

## 一般01 入院患者満足度

$$\text{入院患者満足度} = \frac{\text{満足のいく治療を受けたと回答した入院患者数}}{\text{患者満足度の有効回答数(入院)}}$$

入院患者満足度 とは 入院中または退院時にアンケートなどで診療について満足しているかどうかを患者さんにお聞きし、集計します。

指標の説明 今回の事業では、患者さんご本人からの回答に限っています。  
治療のためやむを得ず入院する場合（措置入院や緊急措置入院を含む）には、満足度が低くなる場合があります。調査は概ね年に1回のため、今回の調査期間に実施している病院のみが表示されます。  
より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 そもそも良好な数値が得られている指標であり、多くの施設では前年度と大きく変わっていない。施設間のバリエーションは土地柄や施設の地域における役割や特徴によるところもあるので、一概に施設間の比較はできにくいですが、各施設の経年的な変化は施設の運営上重要であり、有効な指標といえる。

一般01

入院患者満足度

対象病院群

精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科

データのまとめ

調査期間

2017年度 2018年度 2019年度 2020年度

データ登録病院数

127 118 112 97

分母合計

46236 50586 44327 39744

75パーセンタイル

99.0% 98.9% 99.0% 99.0%

中央値

97.9% 98.0% 98.0% 98.1%

25パーセンタイル

94.9% 96.0% 94.9% 95.8%

平均値

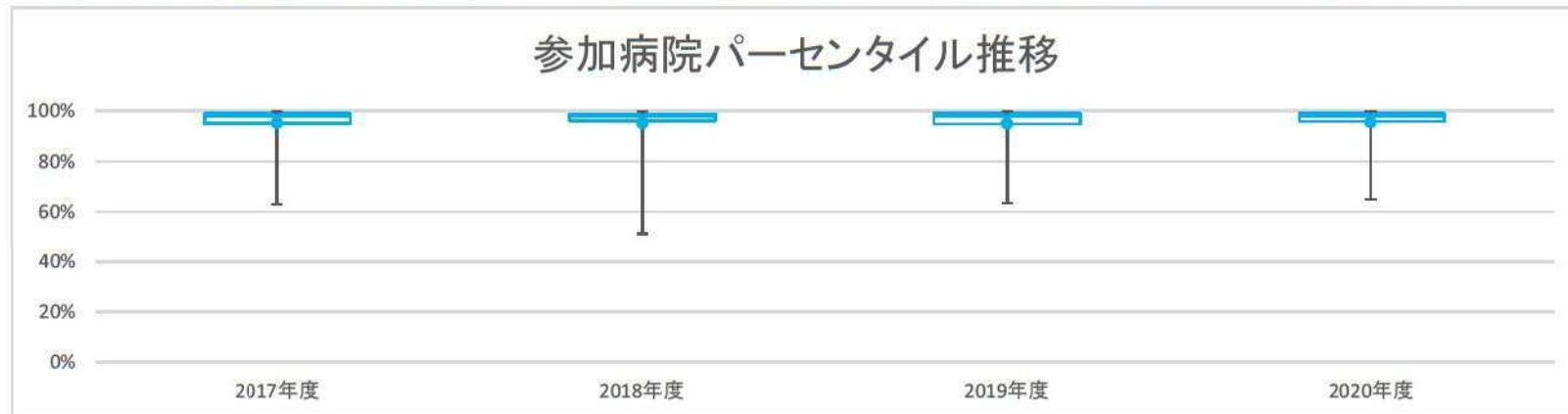
95.3% 95.2% 95.1% 95.5%

平均値(0を除く)

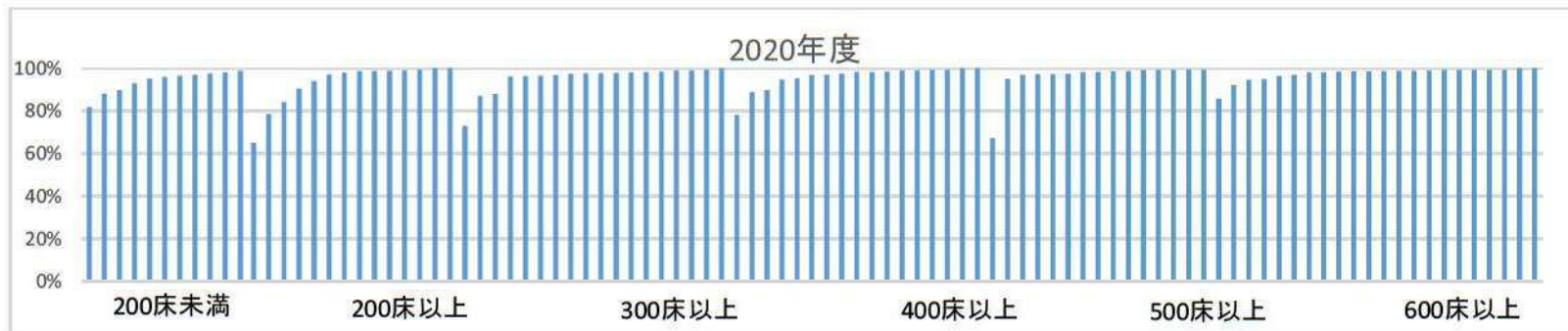
95.3% 95.2% 95.1% 95.5%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般02

## 入院患者満足度(看護)

$$\text{入院患者満足度(看護)} = \frac{\text{満足のいく看護を受けたと回答した入院患者数}}{\text{患者満足度の有効回答数(看護)}}$$

入院患者満足度(看護)とは 入院中または退院時にアンケートなどで看護について満足しているかどうかを患者さんにお聞きし、集計します。

指標の説明 今回の事業では、患者さんご本人からの回答に限っています。治療のためやむを得ず入院する場合(措置入院や緊急措置入院を含む)には、満足度が低くなる場合があります。調査は概ね年に1回のため、今回の調査期間に実施している病院のみが表示されます。より高い値を目指しています。

計算について

参考としたガイドライン等	なし
データ除外	なし
補正などの計算方法	なし
データ基準日	2021年4月25日

考察 施設間のバリエーションは土地柄や施設の地域における役割や特徴によるところもあるので、一概に施設間の比較はできにくいですが、各施設の経年的な変化は施設の運営上重要であり、有効な指標といえる。数値としては多くの施設では前年度と大きく変わっていないが、中には数値が上がっている施設もあり、改善が見られた施設においてはその原因を考察し、多施設が参考とすることも可能かと思われる。

一般02

入院患者満足度(看護)

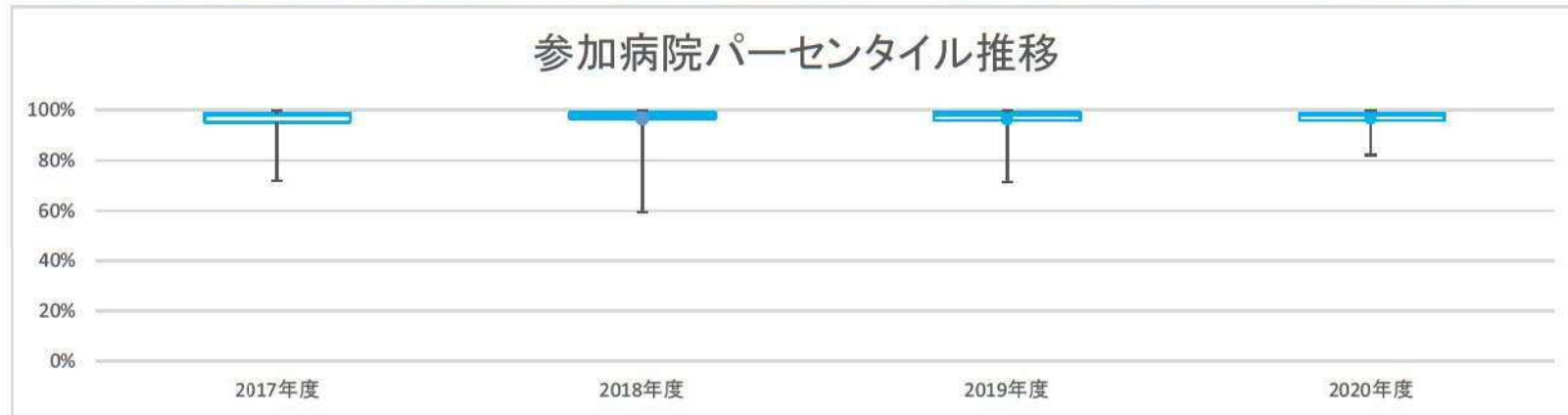
対象病院群 精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科

データのまとめ

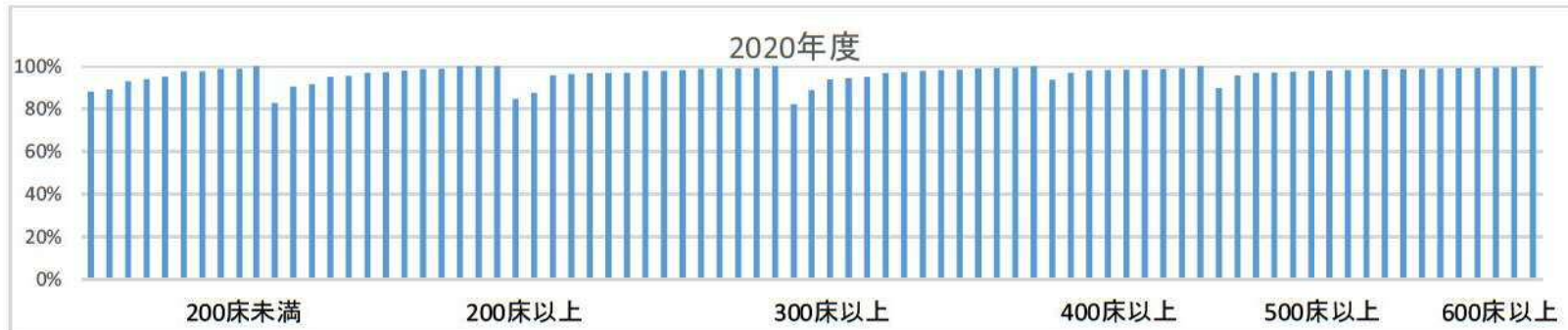
調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
データ登録病院数	99	100	95	79
分母合計	41021	46015	41563	35846
75パーセンタイル	98.8%	99.0%	99.1%	98.9%
中央値	97.7%	98.1%	98.1%	98.0%
25パーセンタイル	95.1%	96.6%	95.7%	95.8%
平均値	95.9%	96.6%	96.3%	96.5%
平均値(0を除く)	95.9%	96.6%	96.3%	96.5%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】





## 一般03

## 外来患者満足度

$$\text{外来患者満足度} = \frac{\text{満足のいく治療を受けたと回答した外来患者数}}{\text{患者満足度の有効回答数(外来)}}$$

外来患者満足度 とは 外来受診時にアンケートなどで診療について満足しているかどうかを患者さんにお聞きし、集計します。

指標の説明 今回の事業では、患者さんご本人からの回答に限っています。このため小さなお子さんなどのご家族の回答は対象から除外しています。多くの患者さんが来院される病院、診療科などでは待ち時間が長くなるため、患者満足度が低くなる場合があります。調査は概ね年に1回のため、今回の調査期間に実施している病院のみが表示されます。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 概ね前年度と変わらない数値を示す施設が多い。施設の立地やその土地における役割等により、利用者からの評価も変わるため、施設間評価は難しい指標であるが、同施設の経年変化は施設の運営上有用な指標となる。

一般03

外来患者満足度

対象病院群

精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科

データのまとめ

調査期間

2017年度 2018年度 2019年度 2020年度

データ登録病院数

128 115 110 93

分母合計

61194 62907 54099 49771

75パーセンタイル

97.4% 97.5% 97.9% 98.2%

中央値

95.7% 95.6% 96.4% 96.4%

25パーセンタイル

92.8% 92.7% 93.7% 94.1%

平均値

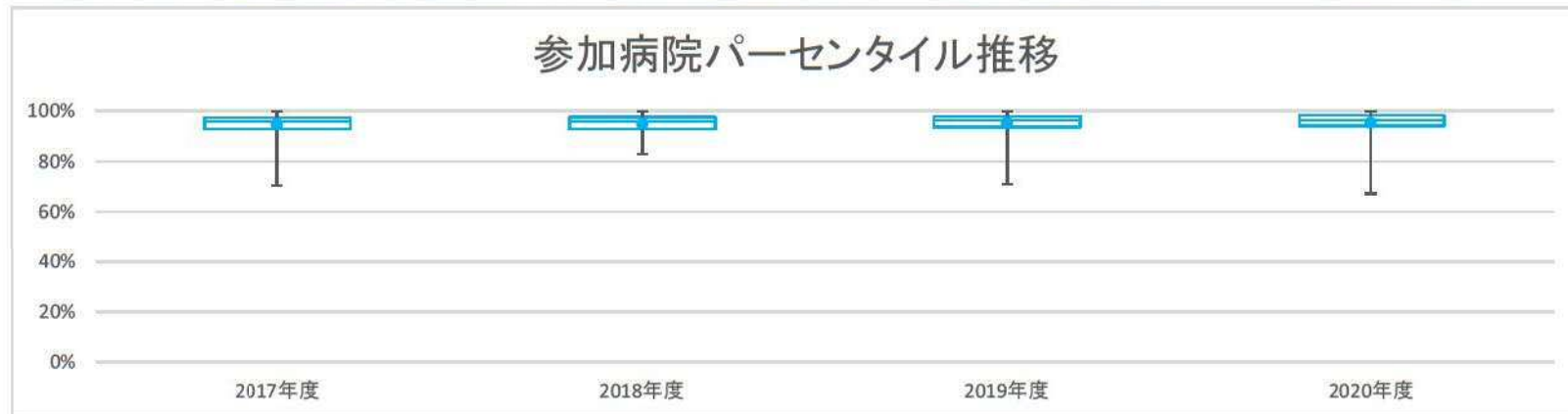
94.7% 94.9% 95.3% 95.2%

平均値(0を除く)

94.7% 94.9% 95.3% 95.2%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般04

## 紹介率【一般】

$$\text{紹介率【一般】} = \frac{\text{紹介初診患者数} + \text{初診救急患者数}}{\text{初診患者数}}$$

紹介率【一般】とは 病院に初診で来る患者さんに対して、紹介受診、救急受診する患者さんの割合を表します。

指標の説明 数値が高い場合には、直接初診する患者さんより地域医療機関等からの紹介や救急来院が目立つことを示しています。地域にもともと医療機関が少ない場合（島しょ部、過疎地域を担当している病院など）、地域住民の健康管理を直接担っている場合には、まっすぐ病院を受診されるため率が低くなります。自治体病院は地域の医療機関等からの紹介患者さんの診療をしています。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 施設の立地やその土地における施設の役割等により、大きく変わる指標である。施設間評価は難しい指標であるが、同施設の経年変化は施設の運営上大変重要な指標である。

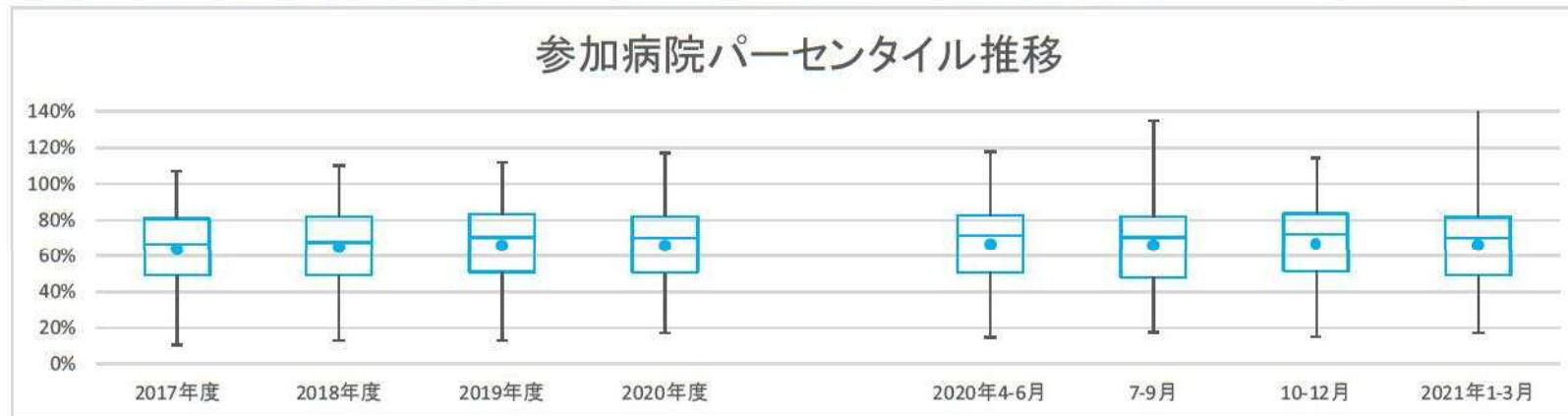
一般04

紹介率【一般】

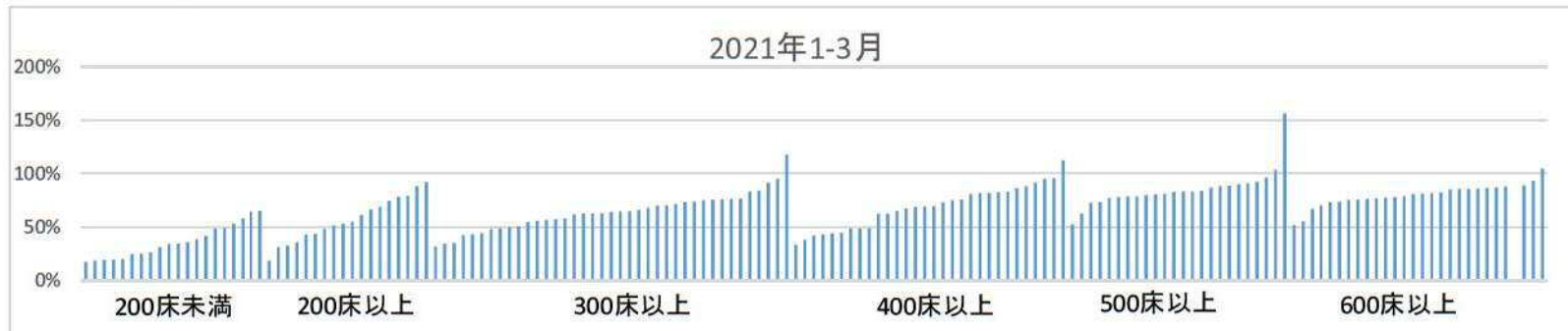
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		166	164	161	168	164	165	162	158
分母合計		3052568	2983301	2746481	2331112	500917	659702	638787	567056
75パーセンタイル		80.8%	82.0%	83.1%	82.0%	82.6%	81.9%	83.6%	81.8%
中央値		66.6%	67.5%	70.6%	70.3%	71.5%	70.5%	72.2%	70.1%
25パーセンタイル		49.1%	49.2%	51.1%	50.7%	50.7%	48.0%	51.5%	49.1%
平均値		63.8%	64.8%	65.9%	65.9%	66.6%	66.0%	66.9%	66.2%
平均値(0を除く)		63.8%	64.8%	65.9%	65.9%	66.6%	66.0%	66.9%	66.2%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般05

## 逆紹介率【一般】

$$\text{逆紹介率【一般】} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

逆紹介率【一般】とは 検査が終わった患者さんや、治療が一段落したり、治療方法が定まった患者さんは患者さんの利便性を考慮し、かかりつけ医への紹介（逆紹介といいます）を行っています。逆紹介患者数と初診患者数の割合を表しています。

指標の説明 自治体病院は地域の医療機関との役割分担で地域住民の健康を担っています。かかりつけ医との連携関係が強いと率は高くなります。初診患者数が多いと率は低くなります。もともと、地域医療機関が少ない（島しょ部や過疎地域）と診療所などへの逆紹介が困難となります。地域医療を病院がかかりつけ医として直接担っているためです。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 施設の立地やその土地における施設の役割、地域医療の担い手の充足度や専門性等により、大きく異なってくる指標である。施設間評価は難しい指標であるが、同施設の経年変化は施設の運営上大変重要な指標である。

一般05

逆紹介率【一般】

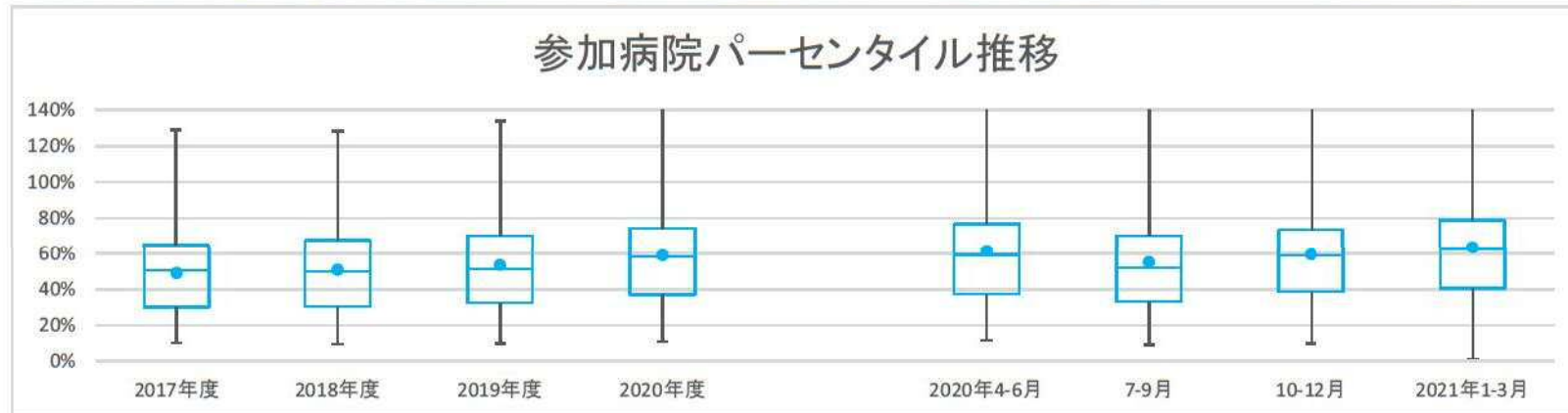
対象病院群

精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科

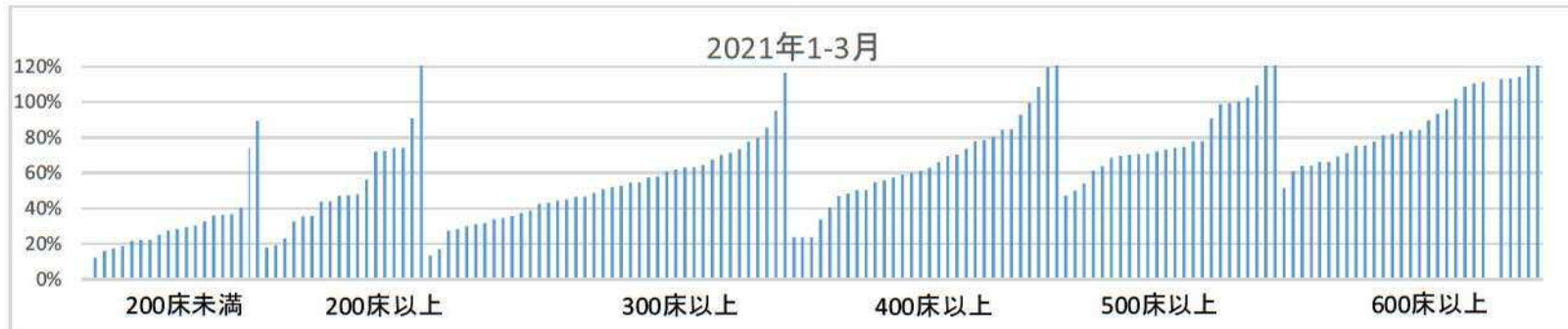
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
	データ登録病院数		168	165	163	170	164	166	164
分母合計		3079792	2994402	2770743	2359245	503156	663253	644851	571761
75パーセンタイル		64.7%	67.6%	70.2%	74.2%	76.7%	70.3%	73.6%	78.7%
中央値		50.6%	49.7%	51.2%	58.5%	59.5%	52.1%	59.1%	62.9%
25パーセンタイル		30.2%	30.4%	32.4%	37.1%	37.3%	33.1%	38.6%	40.5%
平均値		49.1%	50.9%	53.5%	59.0%	61.5%	55.3%	59.6%	63.5%
平均値(0を除く)		49.1%	50.9%	53.5%	59.0%	61.5%	55.3%	59.6%	63.5%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般08

## 新入院患者紹介率

新入院患者中の紹介患者数(紹介は入院前90日以内)		
$\text{新入院患者紹介率} = \frac{\text{新入院患者中の紹介患者数(紹介は入院前90日以内)}}{\text{新入院患者数}}$		
新入院患者紹介率とは	期間中、新規に入院となった患者さんのうち、かかりつけ医等から受診した患者さんがどれだけの割合であったかを示しています。(紹介から90日以内の入院を対象にしています。)	
指標の説明	<p>かかりつけ医との役割分担で自治体病院が担う機能の一つが入院診療です。かかりつけ医で対応困難な検査や治療を必要とする患者さんを自治体病院が紹介をうけて入院となります。割合が高いほどかかりつけ医等からの紹介を受けていることとなります。</p> <p>もともと入院患者数が多い場合や、地域にかかりつけ医が少ない場合(島しょ部や過疎地域など)では数値が低くなる場合があります。より高い値を目指しています。</p>	
計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日
考察	施設の立地やその土地における施設の役割、施設の特徴、地域との連携規模等により、大きく変わる指標である。施設間評価は難しい指標であるが、同施設の経年変化は施設の運営上大変重要な指標である。	



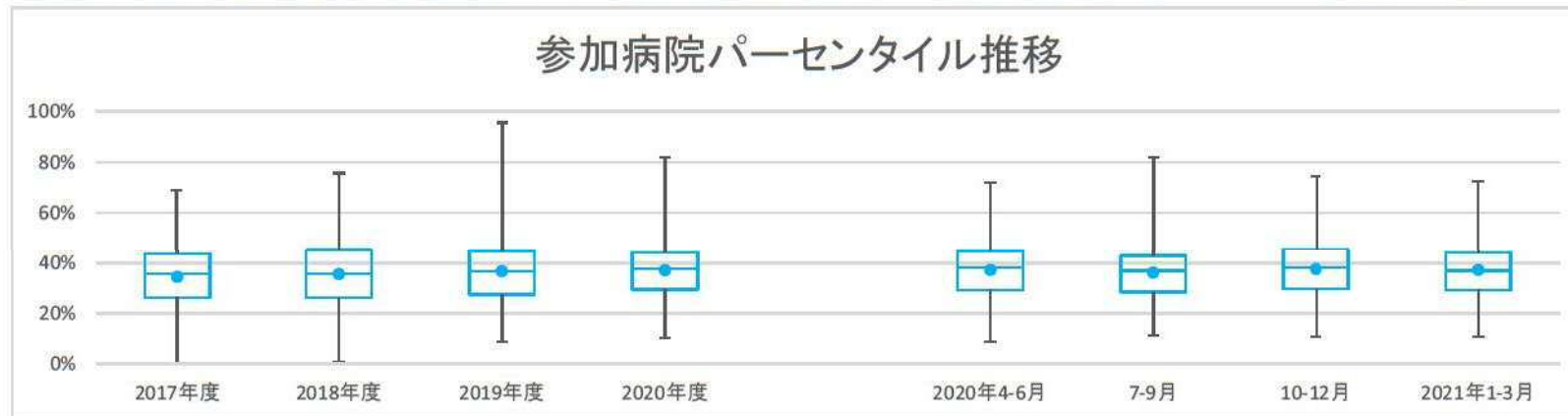
一般08

新入院患者紹介率

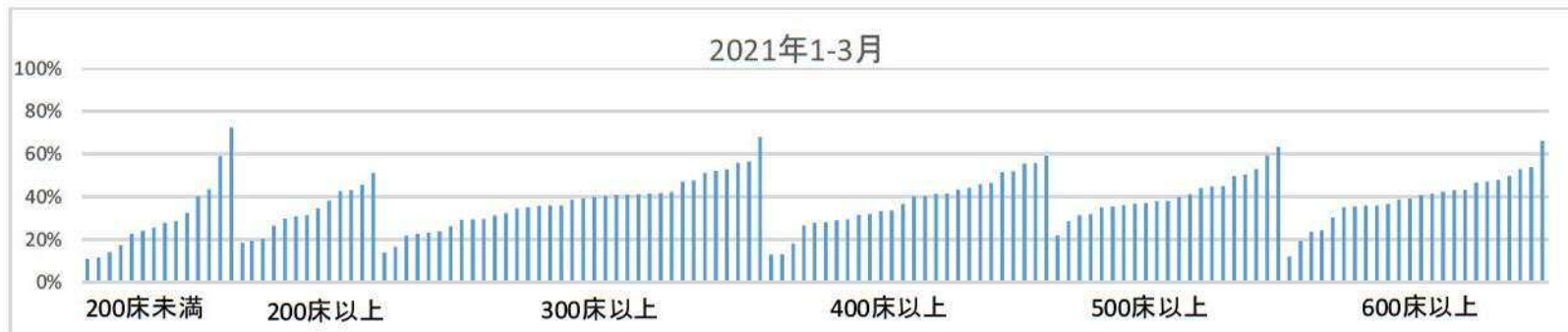
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
	データ登録病院数	139	138	135	143	135	139	136	133
	分母合計	1251711	1231159	1231808	1137664	256312	301004	300022	283337
	75パーセンタイル	43.6%	45.2%	44.9%	44.2%	45.0%	42.9%	45.6%	44.1%
	中央値	35.7%	35.5%	36.7%	37.5%	38.3%	36.8%	38.3%	37.0%
	25パーセンタイル	26.3%	26.2%	27.5%	29.3%	29.3%	28.5%	29.6%	29.3%
	平均値	34.4%	35.5%	36.7%	37.0%	37.1%	36.2%	37.6%	37.2%
	平均値(0を除く)	34.7%	35.5%	36.7%	37.0%	37.1%	36.2%	37.6%	37.2%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般09

## 在宅復帰率

$$\text{在宅復帰率} = \frac{\text{退院先が自宅等の患者数}}{\text{生存退院患者数}}$$

在宅復帰率 とは 退院患者さんのうち、自宅などへの退院の割合です。

指標の説明 治療が一段落し、自宅などへ退院することが多い場合には、率が上昇します。急性期医療を主に担っている病院の場合には、リハビリ等を専門の病院に転院して、より身体機能を安定させてから退院する場合があります。このような場合には率が低くなります。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 経年的には指標の中央値や平均値に大きな変動は見られない。2020年度はCOVID-19の影響か、分母がかなり減少した施設が見受けられるが指標自体にはあまり変化がない施設が多く、退院支援や在宅復帰に向けた支援がかなり促進されていると思われる。施設毎に経時的な指標の推移を見ていくことで、その支援の評価に有用な指標になると思われる。

一般09

在宅復帰率

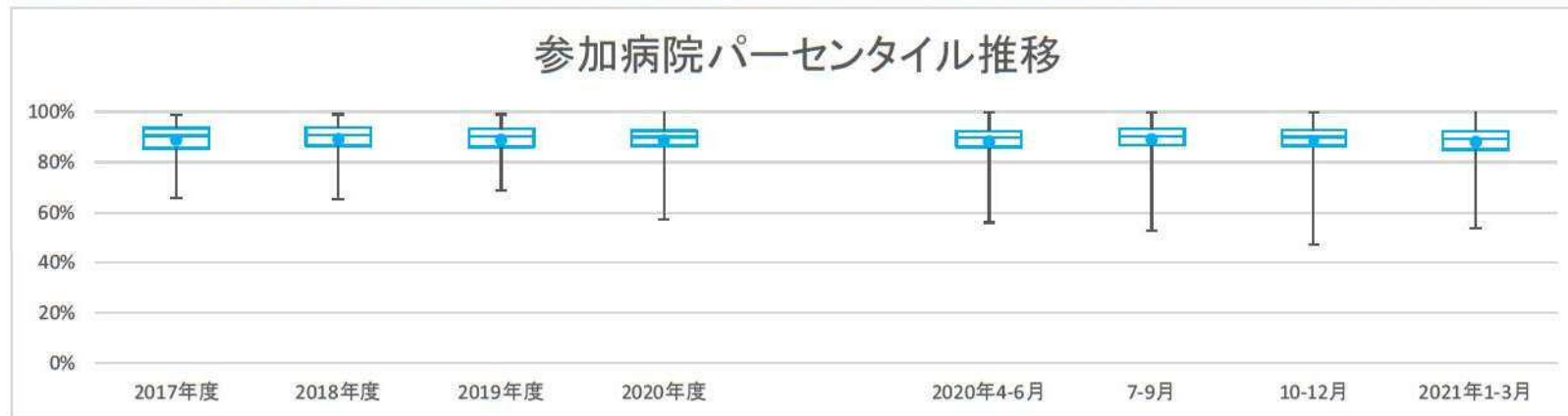
対象病院群

精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科

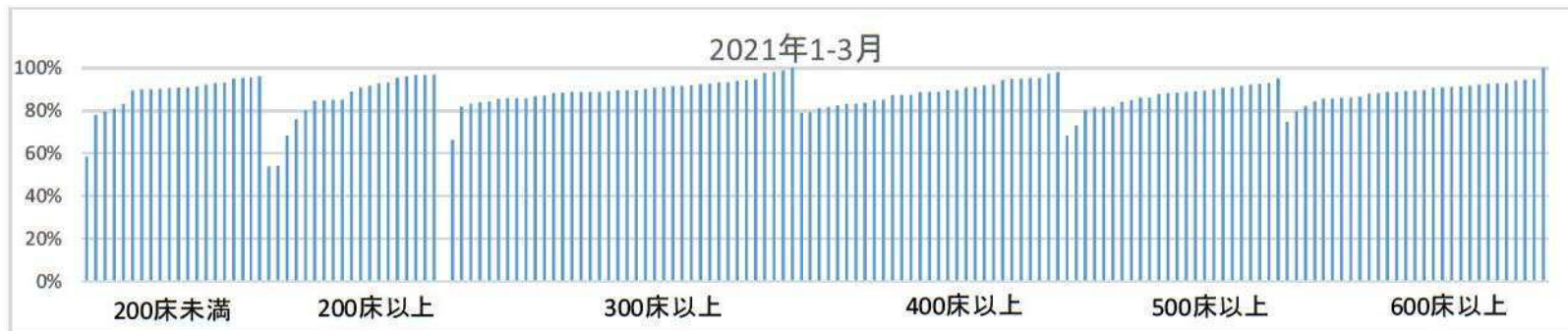
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		165	163	157	167	164	164	162	159
分母合計		1259176	1263355	1225408	1155798	265957	305540	317998	279874
75パーセンタイル		93.6%	93.7%	93.3%	92.5%	92.3%	93.3%	92.6%	92.4%
中央値		90.5%	90.8%	90.2%	90.0%	89.9%	90.3%	90.0%	89.4%
25パーセンタイル		85.5%	86.4%	86.0%	86.4%	85.9%	86.6%	86.4%	85.0%
平均値		88.7%	89.2%	88.9%	88.6%	88.2%	89.0%	88.4%	88.0%
平均値(0を除く)		88.7%	89.2%	88.9%	88.6%	88.2%	89.0%	88.4%	88.0%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般10 地域医療機関サポート率

$$\text{地域医療機関サポート率} = \frac{\text{二次医療圏内で紹介を受けた医科医療機関数}}{\text{二次医療圏内医科医療機関数}}$$

地域医療機関サポート率とは ここでの地域とは二次医療圏を指します。地域の診療所、病院のうち、患者さんの紹介を受けた割合を表しています。

指標の説明 自治体病院は地域の医療機関(かかりつけ医)と連携し、住民の医療を支えています。かかりつけ医が診療し、その結果、病院での診療が望ましい場合には病院への紹介となります。地域の多くの医療機関との連携を図っている場合には数値が高くなります。政令指定都市などの大規模な二次医療圏では、医療機関数そのものが多いので、率は低くなります。大都市に隣接した市町村で地域密着の強い病院でも率は低くなります。二次医療圏の統合によって分母が変動している地域があります。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 経年的に見ると、指標の中央値、平均値共に2020年度は低下している。COVID-19の患者の受け入れによる診療制限が影響したのか。各施設の指標の推移は、所属する二次医療圏での医療連携を促進するための方策の評価に有用と思われる。



一般10

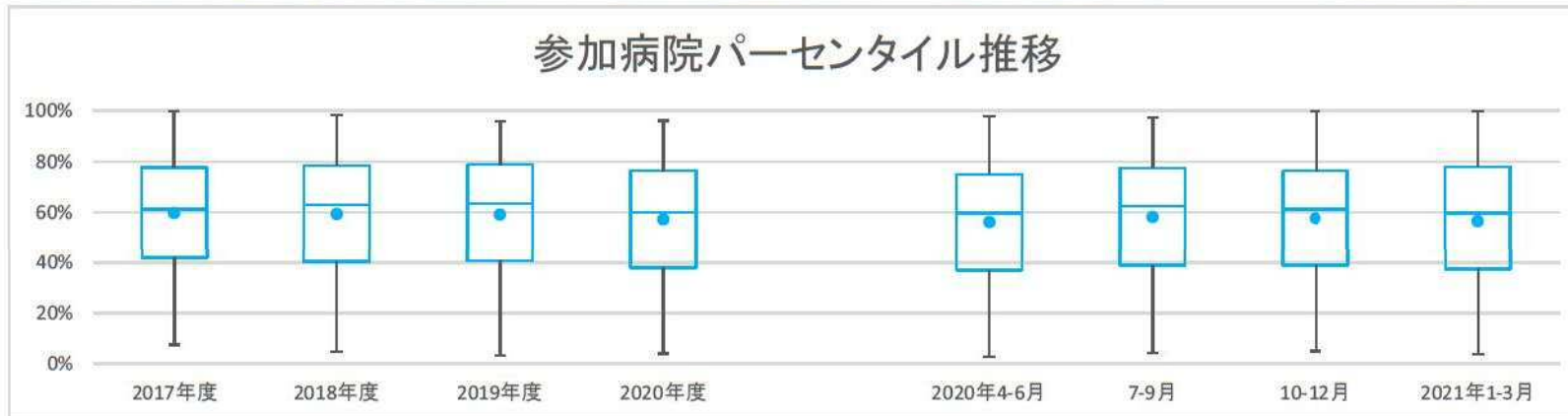
地域医療機関サポート率

対象病院群 精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床

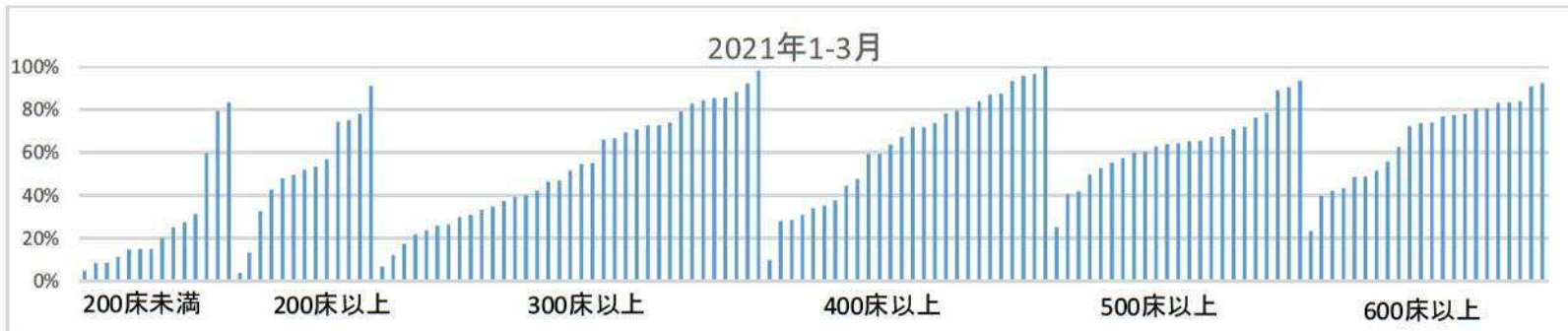
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		140	133	131	142	134	136	137	133
分母合計		234728	253302	250156	266376	66900	67324	68074	65566
75パーセンタイル		77.6%	78.5%	78.8%	76.4%	75.0%	77.6%	76.3%	78.0%
中央値		61.3%	62.9%	63.6%	59.9%	59.8%	62.4%	61.2%	59.7%
25パーセンタイル		41.9%	40.3%	40.7%	37.8%	37.0%	38.9%	38.9%	37.3%
平均値		59.8%	59.4%	59.2%	57.2%	56.2%	58.2%	57.8%	56.5%
平均値(0を除く)		59.8%	59.4%	59.2%	57.2%	56.2%	58.2%	57.8%	56.5%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般11 地域分娩貢献率

$$\text{地域分娩貢献率} = \frac{\text{院内出生数}}{\text{二次医療圏出生数(住民登録がなされているうち生年月日が調査期間のもの)}}$$

地域分娩貢献率 とは ここでの地域とは二次医療圏を指します。地域での出生数に対して、病院内で出生した割合を表しています。

指標の説明 政令指定都市などの大規模な二次医療圏では、出生数そのものが多いので、率は低くなります。大都市に隣接した市町村で地域密着の強い病院でも率は低くなります。里帰り分娩なども積極的に引き受けている場合には100%を超えることがあります。分母の出生数は市区町村に照会を行うため、データの提出が間に合わない場合があります。二次医療圏の統合によって分母が変動している地域があります。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 COVID-19の影響か、分母が減少している。各施設が位置する二次医療圏内の分娩取り扱い施設の増減や自施設の産科診療体制にも左右されると思われるが、周産期医療への貢献度を評価する指標として有用と思われる。

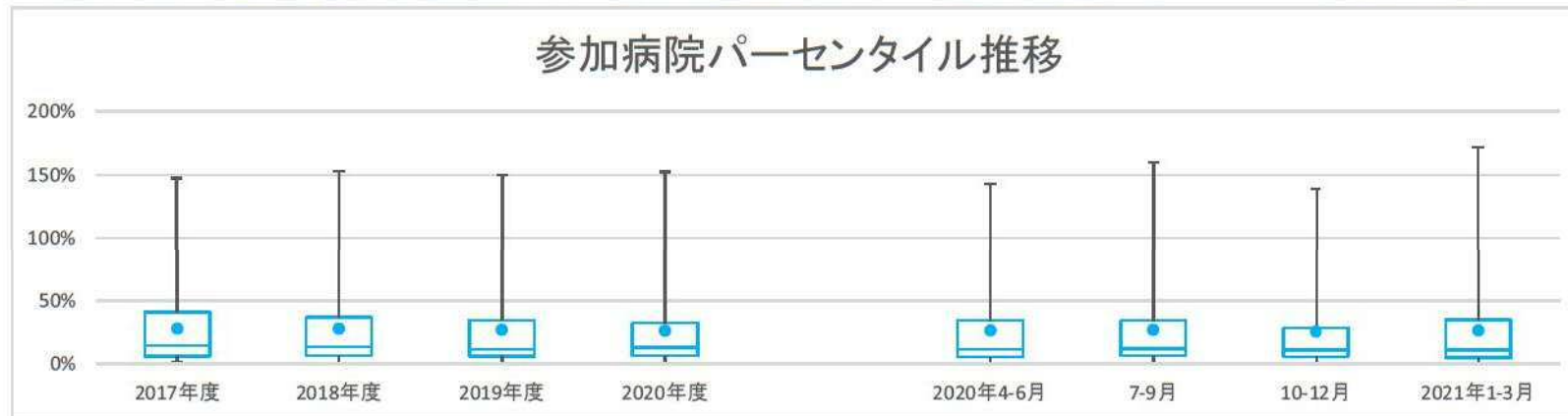
一般11

地域分娩貢献率

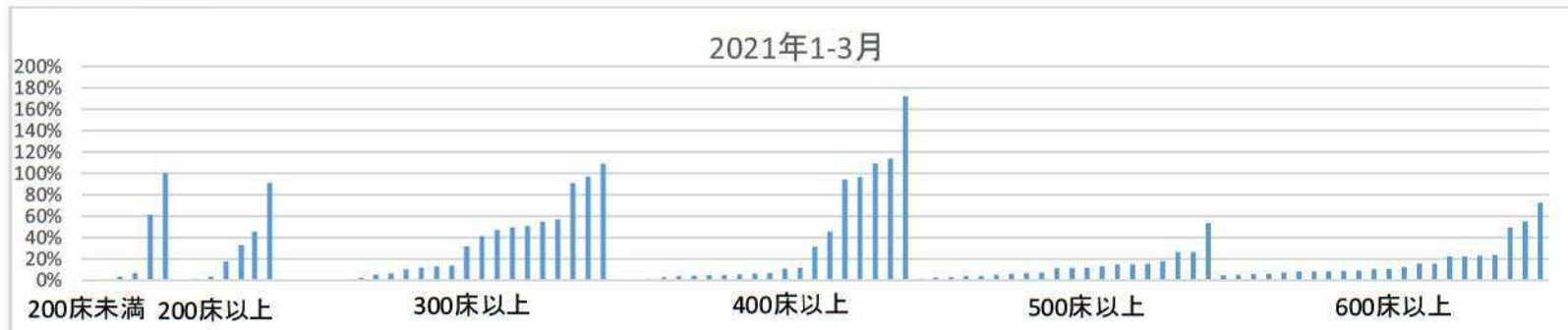
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		102	99	91	97	97	92	92	92
分母合計		407558	415966	403552	391268	107051	105116	98273	89111
75パーセンタイル		40.9%	36.9%	34.7%	32.3%	34.5%	34.2%	28.3%	34.9%
中央値		14.4%	13.5%	12.0%	13.0%	11.7%	12.0%	11.0%	11.2%
25パーセンタイル		6.2%	6.5%	6.3%	6.3%	5.5%	6.6%	5.9%	5.0%
平均値		28.1%	28.0%	27.1%	26.1%	26.5%	27.1%	25.6%	26.5%
平均値(0を除く)		28.1%	28.0%	27.1%	26.1%	26.8%	27.1%	25.6%	26.5%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般12 地域救急貢献率

$$\text{地域救急貢献率} = \frac{\text{救急車来院患者数}}{\text{二次医療圏内救急車搬送人数}}$$

地域救急貢献率 とは ここでの地域とは二次医療圏を指します。地域で救急搬送された患者さんに対して、病院で引き受けた救急車来院患者数の割合を表しています。

指標の説明 政令指定都市などの大規模な二次医療圏では、医療機関数そのものが多いので、率は低くなります。大都市に隣接した市町村で地域密着の強い病院でも率は低くなります。二次医療圏以外からも救急搬送を引き受けている場合には100%を超える場合があります。分母の救急搬送数は、管轄の消防本部等に照会を行うため、データの提出が間に合わない場合があります。二次医療圏の統合によって分母が変動している地域があります。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 経時的にみて、2020年度はCOVID-19感染予防のための外出自粛などの影響か分母がやや減少しているが、中央値、平均値にはほぼ変化が見られない。救急医の確保や宿日直体制にもよるが、各施設の二次医療圏での救急医療への貢献度を評価する指標として有用と思われる。

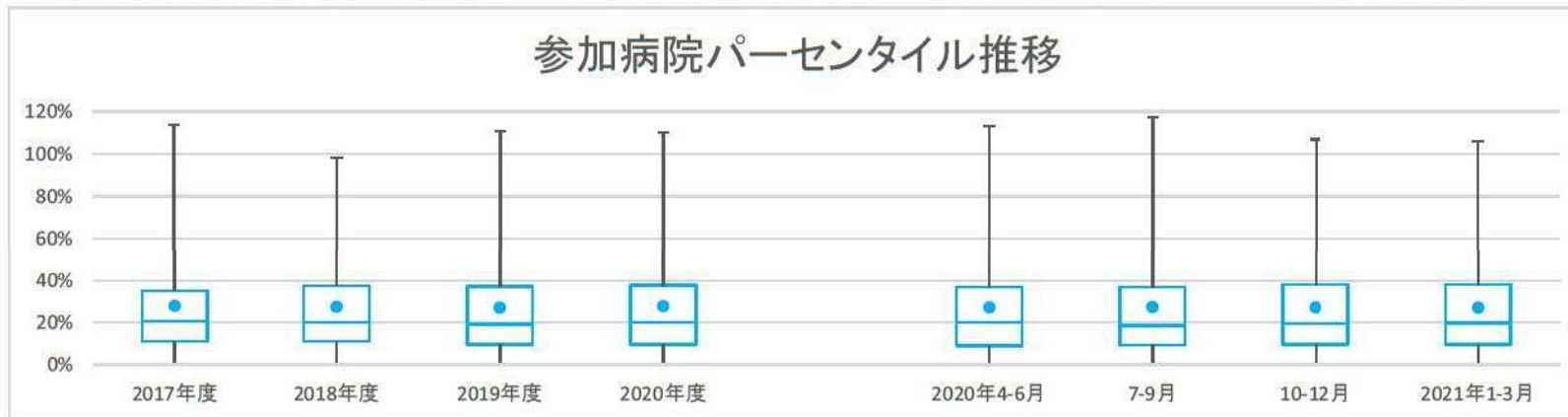
一般12

地域救急貢献率

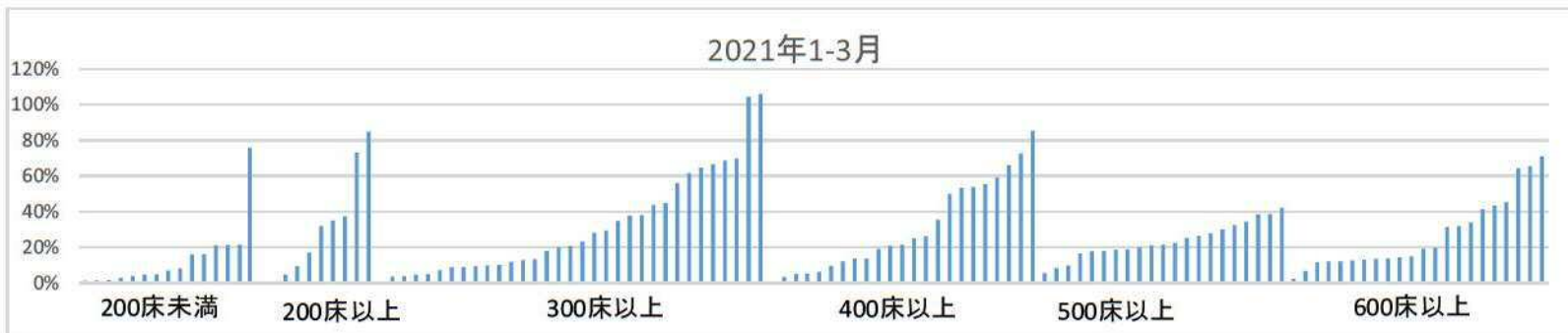
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		129	127	126	134	127	130	129	124
分母合計		3100893	3449053	3346904	3110577	705157	842437	831831	731152
75パーセンタイル		35.2%	37.5%	37.3%	37.6%	36.9%	36.9%	38.0%	37.9%
中央値		20.6%	20.1%	19.2%	20.3%	20.0%	18.7%	19.6%	19.7%
25パーセンタイル		11.0%	11.2%	9.5%	9.7%	9.2%	9.5%	9.6%	9.7%
平均値		27.9%	27.5%	27.1%	27.6%	27.2%	27.4%	27.1%	27.1%
平均値(0を除く)		27.9%	27.5%	27.1%	27.6%	27.2%	27.4%	27.4%	27.3%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般13 転倒・転落発生率

$$\text{転倒・転落発生率} = \frac{\text{入院患者転倒・転落レベル2以上該当件数}}{\text{入院延べ日数}}$$

転倒・転落発生率 とは 入院患者さんが転倒・転落した場合に、何ともない場合もありますが、レントゲン検査や傷の処置などが必要になる場合もあります。レベル2以上とは、検査や処置などが必要になった場合を意味します。発生の程度を表しています。

指標の説明 認知症があったり、病気の影響で意識が混濁したりしている場合には、ご自分のまわりのことが認識できず、あるいは、体のバランスを崩したりして、転倒したり、ベッドから転落したりします。このような患者さんが多い病院では率が高くなる場合があります。より低い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	<a href="http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf">http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf</a> (56ページ)
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 経時的にみて、指標の中央値、平均値ともに高くなっている。患者の高齢化による認知症やせん妄などが増加していることが予想され、その要因かと思われる。各施設で取り組まれている転倒・転落防止に向けたリスク評価や対策の評価に有用な指標と思われる。

一般13

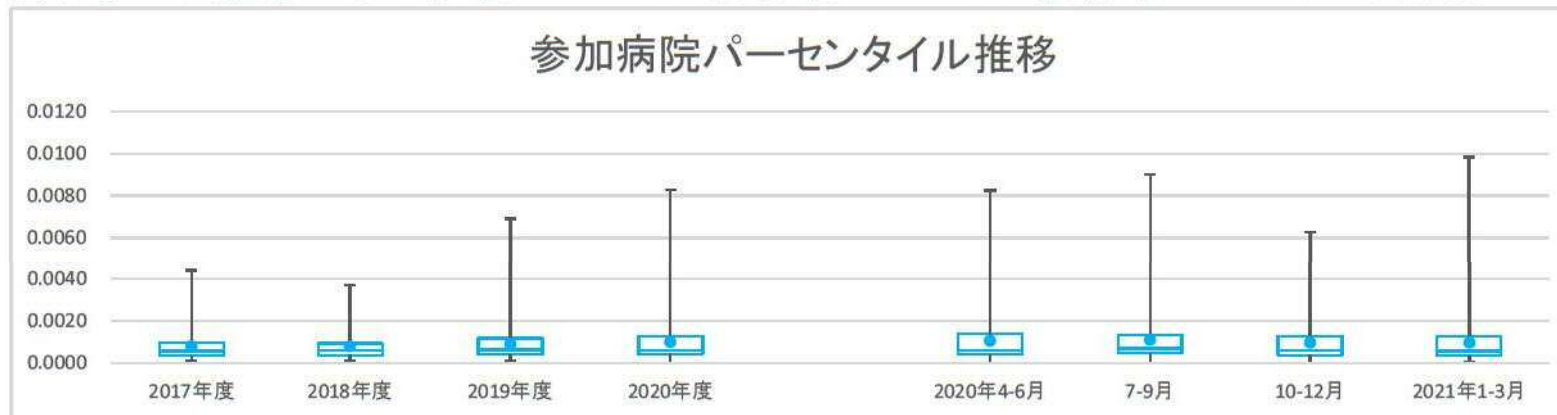
転倒・転落発生率

対象病院群 精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科

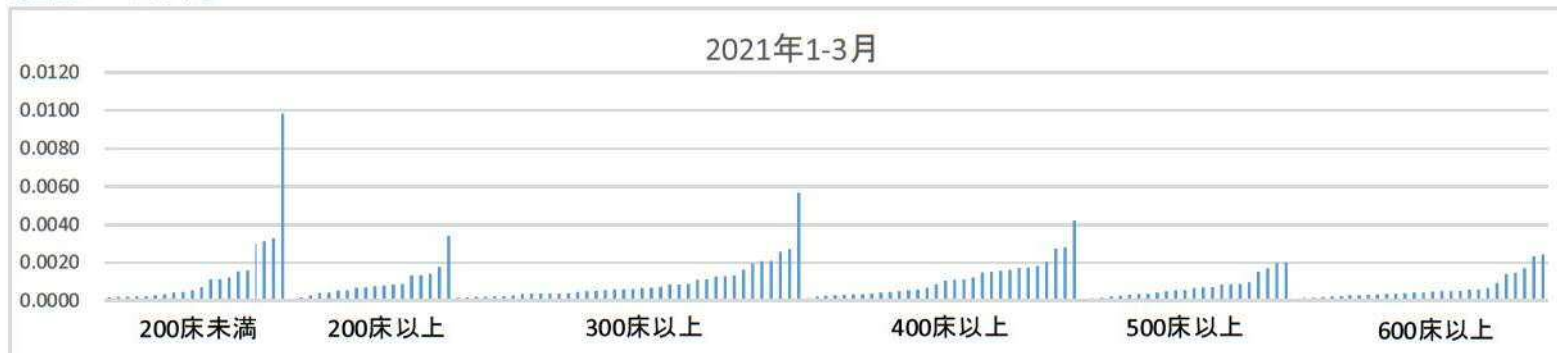
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		163	164	155	168	162	163	162	157
分母合計		19014110	18349745	17294480	16727481	3975385	4254805	4377166	4135919
75パーセンタイル		0.00095	0.00093	0.00117	0.00127	0.00138	0.00134	0.00128	0.00128
中央値		0.00055	0.00058	0.00063	0.00060	0.00062	0.00070	0.00062	0.00057
25パーセンタイル		0.00033	0.00036	0.00041	0.00043	0.00040	0.00046	0.00036	0.00035
平均値		0.00079	0.00079	0.00092	0.00100	0.00107	0.00111	0.00098	0.00097
平均値(0を除く)		0.00079	0.00079	0.00092	0.00101	0.00107	0.00112	0.00098	0.00097

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般14 褥瘡推定発生率

$$\text{褥瘡推定発生率} = \frac{\text{入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数} + \text{入院時に褥瘡あり他部位に新規褥瘡発生の患者数}}{\text{調査日の施設在院数}}$$

褥瘡推定発生率 とは 褥瘡(じょくそう)は低栄養の患者さんが、長く寝込んでいたりするとできます。病院に入院してから新たに発生した褥瘡の率を表しています。

指標の説明 低栄養の患者さんや一定の体の向きしか取れない場合には褥瘡がでやすいので、このような患者さんが多い場合には率が高くなることがあります。より低い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	日本褥瘡学会用語の定義集
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 経年的に見て、2020年度で指標の平均値がやや上昇しているが、大きな変動ではない。各施設での褥瘡予防対策やNST活動に代表される栄養管理体制、看護ケアなどの成果を評価する指標のひとつとして有用と思われる。

一般14

褥瘡推定発生率

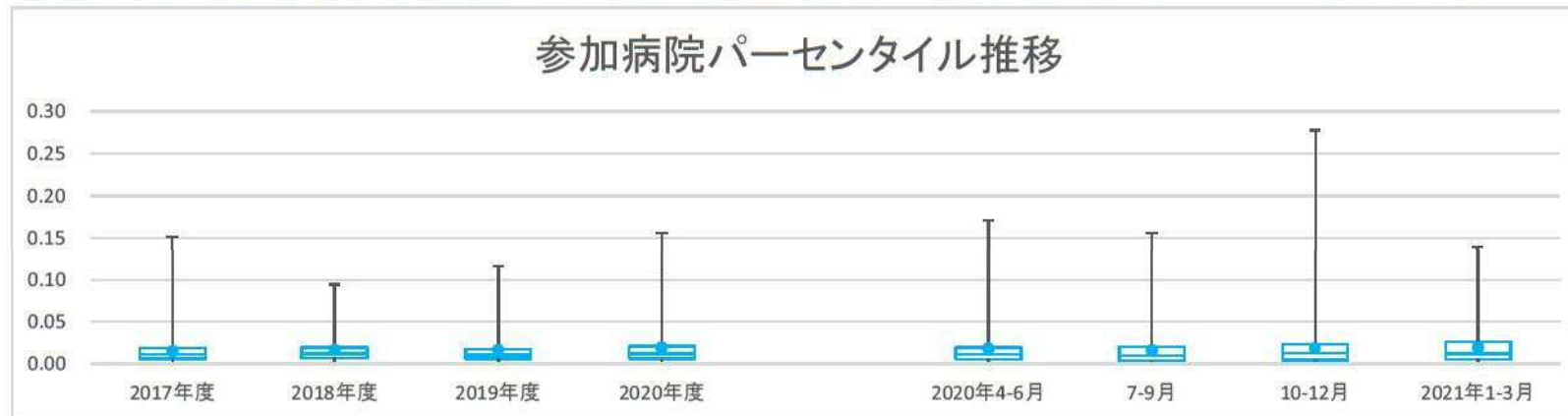
対象病院群

精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科

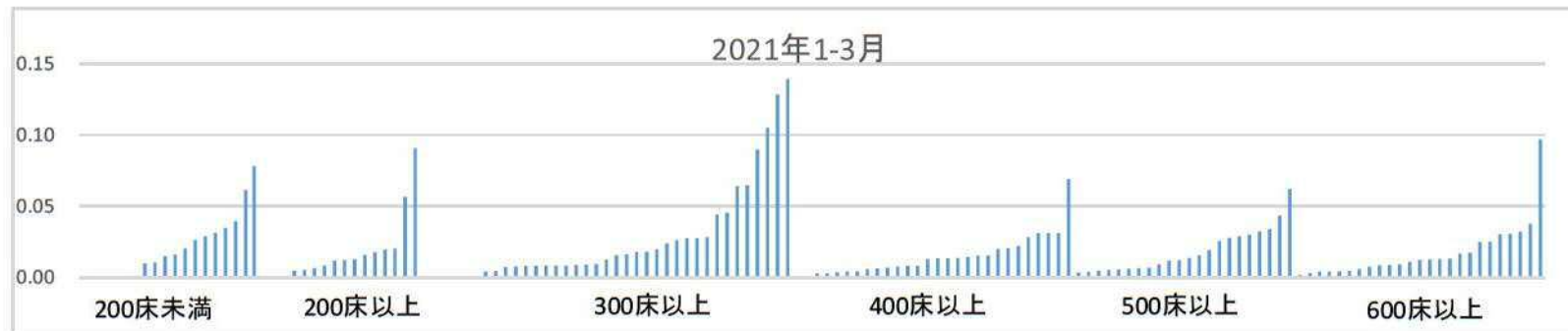
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		158	154	151	159	155	155	150	146
分母合計		184931	179849	171044	162411	41030	42324	41238	39089
75パーセンタイル		0.019	0.020	0.018	0.021	0.020	0.020	0.023	0.026
中央値		0.011	0.012	0.011	0.012	0.011	0.010	0.013	0.013
25パーセンタイル		0.006	0.007	0.006	0.006	0.006	0.003	0.005	0.006
平均値		0.015	0.017	0.017	0.019	0.019	0.016	0.019	0.020
平均値(0を除く)		0.016	0.017	0.017	0.020	0.021	0.020	0.023	0.023

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般15 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

$$\text{手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率} = \frac{\text{手術のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{手術室で行った手術件数}}$$

手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率は、現在、細菌感染を起こしていないが、手術後の感染をできるだけ防ぐために、抗生物質をあらかじめ投与することを予防的抗菌薬投与といいます。

指標の説明 開胸、開腹を伴う手術等は、手術開始直前に抗菌薬を点滴などで投与することにより、手術後の感染を抑えることが期待されています。

計算について 参考としたガイドライン等 「術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン」  
公益社団法人日本化学療法学会/一般社団法人日本外科感染症学会  
日本化学療法学会/日本外科感染症学会  
術後感染予防抗菌薬適正使用に関するガイドライン作成委員会編  
[http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/jyutsugo\\_shiyou\\_jissen.pdf](http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/jyutsugo_shiyou_jissen.pdf)

データ除外 なし  
補正などの計算方法 なし  
データ基準日 2021年4月25日

考察 経年的に、参加施設が増加している。指標の中央値・平均値共に上昇傾向にあり、各施設でのSSI予防への意識付けにつながっている有用な指標と思われる。また、指標の低い施設への術後感染予防の啓発にも有用と思われる。

一般15

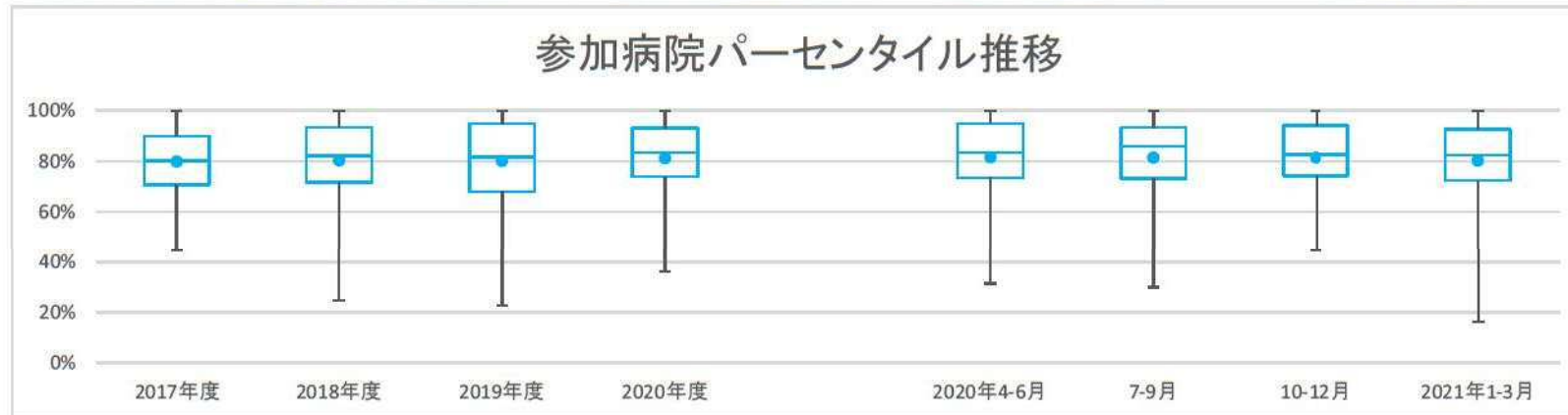
手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

対象病院群 精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床

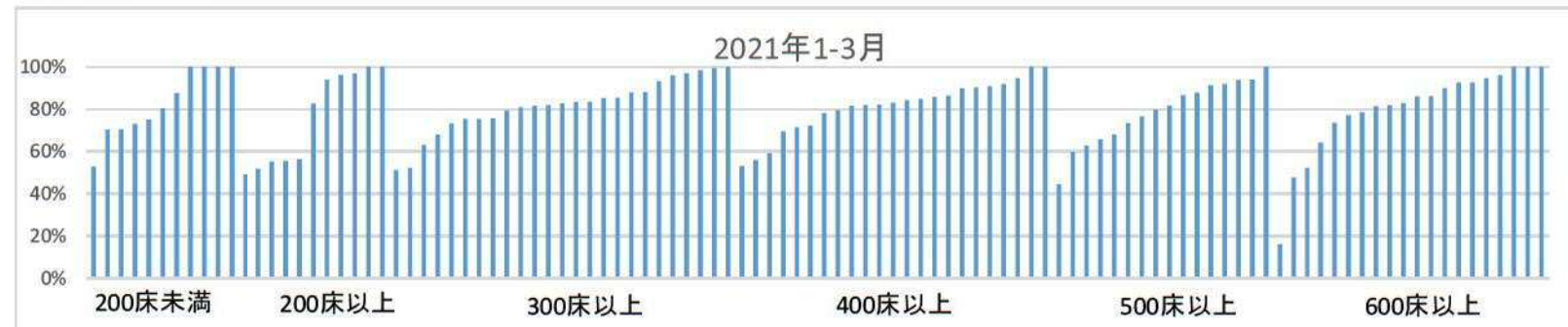
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		107	104	105	111	107	109	104	106
分母合計		352579	348362	353021	338249	73777	90415	91374	86507
75パーセンタイル		89.9%	93.4%	94.7%	93.1%	94.8%	93.2%	94.0%	92.5%
中央値		80.3%	82.1%	81.7%	83.4%	83.5%	85.9%	82.7%	82.5%
25パーセンタイル		70.7%	71.6%	68.0%	73.9%	73.5%	73.3%	74.2%	72.4%
平均値		79.8%	80.3%	80.1%	81.1%	81.6%	81.4%	81.3%	80.2%
平均値(0を除く)		79.8%	80.3%	80.1%	81.1%	81.6%	81.4%	81.3%	80.2%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】



## 一般16

## 肺血栓塞栓症の予防対策実施率

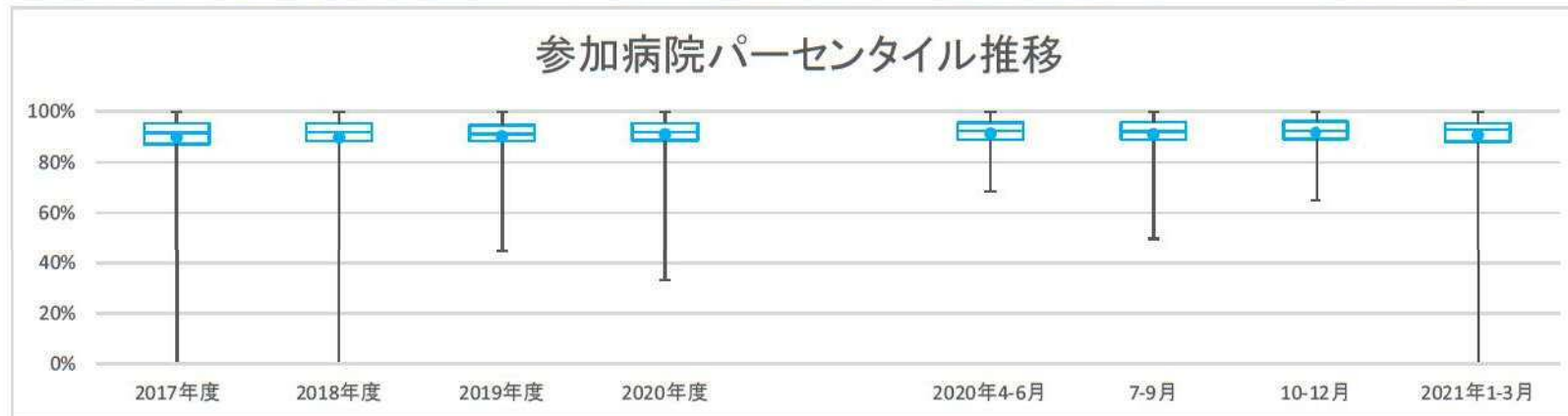
分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された退院患者数 肺血栓塞栓症の予防対策実施率= $\frac{\text{分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された退院患者数}}{\text{肺血栓塞栓症発症リスクレベル「中」以上の手術を実施した退院患者数}}$									
肺血栓塞栓症の予防対策実施率とは	肺血栓塞栓症とは、下肢や腹部でできた血の塊(血栓)が肺に行く血管(肺動脈)に詰まる病気です。予防には血液凝固を抑える薬剤を使用したり、弾性ストッキングなどを利用することがあります。リスクの程度が一定以上ある手術の時に、予防対策がなされた割合を表しています。								
指標の説明	肺血栓塞栓症は、大きな手術後、ベッド上安静を長くしている場合に発症しやすいとされています。今回の指標では、手術のリスク分類を行い、中リスク以上の手術の前線で対策が行われている率を測定しました。対策に積極的に取り組んでいる病院は率が高くなります。血液凝固を抑える薬剤(抗凝固剤)を使用できない患者さんや弾性ストッキングを下肢に着用できない患者さんもありますのでこのような患者さんが多い病院では率が低くなります。より高い値を目指しています。								
計算について	<table border="0"> <tr> <td>参考としたガイドライン等</td> <td>日本循環器学会等 <a href="https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/09/JCS2017_ito_h.pdf">https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/09/JCS2017_ito_h.pdf</a></td> </tr> <tr> <td>データ除外</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>補正などの計算方法</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>データ基準日</td> <td>2021年4月25日</td> </tr> </table>	参考としたガイドライン等	日本循環器学会等 <a href="https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/09/JCS2017_ito_h.pdf">https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/09/JCS2017_ito_h.pdf</a>	データ除外	なし	補正などの計算方法	なし	データ基準日	2021年4月25日
参考としたガイドライン等	日本循環器学会等 <a href="https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/09/JCS2017_ito_h.pdf">https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/09/JCS2017_ito_h.pdf</a>								
データ除外	なし								
補正などの計算方法	なし								
データ基準日	2021年4月25日								
考察	肺血栓塞栓症などの深部静脈血栓症は術後安静や拘束などベッド上安静が長時間になるほど発生率が上昇する。中リスク以上を対象としている。登録施設数は増加したものの、COVID-19の影響か対象症例数の減少が特に400床以上の病院では多く見られた。予防対策実施率は近年はほぼ変化がないが、2020年度も90%以上の高い平均値を呈し、25パーセントタイル値も平均値も毎年上昇している。医療安全の面からも有用な指標である。								



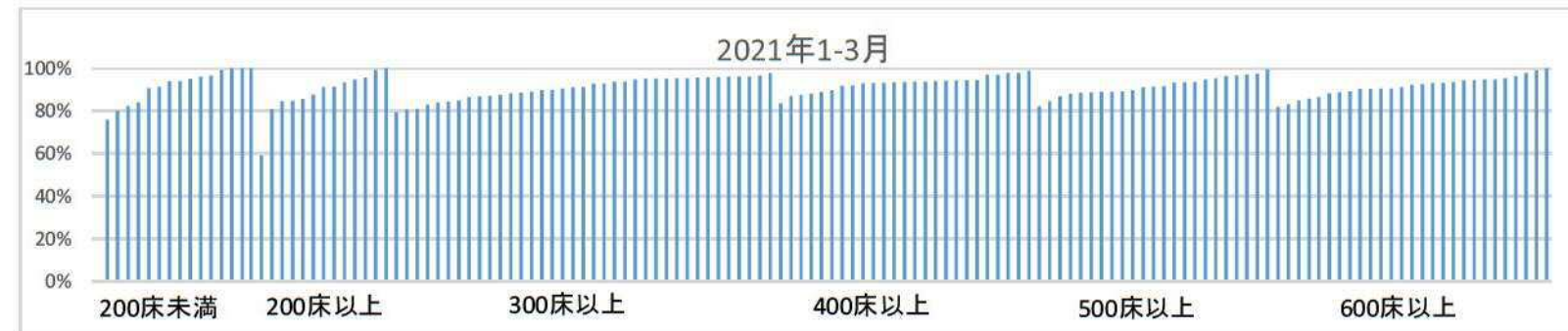
一般16 肺血栓塞栓症の予防対策実施率

データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		146	141	138	149	141	143	145	141
分母合計		189269	188194	185420	183234	42288	45571	51182	44193
75パーセンタイル		95.3%	95.2%	94.6%	95.4%	95.6%	95.7%	96.2%	95.2%
中央値		91.6%	91.8%	91.2%	91.9%	92.5%	92.1%	92.5%	92.8%
25パーセンタイル		87.0%	88.3%	88.4%	88.6%	88.9%	88.9%	89.0%	88.3%
平均値		89.9%	89.7%	90.2%	91.0%	91.3%	91.0%	91.6%	90.7%
平均値(0を除く)		90.5%	90.3%	90.2%	91.0%	91.3%	91.0%	91.6%	91.3%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値 (2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般17 クリニカルパス使用率(患者数)

$$\text{クリニカルパス使用率(患者数)} = \frac{\text{パス新規適用患者数}}{\text{新入院患者数}}$$

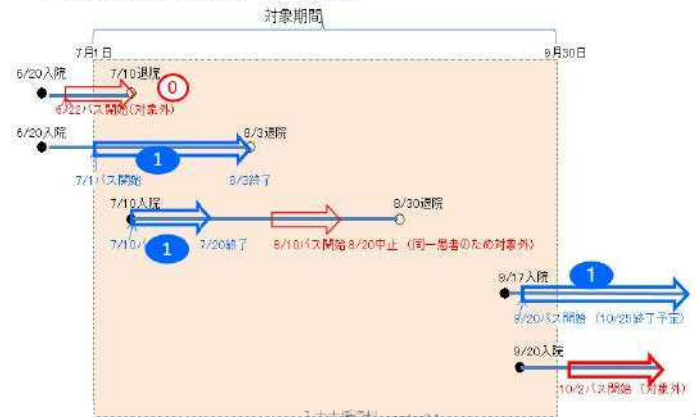
クリニカルパス使用率(患者数)とは	パスとは良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表をいいます。(厚生労働省WEBより抜粋)。入院患者さんに対し、パスが適応された割合を表しています。	
指標の説明	<p>主な診療に先だって計画が行われるため、患者さんは事前の説明が受けやすくなります。しかし、まれな疾患や病状などではあらかじめ計画を立てることが出来ないためパスを利用することは困難です。このような疾患を多く診療している医療機関は使用率が低くなる場合があります。また、重症患者さんが多い病院も病状が一定でないため使用率が低くなる場合があります。診療計画表にはパス以外にも抗がん剤治療計画などがありますが、今回の調査では含まれておりません。病院によってパスの運用等が異なることがあり、100%を超える場合には除外フラグ(*)をつけ、平均値等から省いています。平成28年度より分子は重複を含まないよう変更しています。</p> <p>より高い値を目指しています。(測定方法は具体例の図を参照)</p>	
計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日
考察	<p>登録施設数に大きな変化はない。近年平均値は40%を超えてはいるものの増加傾向は見られない。DPCへの対応や医療の均てん化、チーム医療における情報の共有化、医療安全など、質向上のためにも極めて有用なツールであり、重要な指標と思われる。一方で近年、使用率、分布等がほぼ固定化しており成熟化が進んでいる印象もある。今後更なる使用率の向上には何かしらのブレークスルーが必要かもしれない。</p>	

具体例

193: パス新規適用患者数  
194: パス新規適用患者数【精神科再掲】

調査期間に開始されたパス数をカウントする。  
同一患者同一入院期間は最初の1回のみカウントする。  
下図では、青数字合計の 3 となる。

補足説明図



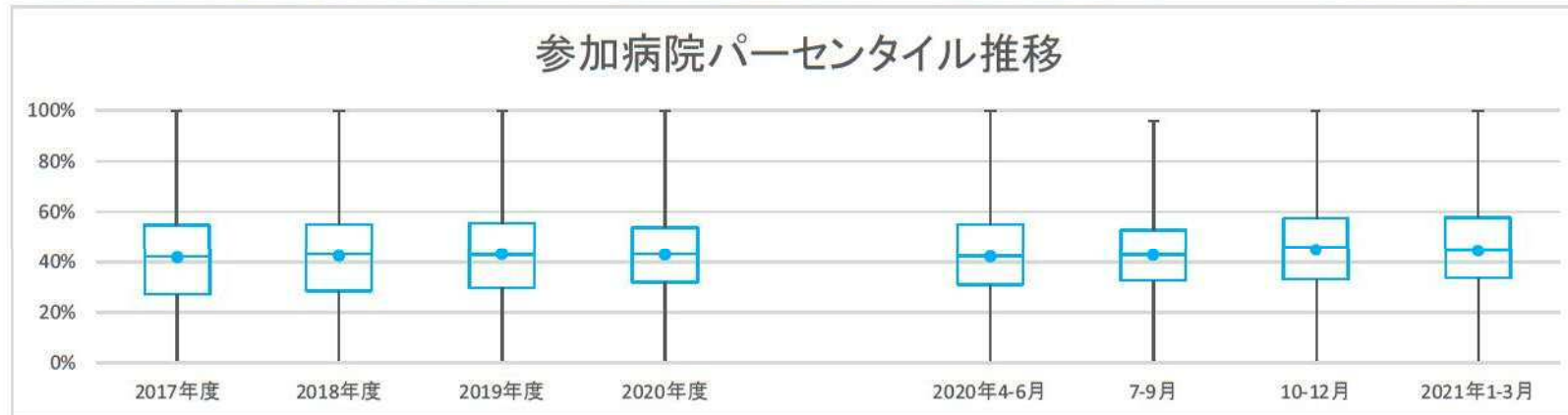
一般17

クリニカルパス使用率(患者数)

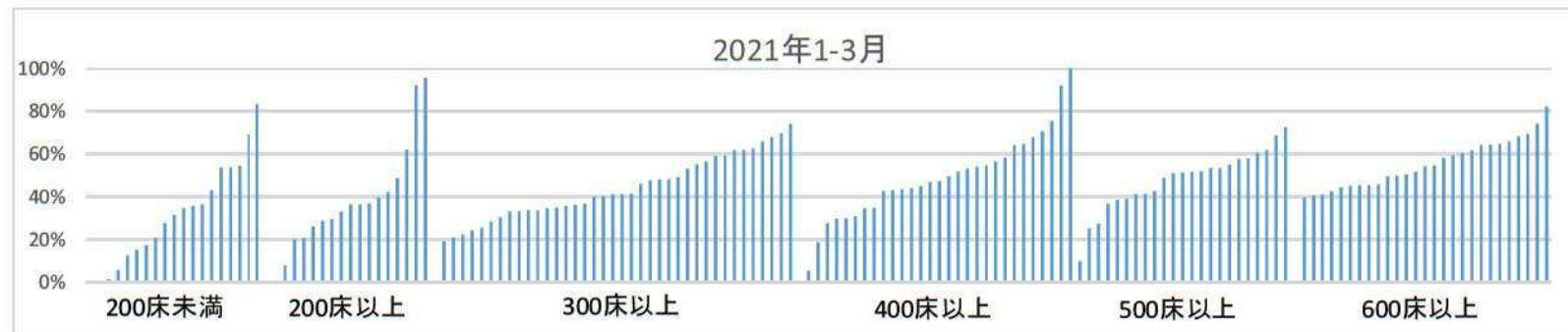
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床、精神科単科							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		160	157	158	164	157	158	160	156
分母合計		1304803	1261300	1251614	1148197	261256	302593	309910	294681
75パーセンタイル		54.8%	54.9%	55.5%	53.9%	55.0%	52.7%	57.5%	57.7%
中央値		42.2%	43.1%	42.9%	43.0%	42.3%	42.8%	45.9%	45.0%
25パーセンタイル		27.2%	28.6%	29.8%	31.9%	31.0%	32.5%	33.1%	33.6%
平均値		41.8%	42.4%	43.1%	42.8%	42.2%	42.7%	44.9%	44.6%
平均値(0を除く)		42.6%	43.2%	43.9%	44.2%	43.6%	44.4%	46.3%	46.1%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般18 クリニカルパス使用率(日数)

$$\text{クリニカルパス使用率(日数)} = \frac{\text{パス適用日数合計}}{\text{入院延べ日数}}$$

クリニカルパス使用率(日数)とは パスとは良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表をいいます。(厚生労働省WEBより抜粋)。入院患者の延べ日数に対し、パスが適応された割合を表しています。

指標の説明 主な診療に先だって計画が行われるため、患者さんは事前の説明が受けやすくなります。しかし、まれな疾患や病状などではあらかじめ計画を立てることが出来ないためパスを利用することは困難です。このような疾患を多く診療している医療機関は使用率が低くなる場合があります。また、重症患者さんが多い病院も病状が一定でないため使用率が低くなる場合があります。診療計画表にはパス以外にも抗がん剤治療計画などがありますが、今回の調査では含まれておりません。主な治療が済んだあとに退院準備に時間を要した場合などにはこの指標が低下することがあります。病院によってパスの運用等が異なることがあり、100%を超える場合には除外フラグ(\*)をつけ、平均値等から省いています。より高い値を目指しています。(測定方法は具体例の図を参照)

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 登録施設数、平均値は著変なく、パス使用率(患者数)の約半数である。DPCへの対応や医療の均てん化、チーム医療における情報の共有化など、質向上のためにも、有用なツール・指標と思われる。

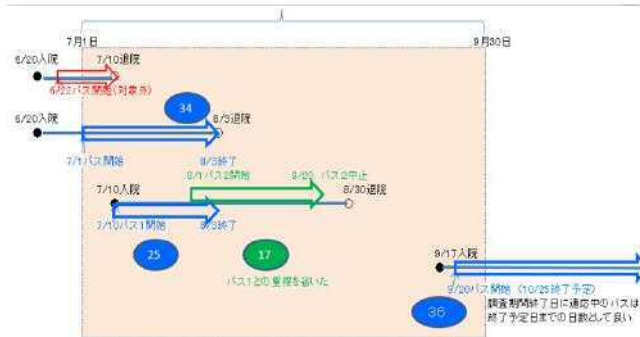


具体例

## パス適用日数

調査期間中に開始日が含まれるパスの適応日数合計(入院患者)  
 同一患者で同一日に複数適応がある場合でも、適応日数は1日とカウントし、  
 重複カウントはしない。  
 数では青字+緑字の 34+11+17+36=98 となる

補足説明図



入力支援資料 version3.2

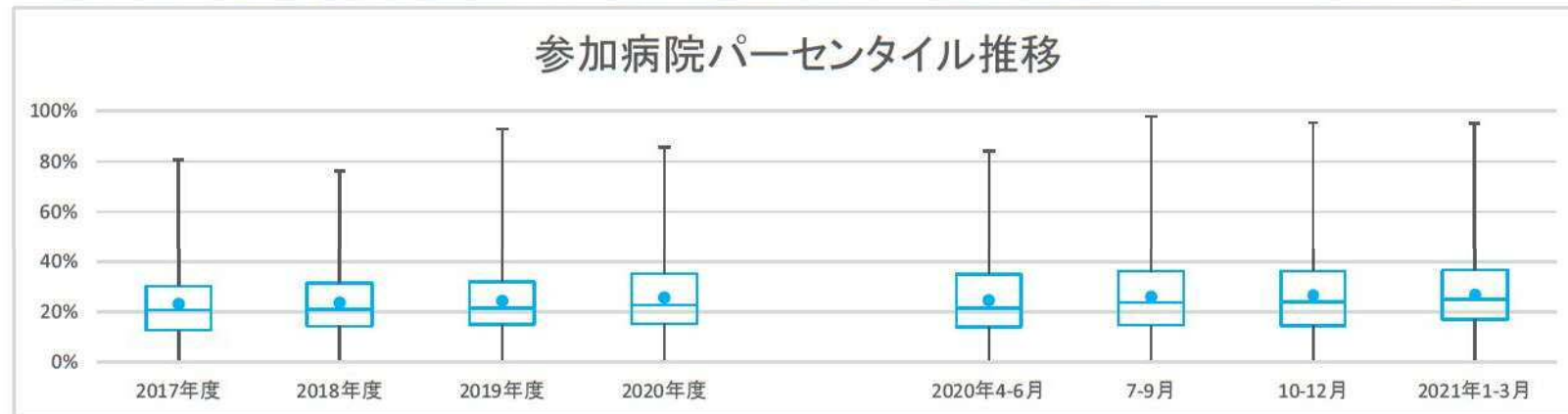
一般18

クリニカルパス使用率(日数)

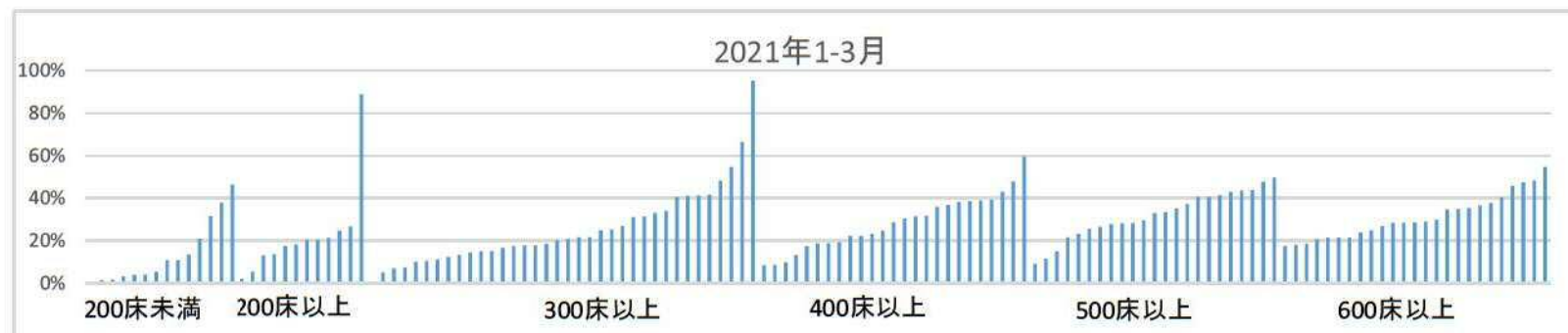
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
	データ登録病院数	138	131	135	144	136	138	138	135
	分母合計	16771642	15760117	15821101	14683448	3424635	3719942	3845521	3693350
	75パーセンタイル	30.4%	31.4%	32.0%	35.1%	35.0%	36.2%	36.3%	36.6%
	中央値	20.8%	20.9%	21.5%	22.8%	21.4%	23.7%	24.0%	24.9%
	25パーセンタイル	12.7%	14.4%	15.0%	15.3%	14.0%	14.7%	14.5%	17.0%
	平均値	23.2%	23.6%	24.4%	25.6%	24.6%	26.0%	26.5%	26.7%
	平均値(0を除く)	23.5%	24.0%	24.6%	25.8%	25.0%	26.4%	26.7%	26.9%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般19

## 脳卒中連携パスの使用率

急性脳梗塞生存退院患者のうち、脳卒中パスで地域連携診療計画加算を算定した患者数 脳卒中連携パスの使用率= $\frac{\text{急性脳梗塞生存退院患者のうち、脳卒中パスで地域連携診療計画加算を算定した患者数}}{\text{急性脳梗塞患者の生存退院患者数}}$	
脳卒中連携パスの使用率とは	急性脳梗塞や脳出血など脳卒中では、急性期治療後にリハビリテーションをさらに行うため、専門病院等に転院することがあります。手術担当病院と受け入れ病院があらかじめ計画を共有した上で個々の患者さんの診療計画を作成することを地域連携パスといいます。
指標の説明	近隣にリハビリテーションを専門に行っている病院があり、連携が強化されている場合は率が高くなります。手術を担当した病院が、リハビリテーション終了まで一貫して診療を行っている病院の場合には指標値がゼロ、または、率が低くなります。
計算について	参考としたガイドライン等      なし データ除外                              なし 補正などの計算方法                  なし データ基準日                            2021年4月25日
考察	登録施設数、平均値ともに増加。この地域連携パスは連携施設間相互のコンセンサス形成など、院内パスに比し運用のハードルが高いことから、短期間の大きな上昇は期待できないが、深い連携を示す良い指標である。今回は比較的大規模病院での増加も多く、今後の地域医療構想による病院機能分化等の動向を探るうえで指標の一つとなりうる可能性がある。脳卒中・循環器対策基本法発令後の推移を見守りたい。

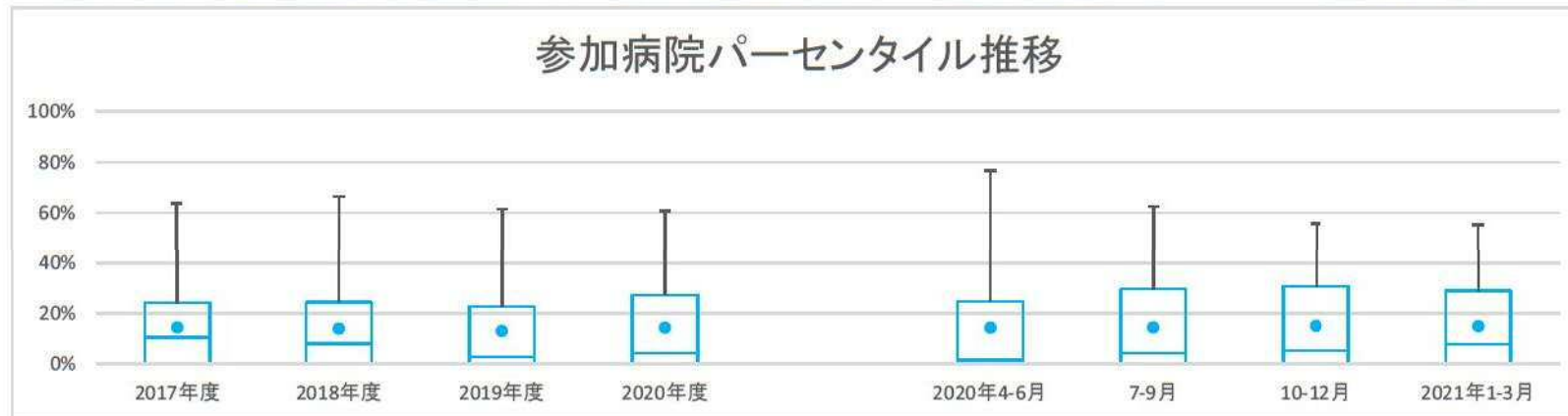
一般19

脳卒中連携パスの使用率

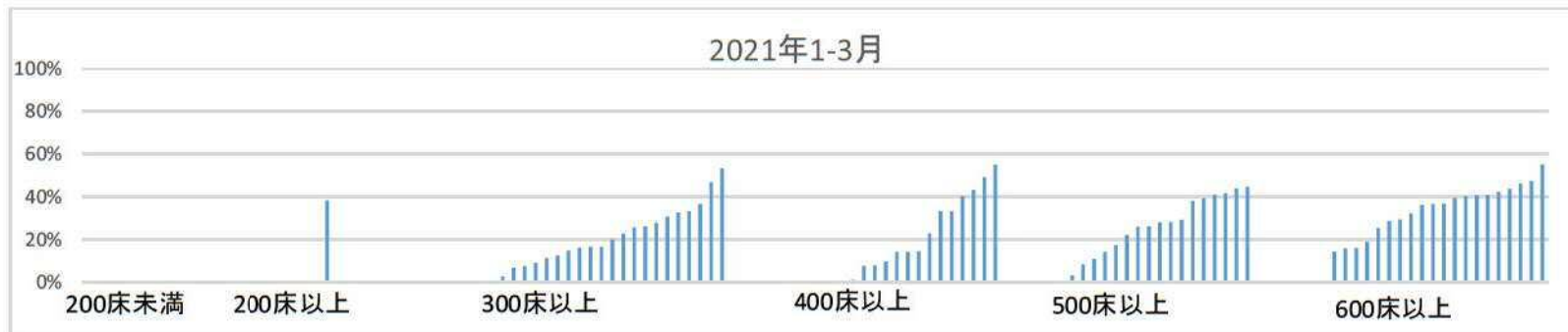
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		145	139	135	147	138	137	138	134
分母合計		20821	19808	19435	20748	4771	5198	5656	5123
75パーセンタイル		24.2%	24.4%	22.7%	27.2%	24.8%	29.5%	30.6%	29.0%
中央値		10.6%	8.0%	2.8%	4.4%	1.7%	4.3%	5.3%	7.8%
25パーセンタイル		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
平均値		14.5%	14.0%	13.1%	14.3%	14.3%	14.4%	15.1%	15.0%
平均値(0を除く)		24.7%	22.9%	24.2%	26.3%	28.7%	27.1%	29.0%	27.5%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】





## 一般20

## 大腿骨地域連携パスの使用率

大腿骨頸部骨折「地域連携診療計画管理料」症例数									
$\text{大腿骨地域連携パスの使用率} = \frac{\text{大腿骨頸部骨折【大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施】退院症例数}}{\text{大腿骨頸部骨折「地域連携診療計画管理料」症例数}}$									
大腿骨地域連携パスの使用率とは	脚の付け根の骨折(大腿骨頸部骨折)などでは、手術後にリハビリテーションをさらに行うため、専門病院等に転院することがあります。手術担当病院と受け入れ病院があらかじめ計画を共有した上で個々の患者さんの診療計画を作成することを地域連携パスといいます。骨折手術をした患者さんに対し、地域連携パスが適応された割合を表しています。								
指標の説明	近隣にリハビリテーションを専門に行っている病院があり、連携が強化されている場合は率が高くなります。手術を担当した病院が、リハビリテーション終了まで一貫して診療を行っている病院の場合には指標値がゼロ、または、率が低くなります。								
計算について	<table border="0"> <tr> <td>参考としたガイドライン等</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>データ除外</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>補正などの計算方法</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>データ基準日</td> <td>2021年4月25日</td> </tr> </table>	参考としたガイドライン等	なし	データ除外	なし	補正などの計算方法	なし	データ基準日	2021年4月25日
参考としたガイドライン等	なし								
データ除外	なし								
補正などの計算方法	なし								
データ基準日	2021年4月25日								
考察	登録施設数はやや増加したが、パスを全く利用していない施設も多い。この大腿骨骨折に対する地域連携の有用性に対する理解はされていても地域の連携できる医療機関の存在が影響する。この連携パスは連携施設間相互のコンセンサス形成など、院内パスに比し運用のハードルが高いことから、短期間の大きな変動は期待できないが、深い連携を示す良い指標である。今後の地域医療構想による病院機能分化等の動向を探るうえで指標の一つとなりうる可能性がある。								

一般20

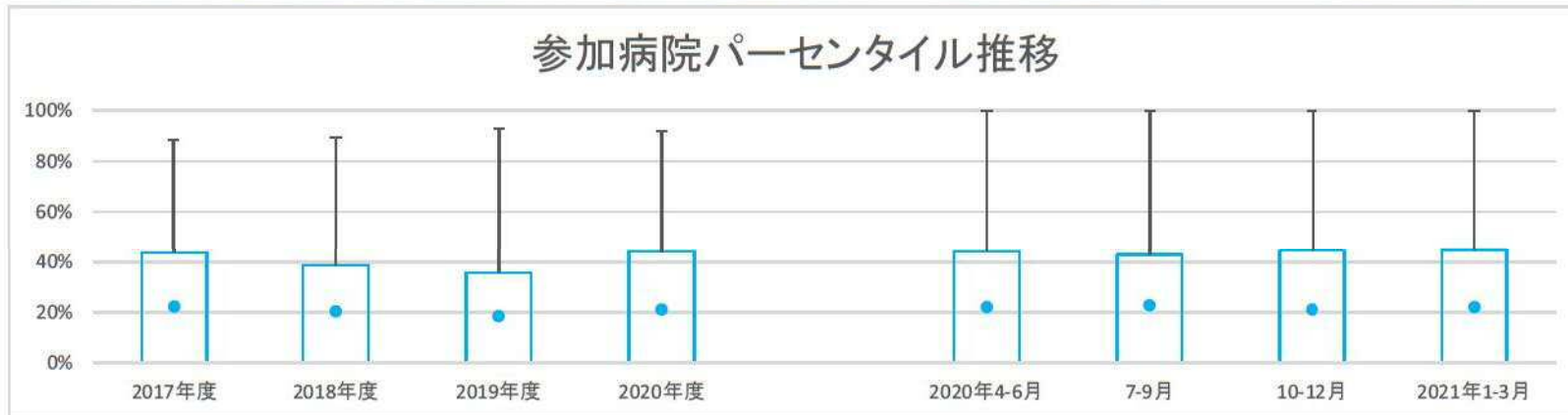
大腿骨地域連携パスの使用率

対象病院群 精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床

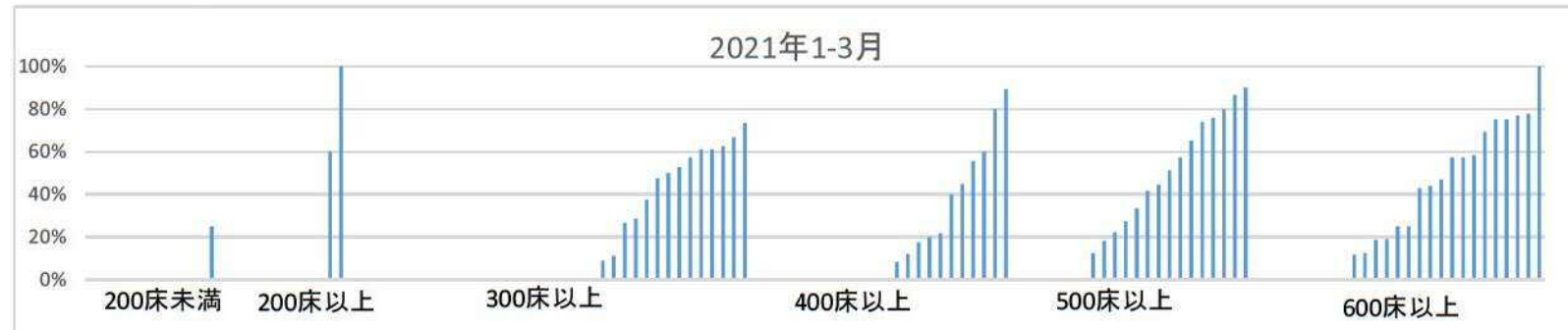
データのまとめ	調査期間	2017年度				2018年度				2019年度				2020年度			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月								
データ登録病院数		140	139	137	145	134	136	139	134								
分母合計		6850	6945	6587	6960	1650	1618	1863	1829								
75パーセンタイル		43.8%	38.5%	35.7%	44.2%	44.3%	42.9%	44.5%	44.9%								
中央値		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%								
25パーセンタイル		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%								
平均値		22.3%	20.5%	18.5%	21.1%	22.1%	22.8%	21.1%	22.0%								
平均値(0を除く)		45.3%	42.4%	39.0%	43.1%	48.5%	49.9%	50.6%	48.4%								

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般21

## 精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度

$$\text{精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度} = \frac{\text{精神科病院入院からの身体疾患受入患者数}}{\text{病床100床あたり}}$$

精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度は、精神科病院(精神科のみの病院)には多くの患者さんが入院しています。中には、がん、心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病の悪化、外傷、虫垂炎などを合併することがあります。このような病状では、それぞれの診療科での治療が必要となり、一般病院への転院が必要な場合があります。しかし、治療中の精神疾患の対応があり、入院対応を困難とする病院もあります。自治体病院ではこの様な患者さんも受入していることがあります。

## 指標の説明

精神科病院(精神科のみの病院)には多くの患者さんが入院しています。中には、がん、心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病の悪化、外傷、虫垂炎などを合併することがあります。このような病状では、それぞれの診療科での治療が必要となり、一般病院への転院が必要な場合があります。しかし、治療中の精神疾患の対応があり、入院対応を困難とする病院もあります。自治体病院ではこの様な患者さんも受入していることがあります。精神科が併設されている総合病院が同じ地域内にあると率は低くなる場合があります。より高い値を目指しています。

## 計算について

参考としたガイドライン等	なし
データ除外	なし
補正などの計算方法	なし
データ基準日	2021年4月25日

## 考察

データ登録施設は増加した。平均値は低値で推移し大きな変化はない。精神病院と一般病院の連携を示す数少ない有用な指標の一つである。

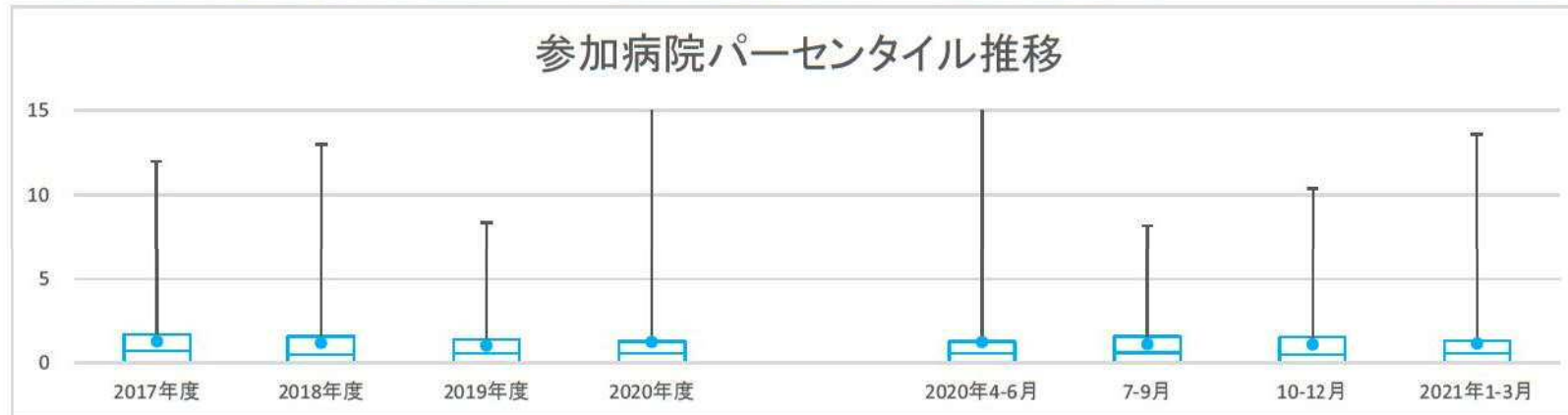


一般21 精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度

データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
	データ登録病院数	131	129	120	135	128	128	125	121
	分母合計	2243	2150	1975	2174	552	553	543	527
	75パーセンタイル	1.7	1.6	1.4	1.3	1.3	1.6	1.5	1.3
	中央値	0.7	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
	25パーセンタイル	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	平均値	1.3	1.2	1.0	1.2	1.2	1.1	1.1	1.2
	平均値(0を除く)	1.7	1.6	1.4	1.6	2.0	1.7	1.6	1.7

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般22

## 院内他科からの精神科診察依頼頻度

院内他科からの精神科診察依頼頻度= $\frac{\text{院内他科入院中患者の精神科診察依頼件数}}{\text{病床100床あたり}}$
---

院内他科からの精神科診察依頼頻度とは 精神科以外の入院患者さんが精神科に診察を依頼している件数を表しています。

指標の説明 生活習慣病やがんなど身体疾患で入院していても、精神的な問題を抱えていたりすることがあります。状況により主治医が対応したり、精神科の専門的な対応が必要な場合には紹介により精神科医師が対応します。患者さんを多角的に診療していることとなります。精神科が全ての病院にあるわけでないので、非常勤医師などにより対応する場合があります。このような場合には率が低くなります。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

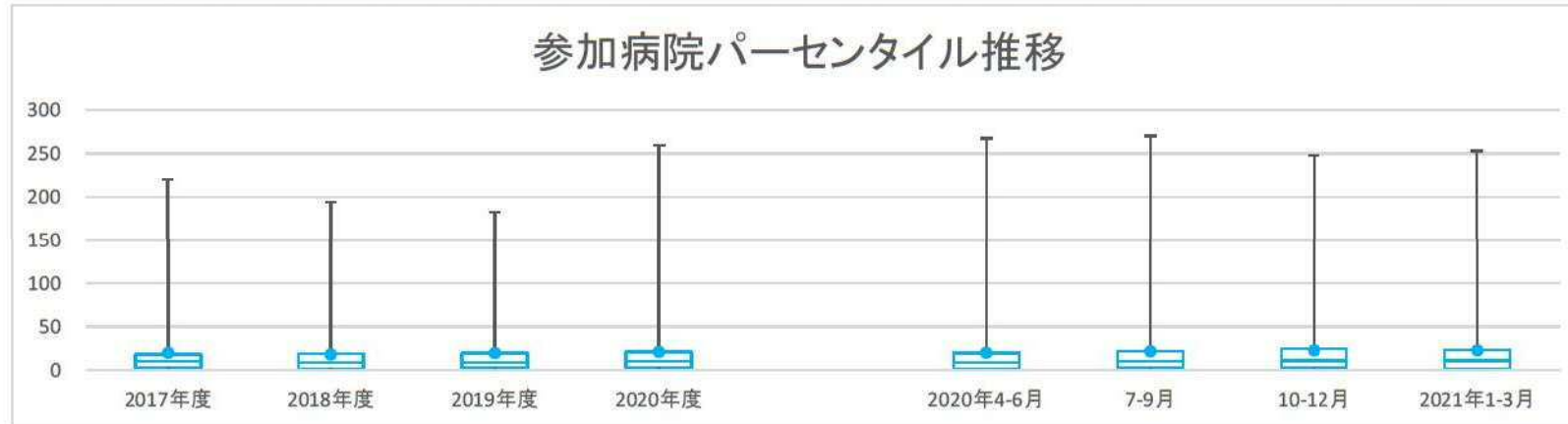
考察 登録施設数はやや増加した。平均値等の数値には著変はない。ばらつきが大きく、病院毎の精神科診療へのアクセスのし易さが大きく関与しているものと思われる。一般病床の入院患者の中には認知症や精神病などの合併症を有する例が高齢化社会において増加しており、精神科専門医療の提供を受けることにより病態の緩和など医療の質の向上が期待でき有用な指標と考える。

一般22

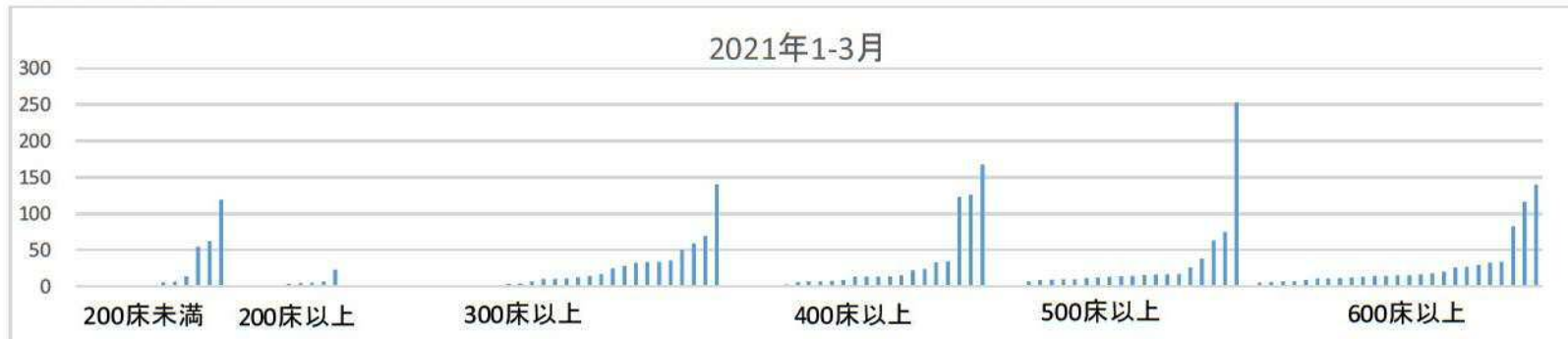
院内他科からの精神科診察依頼頻度

データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		133	130	124	134	129	129	129	127
分母合計		2256.3	2230.7	2057.8	2240.7	564.9	565.0	574.5	565.9
75パーセンタイル		18.4	18.7	19.3	21.1	19.8	21.5	25.0	23.2
中央値		10.0	9.1	9.0	10.4	8.8	10.1	10.9	10.7
25パーセンタイル		2.3	1.8	1.9	2.2	1.5	2.7	1.9	1.3
平均値		20.0	18.0	19.6	20.8	20.1	21.7	22.8	22.6
平均値(0を除く)		23.8	21.6	22.7	24.5	25.5	25.4	26.7	26.6

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値 (2014年7月開始)



【直近データ分布】



## 一般23

## 脳梗塞入院1週間以内のリハビリテーション強度

分母患者の入院7日目までのリハビリテーション施行単位合計

$$\text{脳梗塞入院1週間以内のリハビリテーション強度} = \frac{\text{一週間以上入院し退院した急性期脳梗塞症例数}}{\text{分母患者の入院7日目までのリハビリテーション施行単位合計}}$$

脳梗塞入院1週間以内  
のリハビリテーション強  
度とは

脳梗塞では麻痺などの症状がでます。早期からリハビリテーション(理学療法、作業療法、言語療法)を行ったほうが機能回復がよいとされます。入院一週間以内に行われたリハビリの程度を表しています。

指標の説明

積極的に取り組んでいる病院の場合には単位数が高くなります。しかし、高齢者で血圧が不安定などリハビリテーションの開始に注意を要する場合があります。このような患者さんが多い病院は数値が低くなります。より高い値を目指しています。

計算について

参考としたガイドライン等	なし
データ除外	なし
補正などの計算方法	なし
データ基準日	2021年4月25日

考察

経年変化として、近年強度が大きくなってきている傾向がみられる。COVID-19の影響は定かではないが、報告総症例数は例年とほぼ変わらない。リハビリの重要性が益々認識されてきているものとする。早期に単位数を多く行うことによりADLの改善につながるとの概念が定着し、更に広く波及するものと考えられる。

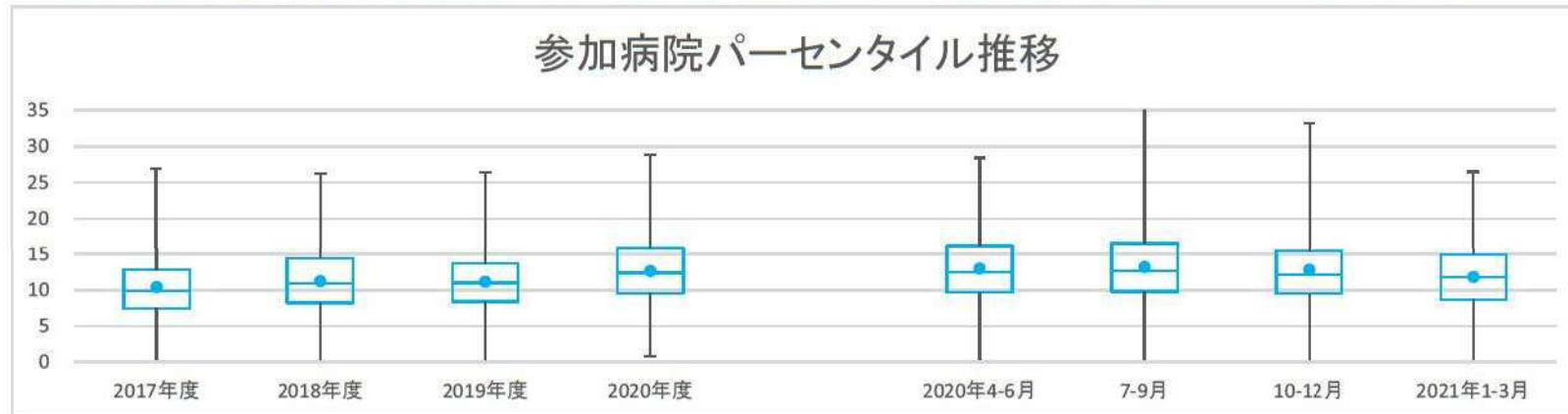
一般23

脳梗塞入院1週間以内のリハビリテーション強度

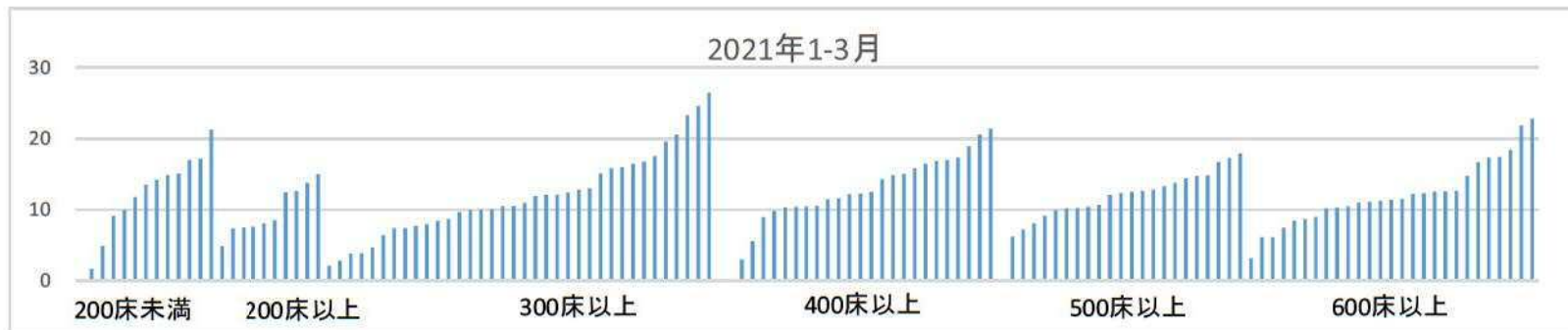
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		146	141	137	147	139	137	138	135
分母合計		20309	19413	18995	20009	4694	4950	5423	4942
75パーセンタイル		12.8	14.4	13.7	15.8	16.2	16.6	15.5	14.9
中央値		9.9	11.0	11.0	12.3	12.4	12.7	12.2	11.8
25パーセンタイル		7.4	8.2	8.4	9.6	9.7	9.8	9.5	8.7
平均値		10.4	11.2	11.1	12.6	13.0	13.2	12.8	11.8
平均値(0を除く)		10.7	11.4	11.2	12.6	13.1	13.3	12.9	12.1

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2014年7月開始)



【直近データ分布】





## 一般24

## 脳梗塞ADL改善度

$$\text{脳梗塞ADL改善度} = \frac{\text{急性脳梗塞生存退院患者の退院時BI※合計点数} - \text{入院時BI合計点数}}{\text{急性脳梗塞の生存退院患者数}}$$

脳梗塞ADL改善度とは ADLとは食事、歩行、入浴などの日常生活における動作のことをいいます。

## 指標の説明

食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、平地歩行、階段更衣、排便管理、排尿管理において、それぞれ2から3段階で可能な動作の程度を評価します(0点から100点、5点刻み)。入院時と退院時に評価を行い、退院時点数－入院時点数で改善度をみます。

## 計算について

参考としたガイドライン等

データ除外  
補正などの計算方法  
データ基準日

「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明会

[https://www01.prrism.com/dpc/2020/file/setumei\\_20200330.pdf](https://www01.prrism.com/dpc/2020/file/setumei_20200330.pdf)

評価が入院時と退院時でどちらか一方が欠けたもの  
なし  
2021年4月25日

## 考察

入院期間中に日常生活に関わる機能の改善を目指している指標である。経年的にも病院規模が大きくなるほど改善度に少々バラツキがみられ、中規模病院で改善度が高くなっている傾向がうかがわれる。病院間での入院時の重症度、入院期間、病院規模による役割などを反映している事が想定されるが、各施設におけるPT・OT・STの各療法士の人員整備や土・日の勤務体制などリハビリの体制も大いに反映している。今日リハビリの必要度が高くなっており、整備を見直し、今後のADLの改善度が更に高まることを期待したい。

具体例

## DPCのADLスコア表

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ら たりなどで介助を必要と する	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能	0	9
		1 高度の介助を必要とする が、座ってられる。		
整容	1 顔・髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレの動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とする がおおよそ自分一人で できる	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすまで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

※入院時及び退院時に計測したスコアの合計に5点をかける

入院時または退院時どちらかでも不明とした項目は入院時及び退院時とも  
に計算対象外とする。

入力支援資料 version3.02

87

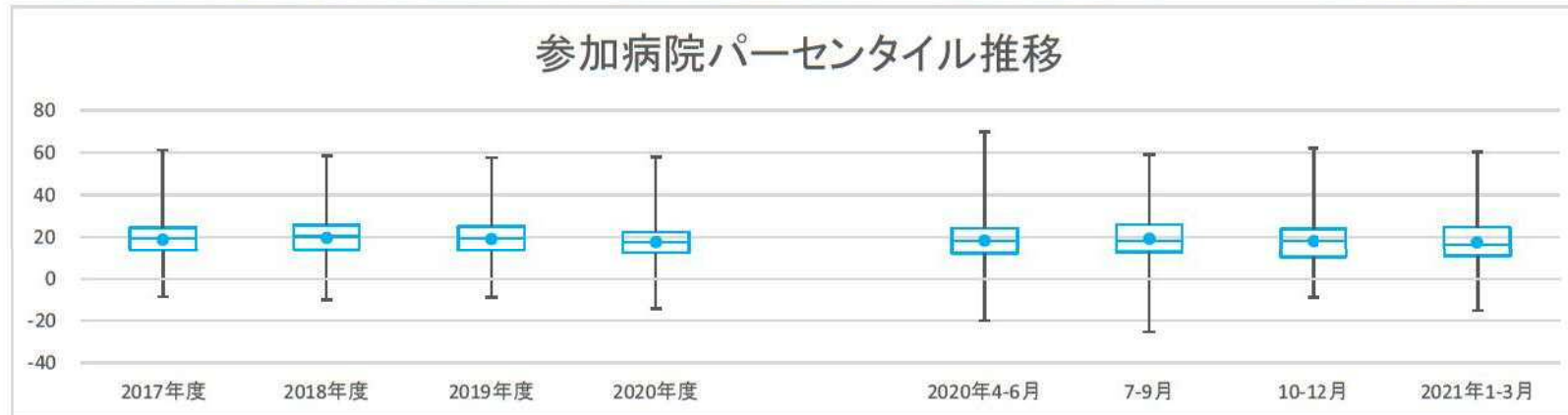
一般24

脳梗塞ADL改善度

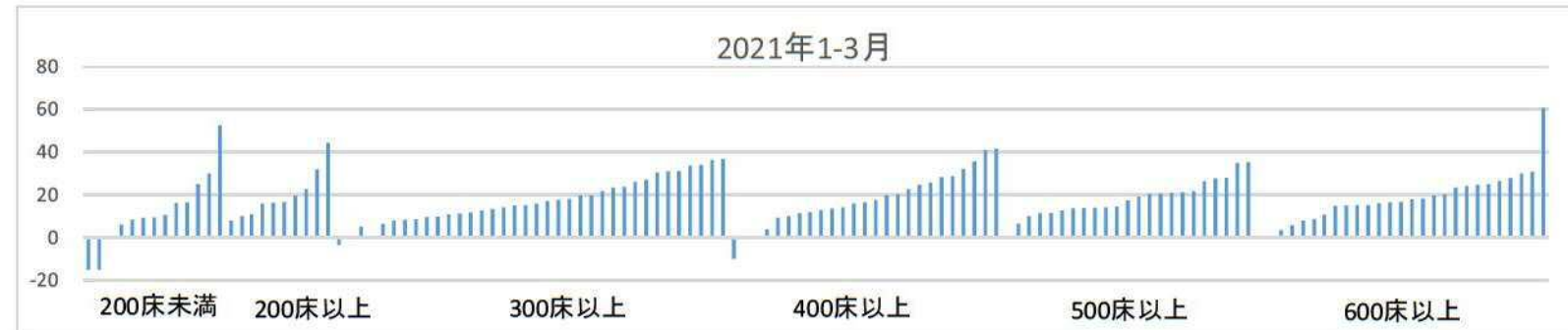
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
	データ登録病院数	137	135	135	143	137	135	134	132
	分母合計	19779	19575	19453	20179	4718	4990	5469	5021
	75パーセンタイル	24.7	25.8	25.2	22.6	24.4	26.1	24.0	24.7
	中央値	19.7	20.5	19.3	17.8	18.2	18.4	18.3	16.4
	25パーセンタイル	13.5	14.0	13.3	12.2	12.1	12.6	10.3	10.7
	平均値	18.9	19.7	19.2	17.7	18.5	19.3	18.2	17.6
	平均値(0を除く)	19.1	19.8	19.4	17.8	18.9	19.7	18.4	18.0

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】



一般25

誤嚥性肺炎の摂食指導実施率

$$\text{誤嚥性肺炎の摂食指導実施率} = \frac{\text{誤嚥性肺炎退院患者のうち、摂食機能療法が実施された患者数}}{\text{誤嚥性肺炎の退院患者数}}$$

誤嚥性肺炎の摂食指導実施率とは 食物や唾液などを気管、肺などに誤って飲み込むことを誤嚥といいます。加齢や脳卒中後遺症などでみられることがあります。

指標の説明 加齢や脳梗塞後遺症などにおいても、現にある機能を生かしたり、食事内容を工夫することにより、誤嚥に至る率を抑えることが誤嚥性肺炎を避ける方法の一つです。病状により指導内容は異なりますが、今回の指標では診療報酬請求上該当する指導の率をみています。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	診療報酬請求の対象とならない指導
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 令和2年度は、指導実施率の平均値、中央値とも過去3年間から大きく減少している。COVID-19の影響と考えられる。



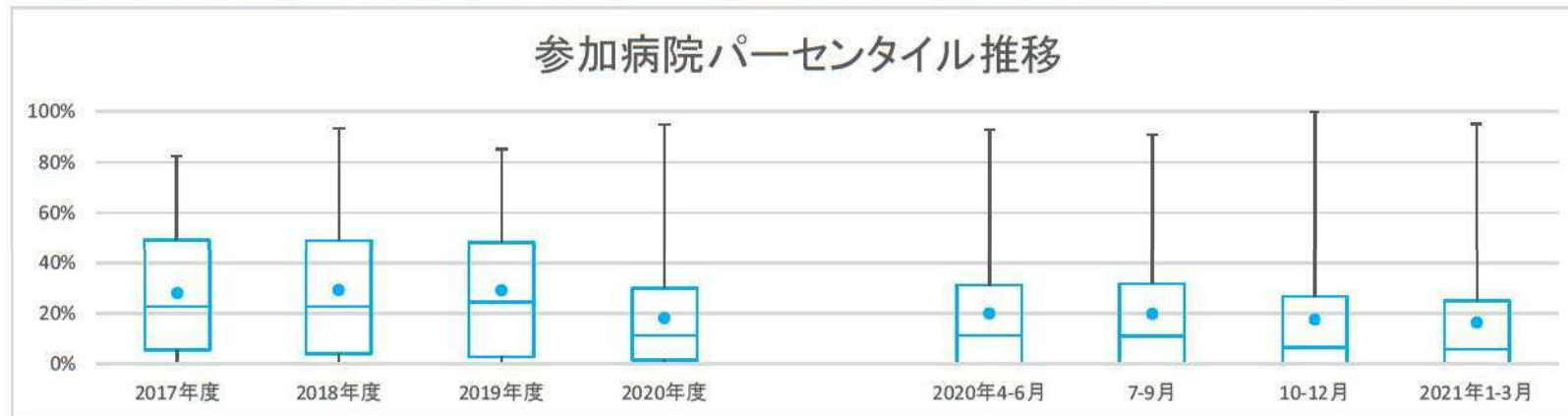
一般25

誤嚥性肺炎の摂食指導実施率

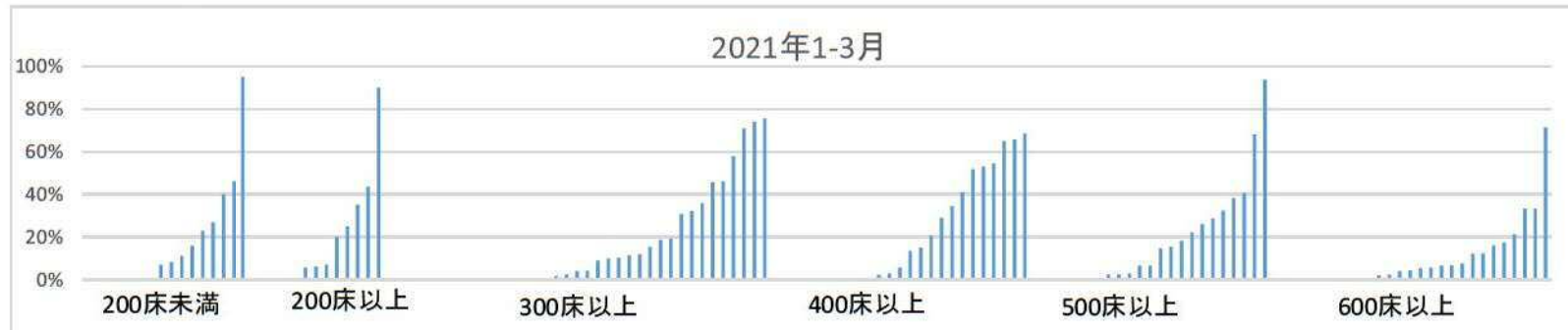
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		145	142	139	149	142	142	146	141
分母合計		18429	18508	17633	16571	3940	4102	4500	4029
75パーセンタイル		49.4%	49.3%	48.3%	29.9%	31.1%	31.8%	26.7%	25.0%
中央値		22.7%	22.6%	24.5%	11.2%	11.2%	11.1%	6.7%	5.9%
25パーセンタイル		5.5%	4.1%	3.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
平均値		28.0%	29.2%	29.1%	18.2%	20.0%	19.8%	17.5%	16.3%
平均値(0を除く)		33.0%	33.9%	33.5%	22.2%	27.0%	29.0%	27.5%	26.8%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】



一般26

**誤嚥性肺炎再入院率**

$$\text{誤嚥性肺炎再入院率} = \frac{\text{前期の誤嚥性肺炎退院患者のうち、4週間以内に呼吸器疾患(MDC04)で自院に再入院した患者数}}{\text{前期の誤嚥性肺炎の退院患者数}}$$

誤嚥性肺炎再入院率とは 食物や唾液などを気管、肺などに誤って飲み込むことを誤嚥といいます。喀出できなかつたり、繰り返すと誤嚥性肺炎となります。

指標の説明 摂食指導や吸引等により、誤嚥性肺炎の再発をなるべく避けようとしています。前回退院後4週以内での再入院の程度をみています。

計算について	参考としたガイドライン等	「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明会 <a href="https://www01.prrism.com/dpc/2020/file/setumei_20200330.pdf">https://www01.prrism.com/dpc/2020/file/setumei_20200330.pdf</a>
	データ除外	5週以後の再入院
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 ここ数年、再入院率の平均値、中央値ともに改善傾向は見られない。

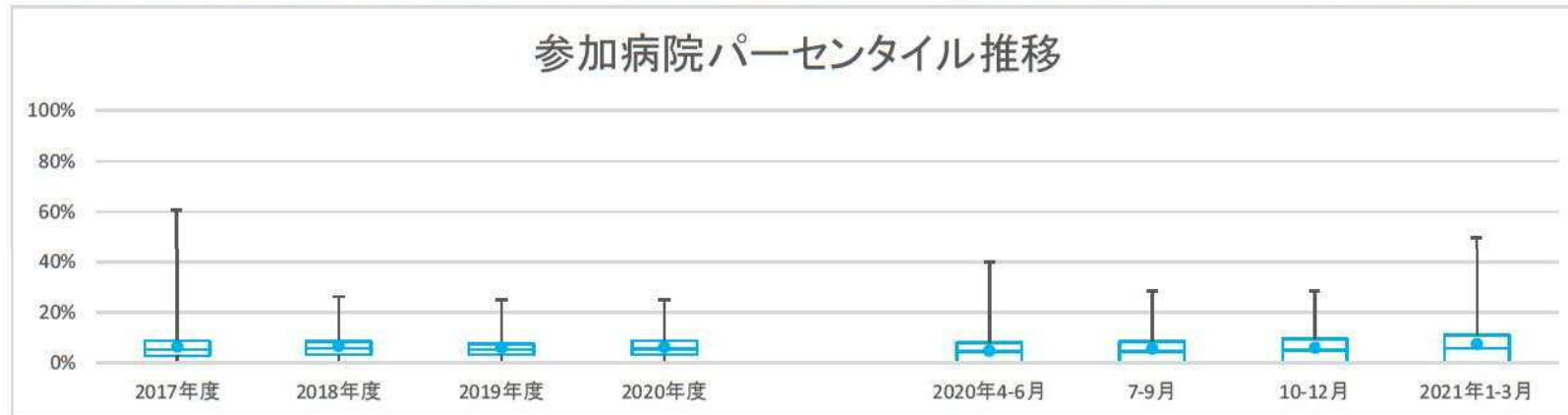
一般26

誤嚥性肺炎再入院率

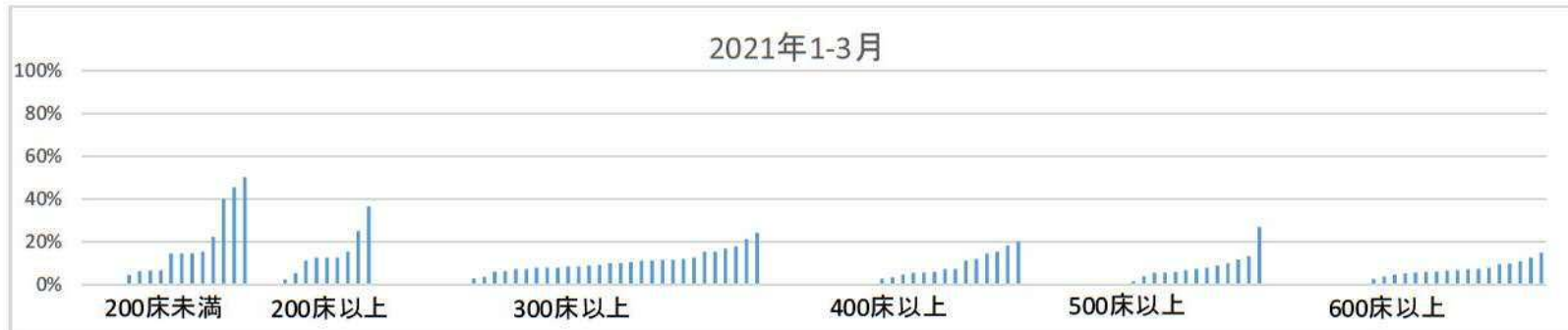
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		141	140	138	149	141	142	145	140
分母合計		15987	15787	15082	13801	3473	3286	3570	3472
75パーセンタイル		8.7%	8.6%	7.5%	8.8%	8.0%	8.6%	9.5%	11.1%
中央値		5.3%	5.8%	5.2%	5.5%	4.5%	4.7%	5.0%	6.0%
25パーセンタイル		3.0%	3.4%	3.2%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
平均値		6.6%	6.8%	6.2%	6.3%	4.8%	5.7%	6.0%	7.5%
平均値(0を除く)		7.3%	7.2%	6.7%	7.0%	8.3%	8.8%	9.3%	11.2%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】



## 一般27 急性心筋梗塞アスピリン処方率

$$\text{急性心筋梗塞アスピリン処方率} = \frac{\text{急性心筋梗塞退院患者のうち、入院2日以内にアスピリンの処方された患者数}}{\text{急性心筋梗塞の退院患者数}}$$

急性心筋梗塞アスピリン処方率とは 血液が固まる(血栓を作る)ときに、血小板が働きます。アスピリンは血小板の働きを抑えることにより、血液が固まるのを抑制します。

指標の説明 急性心筋梗塞ではアスピリンは単独投与でも死亡率や再梗塞率を減少させることが研究で明らかにされております。アスピリンアレルギーの場合は投与されません。心筋梗塞の治療として早期に投与される率をみています。

計算について	参考としたガイドライン等	ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン(2013年改訂版) <a href="http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_kimura_h.pdf">http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_kimura_h.pdf</a>
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

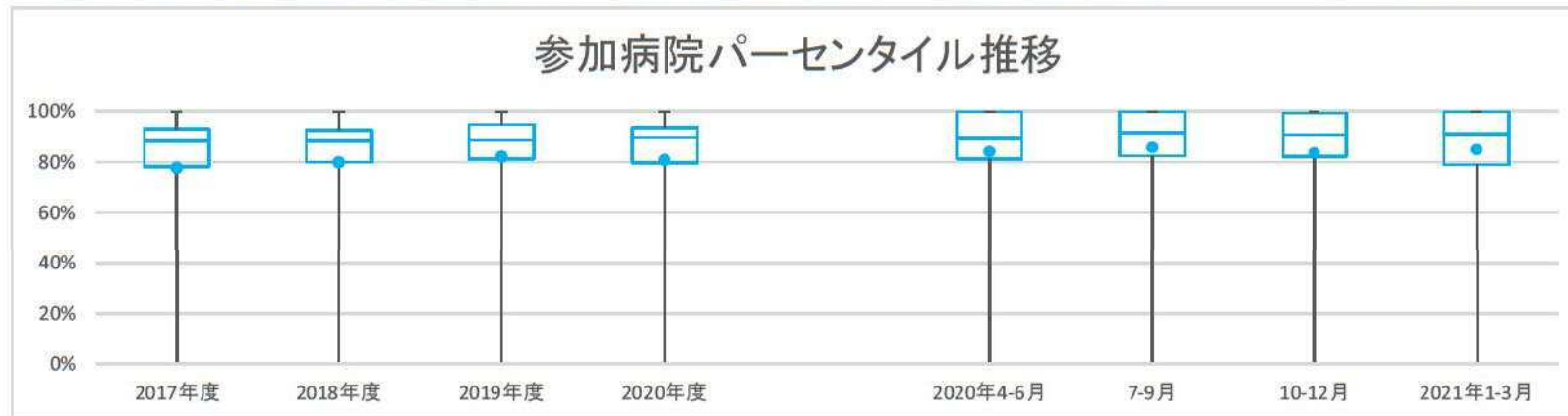
考察 世界的に標準化されている簡便で良い指標であり、より徹底することで予後改善が期待される。大規模病院において処方率にバラツキがみられる。病院の規模に関らず今後も一層の徹底が望まれる。中央値と平均値がまだ乖離し、中央値の方が高くなっている。処方率の低い施設は処方率を90%以上にするを目標とし、積極的に処方するよう努めて頂きたい。



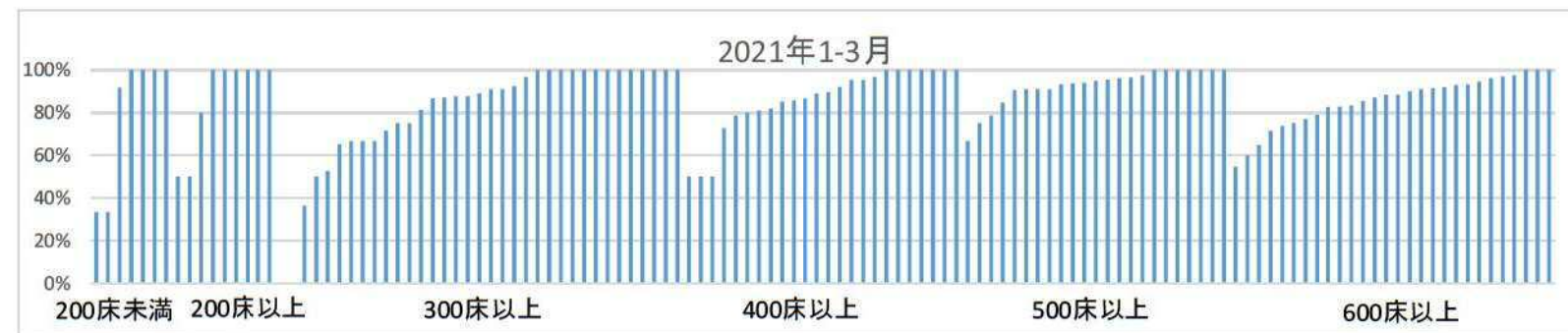
一般27 急性心筋梗塞アスピリン処方率

データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		139	137	131	143	125	128	134	126
分母合計		7974	7896	7538	8166	1762	2046	2262	2096
75パーセンタイル		93.1%	92.6%	94.8%	93.5%	100.0%	100.0%	99.4%	100.0%
中央値		88.6%	88.5%	88.9%	89.7%	89.7%	91.7%	90.9%	91.1%
25パーセンタイル		78.1%	80.0%	81.3%	79.7%	81.3%	82.4%	82.2%	79.1%
平均値		77.7%	79.8%	82.1%	80.9%	84.3%	85.9%	83.8%	85.1%
平均値(0を除く)		83.7%	83.5%	86.1%	85.6%	87.8%	89.4%	89.1%	86.5%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値 (2016年4月開始)



【直近データ分布】



## 一般28

## 急性心筋梗塞急性期PCI実施率

$$\text{急性心筋梗塞急性期PCI実施率} = \frac{\text{急性心筋梗塞退院患者のうち、急性期PCIが施行された患者数}}{\text{急性心筋梗塞の退院患者数}}$$

急性心筋梗塞急性期PCI実施率とは 急性心筋梗塞は心臓の筋肉への血管が詰まり血液が流れなくなる状態です。PCIは再度、血液を流すため、血管の拡張する手術です。

指標の説明 発症から救急搬送されてからの時間により影響を受けることがあります。病院への来院時既に重症になっていることがあります。PCIの施行には施設の条件等あり、病院間の比較には向きません。

計算について 参考としたガイドライン等 ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン(2013年改訂版)  
[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013\\_kimura\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_kimura_h.pdf)  
 データ除外 初回PCIが入院3日目以降のもの、または、施行されなかったもの  
 補正などの計算方法 なし  
 データ基準日 2021年4月25日

考察 病院の規模に関らず、全体的に高い施行率は変わらない。中央値と平均値に乖離がみられるが、全く行われていない施設を除いた施行率ではこの間に大きな乖離は見受けられない。各規模内でのバラツキに大きな差は無い。低い施行率の施設の体制を含めた状況を把握し分析を行う必要がある。また、心カテを施行しない施設の扱いを今後も考慮する必要がある。

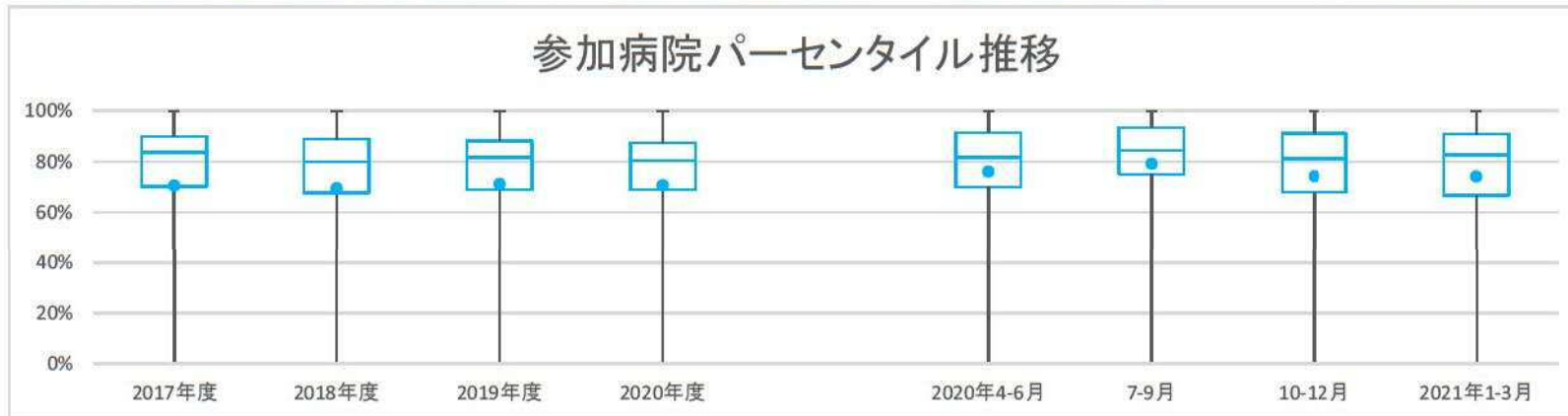
一般28

急性心筋梗塞急性期PCI実施率

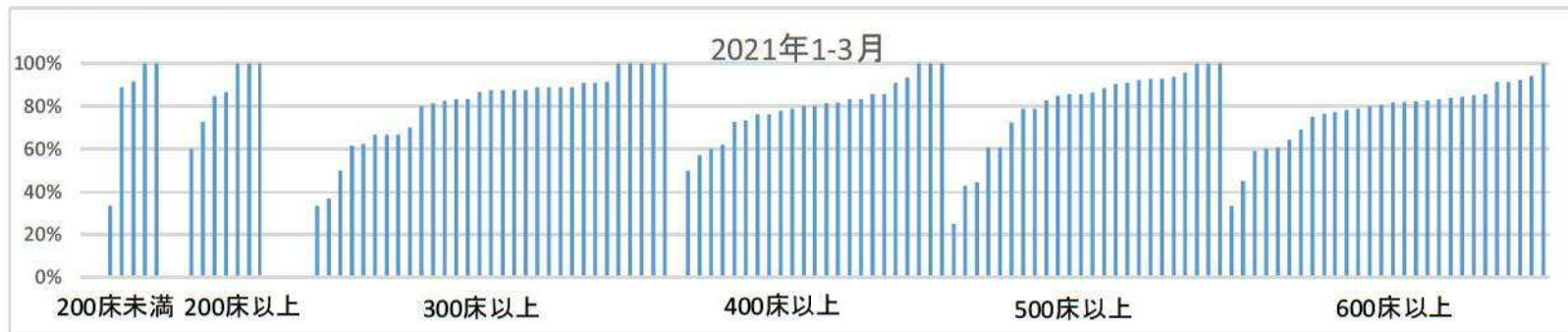
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		138	135	129	143	124	128	134	127
分母合計		7973	7878	7521	8220	1755	2060	2280	2125
75パーセンタイル		89.9%	88.9%	88.0%	87.2%	91.4%	93.4%	91.1%	90.9%
中央値		83.6%	80.0%	81.5%	80.5%	81.7%	84.5%	81.1%	82.8%
25パーセンタイル		70.1%	67.8%	69.1%	69.1%	70.0%	75.0%	67.9%	66.7%
平均値		70.6%	69.6%	71.1%	70.7%	76.1%	79.1%	74.2%	74.2%
平均値(0を除く)		81.9%	80.3%	80.5%	79.6%	81.3%	83.7%	80.2%	79.9%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】





## 一般29

## 急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率

$$\text{急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率} = \frac{\text{急性期PCIが施行された急性心筋梗塞患者のうち、14日以内に死亡した患者数}}{\text{急性心筋梗塞退院患者のうち、急性期PCIが施行された患者数}}$$

急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率とは 急性心筋梗塞は心臓の筋肉に血液が流れなくなる状態です。その後、重症の不整脈になったり、心臓の筋肉が動かなくなったり、心臓の壁が脆くなったりして、全身や生命に影響を及ぼすことがあります。急性心筋梗塞入院患者に対して死亡した患者さんの割合を表しています。

指標の説明 発症から救急搬送されてからの時間により影響を受けることがあります。病院への来院時既に重症になっていることがあります。これ以外でも糖尿病があったり、動脈硬化などがあつたり、高齢であつたりすると、死亡に至る率が高くなる場合があります。このように個々の患者さんの状態によって異なるため病院間の比較は困難です。より低い値を目指しています。

計算について 参考としたガイドライン等 なし  
データ除外 入院前死亡患者  
補正などの計算方法 なし  
データ基準日 2021年4月25日

考察 総症例数は減少しているものの、経年的に改善傾向にある。死亡症例を経験しない施設が多い中、概ね認容範囲の結果と思われる。症例数の関係もあり、施設によってバラツキが大きいですが、病院の規模が大きくなるにつれて、死亡率は低くなり、バラツキも少ない。今後中小規模の病院でのこの傾向がどのように推移していくのか注目したい。



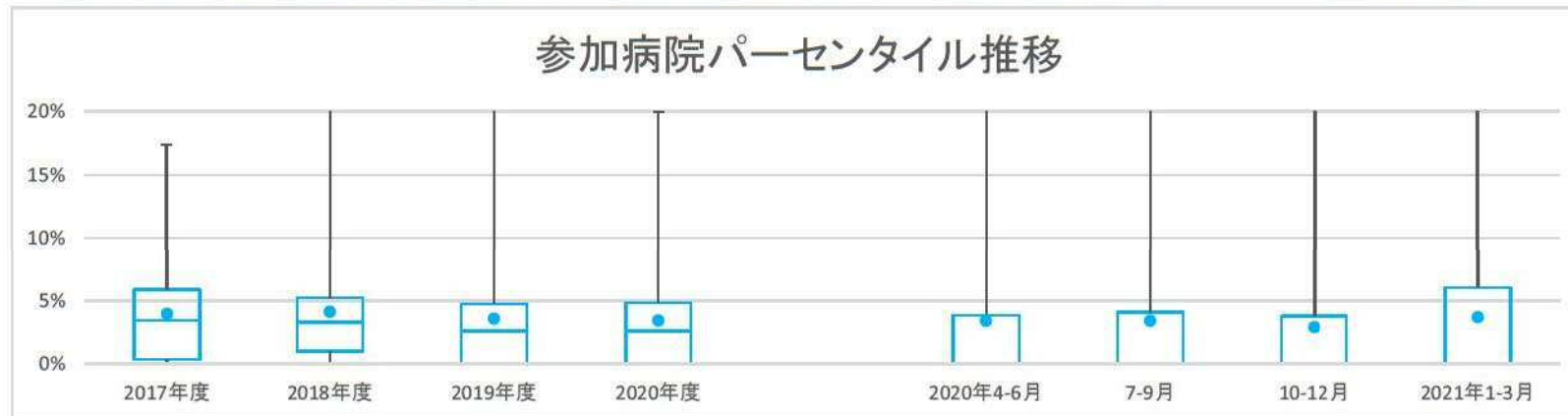
一般29

急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率

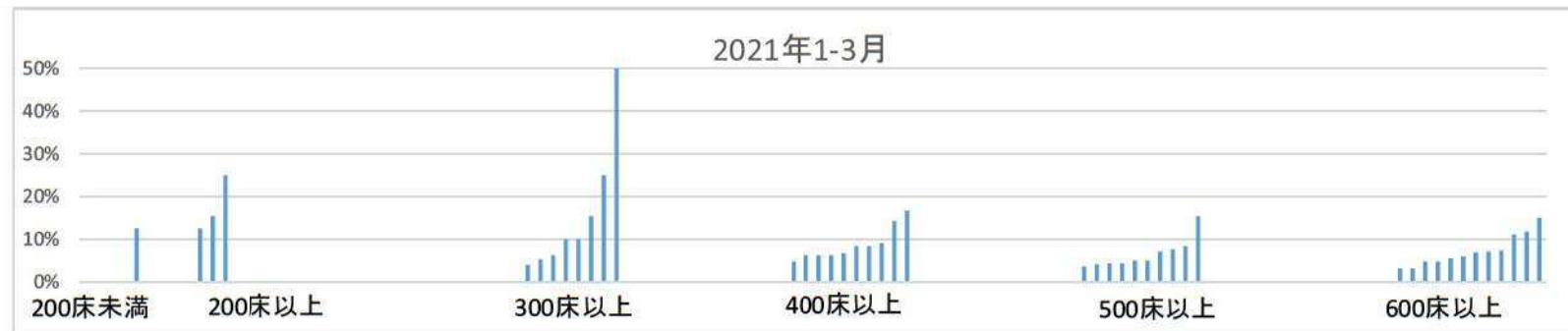
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		119	116	114	126	116	120	123	116
分母合計		6685	6294	6144	6522	1405	1646	1811	1660
75パーセンタイル		5.9%	5.2%	4.8%	4.8%	3.9%	4.1%	3.8%	6.1%
中央値		3.4%	3.3%	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
25パーセンタイル		0.4%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
平均値		4.0%	4.1%	3.6%	3.5%	3.4%	3.4%	2.9%	3.7%
平均値(0を除く)		5.3%	5.5%	5.0%	5.1%	12.4%	10.0%	9.4%	9.8%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】



一般29

急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率

(空白):該当なし、有効な登録数値なし、結果数値表示対象外

(\*)全体集計より除外

病院名	許可病床数	2017年度			2018年度			2019年度			2020年度			2020年4-6月			7-9月			10-12月			2021年1-3月		
		* 指標値	分母	分子	* 指標値	分母	分子	* 指標値	分母	分子	* 指標値	分母	分子	* 指標値	分母	分子	* 指標値	分母	分子	* 指標値	分母	分子	* 指標値	分母	分子
高知県立あき総合病院	200以上	4.8%	21	1	0.0%	11	0	0.0%	4	0	0.0%	11	0				0.0%	4	0	0.0%	7	0			
福岡市民病院	200以上	0.0%	36	0	5.7%	35	2	2.4%	42	1	8.7%	23	2	0.0%	2	0	20.0%	5	1	0.0%	8	0	12.5%	8	1
田川市立病院	300以上	3.0%	33	1	0.0%	5	0				0.0%	1	0				0.0%	1	0						
佐賀県医療センター好生館	400以上	1.1%	95	1	1.8%	55	1	2.3%	87	2	1.8%	56	1	0.0%	15	0	0.0%	12	0	0.0%	13	0	6.3%	16	1
長崎県なとメディカルセンター	500以上	5.0%	139	7	1.1%	95	1	0.0%	102	0	0.0%	67	0	0.0%	17	0	0.0%	8	0	0.0%	23	0	0.0%	19	0
長崎県対馬病院	200以上										5.3%	19	1	0.0%	4	0	16.7%	6	1	0.0%	6	0	0.0%	3	0
荒尾市民病院	200以上	7.7%	13	1	0.0%	35	0	2.3%	43	1	4.0%	50	2	0.0%	14	0	8.3%	12	1	7.7%	13	1	0.0%	11	0
大分県立病院	600以上							3.1%	64	2	4.1%	49	2	25.0%	4	1	0.0%	20	0	0.0%	16	0	11.1%	9	1
中津市立中津市民病院	200以上										4.2%	48	2	0.0%	17	0	0.0%	3	0	0.0%	15	0	15.4%	13	2
宮崎県立宮崎病院	500以上	8.7%	46	4	2.5%	40	1	2.3%	43	1	3.7%	27	1	0.0%	7	0	0.0%	9	0	14.3%	7	1	0.0%	4	0
沖縄県立中部病院	500以上	4.7%	43	2	0.0%	18	0	0.0%	35	0	0.0%	30	0	0.0%	11	0	0.0%	10	0	0.0%	7	0	0.0%	2	0
沖縄県立宮古病院	300以上	3.4%	29	1	4.8%	21	1	5.9%	17	1	4.3%	23	1	0.0%	5	0	0.0%	5	0	10.0%	10	1	0.0%	3	0

一般32

糖尿病入院栄養指導実施率

$$\text{糖尿病入院栄養指導実施率} = \frac{\text{2型糖尿病(ケトアシドーシスを除く)退院患者のうち、栄養指導が実施された患者数}}{\text{2型糖尿病(ケトアシドーシスを除く)の退院患者数}}$$

糖尿病入院栄養指導実施率とは 栄養指導で何をどのくらい食べるのか、どのように気を付けるのか説明をうけます。

指標の説明 糖尿病では、食事療法、運動療法、薬物療法などがバランスよく行われる必要があります。入院をきっかけに、管理栄養士により、栄養指導が行われる率をみるものです。

計算について	参考としたガイドライン等	科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013 <a href="http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4">http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4</a>
	データ除外	ケトアシドーシスを除く
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 高いレベルで安定している指標であるが、施設間差が大きい。

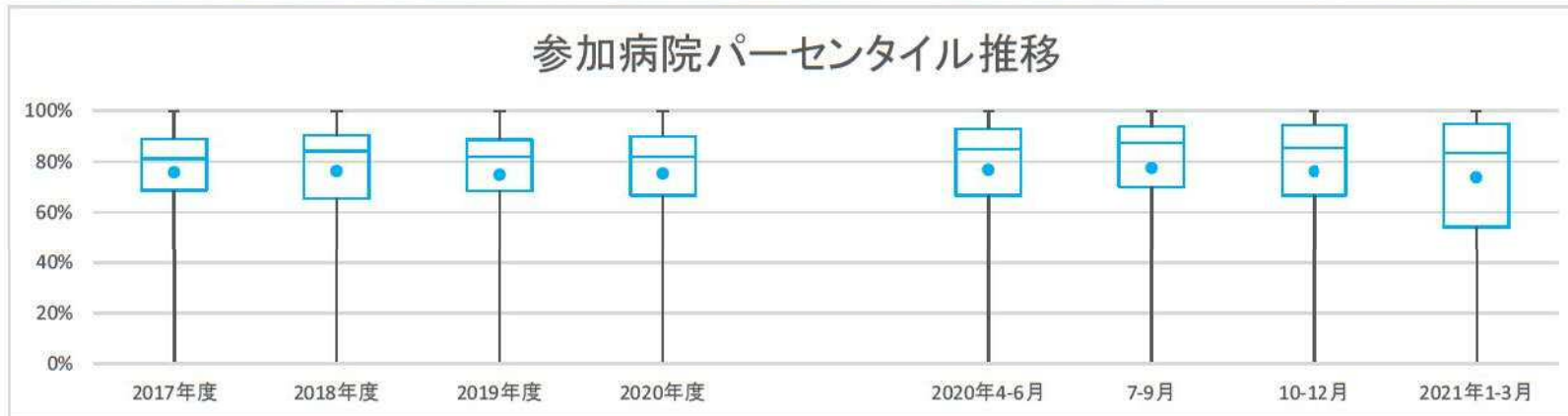
一般32

糖尿病入院栄養指導実施率

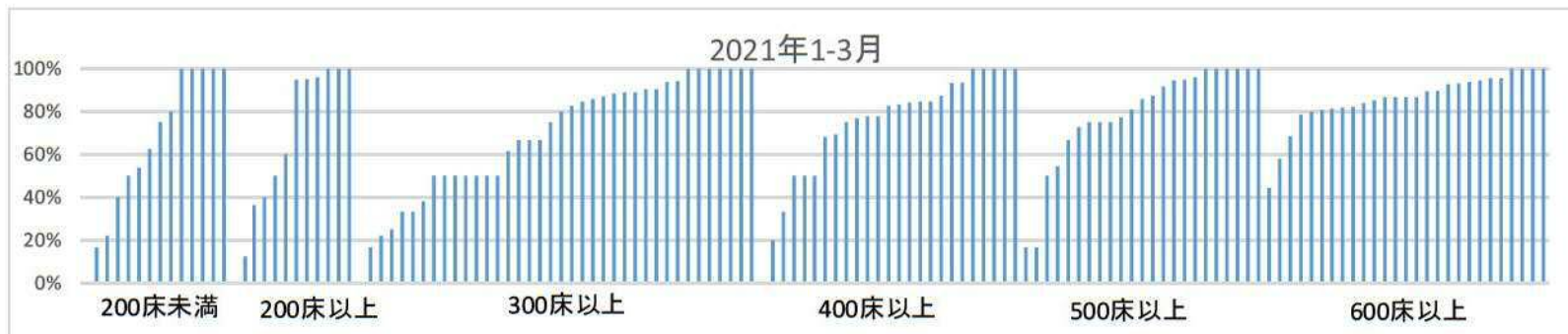
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数		142	143	139	149	134	135	143	139
分母合計		12216	11184	10589	9062	2043	2494	2483	2042
75パーセンタイル		89.0%	90.4%	88.6%	90.0%	92.9%	93.8%	94.4%	94.9%
中央値		81.2%	84.0%	81.8%	81.8%	85.0%	87.5%	85.4%	83.3%
25パーセンタイル		68.7%	65.7%	68.6%	66.7%	66.7%	70.0%	66.7%	54.2%
平均値		75.8%	76.3%	74.9%	75.4%	76.8%	77.5%	76.1%	73.8%
平均値(0を除く)		76.9%	77.4%	75.4%	76.4%	79.8%	82.4%	79.5%	76.0%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2016年4月開始)



【直近データ分布】





## 一般33

## 脳梗塞急性期t-PA治療施行率

脳梗塞急性期t-PA治療施行率= $\frac{\text{分母のうち、A205超急性期脳卒中加算の算定数}}{\text{急性脳梗塞の患者のうち、血栓溶解療法(t-PA)がなされた患者}}$
--

脳梗塞急性期t-PA治療  
施行率 とは t-PAとは脳梗塞の原因となる血液の塊を溶かす薬剤です。脳梗塞発症から4時間30分以内(超急性期)に使用すると効果的と言われています。

指標の説明 t-PAは出血も合併する場合がありますので、CTなどを含めた検査により、脳梗塞の診断、全身状態についての診断を行ったあとに投与されます。より高い値を目指しています。

計算について	参考としたガイドライン等	日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン2015追補2017 <a href="http://www.jsts.gr.jp/img/guideline2015_tuiho2017.pdf">http://www.jsts.gr.jp/img/guideline2015_tuiho2017.pdf</a>
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

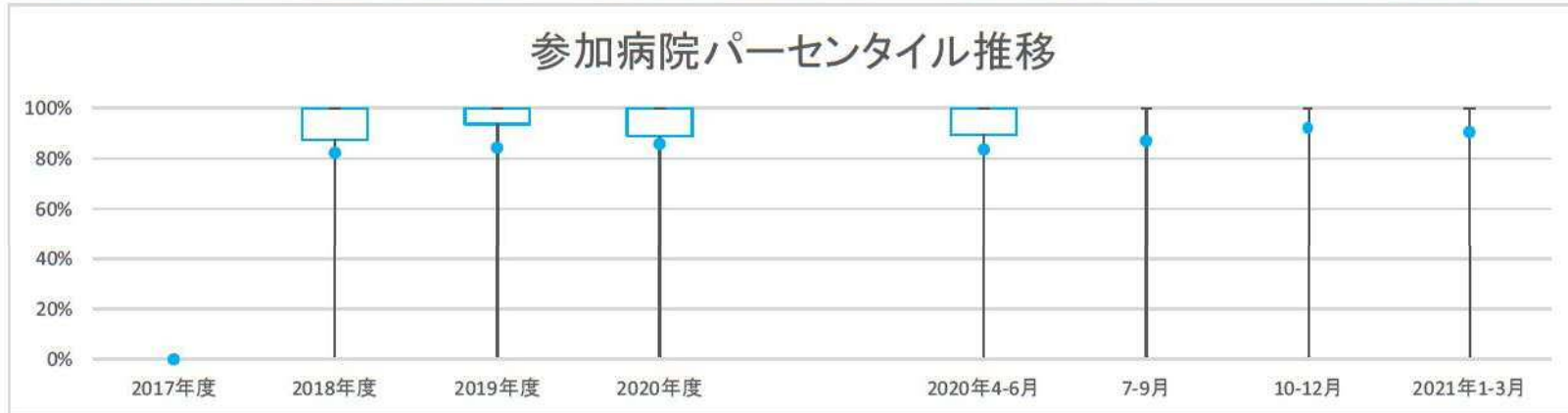
考察 病院の規模に関らず、殆どの施設でガイドライン通り実施され、非常に高い施行率となっている。t-PA治療の施行率が低い施設は経年的に減少傾向がみられる。薬物投与は実施までの時間に制約がある為、実施できていない理由は施設の問題なのか症例の問題なのか現状把握が必要で、今後実施率が更に向上することを期待する。

一般33

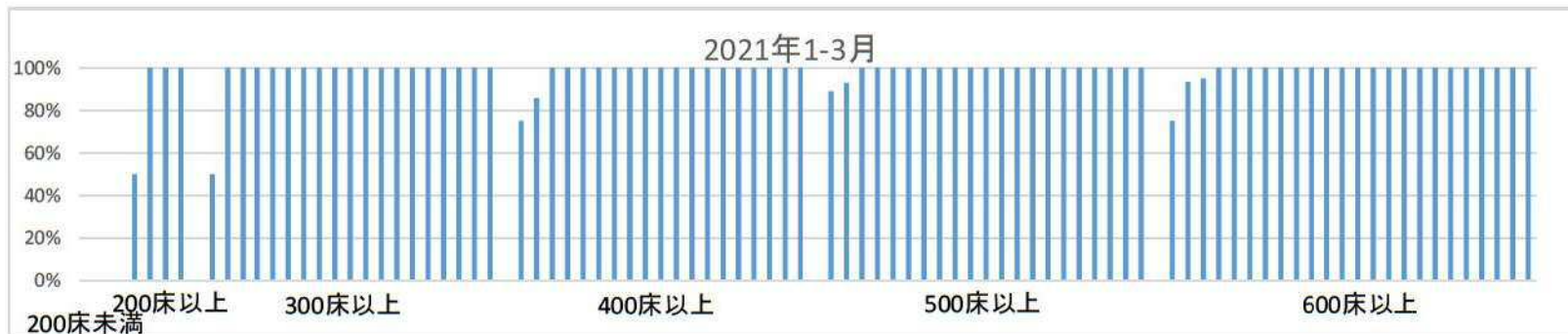
脳梗塞急性期t-PA治療施行率

データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数			101	100	108	94	89	97	94
分母合計			1874	1924	1914	461	525	510	477
75パーセンタイル			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
中央値			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
25パーセンタイル			87.5%	93.6%	88.9%	89.4%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値			82.3%	84.3%	85.8%	83.6%	87.0%	92.1%	90.5%
平均値(0を除く)			93.4%	96.9%	94.6%	95.8%	94.4%	97.1%	97.8%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値 (2018年4月開始)



【直近データ分布】



## 一般34

## 急性心筋梗塞PCI doortoballoon 90分施行率

分母のうち、90分以内に経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞)が施行された患者数 急性心筋梗塞PCI doortoballoon 90分施行率= $\frac{\text{分母のうち、90分以内に経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞)が施行された患者数}}{\text{PCI施行急性心筋梗塞患者数}}$
---

急性心筋梗塞PCI doortoballoon 90分施行率とは 急性心筋梗塞とは心臓の血管が詰まることによっておきる病気です。PCI doortoballoon とは、急性心筋梗塞で病院に到着してから、カテーテル検査し詰まっている心臓の血管を再開通させるまでの時間をいいます。

指標の説明 心臓の血管が詰まって心筋梗塞が発症してから、再開通するまでの時間が短い方が、心臓には良いとされています。救急車等で来院し、心電図等の検査や診断・治療に多くの専門家と設備を要するとされています。

計算について	参考としたガイドライン等	ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン(2013年改訂版) <a href="http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_kimura_d.pdf">http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_kimura_d.pdf</a>
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

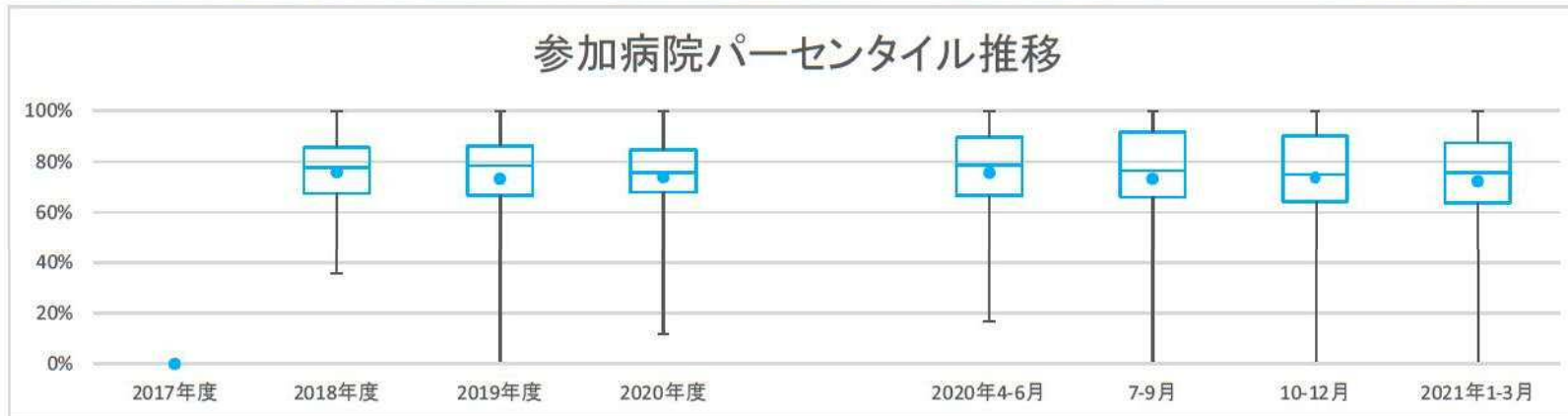
考察 例年と傾向に変化はなく、大規模病院よりはむしろ300床から400床の中規模病院での施行率が高い傾向にある。施設の状況を反映してかバラツキがみられ、予後にも影響することから、施行率が更に高くなることを期待する。この傾向がどのように改善していくのか今後注目したい。



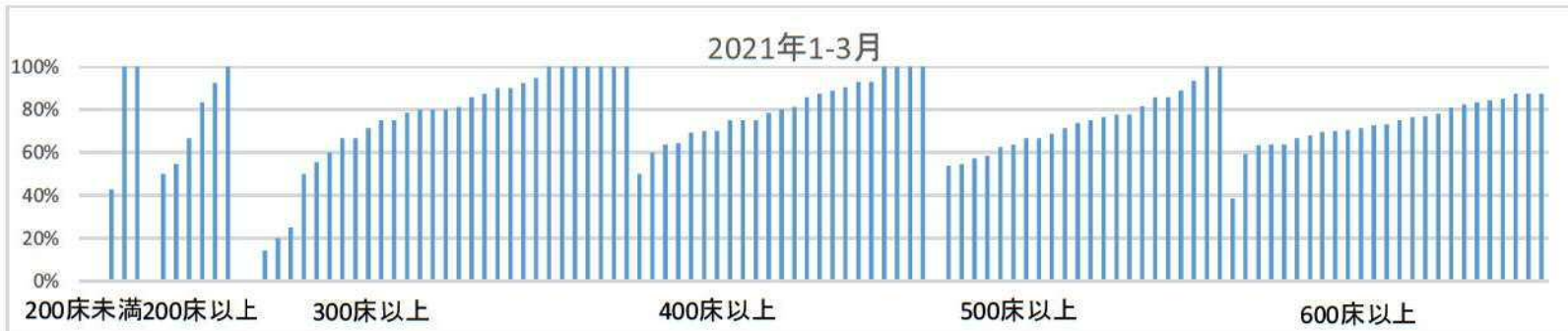
一般34 急性心筋梗塞PCI doortoballoon 90分施行率

データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数			115	113	123	113	116	120	114
分母合計			5598	5402	5751	1240	1440	1609	1462
75パーセンタイル			85.6%	86.1%	84.7%	89.7%	91.7%	90.1%	87.5%
中央値			77.8%	78.4%	75.6%	78.6%	76.3%	75.0%	75.7%
25パーセンタイル			67.5%	66.7%	68.0%	66.7%	66.1%	64.3%	63.8%
平均値			75.8%	73.2%	73.9%	75.5%	73.2%	73.7%	72.2%
平均値(0を除く)			75.8%	73.8%	73.9%	75.5%	75.2%	75.0%	76.2%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値 (2018年4月開始)



【直近データ分布】





## 一般35

## 胃癌低侵襲手術率(内視鏡)

$$\text{胃癌低侵襲手術率(内視鏡)} = \frac{\text{分母のうち、内視鏡手術が施行された患者数}}{\text{胃癌で治療前TNMがUICCステージ I のうち該当する切除術が施行された退院患者数}}$$

胃癌低侵襲手術率(内視鏡)とは UICCステージとはがんの進行度を表します。IからIVまでに分類されています。

## 指標の説明

胃癌の手術には、内視鏡、腹腔鏡、開腹があります。合併症やがんの状態などにより、開腹より体への影響の少ない、内視鏡手術や腹腔鏡手術が選ばれる場合があります。

## 計算について

参考としたガイドライン等	日本胃癌学会胃癌治療ガイドライン <a href="http://www.jgca.jp/guideline/fourth/index.html">http://www.jgca.jp/guideline/fourth/index.html</a>
データ除外	なし
補正などの計算方法	なし
データ基準日	2021年4月25日

## 考察

着実に上昇している指標であるが、施設間差は大きい。

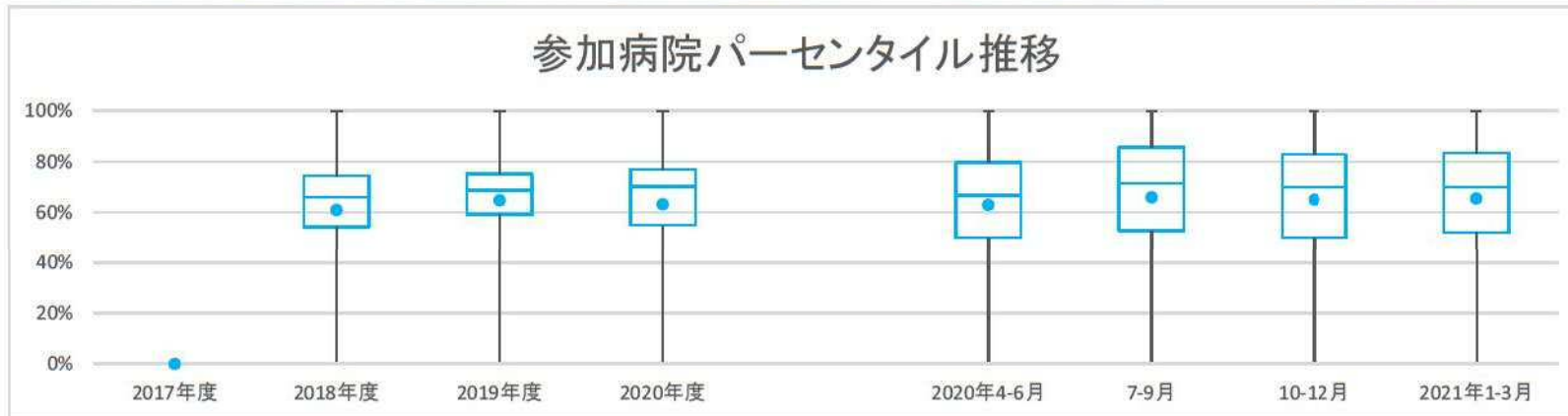
一般35

胃癌低侵襲手術率(内視鏡)

データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
	データ登録病院数		133	128	138	127	125	131	125
	分母合計		7596	7759	7153	1680	1574	2018	1881
	75パーセンタイル		74.3%	75.1%	76.9%	79.7%	85.7%	82.8%	83.3%
	中央値		65.8%	68.8%	70.2%	66.7%	71.4%	70.0%	70.0%
	25パーセンタイル		54.2%	59.2%	55.0%	50.0%	52.9%	50.0%	52.2%
	平均値		60.9%	64.7%	63.2%	63.0%	66.0%	65.0%	65.5%
	平均値(0を除く)		63.8%	67.9%	67.6%	67.2%	71.1%	69.8%	70.0%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2018年4月開始)



【直近データ分布】



## 一般36

## 胃癌低侵襲手術率(腹腔鏡)

$$\text{胃癌低侵襲手術率(腹腔鏡)} = \frac{\text{分母のうち、腹腔鏡手術が施行された患者数}}{\text{胃癌で治療前TNMがUICCステージ I に相当し対象の切除術が施行された退院患者数}}$$

胃癌低侵襲手術率(腹腔鏡)とは UICCステージとはがんの進行度を表します。IからIVまでに分類されています。

指標の説明 胃癌の手術には、内視鏡、腹腔鏡、開腹があります。合併症やがんの状態などにより、開腹より体への影響の少ない、内視鏡手術や腹腔鏡手術が選ばれる場合があります。

計算について	参考としたガイドライン等	日本胃癌学会胃癌治療ガイドライン <a href="http://www.jgca.jp/guideline/fourth/index.html">http://www.jgca.jp/guideline/fourth/index.html</a>
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 ここ数年大きな変化は見られない。施設間差は、診療体制の差(腹腔鏡手術を行える医師がいるかどうか)によると考えられる。

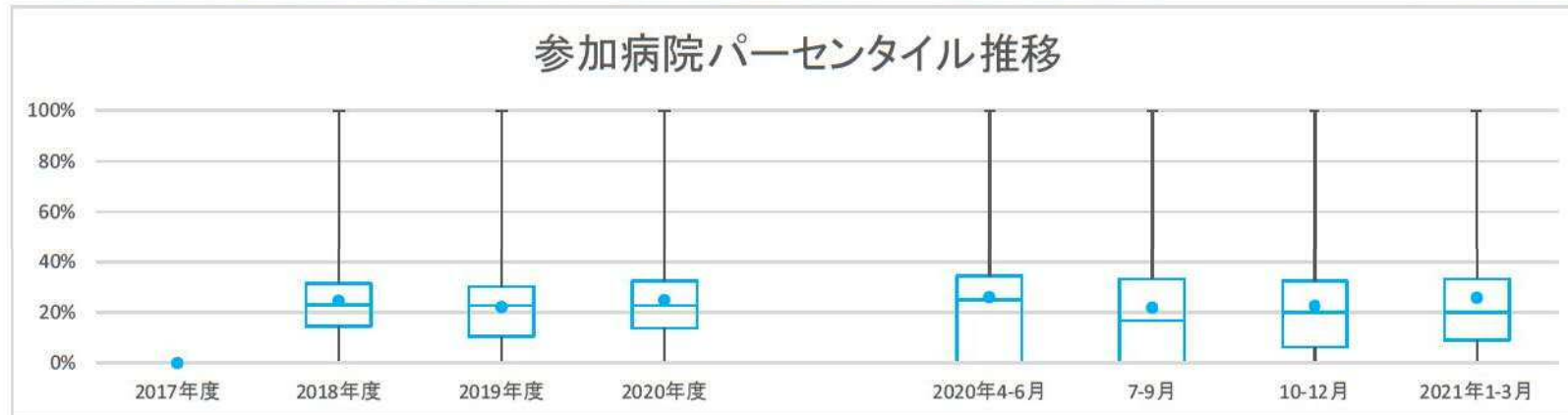
一般36

胃癌低侵襲手術率(腹腔鏡)

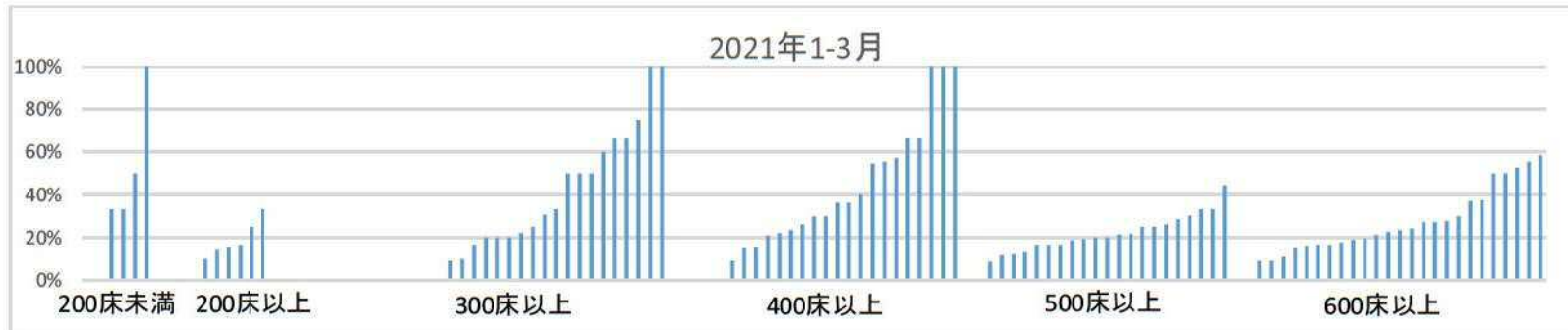
データのまとめ	対象病院群	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数			133	128	138	127	125	131	125
分母合計			7588	7759	7153	1680	1574	2018	1881
75パーセンタイル			31.4%	30.0%	32.3%	34.4%	33.3%	32.5%	33.3%
中央値			23.1%	22.5%	22.7%	25.0%	16.7%	20.0%	20.0%
25パーセンタイル			14.6%	10.6%	13.8%	0.0%	0.0%	6.2%	9.1%
平均値			24.6%	22.1%	24.8%	26.0%	21.9%	22.6%	25.8%
平均値(0を除く)			28.4%	25.7%	28.0%	35.9%	30.4%	28.7%	33.9%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2018年4月開始)



【直近データ分布】





一般37

がん患者サポート率

$$\text{がん患者サポート率} = \frac{\text{分母のうち、基準日を含む6ヶ月間にがん患者指導管理料1を算定した患者(入・外含む)}}{\text{初発がん患者の初回退院数}}$$

がん患者サポート率とは はじめて癌と診断された患者さんに対し、医師と看護師が共同で説明やカウンセリング等を行いサポートするものです。

指標の説明 この事業においては、入院を要するがんの初発の場合に、入院前後に、医師・看護師による説明・カウンセリングの有無について調査をしています。より高い値を目指しています。ご家族にのみ説明される場合にはカウントされませんので低くなります。

計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 僅かずつではあるが、改善している傾向が見られる。がん患者指導管理料の取得には、人と時間が必要であり、その差が施設間の差となっていると思われる。

一般37

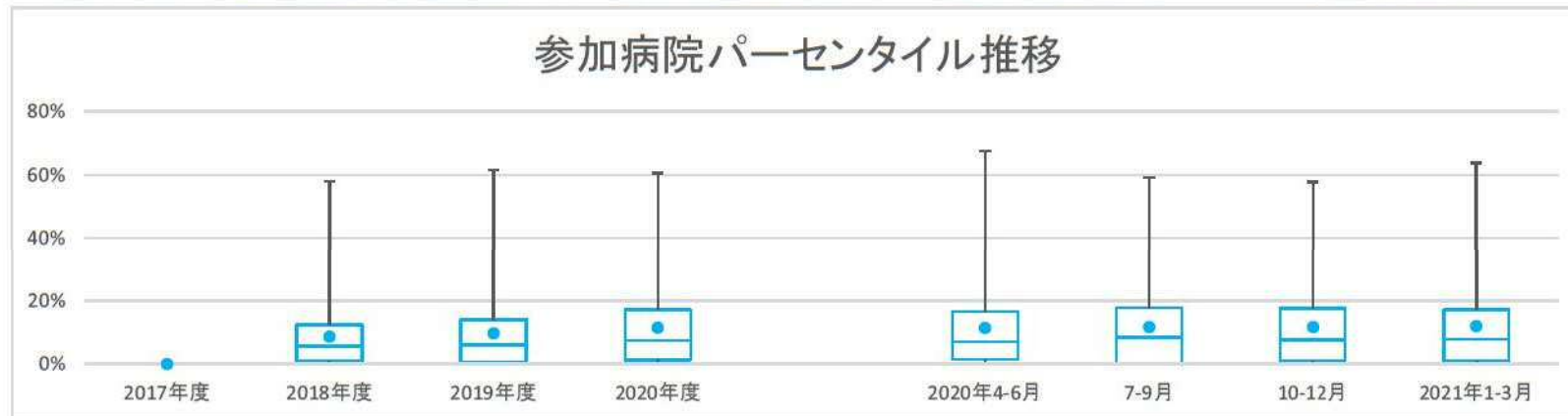
がん患者サポート率

対象病院群 精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床

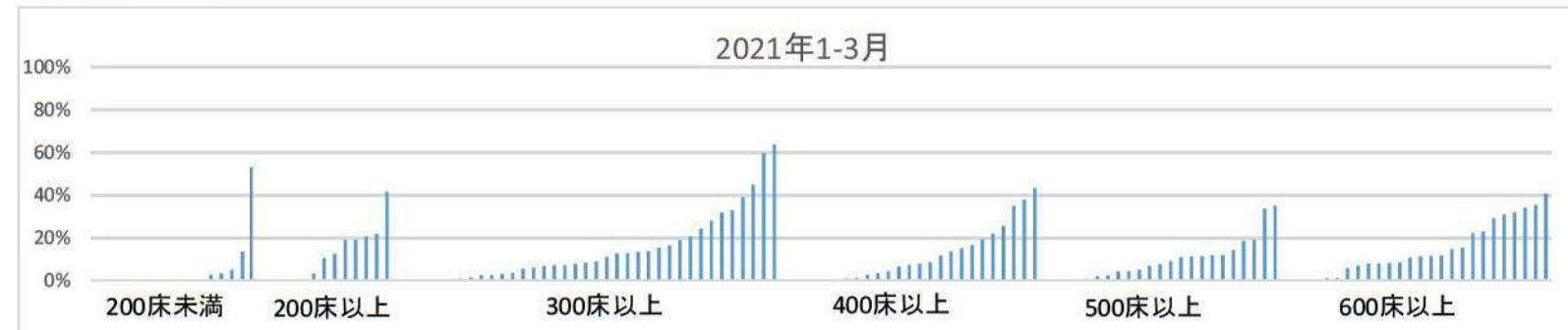
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数			133	133	143	138	139	140	136
分母合計			99447	103463	105575	25674	26088	29145	24944
75パーセンタイル			12.4%	14.1%	17.1%	16.6%	17.7%	17.6%	17.2%
中央値			5.6%	6.1%	7.5%	7.0%	8.3%	7.7%	7.9%
25パーセンタイル			0.9%	0.7%	1.3%	1.5%	0.0%	0.9%	1.0%
平均値			8.6%	9.7%	11.5%	11.4%	11.6%	11.7%	12.0%
平均値(0を除く)			10.5%	11.7%	13.7%	14.4%	15.7%	15.2%	15.3%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2018年4月開始)



【直近データ分布】



## 一般38

## 迅速細胞診実施率(胃癌)

$$\text{迅速細胞診実施率(胃癌)} = \frac{\text{分母のうち、術中迅速細胞診を行ったもの}}{\text{腹腔鏡、開腹による胃癌悪性腫瘍切除術が行われた患者数}}$$

迅速細胞診実施率(胃癌)とは

迅速細胞診とは、手術などで得られた細胞にがんが混じっているかについて、手術中に結果を報告する検査です。

指標の説明

この検査を行うには、外科のみならず、手術室、病理検査等の取り組みが重要となってきます。

計算について

参考としたガイドライン等

日本胃癌学会胃癌治療ガイドライン <http://www.jgca.jp/guideline/fourth/index.html>

データ除外

なし

補正などの計算方法

なし

データ基準日

2021年4月25日

考察

診療対象症例の数や質だけでなく、病理診断の環境に依存する指標であり施設間のバリエーションは大きい。分母の数自体も同一施設内で年度ごとに大きく増減しているため、施設内の経年比較する場合も注意を要する。

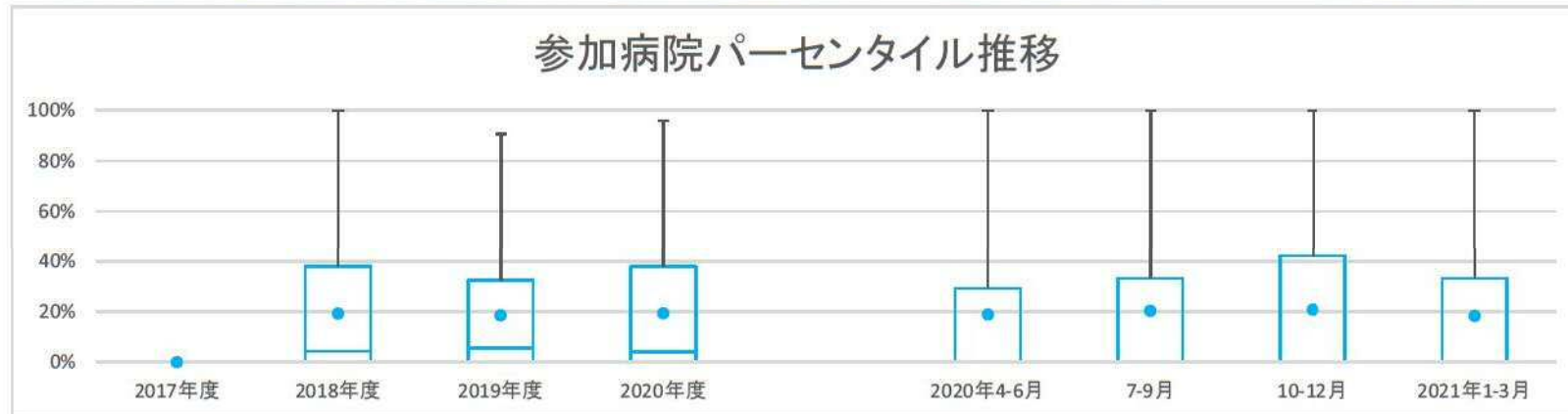
一般38

迅速細胞診実施率(胃癌)

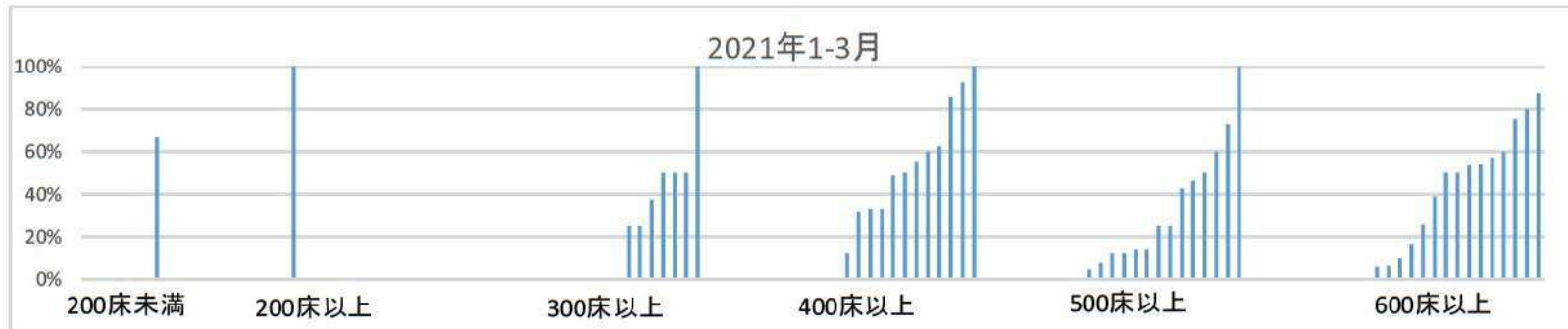
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数			132	132	139	127	129	134	127
分母合計			5317	4770	4300	1119	985	1145	1051
75パーセンタイル			37.9%	32.5%	37.9%	29.3%	33.3%	42.1%	33.3%
中央値			4.4%	5.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
25パーセンタイル			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
平均値			19.2%	18.5%	19.4%	18.9%	20.3%	20.8%	18.3%
平均値(0を除く)			34.2%	31.8%	35.0%	43.6%	49.3%	48.1%	46.6%

【時系列】●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2018年4月開始)



【直近データ分布】





## 一般39

## 放射線専門医診断寄与率

分母のうち、該当する画像管理加算1または2または3を算定した件数 放射線専門医診断寄与率= $\frac{\text{分母のうち、該当する画像管理加算1または2または3を算定した件数}}{\text{自施設で撮影した画像において核医学診断およびコンピューター画像診断を行った件数}}$		
放射線専門医診断寄与率とは	CT等の放射線画像検査は、診療科担当医のほかに、放射線科専門医による診断が加わることがあります。画像管理加算とは経験を積んだ放射線科専門医による診断が行われたことを表しています。	
指標の説明	担当医のみならず、放射線科専門医も読影することにより、より多角的に、また、検査目的以外の病変についても情報が得られる場合があります。 DPC病院の入院後同月の外来では画像診断が包括され、画像診断管理加算のみとなることから指標値が100%を超える場合があります。	
計算について	参考としたガイドライン等	なし
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日
考察	診療対象症例の数や質だけでなく、放射線診断の環境に依存するためと思われる。分母の数自体も同一施設内で年度ごとに大きく増減しているため、経年比較する場合も注意を要する。しかし読影医の数だけでなく、遠隔診断の利用などの診断環境の変化が反映される可能性があり今後注目していきたい指標である。	

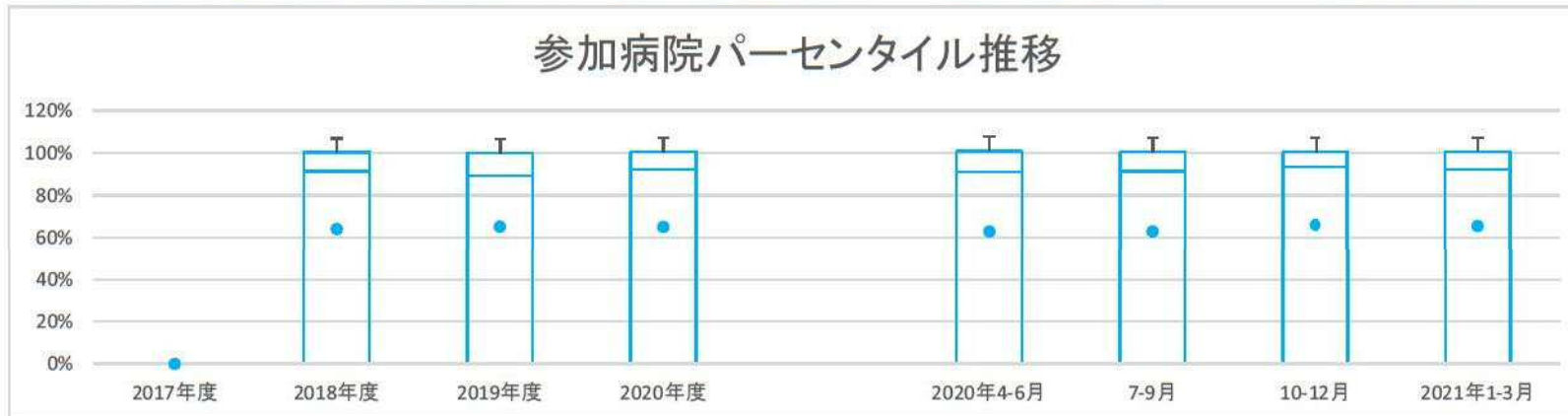
一般39

放射線専門医診断寄与率

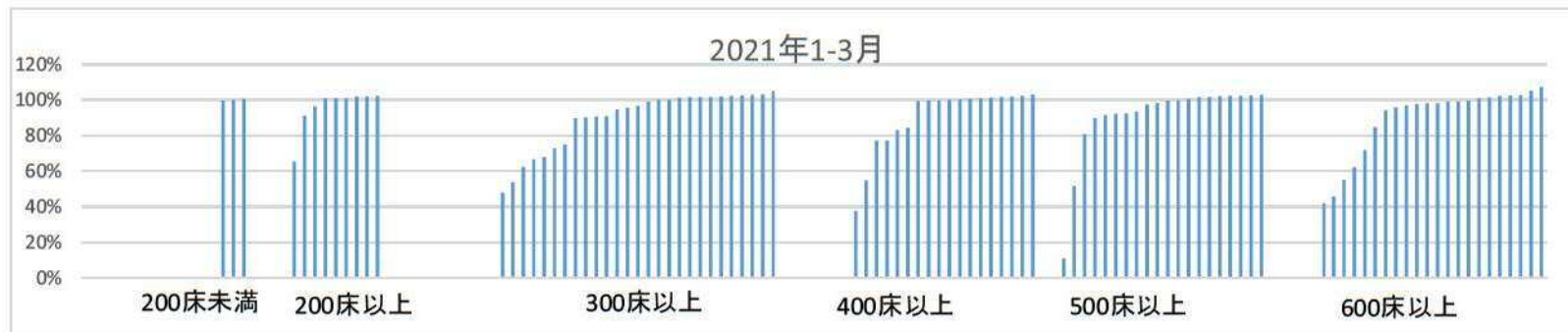
データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
	データ登録病院数		134	133	145	140	141	143	137
	分母合計		2596868	2577041	2684821	609736	692927	720447	669149
	75パーセンタイル		100.4%	100.1%	100.6%	100.9%	100.6%	100.6%	100.8%
	中央値		91.4%	89.5%	92.3%	91.0%	91.5%	93.5%	92.3%
	25パーセンタイル		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	平均値		64.2%	65.3%	65.2%	63.1%	63.1%	66.2%	65.5%
	平均値(0を除く)		83.5%	86.0%	85.9%	91.0%	88.1%	87.6%	89.8%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2018年4月開始)



【直近データ分布】



## 一般40

## 安全管理薬剤指導率

$$\text{安全管理薬剤指導率} = \frac{\text{分母のうち薬剤管理指導料が算定された患者数}}{\text{特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている入院患者数}}$$

安全管理薬剤指導率 と 薬剤指導管理とは、処方された薬剤(注射、内服薬、外用薬)について薬剤師が内容、相互作用等も含め専門的に検討し、患者さんに説明することです。

指標の説明 担当医のみならず、薬剤師が薬学的にも薬剤治療を検討することにより、より副作用が少なく効果的な治療が行われます

計算について

参考としたガイドライン等

ハイリスク薬に関する業務ガイドライン  
(Ver.2.2) <http://www.jshp.or.jp/cont/16/0609-1.pdf>

データ除外

なし

補正などの計算方法

なし

データ基準日

2021年4月25日

考察

施設の患者層や入院治療の傾向により対象とする医薬品の使用頻度が異なるため、薬剤師の業務内容や配置数のみならず、施設の特性によってばらつきが出やすく施設間比較がしにくい指標である。薬剤師の薬剤管理状況を反映するため、施設内の経年変化をみるには有用な指標である。



一般40

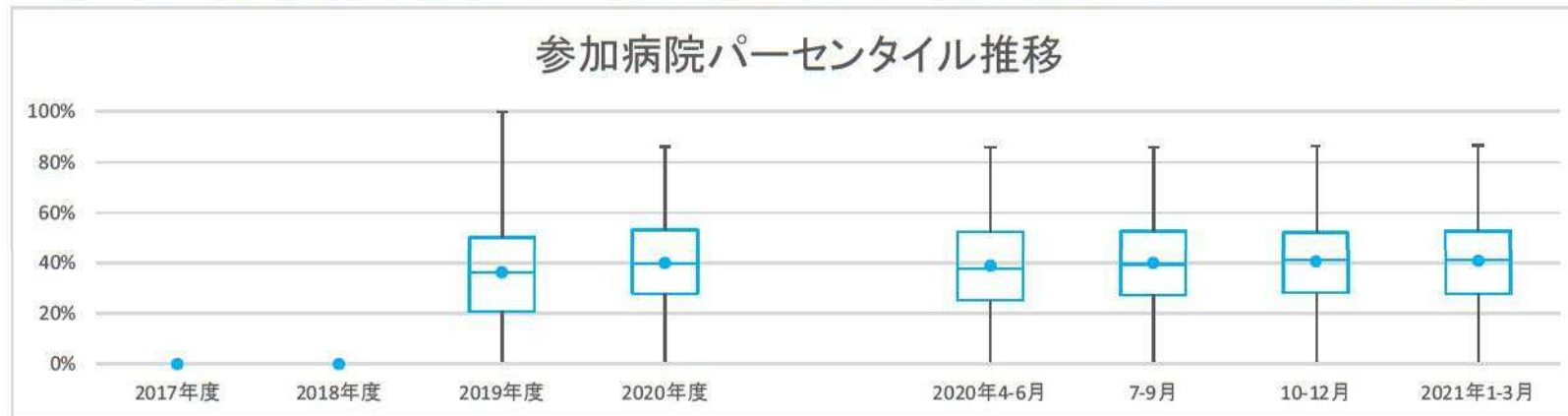
安全管理薬剤指導率

対象病院群 精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床

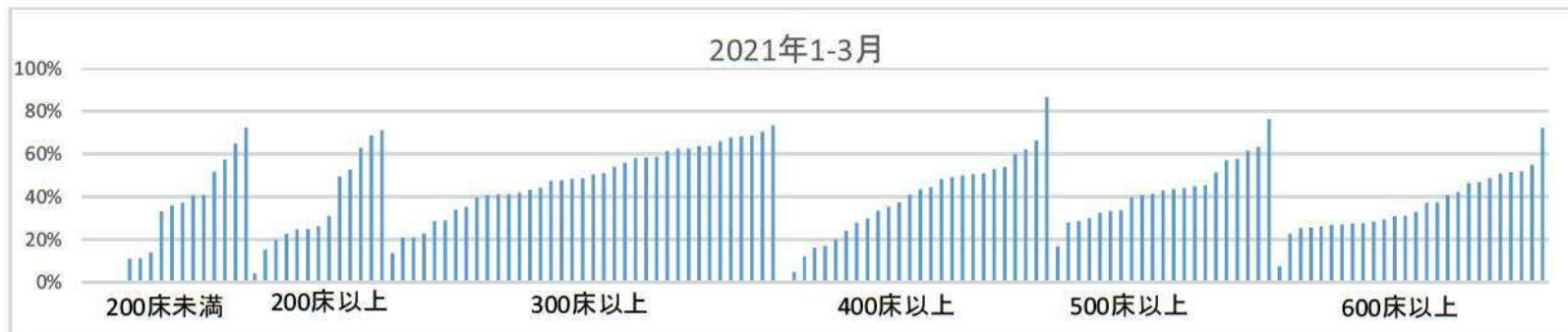
データのまとめ	調査期間	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数				138	148	141	142	145	138
分母合計				774799	758208	175145	192604	209900	180559
75パーセンタイル				50.3%	53.4%	52.5%	52.9%	52.3%	52.9%
中央値				36.1%	39.6%	37.6%	39.5%	41.0%	41.1%
25パーセンタイル				20.8%	27.8%	25.2%	27.2%	28.1%	27.9%
平均値				36.2%	39.9%	38.8%	39.9%	40.5%	40.8%
平均値(0を除く)				36.7%	40.4%	39.4%	40.8%	41.4%	41.7%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2019年4月開始)



【直近データ分布】





## 一般41 術後せん妄推定発症率

$$\text{術後せん妄推定発症率} = \frac{\text{分母のうち術後7日間にせん妄治療薬投与のある患者数}}{\text{全身麻酔手術の前7日間にせん妄治療薬投与のない入院患者数}}$$

術後せん妄推定発症率とは せん妄とは、体調の悪化や環境の変化に、手術の影響などにより、一時的に不穏や認知の障害がみられることです。

指標の説明 病室などの環境調整やご家族の面会、薬剤調整で不穏や認知の障害を速やかに取り除くことを目指しています。該当薬の一部は病院によって不眠症に投与されることがあります。

計算について	参考としたガイドライン等	日老医誌2014;51:428—435 高齢者せん妄の薬物治療 <a href="https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_51_5_428.pdf">https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_51_5_428.pdf</a>
	データ除外	なし
	補正などの計算方法	なし
	データ基準日	2021年4月25日

考察 この指標はせん妄を起こしやすい患者が占める割合や、手術内容によって大きく異なることが想定されるので、施設間比較は難しいが、せん妄ハイリスク患者スクリーニングにより入院後は早期介入がなされるようになり、発症抑制につながる可能性があるため、施設内の努力次第で今後の改善が期待できる指標である。

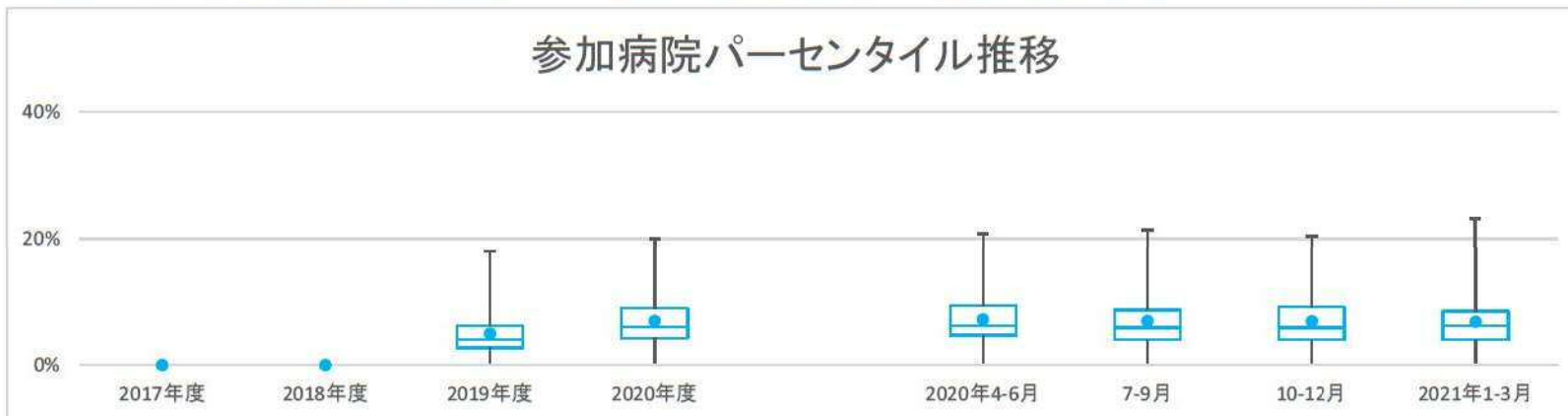
一般41

術後せん妄推定発症率

データのまとめ	対象病院群 調査期間	精神科標榜なし、総合病院精神科無床、総合病院精神科有床							
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年4-6月	7-9月	10-12月	2021年1-3月
データ登録病院数				42	139	133	133	136	133
分母合計				72244	214423	46801	55474	60703	51447
75パーセンタイル				6.2%	9.0%	9.3%	8.6%	9.1%	8.5%
中央値				4.0%	6.0%	6.3%	5.9%	5.9%	6.2%
25パーセンタイル				2.7%	4.2%	4.6%	4.0%	4.0%	4.0%
平均値				4.9%	6.9%	7.2%	6.9%	6.9%	6.8%
平均値(0を除く)				5.3%	7.0%	7.4%	7.0%	7.1%	7.2%

【時系列】 ●は平均値、他は上方から最大値、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値、最小値

(2019年4月開始)



【直近データ分布】

