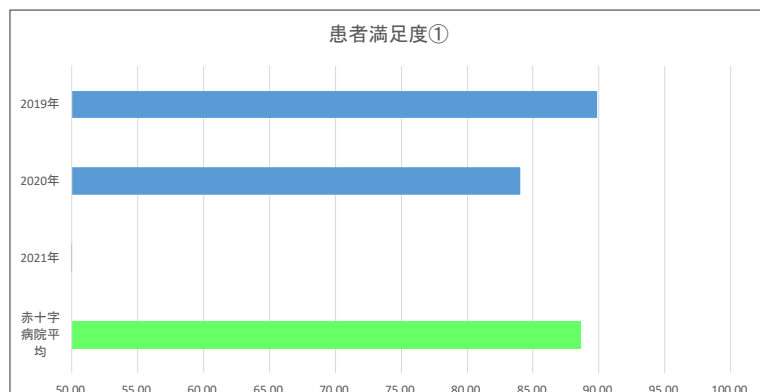


## 赤十字病院グループで算出している当院分の臨床指標（2021年度）

### 指標1【入院】患者満足度①「全体としてこの病院に満足していますか？」

算出方法＝

分子：分母のうち、「非常に満足している」または「やや満足している」と回答した入院患者数  
分母：入院患者への満足度調査項目「全体としてこの病院に満足していますか？」の設問有効回答



| 指標1     | 満足度   | 分母  | 分子  |
|---------|-------|-----|-----|
| 2019年   | 89.86 | 503 | 452 |
| 2020年   | 84.01 | 613 | 515 |
| 2021年   |       |     |     |
| 赤十字病院平均 | 88.62 |     |     |

\* 平均は2021年の平均値

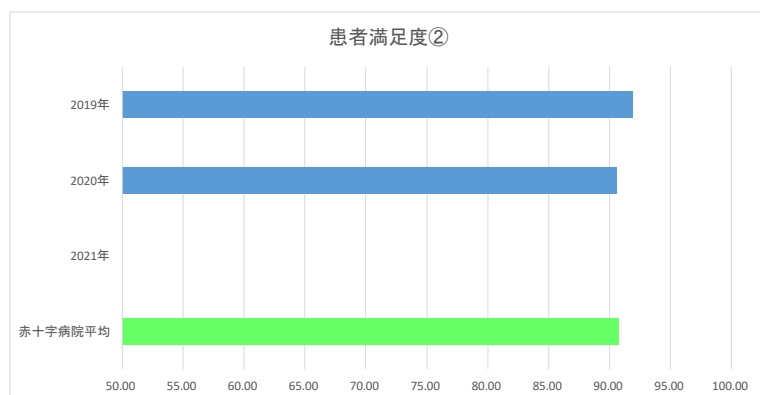
\* 2021年度は指標1は調査未施行

【解説】患者満足度調査は、これまでも7割を超える施設が実施しておりましたが、赤十字病院グループ全体での調査・集計は本年度が3回目となります。調査期間・時期は各施設、任意としています。満足度調査の質問項目は各施設で複数設定されていますが、今回の調査では『全体としてこの病院に満足していますか？』と次指標『入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？』の二つの質問を集計しています。各施設では様々な改善の総合的評価をこの指標で確認しています。

### 指標2【入院】患者満足度②「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」

算出方法＝

分子：分母のうち、「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数  
分母：入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数



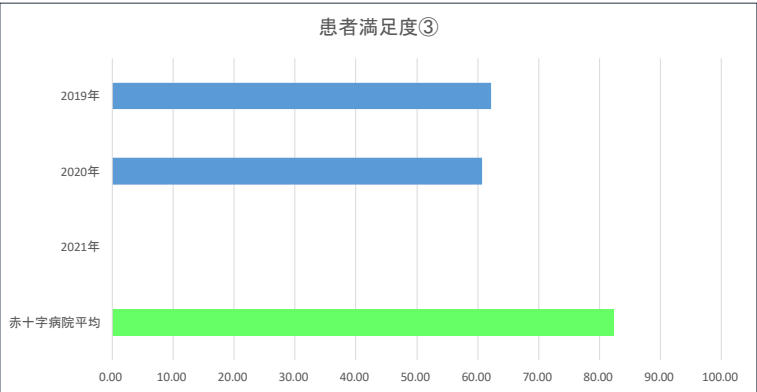
| 指標2     | 満足度   | 分母  | 分子  |
|---------|-------|-----|-----|
| 2019年   | 91.85 | 503 | 462 |
| 2020年   | 90.54 | 613 | 555 |
| 2021年   |       |     |     |
| 赤十字病院平均 | 90.71 |     |     |

\* 2021年度は指標1は調査未施行

【解説】患者満足度調査は、これまでも7割を超える施設が実施しておりましたが、赤十字病院グループ全体での調査・集計は本年度が3回目となります。調査期間・時期は各施設、任意としています。満足度調査の質問項目は各施設で複数設定されていますが、今回の調査では『入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？』と前指標の『全体としてこの病院に満足していますか？』の二つの質問を集計しています。各施設では本指標の結果をもとに、患者さんとの情報共有やコミュニケーションの妥当性を見直します。

指標3 【外来】患者満足度③「全体としてこの病院に満足していますか？」

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子:分母のうち、「非常に満足している」または「やや満足している」と回答した外来患者数}}{\text{分母:外来患者への満足度調査項目「全体としてこの病院に満足していますか？」の設問有効回答数}}$$



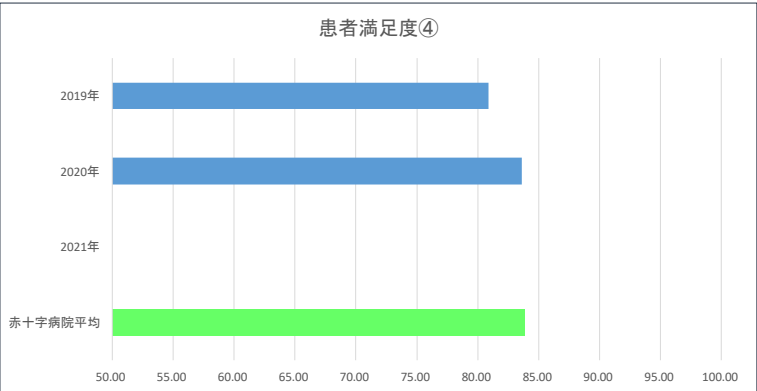
| 指標3     | 満足度   | 分母  | 分子  |
|---------|-------|-----|-----|
| 2019年   | 62.22 | 675 | 420 |
| 2020年   | 60.71 | 677 | 411 |
| 2021年   |       |     |     |
| 赤十字病院平均 | 82.23 |     |     |

\* 2021年度は指標1は調査未施行

【解説】患者満足度調査は、これまでも7割を超える施設が実施しておりましたが、赤十字病院グループ全体での調査・集計は本年度が3回目となります。調査期間・時期は各施設、任意としています。満足度調査の質問項目は各施設で複数設定されていますが、今回の調査では『全体としてこの病院に満足していますか？』と次指標『診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？』の二つの質問を 集計しています。各施設では様々な改善の総合的評価をこの指標で確認しています。

指標4 【外来】患者満足度④「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子:分母のうち、「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数}}{\text{分母:外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数}}$$



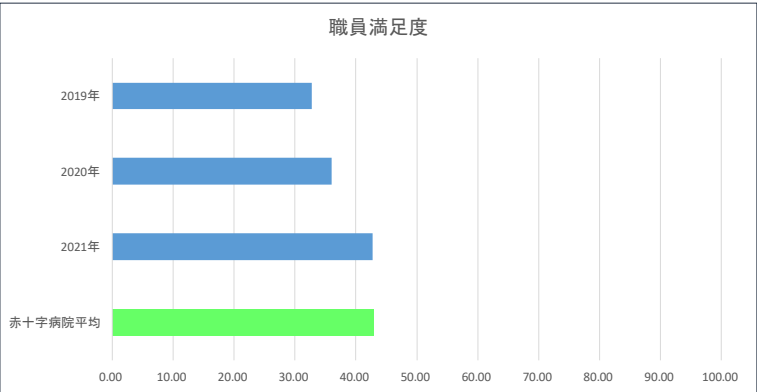
| 指標4     | 満足度   | 分母  | 分子  |
|---------|-------|-----|-----|
| 2019年   | 80.89 | 675 | 546 |
| 2020年   | 83.60 | 677 | 566 |
| 2021年   |       |     |     |
| 赤十字病院平均 | 83.85 |     |     |

\* 2021年度は指標1は調査未施行

【解説】調査期間・時期は各施設、任意としています。満足度調査の質問項目は各施設で複数設定されていますが、今回の調査では『診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？』の質問を集計しています。

指標5 職員満足度「友人や家族が病気や怪我を患ったときに、あなたの施設を薦めたいと思いますか？」

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子:分母のうち、「強くそう思う」または「ややそう思う」と回答した職員数}}{\text{分母:職員満足度調査項目「友人や家族が病気や怪我を患ったときに、あなたの施設を薦めたいと思いますか？」の設問有効回答数}}$$

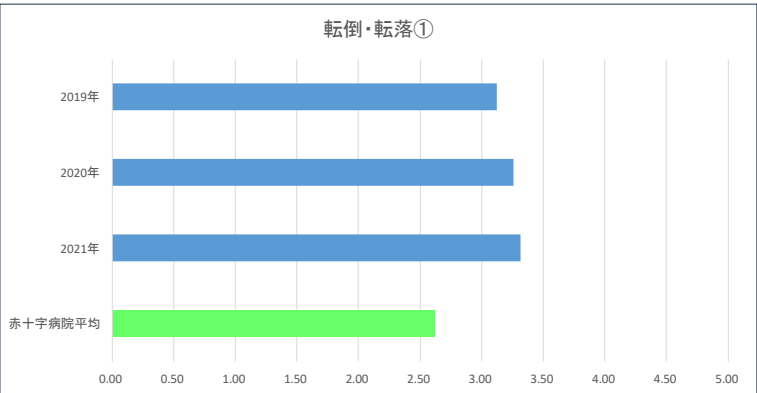


| 指標5     | 満足度   | 分母   | 分子  |
|---------|-------|------|-----|
| 2019年   | 32.78 | 967  | 317 |
| 2020年   | 36.00 | 964  | 347 |
| 2021年   | 42.79 | 1026 | 439 |
| 赤十字病院平均 | 42.99 |      |     |

【解説】職員満足度調査は、これまで4割程度の施設が実施していましたが、赤十字病院グループ全体での調査・集計は本年度が3回目となります。調査期間・時期は各施設、任意としています。職員満足度調査の質問項目は各施設で複数設定されていますが、今回の調査では『友人や 家族が病気や怪我を患ったときに、あなたの施設を薦めたいと思いますか？』について、集計しています。職員自身が内部からの視点で医 療を評価したものであり、働きがいや職場環境等を評価した職員満足度とは若干意味合いが異なるかもしれません。

指標6 転倒・転落①「入院患者での転倒転落発生率」

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子:入院中の患者に発生した転倒・転落件数}}{\text{分母:入院患者延べ数(人日)}}$$



| 指標6     | 発生率(%) | 分母     | 分子  |
|---------|--------|--------|-----|
| 2019年   | 3.12   | 188879 | 590 |
| 2020年   | 3.26   | 169953 | 554 |
| 2021年   | 3.32   | 161686 | 536 |
| 赤十字病院平均 | 2.62   |        |     |

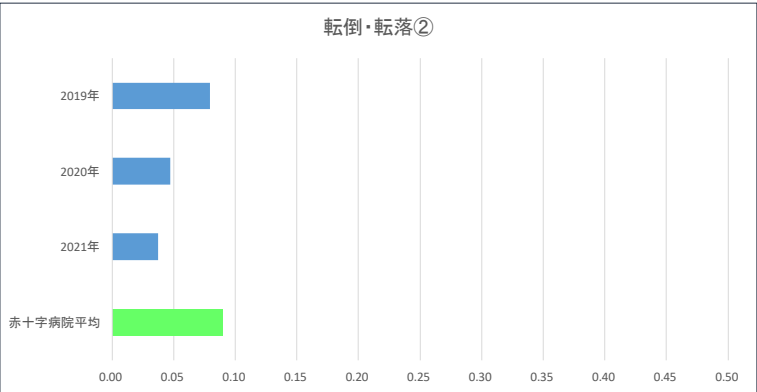
【解説】入院患者の転倒転落は、患者が自立的に活動される限り、完全に防ぎされるものではありませんが、骨折や内出血などをきたすことがあり、『発生率』を少しでも減らすために各施設で努力を続けています。要因としては、環境の変化や疾患、治療、手術などに起因するものなど 様々です。これらの要因に対し、インシデント報告を分析し、環境の整備や患者の行動を予測した未然防止につなげます。 赤十字病院グループでは、「転倒転落予防活動に関する手引書」を作成し、事例分析から導かれた予防策を全施設で共有、実践し、転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みを推進しています。

指標7 転倒・転落②「入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率」

算出方法＝

分子：入院中の患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数

分母：入院患者延べ数（人日）



| 指標7     | 発生率(%) | 分母     | 分子 |
|---------|--------|--------|----|
| 2019年   | 0.08   | 188879 | 15 |
| 2020年   | 0.05   | 169953 | 8  |
| 2021年   | 0.04   | 161686 | 6  |
| 赤十字病院平均 | 0.09   |        |    |

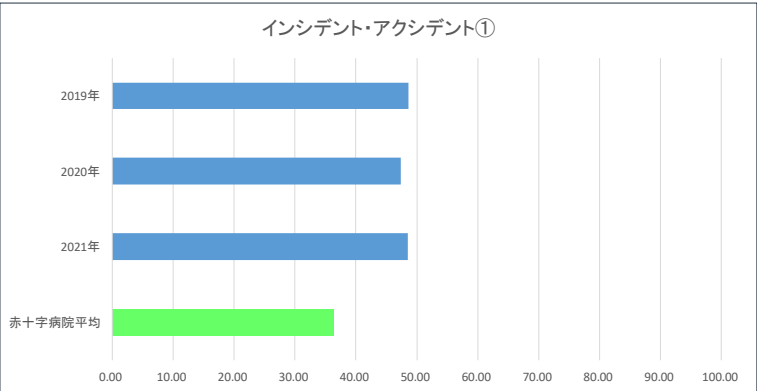
【解説】入院患者の転倒転落は、患者が自立的に活動される限り、完全に防ぎされるものではありませんが、骨折や内出血などをきたすことがあり、影響度の高い転倒・転落の『発生率』を集計し、転倒しても被害をゼロに近づけるために各施設で努力を続けています。赤十字病院グループでは、「転倒転落予防活動に関する手引書」を作成し、事例分析から導かれた予防策を全施設で共有、実践し、転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みを推進しています。 ※インシデント影響度分類レベル3bとは、障害の継続性は一過性であり、障害の程度は高度、濃厚な処置や治療・検査を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、骨折、外来患者の入院、入院日数の延長などを含むもので、アクシデントに分類されます。

指標8 インシデント・アクシデント①「1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数」

算出方法＝

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数 × 100

分母：許可病床

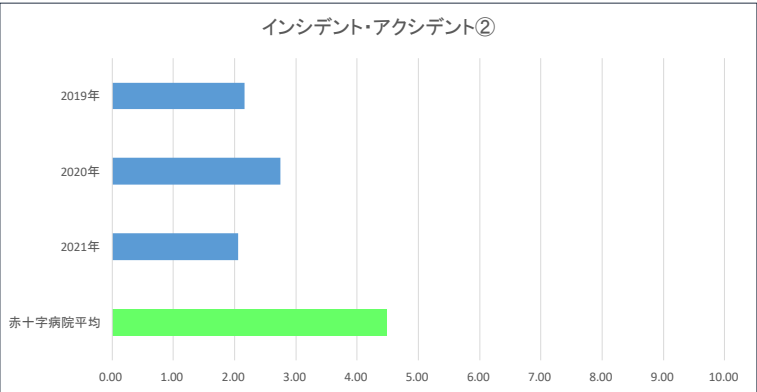


| 指標8     | 発生件数  | 分母  | 分子    |
|---------|-------|-----|-------|
| 2019年   | 48.58 | 634 | 30800 |
| 2020年   | 47.38 | 634 | 30042 |
| 2021年   | 48.55 | 634 | 30783 |
| 赤十字病院平均 | 36.37 |     |       |

【解説】インシデントは比較的軽い、影響度（前項参照）の小さい事故、アクシデントは影響度の大きい事故を指しています。広義の医療事故とは 過誤の有無に関わらず、患者や医療者に何らかの被害を与えたあるいは与える可能性のある有害事象をいいます。インシデント・アクシデントが生じてしまった場合は、原因を調査し、再発防止策を早急にとることが重要となりますが、そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要となります。本指標は『発生件数』とありますが、正確には『報告件数』です。『報告件数』は多い方が医療安全への意識が高いと評価されていまして、「多い方がよい」と考えられており、「事故が多い」ことは意味合いが違うことに注意が必要です。また、施設ごとに報告基準が異なり、施設間の比較は難しいのが現状です。 ・当院はインシデント報告数は他施設と比較して多くてよいが、実際の発生率は低く抑えられています。

指標9 インシデント・アクシデント②「全報告中医師による報告の占める割合」

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子：分母のうち、医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数}}{\text{分母：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数}}$$

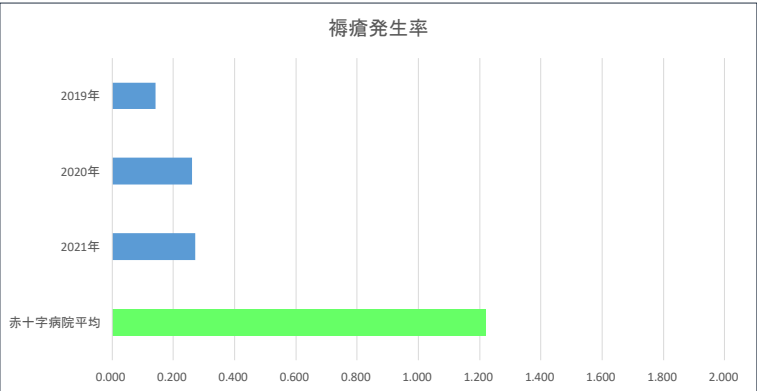


| 指標9     | 割合   | 分母   | 分子 |
|---------|------|------|----|
| 2019年   | 2.16 | 3696 | 80 |
| 2020年   | 2.75 | 3605 | 99 |
| 2021年   | 2.06 | 3694 | 76 |
| 赤十字病院平均 | 4.48 |      |    |

【解説】インシデントは比較的軽い、影響度（前項参照）の小さい事故、アクシデントは影響度の大きい事故をさしています。広義の医療事故とは 過誤の有無に関わらず、患者や医療者に何らかの被害を与えた、あるいは与える可能性のある有害事象をいいます。インシデント・アクシデントが生じてしまった場合は、原因を調査し、再発防止策を早急にとることが重要となりますが、そのためにはインシデント・アクシデントを きちんと報告することが必要となります。一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織である可能性があります、病院の規模や機能により、発生率が異なることもあり、施設間の比較は難しいといえます。

指標10 褥瘡発生率

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子：d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数}}{\text{分母：同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数（人日）}}$$

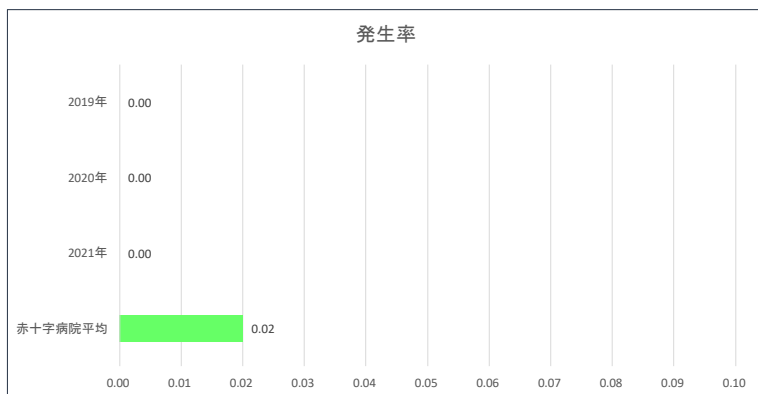


| 指標10    | 発生率   | 分母     | 分子  |
|---------|-------|--------|-----|
| 2019年   | 0.143 | 187712 | 268 |
| 2020年   | 0.260 | 156516 | 407 |
| 2021年   | 0.272 | 148044 | 403 |
| 赤十字病院平均 | 1.220 |        |     |

【解説】褥瘡の発生は、患者の生活の質（QOL）を低下させる要因となり、在院日数の長期化にもつながります。患者の栄養状態等によっては褥瘡が発生しやすい状況もありますが、褥瘡対策チームとも協力し、計画に基づいた適切な褥瘡予防対策を実施し、発生率を低下させることが求められます。褥瘡予防対策は、提供されるべき医療の重要な項目であり、栄養管理、日常ケアの質評価に関係します。

## 指標11 中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率

算出方法＝  $\frac{\text{分子: 分母のうち、入院後医原性気胸が発生した患者数}}{\text{分母: 中心静脈カテーテルが挿入された患者数}}$

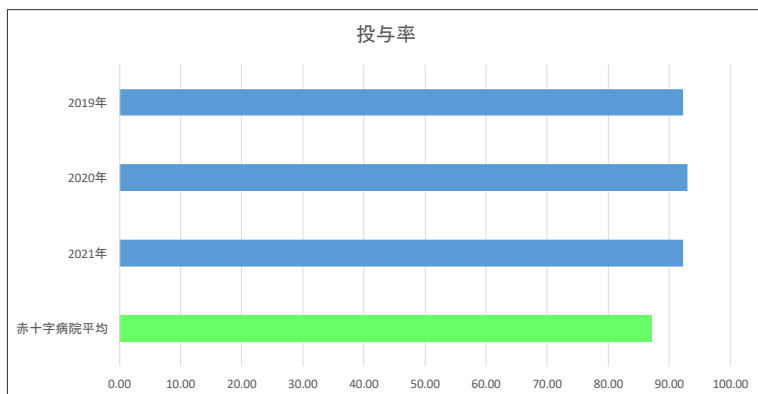


| 指標11    | 発生率  | 分母  | 分子 |
|---------|------|-----|----|
| 2019年   | 0.00 | 372 | 0  |
| 2020年   | 0.00 | 337 | 0  |
| 2021年   | 0.00 | 327 | 0  |
| 赤十字病院平均 | 0.02 |     |    |

【解説】（気胸の発生数はDPC登録データから集計しております）中心静脈カテーテル挿入術は、長期の栄養管理を必要とする患者、循環作動薬など適切に血管内に注入される薬剤を持続的に投与する場合に不可欠とされる処置です。心臓近くの中心静脈に向けて様々な部位からカテーテルを挿入しますが、首や胸の静脈を穿刺する際に肺を損傷し、気胸が発生することがあり、中心静脈カテーテル挿入術の重大な合併症の一つとなっています。各施設は、挿入技術を標準化し、技術認定などをして、合併症を減らすための努力を払っていますが、その成果を評価する指標の一つが本指標です。

## 指標12 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン①「急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子: 分母のうち、入院後早期(2日以内)にアスピリンもしくはクロピドグレルが投与された患者数}}{\text{分母: 急性心筋梗塞の診断で入院した患者数}}$

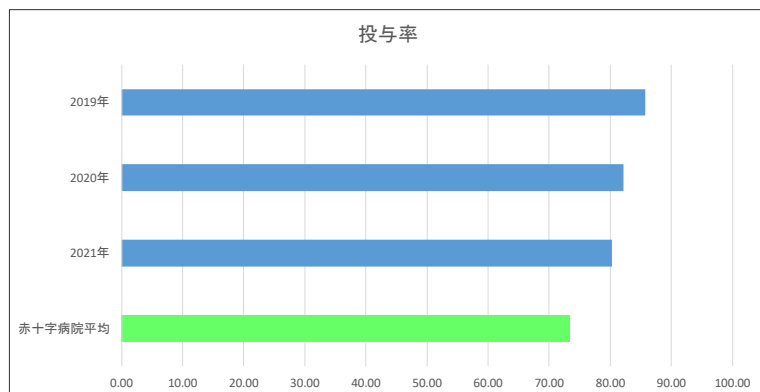


| 指標12    | 投与率   | 分母 | 分子 |
|---------|-------|----|----|
| 2019年   | 92.21 | 77 | 71 |
| 2020年   | 92.98 | 57 | 53 |
| 2021年   | 92.22 | 90 | 83 |
| 赤十字病院平均 | 87.08 |    |    |

【解説】急性心筋梗塞は心臓に血液を送っている冠動脈が動脈硬化等によって細くなり、それが血栓などで詰まってしまうことによって、心筋が壊死してしまう疾患です。心筋梗塞発症後の予後を改善する目的で、血栓の形成抑制効果のあるアスピリンあるいは硫酸クロピドグレルなどの早期投与が推奨されています。本指標は心筋梗塞の二次予防としての標準的な診療が行われているかを測る指標となります。

指標13 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン②「急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子: 分母のうち、退院時にアスピリンもしくはクロピドグレルが投与された患者数}}{\text{分母: 急性心筋梗塞の診断で入院した患者数}}$

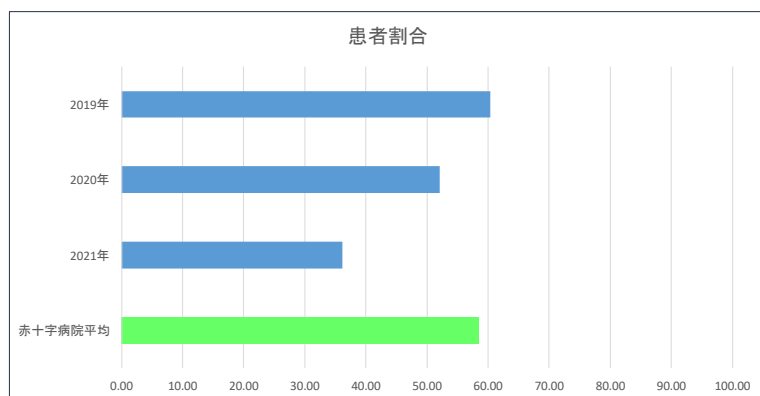


| 指標13    | 投与率   | 分母 | 分子 |
|---------|-------|----|----|
| 2019年   | 85.71 | 70 | 60 |
| 2020年   | 82.14 | 56 | 46 |
| 2021年   | 80.23 | 86 | 69 |
| 赤十字病院平均 | 73.34 |    |    |

【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、そこに血栓ができて、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。アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルは血栓形成を抑制する作用があります。そこで、心筋梗塞の再発を予防するために、これらの薬剤を投与することが求められます。ただし、本指標の測定結果は、アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルの処方対象とならない患者(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。

指標14 Door-to-Balloon「急性心筋梗塞で病院に到着してからPCIまでの時間が90分以内の患者の割合」

算出方法＝  $\frac{\text{分子: 分母のうち、来院後90分以内に手技を受けた患者数}}{\text{分母: 18歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数}}$



| 指標14    | 患者割合  | 分母 | 分子 |
|---------|-------|----|----|
| 2019年   | 60.38 | 53 | 32 |
| 2020年   | 52.08 | 48 | 25 |
| 2021年   | 36.17 | 47 | 17 |
| 赤十字病院平均 | 58.61 |    |    |

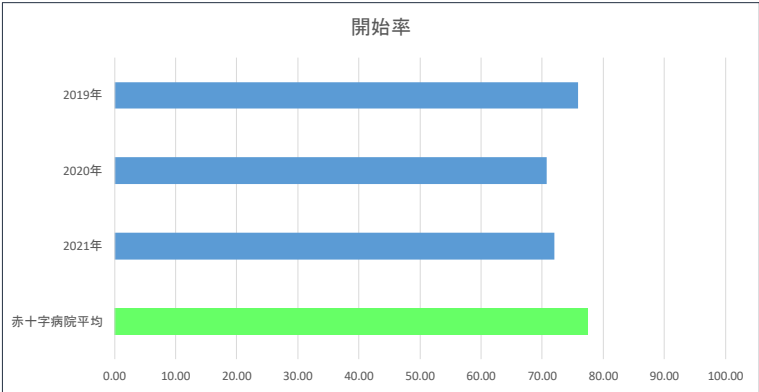
【解説】(DPCデータから集計した当指標は、急性心筋梗塞で入院して翌日にPCIを施行した患者数も分子に入っております。)急性心筋梗塞の治療には、発症後可能な限り早期に閉塞した冠動脈の血流を再開させる治療(再灌流療法)を行うことが生命予後の改善には重要になります。PCI(カテーテル治療)はそのための重要な治療法です。病院到着(door)からPCI(balloon)までの時間は、急性心筋梗塞と診断されてから緊急心臓カテーテル検査と治療のためのスタッフならびにカテーテル室の準備、さらにPCIの手技までを含む複合的な時間であり、Door-to-balloon 時間と呼ばれます。具体的にはDoor-to-balloon時間が90分以内であること、90分以内に再灌流療法が施行されたこと、生存率や治療後の経過に寄与することが知られています。

指標15 早期リハビリテーション「脳梗塞患者への早期リハビリ開始率」

算出方法＝

分子：分母のうち、入院後早期（3日以内）に脳血管リハビリテーション治療を受けた患者数

分母：18歳以上の脳梗塞の診断で入院した患者数



| 指標15    | 開始率   | 分母  | 分子  |
|---------|-------|-----|-----|
| 2019年   | 75.89 | 141 | 107 |
| 2020年   | 70.70 | 157 | 111 |
| 2021年   | 71.97 | 132 | 95  |
| 赤十字病院平均 | 77.41 |     |     |

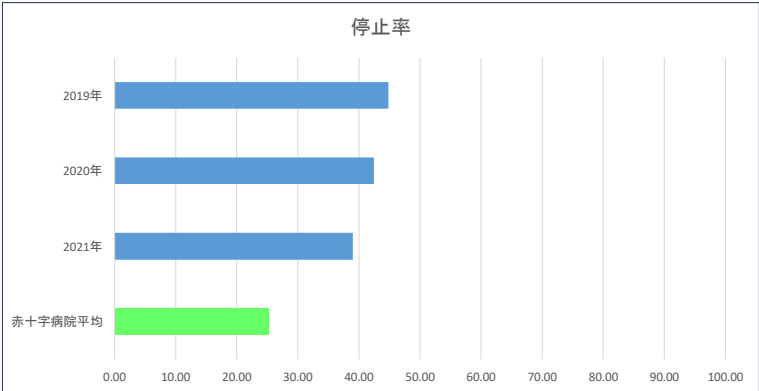
【解説】脳梗塞は、脳の血管が細くなったり、血管に血栓が詰まることで、脳に酸素や栄養が送られなくなり、その部位の脳組織が壊死あるいは壊死に近い状態に陥ってしまう病気です。脳梗塞により、運動障害、言語障害、感覚障害等の後遺症が残ることがあります。脳梗塞の後遺症によって、寝たきりになると、筋萎縮・筋力低下、関節拘縮、肺炎、褥瘡、抑うつ等の症状が現れる廃用症候群が起こります。廃用症候群の発生を防止するためには、早期からのリハビリテーションが重要になります。そして、日常生活の自立と早期の社会復帰につなげていくことが求められます。なお、施設の体制によっては、理学療法士または作業療法士による本格的なリハビリ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

指標16 予防的抗菌薬「術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率」

算出方法＝

分子：分母のうち、手術翌日に予防的抗菌薬が投与されていない件数

分母：入院手術件数（股関節人工骨頭置換術・膝関節置換術・血管手術・大腸手術・子宮全摘除術）



| 指標16    | 停止率   | 分母  | 分子  |
|---------|-------|-----|-----|
| 2019年   | 44.85 | 495 | 222 |
| 2020年   | 42.47 | 372 | 158 |
| 2021年   | 38.97 | 390 | 152 |
| 赤十字病院平均 | 25.27 |     |     |

【解説】手術後の手術部位感染（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、手術開始前から終了後2～3時間まで、体内の抗菌薬濃度を適切に保つことで、感染を予防できる可能性が高くなります。一方、不必要に長期間投与することは、抗菌薬による副作用の出現や耐性菌の発生につながる恐れがあり、医療費の増大にもつながるとされ、多くの手術では術後24時間以内に投与をやめることが推奨されています。しかし、人工関節を挿入する場合はガイドライン上術後24時間から48時間の投与が推奨されており、本指標の対象である「股関節人工骨頭置換術・膝関節置換術・血管手術・大腸手術・子宮全摘除術」のうち、股関節人工骨頭置換術の割合が高いと投与停止率が低くなるため、施設間の比較は困難です。

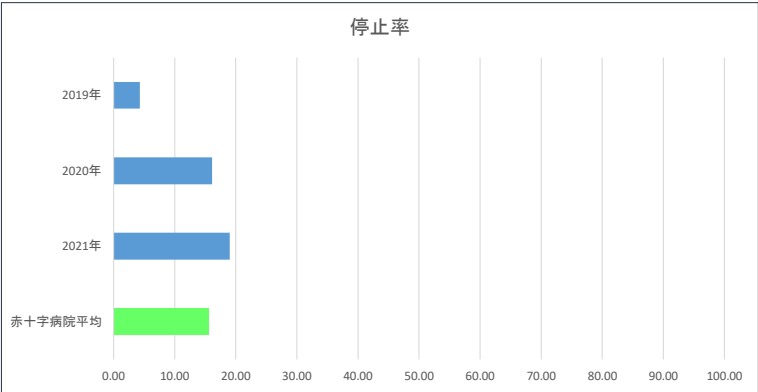


指標17 予防的抗菌薬「術後48時間以内の予防的抗菌薬投与停止率」

算出方法＝

分子：分母のうち、手術2日目に予防的抗菌薬が投与されていない件数

分母：入院手術件数（冠動脈バイパス手術・そのほかの心臓手術）



| 指標17    | 停止率   | 分母  | 分子 |
|---------|-------|-----|----|
| 2019年   | 4.31  | 116 | 5  |
| 2020年   | 16.10 | 118 | 19 |
| 2021年   | 19.00 | 100 | 19 |
| 赤十字病院平均 | 15.52 |     |    |

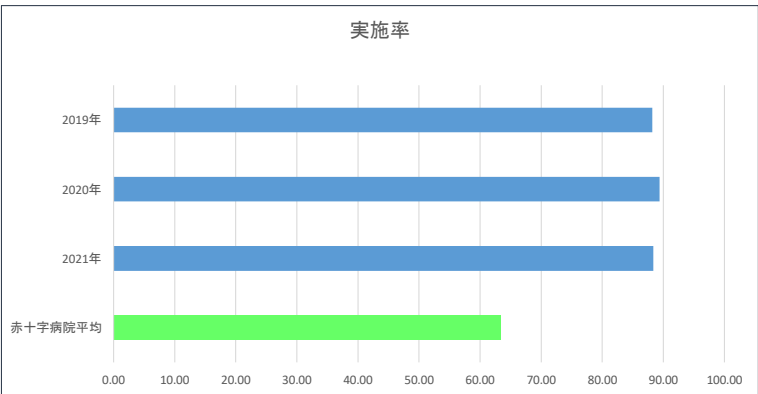
【解説】手術後の手術部位感染(SSI)を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始前から終了後2～3時間まで、体内の 抗菌薬濃度を適切に保つことで、感染を予防できる可能性が高くなります。一方、不必要に長期間投与することは、抗菌薬による副作用の 出現や耐性菌の発生につながる恐れがあり、医療費の増大にもつながるとされ、心臓の手術では術後48時間以内に投与をやめることが推 奨されています。

指標18 服薬指導「薬剤管理指導実施率」

算出方法＝

分子：分母のうち、薬剤管理指導を受けた患者数

分母：入院患者数

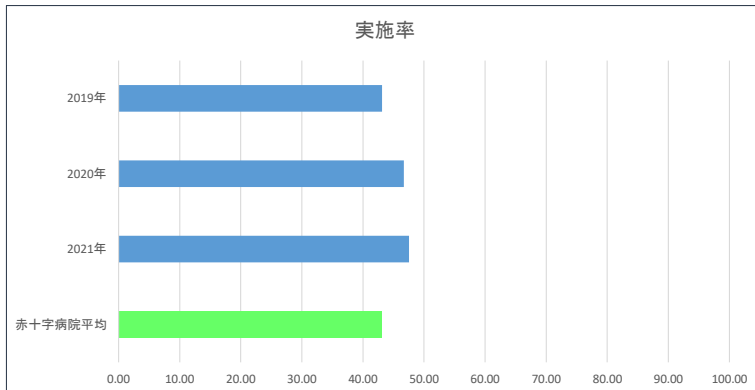


| 指標18    | 実施率   | 分母    | 分子    |
|---------|-------|-------|-------|
| 2019年   | 88.19 | 15888 | 14012 |
| 2020年   | 89.37 | 13684 | 12230 |
| 2021年   | 88.35 | 13753 | 12151 |
| 赤十字病院平均 | 63.45 |       |       |

【解説】服薬指導(薬剤管理指導業務)とは、入院患者の薬歴管理と服薬指導を介して、患者に服薬方法や副作用などの情報を提供し、安全な薬 物療法につなげるとともに、患者から得られた情報を医師にフィードバックすることにより、薬物療法を支援する業務のことを言います。入院患者に対する『薬剤管理指導実施率』は、薬剤師による質の高い医療への 関与を測る指標となりますが、患者の特性によっては薬剤 管理指導の必要性が異なり、病院間の比較は困難です。

## 指標19 服薬指導「安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子：分母のうち、「B008薬剤管理指導料1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合」が算定された患者数}}{\text{分母：特に安全管理が必要な医薬品として、別表に定める医薬品のいずれかが投薬又は注射されている患者数}}$

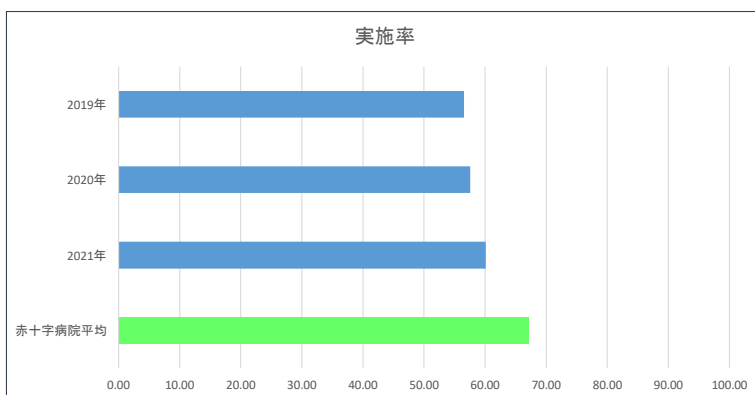


| 指標19    | 実施率   | 分母   | 分子   |
|---------|-------|------|------|
| 2019年   | 43.15 | 7891 | 3405 |
| 2020年   | 46.70 | 7576 | 3538 |
| 2021年   | 47.54 | 7419 | 3527 |
| 赤十字病院平均 | 43.14 |      |      |

【解説】特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）に対する服薬指導により、その適正使用を促すとともに、患者のアドヒアランス（患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること）の向上につながることも期待されます。入院患者に対する『安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率』は、薬剤師による質の高い医療への関与を測る指標となりますが、算定のための条件があり、服薬指導の実態はあっても条件を満たさないため実施率に反映されていない場合もあります。

## 指標20 栄養指導「糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子：分母のうち、特別食加算の算定回数}}{\text{分母：18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数}}$

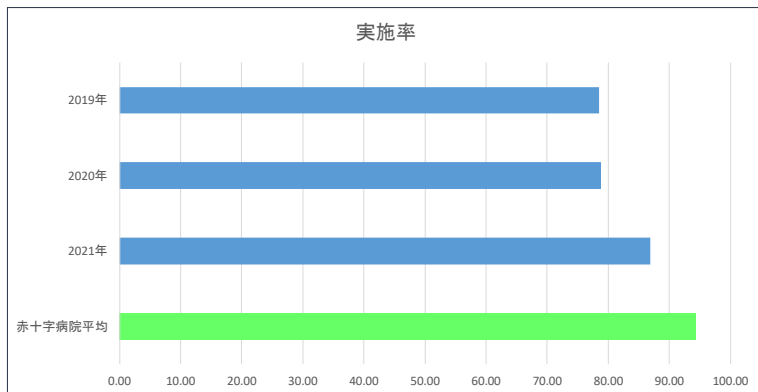


| 指標20    | 実施率   | 分母    | 分子    |
|---------|-------|-------|-------|
| 2019年   | 56.52 | 91633 | 51794 |
| 2020年   | 57.54 | 94316 | 54270 |
| 2021年   | 60.10 | 81322 | 48874 |
| 赤十字病院平均 | 67.21 |       |       |

【解説】糖尿病や慢性腎臓病の患者は、食事も重要な治療の一つになります。入院時に提供される食事には、通常食と治療のために減塩や低脂肪などに配慮した特別食があります。管理栄養士による積極的な栄養管理の介入、栄養指導は、医療の質の向上につながります。

指標21 手術ありの患者の肺血栓塞栓症「手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率」

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子：分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）が実施された患者数}}{\text{分母：肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数}}$$

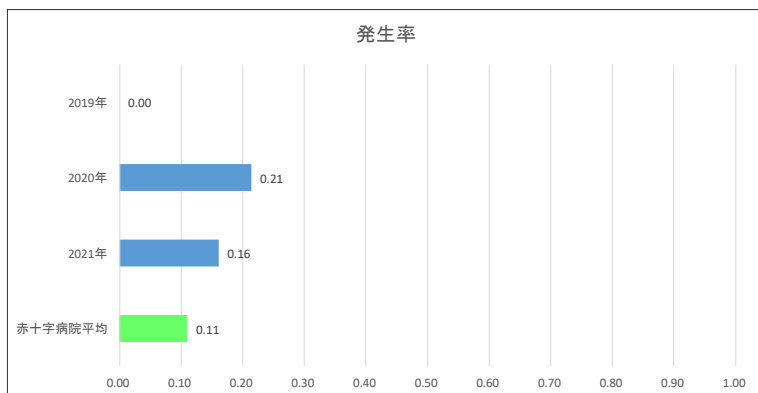


| 指標21    | 実施率   | 分母   | 分子   |
|---------|-------|------|------|
| 2019年   | 78.44 | 2194 | 1721 |
| 2020年   | 78.78 | 1871 | 1474 |
| 2021年   | 86.92 | 1866 | 1622 |
| 赤十字病院平均 | 94.41 |      |      |

【解説】肺血栓塞栓症はエコノミークラス症候群ともいわれ、特に下肢の静脈血栓が流れて肺の血管に詰まることで呼吸困難や胸痛を引き起こし、死に至ることもある疾患です。寝たきりの方や手術後に発症することが多く、弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置、抗凝固薬の投与など適切な予防対策が必要となります。本指標はガイドライン上、肺血栓塞栓症を引き起こすリスクが「中」以上の手術を受けた患者に対する、予防対策の実施割合を測定しています。

指標22 手術ありの患者の肺血栓塞栓症「手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率」

算出方法＝ 
$$\frac{\text{分子：分母のうち、肺血栓塞栓症を発症した患者数}}{\text{分母：肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数}}$$

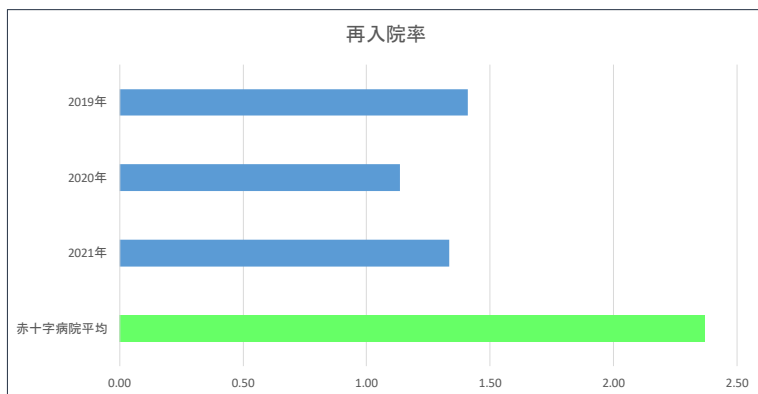


| 指標22    | 発生率  | 分母   | 分子 |
|---------|------|------|----|
| 2019年   | 0.00 | 2194 | 0  |
| 2020年   | 0.21 | 1871 | 4  |
| 2021年   | 0.16 | 1866 | 3  |
| 赤十字病院平均 | 0.11 |      |    |

【解説】肺血栓塞栓症はエコノミークラス症候群ともいわれ、特に下肢の静脈血栓が流れて肺の血管に詰まることで呼吸困難や胸痛を引き起こし、死に至ることもある疾患です。寝たきりの方や手術後に発症することが多く、弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置、抗凝固薬の投与など適切な予防対策が必要となります。本指標はガイドライン上、肺血栓塞栓症を引き起こすリスクが「中」以上の手術を受けた患者が実際に肺血栓塞栓症を発症した割合を測定しています。多くの施設で予防対策の実施率は高く、発生率は非常に低いですが、その相関関係は不明です。

### 指標23 再入院（30日）「30日以内の予定外再入院率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子：分母のうち、前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数}}{\text{分母：退院患者数}}$

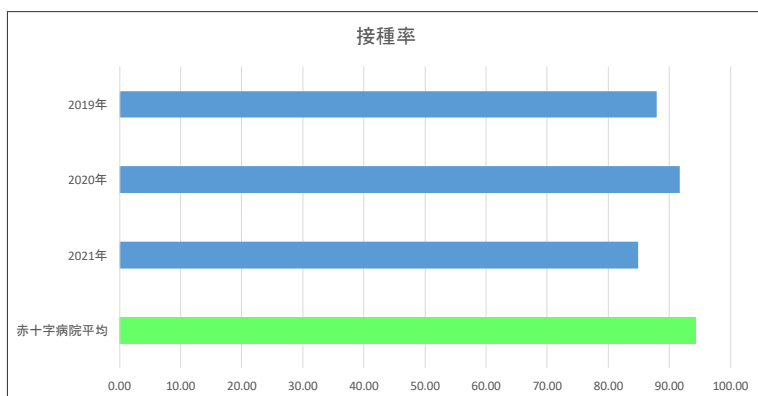


| 指標23    | 再入院率 | 分母    | 分子  |
|---------|------|-------|-----|
| 2019年   | 1.41 | 15596 | 220 |
| 2020年   | 1.13 | 13401 | 152 |
| 2021年   | 1.33 | 13411 | 179 |
| 赤十字病院平均 | 2.37 |       |     |

【解説】患者の中には、退院後30日以内に予定外の再入院をすることがあります。その背景としては、前回入院時の治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態で早期退院が行われたことなどの要因が考えられます。予定外の再入院という定義が、ややあいまいなことは否めませんが、これを継続的に追跡し、原因を振り返ることが安全な状態で退院することにつながります。

### 指標24 職員の予防接種「職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子：インフルエンザワクチンを予防接種した職員数}}{\text{分母：職員数}}$



| 指標24    | 接種率   | 分母   | 分子   |
|---------|-------|------|------|
| 2019年   | 87.91 | 1447 | 1272 |
| 2020年   | 91.70 | 1277 | 1171 |
| 2021年   | 84.93 | 1301 | 1105 |
| 赤十字病院平均 | 94.31 |      |      |

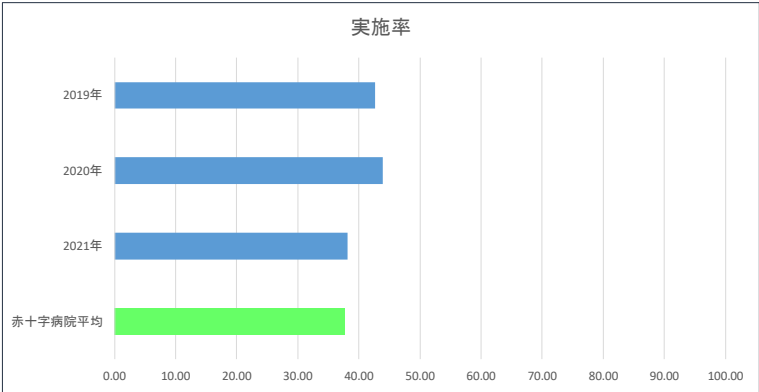
【解説】インフルエンザ等の感染症の診断や治療のために医療機関を受診する患者に接することの多い職員は、自身が感染しないよう心がけており、免疫力が低下している患者に対しては、職員からの感染を防止する必要があります。本指標は、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいる施設の姿勢が評価されますが、アレルギー等で接種が出来ない場合もあり、100%とはなりません。

指標25 血液培養の実施「広域抗菌薬使用時の血液培養実施率」

算出方法＝

分子：分母のうち、投与開始初日に血液培養検査を実施した数

分母：広域抗菌薬投与を開始した入院患者数



| 指標25    | 実施率   | 分母  | 分子  |
|---------|-------|-----|-----|
| 2019年   | 42.62 | 671 | 286 |
| 2020年   | 43.88 | 711 | 312 |
| 2021年   | 38.09 | 617 | 235 |
| 赤十字病院平均 | 37.72 |     |     |

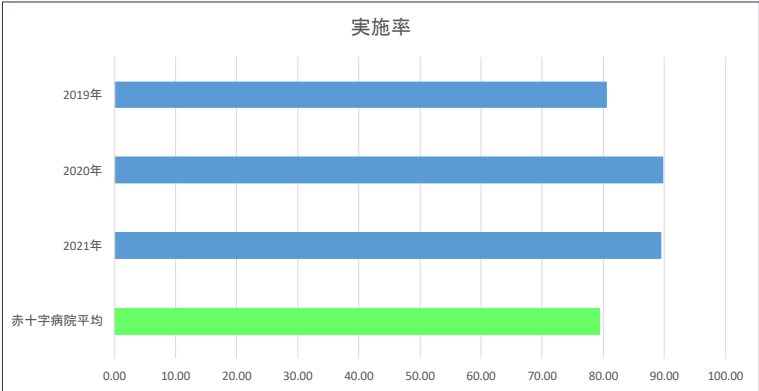
【解説】血液は通常無菌状態に保たれていますが、感染が起こった場所から血液内へ病原体が進入すると、病原体が全身に広がり、菌血症や敗血症という重篤な感染症となります。それを防ぐためには、感染症に罹患したら、速やかに病原体を特定し治療に効果的な抗菌薬を選択する必要があります。血液内の病原体の有無を調べることを「血液培養検査」といいます。血液培養検査を実施せずに、むやみに広域抗菌薬を使用すると耐性菌の蔓延や細菌の耐性化を助長する可能性があります。本指標は適正な抗菌薬の使用状況を評価する指標となります。

指標26 血液培養の実施「血液培養実施時の2セット実施率」

算出方法＝

分子：血液オーダーが1日に2件以上ある日数（人日）

分母：血液培養オーダー日数（人日）

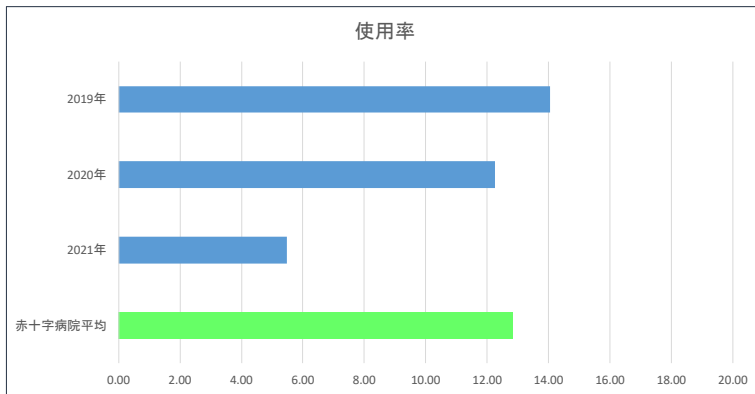


| 指標26    | 実施率   | 分母   | 分子   |
|---------|-------|------|------|
| 2019年   | 80.64 | 3899 | 3144 |
| 2020年   | 89.83 | 4053 | 3641 |
| 2021年   | 89.53 | 3905 | 3496 |
| 赤十字病院平均 | 79.45 |      |      |

【解説】（DPCデータ上の数値を表示しています）病原体は血流中にばらついて存在することがあり、血液培養検査1セットの検査では原因菌を特定すること（検出感度）が限られてしまいます。血液培養検査を2セット施行した場合の検出感度は、1セットの場合と比べて約30%近くその検出率は向上するとされており、血液培養検査実施時は2セット以上採取することが世界的なスタンダードとなっています。本指標は、各施設で適切な感染症治療が行われているかを評価する上で重要な指標となります。

指標27 地域連携パス「脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子：分母のうち、「地域連携診療計画加算」を算定した患者数}}{\text{分母：脳卒中で入院した患者数}}$

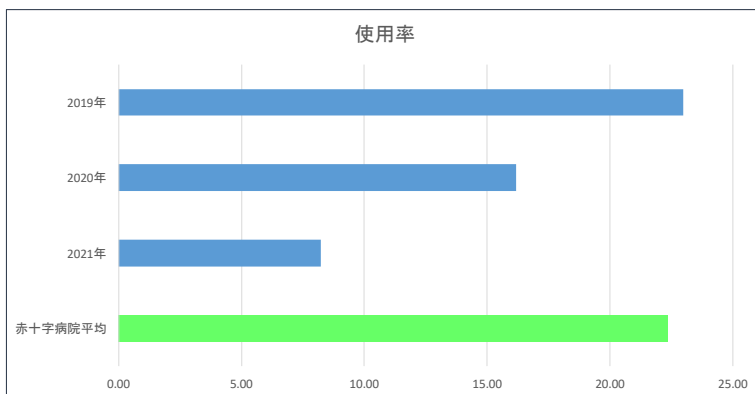


| 指標27    | 使用率   | 分母  | 分子 |
|---------|-------|-----|----|
| 2019年   | 14.05 | 306 | 43 |
| 2020年   | 12.25 | 302 | 37 |
| 2021年   | 5.48  | 292 | 16 |
| 赤十字病院平均 | 12.84 |     |    |

【解説】クリニカルパスとは、医療スタッフと患者が治療経過の情報を共有するため、治療や検査等の予定を時間軸に沿ってまとめた診療スケジュール表を言います。地域連携クリニカルパスは、「急性期病院」から、集中的なリハビリなどをする「回復期病院」や「かかりつけの診療所」での切れ目のない治療を受けるための地域の医療施設にまたがったクリニカルパスのことを言います。脳卒中の治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションの継続は大変重要です。脳卒中患者に対する地域連携クリニカルパスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。地域連携診療計画加算という診療報酬の算定要件の制限上、何らかの連携が行われていても、使用率に反映されていない場合もあります。

指標28 地域連携パス「大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率」

算出方法＝  $\frac{\text{分子：分母のうち、「地域連携診療計画加算」を算定した患者数}}{\text{分母：大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数}}$



| 指標28    | 使用率   | 分母 | 分子 |
|---------|-------|----|----|
| 2019年   | 22.99 | 87 | 20 |
| 2020年   | 16.18 | 68 | 11 |
| 2021年   | 8.24  | 85 | 7  |
| 赤十字病院平均 | 22.36 |    |    |

【解説】クリニカルパスとは、医療スタッフと患者が治療経過の情報を共有するため、治療や検査等の予定を時間軸に沿ってまとめた診療スケジュール表を言います。地域連携クリニカルパスは、「急性期病院」から、集中的なリハビリなどをする「回復期病院」や「かかりつけの診療所」での切れ目のない治療を受けるための地域の医療施設にまたがったクリニカルパスのことを言います。急性期における治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションの継続は大変重要です。大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携クリニカルパスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。地域連携診療計画加算という診療報酬の算定要件の制限上、何らかの連携が行われていても、使用率に反映されていない場合もあります。