

資料 3

医療安全に関するモニタリング指標

病院全体の評価指標

指標分類1:「病院全体の指標」

指標分類2:「outcome」「process」「structure」

資料については、下記より抽出。また、サイトへのアクセスは2016年10月14日に確認済み

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)
「日常的な医療の質の評価指標の標準化と公表方法に関する開発研究」
(H24-医療-一般-009)

平成25年度総括研究報告書

No.	全体におけるNo	指標分類1	分子	指標分類2	疾患領域分類1	疾患領域分類2	実施主体	制定年	最新版	参照元	サイトへのアクセス結果
1	(5)	高齢者における褥瘡の院内発生率	入院時に褥瘡あるいは褥瘡発生リスクがある75歳以上(入院時の在院患者数(当該高齢患者数に当該高齢患者の総在院日数を乗じたもの)	NPUP分類にてStage II以上、もしくはDESIGN評価表でD2以上と判定された院内の新発発生患者の患者数(DU=測定不能は含まない)	病院全体の指標	outcome	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/wdim/html/work/shihyou.htm	X
2	(7)	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の院内発生率	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(リスクレベルが「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)」の予防ガイドライン」に準じて抽出)	入院後発症患者に「肺血栓塞栓症」が記載されている患者数	病院全体の指標	outcome	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/wdim/html/work/shihyou.htm	X

No.	全体におけるNo	分母	分子	指標分類1	疾患領域分類1	疾患領域分類2	指標分類2	実施主体	制定年	最新版	参照元	サイトへのリンク先結果
3	(8)	術後の大腿骨頭部・転子骨骨折の発生率	手術が施行された退院患者の術後在院日数の総計(術後在院患者延べ数)	分母のうち、入院後発症患者名に「大腿骨転子骨骨折」あるいは「大腿骨頭部骨折」が記載され、入院中の「回」目以降の手術が下記のいずれかを伴った場合の患者数: 1. 大腿骨頭回転骨切り術、2. 大腿骨近位部(転子骨を含む)骨切り術、3. 人工骨置換手術のいずれかが施行された患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/wdm/html/work/shihyou.htm	X
4	(30)	入院時の医療区分が3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時の医療区分が3か月後に改善した患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
5	(31)	入院時のADL(障害高齢者の日常生活自立度判定基準)の3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のADLが3か月後に改善した患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
6	(32)	入院時のADL区分の3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のADL区分が3か月後に改善した患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
7	(33)	入院時の要介護度の3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時の要介護度が3か月後に改善した患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
8	(34)	入院時のFIMの3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のFIMが3か月後に改善した患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
9	(35)	入院時のBIの3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のBIが3か月後に改善した患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
10	(36)	肺炎の新規発生率	1か月の間に平均入院患者数	1か月の肺炎新規発生患者数	感染症	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
11	(37)	肺炎の治癒率	1か月の間に肺炎の治療を実施した患者数	1か月の間に肺炎の治療が確認された患者数	感染症	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
12	(38)	尿路感染症の新規発生率	月末日の入院患者数	1か月の尿路感染症の新規発生患者数	感染症	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
13	(39)	尿路感染症の治癒率	1か月の間に尿路感染症の治療を実施した患者数	1か月の間に尿路感染症の治療が確認された患者数	感染症	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
14	(40)	入院時、尿道カテーテルが留置されている患者の1か月後の除去率	入院時、尿道カテーテルが留置されていた患者数	30日後に尿道カテーテルが除去されている患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
15	(41)	内服薬定期処方の見直しの平均頻度(日)	(1か月の内服薬定期処方箋枚数/内服薬定期薬投与患者数)	1か月の日数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
16	(42)	注射薬処方の見直しの平均頻度(日)	(1週間の注射薬処方箋枚数/注射薬投与患者数)	1週間の日数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
17	(43)	検査未実施率	月末日の入院患者数	1か月の間に血液検査、尿検査、X-P等のいずれも施行されなかった患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
18	(44)	起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施率	新規に罹患した感染症数	起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施患者数	感染症	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
19	(45)	低栄養の改善率	起点日のアルブミン値が3.0mg/dl未満の患者数	2か月以内にアルブミン値が3.0mg/dl未満から3.0mg/dl以上になった患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
20	(46)	経管栄養(中心静脈栄養・胃ろう・経鼻)から経口摂取可能になった患者率(1か月以内)	経管栄養患者数	1か月以内に少しでも経口摂取可能となった患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
21	(47)	転倒・転落などによる重症事故の発生率	転倒または転落の1か月の患者数	転倒または転落などによる重症事故の1か月の患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
22	(48)	抑制が行われている患者の比率	月末日の入院患者数	1か月の間に1日でも抑制が行われた患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
23	(49)	褥瘡患者の持込みの比率	褥瘡のある全患者数	褥瘡のある全患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
24	(50)	褥瘡の治癒率	褥瘡のある全患者数	褥瘡が治癒した患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
25	(51)	リハビリテーション提供率(1人1月あたり実施日数)	1か月の1日あたり平均入院患者数	1か月の実施対象者における個別療法実施延べ日数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
26	(52)	リハビリテーション提供時間(1人1日あたり単位数)	1か月の入院患者延べ数	1か月の実施総単位数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
27	(53)	急性期病院からの新規入院患者紹介率	新規入院患者数	急性期病院からの紹介入院患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
28	(54)	在宅系からの新規入院患者紹介率	新規入院患者数	在宅および居住系施設からの新規入院患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
29	(55)	在宅復帰率	全退院患者数(死・退院を除く)	在宅退院患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2011年度	1	http://amefip/e/indicator.html	○
30	(56)	死・退院患者率	退院患者数	死・退院患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
31	(59)	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者数	転倒・転落発生患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
32	(60)	入院患者の転倒・転落による損傷発生率	入院患者数	転倒・転落による損傷発生患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
33	(61)	褥瘡発生率	入院患者数	褥瘡発生患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
34	(65)	手術ありの患者の肺血栓症の発生率(リステルレベルが中リスク以上)	手術ありの患者数	手術ありの患者の肺血栓症の発生患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
35	(67)	退院後6週間以内の救急医療入院率	退院患者数	退院後6週間以内の救急入院患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
36	(70)	入院患者の転倒・転落発生率(療養病床)	療養病床入院患者数	療養病床転倒・転落発生患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
37	(71)	入院患者の転倒・転落による損傷発生率(療養病床)	療養病床入院患者数	療養病床転倒・転落による損傷発生患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
38	(73)	在宅復帰率(療養病床)	療養病床退院患者数(死・退院を除く)	在宅復帰患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
39	(74)	褥瘡発生率(療養病床)	療養病床入院患者数	褥瘡発生患者数	病院全体の指標	outcome	outcome	慢性期医療学館	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip.html	○
40	(84)	平均在院日数	期間中に退院した患者の人数(疾患別、○○別)	期間中に退院した患者の在院日数の合計(疾患別、○○別)	病院全体の指標	outcome	outcome	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.alpha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
41	(85)	死亡率	期間中に退院した患者の人数(疾患別、○○別)	期間中に死亡した患者の人数(疾患別、○○別)	病院全体の指標	outcome	outcome	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.alpha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
42	(86)	予定しない再入院率	期間中に退院した患者の人数(疾患別、○○別)	期間中に退院した患者のうち予定しない再入院であった患者の人数(疾患別、○○別)	病院全体の指標	outcome	outcome	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.alpha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
43	(87)	医療費/1入院費用(円)	期間中に退院した症例数(疾患別、○○別)	期間中に退院した症例の入院医療費の合計(疾患別、○○別)	病院全体の指標	outcome	outcome	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.alpha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○

No.	全体におけるNo	母	分子	指標分類1	疾患領域分類1	疾患領域分類2	指標分類2	実施主体	制定年	最新版	参照元	サイトへのリンク結果
44	(88)	期間中に退院した症例の在院日数の合計(疾患別、○別)	期間中に退院した症例の入院医療費の合計(疾患別、○別)	病院全体の指標			outcome	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
45	(91)	全身麻酔かつ、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症例数(肺血栓塞栓症予防管理料の算定有無別)	入院後発症疾患名が肺血栓塞栓症の症例数	病院全体の指標			outcome	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
46	(99)	高齢患者(75歳以上)におけるII度以上の褥瘡の院内発生率	入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者(75歳以上)の院内発生率	病院全体の指標			outcome	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11979.html	×
47	(101)	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク以上)	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	病院全体の指標			outcome	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11979.html	×
48	(102)	術後の大腿骨頭部・転子骨骨折の発生率	手術を施行した患者の術後在院患者延べ数	病院全体の指標			outcome	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11979.html	×
49	(103)	退院患者の標準化死亡率	予測死亡率患者数	病院全体の指標			outcome	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11979.html	×
50	(116)	入院患者の転倒・転落発生率	A)入院患者の転倒・転落発生率、B)治療を必要とする転倒・転落発生率	病院全体の指標			outcome	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.go.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
51	(117)	褥瘡新規発生率	入院後に新規に発生した褥瘡の数(別部位はとして計測)	病院全体の指標			outcome	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.go.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
52	(118)	退院後30日以内の緊急再入院割合	その後、30日以内に同一傷病名または随伴症・合併症等で予期しない緊急入院した患者	病院全体の指標			outcome	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.go.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
53	(119)	死亡退院患者割合(精死亡率)	死亡退院患者数-入院後48時間以内死亡	病院全体の指標			outcome	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.go.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
54	(124)	入院手術患者の術後48時間以内緊急再手術割合	A)手術後48時間以内緊急再手術数、B)一入院期間中の手術後30日以内緊急再手術数	病院全体の指標			outcome	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.go.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
55	(150)	入院患者の転倒(治療介入を要したものに限る)	入院中に転倒した患者	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
56	(164)	原性気胸の発生率	除外項目以外の退院患者(18歳以上)	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
57	(169)	術後肺塞栓症発症数および発症率(緊急手術を除く)	18歳以上、手術(緊急手術を除く)を行い退院した症例	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
58	(170)	術後呼吸不全発症率(緊急手術を除く)年齢別(18歳以上、18歳未満)	手術(緊急手術を除く)を行い退院した症例(18歳以上、18歳未満別)	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
59	(171)	術後敗血症発症率(緊急手術を除く)年齢別(18歳以上、18歳未満)	手術(緊急手術を除く)を行い退院した症例	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
60	(178)	65歳以上の急性期入院患者1000人対股関節骨折の割合	65歳以上の退院患者	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
61	(211)	尿路感染症の新規発生率	入院中患者数	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
62	(216)	救急搬送により入院した患者の救命率(30日後生存/救急搬送入院)	救急搬送により入院した患者数	病院全体の指標			outcome	mottoQI	2012年度	1		
63	(331)	75歳以上の高齢患者における入院中の大腿骨骨折の発生率	75歳以上の退院患者数	病院全体の指標			outcome	国立病院機構臨床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11980.html	×
64	(332)	75歳以上の入院高齢患者における新規褥瘡の院内発生率	高齢患者(75歳以上)の退院患者数	病院全体の指標			outcome	国立病院機構臨床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11980.html	×
65	(333)	清潔手術あるいは準清潔手術が施行された患者に対する術後感染症の発生率	準清潔手術、清潔手術を施行した退院患者数	病院全体の指標			outcome	国立病院機構臨床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11980.html	×
66	(4)	高齢者における褥瘡対策の実施率	入院時に褥瘡あるいは褥瘡の危険因子がある75歳以上(入院時の退院患者数)	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/rdm/html/work/shihyou.htm	×
67	(6)	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	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(リスクレベルが「中」以上の手術は『肺血栓塞栓症(静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)の予防ガイドライン』に準じて抽出)	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/rdm/html/work/shihyou.htm	×
68	(24)	急性期病棟における退院調整の実施率	65歳以上の退院患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/kai_wdm/html/work/shihyou.htm	×
69	(25)	救急搬送患者における連携先への転院率	救急搬送により入院した退院患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/rdm/html/work/shihyou.htm	×
70	(26)	退院時共同指導の実施率	退院患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/rdm/html/work/shihyou.htm	×
71	(27)	介護支援連携指導の実施率	退院患者数(65歳以上)	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/rdm/html/work/shihyou.htm	×
72	(28)	回復期リハビリテーション病棟退院患者の在宅復帰率	回復期リハビリテーション病棟の退院患者数・在宅には居宅および施設(老健除く)を含む	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/rdm/html/work/shihyou.htm	×
73	(62)	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	入院手術を受けた退院患者数	病院全体の指標			process	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/zip_01.html	○
74	(64)	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上)	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	病院全体の指標			process	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/zip_01.html	○

No.	全体におけるNo	母	分子	指標分類1	疾患領域分類1	疾患領域分類2	指標分類2	実施主体	制定年	最新版	参照元	サイトへのリンク結果
75	(72)	療養病棟入院延べ患者日数(patient days)	分母のうち、(物理的)身体抑制を実施した延べ患者日数(device days)	病院全体の指標			process	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip/	○
76	(75)	療養病棟入院延べ患者日数(patient days)	分母のうち、膀胱留置カテーテル挿入延べ日数(device days)	病院全体の指標			process	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip/	○
77	(90)	全身麻酔かつ肺血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症例数	肺血栓症発症予防管理料が算定された症例数	病院全体の指標			process	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.alpha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
78	(95)	65歳以上の退院症例数(退院時転倒が死亡であった症例を除く)	退院調整加算(一般病棟入院基本料等)が算定された症例数	病院全体の指標			process	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.alpha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
79	(96)	救急搬送により入院した退院症例数(退院時転倒が死亡であった症例を除く)	「救急搬送患者地域連携紹介加算」が算定された症例数	病院全体の指標			process	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.alpha.or.jp/hms/quality/healthcare/	○
80	(97)	高齢患者(75歳以上)における褥瘡発症の実施率	入院時に褥瘡および褥瘡発症リスクが認められた高齢患者数(75歳以上)	病院全体の指標			process	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.or.jp/7.11979.htm	×
81	(98)	高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(カテーテル等から把握)	入院時に褥瘡および褥瘡発症リスクが認められた高齢患者数(75歳以上)	病院全体の指標			process	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.or.jp/7.11979.htm	×
82	(100)	手術ありの患者の肺血栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術の実施率(リスクレベルが「中」リスク以上)	分母のうち、肺血栓症発症の予防対策(弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝薬療法の上記)が実施された患者数	病院全体の指標			process	国立病院機構	2014年度	1	http://www.hosp.or.jp/7.11979.htm	×
83	(120)	剖検率	死亡退院数(入院)入院料を算定した外来死亡数	病院全体の指標			process	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
84	(121)	ケアカンファレンス実施割合	医師・看護師・コメディカルによるカンファレンス記録のある患者(退院患者のうち)	病院全体の指標			process	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
85	(122)	リハビリテーション実施率	リハビリテーションを実施した退院患者(PT、OT、STIずれか)	病院全体の指標			process	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
86	(123)	予定手術開始前1時間以内の予防的抗生剤投与割合	執刀前1時間以内予防抗生剤を投与した数	病院全体の指標	感染症		process	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
87	(191)	周術期抗菌薬投与日数	周術期抗菌薬の投与日数の平均	病院全体の指標	感染症		process	mottoQI	2012年度	1		
88	(192)	麻酔前後24時間以内に静脈血栓症予防をうけた患者割合	麻酔前後24時間以内に静脈血栓症予防をうけた患者	病院全体の指標			process	mottoQI	2012年度	1		
89	(193)	静脈血栓症発症までに静脈血栓症予防をうけていない患者割合	入院から静脈血栓症発症検査を受けるまでの間に静脈血栓症発症予防を受けていない患者	病院全体の指標			process	mottoQI	2012年度	1		
90	(212)	血液培養2セット以上採取率	同日に血液培養オーダーを複数回行っている回数(1患者1日毎)	病院全体の指標	感染症		process	mottoQI	2012年度	1		
91	(214)	薬剤管理指導実施割合(a)指導回数ベース	薬剤管理指導実施回数	病院全体の指標			process	mottoQI	2012年度	1		
92	(215)	高難易度(外保連試薬D・E)手術実施割合	高難易度(外保連試薬D・E)手術実施数	病院全体の指標			process	mottoQI	2012年度	1		
93	(224)	退院前 a)30日間 b)1週間に検査等の実施されていない症例の割合	分母のうち、退院前30日間に検査実施がない症例数	病院全体の指標			process	mottoQI	2012年度	1		
94	(225)	薬剤管理指導実施割合(b)実施患者数ベース	薬剤管理指導実施のある患者数	病院全体の指標			process	mottoQI	2012年度	1		
95	(324)	清潔手術が施行された患者に対する手術部位感染(SSI)予防のための抗菌薬3日以内の中止率	分母のうち、術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて3日以内に中止された患者数	病院全体の指標	感染症		process	国立病院機構臨床	2011年度	1	http://www.hosp.or.jp/7.11980.htm	×
96	(325)	準備手術が施行された患者に対する手術部位感染(SSI)予防のための抗菌薬4日以内の中止率	分母のうち、術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて4日以内に中止された患者数	病院全体の指標	感染症		process	国立病院機構臨床	2011年度	1	http://www.hosp.or.jp/7.11980.htm	×
97	(326)	アルブミン製剤/赤血球濃厚液比	アルブミン製剤の総単位数	病院全体の指標			process	国立病院機構臨床	2011年度	1	http://www.hosp.or.jp/7.11980.htm	×
98	(3)	公費負担医療患者の割合	退院患者数	病院全体の指標			structure	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/kai_wdm/html/work/shihyou.htm	×
99	(9)	手術難易度分類別の患者割合	分母のうち、手術難易度分類別の患者数	病院全体の指標			structure	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/wdm/html/work/shihyou.htm	×
100	(68)	紹介患者(療養病棟)	紹介患者数	病院全体の指標			structure	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip/	○
101	(69)	逆紹介患者(療養病棟)	逆紹介患者数	病院全体の指標			structure	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip/	○
102	(76)	紹介患者(精神病棟)	紹介患者数	病院全体の指標			structure	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip/	○
103	(77)	逆紹介患者(精神病棟)	逆紹介患者数	病院全体の指標			structure	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/rip/g/rip/	○
104	(125)	救急車受け入れ割合	救急車受け入れ数	病院全体の指標			structure	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
105	(126)	心肺停止で救急搬入された患者の割合	A)心肺停止で救急搬入された患者数、B)そのうち生存退院した患者数	病院全体の指標			structure	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
106	(130)	紹介患者率	開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された一ヶ月間の患者数+救急搬入患者数	病院全体の指標			structure	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
107	(131)	逆紹介患者率	開設者と直接関係のない他の病院又は診療所への一ヶ月間の紹介患者数	病院全体の指標			structure	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-kan.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)
108	(219)	退院先種別割合(自宅退院割合)	退院患者数	病院全体の指標			structure	mottoQI	2012年度	1		△サイトはあるが年度が古い(2012年まで)

サイト一覧

済生会	http://www.saiseikai.or.jp/
日本慢性期医療協会	http://iamcf.jp/c_indicator.html
日本病院会	https://www.hospital.or.jp/qip/qi.html
全日本病院協会	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/
国立病院機構	http://www.hosp.go.jp/index.html
国立病院機構 臨床評価指標	https://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html
全日本民医連	http://www.min-iren.gr.jp/hokoku/hokoku.html
QIP (QIP事務局 京都大学大学院医学研究科・医療経済学教室)	http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/

医療の質の評価指標 B

(指標分類:「病院全体の指標」のみ抽出)

資料については、下記より引用。また、サイトへのアクセスは2016年10月14日に確認済み

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)
 「日常的な医療の質の評価指標の標準化と公表方法に関する開発研究」
 (H24-医療-一般-009)

平成25年度総括研究報告書

No	資料AにおけるNo	公費負担医療患者の割合	分母	分子	指標分類1	疾患領域分類1	疾患領域分類2	指標分類2	実施主体	制定年	最新版	参照元	サイトへのアクセス結果
1	(3)	公費負担医療患者の割合	退院患者数	分母のうち、公費医療が適用された患者数	病院全体の指標			structure	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikaikai.or.jp/saisei/kai_wdm/html/work/shihyou.htm	X
2	(4)	高齢者における褥瘡対策の実施率	入院時に褥瘡あるいは褥瘡の危険因子がある75歳以上(入院時の)退院患者数。	分母のうち、「褥瘡患者管理加算」あるいは「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が算定された患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikaikai.or.jp/saisei/kai_wdm/html/work/shihyou.htm	X

No	資料AにおけるNo	分子	分母	分子	指標分類1	疾患領域分類1	疾患領域分類2	指標分類2	実施主体	制定年	最新版	参照元	サイトへのアクセス結果
3	(5)	高齢者における褥瘡の院内発生率	入院時に褥瘡あるいは褥瘡発生リスクがある75歳以上(入院時の在院患者数)を乗じたもの	褥瘡の発生患者数(当該高齢者の総在院日数を乗じたもの)	病院全体の指標			outcome	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
4	(6)	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	肺血栓塞栓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(リスクレベルが「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)の予防ガイドライン」に準じて抽出)	肺血栓塞栓症予防対策(弾性ストッキング)が実施された患者数(低分子量ヘパリン、使用量未分画ヘパリン、合成Ⅹ阻害剤、用量調節ワルファリン)が処方された患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
5	(7)	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の院内発生率	肺血栓塞栓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(リスクレベルが「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)の予防ガイドライン」に準じて抽出)	肺血栓塞栓症の発生患者数	病院全体の指標			outcome	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
6	(8)	術後の大腿骨頭部/転子部骨折の発生率	手術が施行された退院患者の術後在院日数の総計(術後在院患者数)	術後大腿骨頭部/転子部骨折の発生患者数	病院全体の指標			outcome	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
7	(9)	手術難易度分類別の患者割合	主要診断別別の手術有りの退院患者数	手術難易度分類別の患者数	病院全体の指標			structure	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
8	(24)	急性期病棟における退院調整の実施率	65歳以上の退院患者数	急性期病棟等退院調整が実施された患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
9	(25)	救急搬送患者における連携先への転院率	救急搬送により入院した退院患者数	救急搬送先へ連携先へ転院した患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
10	(26)	退院時共同指導の実施率	退院患者数	退院時共同指導2が実施された患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
11	(27)	介護支援連携指導の実施率	退院患者数(65歳以上)	介護支援連携指導料が算定された患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
12	(28)	回復期リハビリテーション病棟退院患者の在宅復帰率	回復期リハビリテーション病棟の退院患者数・在宅には居宅および施設(老健除く)を含む	在宅復帰した患者数	病院全体の指標			process	済生会	2011年度	1	http://www.saiseikai.or.jp/saisei/01_wdm/html/work/shihyou.htm	X
13	(30)	入院時の医療区分の3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時の医療区分が3か月後に改善した患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
14	(31)	入院時のADL(障害高齢者の日常生活自立度)定義集の3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のADL区分が3か月後に改善した患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
15	(32)	入院時のADL区分の3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のADL区分が3か月後に改善した患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
16	(33)	入院時の要介護度の3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時の要介護度が3か月後に改善した患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
17	(34)	入院時のFIMの3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のFIMが3か月後に改善した患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
18	(35)	入院時のBIの3か月後の改善率	3か月前に入院した患者数	入院時のBIが3か月後に改善した患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
19	(36)	肺炎の新規発生率	1か月の1日の平均入院患者数	1か月の肺炎新規発生患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
20	(37)	肺炎の治癒率	1か月の間に肺炎の治療を要した患者数	1か月の間に肺炎が治癒された患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
21	(38)	尿路感染症の新規発生率	月末日の入院患者数	1か月の尿路感染症の新規発生患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
22	(39)	尿路感染症の治癒率	1か月の間に尿路感染症の治療を実施した患者数	1か月の間に尿路感染症が治癒された患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
23	(40)	入院時尿道カテーテルが留置されている患者の1か月後の抜去率	入院時尿道カテーテルが留置されていた患者数	30日後に尿道カテーテルが抜去された患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
24	(41)	内服薬定期処方の見直しの平均頻度(日)	(1か月の内服薬定期処方箋枚数/内服薬投与患者数)	1か月の内服薬定期処方箋枚数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
25	(42)	注射薬処方の見直しの平均頻度(日)	(1週間の注射薬処方箋枚数/注射薬投与患者数)	1週間の注射薬処方箋枚数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
26	(43)	検査未実施率	月末日の入院患者数	1か月の間に血液検査、尿検査、X-P等のいずれも実施されなかった患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
27	(44)	起炎菌検査と細菌培養感受性検査の実施率	新規に罹患した感染症数	起炎菌検査と細菌培養感受性検査の実施患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
28	(45)	低栄養の改善率	起算日のアルブミン値が3.0mg/dl未満の患者数	2か月以内にアルブミン値が3.0mg/dl未満から3.0mg/dl以上になった患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
29	(46)	経管栄養(中心静脈栄養・胃ろう・経鼻から経口摂取)可能なようになった患者数(1か月以内)	経管栄養患者数	1か月以内に経管栄養が開始可能となった患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
30	(47)	転倒・転落などによる重症事故の発生率	転倒または転落の1か月の患者数	転倒または転落などによる重症事故の1か月の患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
31	(48)	抑制が行われている患者の比率	月末日の入院患者数	1か月の間に1日でも抑制が行われた患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
32	(49)	褥瘡患者の持込みの比率	褥瘡のある全患者数	持込み褥瘡の患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
33	(50)	褥瘡の治癒率	褥瘡のある全患者数	褥瘡が治癒した患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
34	(51)	リハビリテーション提供率(1人1月あたり実施日数)	1か月の1日あたり平均入院患者数	1か月の実施日数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
35	(52)	リハビリテーション提供時間(1人1日あたり単位数)	1か月の入院患者数	1か月の実施総患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
36	(53)	急性期病棟からの新規入院患者紹介率	新規入院患者数	急性期病棟からの紹介入院患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
37	(54)	在宅系からの新規入院患者紹介率	新規入院患者数	在宅および居宅系施設からの新規入院患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
38	(55)	在宅復帰率	全退院患者数(死亡退院を除く)	在宅退院患者数	病院全体の指標			outcome	慢性期医療学	2011年度	1	http://jmcdf.jp/indicator.html	○
39	(58)	死亡退院患者率	退院患者数	死亡退院患者数	病院全体の指標			outcome	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/cip/g/01.html	○
40	(59)	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者数	転倒・転落発生患者数	病院全体の指標			outcome	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/cip/g/01.html	○
41	(60)	入院患者の転倒・転落による損傷発生率	入院患者数	転倒・転落による損傷発生患者数	病院全体の指標			outcome	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/cip/g/01.html	○

No	資料AにおけるNo	分母	分子	指標分類1	疾患領域分類1	疾患領域分類2	指標分類2	実施主体	制定年度	最新版	参照元	サイトへのアクセス結果
42	(61)	入院患者数	調査期間における母対象患者のうち、42以上の褥瘡の院内新規発生患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
43	(62)	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	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退院患者数	病院全体の指標	感染症	process	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
44	(64)	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスク) (リスクレベルが「中」以上)	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	病院全体の指標		process	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
45	(65)	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスク) (リスクレベルが「中」以上)	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	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
46	(67)	退院後6週間以内の救急医療入院率	退院患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
47	(68)	紹介患者(療養病床)	初診患者数	病院全体の指標		structure	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
48	(69)	逆紹介患者(療養病床)	初診患者数	病院全体の指標		structure	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
49	(70)	入院患者の転倒・転落発生率(療養病床)	療養病床入院患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
50	(71)	入院患者の転倒・転落による損傷発生率(療養病床)	療養病床入院患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
51	(72)	身体抑制率(療養病床)	身体抑制患者数	病院全体の指標		process	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
52	(73)	在宅復帰率(療養病床)	在宅復帰患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
53	(74)	褥瘡発生率(療養病床)	褥瘡発生患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
54	(75)	膀胱留置カテーテル挿入率(療養病床)	膀胱留置カテーテル挿入患者数	病院全体の指標		process	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
55	(76)	紹介患者(精神病床)	初診患者数	病院全体の指標		structure	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
56	(77)	逆紹介患者(精神病床)	初診患者数	病院全体の指標		structure	病院全体の指標	日本病院会	2012年度	1	https://www.hospital.or.jp/aiq/g/aiq.html	○
57	(84)	平均在院日数	期間中に退院した患者の人数(疾患別、○○別)	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
58	(85)	死亡率	期間中に死亡した患者の人数(疾患別、○○別)	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
59	(86)	予定しない再入院率	期間中に退院した患者の人数(疾患別、○○別)	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
60	(87)	医療費/1入院費用(円)	期間中に退院した症例数(疾患別、○○別)	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
61	(88)	医療費/1日単価(円)	期間中に退院した症例の入院医療費の合計(疾患別、○○別)	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
62	(90)	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	全身麻酔かつ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症例数	病院全体の指標		process	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	https://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
63	(91)	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の発生率	全身麻酔かつ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症例数(肺血栓塞栓症予防管理料の算定有無別)	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	https://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
64	(95)	急性期病棟における退院調整の実施率	65歳以上の退院症例数(退院時転倒が死亡であった症例を除く)	病院全体の指標		process	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
65	(96)	救急搬送患者における連携先への転院率	救急搬送により入院した退院症例数(退院時転倒が死亡であった症例を除く)	病院全体の指標		process	病院全体の指標	全日本病院協会	2012年度	1	https://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/	○
66	(97)	高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(DPC-75から把握)	入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者数(75歳以上)	病院全体の指標		process	病院全体の指標	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.979.html	×
67	(98)	高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(カルテ等から把握)	入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者数(75歳以上)	病院全体の指標		process	病院全体の指標	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.979.html	×
68	(99)	高齢患者(75歳以上)におけるII度以上の褥瘡の院内発生率	入院時に褥瘡および褥瘡発生リスクが認められた高齢患者(75歳以上)の入院患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.979.html	×
69	(100)	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが「中」以上)	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	病院全体の指標		process	病院全体の指標	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.979.html	×
70	(101)	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが「中」以上)	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	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.979.html	×
71	(102)	術後の大腿骨頭部/転子部骨折の発生率	手術を施行した患者の術後入院患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.979.html	×
72	(103)	退院患者の標準化死亡率	予測死亡患者数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	国立病院機構	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.979.html	×
73	(116)	入院患者の転倒・転落発生率	A)入院患者の転倒・転落件数、B)治療を必要とする転倒・転落件数	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ei.or.jp/hokoku/hokoku.html	△ △サイトはあるが年度が古い め資料なし(2012年まで)
74	(117)	褥瘡新規発生率	入院後に新規に発生した褥瘡の数(別部位は1として計測)	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ei.or.jp/hokoku/hokoku.html	△ △サイトはあるが年度が古い め資料なし(2012年まで)
75	(118)	退院後30日以内の緊急再入院割合	その後、30日以内に同一傷病名または関連症・合併症等で予期しない緊急入院した患者	病院全体の指標		outcome	病院全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ei.or.jp/hokoku/hokoku.html	△ △サイトはあるが年度が古い め資料なし(2012年まで)

No	資料AにおけるNo	分子	分母	指標分類1	疾患領域分類1	疾患領域分類2	指標分類2	実施主体	制定年	最新版	参照元	サイトへの四ヶセ結果
76	(119)	死亡退院患者割合(精死率)	死亡退院患者数-入院後48時間以内死亡	退院患者数	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
77	(120)	割合	病理診断実施数	死亡退院患者数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
78	(121)	ケアカンファレンス実施割合	医師・看護師・コメディカルによるカンファレンス記録のある患者(退院患者のうち)	退院患者数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
79	(122)	リハビリテーション実施率	リハビリテーションを実施した退院患者(PT、OT、ST、Iずれか)	退院患者数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
80	(123)	予定手術開始前1時間以内の予防的抗生剤投与割合	執刀前1時間以内(予防抗菌剤を投与した患者)	死亡退院患者数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
81	(124)	入院手術患者の術後48時間以内緊急再手術割合	A)手術後48時間以内緊急再手術患者数、B)入院期間中の手術後30日以内緊急再手術患者数	入院手術数(A,B共通)	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
82	(125)	緊急重受け入れ割合	緊急重受け入れ数	救急要請数	病院内全体の指標	structure	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
83	(126)	心肺停止で救急搬入された患者の割合	A)心肺再開入院した患者数、B)そのうち生存退院した患者数	A)救急搬入されたCPA患者数	病院内全体の指標	structure	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
84	(130)	紹介患者率	開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された一ヶ月間の患者数+救急搬入患者数	一ヶ月間の初診患者数	病院内全体の指標	structure	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
85	(131)	逆紹介患者率	開設者と直接関係のない他の病院又は診療所への一ヶ月間の紹介患者数	一ヶ月間の初診患者数	病院内全体の指標	structure	病院内全体の指標	全日本民医連	2011年度	1	http://www.min-ken.or.jp/hokoku/hokoku.html	△サイトはあるが年度が古い資料なし(2012年まで)
86	(150)	入院患者の転倒(治療介入を要したものに限る)	入院中に転倒した患者	頭部CT、創傷処置などを要した患者	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
87	(164)	術後陣室性発症数および発症率(緊急手術を除く)	除外項目以外の退院患者(18歳以上)	母母のうち、医原性胸肺発生患者	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
88	(169)	術後呼吸不全発症率(緊急手術を除く)	18歳以上、手術(緊急手術を除く)を行い退院した症例	母母のうち、入院後に肺塞栓症を発生した症例	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
89	(170)	術後呼吸不全発症率(緊急手術を除く)年齢別(18歳以上、18歳未満)	手術(緊急手術を除く)を行い退院した症例(18歳以上、18歳未満別)	母母のうち、術後呼吸不全症の発症例(入院後発生した症例のうち、術後呼吸不全の発症例、あるいは術後2週間以内に呼吸器管理を行った症例)	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
90	(171)	術後敗血症発症率(緊急手術を除く)	手術(緊急手術を除く)を行い退院した症例	母母のうち、入院後に敗血症を発生した症例	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
91	(178)	65歳以上の急性期入院患者1000人対股関節骨折の割合	65歳以上の退院患者	院内発生の上肢骨折が記録されている退院患者数	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
92	(191)	術後抗生剤投与日数	手術を施行された患者	術後抗生剤の投与日数の平均	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
93	(192)	術後24時間以内に静脈血栓塞栓症予防を行った患者の割合	手術を施行された患者	術後24時間以内に静脈血栓塞栓症予防を行った患者	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
94	(193)	静脈血栓塞栓症発症率(緊急手術を除く)年齢別(18歳以上、18歳未満)	静脈血栓塞栓症発症患者	入院から静脈血栓塞栓症検査を受けるまでの間に静脈血栓塞栓症予防を受けていない患者	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
95	(211)	尿路感染症の新規発生率	入院中患者数	入院後に尿路感染症の発症した患者数	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
96	(212)	血液培養2セット以上採取率	血液培養のオーダー数(1患者1日毎)	同日に血液培養オーダーを複数回行っている回数(患者1日毎)	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
97	(214)	薬剤管理指導実施割合(a)指導回数ベース	在院患者数	薬剤管理指導実施回数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
98	(215)	高難易度(外保連試薬D・E)手術実施割合	手術実施件数	高難易度(外保連試薬D・E)手術実施数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
99	(216)	救急搬送により入院した患者の救命率(30日後生存/救急搬送入院)	救急搬送により入院した患者数	母母のうち、生存退院もしくは入院日数が30日以上であった患者数	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
100	(219)	退院先種別割合(自宅退院割合)	退院患者数	退院先別患者数	病院内全体の指標	structure	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
101	(224)	退院前a)30日間 b)1週間に検査等の実施されない症例の割合	退院患者数	母母のうち、退院前30日間に検査実施がない症例数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
102	(225)	薬剤管理指導実施割合(b)実施患者数ベース	入院患者数	薬剤管理指導実施のある患者数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	motte Oi	2012年度	1		
103	(324)	清潔手術が施行された患者に対する手術部位感染率(SSSI)予防のための抗生剤3日以内の中止率	清潔手術を施行した退院患者数	母母のうち、術日以降に抗生剤が予防的に投与され、手術日から数えて3日以内に中止された患者数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	国立病院機構豊床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.980.html	×
104	(325)	準清潔手術が施行された患者に対する手術部位感染率(SSSI)予防のための抗生剤4日以内の中止率	準清潔手術を施行した退院患者数	母母のうち、術日以降に抗生剤が予防的に投与され、手術日から数えて4日以内に中止された患者数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	国立病院機構豊床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.980.html	×
105	(326)	アルブミン製剤/赤血球濃厚液比	赤血球濃厚液の総単位数と自己血輸血の総単位数の総計	アルブミン製剤の総単位数	病院内全体の指標	process	病院内全体の指標	国立病院機構豊床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.980.html	×
106	(331)	75歳以上の高齢患者における入院中の大腿骨折の発生率	75歳以上の退院患者数	母母のうち、入院中に大腿骨折を発生した患者数	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	国立病院機構豊床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.980.html	×
107	(332)	75歳以上の入院高齢患者における新規褥瘡の内発生率	高齢患者(75歳以上)の退院患者数	母母のうち、褥瘡対策に関する治療計画書において、NPUAP分類にてStage II以上、もしくはDESIGN評価表で2以上と判定された院内の新規褥瘡を有する患者数	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	国立病院機構豊床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.980.html	×
108	(333)	清潔手術あるいは準清潔手術が施行された患者に対する術後感染率の発生率	清潔手術、清潔手術を施行した退院患者数	母母のうち、7日以上抗生剤が投与されている患者数	病院内全体の指標	outcome	病院内全体の指標	国立病院機構豊床	2011年度	1	http://www.hosp.go.jp/7.11.980.html	×

サイト一覧

済生会	http://www.saiseikai.or.jp/
日本慢性期医療協会	http://iamcf.jp/c_indicator.html
日本病院会	https://www.hospital.or.jp/qip/qi.html
全日本病院協会	http://www.aiha.or.jp/hms/qualityhealthcare/
国立病院機構	http://www.hosp.go.jp/index.html
国立病院機構 臨床評価指標	https://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html
全日本民医連	http://www.min-iren.gr.jp/hokoku/hokoku.html
QIP (QIP事務局 京都大学大学院医学研究科・医療経済学教室)	http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/

目次

領域	指標 番号	指標名称	プロセス/ アウトカム	パターン	公表 No.	掲載 ページ
5 疾病に属する医療（ただし精神を除く）						
がん (肺がん)	1	肺がん手術患者に対する治療前の病理診断の実施率	プロセス	検査／診断		3
がん (肺がん)	2	小細胞肺がん患者に対する抗がん剤治療の実施率	プロセス	投薬／注射		3
がん (胃がん)	3	胃がん患者の待期手術前の病理学的診断実施率	プロセス	検査／診断		4
がん (胃がん)	4	胃がん患者に対する手術時の腹水細胞診の実施率	プロセス	検査／診断		4
がん (肝がん)	5	肝がん患者に対するICG15分停滞率の測定率	プロセス	検査／診断		5
がん (肝がん)	6	リポドール肝動脈（化学）塞栓療法（TA（C）E）実施率	プロセス	手術／処置		5
がん (結腸がん)	7	結腸がん（ステージⅠ）患者に対する腹腔鏡下手術の実施率	プロセス	手術／処置		6
がん (結腸がん)	8	結腸がん（ステージⅡ）患者に対する腹腔鏡下手術の実施率	プロセス	手術／処置		6
がん (乳がん)	9	浸潤性乳がん（ステージⅠ）患者に対するセンチネルリンパ節生検の実施率	プロセス	検査／診断		7
がん (乳がん)	10	乳がん（ステージⅠ）患者に対する乳房温存手術の実施率	プロセス	手術／処置	公表1	7
がん (乳がん)	11	乳がん患者に対するホルモン受容体、あるいはHER-2の検索の実施率	プロセス	検査／診断		8
がん (乳がん)	12	乳がん患者に対する嘔吐リスクの高い化学療法における制吐剤（5-HT3受容体拮抗型制吐剤とステロイドの併用）の投与率	プロセス	投薬／注射		8
急性 心筋梗塞	13	PCI（経皮的冠動脈形成術）施行前のアスピリンおよび硫酸クロピドグレルまたはプラスグレルの処方率	プロセス	手術／処置	公表2	9
急性 心筋梗塞	14	急性心筋梗塞患者に対する退院時のスタチンの処方率	プロセス	投薬／注射		9
急性 心筋梗塞	15	PCI（経皮的冠動脈形成術）を施行した患者（救急車搬送）の入院死亡率	アウトカム	—	公表3	10
脳卒中	16	破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療、あるいは血管内治療の実施率	プロセス	手術／処置		10
脳卒中	17	急性脳梗塞患者に対するアスピリン、オザグレル、アルガトロバン、ヘパリンの投与率	プロセス	投薬／注射		11
脳卒中	18	脳卒中患者に対する頸動脈エコー、MRアンギオグラフィ、CTアンギオグラフィ、脳血管撮影検査のいずれか一つ以上による脳血管（頸動脈）病変評価の実施率	プロセス	検査／診断		11
脳卒中	19	急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CT、もしくはMRIの実施率	プロセス	検査／診断	公表4	12
脳卒中	20	急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	プロセス	リハ／ケア	公表5	12
脳卒中	21	脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率	プロセス	リハ／ケア		13
脳卒中	22	急性脳梗塞患者における入院死亡率	アウトカム	—	公表6	13
糖尿病	23	インスリン療法を行っている外来糖尿病患者に対する自己血糖測定の実施率	プロセス	リハ／ケア		14

5 疾病に属さない医療等

領域	指標 番号	指標名称	プロセス/ アウトカム	パターン	公表 No.	掲載 ページ
眼科系	25	緑内障患者に対する視野検査の実施率	プロセス	検査/診断		15
呼吸器系	26	気管支喘息患者に対する吸入ステロイド剤の投与率	プロセス	投薬/注射		15
呼吸器系	27	誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープ、あるいは嚥下造影検査の実施率	プロセス	検査/診断		16
呼吸器系	28	間質性肺炎患者に対する血清マーカー検査（“KL-6”、“SP-D”、“SP-A”）の実施率	プロセス	検査/診断		16
呼吸器系	29	間質性肺炎患者における呼吸機能評価の実施率	プロセス	検査/診断		17
呼吸器系	30	慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者における呼吸機能評価の実施率	プロセス	検査/診断		17
呼吸器系	31	慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者に対する呼吸器リハビリテーションの実施率	プロセス	リハ/ケア		18
呼吸器系	32	周術期（肺手術）の呼吸器リハビリテーション実施率	プロセス	リハ/ケア		18
呼吸器系	33	市中肺炎（重症除く）患者に対する広域スペクトル抗菌薬の未処方率	プロセス	投薬/注射		19
循環器系	34	心大血管手術後の心臓リハビリテーション実施率	プロセス	リハ/ケア	公表7	19
循環器系	35	心不全患者に対する退院時の抗アルドステロン、β-ブロッカー、ACE阻害剤、ARBのいずれかの処方率	プロセス	投薬/注射		20
消化器系	36	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療（止血術）の実施率	プロセス	手術/処置	公表8	20
消化器系	37	B型慢性肝炎患者に対するHBV-DNAモニタリングの実施率	プロセス	検査/診断		21
消化器系	38	B型およびC型慢性肝炎患者に対する肝細胞がんスクリーニングと治療管理のための腫瘍マーカー検査の実施率	プロセス	検査/診断	公表9	21
消化器系	39	B型およびC型慢性肝炎患者に対する肝細胞がんスクリーニングのための画像検査の実施率	プロセス	検査/診断		22
消化器系	40	急性胆管炎患者における入院初日の血液培養検査実施率	プロセス	検査/診断		22
消化器系	41	急性胆嚢炎患者に対する入院2日以内の超音波検査の実施率	プロセス	検査/診断		23
消化器系	42	急性胆管炎患者、急性胆嚢炎患者に対する早期（入院2日以内）の注射抗菌薬投与の実施率	プロセス	投薬/注射		23
消化器系	43	急性膵炎患者に対する早期（入院2日以内）のCTの実施率	プロセス	検査/診断		24
筋骨格系	44	大腿骨近位部骨折患者に対する早期リハビリテーション（術後4日以内）の実施率	プロセス	リハ/ケア		24
筋骨格系	45	人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーションの実施率	プロセス	リハ/ケア	公表10	25
腎・尿路系	46	急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の実施率	プロセス	検査/診断		25
腎・尿路系	47	T1a、T1bの腎がん患者に対する腹腔鏡下手術の実施率	プロセス	手術/処置	公表11	26
腎・尿路系	48	T1a、T1bの腎がん患者の術後10日以内の退院率	アウトカム	手術/処置	公表12	26
腎・尿路系	49	前立腺生検実施後の感染症の発生率	アウトカム	検査/診断		27
女性 生殖器系	50	子宮頸部上皮内がん患者に対する円錐切除術の実施率	プロセス	手術/処置		27

領域	指標番号	指標名称	プロセス/ アウトカム	パターン	公表 No.	掲載 ページ
女性 生殖器系	51	良性卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の実施率	プロセス	手術/処置	公表13	28
女性 生殖器系	52	良性卵巣腫瘍患者に対する術後5日以内の退院率	アウトカム	手術/処置	公表14	28
血液	53	初発多発性骨髄腫患者に対する血清β2マイクログロブリン値の測定率	プロセス	検査/診断		29
血液	54	悪性リンパ腫患者および多発性骨髄腫患者に対する外来通院経静脈的化学療法の実施率	プロセス	投薬/注射		29
小児	55	小児食物アレルギー患者に対する特異的IgE検査の実施率	プロセス	検査/診断		30
小児	56	肺炎患児における喀痰や鼻咽頭培養検査の実施率	プロセス	検査/診断		30
小児	57	新生児治療室におけるMRSAの院内感染の発生率	アウトカム	検査/診断		31

セイフティネット系に属する医療（精神を含む）

重心	58-1	重症心身障害児（者）に対する骨密度測定の実施率（超・準超重症児）	プロセス	検査/診断		32
重心	58-2	重症心身障害児（者）に対する骨密度測定の実施率（超・準超重症児以外）	プロセス	検査/診断		32
重心	59-1	重症心身障害児（者）に対するリハビリテーションの実施率（超・準超重症児）	プロセス	リハ/ケア		33
重心	59-2	重症心身障害児（者）に対するリハビリテーションの実施率（超・準超重症児以外）	プロセス	リハ/ケア		33
筋ジス・ 神経	60	15歳以上デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者に対するβ-ブロッカー、ACE阻害剤もしくはARBの投与率	プロセス	投薬/注射		34
筋ジス・ 神経	61	てんかん患者に対する抗てんかん薬の血中濃度測定実施率	プロセス	検査/診断	公表15	34
筋ジス・ 神経	62	てんかん治療入院患者に対する脳波検査、長期継続頭蓋内脳波検査、長期脳波ビデオ同時記録検査、終夜睡眠ポリグラフィのいずれかの検査の実施率	プロセス	検査/診断		35
筋ジス・ 神経	63	抗パーキンソン病薬投与患者に対する心エコー実施率	プロセス	検査/診断		35
筋ジス・ 神経	64	パーキンソン病患者に対するリハビリテーションの実施率	プロセス	リハ/ケア		36
精神	65	躁病患者、双極性障害患者、統合失調症患者に対する血中濃度測定の実施率	プロセス	検査/診断		36
精神	66	統合失調症患者に対する抗精神病薬の単剤化の実施率	プロセス	投薬/注射		37
精神	67	精神科患者における1ヶ月以内の再入院率	アウトカム	—		37
結核	68	結核入院患者におけるDOTS実施率	プロセス	投薬/注射		38
エイズ	69	HIV患者の外来継続受診率	プロセス	リハ/ケア		38
エイズ	70	HIV患者に対する血糖、総コレステロール、中性脂肪の3検査の実施率	プロセス	検査/診断		39

抗菌薬の適正使用

抗菌薬 (肺がん) 準清潔手術	71	肺悪性腫瘍手術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		41
	72	肺悪性腫瘍手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				

領域	指標番号	指標名称	プロセス/ アウトカム	パターン	公表 No.	掲載 ページ
抗菌薬 (脳卒中) 清潔手術	73	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤、未破裂脳動脈瘤患者のクリッピング/ラッピングにおける手術部位感染予防のための抗菌薬3日以内中止率	プロセス	投薬/注射		42
	74	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤、未破裂脳動脈瘤でクリッピング/ラッピング施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (循環器系) 清潔手術	75	弁形成術および弁置換術施行患者における抗菌薬3日以内中止率	プロセス	投薬/注射		43
	76	弁形成術および弁置換術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (循環器系) 清潔手術	77	ステントグラフト内挿術施行患者における抗菌薬3日以内中止率	プロセス	投薬/注射		44
	78	ステントグラフト内挿術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (消化器系) 準清潔手術	79	胃の悪性腫瘍手術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		45
	80	胃の悪性腫瘍手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (消化器系) 準清潔手術	81	大腸および直腸の悪性腫瘍手術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		46
	82	大腸および直腸の悪性腫瘍手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (消化器系) 準清潔手術	83	肝・肝内胆管の悪性腫瘍の肝切除術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		47
	84	肝・肝内胆管の悪性腫瘍の肝切除術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (骨格系) 清潔手術	85	股関節大腿近位骨折手術施行患者における抗菌薬3日以内中止率	プロセス	投薬/注射	公表16	48
	86	股関節大腿近位骨折手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率			公表17	
抗菌薬 (骨格系) 清潔手術	87	膝関節症、股関節骨頭壊死、股関節症手術施行患者における抗菌薬3日以内中止率	プロセス	投薬/注射		49
	88	膝関節症、股関節骨頭壊死、股関節症手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (乳房) 清潔手術	89	乳腺腫瘍手術施行患者における抗菌薬3日以内中止率	プロセス	投薬/注射		50
	90	乳腺腫瘍手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (内分泌) 清潔手術	91	甲状腺手術施行患者における抗菌薬3日以内中止率	プロセス	投薬/注射		51
	92	甲状腺手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (腎・尿路系) 準清潔手術	93	膀胱腫瘍手術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		52
	94	膀胱腫瘍手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (腎・尿路系) 準清潔手術	95	経尿道的前立腺手術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		53
	96	経尿道的前立腺手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				
抗菌薬 (女性生殖器系) 準清潔手術	97	子宮全摘出術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		54
	98	子宮全摘出術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				

領域	指標 番号	指標名称	プロセス/ アウトカム	パターン	公表 No.	掲載 ページ
抗菌薬 (女性生殖器系) 準清潔手術	99	子宮附属器腫瘍摘出術施行患者における抗菌薬4日以内中止率	プロセス	投薬/注射		55
	100	子宮附属器腫瘍摘出術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率				

病院全体

全体領域	101	アルブミン製剤/赤血球濃厚液比	プロセス	手術/処置		56
全体領域	102	75歳以上入院患者の退院時処方における向精神薬が3種類以上の処方率	プロセス	投薬/注射	公表18	56
全体領域	103	胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率	プロセス	リハ/ケア	公表19	57
全体領域	104	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率（リスクレベルが中リスク以上）	プロセス	リハ/ケア	公表20	57
全体領域	105	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベルが中リスク以上）	アウトカム	リハ/ケア	公表21	58
全体領域	106	退院患者の標準化死亡比	アウトカム	—	公表22	58
チーム医療	107	安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導の実施率	プロセス	投薬/注射	公表23	59
チーム医療	108	バンコマイシン投与患者の血中濃度測定率	プロセス	検査/診断		59
医療安全	109	骨髄検査（骨髄穿刺）における胸骨以外からの検体採取率	プロセス	検査/診断		61
医療安全	110	75歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症率	アウトカム	リハ/ケア		60
医療安全	111	中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率	アウトカム	手術/処置		60
患者満足度	112	入院患者における総合満足度	アウトカム	—	公表24	61
患者満足度	113	外来患者における総合満足度	アウトカム	—	公表25	62

EBM研究

EBM 研究	114	高齢非経口摂取患者の胃ろう実施率	プロセス	手術/処置		63
EBM 研究	115	NSAIDs内服患者におけるPPIもしくはPG製剤内服率	プロセス	投薬/注射		63



Health Care Quality Indicators (HCQI) 2016-17 Data Collection

**Technical Manual
for
Patient Safety Indicators**

January 2017

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION.....	4
Background.....	4
Ongoing Research and Development.....	4
PURPOSE OF THIS MANUAL.....	6
Key Concepts.....	6
DATA PREPARATION.....	7
Step 1: Diagnostic Codes.....	7
Step 2: Procedure Codes.....	8
Step 3: Present on Admission.....	8
Step 4: Psychiatric Institutions.....	8
CALCULATION INSTRUCTIONS.....	9
General Approach.....	9
Calculation Process.....	9
Exclusion Rules.....	11
Key Calculation Steps.....	13
SUPPLEMENTARY DATA.....	16
Adjustment for country coding practices.....	16
DETAILED DEFINITIONS OF INDICATORS.....	17
.....	17
1. RETAINED SURGICAL ITEM OR UNRETRIEVED DEVICE FRAGMENT.....	18
2. POSTOPERATIVE DEEP VEIN THROMBOSIS.....	22
3. POSTOPERATIVE PULMONARY EMBOLISM.....	27
4. POSTOPERATIVE SEPSIS.....	31
5. POSTOPERATIVE WOUND DEHISCENCE.....	36
6. OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY WITH INSTRUMENT.....	40
7. OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY WITHOUT INSTRUMENT.....	43
REFERENCES.....	46

TABLES

TABLE 1 PATIENT SAFETY INDICATORS FOR 2016-17 HCQI DATA COLLECTION.....	5
TABLE 2 EXAMPLE OF COUNTRY VERSIONS.....	8

FIGURES

FIGURE 1. GENERAL APPROACH TO CALCULATING PSIS.....	9
FIGURE 2 DIFFERENCES BETWEEN PREVIOUSLY EXISTING & REVISED CALCULATION METHOD....	11
FIGURE 3 TREATMENT OF PDX AND LOS EXCLUSIONS.....	15
FIGURE 4 RETAINED SURGICAL ITEM OR UNRETRIEVED DEVICE FRAGMENT (SURGICAL).....	20
FIGURE 5 RETAINED SURGICAL ITEM OR UNRETRIEVED DEVICE FRAGMENT (ALL).....	21
FIGURE 6 POSTOPERATIVE DEEP VEIN THROMBOSIS (SURGICAL).....	25
FIGURE 7 POSTOPERATIVE DEEP VEIN THROMBOSIS (ALL).....	26
FIGURE 8 POSTOPERATIVE PULMONARY EMBOLISM (SURGICAL).....	29
FIGURE 9 POSTOPERATIVE PULMONARY EMBOLISM (ALL).....	30
FIGURE 10 POSTOPERATIVE SEPSIS (SURGICAL).....	34
FIGURE 11 POSTOPERATIVE SEPSIS (ALL).....	35
FIGURE 12 POSTOPERATIVE WOUND DEHISCENCE (SURGICAL).....	38
FIGURE 13 POSTOPERATIVE WOUND DEHISCENCE (ALL).....	39
FIGURE 14 OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY WITH INSTRUMENT ALGORITHM....	42
FIGURE 15 OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY W/O INSTRUMENT ALGORITHM.....	45

INTRODUCTION

Background

Patient Safety Indicators (PSIs) are a set of measurements calculated from national hospital inpatient discharge data to assess the quality of care with a focus on potentially preventable complications. Specifically, PSIs screen for adverse and sentinel events that patients experience during their hospital stays as a result of exposure to the healthcare system and are likely amenable to prevention by changes at the system or provider level.

This **Technical Manual** has been prepared to help countries calculate PSIs for the 2016-17 *OECD Health Care Quality Indicator* (HCQI) data collection. It provides detailed practical advice on how to calculate each PSI using national hospital administrative databases.

The indicators are derived from PSIs developed by the US *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), which collects information on complications and adverse events following surgery, childbirth and other procedures. The AHRQ indicators were developed after a comprehensive literature review, analysis of ICD-9-CM codes, clinician panel review, implementation of risk adjustment, and empirical analyses (see http://www.qualityindicators.ahrq.gov/modules/psi_resources.aspx for further information).

Ongoing Research and Development

As part of ongoing effort to improve the validity and international comparability of the PSIs, key changes were made to the specification, calculation methodology and data requirements for the PSIs in the 2014-15 HCQI data collection, including the:

- Introduction of an alternative indicator calculation method (known as the ‘all admissions-based’ method) involving a modified numerator algorithm for the PSIs (except obstetric trauma) that requires the use of linked data. The aim of this method is to expand the scope for identification of relevant complications by considering not only the admission when the operation took place but all subsequent admissions to any hospital within 30 days of the operation date
- Calculation and reporting of PE and DVT as separate indicators.
- Retirement of the postoperative haemorrhage or haematoma, accidental puncture or laceration and all paediatric PSIs from the HCQI collection.

For the HCQI data collection in 2016-17 a few further changes have been made to the suite of patient safety indicators, including the:

- Retirement of the ‘all surgical discharges’ calculation of the Postoperative Pulmonary Embolism, Postoperative Deep Vein Thrombosis and Postoperative Sepsis indicators.
- Inclusion of cases with a very short length of stay (Low Length of Stay Trim Point) where the patient dies during the admission for the postoperative indicators
- Exclusion of failed vacuum extraction, failed forceps, assisted breech delivery, episiotomy, incision of cervix and symphysiotomy procedures from the Instrument Assisted Delivery Procedures code list for the obstetric trauma indicators

- Calculation of the ‘all admission-based postoperative complication indicators without adjustment for secondary diagnosis coding depth, given the new method effectively controls for this impact.
- Removal of ICD-9-CM code 4539 Other venous embolism and thrombosis of unspecified site (I82.9 ICD-10-WHO) from the diagnosis code list for the Postoperative Deep Vein Thrombosis indicator in alignment with revision to the AHRQ specifications for this indicator.

The PSIs to be included 2016-17 HCQI data collection are set out in Table 1.

TABLE 1 PATIENT SAFETY INDICATORS FOR 2016-17 HCQI DATA COLLECTION

Area	Indicator name	Code
Sentinel events	1. Retained surgical item or unretrieved device fragment	<i>FORBPROC</i>
Operative and post-operative complications	2. Postoperative pulmonary embolism (PE) – hip and knee replacement discharges only	<i>POSTPESP</i>
	3. Postoperative deep vein thrombosis (DVT) – hip and knee replacement discharges only	<i>POSTDVSP</i>
	4. Postoperative sepsis – abdominal surgical discharges only	<i>POSTSESP</i>
	5. Postoperative wound dehiscence – abdominal surgical discharges only	<i>POSTWODE</i>
Obstetrics	6. Obstetric trauma during vaginal delivery with instrument	<i>OBSTVDWI</i>
	7. Obstetric trauma during vaginal delivery without instrument	<i>OBSTVDWO</i>

Clinical and administrative practices continue to differ between countries, potentially affecting the calculation and comparability of PSI. These differences include:

- *Coding practices*, in particular, differences in diagnostic and procedure codes used by different countries and how countries determine and record principal and secondary diagnoses;
- *Recording of additional contextual information*, such as marking a secondary diagnosis as “present on admission”;
- *Hospital payment systems*, such as the use of Diagnostic Related Groups (DRGs) which can encourage more thorough diagnostic/procedure coding and reporting of adverse events than block payments.

Research and development work on the PSIs has been progressively undertaken to help improve the international comparability and interpretation of the PSIs. The following changes to the 2016-17 HCQI data collection seek to further improve the robustness of the PSIs for international comparison:

- Clarification of the treatment of the PDX and LOS exclusions in relation to the all admissions-based calculation method
- Updated indicator algorithms and revised specification of calculation steps to facilitate generation of indicator rates.

PURPOSE OF THIS MANUAL

This Technical Manual has been prepared to assist countries in calculating the PSIs and providing the requested supplementary data. It seeks to highlight where changes have been made since the last HCQI data collection and provide advice on specific coding issues. More specifically the manual provides:

- Generic coding and **key concepts**,
- **Data preparation and calculation instructions** related to national hospital administrative databases, including detailed instructions on how to resolve some of the differences identified in this manual.
- **Detailed definitions** for each indicator with a cross-walk from ICD-9 to ICD-10 , and
- **Algorithms** to visualise the calculations involved.

In order to derive internationally comparable PSIs, countries are requested to:

1. Perform the four essential steps in **data preparation**;
2. Follow the specified process of **calculation** for each PSI using the detailed definitions; and
3. Provide the requested **supplementary data** as specified in the questionnaire.

Key Concepts

The definition of a **Principal diagnosis (PDx)** follows one of two approaches:

- A.** - the PDx is the condition established after early clinical evaluation to be chiefly responsible for the hospitalisation (*'condition held chiefly responsible'* approach).
- B.** - the PDx is the diagnosis that is finally established to be the main reason for the hospital stay; that is demanding the most resources/medical effort over the course of the patients stay (*'condition demanding the most resources'* approach).

The definition of a **Secondary Diagnosis (SDx)** is described as comorbid conditions for which the patient received treatment and consumed hospital resources in addition to those conditions considered to be the principal, main or discharge diagnosis. Hence, pre-admission conditions with in-hospital treatment *do* meet the definition of the secondary diagnosis whereas pre-admission conditions without any treatment during the hospital stay do not.

The definition of **Surgical Admission** for the purposes of calculating the PSIs in the HCQI data collection is the initial denominator case where surgery was performed. This is used as the reference discharge for identifying valid numerator cases in the same admission or any subsequent related readmissions up to and including 30 days after surgery (or if not available, admission) date.

DATA PREPARATION

Each PSI dealt in this Manual is defined using a set of diagnosis codes and, in some instances, a set of procedure codes.

Step 1: Diagnostic Codes

Convert Technical Manual ICD (diagnostic) codes to your country’s version of ICD

This Manual refers to **ICD-9-CM** (on which AHRQ indicators are based) and **ICD-10, 2010 WHO version**) codes. Usually countries do not use the original version of a classification published by WHO but modify it according to specific needs and interests. Country modifications are still broadly consistent with the WHO version (keeping the structure of the classification tree) but may use more extensive or reduced trees than the WHO version, for particular disease areas.

Hence, countries using this Manual must ensure that before calculating the PSIs using country-specific modifications of ICD-10 or ICD-9, they have mapped and have fully accommodated any differences between their country-specific classification system and the WHO classification system used in this Manual. A list of diagnosis codes used for each indicator is available in the Section “Detailed Definitions of Indicators”.

For example, Table 2 shows that one 3-digit WHO code for decubitus ulcer corresponds to eight 4-digit codes in Canada, five 4-digit codes in Australia and fifty 5-digit codes in Germany. To calculate the numerator for the indicator decubitus ulcer, all country specific subgroups of the listed WHO code L89 must be taken into account.

TABLE 2 EXAMPLE OF COUNTRY VERSIONS

ICD-10 WHO (2006)	ICD-10-CA (Canada, 2006)	ICD-10-AM (Australia, 2006)	ICD-10-GM (Germany, 2006), a 5th digit has to be used to specify the location (10 subgroups)	
L89 Decubitus ulcer	L89.0	Decubitus ulcer limited to erythema only [redness] without skin breakdown (Stage 1)	Decubitus [pressure] ulcer, stage I	
	L89.1	Decubitus ulcer limited to breakdown of skin (Stage 2)	Decubitus [pressure] ulcer, stage II	Decubitus ulcer Stage 1
	L89.2	Decubitus ulcer with fat layer exposed (Stage 3)	Decubitus [pressure] ulcer, stage III	Decubitus ulcer Stage 2
	L89.3	Decubitus ulcer with depth involving muscle (Stage 4)	Decubitus [pressure] ulcer, stage IV	Decubitus ulcer Stage 3
	L89.4	Decubitus ulcer with depth involving bone (Stage 5)		Decubitus ulcer Stage 4
	L89.5	Decubitus ulcer with joint space involvement (Stage 5)		
	L89.8	Decubitus ulcer with necrosis involving muscle or bone (Stage X)		
	L89.9	Decubitus ulcer without mention of severity	Decubitus [pressure] ulcer, unspecified	Decubitus ulcer, unspecified

In particular, several indicators (e.g. retained surgical item or unretrieved device fragment) are based on diagnosis codes from chapter XX (“External causes of morbidity and mortality”) of the ICD-10 or the corresponding supplement of the ICD-9. The use of these codes is optional in some countries. Depending

on the availability of these codes in country diagnostic manuals, indicator rates may vary between countries.

Step 2: Procedure Codes

Convert Technical Manual ICD-9-CM (procedure) codes to your country's version of procedure coding

Similarly, there is no common international classification of clinical procedures, and each country is typically using its own system. The *HCQI Project* uses procedure codes from the US ICD-9-CM, since these are the basis of the original PSIs as defined by AHRQ. Hence, countries must ensure that before calculating PSI, they have mapped and have fully accommodated any differences between their country-specific classification system and the US ICD-9-CM system used in this Manual. See the Section "Detailed Definitions of Indicators" for each indicator requiring procedure codes.

Step 3: Present on Admission

Check if a POA (Present On Admission) marker is available in your country and rearrange data as necessary

Countries using definition B for assignment of principal diagnosis ("conditions demanding the most resources") are advised to rearrange their data in order to gain comparable rates. For example, a patient is admitted for surgery on a colonic neoplasm and after the operation a severe complication of sepsis occurs. Countries using definition B will set sepsis as the PDx. However, following the PSI calculation manual, sepsis should be set as SDx and the colonic neoplasm should be the PDx.

In previous HCQI data collections countries have been asked whether SDx can be distinguished as being present on admission (using POA marker) or acquired during hospitalisation. If a POA marker is available countries were requested to:

- Exclude records where SDx is present on admission and related to the admission diagnosis,
- Include records where SDx is not present on admission (note diagnoses obtained during hospitalisation are always secondary diagnoses).

This step was modified for the 2015 HCQI data collection given the introduction of a patient-based indicator calculation (i.e. all admission), where both PDx and SDx (including SDx present on readmission) can be used to identify valid numerator cases for calculating NUM 2 and NUM 3 values in the algorithms.

For the 2016-17 HCQI data collection the exclusion of records where SDx is present on admission and related to the admission diagnosis only applies to the calculation of NUM 1 values in the algorithm (surgical admission-based calculation) and therefore should not be applied to the whole dataset where all admission-based calculations of the indicator are to be undertaken. This will ensure that all valid records are available for calculation of NUM 2 and NUM 3 values in the algorithm.

Step 4: Psychiatric Institutions

Check if your database contains cases treated in psychiatric institutions.

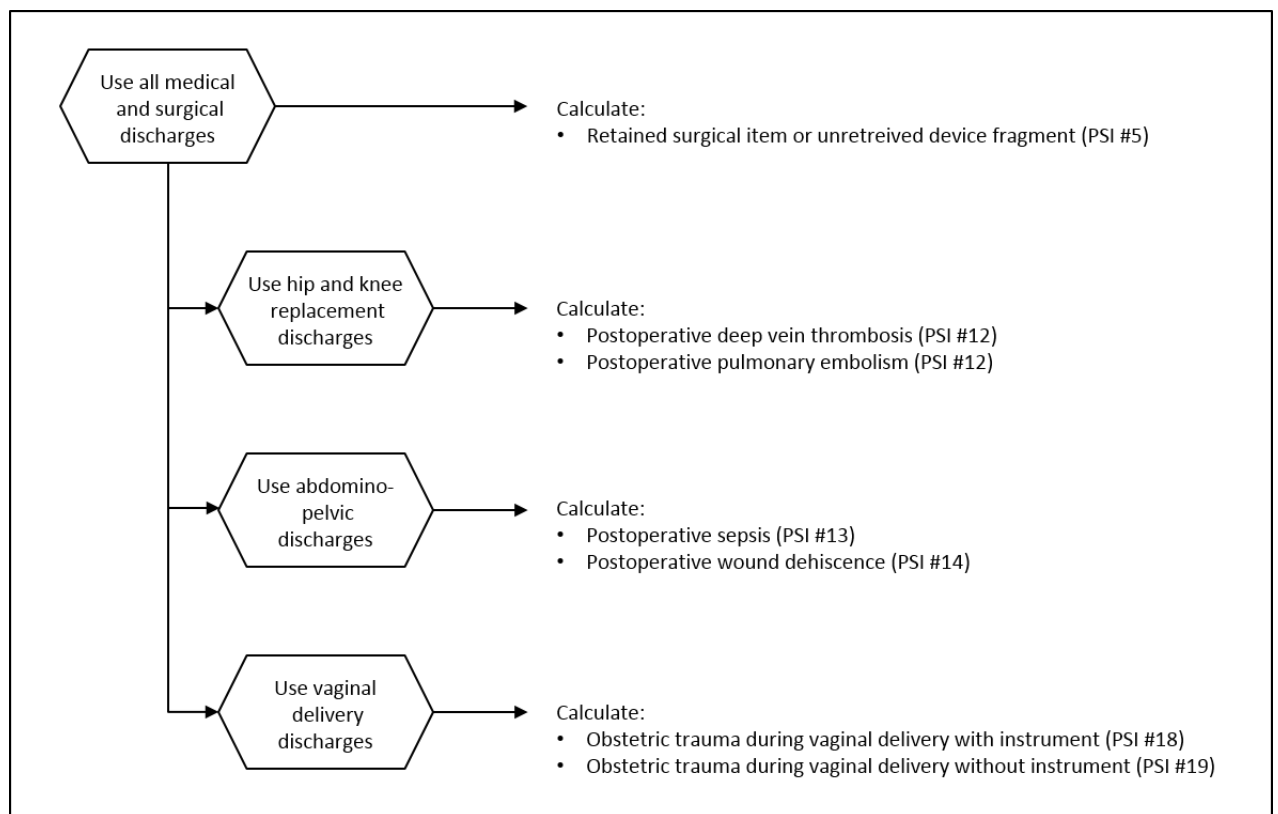
Cases treated in psychiatric institutions are to be excluded from the calculation, however particular psychiatric cases treated in acute care institutions do not have to be removed.

CALCULATION INSTRUCTIONS

General Approach

Figure 1 outlines the general approach to the calculation of PSIs, identifying the denominator population for each indicator. It is noted that all medical and surgical discharges are used to identify valid numerator cases when using the patient-based calculation (i.e. all admissions) method for all PSIs except the two Obstetric Trauma indicators.

FIGURE 1. GENERAL APPROACH TO CALCULATING PSIS



Detailed definitions (including numerator and denominator specifications) for each indicator are provided in this manual, along with algorithms to facilitate the understanding of the indicator definition and the calculation process. Please note that these algorithms should be used after having followed the four steps included in the previous section on Data Preparation.

Calculation Process

The following calculation process is outlined to help countries implement the definitions and calculation methods for the 2016-17 HCQI data collection (see Detailed Definition of Indicators section for indicator definitions, algorithms and description of abbreviations for data calculations used below).

Two numerator calculation methods exist:

Surgical admission-based method: identifies denominator discharges with a specified complication code in a secondary diagnosis field during the specified year. This is consistent to the method used in previous HCQI data collections and should be the principal calculation method used by **countries that do not have access to the use of a Unique Patient Identifier**.

This calculation method limits the identification of valid numerator cases to the surgical admission and only requires the calculation of DEN and NUM1 (see Detailed Definition of Indicators section) for each indicator in the data questionnaire and the provision of supplementary data as specified.

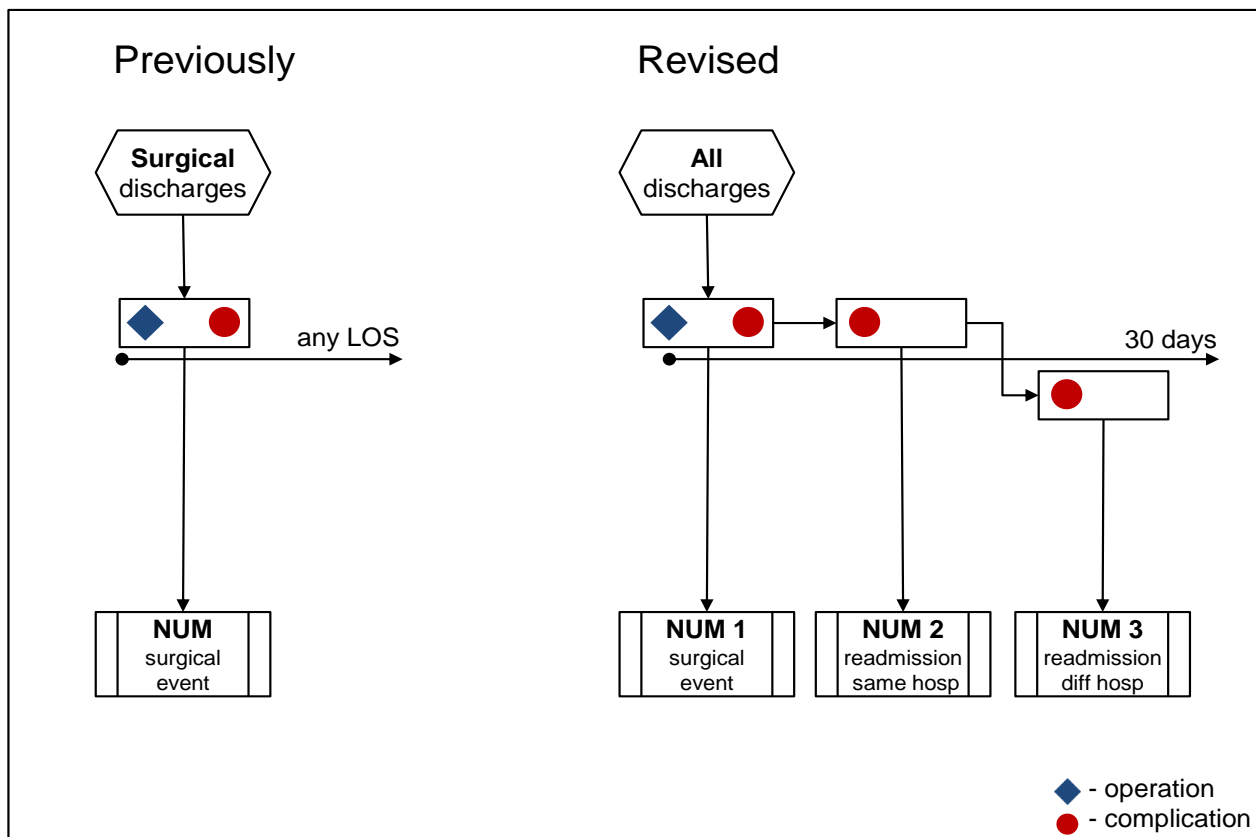
All admissions-based method: identifies patients from the denominator discharges and then identifies the first discharge for each patient within 30 days of the operation date (including any transfers and readmissions) with a specified complication code in any diagnosis field (except where the complication is identified in the reference denominator discharge, in which case the secondary diagnosis field is used) using all discharges (medical and surgical) during the specified year.

This method can be seen as an extension of the Surgical admission-based method and requires the use of a Unique Patient Identifier. The method is based on all admissions within 30 days of the surgical admission (preferably the operation date or alternatively the admission date). **Countries that use a unique patient identifier** at the local, regional/state or national level are requested to identify patient readmissions in their data and, in addition to DEN and NUM1, to calculate NUM2 and NUM3 (see Detailed Definition of Indicators section) for each indicator in the data questionnaire and the provision of supplementary data as specified.

The main differences between the previous (surgical admission) and revised (all admission) calculation methods (see Figure 2) include:

1. All discharges are used as a source of information to identify valid numerator cases instead of just the relevant surgical discharges.
2. Each patient is followed up for 30 days after surgery, whereas previously the analysis was based on only the surgical admission and of any duration.
3. Complications are identified as either secondary or principal diagnoses during readmissions whereas the previous algorithm limited identification to secondary diagnoses during the surgical admission.
4. The new numerator has three components for reporting complications during the surgical admissions (NUM1), readmissions into the same hospital (NUM2) and readmissions into different hospitals (NUM3).

FIGURE 2 DIFFERENCES BETWEEN PREVIOUSLY EXISTING AND REVISED CALCULATION METHOD



Exclusion Rules

Each flow chart for each indicator contains inclusion and exclusion rules. Application of specific exclusions is as follows:

- Exclusion of children (0-14 years)
- Exclusions of Major Diagnostic Category 14

In countries using DRGs for hospital reimbursement, cases are assigned a Major Diagnostic Category (MDC) by the software. The calculation of several indicators requires the exclusion of MDC 14 to ensure that Pregnancy, Childbirth and the Puerperium (population at high risk of an adverse event or complication) are excluded.

MDC	Conditions excluded...	... from indicators:
MDC 14	Pregnancy, Childbirth and the Puerperium	Postoperative PE (PSI #12)
		Postoperative DVT (PSI #12)
		Postoperative sepsis (PSI #13)
		Postoperative wound dehiscence (PSI #14)

For countries using ICD-10 without DRG reimbursement, or where MDC assignment is impossible for whatever reason, lists of ICD-10-WHO codes relating to this and other relevant MDCs are provided in Annex A: - M-3 Code list for MDC 14.

- Exclusions related to date of surgical procedure, and isolated surgical procedures.

Some countries have a time stamp on their coded procedures while others do not. In countries where a time stamp is available the following illustrative example may help guide further surgical admission exclusions. A surgical procedure ‘A’ to fix a post-operative complication (for example, PE or DVT) and another significant surgical procedure ‘B’ are both recorded during an admission. However, the date of procedure ‘A’ to fix the complication occurs *before* the significant procedure ‘B’. In this situation, the surgical admission should be excluded. Clearly, procedure ‘B’ cannot be the cause of the complication under these circumstances, and should not be counted as a patient safety event.

Similarly, if the *only* surgical procedure recorded during the surgical admission is one to fix a post-operative PE or DVT, then this case should be excluded because it is unlikely to signal a patient safety event as having occurred during that admission.

It should be noted that such cases are not excluded in the consideration of re-admissions within 30 days and to identify valid numerator cases for the calculation of NUM 2 and NUM 3 under the all admissions-based method.

- Exclusions related to PSI in specific clinical contexts

In some specific clinical contexts, an adverse event or complication, although still undesirable, may not necessarily signal a systemic or institutional failure of patient safety practices. An example would be post-operative sepsis in an immunocompromised patient. These specific clinical exclusions are indicated as appropriate in the Section “Detailed Definitions of Indicators”.

- Exclusion of principal diagnosis (PDX)

Accurate international comparison of PSI requires careful ascertainment of whether an adverse event or complication occurred during the surgical admission or was pre-existing. If pre-existing, such cases should be excluded from PSI calculation and not included in the calculation of NUM. Complications reported as of unknown origin should not be assumed to be pre-existing. Therefore, if the PDX is the same as a numerator defining ICD code during the surgical admission, these cases must be excluded as it is likely that the indicator-defining condition in this instance was pre-existing.

In terms of all admission-based method, it should be noted that cases with pre-existing numerator defining complications are not excluded in the consideration of re-admissions within 30 days and both the PDX and SDX fields can be used to identify valid numerator cases for NUM 2 and NUM 3. In addition, even where the PDX is the same as a numerator defining ICD code during the surgical admission, it may be possible to retain this admission in the numerator if a previous denominator case exists (see section on Treatment of PDX and LOS Exclusions below). The logic being that this case could be a readmission after a previous surgical admission.

- Exclusions of cases depending on the length of stay (LOS)

Some adverse events and complications may not become apparent for several days after surgery. Hence,

- For *Retained surgical item or unretrieved device fragment*, Surgical Admissions with LOS less than 1 day (or 24h hours) should be excluded unless the patient dies during the admission,
- For *Postoperative wound dehiscence* and *Postoperative PE* and *DVT* indicators, Surgical Admissions with LOS less than 2 days (or 48 hours) should be excluded unless the patient dies during the admission,
- For *Postoperative sepsis* indicator, Surgical Admissions with LOS less than 3 days (or 72 hours) should be excluded unless the patient dies during the admission.

It should be noted that such cases are not excluded in the consideration of re-admissions within 30 days in order to identify valid numerator cases for the calculation of NUM 2 and NUM 3 under the all-admissions-based method. In addition, even where the LOS of the surgical admission is below the designated cut-off, it may be possible to retain this admission in the numerator if a subsequent numerator case exists within 30 days (see section on Treatment of PDX and LOS Exclusions below). The logic being that this subsequent admission verifies the numerator case. For example, patient care pathways increasingly include early transfers between wards and/or hospitals for post-surgical care and rehabilitation.

Key Calculation Steps

The following illustrative example provides a description of the key steps to be followed in calculating the PE and DVT indicators for countries that have the ability to track patients from initial surgery through subsequent events with a unique patient identifier (all admissions-based calculation method) and those countries where this is not possible (surgical admission-based calculation method).

While the specific steps vary from indicator to indicator, this example provides guidance on key aspects on the indicator definitions and algorithms that is applicable to all the PSIs, except the obstetric trauma indicators which remain unchanged for this collection.

In considering the following illustrative example it may be helpful to consider the algorithm for PE set out in the following Detailed Definitions of Indicators section.

Steps for establishing the analysis dataset for the surgical admission and all admission-based methods of the postoperative pulmonary embolism indicator.

1. All hospital discharges are used as the source of information.
2. Children aged <15 (0-14) years and pregnancy/childbirth/puerperium (MDC14) related conditions are excluded.
3. Discharges where a procedure for interruption of vena cava or insertion of inferior vena cava filter occurs before or on the same day as the first/main procedure are excluded.

Steps for calculating the Denominator (DEN)

4. Total hip/knee replacement discharges (including revisions) are identified in the analysis dataset
5. This remaining dataset (DEN) is used to identify denominator cases for both calculation methods:

COUNTRIES THAT DON'T USE A UNIQUE PATIENT IDENTIFIER	COUNTRIES THAT USE A UNIQUE PATIENT IDENTIFIER
Surgical admission-based calculation method	All admissions-based calculation method
The denominator is DEN minus all exclusions during the surgical admission: PDX=PE and LOS<2 days where the patient is discharged alive	The denominator is DEN. All denominator cases are considered to be at risk within 30 days irrespective of the complication code's position and length of stay. DENX is also calculated to enable comparison between the Surgical admission and All admission-based methods for NUM 1. The DENX for this indicator equals DEN minus (PDX = PE) and (LOS<2 days where patient is discharged alive).

Steps for calculating the Numerator (NUM1, NUM2 and NUM3)

1. Discharges with pulmonary embolism (PE) in any diagnosis position are identified in the analysis dataset
2. The remaining dataset (NUM) is used to identify numerator cases for both calculation methods:

COUNTRIES THAT DON'T USE A UNIQUE PATIENT IDENTIFIER	COUNTRIES THAT USE A UNIQUE PATIENT IDENTIFIER
Surgical admission-based calculation method	All admissions-based calculation method
<p>First all total hip/knee replacement discharges (including revisions) are identified in the remaining dataset (NUM).</p> <p>Countries that have no ability to track patients through subsequent events then calculate only:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NUM1 (same surgical admission) after the exclusions PDX=PE and LOS<2 days where the patient is discharged alive 	<p>Countries that make use of an identifier should link (same patient ID) each total hip/knee replacement discharge (DEN) with the <u>first</u> qualifying postoperative complication in the remaining dataset (NUM). The following numerators are calculated:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NUM1 (where the matched record is the same surgical admission) after the exclusions PDX=PE and LOS<2 days where the patient is discharged alive), - NUM2 (where the matched record is readmission into the same hospital) after the exclusion Readm>30 days (readmissions 30+ days after surgery or, if not available, after the admission date of surgical episode), - NUM3 (where the matched record is readmission into a different hospital) after the exclusion Readm>30 days (readmissions 30+ days after surgery or, if not available, after the admission date of surgical episode). <p>Additional NUM 2/NUM 3 cases may be identified through further consideration of cases excluded from NUM 1 due to PDX=PE and LOS<2 days where the patient is discharged alive (see section on Treatment of PDX and LOS Exclusions below).</p>

Technical Notes:

Both DEN and NUM data are sorted by patient ID and admission date in chronological order, meaning that priority is given to the Surgical admission.

Only one DEN case can be matched with one NUM case (matched pairs) where the admission date of the DEN case is equal or prior to the admission date of the NUM case.

An attempt should be made to match all DEN cases to NUM cases, including multiple DEN cases with the patient ID.

The 30-day follow up is counted from the surgery date (if possible) or admission date of the surgical admission to date of the readmission.

Treatment of PDX and LOS Exclusions

In the calculation of the numerator NUM 2 and 3 of the all admissions-based method, additional cases may be identified through further consideration of cases excluded from the NUM 1 calculation due to PDX= PE and/or LOS<2 where the patient is discharged alive, as follows:

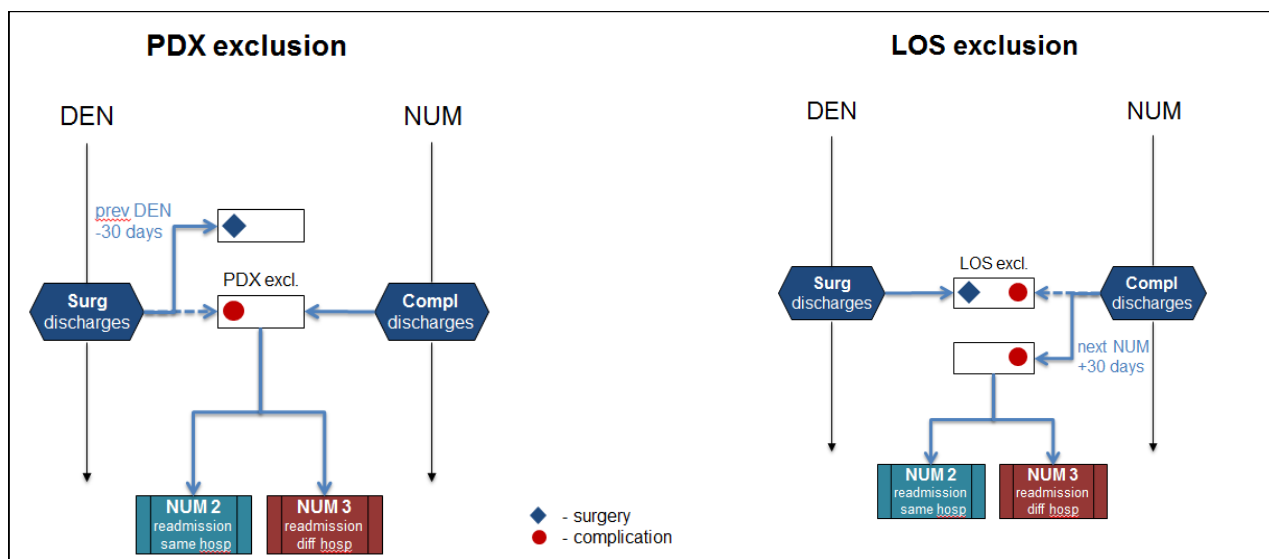
- PDX Exclusion

A case excluded from NUM 1 due to PDX=PE may still be considered for inclusion in NUM 2 or NUM 3 if a previous **DEN** case within 30 days of the admission/procedure date of the excluded case is identified (see Figure 3).

- LOS Exclusion

A case excluded from NUM 1 due to LOS<2 days may still be considered for inclusion in NUM 2 or NUM 3 if a subsequent **NUM** case within 30 days of the admission/procedure date of the excluded case is identified (see Figure 3).

FIGURE 3: TREATMENT OF PDX AND LOS EXCLUSIONS



SUPPLEMENTARY DATA

The HCQI data collection questionnaire for the PSIs includes provision for supplementary data and information. Countries are requested to complete the relevant sections of the questionnaire pertaining to supplementary data as this is important for both adjustment of the reported indicator rates and undertaking further analysis and research and development work to improve the comparability and interpretation of the PSIs.

The supplementary data for 2016-17 HCQI data collection (algorithm abbreviations in brackets) includes:

- Cases excluded due to a very short length of stay below the LOS exclusion (e.g. <2 days where the patient is discharged alive (**Excl0-1**)).
- Cases excluded where the principal diagnosis (**PDX**) is the same as the numerator defining ICD code during the surgical admission.
- The average number of secondary diagnosis codes (**ASDX**) recorded in the denominator (**DEN**).
- An alternative denominator count for the all admission-based calculation method (**DENX**) to enable comparison of NUM 1 based indicator rates and the surgical admission-based calculation method.

Adjustment for country coding practices

The indicator rates prior to the 2015 HCQI data collection were adjusted for variations in coding intensity using this method. Country-specific PSI rates collected through the 2015 HCQI data collection were not adjusted given a statistically significant association between coding intensity and indicator rates was not evident in the data. The introduction of the all admissions-based calculation method in 2015 reduced the reliance on secondary diagnosis coding to identify valid numerator values by enabling consideration of both principal and secondary diagnosis codes in readmissions up to 30 days.

Supplementary data on coding intensity continues to be collected to enable ongoing research and development on the PSIs and/or adjust the surgical admission-related indicators data as appropriate in the future.

For further information see Drösler S. et al., International Comparability of Patient Safety Indicators in 15 OECD Member countries: a methodological approach of adjustment by secondary diagnoses. *Health Serv Res.* 2012 Feb; 47(1 Pt 1):275-92.

DETAILED DEFINITIONS OF INDICATORS

This section of the manual sets out the detailed specification of each PSI, including numerator and denominator inclusions and exclusions, and an algorithm to aid sequencing of the indicator calculation process.

Please note the following abbreviations used in the indicator algorithms and questionnaire to denote specified data outputs for the 2014-15 HCQI data collection:

ASDX	Average number of secondary diagnoses per record based on denominator cases
DEN	Denominator dataset
DENX	Denominator to enable comparison of surgical admission and NUM 1 all admission-based indicator rates
NUM	Numerator dataset
NUM 1	Numerator cases based on surgical admission
NUM 2	Numerator cases based on same hospital readmissions
NUM 3	Numerator cases based on other hospital readmissions
Readm>30	Readmissions more than 30 days after the operation date

1. RETAINED SURGICAL ITEM OR UNRETRIEVED DEVICE FRAGMENT

AHRO indicator code: PSI #5 for adults

Coverage: Surgical and medical discharges for patients aged 15 and older

Numerator: Discharges among cases defined in the denominator with ICD code for foreign body left in during procedure in a secondary diagnosis field during the surgical admission (see ICD codes below) and in any diagnosis field during readmissions within 30 days of the surgery. If the date of surgery is not available, then 30 days from the admission date for the first surgical admission.

Denominator: All surgical and medical discharges meeting the inclusion and exclusion rules.

See Appendix A - Operating Room Procedure Codes, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>.

Exclude:

Common exclusions			
-			
Countries without a UPI		Countries with a UPI	
NUM1	PDX, LOS	NUM1	PDX, LOS
NUM2-3	n/a	NUM2-3	PDX, LOS, READM
DEN	PDX, LOS	DEN	-

Exclude cases from the numerator if only the **Surgical admission-based** calculation is carried out and NUM1 reported:

- **PDX** - with ICD- code for foreign body left in during procedure in a) the principal diagnosis field or b) secondary diagnosis present on admission (if known).
- **LOS** - with a length of stay less than 24 hours (in those countries where a timestamp of admission or discharge is not available, cases with a length of stay of 0 days shall be excluded).

Exclude **READM**>30 cases from the numerator if the **All admission-based** calculation is carried out and NUM2 or NUM3 reported.

Exclude **PDX** and **LOS** cases from the denominator if only the Surgical admissions-based calculation is carried out (countries without a UPI). Otherwise, if using the All admissions-based method, no exclusions apply as all denominator cases are considered to be at risk within 30 days. However, to compare Surgical admission-based rates to the NUM 1 of the All admission-based rates, countries are requested to also calculate an alternative denominator (**DENX**) as specified below:

- $DEN\ X = DEN - Excl\ PDX - Excl\ LOS$

See Figure 4 for an algorithm to assist with the **Surgical admission-based calculation method** and Figure 5 for an algorithm to assist with the **All admission-based calculation method**.

ICD-9-CM Retained surgical item or unretrieved device fragment diagnosis codes:

9984	Foreign body accidentally left during a procedure
9987	Acute reactions to foreign substance accidentally left during a procedure

Foreign body left in during:

E8710	Surgical operation
E8711	Infusion or transfusion
E8712	Kidney dialysis or other perfusion
E8713	Injection or vaccination
E8714	Endoscopic examination
E8715	Aspiration of fluid or tissue, puncture, and catheterization
E8716	Heart catheterization
E8717	Removal of catheter or packing
E8718	Other specified procedures
E8719	Unspecified procedure

ICD-10-WHO Retained surgical item or unretrieved device fragment diagnosis codes:

T81.5	Foreign body accidentally left in body cavity or operation wound following a procedure
T81.6	Acute reaction to foreign substance accidentally left during a procedure
Y61.0	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During surgical operation
Y61.1	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During infusion or transfusion
Y61.2	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During kidney dialysis or other perfusion
Y61.3	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During injection or immunization
Y61.4	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During endoscopic examination
Y61.5	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During heart catheterization
Y61.6	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During aspiration, puncture and other catheterization
Y61.7	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During removal of catheter or packing
Y61.8	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During other surgical and medical care
Y61.9	Foreign object accidentally left in body during surgical and medical care: During unspecified surgical and medical care

FIGURE 4. RETAINED SURGICAL ITEM OR UNRETRIEVED DEVICE FRAGMENT

ALGORITHM FOR SURGICAL ADMISSION-BASED CALCULATION METHOD

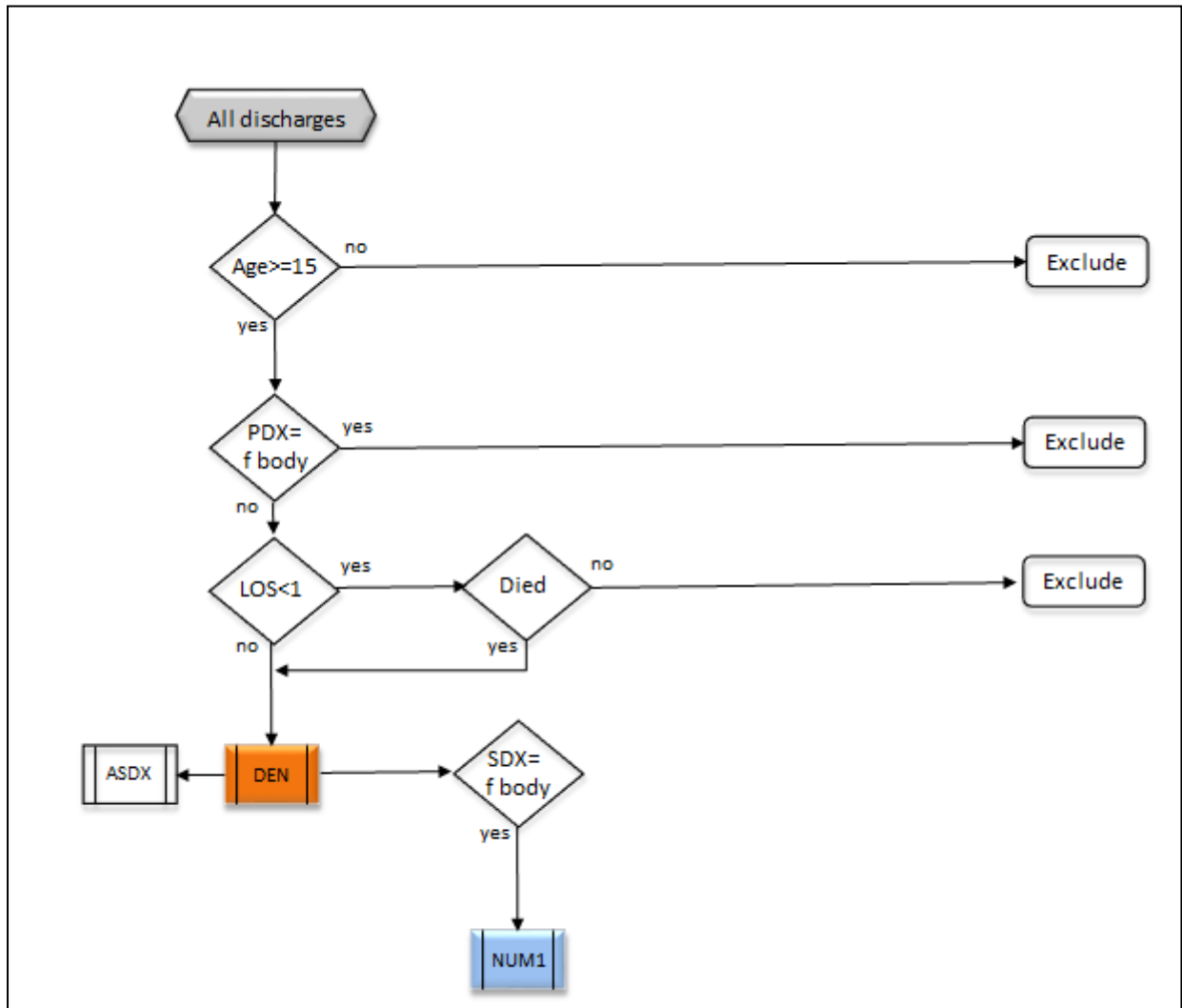
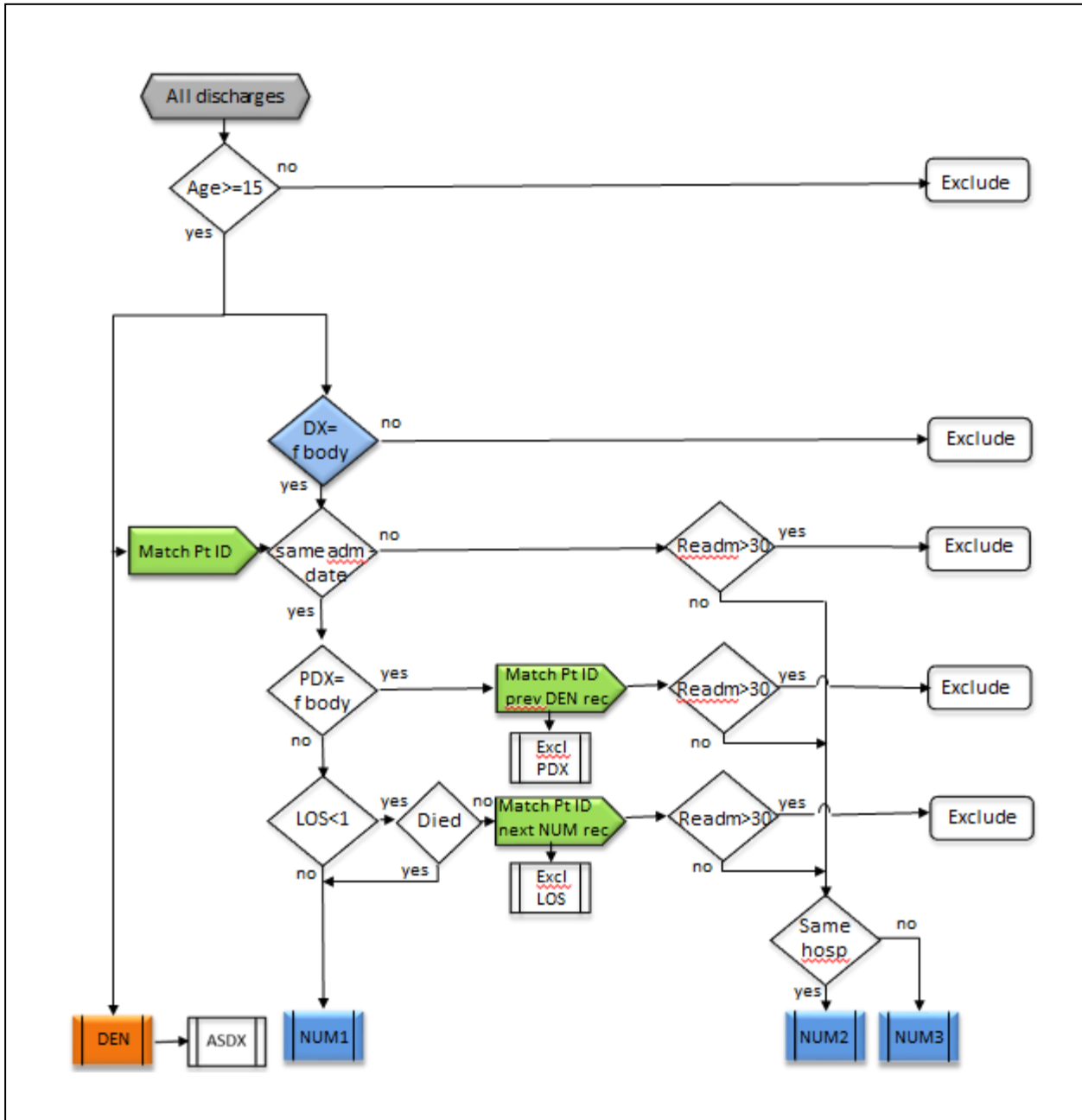


FIGURE 5. RETAINED SURGICAL ITEM OR UNRETRIEVED DEVICE FRAGMENT
 ALGORITHM FOR ALL ADMISSION BASED CALCULATION METHOD



2. POSTOPERATIVE DEEP VEIN THROMBOSIS

AHRO indicator code: PSI #12 for adults

Coverage: Hip and knee replacement discharges for patients aged 15 and older.

Numerator: Discharges among cases defined in the denominator with ICD code for deep vein thrombosis in a secondary diagnosis field during the surgical admission (see ICD codes below) and in any diagnosis field during readmissions within 30 days of the surgery. If the date of surgery is not available, then 30 days from the admission date for the first surgical admission.

Denominator: Hip and knee replacement discharges, meeting the inclusion and exclusion rules with an ICD code for an operating room procedure.

Surgical discharges:

See Appendix A - Operating Room Procedure Codes#, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>.

Countries which make use of the ICD-10-AM (Australian modification) may consider using surgical DRGs and the following medical DRGs B60*, B61*, B82* (paraplegia, quadriplegia and spinal cord conditions) if these are reported with an operating room procedure.

Hip and knee replacement discharges:

ICD-9-CM Total hip and knee replacement procedure code:

8151	Total hip replacement
8153	Revision of hip replacement
8154	Total knee replacement
8155	Revision of knee replacement

Exclude:

Common exclusions			
MDC, IVC, PE			
Countries without a UPI		Countries with a UPI	
NUM1	PDX, LOS	NUM1	PDX, LOS
NUM2-3	n/a	NUM2-3	PDX, LOS, READM
DEN	PDX, LOS	DEN	-

- **MDC** - cases from the numerator and denominator for MDC 14 (Pregnancy, childbirth, and puerperium) or principal diagnosis in **Annex A: M-3 Code list for MDC 14** (refer to separate MS Excel file)
- **IVC** - cases from the numerator and denominator where a procedure for interruption of vena cava or insertion of inferior vena cava filter occurs before or on the same day as the first / main operating room procedure (hip/knee replacement and all surgical discharges) or where a procedure for interruption of vena cava is the only operating room procedure (all surgical discharges).

- **PE** - if a patient has both PE and DVT, such case is assigned to PE
- **PDX** - cases with principal diagnosis or secondary diagnosis present on admission (if known) of deep vein thrombosis during the **surgical admission (NUM1)**,
- **LOS - surgical admissions (NUM1)** with length of stay less than 2 days.
- **READM - readmissions** more than 30 days after the operation date from the numerator if the All admissions-based calculation is carried out and **NUM2** or **NUM2** reported.

Exclude **PDX** and **LOS** cases from the denominator if only the Surgical admissions-based calculation is carried out (countries without a UPI). Otherwise, if using the All admissions-based method, no exclusions apply as all denominator cases are considered to be at risk within 30 days. However, to compare Surgical admission-based rates to the NUM 1 of the All admission-based rates, countries are requested to also calculate an alternative denominator (**DENX**) as specified below:

- $DEN X = DEN - Excl PDX - Excl LOS$

See Figure 6 for an algorithm to assist with the **Surgical admission-based calculation method** and Figure 7 for an algorithm to assist with the **All admission-based calculation method**.

ICD-9-CM Deep Vein Thrombosis diagnosis codes:

45111	Phlebitis and thrombosis of femoral vein (deep) (superficial)
45119	Phlebitis and thrombophlebitis of deep vessel of lower extremities – other
4512	Phlebitis and thrombophlebitis of lower extremities
45181	Phlebitis and thrombophlebitis of iliac vein
4519	Phlebitis and thrombophlebitis of other sites – of unspecified site
45340	DVT-embolism lower ext nos (Oct 04)
45341	DVT-emb prox lower ext
45342	DVT-emb distal lower ext
4538	Other venous embolism and thrombosis of other specified veins

ICD-10-WHO Pulmonary Embolism and Deep Vein Thrombosis diagnosis codes:

I80.1	Phlebitis and thrombophlebitis of femoral vein
I80.2	Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of lower extremities
I80.3	Phlebitis and thrombophlebitis of lower extremities, unspecified
I80.8	Phlebitis and thrombophlebitis of other sites
I80.9	Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified site
I82.8	Embolism and thrombosis of other specified veins

ICD-9-CM Interruption of Vena Cava procedure code:

387	Interruption of vena cava
	Percutaneous and open insertion of inferior vena cava filter

Note: Please search for percutaneous and open insertion of IVC filter codes in your country's version of procedure coding.

The Australian Classification of Health Interventions (ACHI) codes:

Block [726]	34800-00	Interruption of vena cava
Block [723]	35330-00	Percutaneous insertion of inferior vena cava filter
Block [723]	35330-01	Open insertion of inferior vena cava filter

Note: The use of high-risk operating room procedures as the denominator is likely to reduce variation in results. There is strong evidence that hip and knee replacements pose the highest risk for venous thromboembolism (Januel, 2012).

FIGURE 6. POSTOPERATIVE DEEP VEIN THROMBOSIS

ALGORITHM FOR SURGICAL ADMISSION-BASED CALCULATION METHOD

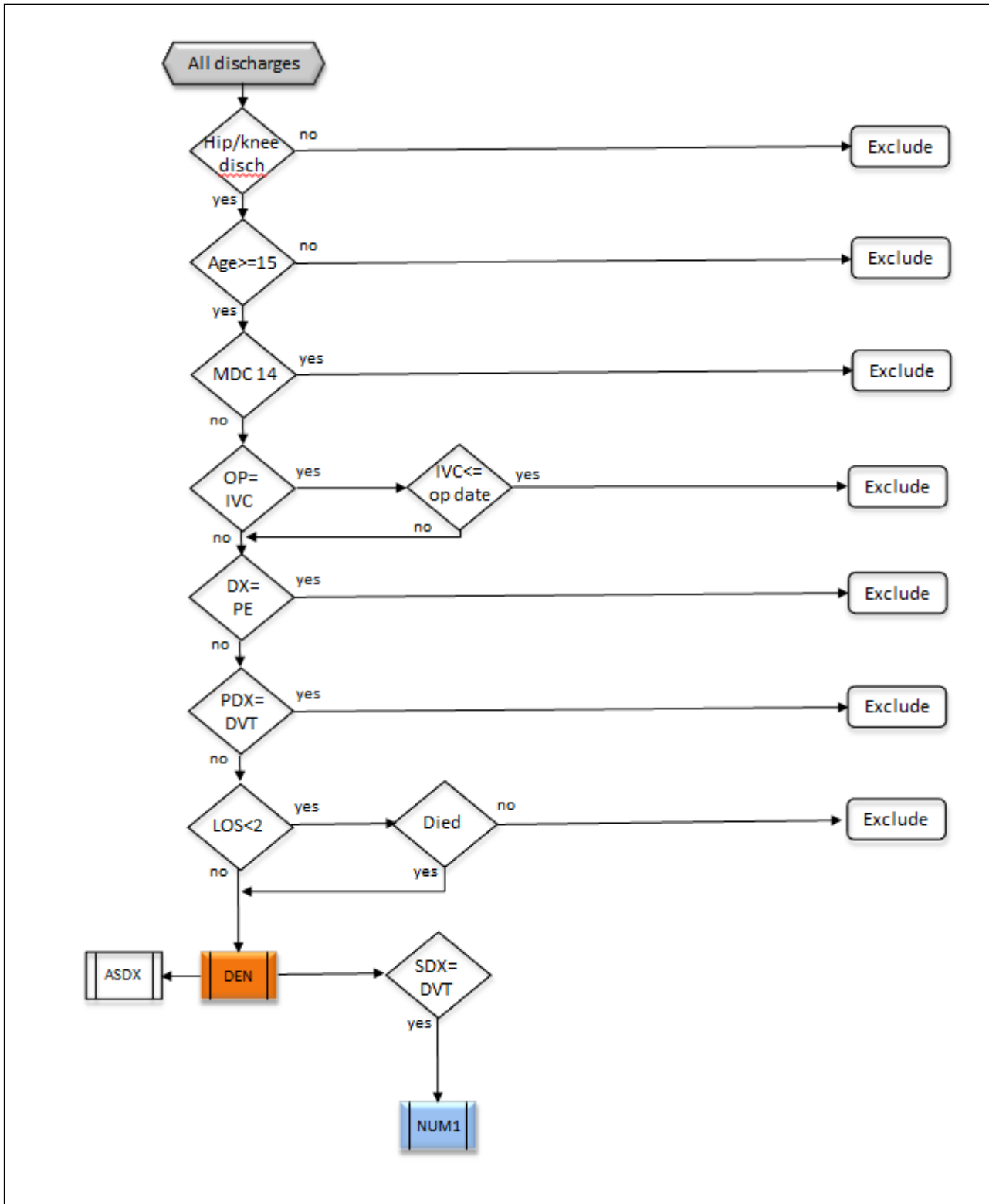
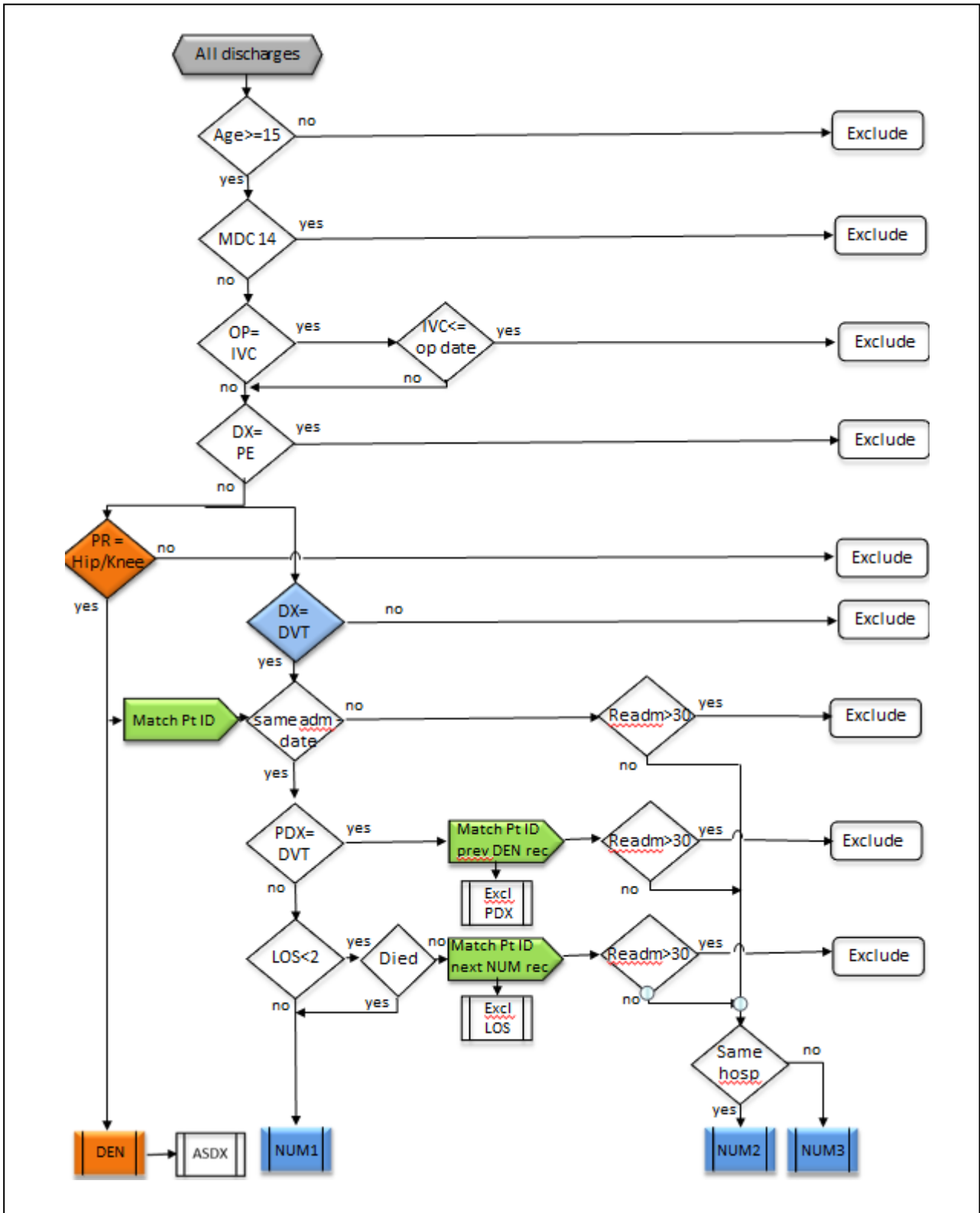


FIGURE 7. POSTOPERATIVE DEEP VEIN THROMBOSIS
ALGORITHM FOR ALL ADMISSION-BASED CALCUALTION METHOD



3. POSTOPERATIVE PULMONARY EMBOLISM

AHRO indicator code: PSI #12 for adults

Coverage: Hip&knee replacement discharges for patients aged 15 and older.

Numerator: Discharges among cases defined in the denominator with ICD code for pulmonary embolism in a secondary diagnosis field during the surgical admission (see ICD codes below) and in any diagnosis field during readmissions within 30 days of the surgery. If the date of surgery is not available, then 30 days from the admission date for the first surgical admission.

Denominator: Hip and knee replacement discharges, meeting the inclusion and exclusion rules with an ICD code for an operating room procedure.

Surgical discharges:

See Appendix A - Operating Room Procedure Codes#, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>.

Countries which make use of the ICD-10-AM (Australian modification) may consider using surgical DRGs and the following medical DRGs B60*, B61*, B82* (paraplegia, quadriplegia and spinal cord conditions) if these are reported with an operating room procedure.

Hip and knee replacement discharges:

ICD-9-CM Total hip and knee replacement procedure code:

8151	Total hip replacement
8153	Revision of hip replacement
8154	Total knee replacement
8155	Revision of knee replacement

Exclude:

Common exclusions			
MDC, IVC			
Countries without a UPI		Countries with a UPI	
NUM1	PDX, LOS	NUM1	PDX, LOS
NUM2-3	n/a	NUM2-3	PDX, LOS, READM
DEN	PDX, LOS	DEN	-

- **MDC** - cases from the numerator and denominator for MDC 14 (Pregnancy, childbirth, and puerperium) or principal diagnosis in Annex A: M-3 Code list for MDC 14 (refer to separate MS Excel file)
- **IVC** - Cases from the numerator and denominator where a procedure for interruption of vena cava or insertion of inferior vena cava filter occurs before or on the same day as the first / main operating room procedure (hip/knee replacement and all surgical discharges) or where a procedure for interruption of vena cava is the only operating room procedure (all surgical discharges).

- **PDX** - case with principal diagnosis or secondary diagnosis present on admission (if known) of pulmonary embolism during the **surgical admission (NUM1)**,
- **LOS - surgical admissions (NUM1)** with length of stay less than 2 days.
- **READM - readmissions** more than 30 days after the operation date from the numerator if the All admissions-based calculation is carried out and **NUM2** or **NUM2** reported.

Exclude **PDX** and **LOS** cases from the denominator if only the Surgical admissions-based calculation is carried out (countries without a UPI). Otherwise, if using the All admissions-based method, no exclusions apply as all denominator cases are considered to be at risk within 30 days. However, to compare Surgical admission-based rates to the NUM 1 of the All admission-based rates, countries are requested to also calculate an alternative denominator (**DENX**) as specified below:

- $DEN X = DEN - Excl PDX - Excl LOS$

See Figure 8 for an algorithm to assist with the **Surgical admission-based calculation method** and Figure 9 for an algorithm to assist with the **All admission-based calculation method**.

ICD-9-CM Pulmonary Embolism diagnosis codes:

4151	Pulmonary embolism
41511	Iatrogenic pulmonary embolism and infarction
41519	Pulmonary embolism and infarction, other
41513	Saddle embolism pulmonary artery

ICD-10-WHO Pulmonary Embolism and Deep Vein Thrombosis diagnosis codes:

I26.0	Pulmonary embolism with mention of acute cor pulmonale
I26.9	Pulmonary embolism without mention of acute cor pulmonale

ICD-9-CM Interruption of Vena Cava procedure code:

387	Interruption of vena cava
	Percutaneous and open insertion of inferior vena cava filter

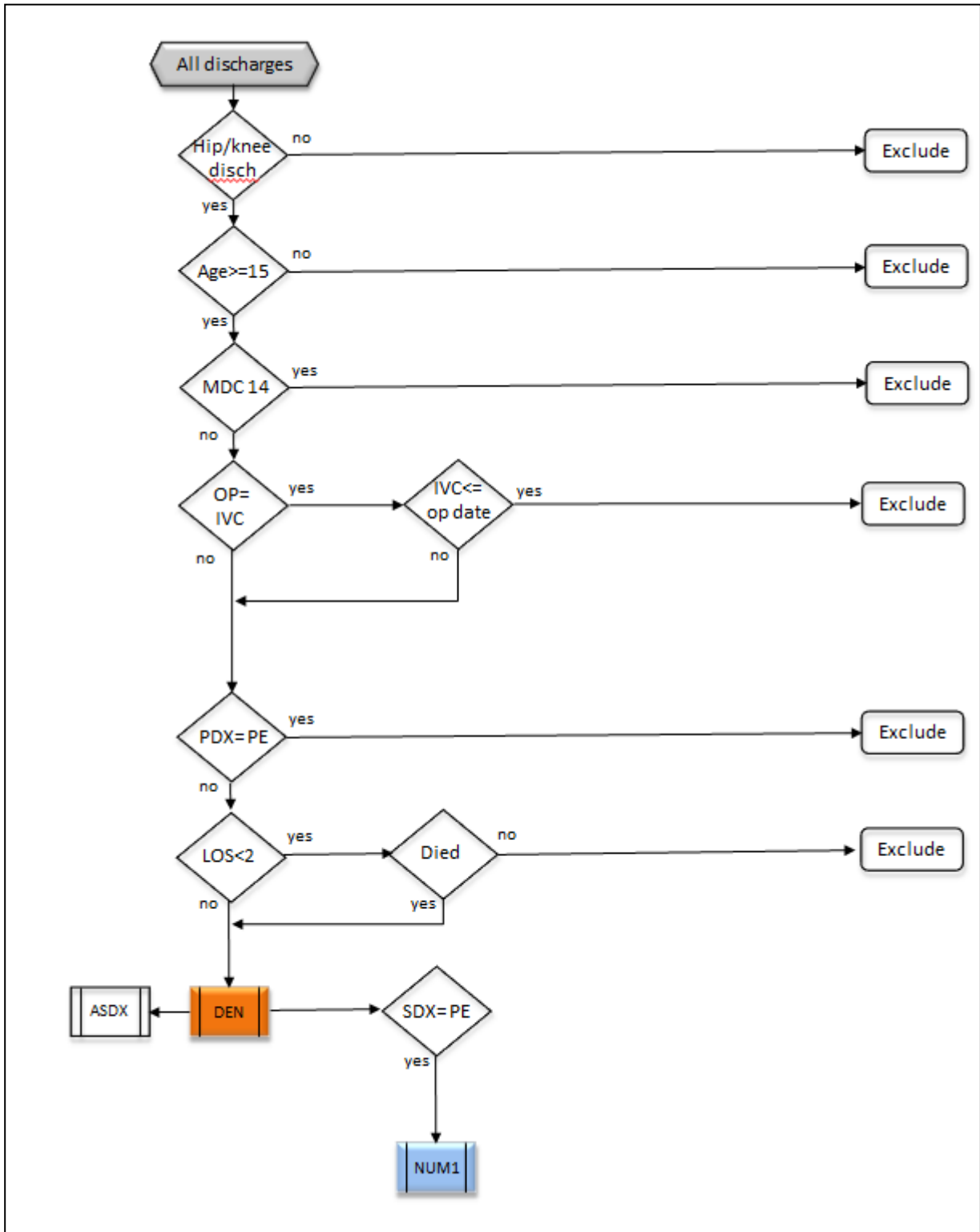
Note: Please search for percutaneous and open insertion of IVC filter codes in your country's version of procedure coding.

The Australian Classification of Health Interventions (ACHI) codes:

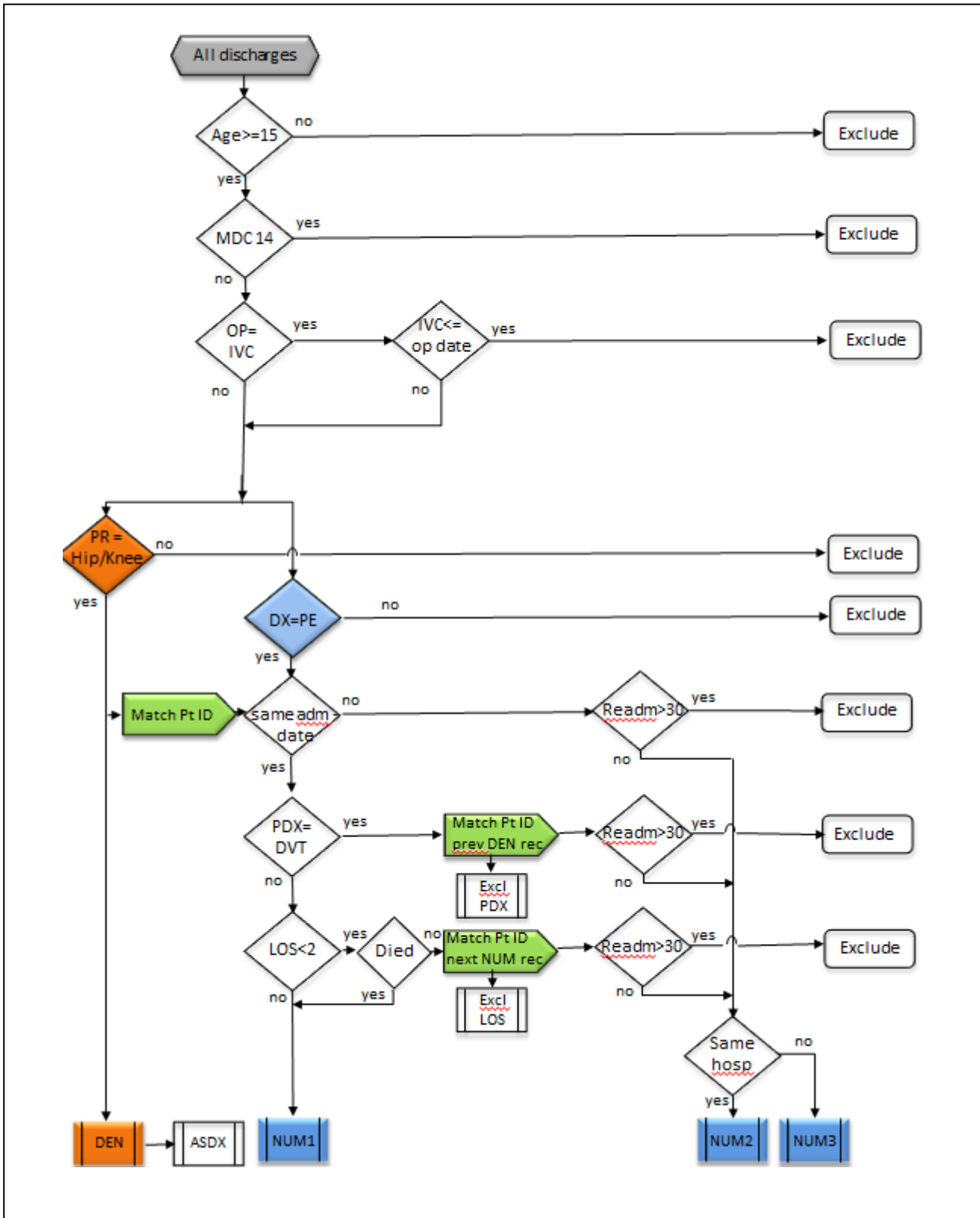
Block [726]	34800-00	Interruption of vena cava
Block [723]	35330-00	Percutaneous insertion of inferior vena cava filter
Block [723]	35330-01	Open insertion of inferior vena cava filter

Note: The use of high-risk operating room procedures as the denominator is likely to reduce variation in results. There is strong evidence that hip and knee replacements pose the highest risk for venous thromboembolism (Januel, 2012).

**FIGURE 8 POSTOPERATIVE PULMONARY EMBOLISM
ALGORITHM FOR SURGICAL ADMISSION BASED CALCULATION METHOD**



**FIGURE 9 POSTOPERATIVE PULMONARY EMBOLISM
ALGORITHM FOR ALL ADMISSION BASED CALCULATION METHOD**



4. POSTOPERATIVE SEPSIS

AHRO indicator code: PSI #13 for adults

Coverage: Abdominal discharges for patients aged 15 and older.

Numerator: Discharges among cases defined in the denominator with ICD code for sepsis in a secondary diagnosis field during the surgical admission (see ICD codes below) and in any diagnosis field during readmissions within 30 days of the surgery. If the date of surgery is not available, then 30 days from the admission date (first surgical admission).

Denominator: Abdominopelvic surgical discharges only, meeting the inclusion and exclusion rules with an ICD code for an operating room procedure.

Surgical discharges: See Appendix A - Operating Room Procedure Codes#, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>

Abdominopelvic discharges: See **Annex B: ICD-9-CM Abdominopelvic Procedure Codes** (refer to separate MS Excel file)

Exclude:

Common exclusions			
MDC, INF, IMM/CA			
Countries without a UPI		Countries with a UPI	
NUM1	PDX, LOS	NUM1	PDX, LOS
NUM2-3	n/a	NUM2-3	PDX, LOS, READM
DEN	PDX, LOS	DEN	-

- **MDC** - cases from the numerator and denominator for MDC 14 (Pregnancy, childbirth, and puerperium) or principal diagnosis in **Annex A: M-3 Code list for MDC 14** (refer to separate MS Excel file)
- **INF** - cases from numerator and denominator with **principal diagnosis of infection** or secondary diagnosis present on admission, if known – see ICD codes below,
- **IMM/CA** - cases from numerator and denominator with **any code for immunocompromised state or cancer** – see ICD codes below,
- **PDX** - cases with principal diagnosis or diagnosis present on admission (where possible) of sepsis during the **surgical admission (NUM1)**,
- **LOS - surgical admissions (NUM1)** with length of stay of less than 3 days.
- **READM - readmissions** more than 30 days after the operation date from the numerator if the All admissions-based calculation is carried out and **NUM2** or **NUM2** reported.

Exclude **PDX** and **LOS** cases from the denominator if only the Surgical admissions-based calculation is carried out (countries without a UPI). Otherwise, if using the All admissions-based method, no exclusions apply as all denominator cases are considered to be at risk within 30 days. However, to compare Surgical admission-based rates to the NUM 1 of the All admission-based rates, countries are requested to also calculate an alternative denominator (**DENX**) as specified below:

- DEN X = DEN- Excl PDX – Excl LOS

See Figure 10 for an algorithm to assist with the **Surgical admission-based calculation method** and Figure 11 for an algorithm to assist with the **All admission-based calculation method**.

ICD-9-CM Sepsis diagnosis codes:

0380	Streptococcal septicaemia
0381	Staphylococcal septicaemia
03810	Staphylococcal ependence, unspecified
03811	Methicillin susceptible Staphylococcus aureus septicaemia
03812	Methicillin resistant Staphylococcus aureus septicaemia
03819	Other staphylococcal septicaemia
0382	Pneumococcal ependence (streptococcus pneumoniae ependence)
0383	Septicaemia due to anaerobes
78552	Septic shock
78559	Other shock w/o mention of trauma
9980	Postoperative shock
99800	Postoperative shock, nos
99802	Postoperative shock, septic

Septicaemia due to:

03840	Gram-negative organism, unspecified
03841	Haemophilus influenza
03842	Escherichia coli
03843	Pseudomonas
03844	Serratia
03849	Septicaemia due to other gram-negative organisms
0388	Other specified septicaemias
0389	Unspecified septicaemia
99591	Systemic inflammatory response syndrome due to infectious process w/o organ dysfunction
99592	Systematic inflammatory response syndrome due to infectious process w/organ dysfunction

ICD-10-WHO Sepsis diagnosis codes:

A40.0	Septicaemia due to streptococcus, group a
A40.1	Septicaemia due to streptococcus, group b
A40.2	Septicaemia due to streptococcus, group d
A40.3	Septicaemia due to streptococcus pneumoniae

ICD-10-WHO Sepsis diagnosis codes (continued):

A40.8	Other streptococcal septicaemia
A40.9	Streptococcal septicaemia, unspecified
A41.0	Septicaemia due to staphylococcus aureus
A41.1	Septicaemia due to other specified staphylococcus

A41.2	Septicaemia due to unspecified staphylococcus
A41.3	Septicaemia due to haemophilus influenza
A41.4	Septicaemia due to anaerobes
A41.5	Septicaemia due to other gram-negative organisms
A41.8	Other specified septicaemia
A41.9	Septicaemia, unspecified
R57.2	Septic shock
R57.8	Other shock
R65.0	Systemic Inflammatory Response Syndrome of infectious origin without organ failure
R65.1	Systemic Inflammatory Response Syndrome of infectious origin with organ failure
T81.1	Shock during or resulting from a procedure, not elsewhere classified

Immunocompromised state codes:

- ICD-9-CM: See Appendix I – Immunocompromised state diagnosis and procedure codes, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>

- ICD-10-WHO: See **Annex C: W-1 Code list for ICD-10-WHO Immunocompromised State Codes** (refer to separate MS Excel file). Please note the related procedure codes (see ICD-9-CM codes above) are not specified and countries are requested to search for the relevant codes in their procedure classification systems.

Cancer codes:

- ICD-9-CM: See Appendix H – Cancer diagnosis codes, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>

- ICD-10-WHO: See **Annex D: W-2 Code list for ICD-10-WHO Cancer Codes** (refer to separate MS Excel file).

Infection codes:

- ICD-9-CM: See Appendix F – Infection diagnosis codes, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>

- ICD-10-WHO: See **Annex E: W-2 Code List W-10 for ICD-10-WHO Infection Codes** (refer to separate MS Excel file).

Note: The use of high-risk operating room procedures as denominator is likely to reduce variation in results. There is strong evidence that abdominal surgical procedures pose the highest risk for postoperative sepsis (Bateman, 2010).

FIGURE 10 POSTOPERATIVE SEPSIS

ALGORITHM FOR SURGICAL ADMISSION BASED CALCULATION METHOD

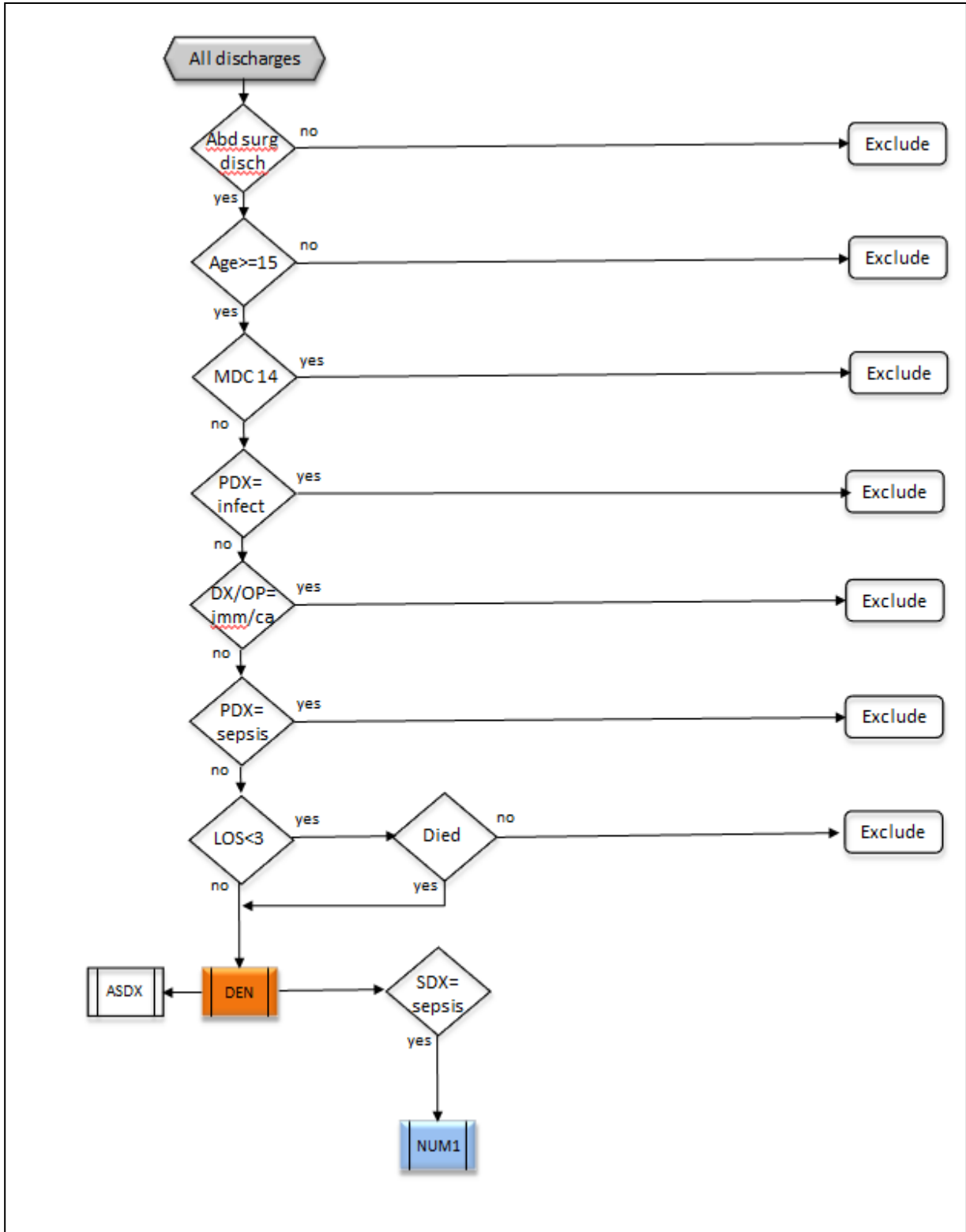
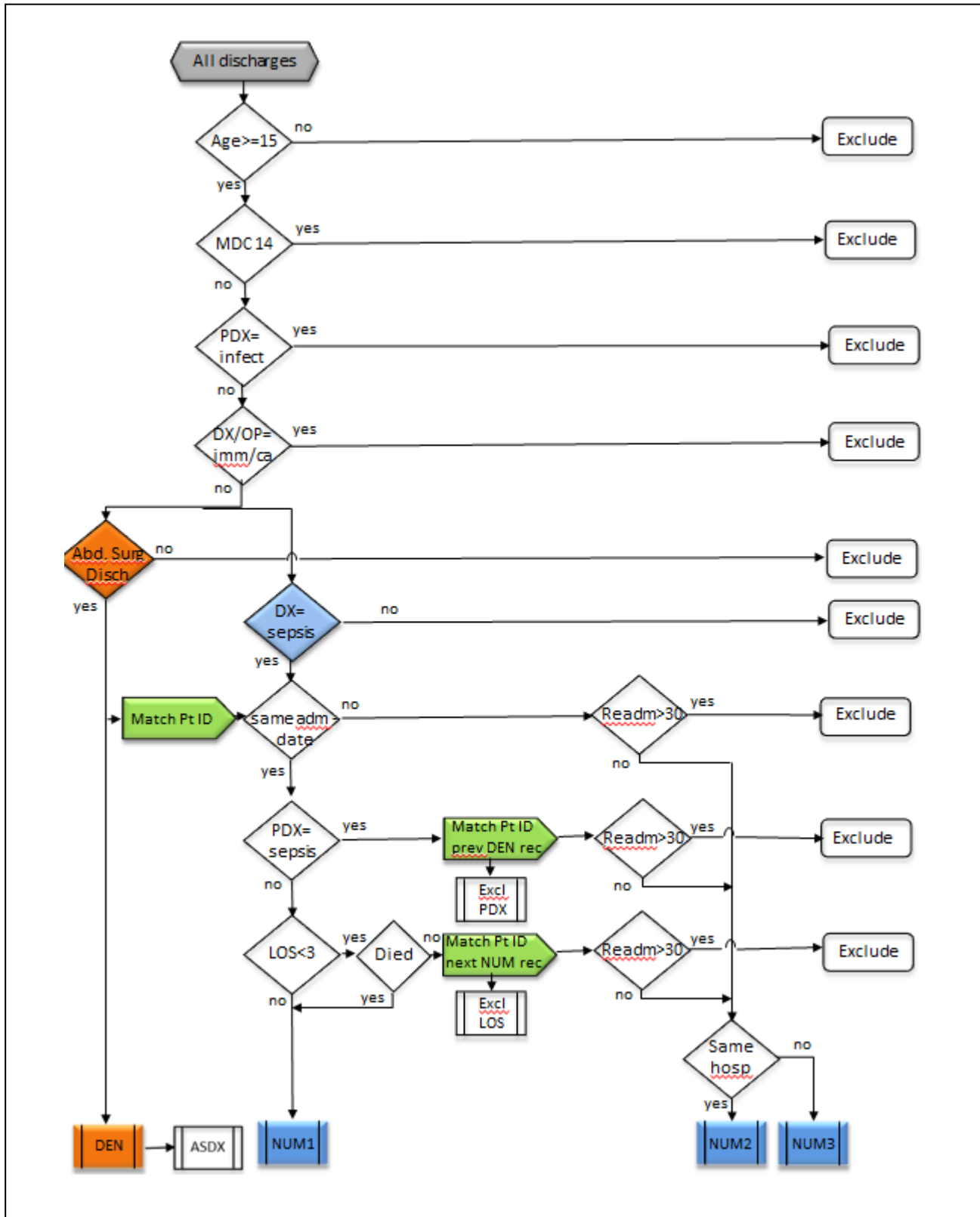


FIGURE 11 POSTOPERATIVE SEPSIS

ALGORITHM FOR ALL ADMISSION BASED CALCULATION METHOD



5. POSTOPERATIVE WOUND DEHISCENCE

AHRO indicator code: PSI #14 for adults

Coverage: Abdominal discharges for patients aged 15 and older

Numerator: Discharges among cases defined in the denominator with procedure code for reclosure of postoperative disruption of abdominal wall (see procedure code below) during the surgical admission and readmissions within 30 days of the surgery. If the date of surgery is not available, then 30 days from the admission date (first surgical admission).

Denominator: All abdominopelvic surgical discharges meeting the inclusion and exclusion rules.

- See **Annex B: ICD-9-CM Abdominopelvic procedure codes** (refer to separate MS Excel file).

ICD-9-CM Reclosure procedure code:

5461	Reclosure postoperative disruption
------	------------------------------------

Exclude:

Common exclusions			
MDC, IMM, REC			
Countries without a UPI		Countries with a UPI	
NUM1	LOS	NUM1	LOS
NUM2-3	n/a	NUM2-3	LOS, READM
DEN	LOS	DEN	-

- **MDC** - MDC 14 (Pregnancy, childbirth, and puerperium) or principal diagnosis in **Annex A: M-3 Code list for MDC 14** (refer to separate MS Excel file) from the numerator and denominator.
- **IMM** - Cases from the numerator and denominator with any diagnosis or procedure code for **immunocompromised state** –see ICD codes below,
- **REC** - Cases from the numerator and denominator where a procedure for reclosure of postoperative disruption of abdominal wall occurs before or on the same day as the first abdominopelvic surgery procedure (**Reclos<=date⁺**),
- **LOS - surgical admissions** (NUM1) where length of stay is less than 2 days,

READM - readmissions more than 30 days after the operation date from the numerator if the All admissions-based calculation is carried out and **NUM2** or **NUM2** reported.

Exclude **PDX** and **LOS** cases from the denominator if only the Surgical admissions-based calculation is carried out (countries without a UPI). Otherwise, if using the All admissions-based method, no exclusions apply as all denominator cases are considered to be at risk within 30 days. However, to compare Surgical admission-based rates to the NUM 1 of the All admission-based rates, countries are requested to also calculate an alternative denominator (**DENX**) as specified below:

- $DEN\ X = DEN - Excl\ DEN - Excl\ LOS$

See Figure 12 for an algorithm to assist with the **Surgical admission-based calculation method** and Figure 13 for an algorithm to assist with the **All admission-based calculation method**.

Immunocompromised state codes:

- ICD-9-CM: See Appendix I – Immunocompromised state diagnosis and procedure codes, of the following document:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>,

- ICD-10-WHO: See **Annex C: W-1** Code list for ICD-10-WHO Immunocompromised State Codes (refer to separate MS Excel file).

FIGURE 12. POSTOPERATIVE WOUND DEHISCENCE
 ALGORITHM FOR SURGICAL ADMISSION BASED CALCULATION METHOD

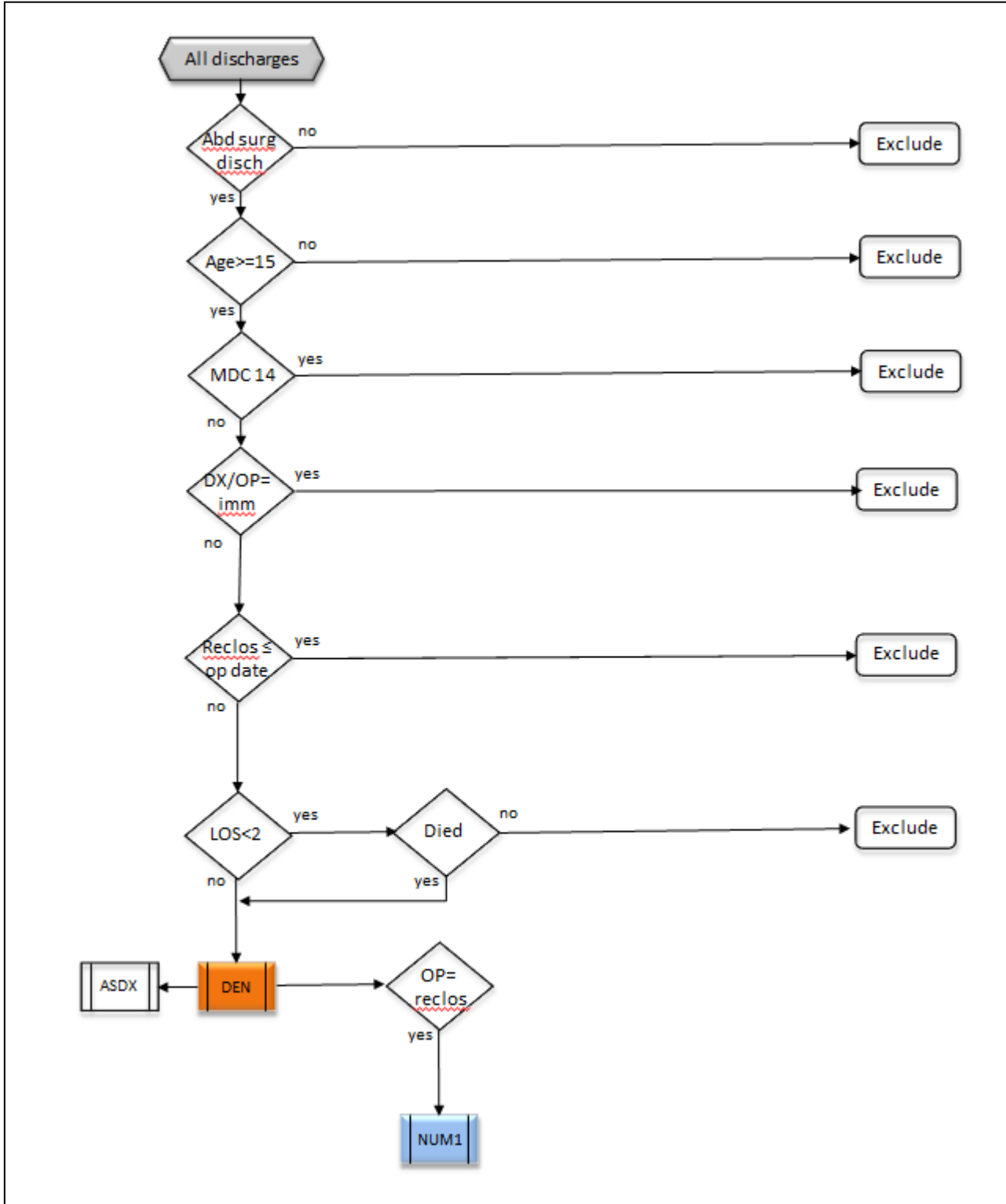
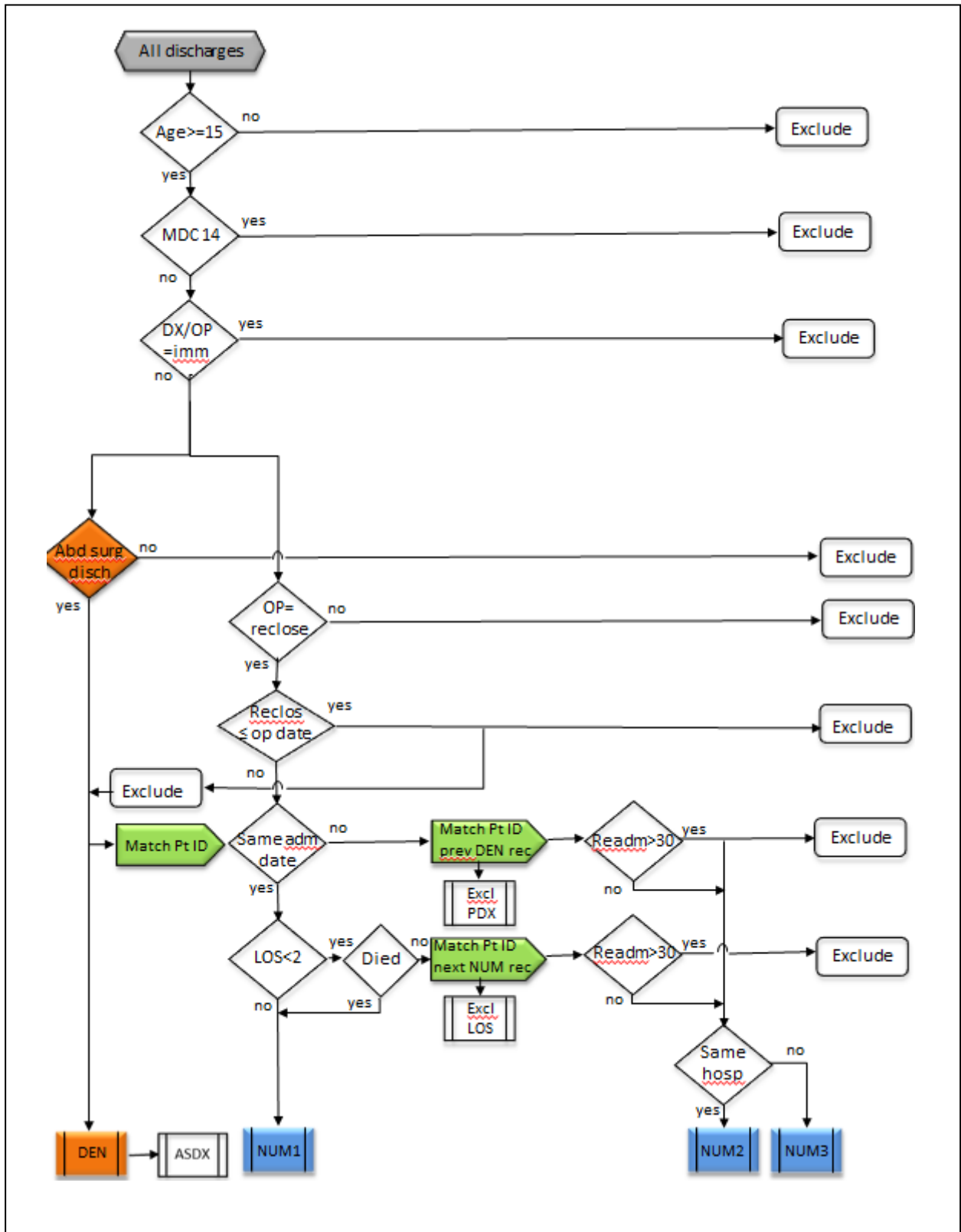


FIGURE 13. POSTOPERATIVE WOUND DEHISCENCE
 ALGORITHM FOR ALL ADMISSION BASED CALCULATION METHOD



6. OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY WITH INSTRUMENT

AHRO code: PSI#18 for adults

Coverage: Vaginal delivery discharges for patients aged 15 and over.

Numerator: Discharges among cases defined in the denominator with ICD code for 3rd and 4th degree obstetric trauma in any diagnosis or procedure field (see ICD codes below).

Denominator: All vaginal delivery discharges with any procedure code for instrument-assisted delivery (see procedure codes below).

ICD-9-CM Obstetric Trauma diagnosis codes:

66420	Delivery with third degree laceration, unspecified
66421	Delivery with third degree laceration, during delivery
66424	Delivery with third degree laceration, postpartum condition or complication
66430	Trauma to perineum and vulva during delivery, fourth degree perineal laceration
66431	Trauma to perineum and vulva during delivery, fourth degree perineal laceration
66434	Trauma to perineum and vulva during delivery, fourth degree perineal laceration

ICD-9-CM Obstetric Trauma procedure codes:

7561	Repair of current obstetric lacerations of bladder and urethra
7562	Repair of current obstetric lacerations of rectum and sphincter

ICD-10-WHO Obstetric Trauma diagnosis codes:

O70.2	Third degree perineal laceration during delivery
O70.3	Fourth degree perineal laceration during delivery

ICD-9-CM Instrument-Assisted Delivery procedure codes:

720	Low forceps operation
721	Low forceps operation w/ episiotomy
7221	Mid forceps operation w/ episiotomy
7229	Other mid forceps operation
7231	High forceps operation w/ episiotomy
7239	Other high forceps operation
724	Forceps rotation of fetal head
7251	Partial breech extraction w/ forceps to aftercoming head
7253	Total breech extraction w/ forceps to aftercoming head
726	Forceps application to aftercoming head
7271	Vacuum extraction w/ episiotomy
7279	Vacuum extraction delivery nec
728*	Other specified instrumental delivery
729*	Unspecified instrumental delivery

* Failed vacuum extraction, failed forceps, assisted breech delivery, episiotomy, incision of cervix and symphysiotomy procedures are to be excluded from this code in the Instrument Assisted Delivery Procedures code list.

ICD-9-CM Outcome of delivery codes:

Note: This category is intended for the coding of the outcome of delivery on the mother’s record (Department of Health and Human Services, 2007)

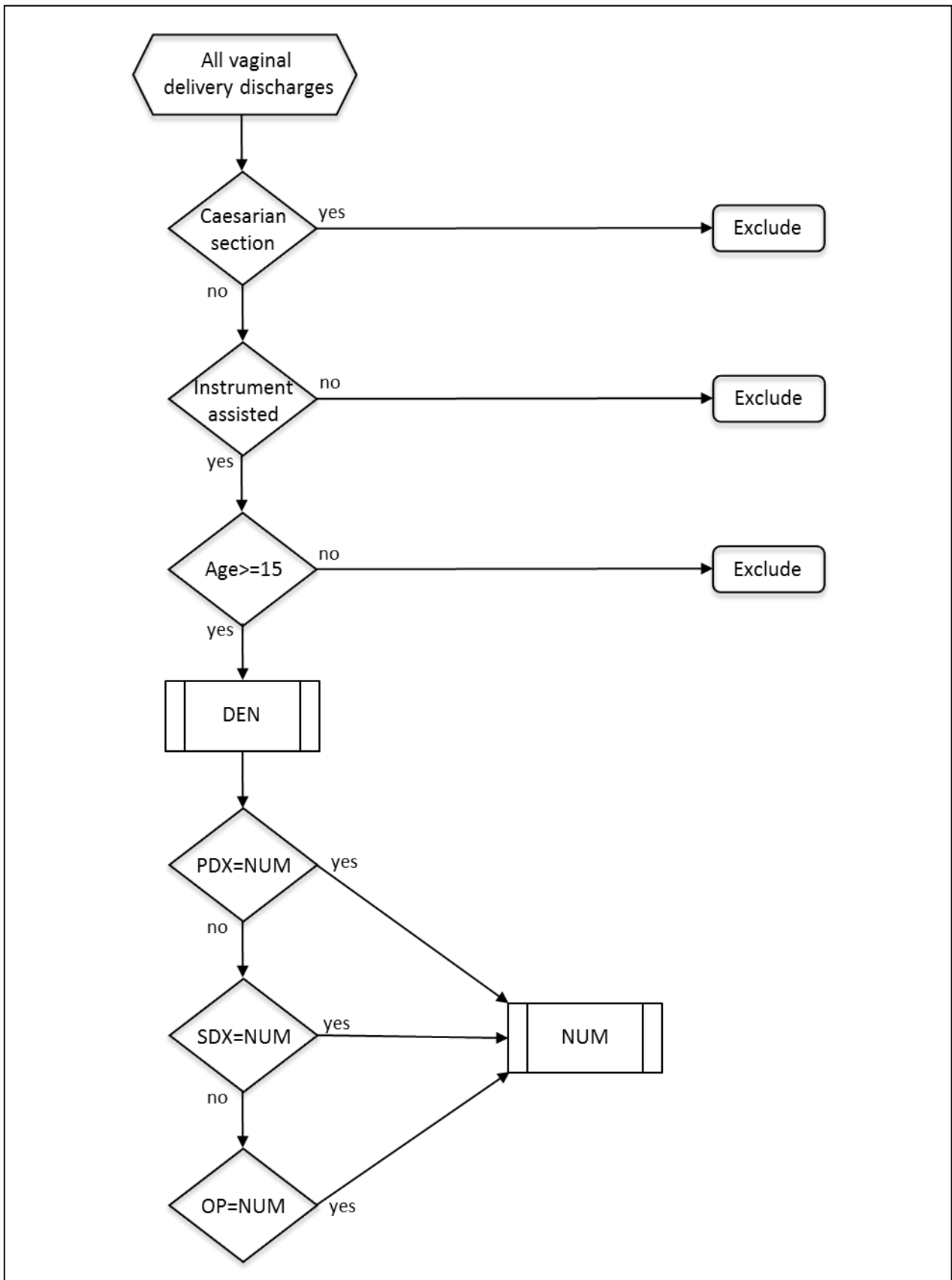
V27.0	Single liveborn
V27.1	Single stillborn
V27.2	Twins, both liveborn
V27.3	Twins, one liveborn and one stillborn
V27.4	Twins, both stillborn
V27.5	Other multiple birth, all liveborn
V27.6	Other multiple birth, some liveborn
V27.7	Other multiple birth, all stillborn
V27.9	Unspecified outcome of delivery

ICD-10-WHO Outcome of delivery codes:

Note: This category is intended for use as an additional code to identify the outcome of delivery on the mother’s record.(WHO, 2006)

Z37.0	Single live birth
Z37.1	Single stillbirth
Z37.2	Twins, both liveborn
Z37.3	Twins, one liveborn and one stillborn
Z37.4	Twins, both stillborn
Z37.5	Other multiple births, all liveborn
Z37.6	Other multiple births, some liveborn
Z37.7	Other multiple births, all stillborn
Z37.9	Outcome of delivery, unspecified

FIGURE 14 OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY WITH INSTRUMENT ALGORITHM



7. OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY WITHOUT INSTRUMENT

AHRO code: PSI#19 for adults

Coverage: Vaginal delivery discharges for patients aged 15 and over.

Numerator: Discharges among cases defined in the denominator with ICD code for 3rd and 4th degree obstetric trauma in any diagnosis or procedure field (see ICD codes below).

Denominator: All vaginal delivery discharge patients.

Exclude cases: with instrument-assisted delivery.

ICD-9-CM Obstetric Trauma diagnosis codes:

66420	Delivery with third degree laceration, unspecified
66421	Delivery with third degree laceration, during delivery
66424	Delivery with third degree laceration, postpartum condition or complication
66430	Trauma to perineum and vulva during delivery, fourth degree perineal laceration
66431	Trauma to perineum and vulva during delivery, fourth degree perineal laceration
66434	Trauma to perineum and vulva during delivery, fourth degree perineal laceration

ICD-9-CM Obstetric Trauma procedure codes:

7561	Repair of current obstetric lacerations of bladder and urethra
7562	Repair of current obstetric lacerations of rectum and sphincter

ICD-10-WHO Obstetric Trauma diagnosis codes:

O70.2	Third degree perineal laceration during delivery
O70.3	Fourth degree perineal laceration during delivery

ICD-9-CM Instrument-Assisted Delivery procedure codes

720	Low forceps operation
721	Low forceps operation w/ episiotomy
7221	Mid forceps operation w/ episiotomy
7229	Other mid forceps operation
7231	High forceps operation w/ episiotomy
7239	Other high forceps operation
724	Forceps rotation of fetal head
7251	Partial breech extraction w/ forceps to aftercoming head
7253	Total breech extraction w/ forceps to aftercoming head
726	Forceps application to aftercoming head
7271	Vacuum extraction w/ episiotomy
7279	Vacuum extraction delivery nec
728*	Other specified instrumental delivery
729*	Unspecified instrumental delivery

* Failed vacuum extraction, failed forceps, assisted breech delivery, episiotomy, incision of cervix and symphysiotomy procedures are not included in the Instrument Assisted Delivery Procedures code list. Therefore, these procedures are excluded from the definition of the ‘with instrument’ indicator and conversely included in the definition of the ‘without instrument’ indicator.

ICD-9-CM Outcome of delivery codes:

Note: This category is intended for the coding of the outcome of delivery on the mother’s record. (Department of Health and Human Services, 2007)

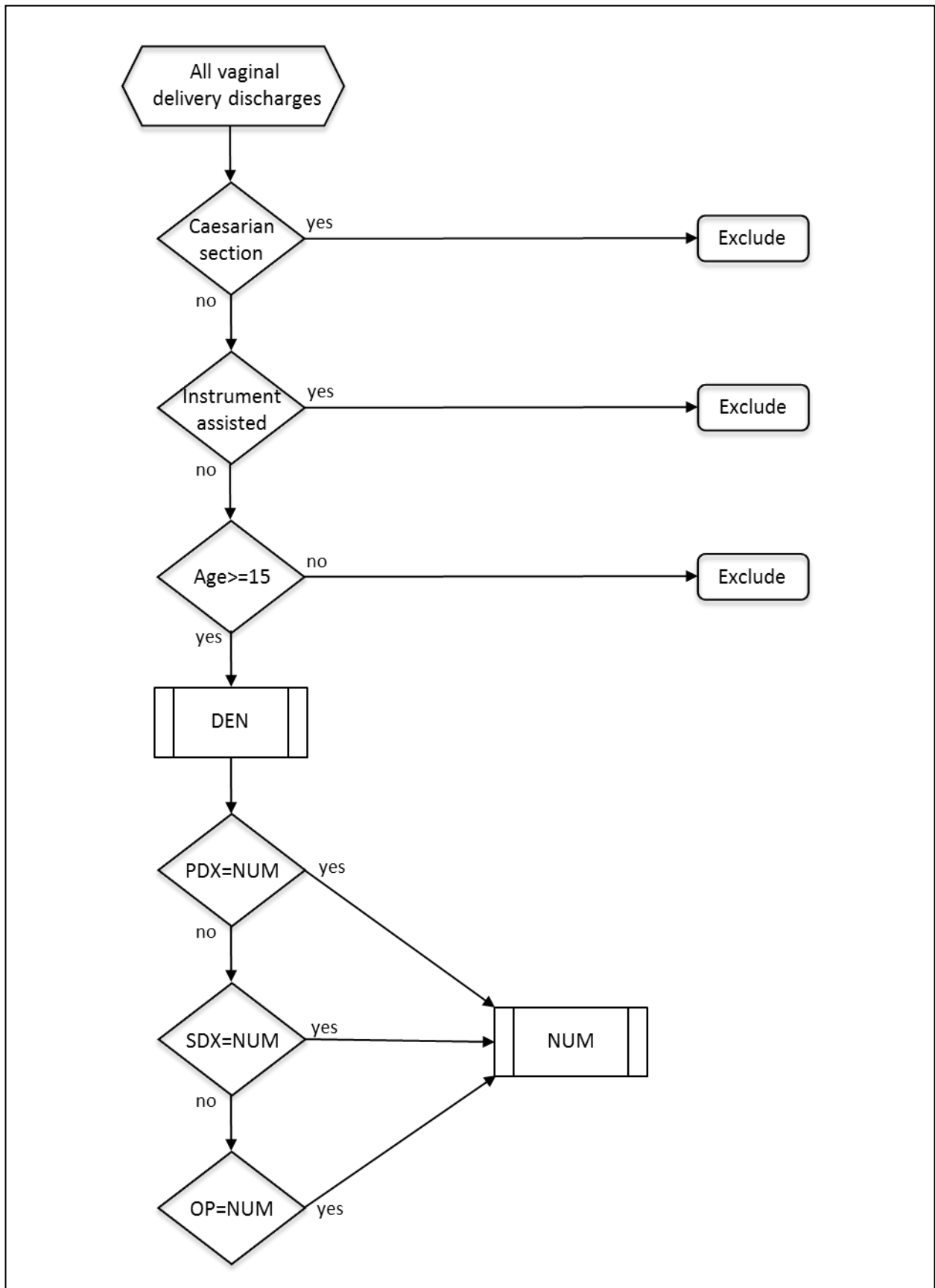
V27.0	Single liveborn
V27.1	Single stillborn
V27.2	Twins, both liveborn
V27.3	Twins, one liveborn and one stillborn
V27.4	Twins, both stillborn
V27.5	Other multiple birth, all liveborn
V27.6	Other multiple birth, some liveborn
V27.7	Other multiple birth, all stillborn
V27.9	Unspecified outcome of delivery

ICD-10-WHO Outcome of delivery codes:

Note: This category is intended for use as an additional code to identify the outcome of delivery on the mother’s record (WHO, 2006).

Z37.0	Single live birth
Z37.1	Single stillbirth
Z37.2	Twins, both liveborn
Z37.3	Twins, one liveborn and one stillborn
Z37.4	Twins, both stillborn
Z37.5	Other multiple births, all liveborn
Z37.6	Other multiple births, some liveborn
Z37.7	Other multiple births, all stillborn
Z37.9	Outcome of delivery, unspecified

FIGURE 15. OBSTETRIC TRAUMA DURING VAGINAL DELIVERY WITHOUT INSTRUMENT ALGORITHM



REFERENCES

- AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ) (2012), PSI Technical Specifications. Version 4.4, Available from: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Archive/PSI_TechSpec_V44.aspx (accessed on 5 January 2017)
- BATEMAN B T, *et al.* (2010) “Temporal trends in the epidemiology of severe postoperative sepsis after elective surgery”, *Anesthesiology* 112(4):917-925.
- DRÖSLER S E, COOLS A, KÖPFER T, STAUSBERG J. (2007) “Are Quality Indicators Derived from Routine Data Suitable for Evaluation Hospital Performance? First Results Using the AHRQ Patient Safety Indicators in Germany”, *ZaeFQ* 2007; 101(1):35-42.
- DRÖSLER S.E, KLAZINGA N.S, ROMANO P.S., TANCREDI D.J *et al.* (2009) “Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries”. *Int J Qual Health Care*. 2009 Aug;21(4):272-8. Epub 2009 Apr 24.
- DRÖSLER S.E., ROMANO P.S., TANCREDI D.J., KLAZINGA N.S. (2012) “International comparability of patient safety indicators in 15 OECD member countries: a methodological approach of adjustment by secondary diagnoses. *Health Serv Res*. 2012 Feb;47(1 Pt 1):275-92.
- DRÖSLER S E (2008) Facilitating cross-national comparisons of indicators for patient safety at the health-system level in the OECD countries. Health Technical Paper No 19, OECD, Paris
- JANUEL J M , *et al.* (2012) “Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis”, *JAMA* 307(3):294-303.
- MILLAR J, S MATTKE AND THE MEMBERS OF THE OECD PATIENT SAFETY PANEL (2004) “Selecting Indicators for Patient Safety at the Health System Level in OECD Countries” Health Technical Paper No 18, OECD, Paris.
- MATTKE S, E KELLEY, P SCHERER, J HURST, M L GIL LAPETRA AND THE HCQI EXPERT GROUP MEMBERS (2006) “Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report: Initial Indicators Report OECD” Health Working Paper No 22 OECD, Paris.
- OECD (2007) “Patient Safety Data Systems in the OECD: A Report of a Joint Irish Department of Health - OECD Conference” OECD, Paris.
- QUAN H, DRÖSLER S, SUNDARARAJAN V, WEN E, BURNAND B, COURIS C, ET AL. (2008) Adaptation of AHRQ Patient Safety Indicators for Use in ICD-10 Administrative Data by an International Consortium. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43634/pdf/Bookshelf_NBK43634.pdf (accessed on 5 January 2017)
- WHO (2006) “World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006”, WHO website, International <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2006/> (accessed on 5 January 2017)