

慢性期医療の Clinical Indicator ver.Ⅱ 《病棟臨床指標》

2014年4月



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

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1【医療】

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）

(計算式)
$$\frac{\text{医療区分の改善した患者数 [人]}}{\text{医療区分の変化した (改善+悪化) 患者数 [人]}} \times 100$$

a	60%以上	2点	
b	40%以上 60%未満	1点	
c	40%未満	0点	
		NA	

【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。

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）

(計算式)
$$\frac{\text{1ヶ月あたりの肺炎新規発生患者数 [人]}}{\text{1日あたりの平均入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	5%未満	2点	
b	5%以上 15%未満	1点	
c	15%以上	0点	

2-1-3 肺炎の治癒率

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{1ヶ月あたりの肺炎の治癒が確認された患者数 [人]}}{\text{1ヶ月あたりの肺炎の治療を実施した患者数 [人]}} \times 100$$

a	90%以上	2点	
b	70%以上 90%未満	1点	
c	70%未満	0点	
		NA	

【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)
治癒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肺炎全体の治癒率を評価する。院内発生のみならず、一般に治癒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%の治癒を指標とした。

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)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{1ヶ月あたりの尿路感染症新規発生患者数 [人]}}{\text{1日あたりの平均入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	5%未満	2点	
b	5%以上 10%未満	1点	
c	10%以上	0点	

2-1-5 尿路感染症の治癒率

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{尿路感染症の治癒が確認された患者数 [人]}}{\text{尿路感染症の治療を実施した患者数 [人]}} \times 100$$

a	95%以上	2点	
b	85%以上 95%未満	1点	
c	85%未満	0点	
		NA	

2-1-6 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

(計算式) $\frac{1 \text{ヶ月後に尿道カテーテルが抜去されている患者数 [人]}{\text{入院時尿道カテーテルが留置されていた患者数 [人]} \times 100$

a	50%以上	2点	
b	30%以上 50%未満	1点	
c	30%未満	0点	
		NA	

【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。

2-1-7 診療記録を評価しているか

a	いつ何時でも、複数の職種が、診療記録による情報の共有を行って、方針の決定にあたることのできる環境が設定され、かつ診療録の評価が1ヶ月に一度以上の頻度で定期的に行われている	2点	
b	要請があった場合や、カンファレンスなどの特別な場合に、必要に応じて上記の環境が設定されている。または多職種による診療録の評価が実施されているが、不定期の場合	1点	
c	bに満たない (診療録は医師のみが共有するレベル)	0点	

【評価基準】

- ① 多職種が関わる「チーム医療」において、前提となるのは「情報の共有」であり、診療記録がその基本となることは言うまでもない。「チーム医療」のリーダー的立場にある医師が記載する診療記録を定期的にチェックすることによって、診療のレベルは確実に向上する。また同時に、いつ何時でも職種に関わらず、自由に内容を確認・評価できる環境が重要であり、項目 a では上記の両方の要素が備わっていることが必須である。単なる監査に向けての内容チェックのレベルではない。
- ② 診療記録は医師などの特定の職種のものではなく、患者・家族からの開示の要請の可能性も含めて、わかりやすく、誰が見ても (他人が見ることを前提とした) 的確な記載が必要である。「共有化」とは必ずしも一元化や IT 化などを意味しているものではない。
- ③ 内容において、「共有化」が容易になるような努力 (日本語記載・安易な略語の排除など) がなされているか、医療区分決定のための記載が適切か否かなども含めて評価する。

2-1-8 糖尿病患者における血糖コントロール(HbA1c)

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

a	80%以上	2点	
b	50%以上 80%未満	1点	
c	50%未満	0点	
		NA	

【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わけではない。
- ③ 分母に該当患者がない場合は NA と記載。

2-1-9 降圧剤使用患者における血圧コントロール

(計算式)
$$\frac{\text{血圧が目標値以下の患者数 [人]}}{\text{降圧剤が処方されている患者数 [人]}} \times 100$$

a	50%以上	2点	
b	30%以上 50%未満	1点	
c	30%未満	0点	
		NA	

【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。

2-1-10 悪性腫瘍患者に対する支援機能

1. 血液検査や画像診断などで、がんの初発または再発が認められている場合。(前医においてでも可)
 2. 手術不能例・治療不能例(拒否も含む)
 3. がん治療の合併症・副作用・廃用症候群による場合。
- のいずれかの病態に該当する担がん患者が(少なくとも1名)存在する場合に、

- ア 適切な疼痛対策(麻薬使用の有無は問わない)が実施されている。
- イ ア以外にも症状に応じて適切な全身管理や処置(投薬・栄養管理・リハビリテーション・チューブマネジメントなど)が実施されている。
- ウ 1ヶ月に1回以上の頻度で、多職種(5職種以上)により、治療計画・看護計画・ケアプランの見直しが実施されている。
- エ 病態・予後についてや終末期・急変時の対応に対する十分な説明と同意が行われている。

a	ア～エのうち3項目以上の項目が実施されている	2点	
b	2項目が実施されている	1点	
c	bに満たない	0点	
		NA	

【評価基準】

- ① 慢性期病院5大機能のひとつであるがん患者支援機能として、緩和ケアの部分と医学的管理への評価を盛り込んだ。一部は終末期の領域と重複するが、この項目ではあえて終末期に限定していない。
- ② 過去6ヶ月のうち、直近3ヶ月の実績を判定する。3ヶ月で1名でも該当患者が存在すれば評価対象となる。
- ③ 項目「イ」は、がん患者特有の症状への対応として、抗うつ薬・精神安定剤・ステロイド剤などの使用や補液、ドレナージ・リハビリ機能なども想定している。

領域2【薬剤】**2-2-1 内服薬定期処方の見直しの平均頻度**

$$(計算式) \frac{1 \text{ ヶ月間の内服定期薬処方箋枚数 [枚] } \div \text{内服定期薬投与患者数 [人] }}{1 \text{ ヶ月の日数 (日) }} = A$$

a	2週間以内に1回以上	2点	
b	1ヶ月以内に1回以上	1点	
c	bに満たない	0点	

【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。

2-2-2 注射薬処方の見直しの平均頻度

$$(計算式) \frac{1 \text{ 週間の注射薬処方箋枚数 [枚] } \div \text{注射薬投与患者数 [人] }}{1 \text{ 週間の日数 (7日) }} = B$$

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。

a	1日に1回以上	2点	
b	1週間以内に1回以上	1点	
c	bに満たない	0点	

【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。

2-2-3 内服定期薬の平均処方薬剤数

(計算式)
$$\frac{1 \text{ 週間の内服定期薬の投与薬剤数合計 [剤]}{1 \text{ 週間の内服定期投与延べ患者数 [人]}$$

a	5 剤以下	2 点	
b	6~9 剤	1 点	
c	10 剤以上	0 点	

【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。

2-2-4 薬物血中濃度のモニタリング

a	少なくとも 3 ヶ月に一度以上の頻度で実施されている	2 点	
b	不定期に実施されている	1 点	
c	b に満たない	0 点	
		NA	

【評価基準】

- ① 薬物血中濃度のモニタリングが可能である、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、抗てんかん薬などが 3 ヶ月以上投与されている患者を対象とする。
- ② 有害事象の把握や治療効果の判定指標として、ルーチン検査として血中濃度を測定する体制が確立している場合が a に相当するが、対象患者全例に対して行われることを原則とする。頻度が a に満たない場合や、有害事象が疑われた場合などの不定期に実施されている場合などが b に相当する。
- ③ 該当患者がいない場合は NA と記載する。

領域3【看護・介護】

2-3-1 看護計画(介護療養病棟ではケアプラン)が立案され、実行されているか

a	計画に基づいた看護の実施・評価・記録が施行され、2週間に1回以上の頻度で計画の見直しが行われている	2点	
b	aが1ヶ月に1回以上の頻度で実施されている	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価基準】

看護計画(ケアプラン)の見直しについては、当該病棟全ての入院患者に対して、その状態像に関わらず定期的に見直すことが望ましい。

2-3-2 入浴回数は適切か

a	3回以上/週	2点	
b	2回以上/週	1点	
c	bに満たない	0点	

2-3-3 必要な患者に対する体位変換は適切に行われているか

a	2時間毎	2点	
b	3~4時間毎	1点	
c	bに満たない	0点	

2-3-4 新規褥瘡発生率

(計算式) $\frac{\text{分母のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数 [人]}}{\text{調査月の新入院患者数+当月1日現在患者数 [人]}} \times 100$

a	2%未満	2点	
b	2%以上5%未満	1点	
c	5%以上	0点	
		NA	

【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は分母の対象外とする。

2-3-5 褥瘡の治癒率(治療後6ヶ月以内)

(計算式) $\frac{\text{治癒患者数 [人]}}{\text{全褥瘡患者数 [人]}} \times 100$

a	80%以上	2点	
b	50%以上80%未満	1点	
c	50%未満	0点	
		NA	

2-3-6 入院前に抑制が行われていた患者の入院後の解除率 (入院後2ヶ月)

(計算式)
$$\frac{\text{入院後抑制を解除した人数 [人]}}{\text{入院前に抑制をされていた新規入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	80%以上	2点	
b	50%以上 80%未満	1点	
c	50%未満	0点	
		NA	

2-3-7 月初1日に抑制が行われている患者の比率

(計算式)
$$\frac{\text{抑制が行われている患者数 [人]}}{\text{入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	3%未満	2点	
b	3%以上 8%未満	1点	
c	8%以上	0点	

【評価基準】

- ① 看護と介護は明確に分けて考えることができない分野であり、病棟評価の項目として看護計画・入浴・体位変換・褥瘡・抑制を選択した。
- ② 褥瘡に関しては、持ち込みの比率とともに、院内発生と合わせた全体の治癒率を指標として採用した。治癒までの期間は、治療開始後6ヶ月以内に限定した。
- ③ 「診療の質委員会」集計結果(先述)においても、療養病床が前医から、やむなく抑制せざるを得ない患者を受け入れていることが示唆される。そこで入院後2ヶ月経過した時点での、抑制が解除された患者の比率を指標として採用した。もちろんその結果抑制が行われている患者の比率が少ないことも重要である。

2-3-8 認知症患者への対応

ア 認知症高齢者の日常生活自立度IVまたはMの患者が入院患者の50%を占める。
(下記計算式で算出)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{認知症IVまたはMの患者数 [人]}}{\text{平均入院患者数 [人]}} \times 100$$

イ 重度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。(下記計算式の評価結果が10%以上を占める)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{分母の中での認知症IVまたはMの患者数 [人]}}{\text{認知症の身体合併症治療目的の新規入院患者数 [人]}} \times 100$$

ウ 自院で、認知症患者に対する鑑別診断や初期対応が可能である。

エ BPSDへの対応(薬物療法・非薬物療法)が、自院で適切に行われている。

a	3項目以上の項目が実施されている	2点	
b	2項目が実施されている	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価基準】

- ① 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M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。
- ② 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。

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

(計算式)
$$\frac{\text{実施対象者における個別療法実施延べ日数}^{*1} \text{ [日]}}{\text{1日あたりの平均入院患者数 [人]}} \div 4^{*2}$$

a	1週間に1人あたり平均3日以上(6.0日以上)の頻度でリハビリテーションが実施されている	2点	
b	1週間に1人あたり平均2日以上3日未満(5.0日以上6.0日未満)の頻度でリハビリテーションが実施されている	1点	
c	bに満たない	0点	

【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)

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

(計算式)
$$\frac{\text{測定月の実施総単位数}^{*1} \text{ [単位]}}{\text{延べ入院患者数}^{*2} \text{ [人]}}$$

a	患者一人1日あたり平均0.3(3)単位以上	2点	
b	患者一人1日あたり平均0.2(2)単位以上0.3(3)単位未満	1点	
c	bに満たない	0点	

【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。

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

(計算式)
$$\frac{\text{カンファレンス実施患者数}^{*1} [\text{人}]}{\text{対象患者数}^{*2} [\text{人}]} \times 100$$

a	月 1 回以上のカンファレンスを実施している患者が対象者全体の 25%(50%)以上	2 点	
b	月 1 回以上のカンファレンスを実施している患者が対象者全体の 10% (25%) 以上 25% (50%) 未満	1 点	
c	b に満たない	0 点	

【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、包括的に実施されることが重要である。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、また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めない。

【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なわれず、方針が決定される場合も多く見うけられる。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。

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

(計算式)
$$\frac{\text{1回以上の評価がされている患者数}^{*1} [\text{人}]}{\text{対象患者数}^{*2} [\text{人}]} \times 100$$

a	月1回以上の評価を実施している患者が対象患者全体の25% (50%) 以上	2点	
b	月1回以上の評価を実施している患者が対象患者全体の10% (25%) 以上 25% (50%) 未満	1点	
c	bに満たない	0点	

【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。

領域5【検査】

2-5-1 画像診断のダブルチェックを行っているか

a	50%以上の症例で実施している	2点	
b	50%未満の症例しか実施していない	1点	
c	行っていない	0点	

【評価基準】

入院時カンファレンス、症例検討会などで、医師2名以上における画像診断（X-p・CTなど）のダブルチェックがどの程度実施されているかを評価の対象とする。

2-5-2 全入院患者に対する1ヶ月間の検査未実施率

(計算式)
$$\frac{1\text{ヶ月間に血液検査、尿検査、X-P等のいずれも施行されなかった患者総数} [\text{人}]}{\text{月末の入院患者数} [\text{人}]} \times 100$$

a	20%未満	2点	
b	20%以上 50%未満	1点	
c	50%以上	0点	

【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。

2-5-3 起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施率

(計算式)
$$\frac{\text{起炎菌検索および細菌培養感受性検査の実施件数} [\text{件}]}{\text{新規罹患感染症数} [\text{人}]} \times 100$$

a	50%以上	2点	
b	20%以上 50%未満	1点	
c	20%未満	0点	
		NA	

【評価基準】

診断・治療だけではなく、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。

領域6【栄養】

2-6-1 多職種で構成されたNSTが定期的に活動しているか

a	5職種以上で活動している	2点	
b	5職種未満で活動している	1点	
c	活動していない	0点	

【評価の目的】

NST（栄養サポートチーム）の活動として、医師・看護師・栄養士・臨床検査技師・薬剤師・療法士などの多職種が、個々の患者について栄養状態が評価される検討会や回診に参加し、栄養管理・調理業務の課題が検討されている。NST委員会の活動が組織的に行われていることが望ましい。（PT・OT・STは3職種と数える）

なお、NSTの名称に限らず、NSTに準ずるものであれば可とする。

2-6-2 体重測定の頻度

a	1ヶ月に1回以上	2点	
b	2ヶ月に1回以上	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価の目的】

入院時を含め、毎月全患者の体重測定が行われている。

体重測定は全ての患者について測定すべきであり、緊急入院であっても病状が安定したら測定する。

測定は毎月行なわれていることが望ましい。

身体計測法として、上腕三頭筋皮下脂肪厚も含む。

2-6-3 栄養ケアマネジメントが適切に行われているか（栄養アセスメントの頻度）

a	毎月行っている	2点	
b	1ヶ月以上の間隔で行っている	1点	
c	行っていない	0点	

【評価の目的・基準】

入院時の栄養状態の把握が必要で、リスクの高い栄養不良患者を見つけることが目的となる。すべての患者に入院時栄養アセスメントを行っており、入院時の問診で得られる主観的包括評価（SGA）を参考にし、食事量・体重変化を中心に栄養低下をもたらす原因を調べ、身体計測、生化学的検査、免疫能などを総合的に判断する。

栄養アセスメントの必要があると判断された患者に対し、1ヶ月後の評価が適切に行われているかどうか。

リスク別に評価されていることが望ましい。

2-6-4 管理栄養士がケースカンファレンスに参加しているか

a	毎回参加している	2点	
b	毎回ではないが参加している	1点	
c	参加していない	0点	

【評価の目的・基準】

管理栄養士が、チーム医療としての総合的な視点に立って、多職種と共に、患者の治療方針や方向性を決定する院内の「ケースカンファレンス（栄養に関するものに限定しない）」に参加しているかどうかを評価する。

2-6-5 低栄養の改善率

(計算式)
$$\frac{2ヶ月以内にアルブミン値が 3.0 \text{ g/dl 未満から } 3.0 \text{ g/dl 以上になった患者数} [\quad \text{人}]}{\text{起点日のアルブミン値が } 3.0 \text{ g/dl 未満の患者数} [\quad \text{人}]} \times 100$$

a	30%以上	2点	
b	10%以上 30%未満	1点	
c	10%未満	0点	
		NA	

【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。

2-6-6 1年以内に経管栄養(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の割合

(計算式)
$$\frac{1年以内に完全に経口摂取可能となった患者数 [\quad \text{人}]}{\text{経管栄養患者数} [\quad \text{人}]} \times 100$$

a	5%以上	2点	
b	5%未満	1点	
c	なし	0点	
		NA	

【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。

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)

(計算式)
$$\frac{1ヶ月以内に少しでも経口摂取可能となった患者数 [\quad \text{人}]}{\text{経管栄養患者数} [\quad \text{人}]} \times 100$$

a	10%以上	2点	
b	10%未満	1点	
c	なし	0点	
		NA	

【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。

領域7【医療安全・院内感染防止対策】

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

(計算式)
$$\frac{\text{転倒または転落などによる重症事故の1ヶ月間の患者数 [人]}}{\text{転倒または転落の1ヶ月間の患者数 [人]}} \times 100$$

a	転倒・転落アセスメントシートでの評価を行い、2%未満	2点	
b	転倒・転落アセスメントシートでの評価を行い、2%以上	1点	
c	評価していない	0点	
		NA	

【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」)

領域8【終末期医療】

2-8-1 ターミナルカンファレンス(5職種以上)が開催されているか

a	ターミナルカンファレンスを対象患者の50%以上に行っている	2点	
b	ターミナルカンファレンスを対象患者の30%以上に行っている	1点	
c	bに満たない	0点	

2-8-2 デスカンファレンス(3職種以上)が開催されているか

a	デスカンファレンスを対象患者の80%以上に行っている	2点	
b	デスカンファレンスを対象患者の50%以上に行っている	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価基準】

- 「ターミナルカンファレンス」、「デスカンファレンス」は「安らかな死」(本人も家族も納得できる死)を対象とした多職種によるアプローチであり、慢性期医療の特徴を示すとともに、「チーム医療」の質も反映するといえる。「死」の時期は、予想できずに突然到来することがあるため、2つのカンファレンスに開催頻度の差を設定した。実際面を考慮して、参加職種数はデスカンファレンスにおいては、3職種以上とした。
- 「対象患者」の基準は、「終末期の定義」により、病院毎に異なることになるであろう。
- 一定期間(たとえば3ヶ月間)の実績をもとに算出する。

2-8-3 安らかな死に向けての特別な部屋(個室)が確保されているか

a	家族が安心して一緒に過ごせる、あるいは自由に付き添っていただける特別な部屋(個室)を、常時終末期の患者に対して優先的に提供できる	2点	
b	常時ではないが、用意することが可能である	1点	
c	用意していない	0点	

【評価基準】

aに関しては、空間が確保出来ているとともに、病床運営に関わらずに、終末期の方には常に優先して個室の確保をする姿勢を評価の対象にする。(例えば、空いている有料の個室を終末期の方に優先して、無料で提供する場合なども含む)当然、単なる重症室のような部屋を指しているのではない。bは個室の数に限りがあるなどの理由から、時には対応が出来ないことがある場合を想定している。

領域9【チーム医療】**2-9-1 病棟専任のコメディカルが配置されているか**

a	2名以上のコメディカルが配置されている	2点	
b	1名以上2名未満のコメディカルが配置されている	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価基準】

- ① 病床数に関わらず、病棟全体で病棟専任(時間数を問わず、兼任も可)のコメディカル(薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、検査技師、社会福祉士、精神保健福祉士、事務クラー、臨床工学技士など)が配置されている場合。
- ② 国家資格者が望ましいが、例えば社会福祉士の資格のないMSWも可とする。

2-9-2 多職種(5職種以上)によるケースカンファレンスが行われているか

a	2ヶ月に1回以上の頻度で開催されている	2点	
b	3ヶ月に1回以上の頻度で開催されている	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価基準】

- ① 「ケースカンファレンス」とは、入院時カンファレンスを含めて、個別の患者について、治療方針や方向性などを合議する会議をすべて含む。
- ② 1人の患者に対して、過去3ヶ月間に少なくとも1回、カンファレンスが行われていればbに該当する。
- ③ 評価は「チーム医療」の視点なので、5職種に満たないものは含めない。
(PT・OT・STは3職種と計算する)

2-9-3 臨床指標を活用した診療の質の向上への取り組みが実施されているか

a	臨床指標を活用したベンチマーク(成績比較)や改善度評価が実施されている	2点	
b	診療の質の評価として臨床指標を使用している	1点	
c	臨床指標を使用していない	0点	

【評価基準】

「臨床指標」は特に内容を限定せず、病院独自で選定したのもでも、日本慢性期医療協会のクリニカルインディケータや老人の専門医療を考える会の臨床指標などで公表されているものでもよい。特に数値化によるベンチマーク（成績比較）や改善度評価の有無を評価する。

領域10【地域連携】

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)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{急性期病院からの紹介入院患者数 [人]}}{\text{全新規入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	40%以上	2点	
b	20%以上 40%未満	1点	
c	20%未満	0点	

【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。

2-10-2 在宅からの新規入院患者数(居住系施設等を含む)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{在宅からの新規入院患者数 [人]}}{\text{全新規入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	40%以上	2点	
b	20%以上 40%未満	1点	
c	20%未満	0点	

【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。

2-10-3 在宅復帰率(居住系施設等を含む)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{在宅退院患者数 [人]}}{\text{全退院患者数 (死亡退院を除く) [人]}} \times 100$$

a	50 %以上	2点	
b	30 %以上 50 %未満	1点	
c	30 %未満	0点	

【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。

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

(計算式)
$$\frac{5 \text{ 職種以上の退院カンファレンスを実施した患者数 [人]}{\text{全退院患者数 [人]}} \times 100$$

a	5 職種以上で実施しているものが 80%以上	2 点	
b	5 職種以上で実施しているものが 40%以上 80%未満	1 点	
c	bに満たない	0 点	

【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。