

令和5年度「QI推進事業」  
結果報告

令和6年12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。継続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 5 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 31 指標（小項目 47 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続的に改善」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、全国平均および 500 床以上平均は QI 推進事業から提示されたデータを用いています。

### 《令和 5 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	113	13	88	109	107	111
200 床以上 500 床未満	199	1	115	170	186	196
199 床以下	58	0	4	5	51	50
合計	370	14	207	284	344	357

※        は、豊橋市民病院が該当しています。

### 《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5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 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.....	2
2-1 入院患者の転倒・転落発生率.....	3
2-2 入院患者の転倒・転落によるレベル2以上損傷発生率.....	3
2-3 入院患者の転倒・転落によるレベル4以上損傷発生率.....	4
2-4 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率.....	4
3 褥瘡発生率.....	5
3-1 褥瘡発生率.....	5
4 圧迫創傷(褥瘡)率   〈新〉.....	6
4-1 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率.....	6
4-2 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率.....	7
4-3 褥瘡発生率持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率.....	7
5 紹介割合・逆紹介割合.....	8
5-1 紹介割合.....	8
5-2 逆紹介割合.....	9
6 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.....	10
7 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.....	11
8 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率.....	12
9 糖尿病患者の血糖コントロール実施率.....	13
9-1 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%.....	13
9-2 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%.....	14
10 退院後4週間以内の予定外再入院割合.....	15
11 退院後7日以内の予定外再入院割合.....	16
12 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.....	17
13 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合.....	18
14 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合.....	19
15 心房細動を合併する脳梗塞患者への抗凝固薬処方割合.....	20
16 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合.....	21
17 対象手術患者の肺血栓塞栓症発生率【外】.....	22
18 統合指標《手術》.....	23
19 統合指標《脳卒中》.....	24
20 インシデント・アクシデント報告件数.....	25
20-1 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数<名称変更>.....	25
20-2 全報告中医師による報告の占める割合.....	26
21 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率.....	27
22 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率.....	28

23 カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率/カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率.....	29
23-1 カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率.....	29
23-2 カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率.....	30
24 血液培養検査時の同日 2 セット以上の実施割合.....	31
24-1 血液培養検査時の同日 2 セット以上の実施割合.....	31
24-2 血液培養検査における同日 2 セット以上の実施割合（生後 28 日未満）.....	32
24-3 血液培養検査における同日 2 セット以上の実施割合（生後 28 日～2 歳未満）.....	32
24-4 血液培養検査における同日 2 セット以上の実施割合（2 歳～6 歳未満）.....	33
24-5 血液培養検査における同日 2 セット以上の実施割合（6 歳以上）.....	33
25 地域連携の実施割合.....	34
25-1 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合.....	34
25-2 大腿骨頸部骨折患者患者に対する地域連携の実施割合.....	35
26 大腿骨骨折の早期手術割合.....	36
26-1 大腿骨頸部骨折の早期手術割合.....	36
26-2 大腿骨転子部骨折の早期手術割合.....	37
27 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.....	38
28 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合.....	39
29 薬剤管理指導実施割合.....	40
30 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合〈新〉.....	41
31 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率.....	42
32 豊橋市民病院 QI 指標年度比較.....	43
32-1 患者満足度.....	43
(ア) 外来患者（外来患者さんの総合的な満足度について）.....	43
(イ) 入院患者（入院患者さんの総合的な満足度について）.....	43
32-2 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による損傷発生率.....	43
(ア) 入院患者の転倒・転落発生率.....	43
(イ) 入院患者の転倒・転落によるレベル 2 以上損傷発生率.....	44
(ウ) 入院患者の転倒・転落によるレベル 4 以上損傷発生率.....	44
(エ) 65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率.....	44
32-3 褥瘡発生率.....	44
32-5 紹介割合・逆紹介割合.....	44
(ア) 紹介割合.....	44
(イ) 逆紹介割合.....	45
32-6 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.....	45
32-7 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.....	45
32-8 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率.....	45
32-9 糖尿病患者の血糖コントロール実施率.....	45
(ア) 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%.....	45
(イ) 65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%.....	46

32.-10	退院後 4 週間以内の予定外再入院率 .....	46
32.-11	退院後 7 日以内の予定外再入院率 .....	46
32.-12	脳卒中患者のうち入院 2 日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合 .....	46
32.-13	脳梗塞(TIA 含む)患者における抗血小板薬処方割合 .....	46
32.-14	脳卒中患者の退院時スタチン処方割合 .....	47
32.-15	心房細動を合併する脳梗塞患者への抗凝固薬処方割合 .....	47
32.-16	脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合 .....	47
32.-17	対象手術患者の肺血栓塞栓症発症率【外】 .....	47
32.-21	職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率 .....	47
32.-22	糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率 .....	48
32.-23	カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率 .....	48
	/カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率 .....	48
	(ア) カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率 .....	48
	(イ) カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率 .....	48
32.-24	血液培養検査実施時の 2 セット以上実施率 .....	48
32.-25	地域連携の実施割合 .....	48
	(ア) 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合 .....	48
	(イ) 大腿骨頸部骨折患者患者に対する地域連携の実施割合 .....	49
32.-26	大腿骨骨折の早期手術割合 .....	49
	(ア) 大腿骨頸部骨折の早期手術割合 .....	49
	(イ) 大腿骨転子部骨折の早期手術割合 .....	49
32.-28	抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合 .....	49
32.-29	薬剤管理指導実施割合 .....	49
32.-30	集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合 .....	50
32.-31	アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) 処方率 .....	50

# 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5年8月21日～令和5年8月25日 1.-2 入院患者) 令和5年8月21日～令和5年9月8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 (%) (249 施設)
満足	8.9%	45.8%
満足+やや満足	62.5%	82.8%

(参考)「設問：全体として当院に満足していますか（外来）？」当院調査回答数

配布数：2,000 人 回収数：1,121 人（回収率：56.1%） (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
99	599	353	50	16	4	1,121

### 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 (%) (249 施設)
満足	21.5%	60.0%
満足+やや満足	77.2%	89.5%

(参考)「設問：全体として当院に満足していますか（入院）？」当院調査回答数

配布数：534 人 回収数：464 人（回収率：86.9%） (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
99	257	98	7	0	3	464

## 2 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。

※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。

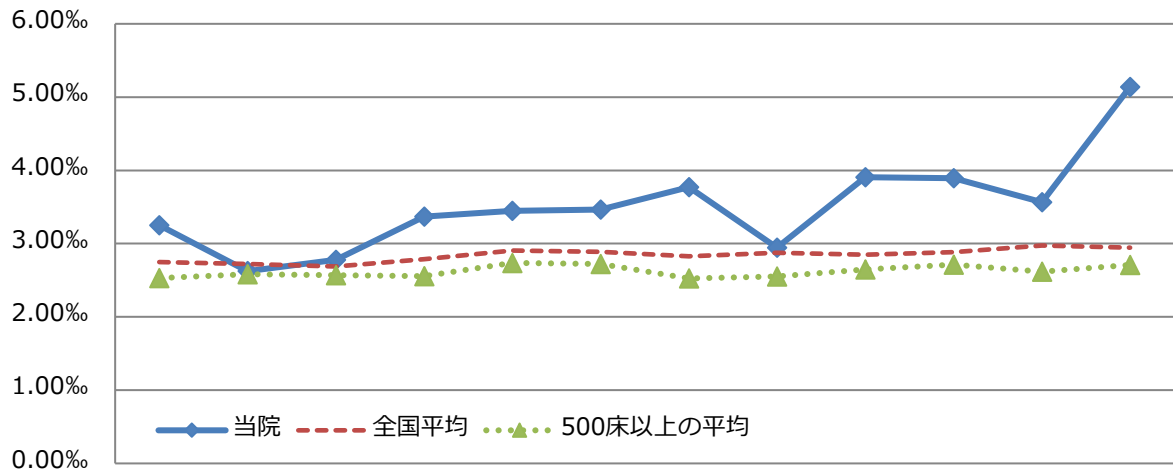
### <指標定義>

分 母	2.-1～2.-3 入院延べ患者数（人日） 2.-4 65歳以上の入院延べ患者数（人日）
分 子	2.-1 医療安全管理室ハインシデント・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 2.-2 医療安全管理室ハインシデント・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 2.-3 医療安全管理室ハインシデント・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 2.-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5年4月～令和6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>

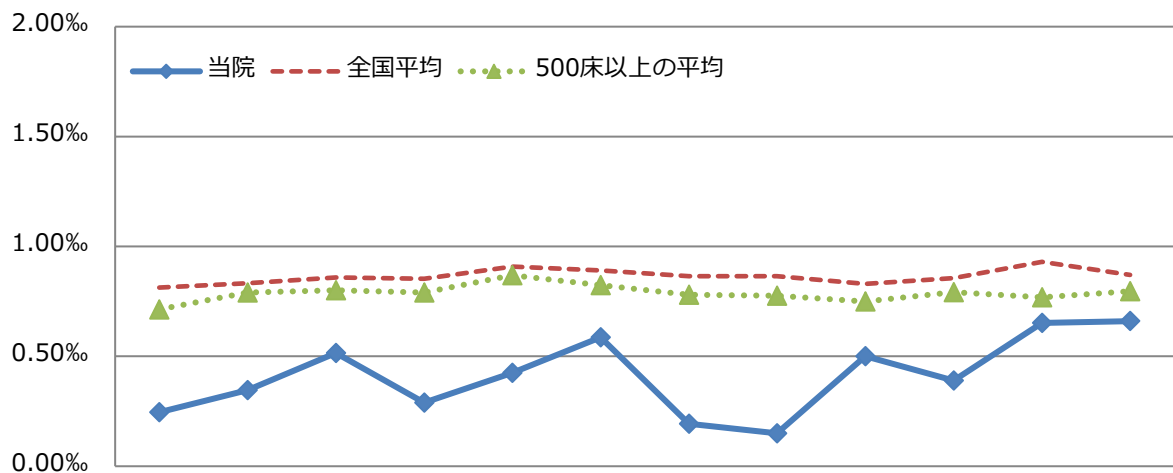
1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

## 2-1 入院患者の転倒・転落発生率



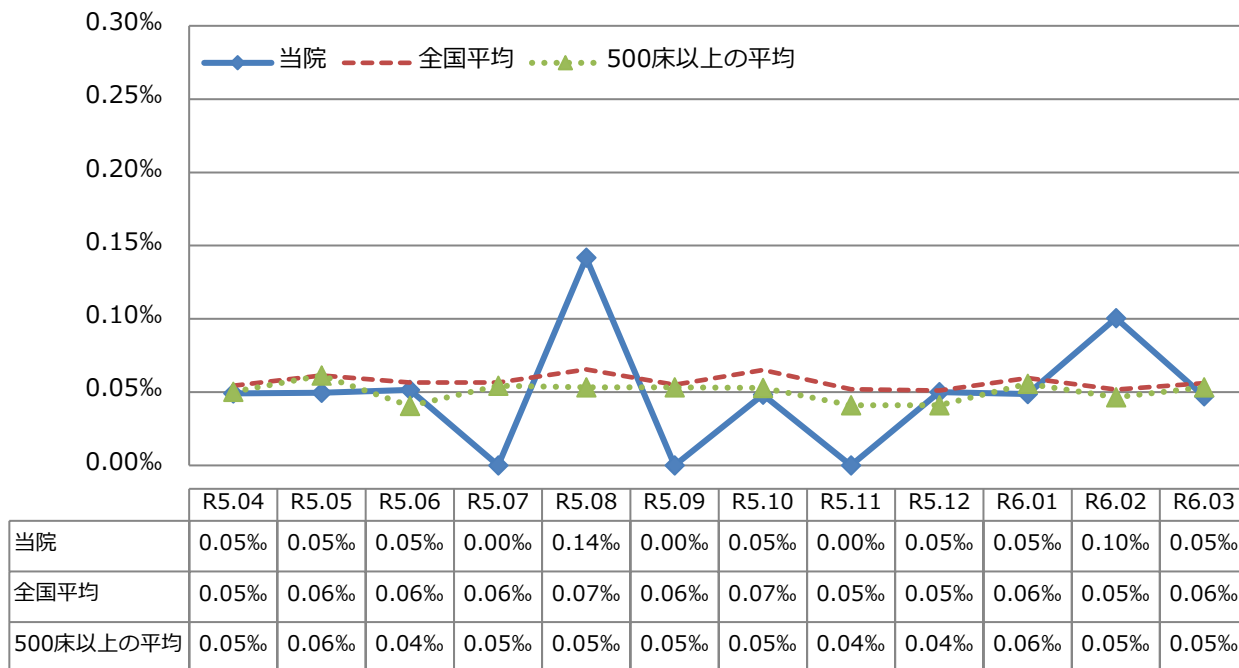
	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	3.25%	2.62%	2.78%	3.37%	3.45%	3.47%	3.77%	2.95%	3.91%	3.89%	3.56%	5.14%
全国平均	2.75%	2.72%	2.69%	2.79%	2.91%	2.89%	2.83%	2.88%	2.85%	2.88%	2.97%	2.95%
500床以上の平均	2.53%	2.58%	2.57%	2.56%	2.74%	2.72%	2.53%	2.55%	2.65%	2.72%	2.62%	2.71%

## 2-2 入院患者の転倒・転落によるレベル2以上損傷発生率

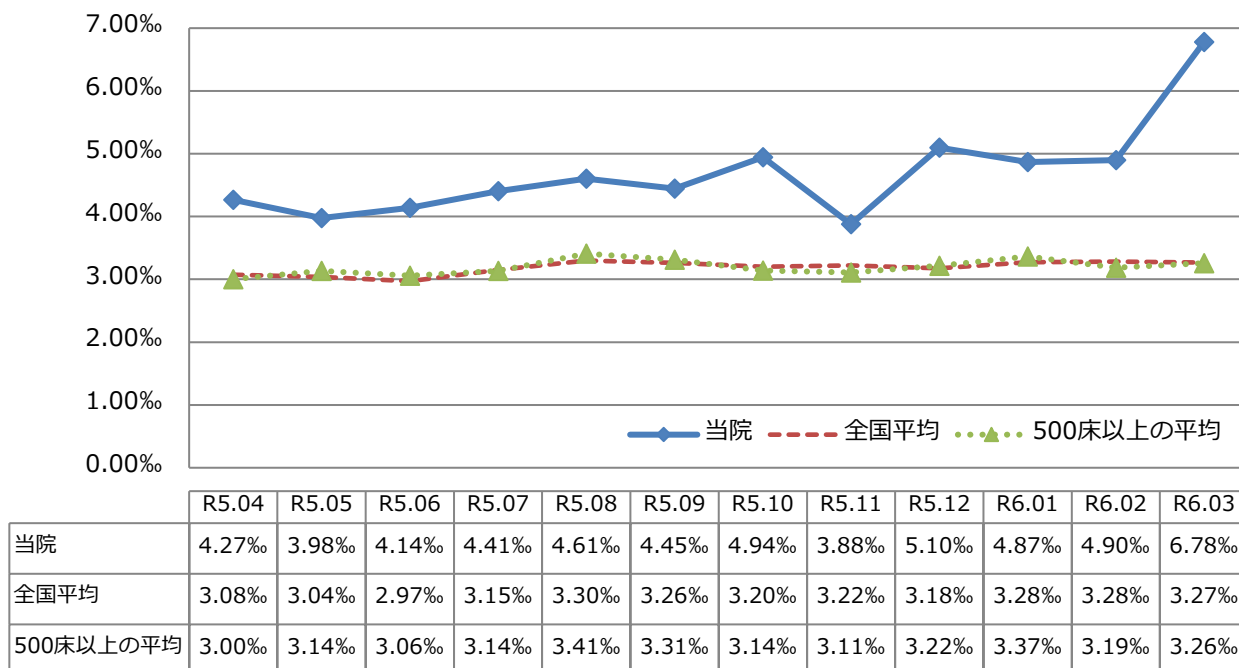


	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	0.25%	0.35%	0.51%	0.29%	0.43%	0.59%	0.19%	0.15%	0.50%	0.39%	0.65%	0.66%
全国平均	0.81%	0.83%	0.86%	0.85%	0.91%	0.89%	0.86%	0.86%	0.83%	0.86%	0.93%	0.87%
500床以上の平均	0.71%	0.79%	0.80%	0.79%	0.87%	0.82%	0.78%	0.78%	0.75%	0.79%	0.77%	0.80%

### 2-3 入院患者の転倒・転落によるレベル4以上損傷発生率



### 2-4 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



### 3 褥瘡発生率

#### 3-1 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。

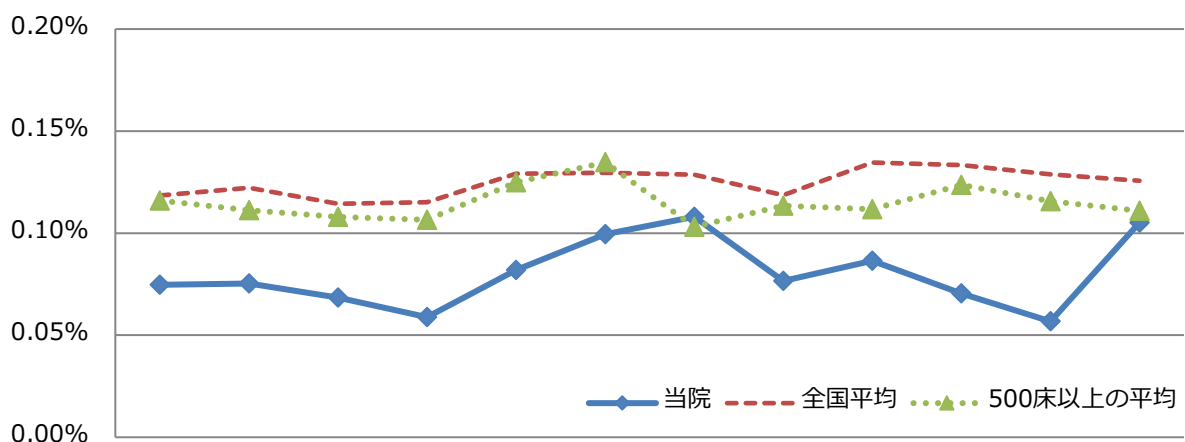
褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会のDESIGN-R（2008年改訂版褥瘡経過評価用）とInternational NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelinesを用いており、入院後に「d2」（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者を把握する指標です。

#### <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5年4月～令和6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	d1	持続する発赤	d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷	D4	皮下組織を超える損傷	D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合				



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	0.07%	0.08%	0.07%	0.06%	0.08%	0.10%	0.11%	0.08%	0.09%	0.07%	0.06%	0.11%
全国平均	0.12%	0.12%	0.11%	0.12%	0.13%	0.13%	0.13%	0.12%	0.13%	0.13%	0.13%	0.13%
500床以上の平均	0.12%	0.11%	0.11%	0.11%	0.12%	0.13%	0.10%	0.11%	0.11%	0.12%	0.12%	0.11%

## 4 圧迫創傷(褥瘡)率 〈新〉

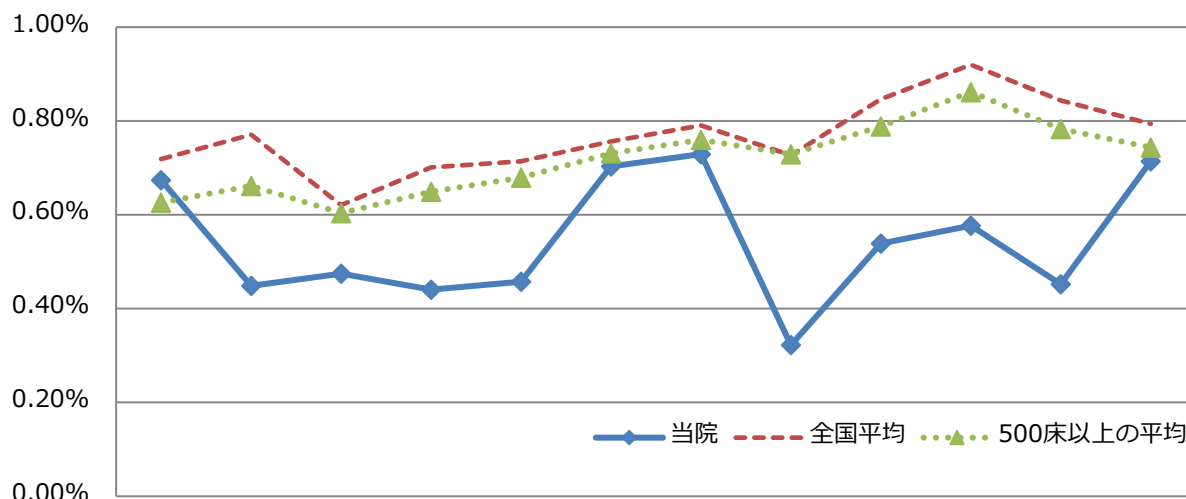
圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価する指標です。持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものである

※令和5年度より算出を開始した新指標のため、項目 32 の年度比較は算出していません。

### 4-1 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

〈指標定義〉

分母	調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数
分子	分母のうち、調査期間中にd2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
収集期間	令和5年4月~令和6年3月(1ヶ月毎)
値の解釈	より低い値が望ましい

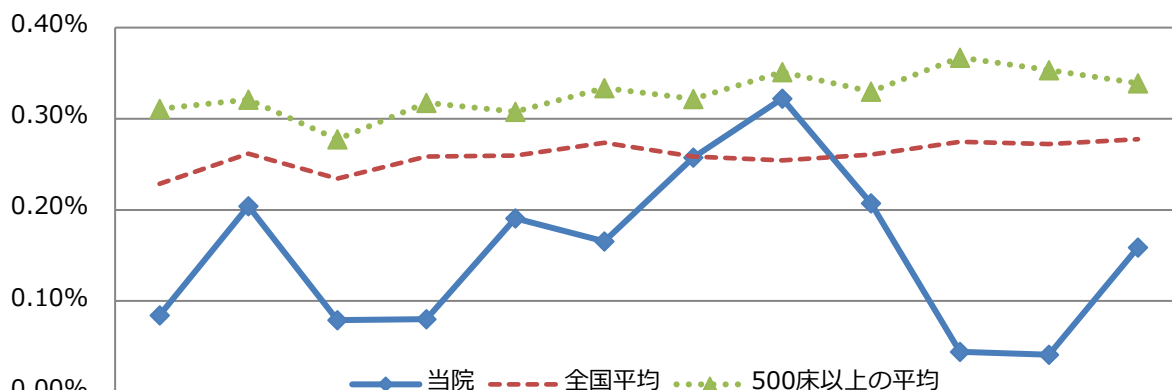


	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	0.67%	0.45%	0.47%	0.44%	0.46%	0.70%	0.73%	0.32%	0.54%	0.58%	0.45%	0.71%
全国平均	0.72%	0.77%	0.62%	0.70%	0.71%	0.76%	0.79%	0.73%	0.85%	0.92%	0.84%	0.79%
500床以上の平均	0.63%	0.66%	0.60%	0.65%	0.68%	0.73%	0.76%	0.73%	0.79%	0.86%	0.78%	0.74%

#### 4-2 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

<指標定義>

分母	調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数
分子	分母のうち、調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI) 発生患者数
収集期間	令和5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい

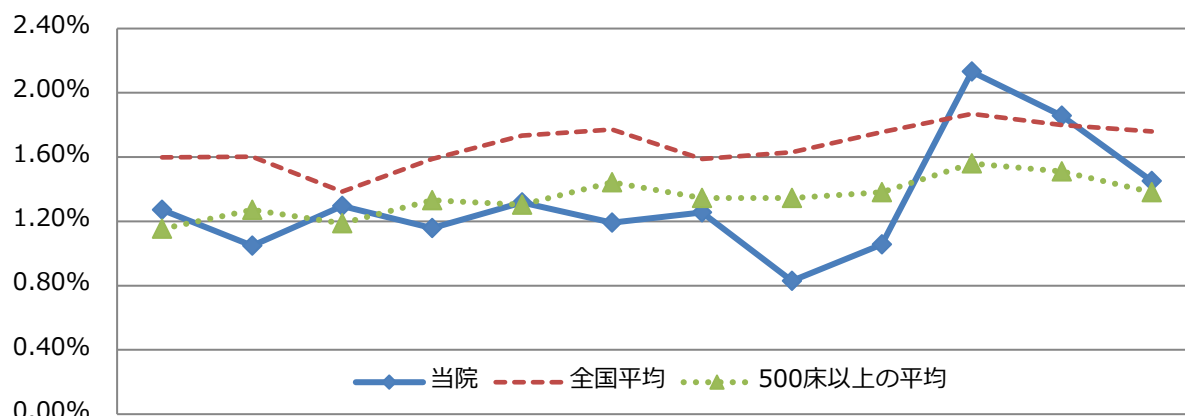


	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	0.08%	0.20%	0.08%	0.08%	0.19%	0.17%	0.26%	0.32%	0.21%	0.04%	0.04%	0.16%
全国平均	0.23%	0.26%	0.23%	0.26%	0.26%	0.27%	0.26%	0.25%	0.26%	0.27%	0.27%	0.28%
500床以上の平均	0.31%	0.32%	0.28%	0.32%	0.31%	0.33%	0.32%	0.35%	0.33%	0.37%	0.35%	0.34%

#### 4-3 褥瘡発生率持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

<指標定義>

分母	調査期間に新たに入院した患者数
分子	分母のうち、入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
収集期間	令和5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	1.27%	1.05%	1.29%	1.16%	1.32%	1.19%	1.25%	0.83%	1.06%	2.13%	1.86%	1.45%
全国平均	1.60%	1.60%	1.39%	1.59%	1.73%	1.77%	1.59%	1.63%	1.76%	1.87%	1.80%	1.76%
500床以上の平均	1.15%	1.27%	1.19%	1.33%	1.30%	1.44%	1.35%	1.35%	1.38%	1.56%	1.51%	1.38%

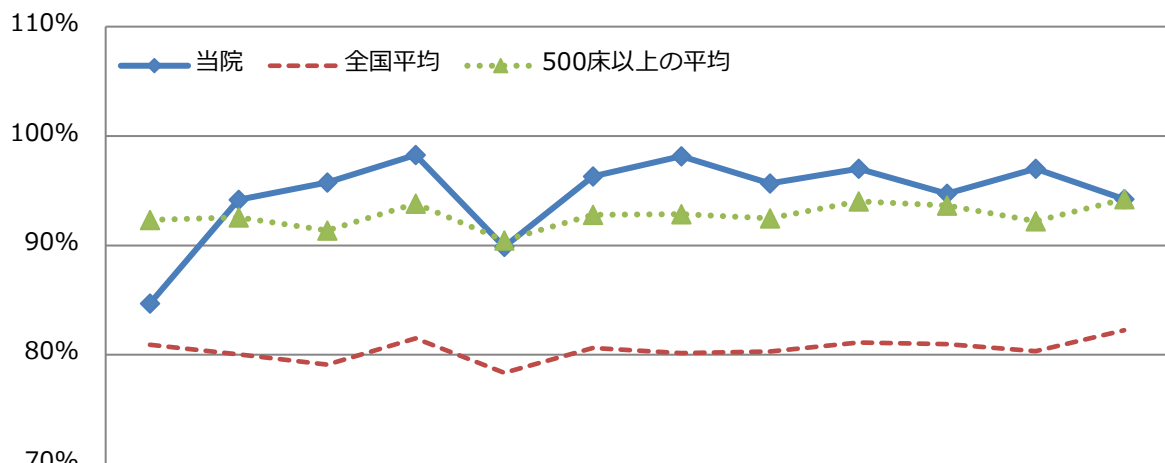
## 5 紹介割合・逆紹介割合

紹介割合とは、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、逆紹介割合とは、初診患者及び再診患者に対し、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、紹介割合・逆紹介割合の数値は、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>

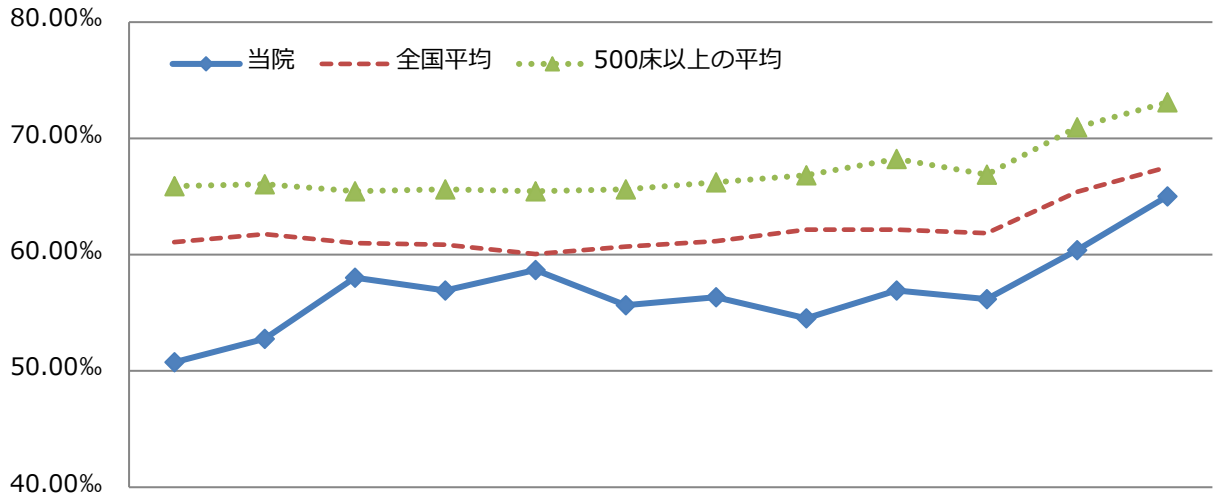
分母	5.-1 初診患者数 5.-2 初診+再診患者数
分子	5.-1 紹介患者数+救急搬送患者数 5.-2 逆紹介患者数
収集期間	令和5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい

### 5.-1 紹介割合



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
本院	84.7%	94.2%	95.7%	98.3%	89.9%	96.3%	98.2%	95.7%	97.0%	94.7%	97.0%	94.2%
全国平均	80.9%	80.0%	79.1%	81.5%	78.4%	80.6%	80.2%	80.3%	81.1%	81.0%	80.3%	82.3%
500床以上の平均	92.3%	92.6%	91.4%	93.8%	90.5%	92.8%	92.9%	92.5%	94.0%	93.6%	92.2%	94.2%

## 5-2 逆紹介割合



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
本院	50.75%	52.75%	58.02%	56.92%	58.68%	55.64%	56.36%	54.52%	56.91%	56.18%	60.39%	65.02%
全国平均	61.08%	61.77%	60.99%	60.87%	60.06%	60.70%	61.17%	62.16%	62.17%	61.86%	65.39%	67.52%
500床以上の平均	65.90%	66.07%	65.46%	65.62%	65.47%	65.63%	66.22%	66.83%	68.25%	66.90%	70.96%	73.10%

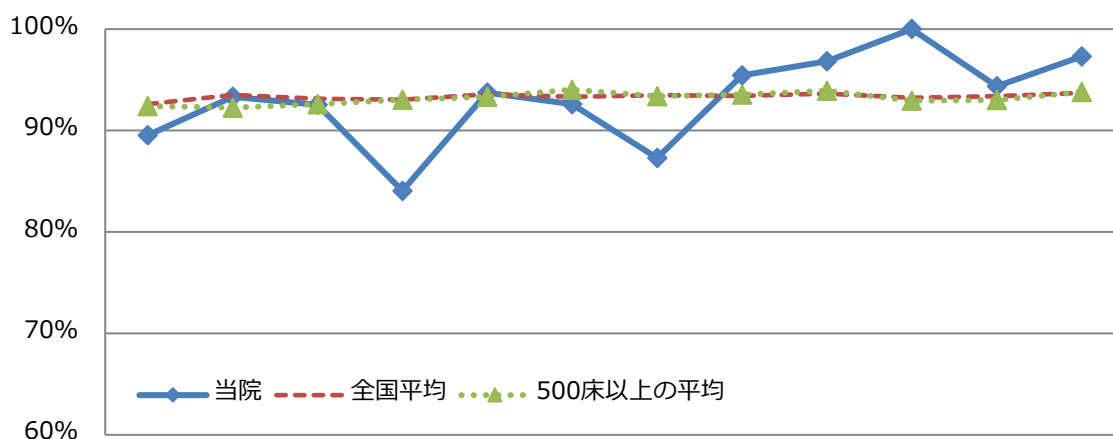
## 6 特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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
分母除外	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時年齢が18歳未満の患者</li> <li>・在院日数が120日以上患者</li> <li>・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</li> <li>・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。）</li> <li>・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）</li> <li>・外来手術施行患者</li> </ul>
収集期間	令和5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい



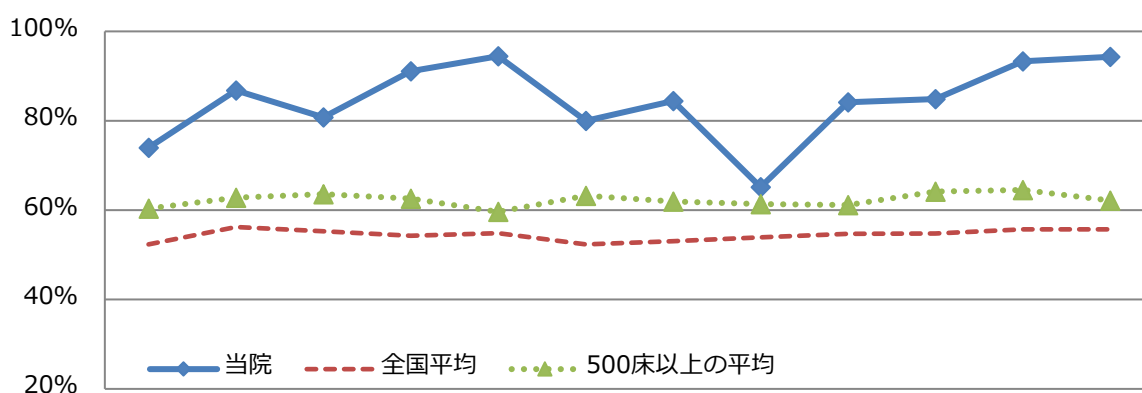
	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
本院	89.6%	93.3%	92.5%	84.1%	93.8%	92.6%	87.3%	95.5%	96.8%	100.0%	94.4%	97.3%
全国平均	92.6%	93.5%	93.2%	93.1%	93.6%	93.3%	93.5%	93.4%	93.6%	93.2%	93.4%	93.7%
500床以上の平均	92.4%	92.3%	92.6%	93.1%	93.3%	94.0%	93.4%	93.6%	93.9%	93.0%	93.0%	93.8%

## 7 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時年齢が18歳未満の患者</li> <li>・在院日数が120日以上患者</li> <li>・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</li> <li>・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。）</li> <li>・全身/脊髄/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）</li> <li>・術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている</li> <li>・手術室内または回復室内での死亡患者</li> </ul>
収集期間	令和5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい



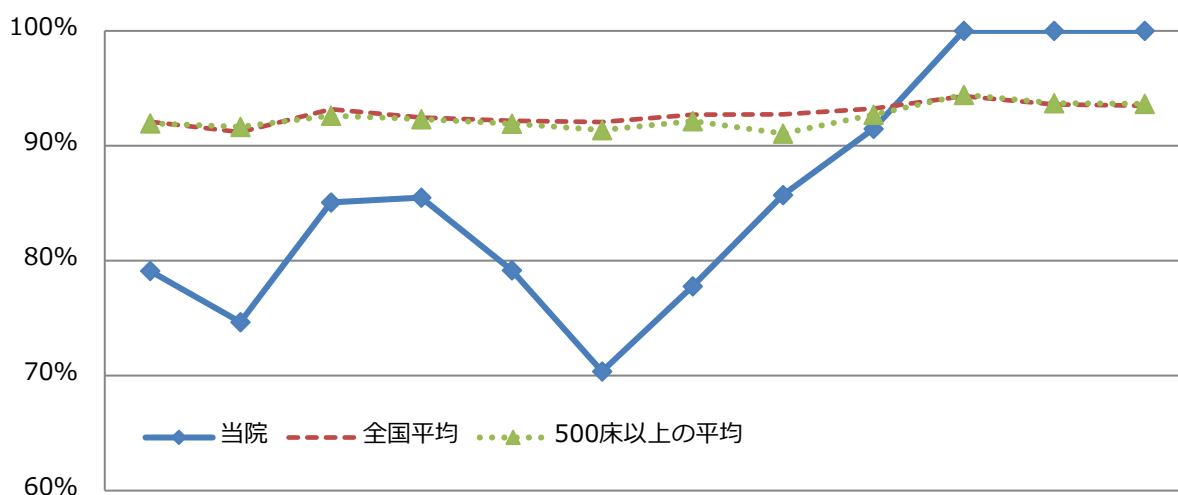
	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
本院	74.0%	86.8%	80.8%	91.1%	94.4%	80.0%	84.4%	65.2%	84.1%	84.8%	93.3%	94.3%
全国平均	52.3%	56.2%	55.3%	54.2%	54.8%	52.4%	53.1%	53.9%	54.7%	54.8%	55.7%	55.7%
500床以上の平均	60.4%	62.8%	63.6%	62.6%	59.6%	63.3%	61.9%	61.4%	61.1%	64.1%	64.5%	62.2%

## 8 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、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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時年齢が18歳未満の患者</li> <li>・在院日数が120日以上患者</li> <li>・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</li> <li>・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。）</li> <li>・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）</li> <li>・手術室内または回復室内での死亡患者</li> </ul>
収集期間	令和5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
本院	79.1%	74.7%	85.1%	85.5%	79.2%	70.4%	77.8%	85.7%	91.5%	100.0%	100.0%	100.0%
全国平均	92.1%	91.2%	93.2%	92.5%	92.2%	92.1%	92.7%	92.7%	93.3%	94.3%	93.6%	93.5%
500床以上の平均	92.0%	91.7%	92.6%	92.3%	91.9%	91.4%	92.2%	91.1%	92.7%	94.5%	93.7%	93.7%

## 9 糖尿病患者の血糖コントロール実施率

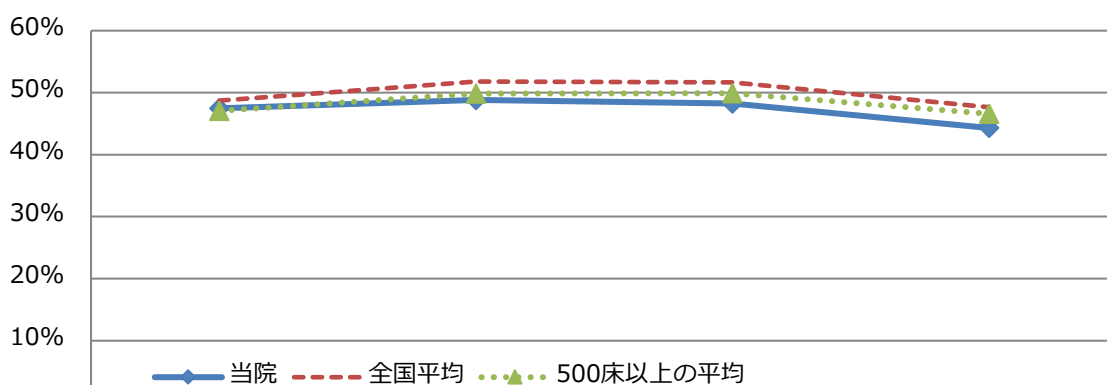
糖尿病は合併症を引き起こす可能性が高いため、血糖のコントロールを行うことは極めて重要です。本指標は、血糖のコントロールが適切に行われているかを確認するものとなります。糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法がありますが、運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しく、薬物療法を受けている患者のみを対象としています。

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。

### 9-1 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だけの糖尿病患者
収集期間	令和4年7月～令和5年6月、令和4年10月～令和5年9月 令和5年1月～令和5年12月、令和5年4月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



	R4.07 - R5.06	R4.10 - R5.09	R5.01 - R5.12	R5.04 - R6.03
当院	47.5%	48.8%	48.3%	44.3%
全国平均	48.7%	51.8%	51.7%	47.7%
500床以上の平均	47.1%	49.8%	49.9%	46.6%

## 9-2 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

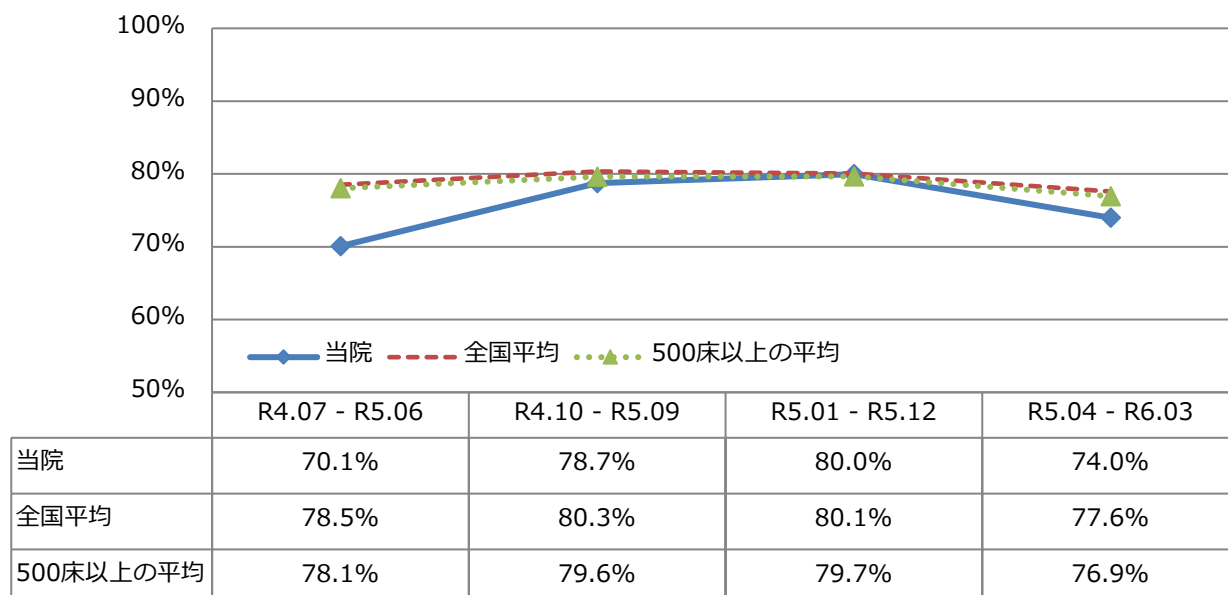
インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知機能が低下している患者、低血糖を感知できない糖尿病自立神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めによりコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の「質」であるといえます。したがって、すべての患者において、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限りません。

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だけの糖尿病患者
収集期間	令和4年7月～令和5年6月、令和4年10月～令和5年9月 令和5年1月～令和5年12月、令和5年4月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



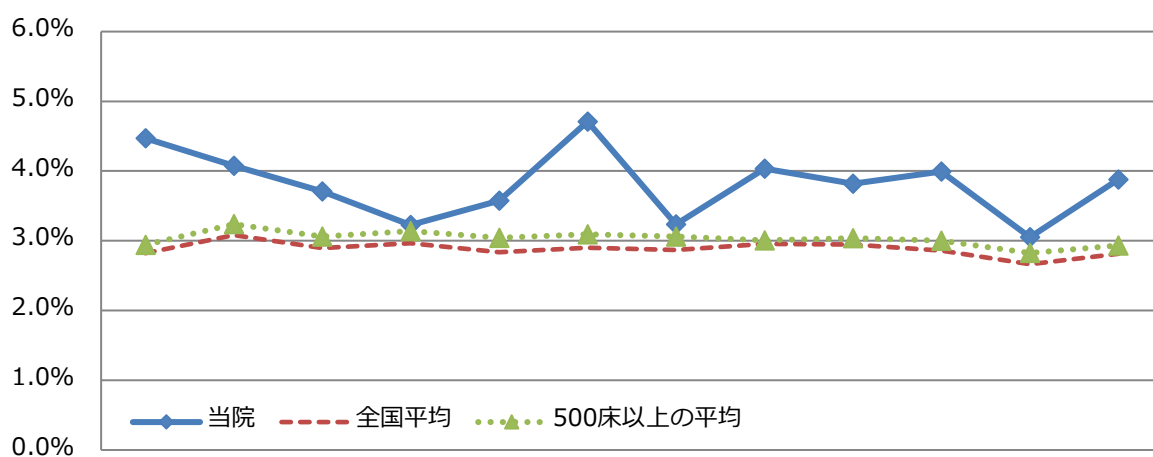
## 10 退院後4週間以内の予定外再入院割合

患者の中には、退院後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4週間以内に予定外に再入院した患者数
収集期間	令和5年4月～令和6年3月分（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	4.47%	4.08%	3.71%	3.23%	3.58%	4.71%	3.24%	4.03%	3.82%	3.99%	3.05%	3.88%
全国平均	2.82%	3.08%	2.90%	2.97%	2.84%	2.90%	2.87%	2.95%	2.95%	2.86%	2.66%	2.81%
500床以上の平均	2.94%	3.24%	3.06%	3.14%	3.04%	3.09%	3.06%	3.01%	3.04%	3.00%	2.83%	2.93%

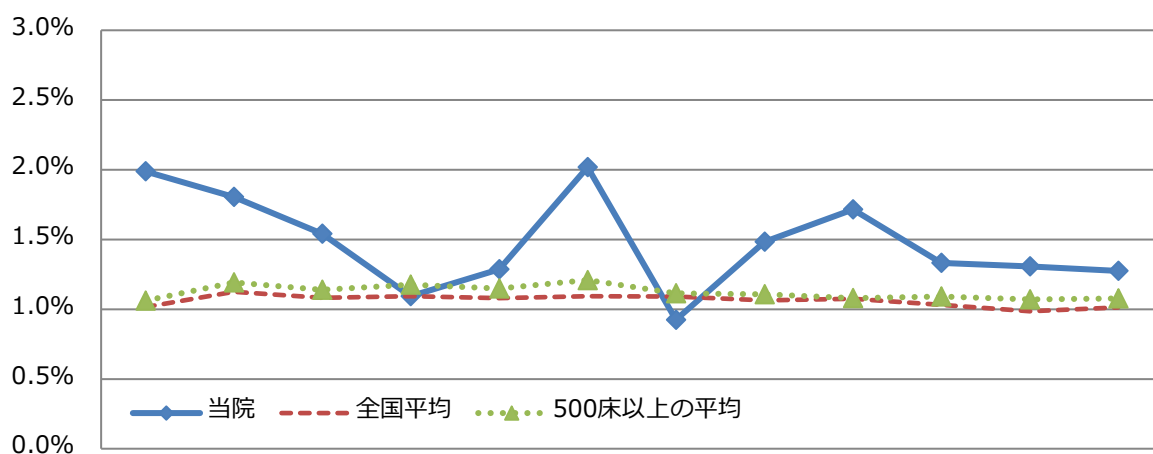
## 1.1 退院後7日以内の予定外再入院割合

患者の中には、退院後早期に予定外の再入院をすることがあります。その要因としては、入院中の治療が十分でなかったことや退院時の説明が不十分だったことなどが考えられます。この数値が低い程、患者が十分な治療を受けて退院する事ができているということになります。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	前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者
収集期間	令和5年4月～令和6年3月分（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	1.99%	1.81%	1.54%	1.09%	1.29%	2.02%	0.92%	1.48%	1.72%	1.33%	1.31%	1.27%
全国平均	1.02%	1.13%	1.08%	1.09%	1.08%	1.09%	1.09%	1.06%	1.07%	1.03%	0.99%	1.01%
500床以上の平均	1.06%	1.19%	1.14%	1.18%	1.15%	1.21%	1.12%	1.11%	1.08%	1.09%	1.07%	1.08%

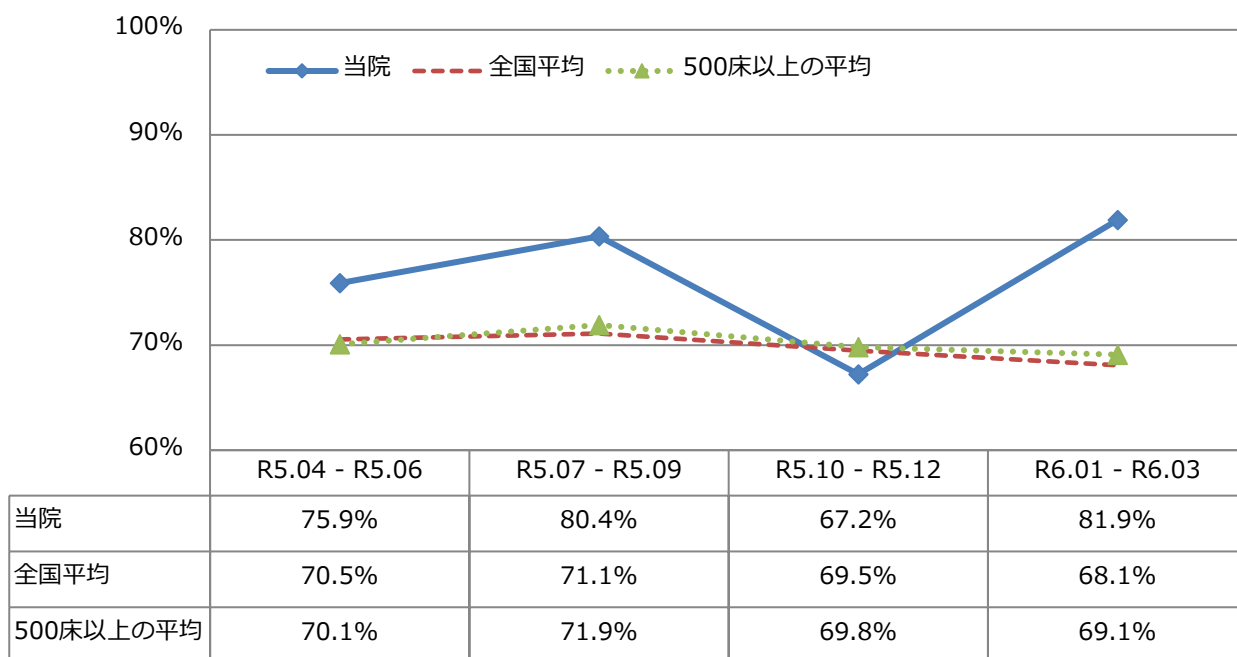
## 12 脳卒中患者のうち入院2日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合

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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



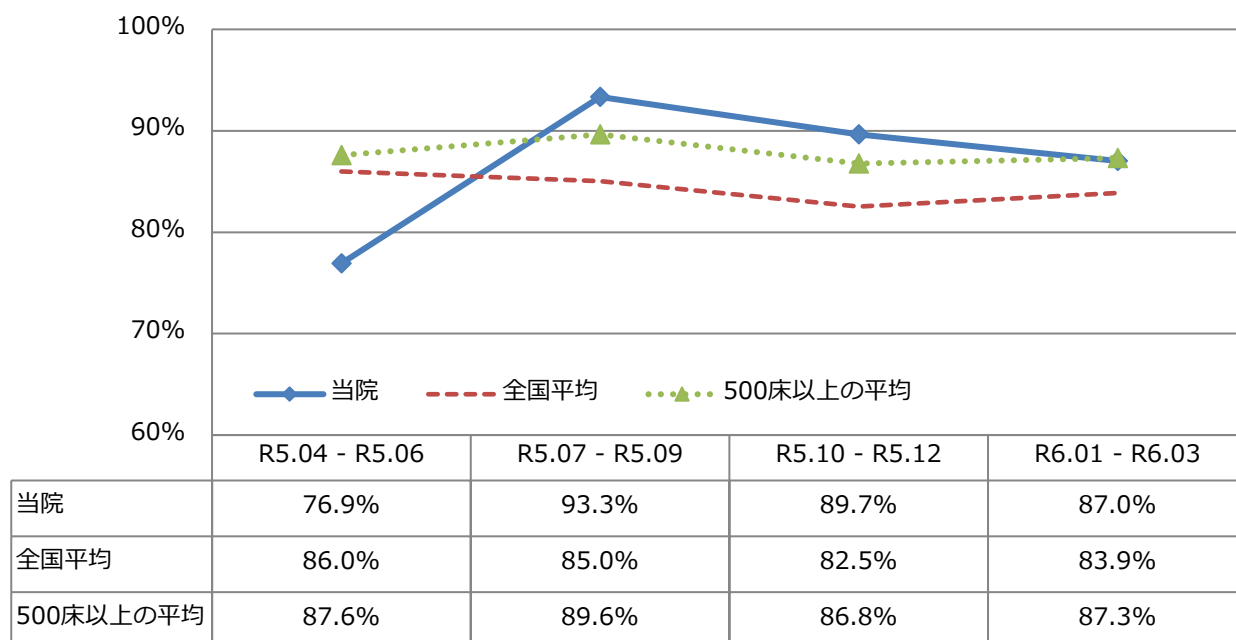
### 1.3 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

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	分母のうち抗血小板薬を処方された患者数
収集期間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 1 4 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

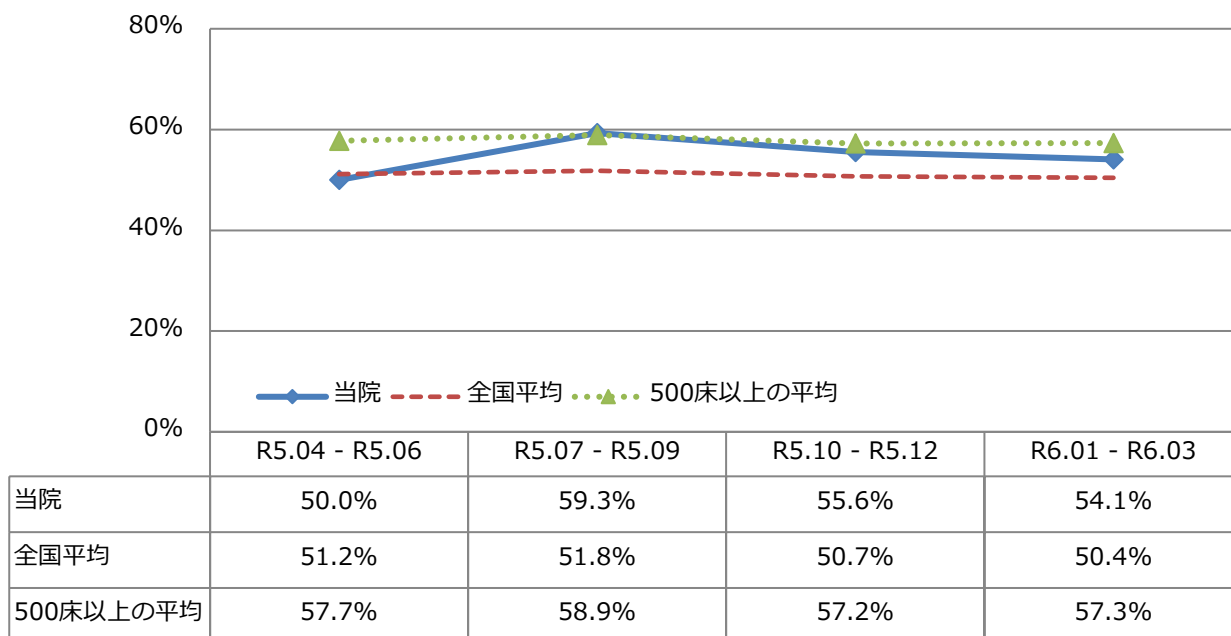
脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



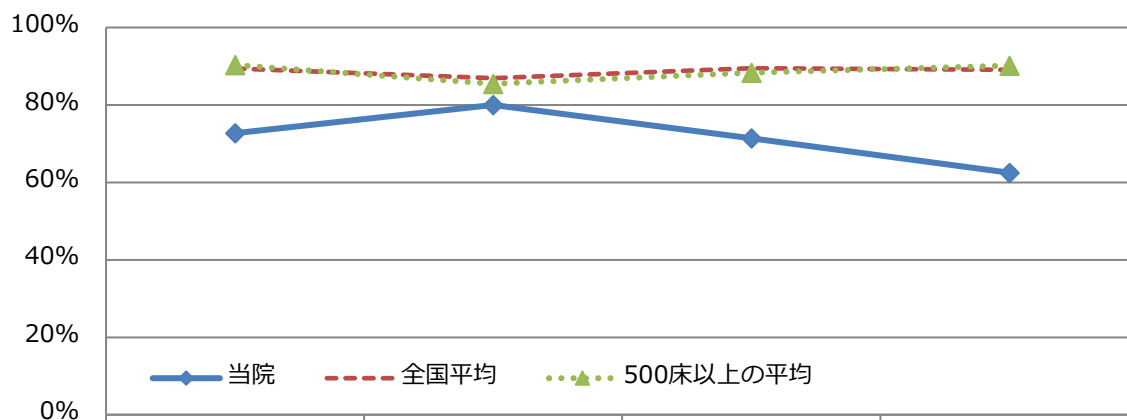
## 15 心房細動を合併する脳梗塞患者への抗凝固薬処方割合

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、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、抗凝固薬を処方された患者数
収 集 期 間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



	R5.04 - R5.06	R5.07 - R5.09	R5.10 - R5.12	R6.01 - R6.03
本院	72.7%	80.0%	71.4%	62.5%
全国平均	89.4%	86.9%	89.5%	89.1%
500床以上の平均	90.3%	85.5%	88.3%	90.2%

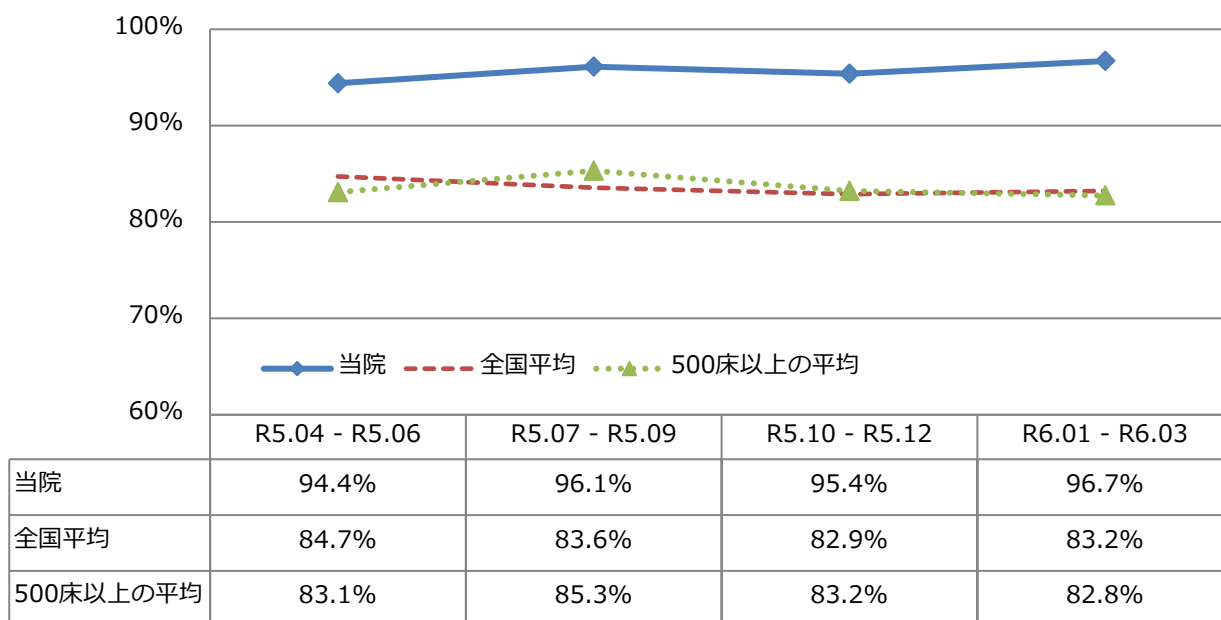
## 16 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

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、機能予後をよくなり、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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 17 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繋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。

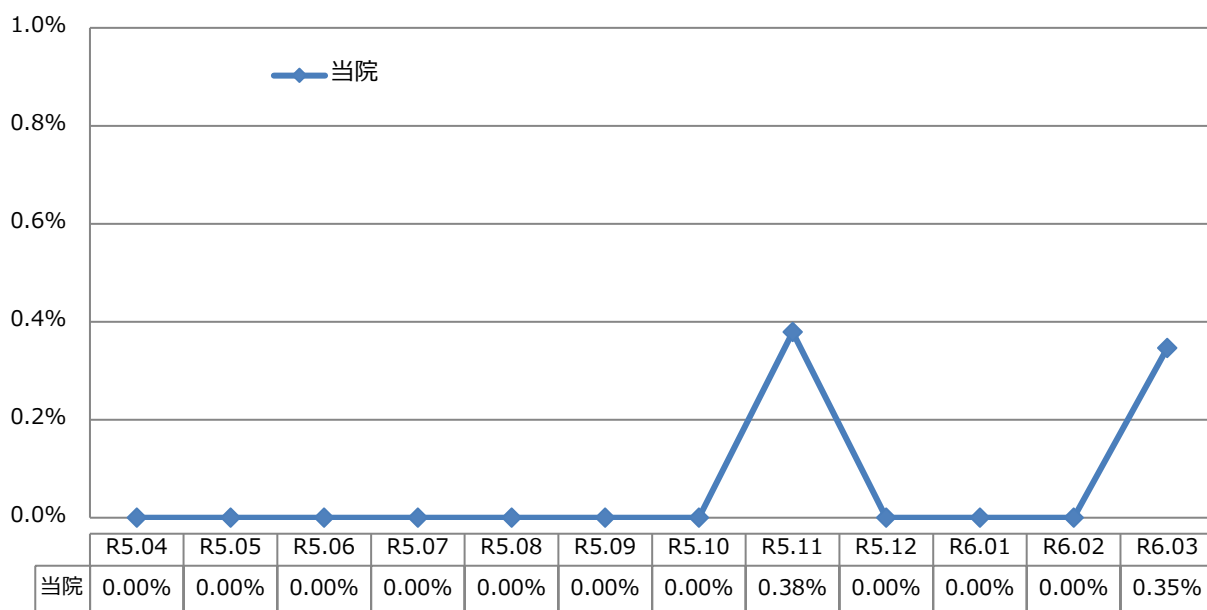
ガイドライン通りに予防措置を行ったとしても、肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症を完全に予防できるわけではありませんが、予防する行為を行っていないければ、その発症率は高まると考えられます。

※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。

※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。

### <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	令和5年4月～令和6年3月分（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい

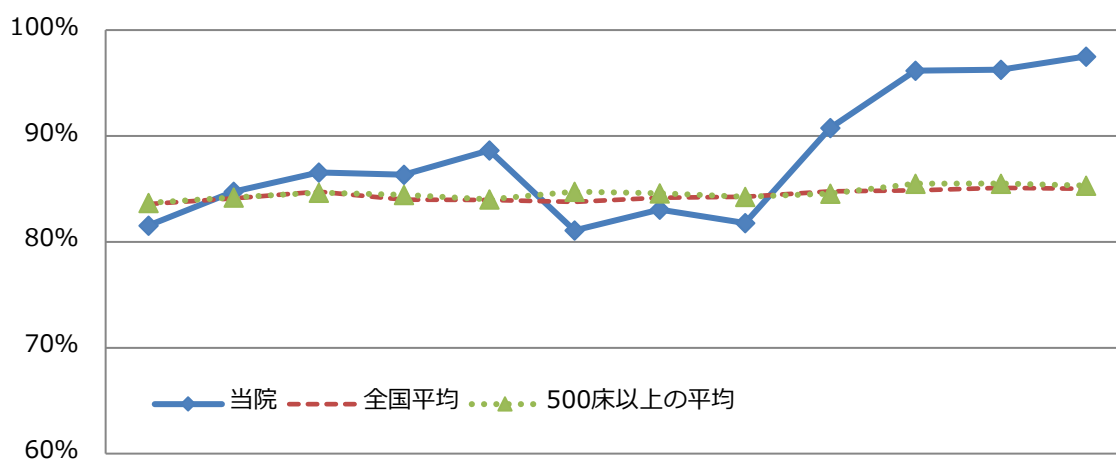


## 18 統合指標《手術》

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評価できます。

### <指標定義>

分母	手術に関する指標6、7、8の分母の合計
分子	手術に関する指標6、7、8の分子の合計
収集期間	令和5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より高い値が望ましい



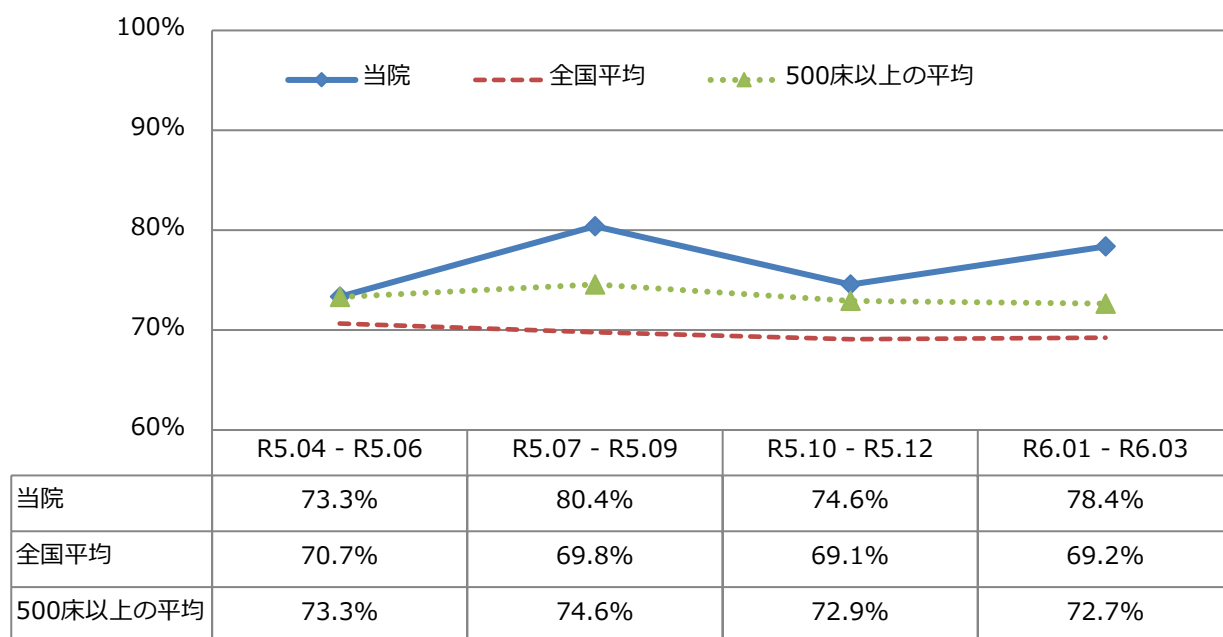
	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
本院	81.5%	84.7%	86.6%	86.3%	88.6%	81.1%	83.0%	81.8%	90.8%	96.2%	96.3%	97.5%
全国平均	83.6%	84.1%	84.8%	84.0%	84.0%	83.8%	84.2%	84.3%	84.8%	84.9%	85.1%	85.0%
500床以上の平均	83.7%	84.2%	84.6%	84.4%	84.0%	84.7%	84.6%	84.3%	84.6%	85.5%	85.5%	85.3%

## 19 統合指標《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評価できます。

### <指標定義>

分母	脳卒中に関する指標12、13、14、15、16の分母の合計
分子	脳卒中に関する指標12、13、14、15、16の分子の合計
収集期間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 20 インシデント・アクシデント報告件数

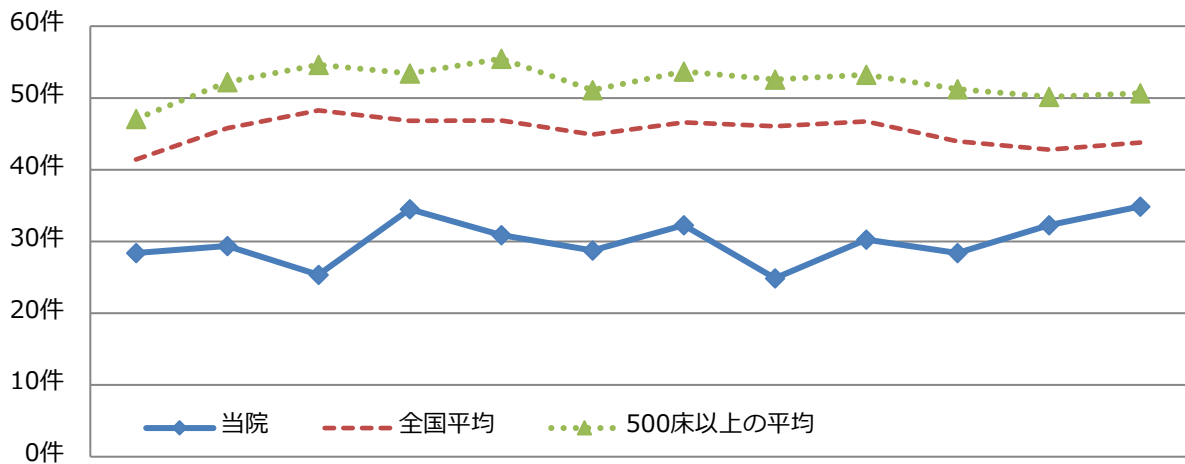
身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合には、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためには、インシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

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。

### 20-1 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数<名称変更>

<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5年4月～令和6年3月（1ヶ月毎）
値の解釈	より低い値が望ましい



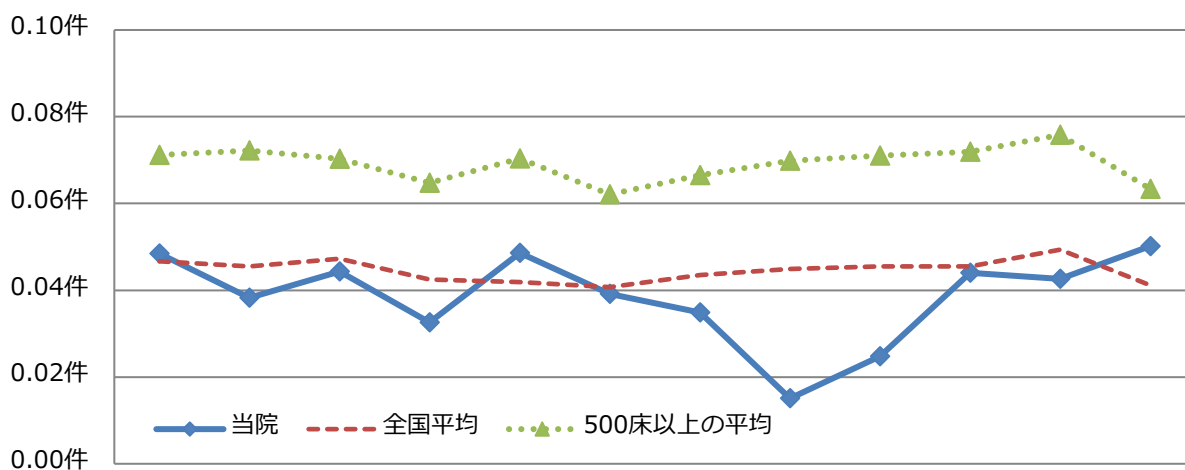
	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
当院	28.4件	29.4件	25.4件	34.5件	30.9件	28.8件	32.3件	24.9件	30.3件	28.4件	32.3件	34.9件
全国平均	41.4件	45.8件	48.3件	46.8件	46.9件	44.9件	46.6件	46.1件	46.7件	44.0件	42.8件	43.8件
500床以上の平均	47.1件	52.2件	54.6件	53.4件	55.5件	51.1件	53.7件	52.6件	53.2件	51.2件	50.2件	50.6件

## 20.-2 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にあります。

### <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5年4月～令和6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



	R5.04	R5.05	R5.06	R5.07	R5.08	R5.09	R5.10	R5.11	R5.12	R6.01	R6.02	R6.03
本院	0.05件	0.04件	0.04件	0.03件	0.05件	0.04件	0.03件	0.02件	0.02件	0.04件	0.04件	0.05件
全国平均	0.05件	0.05件	0.05件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.04件	0.05件	0.05件	0.05件	0.04件
500床以上の平均	0.07件	0.07件	0.07件	0.06件	0.07件	0.06件	0.07件	0.07件	0.07件	0.07件	0.08件	0.06件

## 2.1 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當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5年4月～令和6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5年度	令和4年度	令和3年度
当院	83.1%	87.7%	89.2%
全国平均	88.8%	90.7%	92.9%

## 2.2 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。

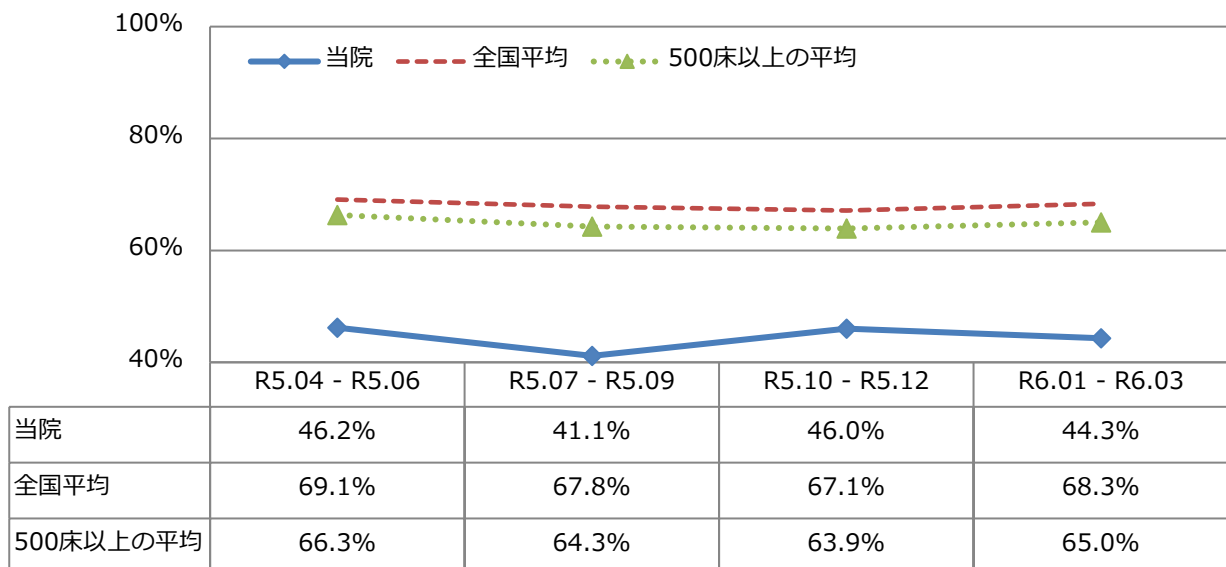
慢性腎臓病は、血液透析を要する末期腎不全に至るだけでなく、脳卒中や心筋梗塞などの心血管病、あるいは、認知機能障害とも関連することが判明しています。慢性腎臓病増加の背景には糖尿病、高血圧、肥満、脂質異常症などのいわゆる生活習慣病の増加が主因となっていることは周知の事実です。

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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 23 カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率 /カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率

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。

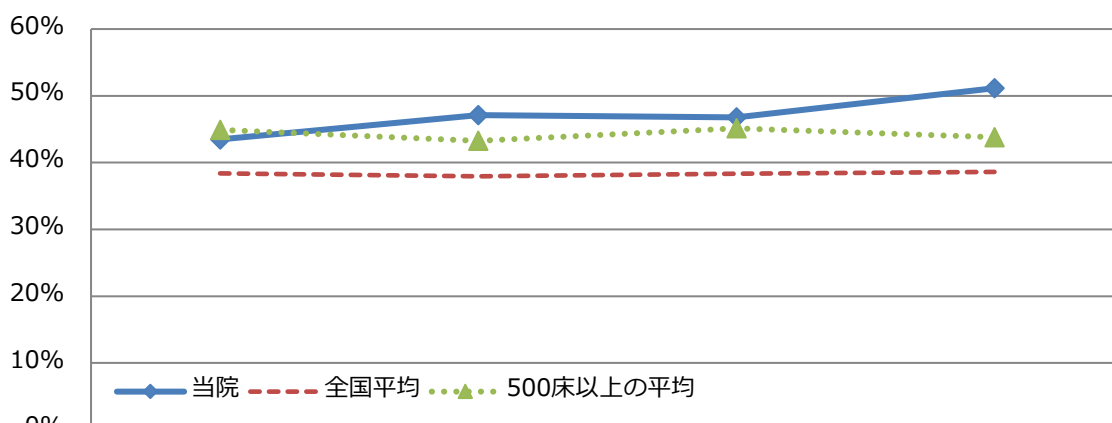
一般に、抗菌薬投与前と広域抗菌薬への変更前には、培養検査を実施することが重要だと考えられています。以下の指標は、広域抗菌薬を使用する際に、望ましい手順が取られているかを判断する基準となります。

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。

### 23-1 カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率

<指標定義>

分母	カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院症例数
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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい

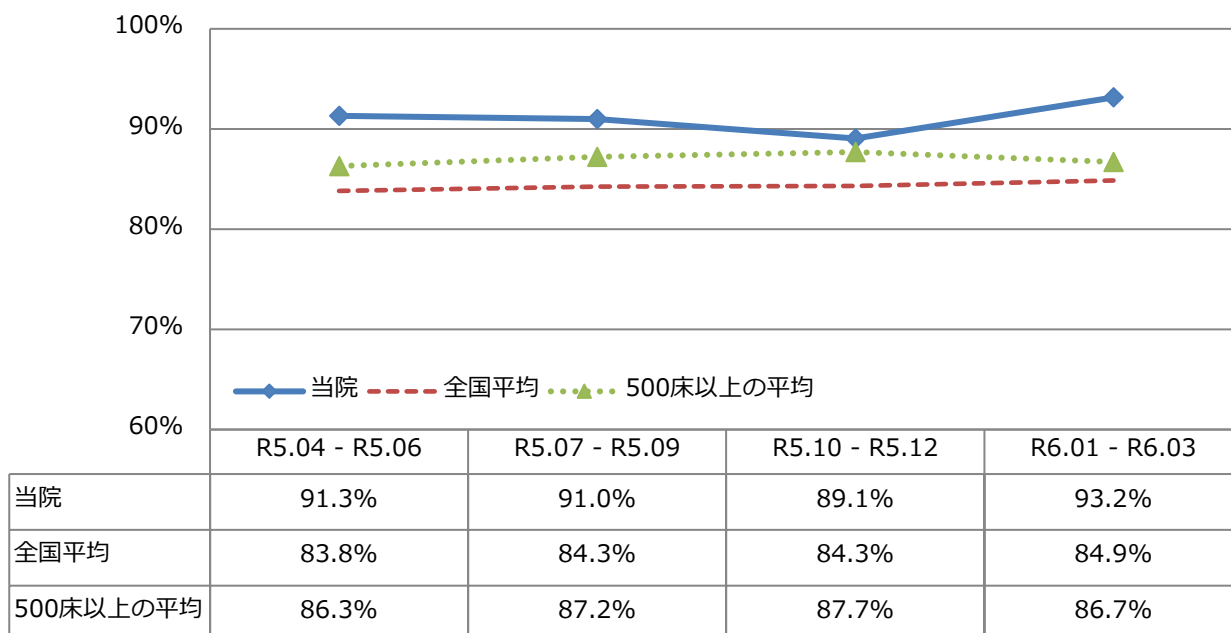


	R5.04 - R5.06	R5.07 - R5.09	R5.10 - R5.12	R6.01 - R6.03
本院	43.5%	47.1%	46.8%	51.1%
全国平均	38.4%	38.0%	38.3%	38.6%
500床以上の平均	44.9%	43.3%	45.1%	43.8%

## 23-2 カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率

<指標定義>

分母	カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗 MRSA 薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院症例数
分子	分母のうち、投与開始初日までに血液培養検査を実施した人数
収集期間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 24 血液培養検査時の同日2セット以上の実施割合

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

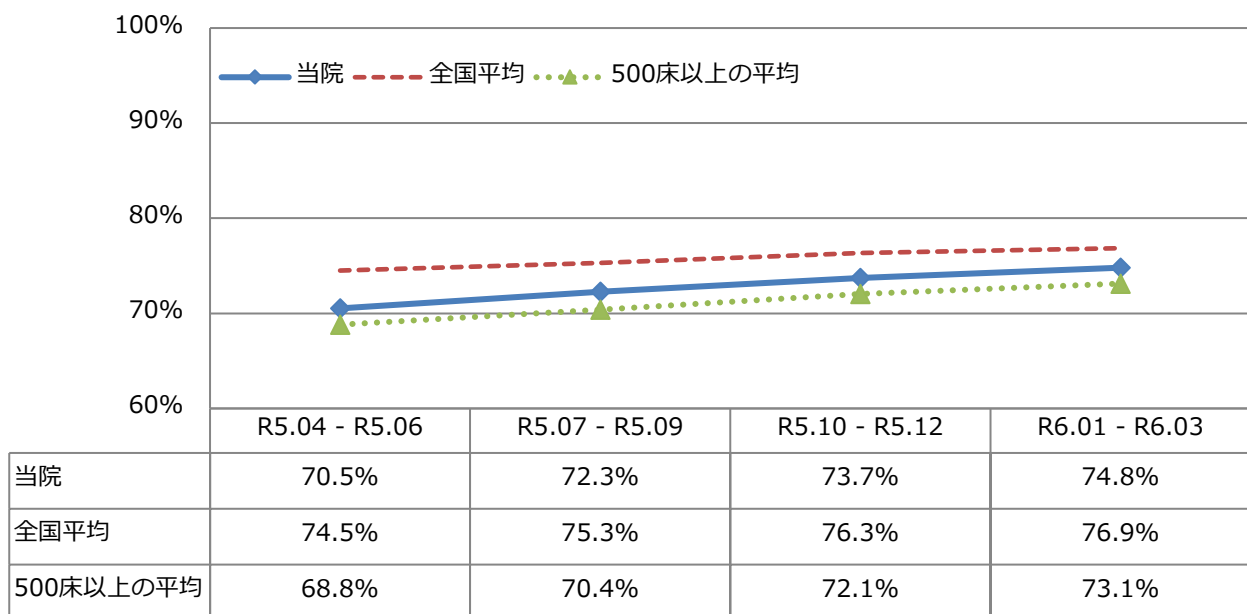
また、血液培養は1セットのみの場合の擬陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。

※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。

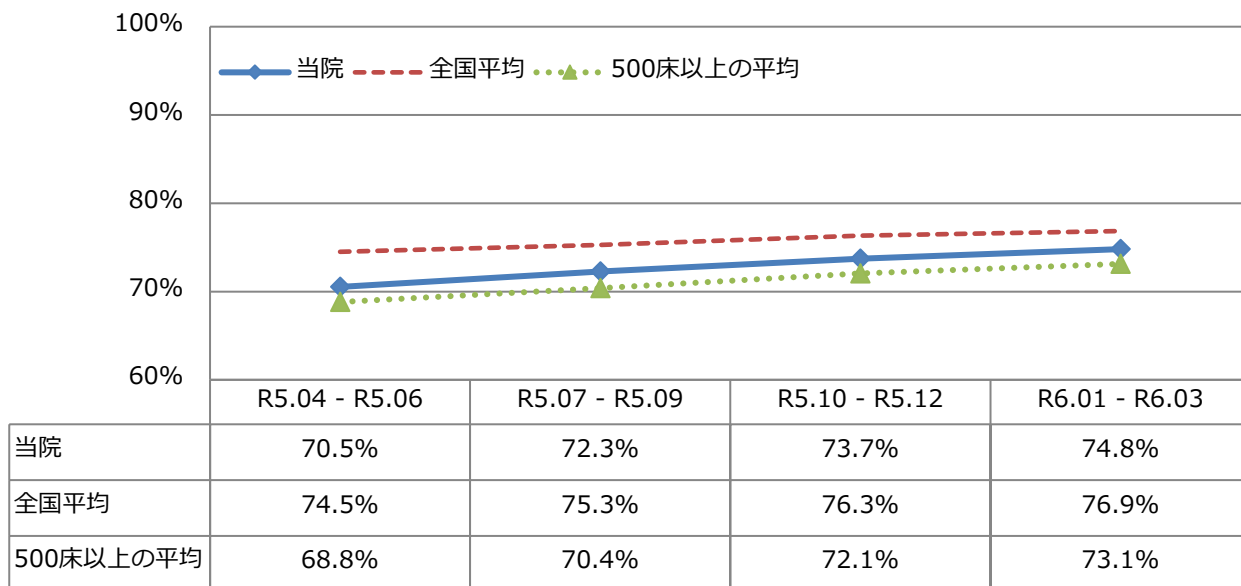
### <指標定義>

分母	24.-1 血液培養のオーダー人数(人日)
	24.-2 血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日未満)
	24.-3 血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日以上2歳未満)
	24.-4 血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が2歳以上6歳未満)
	24.-5 血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が6歳以上)
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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい

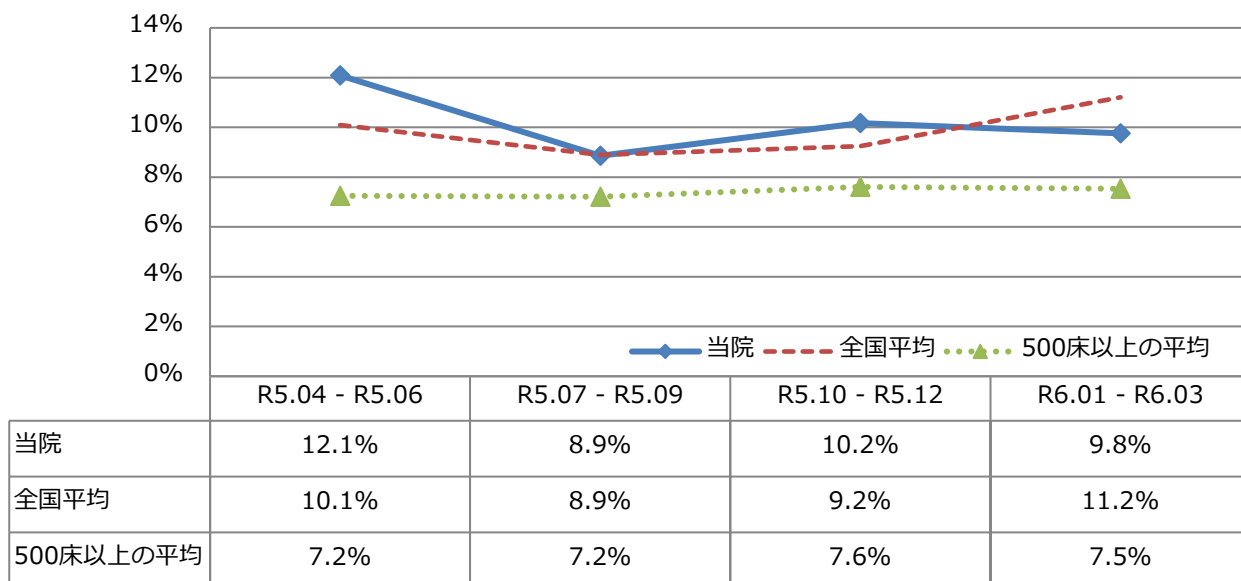
### 24.-1 血液培養検査時の同日2セット以上の実施割合



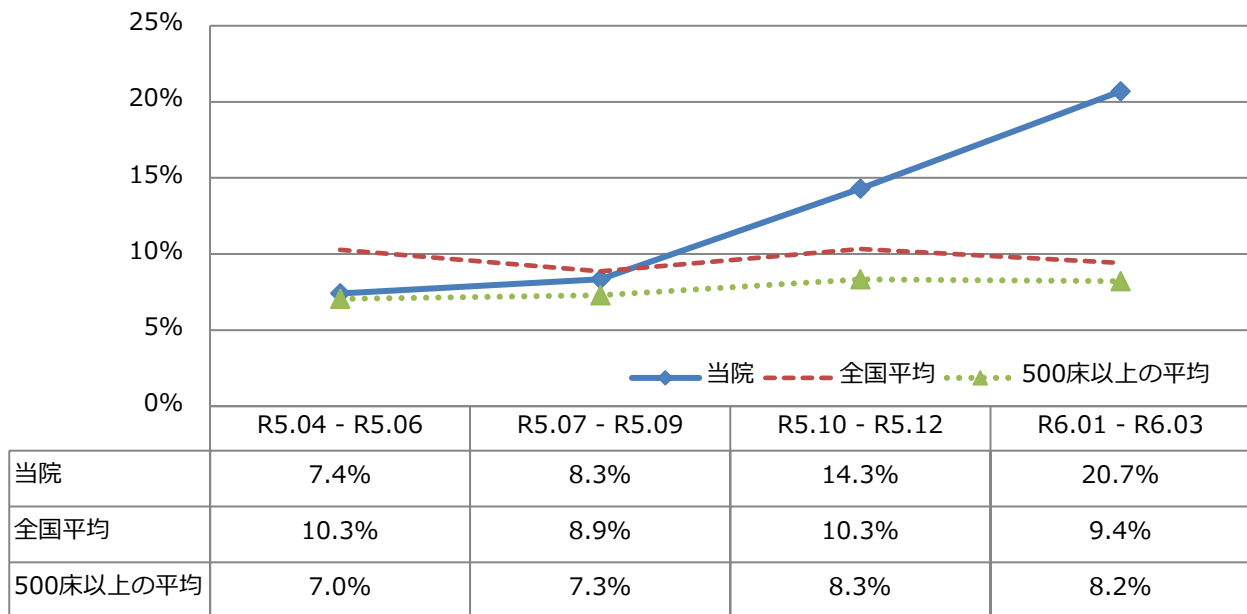
24.-2 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）



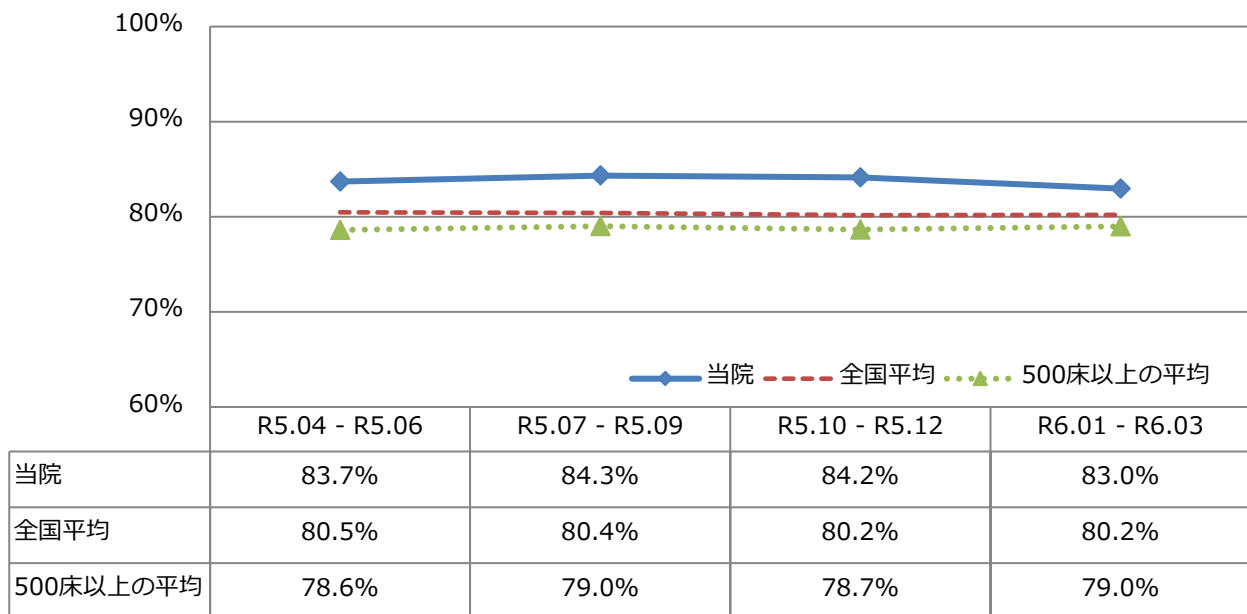
24.-3 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）



#### 24.-4 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）



#### 24.-5 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）



## 25 地域連携の実施割合

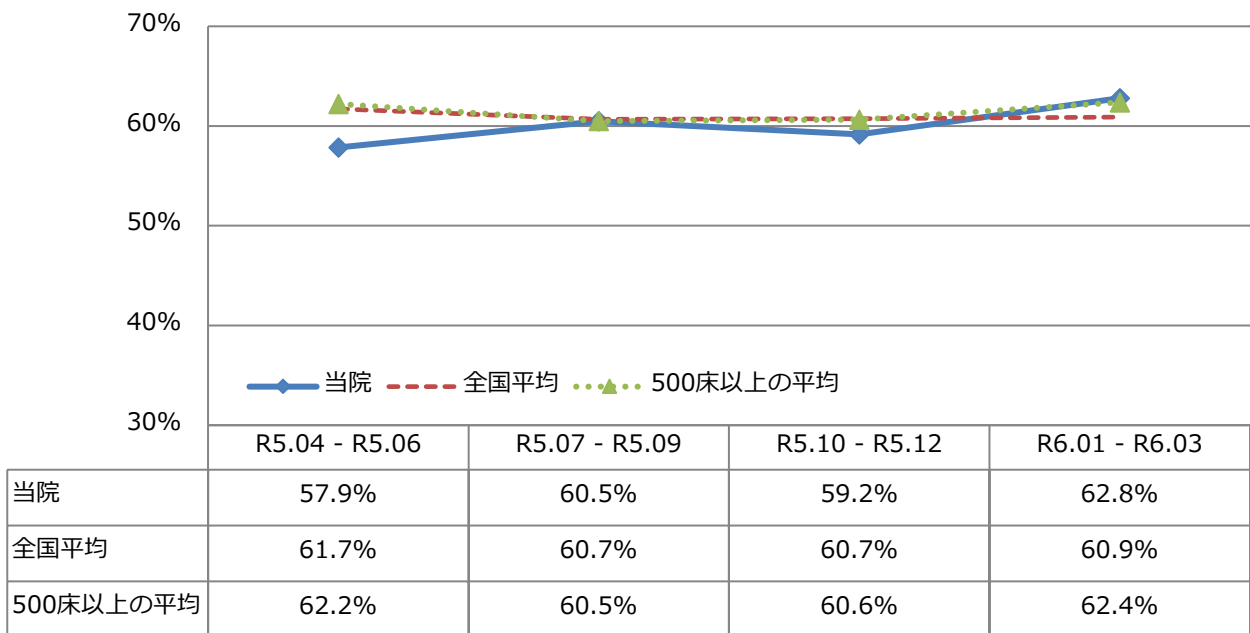
脳卒中や大腿骨頸部骨折の治療は、急性期の治療後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。これらの患者に対する地域連携パスの使用等、地域連携に関連した実施率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

※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。

### 25-1 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

<指標定義>

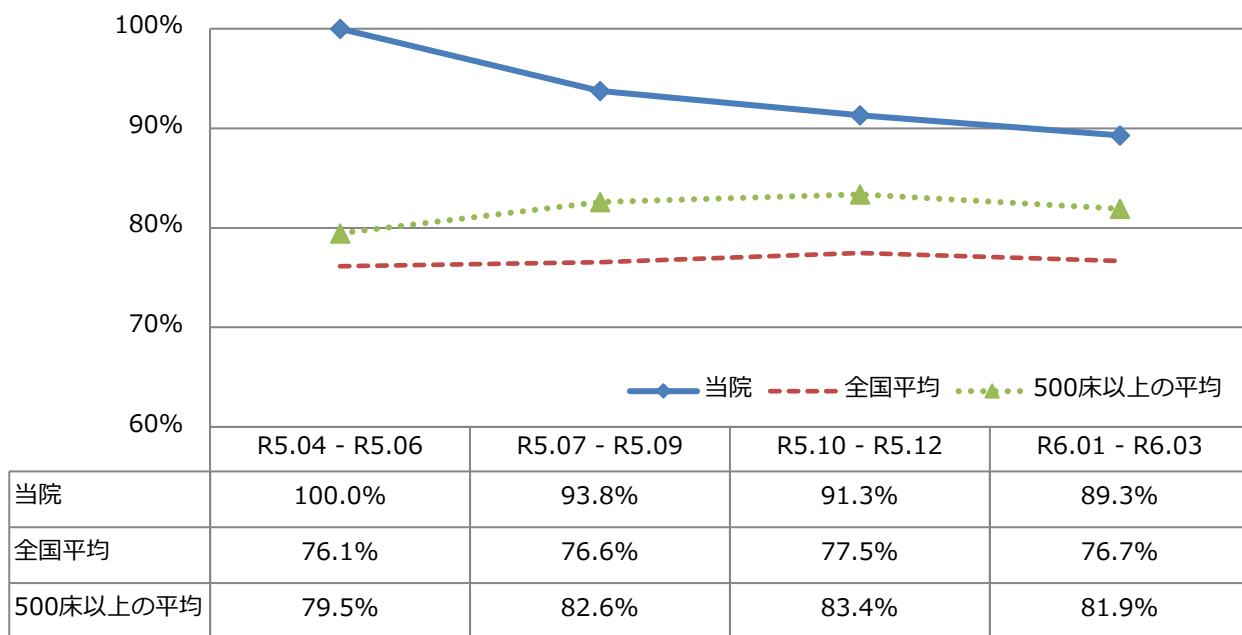
分母	脳卒中で入院した症例
分子	分母のうち、地域連携に関する算定のある症例
収集期間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 25.-2 大腿骨頸部骨折患者患者に対する地域連携の実施割合

<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、地域連携に関する算定のある症例
収集期間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 26 大腿骨骨折の早期手術割合

大腿骨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。

現在では、麻酔管理法や手術方法の進歩によって、多くの大腿骨頸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。

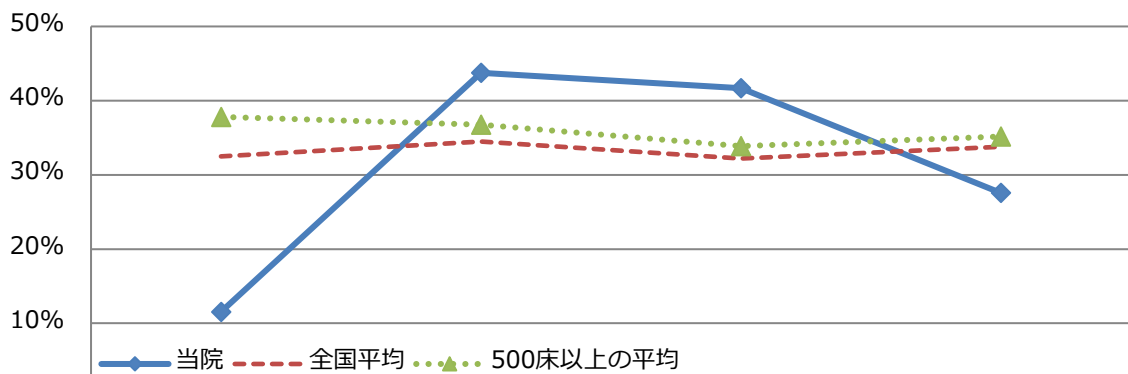
ガイドラインでは、できる限り早期の手術が推奨されています（GradeB 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版）。

※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。

### 26-1 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

<指標定義>

分母	大腿骨頸部骨折で入院し、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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい

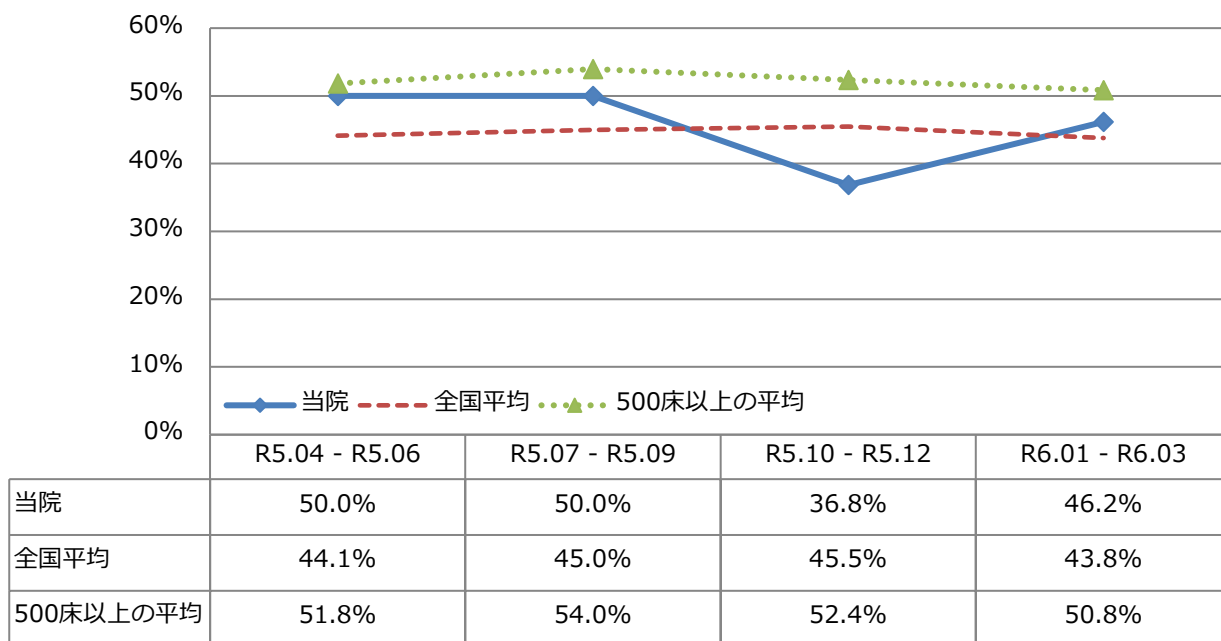


	R5.04 - R5.06	R5.07 - R5.09	R5.10 - R5.12	R6.01 - R6.03
当院	11.5%	43.8%	41.7%	27.6%
全国平均	32.5%	34.5%	32.2%	33.8%
500床以上の平均	37.8%	36.8%	33.9%	35.2%

## 26.-2 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

<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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 27 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 〈定義変更〉

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用い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】）。

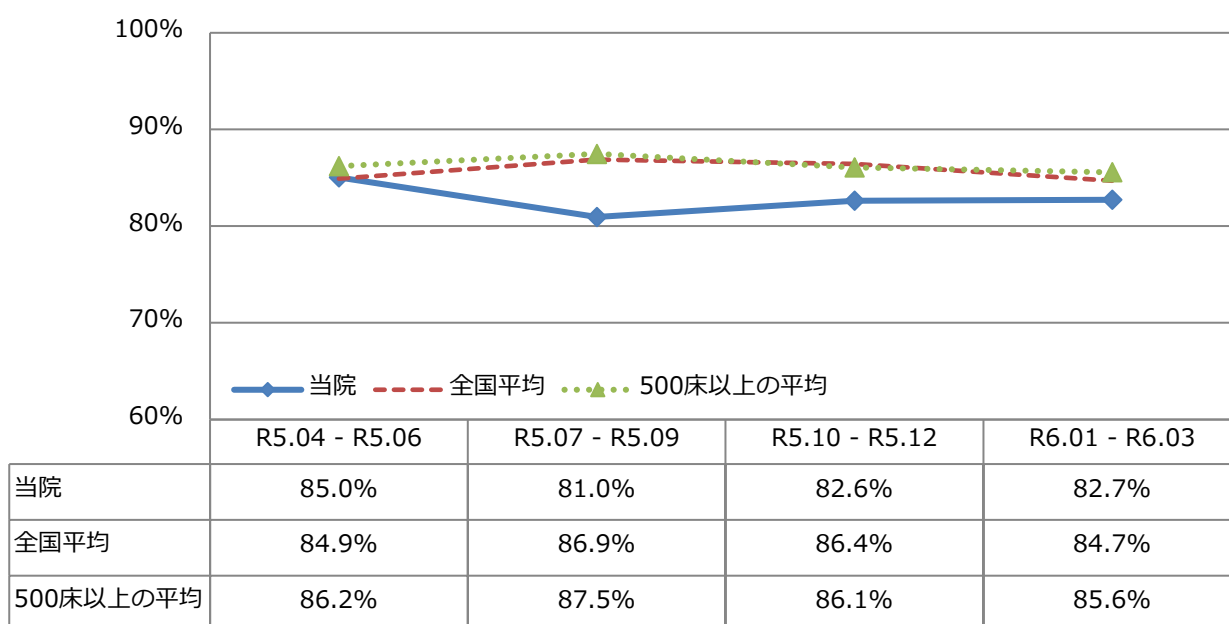
シスプラチンは白金製剤に分類される抗がん剤で、DNA 複製を阻害して抗腫瘍効果を発揮する殺細胞性抗腫瘍薬です。「高度催吐性リスク」に分類されており、本指標では、この 3 剤の制吐剤が利用されているかどうかを測定しています。

※定義が変更されたため、項目 32 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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 28 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

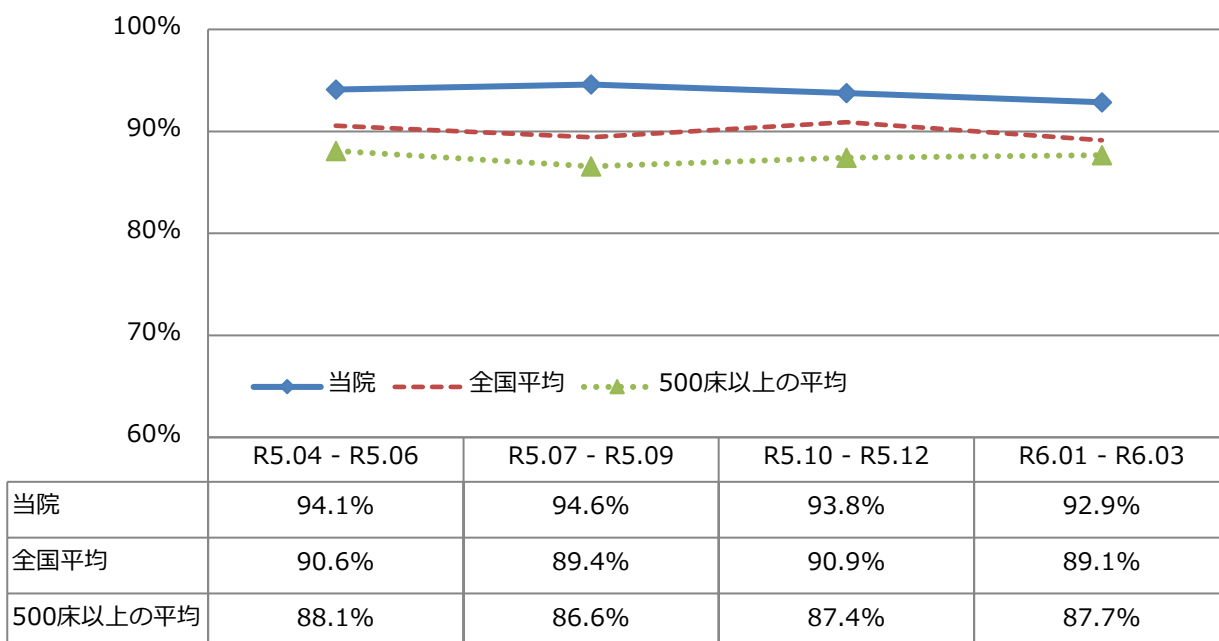
MRSA が検出された際は、感染症か、保菌かを区別することが重要です。原則として保菌状態に抗菌薬を使用してはならず、感染症の場合にのみ抗 MRSA 薬を投与することができます。また、他の薬剤に感受性がある場合にはその薬剤を含めて考慮する必要があります。さらに、MRSA を想定して、抗 MRSA 薬を使用している際に、起炎菌が MSSA と判明した場合は、セファゾリンを使用する（髄膜炎以外）。MSSA 菌血症に対する臨床効果を比較した試験において、セファゾリンはバンコマイシンに比べ、有意に治療の失敗、死亡率、再発率が少ないことが報告されています。

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。

※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5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



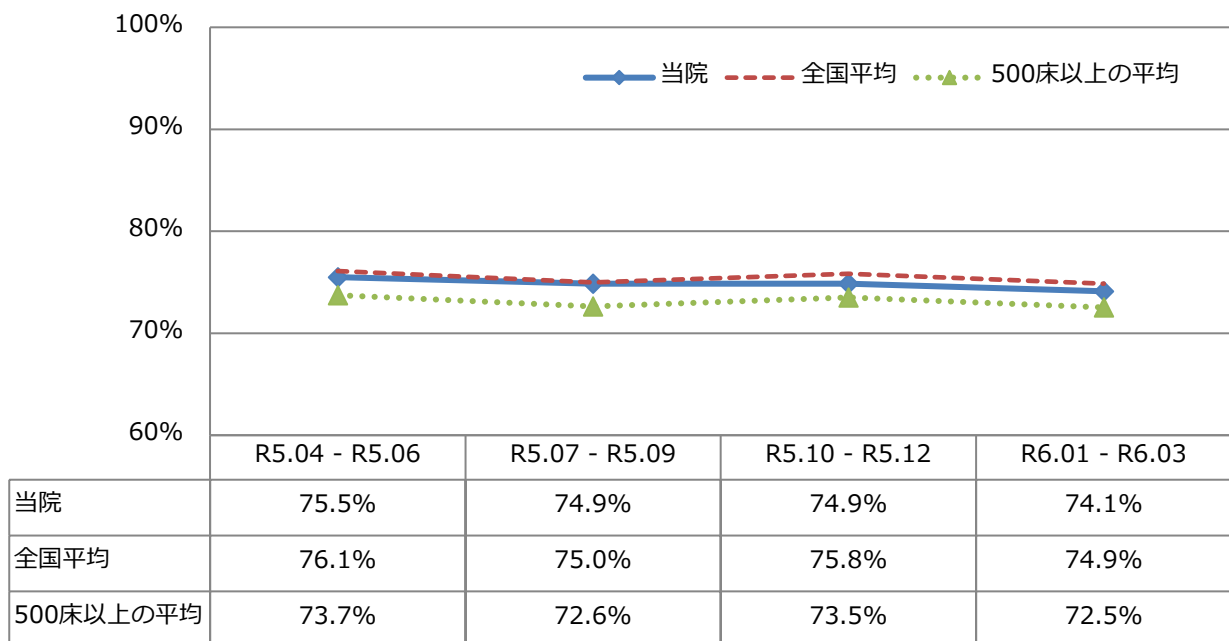
## 29 薬剤管理指導実施割合

薬剤管理指導業務とは、入院患者さんへの服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理を行うことで、患者さんの薬物療法に対する理解を深め、また患者さんから得られた情報を医療スタッフ間で共有することによって、安心かつ安全で効果的な薬物療法を支援する業務です。患者さん 1 人につき週 1 回の保険算定ができますが、業務の質の指標としては薬剤管理指導率が重要です。

※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	入院症例数
分 子	分母のうち、薬剤管理指導を受けた症例数
収 集 期 間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値 の 解 釈	より高い値が望ましい



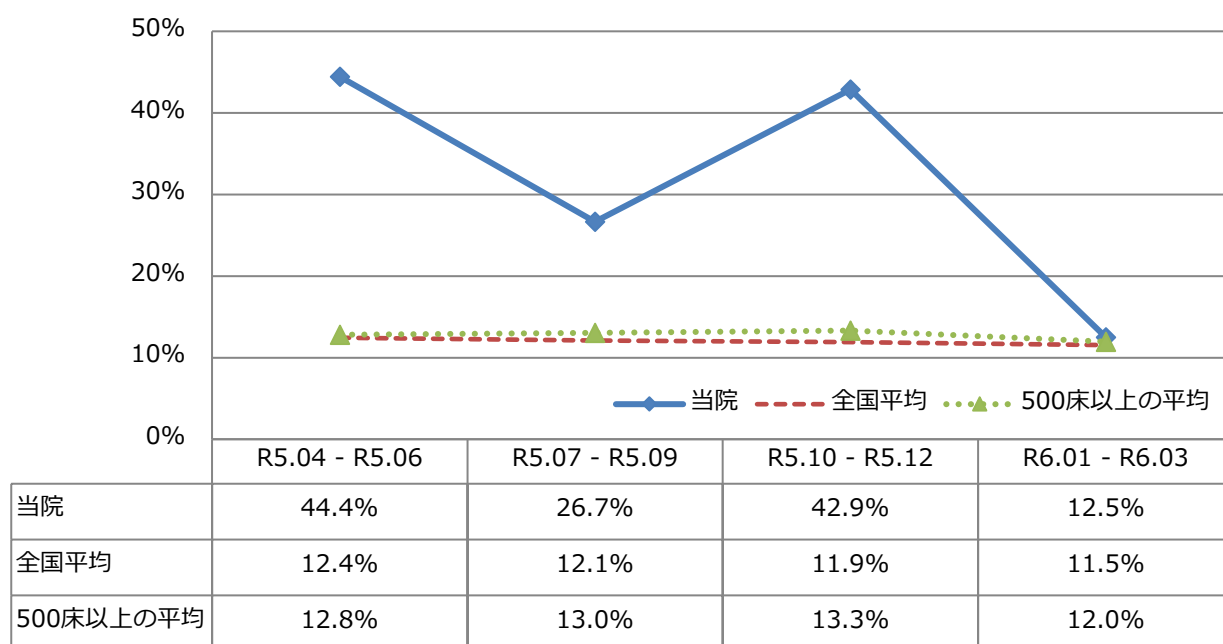
### 30 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合 <新>

特に ICU 等の入室早期から食事や経腸栄養にて栄養補給を行うことは、在室中の感染性合併症発症率の低下に効果があることが報告されています。本指標では、集中治療室に3日以上入室した患者に対し、栄養管理に係る早期介入がされているか（鼻腔栄養や早期栄養介入管理加算を算定している）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	集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の症例
分子	分母のうち、集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた症例
収集期間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



### 3.1 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

低用量アスピリン（LDA）服用患者には、酸分泌抑制薬の投与が推奨されています。

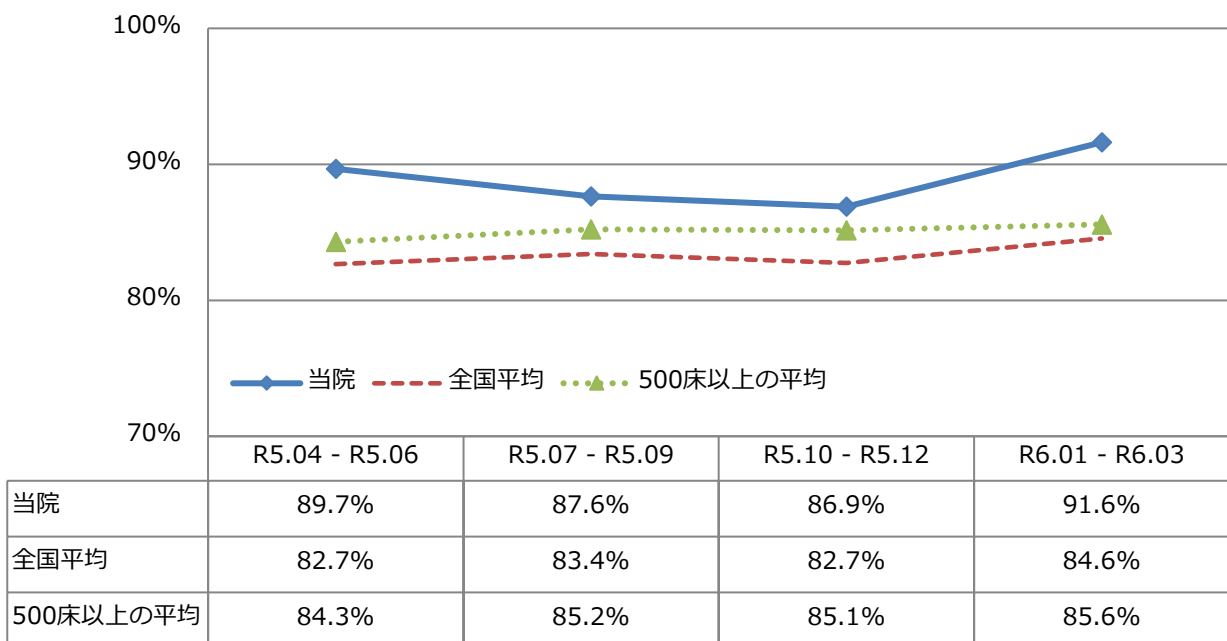
消化性潰瘍診療ガイドライン 2015 改訂第 2 版では「酸分泌抑制薬は低用量アスピリン（LDA）起因性消化性潰瘍発生の一次予防に有用であるので投与するよう推奨する（エビデンスレベル A）」と書かれています。本指標は、退院時にアスピリンを処方された患者に対し、酸分泌抑制薬の処方が行われているかを確認するものです。

※本指標にはアレルギー等適用外やアスピリン合剤処方患者等も分母に含まれています。

※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	退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者
分子	分母のうち退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された症例
収集期間	令和5年4月～令和5年6月、令和5年7月～令和5年9月 令和5年10月～令和5年12月、令和6年1月～令和6年3月
値の解釈	より高い値が望ましい



## 32 豊橋市民病院 QI 指標年度比較

※ 指標「32-25 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。

### 32.-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 5 年度 (回収数：1,121)	令和 4 年度 (回収数：1,181)	令和 3 年度 (回収数：1,379)
満足	当院	8.9%	10.4%	27.3%
	全国平均	45.8%	46.9%	46.8%
満足+やや満足	当院	62.5%	67.6%	83.3%
	全国平均	82.8%	83.8%	83.6%

(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 5 年度 (回収数：464)	令和 4 年度 (回収数：330)	令和 3 年度 (回収数：392)
満足	当院	21.5%	21.2%	41.5%
	全国平均	60.0%	60.5%	61.3%
満足+やや満足	当院	77.2%	82.2%	84.2%
	全国平均	89.5%	89.8%	90.1%

### 32.-2 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 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	3.51‰	4.22‰	4.23‰
全国平均	2.84‰	2.76‰	2.82‰

(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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	0.41‰	0.43‰	0.57‰
全国平均	0.86‰	0.74‰	0.84‰

(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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	0.05‰	0.07‰	0.06‰
全国平均	0.06‰	0.05‰	0.06‰

(エ) 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	4.69‰	5.72‰	5.72‰
全国平均	3.19‰	3.12‰	3.23‰

32.-3 褥瘡発生率

値の解釈：より低い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	0.08%	0.12%	0.10%
全国平均	0.12%	0.11%	0.14%

32.-5 紹介割合・逆紹介割合

(ア) 紹介割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度
当院平均	94.7%	93.4%
全国平均	80.5%	72.9%

(イ)逆紹介割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度
当院平均	56.9‰	57.2‰
全国平均	62.1‰	60.1‰

32.-6 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	93.1%	92.4%	95.1%
全国平均	93.3%	94.0%	93.7%

32.-7 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	84.4%	84.9%	83.6%
全国平均	54.4%	55.2%	53.4%

32.-8 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	85.7%	80.1%	85.7%
全国平均	92.8%	92.2%	91.0%

32.-9 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	47.2%	44.2%	45.3%
全国平均	50.0%	48.3%	47.3%

(イ) 65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	75.7%	78.5%	79.5%
全国平均	79.1%	78.7%	77.8%

32.-10 退院後 4 週間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 5 年度	令和 4 年度
当院平均	3.82%	4.33%
全国平均	2.88%	2.84%

32.-11 退院後 7 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 5 年度	令和 4 年度
当院平均	1.48%	1.62%
全国平均	1.06%	1.04%

32.-12 脳卒中患者のうち入院 2 日目までに抗血栓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 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	76.3%	80.3%	76.0%
全国平均	69.8%	70.2%	70.3%

32.-13 脳梗塞(TIA 含む)患者における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 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	86.7%	86.9%	81.1%
全国平均	84.4%	85.0%	85.9%

### 32.-14 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	54.7%	51.8%	49.4%
全国平均	51.0%	51.6%	50.1%

### 32.-15 心房細動を合併する脳梗塞患者への抗凝固薬処方割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	71.7%	79.8%	66.7%
全国平均	88.7%	88.5%	87.5%

### 32.-16 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	95.6%	95.4%	91.8%
全国平均	83.6%	80.8%	79.3%

### 32.-17 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	0.06%	0.00%	0.12%

### 32.-21 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	83.1%	87.7%	89.2%
全国平均	88.8%	90.7%	92.9%

### 32.-22 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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	44.4%	54.5%	53.5%
全国平均	68.1%	65.5%	66.2%

### 32.-23 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率 /カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

#### (ア) カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA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5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	47.1%	42.1%	41.5%
全国平均	38.3%	38.5%	38.1%

#### (イ) カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	91.1%	87.8%	88.6%
全国平均	84.3%	83.5%	81.2%

### 32.-24 血液培養検査実施時の2セット以上実施率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	72.8%	71.1%	72.7%
全国平均	75.7%	75.1%	71.8%

### 32.-25 地域連携の実施割合

#### (ア) 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度	令和3年度
当院平均	60.1%	34.6%	37.6%
全国平均	61.0%	45.5%	46.6%

(イ) 大腿骨頸部骨折患者患者に対する地域連携の実施割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	93.6%	93.8%	62.5%
全国平均	76.7%	60.4%	59.4%

32.-26 大腿骨骨折の早期手術割合

(ア) 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	31.1%	30.4%	29.3%
全国平均	33.2%	32.4%	28.2%

(イ) 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	45.7%	35.7%	44.1%
全国平均	44.6%	42.2%	38.2%

32.-28 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	93.8%	91.3%	93.7%
全国平均	90.0%	89.5%	89.1%

32.-29 薬剤管理指導実施割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度
当院平均	74.8%	72.5%	74.9%
全国平均	75.4%	74.2%	74.3%

### 32.-30 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度
当院平均	31.6%	18.5%
全国平均	12.0%	11.0%

### 32.-31 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

値の解釈：より高い値が望ましい

	令和5年度	令和4年度
当院平均	89.0%	87.7%
全国平均	83.3%	83.6%