

QI(臨床評価指標)2014-2017年度

指標 番号	領域	指標名称	プロセス/ アウトカム	パターン	参照元	頁
1	腎・尿路系	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	国立病院機構	2
2	腎・尿路系	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	国立病院機構	3
3	腎・尿路系	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	国立病院機構	4
4	腎・尿路系	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	国立病院機構	5
5	女性生殖器系	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	国立病院機構	6
6	女性生殖器系	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	国立病院機構	7
7	抗菌薬(腎・尿路系) 準清潔手術	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	国立病院機構	8
8	抗菌薬(腎・尿路系) 準清潔手術	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	プロセス	投薬／注射	国立病院機構	9
9	抗菌薬(腎・尿路系) 準清潔手術	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	国立病院機構	10
10	抗菌薬(腎・尿路系) 準清潔手術	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	プロセス	投薬／注射	国立病院機構	11
11	抗菌薬(女性生殖器系) 準清潔手術	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	国立病院機構	12
12	抗菌薬(女性生殖器系) 準清潔手術	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	プロセス	投薬／注射	国立病院機構	13
13	抗菌薬(女性生殖器系) 準清潔手術	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	国立病院機構	14
14	抗菌薬(女性生殖器系) 準清潔手術	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	プロセス	投薬／注射	国立病院機構	15
15	糖尿病	糖尿病患者の血糖コントロール	プロセス	検査／診断	日本病院会QI	16
16	循環器系	急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合	プロセス	投薬／注射	日本病院会QI	17
17	循環器系	急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合	プロセス	投薬／注射	日本病院会QI	18
18	循環器系	急性心筋梗塞患者における退院時β ブロッカー投与割合	プロセス	投薬／注射	日本病院会QI	19
19	循環器系	急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	プロセス	投薬／注射	日本病院会QI	20
20	循環器系	急性心筋梗塞患者における退院時ACE 阻害剤もしくはARB投与割合	プロセス	投薬／注射	日本病院会QI	21
21	循環器系	急性心筋梗塞患者におけるACE 阻害剤もしくはARB投与割合	プロセス	投薬／注射	日本病院会QI	22
22	循環器系	急性心筋梗塞患者の病院到着後90 分以内のPCI 実施割合	プロセス	手術／処置	日本病院会QI	23



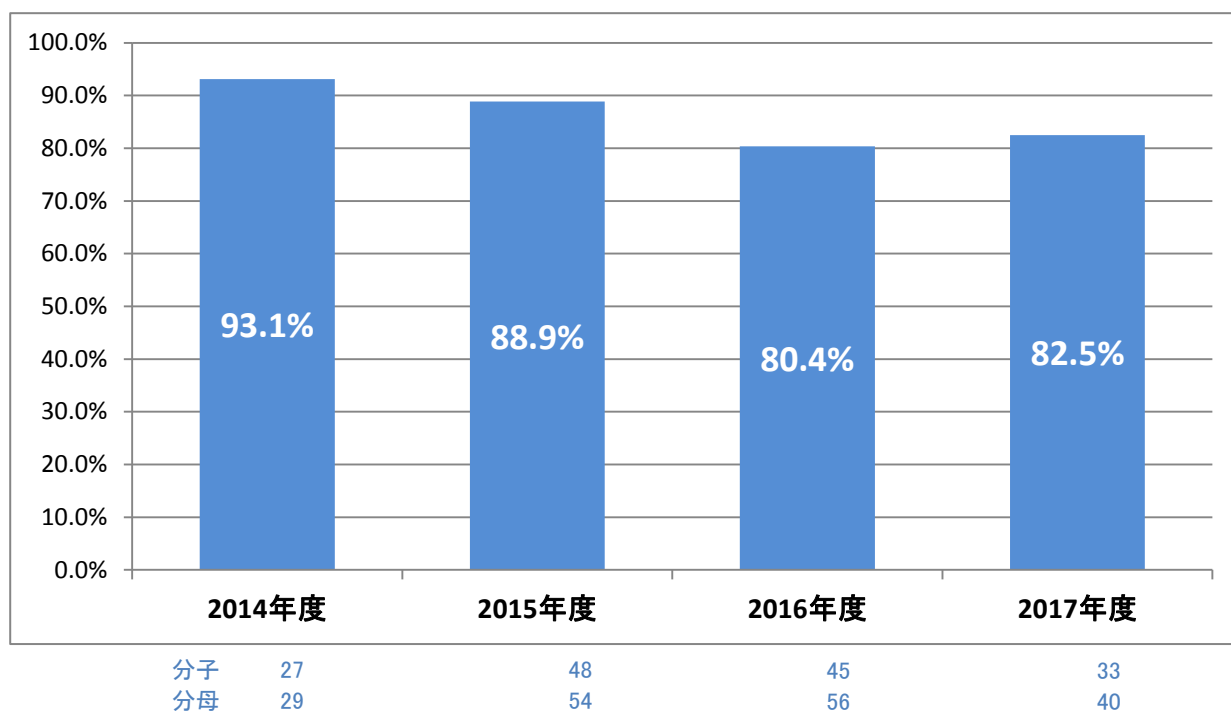
1

急性腎盂腎炎患者に対する尿培養の実施率

<解説>

急性腎盂腎炎の治療では適切な抗菌薬の投与が必要になります。不適切な抗菌薬の選択は悪化につながり、敗血症を招くこともあります。尿の細菌培養検査を行い、原因菌を同定し、適切な抗菌薬による治療を行っていくことが求められます。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、当該入院期間中に尿培養「D0184 細菌培養同定検査 泌尿器又は生殖器からの検体」が算定された患者数

分母 入院中に注射抗菌薬が投与された急性腎盂腎炎の退院患者数

<目標値>

90%以上

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



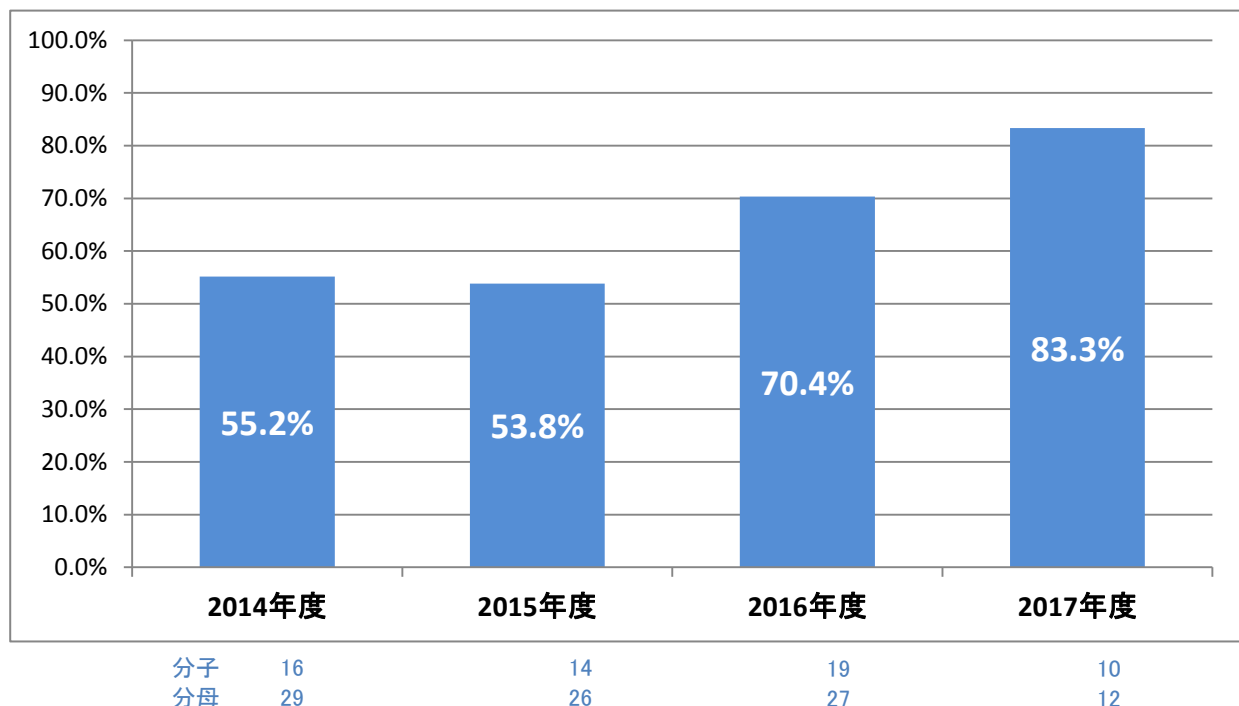
2

T1a、T1bの腎がん患者に対する腹腔鏡下手術の実施率

<解説>

臨床病期T1およびT2の腎がんに対して、腹腔鏡下根治的腎摘出術は、近年の標準術式のひとつになっています。従来の開腹術と比較した場合、手術成績(手術時間・出血量・合併症の頻度と種類)は変わらず、術後経過(食事/歩行開始までの期間・入院期間・鎮痛剤の使用量)は腹腔鏡手術の方が低侵襲となっています。ただし、腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術の習得と局所解剖の理解が不可欠であり、自院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが必要となります。このため、本指標の目標値は参考とし、各病院が自院の状況を踏まえて目標値を設定することが必要になります。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、腹腔鏡下手術を施行した患者数

分母 腎悪性腫瘍(初発)のT1a、T1bで腎(尿管)悪性腫瘍手術が行われた患者数

<目標値>

70%以上

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



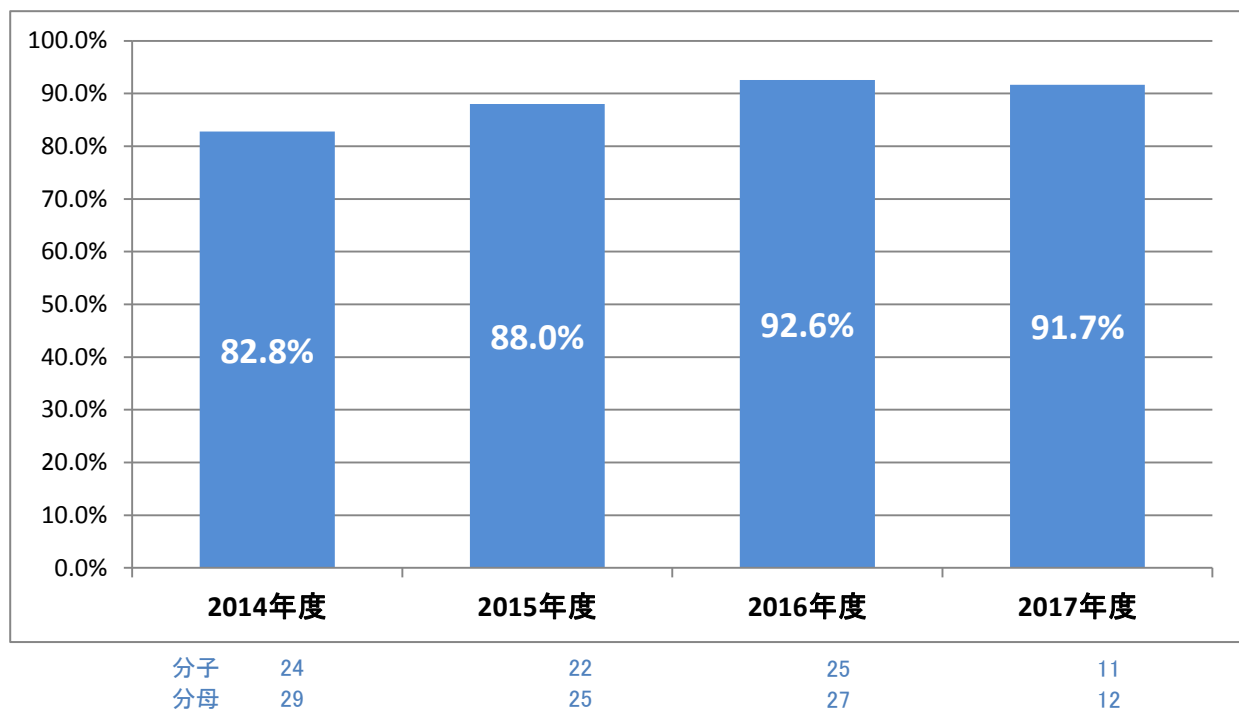
3

T1a、T1b の腎がん患者の術後10日以内の退院率

<解説>

指標6で示した腹腔鏡下手術の実施率に対し、本指標では腎がん患者の在院日数に着目し、腹腔鏡下手術を含む腎がん患者全体の退院率を示しています。腹腔鏡下手術の施行にあたっては、各病院が自院の状況と患者の状況を踏まえて術式を選択する必要がありますが、適切に術式を選択して腹腔鏡下手術を行うことで在院日数の短縮が可能となります。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、10日以内に退院した患者数

分母 腎悪性腫瘍(初発)のT1a、T1bで腎(尿管)悪性腫瘍手術が行われた患者数

<目標値>

70%以上

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



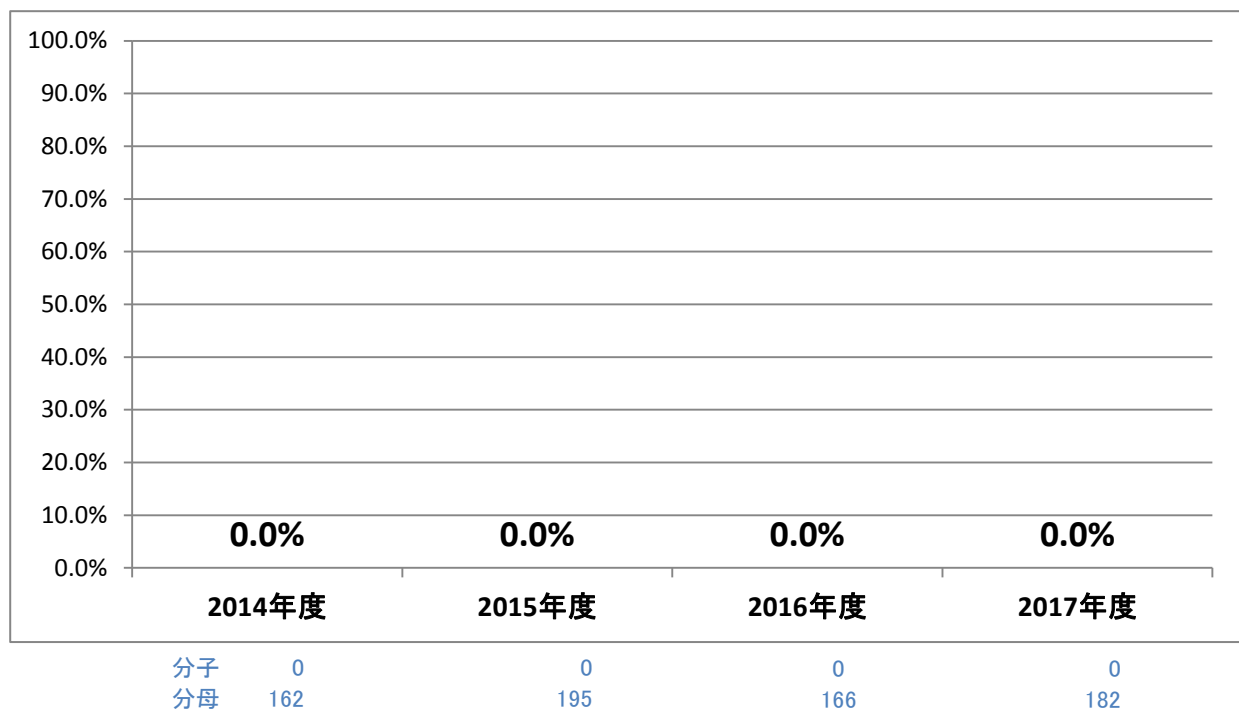
4

前立腺生検実施後の感染症の発生率

<解説>

前立腺生検の合併症として、感染(前立腺炎等)が起きることがあるため、予防に努めていくことが求められます。なお、本指標を算出するにあたり、分母に該当する患者について種々の除外条件を設定し、外来で実施した前立腺生検を含めていないことから、分母が実際の患者数とは異なります。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、感染症を発症した患者数

分母 前立腺がんまたは前立腺肥大症で、前立腺生検「D413 前立腺針生検法(注)」を実施した退院患者数(注)「A400 短期滞在手術基本料3ホD413前立腺生検法」を含む。

<目標値>

1%以下

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



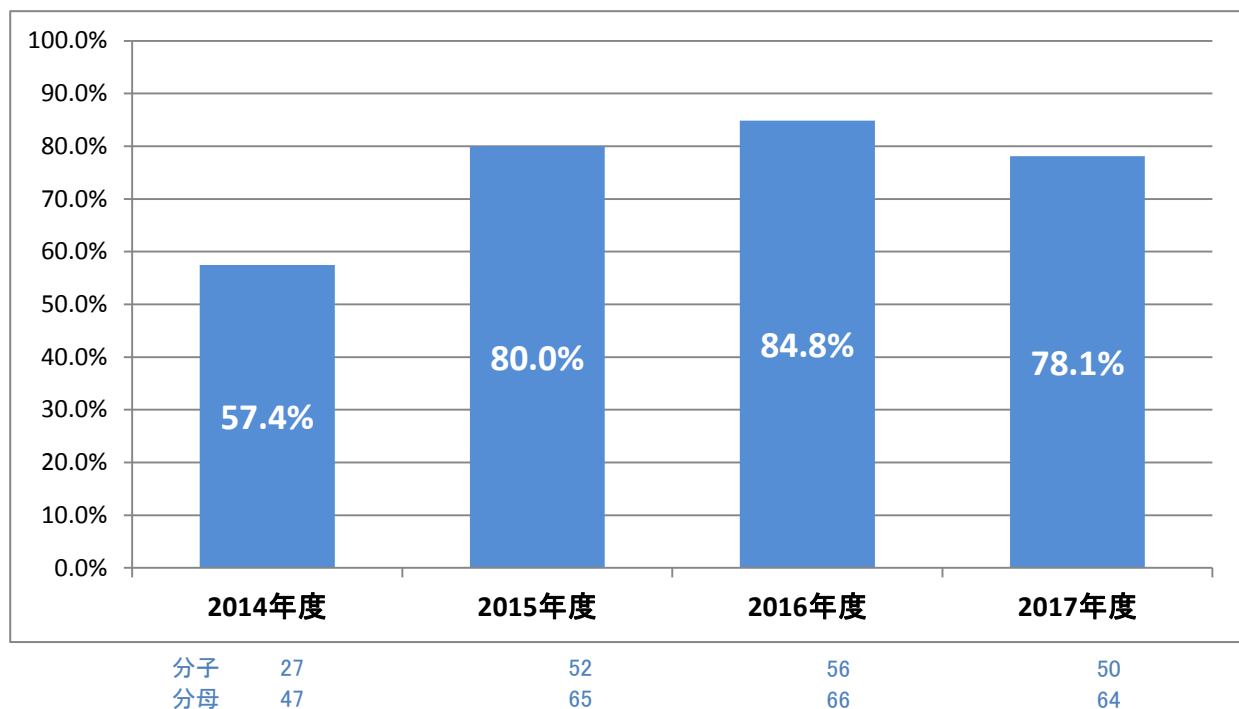
5

良性卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の実施率

＜解説＞

良性卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下手術のニーズは増えており、治療法の選択肢の一つとして、病院で対応できているかどうかの評価になり得ます。ただし、腹腔鏡下手術には、開腹手術とは異なる手術技術の習得と局所解剖の理解が不可欠であり、自院の体制や手術チームの習熟度に応じた適応基準を個々に決定することが必要となります。

＜当院の実績＞



＜算式＞

分子 分母のうち、腹腔鏡下手術を施行した患者数

分母 卵巣の良性新生物で、卵巣部分切除術(腔式を含む)または子宮附属器腫瘍摘出術を施行された患者数

＜目標値＞

50%以上

＜引用元＞

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



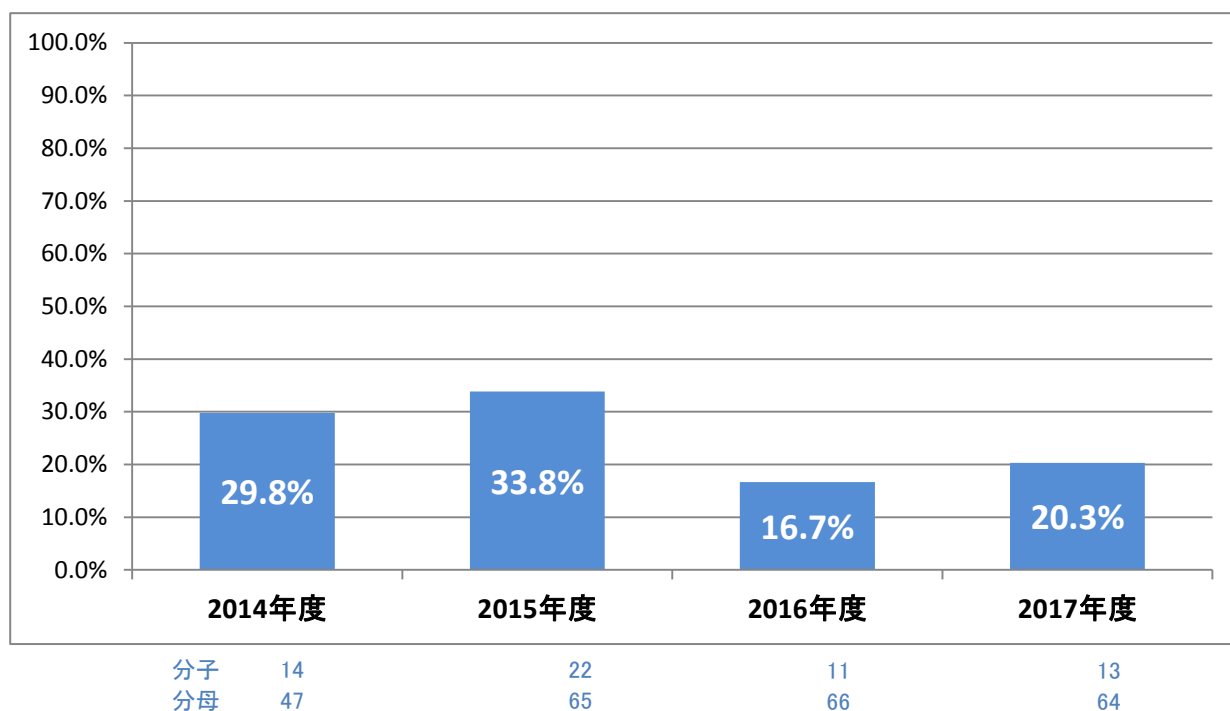
6

良性卵巣腫瘍患者に対する術後5日以内の退院率

＜解説＞

指標10で示した腹腔鏡下手術の実施率に対し、本指標では良性卵巣腫瘍患者の在院日数に着目し、腹腔鏡下手術を含む良性卵巣腫瘍患者全体の退院率を示しています。腹腔鏡下手術の施行にあたっては、各病院が自院の状況と患者の状況を踏まえて術式を選択する必要がありますが、適切に術式を選択して腹腔鏡下手術を行うことで在院日数の短縮が可能となります。

＜当院の実績＞



＜算式＞

分子 分母のうち、5日以内に退院した患者数

分母 卵巣の良性新生物で、卵巣部分切除術(腔式を含む)または子宮附属器腫瘍摘出術を施行された患者数

＜目標値＞

70%以上

＜引用元＞

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



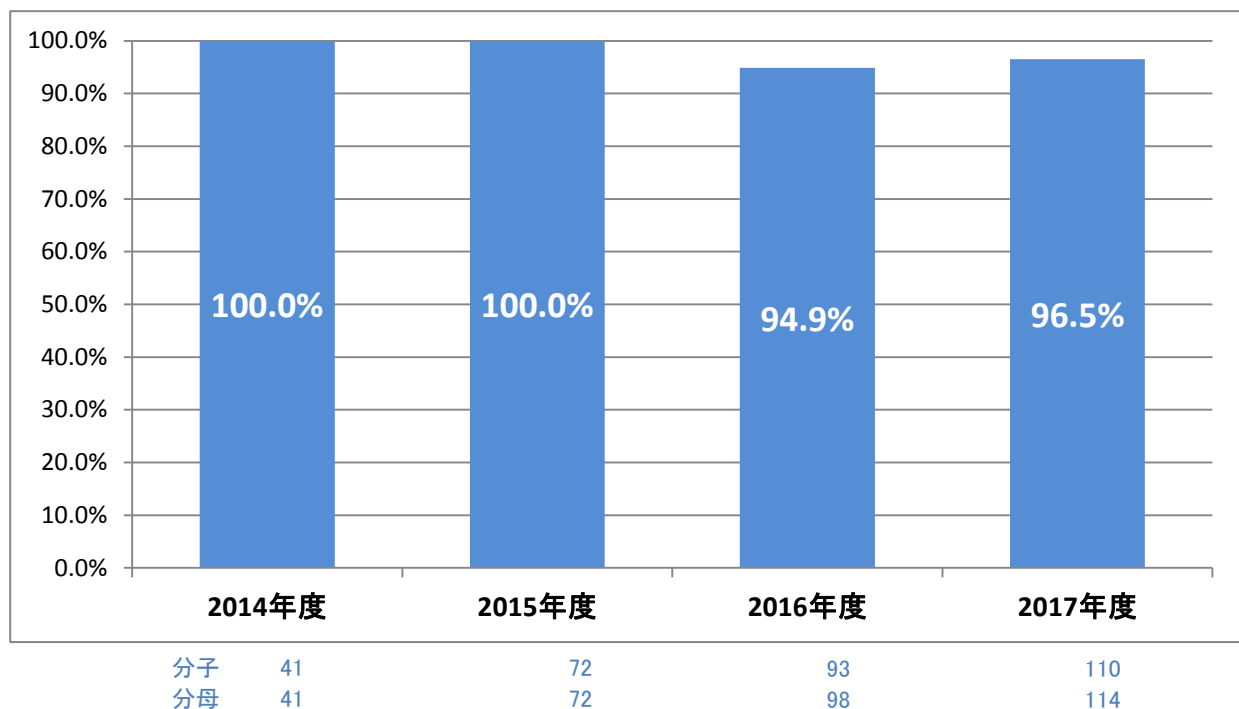
7

膀胱腫瘍手術施行患者における抗菌薬4日以内中止率

<解説>

周術期における抗菌薬の予防的投与は、術後感染症を予防するために有効な手段です。しかし、長期にわたる投与は多剤耐性菌の出現を引き起こします。清潔手術においては少なくとも3日以内、準清潔手術においては4日以内に投与を中止していくことが求められます。本指標は、股関節大腿近位骨折手術のため、清潔手術として3日以内に抗菌薬の予防投与が中止されているかをみています。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日目に、抗菌薬を投与されていない患者数

分母 膀胱腫瘍手術を施行された患者

<目標値>

90%以上

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



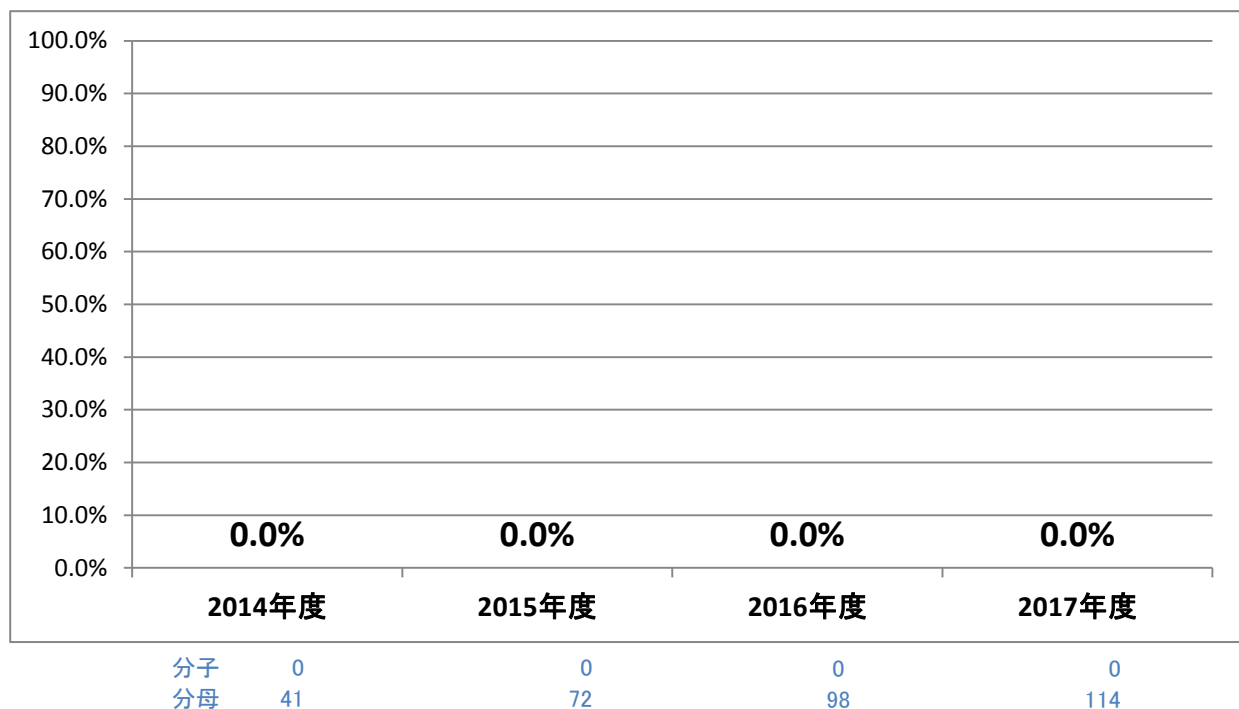
8

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

<解説>

本指標は、抗菌薬の予防が適切なタイミングで中止されたかをみる指標に対し、その後も長期に投与され続けられていないかをみるものです。術後の予防投与が一旦中止された後、別の要因で抗菌薬が再び投与されたケースも含まれる場合があります。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日後以降も7日以上連続して抗菌薬が投与された患者数

分母 膀胱腫瘍手術を施行された患者

<目標値>

2.5%以下

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



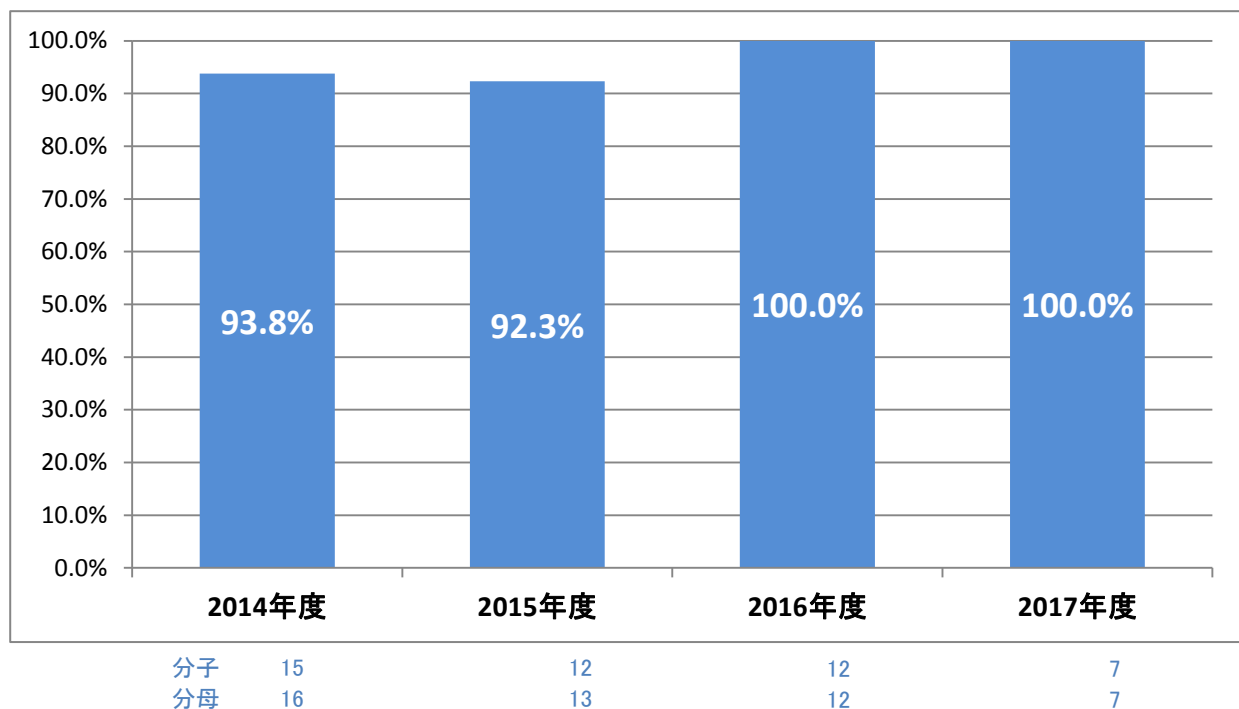
9

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

<解説>

周術期における抗菌薬の予防的投与は、術後感染症を予防するために有効な手段です。しかし、長期にわたる投与は多剤耐性菌の出現を引き起こします。清潔手術においては少なくとも3日以内、準清潔手術においては4日以内に投与を中止していくことが求められます。本指標は、股関節大腿近位骨折手術のため、清潔手術として3日以内に抗菌薬の予防投与が中止されているかをみています。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日目に、抗菌薬を投与されていない患者数

分母 経尿道的前立腺手術を施行された患者

<目標値>

90%以上

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



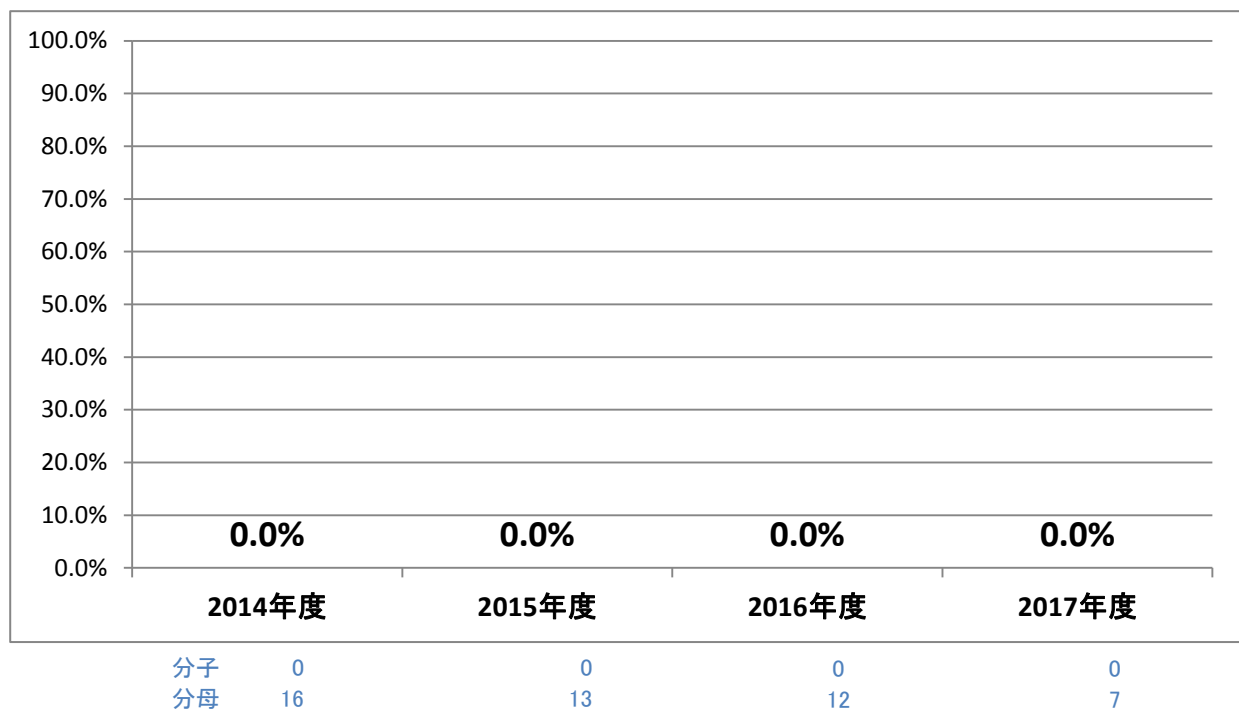
10

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

<解説>

本指標は、抗菌薬の予防が適切なタイミングで中止されたかをみる指標に対し、その後も長期に投与され続けられていないかをみるものです。術後の予防投与が一旦中止された後、別の要因で抗菌薬が再び投与されたケースも含まれる場合があります。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日後以降も7日以上連続して抗菌薬が投与された患者数

分母 経尿道的前立腺手術を施行された患者

<目標値>

2.5%以下

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



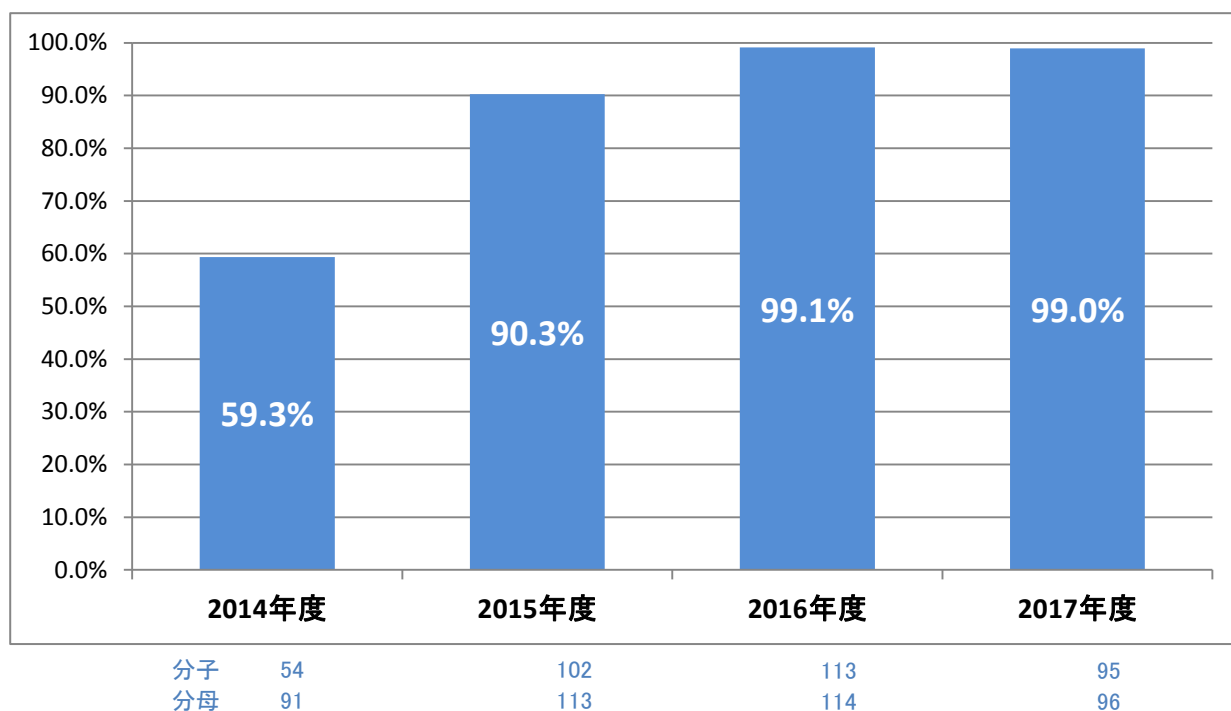
11

子宮全摘出術施行患者における抗菌薬4日以内中止率

<解説>

周術期における抗菌薬の予防的投与は、術後感染症を予防するために有効な手段です。しかし、長期にわたる投与は多剤耐性菌の出現を引き起こします。清潔手術においては少なくとも3日以内、準清潔手術においては4日以内に投与を中止していくことが求められます。本指標は、股関節大腿近位骨折手術のため、清潔手術として3日以内に抗菌薬の予防投与が中止されているかをみています。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日目に、抗菌薬を投与されていない患者数

分母 子宮全摘出術を施行された患者数

<目標値>

90%以上

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



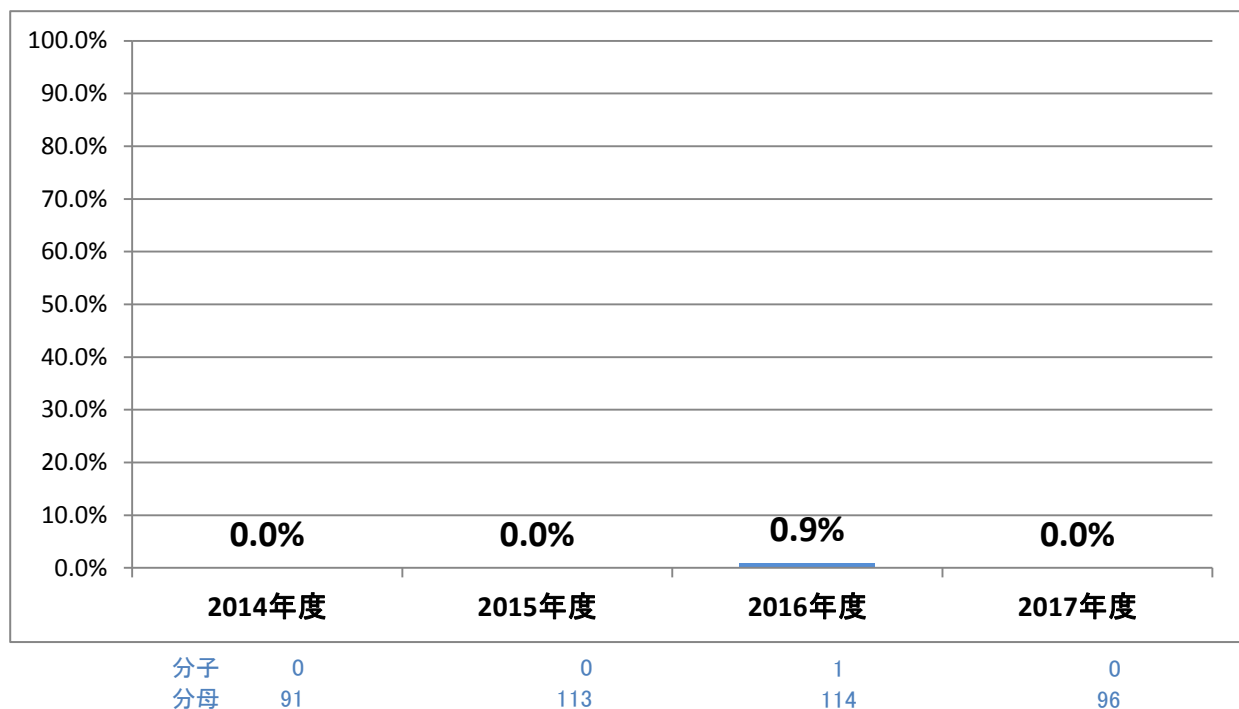
12

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

<解説>

本指標は、抗菌薬の予防が適切なタイミングで中止されたかをみる指標に対し、その後も長期に投与され続けられていないかをみるものです。術後の予防投与が一旦中止された後、別の要因で抗菌薬が再び投与されたケースも含まれる場合があります。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日後以降も7日以上連続して抗菌薬が投与された患者数

分母 子宮全摘出術を施行された患者数

<目標値>

2.5%以下

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



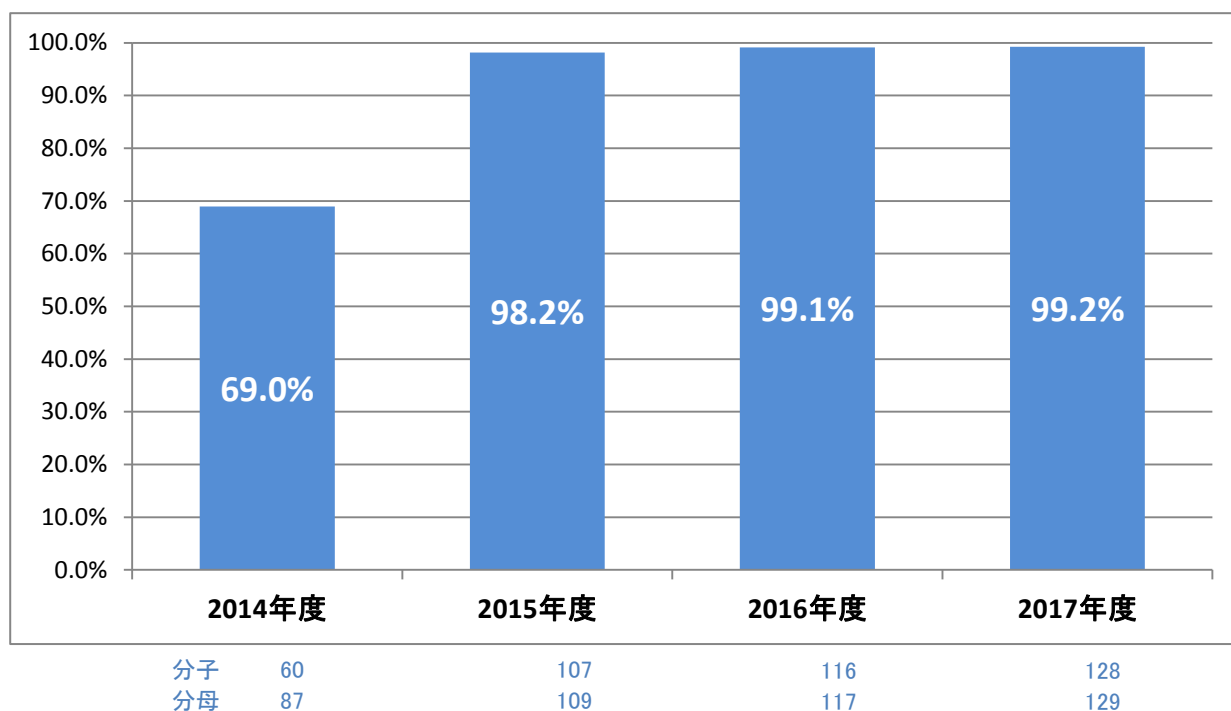
13

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

<解説>

周術期における抗菌薬の予防的投与は、術後感染症を予防するために有効な手段です。しかし、長期にわたる投与は多剤耐性菌の出現を引き起こします。清潔手術においては少なくとも3日以内、準清潔手術においては4日以内に投与を中止していくことが求められます。本指標は、股関節大腿近位骨折手術のため、清潔手術として3日以内に抗菌薬の予防投与が中止されているかをみています。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日目に、抗菌薬を投与されていない患者数

分母 子宮附属器腫瘍摘出術を施行された患者数

<目標値>

90%以上

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



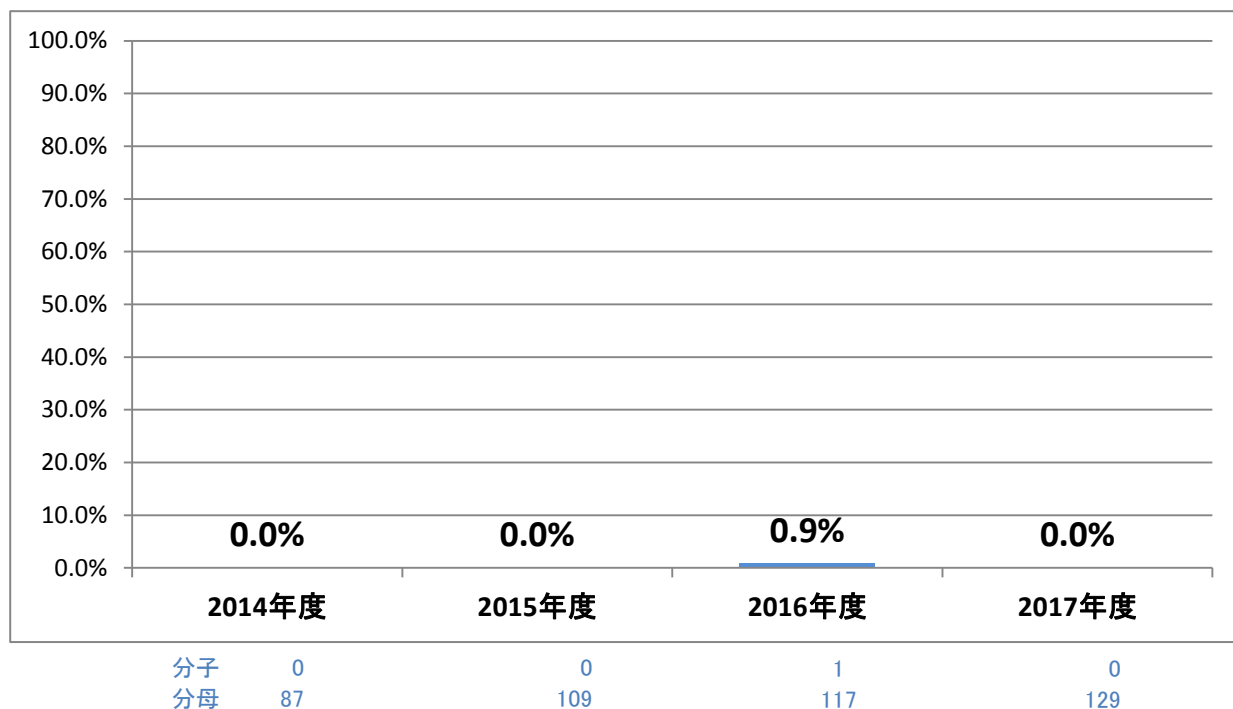
14

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

<解説>

本指標は、抗菌薬の予防が適切なタイミングで中止されたかをみる指標に対し、その後も長期に投与され続けられていないかをみるものです。術後の予防投与が一旦中止された後、別の要因で抗菌薬が再び投与されたケースも含まれる場合があります。

<当院の実績>



<算式>

分子 分母のうち、手術当日から数えて5日後以降も7日以上連続して抗菌薬が投与された患者数

分母 子宮附属器腫瘍摘出術を施行された患者数

<目標値>

2.5%以下

<引用元>

国立病院機構 臨床評価指標 Ver.3.1 2017
(http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)



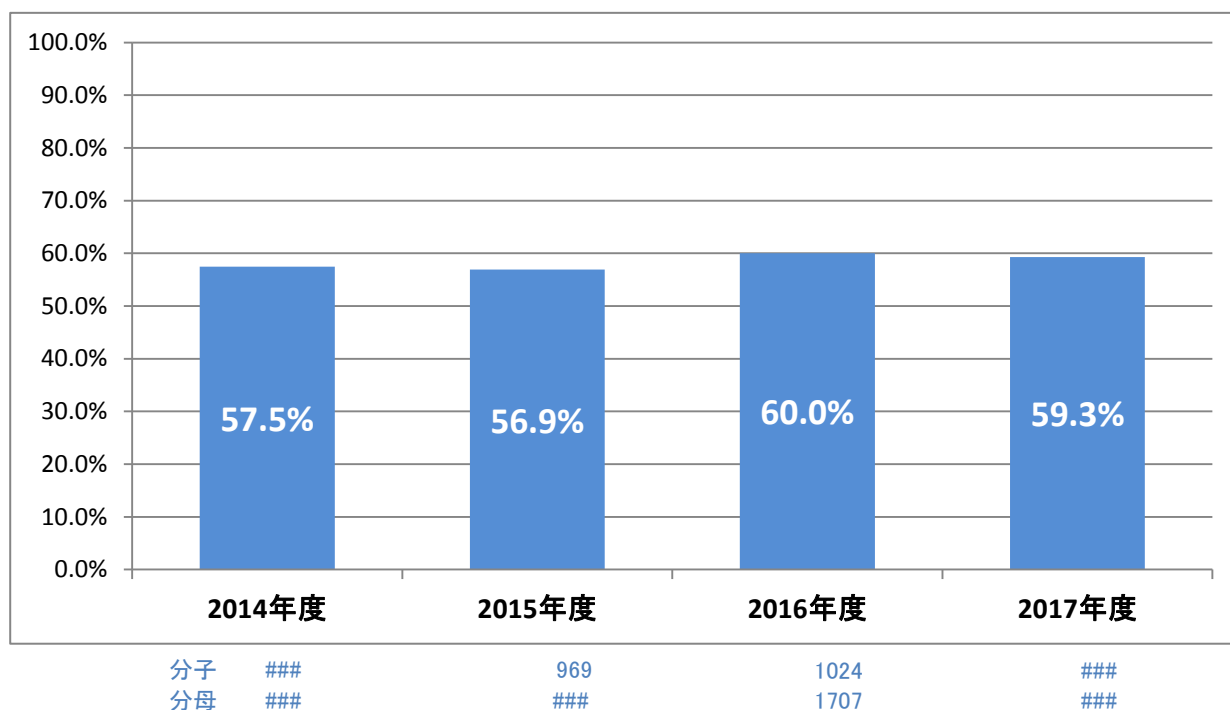
15

糖尿病患者の血糖コントロール

<解説>

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかを見ることとしました。HbA1cは、過去2～3か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度はHbA1cに比例しており、合併症を予防するためには、HbA1cを7.0%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1cが7.0%以下にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の1つであると考えられます。ただし、インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知症があり食事したことを記憶できない患者、低血糖を感知できない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であり、専門医があえてHbA1cを高めに維持している患者もいます。したがって、すべての患者で、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。

<当院の実績>



<算式>

分子 HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

分母 糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
(分母除外:運動療法または食事療法のための糖尿病患者)

<引用元>

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告



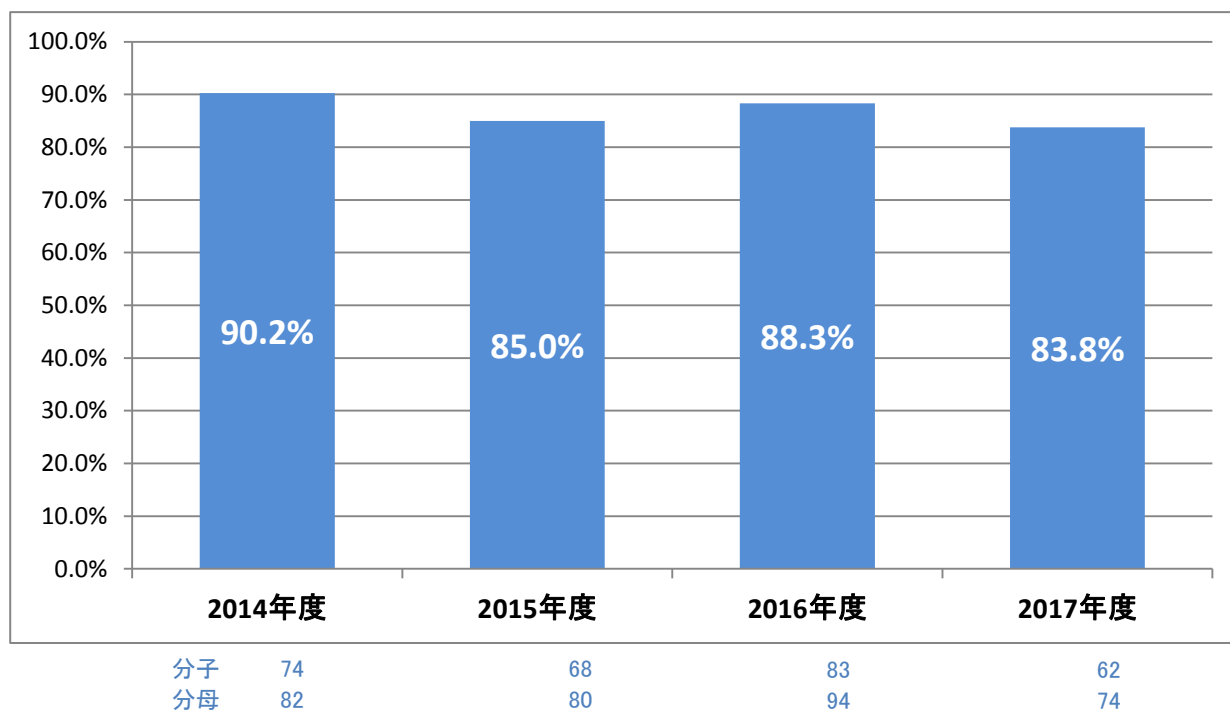
16

急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合

<解説>

急性心筋梗塞は通常発症後2~3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン(81-162mg)の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方率をみています。この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

<当院の実績>



<算式>

分子 退院時にアスピリンが投与された患者数

分母 急性心筋梗塞で入院した患者数

<引用元>

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告



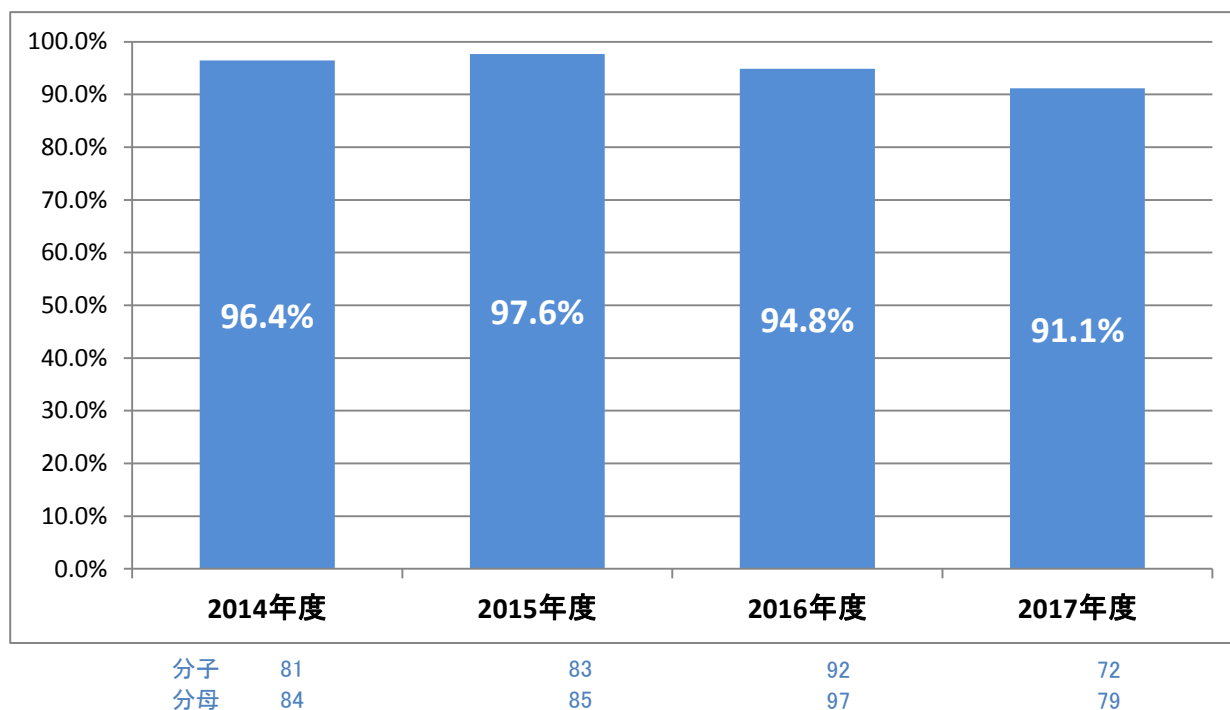
17

急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合

<解説>

急性心筋梗塞において、血小板による血管閉塞および心筋との需要供給関係の破綻、心筋のリモデリングが問題であり、過去の報告から抗血小板薬およびβ-遮断薬の投与が必須であることはいうまでもありません。過去の欧米のガイドラインにおいても、急性期におけるアスピリンおよびβ-遮断薬の処方は、Class I となっています。これらは心筋梗塞量の減少やイベント抑制にかかわっているため、医療の質を示すのには適した指標と考えられます。

<当院の実績>



<算式>

分子 入院後2日以内にアスピリンが投与された患者数

分母 急性心筋梗塞で入院した患者数

<引用元>

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告



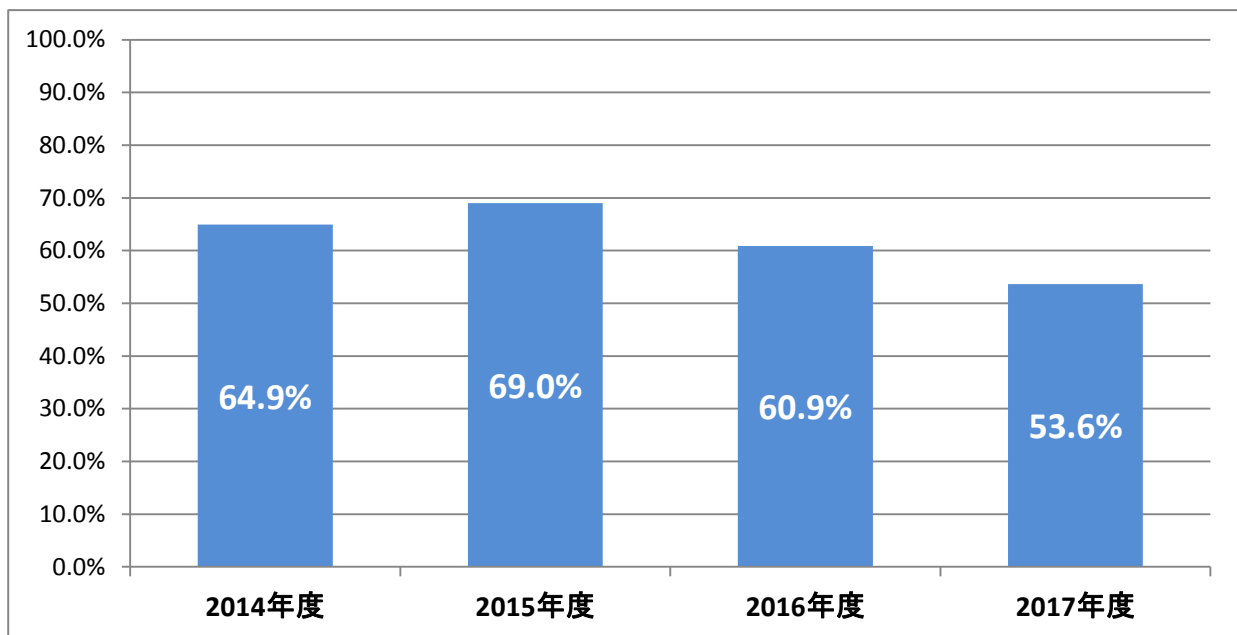
18

急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

<解説>

急性心筋梗塞は通常発症後2~3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン(81-162mg)の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方率をみています。この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

<当院の実績>



分子	50	49	56	37
分母	77	71	92	69

<算式>

分子 退院時にβ ブロッカーが投与された患者数

分母 急性心筋梗塞で入院した患者数

<引用元>

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告



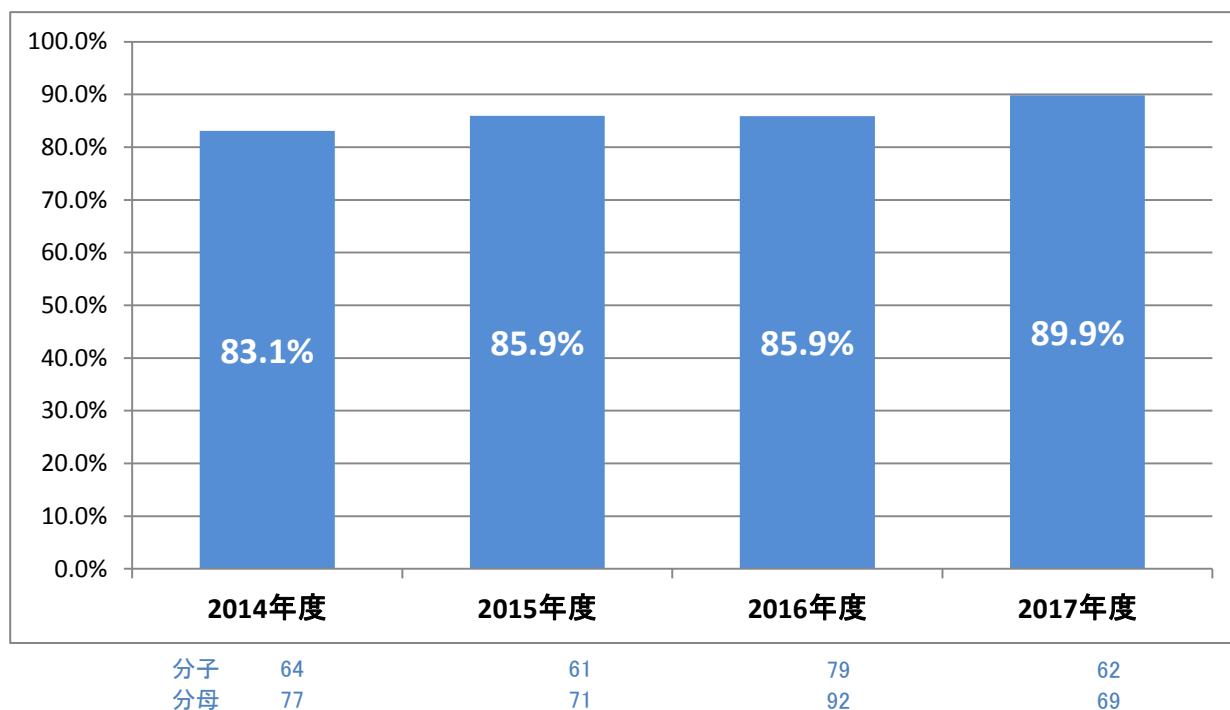
19

急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

<解説>

急性心筋梗塞は通常発症後2~3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン(81-162mg)の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方率をみています。この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

<当院の実績>



<算式>

分子 退院時にスタチンが投与された患者数

分母 急性心筋梗塞で入院した患者数

<引用元>

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告

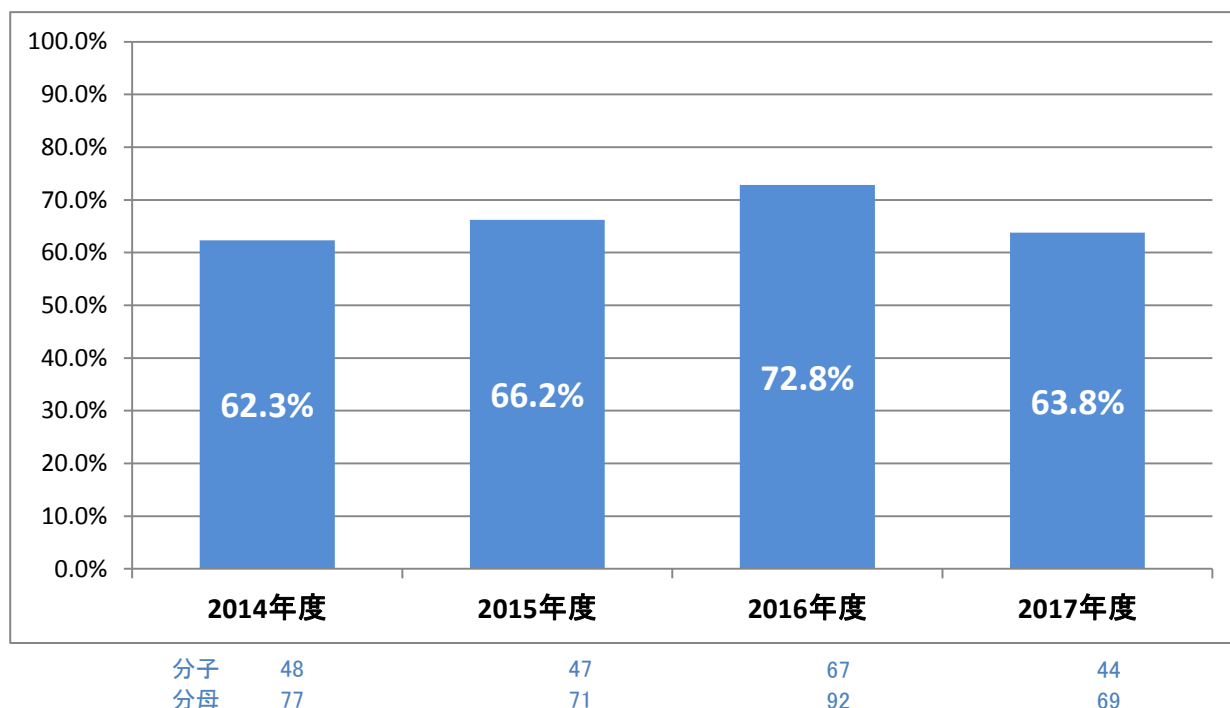


急性心筋梗塞患者における退院時ACE阻害剤もしくはARB投与割合

<解説>

急性心筋梗塞は通常発症後2~3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン(81-162mg)の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方率をみています。この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

<当院の実績>



<算式>

分子 退院時にACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母 急性心筋梗塞で入院した患者数

<引用元>

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告

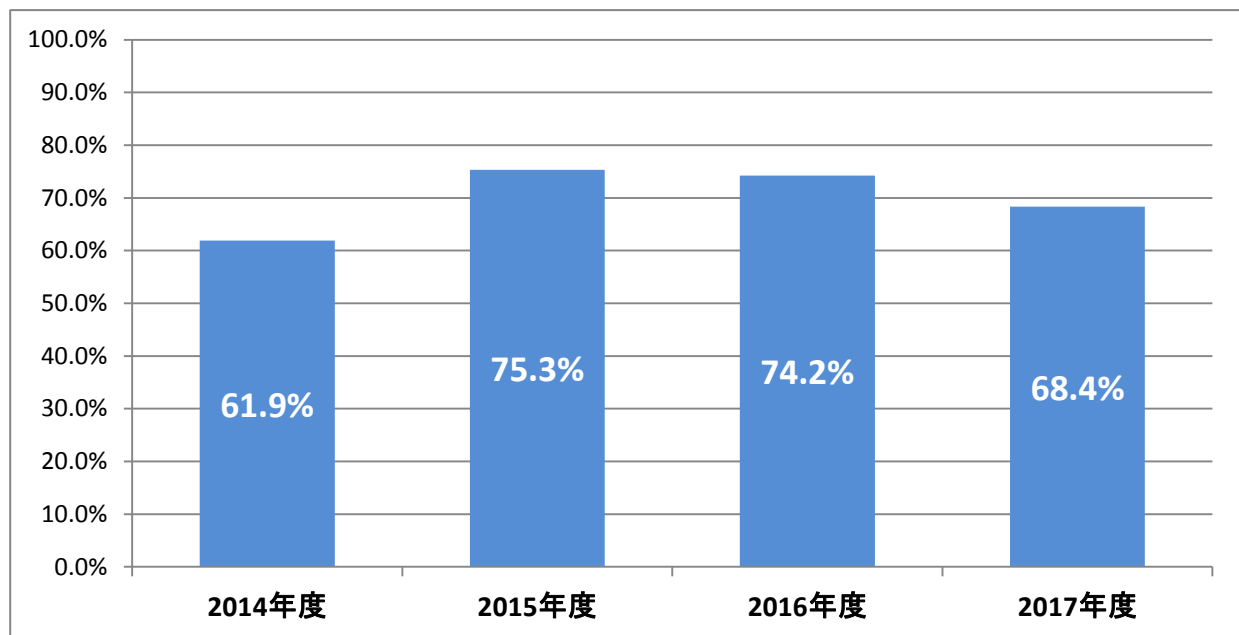


急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合

＜解説＞

急性心筋梗塞は通常発症後2～3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、β-遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン(81-162mg)の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方率をみています。この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

＜当院の実績＞



分子	52	64	72	54
分母	84	85	97	79

＜算式＞

分子 ACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母 急性心筋梗塞で入院した患者数

＜引用元＞

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告



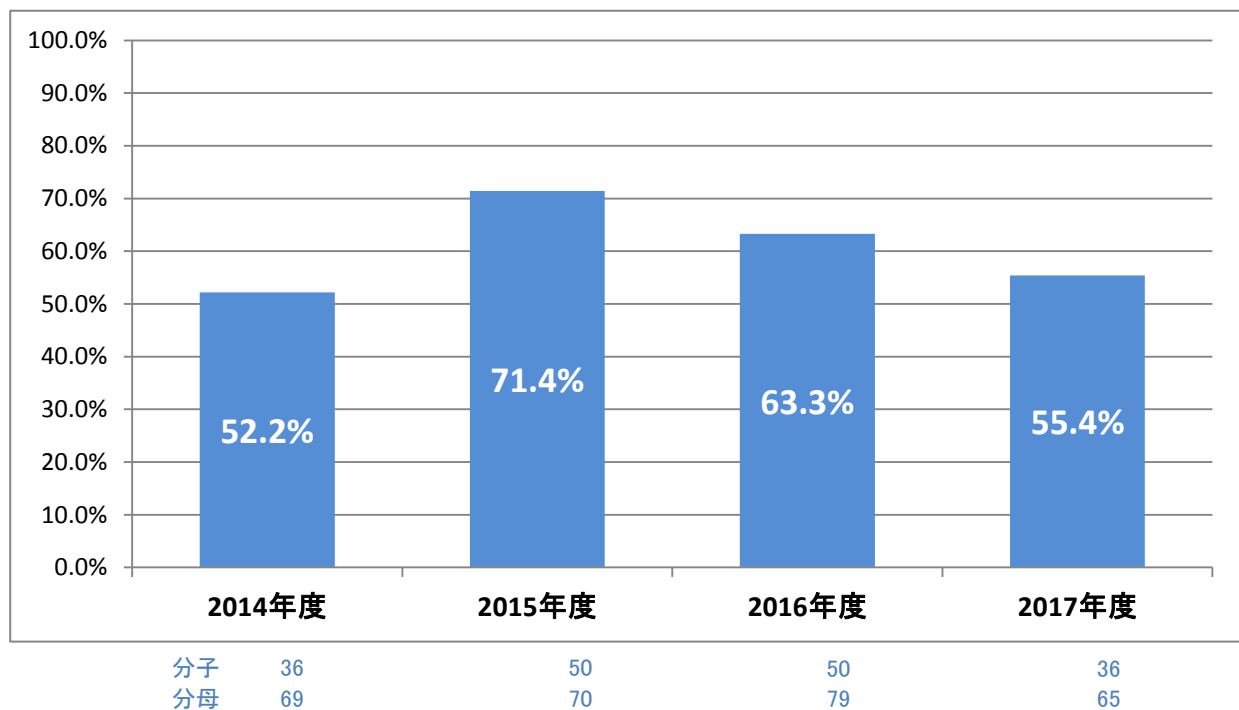
22

急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

<解説>

急性心筋梗塞の治療には、発症後可能な限り早期に再灌流療法（閉塞した冠動脈の血流を再開させる治療）を行うことが、生命予後の改善に重要です。現在、発症後12時間以内は早期再灌流療法の適応とされ、主にバルーンやステントを使用したPCIが行われます。また、血栓吸引療法を併用する場合があります。病院到着(door)からPCI(balloon)までの時間は、急性心筋梗塞と診断されてから、緊急心臓カテーテル検査と治療のためのスタッフならびにカテーテル室の準備、さらにPCIの手技までを含む複合的な時間であり、door-to-balloon時間と呼ばれます。具体的にはdoor-to-balloon時間が90分以内であること、あるいは90分以内に再灌流療法が施行された患者の割合が50%以上という指標が用いられます。本指標では、「経皮的冠動脈形成術(K546)施行例のうち、入院後90分以内に施行(K5461)した症例の割合」として算出を行います。すなわち、「K546 経皮的冠動脈形成術」のうち、「1.急性心筋梗塞に対するもの」の算定条件には「症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(door to balloon time)が90分以内であること」の記載がありますので、本項目の算定を「90分以内の実施」としてカウントします。

<当院の実績>



<算式>

分子 来院後90分以内に手技を受けた患者数

分母 18歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数

<引用元>

日本病院会 2017年度QIプロジェクト結果報告