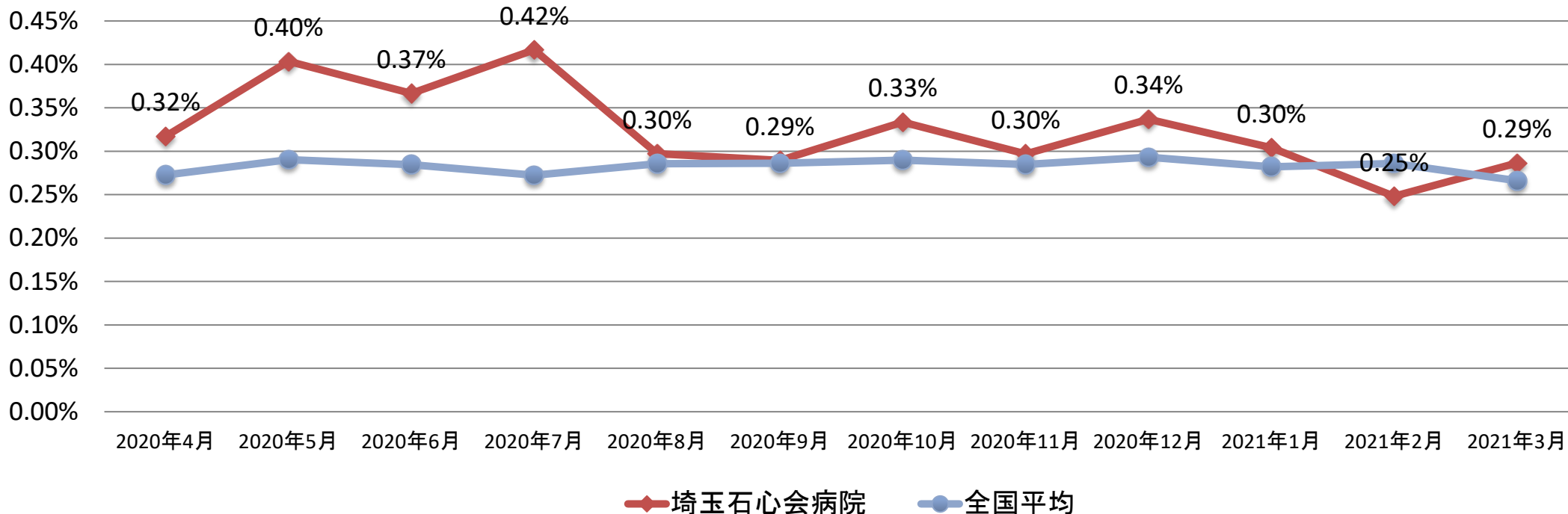


入院患者の転倒・転落発生率



指標の説明

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

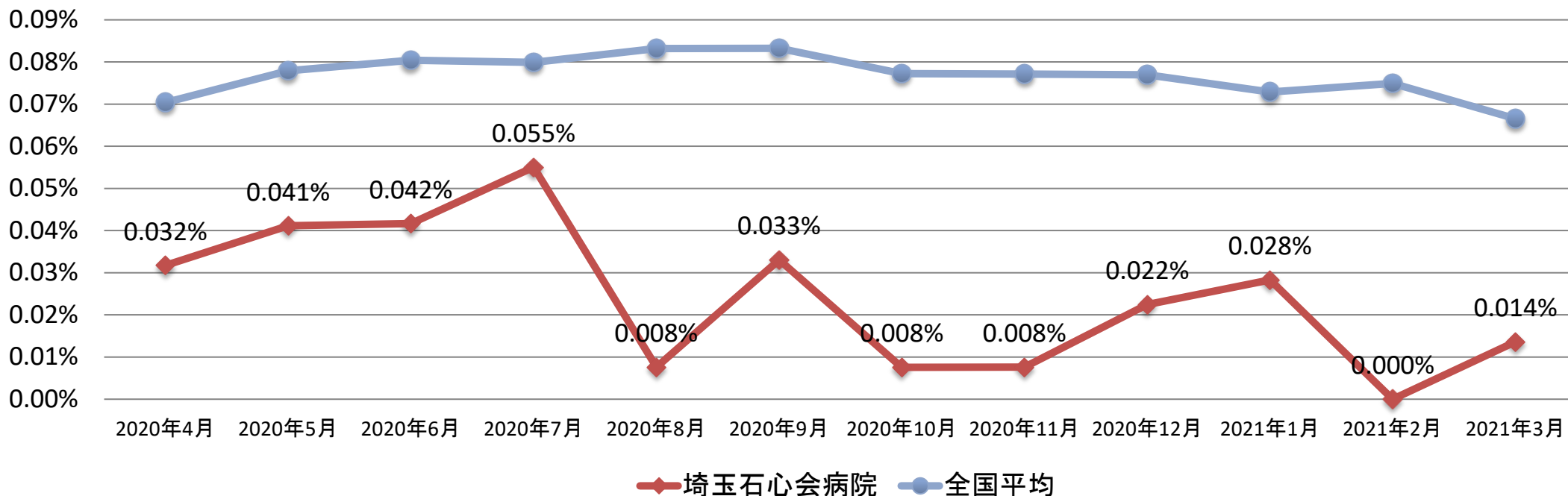
算出方法

医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数／入院延べ患者数

値の解釈

より低い値が望ましい

入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



指標の説明

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

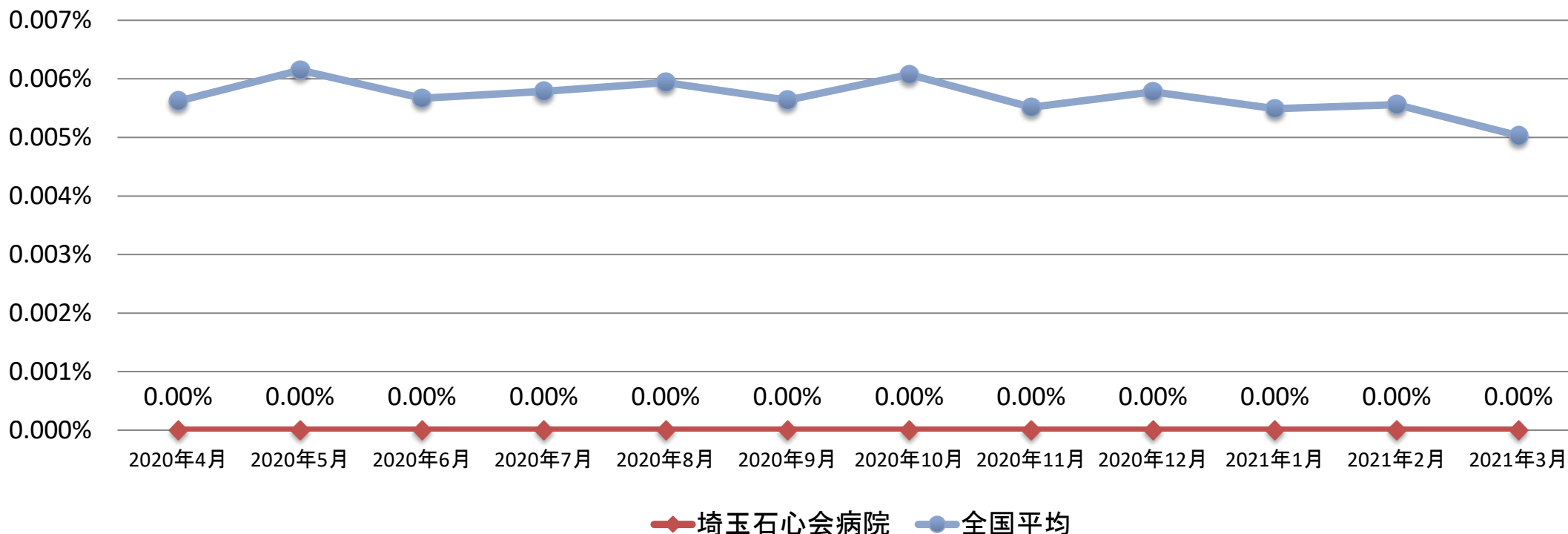
算出方法

医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の転倒・転落件数／入院延べ患者数

値の解釈

より低い値が望ましい

入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



指標の説明

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

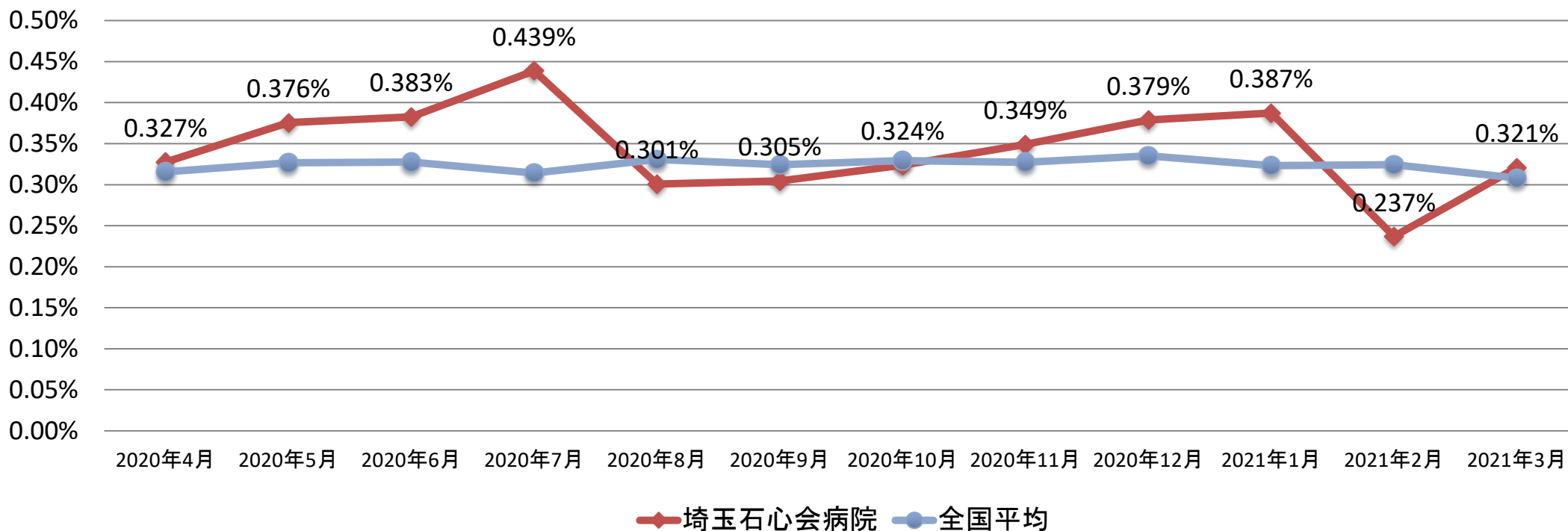
算出方法

医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の転倒・転落件数／入院延べ患者数

値の解釈

より低い値が望ましい

65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



指標の説明

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

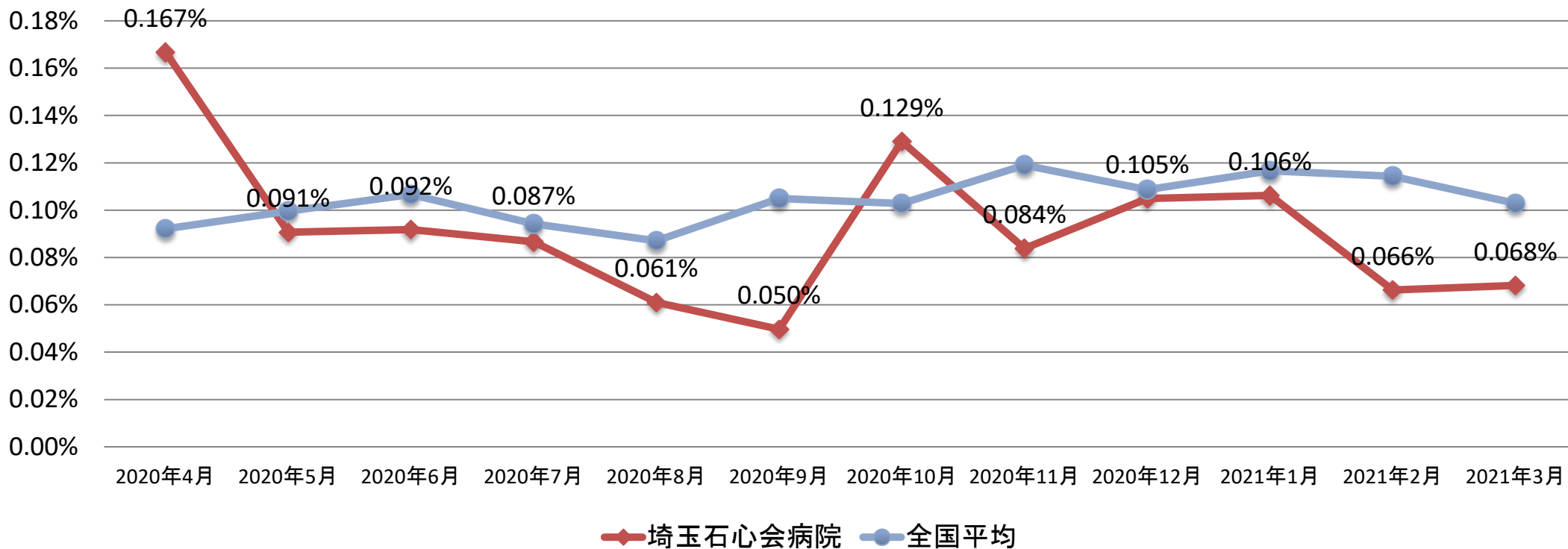
算出方法

医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち65歳以上の転倒・転落件数／65歳以上の入院延べ患者数

値の解釈

より低い値が望ましい

褥瘡発生率



指標の説明

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

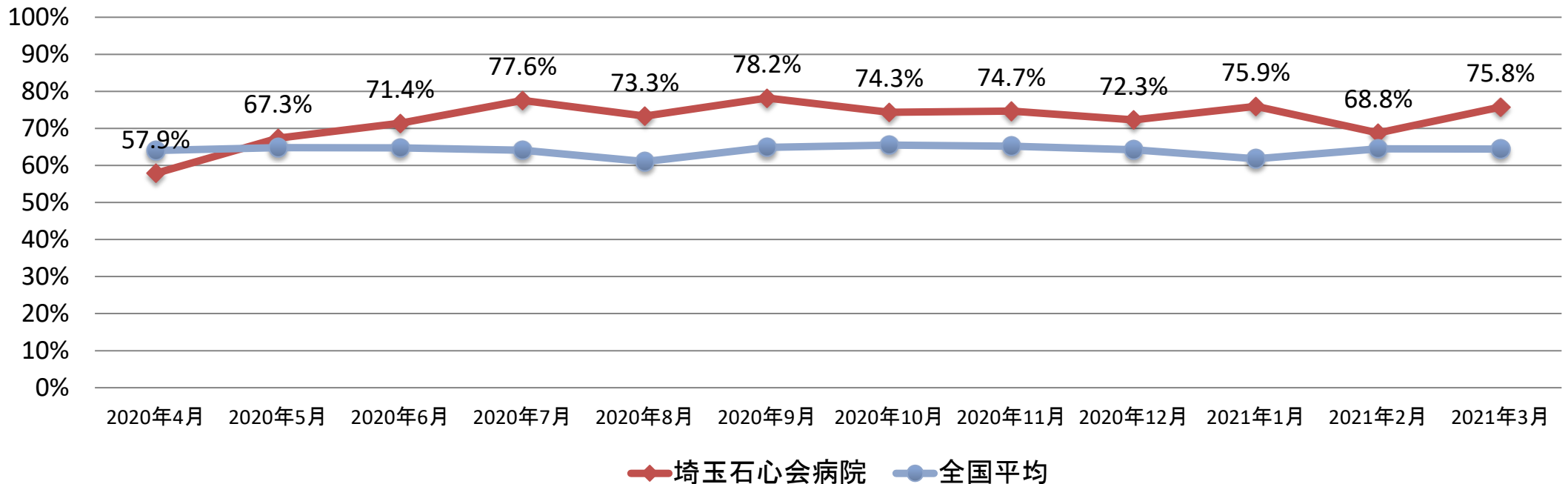
算出方法

d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数 / 入院延べ患者数(同日入退院患者、褥瘡持込患者、調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く)

値の解釈

より低い値が望ましい

紹介率



指標の説明

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

算出方法

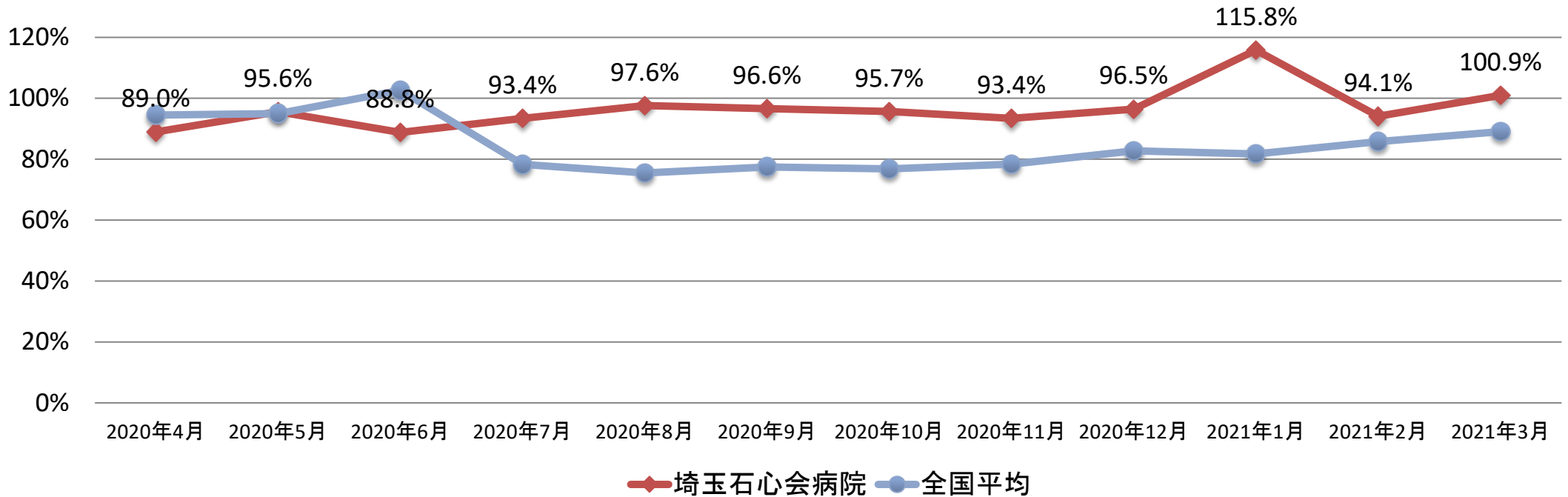
紹介初診患者数 / 初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数)

※地域医療支援病院の定義に準拠

値の解釈

より高い値が望ましい

逆紹介率



指標の説明

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

算出方法

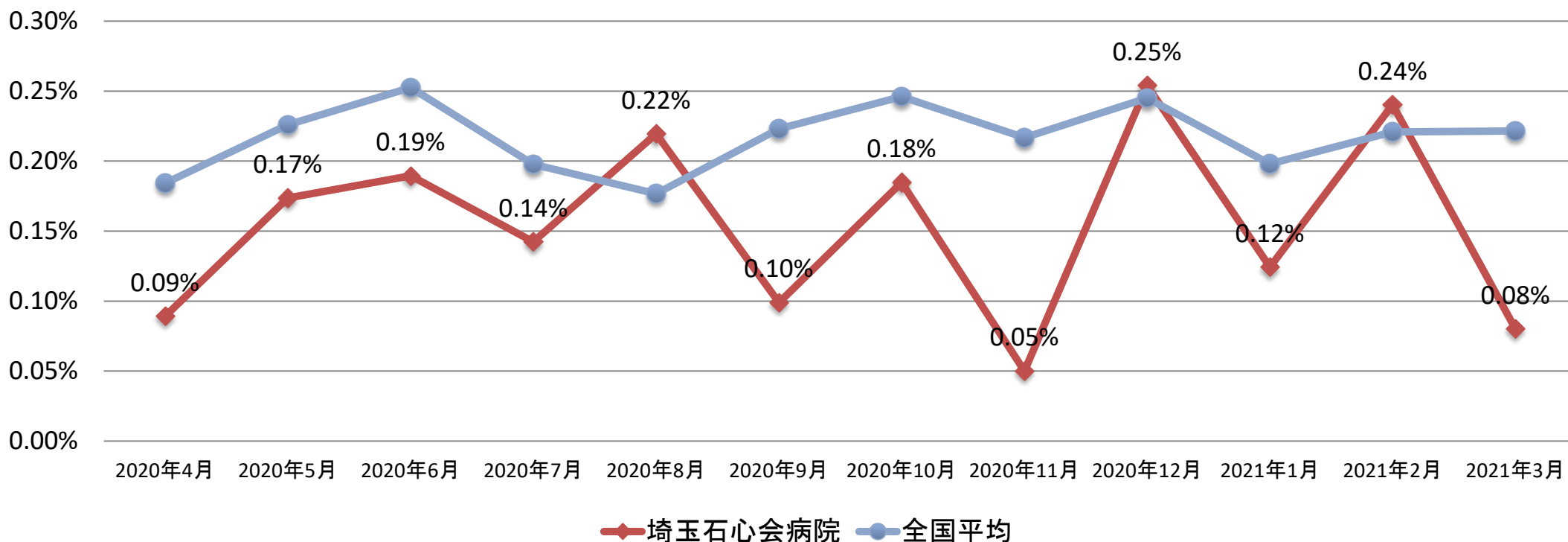
逆紹介初診患者数 / 初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数)

※地域医療支援病院の定義に準拠

値の解釈

より高い値が望ましい

症候性尿路感染症発生率



指標の説明

尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約40%を占め、その80%が尿道留置カテーテルによるもの、すなわちCAUTI(カテーテル関連尿路感染症)です。医療機関で起こる血流感染の15%はCAUTIの合併症であると推計されており、その寄与死亡率は15%を超えます。CAUTIのリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTIの65%-70%は予防可能と推計されています。この指標は、尿道留置カテーテルを使用した患者さんのうち、尿路感染症になった方の割合を示しています。

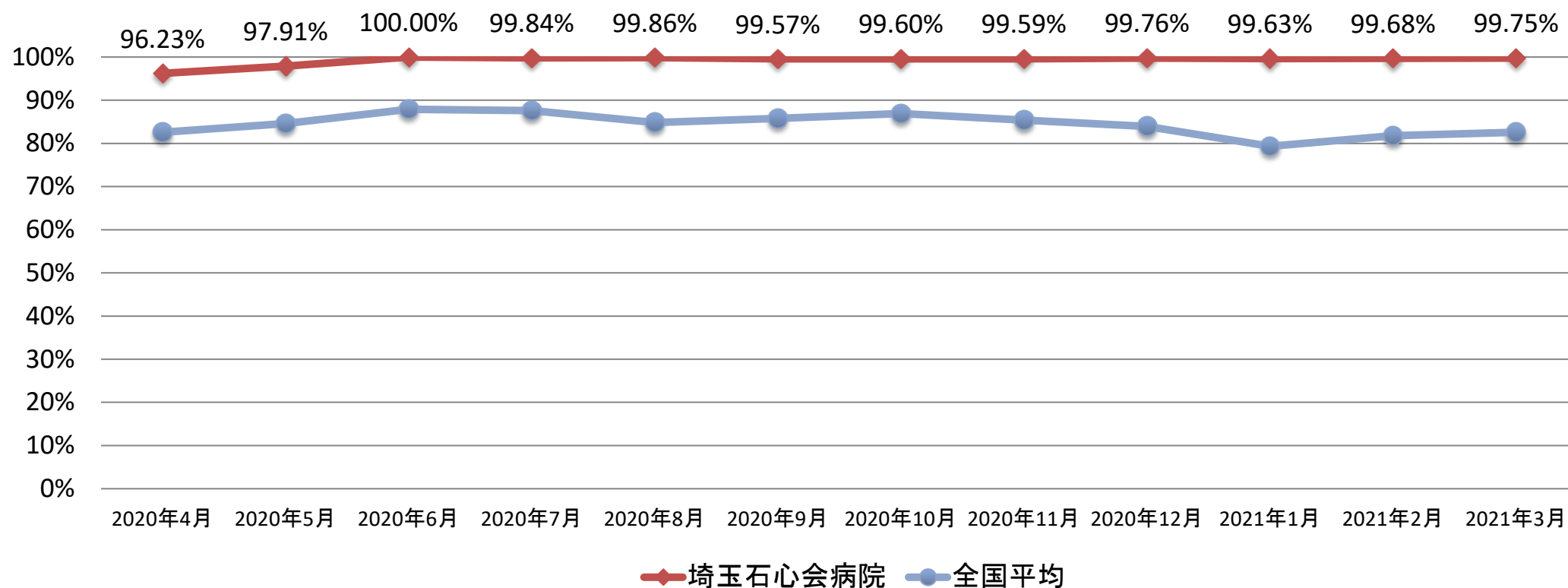
算出方法

分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数 / 入院患者における延べ尿道留置カテーテル使用日数

値の解釈

より低い値が望ましい

救急車・ホットラインの応需率



指標の説明

救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できません。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかわります。

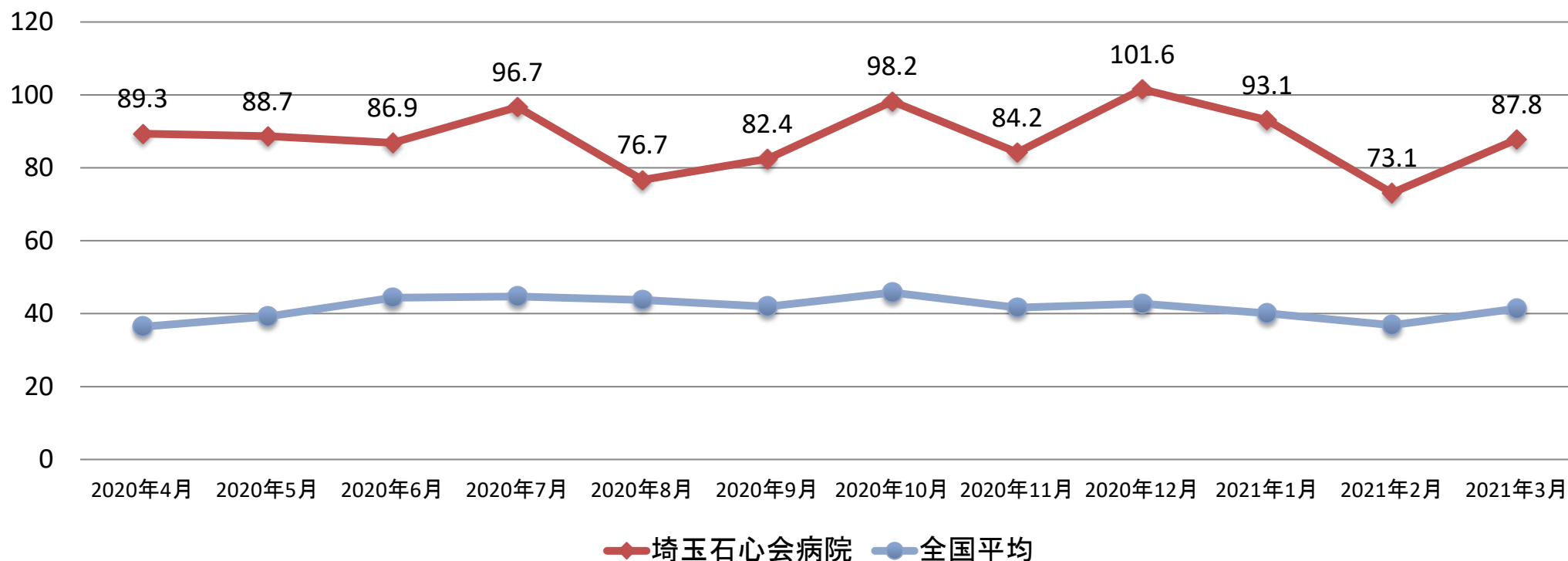
算出方法

救急車で来院した患者数／救急車受け入れ要請人数

値の解釈

より高い値が望ましい

1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数



指標の説明

インシデントとは、誤った医療行為などが患者さんに実施される前に発見されたもの、あるいは実施されたとしても結果として患者さんに影響がなかったものをいいます(ヒヤリ・ハットとも呼びます)。それに対し、アクシデントはいわゆる医療事故のことで、医療にかかわる場所で医療の全過程において発生する人身事故のことで、医療従事者の過失による「医療過誤」、医療従事者が被害者である事故を含みます。医療行為は軽微なものから重篤なものまでを含め、常にインシデント・アクシデントが発生する危険にさらされています。インシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。

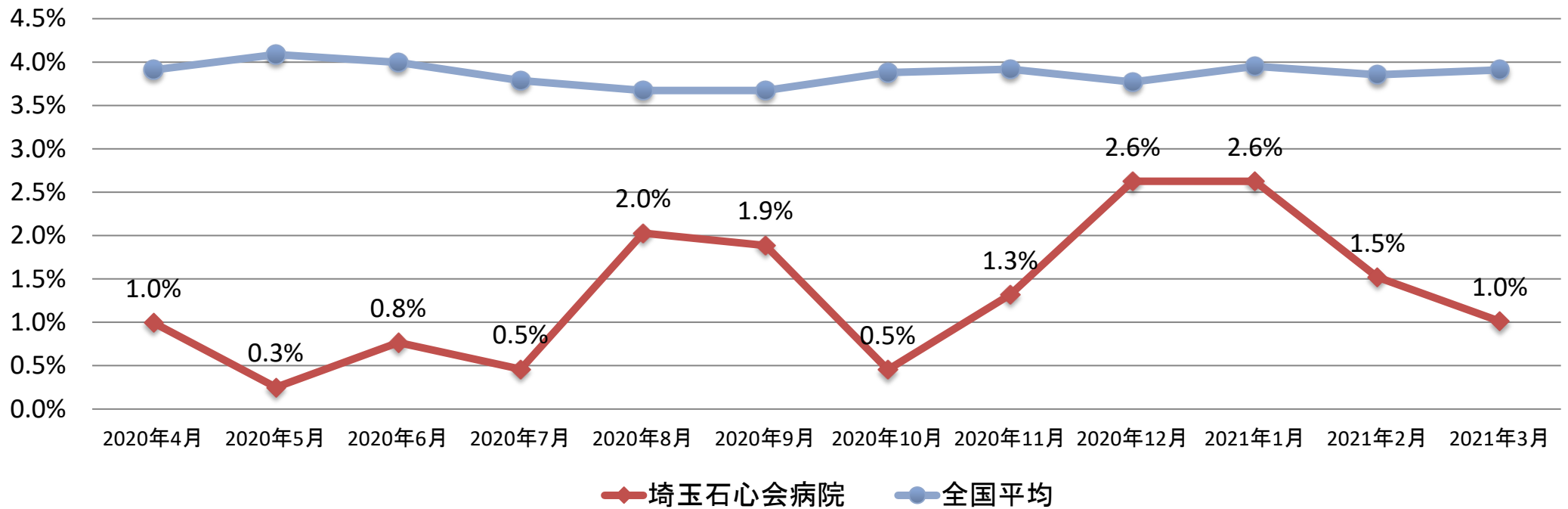
算出方法

調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数 × 100 / 許可病床数

値の解釈

多いから悪い、少ないから良いということは無く、インシデント・アクシデントをきちんと報告できる風土、仕組みづくりがあることが望ましいとされています。

インシデント・アクシデント全報告中 医師による報告の占める割合



指標の説明

インシデントとは、誤った医療行為などが患者さんに実施される前に発見されたもの、あるいは実施されたとしても結果として患者さんに影響がなかったものをいいます(ヒヤリ・ハットとも呼びます)。それに対し、アクシデントはいわゆる医療事故のことで、医療にかかわる場所で医療の全過程において発生する人身事故のことです。医療従事者の過失による「医療過誤」、医療従事者が被害者である事故を含みます。医療行為は軽微なものから重篤なものまでを含め、常にインシデント・アクシデントが発生する危険にさらされています。インシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。

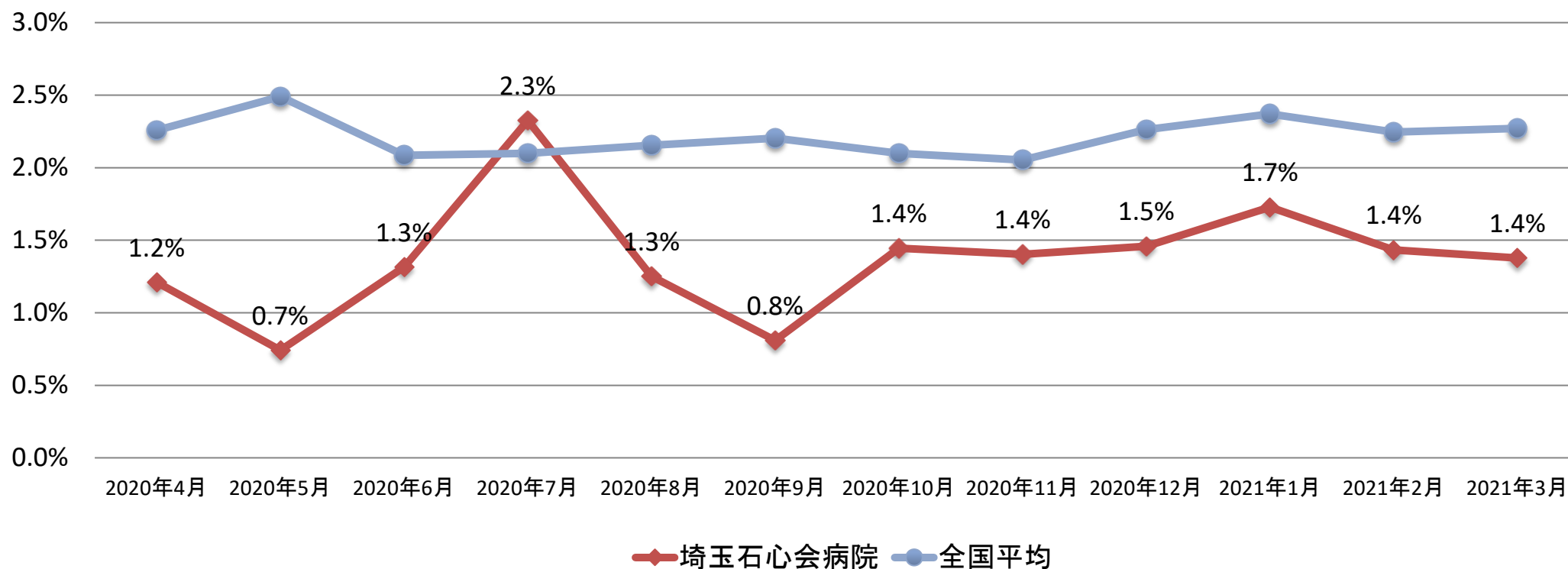
算出方法

分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数 / 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数

値の解釈

一般的に医師からの報告が低いと言われており、より高い方がその医療機関の医師の医療安全意識が高い可能性があります。

30日以内の予定外再入院率



指標の説明

患者の中には、退院後 比較的早期に予定外の再入院をすることがあります。その背景としては、前回入院時の治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態で患者に早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。

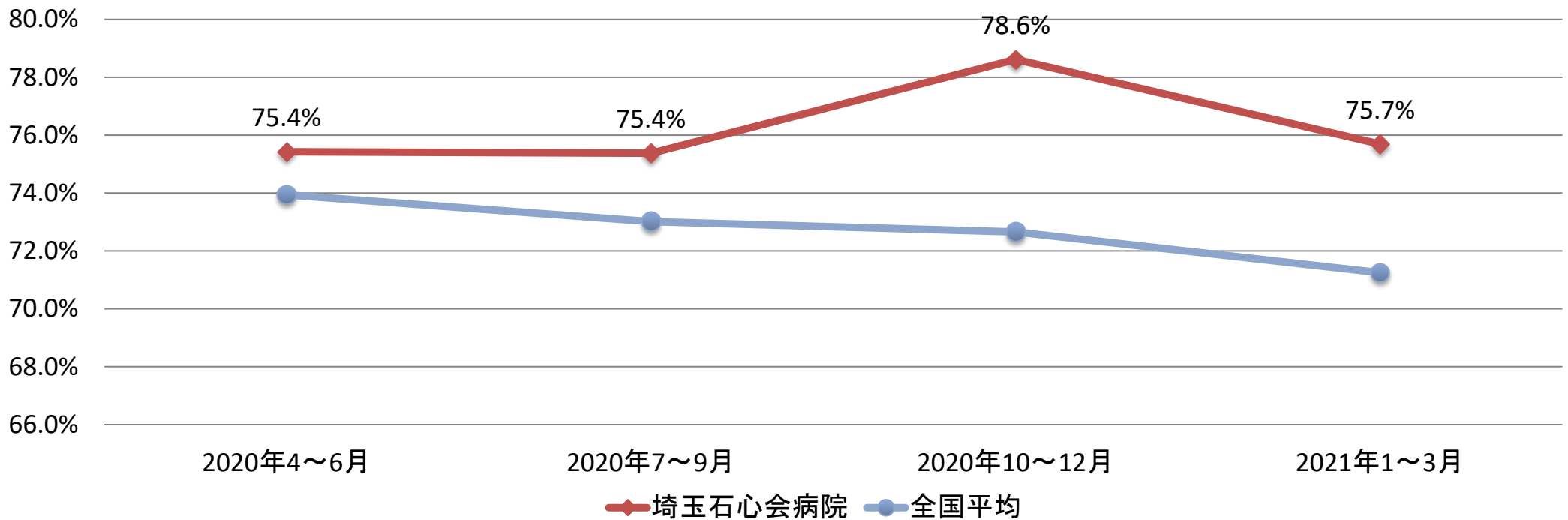
算出方法

前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数 / 退院患者数

値の解釈

より低い方が望ましい

統合指標(Composite Measures) 【虚血性心疾患】



指標の説明

Composite Measuresはその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうかを評価できます。

この指標は、虚血性心疾患7指標を統合したものです。

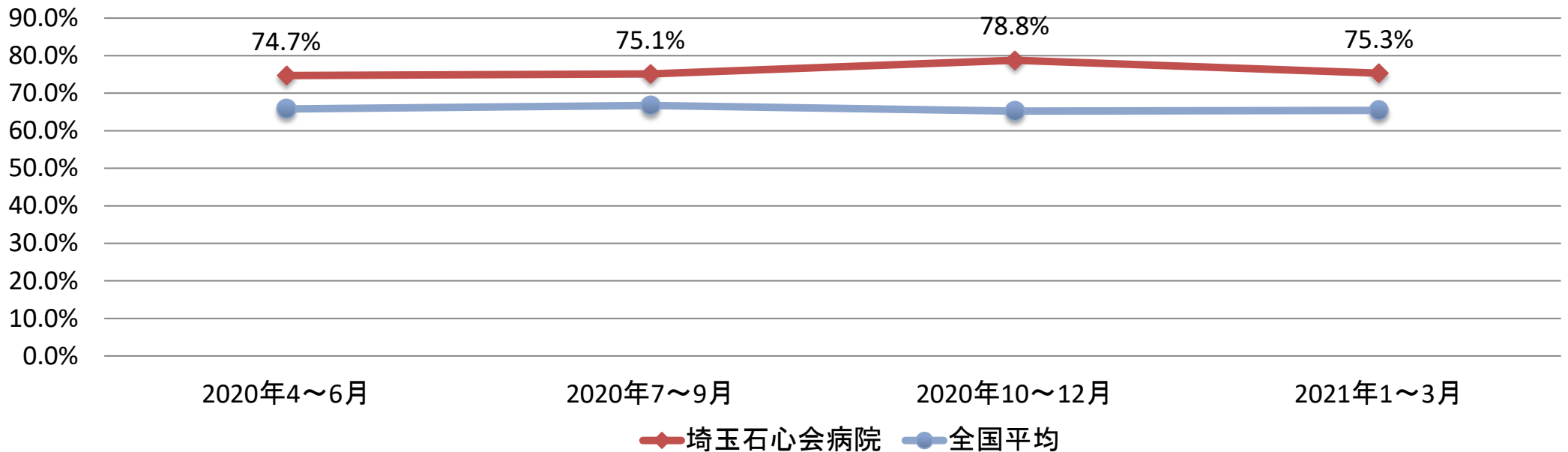
算出方法

急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合、退院時血小板薬投与割合、退院時βブロッカー投与割合、退院時スタチン投与割合、退院時ACE阻害剤もしくはARB投与割合、ACE阻害剤もしくはARB投与割合、急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合の、分子の合計／分母の合計

値の解釈

より高い方が望ましい

統合指標(Composite Measures) 【脳卒中】



指標の説明

Composite Measuresはその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうか評価できます。

この指標は、脳卒中5指標を統合したものです。

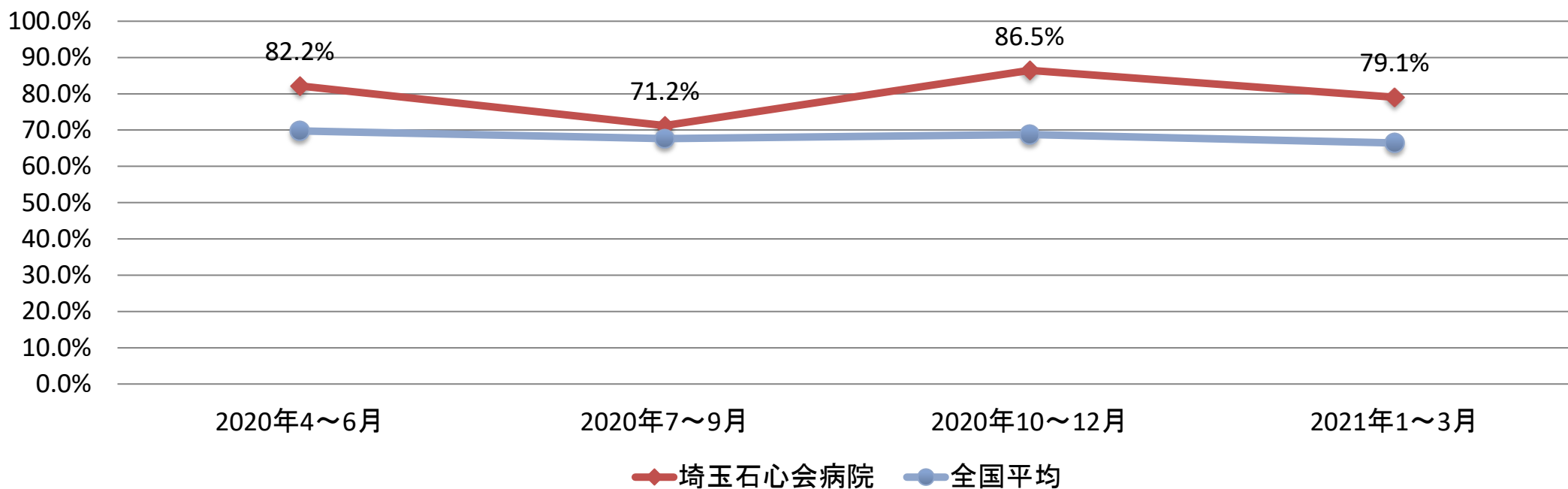
算出方法

脳卒中患者の第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合、退院時血小板薬処方割合、退院時スタチン処方割合、心房細動を伴う患者への退院時抗凝固薬処方割合、脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合の、分子の合計／分母の合計

値の解釈

より高い方が望ましい

急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合



指標の説明

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、医療の質を示すには適した指標と考えられます。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

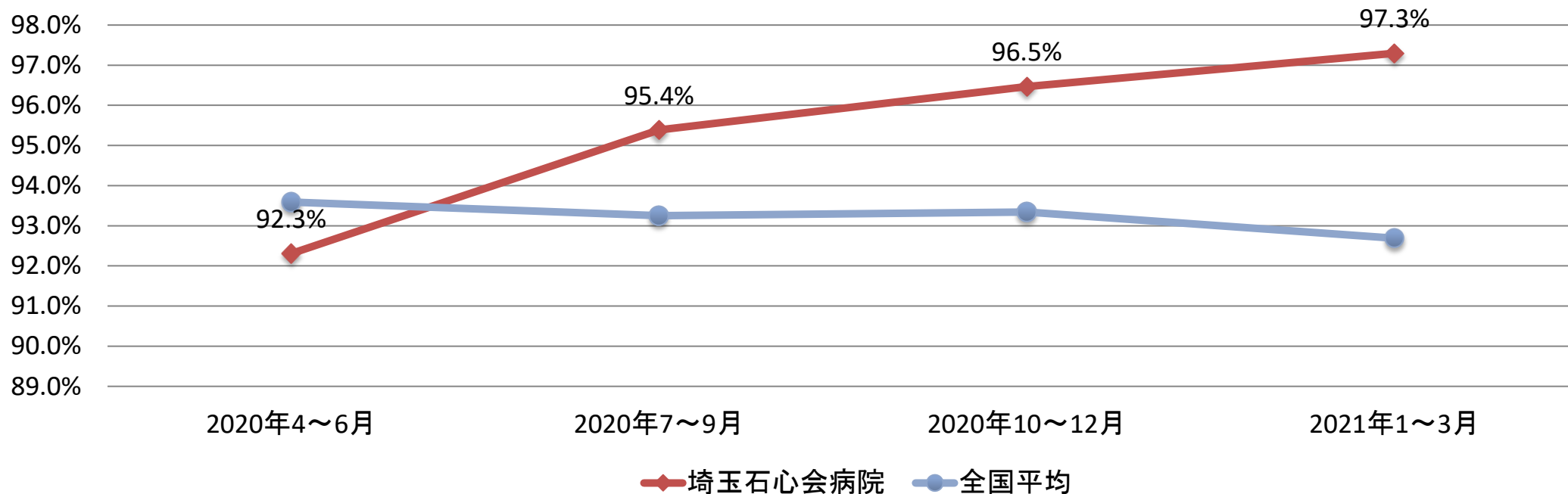
算出方法

分母のうち入院当日にアスピリンもしくはクロピドグレルが投与された患者数 / 急性心筋梗塞で入院した患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合



指標の説明

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。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

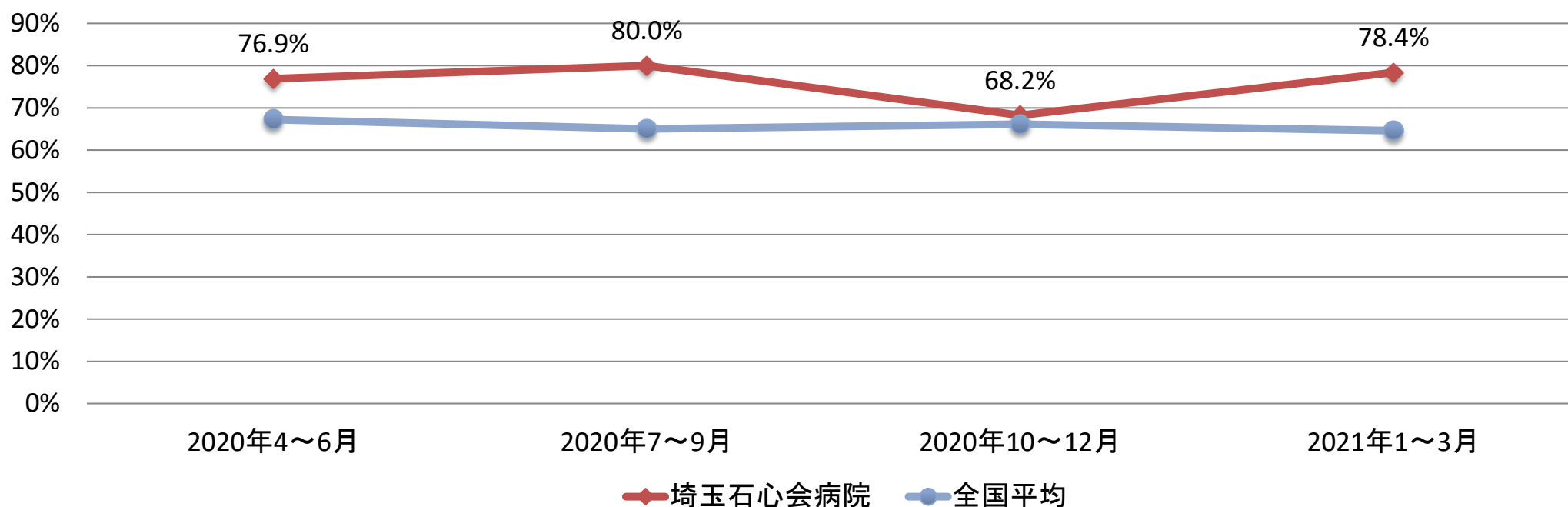
算出方法

分母のうち、退院時に抗血小板薬が投与された患者数／急性心筋梗塞で入院した患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

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



指標の説明

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、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、医療の質を示すには適した指標と考えられます。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

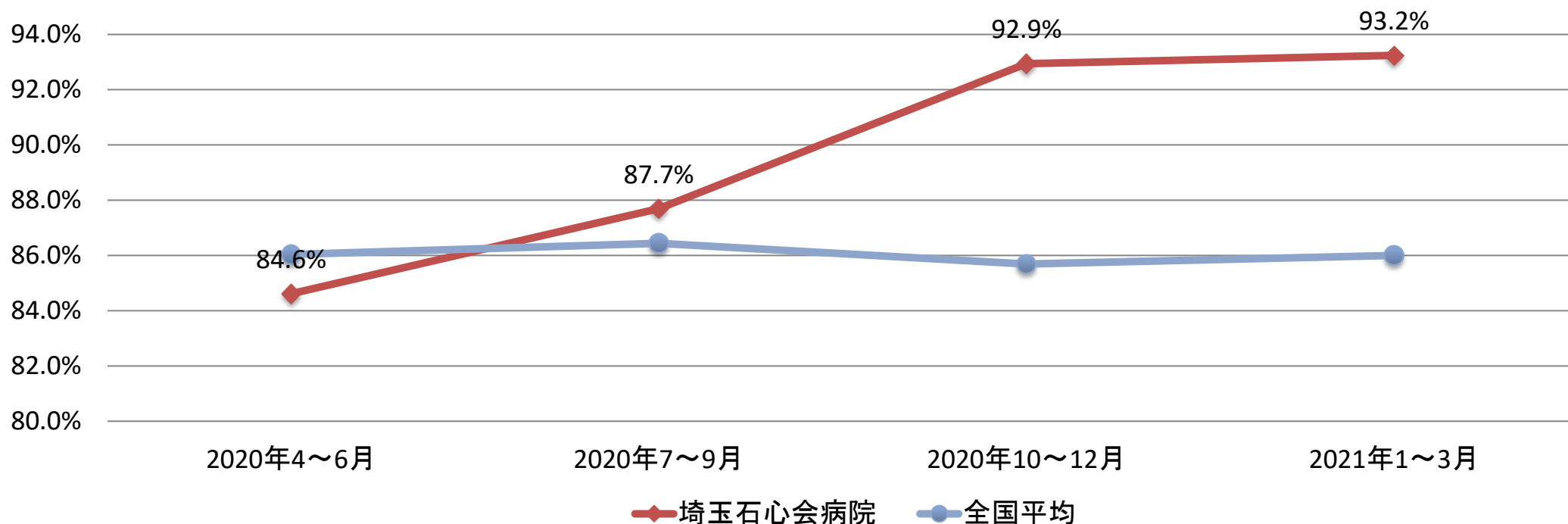
算出方法

分母のうち、退院時にβブロッカーが投与された患者数／急性心筋梗塞で入院した患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合



指標の説明

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。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

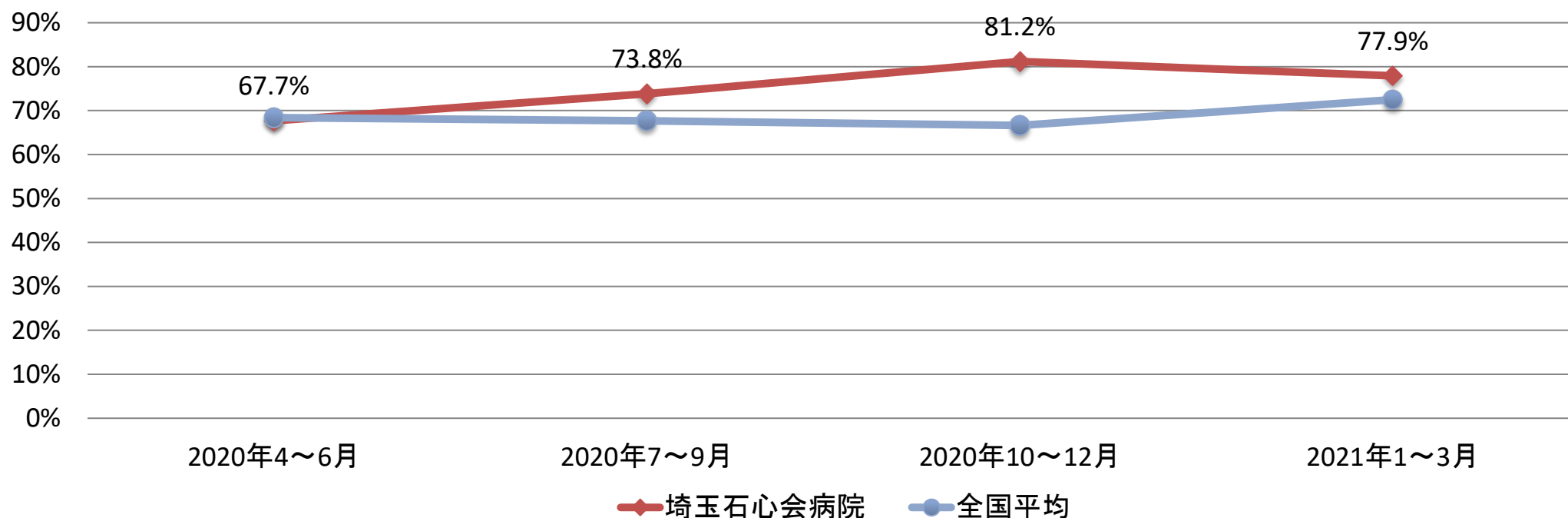
算出方法

分母のうち、退院時にスタチンが投与された患者数／急性心筋梗塞で入院した患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

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



指標の説明

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、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、医療の質を示すには適した指標と考えられます。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

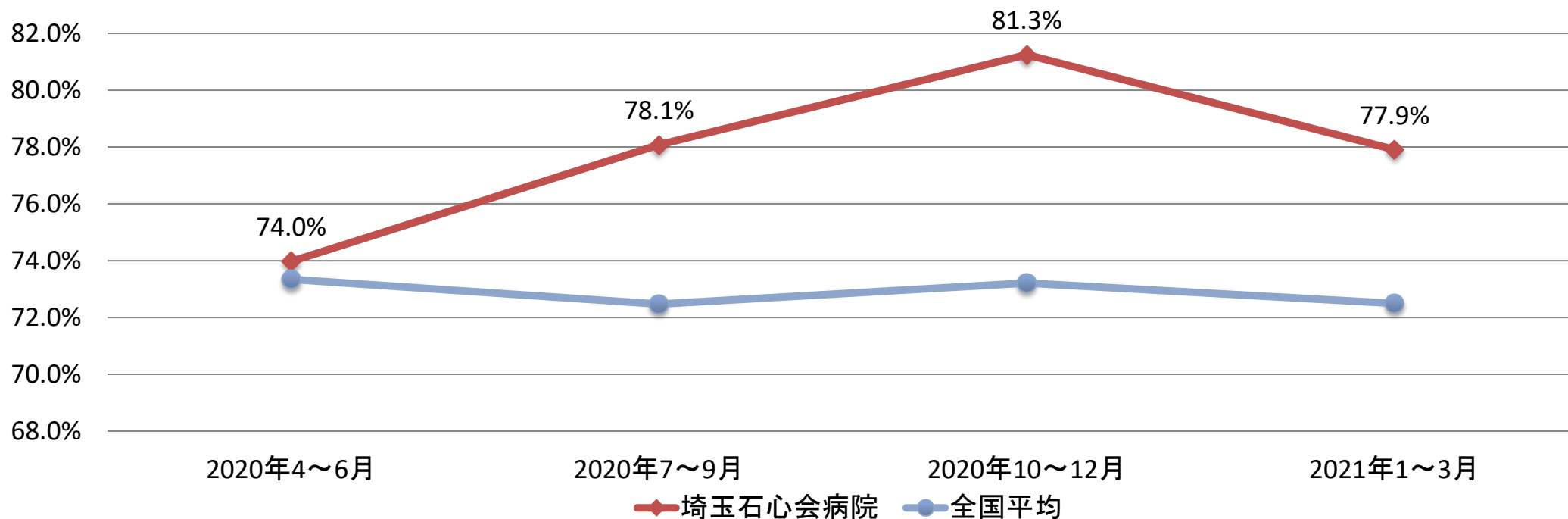
算出方法

分母のうち、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数 / 急性心筋梗塞で入院した患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

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



指標の説明

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、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。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

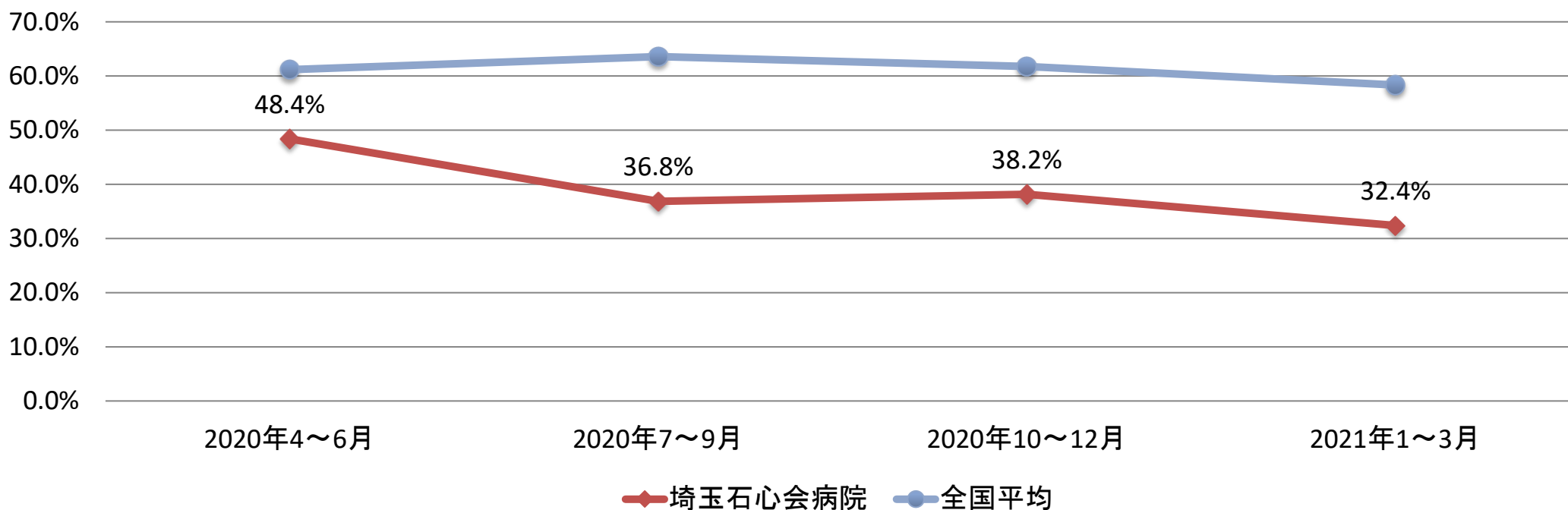
算出方法

分母のうち、ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数 / 急性心筋梗塞で入院した患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

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



指標の説明

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。

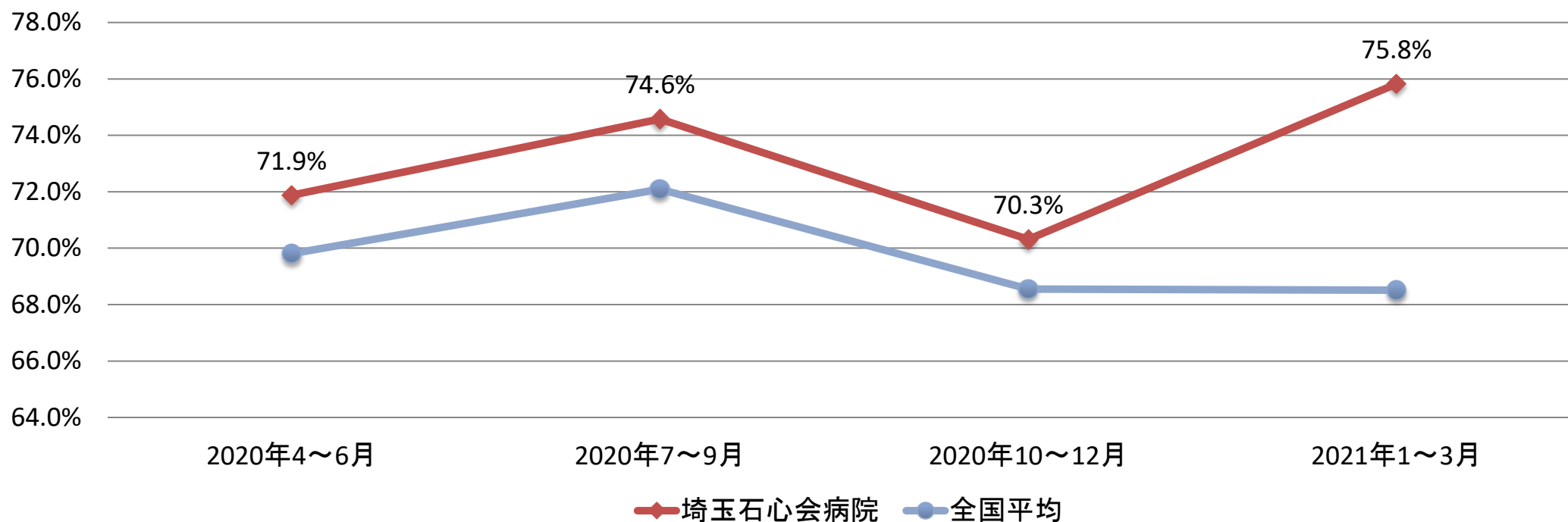
算出方法

分母のうち、来院後90分以内に手技を受けた患者数 / 18歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合



指標の説明

脳梗塞急性期における抗血栓療法として、発症 48 時間以内のアスピリン投与が確立された治療法となっています。また、米国心臓協会 (AHA) / 米国脳卒中協会 (ASA) 急性期脳梗塞治療ガイドライン 2013 では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から 24～48 時間以内に投与することを推奨しています (クラス I, エビデンスレベル A)。したがって、適応のある患者には第 2 病日までに抗血栓薬の投与が開始されていることが望まれます。

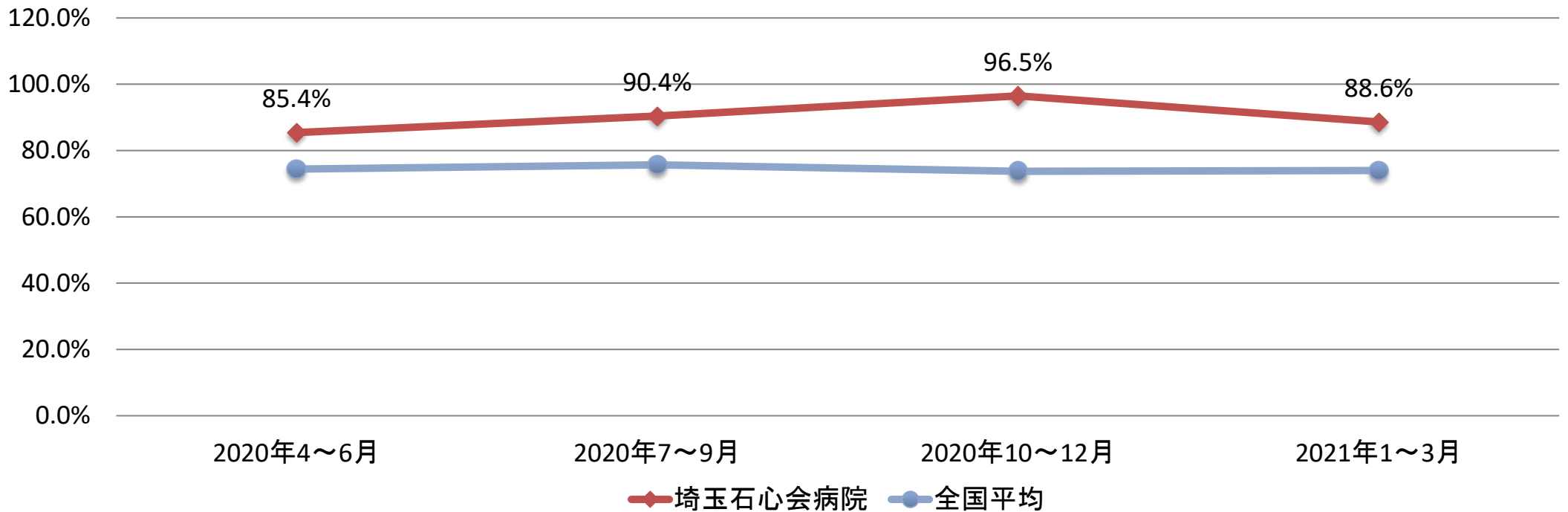
算出方法

分母のうち、第 2 病日までに抗血栓療法を施行された患者数 / 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合



指標の説明

非心原性脳梗塞(アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞など)や非心原性TIAでは、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン2015では、「現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法(本邦で使用可能なもの)はシロスタゾール200mg/日、クロピドグレル75mg/日、アスピリン75-150mg/日(以上、グレードA)、チクロピジン200mg/日(グレードB)である」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗血小板薬の投与が開始されていることが望まれます。

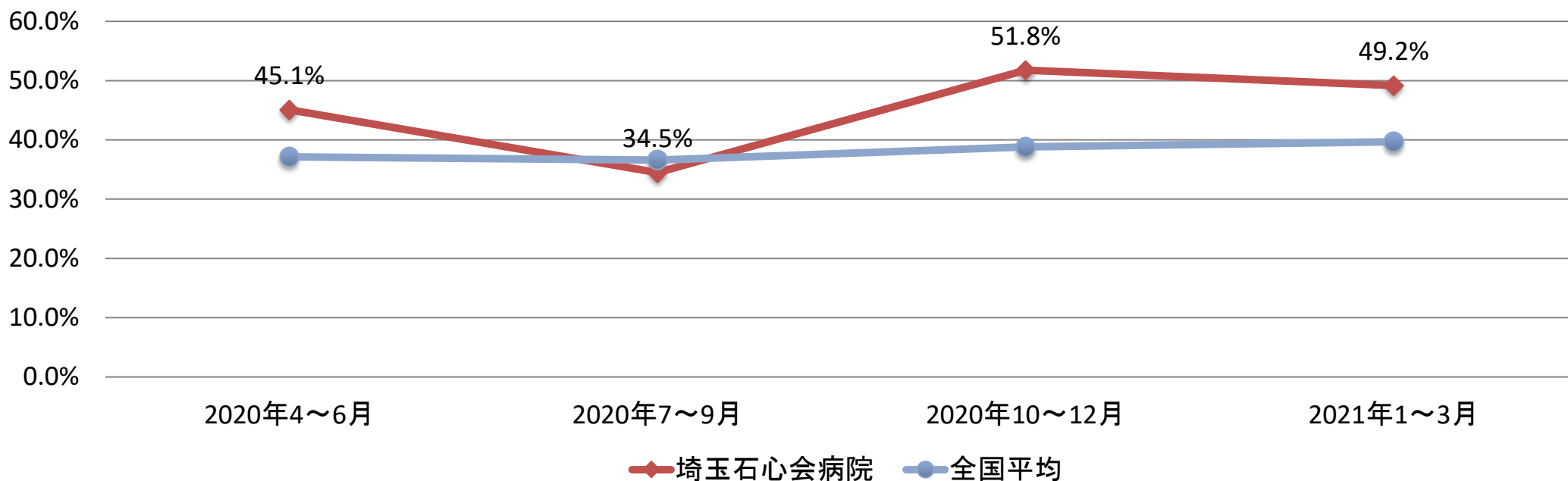
算出方法

分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数/脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

脳卒中患者の退院時スタチン処方割合



指標の説明

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「高容量のスタチン系薬剤は脳梗塞の再発予防に勧められる(グレード B)、低用量のスタチン系薬剤で脂質異常症を治療中の患者において、エイコサペンタエン酸(EPA)製剤の併用が脳卒中再発予防に勧められる(グレード B)」と書かれています。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

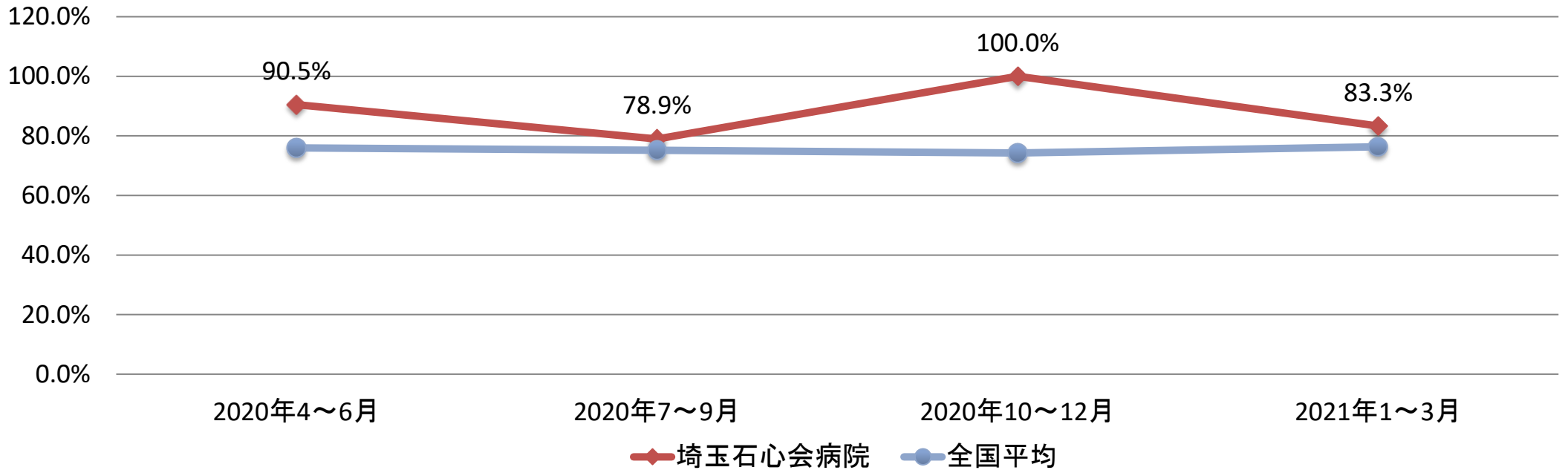
算出方法

分母のうち、退院時にスタチンが処方された患者数 / 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合



指標の説明

心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である(グレード A)」と書かれています。一方で、「出血性合併症は INR 2.6 を超えると急増する(グレード B)」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望まれます。

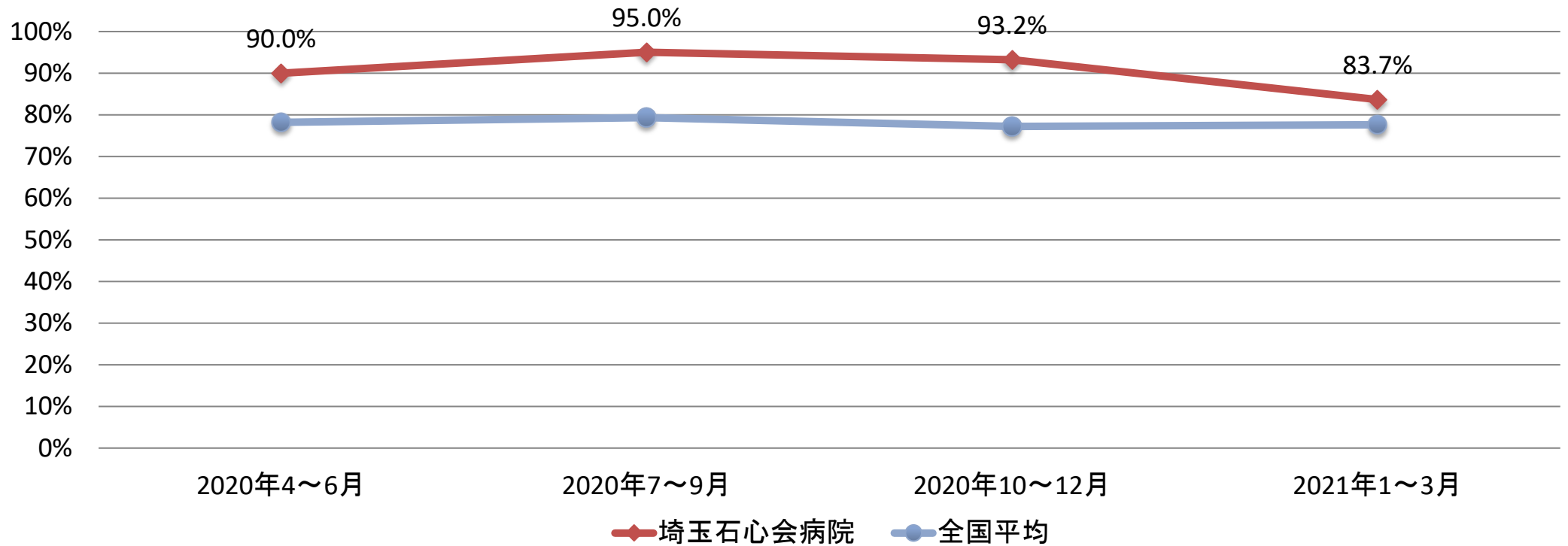
算出方法

分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数 / 脳梗塞か TIA と診断され、かつ心房細動と診断された 18 歳以上の入院患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合



指標の説明

脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくなり、再発リスクの増加もみられず、ADLの退院時到達レベルを犠牲にせずに入院期間が短縮されることが分かっています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「不動・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作(ADL)向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められている(グレードA)」と書かれています。したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。

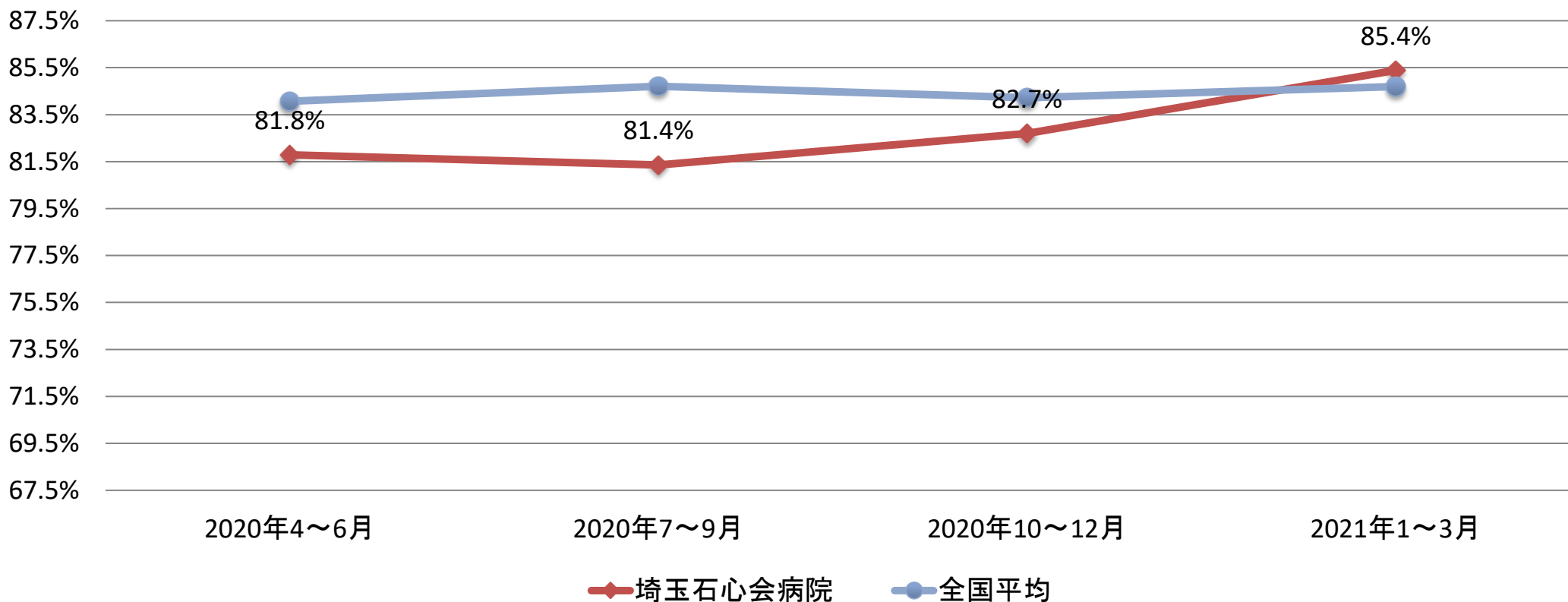
算出方法

分母のうち、入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた症例数 / 脳梗塞で入院した症例数

値の解釈

より高い方が望ましい

糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率



指標の説明

積極的な栄養管理の介入を示しています。

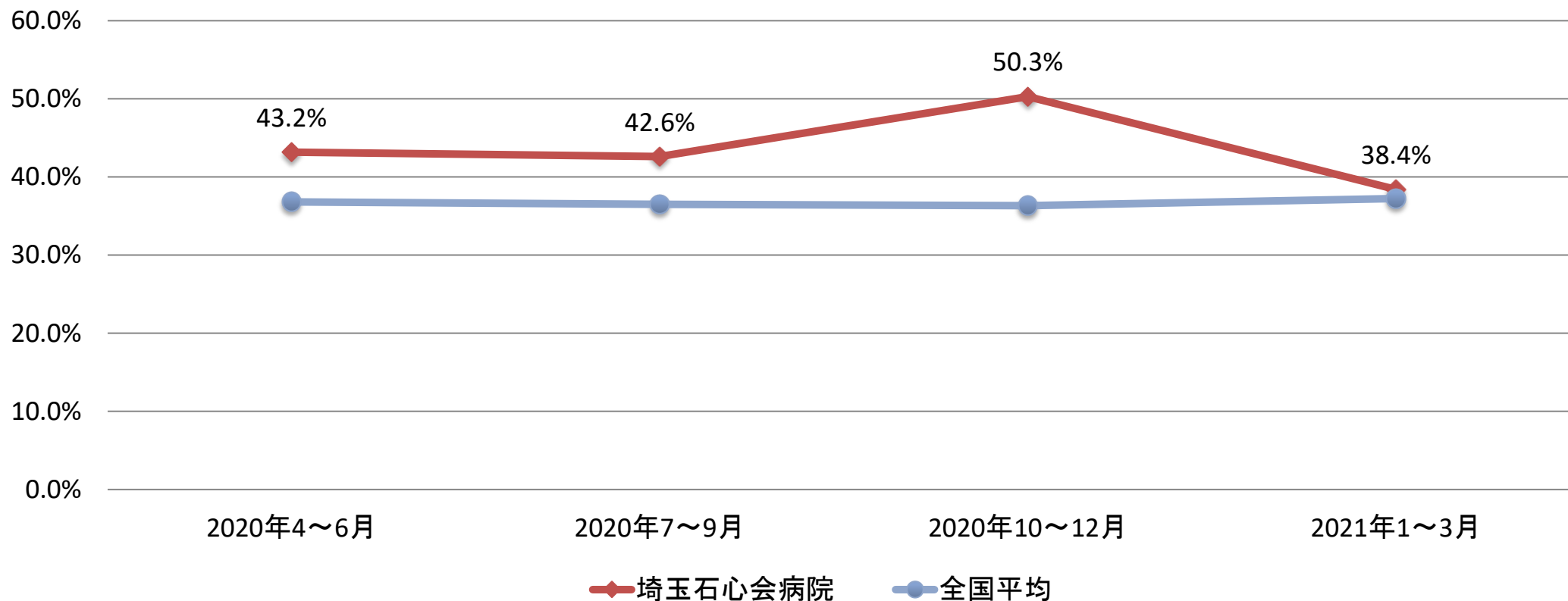
算出方法

特別食加算の算定 / 18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病であり、それらへの治療が主目的ではない入院症例の食事

値の解釈

より高い方が望ましい

広域抗菌薬使用時の血液培養実施率



指標の説明

広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。

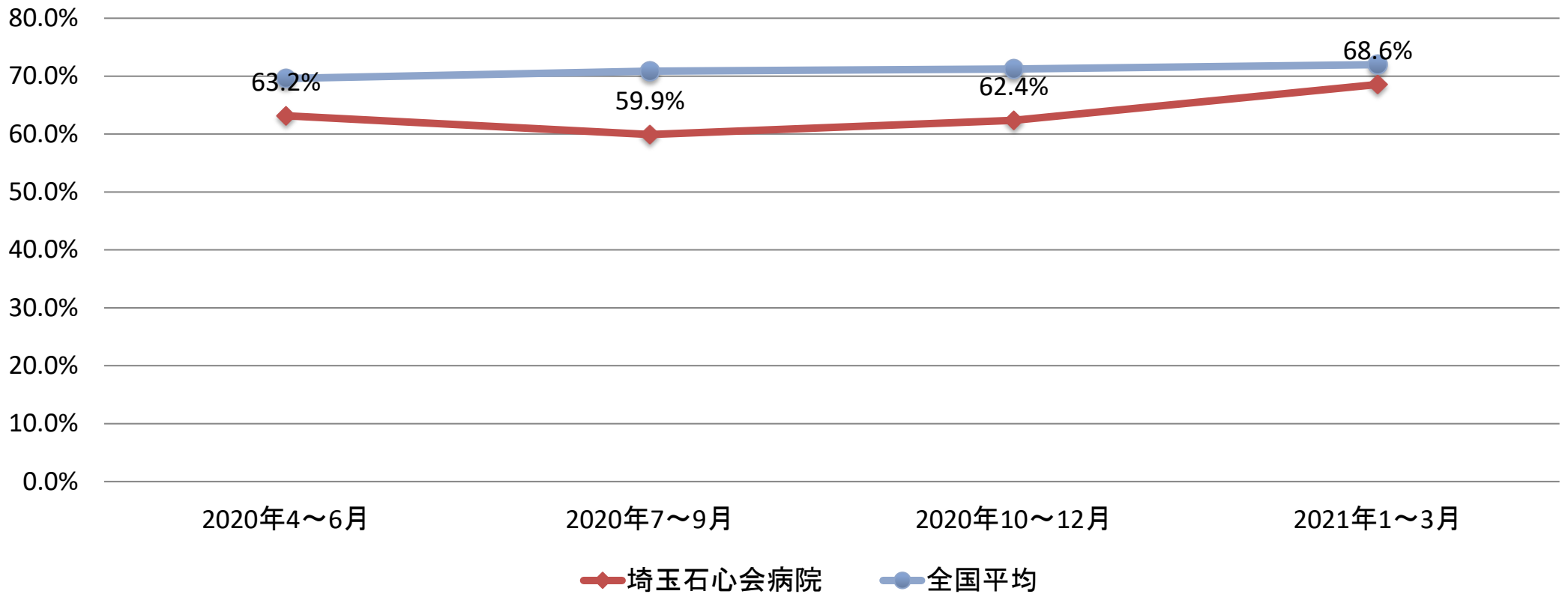
算出方法

分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数／広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

血液培養実施時の2セット実施率



指標の説明

血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。

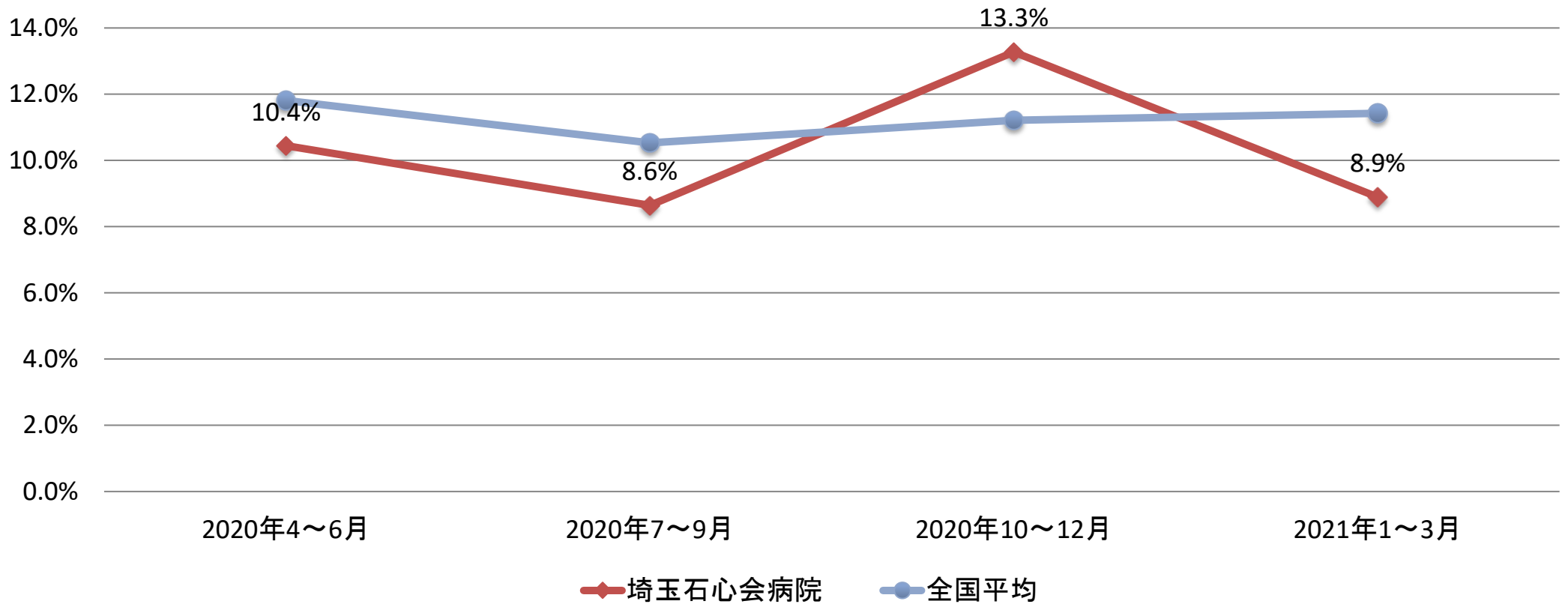
算出方法

血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日) / 血液培養オーダー日数(人日)

値の解釈

より高い方が望ましい

脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率



指標の説明

脳卒中の治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

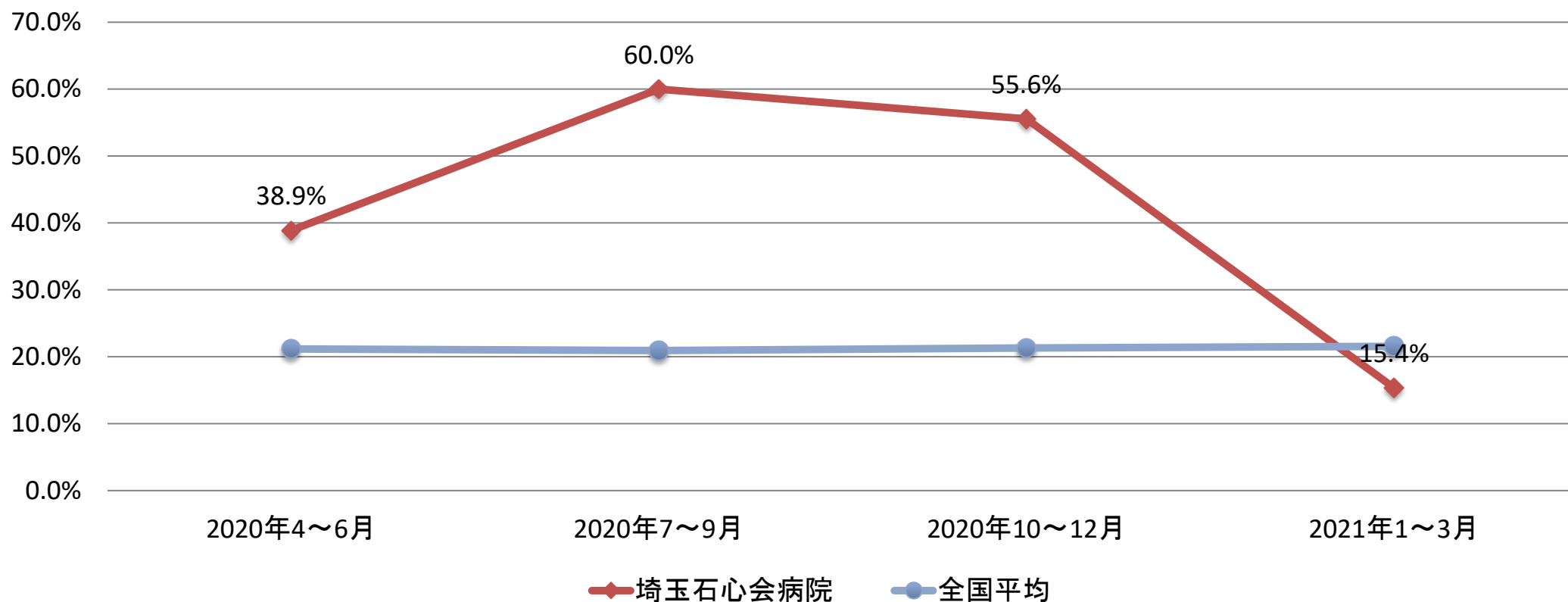
算出方法

分母のうち「地域連携診療計画加算」を算定した患者数／脳卒中で入院した患者数

値の解釈

より高い方が望ましい

大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率



指標の説明

急性期における治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

算出方法

分母のうち「地域連携診療計画加算」を算定した患者数 分母：大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

値の解釈

より高い方が望ましい