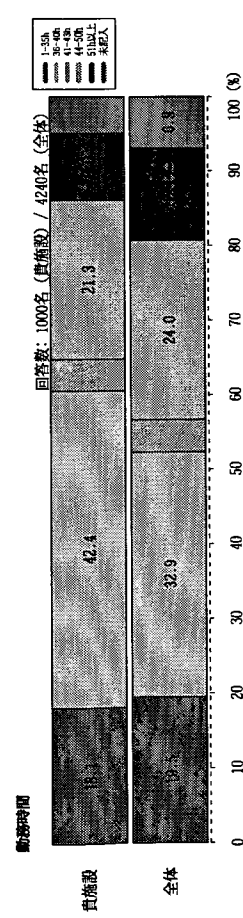
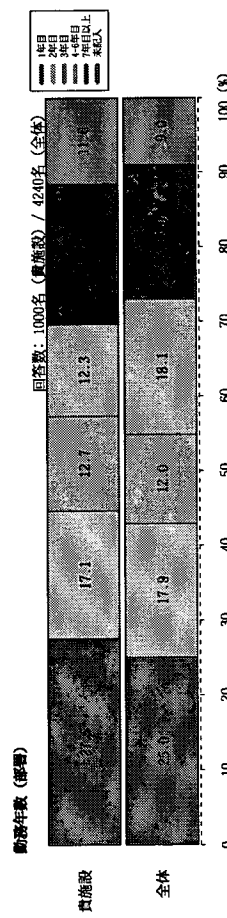
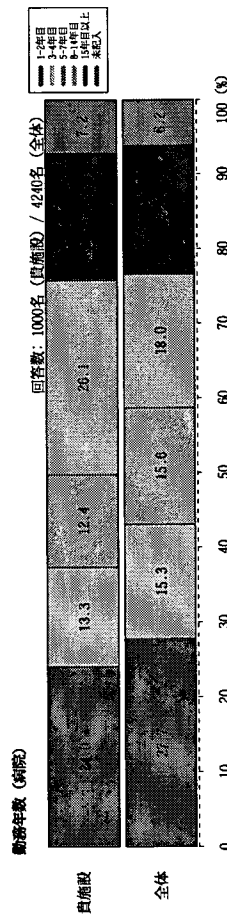
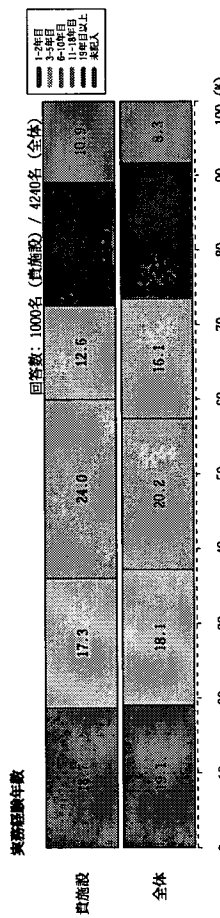
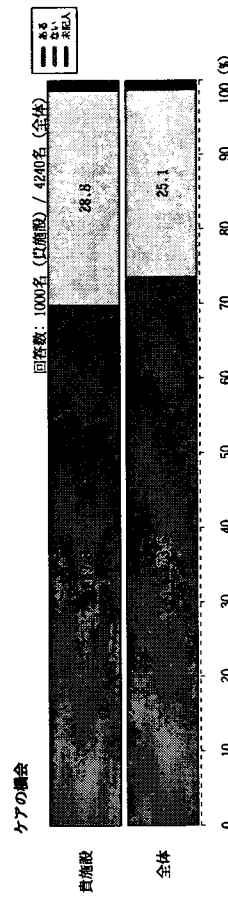
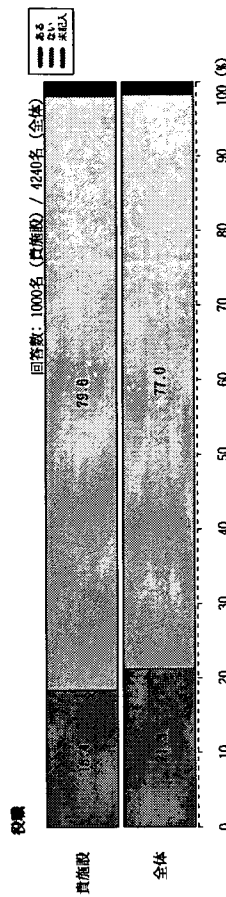


2.4 実務経験年数/勤務年数(病院)/勤務年数(部署)/勤務時間



2.5 役職/ケアの機会



箱ひげ図では、以下の6つの情報が集約されている。

- (a) 中央値: 得点を低い者から順に並べたとき、50% (中央) に位置する値
- (b) 25% 点: 得点を低い者から順に並べたとき、25% 目に位置する値
- (c) 75% 点: 得点を低い者から順に並べたとき、75% 目に位置する値
- (d) 最小値: 25% 点 - 1.5 × (75% 点 - 25% 点) を「下側境界点」とし、中央値寄りでは下側境界点に最も近い値を「最小値」としている。
- (e) 最大値: 75% 点 + 1.5 × (75% 点 - 25% 点) を「上側境界点」とし、中央値寄りでは上側境界点に最も近い値を「最大値」としている。
- (f) 外れ値: 下側境界点よりも小さな値、上側境界点よりも大きな値は「外れ値」としている。

3.1 箱ひげ図の読み方

ここでは、箱ひげ図の読み方を概説する。例として、A 学校と B 学校のテスト結果 (仮想データ) を用いる。テストの点数の取りうる値は、0-100 点である。両学校の生徒数は、400 人とする。

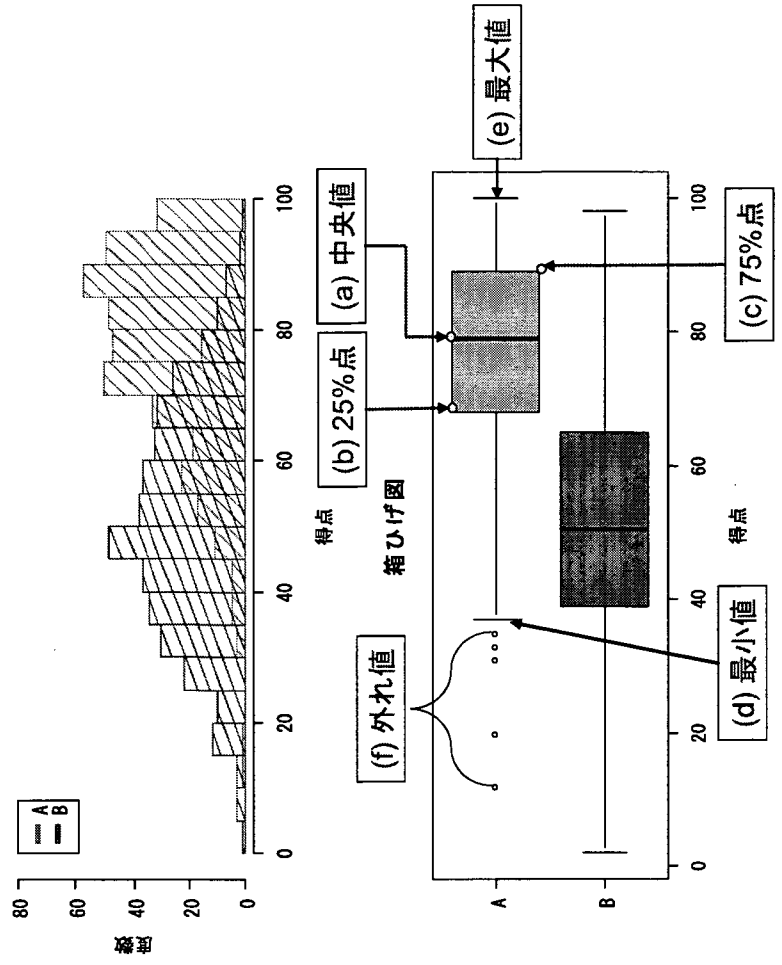
2つの学校別に算出した、テスト結果の基礎統計量を表 3.1 に示した。A 学校の平均点は 76.7 点であり、B 学校よりも 25.6 点高い。また、得点のバラバラ (標準偏差) は、B 学校の方が高い。つまり、A 学校の生徒の方が、均質に高い成績を収めていることが、平均値と標準偏差より読み取れる。これらの結果を図示したものが、右図のヒストグラムである。

次に、中央値を確認すると、A 学校の中央値は 79 点であり、B 学校よりも 28.5 点高い。また、得点のバラバラを確認すると、A 学校の場合は、25% 点は 68 点、75% 点は 89 点であることから、50% の生徒は 68-89 点を収めることが確認できる。一方、B 学校の場合は、50% の生徒は 39-65 点を収めることが確認できる。これらの結果を図示したものが、右図の箱ひげ図である。

表 3.1 基礎統計量

	A	B
平均値	76.7	51.1
標準偏差	15.4	17.8
最小値	12	2
25% 点	68	39
中央値	79	50.5
75% 点	89	65
最大値	100	98

ヒストグラム



■**解釈のポイント** 本資料で出てくる箱ひげ図の解釈の3ポイント

- (1) 中央値が偏差値 50 よりも高いか否か
 高い 参加施設の平均と比べて、職員満足度/患者安全文化が高い
 低い 参加施設の平均と比べて、職員満足度/患者安全文化が低い
- (2) 25%点と75%点の幅は狭いか広いか
 狭い 職員満足度/患者安全文化の評価の個人差は小さい
 広い 職員満足度/患者安全文化の評価の個人差は大きい
- (3) 最小値と最大値の幅は狭いか広いか
 狭い 職員満足度/患者安全文化の評価の個人差は小さい
 広い 職員満足度/患者安全文化の評価の個人差は大きい

3.2 調査票 (患者安全文化)

第2部 患者安全文化に関する調査

第2部の目的は、貴院における患者安全文化の現状及び安全な医療を提供していく上での課題を把握することです。患者安全、医療過誤、イベント報告について15分程度の質問をお願いします。

本調査で使用されている下記の言葉の意味は、以下のお考えください。
 「イベント」とは・・・患者に有害であったかどうかに限らず、全ての種類の質問をお願いします。
 「患者安全」とは・・・医療提供の過程から生じる患者の傷害・有害事象を回避し、予防することと定義します。

A. あなたが働いている部署についてお聞きします

「部署」とは、あなたがほとんど勤務時間を過ごすか、またはほとんどの臨床サービスを提供する病院内の職場、部門、または診療科とお考えください

A-1 この病院内における、あなたの主な職場、部門はどこですか。
 下記より最も当てはまるものを1つだけ選んで右欄に数字を記入してください

- (1) 複数の部署にわたり特定の部署ではない (2) 外科 (3) 内科 (4) 整形外科 (5) 心臓血管外科
- (6) 耳鼻科 (7) 皮膚科 (8) 泌尿器科 (9) 眼科 (10) 麻酔科 (11) 産科/婦人科
- (12) 小児科 (13) 精神科/心療内科 (14) 検査部 (15) 手術部 (16) 外来 (17) リハビリ科
- (18) 薬剤部 (19) ICU/NICU/HCU (20) 放射線科 (21) 検査科 (22) 事務(庶務系) (23) 事務(医事系)
- (24) 事務(会計系) (25) 医療安全対策室 (26) 地域連携室 (27) 売店 (28) 栄養管理室 (29) 看護部
- (30) 食堂 (31) ポイラ一室 (32) その他 → ()

A-2 あなたが働いている部署に関して、下記の事項に対するあなたの意見に最も当てはまると思うものに1つだけ○をつけて下さい

	1	2	3	4	5	9
私の部署では、職員は互いに助けあって仕事をしている	1	2	3	4	5	9
私の部署では、仕事を行うのに十分な数の職員がいる	1	2	3	4	5	9
私の部署では、急ぎでかつ大量の仕事がある場合、それを早く終わらせるためにチームとして一緒に取り組む	1	2	3	4	5	9
私の部署では、職員は互いに敬意をもって接している	1	2	3	4	5	9
私の部署では、患者安全に精通であらう労働時間も長く働いている	1	2	3	4	5	9
私の部署では、患者安全の促進について積極的に取り組んでいる	1	2	3	4	5	9
私の部署では、患者安全に最適な人数より多くの代理職員・臨時職員を採用している	1	2	3	4	5	9
私の部署では、ミスをするとは非難されているように感じる	1	2	3	4	5	9
私の部署では、ミスは良い変化へとつながっていく	1	2	3	4	5	9
私の部署で、深刻なミスが起きていないのは偶然ではない	1	2	3	4	5	9
私の部署のどこかが非常に多忙になった場合、他の職員は手助けする	1	2	3	4	5	9

	まあ ない	まあ ある	やや ない	やや ある	とても ない	とても ある	まあ ない	まあ ある	やや ない	やや ある	とても ない	とても ある
あるイベントが報告された場合、問題自体ではなく当事者個人が非難される傾向がある	1	2	3	4	5	9						
私の部署では、患者安全の促進を図るため何かを改善した後、その効果を評価している	1	2	3	4	5	9						
私の部署では、「緊急対応」のように、あまりにも大層の仕事を大急ぎでやっている	1	2	3	4	5	9						
私の部署では、より多くの仕事をするために、患者安全が犠牲になることはない	1	2	3	4	5	9						
私の部署では、職員は自分のミスが人々の記録に記録されることを心配している	1	2	3	4	5	9						
私の部署には、患者安全についての問題がある	1	2	3	4	5	9						
私の部署の業務手順やシステムは、ミスを予防するようになっている	1	2	3	4	5	9						

日、あなたの上司や管理者についてお聞きします

あなたの直属の上司、管理者、またはあなたが直接報告する人について以下の質問にお答えください。あなたの意見に最もあてはまると思うものに1つだけ○を付けてください。

	まあ ない	まあ ある	やや ない	やや ある	とても ない	とても ある
私の上司や管理者は、仕事で定められた患者安全の手順通りに行われると、ほめる	1	2	3	4	5	9
私の上司や管理者は、職員から患者安全を促進する提案がされた時、真剣に考慮する	1	2	3	4	5	9
私の上司や管理者は、多忙な時、手抜きで済ませても早く仕事をすることを要求する	1	2	3	4	5	9
私の上司や管理者は、繰り返し起きている患者安全の問題を見落としている	1	2	3	4	5	9

ロ、コミュニケーションについてお聞きします

あなたの働いている部署において、下記の事項はどれくらいの頻度で起こりますか。あなたの意見に最もあてはまると思うものに1つだけ○を付けてください。

	まあ ない	まあ ある	やや ない	やや ある	とても ない	とても ある
私たちは、イベント報告に基づく改善があれば、それについてフィードバックを受けている	1	2	3	4	5	9
私の部署では、患者さんのケアに悪影響があることを察した場合、気兼ねなく報告する	1	2	3	4	5	9
私たちは、自分達の部署で起きた過誤について説明を受けている	1	2	3	4	5	9
私の部署では、目上の職員の決定や行為に対して遠慮なく質問する	1	2	3	4	5	9
私の部署では、事故やミスの再発防止策についての議論がある	1	2	3	4	5	9
私の部署では、正しくないと感じることに質問するのをためらうことがある	1	2	3	4	5	9

エ、あなたの報告頻度についてお聞きします

あなたの部署でのイベント報告頻度をお伺いします。下記事項に関して最もあてはまると思うものに1つだけ○を付けてください。

	まあ ない	まあ ある	やや ない	やや ある	とても ない	とても ある
ミスが起きたが、患者に影響を及ぼす前に発見され改善された場合、どれくらいの頻度で報告がありますか	1	2	3	4	5	9
ミスが起きたが、それが患者に影響を及ぼす可能性がないものである場合、どれくらいの頻度で報告がありますか	1	2	3	4	5	9
患者に悪影響を及ぼしミスが起きたが、被害がなかった場合、どれくらいの頻度で報告がありますか	1	2	3	4	5	9

エ、患者安全の総合評価についてお聞きします

患者安全についてあなたの部署を総合的に評価してください。あなたの答えとして1つだけ選んで右欄へ数字をご記入ください。

1	2	3	4	5
最良である	とても良い	変りいれられる程度	よくない	失敗している

フ、あなたの働いている病院についてお聞きします

あなたの病院について以下の質問にお答えください。あなたの意見に最もあてはまる数字を1つだけ選んで○を付けてください。

	まあ ない	まあ ある	やや ない	やや ある	とても ない	とても ある
私の病院は、患者安全を促進するような職場環境を用意している	1	2	3	4	5	9
私の病院では、部署同士がうまく連携していない	1	2	3	4	5	9
私の病院では、患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある	1	2	3	4	5	9
私の病院では、協力しあう必要がある部署同士は、うまく連携している	1	2	3	4	5	9
私の病院では、シフト交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることがよくある	1	2	3	4	5	9
私の病院では、他の部署の職員と一緒に働くことが不愉快なことがよくある	1	2	3	4	5	9
私の病院では、部署間で情報をやりとりする際、よく問題が起きる	1	2	3	4	5	9
私の病院は、患者安全を推進する事項として経営活動を行っている	1	2	3	4	5	9
私の病院は、悪い事が起きた後でしか、患者安全に関心をもちないようである	1	2	3	4	5	9
私の病院では、患者さんに最高のケアを提供するため、部署同士が協力している	1	2	3	4	5	9
私の病院のシフト交替システムは、患者さんにとって悪影響があるものである	1	2	3	4	5	9

グ、報告されるイベント(医療過誤や患者安全など)の頻度についてお聞きします

過去12ヶ月の間に、あなたが作成し報告したイベント報告数をお答えください。

- (1)全く報告しなかった (2)1~2 (3)3~5
- (4)6~10 (5)11~20 (6)21以上

3.3 患者安全文化の12側面と項目の対応

表 3.2 患者安全文化の12側面と項目の対応

(a) イベントの報告される程度 ミスが起きたが、患者に影響を及ぼさず済んだ場合、どれくらい頻度で報告がありますか ミスが起きたが、それが患者に影響を及ぼさず済んだ場合、どれくらい頻度で報告がありますか 患者に苦を及ぼさずミスが起きた場合、報告がなかった場合、どれくらい頻度で報告がありますか	(b) 安全に対する総合的理解 ★ 私の部署で、深刻なミスが起きていないのは偶然ではない ★ 私の部署では、より多くの仕事をするために、患者安全が犠牲になることはない ★ 私の部署には、患者安全についての問題がある ★ 私の部署の業務手順やシステムは、ミスを予防するように配慮されている	(c) 上司の安全に対する態度や行動 ★ 私の上司や管理者は、仕事で定められた患者安全の手順通りに行われると、ほめる ★ 私の上司や管理者は、職員から患者安全を促す提案がされた時、真剣に考慮する ★ 私の上司や管理者は、多忙な時、手抜きであっても早く仕事をすることを要求する ★ 私の上司や管理者は、繰り返し起きている患者安全の問題を見落としている ★ 組織が継続的な改善	(d) 組織が継続的な改善 私の部署では、患者安全の促進について積極的に取り組んでいる 私の部署では、ミスは良い変化へとつながっていく 私の部署では、患者安全の促進を図るため何かを改善した後、その効果を評価している	(e) 部署内でのチームワーク 私の部署では、職員はお互いに助けあって仕事をしている 私の部署では、急ぎかつ大抵の仕事がある場合、それを早く終わらせるためにチームとして一緒に取り組む 私の部署では、職員はお互いに敬意をもって接している 私の部署のどこのかが非常に多忙になった場合、他の職員は手助けする	(f) オープンなコミュニケーション 私の部署では、患者さんのケアに悪影響があることを見た場合、気兼ねなく発言する 私の部署では、目上の職員の決定や行為に対して遠慮なく質問する ★ 私の部署では、正しくないと感じることについて質問するのをためらうことがある	(g) エラー後のフィードバック 私たちは、イベント報告に基づき改善があれば、それについてフィードバックを受けている 私たちは、自分達の部署で起きた過誤について説明を受けている 私の部署では、事故やミスの再発防止策についての議論がある	(h) 過誤に対する非懲罰的対応 ★ 私の部署では、ミスをすると非難されているように感じる ★ あるイベントが報告された場合、問題自体ではなく当事者個人が非難される傾向がある ★ 私の部署では、職員は自分のミスが人事の配属に留められることを心配している	(i) 人員配置 私の部署では、仕事を行うのに十分な数の職員がいる ★ 私の部署では、職員は患者安全に危険であろう労働時間よりも長く働いている ★ 私の部署では、患者安全に精通した人より多くの代理職員・臨時職員を採用している ★ 私の部署では、“緊急事態”のように、あまりにも大抵の仕事を大急ぎでやっている	(j) 患者安全に対する病室管理支援 私の病室では、患者安全を促進するような職場環境を用意している 私の病室では、患者安全を優先事項として経営活動を行っている ★ 私の病室では、悪い事が起きた後でしか、患者安全に関心をもちないようである	(k) 部署間でのチームワーク ★ 私の病室では、部署同士がうまく連携していない 私の病室では、協力しあう必要がある部署同士は、うまく連携している ★ 私の病室では、他の部署の職員と一緒に働くことがよくある 私の病室では、患者さんに最高のケアを提供するため、部署同士が協力している	(l) 仕事の引継ぎや手引きの役割 ★ 私の引継ぎや手引きの役割 ★ 私の病室では、患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある ★ 私の病室では、シフト交替の際、直前の患者情報が抜け落ちることがよくある ★ 私の病室では、部署間で情報をやりとりする際、よく問題が起きる ★ 私の病室では、シフト交替システムは、患者さんにとって悪影響があるものである
---	---	---	--	--	---	--	---	---	---	--	--

(注)「★」は逆転項目を意味する。

H. あなたの属性についてお願します

H-1 性別 (1) 男性 (2) 女性 →

H-2 年齢 (1) 20歳未満 (2) 30代 (3) 40代 (4) 50代 (5) 60歳以上 →

H-3 既婚・未婚を選択してください。 (1) 未婚 (2) 既婚 (ごともがいても) (3) 既婚 (ごともがいない) →

H-4 勤務形態 (1) 正職員 (2) 嘱託職員 (3) 委託職員 (4) 派遣員 (5) その他 →

H-5 現在の専門職での実務経験年数をお教えください。 年 →

H-6 現在の病院での勤務年数をお教えください。 年 →

H-7 現在の部署での勤務年数をお教えください。 年 →

H-8 現在の選あだりの平均勤務時間をお教えください。 週 時間 →

H-9 現在の病院での職種をお聞いします。(常勤・非常勤は問いません)。
 (1) 医師 (2) 歯科医師 (3) 看護師 (4) 看護補助員
 (5) 理学療法士 (6) 薬剤師 (7) 助産師 (8) 保健師
 (9) 臨床検査士 (10) 作業療法士 (11) 臨床検査技師 (12) 診療エックス線技師
 (13) 栄養士・管理栄養士 (14) 検体調製士 (15) 衛生検査技師 (16) 介護福祉士
 (17) 言語聴覚士 (18) 臨床工学士 (19) 臨床検査員 (20) 医療社会事業従事者
 (21) 歯科衛生士 (22) 歯科技工士 (23) 社会福祉士 (24) 柔道整復師
 (25) 精神保健福祉士 (26) その他技術系職員 (27) 事務職員 (28) 調理師
 (29) マッサージヤー (30) 登録技師 (31) リネン係 (32) 清掃員
 (33) 守衛 (34) 運転手 (35) その他 →

H-10 現在、あなたがは職種がありますか。 (1) ある (2) ない →

H-11 あなたは、通常、患者さんに直接接したり、ケアをする機会がありますか。 (1) ある (2) ない →

F. あなたの側面における安全や課題、イベント報告について思うことを自由に教えてください

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

参考文献

- [1] ACSNI Human Factors Study Group. Organising for safety, advisory committee on the safety of nuclear installations, health and safety commission, Third Report. Sudbury, England: HSE Books, 1993
- [2] 厚生労働省. ヒューマンエラー部会 安全な医療を提供するための 10 の要点, 2001([http:// www.mhlw.go.jp/ topics/ 2001/ 0110/ tp1030-1f.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html))
- [3] Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041, 2004

3.4 逆転項目の記載

表 3.3 逆転項目の記載

表 1.7. 表 1.8 に掲載されている項目内容	質問票の項目内容
私の部署では、職員は患者安全に最優先で働いている	★ 私の部署では、職員は患者安全に最優先である労働時間よりも長く働いている
私の部署では、患者安全に最適な人数の代理職員を採用している	★ 私の部署では、患者安全に最適な人数より多くの代理職員・臨時職員を採用している
私たちの部署では、ミスしても非難されない	★ 私の部署では、ミスをすると非難されているように感じる
私の部署で、深刻なミスが起きていないのは当然である	★ 私の部署で、深刻なミスが起きていないのは偶然ではない
あるイベントが報告された場合、問題自体ではなく当事者個人が非難される傾向はない	★ あるイベントが報告された場合、問題自体ではなく当事者個人が非難される傾向がある
私の部署では、“緊急事態”のように、あまりにも大量の仕事を抱えることはない	★ 私の部署では、“緊急事態”のように、あまりにも大量の仕事を抱えることが多い
私の部署では、職員は自分のミスが人事の記録に残されることを気にしていない	★ 私の部署では、職員は自分のミスが人事の記録に残されることを心配している
私の部署には、患者安全についての問題はない	★ 私の部署には、患者安全についての問題がある
私の上司や管理者は、多忙な時、手抜きであっても早く仕事をすることは要求しない	★ 私の上司や管理者は、多忙な時、手抜きであっても早く仕事をすることを要求する
私の上司や管理者は、繰り返し起きている患者安全の問題に配慮している	★ 私の上司や管理者は、繰り返し起きている患者安全の問題を見落としている
私の部署では、正しくないと感じることでも質問しやすい	★ 私の部署では、正しくないと感じることについて質問するのをためらうことがある
私の病院では、部署同士がうまく連携している	★ 私の病院では、部署同士がうまく連携していない
私の病院では、患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることはない	★ 私の病院では、患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある
私の病院では、シフト交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることはない	★ 私の病院では、シフト交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることがよくある
私の病院では、他の部署の職員と一緒に働くことが楽しい	★ 私の病院では、他の部署の職員と一緒に働くことが不愉快なことがよくある
私の病院では、部署間で情報をやりとりする際、問題が起きることはない	★ 私の病院では、部署間で情報をやりとりする際、よく問題が起きる
私の病院は、悪い事が起きる前に、患者安全に関心を払っている	★ 私の病院は、悪い事が起きた後でしか、患者安全に関心を払わないようである
私の病院のシフト交替システムは、患者さんにとって悪影響はない	★ 私の病院のシフト交替システムは、患者さんにとって悪影響があるものである

IV 医療の質測定

1 調査マニュアル

2 調査票

3 報告書サンプル

臨床指標マニユアル

平成 16 (2004) 年度版

Ver.1.4 (2004.11)

平成 16 年度厚生労働科学研究

臨床指標を用いた医療の質向上に関する国際共同研究班

1. データ取得期間

1.) 各項目の対象期間は、収集期間欄に従ってください。年間 (平成 15 年度) とは平成 15 年 4 月 1 日から平成 16 年 3 月 31 日までをさします。暦年で集計している場合は、その値を記入の上、期間欄にご記入ください。

2.) 調査にあたって年間分を集計することが困難な場合は、調査期間中の任意の 1 ヶ月間の集計値を記載してください。

3.) ただし、疾病単位の評価については、年間分の集計が困難な場合は、本年 7 月 1 日から 10 月 31 日までの期間の集計値を記載してください。

2. データ入力要領

入力いただく箇所は、黄色で示している「数値記入欄」、「今回の測定期間」、「今回のデータ出所」の 3 箇所です。

1.) 「数値記入欄」へは以下の要領で入力してください

① (数値入力) 単位 (人、床、件、症例 等) は既に設定しておりますので、数値のみを入力してください。

② (「有無」入力) 分子の単位に「有無」と指示がある場合には、該当欄にカーソルをあてると現れるプルダウンボタンをクリックし、「有」、または「無」を選択してください。

③ (データが貴院に該当しない場合)
各項目の事項が貴院に該当しない (存在しない) 場合、備考欄に「該当しない」と明記してください。

④ (データを取得できない場合)
データを取得できない項目に関しては、備考欄に「取得不能」と記入の上、その理由を簡単に備考欄に記載してください。

2.) 「データ取得期間」記載欄へは以下の要領で入力してください

① (データ取得期間・時点が設定期間と同じ場合)

記載欄に「同期間」もしくは「同時点」とご記入ください。

② (データ取得期間・時点が設定期間と異なる場合)

記載欄に取得期間を年号より明記してください。

(例) 平成 16 年 7 月 1 日～平成 16 年 10 月 31 日

3.) 「データの情報源」記載欄へは以下の要領で入力してください

- ・各項目のデータの情報源を「今回のデータの出所」欄に入力の上、お知らせください。
- ・「今回のデータ出所欄」にカーソルをあて、プルダウンボタンをクリックし、該当する情報源を選択してください。

3. データ提出要領

1.) データは **平成 17 年 1 月 20 日 (必着)** までご提出願います

※遅れる場合は、事務局へご連絡ください。

2.) 配布ファイル (MS-Excel) にデータをご記入の上、記憶媒体にて下記事務局まで郵送ください。

3.) 提出記憶媒体

- ・提出記憶媒体は FD もしくは CD、MO のいずれかとしてください。
- いづれの場合も MS-DOS フォーマット準拠にしてください。
- ・媒体のラベルには作成年月日、病院名、ファイル名を明記してください。
- ・提出媒体を書き込み禁止状態で提出してください
- ライトプロテクトタブをスライドしてください。

4.) データの照会等に必要ですので、作成ファイルは複製の上、保管願います。

5.) データご提出先

「臨床指標を用いた医療の質向上」研究班事務局 (担当：清水)
〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6 国立保健医療科学院政策科学部

4. 開頭手術、開心手術に関する手術コード分類

項目名	Kコード手術名	Kコード
開心手術	原則として心臓を切開し中腔に入る手術であるが、ただし、人工心臓を使用する可能性のある手術と大血管の手術を含む。	
	収縮性心膜炎手術	K542
	体動脈肺動脈短絡手術 (ブラロック手術、ウオーターストン手術)	K543
	右肺動脈上大動脈吻合術 (グレンーン手術)	K544
	肺動脈絞扼術	K545
	冠動脈結紮術	K546
	閉鎖性僧帽弁交連切開術	K547
	心房中隔欠損作成術	K549
	心房中隔欠損作成術 非直視下 (ブラロック・ハンロン手術 9)	K549.1
	内胸動脈心腔内移植手術	K550
	内胸動脈心腔内移植手術 片側の場合	K550.1
	内胸動脈心腔内移植手術 両側の場合	K550.2
	試験開心術	K555
	心腔内異物除去術	K556
	心房内血栓除去術	K557
	心腔腫瘍摘出術	K558
	房室弁直視下切開術	K559
	弁形成術	K560
	弁形成術 1 弁のもの	K560.1
	弁形成術 2 弁のもの	K560.2
弁形成術 3 弁のもの	K560.3	
ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	K560.2	
房室弁輪形成術	K561	
三尖弁閉鎖症根治手術	K562	
弁置換術	K563	
弁置換術 1 弁のもの	K563.1	
弁置換術 2 弁のもの	K563.2	
弁置換術 3 弁のもの	K563.3	
弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	K564	
心房中隔欠損閉鎖術	K565	
心房中隔欠損閉鎖術 単独のもの	K565.1	
心房中隔欠損閉鎖術 肺動脈弁狭窄を合併するもの	K565.2	
心室中隔欠損閉鎖術	K566	
心室中隔欠損閉鎖術 単独のもの	K566.1	

頭蓋内血腫除去術 (開頭して行うもの) 硬膜下のもの	K164.2
頭蓋内血腫除去術 (開頭して行うもの) 脳内のもの	K164.3
脳内異物摘出術	K165
脳腫瘍全摘術	K166
頭蓋内腫瘍摘出術	K167
脳切除術	K168
頭蓋内腫瘍摘出術	K169
頭蓋内腫瘍摘出術 松果体部腫瘍	K169.1
頭蓋内腫瘍摘出術 その他のもの	K169.2
脳動脈静脈奇形摘出術	K172
脳・脳膜脱手術	K173
硬膜膜血管結紮術	K173.2
脳動脈鞘被膜包術	K175
脳動脈鞘被膜包術 1箇所	K175.1
脳動脈鞘被膜包術 2箇所以上	K175.2
脳動脈瘤流入血管クリッピング (開頭して行うもの)	K176
脳動脈瘤流入血管クリッピング (開頭して行うもの) 1箇所	K176.1
脳動脈瘤流入血管クリッピング (開頭して行うもの) 2箇所以上	K176.2
脳動脈瘤頸部クリッピング	K177
脳動脈瘤頸部クリッピング 1箇所	K177.1
脳動脈瘤頸部クリッピング 2箇所以上	K177.2
頭蓋骨形成手術	K180
頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの	K180.1
頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの	K180.2

※悪性腫瘍手術は、主傷病が悪性新生物 (ICD10のC00-C970) に該当する症例で、手術を行ったものをカウントしてください。

5. 疾病別の評価に関する傷病名分類

疾病別の評価では主傷病名 (入院の直接の原因) が以下に該当する患者ごとに集計してください。

傷病名	ICD-10 疾病名	ICD10
急性心筋梗塞	前壁の急性真正壁性心筋梗塞	I210
	下壁の急性真正壁性心筋梗塞	I211
	その他の部位の急性真正壁性心筋梗塞	I212
	急性真正壁性心筋梗塞, 部位不明	I213
	急性心内膜下心筋梗塞	I214
	急性心筋梗塞, 詳細不明	I219
	前壁の再発性心筋梗塞	I220

下壁の再発性心筋梗塞	I221
その他の部位の再発性心筋梗塞	I228
部位不明の再発性心筋梗塞	I229
頸動脈サイフォンおよび頸動脈分岐部からのくも膜下出血	I600
中大脳動脈からのくも膜下出血	I601
前交通動脈からのくも膜下出血	I602
後交通動脈からのくも膜下出血	I603
脳底動脈からのくも膜下出血	I604
椎骨動脈からのくも膜下出血	I605
その他の頭蓋内動脈からのくも膜下出血	I606
頭蓋内動脈からのくも膜下出血, 詳細不明	I607
その他のくも膜下出血	I608
くも膜下出血, 詳細不明	I609
急性胆嚢炎を伴う胆嚢結石	K800
その他の胆嚢炎を伴う胆嚢結石	K801
急性胆嚢炎を伴わない胆嚢結石	K802
胆管炎を伴う胆管結石	K803
胆嚢炎を伴う胆管結石	K804
胆管炎または胆嚢炎を伴わない胆管結石	K805
その他の胆石症	K808
噴門	C160
胃底部	C161
胃体部	C162
幽門前庭	C163
幽門	C164
胃小弯, 部位不明	C165
胃大弯, 部位不明	C166
胃の境界部病巣	C168
胃, 部位不明	C169
大腿骨頸部骨折	S720
肺炎	J100
	J101
	J108
	J110

いもの		
その他の呼吸器症状を伴うインフルエンザ、インフルエンザウイルスが分離されないもの	J111	
その他の症状を伴うインフルエンザ、インフルエンザウイルスが分離されないもの	J118	
アデノウイルス肺炎	J120	
RSウイルス肺炎	J121	
パラインフルエンザウイルス肺炎	J122	
その他のウイルス肺炎	J128	
ウイルス肺炎、詳細不明	J129	
肺炎レンサ球菌による肺炎	J13	
インフルエンザ菌による肺炎	J14	
肺炎桿菌による肺炎	J150	
緑膿菌による肺炎	J151	
ブドウ球菌による肺炎	J152	
B型レンサ球菌による肺炎	J153	
その他のレンサ球菌による肺炎	J154	
大腸菌による肺炎	J155	
その他の好気性グラム陰性菌による肺炎	J156	
マイコプラズマ肺炎	J157	
その他の細菌性肺炎	J158	
細菌性肺炎、詳細不明	J159	
クラミジア肺炎	J160	
その他の明示された感染病原体による肺炎	J168	
他に分類される細菌性疾患における肺炎	J170	
他に分類されるウイルス性疾患における肺炎	J171	
真菌症における肺炎	J172	
寄生虫症における肺炎	J173	
他に分類されるその他の疾患における肺炎	J178	
気管支肺炎、詳細不明	J180	
大葉性肺炎、詳細不明	J181	
臥床(沈下)性肺炎、詳細不明	J182	
その他の肺炎、病原体不詳	J188	
肺炎、詳細不明	J189	

6. 指標定義詳細

(1)-(5) 平均在院日数(一般病床、療養病床(医療保険)、精神病床、結核病床、感染症病床別)	
計算式	$\frac{\text{在院患者延べ日数}}{(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数}) \times \frac{1}{2}}$ <p>在院患者延べ日数: 当該病床における期間中の在院患者延日数 新入院患者数: 期間中に新たに当該病床に入院した患者の数 退院患者数: 期間中に新たに当該病床から退院した数と当該病床から他の病床に移動した患者数 年間(平成15年度) 情報源 医事課統計 等</p> <p>注記 ・病床は、保険診療として地方社会保険事務局に届けられた「届出病床」に従う ・「基本診療料の施設基準等」(平成16年2月27日 厚生労働省告示第49号)別紙1</p>

(6) 外来患者入院患者比率	
計算式	$\frac{\text{延べ外来患者数}}{\text{延べ在院患者数}}$ <p>年間(平成15年度) 情報源 医事課統計 等</p>

(7) 新規外来患者入院患者比率(圧縮率)	
計算式	$\frac{\text{初診外来患者数}}{\text{延べ在院患者数}}$ <p>年間(平成15年度) 情報源 医事課統計 等</p>

(8) 1人あたり通院回数	
計算式	$\frac{\text{延べ外来患者数}}{\text{初診外来患者数}}$ <p>年間(平成15年度) 情報源 医事課統計 等</p>

(13) 救急外来受診小児患者(15歳未満)	
計算式	$\frac{15\text{歳未満の救急外来受診小児患者数}}{\text{延べ外来患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等

(14) 救急搬送患者数	
計算式	$\frac{\text{救急用自動車により搬送された患者数}}{\text{延べ外来患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等

(15) ICU 退室患者数	
計算式	$\frac{ICU\text{退室患者数}}{\text{延べ入院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	ICU 記録 等
注記	・ 施設基準届出の有無に拘らず、ICU と標榜している場合は記載すること ・ NICU、CCU は対象としない

(16) 開心術数	
定義	期間中の全ての手術に占める開心手術の割合
計算式	$\frac{\text{開心手術件数}}{\text{全手術件数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等
注記	・ 入院患者のみを対象とする ・ 開心手術の定義は 4. 定義参考

(9) 1人あたり通院期間	
計算式	$\frac{\text{前回診療日からの延べ日数}}{\text{延べ外来患者数}}$
収集期間	任意の一週間
情報源	医事課統計 等

(10) 紹介率	
計算式	$\frac{(\text{文書により紹介された患者数} + \text{救急用の自動車で搬送された患者数})}{\text{初診患者の数}} \times 100$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等
注記	・ 「基本診療料の施設基準等」(平成 16 年 2 月 27 日 厚生労働省告示第 49 号) 別添 3 様式 9 内記載上の注意参照

(11) 逆紹介率	
計算式	$\frac{\text{文書により逆紹介した患者数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等
注記	逆紹介とは、診療情報提供料を算定した患者をさす

(12) 救急外来受診患者	
計算式	$\frac{\text{救急外来受診患者数}}{\text{延べ外来患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等

(17) 開頭術数	
計算式	開頭手術件数 全手術件数
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等
注記	・ 入院患者のみを対象とする ・ 開頭手術とは、頭蓋骨の一部を切り取り、直視下に行う全ての手術を言う ・ 開頭手術の定義は 4、定義参考

(18) 悪性腫瘍手術数	
計算式	悪性腫瘍手術件数 全手術件数
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等
注記	・ 入院患者のみを対象とする ・ 悪性腫瘍手術は、主傷病が悪性新生物 (ICD10 の C.000 - C.970) に該当する症例で、手術を行ったものを全てをカウントしてください

(19) 短期滞在手術件数	
計算式	短期滞在手術件数 全手術件数
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	医事課統計 等
注記	・ 短期滞在手術とは、短期滞在手術基本料 1、2 (A400-1,2) を算定した件数をさす

(20) 1 患者 1 カルテ体制	
計算式	有・無
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	
注記	1 患者 1 カルテ体制の有無 ・ 1 患者 1 カルテ体制とは、入院・外来のいずれもが、以下の 2 点を満たす体制である。 1) 1 患者に対して診療料を超えて共通の ID 番号が付されている 2) カルテが病歴部等で中央管理されている

(21) ICD-10 による傷病名コーディングの有無	
計算式	有・無
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	
注記	・ カルテに記載されている病名が ICD-10 で符号化されているか否かで判断する

(22)、(23) 処置、手術コーディングの有無 (処置、手術別)	
計算式	有・無
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	
注記	・ カルテに記載されている処置 (手術) が ICD-9CM、ICPM、SNOMED のいずれかで符号化されているか否か

(24) 診療情報管理に専従する者の数	
計算式	診療情報管理に専従するものの数
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	管理課記録等

(25) 診療情報管理士数	
計算式	診療情報管理士数
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	管理課記録等
注記	・ 資格のない、診療情報管理業務の専任者は該当しない

(26) (27)、ヒヤリハット報告 (入院、外来別)	
計算式	$\frac{\text{ヒヤリハット報告件数(入院)} + \text{ヒヤリハット報告件数(外来)}}{\text{退院患者数}} \times 100$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	厚生労働省医療安全対策ネットワーク整備事業報告 等
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生労働省医療安全対策ネットワーク整備事業 (ヒヤリ・ハット事例収集事業) に基づき、財団法人日本医療機能評価機構へ報告した件数を記入 ・ 当該事業の収集対象事例は、以下に該当するものです。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例 (2) 誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例 (3) 誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例 ・ 上記事業に本年度から参加した医療機関は、半期 (平成 16 年 4 月 1 日～9 月 30 日) の報告件数を記入し、その由 (「収集期間：半期分」) を欄外に明記すること ・ なお、上記報告事業にしていけない医療機関は、院内で把握している報告件数を記入すること。その場合には、欄外に「院内独自システムによる件数」と明記すること。 ・ 上記以外の報告事業に参加の医療機関は、その報告件数を記入すること。その場合には、報告機関・団体を明記すること。

(28) クリニカルパス作成項目数	
計算式	$\frac{\text{クリニカルパス作成項目数}}{\text{総病床数}} \times 100$
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	
注記	・ 入院患者を対象とした全てのパスを指す

(29) クリニカルパス適用患者率 (入院時点)	
計算式	$\frac{\text{クリニカルパス適用患者数}}{\text{パス対象疾患入院患者数}} \times 100$
収集期間	平成 16 年 11 月 1 ヵ月間
情報源	
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・ クリニカルパスの適用患者数とは、11月に入院した患者 (11月より前から入院している患者を除く) について、クリニカルパスの適用となった患者の数をさす。 ・ 入院時点での適用率を問います。逸脱例等の別は問いません。

(30) 患者相談室設置の有無	
計算式	有・無
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	
注記	・ 相談窓口の設置も「有」とします。

(32-1) 患者からの相談件数(入院・外来の別を問わない)	
計算式	$\frac{\text{入院患者からの相談件数}}{\text{総病床数}} \times 100$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	ソーシャルワーカー業務記録等
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソーシャルワークを行った件数とは、医療ソーシャルワーカーが実施したものに限る。 ・ ソーシャルワーク業務報告にある地域活動援助、デイケア等グループ援助件数は含まない。 ・ 対象とする業務の範囲は「医療ソーシャルワーカー業務指針 (平成 14 年 11 月 29 日健政発第 1129001 号)」に基づく。

(33) プレアポイント報告件数	
計算式	$\frac{\text{プレアポイント報告件数}}{\text{処方箋総発行枚数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	プレアポイント報告記録、薬剤師記録 等
注記	<p>・プレアポイント報告件数とは、薬剤師が薬物療法に直接関与し、患者の不利益(副作用、相互作用、治療効果不十分など)を回避あるいは軽減した実例件数及び成果数を指す。</p> <p>・プレアポイントに至る薬剤師の関与(薬学的患者ケアの手法)の代表的なパターンとして下記のようなものがある。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 情報提供の成果として患者が初期症状に気付き、副作用を発見。 2) 病棟薬剤師が治療モニタリングを行う中で副作用、相互作用を発見。 3) 他の医療スタッフが発見した副作用の疑念を推定。 4) 患者面談時の情報を医師にフィードバックし、処方を支援。 5) 腎・肝機能低下時、移植患者などの処方支援。 6) 重複投与の回避。 <p>(注射と内服、OTC と処方薬など一枚の処方箋情報だけでは回避不能な事例)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) 服薬コンプライアンスの改善と処方の削減。 8) 注射薬配合変化の回避、注射速度遵守などの適正使用。 9) 薬歴や患者面談など処方箋以外の情報から投与、併用禁忌などを発見。 10) 積極的に医師へ助言し、患者の被害を未然に防止。 11) 患者の薬物反応をモニターし、処方への提案を行なって治療効果を改善。 <p>日本病院薬剤師会医薬情報委員会 http://www.jshp.or.jp/preavoid/QA/index.html</p>

(34) 薬剤管理指導件数	
定義	期間中の延べ入院患者数に対する薬剤管理指導料延べ件数の割合
計算式	$\frac{\text{薬剤管理指導延べ件数}}{\text{延べ入院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	薬剤管理指導記録
注記	<p>・保険診療(診療点数表コードB008)に基づき請求した薬剤管理指導料算定延べ件数をさします。患者1人につき月4回まで算定可能です。小児及び精神障害者等の家族等に対して服薬指導を行った場合も含まれます</p>

(35) 麻薬管理指導件数	
計算式	$\frac{\text{麻薬管理指導延べ件数}}{\text{麻薬投与患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	麻薬管理指導記録
注記	<p>・麻薬管理指導料を算定している者のうち、麻薬が投与されている患者に対して行われた麻薬管理指導の加算件数を記入してください</p>

(36) 退院時服薬指導件数	
計算式	$\frac{\text{退院時服薬指導件数}}{\text{退院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	薬剤管理指導記録
注記	<p>薬剤管理指導料を算定している者のうち、退院時に当該患者及びその家族に対して行われた退院時服薬管理指導の加算件数を記入してください</p>

(37) 院外処方箋発行率	
計算式	$\frac{\text{院外処方箋発行枚数}}{\text{処方箋総発行枚数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	薬剤部記録 等

(38) 7 種類以上の多剤投与処方件数	
計算式	$\frac{\text{延べ多剤処方外来患者数}}{\text{延べ外来患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
情報源	薬剤部記録 等
注記	・ 7 種類以上の内服薬の投薬を行った処方を含む処方箋枚数をカウントする。算定した処方料 (多剤投与の場合、減算) により判断してください

(39) (40) C.T、MRI 別 外部医療機関からの検査依頼件数	
計算式	$\frac{\text{外部医療機関からの検査依頼件数 (C.T、MRI 別)}}{\text{年間 (平成 15 年)}}$
収集期間	年間 (平成 15 年)
情報源	他の医療機関からの紹介に基づき撮影した件数をさします
注記	

(43) (44) 検査予約待ち日数 (C.T、MRI 別)	
計算式	$\frac{\text{延べ予約待ち日数}}{\text{予約検査実施患者数}}$
収集期間	調査期間中の任意の 2 週間
注記	・ 入院患者、外来患者の別を問わず、任意の調査期間に予約診療を実施した全患者を対象とする ・ 延べ予約待ち日数とは、予約取得日を起点 (0 日目) とし、予約診療実施日を終点とした場合の各患者の待ち日数の延べ数をさす ・ 患者により予約日が変更された場合、最終の予約変更日を起点とする

(45) 放射線読影医数	
計算式	$\frac{\text{放射線読影医数}}{\text{総病床数}}$
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	

(46) パニック値 (異常値) 検出後連絡ルールの有無	
単位	有・無
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
注記	・ パニック値 (異常値) 検出後、担当医師に連絡するルール等のマニュアル化されているか否か (マニュアルが存在するか否か) で判断してください

(47) 全ての手術病理検体の実施有無	
計算式	有・無
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点

(48) CPC (臨床病理検討会) の検診症例数	
計算式	CPC における検診症例数
収集期間	年間 (平成 15 年度)

(49) NST (栄養サポートチーム) の有無	
単位	有・無
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・NST を病院内組織として少なくとも病院長あるいは施設長が認めていること ・学会による認定を受けていること ・「有」の場合は、備考欄に認定団体を記載してください

(50) 認定看護師数	
計算式	$\frac{\text{認定看護師数}}{\text{全看護師数}}$
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	看護部、管理課記録 等
注記	病院独自の制度による専門看護師・認定看護師は含まない。

(51) 専門看護師数	
計算式	$\frac{\text{専門看護師数}}{\text{全看護師数}}$
収集期間	平成 16 年 11 月 1 日時点
情報源	看護部、管理課記録 等
注記	病院独自の制度による専門看護師・認定看護師は含まない。

(52) - (56) 疾患別平均在院日数	
計算式	$\frac{\text{当該疾患を主傷病とする退院患者の延べ在院日数}}{\text{当該疾患を主傷病とする退院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	・疾患の定義は、要項 4. 傷病名分類参照

(57) - (61) 疾患別死亡率	
計算式	$\frac{\text{当該疾患を主傷病とする死亡患者数}}{\text{当該疾患を主傷病とする退院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	・疾患の定義は、要項 4. 傷病名分類参照

(62) 再入院率 (疾患を問わない)	
計算式	$\frac{\text{退院後3日以内の同一疾患による再入院患者数}}{\text{退院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・再入院率とは、同一疾患による再入院をさす ・(同一疾患) 前回入院時の「主傷病名」または「医療資源を最も投入した傷病名」と、今回入院時の「入院の契機となった傷病名」が一致する場合 ・(起算日) 前回退院年月日 ・(期間) 起算日を 0 日目として 31 日

(63) - (67) 疾患別再入院率	
計算式	$\frac{\text{退院後3日以内の同一疾患による再入院患者数}}{\text{当該疾患を主傷病とする退院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・再入院率とは、同一疾患による再入院をさす ・(同一疾患) 前回入院時の「主傷病名」または「医療資源を最も投入した傷病名」と、今回入院時の「入院の契機となった傷病名」が一致する場合 ・(起算日) 前回退院年月日 ・(期間) 起算日を 0 日目として 31 日 ・疾患の定義は、要項 4. 傷病名分類参照

(68) (69) 非手術に関連した(内科的治療による) 疾患別死亡率	計算式 当該疾患を主傷病とし、非手術の死亡患者数 当該疾患を主傷病とし、非手術の退院患者数
収集期間	年間(平成15年度)
注記	・ 非手術とは、当該入院において手術を行わなかった患者をさす ・ 手術を行ったか否かは、手術料算定で判断してください ・ 疾患の定義は、要項4. 傷病名分類参照

(70) (74) 疾患別手術死亡率	計算式 当該疾患の手術死亡患者数 当該疾患の手術患者数 手術死亡患者数：手術を受けた患者のうちの死亡退院患者数
収集期間	年間(平成15年度)
注記	・ 疾患の定義は、要項4. 傷病名分類参照

(75) (79) 疾患別術前入院日数	計算式 当該疾患手術患者術前延べ日数 当該疾患手術患者数
収集期間	年間(平成15年度)
注記	・ 入院日を起点(0日目)とし当該入院最初の手術日を終点とする。 ・ 手術実施日ー入院日 ・ 疾患の定義は、要項4. 傷病名分類参照

(80) (84) 疾患別術後入院日数	計算式 当該疾患手術患者術後延べ日数 当該疾患手術患者数
収集期間	年間(平成15年度)
注記	・ 手術日を起点(0日目)とし、退院日を終点とする ・ 退院日ー手術実施日 ・ 疾患の定義は、要項4. 傷病名分類参照

(86) (87) 出生体重別新生児死亡率	計算式 体重別新生児死亡(生後28日未満の死亡)数 総出生数
収集期間	年間(平成15年度)
注記	・ 死産は含まない ・ 他院出生は含まない

(88) 帝王切開率	計算式 帝王切開件数 総分娩患者数
収集期間	年間(平成15年度)

(89) ICUへの再入室	計算式 48時間以内の再入室患者数 ICU退室患者数
収集期間	年間(平成15年度)
注記	・ 再入室の原因を問わない ・ NICU,CCUは含まない ・ (起算時点)ICU退室月日 ・ (期間)起算日を0日として2日以内 ・ 施設基準届出の有無に拘らず、ICUと標榜している場合は記載すること

(90) ICUへの緊急入室	
計算式	$\frac{\text{ICUへの緊急入室患者数}}{\text{延べICU入室患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
定義	<ul style="list-style-type: none"> ・ NICU,CCU は含まない ・ 術後 ICU管理等、予定された入室は除く ・ 施設基準届出の有無に拘らず、ICUと標榜している場合は記載すること

(91) 術後 3 日以内の再手術	
計算式	$\frac{\text{術後3日以内の再手術件数}}{\text{全手術件数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
定義	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 回目の手術は予定手術でも緊急手術でもよい ・ (起算時点) 手術終了日 ・ (期間) 手術終了日を 0 日目として 3 日以内

(92) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染新規発症患者数	
計算式	$\frac{\text{MRSA感染発症患者数}}{\text{延べ入院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	MRSA 感染発症とは、感染症の臨床症状を認め、感染部位の検体から MRSA が同定された症例をさす。

(93) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染患者数	
計算式	$\frac{\text{延べMRSA患者数}}{\text{延べ入院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・ (92)記載の場合は、特に記入する必要はない ・ MRSA 感染発症とは、感染症の臨床症状を認め、感染部位の検体から MRSA が同定された症例をさす。

(94) 多剤耐性緑膿菌 (MDRP) 感染新規発症患者数	
計算式	$\frac{\text{MDRP感染発症患者数}}{\text{延べ入院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	MDRP 感染発症とは、感染症の臨床症状を認め、感染部位の検体から MDRP が同定された症例をさす。

(95) 多剤耐性緑膿菌 (MDRP) 感染患者数	
計算式	$\frac{\text{延べMDRP患者数}}{\text{延べ入院患者数}}$
収集期間	年間 (平成 15 年度)
注記	<ul style="list-style-type: none"> ・ (94)のデータが取得できる場合、特に(95)を記入する必要はない ・ MDRP 感染発症とは、感染症の臨床症状を認め、感染部位の検体から MDRP が同定された症例をさす。