

日本慢性期医療協会

慢性期医療の Clinical Indicator

1. 領域【医療】

1-1 入院時医療区分の3カ月後の改善率（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	

【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（c）に「NA」とお書き下さい。

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)
$$\frac{\text{3ヶ月の肺炎新規発生患者数 [人]}}{\text{3ヶ月の1日の平均入院患者数 [人]}} \times 100$$

月	月	月	月
分子	人	人	人
分母	人	人	人

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

【評価期間】

直近6ヶ月のうちの連続した3ヶ月とする。

1-3 肺炎の治癒率

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{3ヶ月の間に肺炎の治癒が確認された患者数 [人]}}{\text{3ヶ月の間に肺炎の治療を実施した患者数 [人]}} \times 100$$

月	月	月	月
分子	人	人	人
分母	人	人	人

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

【評価基準】

- ① 診断は「医療区分 項目の定義」を満たすものとし、治癒の判定には血液・画像診断による確認が必須である。
- 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（3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 1-3は肺炎全体の治癒率である。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。

【評価期間】

直近6ヶ月のうちの連続した3ヶ月とする。

【注】

分母の患者数が0の場合は（a）に「NA」とお書き下さい。

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)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{3ヶ月の尿路感染症新規発生患者数 [人]}}{\text{3ヶ月の1日の平均入院患者数 [人]}} \times 100$$

月	月	月	月
分子	人	人	人
分母	人	人	人

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

【評価期間】

直近6ヶ月のうちの連続した3ヶ月とする。

1-5 尿路感染症の治癒率

(計算式)

$$\frac{3\text{ヶ月の間に尿路感染症の治癒が確認された患者数 [人]}{3\text{ヶ月の間に尿路感染症の治療を実施した患者数 [人]} \times 100$$

月	月	月	月
分子	人	人	人
分母	人	人	人

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

【評価期間】

直近6ヶ月のうちの連続した3ヶ月とする。

【注】

分母の患者数が0の場合は(a)に「NA」とお書き下さい。

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

$$(計算式) \frac{30\text{日後に尿道カテーテルが抜去されている患者数 [人]}{\text{入院時尿道カテーテルが留置されていた患者数 [人]} \times 100$$

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

【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「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・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。

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が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. 領域【薬剤】

2-1 内服薬定期処方の見直しの平均頻度

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{一カ月間の内服定期薬処方箋枚数 [枚]}}{\text{内服定期薬投与患者数 [人]}} = A$$

$$\frac{\text{一ヶ月の日数 (日)}}{A} = \text{見直しの頻度 (日)}$$

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、処方箋はその都度必要なものとする。

2-2 注射薬処方の見直しの平均頻度

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{一週間の注射薬処方箋枚数 [枚]}}{\text{注射薬投与患者数 [人]}} = B$$

$$\frac{\text{一週間の日数 (7日)}}{B} = \text{見直しの頻度 (日)}$$

同一注射薬が一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。

2-3 内服定期薬の平均処方薬剤数

(計算式)
$$\frac{\text{一週間の内服定期薬の投与薬剤数合計 [剤]}}{\text{一週間内服定期投与延べ患者数 [人]}}$$

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】

小数点以下の端数は切り上げて下さい。(例) 5.3 → 6

2-4 簡易懸濁法が導入されているか

a	導入している	2 点	
b	一部導入している	1 点	
c	導入していない	0 点	

【評価基準】

- ① 簡易懸濁法の導入の有無を確認する。
- ② 一部の病棟だけ行っている場合は b とする。

2-5 誤薬防止対策が適切に行われているか

a	内服薬または注射薬の投与時にバーコードリーダーを使用している	2 点	
b	内服薬または注射薬投与時に誤薬防止対策としてダブルチェック等の記録をとっている	1 点	
c	いずれも行っていない	0 点	

【評価基準】

- ① 誤薬防止対策の方法を確認する。
- ② 薬剤師によるダブルチェックは基本であるが、誤薬防止対策としてバーコードリーダーを使用するために、内服薬・注射薬それぞれにおいて、バーコード印刷ができる環境になっているかどうかを確認する。

2-6 薬剤師がミキシングを実施しているか

a	全ての注射薬で行っている	2点	
b	一部の注射薬で行っている	1点	
c	行っていない	0点	

【評価基準】

- ① 中心静脈栄養、末梢点滴、抗生剤等全ての薬剤のミキシングを薬剤師が行っているかどうかを確認する。
- ② 一部の注射薬は薬剤師が行うが、全てについて行っていない場合はbとする。
例：末梢点滴・抗生剤のミキシングは薬剤師が行うが、中心静脈栄養のミキシングは行っていない場合 等

【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。
3. 2-4~6 は、病院の事情によっては、達成が困難な項目も含まれていると考えられるが、すでに標準化されているもの、あるいはされつつあるものという観点で選定した。

3. 領域【看護・介護】

3-1 生涯教育体制が整っているか

a	スキル向上のための院内および院外で多職種の教育体制が整備されている	2点	
b	看護部で教育委員会を設置し、院内教育を実施している	1点	
c	教育体制は整備されていない	0点	

3-2 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	2週間に1回以上の頻度で、計画に基づいた看護の実施・評価・記録が施行され、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	

3-3 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	

3-4 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	

3-5 褥瘡患者の持込みの比率

$$(\text{計算式}) \frac{\text{持込み褥瘡患者数} [\quad \text{人}]}{\text{全褥瘡患者数} [\quad \text{人}]} \times 100$$

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

3-6 褥瘡の治癒率(治療後2ヶ月)

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

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

3-7 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	

3-8 現在、抑制が行われている患者の比率

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

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、項目として教育・看護計画・入浴・体位変換・褥そう・抑制を選択した。
- ② 教育においては、職種にかかわらず、院内だけではなく、積極的に院外の研修に参加できる体制が整っている場合をaとする。
- ③ 褥そうに関しては、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2カ月以内に限定した。
- ④ 「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、抑制が介助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。

4. 領域【リハビリテーション】

4-1 リハビリテーションを適切に行う体制が整っているか

(計算式)
$$\frac{\text{PT} \cdot \text{OT} \cdot \text{ST} \text{ 総数}^{*1} [\text{人}]}{\text{総病床数}^{*2} [\text{人}]} \times 100$$

a	PT/OT/STが揃っており、100床あたりのリハビリスタッフ数4名(10名)以上	2点	
b	PT/OT/STが揃っており、100床あたりのリハビリスタッフ数2名以上4名未満(5名以上10名未満)	1点	
c	bに満たない	0点	

(注)4-1 から 4-5 すべてについて、回復期リハビリテーション病棟とその他の病棟では、異なる評価基準を設定した。

() 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。

【評価の目的】

慢性期医療を担う療養病棟では、在宅復帰も含め、身体機能の改善や維持を目的としたリハビリテーションが行われている。ここでは、この目的に適する人員的なリハビリテーションの提供体制を評価する。

【評価基準】

審査対象病棟の担当の療法士だけでなく、施設全体の療法士についての調査とする。調査対象の1ヶ月間で療法士数に変化がある可能性があるため、その月の初日(1日)の状況とします。非常勤の療法士は、常勤換算(少数点第1位まで)とし、数値化するものとする。

※1のPT・OT・ST総数とは、国家資格を有する常勤者数と非常勤勤務者のみを指し、みなし療法士やその他のリハビリテーション従事者は除いた数値とする。

※2の総病床数とは、その月の初日(1日)における状況とし、施設内全ての病床区分の病床総数とする。

【数値の意味について】

慢性期の医療療養病床には、リハビリテーションの観点で様々な病期・病状の患者が混在している。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。全ての患者がリハビリテーション対象者と仮定して13単位程度のリハビリテーションを実施するには、100床あたり、3.6名の療法士(1療法士が1日18単位程度で月に20日勤務する場合)が必要となる。多くの施設で病棟種別を跨いだ療法士の配置を行なっている状況から、医療療養のみに携わる療法士の数を換算数値化し算出することは、容易でないことが予想される。施設全体が医療療養病床で且つ病期・病状が維持的リハビリテーションあった場合に十分なリハビリ提供体制が確保されていることを最高の提供体制としています。従って3.6名という数値に対し、近似値の4名を十分な提供体制として評価する。

4-2 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) 測定月の実施対象者における個別療法実施延べ日数^{*1} [日] ÷ その月の1日あたり平均入院患者数 ÷ 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「毎日」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)。

4-3 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。

4-4 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) $\frac{\text{測定月のカンファレンス実施患者数}^{\ast 1} [\text{人}]}{\text{対象患者数}^{\ast 2} [\text{人}]} \times 100$

a	測定月に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	測定月に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、他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。

4-5 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) $\frac{\text{測定月に1回以上の評価がされている患者数}^{*1} [\text{人}]}{\text{対象患者数}^{*2} [\text{人}]} \times 100$

a	測定月において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	測定月において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4-4と同様の計算で、25%をcut off値に設定した。

5. 領域【検査】

5-1 緊急検査が実施できる体制が整っているか

a	夜間休日も含め常時必要に応じて実施できる体制が整っている	2点	
b	平日昼間のみ実施可能な体制がある	1点	
c	体制が整っていない	0点	

【評価基準】

検査項目の最低条件としては一般的な血液検査（CBC、生化学検査、CRP など）、尿検査（沈査、定性）とする

5-2 画像診断のダブルチェックを行っているか

a	80%以上の症例で実施している。	2点	
b	一部実施している（80%未満）	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。

5-3 生理検査が適切に行える環境にあるか

a	心電図検査、超音波検査のいずれも院内で可能で、平日昼間は常時検査が行える体制にある	2点	
b	心電図検査、超音波検査のいずれも院内で可能であるが、いずれかは曜日指定で行っている	1点	
c	（b）に満たない	0点	

【評価基準】

「超音波検査」は心臓超音波検査、腹部超音波検査のいずれか一方が含まれていればよい

5-4 検体のグラム染色実施の有無

a	必要に応じて院内で実施している	2点	
b	必要に応じて院外で実施している	1点	
c	行っていない	0点	

【評価基準】

グラム染色の導入は、軽装備で起炎菌が同定可能な検査であり、細菌感染症の診断・治療のレベルアップにつながると考えられる。

5-5 全入院患者に対する1ヶ月間の検査未実施率

(計算式)
$$\frac{\text{ある特定日から30日間逆のぼり血液検査、尿検査、X-P等のいずれも施行されなかった患者総数} [\quad \text{人}]}{\text{特定日の患者数} [\quad \text{人}]} \times 100$$

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。

5-6 起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施率

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

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

【評価基準】

いずれかの時点からさかのぼり、述べ患者数に対する1ヶ月間の実施率を算出する。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・感受性検査は必須である。

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。

6. 領域【栄養】

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）

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。

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、一か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。

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	ときどき参加している。	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。

6-5 低栄養の改善率

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

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

【評価の基準】

アルブミン値が 3.0mg/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

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

a	5%以上	2点	
b	5%未満	1点	
c	なし	0点	

【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。

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

a	10%以上	2点	
b	10%未満	1点	
c	なし	0点	

【評価の目的】

1か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。

7. 領域【医療安全・院内感染防止対策】

7-1 院内における転倒・転落などによる重症事故(下記の定義)の発生率

(3ヶ月間の平均を評価の値とする)

(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	

【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。

7-2 医療安全推進体制が整備されているか

- ア 事故報告書（ヒヤリハットを含む）が適切に提出されている
- イ 医療安全推進のための委員会があり、月1回以上開催している
- ウ 各部署に医療安全推進及び事故発生時のマニュアルがあり、職員に周知している
- エ 事故発生の原因が分析され、対策を検討し実行している

a	ア～エ全ての項目が実施されている	2点	
b	3項目が実施されている	1点	
c	2項目以下の実施	0点	

【評価の目的】

慢性期医療では重症化、高齢化などを伴い、医療安全体制が強く求められている。医療安全体制がどの程度確立されているかを評価する。

【定義】

「事故報告書（ヒヤリハットを含む）が適切に提出されている」とは、事故報告書が全職種から出されていることを指す。その提出枚数に著しい差がないことが理想だが、医師などこの施設でも枚数は少ないことが予想されるので、提出枚数の少ない部署がある場合には、提出を促す取り組みも評価する。

7-3 職員のインフルエンザワクチンの接種率

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

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

【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。

7-4 結核に対する予防対策が適切に行われているか

- ア 標準的な感染予防策及び結核の院内感染防止対策のマニュアルがあり、職員に周知されている
- イ 結核に対する内部、外部研修などの職員教育を行っている
- ウ 必要に応じてクオンティフェロン TB-2G(QFT)検査を暴露が疑われる職員に対して行なうようになっている
- エ 結核感染の届け出が滞りなく行われる体制ができている

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	

【評価の目的】

日本において結核は過去の病気とは言えず、現在でも罹患率は先進諸国に比べて圧倒的に高い。高齢者の二次結核(昔感染し、免疫力低下により発病)も多く、慢性期医療の病院でも結核を疑う症例に遭遇することがあるので、それに迅速に対応できる体制を評価する。

【定義】

(ウ)、(エ)はマニュアルに書かれていることを確認する。

クオンティフェロン TB-2G(QFT)検査は結核の感染を調べる検査である。未だ不明な点もあるが、結核発生時の接触者検診などに用いられる検査で、ツベルクリン検査より特異性が高く、検体は血液なので採取も容易である。

7-5 院内検出細菌サーベイランスに基づいた感染症治療がおこなわれているか

- ア インフルエンザ、ノロ、疥癬などの感染発生時には、特別な病室などを設け、感染拡大の防止に努めている
- イ MRSAや多剤耐性菌の発生状況が病棟毎に毎週把握されている
- ウ 検出細菌結果に基づいて感染症治療の方針を決めている
- エ 多剤耐性菌など問題となる菌が検出された場合、原則的に毎月同じ部位の検体で検出の有無を follow up している

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、院内感染が蔓延しやすい状況である。そのためきちんとした感染症治療が重要であり、その体制を評価する。

【定義】

(ア) では必ずしも個室対応を求めているわけではないが、感染が拡大しない病室での工夫などを評価する。

(エ) では全てのMRSAを毎月 follow up することは求めているが、MRSAも含め多剤耐性菌など問題となると判断した細菌に関しては、それをきちんと follow up する体制を評価する。(例：毎月同部位の検体で検査し、その菌が2回陰性となれば解除となるなどのルールがある。)

7-6 耐性菌発生防止のための、抗生物質の使用が適切に行われているか

- ア 使用許可書及び届出制など特別な抗菌薬の使用制限を設けて運用している
- イ 抗菌薬の使用指針がある
- ウ 抗菌薬は検出菌の薬剤感受性をもとに決めている
- エ グラム染色を行い抗菌薬を決めている

a	4項目が実施されている	2点	
b	3項目が実施されている	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価の目的】

慢性期医療の病院は患者が重症化、高齢化している。治療が困難になり、抗生剤投与により耐性菌が発生しやすい状況であるが、耐性菌発生を防止するためのシステムを評価する。

【定義】

(ア) では使用許可書や届出制などの有無をチェックし、医師と薬剤師の協議の場があるかを評価する。

抗菌薬の使用指針は自院で作成したものだけでなく、書籍や各種ガイドラインなどを指針としていてもよしとする。ただし、医師の業務マニュアルなどにそれを指針とすると明記されている必要があり、また、各医師に周知されていることが求められる。

(エ) ではグラム染色の実施を院内にこだわらないが、抗菌薬を決めるにあたってグラム染色を有効に活用していることを評価する。

8. 領域【終末期医療】

8-1 「終末期」の定義が院内で周知徹底されているか

a	終末期の定義が文書化され、院内で周知されている。	2点	
b	終末期の定義が文書化されているが、周知されていない。	1点	
c	終末期の定義が文書化されていない。	0点	

8-2 終末期医療に対する特別な書類(同意書)の使用によるインフォームドコンセントが実施されているか

a	同意書によりインフォームドコンセントを実施している	2点	
b	同意書の作成を計画している	1点	
c	同意書を作成していない	0点	

【評価基準】

慢性期医療における「終末期医療」は、がん患者だけではなく、さらに広い範囲をカバーしてゆかなければならない。そのためには各施設ごとに「終末期」の定義を明確にして院内で周知することが肝要である。また所定の形式を有し、具体的な内容の示された終末期に対する特別な書類（「終末期意思確認書」・「同意書」など）による、きめの細かいインフォームドコンセントが求められるようになる。

8-3 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	

8-4 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%以上におこなっている	2点	
b	デスカンファレンスを対象患者の50%以上におこなっている	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。

8-5 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、常時終末期の患者さん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。

9. 領域【チーム医療】

9-1 病棟専任のコメディカルが配置されているか

a	病棟で各2名以上配置されている。	2点	
b	病棟で各1名以上配置されている。	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、事務クラーク、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。

9-2 多職種(5職種以上)による院内ケースカンファレンスが行われているか

直近3ヶ月間で計算

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 院内「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)

9-3 電子化による医療情報の共有が行われているか

a	電子カルテによって行われている	2点	
b	オーダーリング等によって行われている	1点	
c	bに満たない	0点	

【評価基準】

各職種に対して情報の共有がなされているか否かというハード面での視点である。
bについては一部オーダーリングでも可能である。

9-4 慢性期医療認定医師、看護師が配置されているか

a	医師、看護師とも100床あたり1名以上	2点	
b	医師、看護師どちらかが100床あたり1名以上	1点	
c	(b)に満たない	0点	

【評価基準】

日本慢性期医療協会の慢性期医療認定講座を修了された医師若しくは看護師が配置されている事

9-5 介護福祉士が適切に配置されているか

a	介護福祉士が100床あたり10名以上	2点	
b	介護福祉士が100床あたり5名以上9名未満	1点	
c	(b)に満たない	0点	

【評価基準】

- ① 病棟に勤務する介護福祉士の従事者数。病床数100床を基準にし計算案分する
- ② 将来的にはa,bと代替可能なものとして、日本慢性期医療協会認定の「医療介護福祉士」の配置を評価の対象として検討してゆく予定である。

9-6 日本医療機能評価機構の認定病院であるか

a	日本医療機能評価機構の認定病院である	2点	
b	日本医療機能評価機構の認定審査を近日中に受審予定	1点	
c	認定病院ではない	0点	

【評価基準】

- ① bの近日中の場合受審経過の進行状況を確認する
- ② 第三者評価として、ISOも対象に加えるものとする。

9-7 老人の専門医療を考える会の「老人専門医療の臨床指標」を活用しているか

a	「老人専門医療の臨床指標」を活用して、業務改善に取り組んでいる	2点	
b	「老人専門医療の臨床指標」を使用している。	1点	
c	上記の臨床指標を活用していない。	0点	

【評価基準】

本クリニカルインディケータは、「日本医療機能評価機構」で求められている項目とは、重複を可及的に避ける形で作成されているが、老人の専門医療を考える会の「老人専門医療の臨床指標」は総論的指標と位置付けている。

10. 領域【地域連携】

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)

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

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
- 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。

10-2 在宅系からの新規入院患者率(居住系施設等を含む)

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

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 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。

10-3 在宅復帰率(居住系施設等を含む)

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

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。

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) $\frac{5 \text{ 職種以上の退院カンファレンス [人]}{\text{全退院患者数 [人]}} \times 100$

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、家族やケアマネージャー、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。

10-5 急性期病院・地域の介護保険事業所や施設と情報交換の場を設けているか

a	定期的に機会を設定している。	2 点	
b	必要に応じて機会を設定している。	1 点	
c	bに満たない	0 点	

【評価基準】

- ① 必ずしも多くの施設が出席する地域連携会議のようなものではなく、ケアマネージャーとソーシャルワーカーとの連絡会のようなものでもよい。

- ② 不定期の場合や、電話やインターネットなどで待機期間や空床状況などを確認し合ったりする場合はbに含める。