

2014年度 民医連Q I 推進事業

「医療指標の定義と解釈－Q & A集」V. 4-3

2014年7月5日

共通分母

- A) 入院患者延数 (24時在院患者+退院患者数の合計)
- B) 調査月の新入院患者数
- C) 前月最終日在院患者数 (24時現在)
- D) 退院患者数
- E) 病院外来患者 (1日平均)
- F) 近接診療所外来患者 (1日平均)
- G) 平均在院日数

※A)～D) 退院患者数については、介護保険、入院料を算定した救急外来死亡患者を除き、保険診療、またはお産、病児（保険請求する新生児）、治験、自賠、労災、公害、ドック等で入院料を算定している数をカウントする。

※E) 病院外来患者（1日平均）、F) 近接診療所外来患者（1日平均）については、保険診療を行った患者とする（健康診断・予防接種は含まない）。

※G) 平均在院日数は、自動計算されます。入院患者延数 ÷ (新入院患者数 + 退院患者数) / 2

Q) E) の病院外来患者（1日平均）で、診療単位ではない日曜・祝日はカウントしますか？

日曜・祝日をカウントしないのであれば、標榜時間外の取り扱いはどう考えますか？

A) 分母としてはカウントしない。1ヶ月の外来患者数（日曜・祝日・時間外の診察含む）を分子、診療日として標榜している日数を分母として、1日平均患者数を算出する。

★2014年新規指標

①病院全体

指標1 A) 医療保険適用病床における身体抑制患者1人あたり抑制日数

B) 医療保険適用病床における抑制割合

【プロセス】

【指標の意義】

・身体抑制の実態を把握し、早期に抑制解除を行う努力が継続されているかどうかを検証する。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	身体抑制を実施した延べ日数 (A・B共通)	途中抑制やめ、再度抑制した場合も算出する。
分母	A) 当月の身体抑制を実施した実患者数 B) 当月の入院患者延べ数 (退院患者延べ数含む)	4点柵は抑制として算出する。(薬剤は除外する)
収集期間	1ヶ月毎	

Q) 分母の解釈で「4点柵」とありますが、小児の4点柵はカウントしなくてもよいですか？

A) 小児の4点柵（サークルベッド含む）は抑制でカウントします。

指標2 褥瘡新規発生率

【アウトカム】

【指標の意義】

・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、ケアの質評価にかかわる指標。

- ・褥瘡アセスメント、予防アプローチの組織化の促進。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

各指標の計算式と分母・分子の項目名		分母・分子の解釈
分子	入院後に新規に発生した褥瘡の数（別部位は1として計測）	ひとりの患者でも複数発生した場合はその個数を算出する。
分母	調査月の新入院患者数+前月最終日在院患者数（24時現在）	
収集期間	1ヶ月毎	

Q 1) 分母「新入院患者数」は新しくIDを作成した患者か？例えば、過去にID作成しており、何ヵ月または何年後かに入院した患者は対象外か？

A) 新入院。数年前でも2日前退院の再入院であっても対象。当月入院になった患者、一人の患者が2回入院したら2とカウント。

Q 2) 褥瘡のカウントについて、調査月に新規発生した件数か？

A) 調査月に新規に発生した褥瘡の件数（個数）についてカウントする。

Q 3) 褥瘡の診断については統一された基準があるのか？例えば、酸素マスクのゴム紐やフットポンプによる圧迫・ズレで生じた創傷を「褥瘡」と診断する施設と、そうではない施設がある場合にはどうするのか？

A) 診断基準の統一はされていなく今後の課題であるが、NPUAP（米国褥瘡諮問委員会）などの定義、分類が参考となる。日本褥瘡学会はDESIGN-Rを推奨。医療機器による褥瘡は含める。

指標3 退院後42日以内の緊急再入院割合

【アウトカム】

【指標の意義】

- ・予定外の再入院を防ぐ。（初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を強いたことによるなど）
- ・医療者側が予期していても、患者に説明されていなければ予期しない再発・悪化、合併症発症とする。DPCの再入院調査の理由参照。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

各指標の計算式と分母・分子の項目名		分母・分子の解釈
分子	当月の退院患者のうち、前回退院から42日以内に同一傷病名または合併症・合併症、併存症で予期しない緊急入院した患者（右記①～③に該当するもの）	①予期しない原疾患（※1）の悪化、再発のため ②予期しない原疾患（※1）の合併症発症のため ③予期しない併存症（※2）の悪化のため ※1：前回入院時に医療資源を最も投入した傷病を指す ※2：前回入院時の入院時併存傷病及び入院後発症傷病を指す
分母	退院患者数	
収集期間	1ヶ月毎	

Q) 緊急入院とは、「救急医療入院管理加算対象者」をさすのか？

A) 重篤に限らず「予定入院」以外。「予期しない」を見る。

指標4 死亡退院患者割合（精死亡率）

【アウトカム】

【指標の意義】

- ・死亡退院した患者の症例から、診療の過程が妥当であったか、社会的問題がなかったかなどを検討し、診療内容

の質向上を目指す

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	死亡退院患者数-入院後 48 時間以内死亡 (人)	精死亡率 (死亡退院患者数-入院後 48 時間以内死亡)、緩和ケア病棟含む
分母	退院患者数 (人)	
収集期間	1 ヶ月毎	

Q) 救急搬入患者が外来処置室などで死亡した場合 (みなし入院) は、入院後 48 時間以内の死亡に含まれるか?

A) 分母・分子ともに入れないと。

指標 5 剖検率

【プロセス】

【指標の意義】

・病理解剖は、亡くなられた患者様の死因を究明し、今後の医療に役立てていくためにも大切であり、臨床研修病院では研修上の観点からも大切となります。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	病理解剖実施数 (件)	他病院に依頼して病理解剖した数も含める
分母	死亡退院数 (入院) + 入院料を算定した外来死亡数 (人)	
収集期間	1 ヶ月毎	

指標 6 100 床あたり A) 採用薬品数、B) 新規採用数の割合

【プロセス】

【指標の意義】

・薬事委員会の機能を表す指標。薬害根絶、患者の安全を守る観点から、危ない薬、不必要的薬を見抜き、適切に選択して安全に使用する。
・病院機能評価機構の評価項目。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 採用薬品数、B) 新規採用数 (A、B とも成分、剤形、用量別、GE 含む)	
分母	A) 病床数/100 床、B) 採用薬品数	診療科数・患者数の規模を反映する比較の目安として、分母を 100 床あたりとした。
収集期間	1 ヶ月毎	

Q 1) 限定採用薬 (採用薬ではないが、ある患者や医師の希望などで限定的に使用) は含めるのか?

A) 含めない。使用対象があれば用いる薬剤として採用されているものに限る。

Q 2) 「採用薬品数」「新規採用数」は、「注射薬」も含むか。「検査用薬」や「造影剤」はどうか?

A) 注射薬、造影剤、検査用薬も含む。医療用に用いるすべての承認された保険薬。

Q 3) 「新規採用数」は、製造中止のための代替薬の採用や、ジェネリックへの変更についても「新規採用数」としてカウントするか?

A) カウントする。

Q 4) 専門性の観点から安全使用に留意し、診療科又は医師限定で薬事委員会にて採用される医薬品がある。対象

患者が発生した場合、隨時使用されるものでありカウントする対象としている。含めない対象としては、特定の患者に使用し他に使用しない場合、又は特定の医師で期間が限られている場合という解釈でよいか。

A) 上記解釈でよろしいです。

Q 5) 外来限定薬は含まれるか？

A) 治療や検査その他消毒薬も含め、病院として必要な薬剤として採用されているものであれば採用薬としてカウントします。採用薬としてカウントしない限定薬というのは、同様の病態、目的で使用する薬剤があるが、個別の患者の固有の事情等にもとづいて限定的に使用している薬剤をさします。同様の症例があれば使用し得るものとして購入しているのであれば、採用としてカウントしてください。

Q 6) ①患者限定採用（特定の患者さんのみに使用）、②外来限定採用（入院患者様では採用薬ではない）、③科限定採用（特定科のみの採用）、④生血（MAP 血、凍結血漿など）は、採用品目の定義となりますか？

A) ①⇒非、②⇒採用薬とする。ただし、同目的（適応）で、入院の場合は別の薬品を使用するなどの場合は非、同一成分で先発品と後発品など複数銘柄を処方可能だが、入院では後発品のみなど、③⇒採用薬とする。ただし④同様、同目的（適応）で、他科では別の薬品を使用するなどの場合は非、④⇒製剤として認可され流通している全血、濃厚赤血球、凍結血漿、血小板などは採用薬とする。採取した生血は非。

指標 7 退院後 2 週間以内のサマリー記載割合

【プロセス】

【指標の意義】

- 一定期間にサマリーを作成することは、病院の質を表し、公開することで、改善を促進する。
- 病院機能評価機構及び臨床研修評価機構の評価項目。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	退院後 2 週間以内の退院サマリー完成数	救急外来死亡患者は除く。
分母	退院患者数	
収集期間	1 ヶ月毎	

指標 8 職業歴の記載率

【プロセス】

【指標の意義】

- 生活と労働から疾病をとらえる医療活動の実践の一つの指標として設定。
- アスベスト被害にみられるように診療の場で、疾病の原因を考察することが可能となります。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	15 歳以上新規患者の職業歴記載数	職業記載欄があり、職業が具体的に記載されていること。
分母	新規患者（15 才以上）数	その月の入院及び外来の新規 ID 登録患者数。（健康診断、予防接種は除く） 介護保険は含まない。
収集期間	収集期間：6 月、10 月（報告月：7 月、11 月）	収集の最低基準：期間は最低 1 週間、新規患者数 50 人以上
調整方法	近接診の新規患者含む	

Q) どれくらい具体的に記載していればよいか？

A) 当面、職業記載欄があり、職業について具体的に記載していればよい。職業分類などは今後検討する。

★指標9 クリパス使用率

【プロセス】

【指標の意義】

- ・入院診療がいかに計画化され、実践されているか。クリパス利用率が上がることは、内容分析・見直しにもつながり、医療の質の向上に役立つ。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	クリパス使用患者数	クリパスとは、適用基準、退院(終了)目標が明記され、バリアンス評価ができるもの。
分母	退院患者数	
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法		

Q 1) 当月以前から入院している患者でクリパス適応している方も含まれるのでしょうか？それとも、当月に入院した方でクリパスを適応している方のみなのでしょうか？

- A) クリパスは退院患者が対象なので前月からの入院も対象になります。当月退院患者のうちクリパスを使用した患者になります。

Q 2) クリパス使用で入院していたが、途中で病状などの原因があってパスから離脱した患者さんも件数に含めて良いのでしょうか？

- A) 途中で離脱した場合も含めます。

Q 3) 地域連携パスも含めますか？

- A) 含めます。

②医療安全

指標10 A) 入院患者の転倒・転落発生率 B) 治療を必要とする転倒・転落発生率

C) 損傷レベル4以上の転倒・転落発生率

【アウトカム】

【指標の意義】

- ・転倒・転落を予防し、外傷を軽減するための指標。特に、治療が必要な患者を把握していく。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 入院患者の転倒・転落件数 B) 治療を必要とする転倒・転落件数 C) 損傷レベル4以上の転倒・転落件数	B) はレベルの定義なし。「治療が必要な場合」の全てを算出する。画像検査を実施して異状がない場合は除く（画像など検査だけの場合は除く）。 C) は「損傷レベル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）以上とする。
分母	入院患者延数(24時住院患者+退院患者数の合計)	
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法	% (パーセント、千分率) 表示	

Q 1) 入院患者の転倒・転落の定義は何でしょうか？病院単位の定義でよいのか、統一の定義があるのか、そもそも医療安全で決まっているのか教えてください。

A) 医療安全でも明確には定義されていませんが、「自分の意思からではなく、身体の足底以外が床、もしくは地面よりも低い場所に接触した状態」は、全てカウントしてください。

★指標 1 1 注射針およびそれに準ずる鋭利な器具による皮膚の損傷からの血液暴露事例件数

【アウトカム】

【指標の意義】

・他施設の状況知り比較することで、職員のリスク意識を高め、安全管理をすすめる。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
	注射針およびそれに準ずる鋭利な器具による皮膚の損傷からの血液暴露事例件数	
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法	職員・患者問わず	

Q 1) 未使用の針を刺したときも入るのでしょうか。

A) 含めません。血液暴露事例の収集を行う意義は、事例の発生するプロセスを分析し対策を講じるところにあります。従って未使用の針での暴露事例は明らかにプロセスが異なります。

Q 2) 職員・患者問わずということですが、この職員には近接診療所の職員も含めるのでしょうか？

A) 近接診療所の職員が病院内で血液暴露していれば含めます。例えば、病棟支援や患者送迎などで病院内にいた場合。

③感染管理

指標 1 2 中心静脈カテーテル関連血流感染

【アウトカム】

【指標の意義】

・血流感染は重篤な転帰となることが多いことから、マキシマムプリコーションが一般的には推奨されている。感染予防策・手技の徹底だけでなく、栄養状態の改善、栄養摂取方法の選択、他感染症の治療の適切性、コンタミネーションの鑑別・防止含めて総合的な質が求められる。留置日数が長くなればリスクも高い。発生率（対 1000 人日）で表す。

・院内感染対策の充実度、特に刺入部のケアや一般的な清潔操作の遵守を反映。ただし、感染症サーベイランスが未整備であると、実際より低く表示されることに注意。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	当月の中心静脈カテーテル関連感染数	発症病名にカテーテル感染症のある患者 DPCデータを使用する場合、様式1の入院後発症疾患名を用いて算出できる。
分母	当月患者の中心静脈カテーテル留置のべ日数	【留置のべ日数がカウントできない場合の代用】高カロリー輸液が投与されたのべ日数（当該病院で使用している高カロリー輸液の点数コード使用日、Fファイルの点数コードを使用）
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法	%表示 全病棟を対象とする	

Q 1) カテーテル関連血流感染 (CRBSI) の定義があいまい。BSI は全てカテーテルに起因するものではないので、発生件数が過大に評価されてしまうのでは？

- A) CRBSI の定義について、JANIS (厚生労働省院内感染対策サーベイランス) ICU 部門サーベイランスのための感染症判断基準(末梢は含まず中心静脈カテーテルのみ)、および CDC ガイドラインの診断基準に準じる。
- Q 2) 日常的には CVC の患者が多く感染リスクの高い病棟に絞って対策しているが、全病棟の CVC 挿入患者を対象にするのでしょうか?
- A) 医療保険適用の全病棟を対象とする。
- Q 3) 分母の解釈に「高カロリー輸液が投与された延べ日数」とあるが、末梢血管の確保が困難で、CVC を留置している場合がある。この日数も含めて延べ日数としてよいか?
- A) 末梢扱いであっても留置日数に含める。高カロリー輸液が投与された日数は、留置日数がカウントできない場合の代用。
- Q 4) 分母となるカテーテル留置の延べ日数で高カロリー輸液が投与された日数のみでカウントするのはなぜでしょうか?
- A) 高カロリー輸液が投与された日数は、留置日数がカウントできない場合の代用の方法としてご考慮下さい。末梢血管の確保が困難で CVC を留置して高カロリー以外の点滴も流す場合等も、この日数も含めて延べ日数としてカウントしてください。
- Q 5) CVポートもカウントしますか。高カロリー輸液ではなく、抗ガン剤投与の場合。
- A) ポートは含めていません。高カロリー輸液療法または、末梢血管が確保できないために確保した中心静脈ラインを留置した日数を分母にしています。ポートの感染のモニターが必要かどうかについては必要と思います。ただし使用目的によっては非常に危険でありまた非常に安全な Device となります。もとから点滴ルートとなること想定はされていませんので使用目的の標準化が必要だと思われます。民医連 QI では、入れるべきかどうかではなく、現在入れているのかそうでないかですので、CVポートはカウントしません。
- Q 6) 中心静脈カテーテル挿入している患者は入院中の患者のみですか?
- 在宅で中心静脈カテーテルにて栄養管理行っている患者は数に含みますか?
- A) 入院中の患者のみです。ただし、在宅で挿入しそのまま入院した場合は分母に数えることになります。
- Q 7) PICC(末梢中心静脈カテーテル)とプラットアクセス(透析用カテーテル)も母数の対象に含めますか?
- A) 含めません。
- Q 8) 一人の患者に複数入っている場合はどの様に扱うのでしょうか?
- A) 分母分子両方にカウントしてください。

★指標 13 総黄色ブドウ球菌検出患者の内の MRSA 比率

【アウトカム】

【指標の意義】

- ・黄色ブドウ球菌自体は皮膚に常在する場合があり、従って単純に MRSA の検出患者数をモニターした場合は、結果が検査数に影響を受けるため、総ブドウ球菌数を分母とすることで標準化する。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	期間内の MRSA 検出患者数	
分母	期間内の黄色ブドウ球菌検出入院患者数	
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法	患者数の重複に留意	

- Q 1) 分母の入院患者のうち黄色ブドウ球菌が検出された患者数とは入院後採取した検体のみでしょうか? 外来で採取し、その後入院された検体も含むのかどうか教えてください。
- A) 入院後に採取した検体のみとします。外来で採取、その後入院の検体は含みません。
- Q 2) 入院後の検出とした場合、検出時期に関係なく抽出するのでしょうか?

A) 抽出します。

Q 3) 継続している患者も含めますか？

A) 含めます。

Q 4) 分母は入院患者すべてを対象に黄色ブドウ球菌検出の有無を調べるのでしょうか？現状では医師オーダーを受けた患者様の細菌検査のみ実施しております。

A) 調べる必要はありません。

Q 5) 分子の「期間内の MRSA 検出患者数」には鼻腔 MRSA 検査により「保菌者」と判断された数も含めるのでしょうか。

A) 感染患者数ではないので「保菌者」も含めます。

★指標 14 アルコール手洗い洗剤使用割合

【プロセス】

【指標の意義】

- ・感染対策の基本である手指衛生を、順守する目安とする。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	使用量（払い出し量）（ml 単位）	入院外来の実際の使用量を測定するのは困難なため、院内全体の払い出し量とします。
分母	延入院患者数	病院規模により使用量は異なるため、延入院患者数を分母とし、使用割合を算出します。
収集期間	3ヶ月毎	
調整方法		

Q 1) 分子には病棟以外への払い出しも含めるとありますが、分母が延入院患者数なのに、分子に病棟以外も含めるのはなぜですか？

A) 入院外来を分けて測定するのは困難なため院内全体の使用量とします。病院規模により使用量は異なりますので、比較する上での調整のため分母を延入院患者数（病院規模）とします。

Q 2) アルコールの使用量は、該当する 3ヶ月のトータル使用量か、3ヶ月毎の指標入力にあたる月の 1ヶ月分の使用量か？

A) 3ヶ月のトータル使用量です。

Q 3) 近接診療所での使用量も含めますか？

A) 原則、含めません。

④手術関連

指標 15 予定手術開始前 1 時間以内の予防的抗生素投与割合

【プロセス】

【指標の意義】

- ・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、入院期間などの延長を押さえることができる。
- ・CDC ガイドラインに沿った感染予防の徹底。
- ・大きく値のはずれた病院では、投与のタイミングや、投与期間、抗生素種類なども検討課題として上がってくる。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	執刀前 1 時間以内に予防的抗生素を投与した数	【分母・分子除外規定】

		・パンコマイシン投与例
分母	クラス 2 以下入院手術数 (CDC による清浄度が清潔および準清潔手術)	<ul style="list-style-type: none"> 周術期の感染予防として抗生素の予防投与が必要な手術。周術期感染予防として抗生素を使用する対象となるのは、基本的に血管、骨などの無菌部位(クラス I)、または管理された明らかな汚染・感染のない消化管等(クラス II)の手術であり、消化管穿孔や開放性外傷を伴う緊急手術などは除外する。基本的に予防抗生素投与の必要のない手術は対象外。 「清浄度」は手術室清浄度ではなく「手術創清浄度分類」 手術室で行った入院手術のうち、「周術期感染予防として抗生素の予防投与が必要な手術」を表現するのに、創分類 II 以下とした。※参考: JANIS (厚生労働省院内感染対策サーベイランス)
収集期間	収集期間: 1~3 月, 4~6 月, 7~9 月, 10~12 月 (報告月: 4 月, 7 月, 10 月, 1 月)	
調整方法	診療科により、あるいは医師により投与方法が異なるなどの場合も想定し、3ヶ月毎に各診療科 10 症例以上となるよう調査期間を設定すること	

Q 1) 内服が静注ではなく内服であった場合(小児外科手術など)盲腸・胆嚢炎で入院時より継続して抗生素投与しており、手術前に投与する必要がない場合はどのようにカウントするか?

A) カウントしません。静注の場合のみとします。この指標では、投与のタイミングだけを見ています。期間や抗生素の種類、投与経路は問うてはいません。経口投与については、報告はいくつかあるようですが、方法と効果が確立されたとはまだいえないように思います。対象から外していただいてよいです。

【予防投与の定義】手術に際して感染が生じる前に抗生素を投与すること。【適応】有意に感染リスクがある、あるいはまれであっても術後感染が重篤な結果になることが予測される手術。【対象外】急性虫垂炎や胆嚢炎など、手術部位が化膿し炎症を起こしている場合はクラス IV。手術前から既に病原体が存在しており、治療的抗生素を投与しているので、対象外。【執刀 1 時間前の根拠】クラス II までの手術創は、基本的に手術創には病原体が存在せず、手術により手術創内への菌の付着・発育を防ぐ目的で、抗生素を予防的に投与する。術中に発育を抑制するのに有効な濃度に保たれている必要があり、術前 1 時間以内に投与するのが標準。予防して効果があるのは、創に菌が付着してから 4 時間であり、通常 1 回投与で十分とされている。(市立札幌病院・病院感染対策マニュアル 2008.1 より)

Q 2) 帝王切開術の際、抗生素を術中に感染予防として投与しております。帝王切開はクラス 2 以下の入院手術として分母にはカウントされると思いますが、分子にはカウントしてよろしいのでしょうか?

A) 「手術開始前 1 時間以内」で統一し、「術中のみ投与」はカウントしません。測定のルールとしてはシンプルかつ普遍的に各病院で運用できるものが優れていると考えるからです。帝王切開と他の手術を区別して集計するとなるとデータ環境があまり整備されていない施設で一手間負担が増えてしまいます。臨床の立場からはタイミングについて意見が分かれており、貴院の診療も日本の標準的な対応と思われますので、産科の先生方の診療内容について意見するつもりはありません。

【参考】帝王切開のガイドラインでは抗生素投与のタイミングについて「皮膚切開前 60 分以内」「臍帯クランプ直後」など母体の感染予防と抗生素による胎児への有害事象の可能性を勘案しながら、意見が分かれています。

CDC では最新の 1999 年版ガイドラインで臍帯クランプ後を推奨しており

http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/SSI_1999.pdf

日本では投与タイミングについて明確な記述はないものの、これを踏襲している施設が多いようです。

WHO ガイドライン 2009 では明確には判断を示さないものの、「皮膚切開前一時間以内の予防的抗菌薬投与は、臍帯がクランプされるまで待つより、効果的である可能性があります。」と含みを残しています。

<http://www.muikamachi-hp.muika.niigata.jp/academic/WHOSSGuideline2009.pdf> (日本語版、57 ページ)

一方で、米国産婦人科学会は、皮膚切開前投与を推奨するようになりました。帝王切開前の抗生物質投与を推奨－米国産科婦人科学会(2010/09) <http://news.e-expo.net/world/2010/09/post-106.html>

Q 3) 腰椎麻酔の痔核手術をSSIとしてカウントしますか。

A) 創清浄度クラスⅡ以下で、抗生剤の予防的投与が必要な手術をカウントします。切開を加えようとする部位・臓器が、基本的に無菌状態であり、清潔操作が行えるのであれば、予防的投与は必要がない。逆に、汚染された場所等で受傷した開放創や穿孔、既に感染を起している場合などは、手術に関らず治療を行っているので予防的投与の対象ではありません。基本的に準清潔創や、清潔創であっても手術が長時間におよぶ、器具を挿入するなどハイリスクの場合は予防的投与の対象で、麻酔法によりません。

Q 4) 内服ではなく、注射だけの場合はカウントしますか。

A) 内服については、議論のあるところですが、民医連Q Iでは、投与のタイミングだけを見ていますので、注射剤についてのみカウントします。内服で感染予防を行っている手術は、分母からも分子からも除外します。

Q 5) CVポート植え込み術はカウントしますか？

A) CVポート増設は手術室でおこなっており、通常予防投与をおこなう対象としているなら、カウントしてください。

指標 16 悪性腫瘍手術における術中迅速病理標本作成割合

【プロセス】

【指標の意義】

・正確に広がりの程度を診断し郭清範囲変更等の処置を講じる、1つの確立されたプロセスの実施状況の測定。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	術中迅速病理標本作成患者数	
分母	手術室で行った悪性腫瘍手術数	疑いがあり、結果として陰性であったものも含める
収集期間	1ヶ月毎	

Q 1) 悪性腫瘍手術数は手術室における件数のみか？外来の内視鏡手術は含まないか？

A) 手術室での手術。術中の迅速病理の目的は、進行度に応じて切除およびリンパ郭清の範囲を決めるため。

Q 2) 「経尿道的膀胱腫瘍切除術」は、術中の迅速検査はせずに通常の病理検査で行うのがスタンダードですが、この術式も分母に加えるべきか？

A) 診療ガイドライン等で通常の病理検査が標準化されている術式については、分母から外してください。

指標 17 A) 入院手術患者の術後 48 時間以内緊急再手術割合、

B) 一入院期間中の手術後 30 日以内緊急再手術割合

【アウトカム】

【指標の意義】

・外科系チームの医療の質の評価。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 手術後 48 時間以内緊急再手術数、 B) 一入院期間中の手術後 30 日以内緊急再手術数 (手術後 48 時間以内含む)	分母の退院患者の内、一入院の間に指標 15 A) B) に当たる（手術月は当月とは限らない）患者数。B) について、例えば脳血管疾患で手術・入

		院し、骨折等で再手術した場合は除く。
分母	入院手術数（入院手術を行った退院患者数）	対象月の退院患者の内、一入院の間に手術室で手術（カテーテル、内視鏡は除く）をおこなった患者数
収集期間	1ヶ月毎	

Q) 術後 48 時間以内の緊急再手術割合について、同じ患者様に対して再再手術となつた場合、分子は 1 とカウントするのでしょうか？ A) 手術後の 48 時間以内緊急再手術数を 2 とすると、分母の退院患者数が 1 なのでエラーとなつてしまひます。

A) 分子は 1 とカウントします。

⑤救急医療

指標 18 救急車受け入れ割合 A) 救急車受け入れ数、B) 救急車要請数、C) 受け入れ割合

【指標の意義】

【プロセス】

・救急車受け入れ割合は、救急隊からの搬送の要請に対して、どれだけの救急車の受け入れが出来たかを示す指標で、各病院の救急診療を評価する指標となります。地域医療への貢献を示す指標にもなります。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	救急車受け入れ数	
分母	救急要請数	
収集期間	1ヶ月毎	

指標 19 心肺停止で救急搬入された患者の A) 心拍再開割合、B) 心拍再開し生存退院した患者の割合

【アウトカム】

【指標の意義】

・救急救命医療の質の評価

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 心拍再開し入院した患者数 B) そのうち生存退院した患者数	
分母	A) 救急搬入された来院時心肺停止患者数、B) 心拍再開し入院した患者数	退院患者のうち、入院契機病名が蘇生に成功した心肺停止 (I46.0)
収集期間	収集期間：1～6 月、7～12 月（報告月：7 月、1 月）	
調整方法	半年分で集計	

Q) 心肺停止の患者様をドクターカー内で蘇生し、その後搬送されてきた場合は、心肺停止での搬送数としてカウントの対象となるか？

A) ドクターカーでは救急搬送診療料を算定されるので、病院の「出先」とみなし、分母・分子に数える。

⑥個別疾患

指標 20 市中肺炎患者死亡率（成人）

【アウトカム】

【指標の意義】

・どの病院でも診察する機会が多く、その病院の治療効果を測る指標である

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	市中肺炎患者死亡患者数（成人） A) 軽症、B) 中等症、C) 重症、D) 超重症	その月に死亡した件数を入力する
分母	退院した市中肺炎患者発生患者数（成人） A) 軽症、B) 中等症、C) 重症、D) 超重症	<p>市中肺炎で入院し退院した患者件数を重症度別に算出する。</p> <p>○使用する指標：①男性 70 歳以上、女性 75 歳以上、②BUN21mg/dL 以上または脱水あり、③SpO2 90%以下 (PaO2 60Torr 以下)、④意識障害、⑤血圧 (収縮期) 90mmHg 以下。</p> <p>○重症度分類：軽度：上記 5 つの項目の何れも満足しないもの、中等症：上記項目の 1 つまたは 2 つを有するもの、重症：上記項目の 3 つを有するもの、超重症：上記項目の 4 つまたは 5 つを有するもの。ただし、ショックがあれば 1 項目のみでも超重症とする。</p> <p>○他の病院・施設から転院してきた患者は除く。</p> <p>○重症度の判定は入院時とする。</p> <p>○ I C D コード J13\$～J18\$を対象（15 歳以上で、入院前 1 ヶ月以内の入院歴、療養病院・施設滞在者を除く）とします（040070 インフルエンザ、ウィルス性肺炎 = ICD : J10\$、J11\$、J12\$は除きます）。</p>
収集期間	1 ヶ月毎	
調整方法	日本呼吸器学会「呼吸器感染症に関するガイドライン」市中肺炎の診断基準を満たすもの、重症度別	・肺炎は民医連の DPC 病院ではいずれもトップの診断群。No.6 の全体の死亡率だけでは、疾患構成やその重症度も異なり、評価が難しい側面がある。2010 年度から、DPC の様式 1 で入力必須項目に加わったこともあり、とりくみやすい項目と考える。

Q) 1 ヶ月の間に再入院した場合のカウントは？

A) 過去 1 ヶ月以内の入院歴（治療歴）があることになるので除外する。

指標 2.1 胃がん手術後平均在院日数

【指標の意義】

【プロセス】

- ・医療の質の評価、胃がん術後管理の評価として在院日数を検証する。
- ・術後に合併症、続発症が発生すれば、在院日数は長くなるため、短期での退院は、術後管理が適切に行われたと考えられる。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	胃がん術後患者の術後在院日数の総和	胃がん術後（手術日を含まない）から退院日までの日数
分母	胃がんの手術を受け当該月に退院した患者数	計測期間内に「退院した」患者のうち、「胃がん」を主病名として入院し、入院中に全身麻酔による手術治療（開腹もしくは腹腔鏡下による胃切除術、胃部分切除術）を受けた患者数
収集期間	1 ヶ月毎	

Q) 胃がんの手術後、軽快退院する予定の患者様が他の病気を併発し急性期から療養病棟に転棟して退院した場合や、リハビリで自立を促して退院させた場合など在院日数が延びてしまうことがあります。このような場合、在院日数の取り方は急性期病棟の在棟期間で取るのか、それとも療養病棟退院までで取るのか？

A) 療養病棟退院までの期間となります。

指標 2 2 急性心筋梗塞患者に対する入院後 24 時間以内のアスピリン処方率

【プロセス】

【指標の意義】

・再び心筋梗塞を起こさないように二次予防を積極的に行うという標準的な診療が行われているか否かを図る指標。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	病院到着時間から 24 時間以内にアスピリンが処方された患者数	入院時間は、来院時間（救急車到着時間）とする。 【分母・分子除外規定】 <ul style="list-style-type: none">・24 時間以内の死亡退院・アスピリン処方ができない理由を診療録に記載されている患者
分母	当該月に主病名が急性心筋梗塞で退院された患者数	急性心筋梗塞の患者で再梗塞も含む。待機的な治療目的の患者は除く。入院中の発症は除く。
収集期間	1 ヶ月毎	

Q 1) 分子の解釈「病院到着から24時間以内にアスピリンが投与された患者数」について、他疾患を治療中で入院後にAMIを発症し、主病名が他疾患からAMIに変更になった場合は、分母には数として計上し、分子には数として計上しないという解釈でよろしいのでしょうか？

A) 来院時からの迅速な対応を測る指標ですので、入院中発症のケースは、分母・分子ともに含みません。

Q 2) 除外規定にて「アスピリンの処方ができない理由を診療録に記載されている患者」となっているが、診療録に明確な記載がないまでも、明かに投与不可の場合、例えば、人工呼吸器を付けている、または食止めで点滴指示がでているなどは除外という事でいいでしょうか。

A) 人工呼吸器では鼻注からの投与、食止めでは「内服時のみ少量の飲水可」で他薬を飲んでいるかもしれません。従って、本来的には診療録の記載の有無で判断するのが QI 担当者の負担にならず、良いように思います。もし、診療に当たられる医師から指標値改善の余地について意見を求められることがあれば、その際には「非投与の理由を診療録に記載することでいくらか改善の可能性あり」とお伝えいただけたらと思います。

指標 2 3 糖尿病の患者の血糖コントロール

【プロセス】

【指標の意義】

糖尿病患者の血糖値のコントロール状態を示す指標で、より高い値が望ましい。これを達成するためには食事療法や運動療法の指導と適切な薬物療法の実施が必要であり、これらを改善することによって診療の質向上を目指す。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 最終検査値の HbA1C が <7.0%、B) <6.5% の患者数	近接診療所患者を含む N G S P 値で集計
分母	半年間で 2 回以上 HbA1C 検査した外来患者数	実患者数。近接診療所患者を含む。
収集期間	収集期間：1～6 月、7～12 月（報告月：7 月、1 月）	
調整方法	半年に一回測定	

Q 1) 収集期間について、例えば、6 月に 1 回、7 月に 1 回 HbA1C 検査した患者はどうカウントするか？

A) 中にはそのような場合も考えられますが、設定している期間の通りカウントしてください。この場合は除外となります。

Q 2) A) <7.0% B) <6.5%の患者数とありますが、A) は6.5~7.0の患者数 B) は0~6.5の患者数と見てよろしいでしょうか？それと、外来、入院患者の区別はなく、全患者対象か、外来のみの場合、透析患者は含むのでしょうか？

A) A)は、0~7.0未満、B)は0~6.5未満の患者数です。患者の対象は、入院患者を含まず、外来患者のみ対象とします（透析患者も含みます）。

Q 3) 「糖尿病の患者の血糖コントロール」での「HbA1C」は、JDSでしょうか？NGSPでしょうか？

A) 2012年はJDS値で集計します。2013年よりNGSP値(A <7.4、B <6.9)で集計します。

2014年はNGSP値(A <7.0、B <6.5)で集計します。

★指標24 高齢者への認知機能スクリーニングの実施

【プロセス】

【指標の意義】

・認知症患者は、今後増加が見込まれている。認知機能を適切に評価することで、過剰な治療や人権侵害を防ぎ、適切な対応を可能にする。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	HDS-R、MMSE、CGA等の認知機能スクリーニングが実施された結果が記載されている患者数	
分母	65歳以上退院患者数	
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法		

Q 1) 分母は65歳以上の退院患者数なので1泊2日の検査入院、白内障手術等も含みますか？

A) 含みます。

Q 2) 分子の「HDS-R、MMSE、CGA等の認知機能スクリーニングが実施された結果が記載されている患者数」は、「65歳以上退院患者」において、という解釈でよろしいでしょうか？

A) その通りです。

Q 3) 分子「HDS-R、MMSE、CGA “等” の認知機能スクリーニングが実施された結果が記載されている患者数」の“等”には、認知症者の日常生活自立度評価も含まれるか？

A) 含まれない。

認知症の自立度評価は、認知症その他、高齢者の精神疾患で生活能力(ADL、APDL)がどの程度低下しているか、介護の手間がどのくらいかかるかをみるもので、つまり、認知症などの精神疾患があるとして、その程度をみる評価法が自立度評価です。一方、認知機能のスクリーニングでは、記録力など、認知症の診断に必要な項目を含む必要があります。認知症自立度評価にはこのような項目は含まれていないため、認知機能スクリーニングには不適切です。

Q 4) 現在は病名のついた方（認知症・脳こうそく後遺症・脳出血後遺症等）にのみ実施しています。回答項目の「高齢者への実施率」には当てはまらないと自院の委員会では疑問が上がっています。それでもやはり数字を報告した方がよいのでしょうか？

A) 定義に沿って報告してください。

⑦チーム医療・リハビリ

指標25 リハビリテーション実施率

【指標の意義】

・廃用症候群や合併症を予防・改善し、早期社会復帰につなげる

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

各指標の計算式と分母・分子の項目名		分母・分子の解釈
分子	リハビリテーション（PT、OT、ST いずれか）を実施した退院患者（在院日数 3 日以内は除く）	当月退院患者のうちリハビリを実施した患者 DPC データを使用する場合、様式 1 の存在する患者の E ファイルの各リハビリ点数コードを用いて算出できる。ただし、一般病棟以外（回復期リハ病棟など）の算出方法については工夫が必要。
分母	退院患者数（在院日数 3 日以内は除く）	リハビリ介入が必要な対象患者をより明確にするため、「退院患者のうち 在院日数 3 日以内は除く」退院患者を対象とする。
収集期間	1 ヶ月毎	
調整方法	全病棟を対象とする（回復期リハ病棟含む）。	

Q 1) 当月退院患者のうちリハビリを実施した患者とは、「退院月に実施」、「入院期間中に実施」どちらか？

A) 「入院期間中に実施」です。

Q 2) 分母の退院患者について、退院患者が入院していた病棟は回復期も含むか？

A) 医療保険適用の全病棟を対象とするので含む。

指標 26 ケアカンファレンス実施割合

【プロセス】

【指標の意義】

この指標はカンファレンスの実施ではなく、カンファレンス記録を評価します。記録を残すことによりチームでの情報共有が促進され、プロセス・アウトカムを評価することが可能となります。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

各指標の計算式と分母・分子の項目名		分母・分子の解釈
分子	調査月退院患者のうち、入院期間中に 1 回以上医師・看護師・コメディカルによるカンファレンス記録のある患者	カンファレンスの回数ではなくて、記録のある患者数を算出する。 医師、看護師は必須で、プラス、コメディカルについてどの職種でもかまいません。
分母	退院患者数	
収集期間	1 ヶ月毎	

Q 1) 電子カルテを導入していない病院は、ケアカンファレンスの記録について、カンファレンスノートに記載でもよいか？

A) カルテに記録がある患者とする。

Q 2) 当院は電子カルテを導入していますが、手術カンファレンスだけは紙に記録し、術後カンファレンス終了後にスキャナ保存しています。これは件数に入れていいのでしょうか。

A) 電子カルテに保存しており、タイミングの問題だけであり、術前にちゃんと多職種カンファレンスを実施していますので、この指標としてはカウントしてください。

Q 3) コメディカルに医事課の事務は該当しますか？

A) どの職種でも含みます。

Q 4) 「医師・看護は必須」と定義されているが何を必須としているのか？カンファレンス参加か、カンファレンス記録の記載か、または両方か。

A) カンファレンス参加が必須。参加した職種全てがカルテ記載していなくてもよい。

★指標27 誤嚥性肺炎に対する嚥下評価・訓練実施割合

【プロセス】

【指標の意義】

- 誤嚥性肺炎を機に代替栄養になるケースが少なくないが、嚥下評価のうえ嚥下訓練を行うことで、経口摂取を継続でき、誤嚥性肺炎を予防することは、QOLの維持と介護予防にもつながる。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	嚥下評価または嚥下訓練を実施した退院患者数	分母のうち嚥下評価または嚥下訓練した退院患者数をカウントする。脳血管疾患に対して行ったものはカウントしない。
分母	入院中に誤嚥性肺炎の診断のついた退院患者数	治療の必要な誤嚥性肺炎をカウントする。既往症はカウントしない。
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法	評価・訓練は、STに限らずに看護師でも可とする (算定の評価に至らない場合もあるのでカルテ記載から収集か)	

Q1) VF(嚥下造影)及びVE(嚥下内視鏡)もカウントできるのでしょうか?

A) カウントします。

Q2) 分母「入院中に誤嚥性肺炎の診断のついた退院患者数」とありますが、入院時に既に診断のついている患者=①誤嚥性肺炎の治療のため入院、②誤嚥性肺炎の病名がついた患者が転院してきた場合も分母に含めるのでしょうか?

A) ①の場合は含めます。②の場合は治療が必要な状態であれば含めます。既往歴にあるだけでは含めません。

Q3) 分子は誤嚥性肺炎の方かどうかの判断はいるのでしょうか?

A) いります。誤嚥性肺炎に対する嚥下評価・訓練実施割合です。

⑧地域連携に関する指標

指標28 A) 紹介患者率、B) 逆紹介患者率

【プロセス】

【指標の意義】

- 他の医療機関との連携、機能分化を促すための指標

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された一ヶ月間の患者数+救急搬入患者数 B) 開設者と直接関係のない他の病院又は診療所への一ヶ月間の紹介患者数	近接診療所や同一法人内の紹介は除く 救急搬入患者は、救急用自動車で来院された患者
分母	一ヶ月間の初診患者数	近接診療所の初診患者数は含まない。初診料算定患者が対象。
収集期間	1ヶ月毎	

Q1) 地域医療支援病院の紹介率か一般病院の紹介率の計算方法で出すのか?

- A) 逆紹介率も含め地域医療支援病院の計算式ではなく、今回の計算式で出します。一般病院の計算式は、廃止されたので、今回の厚労省の例示をもとに算出します。
- Q 2) 紹介状より紹介された患者数は、「初診数のみ」でなく「再診」も含まれるのか?
- A) 分母との整合性から「初診数のみ」とします。
- Q 3) 救急搬入数は、初診に限らずに数えますか?
- A) すべての救急搬入数を数えます。
- Q 4) 分子の「紹介状により紹介された」とは、受診時に紹介状を持参してなくて後日郵送やFAXも含めていいのでしょうか?
- A) 含みます。
- Q 5) 救急搬入患者数に当院所有の救急車を含めてもいいのでしょうか?
- A) 含みません。
- Q 6) 紹介患者率の分子には『開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された 1ヶ月間の患者数+救急搬入患者数』とありますが、老健や施設は対象外でしょうか?
- A) 含みます。老健や施設でも嘱託医（医師）の紹介状の場合に限ります。嘱託医等の紹介状が確認されない場合（看護要約のみなど）は、件数に含みません。
- Q 6) 分母の「初診患者数」の中には、「同日複数診療科（A000 注2）135点」は含みますか?
- A) 含めません。初診患者が複数科分の紹介状をもってきてそれぞれの科に受診しても（内科・外科と2枚もってきて、内科・外科と受診した場合）分子・分母はそれぞれ1カウントとします。
- Q 7) 分子の「救急搬入患者数」には、「紹介数（初診のみ）」は含みますか?分子の中での重なり合うデータはどうカウントするか?
- A) 分子の重なり合う部分は、分母を初診1としてカウントするので、可能な限り、どちらか除外（つまり1とする）してカウントしてください（分母と整合をあわせる）。
- Q 8) 紹介状を1患者が複数回発行される場合があるが、延べのカウントでいいか?
- A) 治療して紹介する場合が多いので実際は、初診は実態として少ない。複数発行、初診・再診全てカウントします。

指標29 回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率

【アウトカム】

【指標の意義】

- ・急性期の治療が終了した患者様へ、重点的にリハビリを行い、在宅復帰を目指す、回復期リハビリ病棟の役割を示す指標。
- ・地域での回復期リハビリ病棟の役割を示す指標

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	退院先が在宅の回復期リハビリ病棟の患者数	
分母	回復期リハビリ病棟の退院患者数	診療報酬上の在宅復帰率に準ずる
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法		回復期リハビリ病棟を持たない病院は対象外

★指標30 退院時共同指導料算定率

【プロセス】

【指標の意義】

- ・地域における医療・介護連携を促進し、在宅療養を希望する患者・家族のニーズにこたえるプロセス。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	分母のうち退院時共同指導料を算定した患者数	
分母	対象月退院患者のうち在院日数7日以上の患者数	
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法		

Q 1) 当院で「退院時共同指導料2」を算定するも、「亜急性期入院医療管理料2(1911点)」を算定した場合、レセプト表示では出ないことが判明しました。「亜急性期入院医療管理料2」に「退院時共同指導料2」が含まれるため。この場合は、レセプトカウントではなく実態的に退院時共同指導料2をカウントしている数字でよろしいですか？

A) はい。退院時共同指導料の算定条件を満たしているが、結果的に算定している入院料に包括となってしまう場合であればカウントしてよいです。

Q 2) 特別な関係のところとのカンファレンスは算定できないので、ほとんど算定できていません。算定可能なメンバーかどうかや、算定の有無にかかわらず、退院後の療養を担う医療・看護関係者と合同で在宅療養支援会議を開催すれば、それを件数にカウントしてよいのでしょうか？

A) カウントできません。そもそも退院時共同指導料の算定条件を満たしていなければダメです。

⑨人権尊重

指標3 1 医薬品副作用被害救済制度申請数

【プロセス】

【指標の意義】

- ・患者の救済と、救済制度を衰退させないための指標
- ・副作用の把握と教訓化、早期発見、重症化の未然防止策を使用基準に活かす

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	医薬品副作用被害救済制度申請件数	
分母	副作用で入院または入院期間が延長した患者の数（救済制度対象薬剤問わず、外来治療であっても同程度の重症なものは含む）	※参考：被害救済制度のホームページQ&A http://www.japal.org/contents/19920629_80.pdf http://poppy.ac/j-chf/doc/aegrade_6-1_050603.pdf
収集期間	1ヶ月毎	

Q 1) 例えば、1月分の集計作業にあたり、副作用自体は12月に起こったが、救済制度の申請は1月に行った場合、分母は0、分子は1、の計上でよろしいでしょうか。

A) よろしいです。

Q 2) 抗がん剤の副作用数もカウントするか？

A) 抗がん剤も含む。救済の対象とならない薬剤（抗ガン剤等）による場合の副作用も含める（副作用を把握し、安全な使用のための使用基準作成や救済に取り組むため）。訴訟運動の成果として、抗がん剤による副作用被害の救済制度はこれから検討されると思われます。把握を強めることと、100%にするためには、救済の道をさぐるというプロセスが必要になります。

指標3 2 社会資源活用により療養支援できた相談者の割合

【プロセス】

【指標の意義】

受療権を守るチーム医療の質の評価です。私たちは、全国で無料低額診療制度所得に取り組み、この事業に参

加している 79 病院中 40 病院が無料低額診療制度の活用をしています。その活用状況を全国的にリアルタイムで集約することができます。

また、増加している短期保険証や資格証明書、無保険の患者さんの状況を集約することができます。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 無低診適応件数、B) 短期保険証相談件数、C) 資格証明書相談件数、D) 無保険相談件数	相談件数は、MSW が対応した件数
分母	患者規模（1 日平均入院患者数+1 日平均外来患者数/3）	1 日平均入院患者数=24 時在院患者数+退院患者数の合計) ÷ 診療実日数
収集期間	1 ヶ月毎	
調整方法	近接診の患者含む	外来分離した門前診療所

Q 1) 無低診適応数と短期保険、資格証明書、無保険相談数について、重複するものがあるがその場合のカウント方法は？

A) それぞれ 1 とカウントする。

Q 2) 同じ月内で、同じ患者さんが 2 回相談した場合、件数は 2 とカウントするのか？

A) 延べ件数ではなくて実件数（患者人数）。例：3 回相談した場合、相談件数 1

Q 3) B) 短期保険証相談件数、C) 資格証明書相談件数、D) 無保険相談件数は、相談時点の状態の件数と解釈してよいか？

A) 相談時点の状態の件数。

Q 4) 無低診対応件数は実際に無低診を適応した患者をカウントするのか？無低診の相談を受けて結果的に無低診とならなかった場合はカウントしないのか？

A) 実際に無低診とした患者をカウントする

Q 5) 無低診とした場合に、例えば 10 月と 11 月の医療費を無低診としたら 10 月、11 月にそれぞれ 1 件とカウントするのか？最初に無低診とした月のみカウントするのか？

A) 発生した患者数でカウントする。よって、この場合は 10 月のみカウントする。

Q 6) 相談を受けてから実際に無低診を適応したのが 3 ヶ月後になる場合がある。無低診を適応した診療月でカウントするのか？相談月に遡ってカウントするのか？無低診適応を決定した月でカウントするのか？

例えば、8 月分の医療費の無低診相談を 10 月に行い、12 月に無低診適応を決定した場合のカウントは？

A) 無低診適応を決定した月にカウントする。上記の場合は 12 月にカウントする。

指標 3.3 カルテ開示数

【プロセス】

【指標の意義】

カルテ開示の基本的な意義は知る権利の保障です（自己決定または「情報と決断の共有」の前提となるもの）。しかし、個人情報の保護の観点からは、手続きが厳格になり、また電子化によってかえって患者からはアクセスしにくい環境にあります。よほどのことでないと「開示」を請求するという行為にはつながらない結果を生み出しています。

診療情報を共有し、円滑なコミュニケーションを促進することで、適切なパートナーシップにもとづく良質な医療を提供する、その手段としてのカルテ開示をいかにしやすくするかというとりくみと実績を評価する指標です。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	項目名	分母・分子の解釈
	患者・家族から申請・同意があつて閲覧・複写など対応したもの、電子カルテの閲覧登録患者数（新	各病院のカルテ開示の規程に準ずる 入院患者は、延べ患者数ではなく患者件数で算

	規) を含む。「配布型」は除外する。	出。
収集期間	1ヶ月毎	

Q 1) 「配布型」もカルテ開示の対象として良いとの認識でよろしいでしょうか？それとも項目名にある「申請」されて開示したカルテが対象なのでしょうか？

A) 「配布型」は除外します。

Q 2) 透析中に患者が自分の紙カルテをよく見ていますが、これはカルテ開示にあてはまりますか？

また、リハビリ中に患者家族が検査結果を見せて欲しいというときには、カルテを見せてていることがあります。この場合は診察中とみなし、カルテ開示にはあてはまらないのでしょうか？

A) 両方あてはまらない。

⑩患者満足

指標34 患者アンケート総合評価で「満足している」と答えた患者の割合 A) 入院患者、B) 外来患者

【アウトカム】

【指標の意義】

・治療の結果、安全性と説明、療養環境、入院期間などに対する患者の満足度は、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。

【指標の計算式、分母・分子の解釈】

	各指標の計算式と分母・分子の項目名	分母・分子の解釈
分子	A) 退院患者で「5.満足している（例）」「4.やや満足している（例）」と回答した合計 B) 外来患者で「5.満足している（例）」「4.やや満足している（例）」と回答した合計	各病院で、アンケート用紙に「総合的な評価に 関わる項目（5段階）」を位置づける。
分母	A) 退院患者の有効回答数 B) 外来患者の有効回答数	
収集期間	収集期間：1月～11月（報告月12月）	
調整方法	1年間で、各病院で期間を決めて実施し、12月に 報告する	

Q 1) アンケートの様式は、各病院にて作成するのでしょうか？（医療生協に加盟している病院は2回実施することになるため報告月を3月にしてほしい）

A) 各病院で作成します。

Q 2) 患者満足の収集期間は、極端に言えば1日だけの調査でもよいのでしょうか？

A) 患者満足度調査は、「各施設が患者満足を測る目的で行う調査」の結果を用いるというのが趣旨です。収集期間が1日であっても、当該施設の患者のサンプルとして妥当であればよいと思います。もっと極端に言えば、30人であっても、適切に抽出されたサンプルであればよいということになります。曜日によって、患者の特徴、たとえば、年齢層や疾患、通院歴などに大きな偏りがあるようだと、結果の評価が難しいと思いますので、各施設で判断していただければよいと思います。