

『医療の質の指標』の公開 Quality Indicators

医療の質と医療安全向上のために、様々な医療現場のデータを適切な指標で解析し、医療の改善に役立てることが重要になってきています。現在当院でデータとして挙げている臨床指標を下記にてご覧頂くことができます。

臨床指標と検証し医療の質の向上と改善に取り組んで参ります。

クオリティ インディケーターとは

「クオリティ インディケーター」とは、病院の様々な機能を適切なインディケーター（指標）を用いて表したものです。これらを分析し、改善を図ることにより、医療サービスの質の向上を図ります。

臨床指標の一覧

病院全体

医療安全・感染制御

チーム医療

救急医療・小児周産期医療

地域医療支援

診療領域別

目次

1. 病院全体

1. 病床稼働率・平均在院日数	1
2. 院内死亡率	3
3. 剖検率	5
4. 卒後臨床研修	6
5. 後発医薬品	7

2. 医療安全・感染制御

1. 入院患者の転倒・転落発生率	8
2. 術後肺血栓塞栓症の発生率	10

3. チーム医療

1. 褥瘡発生率	11
----------------	----

4. 救急医療・小児周産期医療

1. 救急車受入台数	12
2. 小児周産期医療	14

5. 地域医療支援

1. 紹介・逆紹介率	15
2. 地域公開講座 及び 出張講座開催実績	17

6. 診療領域別（がん診療）

1. 外来化学療法件数	21
-------------------	----

7. 診療領域別（脳卒中）

1. 救急搬入された脳卒中患者における頭部CT検査施行までに要した時間	22
2. 急性脳梗塞患者のrt-PA投与件数	24
3. 急性脳梗塞患者の来院からrt-PA投与開始までの時間	25
4. 急性脳梗塞患者の早期リハビリ開始率	27
5. 脳梗塞患者の平均在院日数	28

8. 診療領域別（心疾患）

1. PCI（経皮的冠動脈インターベンション）を施行した救急患者の入院死亡率	32
2. 急性心筋梗塞患者の入院死亡率	33

病院全体

1. 病床稼働率・平均在院日数

①病床稼働率

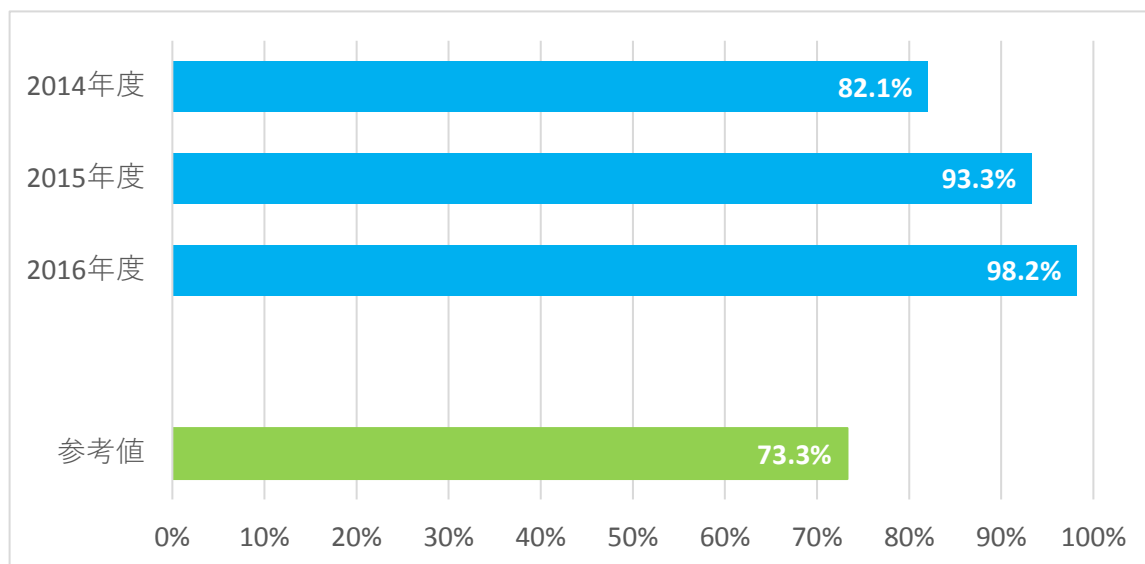
【指標の説明】

病床がどの程度、効率的に稼働しているかを示す指標です。100％に近いほど空き病床が無い状態で利用されていることになります。

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{年間入院患者延べ数}}{\text{許可病床数} \times \text{年間入院診療実日数}} \times 100 (\%)$$

【年次推移】



参考値

出典：全国公私病院連盟 平成28年病院運営実態分析調査
一般病院 400～499床規模の病院

②平均在院日数

【指標の説明】

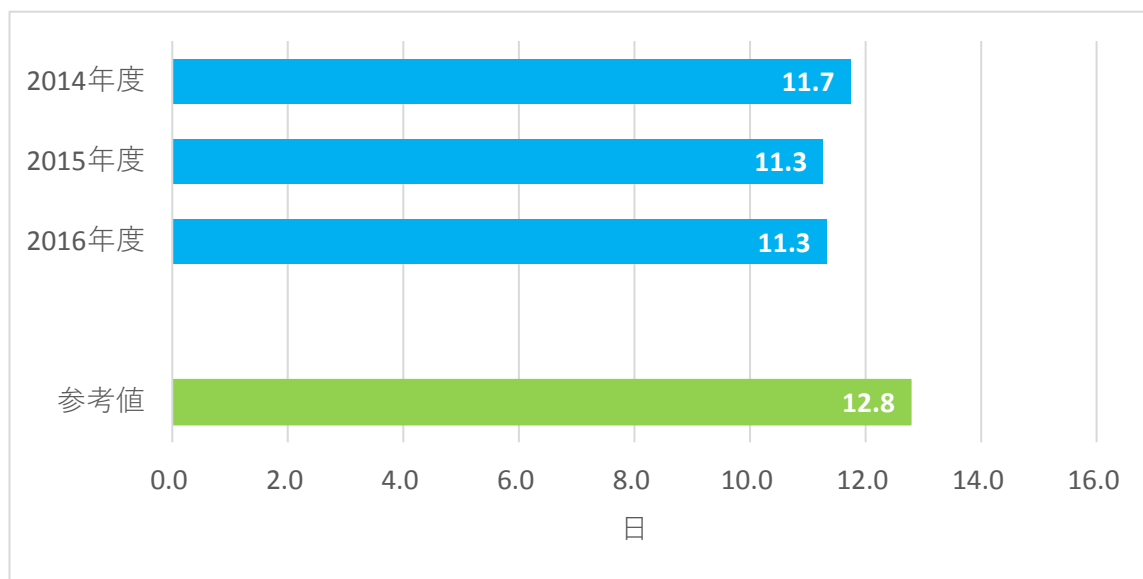
病院全体で1人1人の患者が何日間入院しているかを示す指標です。

患者の重症度や疾病によって入院日数に違いがありますので、単純に比較することはできませんが、医療の質の保証と効率化が高いレベルで達成されるほど、平均在院日数は短縮するとされています。

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 1/2} \times 100 \text{ (日)}$$

【年次推移】



参考値

出典：全国公私病院連盟 平成28年病院運営実態分析調査
一般病院 400～499床規模の病院（総数）

病院全体

2. 院内死亡率

【指標の説明】

当院を利用された患者の中で死亡された割合を示しています。

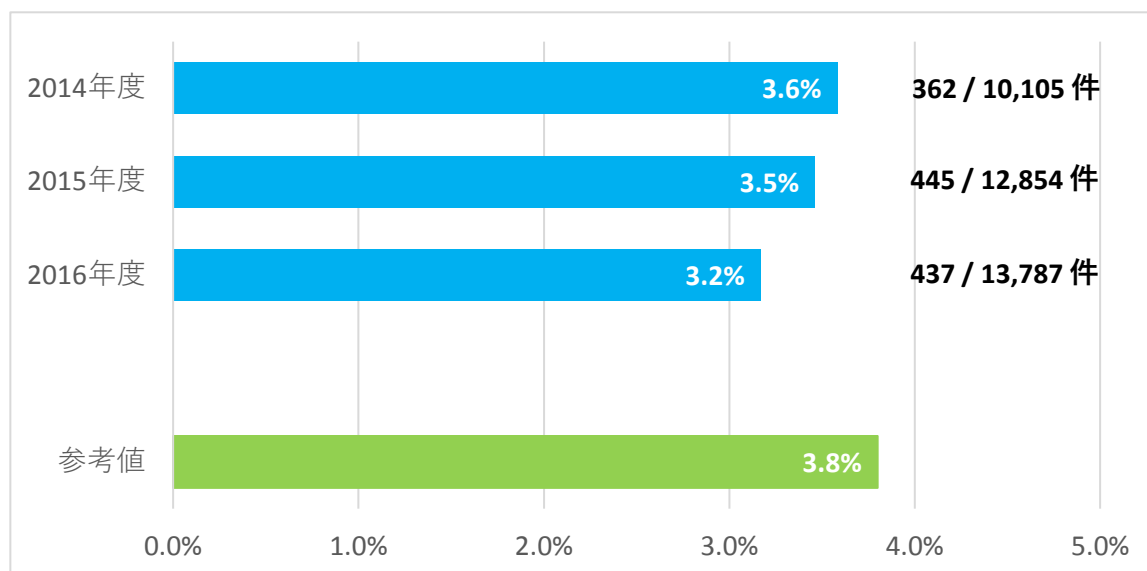
死亡率は、病院の努力で下げられる部分と、重症疾病の増加や高齢化によって上昇する部分があります。

①粗死亡率

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{死亡退院患者数}}{\text{年間退院患者数}} \times 100 (\%)$$

【年次推移】



参考値

出典：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告「死亡退院患者率」

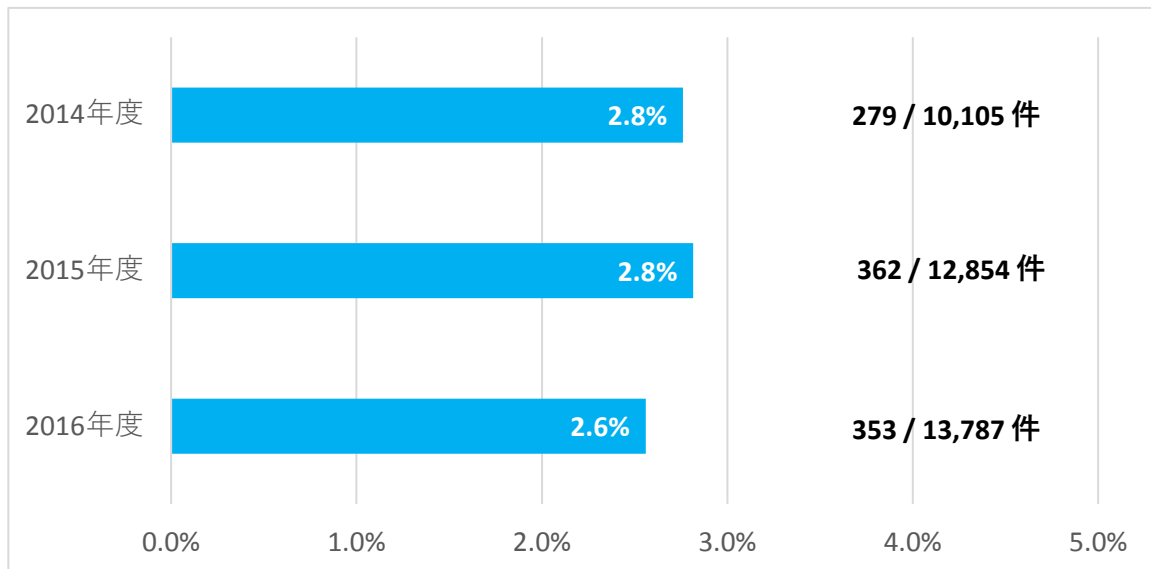
②精死亡率

入院して48時間以内の死亡は、病院の診療を反映しないことも多い為、この死亡を除いた上での死亡率です。

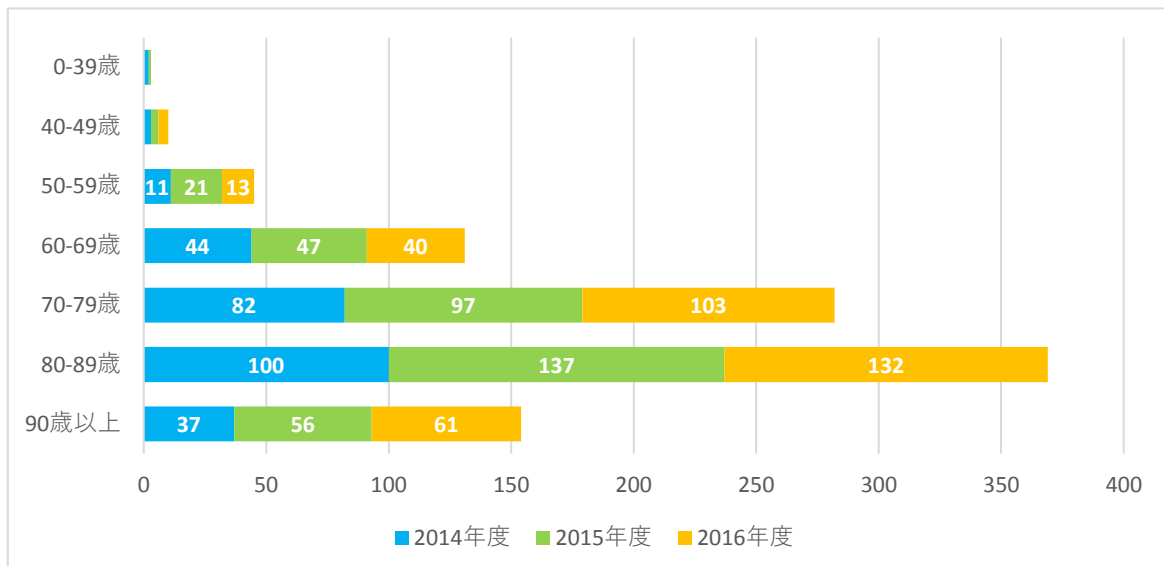
【定義・計算方法】

$$\frac{\text{年間死亡退院患者数} - \text{48時間以内の死亡退院患者数}}{\text{年間退院患者数}} \times 100(\%)$$

【年次推移】



③年齢階層別死亡数（2014～2016年度）



病院全体

3. 剖検率

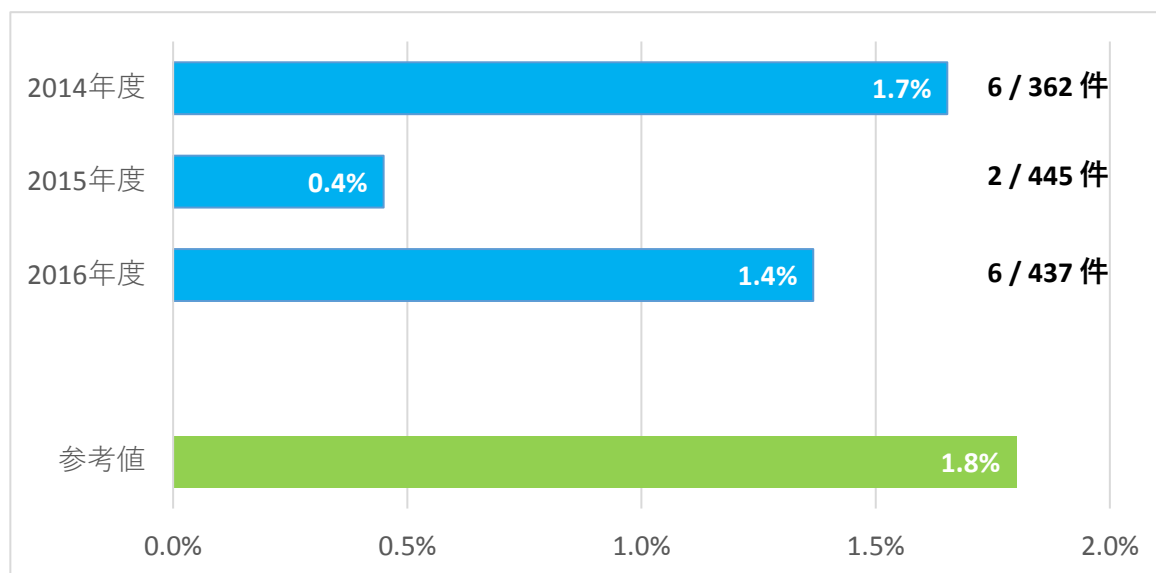
【指標の説明】

剖検率とは、入院中に死亡された患者数のうち病理解剖が行われた患者数の割合です。剖検の主な目的は、死因や病気の成り立ち、病態を解明することにより、新たな事実が発見されることもあります。解剖結果はその後の診療に役立つため、剖検率は医療の質を反映していると言えます。

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{死亡剖検数}}{\text{年間死亡退院患者数}} \times 100 (\%)$$

【年次推移】



参考値

出典：e-Stat（政府統計の総合窓口） 医療施設調査
平成26年医療施設（静態・動態）調査閲覧表
病理解剖未実施施設を含む全病院の平均

病院全体

4. 卒後臨床研修

【指標の説明】

良質な医療を提供するには、優れた人材の確保と養成も必要です。2004年から導入された新臨床研修制度では、全国の研修施設とすべての応募医学生を対象としたマッチング（※）が行われます。当院を希望する医学生が多い程、その中から優秀な人材を選抜できる状況にあると言えます。また、様々な理由から研修医の受入れができない病院もあります。こういった現状から、研修医を毎年採用できることは、病院の臨床・教育・医療機器等、総合的に評価されていると判断できます。本指標は、当院を希望する医学生がどの程度存在するかを示しています。

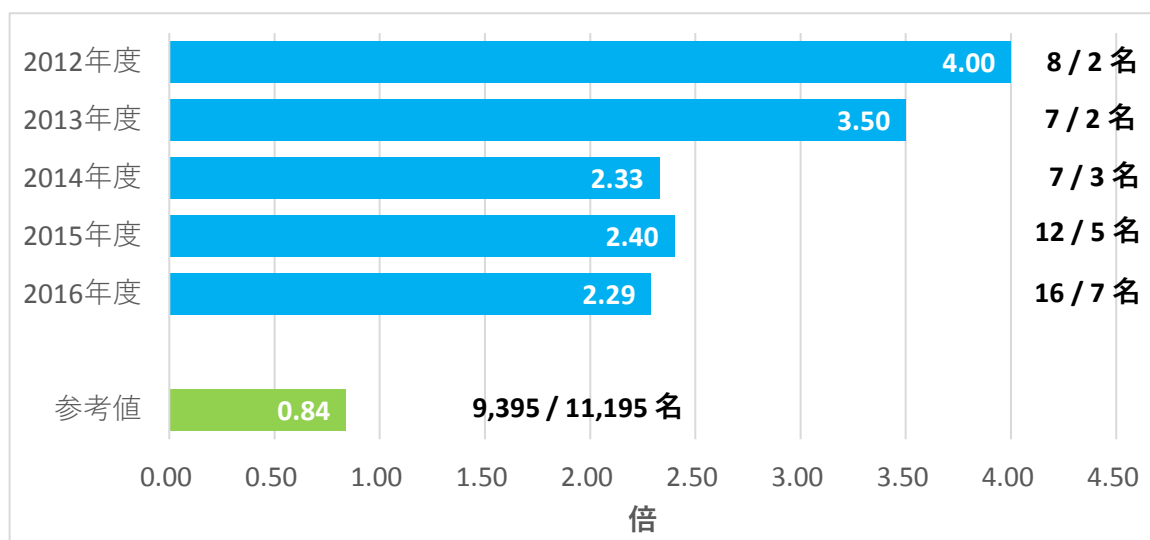
※ 医師免許を得て臨床研修を受けようとするもの（研修希望者）と臨床研修を行う病院（研修病院）とを、研修希望者および研修病院の希望を踏まえて、一定の規則（アルゴリズム）に従って、コンピュータにより、効率且つ透明性を確保して組み合わせを決定するシステム

募集定員に対する応募者の割合

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{当院応募者数}}{\text{定員数}} \quad (\text{倍})$$

【年次推移】



参考値

出典：医師臨床研修マッチング協議会 平成28年度研修医マッチングの結果
(希望順位発表を登録しなかった参加者236名を除く)

5. 後発医薬品

【指標の説明】

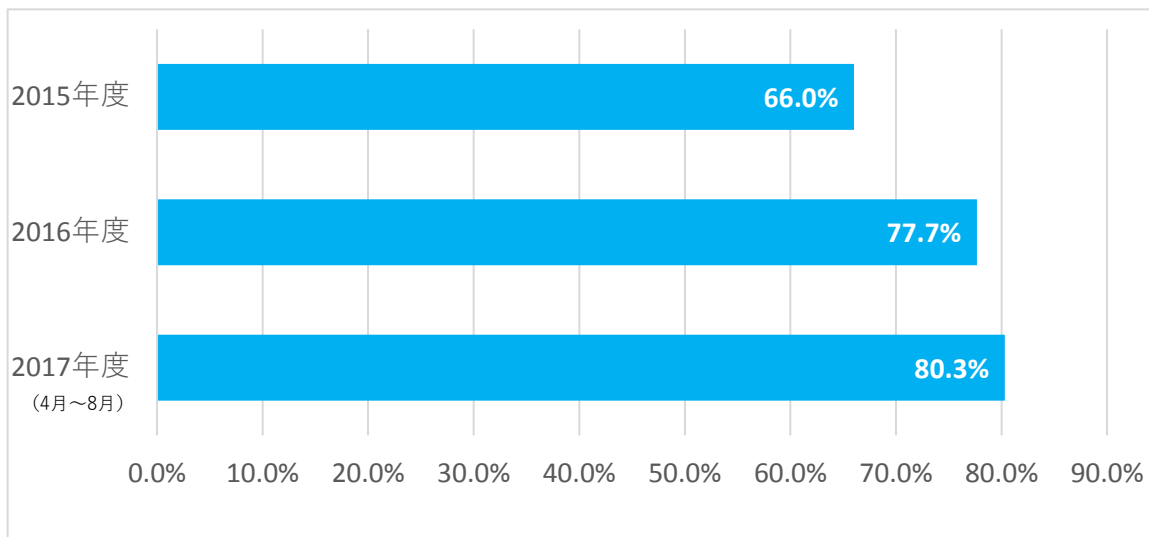
後発医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものです。厚生労働省では2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%と目標を定めています。

後発医薬品の使用割合

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{後発医薬品の数量}}{\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量} + \text{後発医薬品の数量}} \times 100 (\%)$$

【年次推移】



1. 入院患者の転倒・転落発生率

【指標の説明】

転倒転落により、骨折などが発生した場合、患者のQOL（生活の質）の低下をきたし、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。歩行困難な方や高齢者の多い病院など、病院機能によって発生比率も違います。

本指標は、病院全体の転倒転落を予防し、外傷を軽減する取り組みを表しています。

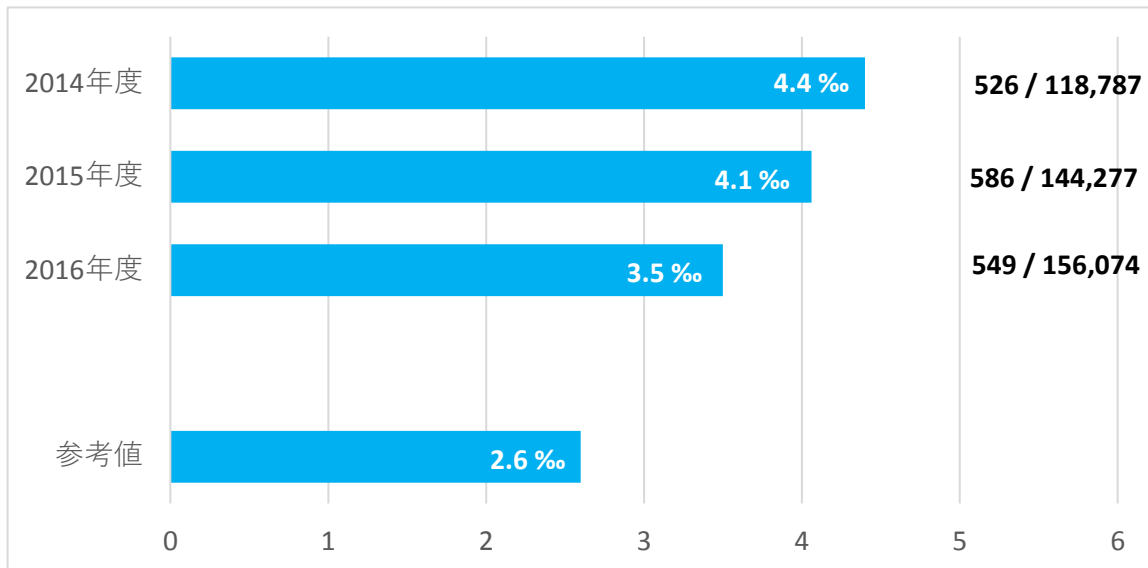
【定義・計算方法】

$$\frac{\text{入院中の転倒転落報告件数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 1000 \quad (\text{‰})$$

※‰(パーミル)は、入院患者1,000人あたり何人転倒・転落しているかを表しています。

①入院患者の転倒・転落発生率

【年次推移】



参考値

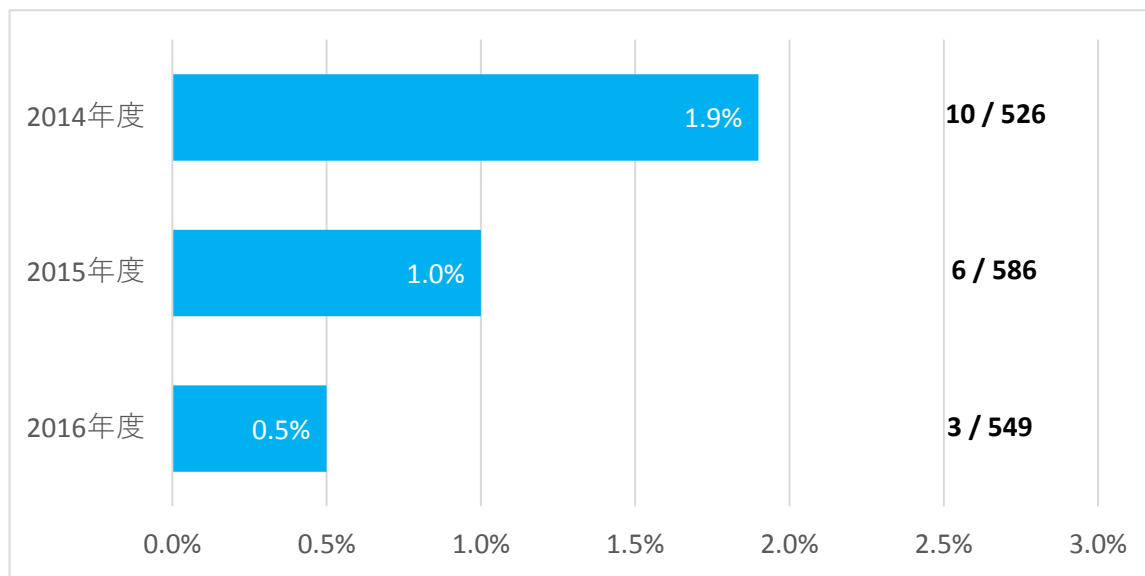
出典：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告「入院患者の転倒・転落発生率」

②転倒転落報告件数のうち骨折に至った割合

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{骨折に至った件数}}{\text{入院中の転倒転落報告件数}} \times 100 (\%)$$

【年次推移】



2. 術後肺血栓塞栓症の発生率

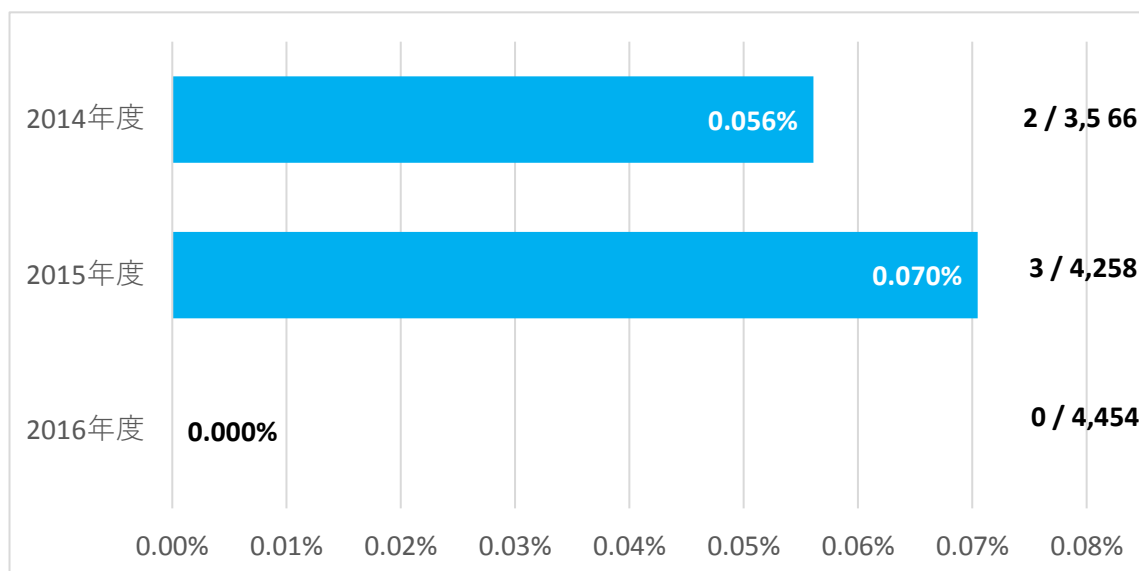
【指標の説明】

肺血栓塞栓症とは、静脈系に出来た塞栓子（血栓、脂肪、空気、腫瘍など）が血流に乗って運ばれ肺動脈につまり閉塞する疾患ですが、手術後の合併症として起きやすいものです。発症に至る前に、危険レベルに応じた予防対策を行うことが一般的に推奨されています。

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{分母のうち肺血栓塞栓症を発症した患者数}}{\text{手術室で実施された手術件数}} \times 100 (\%)$$

【年次推移】



1. 褥瘡発生率

【指標の説明】

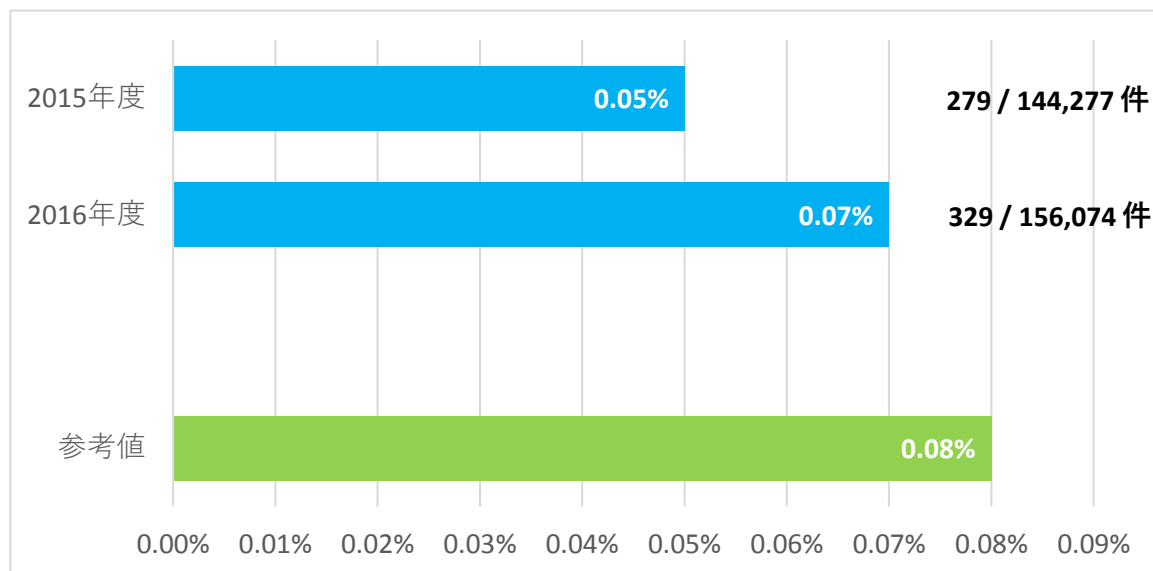
褥瘡（床ずれ）は、長い期間寝たきりなどの状態で圧迫された皮膚が循環障害を起こし、傷となってしまったものです。原因は長期間の療養生活や栄養状態、清潔管理、細菌の感染など様々です。褥瘡の発生は、患者のQOL（生活の質）の低下をきたし、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は患者に提供されるべき医療の重要な項目のひとつとなります。褥瘡の発生は患者の全身状態の良し悪しと密接な関係があり、患者の状態を把握し、予防対策を講じていく必要があります。その発生率は全身管理や局所ケアなど看護ケアの質を表す重要な指標です。

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{新規褥瘡発生患者数(※)}}{\text{入院延べ患者数}} \times 100 (\%)$$

(※) 入院時すでに褥瘡を保有している患者は除外

【年次推移】



参考値

出典：日本病院会 2015年度QIプロジェクト結果報告「褥瘡発生率」

褥瘡発生率の平均値（中央値は0.06%）

救急医療・小児周産期医療

1. 救急車受入台数

【指標の説明】

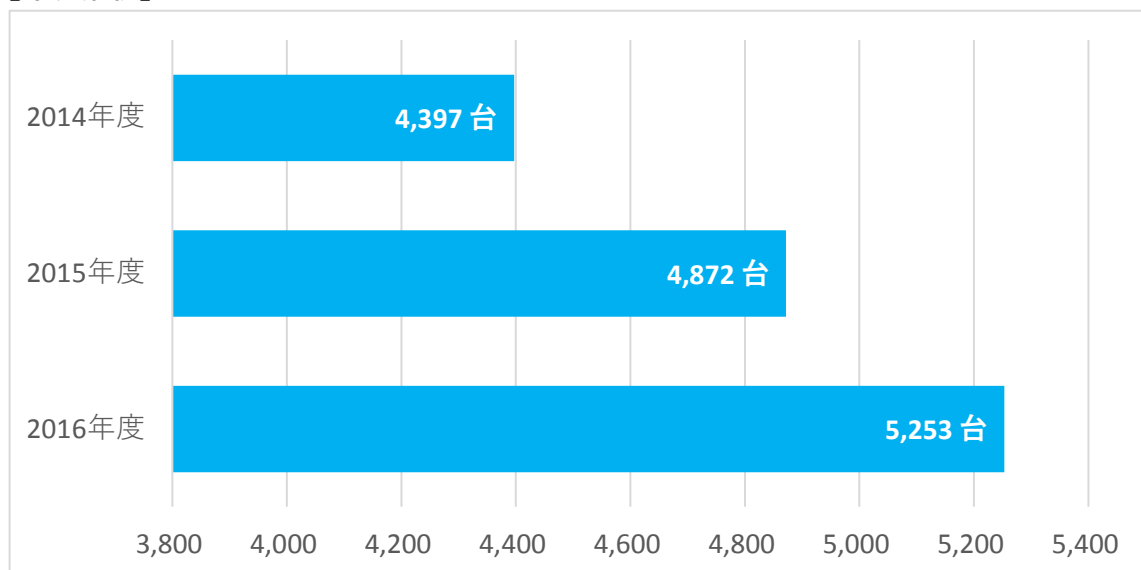
救急医療は医師を始めとする医療スタッフの献身的な自己犠牲によってのみ成り立つものではありません。十分な救急医療体制を構築するには、病院全体のマンパワーや生命の危険をもたらす緊急の状態にある患者の診療を行うための高度な技術と経験、設備が必要です。

この指標は、その実績を表しています。

【定義・計算方法】

救急車受入台数の実数

【年次推移】

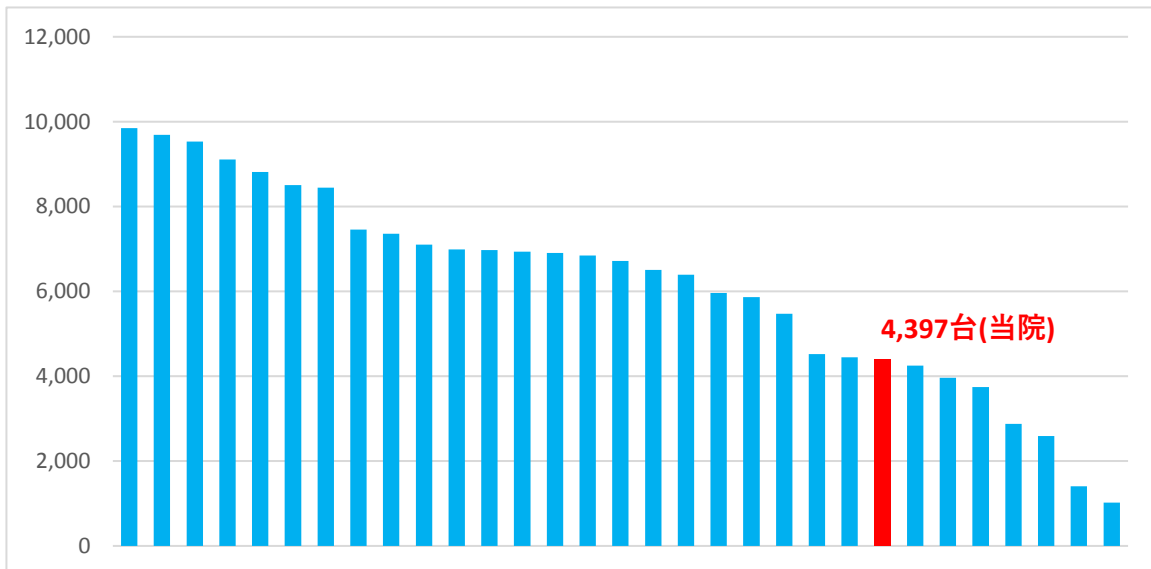


救命救急センター設置病院との比較

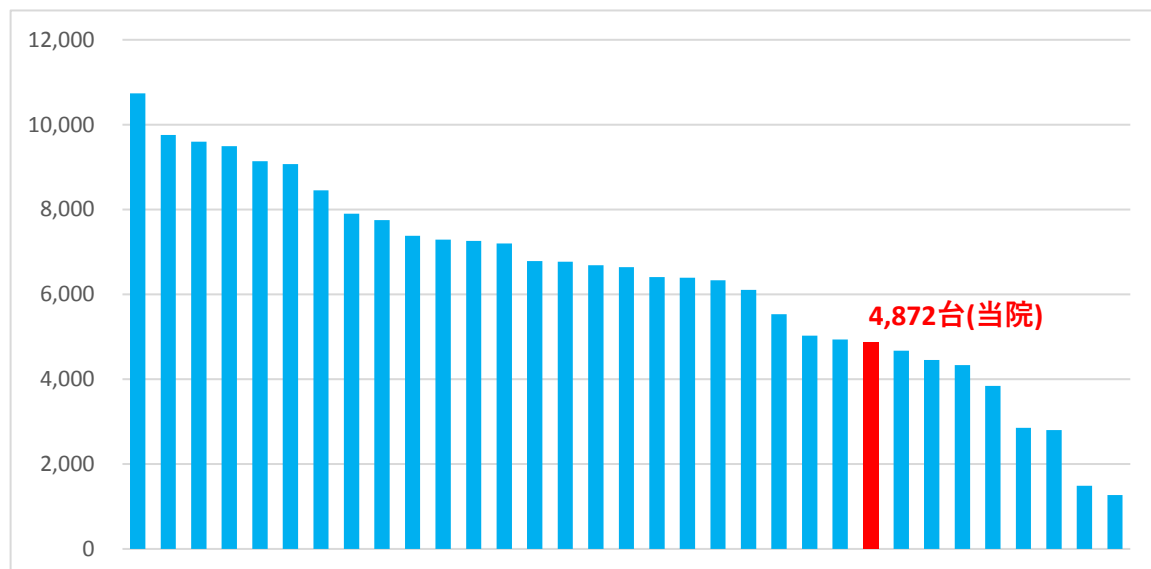
【指標の説明】

当院と東海地方圏内（愛知、岐阜、三重）の救命救急センター設置病院（2014年度：31病院、2015年度：33病院）における年間受入救急車搬送人数を比較しました。当院は救命救急センター設置病院ではないですが、設置病院の中においてどの位置にあるかを表した指標になっております。

【2014年度 救急車受入台数】



【2015年度 救急車受入台数】



出典：厚生労働省資料 救命救急センターの充実段階評価結果（2015、2016年度）より作図。2014、2015年度実績。

2. 小児周産期医療

【指標の説明】

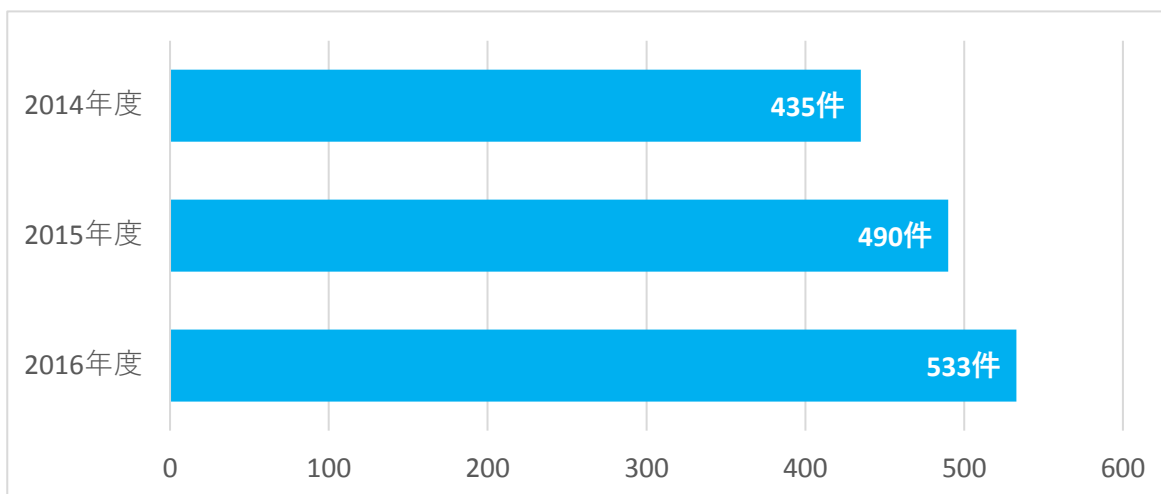
妊娠・分娩は正常とされているにもかかわらず、ある時急に異常事態が始まることがあります。当院は総合病院であるメリットを生かし、小児科や麻酔科等の他科のバックアップのもとに安心な診療を進めています。

本指標は、当院の周産期医療提供力を評価しています。

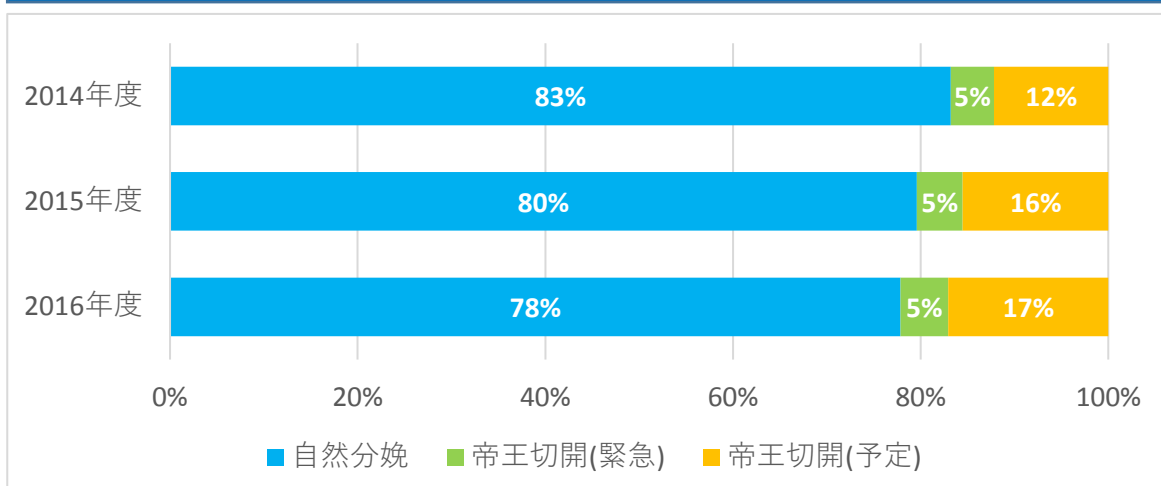
【定義・計算方法】

年間の分娩数

①年間の分娩数



②分娩様式別分娩割合



地域医療支援

1. 紹介・逆紹介率

【指標の説明】

紹介率とは、当院を受診した患者のうち、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合のことです。また、逆紹介率とは、当院から他の医療機関に紹介した患者の割合を示す数字です。

近年、医療現場は多様化しており、各医療機関の特性や機能を明確化し、地域の医療機関との連携、機能分化を促すことがプライマリ・ケアの視点からも重視されています。

①紹介率

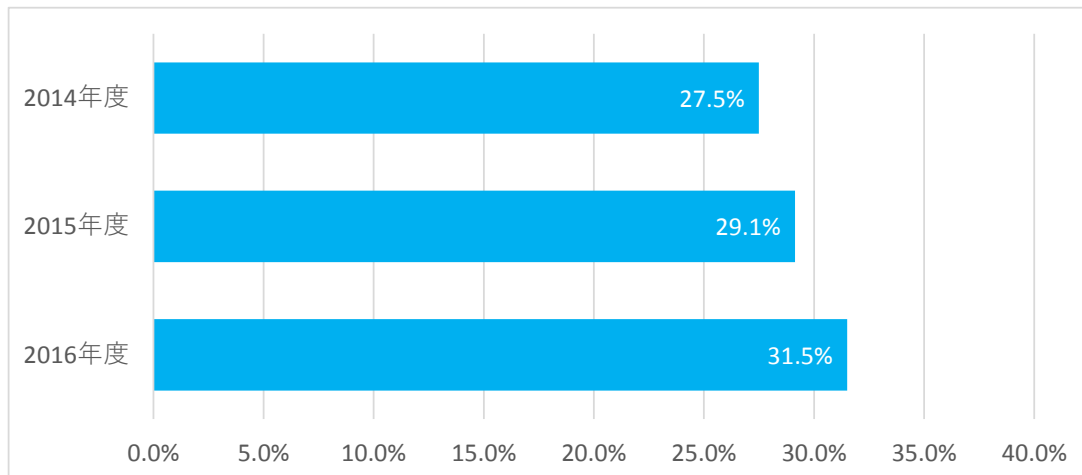
【定義・計算方法】

$$\frac{\text{紹介患者の数(※1)}}{\text{初診患者の数(※2)}} \times 100 (\%)$$

(※1) 他院より紹介状により紹介された患者の数（初診患者に限る）

(※2) 初診料を算定した患者のうち、救急車で搬送された患者、
夜間・休日に救急受診をした外来患者を除いた数

【年次推移】



②逆紹介率

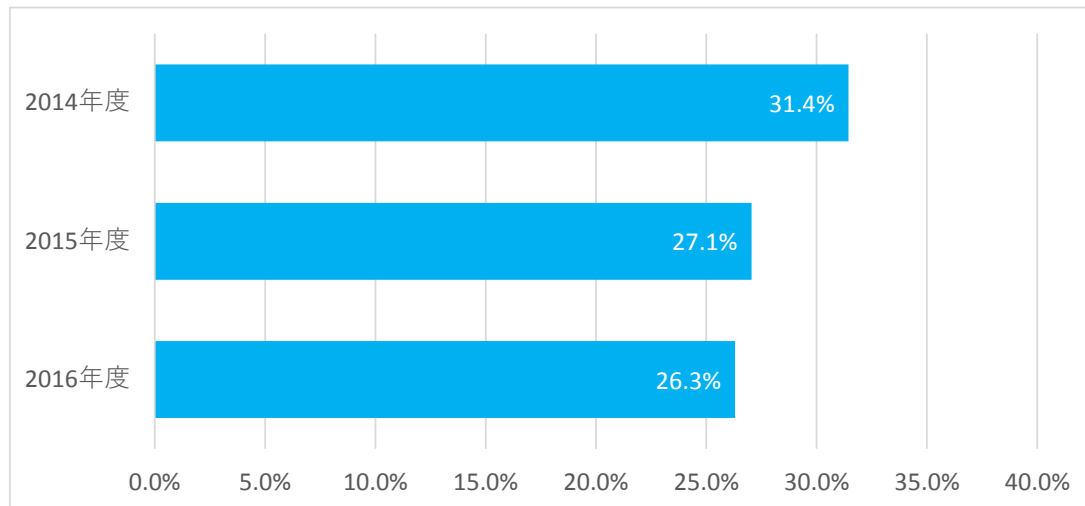
【定義・計算方法】

$$\frac{\text{逆紹介患者の数(※2)}}{\text{初診患者の数(※1)}} \times 100 (\%)$$

(※1) 初診料を算定した患者のうち、救急車で搬送された患者、
夜間・休日に救急受診をした外来患者を除いた数

(※2) 診療情報提供料(Ⅰ)もしくは診療情報提供料(Ⅱ)を算定した患者

【年次推移】



地域医療支援

2. 地域公開講座 及び 出張講座開催実績

【指標の説明】

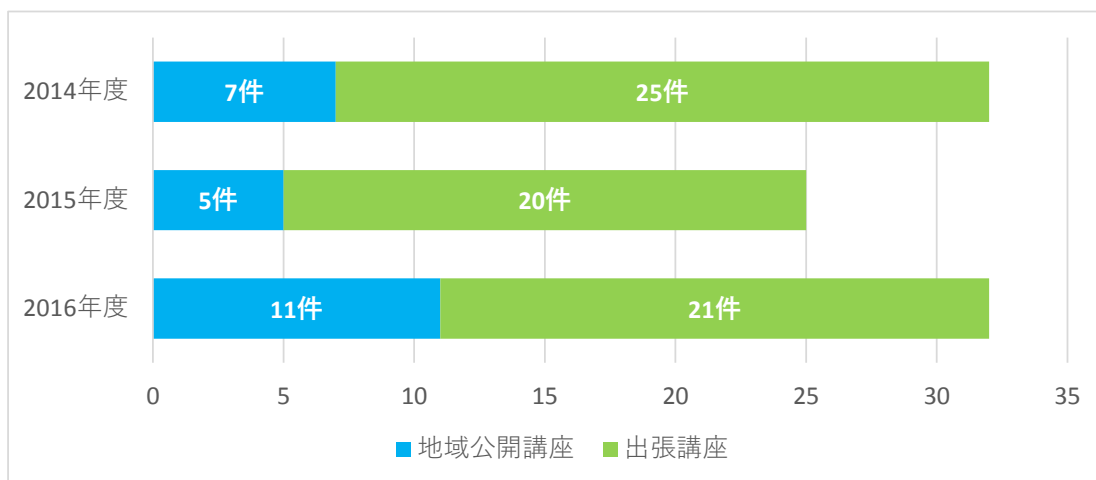
毎年、地域住民の皆様に、情報公開や相互理解を目的に、地域公開講座（市民公開講座）や、病院外の会場で行う出張講座を行っています。

本指標は、積極的・主体的に社会貢献している点を評価しています。

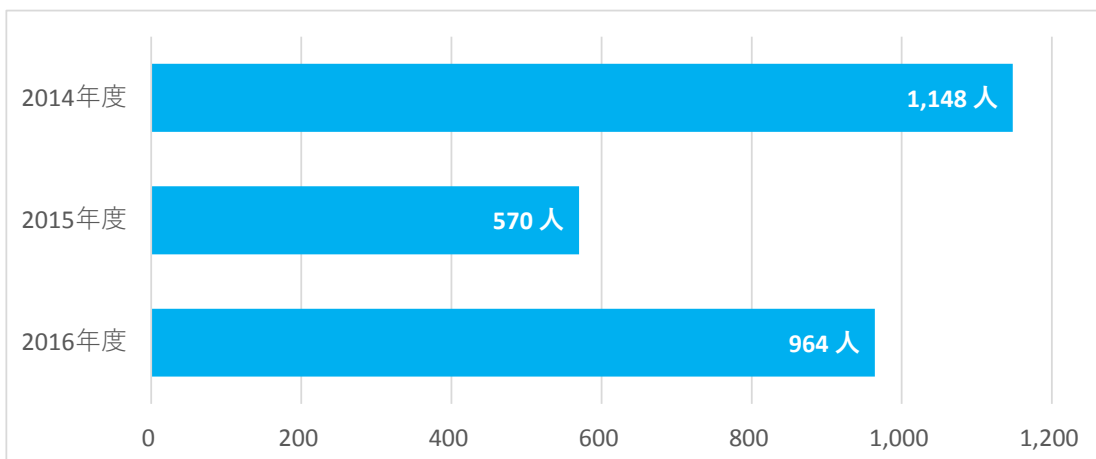
【定義・計算方法】

年間の地域公開講座、出張講座開催件数

①地域公開講座、出張講座開催件数



②地域公開講座参加人数



③平成28年度 市民公開講座開催一覧

開催日		テーマ	講師	参加 人数	会場
第1回	2016年 4月17日(日)	脳卒中の話	脳神経外科 宮寄医師	131名	尾張一宮駅前 ビル (iビル)
第2回	2016年 6月22日(水)	MICSはアクティブシニアを 応援します	心臓血管外科 山口医師	62名	江南市民文化 会館
第3回	2016年 6月29日(水)	MICSはアクティブシニアを 応援します	心臓血管外科 山口医師		稲沢勤労福祉 会館
第4回	2016年 7月6日(水)	大動脈の瘤はカテーテルで治す 時代です	心臓血管外科 近藤医師		すいとぴあ江 南
第5回	2016年 7月1日(金)	血管病から身を守るために	循環器内科 寺本医師	162名	尾張一宮駅前 ビル (iビル)
第6回	2016年 7月24日(日)	頭痛・めまい・物忘れについて 肩こり・腰痛・手足のしびれについて	脳神経外科 安田医師	182名	尾張一宮駅前 ビル (iビル)
第7回	2016年 9月28日(水)	血管病から身を守るために	循環器内科 寺本医師	80名	稲沢勤労福祉 会館
第8回	2016年 10月7日(金)	脳卒中の話	脳神経外科 宮寄医師	63名	津島市文化会 館
第9回	2016年 12月14日(水)	脳卒中の話	脳神経外科 宮寄医師	143名	津島市文化会 館
第10回	2017年 1月18日(水)	血管病から身を守るために	循環器内科 寺本医師	109名	津島市文化会 館
第11回	2017年 1月25日(水)	身体に優しい心臓手術のお話	心臓血管外科 山口医師	32名	柳津生涯学習 センター

④平成28年度 出張講座開催一覧

	開催日	テーマ	講師	会場
第1回	2016年 4月22日(金)	本当はコワイ！動脈硬化のお話	循環器内科 市橋医師	奥公民館
第2回	2016年 5月25日(水)	脳卒中について	脳神経外科 宮寄医師	尾西庁舎生涯学習センター
第3回	2016年 6月8日(金)	本当はコワイ！動脈硬化のお話	循環器内科 市橋医師	一宮市役所千秋町出張所
第4回	2016年 7月20日(水)	神経系難病の新しい治療について	神経内科 山口医師	一宮保健所
第5回	2016年 8月25日(木)	誰もが気になるめまいの話	耳鼻咽喉科 宮田名誉院長	三条料亭すえき
第6回	2016年 8月31日(水)	脳卒中・物忘れのお話	脳神経外科 安田医師	奥公民館
第7回	2016年 9月6日(火)	本当はコワイ！動脈硬化のお話	循環器内科 市橋医師	宮西公民館
第8回	2016年 9月7日(水)	脳卒中について	脳神経外科 宮寄医師	尾西南部生涯学習センター (朝日公民館)
第9回	2016年 9月9日(金)	本当はコワイ！動脈硬化のお話	循環器内科 市橋医師	開明公民館
第10回	2016年 9月21日(水)	脳卒中について	脳神経外科 宮寄医師	尾西庁舎生涯学習センター
		脳卒中の予防体操	リハビリテーション科 後藤	
第11回	2016年 9月23日(金)	脳卒中・物忘れのお話	脳神経外科 安田医師	一宮市役所葉栗出張所
第12回	2016年 10月4日(火)	脳卒中について	脳神経外科 宮寄医師	今伊勢公民館
第13回	2016年 10月4日(火)	脳卒中・物忘れのお話	脳神経外科 安田医師	萩原公民館（萩原出張所）

	開催日	テーマ	講師	会場
第14回	2016年 10月7日(金)	神経系難病の新しい治療について	神経内科 山口医師	稲沢市役所
第15回	2016年 10月11日(火)	脳卒中について	脳神経外科 宮寄医師	大和公民館
第16回	2016年 10月21日(金)	大動脈のこぶはカテーテルで治す時代です	心臓血管外科 近藤医師	築込公民館
第17回	2016年 10月22日(土)	脳卒中について	脳神経外科 宮寄医師	光明寺山郷公民館
第18回	2016年 10月27日(木)	脳卒中について	脳神経外科 宮寄医師	今伊勢公民館
第19回	2016年 11月18日(金)	高血圧って何だろう？ 高血圧と心臓病のお話	循環器内科 石原医師	丹陽老人いこいの家
第20回	2016年 12月13日(火)	心臓血管病から身を守るために	循環器内科 寺本医師	今伊勢公民館
第21回	2017年 2月21日(火)	いきいき健康広場	リハビリテーション科 北村・祖父江	尾西庁舎5階

診療領域別（がん診療）

1. 外来化学療法件数

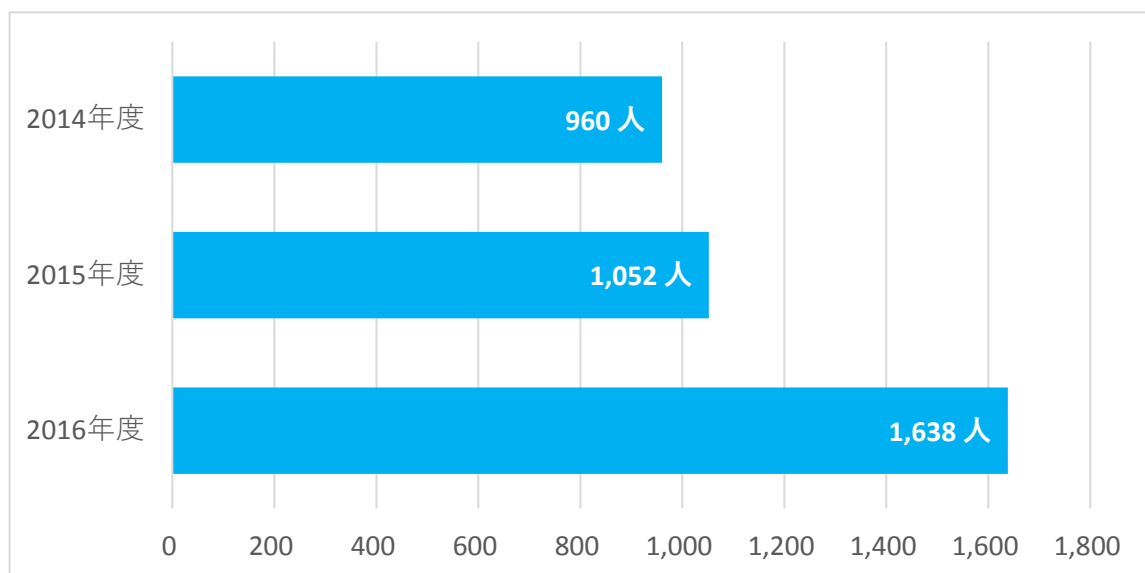
【指標の説明】

抗がん剤を使用した外来化学療法の件数です。外来での治療は自宅での生活を続けながら治療を行うことができるため、精神的、経済的な負担低減にも寄与します。そのため最近では抗がん剤治療は、主に外来で行われており、患者のQOL（生活の質）の向上に貢献しています。

【定義・計算方法】

外来で化学療法を行った延べ患者数

【年次推移】



診療領域別（脳卒中）

1. 救急搬入された脳卒中患者における頭部CT検査施行までに要した時間

【指標の説明】

脳卒中の救急診療では、病歴、身体所見及び神経学的所見を迅速に把握し、最初に頭部CTを施行して脳卒中の診断や病型、治療方針を決め、早期に治療を開始することが重要です。発症からの時間経過、重症度、臨床病型により、選択できる治療法が異なってくる為、搬入後の診断に必要な画像検査が、どれだけ迅速に提供できたかを計ることは、診断とそれに続く治療開始の迅速性を示す指標となります。

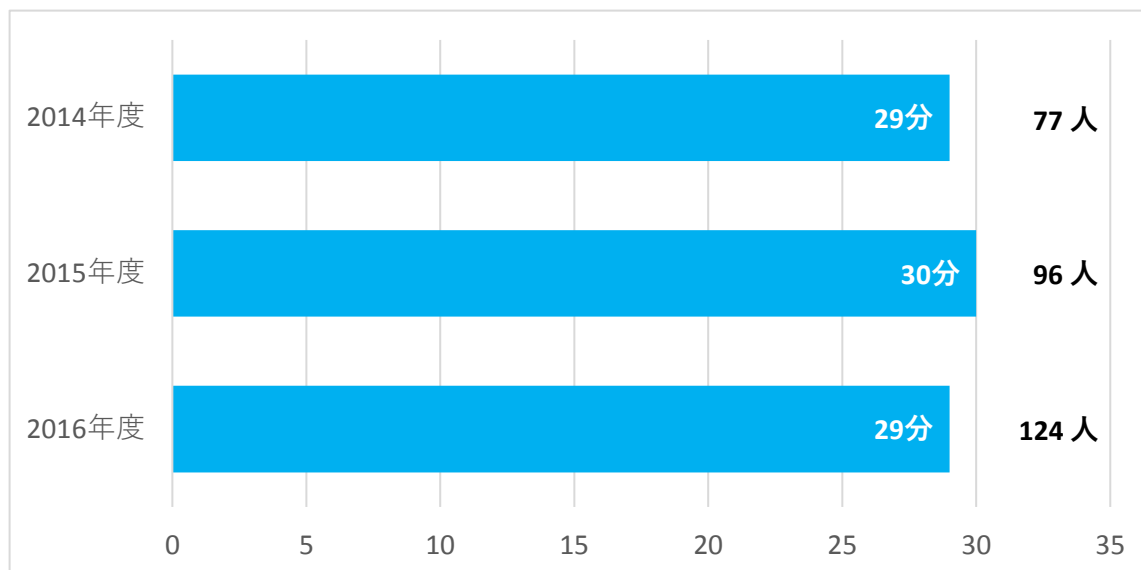
【定義・計算方法】

$$\frac{\text{対象患者の救急車搬入時間からCT検査施行までの時間}}{\text{救急搬入された患者のうち入院主病名が脳卒中である患者数}} \quad (\text{分})$$

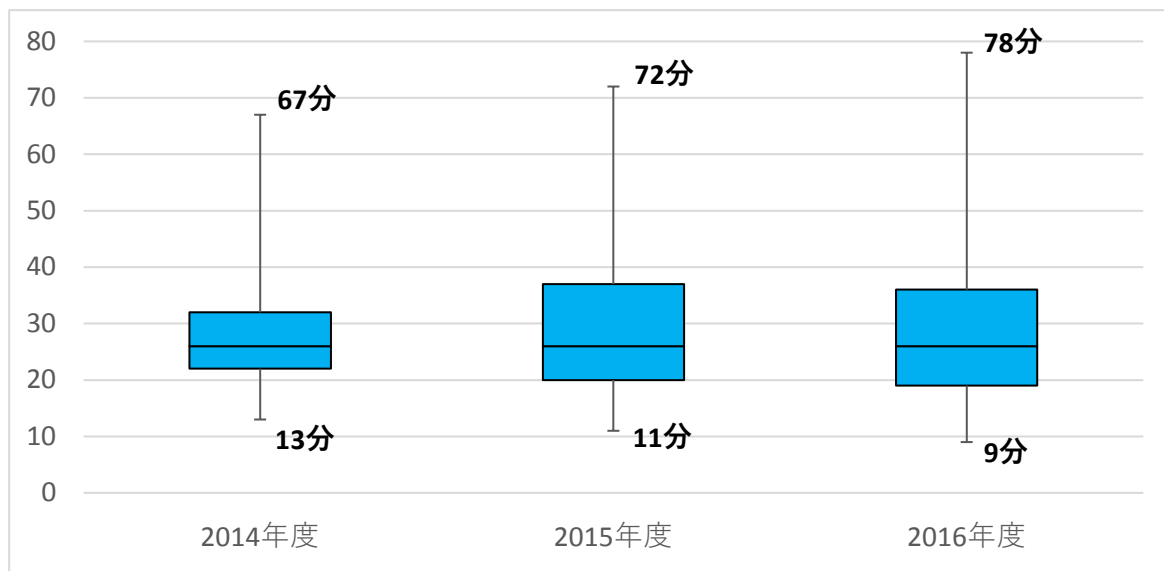
※緊急CT検査の対象と判断された患者

※入院契機が脳梗塞の患者

【年次推移】



年別・救急車搬入からCT検査施行までの時間の範囲



	2014年度	2015年度	2016年度
最小値	13	11	9
25%タイル	22	20	19
中央値	26	26	26
75%タイル	32	37	36
最大値	67	72	78
平均	29	30	29

診療領域別（脳卒中）

2. 急性脳梗塞患者のrt-PA投与件数

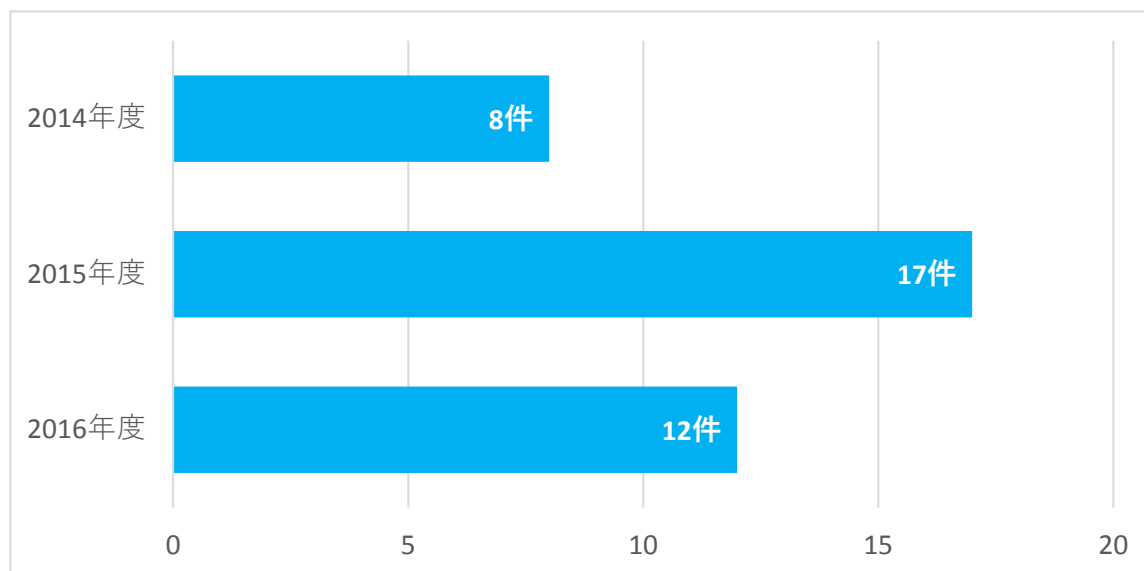
【指標の説明】

2005年10月に血栓溶解薬である組織プラスミノゲンアクチベーター（rt-PA：アルテプラゼ）静注療法が日本でも保険診療として治療を行うことが承認され、発症後4.5時間以内の超急性期脳梗塞の症例では、臨床病型を問わずrt-PA静注療法の適用の有無を決定することが重要になりました。超急性期にrt-PA静注療法を実施することにより、後遺症なく社会復帰できる可能性が高くなります。

【定義・計算方法】

rt-PAを投与した患者数

【年次推移】



診療領域別（脳卒中）

3. 急性脳梗塞患者の来院からrt-PA投与開始までの時間

【指標の説明】

脳梗塞発症後4.5時間以内の超急性期では、発症後可能な限り早期にrt-PA（アルテプラーゼ静注療法）を行うことが、生命予後の改善に重要です。

rt-PA静注療法の実施に際しては、来院時からの病歴、身体所見等の迅速な把握、頭部CT、MRI・MRA、頸動脈エコーを施行し病型の推定、治療方針の検討が必要であり、特に、日本脳卒中学会「rt-PA：アルテプラーゼ静注療法適正治療指針」の適応要件を満たす等の厳格な制限があるため、適用の有無を決定することが重要となります。

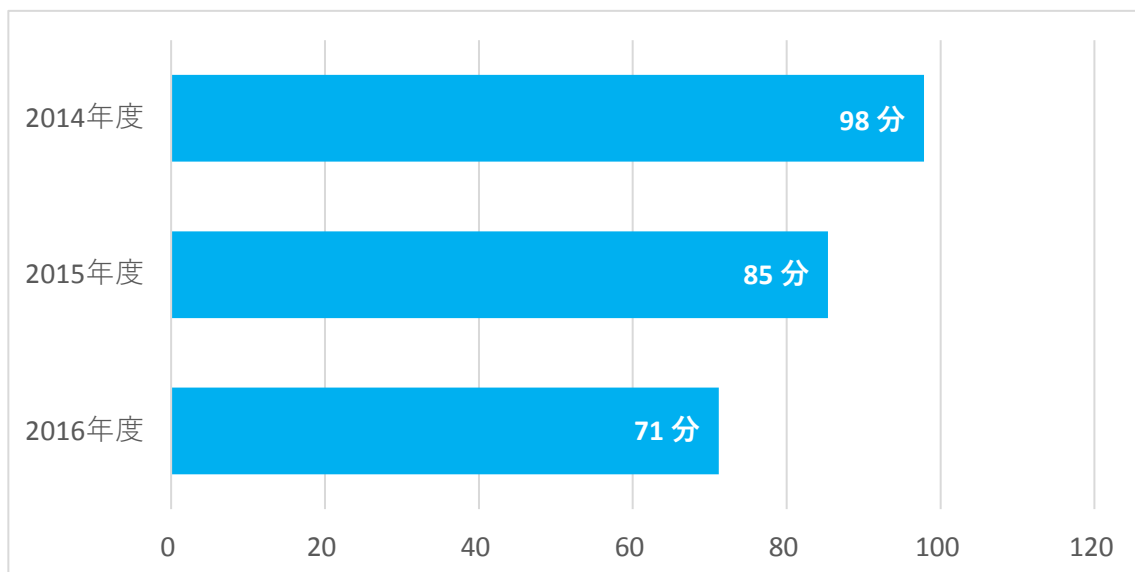
rt-PA静注療法が開始されるまでの時間には、来院時からの診断と治療を迅速に行う、チーム医療を必要とします。

【定義・計算方法】

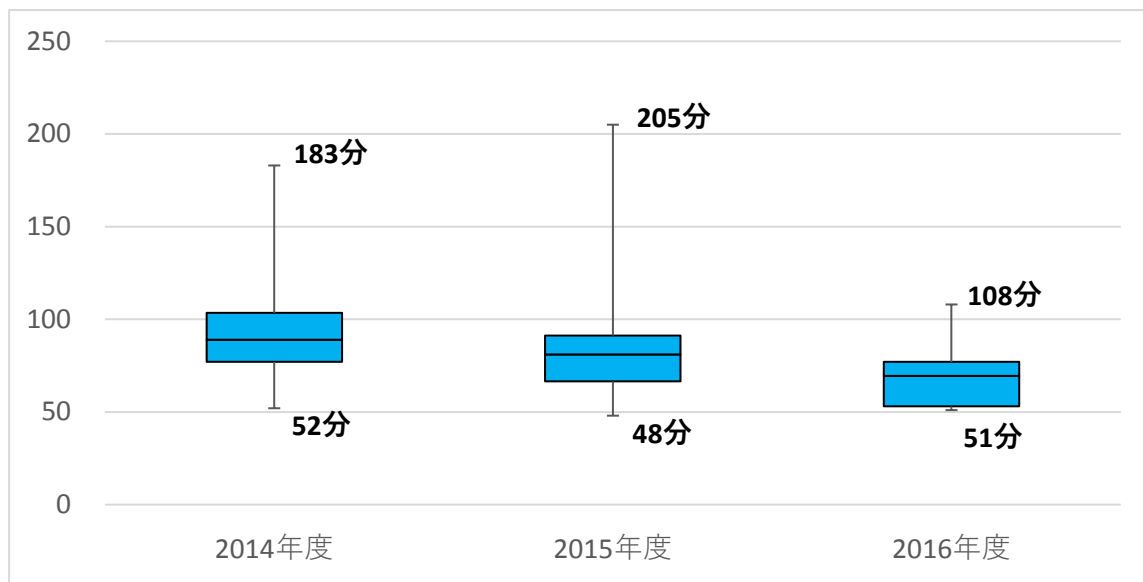
$$\frac{\text{分母のうち来院からrt-PA治療開始までの延べ時間}}{\text{急性脳梗塞でrt-PAを投与した入院患者数(※)}} \quad (\text{分})$$

※発症日不明の患者を除く入院主病名が脳梗塞であった患者で、入院後発症の患者を除く

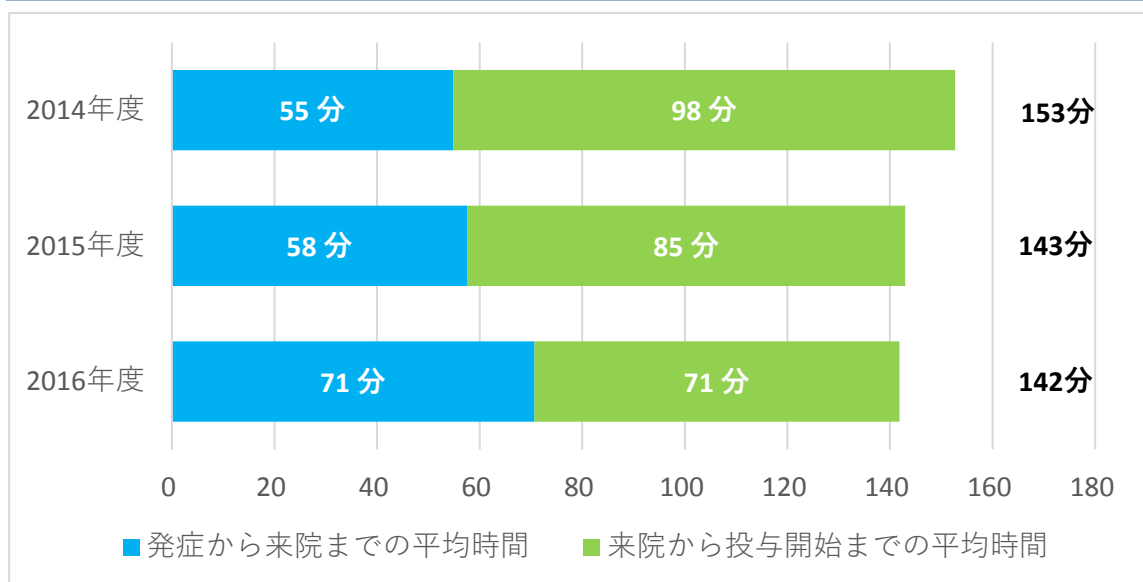
【年次推移】



①来院からrt-PA投与までの時間の範囲



②脳梗塞発症からrt-PA投与までの平均時間



診療領域別（脳卒中）

4. 急性脳梗塞患者の早期リハビリ開始率

【指標の説明】

脳梗塞でリハビリテーションの適応がある患者に対して、身体機能の回復や社会復帰を図るために、早期（入院後3日以内）にリハビリテーションを開始することが望ましいとされています。この数値が高いほど、早期にリハビリテーションが開始されたことを示しています。

【定義・計算方法】

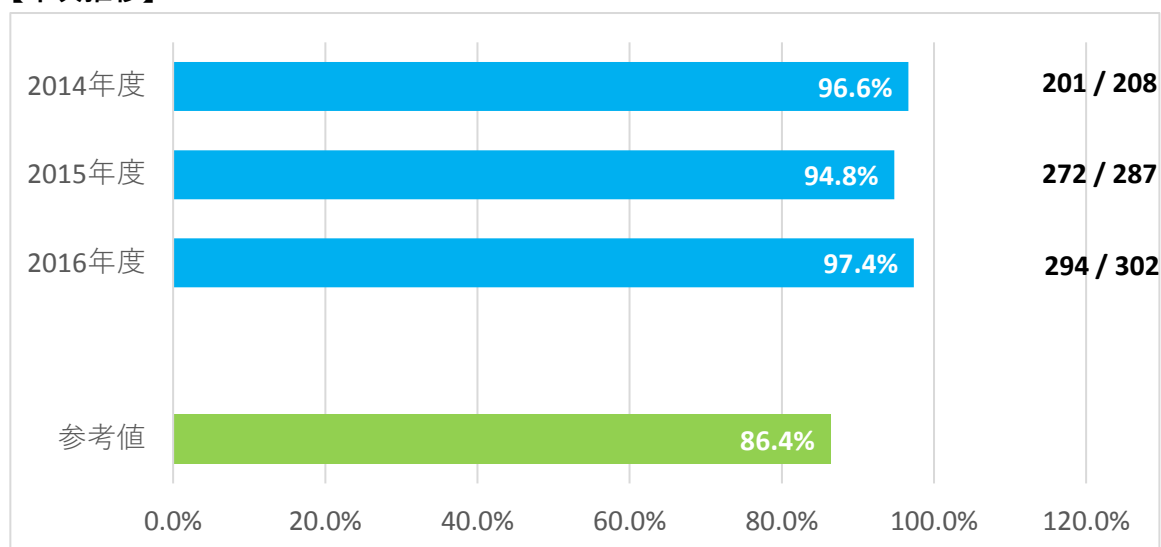
$$\frac{\text{分母のうちリハビリテーションを
入院後3日以内に開始した患者数(※2)}}{\text{急性脳梗塞で入院し、リハビリテーションを
実施した患者数(※1)}} \times 100 (\%)$$

(※1) 入院主病名が脳梗塞（発症から3日以内）の患者
ただし以下を除く

- ・死亡退院
- ・発症が入院後および、発症日不明

(※2) 「脳血管疾患等リハビリテーション料」が算定された患者

【年次推移】



参考値

出典：独立行政法人国立病院機構「平成27年度医療の質の評価・公表等推進事業
における臨床指標」

急性脳梗塞患者における早期リハビリテーション開始率
参加病院40施設の平均

診療領域別（脳卒中）

5. 脳梗塞患者の平均在院日数

【指標の説明】

脳梗塞の急性期治療は、素早い診断と治療開始が重要となります。更に、急性期治療を進めつつ、できるだけ早くリハビリテーションを開始し、早期の退院を目指します。入院中の合併症の発生防止、早期退院に伴う再入院の未然防止も質の向上には重要です

平均在院日数は、脳梗塞患者へ適切な医療やケアの介入がなされているかどうかを見る、総合的な指標といえます。

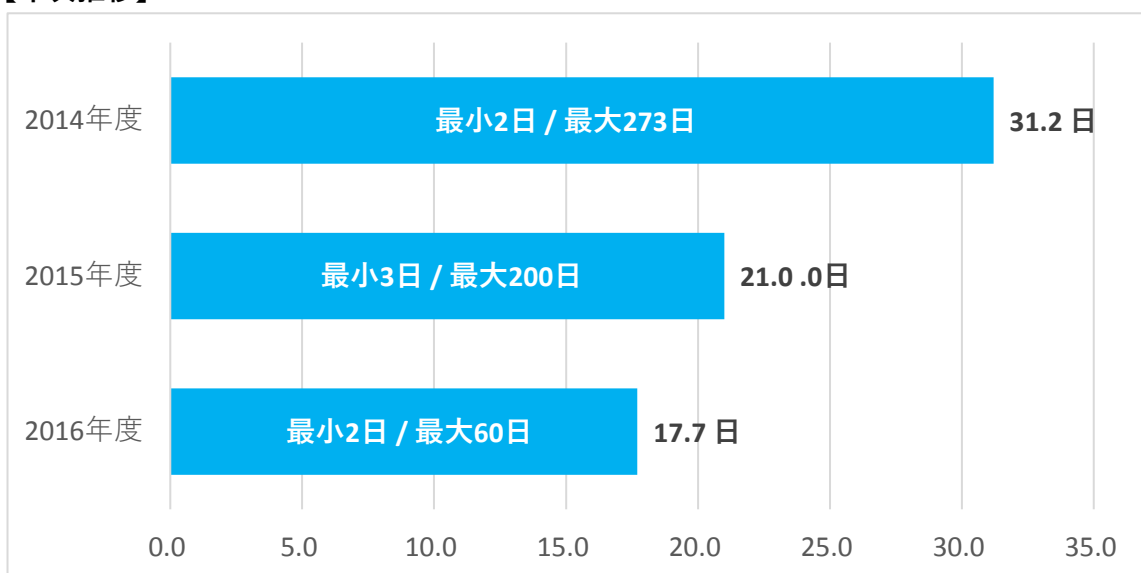
【定義・計算方法】

$$\frac{\text{分母の退院患者の延べ入院数}}{\text{主病名が脳梗塞であった退院患者数}} \quad (\text{日})$$

(※) 以下の患者を除く

- ・ 死亡退院
- ・ 入院後に脳梗塞を発症

【年次推移】

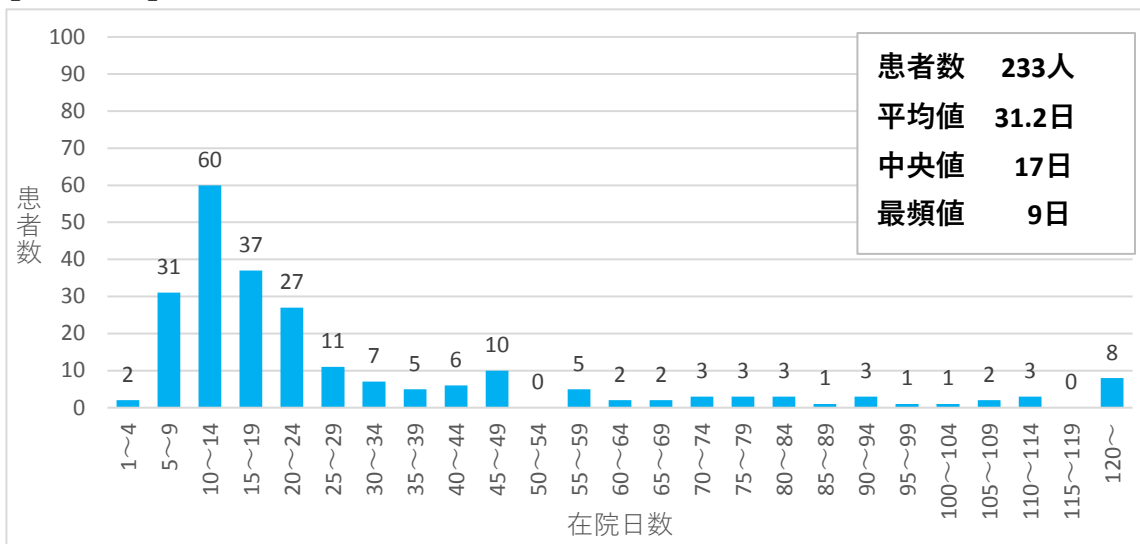


2015年4月までは当院内に回復期リハビリテーション病棟が存在した為、2014年度は平均在院日数が長くなっています。2015年5月以降は、患者の多くが同法人内の回復期リハビリテーション病棟を持つ病院に転院している為、平均在院日数が短縮されています。

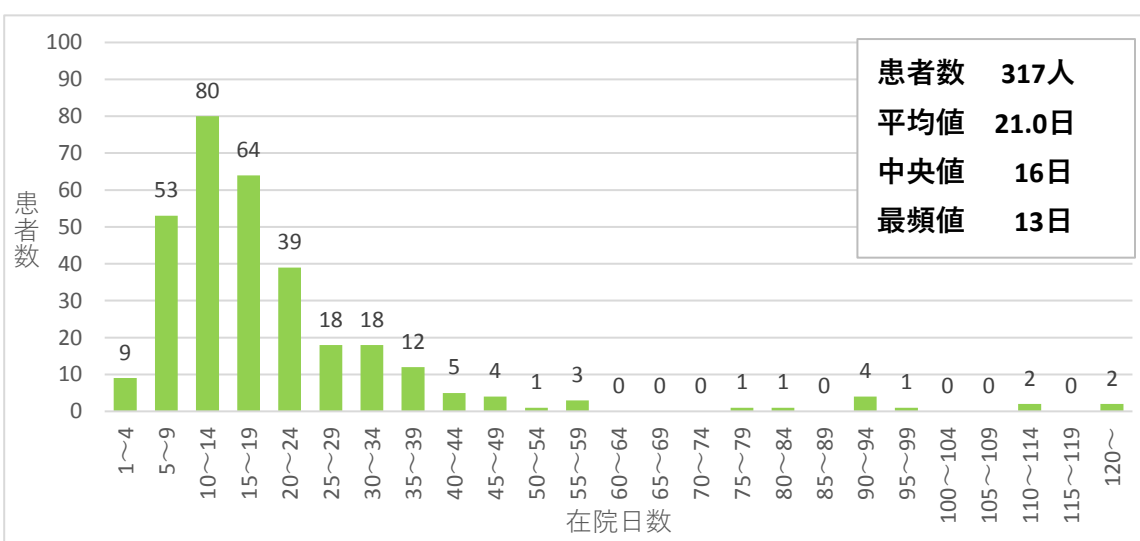
一宮西病院は脳卒中について、治療からリハビリテーション、在宅支援まで法人全体で取り組んでいます。

①退院日数別退院患者数

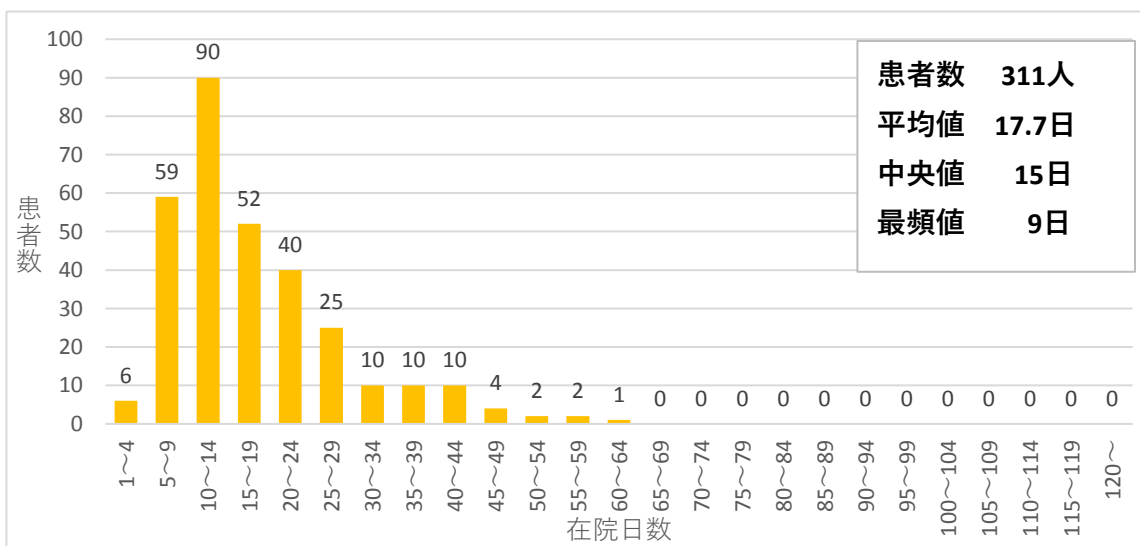
【2014年度】



【2015年度】



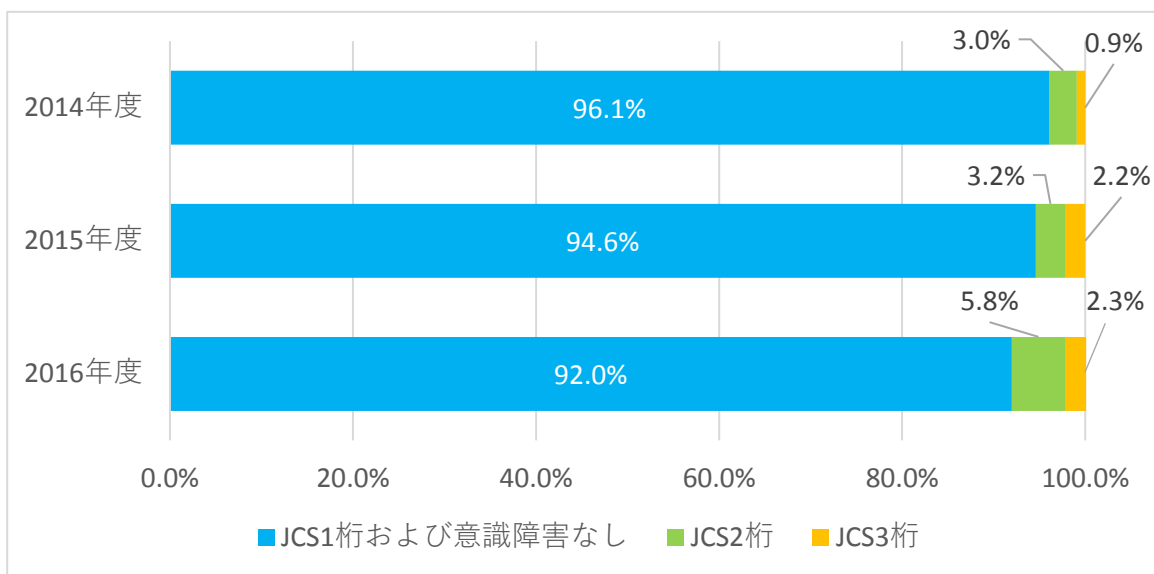
【2016年度】



② JCS：Japan Coma Scale（意識障害の程度）

Ⅲ群（3桁）	刺激しても覚醒しない
300	まったく動かない
200	手足をしこし動かしたり顔をしかめる（除脳硬直を含む）
100	払いのける動作をする
Ⅱ群（2桁）	刺激すると覚醒する
30	かろうじて開眼する
20	痛み刺激で開眼する
10	呼びかけて容易に開眼する
Ⅰ群（1桁）	覚醒している
3	名前、生年月日が言えない
2	見当識障害あり
1	清明とはいえない

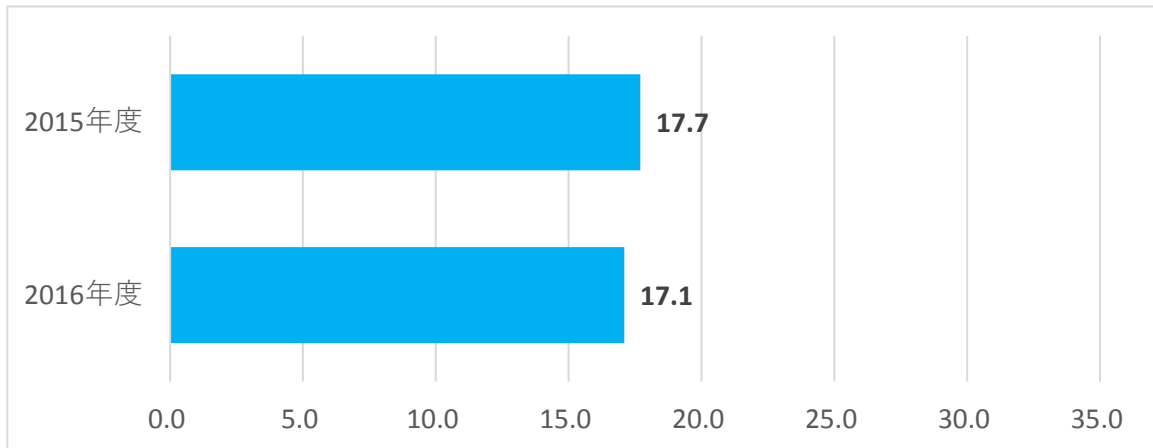
③ JCS3桁別年別患者割合



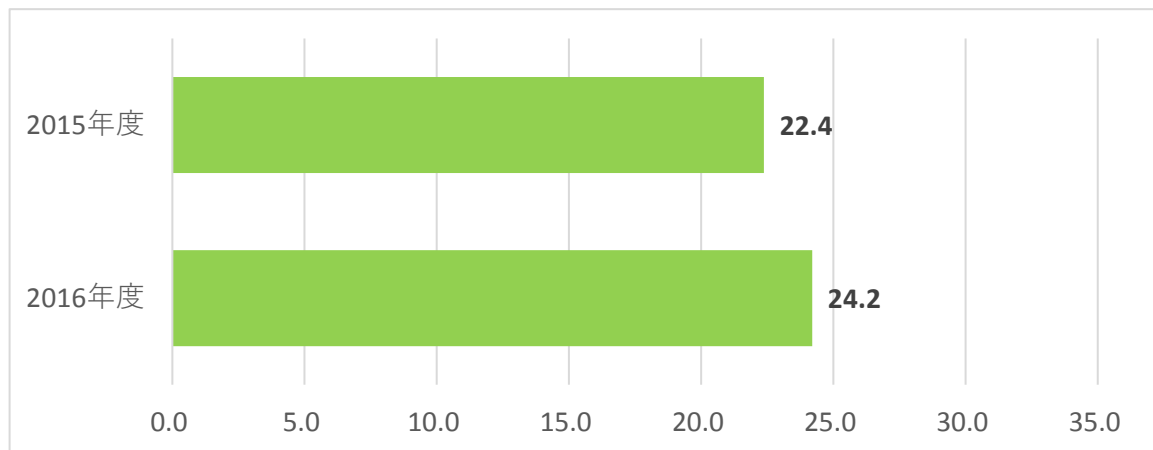
④JCS3桁別平均在院日数

2015年4月までは当院内に回復期リハビリテーション病棟が存在した為、平均在院日数が長く、比較対象にならない為、対象データを2015年度(2015年5月～2016年3月)と2016年度(2016年4月～2017年3月)としています。

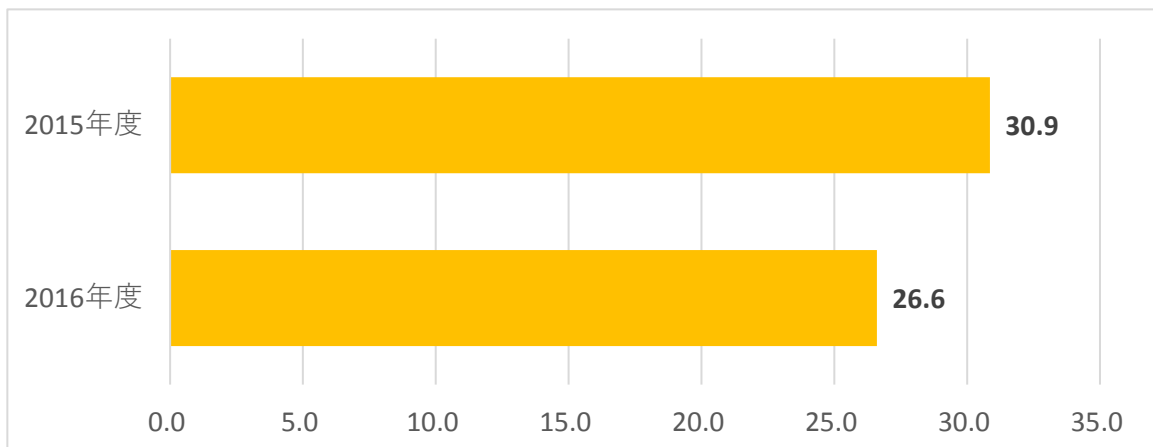
【JCS1桁および意識障害なし】



【JCS2桁】



【JCS3桁】



診療領域別（心疾患）

1. PCI(経皮的冠動脈インターベンション)を施行した救急患者の入院死亡率

【指標の説明】

虚血性心疾患に対する治療は、薬物療法、PCI（経皮的冠動脈インターベンション）冠動脈バイパス術があります。PCIは、心臓の「冠動脈」の狭窄、閉塞してしまった病変に対して、橈骨動脈などの血管からカテーテル（治療用の細い管）を使って治療する方法です。

PCI施行後の予後は、PCIに関わる医師の経験や技術、合併症発生時への対応、緊急にPCIを施行できる体制などが影響するといわれています。

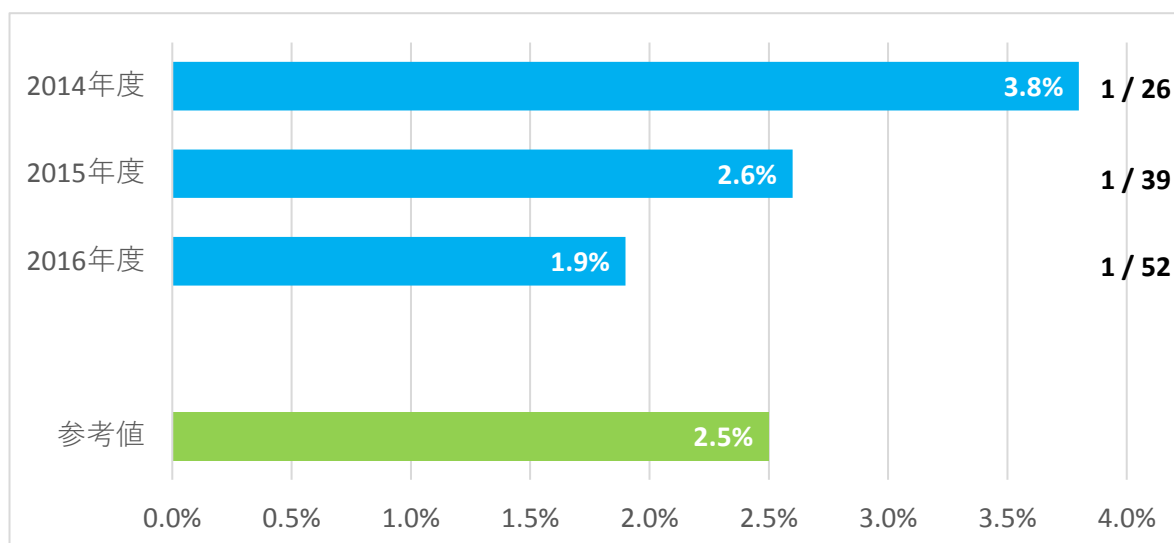
PCIによる死亡率を把握することは、PCIの質を評価する基本的な指標と考えています。

【定義・計算方法】

$$\frac{\text{分母のうち死亡患者数}}{\text{救急搬入され主病名が心筋梗塞、狭心症であった入院患者のうち、PCIを入院当日または、翌日に施行した患者数(※)}} \times 100 (\%)$$

※急性心筋梗塞は、入院時Killip分類（心臓の機能分類）が「Ⅰ:心不全なし」あるいは「Ⅱ:軽度から中度心不全」に該当する患者を対象にしています。
また入院時点で心停止が認められた患者を除いています。

【年次推移】



参考値

出典：独立行政法人国立病院機構平成27年度医療の質の評価・公表等推進事業における臨床指標の「PCI（経皮的冠動脈インターベンション）を施行した患者（救急車搬送）の入院死亡率」計測対象病院34施設の平均値

診療領域別（心疾患）

2. 急性心筋梗塞患者の入院死亡率

【指標の説明】

急性心筋梗塞から患者を救うには、迅速に診断し原因である冠動脈の閉塞をいかに早く再灌流させ、重症心不全や致死性不整脈などの合併症を防ぐかが重要となります。

この指標は、診断から治療までの過程が大きく影響してくるため、急性心筋梗塞の治療の質を評価するのはもちろんのこと、急性期医療の質を評価する上でも、重要な指標の一つとなります。

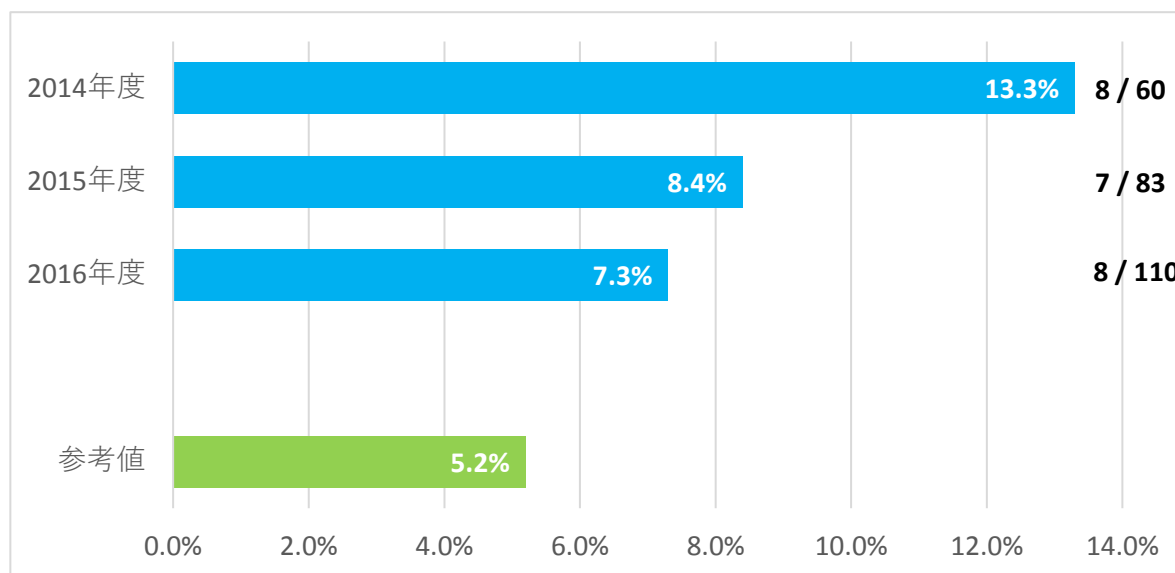
【定義・計算方法】

$$\frac{\text{分母のうち死亡退院数(※)}}{\text{急性心筋梗塞の診断で入院した患者数}} \times 100 (\%)$$

(※) 以下を除きます。

- ・来院時心肺停止（CPA）の患者
- ・急性心筋梗塞以外の傷病で死亡した患者

【年次推移】



参考値

出典：公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表推進事業

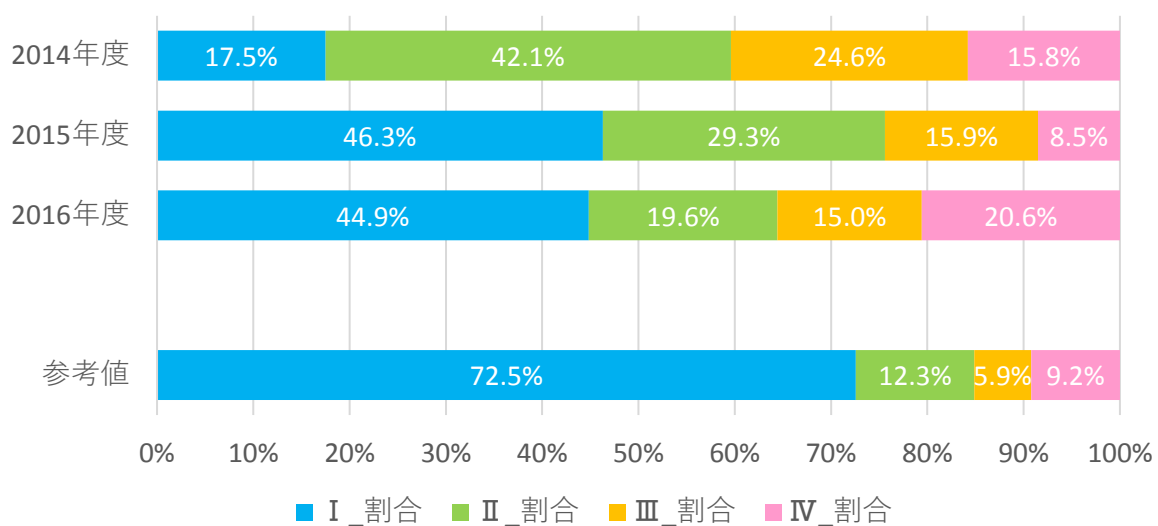
平成27年10月～12月の99施設、1543症例の死亡率（※）

※参考値の死亡率は、心筋梗塞の重症度分類（Killip）で補正された値

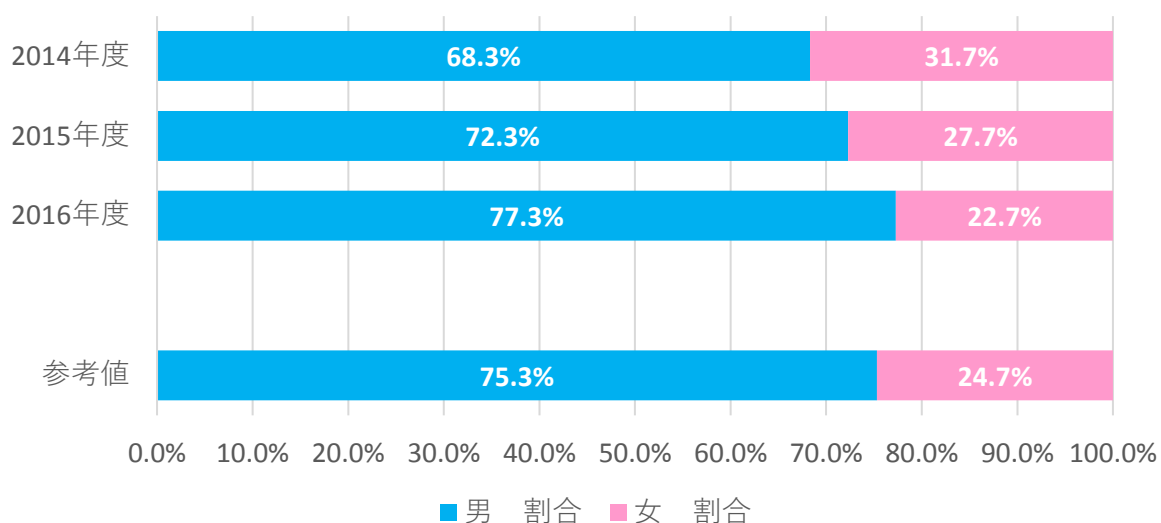
Killip分類について

分類	所見
Killip I	心不全の徴候なし
Killip II	軽症～中等症の心不全
Killip III	重症心不全、肺水腫
Killip IV	心原性ショック

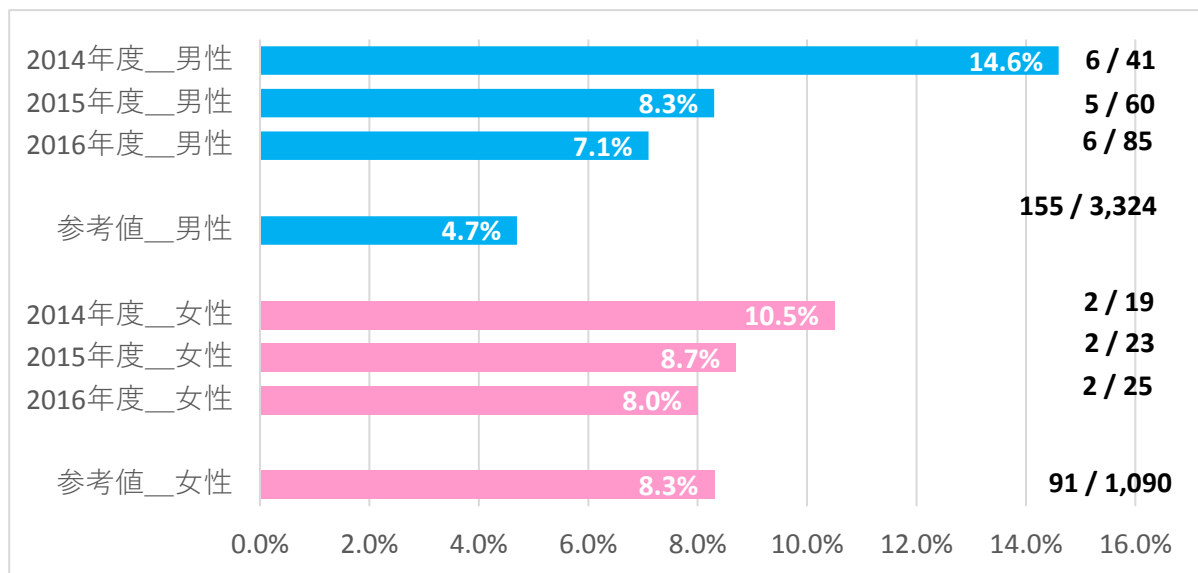
①Killip分類別AMI患者割合



②男女別AMI患者割合



③男女別死亡率



①～③の参考値

出典：東京都CCUネットワークの活動状況報告2012