

---

No.01 患者満足度(外来患者) a)満足 b)満足またはやや満足

No.02 患者満足度(入院患者) a)満足 b)満足またはやや満足

---

### 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。

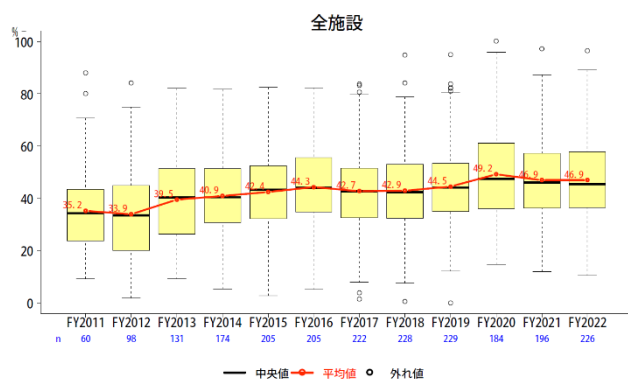
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

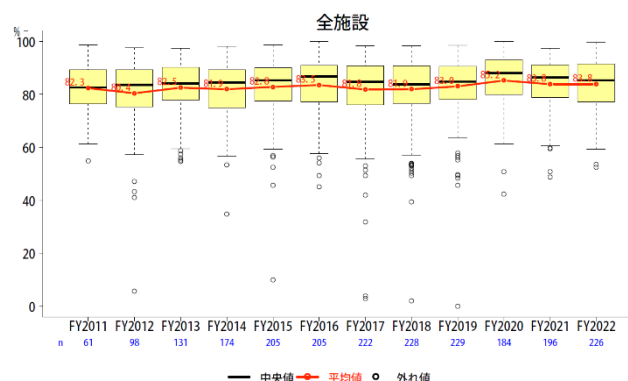
より高い値が望ましい

## 結果

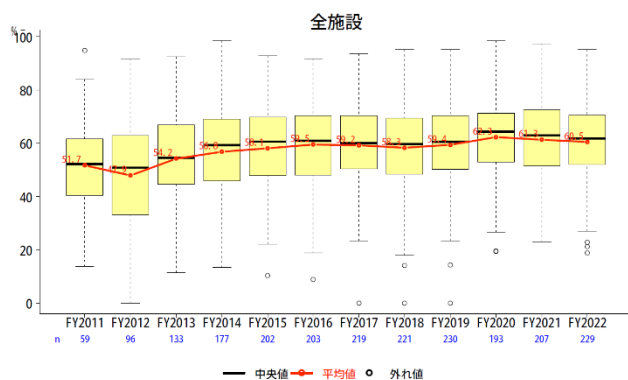
### 患者満足度(外来患者) 満足



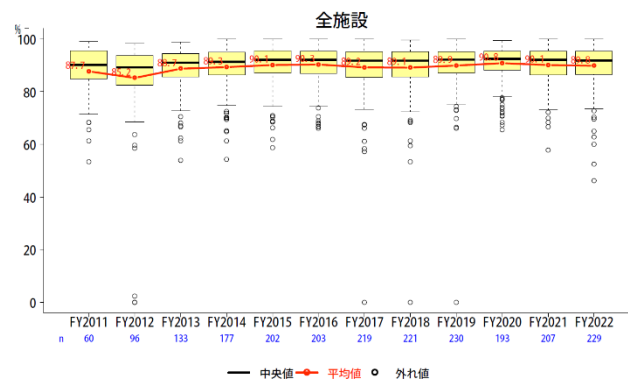
### 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



### 患者満足度(入院患者) 満足



### 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



## 考察

### <No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは122施設で、提出割合は64.9%(226/348, 前年比+7.6)でした。満足のみでは、平均値46.9%(前年比±0)、中央値45.5%(前年比-0.5)、最大値96.4%(前年比-0.7)、最小値10.4%(前年比-1.6)、満足またはやや満足では、平均値83.8%(前年比±0)、中央値85.3%(前年比-1.1)、最大値99.6%(前年比+2.2)、最小値52.5%(前年比+3.8)という結果でした。提出割合は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴い低下した2020年度と比べると2021年度、2022年度と改善してきています。また、満足またはやや満足は、低い値の外れ値も減り、ばらつきが無くなってきていることがわかります。

### <No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出がなかったのは119施設で、提出割合は65.8%(229/348, 前年比+5.3)でした。満足のみでは、平均値60.5%(前年比-0.8)、中央値61.8%(前年比-1.2)、最大値95.2%(前年比-2.2)、最小値18.8%(前年比-4.2)、満足またはやや満足では、平均値89.8%(前年比-0.3)、中央値91.9%(前年比-0.2)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値46.1%(前年比-11.7)という結果でした。提出割合は外来満

足度調査同様改善してきていますが、結果は2020年度よりやや下がっていることがわかります。これらは、提出数に伴う変化と考えられ、同程度の提出数であった2017年度～2019年度と比べると、同水準を維持しています。

アンケート結果からも、患者満足度における改善活動の実施は常に上位に入っていることから、各施設が様々な取り組みを行っていることが、この結果に繋がっていると考えています。

## 参考文献

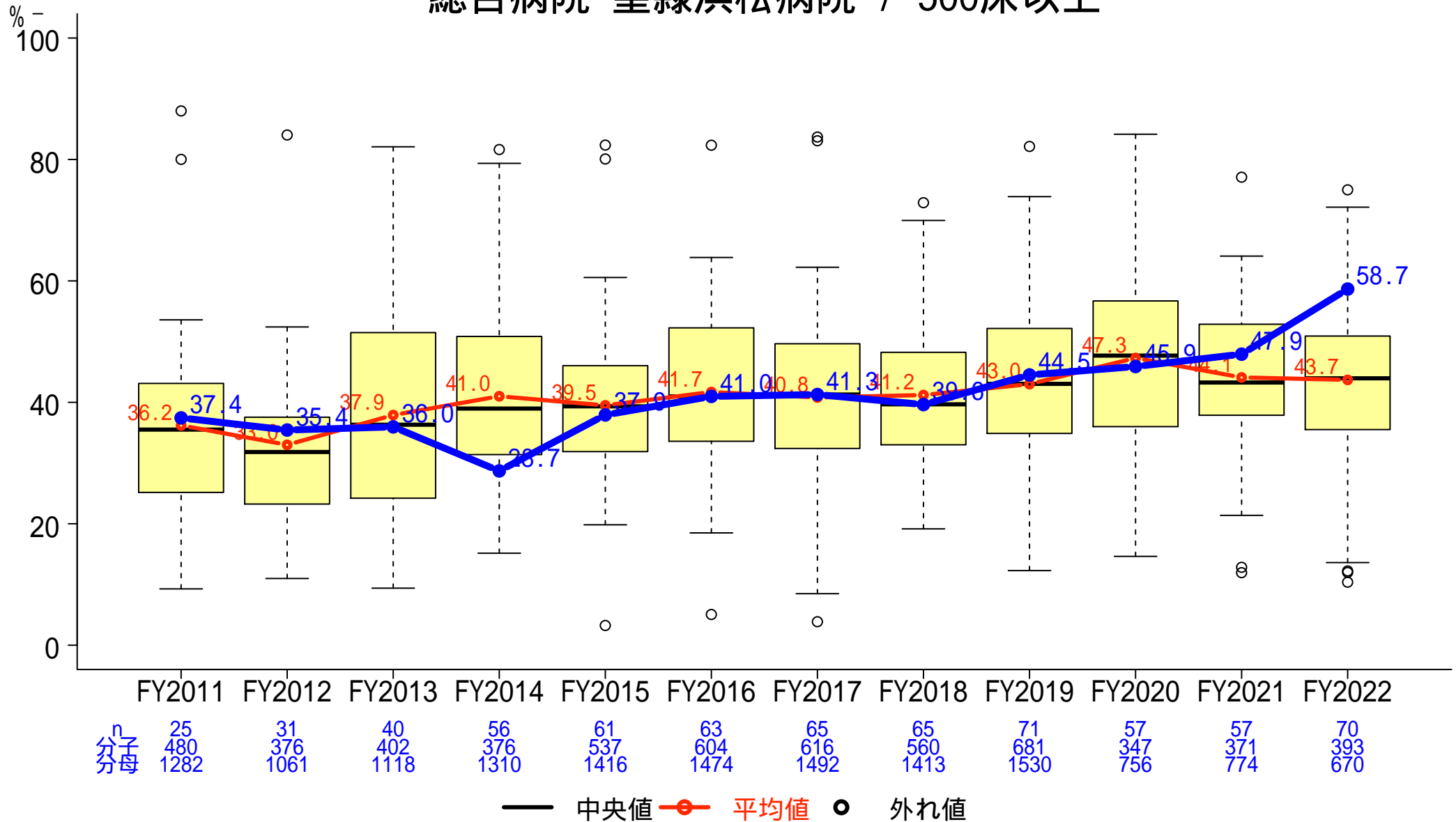
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

# 一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数

分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

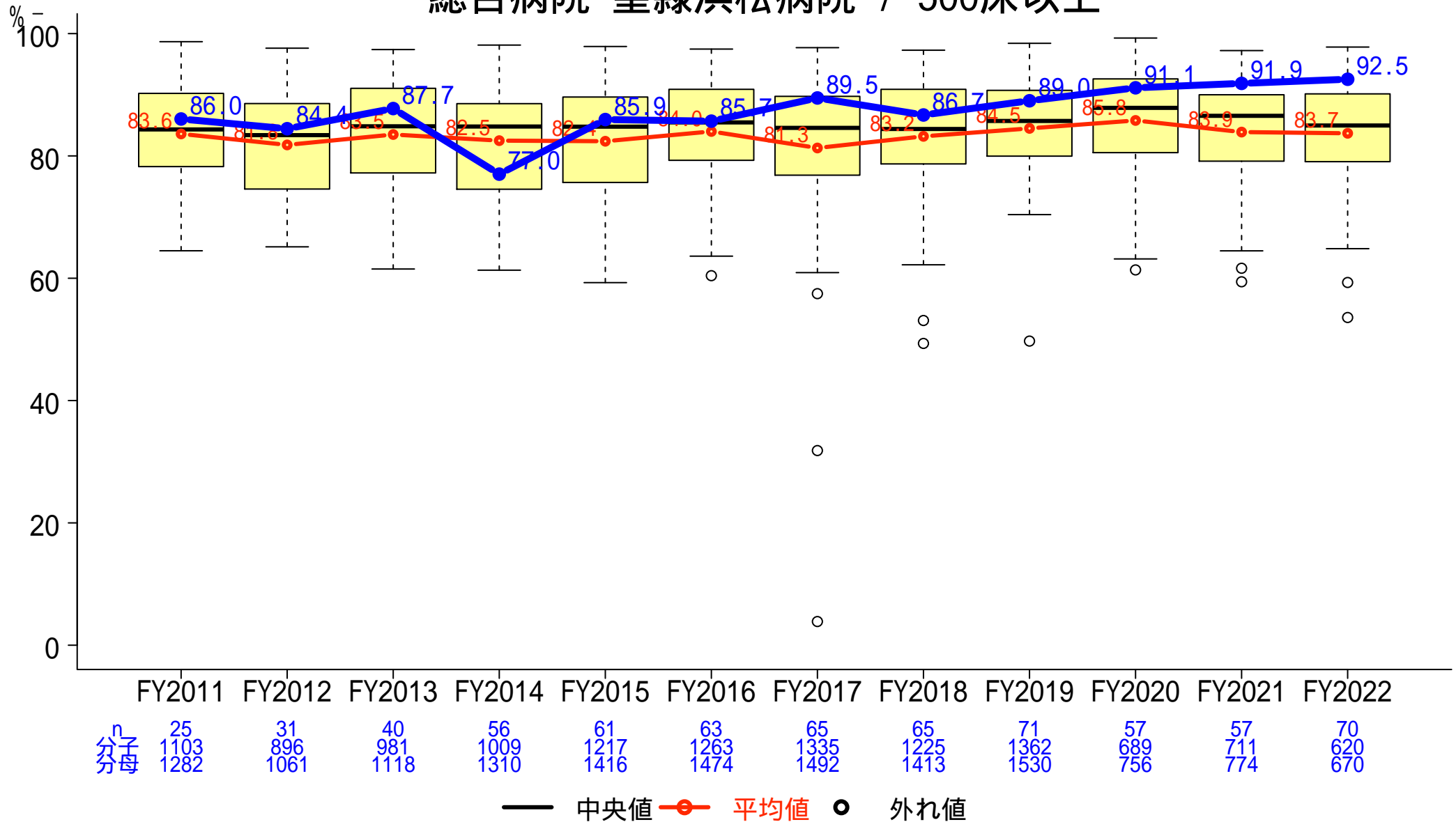


# 一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

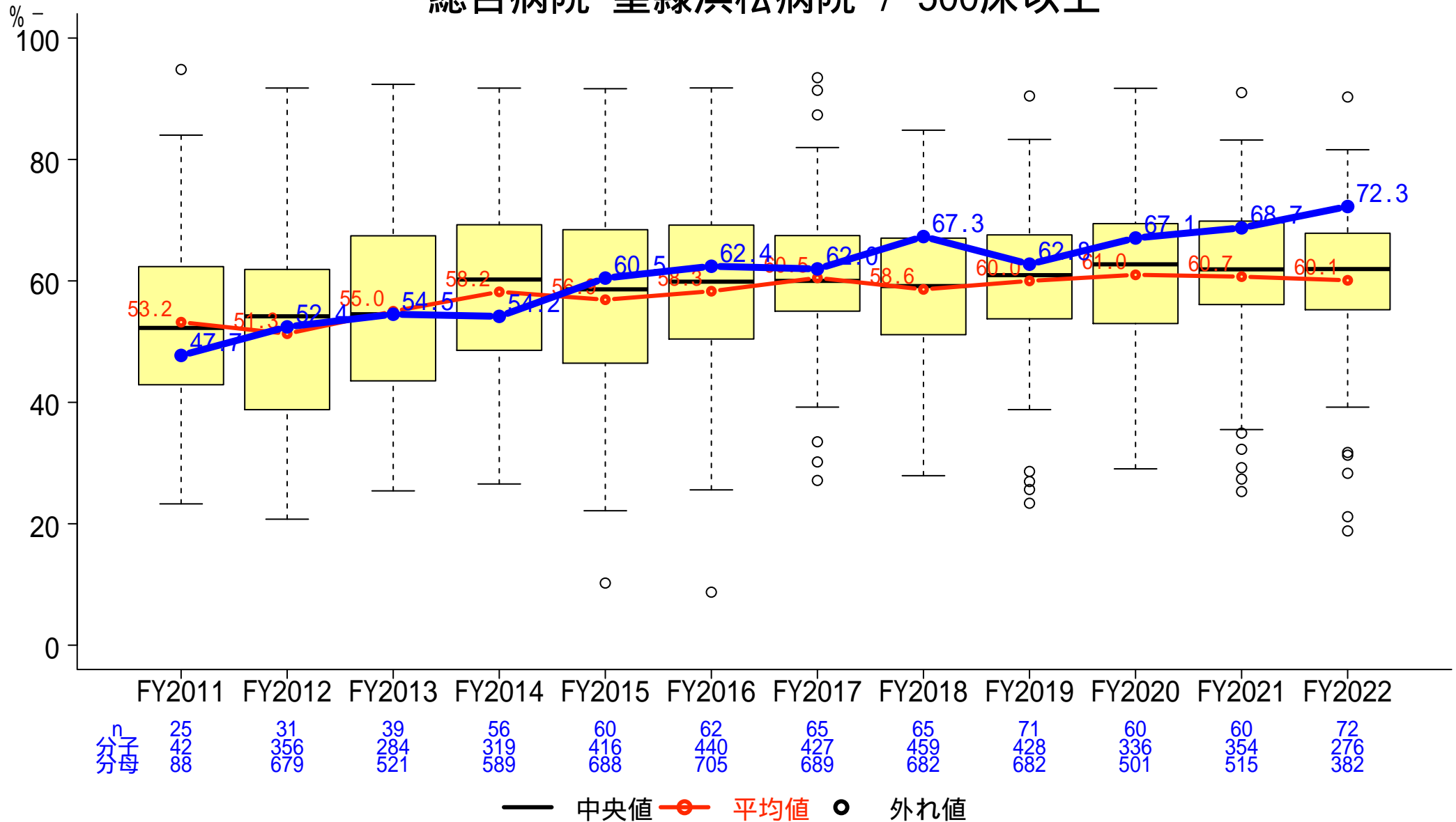


# 一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子: 「満足」と回答した入院患者数

分母: 入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

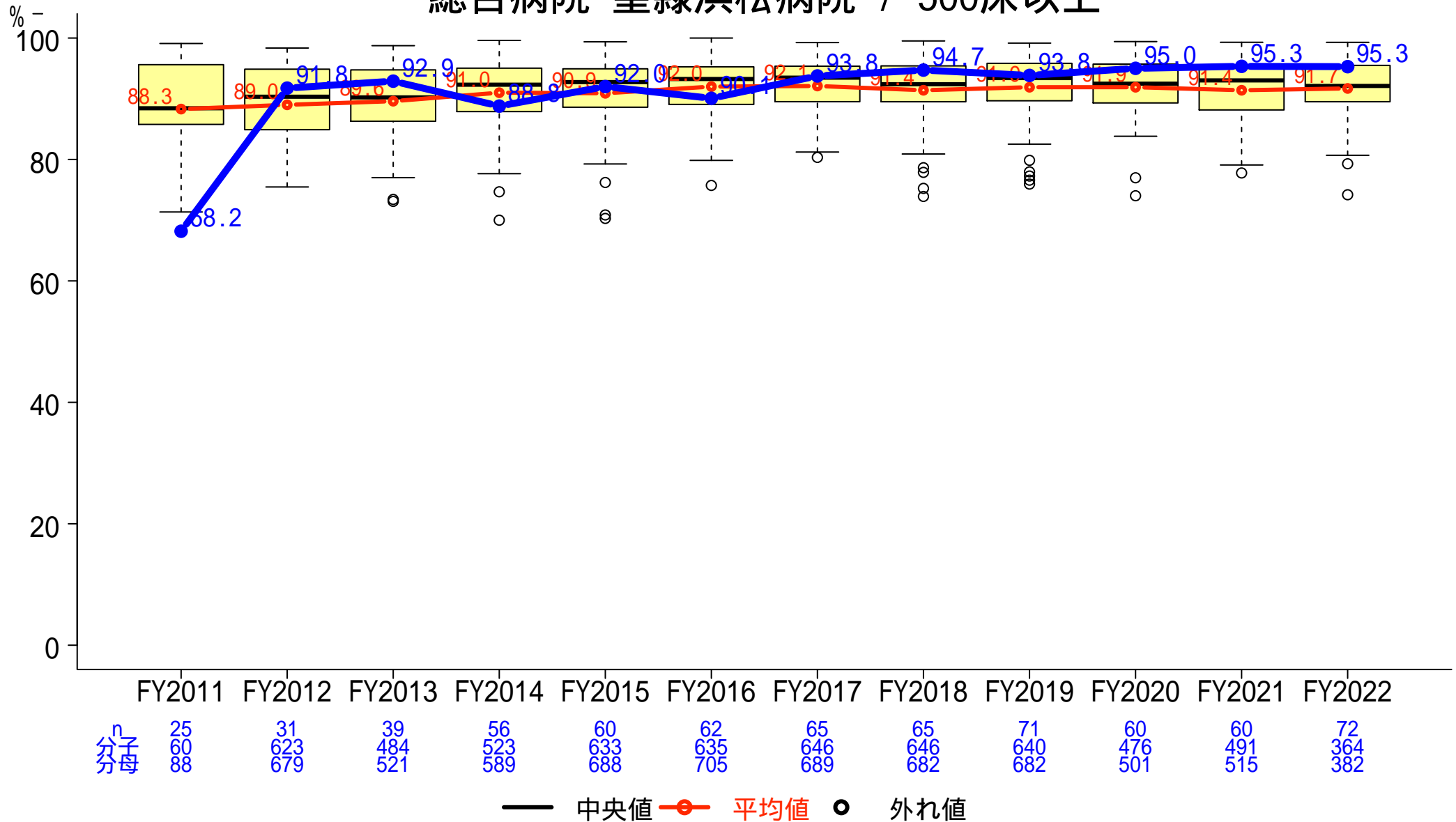


# 一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 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： 年1回（ただし、月1ヶ月毎）

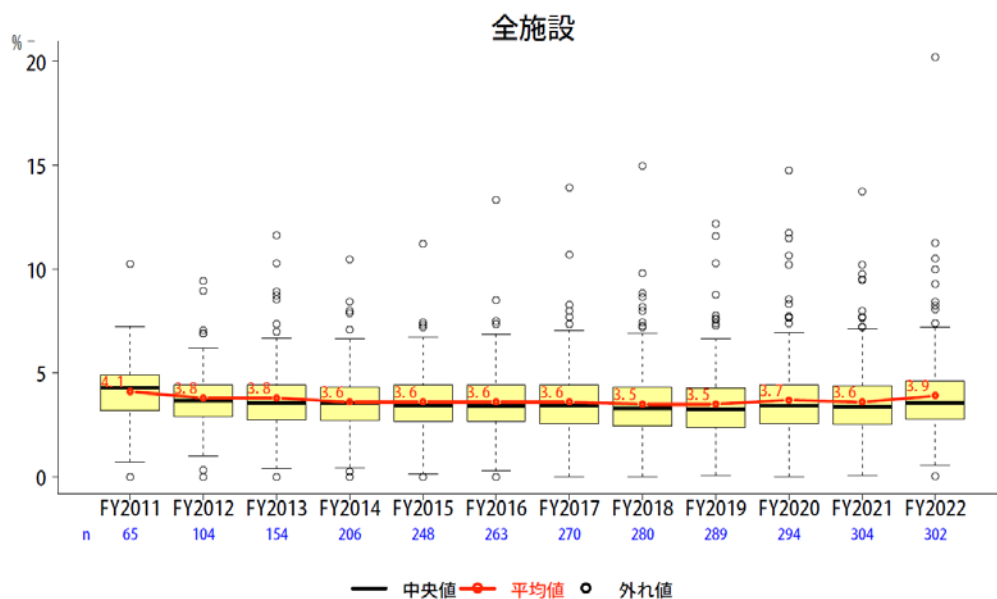
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい



## 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは46施設で、提出割合は86.8% (302/348, 前年比-1.9)でした。

1年間の結果は、平均値3.9% (前年比+0.3)、中央値3.6% (前年比+0.2)、最大値20.2% (前年比+6.5)、最小値0.0% (前年比-0.1)で、測定を開始した2010年度以降、大きな変化もなく、同水準を維持しています。

2010年度より、算出が容易であることもあり計測を続けてきましたが、前述したように施設毎の特徴や患者背景が異なることやいくつものプロセスを経ての結果であり、この指標単独での改善活動を行うことは難しいことから、2022年度で計測を終了することにしました。

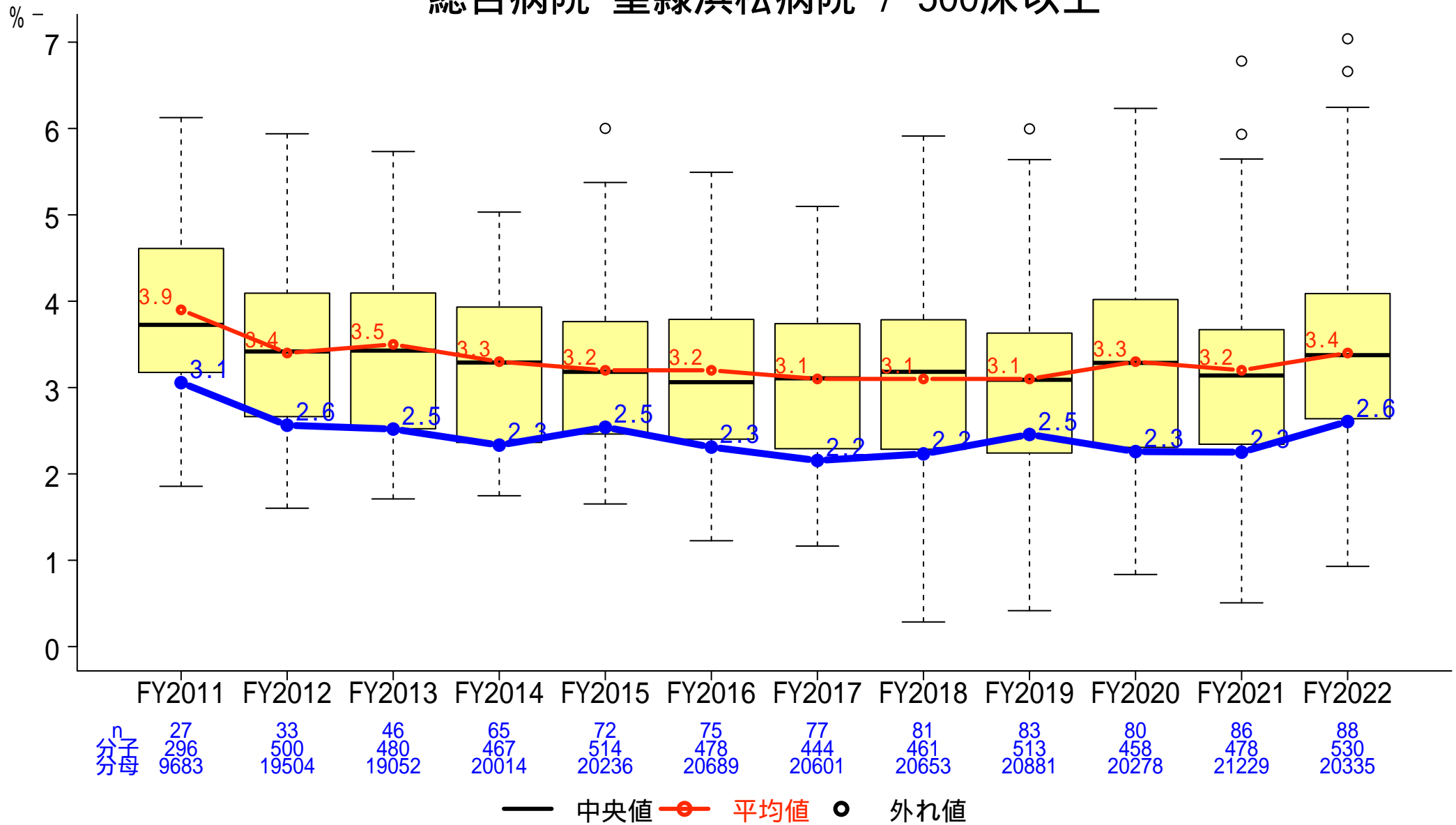
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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.

# 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率

## No.04-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

## No.04-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

### 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。また、転倒は入院中の高齢者に影響を与え最も一般的な有害事象であることより、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分 子: No.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.04-b) 入院中の患者に発生した**損傷レベル2以上**の転倒・転落件数

No.04-c) 入院中の患者に発生した**損傷レベル4以上**の転倒・転落件数

No.04-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分 母: 入院患者延べ数(人日) ※No.04-dは65歳以上の入院患者延べ数(人日)

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。

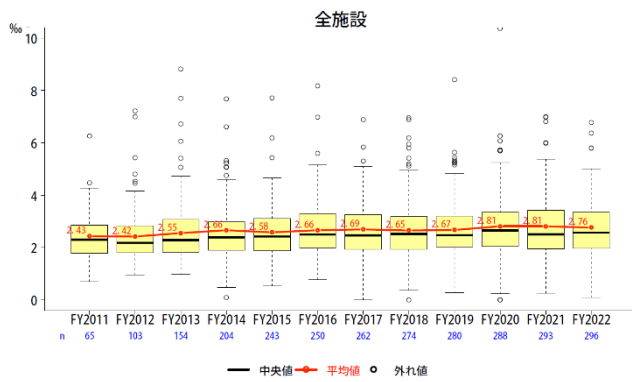
指標の種類・値の解釈

アウトカム

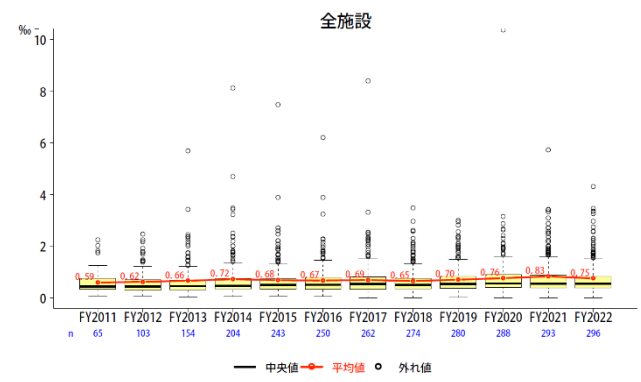
より低い値が望ましい

結果

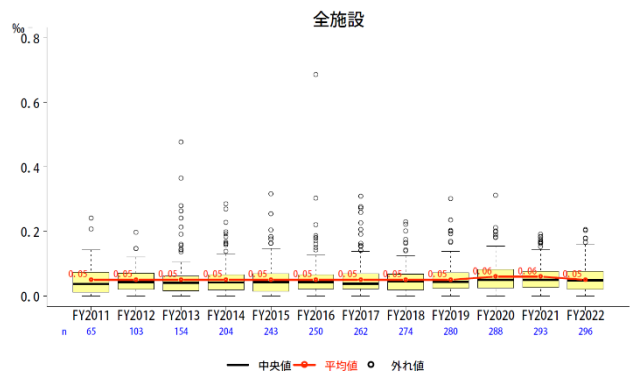
入院患者の転倒・転落発生率



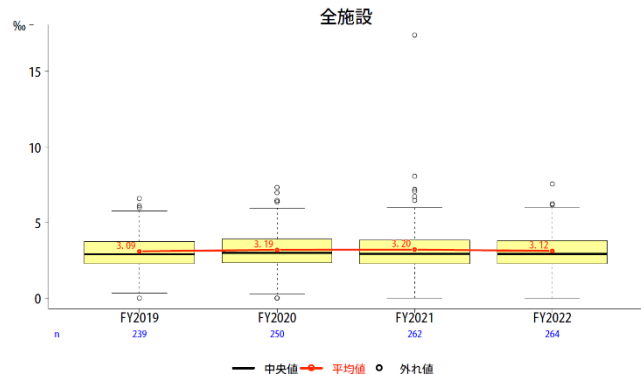
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



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)



65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



## 考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では52施設で、提出割合は85.1% (296/348, 前年比-0.8)、65歳以上では84施設で、提出割合は75.9% (264/348, 前年比-0.8)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.76‰(前年比-0.05)、中央値2.56‰(前年比+0.05)、最大値10.75‰(前年比-11.42)、最小値0.10‰(前年比+0.16)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値0.75‰(前年比-0.08)、中央値0.56‰(前年比±0)、最大値4.31‰(前年比-16.65)、最小値0.00‰(前年比±0)、損傷発生率(損傷レベル4以上)の1年間の結果は、平均値0.05‰(前年比-0.01)、中央値0.05‰(前年比±0)、最大値0.21‰(前年比-1.18)、最小値0.00‰(前年比±0)でした。65歳以上の転倒転落発生率は、平均値3.12‰(前年比-0.08)、中央値2.90‰(前年比-0.02)、最大値7.55‰(前年比-9.83)、最小値0.00‰(前年比±0)でした。

どの施設も、入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されますが、1年毎に見ると微増で抑えられていることがわかります。アンケート結果からも、転倒転落発生率における改善活動の実施は常に上位に入っていることから、各施設が様々な取り組みを行っていることが、この結果に繋がっていると考えています。

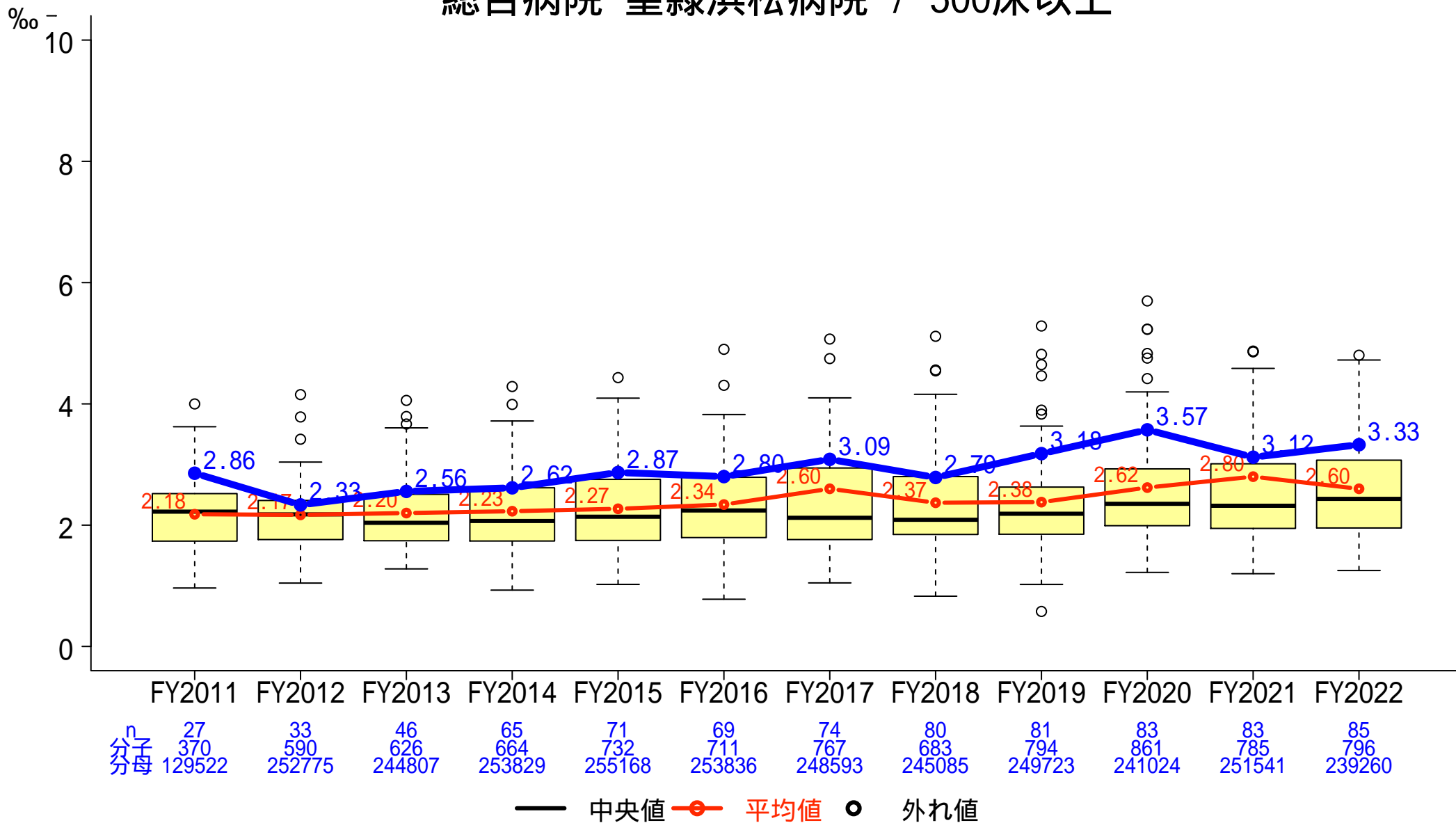
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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.
6. The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS). AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 20th Edition 2011-2018. ([https://www.achsi.org/media/176362/acir\\_2019\\_-\\_final\\_-\\_compressed\\_\\_1\\_.pdf](https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed__1_.pdf) 2022/10/18 available)

# 一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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  
 分母:入院延べ患者数

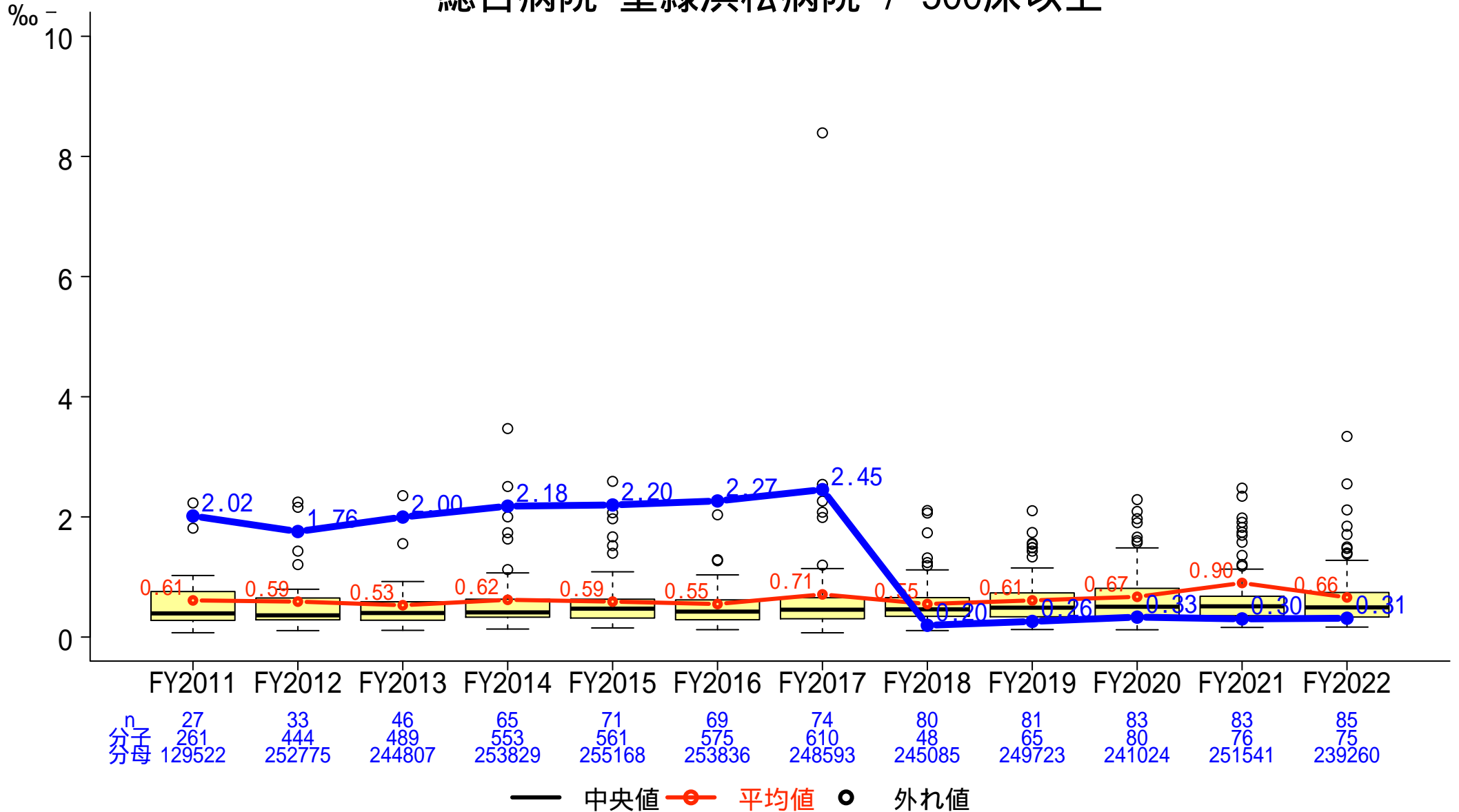
総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 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

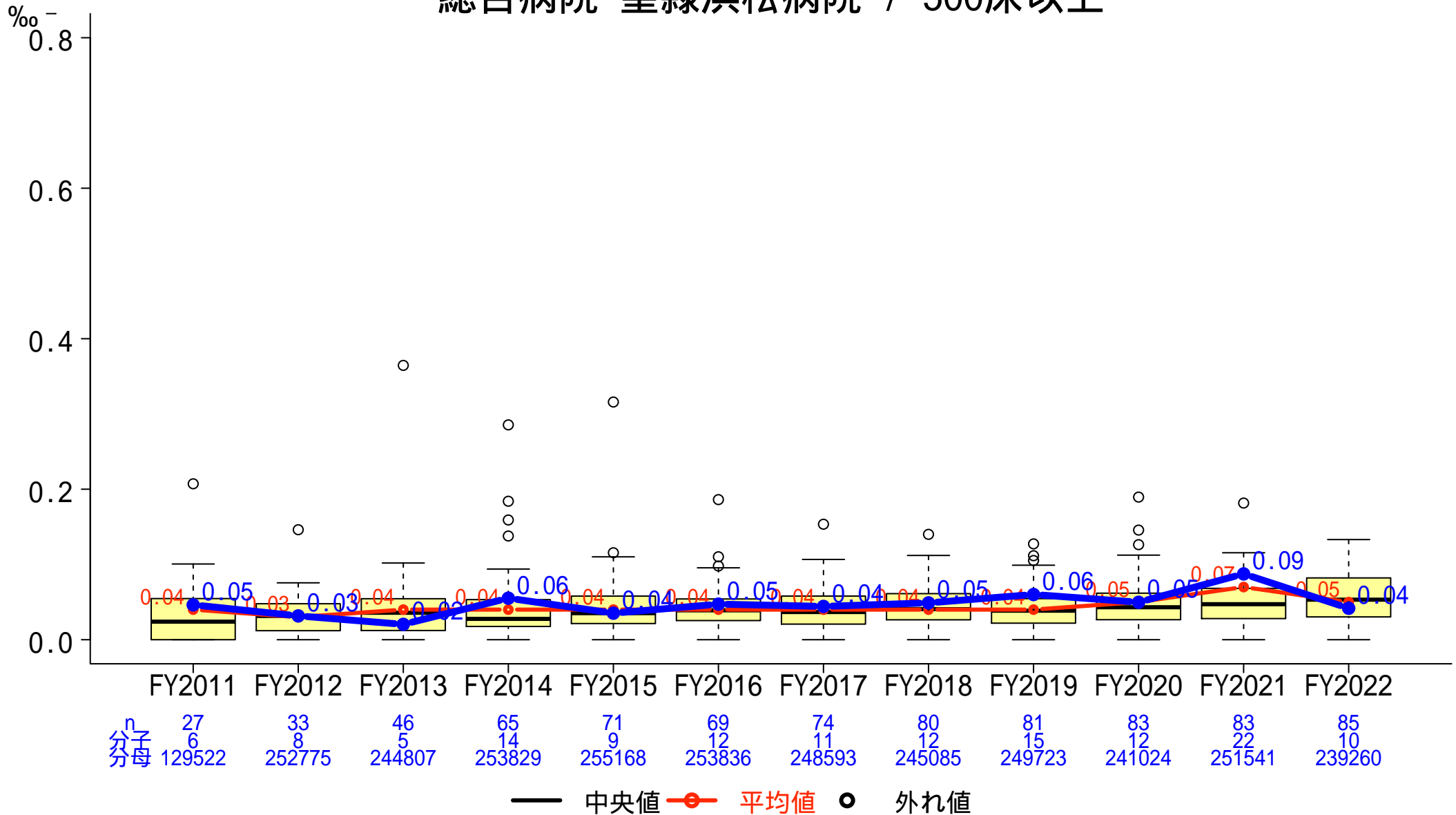
総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 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以上の件数  
 分母:入院延べ患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



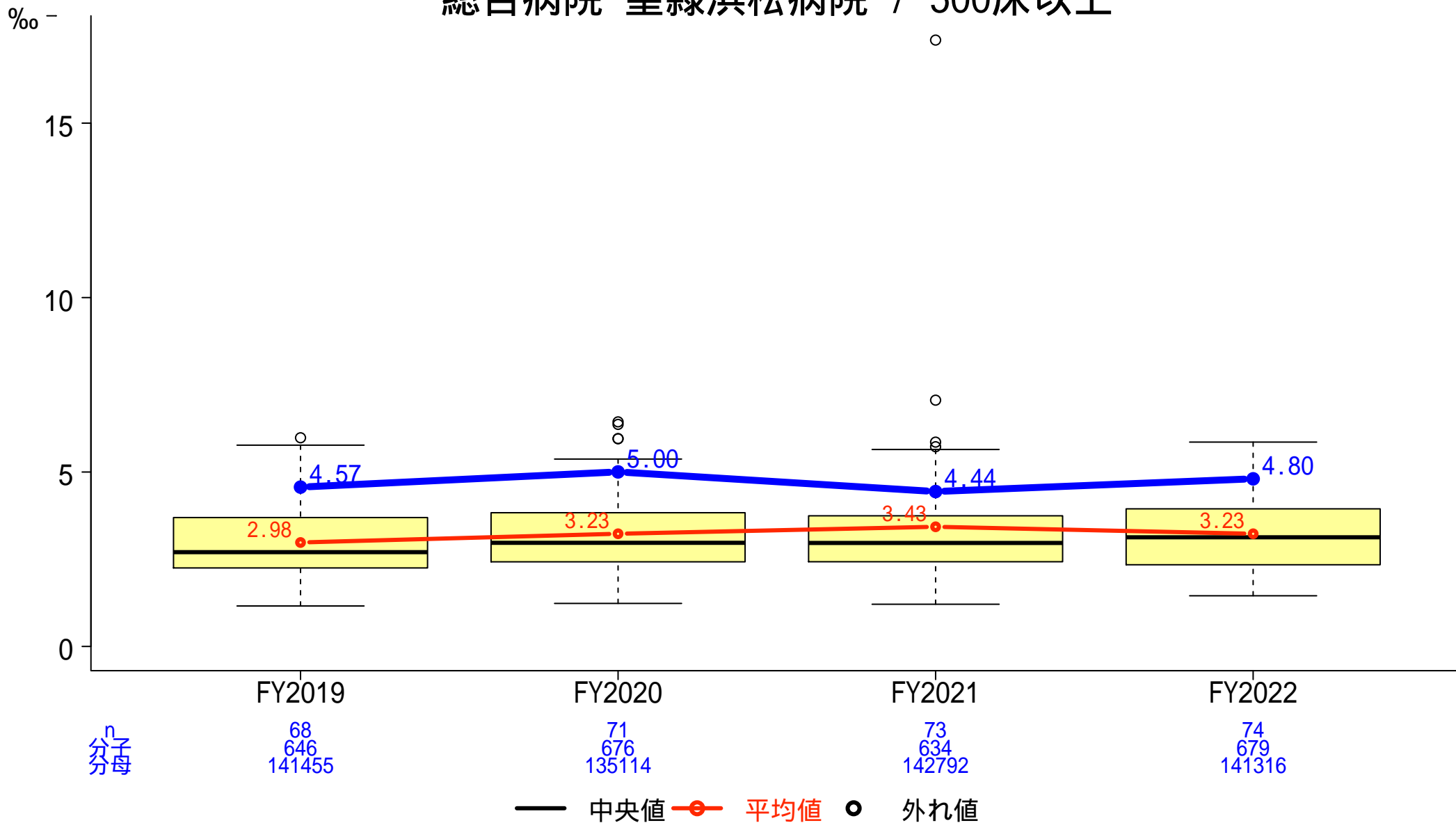


# 一般-9 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分母:65歳以上の入院患者延べ数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 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療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。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

**分子:** d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

**分母:** 同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)

**分母除外:** 同日入退院の患者

入院時刻から24時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者

**収集期間:** 1ヶ月毎

## <Depth(深さ)>

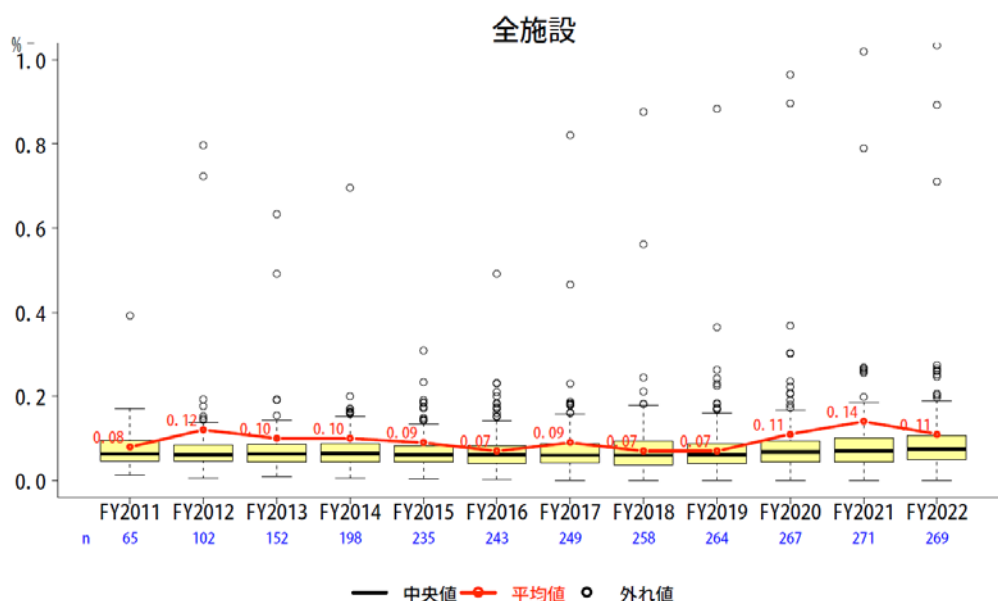
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

## 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



## 考察

今回、提出がなかったのは79施設で、提出割合は77.3% (269/348, 前年比-3.1) でした。

1年間の結果は、平均値0.11% (前年比-0.03)、中央値0.08% (前年比+0.01)、最大値4.32% (前年比-0.77)、最小値0.0% (前年比±0) で、参加施設全体のばらつきは小さいものの、外れ値が多い指標です。分母の除外条件がやや複雑であり、四半期毎の各施設へのフィードバックでも、「入院患者延べ数」ではなく、「入院患者数」で算出していると思われる施設も存在するため、個別の確認を継続していく予定です。

また、2021年度実施したアンケートでも本指標は算出が難しい指標に挙げられていたため、定義を変更することが可能か、いくつかの施設に協力いただき、パイロットスタディを行いました。2022年度は、パイロットスタディの結果を踏まえ、2023年度に向けて定義変更や新たな指標追加について、検討を重ねてきました。アンケートから、指標自体の有用性は高いため、定義を見直すことで、より改善活動に役立ててほしいと思います。

## 参考文献

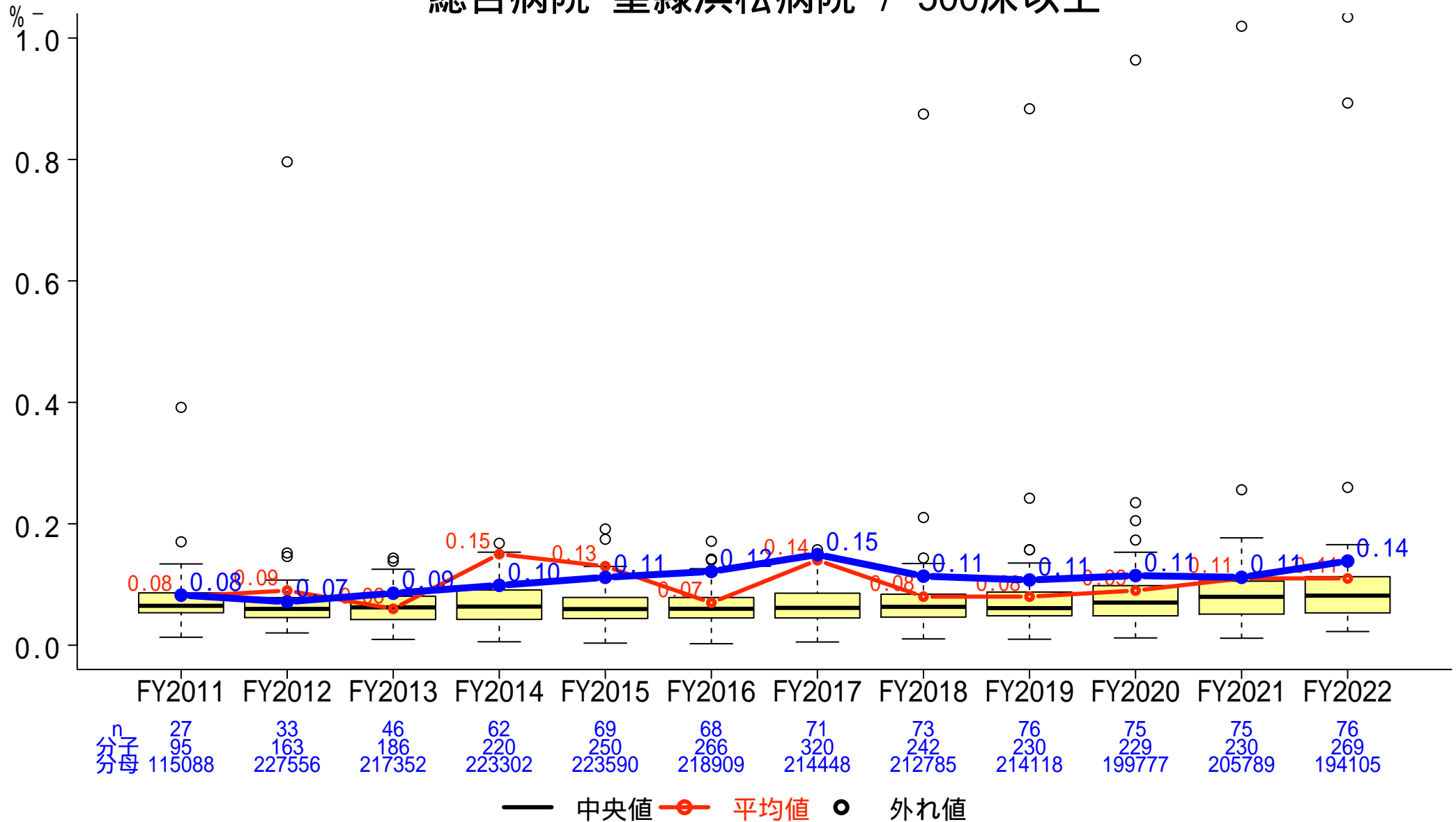
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」: 1993年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program, 2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive 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](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](http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2017/06/24 available)
7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット  
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html> 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. ([http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020\\_doc.pdf](http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf) 2021/05/19 available)

# 一般-10 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 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

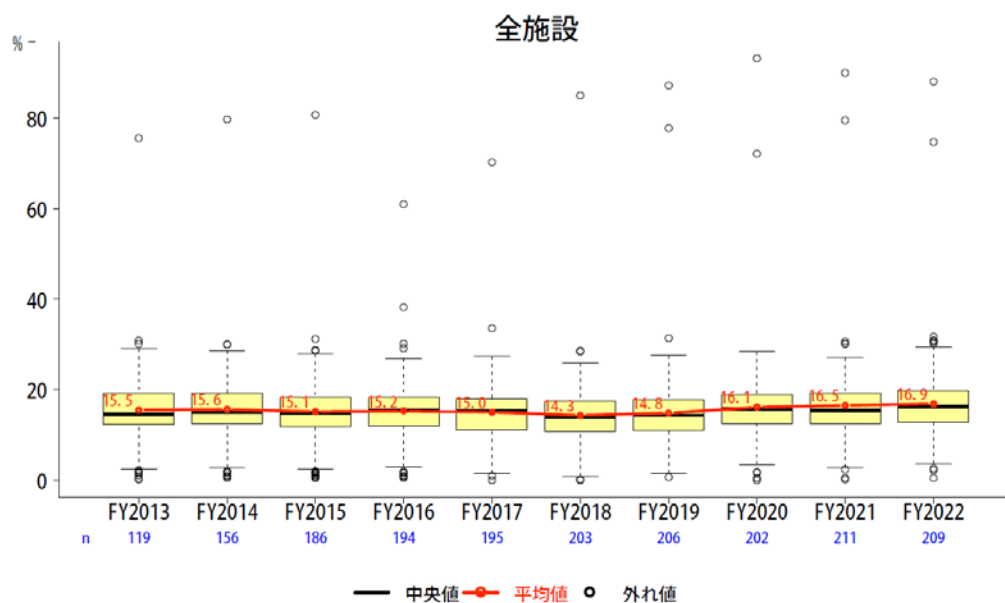
**分子除外:** 恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル

**収集期間:** 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは139施設で、提出割合は60.1% (209/348, 前年比-1.6)でした。1年間の結果は、平均値17.0% (前年比+0.5)、中央値16.2% (前年比+0.8)、最大値88.0% (前年比-1.8)、最小値0.5% (前年比+0.4)でした。

経時的に見ても、測定を開始した2013年度以降、毎年同水準で推移しています。つまり入院患者の14~16%に尿道留置カテーテルが使用されていることとなります。CAUTIのリスクを減らすためにも、カテーテルの適正使用、必要のないカテーテルの抜去については、意識することが必要です。そのためにも、各施設では、急い使用率が増えていないか等をモニタリングすることは重要です。

本指標は、指標の説明・定義で前述した通り、尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標であり、単独で比較する指標ではないため、2022年度で計測を終了することにしました。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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](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.

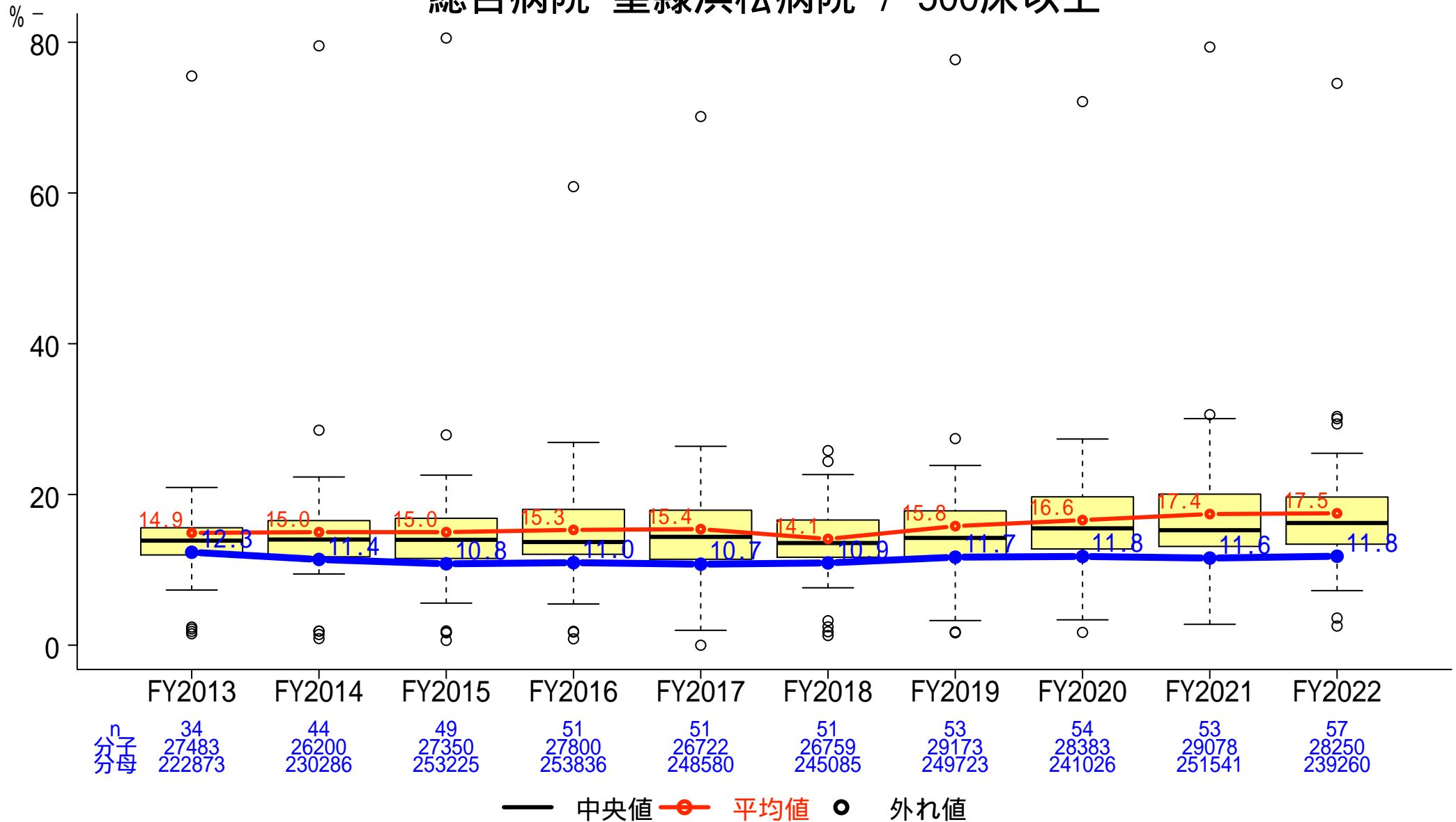
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011;32:101-14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)



# 一般-11 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.09 症候性尿路感染症発生率

## 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。

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

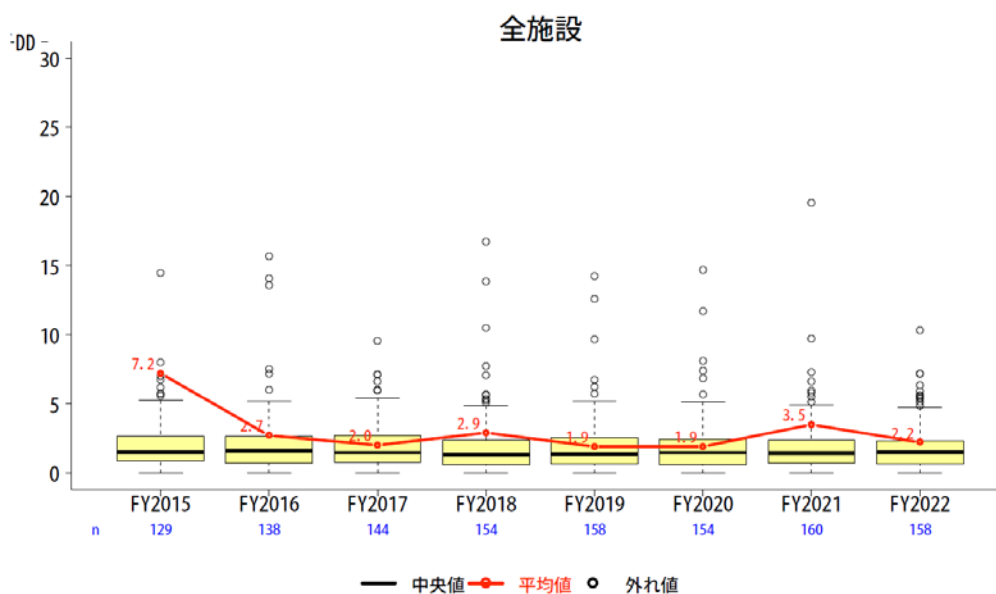
調整方法： DD (Device-dayの略： 対1000カテーテル使用日数)

## 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



## 考察

今回、提出がなかったのは190施設で、提出割合は45.4% (158/348, 前年比-1.3) でした。1年間の結果は、平均値 2.2 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-1.3)、中央値 1.5 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比+0.1)、最大値 61.0 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-199.5)、最小値 0.0 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比±0) で、2016年度以降大きな変化はありませんでした。2021年度の最大値に該当する施設は2021年度に初めて本指標の算出を行っており、算出の間違いの可能性もありましたが、2022年度では正しい計測方法で提出されています。

2021年度実施したアンケートでは本指標は算出も難しく、有用性もあまり高くない結果となりました。この対応については、継続して検討していきたいと思えます。

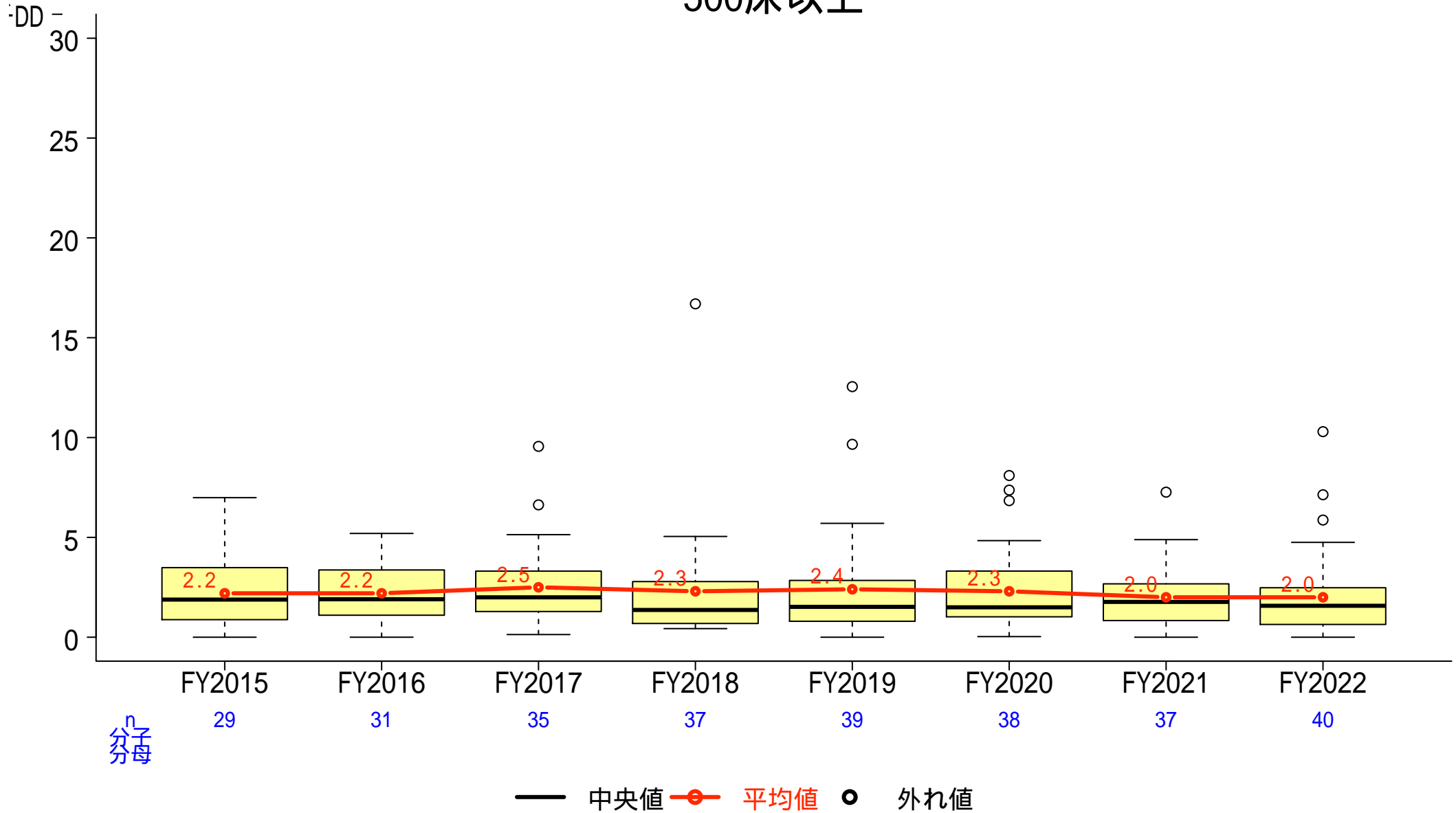
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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](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)

# 一般-12 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

## 500床以上



# 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わります。

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

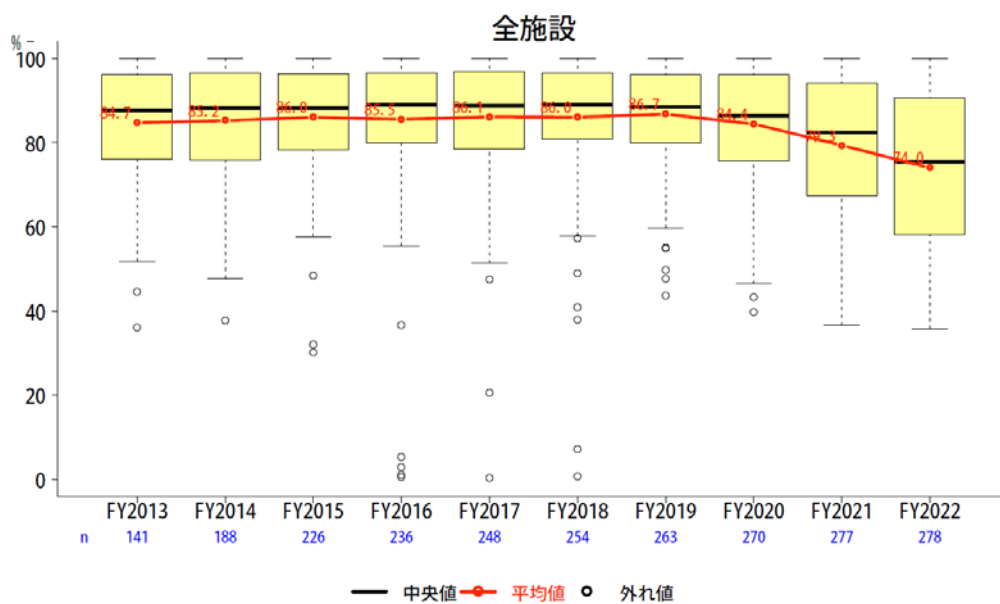
収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

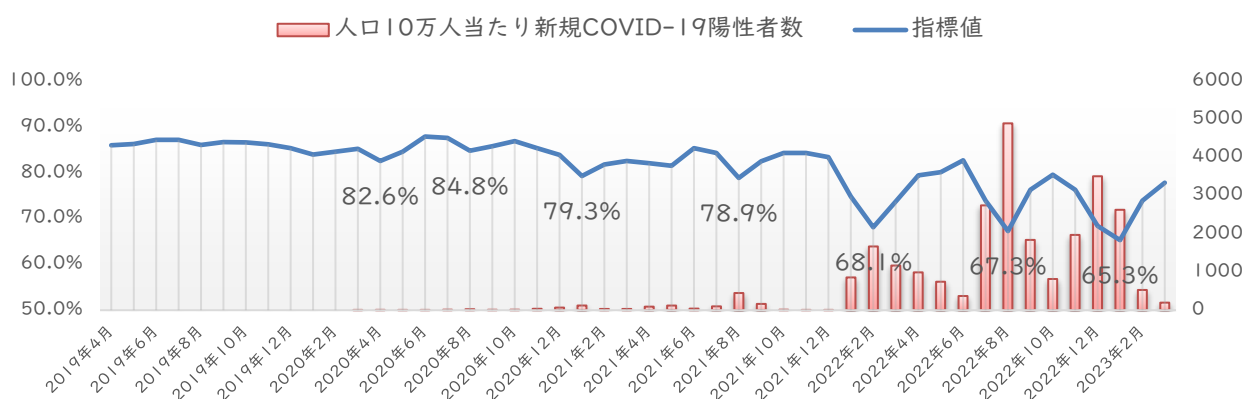
## 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは70施設で、提出割合は79.9% (278/348, 前年比-1.4) でした。1年間の結果は、平均値74.0% (前年比-5.2)、中央値75.5% (前年比-6.5)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値35.7% (前年比-0.9) でした。

2019年度は毎月84~87%程度で推移していましたが、2020年度は4月から12月は82~87%程度で推移し、2021年1月から3月は79~82%程度、4月から7月は81~85%程度、8月は78.9%に下がりました。その後持ち直しましたが、2022年1月は74.8%、そして2月は68.1%と悪化しました。2022年度も以下に示すように第何波と言われる流行期に指標値が低下していることがわかります。



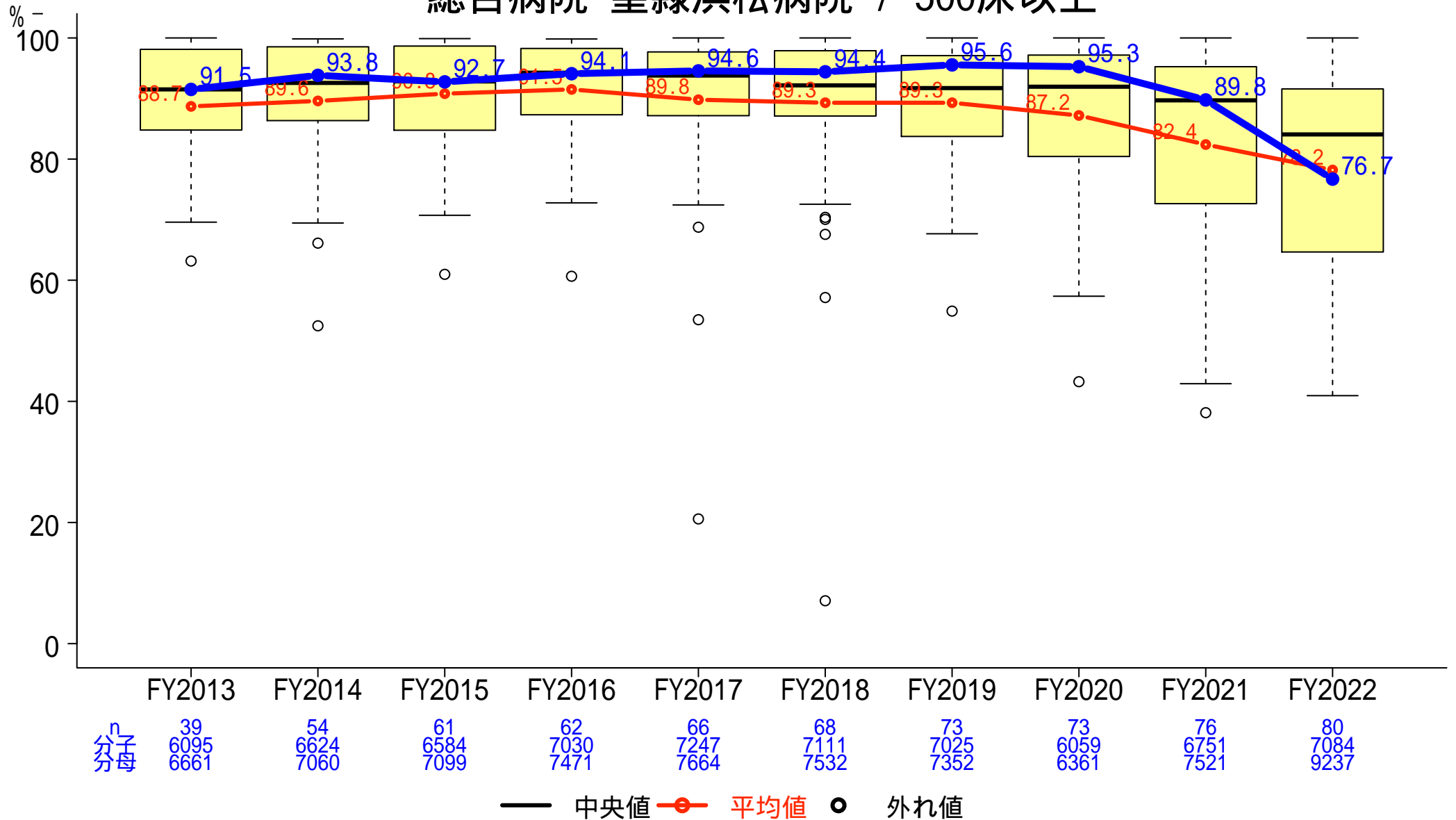
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
2. 厚生労働省:データからわかる-新規コロナウイルス感染症情報-人口10万人当たり新規陽性者数 (Internet: <https://covid19.mhlw.go.jp/> 2023/10/27 available)

# 一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数  
分母:救急車受け入れ要請件数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 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

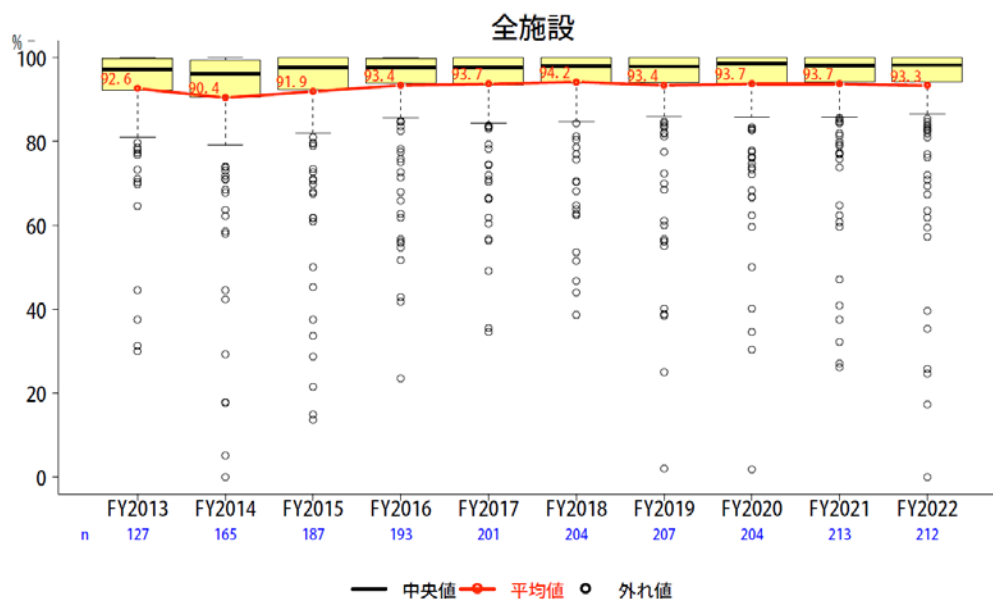
## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい



## 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは136施設で、提出割合は60.9% (212/348, 前年比-1.9)でした。1年間の結果は、平均値93.3% (前年比-0.4)、中央値98.2% (前年比-0.1)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比-26.0)でした。経時的に見ても、大きな変化はなく、提出施設の多くはよい結果を維持するフェーズに入っていると思われます。

本指標は、算出するための手順が多く2021年度実施したアンケートでも算出の難易度が高いと回答されている指標ですが、提出できていない約40%の施設は、算出が難しいから提出ができないのか、それとも対象となる特定の手術を行っていないのかは、切り分けて考える必要があります。

## 参考文献

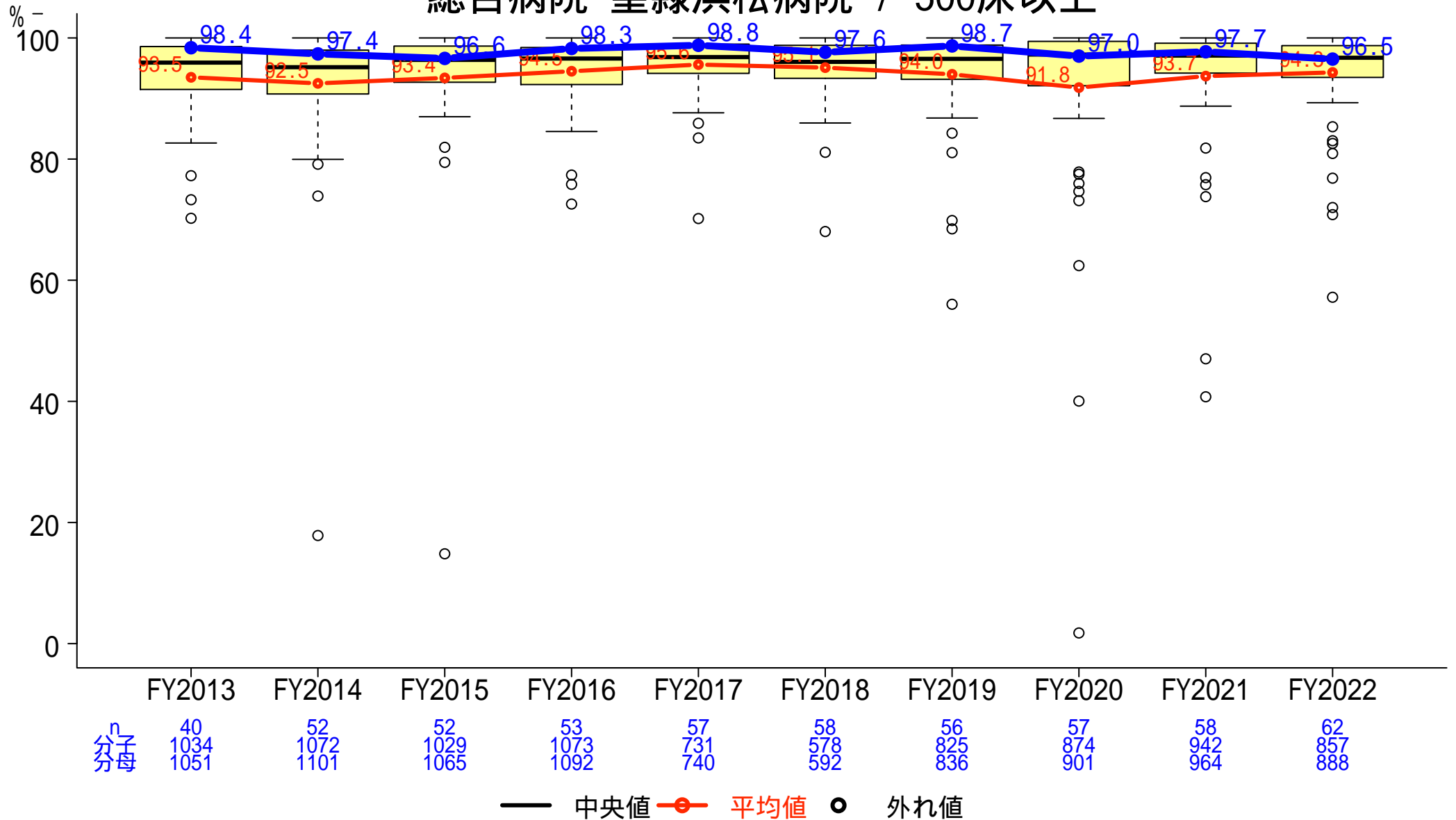
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM\\_v4\\_3a\\_PDF\\_10\\_2\\_2013.zip](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.

# 一般-14 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

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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## 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。術式は国内、国外のガイドラインの推奨グレードが異なることより、2019 年度から、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術を除いた、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術の 4 つを対象に変更しました。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、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

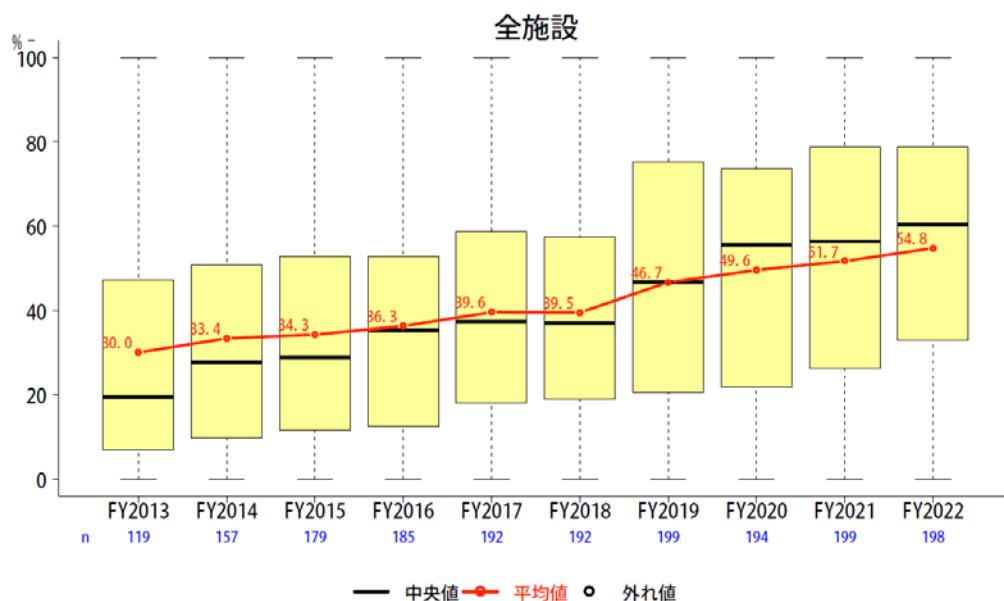
**収集期間:** 1ヶ月毎

### 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



## 考察

今回、提出がなかったのは150施設で、提出割合は56.9%(198/348, 前年比-1.6)でした。1年間の結果は、平均値54.8%(前年比+3.1)、中央値60.4%(前年比+4.0)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0)で、経時的に見ても、測定を開始した2013年度以降毎年改善し、2013年度と比べると24.8ポイント上昇しました。これは各施設が、改善活動を続けている結果と考えます。改善活動としては、アンケート結果を見ると、クリニカルパスの内容を改訂することが多くを占めています。

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、本指標も算出難易度が高い指標です。平成29年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」ではDPCデータを用いて算出を行いました。DPCデータでの算出と各施設算出の結果を比較検証したところ、DPCデータでの算出は値が低くなる結果となりました。理由としては、各施設で算出する場合は、24時間、48時間を正確に算出できますが、DPCデータでは+1日、+2日で算出となるためと考えます。そのため、現状をきちんと反映できていないことになり、DPCデータを用いた算出には置き換えられないことで決定しました。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip)  
2016/10/15 available)

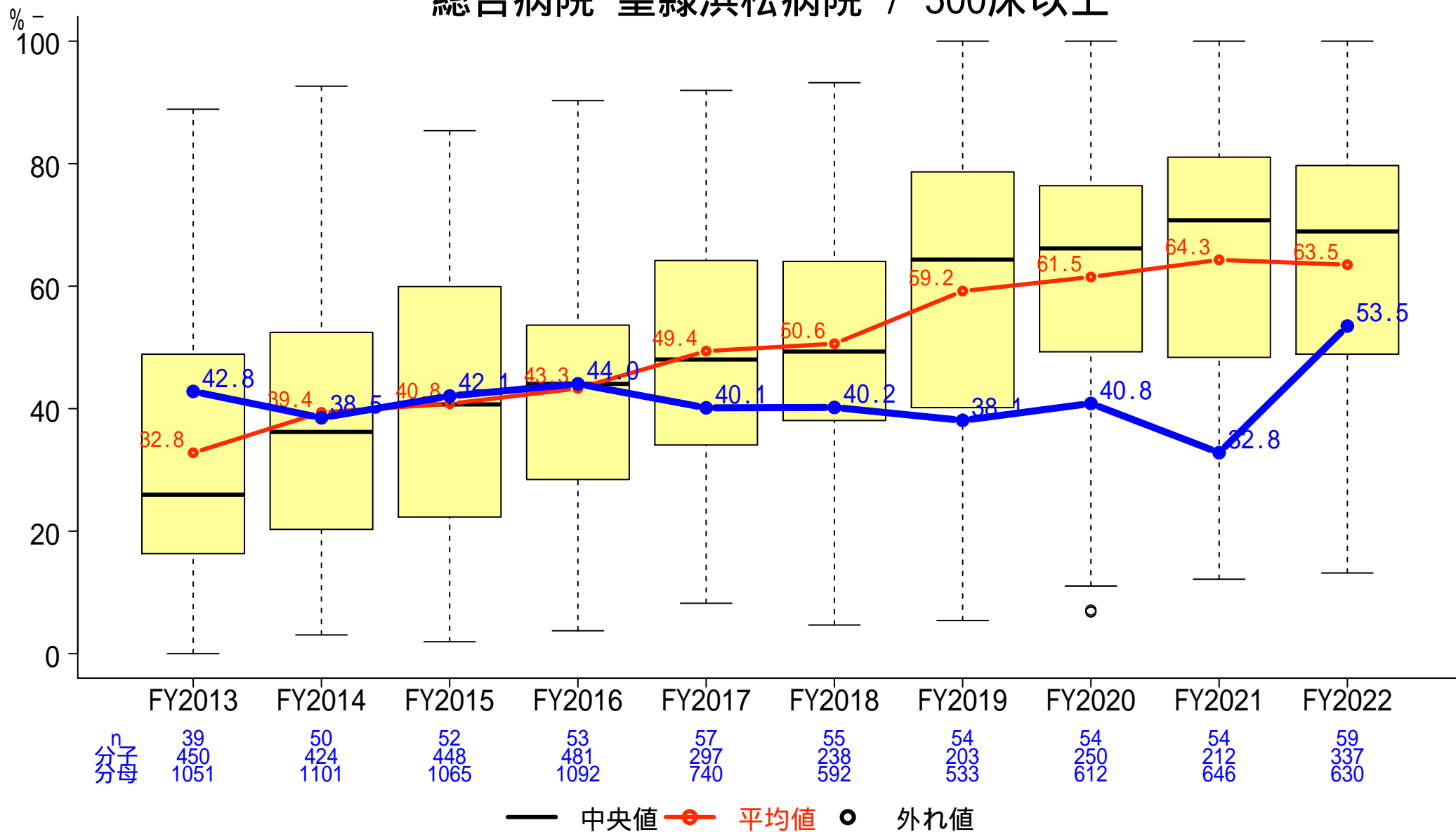
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection,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

# 一般-15 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## 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

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

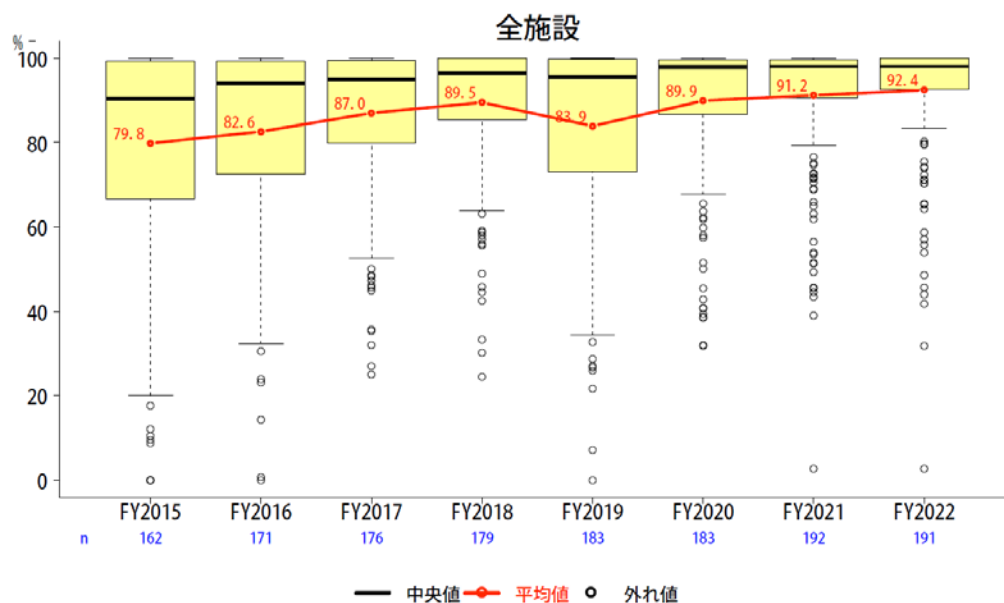
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい



## 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは157施設で、提出割合は54.9% (191/348, 前年比-1.6) でした。1年間の結果は、平均値92.4% (前年比+1.2)、中央値98.0% (前年比±0)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値2.7% (前年比+0.1) でした。経時的に見ると、測定を開始した2015年度から2018年度までは年々改善していましたが、2019年度に下がり、2020年度以降、また改善してきています。2015年度と比べると、全体のばらつきも少なくなってきました。

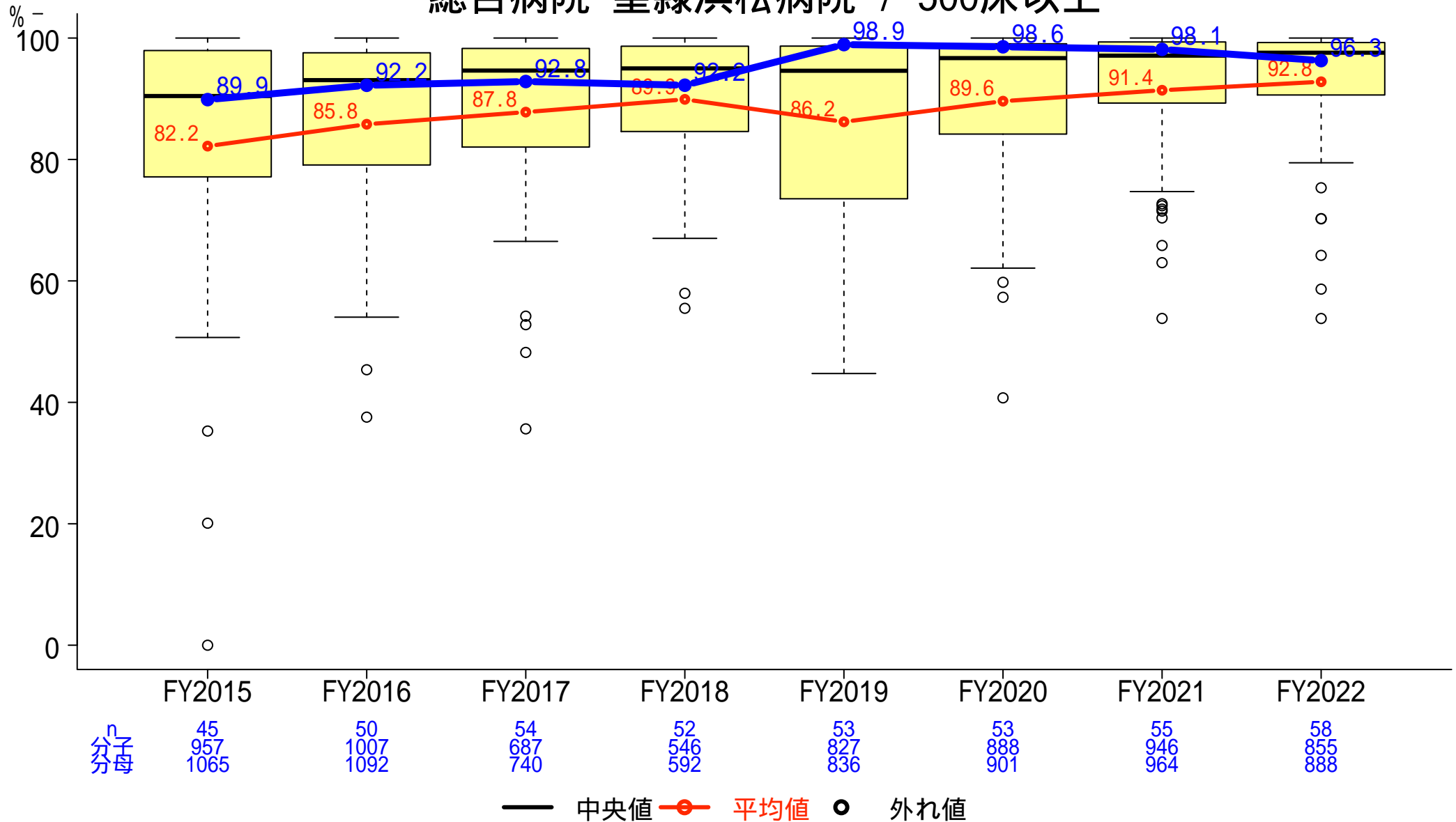
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip) 2016/10/15 available)

# 一般-16 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

## No.14-b 65歳以上の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%未満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%未満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一つであるとされていました。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、低血糖を感じて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”であると考えます。したがって、すべての患者において、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。

実際、約10年前から国内外の診療ガイドラインでは血糖コントロール値の個別化を推奨しており、低血糖を起こしやすい高齢者や腎機能低下者、インスリン使用者ではHbA1cを7.5%未満に下げないことも推奨されています。

**分子:** No.14-a HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

No.14-b HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数

**分母:** No.14-a 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)

No.14-b 糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上の外来患者数

(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65歳以上の患者)

**分母除外:** 運動療法または食事療法みの糖尿病患者

**収集期間:** 3ヶ月毎

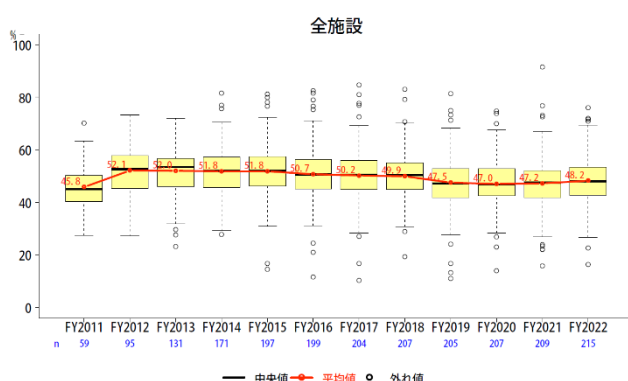
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

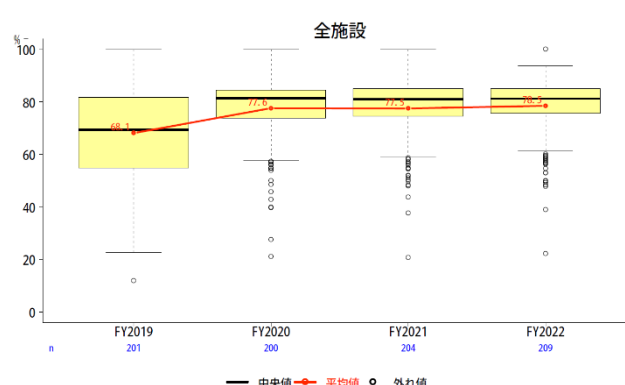
より高い値が望ましい

## 結果

### 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%



### 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%



## 考察

### <No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%>

今回、提出がなかったのは133施設で、提出割合は61.8% (215/348, 前年比+0.7) でした。1年間の結果は、平均値48.2% (前年比+1.0)、中央値48.1% (前年比+0.6)、最大値75.9% (前年比-15.6)、最小値16.4% (前年比+0.8) で、経時的に見ると、2012年度、2013年度頃がピークで、徐々に下降しています。これは、前述したように、患者個々に合わせた治療を行っていることが影響していると考えます。しかし、大きな下降をしているわけではなく、同水準を維持していることは、各施設の努力であると考えます。

### <No.14-b 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%>

今回、提出がなかったのは139施設で、提出割合は59.7% (209/348, 前年比+0.4) でした。1年間の結果は、平均値78.5% (前年比+1.0)、中央値81.3% (前年比+0.2)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値22.3% (前年比+1.5) でした。2019年度は一部定義が適切ではない部分があり、提出データにばらつきが生じました。そのため、2020年度以降が、真の指標値と言えます。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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)

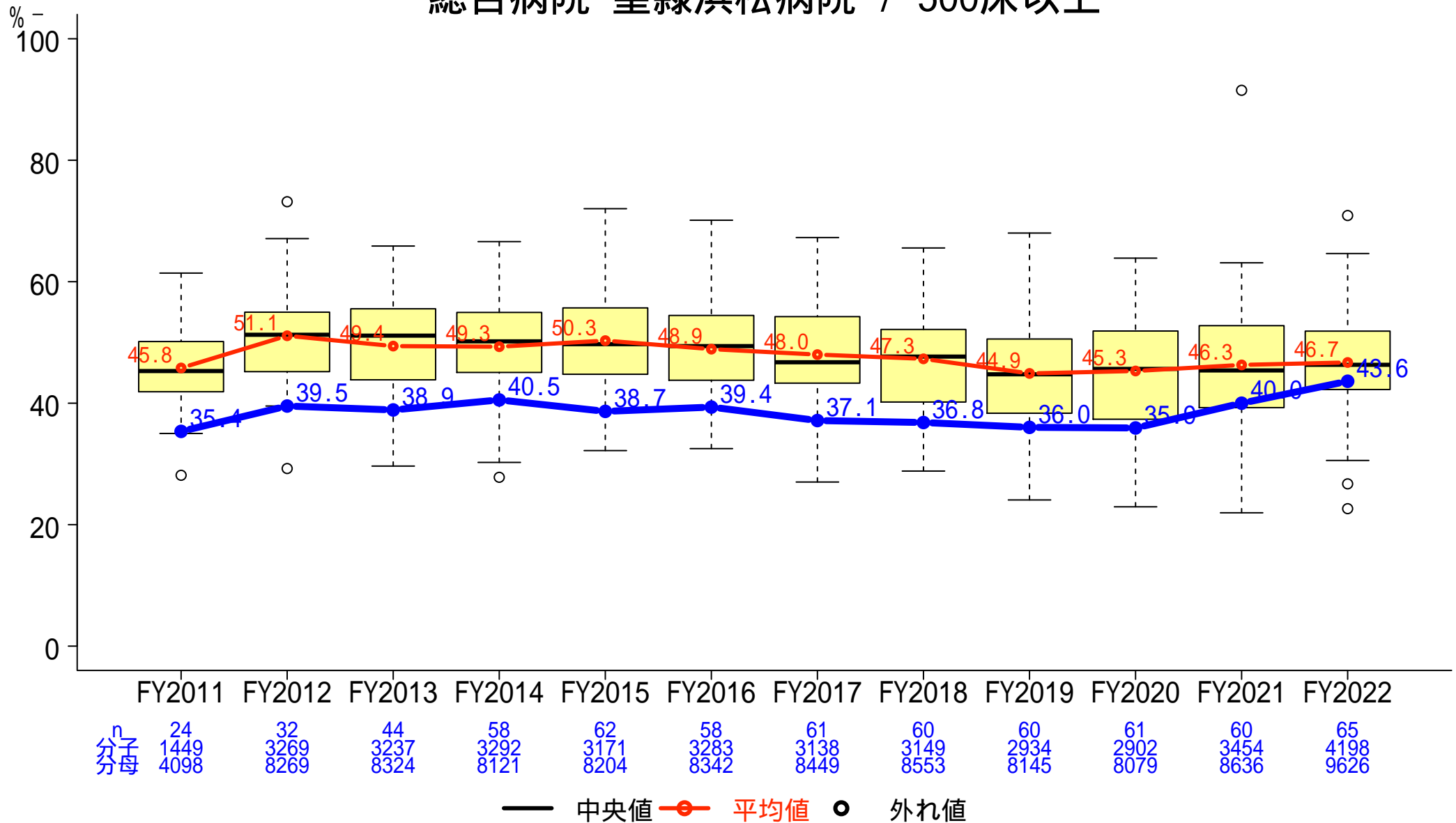
4. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National Healthcare Quality & Disparities Report (Internet: <http://nhqrnet.ahrq.gov/nhqrdr/jsp/nhqrdr.jsp#snhere#snhere> 2016/10/15 available)
5. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
6. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第16版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
7. 日本糖尿病学会と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.

# 一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

分子:HbA1c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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

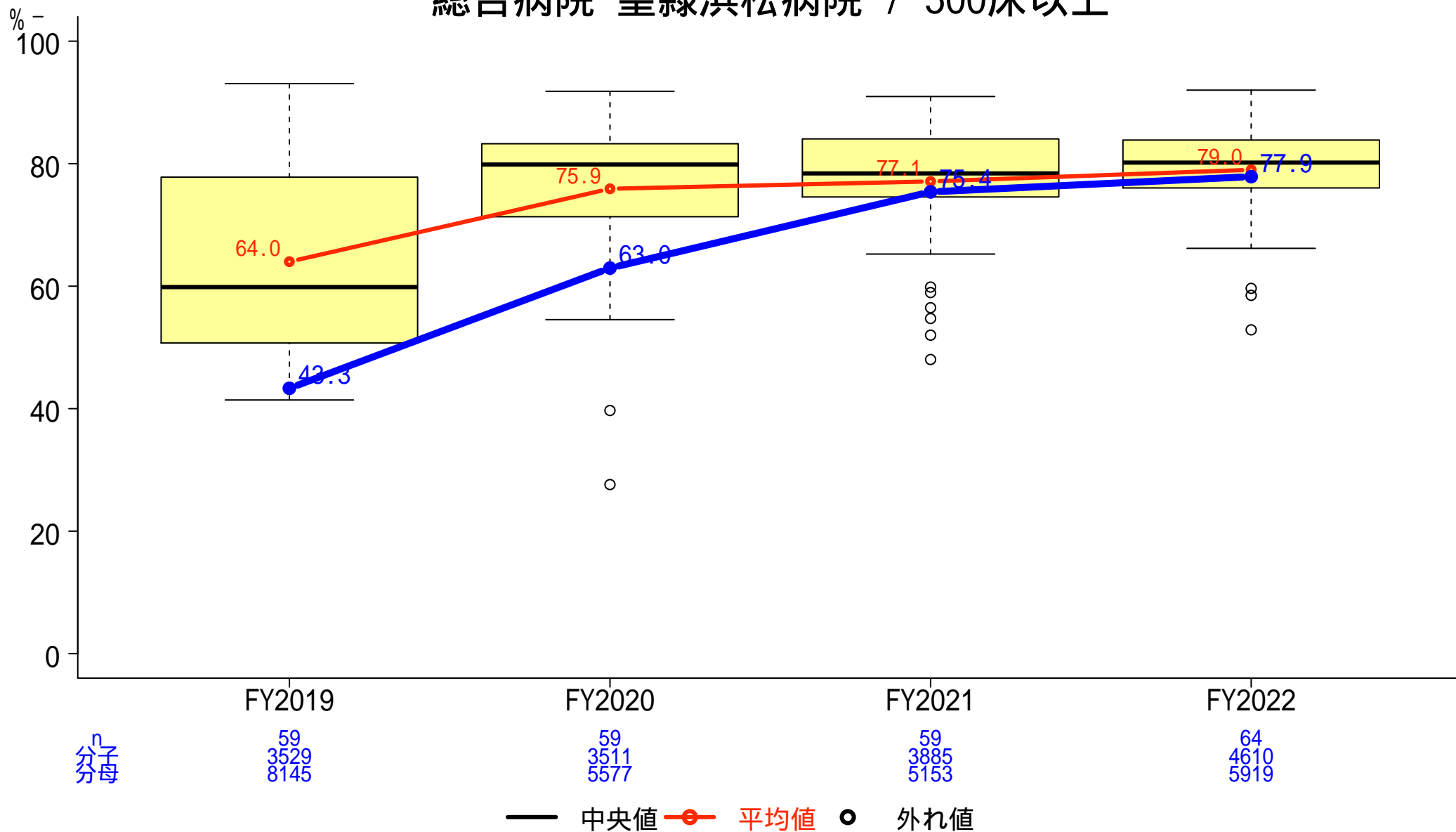


# 一般-18 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.17 脳梗塞(TIA 含む)患者のうち入院2日目までに抗血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、アルテプララーゼ投与後 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一部の抗凝固療法(オザグレレルナトリウム)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

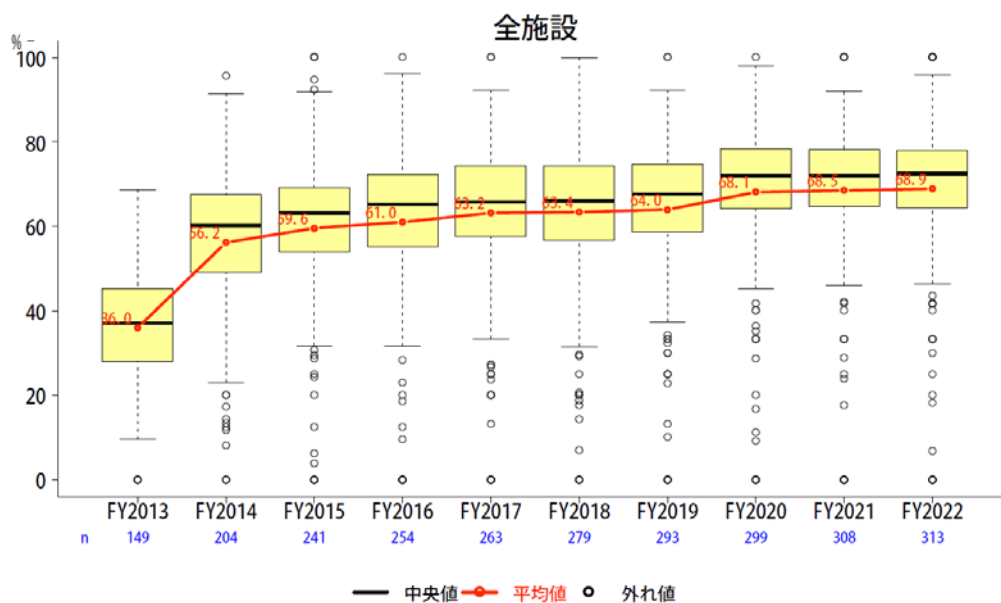
## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい



## 結果



## 考察

1年間の結果は、平均値 68.8% (前年比+0.2)、中央値 72.2% (前年比+0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 32.9 ポイントと大きな改善が見られました。特定の疾患に対する薬物治療の指標はプロセスに該当するため、改善がしやすい指標の一つです。

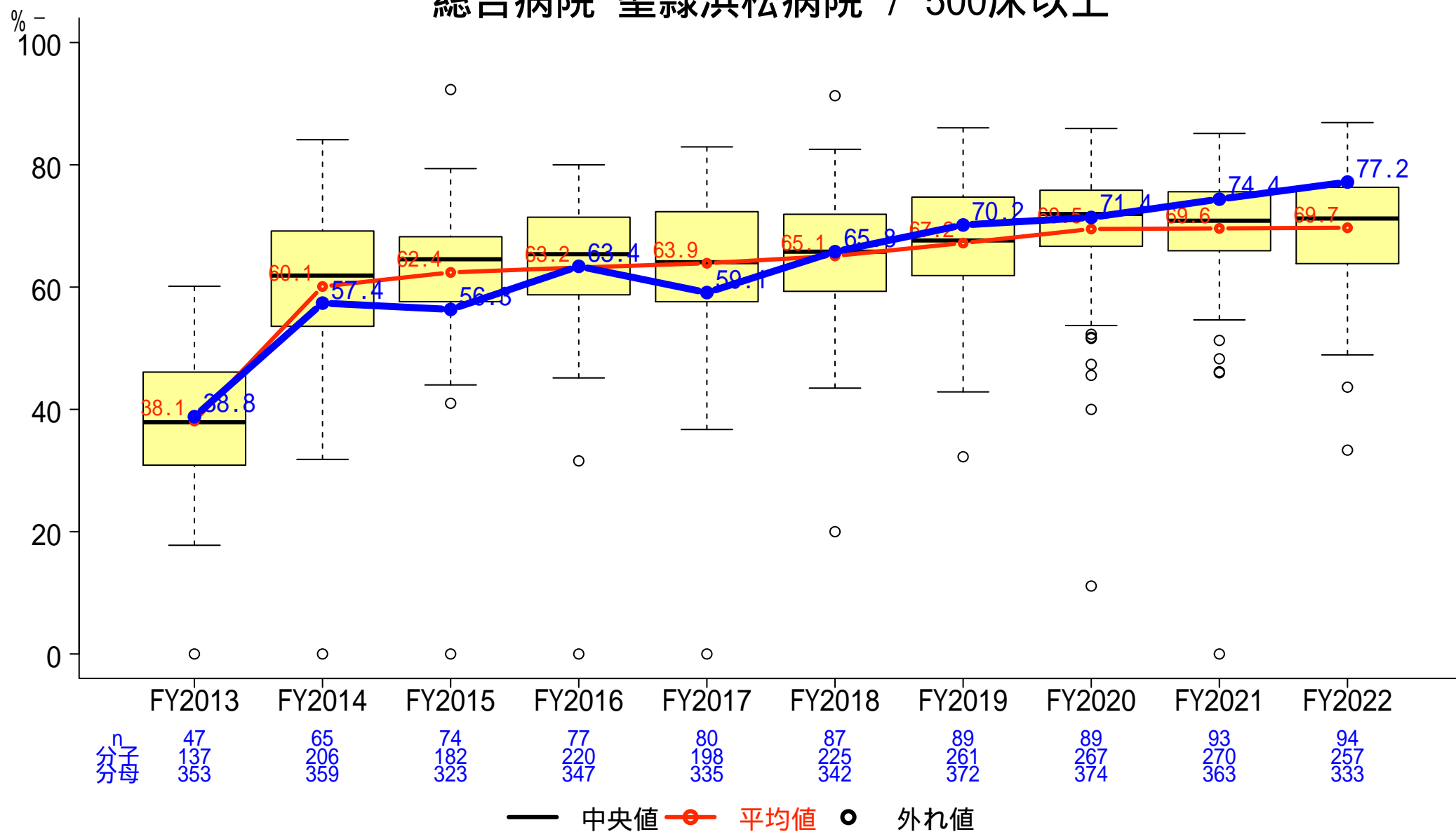
## 参考文献

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.
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標  
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数  
 分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.18 脳梗塞(TIA 含む)患者における抗血小板薬 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、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

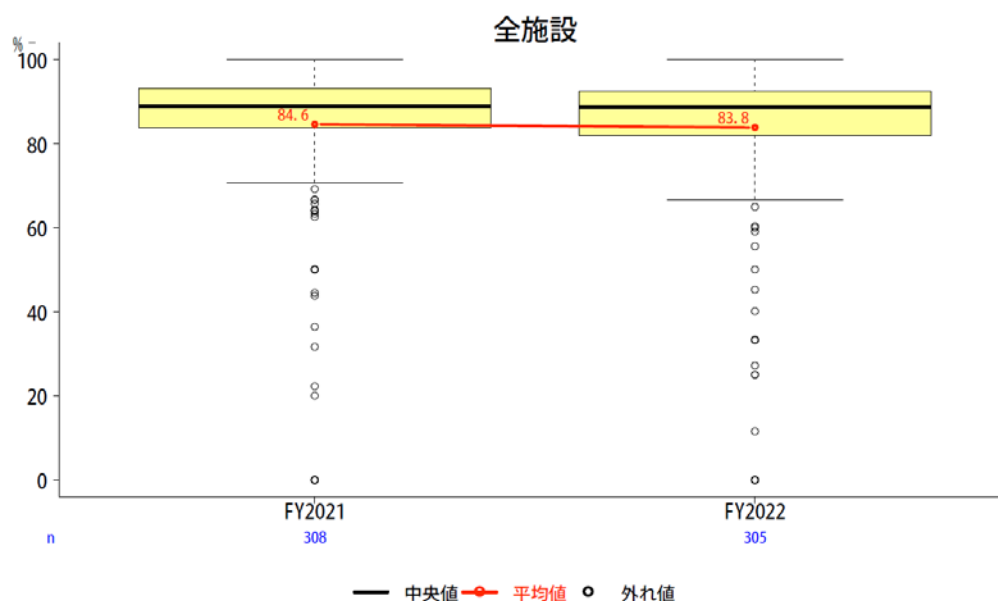
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

## 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 83.5% (前年比-1.1)、中央値 88.7% (前年比-0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2020年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、2021年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

## 参考文献

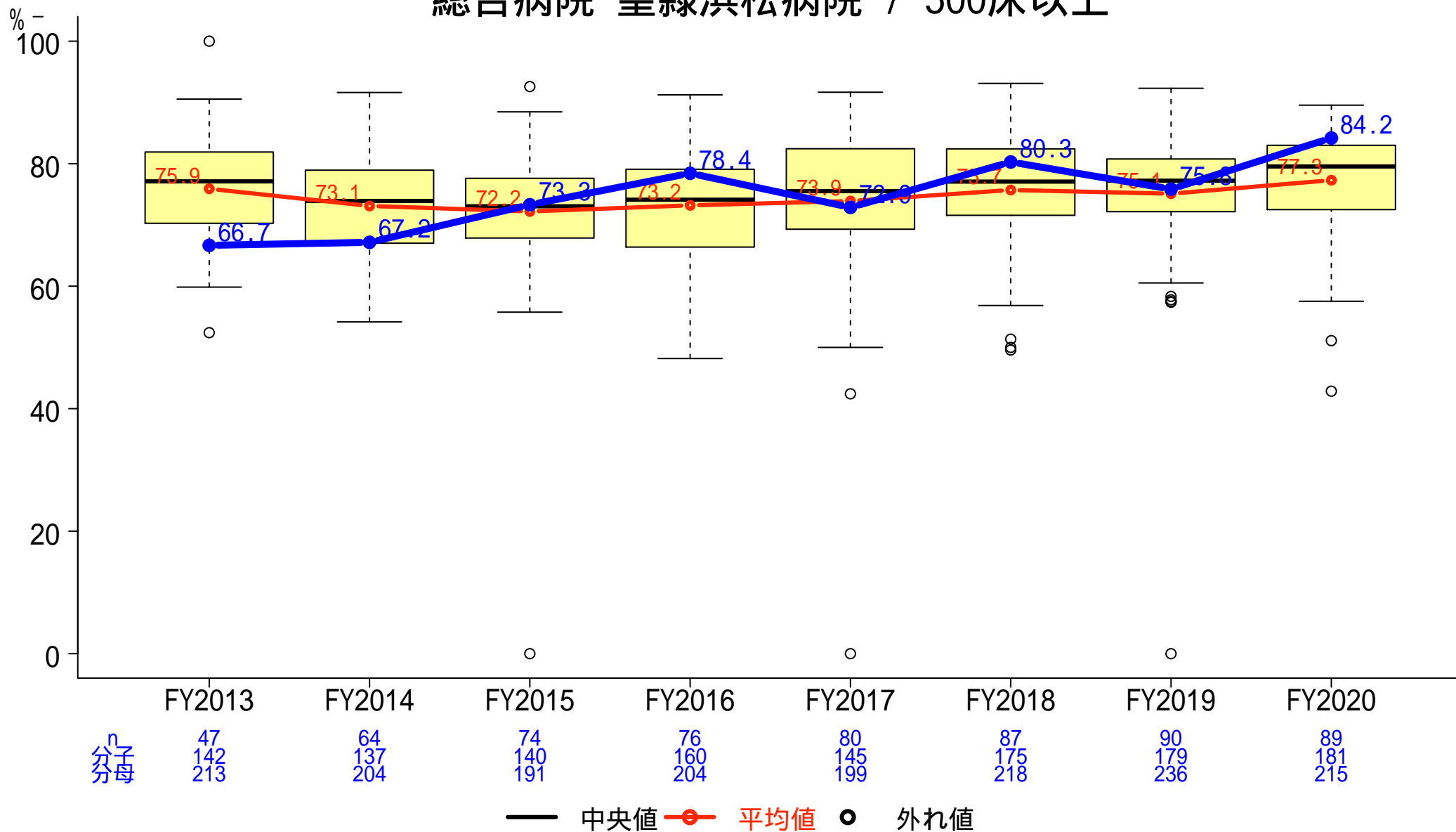
1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. 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 2020 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 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標  
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-20 脳梗塞(TIA含む)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:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

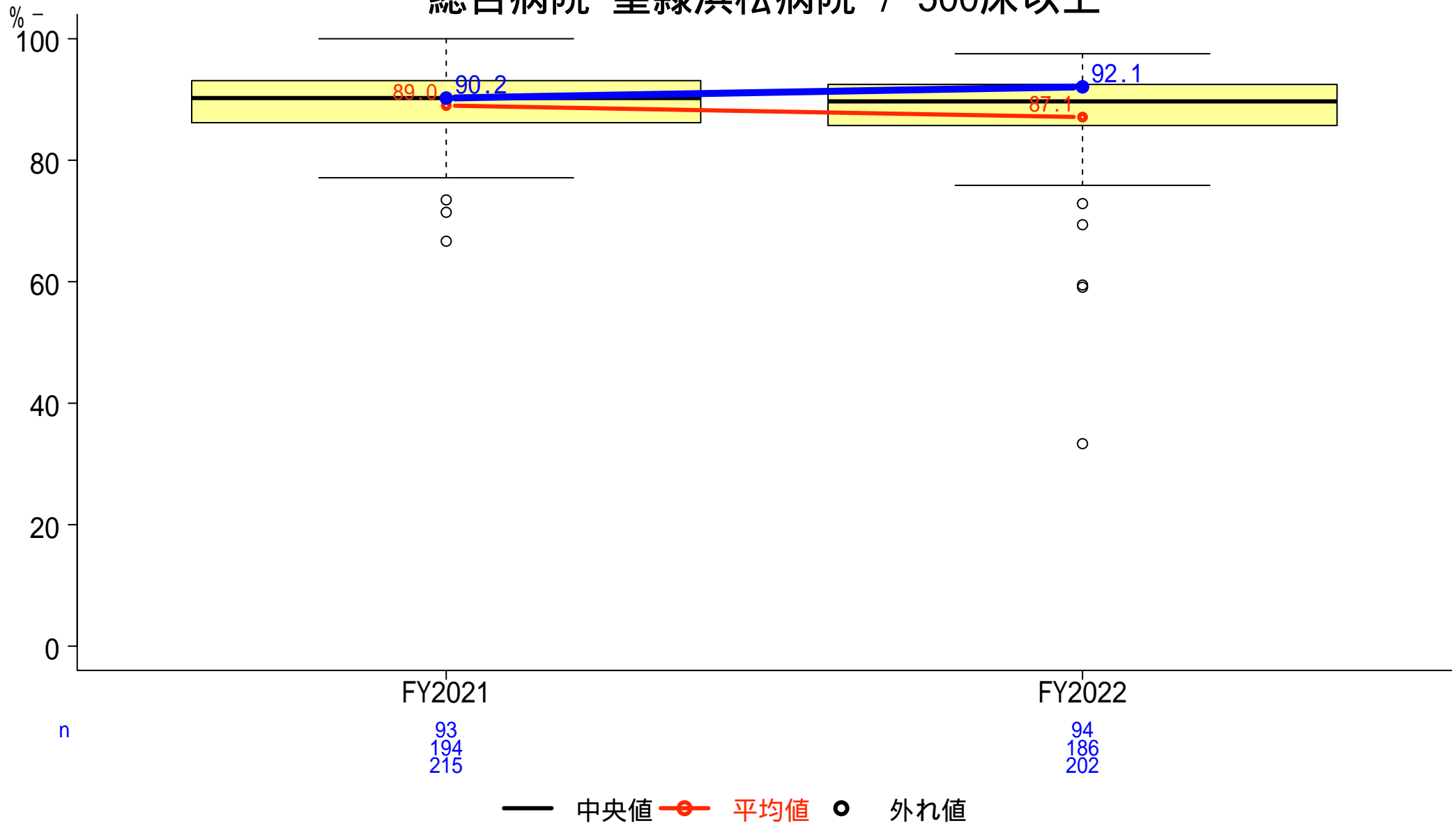


# 一般-21 脳梗塞(TIA含む)患者への抗血小板薬処方割合

分子: 抗血小板薬を処方された患者数

分母: 18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.20 心房細動を伴う脳梗塞(TIA 含む)患者への 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(2009、2015、2021)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めます。「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、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

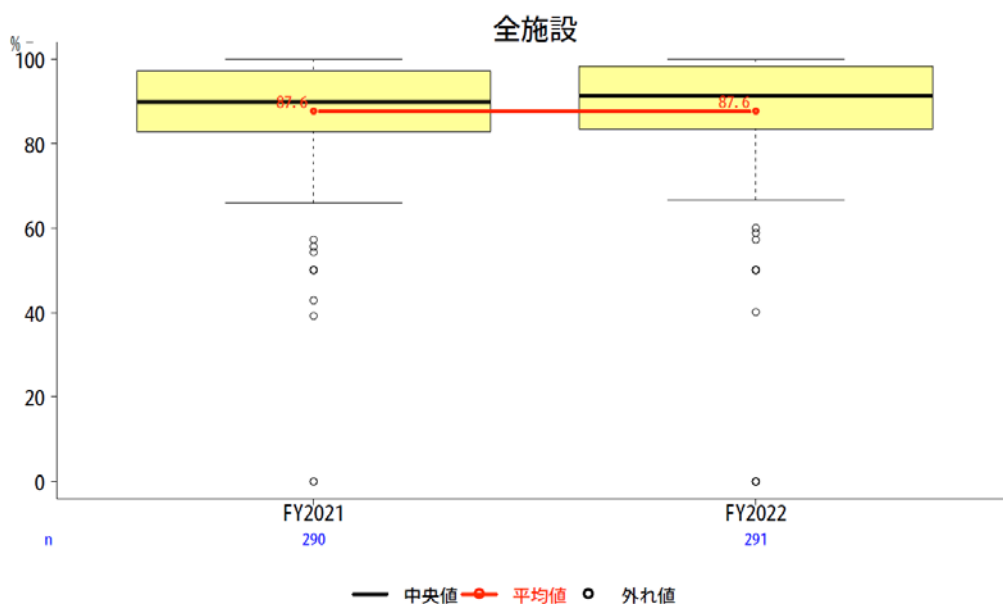
使用データ DPC様式1、Fファイル、EFファイル

## 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 87.6% (前年比±0)、中央値 91.9% (前年比+2.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2020年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、2021年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

## 参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン」日本脳卒中学会 (2009、2015、2021)
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 2020 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 978-4-89996-433-9
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

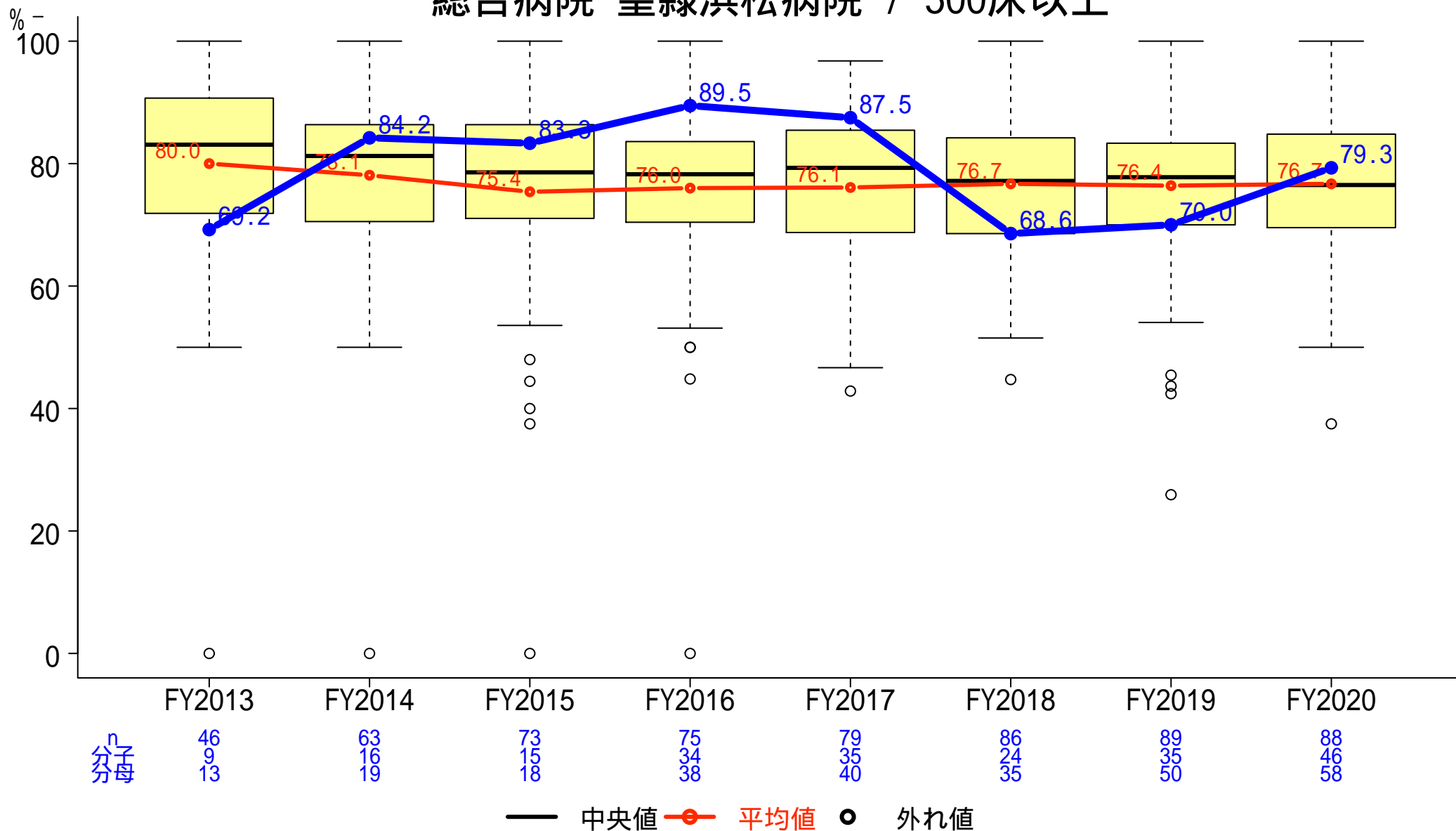


# 一般-22 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への退院時抗凝固薬処方割合

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数

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

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

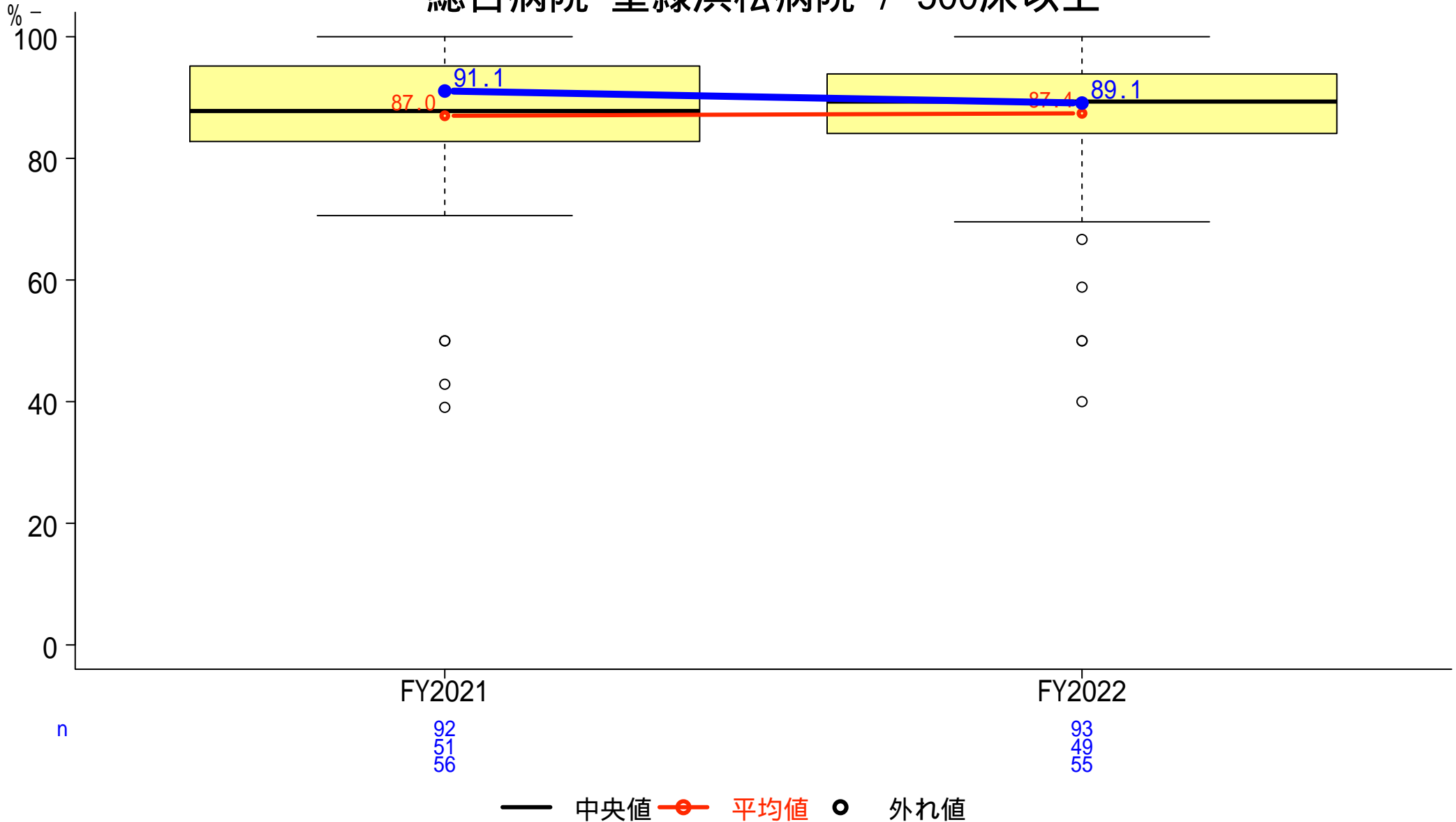


# 一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数

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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.19 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

## 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、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

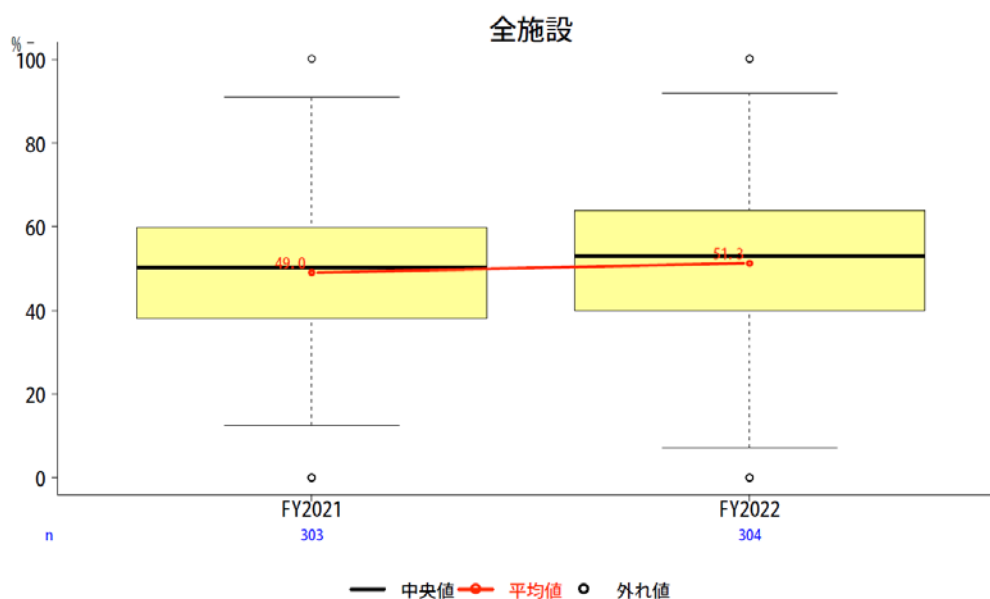
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 51.2% (前年比+2.2)、中央値 52.9% (前年比+2.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2020年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、2021年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

## 参考文献

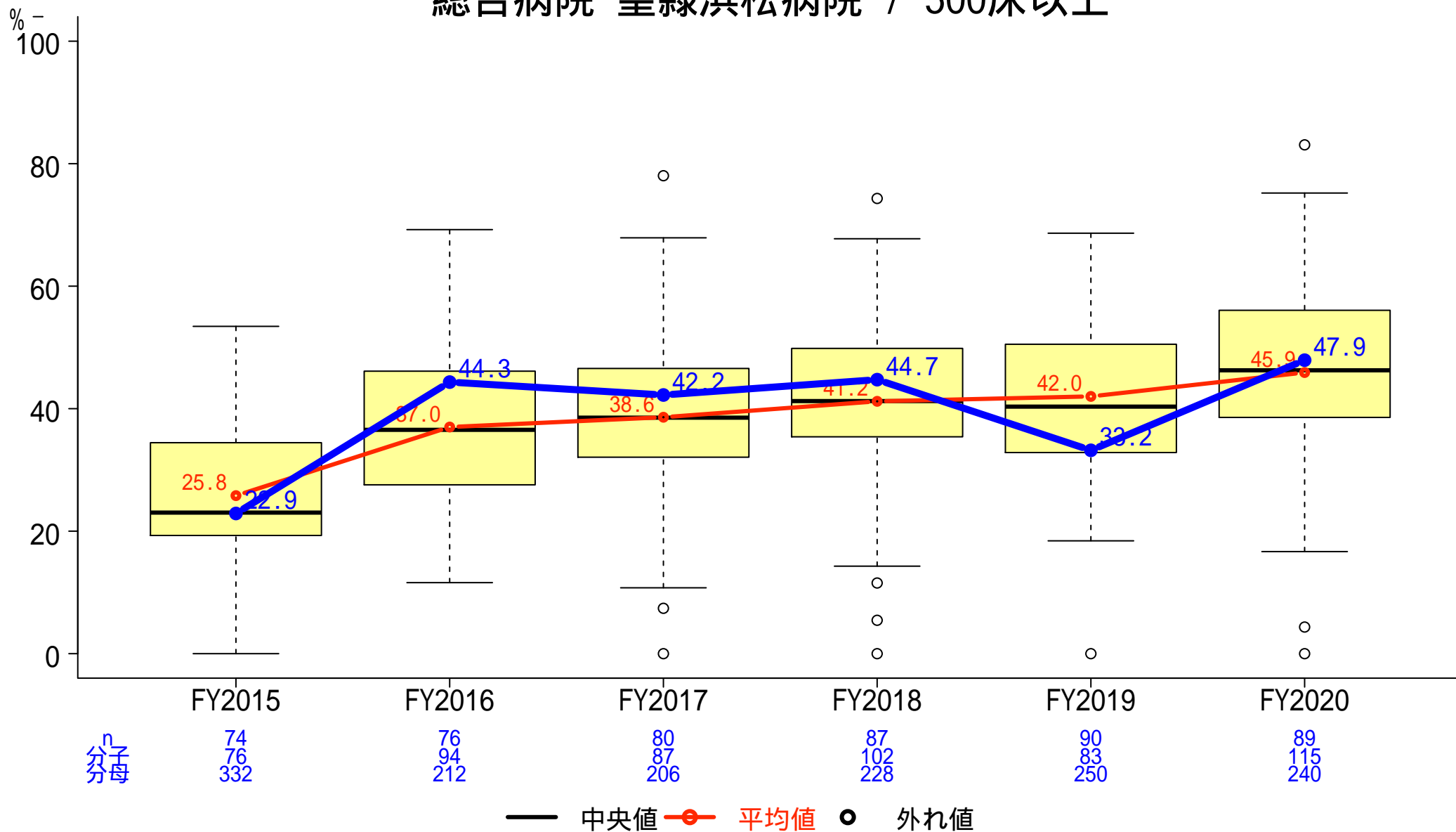
1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. 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 2020 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 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標  
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-24 脳梗塞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

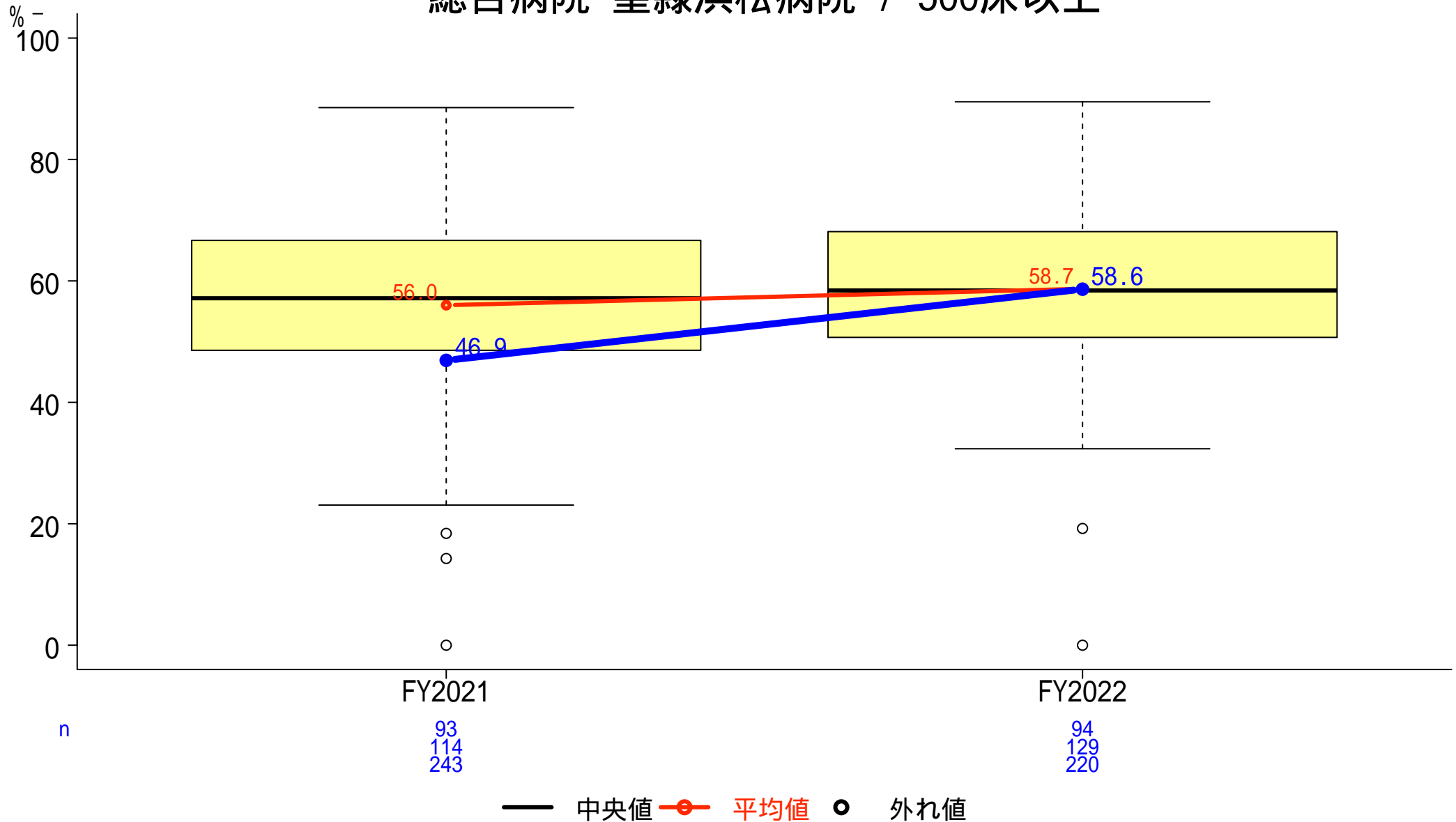
総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子: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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.21 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、機能予後をよくなり、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ることが望まれます。

分子： 分母のうち、入院後早期 (3 日以内) に脳血管リハビリテーションが行われた症例数

分母： 18 歳以上の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

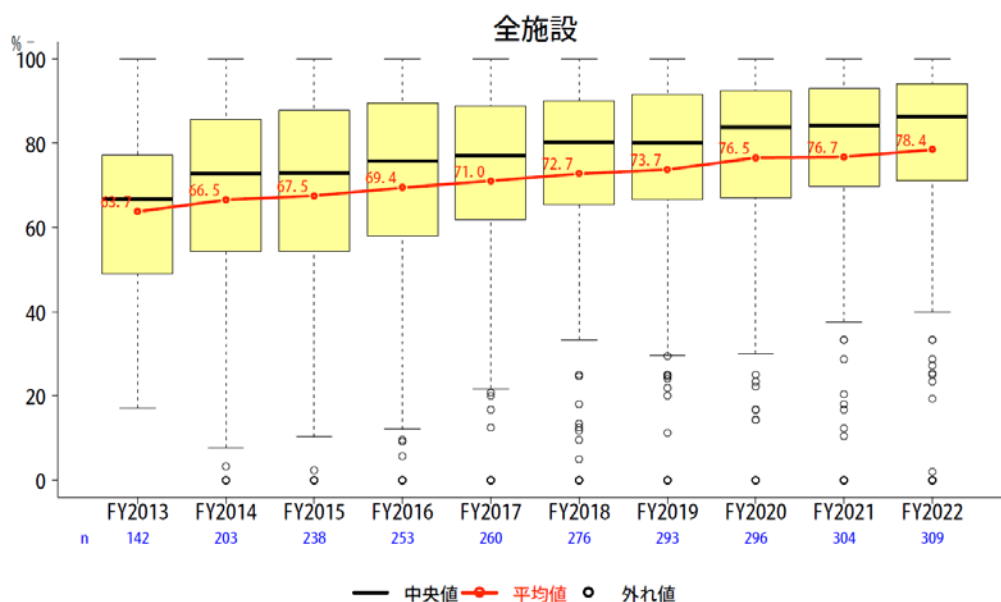
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 78.5% (前年比+1.8)、中央値 86.0% (前年比+1.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2013年度の測定開始以降、毎年改善している指標です。

改善活動を行った施設からは、

- ✓ 医師の早期リハビリテーションに関する意識向上
- ✓ 脳血管チーム設立
- ✓ 土曜日のリハビリテーション対応

といった内容が改善に寄与したと報告されています。

## 参考文献

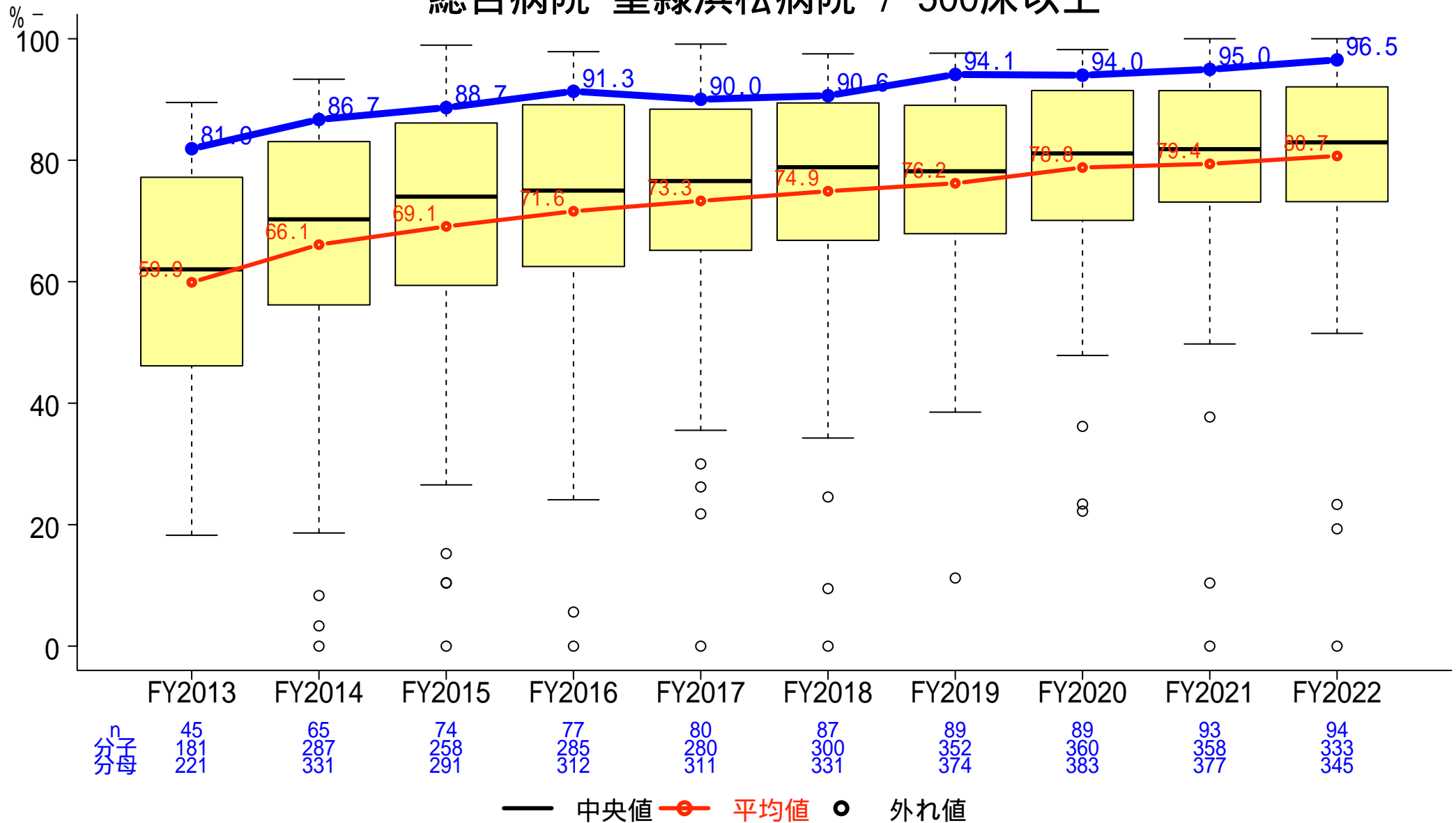
1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM\\_v4\\_3a\\_PDF\\_10\\_2\\_2013.zip](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip) 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
4. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>



# 一般-26 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.22 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ができます。

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

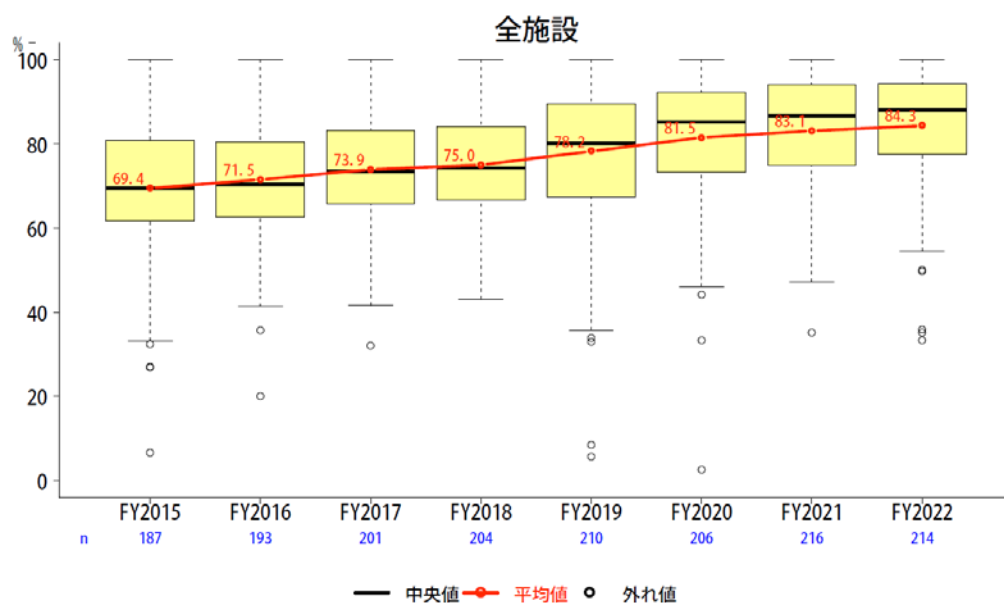
収集期間: 1ヶ月毎

### 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



## 考察

1 年間の結果は、平均値 84.3% (前年比+1.2)、中央値 88.0% (前年比+1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 33.3% (前年比-1.8) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 14.9 ポイントと大きな改善が見られました。

統合指標のため、「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」「特定術式における術後 24 時間以内 (心臓手術は 48 時間) の予防的抗菌薬投与停止率」「特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率」が改善すると比例して改善する指標です。

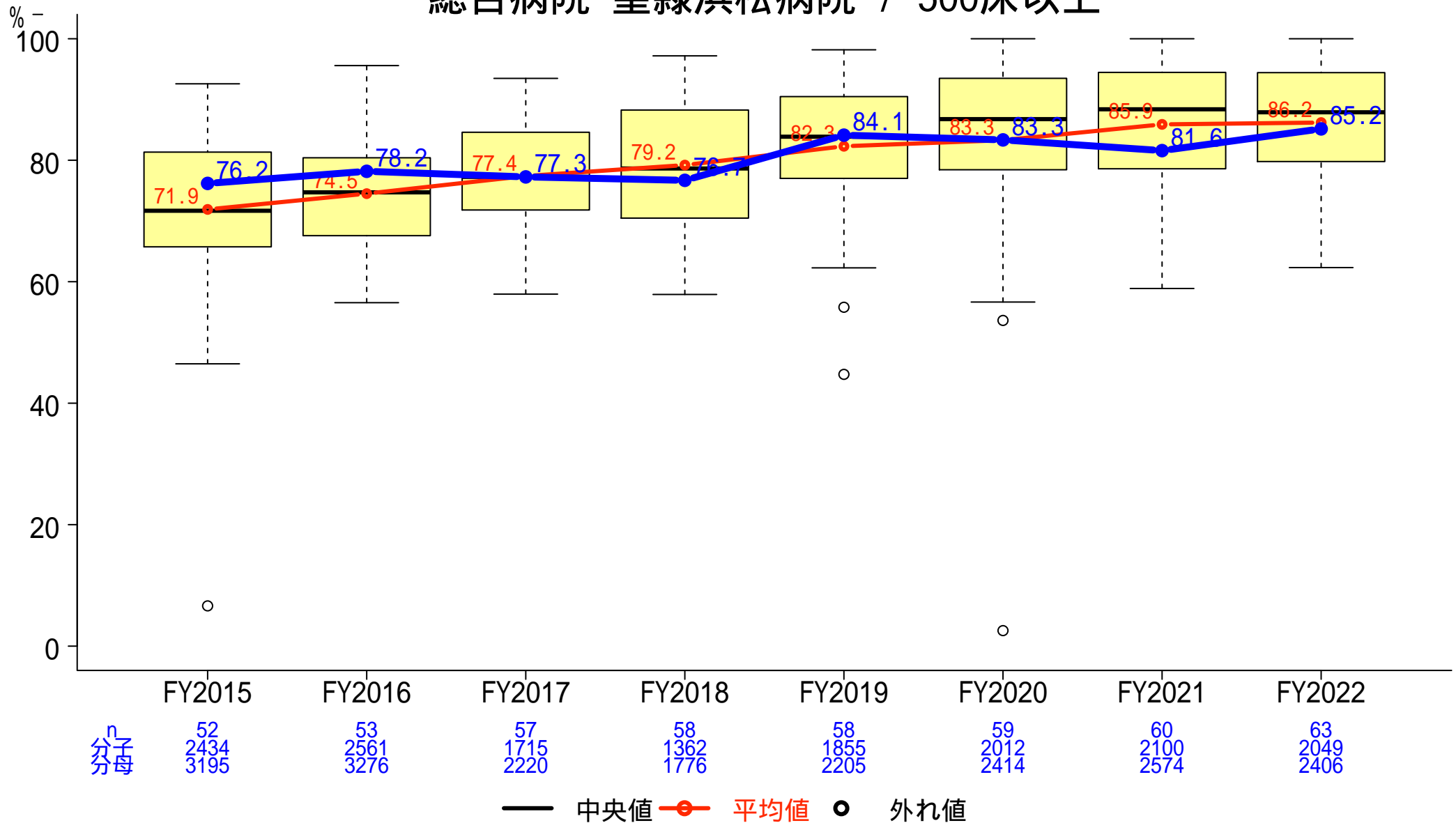
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9

# 一般-27 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## No.23 統合指標 (Composite Measures)

### 【脳梗塞】

#### 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ができます。

分子: 指標 No.17,18,19,20,21 の分子の合計

分母: 指標 No.17,18,19,20,21 の分母の合計

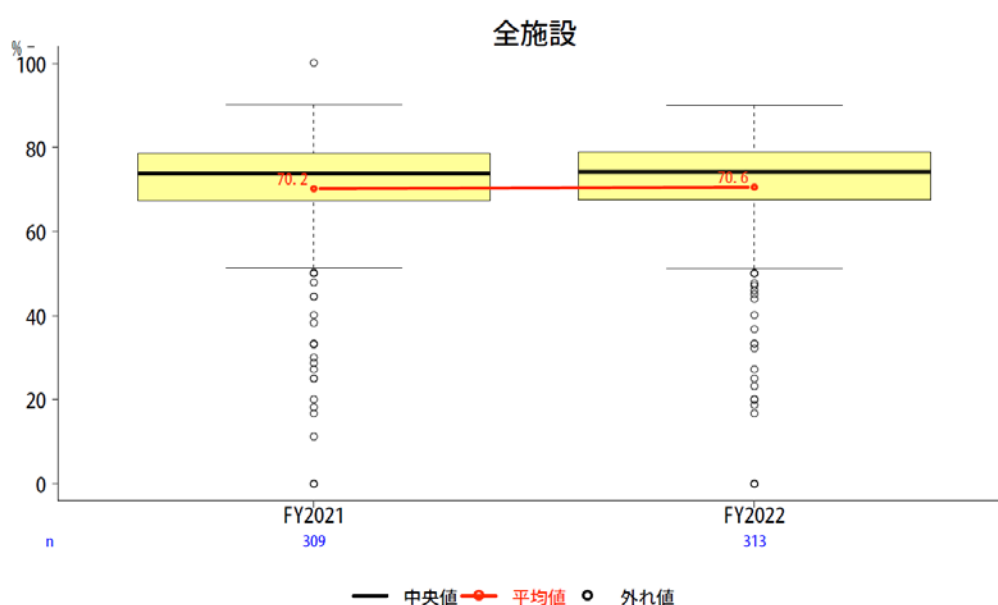
収集期間: 1ヶ月毎

#### 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 70.6% (前年比+0.4)、中央値 74.2% (前年比+0.3)、最大値 90.0% (前年比-10.0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

統合指標のため、「脳梗塞 (TIA 含む) 患者のうち第 2 病日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」「脳梗塞 (TIA 含む) 患者における抗血小板薬処方割合」「脳梗塞患者におけるスタチン処方割合」「心房細動を伴う脳梗塞 (TIA 含む) 患者への抗凝固薬処方割合」「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」が改善すると比例して改善する指標です。

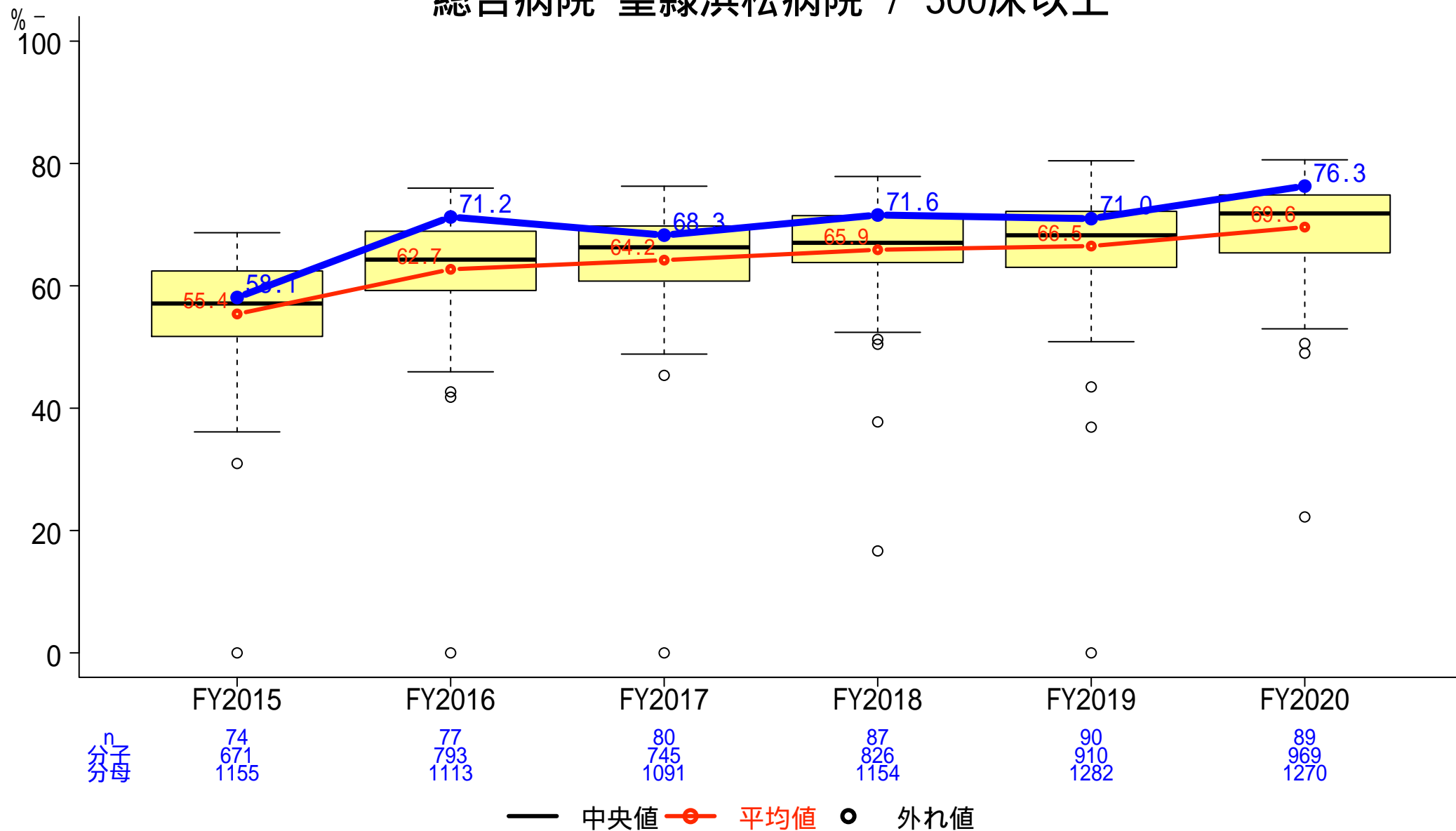
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9

# 一般-28 総合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計  
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

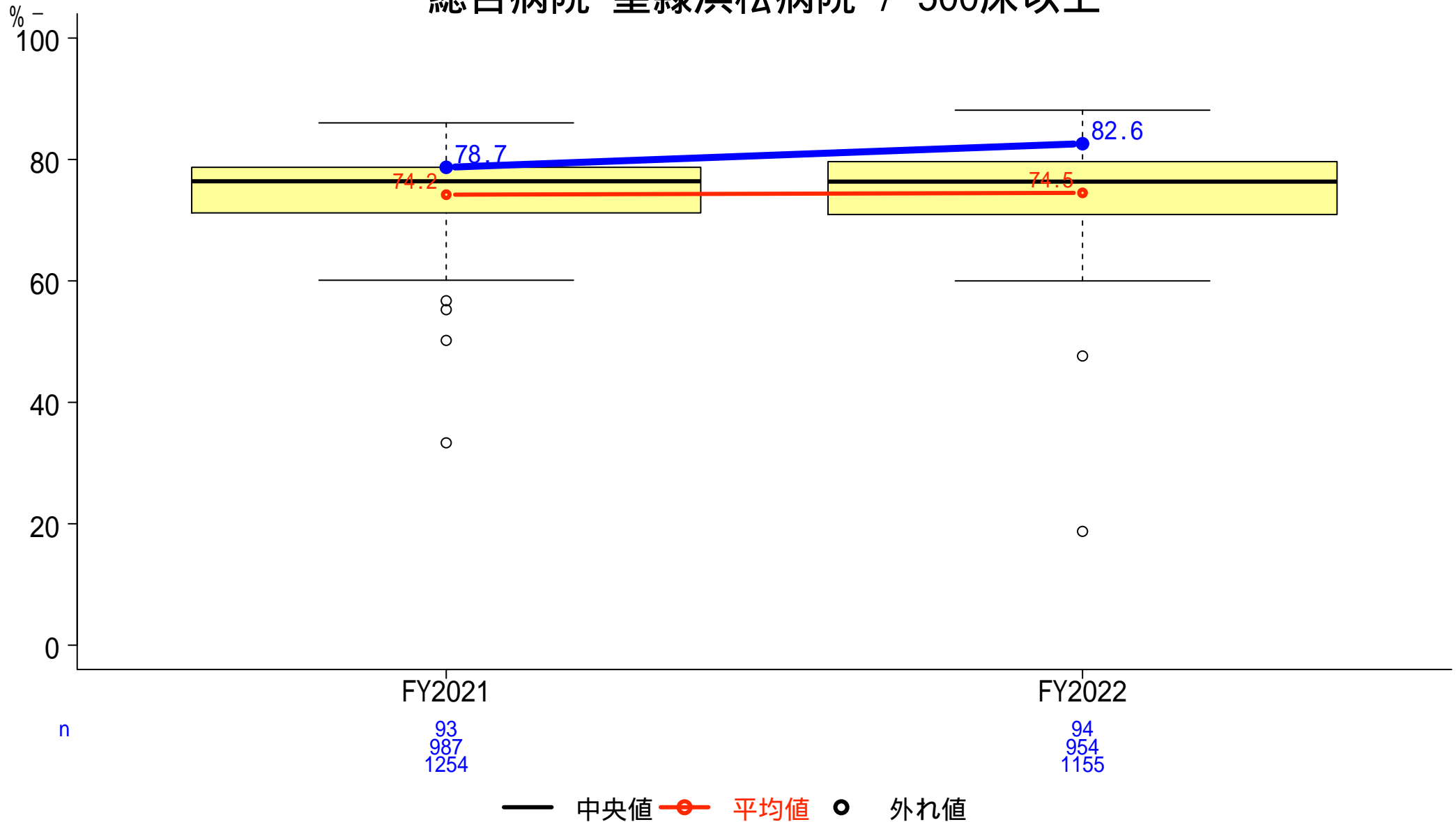
総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 一般-29 総合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計  
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上





# No.26 糖尿病・慢性腎臓病を依存症に持つ患者への栄養管理実施割合

## 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

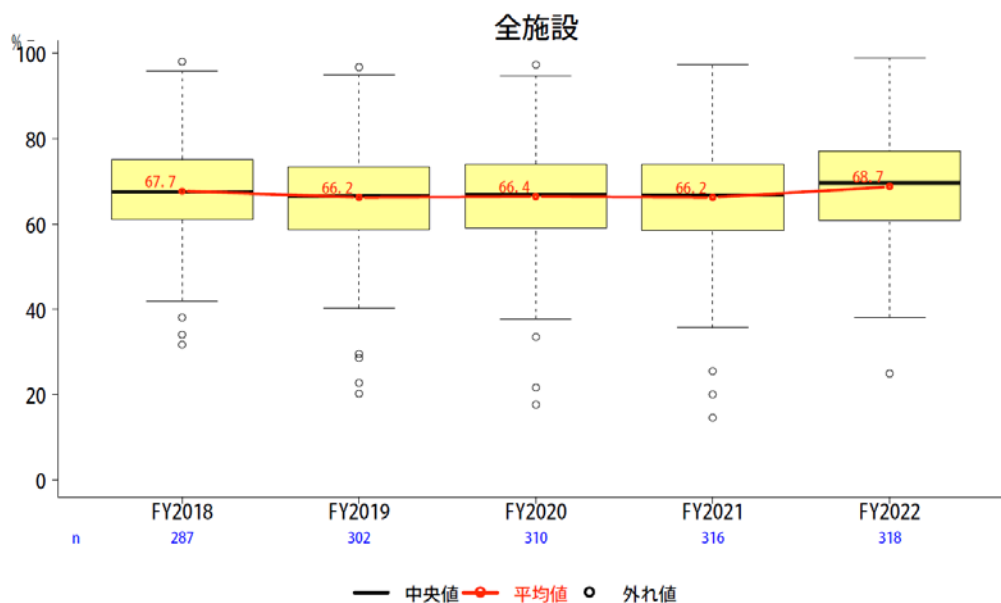
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

## 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



## 考察

1 年間の結果は、平均値 68.6% (前年比+2.4)、中央値 69.3% (前年比+2.5)、最大値 99.0% (前年比+1.8)、最小値 24.9% (前年比+10.3) でした。測定を開始した 2018 年度以降、大きな変化はありませんが、まだばらつきの大きい指標の一つです。

## 参考文献

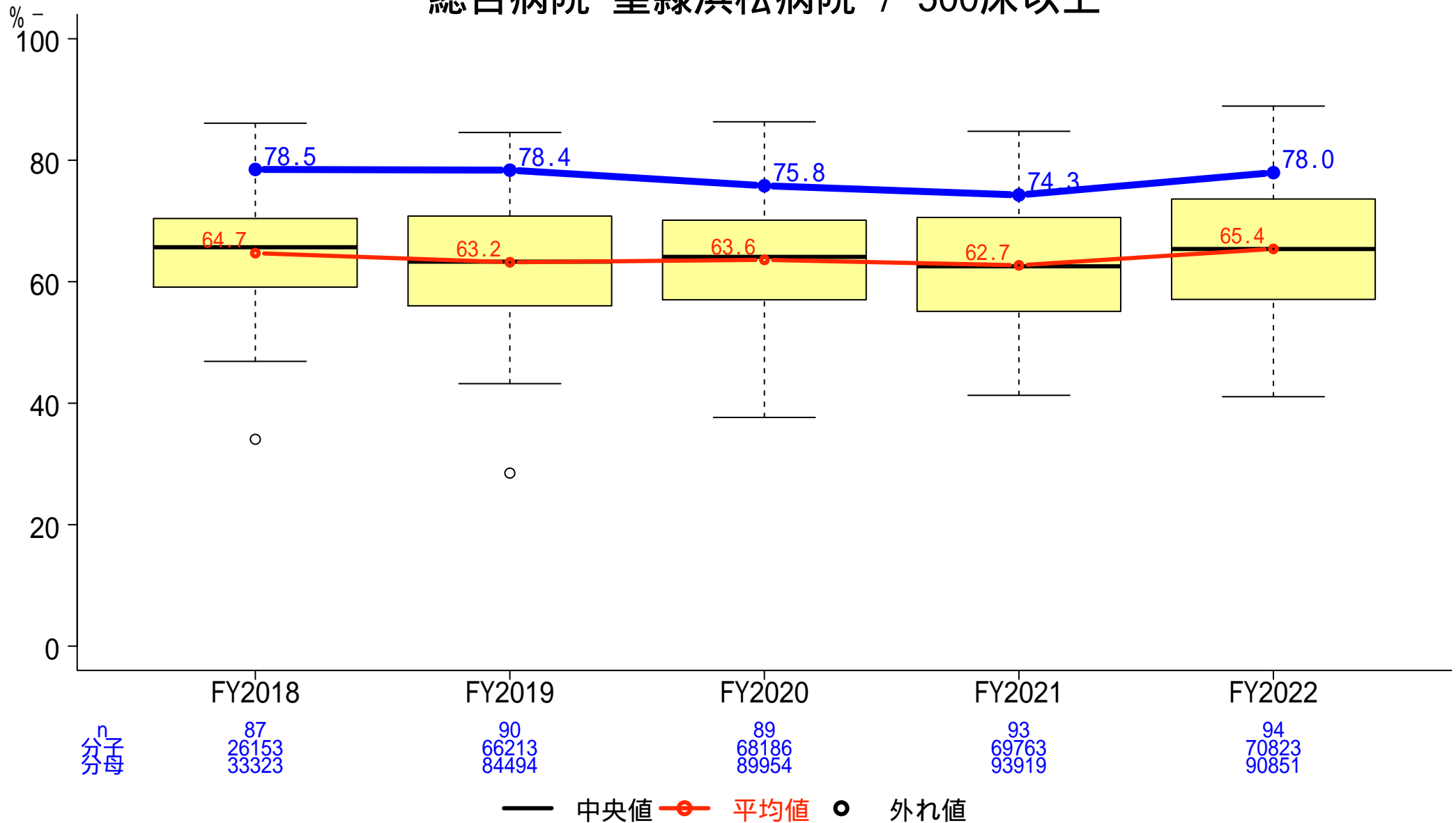
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標  
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-30 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

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



No.27-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

No.27-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

No.27-c 血液培養実施時の2セット実施率

#### 指標の説明・定義

広域抗菌薬は、使用前までの最近培養検査、投与開始時の血液培養検査は、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。

※本指標は特定機能病院では算出除外（微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれるため）

#### <No.27-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.27-b>

分子	分母のうち投与開始初日までに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	Fファイル、EFファイル

#### <No.27-c>

分子	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数（人日）
分母	血液培養オーダ日数（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

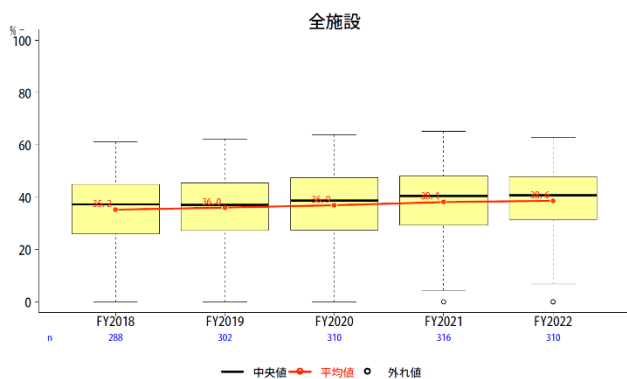
#### 指標の種類・値の解釈

プロセス

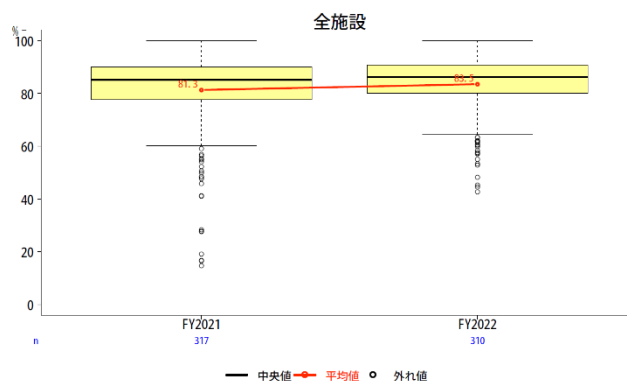
より高い値が望ましい

## 結果

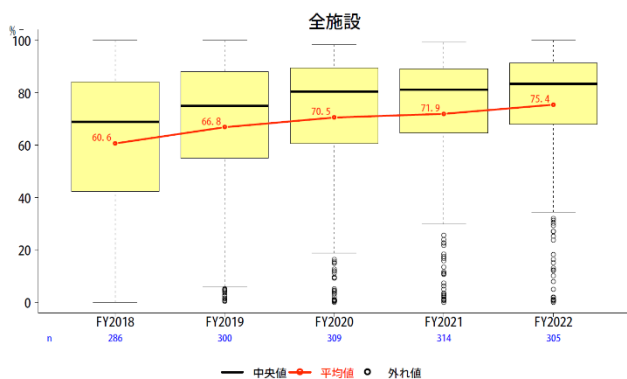
### a) 血液培養実施率



### b) 培養検査実施率



### c) 2セット実施率



## 考察

### <No.27-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率>

1年間の結果は、平均値 38.6% (前年比+0.5)、中央値 40.6% (前年比+0.1)、最大値 63.3% (前年比-1.9)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度以降大きな変化はありませんでした。

### <No.27-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率>

1年間の結果は、平均値 83.5% (前年比+2.2)、中央値 86.3% (前年比+1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 42.7% (前年比+28.0) でした。

### <No.27-b 血液培養実施時の 2 セット実施率>

1年間の結果は、平均値 75.1% (前年比+3.2)、中央値 83.4% (前年比+2.2)、最大値 100.0% (前年比+0.7)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度から徐々に改善し、2018 年度と比べると 14.8 ポイント改善しました。

## 参考文献

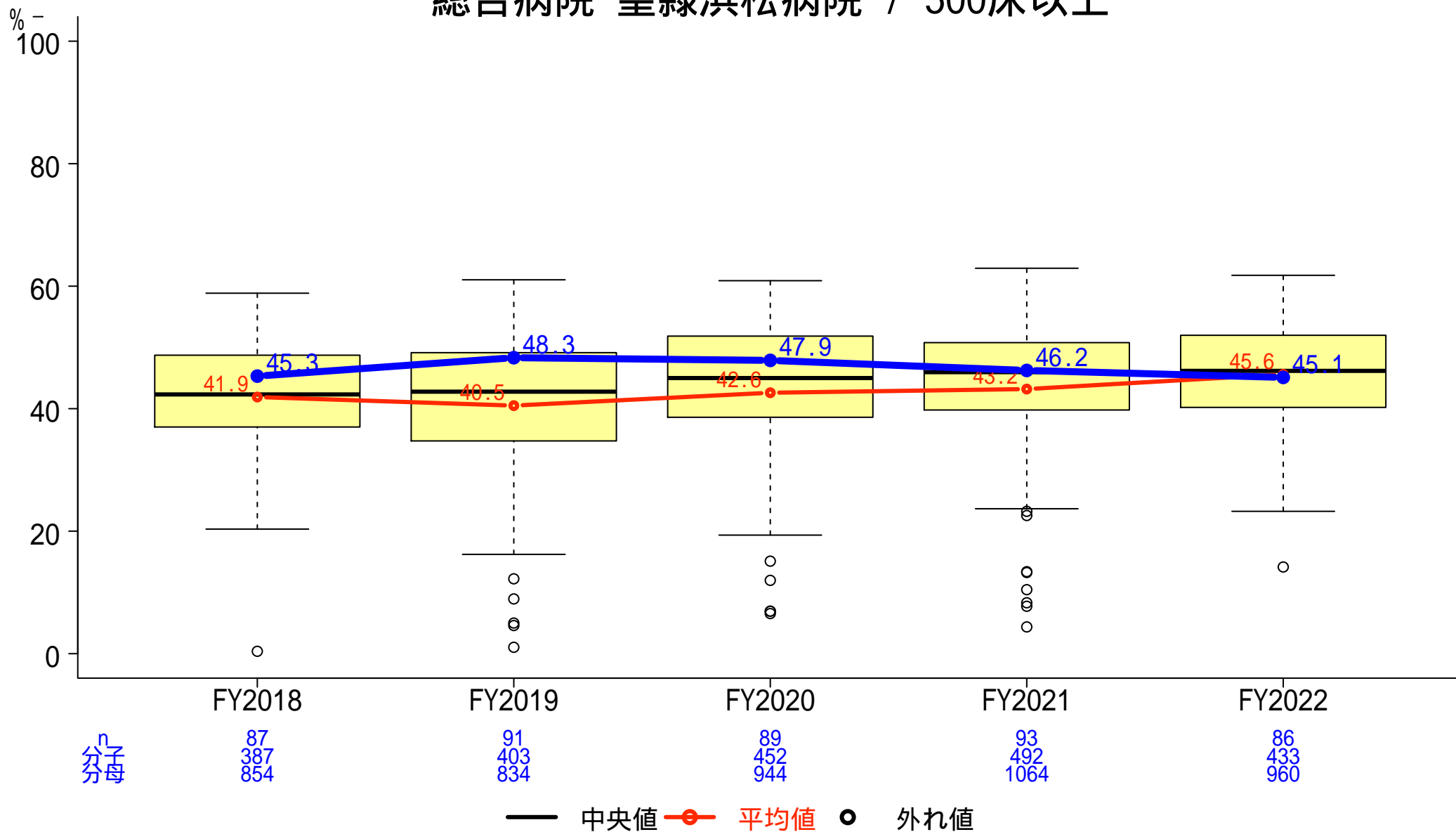
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-31 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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

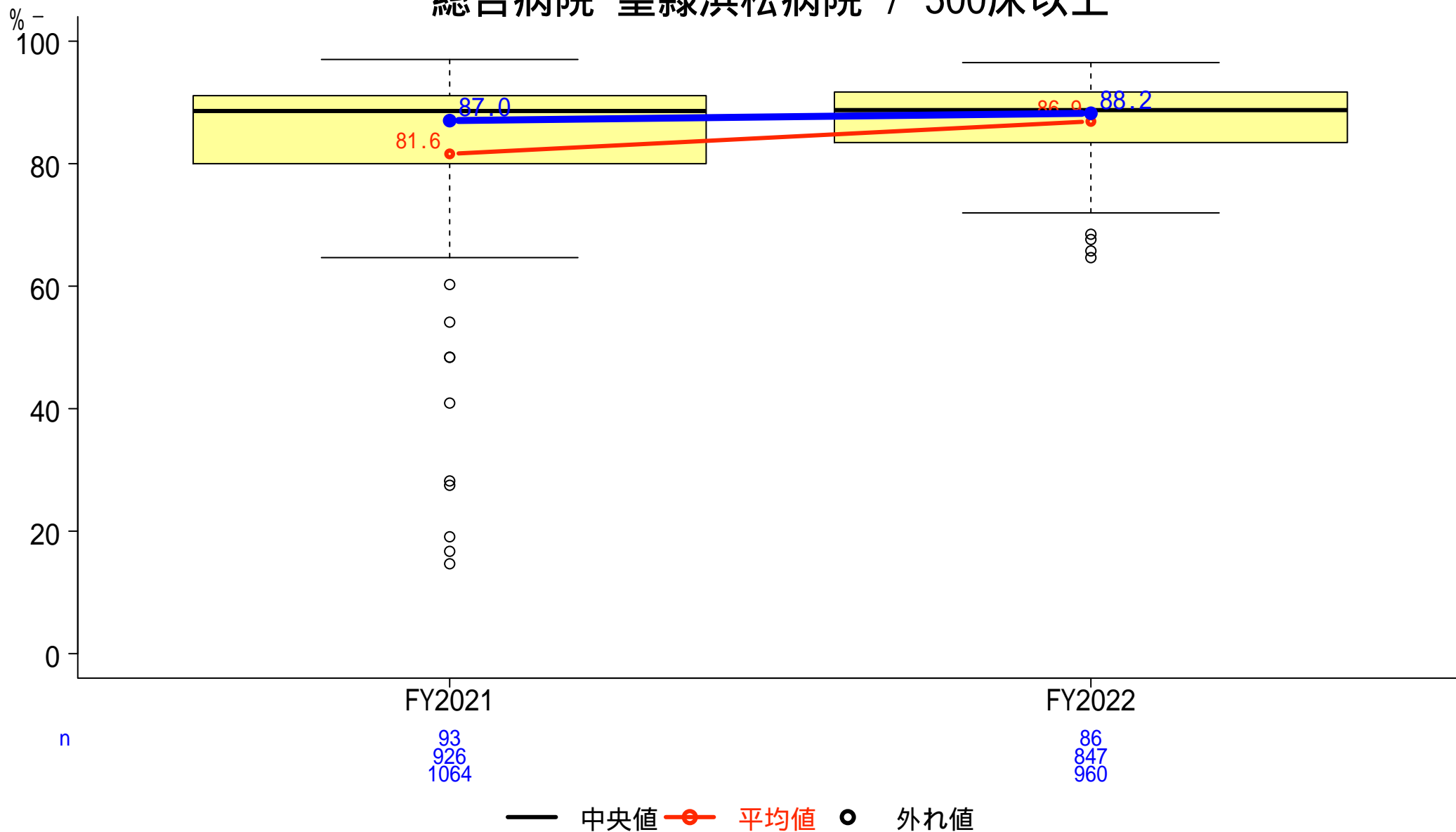


# 一般-32 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

分子: 投与開始初日までに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

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

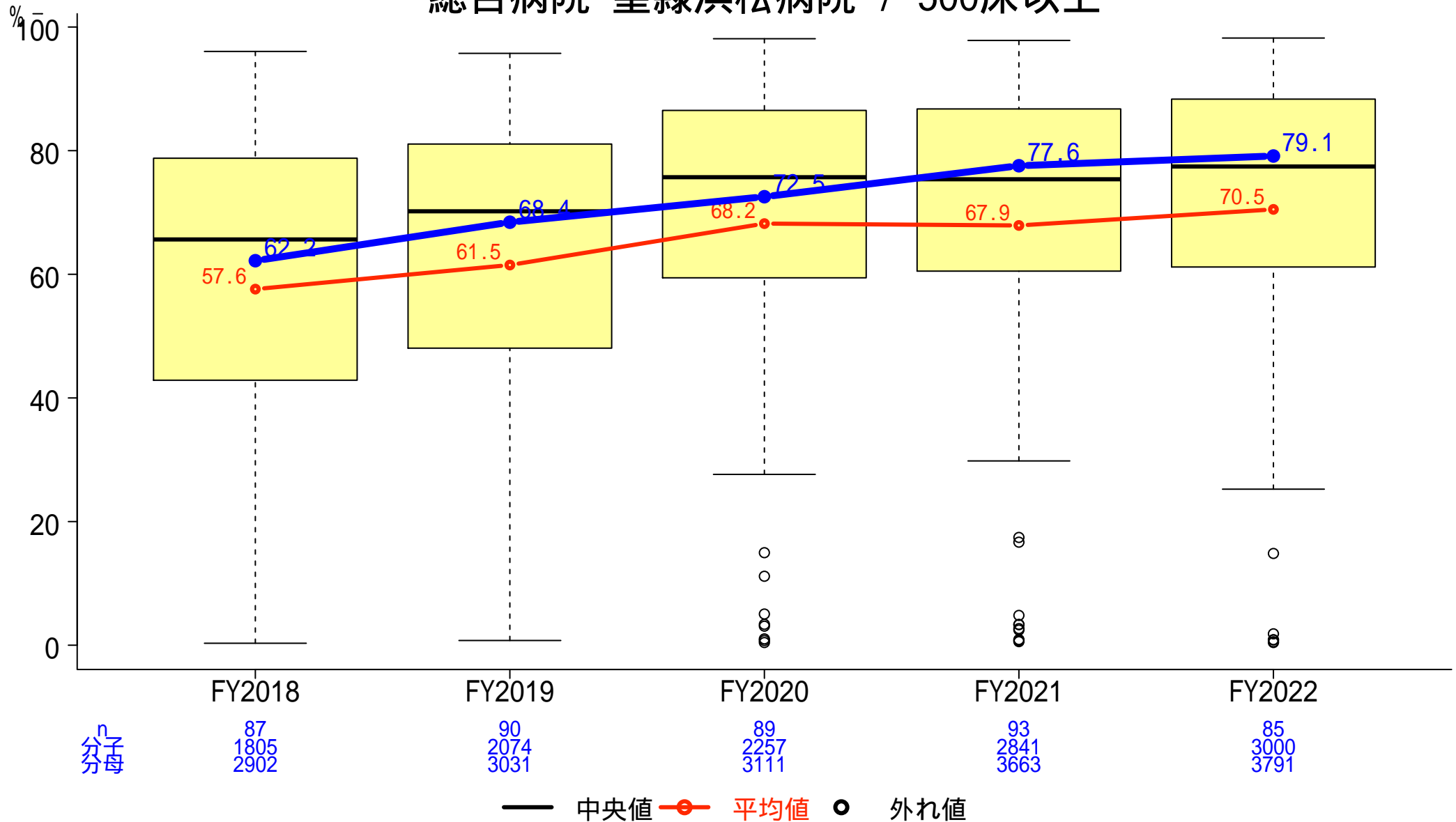




# 一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## No.30-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

## No.30-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

### 指標の説明・定義

大腿骨頸部骨折や大腿骨転子部骨折は、ガイドラインではできる限り早期の手術を推奨されています（Grade B 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版）。

「早期」の厳密な定義は示されていませんが、本指標では、各手術について、入院2日以内に手術を受けた症例数として計測を行いました。整形手術に関する医療提供体制を評価する指標になると考えています。

#### <No.30-a>

分子	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数
分母	大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折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 I

#### <No.30-b>

分子	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数
分母	大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折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 I

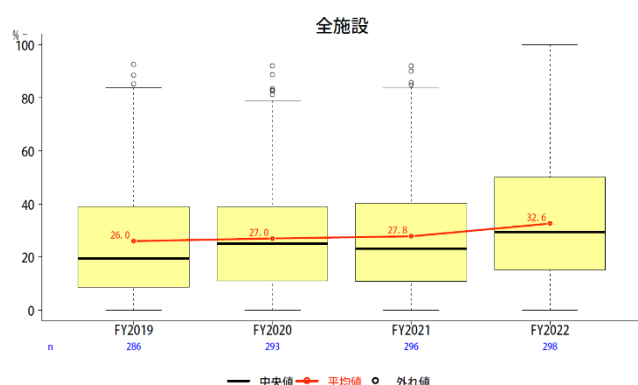
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

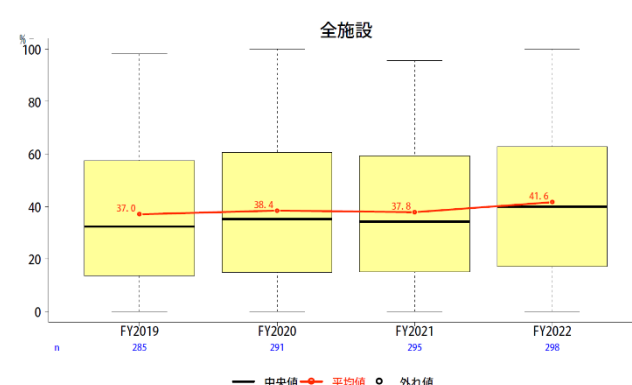
より高い値が望ましい

## 結果

### a) 大腿骨頸部骨折



### b) 大腿骨転子部骨折



## 考察

### <No.30-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 32.4% (前年比+4.6)、中央値 28.9% (前年比+5.8)、最大値 100.0% (前年比+8.0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。まだばらつきはありますが、2019年度と比べると 6.6 ポイント改善しています。

### <No.30-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 41.5% (前年比+3.7)、中央値 39.7% (前年比+5.4)、最大値 100.0% (前年比+4.4)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。「大腿骨頸部骨折の早期手術割合」同様、2019年度と比べると 4.6 ポイント改善しています。

## 参考文献

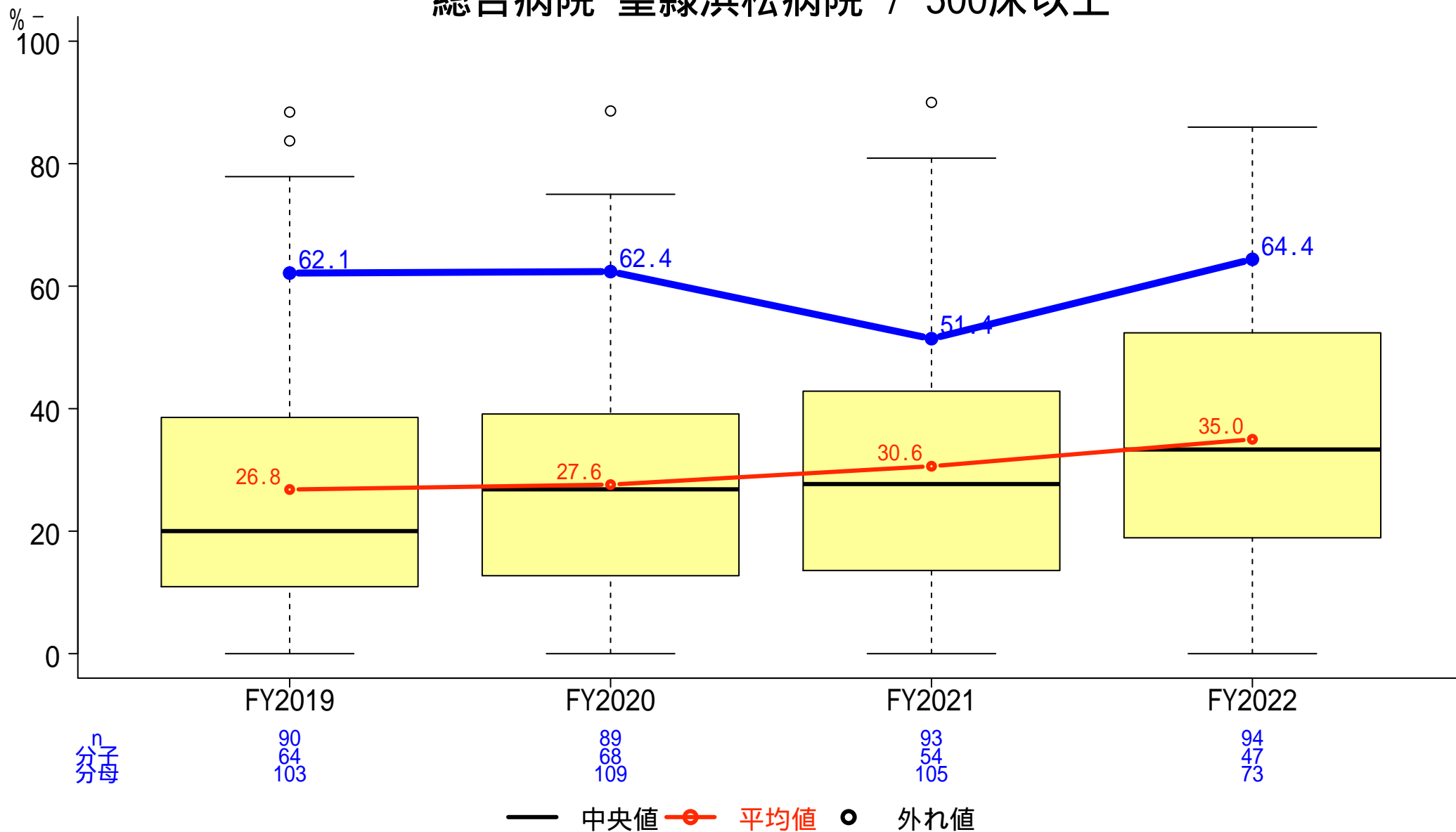
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 「大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版」日本整形外科学会・日本骨折治療学会

# 一般-34 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数

分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

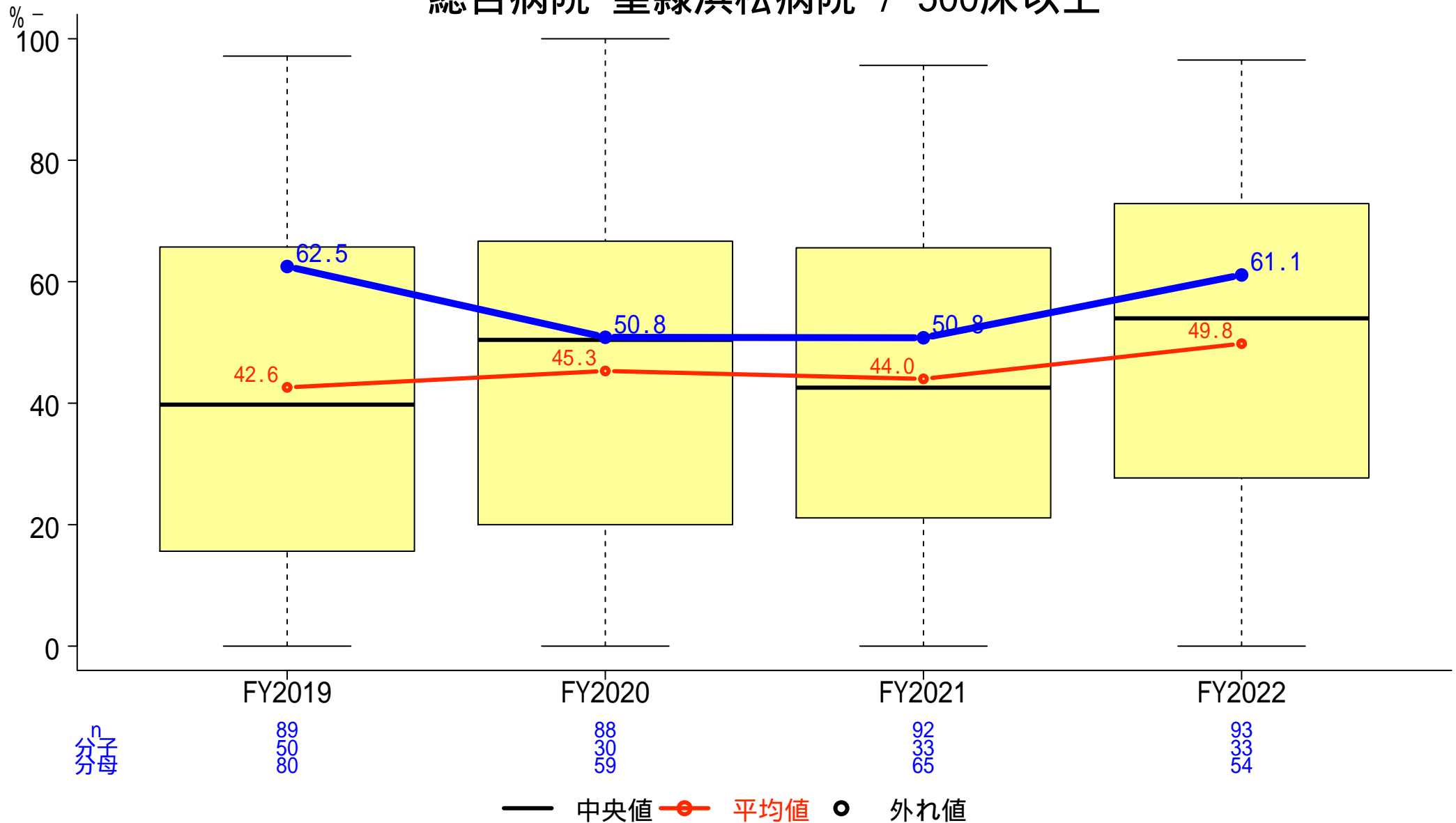


# 一般-35 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数

分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.3 | シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性 期予防的制吐剤投与率

## 指標の説明・定義

良好な治療アドヒアランスを得て化学療法を円滑に進めるために、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。高度の抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対しては、NK1 受容体拮抗薬と 5HT3 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンを併用することが推奨されています（グレード A 一般社団法人 日本癌治療学会編 制吐薬適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第 2 版】）。

シスプラチンは「高度催吐性リスク」に分類されており、本指標には、この 3 剤の制吐剤が利用されているかどうかを測定しています。

※2022 年発売のホスネツピタントについて、本指標では含めていないため、指標値が低く算出されることがある

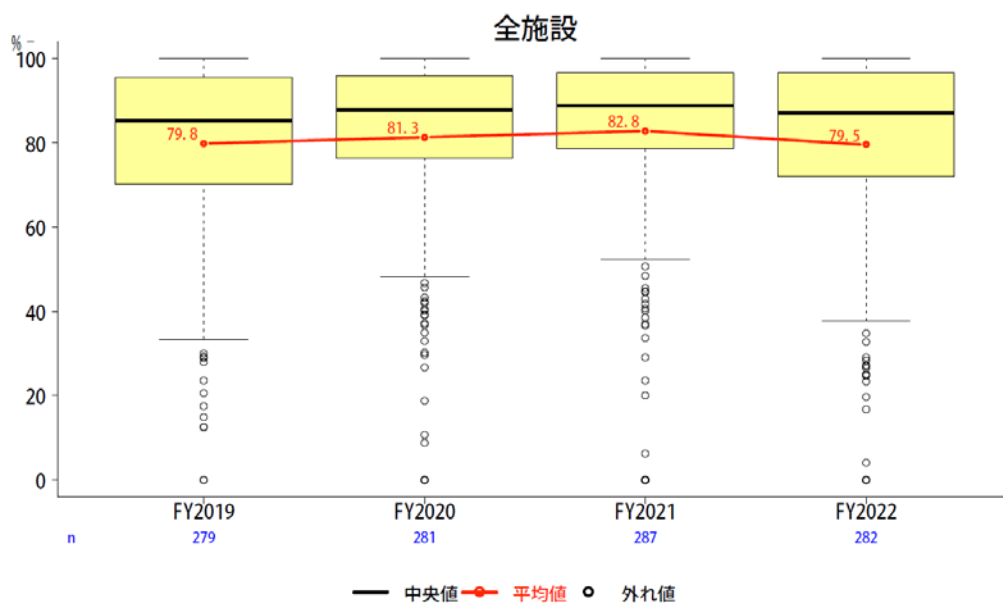
分子：	分母の実施日の前日または当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤すべてを併用した数
分母：	入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた 18 歳以上の患者の実施日数
収集期間：	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 79.5% (前年比-3.3)、中央値 86.8% (前年比-2.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2019年度から新しく採用した項目で、2021年度までは徐々にばらつきが減ってきていましたが、2022年度はやや値が下がっています。どこに要因があるのか、注視して継続していく予定です。

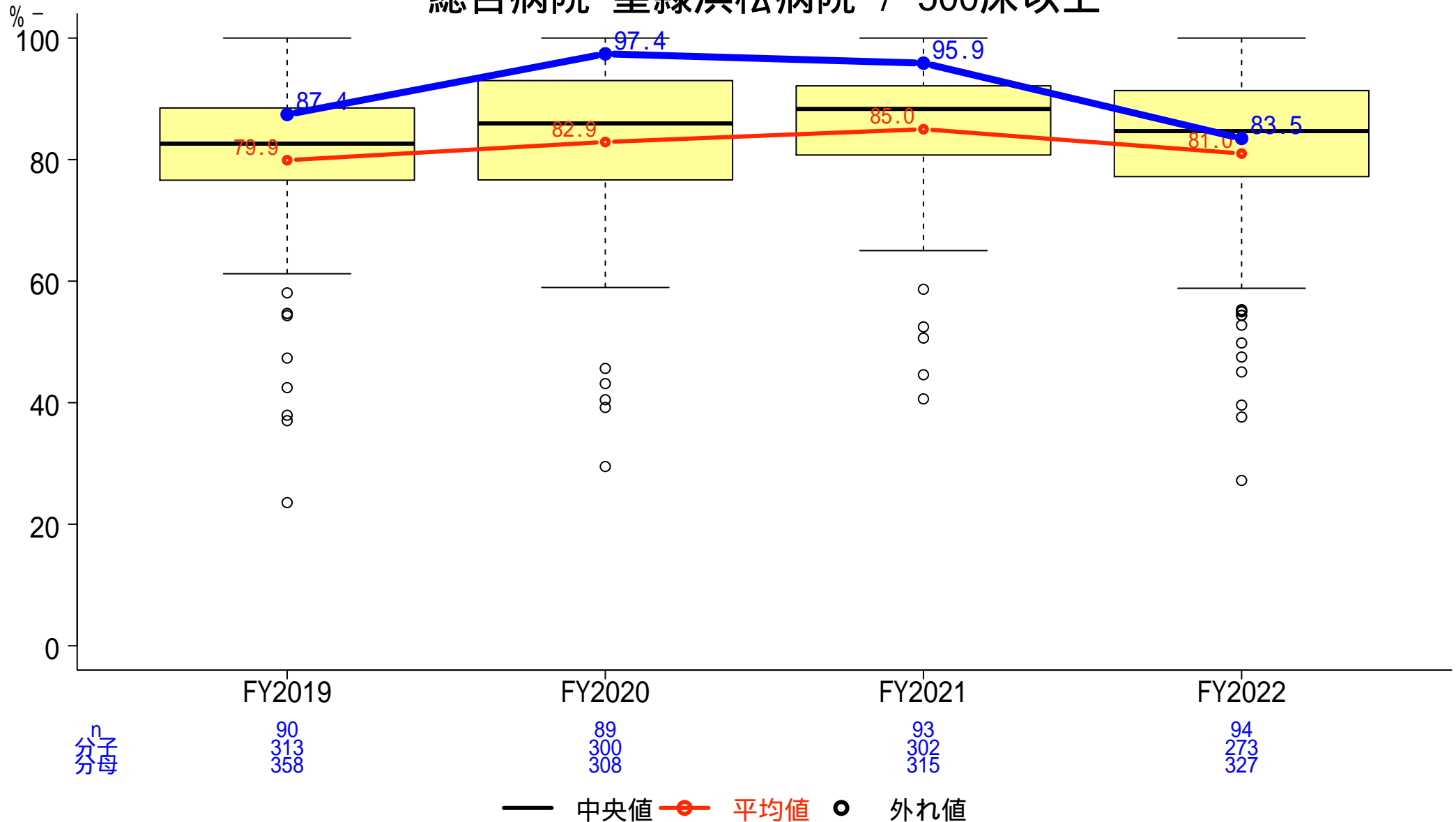
## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 「制吐薬適正使用ガイドライン 2015年10月【第2版】」日本癌治療学会

# 一般-36 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

分子:実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数  
 分母:18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上





## No.24-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

## No.24-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。

2021 年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022 年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

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ります。

#### <No.24-a>

分子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×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： 1ヶ月毎

#### <No.24-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

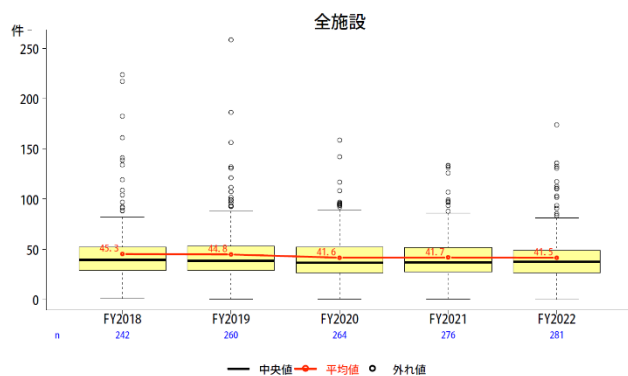
分母： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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。

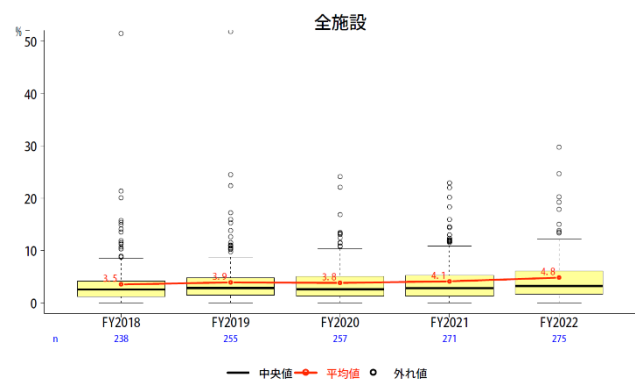
収集期間： 1ヶ月毎

## 結果

### インシデント・アクシデント報告件数



### 医師による報告の占める割合



## 考察

### <No.24-a 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは67施設で、提出割合は80.7% (281/348, 前年比±0) でした。1年間の結果は、平均値41.5件 (前年比-0.2)、中央値37.3件 (前年比+0.4)、最大値173.6件 (前年比+40.2)、最小値0件 (前年比-0.4) で、測定を開始した2018年度からやや下降してはいますが、ばらつきが少なくなっており、正確にデータ提出ができるようになってきた可能性があります。

### <No.24-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは73施設で、提出割合は79.0% (275/348, 前年比-0.3) でした。1年間の結果は、平均値4.8% (前年比+0.7)、中央値3.2% (前年比+0.4)、最大値100.0% (前年比+30.9)、最小値0.0% (前年比±0) で、測定を開始した2018年度以降大きな変化はありませんでした。

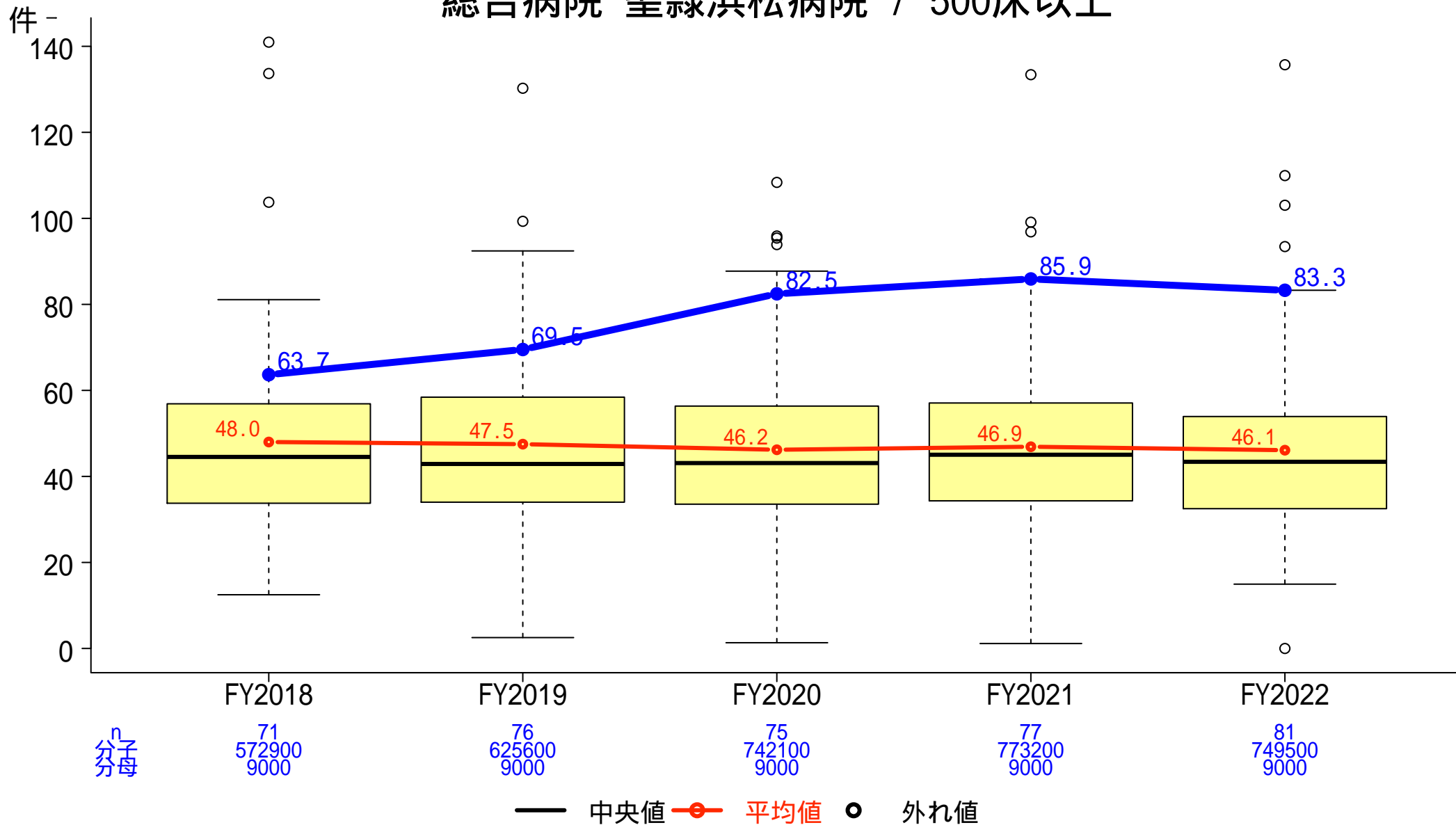
## 参考文献

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.

# 一般-37 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数 × 100  
 分母: 許可病床数

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上

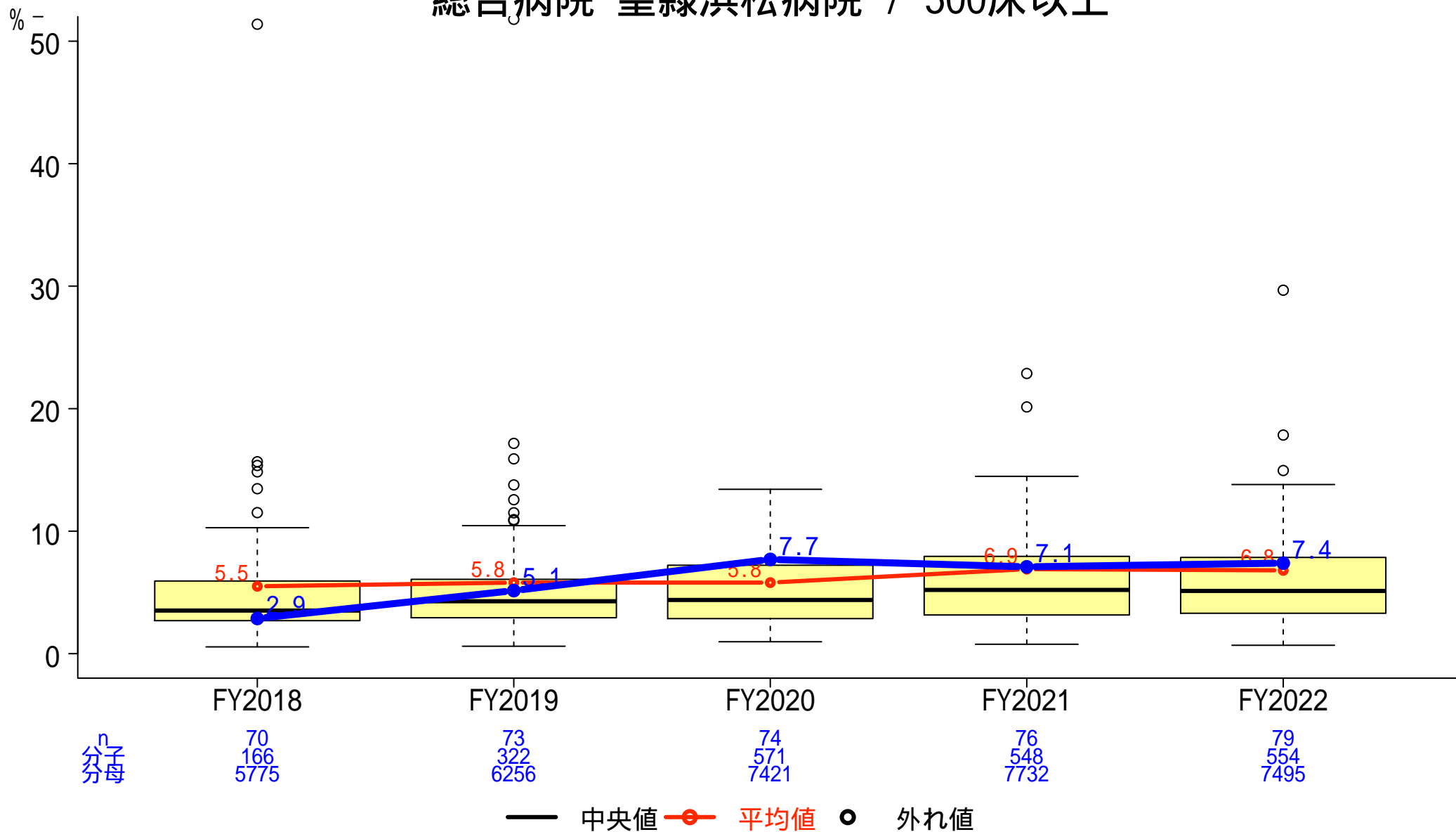


# 一般-38 全報告中医師による報告の占める割合

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

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.25 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。

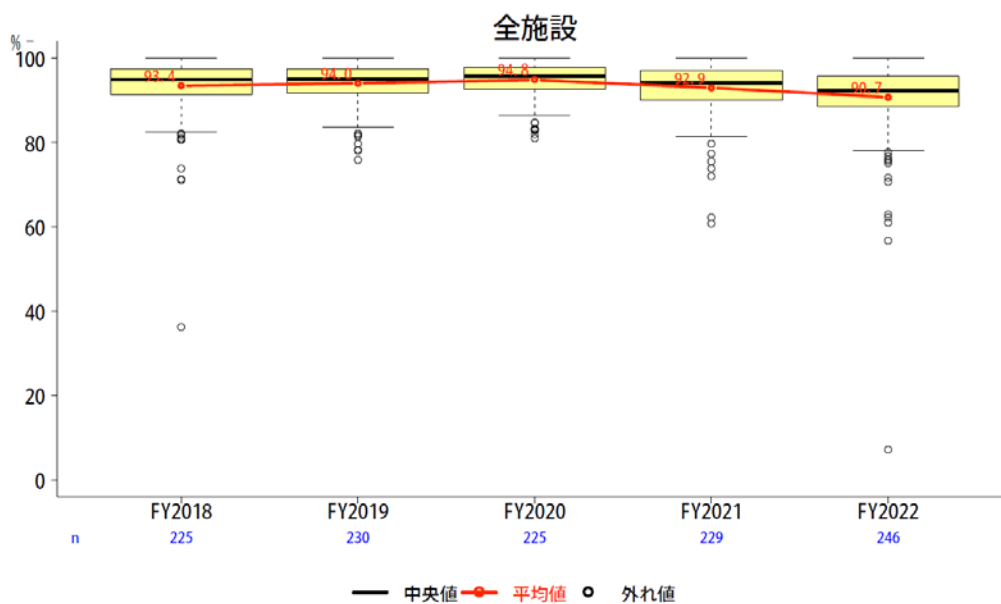
収集期間： 年1回

## 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



## 考察

今回、提出がなかったのは 102 施設で、提出割合は 70.7% (246/348, 前年比+3.8) でした。1 年間の結果は、平均値 90.7% (前年比-2.2)、中央値 92.2% (前年比-1.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 7.1% (前年比-53.7) で、2020 年度をピークに、徐々に低下しています。

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のワクチン接種を実施していたことも影響しているのではないかと考えます。

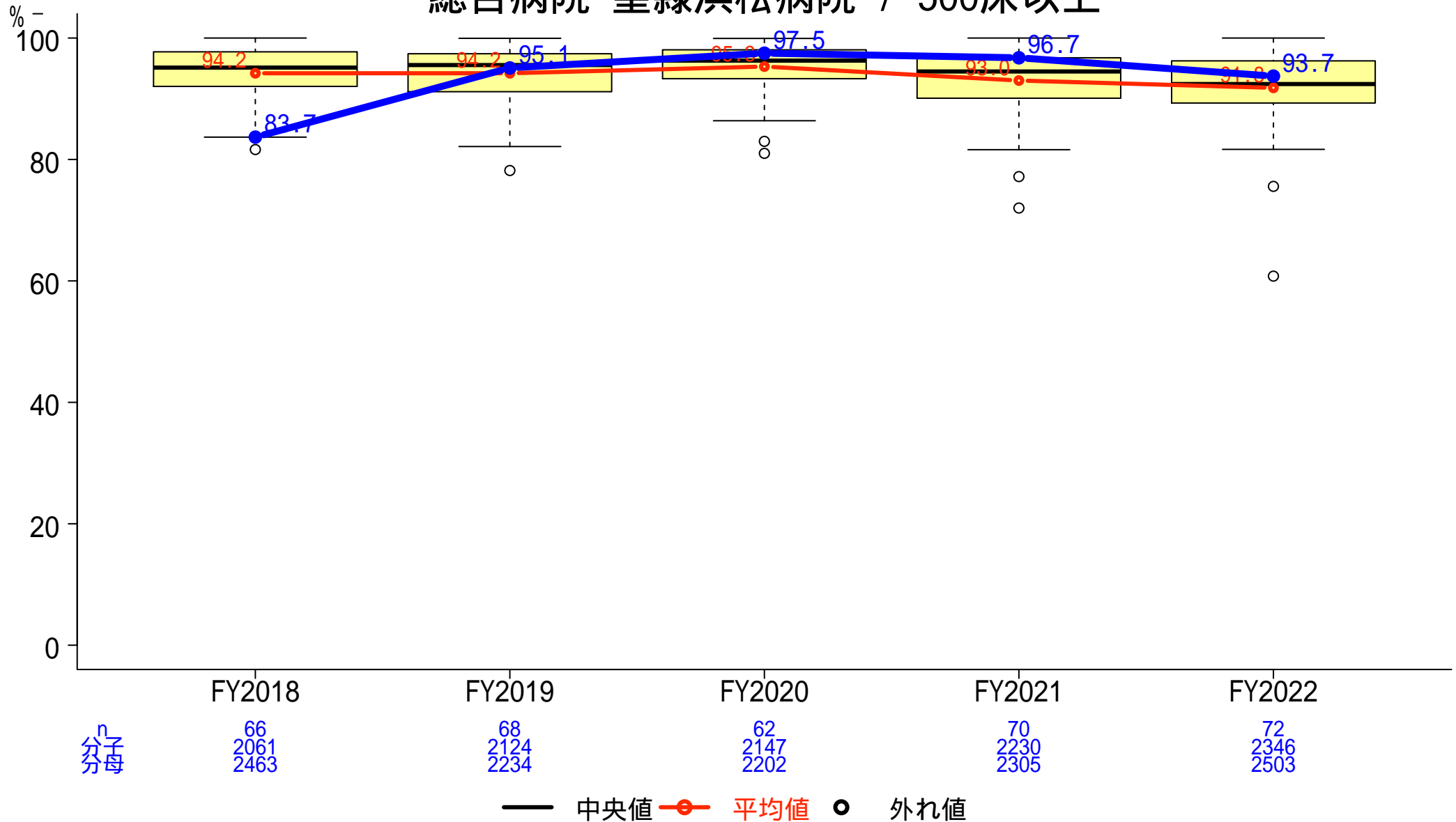
## 参考文献

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>

# 一般-39 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

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

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# No.29 18歳以上の身体抑制率

## 指標の説明・定義

精神保健福祉法において、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患者延べ数(device days)

分母： 18歳以上の入院患者延べ数(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。

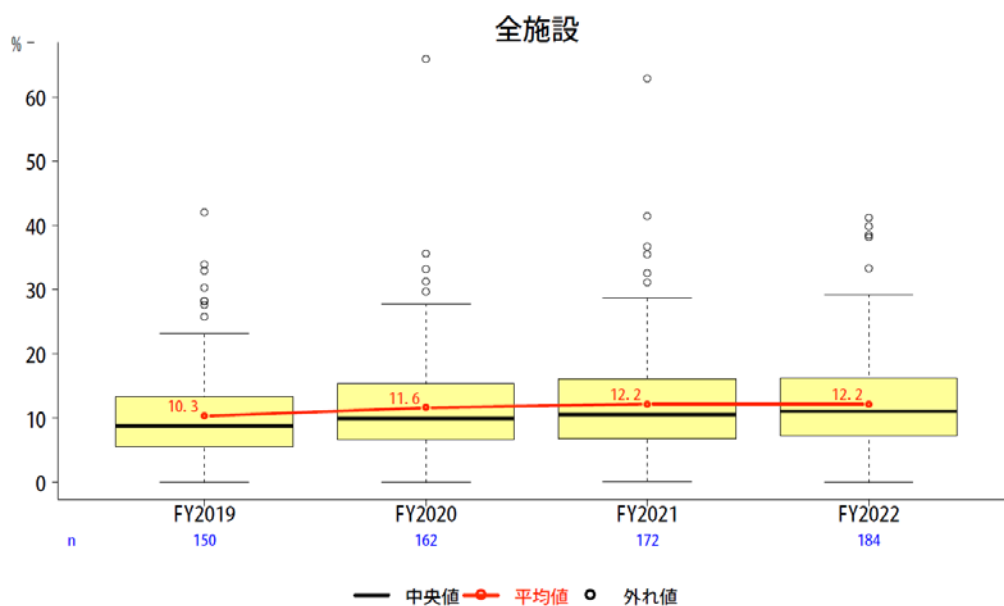
## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい



## 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは164施設で、提出割合は52.9% (184/348, 前年比+2.2) でした。1年間の結果は、平均値12.2% (前年比±0)、中央値11.1% (前年比+0.5)、最大値41.1% (前年比-21.7)、最小値0.0% (前年比-0.1) でした。

本指標は、厚生労働省補助事業である医療の質向上のための体制整備事業の中で行われている医療の質可視化プロジェクトでも選択され、今後、多くの病院への展開が期待される指標でもあることから、提出施設数が増加するよう促すことが課題です。

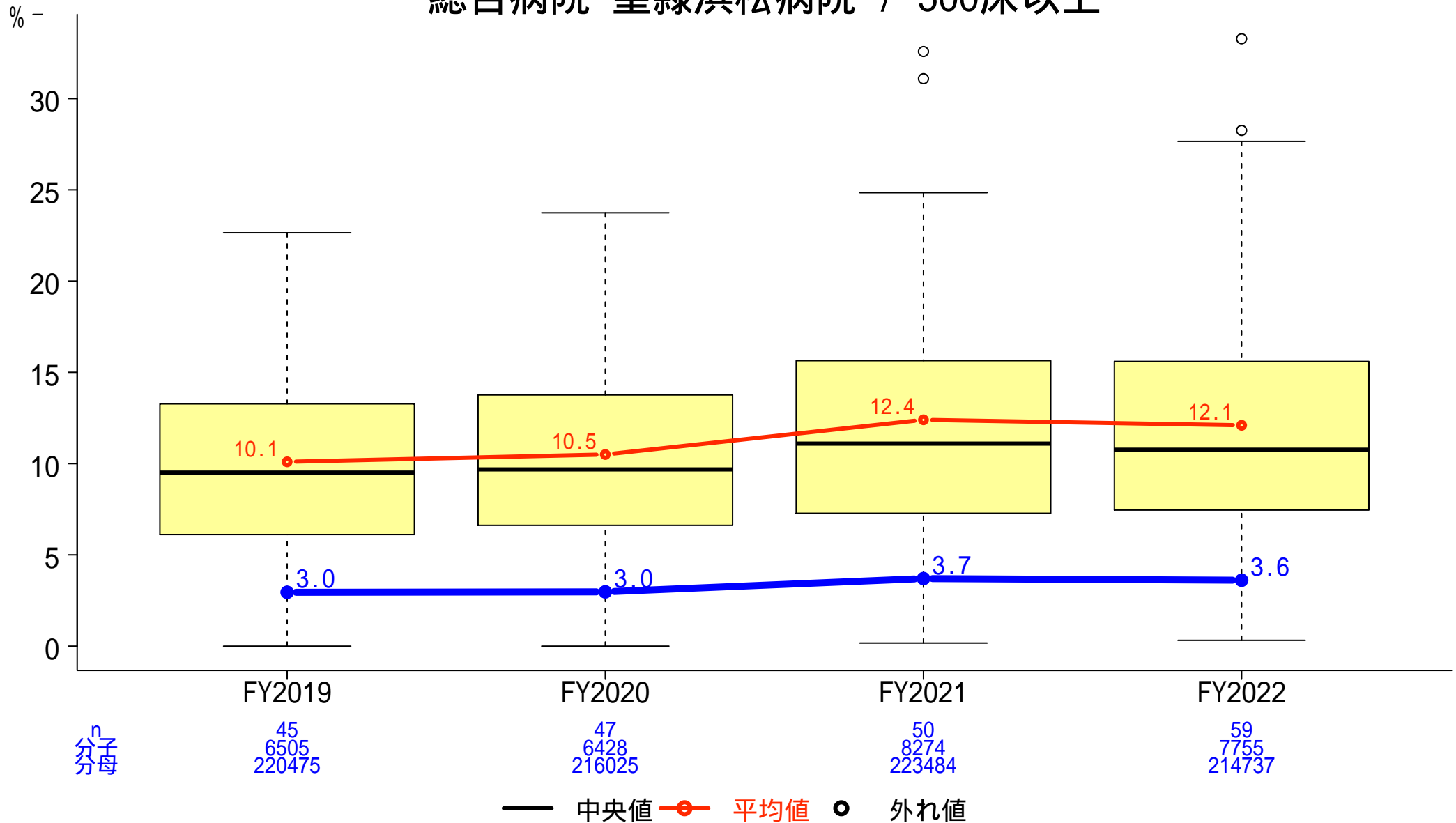
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
2. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
3. 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」
4. 厚生労働省補助事業 医療の質向上のための体制整備事業  
(Internet: <https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/> 2023/10/27 available)

# 一般-40 18歳以上の身体抑制率

分子:(物理的)身体抑制を実施した患者延べ数  
分母:18歳以上の入院患者延べ数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## No.32 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

### 指標の説明・定義

有効血中濃度の維持および副作用の抑制に、治療薬物モニタリング (TDM) が重要となる抗 MRSA 薬の使用に際した、TDM の実施を測定する指標です。

バンコマイシンのほか、テイコプラニン、アルベカシンについて 4 日以上投与のある症例を TDM の実施が必要あるいは望ましい症例として設定しました。

分子: 分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例数

分母: TDM を行うべき抗 MRSA 薬を投与された症例数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

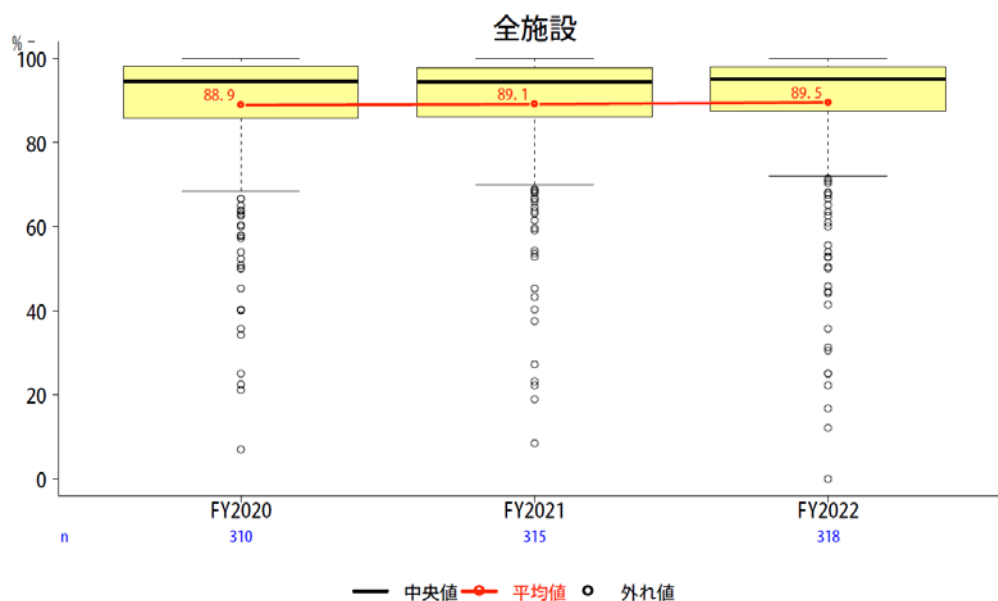
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

### 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



## 考察

1 年間の結果は、平均値 89.6% (前年比+0.5)、中央値 95.5% (前年比+0.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 8.3% (前年比+1.2) でした。

## 参考文献

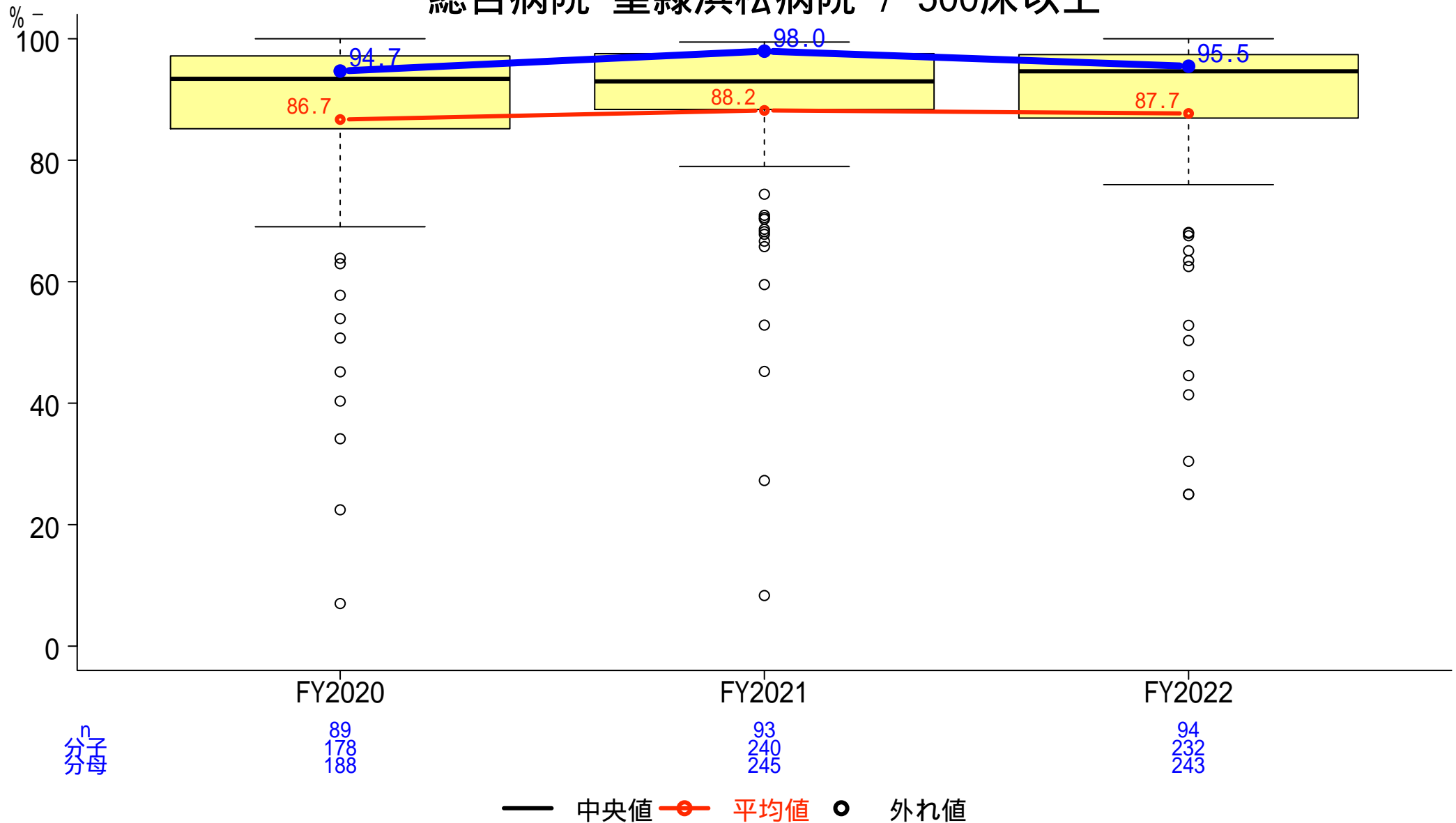
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-41 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数

分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



---

## No.28-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

## No.28-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

---

### 指標の説明・定義

脳卒中や大腿骨頸部骨折の治療は、急性期の治療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。これらの患者に対する地域連携パスの使用等、地域連携に関連した実施率を見ることは、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.28-a>

分 子:	分母のうち地域連携に関する算定のある患者数
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.28-b>

分 子:	分母のうち地域連携に関する算定のある患者数
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

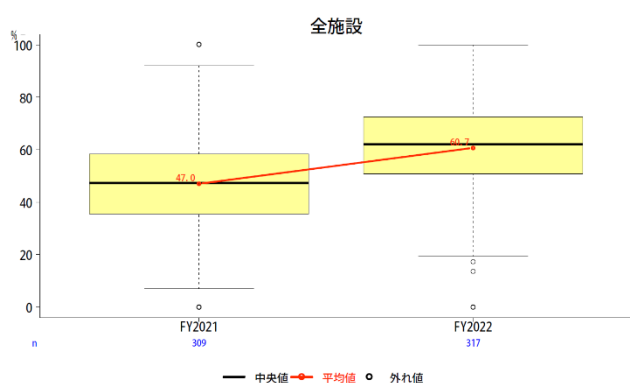
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

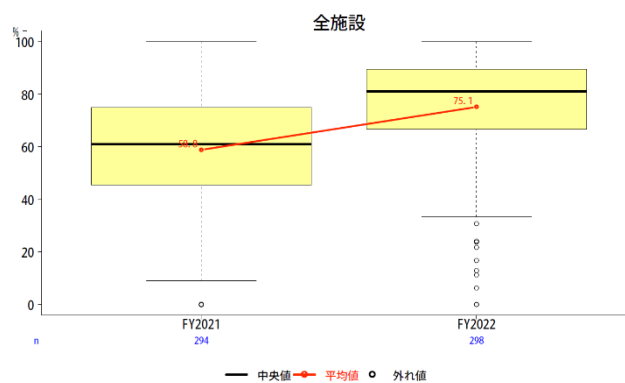
より高い値が望ましい

## 結果

### a) 脳卒中患者



### b) 大腿骨頸部骨折患者



## 考察

### <No.28-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合>

1年間の結果は、平均値 45.4% (前年比-1.6)、中央値 45.5% (前年比-1.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

### <No.28-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合>

1年間の結果は、平均値 60.9% (前年比+2.1)、中央値 63.6% (前年比+2.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

2020年度までは、脳卒中患者および大腿骨頸部骨折患者の地域連携パスの使用率を算出していましたが、施設からのご意見を踏まえ、地域連携に関する算定がされた患者に変更しています。

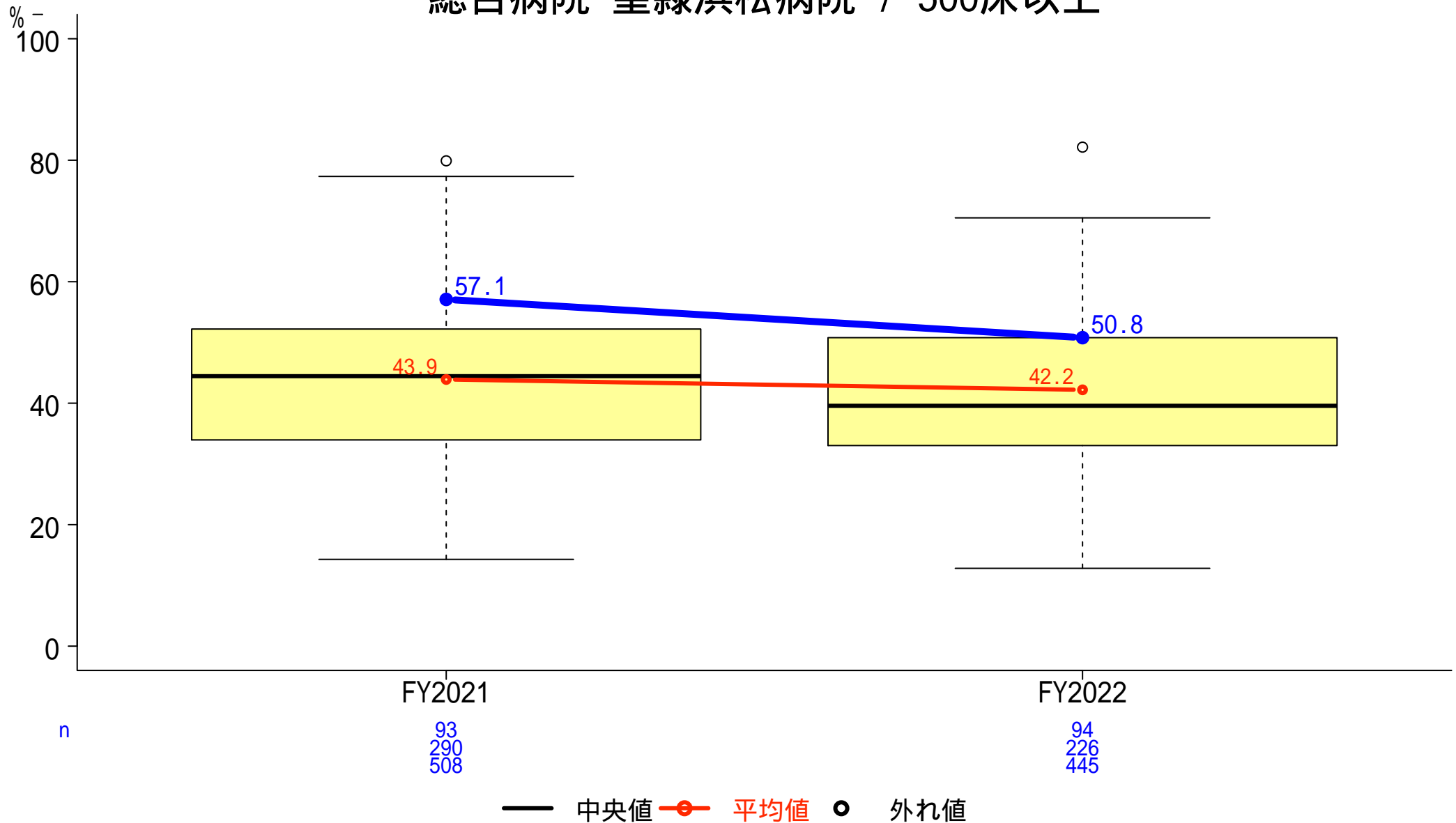
## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
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](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](https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20171018/i_20.pdf)

# 一般-42 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数  
分母:脳卒中で入院した患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



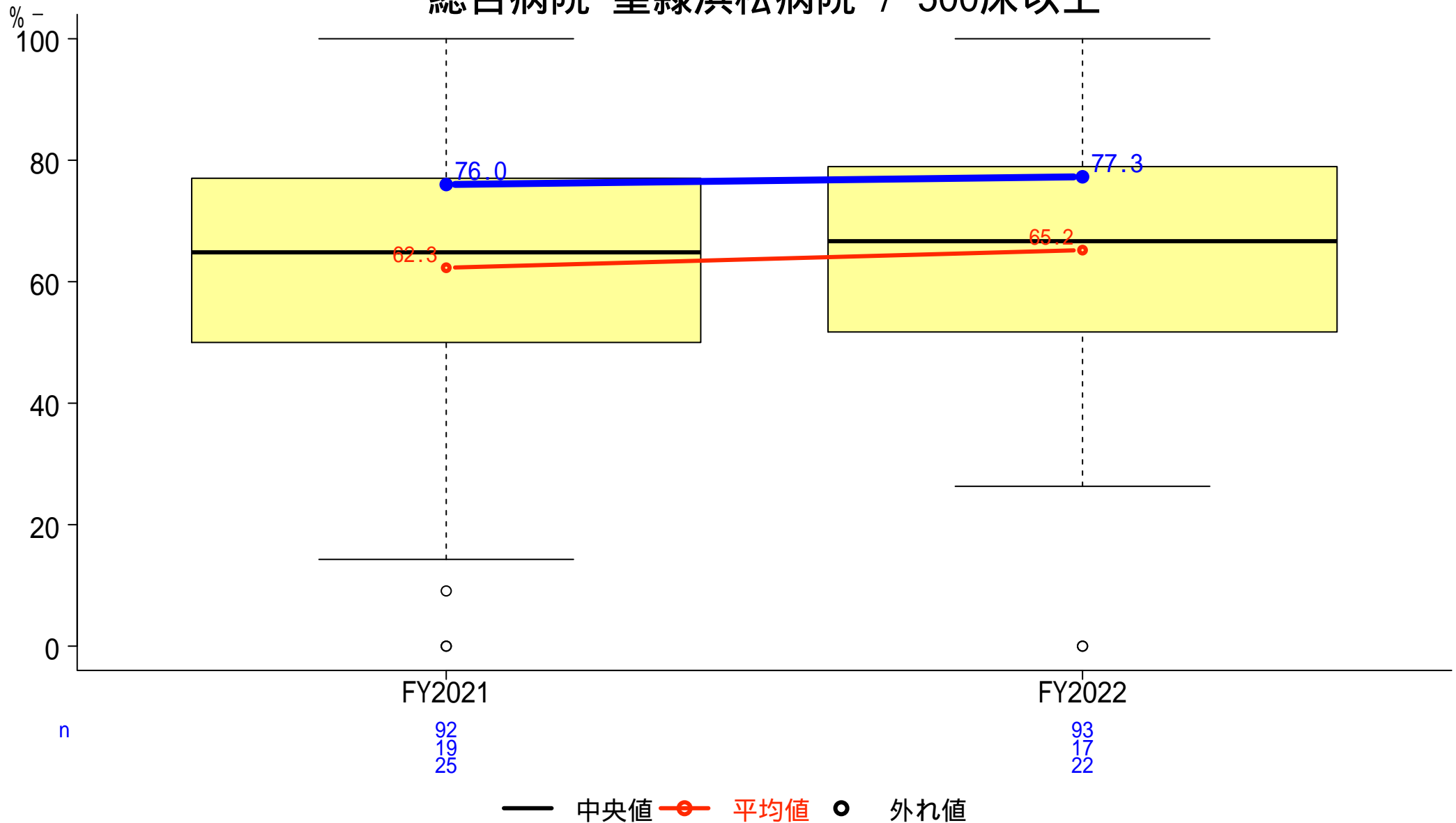


# 一般-43 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数

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

## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



## No.33-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

## No.33-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

### 指標の説明・定義

厚生労働省の医療の質の評価・公表等推進事業における共通指標にも採用され、2019年度まで測定していた指標の改訂版です。本プロジェクト参加施設からの希望により、薬剤師の病棟薬剤業務の有無により病院を分けた指標として再定義しました。

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。

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

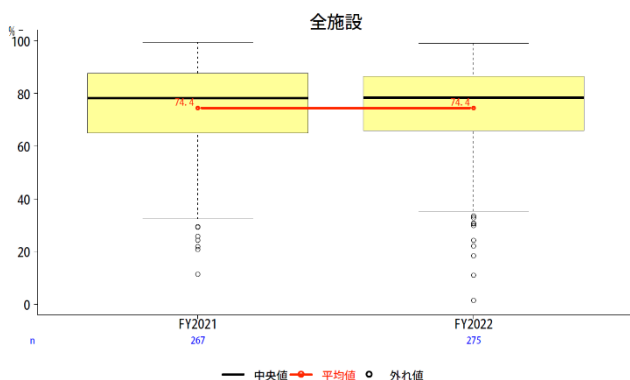
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

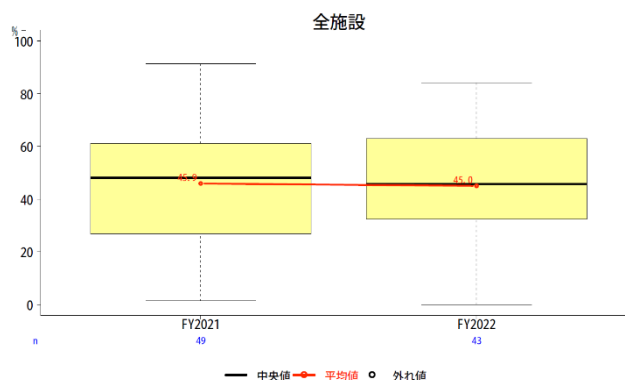
より高い値が望ましい

### 結果

#### a) 病棟薬剤業務実施加算の有る



#### b) 病棟薬剤業務実施加算の無い



## 考察

<No.33-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)>

1年間の結果は、平均値 74.3% (前年比-0.1)、中央値 78.1% (前年比-0.2)、最大値 99.0% (前年比-0.5)、最小値 1.4% (前年比-10.0) でした。

<No.33-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)>

1年間の結果は、平均値 44.9% (前年比-1.0)、中央値 45.7% (前年比-2.3)、最大値 84.2% (前年比-6.8)、最小値 0.0% (前年比-1.4) でした。

2021年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみたい予定です。

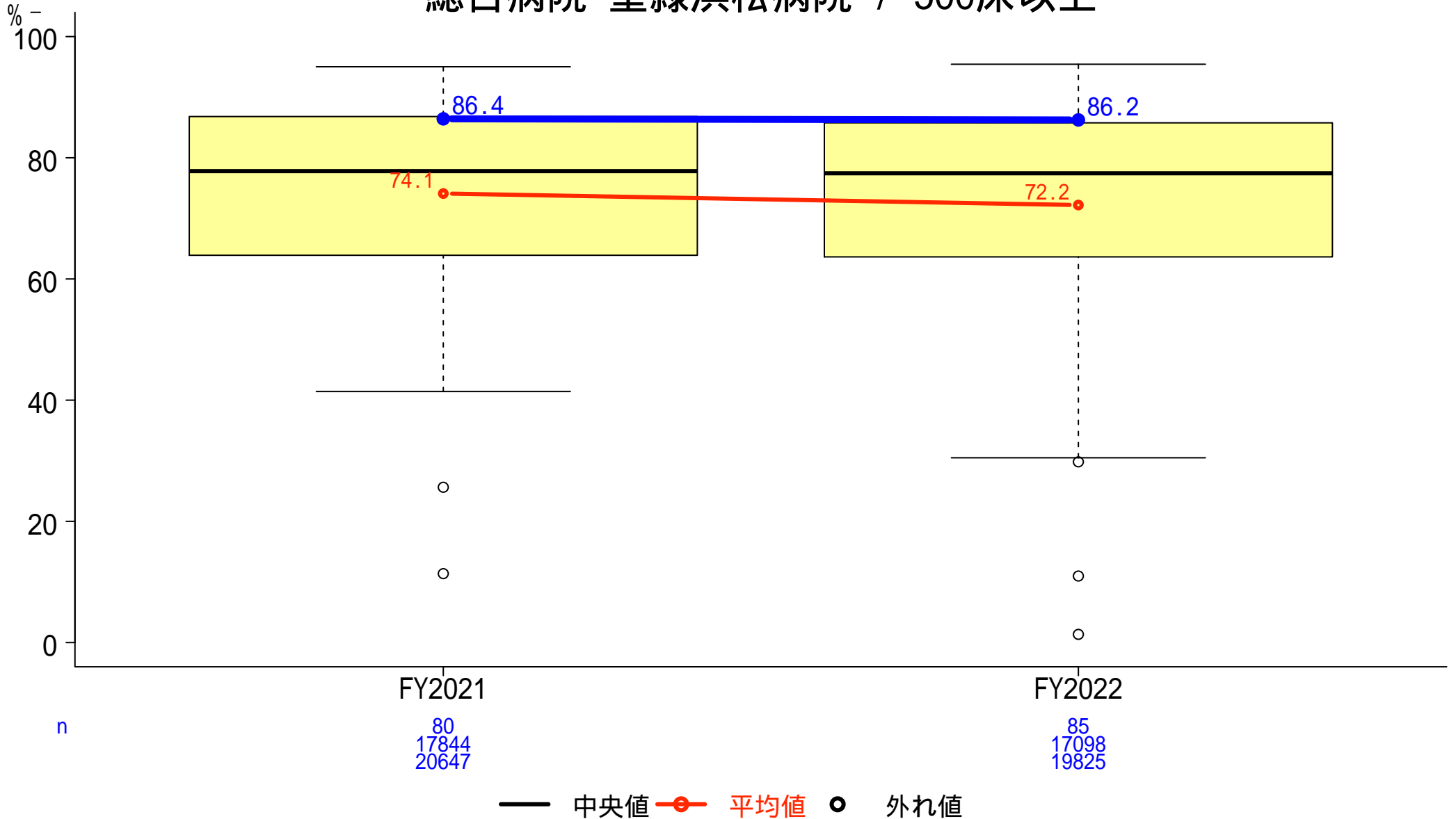
## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-44 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子: 薬剤管理指導を受けた患者数  
分母: 入院患者数

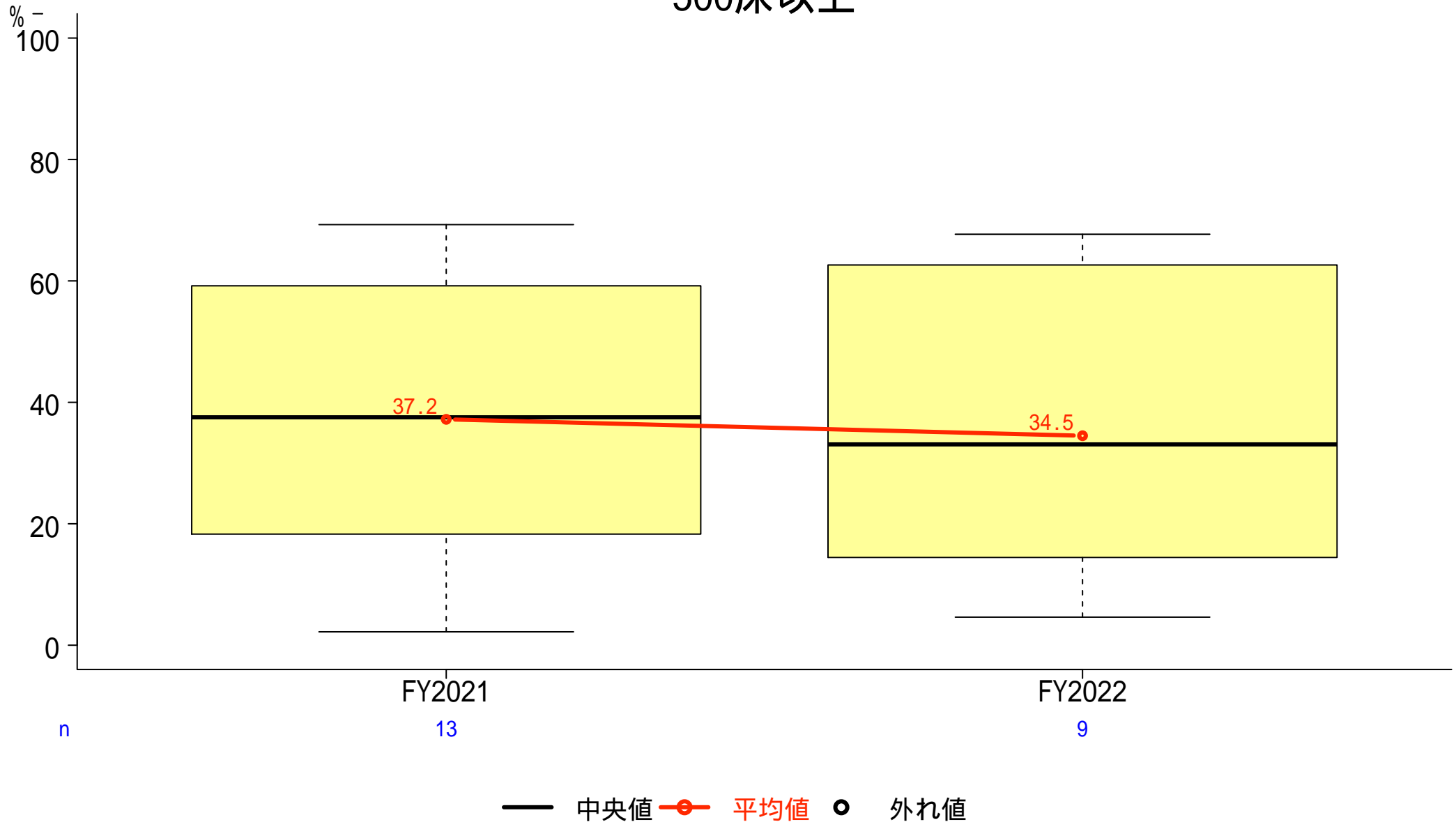
## 総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



# 一般-45 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子: 薬剤管理指導を受けた患者数  
分母: 入院患者数

500床以上



# No.16 退院後 7 日以内の予定外再入院割合

## 指標の説明・定義

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標では早期のそれらを総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」

分子： 分母のうち、前回退院から 7 日以内に計画外で再入院した患者数

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

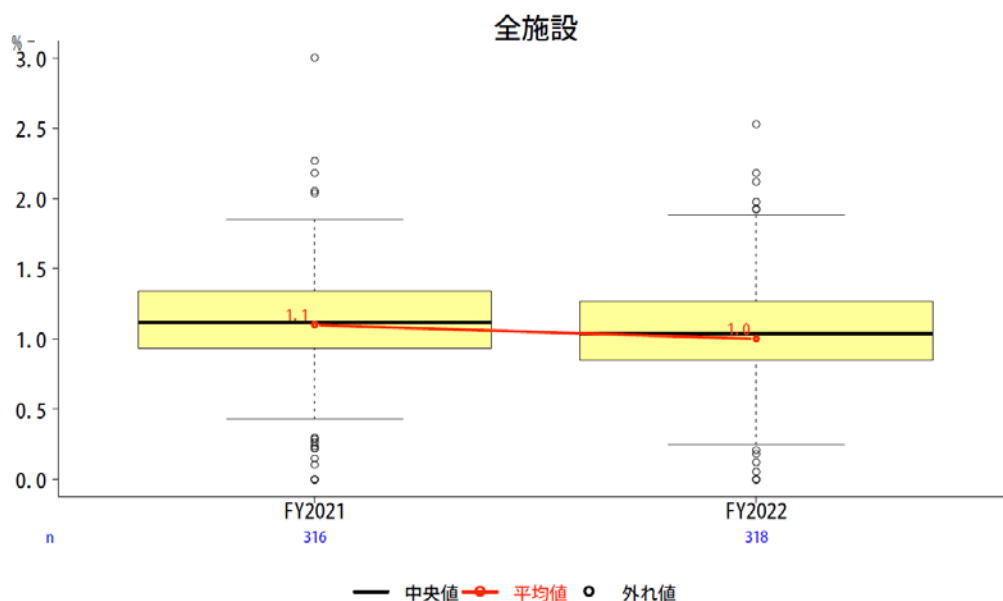
使用データ DPC 様式 I

## 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 1.0% (前年比-0.1)、中央値 1.0% (前年比-0.1)、最大値 2.5% (前年比-0.5)、最小値 0.0% (±0) でした。病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 0.9% (N=48)、200 床以上 400 床未満の平均値は 1.0% (N=116)、400 床以上 500 床未満の平均値は 1.1% (N=60)、500 床以上の平均値は 1.1% (N=94) であり、「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」同様、やや小規模施設が低い結果ですが、そこまで差はありませんでした。

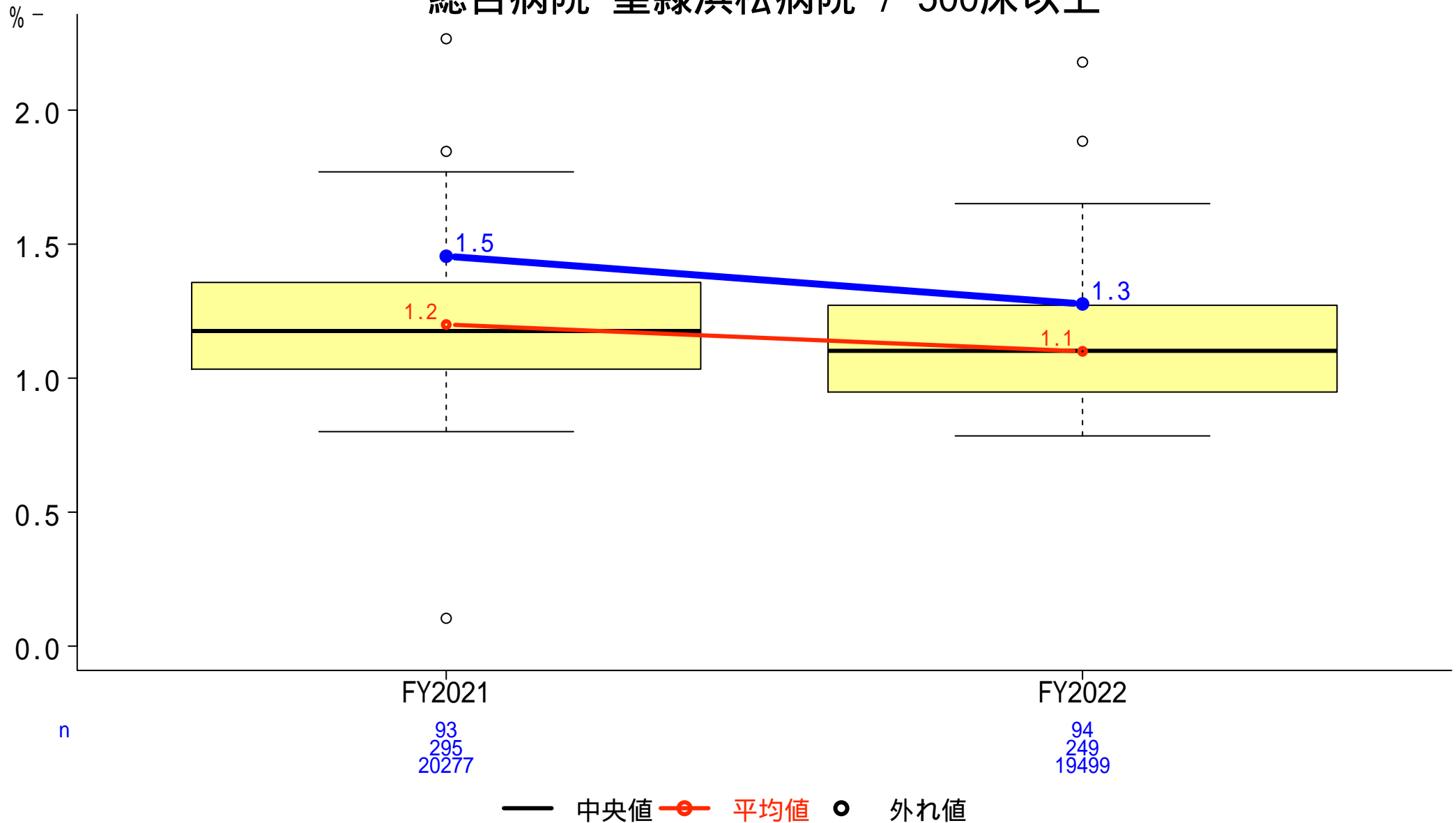
## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子: 前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数  
分母: 退院患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上





## No.15 退院後 4 週間以内の予定外再入院割合

### 指標の説明・定義

2021 年度までは「30 日以内の予定外再入院率」として計測していましたが、2022 年度から、定義および名称を変更した項目です。

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標ではそれらを中期まで総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 7 日以内の予定外再入院割合」

分 子: 分母のうち、前回退院から 4 週間以内に計画外で再入院した患者数

分 母: 退院患者数(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)

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

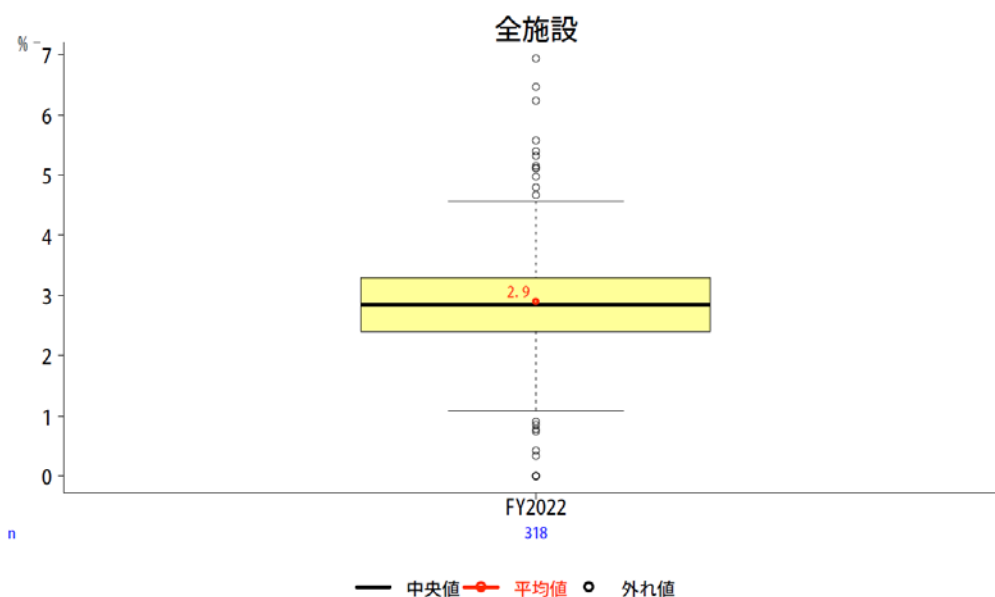
使用データ DPC 様式 1

### 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 2.8%、中央値 2.8%、最大値 6.9%、最小値 0.0%でした。しかし、病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 2.4% (N=48)、200 床以上 400 床未満は平均値 2.8% (N=116)、400 床以上 500 床未満は平均値 3.0% (N=60)、500 床以上は平均値 3.0% (N=94)と、病床数が増えるにつれ、やや再入院割合が高くなっています。病床規模によって再入院の状況が異なることが予想されるため、どのような患者が再入院しているかは、各施設が確認し、改善に努めていけるとよいと考えます。

## 参考文献

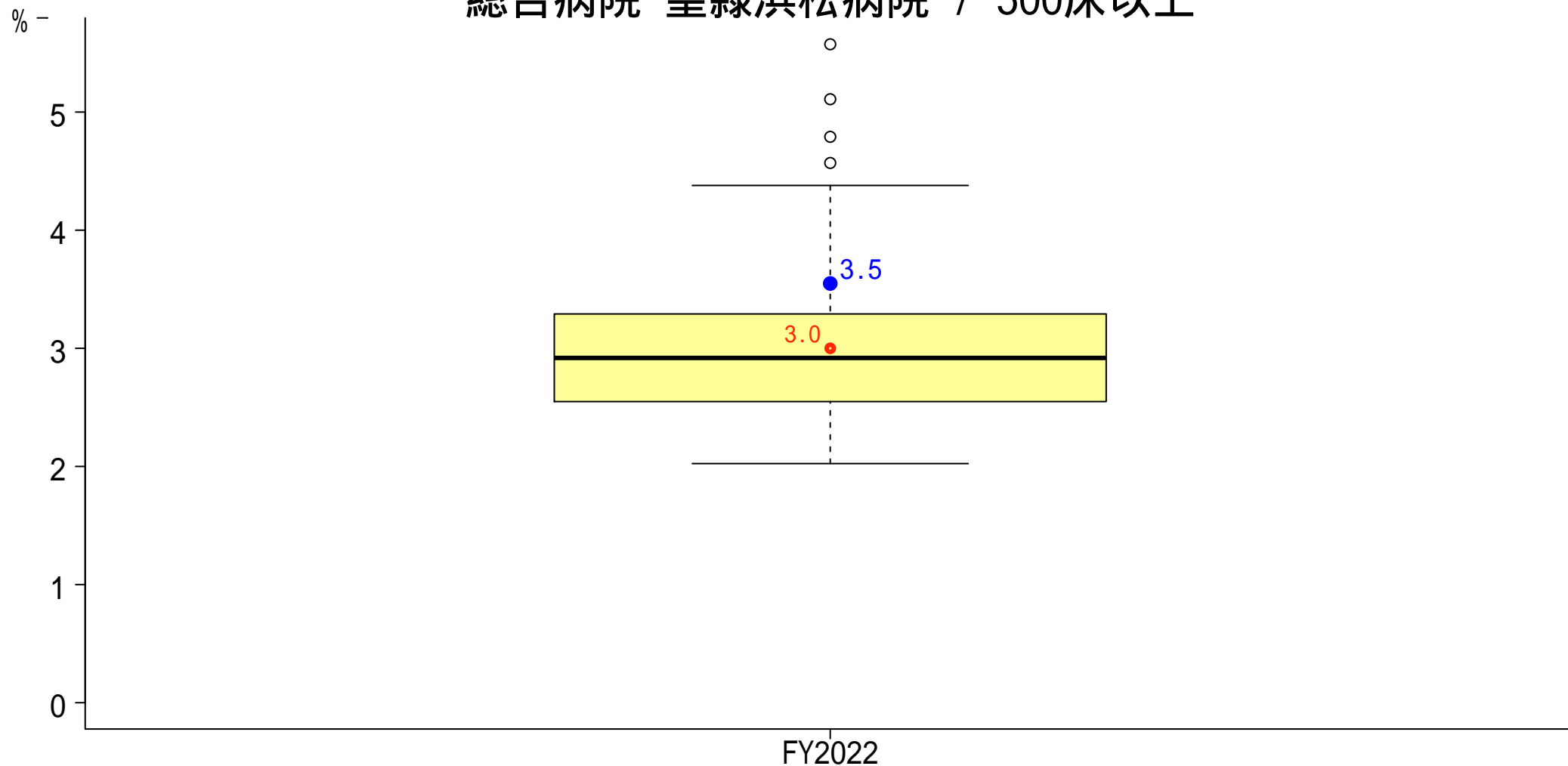
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-47 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数

分母: 退院患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



n

94  
692  
19499

— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

# No.06 紹介割合

# No.07 逆紹介割合

## 指標の説明・定義

2022年度から採用した新しい項目です。2021年度までは、紹介率・逆紹介率として計測してきましたが、令和4年度診療報酬改定に伴い、外来機能の明確化および医療機関間の連携を推進する観点より、名称変更、定義変更し、新たに紹介割合・逆紹介割合として計測することにしました。

紹介割合とは、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と救急患者における割合です。一方、逆紹介割合とは、初診患者と再診患者に対し、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、そこで必要性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、紹介割合・逆紹介割合の数値は、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.06) 紹介患者数+救急患者数  
No.07) 逆紹介患者数

分母： No.06) 初診患者数  
No.07) 初診+再診患者数

収集期間： 1ヶ月毎

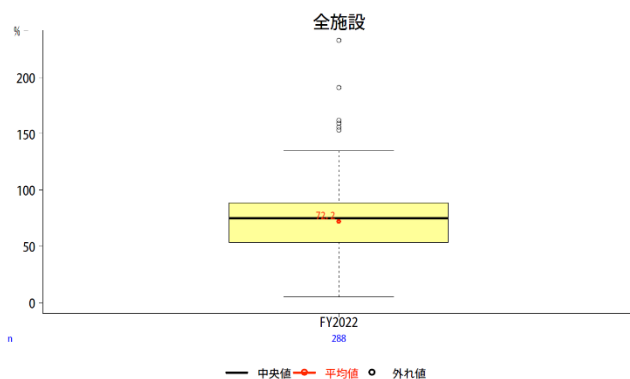
調整方法： % (パーミル：1000分の1を1とする単位) ※逆紹介割合のみ適用

## 指標の種類・値の解釈

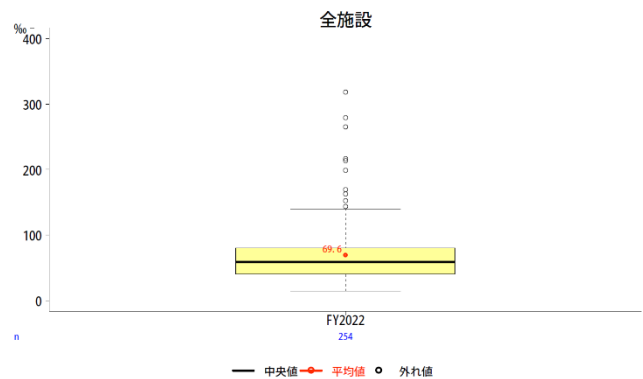
プロセス

## 結果

### 紹介割合



### 逆紹介割合



## 考察

今回、提出がなかったのは紹介割合が60施設、逆紹介割合が94施設で、提出割合は82.8% (288/348)、73.0% (254/348)でした。紹介割合の1年間の結果は、平均値72.4%、中央値75.3%、最大値232.5%、最小値5.1%、逆紹介割合の1年間の結果は、平均値69.6%、中央値56.0%、最大値635.1%、最小値14.6%でした。

逆紹介割合は、2021年度までの逆紹介率と大きく定義が異なることから、算出間違いの可能性のある施設が50施設ほど見られました。四半期毎の施設へのフィードバックで個別に確認を依頼することで、30施設程度は修正をしていただけましたが、残りの20施設は未対応となり、集計時には除外することとしました。2023年度も継続して、算出間違いについては確認していく予定です。

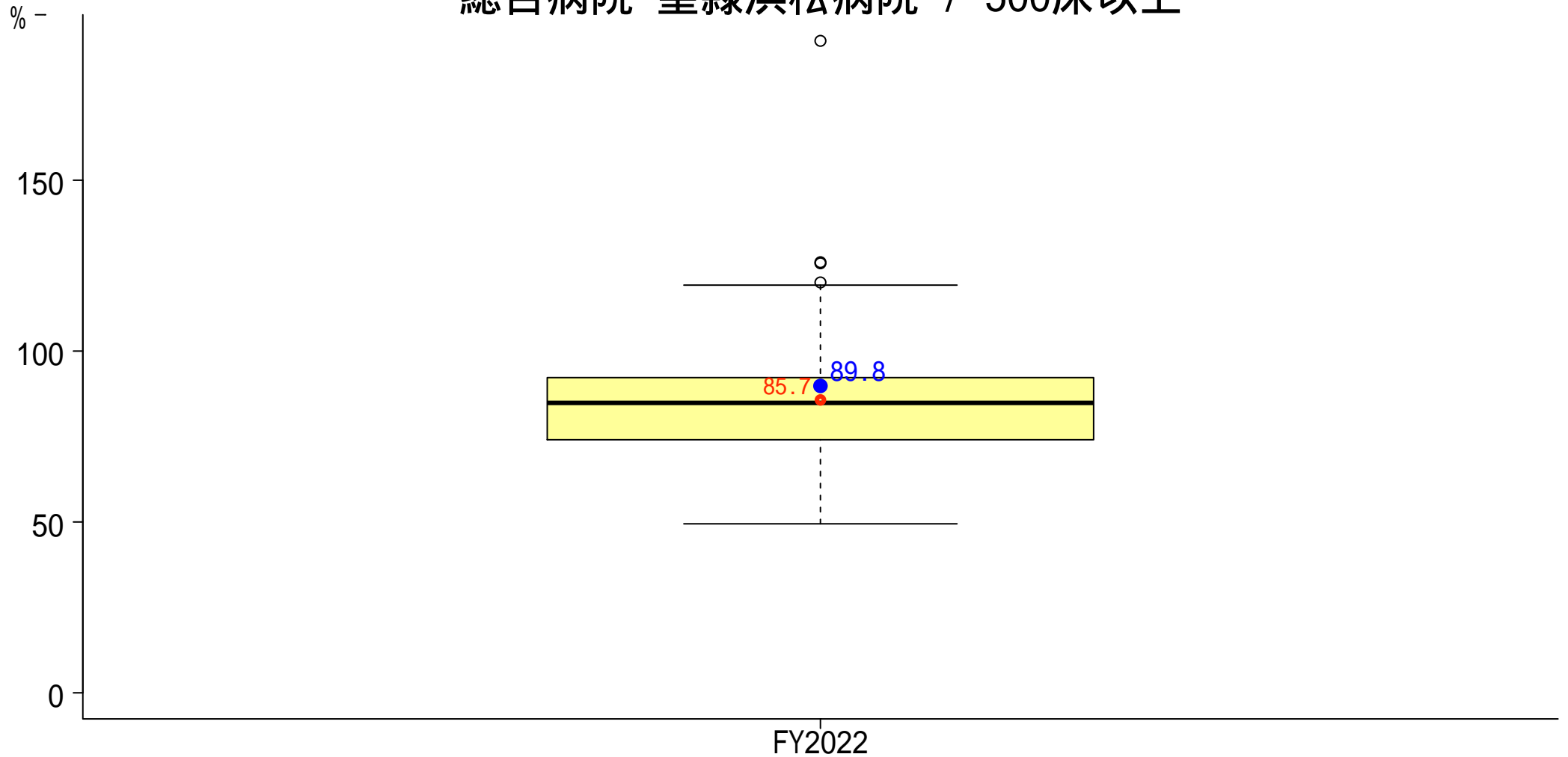
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9

# 一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)  
分母:初診患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



n

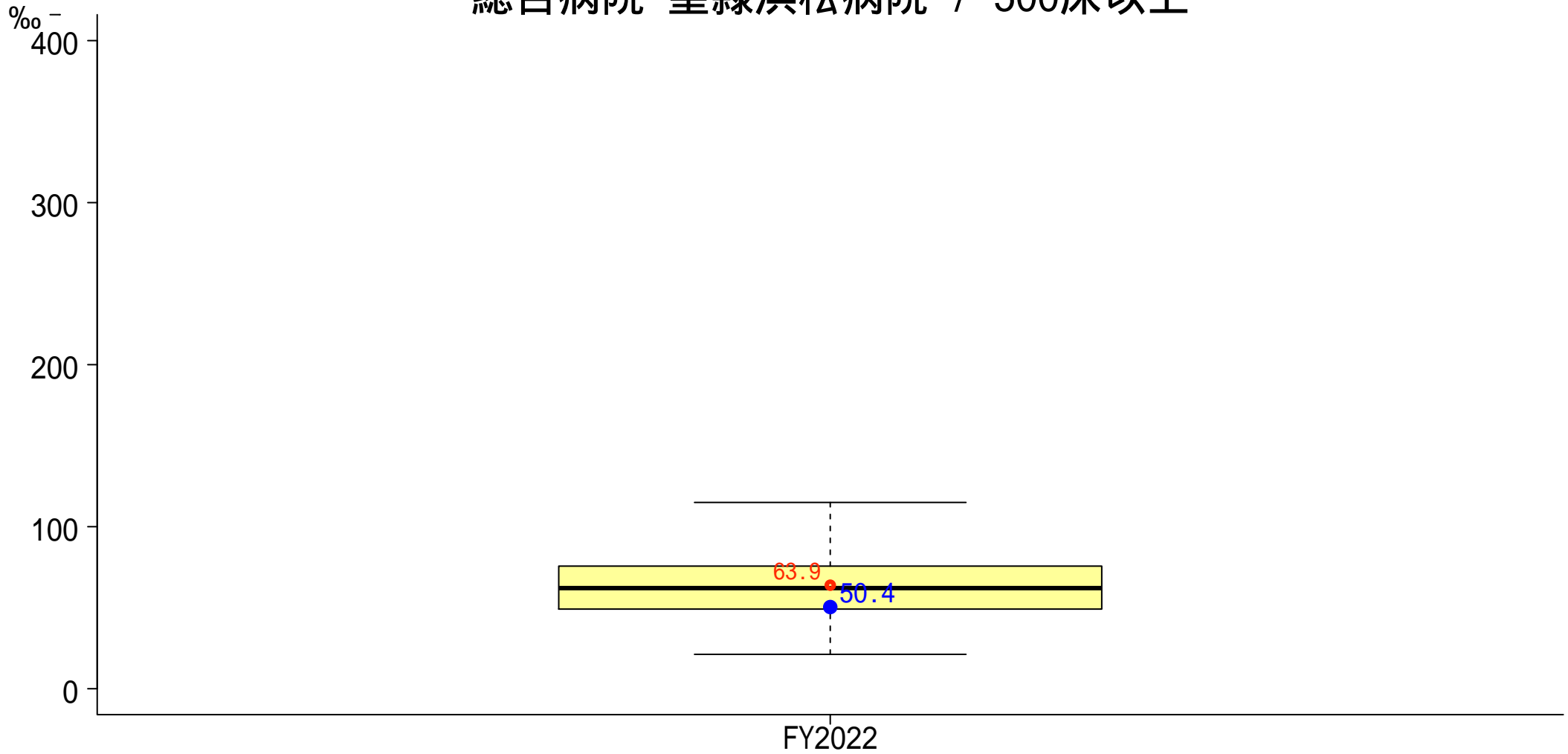
83  
27232  
30321

— 中央値 ● 平均値 ○ 外れ値

# 一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数  
分母:(初診+再診患者数)

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



n

76  
24103  
478110

— 中央値 ● 平均値 ○ 外れ値

# No.34 集中治療を要する重症患者に対する 早期栄養介入割合

## 指標の説明・定義

重症患者に対する早期栄養開始により、感染症の合併減少や死亡率低下が指摘されています。

本指標では、2020年度に新設された早期栄養介入管理加算（特定集中治療室管理料）を利用し、早期栄養介入の状況をモニタリングします。指標算出では集中治療室入室理由は限定しておらず、術後管理目的など本指標の主旨とは異なる症例も一部含まれる場合も考えられますが、術後症例についても多くが早期の栄養介入が望ましいとされており、全身麻酔下での手術症例のみ当てはまる加算（2022年度新設、周術期栄養管理加算）を分子に加えることで、適切な栄養介入がされているものは分子として検知できるようにしています。

一方で、特定の術後管理症例（縫合不全が疑われる消化管手術等）や非推奨症例（コントロール不良のショック状態、低酸素状態、極度のアシドーシス、腸管虚血、腹部コンパートメント症候群、活動性の上部消化管出血など）も含まれるため、その場合、値が低く算出される可能性があります。

分 子： 分母のうち、集中治療室入室後 3 日以内に栄養介入を受けた症例数

分 母： 集中治療室に 3 日間以上連続して入室していた 18 歳以上の症例数

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、EF ファイル

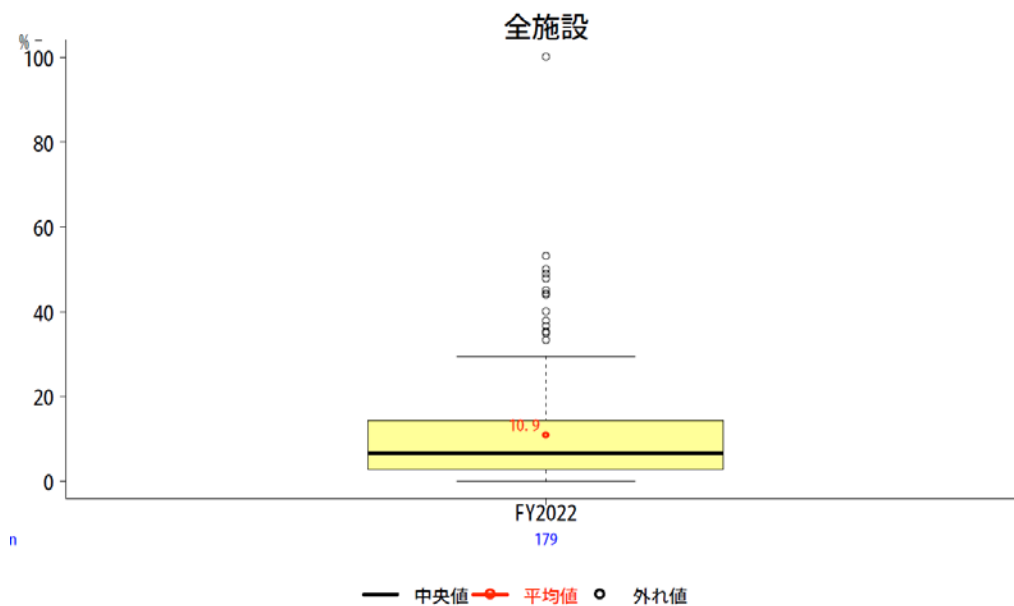
## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい



## 結果



## 考察

1年間の結果は、平均値 10.9%、中央値 6.5%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。  
2022年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみたい予定です。

## 参考文献

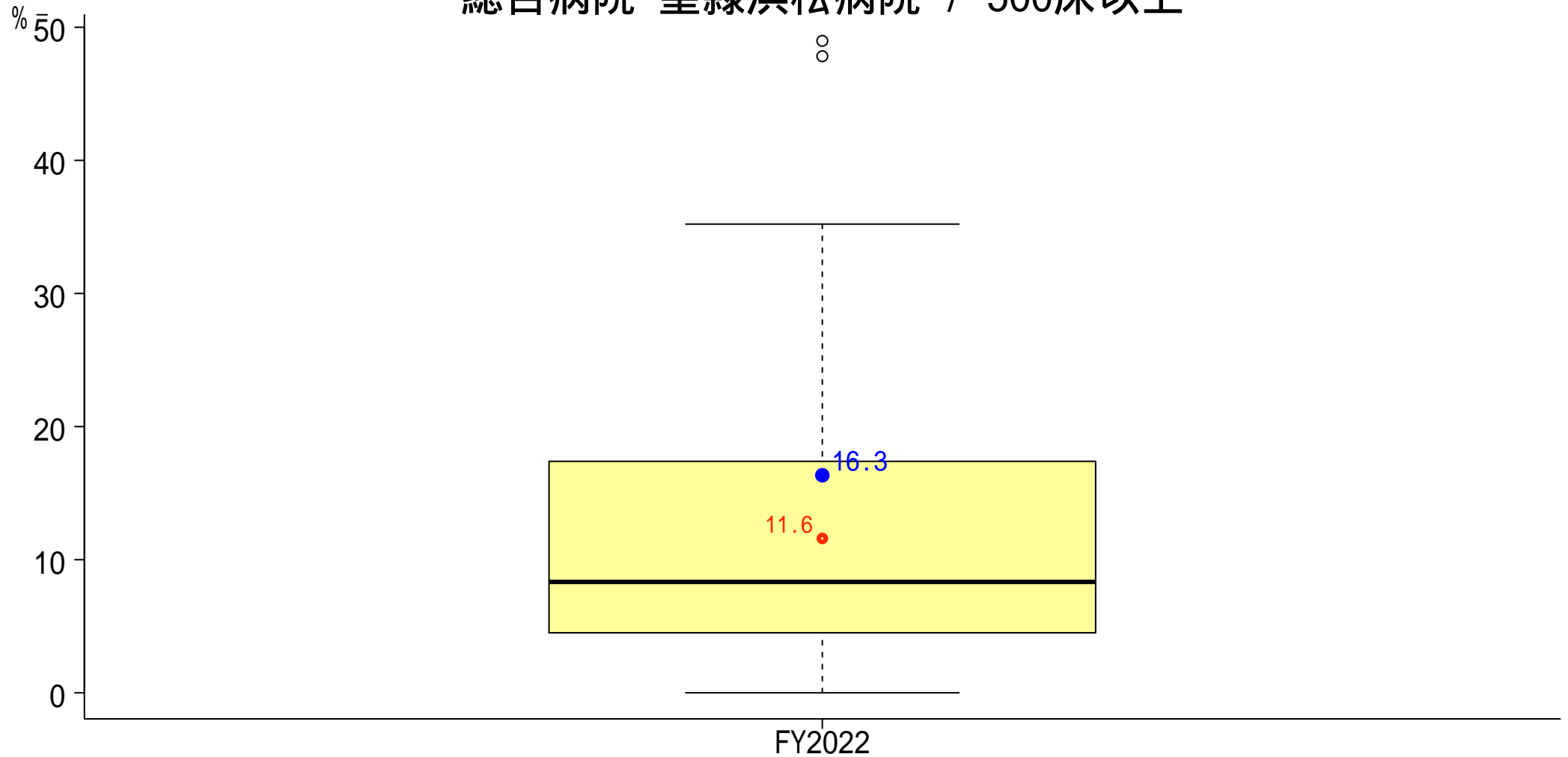
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-50 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数

分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



n

85  
17  
104

— 中央値 ● 平均値 ○ 外れ値

# No.35 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) 処方率

## 指標の説明・定義

消化性潰瘍診療ガイドライン 2015 第 2 版では、「低用量アスピリン (LDA) による消化性潰瘍の発生頻度、有病率の抑制には酸分泌抑制薬が有効である (エビデンスレベル A) ので行うように推奨する (推奨の強さ I)」とあり、この推奨をもとにより望ましいプラクティスとして指標を策定しました。

ただし、消化性潰瘍診療ガイドライン 2020 で示されるように、一次予防での PPI/H2RA 投薬は保険適用外となるため、指標の活用時にはこの矛盾にも留意する必要があります。

**分 子:** 分母のうち、退院時に酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) が退院時に処方された症例数

**分 母:** 退院時にアスピリン内服薬が処方されている 18 歳以上の患者数

**収集期間:** 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

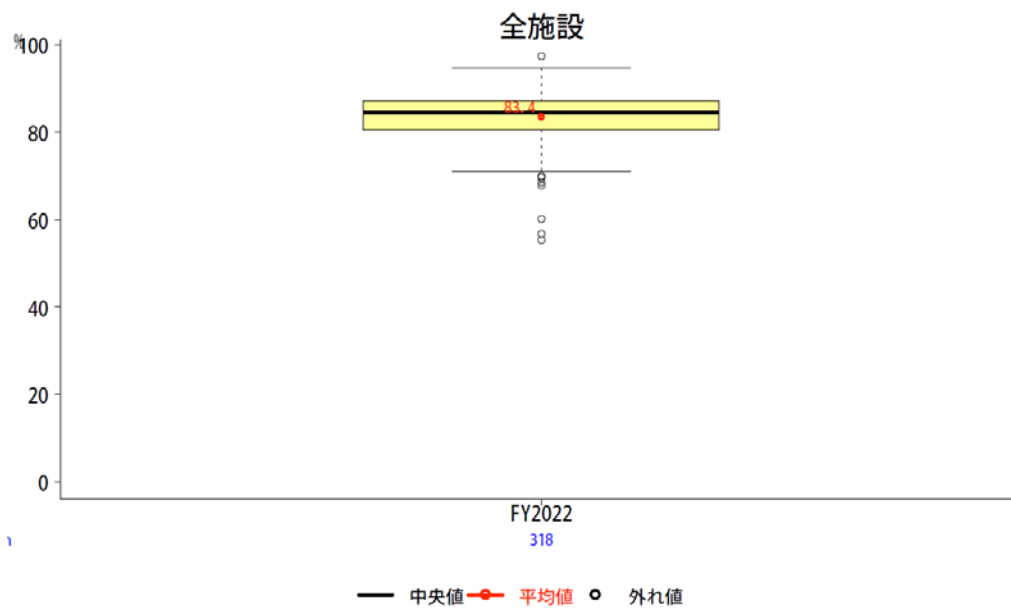
**使用データ** DPC 様式 1、EF ファイル

## 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



## 考察

1年間の結果は、平均値 83.5%、中央値 84.4%、最大値 97.2%、最小値 55.2%でした。2022年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみたい予定です。

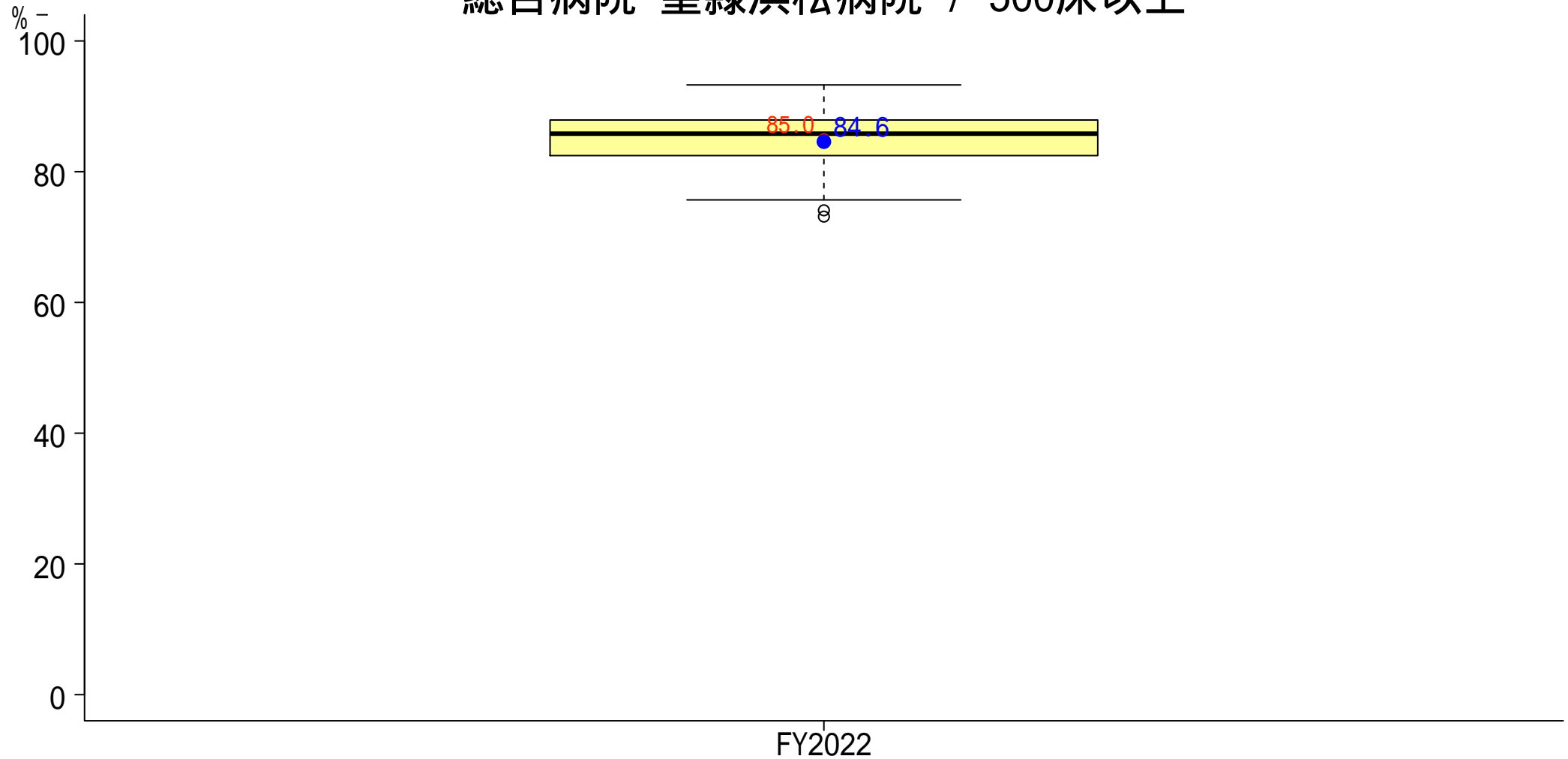
## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

# 一般-51 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)が退院時に処方された患者数  
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

総合病院 聖隷浜松病院 / 500床以上



n

94  
741  
876

— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値