

表5 在院日数の関連要因：重回帰分析の結果

	係数	95 % CI	p 値	標準化係数
年齢	0.08	0.02 ~ 0.15	<0.01	0.05
性別	2.9	1.3 ~ 4.4	<0.001	0.06
併存症	1.6	0.96 ~ 2.3	<0.001	0.11
重症	5.0	2.4 ~ 7.6	<0.001	0.06
成因				
結石性	reference			
腫瘍性	2.9	0.27 ~ 5.6	<0.05	0.06
混合性	2.1	-1.7 ~ 6.0	NS	0.02
その他	1.9	-0.36 ~ 4.2	NS	0.04
治療				
細菌培養	8.9	7.0 ~ 10.9	<0.001	0.17
根治的治療	3.1	-0.42 ~ 6.6	NS	0.07
手術治療	11.4	7.9 ~ 14.9	<0.001	0.13
内視鏡治療	-1.6	-5.2 ~ 2.1	NS	-0.03
経皮的治療	12.4	8.7 ~ 16.0	<0.001	0.15
ステント治療	4.6	2.0 ~ 7.3	<0.01	0.09
年度				
04 / 05 年度	reference			
06 / 07 年度	-2.6	-4.5 ~ -0.60	<0.05	-0.05
08 / 09 年度	-5.0	-7.0 ~ -3.0	<0.001	-0.10
病床数				
500 床未満	reference			
500 床以上	-3.8	-7.5 ~ -0.11	<0.05	-0.08
全麻手術件数				
1 ~ 999 件	reference			
1,000 ~ 2,999 件	-7.6	-11.4 ~ -3.9	<0.001	-0.16
3,000 件 ~	-5.5	-10.7 ~ -0.25	<0.05	-0.12
定数項	11.6	5.0 ~ 18.1	<0.01	

調整済み R²=0.15

904,191 円 (06 / 07 年), 862,610 円 (08 / 09 年) と各年度群間に有意差は認めなかったが, 重回帰分析では年度群は増加に寄与した。ほかに増加に寄与したのは, CCI の増加・重症例, ステント治療以外のすべての診療プロセス, 在院日数の延長, 全麻手術件数の増加であった。減少に寄与したのは, 成因での腫瘍性・その他であった(表6)。

表6 1 入院あたりの医療費の関連要因：重回帰分析の結果

	係数	95 % CI	p 値	標準化係数
年齢	1,027.4	-128.0 ~ 2,182.7	NS	0.02
性別	-14,586.3	-44,109.3 ~ 14,936.7	NS	-0.01
併存症	25,537.5	12,921.1 ~ 38,153.9	<0.001	0.05
重症	309,084.6	260,221.8 ~ 357,947.3	<0.001	0.11
成因				
結石性	reference			
腫瘍性	-168,165.6	-218,120.2 ~ -118,210.9	<0.001	-0.10
混合性	-57,400.0	-129,038.5 ~ 14,238.5	NS	-0.01
その他	-90,781.8	-133,696.0 ~ -47,867.5	<0.001	-0.05
治療				
細菌培養	143,080.3	106,371.0 ~ 179,789.6	<0.001	0.07
根治的治療	101,911.9	36,401.1 ~ 167,422.8	<0.01	0.06
手術治療	314,283.3	247,856.8 ~ 380,709.9	<0.001	0.09
内視鏡治療	114,121.1	46,138.9 ~ 182,103.3	<0.01	0.07
経皮的治療	133,751.4	65,592.7 ~ 201,910.1	<0.001	0.04
ステント治療	37,818.7	-11,573.0 ~ 87,210.4	NS	0.02
在院日数	28,828.5	28,149.5 ~ 29,507.5	<0.001	0.78
年度				
04 / 05 年度	reference			
06 / 07 年度	75,807.0	39,042.6 ~ 112,571.5	<0.001	0.04
08 / 09 年度	105,995.2	68,090.4 ~ 143,900.0	<0.001	0.06
病床数				
500 床未満	reference			
500 床以上	-21,115.3	-90,051.5 ~ 47,821.0	NS	-0.01
全麻手術件数				
1 ~ 999 件	reference			
1,000 ~ 2,999 件	109,604.7	39,029.5 ~ 180,179.9	<0.01	0.06
3,000 件 ~	121,631.3	23,404.1 ~ 219,858.5	<0.05	0.07
定数項	-105,174.6	-228,839.6 ~ 18,490.5	NS	

調整済み R²=0.78

1日あたりの医療費の平均値は、41,717円（04/05年）、43,808円（06/07年）、47,882円（08/09年）と14.8%増加（対04/05年比）して単変量解析では有意差を認め、重回帰分析では年度群は08/09年でわずかに4,745円（95%CI：1,907～7,583円）と増加に寄与した。その他で増加に寄与したのは、重症例、細菌培養・根治的治療・

表7 1日あたりの医療費の関連要因：重回帰分析の結果

	係数	95% CI	p 値	標準化係数
年齢	4.0	-82.5 ~ 90.5	NS	0.00
性別	-668.6	-2,879.1 ~ 1,541.8	NS	-0.01
併存症	729.1	-215.5 ~ 1,673.8	NS	0.04
重症	11,621.2	7,962.7 ~ 15,279.6	<0.001	0.11
成因				
結石性	reference			
腫瘍性	-7,302.5	-11,042.7 ~ -3,562.3	<0.001	-0.11
混合性	3,799.9	-1,563.8 ~ 9,163.7	NS	0.03
その他	-2,299.0	-5,512.1 ~ 914.1	NS	-0.03
治療				
細菌培養	3,984.0	1,235.5 ~ 6,732.6	<0.01	0.05
根治的治療	20,216.8	15,311.9 ~ 25,121.8	<0.001	0.31
手術治療	8,030.4	3,056.8 ~ 13,003.9	<0.01	0.06
内視鏡治療	-3,340.0	-8,430.0 ~ 1,750.0	NS	-0.05
経皮的治療	-3,143.5	-8,246.7 ~ 1,959.7	NS	-0.03
ステント治療	-593.3	-4,291.4 ~ 3,104.8	NS	-0.01
在院日数	-311.4	-362.3 ~ -260.6	<0.001	-0.22
年度				
04/05年度	reference			
06/07年度	1,958.4	-794.2 ~ 4,711.1	NS	0.03
08/09年度	4,745.1	1,907.0 ~ 7,583.1	<0.01	0.07
病床数				
500床未満	reference			
500床以上	2,171.1	-2,990.3 ~ 7,332.6	NS	0.03
全麻手術件数				
1~999件	reference			
1,000~2,999件	2,729.2	-2,554.9 ~ 8,013.4	NS	0.04
3,000件~	2,915.2	-4,439.3 ~ 10,269.7	NS	0.04
定数項	37,030.3	27,771.2 ~ 46,289.4	<0.001	

調整済み R²=0.15

手術治療の実施であった。逆に、成因の腫瘍性および在院日数の延長が減少に寄与した(表7)。

考察

急性胆道炎の診療についての評価の手法はさまざまであるが、診療の質を評価するには、いわゆるストラクチャー、プロセス、アウトカムの指標が必要となる¹⁰⁾。今回の急性胆管炎の解析に、我々はこれらの3つの指標について DPC データを利用することが役立つと考えた。

診療プロセスや医療資源消費の変化は、医療技術の進歩、患者ニーズ、時勢の変化や診療報酬の支払い制度の改定などに影響されると思われ、最初に2年ごとの期間とした経年的な変化を比較観察するため、単変量解析を行った。経年的な変化として、侵襲的な手術治療や経皮経肝的治療の減少と、より低侵襲的な内視鏡治療の増加を認めた。ステント治療は経皮的手技を含むものの増加を認めた。今回は割愛したが、多変量解析においても同様の結果が示された。また、これらの変化にかかわらず、死亡率は一定であった。単変量解析では、在院日数の短縮と1日あたりの医療費が減少を認め、1入院あたりの医療費は変化を認めなかった。重回帰分析の結果からは、在院日数の短縮により強く寄与したのは、年度群より全麻件数であり、延長に強く寄与したのは経皮経肝的治療(12.4日, 95%CI: 8.7~16.0日)と手術治療(11.4日, 95%CI: 7.9~14.9日)であった。これは、手術や穿刺などの侵襲性だけでなく、経皮経肝胆道ドレナージ(PTCD)などのドレナージ治療が単に日数を要するためと考えられる。このことは、重回帰分析での1日あたりの医療費と経皮経肝的治療(-3,143.5円, 95%CI: -8,246.7~1,959.7円)の関係からも示唆される。細菌培養の実施はガイドラインで推奨される⁸⁾⁹⁾が、細菌培養が在院日数の延長と医療費の増加に寄与したことは、実際は細菌培養を要した感染症の状態であることが寄与したと解釈できる。在院日数は医療費に強く影響するが、経年的に在院日数が約20%減少しながら、1日あたりの医療費が約15%増加したのは、近年の急性期疾患における変化の傾向であるが、1入院あたりの医療費には変化がなかった。

DPC データは発熱・黄疸などの臨床情報やドレナージの診療コードを欠くなど一定の制約があるが、さまざまな視点からの指標(例えば、今回は割愛したが、投与した抗生物質の種類や投与回数、薬剤費

など)が観察可能である。詳細な実地臨床のデータと相互補完することで、さらに大規模かつ詳細な急性胆道炎の診療の解析が可能となるものと期待される。

謝 辞

本研究の基盤は、札幌医科大学の平田公一先生、国際医療福祉大学の吉田雅博先生、名古屋大学の真弓俊彦先生、前職の当教室で本領域の研究をされた東京大学の関本美穂先生より、多くのご指導ご助言を賜った。またプロジェクトの研究は、平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「医療の質にかかわる臨床指標の日常的測定システムの開発と展開－指標公表の影響評価と方策の研究－」(研究代表者、今中雄一)によって行われた。膨大なデータの解析に際しては、当教室の IT チームのメンバーに多大なるご尽力をいただいた。

大隈 和英・Jason Lee・猪飼 宏
大坪 徹也・今中 雄一

文 献

- 1) Charcot M: De la fièvre hépatique symptomatique—Comparaison avec la fièvre uroseptique. In: Leçons sur les maladies du foie des voies biliaires et des reins, p176–185. Bourneville et Sevestre, Paris, 1877.
- 2) 秋月恵美, 他: 急性胆管炎の重症度診断と転帰. 日腹部救急医学会誌 28 (1): 13–17, 2008.
- 3) 横江正道, 他: 急性胆道炎・胆管炎診療ガイドラインにおける国内版と国際版の相違点と問題点. 日腹部救急医学会誌 29 (3): 457–465, 2009.
- 4) 山下裕一, 他: 急性胆嚢炎外科治療の現況. ガイドラインは治療に変化を与えたか. 日腹部救急医学会誌 28 (3): 445–449, 2008.
- 5) Fukuda H, et al: Change in clinical practice after publication of guidelines on breast cancer treatment. Int J Qual Health Care 21 (5): 372–378, 2009.
- 6) Hirose M, et al: Profiling Hospital Performance of Laparoscopic Cholecystectomy Based on the Administrative Data of Four Teaching Hospitals in Japan. World J Surg 29 (4): 429–435, 2005.
- 7) 急性胆道炎の診療ガイドライン作成出版委員会: 科学的根拠に基づく急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン [第1版]. 医学図書出版, 東京, 2005.
- 8) Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. Proceedings of a consensus meeting, April 2006, Tokyo, Japan. J Hepatobiliary Pancreat Surg 14 (1): 1–121, 2007.
- 9) Charlson ME, et al: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudi-

nal studies: development and validation. J
Chronic Dis 40 (5): 373-383, 1987.
10) Donabedian A: Evaluating the Quality of

Medical Care. In: The Milbank Memorial
Fund Quarterly. Vol. XLIV 3, Part. 2
p166-203. Blackwell Publishing, USA, 1966:

連載

社会と健康を科学するパブリックヘルス(7) 「データに基づく地域医療政策・病院政策 (その2)」

京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 猪飼 宏 今中 雄一

はじめに

前回に引き続き、今回はデータに基づく「病院政策」に着目したい。病院が診療業務を続けるためには経営の安定と同時に診療の質の評価が欠かせない。病院内では電子カルテや医事会計システム、検査情報や物流など様々なデータが存在しているが、とりわけ医事データの活用は経営・診療のそれぞれに数々の有益なフィードバックをもたらす。

急性期診療を担う中規模～大規模病院におけるDPC (Diagnosis Procedure Combination) 制度の導入の大きな成果は、医事データをベースにした「分析可能な全国統一形式の(患者臨床情報+診療行為)の電子データセット」が整備されたことであった。DPC コードはその名の通り診断名と診療行為の組合せに沿って、資源利用度が似通った患者群をコーディングしている。DPC データにはこのコードのほかに、診断名や年齢・性別・身長・体重・疾患重症度などの臨床情報と、ほぼすべての医療行為についてその回数や投与量の詳細が請求ベースで記録されている。病院の質や経営の質の把握に向けた、これらデータの活用事例について紹介する。

病院政策の両輪 経営の質と医療の質

病院が診療活動を継続するためには、健全な財務状況を維持する必要がある。入院日数に応じて1日当たり包括支払額が逡減する現在のDPC 支払制度の下では、急性期病院としての役割に特化して病床や手術室といった限られた資源を最大限に活用することが求められている。そのために、在院日数短縮や紹介患者増による手術件数の増加などの施策が採られる。経営の改善は戦略的な投資をもたらす、診療の質の向上も期待できる。

一方、行き過ぎた在院日数の短縮が診療の質を下げないか、将来を見据えた設備投資や診療体制への投資が意図された効果を挙げているかの評価も重要となる。構造 (structure) ・ 過程 (process) ・ 結果 (outcome) それぞれの視点から診療内容を継続的に振り返ることが診療の改善を生み、ひいては患

者満足度の向上や経営改善につながることを期待される。

病院経営に資するデータ解析

病院の入院収益 (売上) は、在院患者数と1患者1日当りの医業収益によって規定される。収益向上のためには病床利用率の向上と、急性期医療を基本とした密度の濃い治療が求められる。経営指標として平均在院日数に着目されることが多いのは、「常に一定以上の病床利用率が保たれている限りにおいて」在院日数の短縮は治療の密度を向上させるからである。厚生労働省・中央社会保険医療協議会 (中医協) 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会による集計情報¹⁾を活用すれば、他施設における同じDPC コードの患者群と比較することで短縮の余地について検討できる。例えば当分野のQIP (Quality Indicator/Improvement Project) プロジェクトにおいては、疾患別平均在院日数を他院と比較し、年間症例数と組み合わせた形でフィードバックを行っている (図1)。

また、入院医療の収支改善のためには、入院収益

図1 QIP アウトプット (経営指標) の例: 疾患別に見た、潜在的な病床過剰利用の呈示。各疾患群ごとに、参加施設平均を超えた在院日数と各施設における症例数の積の多いものからランキングを示している。

入院期間の見直し重点疾患 ～平均的診療と比較した病床利用の超過～

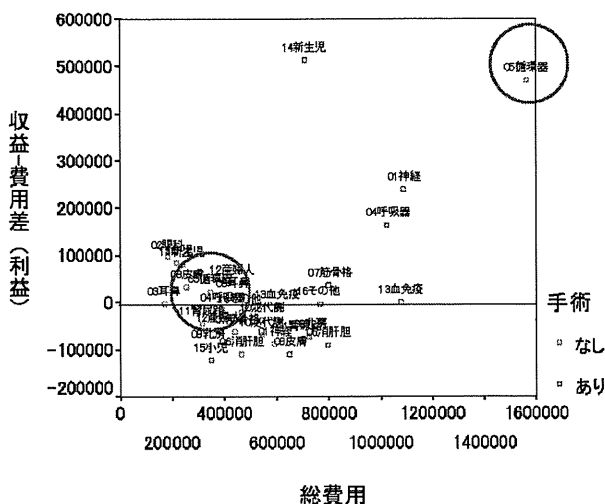
ラン ク ク	M D C	疾患	DPCコード・手術名	診療科	症例数	一年 あたり 症例数	平均在院日数		O-E差又 年間症例 数(入・日)
							O 実測値	E 予測値	
1	01	16	てんかん 010230xx99 なし	280 神経 内科	46	46.0	19.4	9.6	450.9
2	13	1	急性白血病 130010xx97 あり 130010xx00 なし	480 血液 内科	74	74.0	56.9	54.0	214.8
3	01	3	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤 (JCS80 以上) 010020xx101 脳動脈瘤流入血管 クリッピング (開頭して行うも の) 等 010020xx102 穿頭脳室ドレナージ 術等 010020xx103 脳血管内手術	150 脳神 経外科	17	17.0	38.2	28.3	168.3
4	14	1	好酸球増加、低出生体重に関 連する障害 140010xx197 あり 140010xx199 なし	620 新生 児科	84	84.0	7.7	6.0	142.8
5	11	1	膀胱腫瘍	310 泌尿 器科	63	63.0	10.3	8.2	132.3

の向上と平行して資源利用の適正化につとめることが重要であり、そのために費目別に原価を把握することが有用である。簡便な方法としてDPC包括支払金額と出来高換算金額の比較が多用されているが、個々の行為に対する診療行為は必要経費を正しく反映しておらず、原価の代用とはならない。当分

野では厚生労働省の調査研究で使用された方法²⁾をベースに改良を加え、DPCデータに基づく医薬品・診療行為の実績のカウントに固定費や勤務状況データを組み合わせ、患者別・診断群分類別原価計算を行っている³⁾。複数の施設において標準化された原価計算を行うことで、DPC支払制度における一日金額の値決めの適切性についても評価・提言が可能となる。例えば筆者らの解析によれば、循環器領域をはじめ多くの領域で、手術あり症例では平均的に収支がプラスとなりやすく、手術なし症例では原価割れの可能性が高い(図2)。

図2 各診断領域別に、手術有無別にみた収支比較。手術有の診断群では黒字となるものが多いことが見て取れる。

「手術あり」は黒字傾向



さらに、前述の中医協によるDPC集計情報を活用すると、都道府県内や二次医療圏内における自院のシェアを、DPCコードの様々な粒度に応じて把握することが可能となる(図3)。近隣施設との競合を把握しながら選択と集中を進めることができる。

医療の質指標

前出の3つの視点に具体例を挙げるならば、(表1)のようになる。構造・過程・結果のうち、DPCデータは診療過程を網羅しており、診療プロセス指標を生み出すのに特に適している。他施設間の比較によるベンチマーキング活動も盛んに行われつつある中で、QIPでは2010年12月にまず17項目の臨床指標について病院の実名入りで公表を開始した(図

図3 QIP臨床指標の例 脳卒中患者におけるリハビリ実施割合(棒グラフの上端)ならびに 発症3日以内のリハビリ開始割合(棒グラフの下部分)

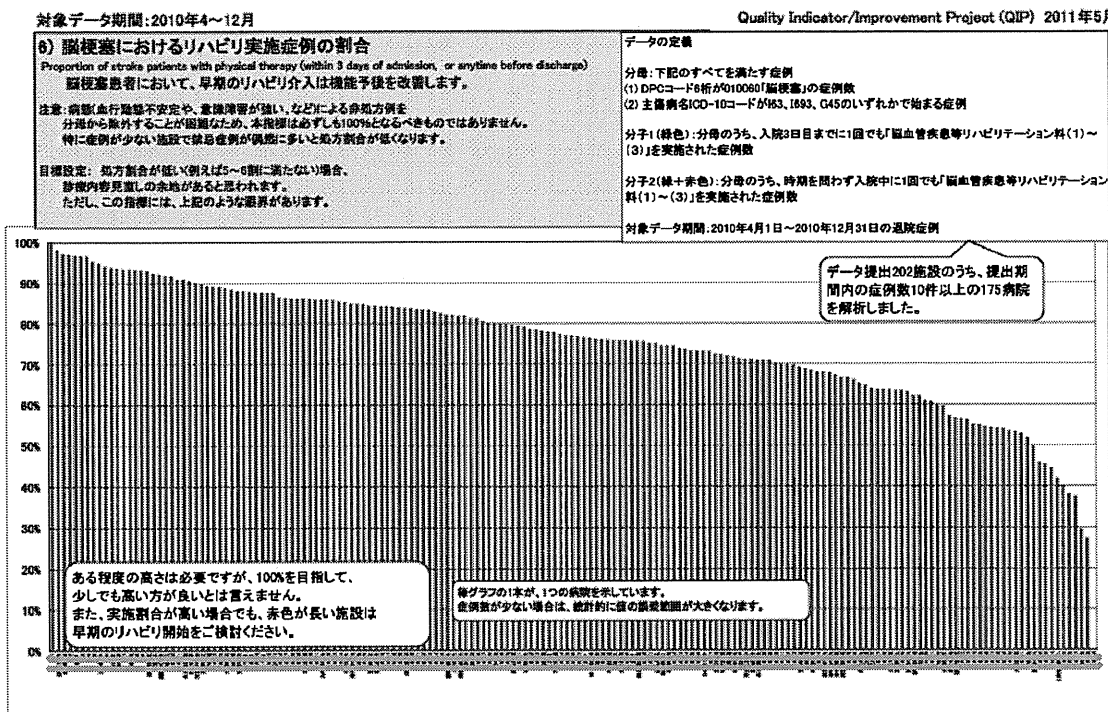


表1 指標の例

構造 structure	病床数, 職員数, チーム医療体制の有無など
過程 process	診療ガイドラインに沿った治療の遵守割合, 輸血・抗菌薬・リハビリ等の資源利用量 など
結果 outcome	死亡退院割合, ADL改善度, 患者満足度 など

4)。臨床指標の実名公表はすでに諸外国において診療改善の動機として強く機能しており, わが国でも昨年度末からは厚生労働省による「医療の質の評価・公表等推進事業」が開始された。さまざまな病

院団体ごとに同様のベンチマーキングが盛んになっており, 急性期医療機関を広くカバーしているDPCデータを活用した医療の質指標は, 今後もさらなる充実・発展が予想される。

文 献

- 1) 平成22年度第3回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html>
- 2) 今中雄一. 医療の原価計算: 患者別・診断群分類別コスト・マニュアルと理論・実例. 東京: 社会保険研究所, 2003.
- 3) 当分野ウェブサイトにおける, 患者別・診断群分類別原価計算に関するページ. <http://med-econ.umin.ac.jp/costing/index.html>

臨床指標の定義の構築

臨床指標に関連する文献レビューに基づき、DPCデータやレセプトデータを利用して多施設で指標化するための指標定義を多領域にわたり整備した。以下に例を示す。定義の詳細は別途記載する。

(プロセス等)

脳卒中の治療：未分画ヘパリンの処方

脳卒中の3次予防：退院時の抗血小板薬の処方

脳梗塞：リハビリのアセスメントを受けた脳梗塞患者の割合

脳梗塞：入院後2日目までに抗血栓治療を受けた脳梗塞患者の割合

脳梗塞：退院時に抗血栓治療を受けた脳梗塞患者の割合

眼科：白内障手術のうちの前硝子体切除術

慢性閉塞性肺疾患(COPD)：COPDの急性増悪で入院して補助人工換気を行った患者のうち、非侵襲的人工換気を受けた患者の割合

COPDの治療：COPD増悪時の薬物療法：40歳以上でCOPD増悪を契機に入院した患者で、入院中に気管支拡張薬投与を受けた割合

COPDの治療：COPD増悪時の薬物療法：40歳以上でCOPD増悪を契機に入院した患者で、14日以内に全身ステロイド投与を受けた割合

COPDの治療：慢性閉塞性肺疾患(COPD)：COPDの急性増悪で入院した患者のうち、非侵襲的人工換気を受けた患者の割合

喘息の診断と治療：喘息入院患者における退院後30日間以内の再入院割合

喘息の診断と治療：喘息入院患者のうち吸入ステロイドを退院時に処方された割合

喘息：喘息で退院した患者のうち予期せず再入院した患者の割合(調整後)

小児喘息の治療：入院中に発作治療薬を処方された小児ぜんそく患者の割合

小児喘息の治療：入院中に全身ステロイドを処方された小児ぜんそく患者の割合

医原性気胸：医原性気胸の発生率(18歳以上・小児・院内発生別)

心不全：6か月以内にACEIorARBを受けた心不全患者の割合

心不全：左室機能不全のある心不全患者へのACEIorARBの退院時投与割合

冠動脈疾患：冠動脈疾患に対し、両側カテーテル手技を行った率

急性心筋梗塞(AMI)：AMI患者への退院時 β ブロッカー投与率

急性心筋梗塞(AMI)：AMI患者への退院時アスピリン投与率

急性心筋梗塞(AMI)：AMI患者への入院後24時間以内アスピリン投与率

急性心筋梗塞(AMI)：同一入院内で CABG を受けた後 24 時間以内に PTCA を受けた患者の割合

消化器疾患：吐下血で入院し輸血を受けた患者のうち内視鏡治療と手術を受けた患者の割合

胆嚢炎・胆石症：胆嚢炎・胆石症に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術率

慢性 C 型肝炎の治療：遺伝子型の検査

慢性 C 型肝炎の治療：治療開始後のウイルス量の検査

慢性 C 型肝炎の治療：治療開始前のウイルス量の・u 挺汙

慢性 C 型肝炎の治療：PEG-IFN とリバビリンの投与

股関節骨折：65 歳以上患者のうち入院 2 日目までに股関節手術を行った患者の割合（リスク調整後）

股関節骨折：65 歳以上患者のうち入院 3 日までに股関節手術を行った患者の割合（リスク調整後）

股関節骨折：65 歳以上の急性期入院患者 1000 人対股関節骨折割合

周産期医療：ハイリスク新生児におけるブドウ球菌/グラム陰性桿菌による敗血症・菌血症発生割合

分娩：帝王切開の際の全身麻酔

分娩：帝王切開の際の輸血

入院中の転倒：治療介入を要したものに限り

がんと疼痛：がん患者の疼痛管理のため、長期間作用型の麻薬に加えてとんぶくも処方している割合

予防的抗菌薬：子宮摘出術実施前に予防的抗菌薬投与を実施した症例の割合

感染対策：周術期抗菌薬がガイドラインにそっているか

放射線科的手技の合併症発生率：経胸壁的肺/縦隔生検を実施した患者において、手技後に治療を要する気胸や血胸を生じたとの記載のある患者の割合

医療安全：麻酔前後 24 時間に VTE の予防をうけた患者の割合

医療安全：VTE を起こすまで VTE 予防をうけていなかった患者の割合

精神科入院：精神科病棟からの退院患者のうち、2 種類以上の向精神薬を処方された患者の割合

精神科入院：30 日以上在院している急性期ユニットの入院患者割合

精神科入院：2 種類またはそれ以上の抗精神薬を服薬する退院患者の割合

精神科入院：退院時に 3 種類またはそれ以上の抗精神薬を服薬する退院患者の割合

精神科入院：入院患者のうち、1 入院中に 1 回隔離エピソードがある患者の割合

精神科入院：入院患者のうち、1 入院中に 2 回隔離エピソードがある患者の割合

精神科入院：入院患者の自主（任意）入院の割合

精神科入院：処方された抗精神病薬のクロルプロマジン換算値
精神科外来：処方された抗精神病薬のクロルプロマジン換算値
精神科入院：1 亜分類から 3 種類以上の向精神薬の処方
精神科外来：1 亜分類から 3 種類以上の向精神薬の処方
精神科入院：1 回の隔離が 4 時間以上の患者の割合
精神科入院：隔離中の患者に医師または看護師が 30 分以内に観察しなかった患者の割合
精神科入院：入院患者のうち身体拘束エピソードが 1 回以上の患者の割合
精神科入院：入院患者の死亡率

(アウトカム[リスク調整アウトカム])

アウトカム：開頭術における死亡率

アウトカム：急性脳梗塞患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：肺炎死亡率

アウトカム：手術室における待機手術の術後肺塞栓症・深部静脈血栓症発症率

アウトカム：手術室における待機手術の術後呼吸不全発症率（18 歳以上・18 歳未満別）

アウトカム：手術室における待機手術の術後敗血症発症率（18 歳以上・18 歳未満別）

アウトカム：腹部大動脈瘤（AAA）手術患者におけるリスク調整院内死亡率

(A) 外科治療の場合

(B) 血管内治療（ステントグラフト治療）の場合

アウトカム：胸部大動脈瘤（TAA）・胸腹部大動脈瘤（TAAA）手術患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：解離性大動脈瘤・大動脈解離（DA）手術患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：冠動脈バイパス手術（CABG）患者におけるリスク調整院内死亡率

(A) 成人（18 歳以上）の場合

(B) 待機的 CABG の場合

(C) 高齢者（75 歳以上）の場合

アウトカム：経皮的冠動脈形成術（PCI）患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：急性心筋梗塞（AMI）患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：急性心筋梗塞（AMI）の 30 日以内再入院率（リスク調整後）

アウトカム：急性心筋梗塞で退院した患者のうち予期せず再入院した患者の割合（調整後）

アウトカム：急性心不全（AHF）患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：先天性心疾患小児心臓手術におけるリスク調整院内死亡率； 小児

アウトカム：先天性心疾患小児心臓手術におけるリスク調整院内死亡率； 成人

アウトカム：食道がん切除術患者における実績およびリスク調整院内死亡率

アウトカム：膵臓がん切除患者における実績およびリスク調整院内死亡率

アウトカム：股関節骨折患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：変形性股関節症症例に対する股関節置換術患者におけるリスク調整院内死亡率

アウトカム：前立腺摘出術の術後患者の予期しない再入院割合（リスク調整後）

アウトカム：子宮摘出術の術後患者の予期しない再入院割合（リスク調整後）

1) 急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与の割合

Proportion of acute myocardial infarction patients who were administered aspirin during hospitalization

急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与は再発予防に有効です。

注意:禁忌症例(アスピリン喘息・消化性潰瘍・出産予定日12日以内・本剤にアレルギー歴、など)を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。

特に症例が少ない施設で禁忌症例が偶然に多いと処方割合が低くなります。

(また、今回の計算では外来処方を含んでいません。)

目標設定: 処方割合が低い(例えば7~8割に満たない)場合、診療内容見直しの余地があると思われます。

ただし、この指標には、上記のような限界があります。

参考「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)」日本循環器学会ほか

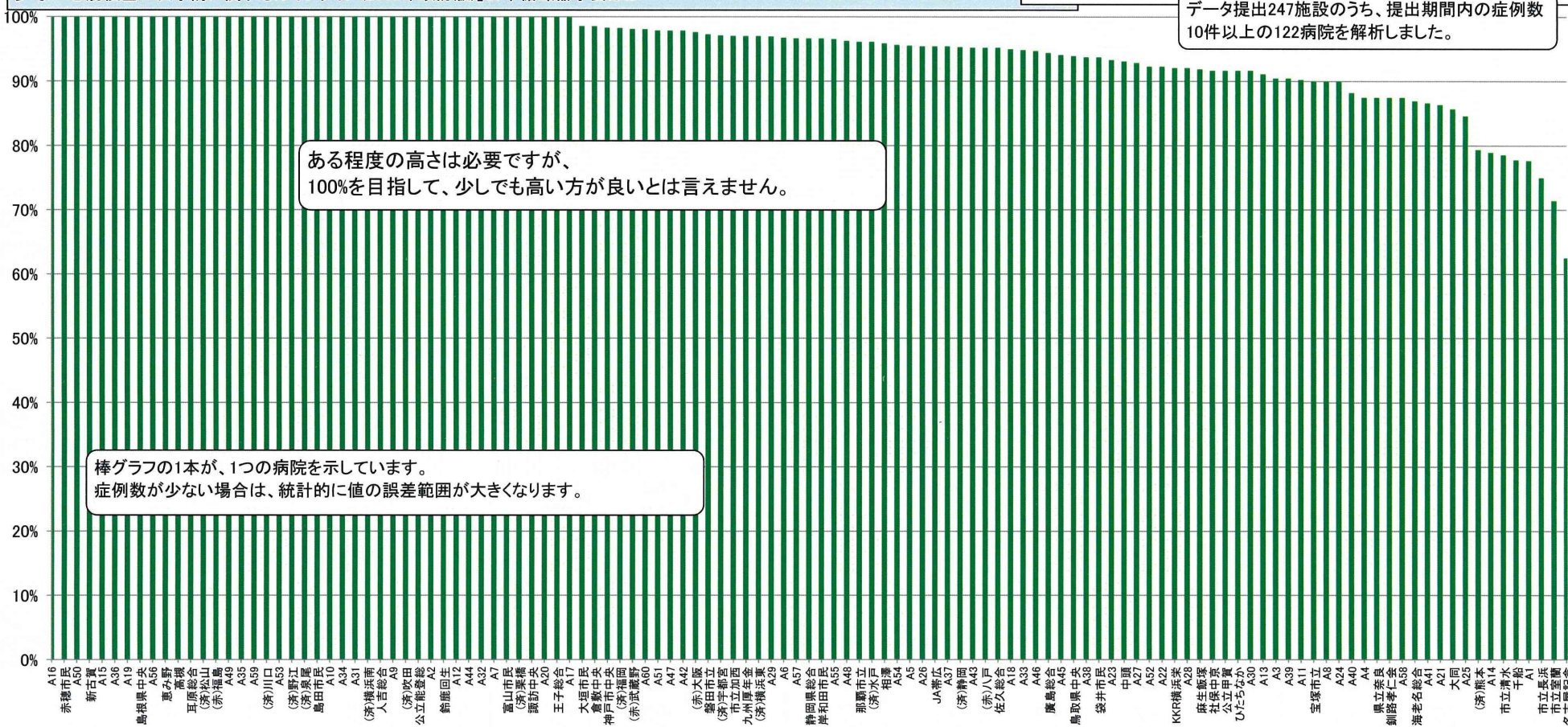
データの定義

分母: DPCコード6桁が050030「急性心筋梗塞」ではじまり、主病名ICD-10コードが「I21 急性心筋梗塞」で始まる症例のうち、入院当日・翌日に退院した症例を除いた数

分子: 上記のうち、入院中に1回でもアスピリン(後発品を含む)を処方された症例数

対象データ期間:2010年4月1日~2010年12月31日の退院症例

データ提出247施設のうち、提出期間内の症例数10件以上の122病院を解析しました。



2009年度の指標(12か月分)よりも対象期間が短い(9か月分)ため、10症例を超える施設数が少なくなっています。

1) 急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与の割合

略称	病院名(五十音順)	投与症例数	全症例数	投与割合	提出月数	略称	投与症例数	全症例数	投与割合	提出月数
相澤	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	47	47	96%	9	A9	72	72	100%	4
赤穂市民	赤穂市民病院	32	32	100%	9	A10	61	61	100%	9
麻生飯塚	麻生飯塚病院	68	68	92%	9	A11	37	37	90%	9
(済)泉尾	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院	20	20	100%	9	A12	10	10	100%	6
磐田市立	磐田市立総合病院	36	36	97%	9	A13	41	41	91%	9
(済)宇都宮	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 栃木県済生会宇都宮病院	102	102	97%	9	A14	15	15	79%	8
海老名総合	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院	40	40	87%	7	A15	23	23	100%	9
王子総合	医療法人 王子総合病院	29	29	100%	9	A16	41	41	100%	9
大垣市民	大垣市民病院	69	69	99%	9	A17	11	11	100%	9
(赤)大阪	大阪赤十字病院	41	41	98%	9	A18	19	19	95%	9
JA帯広	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	21	21	95%	7	A19	17	17	100%	6
(済)川口	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県 済生会川口総合病	27	27	100%	9	A20	12	12	100%	9
九州厚年金	財団法人厚生年金事業振興団 九州厚生年金病院	65	65	97%	9	A21	19	19	86%	9
釧路孝仁会	医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院	21	21	88%	9	A22	12	12	92%	9
(済)熊本	社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院	73	73	79%	9	A23	14	14	93%	6
倉敷中央	財団法人 倉敷中央病院	68	68	99%	4	A24	18	18	90%	9
(済)栗橋	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 埼玉県済生会栗橋病院	50	50	100%	8	A25	11	11	85%	9
神戸市中央	神戸市立医療センター中央市民病院	58	58	98%	9	A26	21	21	95%	6
公立甲賀	公立甲賀病院	11	11	92%	6	A27	26	26	93%	7
公立能登総	公立能登総合病院	11	11	100%	6	A28	35	35	92%	9
佐久総合	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院	40	40	95%	9	A29	32	32	97%	7
静岡県総合	静岡県立総合病院	58	58	97%	9	A30	11	11	92%	6
(済)静岡	静岡済生会総合病院	41	41	95%	9	A31	15	15	100%	9
市立清水	静岡市立清水病院	11	11	79%	2	A32	8	8	100%	9
島根県中央	島根県立中央病院	17	17	100%	2	A33	37	37	95%	9
社保中京	社会保険中京病院	44	44	92%	9	A34	15	15	100%	9
市立加西	市立加西病院	33	33	97%	9	A35	33	33	100%	7
岸和田市民	市立岸和田市民病院	29	29	97%	6	A36	18	18	100%	6
島田市民	市立島田市民病院	17	17	100%	6	A37	21	21	95%	9
市立長浜	市立長浜病院	6	6	75%	9	A38	30	30	94%	9
市立室蘭	市立室蘭総合病院	15	15	71%	7	A39	19	19	90%	9
新古賀	医療法人天神会 新古賀病院	27	27	100%	4	A40	30	30	88%	6
(済)吹田	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会吹田病院	12	12	100%	9	A41	13	13	87%	9
鈴鹿回生	鈴鹿回生病院	10	10	100%	5	A42	46	46	98%	5
諏訪中央	組合立 諏訪中央病院	13	13	100%	9	A43	20	20	95%	9
大同	医療法人宏潤会 大同病院	12	12	86%	9	A44	47	47	100%	9
高槻	社会医療法人愛仁会 高槻病院	14	14	100%	8	A45	16	16	94%	9
宝塚市立	宝塚市立病院	9	9	90%	9	A46	18	18	95%	9
千船	医療法人愛仁会 千船病院	7	7	78%	9	A47	46	46	98%	9
鳥取県中央	鳥取県立中央病院	31	31	94%	9	A48	26	26	96%	9
富山市民	富山市立富山市民病院	26	26	100%	9	A49	10	10	100%	9
中頭	特定医療法人敬愛会 中頭病院	27	27	93%	9	A50	29	29	100%	6
名古屋記念	名古屋記念病院	10	10	63%	7	A51	93	93	98%	8
那覇市立	那覇市立病院	25	25	96%	9	A52	48	48	92%	9
県立奈良	奈良県立奈良病院	21	21	88%	9	A53	24	24	100%	6
(済)野江	社会福祉法人恩賜財団済生会 大阪府済生会野江病院	43	43	100%	9	A54	22	22	96%	6
(赤)八戸	八戸赤十字病院	20	20	95%	6	A55	28	28	97%	8
ひたちなか	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院	11	11	92%	9	A56	16	16	100%	6
人吉総合	健康保険 人吉総合病院	12	12	100%	9	A57	29	29	97%	6
廣島総合	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院	34	34	94%	8	A58	35	35	88%	9
(済)福岡	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福岡県済生会福岡総合病	57	57	98%	6	A59	32	32	100%	9
(赤)福島	総合病院 福島赤十字病院	11	11	100%	5	A60	51	51	98%	6
袋井市民	袋井市立袋井市民病院	30	30	94%	9					
(済)松山	社会福祉法人恩賜財団 済生会松山病院	11	11	100%	6					
(済)水戸	社会福祉法人恩賜財団済生会 水戸済生会総合病院	25	25	96%	6					
耳原総合	特定医療法人同仁会 耳原総合病院	12	12	100%	5					
(赤)武蔵野	日本赤十字社東京都支部 武蔵野赤十字病院	52	52	98%	9					
恵み野	医療法人 北農会 恵み野病院	16	16	100%	8					
KKR横浜栄	国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院	35	35	92%	9					
(済)横浜東	社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院	65	65	97%	8					
(済)横浜南	恩賜財団 済生会横浜市南部病院	27	27	100%	9					
A1		73	73	78%	9					
A2		11	11	100%	9					
A3		19	19	90%	9					
A4		14	14	88%	9					
A5		43	43	96%	5					
A6		30	30	97%	9					
A7		25	25	100%	2					
A8		9	9	90%	4					

2) 急性心筋梗塞患者へのβブロッカー処方の割合

Proportion of acute myocardial infarction patients who were administered β blockers during hospitalization
 急性心筋梗塞患者、特に左心機能低下例へのβブロッカー投与は生命予後改善に有効とのエビデンスが集まりつつあり、日本人における有用性を調べる臨床試験も進行中です。

注意: 禁忌症例(喘息・房室ブロック・本剤にアレルギー歴、など)や過去の副反応(徐脈・血圧低下・心拍出量低下による全身倦怠感・脱力感・心不全症状、糖尿病悪化など)による非投与例を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設で禁忌症例が偶然に多いと処方割合が低くなります。(また、今回の計算では外来処方を含んでいません。)

目標設定: 処方割合が低い(例えば2~3割に満たない)場合、診療内容見直しの余地があると思われます。ただし、この指標には、上記のような限界があります。

参考「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)」日本循環器学会ほか

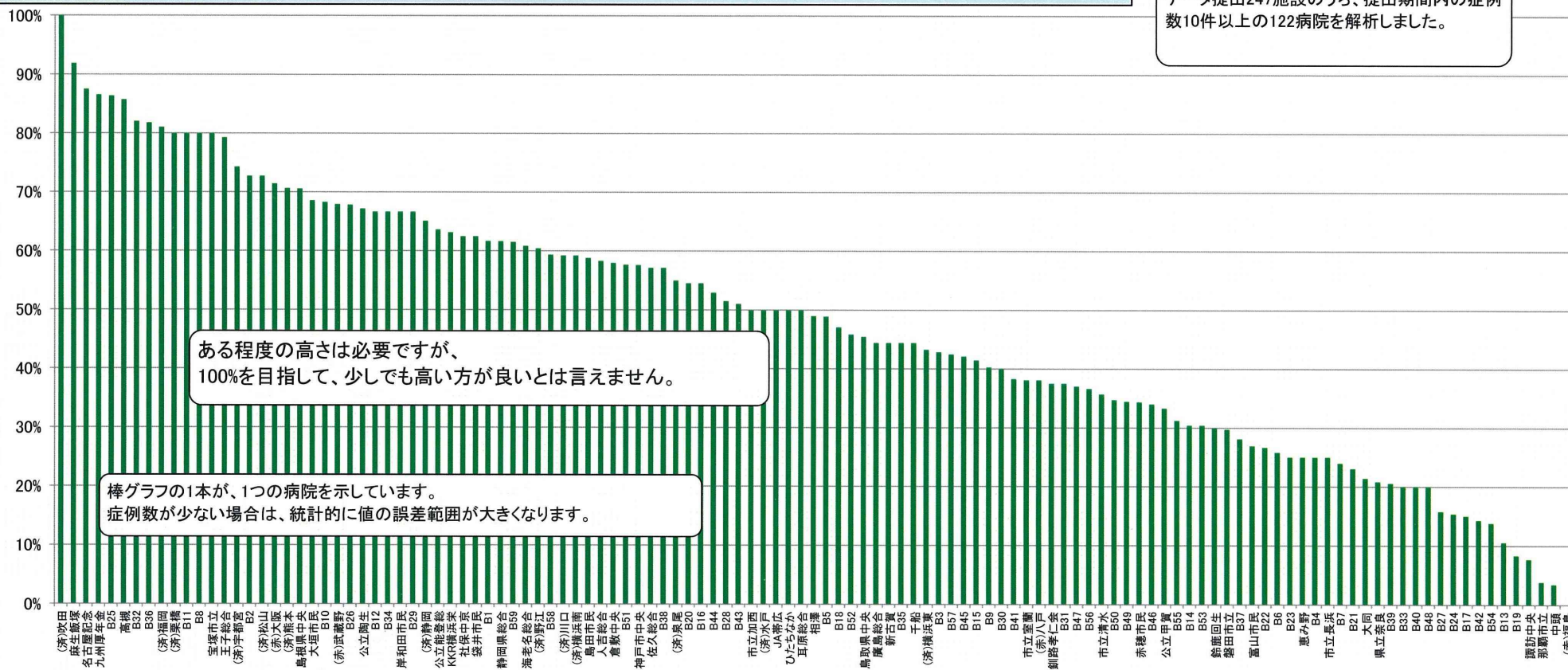
データの定義

分母: DPCコード6桁が050030「急性心筋梗塞」ではじまり、主病名ICD-10コードが「I21 急性心筋梗塞」で始まる症例のうち、入院当日・翌日に退院した症例を除いた数

分子: 上記のうち、入院中に1回でもβブロッカー(後発品を含む)を処方された症例数

対象データ期間: 2010年4月1日~2010年12月31日の退院症例

データ提出247施設のうち、提出期間内の症例数10件以上の122病院を解析しました。



2) 急性心筋梗塞患者へのβブロッカー処方の割合

略称	病院名(五十音順)	投与症例数	全症例数	投与割合	提出月数	略称	投与症例数	全症例数	投与割合	提出月数
相澤	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	2	2	49%	9	B8	8	8	80%	9
赤穂市民	赤穂市民病院	32	32	34%	9	B9	23	23	40%	4
麻生飯塚	麻生飯塚病院	1	1	92%	9	B10	30	30	68%	9
(済)泉尾	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院	8	8	55%	9	B11	12	12	80%	6
磐田市立	磐田市立総合病院	20	20	30%	9	B12	41	41	67%	9
(済)宇都宮	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 栃木県済生会宇都宮	8	8	74%	9	B13	30	30	11%	8
海老名総合	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合	3	3	61%	7	B14	22	22	30%	9
王子総合	医療法人 王子総合病院	4	4	79%	9	B15	7	7	41%	9
大垣市民	大垣市民病院	20	20	69%	9	B16	28	28	55%	9
(赤)大阪	大阪赤十字病院	17	17	71%	9	B17	26	26	15%	9
JA帯広	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	17	17	50%	7	B18	19	19	47%	6
(済)川口	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県 済生会川口	10	10	59%	9	B19	16	16	8%	9
九州厚年金	財団法人厚生年金事業振興団 九州厚年金病院	4	4	87%	9	B20	10	10	55%	9
釧路孝仁会	医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院	7	7	38%	9	B21	7	7	23%	9
(済)熊本	社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院	11	11	71%	9	B22	30	30	27%	6
倉敷中央	財団法人 倉敷中央病院	0	0	58%	4	B23	34	34	25%	9
(済)栗橋	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 埼玉県済生会栗橋	6	6	80%	8	B24	24	24	15%	9
神戸市中央	神戸市立医療センター中央市民病院	28	28	58%	9	B25	12	12	86%	6
公立甲賀	公立甲賀病院	8	8	33%	6	B26	12	12	68%	7
公立陶生	公立陶生病院	78	78	67%	9	B27	9	9	16%	9
公立能登総	公立能登総合病院	19	19	64%	6	B28	13	13	52%	7
佐久総合	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院	6	6	57%	9	B29	6	6	67%	6
静岡県総合	静岡県立総合病院	30	30	62%	9	B30	24	24	40%	9
(済)静岡	静岡済生会総合病院	22	22	65%	9	B31	11	11	38%	9
市立清水	静岡市立清水病院	24	24	36%	2	B32	15	15	82%	9
島根県中央	島根県立中央病院	47	47	71%	2	B33	16	16	20%	9
社保中京	社会保険中京病院	12	12	63%	9	B34	29	29	67%	7
市立加西	市立加西病院	58	58	50%	9	B35	17	17	44%	6
岸和田市民	市立岸和田市民病院	28	28	67%	6	B36	17	17	82%	9
島田市民	市立島田市民病院	36	36	59%	6	B37	8	8	28%	9
市立長浜	市立長浜病院	58	58	25%	9	B38	9	9	57%	9
市立室蘭	市立室蘭総合病院	8	8	38%	7	B39	3	3	21%	6
新古賀	医療法人天神会 新古賀病院	9	9	44%	4	B40	11	11	20%	9
(済)吹田	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会吹田病院	8	8	100%	9	B41	5	5	38%	5
鈴鹿回生	鈴鹿回生病院	7	7	30%	5	B42	10	10	14%	9
諏訪中央	組合立 諏訪中央病院	12	12	8%	9	B43	11	11	51%	9
大同	医療法人宏潤会 大同病院	6	6	21%	9	B44	5	5	53%	9
高槻	社会医療法人愛仁会 高槻病院	5	5	86%	8	B45	7	7	42%	9
宝塚市立	宝塚市立病院	37	37	80%	9	B46	7	7	34%	9
千船	医療法人愛仁会千船病院	5	5	44%	9	B47	3	3	37%	9
鳥取県中央	鳥取県立中央病院	48	48	45%	9	B48	8	8	20%	9
富山市民	富山市立富山市民病院	8	8	27%	9	B49	4	4	34%	6
中頭	特定医療法人敬愛会 中頭病院	3	3	3%	9	B50	2	2	35%	8
名古屋記念	名古屋記念病院	6	6	88%	7	B51	3	3	58%	9
那覇市立	那覇市立病院	8	8	4%	9	B52	3	3	46%	6
県立奈良	奈良県立奈良病院	65	65	21%	9	B53	2	2	30%	6
(済)野江	社会福祉法人恩賜財団済生会 大阪府済生会野江病院	29	29	60%	9	B54	3	3	14%	8
(赤)八戸	八戸赤十字病院	8	8	38%	6	B55	4	4	31%	6
ひたちなか	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院	4	4	50%	9	B56	2	2	37%	6
人吉総合	健康保険 人吉総合病院	40	40	58%	9	B57	1	1	43%	9
広島総合	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院	6	6	44%	8	B58	1	1	59%	9
(済)福岡	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福岡県済生会福岡	11	11	81%	6	B59	1	1	62%	6
(赤)福島	総合病院 福島赤十字病院	24	24	0%	5					
袋井市民	袋井市立袋井市民病院	8	8	63%	9					
(済)松山	社会福祉法人恩賜財団 済生会松山病院	16	16	73%	6					
(済)水戸	社会福祉法人恩賜財団済生会 水戸済生会総合病院	9	9	50%	6					
耳原総合	特定医療法人同仁会 耳原総合病院	3	3	50%	5					
(赤)武蔵野	日本赤十字社東京都支部 武蔵野赤十字病院	4	4	68%	9					
恵乃野	医療法人 北農会 恵乃野病院	11	11	25%	8					
KKR横浜栄	国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院	33	33	63%	9					
(済)横浜東	社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院	16	16	43%	8					
(済)横浜南	恩賜財団 済生会横浜市南部病院	18	18	59%	9					
B1		68	68	62%	9					
B2		14	14	73%	9					
B3		19	19	43%	9					
B4		12	12	25%	9					
B5		32	32	49%	5					
B6		18	18	26%	9					
B7		40	40	24%	2					

3) 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害薬・アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)処方の割合

Proportion of acute myocardial infarction patients who were administered ACEI or ARB during hospitalization

急性心筋梗塞患者、特に左心機能低下や広範な梗塞がある場合において、心血管保護作用のあるACE阻害薬やアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)は、梗塞再発や重症心不全の減少・生命予後改善に有効です。

注意: 禁忌症例(高度の腎不全・妊婦・本剤にアレルギー歴、など)や過去の副反応(空咳・高カリウム血症)による非投与例を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設で禁忌症例が偶然に多いと処方割合が低くなります。(また、今回の計算では外来処方を含んでいません。)

目標設定: 処方割合が低い(例えば4~5割に満たない)場合、診療内容見直しの余地があると思われます。ただし、この指標には、上記のような限界があります。

参考 「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)」日本循環器学会ほか

データの定義

分母: DPCコード6桁が050030「急性心筋梗塞」ではじまり、主病名ICD-10コードが「I21 急性心筋梗塞」で始まる症例のうち、入院当日・翌日に退院した症例を除いた数

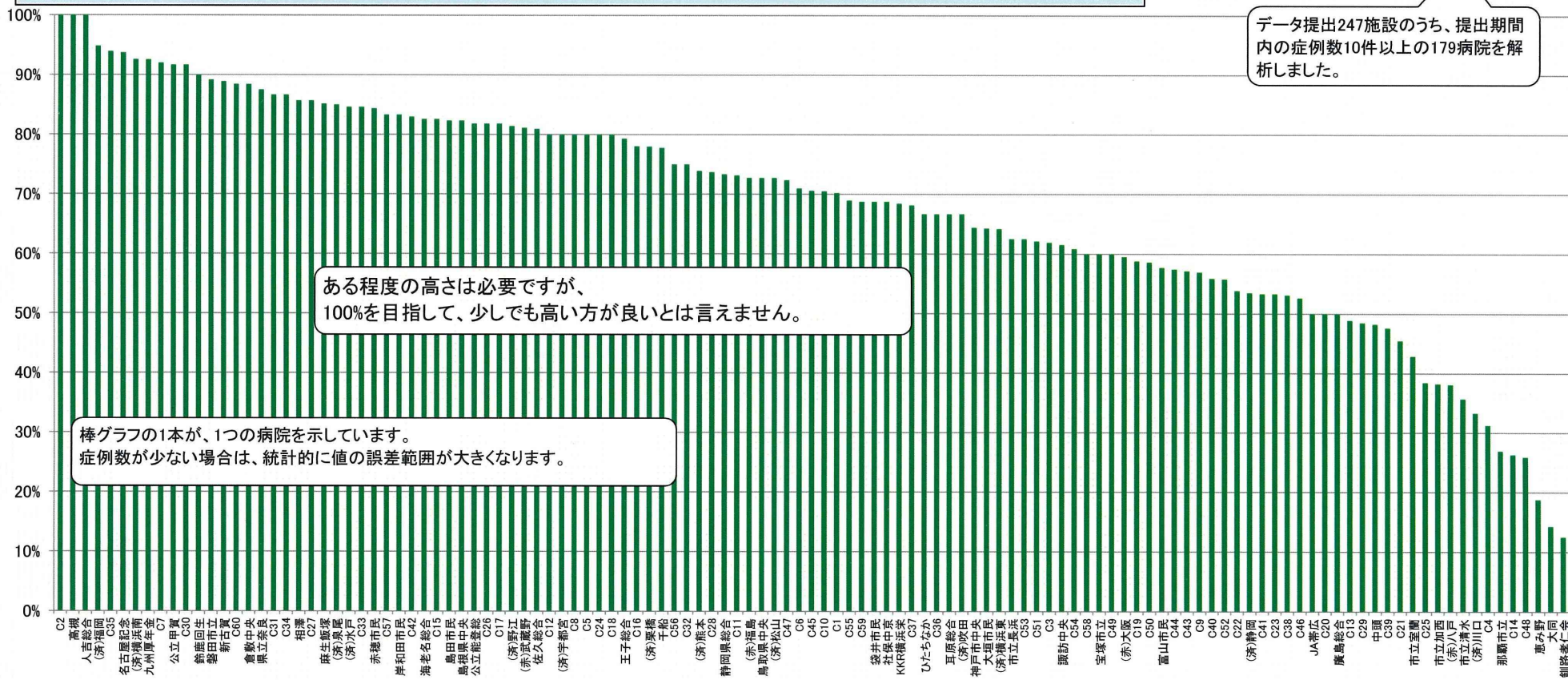
分子: 上記のうち、入院中に1回でもACE阻害薬・ARB(後発品を含む)を処方された症例数

対象データ期間: 2010年4月1日~2010年12月31日の退院症例

データ提出247施設のうち、提出期間内の症例数10件以上の179病院を解析しました。

ある程度の高さは必要ですが、100%を目指して、少しでも高い方が良いとは言えません。

棒グラフの1本が、1つの病院を示しています。症例数が少ない場合は、統計的に値の誤差範囲が大きくなります。



3) 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害薬・アンギオテンシⅡ受容体拮抗薬(ARB)処方割合

略称	病院名(五十音順)	投与症例数	全症例数	投与割合	提出月数	略称	投与症例数	全症例数	投与割合	提出月数
相澤	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	42	42	86%	9	C9	41	41	57%	4
赤穂市民	赤穂市民病院	27	27	84%	9	C10	43	43	70%	9
麻生飯塚	麻生飯塚病院	63	63	85%	9	C11	30	30	73%	9
(済)泉尾	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院	17	17	85%	9	C12	8	8	80%	6
磐田市立	磐田市立総合病院	33	33	89%	9	C13	22	22	49%	9
(済)宇都宮	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 栃木県済生会宇都宮	84	84	80%	9	C14	5	5	26%	8
海老名総合	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合	38	38	83%	7	C15	19	19	83%	9
王子総合	医療法人 王子総合病院	23	23	79%	9	C16	32	32	78%	9
大垣市民	大垣市民病院	45	45	64%	9	C17	9	9	82%	9
(赤)大阪	大阪赤十字病院	25	25	60%	9	C18	16	16	80%	9
JA帯広	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	11	11	50%	7	C19	10	10	59%	6
(済)川口	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 埼玉県 済生会川口	9	9	33%	9	C20	6	6	50%	9
九州厚生	財団法人厚生年金事業振興団 九州厚生年金病院	62	62	93%	9	C21	10	10	45%	9
釧路孝仁	医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院	3	3	13%	9	C22	7	7	54%	9
(済)熊本	社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院	68	68	74%	9	C23	8	8	53%	6
倉敷中央	財団法人 倉敷中央病院	61	61	88%	4	C24	16	16	80%	9
(済)栗橋	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 埼玉県済生会栗橋	39	39	78%	8	C25	5	5	38%	9
神戸市中央	神戸市立医療センター中央市民病院	38	38	64%	9	C26	18	18	82%	6
公立甲賀	公立甲賀病院	11	11	92%	6	C27	24	24	86%	7
公立能登	公立能登総合病院	9	9	82%	6	C28	28	28	74%	9
佐久総合	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院	34	34	81%	9	C29	16	16	48%	7
静岡県総合	静岡県立総合病院	44	44	73%	9	C30	11	11	92%	6
(済)静岡	静岡済生会総合病院	23	23	53%	9	C31	13	13	87%	9
市立清水	静岡市立清水病院	5	5	36%	2	C32	6	6	75%	9
島根県中央	島根県立中央病院	14	14	82%	2	C33	33	33	85%	9
社保中央	社会保険中央病院	33	33	69%	9	C34	13	13	87%	9
市立加西	市立加西病院	13	13	38%	9	C35	31	31	94%	7
岸和田市民	市立岸和田市民病院	25	25	83%	6	C36	12	12	67%	6
島田市民	市立島田市民病院	14	14	82%	6	C37	15	15	68%	9
市立長浜	市立長浜病院	5	5	63%	9	C38	17	17	53%	9
市立室蘭	市立室蘭総合病院	9	9	43%	7	C39	10	10	48%	9
新古賀	医療法人天神会 新古賀病院	24	24	89%	4	C40	19	19	56%	6
(済)吹田	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会吹田病院	8	8	67%	9	C41	8	8	53%	9
鈴鹿回生	鈴鹿回生病院	9	9	90%	5	C42	39	39	83%	5
諏訪中央	組合立 諏訪中央病院	8	8	62%	9	C43	12	12	57%	9
大同	医療法人宏潤会 大同病院	2	2	14%	9	C44	27	27	57%	9
高槻	社会医療法人愛仁会 高槻病院	14	14	100%	8	C45	12	12	71%	9
宝塚市立	宝塚市立病院	6	6	60%	9	C46	10	10	53%	9
干船	医療法人愛仁会 干船病院	7	7	78%	9	C47	34	34	72%	9
鳥取県中央	鳥取県立中央病院	24	24	73%	9	C48	7	7	26%	9
富山市民	富山市民立富山市民病院	15	15	58%	9	C49	6	6	60%	9
中頭	特定医療法人敬愛会 中頭病院	14	14	48%	9	C50	17	17	59%	6
名古屋記念	名古屋記念病院	15	15	94%	7	C51	59	59	62%	8
那覇市立	那覇市立病院	7	7	27%	9	C52	29	29	56%	9
奈良	奈良県立奈良病院	21	21	88%	9	C53	15	15	63%	6
(済)野江	社会福祉法人恩賜財団済生会 大阪府済生会野江病院	35	35	81%	9	C54	14	14	61%	6
(赤)八戸	八戸赤十字病院	8	8	38%	6	C55	20	20	69%	8
ひたちなか	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院	8	8	67%	9	C56	12	12	75%	6
人吉総合	健康保険 人吉総合病院	12	12	100%	9	C57	25	25	83%	6
広島総合	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院	18	18	50%	8	C58	24	24	60%	9
(済)福岡	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福岡県済生会福岡	55	55	95%	6	C59	22	22	69%	9
(赤)福島	総合病院 福島赤十字病院	8	8	73%	5	C60	46	46	88%	6
袋井市民	袋井市立袋井市民病院	22	22	69%	9					
(済)松山	社会福祉法人恩賜財団 済生会松山病院	8	8	73%	6					
(済)水戸	社会福祉法人恩賜財団済生会 水戸済生会総合病院	22	22	85%	6					
耳原総合	特定医療法人同仁会 耳原総合病院	8	8	67%	5					
(赤)武蔵野	日本赤十字社 東京都支部 武蔵野赤十字病院	43	43	81%	9					
恵み野	医療法人 北農会 恵み野病院	3	3	19%	8					
KKR横浜	国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院	26	26	68%	9					
(済)横浜東	社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院	43	43	64%	8					
(済)横浜南	恩賜財団 済生会横浜市南部病院	25	25	93%	9					
C1		66	66	70%	9					
C2		11	11	100%	9					
C3		13	13	62%	9					
C4		5	5	31%	9					
C5		36	36	80%	5					
C6		22	22	71%	9					
C7		23	23	92%	2					
C8		8	8	80%	9					

290

4) 心不全患者へのβブロッカー処方の割合

Proportion of heart failure patients who were administered β blockers during hospitalization

慢性心不全患者や、急性心不全の病状安定後において、βブロッカーは心不全の重症化予防・予後改善に有効です。

注意: 禁忌症例(喘息・房室ブロック・本剤にアレルギー歴、など)や血圧低下などの病態、過去の副反応(心不全の悪化、糖・脂質代謝の悪化 など)による非投与例を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設で禁忌症例が偶然に多いと処方割合が低くなります。(また、今回の計算では外来処方を含んでいません。)

データの定義

分母: DPCコード6桁が050130「心不全」の症例数

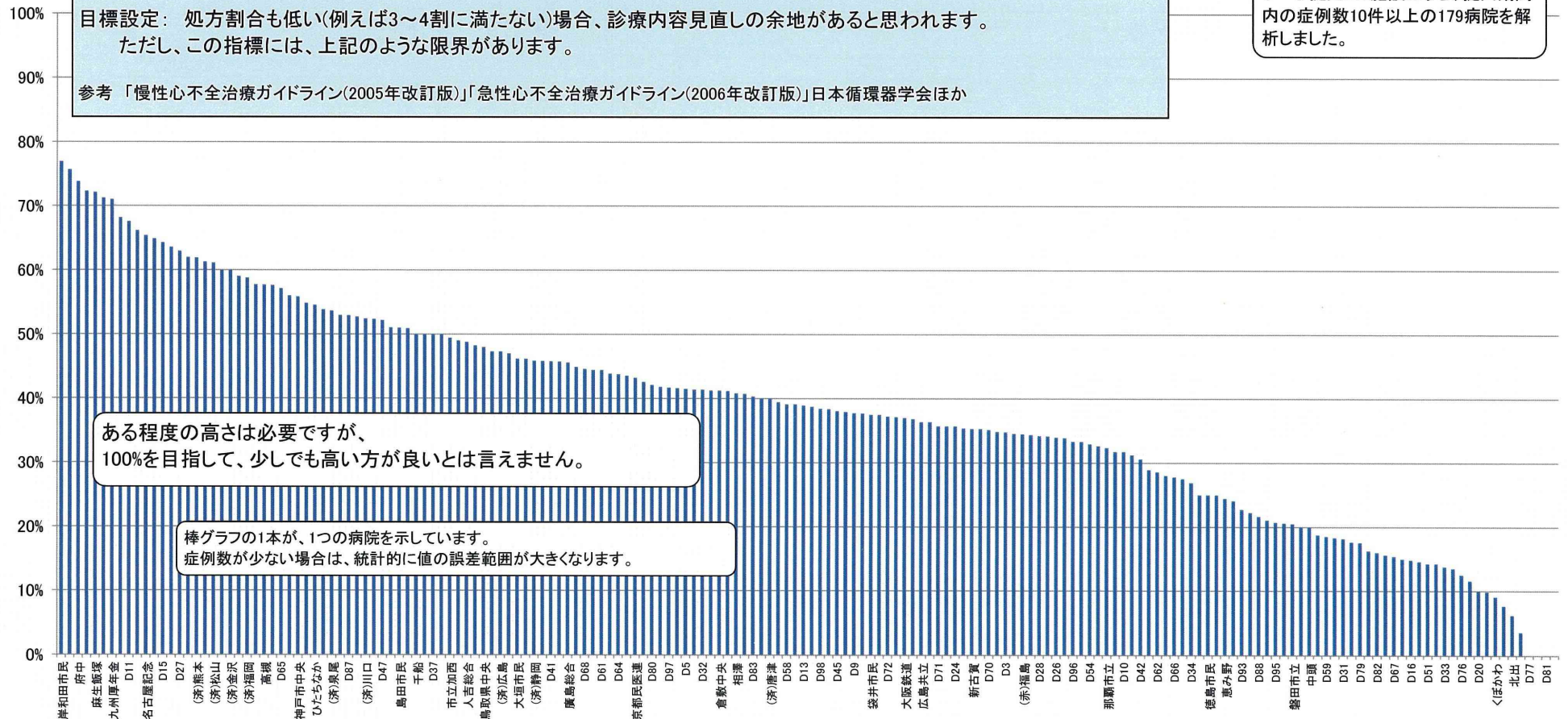
分子: 上記のうち、入院中に1回でもβブロッカー(後発品を含む)を処方された症例数

対象データ期間: 2010年4月1日~2010年12月31日の退院症例

データ提出247施設のうち、提出期間内の症例数10件以上の179病院を解析しました。

目標設定: 処方割合も低い(例えば3~4割に満たない)場合、診療内容見直しの余地があると思われます。ただし、この指標には、上記のような限界があります。

参考 「慢性心不全治療ガイドライン(2005年改訂版)」 「急性心不全治療ガイドライン(2006年改訂版)」 日本循環器学会ほか



ある程度の高さは必要ですが、100%を目指して、少しでも高い方が良いとは言えません。

棒グラフの1本が、1つの病院を示しています。症例数が少ない場合は、統計的に値の誤差範囲が大きくなります。