

Ⅶ 臨床指標(クリニカル・インディケーター)について

クリニカル・インディケーター (Clinical Indicator) とは、病院の様々な機能を適切な指標を用いて表したものであり、これを分析し、改善することにより医療サービスの質の向上を図ることを目的とするものです。近年、病院の評価は、伝統的に構造評価やプロセス評価が主体でしたが、成果を評価する手法へシフトしてきているため、クリニカル・インディケーターの把握が重要とされてきています。

現在、日本では、独立行政法人国立病院グループ、東京都病院協会、大学病院等が実施しており、平成21年度から実施されている病院機能評価Ver6.0 (当院は平成21年11月受審) でもクリニカル・インディケーターが取り入れられ、評価項目に新たに追加されました。

また、平成22年度からは、厚生労働省において、国民の関心の高い特定の医療分野について、医療の質の評価・公表を実施し、その結果を踏まえた、分析・改善策の検討を行うことで、医療の質の向上及び質の情報の公表を推進することを目的とする「医療の質の評価・公表等推進事業」が開始されています。

当院では、平成21年7月から病院機能評価Ver6.0で必須とされている5項目を主体に7項目で指標の収集を開始した。その後、徐々に収集する項目を追加し、8分野35項目について、臨床指標を定め、平成22年度診療概要に掲載しました。今回、更に項目を追加し、9分野36項目について、臨床指標を定め、診療概要に掲載します。

臨床指標の公表の取組は、厚生労働省における取組や、他の病院において公表されている臨床指標を参考として、指標の収集・公表が適当な項目を精査するとともに、この指標の公表、改善を繰り返すことにより、医療の質の改善に努めてまいります。

■ 臨床指標目次 (9分野36項目)

I 病院全体の指標	V 検査
1 病床利用率、平均在院日数	1 血液培養での表皮ブドウ球菌コンタミネーション率
2 2週間以内の退院サマリー完成率	2 血液培養ボトルが複数提出された患者の割合
3 入院患者での他科診察依頼の割合	3 輸血製剤廃棄率
4 退院後6週間以内の緊急再入院率	VI 薬剤
5 死亡退院患者数	1 ワーファリン服用患者における出血傾向のモニタリング
6 剖検率	2 腎機能患者における適切な薬剤 (ACEI・ARB) 処方率
7 褥瘡発生率	VII 手術
8 救急車搬入台数・救命救急室からの入院患者数	1 24時間以内の再手術率
9 クリニカルパス適用率	2 入院中の緊急再手術率
10 MRSA検出状況	3 回復室での滞在遅延率
II 予防医療に関する指標	VIII 経営・教育・患者満足
1 半日人間ドック利用者のリピート率	1 ご意見箱投書中に占める感謝の割合
2 職員の健診受診率	2 卒後臨床研修マッチング1位希望者の募集人数に対する割合
III 診療プロセスとアウトカムに関する指標	3 研修医1人当たりの指導医数、専門研修医数
1 脳血管障害患者の平均在院日数	4 看護師の退職率
2 市中肺炎患者の死亡率	5 外来待ち時間
3 LDLコレステロールのコントロール	IX がん関連
4 心筋梗塞の患者で、病院到着からPCIまでの所要時間90分以内の患者の割合	1 新規がん化学療法同意書受取率
5 乳がん患者の乳房温存手術の割合	
6 糖尿病患者の血糖コントロール	
IV 医療安全	
1 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による骨折・頭蓋内出血発生率、転倒・転落で手術が必要になった率	
2 院内で発生した針刺し・体液曝露件数	
3 医療事故発生率 (アクシデント)	
4 患者誤認件数	

臨床指標 (CI)

I 病院全体の指標

1. 病床利用率、平均在院日数

病床利用率と平均在院日数は、病院の経営管理状態を示す指標の一つです。

■ **病床利用率** 病床がどれくらいの割合で利用されているかを示したものの。

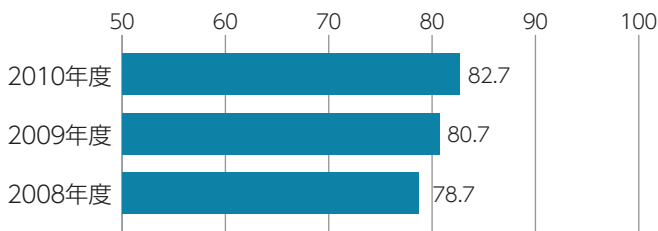
▶ 延在院患者数 / (許可病床数 × 365日)

■ **平均在院日数** 入院患者1人当たりの平均的な入院日数

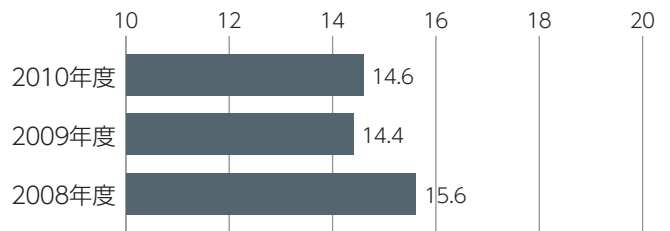
▶ 延在院患者数 / (入院患者数 + 退院患者数) / 2

感染症病床、結核病床及びICUを含む計548床に対する入院で健康保険以外(自費、自賠責、労災等)及び長期の老人入院患者等をすべて含んで算出した数値

■ 病床利用率(%)



■ 平均在院日数(日)



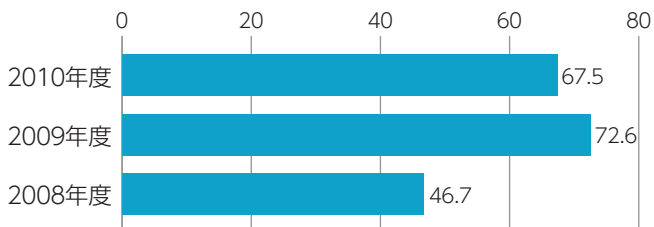
	病床利用率	平均在院日数
2010年度	82.7%	14.6日
2009年度	80.7%	14.4日
2008年度	78.7%	15.6日

2. 2週間以内の退院サマリー完成率

退院サマリーとは、入院期間中の経過や病名、手術などが記載された診療の要約で、全退院患者について作成されます。2週間以内と決められた期日内に作成している割合が指標となります。

■ **完成率** ▶ 退院後2週間以内にサマリーを記載した件数 / 退院患者実数

■ 完成率(%)



	完成率	退院後2週間以内にサマリーを記載した件数	退院患者実数
2010年度	67.5%	7,227	10,704
2009年度	72.6%	7,725	10,642
2008年度	46.7%	4,355	9,326

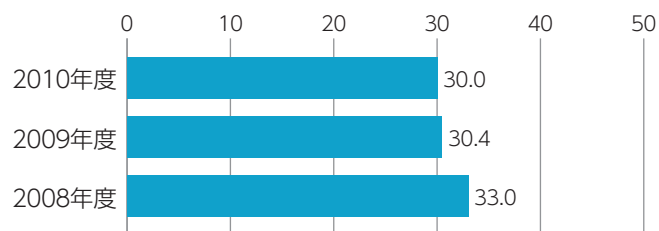
3. 入院患者での他科診察依頼の割合

多くの疾患を持っている入院患者さんの診療に対して、他の疾患を持った患者さんに対応するため、専門以外の疾患について他科に診察を依頼し協力して診療を進めていく割合です。

■依頼の割合▶

対診依頼用紙が使用された他科診察依頼件数（同一入院期間中に同一診療科に対して複数回診察依頼があっても1件とする）／退院患者実数

■他科診察依頼の割合(%)



	依頼の割合	他科診察依頼件数	退院患者実数
2010年度	30.0%	3,211	10,704
2009年度	30.4%	3,231	10,642
2008年度	33.0%	3,387	10,264

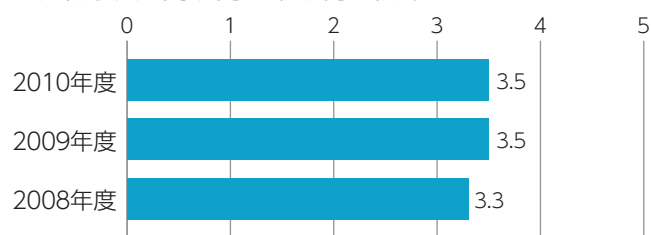
4. 退院後6週間以内の緊急再入院率

定義がややあいまいではあるが、この患者さんの中には、入院中の治療が不十分であったり、回復が不完全な状態で退院をすすめた可能性も含まれています。平均在院日数の短縮を進めながら医療サービスの低下を防ぐために、本数値を把握し要因を分析していきます。

■退院後6週間以内の緊急再入院率▶

退院から6週間以内に前回退院の時と同じ科で入院となった患者の内、入院依頼日と入院日が同じ日であるもの／年間入院患者数

■退院後6週間以内の緊急再入院率(%)



	緊急再入院率	緊急再入院	年間入院患者数
2010年度	3.5%	371	10,650
2009年度	3.5%	370	10,445
2008年度	3.3%	329	10,115

5. 死亡退院患者率(粗死亡率・精死亡率)

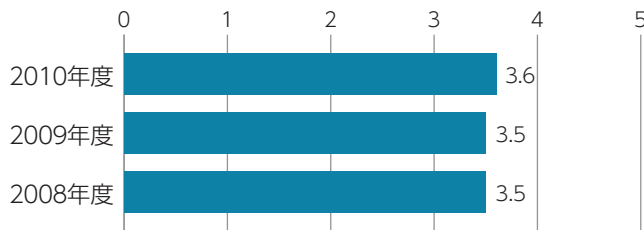
死亡率は、医療施設類型に大きな影響を受けるため、死亡率を他施設と単純に比較することはできません。粗死亡率は、病院内で死亡する患者の割合で、高機能病院では高く、4%以下が望ましいとされています。精死亡率は、入院以前の問題によるところが大きいと考えられる入院48時間未満の死亡を除外した割合で、2.5%以下が望ましいとされています。

■粗死亡率 ▶ 死亡退院患者数 / 年間退院患者数

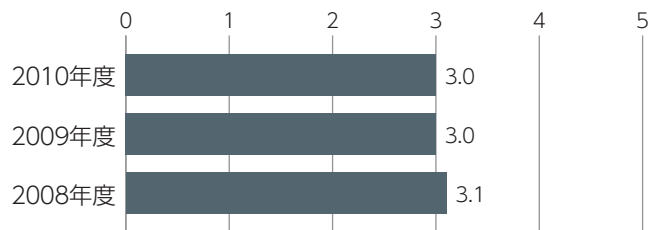
■精死亡率 ▶ 入院後48時間以後の死亡退院患者数 / 年間退院患者数

※救急室死亡を除く

■粗死亡率(%)



■精死亡率(%)



	粗死亡率	死亡患者数	退院患者数
2010年度	3.6%	382	10,646
2009年度	3.5%	367	10,596
2008年度	3.5%	360	10,220

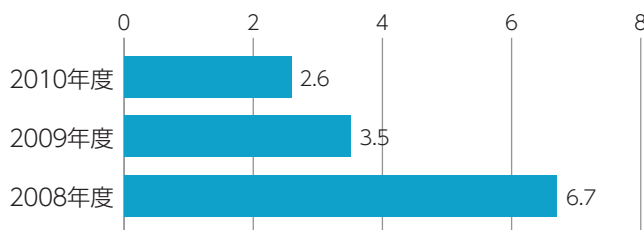
	精死亡率	死亡患者数	入院24時間以後
2010年度	3.0%	320	10,646
2009年度	3.0%	315	10,596
2008年度	3.1%	317	10,220

6. 剖検率

病院の医学教育・研究の評価を示す指標です。剖検率は全国的に減少傾向にあり、画像診断などの検査の進歩により、正確な病状把握が可能になったことが理由と考えられています。

■剖検率 ▶ 剖検数 / 死亡退院患者数 ※救急室死亡を除く

■剖検率(%)



	剖検率	剖検数	死亡患者数
2010年度	2.6%	10	382
2009年度	3.5%	13	367
2008年度	6.7%	24	360

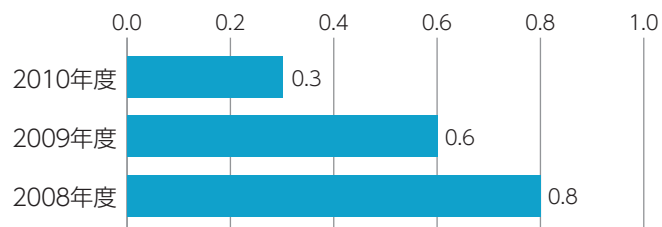
7. 褥瘡発生率

褥瘡予防対策は患者さんに提供されるべき医療の重要な項目の一つであり、発生率の低下は医療の質の指標となります。

■褥瘡発生率▶

新規発生者数 / (前期在院患者数 + 入院患者総数 - 入院前発症者数 - 継続患者数)

■褥瘡発生率(%)

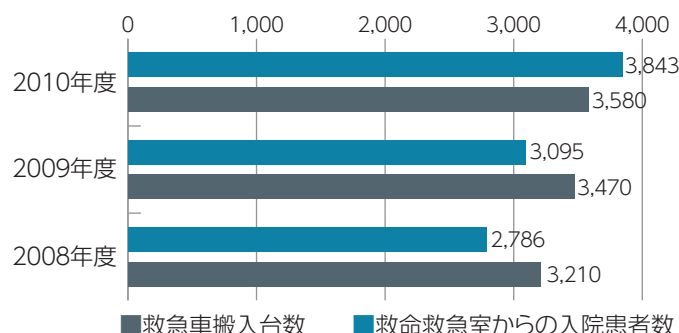


	新規褥瘡発生率	新規発生者数	入院患者実数
2010年度	0.3%	33	11,016
2009年度	0.6%	67	10,653
2008年度	0.8%	80	10,253

8. 救急車搬入台数・救命救急室からの入院患者数

救急車受入体制の充実、救命救急室の努力は言うに及ばず、救急診療を担う医療者の人数、診療の効率化、救急患者の受入を担当する病棟看護師や各診療科の協力といった様々な要因が挙げられます。

■救急車搬入台数(件)・救命救急室からの入院患者数(人)



	救急車搬入台数	救命救急室からの入院患者数
2010年度	3,843	3,580
2009年度	3,095	3,470
2008年度	2,786	3,210

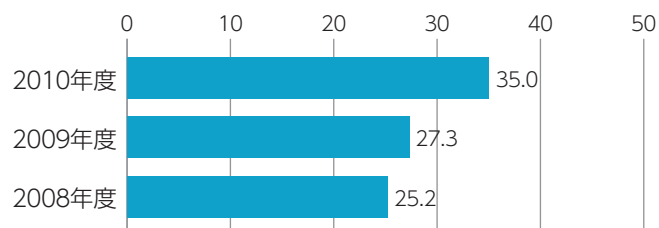
9. クリニカルパス適用率

クリニカルパスとは、治療や処置、検査、看護などの診療内容をスケジュール表にしたものである。医療の各分野の専門家によって、科学的根拠に基づいて作成されるため、診療の標準化が図られる。

■クリニカルパス適用率 ▶ 分子: パス適用患者数 (入院期間中に転科し、各診療科でパス適用となった場合には追加でカウントする)

分母: 入院患者実数 (入院期間中に転科した場合、診療科ごとにカウントし合計する)

■クリニカルパス適用率(%)



	適用率	適用患者数	入院患者数
2010年度	35.0%	4,150	11,853
2009年度	27.3%	4,415	16,144
2008年度	25.2%	2,444	9,680

10. MRSA検出状況

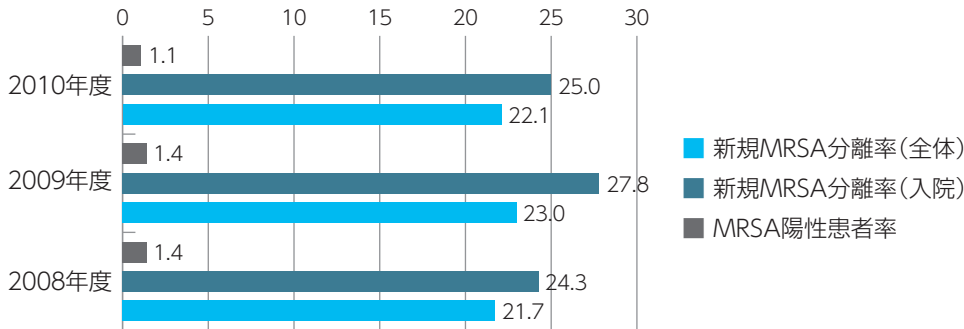
MRSAは、院内感染の原因菌として有名であり、検出状況を把握し、予防対策を講じることが重要です。

■新規MRSA分離率:全体 ▶ $MRSA(新規:全体) / (MRSA(全体) + MSSA(全体))$

■新規MRSA分離率:入院 ▶ $MRSA(新規:入院) / (MRSA(入院) + MSSA(入院))$

■MRSA陽性患者率 ▶ $MRSA陽性入院患者 / (前期末在院数 + 当年間入院数)$

■MRSA検出状況(%)



	新規MRSA 分離率 (全体)	新規MRSA 分離率 (入院)	MRSA 陽性患者率	新規MRSA 患者数 (全体)	ブドウ球菌 検出患者 総数(全体)	新規MRSA 患者数 (入院)	ブドウ球菌 検出患者 総数(入院)	MRSA 入院患者数	入院患者数
2010年度	22.1%	25.0%	1.1%	170	769	108	432	166	15,602
2009年度	23.0%	27.8%	1.4%	187	813	134	482	221	15,407
2008年度	21.7%	24.3%	1.4%	190	874	130	536	216	15,142

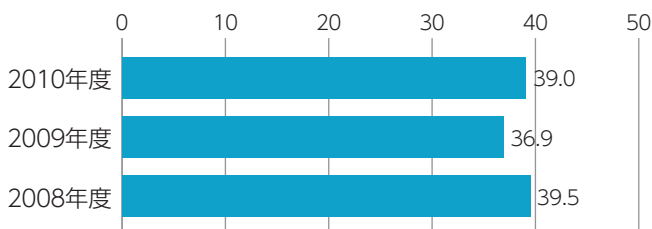
Ⅱ 予防医療に関する指標

1. 半日ドック利用者のリピート率

再利用率により患者さんの満足度、信頼度を表す一つの指標です。

■5年連続再利用率 ▶ $5年連続半日ドック受診者数 / 半日ドック受診者数$

■5年連続再利用率(%)

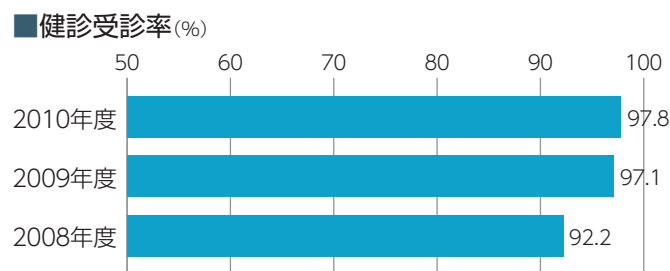


	5年連続 再利用率	5年連続 受診者数	受診者数
2010年度	39.0%	1,078	2,763
2009年度	36.9%	1,046	2,837
2008年度	39.5%	1,054	2,667

2. 職員の健診受診率

職域の健康診断は、職員の安全と健康を確保するために、労働安全衛生法により、全職員に実施することが義務付けられています。医療従事者は自身の健康について自己管理することが求められており、定期的に健康診断を受けることが重要です。

■ **健診受診率** ▶ 健診受診者数 / 職員数 (※健診受診者には、定期健診に相当する「人間ドック」及び「雇い入れ健診」受診者も含む)



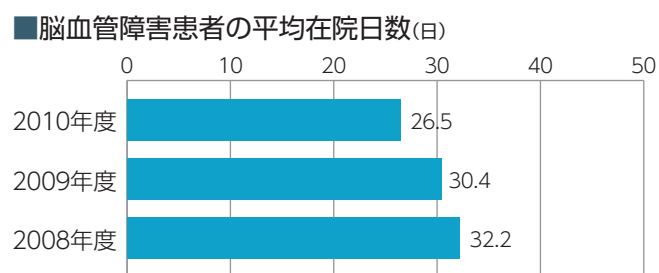
	健診受診率	健診受診者数	職員数
2010年度	97.8%	739	756
2009年度	97.1%	776	799
2008年度	92.2%	724	785

Ⅲ 診療プロセスとアウトカムに関する指標

1. 脳血管障害患者の平均在院日数

脳血管障害患者さんの診療において、地域の各医療機関(リハビリテーション専門病院・長期療養施設等)との連携が重要で、脳血管障害患者の平均在院日数はそのことを示す指標とされています。

■ **脳血管障害患者の平均在院日数** ▶ 脳血管障害患者の在院延べ日数 / 脳血管障害延べ患者数

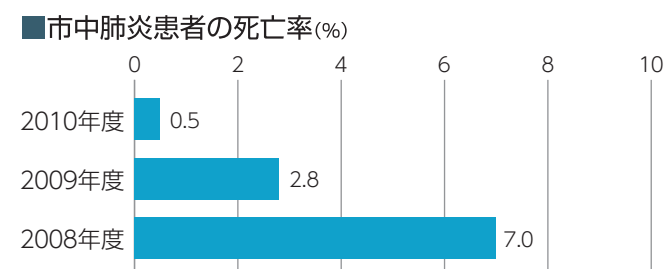


	平均在院日数	在院延べ日数	延べ患者数
2010年度	26.5	5,853	221
2009年度	30.4	7,593	250
2008年度	32.2	8,086	251

2. 市中肺炎患者の死亡率

市中肺炎とは、一般の方々に発症する肺炎のことで、診察する機会が多く、市中肺炎による死亡率は、病院の治療効果を測る指標とされています。

■ **市中肺炎患者の死亡率** ▶ 市中肺炎で死亡した患者数 / 市中肺炎で退院した患者数



	市中肺炎患者の死亡率	市中肺炎で死亡した患者数	市中肺炎退院患者数
2010年度	0.5%	1	187
2009年度	2.8%	9	321
2008年度	7.0%	18	258

3. LDLコレステロールのコントロール (LDL-C<140mg/dl)

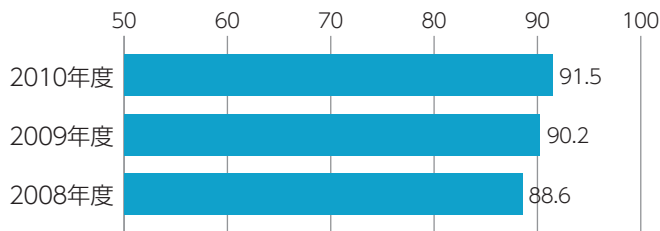
脂質降下薬の服用により、LDLコレステロールが良好にコントロールされている患者さんの割合です。

■ LDL-C最終値が140mg/dl未満のA患者 ÷ A患者 (外来で脂質降下薬の処方ありand初回処方と最終処方の間隔が90日以上andLDL-C検査あり)

※初回処方は年度内において最も古い処方日とし、最終処方は年度内最も新しい処方日として期間判定を行い90日以上となるものを採用

※LDL-Cの検査結果は年度内における最も古い処方日より90日後の検査値を採用

■ LDL-Cのコントロール(%)



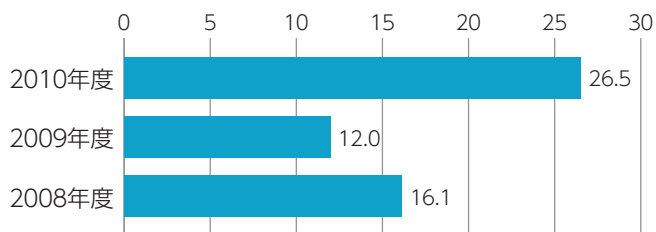
	該当患者数	140mg/dl未満の患者数	140mg/dl未満の患者率
	上記のうち、最初の検査値が140mg/dl以上の患者		
2010年度	2,157	1,973	91.5
	304	220	72.4
2009年度	1,769	1,595	90.2
	315	225	71.4
2008年度	1,449	1,284	88.6
	248	157	63.3

4. 心筋梗塞の患者で、病院到着からPCIまでの所要時間90分以内の患者の割合

急性心筋梗塞の治療には、発症後早期にPCIを実施することが生命予後に大きく影響します。病院到着からPCIまでの所要時間は、急性心筋梗塞治療の質を表す指標の1つです。

■ 緊急再入院率 ▶ 病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の患者数 / 入院病名が「心筋梗塞」で、外来受診から24時間以内に心臓カテーテルを実施した患者数

■ 所要時間90分以内の患者の割合(%)



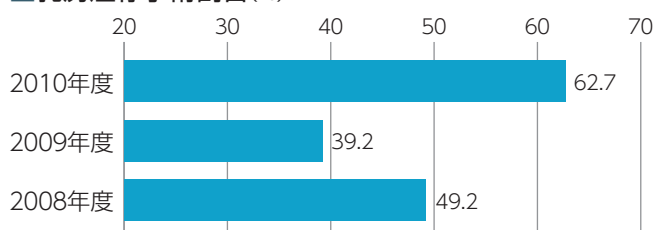
	所要時間90分以内の患者率	所要時間90分以内の患者数	24時間以内にPCIを実施した患者数
2010年度	26.5%	9	34
2009年度	12.0%	3	25
2008年度	16.1%	5	31

5. 乳癌患者の乳房温存手術の割合

乳癌患者さんのうち、早期の乳癌、また、術前化学療法により腫瘍の縮小が可能であり乳房温存手術を選択できる割合です。

■ 乳房温存手術割合 ▶ 乳房温存手術件数 / 乳房手術件数

■ 乳房温存手術割合(%)

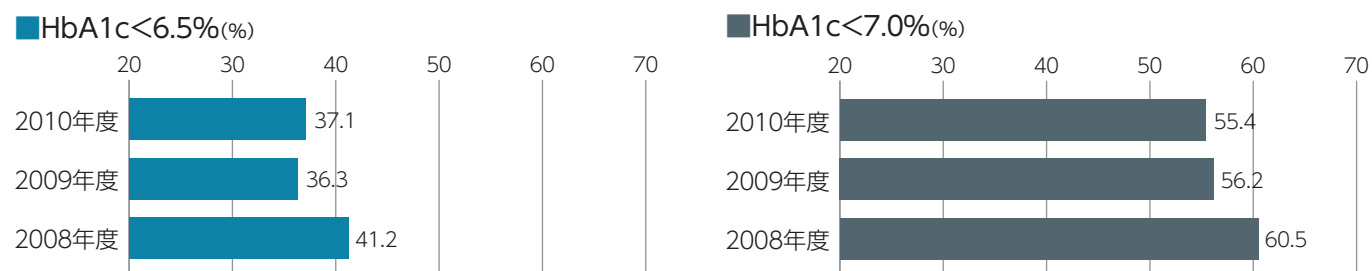


	乳房温存手術割合	乳房温存手術件数	乳房手術件数
2010年度	62.7%	42	67
2009年度	39.2%	20	51
2008年度	49.2%	31	63

6. 糖尿病患者の血糖コントロール (HbA1c<6.5%, <7.0%)

糖尿病患者さんのうち、血糖コントロールが「良好」である患者 (<6.5%) あるいは「可」である患者 (<7.0%) の割合です。

- 対象患者 ▶ ◇各年度内においてインスリン・経口糖尿病薬の処方がある。
 ◇期間内において、処方の古い日と新しい日の期間が90日以上(処方日数の集計ではない)である。
 ◇処方は、入院・外来及び院内・院外を問わず、すべて含む。
 ◇処方の最も古い日3ヵ月後より後の受付日でHbA1cの検査結果がある。



	HbA1c<6.5%			HbA1c<7.0%		
	患者の割合	患者数	該当患者数	患者の割合	患者数	該当患者数
	上記のうち 最初の検査値が6.5%以上の患者			上記のうち 最初の検査値が6.5%以上の患者		
2010年度	37.1%	571	1,539	55.4%	853	1,539
	18.5%	181	981	37.3%	366	981
2009年度	36.3%	559	1,538	56.2%	865	1,538
	16.7%	164	982	38.6%	379	982
2008年度	41.2%	636	1,543	60.5%	934	1,543
	22.5%	224	994	44.0%	437	994

Ⅳ 医療安全

1. 入院患者の転倒・転落発生率、転倒・転落による骨折・頭蓋内出血発生率、転倒・転落で手術が必要になった率(千分率)

入院患者さんの転倒・転落は、先ずなくすように対策を講じることが重要です。次に、万一転倒・転落がおきても、外傷が比較的軽くて済むように工夫することが必要です。

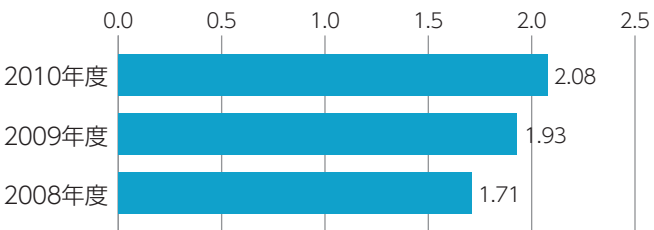
■ 転倒・転落発生率 ▶ 転倒・転落発生数 / 延在院患者数

■ 転倒・転落による骨折発生率 ▶ 転倒・転落による骨折数 / 延在院患者数

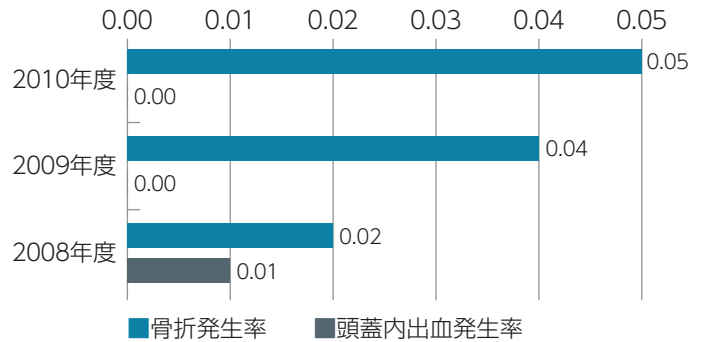
■ 転倒・転落による頭蓋内出血発生率 ▶ 転倒・転落による頭蓋内出血数 / 延在院患者数

■ 転倒・転落で手術が必要になった率 ▶ 転倒・転落による手術数 / 延在院患者数

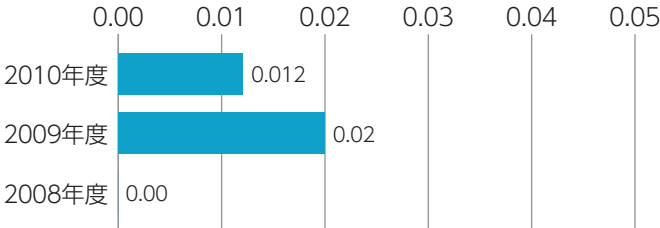
■ 転倒・転落発生率(千分率‰)



■ 転倒・転落による骨折・頭蓋内出血発生率(千分率‰)



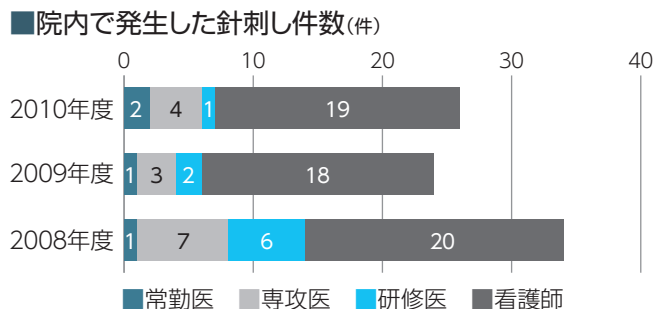
■ 転倒・転落で手術が必要になった率(千分率‰)



	転倒・転落発生率	骨折発生率	頭蓋内出血発生率	手術率	延在院患者数
	転倒・転落数	骨折数	頭蓋内出血数	手術数	
2010年度	2.08‰ 342	0.05‰ 9	0.00‰ 0	0.012‰ 2	164,579
2009年度	1.93‰ 311	0.04‰ 6	0.00‰ 0	0.020‰ 3	
2008年度	1.71‰ 288	0.02‰ 3	0.01‰ 2	0.000‰ 0	168,263

2. 院内で発生した針刺し・体液曝露件数

院内の針刺し・体液曝露件数を把握して、原因等を分析し、感染防止対策につなげることが重要です。

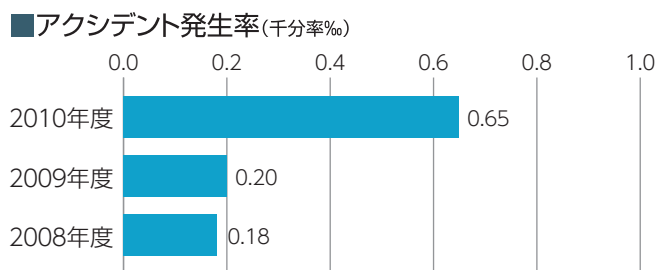


	常勤医	専攻医	研修医	看護師	合計
2010年度	2	4	1	19	26
2009年度	1	3	2	18	24
2008年度	1	7	6	20	34

3. 医療事故発生率(アクシデント)(千分率)

院内で発生した医療事故等の報告を出来る限り収集し、対策を講じることで、重大な医療事故等(アクシデント)の発生を防ぐことが重要です。

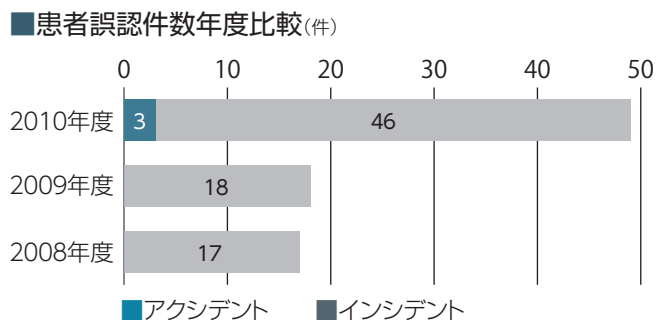
■アクシデント発生率▶アクシデント報告件数/延在院患者数



	アクシデント発生率	アクシデント件数	延在院患者数
2010年度	0.65‰	108	165,404
2009年度	0.20‰	32	161,457
2008年度	0.18‰	31	168,263

4. 患者誤認件数

医療事故等報告の内、患者誤認に関する報告件数です。手術の際の患者取り違いや、違う患者さんの薬を投与されたり、必要のない検査を受けたりと、時として重大な医療事故につながるため、誤認防止対策は重要です。



	アクシデント件数	インシデント件数	合計
2010年度	3	46	49
2009年度	0	18	18
2008年度	0	17	17

V 検査

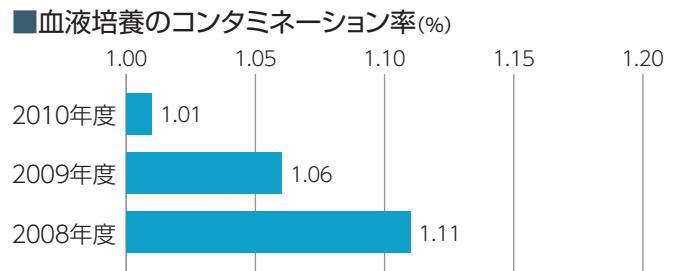
1. 血液培養での表皮ブドウ球菌コンタミネーション率

血液培養は、いろいろな感染症の原因となる菌を検出したり、菌血症(血液中に細菌がいる状態)の診断のために重要な検査です。血液培養検査の際に問題となるのは、皮膚の常在菌が混入し、検出されることで、起炎菌(感染の原因となっている菌)との判別が必要になることです。

■血液培養のコンタミネーション率▶

表皮ブドウ球菌によるコンタミネーションの採血回数/血液培養ボトルが出された患者の延べ採血回数

	血液培養での表皮ブドウ球菌 コンタミネーション率	表皮ブドウ球菌による コンタミネーションの採血回数	血液培養ボトルが出された 患者の延べ採血回数
2010年度	1.01%	60	5,913
2009年度	1.06%	54	5,093
2008年度	1.11%	44	3,958



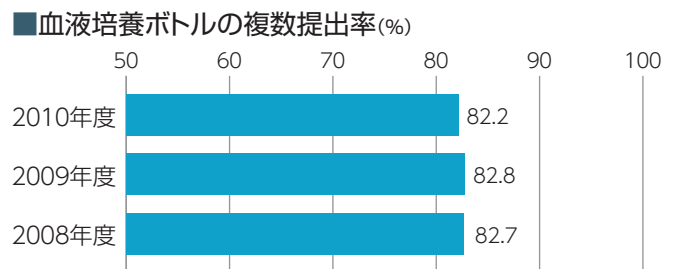
2. 血液培養のボトルが複数提出された患者の割合

重症感染症の患者さんは、菌血症(血液中に細菌がいる状態)を伴うことが少なくありません。菌血症の原因菌を特定するためには、血液培養検査が必要であり、その精度(菌血症の原因菌検出率)を高めるためには、複数採取したボトルの提出が望まれます。

■血液培養ボトルの複数提出率▶

複数の培養ボトルが出された延患者数/血液培養検査が行われた延患者数

	血液培養のボトルが 複数提出された患者の割合	複数の培養ボトルが 出された延患者数	血液培養検査が行われた 延患者数
2010年度	82.2%	2,656	3,231
2009年度	82.8%	2,285	2,758
2008年度	82.7%	1,784	2,157



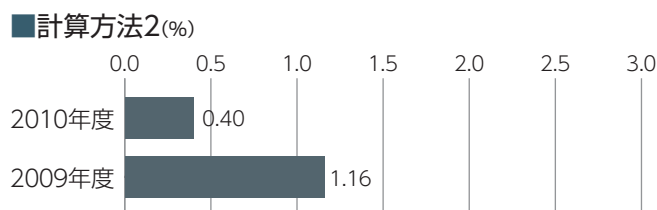
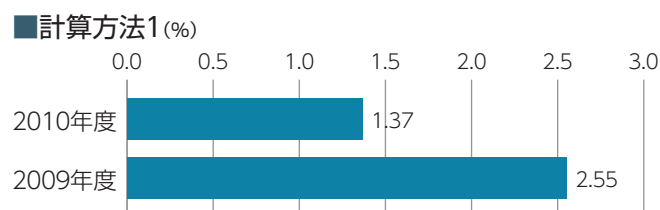
3. 輸血製剤廃棄率

輸血製剤の廃棄率は、提供された血液が無駄なく適切に使用されているかどうかを示すよい指標となります。

■計算方法1 ▶ 廃棄赤血球製剤単位数 / (輸血赤血球製剤単位数 + 廃棄赤血球製剤単位数)

■計算方法2 ▶ 廃棄量(廃棄 + 日本赤十字への返納分含む)(単位) / 購入量

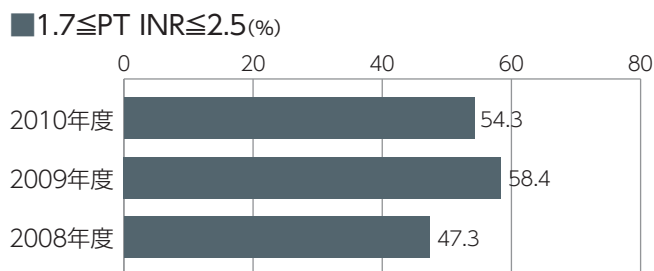
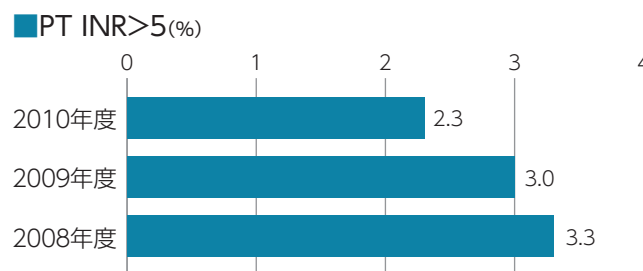
	計算方法1			計算方法2		
	輸血製剤廃棄率	廃棄赤血球製剤単位数	輸血赤血球製剤廃棄率	輸血製剤廃棄率	廃棄量(廃棄 + 日赤への返納)	購入量
2010年度	1.37%	46	3,368	0.40%	52	12,890
2009年度	2.55%	90	3,526	1.16%	126	10,860



VI 薬 剤

1. ワーファリン服用患者における出血傾向のモニタリング (PT INR > 5、1.7 ≤ PT INR ≤ 2.5)

血栓予防薬によるワーファリンは、効かなければ血栓が形成され、効きすぎれば出血傾向になります。効きすぎている (PT INR > 5) の割合を抑え、安全かつ有効な範囲 (1.7 ≤ PT INR ≤ 2.5) を維持している割合が指標となります。



	PT INR > 5			1.7 ≤ PT INR ≤ 2.5		
	患者割合	患者数	ワーファリン服用患者数	外来患者割合	外来患者数	外来のワーファリン服用患者数
2010年度	2.3%	19	812	54.3%	360	663
2009年度	3.0%	26	867	58.4%	449	769
2008年度	3.3%	29	873	47.3%	344	728

2. 腎機能患者における適切な薬剤 (ACEI・ARB) の処方率

慢性腎臓病の患者さんは、人口の5～20%もいると報告されています。慢性腎臓病の進行を抑えるためには、アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (ACEI) やアンジオテンシン受容体拮抗薬 (ARB) を用いた降圧療法により、適正な血圧コントロールを行うことが勧められています。

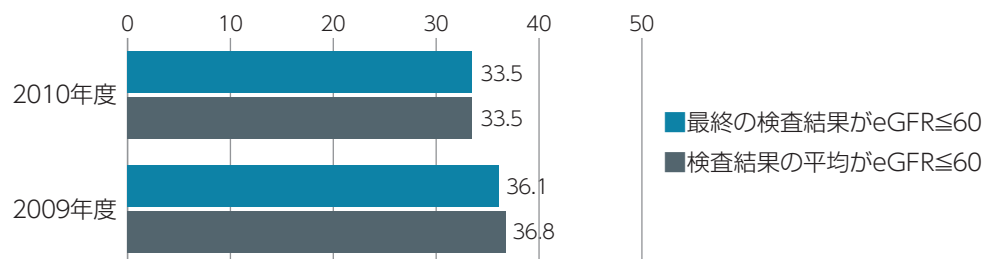
■ACEI・ARBが処方されているA患者÷A患者 [最終 (平均) のeGFR≤60]

※糖尿病の有無は、年度末までに「糖尿」を含む文字である病名が登録されているときを「あり」と判断

※尿蛋白の検査結果は、年度内における最も新しい検査結果を採用

		最終の検査結果がeGFR≤60			検査結果の平均がeGFR≤60			
		患者数	処方あり	率	患者数	処方あり	率	
2010年度	糖尿病あり	2,006	951	47.4%	1,950	919	47.1%	
	糖尿病なし	尿蛋白(1+) ↑	289	80	27.7%	274	76	27.7%
		尿蛋白(+/-) ↓	770	185	24.0%	742	177	23.9%
		検査結果なし	1,037	167	16.1%	1,008	161	16.0%
		3,974	1,333	33.5%	3,974	1,333	33.5%	
2009年度	糖尿病あり	1,834	896	48.9%	1,761	878	49.9%	
	糖尿病なし	尿蛋白(1+) ↑	254	91	35.8%	243	86	35.4%
		尿蛋白(+/-) ↓	704	180	25.6%	656	167	25.5%
		検査結果なし	822	139	16.9%	774	133	17.2%
		3,614	1,306	36.1%	3,434	1,264	36.8%	

■腎機能患者における適切な薬剤(ACEI・ARB)の処方率(%)

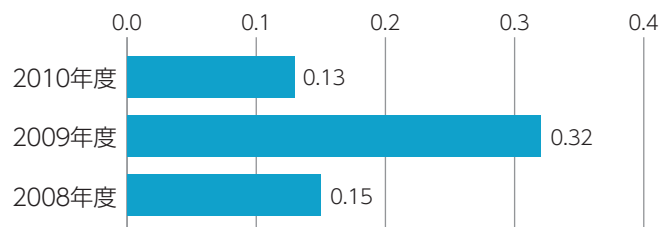


Ⅶ 手術

1. 24時間以内の再手術率

外科系チームによる医療の質を評価する指標の一つです。難易度の高い手術や症例によってはやむを得ない場合もあり、決して執刀医の技量を表すものではありません。即ち、再手術率は、行われた背景を考慮しつつ、手術の適切性の再評価や手技の更なる改善等に役立てる数値です。

■24時間以内の再手術率(%)

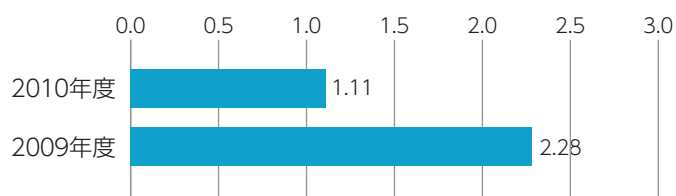


	24時間以内の再手術率	24時間以内の再手術件数	手術件数
2010年度	0.13%	5	3,896
2009年度	0.32%	13	4,034
2008年度	0.15%	6	3,915

2. 入院中の緊急再手術率

前記1:24時間以内の再手術率と同様です。

■入院中の緊急再手術率(%)

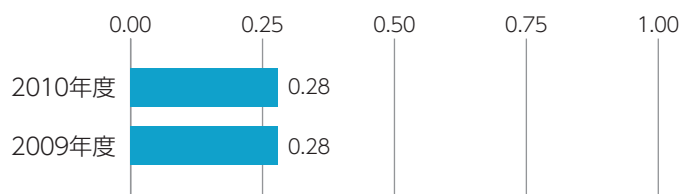


	入院中の緊急再手術率	緊急再手術数	入院手術患者数
2010年度	1.11%	39	3,521
2009年度	2.28%	80	3,511

3. 回復室での滞在遅延率

回復室での滞在が長くなることはコストの増大につながります。回復室での滞在が延びる原因としては、手術と麻酔の影響が考えられます。

■回復室での滞在遅延率(%)



	覚醒遅延率	2時間以上の滞在患者数	回復室入室患者数
2010年度	0.28%	1	361
2009年度	0.28%	2	724

VIII 経営・教育・患者満足

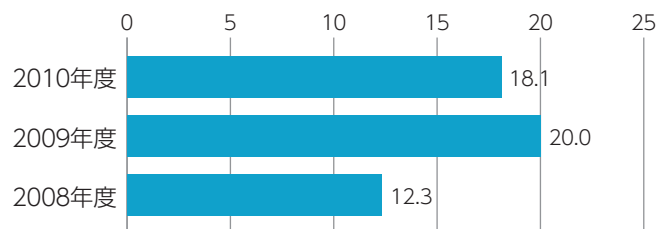
1. ご意見箱投書中に占める感謝の割合

病院のご意見箱への投書の中で、感謝の割合が増加することは、患者さんの満足度の向上を示します。

分子：感謝の内容の件数

分母：ご意見箱に寄せられた件数

■投書中の感謝の割合(%)



	投書中の感謝の割合	投書中の感謝件数	投書件数
2010年度	18.1%	35	193
2009年度	20.0%	38	190
2008年度	12.3%	21	171

2. 卒後臨床研修マッチング1位希望者の募集人数に対する割合

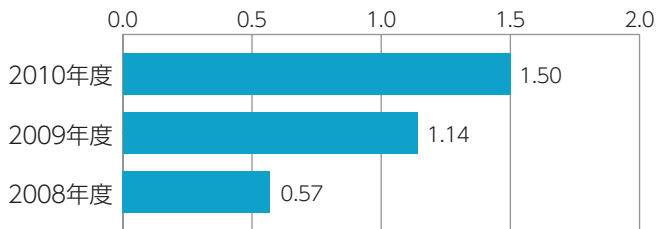
当院で研修を希望する医学生が、どの程度存在するかを示す数値です。良質な医療を提供するための大きな要素として、優れた人材確保が挙げられます。

分子:卒後臨床研修医マッチング1位希望者数

分母:定員数

※医師臨床研修マッチング協議会ホームページ「医師臨床研修マッチング中間発表」年度データから

■ マッチング1位希望者の募集人数に対する割合(%)



	1位希望者の募集人数に対する割合	1位希望者数	定員数
2010年度	1.50%	21	14
2009年度	1.14%	16	14
2008年度	0.57%	8	14

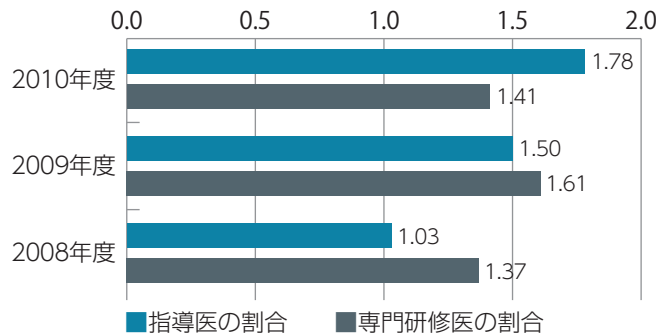
3. 研修医1人あたりの指導医数、専門研修医数

優秀な研修医を確保するだけでなく、研修医を指導する立場の優れた指導医の存在が重要です。研修医を教育・指導するために、厚生労働省が主導する指導医講習会で習得した指導医が多くいる方が望ましいと言えます。また、専門研修医の充実には屋根瓦方式の研修を行う上では重要です。

■ 指導医の割合:指導医講習会を受講した指導医数 ÷ 研修医数

■ 専門研修医の割合:専門研修医数(卒後3年から6年目まで) ÷ 研修医数

■ 研修医1人あたりの指導医、専門研修医の割合(%)



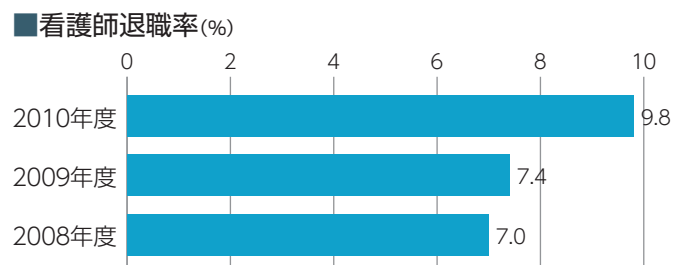
	指導医の割合	専門研修医の割合	指導医数	専門研修医数	研修医数
2010年度	1.78人	1.41人	48	38	27
2009年度	1.50人	1.61人	42	45	28
2008年度	1.03人	1.37人	31	41	30

4. 看護師の退職率

看護師がよりいっそう働きやすく、かつ定着を促進する環境づくりに努めています。

分子:看護師退職人数

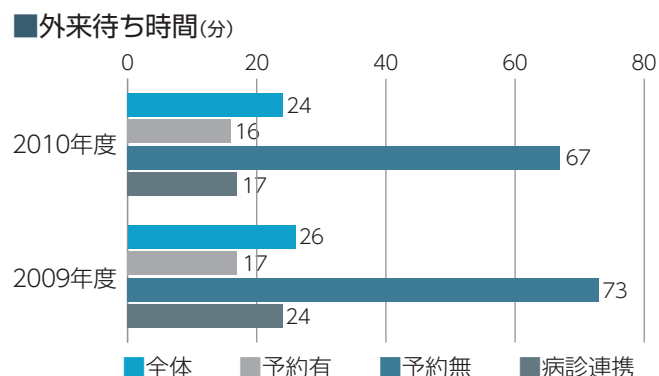
分母:看護師在職人数



	看護師退職率	看護師退職数	看護師職員数
2010年度	9.8%	45	458
2009年度	7.4%	34	460
2008年度	7.0%	32	454

5. 外来待ち時間(分)

外来診療の患者満足度を評価する指標の一つとして外来待ち時間が挙げられます。外来待ち時間が発生する原因としては様々な要因があります。予約制をさらに充実させ、待ち時間ゼロを目指すことが重要です。



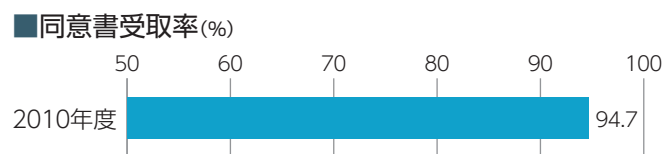
	全体	予約有	予約無	病診連携
2010年度	24	16	67	17
2009年度	26	17	73	24

Ⅸ がん関連

1. 新規がん化学療法同意書受取率

新規がん化学療法を受けられた患者さんに説明と同意を取ることは、安心・安全な医療の提供をするために重要です。

■「化学療法施行に関する同意書」を受け取っている件数/新規がん化学療法実施件数



	同意書受取率	同意書受取件数	新規がん化学療法実施件数
2010年度	94.7%	251	265