

臨床指標②(国立病院機構に準じた臨床指標)

【目次】

1. 高齢患者(75歳以上)におけるⅡ度以上の褥瘡の院内発生率
2. 手術あり(リスクレベルが中以上)の患者に対する肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
3. 手術あり(リスクレベルが中以上)の患者における肺血栓塞栓症の発生率
4. 退院患者の標準化死亡比
5. 急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率
6. 急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CT撮影もしくはMRI撮影
7. 急性脳梗塞患者における入院死亡率
8. 急性心筋梗塞患者に対する退院時のアスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率
9. 乳癌(ステージⅠ)の患者に対する乳房温存手術の施行率
10. ①人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬術後の抗菌薬術後3日以内の中止率
11. ②人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬の術後7日以内の中止率
12. 人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率
13. 出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率
14. 治療を必要とする転倒転落発生率
15. Ⅱ度以上の新規褥瘡院内発生率

1. 高齢患者(75歳以上)におけるⅡ度以上の褥瘡の院内発生率

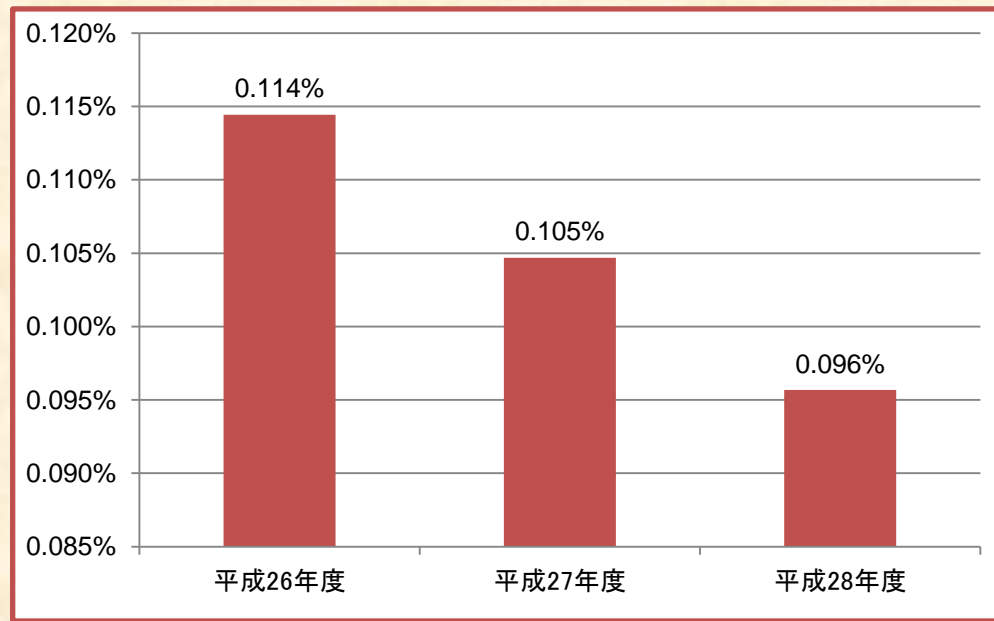
入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた75歳以上の患者に対して、NPUAP 分類にて Stage Ⅱ 以上、もしくは DESIGN 評価表で d2 以上と判定された患者を抽出します。

分子: 分母のうち、院内の新規発生 of 褥瘡を有する患者数

分母: 入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者(75歳以上)の在院患者延べ数

【解説】

褥瘡は、身体の接触面から受ける圧迫により、局所皮膚の血流が途絶えて壊死を起こし発生する難治性の潰瘍です。褥瘡は、高齢者の多い慢性期病院に特有の疾患と考えられがちですが、急性期病院においても手術室やICUにおける長時間の同一体位等でも発生することがあります。褥瘡の発生要因として、圧迫、摩擦、ずれ、湿潤(失禁や発汗)などの局所的要因の他に、原疾患や日常生活の自立度の低さ、栄養状態の不良といった全身的要因と、不十分な看護や介護等が考えられています。褥瘡の発生は、患者のQOLを低下させる要因となり、また褥瘡部位から感染を引き起こした場合、他の疾患に対する治療も影響を与え、在院日数が延長することもあります。褥瘡は、患者の状態に応じ、予防が困難な場合もあります。しかし、褥瘡対策に係る専任の医師や看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡対策に関する診療計画に基づき、患者にあった適切な褥瘡対策を実施することによって、褥瘡の発生率を低下させていくことが求められます。



2. 手術ありの患者に対する肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

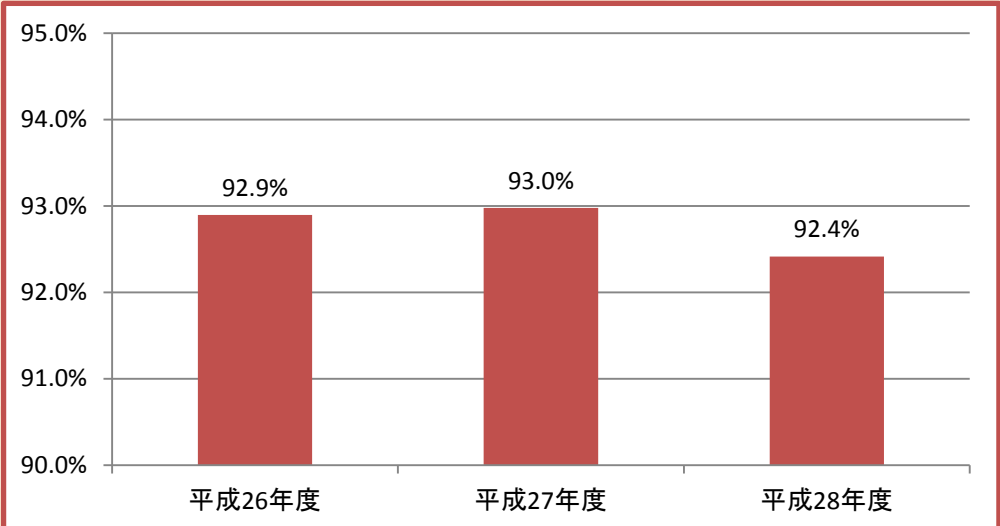
(リスクレベルが中以上)

肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者に対して、入院期間中に「肺血栓塞栓症予防管理料(弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫装置を用いた計画的な医学管理)」が算定された、あるいは抗凝固薬が処方された症例を抽出します。

分子: 分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策(弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法(ヘパフラッシュを除く)のいずれか、または二つ以上に該当)

分母: 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

【解説】
肺血栓塞栓症は、主に下肢の静脈の深部にできた血栓(深部静脈血栓症と呼ばれます)がはがれて血流によって運ばれ、肺動脈に閉塞を引き起こしてしまう疾患です。肺血栓塞栓症は、血栓の大きさや血流の障害の程度によって軽症から重症までのタイプがあります。血栓によって太い血管が閉塞してしまうような重篤な場合には、肺の血流が途絶し、酸素が取り込めなくなり、ショック状態から死に至ることもあります。近年、深部静脈血栓症や肺血栓塞栓症の危険因子が明らかになってきています。発症に至る前に、危険レベルに応じた予防対策を行うことが一般的に推奨されています。予防方法には、静脈還流を促すための弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置(足底部や大腿部にカフを装着し、空気により圧迫)の使用、抗凝固療法があります。なお、弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法の実施は、「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」に則り、肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者が対象になります。



3. 手術ありの患者における肺血栓塞栓症の発生率

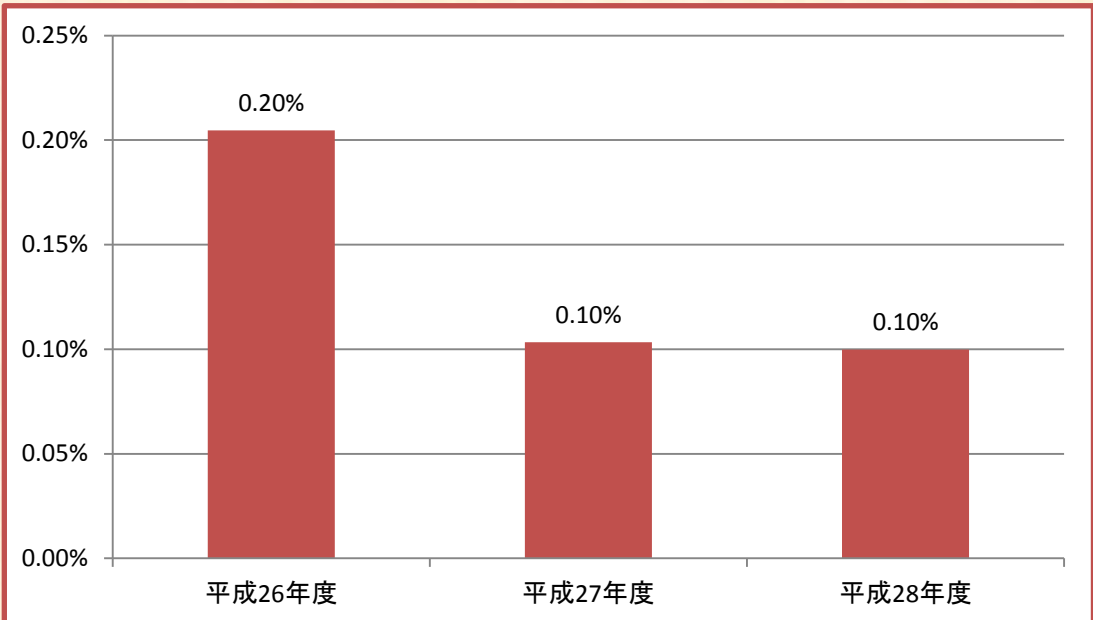
(リスクレベルが中リスク以上)

肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した症例のうち、入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている症例を抽出します。

分子: 分母のうち、肺血栓塞栓症を発症した患者数

分母: 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

【解説】
深部静脈血栓症は症状が乏しく、発見が困難な疾患です。また、肺血栓症は、呼吸困難や胸痛、動悸等といった他の疾患でも現れる症状を呈するため、鑑別診断も困難であるといわれています。このため、原因不明とされたり、解剖をして初めて、肺血栓症が発見されることがあります。また、適切に予防対策を実施しても、肺血栓塞栓症の発生を未然に防ぐことができない場合もあります。
なお、DPCデータの入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が入力された患者を抽出しているため保険病名が含まれ、実際の発生率と異なります。

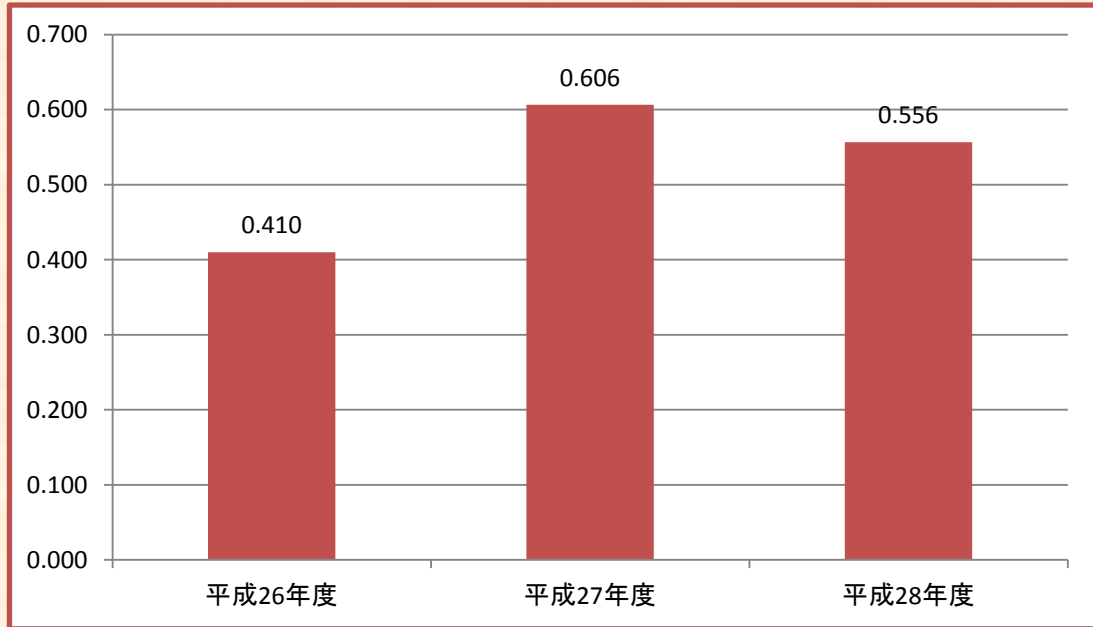


4. 退院患者の標準化死亡比

患者の年齢や重症度等でリスク調整を行った場合における予測される死亡患者数に対する実際に死亡した患者数の割合です。

分子: 観測死亡患者数
分母: 予測死亡患者数

【解説】
観測死亡数は、測定期間において入院中に死亡した実際の患者数です。各病院の死亡率は、患者の疾病構成や重症度などの様々な要因によって影響を受けます。例えば、重症の患者を多く受け入れている病院では、比較的軽症の患者を受け入れている病院よりも死亡率が高くなる可能性があります。このため、病院間で比較を行う場合には、死亡率に影響を与えることが想定される因子を統計的に調整することが必要になります。本指標では、「年齢」「性別」「主要診断」や「患者の重症度に関連する要因」等を考慮した調整を行うことで、予測死亡数も算出しています。ただし、死亡率に影響を与える全因子について完全に調整を行うことは困難であり、調整には限界を伴っていることに留意する必要があります。
標準化死亡比が1の場合には観察死亡数と期待死亡数が同じであることを意味しています。標準化死亡比が1を超えている場合には、観察死亡数は予測死亡数より上回っていることを示しています。一方、1より低い場合には、観察死亡数は予測死亡数より下回っていることを示しています。



5. 急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率

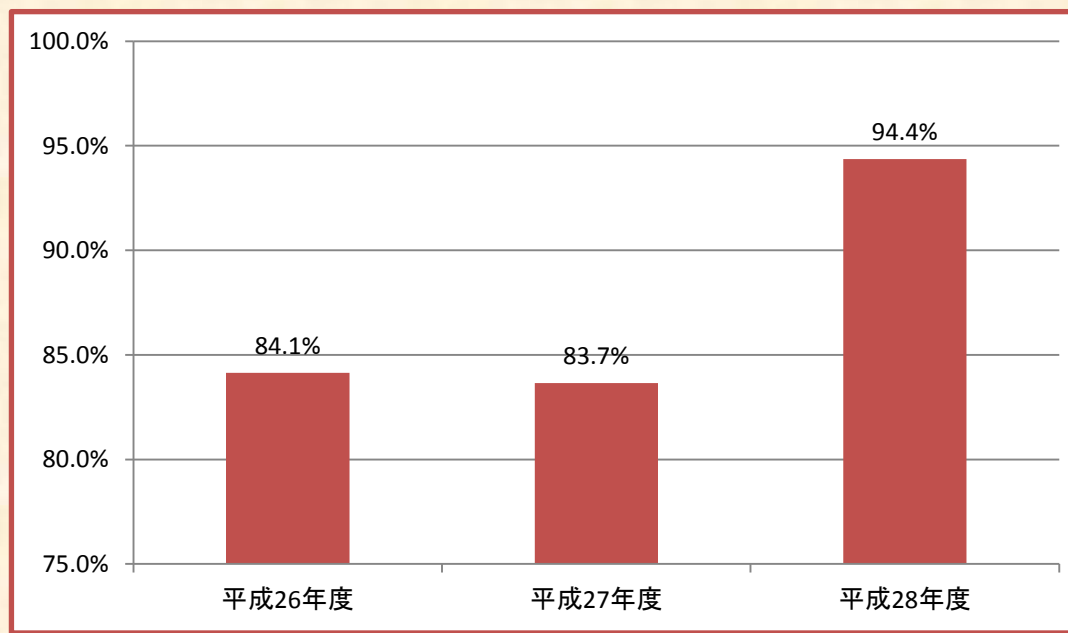
医療資源病名が「脳梗塞」で発症時期急性（3日以内）でリハを実施した患者のうち、開始時期が入院から4日以内である症例を抽出します。

分子：母のうち、入院してから4日以内にリハビリテーションが開始された患者数 分子：母のうち、入院してから4日以内にリハビリテーションが開始された患者数

分母：急性脳梗塞（発症時期が3日以内）の退院患者数のうち、リハビリテーションが施行された退院患者数

【解説】

脳梗塞は、脳の血管が細くなったり、血管に血栓が詰まることで、脳に酸素や栄養が送られなくなり、その部位の脳組織が壊死あるいは壊死に近い状態に陥ってしまう病気です。脳梗塞により、運動障害、言語障害、感覚障害等の後遺症が残ることがあります。脳梗塞の後遺症によって、寝たきりになると、筋萎縮・筋力低下、関節拘縮、肺炎、褥瘡、抑うつ等の症状が現れる廃用症候群が起こります。廃用症候群の発生を防止するためには、早期からのリハビリテーションが重要になります。そして、日常生活の自立と早期の社会復帰につなげていくことが求められます。なお、施設の体制によっては、理学療法士または作業療法士による本格的なリハビリテーションの開始日が休日に該当した場合、リハビリテーションの開始が1日遅れる場合があります。



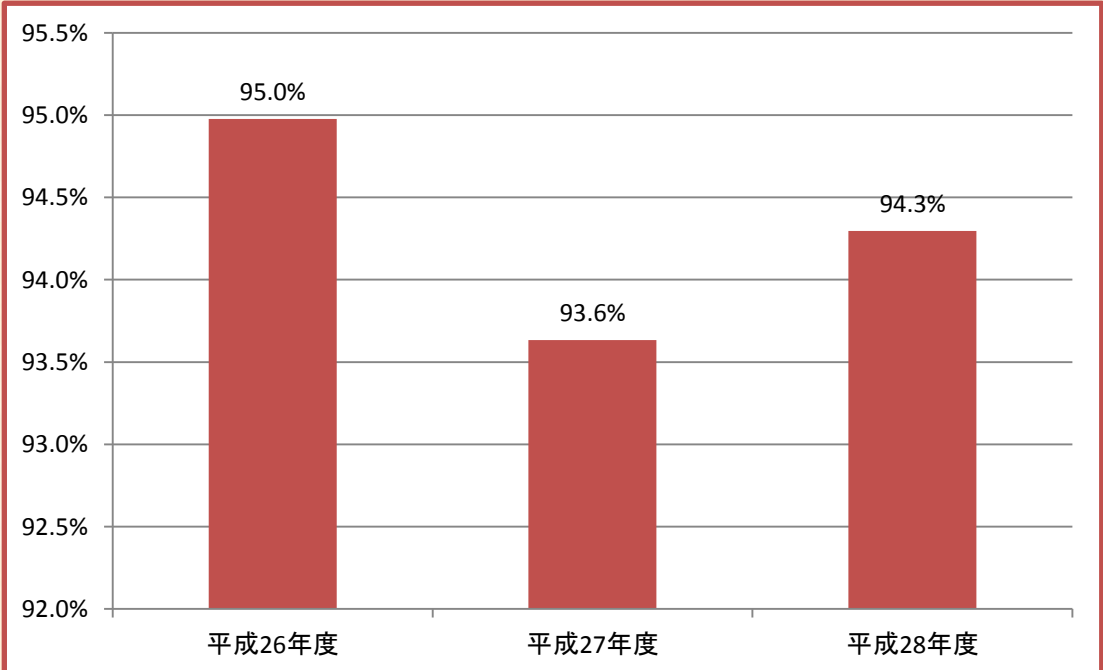
6. 急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CT撮影もしくはMRI撮影

医療資源病名が「脳梗塞」の患者のうち、入院当日・翌日に CT もしくはMRI を施行した割合を抽出します。

分子:分母のうち、入院当日・翌日に「CT撮影」あるいは「MRI撮影」が実施された患者数

分母:急性脳梗塞(発症時期が3日以内)の退院患者数

【解説】
脳卒中は、脳の血管が血栓で詰まったり(脳梗塞)、破裂して出血したり(脳出血)して、脳組織が壊死する病気です。脳卒中のタイプに応じて、治療方法は異なります。CT撮影やMRI撮影を実施することで、脳出血と脳梗塞を見分けることができ、また脳組織の壊死の状態等についても把握することができます。適切な治療に向け、「CT撮影」あるいは「MRI撮影」を実施し、迅速かつ正確な診断を行うことが重要になります。そこで、「CT撮影」あるいは「MRI撮影」を早急に行うことが求められます。



7. 急性脳梗塞患者における入院死亡率

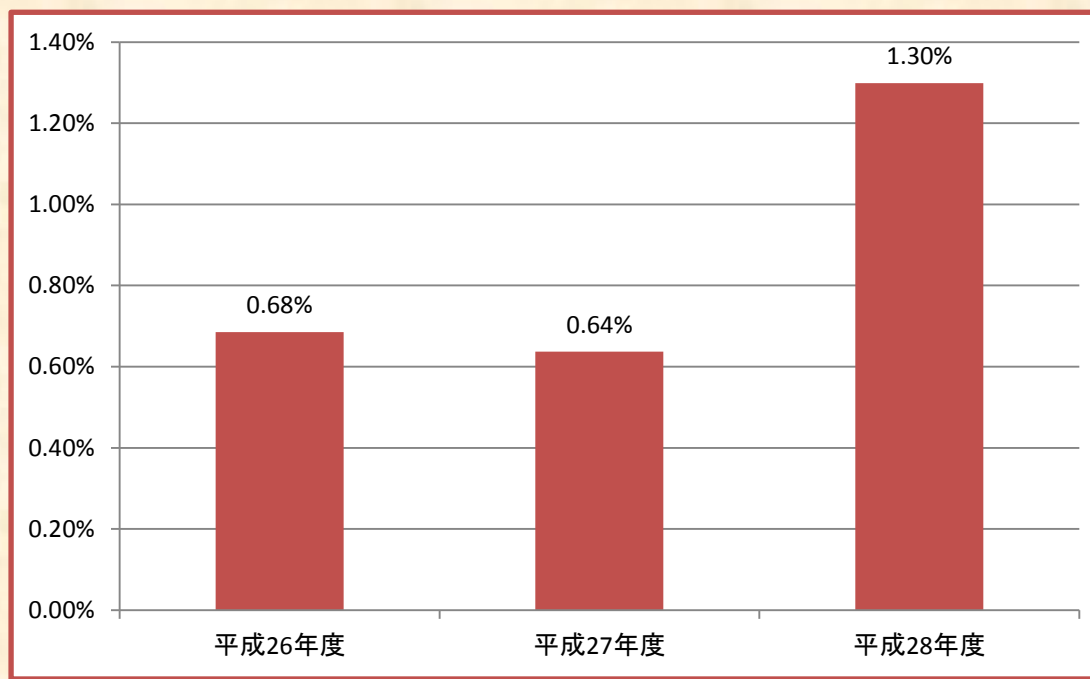
医療資源病名が「脳梗塞」で発症時期急性(3日以内)かつ入院時の JCS が I 群あるいは無しの患者うち、した割合を抽出します。

分子:分母のうち、退院時転帰が死亡の患者数。

分母:急性脳梗塞(発症時期が3日以内)の退院患者数

【解説】

脳梗塞を早期に診断し、24時間体制で迅速かつ適切に脳梗塞の治療を行うことにより、死亡率の低下につなげることができます。急性脳梗塞患者における入院死亡率の評価に基づき、今後の治療体制等の改善を図ることが求められます。ただし、本指標の測定結果は、患者の年齢や基礎疾患等を踏まえた重症度については補正していないことに留意する必要があります。



8. 急性心筋梗塞患者に対する退院時のアスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率

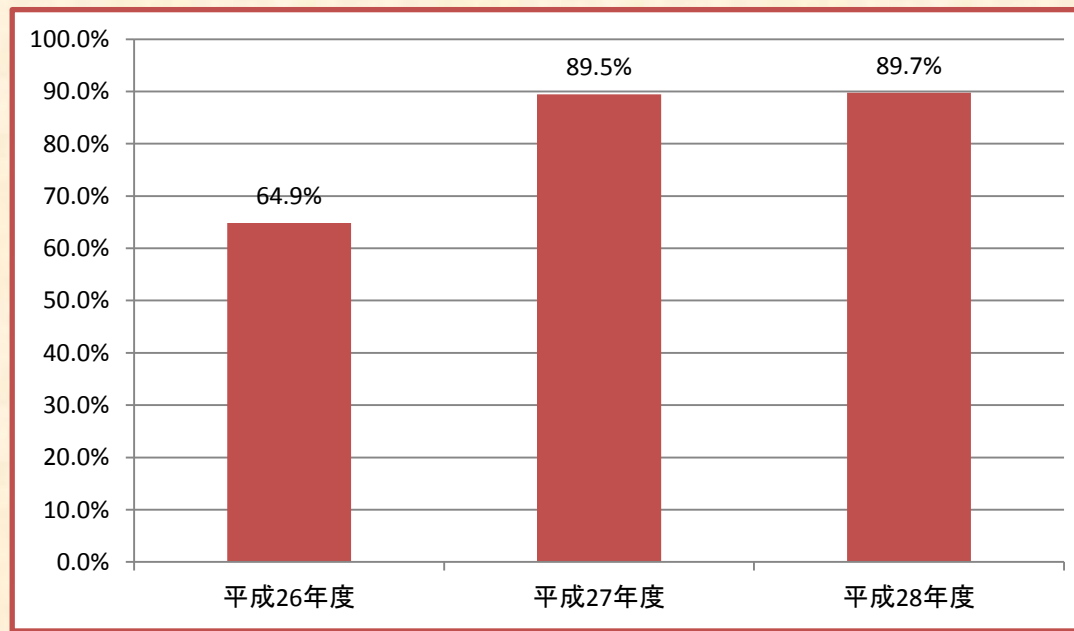
急性心筋梗塞患者のうち、退院時処方アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルを処方した割合を抽出します。

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

分母: 急性心筋梗塞あるいは再発性心筋梗塞の退院患者数

【解説】

急性心筋梗塞は、栄養分や酸素によって心臓の筋肉を養う「冠動脈」が動脈硬化によって細くなり、そこに血栓ができたり、またそこに他から運ばれた血栓が詰まってしまうことで、血液が完全に流れなくなり、心臓の筋肉の細胞が壊死してしまう病気です。アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルは血栓形成を抑制する作用があります。そこで、心筋梗塞の再発を予防するために、これらの薬剤を投与することが求められます。ただし、本指標の測定結果は、アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルの処方対象とならない患者(例: これらの薬剤に対してアレルギーがあった、冠動脈に高度狭窄は認められたが血栓性梗塞なしの病態像であった等)が分母に含まれていることに留意する必要があります。



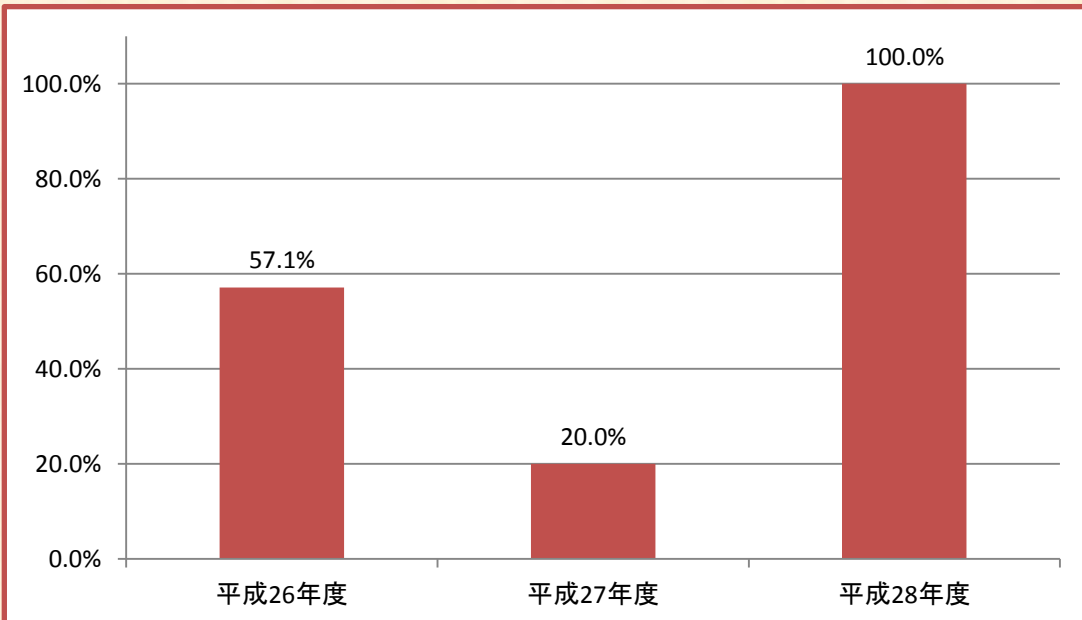
9. 乳癌(ステージ I)の患者に対する乳房温存手術の施行率

乳癌(ステージ I)の退院患者に対する乳房温存手術施行割合を抽出します。

分子:分母のうち、乳房温存手術が施行された患者数

分母:乳癌(ステージ I)の退院患者数

【解説】
乳がん(ステージ I :しこり2cm以下、リンパ節転移なし)の治療法として、再発率や整容面・QOLの視点からも、乳房温存療法が推奨されています。正確な乳癌の診断のもとに乳房温存手術を行うことが求められます。乳房温存療法は、乳房温存手術と温存乳房への術後放射線療法からなります。乳房温存手術施行後に、手術施行病院以外で、放射線療法を受けることがあります。このため、本指標では、各病院で把握可能な乳房温存手術の施行率のみを把握対象としています。なお、乳がん(ステージ I)の患者であっても、乳房温存療法の適用外となる病態や状態等があることに留意する必要があります。



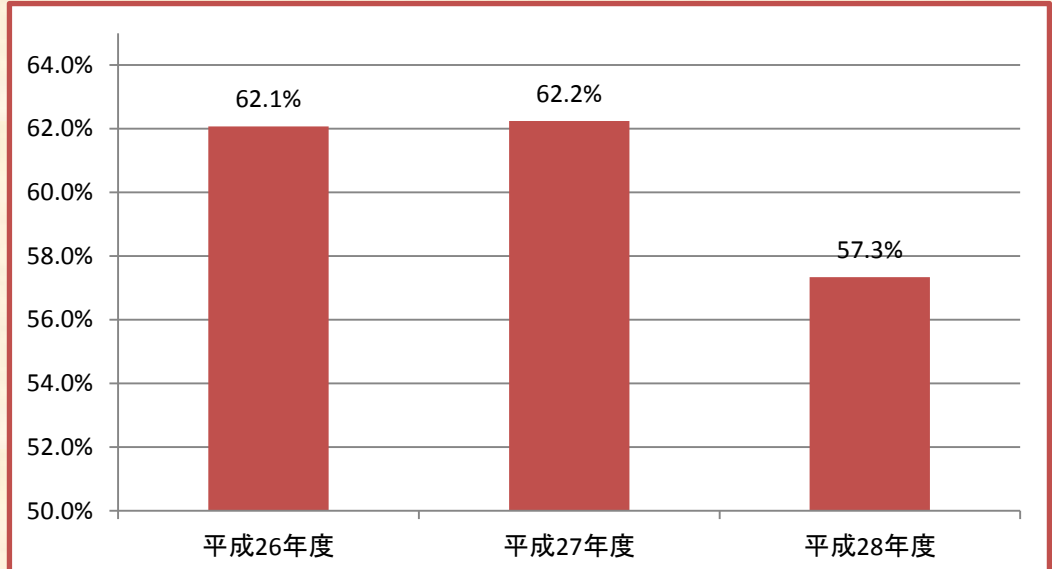
10. ①人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬術後の抗菌薬術後の抗菌薬術後3日以内の中止率

人工関節置換術 /人工骨頭挿入術が施行された退院患者のうち、手術部位感染予防の抗菌薬的に投与され3日以内に中止された患者の割合を抽出します。

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

分母:人工関節置換術/人工骨頭挿入術が施行された退院患者数

【解説】
抗菌薬の予防的投与により、術後の感染症の発生率を低下させることができます。ただし、長期間にわたる予防的抗菌薬投与は、抗菌薬耐性菌による感染症の誘発につながります。このため、予防的抗菌薬の投与期間として、少なくとも術後3日以内に中止することが求められます。分母には、予防的抗菌薬が投与された患者のうち、術後に感染症を発症した患者も含まれます。術後感染症の治療のために、予防的抗菌薬を他の抗菌薬に切り替え継続的に投与した患者は、分子としてカウントしていません。

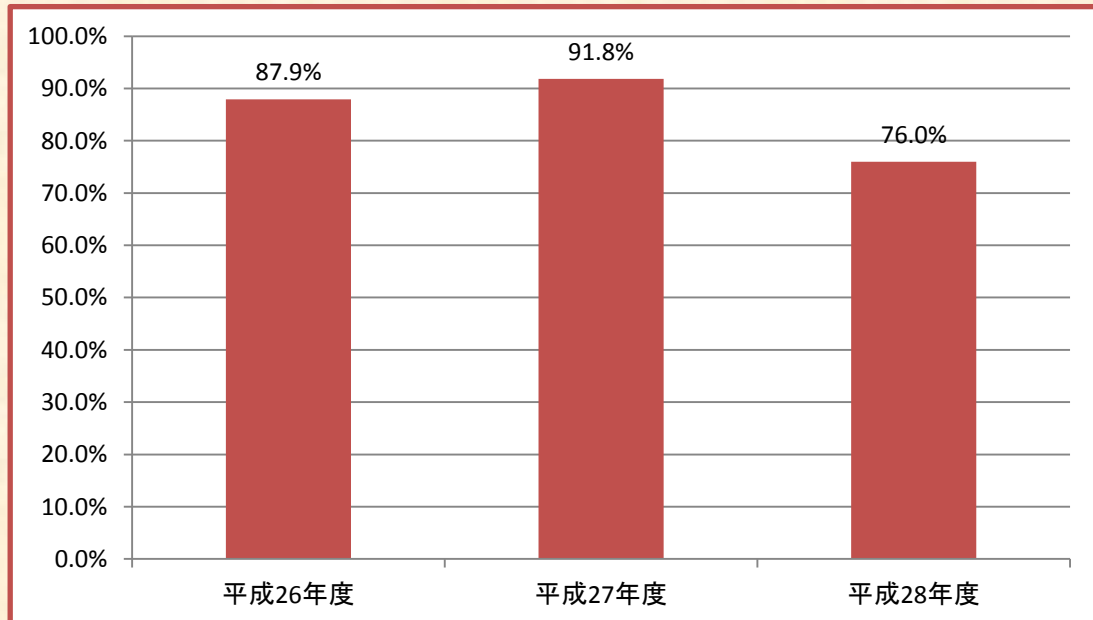


11. ②人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬の術後7日以内の中止率

人工関節置換術/人工骨頭挿入術が施行された退院患者のうち、手術部位感染予防のための抗菌薬が予防的に投与され7日以内に中止された患者の割合を抽出します。

分子:分母のうち術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて7日以内に抗菌薬投与が中止された患者数
分母:人工関節置換術/人工骨頭挿入術が施行された退院患者数

【解説】
抗菌薬の予防的投与により、術後の感染症の発生率を低下させることができます。ただし、長期間にわたる予防的抗菌薬投与は、抗菌薬耐性菌による感染症の誘発につながります。このため、予防的抗菌薬の投与期間として、少なくとも術後3日以内に中止することが求められます。分母には、予防的抗菌薬が投与された患者のうち、術後に感染症を発症した患者も含まれます。術後感染症の治療のために、予防的抗菌薬を他の抗菌薬に切り替え継続的に投与した患者は、分子としてカウントしていません。



12. 人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率

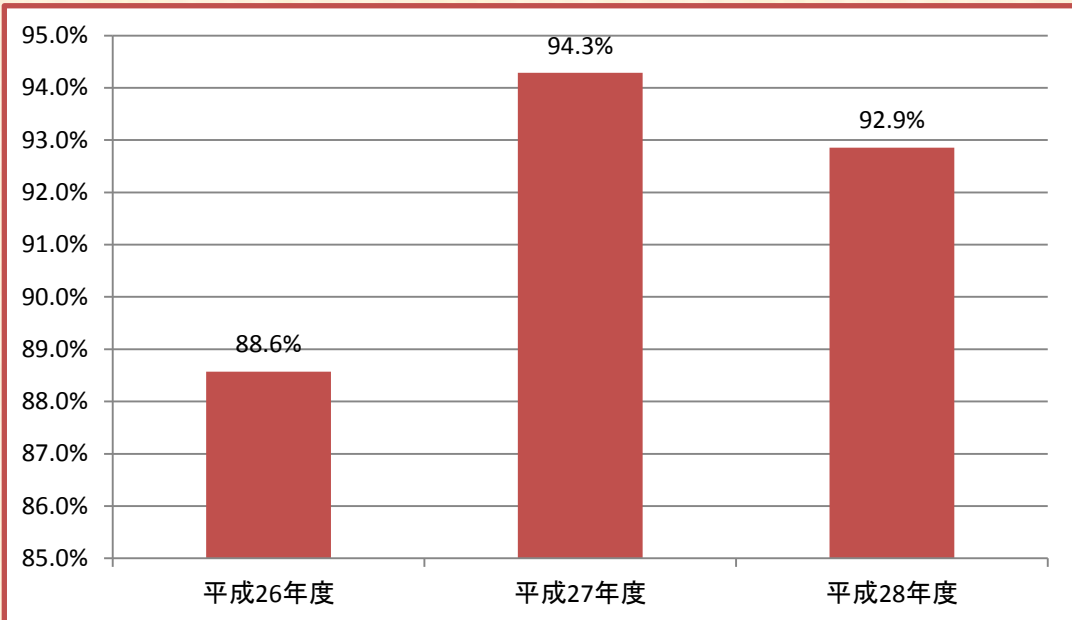
人工膝関節全置換術後が施行された退院患者のうち、4日以内にリハビリテーションが開始された患者の割合を抽出します。

分子: 分母のうち、4日以内にリハビリテーションが開始された患者数

分母: 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数

【解説】

人工膝関節全置換術後の過度な安静は、廃用症候群を引き起こす原因となります。このため、早期にリハビリテーションを開始し、廃用症候群を予防していくことが重要になります。また、人工膝関節全置換術後、早期にリハビリテーションを開始することで、下肢への静脈うっ滞を減少させ、深部静脈血栓症の発生頻度を低下させることにもつながります。さらに、早期退院に向けて、早期にリハビリテーションを開始することが求められます。なお、施設の体制によっては、理学療法士または作業療法士による本格的なリハビリテーションの開始日が休日に該当した場合、リハビリテーションの開始が1日遅れる場合があります。

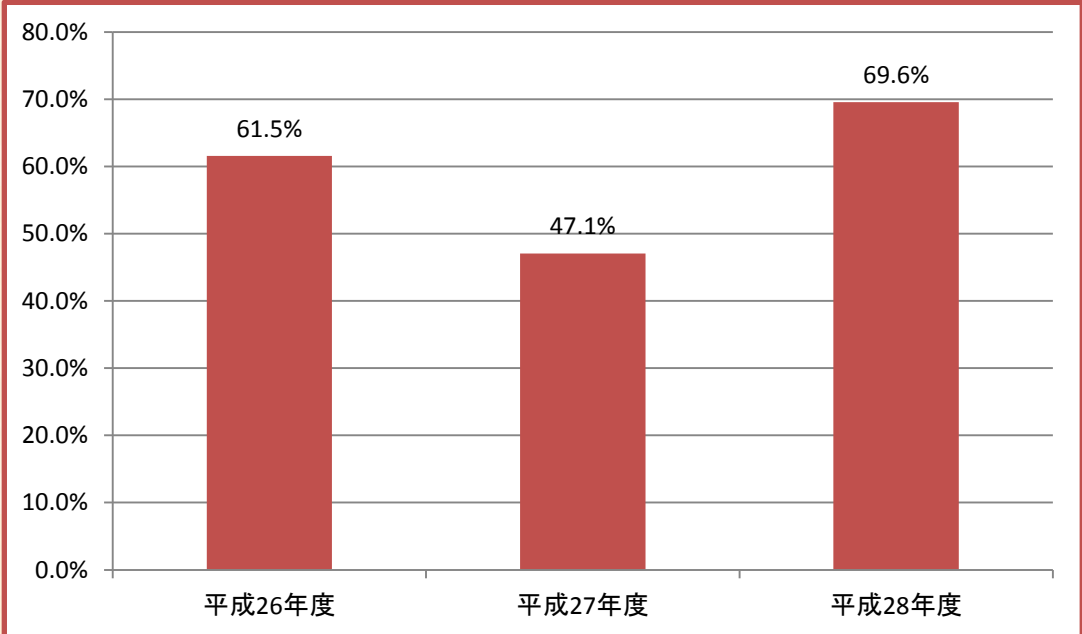


13. 出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率

出血性胃・十二指腸潰瘍の退院患者のうち、内視鏡的治療(止血術)が施行された患者の割合を抽出します。

分子:分母のうち、内視鏡的治療(止血術)が施行された患者数
分母:出血性胃・十二指腸潰瘍の退院患者数

【解説】
出血性消化潰瘍に対する内視鏡的治療は、持続・再出血、緊急手術への移行の予防につながります。ただし、出血の程度や状態によって、しばしば、内視鏡的治療は施行せず、安静療法等で様子を見る場合もあります。



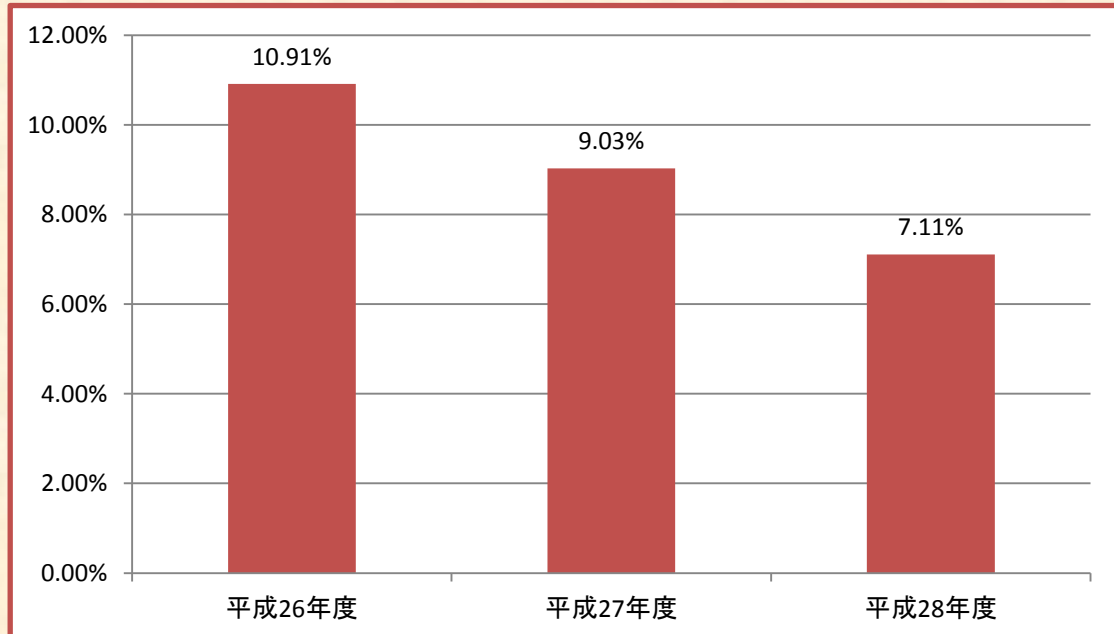
14. 治療を必要とする転倒転落発生率

入院患者(延数)のうち、影響レベルが3b以上転倒転落発生した割合を抽出します。

分子: 治療を必要とする転倒転落件数(レベル3b以上)

分母: 入院患者延数

【解説】
転倒転落は外傷や骨折につながる可能性があり、生命への危険をもたらすこともあります。転倒転落に伴う骨折は、体動を困難にし、寝たきりとなり、また、順調に治療が終了したとしても、後遺症や日常生活での世話や介護など家族観の問題や、社会的な問題を残すこともまれではありません。医療関係者のみならず、患者やその家族を巻き込んだうえで、転倒転落への引き金となる危険因子の回避をはからねばなりません。



15. II 度以上の新規褥瘡院内発生率

入院患者(延数)のうち、褥瘡対策に関する治療計画書においてNPUAPの分類にて Stage II 以上、もしくは DESIGNでd2以上と判断された院内の新規発生褥瘡を有する患者割合抽出します。

分子: 新規褥瘡が発生した患者数
分母: 入院患者

【解説】
褥瘡の発生は、患者の生活の質(QOL)を低下させる要因となり、在院日数の長期化にもつながります。
また、褥瘡部位から感染を起こした場合、他の疾患に対する治療に影響を与えるだけでなく、敗血症から死に至ることもあります。患者の状態によっては褥瘡の発生予防が困難な場合もありますが、褥瘡対策チームを設置し、褥瘡対策に関する診療計画書に基づいて、適切な褥瘡対策を実施し褥瘡の発生率を低下させていくことが求められます。

