

## 日本病院会「Q I プロジェクト」指標の公表

一般社団法人日本病院会は、厚生労働省の「平成 22 年度医療の質に関する評価・公表等推進事業」に参加し、平成 23 年度からは「Q I プロジェクト」として事業を継続しています。

当院も平成 25 年度からこの Q I プロジェクトに参加し、指標の経年変化をみていくことで医療の質の向上を図ります。29 年度指標 32 項目中、No. 1～No. 32 の指標が算出できましたので、公表します。合わせて、日本病院会 Q I プロジェクト 2017 参加 349 病院の平均値を参考までに表示しています。Q I プロジェクトの詳細は、日本病院会のホームページ (<https://www.hospital.or.jp/qip/>) からご覧ください。

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会 QI プロジェクト 2017 参加病院平均値
1a	患者満足度(外来患者) 満足	48.1%	42.8%
1b	患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足	82.5%	81.8%
2a	患者満足度(入院患者) 満足	61.1%	59.2%
2b	患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足	90.3%	89.3%

### 指標の説明・値の解釈

- ・受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、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。

2012 年度までは、「この病院での診療に満足していますか？」の設問で「大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足」の 5 段階評価でしたが、2013 年度以降は、「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の 5 段階評価に変更しています。

### 指標の計算方法

#### 【外来患者】

- ・分子：a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した外来患者数  
b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した外来患者数
- ・分母：患者満足度調査に回答した外来患者数（未記入患者を除く）

#### 【入院患者】

- ・分子：a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した入院患者数  
b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した入院患者数
- ・分母：患者満足度調査に回答した入院患者数（未記入患者を除く）

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会 QI プロジェクト 2017 参加病院平均値
3	死亡退院患者率	3.1%	3.8%

### 指標の説明・値の解釈

- ・退院患者のなかで死亡退院患者の占める比率です。  
医療施設の特徴（職員数、病床数、救命救急センターや集中治療室の有無など）や入院患者のプロフィール（年齢、性別、疾患の種類と重症度など）が異なるため、この死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありません。
- ・より低い値が望ましい。

#### 指標の計算方法

- ・分子：死亡退院患者数
- ・分母：退院患者数
- ・除外
  - DPCで様式1に含まれる「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。」
  - 緩和ケア等（診療報酬の算定を認可された病棟のみではなく、同様の病棟を設置している場合も含む）退院患者

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
4①	入院患者の転倒・転落発生率 (1,000人あたり)	1.70‰	2.71‰
4②	入院患者の転倒・転落による損傷発生率 損傷レベル2以上(1000人あたり)	0.30‰	0.70‰
4③	入院患者の転倒・転落による損傷発生率 損傷レベル4以上(1000人あたり)	0.07‰	0.05%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・入院中の患者の転倒やベッドからの転落が報告された件数です。  
入院中の転倒・転落は、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものが要因と考えられます。  
転倒・転落による傷害発生の事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなり、転倒・転落を予防し、外傷を軽減するために測定されています。
- ・より低い値が望ましい。

#### 指標の計算方法

##### 【No. 4-①入院患者の転倒・転落発生率】

- ・分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された入院中の転倒・転落件数
- ・分母：入院延べ患者数
- ・分子包含 ●介助時および複数回の転倒・転落
- ・分子除外 ●学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

##### 【No. 4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）】

- ・分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうちレベル2以上の転倒・転落件数
- ・分母：入院延べ患者数
- ・分子包含 ●介助時および複数回の転倒・転落
- ・分子除外 ●学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

【No. 4-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル4以上）】

- ・分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうちレベル4以上の転倒・転落件数
- ・分母：入院延べ患者数
- ・分子包含 ● 介助時および複数回の転倒・転落
- ・分子除外 ● 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

※調整方法：‰（パーミル：1000分の1を1とする単位）

転倒による損傷のレベル		
レベル	説明	
1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
5	褥瘡発生率	0.06%	0.10%

指標の説明・値の解釈

- ・褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つです。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治療が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。
- ・より低い値が望ましい。

指標の計算方法

- ・分子：調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
- ・分母：入院延べ患者数
- ・分子包含 ● 院内で新規発生の褥瘡（入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録）  
深さd2以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡（DU）・深部組織損傷疑い
- ・分母除外 ● 日帰り入院患者の入院日数（同日入退院患者も含む）  
● 入院時すでに褥瘡保有が記録（d1, d2, D3, D4, D5）されていた患者の入院日数  
● 調査期間より前に褥瘡の院内発生（d1, d2, D3, D4, D5）が確認され、継続して入院している患者の入院日数

日本褥瘡学会 DESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用)	
Depth(深さ)	内容
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織を超える損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
6	紹介率	88.8%	57.3%
7	逆紹介率	135.7%	69.2%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。
- ・逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。

高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

#### 指標の計算方法

##### 【紹介率】

- ・分子：紹介初診患者数＋（初診緊急入院患者数－初診緊急入院患者のうち紹介初診患者数）
- ・分母：初診患者数－（休日・夜間の初診救急患者数－休日・夜間の初診救急入院患者数）

##### 【逆紹介率】

- ・分子：逆紹介患者数
- ・分母：初診患者数－（休日・夜間の初診救急患者数－休日・夜間の初診救急入院患者数）

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
8	尿道留置カテーテル使用率	13.4%	15.1%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約40%を占め、その80%が尿道留置カテーテルによるも

の、すなわちCAUTI (catheter-associated urinary tract infection) です。医療機関で起こる血流感染の15%はCAUTIの合併症であると推計されており、その寄与死亡率は15%を超えます。CAUTI のリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTIの65% - 70%は予防可能と推計されています。

本指標は、この尿路感染症発生率を算出するための前段階指標となり、どのぐらいの患者に尿道留置カテーテルが使用されているかをみています。

今回は、2013年7月～2014年3月までのデータを集計しています。

#### 指標の計算方法

- ・分子：尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数
- ・分母：入院延べ患者数
- ・分子包含 ●自院での挿入行為の有無にかかわらず尿道留置カテーテルが留置されている患者
- ・分子除外 ●恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
10	救急車・ホットライン応需率	91.5%	84.8%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。

本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できません。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかわります。

- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子：救急車で来院した患者数
- ・分母：救急車受け入れ要請件数
- ・分子包含 ●ホットライン件数
- ・分子除外 ●他院からの搬送（転送）件数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
11	特定術式における手術開始前1時間以内の 予防的抗菌薬投与率	88.6%	93.6%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・手術部位感染（SSI）が発生すると、入院期間の延長、入院医療費の増大につながります。

SSIの予防する対策の一つに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を予防すると考えられています。

- ・より高い値が望ましい。

### 指標の計算方法

- ・分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
- ・分母：特定術式の手術件数（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、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）
- ・分母除外
  - 入院時年齢が18歳未満の患者
  - 在院日数が120日以上の患者
  - 帝王切開手術施行患者
  - 臨床試験・治験を実施している患者
  - 術前に感染が明記されている患者
  - 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする）
  - 手術開始日時の24時間前に抗菌薬を投与されている患者（大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし）
  - 外来手術施行患者

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017参加病院平均値
12	特定術式における術後24時間(心臓手術は48時間)以内の予防的抗菌薬投与停止率	59.0%	39.7%

### 指標の説明・値の解釈

- ・手術部位感染（SSI）が発生すると、入院期間の延長、入院医療費の増大につながります。SSIの予防する対策の一つに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を予防すると考えられています。
- ・より高い値が望ましい。

### 指標の計算方法

- ・分子：術後24時間以内（冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合48時間以内）に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数
- ・分母：特定術式の手術件数（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、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）
- ・分母除外
  - 入院時年齢が18歳未満の患者
  - 在院日数が120日以上の患者
  - 帝王切開手術施行患者
  - 臨床試験・治験を実施している患者
  - 術前に感染が明記されている患者
  - 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする）
  - 術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている
  - 手術室内または回復室内での死亡患者

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
14	糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP) < 7.0%	52.6%	50.5%

指標の説明・値の解釈

- ・糖尿病の治療には、運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているのかをみる指標です。
- ・より高い値が望ましい

指標の計算方法

- ・分子：HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数
- ・分母：糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数  
(過去1年間に糖尿病治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)
- ・分母除外 ●運動療法または食事療法のみ患者

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
15	退院後6週間以内の救急医療入院率	0.78%	2.66%

指標の説明・値の解釈

- ・退院後6週間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、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患者に早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。  
分母は様式1の「退院年月日」が調査期間に該当する一般入院症例数、分子は入院日の42日前以降に様式1の「前回退院年月日」が該当する救急医療入院症例数としました。退院後6週間以内で予定外の再入院をすることがあります。
- ・より低い値が望ましい

指標の計算方法

- ・分子：前回の退院日が42日以内の救急医療入院患者数  
※入院日の42日前以降に様式1の「前回退院年月日」が該当する救急医療入院症例数
- ・分母：退院患者数  
※DPC様式調査・様式1の「退院年月日」が調査期間に該当する症例数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
16	急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与割合	89.3%	85.2%

指標の説明・値の解釈

- 急性心筋梗塞において、血小板による血管閉塞および心筋との需要供給関係の破綻、心筋のリモデリングが問題であり、過去の報告から抗血小板薬およびβ-遮断薬の投与が必須であることはいうまでもありません。

過去の欧米のガイドラインにおいても、急性期におけるアスピリンおよびβ-遮断薬の処方は、Class I となっています。これらは心筋梗塞量の減少やイベント抑制にかかわっているため、医療の質を示すのには適した指標と考えられます。

- より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- 分子： 分母のうち入院後二日以内にアスピリンが投与された患者数
- 分母： 急性心筋梗塞で入院した患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
17	急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合	89.1%	83.7%

#### 指標の説明・値の解釈

- 急性心筋梗塞は通常発症後2～3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。

心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

- より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- 分子： 分母のうち、退院時にアスピリンが投与された患者数
- 分母： 急性心筋梗塞で入院した患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
18	急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合	89.2%	62.7%

#### 指標の説明・値の解釈

- 急性心筋梗塞は通常発症後2～3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

- より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法



- ・分子： 分母のうち、退院時にβブロッカーが投与された患者数
- ・分母： 急性心筋梗塞で入院した患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
19	急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	95.1%	81.7%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・急性心筋梗塞は通常発症後2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β - 遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、退院時にスタチンが投与された患者数
- ・分母： 急性心筋梗塞で入院した患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
20	急性心筋梗塞患者における退院時の ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合	84.3%	66.7%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・急性心筋梗塞は通常発症後2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β - 遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、退院時にACE 阻害剤もしくはアンジオテンシンⅡ受容体阻害剤が投与された患者数
- ・分母： 急性心筋梗塞で入院した患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
21	急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシン II 受容体阻害剤投与割合	86.1%	71.2%

#### 指標の説明・値の解釈

- 急性心筋梗塞は通常発症後2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシン II 受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

- より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- 分子： 分母のうち、ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数
- 分母： 急性心筋梗塞で入院した患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
22	急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の初回 PCI 実施割合	68.3%	60.2%

#### 指標の説明・値の解釈

- 急性心筋梗塞の治療には、発症後可能な限り早期に再灌流療法（閉塞した冠動脈の血流を再開させる治療）を行うことが、生命予後の改善に重要です。現在、発症後 12 時間以内は早期再灌流療法の適応とされ、主にバルーンやステントを使用した PCI が行われます。また、血栓吸引療法を併用する場合があります。

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、あるいは 90 分以内に再灌流療法が施行された患者の割合が 50%以上という指標が用いられます。

- より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- 分子： 分母のうち、来院後 90 分以内に手技を受けた患者数
- 分母： 18 歳以上の急性心筋梗塞で PCI を受けた患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
23	脳卒中患者のうち第 2 病日までに抗血栓治療を受けた患者の割合	79.0%	63.2%

#### 指標の説明・値の解釈

・脳梗塞急性期における抗血栓療法として、発症48 時間以内のアスピリン投与が確立された治療法となっています。また、米国心臓協会 (AHA) /米国脳卒中協会 (ASA) 急性期脳梗塞治療ガイドライン2013 では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から24～48 時間以内に投与することを推奨しています (クラスI, エビデンスレベルA)。

したがって、適応のある患者には第2 病日までに抗血栓薬の投与が開始されていることが望まれます。

・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、第2 病日までに抗血栓療法を施行された患者数
- ・分母： 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
24	脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合	82.8%	70.3%

#### 指標の説明・値の解釈

・非心原性脳塞栓 (アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞など) や非心原性一過性脳虚血発作 (TIA) では、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2009 では、「現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法 (本邦で使用可能なもの) はアスピリン75-150mg/日、クロピドグレル75 mg/日 (以上、グレードA)、シロスタゾール200 mg/日、チクロピジン200 mg/日 (以上、グレードB) である」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗血小板薬の投与が開始されていることが望まれます。

・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数
- ・分母： 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
25	脳卒中患者の退院時スタチン処方割合	32.3%	30.5%

#### 指標の説明・値の解釈

・脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。

内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「高容量のスタチン系薬剤は脳梗塞の再発予防に勧められる (グレード B)、低用量のスタチン系薬剤で脂質異常症を治療中の患者において、エイコサペンタエン酸 (EPA) 製剤の併用が脳卒中再発予防に勧められる (グレード B)」と書かれています。

・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、退院時にスタチンが処方された患者数
- ・分母： 脳梗塞で入院した患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
26	心房細動を診断された脳卒中患者への退院時の抗凝固薬処方割合	57.1%	73.2%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン2009では、「弁膜症を伴わない心房細動（NVAF）のある脳梗塞または一過性脳虚血発作（TIA）患者の再発予防では、ワルファリンが第一選択であり、INR を2.0-3.0 に維持することが推奨される（グレードA）。70 歳以上のNVAF のある脳梗塞またはTIA 患者では、INR 1.6-2.6 が推奨される（グレードB）。出血性合併症はINR 2.6 を超えると急増する（グレードB）」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望まれます。
- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数
- ・分母： 脳梗塞か TIA と診断され、かつ心房細動と診断された 18 歳以上の入院患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
27	脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合	85.6%	70.3%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくなり、再発リスクの増加もみられず、ADL の退院時到達レベルを犠牲にせずに入院期間が短縮されることが分かっています。わが国の脳卒中治療ガイドライン2009 では、「廃用症候群を予防し、早期のADL 向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められている（グレードA）」と書かれています。したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。
- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた症例数
- ・分母： 脳梗塞で入院した症例数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
29	入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合	91.4%	88.6%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2012 において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本治療（ステップ1）となります。吸入ステロイドの処方ステップ2 以上となります。薬物療法は、早期に十分な効果が得られたのちに良好な状態を維持できる必要最少量まで徐々に減量するほうが、患児の生活の質（QOL）の向上のためには好ましいと考えられています。
- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 分母のうち、入院中にステロイドの全身投与（静注・経口処方）を受けた患者数
- ・分母： 2-15 歳で、喘息に関連した疾病の入院患者数

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
30	統合指標(Composite Measures) 【手術】	73.8%	73.7%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて（ケアバンドルとして）実施しているかどうかの評価できます。
- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 指標 No. 11, 12, 13 の分子の合計
- ・分母： 指標 No. 11, 12, 13 の分母の合計

No.	指標名	2017/4/1～ 2018/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
31	統合指標(Composite Measures) 【虚血性 心疾患】	73.6%	72.6%

#### 指標の説明・値の解釈

- ・Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて（ケアバンドルとして）実施しているかどうかの評価できます。
- ・より高い値が望ましい

#### 指標の計算方法

- ・分子： 指標 No. 16, 17, 18, 19, 20, 22 の分子の合計
- ・分母： 指標 No. 16, 17, 18, 19, 20, 22 の分母の合計

No.	指標名	2016/4/1～ 2017/3/31	日本病院会QIプロジェクト 2017 参加病院平均値
32	統合指標(Composite Measures) 【脳卒中】	65.4%	60.3%

指標の説明・値の解釈

- ・ Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて（ケアバンドルとして）実施しているかどうかの評価できます。
- ・ より高い値が望ましい

指標の計算方法

- ・ 分子： 指標 No. 23, 24, 25, 26, 27 の分子の合計
- ・ 分母： 指標 No. 23, 24, 25, 26, 27 の分母の合計