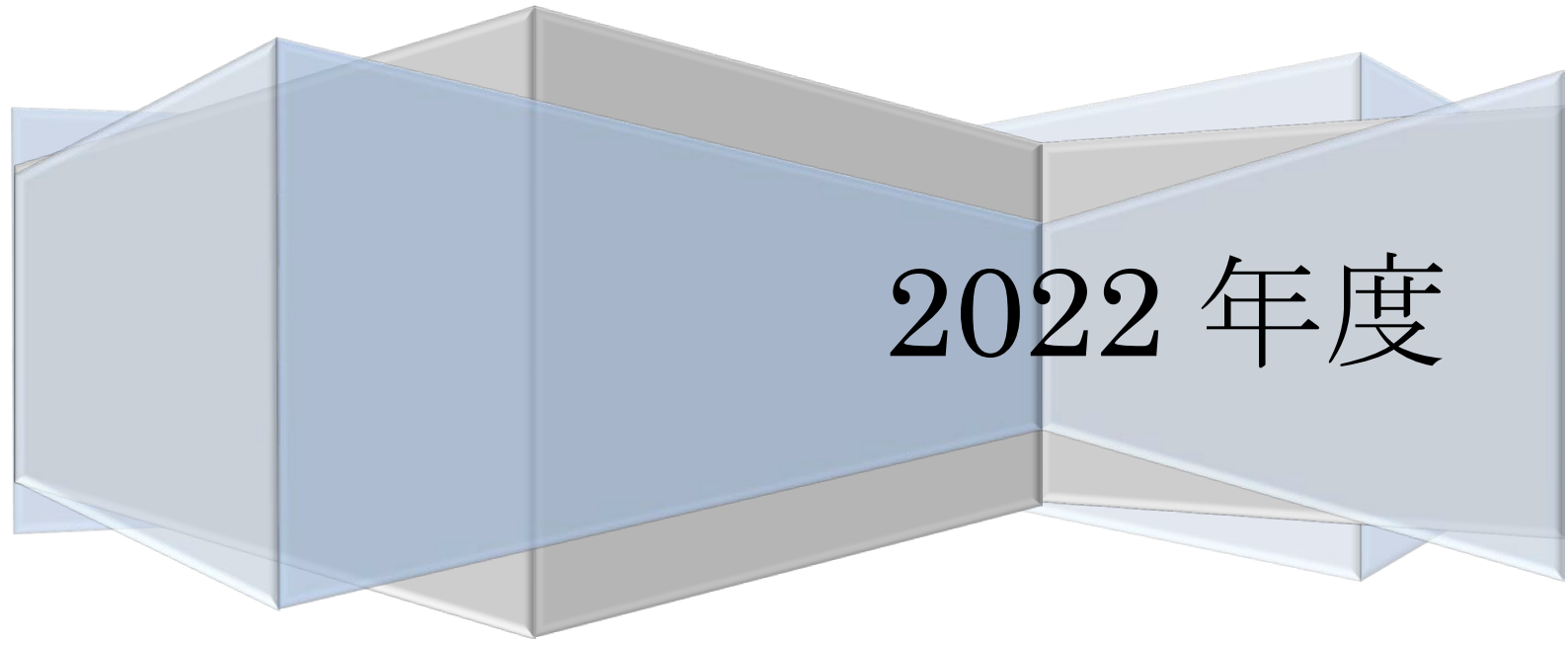


医療法人 高幡会 大西病院

# 日本慢性期医療協会統計



2022 年度

# 令和4年度 日本慢性期医療協会統計 目次

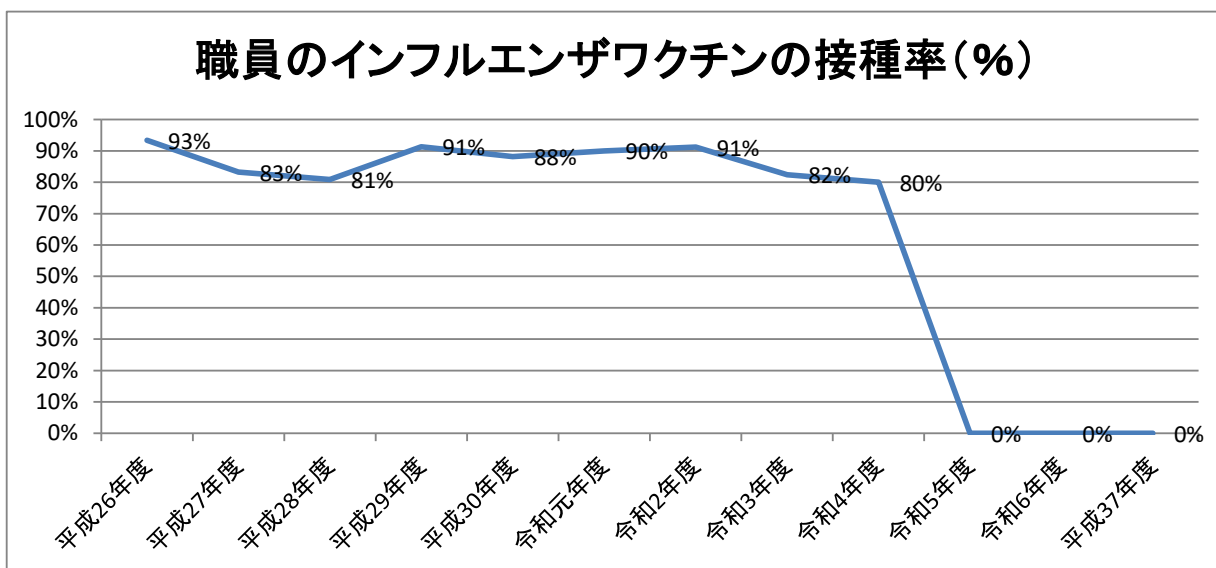
1. 職員のインフルエンザワクチンの接種率
2. 入院時医療区分の3ヶ月後の改善率
3. 肺炎の新規発生率
4. 肺炎の治癒率
5. 尿路感染症の新規発生率
6. 尿路感染症の治癒率
7. 入院時、尿道カテーテルが留置されている患者1ヶ月後の抜去率
8. 糖尿病患者における血糖コントロール(HbA1c)
9. 降圧剤使用患者における血圧コントロール
10. 内服薬定期処方の見直しの平均頻度
11. 注射薬処方の見直しの平均頻度
12. 内服定期薬の平均処方薬剤数
13. 新規褥瘡発生率
14. 褥瘡の治癒率(治療後6カ月以内)
15. 認知症患者への対応
16. 休日を含め適切な頻度でリハビリテーションが提供されているか
17. 十分な時間のリハビリテーションが提供されているか
18. 多職種(リハビリ以外の職種も含めて)によるカンファレンス等にて、  
リハビリテーションの内容、頻度が検討されているか
19. FIM and/or BI等の客観的指標で患者のADL状態  
が把握されているか
20. 全入院患者に対する1ヶ月間の検査未実施率
21. 起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施率
22. 低栄養の改善率
23. 1年以内に経管栄養(中心静脈・胃ろう・経鼻)から  
経口摂取可能になった患者の割合
24. 1ヶ月以内に経管栄養(中心静脈・胃ろう・経鼻)から  
少しでも経口摂取が可能となった患者の割合(1口でも可)
25. 転倒・転落などによる重症事故の発生率
26. 入院患者のうち急性期病院からの新規紹介入院患者数(紹介率)
27. 在宅からの新規入院患者数(居宅系施設等を含む)
28. 在宅復帰率(居住系施設等を含む)
29. 多職種による退院カンファレンスを実施しているか

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

## 職員のインフルエンザワクチンの接種率

$$\text{ワクチン接種率} = \frac{C(\text{自院内にてインフルエンザワクチンを接種した職員数})}{B(\text{ワクチン接種最終日の職員数})} \times 100$$

年度	ワクチン接種最終日の職員数(人)	自院内にてインフルエンザワクチンを接種した職員数(人)	職員のインフルエンザワクチンの接種率(%)
平成26年度	151	141	93%
平成27年度	149	124	83%
平成28年度	141	114	81%
平成29年度	138	126	91%
平成30年度	135	119	88%
令和元年度	130	117	90%
令和2年度	136	124	91%
令和3年度	136	112	82%
令和4年度	130	104	80%
令和5年度			
令和6年度			
平成37年度			
合計/平均	1246	1081	



#### 【評価の目的】

慢性期医療の病院は患者が重症化、高齢化しており、インフルエンザが院内で発生してしまうと被害は甚大になる恐れがある。そのため職員のインフルエンザワクチン接種が重要であり、病院としての取り組みについて評価する。

#### 【評価期間】

ワクチン接種の対象期間で評価する。

#### 【評価基準】

ワクチン接種の適応でない職員は除く。

#### 【定義】

インフルエンザワクチンは季節性インフルエンザに対するワクチンを指すが、新型が発生した時など定義が変化する可能性もある。

ほとんどの病院では派遣職員や委託業務などがあり、職員の範囲を決めにくいと思われるが、職員の定義はそれぞれの病院で決めてよい。ただし、最低でも貴院の保険証を持っている職員は必ずカウントすること。

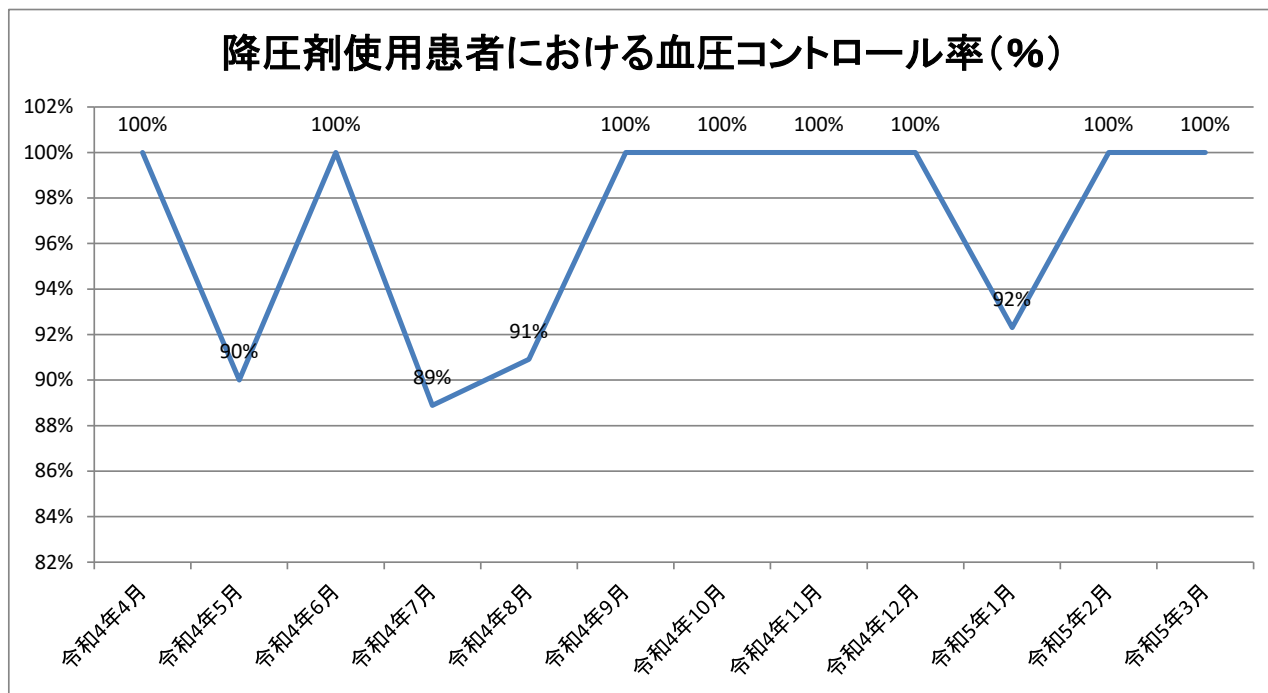
**日本慢性期医療協会**  
慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

**2-1-9**  
**降圧剤使用患者における血圧コントロール**

血圧コントロール患者数 = C(血圧が目標値以下の患者数) / B(降圧剤が処方されている患者数) × 100

令和4年度	降圧剤が処方されている患者数(人)	血圧が目標値以下の患者数(人)	降圧剤使用患者における血圧コントロール率(%)
令和4年4月	6	6	100%
令和4年5月	10	9	90%
令和4年6月	11	11	100%
令和4年7月	9	8	89%
令和4年8月	11	10	91%
令和4年9月	9	9	100%
令和4年10月	7	7	100%
令和4年11月	11	11	100%
令和4年12月	13	13	100%
令和5年1月	13	12	92%
令和5年2月	16	16	100%
令和5年3月	8	8	100%
合計/平均	124	120	97%



【評価基準】

- ① 患者個々の病態に応じた降圧目標が設定され（診療録等に明記）、血圧がコントロールされていることを原則とする。  
必ずしも学会等のガイドラインを遵守しなければならないわけではない。
- ② 3ヶ月以上降圧剤が処方されている患者を対象とする。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

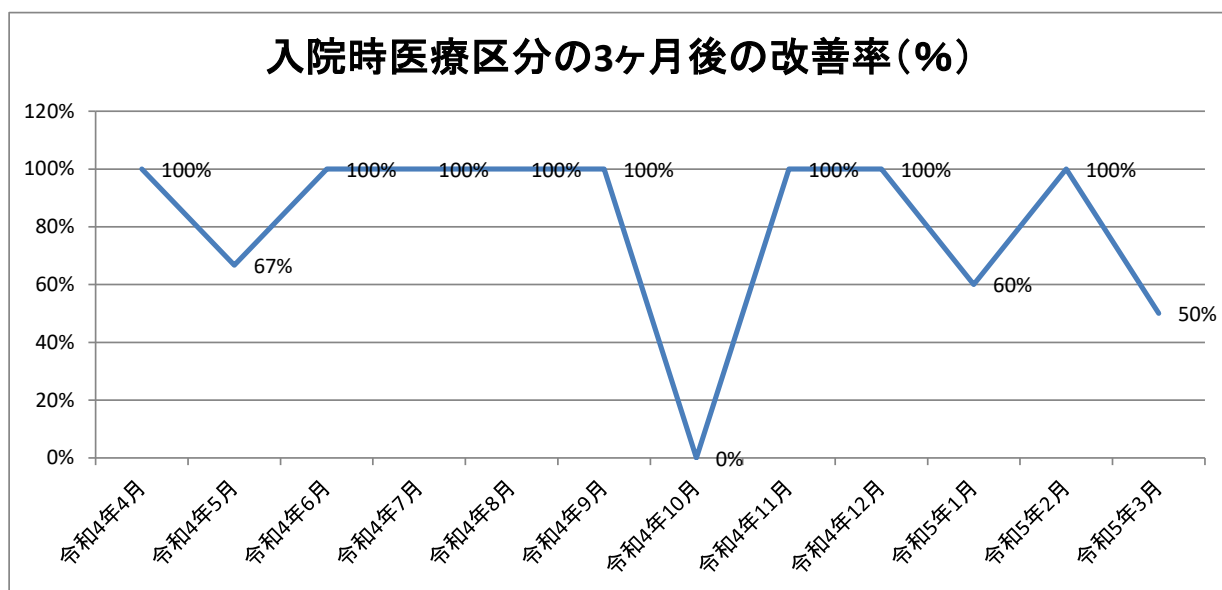
- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-1-1

### 入院時医療区分の3ヶ月後の改善率 (算定期間に限りのない区分の患者は除く)

$$\text{入院時医療区分の3ヶ月後の改善率} = \frac{C(\text{医療区分の改善した患者数})}{B(\text{医療区分の変化(改善+悪化)患者数})} \times 100$$

令和4年度	医療区分の変化した(改善+悪化)患者数(人)	医療区分の改善した患者数(人)	入院時医療区分の3ヶ月後の改善率(%)
令和4年4月	2	2	100%
令和4年5月	3	2	67%
令和4年6月	3	3	100%
令和4年7月	1	1	100%
令和4年8月	3	3	100%
令和4年9月	3	3	100%
令和4年10月	1	0	0%
令和4年11月	1	1	100%
令和4年12月	3	3	100%
令和5年1月	5	3	60%
令和5年2月	2	2	100%
令和5年3月	2	1	50%
合計/平均	29	24	83%



【評価基準】

医療区分の改善率(算定期間に限りのない患者は除く)とは「医療区分3 から、2 または1 への改善率」、「2 から1 への改善率」であり、診療の質の明確な指標である。  
 入院時の医療区分をもとに、死亡退院者も含めて算出する。  
 cut off 値は、当会「医療保険委員会」が平成21 年6 月に公表した「医療区分の変化」についての集計結果を参考に設定した。:153 病院の平均軽快率:49.8%

【注】

医療区分の該当病棟でない場合は「NA」とする。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

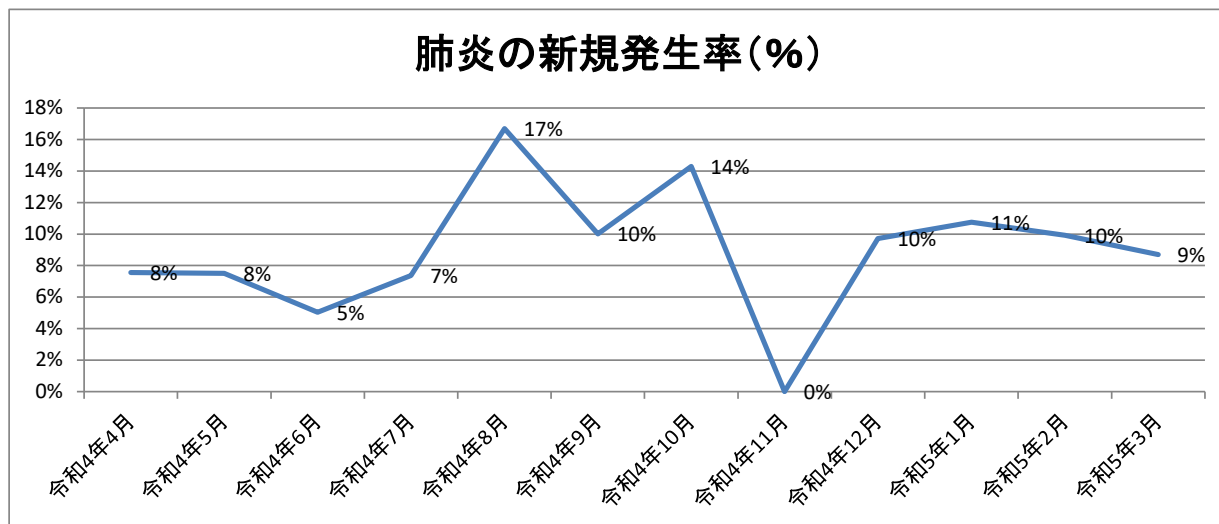
## 2-1-2

### 肺炎の新規発生率

（肺炎治療目的の入院は除く。初発・再発は問わない）

肺炎の新規発生率 = C(1ヶ月あたりの肺炎新規発生患者数) / B(1日あたりの平均入院患者数) × 100

令和4年度	1日あたりの平均入院患者数 (人) (医療)	1ヶ月あたりの肺炎新規発生 患者数(人)	肺炎の新規発生率(%)
令和4年4月	40	3	8%
令和4年5月	40	3	8%
令和4年6月	40	2	5%
令和4年7月	41	3	7%
令和4年8月	42	7	17%
令和4年9月	40	4	10%
令和4年10月	42	6	14%
令和4年11月	41	0	0%
令和4年12月	41	4	10%
令和5年1月	37	4	11%
令和5年2月	40	4	10%
令和5年3月	34	3	9%
合計/平均	40	4	9%



#### 【評価基準】

- ① 肺炎の診断には画像診断および血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態をいう。(医療区分 項目の定義)  
治療の判定には血液または画像診断による確認が必須である。
- ② 2-1-2は予防対策を重視した指標であり、あくまで新規発生率である。肺炎治療目的の入院患者は含めない。  
計算式は、公衆衛生学的な罹患率(発生率)ではなく、簡略化した方法として、1ヶ月の1日の平均入院患者数(複数病棟の場合は合計の平均)を分母として、同期間内における新規発生者を分子とした% (=100人当たりの発生数)を用いるものとした。統計学的には厳密ではない。
- ③ 2-1-3肺炎全体の治療率を評価する。院内発生のみならず、一般に治療率は決して高くはないが、治療目的での患者も含めて、全体で最低70%の治療を指標とした。

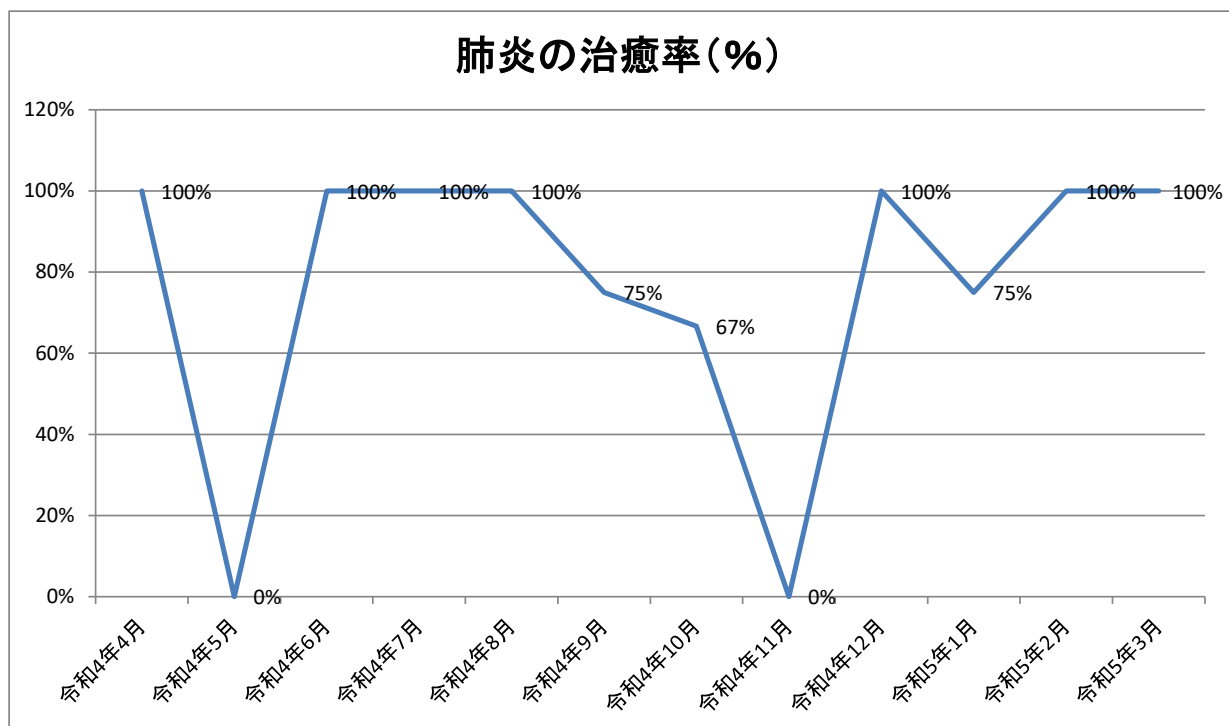
# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-1-3 肺炎の治癒率

肺炎の治癒率 =  $\frac{C(\text{1ヶ月あたりの肺炎の治癒が確認された患者数})}{B(\text{1ヶ月あたりの肺炎の治療を実施した患者数})} \times 100$

令和4年度	1ヶ月あたりの肺炎の治療を実施した患者数(人)	1ヶ月あたりの肺炎の治癒が確認された患者数(人)	肺炎の治癒率(%)
令和4年4月	3	3	100%
令和4年5月	3	0	0%
令和4年6月	2	2	100%
令和4年7月	3	3	100%
令和4年8月	7	7	100%
令和4年9月	4	3	75%
令和4年10月	6	4	67%
令和4年11月	0	0	-
令和4年12月	4	4	100%
令和5年1月	4	3	75%
令和5年2月	4	4	100%
令和5年3月	3	3	100%
合計/平均	3.58	3.00	84%



# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

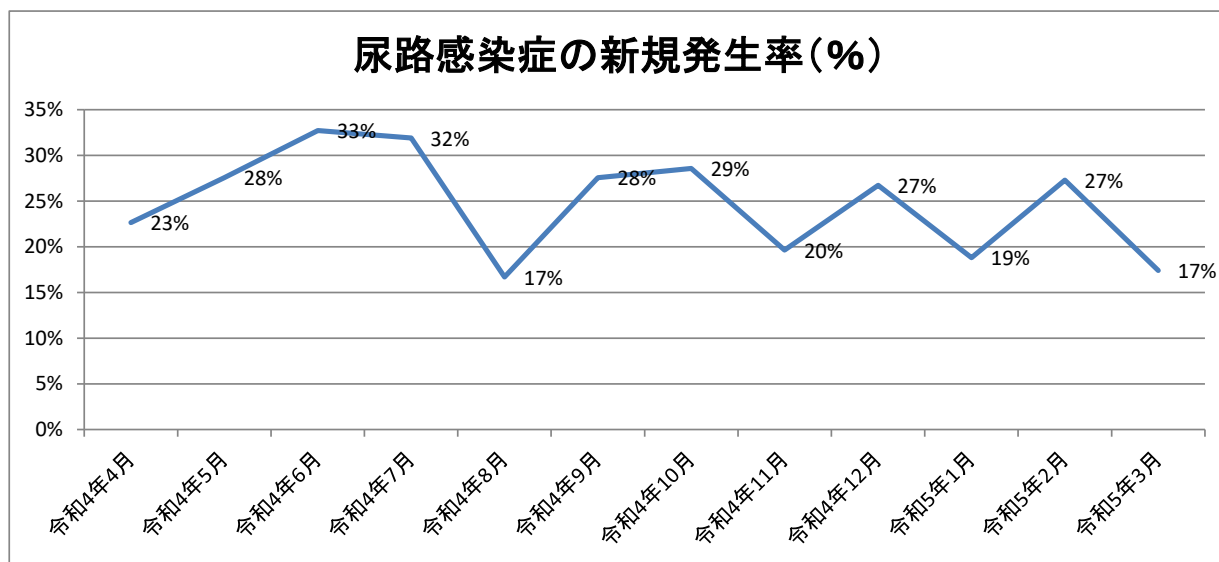
- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-1-4

### 尿路感染症の新規発生率 (尿路感染症治療目的の入院は除く。初発・再発は問わない)

$$\text{尿路感染症の新規発生率} = \frac{C(\text{1ヶ月あたりの尿路感染症新規発生患者数})}{B(\text{1日あたりの平均入院患者数})} \times 100$$

令和4年度	1日あたりの平均入院患者数 (人) (医療)	1ヶ月あたりの尿路感染症新規発生患者数(人)	尿路感染症の新規発生率 (%)
令和4年4月	40	9	23%
令和4年5月	40	11	28%
令和4年6月	40	13	33%
令和4年7月	41	13	32%
令和4年8月	42	7	17%
令和4年9月	40	11	28%
令和4年10月	42	12	29%
令和4年11月	41	8	20%
令和4年12月	41	11	27%
令和5年1月	37	7	19%
令和5年2月	40	11	27%
令和5年3月	34	6	17%
合計/平均	40	10	25%



#### 【評価基準】

- ① 尿路感染症新規発生率の算出も、簡便法として、肺炎の場合と同様とした。cut off値は、平成20年12月に「診療の質委員会」が公表した尿路感染症の治療における集計結果(6ヶ月間の集計)を参考に設定した。
- ② 療養病床での尿路感染症治療者(含:初発・再発)は8%前後であるが、治療目的での入院患者も相当数含まれていると推察される。
- ③ 診断は尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(>10/HPF)(「医療 区分 項目の定義」)を満たすものとし、治癒の判定には原則として、血液または尿検査による確認が必要である。
- ④ 尿道カテーテルに限らず、安全のためと称して、漫然とチューブによる管理が継続されている傾向がある。感染予防の観点からも、可能な限り尿道カテーテルを抜去する努力がなされているかは重要な指標である。



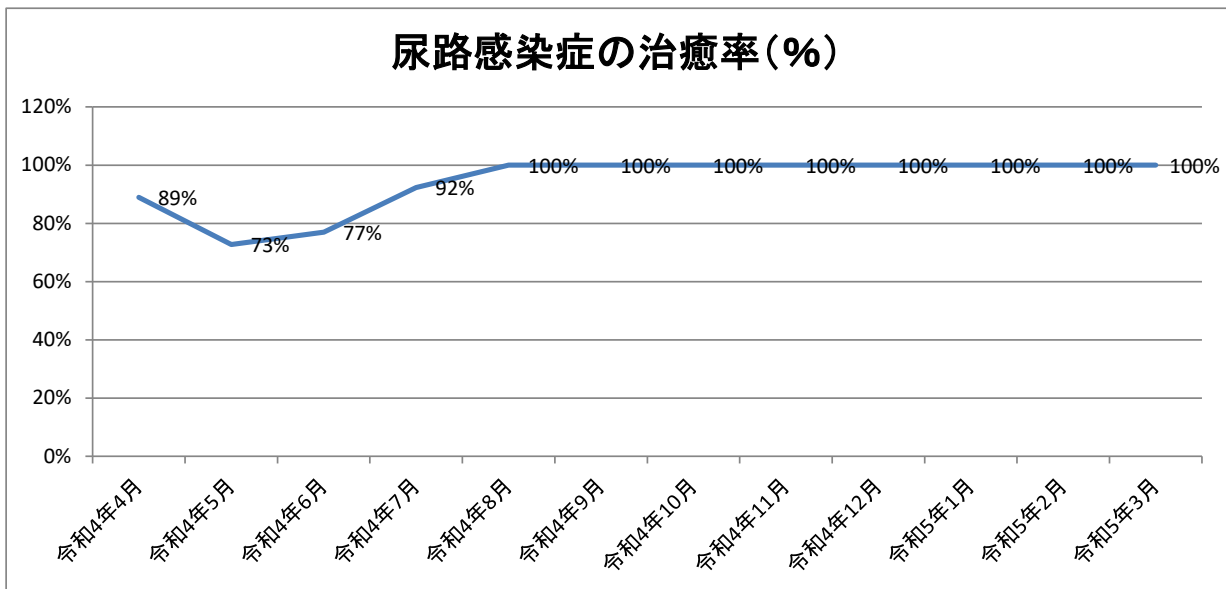
**日本慢性期医療協会**  
慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

**2-1-5**  
**尿路感染症の治癒率**

$$\text{尿路感染症の治癒率} = \frac{\text{C(尿路感染症の治癒が確認された患者数)}}{\text{B(尿路感染症の治療を実施した患者数)}} \times 100$$

令和4年度	尿路感染症の治療を実施した患者数(人)	尿路感染症の治癒が確認された患者数(人)	尿路感染症の治癒率(%)
令和4年4月	9	8	89%
令和4年5月	11	8	73%
令和4年6月	13	10	77%
令和4年7月	13	12	92%
令和4年8月	7	7	100%
令和4年9月	11	11	100%
令和4年10月	12	12	100%
令和4年11月	8	8	100%
令和4年12月	11	11	100%
令和5年1月	7	7	100%
令和5年2月	11	11	100%
令和5年3月	6	6	100%
合計/平均	119	111	93%



**【評価基準】**

- ① 尿路感染症新規発生率の算出も、簡便法として、肺炎の場合と同様とした。cut off値は、平成20年12月にX値は、平成20年12月に「診療の質委員会」が公表した尿路感染症の治療における集計結果(6ヶ月間の集計)を参考に設定した。
- ② 療養病床での尿路感染症治療者(含:初発・再発)は8%前後であるが、治療目的での入院患者も相当数含まれていると推察される。
- ③ 診断は尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(>10/HPF) (「医療区分 項目の定義」)を満たすものとし、治癒の判定には原則として、血液または尿検査による確認が必要である。
- ④ 尿道カテーテルに限らず、安全のためと称して、漫然とチューブによる管理が継続されている傾向がある。感染予防の観点からも、可能な限り尿道カテーテルを抜去する努力がなされているかは重要な指標である。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

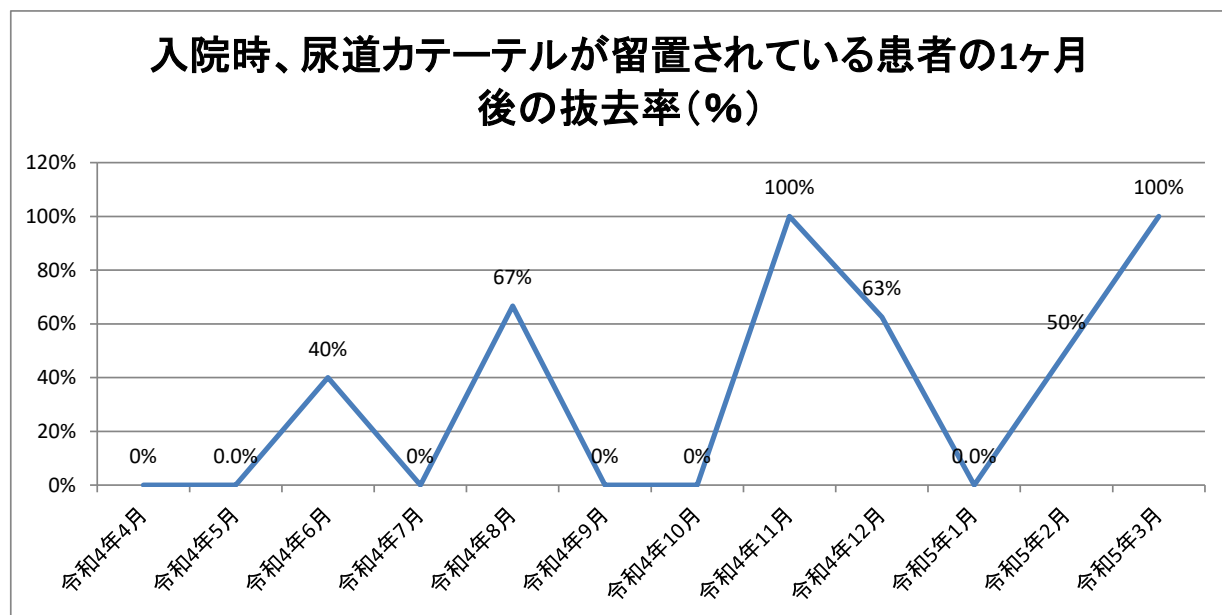
- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-1-6

### 入院時、尿道カテーテルが留置されている患者1ヶ月後の抜去率

$$\text{尿管カテ1ヶ月後抜去率} = \frac{\text{C(1ヶ月後に尿道カテーテルが抜去されている患者数)}}{\text{B(入院時尿道カテーテルが留置されていた患者数)}} \times 100$$

令和4年度	入院時尿道カテーテルが留置されていた患者数(人)	1ヶ月後に尿道カテーテルが抜去されている患者数(人)	入院時、尿道カテーテルが留置されている患者の1ヶ月後の抜去率(%)
令和4年4月	2	0	0%
令和4年5月	0	0	-
令和4年6月	5	2	40%
令和4年7月	1	0	0%
令和4年8月	3	2	67%
令和4年9月	1	0	0%
令和4年10月	1	0	0%
令和4年11月	2	2	100%
令和4年12月	8	5	63%
令和5年1月	0	0	-
令和5年2月	6	3	50%
令和5年3月	1	1	100%
合計/平均	30	15	50%



#### 【評価基準】

- ① 尿路感染症新規発生率の算出も、簡便法として、肺炎の場合と同様とした。cut off値は、平成20年12月に「診療の質委員会」が公表した尿路感染症の治療における集計結果(6ヶ月間の集計)を参考に設定した。
- ② 療養病床での尿路感染症治療者(含:初発・再発)は8%前後であるが、治療目的での入院患者も相当数含まれていると推察される。
- ③ 診断は尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(>10/HPF) (「医療区分 項目の定義」)を満たすものとし、治癒の判定には原則として、血液または尿検査による確認が必要である。
- ④ 尿道カテーテルに限らず、安全のためと称して、漫然とチューブによる管理が継続されている傾向がある。感染予防の観点からも、可能な限り尿道カテーテルを抜去する努力がなされているかは重要な指標である。

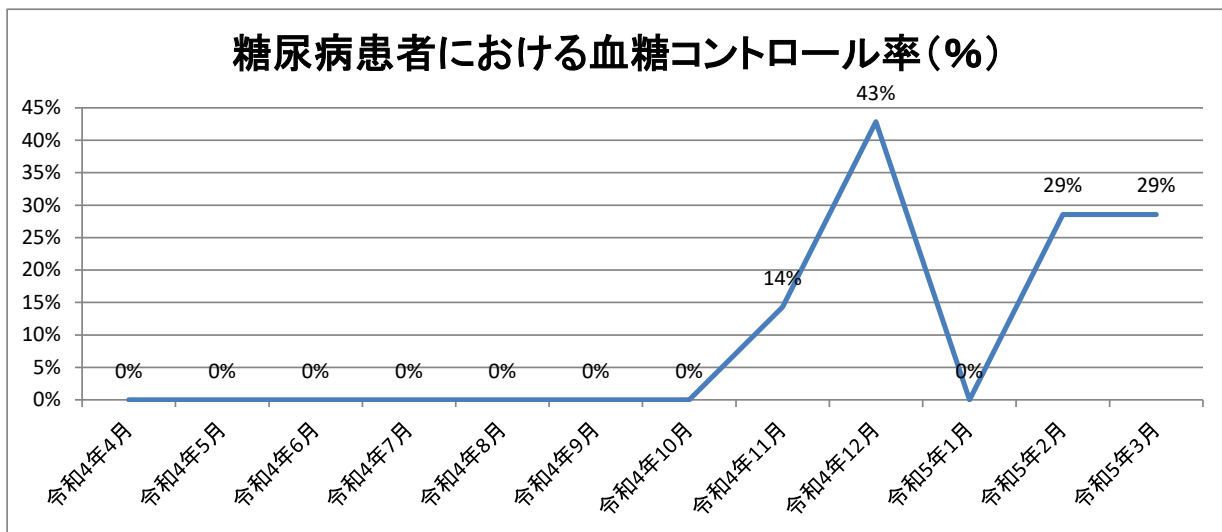
# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-1-8 糖尿病患者における血糖コントロール（HbA1c）

血糖コントロール率 =  $\frac{\text{C（HbA1cのコントロール目標が達成されている患者数）}}{\text{B（インスリン製剤または経口血糖降下剤を処方されている患者数）}} \times 100$

令和4年度	インスリン製剤または経口血糖降下剤を処方されている患者数（人）	HbA1cのコントロール目標が達成されている患者数（人）	糖尿病患者における血糖コントロール率（%）
令和4年4月	3	0	0%
令和4年5月	2	0	0%
令和4年6月	6	0	0%
令和4年7月	6	0	0%
令和4年8月	6	0	0%
令和4年9月	6	0	0%
令和4年10月	6	0	0%
令和4年11月	7	1	14%
令和4年12月	7	3	43%
令和5年1月	7	0	0%
令和5年2月	7	2	29%
令和5年3月	7	2	29%
合計/平均	70	8	10%



### 【評価基準】

- ① インスリン製剤または経口血糖降下剤が3ヶ月以上投与されている患者を対象とする。
- ② 慢性期病院においては、経口摂取不能の中心静脈栄養患者や経管栄養患者などが相当数入院している。また意識障害、認知障害などの存在のために、低血糖対策への比重も大きくなり、すべての患者に糖尿病学会等のガイドラインにおけるHbA1c（NGSP値）の基準値や急性期病院におけるデータを適用してコントロールを求めることは現実的ではない。本項目では主治医の裁量で、患者個々の状態を考慮した適切なHbA1c（NGSP値）の目標値を設定し、コントロールが実施されているか否かを評価する。個々の患者における目標値やコントロール状況、対応策が診療録に明記されていることが必要である。当然、基準値を一律に緩和するということではない。
- ③ 分母に該当患者がない場合はNAと記載。

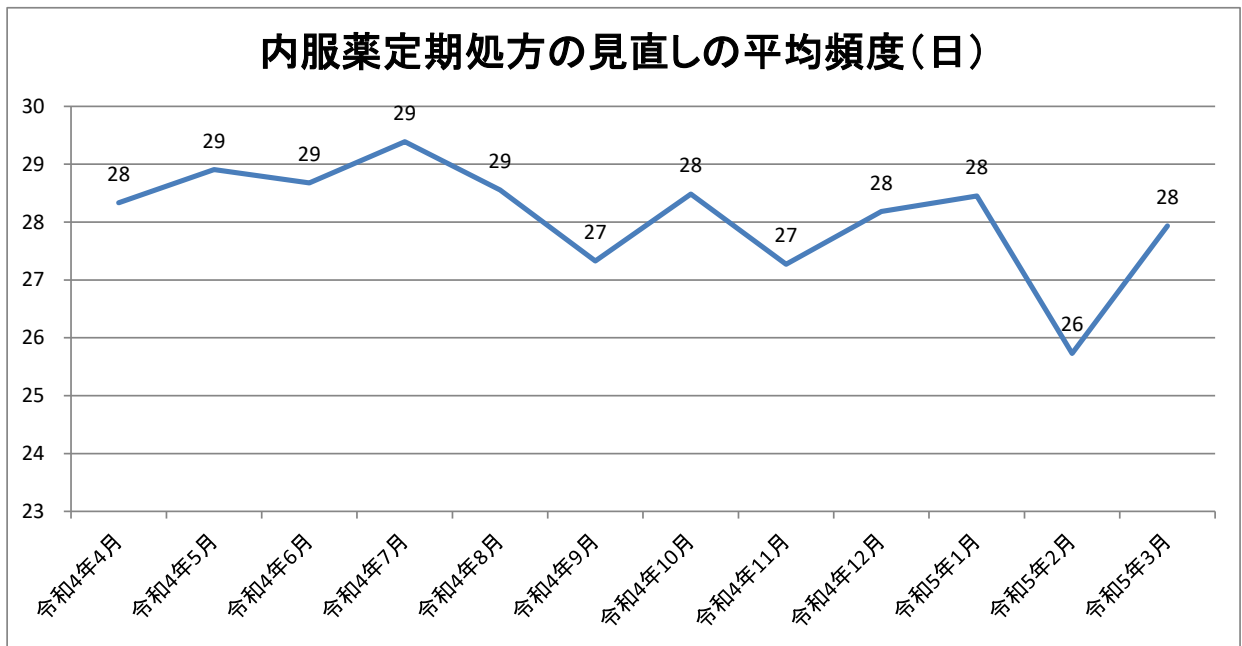
**日本慢性期医療協会**  
慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

**2-2-1**  
**内服薬定期処方の見直しの平均頻度**

1ヶ月間の患者1人あたり処方箋枚数=C(1カ月間の内服定期薬処方箋枚数)/B(内服定期薬投与患者数)  
見直しの頻度(日)=D(1カ月の日数(日))/E(1ヶ月の患者1人あたり処方箋枚数)

令和4年度	内服定期薬投与患者数(人)	1カ月間の内服定期薬処方箋枚数(枚)	一カ月の日数(日)	1ヶ月間の患者1人あたり処方箋枚数(枚)	内服薬定期処方の見直しの平均頻度(日)
令和4年4月	68	72	30	1	28
令和4年5月	69	74	31	1	29
令和4年6月	65	68	30	1	29
令和4年7月	73	77	31	1	29
令和4年8月	70	76	31	1	29
令和4年9月	92	101	30	1	27
令和4年10月	68	74	31	1	28
令和4年11月	60	66	30	1	27
令和4年12月	60	66	31	1	28
令和5年1月	67	73	31	1	28
令和5年2月	68	74	28	1	26
令和5年3月	82	91	31	1	28
合計/平均	842	912	365	13	28



**【評価基準】**

- ① 内服定期薬の見直しが適切におこなわれているか、同一処方が漫然と継続されていないかを評価する。
- ② 見直しをした結果、現在の処方が適切であり、継続処方とする場合もあるが、医師の処方箋はその都度必要なものとする。

**日本慢性期医療協会**  
**慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)**

- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

**2-2-2**

**注射薬処方の見直しの平均頻度**

1週間の患者1人あたり処方箋枚数 = C(1週間の注射薬処方箋枚数) / B(注射薬投与患者数)

見直しの頻度(日) = D(1週間の日数(日)) / E(1週間の患者1人あたり処方箋枚数)

令和4年度	注射薬投与患者数(人)	1週間の注射薬処方箋枚数(枚)	一週間の日数(日)	1週間の患者1人あたり処方箋枚数(枚)	注射薬処方の見直しの平均頻度(日)
1週間	17	225	7	13	1

同一注射薬が1日複数回処方のある場合は、「1」でカウントする。

定期注射薬が2本以上ある場合も、1週間として、「1」でカウントする。

注射処方箋がない場合は、指示出し数で計算する。

**【評価基準】**

- ① 定期処方・臨時処方(抗生剤も含む)の注射薬の見直しが適切に行われているか、病態が変化した場合は適切に変更されているか、同一注射薬が漫然と長期に処方・投与されていないかを評価する。
- ② 定期処方は見直しをした結果、現在の処方が適切であり、継続処方とする場合もある。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-2-3

### 内服定期薬の平均処方薬剤数

内服定期薬の平均処方薬剤数 =  $C(1週間の内服定期薬の投与薬剤数合計) / B(1週間の内服定期投与延べ患者数)$

令和4年度	1週間の内服定期投与延べ患者数(人)	1週間の内服定期薬の投与薬剤数合計(剤)	内服定期薬の平均処方薬剤数(剤)
1週間	40	130	3.250

#### 【評価基準】

新入院時の持参薬は見直しをして不要な薬剤は中止されているか、漫然と多剤が処方されていないか、病態に応じた必要な薬剤が投与されているかを確認する。

#### 【注】

- ① 小数点以下の端数は切り上げて下さい。(例)5.3→6
- ② 同じ効用の薬剤を2剤処方されていた場合は、「2剤」とカウントする。

#### 【評価の目的】

1. 慢性期の病棟においては、多種類の薬剤が、前医からそのまま引き続いて、漫然と投与されていることがある（ポリファーマシー）。少なくとも定期的に見直しを行い、患者の状態に応じて、必要最小限に数を減らす努力をすべきであろう。「見直し」とは必ずしも「変更」を意味するわけではない。注射薬についても同様である。定期・臨時を問わず、医師が処方を綿密に確認しているか否かがポイントである。
2. ポリファーマシーを回避するとはいっても、多数の合併疾患を有する高齢者においては、一定数以下に減らすことは困難であると考えられ、平均処方薬剤数の上限を「5剤」に設定した。包括医療の中でも、必要な薬剤は投与されなければならないのは当然である。

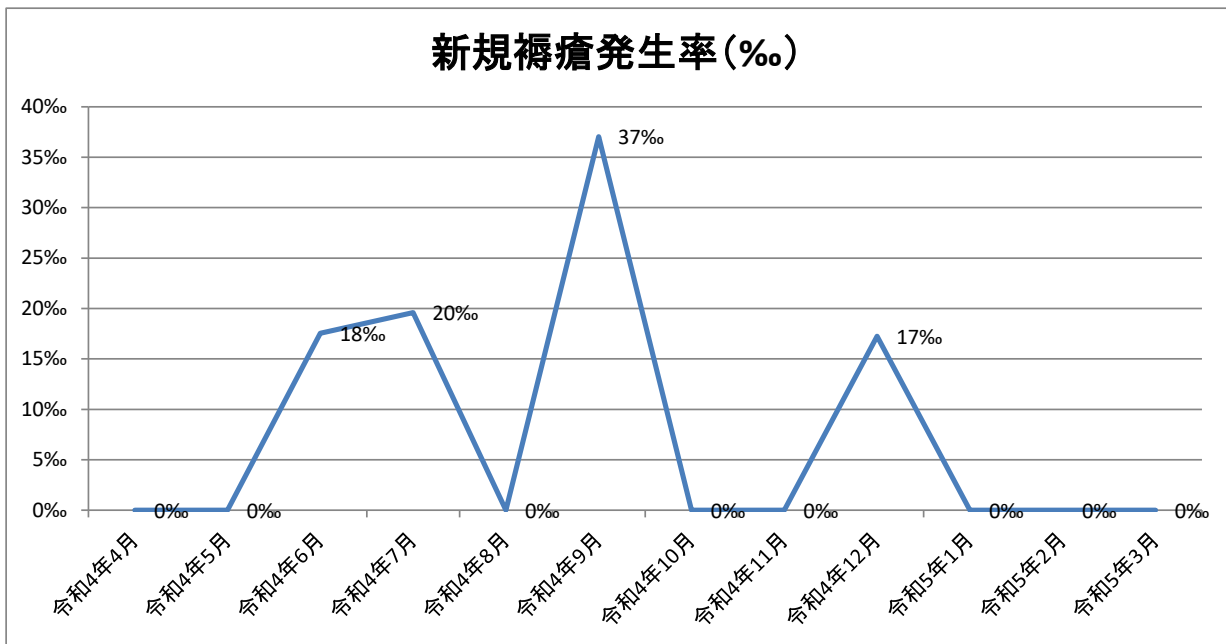
**日本慢性期医療協会**  
慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

**2-3-4  
新規褥瘡発生率**

$$\text{新規褥瘡発生率} = \frac{C(\text{分母のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数})}{B(\text{調査月の新入院患者数} + \text{当月1日現在患者数})} \times 100$$

令和4年度	調査月の新入院患者数+当月1日現在患者数	分母のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数(人)	新規褥瘡発生率(%)
令和4年4月	58	0	0‰
令和4年5月	55	0	0‰
令和4年6月	57	1	18‰
令和4年7月	51	1	20‰
令和4年8月	55	0	0‰
令和4年9月	54	2	37‰
令和4年10月	54	0	0‰
令和4年11月	54	0	0‰
令和4年12月	58	1	17‰
令和5年1月	45	0	0‰
令和5年2月	54	0	0‰
令和5年3月	48	0	0‰
合計/平均	54	0.42	8‰



**【評価基準】**

- ① 院内新規発生は入院時刻より 24 時間経過後の褥瘡の発見または記録を含む。
- ② d2 以上の褥瘡には、褥瘡の深さ判定不能な褥瘡、深部組織損傷疑いも含む。
- ③ 日帰り入院患者（同日入退院患者も含む）や入院時既に褥瘡保有の記録がある患者、対象期間より前に褥瘡の院内発生が確認されている継続入院患者の入院日数は分母の対象外とする。

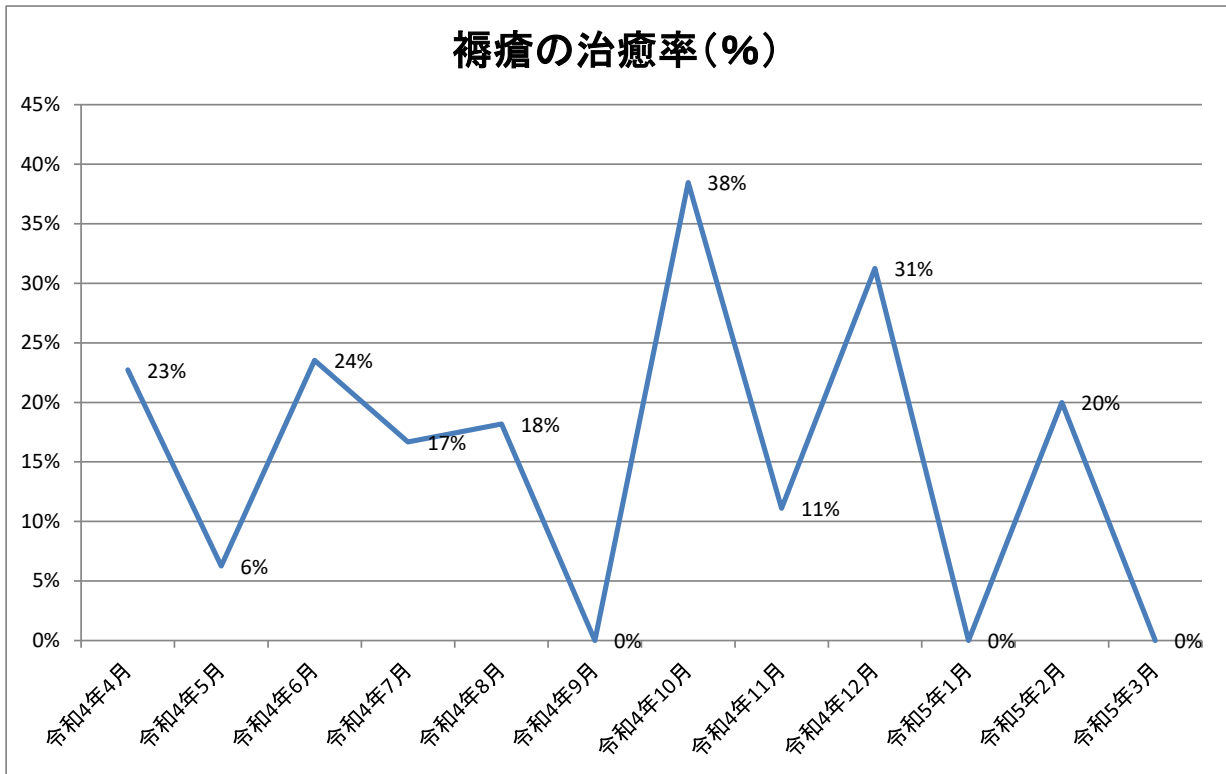
**日本慢性期医療協会**  
慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

**2-3-5**  
**褥瘡の治癒率(治療後6カ月以内)**

褥瘡の治癒率=C(治癒患者数)/B(全褥瘡患者数)×100

令和4年度	全褥瘡患者数(人)	治癒患者数(人)	褥瘡の治癒率(%)
令和4年4月	22	5	23%
令和4年5月	16	1	6%
令和4年6月	17	4	24%
令和4年7月	12	2	17%
令和4年8月	11	2	18%
令和4年9月	11	0	0%
令和4年10月	13	5	38%
令和4年11月	9	1	11%
令和4年12月	16	5	31%
令和5年1月	6	0	0%
令和5年2月	10	2	20%
令和5年3月	6	0	0%
合計/平均	149	27	18%





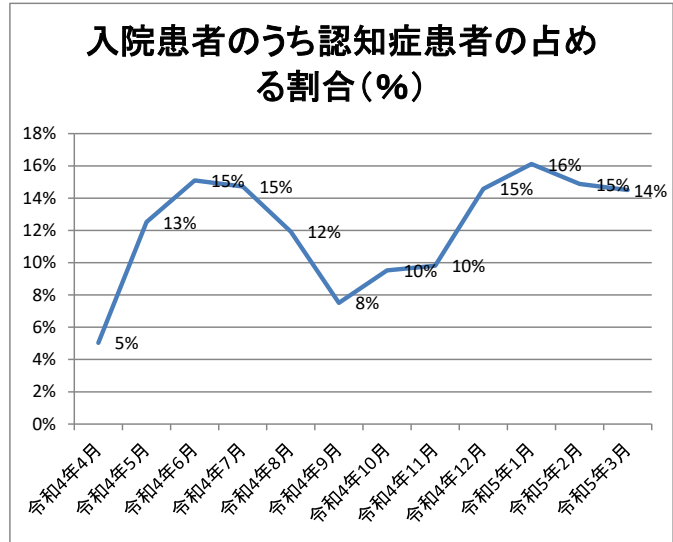
# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

- 【注】 1.評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。  
2.分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。  
3.評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-3-8 認知症患者への対応

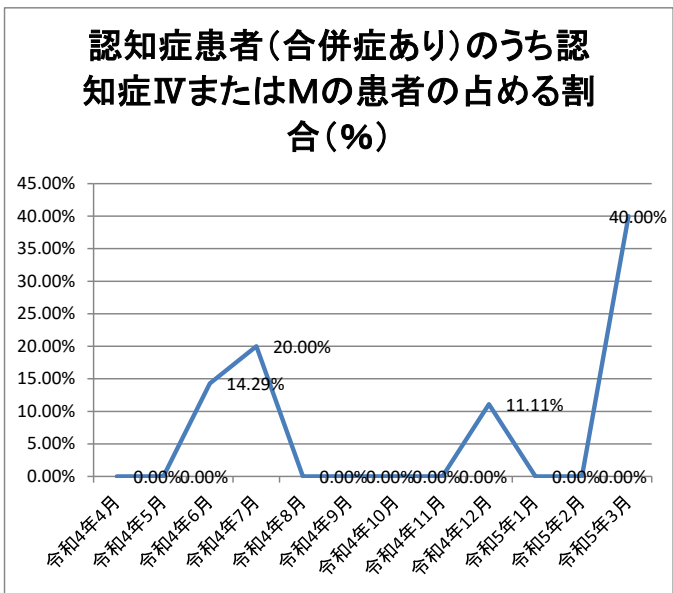
認知症高齢者の日常生活自立度ⅣまたはⅢの患者の占める割合 = C(認知症ⅣまたはⅢの患者数) / B(平均入院患者数) × 100

令和4年度	平均入院患者数(人)(医療)	認知症ⅣまたはⅢの患者数(人)	入院患者のうち認知症患者の占める割合(%)
令和4年4月	40	2	5%
令和4年5月	40	5	13%
令和4年6月	40	6	15%
令和4年7月	41	6	15%
令和4年8月	42	5	12%
令和4年9月	40	3	8%
令和4年10月	42	4	10%
令和4年11月	41	4	10%
令和4年12月	41	6	15%
令和5年1月	37	6	16%
令和5年2月	40	6	15%
令和5年3月	34	5	14%
合計	478	58	12%



重症認知症患者の身体合併症(肺炎・尿路感染症・褥瘡・脱水など)に対する治療が自院で可能である = C(分母の中での認知症ⅣまたはⅢの患者数) / B(認知症の身体合併症治療目的の新規入院患者数) × 100

令和4年度	認知症の身体合併症治療目的の新規入院患者数(人)(医療)	分母の中での認知症ⅣまたはⅢの患者数(人)	認知症患者(合併症あり)のうち認知症ⅣまたはⅢの患者の占める割合(%)
令和4年4月	7	0	0.00%
令和4年5月	6	0	0.00%
令和4年6月	7	1	14.29%
令和4年7月	5	1	20.00%
令和4年8月	11	0	0.00%
令和4年9月	7	0	0.00%
令和4年10月	10	0	0.00%
令和4年11月	4	0	0.00%
令和4年12月	9	1	11.11%
令和5年1月	4	0	0.00%
令和5年2月	9	0	0.00%
令和5年3月	5	2	40.00%
合計/平均	84	5	5.95%



### 【評価基準】

- 日本慢性期医療協会における「慢性期病態別診療報酬(試案)」を用いた患者状態調査(2011)の結果をみると、医療療養・介護療養病棟における認知症ⅣまたはⅢ調査(2011)の結果をみると、医療療養・介護療養病棟における認知症ⅣまたはⅢの患者の比率は50%を超えている。医療区分ではほとんど評価されていない認知症患者への対応についての指標を設定した。
- 項目「イ」は身体合併症治療のために、介護施設・自宅・住居系施設などから紹介された重度の認知症患者の受け入れを評価する指標である。項目「ウ」は簡易検査(HDS-R・MMSEなど)によるスクリーニングや、精査・専門的治療の有無の判断が可能か否かの評価である。項目「エ」は3ヶ月間で1例でも実績があれば可とするが、抑制や大量の薬剤投与が「適切に」に該当しない事は明らかである。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 領域4【リハビリテーション】

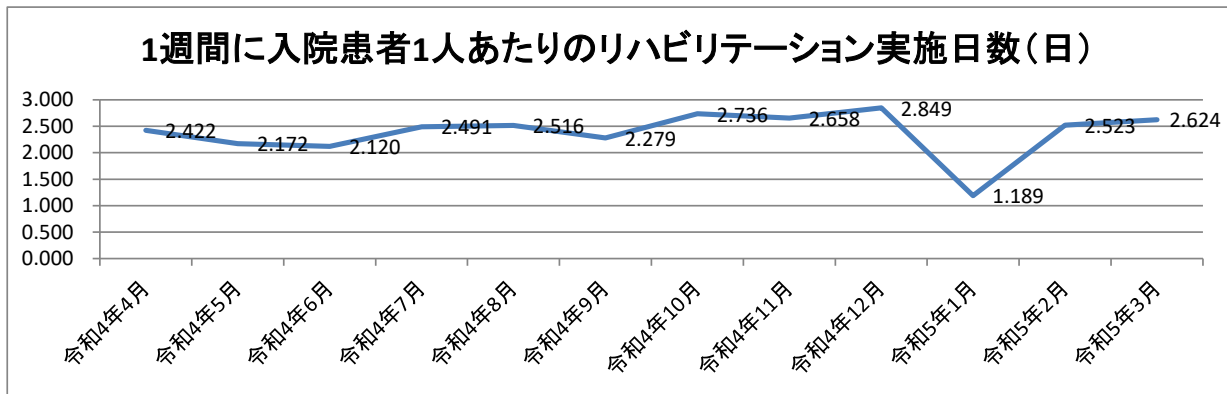
- 【注】
1. 評価基準は、回復期リハビリテーション病棟とその他の病棟では異なる。  
( )内の数字は回復期リハビリテーションにおける基準である。
  2. 評価は直近で調査できる月とする。

### 2-4-1

#### 休日を含め適切な頻度でリハビリテーションが提供されているか

$$\text{リハビリテーション平均実施率} = \frac{C(\text{実施対象者における個別療法実施延べ日数})}{B(\text{1日あたりの平均入院患者数}) \div 4}$$

令和4年度	1日あたりの平均入院患者数 (人)	実施対象者における個別療法実施延べ日数(日)	1週間に入院患者1人あたりのリハビリテーション実施日
令和4年4月	39.7	385	2.422
令和4年5月	39.9	347	2.172
令和4年6月	39.7	337	2.120
令和4年7月	40.7	406	2.491
令和4年8月	41.9	422	2.516
令和4年9月	39.9	364	2.279
令和4年10月	41.0	449	2.736
令和4年11月	40.7	433	2.658
令和4年12月	41.2	469	2.849
令和5年1月	37.2	177	1.189
令和5年2月	40.3	407	2.523
令和5年3月	34.5	362	2.624
合計/平均	39.7	380	2.389



#### 【評価の目的】

リハビリテーションは、施行されない期間が長く続くと効果が低下してしまう。回復や維持目的のリハビリテーションが効率よく提供されていることを頻度的な視点で確認する。

#### 【評価基準・説明文】

※1 の実施対象者とは、医師が疾患別リハビリテーションとして個別療法をPT・OT・STの何れかを処方中の患者である。

個別療法実施日数とは、個別リハビリテーションの実施日数である。医師の指示によるPT・OT・STの何れかを個別に20分以上実施した場合に1とカウントでき、40分以上実施した場合においても1とカウントする。尚STの集団コミュニケーション療法などの集団療法、摂食機能療法、病棟におけるレクリエーション活動、その他PT・OT・ST以外によるリハビリテーションは含めないものとする。

※2の『4』とは、その月の1週間を算出する為の定数であり、暦日数が31日であっても28日であっても『4』で除した数値を1週間あたりの数値(日数)とする。

※aの回復期リハビリテーションにおける「6.0日以上」は、年末年始の数日以外は「1年を通じて」という意味である。

#### 【数値の意味について】

週に3日とは、慢性期のリハビリテーションを継続する患者で限りある13単位を有効活用するために少量頻回の原則で1日の実施で1単位ずつ行なうと平均週に3日が限度となる。

(1週間に3単位、4週間で12単位ということである)

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 領域4【リハビリテーション】

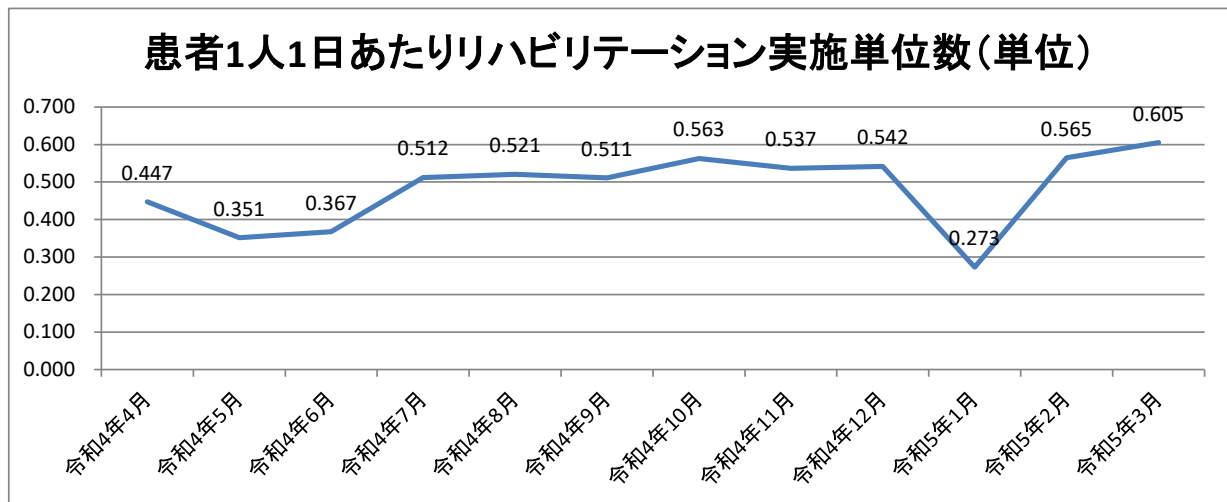
- 【注】
1. 評価基準は、回復期リハビリテーション病棟とその他の病棟では異なる。  
( )内の数字は回復期リハビリテーションにおける基準である。
  2. 評価は直近で調査できる月とする。

### 2-4-2

#### 十分な時間のリハビリテーションが提供されているか

患者1人1日あたりリハビリテーション実施単位数 = D(測定月の実施総単位数) / C(延べ入院患者数)

令和4年度	延べ入院患者数(人)(医療)	測定月の実施総単位数(単位)	患者1人1日あたりリハビリテーション実施単位数(単位)
令和4年4月	1192	533	0.447
令和4年5月	1238	435	0.351
令和4年6月	1192	438	0.367
令和4年7月	1263	647	0.512
令和4年8月	1300	677	0.521
令和4年9月	1198	612	0.511
令和4年10月	1272	716	0.563
令和4年11月	1222	656	0.537
令和4年12月	1276	691	0.542
令和5年1月	1154	315	0.273
令和5年2月	1129	638	0.565
令和5年3月	1069	647	0.605
合計/平均	14505	7005	0.483



#### 【評価の目的】

患者に対してのリハビリテーションがどの程度実施されているかについて、その量的な側面から確認する。

#### 【評価基準・説明文】

※1の実施総単位数とは、医師が疾患別リハビリテーションとしての個別療法をPT・OT・STの何れかを処方中の患者が対象で、それら患者の調査の月内における疾患別リハビリテーションの実施単位数合計である。またSTの集団コミュニケーション療法などの集団療法、摂食機能療法、病棟におけるレクリエーション活動、その他PT・OT・ST以外によるリハビリテーションは含めない。

※2の延べ患者数とは、リハの処方にかかわらず入院患者の延数とする。

#### 【数値の意味について】

現在の診療報酬制度では、維持期の患者に対し、月に13単位以内のリハビリテーションを認めている。この維持期のリハビリテーションの対象者に対し、13単位に近い形で実施した場合における1日あたりの実施単位数は、13単位を31日で除した場合には、0.419単位/日となる。そこでこの設問では月に10単位以上実施した場合を最高と仮定して基準を設け、10単位以上を実施した場合には、10単位を31日で除した場合には、0.323単位/日となる。従って1日量として0.3単位/日以上をa基準としている。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 領域4【リハビリテーション】

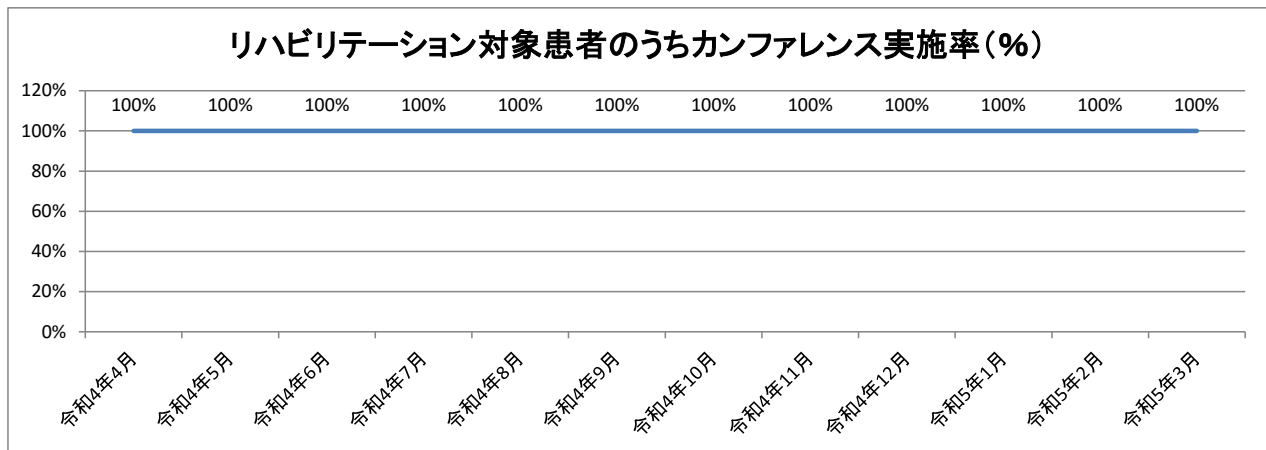
- 【注】
1. 評価基準は、回復期リハビリテーション病棟とその他の病棟では異なる。  
( )内の数字は回復期リハビリテーションにおける基準である。
  2. 評価は直近で調査できる月とする。

### 2-4-3

#### 多職種（リハビリ以外の職種も含めて）によるカンファレンス等にて、 リハビリテーションの内容、頻度が検討されているか

カンファレンス実施率 = C(カンファレンス実施患者数) / B(対象患者数) × 100

令和4年度	リハビリ対象患者数(人)	カンファレンス実施患者数(人)	リハビリテーション対象患者のうちカンファレンス実施率(%)
令和4年4月	27	27	100%
令和4年5月	25	25	100%
令和4年6月	25	25	100%
令和4年7月	30	30	100%
令和4年8月	29	29	100%
令和4年9月	26	26	100%
令和4年10月	34	34	100%
令和4年11月	34	34	100%
令和4年12月	35	35	100%
令和5年1月	18	18	100%
令和5年2月	26	26	100%
令和5年3月	21	21	100%
合計/平均	330	330	100%



#### 【評価の目的】

リハビリテーションは、PT・OT・STのみではなく、医師や看護師などの多職種のかかわりの中、包括的に重要である。リハビリテーション対象患者において包括的な視点でプログラムや方針が検討されているかを確認する。

#### 【評価基準・説明文】

※1でのカンファレンスとは、リハビリテーション（総合）実施計画書作成のためのカンファレンスとは、リハビリテーションに関する内容であれば、ケースカンファレンスも含む。但し紙面上にその参加者や内容が記録されたもののみをカウントする。

また、参加者においてPT・OT・ST以外の職種も1人以上交えて一堂に会した話し合いが行なわれた場合を指す。

従って実施計画書などの書類を回覧するといった方法での紙上カンファレンスは、含まない。

※2での対象患者数とは、医師が疾患別リハビリテーションとしての個別療法をPT・OT・STの何れかを処方中の患者数。

なお月の途中から上記対象となる患者や終了になった患者については、その対象から除外する。またSTの集団コミュニケーション療法などの集団療法・摂食機能療法・病棟におけるレクリエーション活動・その他PT・OT・ST以外によるリハビリテーションのみを処方している患者は含まない。

#### 【数値の意味について】

現在の診療報酬体系における慢性期のリハビリテーションでは、実施計画を3ヶ月に一度作成し、本人家族に説明することが義務付けられている。実施計画は、多職種での作成とされているが、顔を向き合わせたカンファレンスを省く施設も多い。

また実施計画書を多職種で回覧し、割り当てられた部分のみの記載で紙上カンファレンスとして十分な意見交換も行われず、方針が決定される場合も多く見受けられる。

リハビリテーション計画は、PT・OT・ST以外の職種の意見も十分検討された上で作成されることが重要である。

3ヶ月間に少なくとも1回実施できている場合を100%とした場合、1ヶ月間では、33%ということになり、33%がmaxと考えた場合、その8割程度の実施率月間では、33%ということになり、33%がmaxと考えた場合、その8割程度の実施率を評価基準aとした場合、 $0.33 \times 0.8 = 0.264$ となる。その近似値である0.25すなわち25%をcut off値に設定した。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 領域4【リハビリテーション】

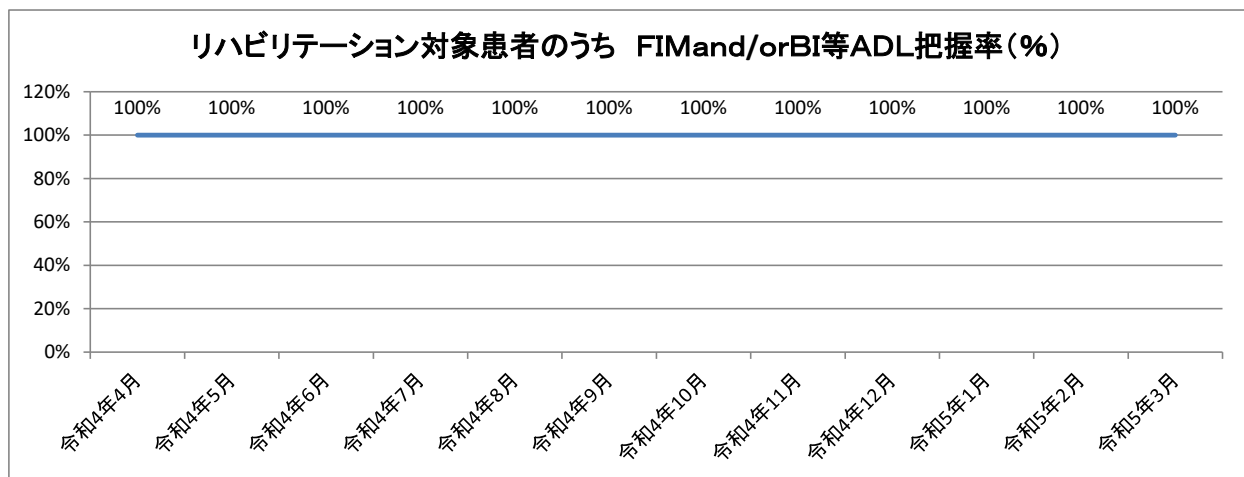
- 【注】
1. 評価基準は、回復期リハビリテーション病棟とその他の病棟では異なる。  
( )内の数字は回復期リハビリテーションにおける基準である。
  2. 評価は直近で調査できる月とする。

### 2-4-4

#### FIM and/or BI等の客観的指標で患者のADL状態が把握されているか

FIM and/or B等患者のADL把握率 = C(1回以上の評価がされている患者数) / B(対象患者数) × 100

令和4年度	リハビリ対象患者数(人)	1回以上の評価がされている患者数(人)	リハビリテーション対象患者のうち FIMand/orBI等ADL把握率
令和4年4月	27	27	100%
令和4年5月	25	25	100%
令和4年6月	25	25	100%
令和4年7月	30	30	100%
令和4年8月	29	29	100%
令和4年9月	26	26	100%
令和4年10月	34	34	100%
令和4年11月	34	34	100%
令和4年12月	35	35	100%
令和5年1月	18	18	100%
令和5年2月	26	26	100%
令和5年3月	21	21	100%
合計/平均	330	330	100%



#### 【評価の目的】

より質の高いリハビリテーション実施のためには、定期的なADL 評価を効果として把握し、適切な入院期間やリハビリ内容を設定することが必要です。またADL が低下しないように把握していくためにおいても客観的且つ標準的な指標を用いて適切に評価し、保管管理がなされているかを確認する。

#### 【評価基準・説明文】

※1の評価とは、リハビリテーション医療の分野で信頼性と妥当性が長期にわたり論文等にて証明された標準的指標で、FIM、BI が該当する。尚、看護必要度、認知症高齢者の日常生活自立度、実施計画書内のADL 評価、各種施設でのオリジナルの評価でFIM、BI に準ずるものも可とする。また評価が適切に紙面上や電子上に記録され保管管理されていること。

※2での対象患者数とは、医師が疾患別リハビリテーションとしての個別療法をPT・OT・ST の何れかを処方中の患者数。尚ST の集団コミュニケーション療法などの集団療法・摂食機能療法・病棟におけるレクリエーション 活動・その他PT・OT・ST以外によるリハビリテーションのみを実施している患者は含めない。

#### 【数値の意味について】

評価はより細かな頻度でなされていることが望ましいが、実施計画作成のタイミングで実施され、本人や家族へ説明できれば、なお分かりやすい効果の提示と言える。より質の高いサービス提供のため、他の事業所などと比較可能な標準的且つ客観的指標を評価として使用していることが望まれる。  
3ヶ月間に少なくとも1回実施できている場合を100%とした場合、調査期間である1ヶ月間では、33%ということになる。上記2-4-3と同様の計算で、25%をcut off 値に設定した。

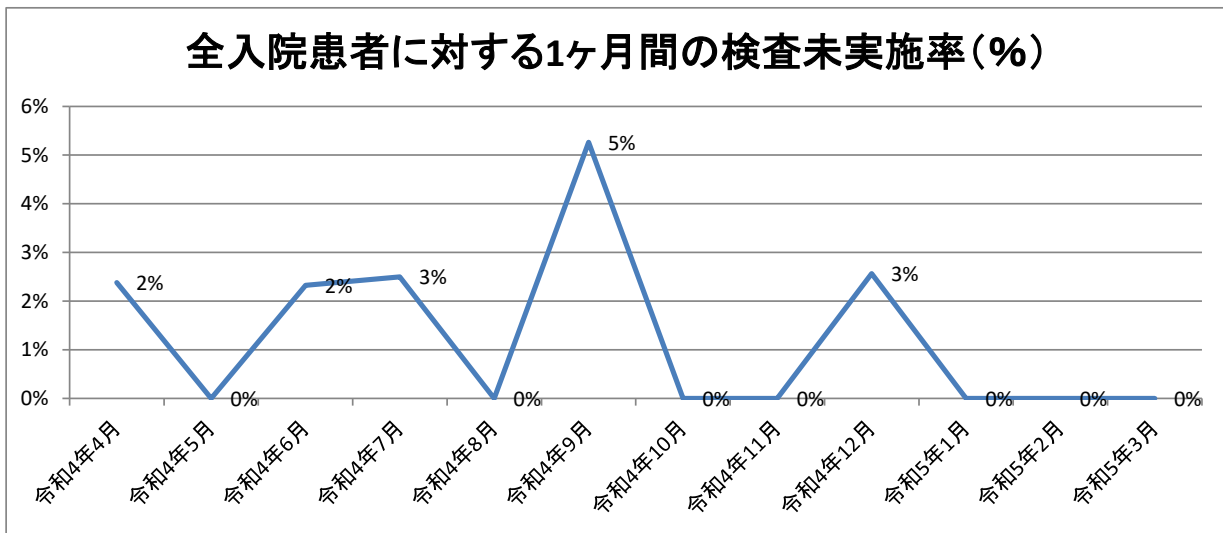
# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-5-2 全入院患者に対する1ヶ月間の検査未実施率

検査未実施率 =  $\frac{C}{B} \times 100$   
C（1ヶ月間に血液検査、尿検査、X-P等のいずれも施行されなかった患者総数）  
B（月末の入院患者数）

令和4年度	月末の入院患者数(人)	1ヶ月間に血液検査、尿検査、X-P等のいずれも施行されなかった患者総数(人)	全入院患者に対する1ヶ月間の検査未実施率(%)
令和4年4月	42	1	2%
令和4年5月	41	0	0%
令和4年6月	43	1	2%
令和4年7月	40	1	3%
令和4年8月	42	0	0%
令和4年9月	38	2	5%
令和4年10月	43	0	0%
令和4年11月	41	0	0%
令和4年12月	39	1	3%
令和5年1月	38	0	0%
令和5年2月	36	0	0%
令和5年3月	34	0	0%
合計/平均	477	6	1%



### 【評価基準】

包括医療の中でも、入院患者における検査が長期間施行されていないということは、診療の質が問われることになる。一見状態が安定している患者においても、ルーチン検査において、異常が発見される場合がある。当然急性疾患の治療においては、治療効果の判定に検査は必須である。また薬剤血中濃度や各種細菌培養検査、発熱時の血液・尿検査、X線検査、CT検査、胃ろうチューブ交換時の造影検査などを含めると、入院の適応のある患者には、一定の頻度で、何らかの検査が施行されることになるであろう。

(前月「月末在院患者数」)+[当月「新入院患者数」+「同一医療機関内の他の種別の病床から移された患者数」  
 -{当月「退院患者数」+「同一医療機関内の他の種別の病床へ移された患者数」}  
 =(当月「月末在院患者数」)

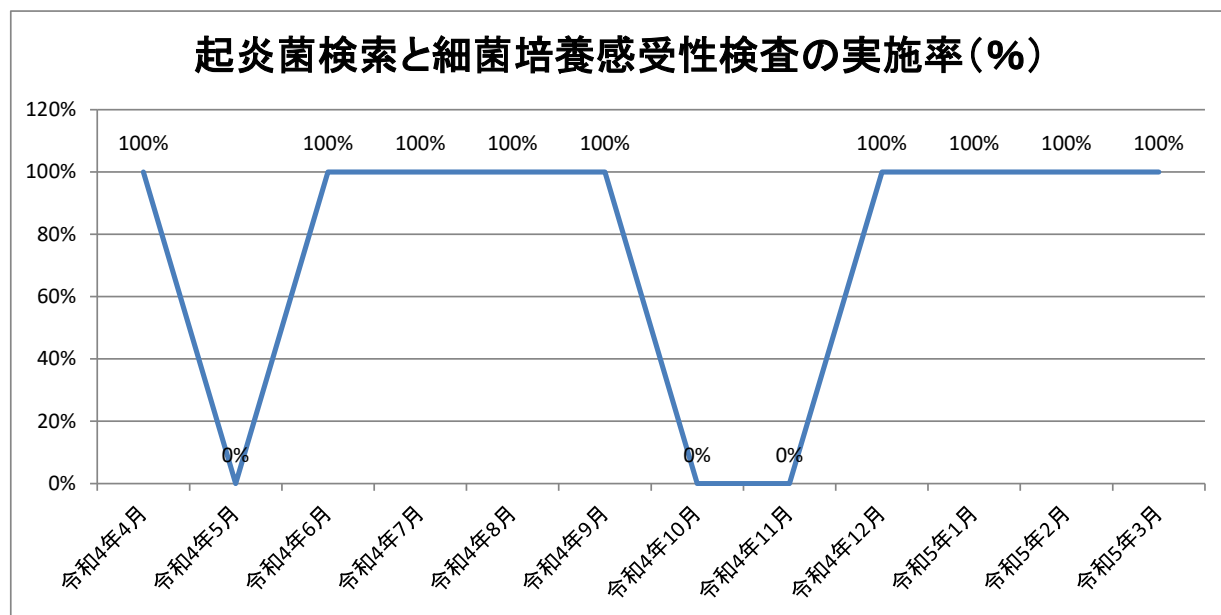
# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-5-3 起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施率

細菌培養感受性検査等実施率 =  $C$  (起炎菌検索および細菌培養感受性検査の実施件数) /  $B$  (新規罹患感染症数) × 100

令和4年度	新規罹患感染症数(人)	起炎菌検索および細菌培養感受性検査の実施件数(件)	起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施率(%)
令和4年4月	1	1	100%
令和4年5月	0	0	-
令和4年6月	4	4	100%
令和4年7月	1	1	100%
令和4年8月	3	3	100%
令和4年9月	2	2	100%
令和4年10月	0	0	-
令和4年11月	0	0	-
令和4年12月	4	4	100%
令和5年1月	29	29	100%
令和5年2月	3	3	100%
令和5年3月	1	1	100%
合計/平均	48	48	100%



【評価基準】

診断・治療だけでなく、院内感染防止対策としても、起炎菌検索ならびに感受性検査の両検査の実施が必須である。

分母の「新規罹患感染症数」とは、例えば1人の患者が1ヶ月の間に新規の感染症に2回罹患した場合、2人と数える。

新規罹患感染症数には、感染症の「疑い」のある患者も含むとする。

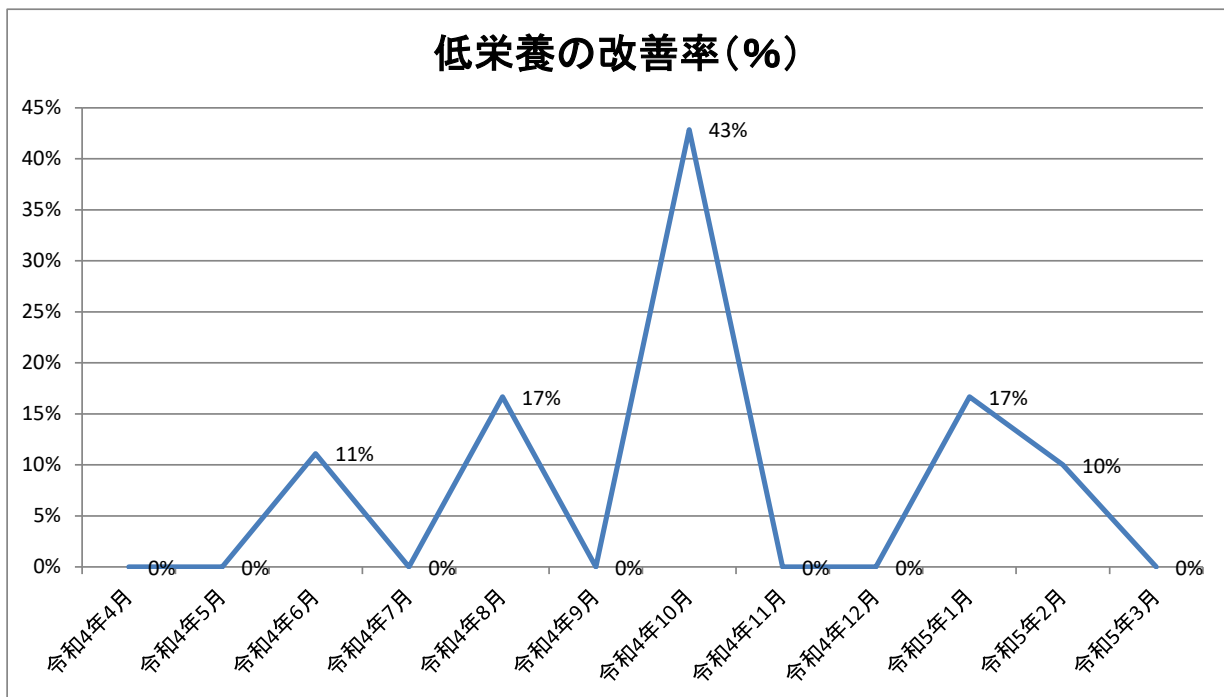
# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-6-5 低栄養の改善率

低栄養改善率 =  $C$  (2ヶ月以内にアルブミン値が3.0g/dl未満から3.0g/dl以上になった患者数) /  $B$  (起点日のアルブミン値が3.0g/dl未満の患者数) × 100

令和4年度	起点日のアルブミン値が3.0g/dl未満の患者数(人)	2ヶ月以内にアルブミン値が3.0g/dl未満から3.0g/dl以上になった患者数(人)	低栄養の改善率(%)
令和4年4月	10	0	0%
令和4年5月	6	0	0%
令和4年6月	9	1	11%
令和4年7月	3	0	0%
令和4年8月	6	1	17%
令和4年9月	6	0	0%
令和4年10月	7	3	43%
令和4年11月	4	0	0%
令和4年12月	7	0	0%
令和5年1月	6	1	17%
令和5年2月	10	1	10%
令和5年3月	6	0	0%
合計/平均	80	7	9%



【評価の基準】

アルブミン値が3.0 g/dl という基準は、BUN の上昇 (>25mg/dl) を伴う脱水がない場合に限る。



# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

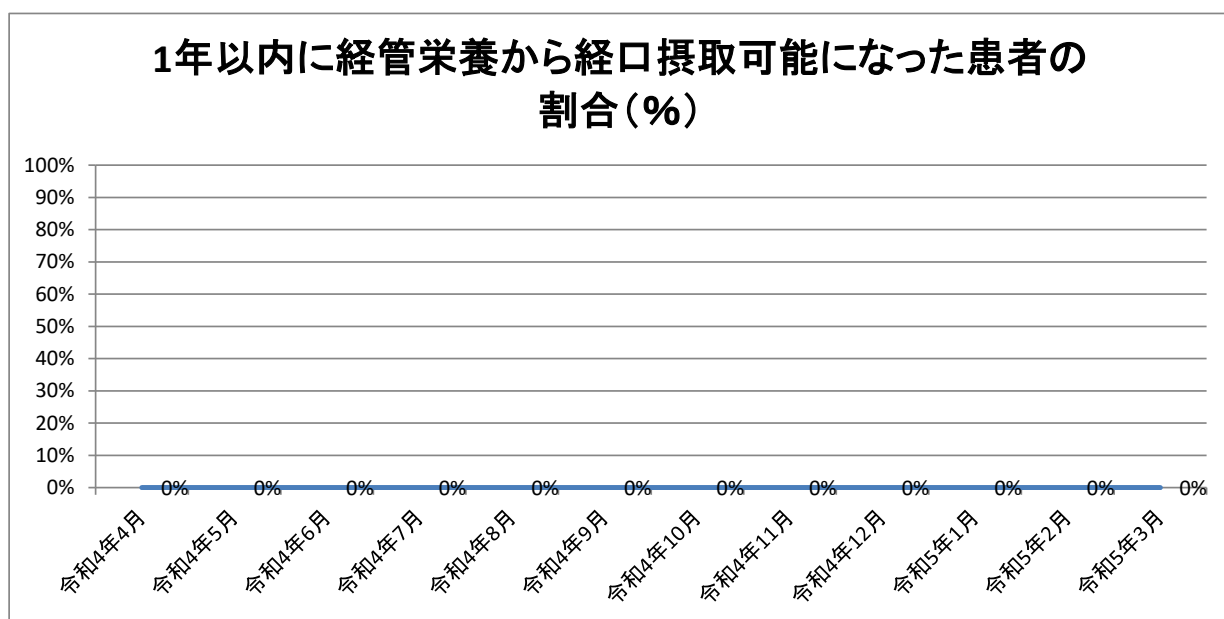
## 2-6-6

### 1年以内に経管栄養（中心静脈・胃ろう・経鼻）から経口摂取可能になった患者の割合

1年以内に経管栄養から経口摂取可能になった患者の割合＝

$$C(1年以内に完全に経口摂取可能となった患者数) / B(経管栄養患者数) \times 100$$

令和4年度	経管栄養患者数(人)	1年以内に完全に経口摂取可能となった患者数(人)	1年以内に経管栄養から経口摂取可能になった患者の割合(%)
令和4年4月	11	0	0%
令和4年5月	10	0	0%
令和4年6月	12	0	0%
令和4年7月	13	0	0%
令和4年8月	13	0	0%
令和4年9月	13	0	0%
令和4年10月	12	0	0%
令和4年11月	10	0	0%
令和4年12月	13	0	0%
令和5年1月	9	0	0%
令和5年2月	9	0	0%
令和5年3月	7	0	0%
合計/平均	132	0	0%



#### 【評価の基準】

1年間に中心静脈栄養及び胃瘻または経鼻より経口摂取へと可能になった場合に限る。  
ただし3食のうち1食でも経口摂取が出来れば良いものとする。

**日本慢性期医療協会**  
慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

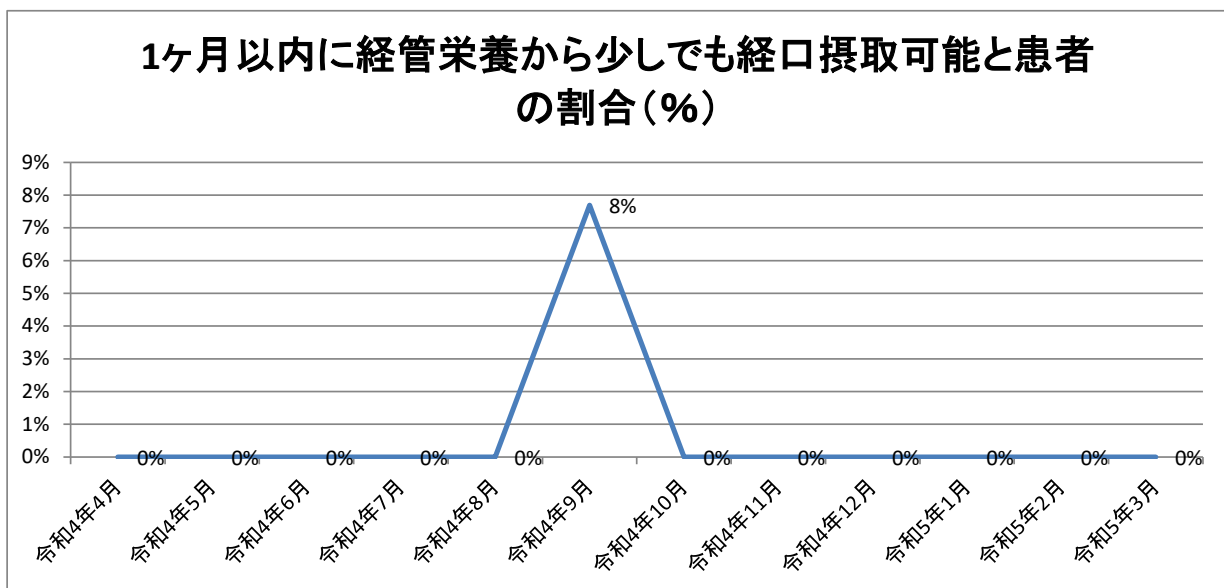
- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

**2-6-7**

**1ヶ月以内に経管栄養（中心静脈栄養・胃ろう・経鼻）から少しでも経口摂取が可能となった患者の割合（1口でも可）**

$C(1\text{ヶ月以内に少しでも経口摂取可能となった患者数}) / B(\text{経管栄養患者数}) \times 100$

令和4年度	経管栄養患者数(人)	1ヶ月以内に少しでも経口摂取可能となった患者数(人)	1ヶ月以内に経管栄養から少しでも経口摂取可能と患者の割合(%)
令和4年4月	11	0	0%
令和4年5月	10	0	0%
令和4年6月	12	0	0%
令和4年7月	13	0	0%
令和4年8月	13	0	0%
令和4年9月	13	1	8%
令和4年10月	12	0	0%
令和4年11月	10	0	0%
令和4年12月	13	0	0%
令和5年1月	9	0	0%
令和5年2月	9	0	0%
令和5年3月	7	0	0%
合計/平均	132	1	1%



【評価の目的】

1ヶ月以内に摂食訓練としても1口でも摂取可能になった場合。

# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

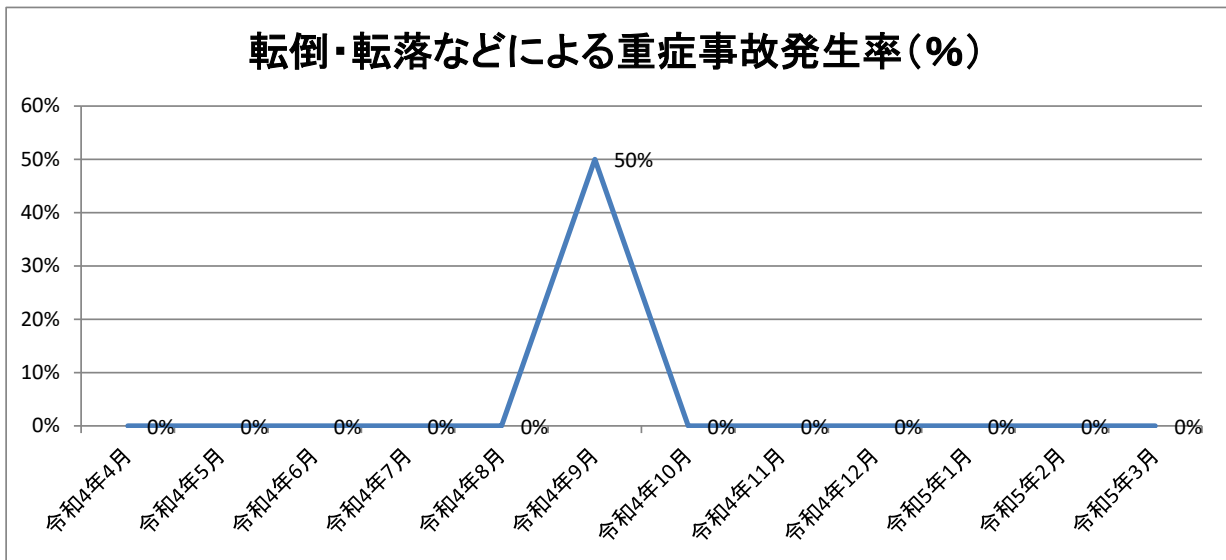
- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-7-1

### 転倒・転落などによる重症事故（下記の定義）の発生率

$$\text{重症事故発生率} = \frac{\text{C（転倒または転落などによる重症事故の1カ月間の患者数）}}{\text{B（転倒または転落の1ヶ月間の患者数）}} \times 100$$

令和4年度	転倒または転落の1ヶ月間の患者数(人)	転倒または転落などによる重症事故の1ヶ月間の患者数	転倒・転落などによる重症事故発生率(%)
令和4年4月	0	0	-
令和4年5月	1	0	0%
令和4年6月	0	0	-
令和4年7月	0	0	-
令和4年8月	0	0	-
令和4年9月	2	1	50%
令和4年10月	0	0	-
令和4年11月	2	0	0%
令和4年12月	1	0	0%
令和5年1月	0	0	-
令和5年2月	0	0	-
令和5年3月	0	0	-
合計/平均	6	1	17%



【評価の目的】

転倒・転落はまったくゼロにはできないが、アセスメントシートを用いて患者の状態を評価し、転倒・転落を防止する取り組みを評価する。その中で重症事故（骨折、頭部外傷など）の割合を上記計算式で求める。

【「重症事故」の定義】

ここでの「重症事故」とは「レベル3b 以上」（4a・4b・5 を含む）とする。

（参考：国立大学病院医療安全管理協議会が定めた「影響度分類」）

# 日本慢性期医療協会

## 慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

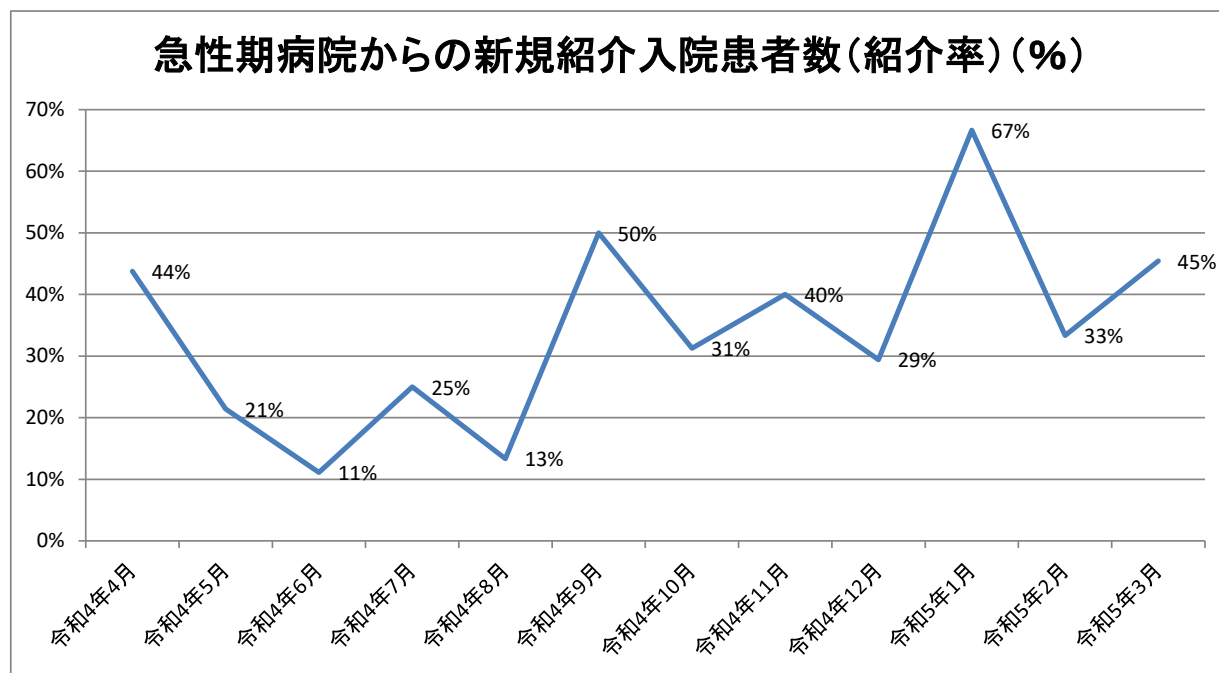
- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

### 2-10-1

#### 入院患者のうち急性期病院からの新規紹介入院患者数(紹介率)

新規紹介入院患者率 = C(急性期病院からの紹介入院患者数) / B(全新規入院患者数) × 100

令和4年度	全新規入院患者数(人)	急性期病院からの紹介入院患者数(人)	急性期病院からの新規紹介入院患者数(紹介率)(%)
令和4年4月	16	7	44%
令和4年5月	14	3	21%
令和4年6月	18	2	11%
令和4年7月	8	2	25%
令和4年8月	15	2	13%
令和4年9月	12	6	50%
令和4年10月	16	5	31%
令和4年11月	10	4	40%
令和4年12月	17	5	29%
令和5年1月	6	4	67%
令和5年2月	15	5	33%
令和5年3月	11	5	45%
合計/平均	158	50	32%



#### 【評価基準】

- ① 急性期病院の定義: DPC 病院、特定機能病院、地域医療支援病院、救急告示病院等。
- ② Post Acute Therapy(PAT)としての慢性期医療の必要性・重要性を強調するためにも、急性期病院からの紹介率は重要な指標である。

# 日本慢性期医療協会

## 慢性期医療の Clinical Indicator (病棟臨床指標)

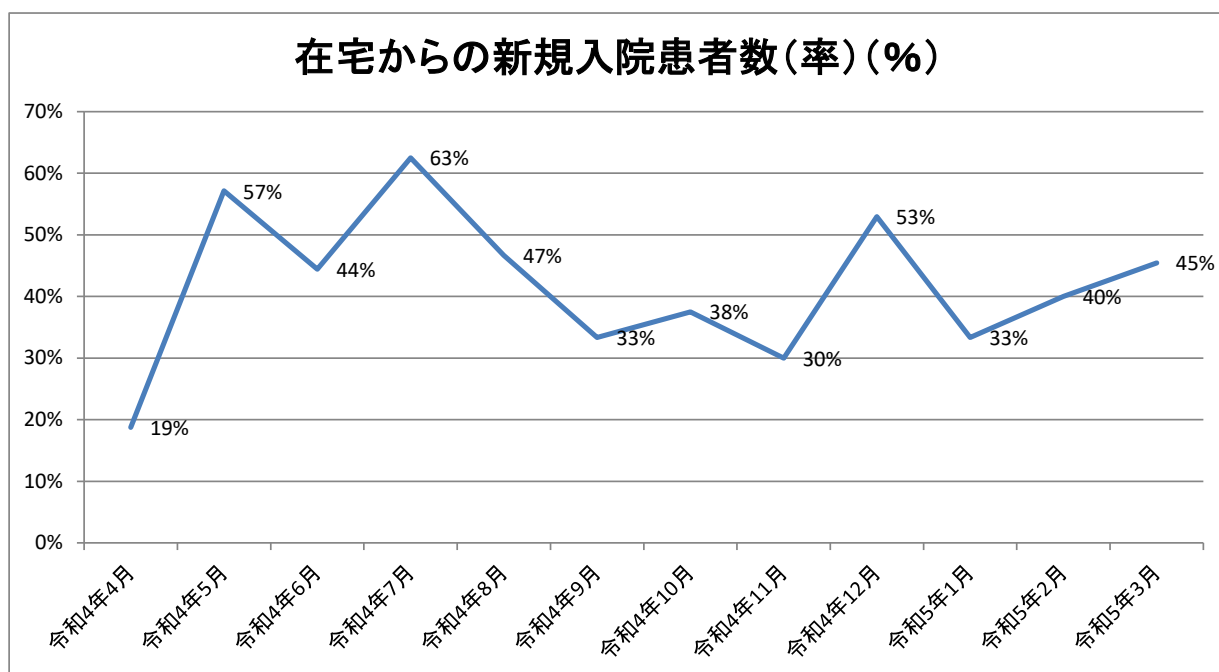
- 【注】
1. 評価期間中に退院(転棟、死亡含む)した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0(ゼロ)」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

### 2-10-2

#### 在宅からの新規入院患者数(居住系施設等を含む)

在宅からの新規入院患者数 = C(在宅からの新規入院患者数) / B(全新規入院患者数) × 100

令和4年度	全新規入院患者数(人)(医療)	在宅からの新規入院患者数(人)	在宅からの新規入院患者数(率)(%)
令和4年4月	16	3	19%
令和4年5月	14	8	57%
令和4年6月	18	8	44%
令和4年7月	8	5	63%
令和4年8月	15	7	47%
令和4年9月	12	4	33%
令和4年10月	16	6	38%
令和4年11月	10	3	30%
令和4年12月	17	9	53%
令和5年1月	6	2	33%
令和5年2月	15	6	40%
令和5年3月	11	5	45%
合計/平均	158	66	42%



#### 【評価基準】

- ① 急性期病院からの紹介入院だけではなく、居住系施設(特養、有料老人ホームなど:老人保健施設は除く)や自宅からの急性期疾患患者や慢性疾患の急性増悪の患者を受け入れることも、慢性期病院の重要な役割である。
- ② 2-10-1と両立しない病院も出てくる可能性があるが、2つとも重要な機能であるため、あえて項目を独立させた。

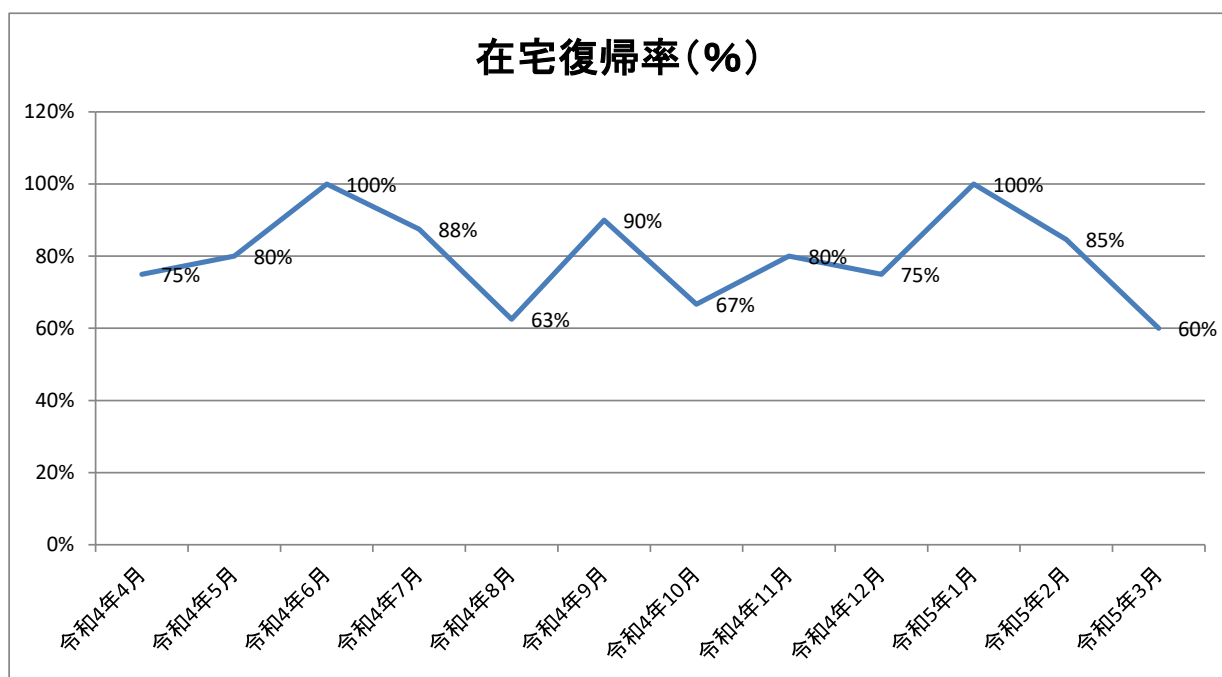
## 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

### 2-10-3 在宅復帰率（居住系施設等を含む）

在宅復帰率 = C（在宅退院患者数）/ B（全退院患者数（死亡退院を除く）） × 100

令和4年度	全退院患者数（人） （医療）	在宅退院患者数（人）	在宅復帰率（%）
令和4年4月	8	6	75%
令和4年5月	10	8	80%
令和4年6月	9	9	100%
令和4年7月	8	7	88%
令和4年8月	8	5	63%
令和4年9月	10	9	90%
令和4年10月	6	4	67%
令和4年11月	5	4	80%
令和4年12月	12	9	75%
令和5年1月	1	1	100%
令和5年2月	13	11	85%
令和5年3月	10	6	60%
合計/平均	100	79	79%



#### 【評価基準】

- ① 当協会における調査結果、「在宅復帰率は46%」から、cut off 値の上限を50%に設定した。
- ② 病院である以上、この項目が重要であるのは、回復期リハビリテーション病棟に限ったことではない。  
今後ますます評価される明確なパラメーターである。

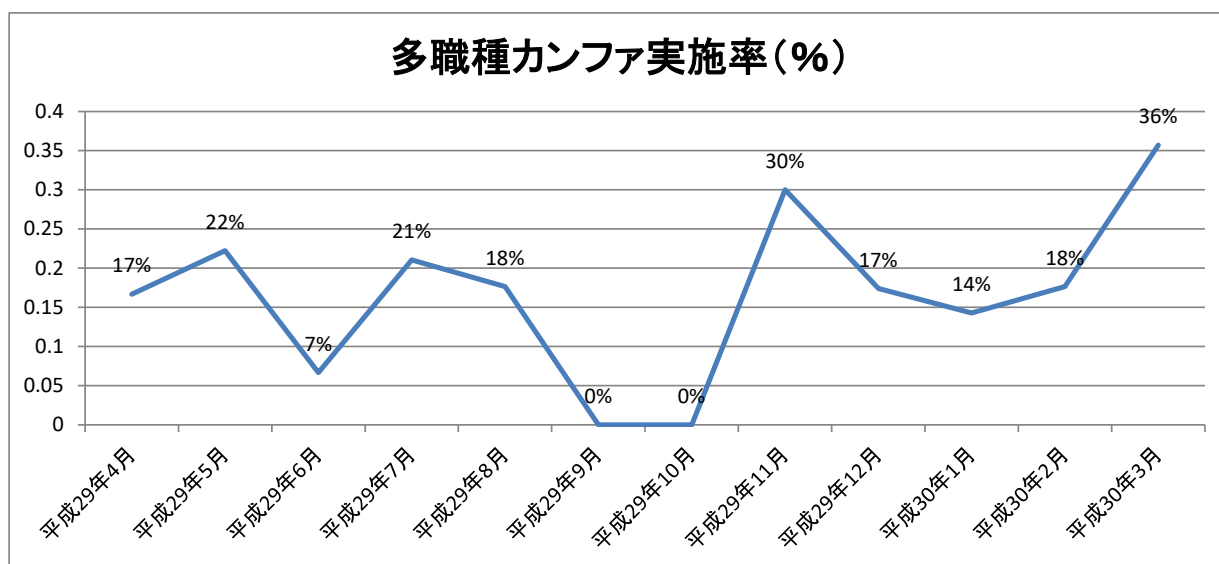
# 日本慢性期医療協会 慢性期医療の Clinical Indicator（病棟臨床指標）

- 【注】
1. 評価期間中に退院（転棟、死亡含む）した患者は原則として評価対象から除く。
  2. 分母が「0（ゼロ）」の場合は「NA」とする。
  3. 評価期間は原則として直近6ヶ月のうち連続した3ヶ月とする。

## 2-10-4 多職種による退院カンファレンスを実施しているか

カンファ実施率 = C(5職種以上の退院カンファレンスを実施した患者数) / B(全退院患者数) × 100

令和4年度	全退院患者数(人)	カンファ実施患者数(人)	多職種カンファ実施率(%)
令和4年4月	16	11	69%
令和4年5月	15	7	47%
令和4年6月	16	9	56%
令和4年7月	11	4	36%
令和4年8月	13	5	38%
令和4年9月	16	6	38%
令和4年10月	11	5	45%
令和4年11月	12	9	75%
令和4年12月	19	7	37%
令和5年1月	7	6	86%
令和5年2月	17	4	24%
令和5年3月	13	4	31%
合計/平均	166	77	46%



### 【評価基準】

- ① 慢性期医療における「チーム医療」の大きな特色の一つは、「多職種による多角的な診療体制」である。他の項目でも同様であるが、当会では、特別の場合を除き、「多職種」の基準を「5職種以上」と設定してきた。（家族は職種には含めず、PT・OT・STは3職種として計算）
- ② 「退院カンファレンス」は、院内の多職種だけではなく、家族やケアマネジャー、介護施設や居住系施設の職員なども含めて、十分に時間をかけて計画・実施されるべきものである。その実施率は地域連携の質を反映する指標といえる。5職種に満たないものは本項の分子には含めない。