

2014 年度  
QI プロジェクト  
結果報告



一般社団法人 日本病院会  
Japan Hospital Association

---

# 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 年間の事業終了後、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、昨年 (2014 年) 度は 292 と、毎年増えてきています。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する工夫は続けるつもりです。一方で、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はずです。

2014 年度の参加病院 292 のうち、一般病床向けの項目算出に参加した病院は 288、精神病床向けの項目算出に参加した病院は 26、療養病床向けの項目算出に参加した病院は 15 でした。測定した QI の項目数は、一般病床向けが 2013 年度と同じ 25、精神病床および療養病床向けがともに 8 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きました。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、医療の質向上にある程度は役立ちますので、お願いしたいとは思いますが、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。

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、もっと頻繁に持ちたいと思っています。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

# 参加病院の基本情報

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
1	北海道	札幌北辰病院	276			○				○	○	○	○
2	北海道	手稲溪仁会病院	562			○				○	○	○	○
3	北海道	函館中央病院	527			○					○	○	○
4	北海道	函館五稜郭病院	533			○					○	○	○
5	北海道	市立函館病院	634			○					○	○	○
6	北海道	日鋼記念病院	432			○					○	○	○
7	北海道	札幌厚生病院	519			○					○	○	○
8	北海道	札幌東徳洲会病院	325			○					○	○	○
9	北海道	吉田病院	263			○						○	
10	北海道	旭川赤十字病院	560			○				○			○
11	北海道	帯広厚生病院	678			○					○	○	○
12	北海道	北斗病院	221			○				○	○	○	○
13	北海道	市立釧路総合病院	535		94	○		○			○	○	○
14	北海道	名寄市立総合病院	300		165	○		○			○	○	○
15	青森県	八戸市立市民病院	552		50	○		○		○	○	○	○
16	青森県	十和田市立中央病院	325		50	○					○	○	○
17	青森県	黒石病院	290			○					○		
18	岩手県	岩手県立中央病院	685			○				○	○	○	○
19	宮城県	仙台南病院	200			○						○	○
20	宮城県	東北薬科大学病院	420		46	○		○		○	○	○	○
21	宮城県	坂総合病院	357			○				○	○	○	○
22	宮城県	永仁会病院	80			○						○	
23	山形県	済生会山形済生病院	468			○					○	○	○
24	山形県	三友堂病院	190			○						○	○
25	山形県	公立置賜総合病院	500			○				○	○	○	○
26	福島県	大原総合病院	429			○				○	○	○	○
27	福島県	白河厚生総合病院	455			○					○		○
28	福島県	太田西ノ内病院	1080		50	○		○			○	○	○
29	福島県	寿泉堂総合病院	305			○				○	○	○	○
30	福島県	公立藤田総合病院	299			○					○	○	○
31	茨城県	総合病院 土浦協同病院	900			○					○		○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
32	茨城県	龍ヶ崎済生会病院	210			○						○	○
33	茨城県	JAとりで総合医療センター	414			○				○	○	○	○
34	茨城県	筑波メディカルセンター病院	413			○				○	○	○	○
35	茨城県	茨城県立中央病院	500			○				○	○	○	○
36	茨城県	総合病院 水戸協同病院	401			○					○		○
37	茨城県	水戸済生会総合病院	500			○				○	○	○	○
38	茨城県	ひたちなか総合病院	302			○				○	○	○	○
39	茨城県	志村大宮病院	169			○						○	○
40	群馬県	日高病院	267							○	○	○	○
41	群馬県	角田病院	125									○	×
42	群馬県	公立富岡総合病院	337			○					○	○	○
43	群馬県	前橋赤十字病院	570			○				○	○	○	○
44	群馬県	群馬県済生会前橋病院	327			○				○	○	○	○
45	群馬県	伊勢崎市民病院	520			○				○	○		○
46	群馬県	太田記念病院	400			○				○	○	○	○
47	埼玉県	さいたま市民医療センター	340			○				○	○	○	
48	埼玉県	済生会川口総合病院	380			○				○	○	○	○
49	埼玉県	埼玉協同病院	401			○					○	○	○
50	埼玉県	戸田中央総合病院	462			○					○	○	○
51	埼玉県	東大宮総合病院	317			○					○	○	○
52	埼玉県	さいたま赤十字病院	605			○				○	○	○	○
53	埼玉県	赤心堂病院	198			○						○	○
54	埼玉県	埼玉石心会病院	349			○				○	○	○	○
55	埼玉県	埼玉西協同病院	50			○						○	
56	埼玉県	上尾中央総合病院	724			○					○	○	○
57	埼玉県	伊奈病院	111	40		○	○					○	○
58	千葉県	千葉中央メディカルセンター	272			○					○	○	○
59	千葉県	東葛クリニック病院	95			○						○	
60	千葉県	船橋市立医療センター	449			○				○	○	○	○
61	千葉県	柏厚生総合病院	185			○					○	○	○
62	千葉県	小張総合病院	350			○					○	○	○
63	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	763		50	○		○			○	○	○
64	千葉県	総合病院 君津中央病院	637			○				○	○	○	○
65	千葉県	亀田総合病院	865			○				○	○	○	○
66	東京都	荻窪病院	252			○					○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
67	東京都	聖路加国際病院	520			○				○	○		○
68	東京都	東大和病院	284			○					○	○	○
69	東京都	東京山手メディカルセンター	418			○					○	○	○
70	東京都	三井記念病院	482			○					○	○	○
71	東京都	国立病院機構 東京医療センター	780			○				○	○	○	○
72	東京都	立正佼成会附属佼成病院	345			○			○			○	○
73	東京都	河北総合病院	328			○				○	○	○	○
74	東京都	牧田総合病院	284			○						○	
75	東京都	青梅市立総合病院	508		50	○		○				○	○
76	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	1005			○			○				○
77	東京都	がん研有明病院	667			○			○		○	○	○
78	東京都	豊島病院	418		32	○		○		○	○	○	○
79	東京都	九段坂病院	211			○					○		
80	東京都	東京共済病院	380			○					○	○	○
81	東京都	東京逡信病院	477			○					○	○	○
82	東京都	昭和大学病院	815			○			○		○	○	○
83	東京都	野村病院	81	36		○	○					○	
84	東京都	武蔵野赤十字病院	611			○				○	○	○	○
85	東京都	永寿総合病院	400			○					○	○	○
86	東京都	榊原記念病院	320			○				○			
87	東京都	NTT 東日本関東病院	615		50	○		○			○	○	○
88	東京都	稲城市立病院	290			○					○	○	○
89	神奈川県	川崎幸病院	326			○				○	○	○	○
90	神奈川県	菊名記念病院	218			○				○	○	○	○
91	神奈川県	高田中央病院	60			○						○	
92	神奈川県	横浜南共済病院	591			○				○	○	○	○
93	神奈川県	横須賀共済病院	735			○				○	○	○	○
94	神奈川県	総合病院 衣笠病院	251			○						○	○
95	神奈川県	神奈川県立がんセンター	415			○				○		○	○
96	神奈川県	海老名総合病院	469			○				○	○	○	○
97	神奈川県	東名厚木病院	267			○				○	○	○	○
98	神奈川県	国際親善総合病院	287			○						○	○
99	神奈川県	西横浜国際総合病院	188			○						○	○
100	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	574			○					○	○	○
101	神奈川県	湘南藤沢徳州会病院	419			○					○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
102	神奈川県	相模原協同病院	437			○				○	○	○	○
103	神奈川県	平塚共済病院	441			○				○	○	○	○
104	神奈川県	伊勢原協同病院	413			○					○	○	○
105	新潟県	立川総合病院	481			○					○	○	○
106	新潟県	新潟県立中央病院	524			○				○			○
107	新潟県	新潟市民病院	660			○				○	○	○	○
108	新潟県	信楽園病院	337			○					○		○
109	新潟県	新潟南病院	151			○						○	○
110	新潟県	新潟県済生会三条病院	199			○						○	○
111	新潟県	新津医療センター病院	174			○						○	
112	富山県	富山市立富山市民病院	545			○				○	○	○	○
113	石川県	芳珠記念病院	200	60		○	○				○	○	○
114	福井県	福井赤十字病院	586			○				○	○	○	○
115	長野県	長野市民病院	400			○				○	○	○	○
116	長野県	北信総合病院	421			○					○	○	○
117	長野県	小諸厚生総合病院	320			○					○	○	○
118	長野県	長野県厚生連 佐久総合病院	624			○					○	○	○
119	長野県	篠ノ井総合病院	433			○					○	○	○
120	長野県	相澤病院	502			○				○	○	○	○
121	長野県	丸の内病院	199			○						○	○
122	長野県	諏訪中央病院	270			○						○	○
123	長野県	諏訪赤十字病院	425		30	○		○		○	○	○	○
124	長野県	飯田病院	212		240	○		○				○	○
125	長野県	伊那中央病院	394			○				○	○	○	○
126	長野県	富士見高原病院	149			○					○	○	○
127	長野県	安曇野赤十字病院	321			○					○	○	○
128	長野県	長野県厚生連 安曇総合病院	222		120	○		○				○	○
129	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	450			○					○	○	○
130	岐阜県	岐阜市民病院	559		50	○		○		○	○	○	○
131	岐阜県	岐阜県総合医療センター	590			○				○	○	○	○
132	岐阜県	松波総合病院	432			○				○	○	○	○
133	岐阜県	羽島市民病院	235			○					○	○	○
134	岐阜県	岐阜赤十字病院	300			○				○	○	○	○
135	岐阜県	木沢記念病院	452			○				○	○	○	○
136	岐阜県	高山赤十字病院	395			○				○	○		○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
137	岐阜県	岐阜県立多治見病院	562		46	○		○		○	○	○	○
138	静岡県	三島総合病院	162			○						○	○
139	静岡県	静岡赤十字病院	517			○				○	○		○
140	静岡県	静岡県立総合病院	620			○				○	○	○	○
141	静岡県	藤枝市立総合病院	564			○				○	○	○	○
142	静岡県	市立島田市民病院	467			○				○	○		○
143	静岡県	遠州病院	340			○				○		○	○
144	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	744			○				○	○	○	○
145	静岡県	浜松医療センター	606			○				○	○	○	○
146	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	640		104	○		○		○	○	○	○
147	静岡県	中東遠総合医療センター	500			○					○		○
148	静岡県	磐田市立総合病院	500			○				○	○	○	○
149	愛知県	豊橋市民病院	810			○					○	○	○
150	愛知県	愛知県厚生連 安城更生病院	735			○				○	○	○	○
151	愛知県	刈谷豊田総合病院	635			○				○	○	○	○
152	愛知県	総合上飯田第一病院	218			○					○	○	○
153	愛知県	メイトウホスピタル	34	48		○	○					○	
154	愛知県	名古屋第二赤十字病院	810			○				○	○	○	○
155	愛知県	藤田保健衛生大学病院	1454		51	○		○	○				○
156	愛知県	小牧市民病院	558			○					○	○	○
157	愛知県	春日井市民病院	550			○				○	○	○	○
158	愛知県	総合大雄会病院	322			○				○	○	○	○
159	愛知県	一宮市立市民病院	560			○				○	○	○	○
160	愛知県	稲沢市民病院	392			○					○	○	○
161	三重県	市立四日市病院	568			○				○	○	○	○
162	三重県	いなべ総合病院	220			○					○	○	○
163	三重県	桑名西医療センター	234			○					○	○	○
164	三重県	鈴鹿中央総合病院	460			○				○	○	○	○
165	三重県	松阪中央総合病院	440			○				○	○	○	○
166	滋賀県	大津市民病院	488			○				○	○	○	○
167	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	407			○				○	○	○	○
168	滋賀県	草津総合病院	480			○				○	○	○	○
169	京都府	武田病院	394			○				○	○	○	○
170	京都府	武田総合病院	500			○					○	○	○
171	京都府	京都民医連中央病院	361	50		○	○				○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
172	京都府	京都市立病院	528			○				○	○	○	○
173	京都府	洛和会音羽病院	428			○					○	○	○
174	京都府	宇治武田病院	177			○					○	○	○
175	京都府	男山病院	199			○						○	○
176	京都府	三菱京都病院	188			○					○	○	○
177	京都府	京都桂病院	525			○				○	○	○	○
178	京都府	千春会病院	60			○						○	
179	京都府	舞鶴共済病院	320			○				○	○	○	○
180	京都府	公立南丹病院	464			○					○	○	○
181	大阪府	中津病院	736			○					○	○	○
182	大阪府	医誠会病院	327			○					○		○
183	大阪府	大阪市立総合医療センター	1008		55	○		○		○	○	○	○
184	大阪府	大阪府済生会野江病院	382			○				○	○	○	○
185	大阪府	森之宮病院	351			○					○	○	
186	大阪府	大阪警察病院	580			○				○	○	○	○
187	大阪府	多根総合病院	304			○					○	○	○
188	大阪府	千船病院	292			○					○	○	○
189	大阪府	西淀病院	218			○					○	○	
190	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	734		34	○		○		○	○	○	○
191	大阪府	市立豊中病院	613			○				○	○		○
192	大阪府	箕面市立病院	317			○				○	○	○	○
193	大阪府	市立池田病院	364			○				○	○	○	○
194	大阪府	大阪府済生会吹田病院	500			○				○	○	○	○
195	大阪府	高槻赤十字病院	446			○				○	○	○	○
196	大阪府	高槻病院	477			○				○	○	○	○
197	大阪府	北摂総合病院	217			○				○	○		○
198	大阪府	守口生野記念病院	199			○						○	○
199	大阪府	松下記念病院	359			○				○			○
200	大阪府	萱島生野病院	162			○					○	○	○
201	大阪府	小松病院	190			○						○	○
202	大阪府	星ヶ丘医療センター	580			○				○			○
203	大阪府	佐藤病院	120			○						○	○
204	大阪府	関西医科大学附属枚方病院	750			○			○		○		○
205	大阪府	わかくき童間リハビリテーション病院		500			○					○	
206	大阪府	若草第一病院	230			○				○	○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
207	大阪府	医真会八尾総合病院	301			○					○		○
208	大阪府	八尾市立病院	380			○				○	○	○	○
209	大阪府	島田病院	43			○						○	○
210	大阪府	PL病院	323	47		○	○				○	○	○
211	大阪府	清恵会病院	276			○					○	○	○
212	大阪府	市立堺病院	480			○				○	○	○	○
213	大阪府	馬場記念病院	300			○				○	○	○	○
214	大阪府	ベルピアノ病院		192			○					○	
215	大阪府	府中病院	380			○				○	○	○	○
216	大阪府	ベルランド総合病院	477			○				○	○	○	○
217	大阪府	堺温心会病院											
218	兵庫県	神戸市立医療センター 中央市民病院	690			○				○	○	○	○
219	兵庫県	神鋼病院	333			○				○	○	○	○
220	兵庫県	神戸赤十字病院	310			○				○	○	○	○
221	兵庫県	川崎病院	278			○					○	○	○
222	兵庫県	三菱神戸病院	199			○					○	○	○
223	兵庫県	六甲アイランド甲南病院	307			○					○	○	○
224	兵庫県	甲南病院	336			○					○	○	○
225	兵庫県	兵庫県立尼崎病院	500			○				○	○	○	○
226	兵庫県	明和病院	311			○					○	○	○
227	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	164			○					○	○	○
228	兵庫県	井野病院	100			○						○	○
229	兵庫県	明石医療センター	382			○				○	○	○	○
230	兵庫県	加古川東市民病院	206			○				○			○
231	兵庫県	甲南加古川病院	210			○						○	○
232	兵庫県	加古川西市民病院	397			○				○	○	○	○
233	奈良県	おかたに病院	150			○					○	○	
234	奈良県	奈良県総合医療センター	430			○				○	○		○
235	奈良県	天理よろづ相談所病院	815			○					○		○
236	奈良県	平成記念病院	180	120		○	○					○	○
237	奈良県	大和高田市立病院	320			○					○	○	○
238	奈良県	国保中央病院	220			○					○	○	○
239	奈良県	大和郡山病院	253			○					○	○	○
240	和歌山県	日本赤十字社 和歌山医療センター	873			○			○	○	○	○	○
241	島根県	松江赤十字病院	598		45	○		○		○	○		○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
242	島根県	島根県立中央病院	639		40	○		○			○	○	○
243	岡山県	岡山県精神科医療センター			252			○			○	○	
244	岡山県	光生病院	198			○					○	○	○
245	岡山県	岡山旭東病院	162			○				○			○
246	岡山県	津山中央病院	497			○				○	○	○	○
247	岡山県	倉敷中央病院	1151			○				○	○	○	○
248	岡山県	脳神経センター太田記念病院	180			○						○	○
249	岡山県	広島赤十字・原爆病院	598			○				○	○	○	○
250	広島県	広島共立病院	199			○					○	○	○
251	広島県	荒木脳神経外科病院	110			○						○	○
252	広島県	マツダ病院	270			○						○	○
253	山口県	山口労災病院	313			○				○	○	○	○
254	徳島県	博愛記念病院	108	102		○	○					○	
255	徳島県	徳島県立中央病院	390		60	○		○		○	○	○	○
256	香川県	高松病院	179			○					○	○	○
257	香川県	高松市民病院	341		70	○		○			○		○
258	香川県	香川県立中央病院	531			○				○	○	○	○
259	香川県	総合病院 回生病院	351			○				○	○	○	○
260	香川県	坂出市立病院	216			○					○		○
261	香川県	三豊総合病院	482			○				○			○
262	香川県	さぬき市民病院	175			○					○		○
263	愛媛県	済生会松山病院	170			○					○		○
264	愛媛県	市立宇和島病院	426			○					○	○	○
265	高知県	近森病院	452			○				○	○	○	○
266	高知県	細木病院	120	200		○	○				○	○	○
267	高知県	いずみの病院	178	60		○	○					○	○
268	高知県	土佐市立土佐市民病院	150			○						○	○
269	高知県	高知高須病院	63			○						○	○
270	高知県	高知医療センター	577		44	○		○		○	○	○	○
271	福岡県	健和会大手町病院	527			○				○	○	○	○
272	福岡県	九州病院	575			○				○	○	○	○
273	福岡県	済生会福岡総合病院	380			○				○	○		○
274	福岡県	福岡市民病院	200			○				○	○	○	○
275	福岡県	福岡徳洲会病院	600			○				○	○	○	○
276	福岡県	西福岡病院	145	45		○	○				○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般 病床数	療養 病床数	精神 病床数	一 般	療 養	精 神	特	地	臨	評	DPC
277	福岡県	聖マリア病院	1129	100	60	○	○	○		○	○	○	○
278	福岡県	新古賀病院	202			○				○	○		○
279	福岡県	筑後市立病院	233			○					○	○	○
280	福岡県	嶋田病院	150			○				○	○	○	○
281	福岡県	古賀病院21	230			○						○	○
282	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	450			○				○	○	○	○
283	長崎県	佐世保中央病院	312			○				○	○	○	○
284	大分県	大分岡病院	231			○				○	○	○	○
285	大分県	大分県立病院	566			○				○	○	○	○
286	大分県	天心堂へつぎ病院	173			○						○	○
287	宮崎県	戸嶋病院		40			○						
288	鹿児島県	相良病院	56			○						○	○
289	沖縄県	沖縄協同病院	280			○					○		○
290	沖縄県	豊見城中央病院	376			○				○	○	○	○
291	沖縄県	ハートライフ病院	300			○				○	○	○	○
292	沖縄県	中頭病院	336			○				○	○	○	○

特： 医療法に規定する特定機能病院

地： 医療法に規定する地域医療支援病院

臨： 医師法に規定する臨床研修指定病院

評： 財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を受けた病院

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

### 考察

患者満足度は可能な限り自施設の調査票に設問を追加するようお願いはしましたが、すでに何年もの間同じ調査票を使用している施設や他の設問が4段階評価であるのに対して、一つだけ5段階評価にすることは避けたいなどの理由で、まったく同じ内容の調査を実施することはできませんでした。

#### <No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは65施設で、提出できた割合は77.7%(223/287, 前年比+2.1)でした。また、満足のみでは、平均値40.2%(前年比+1.2)、中央値38.7%(前年比+0.5)、最大値81.6%(前年比-0.5)、最小値5.3%(前年比-1.3)、満足またはやや満足では、平均値81.7%(前年比+0.8)、中央値83.9%(前年比+0.1)、最大値99.3%(前年比+2.0)、最小値34.8%(前年比-19.9)という結果でした。平均値も中央値も、2013年度は2012年度より改善し、2014年度は2013年度より改善しました。

#### <No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出しなかったのは外来患者調査より4施設少なく61施設で、提出できた割合は78.7%(226/287, 前年比+3.6)でした。また、満足のみでは、平均値55.9%(前年比+1.7)、中央値58.1%(前年比+2.9)、最大値98.5%(前年比+6.1)、最小値13.4%(前年比+2.6)、満足またはやや満足では、平均値89.3%(前年比+1.6)、中央値91.2%(前年比+1.0)、最大値100.0%(前年比+1.2)、最小値54.3%(前年比+0.4)という結果でした。外来患者満足度調査と同様に、平均値も中央値も、2013年度は2012年度より改善し、2014年度は2013年度より改善しました。

毎年、新規参加施設が増加している中で、前年度より改善し続けていることは、施設毎に改善の取り組みを行っている結果だと考えます。

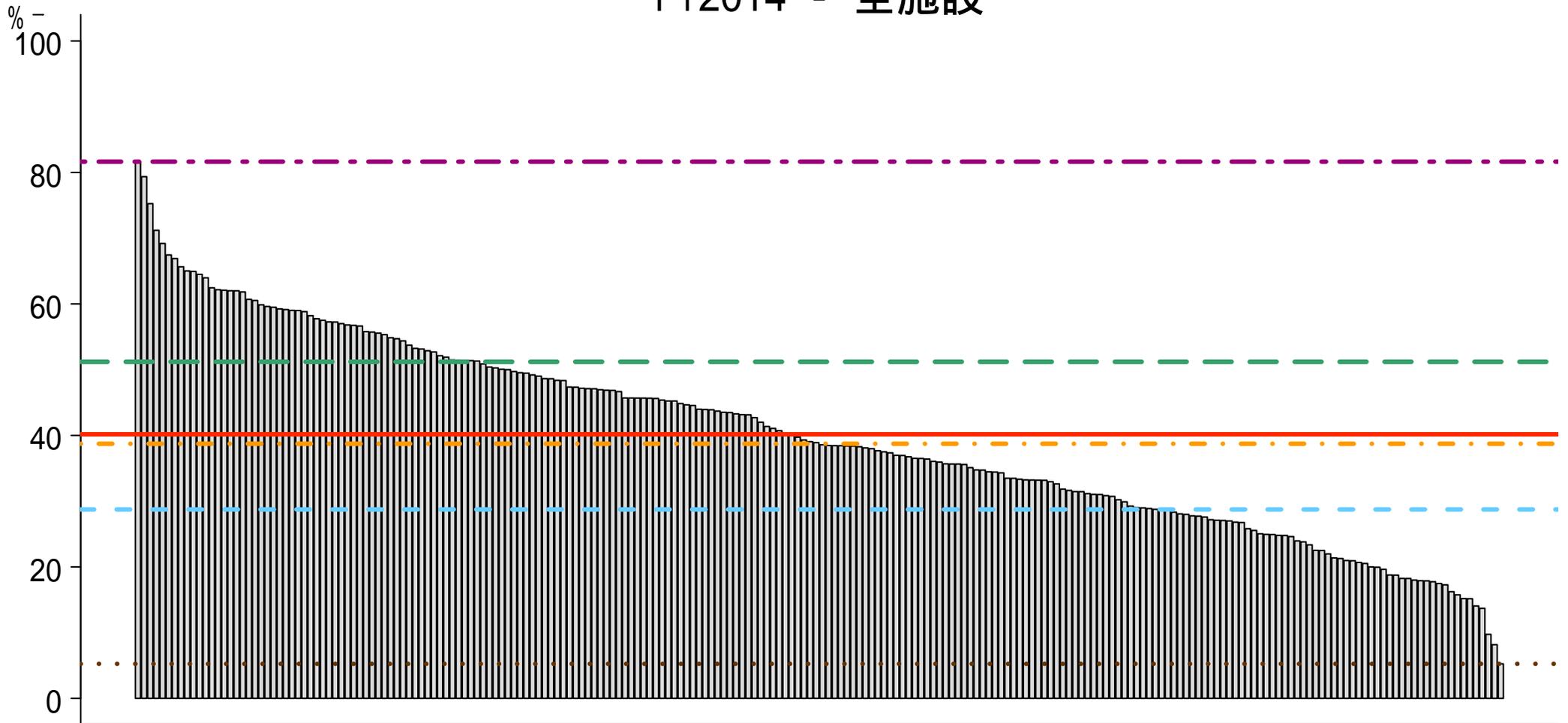
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 一般-1-a 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

FY2014 - 全施設



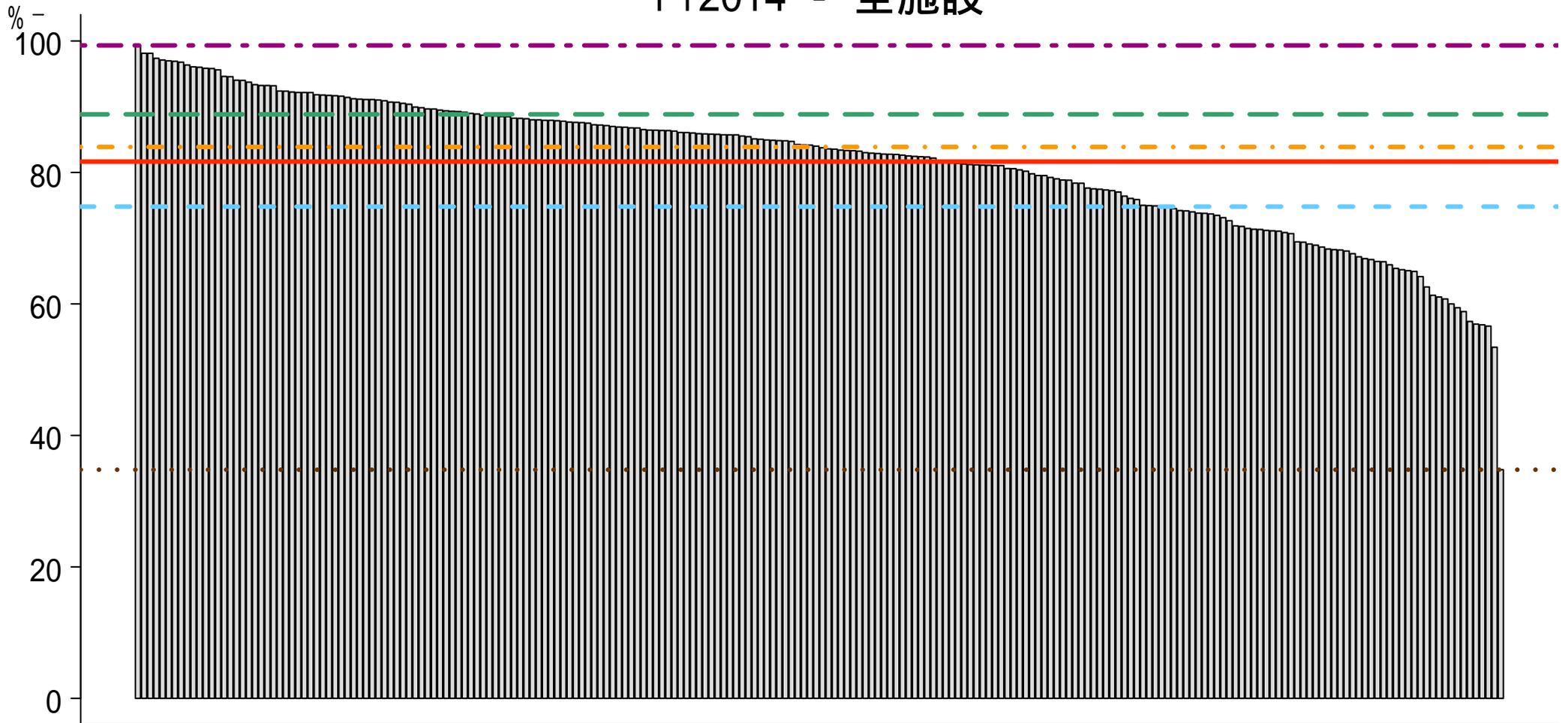
n 222

... 最小値 5.25 %    - - 25%tile 28.74 %    . - . 中央値 38.73 %    — 平均値 40.17 %    - - 75%tile 51.20 %    - - 最大値 81.64 %

# 一般-1-b 患者満足度（外来患者）満足 + 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

FY2014 - 全施設



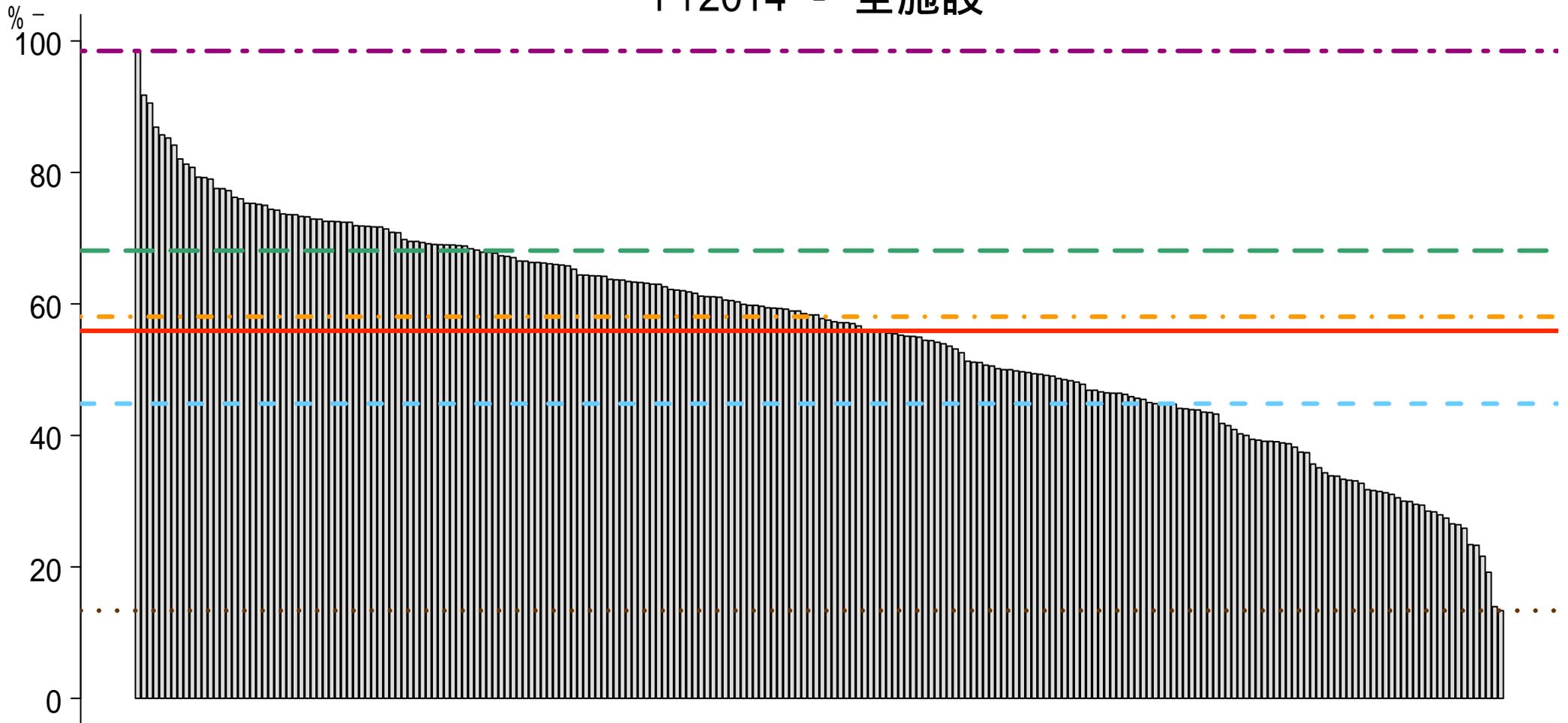
n 222

...	最小値	- -	25%tile	...	中央値	—	平均値	- -	75%tile	- -	最大値
	34.8 %		74.8 %		83.9 %		81.7 %		88.8 %		99.3 %

# 一般-2-a 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

## FY2014 - 全施設



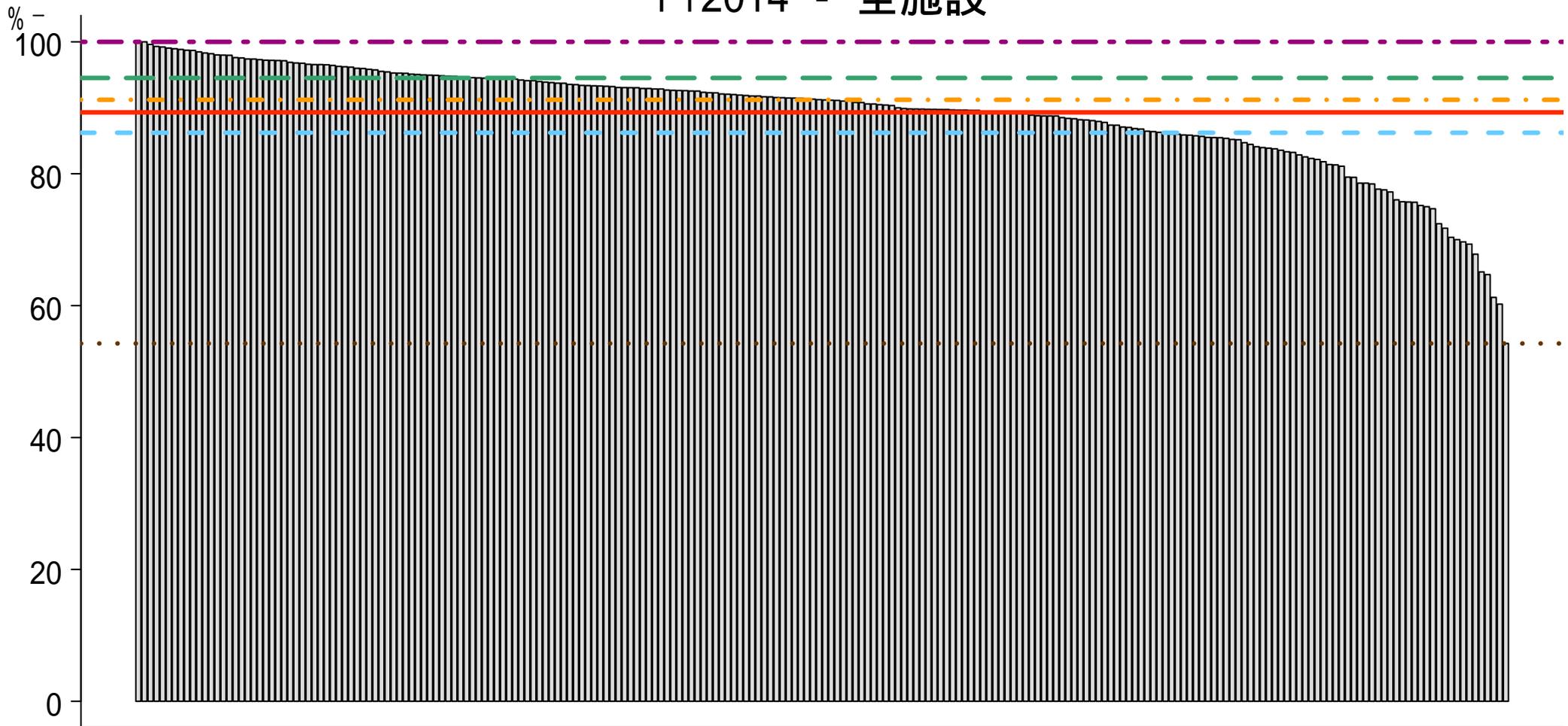
n 226

...	最小値	- -	25%tile	. - .	中央値	—	平均値	- -	75%tile	- -	最大値
	13.3 %		44.8 %		58.1 %		55.9 %		68.1 %		98.5 %

# 一般-2-b 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

FY2014 - 全施設



n 226

... 最小値 54.3 %    - - 25%tile 86.2 %    . - . 中央値 91.2 %    — 平均値 89.3 %    - - 75%tile 94.5 %    - - 最大値 100.0 %

# 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

## 考察

ほぼ負担なく提出できる指標としてこの死亡退院患者率を採用しましたが、一度も提出していない医療機関が13施設ありました（前年比-5）。調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は91.6%（3156/3444、前年比+4.3）でした。また1年間の平均は、平均値3.9%（前年比+0.1）、中央値3.6%（前年比+0.2）、最大値26.3%（前年比-14.2）、最小値0.0%（前年比±0）という結果でした。

施設全体の変化を経年的に把握していくためには、簡単で扱いやすい指標であると考えられますが、医療機関の体制や患者のプロフィール、疾患の種類と重症度などが同じであるという前提が必要です。そのため、改善活動を行うことはとても難しく、経時的に値を把握していくことに止まる指標ともいえます。

リスク調整が必要な指標であり、標準化が容易ではありません。

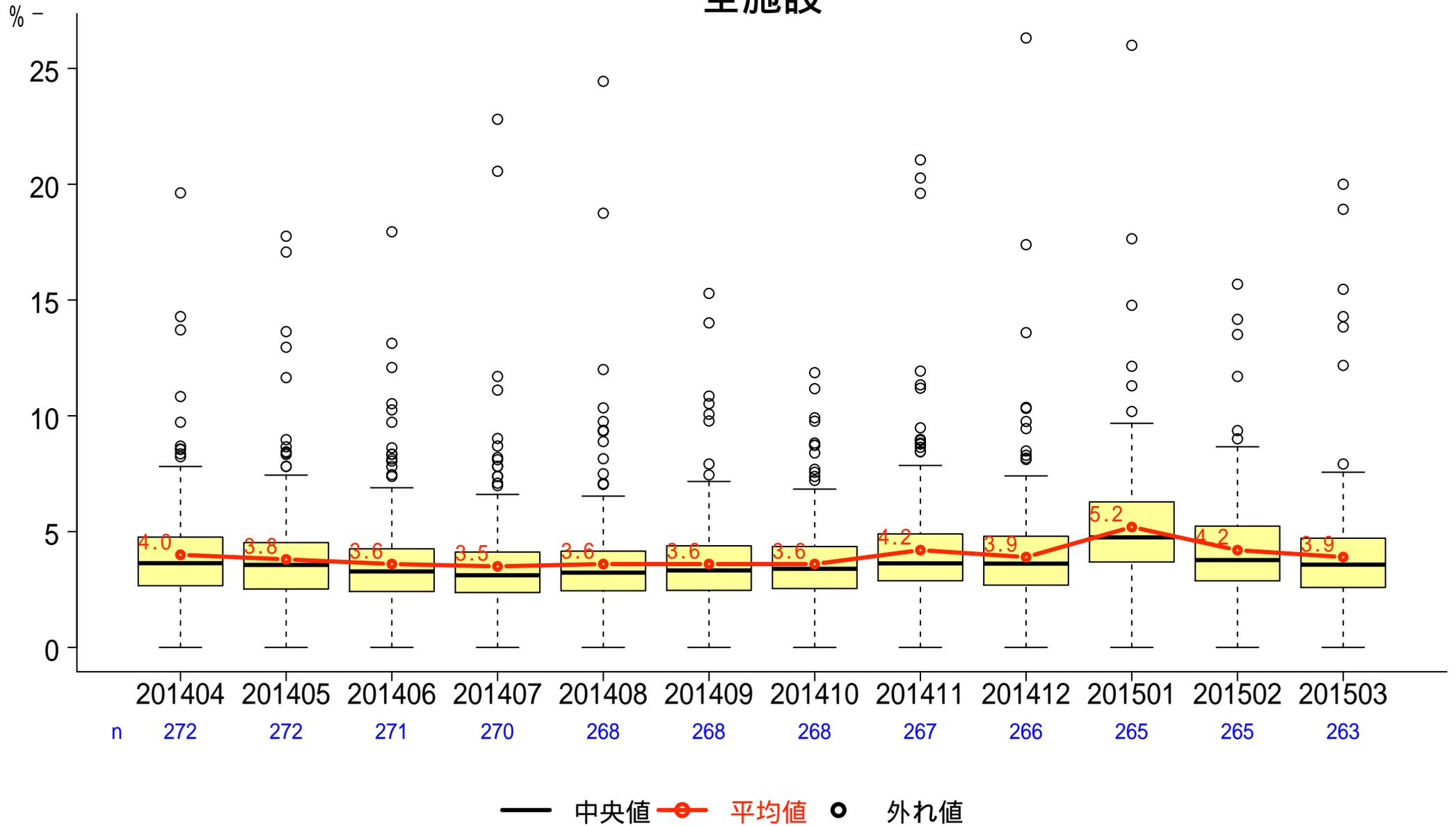
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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-3 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



## 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

## 考察

調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 89.9% (3096/3444, 前年比+5.3) でした。また、転倒転落発生率の 1 年間の平均は、平均値 2.81‰ (前年比+0.24)、中央値 2.36‰ (前年比+0.07)、最大値 101.80‰ (前年比+87.5)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 2 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.83‰ (前年比+0.12)、中央値 0.50‰ (前年比+0.03)、最大値 101.80‰ (前年比+93.91)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 4 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.05‰ (前年比±0)、中央値 0.00‰ (前年比±0)、最大値 1.35‰ (前年比-0.11)、最小値 0.00‰ (前年比±0) という結果でした。

調査期間を通して、転倒転落発生率が 100%を超える施設が 1 施設ありました。算出定義間違いの可能性があるので、個別に確認を依頼する必要があります。その他にも、分子をインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数としているため、施設のレポート報告体制の違いによって値が異なり、改善活動を推進することで報告件数が多くなる可能性も考えられます。

また、損傷発生率においては、レポートの報告体制の違いに加えて損傷レベルの判断に主観が入ることがあり、データの精度・信頼性については今後検討が必要です。

転倒・転落は発生し得る要因を減らすことが基本的な課題であり、繰り返し発生させないためのリスクアセスメントを行うことが重要です。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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>)

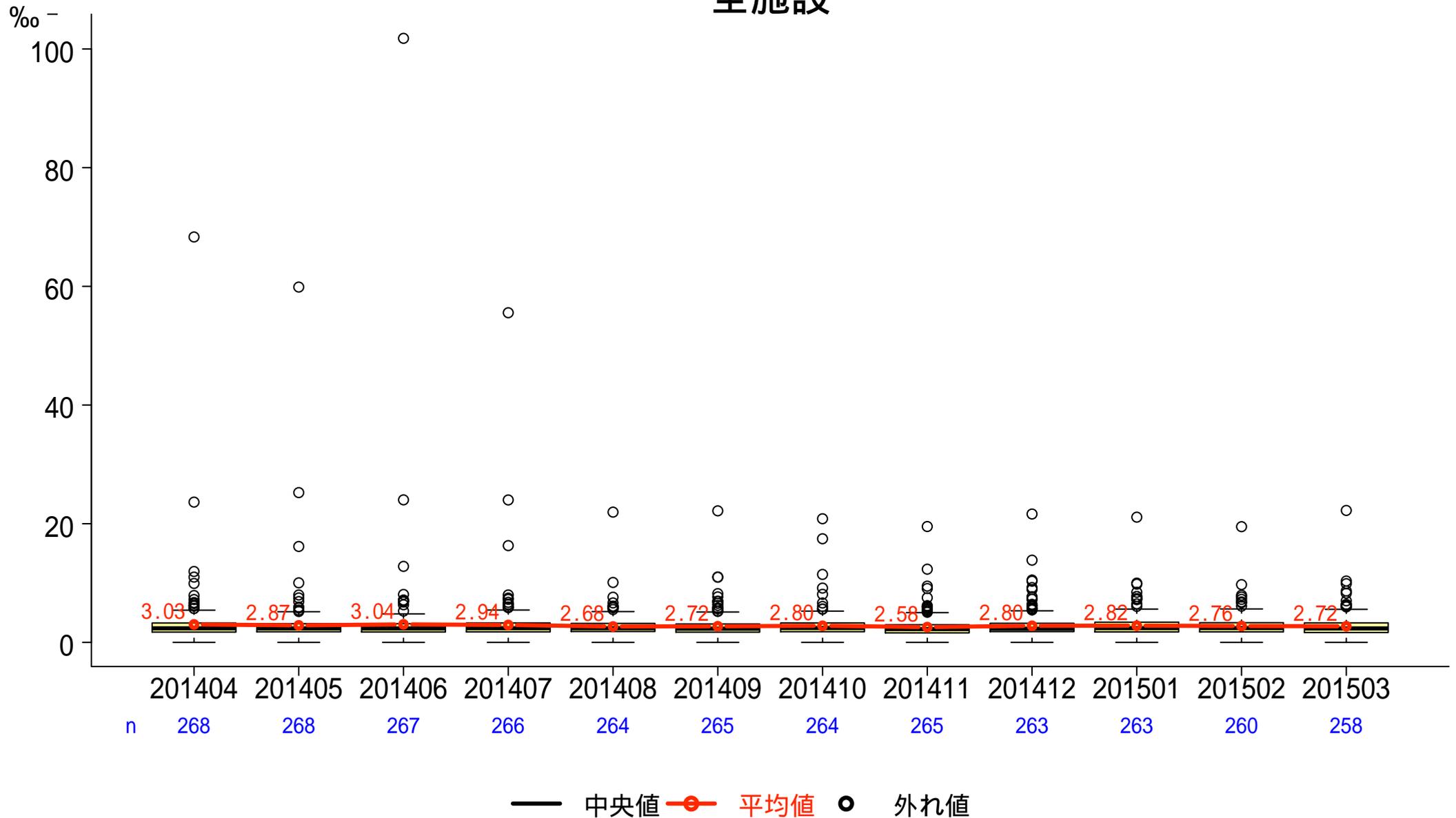
2015/09/08 available)

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.

# 一般-4-a 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

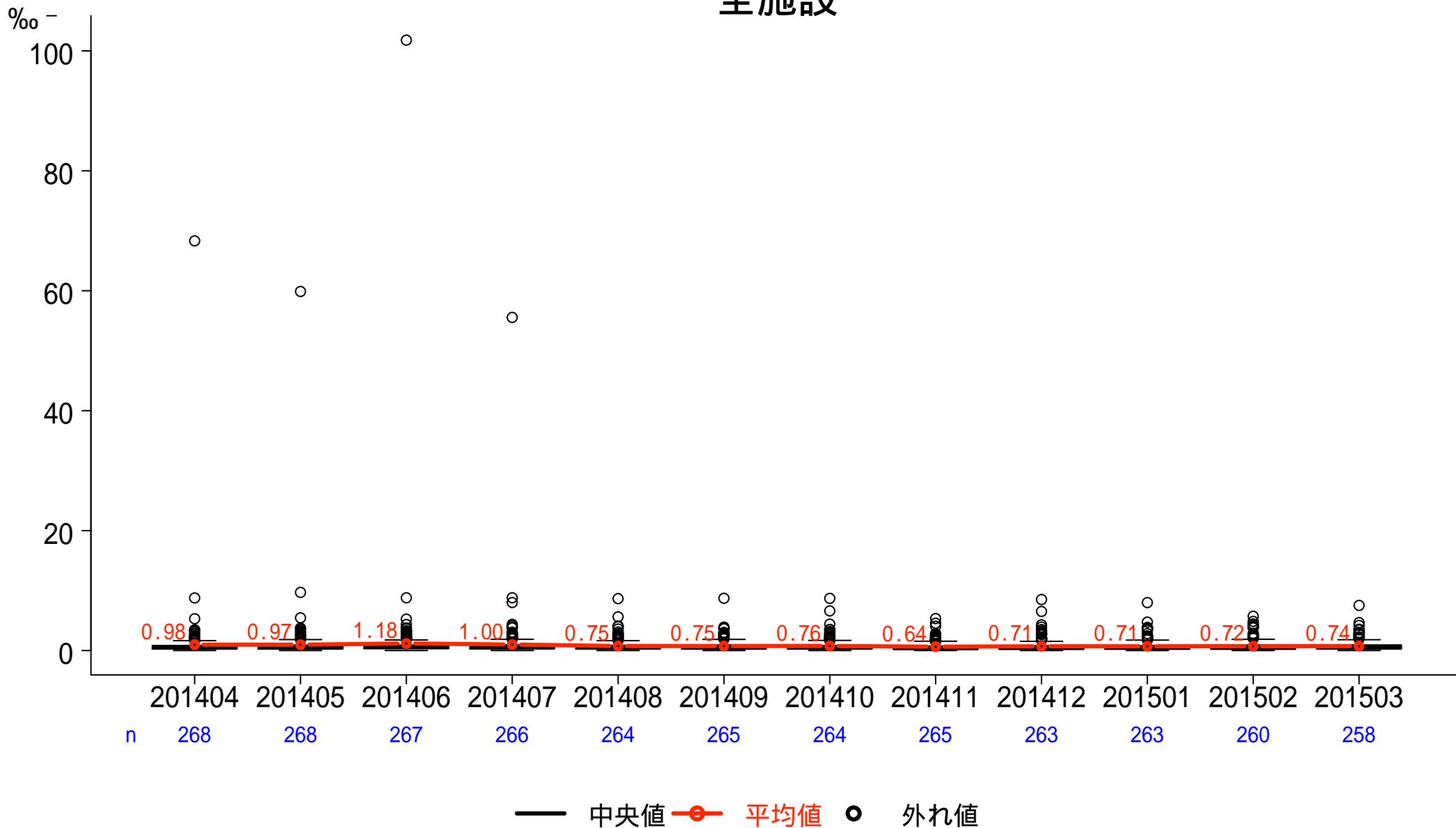
## 全施設



# 一般-4-b 入院患者の転倒・転落発生率（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

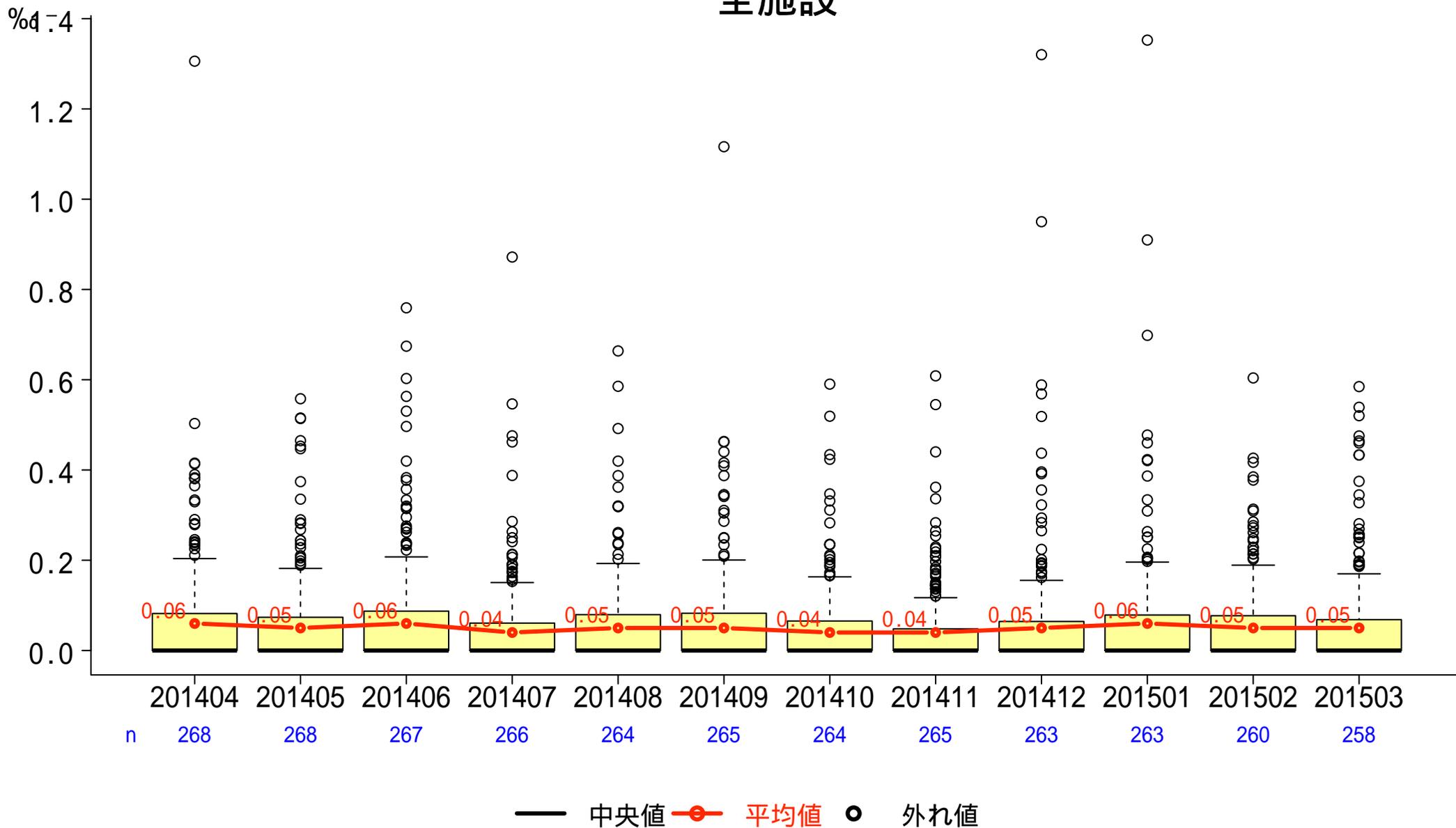
## 全施設



# 一般-4-c 入院患者の転倒・転落発生率（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

## 全施設



# 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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は85.4% (2940/3444, 前年比+3.0)でした。また、1年間の平均は、平均値0.09% (前年比-0.02)、中央値0.06% (前年比±0)、最大値8.54% (前年比+0.21)、最小値0.00% (前年比±0)という結果でした。

一般病床を有する参加施設数は2013年度に比べ65増えましたが、値に影響はありませんでした。

この指標は、入院時すでに褥瘡を保有している患者や調査期間より前に褥瘡の院内発生が確認され継続して入院している患者を除くことで、新たに院内で褥瘡が発生した割合を見るアウトカム指標です。

異なる場所に褥瘡が発生したり、複数ある褥瘡のうち1つが治癒したりと様々なケースが考えられますが、日本国内では一定の算出方法がないため、「院内新規褥瘡発生率」を表せるようにできる限り単純な定義を作成しました。

しかし、褥瘡の深さの判定は主観が入ることがあり、データの精度・信頼性については今後検討が必要です。

また、褥瘡を予防するために必要な体圧分散寝具を適切に使用できているかなど、プロセス指標も見ていくことが重要と思われれます。

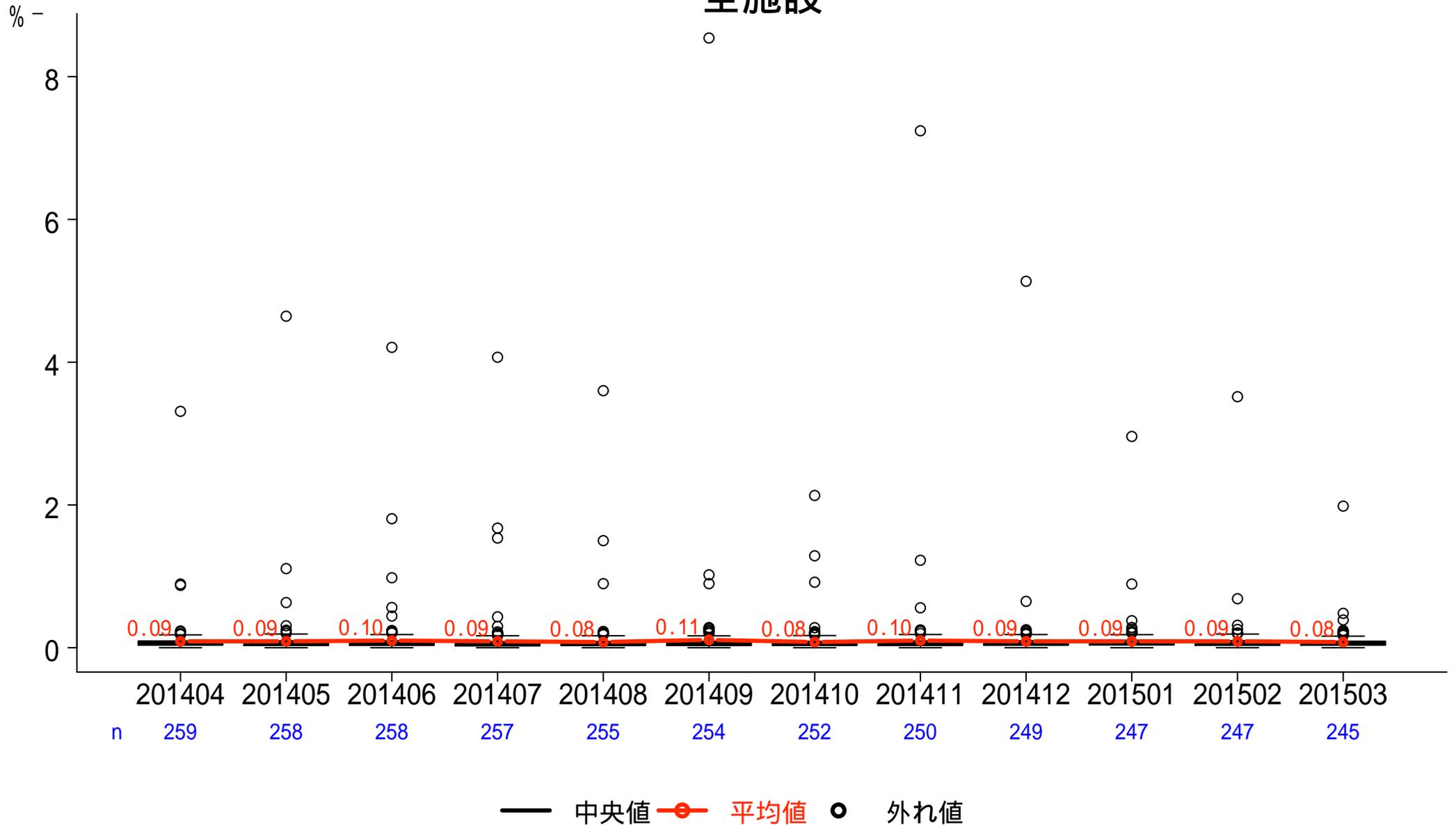
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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> 2015/09/08 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/> 2015/09/08 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) 2015/09/08 available)

# 一般-5 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



# 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) 紹介初診患者数 + (初診緊急入院患者数 - 初診緊急入院患者のうち紹介初診患者数)  
No.02) 逆紹介患者数

分母： 初診患者数 - (休日・夜間の初診救急患者数 - 休日・夜間の初診救急入院患者数)

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は紹介率86.4% (2976/3444, 前年比+2.2)、逆紹介率86.4% (2976/3444, 前年比+2.7)でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値52.9% (前年比+2.1)、中央値55.8% (前年比+1.8)、最大値218.9% (前年比+118.9)、最小値0.0% (前年比-4.0)、逆紹介率の1年間の平均は、平均値56.2% (前年比+6.4)、中央値56.0% (前年比+8.8)、最大値377.6% (前年比+157.0)、最小値0.0% (前年比±0)という結果でした。

紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差があるため、算出の間違いなのか、施設の特徴なのか、調査する必要があるかもしれません。

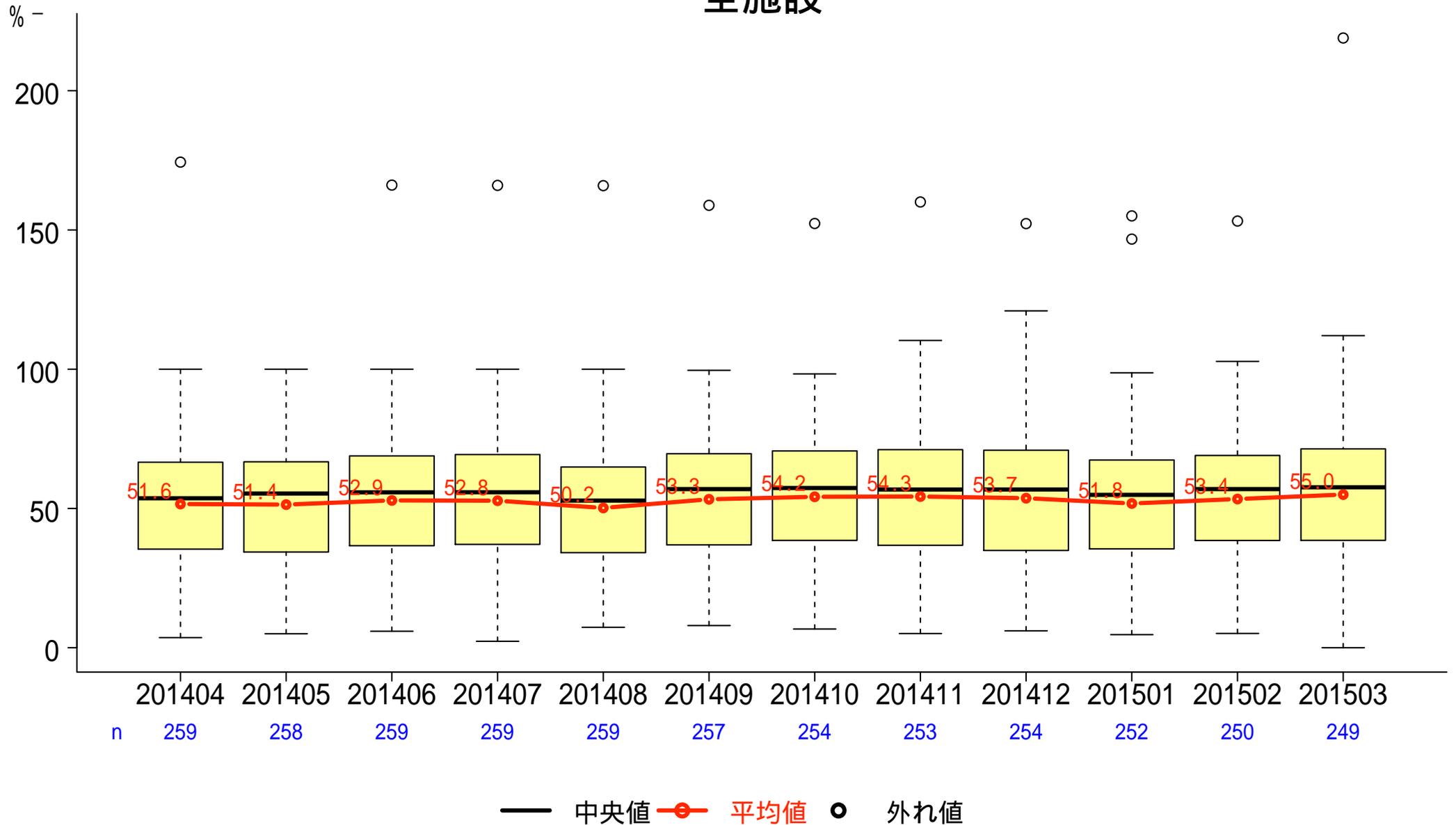
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 一般-6 紹介率

分子: 紹介初診患者数 + (初診緊急入院患者数 - 初診緊急入院患者のうち紹介初診患者数)  
分母: 初診患者数 - (休日・夜間の初診救急患者数 - 休日・夜間の初診救急入院患者数)

## 全施設

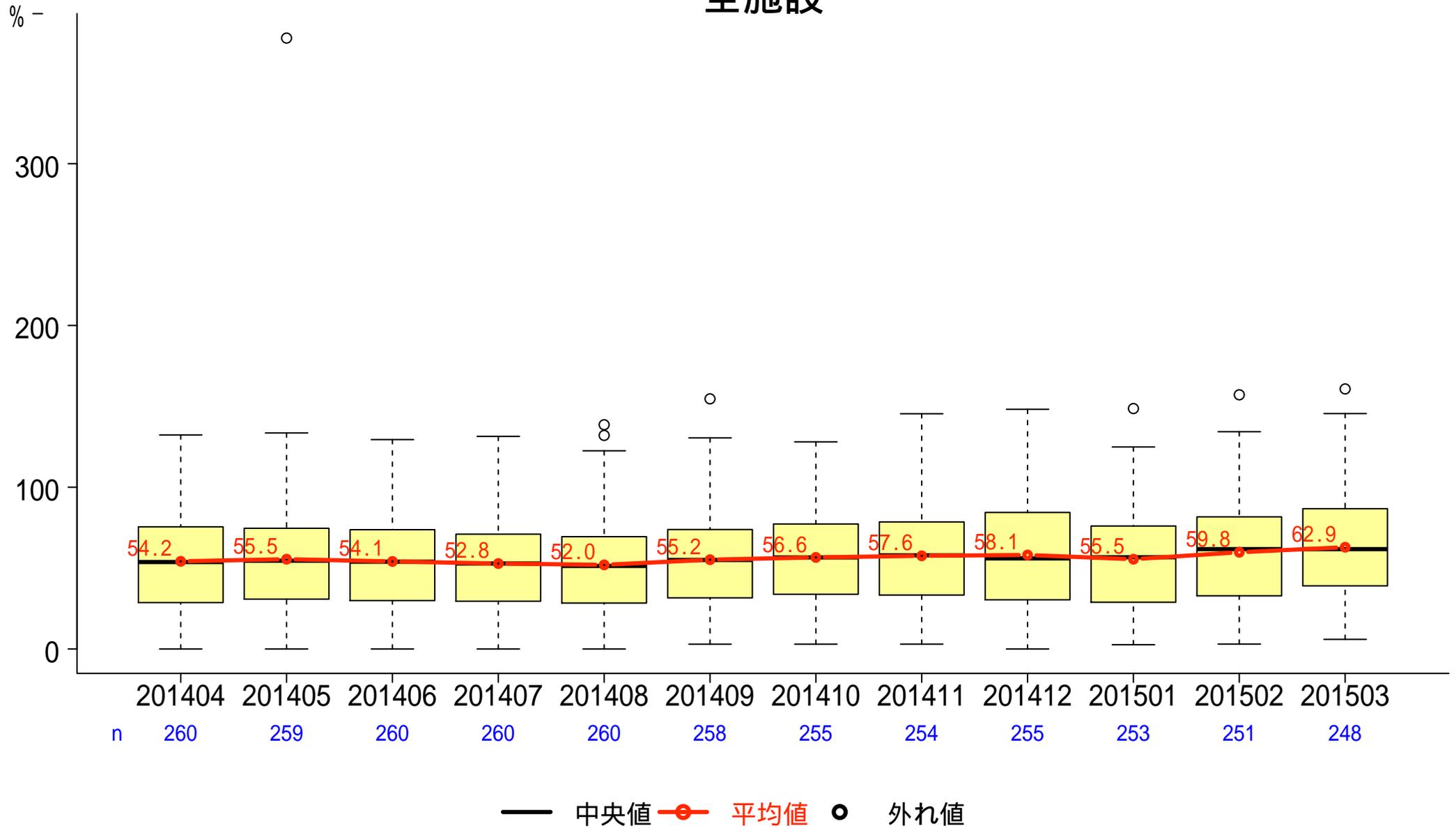


# 一般-7 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数 - (休日・夜間の初診救急患者数 - 休日・夜間の初診救急入院患者数)

## 全施設



# 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前段階指標となり、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

## 考察

調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 64.1% (2208/3444, 前年比+15.7) で、2013 年度に算出困難だった施設も提出できるようになりました。また 1 年間の平均は、平均値 15.2% (前年比-0.2)、中央値 14.8% (前年比+0.1)、最大値 93.9% (前年比+1.1)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果で 2013 年度とほぼ同じ値でしたが、値の低さ・高さは問題ありません。本指標は、尿路感染症発生率を算出するための前段階指標となるため、まずは、各施設が尿道留置カテーテル使用率のデータを算出できるようになることが目標です。

2013 年度は半分以下の施設しか算出できませんでしたが、2014 年度は 60%を超える施設が算出できるようになりました。そのため、次の段階として、2015 年度は尿路感染症発生率の指標を加えることにしています。

## 参考文献

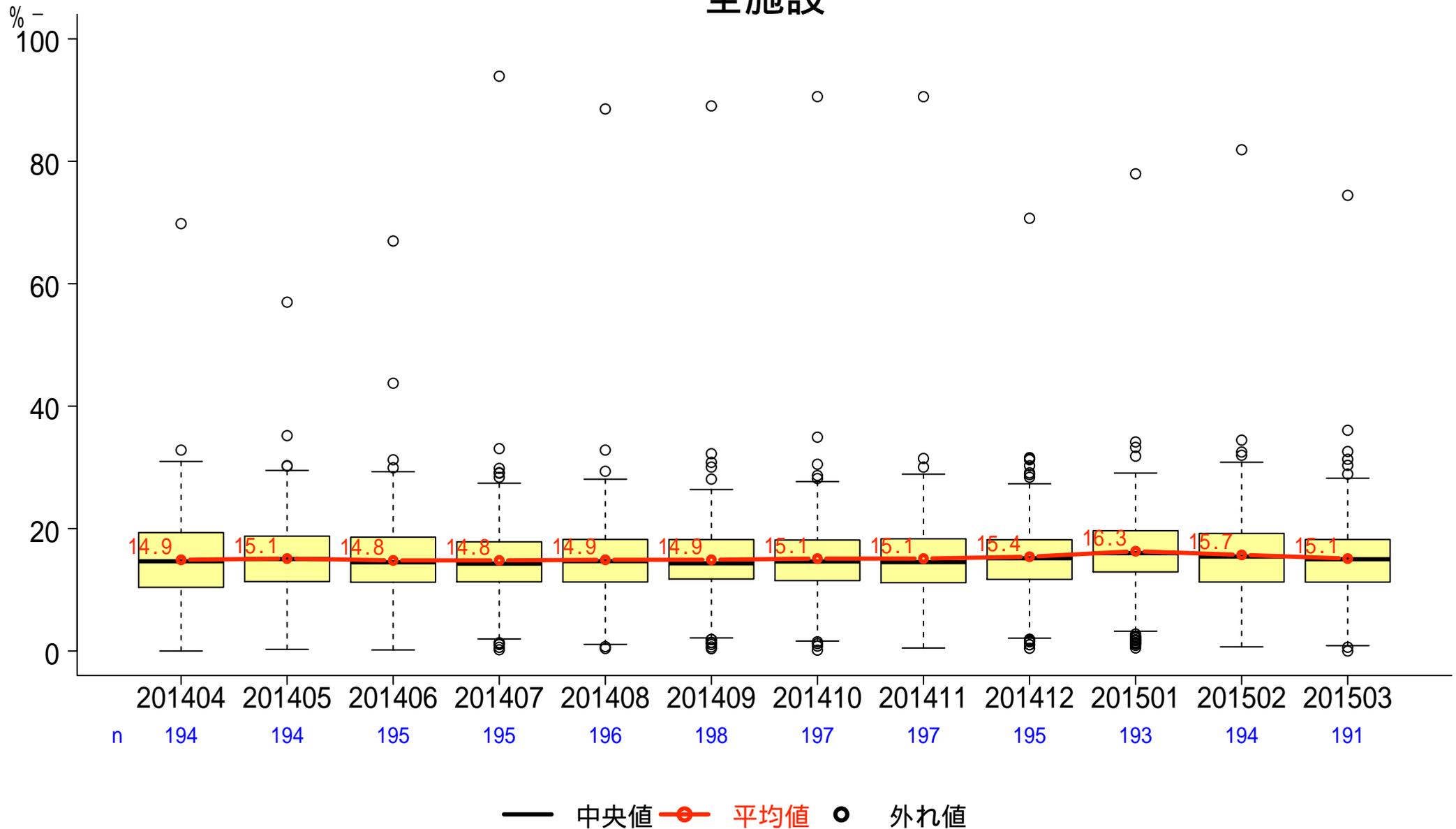
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module (2015/07/27 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) (2015/07/27 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> (2015/07/27 available))

# 一般-8 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



## No.09 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

### 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は81.2% (2796/3444, 前年比+7.0)でした。また、1年間の平均は、平均値83.2%(前年比+1.6)、中央値86.3%(前年比+0.7)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0)という結果でした。

最小値と最大値に大きな差があるため、算出の間違いなのか、施設の特徴なのか、調査する必要があるかもしれません。また、施設内では受け入れ要請を断らざるを得なかった理由をモニター・分析することで、数値の改善が見込まれると考えます。

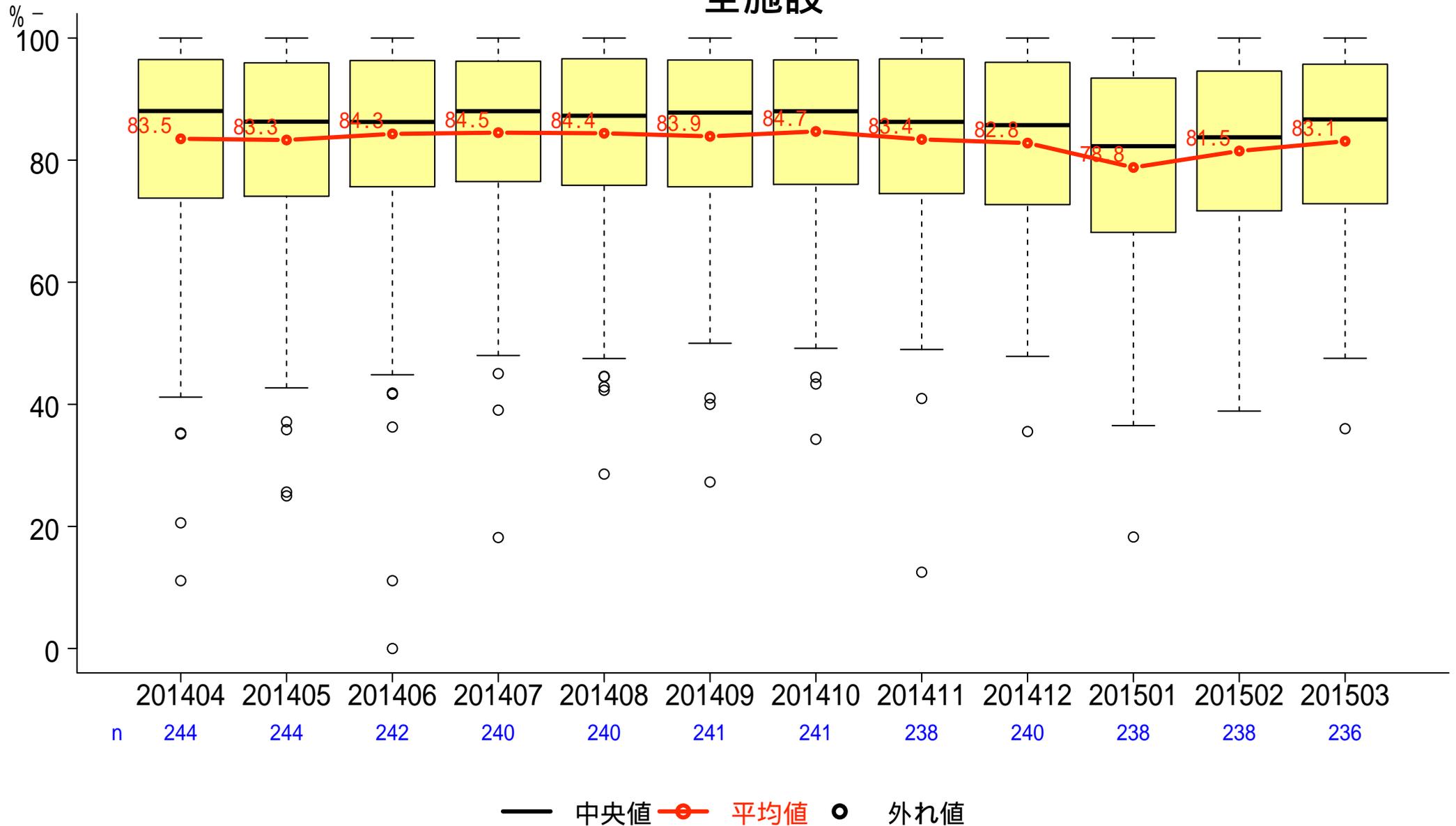
### 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 一般-9 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

## 全施設



# No.10 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

## 考察

予防的抗菌薬投与はガイドラインに準拠した指標となっており、医療の質をよくあらわしているプロセス指標といえ海外でも広く採用されている指標です。調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は70.7% (2436/3444, 前年比+3.3)でした。また、1年間の平均は、平均値90.0% (前年比+0.3)、中央値100.0% (前年比±0)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比±0)という結果でした。

達成率が平均90%を超える157施設では天井効果が認められ、十分質の高い医療を提供していると考えられますが、平均が60%を下回る14施設では、その値に経時的に大きな変化がないことから数値改善のための取り組みについて今後調査が必要です。

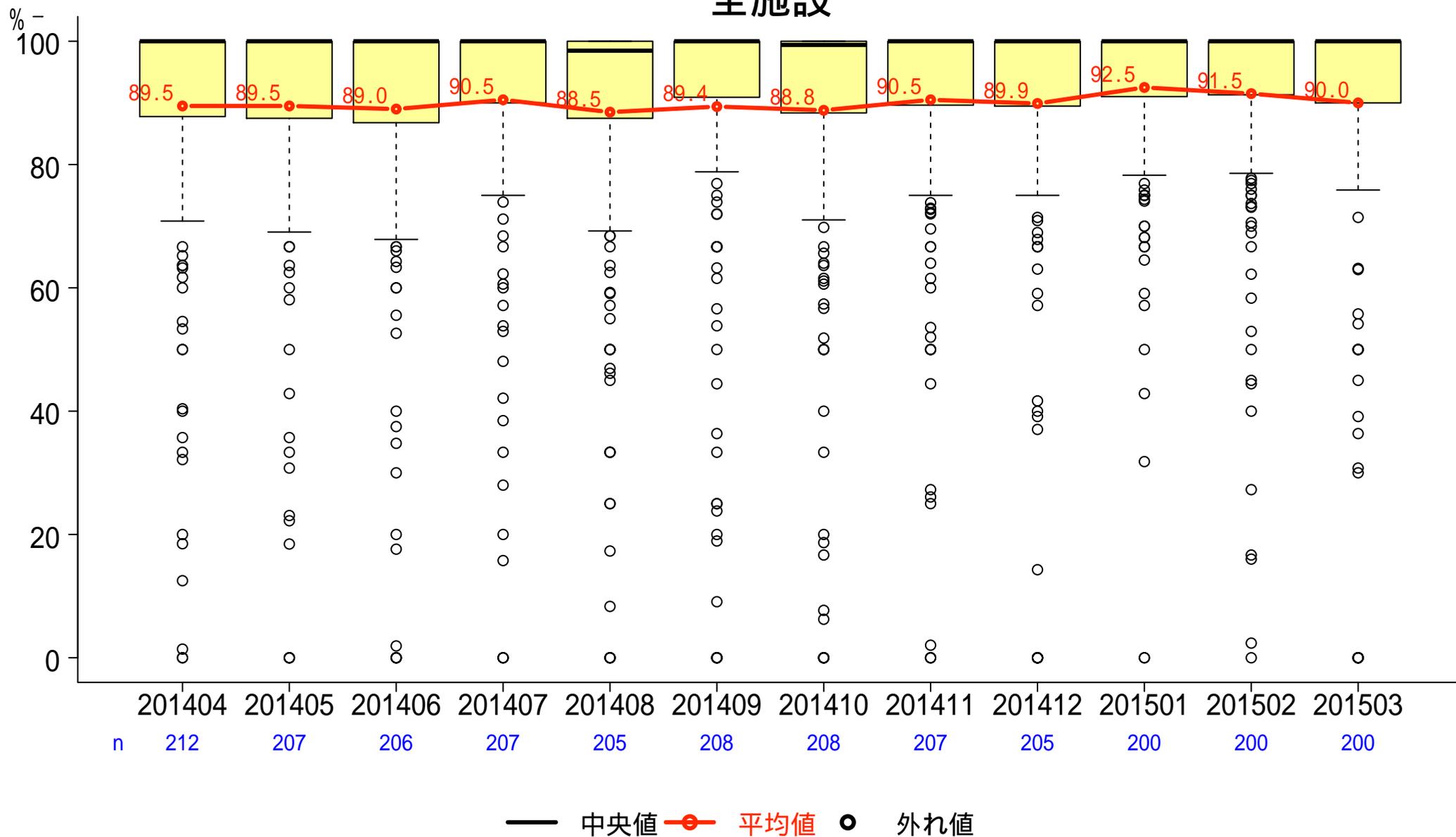
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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) 2015/09/08 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-10 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

## 全施設



# No.11 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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は68.3% (2352/3444, 前年比+4.5)でした。また、1年間の平均は、平均値32.3%(前年比+3.5)、中央値25.0%(前年比+7.8)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0)という結果でした。達成率が平均90%を超える施設は2013年度より1施設減り8施設でした。本指標は、多くの施設で改善ができると考えます。値の高い施設の取り組みを共有することで、質の向上につながります。

## 参考文献

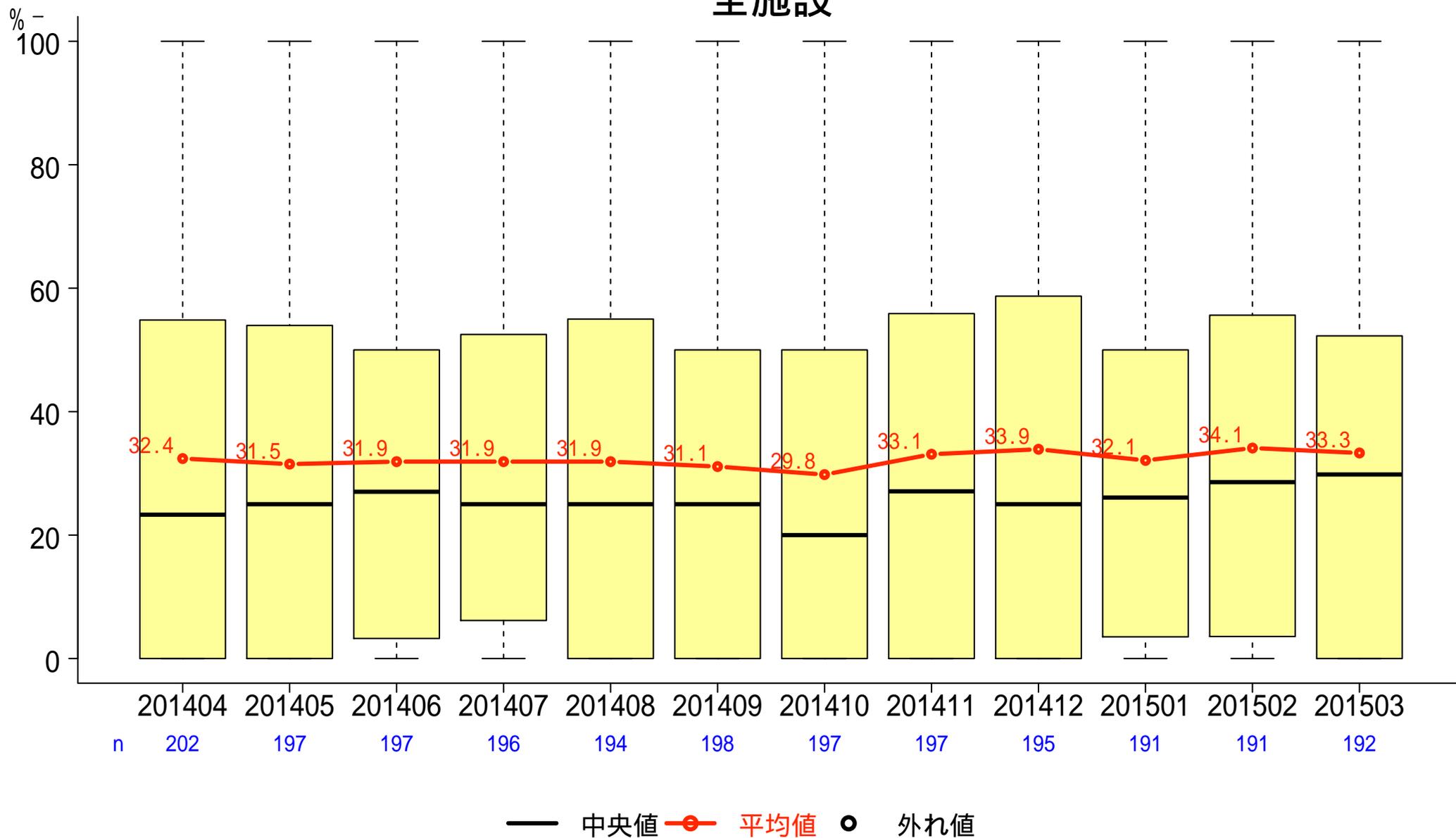
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued Within 24 Hours After Surgery End Time (48 hours 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) 2015/09/08 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-11 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



# No.12 糖尿病患者の血糖コントロール

## HbA1c (NGSP) <7.0%

### 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だけの糖尿病患者

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

### 考察

4 回すべてのデータを提出できた割合は 71.8% (824/1148, 前年比-2.2) で、年々提出割合が下がってきています。また、4 回の提出の平均は、平均値 52.5% (前年比-0.4)、中央値 51.9% (前年比-1.1)、最大値 85.9% (前年比+1.2)、最小値 21.0% (前年比-0.2) という結果でした。

施設毎の分母のサイズとコントロール率は相関がみられず、必ずしも症例数が多い施設でコントロール率が高い

結果とはなっていない。また、少しですが、平均値も中央値も 2013 年度より下がっていますので、どこに原因があるのか、掘り下げて分析する必要があると考えています。

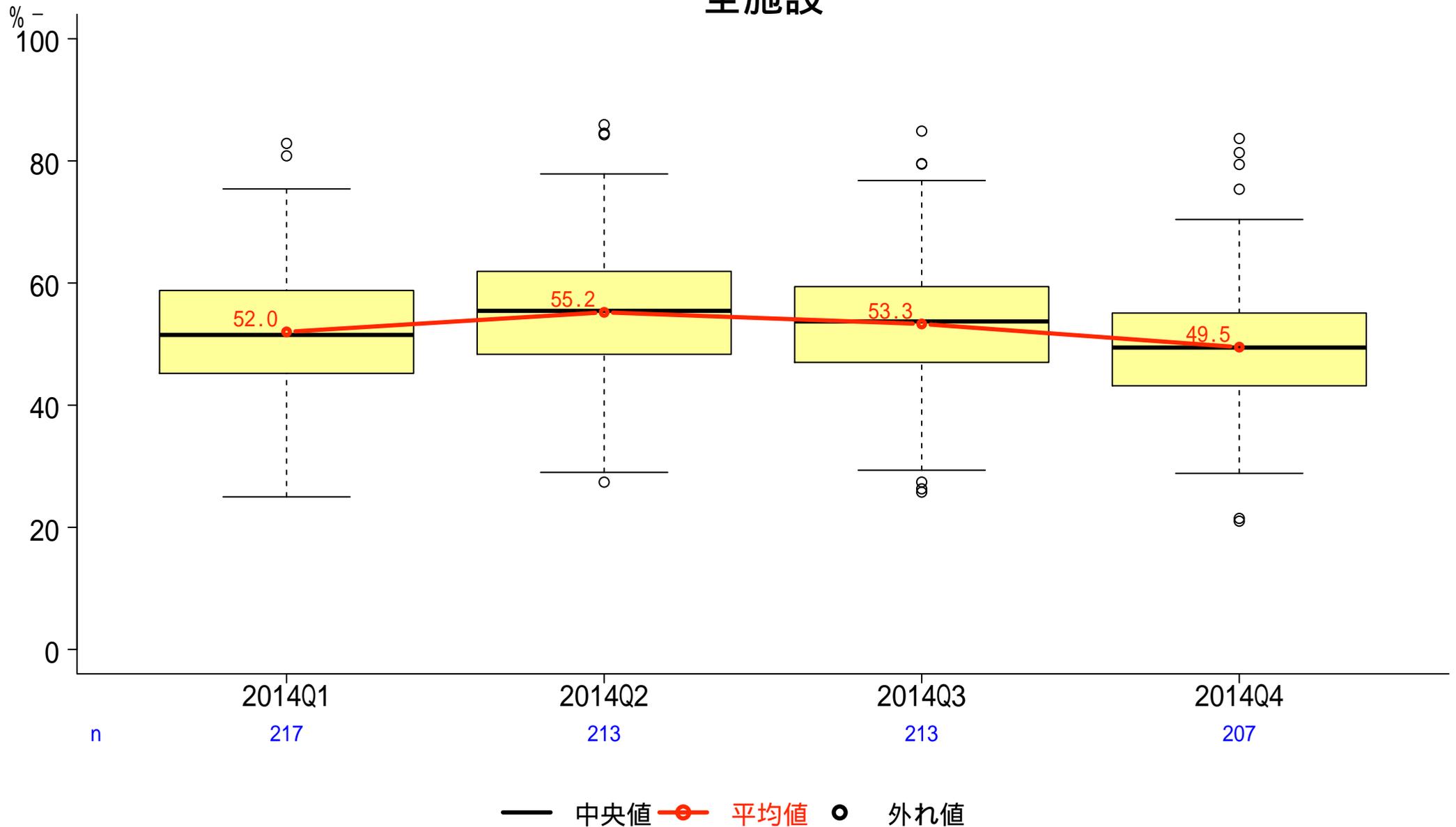
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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> 2015/09/08 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> 2015/09/08 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> 2015/09/08 available)

# 一般-12 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



# No.13 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症例数、分子は様式 1 の「予定・救急医療入院区分」が「救急医療入院」「救急医療入院以外の予定外入院」に該当し、かつ、入院日の 42 日前以降に様式 1 の「前回退院年月日」が該当する症例数としました。

分 子: 退院後 6 週間以内の救急入院患者数

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

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 88.8% (2856/3216, 前年比+11.7) でした。また、1 年間の平均は、平均値 5.52% (前年比±0)、中央値 5.40% (前年比±0)、最大値 17.80% (前年比+2.49)、最小値 0.00% (前年比+0.54) という結果でした。

2012 年度の医療改定より、救急医療入院の定義が変更となっています。「救急医療入院以外の予定外入院」「救急医療入院」と区別できるようになり、2015 年度は区別して算出することになっています。

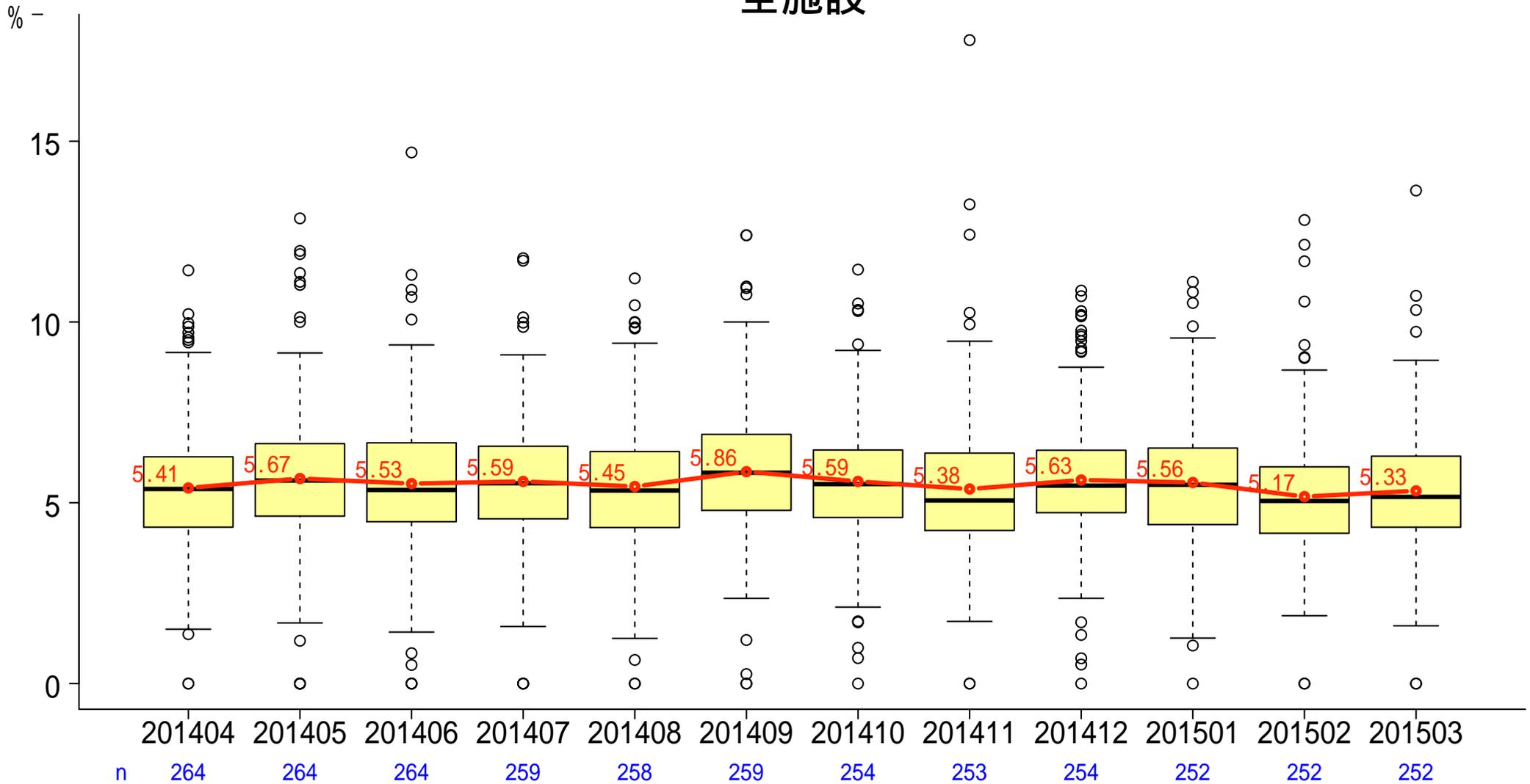
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 一般-13 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子:退院後6週間以内の救急入院患者数  
分母:退院患者数

## 全施設



— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

# No.14 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-遮断薬の投与が必須であることはいうまでもありません。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。

分子： 分母のうち入院後二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

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

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (946/1072, 前年比+13.8) でした。また、平均値 84.6% (前年比-1.1)、中央値 90.9% (前年比+3.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-25.0) という結果でした。施設によっては心筋梗塞の患者を日常的に扱っていない施設が存在し、分母の少ない施設については単純な比較は意味がありません。ただし、患者数に関係なく、高いアスピリン投与率を維持、向上していくことが重要と考えます。

## 参考文献

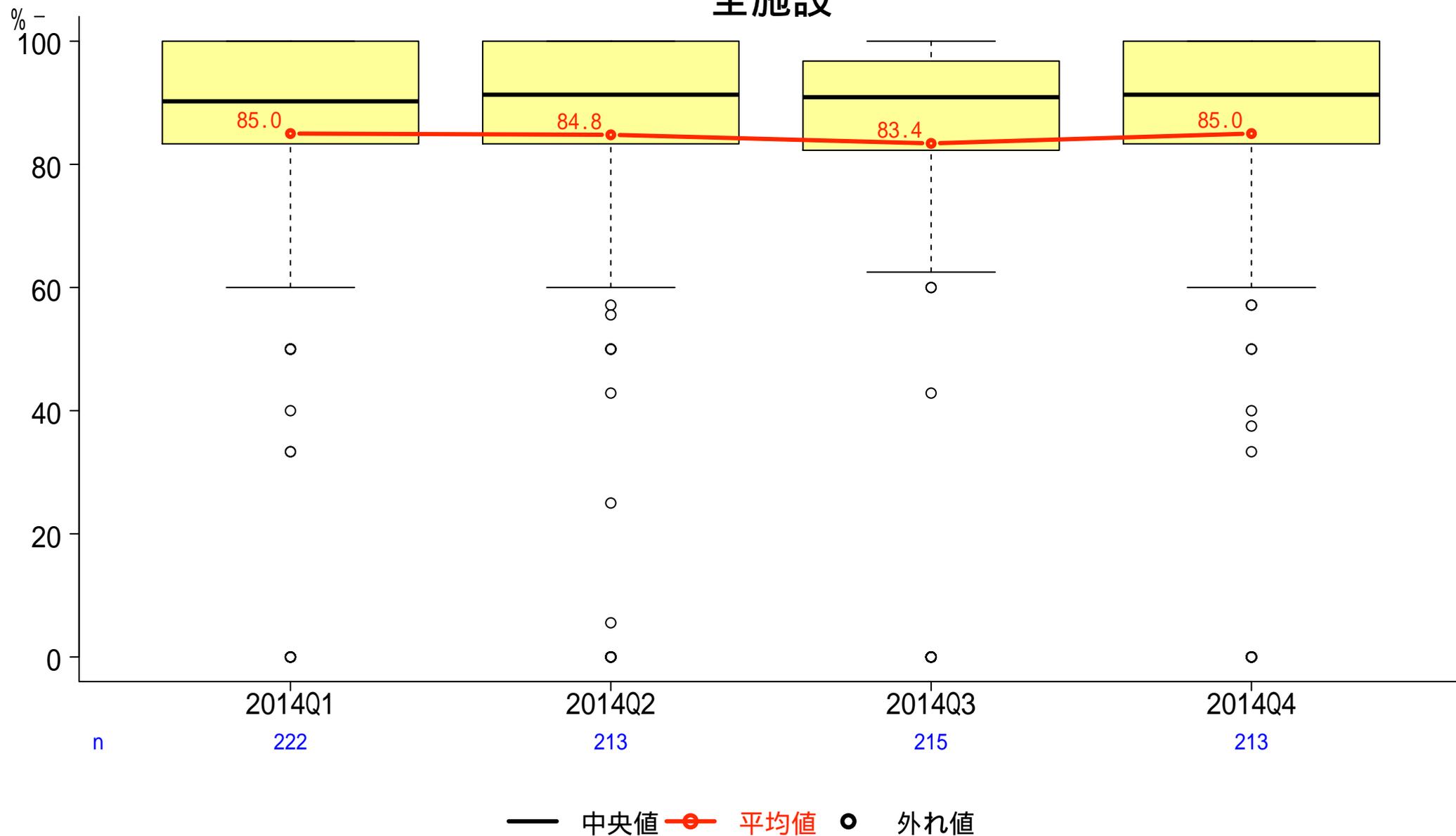
1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/Am Heart 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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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.

# 一般-14 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

分子:入院後二日以内にアスピリンが投与された症例数  
分母:急性心筋梗塞で入院した症例数

## 全施設



# No.15 急性心筋梗塞患者における退院時 アスピリン投与割合

## 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、 $\beta$ -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。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。

分子: 分母のうち、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

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

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+14.7) でした。また、平均値 85.4% (前年比-14.5)、中央値 88.9% (前年比-11.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-91.7) という結果でした。

施設によっては心筋梗塞の患者を日常的に扱っていない施設が存在し、分母の少ない施設については単純な比較は意味がありません。ただし、患者数に関係なく、高いアスピリン投与率を維持、向上していくことが重要と考えます。

## 参考文献

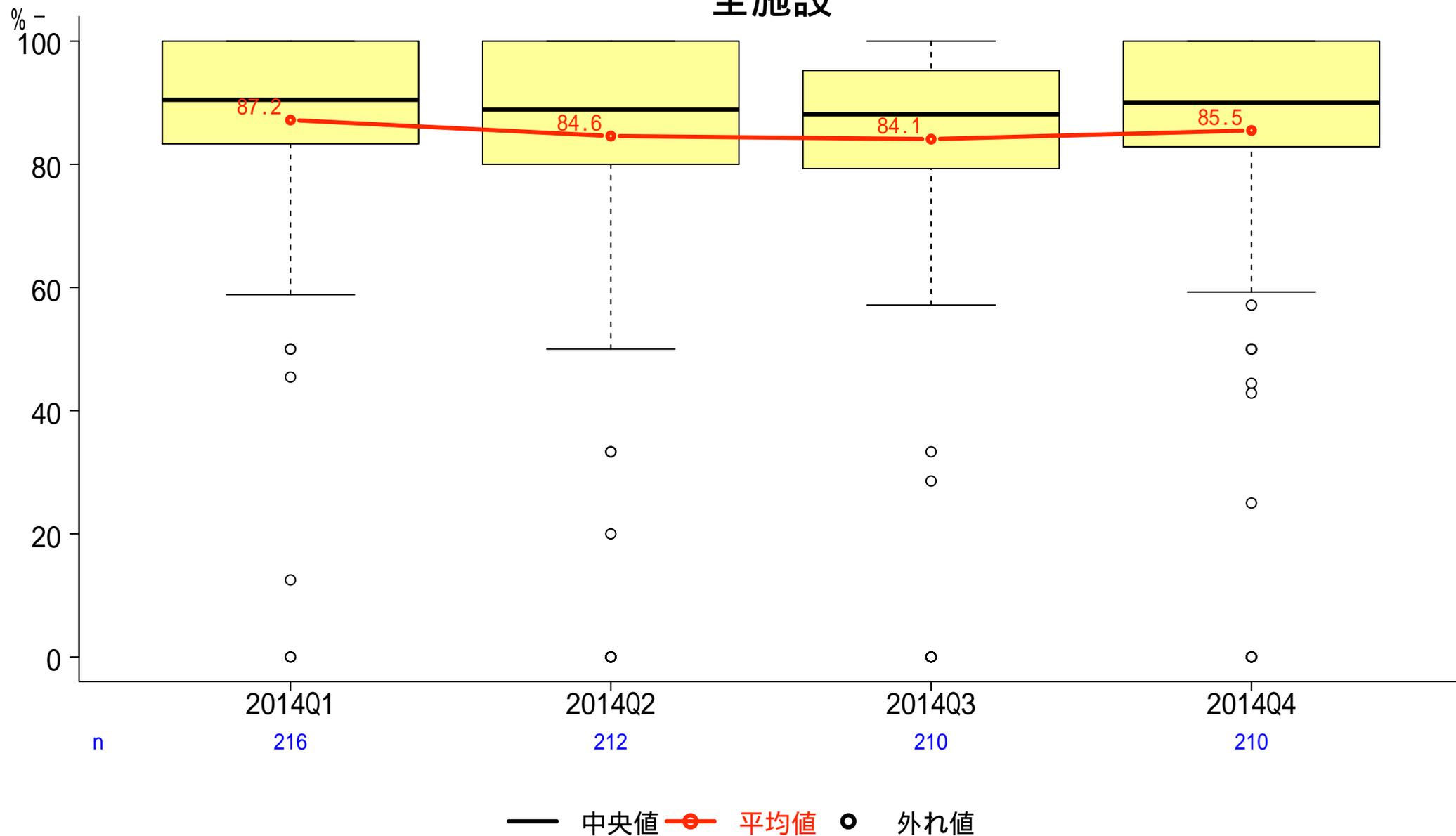
1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:  
[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR\\_Jan2014\\_v4\\_3b.zip](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip) 2015/09/08 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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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.

# 一般-15 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症例数  
分母:急性心筋梗塞で入院した症例数

## 全施設



# No.16 急性心筋梗塞患者における退院時 $\beta$ 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、 $\beta$ -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。

分子: 分母のうち、退院時に  $\beta$  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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+14.7) でした。また、平均値 56.5% (前年比-10.3)、中央値 60.0% (前年比-6.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-14.3) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip) 2015/09/08 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

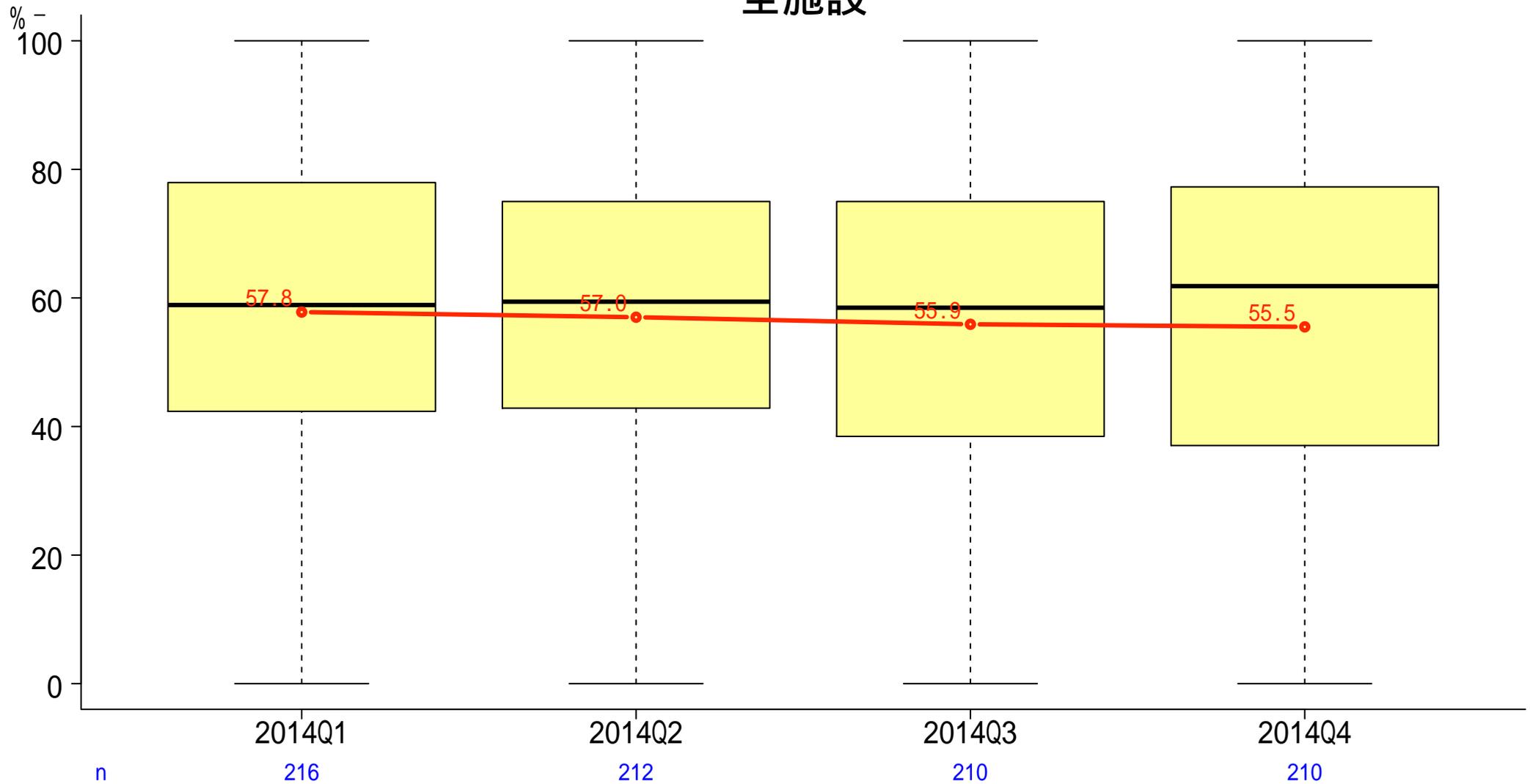
management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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.

# 一般-16 急性心筋梗塞患者における退院時 ブロッカー投与割合

分子:退院時に ブロッカーが投与された症例数  
分母:急性心筋梗塞で入院した症例数

## 全施設



— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

# No.17 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、 $\beta$ -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。

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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+14.7) でした。また、平均値 73.5% (前年比-4.8)、中央値 78.9% (前年比-1.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-25.0) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip) 2015/09/08 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/Am

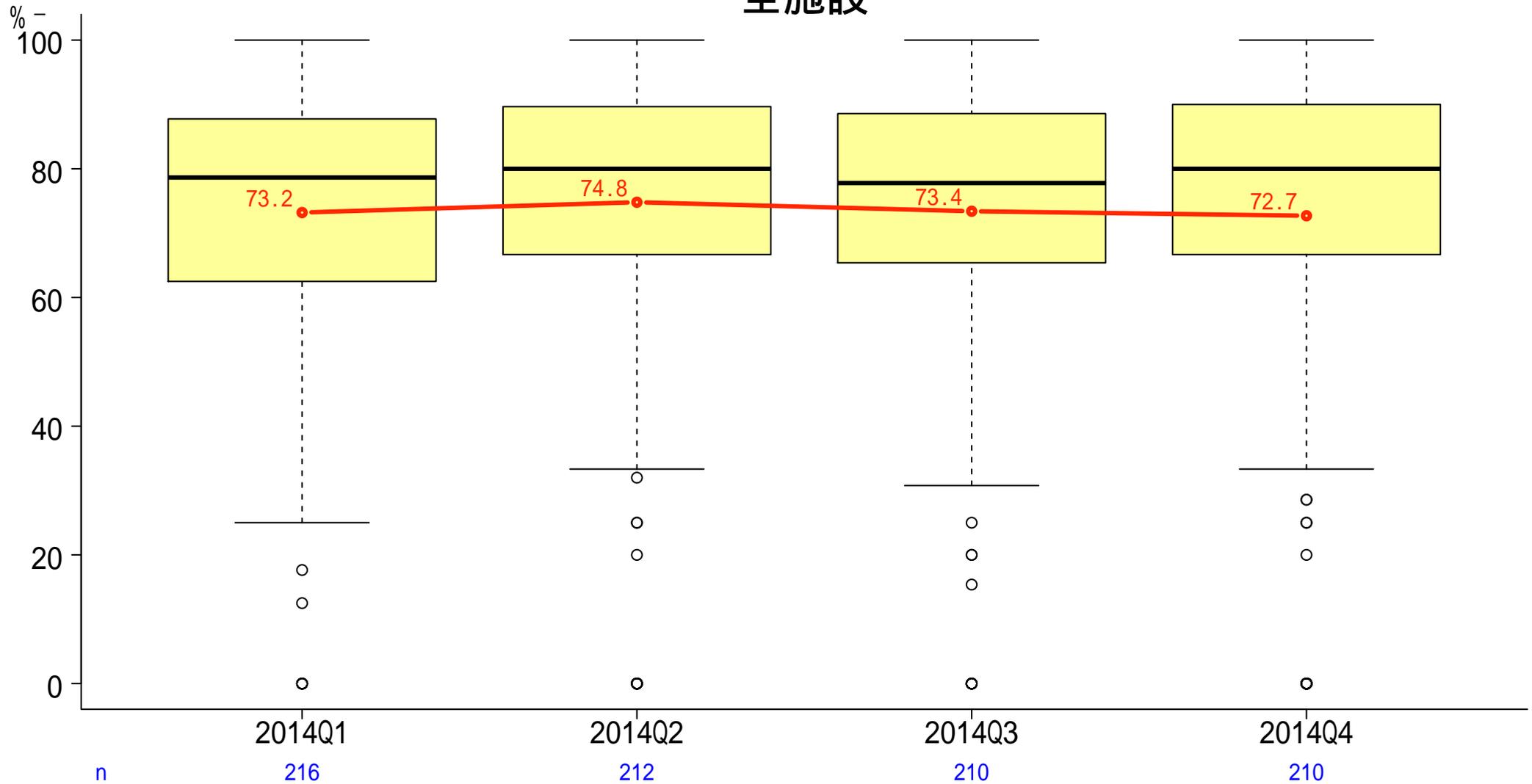
Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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.

# 一般-17 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症例数  
分母:急性心筋梗塞で入院した症例数

## 全施設



— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

# No.18 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ジオテンシン 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、 $\beta$ -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。

分子: 分母のうち、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシン 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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+14.7) でした。また、平均値 61.3% (前年比-10.4)、中央値 66.7% (前年比-6.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-12.5) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 参考文献

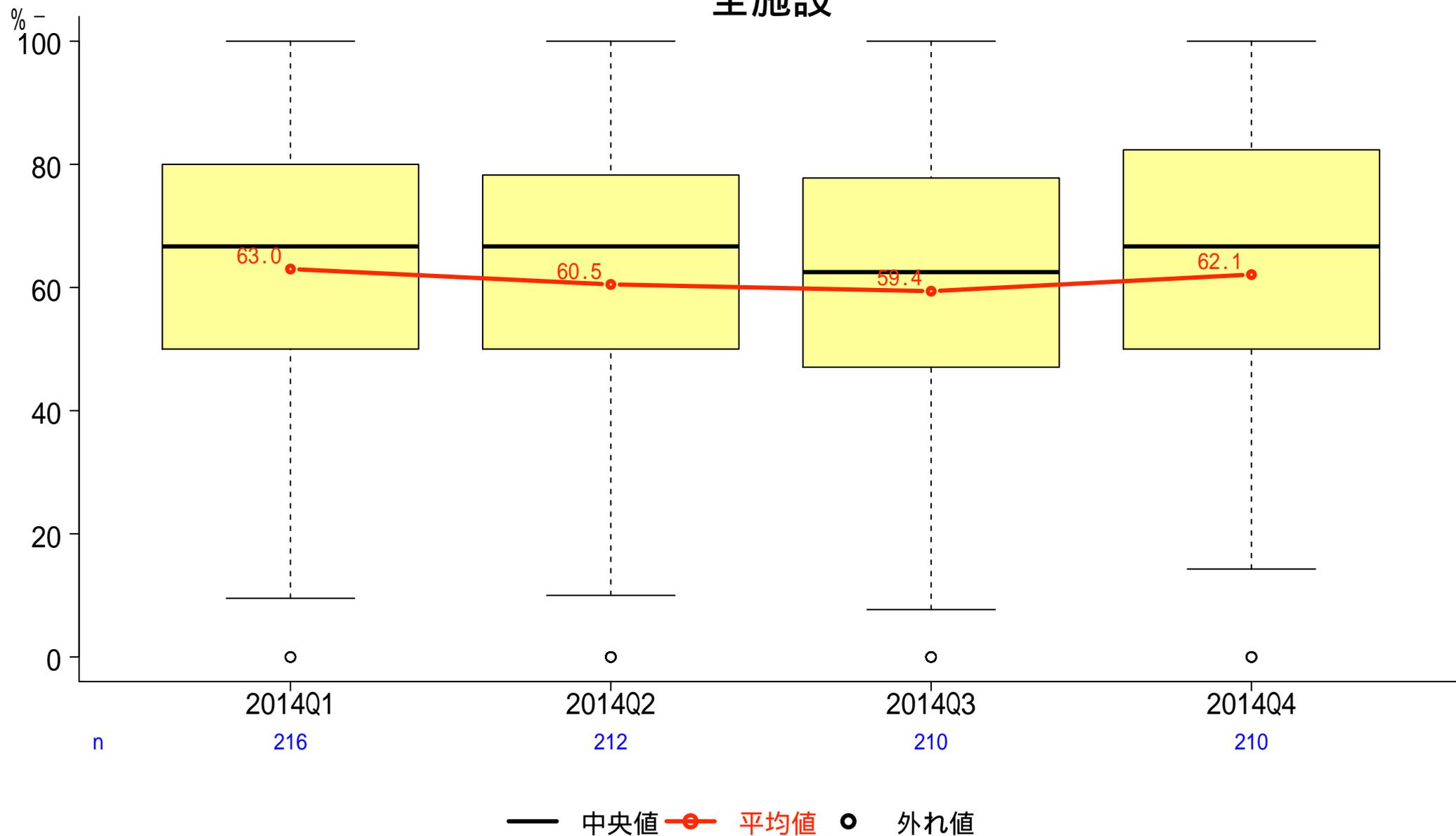
1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/Am Heart 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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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.

# 一般-18 急性心筋梗塞患者における退院時のACE阻害剤もしくはARBの投与割合

分子:退院時にACE阻害剤もしくはARBが投与された症例数  
分母:急性心筋梗塞で入院した症例数

## 全施設



# No.19 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、 $\beta$ -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。

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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+13.8) でした。また、平均値 66.1% (前年比-9.2)、中央値 71.4% (前年比-6.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-15.8) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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/Am 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,

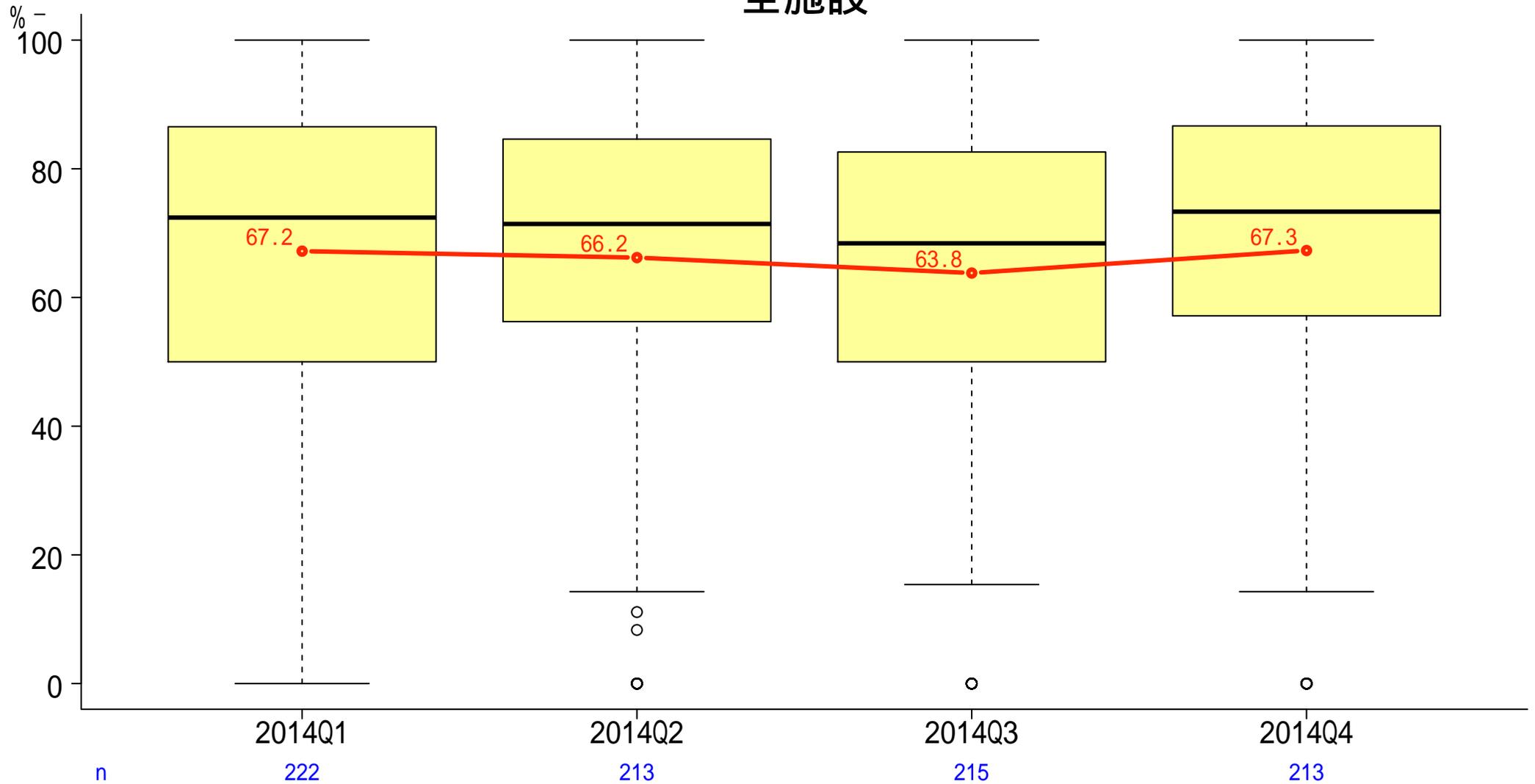
Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography 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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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.

# 一般-19 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARBの投与割合

分子:ACE阻害剤もしくはARBが投与された症例数  
分母:急性心筋梗塞で入院した症例数

## 全施設



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

# No.20 脳卒中患者のうち第2病日までに 抗血栓治療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第 2 病日までに抗血栓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、第 2 病日までに抗血栓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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+6.8) でした。また、平均値 55.9% (前年比+20.0)、中央値 59.7% (前年比+25.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。2013 年度はほかの指標に比べ、平均値も中央値も値が低いものでしたが、2014 年度は同等の値になりました。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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

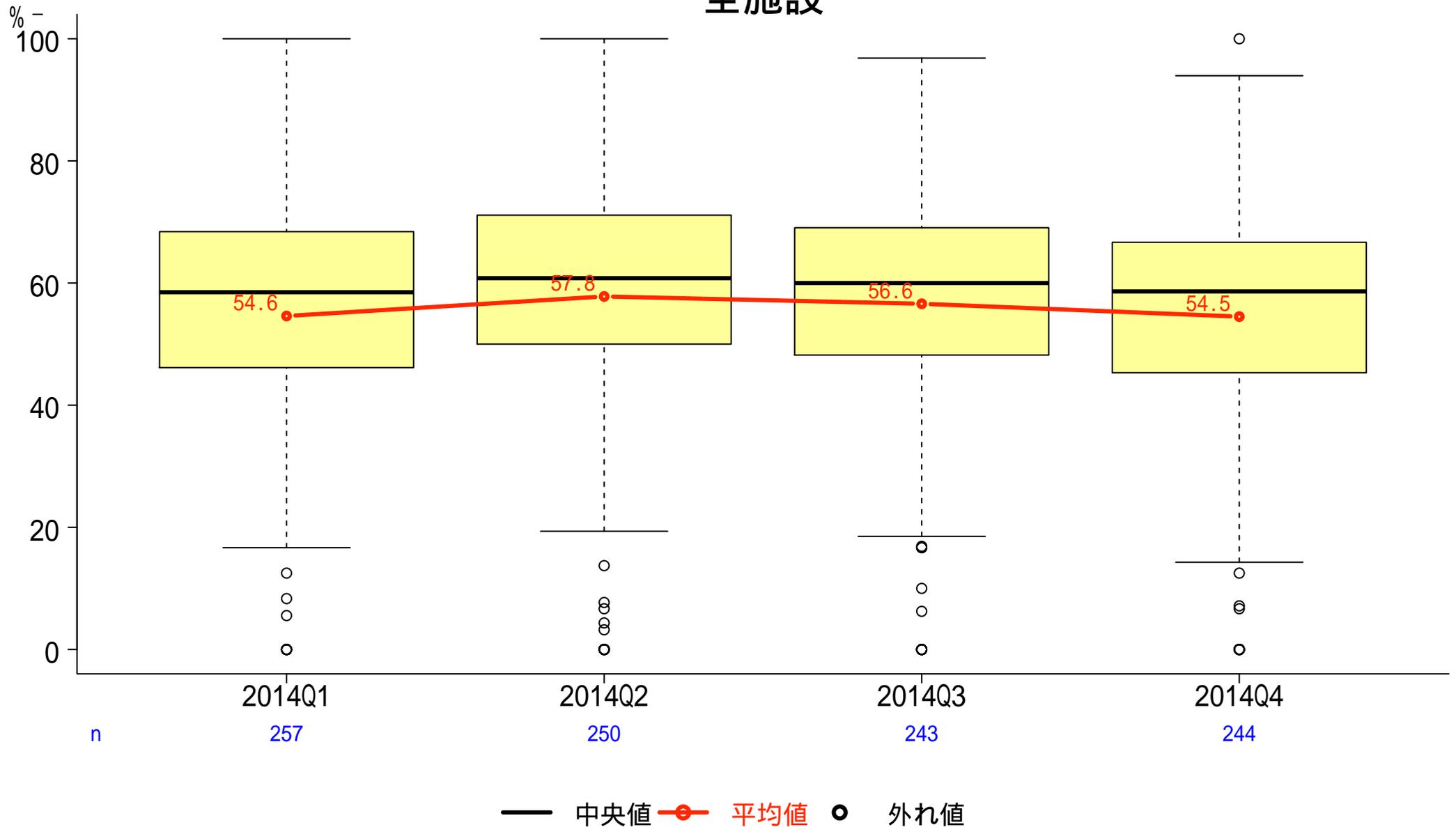
Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.

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.

# 一般-20 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓治療を受けた患者の割合

分子: 第2病日までに抗血栓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

## 全施設



# No.21 脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合

## 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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+6.8) でした。また、平均値 69.7% (前年比-3.7)、中央値 73.3% (前年比-0.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-25.0) という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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.

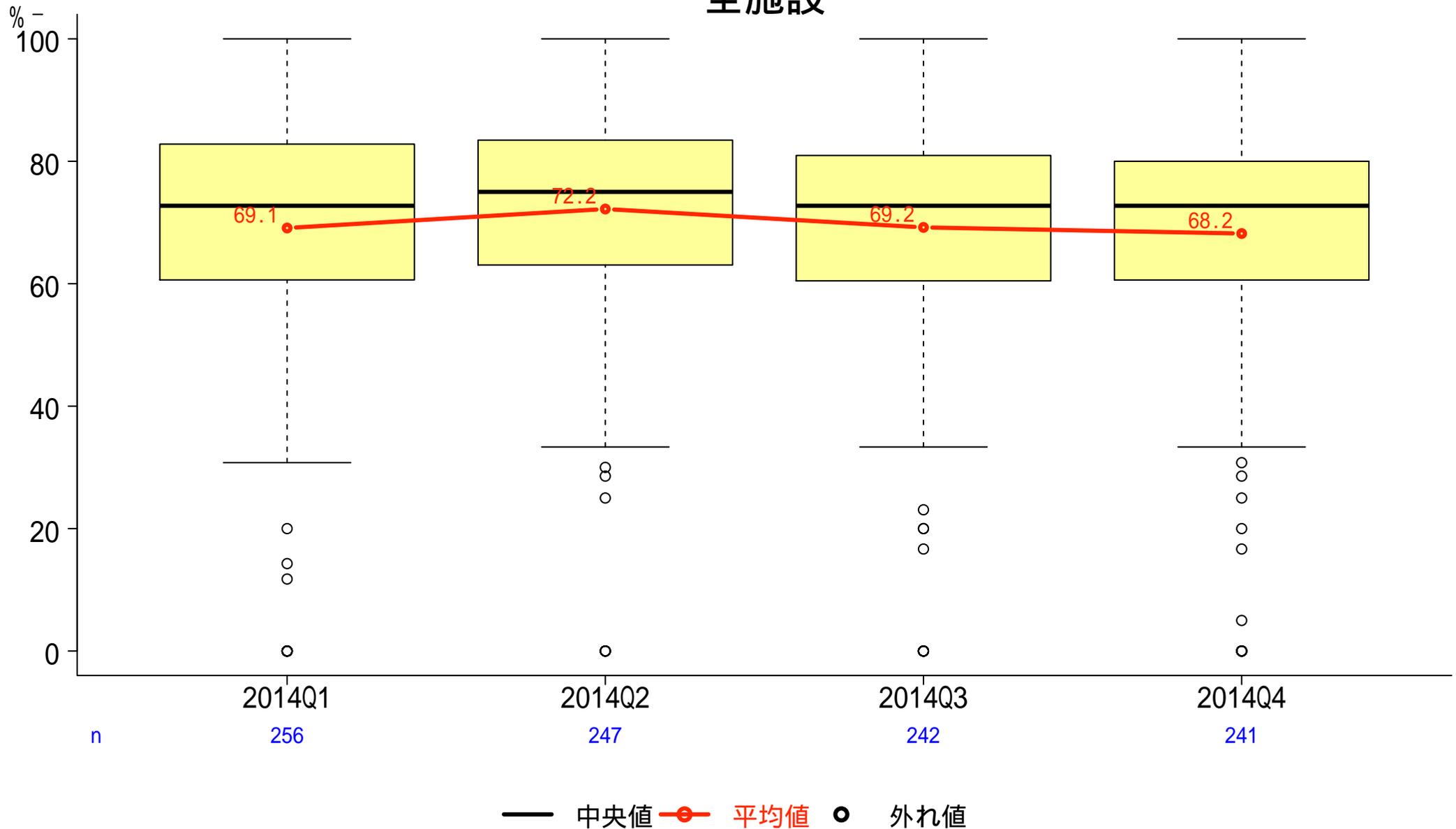
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and 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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 一般-21 脳卒中患者の退院時、抗血小板薬を処方した割合

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



# No.22 心房細動を診断された脳卒中患者への退院時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 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)」と書かれています。一方で、「出血性合併症は INR 2.6 を超えると急増する(グレード B)」と書かれています。したがって、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。

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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+10.8) でした。また、平均値 76.4% (前年比+3.2)、中央値 83.3% (前年比+3.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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, 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.

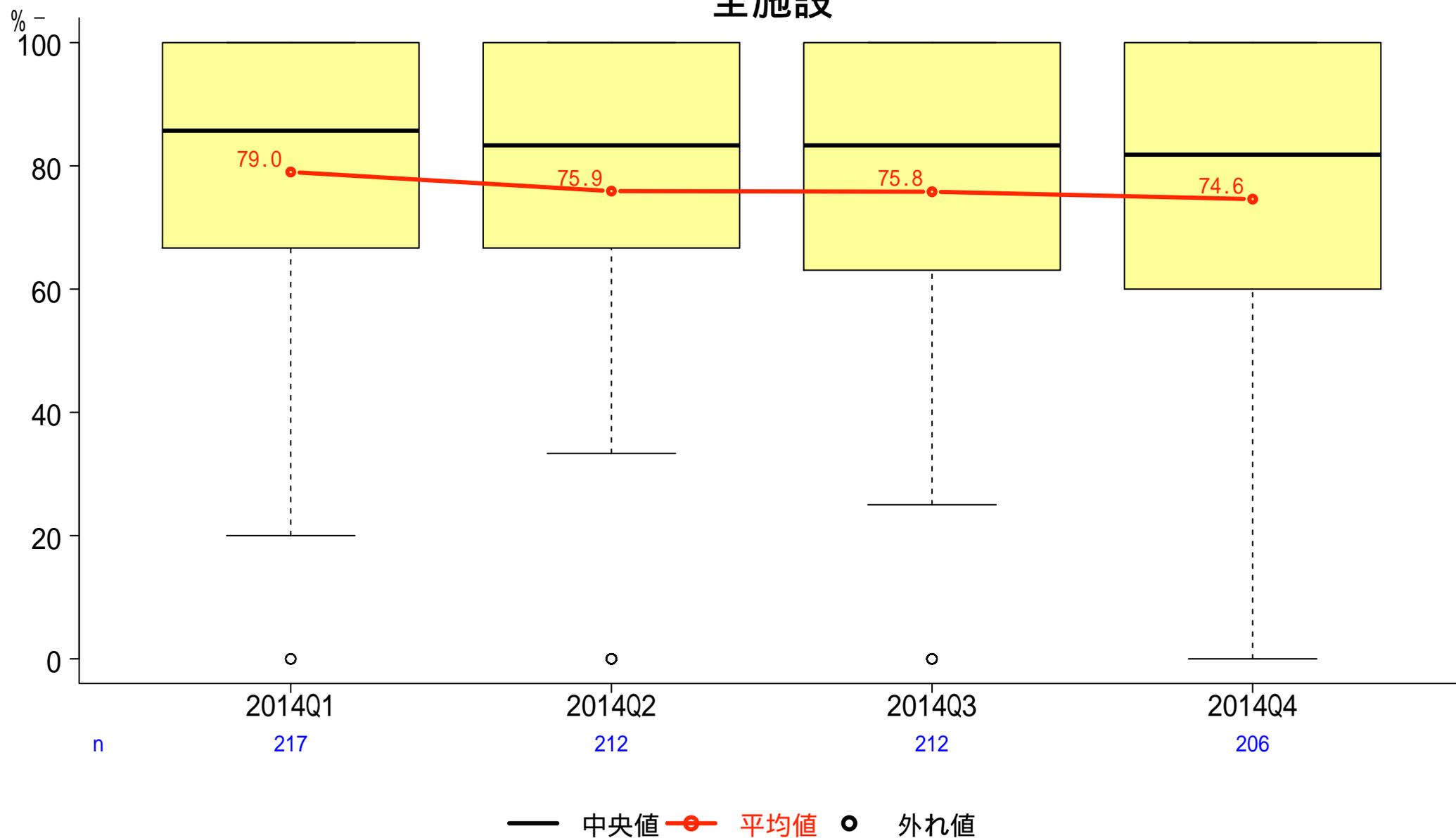
5. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement 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 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 一般-22 心房細動を診断された脳卒中患者への退院時の抗凝固薬の処方

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



# No.23 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、「不働・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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPCデータを用いた指標であり、DPC対象外の24施設を除くと、調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、値が算出できた割合は89.9% (964/1072, 前年比+7.3) でした。また、平均値66.3% (前年比+3.6)、中央値71.9% (前年比+6.6)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比-7.1) という結果でした。2013年度から採用した項目ですが、DPCデータを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

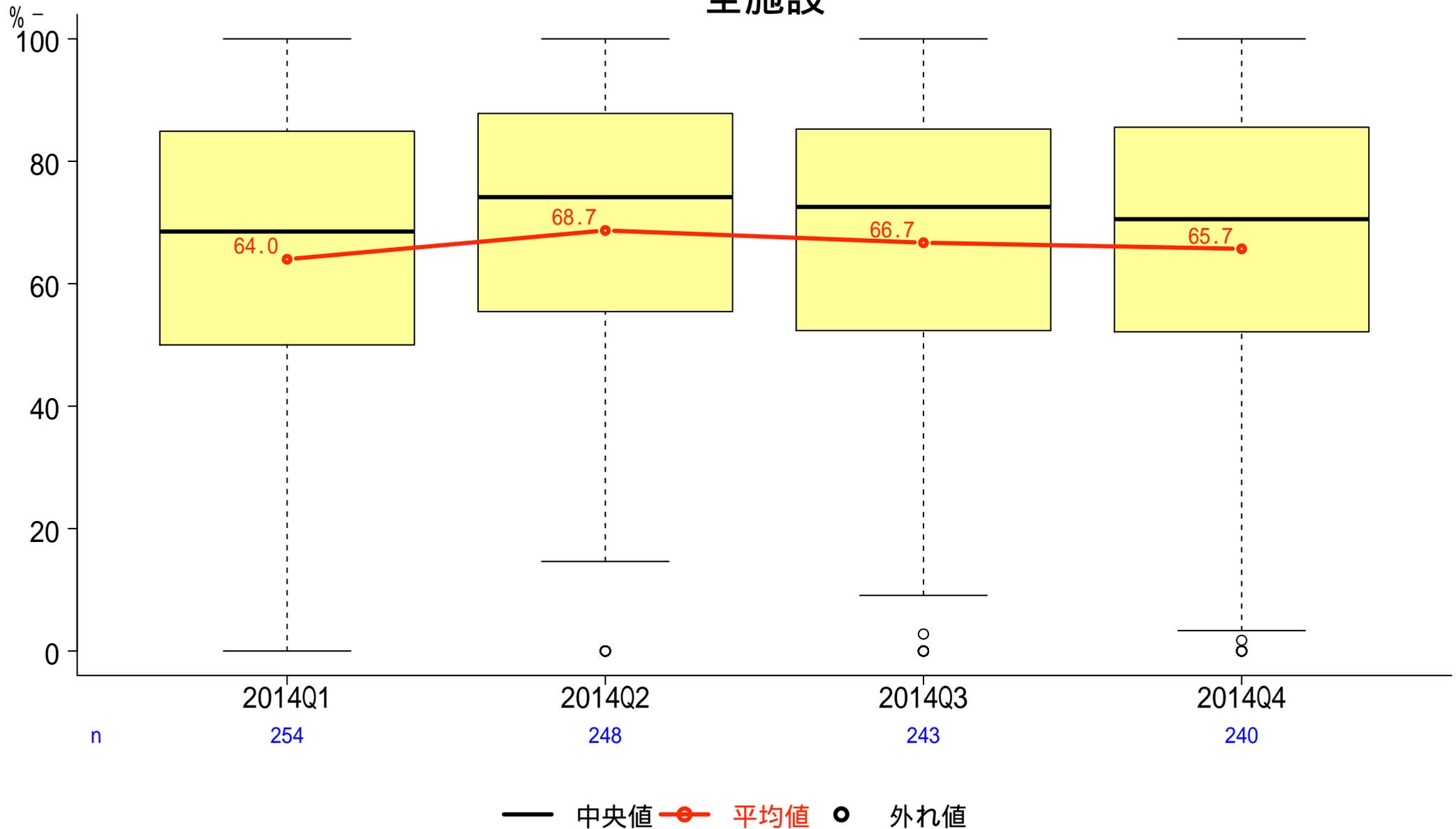
## 参考文献

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) 2015/09/08 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 一般-23 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施症例の割合

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症例数  
分母:脳梗塞で入院した症例数

## 全施設



# No.24 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、入院中に吸入ステロイド薬の処方を受けた患者数

分母： 喘息を原因とする5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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+8.3) でした。また、平均値 57.8% (前年比+1.1)、中央値 58.3% (前年比+1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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,

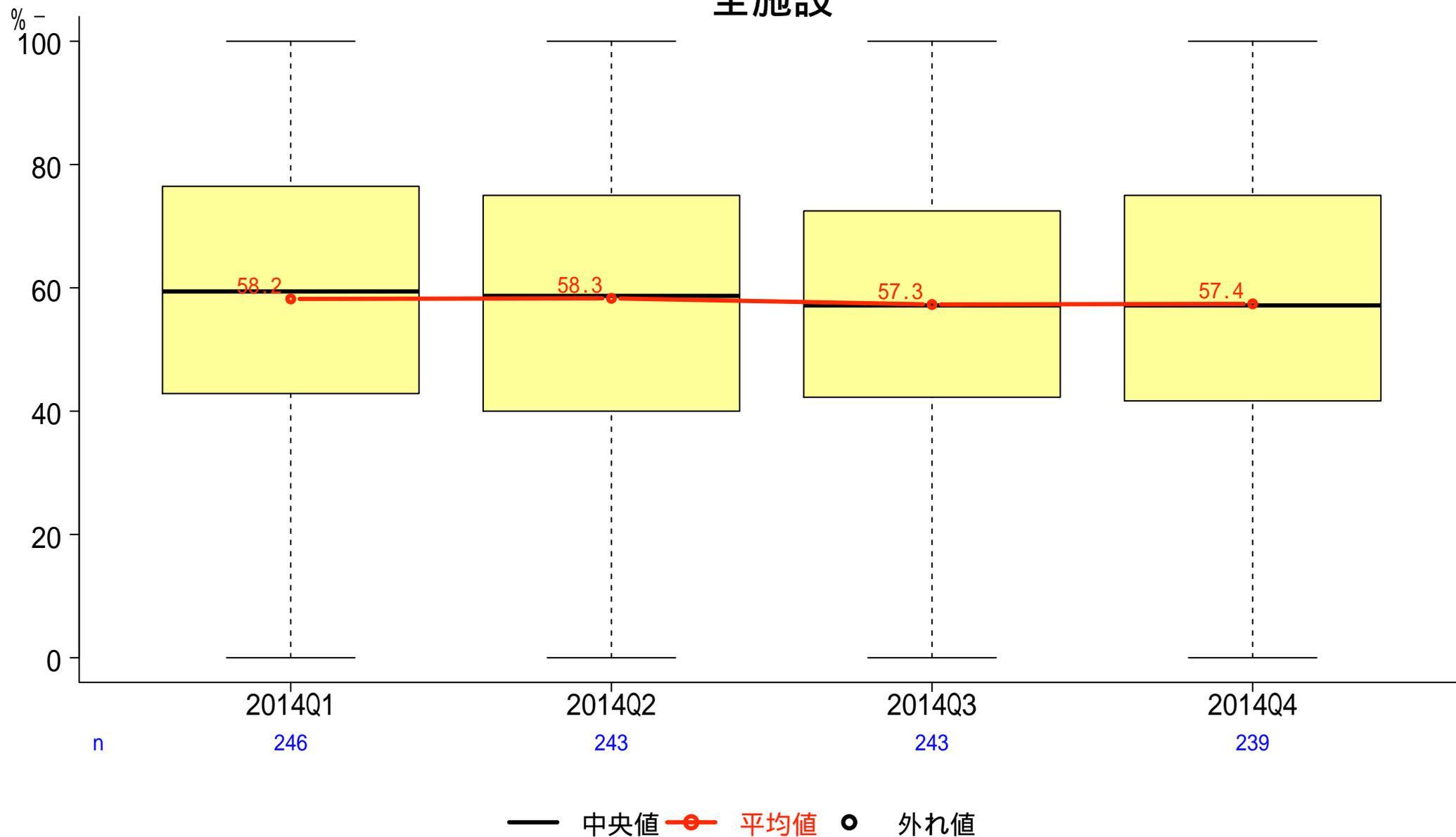
2013.([http://www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/communication/s\\_002193.pdf](http://www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/communication/s_002193.pdf))

# 一般-24 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



# No.25 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 において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本治療(ステップ 1)となります。吸入ステロイドの処方ステップ 2 以上となります。

薬物療法は、早期に十分な効果が得られたのちに良好な状態を維持できる必要最少量まで徐々に減量するほうが、患児の生活の質(QOL)の向上のためには好ましいと考えられています。

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: 2-15 歳で、喘息に関連した疾病の入院患者数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 24 施設を除くと、調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、値が算出できた割合は 89.9% (964/1072, 前年比+27.2) でした。また、平均値 86.9% (前年比-1.7)、中央値 97.4% (前年比-2.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

## 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.

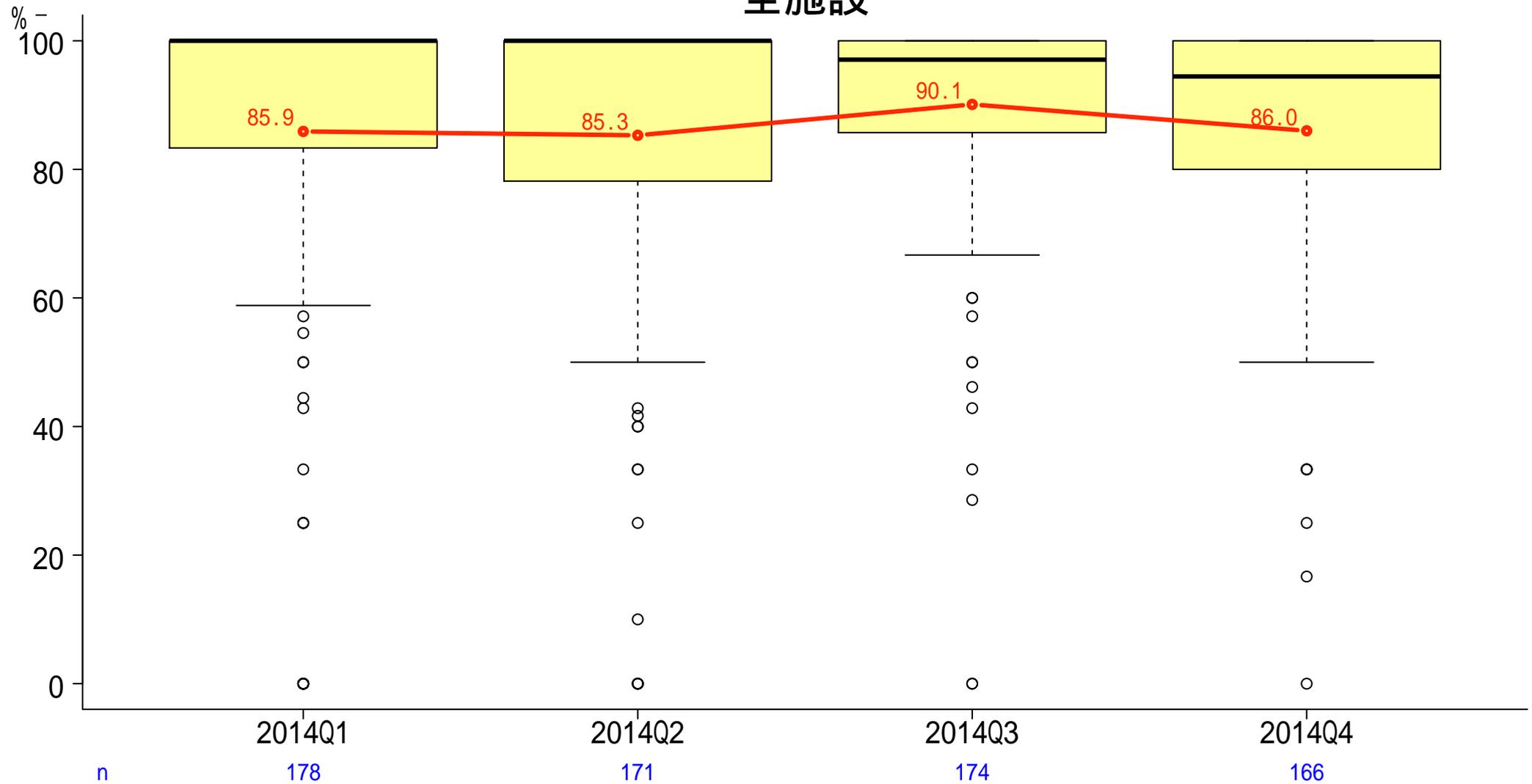
4. Silber JH, Rosenbaum PR, Even-Shoshan O, Shabbout M, Zhang X, Bradlow ET, Marsh RR. Length of stay, conditional length of stay, and prolonged stay in pediatric asthma. *Health Serv Res* 2003 Jun;38(3):867-86.
5. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2010 Apr 1. various p.

# 一般-25 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前身投与(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症例数

## 全施設



— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

**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

### 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、紹介率も逆紹介率もすべてのデータを提出できた割合は80.8% (252/312, 前年比+4.3) でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値61.7% (前年比+7.3)、中央値60.0% (前年比+7.1)、最大値400.0% (前年比+296.4)、最小値0.0% (前年比±0)、逆紹介率の1年間の平均は、平均値97.5% (前年比+14.8)、中央値80.0% (前年比+11.9)、最大値650.0% (前年比+311.1)、最小値0.0% (前年比-12.1) という結果でした。

紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差があるため、算出の間違いなのか、施設の特徴なのか、調査する必要があるかもしれません。

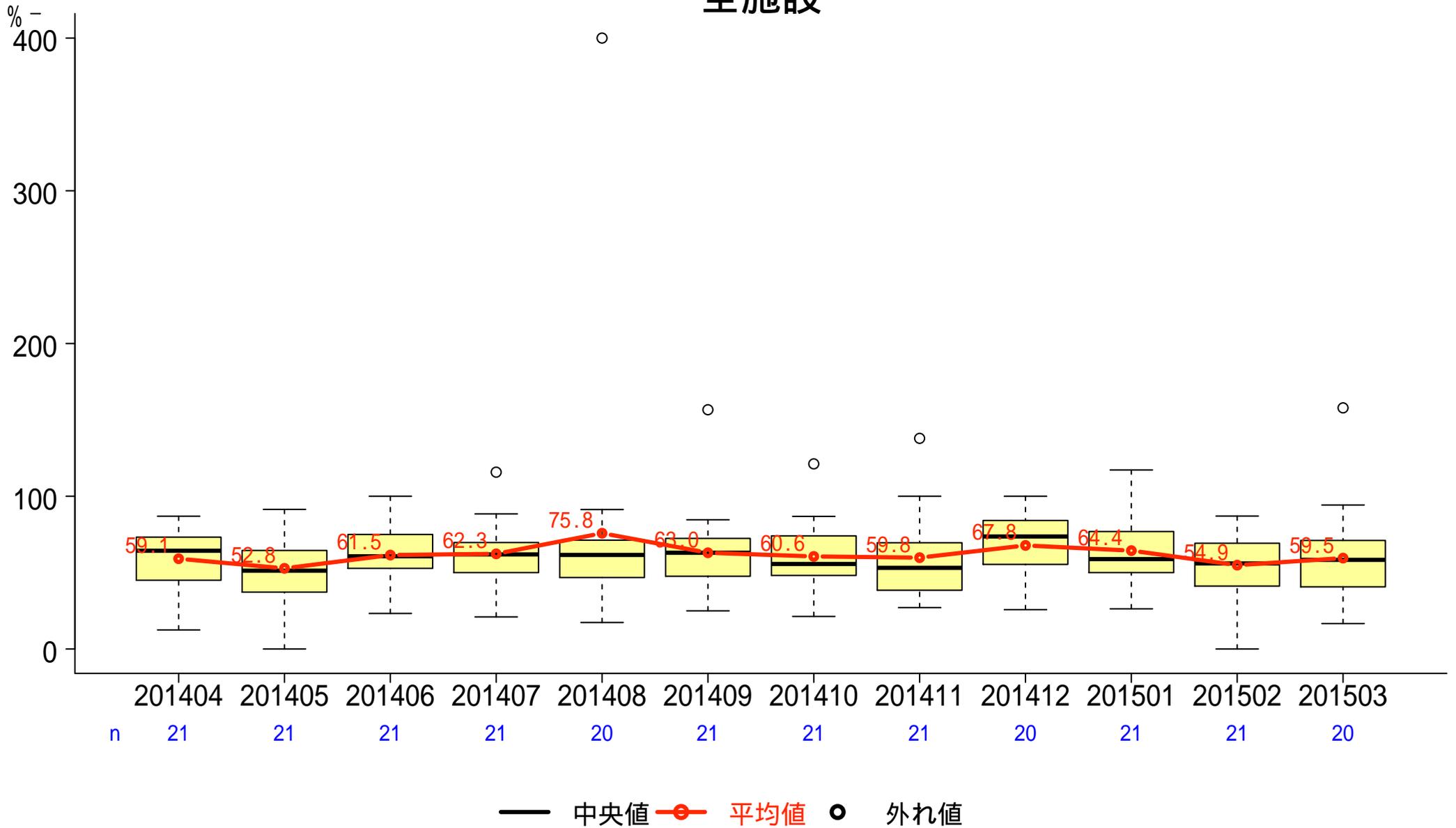
### 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 精神-1 紹介率

分子: 紹介患者数  
分母: 初診患者数

## 全施設

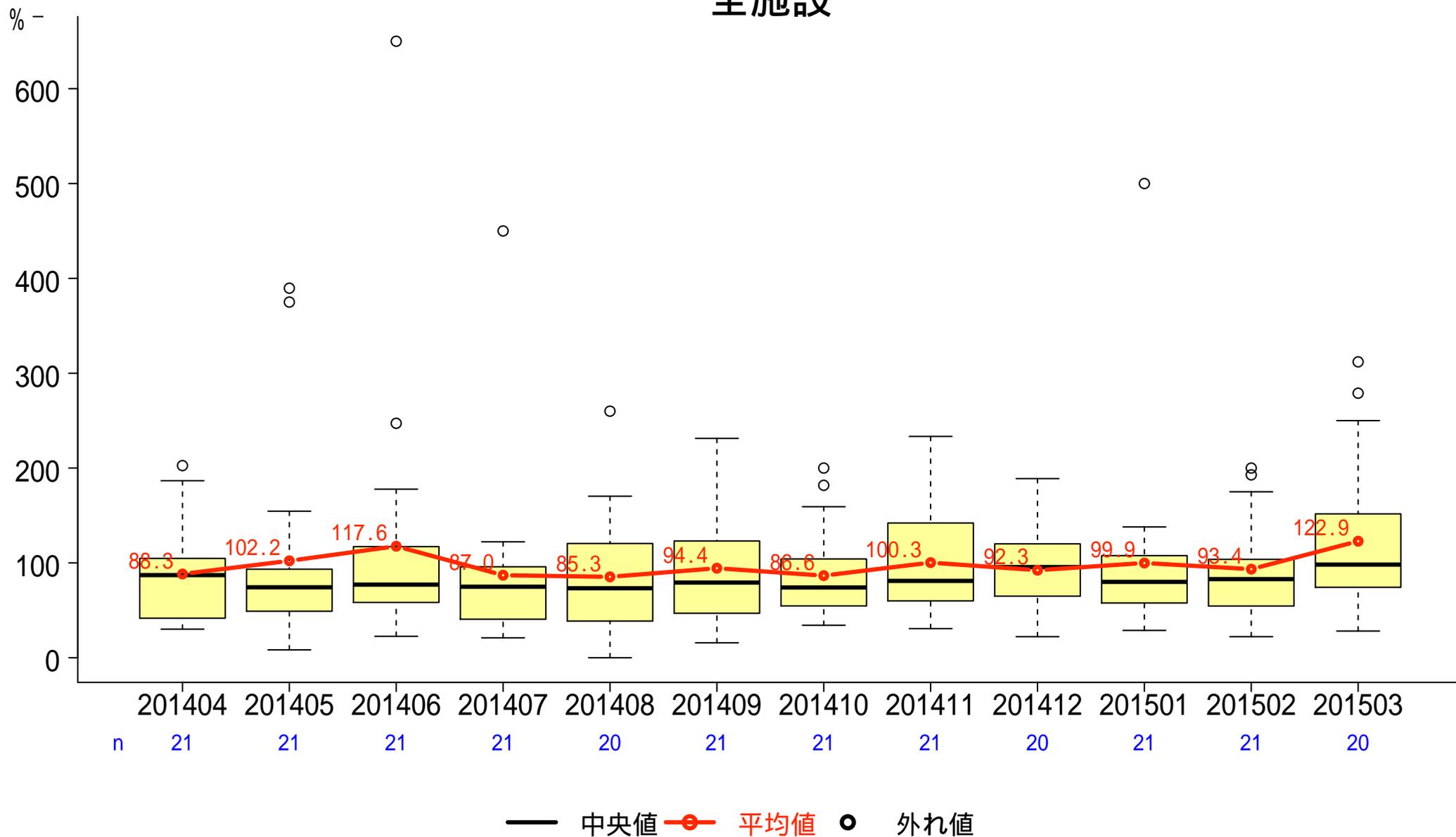


# 精神-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

## 全施設



## 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

## 考察

調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 73.1% (228/312, 前年比+2.5) でした。また、転倒転落発生率の 1 年間の平均は、平均値 3.17‰ (前年比+0.37)、中央値 2.48‰ (前年比+0.68)、最大値 30.61‰ (前年比+14.8)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 2 以上)の 1 年間の平均は、平均値 1.23‰ (前年比+0.56)、中央値 0.74‰ (前年比+0.32)、最大値 30.61‰ (前年比+26.29)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 4 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.10‰、中央値 0.00‰、最大値 1.75‰、最小値 0.00‰ という結果でした。転倒転落発生率と損傷発生率(レベル 2 以上)の最大値が 30% を超えているため、算出間違いなのか、精神病床だからなのかは精査する必要があるかもしれません。

損傷発生率においては、レポートの報告体制の違いに加えて損傷レベルの判断に主観が入ることがあり、データの精度・信頼性については今後検討が必要です。

転倒・転落は発生し得る要因を減らすことが基本的な課題であり、繰り返し発生させないためのリスクアセスメントを行うことが重要です。

## 参考文献

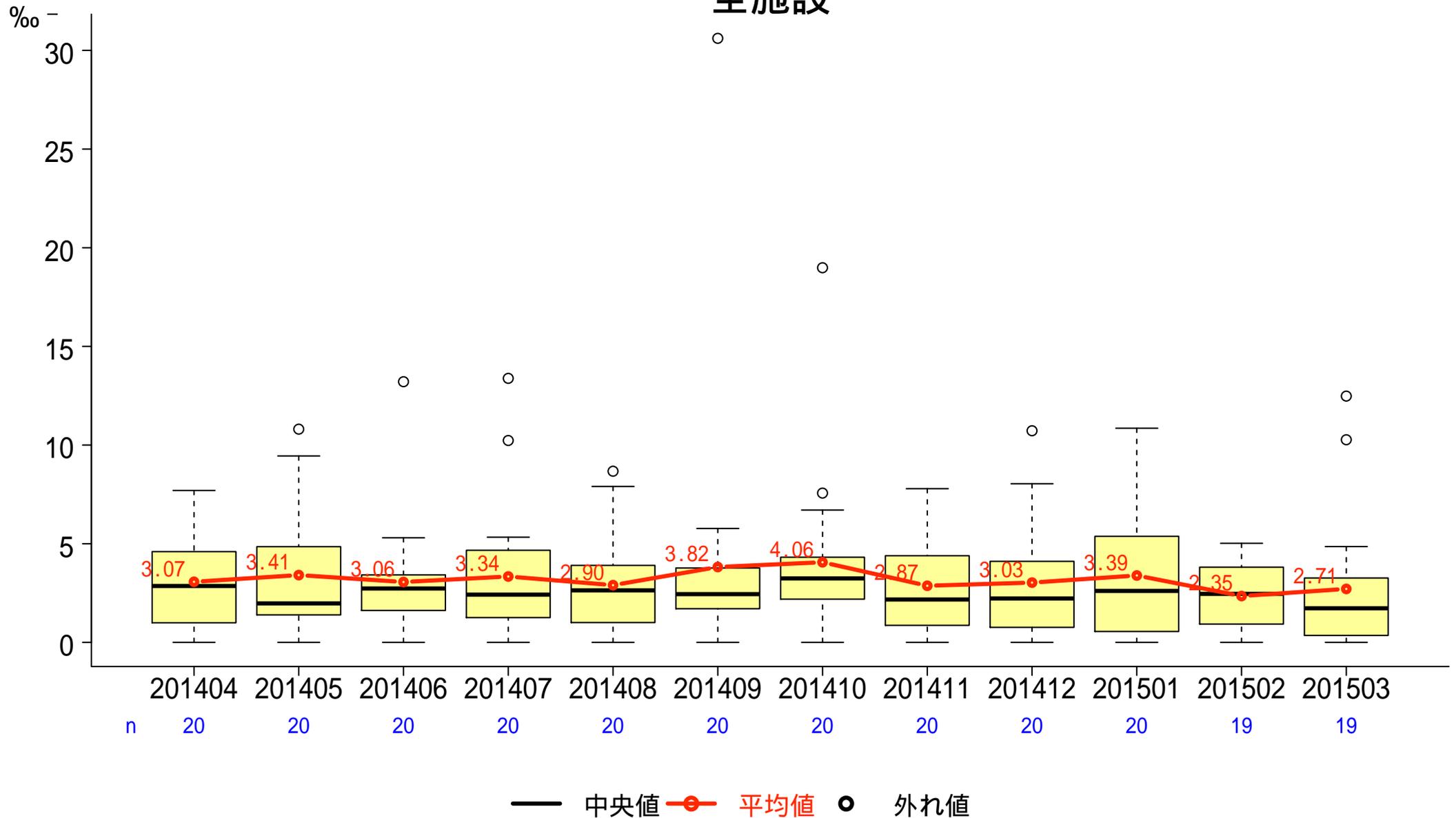
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2015/09/08 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.

# 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

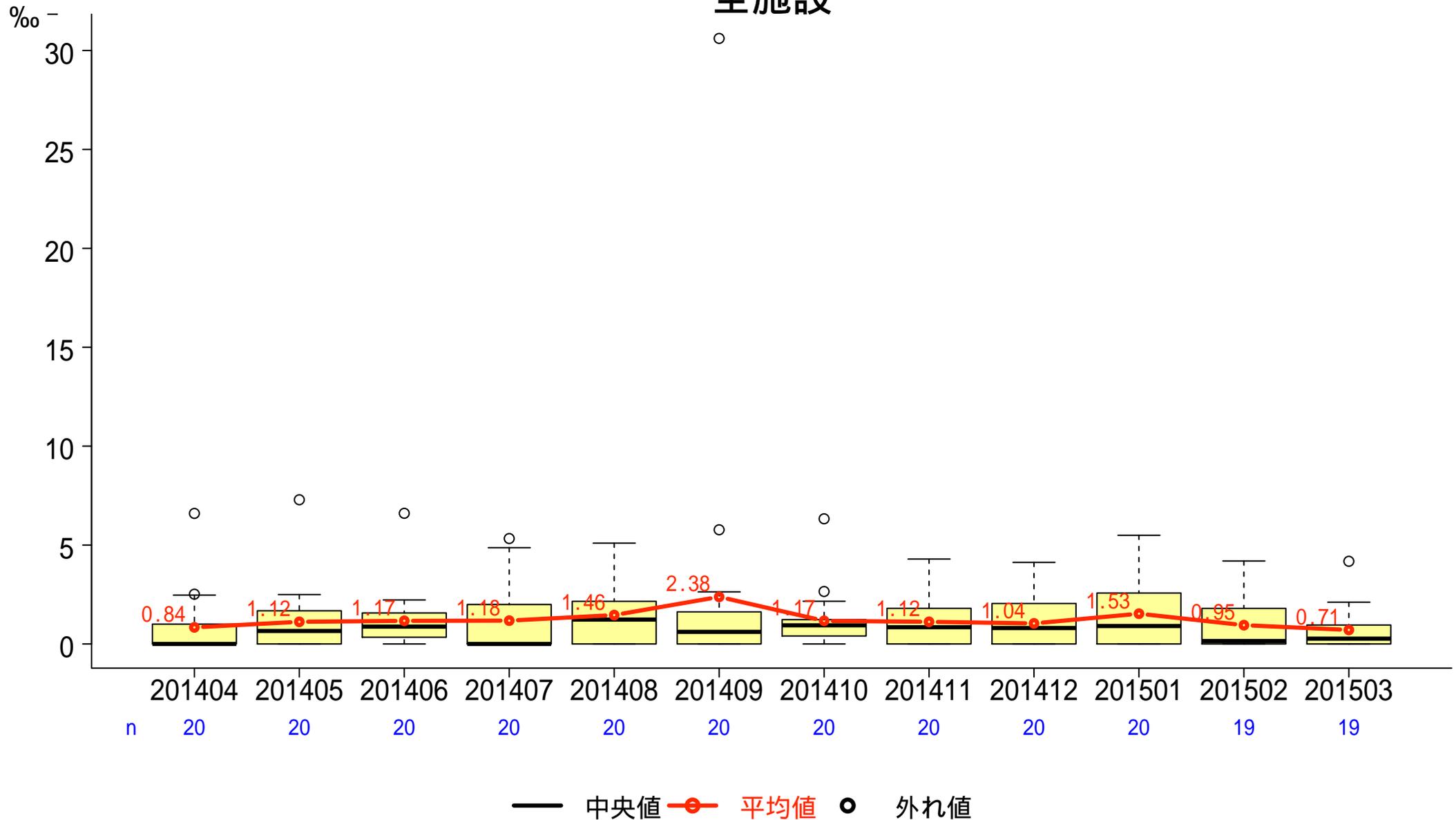
全施設



# 精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（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

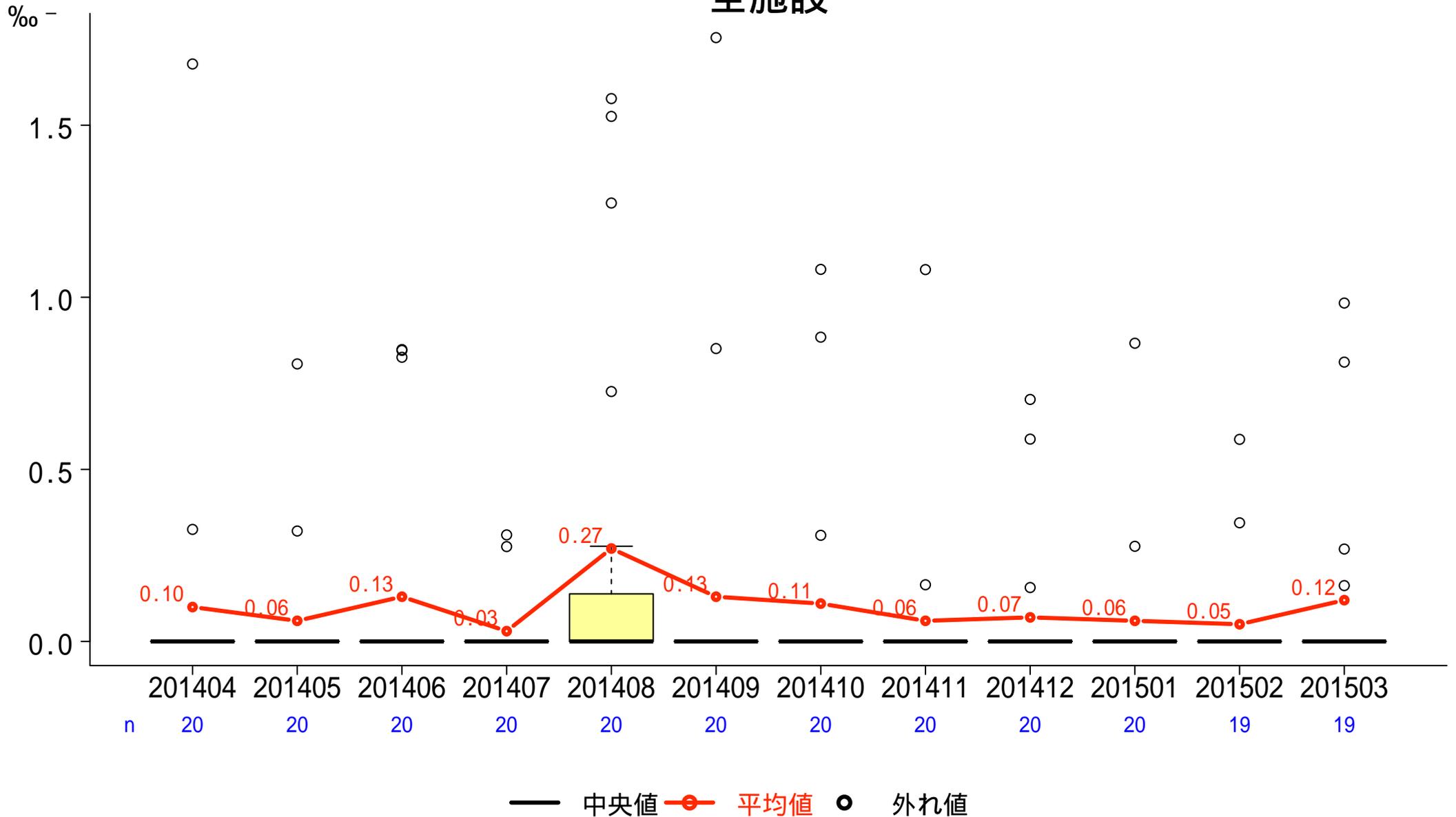
全施設



# 精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（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

全施設



## 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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は65.4%(204/312, 前年比+0.7)でした。また1年間の平均は、平均値 15.6%(前年比-1.5)、中央値 11.9%(前年比-4.7)、最大値 55.3%(前年比+4.0)、最小値 0.0%(前年比±0)という結果でした。

2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

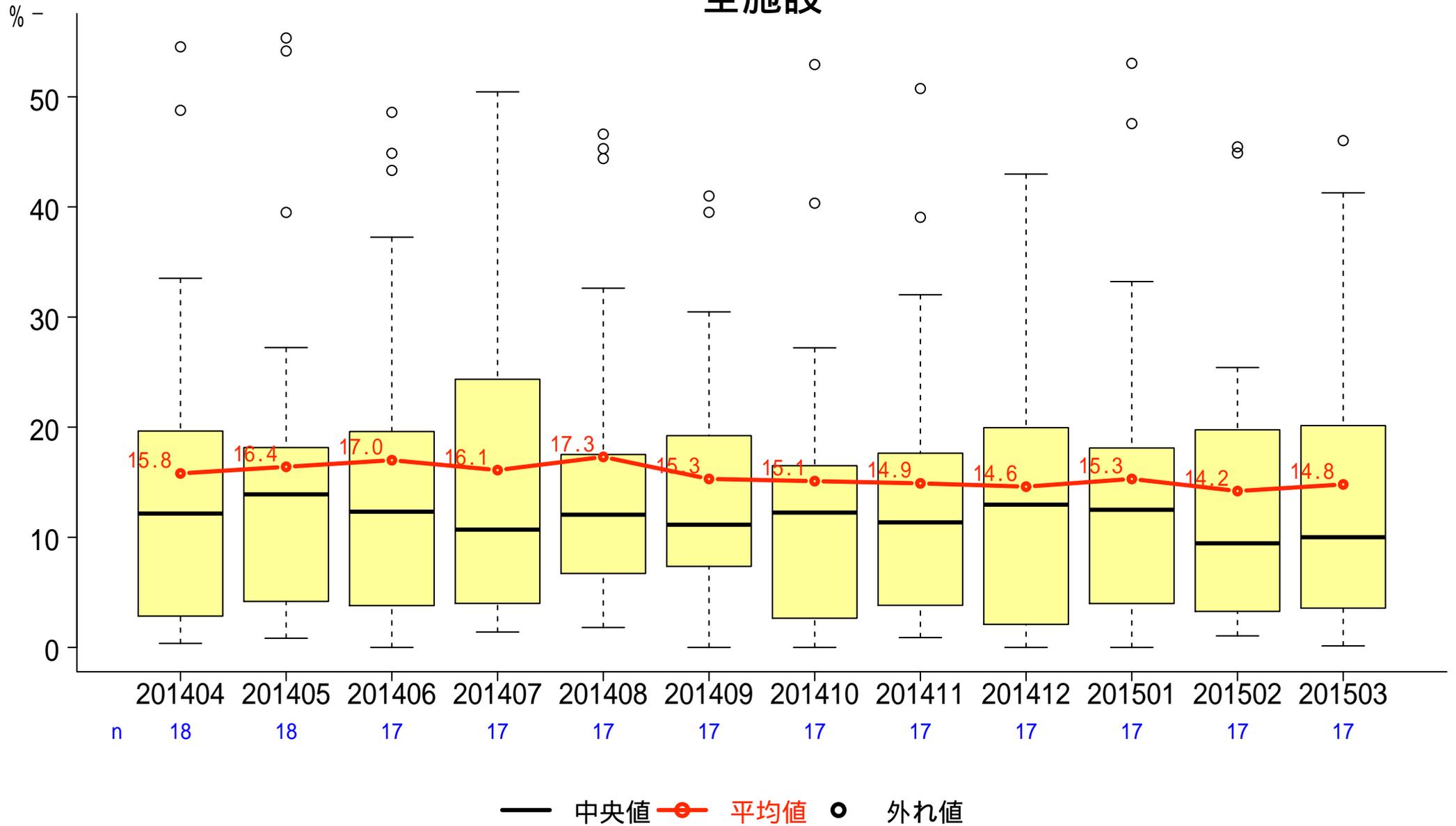
## 参考文献

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」

# 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



# 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。

2013年度から、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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は69.2%(216/312, 前年比-1.4)でした。また1年間の平均は、平均値78.2%(前年比-0.6)、中央値84.4%(前年比-4.6)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値5.3%(前年比+5.3)という結果でした。

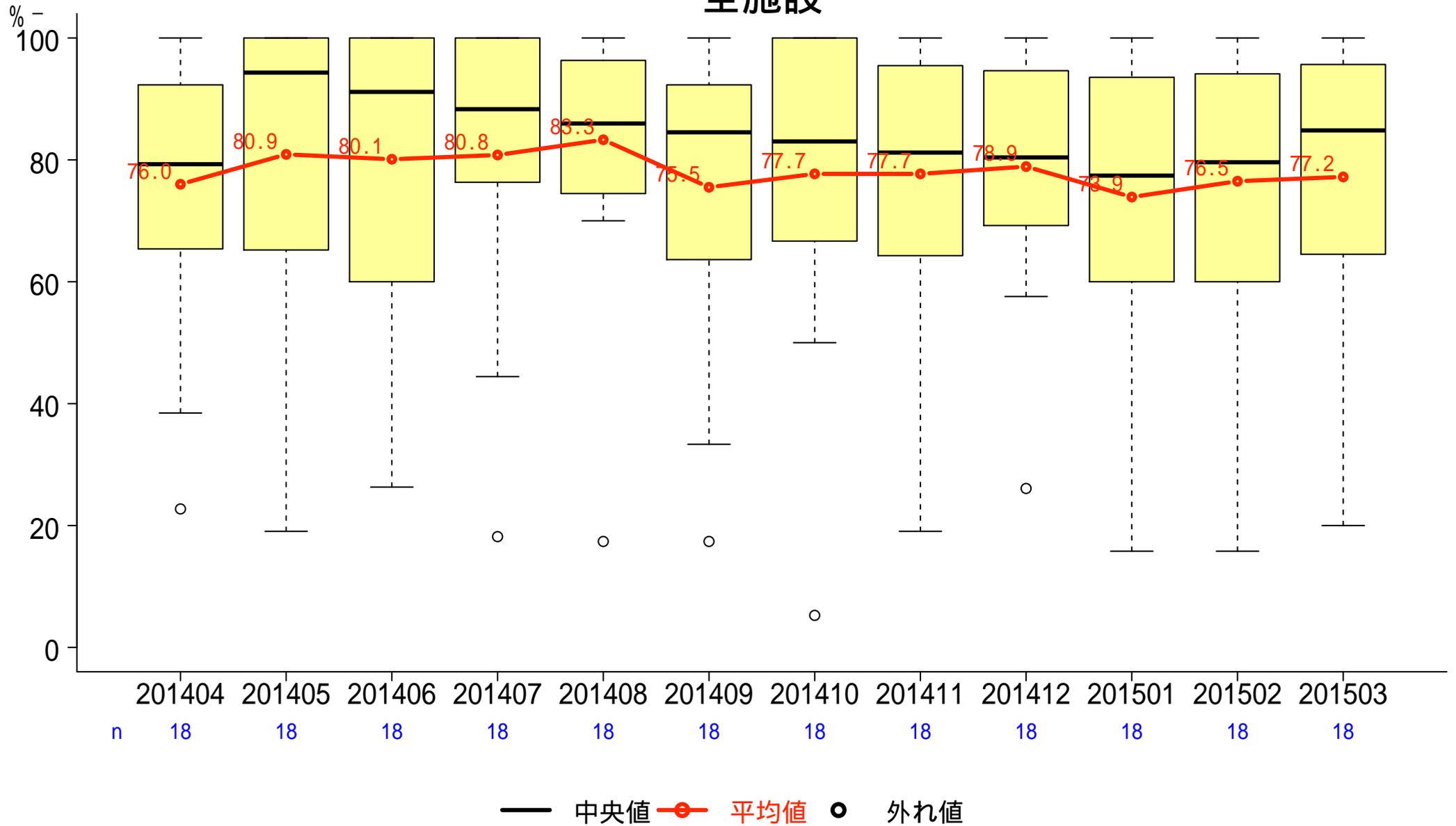
2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

## 参考文献

# 精神-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数  
分母:退院患者数(死亡退院を除く)

## 全施設



# 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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は76.9%(240/312, 前年比+0.4)でした。また、1年間の平均は、平均値0.03%(前年比-0.01)、中央値0.00%(前年比±0)、最大値0.59%(前年比+0.19)、最小値0.00%(前年比±0)という結果でした。

2012年度同様、精神病床を有する施設は一般病床の結果より低い値となっています。

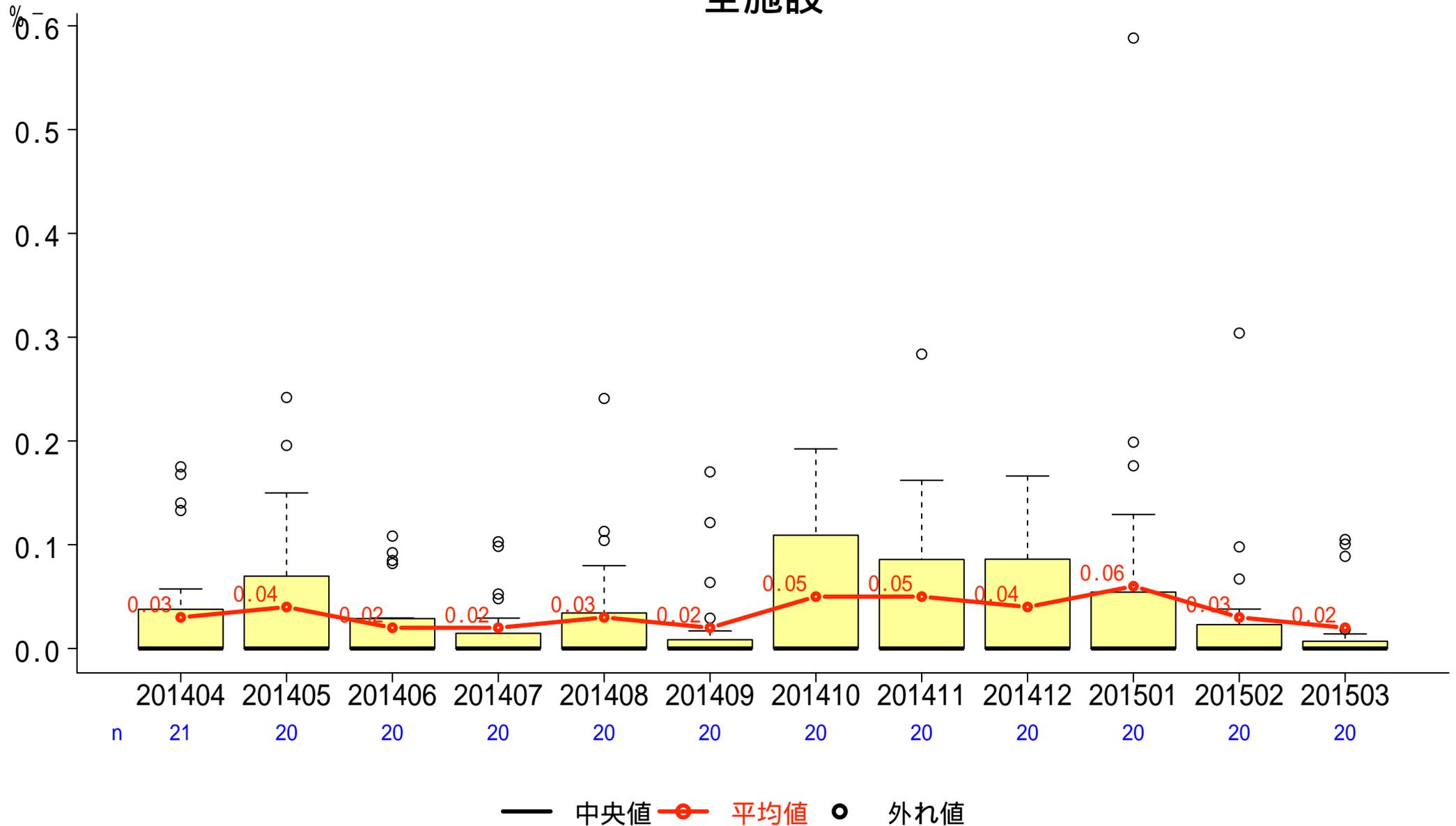
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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> 2015/09/08 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/> 2015/09/08 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) 2015/09/08 available)

# 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



# No.07 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前段階指標となり、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入院延べ患者数

分母: 入院延患者数

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

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

## 考察

調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 65.4% (204/312, 前年比-2.7) でした。また 1 年間の平均は、平均値 5.4% (前年比+0.2)、中央値 2.9% (前年比-0.8)、最大値 30.0% (前年比+10.4)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2012 年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

また精神病床を有する施設で検討したところ、本指標はあまり適していないという結果になったため、2015 年度は継続しない予定です。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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

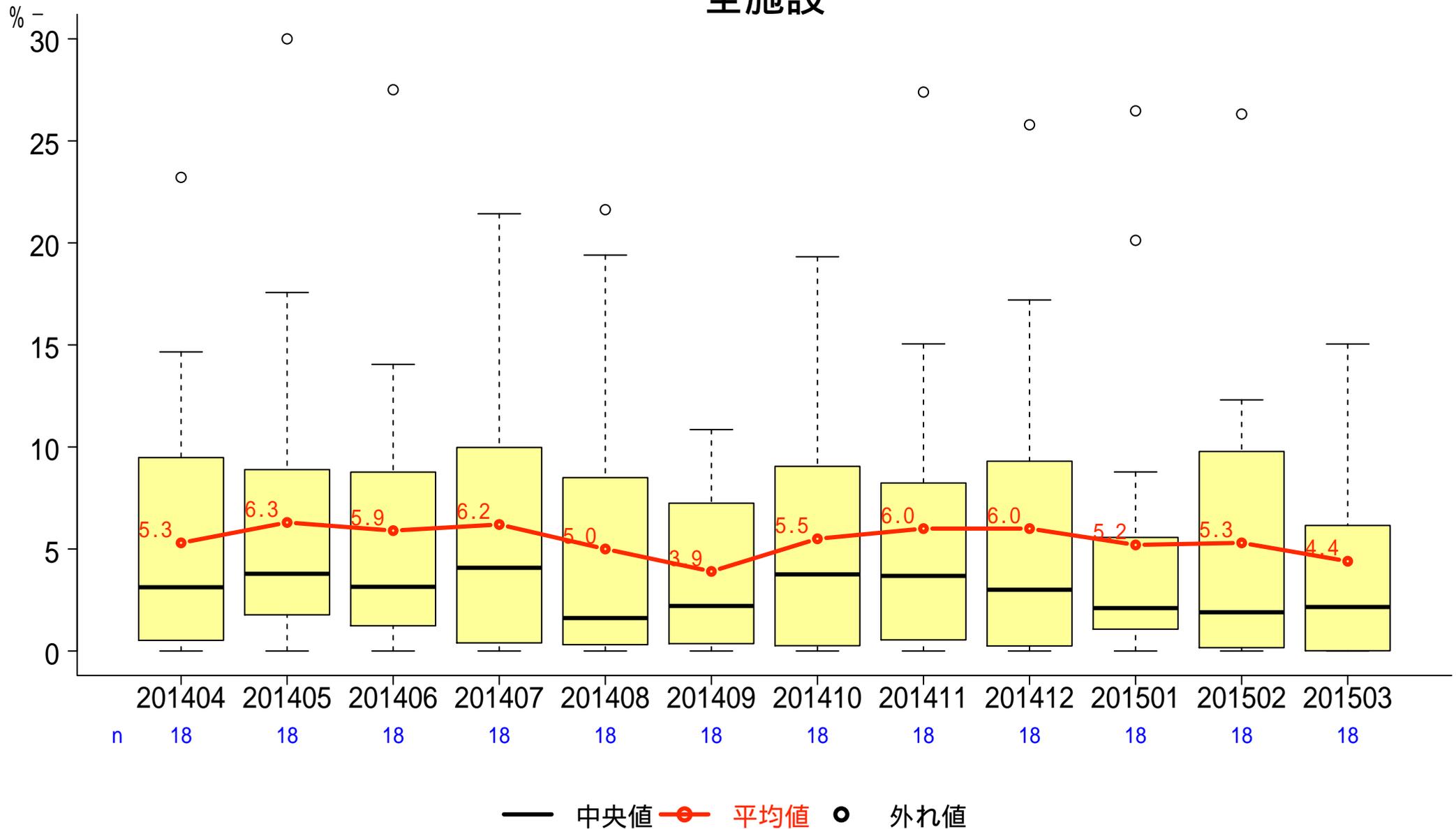
ーメディアカ 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module (2015/07/27 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) 2015/07/27 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> 2015/07/27 available)

# 精神-7 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



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

### 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、紹介率のすべてのデータを提出できた割合は40.0% (72/180, 前年比-14.5)、逆紹介率のすべてのデータを提出できた割合は40.0% (72/180, 前年比-20.0)でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値45.5% (前年比+17.7)、中央値34.6% (前年比+25.6)、最大値100.0% (前年比-100.0)、最小値0.0% (前年比±0)、逆紹介率の1年間の平均は、平均値57.0% (前年比+13.7)、中央値34.0% (前年比+8.0)、最大値600.0% (前年比+408.3)、最小値0.00% (前年比±0)という結果でした。

2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

2013年度に比べて、提出率が大きく低下しました。算出が困難なのか、調査する必要があります。

また、紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差があるため、算出の間違いなのか、施設の特徴なのかも併せて調査する必要があるかもしれません。

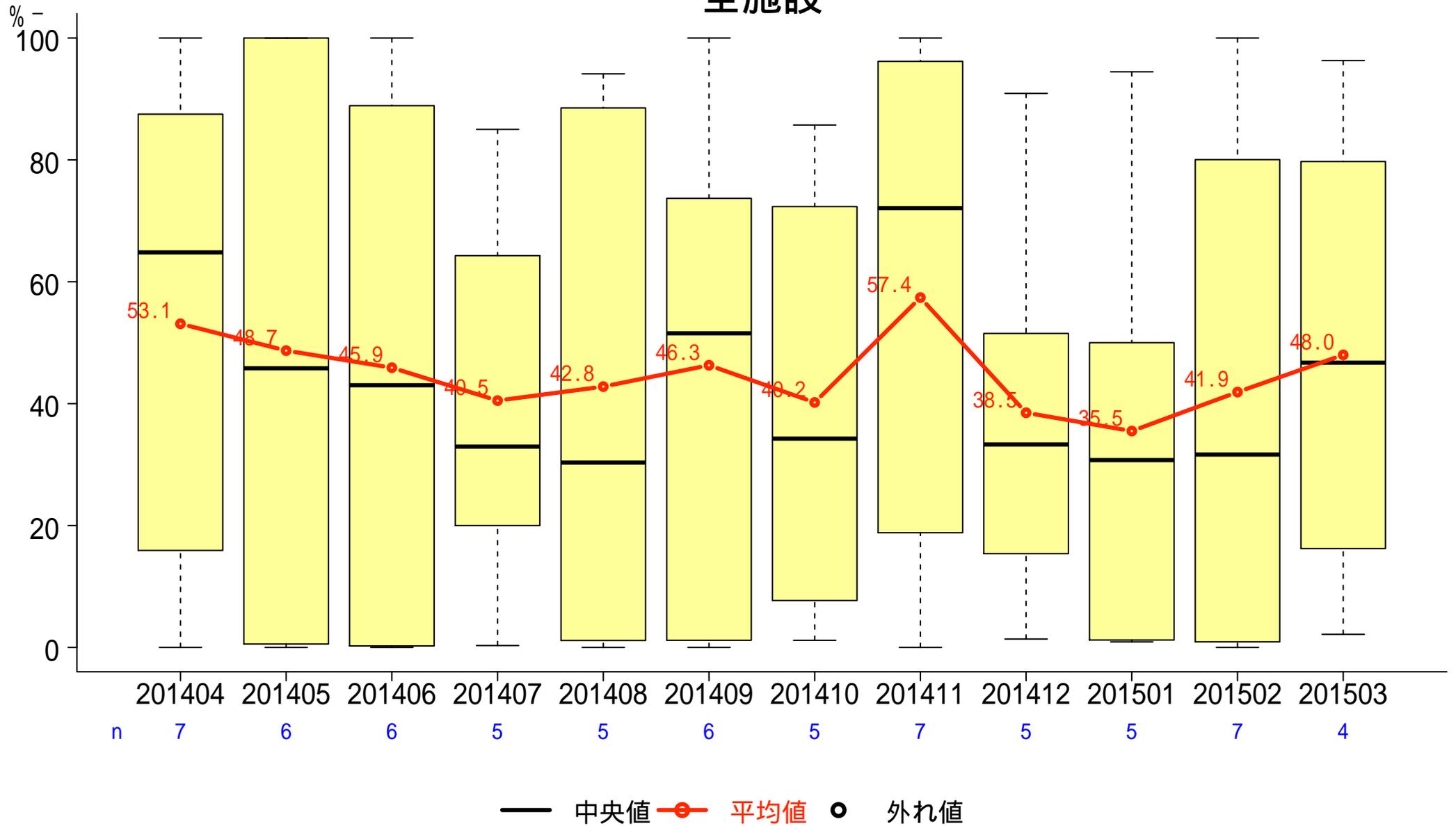
### 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

# 療養-1 紹介率

分子: 紹介患者数  
分母: 初診患者数

## 全施設

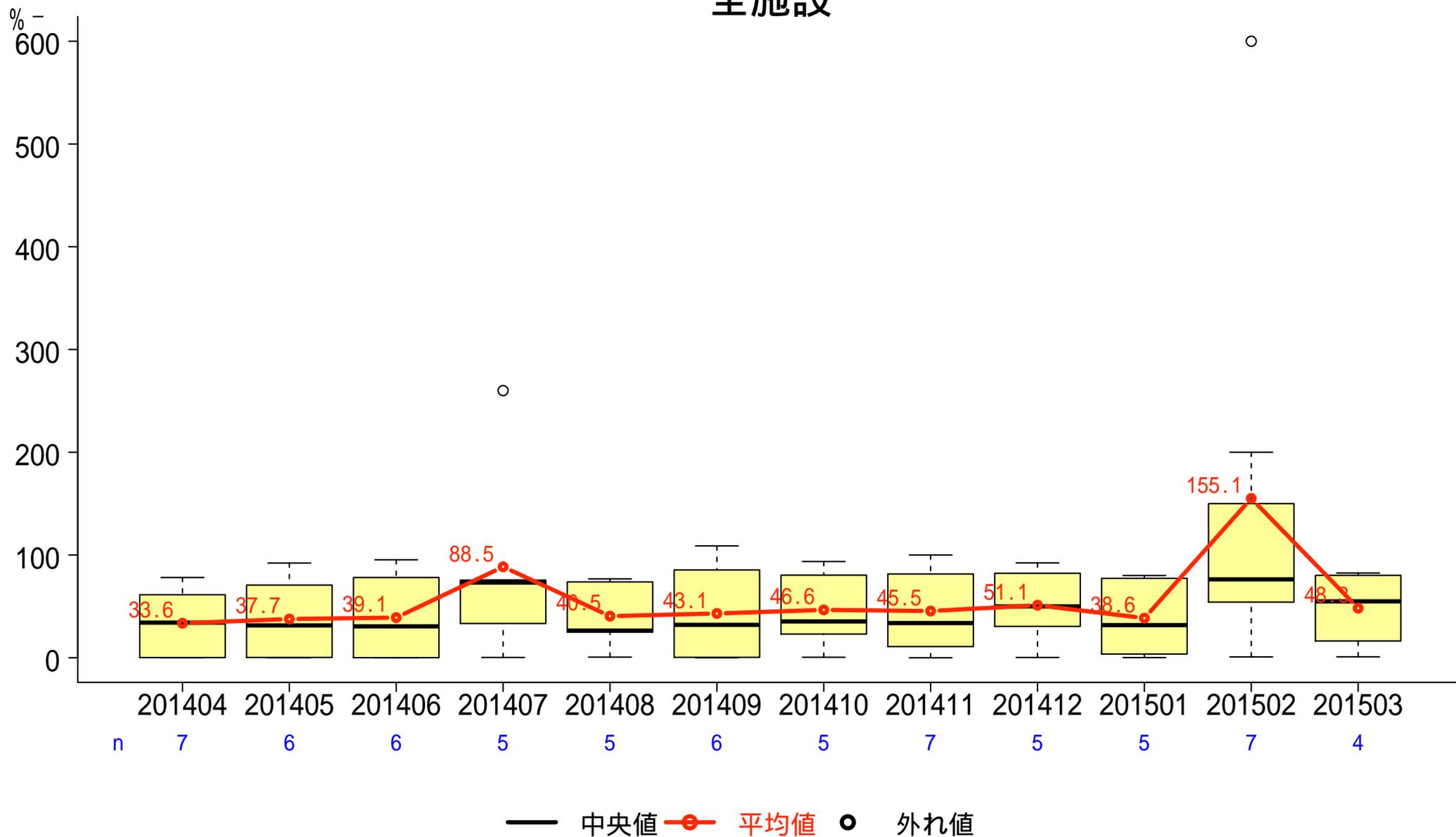


# 療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

## 全施設



## 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

## 考察

調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 66.7% (120/180, 前年比-6.0) でした。また、転倒転落発生率の 1 年間の平均は、平均値 2.14‰ (前年比+0.30)、中央値 1.49‰ (前年比+0.49)、最大値 14.00‰ (前年比+5.01)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 2 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.63‰ (前年比+0.14)、中央値 0.21‰ (前年比+0.21)、最大値 4.05‰ (前年比-0.65)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 4 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.04‰、中央値 0.00‰、最大値 1.47‰、最小値 0.00‰ という結果でした。また、療養病床を有する施設であっても、一般病床の結果とそう変わりはありませんでした。

損傷発生率においては、レポートの報告体制の違いに加えて損傷レベルの判断に主観が入ることがあり、データの精度・信頼性については今後検討が必要です。

転倒・転落は発生し得る要因を減らすことが基本的な課題であり、繰り返し発生させないためのリスクアセスメントを行うことが重要です。

## 参考文献

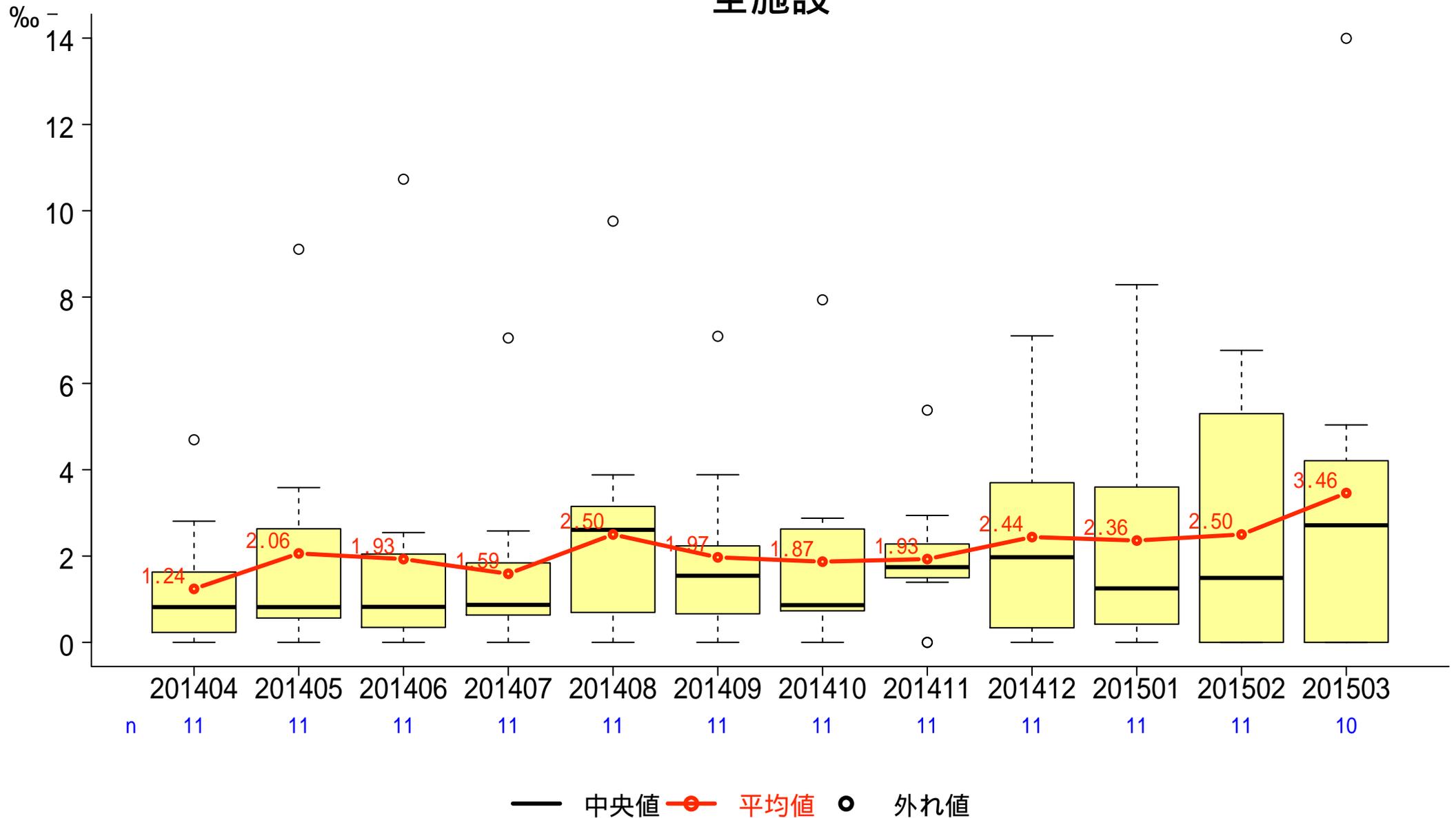
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2015/09/08 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.

# 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

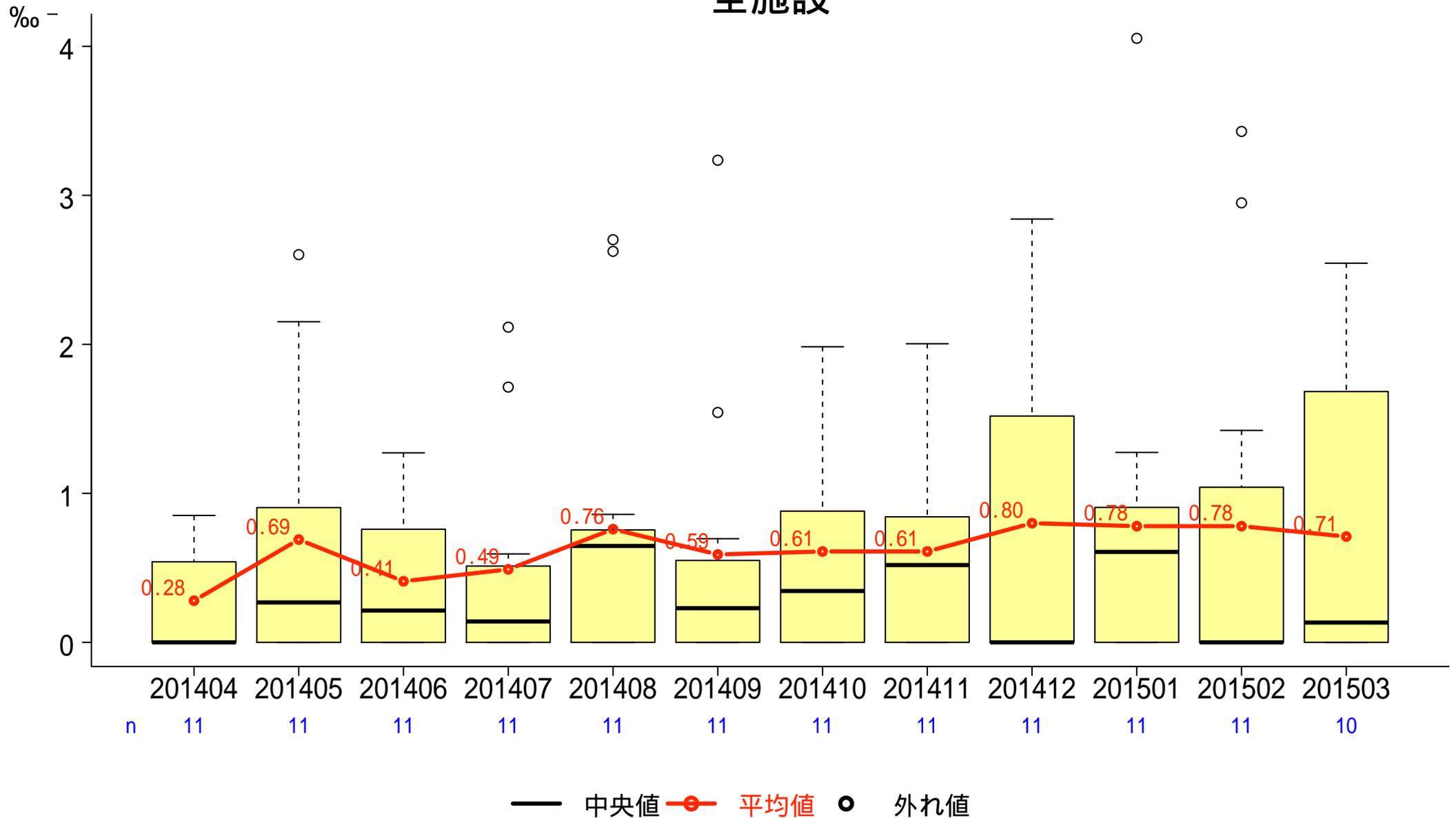
## 全施設



# 療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（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

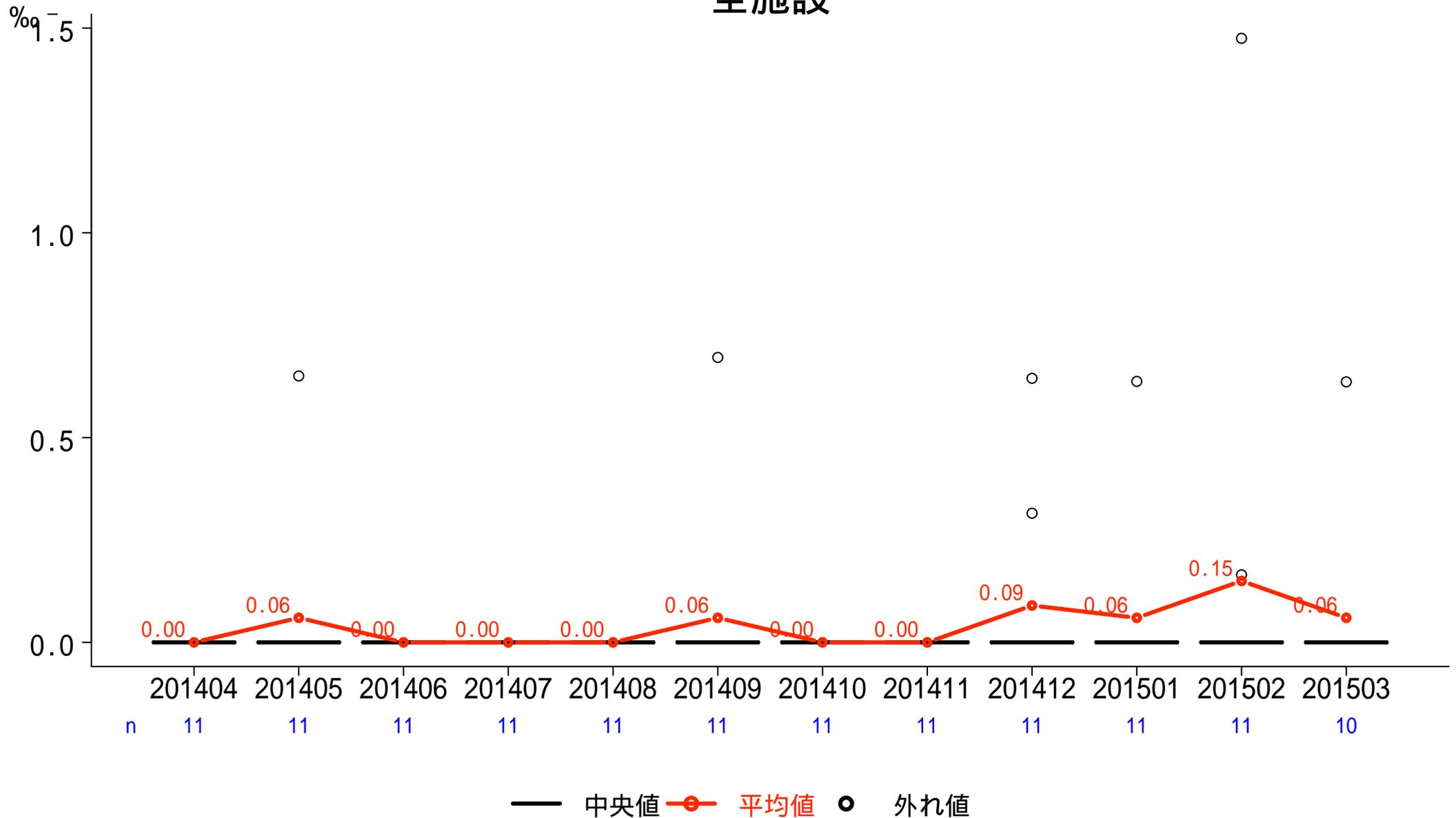
## 全施設



# 療養-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（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

## 全施設



## 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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は60.0% (108/180, 前年比-12.7) でした。また1年間の平均は、平均値 17.6% (前年比-1.7)、中央値 18.4 (前年比-1.2)、最大値 36.3 (前年比-0.3)、最小値 1.2 (前年比+1.1) という結果でした。

2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

また、提出割合が 12.7 ポイント下がっているため、算出が難しいのか、指標として適していないのか、調査する必要があります。

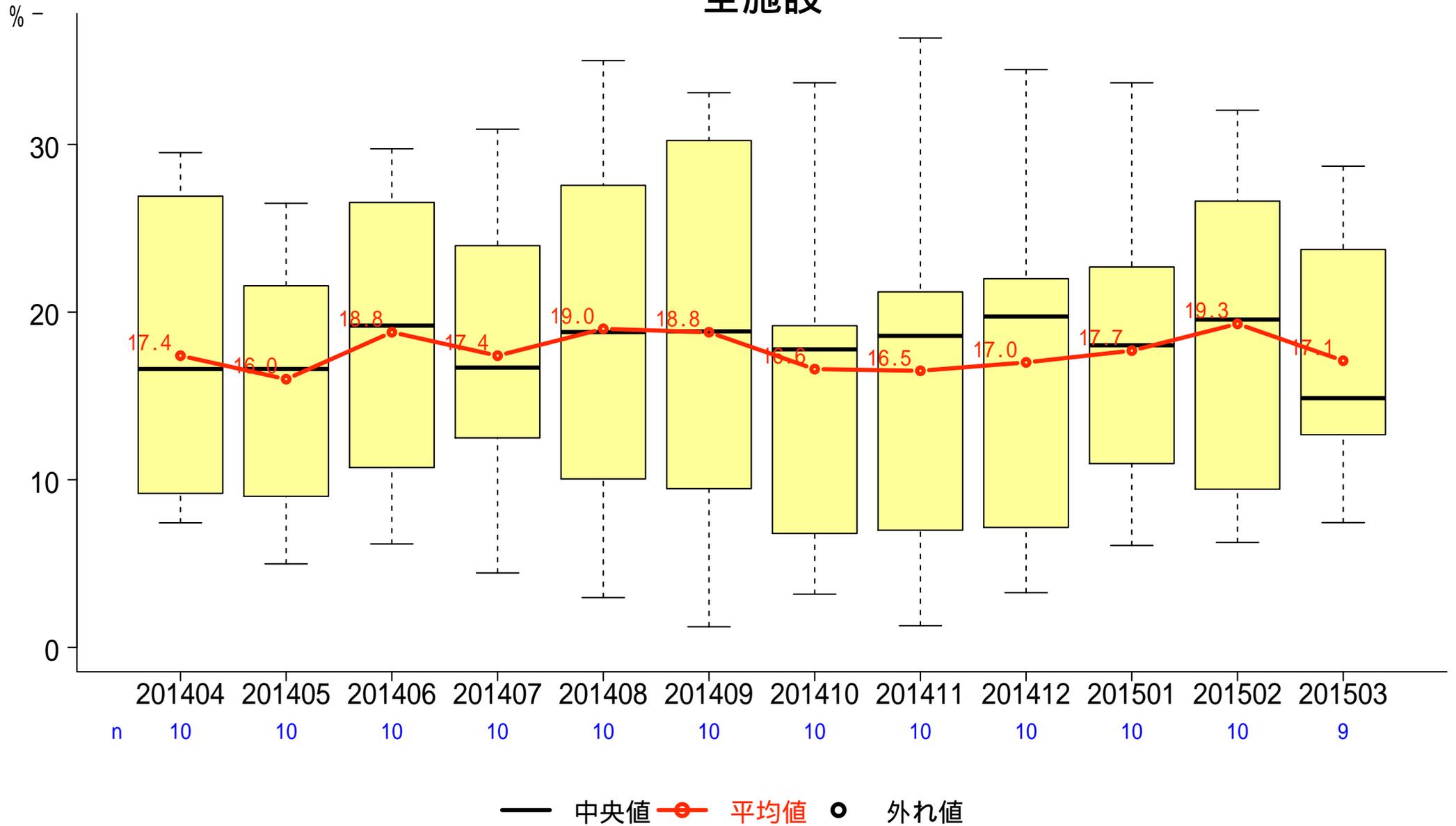
## 参考文献

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」

# 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



# 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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は66.7%(120/180, 前年比-15.1)でした。また1年間の平均は、平均値65.4%(前年比+16.7)、中央値70.8%(前年比+18.5)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0)という結果でした。

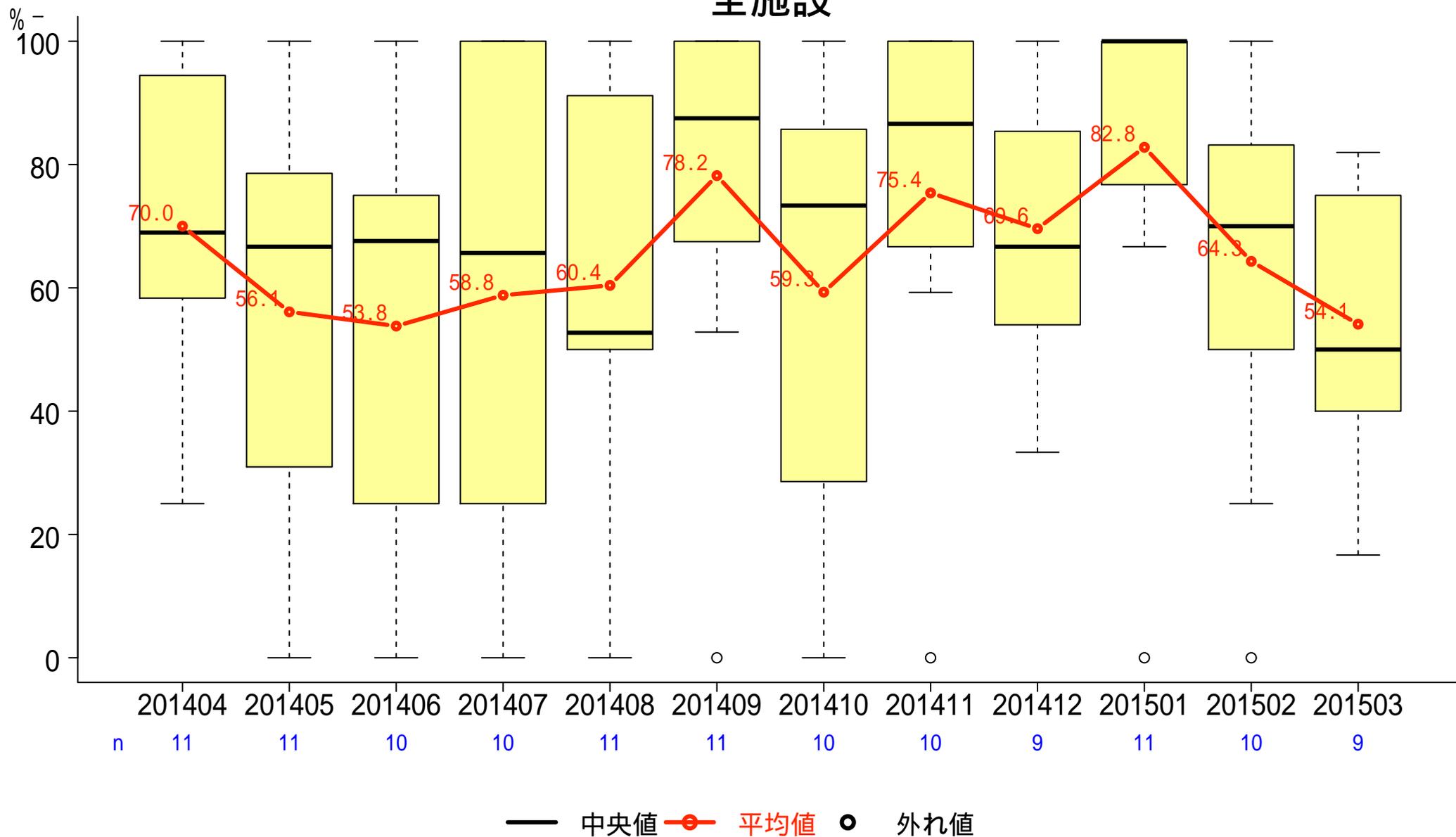
2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。また、提出割合が15.1ポイント下がっているため、算出が難しいのか、指標として適していないのか、調査する必要があります。

## 参考文献

# 療養-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数  
分母:退院患者数(死亡退院を除く)

## 全施設



# 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

## 考察

調査開始の2014年4月から調査終了の2015年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は66.7%(120/180, 前年比+3.1)でした。また、1年間の平均は、平均値0.03%(前年比-0.05)、中央値0.00%(前年比±0)、最大値0.23%(前年比-3.1)、最小値0.00%(前年比±0)という結果でした。

2012年度同様、療養病床を有する施設は一般病床の結果より低い値となっています。

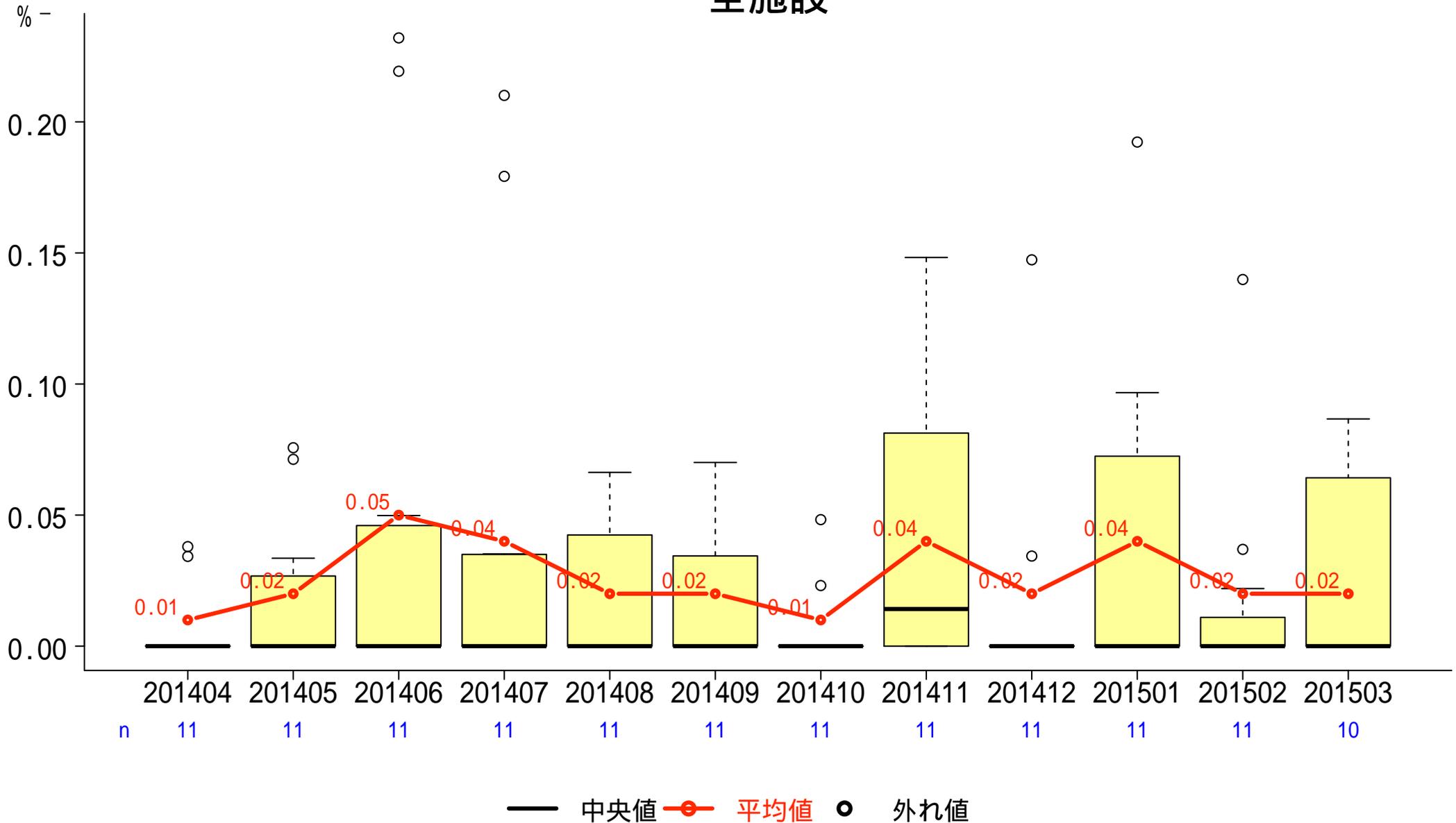
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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 2014 ISBN 978-4-89996-327-1
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> 2015/09/08 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/> 2015/09/08 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) 2015/09/08 available)

# 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



# No.07 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前段階指標となり、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入院延べ患者数

分母: 入院延患者数

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

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

## 考察

調査開始の 2014 年 4 月から調査終了の 2015 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 53.3% (96/180, 前年比-28.5) でした。また 1 年間の平均は、平均値 12.0% (前年比+0.4)、中央値 12.6% (前年比+0.1)、最大値 26.5% (前年比+3.6)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2012 年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

また療養病床を有する施設で検討したところ、本指標はあまり適していないという結果になったため、2015 年度は継続しない予定です。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2014 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

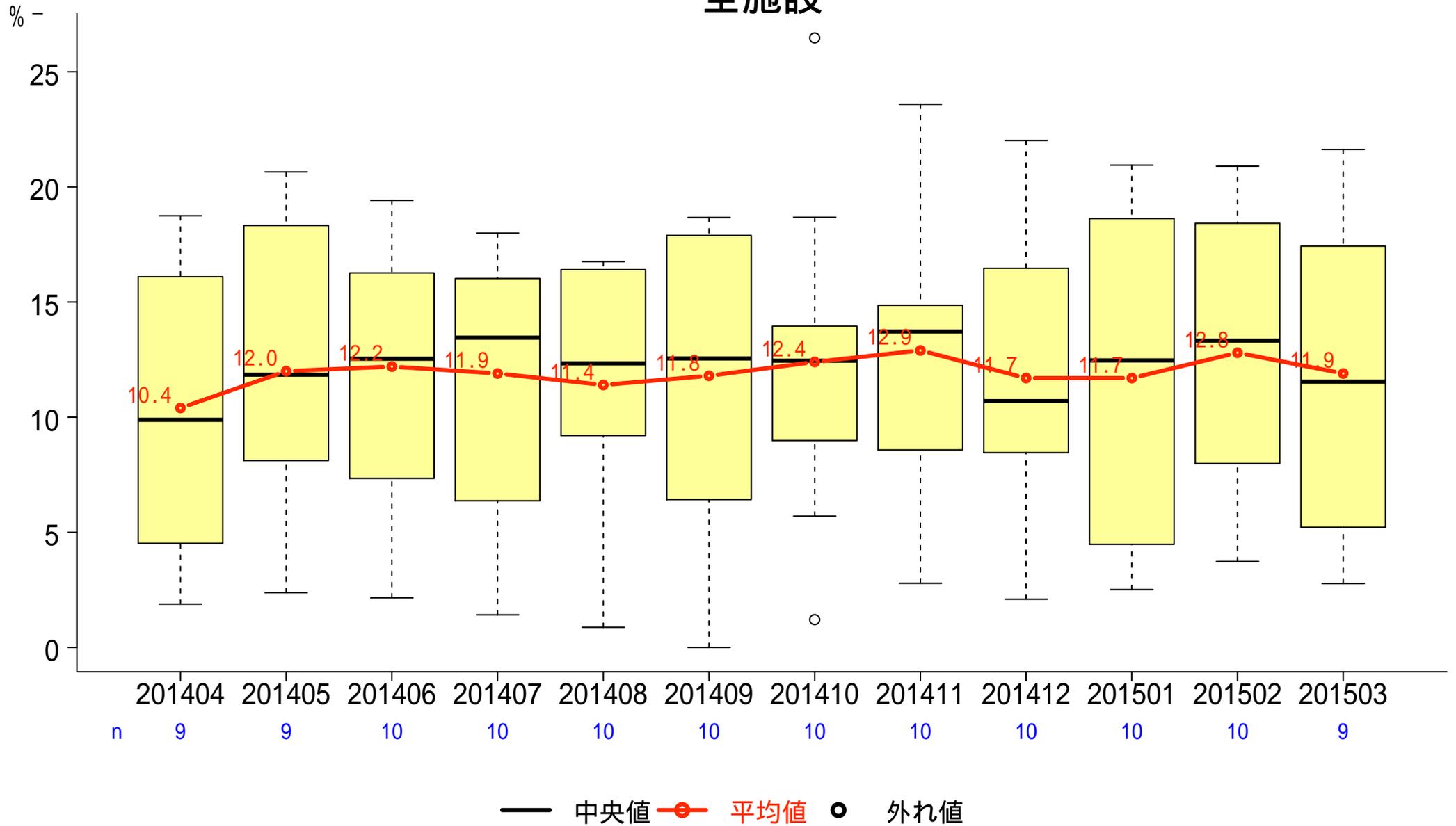
ーメディアカ 2014 ISBN 978-4-89996-327-1

2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module (2015/07/27 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) 2015/07/27 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> 2015/07/27 available)

# 療養-7 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



---

# 一般社団法人 日本病院会 2014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 理事長/聖路加国際病院 院長)
- 委員 猪飼宏(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 特定講師)
- 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 嶋田元(聖路加国際大学 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 / ヘルニアセンター 副院長)
- 委員 砂川晶生(大和高田市立病院 院長)
- 委員 深田順一(高知医療センター 副院長)
- 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 院長)

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)

- 事務局 大内全(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課 課長)
- 事務局 富岡孝(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)
- 事務局 伊東佳恵(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 2014年4月17日、24日(232病院 348名)

第1回 QI委員会 2014年4月17日(6名)

第2回 QI委員会 2014年4月24日(6名)

第3回 QI委員会 2014年12月2日(13名)

第4回 QI委員会 2015年2月3日(12名)

QIプロジェクト シンポジウム 2015年2月19日(126病院 188名)

初版

2015 年 9 月 8 日