

## 医療の質の評価・公表等推進事業について

### 1. 背景

- (1) 患者が医療機関を比較・検討し、自分に最適な医療機関を選択できるよう、各医療機関自らが医療の質に関する情報（医療の技術水準やサービスの質に関する情報など）<sup>※1</sup>を積極的に公表すべきではないか、との意見がある。

※1：【具体例】

- ・患者満足度
- ・早期リハビリテーション開始率
- ・褥瘡発生率
- ・急性脳梗塞患者における入院死亡率
- ・再入院率
- ・糖尿病患者での血糖コントロール

- (2) 他方で、特に患者の関心が高いとされる、疾患別の治療成績等に関する情報の公表については、

- ① 公表に当たり、患者の重症度や年齢等を考慮する必要があるのではないか<sup>※2</sup>
- ② 数値の公表により、患者が数値のみに惑わされるのではないか等の慎重な意見もある。

※2：重症患者の多い病院の治療結果の数値が悪くなるため、重症患者の受入拒否につながるのではないか、といった問題意識

- (3) こうした状況を踏まえ、平成 22 年度から新規予算事業として「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始したところ。患者満足度や、診療内容、診療後の患者の健康状態に関する指標等を用いて医療の質を評価・公表し、公表等に当たっての問題点を分析する取組を助成。

(参考)

平成 22 年度予算：29,722 千円

助成対象：国立病院機構、全日本病院協会、日本病院会

平成 23 年度予算：20,062 千円

助成対象：恩賜財団済生会、全日本民主医療機関連合会、日本慢性期医療協会

## 2. 主な事業内容

(1) 特定の医療分野について、評価・公表等を行う具体的な臨床指標※を選定

(2) 関連する複数の医療機関（25 病院以上）から臨床データを集計・分析し、その結果（臨床指標）について、ホームページ等を通じて国民に対して公表

(3) 臨床データの提供のあった医療機関の関係者等による委員会を開催し、国民に有用な臨床指標の公表のあり方等に関する諸課題について分析・改善策の検討。

※ 10 以上の臨床指標を選定。選定する指標はプロセス指標又はアウトカム指標とし、患者満足度に関する指標以外のアウトカム指標を 2 以上含むこととしている。

# 平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

本資料は、各実施団体から提出された報告書を元に事務局で取りまとめたものである。

## 1. 実施団体

- (独)国立病院機構 (参加:45病院、臨床指標:患者満足度・17指標)
- (社)全日本病院協会 (参加:27病院、臨床指標:患者満足度・8指標)
- (社)日本病院会 (参加:30病院、臨床指標:患者満足度・9指標)

※ 入院患者死亡率や再入院率などのアウトカム指標、診療ガイドライン等のプロセスに従っている割合を示すプロセス指標を算出(詳細は参考資料)。指標によっては、除外規定等の設定や患者の基本情報別の階層化、一定の計算式を使ったリスク調整を実施。

## 2. 実施期間

平成22年7月1日～平成23年3月31日

## 3. 実施体制

- 団体事務局: 非常勤職員を確保しつつ既存の体制で対応、又は担当部門を新設
- 指標の選定・評価等: 臨床指標評価委員会の設置(6～7名程度(外部委員を含む))
- データ分析等: 専用のシステムを開発、又は外部委託
- 協力病院の体制: 既存の体制で対応

## 4. 公表方法

- 個別の協力病院ごとの値、又は協力病院全体の平均値を団体ホームページに公表
- 誤解を生じさせないよう、臨床指標の数値だけではなく、臨床指標の意味や算出法、解釈する上での注意点を併記

# 平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

## 5. 各協力病院における取組や運動

今回の事業参画が契機となり、臨床指標等に関連する医療の質の向上のため、各協力病院において、人員や専門器具の確保、組織マネジメントの改善などの取組が開始された。その主なものは以下のとおり。

### (1) 人員・構造設備・ツール

- 専門医等の育成・確保
- 専門器具・用具や医療機器の設置又は増設
- 院内のマニュアルの整備・見直し
- 患者のリスクをアセスメントするためのツール開発

### (2) 組織マネジメント

- 部署ごとの目標値設定
- 診療ガイドラインに沿った治療実施の徹底
- インシデント・アクシデントレポートの分析、その対策の立案及び現場へのアドバイスの実施
- 手術部位感染調査の実施及びその結果のフィードバック
- 担当委員会による各病棟のモニタリング
- 患者や家族に対する啓蒙活動の実施

### (3) 教育・研修

- 専門的な手技や院内のプロセスに関する職員向け研修会やOJTの実施
- 専門器具等の使用法に関する研修会の実施

# 平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

## 6. 評価・公表等の効果、課題等(詳細は別紙参照)

### (1) 評価・公表等により得られた協力病院における主な効果等

- 病院間のベンチマークが可能となったこと
- プロセス指標が大きく改善した病院があったこと

### (2) 評価・公表等に当たっての主な課題等

- 臨床指標の定義、選定等に時間・労力を要したこと
- 臨床指標の算出結果の確認作業に時間・労力を要したこと
- 臨床指標の算出方法やデータ提出方法等に関する周知徹底に時間・労力を要したこと

## 7. 評価・公表等に協力病院が参加する上で効果的と考えられる取組

### (1) 臨床指標の選択

- プロセス指標とアウトカム指標とを組み合わせ、両者の関連を調査できる方式としたこと
- 臨床指標の選定基準を明確化したこと

### (2) 協力病院間の情報共有・認識の一致

- 団体と協力病院の情報共有のためにメーリングリストを作成したこと
- 本事業に関するQ&Aを作成し、団体から協力病院に周知したこと
- 協力病院に対する説明会だけではなく、協力病院におけるニーズの調査を事前に実施したこと

### (3) 技術的な支援

- 協力病院におけるデータ収集を支援するためのツールを開発し、協力病院に配布したこと
- 臨床指標を利用した質改善の取組を実施している協力病院のメンバーが作業チームとして事業をサポートしたこと

# 平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

## 8. 実施団体からの主な要望等

### (1) 事業継続に必要とされる体制

- 今後の事業継続指標決定や定義のための人材を団体として確保する必要がある(必ずしも専任のスタッフである必要はないが、医学的知識があり、かつ実際の診療情報データの扱い方に精通している人材の育成あるいはチームの結成が必要不可欠)。
- 今後事業継続にあたり、指標やその定義の確定のための人材確保が必要。

### (2) 医療の質の評価・公表等の推進の方向性

- 各病院の今後改善のためには、医療現場の実情を把握した上での分析とフィードバックが不可欠。
- 現時点で実行可能で、かつ医療上最も重要なことは、それぞれの施設が同じ定義による指標を経時的に算出し、改善に向けた取組を行うことであろう。

### (3) 医療の質の評価・公表等の財政的な支援・インセンティブ

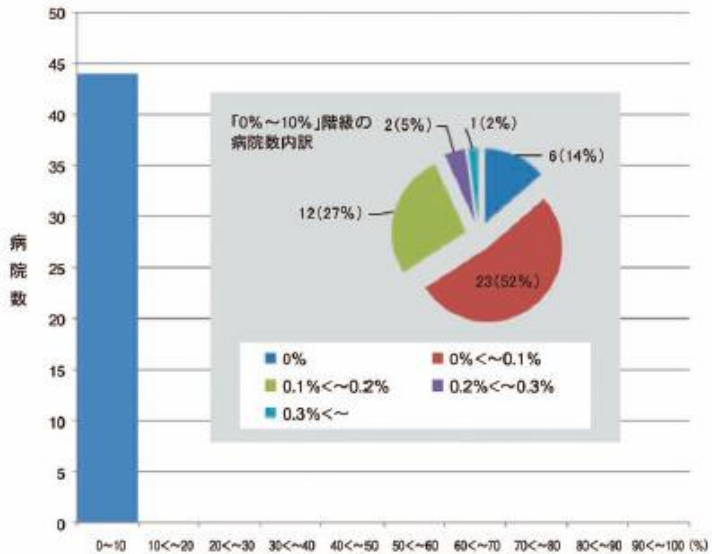
- 医療の質の評価・公表等には一定期間の運営継続が必要であり、必要な補助を継続すべき。
- 臨床指標を用いたデータ整備及び公表可能な病院に対する診療報酬上の評価を実施すべき。
- 臨床指標を用いたデータ整備及び公表を、医療計画に規定する4疾患5事業の参加病院の要件や臨床研修病院の要件、病院機能評価の評価項目とすべき。

## 9. 今後の予定

- 平成23年度も本事業を継続して実施することとしており(予算額:20,062千円)、現在、その実施団体の選定を実施中(本年7月を目途に事業開始予定)
- 平成22年度事業については、公表後の影響等を現時点で評価することは難しいため、引き続き三団体にご協力いただき、公表後の状況について聞き取りする予定

■高齢患者(75歳以上)におけるⅡ度以上の褥瘡の院内発生率

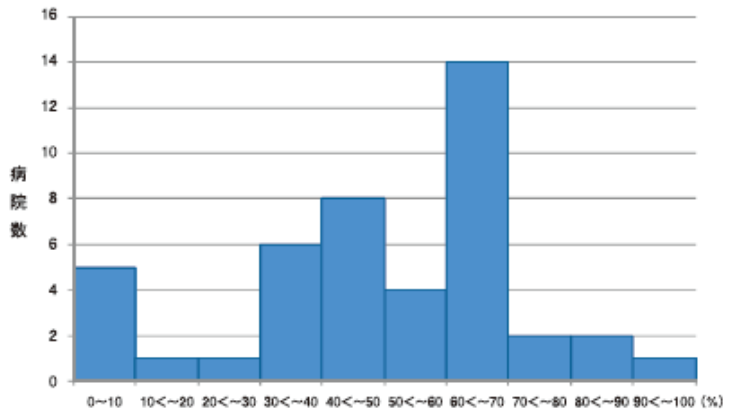
| 病院名        | 分母: 在院患者延べ数 | 分子 | 発生率(%) | 病院名       | 分母: 在院患者延べ数 | 分子 | 発生率(%) |
|------------|-------------|----|--------|-----------|-------------|----|--------|
| 旭川医療センター   | 2,443       | 0  | 0.00   | 浜田医療センター  | 3,815       | 3  | 0.08   |
| 仙台医療センター   | 6,224       | 1  | 0.02   | 岡山医療センター  | 5,742       | 10 | 0.17   |
| 水戸医療センター   | 6,668       | 6  | 0.09   | 呉医療センター   | 10,236      | 11 | 0.11   |
| 高崎総合医療センター | 8,636       | 7  | 0.08   | 福山医療センター  | 4,582       | 2  | 0.04   |
| 埼玉病院       | 2,725       | 4  | 0.15   | 東広島医療センター | 7,883       | 9  | 0.11   |
| 西埼玉中央病院    | 2,156       |    |        |           |             |    |        |
| 千葉医療センター   | 5,500       |    |        |           |             |    |        |
| 東京医療センター   | 19,369      |    |        |           |             |    |        |
| 災害医療センター   | 7,928       |    |        |           |             |    |        |
| 横浜医療センター   | 7,614       |    |        |           |             |    |        |
| 金沢医療センター   | 12,533      |    |        |           |             |    |        |
| 甲府病院       | 1,674       |    |        |           |             |    |        |
| 長野病院       | 6,111       |    |        |           |             |    |        |
| 静岡医療センター   | 7,557       |    |        |           |             |    |        |
| 名古屋医療センター  | 11,742      |    |        |           |             |    |        |
| 三重中央医療センター | 5,082       |    |        |           |             |    |        |
| 京都医療センター   | 4,398       |    |        |           |             |    |        |
| 舞鶴医療センター   | 4,733       |    |        |           |             |    |        |
| 大阪医療センター   | 5,623       |    |        |           |             |    |        |
| 大阪南医療センター  | 4,903       |    |        |           |             |    |        |
| 姫路医療センター   | 3,544       |    |        |           |             |    |        |
| 神戸医療センター   | 3,770       |    |        |           |             |    |        |
| 南和歌山医療センター | 5,505       |    |        |           |             |    |        |
| 米子医療センター   | 6,976       |    |        |           |             |    |        |



■高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(DPCデータから抽出)

\*分子: 「褥瘡患者管理加算」あるいは「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定の有無から把握した結果

| 病院名        | 分母  | 分子  | 実施率(%) | 病院名       | 分母  | 分子  | 実施率(%) |
|------------|-----|-----|--------|-----------|-----|-----|--------|
| 旭川医療センター   | 82  | 34  | 41.5   | 浜田医療センター  | 142 | 7   | 4.9    |
| 仙台医療センター   | 225 | 139 | 61.8   | 岡山医療センター  | 240 | 119 | 49.6   |
| 水戸医療センター   | 225 | 89  | 39.6   | 呉医療センター   | 382 | 237 | 62.0   |
| 高崎総合医療センター | 295 | 132 | 44.7   | 福山医療センター  | 193 | 97  | 50.3   |
| 埼玉病院       | 109 | 46  | 42.2   | 東広島医療センター | 190 | 9   | 4.7    |
| 西埼玉中央病院    | 75  | 50  | 66.7   | 岩国医療センター  | 525 | 358 | 68.2   |
| 千葉医療センター   | 181 | 66  | 36.5   | 関門医療センター  | 229 | 125 | 54.6   |
| 東京医療センター   | 614 | 368 | 60.0   | 高松医療センター  | 51  | 22  | 43.1   |
| 災害医療センター   | 328 | 1   | 0.3    |           |     |     |        |
| 横浜医療センター   | 260 | 2   | 0.8    |           |     |     |        |
| 金沢医療センター   | 343 | 2   | 0.6    |           |     |     |        |
| 甲府病院       | 59  |     |        |           |     |     |        |
| 長野病院       | 245 | 1   | 0.4    |           |     |     |        |
| 静岡医療センター   | 293 | 1   | 0.3    |           |     |     |        |
| 名古屋医療センター  | 437 | 2   | 0.5    |           |     |     |        |
| 三重中央医療センター | 198 |     |        |           |     |     |        |
| 京都医療センター   | 191 |     |        |           |     |     |        |
| 舞鶴医療センター   | 137 | 1   | 0.7    |           |     |     |        |
| 大阪医療センター   | 182 | 1   | 0.6    |           |     |     |        |
| 大阪南医療センター  | 220 |     |        |           |     |     |        |
| 姫路医療センター   | 141 |     |        |           |     |     |        |
| 神戸医療センター   | 121 |     |        |           |     |     |        |
| 南和歌山医療センター | 182 | 1   | 0.6    |           |     |     |        |
| 米子医療センター   | 275 | 1   | 0.4    |           |     |     |        |



■ 理由別の転倒件数(1000人日あたり)【第2四半期】

| (単位:件)  | 平均  |
|---------|-----|
| 患者の収容   | 1.0 |
| 治療に伴うもの | 0.1 |
| 滑倒      | 0.2 |
| その他     | 0.3 |

■ 理由別の転落件数(1000人日あたり)【第2四半期】

| (単位:件)  | 平均  |
|---------|-----|
| 患者の収容   | 0.4 |
| 治療に伴うもの | 0.0 |
| 滑倒      | 0.1 |
| その他     | 0.1 |

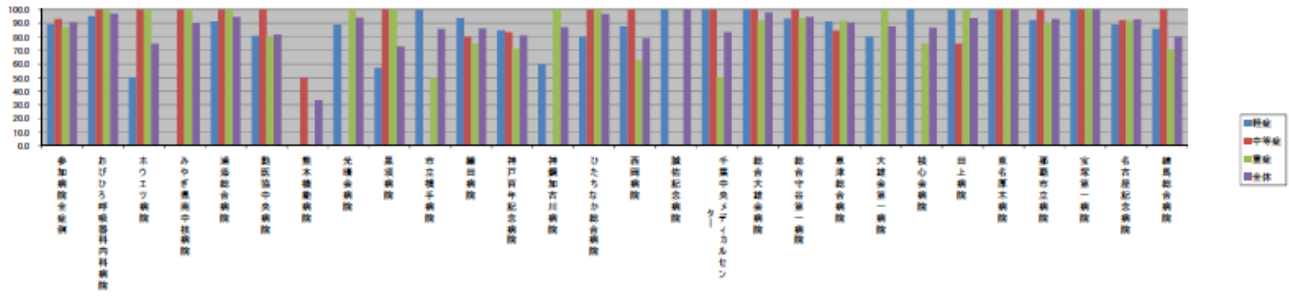
■ 肺炎に対する入院当日の抗生物質使用率(重症度別)【第2四半期】

H23/05/18

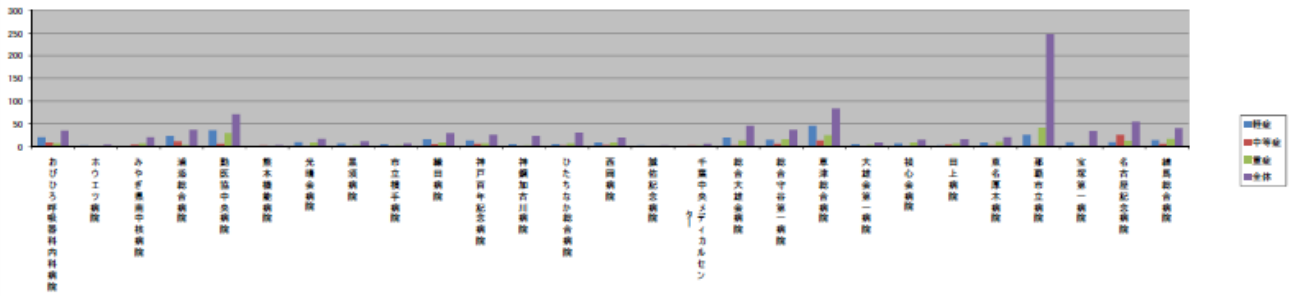
※ハイブ/ロニヒは、H23/05/18時点でデータを提出の病院です。

|            | 参加病院全症例 | おびひろ呼吸器科内科 | ホウエツ病院 | みやぎ産業中核病院 | 遠志総合病院 | 勤医協中央病院 | 熊本医療病院 | 光康会病院 | 黒須病院  | 市立種子病院 | 福岡病院 | 神戸百年記念病院 | 神崎加古川病院 | ひたちなか総合病院 | 西岡病院  | 徳島記念病院 | 千葉中央メディカルセンター | 総合大建会病院 | 総合守母第一病院 | 東洋総合病院 | 大建会第一病院 | 徳心会病院 | 田上病院  | 東名厚木病院 | 那覇市立病院 | 宝塚第一病院 | 名古屋記念病院 | 徳島総合病院 |       |       |       |       |
|------------|---------|------------|--------|-----------|--------|---------|--------|-------|-------|--------|------|----------|---------|-----------|-------|--------|---------------|---------|----------|--------|---------|-------|-------|--------|--------|--------|---------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 重症度別使用率(%) | 89.1    | 95.0       | 50.0   | 0.0       | 91.2   | 90.6    | N/A    | 88.9  | 57.1  | 100.0  | 93.0 | 84.6     | 60.0    | 80.0      | 87.5  | 100.0  | 100.0         | 93.3    | 97.3     | 80.0   | 100.0   | 100.0 | 84.6  | N/A    | 75.0   | 100.0  | 100.0   | 92.3   | 100.0 | 85.9  | 85.7  |       |
| 中等症        | 97.8    | 100.0      | 100.0  | 100.0     | 100.0  | 100.0   | N/A    | N/A   | 100.0 | N/A    | 80.0 | 93.2     | N/A     | 100.0     | 100.0 | N/A    | 100.0         | 100.0   | 92.3     | 93.0   | 92.0    | 100.0 | 100.0 | 84.6   | N/A    | 75.0   | 100.0   | 100.0  | 92.3  | 100.0 | 85.7  |       |
| 軽症         | 87.1    | 100.0      | 100.0  | 100.0     | 100.0  | 79.3    | 0.0    | 100.0 | 100.0 | 50.0   | 75.0 | 71.4     | 100.0   | 100.0     | 82.5  | N/A    | 100.0         | 100.0   | 92.3     | 93.0   | 92.0    | 100.0 | 100.0 | 84.6   | N/A    | 75.0   | 100.0   | 100.0  | 90.2  | 100.0 | 91.7  | 100.0 |
| 不詳         | 94.7    | N/A        | N/A    | 87.5      | N/A    | N/A     | N/A    | N/A   | N/A   | N/A    | N/A  | N/A      | N/A     | 93.8      | 100.0 | N/A    | N/A           | 100.0   | 100.0    | 94.0   | N/A     | N/A   | N/A   | N/A    | N/A    | N/A    | 100.0   | N/A    | 93.8  | 100.0 | 100.0 | 86.7  |
| 合計         | 90.6    | 97.1       | 75.0   | 90.0      | 94.6   | 87.7    | 33.3   | 94.1  | 72.7  | 85.7   | 88.2 | 80.8     | 87.0    | 95.7      | 79.0  | 100.0  | 93.0          | 97.8    | 94.0     | 90.5   | 87.0    | 88.7  | 93.8  | 100.0  | 93.1   | 100.0  | 92.8    | 100.0  | 92.8  | 90.0  |       |       |
| 重症度別症例数(人) | 313     | 20         | 2      | 1         | 23     | 28      | 0      | 8     | 2     | 2      | 18   | 13       | 3       | 2         | 2     | 2      | 1             | 19      | 15       | 46     | 3       | 7     | 2     | 8      | 20     | 9      | 2       | 2      | 14    | 9     | 2     | 14    |
| 中等症        | 112     | 8          | 1      | 4         | 11     | 6       | 2      | 0     | 1     | 0      | 5    | 6        | 0       | 2         | 0     | 0      | 2             | 2       | 12       | 16     | 12      | 0     | 4     | 2      | 2      | 1      | 26      | 2      | 1     | 26    | 8     |       |
| 軽症         | 249     | 7          | 1      | 1         | 8      | 21      | 0      | 8     | 1     | 2      | 8    | 7        | 3       | 7         | 8     | 0      | 7             | 12      | 18       | 28     | 3       | 8     | 7     | 10     | 41     | 3      | 12      | 12     | 12    | 12    |       |       |
| 不詳         | 286     | 0          | 0      | 0         | 0      | 0       | 0      | 0     | 0     | 0      | 0    | 0        | 16      | 16        | 0     | 0      | 1             | 12      | 0        | 0      | 0       | 0     | 0     | 0      | 0      | 3      | 0       | 170    | 22    | 7     | 2     |       |
| 合計         | 341     | 25         | 4      | 20        | 37     | 71      | 2      | 17    | 11    | 3      | 29   | 26       | 22      | 30        | 19    | 2      | 9             | 46      | 37       | 84     | 9       | 15    | 18    | 20     | 24     | 34     | 54      | 54     | 54    | 40    |       |       |

重症度別使用率(%)



重症度別症例数(人)





# 公表例: 日本病院会 (団体のホームページより引用)

## No.05 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子: 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数

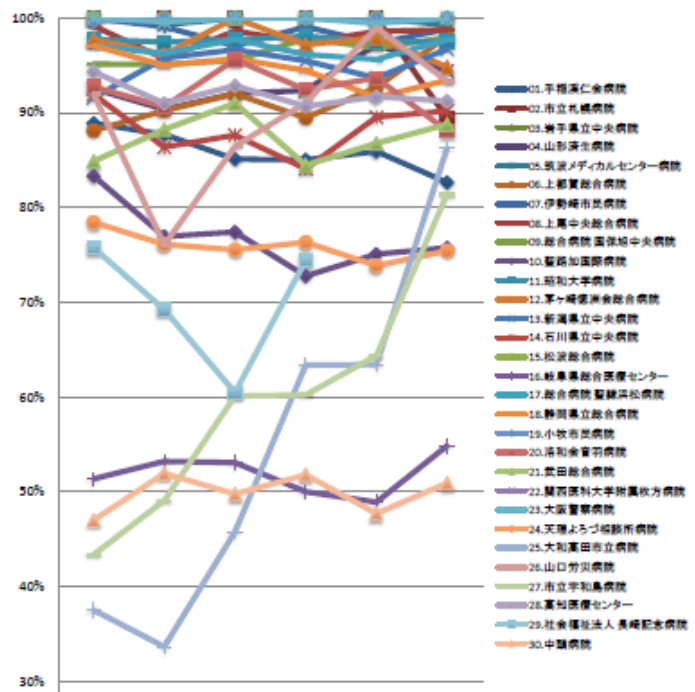
分母: 入院手術を受けた退院患者数

除外:

- ✓ 同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者
- ✓ 手術申し込みが手術開始24時間以内に行われた患者 (緊急手術)
- ✓ 帝王切開手術
- ✓ 外来手術
- ✓ 術前に感染が明記されている患者
- ✓ 予防的抗菌薬投与がされていない患者
- ✓ 手術前日～術後2日目までに抗菌薬が投与されていない患者

| 施設名               | 2010/09 |     |        | 2010/10 |     |    |
|-------------------|---------|-----|--------|---------|-----|----|
|                   | 分母      | 分子  | 割合     | 分母      | 分子  | 割合 |
| 01. 平福徳仁会病院       | 270     | 240 | 88.9%  | 301     | 264 |    |
| 02. 市立札幌病院        | 20      | 20  | 100.0% | 15      | 15  |    |
| 03. 岩手県立中央病院      | 237     | 237 | 100.0% | 260     | 260 |    |
| 04. 山形済生病院        | 241     | 223 | 92.5%  | 249     | 235 |    |
| 05. 筑波メディカルセンター病院 | 147     | 147 | 100.0% | 141     | 140 |    |
| 06. 上都賀総合病院       | 101     | 89  | 88.1%  | 92      | 83  |    |
| 07. 伊勢崎市民病院       | 186     | 186 | 100.0% | 217     | 215 |    |
| 08. 上尾中央総合病院      | 244     | 242 | 99.2%  | 256     | 245 |    |
| 09. 総合病院 国保旭中央病院  | 536     | 510 | 95.1%  | 531     | 505 |    |
| 10. 聖路加国際病院       | 330     | 275 | 83.3%  | 334     | 257 |    |
| 11. 昭和大学病院        | 487     | 476 | 97.7%  | 473     | 461 |    |
| 12. 茅ヶ崎徳洲会総合病院    | 132     | 129 | 97.7%  | 155     | 149 |    |
| 13. 新潟県立中央病院      | 107     | 98  | 91.6%  | 189     | 181 |    |
| 14. 石川県立中央病院      | 124     | 114 | 91.9%  | 176     | 152 |    |
| 15. 松総総合病院        | 112     | 112 | 100.0% | 117     | 117 |    |
| 16. 岐阜県総合医療センター   | 148     | 76  | 51.4%  | 47      | 25  |    |
| 17. 総合病院 聖隷浜松病院   | 545     | 529 | 97.1%  | 587     | 565 |    |
| 18. 静岡県立総合病院      | 241     | 234 | 97.1%  | 280     | 266 |    |
| 19. 小牧市民病院        | 278     | 277 | 99.6%  | 271     | 271 |    |
| 20. 落和会音羽病院       | 124     | 115 | 92.7%  | 107     | 97  |    |
| 21. 武田総合病院        | 119     | 101 | 84.9%  | 187     | 165 |    |
| 22. 関西医科大学附属枚方病院  |         |     |        |         |     |    |
| 23. 大阪警察病院        | 232     | 232 | 100.0% | 247     | 246 |    |
| 24. 天理よろづ相談所病院    | 357     | 280 | 78.4%  | 385     | 293 |    |
| 25. 大和高田市立病院      | 112     | 42  | 37.5%  | 113     | 38  |    |
| 26. 山口労災病院        | 125     | 115 | 92.0%  | 167     | 127 |    |
| 27. 市立宇和島病院       | 150     | 65  | 43.3%  | 161     | 79  |    |
| 28. 高知医療センター      | 212     | 200 | 94.3%  | 244     | 222 |    |
| 29. 社会福祉法人 長崎記念病院 | 33      | 25  | 75.8%  | 52      | 36  |    |
| 30. 中頭病院          | 215     | 101 | 47.0%  | 233     | 121 |    |
| 平均値               |         |     | 86.8%  |         |     |    |
| 中央値               |         |     | 92.7%  |         |     |    |
| 最小値               |         |     | 37.5%  |         |     |    |
| 最大値               |         |     | 100.0% |         |     |    |

## No.05 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率



## No.09 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c < 7.0% (HbA1c (JDS) < 6.6%)

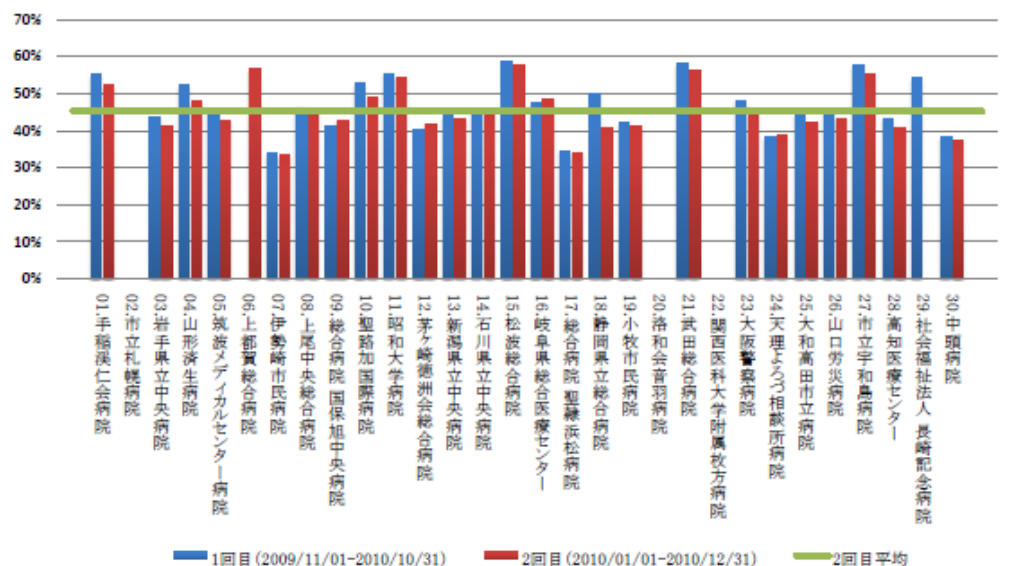
分子: HbA1c (JDS) の最終値が6.6%未満の患者数

分母: 糖尿病の薬物治療を施行されている患者数 (過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)

除外: 運動療法または食事療法だけの患者

| 施設名               | 1回目 (2009/11/01-2010/10/31) |     | 割合    | 2回目 (2010/01/01-2010/12/31) |     |
|-------------------|-----------------------------|-----|-------|-----------------------------|-----|
|                   | 分母                          | 分子  |       | 分母                          | 分子  |
| 01. 平福徳仁会病院       | 1192                        | 660 | 55.4% | 1156                        | 605 |
| 02. 市立札幌病院        |                             |     |       |                             |     |
| 03. 岩手県立中央病院      | 888                         | 389 | 43.8% | 875                         | 360 |
| 04. 山形済生病院        | 914                         | 477 | 52.2% | 1150                        | 553 |
| 05. 筑波メディカルセンター病院 | 601                         | 273 | 45.4% | 598                         | 255 |
| 06. 上都賀総合病院       |                             |     |       |                             |     |
| 07. 伊勢崎市民病院       |                             |     |       |                             |     |
| 08. 上尾中央総合病院      |                             |     |       |                             |     |
| 09. 総合病院 国保旭中央病院  |                             |     |       |                             |     |
| 10. 聖路加国際病院       |                             |     |       |                             |     |
| 11. 昭和大学病院        |                             |     |       |                             |     |
| 12. 茅ヶ崎徳洲会総合病院    |                             |     |       |                             |     |
| 13. 新潟県立中央病院      |                             |     |       |                             |     |
| 14. 石川県立中央病院      |                             |     |       |                             |     |
| 15. 松総総合病院        |                             |     |       |                             |     |
| 16. 岐阜県総合医療センター   |                             |     |       |                             |     |
| 17. 総合病院 聖隷浜松病院   |                             |     |       |                             |     |
| 18. 静岡県立総合病院      |                             |     |       |                             |     |
| 19. 小牧市民病院        |                             |     |       |                             |     |
| 20. 落和会音羽病院       |                             |     |       |                             |     |
| 21. 武田総合病院        |                             |     |       |                             |     |
| 22. 関西医科大学附属枚方病院  |                             |     |       |                             |     |
| 23. 大阪警察病院        |                             |     |       |                             |     |
| 24. 天理よろづ相談所病院    |                             |     |       |                             |     |
| 25. 大和高田市立病院      |                             |     |       |                             |     |
| 26. 山口労災病院        |                             |     |       |                             |     |
| 27. 市立宇和島病院       |                             |     |       |                             |     |
| 28. 高知医療センター      |                             |     |       |                             |     |
| 29. 社会福祉法人 長崎記念病院 |                             |     |       |                             |     |
| 30. 中頭病院          |                             |     |       |                             |     |

## No.09 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c < 7.0% (HbA1c (JDS) < 6.6%)



|     |  |
|-----|--|
| 平均値 |  |
| 中央値 |  |
| 最小値 |  |

## 評価・公表等の効果、課題等

### 1. 評価・公表等により得られた協力病院における効果等

| 項目             | 効果等  | 左記の効果等に寄与したと考えられる取組や運動   |
|----------------|--|--|
| 医療の質の向上について    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院間のベンチマークが可能となったこと</li> <li>・ 病院の経営戦略立案の円滑化</li> <li>・ プロセス指標が大きく改善した病院があったこと</li> <li>・ 医療の質の向上のための検討の仮定が重要であると認識できたこと</li> <li>・ 単独施設では経験できないような事例を確認することもできたこと</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内の現状を調査し、関連する手順を統一したこと</li> </ul>                              |
| 職員の意識向上について    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院の経営において、医療の質向上が重要な位置付けであるという認識が職員間に浸透したこと</li> <li>・ 協力病院内での職員からの協力が徐々に得られるようになり、データ収集が短期間で実施できるようになったこと</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 作業チームにメーリングリストで問い合わせる仕組みを導入したこと、及び協力病院における研修会を実施したこと</li> </ul> |
| 外部（患者等）の反応について | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 協力病院の知名度・信頼度が向上したこと</li> </ul>  | —  |
| その他の効果等        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療の質向上のための情報整備が促進されたこと</li> <li>・ 日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価に円滑に対応できるようになったこと</li> <li>・ 協力病院において、質向上のための取組が開始したこと</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自らの病院のデータだけではなく、他の協力病院のデータを併せてフィードバックしたこと</li> </ul>            |

## 2. 評価・公表等に当たっての問題点・課題及びその解決策

(1) 技術面（指標の算出方法やリスク調整に当たっての技術的課題、データ収集や評価・公表に当たっての手続き上の問題点等）

|         | 問題点・課題   | 改善策   |
|---------|--|---|
| 準備段階    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な臨床指標選定。</li> <li>・協力病院の院内情報システムの事前確認。</li> <li>・適切な公表方法の確定。</li> <li>・大まかな指標の定義から協力病院の実務者が作業可能な指標定義に落とし込む作業とその検証に、多大な時間と労力を要した。</li> <li>・正確に日常診療を反映するような指標の算出には複雑な手順が必要となりがちであり、作業量が増大するだけでなく、解釈の相違もおこりやすい。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門家パネルを設置し、諸外国での利用状況、過去の事業での経験、DPCで得られるデータの内容などを考慮。</li> <li>・事前調査を実施し、必要に応じて支援を実施する。</li> <li>・委託業者と専門家パネルとの事前の意見交換を実施。</li> <li>・医学的見地とITの両方に長けた人材の育成が必要。協力病院のデータ収集能力や継続力などに関する事前の調査を実施。実務者マニュアルを整備する。協力病院においてリーダーシップを発揮しつつ、調整や実務を担当する者を確保。データ収集等に関するFAQを作成し、協力病院間で共有しつつ、研修会を開催。</li> </ul> |
| データ収集段階 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力病院から提出されるデータの匿名化に時間を要した。</li> <li>・適切な情報収集頻度の確定。</li> <li>・データ収集に当たり、協力病院の負担が大きいことが懸念。</li> <li>・毎月収集するデータの提出期限を翌月10日に設定したが、提出が期限に間に合わない病院があった。</li> <li>・データにより、収集頻度及び提出手段が異なり（メ</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・匿名化の方法を協力病院に事前に徹底。</li> <li>・過去の事業経験を踏まえて、専門家パネルで決定。</li> <li>・DPCデータを最大限活用することとし、データを団体に提出するためのオンラインシステムを整備。</li> <li>・提出期限を翌月の中～下旬に設定。</li> <li>・適切な収集頻度及び提出手段を設定。</li> </ul>   |

|         |  |   |
|---------|--|---|
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>ール又は郵送)、煩雑との意見があった。</li> <li>・事務局から協力病院に対する督促及びデータ修正確認に当たり、事務局の負担が大きかった。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力病院に対する周知徹底。なお、DPC関連のデータは、「DPC導入の影響評価に係る調査」のデータ提出に合わせたスケジュール及び収集方法としたため、大量であったにもかかわらず、期限までに提出できた病院が多かった。また、メールによる提出方法は簡便なため、期限までに提出するという意識が欠如するおそれがある。そこで、期限までに提出するインセンティブを設定(例:毎月のデータを各協力病院に翌月フィードバックし、提出状況を相互把握)。</li> </ul> |
| データ分析段階 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な分析方法の確定。</li> <li>・分析方法について、事前の検討が不十分であったため、多大な作業時間を要した。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・海外比較が可能となるよう、過去の事業経験を踏まえて決定。</li> <li>・分析方法については事前に決定する。分析者用のマニュアルを作成し、指標決定の経緯や指標の意義、分母・分子の定義等も正確に共有。入力例を表示した同じフォーマットを全施設へ配布し、分析作業を効率化。</li> </ul>  |
| リスク調整段階 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・DPCデータを利用しているため、調整に限界。</li> <li>・重症度などを適切にリスク調整する手法を開発する必要がある。</li> <li>・リスク調整について一定の見解が得られていない指標が存在し、リスク調整のためにさらなる情報収集が必要になった。労力の割に全施設が納得する指標にするためには困難を伴う。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リスク調整法を別途検討。</li> <li>・過去の事業経験を踏まえ、年齢、性別、ADLなどの患者属性とは別に、疾患特異的な重症度指標を各疾患に一指標選定し、調整。</li> <li>・臨床指標の先行事例や文献内容から除外基準を設定し、より多くの施設が納得できる指標を作成。</li> </ul>  |
| 臨床指標評価検 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入力ミスの防止。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・DPCデータを最大限活用できるようにシステム設計し</li> </ul>  |

|                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| <p><b>討委員会等での評価段階</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・外れ値が出た場合、それが指標の定義の理解不足に伴うものか、協力病院の診療体制によるものか、データ収集や分析ミスによるものかを特定する必要があり、多大な手間を要した。</li> </ul>   | <p>つつ、データクリーニングのため論理的チェックなどを実施し、入力ミスが疑われる際には協力病院へ確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外れ値の処理ルールを事前に明確にしておく（例：外れ値はそのまま掲載し、フィードバックを受けた各施設が事後的に確認・修正作業を行う等）ことにより、各施設の責任感を高めるとともに、事務局業務を軽減。委員会では、指標そのものの評価、改善に重点をおいた検討を実施。</li> </ul> |
| <p><b>臨床指標公表段階</b></p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力病院に対して、公表内容や時期について周知が不足する懸念。</li> <li>・各協力病院募集の際に、公表する旨のアナウンスを既に実施済みであり、数値確認はメーリングリストを活用したため、特に問題はなかった。</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・説明会を開催しつつ、併せて協力病院の担当者に対して電子メールにより事前に連絡。</li> </ul>   |
| <p><b>臨床指標公表後</b></p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・外部から公表内容を使用したいとの要求が寄せられた。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・公表内容の使用に関する一定のルールを整備（出典の明記、平均値であることなどの注意事項の付記義務付けなど）。</li> </ul>   |
| <p><b>その他</b></p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施期間が短く、DPCデータから抽出した結果の妥当性について検討できなかった。</li> <li>・情報システムを本事業に適合させる作業が困難な協力病院があった。</li> <li>・ウェブ操作に不慣れであることなどが原因で、データの提出が遅れた事例があった。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力病院からのデータをランダムに抽出し、カルテのデータ等と比較するなどし、妥当性を検証。</li> <li>・委託業者により至急対応。</li> <li>・事務局がデータ提出支援。また、試行期間を設け、課題の事前把握。</li> </ul>   |

(2) 実施体制・コスト面（各段階での、人材確保や事務局体制、コスト上の課題等）

| 項目                 | 問題点・課題  | 改善策  |
|--------------------|---|--|
| 準備段階               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施期間が短く、協力病院への事前説明が不十分であった。</li> <li>・医療の質の評価等に関する専門家を確保する必要性が生じた。</li> <li>・指標の決定や定義検討のための期間及び人材不足。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・余裕を持って事前説明会を開催。</li> <li>・個別に参加・協力を要請。</li> <li>・指標ごとに指標定義、除外基準、算出手順、データ提出形式等を記載した作業用マニュアルを整備。</li> </ul>                                      |
| データ収集段階            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・非DPCデータを使用する指標については、年度末の公表のために、7月～10月分及び11月～12月のデータ提出を協力病院に求めたが、スケジュールがタイトであり、現場に負担が生じた。</li> <li>・各協力病院における担当者の確保及び研修実施の必要性が生じた。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該指標については、DPCデータから算出される指標とは別の提出スケジュールを検討。</li> <li>・事前にアンケートを実施し、各協力病院の状況を調査する。また、説明会を開催しつつ、問い合わせに随時対応できる事務局体制を整備。</li> </ul>                  |
| データ分析段階            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・7月～12月のデータを使い、年度末の公表に向けて分析するとなると、スケジュールがタイト。</li> <li>・団体で独自にサーバーを確保し、システム開発を行うことは困難であった。</li> <li>・指標作成チームとデータ分析チームが異なると、分析過程で指標定義の解釈に相違が生じ、あらかじめ定められた算出法に沿っていない場合があった。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・十分余裕を持ったスケジュールを立てる。</li> <li>・DPCデータの分析のノウハウを有する企業に外部委託する。</li> <li>・指標作成チームとデータ分析チームを分割しないか、又はより綿密な連携が取れる体制にする。協力病院担当者への教育体制を整備する。</li> </ul> |
| リスク調整段階            | —   | —  |
| 臨床指標評価検討委員会等での評価段階 | —   | —  |

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 臨床指標公表段階 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力病院に対するデータの確認に十分な時間が取れなかった。</li> <li>・会員限定の情報と一般向けの情報とで、注意書きやデータの提示方法等が大きく異なってしまう、ホームページ作成に多大な費用や労力を有した。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・十分余裕を持ったスケジュールを立てる。</li> </ul> |
| 臨床指標公表後  | —  | —  |
| その他      | —  | —  |

平成22年度医療の質の評価公表等推進事業における各臨床指標の算出方法等

1. 患者満足度

(1-1) 入院患者満足度

質問項目：

- ①全体としてこの病院に満足している
- ②治療の結果に満足している
- ③入院期間に満足している
- ④入院中に受けた治療に満足している
- ⑤治療に私の考えが反映されたことに満足している
- ⑥この病院は安全な治療をしている
- ⑦この病院の医師や職員の説明はわかりやすい
- ⑧入院中に受けた治療に納得している
- ⑨全体としてこの病院を信頼している
- ⑩この病院を家族や知人に勧めたい

各項目の得点範囲は1～5点（1. たいへん不満、2. やや不満、3. どちらでもない、4. やや満足、5. たいへん満足）で、合計点の範囲は10点～50点

リスク調整：有効回答のみを対象とした。

(1-2) 入院患者満足度

質問項目：

- ①入院するまでの手続き
- ②医師の対応（説明、対応、患者に対する配慮）
- ③看護師の対応（説明、対応、患者に対する配慮）
- ④医師・看護師以外の次の職員の仕事や対応
- ⑤食事、清掃、プライバシーへの配慮
- ⑥入院中の不服・不満
- ⑦入院中の良かった点
- ⑧入院が全体として満足だったかどうか
- ⑨万一、再び入院が必要になったとき利用したいと思うか
- ⑩万一、家族や友人が病気になったとき勧めたいと思うか
- ⑪病院を選択した理由

調査月における全退院患者を対象に、「満足」「やや満足」「やや不満」「不満」の4段階評価で割合算出

リスク調整：退院患者のうち、小児科、産科の正常分娩、精神科、死亡退院、及び病状により本人が回答不可能な場合を除外。5段階評価で調査を実施した施設については、中間評価の「普通」を「やや満足」及び「やや不満」の割合をもとに振り分け。

ガイドライン：CAHPS® Hospital Survey



### (1-3) 病院推奨度

調査月における全退院患者を対象に、「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」の4段階評価で割合算出

リスク調整：・退院患者のうち、小児科、産科の正常分娩、精神科、死亡退院、病状により本人が回答不可能な場合を除外。5段階評価で調査を実施した施設については、中間評価の「普通」を「ややそう思う」及び「あまりそう思わない」の割合をもとに振り分け。

ガイドライン：CAHPS® Hospital Survey

### (1-4) 入院患者満足度

分子：「この病院での診療に満足している」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

「全体としてこの病院に満足している」という内容で、5段階評価で調査する。似た項目があれば、それを代用。収集期間の目安は1週間以上とする。

### (2-1) 外来患者満足度

分子：各対象者（有効回答のみ）の10項目の得点を合計した点数

分母：対象者数（有効回答のみ）

調査項目：

- ①全体としてこの病院に満足している
- ②治療の結果に満足している
- ③通院期間に満足している
- ④受けている治療に満足している
- ⑤治療に私の考えが反映されたことに満足している
- ⑥この病院は安全な治療をしている
- ⑦この病院の医師や職員の説明はわかりやすい
- ⑧受けている治療に納得している
- ⑨全体としてこの病院を信頼している
- ⑩この病院を家族や知人に勧めたい

各項目の得点範囲は1～5点（1. たいへん不満、2. やや不満、3. どちらでもない、4. やや満足、5. たいへん満足）で、合計点の範囲は10点～50点

### (2-2) 外来患者満足度

分子：「この病院での診療に満足している」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

「全体としてこの病院に満足している」という内容で、5段階評価で調査する。似た項目があれば、それを代用。収集期間の目安は2日以上とする。

## 2. 病院全体に関する指標

## (1) プロセス指標

### 1) 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率

分子：分母のうち、「褥瘡患者管理加算」又は「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が算定された患者数

分母：「入院時に褥瘡がある」又は「褥瘡の危険因子がある」75歳以上(入院時)の退院患者数

リスク調整：【分母の適用基準】褥瘡の危険因子が、「栄養失調有」、「関節拘縮有」、「浮腫有」又は「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかである患者 【分母の除外基準】①「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」、「入院時併存症」又は「入院後発症疾患」に、「片麻痺」、「下肢麻痺」、「四肢麻痺」、「二分脊椎」又は「無酸素性脳損傷」のいずれかの診断がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者

ガイドライン：日本褥瘡学会編／医療・GL(09年)／ガイドライン：

[http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036\\_G0000181\\_GL.html](http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html)

### 1-2) 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率

分子：分母のうち、褥瘡対策が実施された患者数(カルテ等より褥瘡対策の実施が認められたもの。褥瘡対策の実施とは、褥瘡のリスク評価に基づいて実施された処置やケアを指す)

分母：「入院時に褥瘡がある」又は「褥瘡の危険因子がある」75歳以上(入院時)の退院患者数

リスク調整：【分母の適用基準】褥瘡の危険因子が、「栄養失調有」、「関節拘縮有」、「浮腫有」又は「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかである患者 【分母の除外基準】①「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」、「入院時併存症」又は「入院後発症疾患」に、「片麻痺」、「下肢麻痺」、「四肢麻痺」、「二分脊椎」又は「無酸素性脳損傷」のいずれかの診断がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者

ガイドライン：特になし。

### 2-1) 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上)

分子：分母のうち、「肺血栓塞栓症予防管理料(弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた計画的な医学管理)」が算定されている、又は抗凝固薬が処方された患者数

分母：肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数(リスクレベルが「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)の予防ガイドライン」に準じて抽出)

リスク調整：【分母の適用基準】「計測マニュアル」<sup>1</sup>に示した「別表1 危険因子手術の手術」を行った15歳以上の患者（ただし、別表1の区分2については40歳以上）

ガイドライン：①肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン作成委員会：肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン、②日本整形外科学会：静脈血栓塞栓症予防ガイドライン、③肺塞栓研究会監修：ACCPガイドライン第8版静脈血栓塞栓症の予防

## 2-2) 手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率

分子：静脈血栓塞栓症の予防行為を行った患者数

分母：手術を受けた退院患者数

リスク調整：【分子の適用基準】肺血栓塞栓症予防管理料を算定されている患者 【分母の除外基準】①麻酔時間が45分未満の手術、②局所麻酔のみの手術、③同一入院中に2回以上手術

ガイドライン：特になし。

## 3) 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数

分母：入院手術を受けた退院患者

リスク調整：【分母の除外基準】①同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者、②手術申し込みが手術開始24時間以内に行われた患者（緊急手術）、③外来手術、④術前に感染が明記されている患者、⑤予防的抗菌薬投与がされていない患者、⑥手術前日～術後2日目までに抗菌薬が投与されていない患者

ガイドライン：特になし。

## (2) アウトカム指標

### 1-1) 高齢患者(75歳以上)におけるⅡ度以上の褥瘡の院内発生率

分子：分母のうち、褥瘡対策に関する治療計画書において、NAUAPの分類にて、StageⅡ以上又はDESIGN評価表でd2以上と判定された院内の新規発生褥瘡を有する患者数

分母：「入院時に褥瘡がある」又は「褥瘡の危険因子がある」75歳以上(入院時)の退院患者の述べ在院日数の総計(在院患者延べ数)

リスク調整：【分母の適用基準】褥瘡の危険因子が、「栄養失調有」、「関節拘縮有」、「浮腫有」又は「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかである患者 【分母の除外基準】①「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した

<sup>1</sup> 「平成22年度医療の質の評価公表等推進事業」における臨床評価指標計測マニュアル（平成23年3月独立行政法人 国立病院機構）[http://www.hosp.go.jp/resources/content/5922/ci2007\\_manual.pdf](http://www.hosp.go.jp/resources/content/5922/ci2007_manual.pdf)

傷病名」、「入院時併存症」又は「入院後発症疾患」に、「片麻痺」、「下肢麻痺」、「四肢麻痺」、「二分脊椎」又は「無酸素性脳損傷」のいずれかの診断がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者  
ガイドライン：日本褥瘡学会編／医療・GL(09年)／ガイドライン：  
[http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036\\_G0000181\\_GL.html](http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html)

#### 1－2) 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

リスク調整：【分子の適用基準】①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又は記録）、②深さd2以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡（DU）、③深部組織損傷疑い 【分母の除外基準】①分母・日帰り入院患者の入院日数（同日入退院患者も含む）、②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）、③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）

ガイドライン：特になし。

#### 1－3) 褥瘡学会 褥瘡推定発生率

分子：（調査日に褥瘡を保有する患者数）－（入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数）

分母：調査日の施設入院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：特になし。

#### 1－4) 褥瘡学会 褥瘡有病率

分子：調査日に褥瘡を保有する患者数

分母：調査日の施設入院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：特になし。

#### 2－1) 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク以上)

分子：分母のうち、入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている患者数

分母：肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数（リスクレベルが「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防ガイドライン」に準じて抽出）

リスク調整：【分母の適用基準】「計測マニュアル」に示した「別表1 危険因

子手術の手術」を行った15歳以上の患者（ただし、別表1の区分2については40歳以上）

ガイドライン：①肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン作成委員会：肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン、②日本整形外科学会：静脈血栓塞栓症予防ガイドライン、③肺塞栓研究会監修：ACCPガイドライン第8版静脈血栓塞栓症の予防

## 2-2) 予防可能であった可能性のある静脈血栓塞栓症の発生率

分子：入院期間中に静脈血栓塞栓症を新規発症した患者数

分母：肺血栓塞栓症予防管理料を算定されていない退院患者数

リスク調整：【分子の適用基準】 下肢静脈エコー・下肢静脈造影検査・肺血流シンチグラフィ・胸部CTなど画像検査にて血栓・塞栓が認められた患者であり、かつ退院時処方にワーファリンが含まれている患者

【分母の除外基準】 静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者

ガイドライン：特になし。

## 2-3) 手術患者における入院期間中の静脈血栓塞栓症発生率

分子：入院期間中に静脈血栓塞栓症を新規発症した患者数

分母：手術を受けた退院患者数

リスク調整：【分子の適用基準】 下肢静脈エコー・下肢静脈造影検査・肺血流シンチグラフィ・胸部CTなど画像検査にて血栓・塞栓が認められた患者であり、かつ退院時処方にワーファリンが含まれている患者

【分母の除外基準】 静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者

ガイドライン：特になし。

## 3) 術後の大腿骨頸部/転子部骨折の発生率

分子：分母のうち、入院後発症疾患名に、「大腿骨転子部骨折」又は「大腿骨頸部骨折」が記載され、入院中の2回目以降の手術として、「大腿骨頸部回転骨切り術」、「大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術」又は「人工骨頸挿入術」のいずれかを含む患者数

分母：手術を施行した退院患者の術後在院日数の総計（術後在院患者延べ数）

リスク調整：【分母の除外基準】 「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」又は「入院時併在症名」のいずれかに、「けいれん」、「失神」、「脳卒中」、「昏睡」、「心停止」、「中毒」、「外傷」、「せん妄その他の精神科疾患」、「低酸素性脳症」、「リンパ腫」、「骨腫瘍」又は「自傷行為による怪我」のいずれかの記載がある患者

ガイドライン：特になし。

## 4-1) 退院患者の標準化死亡比

分子：観測死亡患者数（退院時転帰が「死亡」の患者）

分母：予測死亡患者数\*

リスク調整：分母算出の際に実施されている。

ガイドライン：特になし。

※詳細については、「計測マニュアル」を参照

#### 4-2) 死亡退院患者率

分子：死亡退院患者数

分母：退院患者数

リスク調整：【分子の除外基準】緩和ケア等退院の死亡患者 【分母の除外基準】①緩和ケア等退院患者、②DPC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患者（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。」

ガイドライン：特になし。

#### 5) 院内感染症発生頻度

分子：期間中に発生した入院後発症感染の件数

分母：期間中の入院患者の延べ人数

リスク調整：入院後に病原微生物の感染を生じ、治療を必要とするものをいい、病院外で感染が成立し、入院後に発症したものは除外。

ガイドライン：①CDC CDC/NHSN surveillance、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

#### 6-1) 転倒転落率

分子：期間中に発生した転倒・転落の件数

分母：期間中の入院患者の延べ人数

リスク調整：病院内で発生した全ての転倒・転落を対象（原因としては、患者の健康障害（歩行障害など）、治療に伴うもの（画像検査に際しての壇上からの転落など）、環境（滑りやすい廊下など）等）

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

#### 6-2) 転倒・転落率

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

リスク調整：【分子の適用基準】介助時および複数回の転倒・転落 【分子の除外基準】訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

ガイドライン：特になし。

### 6-3) 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

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・転落件数のうち損傷レベル<sup>2</sup>以上の転倒・転落件数

分母：入院延べ患者数

リスク調整：【分子の適用基準】介助時および複数回の転倒・転落 【分子  
の除外基準】訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

ガイドライン：特になし。

### 7) 抑制率

分子：期間中に発生した抑制の件数

分母：期間中の入院患者の延べ人数

リスク調整：物理的・化学的（薬剤など）を問わず、患者の自由を制限する  
全ての行為を対象（理由としては認識障害（徘徊など）、治療の円滑  
化、転倒の危険、破壊・粗暴行為等）

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病  
院協会診療アウトカム評価事業

### 8) 退院後6週間以内の緊急再入院率（参照：3.（2）5））

分子：退院後6週間以内の緊急入院患者数

分母：退院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：特になし。

## 3. 疾病別・領域別の指標

### (1) プロセス指標

#### 1) 急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率

分子：分母のうち、「脳血管疾患等リハビリテーション料」が入院日から4  
日以内に算定された患者数

分母：「医療資源を最も投入した傷病名」が「脳梗塞(I63)」であり、「脳  
梗塞」の発症時期が急性期(発症4日以内)であった患者のうち、「脳  
血管疾患等リハビリテーション料」が算定された患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①「入院時併存症名」又は「入院後発症疾患

#### <sup>2</sup> 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、又は筋肉・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、又は神経損傷・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

名」に、「急性心筋梗塞」、「起立性低血圧」、「くも膜下出血」、「脳内出血」又は「その他の非外傷性頭蓋内出血」のいずれかの記載がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者、③在院日数が3日以内の患者

ガイドライン：日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン2009

## 2) 急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの施行率

分子：分母のうち、入院当日・翌日に「CT撮影」又は「MRI撮影」が算定された患者数

分母：「医療資源を最も投入した傷病名」が「脳梗塞」であり、入院時の「脳梗塞」の発症時期が急性期(発症4日以内)であった退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①脳卒中の発症時期=00000000又はyyyyymm00とされている患者(発症時期不明のもの)、②入院中に脳卒中を発症した患者

ガイドライン：「脳血管障害画像診断のガイドライン」作成に関わるワーキンググループ：脳血管障害画像診断のガイドライン急性期脳梗塞—血栓溶解療法の適応決定における画像診断の役割—

## 3) 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリン又は硫酸クロピドグレル処方率

分子：分母のうち、退院時処方アスピリン又は硫酸クロピドグレルが処方された患者数

分母：「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞(DPCコード：050030)」の退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①退院時転帰が「死亡」の患者、②退院先が「他院へ転院(入院)した場合」又は「その他(介護老人保健施設、介護老人福祉施設等への転所)」のいずれかに該当する患者、③Killip分類が「Class4」であった患者

ガイドライン：合同研究班参加学会(日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本集中治療医学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管内視鏡学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本心電学会、日本心不全学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会)：心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)

## 4) 乳癌(ステージI)の患者に対する乳房温存手術の施行率

分子：分母のうち、乳房温存手術として、「乳腺悪性腫瘍摘出術」のうち、「乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)」又は「乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの)」が行われた患者数

分母：乳房の悪性腫瘍でステージI(TNM分類：「T1：大きさ2cm以下」「N0：領域リンパ節転移なし」)であり、「乳房切除術」又は「乳腺悪性腫瘍手術」のいずれかを施行した退院患者数

リスク調整：【分母の適用基準】UICC病期分類(TNM分類)がそれぞれ1,0,0



の患者

ガイドライン：日本乳癌学会/編：乳癌診療ガイドライン外科療法

**5) 人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬の3日以内又は7日以内の中止率**

分子：分母のうち、術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて3日以内又は7日以内に中止された患者数

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

リスク調整：【分母の除外基準】①入院中に手術が2回実施された患者、②手術日から数えて2日以内に退院した患者

日本整形外科学会診療ガイドライン委員会、骨・関節術後感染予防ガイドライン策定委員会：骨・関節術後感染予防ガイドライン

**6) 人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率**

分子：分母のうち、手術当日から数えて4日以内に「運動器リハビリテーション料」が算定された患者数

分母：「膝関節症の手術有の手術・処置等1なし(DPCコード：070230XX010XX)」に該当した退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①入院中に手術が2回実施された患者、②手術日から数えて3日以内に退院した患者

ガイドライン：日本整形外科学会肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン改訂委員会：日本整形外科学会静脈血栓塞栓症予防ガイドライン

**7) 出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率**

分子：分母のうち、「内視鏡的消化管止血術」が算定された患者数

分母：「医療資源を最も投入した傷病名」が「胃潰瘍」又は「十二指腸潰瘍」であり、「急性、出血を伴うもの」に該当する退院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：日本消化器学会編集：消化性潰瘍ガイドライン

**8) 肺炎に対する抗生物質使用率**

分子：期間中に主病名が肺炎で入院当日に抗生物質の投与を受けた症例数

分母：期間中に主病名が肺炎で退院した症例数

リスク調整：重症度別の算出

ガイドライン：International Quality Indicator Project

**9) 急性心筋梗塞患者のアスピリン投与率**

分子：退院時にアスピリンが処方されている患者数

分母：急性心筋梗塞の診断で入院し生存退院した患者数

リスク調整：【分子の除外基準】アスピリン以外の抗血小板薬のみの患者  
【分母の除外基準】①死亡退院患者、②アスピリン処方できない理由が診療記録に記載されている患者  
ガイドライン：特になし。

## (2) アウトカム指標

### 1) 急性脳梗塞患者における入院死亡率

分子：分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数

分母：医療資源を最も投入した傷病名が「脳梗塞」であり、「脳梗塞」の発症時期が急性期(発症4日以内)であったJCS1桁の退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】「脳動脈の塞栓症による脳梗塞」、「脳幹梗塞」又は「出血性梗塞」のいずれかに該当する患者

ガイドライン：特になし。

### 2) PCI(経皮的冠動脈インターベンション)を施行した患者(救急車搬送)の入院死亡率

分子：分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数

分母：救急車で搬送され、「医療資源を最も投入した傷病名」が、「不安定狭心症」、「急性心筋梗塞」、「再発性心筋梗塞」又は「その他の急性虚血性心疾患」のいずれかであり、PCIを入院当日あるいは翌日に施行した退院患者数

リスク調整：①「急性心筋梗塞」、「再発性心筋梗塞」又は「その他の急性虚血性心疾患」の患者であり、入院時にKillip分類が「Class3」又は「Class4」であったもの、②入院時点で「心停止」が認められた患者

ガイドライン：特になし。

### 3) 平均在院日数

分子：期間中に退院した対象24疾患<sup>3</sup>毎症例の在院日数の合計

分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数

リスク調整：重症度別、年代別、性別、入院経路別の算出

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

### 4) 死亡率

分子：期間中に死亡退院した対象24疾患毎症例数

分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数

リスク調整：重症度別、年代別、性別、入院経路別の算出

<sup>3</sup> ①胃の悪性新生物、②結腸の悪性新生物、③直腸の悪性新生物、④気管支・肺の悪性新生物、⑤急性心筋梗塞、⑥肺炎、⑦喘息、⑧脳梗塞、⑨脳出血、⑩糖尿病、⑪大腿骨骨折、⑫胃潰瘍、⑬急性腸炎、⑭急性虫垂炎、⑮胆石症、⑯前立腺肥大症、⑰白内障、⑱痔核、⑲子宮筋腫、⑳狭心症、㉑腎結石及び尿管結石、㉒乳房の悪性新生物、㉓膝関節症、㉔そけいヘルニア

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

5) 予定しない再入院率（参照：2.（2）8）

分子：期間中の退院症例のうち予定しない再入院であった対象24疾患毎症例数

分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数

リスク調整：重症度別、年代別、性別、入院経路別の算出

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

6) 医療費

分子：期間中に退院した対象24疾患毎症例の入院医療費の合計

分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数

リスク調整：重症度別、年代別、性別の算出

ガイドライン：全日本病院協会診療アウトカム評価事業

7) 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0% (HbA1c (JDS) <6.6%)

分子：HbA1c (JDS) の最終値が6.6%未満の患者数

分母：糖尿病の薬物治療を施行されている患者数

リスク調整：【分母の適用基準】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 【分母の除外基準】運動療法又は食事療法のみ糖尿病患者