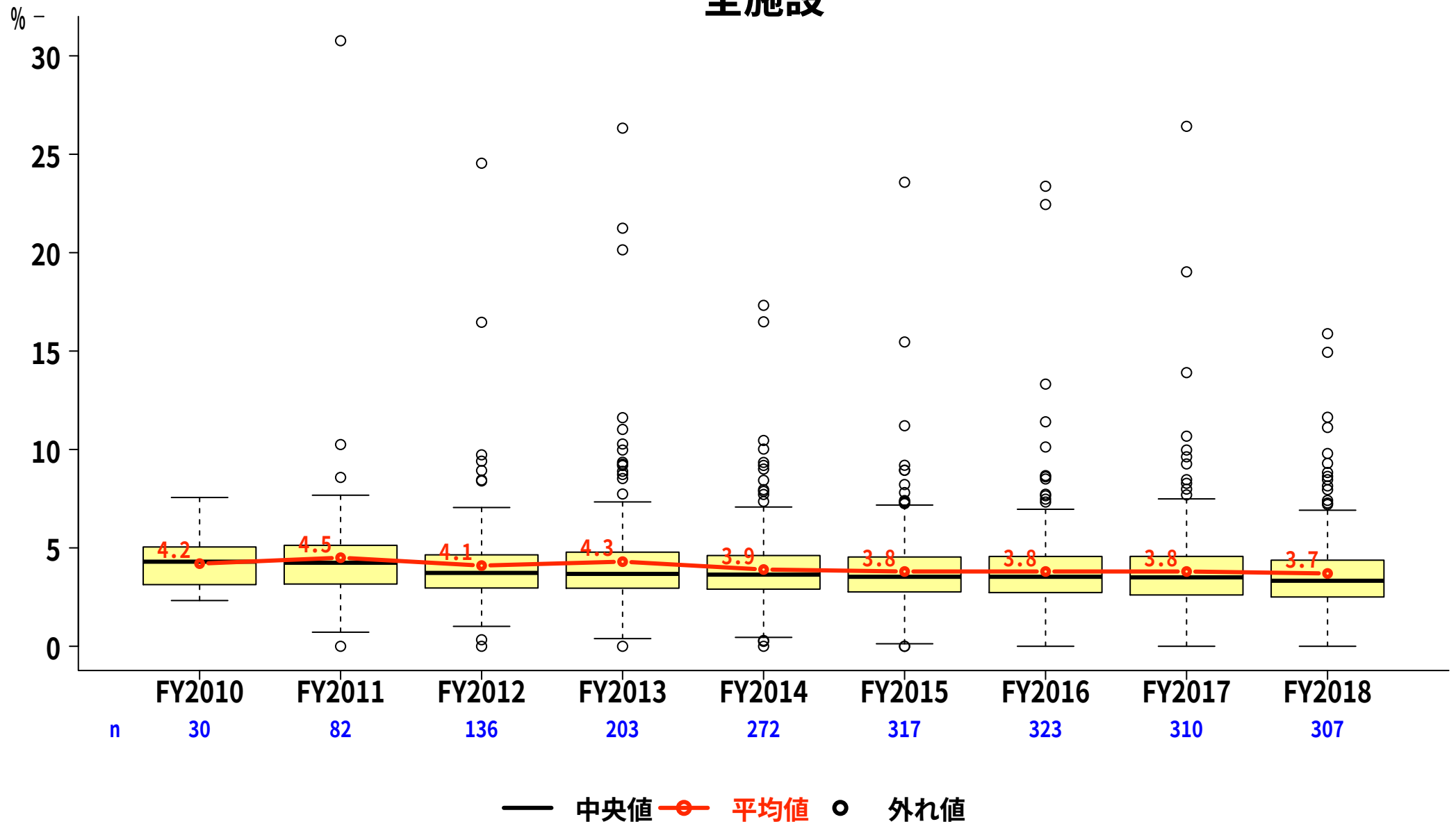
分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足またはやや満足と回答した入院患者数
分母:患者満足度調査に回答した入院患者数



一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数
分母:退院患者数

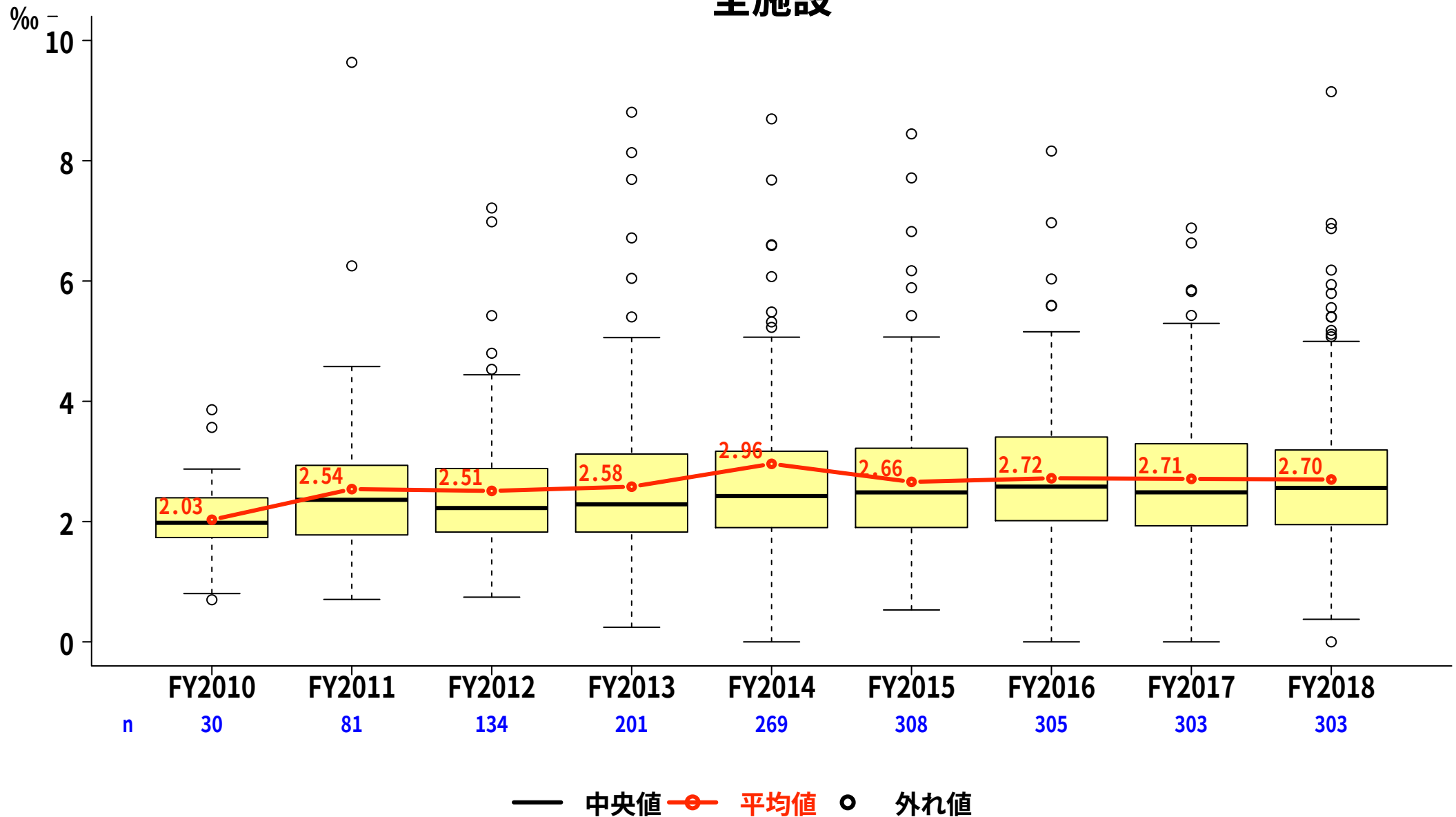
全施設



一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

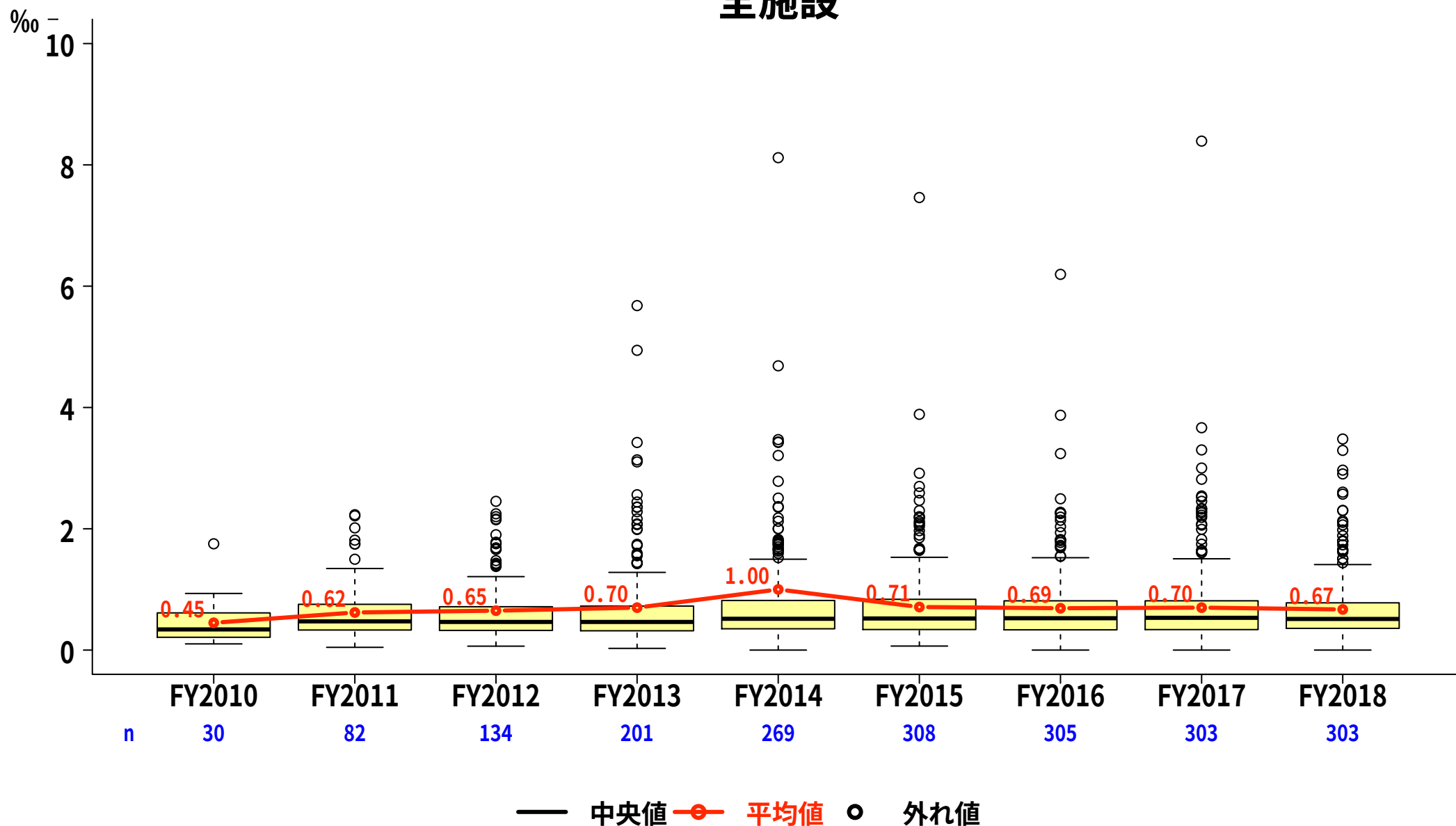
全施設



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

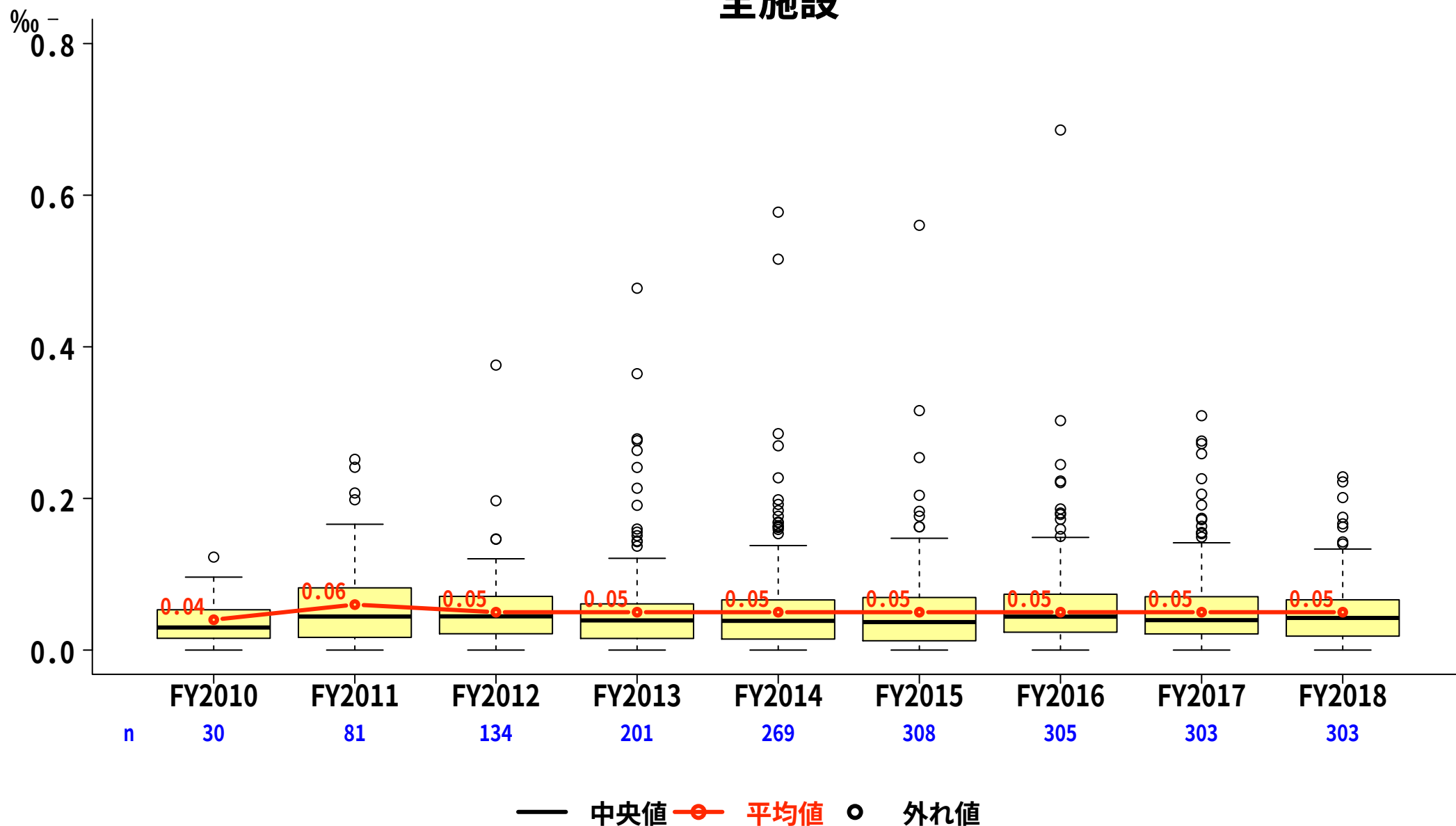
全施設



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

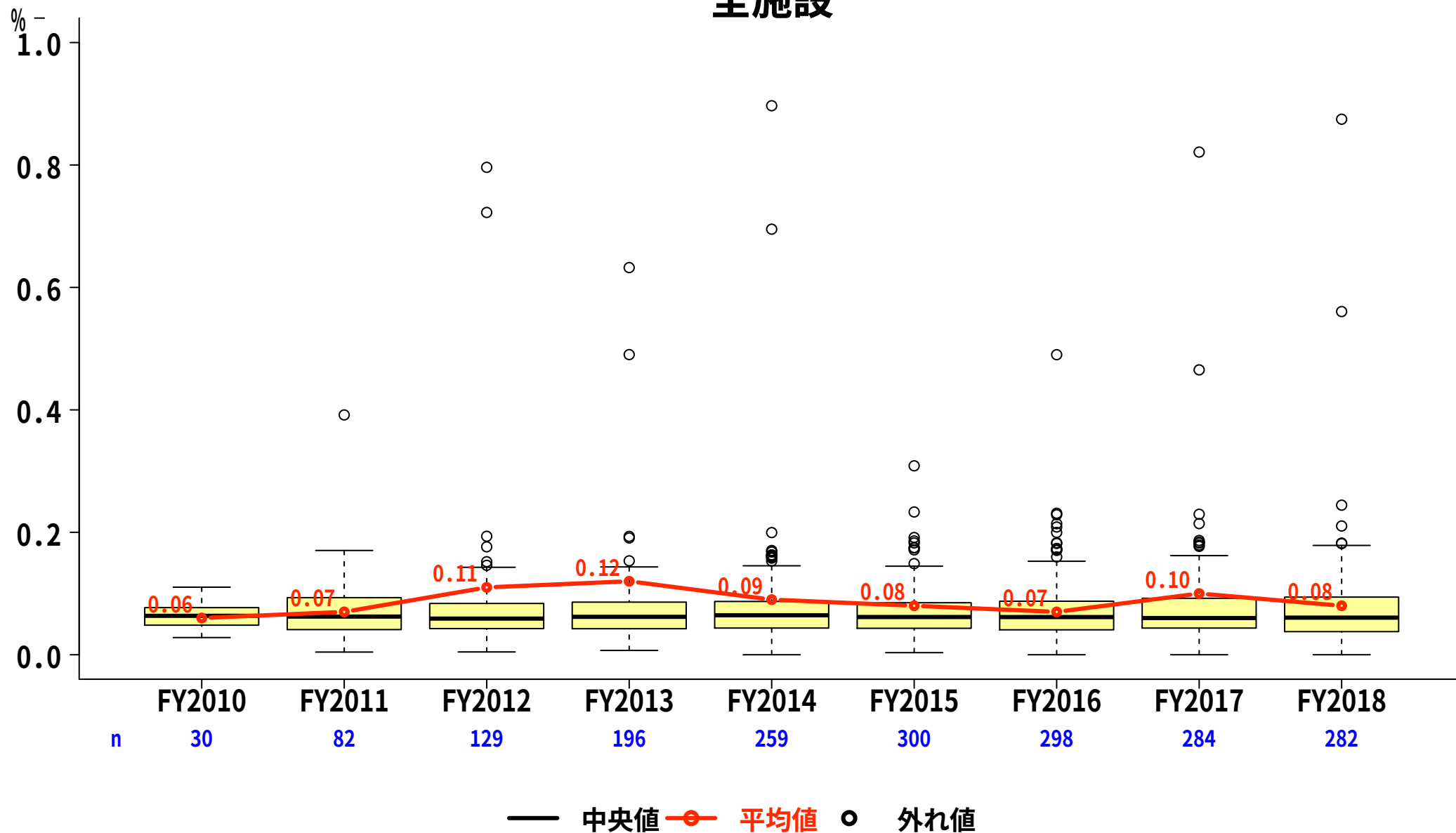
全施設



一般-9 褥瘡発生率

分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母:入院延べ患者数

全施設

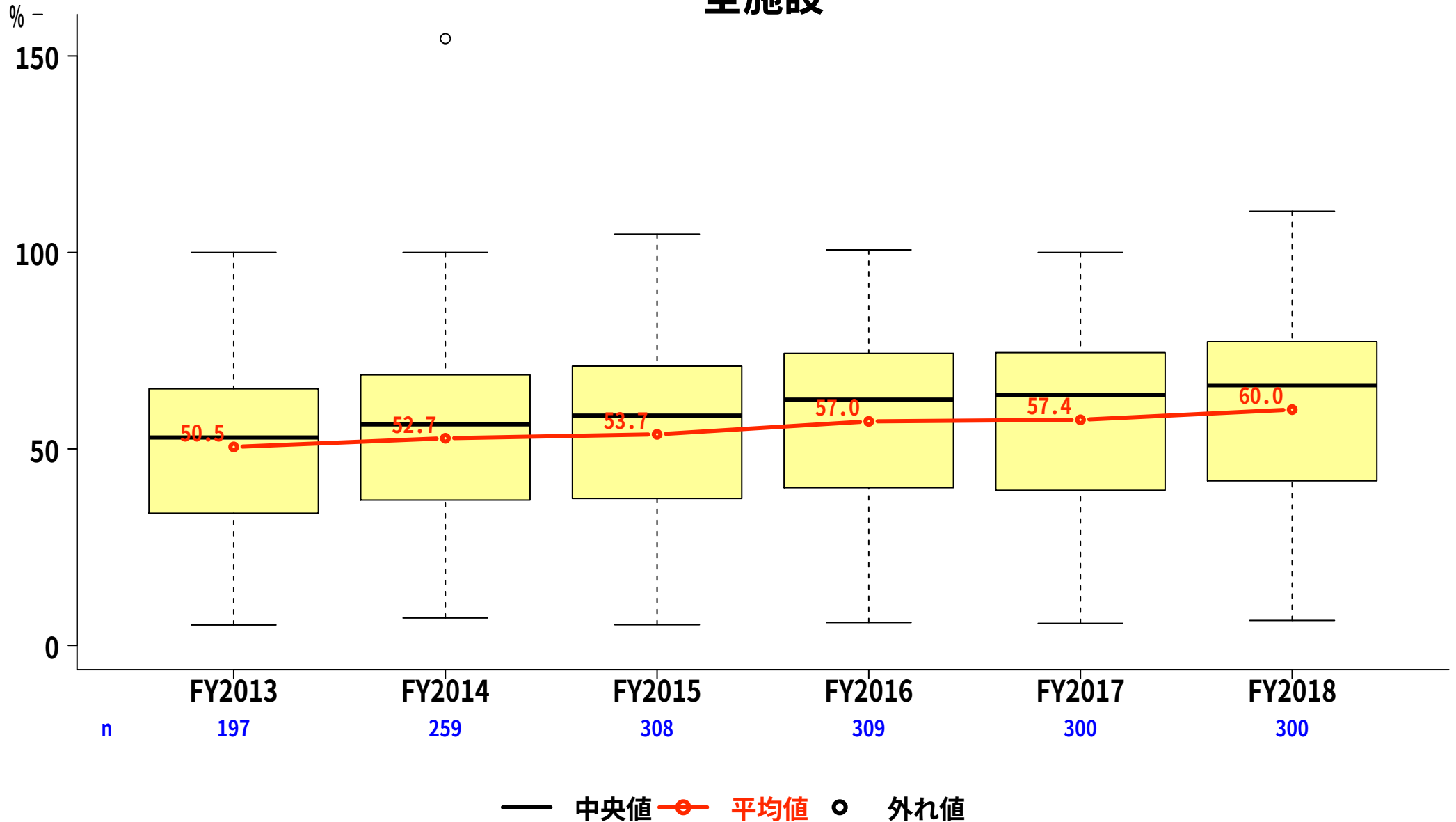


一般-10 紹介率

分子:紹介初診患者数

分母:初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

全施設

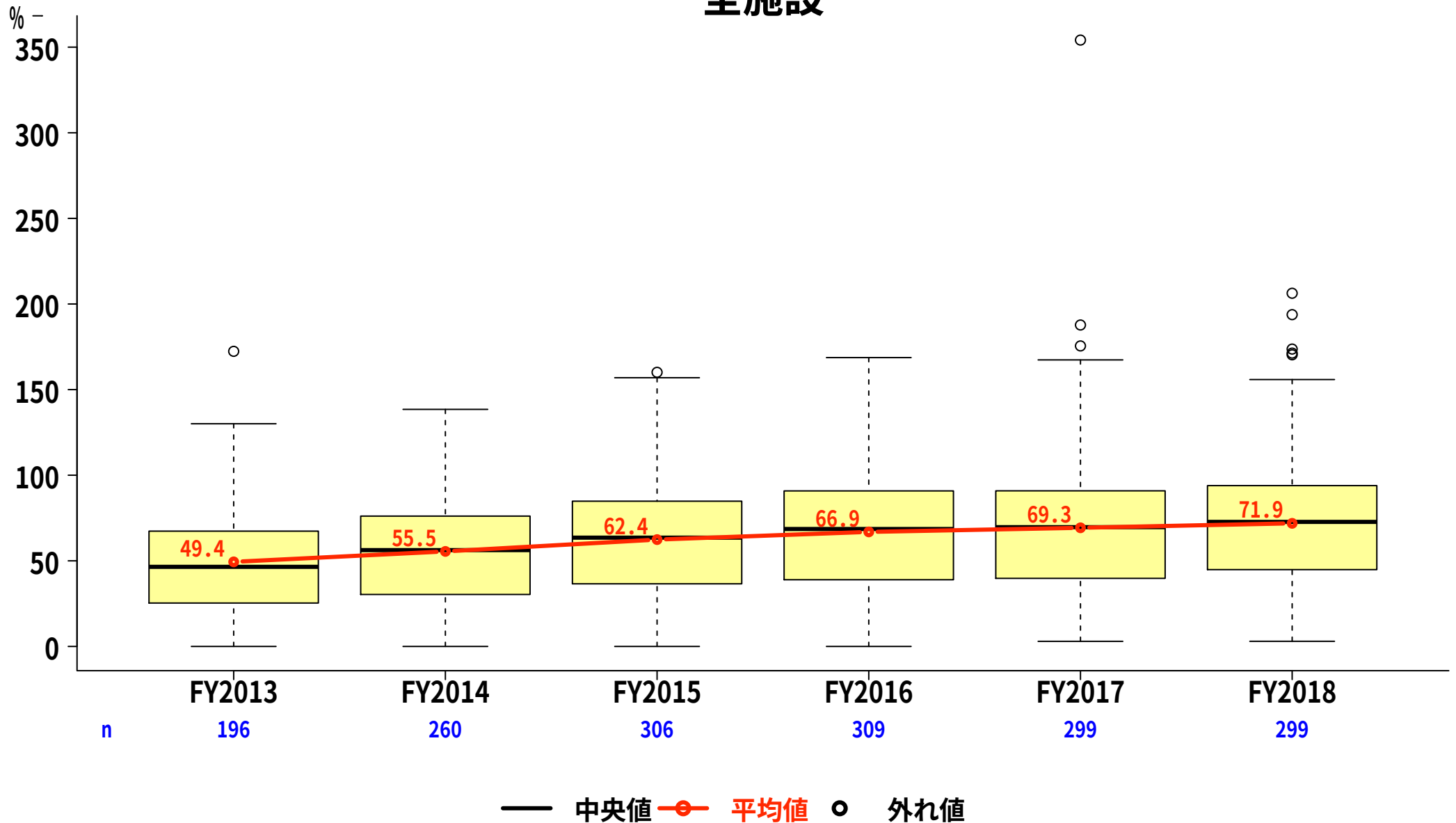


一般-11 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

全施設

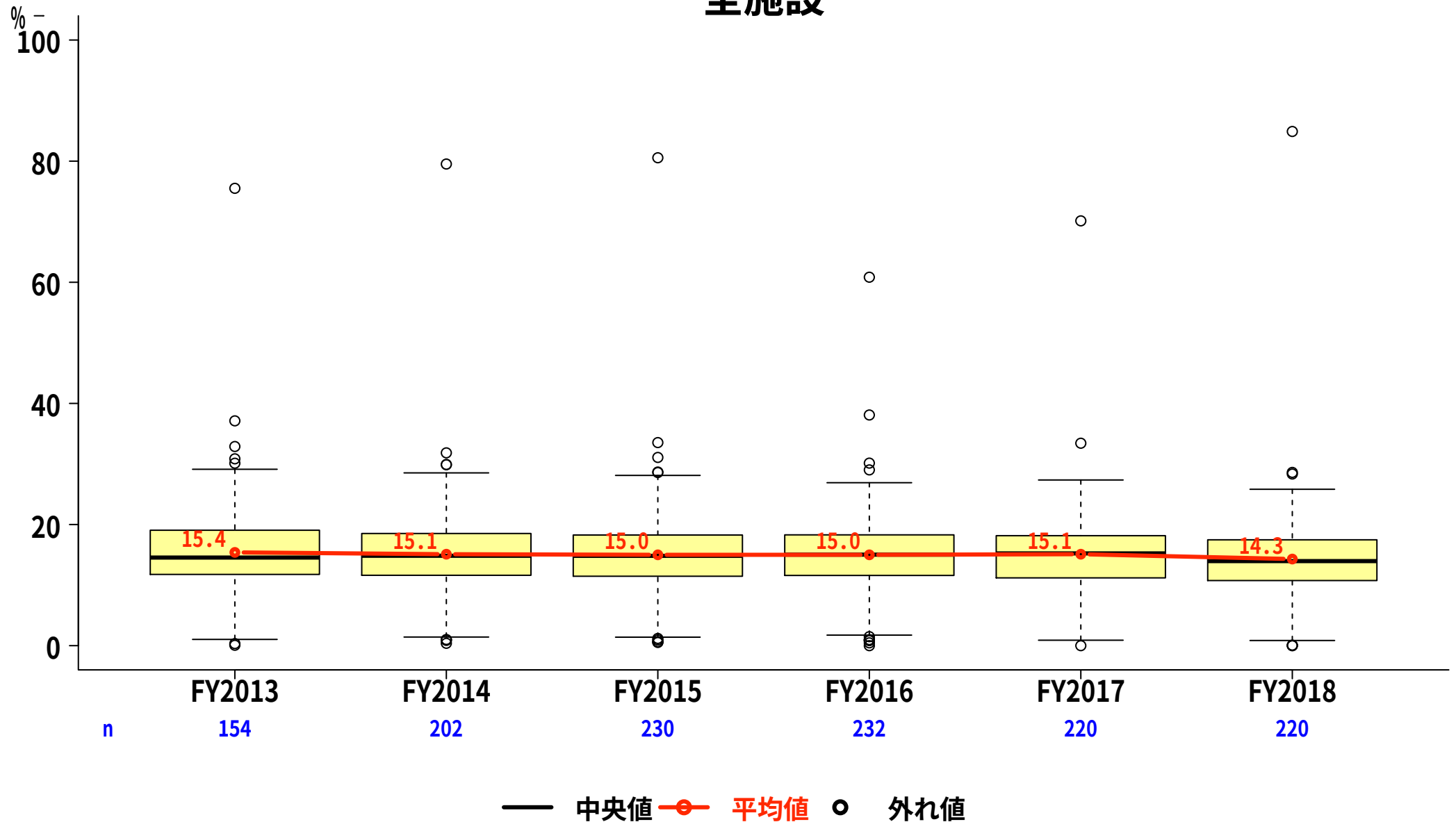


一般-12 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数

分母:入院延べ患者数

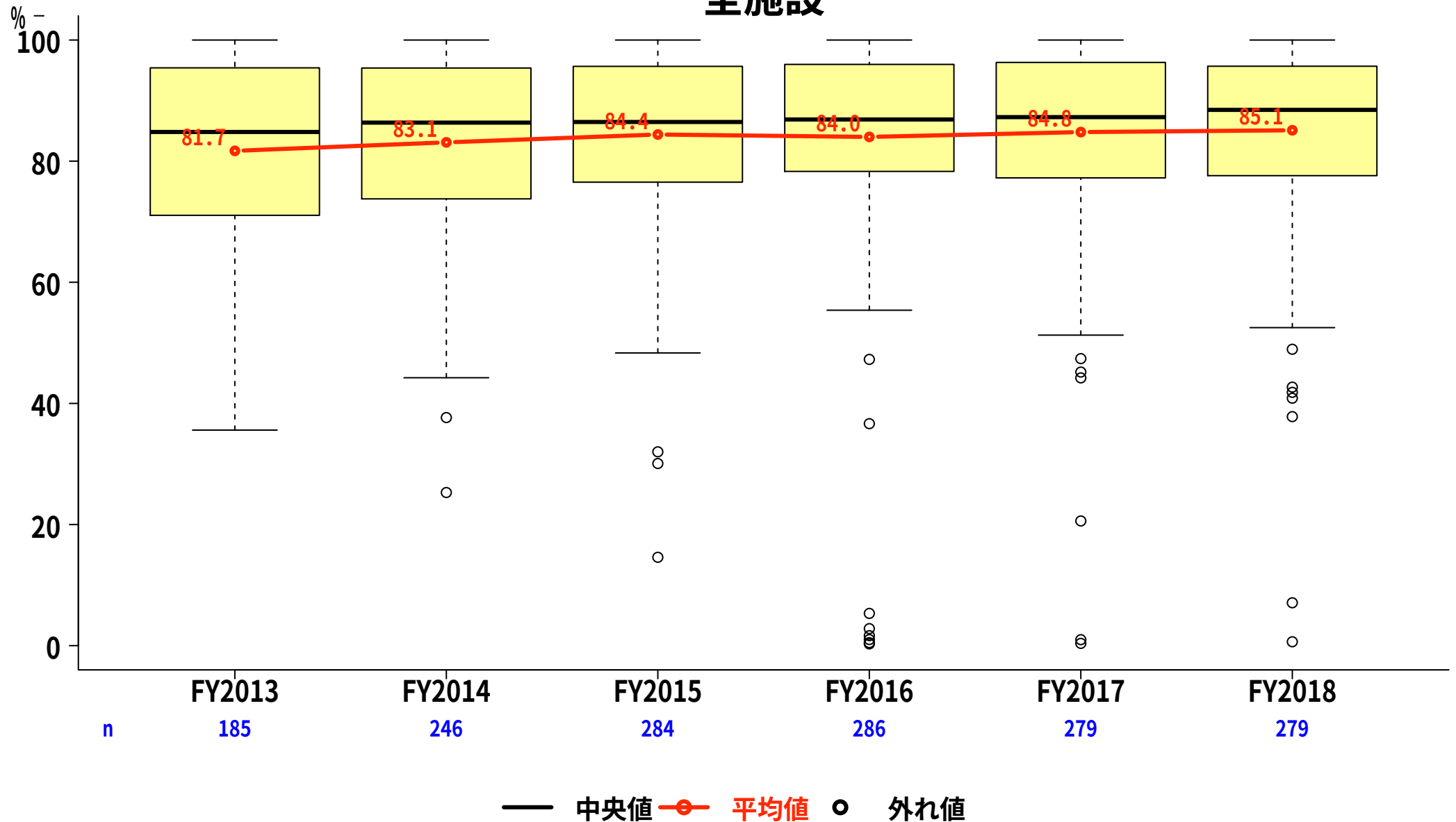
全施設



一般-13 救急車・ホットライン応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請人数

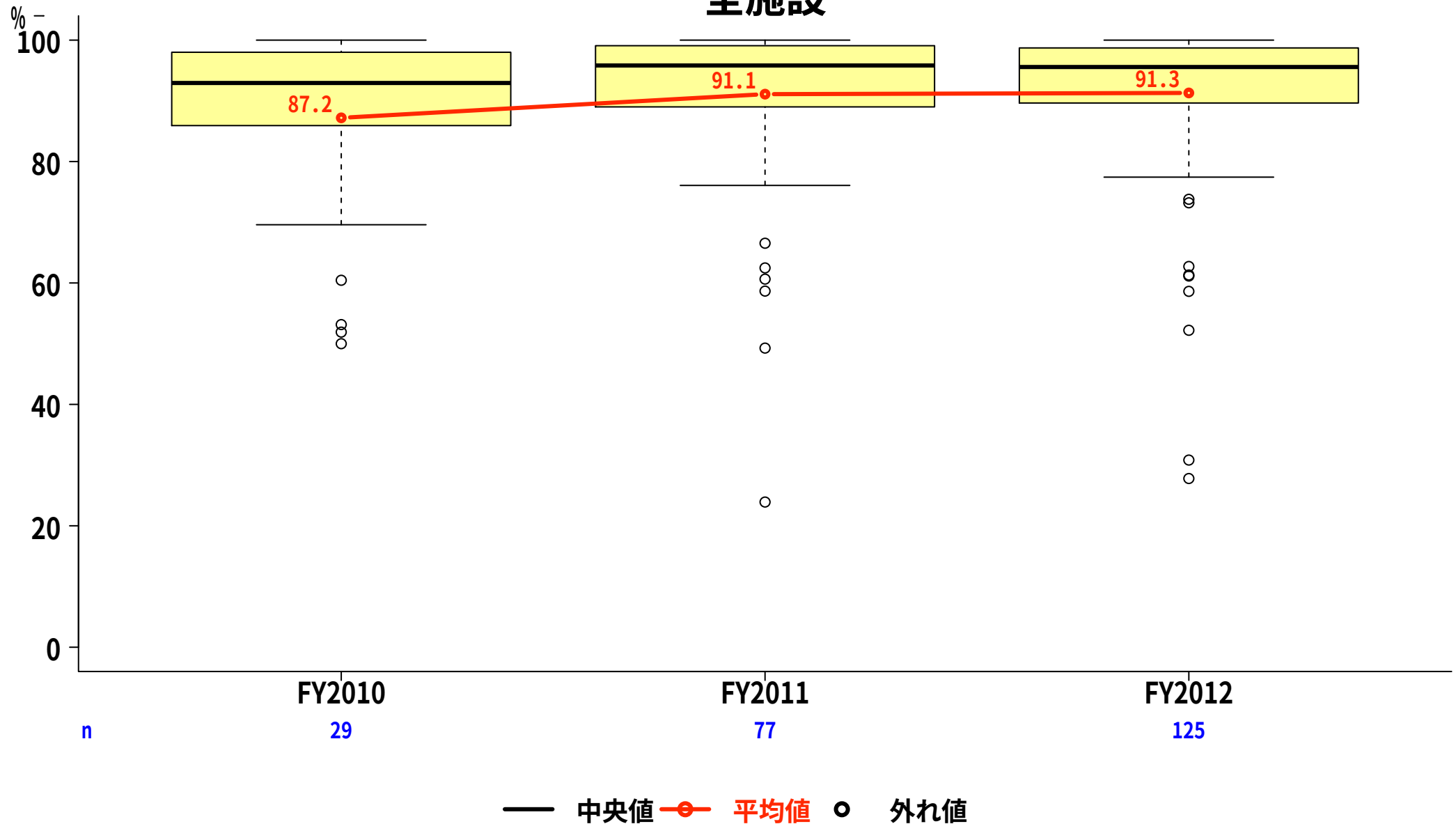
全施設



一般-14 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
分母:入院手術を受けた退院患者数

全施設

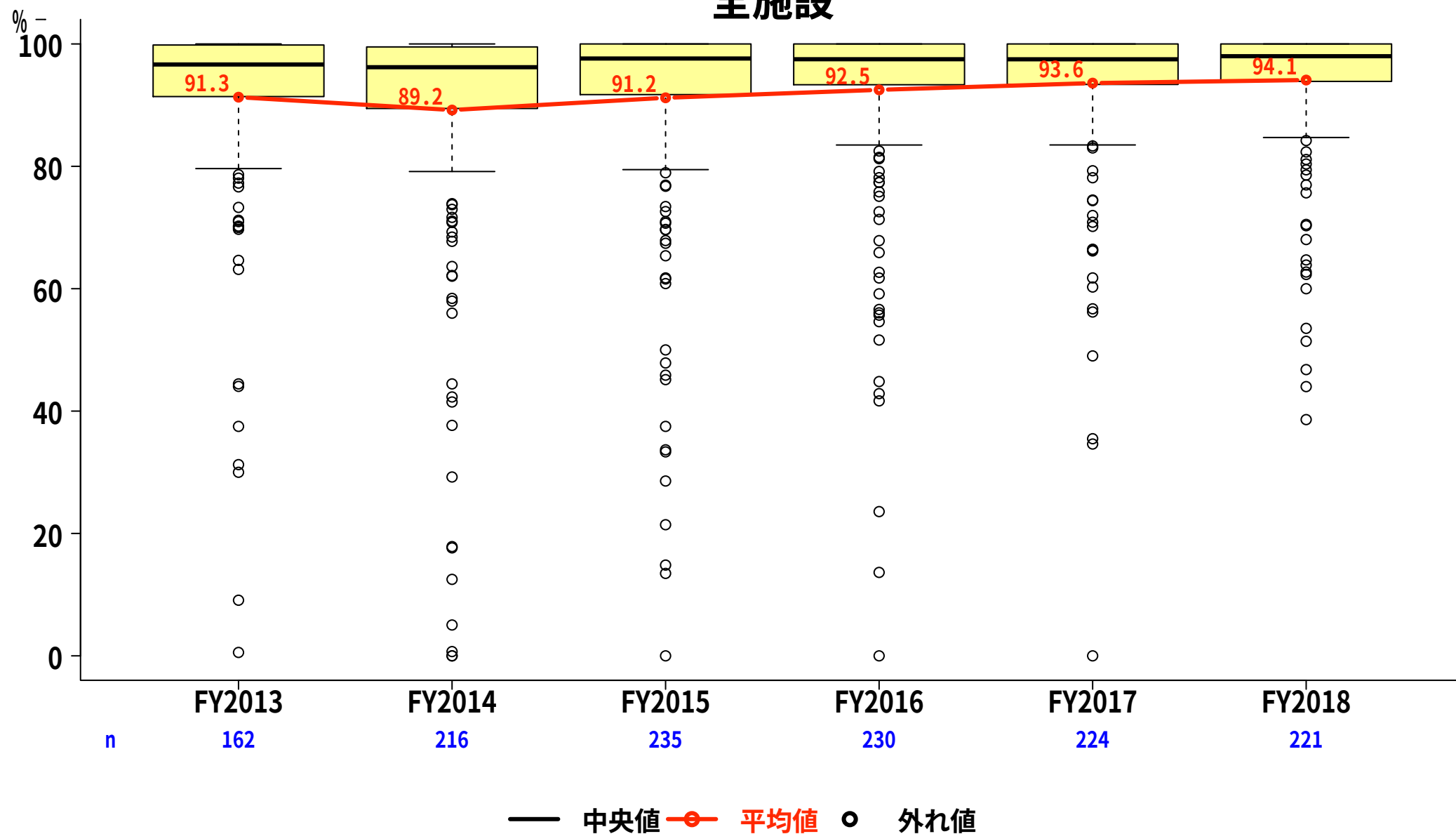


一般-15 特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

分母:特定術式の手術件数

全施設

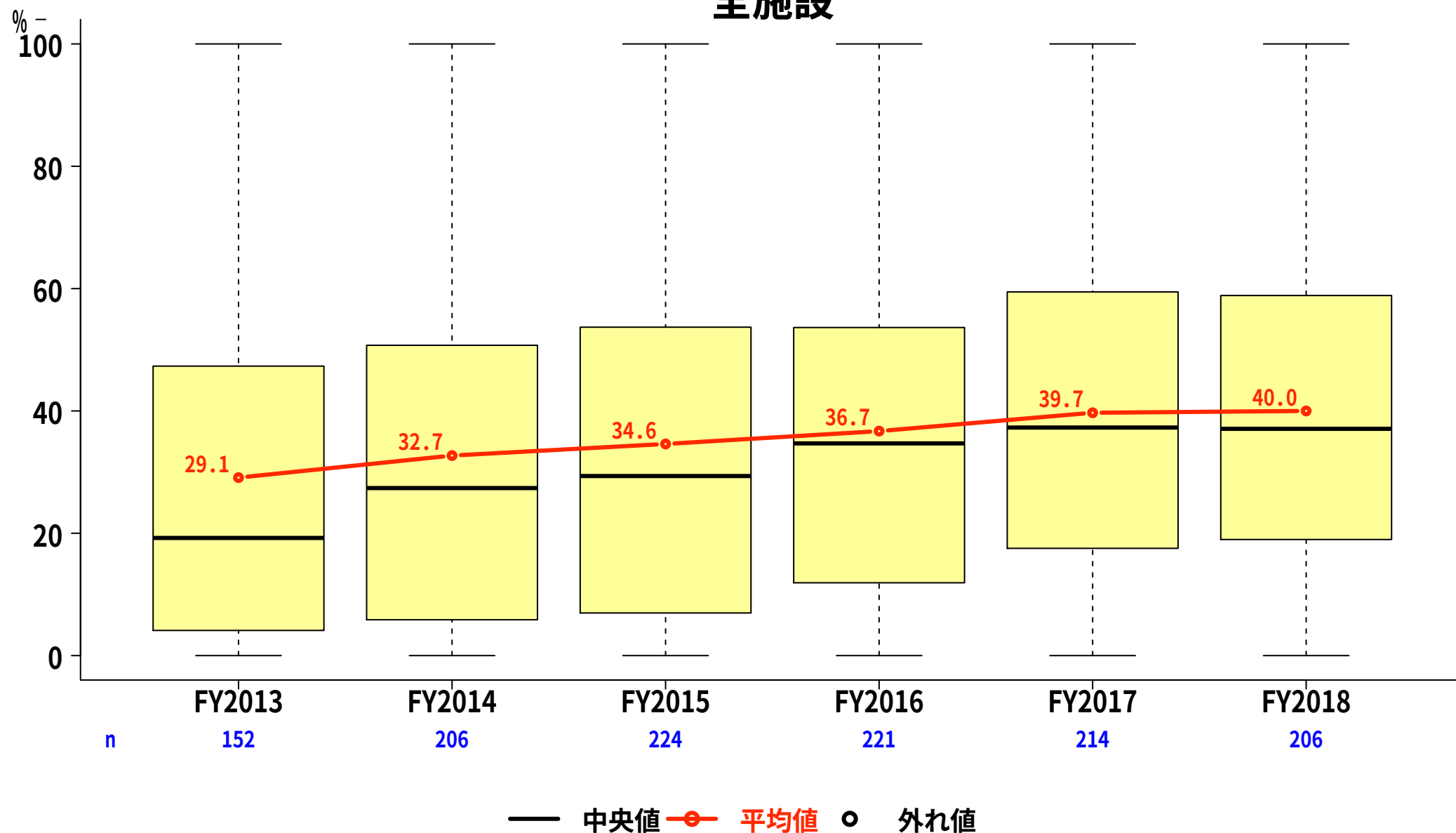


一般-16 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子:術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(*心臓手術は48時間以内)

分母:特定術式の手術件数

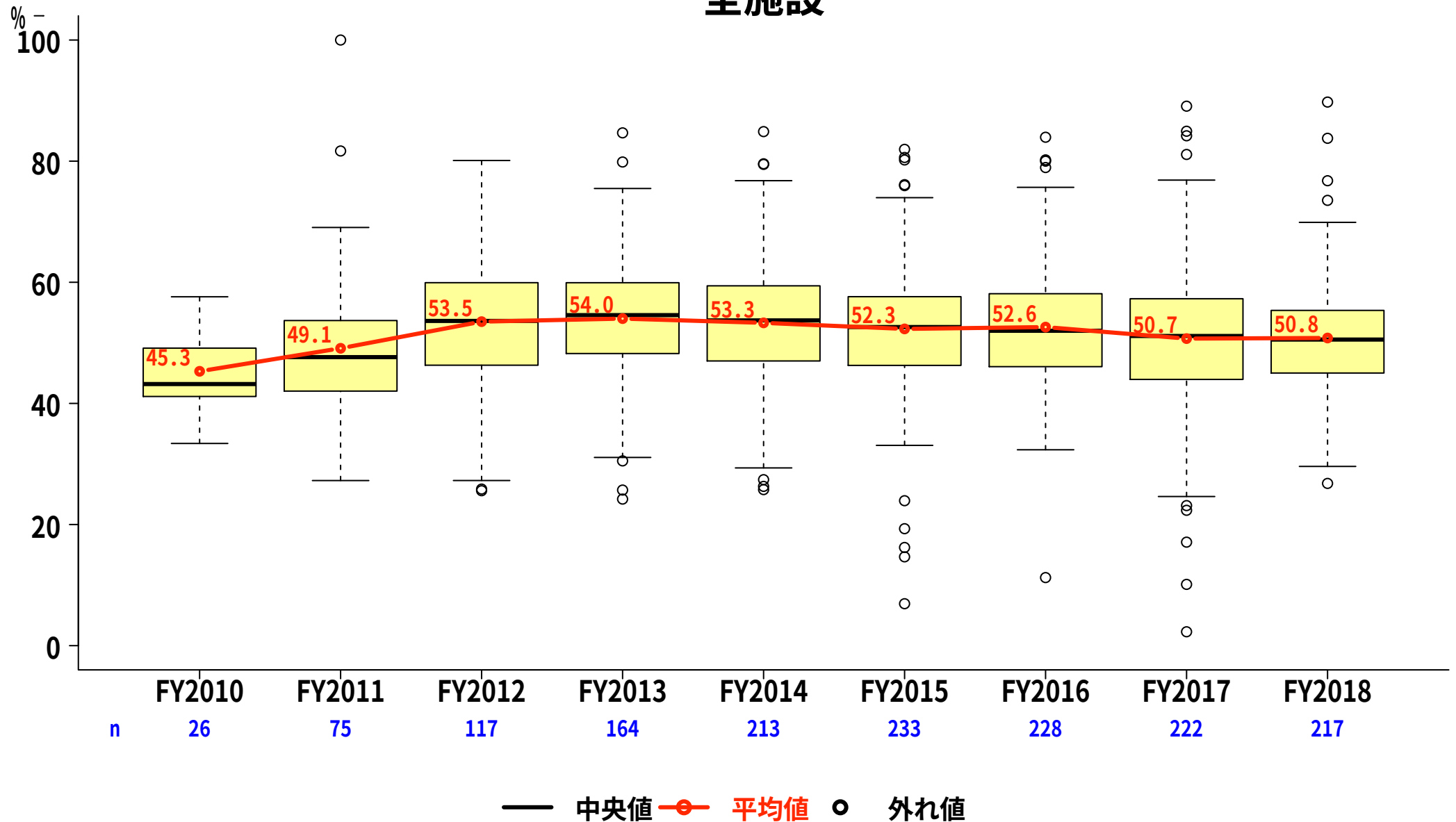
全施設



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール

分子:HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

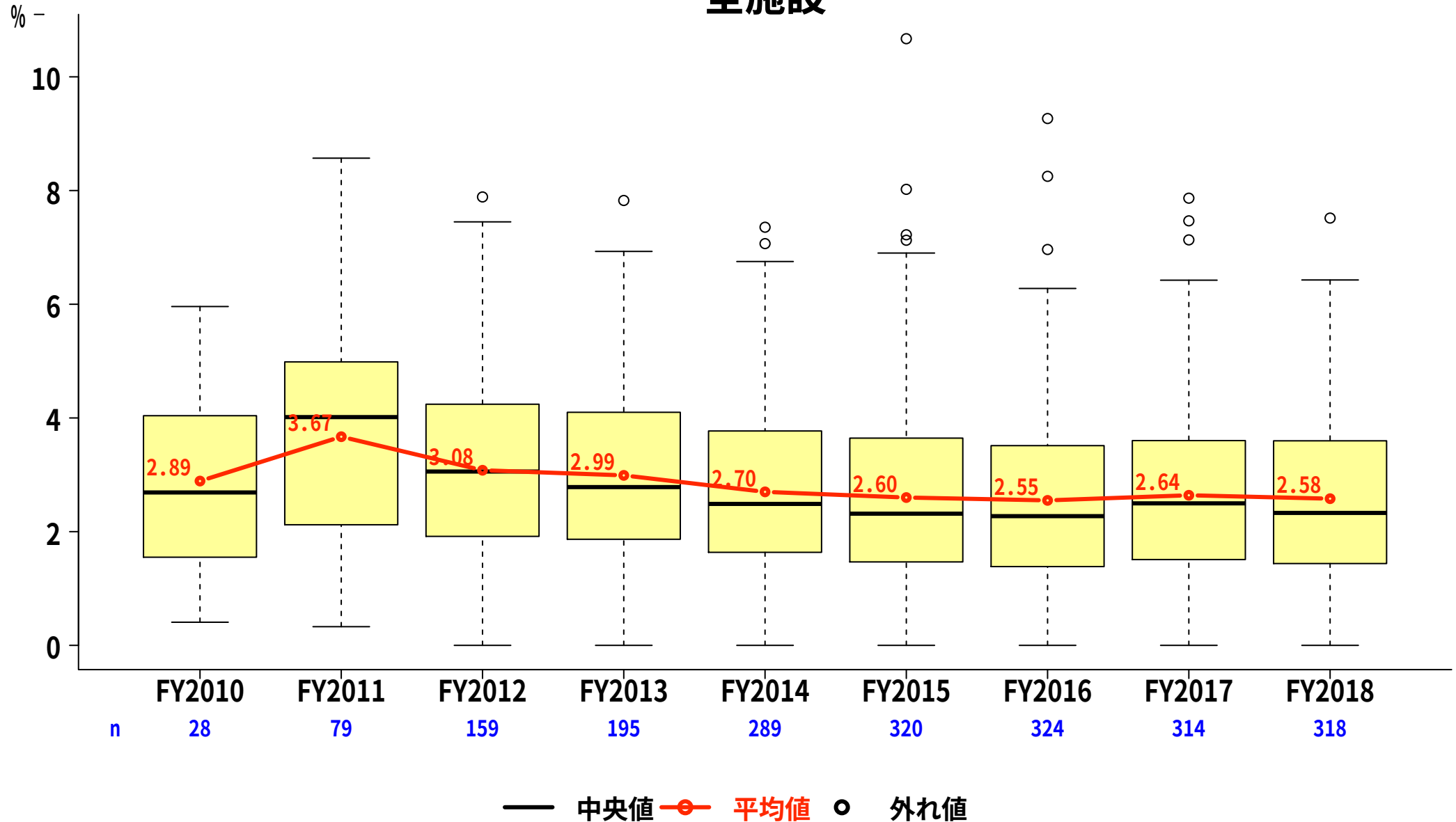
全施設



一般-18 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子:前回の退院日が42日以内の救急医療入院患者数
分母:退院患者数

全施設

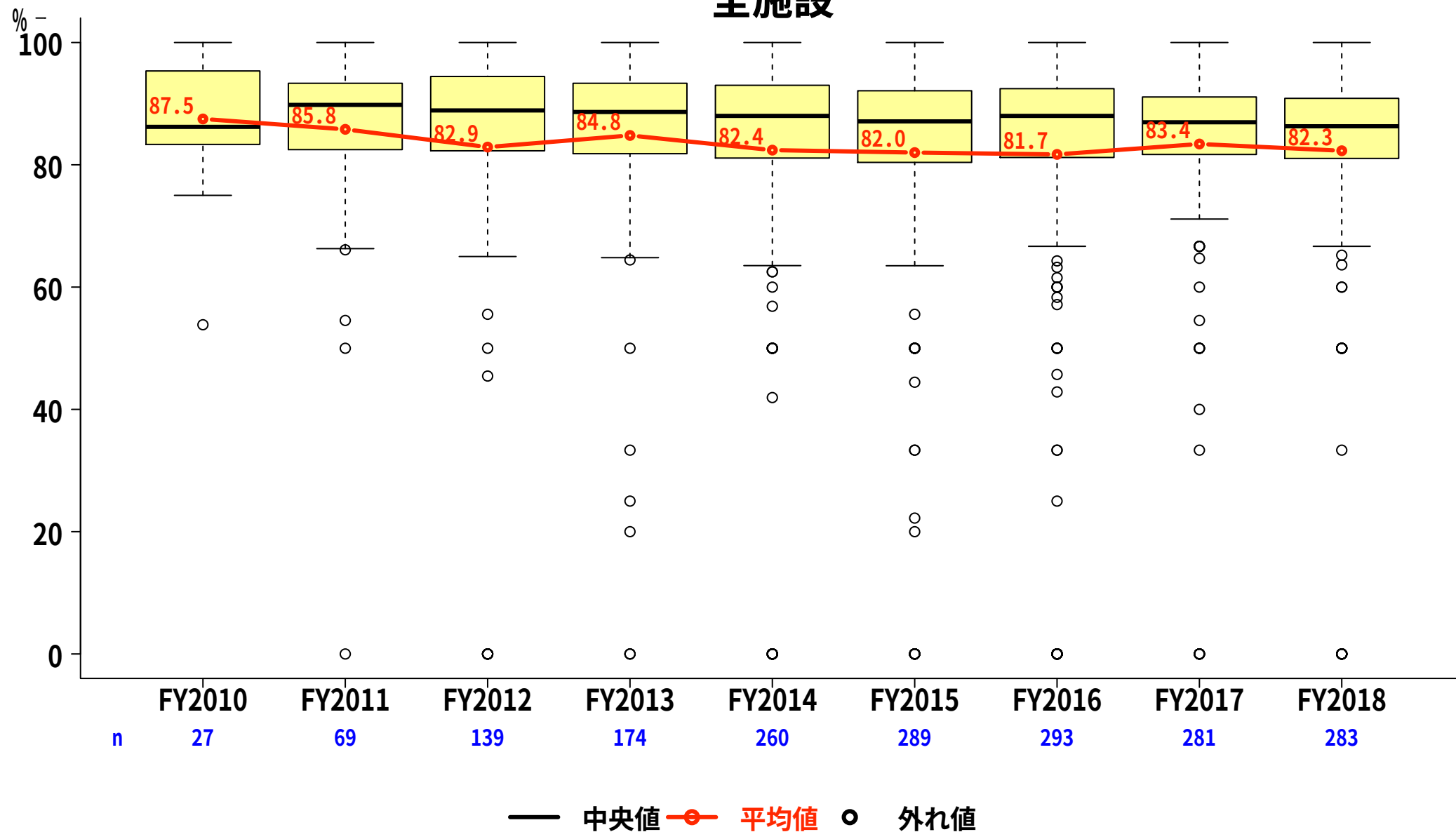


一般-20 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合

分子:退院時にアスピリンが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

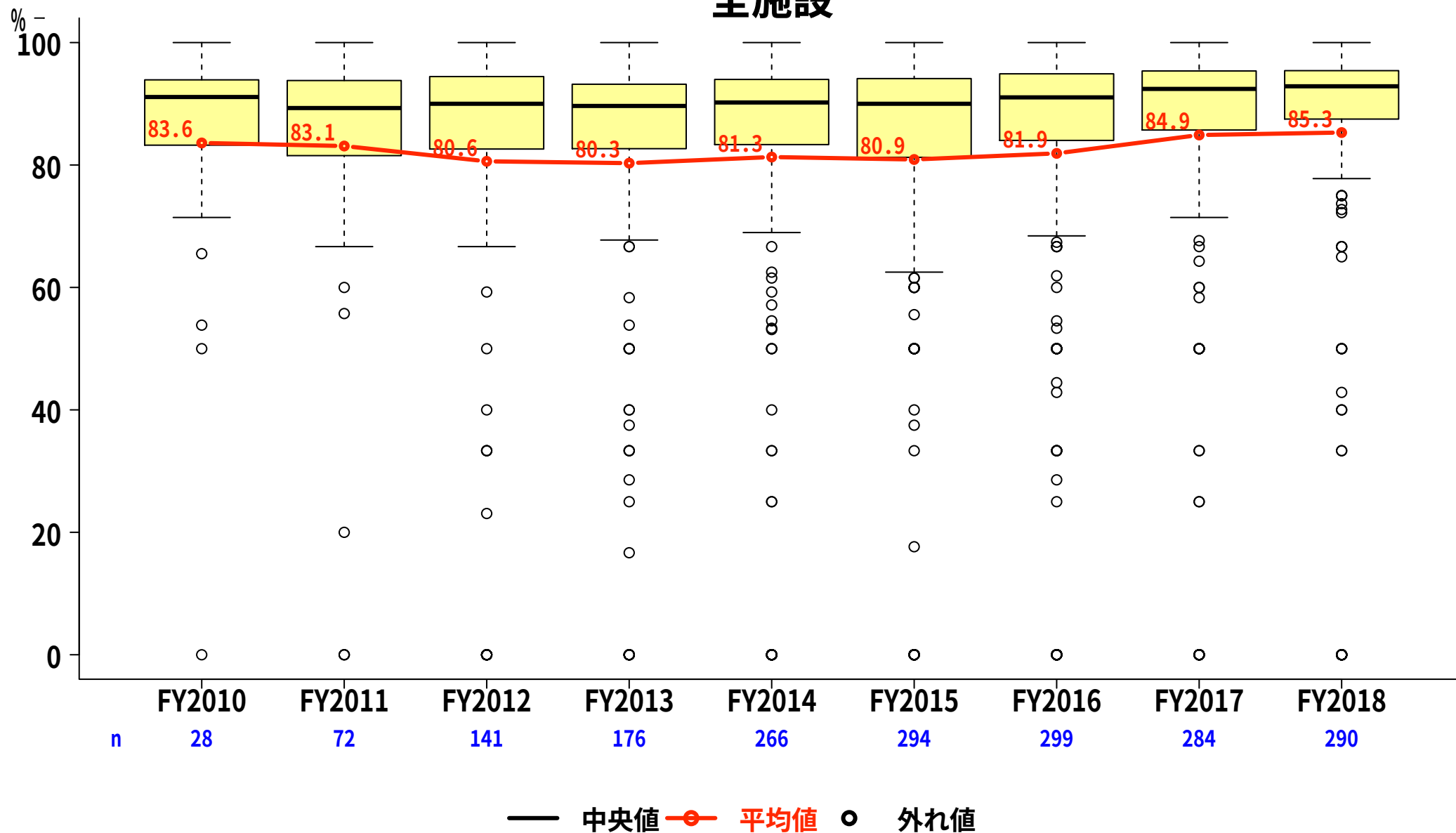


一般-21 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合

分子:入院後2日以内にアスピリンが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

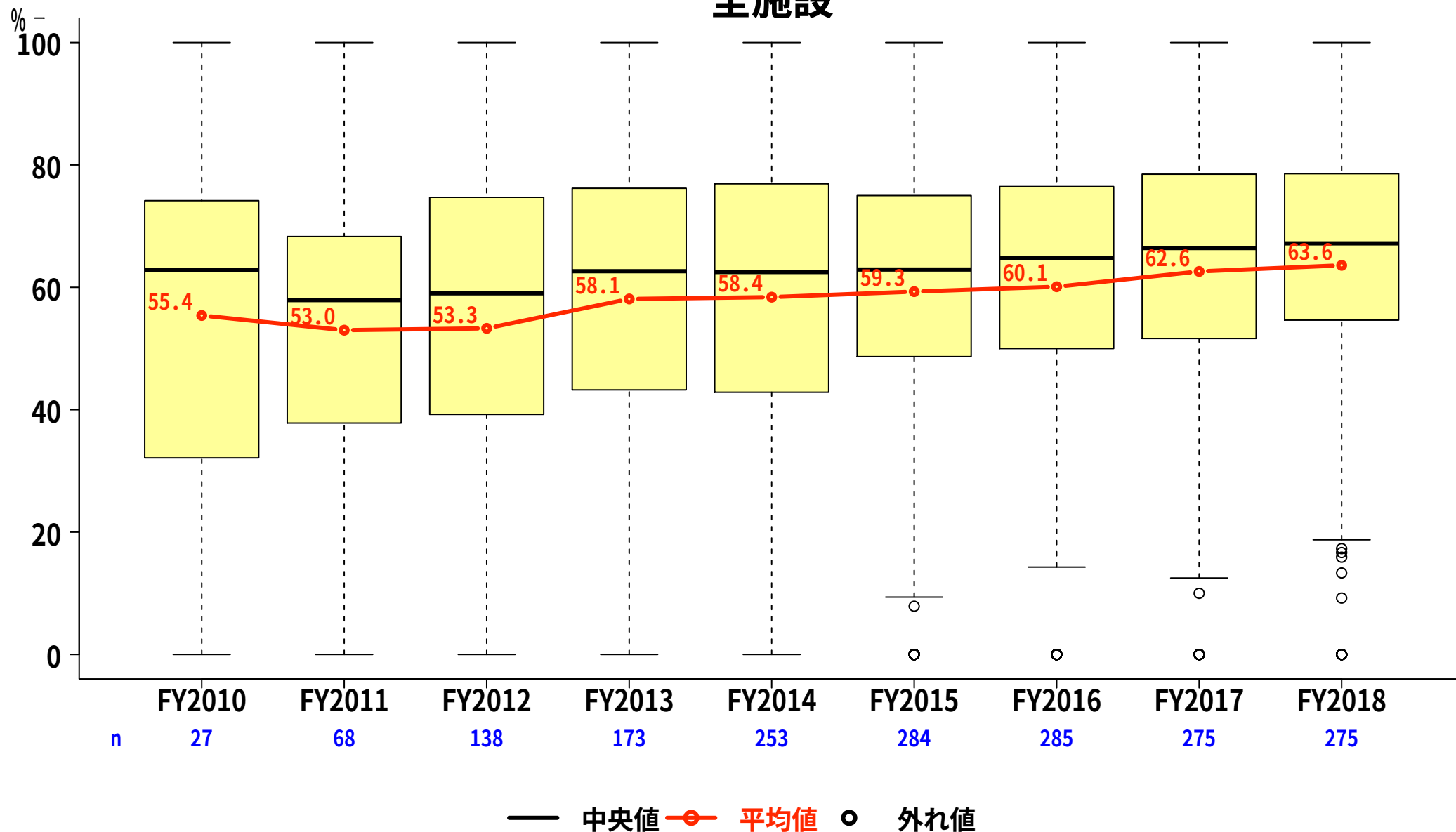
全施設



一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

分子:退院時にβブロッカーが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

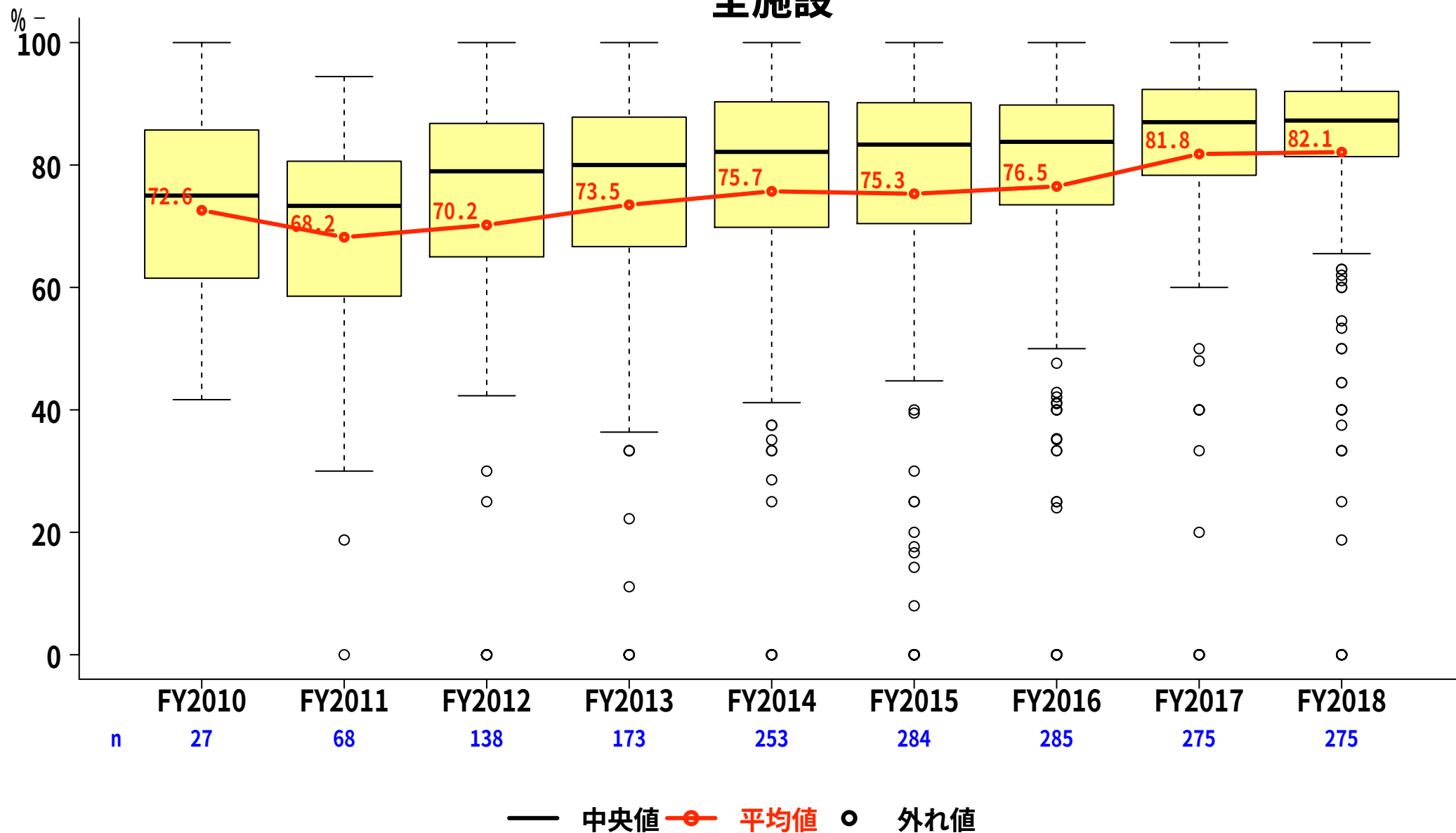
全施設



一般-23 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

分子:退院時にスタチンが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

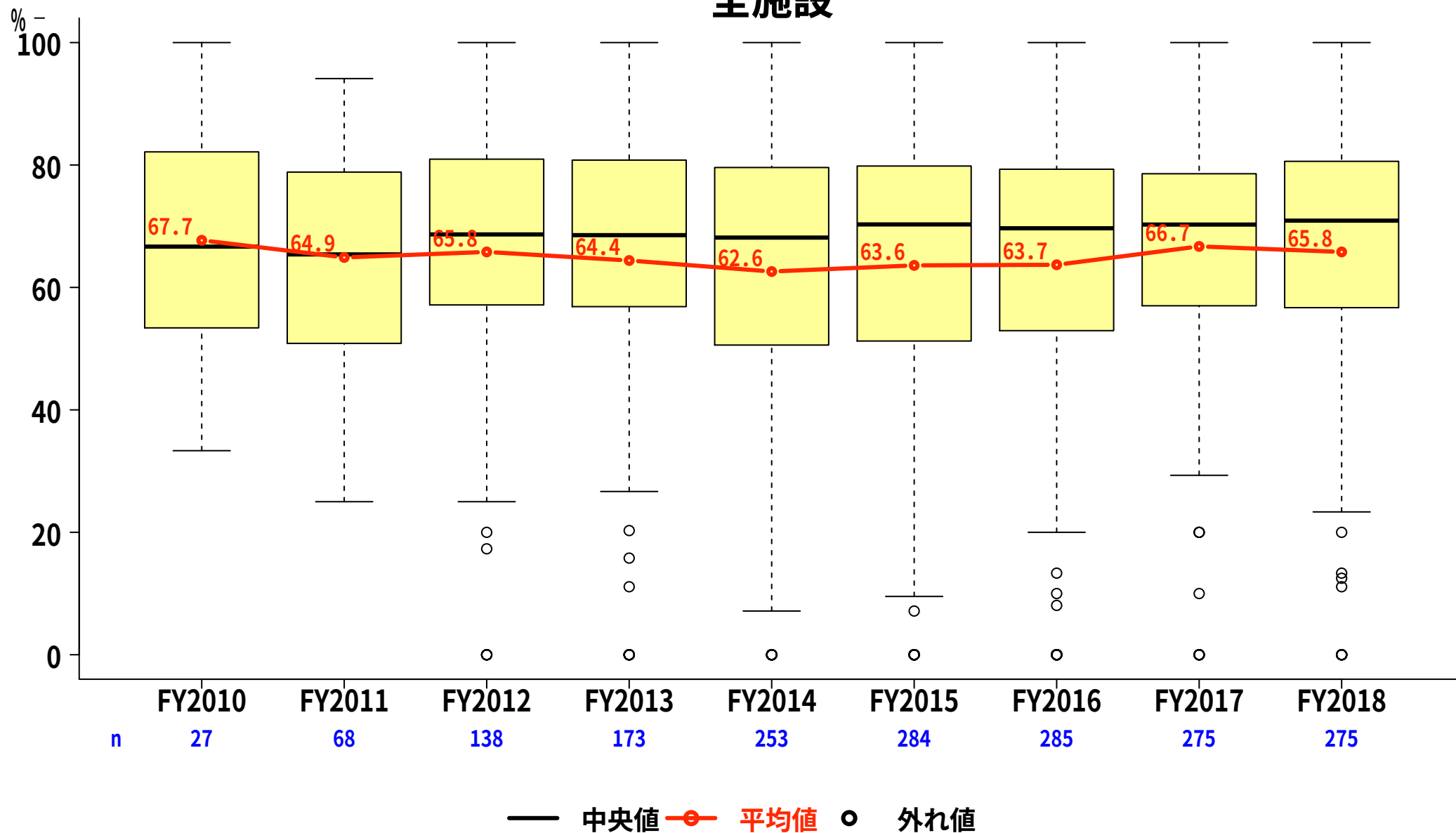


一般-24 急性心筋梗塞患者における退院時ACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子:退院時にACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

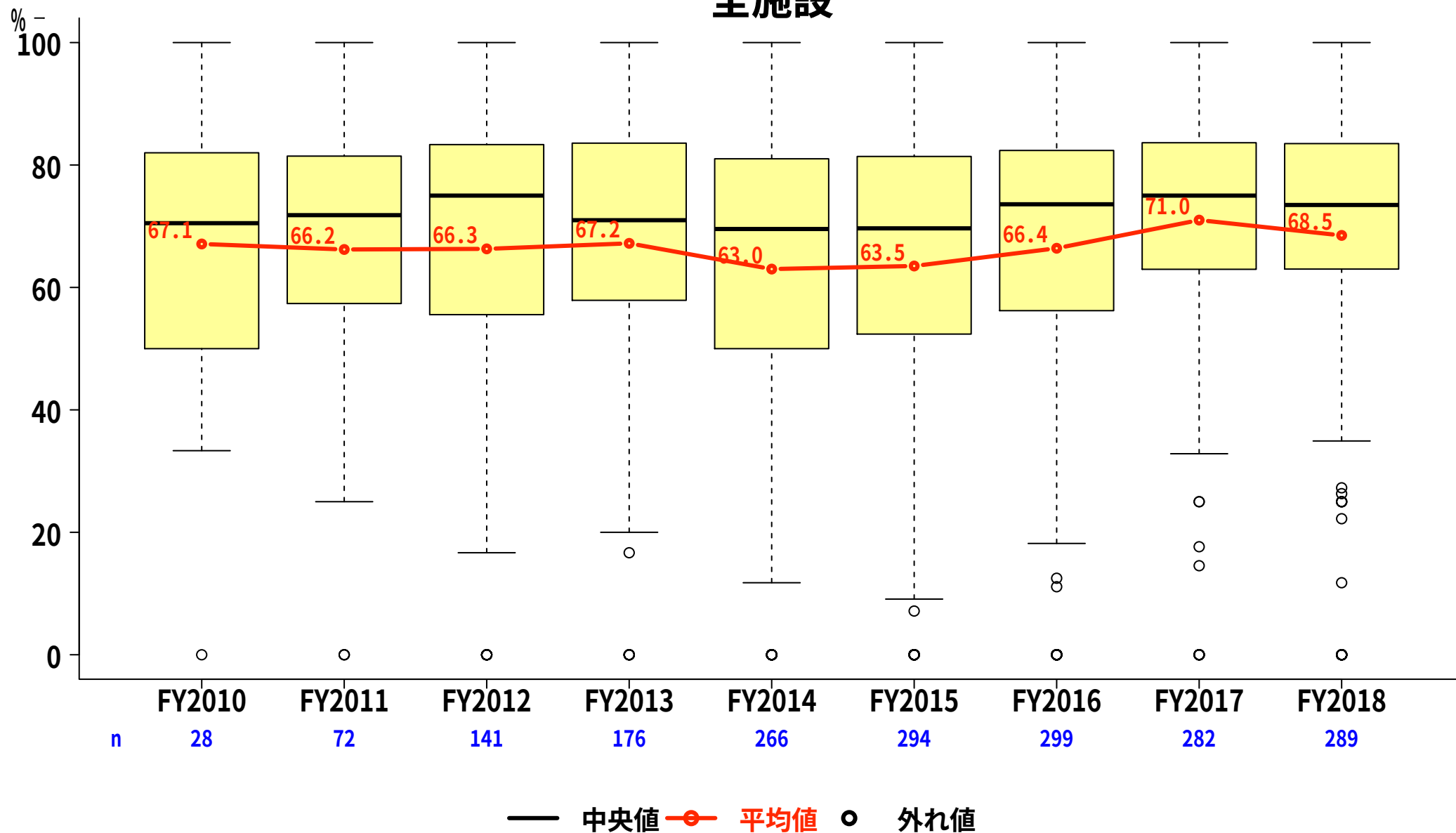


一般-25 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子:ACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

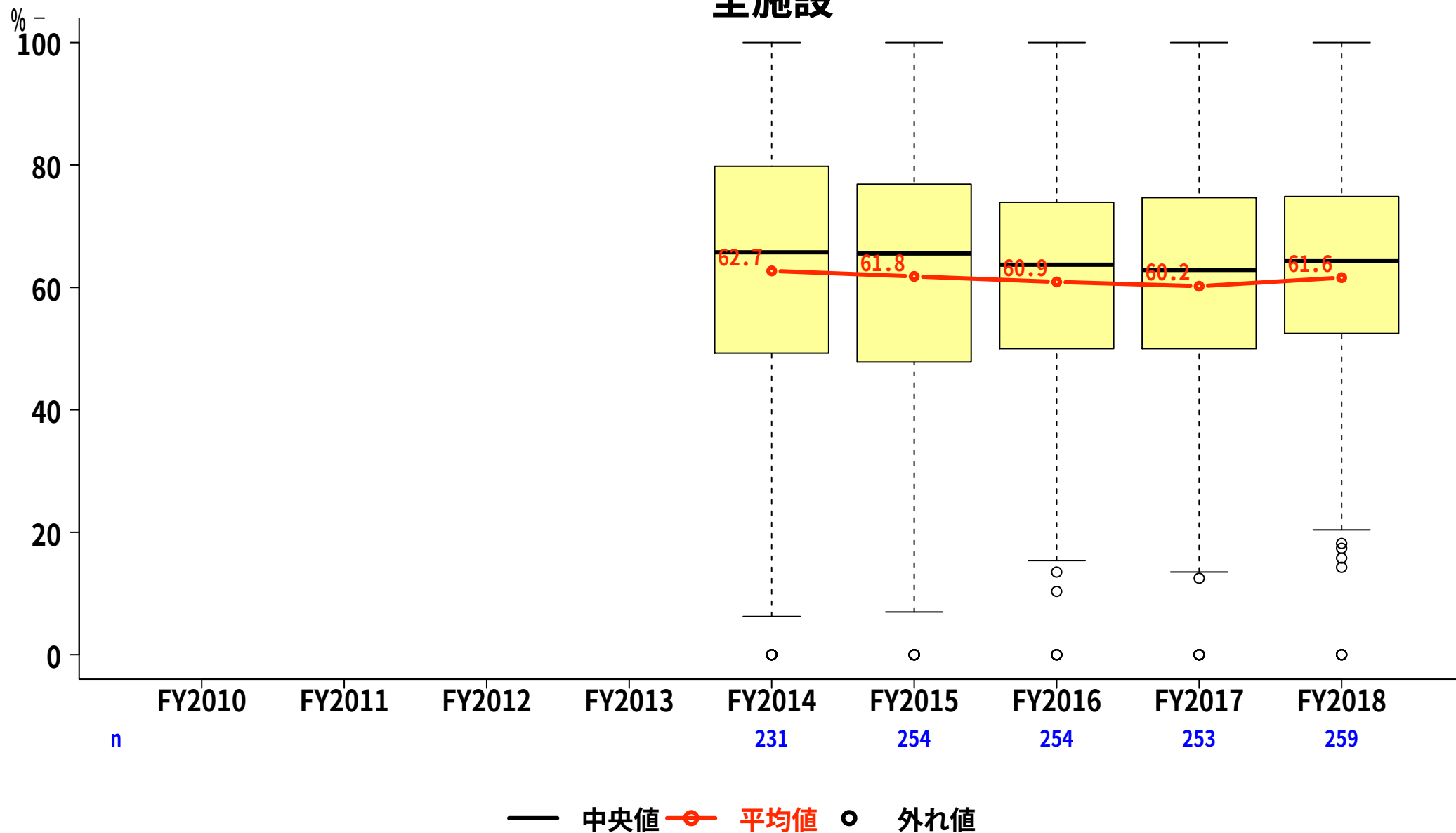


一般-26 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

分子: 来院後90分以内に手技を受けた患者数

分母: 18 歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数

全施設

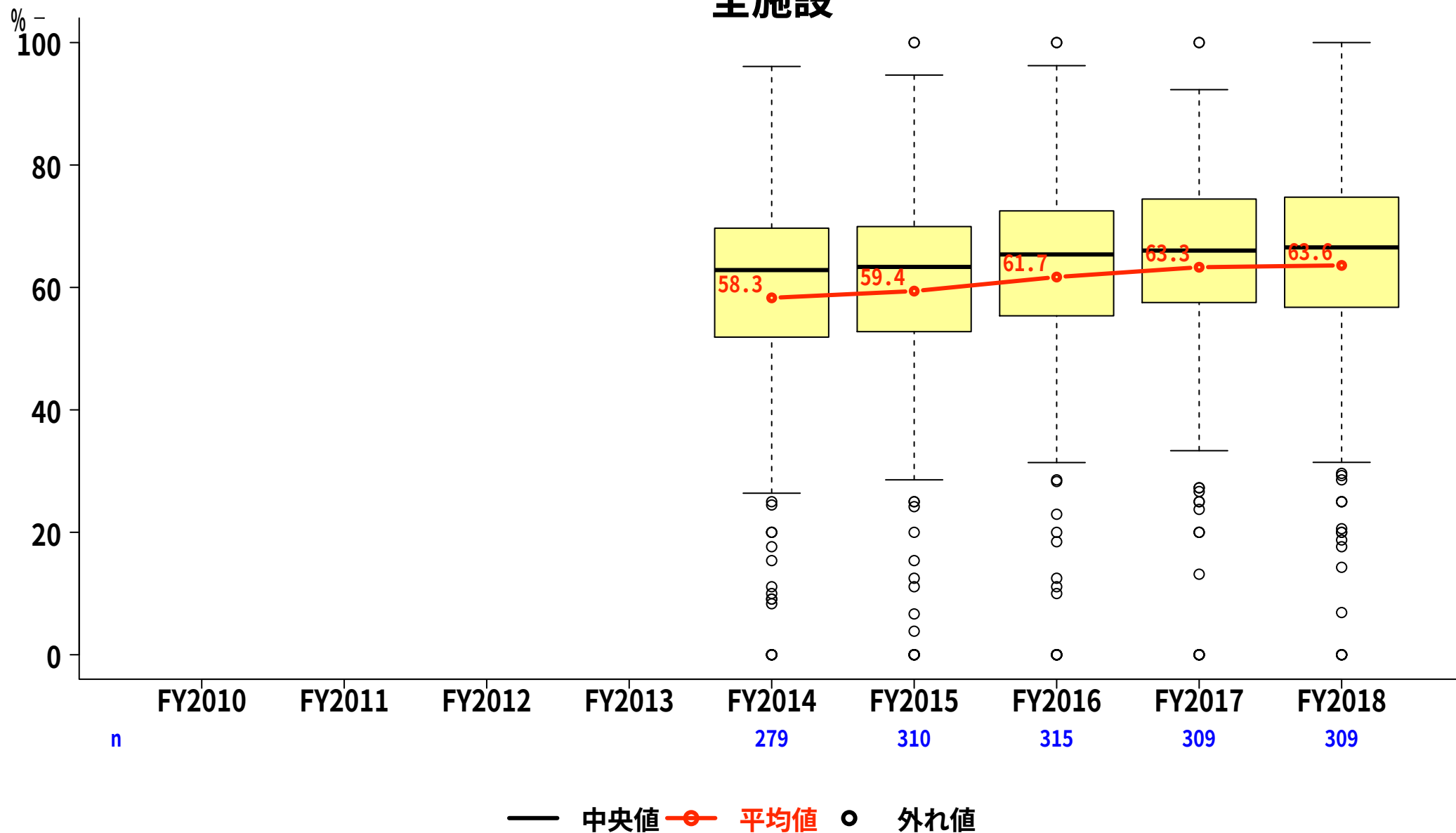


一般-27 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血小板療法を受けた患者の割合

分子:第2病日までに抗血小板療法を受けた患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

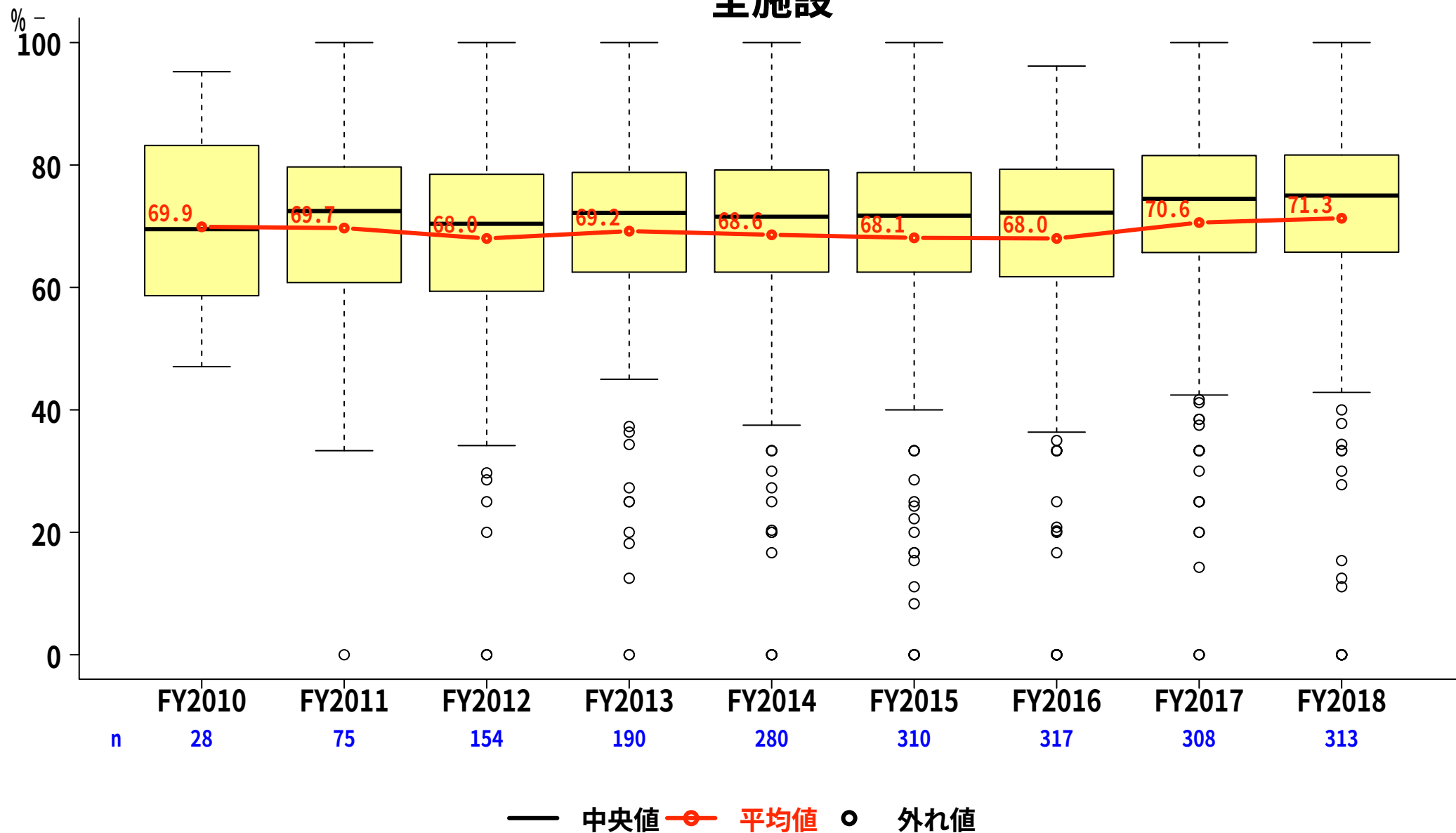


一般-28 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

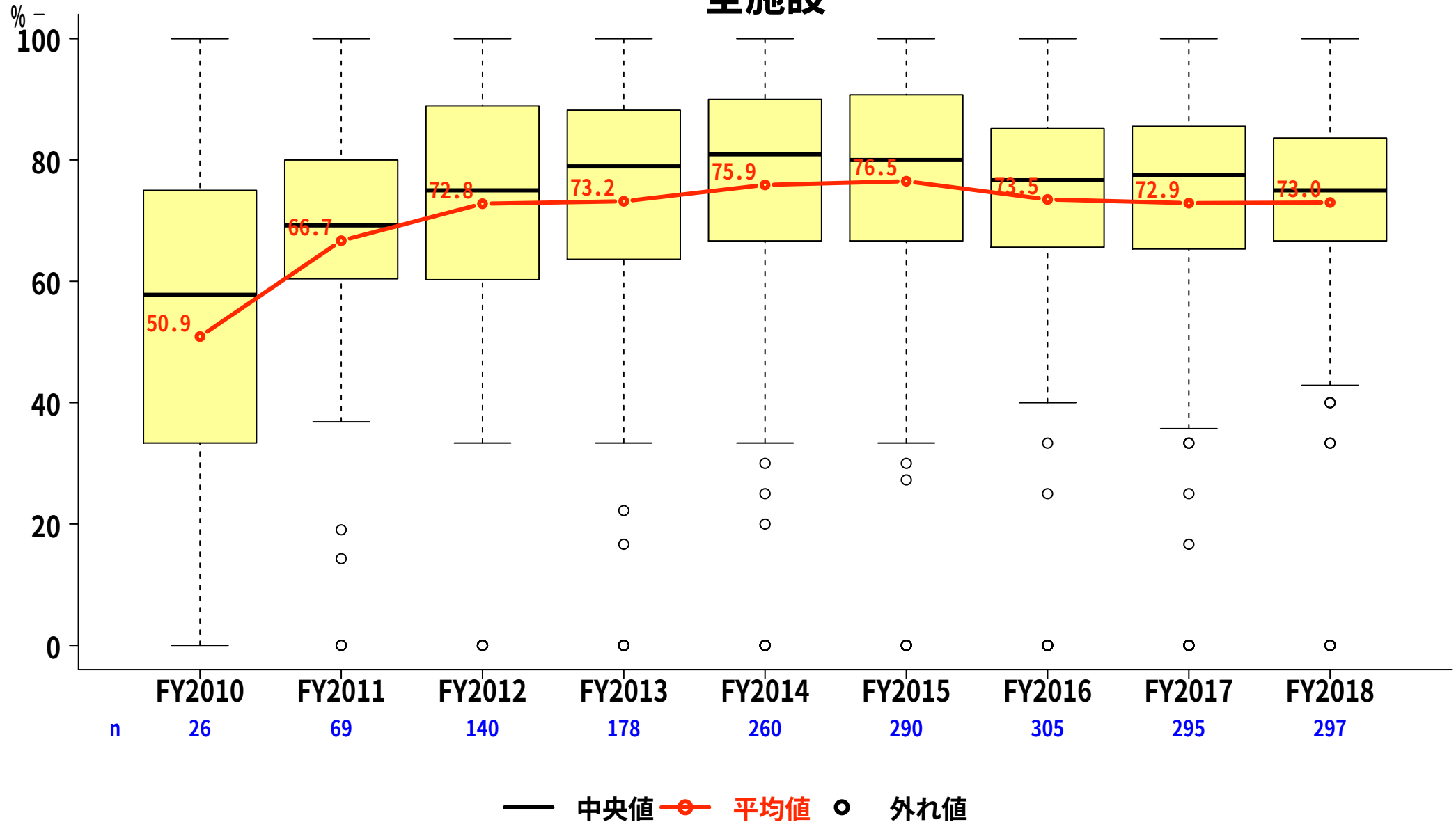


一般-29 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された18歳以上の入院患者数

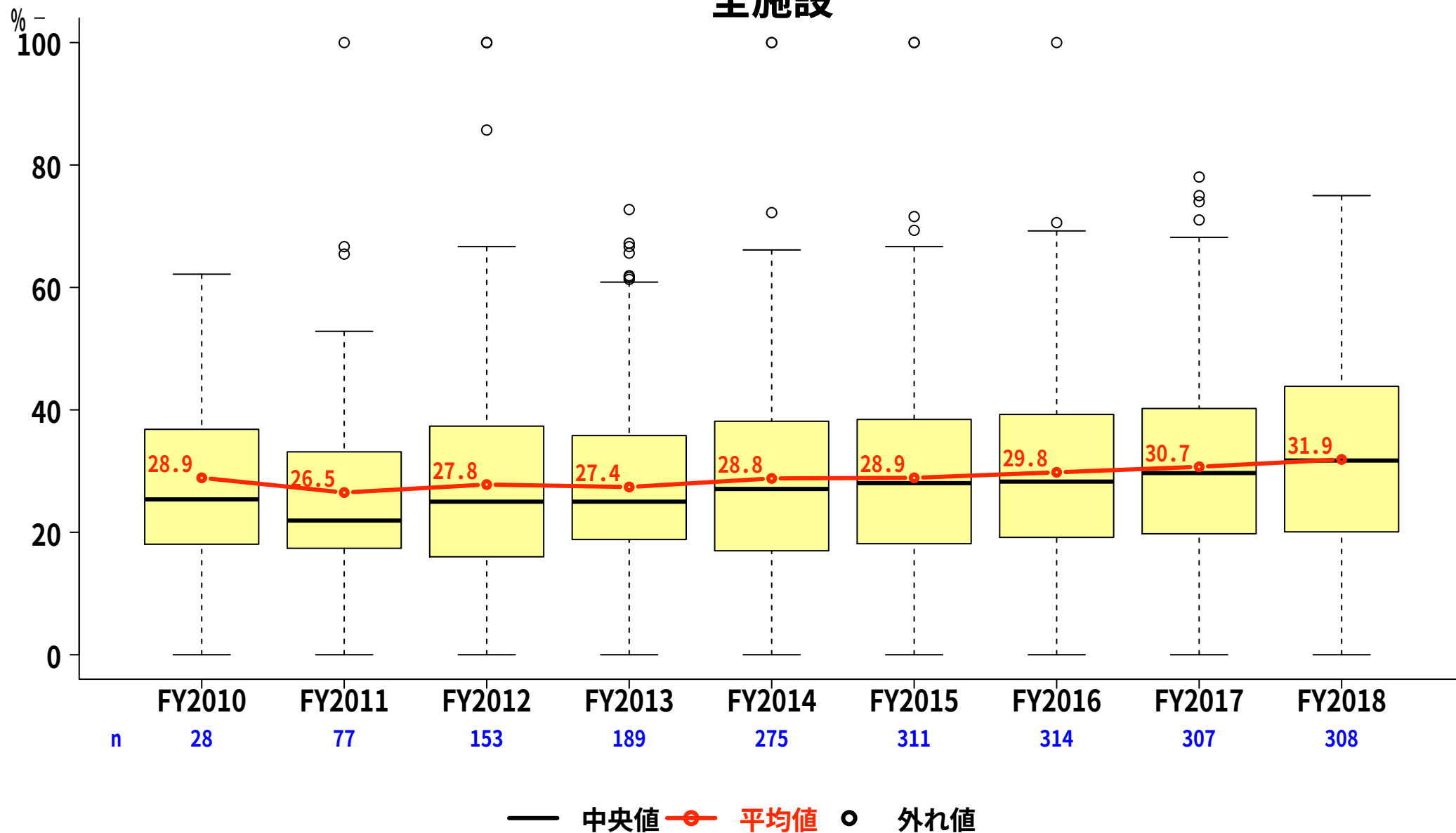
全施設



一般-30 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

全施設

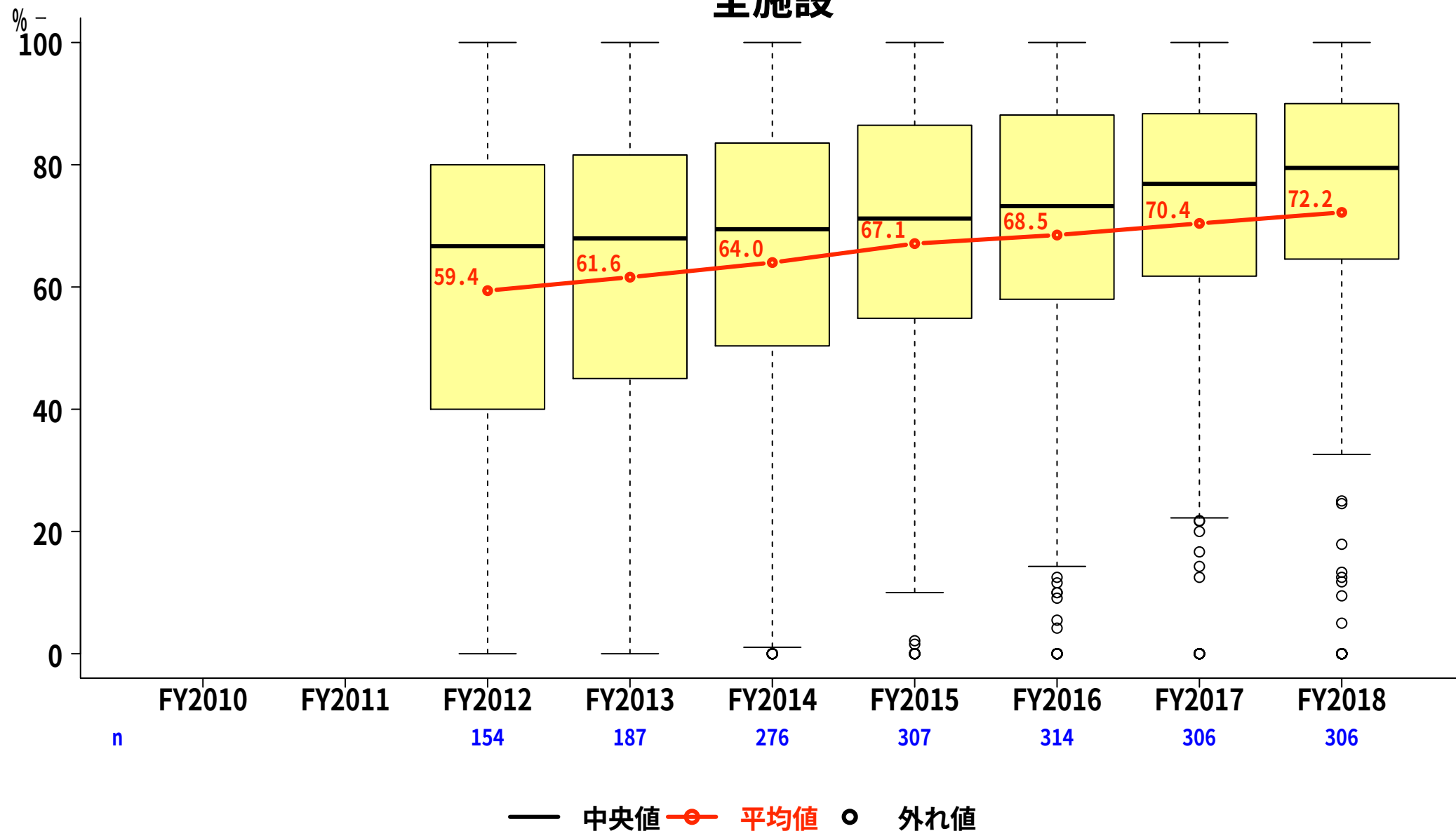


一般-31 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数

分母:脳梗塞で入院した患者数

全施設

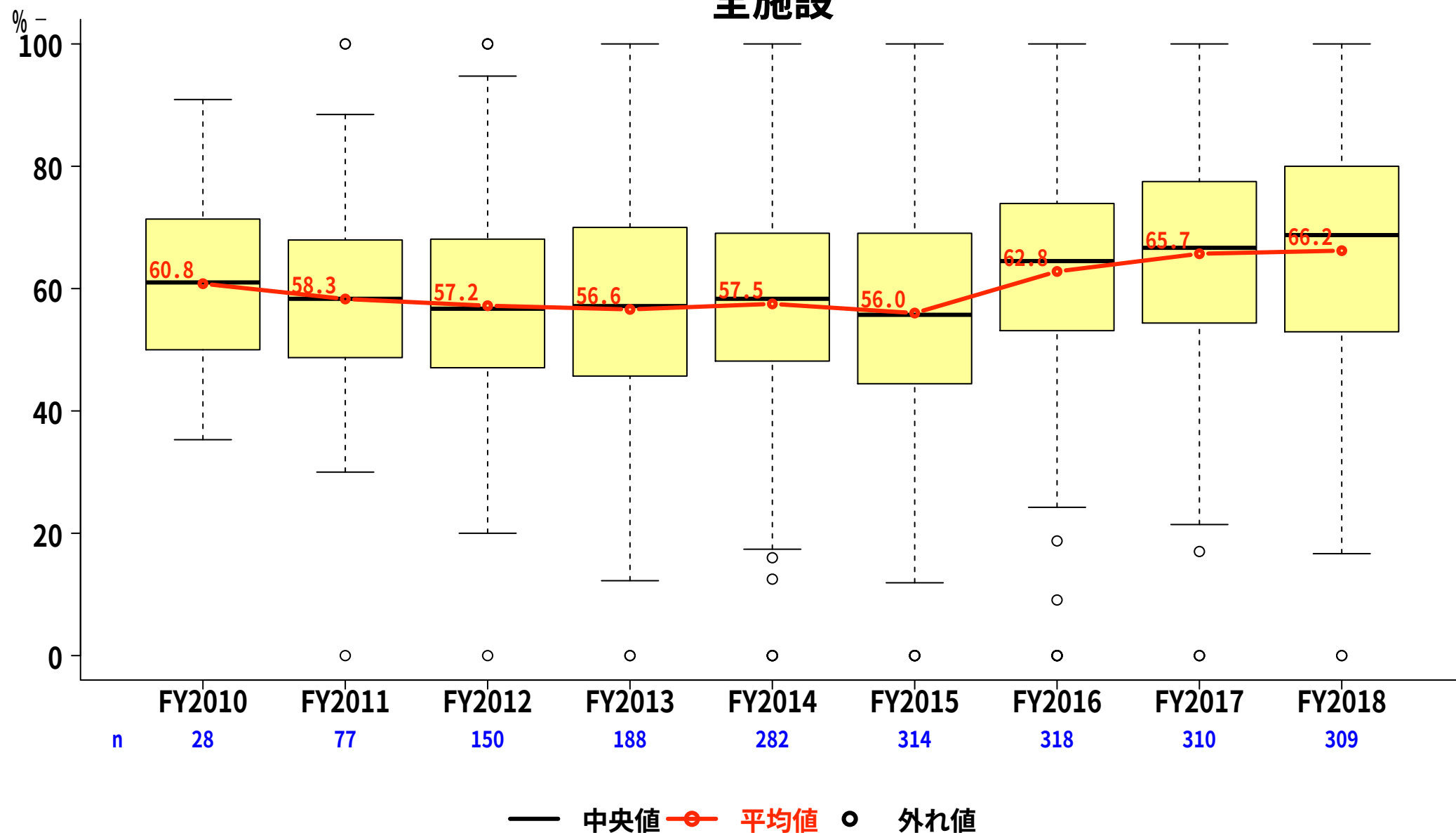


一般-32 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

分子:入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分母:5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

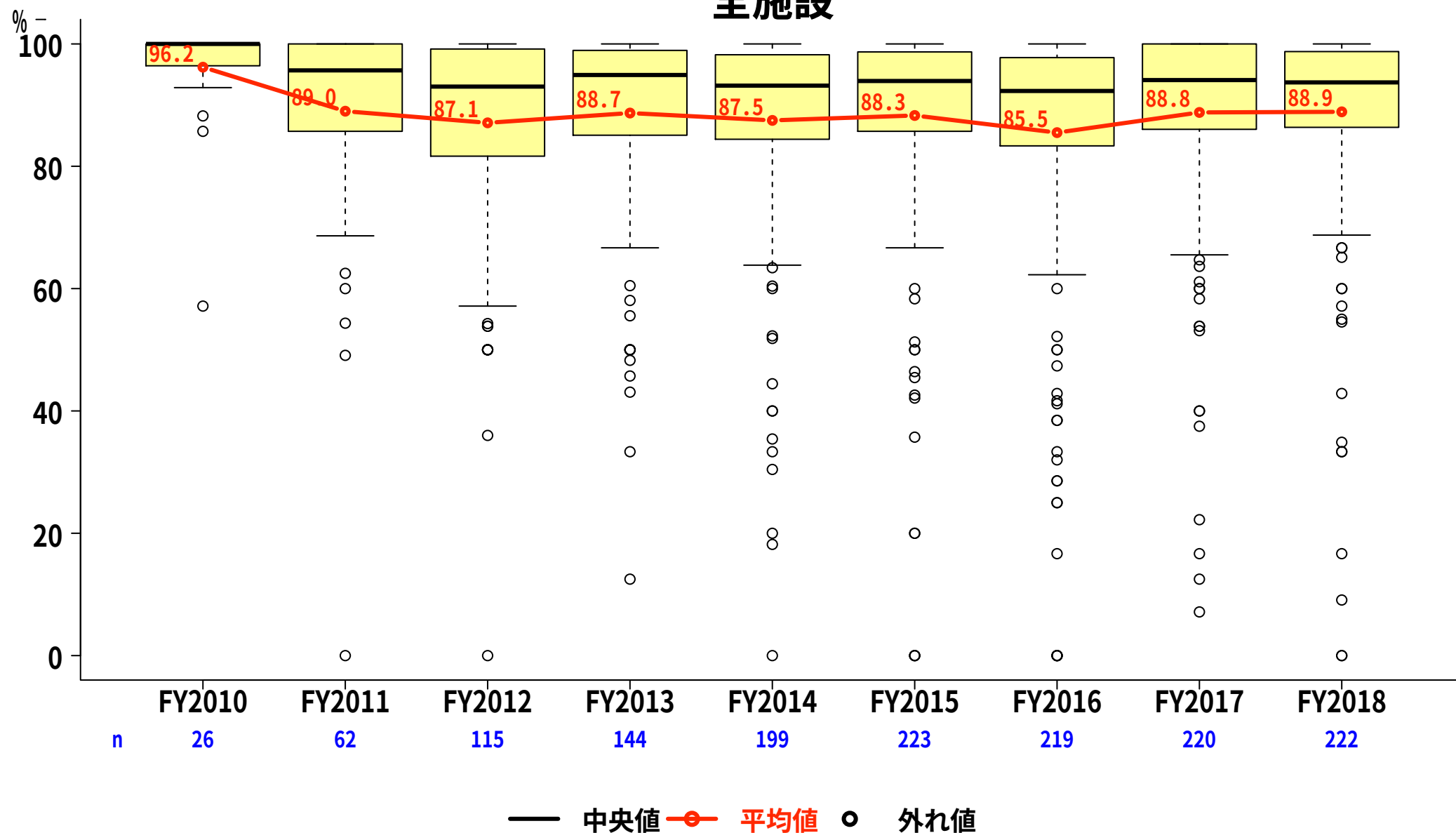


一般-33 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

分子:入院中にステロイドの全身投与(静注・経口)を受けた患者数

分母:2歳～15歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

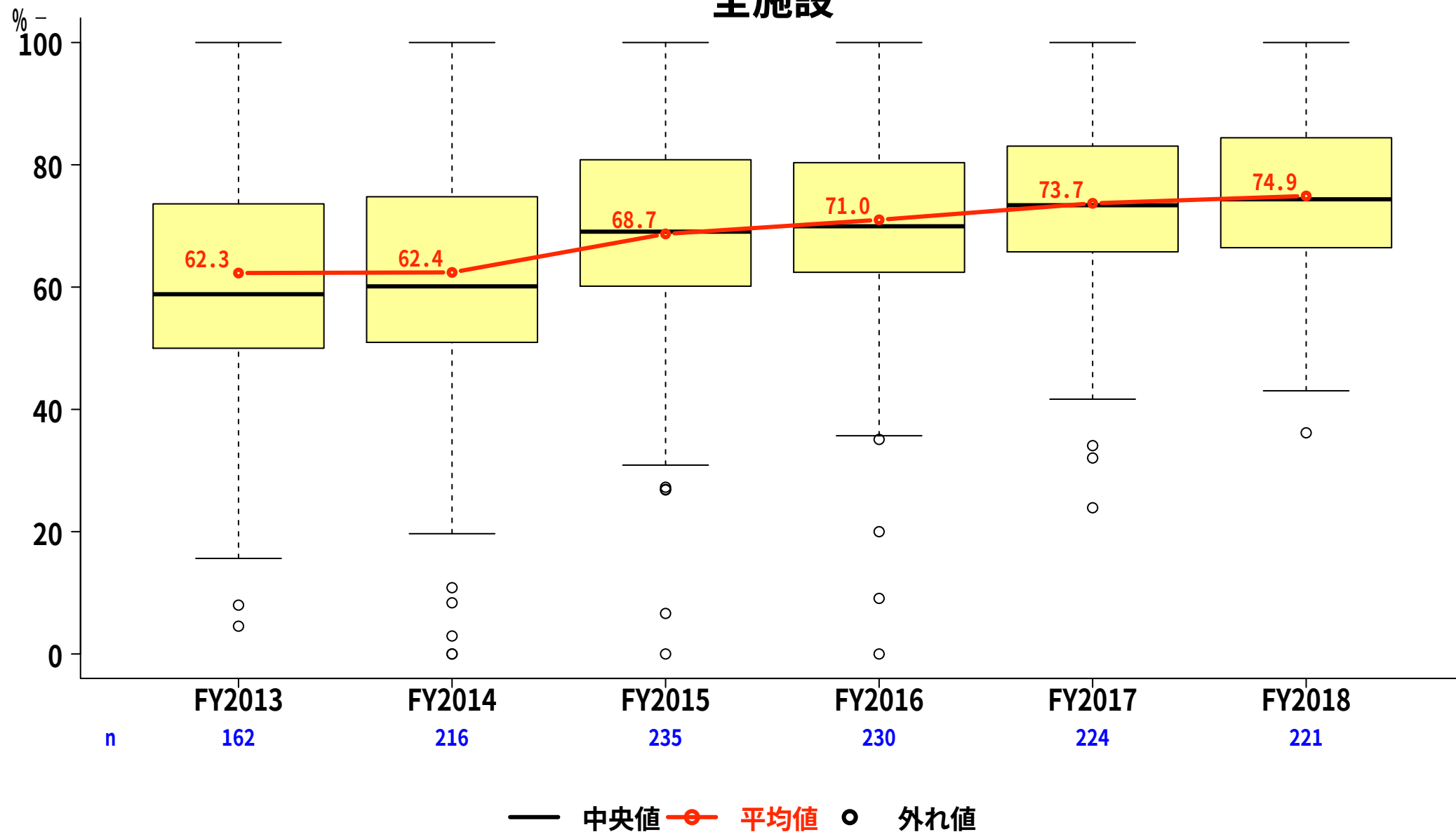


一般-34 統合指標(Composite Measures)

【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

全施設

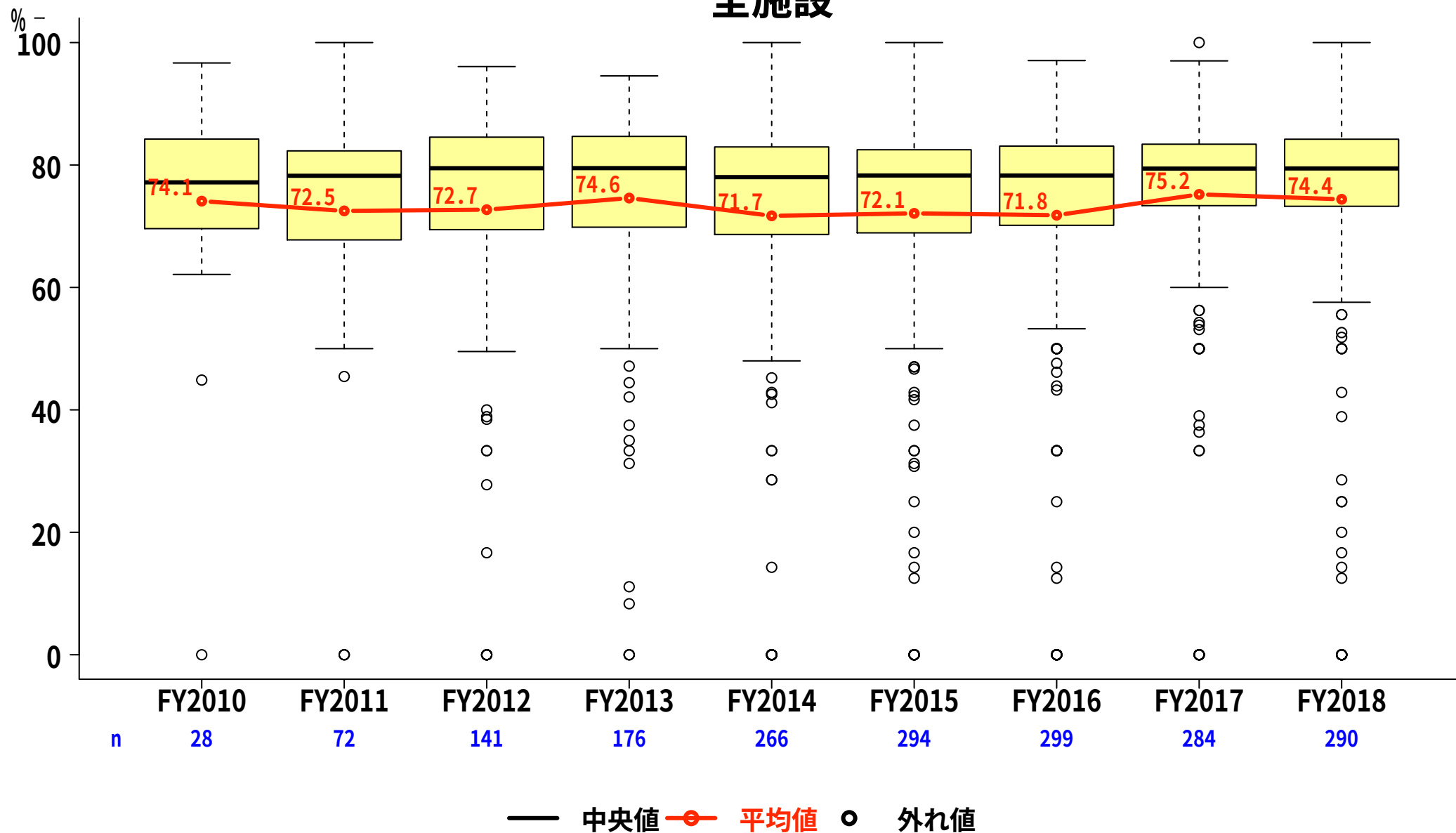


一般-35 統合指標(Composite Measures)

【虚血性心疾患】

分子:虚血性心疾患関連指標の分子合計
分母:虚血性心疾患関連指標の分母合計

全施設

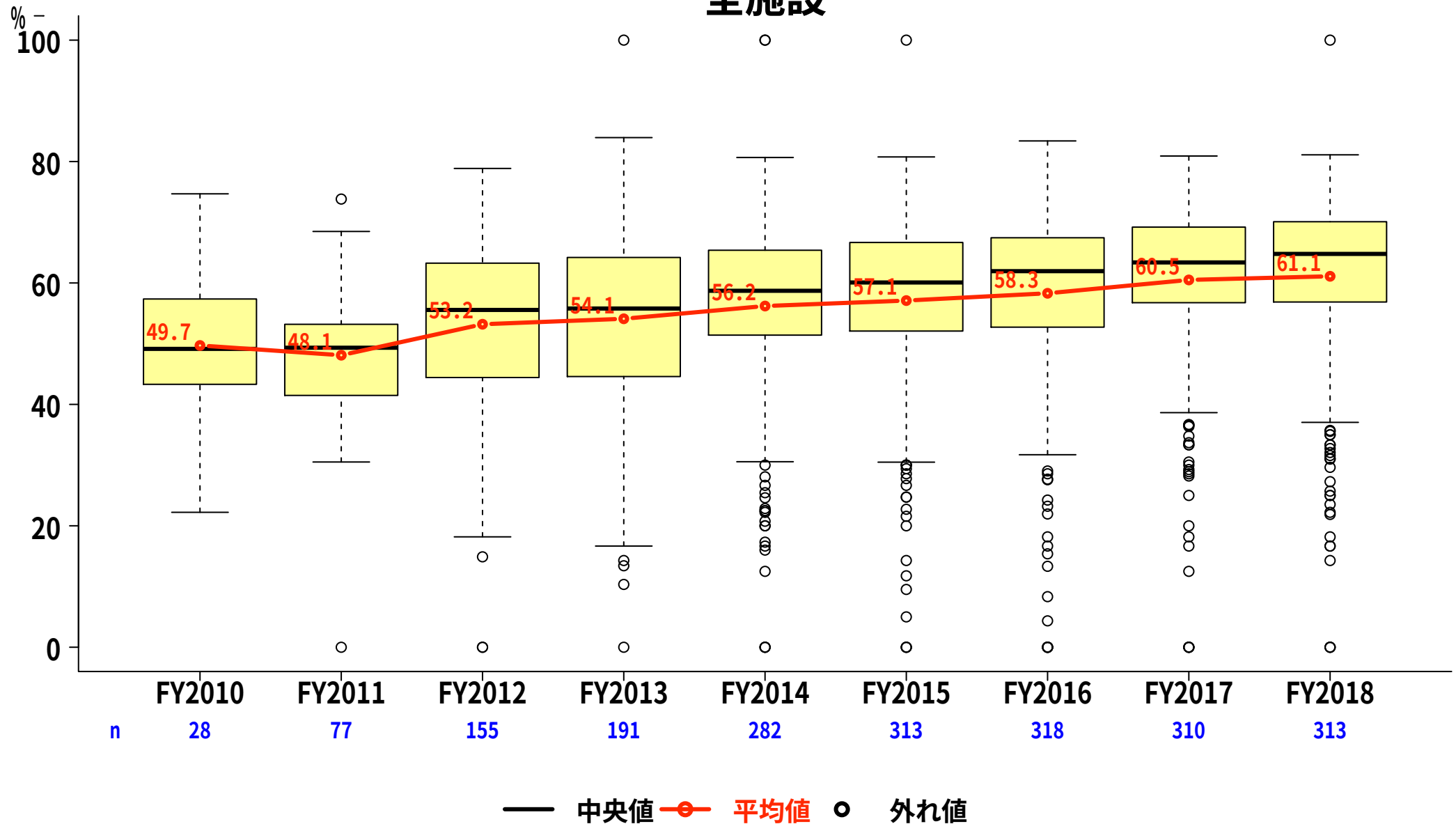


一般-36 統合指標(Composite Measures)

【脳卒中】

分子:脳卒中関連指標の分子合計
分母:脳卒中関連指標の分母合計

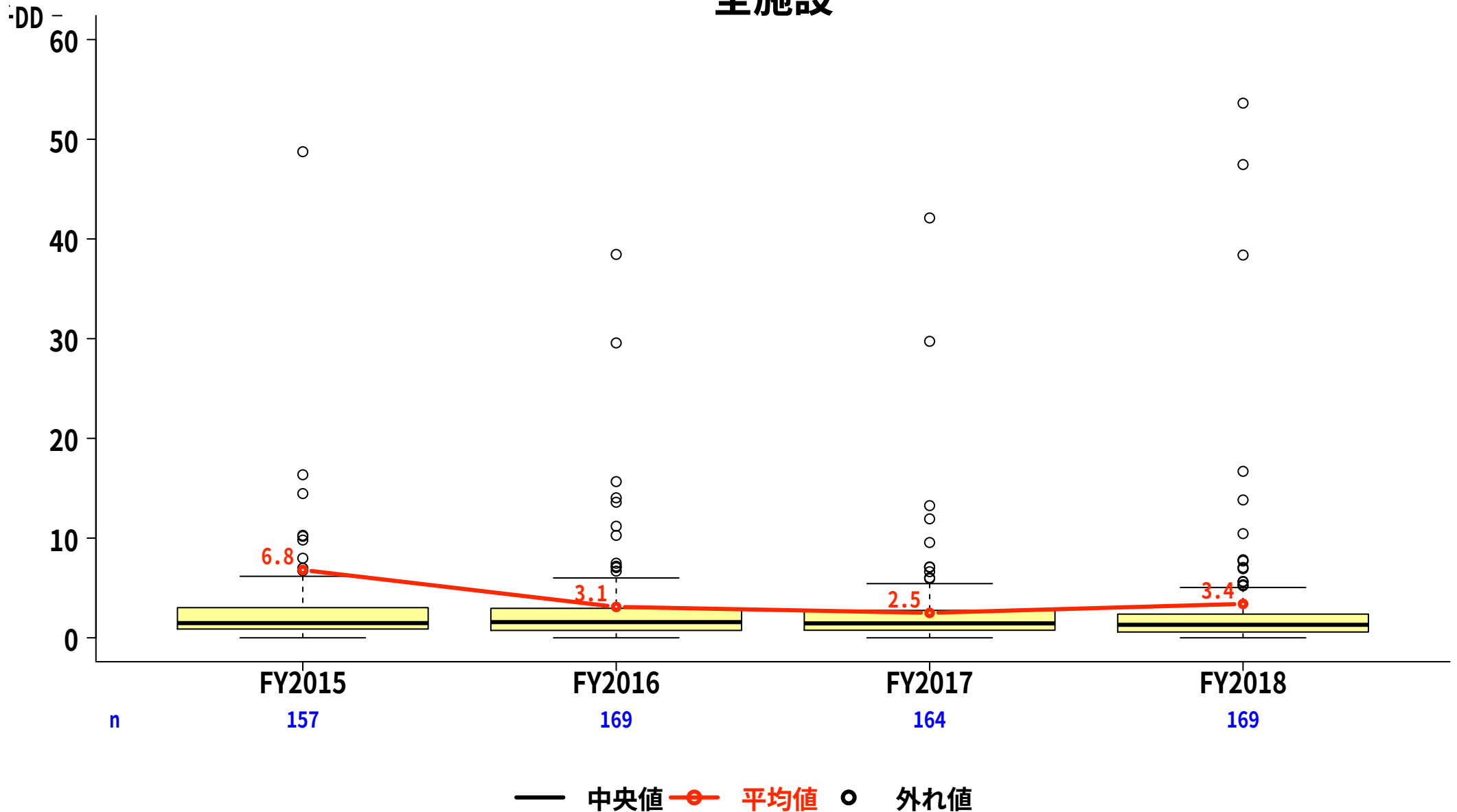
全施設



一般-37 症候性尿路感染症発生率

分子:分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母:入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

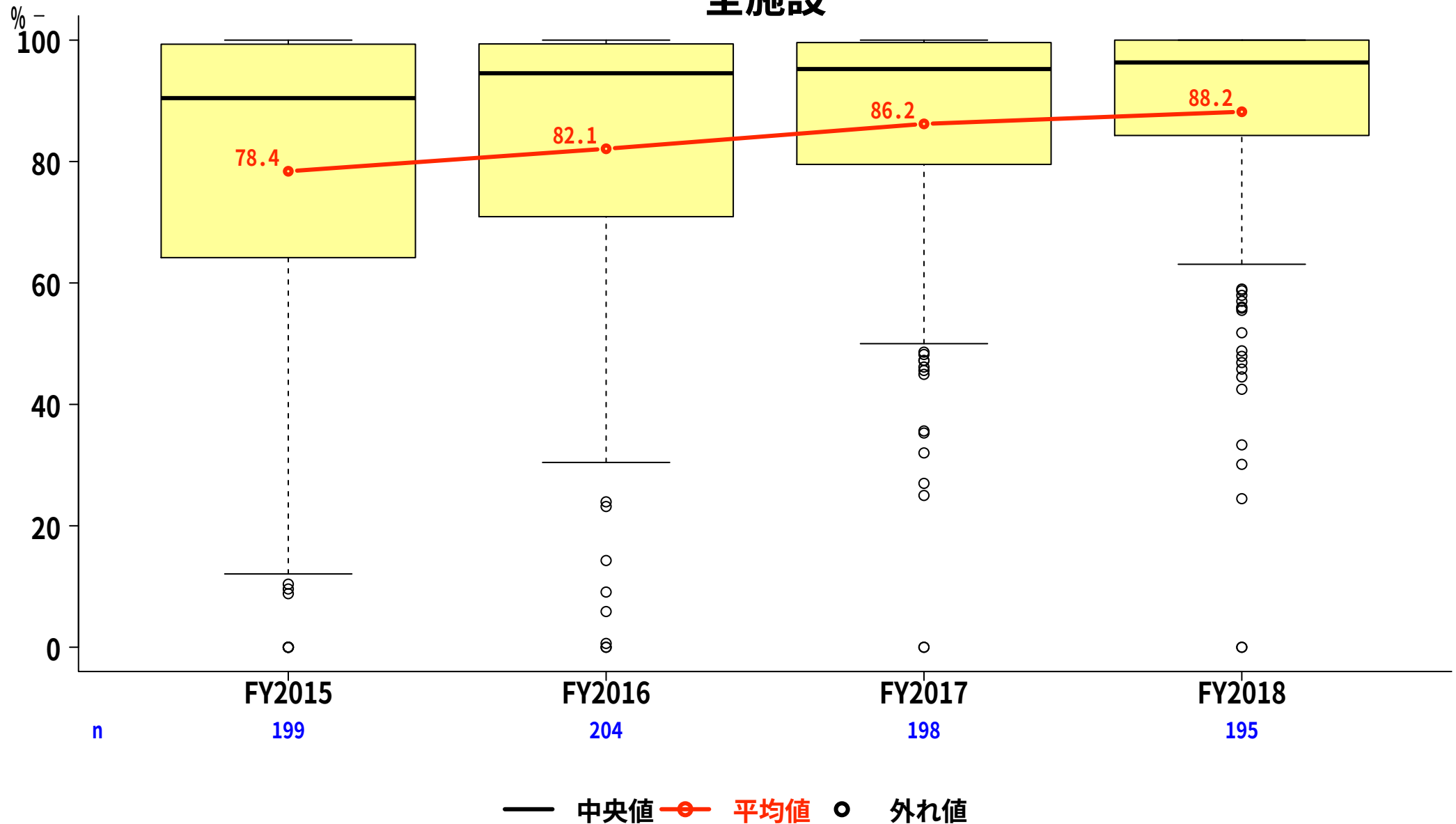
全施設



一般-38 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子:術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母:特定術式の手術件数

全施設

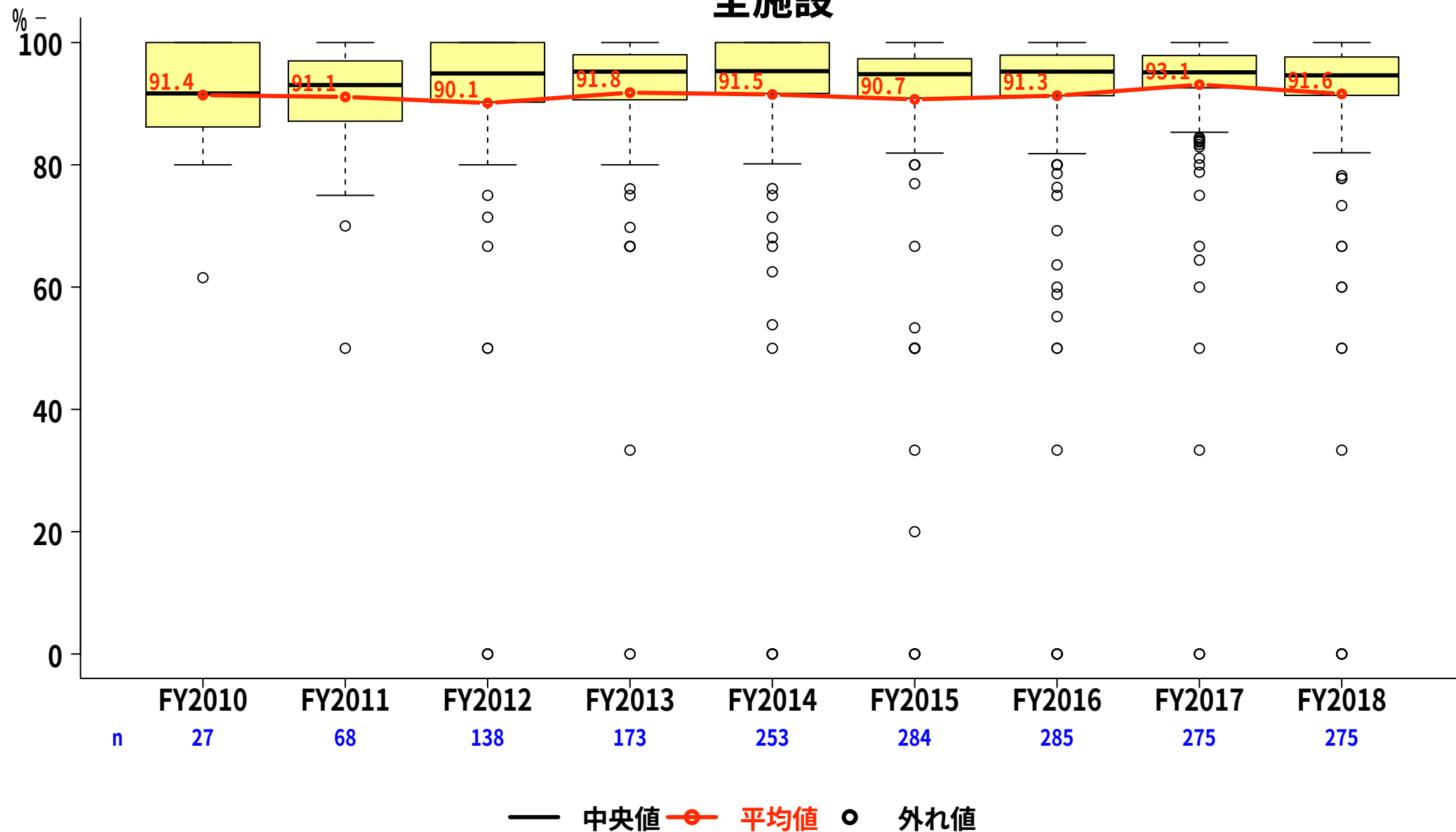


一般-39 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合

分子:退院時に抗血小板薬が投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

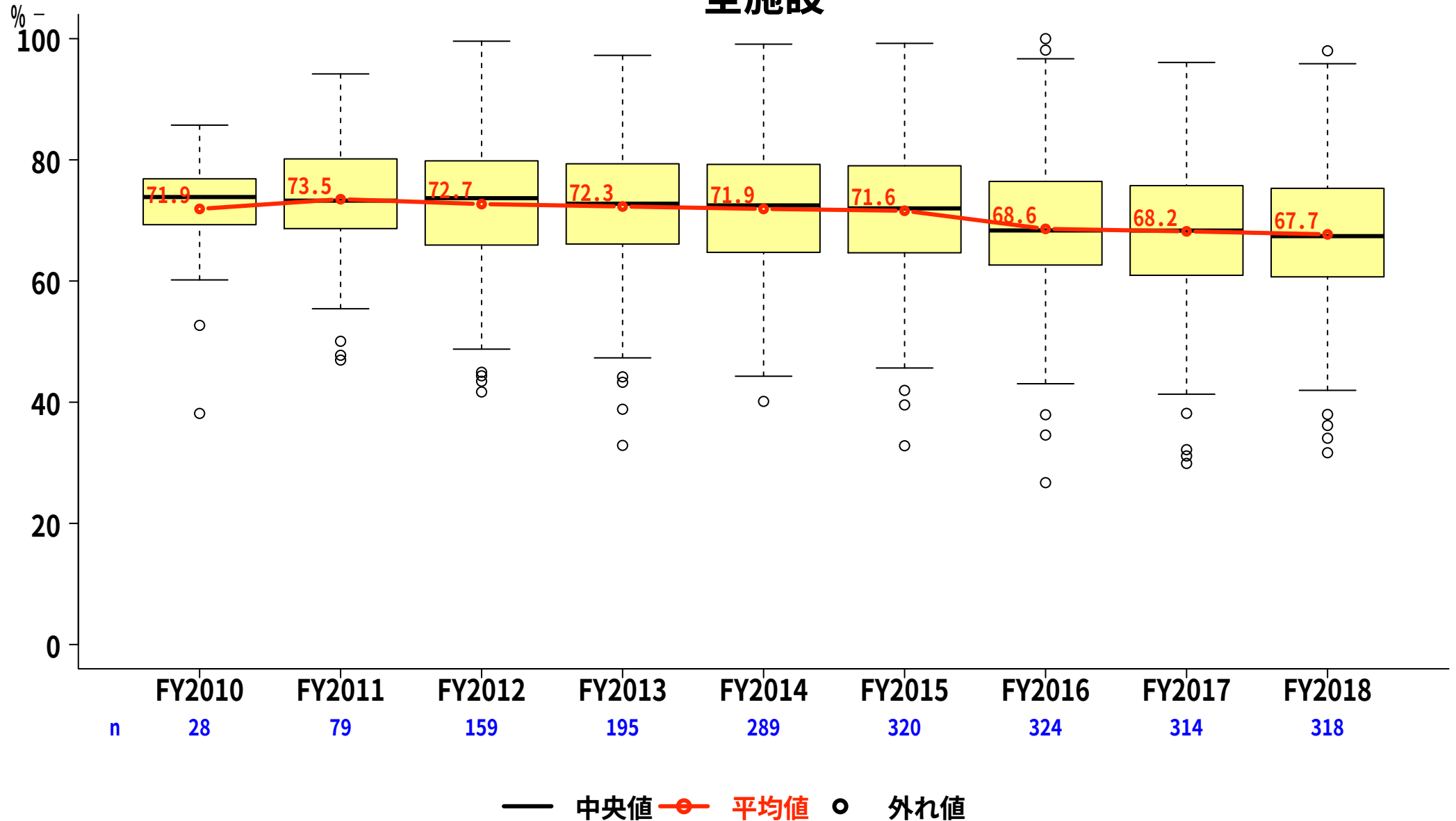


一般-40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

分子:特別食加算の算定回数

分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

全施設

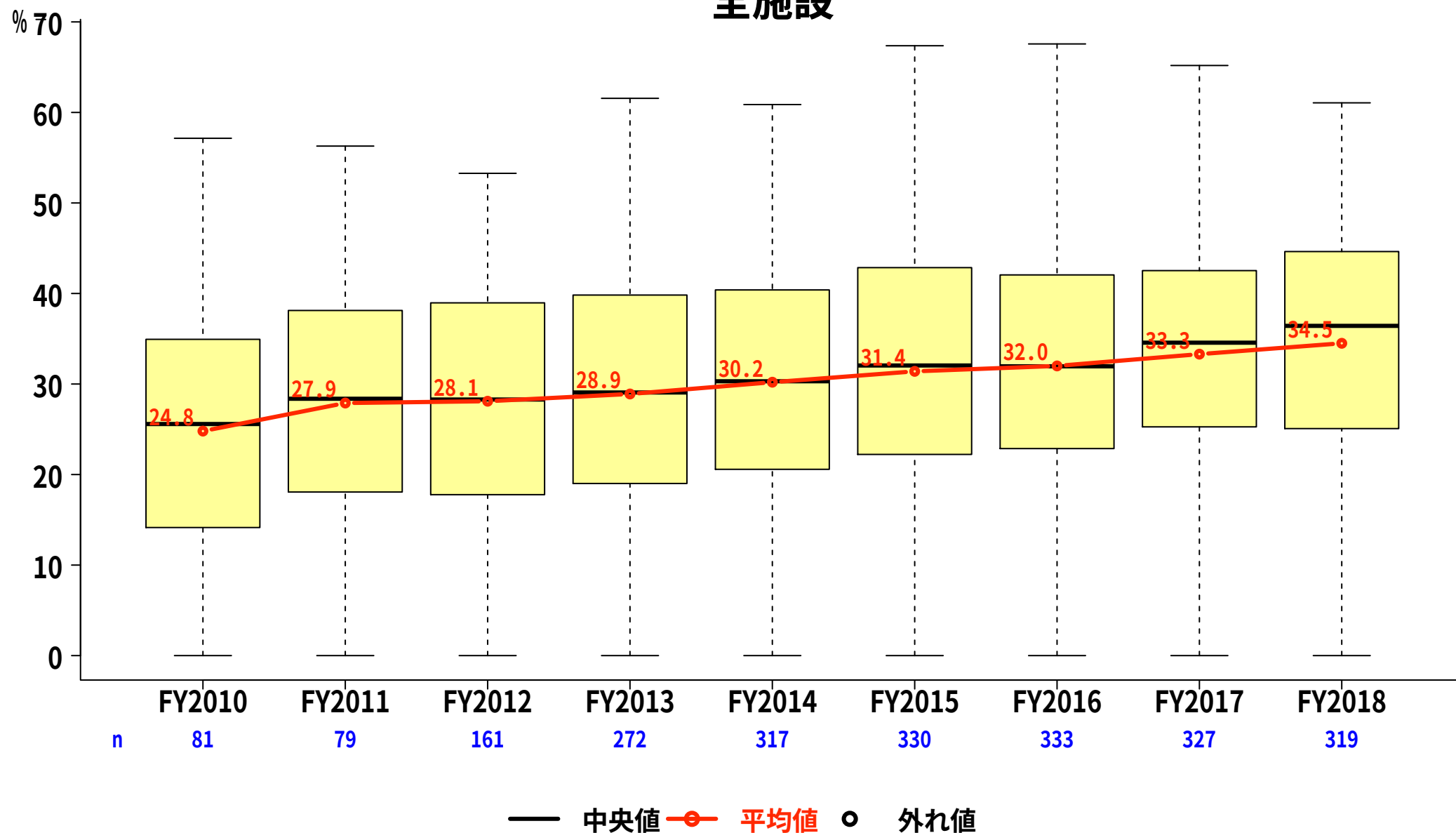


一般-41 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した数

分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

全施設

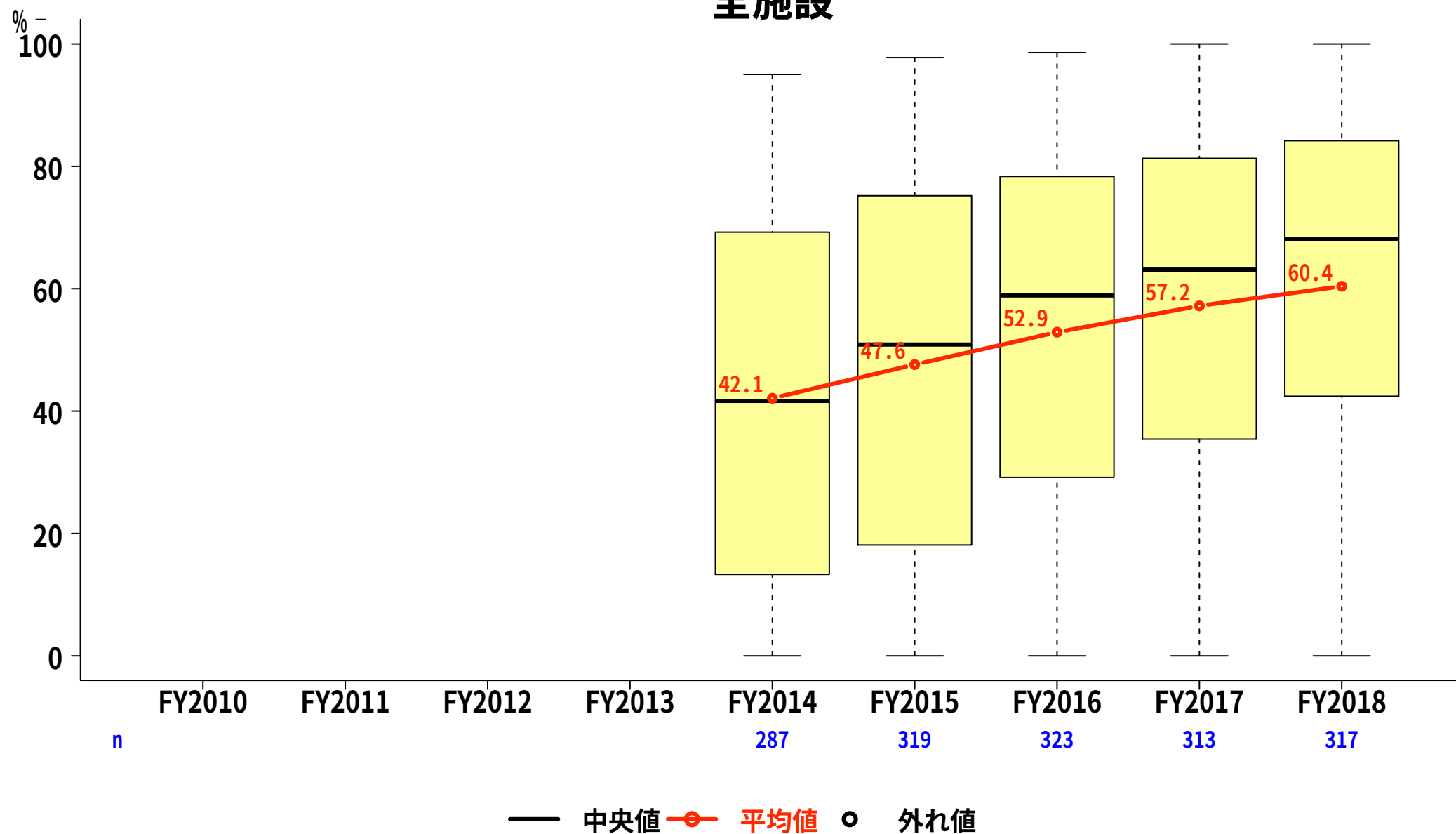


一般-42 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数

分母:血液培養オーダー日数

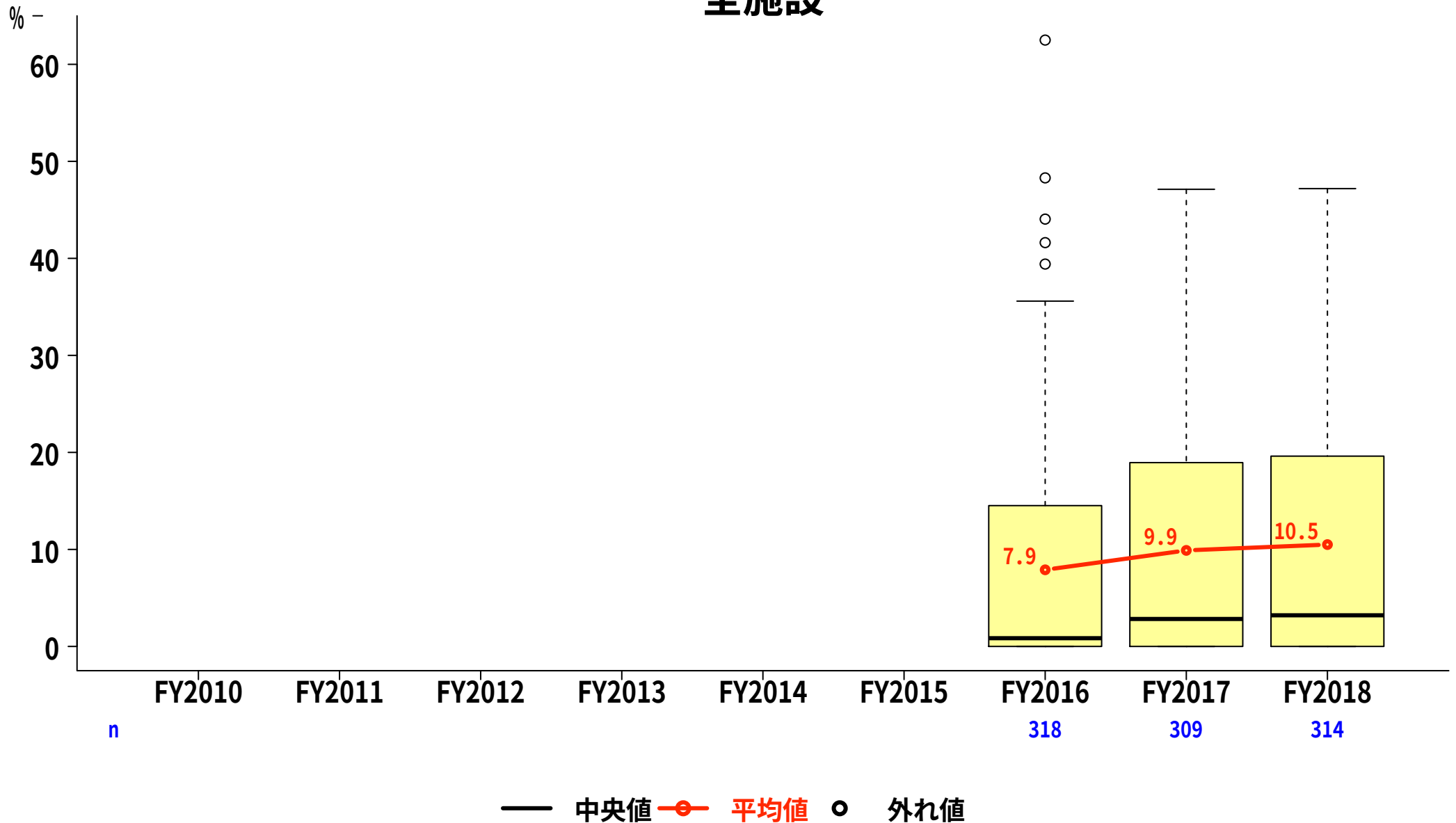
全施設



一般-43 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率

分子:「地域連携診療計画加算」を算定した患者数
分母:脳卒中で入院した患者数

全施設

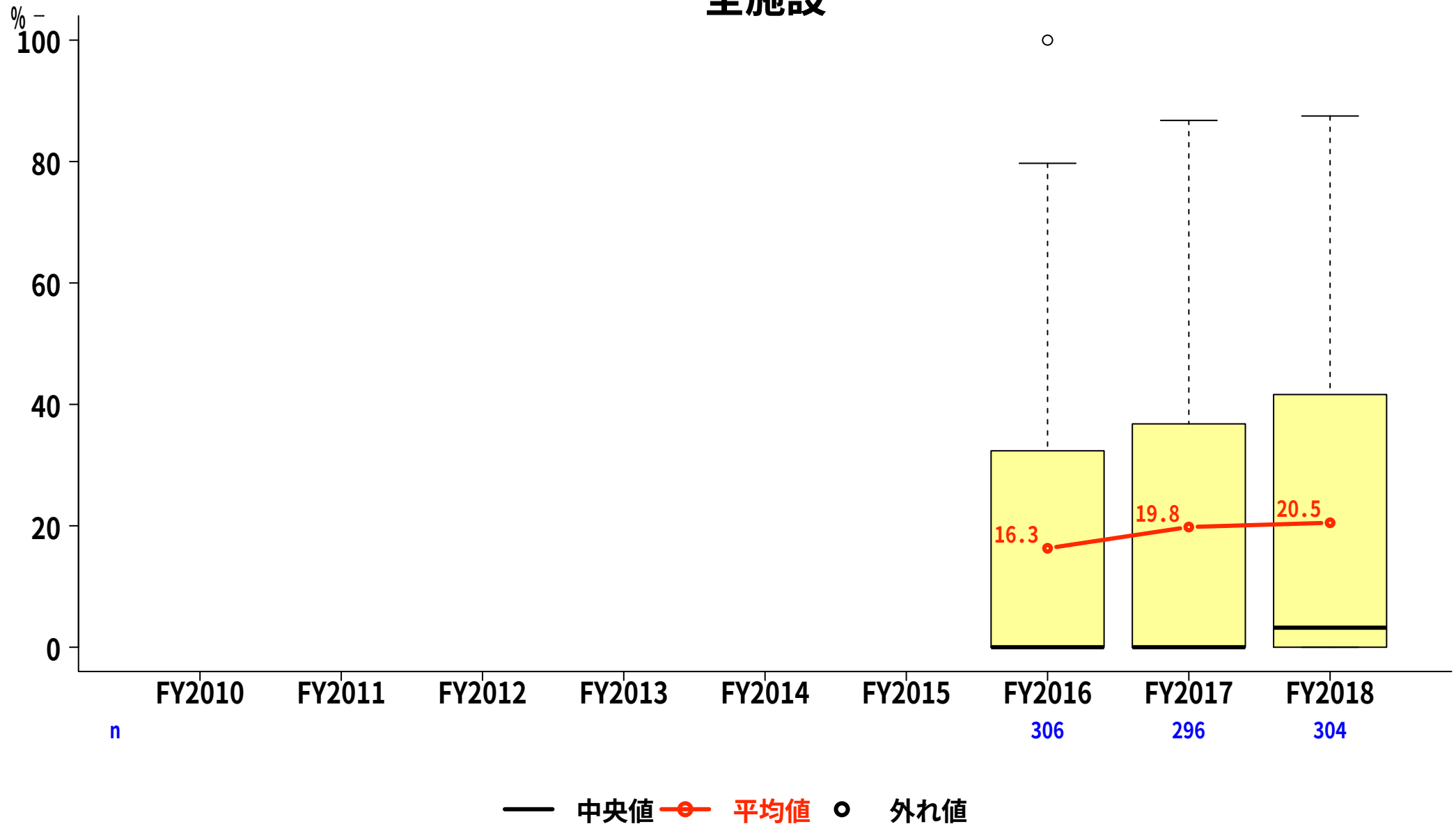


一般-44 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

分子:「地域連携診療計画加算」を算定した患者数

分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

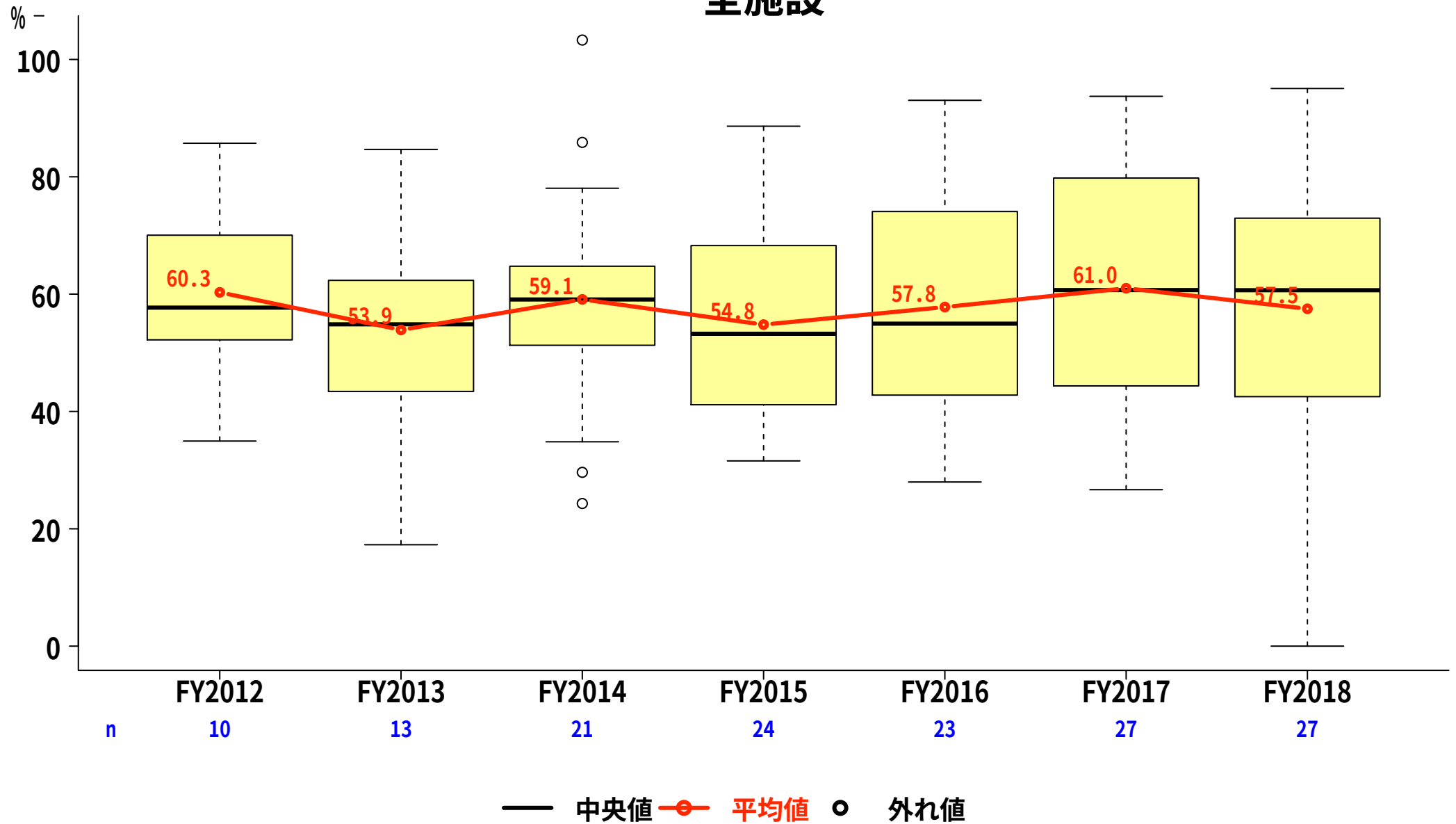
全施設



精神-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

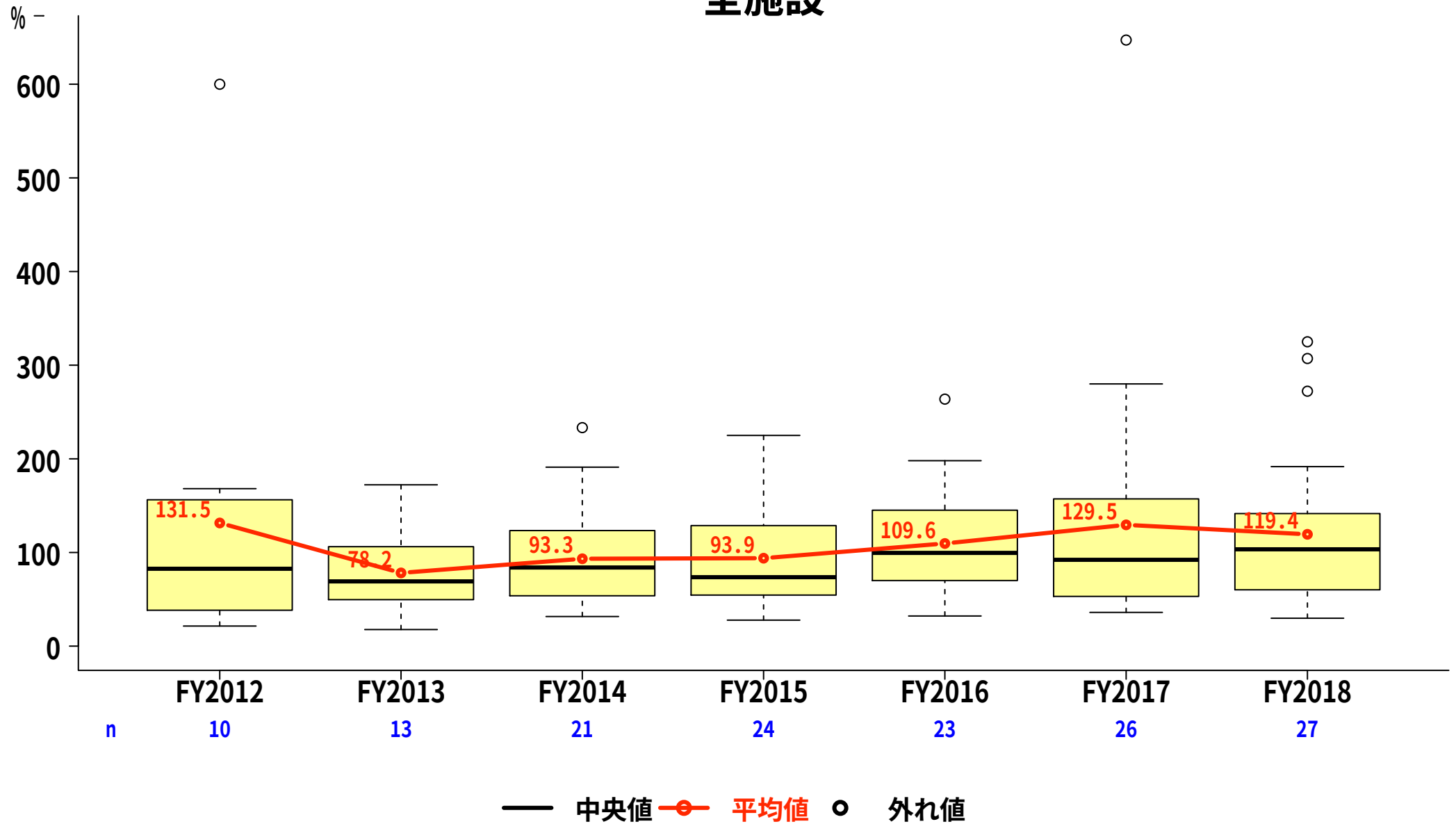
全施設



精神-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数
分母:初診患者数

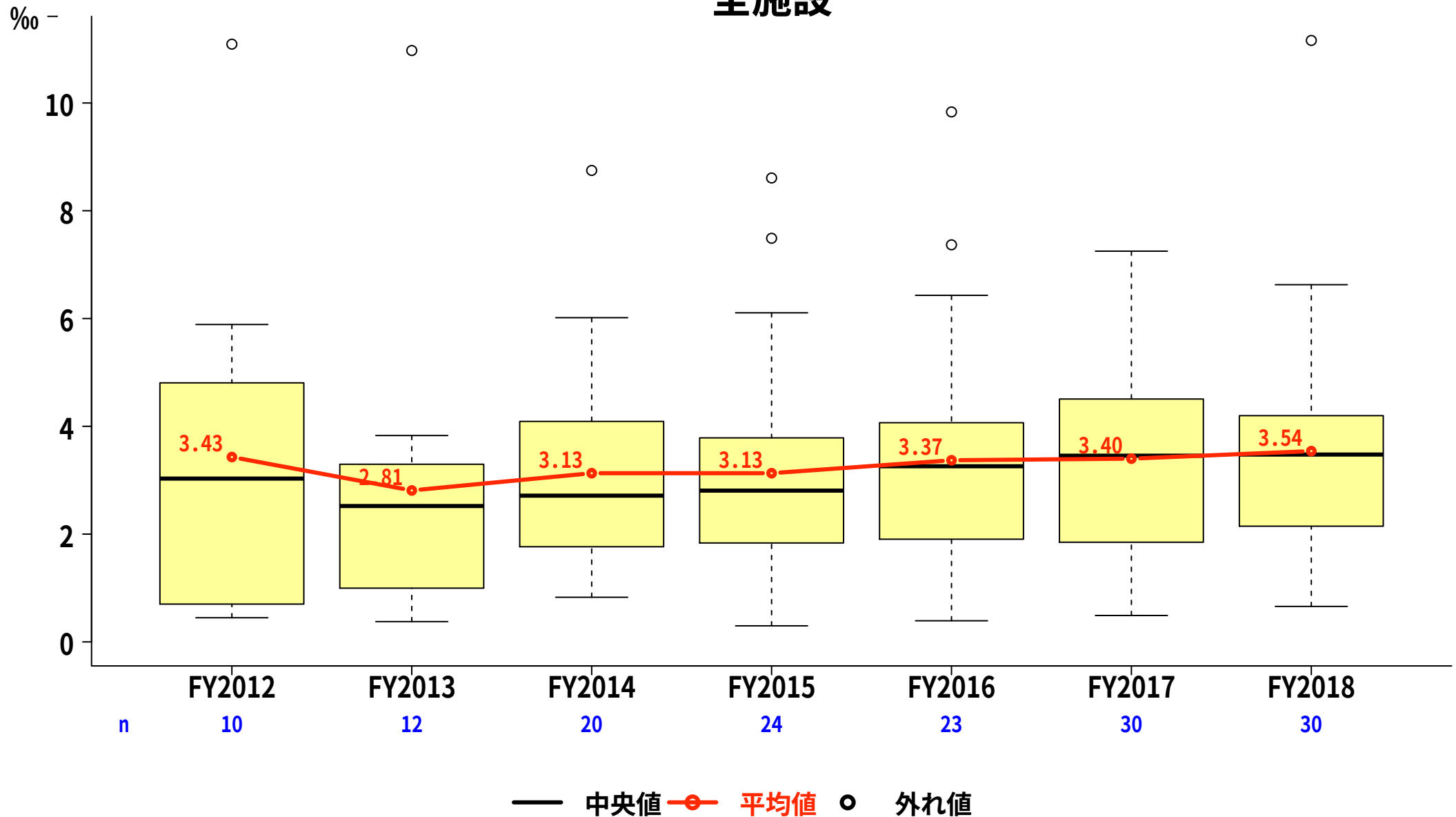
全施設



精神-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

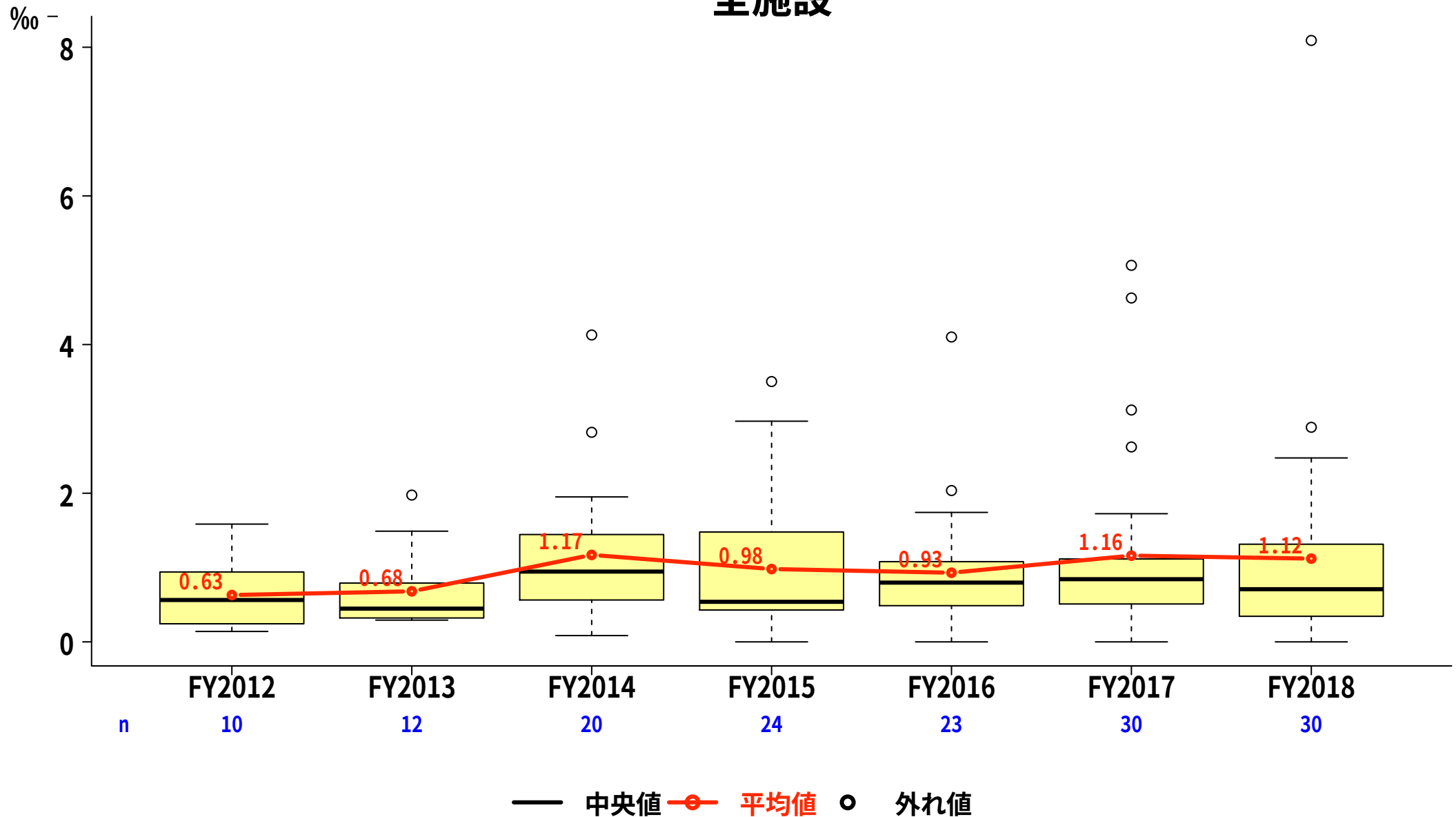
全施設



精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

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転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

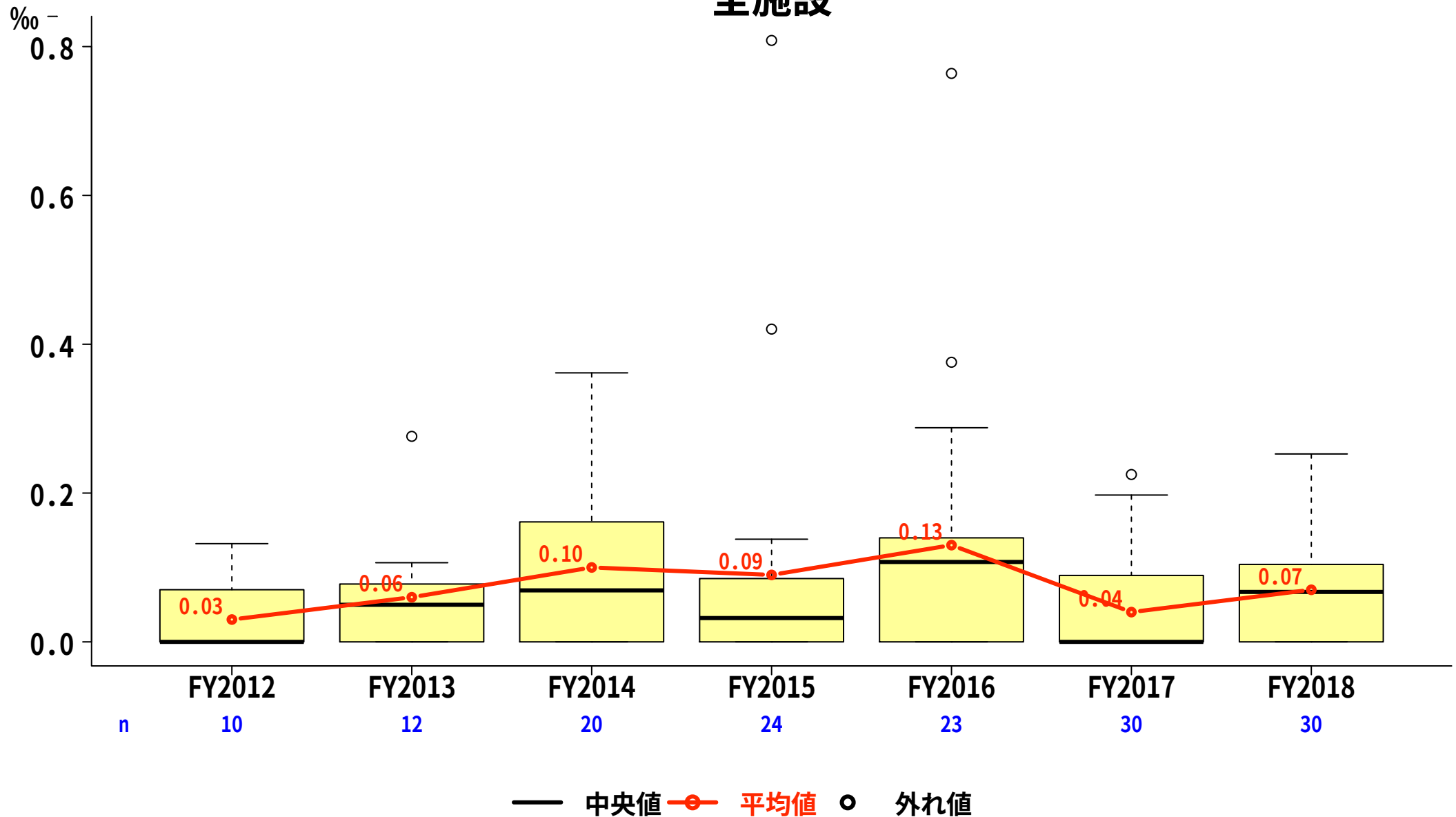
全施設



精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル4以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

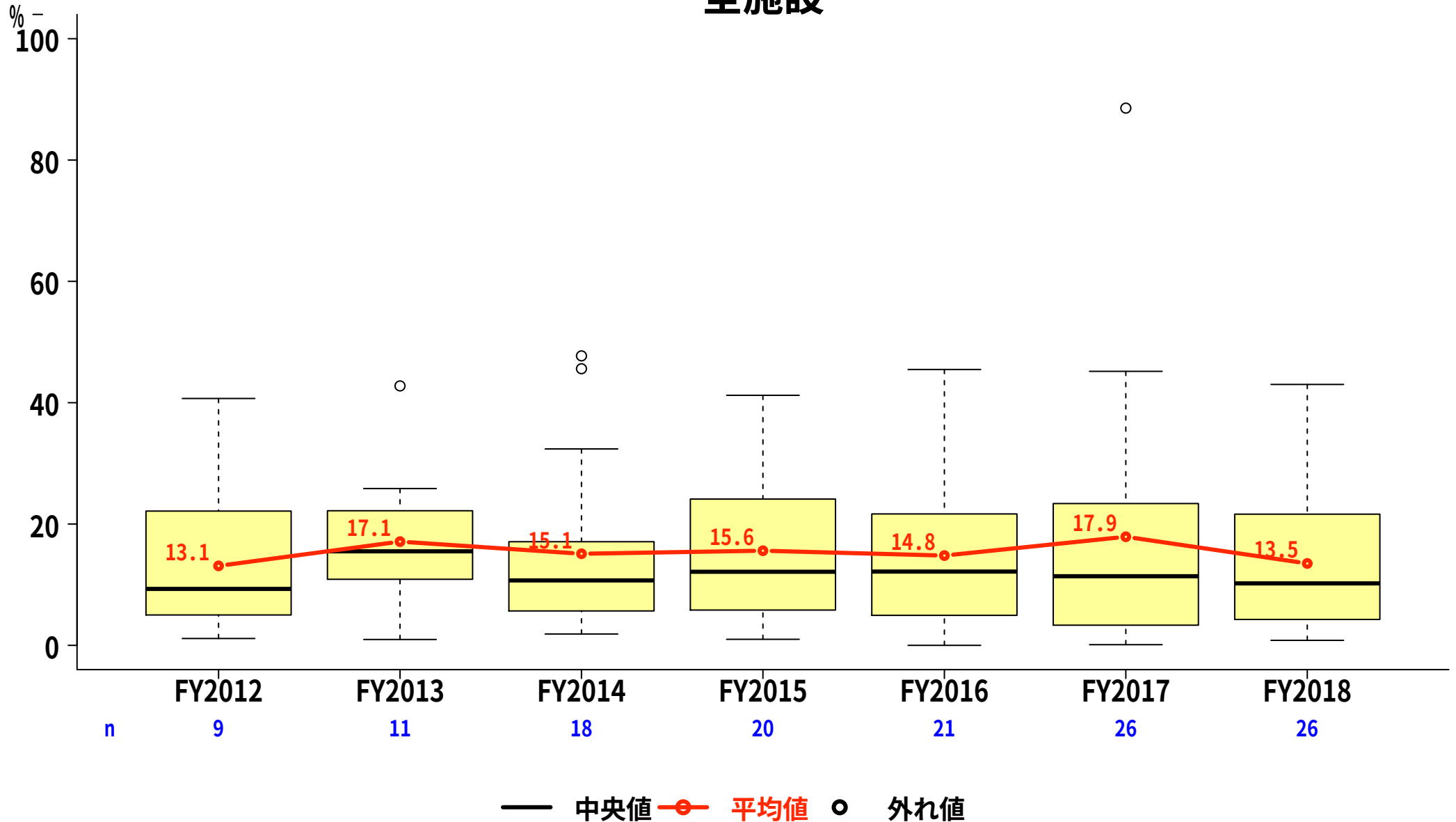
全施設



精神-4 身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母: 入院延べ患者数

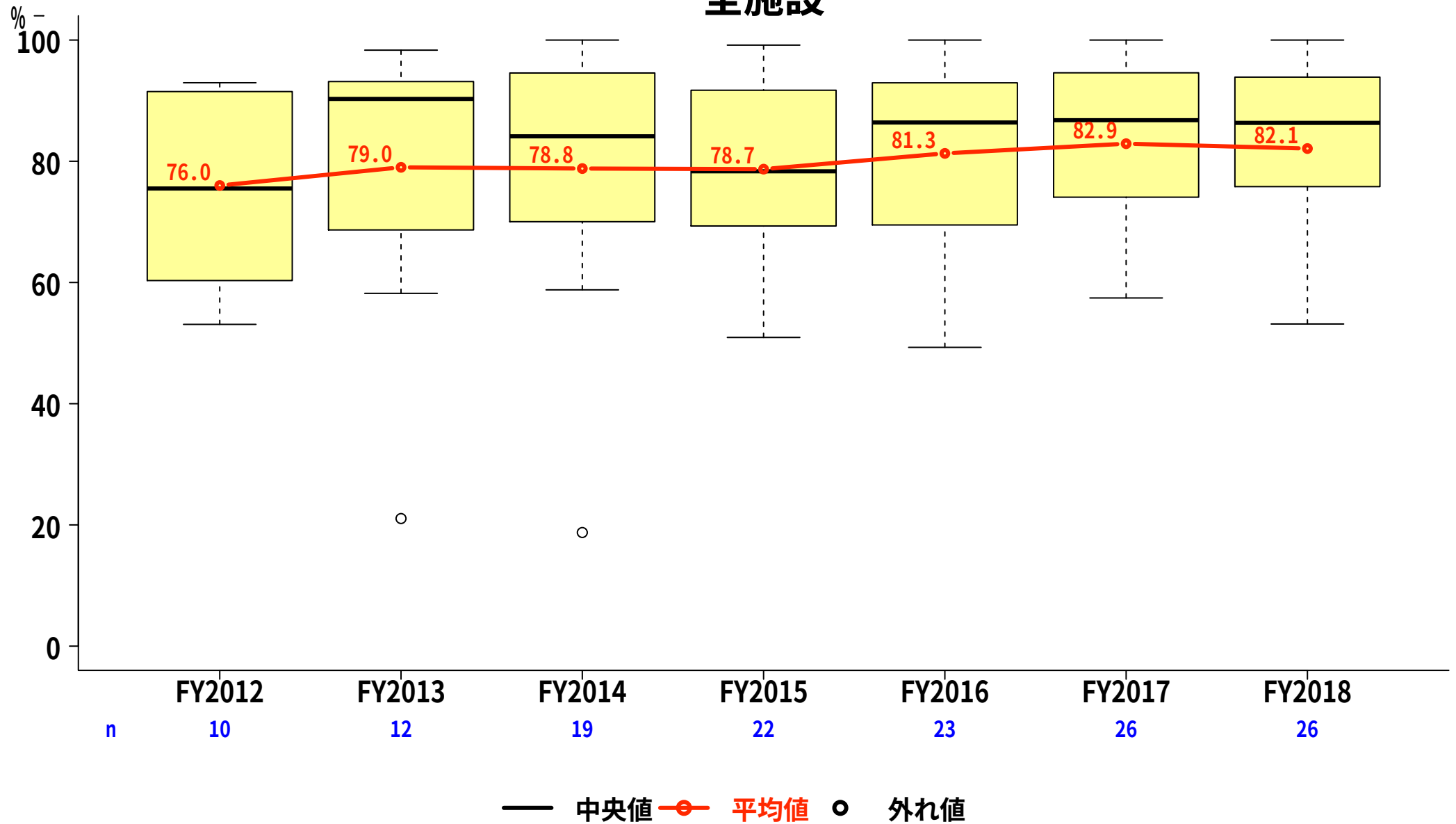
全施設



精神-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

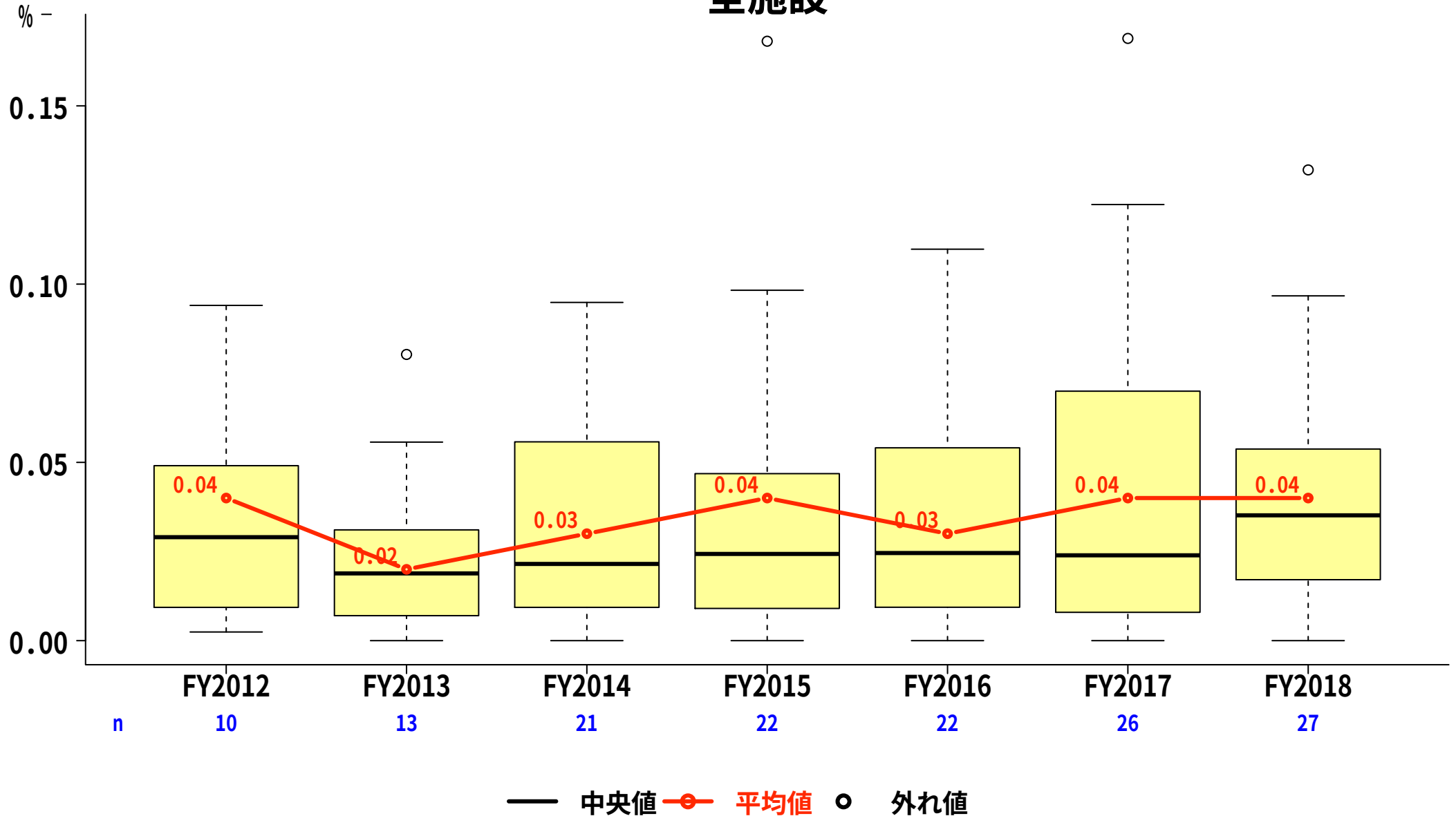
全施設



精神-6 褥瘡発生率

分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母:入院延べ患者数

全施設

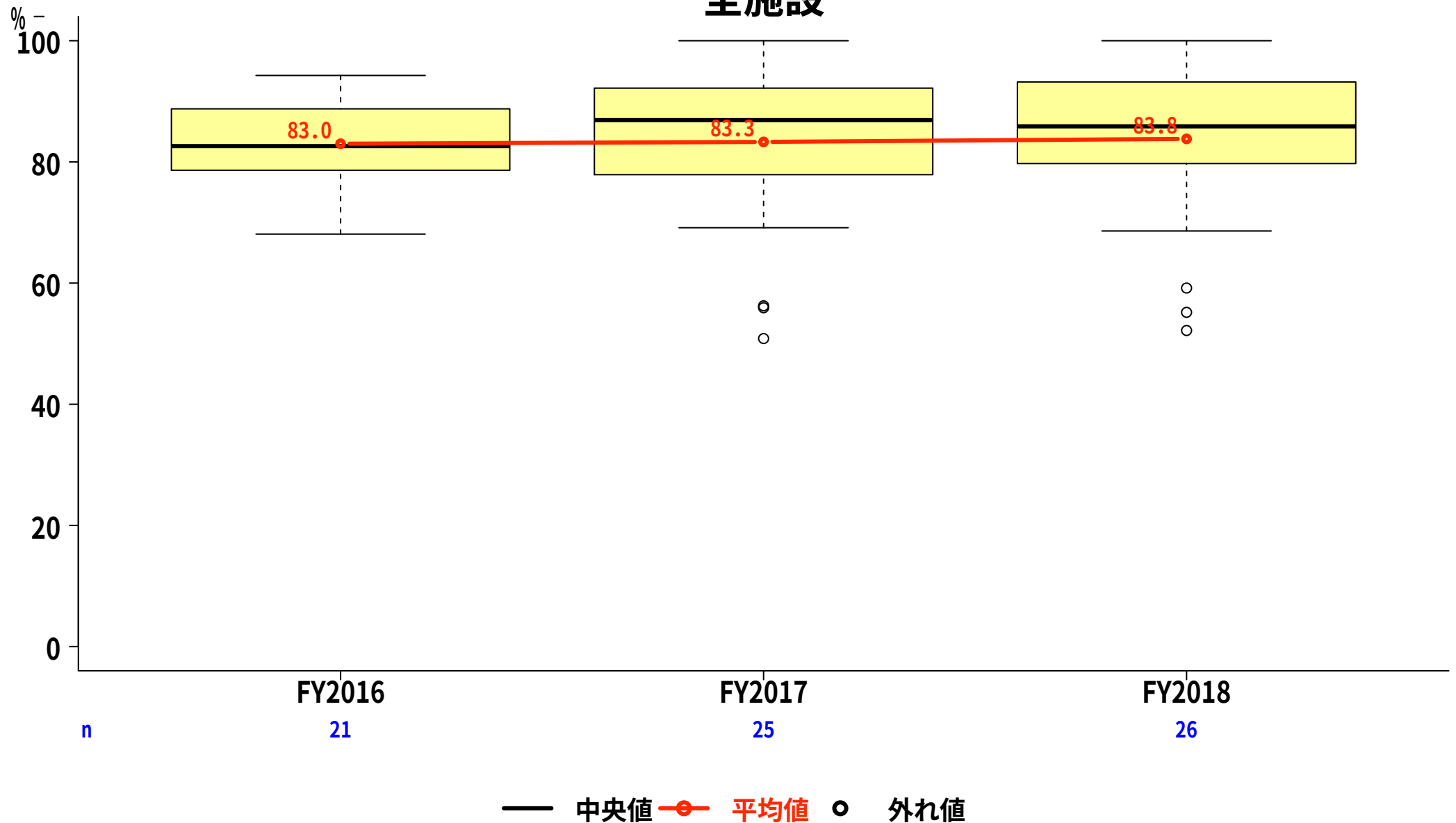


精神-8 90日以内の退院患者率

分子:90日以内に退院した患者数

分母:退院患者数

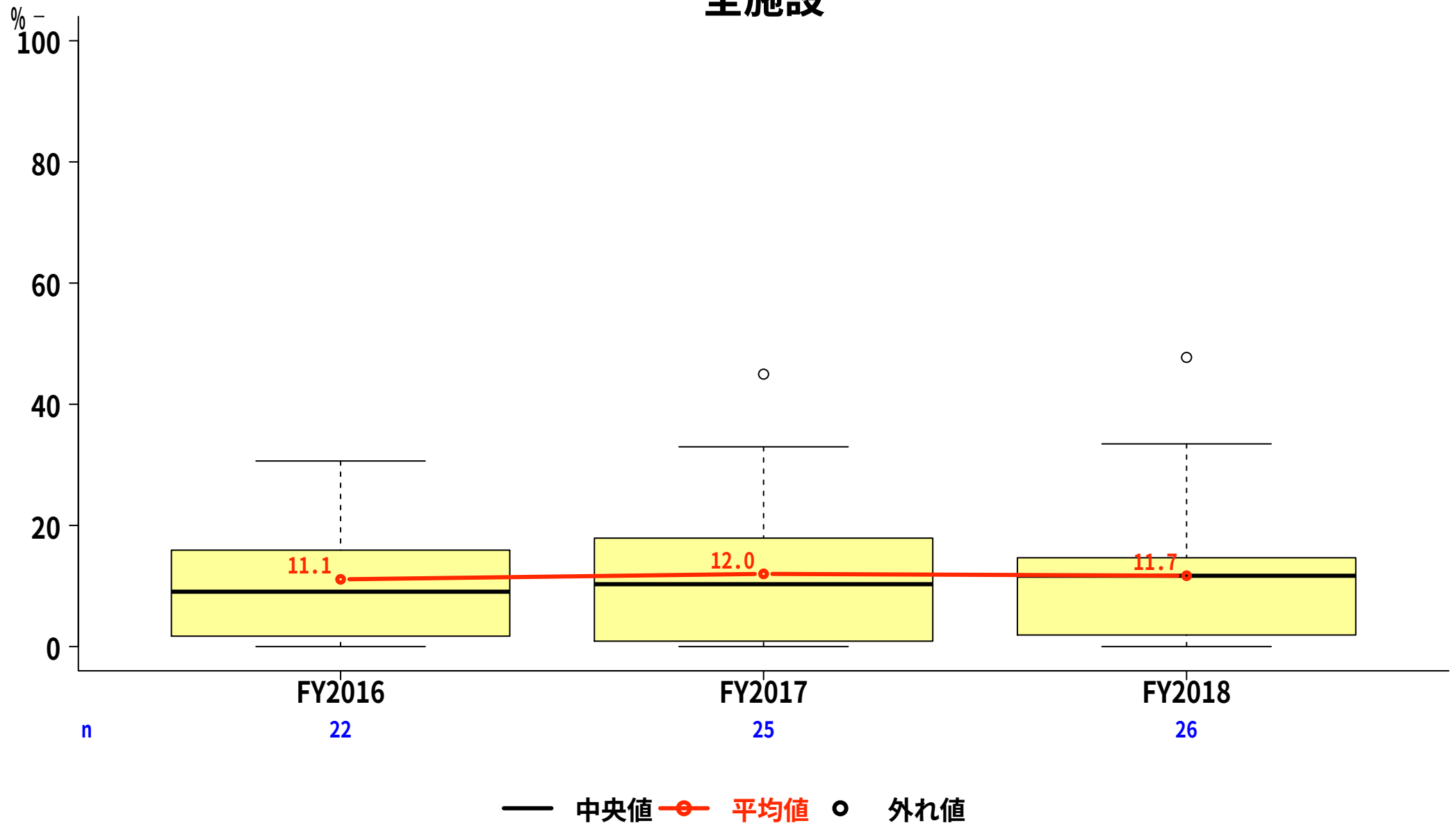
全施設



精神-9 再入院率

分子: 自院退院後90日以内の再入院患者数
分母: 新入院患者数

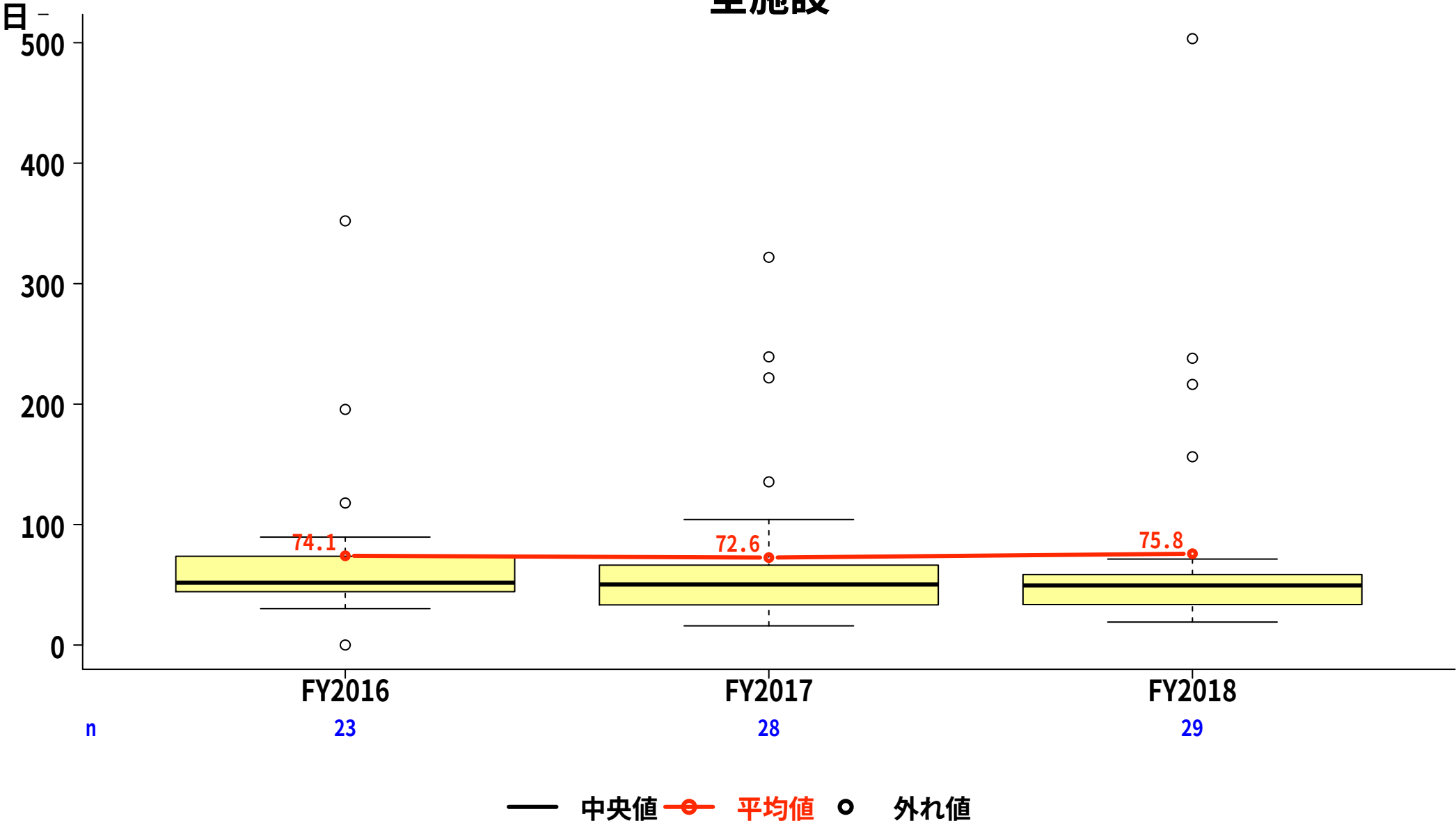
全施設



精神-10 平均在院日数(医療観察法病棟を除く)

分子:1か月間の在院患者延べ日数
分母:(1か月間の新入棟患者数+1か月間の新退棟患者数)/2

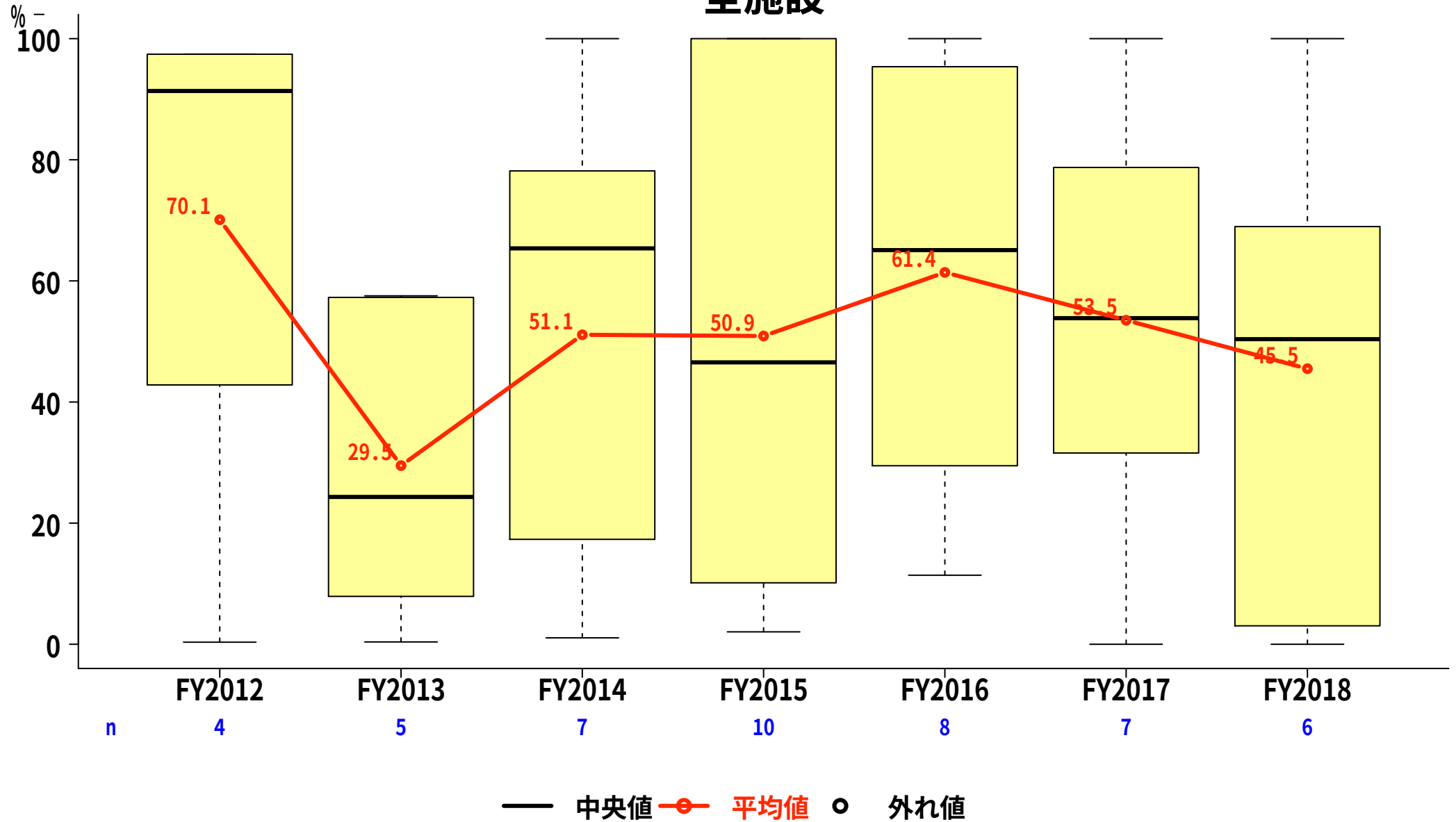
全施設



療養-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

全施設

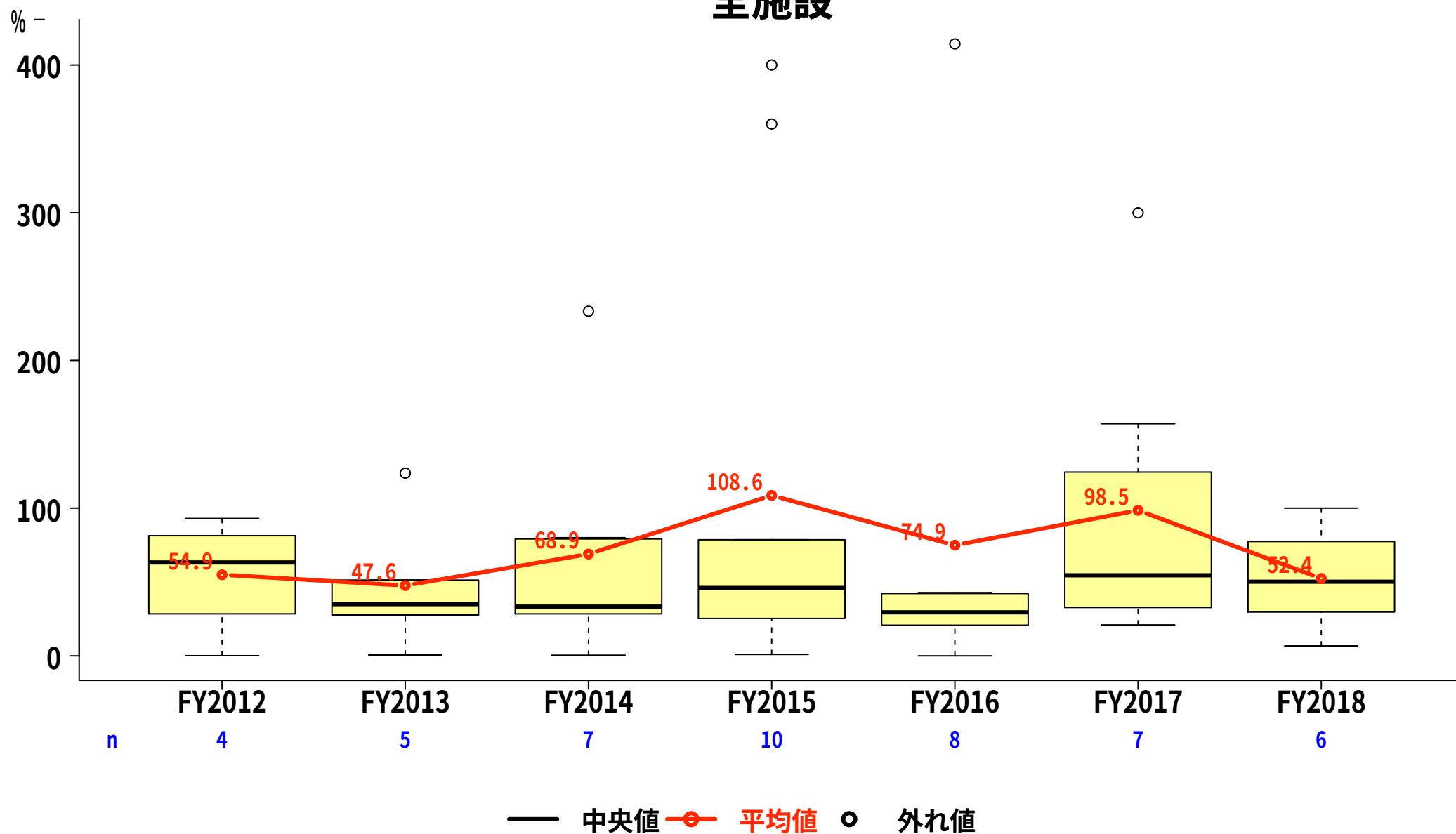


療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

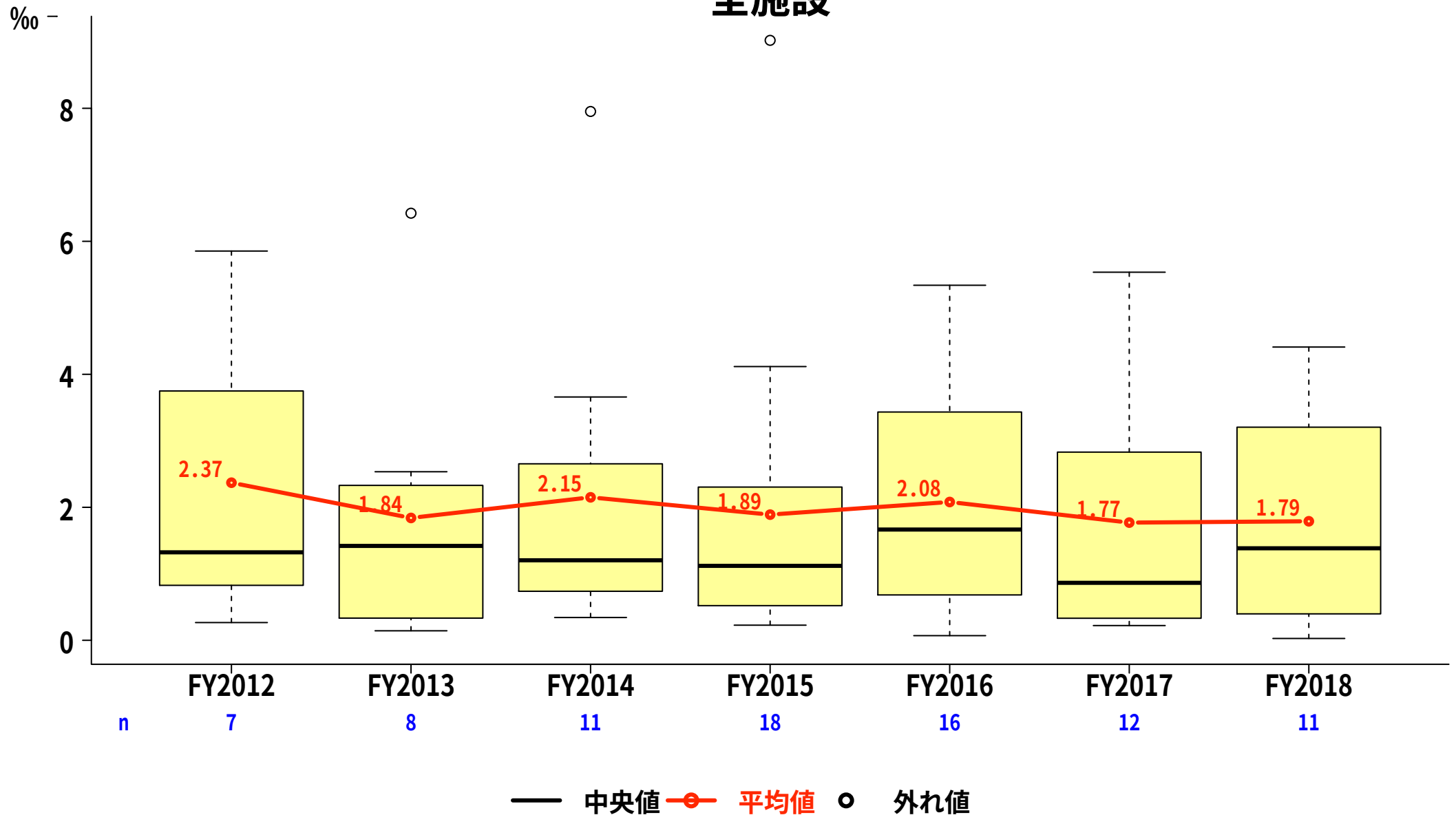
全施設



療養-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

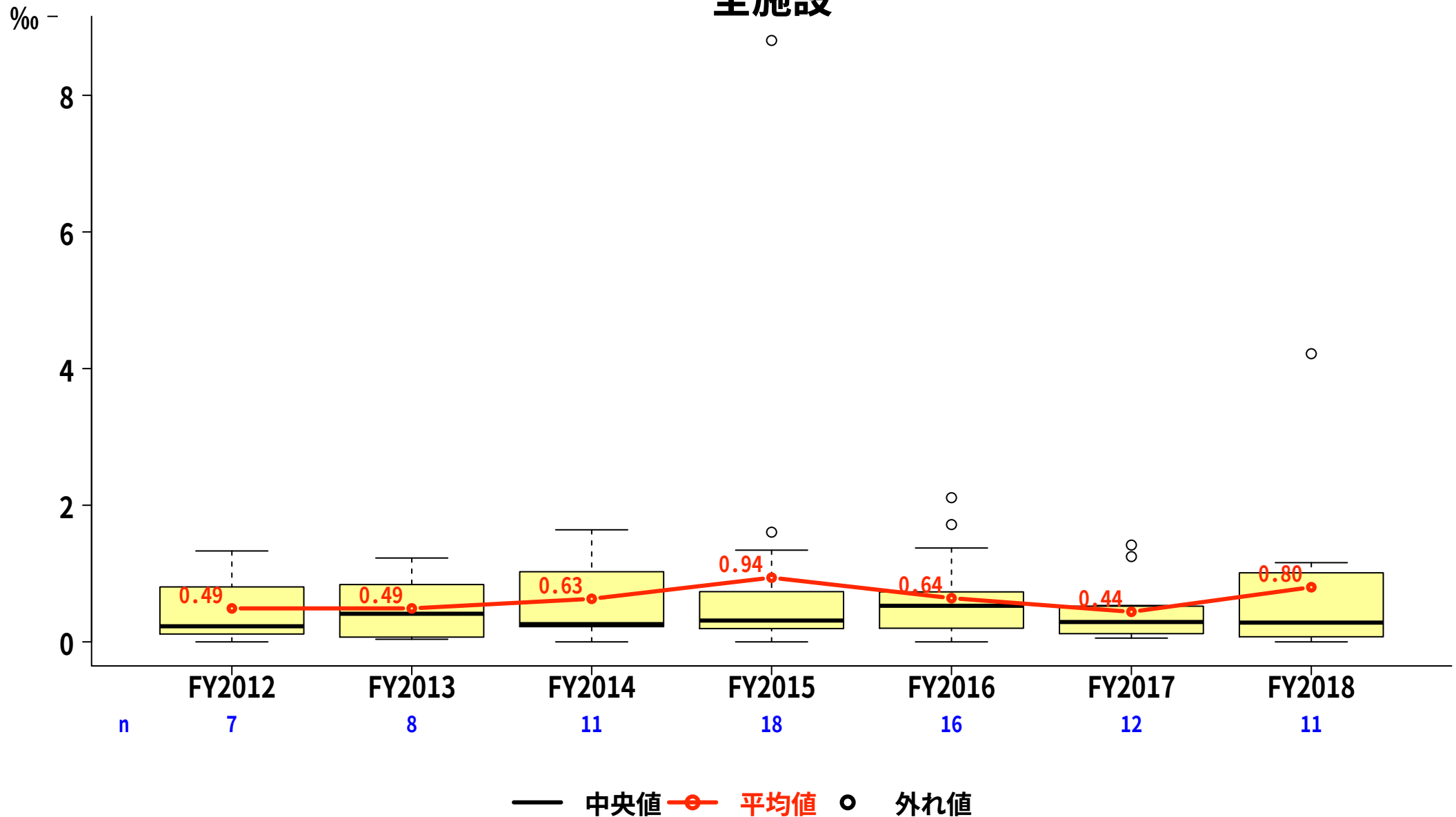
全施設



療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

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転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

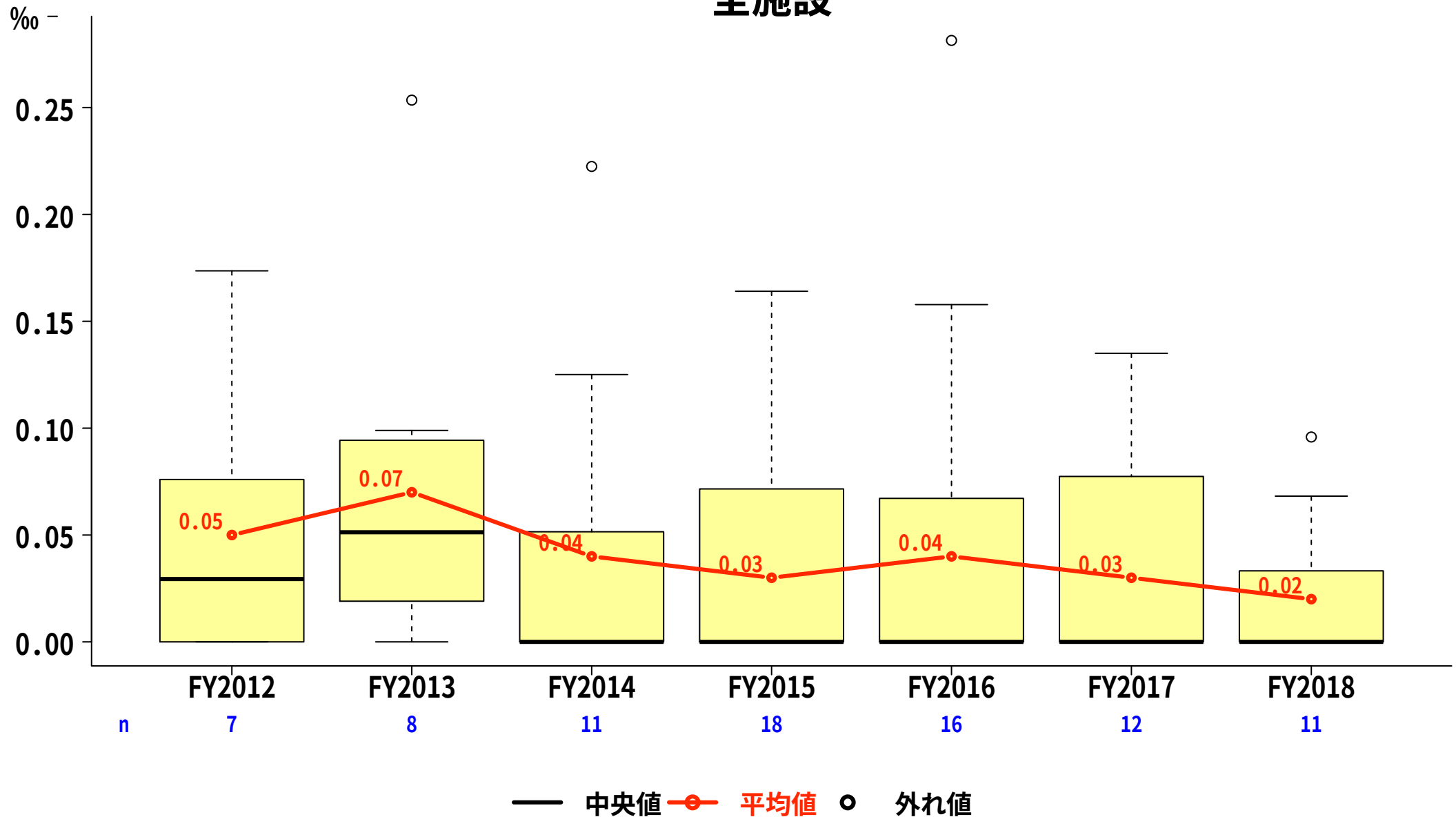
全施設



療養-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル4以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

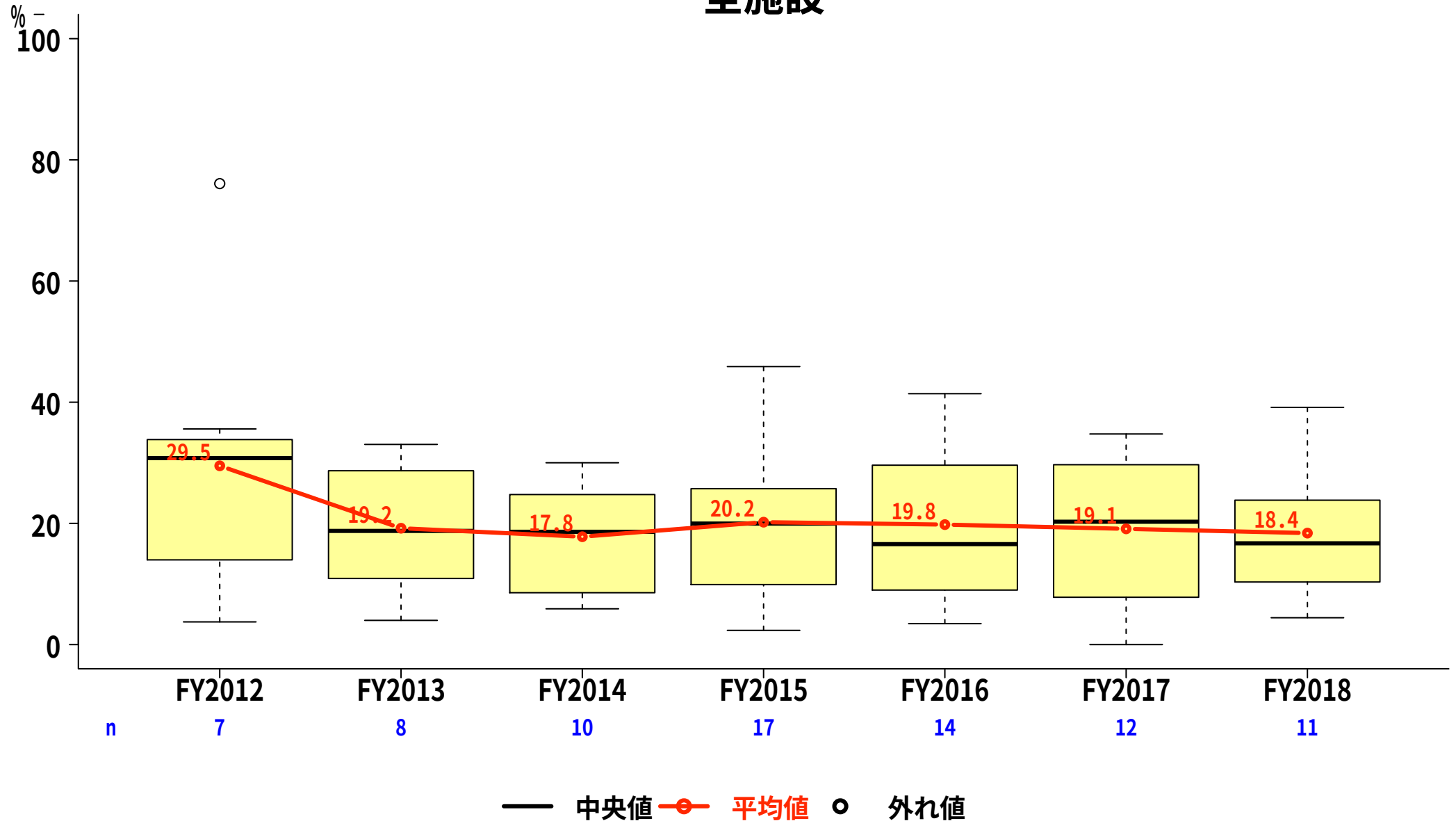
全施設



療養-4 身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母: 入院延べ患者数

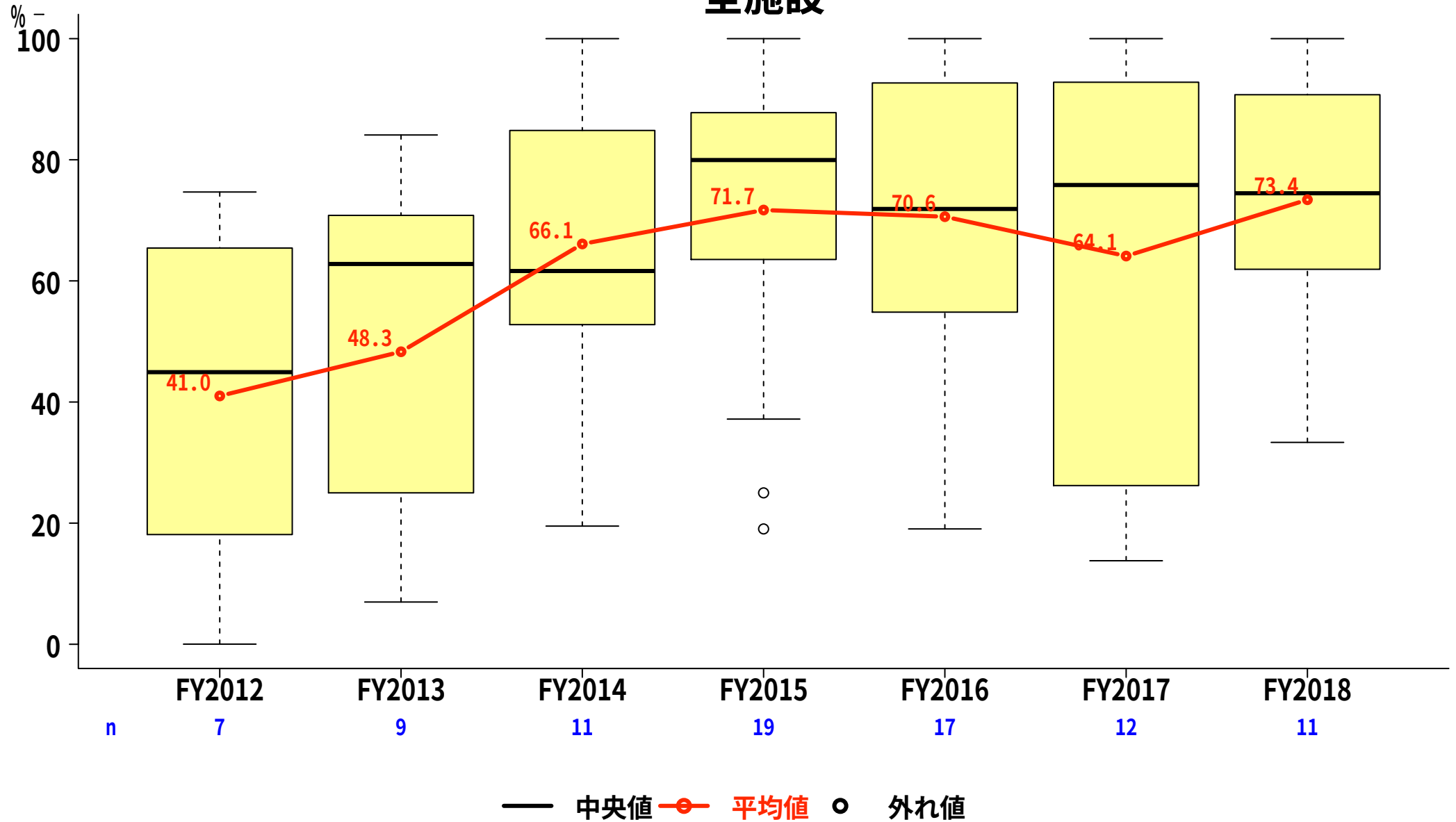
全施設



療養-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

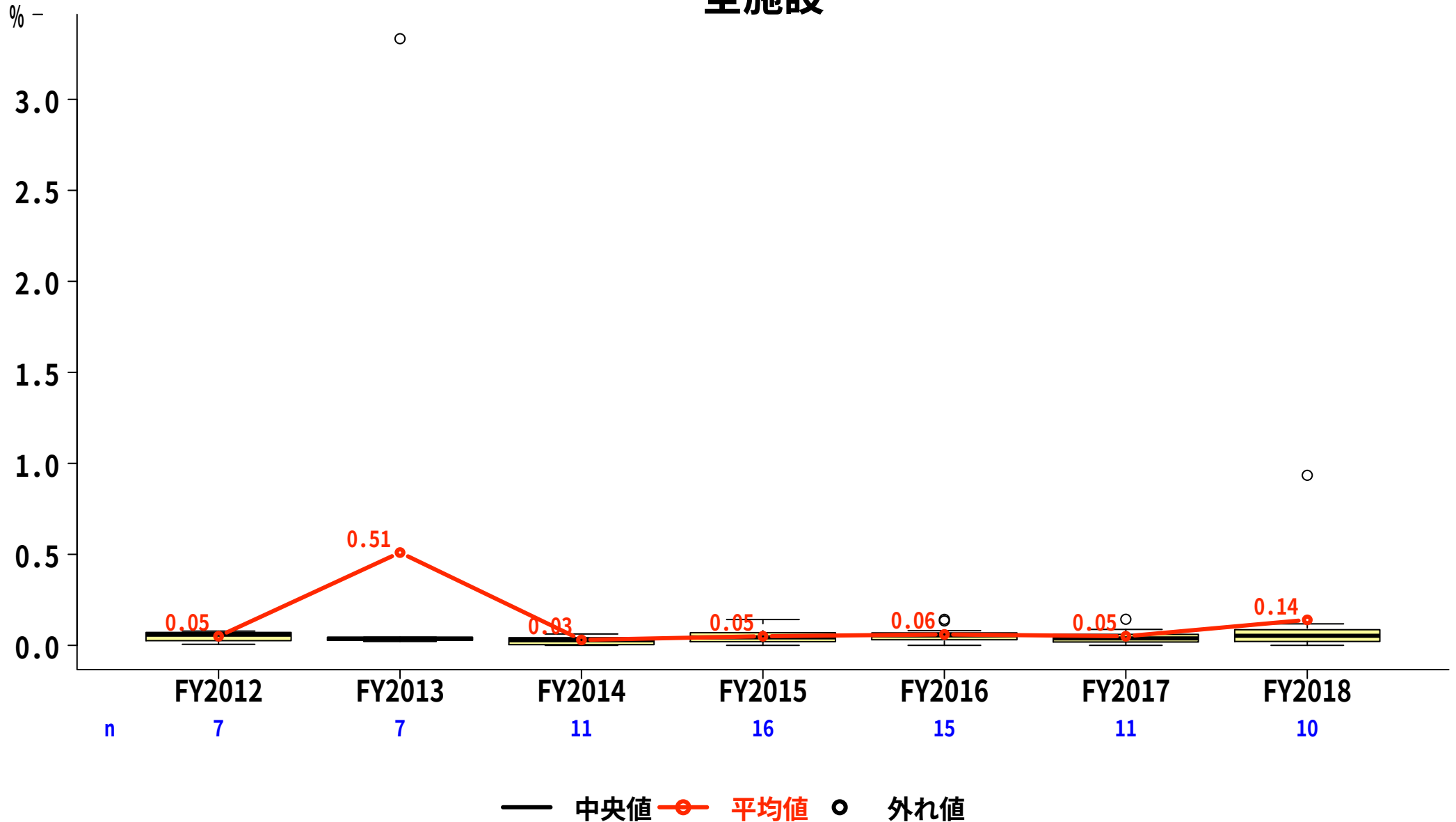
全施設



療養-6 褥瘡発生率

分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母:入院延べ患者数

全施設

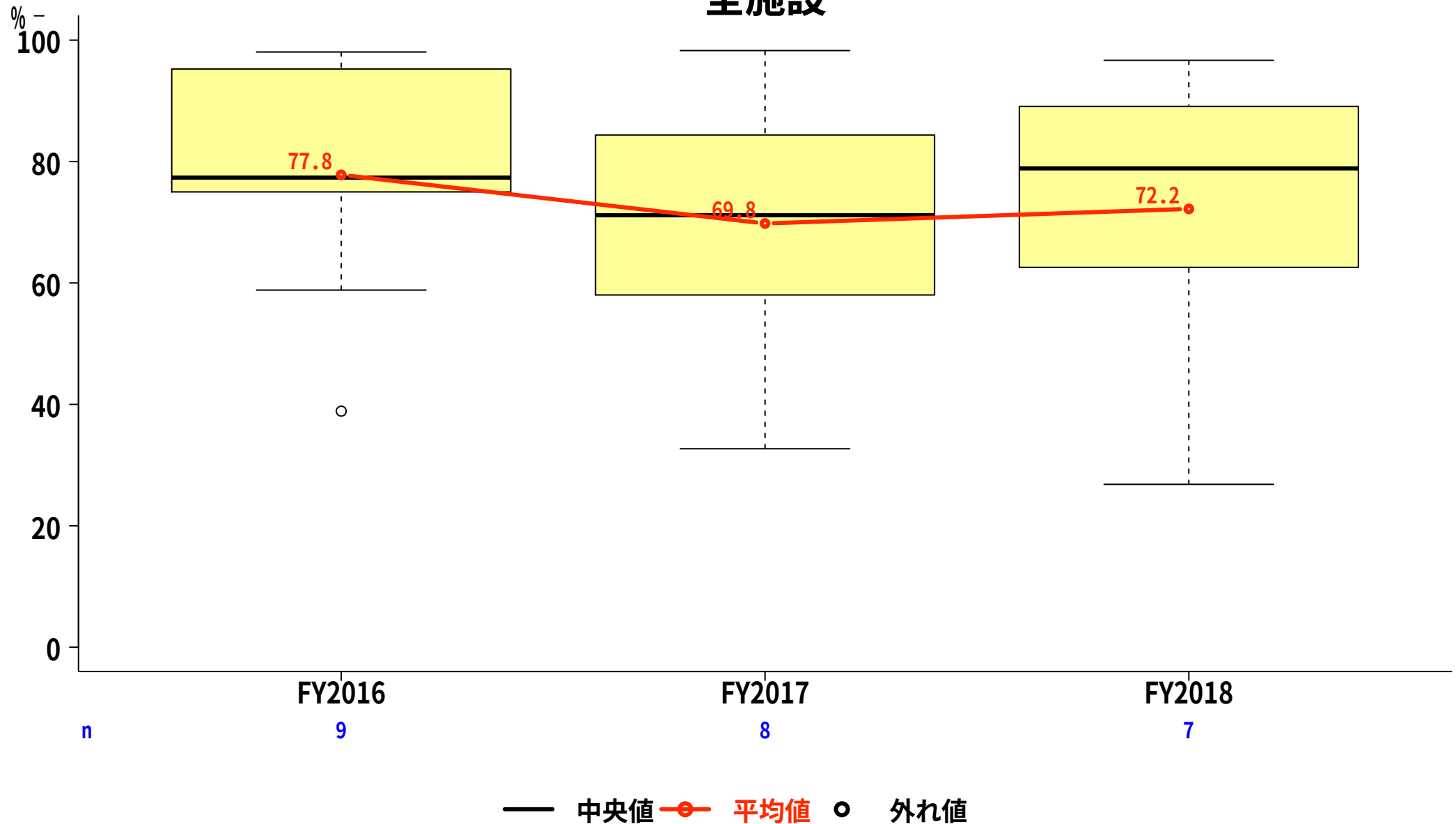


療養-8 療養病床における糖尿病患者の血糖コントロール

分子:HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の入院患者数

分母:糖尿病の薬物治療を入院で30日以上投与されている入院患者数

全施設

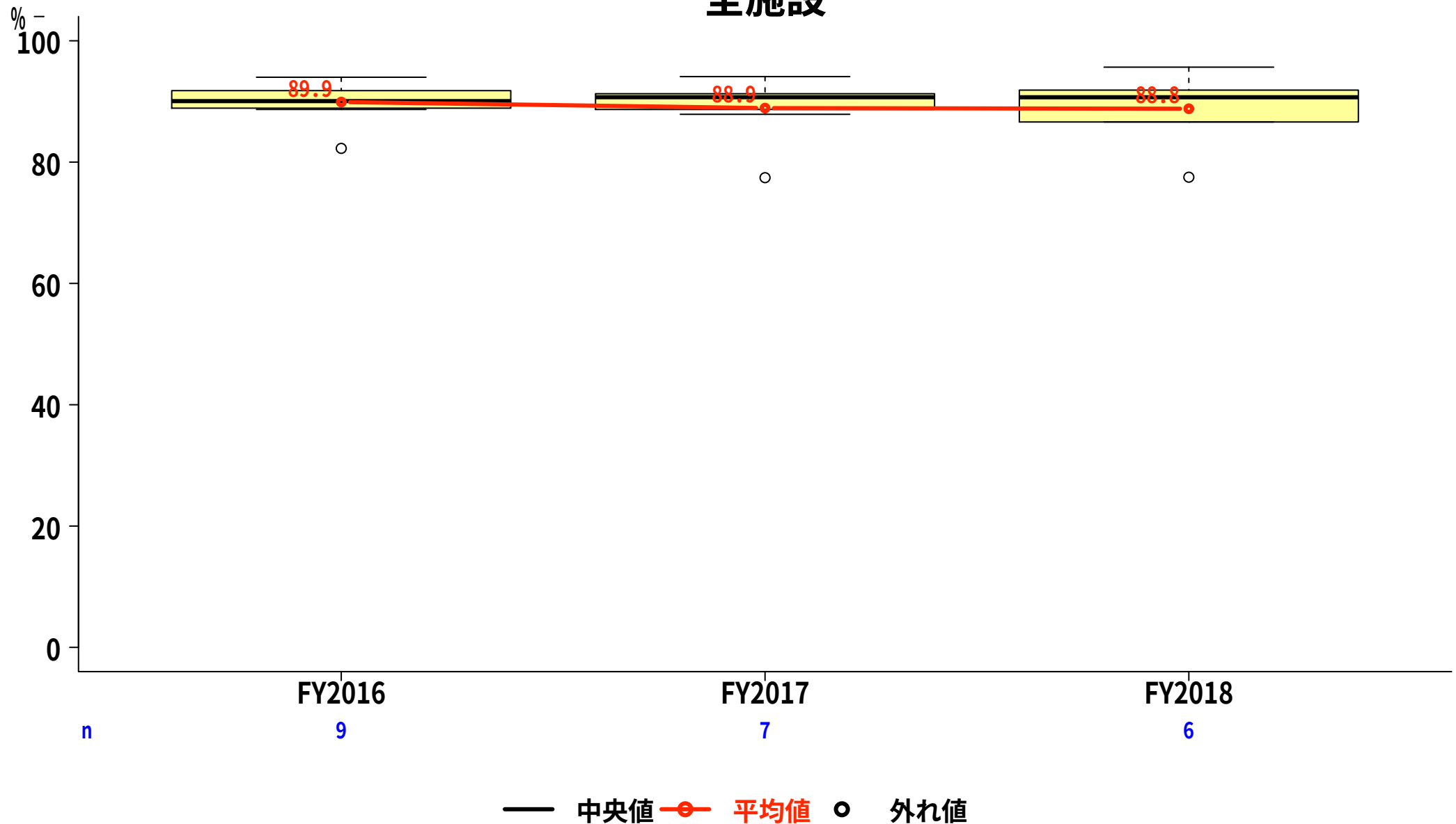


療養-9 療養病床における降圧薬服用患者の血圧コントロール

分子: 血圧の最終値が150/90mmHg未満の入院患者数

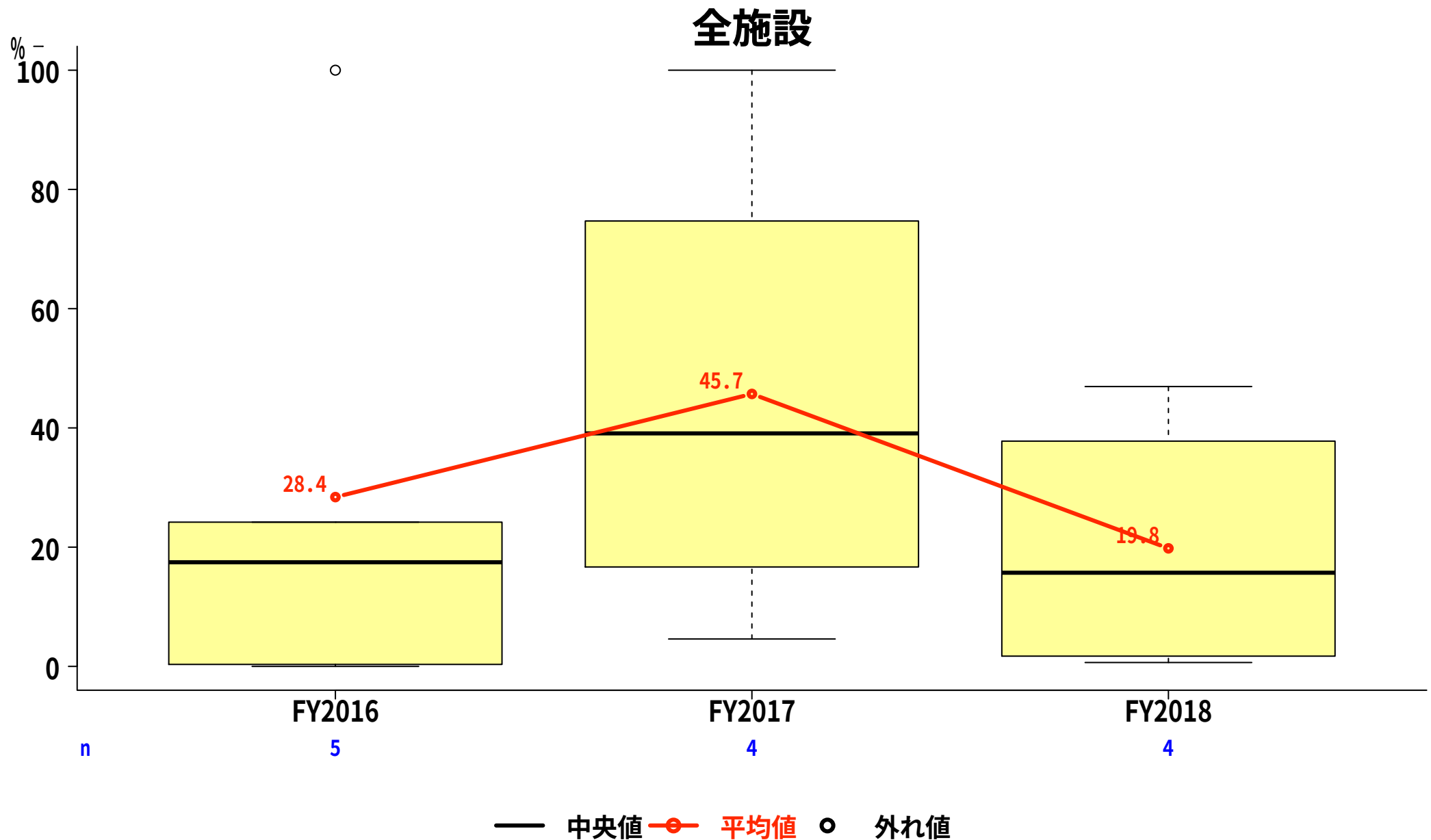
分母: 入院で降圧薬を30日以上服用している入院患者数

全施設



療養-10 インフォームド・コンセント実施率

分子:終末期医療におけるインフォームドコンセントを実施した記録がされている患者数
分母:全入院患者数



一般社団法人 日本病院会 2018 年度 QI 委員会

(50 音順)

委員長 福井次矢(学校法人聖路加国際大学 学長/聖路加国際病院 院長)

委員 今中雄一(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授)

委員 岩崎榮(NPO 法人卒後臨床研修評価機構 専務理事)

委員 岩渕勝好(山形市立病院済生館 呼吸器内科長)

委員 國澤進(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 講師)

委員 嶋田元(聖路加国際大学 CIO / 情報システムセンター センター長/
聖路加国際病院 消化器・一般外科医長 / ヘルニアセンター センター長)

委員 深田順一(三愛病院 院長)

委員 山本貴道(聖隷浜松病院 副院長)

副会長 末永裕之(小牧市民病院 病院事業管理者)

WG 委員 堀川知香(聖路加国際大学 情報システムセンター 情報室)

精神・療養病床 WG 委員 松本隆利(社会医療法人財団新和会八千代病院 名誉院長)

精神・療養病床 WG 委員 森川公彦(地方独立行政法人岡山県精神科医療センター診療情報管理室室長)

事務局 片岡克美(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課 課長代理)

事務局 佐藤美華(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

事務局 佐藤美幸(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

<開催報告>

QI プロジェクト 実務者説明会 2018 年 4 月 18 日(54 病院 70 名)

第 1 回 QI 委員会 2018 年 5 月 22 日(10 名)

第 2 回 QI 委員会 2018 年 11 月 13 日(10 名)

QI プロジェクト シンポジウム 2018 年 3 月 1 日(85 病院 122 名)

第 3 回 QI 委員会 2018 年 3 月 13 日(9 名)

初版

2019 年 11 月 20 日