

Ⅶ 臨床指標(クリニカル・インディケーター)

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。

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ました。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23年度(平成22年度実績)の本冊子に掲載しました。平成24年度からは更に項目を追加し、10分野41項目の臨床指標を定め、収集し、公表しています。

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(10分野41項目)

I 病院全体	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 血液培養の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 死亡退院患者率	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)の処方率
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	VIII 周産期/小児
1 半日人間ドック利用者のリピート率	1 初産婦の帝王切開術
2 職員の健診受診率	2 低出生体重児の割合
III 診療プロセス	3 分娩5分後のアプガースコアが4以下の割合
1 脳血管障害患者の平均在院日数	4 母体搬入数
2 市中肺炎患者の死亡率	IX 経営・教育・患者満足
3 LDLコレステロールのコントロール	1 ご意見箱投書中に占める感謝の割合
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	2 患者満足度
5 乳がん患者の乳房温存手術の割合	3 卒後臨床研修マッチング1位希望者の割合
6 糖尿病患者の血糖コントロール	4 研修医1人あたりの指導医数、専攻医数
IV 医療安全	5 看護師の退職率
1 転倒・転落	6 外来待ち時間
2 針刺し件数	X がん関連
3 医療事故発生率(アクシデント)	1 新規がん化学療法同意書受取率
4 患者誤認件数	

i 病院全体

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
 ▶ 延在院患者数 / (結核病床を除く許可病床数 × 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を示したもの（入院90日超え（ただし特定入院料を算定しないもの）・自費・自賠・労災・公災・亜急性期・結核病床を除く）
 ▶ 24時現在延在院患者数 / (入院患者数 + 退院患者数) / 2



	病床利用率	平均在院日数
2012年度	83.4%	13.4日
2011年度	86.8%	14.2日
2010年度	82.7%	14.6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限内に作成している割合が指標となります。

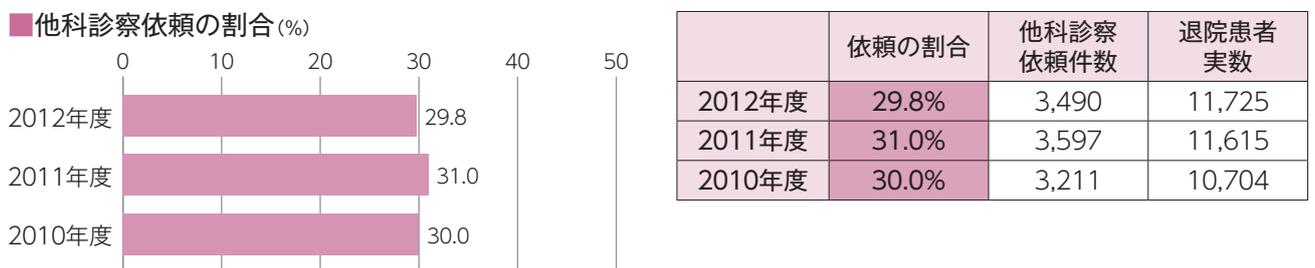
- 完成率** ▶ 退院後2週間以内にサマリーを記載した件数 / 退院患者実数



3. 入院患者での他科診察依頼の割合

例えばA診療科に入院した患者に別の疾患が見つかり、B診療科の医師が診察した割合です。多くの疾患を持っている入院患者は、複数の科が協力して診療を進めていくことが重要です。

- 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（同一入院期間中に複数回診察依頼があっても1件とする） / 退院患者実数



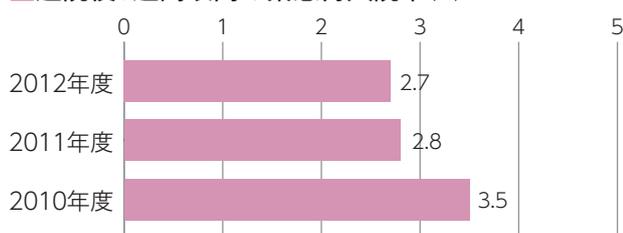
4. 退院後6週間以内の緊急再入院率

退院から6週間以内に再入院となる患者の中には、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、再入院の要因の把握と分析が重要です。

■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
2012年度	2.7%	317	11,541
2011年度	2.8%	316	11,414
2010年度	3.5%	371	10,650

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。

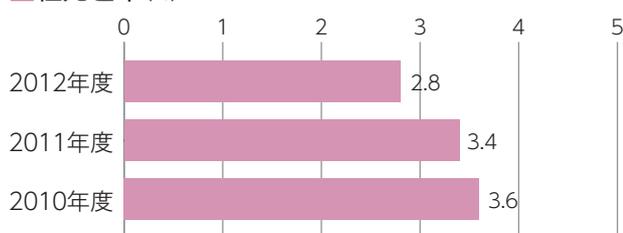
精死亡率は、入院以前の問題によるところが大きいと考えられる入院48時間未満の死亡を除外した割合で、2.5%以下が望ましいとされています。

■粗死亡率▶ 死亡退院患者数／年間退院患者数

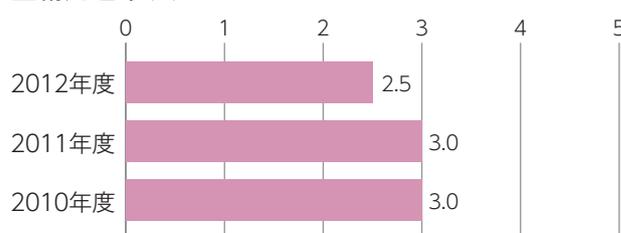
■精死亡率▶ 入院後48時間以後の死亡退院患者数／年間退院患者数

※ 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
2012年度	2.8%	328	11,660
2011年度	3.4%	397	11,548
2010年度	3.6%	382	10,646

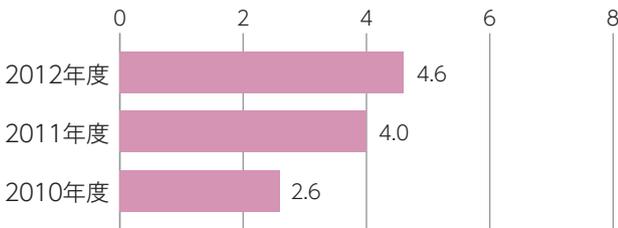
	精死亡率	入院後48時間以後死亡患者数	退院患者数
2012年度	2.5%	286	11,660
2011年度	3.0%	344	11,548
2010年度	3.0%	320	10,646

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、より詳しい死因の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
2012年度	4.6%	15	328
2011年度	4.0%	16	397
2010年度	2.6%	10	382

7. 褥瘡発生率

褥瘡予防対策は患者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－入院前発生者数－継続患者数）

■ 褥瘡発生率(%)

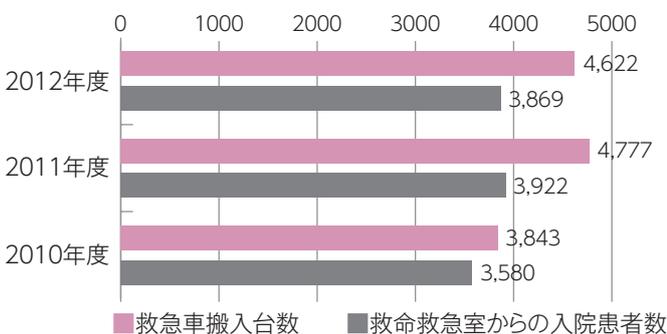


	新規褥瘡発生率	新規発生者数	入院患者実数
2012年度	0.42%	58	13,670
2011年度	0.30%	39	11,625
2010年度	0.30%	33	11,016

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)**



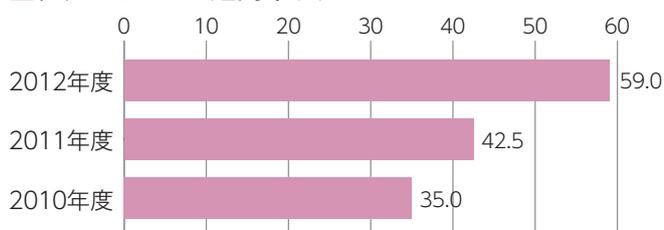
	救急車搬入台数	救命救急室からの入院患者数
2012年度	4,622台	3,869人
2011年度	4,777台	3,922人
2010年度	3,843台	3,580人

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す。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ます。

■クリニカルパス適用率 ▶ パス適用患者数 / 入院患者実数

■クリニカルパス適用率(%)



	適用率	適用患者数	入院患者数
2012年度	59.0%	10,423	17,656
2011年度	42.5%	5,486	12,906
2010年度	35.0%	4,150	11,853

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は重要です。

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

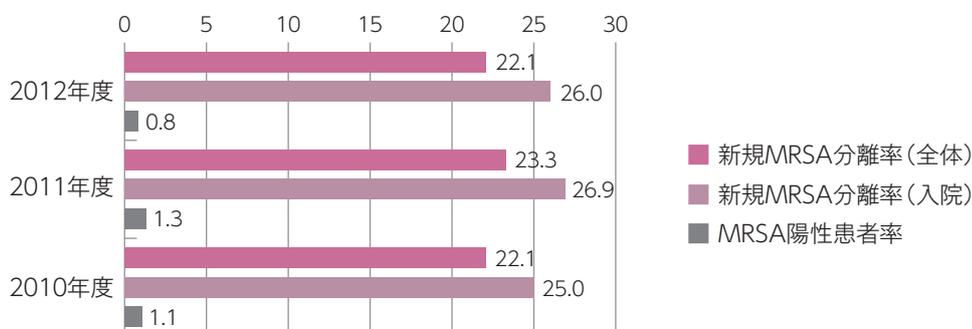
■新規MRSA分離率：入院 ▶ MRSA (新規：入院) / (MRSA (入院) + MSSA (入院))

■MRSA陽性患者率 ▶ MRSA陽性入院患者 / (前年度末在院数 + 当年度入院数)

※ MRSA：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌

MSSA：メチシリン感受性黄色ブドウ球菌

■MRSA検出状況(%)



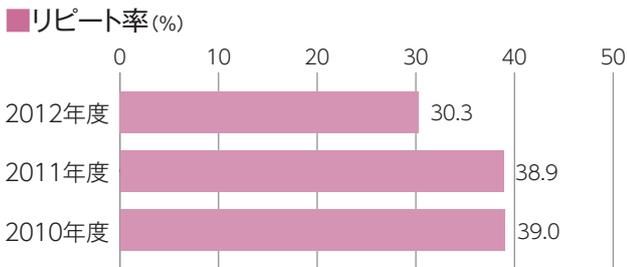
	新規MRSA 分離率 (全体)	新規MRSA 分離率 (入院)	MRSA 陽性患者率	新規MRSA 患者数 (全体)	ブドウ球菌 検出患者 総数(全体)	新規MRSA 患者数 (入院)	ブドウ球菌 検出患者 総数(入院)	MRSA 入院患者数	入院患者数
2012年度	22.1%	26.0%	0.8%	167	757	95	365	133	16,672
2011年度	23.3%	26.9%	1.3%	214	918	132	490	221	16,749
2010年度	22.1%	25.0%	1.1%	170	769	108	432	166	15,602

ii 予防医療

1. 人間ドック利用者のリピート率

リピート率は利用者の満足度、信頼度を表す一つの指標です。

■ **リピート率** ▶ 5年連続人間ドック受診者数 / 人間ドック受診者数

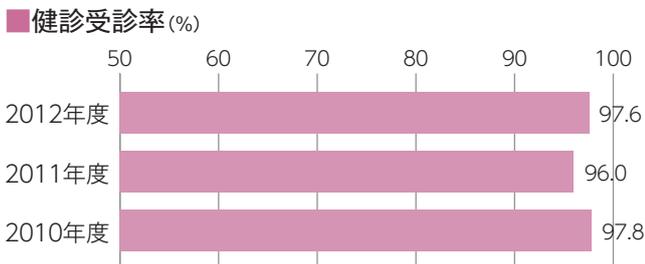


	リピート率	5年連続受診者数	受診者数
2012年度	30.3%	1,044	3,440
2011年度	38.9%	1,006	2,588
2010年度	39.0%	1,078	2,763

2. 職員の健診受診率

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



	健診受診率	健診受診者数	職員数
2012年度	97.6%	772	791
2011年度	96.0%	777	809
2010年度	97.8%	739	756

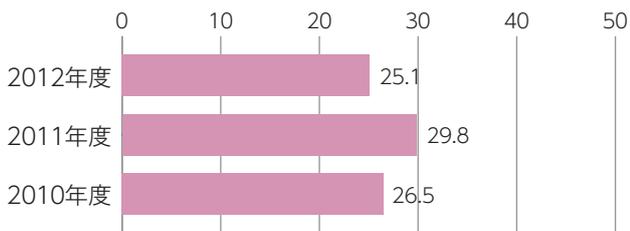
iii 診療プロセス

1. 脳血管障害患者の平均在院日数

脳血管障害患者の診療においては、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

■脳血管障害患者の平均在院日数(日)



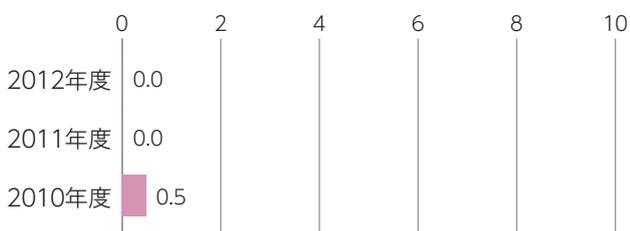
	平均在院日数	在院延べ日数	延べ患者数
2012年度	25.1日	9,532	380
2011年度	29.8日	9,790	328
2010年度	26.5日	5,853	221

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(%)



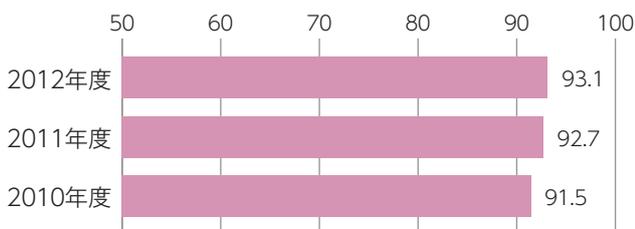
	市中肺炎患者の死亡率	市中肺炎で死亡した患者数	市中肺炎退院患者数
2012年度	0.0%	0	248
2011年度	0.0%	0	263
2010年度	0.5%	1	187

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）

■LDL-Cのコントロール(%)



	140mg/dl未満の患者率	140mg/dl未満の患者数	該当患者数
	上記のうち、最初の検査値が140mg/dl以上の患者		
2012年度	93.1%	1,964	2,110
	72.0%	195	
2011年度	92.7%	1,905	2,054
	75.6%	195	
2010年度	91.5%	1,973	2,157
	72.4%	220	

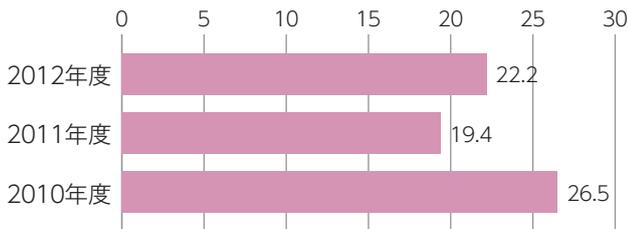
4. 心筋梗塞の患者で、病院到着からPCIまでの所要時間90分以内の患者の割合

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。

※ PCI：経皮的冠動脈インターベンション

■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 (%)



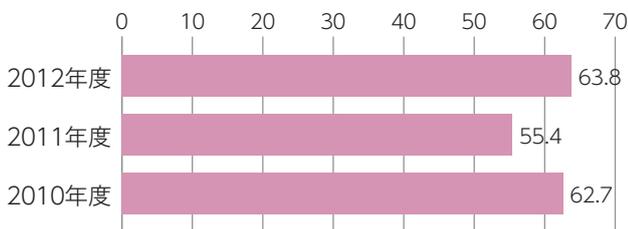
	所要時間90分以内の患者率	所要時間90分以内の患者数	24時間以内にPCIを実施した患者数
2012年度	22.2%	8	36
2011年度	19.4%	6	31
2010年度	26.5%	9	34

5. 乳がん患者の乳房温存手術の割合

乳がん患者のうち乳房温存手術を選択した割合（早期の乳がんや術前化学療法により腫瘍の縮小が可能であった場合）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 (%)



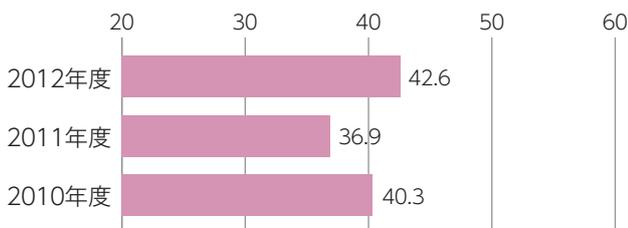
	乳房温存手術割合	乳房温存手術件数	乳房手術件数
2012年度	63.8%	30	47
2011年度	55.4%	36	65
2010年度	62.7%	42	67

6. 糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c<6.6%）

外来の糖尿病患者のうち、血糖コントロールが「可」である患者（<6.6%）の割合です。

■血糖コントロール率 ▶ HbA1c(JDS) <6.6% (当該年度の最終値) のA患者／A患者 (当該年度に糖尿病治療薬が外来で合計90日以上処方されている)

■血糖コントロール率 (%)



	血糖コントロール率	HbA1c(JDS) <6.6%患者数	外来の糖尿病患者数
2012年度	42.6%	684	1,604
2011年度	36.9%	568	1,538
2010年度	40.3%	633	1,569

iv 医療安全

1. 転倒・転落（千分率）

入院患者の転倒・転落は、まず、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。

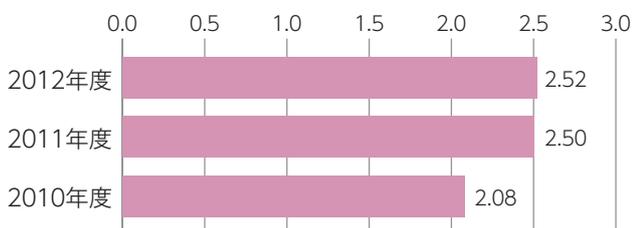
■ 転倒・転落発生率 ▶ 転倒・転落発生数／延在院患者数

■ 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

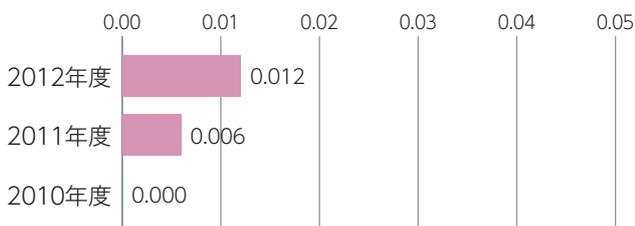
■ 転倒・転落発生率（千分率‰）



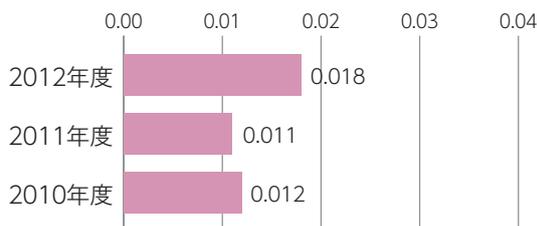
■ 転倒・転落による骨折発生率（千分率‰）



■ 転倒・転落による頭蓋内出血発生率（千分率‰）



■ 転倒・転落で手術が必要になった率（千分率‰）

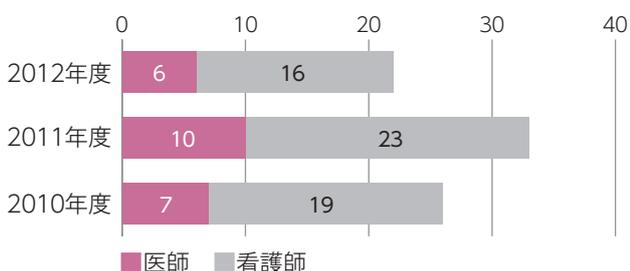


	転倒・転落発生率	骨折発生率	頭蓋内出血発生率	手術率	延在院患者数
	転倒・転落数	骨折数	頭蓋内出血数	手術数	
2012年度	2.52‰ 423	0.06‰ 10	0.012‰ 2	0.018‰ 3	167,578
2011年度	2.50‰ 435	0.02‰ 4	0.006‰ 1	0.011‰ 2	173,994
2010年度	2.08‰ 342	0.05‰ 9	0.000‰ 0	0.012‰ 2	164,579

2. 針刺し件数

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は重要です。

■ 針刺し件数(件)



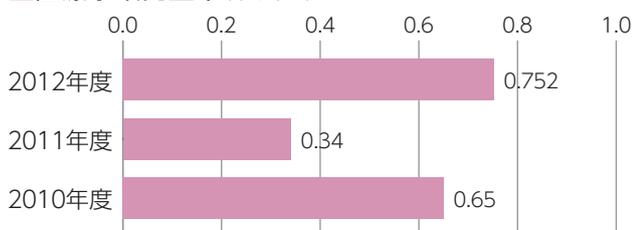
	医師	看護師	合計
2012年度	6	16	22
2011年度	10	23	33
2010年度	7	19	26

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。

■医療事故発生率▶アクシデント報告件数／延在院患者数

■医療事故発生率(千分率%)

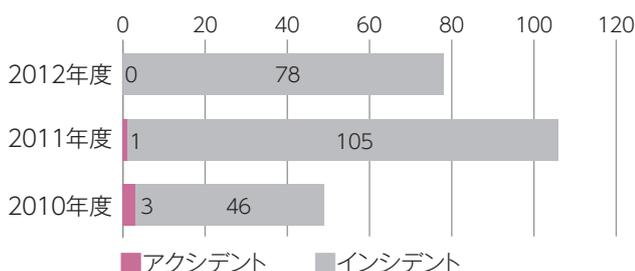


	医療事故発生率	アクシデント件数	延在院患者数
2012年度	0.752‰	126	167,578
2011年度	0.340‰	60	173,994
2010年度	0.650‰	108	165,404

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こともあるため、誤認防止対策は重要です。

■患者誤認件数(件)



	アクシデント件数	インシデント件数	合計
2012年度	0	78	78
2011年度	1	105	106
2010年度	3	46	49

※ インシデント：病院内で、誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいう。
 アクシデント：病院内で、医療行為等により、患者に処置・治療を要したものをいう。

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

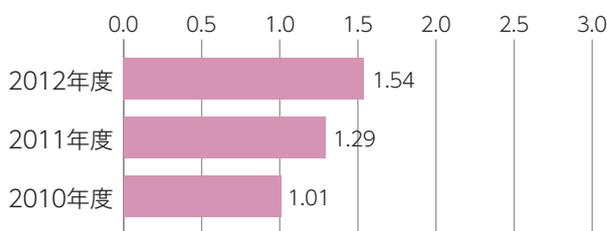
血液培養は、いろいろな感染症の原因となる菌を検出したり、菌血症（血液中に細菌がいる状態）の診断のために重要な検査です。血液培養検査の際に問題となるのは、皮膚の常在菌が混入し、検出されることで、起炎菌（感染の原因となっている菌）との判別が必要となることです。アメリカのガイドラインでは、3%以下であれば、問題ないとされています。

■血液培養のコンタミネーション率▶

全てのコンタミネーション延患者数／複数の培養ボトルが出された延患者数（2011年度から改定）

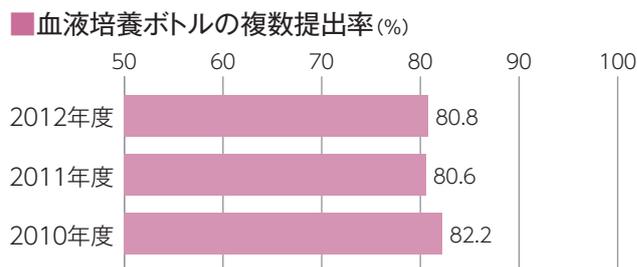
	血液培養での表皮ブドウ球菌コンタミネーション率	表皮ブドウ球菌によるコンタミネーションの採血回数	血液培養ボトルが出された患者の延べ採血回数
2012年度	1.54%	109	7,088
2011年度	1.29%	85	6,567
2010年度	1.01%	60	5,913

■血液培養のコンタミネーション率(%)



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
2012年度	80.8%	3,147	3,895
2011年度	80.6%	2,921	3,623
2010年度	82.2%	2,656	3,231

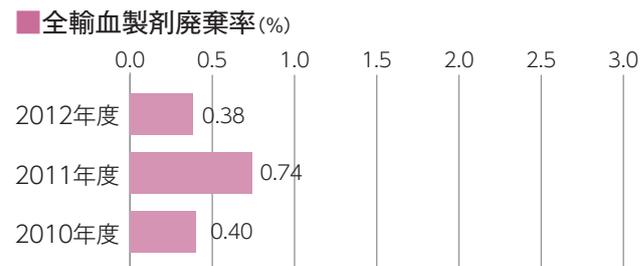
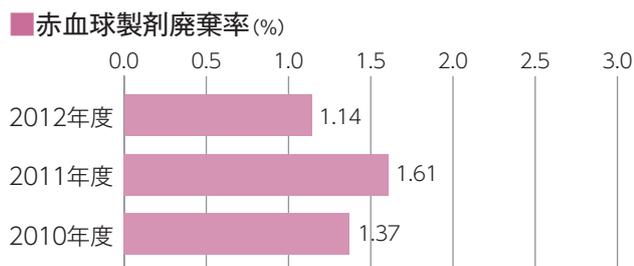
3. 輸血製剤廃棄率

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。

■輸血製剤廃棄率 ▶ 廃棄量 / 購入量

※ 量: 単位

	赤血球製剤			全輸血製剤		
	廃棄率	廃棄量	購入量	廃棄率	廃棄量	購入量
2012年度	1.14%	44	3,859	0.38%	56	14,932
2011年度	1.61%	56	3,489	0.74%	91	12,377
2010年度	1.37%	46	3,368	0.40%	52	12,890



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

血栓予防を目的とするワーファリン療法は、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: プロトロビン時間を国際標準比で表したもの

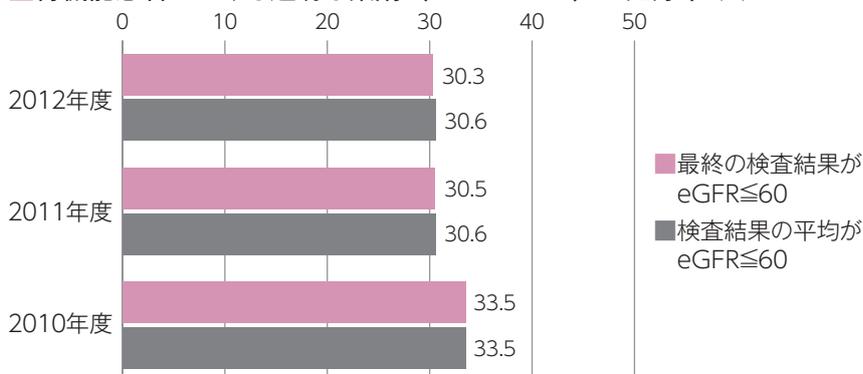


	PT-INR>5			1.7≤PT-INR≤2.5		
	患者割合	患者数	ワーファリン服用患者数	外来患者割合	外来患者数	外来のワーファリン服用患者数
2012年度	4.5%	38	842	57.4%	354	617
2011年度	5.0%	44	872	54.8%	345	629
2010年度	2.3%	19	812	54.3%	360	663

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。

■腎機能患者における適切な薬剤（ACEI・ARB）の処方率 (%)



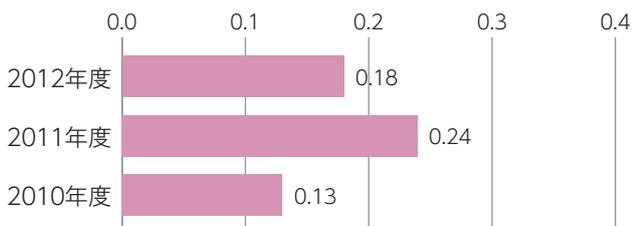
		最終の検査結果がeGFR≤60			検査結果の平均がeGFR≤60			
		率	処方あり	患者数	率	処方あり	患者数	
2012年度	糖尿病あり	40.8%	934	2,290	42.0%	923	2,199	
	糖尿病なし	尿蛋白(1+) ↑	29.1%	90	309	28.1%	88	313
		尿蛋白(+-) ↓	21.8%	185	849	21.9%	184	842
		検査結果なし	17.0%	210	1,238	16.5%	195	1,182
		30.3%	1,419	4,686	30.6%	1,390	4,536	
2011年度	糖尿病あり	41.4%	845	2,043	41.8%	840	2,010	
	糖尿病なし	尿蛋白(1+) ↑	32.2%	86	267	32.7%	84	257
		尿蛋白(+-) ↓	18.9%	138	731	19.2%	141	733
		検査結果なし	16.5%	168	1,017	16.0%	162	1,015
		30.5%	1,237	4,058	30.6%	1,227	4,015	
2010年度	糖尿病あり	47.4%	951	2,006	47.1%	919	1,950	
	糖尿病なし	尿蛋白(1+) ↑	27.7%	80	289	27.7%	76	274
		尿蛋白(+-) ↓	24.0%	185	770	23.9%	177	742
		検査結果なし	16.1%	167	1,037	16.0%	161	1,008
		33.5%	1,333	3,974	33.5%	1,333	3,974	

vii 手術

1. 24時間以内の再手術率

外来・入院に関わらず、全ての手術の24時間以内の再手術率です。これは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。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(%)

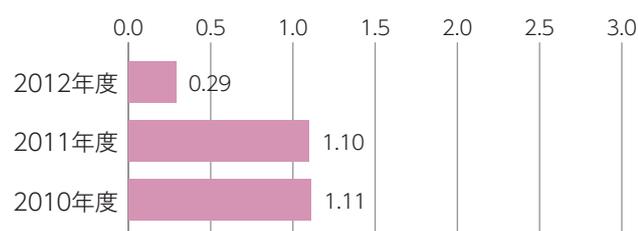


	24時間以内の再手術率	24時間以内の再手術件数	手術件数
2012年度	0.18%	7	3,995
2011年度	0.24%	10	4,207
2010年度	0.13%	5	3,896

2. 入院中の緊急再手術率

入院中の再手術率（24時間以上経過している場合も含む）です。上記「1. 24時間以内の再手術率」と同様に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。

■入院中の緊急再手術率(%)

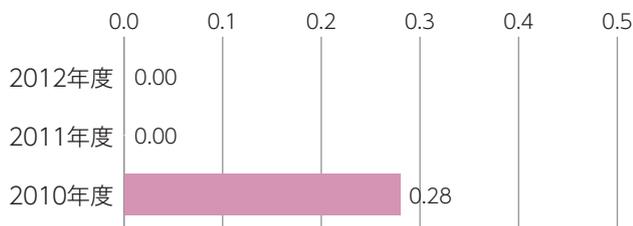


	入院中の緊急再手術率	緊急再手術数	入院手術患者数
2012年度	0.29%	11	3,843
2011年度	1.10%	41	3,744
2010年度	1.11%	39	3,521

3. 回復室での滞在遅延率

術後の状態を注意深く観察することが必要な場合は、回復室に滞在していただいております。回復室での滞在が遅延する原因としては、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(%)



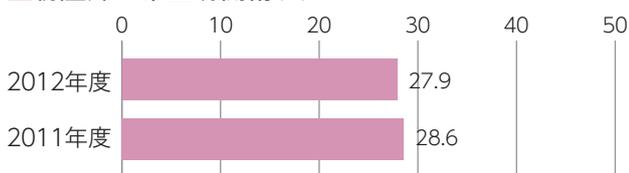
	滞在遅延率	2時間以上の滞在患者数	回復室入室患者数
2012年度	0.00%	0	19
2011年度	0.00%	0	102
2010年度	0.28%	1	361

viii 周産期／小児

1. 初産婦の帝王切開術

初産婦が帝王切開によって出産する割合は、年齢の分布、合併症の頻度、不妊治療を受けていた頻度や、妊婦および医師の動向などによって大きく影響されますが、自院での年次推移を参考にして改善につなげることができます。

■初産婦の帝王切開術(%)

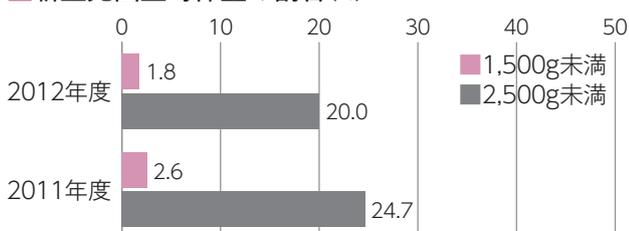


	初産婦の帝王切開術率	初産婦の帝王切開術数	初産婦数
2012年度	27.9%	33	118
2011年度	28.6%	36	126

2. 低出生体重児の割合

新生児のうち低出生体重児の出生割合は、施設でのハイリスク分娩の割合、または施設周辺の社会生活レベルと関係しており、必ずしも客観的な質を把握できる指標ではありませんが、自院での年次推移を参考にして改善につなげることができます。

■新生児出生時体重の割合(%)

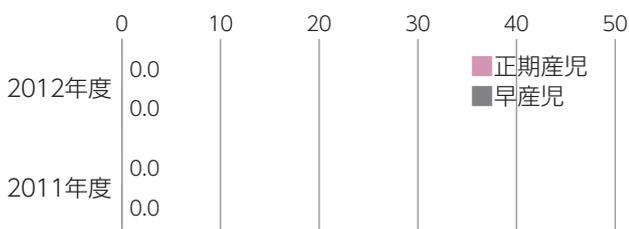


	新生児のうち出生体重が				新生児数
	1,500g未満		2,500g未満		
	出生率	新生児数	出生率	新生児数	
2012年度	1.8%	4	20.0%	43	215
2011年度	2.6%	6	24.7%	56	227

3. 分娩5分後のアプガースコアが4以下の割合

アプガースコアとは、出生直後の新生児の状態を評価するスコアのことです。皮膚の色、心拍数、刺激による反射、筋緊張、呼吸状態の5項目に対して、それぞれ0から2点のスコアをつけ、8～10点を正常、4～7点を軽症仮死、0～3点を重症仮死と判定します。5分後のスコアが新生児の神経学的な長期予後を反映するといわれており、即ち5分後のアプガースコアが4点以下である新生児の割合が少ないことは、より安全な周産期管理が行われていることとなります。

■分娩5分後のアプガースコアが4以下の割合(%)

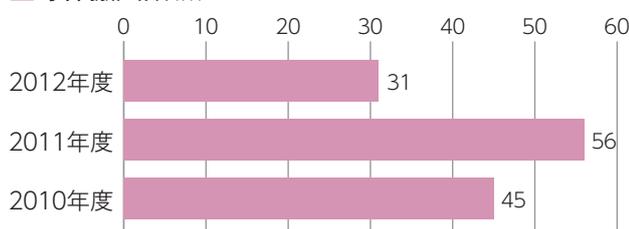


	アプガースコアが4以下		正常産児数	アプガースコアが4以下		早産児数
	割合	数		割合	数	
2012年度	0.0%	0	171	0.0%	0	46
2011年度	0.0%	0	170	0.0%	0	57

4. 母体搬入数

当院は地域周産期母子医療センター（京都周産期医療情報システムの2次施設）に指定されており、同システムを通じて、他の医療機関からの母体搬送を受け入れております。

■母体搬入数(件)



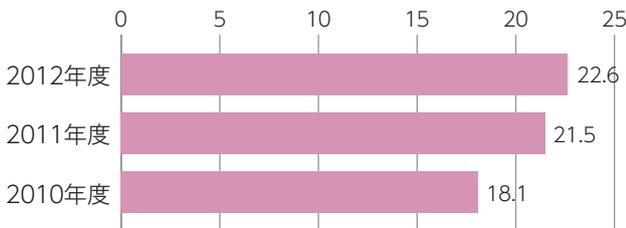
	母体搬入数
2012年度	31
2011年度	56
2010年度	45

ix 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、患者の満足度の向上を示します。

■投書中の感謝の割合(%)



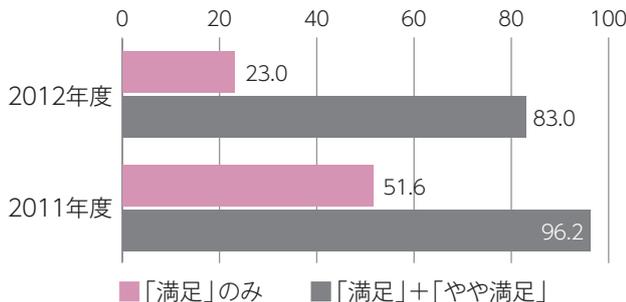
	投書中の感謝の割合	投書中の感謝件数	投書件数
2012年度	22.6%	77	341
2011年度	21.5%	62	289
2010年度	18.1%	35	193

2. 患者満足度

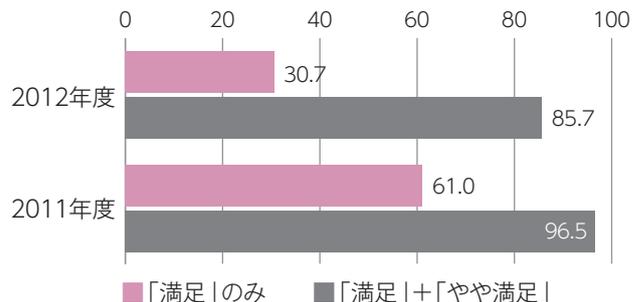
4段階評価（「満足」「やや満足」「やや不満」「不満」）で調査を実施した結果です。総合的な満足度を表現していると考えられます。

■患者満足度 ▶ 「この病院での診療に満足している」と回答した（外来または入院）患者数／患者満足度調査に回答した（外来または入院）患者数

■患者満足度(外来患者)(%)



■患者満足度(入院患者)(%)

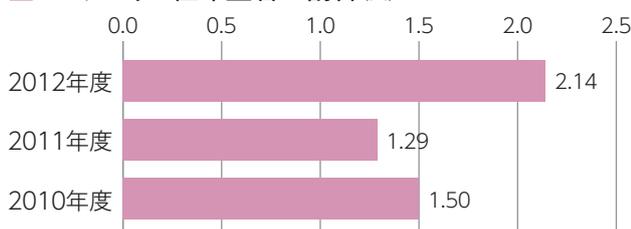


	外来患者		入院患者	
	「満足」のみ	「満足」+「やや満足」	「満足」のみ	「満足」+「やや満足」
2012年度	23.0%	83.0%	30.7%	85.7%
2011年度	51.6%	96.2%	61.0%	96.5%

3. 卒後臨床研修マッチング1位希望者の割合

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。

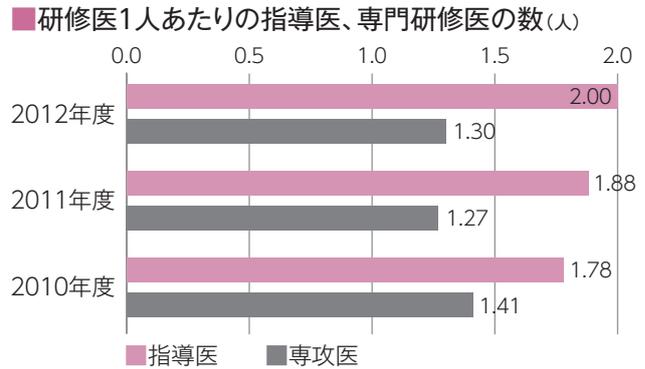
■マッチング1位希望者の割合(人)



	1位希望者の割合	1位希望者数	募集人数(定員数)
2012年度	2.14人	30	14
2011年度	1.29人	18	14
2010年度	1.50人	21	14

4. 研修医1人あたりの指導医数、専攻医（専門研修医）数

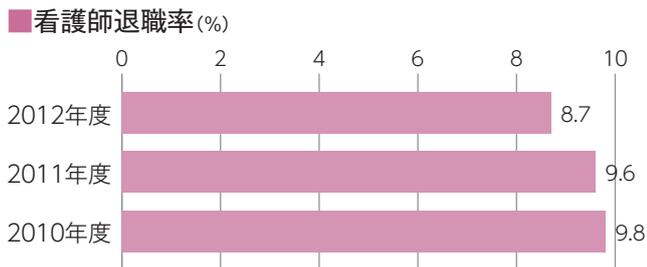
優秀な研修医を確保するだけでなく、研修医を指導する立場の優れた指導医の存在が重要です。研修医を教育・指導するために、厚生労働省が主導する指導医講習会で習得した指導医が多くいる方が望ましいと言えます。また、専攻医の充実には屋根瓦方式の研修を行う上では重要です。



	指導医の割合	専攻医の割合	指導医数	専攻医数	研修医数
2012年度	2.00人	1.30人	54	35	27
2011年度	1.88人	1.27人	49	33	26
2010年度	1.78人	1.41人	48	38	27

5. 看護師の退職率

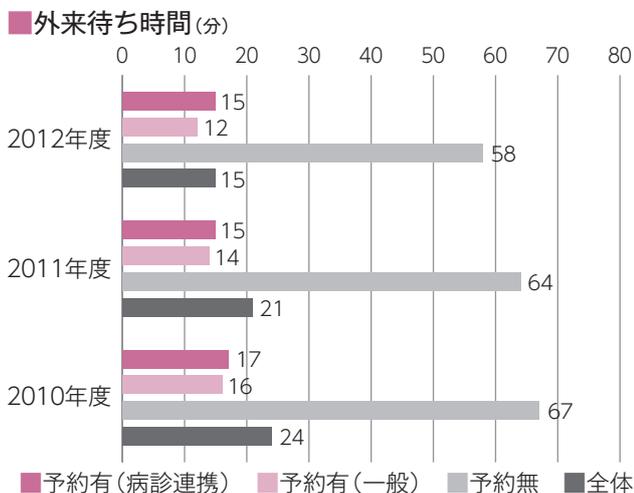
看護師がよりいっそう働きやすく、かつ定着を促進する環境づくりに努力しています。



	看護師退職率	看護師退職数	看護師職員数
2012年度	8.7%	41	473
2011年度	9.6%	45	470
2010年度	9.8%	45	458

6. 外来待ち時間

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。



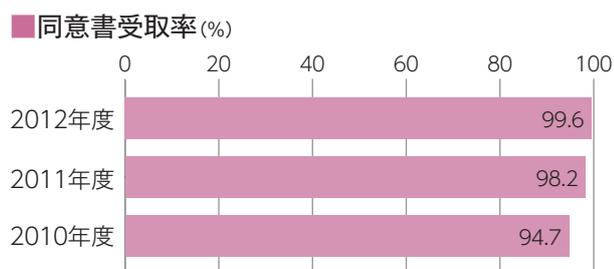
	予約有(病診連携)	予約有(一般)	予約無	全体
2012年度	15分	12分	58分	15分
2011年度	15分	14分	64分	21分
2010年度	17分	16分	67分	24分

Ⅹ がん関連

1. 新規がん化学療法同意書受取率

新規にがん化学療法を受ける患者に説明を行い、同意を得ることは、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
2012年度	99.6%	262	263
2011年度	98.2%	272	277
2010年度	94.7%	251	265