

## 11 手術のキャンセル

手術のキャンセルは、患者に感情面の問題を引き起こし、健康状態に悪影響を及ぼす可能性があります。また、手術室の効率的な運用の障害となります。

### 11.1 待機手術前 24 時間以内の手術キャンセル率

手術は複数の施設で実施されていますか？	はい いいえ#
報告対象年の、待機手術前 24 時間以内にキャンセルされた手術の件数は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
分子：待機手術前 24 時間以内にキャンセルされた手術の件数	
分母：実施された待機手術とキャンセルされた手術の合計件数	
割合（自動計算）：	%
説明：	
	# 各施設のデータを示してください。
	*説明してください。

[1] Dutch Federation of University Medical Centers (NFU)（オランダ大学病院連合）の Central Working Group on Operating Theatres（手術室に関する中央作業部会）と協議の結果、これまでの報告の分析に基づき、キャンセル理由の区別は 2009 年版では行わないこととしました。

## 12 集中治療

集中治療室（ICU）には、生体機能が不全または著しく低下している患者、および人工呼吸がしばしば必要となる患者が入室します。ICU のレベルに応じて、状態が複雑ではない患者には短期的な呼吸または循環補助が、一方、複雑な病態を有する患者に対してはより集中的な治療が行われます。

集中治療専門医が 1 日 24 時間常駐し医療の最終責任を負う ICU では、集中治療専門医が 1 日 24 時間常駐しておらず、ICU 滞在中の患者を担当医が引き続き治療にあたる場合と比較して、人工呼吸時間と ICU 滞在時間がより短く、死亡率がより低いことが示されています。ただし、集中治療専門医がすべての ICU に 1 日 24 時間常駐することは必ずしも可能なことではなく、また必要不可欠なことでもありません。これは、ICU に収容された患者の重症度（すなわちケアの負担）によります<sup>2</sup>。責任ある医療を提供するためには、ICU が提供できるケアのレベルが、対象となる患者集団の重症度と複雑さに対応していることが重要です。

集中治療は複数の施設で提供されていますか？	はい# いいえ
	# 各施設のデータを示してください。

### 12.1 説明：集中治療のレベル分類

成人 ICU の組織と治療に関する 2006 年ガイドラインでは、集中治療が以下の 3 つのレベルに分類されています。

- レベル 1：基本的な集中治療です。レベル 1 の集中治療は、重要臓器の機能に障害がある患者の監視、看護および治療を目的としています。時に 2～3 日以下の人工呼吸が必要となる場合があります。

- レベル 2：レベル 2 の集中治療は、専門看護師および集中治療専門医による継続的な対応および／または監視が必要な重篤な患者を対象としています。ただし、特定の高度に複雑な状態の患者群に対する医療を意図していません。

---

<sup>2</sup> Milstein A., Galvin R.S., Delbanco S.F., et al Improving the safety of health care: the Leapfrog Initiative. Eff. Clinical Practice. 2000;3;313

- レベル 3：最高レベルの集中治療です。レベル 3 の集中治療は、複数の生命機能が不全の非常に複雑かつ重篤な患者、ならびに専門看護師および集中治療専門医による継続的な対応および／または監視が必要な患者を対象としています。

新生児および小児の ICU は、*Wet op de bijzondere medische verrichtinge*（特殊医療法）に規定されたレベル分類の対象となります。国際的慣行に従い、レベル 3 は最高レベル、レベル 1 は基本的な ICU と認識されています。

### 12.1 指標：集中治療のレベル分類

貴 ICU はどのレベルですか？	レベル 1（基本的集中治療）
	レベル 2
	レベル 3（複雑な患者用の装置を配備）

### 12.2 説明：院外質保証機関によるレベル分類の認定

ICU 査察の目的とは、対象となる ICU のレベルを認定することです。集中治療専門医（レベル 3）の養成を行う ICU（必ずレベル 3 の ICU）は、研修査察を受ける義務があります。すべての ICU は、任意の質の査察を受けることができます。まだ査察を受けていない場合は、（上記ガイドラインの基準に基づき）ICU のレベルを決定した根拠を説明してください。

### 12.2 指標：院外質保証機関によるレベル分類の認定

報告した ICU のレベルは、外部機関による質の査察により確認されていますか？	はい（ ____ 年）
	いいえ、査察中： *
	査察を受けていません *
	*説明してください。

説明：成人 ICU の組織と治療に関するガイドラインの基準に基づき、貴 ICU のレベルを決定した根拠を説明してください。

### 12.3 説明：ICU の登録集中治療専門医数（常勤換算）

米国の Leapfrog Group for Patient Safety は、すべての ICU に集中治療専門医を置き、有効なオンコールバックアップ体制を整えることで、米国内で年間最大 53,850 人の命が救われると推定しています。

登録集中治療専門医とは、集中治療の実践について登録を受けた専門医であり、*Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie*（GIC）（集中治療医連合会）の関連専門団体による認定を受けています。

常勤換算（FTE）とは、ICU における患者関連および非患者関連の週間労働時間を常勤職員に換算した延べ労働人員と定義されます。ICU 担当医については FTE で算出します。手術部でパートタイム勤務する麻酔医兼集中治療専門医については、集中治療関連業務のみについて算出します。

当該期間の FTE にばらつきがある場合は、12 カ月の平均値を示してください。

### 12.3 指標：ICU の登録集中治療専門医数（常勤換算）

集中治療に対応できる登録集中治療専門医の FTE：	
この換算方法に基づいた場合、ICU に 1 週間 24 時間体制の集中治療専門医常駐を達成できていますか？	はい いいえ

### 12.4 説明：ICU における患者 1 人あたりの人工呼吸時間

ガイドラインは、72 時間以上人工呼吸が必要な患者をレベル 1 の ICU に収容すべきではないと勧告しています。レベル 1 の ICU は、これらの患者に継続的な医療を提供することはできません。一方、レベル 2 および 3 の ICU については、このような患者の数は、利用可能な専門技術・知識の評価基準となります。基礎状態（術後、非術後、心臓手術など）は、人工呼吸の理由を理解する上での手がかりとなります。

- 人工呼吸時間：ICU 入室患者が侵襲的または非侵襲的な人工呼吸を受けている時間。ICU 以外の場所で人工呼吸が行われる場合は、集中治療専門医による監督の下で行われること。

- 非術後患者：ICU 入室前に手術を受けていない患者または入室より 7 日以上以前に手術を受けた患者。患者の所在場所（院内または別の場所）は問わない。

- 術後患者：ICU 入室より 7 日前以内に手術を受けた患者。患者の所在場所（院内または別の場所）は問わない。
- 心臓手術後患者：入院中に心臓手術を受けた患者
- 小児：16 歳未満の患者

#### 12.4 指標：ICU における患者 1 人あたりの人工呼吸時間

人工呼吸時間

	<72 時間		72 ~ 120 時間		>120 時間	
	患者数	総人工呼吸時間	患者数	総人工呼吸時間	患者数	総人工呼吸時間
非術後						
術後（心臓手術を除く）						
心臓手術後						
小児（16 歳未満）						

ICU における人工呼吸時間の登録システムがありますか？	はい いいえ
無作為抽出調査を行いましたか？	はい いいえ
集団（説明）：	
サンプルサイズ：	
選択基準：	
説明：	

#### 12.5 説明：NICE への参加およびデータの提供

1996 年以降、National Intensive Care Evaluation (NICE) Foundation（全国集中治療評価基金）によって、オランダ国内の ICU は、ICU に入室した各患者のデータを全国データベースに提供できるようになりました。その際には、各患者について Minimal Data Set (MDS) を提出する必要があります。MDS には ICU 入室時の状態および疾患の重症度に関するデータが含まれます。治療時間や死亡率などの転帰データ（疾患の重症度に対して補正）も登録されます。これらのデータはすべて匿名で保存されます。データは公有財産ではなく、その所有権は各 ICU に帰属します。1997 年以降には、本データベースに、Dutch Society of Intensive Care (NVIC)（オランダ集中治療学会）が考案した Quality Indicator を各 ICU が保存できるようになりました。これにより、時間比較や ICU 間の比較が可能となりました。

これらの分析結果は各 ICU にフィードバックされ、院内での質向上に向けた方針の立案に役立てることが可能です。

#### 12.5 指標：NICE への参加およびデータの提供

貴 ICU は NICE が運営するデータベースにデータを提供していますか？	はい いいえ
提供している場合、そのデータは MDS ですか？	はい いいえ
それは NVIC Quality Indicator のデータですか？	はい いいえ
説明：	

## 13 妊娠

過去 20 年で、オランダの帝王切開率は 5% から 15% 近くまで増加しました。このような増加は主に、陣痛が進まない健常な女性、および頭位の正常正期産の女性にみられます。このような増加は、早産児または成熟異常児、骨盤位、あるいは患者の重篤な状況による帝王切開に起因するものではありません。文献により、帝王切開は必ずしも妊婦とその子にとって最良の選択肢ではないことが示されています。帝王切開は重大な開腹手術の 1 つであり、他の手術同様、患者にリスクが伴います。このような理由から、帝王切開の適切性あるいは帝王切開件数の増加について、国内外で活発な議論が行われています。

### 13.1 説明：帝王切開率

帝王切開率は国際的な指標として頻繁に用いられますが、二次医療を対象とした *Landelijke Verloskundige Registratie* (全国産科レジストリ) (LVR-2) に登録されており、容易に評価できます。オランダでは、低リスクの多くの女性が、地域の助産師の立会の下で自宅出産するため、それらのデータは LVR-2 に保存されません。そのため、LVR-2 の帝王切開率は他国との比較に適切ではありません。さらに、自宅出産率は地域により異なるため (16~64%)、国内での比較も同様に適切ではありません。産科方針の有益な評価方法を探るべく、オランダ産婦人科学会は *Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegelning* (VOKS) (産科ピアレビュープロジェクト) を立ち上げました。VOKS では個々の診療所における異常の発生率を勘案します。VOKS では、診療所の帝王切開率を 15 の因子について補正します。実際にこの数値 (VOKS パーセンタイル) は、全国パーセンタイル表内の該当産婦人科診療所の位置と、他の診療所が同じ集団に対して行ったであろうことを示しています。たとえば、あるクリニックが VOKS パーセンタイルで 40 番目にある場合、60% の診療所ではそのクリニックと比べてより頻繁に、40% の診療所でより少なく帝王切開が実施された可能性を示しています。予測および転帰は、LVR-2 を基に、個々の患者の一連の危険因子を基に計算されます。

本書では、帝王切開の VOKS パーセンタイルを、妊娠満期 (37~42 週) を産科管理方針の指標として計算しています。これは、大半の出産および帝王切開が行われる期間です。VOKS パーセンタイルの計算に際しては、一次帝王切開 (陣痛開始前に帝王切開が必要か否かを決定) と二次帝王切開 (出産中の問題発生によって帝王切開が必要となる) を区別します。

データ解釈の最適化のために、産科診療所の規模を確認し、周産期センター（妊婦の高度ケアと新生児 ICU を備えた第三次医療施設）と他の第二次医療施設を区別する必要があります。

### 13.1 指標：帝王切開率

貴病院には周産期センターがありますか？	はい いいえ* 該当せず*
報告対象年の、産婦人科医（LVR-2）による総出産件数	
報告対象年の、第一次および第二次帝王切開の VOKS パーセンタイルが判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
第一次帝王切開 VOKS パーセンタイル：2008 年： 第二次帝王切開 VOKS パーセンタイル：2008 年：	
2007 年のデータを未発表の場合は、以下を報告してください。	
第一次帝王切開 VOKS パーセンタイル：2007 年： 第二次帝王切開 VOKS パーセンタイル：2007 年：	
説明：	
	*説明してください。



## 14 糖尿病

(ICD 9 コード 250、ICD 10 コード E10～E14)

オランダ糖尿病連盟 (Netherlands Diabetes Federation) とオランダ国立公衆衛生環境研究所 (National Institute for Public Health and the Environment : RIVM) の推定によれば、オランダの糖尿病患者数は 475,000～480,000 例とされています。RIVM によれば、この数字から、毎年計 88,800 例の新規患者が発生していることとなります。さらに、未診断の糖尿病患者も多く存在します。今後数年間で、高齢人口や全体的な肥満増加と糖尿病との関係を考慮すると、糖尿病患者数は増え続けると思われます。糖尿病は、心血管疾患、網膜障害、神経障害、腎症などの重度の合併症を引き起こす場合があります。このような合併症のリスクは、早期発見と血糖値の良好なコントロールにより低減します。

糖尿病は代謝性疾患であり、インスリンというホルモンが相対的または絶対的に不足した状態となります。糖尿病による合併症の性質を考えると、各種医療提供者と医療施設、また一次医療と二次医療との連携がきわめて重要です。糖尿病ケアの質に関与する施設は病院だけではありませんが、さまざまな組織と医療提供者の最適な連携を実現するためには、病院が果たす役割は大きなものです。

### 14.1 説明：糖尿病における平均 HbA1c 値

糖尿病は、重度の合併症を引き起こしうる疾患です。上記のような合併症を発症するリスクは、血糖値の適切な測定とコントロールにより低減します。血糖値の評価には、HbA1c 値を利用することができます。糖尿病ケアがうまく組織されていると、年間の平均 HbA1c 値に関する情報を得ることができます。

コントロール良好な患者は、心血管疾患や網膜障害などの合併症を発症するリスクが低くなります。平均 HbA1c 値は、糖尿病患者でコントロールがうまくできているかを知る良い指標です。院内における平均 HbA1c 値に関する知識は、統合されたケアの直接的な指標です。

病院では多数の糖尿病患者の HbA1c 値を測定・記録しているため、この指標は容易に確認できます。また、疾病・診療分類登録は、臨床検査登録に通常リンクされています。一部の地域では、HbA1c の登録を含めた組織的な糖尿病ケア施設が、複数区域を統括する組織や区域外の組織に置かれている場合があります。これに該当し、HbA1c が病院内で測定されていない場合には、その旨を報告するようにします。

・除外基準

- 妊娠糖尿病の女性

#### 14.1 指標：糖尿病における平均 HbA1c 値

報告年度の HbA1c 測定データが判明していますか？	はい	いいえ *	該当なし *
糖尿病患者の HbA1c 値を登録するシステムがありますか？	はい	いいえ	
無作為標本調査を実施しましたか？	はい	いいえ	
母集団（説明）：			
標本サイズ：			
選択基準：			
A 1 型および 2 型糖尿病患者全体の HbA1c 値合計			
B 1 型および 2 型糖尿病患者の HbA1c 測定回数			
C HbA1c を測定していた 1 型および 2 型糖尿病患者数			
測定あたりの平均 HbA1c 値（A/B） （自動計算）：			
患者あたりの HbA1c 値の平均測定回数／年 （自動計算）：			
臨床検査パラメータ（検査室で使用されている正常基準値）：			

・除外基準

- 妊娠糖尿病の女性

説明：

#### 14.2 情報：糖尿病における眼科検診

網膜障害は、糖尿病の合併症として起こることがあり、最終的には失明に至ります。失明は、定期的なスクリーニングと、異常が認められた場合には適時治療することで予防可能です。したがって、眼の定期検査は適切な糖尿病ケアの基本要素です。年 1 回のスクリーニングが通常ですが、正確な頻度は一連の因子によって左右されます。

糖尿病の小児に対する眼科のスクリーニングガイドラインは異なっています。登録を容易にするため、16歳未満の全患者は除外されています。眼科スクリーニングは、病院や眼科診療所、または一般外科医によって実施されます。糖尿病ケアが適切に実施されていれば、病院はこの検査が実施されているかどうかを知ることができます。

・除外基準

- 16歳未満の小児

#### 14.2 指標：糖尿病における眼科検診

報告年度について、定期的な眼科検診を受けている患者数が判明していますか？	はい	いいえ *	該当なし *
糖尿病患者の眼科検診を登録するためのシステムがありますか？	はい	いいえ	
無作為標本調査を実施しましたか？	はい	いいえ	
母集団（説明）：			
標本サイズ：			
選択基準：			
分子：眼底検査または眼底撮影を受けた糖尿病患者数			
分母：糖尿病患者数合計			
割合（自動計算）：			%
除外基準			
- 16歳未満の小児			
説明：			

## 15 心臓病

心血管疾患は、国民の主要な死因および障害の1つであり、過去数十年間にわたり、オランダにおける第1位の死因となっています。治療における医療技術の向上により、10万人あたりの死亡率は1980年の478例から2000年の295例と大幅に低下しているものの<sup>3</sup>、以前として改善の余地があります。

また生存率が向上したことで、慢性疾患による負荷は増大しています。例えば、2003年には、オランダ国内で約179,000人が何らかの心血管疾患を抱えており、この数字はさらに増加すると予想されています<sup>4</sup>。

国民の健康における心血管疾患の重要性と、その患者ケアは様々であることを考慮して、この基本セットには4つの指標が含まれています。以下の段落では、次の項目に関する質問がなされます。心臓外来での初診（：FAC）後1年以内の死亡率、急性心筋梗塞（AMI）による死亡率、心不全外来の体制、そして最後に心不全による再入院率です。

### 15.1 説明：心臓外来での初診後1年以内の死亡率

適切な診断と治療はいずれも、健康な生存に寄与しています。したがって、連続した外来ケアを最適に組織化することが必要です。オランダ心臓協会（[Nederlandse Vereniging voor Cardiologie : NVC]）は、心臓専門医を初めて受診した（初診）後1年以内の死亡率を、心血管疾患が疑われるまたは確認された患者に対する外来ケアの質の指標とすることを提案しています。

この指標は2年間を対象とします。最初の年（2008年）には、心臓外来に初診（以前の「初回外来受診」）した患者が確定し、2年目（2009年）の終わりには、国民行政番号（：BSN）により、初年度に登録されたがそれまでの間に死亡した患者数が特定されます。BSNは、2008年頃に導入されました。

この指標の対象者は、外来で心臓専門医による予定された診察を受けた70歳以上の全患者、すなわち報告年度に通常ケアの初回DBC（DBCコード11）の要件を満たしたすべての患者です。心血管系の基礎疾患の確定診断は、組み入れ基準または除外基準となっています。FACの定義要件を満たす外来受診は、それが心臓病棟への入院後であった場合や、患

<sup>3</sup> Koek HL et al. Hart en Vaatzieketen in Nederland 2005, cijfers over risicofactoren, ziekte, behandeling en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005:6-12

<sup>4</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid, see [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)

者がすでにその外来を受診していた場合であっても、すべて含める必要があります。例えば、既に受診していた患者が、1年1日以上後に再受診した場合などです。

### 15.1 指標：心臓外来の初診（FAC）後1年以内の死亡

1箇所以上の患者が含まれていますか？	はい # いいえ
外来で心臓専門医による予定された診察（定期的ケア）（FAC）を受けた全患者のNAWデータと受診日が登録されていますか？	はい いいえ * 該当なし *
分子：2008年に外来で心臓専門医を受診（FAC）し、2009年に死亡した70歳以上の患者数合計。	
分母：2008年に外来で心臓専門医を受診（FAC）した70歳以上の患者数合計。	
● 除外基準：	
- 診察が予定されたものではなかった患者（緊急および急性患者、蘇生、一般救急部および心臓救急部を受診した患者）。	
- 初診時に70歳未満であった患者。	
2008年の該当なしの割合（自動計算）：	%
説明：	
	*説明してください

### 15.2 説明：急性心筋梗塞による入院での院内死亡率

(ICD 9 コード 410、ICD 10 コード I21)

急性心筋梗塞<sup>5</sup>は、心血管疾患患者の主な死因となっています。生存の可能性は適時の治療に大きく左右され、最良の結果が得られるのは、症状発症後1時間以内に再灌流が実施された場合です。患者に対する治療の地域差（治療施設に直接紹介されるかどうか）が、AMIによる死亡率に大きな差をもたらす場合があります。患者の年齢も生存の可能性に関与する要素で、この指標により患者は65歳未満と65歳以上という2つのグループに分けられます。ここでは、死亡率を患者の死因とは独立して扱います。国民行政番号が常に入

<sup>5</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid, see [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)

手できるとは限らないため、病院は退院後の死亡について必ずしも信頼できる情報を得られるわけではありません。したがって、院内死亡率の数字が要求されます。

AMIの定義：心筋梗塞の疑いで入院し、以下の3つの判定基準の2つ以上を満たす患者。

1. 古典的な症状（左肩・左腕に放散するズキズキする胸の痛みまたは息切れ）。
2. 急性梗塞と一致する、ST上昇などの ECG 異常や Q 波出現。
3. 酵素レベル上昇 - 正常値の 2 倍 - （CPK [MB]、ASAT）。

分子には、報告年度に病院で死亡した全患者が含まれ、入院初日が報告年度の開始以前の場合や、報告年度終了後の死亡も対象とします。

・除外基準：

1. 初回入院後 2 時間以内に死亡した患者
2. 他の病院に当初入院したが、心臓の治療処置のために当該病院に紹介され、処置後 24 時間以内に紹介元病院に戻った患者。
3. 他の病院から心臓の治療処置のために当該病院に紹介され、その処置中または直後（24 時間以内）に同病院で死亡した患者。

・組み入れ基準：

1. 他の病院で心臓専門医による治療中であつたが、AMIにより（疑い例を含む）当該病院に直接入院した患者。治療処置直後（24 時間以内）に他の病院に再紹介された場合も含む。
2. AMI による（疑い例を含む）初回入院先が当該病院であつた患者。治療処置の直後（24 時間以内）に他の病院に紹介された場合も含む。
3. 当該病院に入院したが、一旦他の病院に治療処置のため紹介され、処置後 24 時間以内に当該病院に再入院した患者。
4. 当該病院に入院したが、一旦他の病院に治療処置のため紹介され、処置後 24 時間以内に死亡した患者。
5. 原因にかかわらず死亡した患者。

15.2 指標：急性心筋梗塞による入院での院内死亡率

1 施設以上の患者が含まれていますか？	はい # いいえ
a 入院時に 65 歳未満だった AMI 患者について、報告年度の院内死亡率が判明していますか？	はい いいえ * 該当なし *
AMI 患者の院内死亡率を登録するシステムがありますか？	はい いいえ
無作為標本調査を実施しましたか？	
母集団（説明）：	
標本サイズ：	
選択基準：	
分子：報告年度に AMI による入院中に死亡した 65 歳未満の患者数	
分母：報告年度に AMI により入院した 65 歳未満の患者総数。	
65 歳未満の院内死亡率（自動計算）：	%
b 入院時に 65 歳以上であった AMI 患者について、報告年度の院内死亡率が判明していますか？	はい いいえ * 該当なし *
無作為標本調査を実施しましたか？	はい いいえ
母集団（説明）：	
標本サイズ：	
選択基準：	
分子：報告年度に AMI により院内で死亡した 65 歳以上の患者数。	
分母：報告年度に AMI により入院した 65 歳以上の患者総数。	
65 歳以上の院内死亡率（自動計算）：	%
● 除外基準：説明を参照してください。	
説明：	
	*説明してください

### 15.3 説明：ペースメーカー植え込みの評価：体系的なデータ登録への参加

オランダでは、毎年約 10,000 個のペースメーカーが埋め込まれており、このうち 7,000 個は初回の植え込みです。ペースメーカーの植え込みは、オランダのほとんどの病院で実施されています。この処置の最も一般的な適応は、徐脈または心不全です。

ペースメーカーの植え込みは、植え込んだシステムの感染やペースメーカーリードの移動や破損など、種々の合併症に関連しています。合併症が生じると、早期の交換や入院の長期化を招きます。連続したケアにおいては、心臓専門医、ペースメーカー技術者、専門看護師やその他の医師（研修医など）など、複数の領域が関与しています。合併症のリスク低減につながるため、連続したケアの調整は極めて重要です。視察団は、ペースメーカーの植え込みに関するデータの登録および分析が、質の高いケアにとって重要であると考えています。

### 15.3 指標：ペースメーカー植え込みの評価：体系的なデータ登録への参加

ペースメーカーの植え込みについて、ケアの質に関する重要なデータを登録するシステムが病院にありますか？	はい いいえ * 該当なし *
「はい」の場合、その登録をどのように行っていますか？	
1. DPR による登録 <sup>6</sup>	
2. 外部のガイドラインを利用した独自の登録システム。これに該当する場合、どのガイドラインを利用していますか？	
3. 院内で開発した独自の登録システム	
自分の病院のデータを外部基準と比較してモニタリングしていますか？（病院に通知している場合には、モニタリングを実施している国立センターへのデータ送付も含まれません）	はい いいえ * 該当なし *
説明：	
	*説明してください

<sup>6</sup> DIPR: Dutch ICD & Pacemaker registry: for information see [www.dipr.nl](http://www.dipr.nl)



#### 15.4 説明：心不全による再入院（ICD 10 コード I50）

以下のガイドラインにより、心不全患者の罹患率および再入院数が低下し、QOLが改善することが期待されます。再入院率は、心不全の治療成功の指標となっています。

心不全の定義：心臓のポンプ機能が不十分となった結果、身体活動に支障をきたし、正常な機能に障害がある患者（NYHA クラス II～IV）。

分子には、前回も心不全により入院して 12 週間前以内に退院していた、報告年度に心不全により再入院した全患者が含まれます。これには、退院が報告年度以前であった患者も含まれます。

分母には、報告年度に心不全により入院した全患者数が含まれます。これは、この患者群が同一ではないことを意味しています。このため、システム上の障害が生じ、すべての病院で等しく問題となります。同じ患者が 1 回以上入院した場合、前回の入院から 12 週間以内の入院をそれぞれ 1 回の再入院として計算します。

・除外基準：

- 心不全の根底にある原因の治療（ペースメーカー植え込み、心臓弁手術、冠動脈手術など）を目的とした、外科的処置またはカテーテル留置のための心不全患者の待期的入院および入院。

#### 15.4 指標：心不全による再入院

1 施設以上の患者が含まれていますか？	はい # いいえ
a. 報告年度について、心不全により再入院した 75 歳未満の患者数が判明していますか？	はい いいえ * 該当なし *
b. 心不全による再入院を登録するシステムがありますか？	はい いいえ
無作為標本調査を実施しましたか？	はい いいえ
母集団（説明）：	

標本サイズ 調査：	
選択基準：	
分子：75 歳未満の患者における退院後 12 週間以内の心不全による再入院数（過去 12 週間が対象）。	
分母：入院日が報告年度に当たる、心不全により入院した 75 歳未満の患者総数。	
75 歳未満の患者の割合（自動計算）：	%
・除外基準：	
- 心不全の根底にある原因の治療（ペースメーカー植え込み、心臓弁手術、冠動脈手術など）を目的とした、外科的処置またはカテーテル留置のための心不全患者の待期的入院および入院。	
b 報告年度に心不全により入院した 75 歳以上の患者数が判明していますか？	はい いいえ * 該当なし *
標本調査を実施しましたか？	はい いいえ
母集団（説明）	
標本サイズ：	
選択基準：	
分子：75 歳以上の患者における退院後 12 週間以内の心不全による再入院数（過去 12 週間が対象）。	
分母：入院日が報告年度に当たる、心不全により入院した 75 歳以上の患者数合計	
75 歳以上の患者の割合（自動計算）：	%
・除外基準：	
- 心不全の根底にある原因の治療（ペースメーカー植え込み、心臓弁手術、冠動脈手術など）を目的とした、外科的処置またはカテーテル留置のための心不全患者の待期的入院および入院。	
説明：	

## 16 脳血管障害

脳梗塞（脳卒中）または出血の結果として脳血管障害（CVA）が生じることがあります。オランダでは年間約 3 万人が初めて CVA を発症しています。2002 年には、このために 11,773 人<sup>1</sup>が死亡しました。現在オランダでは CVA は死因の第 4 位であり、永続的障害に至る原因の第 1 位です。その死亡リスクは脳梗塞より脳内出血の方がはるかに高くなっています。多くの CVA 患者には、脳内の血管が遮断されたことによる脳梗塞がみられます。脳梗塞を発症して数時間以内に血栓溶解療法を行うことができれば、ADL 機能が改善する確率は高いものとなります。脳梗塞患者に対する一次救急体制の整備は、死亡率の低下につながると考えられます。

### 16.1 説明：病院到着から血栓溶解療法までの所要時間

血栓溶解療法は脳卒中の有効かつ安全な治療法です。しかし、発症から治療までの時間が長くなるほど、その効果は低下します。つまり、患者を速く治療できるほど、よい結果につながると考えられます。したがってプライマリケア医は、病院への速やかな紹介が必要であることを念頭におくことが重要です。血栓溶解療法を効率的に行える体制を整備すること、言い換えれば、患者が病院に到着してから治療を開始するまでの準備時間（door-to-needle time「来院から治療までの所要時間」）の短さが、医療の質を示す適切な指標となります。つまり基本的には、効率的な体制の整備により「来院から治療までの所要時間」は 1 時間未満となります。最近発表されたある論文では、「来院から治療までの所要時間」を短縮することは安全かつ実施可能であることが示されています<sup>2</sup>。どうやら、多くの臨床医にとっては 3 時間という限度が治療方針として重要なようです。例えば、患者が速やかに病院に到着しても、「まだ時間の余裕がある」という理由で実際には準備時間が長くなることがあります。対照的に、3 時間という限度に近づいたとき、突然にスピードアップされる場合もあります<sup>3,4</sup>。この指標を登録するため、入院後の治療時間（1 時間未満、1～2 時間、2 時間以上）で患者グループを分けました。

---

<sup>1</sup> National Public Health Compass, see [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)

<sup>2</sup> Sattrin JA, Olson SE, Liu L, Raman R and Lyden PD. An Expedited Code Stroke Protocol is feasible and Safe. *Stroke* 2006; 37: 2935.

<sup>3</sup> Saver JL. Number needed to treat estimates incorporating effects over the entire range of clinical outcomes: novel derivation method and application to thrombolysis therapy for acute stroke. *Arch Neurol* 2004;61:1066-1070.

<sup>4</sup> Hacke W, Donnan G, Fieschi C, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECADD and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004;363:768-774.

選択基準：

脳卒中後に血栓溶解療法を受けた患者全員

(DBC 治療コード 210 (211, 212, 213) )

### 16.1 指標：病院到着から血栓溶解療法までの所要時間

含まれる患者が 2 カ所以上の施設にまたがっていますか？	はい いいえ #
脳卒中後に血栓溶解療法を受けた患者の数が判明していますか？	
血栓溶解療法の準備時間に登録システムがありますか？	
無作為抽出調査を行いましたか？	
集団（詳しく）：	
症例数：	
選択基準：	
A：入院から 1 時間以内に血栓溶解療法を受けた脳梗塞患者数	
B：入院から 1～2 時間に血栓溶解療法を受けた脳梗塞患者数	
C：血栓溶解療法を受けた脳梗塞患者の総数	
D：梗塞患者の総数	
割合「1」 (A/C) (自動計算)：	%
割合「2」 (B/C) (自動計算)：	%
割合「3」 (C - (A + B) / C) (自動計算)：	%
割合「4」 (C/D) (自動計算)：	%
	# 説明してください。
	* 各施設のデータを示してください。

説明

選択基準：

脳梗塞後に血栓溶解療法を受けた患者全員

(DBC 治療コード 210 (211, 212, 213) )