

団体名： 社団法人 日本病院会
(平成23年 4 月 5 日時点)

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)

- 協力病院に対し全体説明会を2回、臨床指標評価委員会を定期的に5回開催した。
- 協力病院の実務者が作業可能なように、臨床指標評価作業チームは指標定義、除外基準、算出手順、データ提出形式等を記載した詳細資料を作成した。
- 事業開始時は10指標のデータを各病院の病院システム等から作成することとしていたが、協力病院の担当者や臨床指標評価委員からの作業量や難易度についての意見を踏まえ、指標数を11に変更し、かつ4指標についてはDPCデータを使用し、京都大学チームが算出・分析することとした。
- DPCデータを用いない7指標について、4指標は毎月の提出とし、平成22年9月から平成23年2月の半年間のデータを収集した。
- 残り3指標のうち、患者満足度(外来・入院)は1回、糖尿病患者の血糖コントロールは調査期間をずらして2回の提出とした。
- DPCデータを使用する4指標については、対象期間は平成21年度分(平成21年7月から12月退院症例)、平成22年度分(平成22年7月から10月退院症例)とし、提出は様式1, 3, 4およびD/E/Fファイルとした。
- 4ヶ月間のデータを収集し、中間報告書の評価結果が届いた段階で、協力病院へデータの公開および値の評価・改善への取り組み等についてアンケートを実施した。
- DPCデータを使用した指標について、静脈血栓塞栓症の病名がついている患者とアスピリンが処方されていない患者の情報を各施設へフィードバックし、分母・分子に加えてよいか、除外となるのか、診療記録の点検をお願いした。
- 提出データの最終確認および作業チームの分析が終了した時点で、日本病院会のホームページにて公表する。

②臨床指標の算出方法及びリスク調整方法

No.01_患者満足度(外来患者)【Patient-centered outcome】

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

- 備考： ✓ 「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、それを代用する。
✓ 収集期間の目安は2日以上とする。

No.02_患者満足度(入院患者)【Patient-centered outcome】

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

- 備考： ✓ 「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、それを代用する。
✓ 収集期間の目安は1週間以上とする。

No.03_死亡退院患者率【Outcome】

分子： 死亡退院患者数

分母： 退院患者数
 除外： 分子 ✓ 緩和ケア等退院の死亡患者
 分母 ✓ 緩和ケア等退院患者
 ✓ 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)。」

No.04_入院患者の転倒・転落発生率【Outcome】

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
 包含： 分子 ✓ 介助時および複数回の転倒・転落
 除外： 分子 ✓ 訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

No.04'_入院患者の転倒・転落による損傷発生率【Outcome】

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以上の転倒・転落件数
 分母： 入院延べ患者数
 包含： 分子 ✓ 介助時および複数回の転倒・転落
 除外： 分子 ✓ 訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

| 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、ギブス、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。

No.05_手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率【Process】

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
 除外： 分母 ✓ 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)
 ✓ 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

No.06_退院後6週間以内の緊急再入院率【Outcome】※DPCデータ使用

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

No.07_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【Outcome】※DPCデータ使用

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： 肺血栓塞栓予防管理料を算定されていない退院患者数

補足： 分子 ✓ 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、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている患者

除外： 分母 ✓ 静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者

No.07'_手術患者における入院期間中の静脈血栓塞栓症発生率【Outcome】※DPCデータ使用

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

補足： 分子 ✓ 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、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている患者

除外： 分母 ✓ 静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者

No.08_褥瘡発生率【Outcome】

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

包含： 分子 ✓ 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

除外： 分母 ✓ 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）

No.08'_褥瘡学会 褥瘡推定発生率 ※オプション指標項目

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

No.08'_褥瘡学会 褥瘡有病率 ※オプション指標項目

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

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

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

補足： 分母 ✓ 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： 分母 ✓ 運動療法または食事療法のための糖尿病患者

No.10_急性心筋梗塞患者のアスピリン投与率【Process】※DPCデータ使用

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

除外： 分子 ✓ アスピリン以外の抗血小板薬のみの患者

除外： 分母 ✓ 死亡退院患者
✓ 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

No.11_手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率【Process】※DPCデータ使用

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

補足： 分子 ✓ 肺血栓塞栓予防管理料を算定されている患者

除外： 分母 ✓ 麻酔時間が45分未満の手術

✓ 局所麻酔のみの手術

✓ 同一入院中に2回以上手術

※ DPCデータ使用指標は、本報告書の最後に「分析時の定義」を別表として掲載する。

<参考文献>

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures', version 3.3_1. Internet (http://www.jointcommission.org/assets/1/6/SpecsManual33_1RevisedPDF.zip 2011/03/24 available)
2. The National Quality Forum; NQF Measure Details. Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision SCIP-Inf-1 (Internet: <http://www.qualityforum.org/MeasureDetails.aspx/SubmissionId=1154> 2011/03/24 available)
3. American Medical Association; PCPI Performance Measures. Physician Consortium for Performance Improvement® (PCPI) Performance Measure Status Report (Internet: <http://www.ama-assn.org/resources/doc/cqi/measures.pdf> 2011/03/24 available)
4. 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. October 2006 (Internet <http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi/submit=PCPI> 2011/03/24 available)
5. 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]
6. QualityNet - Version 3.3; ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION NATIONAL HOSPITAL INPATIENT QUALITY MEASURES.(Internet: <http://www.qualitynet.org/dcs/BlobServer/blobkey=id&blobnocache=true&blobwhere=1228885490250&blobheader=multipart%2Foctet-stream&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3Bfilename%3DAMI.pdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs> 2011/03/24 available)
7. 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.

8. 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.
9. 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=23973> 2011/03/24 available)
10. 福井次矢監修; Quality Indicator 2010 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 2010 ISBN 978-4-89996-274-8
11. The National Quality Forum; National Voluntary Consensus Standards for Clinicians: Additional Performance Measures 2008 (Internet: <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx/LinkIdentifier=id&ItemID=17698> 2011/03/24 available)
12. The National Quality Forum; National Voluntary Consensus Standards for Prevention and Care of Venous Thromboembolism: Additional Performance Measures A Consensus report. (Internet: <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx/LinkIdentifier=id&ItemID=17724> 2011/03/24 available)
13. 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> 2011/03/31 available)
14. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide. (Internet: http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf 2011/03/31 available)
15. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Treatment: Quick Reference Guide. (Internet: http://www.npuap.org/Final_Quick_Treatment_for_web_2010.pdf 2011/03/31 available)
16. 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 2011/03/31 available)
17. 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.
18. 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.
19. 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.

① 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）

No.01_患者満足度(外来患者)【Patient-centered outcome】

| 施設名 | 「満足」の割合 | 「満足+やや満足」の割合 | 回収率 (オプション回答) | 調査期間 (日) |
|------------------|---------|--------------|------------------|-------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 37.4% | 59.9% | 44.9% | 5 |
| 02.市立札幌病院 | 50.7% | 90.7% | 79.4% | 5 |
| 03.岩手県立中央病院 | 37.8% | 79.2% | 75.1% | 11 |
| 04.山形済生病院 | 49.6% | 78.8% | 100.0% | 5 |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 43.7% | 95.4% | 100.0% | 2 |
| 06.上都賀総合病院 | 4.0% | 65.5% | 80.2% | 5 |
| 07.伊勢崎市民病院 | 31.1% | 80.8% | 87.8% | 2 |
| 08.上尾中央総合病院 | 24.2% | 86.4% | 58.2% | 6 |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 26.1% | 90.6% | 90.4% | 1 |
| 10.聖路加国際病院 | 48.6% | 93.9% | 55.1% | 2 |
| 11.昭和大学病院 | 68.0% | 86.3% | 35.9% | 5 |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 28.4% | 84.5% | 49.0% | 6 |
| 13.新潟県立中央病院 | 34.8% | 88.6% | 100.0% | 5 |
| 14.石川県立中央病院 | 26.0% | 79.2% | 98.7% | 3 |
| 15.松波総合病院 | 35.1% | 82.5% | 77.0% | 2 |
| 16.岐阜県総合医療センター | 25.7% | 75.4% | 84.1% | 1 |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 44.2% | 77.4% | 45.7% | 14 |
| 18.静岡県立総合病院 | 32.8% | 74.7% | 42.9% | 2 |
| 19.小牧市民病院 | 40.8% | 75.8% | 97.7% | 2 |
| 20.洛和会音羽病院 | 35.9% | 82.4% | 50.6% | 3 |
| 21.武田総合病院 | 21.8% | 69.7% | 33.6% | 2 |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 37.2% | 87.4% | 78.4% | 3 |
| 23.大阪警察病院 | 22.5% | 45.7% | 83.6% | 2 |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 55.9% | 93.0% | 83.3% | 2 |
| 25.大和高田市立病院 | 7.9% | 49.5% | 51.9% | 2 |
| 26.山口労災病院 | 26.0% | 70.5% | — | 2 |
| 27.市立宇和島病院 | 33.8% | 83.1% | 84.2% | 2 |
| 28.高知医療センター | 47.6% | 91.5% | 37.1% | 3 |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 未報告 | 未報告 | — | — |
| 30.中頭病院 | 37.0% | 90.3% | 76.8% | 6 |
| 平均値 | 35.0% | 79.6% | 70.8% | 4 |
| 中央値 | 35.1% | 82.4% | 77.7% | 3 |
| 最小値 | 4.0% | 45.7% | 33.6% | 1 |
| 最大値 | 68.0% | 95.4% | 100.0% | 14 |

※ 09.総合病院 国保旭中央病院：満足・やや満足・やや不満・不満の4段階評価

【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）】

- それぞれの病院で行っている患者満足度調査において、総合的な満足度を表現していると考えられる質問を一つ選び、5段階評価の5点を「満足」、4点を「やや満足」として集計しました。

【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）】

- 5点満点をつけた患者の割合は、最も低い病院で4%、最も高い病院では68%と、17倍の差があった。入院患者の満足度調査に比べると、外来診療における病院間での満足度の違いの大きさは明確である。しかし、各病院が異なる調査票や調査方法で調査を実施している

こともあり、病院間での比較の妥当性は不明である。本指標は、本事業の期間中に一度だけ収集されたものであるため、時系列での悪化や改善のデータは無い。

No.02_患者満足度(入院患者)【Patient-centered outcome】

| 施設名 | 「満足」の割合 | 「満足+やや満足」の割合 | 回収率(オプション回答) | 調査期間(日) |
|------------------|---------|--------------|--------------|---------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 66.8% | 83.0% | 27.5% | 19 |
| 02.市立札幌病院 | 65.6% | 96.2% | 99.8% | 5 |
| 03.岩手県立中央病院 | 46.6% | 86.2% | 76.1% | 11 |
| 04.山形済生病院 | 57.0% | 83.7% | — | 13 |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 57.1% | 95.2% | 66.7% | 14 |
| 06.上都賀総合病院 | 46.1% | 83.1% | 87.3% | 30 |
| 07.伊勢崎市民病院 | 51.9% | 90.6% | 85.4% | 18 |
| 08.上尾中央総合病院 | 30.9% | 74.1% | — | 31 |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 20.0% | 67.0% | 57.7% | 43 |
| 10.聖路加国際病院 | 68.2% | 96.7% | 72.4% | 31 |
| 11.昭和大学病院 | 54.8% | 80.3% | 56.7% | 30 |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 42.5% | 87.6% | 51.9% | 12 |
| 13.新潟県立中央病院 | 53.1% | 93.7% | 63.3% | 5 |
| 14.石川県立中央病院 | 32.8% | 86.8% | 94.1% | 16 |
| 15.松波総合病院 | 62.7% | 90.2% | 84.2% | 30 |
| 16.岐阜県総合医療センター | 44.2% | 87.6% | 88.7% | 1 |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 54.0% | 78.4% | 36.2% | 14 |
| 18.静岡県立総合病院 | 55.8% | 89.8% | 66.0% | 28 |
| 19.小牧市民病院 | 68.1% | 91.1% | 98.8% | 21 |
| 20.洛和会音羽病院 | 68.5% | 68.5% | 20.7% | 31 |
| 21.武田総合病院 | 31.0% | 77.8% | 52.3% | 7 |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 56.4% | 96.2% | 57.8% | 10 |
| 23.大阪警察病院 | 56.3% | 79.0% | 91.6% | 7 |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 68.4% | 94.9% | 93.0% | 7 |
| 25.大和高田市立病院 | 29.9% | 87.4% | 81.4% | 16 |
| 26.山口労災病院 | 54.5% | 89.6% | — | 28 |
| 27.市立宇和島病院 | 48.2% | 90.1% | 100.0% | 2 |
| 28.高知医療センター | 62.9% | 95.3% | 36.2% | 10 |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 未報告 | 未報告 | — | — |
| 30.中頭病院 | 59.7% | 96.0% | 63.2% | 19 |
| 平均値 | 52.2% | 86.8% | 69.6% | 18 |
| 中央値 | 54.8% | 87.6% | 69.6% | 16 |
| 最小値 | 20.0% | 67.0% | 20.7% | 1 |
| 最大値 | 68.5% | 96.7% | 100.0% | 43 |

※ 20.洛和会音羽病院：満足・普通・不満の3段階評価

【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）】

- それぞれの病院で行っている患者満足度調査において、総合的な満足度を表現していると考えられる質問を一つ選び、5段階評価の5点を「満足」、4点を「やや満足」として集計しました。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに関連する各病院の取組、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)】

- 5点満点をつけた患者の割合は、最も高い病院が68.5%で、最も低い病院が20.0%と、その差は約3.4倍となり、外来患者の満足度調査に比べると病院間格差が小さい。しかし、回収率は20.7%から100%までの開きがあり、外来患者の調査よりも格差が大きい。回収率の低い病院は、回収率の高い病院のアンケート実施方法を参考にすることで、回収率を向上することができるであろう。なお、本指標は、本事業の期間中に一度だけ収集されたものであるため、時系列での悪化や改善のデータは無い。

No.03_死亡退院患者率【Outcome】

| 施設名 | 平成 22 9 月 | 平成 22 10 月 | 平成 22 11 月 | 平成 22 12 月 | 平成 23 01 月 | 平成 23 02 月 | 6 ヶ月間 の平均 |
|------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 1.9% | 2.6% | 3.1% | 2.9% | 2.8% | 3.1% | 2.8% |
| 02.市立札幌病院 | 1.9% | 2.4% | 2.6% | 2.2% | 3.0% | 2.3% | 2.4% |
| 03.岩手県立中央病院 | 3.5% | 2.5% | 3.2% | 2.6% | 4.0% | 3.1% | 3.1% |
| 04.山形済生病院 | 2.1% | 3.6% | 3.1% | 2.3% | 2.8% | 2.3% | 2.7% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 3.6% | 4.2% | 4.6% | 4.4% | 6.1% | 3.5% | 4.4% |
| 06.上都賀総合病院 | 6.3% | 5.7% | 6.8% | 9.1% | 9.4% | 8.1% | 7.6% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 4.5% | 4.4% | 4.2% | 4.1% | 6.4% | 3.4% | 4.5% |
| 08.上尾中央総合病院 | 5.0% | 3.4% | 3.9% | 4.1% | 7.1% | 4.5% | 4.6% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 6.4% | 5.3% | 6.8% | 5.2% | 8.0% | 5.8% | 6.2% |
| 10.聖路加国際病院 | 1.9% | 2.5% | 1.6% | 2.2% | 3.5% | 2.4% | 2.3% |
| 11.昭和大学病院 | 3.8% | 4.0% | 4.1% | 3.4% | 7.0% | 4.3% | 4.4% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 6.5% | 5.0% | 4.0% | 5.4% | 6.2% | 7.2% | 5.7% |
| 13.新潟県立中央病院 | 4.7% | 4.7% | 6.2% | 4.2% | 7.1% | 5.3% | 5.3% |
| 14.石川県立中央病院 | 3.3% | 4.3% | 3.4% | 3.6% | 5.2% | 4.8% | 4.1% |
| 15.松波総合病院 | 3.9% | 4.7% | 5.6% | 5.0% | 8.2% | 6.6% | 5.6% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 2.5% | 3.3% | 5.1% | 3.7% | 5.9% | 3.6% | 4.0% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 3.4% | 2.8% | 3.3% | 2.7% | 3.4% | 3.3% | 3.1% |
| 18.静岡県立総合病院 | 4.2% | 3.6% | 4.3% | 3.8% | 6.7% | 3.9% | 4.4% |
| 19.小牧市民病院 | 4.5% | 4.5% | 4.9% | 4.0% | 3.2% | 4.1% | 4.2% |
| 20.洛和会音羽病院 | 4.5% | 4.9% | 3.6% | 4.9% | 7.0% | 5.7% | 5.0% |
| 21.武田総合病院 | 3.5% | 3.2% | 4.9% | 3.7% | 4.7% | 3.1% | 3.8% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 3.8% | 4.5% | 4.9% | 5.0% | 5.5% | 4.4% | 4.7% |
| 23.大阪警察病院 | 3.6% | 2.2% | 3.6% | 1.5% | 3.7% | 2.1% | 2.8% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 3.6% | 3.3% | 3.0% | 3.6% | 4.6% | 2.9% | 3.5% |
| 25.大和高田市立病院 | 5.0% | 4.4% | 5.0% | 5.2% | 6.5% | 6.2% | 5.4% |
| 26.山口労災病院 | 3.5% | 3.1% | 4.7% | 4.8% | 5.7% | 2.1% | 4.0% |
| 27.市立宇和島病院 | 3.2% | 5.6% | 4.8% | 4.5% | 6.5% | 4.2% | 4.8% |
| 28.高知医療センター | 2.5% | 2.6% | 2.6% | 2.2% | 3.5% | 1.9% | 2.5% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 5.2% | 3.4% | 8.9% | 5.9% | 未報告 | 未報告 | 5.8% |
| 30.中頭病院 | 2.4% | 3.7% | 3.7% | 3.8% | 4.8% | 4.9% | 3.9% |
| 平均値 | 3.8% | 3.8% | 4.4% | 4.0% | 5.5% | 4.1% | 4.2% |
| 中央値 | 3.6% | 3.7% | 4.2% | 3.9% | 5.7% | 3.9% | 4.3% |
| 最小値 | 1.9% | 2.2% | 1.6% | 1.5% | 2.8% | 1.9% | 2.3% |
| 最大値 | 6.5% | 5.7% | 8.9% | 9.1% | 9.4% | 8.1% | 7.6% |

【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）】

- どの病院でも、死亡退院患者率を把握できますが、病院全体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。

【考察(臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに関連する各病院の取組、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)】

- 新たに院内データ抽出体制を整備する必要もなく、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たが、データの提出期限までにデータの提出がない医療機関が1施設あった。半年の調査期間中、1月の死亡退院患者率が一番高かった施設が24施設であり、全施設の平均値5.5%、中央値5.7%であった。各協力施設とも月毎に変動はあるもののこの半年間で大きな変化は見られず、全施設の平均値は4.2%、中央値は4.3%であった。各施設の値は、その医療機関や患者の特徴を反映している可能性が高い。
- 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るが、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等が同じであるという前提が必要となる。
- リスク調整が必要な指標であり、標準化が容易ではないが、次年度以降は、標準化病院死亡比:HSMR(Hospital Standardized Mortality Ratio)の活用を検討している。

No.04_入院患者の転倒・転落発生率【Outcome】

| 施設名 | 平成 22 09 月 | 平成 22 10 月 | 平成 22 11 月 | 平成 22 12 月 | 平成 23 01 月 | 平成 23 02 月 | 6ヶ月間 の平均 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 1.95% | 2.07% | 1.31% | 2.29% | 1.70% | 1.77% | 1.85% |
| 02.市立札幌病院 | 1.23% | 0.83% | 1.77% | 1.50% | 1.62% | 0.62% | 1.27% |
| 03.岩手県立中央病院 | 1.79% | 1.99% | 1.89% | 1.74% | 1.81% | 1.93% | 1.86% |
| 04.山形済生病院 | 0.78% | 0.96% | 0.71% | 0.60% | 0.97% | 0.80% | 0.80% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 1.21% | 0.56% | 0.46% | 0.41% | 0.83% | 0.75% | 0.70% |
| 06.上都賀総合病院 | 3.50% | 2.57% | 3.64% | 3.68% | 4.20% | 3.82% | 3.57% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 1.71% | 1.71% | 1.86% | 1.77% | 2.28% | 1.34% | 1.78% |
| 08.上尾中央総合病院 | 2.65% | 2.33% | 3.25% | 2.85% | 2.49% | 1.52% | 2.52% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 1.25% | 1.57% | 1.06% | 1.39% | 1.34% | 1.71% | 1.38% |
| 10.聖路加国際病院 | 1.33% | 1.87% | 1.41% | 1.66% | 1.35% | 1.61% | 1.54% |
| 11.昭和大学病院 | 2.27% | 2.18% | 2.37% | 2.28% | 2.08% | 2.79% | 2.32% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 0.98% | 0.72% | 2.00% | 1.72% | 1.59% | 1.49% | 1.42% |
| 13.新潟県立中央病院 | 1.72% | 1.43% | 2.07% | 1.88% | 1.79% | 1.60% | 1.75% |
| 14.石川県立中央病院 | 3.17% | 2.81% | 2.61% | 2.26% | 3.34% | 3.08% | 2.87% |
| 15.松波総合病院 | 2.21% | 1.63% | 1.71% | 2.35% | 1.92% | 1.36% | 1.86% |
| 16.岐阜県立総合医療センター | 1.71% | 1.92% | 2.40% | 1.60% | 1.59% | 2.64% | 1.97% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 1.60% | 1.78% | 2.82% | 2.56% | 1.80% | 1.76% | 2.05% |
| 18.静岡県立総合病院 | 1.99% | 2.04% | 2.22% | 1.04% | 1.40% | 1.74% | 1.74% |
| 19.小牧市民病院 | 1.46% | 0.98% | 1.10% | 1.11% | 0.55% | 0.97% | 1.02% |
| 20.洛和会音羽病院 | 2.55% | 1.61% | 3.08% | 2.44% | 2.12% | 2.47% | 2.37% |
| 21.武田総合病院 | 3.65% | 5.69% | 3.20% | 4.15% | 3.46% | 2.95% | 3.86% |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 2.08% | 3.22% | 2.94% | 2.42% | 2.72% | 3.04% | 2.74% |
| 23.大阪警察病院 | 2.17% | 2.37% | 2.41% | 2.46% | 2.32% | 2.64% | 2.40% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 2.01% | 1.44% | 1.88% | 2.09% | 1.65% | 2.14% | 1.87% |
| 25.大和高田市立病院 | 2.04% | 1.85% | 2.01% | 1.82% | 2.58% | 1.70% | 2.00% |
| 26.山口労災病院 | 1.45% | 2.78% | 1.91% | 3.16% | 2.65% | 2.48% | 2.41% |
| 27.市立宇和島病院 | 2.62% | 2.73% | 3.07% | 2.88% | 2.46% | 1.77% | 2.59% |
| 28.高知医療センター | 1.69% | 1.58% | 2.66% | 2.05% | 2.16% | 1.74% | 1.98% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 2.41% | 2.68% | 2.53% | 1.92% | 未報告 | 未報告 | 2.39% |
| 30.中頭病院 | 2.38% | 2.08% | 2.40% | 2.78% | 1.23% | 1.46% | 2.06% |
| 平均値 | 1.99% | 2.00% | 2.16% | 2.10% | 2.00% | 1.92% | 2.03% |
| 中央値 | 1.97% | 1.89% | 2.14% | 2.07% | 1.81% | 1.74% | 1.98% |
| 最小値 | 0.78% | 0.56% | 0.46% | 0.41% | 0.55% | 0.62% | 0.70% |
| 最大値 | 3.65% | 5.69% | 3.64% | 4.15% | 4.20% | 3.82% | 3.86% |

※ 08.上尾中央総合病院：念のためのCT等の検査を行って異常が見つからなかった場合も損傷レベル2にカウント。

【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）】

- 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の影響や治療・手術など身体的なものなどさまざまなリスク要因があります。転倒・転落を完全に予防することは困難ですが、その発生を可能な限り防ぐために、リスクを把握して予防に取り組む必要があります。
- 分母を入院延べ患者数、分子を医療安全管理室にインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数としています。分子には、介助時および複数回の転倒・転落を含みますが、入院患者以外の転倒・転落件数は除外しています。

【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）】

- データの提出期限までにデータの提出がない医療機関が1施設あった。入院患者延べ数を分母とし%（パーミル）で表現しているため、値が変動しているように見えるが、各施設ともほぼ一定の割合で転倒・転落のインシデント・アクシデントレポートが報告されていた。調査期間を通して、値が高い病院が見られたが、転倒・転落件数そのものが多いのか、インシデントレポートをきちんと提出する体制がとられているのかに関しては、追加調査を実施する必要があると思われる。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影響され、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る。

No.04' 入院患者の転倒・転落による損傷発生率【Outcome】

| 施設名 | 平成 22 09 月 | 平成 22 10 月 | 平成 22 11 月 | 平成 22 12 月 | 平成 23 01 月 | 平成 23 02 月 | 6ヶ月間 の平均 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 0.00% | 0.97% | 0.44% | 0.95% | 1.01% | 0.82% | 0.71% |
| 02.市立札幌病院 | 0.53% | 0.15% | 0.96% | 0.47% | 0.49% | 0.28% | 0.49% |
| 03.岩手県立中央病院 | 0.22% | 0.10% | 0.11% | 0.10% | 0.21% | 0.17% | 0.15% |
| 04.山形済生病院 | 0.17% | 0.18% | 0.09% | 0.09% | 0.09% | 0.00% | 0.10% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 1.21% | 0.56% | 0.46% | 0.41% | 0.83% | 0.75% | 0.70% |
| 06.上都賀総合病院 | 0.44% | 0.43% | 0.32% | 0.54% | 0.75% | 0.60% | 0.51% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 0.08% | 0.07% | 0.29% | 0.21% | 0.23% | 0.24% | 0.19% |
| 08.上尾中央総合病院 | 1.20% | 0.69% | 1.70% | 0.71% | 0.65% | 0.69% | 0.93% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 0.42% | 0.45% | 0.23% | 0.14% | 0.14% | 0.20% | 0.26% |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 10.聖路加国際病院 | 0.37% | 0.36% | 0.07% | 0.14% | 0.14% | 0.15% | 0.20% |
| 11.昭和大学病院 | 1.66% | 1.68% | 1.77% | 1.62% | 1.57% | 2.25% | 1.75% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 0.44% | 0.00% | 0.42% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.14% |
| 13.新潟県立中央病院 | 0.14% | 0.07% | 0.14% | 0.49% | 0.48% | 0.07% | 0.24% |
| 14.石川県立中央病院 | 0.53% | 0.39% | 0.41% | 0.29% | 0.18% | 0.38% | 0.36% |
| 15.松波総合病院 | 0.67% | 0.64% | 0.66% | 0.82% | 0.67% | 0.29% | 0.62% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 0.13% | 0.43% | 0.19% | 0.06% | 0.00% | 0.45% | 0.21% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 0.39% | 0.19% | 0.64% | 0.52% | 0.24% | 0.45% | 0.40% |
| 18.静岡県立総合病院 | 0.06% | 0.16% | 0.23% | 0.27% | 0.50% | 0.24% | 0.24% |
| 19.小牧市民病院 | 0.07% | 0.28% | 0.15% | 0.07% | 0.21% | 0.30% | 0.18% |
| 20.洛和会音羽病院 | 0.52% | 0.13% | 0.26% | 0.33% | 0.26% | 0.41% | 0.32% |
| 21.武田総合病院 | 0.79% | 1.31% | 0.99% | 0.85% | 0.38% | 0.41% | 0.79% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 0.51% | 0.53% | 0.64% | 0.54% | 0.47% | 0.25% | 0.49% |
| 23.大阪警察病院 | 1.05% | 0.75% | 1.50% | 0.68% | 0.63% | 0.47% | 0.84% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 0.19% | 0.05% | 0.05% | 0.10% | 0.25% | 0.10% | 0.12% |
| 25.大和高田市立病院 | 0.72% | 0.86% | 0.67% | 0.24% | 0.82% | 0.36% | 0.61% |
| 26.山口労災病院 | 0.48% | 0.12% | 0.24% | 0.35% | 0.12% | 0.25% | 0.26% |
| 27.市立宇和島病院 | 0.70% | 0.74% | 0.41% | 0.51% | 0.66% | 0.44% | 0.58% |
| 28.高知医療センター | 0.07% | 0.25% | 0.38% | 0.13% | 0.33% | 0.63% | 0.29% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 0.13% | 0.24% | 0.38% | 0.38% | 未報告 | 未報告 | 0.28% |
| 30.中頭病院 | 0.89% | 0.47% | 0.60% | 0.67% | 0.57% | 0.10% | 0.56% |
| 平均値 | 0.49% | 0.44% | 0.51% | 0.42% | 0.44% | 0.41% | 0.45% |
| 中央値 | 0.44% | 0.38% | 0.40% | 0.37% | 0.38% | 0.30% | 0.34% |
| 最小値 | 0.00% | 0.00% | 0.05% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.10% |
| 最大値 | 1.66% | 1.68% | 1.77% | 1.62% | 1.57% | 2.25% | 1.75% |

※ 08.上尾中央総合病院：念のためのCT等の検査を行って異常が見つからなかった場合も損傷レベル2にカウント。

【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）】

- 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の影響や治療・手術など身体的なものなどさまざまなリスク要因があります。転倒・転落を完全に予防することは困難ですが、その発生を可能な限り防ぐために、リスクを把握して予防に取り組む必要があります。万が一転倒や転落が起こったとしても、患者に及ぶ影響を最小限にすることが重要です。
- 分母を入院延べ患者数、分子を医療安全管理室にインシデント・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・転落件数としています。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。分子には、介助時および複数回の転倒・転落を含みますが、入院患者以外の転倒・転落件数は除外しています。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに関連する各病院の取組、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）】

- 「No.04_入院患者の転倒・転落発生率」と比較すると、調査期間中に指標値が減少傾向にある施設が多い。他施設に比べてかなり値の高い施設が1施設あり、今後調査が必要である。各施設においてさまざまな取り組みがなされていて、その効果が反映されやすい指標の可能性が高い。
- 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が2以上の件数の割合が6.5～100%まで施設によって大きく異なる。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・信頼性について今後検討する必要がある。

- 患者に影響がない転倒・転落件数をインシデント・アクシデントレポートとして報告していない施設も1施設あった。30施設のデータでは、転倒・転落の10～30%程度が損傷レベル2以上であることが多いように思われるが、割合が高い施設および割合が低い施設に対しては、損傷レベルの判断をどのように実施しているかを調査し、判断基準を統一する必要性も示唆された。

No.05_手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率【Process】

| 施設名 | 平成 22 09 月 | 平成 22 10 月 | 平成 22 11 月 | 平成 22 12 月 | 平成 23 01 月 | 平成 23 02 月 | 6ヶ月間 の平均 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 88.9% | 87.7% | 85.1% | 85.0% | 85.9% | 82.6% | 85.9% |
| 02.市立札幌病院 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 89.5% | 98.3% |
| 03.岩手県立中央病院 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 99.6% | 99.9% |
| 04.山形済生病院 | 92.5% | 90.4% | 92.0% | 92.4% | 97.2% | 94.4% | 92.9% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 100.0% | 99.3% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 99.3% | 99.8% |
| 06.上都賀総合病院 | 88.1% | 90.2% | 92.0% | 89.5% | 92.7% | 98.1% | 91.7% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 100.0% | 99.1% | 97.1% | 99.1% | 97.3% | 98.8% | 98.7% |
| 08.上尾中央総合病院 | 99.2% | 95.7% | 98.6% | 97.4% | 98.6% | 98.8% | 98.0% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 95.1% | 95.1% | 95.5% | 97.8% | 96.9% | 97.9% | 96.3% |
| 10.聖路加国際病院 | 83.3% | 76.9% | 77.4% | 72.8% | 75.1% | 75.8% | 76.7% |
| 11.昭和大学病院 | 97.7% | 97.5% | 97.7% | 98.1% | 97.5% | 97.5% | 97.7% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 97.7% | 96.1% | 100.0% | 97.2% | 97.9% | 94.9% | 97.2% |
| 13.新潟県立中央病院 | 91.6% | 95.8% | 96.7% | 95.5% | 93.7% | 96.7% | 95.2% |
| 14.石川県立中央病院 | 91.9% | 86.4% | 87.6% | 84.1% | 89.5% | 90.2% | 88.0% |
| 15.松波総合病院 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 51.4% | 53.2% | 53.1% | 50.0% | 48.9% | 54.8% | 51.9% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 97.1% | 96.3% | 97.7% | 96.2% | 95.6% | 97.7% | 96.8% |
| 18.静岡県立総合病院 | 97.1% | 95.0% | 95.7% | 94.5% | 91.6% | 93.4% | 94.6% |
| 19.小牧市民病院 | 99.6% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 99.9% |
| 20.洛和会音羽病院 | 92.7% | 90.7% | 95.6% | 92.4% | 93.7% | 88.1% | 92.1% |
| 21.武田総合病院 | 84.9% | 88.2% | 91.0% | 84.5% | 86.8% | 88.8% | 87.4% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | — | — | — | — | — | — | — |
| 23.大阪警察病院 | 100.0% | 99.6% | 100.0% | 100.0% | 99.4% | 100.0% | 99.8% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 78.4% | 76.1% | 75.5% | 76.3% | 73.9% | 75.4% | 76.0% |
| 25.大和高田市立病院 | 37.5% | 33.6% | 45.8% | 63.4% | 63.4% | 86.3% | 53.1% |
| 26.山口労災病院 | 92.0% | 76.0% | 86.5% | 91.1% | 99.0% | 93.3% | 88.4% |
| 27.市立宇和島病院 | 43.3% | 49.1% | 60.1% | 60.2% | 64.4% | 81.4% | 60.4% |
| 28.高知医療センター | 94.3% | 91.0% | 92.9% | 90.7% | 91.7% | 91.2% | 91.9% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 75.8% | 69.2% | 60.5% | 74.4% | 未報告 | 未報告 | 69.6% |
| 30.中頭病院 | 47.0% | 51.9% | 49.8% | 51.8% | 47.7% | 50.9% | 50.0% |
| 平均値 | 86.8% | 85.5% | 87.0% | 87.4% | 88.5% | 89.8% | 87.2% |
| 中央値 | 92.7% | 91.0% | 95.5% | 92.4% | 94.7% | 93.9% | 92.9% |
| 最小値 | 37.5% | 33.6% | 45.8% | 50.0% | 47.7% | 50.9% | 50.0% |
| 最大値 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

※ 18.静岡県立総合病院：大腸手術に関しては、基本的に術前点滴による抗菌剤投与と術後2日までの投与としており、術前の経口投与を推奨していない。

※ 22.関西医科大学附属枚方病院：作成困難

【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）】

- 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。
- 同一入院期間中に複数回の手術が行われている場合は複雑な患者背景であることが多く、分母から除外しています。また外来手術患者も、指標算出に十分な情報が得られないことが多いため、分母より除外しています。
- 術前に感染を起こしていることが明記されている場合や術前2日目までに抗菌薬が投与されている患者は既に感染が成立していると考え、治療のための抗菌薬投与が必要であるため、分母より除外しています。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに関連する各病院の取組、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）】

- 値を算出できない医療機関が1施設あり、体制や情報システム上問題があるのか、理由について調査する必要がある。調査期間を通じて施設毎のばらつきが少なく、また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言える。本指標の達成率は全施設の6ヶ月平均で平均値87.2%、中央値92.9%である。特に著明な数値の改善が認められた大和高田市立病院では病院全体で投与タイミングを統一する等、診療プロセスの見直しを行った結果である。また達成率が85%を超える施設では院内マニュアルの見直しや周知、SSIサーベイランスと結果のフィードバック等を行っている。値が90%を超える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る。一方、数値が60%を下回る施設では、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をどのように行ったか今後調査が必要である。

No.06_退院後6週間以内の緊急再入院率【Outcome】※DPC データ使用

| 施設名 | 平成 21 年度 (平成 21 年 7-12 月退院症例) | 平成 22 年度 (平成 22 年 7-10 月退院症例) |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 4.1% | 3.0% |
| 02.市立札幌病院 | 4.0% | 2.5% |
| 03.岩手県立中央病院 | 4.0% | 0.6% |
| 04.山形済生病院 | 4.5% | 2.7% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 5.4% | 4.8% |
| 06.上都賀総合病院 | 7.1% | 4.3% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 5.9% | 6.9% |
| 08.上尾中央総合病院 | 4.3% | 4.1% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 4.8% | 4.4% |
| 10.聖路加国際病院 | 4.5% | 2.5% |
| 11.昭和大学病院 | 3.9% | 1.6% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 3.1% | 5.8% |
| 13.新潟県立中央病院 | 6.5% | 2.4% |
| 14.石川県立中央病院 | 4.7% | 3.3% |
| 15.松波総合病院 | 4.3% | 4.0% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 3.4% | 0.8% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 5.3% | 1.0% |
| 18.静岡県立総合病院 | 6.4% | 1.1% |

| | | |
|------------------|------|------|
| 19.小牧市民病院 | 5.5% | 4.7% |
| 20.洛和会音羽病院 | 6.3% | 4.9% |
| 21.武田総合病院 | 5.1% | 4.5% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 3.3% | 1.3% |
| 23.大阪警察病院 | 3.8% | 4.3% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 4.8% | 4.2% |
| 25.大和高田市立病院 | 5.3% | 4.6% |
| 26.山口労災病院 | 5.5% | 3.7% |
| 27.市立宇和島病院 | 4.6% | 2.2% |
| 28.高知医療センター | 3.7% | 1.7% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | — | 7.2% |
| 30.中頭病院 | 7.2% | 1.3% |
| 平均値 | 4.9% | 3.3% |
| 中央値 | 4.7% | 3.5% |
| 最小値 | 3.1% | 0.6% |
| 最大値 | 7.2% | 7.2% |

【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）】

- 分母は様式1「退院年月日」が調査期間に該当する症例数、分子は様式1「予定・緊急入院区分」が「2.緊急入院」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。
- 前回入院と同一疾病で入院したかどうかは見ていません。

【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）】

- DPCデータを用いたため、すべての施設で指標の算出が可能であった。
- 施設間比較）最大値は平成21年度も平成22年度も7.2%、最小値は平成21年度は3.1%で平成22年度は0.6%であった。しかし、平成21年度最大値の7.2%だった病院が、平成22年度は1.3%となっていることからわかるように、わずかな症例数が値に与える影響が大きいと考えられる。
- 時系列比較）全体の平均値は平成21年度の4.9%から平成22年度は3.3%へ改善しており、病院個別に見ても、前年度よりも改善している病院が30病院中27病院と、本指標は総じて改善傾向にあると言える。しかし、データ収集期間が異なるなど（平成22年度は11月、12月退院症例が含まれていない）、交絡因子として考えられる要素もあり、改善の理由を特定するためには個別の調査が必要である。
- 算出に使用した「前回退院年月日」は平成21年度までは必須項目ではなかったため、長崎記念病院は、すべて欠損値となっていた。DPCデータを使用して算出する場合には、必須項目であるかもチェックする必要がある。

No.07_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【Outcome】 ※DPC データ使用

| 施設名 | 平成 21 年度 (平成 21 年 7-12 月退院症例) | 平成 22 年度 (平成 22 年 7-10 月退院症例) |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 0.00% | 0.02% |
| 02.市立札幌病院 | 0.04% | 0.00% |
| 03.岩手県立中央病院 | 0.00% | 0.00% |
| 04.山形済生病院 | 0.06% | 0.08% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 0.00% | 0.00% |
| 06.上都賀総合病院 | 0.00% | 0.07% |

| | | |
|------------------|-------|-------|
| 07.伊勢崎市民病院 | 0.12% | 0.10% |
| 08.上尾中央総合病院 | 0.14% | 0.13% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 0.01% | 0.00% |
| 10.聖路加国際病院 | 0.10% | 0.07% |
| 11.昭和大学病院 | 0.04% | 0.00% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 0.08% | 0.07% |
| 13.新潟県立中央病院 | 0.03% | 0.00% |
| 14.石川県立中央病院 | 0.02% | 0.00% |
| 15.松波総合病院 | 0.00% | 0.04% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 0.02% | 0.00% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 0.01% | 0.00% |
| 18.静岡県立総合病院 | 0.06% | 0.02% |
| 19.小牧市民病院 | 0.00% | 0.00% |
| 20.洛和会音羽病院 | 0.00% | 0.07% |
| 21.武田総合病院 | 0.03% | 0.03% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 0.00% | 0.05% |
| 23.大阪警察病院 | 0.04% | 0.04% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 0.03% | 0.04% |
| 25.大和高田市立病院 | 0.05% | 0.11% |
| 26.山口労災病院 | 0.00% | 0.00% |
| 27.市立宇和島病院 | 0.06% | 0.10% |
| 28.高知医療センター | 0.00% | 0.00% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 0.00% | 0.00% |
| 30.中頭病院 | 0.00% | 0.07% |
| 平均値 | 0.03% | 0.04% |
| 中央値 | 0.02% | 0.03% |
| 最小値 | 0.00% | 0.00% |
| 最大値 | 0.14% | 0.13% |

【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）】

- 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）に肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防が記載されており、このガイドラインに準拠した場合に診療報酬上の肺血栓塞栓予防管理料を算定することが可能となっています。ガイドライン通りに予防措置を行ったとしても肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症を完全に予防できるわけではありませんが、予防行為を行わずに発生した肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症の場合には予防可能であった肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症と考えられます。
- 分子は、退院時の傷病名に肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症関連疾患名の登録があり、かつ、表在血管エコー・静脈造影検査・肺血流シンチグラフィー・胸部造影CTのいずれかの画像検査を行っており、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている症例数としました。

【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）】

- DPCデータを用いたため、すべての施設で指標の算出が可能であった。
- 分母にDPCの病名を使用していることにより本年度までのDPCデータを使用した場合には通年評価はできない。
- 指標値は平均値0.04%、中央値0.03%であり、比較的ばらつきの少ない数値となっている。

今後、肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症を発症した患者背景がガイドラインに準拠して予防行為を行うべき患者かどうかの追加調査が必要である。

No.07' 手術患者における入院期間中の静脈血栓塞栓症発生率【Outcome】 ※DPC データ使用

| 施設名 | 手術すべて | | 膝・股関節の置換術 | |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | 平成 21 年度 (平成 21 年 7-12 月 退院症例) | 平成 22 年度 (平成 22 年 7-10 月 退院症例) | 平成 21 年度 (平成 21 年 7-12 月 退院症例) | 平成 22 年度 (平成 22 年 7-10 月 退院症例) |
| 01.手稲溪仁会病院 | 0.02% | 0.03% | 0.00% | 4.17% |
| 02.市立札幌病院 | 0.10% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 03.岩手県立中央病院 | 0.00% | 0.00% | — | 0.00% |
| 04.山形済生病院 | 0.11% | 0.16% | 0.34% | 1.00% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 06.上都賀総合病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 0.29% | 0.06% | 2.13% | 0.00% |
| 08.上尾中央総合病院 | 0.21% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 10.聖路加国際病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 11.昭和大学病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 0.00% | 0.08% | 0.00% | 0.00% |
| 13.新潟県立中央病院 | 0.04% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 14.石川県立中央病院 | 0.03% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 15.松波総合病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 0.04% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 0.02% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 18.静岡県立総合病院 | 0.03% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 19.小牧市民病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 20.洛和会音羽病院 | 0.24% | 0.14% | 0.00% | 0.00% |
| 21.武田総合病院 | 0.05% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 0.02% | 0.06% | 0.54% | 0.00% |
| 23.大阪警察病院 | 0.03% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 0.02% | 0.03% | 0.00% | 0.00% |
| 25.大和高田市立病院 | 0.00% | 0.11% | 0.00% | 0.00% |
| 26.山口労災病院 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 27.市立宇和島病院 | 0.05% | 0.14% | 0.00% | 0.00% |
| 28.高知医療センター | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 0.00% | 0.00% | — | — |
| 30.中頭病院 | 0.12% | 0.12% | 0.00% | 0.00% |
| 平均値 | 0.05% | 0.03% | 0.11% | 0.18% |
| 中央値 | 0.02% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 最小値 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 最大値 | 0.29% | 0.16% | 2.13% | 4.17% |

【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）】

- 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）に肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防が記載されており、このガイドラインに準拠した場合に診療報酬上の肺血栓塞栓予防管理料を算定することが可能となっています。

- 当該期間に手術を受けた退院時患者数(手術すべて)と肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症の発生率が高いとされる膝・股関節に対する手術(膝・股関節の置換術)の2種類を分母としました。
- 分子は、退院時の傷病名に肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症関連疾患名の登録があり、かつ、表在血管エコー・静脈造影検査・肺血流シンチグラフィ・胸部造影CTのいずれかの画像検査を行っており、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている症例数としました。
- 施設の特性上、手術すべてに対して膝・股関節の置換術の手術割合が高い、つまり肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症のリスクが高い手術を多く行っている施設があるため、単純に比較することはできません。

【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)】

- DPCデータを用いた指標であり、手術すべてについては全施設の指標の算出が可能であった。一方、膝・股関節の置換術が行われていない2施設では指標を算出することができなかった。手術すべて、膝・股関節の置換術それぞれについての平均値と中央値は0.03～0.05%と0.00～0.02%、0.11～0.18%と0.00～0.00%であり、発生率の高い施設が全体の数値を押し上げていた。
- 施設の特性上、膝・股関節の置換術の手術割合が高い、つまり肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症のリスクが高い手術を多く行っている施設があるため、単純に比較することはできない。今後は各施設の手術毎の肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症の発生率や予防行為の実施率等について調査する必要があると考えられるが、手術すべてと膝・股関節の置換術の分母がそれぞれ142,768例と2,299例、分子は53例と6例であり、分子が分母に比べて非常に少なく、介入によって結果を改善させることが極めて困難な可能性がある。
また、サブグループ解析では肺血栓塞栓症予防管理料をより多く算定している施設の方が肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症の発生率が高いという結果や肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症をより積極的に診断している施設で発生率が高くなるという結果が出ていることから、一概に数値が高いことが質の低い医療を提供していることにはつながらないと考えられる。さらなる詳細な分析を行い、この指標が本当に医療の質を示しているか、明確にする必要がある。

No.08_褥瘡発生率【Outcome】

| 施設名 | 平成 22 09 月 | 平成 22 10 月 | 平成 22 11 月 | 平成 22 12 月 | 平成 23 01 月 | 平成 23 02 月 | 6ヶ月間 の平均 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 0.06% | 0.07% | 0.04% | 0.09% | 0.05% | 0.09% | 0.07% |
| 02.市立札幌病院 | 0.01% | 0.04% | 0.06% | 0.02% | 0.09% | — | 0.04% |
| 03.岩手県立中央病院 | 0.04% | 0.12% | 0.08% | 0.05% | 0.04% | 0.05% | 0.07% |
| 04.山形済生病院 | 0.10% | 0.08% | 0.08% | 0.09% | 0.05% | 0.05% | 0.08% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 0.12% | 0.16% | 0.05% | 0.13% | 0.08% | 0.14% | 0.11% |
| 06.上都賀総合病院 | 0.02% | 0.04% | 0.03% | 0.05% | 0.07% | 0.05% | 0.04% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 0.07% | 0.07% | 0.09% | 0.09% | 0.07% | 0.06% | 0.08% |
| 08.上尾中央総合病院 | 0.03% | 0.04% | 0.03% | 0.03% | 0.03% | 0.01% | 0.03% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 0.12% | 0.09% | 0.07% | 0.09% | 0.09% | 0.10% | 0.09% |
| 10.聖路加国際病院 | 0.09% | 0.10% | 0.08% | 0.10% | 0.02% | 0.07% | 0.08% |
| 11.昭和大学病院 | 0.08% | 0.06% | 0.09% | 0.11% | 0.11% | 0.09% | 0.09% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 0.09% | 0.02% | 0.07% | 0.10% | 0.08% | 0.14% | 0.08% |
| 13.新潟県立中央病院 | 0.08% | 0.04% | 0.01% | 0.03% | 0.11% | 0.06% | 0.06% |
| 14.石川県立中央病院 | 0.01% | 0.05% | 0.04% | 0.04% | 0.03% | 0.05% | 0.04% |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 15.松波総合病院 | 0.05% | 0.06% | 0.11% | 0.05% | 0.09% | 0.09% | 0.07% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 0.03% | 0.06% | 0.05% | 0.06% | 0.05% | 0.05% | 0.05% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 0.06% | 0.09% | 0.05% | 0.06% | 0.08% | 0.09% | 0.07% |
| 18.静岡県立総合病院 | 0.07% | 0.06% | 0.04% | 0.05% | 0.13% | 0.07% | 0.07% |
| 19.小牧市民病院 | 0.10% | 0.07% | 0.11% | 0.09% | 0.08% | 0.07% | 0.09% |
| 20.洛和会音羽病院 | 0.07% | 0.16% | 0.15% | 0.10% | 0.09% | 0.07% | 0.11% |
| 21.武田総合病院 | 0.08% | 0.06% | 0.07% | 0.05% | 0.02% | 0.07% | 0.06% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 0.05% | 0.04% | 0.01% | 0.05% | 0.02% | 0.05% | 0.04% |
| 23.大阪警察病院 | 0.09% | 0.06% | 0.03% | 0.06% | 0.06% | 0.08% | 0.06% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 0.08% | 0.07% | 0.06% | 0.04% | 0.07% | 0.03% | 0.06% |
| 25.大和高田市立病院 | 0.03% | 0.01% | 0.06% | 0.05% | 0.01% | 0.04% | 0.03% |
| 26.山口労災病院 | 0.05% | 0.01% | 0.07% | 0.05% | 0.09% | 0.04% | 0.05% |
| 27.市立宇和島病院 | 0.05% | 0.02% | 0.03% | 0.04% | 0.02% | 0.06% | 0.03% |
| 28.高知医療センター | 0.03% | 0.05% | 0.07% | 0.06% | 0.05% | 0.06% | 0.05% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 0.05% | 0.07% | 0.04% | 0.15% | 未報告 | 未報告 | 0.08% |
| 30.中頭病院 | 0.03% | 0.05% | 0.09% | 0.06% | 0.04% | 0.03% | 0.05% |
| 平均値 | 0.06% | 0.06% | 0.06% | 0.07% | 0.06% | 0.07% | 0.06% |
| 中央値 | 0.06% | 0.06% | 0.06% | 0.06% | 0.07% | 0.06% | 0.06% |
| 最小値 | 0.01% | 0.01% | 0.01% | 0.02% | 0.01% | 0.01% | 0.03% |
| 最大値 | 0.12% | 0.16% | 0.15% | 0.15% | 0.13% | 0.14% | 0.11% |

※ 02.市立札幌病院：平成23年2月値の作成は間に合わないとの連絡あり。

※ 08.上尾中央総合病院：d1レベルのみの褥瘡発生は報告されない場合もある。

※ 19.小牧市民病院：分母除外について、人数の把握はできるが日数は困難との連絡あり。

【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、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の低下をきたし、結果的には在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。褥瘡予防対策は、医療の重要な項目の1つとして、1998年からは診療報酬制度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としました。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。

【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）】

- データ提出期限までにデータが提出されなかった医療機関が2施設あった。褥瘡が発生した患者は把握しているが、分母の除外条件を満たすことができていない医療機関が1施設あった。30施設全体の平均値は0.06%であり、調査期間を通じてほとんど変化が見られなかった。d1レベルによつての褥瘡発生が報告されない施設も1施設あった。データの精度・信頼性を再検討し、レベルの判断基準、報告の基準を統一する必要がある。
- 今後はこの指標を「No.08'日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率」と比較して、妥当性を検討

する予定であり、褥瘡のレベルと発生日を正確に把握したうえで、今後継続してこの指標を検討していきたい。

No.08' 褥瘡学会 褥瘡推定発生率 ※オプション指標項目

| 施設名 | 平成 22 09 月 | 平成 22 10 月 | 平成 22 11 月 | 平成 22 12 月 | 平成 23 01 月 | 平成 23 02 月 | 6 ヶ月間 の平均 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 06.上都賀総合病院 | 1.34% | 1.57% | 1.39% | 1.88% | 1.32% | — | 1.49% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 3.62% | 2.63% | 2.85% | 3.32% | 2.43% | 2.65% | 2.90% |
| 14.石川県立中央病院 | 1.31% | 0.97% | 0.35% | 0.98% | 0.70% | 0.90% | 0.87% |
| 18.静岡県立総合病院 | | 3.14% | 2.03% | 2.75% | 5.03% | — | 3.24% |
| 19.小牧市民病院 | 1.68% | 1.49% | 1.86% | 1.72% | 1.80% | 1.75% | 1.71% |
| 20.洛和会音羽病院 | 4.66% | 3.85% | 4.55% | 4.36% | 4.25% | 4.66% | 4.40% |
| 25.大和高田市立病院 | 2.01% | 0.88% | 2.04% | 1.26% | 3.72% | 1.16% | 1.84% |
| 27.市立宇和島病院 | 1.00% | 0.74% | 0.74% | 2.01% | 0.24% | 1.47% | 1.01% |
| 28.高知医療センター | 1.09% | 1.60% | 0.92% | 2.29% | 1.52% | 2.31% | 1.64% |
| 30.中頭病院 | 1.47% | 2.33% | 0.00% | 2.95% | 2.54% | 3.14% | 2.04% |
| 平均値 | 2.02% | 1.92% | 1.67% | 2.35% | 2.35% | 2.25% | 2.11% |
| 中央値 | 1.47% | 1.59% | 1.63% | 2.15% | 2.12% | 2.03% | 1.78% |
| 最小値 | 1.00% | 0.74% | 0.00% | 0.98% | 0.24% | 0.90% | 0.87% |
| 最大値 | 4.66% | 3.85% | 4.55% | 4.36% | 5.03% | 4.66% | 4.40% |

【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、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の低下をきたし、結果的には在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。褥瘡予防対策は、医療の重要な項目の1つとして、1998年からは診療報酬制度にも反映されています。
- 日本褥瘡学会の定義に沿って、分母を調査日の施設入院患者数とし、分子を（調査日に褥瘡を保有する患者数－入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者数）としました。

注1) 調査日の施設入院患者数：調査日の入退院または入退院予定者は含めない。

注2) 1名の患者が褥瘡を複数部位有していても、患者数は1名として数える。

注3) 入院時既に褥瘡を保有していた患者であっても、新たに入院中に褥瘡が発生した場合は、院内褥瘡発生者として取り扱い、褥瘡推定発生率を算出する。

【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）】

- 30施設すべてが把握している指標と思われるが、オプション項目としたため、10施設からの報告しかなかった。
- 今後はこの指標を「No.08 褥瘡発生率」と比較して、妥当性を検討する予定としているため、調査を継続する予定である。

No.08' 褥瘡学会 褥瘡有病率 ※オプション指標項目

| 施設名 | 平成 22 09 月 | 平成 22 10 月 | 平成 22 11 月 | 平成 22 12 月 | 平成 23 01 月 | 平成 23 02 月 | 6 ヶ月間 の平均 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 06.上都賀総合病院 | 2.34% | 3.14% | 2.43% | 3.38% | 3.29% | — | 2.92% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 6.25% | 6.58% | 6.01% | 5.39% | 6.38% | 5.96% | 6.12% |
| 14.石川県立中央病院 | 1.96% | 1.75% | 1.58% | 2.21% | 1.23% | 2.16% | 1.80% |
| 18.静岡県立総合病院 | 2.09% | 5.92% | 5.25% | 6.30% | 9.05% | — | 5.75% |
| 19.小牧市民病院 | 2.73% | 2.34% | 3.73% | 3.64% | 3.37% | 3.29% | 3.17% |
| 20.洛和会音羽病院 | 6.90% | 6.21% | 6.53% | 7.68% | 6.60% | 6.41% | 6.73% |

| | | | | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|
| 25.大和高田市立病院 | 6.02% | 3.95% | 4.08% | 5.02% | 5.79% | 4.25% | 4.88% |
| 27.市立宇和島病院 | 2.00% | 1.99% | 3.23% | 3.16% | 1.71% | 3.68% | 2.61% |
| 28.高知医療センター | 1.97% | 2.06% | 0.92% | 2.70% | 3.47% | 2.94% | 2.37% |
| 30.中頭病院 | 7.35% | 7.58% | 4.90% | 10.16% | 9.58% | 12.00% | 8.54% |
| 平均値 | 3.96% | 4.15% | 3.87% | 4.97% | 5.05% | 5.08% | 4.49% |
| 中央値 | 2.53% | 3.55% | 3.91% | 4.33% | 4.63% | 3.96% | 4.03% |
| 最小値 | 1.96% | 1.75% | 0.92% | 2.21% | 1.23% | 2.16% | 1.80% |
| 最大値 | 7.35% | 7.58% | 6.53% | 10.16% | 9.58% | 12.00% | 8.54% |

【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、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の低下をきたし、結果的には在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。褥瘡予防対策は、医療の重要な項目の1つとして、1998年からは診療報酬制度にも反映されています。
- 日本褥瘡学会の定義に沿って、分母を調査日の施設入院患者数、分子を調査日に褥瘡を保有する患者数集団としました。有病率は、ある一時点での特定の疾病や病態を有する人の割合を示し、分子はある一時点での有病者の数、分母はその時点での集団全体の人数から成ります。これは時点有病率とも呼ばれ、ある集団を、ある期間観察した時の有病率である期間有病率と区別されます。

注1) 調査日の施設入院患者数：調査日の入退院または入退院予定者は含めない。

注2) 1名の患者が褥瘡を複数部位有していても、患者数は1名として数える。

【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）】

- 30施設すべてが把握している指標と思われるが、オプション項目としたため、10施設からの報告しかなかった。

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

| 施設名 | 1回目 (2009/11-2010/10) | 2回目 (2010/01-2010/12) |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 55.4% | 52.3% |
| 02.市立札幌病院 | — | — |
| 03.岩手県立中央病院 | 43.8% | 41.1% |
| 04.山形済生病院 | 52.2% | 48.1% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 45.4% | 42.6% |
| 06.上都賀総合病院 | — | 56.6% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 33.8% | 33.4% |
| 08.上尾中央総合病院 | 46.3% | 45.3% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 41.2% | 42.9% |
| 10.聖路加国際病院 | 53.0% | 49.1% |
| 11.昭和大学病院 | 55.5% | 54.5% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 40.3% | 42.0% |
| 13.新潟県立中央病院 | 44.1% | 43.1% |
| 14.石川県立中央病院 | 45.8% | 45.3% |
| 15.松波総合病院 | 58.8% | 57.6% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 47.6% | 48.5% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 34.7% | 34.0% |
| 18.静岡県立総合病院 | 50.1% | 40.7% |

| | | |
|------------------|-------|-------|
| 19.小牧市民病院 | 42.3% | 41.3% |
| 20.洛和会音羽病院 | — | — |
| 21.武田総合病院 | 58.1% | 56.4% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | — | — |
| 23.大阪警察病院 | 48.2% | 45.2% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 38.3% | 38.6% |
| 25.大和高田市立病院 | 44.6% | 42.2% |
| 26.山口労災病院 | 45.7% | 43.3% |
| 27.市立宇和島病院 | 57.5% | 55.2% |
| 28.高知医療センター | 43.4% | 40.8% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 54.2% | 未報告 |
| 30.中頭病院 | 38.2% | 37.4% |
| 平均値 | 46.9% | 45.3% |
| 中央値 | 45.7% | 43.2% |
| 最小値 | 33.8% | 33.4% |
| 最大値 | 58.8% | 57.6% |

※ 02.市立札幌病院、20.洛和会音羽病院、22.関西医科大学附属枚方病院： 作成困難

※ 06.上都賀総合病院： システム入れ替えのため平成22年4月以降の抽出。

※ 15.松波総合病院： 関連クリニックデータ含む。

【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）】

- 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指標としました。
- HbA1cは、過去2～3ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示すアウトカム指標で、正常値は5.8%以下とされています。糖尿病の患者の血糖コントロールは、HbA1cが7.0%以下（HbA1c(JDS)で6.6%以下）であれば「可」とされます。糖尿病による合併症頻度はHbA1cの改善度に比例しており、合併症を予防するために、HbA1c(JDS)を6.6%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1c(JDS)が6.6%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にふさわしい指標であると考えられます。ただし、薬剤コンプライアンスや妊娠中の場合やインスリンが必要でもインスリンを打てない老人、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、狭心症があり血糖は高めにコントロールしたほうが安全である患者など、すべての患者で、この指標を達成しなければならないわけではありません。また、過去2～3ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示す指標であり、本調査では2点調査としたため、これのみで経時変化をみることはできません。

【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）】

- 対象患者が多いこととDPC提出対象外である検体検査の結果が指標算出に必要であったため、算出困難であった施設が3施設となった。1回目、2回目の平均値、中央値はそれぞれ46.9%、45.7%と45.3%、43.2%であり、どの施設ともまとまりのある数値となっている。施設毎の分母のサイズとコントロール率は相関せず、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らなかった。数値のフィードバックおよび値の改善に向けた取り組み等のアンケート調査を行っていないため、数値のばらつきの意味については次年度以降の課題である。

No.10_急性心筋梗塞患者のアスピリン投与率【Process】 ※DPC データ使用

| 施設名 | 平成 21 年度 | 平成 21 年度 | 平成 22 年度 | 平成 22 年度 |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (平成 21 年 7-12 月 退院症例) | (平成 21 年 7-12 月 退院症例) | (平成 22 年 7-10 月 退院症例) | (平成 22 年 7-10 月 退院症例) |
| | レビュー前 | レビュー後 | レビュー前 | レビュー後 |
| 01.手稲溪仁会病院 | 84.4% | 84.4% | 96.3% | 96.3% |
| 02.市立札幌病院 | 0.0% | 0.0% | 6.3% | 6.3% |
| 03.岩手県立中央病院 | 76.7% | 76.7% | 70.3% | 70.3% |
| 04.山形済生病院 | 41.7% | 55.6% | 42.9% | 42.9% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 95.7% | 98.5% | 94.3% | 98.0% |
| 06.上都賀総合病院 | 66.7% | 100.0% | 71.4% | 83.3% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 97.4% | 97.4% | 95.0% | 95.0% |
| 08.上尾中央総合病院 | 92.4% | 92.4% | 88.2% | 88.2% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 92.9% | 92.9% | 100.0% | 100.0% |
| 10.聖路加国際病院 | 87.9% | 87.9% | 88.2% | 88.2% |
| 11.昭和大学病院 | 85.7% | 85.7% | 92.0% | 92.0% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 50.0% | 50.0% | 72.2% | 72.2% |
| 13.新潟県立中央病院 | 92.3% | 92.3% | 85.7% | 85.7% |
| 14.石川県立中央病院 | 83.8% | 83.8% | 76.2% | 76.2% |
| 15.松波総合病院 | 85.7% | 85.7% | 91.7% | 91.7% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 69.2% | 69.2% | 73.3% | 73.3% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 89.6% | 89.6% | 84.8% | 84.8% |
| 18.静岡県立総合病院 | 84.3% | 89.6% | 76.7% | 82.1% |
| 19.小牧市民病院 | 89.1% | 89.1% | 73.7% | 73.7% |
| 20.洛和会音羽病院 | 93.3% | 93.3% | 95.8% | 95.8% |
| 21.武田総合病院 | 95.5% | 95.5% | 100.0% | 100.0% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 91.4% | 91.4% | 72.7% | 72.7% |
| 23.大阪警察病院 | 96.0% | 96.0% | 86.2% | 86.2% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 86.8% | 86.8% | 95.5% | 95.5% |
| 25.大和高田市立病院 | 100.0% | 100.0% | 0.0% | 0.0% |
| 26.山口労災病院 | 75.0% | 75.0% | 53.3% | 53.3% |
| 27.市立宇和島病院 | 97.1% | 97.1% | 100.0% | 100.0% |
| 28.高知医療センター | 76.5% | 76.5% | 94.1% | 94.1% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 33.3% | 33.3% | 100.0% | 100.0% |
| 30.中頭病院 | 89.7% | 89.7% | 91.3% | 91.3% |
| 平均値 | 80.0% | 81.8% | 78.9% | 79.6% |
| 中央値 | 87.4% | 89.4% | 87.2% | 87.2% |
| 最小値 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 最大値 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

【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）】

- 急性心筋梗塞の治療では、閉塞した冠動脈をカテーテルなどで再び開通させる再灌流療法により病態が安定したとしても、治療はそこで終わりではありません。再び急性心筋梗塞を起こさないよう、予防を積極的に進めていくことが重要です。心筋梗塞後の再発予防において重要な薬剤としては、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどがあげられます(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(50-162mg)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のアスピリンの処方率をみています。

【考察（臨床指標等の値にばらつきや差が生じている原因、指標等の大きさに関連する各病院の取組、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）】

- DPCデータを用いたため、すべての医療機関で数値を算出できた。DPC情報からの分母は1,866人（平成21年7月～12月、平成22年7月～10月の計10ヶ月間）であり、診療記録レビューにより薬剤アレルギー等アスピリン処方ができない理由が診療記録に記載されている患者が14人（0.75%）存在した。DPCデータからのみのデータとチャートレビューを加えたデータを比較すると平均で79.4%と80.5%であり、約1%の違いが認められた。
- 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分母・分子による割合のみでは困難な場合があるため、分母のカットオフ値を設定するなどの調整が必要である。また、10ヶ月間の施設毎の分母値が最大でも84例、月平均で8.4例となるため、月毎の値を算出しても変動が大きくなることが予測される。このため、経時的变化をみる際にはどの期間単位でフィードバックすることが適切かを検討する必要がある。

No.11_手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率【Process】 ※DPCデータ使用

| 施設名 | 平成 21 年度 (平成 21 年 7-12 月退院症例) | 平成 22 年度 (平成 22 年 7-10 月退院症例) |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 01.手稲溪仁会病院 | 67.2% | 69.2% |
| 02.市立札幌病院 | 54.4% | 50.8% |
| 03.岩手県立中央病院 | 75.3% | 68.6% |
| 04.山形済生病院 | 47.2% | 65.4% |
| 05.筑波メディカルセンター病院 | 90.0% | 78.9% |
| 06.上都賀総合病院 | 71.0% | 56.6% |
| 07.伊勢崎市民病院 | 87.1% | 85.1% |
| 08.上尾中央総合病院 | 51.5% | 49.9% |
| 09.総合病院 国保旭中央病院 | 72.4% | 71.8% |
| 10.聖路加国際病院 | 80.7% | 83.6% |
| 11.昭和大学病院 | 67.1% | 70.4% |
| 12.茅ヶ崎徳洲会総合病院 | 45.1% | 50.8% |
| 13.新潟県立中央病院 | 67.6% | 57.4% |
| 14.石川県立中央病院 | 74.2% | 77.8% |
| 15.松波総合病院 | 86.1% | 86.8% |
| 16.岐阜県総合医療センター | 51.9% | 57.5% |
| 17.総合病院 聖隷浜松病院 | 73.9% | 76.3% |
| 18.静岡県立総合病院 | 91.2% | 91.9% |
| 19.小牧市民病院 | 83.4% | 85.6% |
| 20.洛和会音羽病院 | 74.9% | 70.6% |
| 21.武田総合病院 | 80.5% | 86.5% |
| 22.関西医科大学附属枚方病院 | 85.5% | 84.5% |
| 23.大阪警察病院 | 94.6% | 96.1% |
| 24.天理よろづ相談所病院 | 68.3% | 65.0% |
| 25.大和高田市立病院 | 78.0% | 74.7% |
| 26.山口労災病院 | 67.0% | 65.3% |
| 27.市立宇和島病院 | 71.8% | 63.1% |
| 28.高知医療センター | 58.8% | 62.8% |
| 29.社会福祉法人 長崎記念病院 | 74.8% | 87.5% |
| 30.中頭病院 | 88.3% | 85.7% |

| | | |
|-----|-------|-------|
| 平均値 | 72.7% | 72.5% |
| 中央値 | 74.1% | 71.2% |
| 最小値 | 45.1% | 49.9% |
| 最大値 | 94.6% | 96.1% |

【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）】

- 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン(2009年改訂版)に肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)の予防が記載されており、このガイドラインに準拠した場合に診療報酬上の肺血栓塞栓予防管理料を算定することが可能となっています。
- 当該期間に手術を受けた退院患者数のうち、ガイドライン上予防行為を行った方がよいとされる手術を対象としているため、麻酔時間が45分未満の手術、局所麻酔のみの手術、同一入院中に2回以上の手術が行われている患者は分母より除外しています。また、輸血のみの症例や入院時の病名に深部静脈血栓症が含まれている患者も分母より除外としています。
- 分子は、肺血栓塞栓予防管理料を算定した患者数としました。

【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）】

- DPCデータを用いたため、すべての施設で指標の算出が可能であった。しかし2点評価となっているため、経時的変化をこの数値のみから判断すること困難である。しかし施設によって数値が大きく変化している施設もあり、どのような取り組みを行い数値が改善したのか、なぜ数値が悪化したのか等について調査する必要がある。さらに分母の除外基準が適切であるかどうかについても検討が必要であり、場合によっては予防行為が禁忌の患者が含まれていないか、予防行為を行うリソースが足りないのか、予防行為を行っているが算定をしていないのか等の理由もありうるため、背景因子の調査が必要と考えられる。本指標はプロセス指標であるため、分母の定義が確定すれば正に医療の質を反映する指標といえる。

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

- 協力病院に対しては、平成23年2月に、中間報告書・中間報告書に対する評価結果・協力病院の平成22年9月から12月のデータ等をメールにてフィードバックした。
- 協力病院内では、会議等で毎月の指標結果を報告し、現状把握、指標に対する意識向上を図った。

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）

- 公表は日本病院会のホームページ上で行う。なお、病院毎に患者数に差があるため、公表の際は母数等も明記する。

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）

- 人材確保について、各協力病院で数名の診療情報管理士やシステムエンジニアの雇用が必要とあり、事業に間に合うのか心配。
- 事務局でも懸念事項として挙げていたが、これまでのところ、すべての病院が、新たな職員を雇用することなく、在籍職員で対応している。在籍職員でも十分対応可能であることが明らかになった点は、本事業の重要な成果の一つであると考えている。今後、指標公表の本来の目的である「改善」を実施していくためには、各協力病院内での体制強化が必要となる。

- 協力病院の一部では既に先進的な評価を行っているが、会員病院のレベルが様々なために、これを全体に拡大するには、工夫が必要である。
- 本事業の目的は、診療情報開示の完成形を構築することではなく、現状での課題を明らかにし、その課題の解決に向けた提言をすることと理解している。先進的なQI測定・公表を行っている聖路加国際病院でのノウハウを最大限多くの病院で活用してもらうための会議を開催し、連携を構築している。

- 全国展開できるとすれば、少し良すぎる病院がリストに入っているのでは？
- 30病院が、一部の地域に偏らないことを、第一選択基準とした。また、比較を容易にするため、病床数・診療科数にばらつきが無いよう選択した。今回の取り組みは第一段階であり、同じように指標を作成するには同規模程度の30病院が限界である。今回の問題点等を踏まえ、今後は病院数を増やしていく予定であり、最初の取り組みということを考慮してもらえれば、評価結果にあるようなマスコミ・国民・非参加病院・医療関係者に誤解や混乱を招くとは考えられない。

- リスク調整が未定、という項目が多い。
- 事業計画書では調整方法は未定としていたが、臨床指標評価委員との議論を重ね、除外基準等を含んだ定義に変更した。(本報告書の2.指標・公表結果②臨床指標の算出方法及びリスク調整方法を参照)
ただし、リスク調整には絶対的な方法は存在しない。できる範囲内の調整は試みるが、本事業での最も重要な使命は各病院の指標を時間の経過とともに改善していくことであり、研究目的で議論されることの多い微に入り細をうがつようなリスク調整は行わない方針である。

- 全体的に成績がよい。また疾患によっては患者数が一桁という病院もあり、一律に評価を行うのは難しいのではないと思われる項目もある。それらの扱いについてはどのように行っているのか？(単純に同じ方法で評価していいのか？)
- 本事業の目的の一つは、「施設間の比較をすること」ではなく、「施設間の比較の妥当性を評価すること」である。施設間の比較に適している指標は何か？適さない指標は何か？なぜ比較が不適切なのか？を明らかにすることである。指摘されたような「疾患数の差」は、比較に適さない理由の一つとして挙げられる要素かもしれない。また、われわれは施設間の比較よりも、「各病院の指標を時間の経過とともに改善すること」に重点を置いている。同一施設での時系列の比較においては、疾患数が少ないという要素も、大きな問題にはならない。

- 事業計画を変更し、リスク調整が行われている。現在は評価実施中であるが、これらの見直しの経緯・理由、リスクの軽減・増大、今後の見通しは如何。例えば、当初の「手術後の肺塞栓症・深部静脈血栓症の発生率」(アウトカム)が、入院患者対象の「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」(アウトカム)に替わり、さらに、「手術患者における肺血栓塞栓の予防行為実施率」(プロセス)が追加されている。
- 協力施設の聖路加国際病院では、「手術後の肺塞栓症・深部静脈血栓症の発生率」(アウトカム)を毎年測定していたため、申請時点では、この指標を選定した。しかし、臨床指標評価委員会で検討した結果、血栓予防行為の対象とならない手術があること、肺塞栓・深部静脈血栓の診断方法や診断検査(超音波検査など)を行う対象患者の選定に病院によって大きなばらつきがあること、などの理由で、異なる病院のデータの比較可能性を高めるために指標を変更せざるを得なかった。

- 臨床指標評価委員会における外部委員の果たしている、現在及び今後の役割は如何。他の委員からのコメント「外部委員が不明」への説明がないが、客観性・第三者性の担保はどのようにして図るのか。
- 平成22年12月20日に「外部委員が不明」との連絡があり、「QIプロジェクト臨床評価委員名

簿」を提出した。外部委員には臨床指標評価委員会に参加、指標定義の妥当性の評価やDPCデータの算出および分析に協力いただいている。静脈血栓塞栓症に関する指標の定義が見直されたことも、外部委員からの指摘によるものである。

- 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、中核的な役割も期待されている病院が多く参加しているが、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？
- ▶ 本事業の応募・事業計画には地域連携に関する指標を組み込むことは明記されていない。どのような地域連携の指標が医療の質を表すのか、議論されていない。ただし、紹介率や逆紹介率等の値を出すことは難しくないため、次年度以降の指標項目として検討したい。
- ▶ 「No.09_糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0% (HbA1c (JDS) <6.6%)」では、サブグループ解析として9の地域医療支援病院と非地域医療支援病院の指標値を比較すると、第1回目で42.2% (5,435/12,882人)と47.1% (15,992/33,935人)、第2回目で40.0% (5,193/12,975人)と46.3% (16,377/35,336人)といずれも地域医療支援病院の数値が低くなっている。この理由としてはHbA1cのコントロールが良好な患者群が地域連携で紹介されているためのもと考えられるが、各施設においてコントロールの悪い患者を紹介し見かけ上の数値がよくなるUnintended consequenceの可能性も存在するため、糖尿病患者のHbA1cを用いた地域連携の指標としては、単一指標ではなく、本指標に加えて、他院紹介時のHbA1c値や紹介先でのHbA1c値等の組み合わせで評価する指標が必要がある。

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）

- ◆ 事業計画書3②イ(3)に追加：DPC分析は京都大学チームで実施する。
理由：全指標項目を協力病院にお願いするには作業量が多く、難易度が高いとの意見が出たため。
- ◆ 指標項目および定義変更
(本報告書の2.指標・公表結果②臨床指標の算出方法及びリスク調整方法を参照)
理由：上記同理由、さらに異なる病院のデータの比較可能性を高めるため。

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

- 「No.03_死亡退院患者率」「No.04_入院患者の転倒・転落発生率」「No.05_手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」「No.08_褥瘡発生率」の4指標については値改善に向けた取り組み等のアンケートを実施した。以下に内容を示す。

No.03_死亡退院患者率

1. 診療部長会議等で指標の報告と啓蒙活動を実施した。また、脳外科・心臓外科医師の人員確保対策、PCPS装置の増設対策を行い、さらにERではCPA患者の対応に低体温療法を積極的に取り入れた。(茅ヶ崎徳洲会総合病院)
2. 当院は4疾病5事業に取り組んでおり、特に「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「救急」などリスクの高い医療において、死亡率の更なる改善は難しい面があるが、集学的治療、チーム医療の推進を行なっている。(石川県立中央病院)
3. 心肺蘇生講習会、重症部門の急変時対応訓練を実施した。(関西医科大学附属枚方病院)

No.04_入院患者の転倒・転落発生率

1. インシデント・アクシデントレポート分析と対策立案およびその周知・院内ラウンドによる現場へのアドバイスを行った。(市立札幌病院)
2. 徘徊による転倒に対し早めに防止できるよう、徘徊センサーの機器を病棟各階に1台、貸し出し器を2台増やした。(岩手県立中央病院)
3. 看護部の委員会で月1回、2部署(病棟)のラウンドを行った。(山形済生病院)
4. 部署毎に発生件数・率の目標値を設定した。(上都賀総合病院)
5. 転倒転落に関する患者・家族向けパンフレット配布による啓蒙活動を行った。(上尾中央総合病院)
6. クリップセンサー・センサーマットの増設、不穩患者の見守りを強化した。(茅ヶ崎徳洲会総合病院)
7. 転落転倒アセスメントシート、安全センサーの使用や職員研修を強化した。(新潟県立中央病院)
8. 予防策、発生背景、考えられる改善策をリスク管理システムに入力し、意識づけることを転倒転落発生事例すべてに実施した。さらに、離床センサーを導入し、転倒予防ガードを危険度の高い患者のベッドにつけ、情報の共有化を実施した。(石川県立中央病院)
9. 離床センサー等の不足分を調査し、必要数を購入した。また、誘因となる認知症やせん妄患者の理解を深めるための勉強会を実施した。(聖隷浜松病院)
10. 転倒転落アセスメントシートの簡潔化を行った。(静岡県立総合病院)
11. 事前に行動制限に関する同意書を取った。さらに、アセスメントスコアシートより予測し、転倒防止グッズを使用した。また、インシデントアクシデントレポートに「カンファレンス」欄を追加し、対策を職員に周知した。(武田総合病院)
12. 専従の医療安全管理者がすべての転倒・転落患者を対象に患者評価と看護計画の点検を行い、当該セーフティマネージャーに連絡した。また、全職員を対象に転倒・転落患者の予後悪化や予防対策の重要性に関する研修会を行った。(関西医科大学附属枚方病院)
13. 離床センサーを増設した。さらに、転倒転落予防月間を年1回設け、患者およびスタッフへ啓蒙活動を行った。(天理よろづ相談所病院)
14. コールマットやサイドレールなど転倒・転落防止用具の充実を図った。また、医療安全管理者が転倒・転落防止ラウンドの実施と困難事例への介入を実施した。(高知医療センター)
15. ネームバンドに転倒リスク色分けを表示した。さらに、看護師・理学療法士合同でのラウンドカンファレンスを実施した。(中頭病院)

No.05_手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

1. SSIサーベイランスと結果のフィードバックを実施した。(市立札幌病院)
2. 感染対策マニュアルの見直しを適宜行い、適正な抗菌薬使用に努めた。(山形済生病院)
3. 診療医師のオーダーを徹底した。(茅ヶ崎徳洲会総合病院)
4. 予防的抗菌薬の使用状況について現状の調査を行った。(石川県立中央病院)
5. 院内で作成した感染対策マニュアル・CDCガイドラインに沿った治療を行った。(武田総合病院)
6. 「抗菌薬使用の院内指針」に「周術期予防的抗菌薬の投与は執刀30分以内に投与を開始し執刀前に投与を完了させる」を記載し、その周知に努めた。(高知医療センター)

No.08_褥瘡発生率

1. 褥瘡予知トレーニングの実施、サマリーを見直しチェックリストを作成、実技指導、マニュアルの理解度について確認後、各部署で弱い部分の改善するための取組みを実施した。(市立札幌病院)
2. 分圧分散寝具の変更と使用方法の勉強会を行った。(山形済生病院)
3. 重症度にあわせた体圧分散寝具の定数の見直しと各部署への指導を行った。(上都賀総合病院)
4. 褥瘡委員会や各病棟の褥瘡委員が監視を行った。(伊勢崎市民病院)
5. 褥瘡予防対策の必要な患者への体圧分散寝具の活用および看護師への教育を行った。(上尾中央総合病院)
6. 月1回、褥瘡リンクナース委員会で勉強会を実施した。また、月2回の褥瘡回診で予防対策ができていないか確認を行った。(茅ヶ崎徳洲会総合病院)
7. 5月より褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定を受け、ハイリスク患者に対し認定看護師が介入するようになった。(石川県立中央病院)
8. 体圧分散寝具の定数、種類の見直しを行い、高機能マットレスを追加導入した。(松波総合病院)
9. 体圧分散寝具の補充、病棟看護師への褥瘡予防教育の実施、褥瘡発生患者の症例検討、褥瘡

| |
|--|
| <p>回診による病棟看護師への OJT を実施した。(聖隷浜松病院)</p> <p>10. 各部署の褥瘡委員を通し、褥瘡対策の強化を呼びかけた。(静岡県立総合病院)</p> <p>11. 入院患者全体を平均的に対応できるように体制を整備した。(武田総合病院)</p> <p>12. アセスメント看護計画の記録教育を重点的に行った。(関西医科大学附属枚方病院)</p> <p>13. 褥瘡発生要因や褥瘡の評価、弾性ストッキング使用時の注意事項について、院内研修を2回実施した。(高知医療センター)</p> <p>14. 褥瘡ラウンド時の体位保持チェックの指導を行った。(中頭病院)</p> <p>全体</p> <p>1. 院内の主要会議で結果を報告し、現状把握、指標に対する意識を高めた。(岩手県立中央病院)</p> <p>2. 医局会において、QI の意義とその効果、今回算出した QI 項目について他施設との比較を視覚的に提示した。(小牧市民病院)</p> |
| <p>②団体全体での取組等</p> <ul style="list-style-type: none"> 本事業において、今年度は協力病院が同じ指標項目を測定・公表することを主としていたため、団体全体としては特に取り組みは実施していない。しかし、測定するにあたって問題点が明確になりつつあり、各施設毎の取り組みを参考に、次年度以降は値を改善するための方策を提示したい。 |

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。)(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。) |
|------------------------------------|---|--|
| 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) | 「No.05_手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」が平成22年9月値は37.5%であったが、平成23年2月値は86.3%にまで上昇した。 (大和高田市立病院) ※如実に値が改善した施設である。 | 調査の結果、診療科によって抗菌薬投与のタイミングが様々であったため、下記を実施した。 <u>第1段階</u> : 予防的抗菌薬の投与方法を手術室出棟時に統一。 <u>第2段階</u> : 抗菌薬によるアナフィラキシーショックを考慮し、抗菌薬投与方法を全身麻酔では挿管後、脊椎麻酔では穿刺が終了し仰臥位に体位変換後に変更。 |
| ②職員の意識向上について | 事業開始時はデータの収集が間に合わない等で「No.04_入院患者の転倒・転落発生率」の損傷レベル別の報告ができない施設もあったが、だんだんと職員の協力が得られるようになり、ほとんどの施設で期日通りに損傷レベル別の報告ができるようになった。 | 損傷レベルが判断できないものに関しては、発生状況や患者の状態をより細かく把握し、臨床指標評価作業チームにメーリングリストで問い合わせをすることで、損傷レベルを判断できるようにした。また、多くの施設で予防対策の重要性に関する研修会を実施していた。 |

| | | |
|--|---|--|
| ③外部(患者等)の反応について | 平成23年8月15日現在、外部(患者等)からの問い合わせはない。 | 特になし |
| 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) | それぞれの指標に対し、協力病院にはデータの提出しか促していなかったが、各病院が業務内容等を見直し、値改善に向け、様々な活動を行うようになった。 | 毎月同じ定義で値を出すことで、自施設の変化が目に見える形となった。また、自施設の位置を把握できるように、さらに何を改善すればよいか検討できるように、他施設の値をフィードバックした。 |

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)
- 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)
- 3) その他

| | 問題点・課題 | 改善策 |
|------|--|--|
| 準備段階 | <p>(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ラフな指標定義から協力病院の実務者が作業可能な詳細な指標定義への落とし込み作業とその検証に、指標作成チームは多大な時間と労力を要した。 ・ 協力病院の実務者からの指標の意義や定義、除外基準や計算手順に対する質問が多数寄せられた。(本事業開始時には、各協力病院の体制が整備されておらず一部情報が共有されていなかったため。) ・ 全体説明会を、計2回実施し、1回目は各施設内でリーダーシップをとる本事業のプロジェクト責任者向けに、2回目は作業を行う具体的な担当者向けに開催した。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標作成チームの人材不足があり、医学的見地とITの両方に長けた人材の育成が必要と考えられる。 ・ 協力病院選定においてどの程度のデータ抽出能力があり、その継続性があるかを調査する必要がある。 ・ 指標の意義や定義、除外基準や計算手順に対する詳細な実務者マニュアルの作成が必要である。 ・ 本事業を推進していく上で、下記①～③の役割が必要となることがわかった。各担当者が、必ず一度は説明会に参加することとし、各施設での院内体制を明確にする。 ① 各施設内でリーダーシップをとることができる人 ② 作業(データの作成)を実際に行う人 ③ データの提出を行ったり、連絡をしたりする事務作業を行う人 ・ データ収集に関する問い合わせに対して事務局でFAQを作成し、メーリングリストを用いて共有化をはかる方法を採用した。次年度以降も継続してこの方法を実施する予定としている。また、あらかじめ入力フォーマットを作成し、それを協力病院に配布することにより、定形データが収集可能となる。 |

| | | |
|---------|--|---|
| データ収集段階 | <p>(収集頻度や収集方法に関するもの等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月収集する指標と年一回収集する指標に大別し、毎月収集するデータは10日を提出期限とした。対象は前月のデータではあるが、転倒転落や褥瘡等、他部署からの集計データが必要な指標に関しては、提出期限に間に合わない病院があった。 データにより、月一回、年一回と収集頻度が異なり、また収集方法も郵送、メールによるものとの2種類があり、煩雑だった。 データ提出の督促や前月分のデータ修正などが発生し事務局の業務負担が大きすぎた。 | <ul style="list-style-type: none"> 提出締切を中旬～下旬に設定する。 調査期間、回数や患者数によっては毎月提出するものが困難または意義の少ない指標が存在するため、指標毎の適切な提出回数や期限を設定する必要がある。 協力病院へ収集頻度と収集方法を明確に周知する。 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および収集方法(電子媒体の郵送)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。一方、郵送と異なり、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可能性があった。期限までに提出するためのインセンティブを設ける。 (案): 毎月のデータを、各協力病院に翌月にフィードバックを実施する。各協力病院の提出状況も相互に把握し、各指標に対する改善案の策定も協力病院全体で共有をはかることが可能となる。 |
| 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"> 分析方法について、事前の検討が不十分で、試行錯誤となり、多大な作業時間を要した。 指標作成チームとデータ分析チームが異なる場合、どんなに話し合いを重ね、指標を定義しても、定義以上のデータが集積されている場合、分析過程で指標定義の解釈に相違が生じ、場合によってはあらかじめ定められた通りの算出法に基づいた結果とはならないことがわかった。 | <ul style="list-style-type: none"> 分析方法を事前に決定する。 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・分子の定義も正確に共有する。 入力例を表示した同じフォーマットを全施設へ配布し、入力データを収集することにより、分析作業の効率化をはかる。 指標作成チームとデータ分析チームを分割しないか、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。 |
| 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"> Quality indicator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した。 | <ul style="list-style-type: none"> 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たり、リスク調整のためにさらなる情報収集が必要になるため、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。今後の検討課題と考えられる。 |
| 臨床指標 | <p>(外れ値や分布の確認に関するもの等)</p> | <ul style="list-style-type: none"> 外れ値の処理ルールを事前に明確に |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| <p>評価検討委員会等での評価段階</p> | <p>もの等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、病院毎の診療体制によるものか、データ収集や分析の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。 | <p>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)ことによって、各施設の責任感を高めるとともに、事務局業務を軽減することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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する。 |
| <p>臨床指標公表段階</p> | <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"> 各協力病院募集の際に、公表する旨のアナウンスをすでに実施済みであり、数値確認はメーリングリストを活用し、特に問題はなかった。 | <p>特になし</p> |
| <p>臨床指標公表後</p> | <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"> 平成23年4月28日ホームページにて公表した。公表後の課題、問題点は特になし。 | <p>特になし</p> |
| <p>その他</p> | <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"> 指標の決定、定義検討のための期間および人材の不足。 指標の定義に曖昧さが存在すると異なる解釈につながる。正確な定義が必要であることはもちろんであるが、除外基準や算出手順についてなぜ除外すべきか、その算出手順が必要であるかの説明が作業員への負担軽減や正しい値の算出につながると考えられた。 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、作業員が増大するだけでなく、解釈の相違もおこりやすい。 団体全体における事務局、臨床指標評価作業チーム、DPCデータ分析を行う京都大学チームの3グループ間での情報共有。 | <ul style="list-style-type: none"> 少なくとも本報告書の2.指標・公表結果②臨床指標の算出方法及びリスク調整方法だけでなく、指標毎に指標定義、除外基準、算出手順、データ提出形式等を記載した、作業員用のマニュアルが必要と考えられた。 本事業の遂行上、指標の決定、定義は、特に重要である。指標の意義や定義に関して、委員会等で十分に討議したうえで、全協力病院に説明をし、事業を開始することが望ましい。事業開始年度の申請書作成時点で指標の詳細を決定するのは困難である。指標決定までの期間を別に設定する等の改善策を期待したい。 今後事業を継続していくにあたり、指標決定、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である。 作業員用マニュアル、分析者用マニュアルを作成する必要がある。 各種マニュアルの作成により、当団体 |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>以外の施設であっても同じ指標、同じ分析方法により医療の質評価が可能となり、国としての本事業の目的達成が促されることとなる。</p> |
|--|--|--|

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> <ul style="list-style-type: none"> 本事業は日本病院会のプロジェクトとして、今後も継続する予定である。 協力病院を選定する段階で、どの程度のデータ抽出能力・継続能力があるかをチェックする。 指標の意義や定義、除外基準や計算手順を明記した詳細な作業用マニュアルおよび指標決定の経緯や指標の意義・定義を明記した分析者用マニュアルを作成する。 次年度も今年度の指標を継続して用いる。ただし、定義等については、変更することもある。加えて、可能な限り指標数を増やす。 公表については、今年度同様、協力病院の了承の上、病院名と値を公表する。 日本病院会の約2,550の会員病院を対象に本事業への参加希望を募り、病院数を増やす。ただし、現時点ではどの程度増やすかは決まっていない。 団体全体として改善に向けた取り組みを行うよりも、各施設での積極的取り組みを促すことに重点を置く。 |
| <p>②平成24年度以降の予定</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成23年度同様、継続して指標を算出し、経時的変化を見ながら各施設が改善に向けた取り組みを行う。 |
| <p>④ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ホームページでの公表に加えて、第61回日本病院学会（平成23年7月14日・15日開催）の学会長講演「医療の質の評価と改善」において、平成22年度医療の質評価・公表等推進事業の成果を紹介し、「医療の質評価・公表推進事業の成果」と題したシンポジウムを実施し、公表後の協力病院の改善活動の報告ならびに指標定義の課題、DPCデータを使用する際のメリット、デメリットをまとめ報告した。 日本病院会では、平成23年度から独立した委員会としてQI委員会を立ち上げた。 公表後、会員病院全体の意識が高まり、平成23年度は協力病院も約80病院と増加し、QIプロジェクトを継続していく予定としている。 |

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）

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 複数の医療機関において定義された指標を算出し、かつ各医療機関において改善活動も実施されつつあるという事実(3. ①各協力病院での取り組み等参照)が、本事業の大きな成果である。 調査期間が半年という短い期間であり、実際の改善活動の成果が出ているものは限られているが、本事業を継続し指標を経時的に算出していくことにより、改善活動の成果はより明確になると思われる。 本事業を行うにあたり、検討のプロセスが重要であり、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。静脈血栓塞栓症に関する指標では、複数医療機関の指標値を検討することにより、診断方法や診断検査(超音波検査等)を行う対象患者の選定が施設毎に大きければつきがあることがわかった。 各医療機関が改善活動を実施していくためには、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である。平成22年度は本事業の初年度であったため、試行錯誤であったが、平成23 |
|---|

年度以降は指標の策定と分析をスムーズに行うことが可能と思われる。

- 今後事業を継続していくにあたり、指標決定、定義のための人材を団体として確保する必要があると思われる。

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）

- 病院を比較する場合、数値だけの比較ではなく、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)、患者のプロフィール(年齢、性別、疾患の種類と重症度)等を見る必要がある。これらの要因を勘案した上での(つまり、リスク調整を行った上での)指標の算出・比較は容易でなく、学問的にもコンセンサスが得られているとは言い難い。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、改善に向けた取り組みを行うことであろう。そうすることで、わが国の医療の質が向上するはずである。

DPC データ使用指標の分析時の定義

調査期間

平成 21 年度分(平成 21 年 7 月から 12 月退院症例)

平成 22 年度分(平成 22 年 7 月から 10 月退院症例)

| 分子 | 分母 | 分析時の分子(修正後) | 分析時の分母(修正後) |
|--|---|--|---|
| No.06_退院後 6 週間以内の緊急再入院率 | | | |
| 退院後 6 週間以内の当日緊急入院患者数 | 退院患者数 | 分母のうち、様式 1「予定・緊急入院区分」が「2.緊急入院」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 | 様式 1「退院年月日」が調査期間に該当する症例数 |
| No.07_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 | | | |
| 入院期間中に静脈血栓塞栓症を新規発症した患者数 補足: 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、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている患者 | 肺血栓塞栓予防管理料を算定されていない退院患者数 除外: 静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者 ※ 該当になり得る患者をフィードバックし、各施設でレビューして判断してもらう。 | (1) 表在血管エコー・静脈造影検査・肺血流シンチグラフィ・胸部造影 CT のいずれかの画像検査を行っており、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている症例数 (2) 上記の(1)のうち、「主病名」「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」「入院後発症疾患名」のいずれかに深部静脈血栓症に関連する ICD コード (I26\$, I801, I802, I809, I82\$, O223, O229, O871, O878, O879, O882, O888) が含まれており、かつ、その記載病名が疑い病名でない症例数(除外:手術例で当該病名有りのうち、各施設における診療記録レビューにより肺塞栓ではないと判断された症例) ※除外前後両方の症例数を出す。 (1)、(2)それぞれについて算出。 | E/F ファイル上で「肺血栓塞栓予防管理料 113006910」の算定がない退院患者数 除外: 入院時併存症や契機病名に深部静脈血栓症に関連する ICD コード (I26\$, I801, I802, I809, I82\$, O223, O229, O871, O878, O879, O882, O888) を含む症例 |
| No.07'_手術患者における入院期間中の静脈血栓塞栓症発生率 | | | |
| 入院期間中に静脈血栓塞栓症を新規発症した患者数 補足: 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 | 手術を受けた退院患者数 除外: 静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者 ※膝・股関節の置換術を対象とする | (1) 表在血管エコー・静脈造影検査・肺血流シンチグラフィ・胸部造影 CT の画像検査を行っており、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている症例数 (2) 上記の(2)のうち、「主病名」「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」「入院後発症疾患名」のいずれかに深部静脈血栓症に関連する | (A) 手術を受けた退院患者数 様式 1 の「手術 1」に記載がある症例数 ただし、輸血のみ行われた症例や、第 1 回目の手術が血栓関連(K コードが K593, K608, K609, K616, K619, K620) である症例は除く。 |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>認められた患者、かつ、退院時処方にワーファリンが含まれている患者</p> | | <p>ICDコード(I26\$, I801, I802, I809, I82\$, O223, O229, O871, O878, O879, O882, O889)が含まれており、かつ、その記載病名が疑い病名でない症例数(除外:各施設における診療録レビューにより肺塞栓ではないと判断された症例) ※除外前後両方の症例数を出す。</p> <p>分母(A)、(B)それぞれについて、(1)、(2)それぞれを分子として指標を算出。</p> | <p>(B)膝・股関節の置換術を受けた退院患者数: 様式1の「手術1」の「点数表コード」が「人工関節置換術肩、股、膝 K0821」又は「人工関節再置換術肩、股、膝 K082-31」に該当し、かつ「手術1」の「手術名1」欄に「膝」または「股」の文字が含まれ、疑い病名でないもの</p> <p>除外: 入院時併存症や契機病名に深部静脈血栓症に関連する ICDコード(I26\$, I801, I802, I809, I82\$, O223, O229, O871, O878, O879, O882, O888)を含む症例</p> <p>上記(A)、(B)それぞれについて算出。</p> |
|---|--|---|---|

No.10_急性心筋梗塞患者のアスピリン投与率

| | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| <p>退院時にアスピリンが処方されている患者数</p> <p>除外: アスピリン以外の抗血小板薬のみの患者</p> | <p>急性心筋梗塞の診断で入院し生存退院した患者数</p> <p>除外: 死亡退院、アスピリン処方ができない理由が記載されている患者</p> <p>※ アスピリンが処方されていない患者をフィードバックし、各施設でレビューして、該当になり得るか判断してもらおう。</p> | <p>分母の症例のうち、退院時処方にアスピリンが見られる症例</p> | <p>DPCコード上6桁が「050030 心筋梗塞」かつ様式1の「主傷病名」のICD10コードが「I21」で始まる症例</p> <p>除外: 死亡退院、アスピリンが入院中に処方されていない症例のうち、各施設の診療記録レビューにより、該当しないと判断された症例</p> |
|---|--|------------------------------------|---|

No.11_手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>静脈血栓塞栓症の予防行為を行った患者数</p> <p>補足: 肺血栓塞栓予防</p> | <p>手術を受けた退院患者数</p> <p>除外: 麻酔時間が45分未満の手術、局所</p> | <p>分母のうち、E/Fファイル上で「肺血栓塞栓予防管理料 113006910」を算定された患者数</p> | <p>様式1の「手術1」に記載がある症例数</p> <p>除外: 麻酔時間が45分未満の手術、局所麻酔のみの手術、</p> |
|---|--|---|---|

| | | | |
|----------------------|-----------------------------|--|---|
| <p>管理料を算定されている患者</p> | <p>麻酔のみの手術、同一入院中に2回以上手術</p> | | <p>同一入院中に2回以上手術、輸血のみ行われた症例や第1回目の手術が血栓関連(KコードがK593, K608, K609, K616, K619, K620)である症例、入院時併存症や契機病名に深部静脈血栓症に関連するICDコード(I26\$, I801, I802, I809, I82\$, O223, O229, O871, O878, O879, O882, O888)を含む症例</p> |
|----------------------|-----------------------------|--|---|