

National Hospital Organization
Clinical Indicator 2011

2011

国立病院機構臨床評価指標



独立行政法人
国立病院機構

◆ はじめに ◆

国立病院機構は、患者や市民の皆様が安心して医療を受けられるよう、厳しい目で自医療機関を評価し、医療の質向上に向けた取り組みを継続的かつ積極的に行っています。その一環として、臨床評価指標を用いて医療の質の評価を実施しています。

臨床評価指標は、医療の質を定量的に評価するための“ものさし”です。我が国では、患者や市民の皆様にとって、最も関心がある医療の質そのものについて、定量的な評価がなされることはまだ少ない現状です。国立病院機構は、患者の皆様一人ひとりに提供される医療の内容であるプロセスや、提供された医療によって得られた成果であるアウトカムを評価することで、病院間で良質でばらつきの少ない医療の提供を目指しています。

平成20年までは、26項目の臨床評価指標を用いて評価を行ってききましたが、昨年はさらなる医療の質の向上を目指して、臨床評価指標の項目の見直しを行い、また国立病院機構が提供している様々な医療領域からなる70の臨床評価指標を新たに整備しました。特徴として、医療の質の改善に向けた活動を行いやすいプロセスの側面の臨床評価指標を中心とした構成になっています。また、1) 臨床評価指標の算出に際して発生するデータ収集といった各病院への負担を軽減すること、2) 国立病院機構以外の病院でも算出が行えることを目的として、急性期医療を担う病院で作成されている、患者の基礎情報や診療行為などの情報が含まれた全国統一形式の電子データセット（DPCデータ）や診療行為の明細書であるレセプトデータを活用して、臨床評価指標を算出しています。

ただし、このように、新たに収集したデータではなく、各病院の既存データを使って臨床評価指標を算出していることから、データの解釈には注意を要します。また、これらのデータ精度によっては、正しく臨床の実態が反映しきれていない可能性もあります。このため、これらの既存データの活用の限界を踏まえた上で、結果の解釈に際する注意点を付記する等の対応をしています。今後も、データの精度を高めるとともに、医療の質評価のための確かな情報として臨床の現場で活用できるように、臨床評価指標自体の質の向上にも取り組んでいきます。

なお、国立病院機構における臨床評価指標の活用の目的は、病院間の医療の質の差をあらわしたり、優劣をつけることではありません。各病院が、臨床評価指標で計測された医療の質の実態を通して、必要に応じて問題解決を行い、医療の質の底上げや向上を図っていくことにあります。

国立病院機構における臨床評価指標の取り組みが、国立病院機構が提供する医療の質の向上につながるとともに、ひいては我が国の医療にも寄与することを期待しています。

目次

プロセス指標（疾患特異的指標）

1. 胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の施行率	1
2. 肺がん手術患者に対する治療前の病理診断の施行率	1
3. 乳がん患者に対する嘔吐リスクの高い化学療法における制吐剤 （5-HT ₃ 受容体拮抗型制吐剤とステロイドの併用）の投与率	2
4. 乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の施行率	2
5. 浸潤性乳がん（ステージI）に対するセンチネルリンパ節生検の施行率	3
6. 18歳以上の白血病患者に対する診断時のFACSによる表面抗原検査の施行率	3
7. 初発多発性骨髄腫患者に対する血清β ₂ ミクログロブリン値の測定の施行率	4
8. 悪性リンパ腫患者に対する病期診断のための骨髄検査の病理組織学的検討の施行率	4
9. 悪性リンパ腫患者および多発性骨髄腫患者に対する外来通院経静脈的化学療法の施行率	5
10. 子宮頸部上皮内がん患者に対する円錐切除術の施行率	5
11. 小細胞肺がんに対する抗がん剤治療の施行率	6
12. EGFRチロシンキナーゼ阻害剤（EGFR-TK1）が投与された患者に対するEGFR遺伝子検査の施行率	6
13. 胃がん患者に対する手術時の腹水細胞診の施行率	7
14. 脳卒中患者に対する頸動脈エコー、MRアンギオグラフィ、CTアンギオグラフィ、 脳血管撮影検査のいずれか一つ以上による脳血管（頸動脈）病変評価の施行率	7
15. 急性脳梗塞患者に対するアスピリン、オザグレル、アルガドロパン、ヘパリンの投与率	8
16. 破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の施行率	8
17. 脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の施行率	9
18. 急性心筋梗塞患者に対する退院時のスタチンの処方率	9
19. 心不全患者に対する退院時のアンジオテンシン変換酵素阻害薬、アンジオテンシンII受容体拮抗薬、 βブロッカー、抗アルドステロンのいずれかの処方率	10
20. インスリン療法を行っている外来糖尿病患者に対する自己血糖測定の施行率	10
21. 外来糖尿病患者に対する管理栄養士による栄養指導の施行率	11
22. 大腿骨近位部骨折患者に対する早期リハビリテーション（術後4日以内）の施行率	11
23. 急性膵炎患者に対する早期（入院2日以内）のCTの施行率	12
24. 急性胆管炎患者、急性胆嚢炎患者に対する早期（入院2日以内）の注射抗菌薬投与の施行率	12
25. B型およびC型慢性肝炎患者（肝硬変、肝がん含む）に対する肝細胞がんスクリーニングと 治療管理のための腫瘍マーカーの検査の施行率	13
26. B型およびC型慢性肝炎患者（肝硬変含む）に対する 肝細胞がんスクリーニングのための画像検査の施行率	13
27. B型慢性肝炎患者に対するHBV-DNAモニタリングの施行率	14
28. 急性胆嚢炎患者に対する入院2日以内の超音波検査の施行率	14
29. 肺炎患者に対する血液や喀痰培養の施行率	15
30. 肺炎患児における喀痰や鼻咽頭培養検査の施行率	15
31. 急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の施行率	16

32. 注射抗菌薬投与患者に対する培養検査の施行率	16
33. 経尿道的前立腺切除術が施行された患者に対する術後3日以内の抗菌薬の中止率	17
34. 市中肺炎入院患者に対する迅速検査（尿中肺炎球菌抗原検査、尿中肺炎球菌莢膜抗原検査）の施行率	17
35. 間質性肺炎患者に対する血清マーカー検査（“KL-6”、“SP-D”、“SP-A”）の施行率	18
36. 気管支喘息患者に対する吸入ステロイド剤の投与率	18
37. 慢性閉塞性肺疾患患者に対する呼吸器リハビリテーションの施行率	19
38. 関節リウマチ疑い患者に対するリウマトイド因子（RF）あるいは抗環状シトルリン化ペプチド抗体（抗CCP抗体）の測定の施行率	19
39. 小児食物アレルギー患者に対する特異的IgE検査の施行率	20
40. 気管支喘息患者に対する特異的IgE抗体検査の施行率	20
41. 緑内障患者に対する視野検査の施行率	21
42. T1a、T1bの腎がん患者に対する腹腔鏡下手術の施行率	21
43. 良性卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の施行率	22
44. 結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率（ステージⅠ）	22
45. 結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率（ステージⅡ）	23
46-1 嚥下障害患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の施行率（耳鼻咽喉科を持たない病院）	23
46-2 嚥下障害患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の施行率（耳鼻咽喉科を持つ病院）	24

プロセス指標（セイフティネット系）

47. 精神科電気痙攣療法における修正型電気痙攣療法の施行率	25
48. 認知症患者に対する画像検査（CTまたはMRI）の施行率	25
49. 躁病患者、双極性障害患者、統合失調症患者に対する血中濃度測定の実行率	26
50. 統合失調症患者に対する抗精神病薬の単剤化の施行率	26
51. HIV患者の外来継続受診率	27
52. HIV患者に対する血糖、総コレステロール、中性脂肪の3検査の施行率	27
53. 重症心身障害児（者）に対する栄養管理の施行率	28
54-1 重症心身障害児（者）における「超・準超重症児」に対するリハビリテーションの施行率	29
54-2 重症心身障害児（者）における「超・準超重症児以外」に対するリハビリテーションの施行率	29
55-1 重症心身障害児（者）における「超・準超重症児」に対する摂食機能療法の施行率	30
55-2 重症心身障害児（者）における「超・準超重症児以外」に対する摂食機能療法の施行率	30
56-1 重症心身障害児（者）における「超・準超重症児」に対する骨密度測定の実行率	31
56-2 重症心身障害児（者）における「超・準超重症児以外」に対する骨密度測定の実行率	31
57. パーキンソン病患者に対するリハビリテーションの施行率	32
58. てんかん治療入院患者に対する脳波検査、長期継続頭蓋内脳波検査、長期脳波ビデオ同時記録検査、終夜睡眠ポリグラフィーのいずれかの検査の施行率と延べ検査回数	32
59. 筋萎縮患者に対する終夜連続酸素飽和度測定の実行率	33
60. 結核入院患者におけるDOTS実施率	33

プロセス指標（疾患横断的指標）

61. 清潔手術が施行された患者に対する手術部位感染（SSI）予防のための抗菌薬3日以内の中止率	34
62. 準清潔手術が施行された患者に対する手術部位感染（SSI）予防のための抗菌薬4日以内の中止率	34
63. アルブミン製剤／赤血球濃厚液比	35

アウトカム指標（疾患特異的指標）

64. 前立腺生検実施後の感染症の発生率	36
65. 単純子宮全摘術が施行された患者に対する輸血の発生率	36
66. 新生児治療室におけるMRSAの院内感染の発生率	37

アウトカム指標（セイフティネット系）

67. 精神科患者における1か月以内の再入院率	38
-------------------------	----

アウトカム指標（疾患横断的指標）

68. 75歳以上の高齢患者における入院中の大腿骨骨折の発生率	39
69. 75歳以上の入院高齢患者における新規褥瘡の院内発生率	39
70. 清潔手術あるいは準清潔手術が施行された患者に対する術後感染症の発生率	40

研究領域ごと協力者一覧	41
-------------	----

付録「2011年度 医療の質の評価・公表推進事業における臨床評価指標」…………… 45

病院全体指標

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）……………	47
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）……………	47
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……………	48
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……………	48
4. 手術ありの患者における肺血栓塞栓症の発生率……………	49
5. 術後の大腿骨頸部/転子部骨折の発生率……………	49

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……………	50
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……………	50
3. 急性脳梗塞患者における入院死亡率……………	51
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……………	51
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……………	52
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……………	52
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……………	53
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……………	53
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……………	54

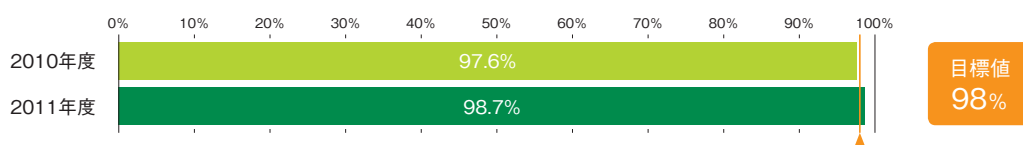
患者満足度指標

1. 入院患者における総合満足度……………	55
2. 外来患者における総合満足度……………	55

臨床評価指標評価委員会委員一覧…………… 57

◆ 臨床評価指標の見方（外部版） ◆

- 2011年版の計測期間は、2011年4月1日～2012年3月31日とし、その期間内のDPCデータとレセプトデータを利用して算出しています。なお、2010年版の計測期間は2010年4月1日～同年12月31日となっています。
- 国立病院機構144病院のうち、各臨床評価指標の該当病院ごとの数値をまとめ、平均値と標準偏差を算出し、目標値を示しています。



- 国立病院機構で示した目標値は、以下の考え方に基づいています。

● 臨床評価指標の目標値を設定する方針として、各臨床評価指標の該当病院の達成状況をみながら、原則、「①最終的に到達したい目標値あるいは維持すべき目標値を設定」、「②最終的に到達したい目標値に向かって段階的に目標値を設定」のどちらかの考え方に基づいています。達成状況が低いものについては、段階的な目標値を設定し、経時の変化に応じて、今後も継続して目標値を検討することになります。比較的、達成状況がよいものについては、ここ1～2年での最終的な達成目標値あるいは維持すべき目標値を設定することになります。このため、プロセスの臨床評価指標において最終的な目標値が100%にならないものもあります。

- ただし、臨床評価指標によっては、以下を考慮し、目標値を設定しているものがあります。

1. 臨床評価指標は、患者さんの診療行為明細書（レセプトデータ）や患者さんの基礎情報や診療行為などの情報が含まれた全国統一形式の電子データセット（DPCデータ）のデータを活用して算出を行っています。このため、臨床評価指標を算出するための情報をこれらのデータから得ることができない場合に（例：「薬剤アレルギーで薬剤投与ができない」、「実際に診療行為の実施を検討したが患者さんの意向により実施しなかった」等）、計測対象とならない患者さんが含まれていることがあります。
2. プロセスの臨床評価指標の中には、データ抽出期間の影響によって、データ抽出期間外に診療行為等が行われ、対象集団の分子を適切に把握できていない場合があります。
3. 既に「平均値」が「期待される目標値」を上回っている場合、目標値に到達できていない病院のみを対象にして示していることがあります（このような場合、目標値が平均値より下回って設定されることになります）。
4. 近年、新たに導入された医療技術で、その有効性が認められている一方で、その医療技術を安全に行う基盤等の整備に一定期間を要するものについては、目標値ではなく参考値としています。このような指標は、各病院が自病院の状況を踏まえて目標値を設定することになります。

1

胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する 静脈血栓塞栓症の予防対策の施行率

分子

分母のうち、当該入院期間中に肺血栓塞栓症予防管理料（弾性ストッキング、間歇的空気圧迫法）が算定された、あるいは抗凝固療法が行われた患者数

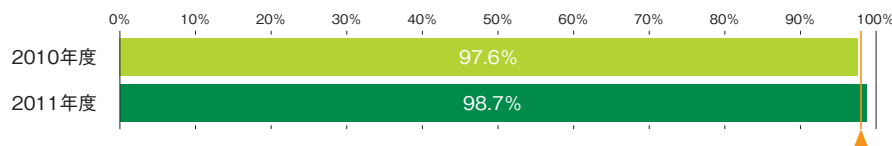
分母

胃がん、大腸がん、膵臓がんで、静脈血栓塞栓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）。

解説

肺血栓塞栓症（血栓が静脈から剥がれて肺に詰まると起こります）と肺血栓塞栓症を引き起こす元になる下肢の深部静脈血栓症（下肢の深部静脈が圧迫されることで血栓が出来てしまった状態）をあわせて、「静脈血栓塞栓症」と呼びます。胃がん、大腸がん、膵臓がんで手術を受ける患者さんは、静脈血栓塞栓症が起こりやすくなります。このため、血栓ができないように、患者さんの状態にあわせて、弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫法（下肢にカフを巻いて、空気を間歇的に送る機械を用いて、下肢を圧迫したり、マッサージを行う）、抗凝固療法といった対策を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	48	97.6±4.3
2011年	51	98.7±2.9



2

肺がん手術患者に対する治療前の病理診断の施行率

分子

分母のうち、病理診断が施行された患者数

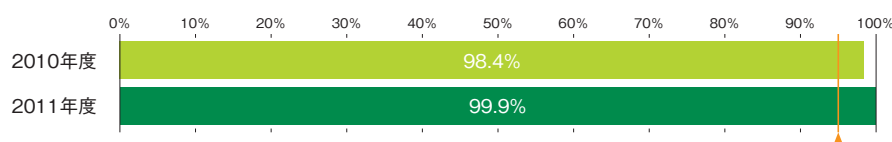
分母

肺の悪性腫瘍（初発）で手術を施行した退院患者数

解説

治療開始前に組織もしくは細胞診断によって確定診断を行い、患者さんの状態・希望にあった治療法を検討することが重要になります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	32	98.4±4.7
2011年	33	99.9±0.4



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者覧

3

乳がん患者に対する嘔吐リスクの高い化学療法における制吐剤（5-HT3受容体拮抗型制吐剤とステロイドの併用）の投与率

分子

分母のうち、分母で該当した化学療法薬剤の投与同日に5-HT3受容体拮抗型制吐剤およびコルチコステロイドが投与された患者数

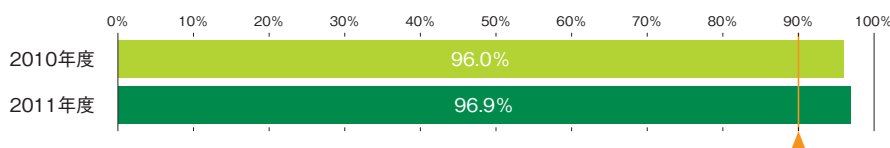
分母

乳房の悪性腫瘍または乳房の上皮内癌で、嘔吐リスクが高リスクあるいは中リスクに該当する化学療法薬剤を投与された退院患者数

解説

化学療法施行から24時間以内に嘔吐を引き起こす可能性が高リスクあるいは中リスクに該当する抗がん剤の投与においては、吐き気や嘔吐を予防するために、5-HT3受容体拮抗型制吐剤とコルチコステロイドの併用投与が求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	22	96.0±5.9
2011年	31	96.9±6.4



目標値
90%

4

乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の施行率

分子

分母のうち、当該入院前後の外来や入院、あるいは当該入院で、術後の薬物療法のためにホルモン受容体あるいはHER-2の検索が行われた患者数

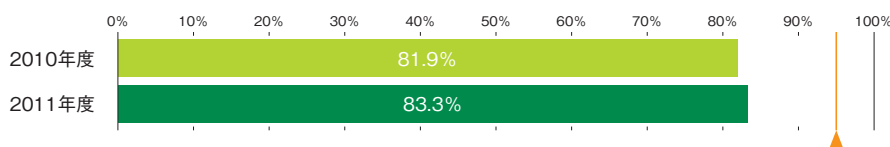
分母

乳房の悪性腫瘍（初発）で手術を施行した退院患者数

解説

乳がん手術後の再発予防の補助療法として、ホルモン療法の選択肢があります。ホルモン療法による薬物療法においては、患者さんが女性ホルモン受容体であるエストロゲン受容体、プロゲステロン受容体の両方、あるいはどちらかを持っている場合に効果が期待できます。このため、事前にホルモン療法に反応性が高いがん細胞であるかどうかの検査を施行することが求められます。また、浸潤性乳癌の予後予測や抗癌剤のトラスツマブ使用を決定する際には、HER-2検査を行うことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	38	81.9±23.6
2011年	43	83.3±17.7



目標値
95%

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

5

浸潤性乳がん（ステージⅠ）に対する センチネルリンパ節生検の施行率

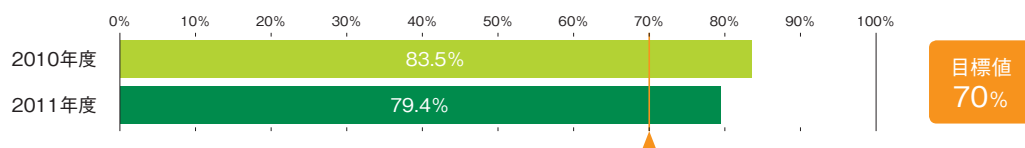
分子 分母のうち、当該入院期間中にセンチネルリンパ節生検が施行された患者数

分母 ステージⅠの乳房の悪性腫瘍（初発）で手術を施行した退院患者数

解説

センチネルリンパ節（リンパ管に入ったがん細胞が最初にたどり着く腋の下にあるリンパ節のこと）を摘出して、このリンパ節にがんが転移していないかどうかを調べる検査のことをセンチネルリンパ節生検といいます。センチネルリンパ節生検は、習熟した技量を有する外科医、病理医、放射線科医からなるチームで行われることによって、脇の下のリンパ節への転移の有無をほぼ正確に診断できます。転移が認められない場合は、脇の下のリンパ節の切除を省略します。このリンパ節の切除を省略した場合の長期予後は、切除した場合と同等であることから、現時点での標準的治療として考えられています。また、リンパ節切除の省略は、切除した場合と比較して、合併症（上肢の運動障害や知覚異常、浮腫など）の出現を減らし、QOLの向上を図ることもできます。ただし、患者さんの状態によってはセンチネルリンパ節生検を行わない、あるいは行えない場合もあります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	25	83.5±25.2
2011年	34	79.4±29.5



6

18歳以上の白血病患者に対する診断時のFACSによる 表面抗原検査の施行率

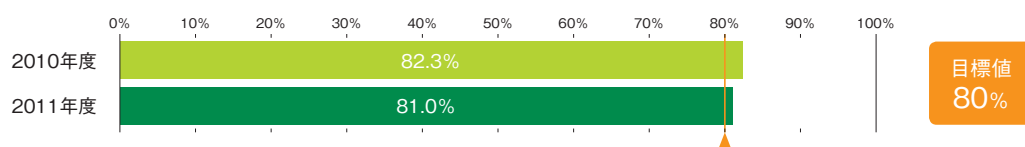
分子 分母のうち、当該入院前の外来や入院、当該入院期間中にFACSによる表面抗原検査が施行された患者数

分母 前回同一疾病で自院入院がない、18歳以上の白血病（初発）の退院患者数

解説

成人の白血病の患者に対して、FACS（フローサイトメトリー）による表面抗原検査を実施し、適切な診断に基づいて、治療方針を検討していくことが重要です。ただし、紹介入院の患者さんでは、前医で既に検査が行われている場合もあるため、目標値は100%となりません。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	12	82.3±14.3
2011年	17	81.0±17.7



プロセス指標
（疾患特異的指標）

プロセス指標
（セイフティネット系）

プロセス指標
（疾患横断的指標）

アウトカム指標
（疾患特異的指標）

アウトカム指標
（セイフティネット系）

アウトカム指標
（疾患横断的指標）

研究領域ごと協力者覧

7

初発多発性骨髄腫患者に対する血清β2ミクログロブリン値の測定の施行率

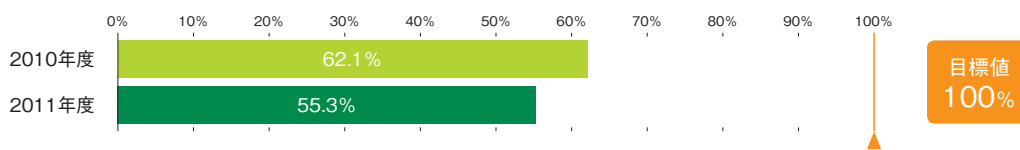
分子 分母のうち、血清β2ミクログロブリン値が測定された患者数

分母 前回同一疾病で自院入院がない、初発の多発性骨髄腫の退院患者数

解説

多発性骨髄腫の患者さんに対するβ2ミクログロブリン値の測定は、病期を判定し、今後の治療方針や予後を予測する上で大変重要な指標となります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	15	62.1±35.3
2011年	24	55.3±28.1



8

悪性リンパ腫患者に対する病期診断のための骨髄検査の病理組織学的検討の施行率

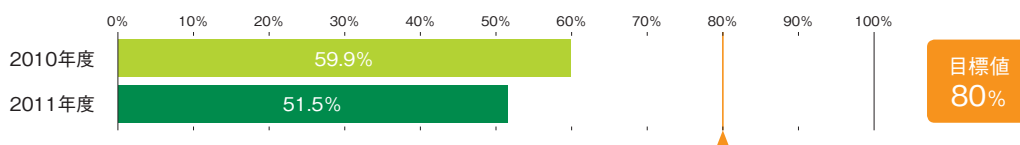
分子 分母のうち、骨髄検査の病理組織学的検討が施行された患者数

分母 前回同一疾病で自院入院がない、初発の悪性リンパ腫の退院患者数

解説

悪性リンパ腫の診療において、病変の進展を正確に検討することは治療法の選択などに非常に重要な情報となります。この検査の一つとして骨髄検査があります。悪性リンパ腫の骨髄浸潤を判定するには骨髄検査による病理組織学的検討が必須となります。なお、既に他院でこの検査が実施されている紹介患者も分母に含まれるため、目標値は100%となりません。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	24	59.9±26.3
2011年	24	51.5±25.4



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セグメント系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セグメント系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

9

悪性リンパ腫患者および多発性骨髄腫患者に対する 外来通院経静脈的化学療法の施行率

分子

分母のうち、当該入院前後の期間に外来で経静脈的化学療法が施行されている患者数

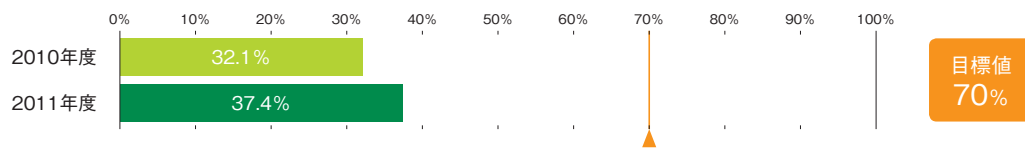
分母

悪性リンパ腫あるいは多発性骨髄腫で点滴による化学療法を受けた退院患者数

解説

造血器悪性腫瘍の治療においては、化学療法が現在でも中心的な役割を果たしています。抗がん剤投与には種々の副作用が伴うため、患者さんはしばしば化学療法の導入に際して入院治療を受けることになります。しかし、悪性リンパ腫および多発性骨髄腫で用いられる経静脈的化学療法の多くは骨髄抑制（白血球・好中球減少による感染、血小板減少による出血傾向、赤血球減少による貧血等）が比較的軽度で、外来通院による治療が可能であると考えられています。治療は一定の薬剤の組み合わせを一定の間隔で繰り返し投与することにより行われるため、薬剤の初回投与が順調に施行できた場合、2回目以降の投与については、患者さんの生活の質（QOL）の維持、入院期間の短縮による医療費の節減の面からも、積極的に外来で行うことが望ましいと考えられます。一方悪性リンパ腫および多発性骨髄腫の患者には高齢者や重篤な合併症を有する者も多く、安全面から外来での化学療法が行えないあるいは極めて困難な場合もあるため、目標値は100%となりません。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	46	32.1±20.4
2011年	50	37.4±20.1



10

子宮頸部上皮内がん患者に対する円錐切除術の施行率

分子

分母のうち、円錐切除術が施行された患者数

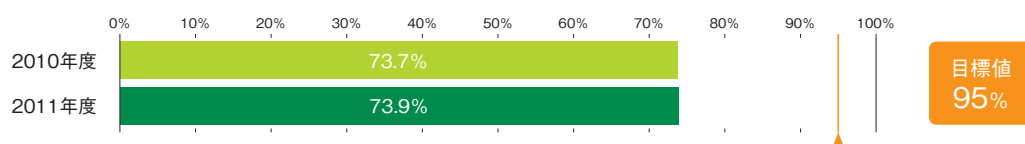
分母

子宮頸部上皮内がん（初発）の退院患者数

解説

今後の治療方針や予後予測に役立てるために、円錐切除術により摘除した組織片より、子宮頸部病変の確定診断を行うことが望ましいとされています。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	7	73.7±19.2
2011年	12	73.9±17.9



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者覧

11 小細胞肺癌に対する抗がん剤治療の施行率

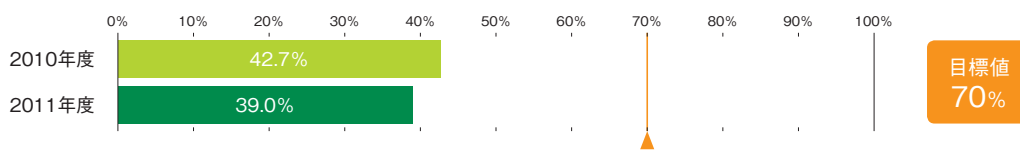
分子 分母のうち、当該入院前後の外来や入院、あるいは当該入院で、「シスプラチンとエトポシド」あるいは「シスプラチンと塩酸イリノテカン」が投与された患者数

分母 小細胞肺癌の退院患者数

解説

肺がんは、「小細胞がん」と「非小細胞がん」にわけられます。小細胞肺癌は、抗がん剤による効果が得られやすいことから、化学療法が主体となります。患者さんの状態に合わせて、適切な抗がん剤を選択していくことが求められます。なお、本指標の分母には、化学療法を検討しても患者さんの意向や状態によって行われなかった患者さん、また化学療法以外の目的で入院した患者さんも含まれています。このため、これらを考慮した上での目標値となっています。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	31	42.7±26.2
2011年	37	39.0±23.5



12 EGFRチロシンキナーゼ阻害剤 (EGFR-TK1) が投与された患者に対するEGFR遺伝子検査の施行率

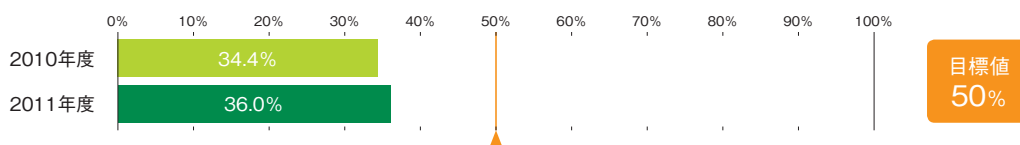
分子 分母のうち、悪性腫瘍遺伝子検査 (EGFR遺伝子検査) が算定された患者数

分母 肺がん (小細胞がんを除外) でEGFRチロシンキナーゼ阻害剤 (EGFR-TK1) を投与された退院患者数

解説

日本人の肺がんの3～4割は、EGFR遺伝子の変異が原因で起こります。EGFR遺伝子検査は、遺伝子変異が認められるかどうかを調べる検査です。EGFR遺伝子変異による肺がんに対しては、適切な効果をもたらす「分子標的治療薬」が開発されています。このため、「EGFR遺伝子変異」の有無に基づいて、適切な治療方針を決定することが求められます。ただし、紹介入院の患者さんでは、前医で既に検査が行われていることもあるため、過小評価の可能性のあることに留意する必要があります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	11	34.4±23.9
2011年	18	36.0±17.7



13

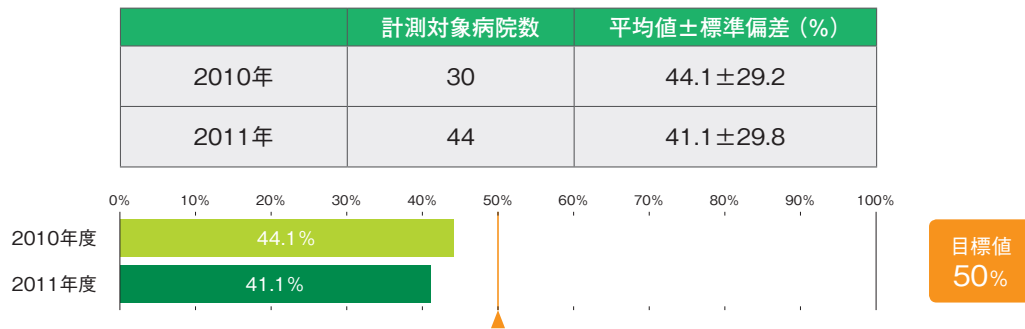
胃がん患者に対する手術時の腹水細胞診の施行率

分子 分母のうち、胃の悪性腫瘍手術時に腹水細胞診が行われた患者数

分母 胃の悪性腫瘍手術が施行された退院患者数

解説

腹水細胞診により、腹水の中にかん細胞があるかどうかを調べることができます。これにより、胃がんがどの程度進行しているかを確認することができ、その状態に応じた治療を検討することに役立ちます。



14

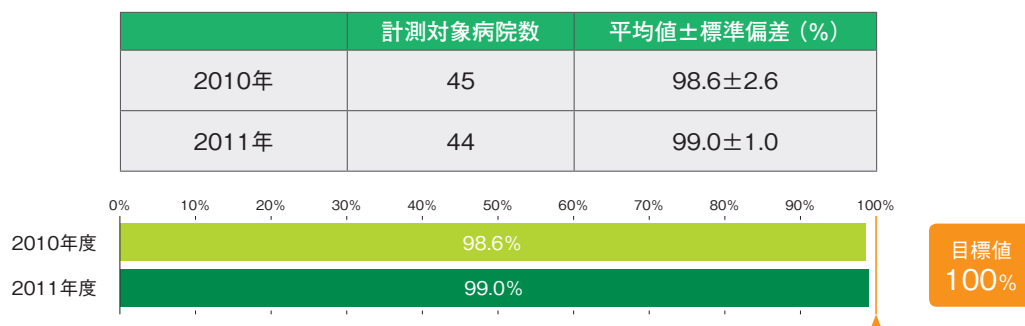
脳卒中患者に対する頸動脈エコー、MRアンギオグラフィ、CTアンギオグラフィ、脳血管撮影検査のいずれか一つ以上による脳血管（頸動脈）病変評価の施行率

分子 分母のうち、頸動脈エコー、MRアンギオグラフィ、CTアンギオグラフィ、もしくは脳血管撮影検査にて脳血管（頸動脈）病変評価が実施された患者数

分母 脳卒中中の退院患者数

解説

脳卒中の臨床病型診断、適切な治療と今後の再発予防に向け、頸動脈エコー、MRアンギオグラフィ、CTアンギオグラフィ、もしくは脳血管撮影検査を通して、脳血管（頸動脈）病変の評価を行っていくことが重要です。



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者覧

15

急性脳梗塞患者に対するアスピリン、オザグレル、アルガドロパン、ヘパリンの投与率

分子

分母のうち、入院日から数えて2日以内にアスピリン、オザグレル、アルガドロパン、ヘパリンが投与された患者数

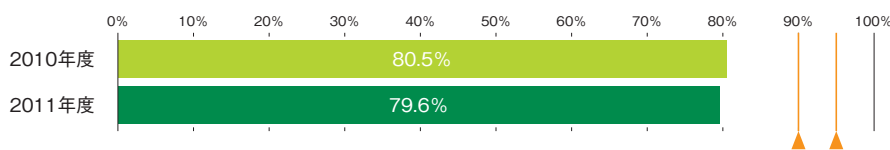
分母

急性脳梗塞の退院患者数

解説

急性脳梗塞患者さんの転帰の改善や早期再発予防を目的として、臨床病型や患者さんの状態にあわせて、抗血小板療法（アスピリン、オザグレル）や抗凝固療法（アルガドロパン、ヘパリン）等を行うことが必要になります。ただし、これらの薬物療法が適用とされない大梗塞を起こしている場合や出血傾向がある患者さんも分母に含まれた評価となっていることから、目標値は100%となりません。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	42	80.5±16.6
2011年	43	79.6±18.7



目標値
90%～95%

16

破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の施行率

分子

分母のうち、開頭による外科治療あるいは血管内治療

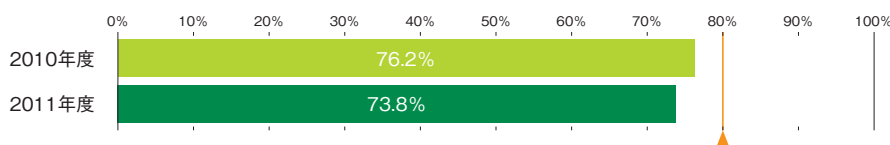
分母

急性くも膜下出血の退院患者数

解説

くも膜下出血の主原因は脳動脈瘤破裂によるものです。破裂脳動脈瘤を保存的に治療した場合、再出血することがあります。このため、再出血の予防は極めて重要になります。このため、重症で改善が期待できない場合を除き、予防的処置として、開頭による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行うことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	14	76.2±15.7
2011年	20	73.8±13.5



目標値
80%

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

17

脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の施行率

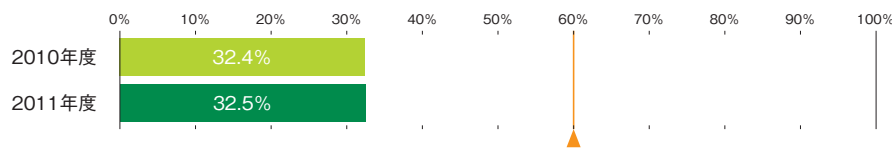
分子 分母のうち、肺血栓塞栓症予防管理料が算定された患者数

分母 脳卒中中の退院患者数

解説

肺血栓塞栓症（血栓が静脈から剥がれて肺に詰まると起こります）と肺血栓塞栓症を引き起こす元になる下肢の深部静脈血栓症（下肢の深部静脈が圧迫されることで血栓が出来てしまった状態）をあわせて、「静脈血栓塞栓症」と呼びます。麻痺を伴う脳卒中は、深部静脈血栓症および肺塞栓症の発生リスクが高くなります。このため、血栓ができないように、患者さんの状態にあわせて、弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫法（下肢にカフを巻いて、空気を間歇的に送入する機械を用いて、下肢を圧迫したり、マッサージを行う）といった予防対策を実施していくことが重要になります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	41	32.4±20.3
2011年	41	32.5±21.9



18

急性心筋梗塞患者に対する退院時のスタチンの処方率

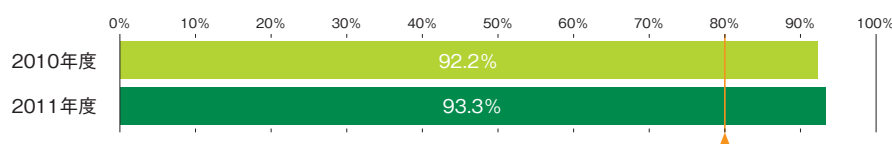
分子 分母のうち、退院時処方スタチンが処方された患者数

分母 急性心筋梗塞で入院し、高脂血症を併存している退院患者数

解説

心筋梗塞の再発を予防するためには血中コレステロール値を通常より、低く保つ必要があります。スタチンには、血清コレステロールを低下させる作用があり、有効性が示されています。また、スタチンには、その他、抗炎症作用、血栓形成改善作用、抗酸化作用等といった多面的な効果を有することも示唆されています。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	28	92.2±9.6
2011年	32	93.3±7.0



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者覧

19

心不全患者に対する退院時のアンジオテンシン変換酵素阻害薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、βブロッカー、抗アルドステロン^①のいずれかの処方率

分子

分母のうち、退院時処方アンジオテンシン変換酵素阻害薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、βブロッカー、抗アルドステロン^①のいずれかが処方されている患者数

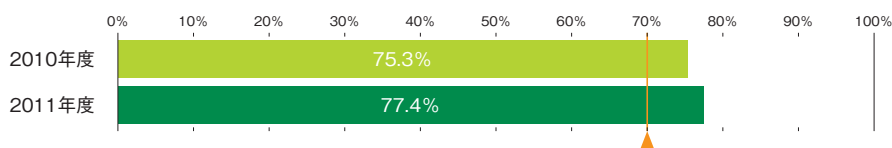
分母

心不全の退院患者数

解説

心臓の収縮機構が低下すると、心拍出量を維持しようとする代償機能が働きます。しかし、それが過剰になると、心機能を悪化させることにもなります。アンジオテンシン変換酵素阻害薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、βブロッカー、抗アルドステロン^①といった薬剤は、このような悪化の悪循環を断ち切り、予後改善効果を示すことが知られています。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	13	75.3±18.0
2011年	30	77.4±12.2



目標値
70%

20

インスリン療法を行っている外来糖尿病患者に対する自己血糖測定^①の施行率

分子

分母のうち、自己血糖測定を実施している患者数

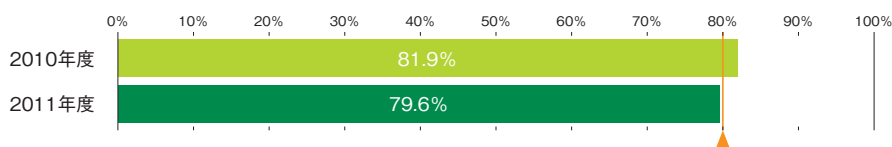
分母

インスリン療法を行っている外来患者数

解説

自己血糖測定により、1日の血糖推移を日常生活の中で把握することができます。血糖コントロールの適正化に向け、自己血糖測定の結果に基づき、適切にインスリン療法を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	115	81.9±13.3
2011年	118	79.6±16.0



目標値
80%

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

21

外来糖尿病患者に対する管理栄養士による栄養指導の施行率

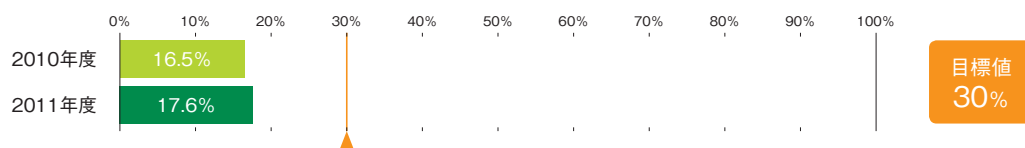
分子 分母のうち、管理栄養士による栄養指導が行われた患者数

分母 外来糖尿病患者のうち、計測期間中に入院をしていない患者数

解説

糖尿病を進行させないために、食事療法を適切に行う必要があります。このため、栄養の専門家である管理栄養士が医師をはじめとした他職種と連携を図りながら、患者さんに適切な栄養指導を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	53	16.5±10.6
2011年	52	17.6±10.7



22

大腿骨近位部骨折患者に対する早期リハビリテーション（術後4日以内）の施行率

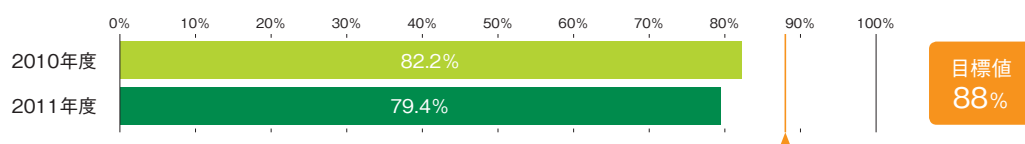
分子 分母のうち、手術当日から数えて4日以内にリハビリテーションが行われた患者数

分母 大腿骨頸部あるいは大腿骨転子部・転子下骨折に係る手術を施行した退院患者数

解説

早期回復、早期退院に向けて、早期から下肢筋力の強化訓練を行い、起立・歩行につなげていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	13	82.2±15.6
2011年	20	79.4±19.4



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

23

急性膵炎患者に対する早期（入院2日以内）のCTの施行率

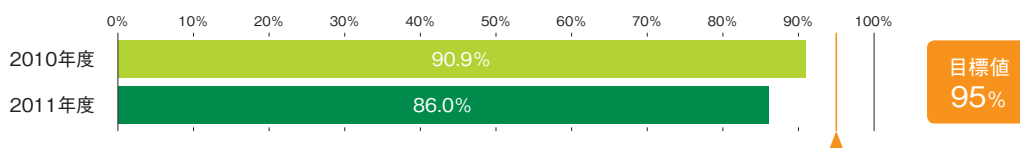
分子 分母のうち、当該入院の入院日から数えて2日以内にCTが施行された患者数

分母 急性膵炎の退院患者数

解説

CTは、急性膵炎の診断と腹腔内合併症の診断に最も有用な画像検査です。CTにより、胃十二指腸潰瘍の穿孔など他の腹腔内疾患との鑑別や、腹腔内臓器の併存疾患や膵炎に伴う合併症の診断が可能となり、早期の適切な対応へとつなげることができます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	18	90.9±7.9
2011年	40	86.0±10.4



24

急性胆管炎患者、急性胆嚢炎患者に対する早期（入院2日以内）の注射抗菌薬投与の施行率

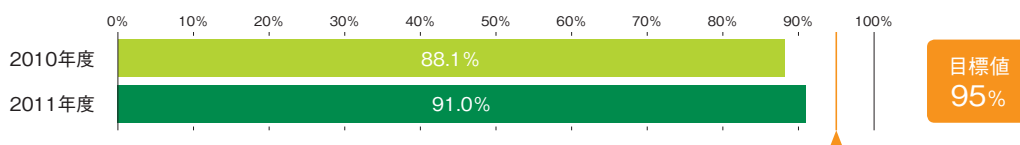
分子 分母のうち、当該入院の入院日から数えて2日以内に抗菌薬（注射薬）が投与された患者数

分母 急性胆管炎あるいは急性胆嚢炎の退院患者数

解説

急性胆管炎、急性胆嚢炎の患者さんに対しては、抗菌薬の投与によって、炎症を改善していくことが重要になります。ただし、炎症所見がほとんどなく、軽症な場合は、抗菌薬を投与せず経過観察する場合があります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	44	88.1±10.3
2011年	50	91.0±7.0



25

B型およびC型慢性肝炎患者（肝硬変、肝がん含む）に対する肝細胞がんスクリーニングと治療管理のための腫瘍マーカーの検査の施行率

分子

分母のうち、肝細胞がんスクリーニングとしての肝細胞がんスクリーニングと治療管理のための腫瘍マーカーの検査が施行された患者数

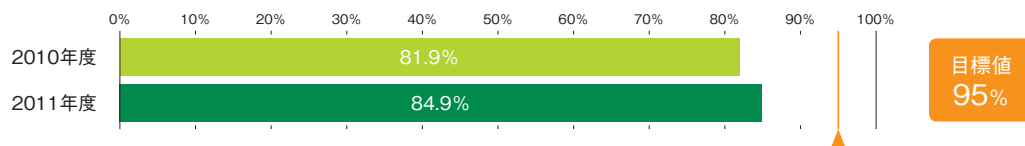
分母

B型慢性肝炎、C型慢性肝炎（肝硬変、肝がん含む）の外来患者数

解説

B型慢性肝炎、C型慢性肝炎、またこれらが原因となって発生した肝硬変は肝細胞がんを発症するリスクが高くなります。このため、定期的に肝細胞がんのスクリーニングとして腫瘍マーカー（がんの存在可能性を示す特殊な物質）の検査を実施していくことが重要になります。またB型慢性肝炎やC型慢性肝炎により肝細胞がんを発症した患者さんに対して、腫瘍マーカーの検査を実施し、治療管理を行っていくことが大切になります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	74	81.9±15.4
2011年	72	84.9±14.4



26

B型およびC型慢性肝炎患者（肝硬変含む）に対する肝細胞がんスクリーニングのための画像検査の施行率

分子

分母のうち、肝細胞がんスクリーニングとしての画像検査（腹部エコー、単純あるいは造影腹部CT、単純あるいは造影腹部MRI）のいずれかが施行された患者数

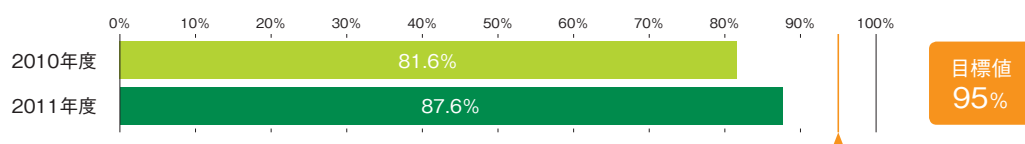
分母

B型慢性肝炎、C型慢性肝炎（肝硬変含む）の外来患者数

解説

B型慢性肝炎、C型慢性肝炎、またこれらが原因となって発生した肝硬変は、肝細胞がんを発症するリスクが高くなります。このため、定期的に肝細胞がんのスクリーニングとして、画像検査（腹部エコー、単純あるいは造影腹部CT、単純あるいは造影腹部MRI）を実施していくことが重要になります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	74	81.6±13.3
2011年	72	87.6±11.7



プロセス指標
（疾患特異的指標）

プロセス指標
（セイフティネット系）

プロセス指標
（疾患横断的指標）

アウトカム指標
（疾患特異的指標）

アウトカム指標
（セイフティネット系）

アウトカム指標
（疾患横断的指標）

研究領域ごと協力者覧

27

B型慢性肝炎患者に対するHBV-DNAモニタリングの施行率

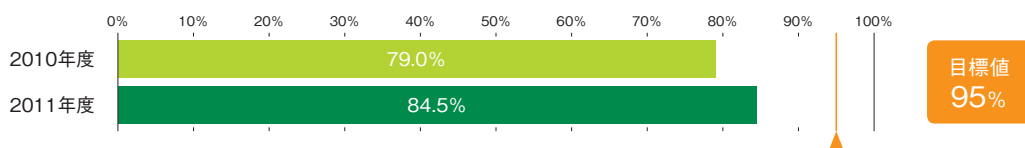
分子 分母のうち、HBV-DNAモニタリングが施行された患者数

分母 B型慢性肝炎の外来患者数

解説

B型肝炎ウイルス量（HBV-DNA）は、B型肝炎の治療方針の決定、また病気の程度や予後の判定、治療効果の判定や管理において重要な指標になります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	49	79.0±18.0
2011年	53	84.5±10.4



28

急性胆嚢炎患者に対する入院2日以内の超音波検査の施行率

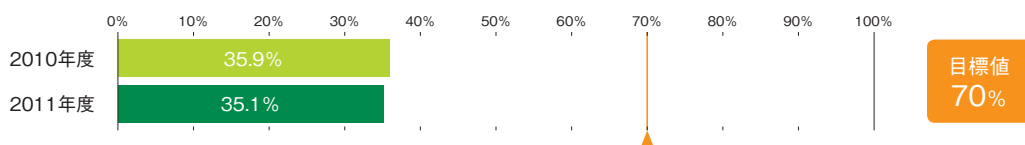
分子 分母のうち、当該入院の入院日から数えて2日以内に超音波検査が施行された患者数

分母 急性胆嚢炎の退院患者数

解説

適切な診断と治療に向けて、急性胆嚢炎が疑われる患者さんに対して、超音波検査を行うことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	33	35.9±18.6
2011年	48	35.1±17.2



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

29

肺炎患者に対する血液や喀痰培養の施行率

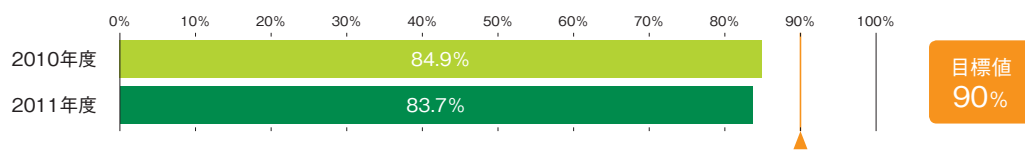
分子 分母のうち、血液培養検査あるいは喀痰培養検査が施行された患者数

分母 注射抗菌薬が投与された肺炎の退院患者数

解説

肺炎の治療において、血液や痰の培養検査を通じて、肺炎を引き起こす原因菌を明らかにし、原因菌に効果がある適切な抗菌薬の選択を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	79	84.9±12.7
2011年	90	83.7±13.5



30

肺炎患児における喀痰や鼻咽頭培養検査の施行率

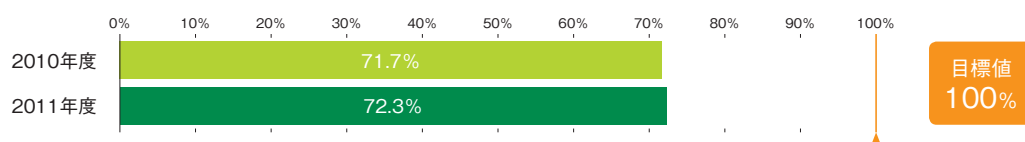
分子 分母のうち、当該入院の入院日から数えて3日以内に喀痰（鼻咽頭）培養検査が施行された患者数

分母 0～15歳の肺炎の退院患者数

解説

画像所見で肺炎と確定診断がいたら、原因微生物検索のために血液培養、喀痰や鼻咽頭ぬぐい液などの検体採取を行い、胸部レントゲン像、炎症反応を参考にして原因微生物を考慮し、抗菌薬療法の可否を考慮することが必要になります。血液培養は検出されれば決定的な結論が得られますが感度が低いことが欠点です。肺炎の発症病理を考えた場合、喀痰や鼻咽頭の細菌培養を工夫して原因菌の推定を行うことが重要です。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	28	71.7±22.7
2011年	40	72.3±27.4



31 急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の施行率

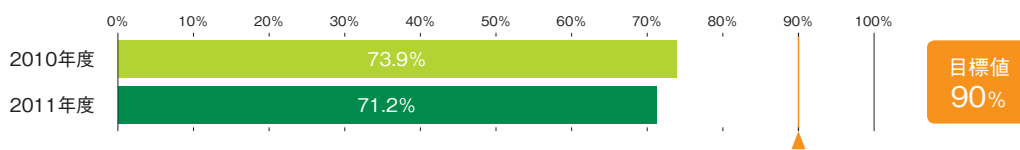
分子 分母のうち、当該入院期間中に尿培養が施行された患者数

分母 注射抗菌薬が投与された急性腎盂腎炎の退院患者数

解説

急性腎盂腎炎の治療では、適切な抗菌薬を選択して投与する必要があります。不適切な抗菌薬の選択は、悪化につながり、敗血症を招くこともあります。そこで、尿の細菌培養検査を行い、原因菌を同定し、適切な抗菌薬を選択して治療を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	37	73.9±15.3
2011年	53	71.2±20.9



32 注射抗菌薬投与患者に対する培養検査の施行率

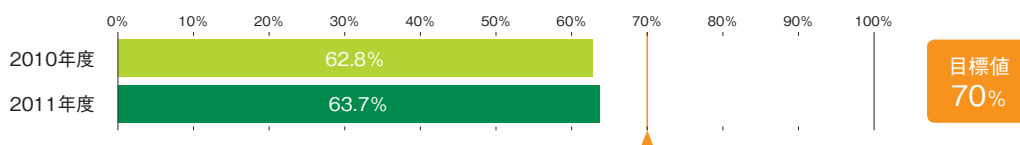
分子 分母のうち、血液等のいずれかの培養検査が施行された患者数

分母 注射用抗菌薬が投与された手術無しの退院患者数

解説

抗菌薬の不適切な選択や広域抗菌薬の濫用による耐性菌を防ぐために、抗菌薬投与前に培養検査を実施することが必要です。しかし、培養検査の結果がでるまでは数日を要します。このため、当初、迅速検査や病態から原因菌を推定し、抗菌薬を選択した場合であっても、培養検査で判明した原因菌に基づき、必要に応じて適切な抗菌薬に変更していくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	131	62.8±15.0
2011年	130	63.7±14.3



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

33

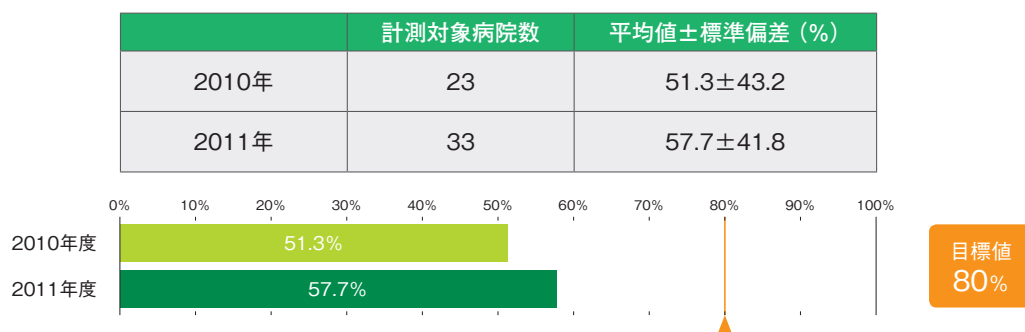
経尿道的前立腺切除術が施行された患者に対する術後3日以内の抗菌薬の中止率

分子 分母のうち、当該入院の手術日から数えて3日以内に抗菌薬（経口・注射）が中止になった患者数

分母 経尿道的前立腺切除術が施行された退院患者数

解説

長期にわたる予防的抗菌薬の投与は、多剤耐性菌の問題を引き起こします。また、多剤耐性菌による術後感染のリスクがあります。このため、少なくとも術後3日以内には予防的抗菌薬を中止することが求められます。



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

34

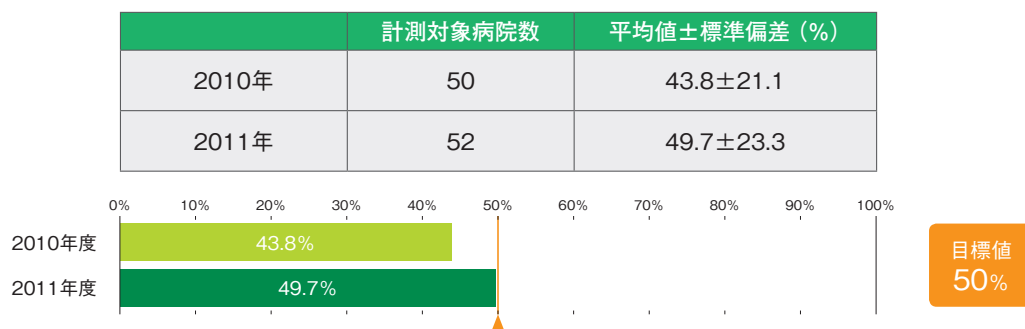
市中肺炎入院患者に対する迅速検査（尿中肺炎球菌抗原検査、尿中肺炎球菌莢膜抗原検査）の施行率

分子 分母のうち、当該入院期間中に入院日から数えて3日以内に迅速検査（尿中肺炎球菌抗原検査、尿中肺炎球菌莢膜抗原検査）が施行された患者数

分母 市中肺炎の退院患者数

解説

市中肺炎の患者さんに対する治療として、培養検査の結果に基づいて、適切な抗菌薬を選択していくことが重要になりますが、培養検査の結果が判明するまでには数日を要します。このため、実際には患者さんの状態をみながら経験的に抗菌薬を選択することになります。しかし、尿中肺炎球菌抗原検査・尿中肺炎球菌莢膜抗原検査の迅速検査の結果を参考にすることで、この治療の精度を高めることができます。



アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者覧

35

間質性肺炎患者に対する血清マーカー検査（“KL-6”、“SP-D”、“SP-A”）の施行率

分子

分母のうち、当該入院、あるいは当該入院後の外来や入院で、間質性肺炎における検査（“KL-6”、“SP-D”、“SP-A”）が行われた患者数

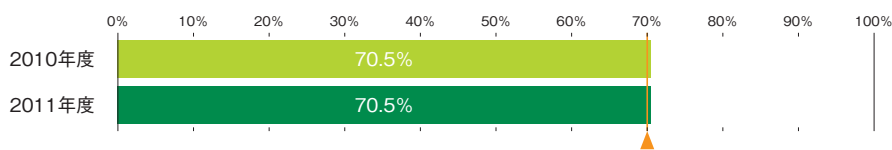
分母

間質性肺炎の退院患者数

解説

間質性肺炎の血清マーカーとしてKL-6、SP-D、SP-Aは、肺の線維化を特徴とする病変の鑑別、間質性肺炎の病勢把握や治療経過の観察に有用とされています。特に、間質性肺炎の活動性を反映する血液検査の指標としてKL-6は有用です。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	79	70.5±17.1
2011年	92	70.5±18.6



目標値
70%

36

気管支喘息患者に対する吸入ステロイド剤の投与率

分子

分母のうち、当該入院期間中に吸入ステロイド剤が投与された患者数

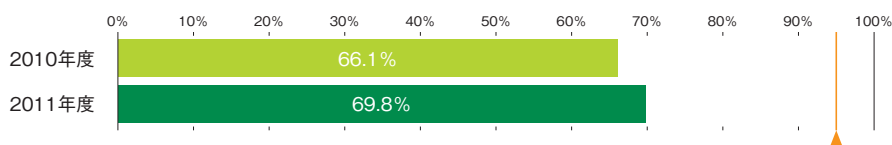
分母

気管支喘息の退院患者数

解説

気管支喘息の患者さんの入院治療では、全身性ステロイド治療とともに吸入ステロイド治療を開始することが重要になります。吸入ステロイド薬には、①喘息症状を軽減する、②生活の質（QOL）および呼吸機能を改善する、③気道過敏性を軽減する、④気道の炎症を制御する、⑤急性増悪の回数と強度を改善する等の効果があります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	24	66.1±14.6
2011年	48	69.8±15.3



目標値
95%

プロセス指標
（疾患特異的指標）

プロセス指標
（セーフティネット系）

プロセス指標
（疾患横断的指標）

アウトカム指標
（疾患特異的指標）

アウトカム指標
（セーフティネット系）

アウトカム指標
（疾患横断的指標）

研究領域ごと協力者一覧

37

慢性閉塞性肺疾患患者に対する呼吸器リハビリテーションの施行率

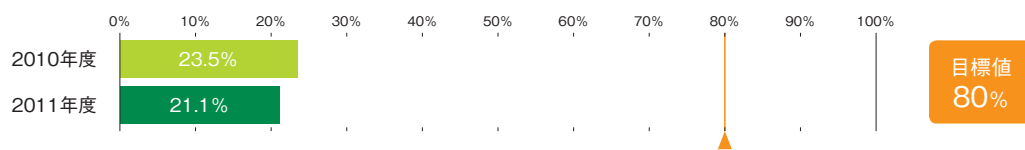
分子 分母のうち、当該入院期間中に呼吸器リハビリテーションが施行された患者数

分母 慢性閉塞性肺疾患の退院患者数

解説

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者さんに対して、入院中に呼吸器リハビリテーションを開始することで、効率的かつ持続的な実施につながります。また、長期的な患者さんの日常生活動作や生活の質（QOL）の改善度が大きくなることが期待されます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	68	23.5±19.8
2011年	89	21.1±19.3



38

関節リウマチ疑い患者に対するリウマトイド因子（RF）あるいは抗環状シトルリン化ペプチド抗体（抗CCP抗体）の測定の施行率

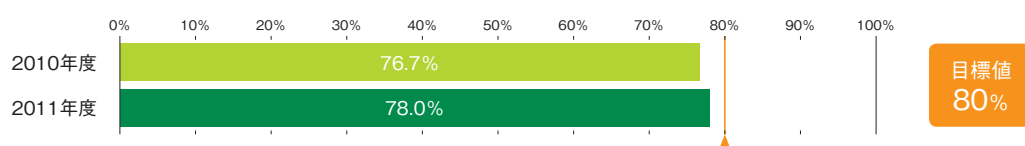
分子 分母のうち、リウマトイド因子（RF）あるいは抗環状シトルリン化ペプチド抗体（抗CCP抗体）の測定が施行された患者数

分母 関節リウマチ疑い（関節リウマチ、悪性関節リウマチ、若年性関節リウマチの疑い含む）の外来患者数

解説

関節リウマチは、早期発見、早期治療により関節変形を防ぐことができます。このため、関節リウマチが疑われる患者さんに対しては、早期リウマチの発見・診断のために、リウマトイド因子（RF）あるいは抗環状シトルリン化ペプチド抗体（抗CCP抗体）の検査を施行していくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	112	76.7±19.5
2011年	117	78.0±16.9



プロセス指標
（疾患特異的指標）

プロセス指標
（セーフティネット系）

プロセス指標
（疾患横断的指標）

アウトカム指標
（疾患特異的指標）

アウトカム指標
（セーフティネット系）

アウトカム指標
（疾患横断的指標）

研究領域ごと協力者一覧

39

小児食物アレルギー患者に対する特異的IgE検査の施行率

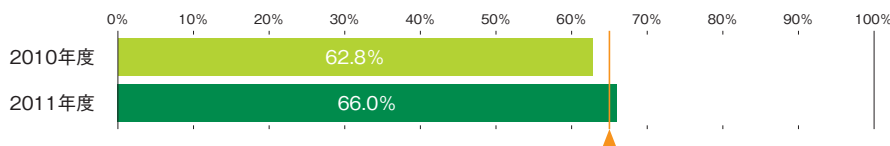
分子 分母のうち、特異的IgE検査が施行された患者数

分母 食物アレルギーの小児（1歳以下）の外来患者数

解説

小児食物アレルギーの多くは年齢とともに耐性を獲得します。その診断は負荷試験になりますが、耐性化の指標として抗原特異的IgEが参考指標となります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	45	62.8±16.3
2011年	47	66.0±15.3



目標値
65%

40

気管支喘息患者に対する特異的IgE抗体検査の施行率

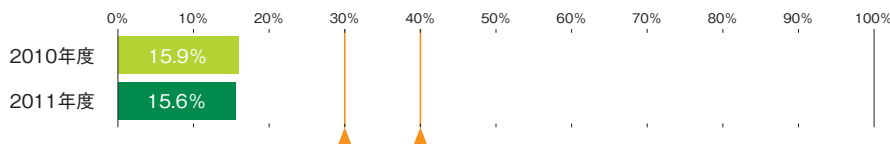
分子 分母のうち、特異的IgE検査が施行された患者数

分母 気管支喘息（16歳以上）の外来患者数

解説

成人の気管支喘息では、その約3分の2は、ダニなどのアレルゲンに対する特異的IgE抗体が関与するアトピー型喘息ですが、3分の1は、特異的IgE抗体が関与しないとされる非アトピー型喘息です。特異的IgE抗体検査は、気管支喘息を引き起こす抗原（アレルゲン）を明確にすることができます。また、気管支喘息の診断に役立つとともに、環境整備や発作予防などの自己管理にも有用です。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	84	15.9±14.2
2011年	103	15.6±13.6



目標値
30%~40%

41

緑内障患者に対する視野検査の施行率

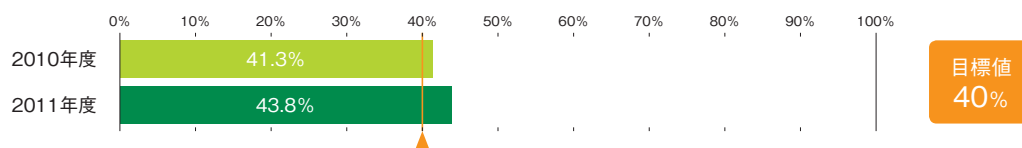
分子 分母のうち、視野検査が行われた患者数

分母 緑内障の外来患者数

解説

緑内障の診断や治療経過の判断のため、基本的に種々の検査を定期的に生涯にわたって続けていくことが必要になります。緑内障の発見や経過観察においては、特に視神経の障害や視野欠損の程度を把握するための“視野検査”が重要になります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	32	41.3±12.8
2011年	33	43.8±13.0



42

T1a、T1bの腎がん患者に対する腹腔鏡下手術の施行率

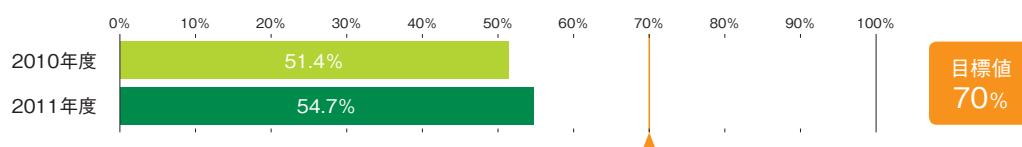
分子 分母のうち、腹腔鏡下手術を施行した患者数

分母 腎悪性腫瘍（初発）のT1a、T1bの退院患者数

解説

臨床病期T1およびT2の腎がんに対して、腹腔鏡下根治的腎摘除術は、近年の標準術式の一つになっています。従来の開腹術と比較した場合、手術成績（手術時間・出血量・合併症の頻度と種類）は変わらず、術後経過（食事／歩行開始までの期間・入院期間・鎮痛剤の使用量）は腹腔鏡手術の方が低侵襲となっています。ただし、腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術の習得と局所解剖の理解が不可欠であり、自病院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが必要となります。本指標では、臨床病期のT1a、T1bの腎がん患者に焦点をあて腹腔鏡下手術の施行率を把握しています。このため、本指標の目標値は参考値とし、各病院が自病院の状況を踏まえて目標値を設定することになります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	11	51.4±40.4
2011年	24	54.7±30.2



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者覧

43 良性卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の施行率

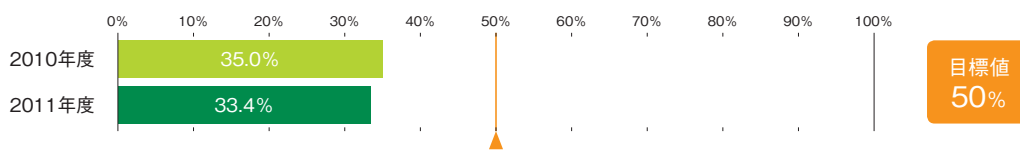
分子 分母のうち、腹腔鏡下手術が施行された患者数

分母 卵巣の良性新生物で手術が施行された退院患者数

解説

最近、良性卵巣腫瘍に対しての内視鏡手術のニーズは増えています。このため、本指標は治療法の選択肢の一つとして、病院で対応できているかどうかの評価になり得ます。ただし、腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術の習得と局所解剖の理解が不可欠であり、自病院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが必要となります。このため、本指標の目標値は参考値とし、各病院が自病院の状況を踏まえて目標値を設定することになります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	24	35.0±29.2
2011年	32	33.4±28.0



44 結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率（ステージ I）

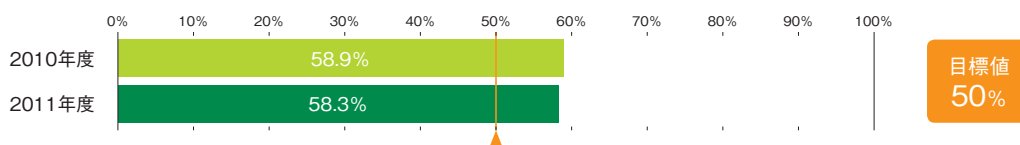
分子 分母のうち、当該入院期間中に腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術を施行した患者数

分母 結腸がん（ステージ I）の手術を施行した退院患者数

解説

腹腔鏡下手術の有用性として、開腹手術と比較し、入院期間の短縮、腸管運動の早期回復、術後の疼痛の軽減、患者への負担軽減等があげられています。ただし、腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術の習得と局所解剖の理解が不可欠であり、自病院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが求められています。本指標では、ステージ I の患者を対象として把握を行っています。このため、本指標の目標値は参考値とし、各病院が自病院の状況を踏まえて目標値を設定することになります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	9	58.9±23.6
2011年	24	58.3±26.7



45

結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率（ステージⅡ）

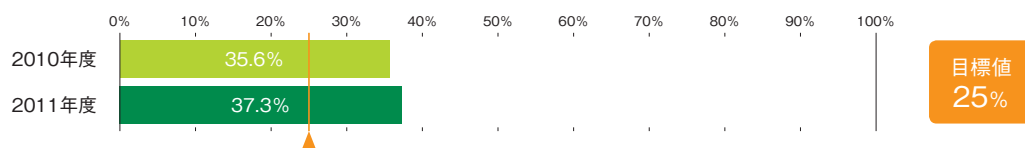
分子 分母のうち、当該入院期間中に腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術を施行した患者数

分母 結腸がん（ステージⅡ）の手術を施行した退院患者数

解説

腹腔鏡下手術の有用性として、開腹手術と比較し、入院期間の短縮、腸管運動の早期回復、術後の疼痛の軽減、患者への負担軽減等があげられています。ただし、腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術の習得と局所解剖の理解が不可欠であり、自病院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが求められています。本指標では、ステージⅡの患者を対象として把握を行っています。このため、本指標の目標値は参考値とし、各病院が自病院の状況を踏まえて目標値を設定することになります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	8	35.6±30.7
2011年	23	37.3±29.4



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

46-1

嚥下障害患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の施行率（耳鼻咽喉科を持たない病院）

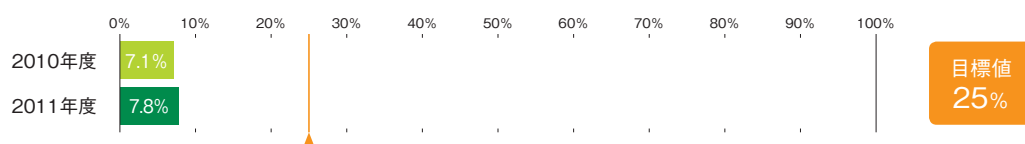
分子 分母のうち、喉頭ファイバースコープ検査あるいは嚥下造影検査が施行された患者数

分母 嚥下障害、誤嚥の退院患者数（誤嚥性肺炎を含まない場合）

解説

誤嚥は生命に関わる重篤な肺炎を引き起こします。喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査により、患者さんの一連の嚥下機能を評価することができます。この評価を活用することで、治療、摂食・嚥下訓練、リハビリテーション、音声訓練を含めた摂食・嚥下障害に対する適切なアプローチにつなげることができます。本指標は、耳鼻咽喉科を持たない病院を対象にして、施行率を把握しています。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	39	7.1±10.4
2011年	42	7.8±12.8



46-2

嚥下障害患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の施行率（耳鼻咽喉科を持つ病院）

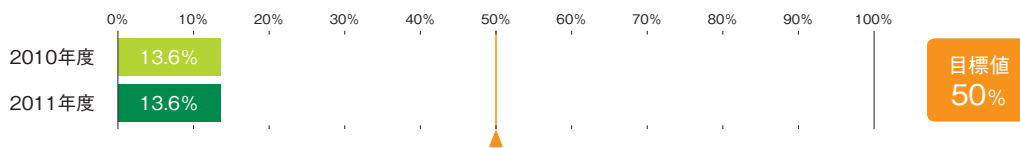
分子 分母のうち、喉頭ファイバースコープ検査あるいは嚥下造影検査が施行された患者数

分母 嚥下障害、誤嚥の退院患者数（誤嚥性肺炎を含まない場合）

解説

誤嚥は生命に関する重篤な肺炎を引き起こします。喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査により、患者さんの一連の嚥下機能を評価することができます。この評価を活用することで、治療、摂食・嚥下訓練、リハビリテーション、音声訓練を含めた摂食・嚥下障害に対する適切なアプローチにつなげることができます。本指標は、耳鼻咽喉科を持つ病院を対象にして、施行率を把握しています。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	46	13.6±16.4
2011年	58	13.6±17.8



プロセス指標
（疾患特異的指標）

プロセス指標
（セーフティネット系）

プロセス指標
（疾患横断的指標）

アウトカム指標
（疾患特異的指標）

アウトカム指標
（セーフティネット系）

アウトカム指標
（疾患横断的指標）

47

精神科電気痙攣療法における修正型電気痙攣療法の施行率

分子

分母のうち、「精神科電気痙攣療法（酸素マスク装着又は気管内挿管による閉鎖式全身麻酔）を行った患者数

分母

精神科電気痙攣療法が施行された退院患者数

解説

修正型電気痙攣療法では、全身麻酔による施行のため、患者さんへの不安・恐怖感の軽減につながり、また筋弛緩剤の使用により骨折や脱臼を予防することもできます。さらに、パルス波の電気刺激により、記憶障害の危険を最小限にとどめることもできます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	4	100.0±0.0
2011年	5	100.0±0.0



48

認知症患者に対する画像検査 (CTまたはMRI) の施行率

分子

分母のうち、画像検査 (CTまたはMRI) が行われた患者数

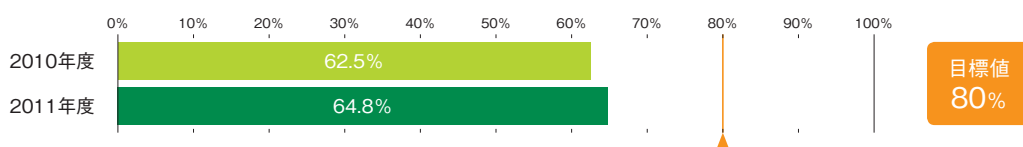
分母

認知症の外来患者数

解説

水頭症や慢性硬膜下血腫などによる認知症は治療可能です。これらの疾患はCTやMRIによって診断を行うことができます。また、脳血管性認知症の診断にも役立ちます。さらに、CTやMRIを通じて、脳の萎縮を評価することができます。このように、認知症の診断のために、CTやMRIの画像検査を行うことは重要です。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	29	62.5±15.4
2011年	30	64.8±18.4



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

49

躁病患者、双極性障害患者、統合失調症患者に対する 血中濃度測定の実行率

分子

分母のうち、退院後3か月以内にリチウム製剤、バルプロ酸ナトリウム、カルバマゼピン、ハロペリドール、ブロムペリドールの薬剤に係る血中濃度測定が施行された患者数

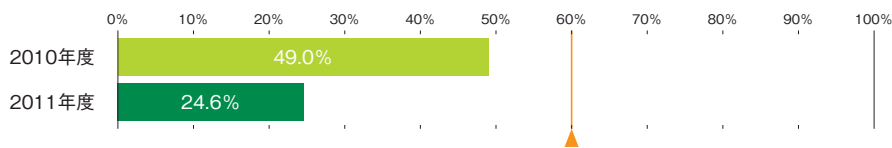
分母

躁病、双極性障害、統合失調症の退院患者数

解説

薬物中毒の予防と服薬の遵守状況を把握するために、定期的に血中濃度測定を行うことは極めて重要です。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	10	49.0±23.4
2011年	26	24.6±17.8



目標値
60%

50

統合失調症患者に対する抗精神病薬の単剤化の実行率

分子

分母のうち、抗精神病薬が単剤化されていた患者数

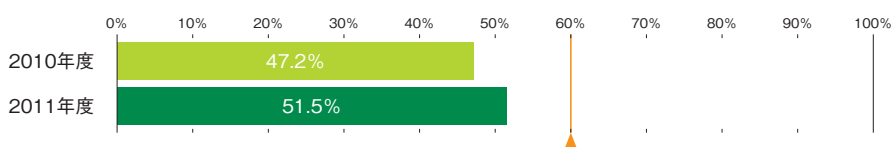
分母

統合失調症で抗精神病薬が投与された退院患者数

解説

統合失調症患者に対する抗精神病薬の多剤併用は、効果のある薬剤の同定や適切な服用量の決定を困難にさせます。また、併用薬によっては効果が減弱したり、薬剤間の相互作用により、副作用があらわれることもあります。このため、単剤化を進めていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	18	47.2±12.8
2011年	20	51.5±15.2



目標値
60%

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

51

HIV患者の外来継続受診率

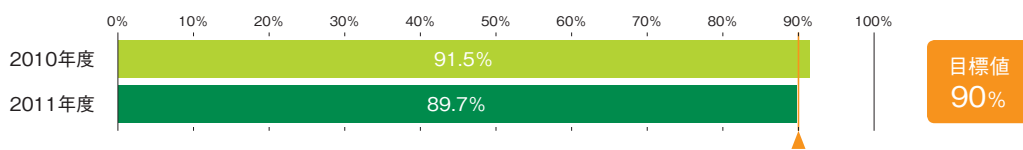
分子 分母のうち、1年間に外来を3回以上受診した患者数

分母 HIVの外来患者数

解説

HIVの治療の基本は、継続的な服薬です。このため、HIVをコントロールするためには、継続的に外来を受診し、適切な管理を行っていくことが重要になります。患者の継続的な受診に向け、チーム医療を通して患者支援を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	13	91.5±7.2
2011年	14	89.7±9.3



52

HIV患者に対する 血糖、総コレステロール、中性脂肪の3検査の施行率

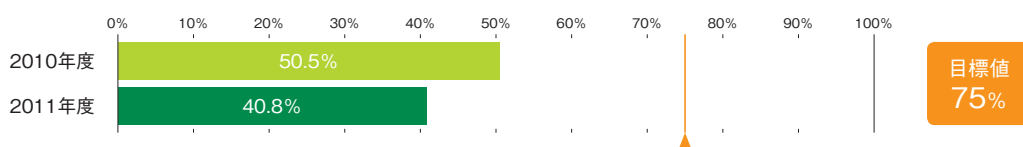
分子 分母のうち、血糖、総コレステロール、中性脂肪の3検査が同時に施行された患者数

分母 HIVの外来患者数

解説

抗HIV療法により、代謝異常といった副作用が起こりやすくなります。このため、定期的に血糖、総コレステロール、中性脂肪の検査を行い、適切な対応を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	21	50.5±31.5
2011年	24	40.8±32.8



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

53

重症心身障害児（者）に対する栄養管理の施行率

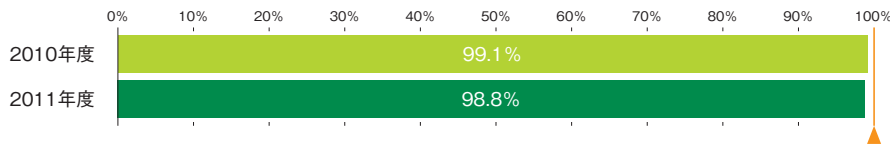
分子 分母のうち、栄養管理が行われた患者数

分母 重症心身障害児（者）の入院患者数

解説

重症心身障害児（者）の患者さんは、摂食・嚥下機能等の問題により、食事摂取が不十分となり、栄養障害を引き起こしやすくなります。このため、重症心身障害児（者）の患者さん個々の状態に合わせて、適切な栄養管理を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	71	99.1±3.2
2011年	72	98.8±3.9



目標値
100%

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

54-1

重症心身障害児(者)における「超・準超重症児」に対するリハビリテーションの施行率

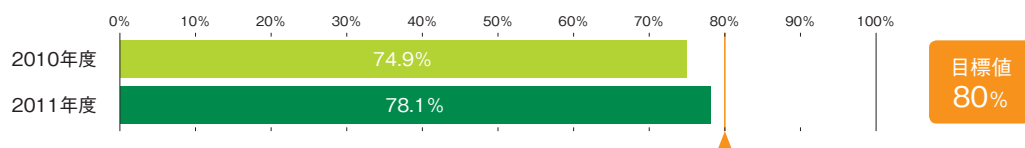
分子 分母のうち、リハビリテーションが行われた実患者数

分母 「超・準超重症児」の重症心身障害児(者)の実患者数

解説

重症心身障害児(者)の患者さんの日常生活動作や運動機能の維持・向上のためには、リハビリテーションは必要不可欠です。重症心身障害児(者)の患者さん個々にあわせたプログラムを作成し、専門家を中心として継続的にリハビリテーションを行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差(%)
2010年	58	74.9±23.7
2011年	58	78.1±22.4



54-2

重症心身障害児(者)における「超・準超重症児以外」に対するリハビリテーションの施行率

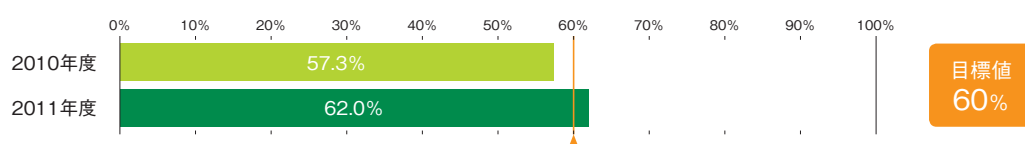
分子 分母のうち、リハビリテーションが行われた実患者数

分母 「超・準超重症児以外」の重症心身障害児(者)の実患者数

解説

重症心身障害児(者)の患者さんの日常生活動作や運動機能の維持・向上のためには、リハビリテーションは必要不可欠です。重症心身障害児(者)の患者さん個々にあわせたプログラムを作成し、専門家を中心として継続的にリハビリテーションを行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差(%)
2010年	71	57.3±31.7
2011年	72	62.0±30.6



55-1

重症心身障害児（者）における「超・準超重症児」に対する摂食機能療法の施行率

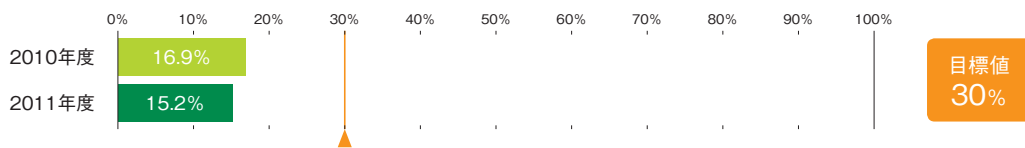
分子 分母のうち、摂食療法が行われた実患者数

分母 「超・準超重症児」の重症心身障害児（者）の実患者数

解説

重症心身障害児（者）の患者さんは、年齢とともに摂食・嚥下機能が低下しやすくなります。このため、摂食療法を通して、重症心身障害児者（者）の患者さんの摂食・嚥下を支援していくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	58	16.9±20.2
2011年	58	15.2±20.1



55-2

重症心身障害児（者）における「超・準超重症児以外」に対する摂食機能療法の施行率

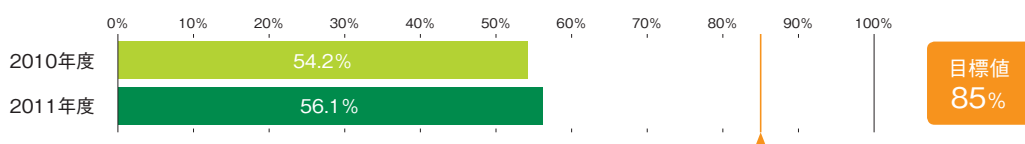
分子 分母のうち、摂食療法が行われた実患者数

分母 「超・準超重症児以外」の重症心身障害児（者）の実患者数

解説

重症心身障害児（者）の患者さんは、年齢とともに摂食・嚥下機能が低下しやすくなります。このため、摂食療法を通して、重症心身障害児者（者）の患者さんの摂食・嚥下を支援していくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	71	54.2±32.7
2011年	72	56.1±31.6



プロセス指標
（疾患特異的指標）

プロセス指標
（セイフティネット系）

プロセス指標
（疾患横断的指標）

アウトカム指標
（疾患特異的指標）

アウトカム指標
（セイフティネット系）

アウトカム指標
（疾患横断的指標）

研究領域ごと協力者一覧

56-1

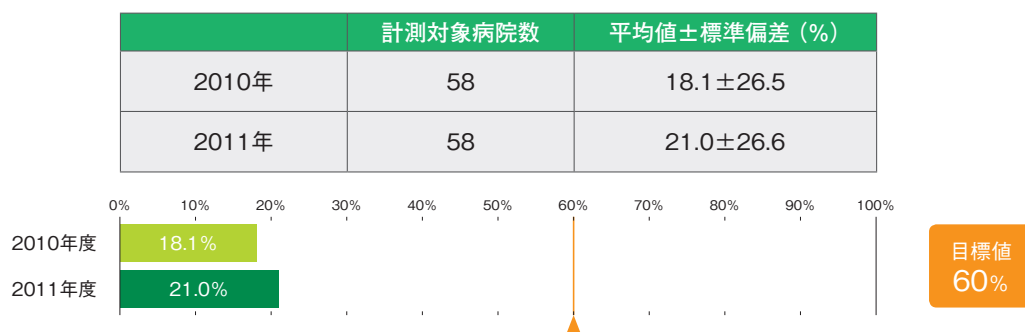
重症心身障害児(者)における 「超・準超重症児」に対する骨密度測定の施行率

分子 分母のうち、骨密度測定が行われた実患者数

分母 「超・準超重症児」の重症心身障害児(者)の実患者数

解説

重症心身障害児(者)さんは、運動性の低下等から骨密度が低い傾向にあります。このため、骨粗鬆症により、骨折を引き起こしやすくなります。そこで、骨密度を測定し、適切な対応・治療を行っていくことが求められます。



56-2

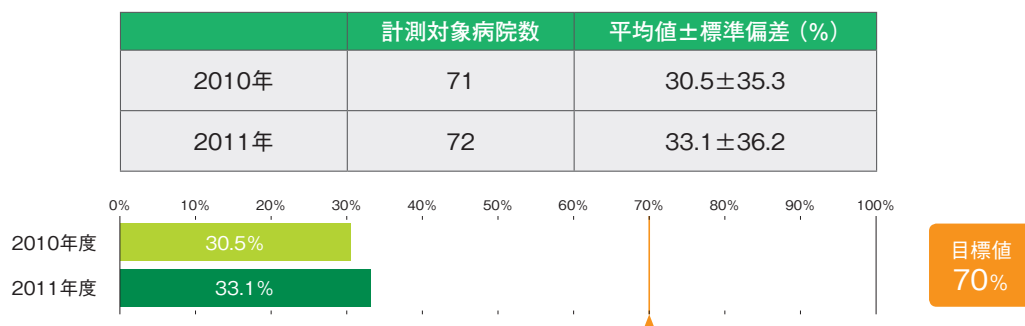
重症心身障害児(者)における 「超・準超重症児以外」に対する骨密度測定の施行率

分子 分母のうち、骨密度測定が行われた実患者数

分母 「超・準超重症児以外」の重症心身障害児(者)の実患者数

解説

重症心身障害児(者)さんは、運動性の低下等から骨密度が低い傾向にあります。このため、骨粗鬆症により、骨折を引き起こしやすくなります。そこで、骨密度を測定し、適切な対応・治療を行っていくことが求められます。



57 パーキンソン病患者に対するリハビリテーションの施行率

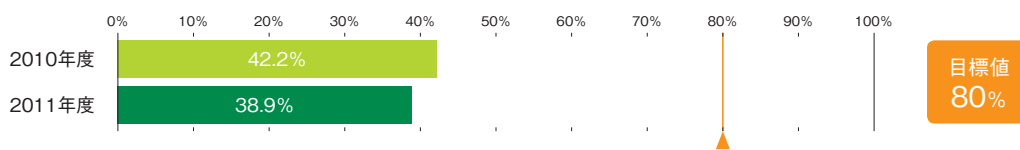
分子 分母のうち、「脳血管疾患等リハビリテーション」あるいは「摂食機能療法」が施行された患者数

分母 パーキンソン病の退院患者数

解説

パーキンソン病によって生じる運動障害や姿勢障害等の悪化を予防するとともに、改善に向けて、リハビリテーションを行っていくことが重要です。また、パーキンソン病の患者さんの中には、嚥下障害を持っている方もいます。このような患者さんに対しては、嚥下機能の維持・改善に向けて、摂食療法を行うことも大切になります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	105	42.2±26.8
2011年	107	38.9±27.3



58 てんかん治療入院患者に対する脳波検査、長期継続頭蓋内脳波検査、長期脳波ビデオ同時記録検査、終夜睡眠ポリグラフィーのいずれかの検査の施行率と延べ検査回数

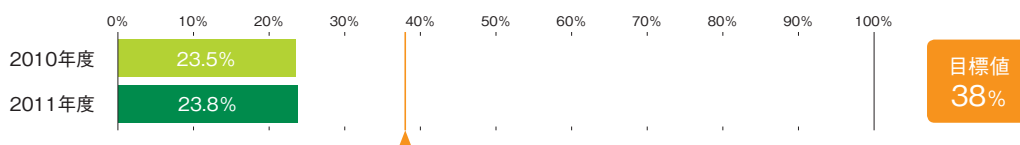
分子 分母のうち、入院中に行われた「脳波検査」、「長期継続頭蓋内脳波検査」、「長期脳波ビデオ同時記録検査」、「終夜睡眠ポリグラフィー」のいずれかの検査が施行された実患者数と延べ検査回数

分母 てんかんの退院患者数

解説

脳波検査はてんかんの診断のために最も重要な検査です。また、診断のみならず、てんかんの発作型の判定にも役立ちます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	117	23.5±21.3
2011年	131	23.8±22.5



59

筋萎縮患者に対する終夜連続酸素飽和度測定の実行率

分子

分母のうち、終夜連続酸素飽和度の測定が行われた患者数

分母

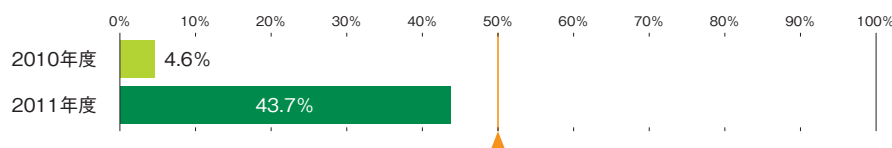
計測期間中に療養介護サービス（障害者自立支援法）を受けた筋萎縮症患者数

解説

筋萎縮患者は、進行性の呼吸筋麻痺と脊柱胸郭変形によって肺活量が低下します。一部の疾患では呼吸調節障害や呼吸困難（感）を伴うので、呼吸機能から予想できない肺胞換気障害が現れることもあります。肺胞換気障害による低酸素血症は睡眠時に出現しやすく、終夜連続的酸素飽和度測定によって、初期の肺胞低換気をとらえ、人工呼吸療法を遅滞なく導入することができます。これにより、寿命のみならず生活の質（QOL）を著しく改善できます。

※なお、2010年の実行率の分母は「筋萎縮の入院患者数」で算出しております。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	15	4.6±10.5
2011年	18	43.7±42.1



60

結核入院患者におけるDOTS実施率

分子

分母のうち、DOTS（Directly Observed Treatment, Short-Course：直接服薬確認治療）開始がなされた患者

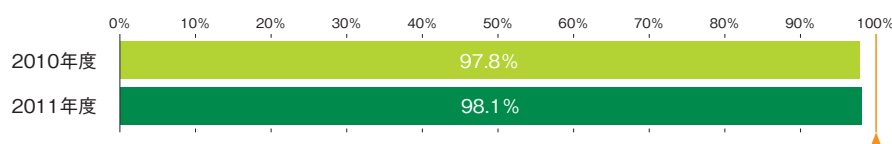
分母

計測期間内に結核病床に入院中で、「肺結核」かつ3日以上180日未満の期間に入院した患者で、抗結核薬が処方された患者数

解説

結核の治療は標準的治療でも最短6か月の規則的な服薬を必要とし、不規則服薬や中断があると治療が困難な薬剤耐性結核になって行きます。確実な服薬継続のために直接服薬確認治療（面前での服薬確認だけでなく患者支援も含む）は全ての結核患者に必要であり、退院後も治療終了まで保健所が中心となっていく地域DOTSのための基礎となるものです。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	48	97.8±5.5
2011年	48	98.1±6.5



プロセス指標（疾患横断的指標）

61

清潔手術が施行された患者に対する手術部位感染（SSI）予防のための抗菌薬3日以内の中止率

分子

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

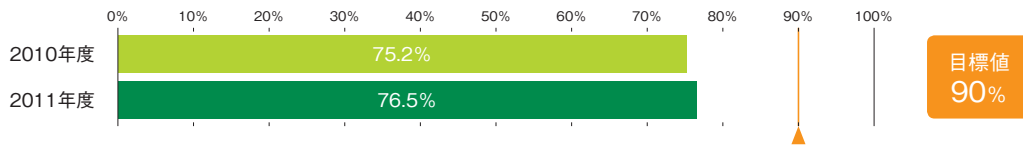
分母

清潔手術を施行した退院患者数

解説

術後の感染症を予防するために、抗菌薬を使用することは有効な手段になります。しかし、長期に渡る予防的抗菌薬の投与は、多剤耐性菌の出現を引き起こします。清潔手術においては少なくとも3日以内に予防的抗菌薬を中止していくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	44	75.2±26.3
2011年	46	76.5±25.3



62

準清潔手術が施行された患者に対する手術部位感染（SSI）予防のための抗菌薬4日以内の中止率

分子

分母のうち、術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて4日以内に中止された患者数

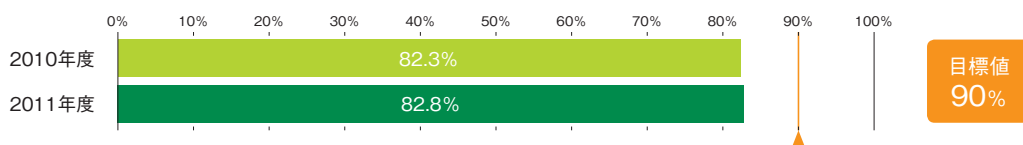
分母

準清潔手術を施行した退院患者数

解説

術後の感染症を予防するために、抗菌薬を使用することは有効な手段になります。しかし、長期に渡る予防的抗菌薬の投与は、多剤耐性菌の出現を引き起こします。清潔手術においては少なくとも4日以内に予防的抗菌薬を中止していくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	51	82.3±11.5
2011年	50	82.8±8.2



63

アルブミン製剤／赤血球濃厚液比

分子 アルブミン製剤の総単位数

分母 赤血球濃厚液の総単位数と自己血輸血の総単位数の総計

解説

我が国では輸血の過剰使用が問題となっています。安全かつ適正な輸血を評価するための診療報酬を算定するための要件として、アルブミン製剤／赤血球濃厚液比は、2.0未満となっています。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差
2010年	54	1.9±1.1
2011年	53	2.0±1.0



目標値
2.0未満

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

アウトカム指標（疾患特異的指標）

64

前立腺生検実施後の感染症の発生率

分子

分母のうち、感染症を発症した患者数（予防的抗菌薬の投与が4日目に出現している場合を感染症の発症とみなす）

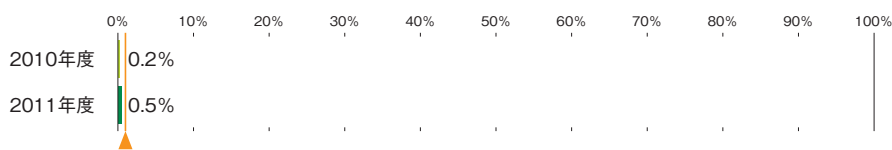
分母

前立腺生検を実施した退院患者数

解説

前立腺生検の合併症として、感染（前立腺炎等）が起きることがあります。予防が可能な感染症については、予防に努めていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	42	0.2±0.6
2011年	45	0.5±0.9



目標値
1%以下

65

単純子宮全摘術が施行された患者に対する輸血の発生率

分子

分母のうち、輸血が発生した患者数

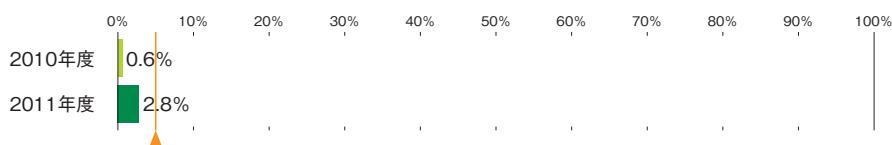
分母

単純子宮全摘術を施行した退院患者数

解説

単純子宮全摘術は婦人科開腹手術で最も頻度の高い術式です。どの病院でも一般的に行われている治療であり、輸血を必要としない出血量で手術を施行できる技術を備えることが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	16	0.6±1.7
2011年	25	2.8±3.4



目標値
5%

66

新生児治療室におけるMRSAの院内感染の発生率

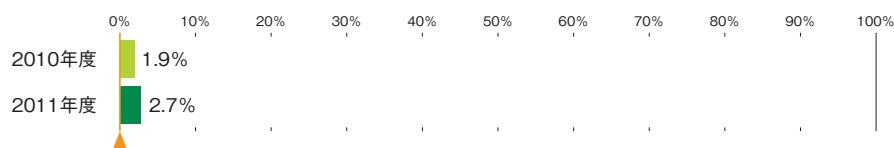
分子 分母のうち、当該入院期間中にMRSAを発症した患者数

分母 新生児（院内出生）の退院患者数

解説

新生児では、MRSA（黄色ブドウ球菌が耐性化した病原菌で常在菌の一つ）の保菌や感染によって、生命予後を脅かされる事があります。感染予防対策の実施により、MRSAの発生を抑制していくことが求められます。黄色ブドウ球菌はヒトの咽頭、鼻腔粘膜や皮膚に定着している他、病院の床、ベッドやシンクのような環境、人工呼吸器やモニターなどの医療機器、体温計、聴診器などの器具というように様々なところに存在しています。また黄色ブドウ球菌は医療スタッフの手指を介して患者さんに付着します。患者さんの体や粘膜の表面に付着した黄色ブドウ球菌は、処置や体内に挿入されたカテーテル・チューブ類を介して体の深部に侵入し、重篤な感染症を引き起こす原因となります。また長期入院や抗菌薬の投与によって黄色ブドウ球菌の検出率が上がります。このため、NICU（新生児集中治療室）での感染予防は重要な役割を果たします。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	16	1.9±3.2
2011年	21	2.7±4.1



プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

アウトカム指標（セイフティネット系）

67

精神科患者における1か月以内の再入院率

分子

分母のうち、分母の当該入院が1か月以内の再入院に該当する患者数

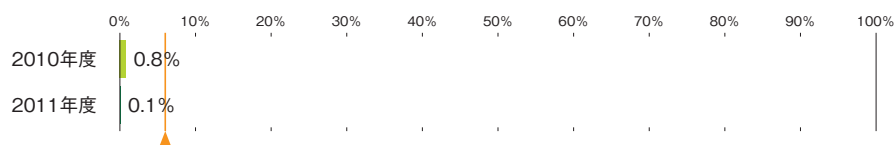
分母

統合失調症、躁病に該当する退院患者数

解説

精神科の患者さんに対して、適切な外来治療、精神科デイ・ケア、地域支援等を通して、継続的なフォローを行い、再入院率を減少させることが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	10	0.8±1.7
2011年	13	0.1±0.4



目標値
6%未満

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セイフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セイフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

68

75歳以上の高齢患者における入院中の大腿骨骨折の発生率

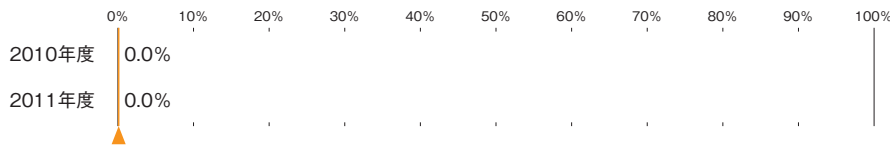
分子 分母のうち、入院中に大腿骨骨折を発生した患者数

分母 75歳以上の退院患者数

解説

転倒・転落により、骨折等の外傷が発生した場合、患者さんの生活の質（QOL）の低下や回復の遅延を招き、また入院期間の延長により医療費も増大させる等、様々な弊害をもたらします。しかし、予防に全力を尽くしても予防が困難な場合もあります。このため、予防対策に加え、転倒・転落が発生しても大きな傷害をもたらすことがない対策を講じていくことも重要となります。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	53	0.0±0.1
2011年	52	0.0±0.1



目標値
0.1%以下

69

75歳以上の入院高齢患者における新規褥瘡の院内発生率

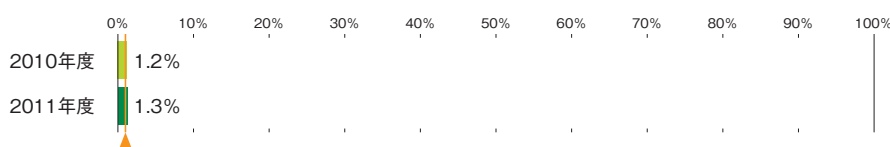
分子 分母のうち、褥瘡対策に関する治療計画書において、NPUAP分類にてStage II 以上、もしくはDESIGN評価表でd2以上と判定された院内の新規発生の褥瘡を有する患者数

分母 高齢患者（75歳以上）の退院患者数

解説

褥瘡の発生は、患者さんの生活の質（QOL）を低下させる要因となり、また褥瘡部位から感染症を発生した場合、他の疾患に対する治療に影響を与えるだけでなく、敗血症から死に至ることもあります。患者さんの状態によっては褥瘡の発生予防が困難な場合もありますが、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いて、適切な褥瘡対策を行っていくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	131	1.2±1.7
2011年	135	1.3±2.1



目標値
1%以下

70

清潔手術あるいは準清潔手術が施行された患者に対する術後感染症の発生率

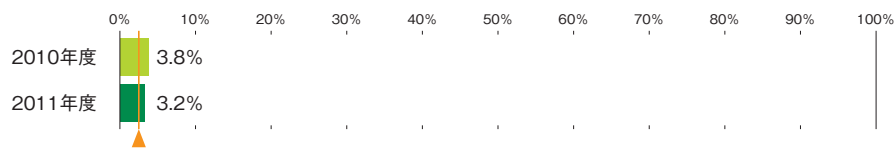
分子 分母のうち、7日以上抗菌薬が投与されている患者数

分母 準清潔手術、清潔手術を施行した退院患者数

解説

手術前後の適切な処置や管理により、術後感染症の発生率を低減していくことが求められます。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	52	3.8±3.0
2011年	51	3.2±2.1



目標値
2.5%以下

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

● NHO 研究ネットワークグループ 22 領域

※ 各領域の掲載順は、順不同としています。

※ 領域ごとの御名前の標記は、順不同としています。(敬称略)

※ 2011年8月8日時点の情報です。

※ 各作業班のチームリーダーには、「◎」印がついています。

領域	チームリーダー	氏名	所属施設	役職		
がん (一般)	◎	井口東郎	四国がんセンター	臨床研究センター長		
		遠藤登喜子	名古屋医療センター	臨床研究センター高度診断研究部長		
		田中仁寛	九州がんセンター	乳腺科		
		谷山清己	呉医療センター・中国がんセンター	臨床研究部長		
		原文堅	四国がんセンター	化学療法科医師		
		藤井輝彦	九州医療センター	乳腺外科医長		
		増田慎三	大阪医療センター	外科・乳腺外科		
		山城勝重	北海道がんセンター	臨床研究部長		
		渡邊隆紀	仙台医療センター	外科医長		
がん (呼吸器)	◎	安宅信二	近畿中央胸部疾患センター	臨床研究センター肺がん研究部長		
		沖塩協一	近畿中央胸部疾患センター	臨床研究センター室長		
		川島修	西群馬病院	呼吸器外科医長		
		坂英雄	名古屋医療センター	呼吸器科部長		
		杉尾賢二	九州がんセンター	呼吸器科部長		
		野上尚之	四国がんセンター	呼吸器科医長		
		藤田結花	旭川医療センター	内科医長		
		がん (消化器)	◎	三嶋秀行	大阪医療センター	外科医長
磯部陽	東京医療センター			統括診療部長		
金田悟郎	相模原病院			統括診療部長		
高橋康雄	北海道がんセンター			内科系診療部長		
坂口善久	九州がんセンター			消化器外科医長		
山下晴弘	岡山医療センター			消化器科医長		
感覚器	◎			宇治幸隆	東京医療センター臨床研究センター	臨床研究センター長
		岩田岳	東京医療センター臨床研究センター	分子細胞生物学研究部長		
		落合博子	東京医療センター臨床研究センター	再生医療班研究室長		
		角田和繁	東京医療センター臨床研究センター	視覚生理学研究室長		
		角田晃一	東京医療センター臨床研究センター	人工臓器・機器開発研究部長		
		野田徹	東京医療センター臨床研究センター	ロービジョン研究室長		
		藤井正人	東京医療センター臨床研究センター	聴覚・平衡覚研究部長		
		松永達雄	東京医療センター臨床研究センター	聴覚障害研究室長		
		山田昌和	東京医療センター臨床研究センター	視覚研究部長		
		感染症	◎	藤澤隆夫	三重病院	臨床研究部長
				大堂雅晴	熊本医療センター	外科医師
岡田賢司	福岡病院			統括診療部長		
小山田吉孝	東京医療センター			呼吸器科医長		
菅秀	三重病院			感染免疫・疫学研究室長		
芳賀克夫	熊本医療センター			臨床研究部長		
松原啓太	東京医療センター			小児科		
吉澤滋	福岡病院			リウマチ科医長		

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

研究領域ごと協力者一覧

研究領域ごと協力者一覧

領域	チームリーダー	氏名	所属施設	役職
肝疾患	◎	八橋弘	長崎医療センター	臨床研究センター長
		古賀満明	嬉野医療センター	院長
		小森敦正	長崎医療センター	病態制御研究室長
		酒井浩徳	別府医療センター	副院長
		中牟田誠	九州医療センター	消化器科医長
		三田英治	大阪医療センター	消化器科科長
		室豊吉	大分医療センター	院長
血液疾患	◎	大橋春彦	名古屋医療センター	再生医療研究部長
		清川哲志	熊本医療センター	研修部長
		澤村守夫	西群馬病院	臨床研究部長
		角南一貴	岡山医療センター	血液内科医長
		永井宏和	名古屋医療センター	血液・腫瘍研究部長
		矢野尊啓	東京医療センター	教育研修部長
呼吸器疾患	◎	岡田全司	近畿中央胸部疾患センター	臨床研究センター長
		井上義一	近畿中央胸部疾患センター	臨床研究センター呼吸不全・難治性肺疾患研究部長
		大平徹郎	西新潟中央病院	統括診療部長
		庄司俊輔	東京病院	臨床研究部長
		谷口正実	相模原病院	病態総合研究部長
		藤内智	旭川医療センター	臨床研究部長
		望月吉郎	姫路医療センター	副院長
循環器	◎	長谷川浩二	京都医療センター	展開医療研究部長
		赤尾昌治	京都医療センター	循環器科 医長 診療科長
		阿部充	京都医療センター	循環器科 医長
		梅本琢也	静岡医療センター	副院長
		冷牟田浩司	九州医療センター	副院長
		松田守弘	呉医療センター	医長 病因病態研究室長
		和田啓道	京都医療センター	先端医療技術開発研究室長
消化器疾患	◎	原田直彦	九州医療センター	光学診療部長
		岩瀬弘明	名古屋医療センター	内視鏡診療部長
		大原正範	函館病院	特命副院長
		木村成昭	徳島病院	内科医長
		田中伸	(元) 東京医療センター	消化器医長
		西山仁	長崎医療センター	消化管内科医長
		前川高天	京都医療センター	診療部長健診担当
成育医療	◎	堀部敬三	名古屋医療センター	臨床研究センター長
		久保俊英	岡山医療センター	診療部長
		宿谷明紀	相模原病院	小児科医長
		安日一郎	長崎医療センター	産婦人科部長
		山下博徳	小倉医療センター	統括診療部長
		山本重則	下志津病院	統括診療部長
		山本初実	三重中央医療センター	臨床研究部長
		横田一郎	香川小児病院	臨床研究部長
糖尿病	◎	島津章	京都医療センター	臨床研究センター長
		青木雄次	まつもと医療センター (松本病院)	外来診療部長
		宇治原誠	横浜医療センター	統括診療部長

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

領域	チームリーダー	氏名	所属施設	役職
糖尿病		坂根直樹	京都医療センター	臨床研究センター室長 (予防医学研究)
		田中剛史	三重中央医療センター	診療部長
		成宮学	西埼玉中央病院	医療情報部長
脳卒中	◎	岡田靖	九州医療センター	臨床研究センター長
		江面正幸	仙台医療センター	脳神経外科医長
		多賀谷昌史	大阪医療センター	脳血管内科医長
		塚原徹也	京都医療センター	脳神経外科部長
		詠田眞治	九州医療センター	脳神経外科部長
		真邊泰宏	岡山医療センター	神経内科医長
		矢坂正弘	九州医療センター	臨床研究推進部長 兼 脳血管内科科長
泌尿器	◎	奥谷卓也	広島西医療センター	副院長
		浅野耕助	広島西医療センター	医師
		井口厚司	九州医療センター	医長
		小武家誠	岩国医療センター	医長
		繁田正信	呉医療センター	医長
		高橋千寛	米子医療センター	診療部長
		橋根勝義	四国がんセンター	医長
婦人科	◎	新井ゆう子	霞ヶ浦医療センター	外科系診療部長
		岡嶋裕子	千葉医療センター	産婦人科医長
		岡留雅夫	九州がんセンター	婦人科医長
		加藤秀則	北海道がんセンター	統括診療部長(婦人科)
		竹原和宏	呉医療センター	婦人科医長
		白山裕子	四国がんセンター	婦人科医師
骨・運動器疾患	◎	町田正文	村山医療センター	臨床研究センター長
		古泉豊	西多賀病院	整形外科医長
		斉藤正伸	大阪南医療センター	骨・運動器疾患センター部長
		田中孝昭	宇都宮病院	副院長、臨床研究部長
		藤内武春	善通寺病院	副院長
		橋本伸朗	熊本医療センター	整形外科部長
免疫異常	◎	秋山一男	相模原病院	院長
		海老澤元宏	相模原病院	臨床研究センターアレルギー性疾患 研究部長
		下田照文	福岡病院	臨床研究部長
		當間重人	相模原病院	臨床研究センターリウマチ性疾患 研究部長
		長谷川眞紀	相模原病院	臨床研究センター副臨床研究 センター長
		藤澤隆夫	三重病院	臨床研究部長
	本川哲	長崎医療センター	整形外科部長	
エイズ	◎	白阪琢磨	大阪医療センター	エイズ先端医療研究部長
		伊藤俊宏	仙台医療センター	血液内科 内科医長
		上平朝子	大阪医療センター	感染症内科 科長
		堀場昌英	東埼玉病院	呼吸器疾患部門部長
		山本政弘	九州医療センター	AIDS/HIV 総合治療センター部長
		横幕能行	名古屋医療センター	エイズ診療科 医長

 プロセス指標
 (疾患特異的指標)

 プロセス指標
 (セーフティネット系)

 プロセス指標
 (疾患横断的指標)

 アウトカム指標
 (疾患特異的指標)

 アウトカム指標
 (セーフティネット系)

 アウトカム指標
 (疾患横断的指標)

研究領域と協力者覧

研究領域ごと協力者一覧

領域	チームリーダー	氏名	所属施設	役職
重症心身障害児(者)	◎	福永秀敏	南九州病院	院長 神経内科
		會田千重	肥前精神医療センター	療育指導部長 精神科医
		石田修一	まつもと医療センター (中信松本病院)	小児科医長
		工藤麻由子	福岡病院	指導員
		後藤一也	西別府病院	副院長 小児科
		坂尾良一	賀茂精神医療センター	院長 精神科
		澁谷博	新潟病院	療育指導室長
		下茶屋晃	鳥取医療センター	指導員
		滝澤昇	富山病院	副院長 小児科
		西田利昭	南京都病院	療育指導室長
		西原礼子	肥前精神医療センター	療育指導室長
		荻本みわこ	肥前精神医療センター	主任指導員
		松本英司	南京都病院	副師長
		宮野前健	南京都病院	副院長 小児科
神経・筋疾患	◎	高橋幸利	静岡てんかん・神経医療センター	統括診療部長、臨床研究部長 (併任)
	◎	川井充	東埼玉病院	院長
		荒畑創	大牟田病院	神経内科医長
		石川悠加	八雲病院	小児科医長
		石原傳幸	箱根病院	院長
		今村重洋	熊本再春荘病院	副院長
		木村隆	旭川医療センター	神経内科医長
		久留聡	鈴鹿病院	神経内科部長
		小長谷正明	鈴鹿病院	院長
		澤田秀幸	宇多野病院	臨床研究部長
		陣内研二	兵庫中央病院	院長
		神野進	刀根山病院	院長
		高田博仁	青森病院	副院長
		多田羅勝義	徳島病院	副院長
		田村拓久	東埼玉病院	神経疾患部門部長
		長谷川一子	相模原病院	神経内科医長
		藤村晴俊	刀根山病院	臨床研究部長 (神経内科部長兼任)
		松村剛	刀根山病院	神経内科医長
		溝口功一	静岡てんかん・神経医療センター	副院長
		本吉慶史	下志津病院	第二病棟部長
精神疾患	◎	黒木俊秀	肥前精神医療センター	臨床研究部長
	◎	松下幸生	久里浜アルコール症センター	副院長
		女屋光基	下総精神医療センター	精神科診療部長
		木村武実	菊池病院	臨床研究部長
		小西吉裕	鳥取医療センター	臨床研究部長
		竹林実	呉医療センター	精神科科長・臨床研究部室長
結核	◎	岡田全司	近畿中央胸部疾患センター	臨床研究センター長
		斎藤武文	茨木東病院	副院長
		重藤えり子	東広島医療センター	感染症診療部長
		鈴木克洋	近畿中央胸部疾患センター	統括診療部長
		田尾義昭	福岡東医療センター	呼吸器感染部長
		多田敦彦	南岡山医療センター	統括診療部長
		豊田恵美子	東京病院	呼吸器科医長

プロセス指標
(疾患特異的指標)

プロセス指標
(セーフティネット系)

プロセス指標
(疾患横断的指標)

アウトカム指標
(疾患特異的指標)

アウトカム指標
(セーフティネット系)

アウトカム指標
(疾患横断的指標)

付 録

2011年度 医療の質の評価・公表推進事業 における臨床評価指標

【計測対象および計測期間】

各臨床評価指標の計測は、(独) 国立病院機構に属するDPC対象病院 (53病院) において、2011年4月1日～2012年3月31日に退院した患者を対象としています。

各臨床評価指標は、原則、DPC対象病院において厚生労働省への提出が義務付けられているDPCデータを用いて算出しています。

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）

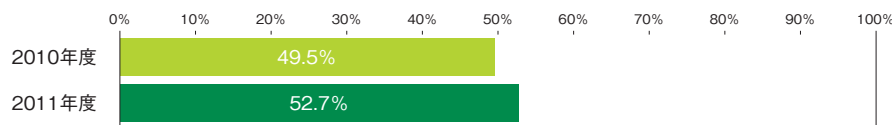
分子 分母のうち、褥瘡対策が実施された患者数（DPC データから把握）

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数（75歳以上）

解説

褥瘡の発生は、患者さんの生活の質（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に影響を与えるだけでなく、敗血症から死に至ることもあります。患者さんの状態によっては褥瘡の発生予防が困難な場合もありますが、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いて、適切な褥瘡対策を実施し、褥瘡の発生率を低下させていくことが求められます。本指標の分子は、診療報酬請求上の「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」が算定された患者により把握しています。このため、病院によって、実際に予防対策を実施していても、請求がなされていない場合、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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	44	49.5±22.5
2011年	52	52.7±19.2



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）

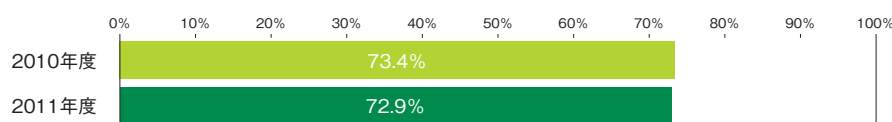
分子 分母のうち、褥瘡対策が実施された患者数（カルテ等から把握）

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数（75歳以上）

解説

「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。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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	44	73.4±18.6
2011年	52	72.9±18.3



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

分子 分母のうち、院内の新規発生の褥瘡を有する患者数

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

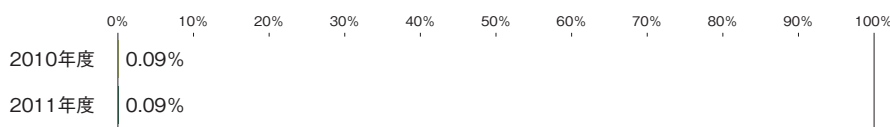
解説

褥瘡の発生は、患者さんの生活の質（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に影響を与えるだけでなく、敗血症から死に至ることもあります。患者さんの状態によっては褥瘡の発生予防が困難な場合もありますが、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いて、適切な褥瘡対策を実施し、褥瘡の発生率を低下させていくことが求められます。分子の「院内の新規発生の褥瘡」は、「DESIGN-Rでd2以上」、あるいは「NAUAP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。

引用：日本褥瘡学会編／医療・GL（09年）／ガイドライン 第1章 褥瘡の概要：

http://minds.jqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_0038.html

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	44	0.09±0.08
2011年	52	0.09±0.07



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

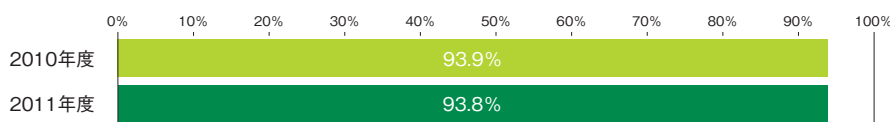
分子 分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）が実施された患者数

分母 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

解説

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。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）の利用、抗凝固療法があり、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。本指標は、診療報酬請求上の「肺血栓塞栓症予防管理料（弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫装置を用いた計画的な医学管理）」の算定の有無から把握しているため、病院によって、実際に予防対策を実施していても、請求がなされていない場合、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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差（%）
2010年	42	93.9±4.7
2011年	53	93.8±5.3



4

手術ありの患者における肺血栓塞栓症の発生率

分子 分母のうち、肺血栓塞栓症を発症した患者数

分母 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

解説

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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	44	0.15±0.27
2011年	53	0.20±0.37



5

術後の大腿骨頸部/転子部骨折の発生率

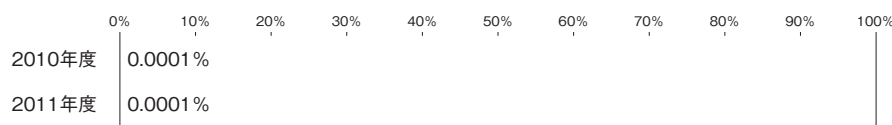
分子 分母のうち、術後に大腿骨頸部/転子部骨折を発生した患者数

分母 手術を施行した患者の術後在院患者延べ数

解説

転倒・転落により、骨折などの外傷が発生した場合、患者さんの生活の質 (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。しかし、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さんにおいては予防が困難な場合があります。このため、予防対策に加え、転倒・転落を起こしても、転倒・転落時の衝撃を吸収するピ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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	45	0.0001±0.0006
2011年	53	0.0001±0.0006



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

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

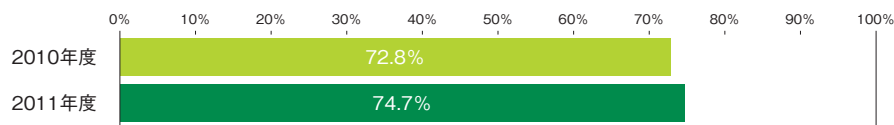
分母

急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者のうち、リハビリテーションが施行された退院患者数

解説

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、寝たきりになることで、筋萎縮・筋力低下、関節拘縮、肺炎、褥瘡、抑うつ等の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。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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	35	72.8±18.9
2011年	41	74.7±19.4



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

分子

分母のうち、入院当日・翌日に「CT撮影」あるいは「MRI撮影」が施行された患者数

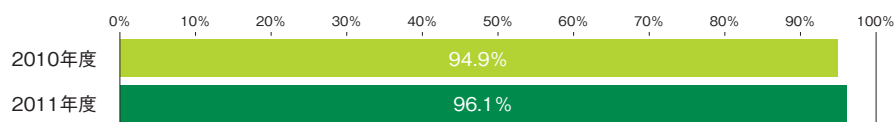
分母

急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者数

解説

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。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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	37	94.9±6.5
2011年	44	96.1±3.7



3

急性脳梗塞患者における入院死亡率

分子 分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数

分母 急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者数

解説

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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	37	2.24±2.34
2011年	43	1.84±2.07



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

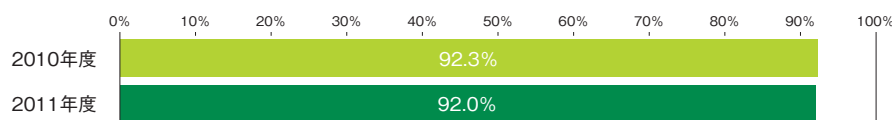
分子 分母のうち、退院時処方アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルが処方された患者数

分母 急性心筋梗塞あるいは再発性心筋梗塞の退院患者数

解説

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、またそこに他から運ばれた血栓が詰まってしまうことで、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う病気です。アスピリン/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。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/硫酸クロピドグレルの処方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。本指標では、アスピリン/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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	31	92.3±5.9
2011年	35	92.0±5.5



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

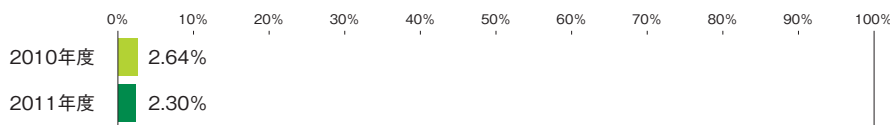
分子 分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数

分母 救急車で搬送され、PCI(経皮的冠動脈インターベンション)が施行された「不安定狭心症」や「急性心筋梗塞」の退院患者数

解説

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期心筋梗塞は、入院時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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差(%)
2010年	19	2.64±2.94
2011年	27	2.30±3.43



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

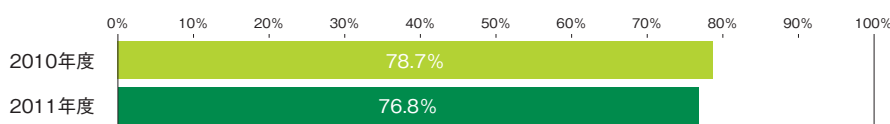
分子 分母のうち、乳房温存手術が施行された患者数

分母 乳癌(ステージⅠ)の退院患者数

解説

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の視点からも、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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差(%)
2010年	21	78.7±14.7
2011年	34	76.8±15.6



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日以内の中止率

分子

分母のうち、術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて3日以内および7日以内に抗菌薬投与が中止された患者数

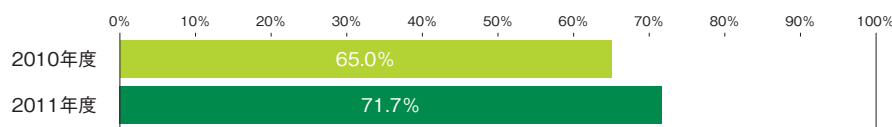
分母

人工関節置換術/人工骨頭挿入術が施行された退院患者数

解説

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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	28	65.0±40.4
2011年	34	71.7±36.3



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

分子

分母のうち、術後4日以内にリハビリテーションが開始された患者数

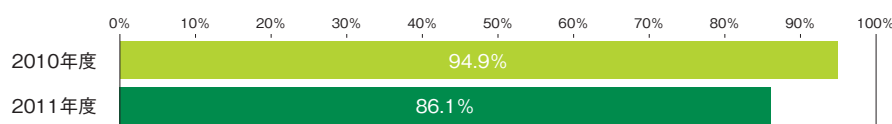
分母

人工膝関節全置換術が施行された退院患者数

解説

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、下肢への静脈うっ帯を減少させ、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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	14	94.9±7.8
2011年	25	86.1±17.9



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

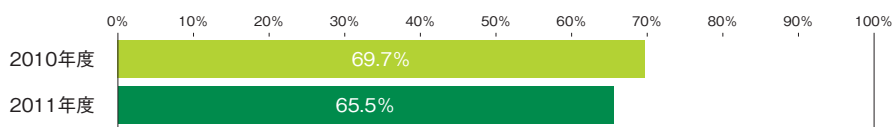
分子 分母のうち、内視鏡的治療（止血術）が施行された患者数

分母 出血性胃・十二指腸潰瘍の退院患者数

解説

出血性消化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。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差 (%)
2010年	15	69.7±20.1
2011年	38	65.5±17.5



1

入院患者における総合満足度

分子 分母の対象患者における10項目の得点を合計した点数

分母 各対象病院における1ヶ月間の退院患者数(有効回答の患者が対象)

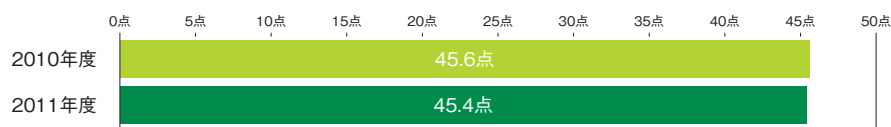
解説

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。

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点です。有効回答とは、10の測定項目全てに回答されていたものを指します。

*2011年10月1日～30日の1カ月間の退院患者が対象。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差(点)
2010年	45	45.6±0.8
2011年	53	45.4±0.7



2

外来患者における総合満足度

分子 分母の対象患者における10項目の得点を合計した点数

分母 各対象病院における任意の2日間の外来受診患者数(有効回答の患者が対象)

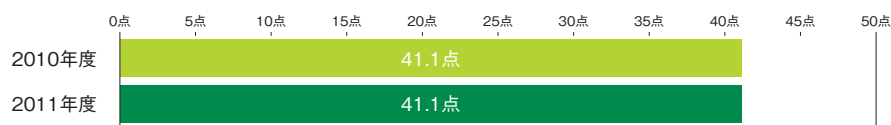
解説

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。

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。有効回答とは、10の測定項目全てに回答されていたものを指します。

*2011年10月3日～21日の任意の2日間に外来を受診した患者が対象。

	計測対象病院数	平均値±標準偏差(点)
2010年	45	41.1±1.4
2011年	53	41.1±1.3



● 臨床評価指標評価委員会 委員名簿 (50 音順) (2012 年 8 月 31 日現在)

	役 職	氏 名
	国立病院機構広島西医療センター副院長	奥谷 卓也
	千葉大学大学院看護学研究科准教授	小林 美亜
	国立病院機構本部総合研究センター長	辻村 信正
	国立病院機構南和歌山医療センター院長	中井 國雄
	国立病院機構香川小児病院院長	中川 義信
◎	国立病院機構本部総合研究センター診療情報分析部長	伏見 清秀
	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長、准教授	藤森 研司
	国立病院機構南京都病院院長	宮野前 健

◎座長

※全 8 名 (敬称略)

● 事務局

所 属	氏 名
国立病院機構本部 総合研究センター 診療情報分析部	本橋 隆子
	井高 貴之
	森脇 睦子
	下田 俊二
	川島 直美
	中寺 昌也
	堀口 裕正
国立病院機構本部 医療部	岡田 千春
	尾藤 誠司
	西本 祐子
	道上 幸彦

国立病院機構臨床評価指標2011

2012年9月

独立行政法人 国立病院機構本部

医療部

総合研究センター診療情報分析部



独立行政法人

国立病院機構

国立病院機構臨床評価指標