

1. 申請者 (略)

2. 評価・公表結果

**①概要 (事業開始からの評価・公表に向けた取組の経過等)**

国立病院機構の臨床評価指標 (以下、指標) は、①臨床評価指標の測定結果に基づき、問題点を洗い出し、改善へとつなげることができる、②データ収集に伴い、各病院に過度の負担をかけないという原則に基づき、運用する方針としている。推進事業においても、この方針を踏まえ、病院全体に関する指標 (疾病横断的指標) として 17 指標、領域別指標 (疾患特異的指標) として 2 指標、患者満足度指標として 2 指標を選定した (表 1)。

病院全体に関する指標および領域別指標は、プロセス指標とアウトカム指標から構成するようにし、一部についてはプロセス指標とアウトカム指標の組み合わせによって評価を行うことができるようにした。また、入院診療と外来診療の双方を含める指標構成とした。なお、これらの指標は、国立病院機構における「指標として適切性が高い」とする基準 (表 2) に基づくとともに、プロセス指標・アウトカム指標の選定条件 (表 3) に則った。

**【表 1】 推進事業で取り扱った指標**

**【病院全体に関する指標】**

1. 高齢患者 (75 歳以上) における褥瘡対策の実施率
2. 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
3. 手術ありの患者に対する肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
4. 手術ありの患者における肺血栓塞栓症の発生率
5. 術後の大腿骨頸部/転子部骨折の発生率
6. 退院患者の標準化死亡比

**【領域別指標】**

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
2. 急性脳梗塞患者に対する入院 2 日以内の頭部 CT 撮影もしくは MRI 撮影の施行率
3. 急性脳梗塞患者における入院死亡率
4. 急性心筋梗塞患者に対する退院時のアスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率
5. PCI (経皮的冠動脈インターベンション) を施行した患者の入院死亡率
6. 乳癌 (ステージ I) の患者に対する乳房温存手術の施行率
7. 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術後 3 日以内および 7 日以内の中止率
8. 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
9. 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
10. 初診糖尿病患者における眼底検査あるいは眼底カメラの施行率
11. 喘息患者のピークフロー測定率

**【患者満足度】**

1. 入院患者における総合満足度
2. 外来患者における総合満足度

【表2】「指標としての適切性が高い」とする基準

内容に高い科学的根拠がある。

- 分母と分子が明確である。
- 分子/分母の目標値を検討し、設定できる。
- 分子/分母の目標値と、予測される現状が大きく乖離している。
- 分子/分母の予測される現状が、施設間でばらつきがある。
- 努力によってその乖離を小さくすることができる

【表3】プロセス指標・アウトカム指標の選定条件

① プロセス指標・アウトカム指標共通

- ・主に DPC データ・レセプトデータ等から、後ろ向きに正しいデータ収集が可能である。
- ・既に海外等で運用されているもの（新たに作成せず、改変等で対応する場合）。

② プロセス指標

- ・入院診療・外来診療における医療行為であること。
- ・「専門家集団でコンセンサスが得られている」、「エビデンスが存在している」、「診療ガイドラインで強く推奨されている」のいずれかに該当すること。

③ アウトカム指標

- ・選定されたプロセス指標の改善によって、直接改善が期待できる（プロセス指標とセットで取得する場合）。
- ・分母の重症度を設定して、サンプリングすることが可能である。
- ・入院診療、外来診療における医療行為の実施状況が反映されている。

指標を算出するためのデータの収集については、各病院からDPCデータやレセプトデータといった二次データを収集するためのシステムとして、NHO（National Hospital Organization）診療情報データベースを整備し、平成22年10月より稼働を開始した。このシステムにより、指標を収集・算出するための基盤を整備することができた。推進事業で取り扱う指標は、原則、二次データから抽出することを踏まえ、当該事業の対象病院は、国立病院機構で医療情報システムが整っているDPC対象病院45病院とした。入院患者の指標については平成22年7月1日～12月31日の期間に退院した患者、外来患者の指標は平成22年7月1日～12月31日の期間に外来を受診した患者とした。また、推進事業で義務付けられた患者満足度については、対象病院の入院患者および外来患者を対象とし、患者満足度調査を実施した。入院患者の満足度調査は、各対象病院において、平成22年11月1日～11月30日の期間の退院患者を対象に実施した。外来患者の患者満足度調査は、各対象病院で平成22年11月1日～11月12日の期間中の任意の2日間に外来を受診した患者を対象として実施した。

指標の算出結果は、その妥当性確認の一環として、中間集計結果を各対象病院にフィードバックし、確認を求めた。なお、中間集計結果は、入院患者は平成22年7月1日～10月31日に退院した患者、外来患者は平成22年7月1日～10月31日に外来を受診した患者のデータを用いて算出した。

この結果、「高齢患者（75歳以上）における褥瘡対策の実施率」については、「褥瘡患者管理加算」および「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定不備や請求漏れが確認された。このため、二次データから算出した実施率は、実際の実施状況が反映されていないことを考慮し、各対象病院でカルテ等から調査した結果についても併せて公表することとした。また、「初診糖尿病患者における眼底検査あるいは眼底カメラの施行率」では、レセプトデータより抽出した「初診糖尿病患者数」が実際の初診糖尿

病患者数とは乖離があることが確認された。「喘息患者のピークフロー測定率」についても、喘息の外来患者数が正しく把握できていない可能性があることが確認された。このように、外来の2指標については、結果の妥当性が保証されていないことを踏まえ、臨床評価指標評価委員で検討を行い、公表しないこととした。

また、当初、全ての指標について病院名を明示して結果を公表することを予定していたが、「標準化死亡率」、「急性脳梗塞患者における入院死亡率」、「PCI（経皮的冠動脈インターベンション）を施行した患者の入院死亡率」については、算出した数値が高いか低いかだけでは、以下に示した理由から一概に評価を行うことはできず、解釈には注意を要するため、病院名については匿名化を図ることとした。例えば、標準化死亡比の結果の解釈については、DPCデータの活用上に限界により、ターミナル患者やDNR（Do Not Resuscitate：蘇生拒否）の患者を考慮したリスク調整が行えていないことを踏まえた上で結果を解釈する必要がある。また、「急性脳梗塞患者における入院死亡率」や「PCI（経皮的冠動脈インターベンション）を施行した患者の入院死亡率」では統計的なリスク調整は行っておらず、年齢や併存疾患等による重症度が考慮されていないこと等を踏まえた上で結果の解釈を要する。さらに、「PCI（経皮的冠動脈インターベンション）を施行した患者の入院死亡率」のように、死亡率について統計的有意差が認められていない場合であっても、死亡率は「死亡患者数」を「分母の対象となる該当患者数」で除して算出しているため、分母が少ない病院で死亡患者が発生した場合には、死亡率が高くみえるという問題が発生する。今後、結果の解釈に注意を要する指標について、取り扱いや公表の仕方について検討を行うことが課題となっている。

前述した変更点以外については、当初に予定されていた計画通り、指標を算出し、最終的に、病院全体に関する指標(6指標)、領域別指標(9指標)、患者満足度(2指標)の結果をとりまとめることができた。また、DPCを導入している他の医療機関でも、国立病院機構と同様な指標を算出することができる測定マニュアルの作成も行った。この結果の報告書と測定マニュアルは、それぞれPDFファイル化し、平成23年4月初旬に国立病院機構本部のホームページに掲載し、患者・国民、他の医療機関に向けて公表を開始した。また、各対象病院や国立病院機構に属する他の病院に対しては冊子化したものを配布した。今後はこの情報を広く周知する活動に取り組んでいく予定である。加えて、今回集計した結果について、プロセス指標とアウトカム指標の関連等の詳細な分析を行い、その結果を病院にフィードバックすることも検討している。

## ②臨床指標の算出方法及びリスク調整方法

臨床指標等の名称	算出方法（計算式等を詳細に記載）	リスク調整方法（除外ルールを含め、調整方法を詳細に記載）	指標作成等に当たり参考とした文献・診療ガイドラインの名称
病院全体の指標			
1-1. 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率（DPCデータから把握（プロセス））	分子：分母のうち、「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」が算定された患者数 分母：「入院時に褥瘡がある」、あるいは「褥瘡の危険因子がある」75歳以上（入院時）の退院患	【分母の適用基準】 ○褥瘡の危険因子は、「栄養失調有」「関節拘縮有」「浮腫有」「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかとする。 【分母の除外基準】 ○「入院の契機となった傷病名」「医療資源を最も投入した	○日本褥瘡学会編／医療・GL(09年)／ガイドライン： <a href="http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html">http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html</a>

	者数	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」「入院後発症疾患」に以下のいずれかが含まれている場合は除外する。 ・片麻痺、下肢麻痺、四肢麻痺 ・二分脊椎、無酸素性脳損傷の診断がある患者。 ・退院時転帰が「死亡」であった患者。	
1-2. 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(カルテ等から把握)(プロセス)	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」、あるいは「褥瘡の危険因子がある」75歳以上(入院時)の退院患者数	【分母の適用基準】 ○褥瘡の危険因子は、「栄養失調有」「関節拘縮有」「浮腫有」「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかとする。 【分母の除外基準】 ○「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」「入院後発症疾患」に以下のいずれかが含まれている場合は除外する。 ・片麻痺、下肢麻痺、四肢麻痺 ・二分脊椎、無酸素性脳損傷の診断がある患者。 ・退院時転帰が「死亡」であった患者。	○日本褥瘡学会編／医療・GL(09年)／ガイドライン： <a href="http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html">http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html</a>
2. 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(アウトカム)	分子：分母のうち、褥瘡対策に関する治療計画書において、N/AUAPの分類にて、StageⅡ以上、もしくはDESIGN評価表でd2以上と判定された院内の新規発生の褥瘡を有する患者数。 分母：「1. 高齢患者(75歳以上)における褥	【分母の適用基準】 ○褥瘡の危険因子は、「栄養失調有」「関節拘縮有」「浮腫有」「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかとする。 【分母の除外基準】 ○「入院の契機となった傷病名」「医療資源を最も投入した	○日本褥瘡学会編／医療・GL(09年)／ガイドライン： <a href="http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html">http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html</a>

	<p>瘡対策の実施率」の分母の対象となった患者の述べ在院日数の総計（在院患者延べ数）。</p>	<p>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」「入院後発症疾患」に以下のいずれかが含まれている場合は除外する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・片麻痺、下肢麻痺、四肢麻痺</li> <li>・二分脊椎、無酸素性脳損傷の診断がある患者。</li> <li>・退院時転帰が「死亡」であった患者。</li> </ul>	
<p>3.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)</p>	<p>分子：分母のうち、「肺血栓塞栓症予防管理料（弾性 stocking また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、あるいは抗凝固薬が処方された患者数。</p> <p>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）。</p>	<p>【分母の適用基準】</p> <p>○「計測マニュアル」に示した「別表1 危険因子手術の手術」を行ったものとし、15歳以上の患者を対象とする。但し、別表1の区分2については40歳以上の患者を対象とする。</p>	<p>○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</p> <p>○日本整形外科学会：静脈血栓塞栓症予防ガイドライン</p> <p>○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</p>
<p>4.手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発症率(リスクレベルが中リスク以上) (アウトカム)</p>	<p>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。</p> <p>分母：「3.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)」の分母と同様。</p>	<p>【分母の適用基準】</p> <p>○「計測マニュアル」に示した「別表1 危険因子手術の手術」を行ったものとし、15歳以上の患者を対象とする。但し、別表1の区分2については40歳以上の患者を対象とする。</p>	<p>○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</p> <p>○日本整形外科学会：静脈血栓塞栓症予防ガイドライン</p> <p>○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</p>

<p>5.術後の大腿骨頸部/転子部骨折の発生率 (アウトカム)</p>	<p>分子：分母のうち、入院後発症疾患名に「大腿骨転子部骨折」あるいは「大腿骨頸部骨折」が記載され、入院中の2回目以降の手術が下記のいずれかを含む場合の患者数。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.「大腿骨頭回転骨切り術」</li> <li>2.「大腿骨近位部(転子間を含む)骨切り術」</li> <li>3.「人工骨頭挿入術」</li> </ol> <p>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)。</p>	<p><b>【分母の除外基準】</b> ○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」「入院時併在症名」のいずれかに以下の記載がある患者は除外する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、自傷行為による怪我</li> </ul>	
<p>6.退院患者の標準化死亡比 (アウトカム)</p>	<p>分子：分子は、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。</p>	<p><b>【予測死亡患者数を算出するためのリスク調整方法】</b> ○詳細は注釈1を参照のこと。</p>	
<p>領域別の指標</p>			
<p>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 (プロセス)</p>	<p>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、「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。</p>	<p><b>【分母の除外基準】</b> ○「入院時併存症名」または「入院後発症疾患名」に以下の記載がある患者は除外する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性心筋梗塞、起立性低血圧、くも膜下出血、脳内出血、その他の非外傷性頭蓋内出血</li> </ul> <p>○退院時転帰が以下のもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・最も医療資源を投入した傷病による死亡</li> <li>・最も医療資源を投入した傷病以外による死亡</li> </ul> <p>○在院日数が3日以内のもの</p>	<p>○日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン2009</p>

<p>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(プロセス)</p>	<p>分子：分母のうち、入院当日・翌日に「CT撮影」あるいは「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、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。</p>	<p>【分母の除外基準】 ○以下に該当する患者は除外する。 ・脳卒中の発症時期＝00000000またはyyyymm00のもの(発症時期不明のもの) ・入院中に脳卒中を発症した患者</p>	<p>○「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 ー血栓溶解療法の適応決定における画像診断の役割ー</p>
<p>3. 急性脳梗塞患者における入院死亡率(アウトカム)</p>	<p>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、「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。</p>	<p>【分母の除外基準】 ○以下に該当する患者は除外する。 ・脳動脈の塞栓症による脳梗塞 ・脳幹梗塞 ・出血性梗塞</p>	
<p>4. 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率(プロセス)</p>	<p>分子：分母のうち、退院時処方でアスピリンあるい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。</p>	<p>【分母の除外基準】 ○以下に該当する患者は除外する。 ・退院時転帰が死亡であった患者。 ・退院先が「他院へ転院(入院)した場合」あるいは「その他(介護老人保健施設、介護老人福祉施設等への転所)」に該当する患者。 ・Killip分類が「Class4」であった患者。</p>	<p>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)</p>
<p>5. 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(アウトカム)</p>	<p>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</p>	<p>【分母の除外基準】 ○以下に該当する患者は除外する。 ・「急性心筋梗塞」、「再発性心筋梗塞」、「その他の急性虚血性心疾患」の患者で、入院時にKillip分類</p>	

	<p>塞」、「再発性心筋梗塞」、「その他の急性虚血性心疾患」のいずれかで、PCI（経皮的冠動脈インターベンション-「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈粥腫切除術」「アテレクトミー」「経皮的冠動脈ステント術」）を入院当日あるいは翌日に施行した退院患者数</p>	<p>が「Class3」あるいは「Class4」であった患者。 ・入院時点で「心停止」が認められた患者。</p>	
<p>6. 乳癌（ステージI）の患者に対する乳房温存手術の施行率（プロセス）</p>	<p>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「乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）」あるいは「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「乳房切除術」あるいは「乳腺悪性腫瘍手術」を施行した退院患者数。</p>	<p>【分母の適用基準】 ○以下に該当する患者を対象とする。 ・UICC病期分類（TNM分類）がそれぞれ1, 0, 0のもの</p>	<p>日本乳癌学会/編：乳癌診療ガイドライン外科療法</p>
<p>7. 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日以内および7日以内の中止率（プロセス）</p>	<p>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日以内および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」「人工骨頭挿入術」のいずれかを施行した退院患者数。</p>	<p>【分母の除外基準】 ○入院中に手術が2回実施された患者 ○手術日から数えて2日以内に退院した患者</p>	<p>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</p>
<p>8. 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（プロセス）</p>	<p>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</p>	<p>【分母の除外基準】 ○入院中に手術が2回実施された患者 ○手術日から数えて</p>	<p>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</p>

	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)」の退院患者数。	3日以内に退院した患者	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
9. 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 (プロセス)	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」あるいは「十二指腸潰瘍」で「急性、出血を伴うもの」に該当する退院患者数。		日本消化器学会編集： 消化性潰瘍ガイドライン
満足度			
1. 入院患者における満足度 (アウトカム)	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)  ○項目は注釈2を参照のこと		
2. 外来患者における総合満足度 (アウトカム)	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) ○項目は注釈3を参照のこと。		

#### 注釈1) 標準化死亡比の算出(リスク調整含む)

○予測死亡患者数の算出

(1)DPCの様式1のデータを使って、以下の式にあてはめ、各対象患者の予測死亡確率pを算出する。

①スコアを以下の式で算出する。

$$\text{スコア} = -6.956 + 0.197X_1 + 1.461X_2 + 0.030X_3 + 0.992X_4 + 0.354X_5 - 1.137X_6 + 1.019X_7 + 1.081X_8 + 0.568X_9 - 0.731X_{10} - 0.632X_{11} + 1.640X_{12} + 0.207X_{13} + 0.210X_{14} - 0.231X_{15} + 0.837X_{16} + 1.955X_{17}$$

X<sub>1</sub> : 『性別』 男性=1、女性=0をあてはまる

X<sub>2</sub> : 『予定・緊急医療入院』 緊急入院=1 予定入院・その他=0をあてはめる

X<sub>3</sub> : 『年齢』 入院時の年齢をあてはめる

X<sub>4</sub> : 『救急車による搬送の有無』 無=0 有=1をあてはめる

- $X_5$  : 『MDC-01神経』 該当有=1 該当無=0をあてはめる  
 $X_6$  : 『MDC-02眼科』あるいは『MDC-03耳鼻科』あるいは『MDC-08皮膚』  
 該当有=1 該当無=0  
 $X_7$  : 『MDC-04呼吸器』 該当有=1 該当無=0  
 $X_8$  : 『MDC-05循環器』 該当有=1 該当無=0  
 $X_9$  : 『MDC-06消化器』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{10}$  : 『MDC-14 新生児』あるいは『MDC-15小児』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{11}$  : 『MDC-11 内分泌』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{12}$  : 『MDC-13 血液』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{13}$  : 『MDC-09 乳房』あるいは『MDC-12 女性』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{14}$  : 『MDC-11 腎尿路』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{15}$  : 『Charlson Score1-2』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{16}$  : 『Charlson Score3-6』 該当有=1 該当無=0  
 $X_{17}$  : 『Charlson Score7以上』 該当有=1 該当無=0

\*Charlson Scoreは、入院時併存症に記載された疾患名から算出。

②以下の式に①で求めたスコアをあてはめ、予測死亡確率 $p$ を算出する。

$$p = 1 / (1 + \exp(-1 \times \text{スコア}))$$

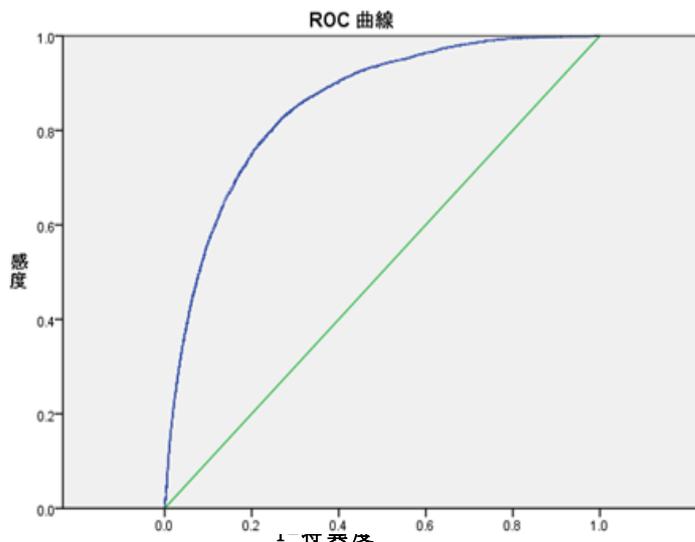
\*  $\exp(x)$  は  $e$  の  $x$  乗を計算する。

$e = 2.7182 \dots$

(2)病院ごとに上記の各対象者の予測死亡確率を総計し、予測死亡患者数を算出する。

○予測死亡患者数を推計するためのロジスティック回帰分析

今回予測死亡患者数を算出した回帰式の精度については、統計的には問題がないことを確認している(図1)



AUC (95%CI) :  
0.854(0.850-0.858)

\*AUC(Area under the curve): ROC 曲線の曲線下面積

図1 予測死亡患者数の予測精度

### 注釈2) 入院患者における満足度の項目

- 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。

### 注釈3) 外来患者における満足度の項目

- 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。

③臨床指標等を用いた医療の質の評価・公表の実績（公表資料を添付するほか、下の様式に従って臨床指標ごとに記載。列が足りない場合には、列を追加するか、又は表を分けて記載）

### ◎病院全体の指標

#### 1-1. 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率（DPCデータから把握）【表1-1】

##### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

##### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 褥瘡は、身体の接触面から受ける圧迫により、局所皮膚の血流が途絶えて壊死を起し発生する難治性の潰瘍です。
- 褥瘡は、高齢者の多い慢性期病院に特有の疾患と考えられがちですが、急性期病院においても手術室やICUにおける長時間の同一体位等でも発生することがあります。
- 褥瘡の発生要因として、圧迫、摩擦、ずれ、湿潤（失禁や発汗）などの局所的要因の他に、原疾患や日常生活の自立度の低さ、栄養状態の不良といった全身的要因と、不十分な看護や介護等が考えられています。
- 褥瘡の発生は、患者さんのQOLを低下させる要因となり、また褥瘡部位から感染を起こした場合、他の疾患に対する治療も影響を与え、在院日数が延長することもあります。

■褥瘡は、患者さんの状態に応じ、予防が困難な場合もあります。しかし、褥瘡対策に係る専任の医師や看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡対策に関する診療計画に基づき、患者さんにあった適切な褥瘡対策を実施することによって、褥瘡の発生率を低下させていくことが求められます。

**【協力病院ごとの数値を公表した理由】**

公表することで、同規模の病床数を有する病院間で、結果を踏まえて、病院の褥瘡管理体制や褥瘡管理の実施状況について情報交換等を行い、自病院の改善に活かすことに活用できる。

**【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに相関する各病院の取組、全体の平均値から大きく外れている原因、指標等が改善又は悪化している原因等の分析・評価結果）】**

本指標は、「褥瘡患者管理加算」あるいは「褥瘡ハイリスク加算」から、分子の把握を行っている。このため、「褥瘡患者管理加算」あるいは「褥瘡ハイリスク加算」の算定漏れや算定不備があった場合には、実際に褥瘡対策を行っていても行っていないとみなされるため、過小評価となっている病院が認めれた。また、これらの加算を算定するためには、様々な要件を満たすことが必要になるが、実際に褥瘡対策を実施していても、この要件を満たせないがために算定ができていない病院も存在していた。

例えば、「褥瘡患者加算」では、褥瘡対策に係る褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する専任の看護職員が診療計画を作成しなければならないが、病院によっては看護職員の人員体制等の問題から、専任者がこの業務を全部請け負うことができず、専任以外の看護師が責任を持って診療計画を立案しなければならない状況がある。今回の結果を通して、実施率が低い病院は、算定漏れや算定不備について確認を行うとともに、質の向上・安全性の保証の観点から、これらの加算の算定において求められる種々の要件を満たすように整備していく取り組みにつながると思われる。

**【臨床指標等の値（以下の表には数値のみを記載。なお、公表の際には、数値だけでなく、数値を算出する際の分母・分子も併せて公表してください。）】**

■ **【臨床指標等の値】**

【表1-1】 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率（DPCデータから把握）

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	398	64.8	高松医療センター	51	32	62.7
災害医療センター	328	197	60.1	善通寺病院	233	147	63.1
横浜医療センター	260	212	81.5	四国がんセンター	15	13	86.7
金沢医療センター	343	211	61.5	福岡東医療センター	400	150	37.5
甲府病院	59	2	3.4	九州がんセンター	30	11	36.7
長野病院	245	125	51.0	九州医療センター	241	68	28.2
静岡医療センター	293	169	57.7	小倉医療センター	96	43	44.8
名古屋医療センター	437	218	49.9	嬉野医療センター	473	10	2.1
三重中央医療センター	198	23	11.6	長崎医療センター	436	27	6.2
京都医療センター	191	75	39.3	長崎川棚医療センター	322	222	68.9
舞鶴医療センター	137	102	74.5	熊本医療センター	956	629	65.8
大阪医療センター	182	171	94.0	別府医療センター	336	161	47.9
大阪南医療センター	220	82	37.3	鹿児島医療センター	219	156	71.2
姫路医療センター	141	94	66.7	病院ごとの実施率の平均値、標準偏差、中央値			
神戸医療センター	121	58	47.9	平均値	病院数44施設		49.5
南和歌山医療センター	182	111	61.0	標準偏差	病院数44施設		22.5
米子医療センター	275	183	66.5	中央値	病院数44施設		50.6

\*分母が10症例未満の病院数:1

1-2. 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(カルテ等から把握) 【表2-2】

【公表日】

平成23年4月14日(平成22年7月～12月の6か月分)

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等(実際の公表資料から転記)】

- 「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」の請求がなされていない場合、実際に予防対策を実施していても、本指標では実施なしとみなされ、分子にカウントされていないことがあります。このため、本指標では、カルテ等から把握できた褥瘡対策の実施状況から、分子を把握しています。
- なお、本指標では、カルテ等から確実に把握できた情報に基づきます。このため、情報が十分に把握できなかった病院では、実際に褥瘡対策を実施していても、その状況が適切に反映されていない場合があります。

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

「褥瘡患者管理加算」あるいは「褥瘡ハイリスク加算」の算定状況と実際の実施状況との比較を行うことを可能にするため。

【考察】

今回、実際の褥瘡対策の実施状況についてカルテ等の情報に基づき、把握を試みたが、データ収集方法について標準化が十分に図られておらず、またデータ収集期間がかなり厳しいものになっていたため、実際の実施状況についても、適切に把握できた病院と把握できなかった病院があり、それが原因となり、結果にばらつきが生まれたものと考えられる。

■【臨床指標等の値】

【表1-2】 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(カルテ等から把握)

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	47	57.3	浜田医療センター	142	142	100.0
仙台医療センター	225	139	61.8	岡山医療センター	240	171	71.3
水戸医療センター	225	91	40.4	呉医療センター	382	283	74.1
高崎総合医療センター	295	197	66.8	福山医療センター	193	142	73.6
埼玉病院	109	75	68.8	東広島医療センター	190	117	61.6
西埼玉中央病院	75	51	68.0	岩国医療センター	525	524	99.8
千葉医療センター	181	145	80.1	関門医療センター	229	154	67.2
東京医療センター	614	429	69.9	高松医療センター	51	44	86.3
災害医療センター	328	197	60.1	普通寺病院	233	195	83.7
横浜医療センター	260	213	81.9	四国がんセンター	15	13	86.7
金沢医療センター	343	314	91.5	福岡東医療センター	400	268	67.0
甲府病院	59	35	59.3	九州がんセンター	30	30	100.0
長野病院	245	194	79.2	九州医療センター	241	211	87.6
静岡医療センター	293	219	74.7	小倉医療センター	96	44	45.8
名古屋医療センター	437	437	100.0	嬉野医療センター	473	74	15.6
三重中央医療センター	198	143	72.2	長崎医療センター	436	219	50.2
京都医療センター	191	131	68.6	長崎川棚医療センター	322	297	92.2
舞鶴医療センター	137	109	79.6	熊本医療センター	956	948	99.2
大阪医療センター	182	182	100.0	別府医療センター	336	165	49.1
大阪南医療センター	220	218	99.1	鹿児島医療センター	219	156	71.2
姫路医療センター	141	96	68.1	病院ごとの実施率の平均値、標準偏差、中央値			
神戸医療センター	121	58	47.9	平均値	病院数44施設	73.4	
南和歌山医療センター	182	114	62.6	標準偏差	病院数44施設	18.6	
米子医療センター	275	247	89.8	中央値	病院数44施設	71.7	

\*分母が10症例未満の病院数:1

## 2. 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【表2】

### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 在院患者延べ数の単位は「人・日」です。例えば、ある病院の計測対象人数が10人であれば、対象者10人のそれぞれの入院期間の総和であらわされることとなります。
- 分子の「院内の新規発生の褥瘡」は、「DESIGN-Rでd2以上」、あるいは「NPUAPの分類にてステージⅡ以上」に該当する褥瘡を対象としています。
- DESIGN-Rでd2以上は、以下のいずれかに該当する褥瘡のことを指します。
  - ・ d2:真皮までの損傷
  - ・ D3:皮下組織までの損傷
  - ・ D4:皮下組織を越える損傷
  - ・ D5:関節腔・体腔に至る損傷
  - ・ U:深さ判定が不能な場合
- NPUAPの分類にてステージⅡ以上は、以下のいずれかに該当する褥瘡のことを指します。
  - ・ ステージⅡ：壊死組織を伴わない赤色または薄赤色の創底をもつ、浅い開放潰瘍として現れる真皮の部分欠損。破れていないまたは開放した/破裂した血清で満たされた水泡として現れることがある。
  - ・ ステージⅢ：層組織の欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。壊死組織が認められることがあるが、組織欠損の深度が分からなくなるほどではない。ポケット（損傷部位がポケットのように穴があいてしまっている状態）や瘻孔が存在することがある。
  - ・ ステージⅣ：骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。黄色または黒色壊死が創底に存在することがある。ポケットや瘻孔を伴うことが多い。
  - ・ 判定不能:創底で、潰瘍の底面がスラフ（黄色、黄褐色、灰色または茶色）および/またはエスカー（黄褐色、茶色、または黒色）で覆われている全層組織欠損

### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

現時点で得られた予防対策の実施率と併せて評価を行うことができるため。

### 【考察】

病院間で大きなばらつきが存在しない結果であった。今後は、適切に把握を行った褥瘡対策の実施率と褥瘡の発生率との関連について、リスク調整等を考慮しながら、詳細に分析していくとともに、経時的に改善状況をフォローしていくことが必要であると考えている。

■【臨床指標等の値】

【表2】 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	2443	0	0.00	浜田医療センター	3815	3	0.08
仙台医療センター	6224	1	0.02	岡山医療センター	5742	10	0.17
水戸医療センター	6668	6	0.09	呉医療センター	10236	11	0.11
高崎総合医療センター	8636	7	0.08	福山医療センター	4582	2	0.04
埼玉病院	2725	4	0.15	東広島医療センター	7883	9	0.11
西埼玉中央病院	2156	1	0.05	岩国医療センター	15139	36	0.24
千葉医療センター	5500	4	0.07	関門医療センター	6337	3	0.05
東京医療センター	19369	67	0.35	高松医療センター	1576	1	0.06
災害医療センター	7928	1	0.01	普通寺病院	7019	2	0.03
横浜医療センター	7614	6	0.08	四国がんセンター	351	0	0.00
金沢医療センター	12533	12	0.10	福岡東医療センター	9020	13	0.14
甲府病院	1674	0	0.00	九州がんセンター	648	0	0.00
長野病院	6111	6	0.10	九州医療センター	5656	8	0.14
静岡医療センター	7557	11	0.15	小倉医療センター	2827	2	0.07
名古屋医療センター	11742	35	0.30	嬉野医療センター	13263	16	0.12
三重中央医療センター	5082	1	0.02	長崎医療センター	10842	10	0.09
京都医療センター	4398	6	0.14	長崎川棚医療センター	9226	1	0.01
舞鶴医療センター	4733	0	0.00	熊本医療センター	18151	12	0.07
大阪医療センター	5623	7	0.12	別府医療センター	9942	5	0.05
大阪南医療センター	4903	4	0.08	鹿児島医療センター	5532	6	0.11
姫路医療センター	3544	2	0.06	病院ごとの発生率の平均値、標準偏差、中央値			
神戸医療センター	3770	7	0.19	平均値	病院数44施設		0.09
南和歌山医療センター	5505	0	0.00	標準偏差	病院数44施設		0.08
米子医療センター	6976	4	0.06	中央値	病院数44施設		0.08

\*対象患者数が10症例未満の病院数:1

3.手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率【表3】

【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 肺血栓塞栓症は、主に下肢の静脈の深部にできた血栓（深部静脈血栓症と呼ばれます）がはがれて血流によって運ばれ、肺動脈に閉塞を引き起こしてしまう疾患です。
- 肺血栓塞栓症は、血栓の大きさや血流の障害の程度によって軽症から重症までのタイプがあります。血栓によって太い血管が閉塞してしまうような重篤な場合には、肺の血流が途絶し、酸素が取り込めなくなり、ショック状態から死に至ることもあります。
- 近年、深部静脈血栓症や肺血栓塞栓症の危険因子が明らかになってきています。発症に至る前に、危険レベルに応じた予防対策を行うことが一般的に推奨されています。
- 予防方法としては静脈還流を促すために弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置（足底部や大腿部にカフを装着し、空気により圧迫）の使用、抗凝固療法があります。
- なお、弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法の実施は、「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」に則り、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患者さんが対象になります。

【協力病院ごとの数値を公表した理由】

肺血栓塞栓症の発生率について、予防対策の実施率と併せて評価を行うことができるため。

**【考察】**

病院間でばらつきが存在しない結果であった。今後は、経時的に実施率が80%代の病院についての改善状況をフォローしていくことが必要と考えている。

**■【臨床指標等の値】**

【表3】手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

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	85	85	100.0	浜田医療センター	348	285	81.9
仙台医療センター	869	807	92.9	岡山医療センター	898	833	92.8
水戸医療センター	598	576	96.3	呉医療センター	890	860	96.6
高崎総合医療センター	512	495	96.7	福山医療センター	808	714	88.4
埼玉病院	575	566	98.4	東広島医療センター	411	382	92.9
西埼玉中央病院	397	390	98.2	岩国医療センター	564	463	82.1
千葉医療センター	452	443	98.0	関門医療センター	385	341	88.6
東京医療センター	830	729	87.8	香川小児病院	27	26	96.3
災害医療センター	435	427	98.2	善通寺病院	293	275	93.9
横浜医療センター	703	617	87.8	四国がんセンター	820	772	94.1
金沢医療センター	420	390	92.9	福岡東医療センター	289	268	92.7
甲府病院	284	280	98.6	九州がんセンター	623	531	85.2
長野病院	134	129	96.3	九州医療センター	1143	1092	95.5
静岡医療センター	304	288	94.7	小倉医療センター	410	408	99.5
名古屋医療センター	800	784	98.0	長崎医療センター	880	740	84.1
三重中央医療センター	566	523	92.4	長崎川棚医療センター	110	103	93.6
京都医療センター	724	711	98.2	熊本医療センター	868	811	93.4
舞鶴医療センター	78	76	97.4	別府医療センター	474	469	98.9
大阪医療センター	1053	991	94.1	鹿児島医療センター	199	181	91.0
大阪南医療センター	483	472	97.7	病院ごとの実施率の平均値、標準偏差、中央値			
姫路医療センター	578	556	96.2	平均値	病院数42施設		93.9
神戸医療センター	342	338	98.8	標準偏差	病院数42施設		4.7
米子医療センター	201	189	94.0	中央値	病院数42施設		94.4

\*分母が10症例未満の病院数:1 データ不備病院数:2

**4. 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)【表4】**

**【公表日】**

平成23年4月14日 (平成22年7月～12月の6か月分)

**【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等(実際の公表資料から転記)】**

- 深部静脈血栓症は症状が乏しく、発見が困難な疾患です。また、肺塞栓症は、呼吸困難や胸痛、動悸等といった他の疾患でも現れる症状を呈するため、鑑別診断も困難であるといわれています。このため、原因不明とされたり、解剖をしてはじめて、肺塞栓症が発見されることがあります。
- 本指標で把握された発生数は、鑑別診断がついた場合のみに限定されます。
- また、適切に予防対策を実施しても、肺血栓塞栓症の発生を未然に防ぐことができない場合もあります。

**【協力病院ごとの数値を公表した理由】**

予防対策の実施率と併せて肺血栓塞栓症の発生率の評価を行うことができるため。

**【考察】**

現在、我が国で報告されている肺血栓塞栓症の発生頻度は約0.8% (米国では23.8%) であることが報告されているが、国病に所属する病院ではこの値よりも全て下回っている。ただし、我が国では肺血栓塞栓症をはじめとした静脈血栓塞栓症の臨床診断率はきわめて低いことが指摘されていること、また今回は様式1に記載された入院後発

症疾患名から把握を行っているが入院後発症疾患名が記入できる上限は4疾病までに限られていること等を踏まえ、データの精度を検討していくことが必要と考えている。

### ■【臨床指標等の値】

【表4】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)

病院名	分母	分子	発生率(%)	病院名	分母	分子	発生率(%)
旭川医療センター	85	0	0.00	浜田医療センター	348	1	0.29
仙台医療センター	869	3	0.35	岡山医療センター	898	1	0.11
水戸医療センター	598	1	0.17	呉医療センター	890	3	0.34
高崎総合医療センター	512	2	0.39	福山医療センター	808	0	0.00
埼玉病院	575	0	0.00	東広島医療センター	411	0	0.00
西埼玉中央病院	397	0	0.00	岩国医療センター	564	1	0.18
千葉医療センター	452	0	0.00	関門医療センター	385	0	0.00
東京医療センター	830	1	0.12	香川小児病院	27	0	0.00
災害医療センター	435	0	0.00	善通寺病院	293	0	0.00
横浜医療センター	703	3	0.43	四国がんセンター	820	0	0.00
金沢医療センター	420	0	0.00	福岡東医療センター	289	0	0.00
甲府病院	284	0	0.00	九州がんセンター	623	1	0.16
長野病院	134	1	0.75	九州医療センター	1143	1	0.09
静岡医療センター	304	1	0.33	小倉医療センター	410	0	0.00
名古屋医療センター	800	0	0.00	嬉野医療センター	513	0	0.00
三重中央医療センター	566	1	0.18	長崎医療センター	880	2	0.23
京都医療センター	724	0	0.00	長崎川棚医療センター	110	0	0.00
舞鶴医療センター	78	0	0.00	熊本医療センター	868	3	0.35
大阪医療センター	1053	1	0.09	別府医療センター	474	0	0.00
大阪南医療センター	483	1	0.21	鹿児島医療センター	199	3	1.51
姫路医療センター	578	1	0.17	病院ごとの発生率の平均値、標準偏差、中央値			
神戸医療センター	342	0	0.00	平均値	病院数44施設		0.14
南和歌山医療センター	323	0	0.00	標準偏差	病院数44施設		0.27
米子医療センター	201	0	0.00	中央値	病院数44施設		0.00
							10症例未満の病院数:1

### 5. 術後の大腿骨頸部/転子部骨折の発生率【表5】

#### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

#### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 分母の在院患者延べ数の単位は「人・日」です。例えば、ある病院の計測対象人数が10人であれば、対象者10人のそれぞれの入院期間の総和であらわされることとなります。
- 転倒・転落により、骨折などの外傷が発生した場合、患者さんのQOLを低下させ、回復を遅延させるだけでなく、入院期間の延長に伴う医療費の増大等、様々な弊害をもたらします。
- ただし、職員が転倒・転落の予防に全力を尽くしても、転倒・転落の危険因子を多く持つ患者においては予防が困難な場合があります。
- しかし、転倒・転落を起こしても、転倒・転落時の衝撃を吸収するヒッププロテクターの装着や吸収マットの設置などにより、最低限の外傷で済むような対応が求められます。

#### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

現状を報告するため。



幅を示します。この幅の範囲内に実際の標準化死亡比の値が収まることを意味しています。

■ 諸外国や日本の研究等と比較し、国立病院機構における対象病院の標準化死亡比の範囲は0.62-1.39となっており、病院間でばらつきが少なくなっています。

### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

標準化死亡比のばらつきを把握することができるようにしたため。

### 【考察】

今回算出した標準化死亡比により、諸外国や日本の研究等と比較し、国立病院機構における対象病院の標準化死亡比の範囲は0.62-1.39となっており、国立病院間ではばらつきが少ないことが明らかになった。ただし、この標準化死亡比はDPCデータを用いて算出しており、DPCデータに含まれたデータ項目の限界により、ターミナル患者やDNR（Do Not Resuscitate：蘇生拒否）の患者を考慮したリスク調整までは行っていないことがあり、今後の課題が残されている。

なお、標準化死亡比については当初病院名を明示して公開する予定であったが、現在のところ、我が国では患者・国民に向けて適切な理解を促すことができる態勢が十分に整備されていないこと、また中間評価の結果においても、「病院ごとの指標を公表するに当たっては、マスコミ、国民、医療関係者等に誤解や混乱を招来しないよう配慮していただきたい」という指摘をうけたことにより、病院名については匿名化を図ることとした。加えて、分母の数を公表することで、病院名を同定できる可能性があり、匿名化の意味をなさないことになるため、分母・分子の実数は示さない配慮を行った。

### ■ 【臨床指標等の値】

【表6】 退院患者の標準化死亡比

	観測死亡率	予測死亡率	標準化死亡比	95%信頼区間			観測死亡率	予測死亡率	標準化死亡比	95%信頼区間	
				下限	上限					下限	上限
Ha1	2.09	3.34	0.62	0.41	0.95	Ha24	1.97	1.88	1.04	0.81	1.35
Ha2	3.53	5.48	0.64	0.39	1.06	Ha25	5.28	5.04	1.05	0.92	1.19
Ha3	2.34	3.36	0.70	0.60	0.81	Ha26	4.32	4.12	1.05	0.93	1.18
Ha4	2.84	3.80	0.75	0.58	0.95	Ha27	7.22	6.84	1.06	0.95	1.18
Ha5	1.76	2.35	0.75	0.62	0.90	Ha28	5.11	4.80	1.06	0.87	1.30
Ha6	4.73	6.24	0.76	0.60	0.95	Ha29	1.84	1.73	1.07	0.84	1.36
Ha7	3.15	4.13	0.76	0.63	0.92	Ha30	6.60	6.01	1.10	1.01	1.20
Ha8	3.60	4.63	0.78	0.66	0.92	Ha31	4.07	3.70	1.10	0.97	1.25
Ha9	3.16	4.04	0.78	0.63	0.97	Ha32	5.30	4.79	1.11	0.96	1.28
Ha10	4.22	5.34	0.79	0.63	0.99	Ha33	4.69	4.22	1.11	0.94	1.32
Ha11	2.94	3.70	0.79	0.69	0.91	Ha34	5.75	5.12	1.12	0.99	1.28
Ha12	3.31	3.95	0.84	0.71	0.99	Ha35	5.24	4.64	1.13	1.01	1.26
Ha13	4.91	5.74	0.86	0.72	1.02	Ha36	5.00	4.35	1.15	1.00	1.32
Ha14	4.00	4.60	0.87	0.77	0.99	Ha37	6.05	5.23	1.16	0.98	1.36
Ha15	4.53	5.07	0.89	0.78	1.02	Ha38	6.57	5.60	1.17	1.04	1.32
Ha16	3.44	3.83	0.90	0.75	1.07	Ha39	7.69	6.49	1.18	1.09	1.29
Ha17	6.48	7.15	0.91	0.79	1.04	Ha40	5.62	4.73	1.19	0.96	1.47
Ha18	6.56	6.82	0.96	0.82	1.13	Ha41	3.13	2.64	1.19	0.99	1.43
Ha19	3.26	3.36	0.97	0.83	1.14	Ha42	3.05	2.39	1.27	1.06	1.53
Ha20	3.84	3.92	0.98	0.83	1.16	Ha43	5.75	4.29	1.34	1.09	1.64
Ha21	3.71	3.76	0.99	0.86	1.13	Ha44	0.32	0.23	1.38	0.60	2.97
Ha22	5.22	5.09	1.02	0.90	1.16	Ha45	4.70	3.38	1.39	1.18	1.64
Ha23	3.42	3.30	1.04	0.88	1.22						

## ◎領域別の指標

### 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【表1】

#### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

#### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 脳梗塞は、脳の血管が細くなったり、血管に血栓が詰まることで、脳に酸素や栄養が送られなくなり、その部位の脳組織が壊死あるいは壊死に近い状態に陥ってしまう病気です。
- 脳梗塞により、運動障害、言語障害、感覚障害等の後遺症が残ることがあります。
- 脳梗塞の後遺症によって、寝たきりになると、筋萎縮・筋力低下、関節拘縮、肺炎、褥瘡、抑うつ等の症状があらわれる廃用症候群が起こります。
- 廃用症候群の発生を防止するためには、早期からのリハビリテーションが重要になります。そして、日常生活の自立と早期の社会復帰につなげていくことが求められます。

#### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

病院間のばらつきを踏まえ、自病院の改善を図る余地がどの程度あるかを示すため。

#### 【考察】

本指標では、ばらつきが認められており、また開始率が50%を下回っている病院もあることから、各病院において段階的に開始率が向上できる目標を設定し、そのための取り組みが行われるように働きかけをしていくことが必要と考えている。

#### ■【臨床指標等の値】

【表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

病院名	分母	分子	開始率(%)	病院名	分母	分子	開始率(%)
仙台医療センター	87	69	79.3	米子医療センター	37	32	86.5
水戸医療センター	33	24	72.7	浜田医療センター	37	35	94.6
高崎総合医療センター	12	8	66.7	岡山医療センター	33	20	60.6
埼玉病院	38	17	44.7	呉医療センター	82	73	89.0
千葉医療センター	23	8	34.8	東広島医療センター	43	32	74.4
東京医療センター	68	16	23.5	岩国医療センター	98	92	93.9
災害医療センター	64	31	48.4	関門医療センター	33	29	87.9
横浜医療センター	56	41	73.2	福岡東医療センター	40	35	87.5
金沢医療センター	24	16	66.7	九州医療センター	133	126	94.7
長野病院	18	16	88.9	嬉野医療センター	44	40	90.9
静岡医療センター	25	22	88.0	長崎医療センター	40	25	62.5
名古屋医療センター	123	117	95.1	長崎川棚医療センター	23	14	60.9
三重中央医療センター	38	16	42.1	熊本医療センター	70	41	58.6
京都医療センター	20	17	85.0	別府医療センター	37	32	86.5
舞鶴医療センター	57	37	64.9	鹿児島医療センター	71	61	85.9
大阪医療センター	38	19	50.0				
大阪南医療センター	35	26	74.3	病院ごとの開始率の平均値、標準偏差、中央値			
姫路医療センター	64	60	93.8	平均値	病院数35施設		72.8
神戸医療センター	12	9	75.0	標準偏差	病院数35施設		18.9
南和歌山医療センター	58	38	65.5	中央値	病院数35施設		74.4
							*分母が10症例未満の病院数: 10

## 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【表2】

### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 脳卒中は、脳の血管が血栓で詰まったり（脳梗塞）、破裂して出血したり（脳出血）して、脳組織が壊死する病気です。
- 脳卒中のタイプに応じて、治療方法は異なります。
- CT撮影やMRI撮影を実施することで、脳出血と脳梗塞を見分けることができ、また脳組織の壊死の状態等についても把握することができます。
- 適切な治療に向け、「CT撮影」あるいは「MRI撮影」を実施し、迅速かつ正確な診断を行うことが重要になります。そこで、「CT撮影」あるいは「MRI撮影」を早急に行うことが求められます。

### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

病院間のばらつきを踏まえ、自病院の改善を図る余地がどの程度あるかを示すため。

### 【考察】

本指標では大きなばらつきは認められておらず、施行率の平均値は約95%と高かった。一部の病院では、改善を図れる余地があり、今後フォローしていく必要があると考える。

### ■ 【臨床指標等の値】

【表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

病院名	分母	分子	施行率(%)	病院名	分母	分子	施行率(%)
旭川医療センター	13	10	76.9	南和歌山医療センター	110	105	95.5
仙台医療センター	122	120	98.4	米子医療センター	52	48	92.3
水戸医療センター	65	63	96.9	浜田医療センター	70	68	97.1
高崎総合医療センター	90	88	97.8	岡山医療センター	74	71	95.9
埼玉病院	70	69	98.6	呉医療センター	108	108	100.0
西埼玉中央病院	32	30	93.8	東広島医療センター	78	75	96.2
千葉医療センター	81	80	98.8	岩国医療センター	134	134	100.0
東京医療センター	115	111	96.5	関門医療センター	51	49	96.1
災害医療センター	101	99	98.0	福岡東医療センター	60	57	95.0
横浜医療センター	81	69	85.2	九州医療センター	166	159	95.8
金沢医療センター	49	47	95.9	嬉野医療センター	60	59	98.3
長野病院	31	30	96.8	長崎医療センター	54	52	96.3
静岡医療センター	53	52	98.1	長崎川棚医療センター	52	51	98.1
名古屋医療センター	185	182	98.4	熊本医療センター	123	122	99.2
三重中央医療センター	71	67	94.4	別府医療センター	54	52	96.3
京都医療センター	30	29	96.7	鹿児島医療センター	109	94	86.2
舞鶴医療センター	88	83	94.3				
大阪医療センター	93	90	96.8	病院ごとの施行率の平均値、標準偏差、中央値			
大阪南医療センター	69	67	97.1	平均値	病院数37施設		94.9
姫路医療センター	86	82	95.3	標準偏差	病院数37施設		6.5
神戸医療センター	21	14	66.7	中央値	病院数37施設		96.5
				*分母が10症例未満の病院数:8			

### 3. 急性脳梗塞患者における入院死亡率【表3】

#### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

#### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 脳梗塞を早期に診断し、24時間体制で迅速かつ適切に脳梗塞の治療を行うことにより、死亡率の低下につなげることができます。
- 急性脳梗塞患者における入院死亡率の評価に基づき、今後の治療体制等の改善を図ることが求められます。
- ただし、本指標の測定結果は、患者さんの年齢や基礎疾患等を踏まえた重症度については補正していないことに留意する必要があります。

#### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

各病院の現状を把握するため。

#### 【考察】

本指標では統計的なリスク調整は行っておらず、年齢や併存疾患等による重症度は反映されていない。そこで、急性脳梗塞の臨床上的分類での死亡率を把握するのみにとどまっている。また、対象患者数によって割合の値は大きな影響を受ける。したがって、今回の結果のみでは、死亡率が高いか低いかといった評価を一概に行うことはできず、解釈には注意を要する。現段階では、匿名化を図ったが、今後は結果の解釈に注意を要する指標について、どのように取り扱い、公表するかといったことの検討が必要であると考えている。

本指標は病院名の匿名化を図ったことから、病院名が同定されないように分母分子の患者数の公表は差し控えた。

#### ■【臨床指標等の値】

【表3】 急性脳梗塞患者における入院死亡率

病院名	死亡率(%)	病院名	死亡率(%)
Hb1	0.00	Hb22	2.38
Hb2	2.67	Hb23	4.26
Hb3	0.00	Hb24	12.20
Hb4	1.67	Hb25	1.89
Hb5	0.00	Hb26	1.28
Hb6	3.45	Hb27	0.00
Hb7	3.92	Hb28	3.53
Hb8	3.61	Hb29	3.03
Hb9	0.00	Hb30	0.00
Hb10	1.72	Hb31	0.87
Hb11	0.00	Hb32	2.50
Hb12	0.00	Hb33	0.00
Hb13	3.85	Hb34	2.56
Hb14	2.10	Hb35	1.25
Hb15	1.96	Hb36	2.86
Hb16	5.00	Hb37	0.00
Hb17	4.48	Hb38	
Hb18	1.52	病院ごとの死亡率の平均値、標準偏差、中央値	
Hb19	0.00	平均値	病院数37施設 2.24
Hb20	3.03	標準偏差	病院数37施設 2.34
Hb21	5.26	中央値	病院数37施設 1.96

\*分母が10症例未満の病院数:8

#### 4. 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率【表4】

##### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

##### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 本指標では、アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルの処方率を診療報酬として請求しているかどうかによって把握しています。このため、病院によっては、患者さんの持参薬等の関係で新たな処方を必要としない場合、実際に医師が内服指示を出していても、分子で正しく把握されない場合があります。
- 急性心筋梗塞は、栄養分や酸素によって心臓の筋肉を養う「冠動脈」が動脈硬化によって細くなり、そこに血栓ができたり、またそこに他から運ばれた血栓が詰まってしまふことで、血液が完全に流れなくなり、心臓の筋肉の細胞が壊死してしまふ病気です。
- アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルは血栓形成を抑制する作用があります。そこで、心筋梗塞の再発を予防するために、これらの薬剤を投与することが求められます。
- アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルの処方の対象とならない患者さん（例：これらの薬剤に対してアレルギーがあった、冠動脈に高度狭窄は認められたが、血栓性梗塞なしの病態像であった等）が分母に含まれていることに留意する必要があります。

##### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

病院間のばらつきを踏まえ、自病院の改善を図る余地がどの程度あるかを示すため。

##### 【考察】

本指標では大きなばらつきは認められておらず、施行率の平均値は約92%であり、今後も維持していくことが必要と考えている。

##### ■ 【臨床指標等の値】

【表4】 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率

病院名	分母	分子	処方率(%)	病院名	分母	分子	処方率(%)
仙台医療センター	14	14	100.0	浜田医療センター	15	12	80.0
水戸医療センター	25	21	84.0	岡山医療センター	29	29	100.0
高崎総合医療センター	24	22	91.7	呉医療センター	17	16	94.1
埼玉病院	48	46	95.8	東広島医療センター	27	23	85.2
東京医療センター	50	47	94.0	岩国医療センター	29	28	96.6
災害医療センター	35	34	97.1	関門医療センター	12	10	83.3
横浜医療センター	24	23	95.8	福岡東医療センター	15	14	93.3
金沢医療センター	13	11	84.6	九州医療センター	36	35	97.2
長野病院	35	32	91.4	嬉野医療センター	22	19	86.4
静岡医療センター	53	50	94.3	長崎医療センター	24	23	95.8
名古屋医療センター	31	29	93.5	熊本医療センター	29	29	100.0
三重中央医療センター	24	23	95.8	別府医療センター	15	14	93.3
京都医療センター	25	23	92.0	鹿児島医療センター	46	42	91.3
大阪医療センター	10	9	90.0	病院ごとの処方率の平均値、標準偏差、中央値			
大阪南医療センター	22	20	90.9				
姫路医療センター	22	17	77.3				
神戸医療センター	14	14	100.0				
南和歌山医療センター	21	20	95.2	平均値	病院数31施設	92.3	
				標準偏差	病院数31施設	5.9	
				中央値	病院数31施設	93.5	

\*分母が10症例未満の病院数：14

**5. 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 【表5】**

**【公表日】**

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

**【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】**

- PCI（経皮的冠動脈インターベンション）は、心臓の「冠動脈」の狭窄あるいは閉塞してしまった病変に対して、カテーテルを使って治療する方法のことをいいます。
- PCIの成功率やPCI施行後の予後は、PCIに関わる手技や症例数、合併症発生時への対応、緊急にPCIを施行できる体制などが影響するといわれています。
- PCIによる死亡率を把握することで、体制等の整備を図り、死亡率を改善していくことが求められます。
- ただし、本指標の測定結果は、患者さんの年齢や基礎疾患等を踏まえた重症度については補正していないことに留意する必要があります。
- なお、本指標の分母に含まれる急性心筋梗塞は、入院時にKillip分類（心臓の機能分類）が「Ⅰ：心不全なし」あるいは「Ⅱ：軽度～中等度心不全」に該当したものを対象にしています。

**【協力病院ごとの数値を公表した理由】**

各病院の現状を把握するため。

**【考察】**

本指標では統計的なリスク調整は行っておらず、年齢や併存疾患等による重症度は反映されていない。また、本指標の死亡率は統計的有意差は認められていないものの、死亡率は「死亡患者数」を「分母の対象となる該当患者数」で除して算出しているため、分母が少ない病院で死亡患者が発生した場合には死亡率が見かけ上高くみえるということが発生する。このため、今回の結果のみでは、死亡率が高いか低いかといった評価を一概に行うことはできない。そこで、現段階では、匿名化を図ったが、今後は結果の解釈に注意を要する指標について、どのように取り扱い、公表するかといったことの検討が必要であると考えている

本指標は病院名の匿名化を図ったことから、病院名が同定されないように分母分子の患者数の公表は差し控えた。

**■ 【臨床指標等の値】**

**【表5】 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**

病院名	死亡率(%)	病院名	死亡率(%)
Hc1	0.00	Hc13	3.85
Hc2	2.78	Hc14	0.00
Hc3	4.55	Hc15	0.00
Hc4	3.03	Hc16	7.14
Hc5	3.85	Hc17	5.26
Hc6	0.00	Hc18	0.00
Hc7	0.00	Hc19	0.00
Hc8	3.70		
Hc9	0.00	病院ごとの死亡率の平均値、標準偏差、中央値	
Hc10	0.00	平均値 病院数19施設	2.64
Hc11	8.33	標準偏差 病院数19施設	2.94
Hc12	7.69	中央値 病院数19施設	2.78

\*分母が10症例未満の病院数: 26

## 6. 乳癌(ステージI)の患者に対する乳房温存手術の施行率

### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

■乳がん（ステージI：しこりは2cm以下、リンパ節転移なし）の治療法として、再発率や整容面・QOLの視点から、乳房温存療法が推奨されています。正確な乳癌の診断のもとに乳房温存手術を行うことが求められます。

■乳房温存療法は、乳房温存手術と温存乳房への術後放射線療法からなります。乳房温存手術施行後に、手術施行病院以外で、放射線療法を受けることがあります。このため、本指標では、各病院で把握可能な乳房温存手術の施行率のみを対象としています。

■なお、乳がん（ステージI）の患者であっても、乳房温存療法の適応外となる病態や状態等があることに留意する必要があります。

### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

各病院の現状を把握するため

### 【考察】

本指標はDPCデータから把握を行っていることから、乳房温存療法を検討したものの、種々の理由から施行できなかった症例については把握ができていない。今回、測定対象となった病院においては、こういった症例がどの程度分母に含まれているかを考慮した上で評価を行うことが必要と考えている。

### ■【臨床指標等の値】

【表6】乳癌(ステージI)の患者に対する乳房温存手術の施行率

病院名	分母	分子	施行率(%)	病院名	分母	分子	施行率(%)
仙台医療センター	14	13	92.9	東広島医療センター	17	14	82.4
水戸医療センター	32	23	71.9	岩国医療センター	12	7	58.3
高崎総合医療センター	23	22	95.7	四国がんセンター	80	51	63.8
千葉医療センター	10	10	100.0	福岡東医療センター	10	10	100.0
東京医療センター	53	45	84.9	九州がんセンター	65	44	67.7
名古屋医療センター	25	17	68.0	九州医療センター	17	15	88.2
京都医療センター	11	7	63.6	長崎医療センター	28	25	89.3
大阪医療センター	55	32	58.2	別府医療センター	15	8	53.3
姫路医療センター	12	9	75.0	病院ごとの施行率の平均値、標準偏差、中央値			
南和歌山医療センター	10	9	90.0				
米子医療センター	11	8	72.7	平均値	病院数21施設	78.7	
呉医療センター	18	17	94.4	標準偏差	病院数21施設	14.7	
福山医療センター	39	32	82.1	中央値	病院数21施設	82.1	
*分母が10症例未満の病院数:24							

## 7. 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術後3日以内および7日以内の中止率【表7】

### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

**【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】**

- 抗菌薬の予防的投与により、術後の感染症の発生率を低下させることができます。
- ただし、長期間にわたる予防的抗菌薬投与は、抗菌薬耐性菌による感染症の誘発につながります。
- このため、予防的抗菌薬の投与期間として、少なくとも術後3日以内に中止することが求められます。
- 分母には、予防的抗菌薬が投与された患者さんのうち、術後に感染症を発症した患者さんも含まれます。術後感染症の治療のために、予防的抗菌薬を他の抗菌薬に切り替え、継続的に投与された患者さんは、分子としてカウントしていません。

**【協力病院ごとの数値を公表した理由】**

病院間のばらつきを踏まえ、自病院の改善を図る余地がどの程度あるかを示すため。

**【考察】**

3日以内の中止率は65%、4日～7日間の間の抗菌薬の中止率は98%となっており、抗菌薬の適正使用に向けて改善を図る余地があると考えられる。今後の取り組みとして、クリティカルパス等を通じて、抗菌薬の中止に係る診療プロセスの標準化を図っていくことが重要と考えている。

**■ 【臨床指標等の値】**

**【表7】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術後3日以内および7日以内の中止率**

病院名	分母	分子(3日以内)	分子(7日以内)	3日以内:中止率(%)	7日以内:中止率(%)	病院名	分母	分子(3日以内)	分子(7日以内)	3日以内:中止率(%)	7日以内:中止率(%)
仙台医療センター	13	13	13	100.0	100.0	南和歌山医療センター	12	8	12	66.7	100.0
水戸医療センター	30	0	30	0.0	100.0	岡山医療センター	136	133	133	97.8	97.8
埼玉病院	51	37	49	72.5	96.1	呉医療センター	53	52	53	98.1	100.0
西埼玉中央病院	26	0	26	0.0	100.0	福山医療センター	66	62	64	93.9	97.0
千葉医療センター	27	0	23	0.0	85.2	東広島医療センター	16	0	15	0.0	93.8
東京医療センター	39	36	38	92.3	97.4	関門医療センター	20	14	19	70.0	95.0
災害医療センター	16	12	16	75.0	100.0	善通寺病院	10	0	10	0.0	100.0
横浜医療センター	24	23	24	95.8	100.0	九州医療センター	123	104	120	84.6	97.6
金沢医療センター	25	21	25	84.0	100.0	嬉野医療センター	58	53	57	91.4	98.3
長野病院	11	11	11	100.0	100.0	長崎医療センター	79	79	79	100.0	100.0
静岡医療センター	15	9	14	60.0	93.3	熊本医療センター	80	76	78	95.0	97.5
名古屋医療センター	128	123	126	96.1	98.4	別府医療センター	17	17	17	100.0	100.0
三重中央医療センター	68	66	68	97.1	100.0	病院ごとの中止率の平均値、標準偏差、中央値				3日以内	7日以内
大阪医療センター	74	36	73	48.6	98.6	平均値				65.0	98.0
大阪南医療センター	81	0	80	0.0	98.8	標準偏差				40.4	3.2
姫路医療センター	14	0	14	0.0	100.0	中央値				84.3	99.4

\*分母が10症例未満の病院数:17

**8. 人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーション開始率【表8】**

**【公表日】**

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

**【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】**

- 人工膝関節全置換術後の過度な安静は、廃用症候群を引き起こす原因となります。このため、早期にリハビリテーションを開始し、廃用症候群を予防していくことが重要になります。
- また、人工膝関節全置換術後、早期にリハビリテーションを開始することで、下肢への静脈うっ滞を減少させ、深部静脈血栓症の発生頻度を低下させることにもつながります。

- さらに、早期退院に向けて、早期にリハビリテーションを開始することが求められます。
- 施設の体制によっては、理学療法士または作業療法士による本格的なリハビリテーションの開始日が休日に該当した場合、リハビリテーションの開始が1日遅れる場合があります。

### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

病院間のばらつきを踏まえ、自病院の改善を図る余地がどの程度あるかを示すため。

### 【考察】

本指標では大きなばらつきは認められておらず、施行率の平均値は約95%であり、今後も維持していくことが必要と考えている。なお、70%台、80%台の病院については改善を図る余地があると思われる。

### ■ 【臨床指標等の値】

【表8】 人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーション開始率

病院名	分母	分子	開始率(%)	病院名	分母	分子	開始率(%)
西埼玉中央病院	14	14	100.0	福山医療センター	21	21	100.0
東京医療センター	20	20	100.0	九州医療センター	40	36	90.0
金沢医療センター	14	13	92.9	嬉野医療センター	27	23	85.2
名古屋医療センター	55	55	100.0	長崎医療センター	23	23	100.0
三重中央医療センター	25	25	100.0	熊本医療センター	26	26	100.0
大阪医療センター	79	73	92.4	病院ごとの開始率の平均値、標準偏差、中央値			
大阪南医療センター	23	23	100.0	平均値	病院数14施設	94.8	
岡山医療センター	72	53	73.6	標準偏差	病院数14施設	7.8	
呉医療センター	39	37	94.9	中央値	病院数14施設	100.0	

\*分母が10症例未満の病院数:31

## 9. 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【表9】

### 【公表日】

平成23年4月14日（平成22年7月～12月の6か月分）

### 【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 出血性消化性潰瘍に対する内視鏡的治療は、持続・再出血、緊急手術への移行の予防につながります。
- ただし、出血の程度や状態によって、しばしば、内視鏡的治療は施行せず、安静療法等で様子を見る場合もあります。

### 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

各病院の現状を把握するため

### 【考察】

診療ガイドラインでは、強く推奨される診療行為となっているが、50%を下回る病院もあった。本指標はDPCデータから把握を行い、分母の把握対象は各病院が入力した疾病コードに依存していることから、本当に临床上、内視鏡的治療が必要な症例であったかどうかまでの確認がとれていない。データの精度も含めて、指標としての妥当性を検討していくことが必要である。

■【臨床指標等の値】

【表9】 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

病院名	分母	分子	施行率(%)
水戸医療センター	13	11	84.6
高崎総合医療センター	21	14	66.7
埼玉病院	17	11	64.7
千葉医療センター	14	5	35.7
災害医療センター	35	30	85.7
名古屋医療センター	13	13	100.0
三重中央医療センター	10	10	100.0
京都医療センター	10	5	50.0
浜田医療センター	14	12	85.7
岩国医療センター	29	20	69.0
関門医療センター	24	14	58.3
福岡東医療センター	17	10	58.8
九州医療センター	10	4	40.0
長崎医療センター	14	12	85.7
熊本医療センター	40	24	60.0
病院ごとの施行率の平均値、標準偏差、中央値			
平均値	病院数15施設		69.7
標準偏差	病院数15施設		20.1
中央値	病院数15施設		66.7

\*分母が10症例未満の病院数: 29

◎患者満足度指標

1. 入院患者における総合満足度【表1】

【公表日】

平成23年4月14日（平成22年11月1日～30日の1カ月間の退院患者が対象。）

【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】

- 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。
- 平成22年11月1日～30日の1ヶ月間の退院患者が対象。
- 有効回答とは、患者さんから返答して頂いたアンケート用紙のうち、10の測定項目全てに回答されていたものを指します。
- 入院患者における満足度の測定項目
  - 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

**【協力病院ごとの数値を公表した理由】**

病院間のばらつきを踏まえ、自病院の改善を図る余地がどの程度あるかを示すため。

**【考察】**

総合満足度が高い病院についての取り組みを参考にしながら、自病院における入院患者満足度の向上に向けた方策の検討を行えるのではないかと考える。

**■【臨床指標等の値】**

**【表1】 入院患者における総合満足度**

	有効回答数	平均値	標準偏差	中央値		有効回答数	平均値	標準偏差	中央値
旭川医療センター	59	44.5	7.0	48.0	米子医療センター	82	46.2	5.1	48.5
仙台医療センター	394	45.4	6.0	48.0	浜田医療センター	124	45.1	6.7	48.5
水戸医療センター	253	46.5	5.6	50.0	岡山医療センター	462	46.1	5.7	49.0
高崎総合医療センター	198	45.4	6.4	48.5	呉医療センター	410	45.1	6.2	49.0
埼玉病院	319	45.2	6.7	48.0	福山医療センター	260	45.6	5.5	48.0
西埼玉中央病院	161	45.4	6.2	48.0	東広島医療センター	180	45.8	5.8	49.0
千葉医療センター	244	46.1	5.8	49.0	岩国医療センター	284	44.7	6.6	48.0
東京医療センター	471	45.6	5.9	49.0	関門医療センター	285	45.1	6.7	49.0
災害医療センター	185	45.0	7.3	48.0	高松医療センター	38	46.0	5.4	48.5
横浜医療センター	252	44.2	7.3	48.0	香川小児病院	42	46.5	6.6	49.0
金沢医療センター	190	44.9	6.0	47.0	普通寺病院	114	44.2	6.9	47.5
甲府病院	90	46.0	6.3	49.0	四国がんセンター	305	46.5	5.1	49.0
長野病院	111	44.8	7.3	48.0	福岡東医療センター	168	46.5	4.9	49.0
静岡医療センター	132	44.9	6.4	48.0	九州がんセンター	373	43.3	7.0	45.0
名古屋医療センター	283	44.9	6.8	48.0	九州医療センター	421	45.8	5.9	49.0
三重中央医療センター	197	44.9	6.8	49.0	小倉医療センター	361	46.1	5.7	49.0
京都医療センター	417	46.0	6.1	49.0	壱野医療センター	288	45.7	5.9	49.0
舞鶴医療センター	85	44.9	6.5	47.0	長崎医療センター	349	46.6	5.1	49.0
大阪医療センター	461	46.3	5.8	49.0	長崎川棚医療センター	65	45.8	5.8	49.0
大阪南医療センター	298	45.8	6.0	49.0	熊本医療センター	234	45.6	6.5	49.0
姫路医療センター	255	45.8	5.8	49.0	別府医療センター	237	45.7	6.3	49.0
神戸医療センター	216	45.4	6.3	48.0	鹿児島医療センター	257	47.9	3.9	50.0
南和歌山医療センター	142	45.8	6.1	49.0	病院全体	10752	45.6	6.1	49.0

**2. 外来患者における総合満足度【表2】**

**【公表日】**

平成23年4月14日（平成22年11月1日～12日の任意の2日間に外来を受診した患者が対象）

**【公表の際の臨床指標の説明、注意事項等（実際の公表資料から転記）】**

- 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。
- 平成22年11月1日～12日の任意の2日間に外来を受診した患者が対象。
- 有効回答とは、患者さんから返答して頂いたアンケート用紙のうち、10の測定項目全てに回答されていたものを指します。
- 外来患者における満足度の測定項目
  - 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

## 【協力病院ごとの数値を公表した理由】

病院間のばらつきを踏まえ、自病院の改善を図る余地がどの程度あるかを示すため。

## 【考察】

総合満足度が高い病院についての取り組みを参考にしながら、自病院における入院患者満足度の向上に向けた方策の検討を行えるのではないかと考える。

## ■【臨床指標等の値】

【表2】 外来患者における総合満足度

	度数	平均値	標準偏差	中央値		度数	平均値	標準偏差	中央値
旭川医療センター	180	41.2	7.8	40.5	米子医療センター	111	39.5	7.5	39.0
仙台医療センター	470	42.6	7.5	44.0	浜田医療センター	376	41.6	8.0	43.0
水戸医療センター	456	42.9	7.9	46.0	岡山医療センター	450	43.7	7.3	46.0
高崎総合医療センター	284	40.0	8.2	40.0	呉医療センター	582	41.4	8.1	42.0
埼玉病院	638	41.3	7.6	41.0	福山医療センター	144	40.7	6.9	41.0
西埼玉中央病院	367	38.1	8.0	39.0	東広島医療センター	380	39.6	7.8	40.0
千葉医療センター	487	40.5	7.6	40.0	岩国医療センター	493	40.7	7.8	40.0
東京医療センター	851	41.1	7.7	41.0	関門医療センター	370	43.1	7.6	46.0
災害医療センター	579	41.2	7.6	41.0	高松医療センター	77	43.0	6.6	44.0
横浜医療センター	455	40.1	8.2	40.0	香川小児病院	75	42.8	7.5	43.0
金沢医療センター	416	40.8	7.5	40.0	善通寺病院	169	39.6	8.3	40.0
甲府病院	159	41.5	7.8	42.0	四国がんセンター	303	43.2	6.8	45.0
長野病院	293	38.3	8.4	39.0	福岡東医療センター	201	40.7	8.2	40.0
静岡医療センター	304	40.2	7.8	40.0	九州がんセンター	276	41.4	7.7	42.0
名古屋医療センター	493	40.7	8.4	42.0	九州医療センター	616	42.1	7.3	43.0
三重中央医療センター	333	40.2	7.6	40.0	小倉医療センター	194	38.4	8.3	39.0
京都医療センター	694	41.1	7.8	41.0	塘野医療センター	175	39.8	7.6	40.0
舞鶴医療センター	238	39.2	8.4	40.0	長崎医療センター	479	41.4	8.0	42.0
大阪医療センター	437	42.8	7.2	44.0	長崎川棚医療センター	95	40.4	7.7	40.0
大阪南医療センター	535	41.0	8.0	42.0	熊本医療センター	251	42.1	7.5	43.0
姫路医療センター	360	41.5	7.6	41.0	別府医療センター	270	40.2	7.7	40.0
神戸医療センター	225	40.0	8.0	40.0	鹿児島医療センター	162	43.4	7.4	46.0
南和歌山医療センター	196	42.5	7.4	44.0	全体	15699	41.2	7.8	41.0

### ④ 団体から協力病院に対して、及び協力病院内における現場の職員に対する評価結果等のフィードバックの方法や頻度

本事業の対象病院に対し、第1回目のフィードバックとして、本事業の結果をまとめた冊子の配布を行った。今後は1年ごとに結果をまとめ、経時的な変化とともに結果をフィードバックする予定である。

### ⑤ 臨床指標等の公表の方法（団体のホームページ上の専用のページ開設等）

国立病院機構本部のHP上に本事業の結果および計測マニュアルのPDFをダウンロードすることができるページを設けて公表を行った。現場の職員に対するフィードバックの具体的方法については、今後検討を行っていく予定である。

### ⑥ 交付決定時及び中間評価時における評価会議の構成員からのコメントへの対応状況（中間報告の際に既に対応している場合であっても、その対応状況を再度記載）

1. 構成員からのコメント：「当初の事業計画、中間報告書のいずれをみても、院内で完結する指標ばかりで地域連携に関する指標が見受けられない。地域医療にあって、国立病院には中核的な役割も期待されているところである。患者の紹介・逆紹介、地域連携パス、共同利用の実施など、地域連携に関する指標（プロセス、アウトカム）も今後検討する必要があるのではないか。」

○ 国立病院機構においては、診療・ケアの質の評価を行うことができる診療・ケア行為そのものに係わるプロセス指標とアウトカム指標を臨床評価指標と定義している。このため、ご提示のあった「患者の紹介・逆紹介、地域連携パス、共同利用の

実施」は、指標ではなく、病院機能に係わる指標として、別途、診療機能分析の形態で各病院にフィードバックを行う方針としている。このため、本推進事業では取り扱っていない。

2. 構成員からのコメント：「DPCデータを用いるのであれば、再入院率、転院先の地域の医療機関・在宅からの緊急搬送率等についても、指標として取り上げるべきではないか。」

○再入院率は、他の病院へ再入院した場合にはそのデータは把握できずに評価が不可能であることから、指標としては取り扱わないこととしている。

○国立病院機構では、原則、DPCデータやレセプトデータといった二次データを活用することを基本としている。「転院先の地域の医療機関・在宅からの緊急搬送」患者については、DPCデータの様式1のみからでは把握することはできない。このため、今回は取り扱わないこととしている。

3. 構成員からのコメント：「構成病院は、地域で求められている役割、診療科数、病床数、在院日数、客体数に大きな違いがあり、各指標も異なることが予想される。従前は平均値を公表してきたとのことであるが、今後、病院ごとの指標を公表するに当たっては、マスコミ、国民、医療関係者等に誤解や混乱を招来しないよう配慮していただきたい。」

○今回、病院間で発生する病院の機能・構造的な違いをできる限りそろえるために、対象病院はDPC対象病院としている。また、分母の症例数が半年間で10症例未満の病院については、公表対象から除外する配慮を行っている。また、病院ごとの数値を公表するに際し、指標の解釈方法に説明を行うようにした。特に死亡率に関する指標については、算出した数値が高いか低いかだけで一概に評価を行うことは困難であり、解釈には注意を要することから、病院名については匿名化を図り（数値の解釈に注意を要するため）、マスコミ、国民、医療関係者等に誤解や混乱を招かないように配慮した。

4. 構成員からのコメント：「データの公表の際には、リスク調整の方法及び患者満足度の調査票については、出来る限り詳細に開示されたい。」

○当初の計画に示した通り、リスク調整方法は計測マニュアルに全て記載し、公表している。また今回の患者満足度の全項目名および計測の仕方についても開示を行っている。

5. 構成員からのコメント：「本事業の目的は、医療の質の向上を推進することである。個々の病院の広告、国による医療費の管理や医療費削減は目的ではない。また、参加病院の多くは、地域で中核的な役割を担っていると思われるが、重症患者の受入れや高度専門的な医療の提供など、地域の医療機関との役割分担と連携の視点が必要である。これらを踏まえたうえで、今後の事業遂行に臨みたい。」

○従来から国立病院が実施している臨床評価指標事業は、医療の質の向上を目的としており、個々の病院の広告、国による医療費の管理や医療費削減といった目的は、今回の事業において一切掲げてはいない。

○地域の医療機関との役割分担と連携の視点については、国立病院機構が別途実施している診療機能分析において、実施していく予定である。

⑦当初の事業計画からの変更点及びその理由（例：臨床指標の変更、臨床指標の計算方法の変更等）

### ◎1. 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策実施率

#### 【変更前】

- 分子：分母のうち、「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」が算定された患者数
- 分母：75歳以上のすべての退院患者数

#### 【変更後】

◆DPCデータから抽出する場合

- 分子：分母のうち、「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」が算定された患者数
- 分母：入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者（75歳以上）の在院患者延べ数

\*褥瘡発生リスクの該当有は、「栄養失調有」「関節拘縮有」「浮腫有」「日常生活動作の移乗や平地歩行で全介助」のうちいずれか一つ以上該当するものとした。

◆カルテ等から抽出する場合

- 分子：褥瘡のリスクアセスメントが行われ、それに応じて何らかの褥瘡対策が実施された患者数
- 分母：入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者（75歳以上）の在院患者延べ数

\*褥瘡発生リスクの該当有は、「栄養失調有」「関節拘縮有」「浮腫有」「日常生活動作の移乗や平地歩行で全介助」のうちいずれか一つ以上該当するものとした。

\*\*ただし、分子の情報把握は、病院によってカルテ上に記載された情報や褥瘡対策の診療計画だけに依存せざる得ない状況とばらつきがあり、一定・共通の条件のもとでの把握までは行えていない。

#### 【理由】

DPCデータでの抽出を当初、予定していたが、加算の算定漏れや算定不備により、実際の実施率の把握が困難であったため、カルテ等からの実施率を把握する指標も加えた。分母については、「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」の対象となる患者に絞り込んだ方が、結果として活用しやすいことが考えられたため、「入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者（75歳以上）」に対象を変更した。なお、分母はより実態が反映されるように在院患者延べ数とした。

### ◎2. 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

#### 【変更前】

- 分子：分母のうち、褥瘡対策に関する治療計画書において、NPUAPの分類にてStage II以上、もしくはDESIGN評価表でd2以上と判定された院内の新規発生の褥瘡を有する患者
- 分母：75歳以上のすべての退院患者数

#### 【変更値】

- 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Stage II以上、もしくはDESIGN評価表でd2以上と判定された院内の新規発生の褥瘡を有する患者

○分母：入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者（75歳以上）数

\*褥瘡発生リスクの該当有は、「栄養失調有」「関節拘縮有」「浮腫有」「日常生活動作の移乗や平地歩行で全介助」のうちいずれか一つ以上該当するものとした。

**【理由】**

分母について、「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」の対象となる患者に絞り込んだ方が、結果として活用しやすいことが考えられたため、「入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者（75歳以上）」に対象を変更した。なお、分母はより実態が反映されるように在院患者延べ数とした。

**◎3. 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**

**【変更前】**

○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」で、「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。

**【変更後】**

○分子：分母のうち、入院してから4日以内にリハビリテーションが開始された患者数

○分母：急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者のうち、「脳血管疾患等リハビリテーション料」が算定されていた退院患者数

**【理由】**理学療法士や作業療法士といった専門家によるリハビリテーションが必要とされる患者に絞り込むため、分母を「急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者のうち、「脳血管疾患等リハビリテーション料」が算定されていた退院患者数」に変更を行った。

**◎4. 急性心筋梗塞患者に対する退院時のアスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率**

**【変更前】**

○分子：分母のうち、退院時処方でアスピリン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

**【変更後】**

○分子：分母のうち、退院時処方でアスピリンあるい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

**【理由】**アスピリンと同様に、硫酸クロピドグレルも急性心筋梗塞患者に対する二次予防に使用されているため、追加を行った。

◎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術後3日以内および7日以内の中止率

【変更前】

- 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日以内に同一名称の抗菌薬投与が中止された患者数
- 分母：「K082：人工関節置換術」「K082-3：人工関節再置換術」「K081：人工骨頭挿入術」を施行した退院患者数  
ただし、以下の場合を除外する。

- ・入院時発症疾患名に「術後創部感染(T814)」が記載されている患者。
- ・手術当日から数えて3日以内に当初の抗菌薬とは異なる種類の抗菌薬に変更されている患者。

【変更後】

- 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日以内および7日以内に中止された患者数
- 分母：「K082：人工関節置換術」「K082-3：人工関節再置換術」「K081：人工骨頭挿入術」を施行した退院患者数（ただし、予定入院患者に限る）  
ただし、以下の場合を除外する。  
術後、2日以内に退院（転院）

【理由】術後の抗菌薬の投与期間の実態とばらつきをより具体的に提示するために、7日以内に中止された患者数についても把握を行うように変更した。

◎その他

【変更点】

「初診糖尿病患者における眼底検査あるいは眼底カメラの施行率」と「喘息患者のピークフロー測定率」の2指標について、評価・公表の対象から除外。

【理由】

領域別の指標で測定と予定していた外来診療の指標である「初診糖尿病患者における眼底検査あるいは眼底カメラの施行率」、「喘息患者のピークフロー測定率」に関して、平成22年7月1日～10月31日に外来を受診した患者のデータを使用し、算出を行い、その結果について各対象病院に確認を求めた。その結果、実際の臨床上で診ている患者数と今回算出した分母の患者数のデータの乖離等があり、算出結果の妥当性を保証することができなかった。一つの理由として、両指標の測定対象となる患者をレセプトに示された傷病名から適切に把握できていないのではないかとということが考えられた。このため、今回、この外来の2指標については評価・公表の対象から除外することとした。

3. 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向上のために開始された取組や運動（公開可能であれば、取組等を実施した個別病院名を記載して差し支えありません。取組等が多数の場合には、別添として資料を添付し、以下の欄には、その主なものを記載）

①各協力病院での取組等

・病院内で職員に向けて本計測結果を周知させるような情報発信の機会や会議を開催する協力病院があった。例えば、管理・診療会議において臨床評価指標について報告がされ、院内掲示板により全職員が閲覧できる環境を整え活用を促した。その他、院内の全職員へ結果をメールで配信し、各部門の業務に活用してもらうよう周知を行った病院もあった。

<p>・指標の中で達成率の低いものについて、例えば、肺血栓塞栓症発症のリスクレベル「中」以上の手術を実施の場合、クリティカルパスの中に設定し、遵守を促す取組をはじめた。また、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が他施設と比較して低かった施設では、改善策を検討し、会議等で周知を図った。</p>
<p>② 団体全体での取組等</p> <p>・現在、平成23年4月～8月の退院患者を対象とし、集計を行い、改善等が見られたかどうかを確認し、国立病院機構本部の方から必要に応じて病院にフィードバックすることを検討中。</p>

#### 4. 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（左記に記載したものと対応させて記載してください。上記3. で記載しなかった、今回の事業参画以前から実施していた取組等も含めて記載して構いません。）
① 医療の質の向上について（診療プロセスの適正化、臨床指標等の改善等）	<p>・公表結果を踏まえて、現在、質向上に向けた取組を開始し始めたばかりであり、効果を検証するまでには至っていない。</p>	<p>（職員の意識向上による、とだけ記載するのではなく、意識向上により取り組み始めた事項等を踏み込んで記載してください。）</p> <p>—</p>
② 職員の意識向上について	<p>・国立病院機構全体の質の底上げが図られるように職員が一丸となって医療の質の向上に努めることが重要であるという使命感を職員が持つことにつながった。</p> <p>・施行率が低いものについては、原因を分析し、改善につなげることができる対策を講じることの重要性を職員が意識するようになった。</p>	<p>・院内の会議や職員メール等で、自院の結果を職員にフィードバック。</p>
③ 外部（患者等）の反応について	<p>・現時点では、外部（患者等）の反応については確認できてない。ただし、協力病院の中には、国立病院機構本部のHPだけでなく、自院のHPでも本結果を公開し、一般市民・患者に向けて情報提供を行いたいと考えている病院もある。今後、一般市民・患者からの反応について把握を検討したいと考えている。</p>	—
④ その他の効果等（上記①～③に当てはまらない、当初予想していなかった副次的な効果等）	<p>・参加病院の中には、低い実施率を招いた原因を精査し、算定漏れをなくしたり、DPCデータの入力精度をあげるといったような取り組みを開始する病院もあった。</p>	—

5. 評価・公表等に当たっての問題点・課題及びその解決策（可能な限り具体的に記載。特に問題点がなかった場合には「特になし」と記載。特定の臨床指標についての問題点等を記載する場合には、当該臨床指標名を明示。）

(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	（各協力病院への説明、調査票等の策定、データ収集様式の確定に関するもの等） 特になし	—
データ収集段階	（収集頻度や収集方法に関するもの等） ・国立病院機構では、各病院から DPC データやレセプトデータといった二次データを収集するためのシステムとして、NH0（National Hospital Organization）診療情報データベースを整備し、平成 22 年 10 月より、このシステムの稼働を開始している。このシステムを通じてデータ提出をする際は、患者 ID の匿名化を図らなければならないが、病院側が適切に匿名化を図ることができなかつたため、本部ではデータ確認に時間を要し、病院側にはデータの再提出作業が発生した。	・匿名化方法及び匿名化を図るための規定に関して、病院に周知徹底を行う。
データ分析段階	【分析の方法や作業時間に関するもの等】特になし	—
リスク調整段階	（リスク調整法の検討や調整方法等） ・標準化死亡比は DPC データを用いて算出しており、DPC データに含まれたデータ項目の限界により、ターミナル患者や DNR（Do Not Resuscitate：蘇生拒否）の患者を考慮したリスク調整までは行えていない。 ・「急性脳梗塞患者における入院死亡率」および「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」についてはリスク調整を行えていない。	・今後、患者の死亡率に影響を与えるターミナル患者の把握方法等について、検討していく。 ・「急性脳梗塞患者における入院死亡率」および「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」に係るリスク調整手法について検討を行っていく。
臨床指標評価検討委員会等での評価段階	（外れ値や分布の確認に関するもの等） ・特になし	—

臨床指標 公表段階	(公表に当たっての各協力病院への アナウンスや数値確認に関するもの 等) ・特になし	—
臨床指標 公表後	(公表後の問合せへの対応や公表後 の修正に関するもの等) ・公表を開始したばかりであり、現時 点ではなし	—
その他	(全体を通じた課題や、当初予想して いなかった副次的な問題点、継続 的に実施するに当たって課題となり 得る課題等) ・今回、時間が限られており、DPC デ ータから抽出した結果が実際の値を 反映しているかどうかといった妥当 性確認までは実施することができな かった。 ・外来指標については、外来のレセプ トデータから抽出を試みたが、デー タの精度の問題から指標としての活 用は困難であった。	・今回、DPCデータから抽出した結果 を、数病院でのランダムなカルテレ ビュー等を通じて把握した数値と 比較し、妥当性の検証を行う。 ・外来指標については、レセプトデ ータの精度を考慮しながら、指標と して活用可能なものを検討してい く。

(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)

	問題点・課題	改善策
準備段階	(各協力病院への説明、調査票等の 策定、データ収集様式の確定に関す るもの等) 【参加病院への説明】 ・今年度事業として短期間で開始し なければならなかったため、全対象 病院に当該事業の概要・協力内容等 について、十分に周知するための時 間を確保することが困難であった。 特に各病院の現場担当者に対して は、説明文書を送り、病院から照会 があれば回答するという対応にとど まった。このため、実際にデータ収 集を開始し、中間集計結果をフィード バックした際に、再度、本事業の 詳細な説明などを行うことが発生し た。	・参加病院側が適切な理解の下、協 力しやすいように、事前の説明会等 の開催を検討。
データ収 集段階	(収集頻度や収集方法に関するもの 等) ・参加病院は、このシステムを通じ て、毎月、二次データの提出を行っ ていることから、追加的なデータ収 集は、褥瘡の発生患者数と褥瘡対策 の実施の有無のみとなっていた。今 回は3月末の公表予定に向け、褥瘡	・褥瘡の発生患者数と褥瘡対策の実 施の有無の把握に関しては、現場の 負担を考慮し、提出スケジュールの 再検討を行う。

	<p>の発生患者数と褥瘡対策の実施の有無の把握に関して、「平成 22 年 7 月～10 月分」と「平成 22 年 11 月、12 月分」の 2 回に分け、データ提出を求めたが、スケジュールがタイトであったため、現場からは負担であるという声が聞かれた。</p>	
データ分析段階	<p>(分析の方法や作業時間に関するもの等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・計測期間を平成 22 年 7 月～12 月としたため、分析や作業時間が非常に限られており、データの妥当性検証を十分に行う時間を確保することができなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データの妥当性検証に要する期間を踏まえた上で、公表スケジュールを立案する。</li> </ul>
リスク調整段階	<p>(リスク調整法の検討や調整方法等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし</li> </ul>	—
臨床指標評価検討委員会等での評価段階	<p>(外れ値や分布の確認に関するもの等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし</li> </ul>	—
臨床指標公表段階	<p>(公表に当たっての各協力病院へのアナウンスや数値確認に関するもの等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今回、国立病院機構本部で DPC データから指標の算出を行ったため、各対象病院には算出した結果が、実際の値と、大きな乖離がある可能性がないかどうかといった表面的な妥当性について、「平成 22 年 7 月～10 月分」の 4 か月分の中間集計結果と「平成 22 年 7 月～12 月分」の 6 か月分の最終結果を対象として確認を依頼した。しかし、スケジュールの関係で、病院側で確認するための時間を十分に確保することが困難であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側で数値の妥当性を検討するために必要な時間はどの程度必要かを把握し、それを踏まえてスケジュールを立案する。</li> </ul>
臨床指標公表後	<p>(公表後の問合せへの対応や公表後の修正に関するもの等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公表を開始したばかりであり、現時点ではなし</li> </ul>	—
その他	<p>(全体を通じた課題や、当初予想していなかった副次的な問題点、継続的に実施するに当たって課題となり得る課題等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし</li> </ul>	—

(3) その他

	問題点・課題	改善策
準備段階	(各協力病院への説明、調査票等の策定、データ収集様式の確定に関するもの等) ・特になし	—
データ収集段階	(収集頻度や収集方法に関するもの等) ・特になし	—
データ分析段階	(分析の方法や作業時間に関するもの等) 特になし	—
リスク調整段階	(リスク調整法の検討や調整方法等) ・特になし	—
臨床指標評価検討委員会等での評価段階	(外れ値や分布の確認に関するもの等) ・特になし	—
臨床指標公表段階	(公表に当たっての各協力病院へのアナウンスや数値確認に関するもの等) ・特になし	—
臨床指標公表後	(公表後の問合せへの対応や公表後の修正に関するもの等) ・特になし	—
その他	(全体を通じた課題や、当初予想していなかった副次的な問題点、継続的に実施するに当たって課題となり得る課題等) ・特になし	—

6. 今後の予定 (可能な限り具体的に記載)

<p>①平成23年度の予定</p> <p>【評価・公表する臨床指標等の拡大の有無について (拡大する場合には、その具体的な指標名とともに、評価のみなのか、平均値を公表するのか、あるいは協力病院ごとの指標を公表するのかについて記載)】</p> <p>○国立病院機構では、医療の質の評価・公表等推進事業の開始以前に、従来から実施してきた臨床評価指標事業を見直し、約100指標を選定している (ただし、病院ごとの結果は内部公開する予定であるが、外部への公表については今後検討する方針)。この約100指標とともに、推進事業でとり扱った指標についても継続的に評価・公表を行っていく予定である。</p> <p>【評価・公表する対象病院の拡大の有無について (拡大する場合には、追加される対象病院の数等を記載)】</p> <p>○医療の質の評価・公表等推進事業では、対象をDPC対象病院のみに絞ったが、上記の約100指標については、指標の特性に応じてDPC準備・対象病院、非DPC病院といった</p>
---

病院機能を考慮し、国立病院機構に属する全144病院を対象に評価を行う予定である。

**【臨床指標等の改善に向けた取組】**

- 今回、医療の質の評価・公表等推進事業で取り扱った臨床指標については、妥当性検証等を通じて、必要に応じて定義や抽出条件の見直し等を行う予定である。

**【その他】**

- 現時点では、以下のスケジュールを予定している。  
平成23年10月：平成22年7月～平成22年12月のデータを用いた、約100指標の集計結果を内部・外部公開予定[ただし、外部公開の公表方法（平均値のみの公表等）については現在検討中]
- 医療の質の評価・公表等推進事業で取り扱った臨床指標を通じて、診療・ケア行為の改善につなげることができるように、さらに詳細な分析を行い、その結果を各対象病院にフィードバックすることを検討している（例：褥瘡の発生率に関しては、どのような属性を持った患者が高くなっているか、褥瘡の発生率と褥瘡対策の実施の有無との間には統計的な調整を行った上で関連が認められるかどうか、肺血栓塞栓症の発生と肺血栓塞栓症の各種予防対策との間にはどのような関連が認められるかどうか等）。

② 平成24年度以降の予定

**【評価・公表する臨床指標等の拡大の有無について（拡大する場合には、その具体的な指標名とともに、評価のみなのか、平均値を公表するのか、あるいは協力病院ごとの指標を公表するのかについて記載）】**

- 平成23年度事業を継続する形式で行う。

**【評価・公表する対象病院の拡大の有無について（拡大する場合には、追加される対象病院の数等を記載）】**

- 平成23年度事業を継続する形式で行う。

**【臨床指標等の改善に向けた取組】**

- 平成23年度事業を継続する形式で行う。

**【その他】**

- 現時点では、以下のスケジュールを予定している。  
平成24年5月初旬：平成23年（平成23年1月～平成23年12月）のDPCデータを用いて、DPC対象病院を対象に、医療の質の評価・公表等推進事業で取り扱った指標の集計結果について公表予定。

③ その他

・特になし

7. 事業の総括・自己評価（事業全体のまとめ及び自己評価。可能であれば、各協力病院における所見をとりまとめて記載）

・「医療の質の評価・公表等推進事業」では、国立病院機構におけるこれまでの取り組みを踏襲しながら、急性期病院における入院患者を対象とし、患者や市民が望む情報の視点を考慮するとともに、今まで課題であったデータの収集可能性、計測可能性、改善可能性を重視した指標の作成を新たに行うことができた。ただし、今回算出した結果の妥当性については、引き続き、検証を行い、また必要に応じて、定義やデータの抽出条件についても見直していくことが必要と考えている。さらに、二次データの精度が指標の成績に反映されることから、対象病院に対し、二次データの入力精度の向上を働きかけていくことが必要と考えている。

・一部の指標については、プロセスとアウトカムの指標の組み合わせにより、医療のプロセス（過程）とアウトカム（成果）を併せて評価できるようにした。この関連について詳細な分析を行い、その結果について各病院にフィードバックを行うことで、病院側では改善の視点を明確にすることができ、医療の質向上につなげていくことができると考えている。

・また、今回の集計結果を通じて、各対象病院では自院において改善の余地がある領域について、

平均値や他の病院の結果を参考にしながら、自院の目標設定を行い、段階的に医療の質の向上を図ることができると思われる。

・データ収集に伴う各病院への負担についても考慮し、今回はデータの利用可能性が高いDPC対象病院を対象とし、二次データ（DPCデータ、レセプトデータ）から指標を算出する試みを行った。このような方法は、データ収集やデータ確認に伴う現場の負担の軽減につながったと考える。

・今回、国立病院機構以外の病院でも同様な方法で測定が可能になるように、測定マニュアルの作成も行い、併せて公表を行った。これにより、国立病院以外のDPC病院においても、自院のDPCデータを用いて指標を抽出し、評価を行うことが可能となっており、全国レベルでの評価の展開への第一歩につながったのではないかと考える。

・公表に際しては、死亡率に係る一部の臨床評価指標を除き、病院名とともに測定結果を示すようにした。この結果の公表は、患者や市民に対する診療やケアの透明性の確保、ひいては我が国の医療の質の向上に寄与するのではないかと考えている。

#### 8. 今後の医療の質の評価・公表の取組に関する提案等（可能な限り具体的に記載）

・本事業を通じて、日本の医療機関が病院機能に応じた共通な臨床指標で評価を行なえるように、臨床指標の標準化を図る取り組みにつなげていただきたい。

・できるだけ多くの医療機関が参加できる体制を整備・構築していただきたい。