日本病院会　QI プロジェクト

令和２年度「QI 推進事業」
結果報告

令和４年３月
豊橋市民病院

豊橋市民病院では、平成 23 年度より一般社団法人日本病院会が行っている「医療の質（Quality Indicator：QI）推進事業」に参加しています。継時的なデータを収集し、現在行われている診療プロセスが妥当であるかを振り返り、改善していくことを目指しています。

令和 2 年度医療の質推進事業に当院の医療データを提出し、当院の集計結果がフィードバックされました。全国の QI 推進事業に参加している施設の平均値、500 床以上の病院の平均値と比較を行い、調査結果を報告いたします。また、当院では医療の質推進事業で調査を行っていない対象外（指標名に【外】のあるもの）となった１指標についても継続してデータ収集に取り組み、大項目 42 指標（小項目 48 項目）の調査結果を報告いたします。

医療の質推進事業とは？

「医療の質（以下、QI）」とは、根拠（エビデンス）に基づいた医療、「標準医療」の実践調査として、欧米などでは国家レベルで測定し公開されており、イギリス、フランスでは病院の格付け、オランダでは病院の検閲で利用されています。日本では、さまざまな団体が指標を定義し、QI 事業が行われています。

日本病院会が行う QI 推進事業では、Structure（構造）、Process（過程）、Outcome（結果）の３つの分野に分けて指標づくりが行われており、データに基づく診療の質の経年変化を観察し、「多施設を横断的に比較」するのではなく、「各施設で診療の質を継時的に改善」することを目的としています。結果を見て「充分」ではなく、施設ごとの目標値を立て「向上・改善」を目指すことが、病院運営において極めて重要であると言われています。

※日本病院会では、各施設のデータを集約して分析を行っており、令和元年度の全国平均は QI 推進事業から提示されたデータを用いています。

≪令和２年度 QI 推進事業参加施設内訳≫

	参加施設数	内 特定機能病院	内 地域医療支援病院	内 臨床研修指定病院	内 機能評価受診病院	内 DPC 病院
500 床以上	104	9	85	99	93	102
200 床以上 500 床未満	192	1	109	162	177	187
199 床未満	55	0	2	4	46	42
合計	351	10	196	265	316	331

※　　は、豊橋市民病院（令和２年度）が該当しています。

≪DPC とは？≫

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断群分類に基づいて評価される入院１日あたりの定額支払い制度をいいます。「いつ、どの医師が、どの患者に、どんな医療を行ったのか」というデータをまとめ、厚生労働省に提出することが義務づけられています。公表結果の一部指標は、この DPC データを用いて算出しています。

令和２年度 各指標定義結果目次

１ 患者満足度調査 1
1.-1 患者満足度調査（外来患者） 1
1.-2 患者満足度調査（入院患者） 1
２ 死亡退院患者率 2
３ 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率 ※新規含む 3
3.-1 入院患者の転倒・転落発生率 4
3.-2 入院患者の転倒・転落によるレベル２以上損傷発生率 4
3.-3 入院患者の転倒・転落によるレベル４以上損傷発生率 5
3.-4 65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率 5
４ 院内新規褥瘡発生率 6
５ 紹介率・逆紹介率 8
5.-1 紹介率 8
5.-2 逆紹介率 9
６ 尿道留置カテーテル使用率・症候性尿路感染症発生率 10
6.-1 尿道留置カテーテル使用率 10
７ 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 12
８ 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 13
９ 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率 14
１０ 糖尿病患者の血糖コントロール実施率 15
10.-1 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c＜7.0% 15
10.-2 65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c＜8.0% 16
１１ 30 日以内の予定外再入院率 17
１２ 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合 ＜新＞ 18
１３ 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合 19
１４ 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 20
１５ 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合 21
１６ 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ギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合 22
１７ 急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合 23
１８ 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 24
１９ 脳卒中患者のうち入院２日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合 25
２０ 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合 26
２１ 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合 27
２２ 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合 28
２３ 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合 29
２４ 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合（15 歳以上） 〈新〉 30
２５ 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合（5 歳から 14 歳） 〈新〉 31
２６ 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 32
２７ 対象手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】 33
２８ 統合指標－１《手術》 34

２９ 統合指標－２《虚血性心疾患》 35
３０ 統合指標－３《脳卒中》 36
３１ １か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数 37
３２ 全報告中医師による報告の占める割合 38
３３ 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率 39
３４ 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率 40
３５ 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率 41
３６ 血液培養実施時の２セット実施率 42
３７ 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率 43
３８ 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率 44
３９ 大腿骨頚部骨折の早期手術割合 45
４０ 大腿骨転子部骨折の早期手術割合 46
４１ シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率 47
４２ 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合 〈新〉 48
４３ 豊橋市民病院 QI 指標年度比較 49
43.-1 患者満足度 49
（ア） 外来患者（外来患者さんの総合的な満足度について） 49
（イ） 入院患者（入院患者さんの総合的な満足度について） 49
43.-2 死亡退院患者率 49
43.-3 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率 50
（ア） 入院患者の転倒・転落発生率 50
（イ） 入院患者の転倒・転落によるレベル２以上損傷発生率 50
（ウ） 入院患者の転倒・転落によるレベル４以上損傷発生率 50
43.-4 院内新規褥瘡発生率 50
43.-5 紹介率・逆紹介率 50
（ア）紹介率 50
（イ）逆紹介率 51
43.-6 尿道留置カテーテル使用率・症候性尿路感染症発生率 51
（ア） 尿道留置カテーテル使用率 51
（イ） 症候性尿路感染症発生率（対 1000 カテーテル使用日数） 51
43.-7 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 51
43.-8 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 51
43.-9 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率 52
43.-10 糖尿病患者の血糖コントロール実施率 52
（ア）糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c＜7.0% 52
（イ）65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c＜8.0% 52
43.-11 30 日以内の予定外再入院率 52
43.-12 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合 52
43.-13 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合 53
43.-14 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 53
43.-15 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合 53

43.-16　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ギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合 53
43.-17　急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合 53
43.-18　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 54
43.-19　脳卒中患者のうち入院 2 日目までに抗血栓板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合 54
43.-20　脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合 54
43.-21　脳卒中患者の退院時スタチン処方割合 54
43.-22　心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合 54
43.-23　脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合 55
43.-25　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 55
43.-26　対象手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】 55
43.-32　職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率 55
43.-33　糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率 55
43.-34　広域抗菌薬使用時の血液培養実施率 56
43.-35　血液培養実施時の 2 セット実施率 56
43.-36　脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率 56
43.-37　大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率 56
43.-38　大腿骨頚部骨折の早期手術割合 56
43.-39　大腿骨転子部骨折の早期手術割合 57
43.-40　シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率 57

1　患者満足度調査

患者満足度調査は、患者がどのように感じているかを把握し、その結果を反映していくことで、医療サービスの一層の充実を図るために実施しています。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。引き続き、高い患者満足度を維持・向上できるよう努めていきます。

＜指標定義＞

分　　母	1.-1 外来患者）患者満足度調査に回答した外来患者数 1.-2 入院患者）患者満足度調査に回答した入院患者数
分　　子	「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」と回答した患者数
分母除外	未記入のもの
調査期間	1.-1 外来患者）令和2年7月13日～令和2年7月31日 1.-2 入院患者）令和2年7月13日～令和2年7月28日
値の解釈	より高い値が望ましい

1.-1　患者満足度調査（外来患者）

カテゴリー名	当院（%）	全国平均（%）（351 施設）
満足	28.0%	48.9%
満足＋ほぼ満足	78.0%	84.9%

（参考）「設問：総合的に考えて当院に満足されていますか（外来）？」当院調査回答数

配布数：2,000 人　回収数：1,255 人（回収率：62.8%）　（人）

満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満	不満	未記入	合計
351	628	67	75	24	110	1,255

1.-2　患者満足度調査（入院患者）

カテゴリー名	当院（%）	全国平均（%）（348 施設）
満足	38.1%	62.1%
満足＋ほぼ満足	82.3%	90.7%

（参考）「設問：総合的に考えて当院に満足されていますか（入院）？」当院調査回答数

配布数：503 人　回収数：423 人（回収率：84.1%）　（人）

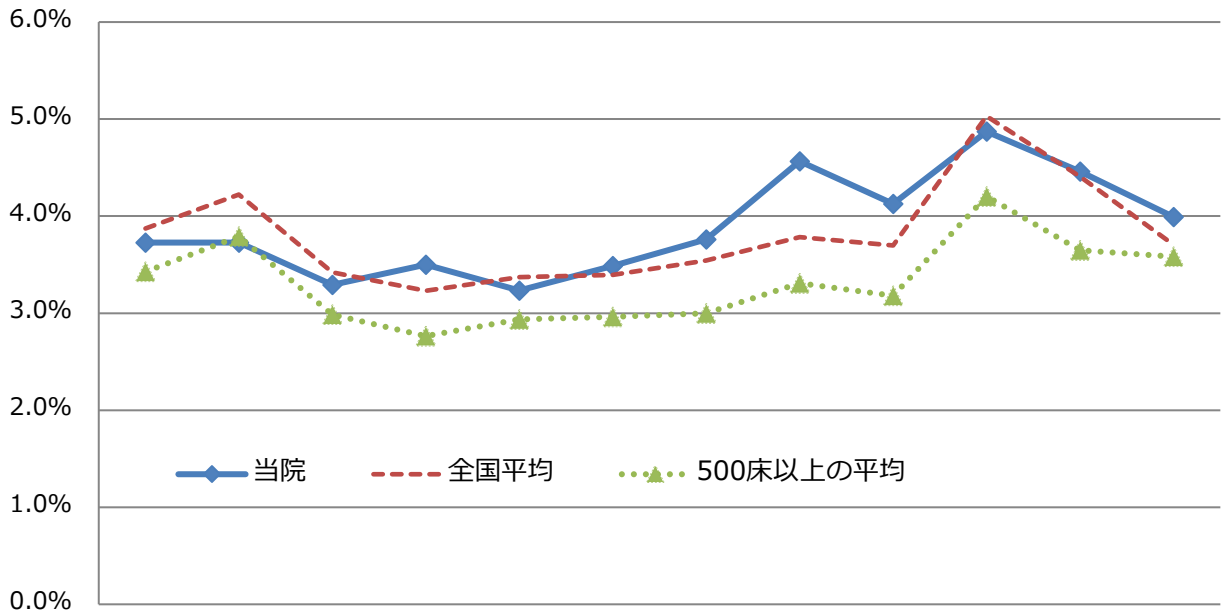
満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満	不満	未記入	合計
161	187	23	18	2	32	423

２　死亡退院患者率

病院単位での医療アウトカムを客観的に把握するシステムは存在しません。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、緩和ケア病棟の有無、平均在院日数、地域の特性など）、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、直接他施設との医療の質を比較することは適切ではありません。しかしながら死亡退院患者率を調査し、変化にいち早く気づくことで、死亡退院した患者の診療過程の妥当性などを検討していく必要があります。

＜指標定義＞

分　　母	退院患者数
分　　子	分母のうち、死亡退院患者数
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） ・緩和ケア等退院患者
収 集 期 間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	より低い値が望ましい



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	3.73%	3.73%	3.29%	3.50%	3.23%	3.49%	3.76%	4.57%	4.13%	4.87%	4.46%	3.99%
全国平均	3.87%	4.22%	3.42%	3.23%	3.37%	3.39%	3.54%	3.79%	3.70%	5.03%	4.41%	3.70%
500床以上の平均	3.43%	3.79%	2.99%	2.76%	2.94%	2.96%	3.00%	3.31%	3.18%	4.20%	3.65%	3.58%

３　入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率 ※新規含む

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、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様々なものがあります。転倒・転落の発生率、損傷発生率の両者を追跡するとともに、それらの事例を分析することで予防策を実施し、リスクを低減していく取り組みにつなげていきます。

転倒・転落の損傷レベルについては、「The Joint Commission」の定義を使用しています。

※3.-4　65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率は、令和元年度より算出を開始した新指標のため、項目 41 の年度比較は算出していません。高齢者の転倒・転落は、後の ADL（Activities of Daily Living＝日常生活動作）に多大な影響を及ぼすこともあり、特に注意が必要です。

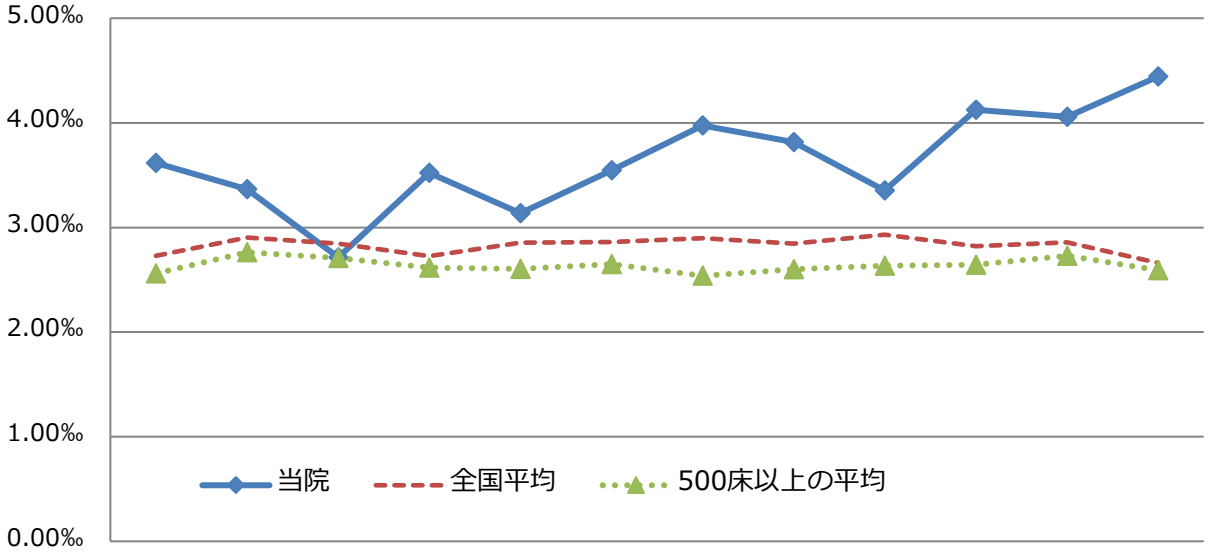
＜指標定義＞

分　　母	3.-1～3.-3　入院延べ患者数（人日） 3.-4　　65歳以上の入院延べ患者数（人日）
分　　子	3.-1　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 3.-2　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・転落件数のうち損傷レベル２以上の転倒・転落件数 3.-3　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・転落件数のうち損傷レベル４以上の転倒・転落件数 3.-4　上記のうち、65歳以上の転倒・転落件数＜新＞
分子包含	介助時および複数回の転倒・転落
分子除外	訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
調整方法	‰（パーミル：1000分の1を1とする単位）
値の解釈	より低い値が望ましい

＜損傷レベル＞

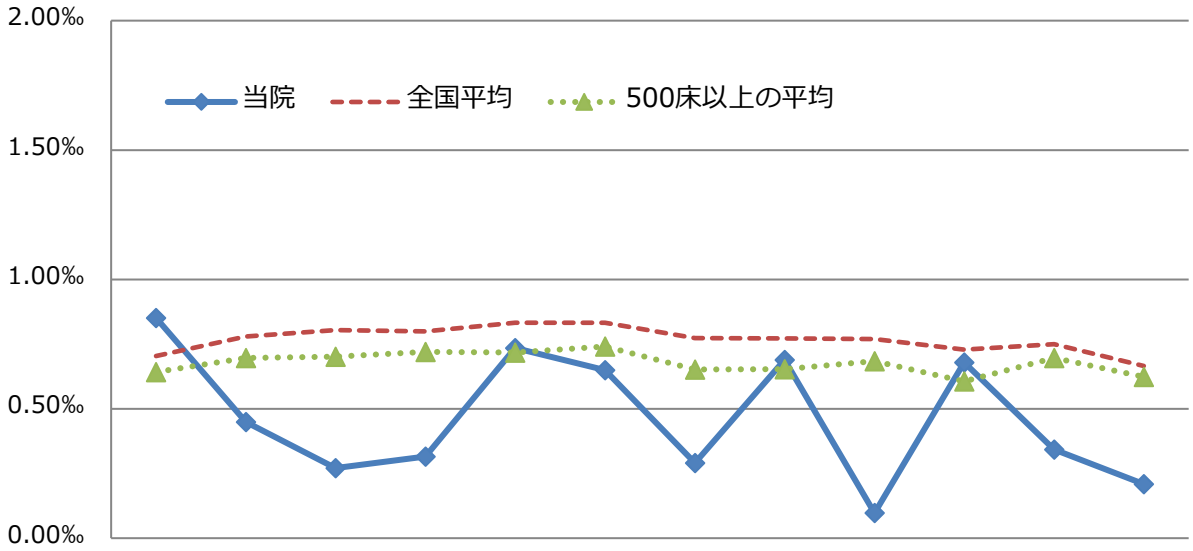
1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

3.-1　入院患者の転倒・転落発生率



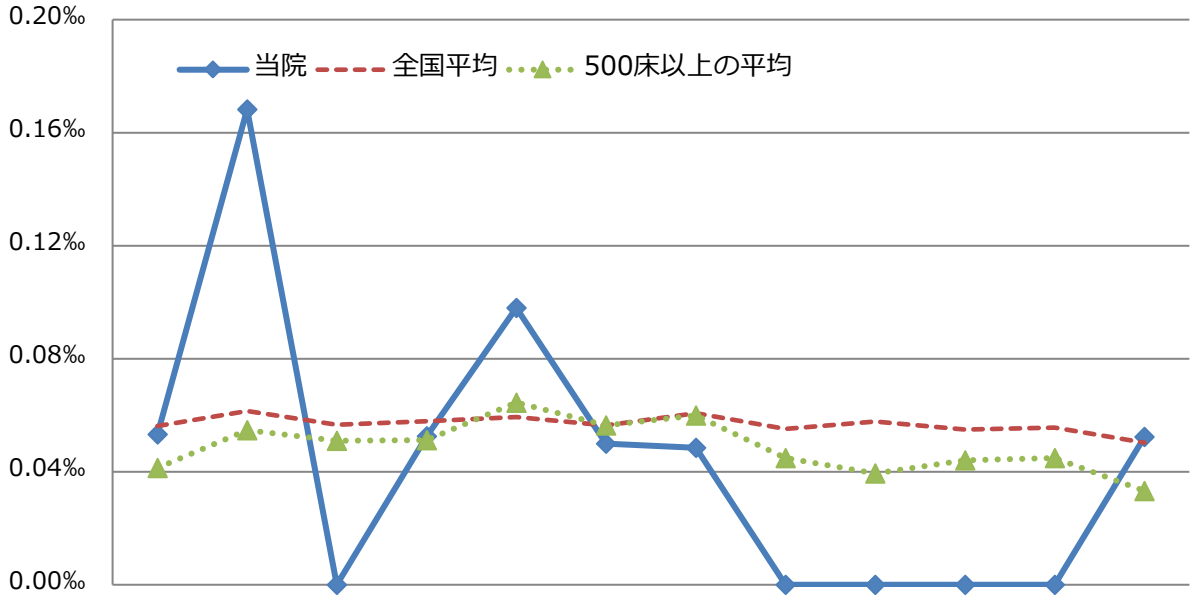
	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	3.62‰	3.36‰	2.71‰	3.52‰	3.14‰	3.55‰	3.97‰	3.82‰	3.35‰	4.12‰	4.06‰	4.44‰
全国平均	2.73‰	2.90‰	2.85‰	2.73‰	2.86‰	2.86‰	2.90‰	2.85‰	2.93‰	2.82‰	2.86‰	2.66‰
500床以上の平均	2.56‰	2.76‰	2.71‰	2.62‰	2.60‰	2.65‰	2.54‰	2.60‰	2.64‰	2.64‰	2.73‰	2.59‰

3.-2　入院患者の転倒・転落によるレベル２以上損傷発生率



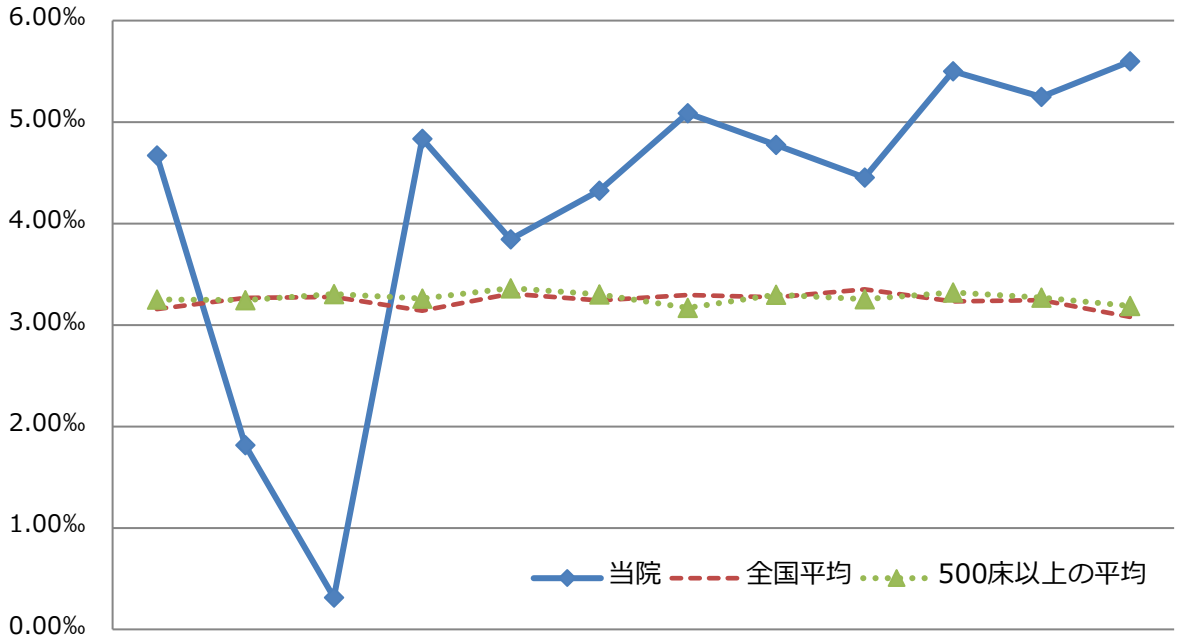
	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	0.85‰	0.45‰	0.27‰	0.32‰	0.74‰	0.65‰	0.29‰	0.69‰	0.10‰	0.68‰	0.34‰	0.21‰
全国平均	0.70‰	0.78‰	0.80‰	0.80‰	0.83‰	0.83‰	0.77‰	0.77‰	0.77‰	0.73‰	0.75‰	0.67‰
500床以上の平均	0.64‰	0.70‰	0.70‰	0.72‰	0.72‰	0.74‰	0.65‰	0.65‰	0.68‰	0.61‰	0.70‰	0.62‰

3.-3　入院患者の転倒・転落によるレベル４以上損傷発生率



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	0.05‰	0.17‰	0.00‰	0.05‰	0.10‰	0.05‰	0.05‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.05‰
全国平均	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.05‰	0.06‰	0.05‰
500床以上の平均	0.04‰	0.05‰	0.05‰	0.05‰	0.06‰	0.06‰	0.06‰	0.04‰	0.04‰	0.04‰	0.04‰	0.03‰

3.-4　65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	4.67‰	1.82‰	0.31‰	4.83‰	3.85‰	4.33‰	5.09‰	4.78‰	4.45‰	5.50‰	5.25‰	5.60‰
全国平均	3.16‰	3.27‰	3.28‰	3.14‰	3.31‰	3.24‰	3.29‰	3.27‰	3.35‰	3.23‰	3.24‰	3.08‰
500床以上の平均	3.25‰	3.24‰	3.30‰	3.26‰	3.36‰	3.30‰	3.17‰	3.30‰	3.26‰	3.32‰	3.27‰	3.19‰

４　院内新規褥瘡発生率

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の１つとなっています。褥瘡は患者の生活の質（Quality of Life：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およぶ可能性があるため、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。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の１つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会の DESIGN-R（2008 年改訂版褥瘡経過評価用）と International NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelines を用いており、入院後に「d2」（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者を把握する指標です。

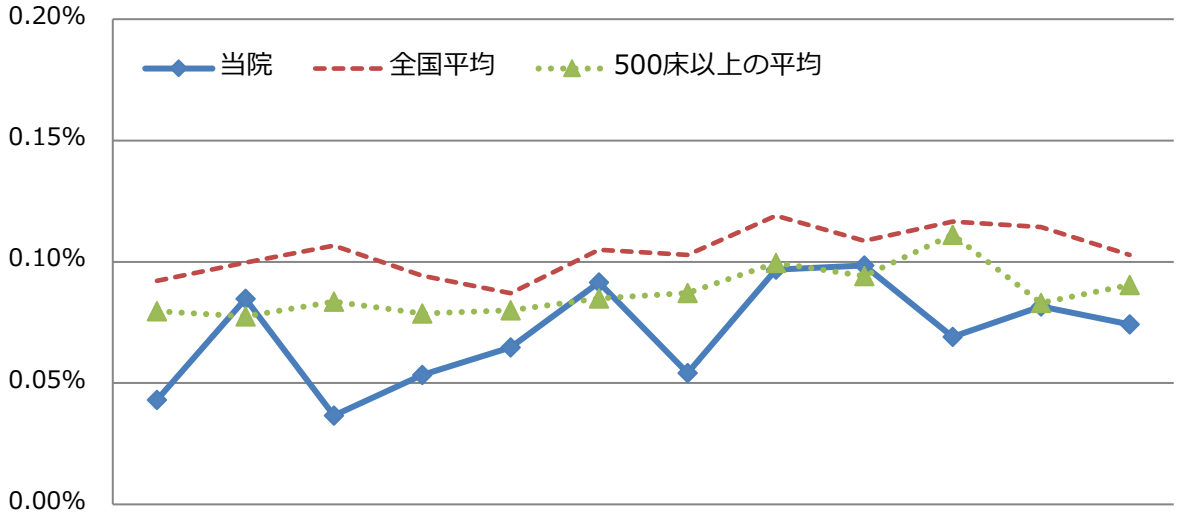
QI プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率をみているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

＜指標定義＞

分　　母	入院延べ患者数（人日）
分　　子	分母のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
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） ･入院時刻から24時間以内にDESIGN-R　Depth（深さ）のd1、d2、D3、D4、D5、DUのいずれかの記録がある患者の入院日数 ･調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者の入院日数
収集期間	令和2年4月～令和3年３月（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい

＜褥瘡 Depth（深さ）＞

d0	皮膚損傷・発赤なし	D3	皮下組織までの損傷
d1	持続する発赤	D4	皮下組織を超える損傷
d2	真皮までの損傷	D5	関節腔、体腔に至る損傷
		DU	深さ判定が不能の場合



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	0.04%	0.08%	0.04%	0.05%	0.06%	0.09%	0.05%	0.10%	0.10%	0.07%	0.08%	0.07%
全国平均	0.09%	0.10%	0.11%	0.09%	0.09%	0.10%	0.10%	0.12%	0.11%	0.12%	0.11%	0.10%
500床以上の平均	0.08%	0.08%	0.08%	0.08%	0.08%	0.08%	0.09%	0.10%	0.09%	0.11%	0.08%	0.09%

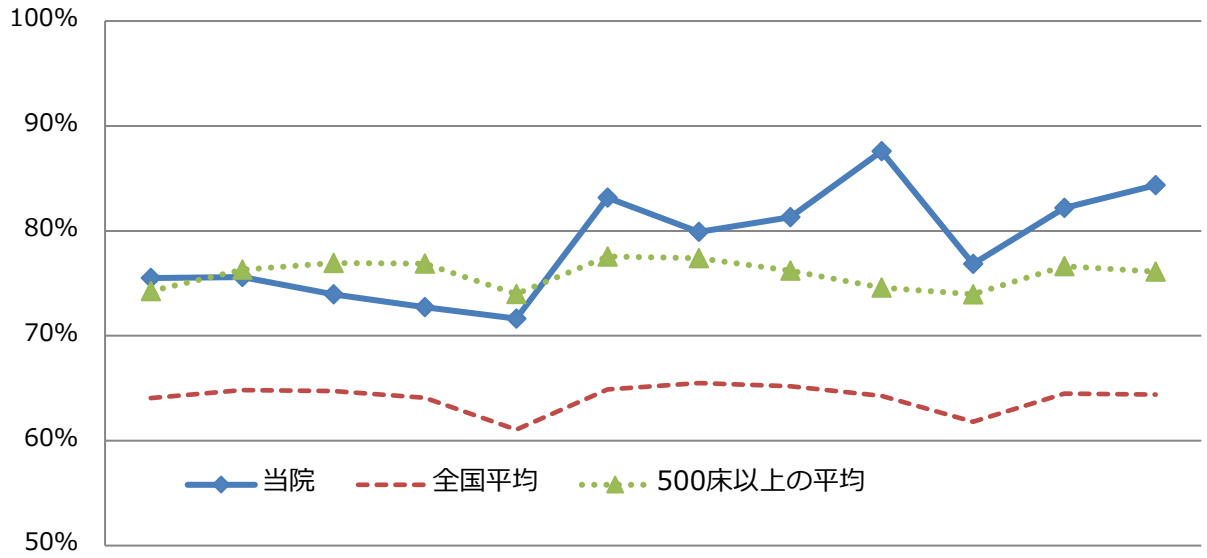
5　紹介率・逆紹介率

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。一方、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、切れ間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。

＜指標定義＞

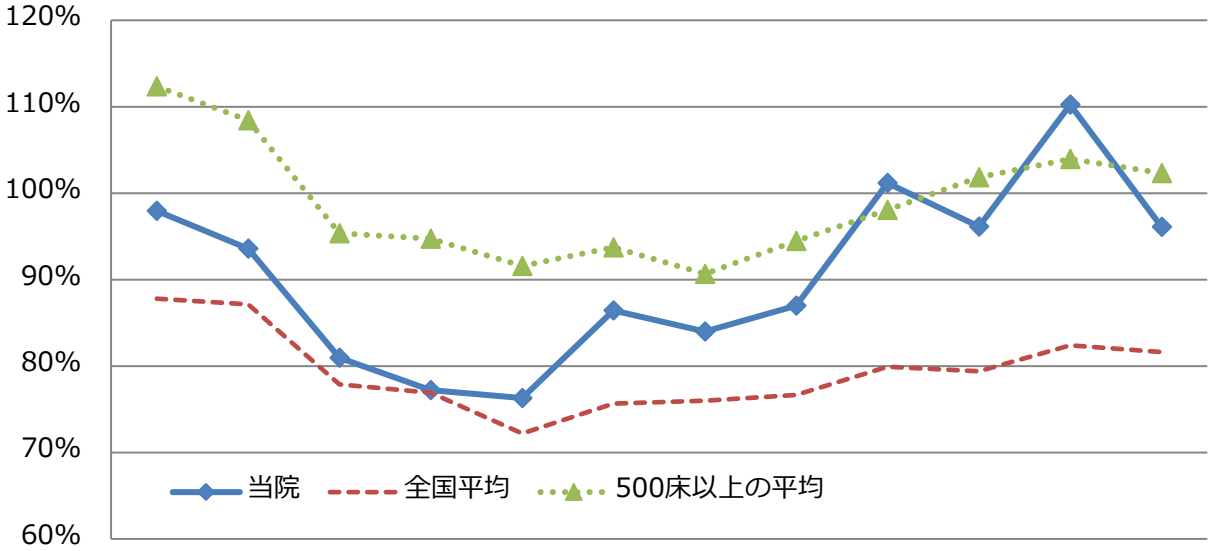
分　　母	初診患者数ー（休日・夜間の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数）
分　　子	5.-1　紹介初診患者数 5.-2　逆紹介患者数
収 集 期 間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	より高い値が望ましい

5.-1　紹介率



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	75.5%	75.6%	73.9%	72.7%	71.6%	83.2%	79.9%	81.3%	87.6%	76.8%	82.2%	84.4%
全国平均	64.1%	64.8%	64.7%	64.1%	61.1%	64.9%	65.5%	65.2%	64.3%	61.8%	64.5%	64.4%
500床以上の平均	74.3%	76.3%	76.9%	76.9%	74.0%	77.6%	77.4%	76.2%	74.6%	74.0%	76.6%	76.1%

5.-2　逆紹介率



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	97.9%	93.6%	81.0%	77.2%	76.3%	86.5%	84.0%	87.0%	101.2%	96.1%	110.2%	96.1%
全国平均	87.8%	87.2%	77.9%	76.9%	72.2%	75.6%	76.0%	76.6%	79.9%	79.4%	82.4%	81.6%
500床以上の平均	112.4%	108.4%	95.4%	94.7%	91.6%	93.7%	90.7%	94.5%	98.1%	101.8%	103.9%	102.3%

6　尿道留置カテーテル使用率・症候性尿路感染症発生率

尿道留置カテーテル使用率は、値が高いか低いかをみるものではなく、あくまでカテーテル関連尿路感染症のアウトカム指標を算出するための事前準備指標です。このため医学的理由で長期留置が必要な場合であっても、使用率から除外はしません。

尿路感染症は医療関連感染の中で最も多く、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。

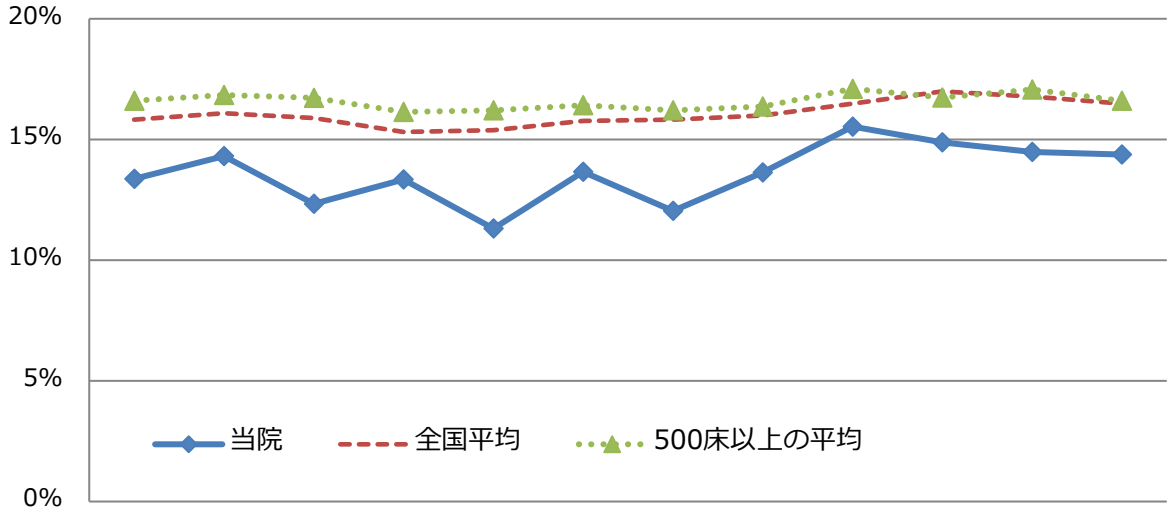
尿道カテーテルの安易な留置は患者の ADL（日常生活動作）を下げ、感染のリスクを増やします。特に高齢者では感染を起こすと入院期間が長くなる可能性があるため、なるべく留置しないケアの実施、清潔管理が求められます。

症候性尿路感染症発生率は、高齢者・亜急性～慢性期患者に対するケアの質を確認する指標です。

6.-1　尿道留置カテーテル使用率

＜指標定義＞

分　　母	入院延べ患者数
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
収集期間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	高いか低いかをみるものではない

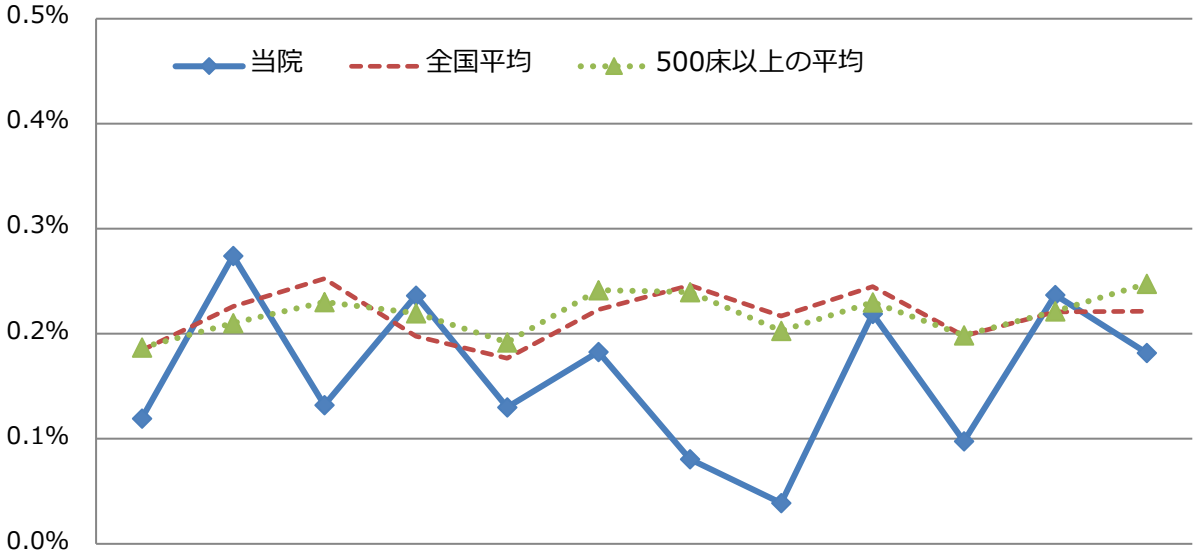


	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	13.4%	14.3%	12.3%	13.3%	11.3%	13.7%	12.0%	13.6%	15.5%	14.9%	14.5%	14.4%
全国平均	15.8%	16.1%	15.9%	15.3%	15.4%	15.8%	15.8%	16.0%	16.5%	17.0%	16.8%	16.5%
500床以上の平均	16.6%	16.8%	16.7%	16.1%	16.2%	16.4%	16.2%	16.4%	17.1%	16.7%	17.1%	16.6%

6.-2　症候性尿路感染症発生率（対 1000 カテーテル使用日数）

＜指標定義＞

分　　母	入院患者における延べ尿道留置カテーテル使用日数
分　　子	分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
収 集 期 間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	より低い値が望ましい



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	0.12%	0.27%	0.13%	0.24%	0.13%	0.18%	0.08%	0.04%	0.22%	0.10%	0.24%	0.18%
全国平均	0.18%	0.23%	0.25%	0.20%	0.18%	0.22%	0.25%	0.22%	0.25%	0.20%	0.22%	0.22%
500床以上の平均	0.19%	0.21%	0.23%	0.22%	0.19%	0.24%	0.24%	0.20%	0.23%	0.20%	0.22%	0.25%

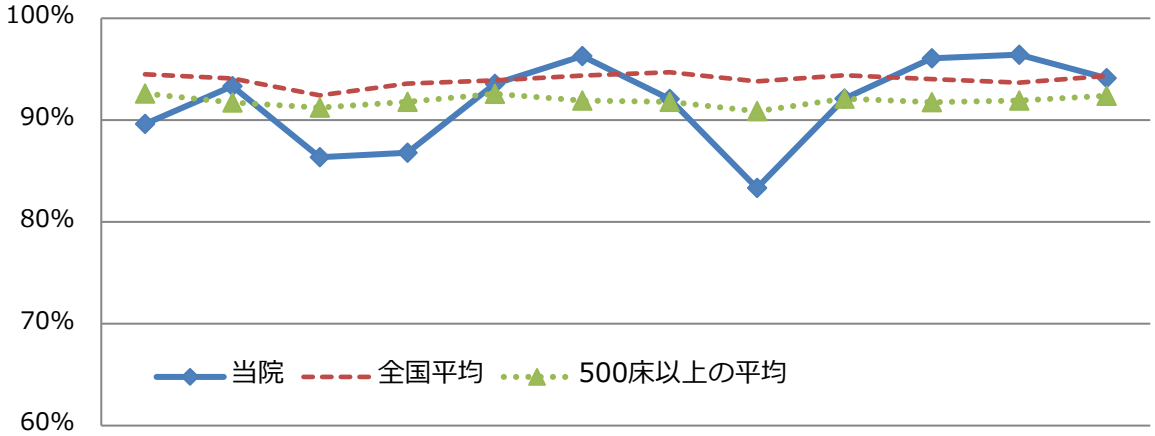
7　特定術式における手術開始前１時間以内の予防的抗菌薬投与率

手術後に、手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）が発生すると、入院期間が延長し、医療費が有意に増大します。SSI を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後２～３時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSI を予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の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、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

2013 年度から、The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project（SCIP）の SCIP-Inf-1 に準拠した指標に変更されました。本指標は、手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始されているかを確認するためのものです。

＜指標定義＞

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　　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手術件数 （手術開始時刻は皮膚切開時刻とする）
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（感染：膿瘍、蜂窩織炎、腸穿孔、肺炎、敗血症など。真菌感染、ウィルス感染などは含まず。） ・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） ・外来手術施行患者
収集期間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい



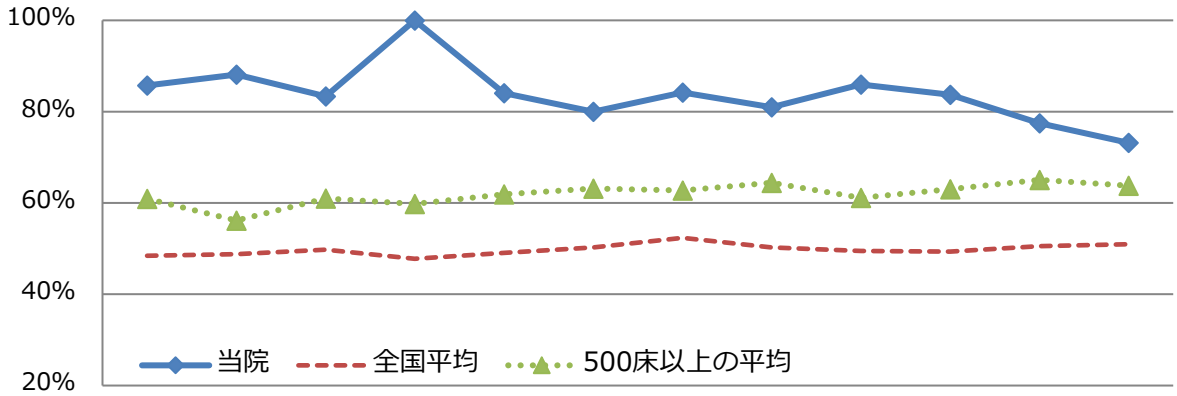
	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	89.6%	93.3%	86.4%	86.8%	93.5%	96.3%	92.1%	83.3%	92.1%	96.1%	96.4%	94.1%
全国平均	94.5%	94.1%	92.4%	93.6%	93.9%	94.4%	94.7%	93.8%	94.4%	94.0%	93.7%	94.3%
500床以上の平均	92.6%	91.7%	91.2%	91.8%	92.6%	91.9%	91.8%	90.9%	92.1%	91.8%	91.9%	92.4%

8　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

SSI を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後２～３時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSI を予防できる可能性が高くなりますが、不必要に長期投与することで、抗菌薬による副作用の出現や耐性菌の発生、医療費の増大につながります。本指標は、The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project（SCIP）の SCIP-Inf-3 に準拠し、指標７の「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」で抽出された患者において、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ているかを確認する指標です。

＜指標定義＞

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、大腸手術、子宮全摘除術）
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（感染：膿瘍、蜂窩織炎、腸穿孔、肺炎、敗血症など。真菌感染、ウィルス感染などは含まず。） ・全身/背椎/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
収集期間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい



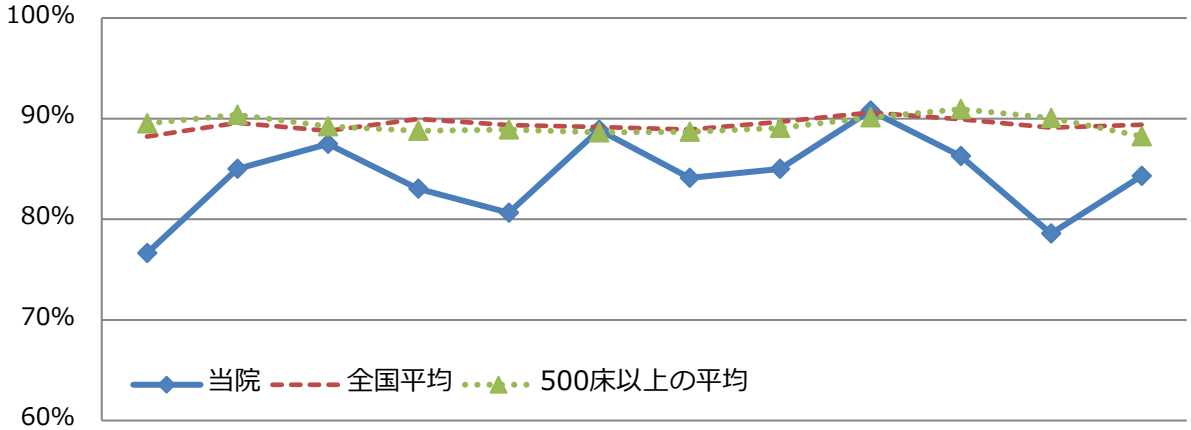
	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	85.7%	88.1%	83.3%	100.0%	84.1%	80.0%	84.2%	81.0%	86.0%	83.7%	77.5%	73.2%
全国平均	48.5%	48.8%	49.7%	47.8%	49.1%	50.2%	52.4%	50.2%	49.5%	49.4%	50.6%	50.9%
500床以上の平均	60.9%	56.2%	61.0%	59.8%	61.9%	63.2%	62.7%	64.4%	61.1%	63.1%	65.1%	63.8%

９　特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

SSI を予防する対策として、手術執刀開始の 1 時間以内に抗菌薬を投与することが重要です。また、術式に対して適切な抗菌薬を選択することが重要であり、これにより入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができます。本指標は、The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project（SCIP）の SCIP-Inf-2 に準拠しており、指標 7 の「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」で抽出される対象患者において、術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択されているか確認する指標です。

＜指標定義＞

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　　子	術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
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（感染：膿瘍、蜂窩織炎、腸穿孔、肺炎、敗血症など。真菌感染、ウィルス感染などは含まず。） ・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） ・手術室内または回復室内での死亡患者
収集期間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	76.6%	85.0%	87.5%	83.0%	80.6%	88.9%	84.1%	85.0%	90.8%	86.3%	78.6%	84.3%
全国平均	88.2%	89.6%	88.8%	90.0%	89.4%	89.2%	88.9%	89.7%	90.6%	89.9%	89.1%	89.4%
500床以上の平均	89.5%	90.4%	89.3%	88.8%	88.9%	88.6%	88.7%	89.1%	90.1%	90.9%	90.1%	88.3%

１０　糖尿病患者の血糖コントロール実施率

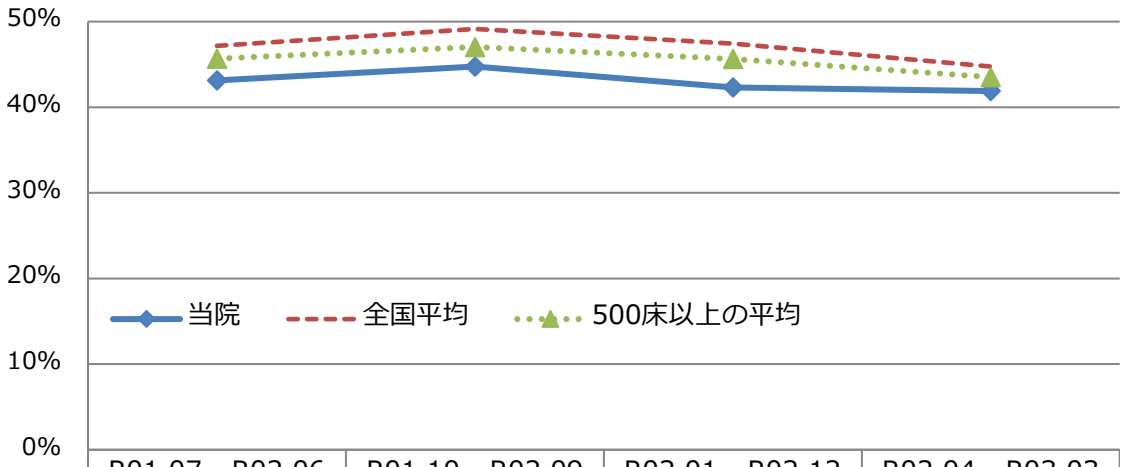
糖尿病は合併症を引き起こす可能性が高いため、血糖のコントロールを行うことは極めて重要です。本指標は、血糖のコントロールが適切に行われているかを確認するものとなります。糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法がありますが、運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しく、薬物療法を受けている患者のみを対象としています。

糖尿病による合併症頻度は、過去 2～3 ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示す検査結果値「HbA1c」が改善度に比例しており、合併症を予防するために、「HbA1c」を 7.0%以下に維持することが推奨されています。したがって、「HbA1c」が 7.0%以下にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断するにふさわしい指標であると考えられます。

10.-1　糖尿病患者の血糖コントロール　HbA1c＜7.0%

＜指標定義＞

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年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者）
分　　子	HbA1c（NGSP）の最終値が7.0%未満の外来患者数
分母除外	運動療法または食事療法のみの糖尿病患者
収集期間	令和元年7月～令和2年6月、令和元年10月～令和2年9月 令和2年1月～令和2年12月、令和2年4月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R01.07 - R02.06	R01.10 - R02.09	R02.01 - R02.12	R02.04 - R03.03
当院	43.1%	44.7%	42.3%	41.9%
全国平均	47.2%	49.1%	47.4%	44.8%
500床以上の平均	45.7%	47.0%	45.7%	43.5%

10.-2　65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール　HbA1c<8.0%

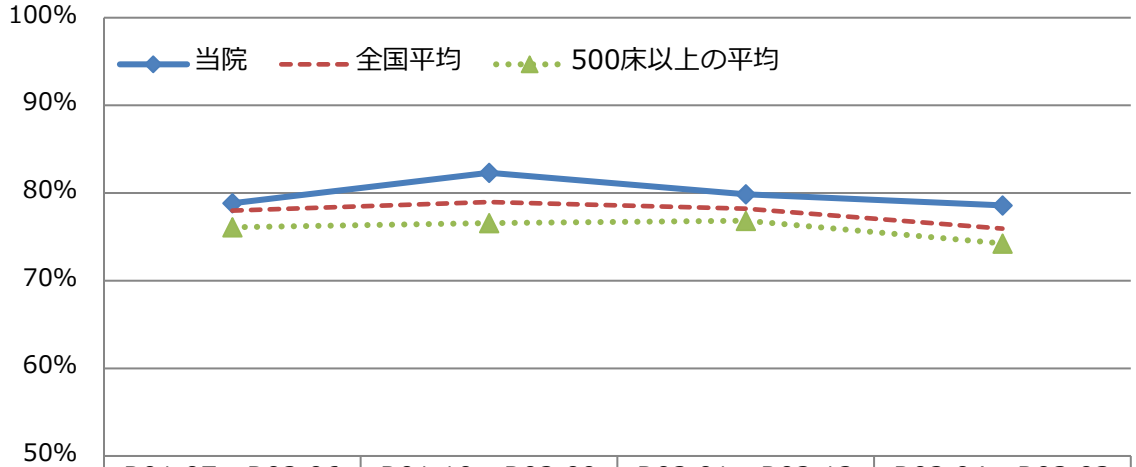
インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知機能が低下している患者、低血糖を感知できない糖尿病自立神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の「質」であるといえます。したがって、すべての患者において、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限りません。

実際、約 10 年前から国内外の診療ガイドラインでは血糖コントロールの個別化を推奨しており、低血糖を起こしやすい高齢者や腎機能低下者、インスリン使用者では HbA1c を 7.5%未満に下げないことも推奨されています。

この指標は、低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しいなどの場合における、当初に目指すべき現実的な目標の達成率を表しています。

＜指標定義＞

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年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者）
分　　子	HbA1c（NGSP）の最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数
分母除外	運動療法または食事療法のみの糖尿病患者
収集期間	平成30年7月～令和元年6月、平成30年10月～令和元年9月 平成30年1月～令和元年12月、平成31年4月～令和2年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R01.07 - R02.06	R01.10 - R02.09	R02.01 - R02.12	R02.04 - R03.03
当院	78.8%	82.3%	79.8%	78.6%
全国平均	78.0%	79.0%	78.2%	75.9%
500床以上の平均	76.1%	76.6%	76.8%	74.3%

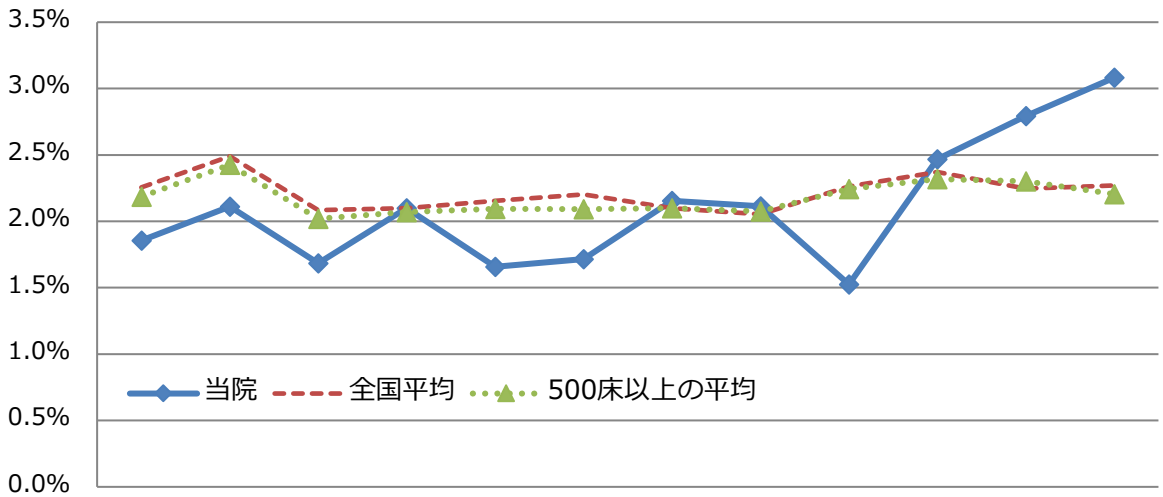
１１　30 日以内の予定外再入院率

患者の中には、退院後 30 日以内に予定外の再入院をする人がいます。その背景としては、前回入院時の治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態で患者に早期退院を強いたことなどが要因と考えられます。本指標は、入院中において十分な治療を受けて退院する事ができているかを検討するためのものです。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	退院患者数
分　　子	退院後30日以内に予定外に再入院した患者数
収 集 期 間	令和2年４月～令和3年3月分（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	より低い値が望ましい



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	1.86%	2.11%	1.68%	2.10%	1.66%	1.72%	2.16%	2.11%	1.52%	2.47%	2.79%	3.08%
全国平均	2.26%	2.49%	2.09%	2.10%	2.15%	2.20%	2.10%	2.05%	2.26%	2.37%	2.25%	2.27%
500床以上の平均	2.19%	2.43%	2.02%	2.07%	2.09%	2.09%	2.10%	2.08%	2.24%	2.32%	2.30%	2.21%

１２　急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合 ＜新＞

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-遮断薬の投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン http://www.j-circ.or.jp）。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。ガイドラインでの投与は、入院後早期（10 分以内）を推奨しています。

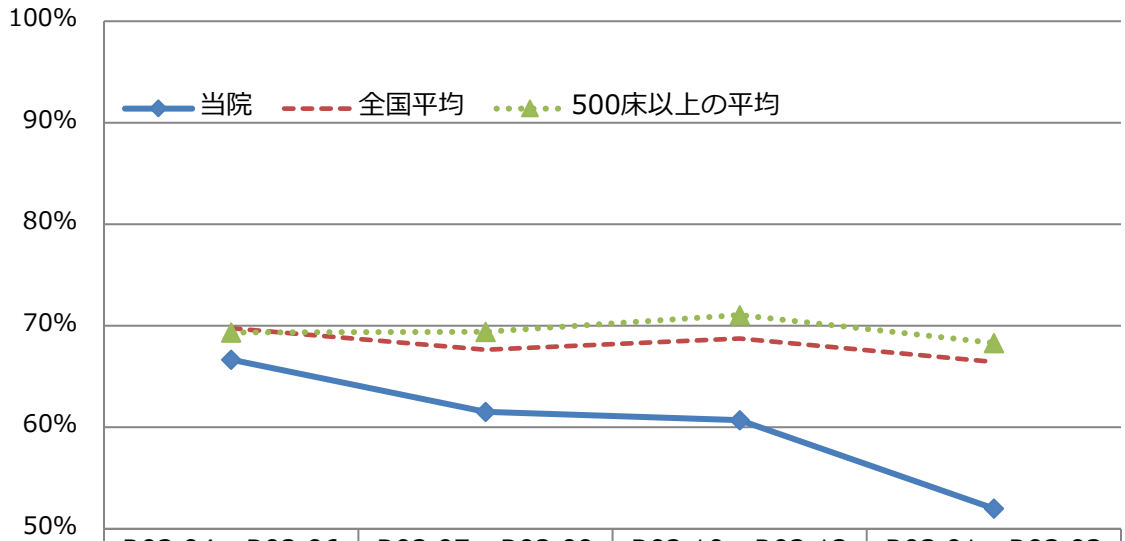
また、入院時の早期アスピリン投与割合を調査することは、心筋梗塞量の減少やイベント抑制にかかわっているため、医療の質を示すのには適した指標と考えられます。アレルギーなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。

昨年度までは入院後早期アスピリン投与割合（入院後２日以内）であったため、過去のデータとの比較はできません。

※令和元年度より算出を開始した新指標のため、項目 41 の年度比較は算出していません。
※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	急性心筋梗塞で入院した患者数
分　　子	分母のうち入院当日にアスピリンもしくはクロピドグレルが投与された患者数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	66.7%	61.5%	60.7%	52.0%
全国平均	69.8%	67.7%	68.7%	66.4%
500床以上の平均	69.3%	69.4%	71.1%	68.3%

１３　急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合

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（日本循環器学会ガイドライン http://www.j-circ.or.jp）。

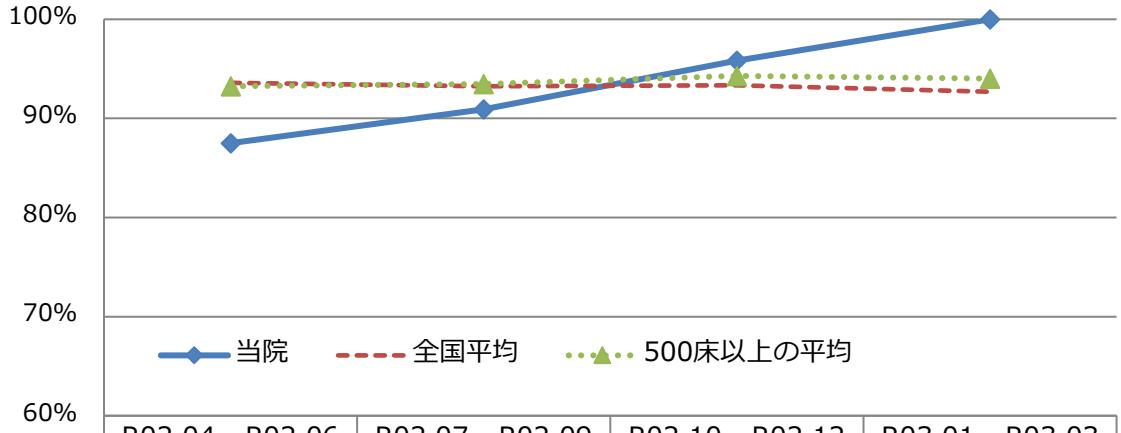
平成 30 年度に指標の改定が行われ、アスピリンだけではなくアスピリン、チクロピジン、プラスグレル、クロピドグレルのいずれかが含まれるとする抗血小板薬の使用をみる指標となりました。

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。アレルギーなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	急性心筋梗塞で入院した患者数
分　　子	分母のうち、退院時にアスピリン、チクロピジン、プラスグレル、クロピドグレルのいずれかが投与された患者数
収集期間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	87.5%	90.9%	95.8%	100.0%
全国平均	93.6%	93.3%	93.3%	92.7%
500床以上の平均	93.3%	93.5%	94.3%	94.0%

１４　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

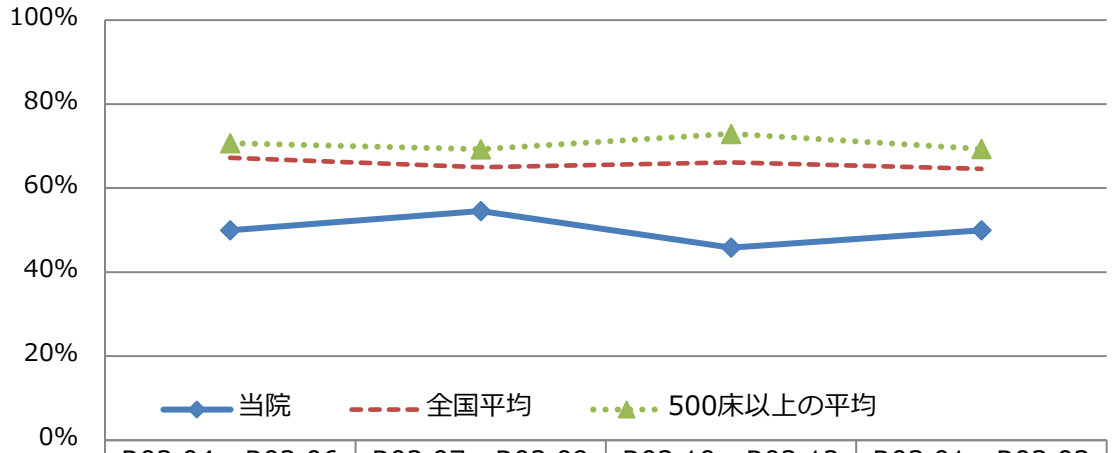
急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン http://www.j-circ.or.jp）。

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。アレルギーなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	急性心筋梗塞で入院した患者数
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
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	50.0%	54.5%	45.8%	50.0%
全国平均	67.2%	65.0%	66.1%	64.6%
500床以上の平均	70.7%	69.3%	72.9%	69.3%

１５　急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

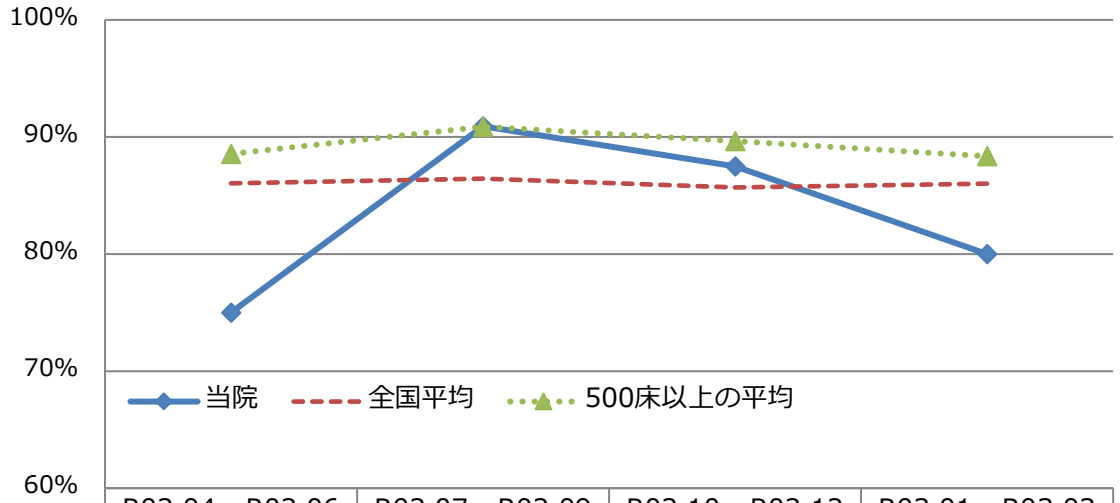
急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン http://www.j-circ.or.jp）。

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。アレルギーなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	急性心筋梗塞で入院した患者数
分　　子	分母のうち、退院時にスタチンが投与された患者数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	75.0%	90.9%	87.5%	80.0%
全国平均	86.0%	86.4%	85.7%	86.0%
500床以上の平均	88.6%	90.9%	89.7%	88.4%

１６　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ギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合

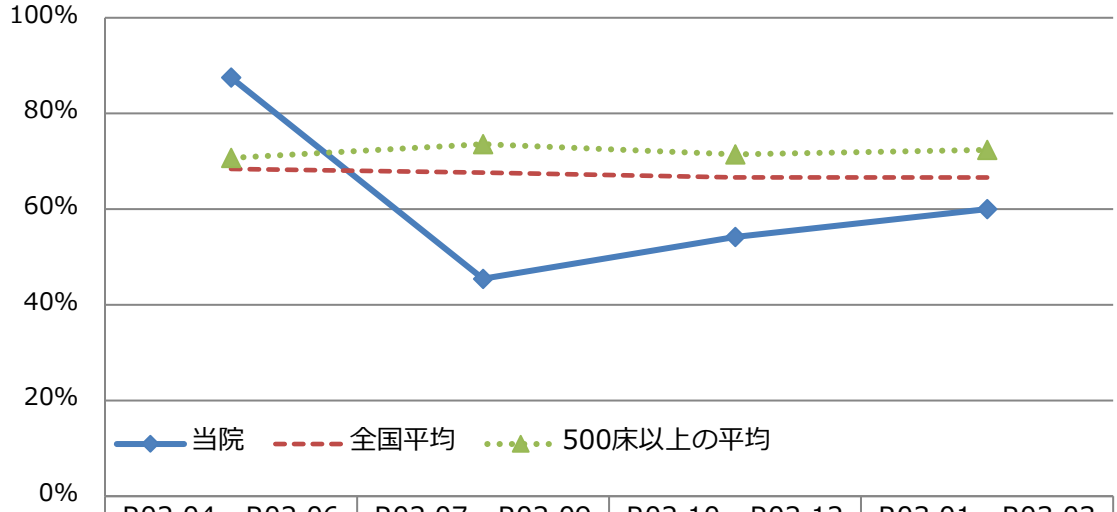
急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン http://www.j-circ.or.jp）。

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。アレルギーなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	急性心筋梗塞で入院した患者数
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（ARB）が投与された患者数
収集期間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	87.5%	45.5%	54.2%	60.0%
全国平均	68.4%	67.7%	66.6%	66.6%
500床以上の平均	70.7%	73.6%	71.5%	72.4%

１７　急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合

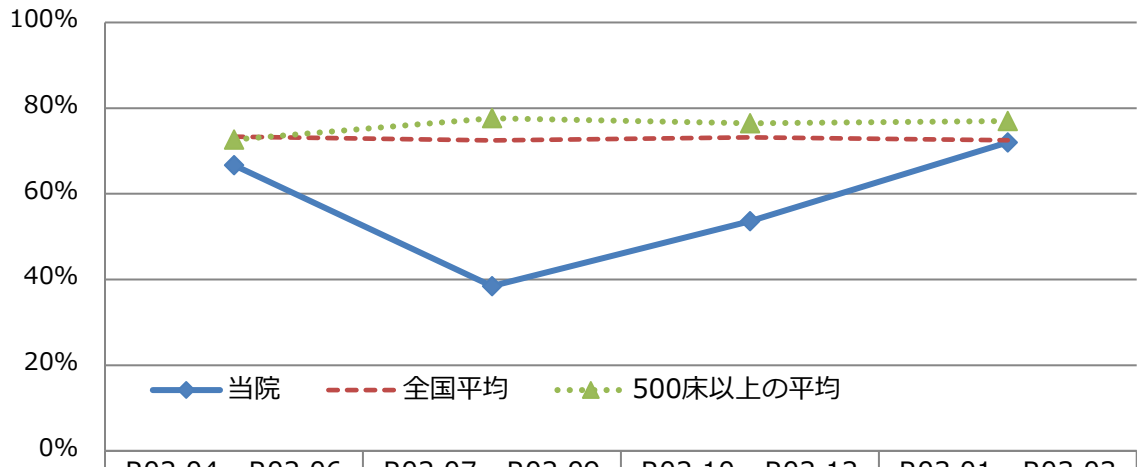
急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）、スタチンなどの投与が推奨されています（日本循環器学会ガイドライン http://www.j-circ.or.jp）。

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。アレルギーなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	急性心筋梗塞で入院した患者数
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（ARB）が投与された患者数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	66.7%	38.5%	53.6%	72.0%
全国平均	73.3%	72.5%	73.2%	72.5%
500床以上の平均	72.7%	77.6%	76.5%	77.0%

１８　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

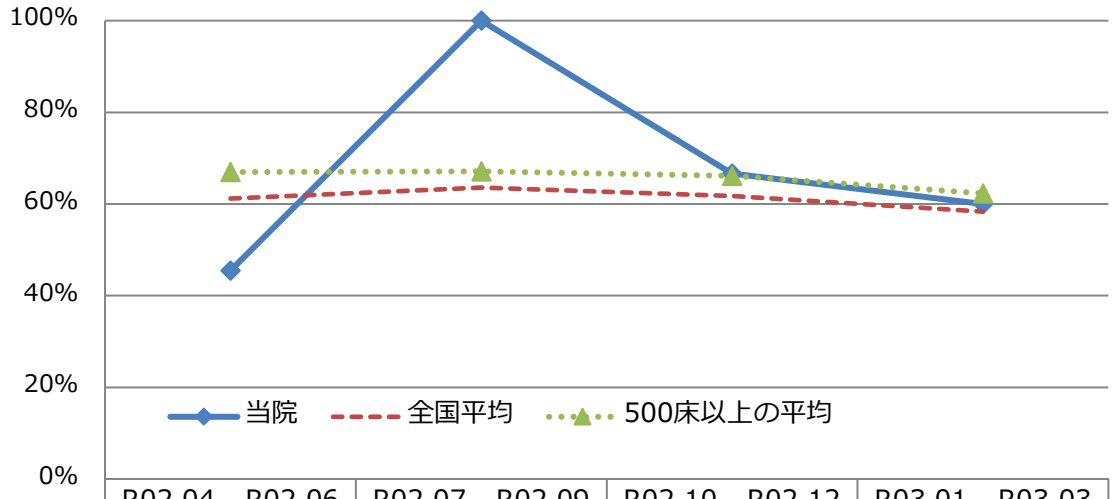
急性心筋梗塞の治療には、発症後可能な限り早期に再灌流療法（閉塞した冠動脈の血流を再開させる治療）を行うことが、生命予後の改善に重要です。現在、発症後 12 時間以内は早期再灌流療法の適応とされ、主に心臓カテーテル治療（percutaneous coronary intervention：PCI）によるバルーンやステントを使用した治療が行われます。また、血栓吸引療法を併用する場合もあります。

早期に再灌流することが重要であるため、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を短縮することが求められます。病院到着（door）から PCI（balloon）までの時間を「door-to-balloon」時間と呼び、「door-to-balloon」時間が 90 分以内に行われることが重要と言われており、本指標では病院到着後 90 分以内に行われた PCI の実施割合を算出しています。アレルギーや左室機能不全ではないなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	18歳以上の急性心筋梗塞でPCIを実施した患者数
分　　子	分母のうち、来院後90分以内に手技を受けた患者数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	45.5%	100.0%	66.7%	60.0%
全国平均	61.2%	63.6%	61.8%	58.3%
500床以上の平均	67.0%	67.1%	66.1%	62.3%

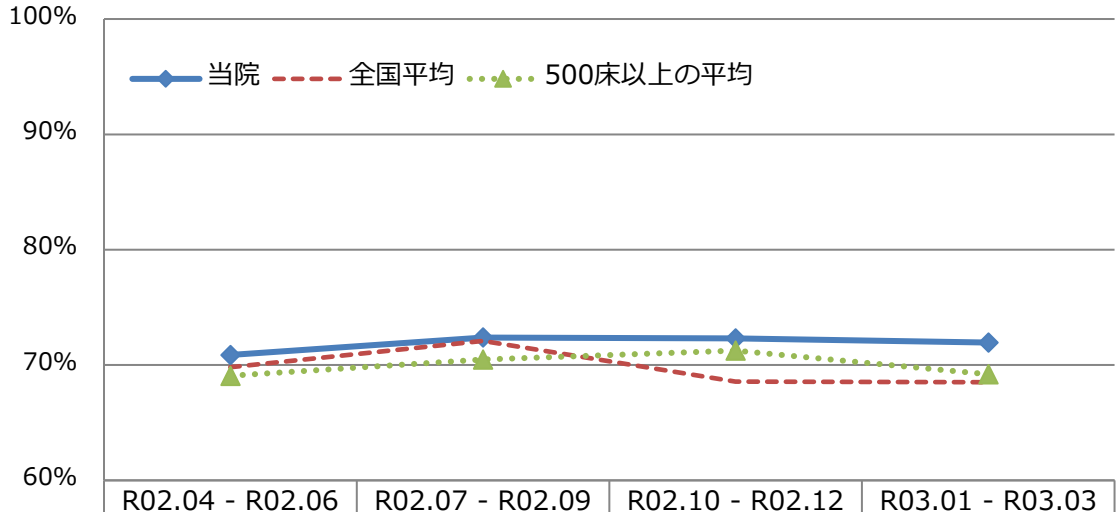
１９　脳卒中患者のうち入院２日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合

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）。本指標は、適応のある患者に、入院２日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法の投与が開始されているかを調査するためのものです。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数
分　　子	分母のうち、入院2日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法施行された患者数
収集期間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	70.9%	72.4%	72.3%	71.9%
全国平均	69.8%	72.1%	68.6%	68.5%
500床以上の平均	69.1%	70.5%	71.3%	69.2%

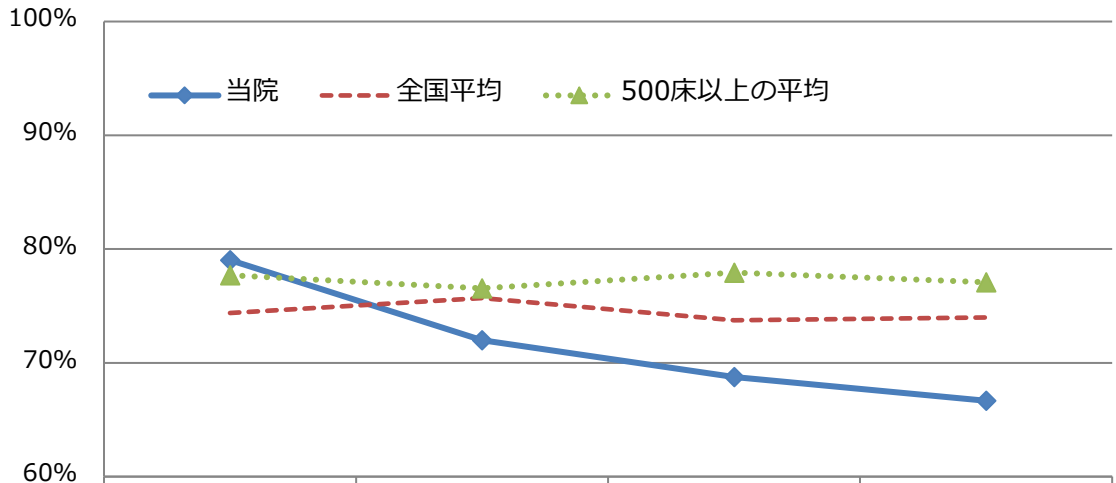
２０　脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

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2015 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）はシロスタゾール 200mg/日、アスピリン 75-150mg/日、クロピドグレル 75mg/日（以上、グレード A）、チクロピジン 200mg/日（グレード B）である」と書かれています。本指標は、適応のある患者に、抗血小板薬の投与が開始されているかを確認するためのものです。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数
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
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	79.0%	72.0%	68.8%	66.7%
全国平均	74.4%	75.7%	73.7%	74.0%
500床以上の平均	77.7%	76.6%	77.9%	77.1%

２１　脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

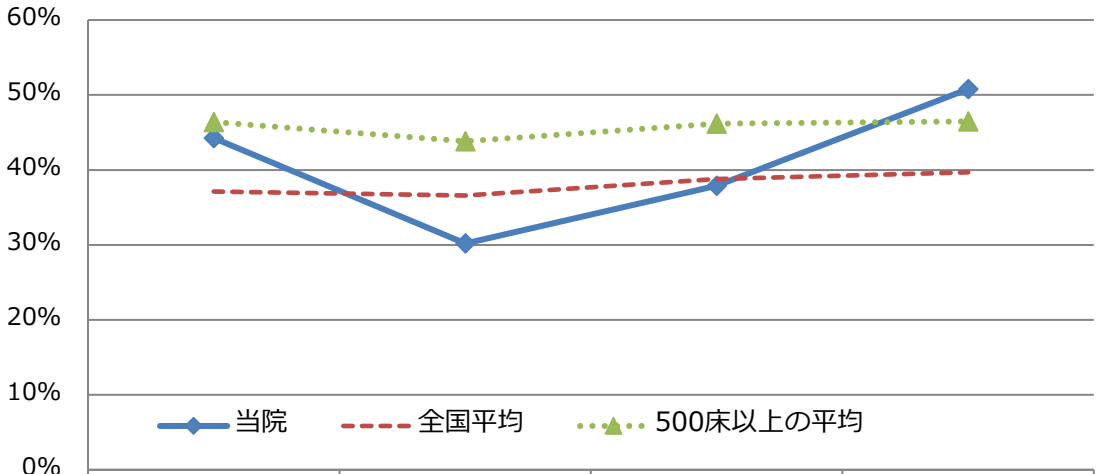
脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

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。アレルギーなどの適用外の患者も含まれてしまうため、値が低く算出される可能性があります。本指標は、適応のある患者について、退院時にスタチンの処方が行われているかを確認するものです。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	脳梗塞で入院した症例数
分　　子	分母のうち、退院時にスタチンが処方された症例数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	44.3%	30.2%	37.9%	50.8%
全国平均	37.1%	36.6%	38.8%	39.7%
500床以上の平均	46.4%	43.8%	46.2%	46.5%

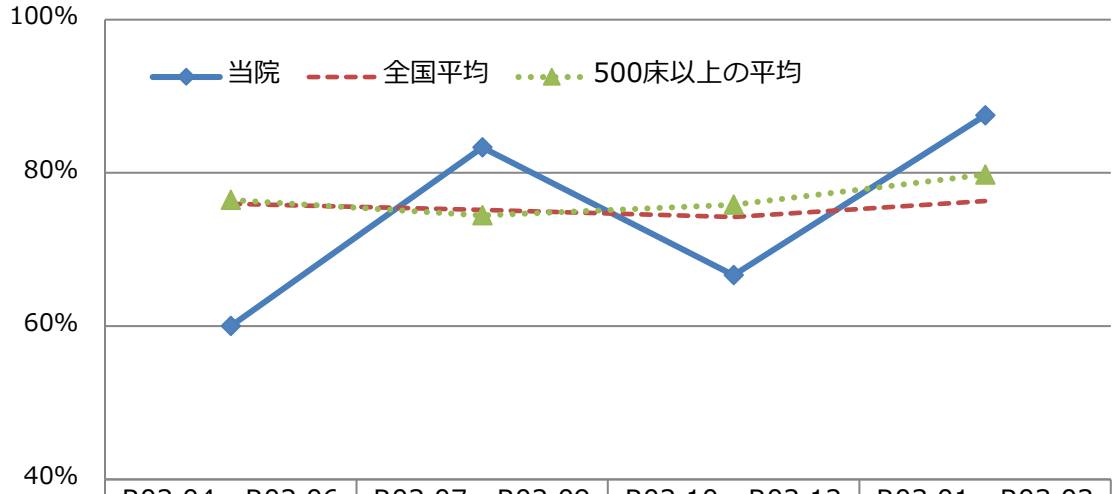
２２　心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

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 2015 では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である（グレード A）」と書かれています。一方で、「出血性合併症は INR 2.6 を超えると急増する（グレード B）」ことも知られており、ワルファリン投与時のモニタリングは重要であり、本指標にはワルファリン以外にも推奨される抗凝固薬も分母に含めています。本指標は、適応のある患者について、退院時に抗凝固薬の処方が行われているかを確認するものです。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

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
分　　子	分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	60.0%	83.3%	66.7%	87.5%
全国平均	76.0%	75.2%	74.3%	76.3%
500床以上の平均	76.5%	74.5%	75.9%	79.8%

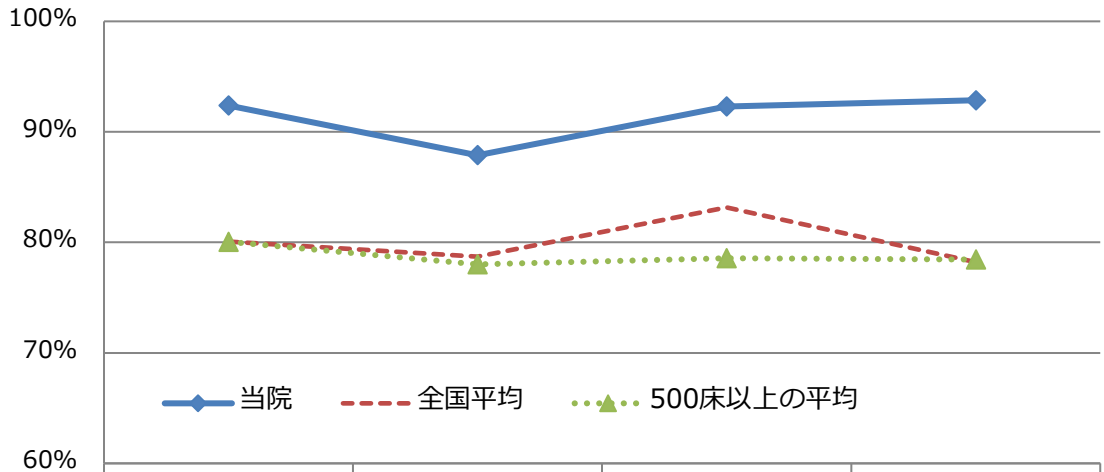
２３　脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

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、機能予後をよくし、再発リスクの増加もみられず、ADL（日常生活動作）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 2015 では、「不動・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。したがって本指標は、適応のある患者について、入院後早期からリハビリテーションが実施されているかを確認するものです。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	脳梗塞で入院した症例数
分　　子	分母のうち、入院後早期（3日以内）に脳血管リハビリテーションが行われた症例数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	92.4%	87.9%	92.3%	92.9%
全国平均	80.1%	78.7%	83.2%	78.2%
500床以上の平均	80.1%	78.0%	78.6%	78.5%

２４　喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合（15 歳以上）　〈新〉

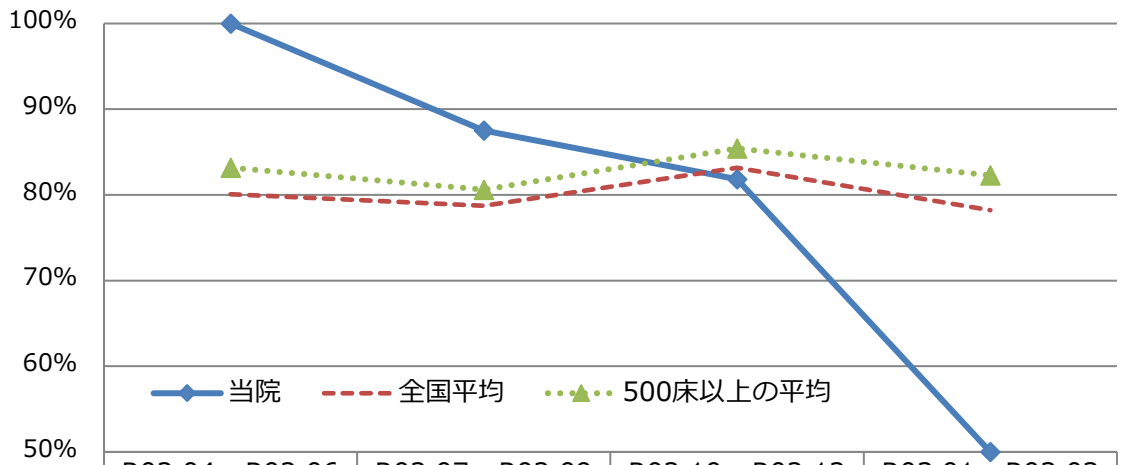
喘息患者においては、吸入ステロイド薬とピークフローモニタリングによる自己管理が治療の基本となります。また、急性発作期にはステロイド薬の内服や点滴が必要です。吸入ステロイド薬には、①喘息症状を軽減する、②生活の質（QOL）および呼吸機能を改善する、③気道過敏性を軽減する、④気道の炎症を制御する、⑤急性増悪の回数と強度を改善する等の効果があります。

吸入ステロイドが外来で処方され、発作による入院期間中に改めて処方されないケースも少なくないと考えられます。

※令和２年度より算出を開始した新指標のため、項目 42 の年度比較は算出していません。
※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	入院時年齢が15歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した症例数
分　　子	分母のうち、入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた症例数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	100.0%	87.5%	81.8%	50.0%
全国平均	80.1%	78.7%	83.2%	78.2%
500床以上の平均	83.2%	80.6%	85.4%	82.3%

２５　喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合（5 歳から 14 歳）　〈新〉

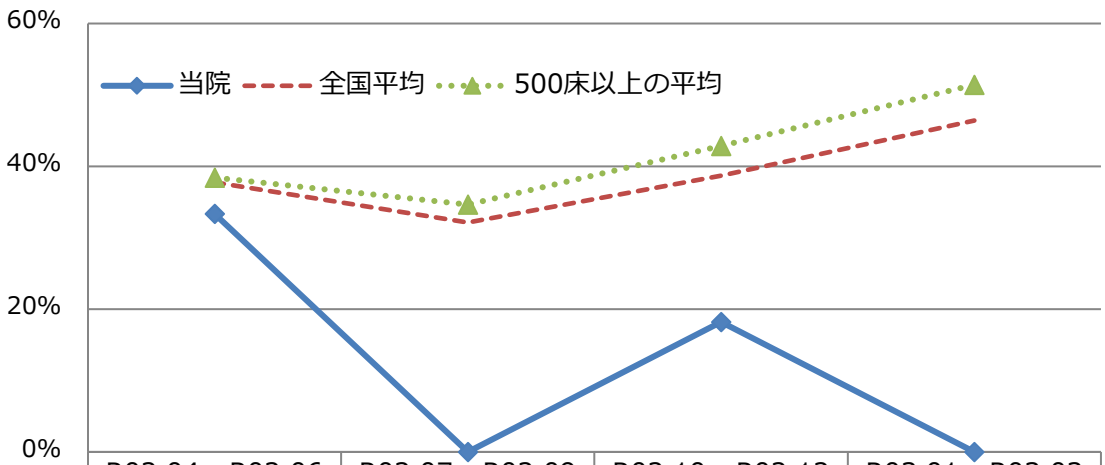
喘息患者においては、吸入ステロイド薬とピークフローモニタリングによる自己管理が治療の基本となります。また、急性発作期にはステロイド薬の内服や点滴が必要です。吸入ステロイド薬には、①喘息症状を軽減する、②生活の質（QOL）および呼吸機能を改善する、③気道過敏性を軽減する、④気道の炎症を制御する、⑤急性増悪の回数と強度を改善する等の効果があります。

吸入ステロイドが外来で処方され、発作による入院期間中に改めて処方されないケースも少なくないと考えられます。

※令和２年度より算出を開始した新指標のため、項目 41 の年度比較は算出していません。
※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	入院時年齢が5歳から14歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した症例数
分　　子	分母のうち、入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた症例数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	33.3%	0.0%	18.2%	0.0%
全国平均	37.8%	32.1%	38.7%	46.4%
500床以上の平均	38.4%	34.6%	42.8%	51.4%

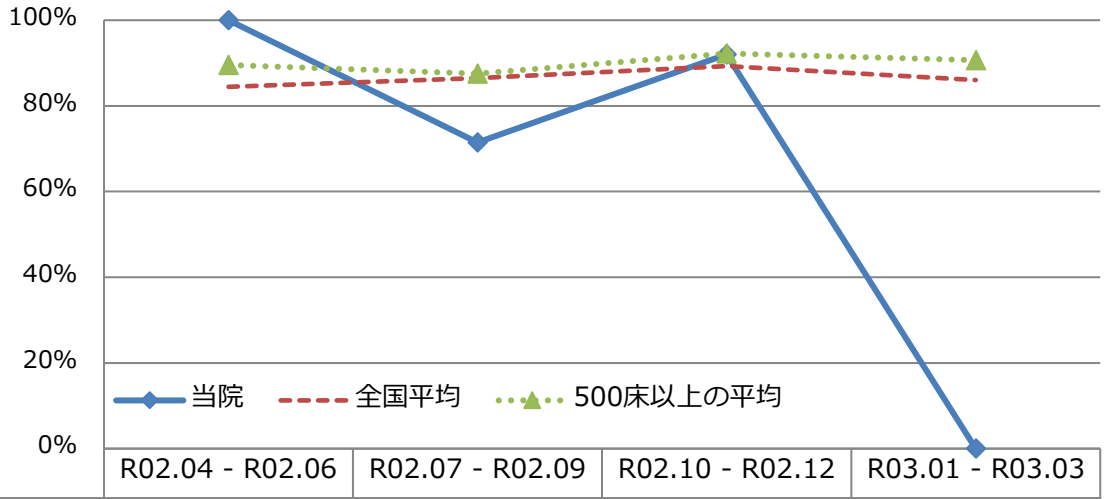
２６　入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2012 および 2017 において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本となります。本指標は入院症例を急性増悪（発作）時ととらえ、全身性ステロイド薬の投与の有無をみています。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小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。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	入院時年齢が2歳から15歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した症例数
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）を受けた症例数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	100.0%	71.4%	92.0%	0.0%
全国平均	84.5%	86.5%	89.3%	86.0%
500床以上の平均	89.6%	87.5%	92.2%	90.7%

２７　対象手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】

手術後における急性肺血栓塞栓症は、下肢あるいは骨盤内静脈の血栓が原因とされており、整形外科、消化器外科、産婦人科などの術後に安静臥床が長くなった患者では注意しなければならない術後合併症の一つです。

肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2017 年改訂版）に肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防方法が記載されており、このガイドラインに準拠して予防対策を実施した場合、診療報酬上の肺血栓塞栓症予防管理料を算定することができます。

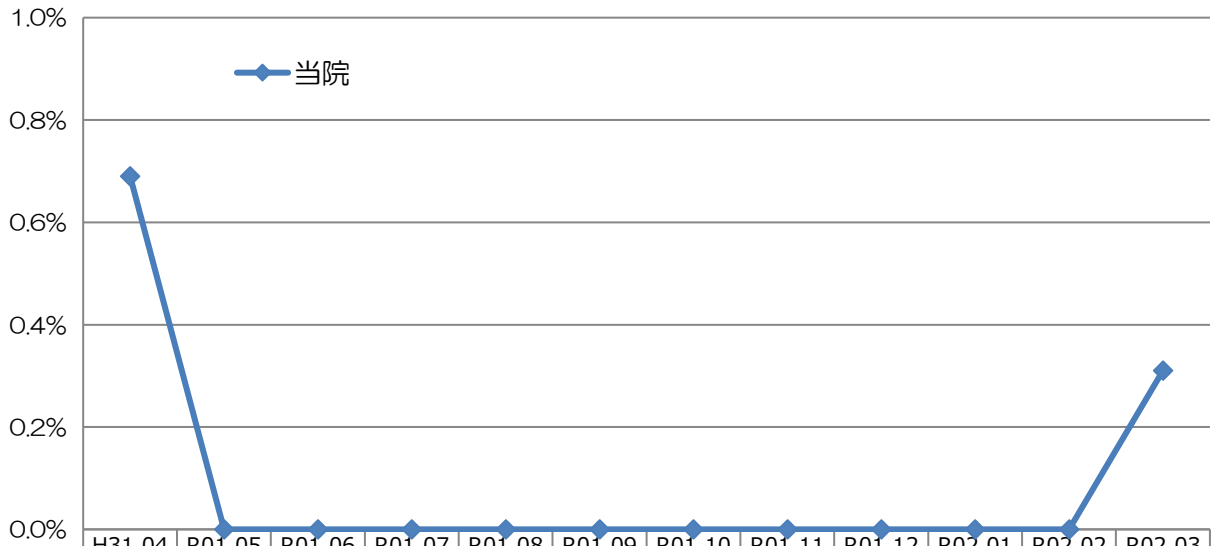
予防方法には、弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置の使用、抗凝固療法があり、リスクレベルに応じて単独あるいは併用が推奨されています。周術期の肺血栓塞栓症の予防行為の実施は、急性肺血栓塞栓症の発生率を下げることにつながると考えられています。深部静脈血栓症の危険因子には、加齢、悪性腫瘍、肥満や妊婦、長期臥床など、周術期以外の場面でも発症するリスクがあります。

ガイドライン通りに予防措置を行ったとしても、肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症を完全に予防できるわけではありませんが、予防する行為を行っていなければ、その発症率は高まると考えられます。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

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
分　　子	分母のうち、入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている患者数（疑い病名含む）
収 集 期 間	平成31年4月～令和2年3月分（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	より低い値が望ましい



	H31.04	R01.05	R01.06	R01.07	R01.08	R01.09	R01.10	R01.11	R01.12	R02.01	R02.02	R02.03
当院	0.69%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.31%

※平成 25 年度より QI 推進事業の対象外指標となったため、全国平均との比較はありません。

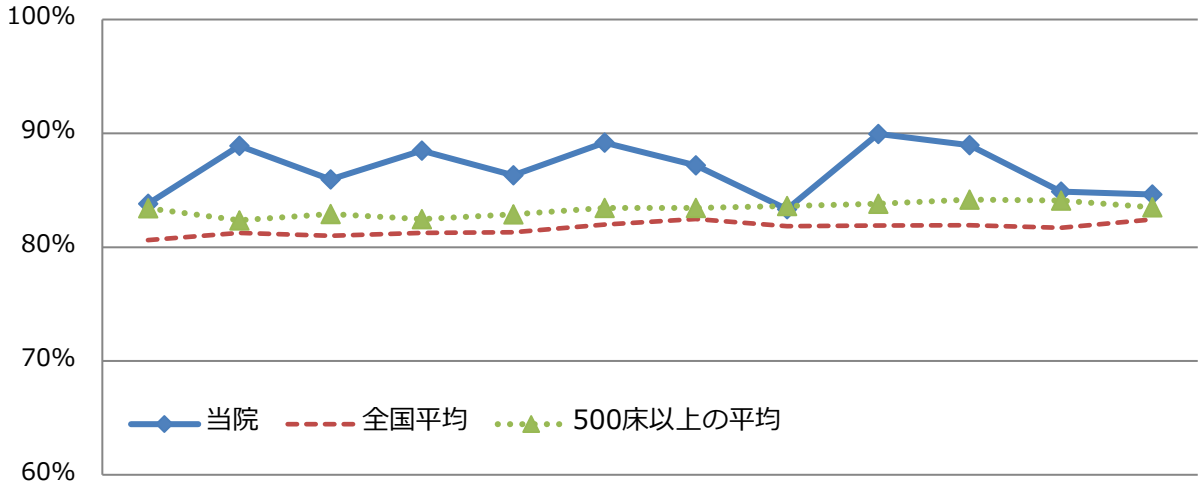
２８　統合指標－１《手術》

この指標は、平成 28 年度からの指標です。【手術】に関連する指標を「合成」して算出する総合的な指標です。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。この指標は、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が評価できます。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	手術に関する指標7、8、9の分母の合計
分　　子	手術に関する指標7、8、9の分子の合計
収 集 期 間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	83.8%	88.9%	86.0%	88.5%	86.3%	89.2%	87.2%	83.3%	90.0%	89.0%	84.9%	84.6%
全国平均	80.6%	81.2%	81.0%	81.3%	81.3%	82.0%	82.5%	81.9%	81.9%	81.9%	81.7%	82.4%
500床以上の平均	83.4%	82.4%	82.9%	82.5%	82.9%	83.5%	83.4%	83.6%	83.8%	84.2%	84.1%	83.5%

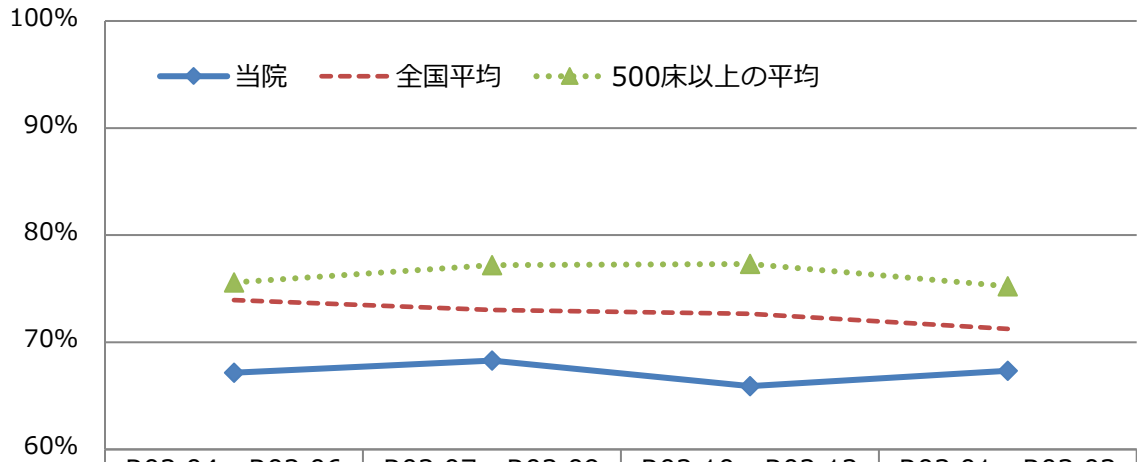
２９　統合指標－２《虚血性心疾患》

この指標は、平成 28 年度からの指標です。【虚血性心疾患】に関連する指標を「合成」して算出する総合的な指標です。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。この指標は、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が評価できます。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	虚血性心疾患に関する指標12、13、14、15、16、17、18の分母の合計
分　　子	虚血性心疾患に関する指標12、13、14、15、16、17、18の分子の合計
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	67.2%	68.3%	65.9%	67.3%
全国平均	73.9%	73.0%	72.7%	71.3%
500床以上の平均	75.6%	77.2%	77.3%	75.2%

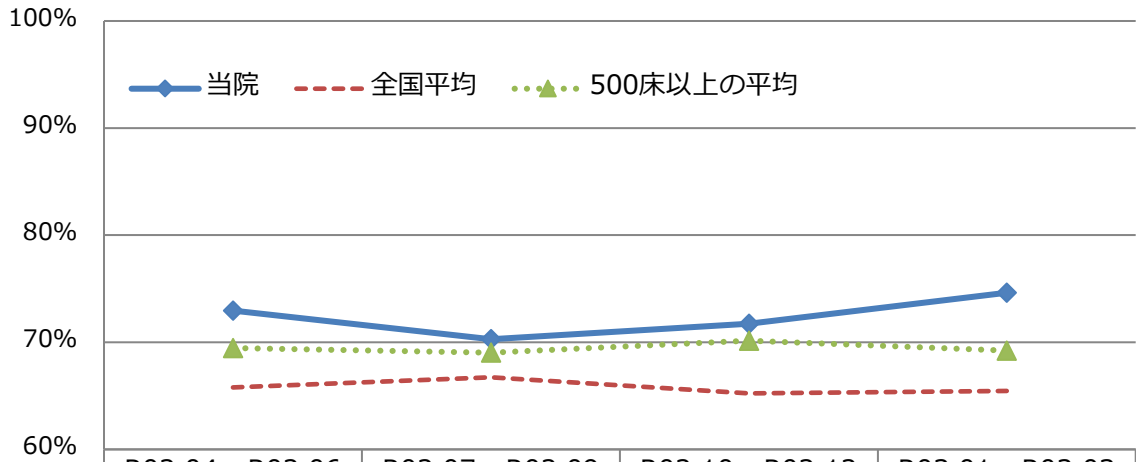
３０　統合指標－３《脳卒中》

この指標は、平成 28 年度からの指標です。【脳卒中】に関連する指標を「合成」して算出する総合的な指標です。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。この指標は、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が評価できます。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	脳卒中に関する指標19、20、21、22、23の分母の合計
分　　子	脳卒中に関する指標19、20、21、22、23の分子の合計
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	73.0%	70.3%	71.7%	74.6%
全国平均	65.8%	66.7%	65.2%	65.5%
500床以上の平均	69.5%	69.0%	70.2%	69.2%

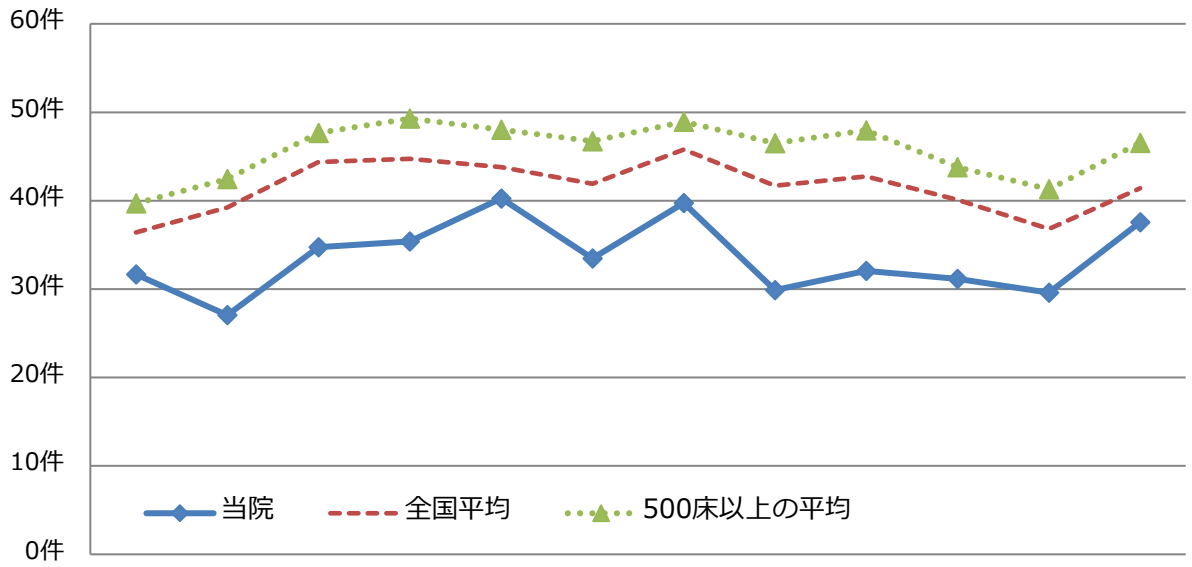
３１　１か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合には、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためには、インシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

当院では、医療安全管理室へ報告された事例を、レベル０から全て算出しています。

＜指標定義＞

分　　母	許可病床数
分　　子	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100 調査期間中に医療安全管理室へ報告された合計数 ※令和元年度からは入院患者のみが対象
収 集 期 間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	より低い値が望ましい



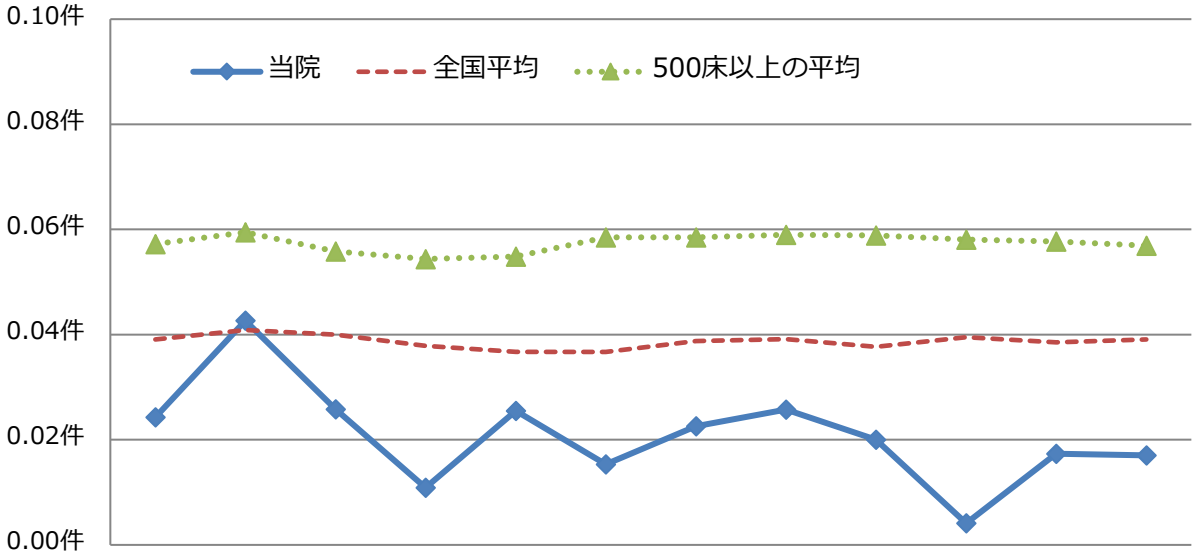
	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	31.7件	27.1件	34.7件	35.4件	40.3件	33.5件	39.7件	29.9件	32.1件	31.2件	29.6件	37.6件
全国平均	36.4件	39.2件	44.4件	44.7件	43.8件	41.9件	45.8件	41.7件	42.8件	40.1件	36.8件	41.4件
500床以上の平均	39.7件	42.4件	47.7件	49.3件	48.0件	46.7件	48.9件	46.5件	47.9件	43.8件	41.3件	46.6件

３２　全報告中医師による報告の占める割合

インシデント・アクシデント報告は、一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性があります。

＜指標定義＞

分　　母	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数
分　　子	分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数 ※令和元年度からは入院患者のみが対象
収 集 期 間	令和2年4月～令和3年3月（1ヶ月毎）
値 の 解 釈	この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性がある



	R2.04	R2.05	R2.06	R2.07	R2.08	R2.09	R2.10	R2.11	R2.12	R3.01	R3.02	R3.03
当院	0.02件	0.04件	0.03件	0.01件	0.03件	0.02件	0.02件	0.03件	0.02件	0.00件	0.02件	0.02件
全国平均	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件
500床以上の平均	0.06件	0.06件	0.06件	0.05件	0.05件	0.06件	0.06件	0.06件	0.06件	0.06件	0.06件	0.06件

３３　職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

インフルエンザウィルスには様々なタイプがあり、流行するタイプが毎年異なります。世界での流行状況からどのタイプがはやるのかを世界保健機関（WHO）が予測し、それに基づいて日本の研究機関でも研究してワクチンのタイプを決定します。特に指定がない場合は、厚生労働省が認可した４価ワクチン１種類が接種されます。例え予測が外れてしまっても、その 50～60%は予防効果があったと報告されているため、インフルエンザワクチン予防接種にはそれなりの効果が期待できます。毎年接種した方が良いということは、厚生労働省やアメリカの疾病対策センター（CDC）で報告されています。WHO も、発症や重症化を防ぐにはインフルエンザワクチンが最も効果的だと公表しています。

医療機関を受診する患者は、免疫力が低下していることが多く、病院職員からの感染を防止する必要があります。予防接種を受けることが不適当な状態にある場合を除き、毎年接種を受けることが望ましいといえます。

接種率が高い場合には、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。

＜指標定義＞

分　　母	職員数（職員は、各施設の就業規則で規定される範囲とする。）
分　　子	分母のうち、インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
収 集 期 間	令和2年4月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい

※平成３０年度より算出　　値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
当院平均	92.4%	94.4%	93.1%
全国平均	94.7%	95.4%	94.2%

３４　糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

糖尿病が進行すると発症する合併症は、神経障害、網膜症、腎臓障害などがあり（3 大合併症）、これらは高血糖の影響で末梢神経が障害されて起こります。高血糖状態では、体内のほとんどのたんぱく質が糖と結合することから、影響は全身におよびます。心臓病や脳卒中など、直接死亡リスクに関係する動脈硬化を引き起こすこともわかってきました。

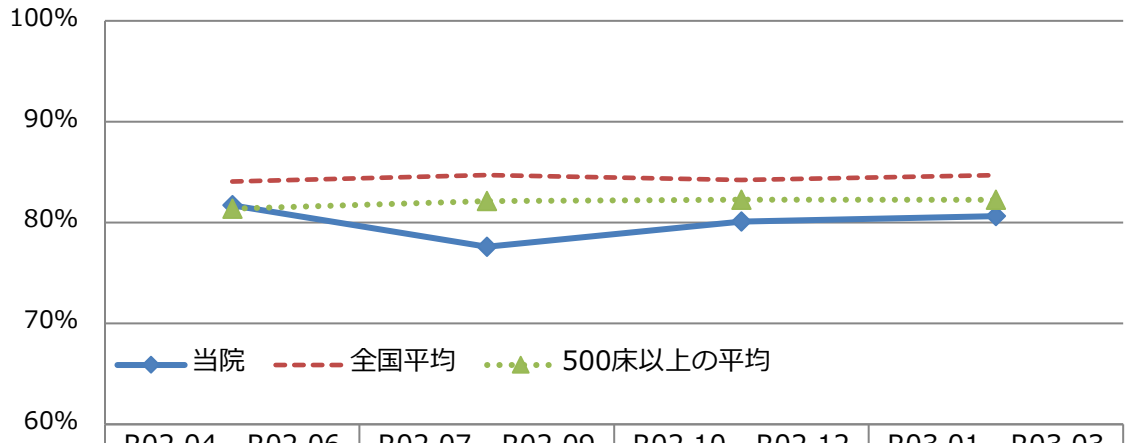
慢性腎臓病は、血液透析を要する末期腎不全に至るだけでなく、脳卒中や心筋梗塞などの心血管病、あるいは、認知機能障害とも関連することが判明しています。慢性腎臓病増加の背景には糖尿病、高血圧、肥満、脂質異常症などのいわゆる生活習慣病の増加が主因となっていることは周知の事実です。

糖尿病・慢性腎臓病患者の治療においては、食事内容を含めた栄養管理が何よりも重要であり、有効です。積極的に栄養管理の介入を行うことも、医療の質の向上につながります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	入院時18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者であり、それらの治療が主目的でない入院症例の食事
分　　子	分母のうち、特別食加算の算定回数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	81.7%	77.6%	80.1%	80.6%
全国平均	84.1%	84.7%	84.2%	84.7%
500床以上の平均	81.4%	82.1%	82.3%	82.3%

３５　広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

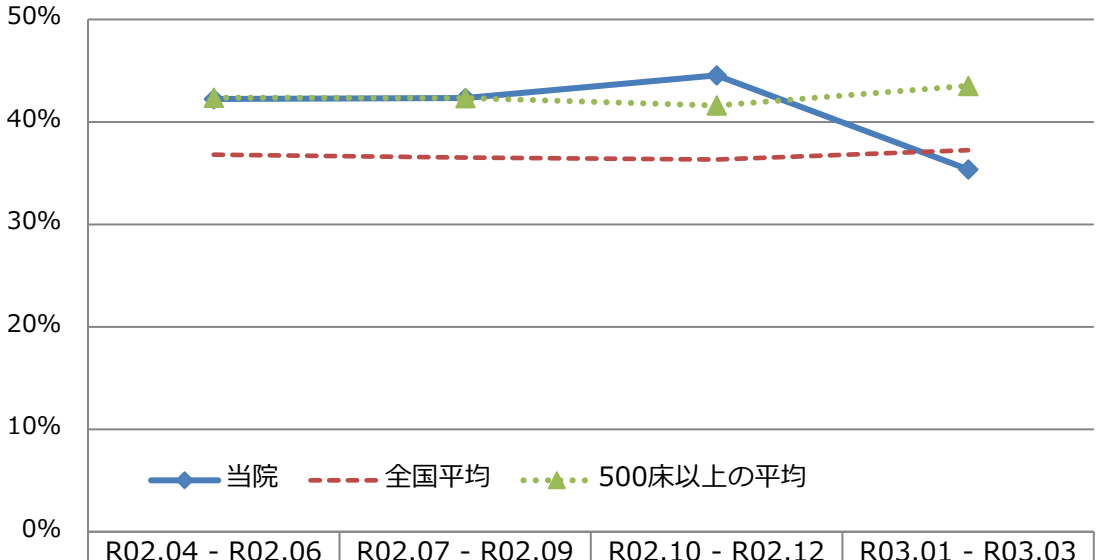
抗菌薬の適正使用とは 適切な抗菌薬の選択と投与量・投与期間および安全に配慮して感染症を治療することであり、科学的根拠に基づいた使用が求められています。日本環境感染学会では、可能な限り狭域スペクトラムの薬剤を選択し、広域スペクトラム薬剤によるエンピリック治療（経験的治療。診断を確定する前に治療を開始すること。特に感染症で、病原微生物を同定する前に抗生物質を投与することをいう。）は限定した症例のみに実施すると定めています。広域抗菌薬の過剰使用は耐性菌の蔓延を助長する恐れがあります。

一般に、抗菌薬投与前と広域抗菌薬への変更前には 血液培養を実施することが重要だと考えられています。本指標は、広域抗菌薬を使用する際に、望ましい手順が取られているかを判断する基準となります。

本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数
分　　子	分母のうち、投与開始初日に血液培養検査を実施した人数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	42.3%	42.3%	44.5%	35.4%
全国平均	36.8%	36.5%	36.3%	37.2%
500床以上の平均	42.4%	42.3%	41.6%	43.5%

３６　血液培養実施時の２セット実施率

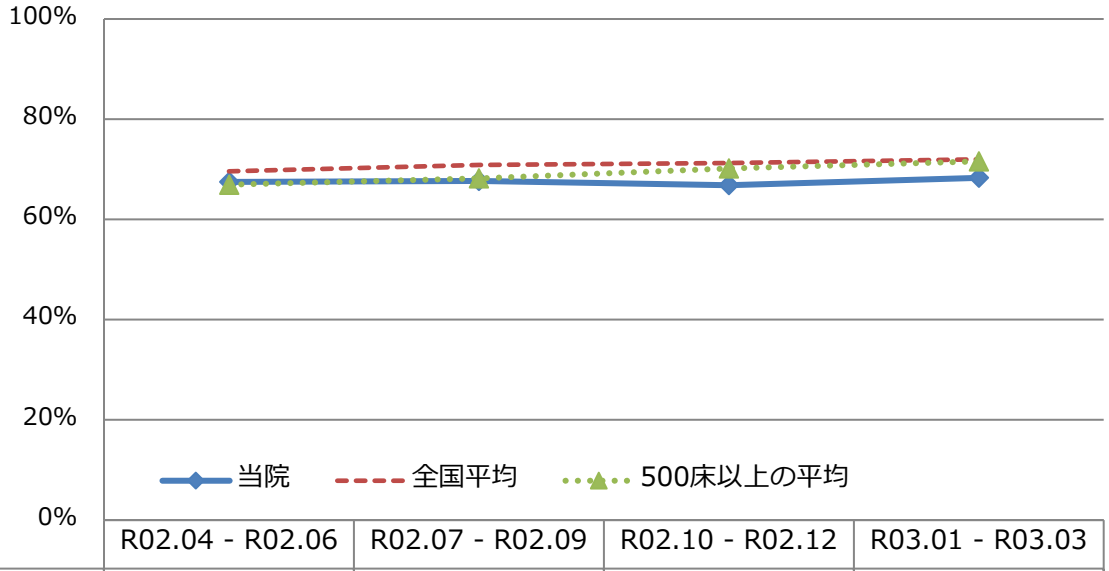
汚染菌か原因菌かの判断は検出された細菌の特性と存在様式などから判断されます。採血時の消毒を含め、定められた手順で同時に採血された２セットから同じ菌種が同定されれば、原因菌である可能性が高くなります。どちらか一方であれば汚染菌の可能性を疑います。１セットで起炎菌が検出される感度は 70%、２セット以上で 95%以上です

また、血液培養は１セットのみの場合の擬陽性による過剰治療を防ぐため、２セット以上行うことが推奨されています。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	血液培養のオーダー人数（人日）
分　　子	血液培養のオーダーが一日に2件以上ある人数（人日）
収集期間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	67.5%	67.7%	66.8%	68.3%
全国平均	69.6%	70.9%	71.2%	72.0%
500床以上の平均	66.9%	68.2%	70.2%	71.6%

３７　脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率

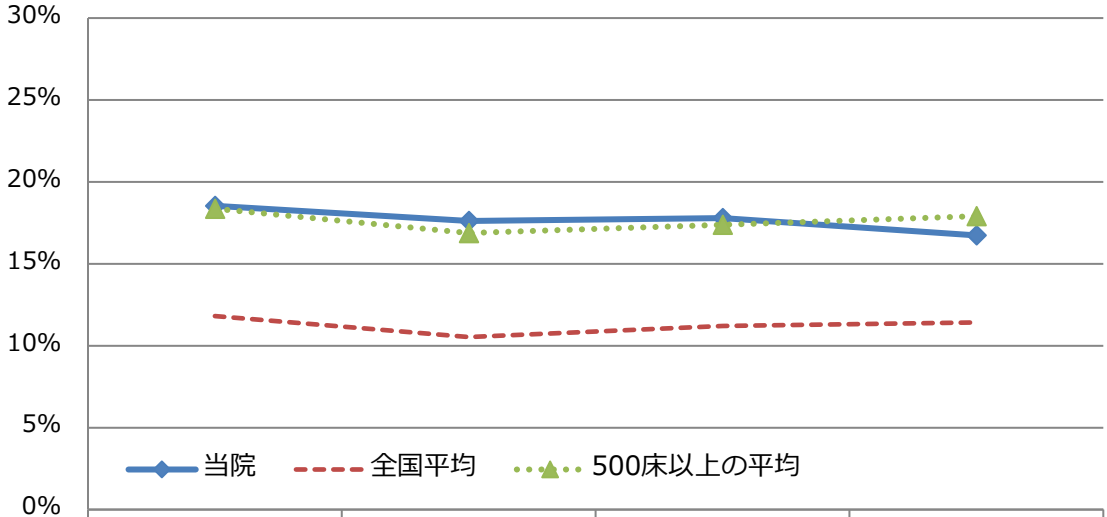
脳卒中の治療が終了した後も、継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。急性期は「疾病」、回復期は「障害」、維持期は「生活」が対象です。急性期病院は次のステップの「障害」までは介入できても、「生活」まで関与する体制がありません。脳卒中患者に対する地域連携パスの使用により、患者は転院先の回復期病院でより充実したケアを受けられ、退院後を見据えた準備も可能となります。

脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	脳卒中で入院した症例
分　　子	分母のうち、「地域連携診療計画加算」を算定した症例
収集期間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	18.5%	17.6%	17.8%	16.7%
全国平均	11.8%	10.5%	11.2%	11.4%
500床以上の平均	18.4%	16.9%	17.4%	17.9%

３８　大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

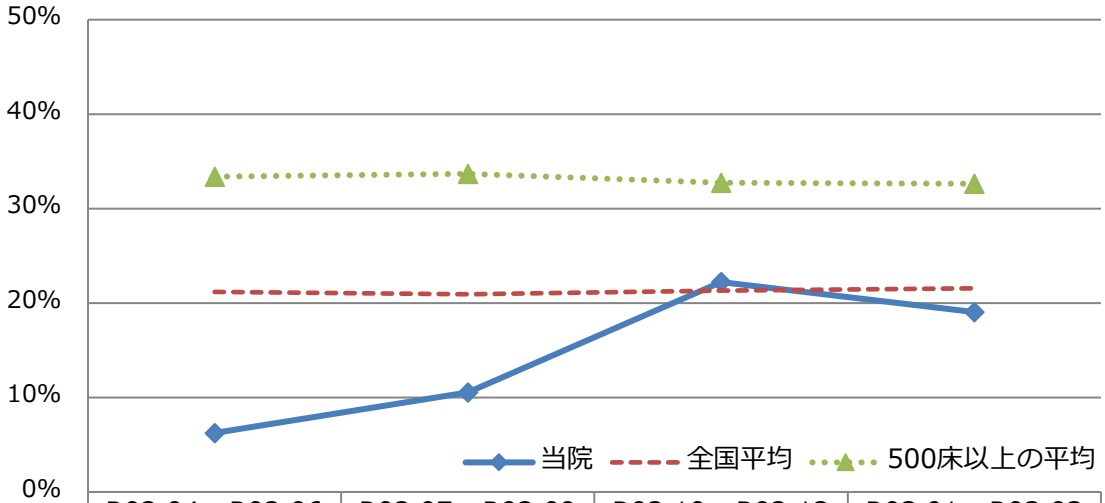
大腿骨頸部骨折の治療が終了した後も、継続的な医学的管理とリハビリテーションは重要です。大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスは、急性期病院から回復期病院を経て、早期に自宅に戻れるように、各医療機関が協力し連携するためのものです。地域連携パスにより、回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかを把握することが可能となり、転院初期からリハビリが開始できるようになります。

大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた症例
分　　子	分母のうち、「地域連携診療計画加算」を算定した症例
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	6.3%	10.5%	22.2%	19.0%
全国平均	21.2%	20.9%	21.3%	21.6%
500床以上の平均	33.4%	33.7%	32.7%	32.6%

３９　大腿骨頚部骨折の早期手術割合

大腿骨頚部を受傷すると歩行能力が損なわれてしまい、手術を行わないと再び歩けるようになるのは難しいことが多いといわれています。そのため、ほとんどの場合には手術的治療が必要になります。大腿骨頚部骨折は骨癒合しにくいので偽関節となったり、骨頭部が壊死になり潰れて遅発性骨頭陥没となることもあり、治療がとても難しい骨折といえます。

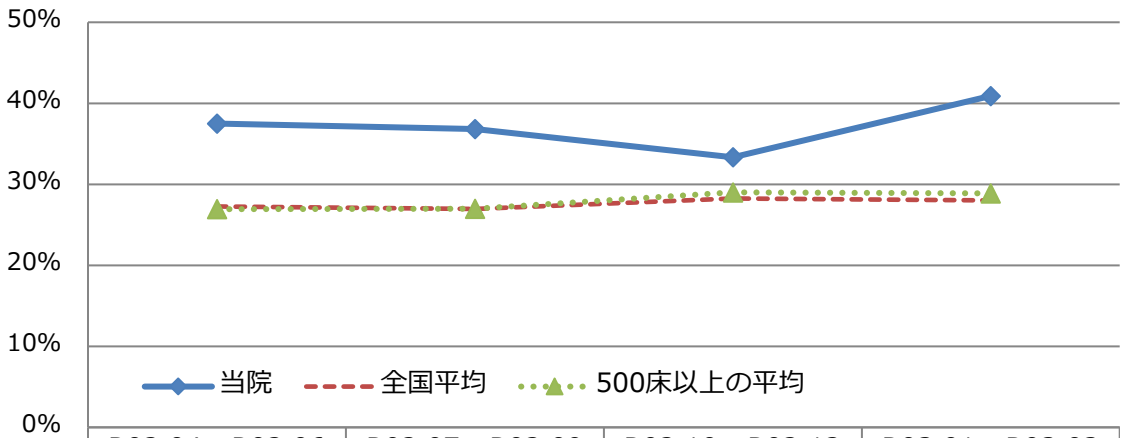
現在では、麻酔管理法や手術方法の進歩によって、多くの大腿骨頚部骨折を手術的に治療することが可能となりました。そのため、患者の全身状態が手術に耐えられると予想できる場合には、手術によって治療する方が患者のためになると多くの場合考えられています。

大腿骨頚部骨折を早期に手術することにより、患者は早期にリハビリテーションを受けることが可能となります。これにより、寝たきりになるのを防ぎ、受傷前の歩行能力に少しでも近づけることが可能になると考えられます。ガイドラインでは、できる限り早期の手術が推奨されています（GradeB　大腿骨頚部/転子部骨折診療ガイドライン　改訂第２版）。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数
分　　子	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	37.5%	36.8%	33.3%	40.9%
全国平均	27.3%	27.0%	28.3%	28.0%
500床以上の平均	26.9%	27.0%	29.0%	28.9%

４０　大腿骨転子部骨折の早期手術割合

大腿骨転子部を受傷すると、頸部骨折と同様に歩行能力が損なわれてしまい、手術を行わないと再び歩けるようになるのは難しいことが多いといわれています。そのため、ほとんどの場合には手術的治療が必要になります。頸部と違い転子部は、周囲を血行のよい筋肉組織などに囲まれているので、転子部骨折は骨癒合しやすく偽関節になる危険性は少なく、また、骨頭壊死にもなりにくいと考えられています。

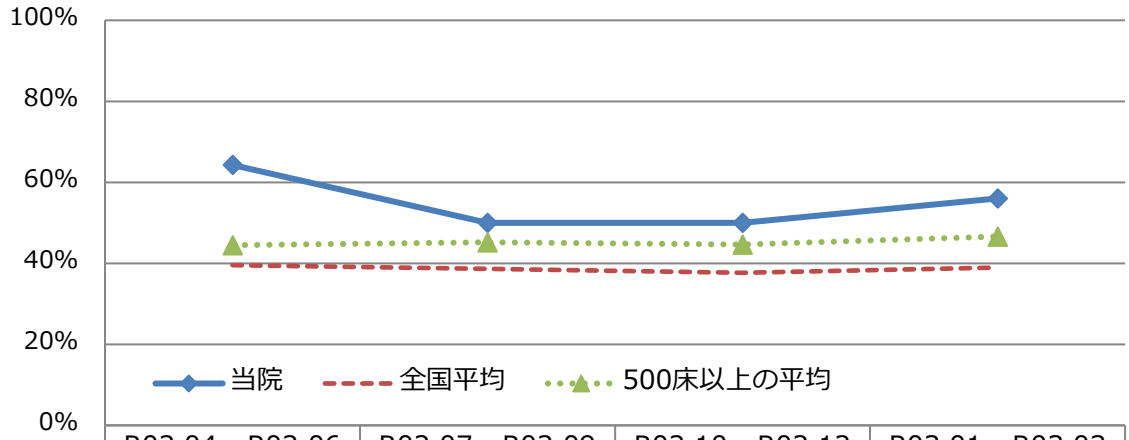
現在では、麻酔管理法や手術方法の進歩によって、多くの大腿骨転子部骨折を手術的に治療することが可能となりました。そのため、患者の全身状態が手術に耐えられると予想できる場合には、手術によって治療する方が患者のためになると多くの場合考えられています。

大腿骨転子部骨折を早期に手術することにより、患者は早期にリハビリテーションを受けることが可能となります。これにより、寝たきりになるのを防ぎ、受傷前の歩行能力に少しでも近づけることが可能となると考えられます。ガイドラインではできる限り早期の手術が推奨されています（GradeB　大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン　改訂第２版）。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数
分　　子	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数
収集期間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	64.3%	50.0%	50.0%	56.0%
全国平均	39.6%	38.7%	37.7%	39.0%
500床以上の平均	44.5%	45.2%	44.7%	46.6%

４１　シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

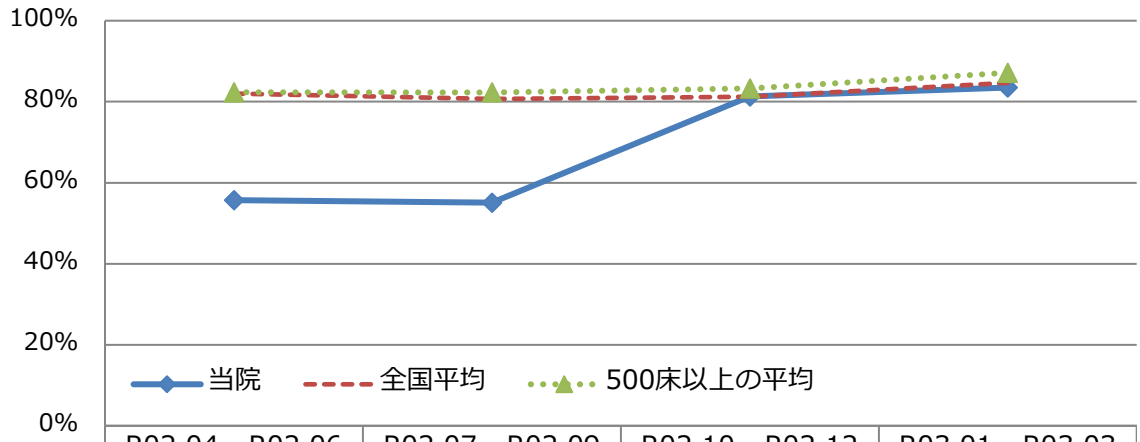
良好な治療アドヒアランスを得て化学療法を円滑に進めるために、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。高度の抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対しては、NK1 受容体拮抗薬と 5HT3 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンを併用することが推奨されています（グレード Ａ　一般社団法人日本癌治療学会編　制吐薬適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第２版】）。

シスプラチンは白金製剤に分類される抗がん剤で、DNA 複製を阻害して抗腫瘍効果を発揮する殺細胞性抗菌腫瘍薬です。「高度催吐性リスク」に分類されており、本指標では、この３剤の制吐剤が利用されているかどうかを測定しています。

※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	入院日18歳以上の症例で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数
分　　子	分母の実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬及びデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
収集期間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	55.7%	55.1%	81.3%	83.5%
全国平均	82.0%	80.7%	81.2%	84.7%
500床以上の平均	82.3%	82.3%	83.3%	87.1%

４２　抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合　〈新〉

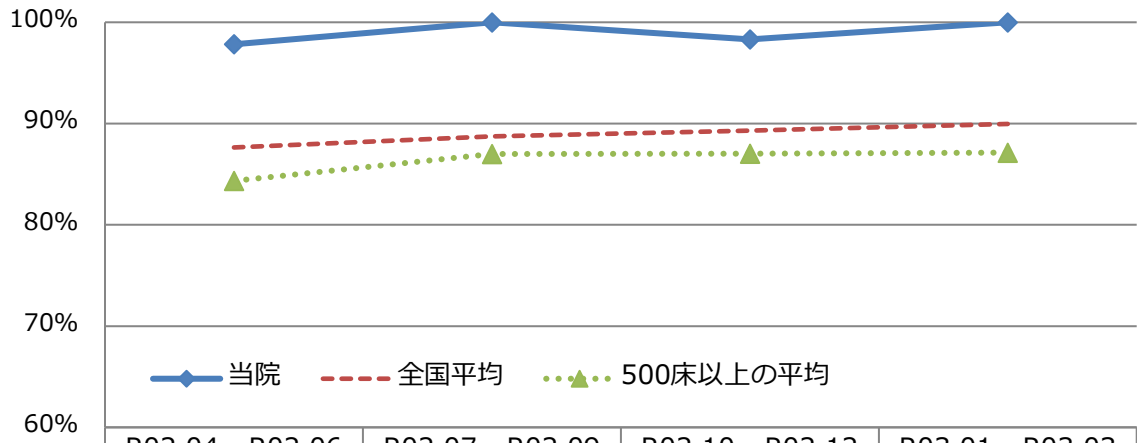
MRSA が検出された際は、感染症か、保菌かを区別することが重要です。原則として保菌状態に抗菌薬を使用してはならず、感染症の場合にのみ抗 MRSA 薬を投与することができます。また、他の薬剤に感受性がある場合にはその薬剤を含めて考慮する必要があります。さらに、MRSA を想定して、抗 MRSA 薬を使用している際に、起炎菌が MSSA と判明した場合は、セファゾリンを使用する（髄膜炎以外）。MSSA 菌血症に対する臨床効果を比較した試験において、セファゾリンはバンコマイシンに比べ、有意に治療の失敗、死亡率、再発率が少ないことが報告されています。

また、菌の耐性化を極力回避し、有効かつ副作用を生じない投与量及び投与方法で必要最小限に止めるためには薬物血中濃度モニタリング（Therapeutic Drug Monitoring: TDM）が重要であると考えられています。

※令和２年度より算出を開始した新指標のため、項目 41 の年度比較は算出していません。
※本データは、厚生労働省提出用の DPC データを基に作成されています。

＜指標定義＞

分　　母	血中薬物濃度モニタリング（TDM）を行うべき抗MRSA薬を投与された症例数
分　　子	分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例
収 集 期 間	令和2年4月～令和2年6月、令和2年7月～令和2年9月 令和2年10月～令和2年12月、令和3年1月～令和3年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R02.04 - R02.06	R02.07 - R02.09	R02.10 - R02.12	R03.01 - R03.03
当院	97.8%	100.0%	98.3%	100.0%
全国平均	87.6%	88.7%	89.3%	90.0%
500床以上の平均	84.3%	87.0%	87.0%	87.1%

４３　豊橋市民病院 QI 指標年度比較

※ 指標「41.-26 対象手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】」は、平成 25 年度より QI 推進事業の調査指標対象外となりましたので、全国平均との比較はありません。

43.-1　患者満足度

（ア） 外来患者（外来患者さんの総合的な満足度について）

値の解釈：より高い値が望ましい

カテゴリー名		令和２年度（回収数：1,255）	令和元年度（回収数：1,321）	平成 30 年度（回収数：1,301）
満足	当院	28.0%	26.1%	22.1%
	全国平均	48.9%	39.6%	43.8%
満足＋ほぼ満足	当院	78.0%	81.0%	87.3%
	全国平均	84.9%	84.3%	81.8%

（イ） 入院患者（入院患者さんの総合的な満足度について）

値の解釈：より高い値が望ましい

カテゴリー名		令和２年度（回収数：423）	令和元年度（回収数：475）	平成 30 年度（回収数：541）
満足	当院	38.1%	40.8%	39.2%
	全国平均	62.1%	59.6%	59.2%
満足＋ほぼ満足	当院	82.3%	88.6%	88.4%
	全国平均	90.7%	92.5%	89.3%

43.-2　死亡退院患者率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	令和元年度
当院平均	3.90%	3.30%	3.30%
全国平均	3.81%	2.99%	2.99%

43.-3　入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率

(ア)　入院患者の転倒・転落発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	3.64‰	3.43‰	3.28‰
全国平均	2.83‰	2.19‰	2.17‰

(イ)　入院患者の転倒・転落によるレベル２以上損傷発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	0.46‰	0.71‰	0.52‰
全国平均	0.77‰	0.52‰	0.45‰

(ウ)　入院患者の転倒・転落によるレベル４以上損傷発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	0.04‰	0.02‰	0.04‰
全国平均	0.06‰	0.01‰	0.01‰

43.-4　院内新規褥瘡発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	0.07%	0.09%	0.08%
全国平均	0.10%	0.06%	0.06%

43.-5　紹介率・逆紹介率

(ア) 紹介率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	78.7%	82.0%	79.9%
全国平均	64.1%	75.0%	73.8%

（イ）逆紹介率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	90.6%	85.6%	80.3%
全国平均	79.5%	90.7%	89.7%

43.-6　尿道留置カテーテル使用率・症候性尿路感染症発生率

（ア）尿道留置カテーテル使用率

※平成 30 年度より算出　　値の解釈：高いか低いかをみるものではない

	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
当院平均	13.6%	12.1%	12.7%
全国平均	16.1%	14.0%	14.0%

（イ）症候性尿路感染症発生率（対 1000 カテーテル使用日数）

※平成 30 年度より算出　　値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
当院平均	0.16%	0.24%	0.13%
全国平均	0.22%	0.17%	0.16%

43.-7　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

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	91.7%	87.4%
全国平均	94.0%	97.0%

43.-8　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

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	83.9%	83.2%
全国平均	49.8%	62.7%

43.-9　特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	84.2%	94.0%
全国平均	89.4%	95.1%

43.-10　糖尿病患者の血糖コントロール実施率

(ア) 糖尿病患者の血糖コントロール　HbA1c＜7.0%

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	43.0%	41.1%	45.6%
全国平均	47.1%	44.4%	47.2%

(イ) 65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール　HbA1c＜8.0%

※令和元年度より算出

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	79.9%	78.2%
全国平均	77.8%	59.3%

43.-11　30 日以内の予定外再入院率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	2.10%	2.05%
全国平均	2.22%	2.01%

43.-12　急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	60.2%	67.0%
全国平均	68.1%	73.5%

43.-13　急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合

※平成 30 年度より算出　　値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	93.6%	86.2%	93.4%
全国平均	93.2%	94.7%	95.6%

43.-14　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

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	50.1%	56.6%	59.8%
全国平均	65.7%	72.9%	70.1%

43.-15　急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	83.4%	78.3%	81.5%
全国平均	86.0%	90.2%	89.8%

43.-16　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ギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	61.8%	55.5%	72.5%
全国平均	67.3%	73.4%	73.0%

43.-17　急性心筋梗塞患者におけるACE 阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	57.7%	63.7%	72.7%
全国平均	72.9%	78.0%	77.1%

43.-18　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

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	68.0%	67.7%	75.0%
全国平均	61.2%	67.4%	67.0%

43.-19　脳卒中患者のうち入院 2 日目までに抗血栓板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	71.9%	73.4%	68.3%
全国平均	69.7%	68.1%	65.7%

43.-20　脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	71.6%	65.5%	56.0%
全国平均	74.5%	76.7%	77.7%

43.-21　脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	40.8%	30.8%	38.7%
全国平均	38.1%	40.0%	40.6%

43.-22　心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 2 年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	74.4%	56.7%	58.3%
全国平均	75.4%	78.2%	79.0%

43.-23　脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	91.4%	88.6%	89.5%
全国平均	80.0%	79.0%	79.9%

43.-25　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

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	65.9%	85.9%	80.3%
全国平均	86.6%	100.0%	98.0%

43.-26　対象手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】

※平成 25 年度より QI 推進事業の対象外指標となりました。

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	0.08%	0.08%	0.09%

43.-32　職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成 30 年度
当院平均	92.4%	94.4%	93.1%
全国平均	94.7%	95.4%	94.2%

43.-33　糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	80.0%	80.9%
全国平均	84.4%	83.1%

43.-34　広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	43.1%	40.4%
全国平均	36.7%	43.1%

43.-35　血液培養実施時の２セット実施率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	67.6%	60.3%
全国平均	70.9%	71.4%

43.-36　脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率

※平成 30 年度より算出　　値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
当院平均	17.7%	19.3%	21.1%
全国平均	11.2%	16.2%	15.5%

43.-37　大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

※平成 30 年度より算出　　値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
当院平均	14.5%	24.3%	46.4%
全国平均	21.2%	32.0%	33.9%

43.-38　大腿骨頸部骨折の早期手術割合

※令和元年度より算出　　値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	37.1%	6.3%
全国平均	27.6%	22.7%

43.-39　大腿骨転子部骨折の早期手術割合

※令和元年度より算出　　値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	55.1%	57.3%
全国平均	38.7%	43.3%

43.-40　シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

※令和元年度より算出　　値の解釈：より高い値が望ましい

	令和２年度	令和元年度
当院平均	68.9%	64.0%
全国平均	82.1%	86.6%