

+ 第1章 病院全体		
1	1日平均患者数	3
2	病床稼働率	4
3	平均在院日数	5
4	年齢階級別退院患者数	6
5-1	2-3 全入院における再入院率(3日以内、4~7日以内、30日以内)	7
5-4	退院後6週間以内の計画的再入院件数 退院後6週間以内の(計画的ではないが) 予期された再入院数 退院後6週間以内の予期せぬ再入院数(全入院における42日以内再入院率)	8
6	紹介率・逆紹介率	9
7	退院後2週間以内 サマリー(退院時要約) 完成率	10
8	死亡退院患者率	11
9	剖検率	12
10	標榜診療科別症例数トップ3(DPCコード、名称、症例数、平均在院日数、転院率、平均年齢)	13
11-1	患者満足度(外来)	14
11-2	外来待ち時間	15
11-3	患者満足度(入院)	18
12	職員満足度	22
13	入院患者のうちバス適用患者数	23
14	播種性血管内凝固・敗血症・その他の真菌症・手術・術後の合併症の請求率	24
+ 第2章 救急医療		
1-1	救急車来院患者数	25
1-2	ドクターヘリ受入件数	26
2	心肺停止患者の蘇生率(心拍再開入院率)	27
3	救急隊員・救急救命士の病院受入人数	28
+ 第3章 手術・処置		
1	緊急手術件数(実施場所別術式上位10件)	29
2	手術在院日数	32
3	胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合	33
4	周術期抗菌薬管理(上位10件)	34
5-1	予定・緊急手術における術後ドレーン実施率・実施日数	36
5-2	予定・緊急手術における術後膀胱留置カテーテル実施率	37
6-1	手術患者における肺血栓塞栓症の予防行為実施率	38
6-2	全ての手術における肺血栓塞栓症発症率	39
6-3	全身麻酔に対する肺血栓塞栓症予防管理実施率	40
7	手術別手術部位感染発生率	41
8	外保連手術指数	42
9	標榜診療科別主要手術の症例数トップ3(Kコード、部位、症例数、平均術前・術後日数、転院率、平均年齢)	43
10	24時間以内の再手術率	44
11	全身麻酔患者における口腔ケア実施率	45
12	胃がん手術における腹腔鏡下手術の割合	46
13	大腸がん手術における腹腔鏡下手術の割合	47
14	甲状腺手術全体における永続的反回神経麻痺出現率	48
15	甲状腺手術全体における永続的副甲状腺機能低下症発症率	49
+ 第4章 がん医療		
1	初発の5大がんのUICC病期分類別患者数ならびに再発患者数	50
2	初発の5大がん 手術件数	51
3	放射線治療件数	56
4	がん化学療法(がん種別・レジメン上位5件)	57
5	5年生存率(相対生存率)	60
6	移植後の100日生存率	61
7	緩和ケア病棟の平均在棟日数	62
8	緩和ケア病棟の平均病床利用率	63
9	化学療法患者における口腔ケア実施率	64
+ 第5章 脳・神経		
1	脳血管障害症例における平均在院日数	65
2	脳血管障害症例における在院死亡率	66
3-1	急性脳梗塞患者(ICD10別:患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率)	67
3-2	急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの施行率	68



第6章 心血管

1	急性心筋梗塞症例における平均在院日数	69
2	急性心筋梗塞症例における在院死亡率	70
3	急性心筋梗塞の患者で病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の患者の割合	71
4	PCIを施行した患者（救急車搬送）の入院死亡率	72
5	PCI後24時間以内のCABG実施率	73
6	急性心筋梗塞患者における退院時処方（アスピリン、β-遮断薬、ACEI/ARB）	74
7	開心術を受けた患者の平均術後在院日数	75
8	人工心肺手術を受けた患者の平均術後在院日数	76



第7章 呼吸器

1	成人市中肺炎（重症度別：患者数、平均在院日数、平均年齢）	77
2	肺炎患者の死亡率	78
3	肺炎に対する初回抗菌薬投与開始日	79
4	肺炎に対する初回抗菌薬組合せ（上位10件）	80



第8章 薬剤管理

1	エタラボン 使用率、使用日数	81
2	ワルファリン服用患者における出血傾向のモニタリング（外来患者）	82
3	入院患者のうち服薬指導を受けた者の割合	83
4	後発医薬品の採用率	84
5	ステロイド服用患者の骨粗しょう症予防率	85



第9章 血液製剤

1	血液製剤	86
2	血液製剤廃棄率	87
3	FFP/RBC比 ALB/RBC比	88



第10章 感染管理

1	予定・緊急入院における敗血症に対する血液培養検査実施率	89
2	MRSA院内感染発生率	90
3-1	ICU・CCUユニットにおける中心静脈カテーテル使用比率	91
3-2	ICU・CCUユニットにおける中心静脈カテーテル関連血流感染率	92
4	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与割合	93
5	黄色ブドウ球菌に占めるMRSAの割合	94
6	人工呼吸器関連肺炎発症率	95



第11章 リハビリテーション

1	予定・緊急手術における術後リハビリ実施率・平均開始日	96
2	整形外科の代表的な疾患における術後リハビリ施行患者の平均在院日数	97
3	急性期脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	98
4	脳血管障害患者におけるリハビリ転院までの日数	99
5	人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率	100
6	心不全患者に対するリハビリ実施割合	101



第12章 チーム医療・地域連携

1	がん看護分野の専門の看護師の地域訪問件数	102
2	放射線技師の地域訪問件数	103
3	NST実施件数	104
4	褥瘡チーム実施件数	105
5	共同利用件数	106
6	地域連携クリティカルバスの件数	107



第13章 看護

1	7対1入院基本料で「一般病棟用の重症度・看護必要度」の基準を満たす患者の割合	108
2	入院患者の転倒・転落発生率、損傷発生率	109
3-1	Ⅱ度以上の褥瘡の院内発生率	110
3-2	褥瘡推定発生率	111
3-3	褥瘡有病率	112



第14章 教育

1	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	113
2-1	研修医1人あたりの指導医数	114
2-2	研修医1人あたりの専門研修医数	115
3	看護師の平均勤続年数（全体平均）	116



1 1日平均患者数



■説明

1日当たり平均して何人の患者さんが外来を受診されたか、また入院されたかを表す数値です。

■コメント

入院患者数の対前年度伸び率は、2014年度は0.16%、2015年度は0%となり鈍化傾向です。一方で外来患者数の対前年度伸び率は2014年度は▲0.91%、2015年度は6.71%となりました。当院では「地域完結型医療」を目指し、地域の医療機関との機能分化を推進しているため、外来患者さんについては地域の医療機関での受診を推進し、入院患者数については高い水準を維持する必要があります。

■対象ならびに計算方法

分子：患者延数

分母：診療実日数

※外来で複数科受診された場合は1人でカウントする。



2 病床稼働率



■説明

病床がどの程度効率的に活用されているかを見る指標です。100%に近いほど効率的に運用されていることになります。

■コメント

当院のような急性期医療を提供する病院では、救急患者さんの受け入れの為にベッドの確保も求められます。当院の病床稼働率は急性期病院でもかなり高い水準ではありますが、病院経営の観点からも現状維持を目指して病院運営を行う必要があります。

■対象ならびに計算方法

分子：一日平均入院患者数
分母：当院許可病床数(655床)



3 平均在院日数



■説明

病院全体で一人の患者さんが平均何日入院しているかを示す指標です。効率的な医療を提供し、患者さんの早期社会復帰や地域の医療機関との連携をいかに促進しているかを表す指標になります。

■コメント

当院の数字を全国の数字¹⁾と比較してみると、400床以上の一般病床で公的病院の平均在院日数は12.7日であることから、当院は比較的効率的な医療が提供され、患者さんの早期社会復帰を促進していることが伺えます。

■対象ならびに計算方法

分子：年間患者在院延数

分母：(新入院患者数+退院患者数) / 2

■参考文献

1) 平成26年度病院経営管理指標：厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000084160.pdf>



4 年齢階級別退院患者数

■説明

当院を退院した患者数を、10歳刻みで集計しました。退院患者さんの年齢層を調べると、その病院の特徴をある程度捉えることができます。

■コメント

結果とコメントについては
病院指標のページからご参照ください。

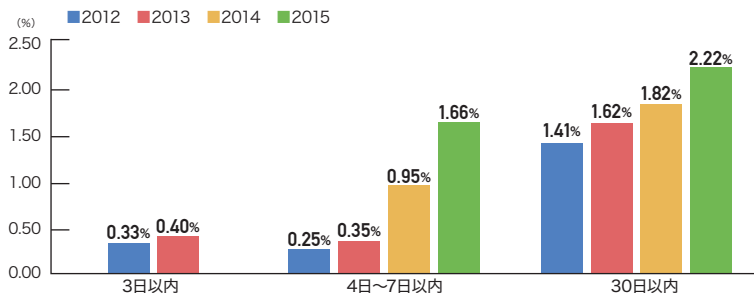
http://www.ise.jrc.or.jp/irc-shihyo/h27_shihyo.html

■用語説明

- 1) 厚生労働省 平成23年 患者調査結果 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/02.pdf>
- 2) http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2403



5-123 全入院における再入院率(3日以内、4～7日以内、30日以内)



■説明

前回退院から指定期間以内に同一疾患で緊急で再入院した症例を示します。この値が低い程、患者さんが十分な治療を受けて退院する事ができているという指標になります。

■コメント

再入院率は年々上昇しています。再入院の理由は様々ですがこの結果を真摯に受け止め再入院率の低下に向け取り組んでいきたいと考えます。

■対象ならびに計算方法

①3日以内緊急再入院率

分子：3日以内緊急再入院症例数 分母：全入院症例数

※3日以内緊急再入院症例とは、前回退院と今回入院の間が3日以内で、MDC 6桁分類(2014年度はMDC 2桁分類)が同一であり、かつ様式1の「予定・緊急入院区分」が「緊急入院」である症例
 ※2014年度症例より再入院の引継ぎの期間が変更となったため3日以内再入院率は削除

②4～7日以内緊急再入院率

分子：4～7日以内緊急再入院症例数 分母：全入院症例数

※4～7日以内緊急再入院症例とは、前回退院と今回入院の間が4～7日で、MDC 6桁分類(2014年度はMDC 2桁分類)が同一であり、かつ様式1の「予定・緊急入院区分」が「緊急入院」である症例

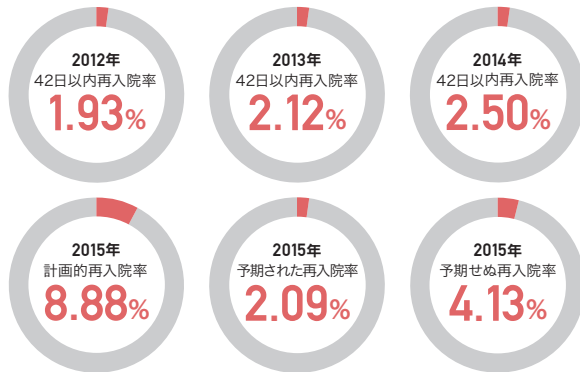
③30日以内緊急再入院率

分子：30日以内緊急再入院症例数 分母：全入院症例数

※30日以内緊急再入院症例とは、前回退院と今回退院の間が30日以内で、今回入院の契機となった病名が前回入院の「入院契機病名」「主傷病名」「医療資源を最も投下した傷病名」のいずれかと同一であり、入院中の診療目的が「その他の加療」である症例



5-4 退院後6週間以内の計画的再入院件数 退院後6週間以内(計画的ではないが)予期された再入院数 退院後6週間以内の予期せぬ再入院数(全入院における42日以内再入院率)



■説明

前回退院から6週間以内に同一疾患で再入院した症例を示します。この値が低い程、患者さんが十分な治療を受けて退院する事ができているという指標になります。

■コメント

2015年度より計画的再入院率、予期された再入院率、予期せぬ再入院率へと変更となりました。術前検査後の手術目的や他疾患の検査目的など計画的な再入院の率は高くなる傾向にあります。

■対象ならびに計算方法

1) 2012~2014年

42日以内緊急再入院率

分子: 42日以内緊急再入院症例数 分母: 全入院症例数

※42日以内緊急再入院症例とは、前回退院と今回退院の間が42日以内で、今回入院の契機となったMDC6桁分類(2014年度はMDC2桁分類)が前回入院のMDC6と同一であり、入院中の診療目的が「その他の加療」である症例 ※MDCとは、Major Diagnostic Categoryの略称で、診断群分類を疾病分類ごとに大別した主要診断群のこと

2) 2015年

計画的再入院

分子: 計画的再入院症例数 分母: 全入院症例数

予期された再入院

分子: 予期された再入院症例数 分母: 全入院症例数

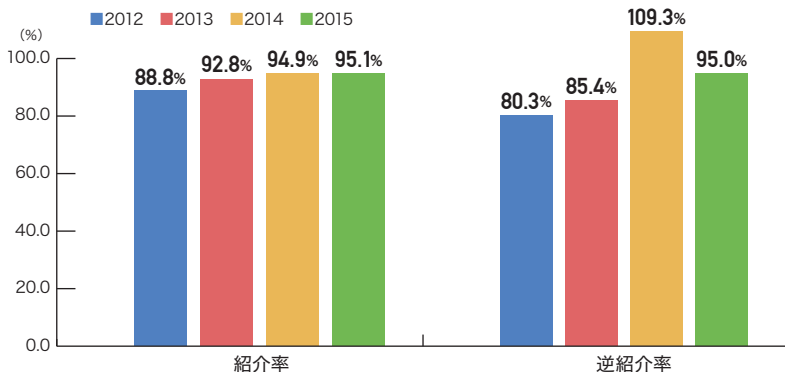
予期せぬ再入院

分子: 予期せぬ再入院症例数 分母: 全入院症例数

※予期された再入院…前回退院時、医療者がそれについて患者さんに十分説明し、患者さんがそれをよく理解し納得している場合 ※予期せぬ再入院…医療者があり得ると考えていたが、患者さんには十分な説明がされておらず、患者さんがよく理解していなかった場合や医療者も起こり得るとは考えていなかった場合



6 紹介率・逆紹介率



■説明

紹介率・逆紹介率は、病院が地域医療支援病院として地域の病院・診療所との連携をどのくらい密に図っているかを測る指標となります。地域医療支援病院とは、かかりつけ医を支援し、専門外来や入院、救急医療など地域医療の中核を担う体制を整えた病院のことをいいます。近年、医療現場は多様化しており、各医療機関の特性や機能を明確化し、地域の医療機関との連携、機能分화를促すことがプライマリ・ケア¹⁾の視点からも重視されています。

■コメント

当院は、外来患者さんを地域の診療所にお任せする逆紹介を早期から積極的にこなっております。そのため、厚生労働省が地域医療支援病院を対象におこなった紹介率・逆紹介率平均値(紹介率:56.2%、逆紹介率:50.4%)²⁾に比べ、当院はかなり高い結果となっております。

■対象ならびに計算方法

紹介率 分子:紹介患者数+緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数
 分母:初診患者数-(休日又は夜間救急初診患者数-休日又は夜間入院初診患者数)

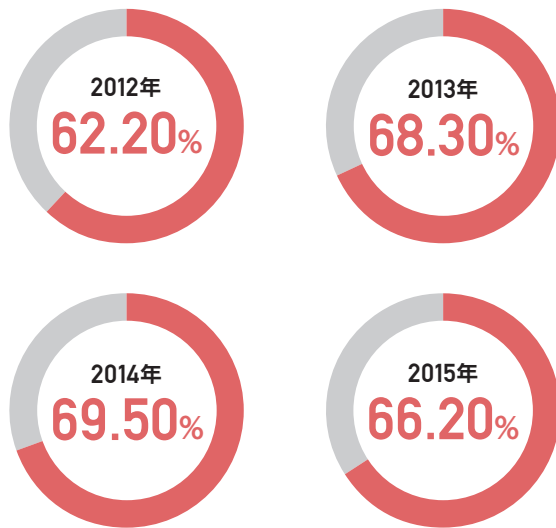
逆紹介率 分子:逆紹介件数
 分母:初診患者数-(休日又は夜間救急初診患者数-休日又は夜間入院初診患者数)

■用語説明

- 1) プライマリ・ケア…身近な場所にいる何でも相談できる かかりつけ医と医療関係者による第一次医療・全人的な総合医療
- 2) 厚生労働省調査結果 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000337cm.html>



7 退院後2週間以内 サマリー（退院時要約）完成率



■説明

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、全退院患者さんについて作成されます。作成期間については、一般的に退院後の外来診察までの平均的な日数である「退院後2週間以内」が望ましいといわれています。

■コメント

当院の値は66.2%と非常に低い値となりました。
診療録管理体制加算¹⁾では2週間以内退院サマリ-作成率は90%以上の値が求められます。この結果を真摯に受け止め、早急に改善に努めます。

■対象ならびに計算方法

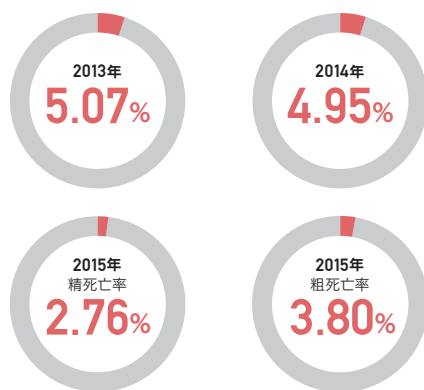
分子：退院後2週間以内にサマリー記載のある患者延数
分母：退院および転科のあった患者延数

■用語説明

1) 診療録管理体制加算…診療録の適切な管理、退院時要約の作成や統計処理など、病院の診療録に関する管理体制の評価したもの



8 死亡退院患者率



■説明

退院患者さんの内、死亡退院された患者さんの割合を示しました。医療施設の特徴(職員数、病床数、救命救急センターや集中治療室、緩和ケア病棟の有無、平均在院日数、地域の特性など)、入院患者さんのプロフィール(年齢、性別、疾患の種類と重症度など)が異なるため、この死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありません。

■コメント

2015年度より計算方法を変更しました。従来の粗死亡率から入院後48時間以内死亡を引いた精死亡率を算出しています。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後48時間以内死亡を除くことにより、治療の結果の評価が可能となります。

■対象ならびに計算方法

2014 年度以前

分子:死亡退院患者数 分母:総退院患者数

2015 年度より

精死亡率

分子:死亡退院患者数－入院後 48 時間以内死亡 分母:総退院患者数

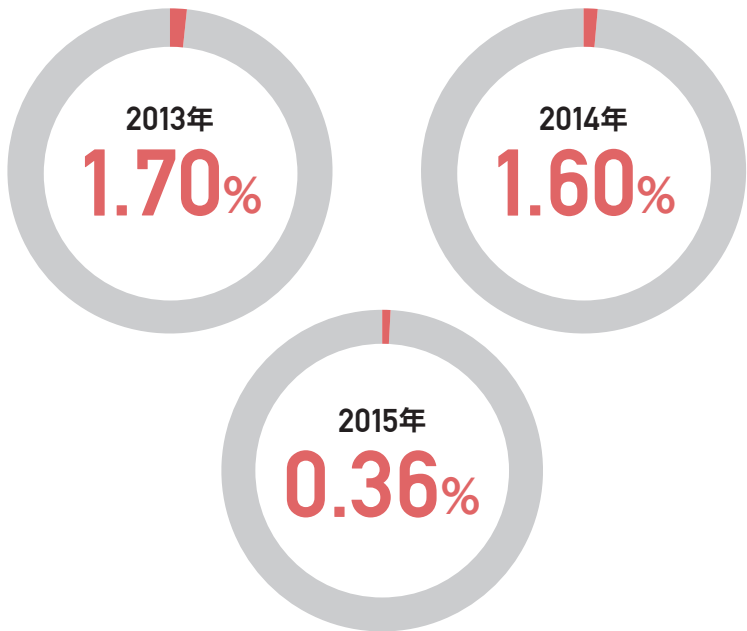
粗死亡率

分子:死亡退院患者数 分母:総退院患者数

※精死亡率、粗死亡率ともに緩和ケア病棟入院患者数を除く



9 剖検率



■説明

剖検率とは、入院中に死亡された患者数に対する病理解剖(剖検)された患者数の割合をいいます。剖検の主な目的は、不幸にして亡くなられた患者さんの病気の成り立ち、治療効果、死因等を解明することであり病理医がこれを行います。病理医は解剖された臓器の病理学的な検索を行い、主治医・臨床医と行う臨床病理検討会(CPC)を通して最終診断を行います。剖検結果はその後の診療や研修医の育成にも役立つため剖検率は医療の質を反映しています。

■コメント

当院の剖検率は1%台後半であり、日本病理学会認定施設(市中病院)359施設の平均剖検率約4.3%、中央値4%に比べ低い値(特に2015年)を示しており剖検率の早急な改善が望まれます。

■対象ならびに計算方法

分子：1年間の剖検数

分母：同期間における死亡退院患者数



10 標榜診療科別症例数トップ3 (DPCコード、名称、症例数、平均在院日数、転院率、平均年齢)

■説明

診療科別に症例数の多いDPC14桁コードについて症例数、当院及び全国の病院の平均在院日数、平均年齢、転院率を示しました。それぞれの診療科が多く取り扱っている疾患とその治療内容が分かります。また全国の病院の平均在院日数と比較することにより当院の診療の効率性をみる事が出来ます。

■コメント

結果とコメントについては
病院指標のページからご参照ください。

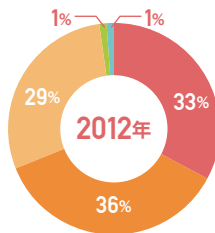
http://www.ise.jrc.or.jp/irc-shihyo/h27_shihyo.html



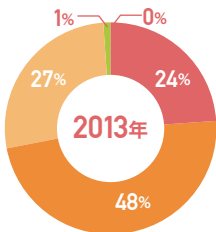
11-1 患者満足度（外来）

外来患者満足度

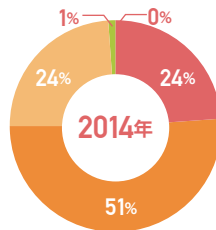
■大変満足 ■満足 ■ふつう ■やや不満足 ■不満足



	件数
大満足	293
満足	314
ふつう	259
やや不満足	12
不満足	7
合計	885



	件数
大満足	221
満足	438
ふつう	249
やや不満足	8
不満足	3
合計	919



	件数
大満足	267
満足	573
ふつう	273
やや不満足	12
不満足	4
合計	1129

■説明

患者満足度は年に1回、外来患者さんと入院患者さんにアンケートを行っています。外来では満足度と待ち時間を調査しています

■コメント

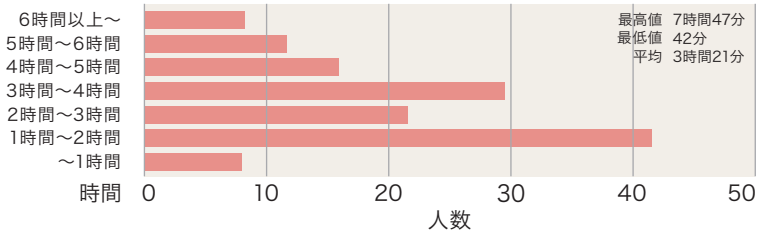
2015年度は実施できませんでした。



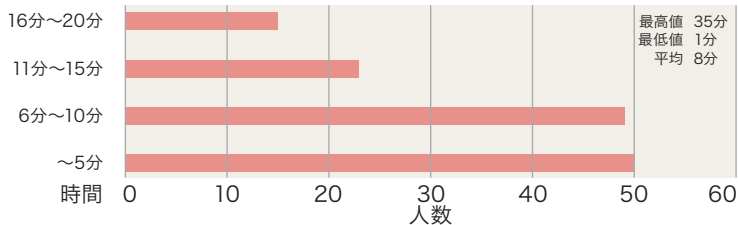
11-2 外来待ち時間

2012年

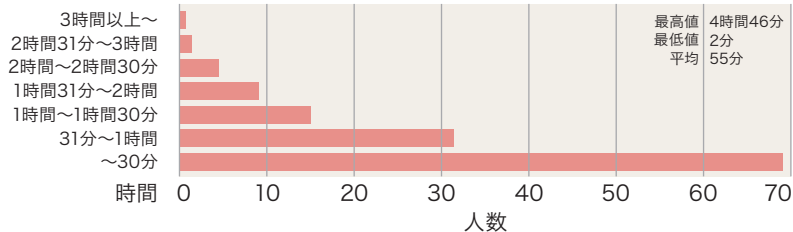
■ 在院時間



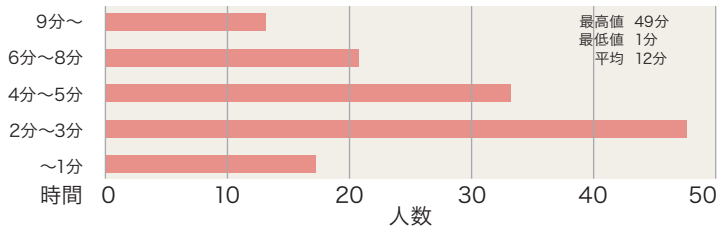
■ カルテ作成時間



■ 外来待ち時間



■ 計算待ち時間

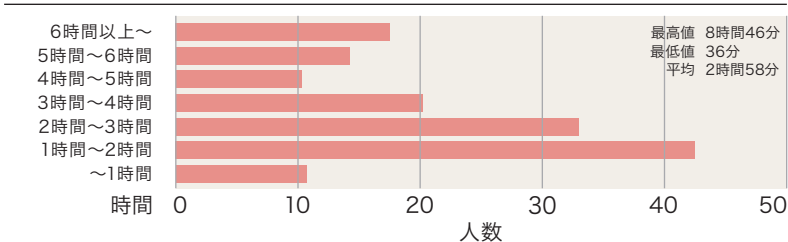




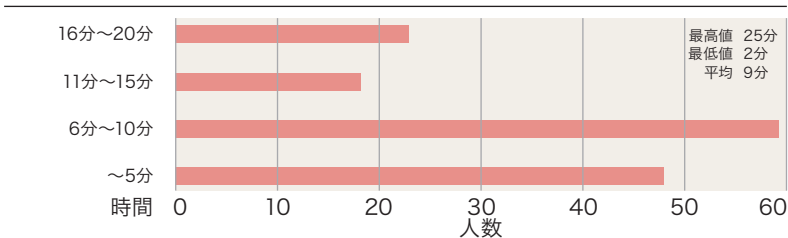
11-2 外来待ち時間

2013年

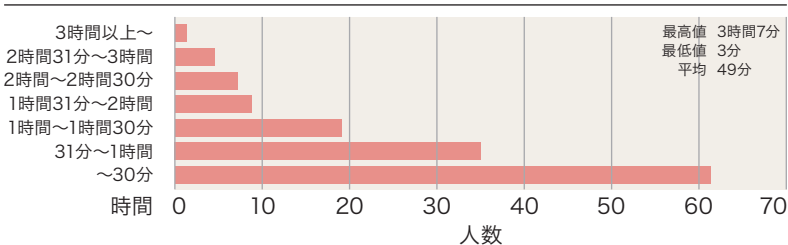
■ 在院時間



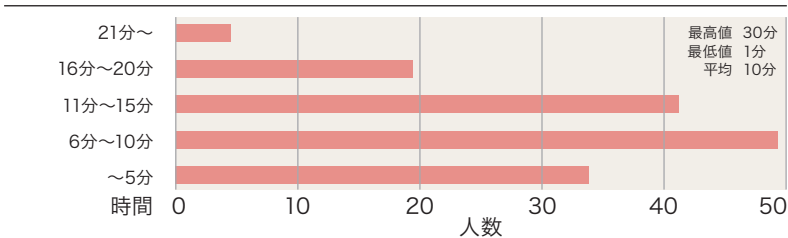
■ カルテ作成時間



■ 外来待ち時間



■ 計算待ち時間

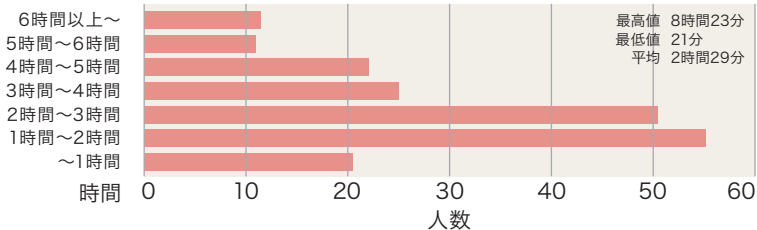




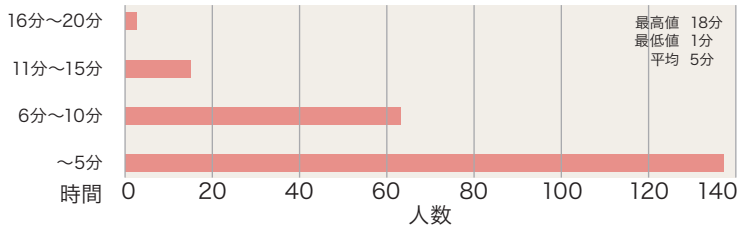
11-2 外来待ち時間

2014年

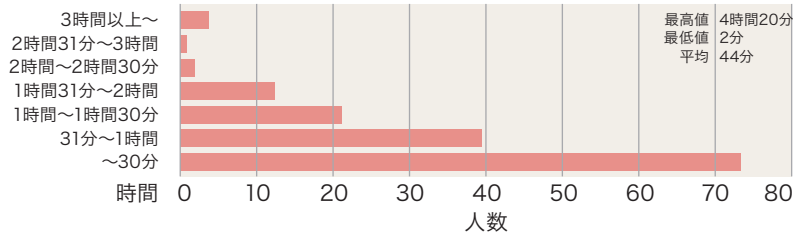
■ 在院時間



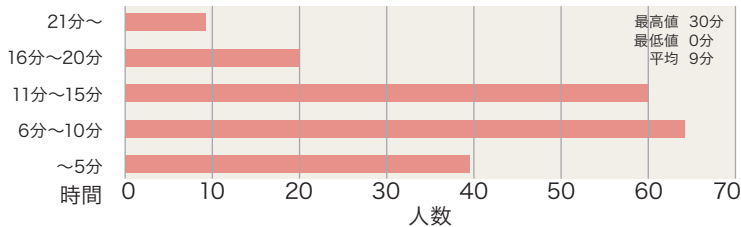
■ カルテ作成時間



■ 外来待ち時間



■ 計算待ち時間

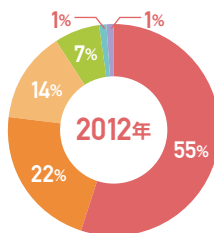




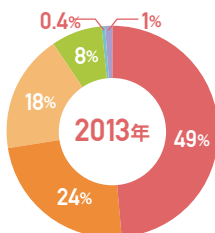
11-3 患者満足度（入院）

入院期間

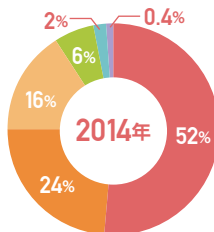
■ 1週間未満 ■ 2週間未満 ■ 1ヶ月未満 ■ 3ヶ月未満 ■ 3ヶ月以上 ■ 無回答



入院期間	人数
1週間未満	323
2週間未満	130
1ヶ月未満	85
3ヶ月未満	41
3ヶ月以上	7
無回答	8
合計	594



入院期間	人数
1週間未満	112
2週間未満	54
1ヶ月未満	41
3ヶ月未満	19
3ヶ月以上	1
無回答	2
合計	229



入院期間	人数
1週間未満	126
2週間未満	57
1ヶ月未満	38
3ヶ月未満	15
3ヶ月以上	4
無回答	1
合計	241

■説明

患者満足度調査は年1回、外来患者さんと入院患者さんにアンケートを行っています。入院では大きく「接遇」・「説明」・「施設・環境」のカテゴリーに分け、それぞれ「非常に満足」・「満足」・「どちらとも言えない」・「不満」・「非常に不満」の5段階で評価をしています。

■コメント

2015年度は実施できませんでした。

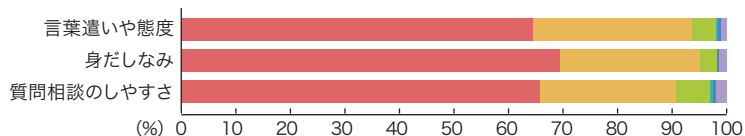


11-3 患者満足度（入院）

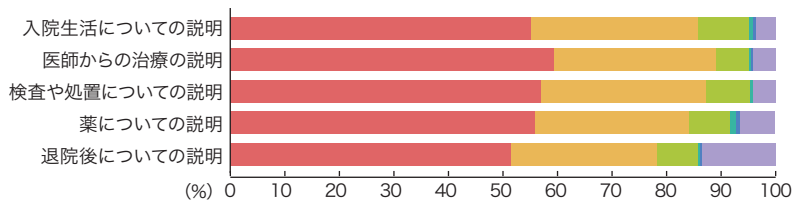
2012年

■非常に満足 ■満足 ■どちらともいえない ■不満 ■非常に不満 ■無回答

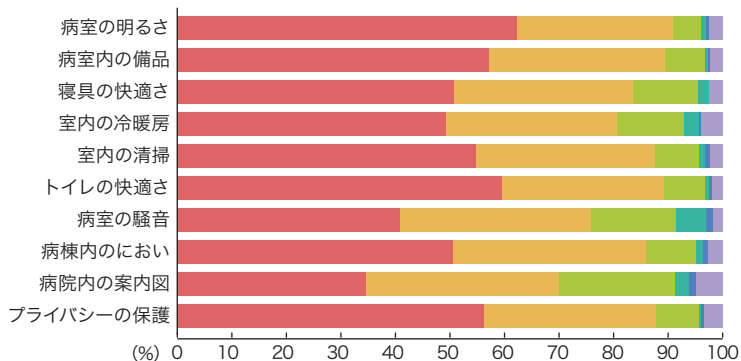
■ 接遇について



■ 説明について



■ 施設・環境について



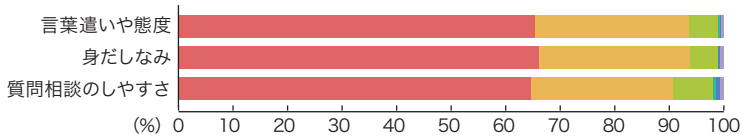


11-3 患者満足度（入院）

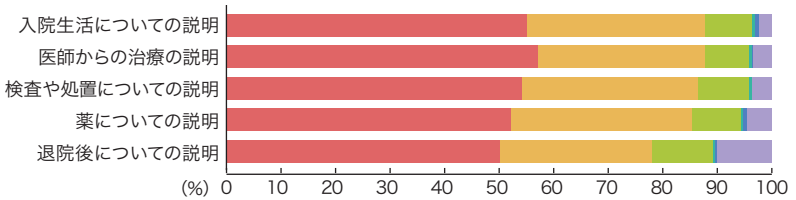
2013年

■非常に満足 ■満足 ■どちらともいえない ■不満 ■非常に不満 ■無回答

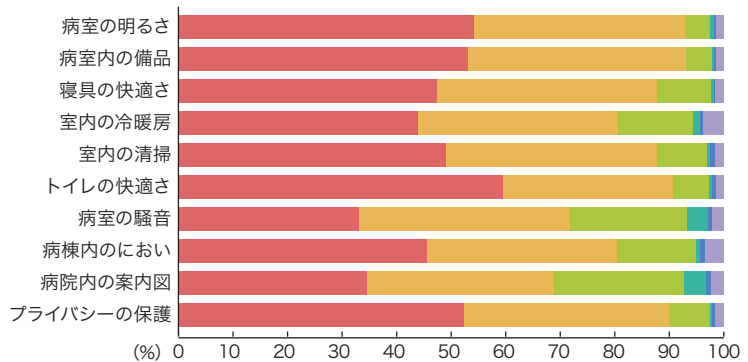
■ 接遇について



■ 説明について



■ 施設・環境について



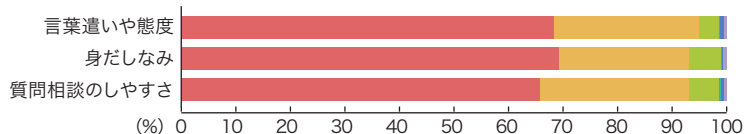


11-3 患者満足度（入院）

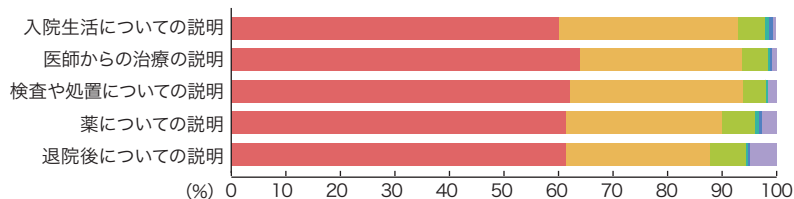
2014年

■非常に満足 ■満足 ■どちらともいえない ■不満 ■非常に不満 ■無回答

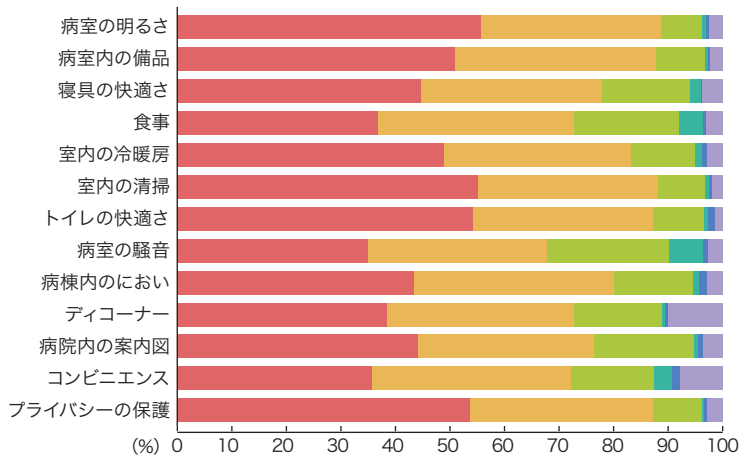
■ 接遇について



■ 説明について



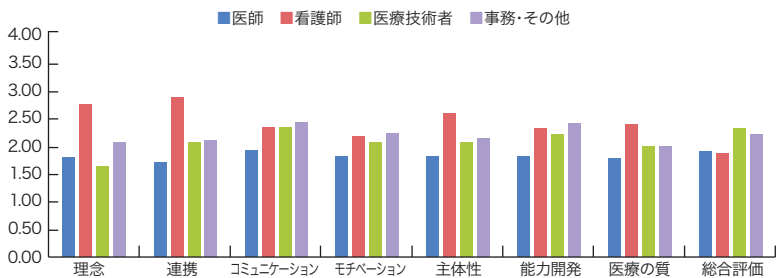
■ 施設・環境について





12 職員満足度

項目	集計結果				割合			
	医療	看護師	医療技術者	事務・その他	医療	看護師	医療技術者	事務・その他
理念	1.83	2.76	1.65	2.08	45.66%	69.07%	41.31%	52.06%
連携	1.72	2.91	2.07	2.14	43.09%	72.63%	51.69%	53.38%
コミュニケーション	1.95	2.35	2.36	2.44	48.73%	58.81%	58.88%	60.93%
モチベーション	1.83	2.20	2.09	2.23	45.86%	55.00%	52.26%	55.86%
主体性	1.84	2.59	2.09	2.19	46.01%	64.82%	52.17%	54.63%
能力開発	1.85	2.32	2.23	2.41	46.13%	58.12%	55.87%	60.35%
医療の質	1.80	2.39	2.02	2.03	45.04%	59.85%	50.46%	50.69%
総合評価	1.93	1.90	2.32	2.23	48.17%	47.41%	58.04%	55.74%



■説明

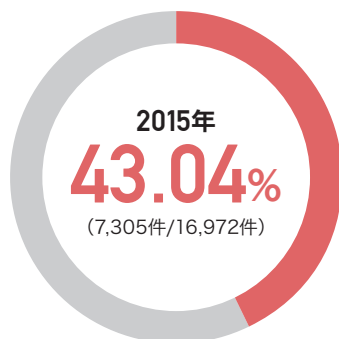
患者さんに対し質の高い医療を提供するためには病院で勤務する職員の満足度も重要な指標となります。

■コメント

2015年度初めて全職員を対象とした職員満足度調査で、経年変化や他病院との比較分析はできません。評価は職種によるバラツキはありますが4点満点中、2点前後であり中程度と言えます。項目でみると「理念」はバラツキがあり低めの評価ですが、病院を全体として捉えて評価している「医療の質」や「総合評価」は中程度であり、今後は病院の使命や理念の周知を行い、医療の質向上に努めていく必要があります。大項目8項目の中で、人間関係の要となるコミュニケーションが高い結果となっており職場環境としては好ましいと考えます。今後の取り組みで満足度が上昇するか推移をみるのが大切です。



13 入院患者のうちパス適用患者数



■説明

クリニカルパスとは良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表のことをいいます。これを用いることで診療の標準化、根拠に基づく医療の実施（EBM）、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などがはかられます。複雑な病態の患者さんには適応が難しいのですが、より多くの患者さんにクリニカルパスを適応することで上記のメリットを享受することができます。クリニカルパスの新たな作成、見直しによる改良などを行うことで、入院患者さんのパス適応患者さんの割合が増加するものと思われます。

■コメント

2015年度は入院患者さんのうちパス適応患者さんの割合は43.04%でした。今後パスの改善を進めることでこの割合の増加を目指します。そしてより良質で、効率的、安全、適正な医療を提供できるように努めます。

■対象ならびに計算方法

分子：パス適用患者数

分母：全退院患者数



14 播種性血管内凝固・敗血症・その他の真菌症・手術・術後の合併症の請求率

■説明

医療の質の改善に資するため臨床上腺口にはなりえないものの少しでも改善すべきものとして、敗血症、播種性血管内凝固、手術・術後の合併症、その他の真菌症について入院の契機となった病名との同一性の有無を区別してその患者数と請求率を示しました。

■コメント

結果とコメントについては
病院指標のページからご参照ください。

http://www.ise-jrc.or.jp/irc-shihyo/h27_shihyo.html



1-1 救急車来院患者数



■説明

1年間で当院に救急車で搬送された患者さんの数を示します。

■コメント

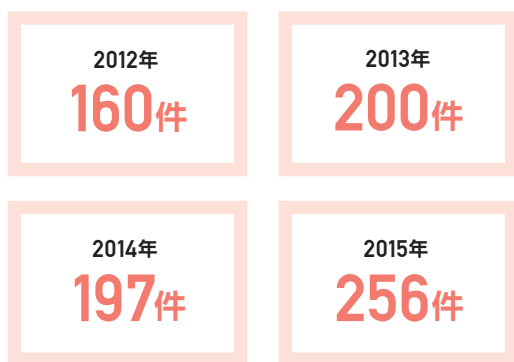
救急車による患者さん受け入れ人数は引き続き増加傾向にあります。2013年には8,000人台から一気に9,000人台を超え、2014年には若干の減少が見られましたが、2015年には再び9,000人台を超え、依然として多数の受け入れを行っています。

■対象ならびに計算方法

救急車で搬送された患者数



1-2 ドクターヘリ受入件数



■説明

ドクターヘリとは救急医療用の医療機器を装備したヘリコプターのことで、消防機関からの出動要請に基づき、救急医療の専門医と看護師が同乗し救急現場へ向かい、いち早く救命医療を行うことが可能となります。ここでは、1年間でのドクターヘリの受入患者数を示しています。

■コメント

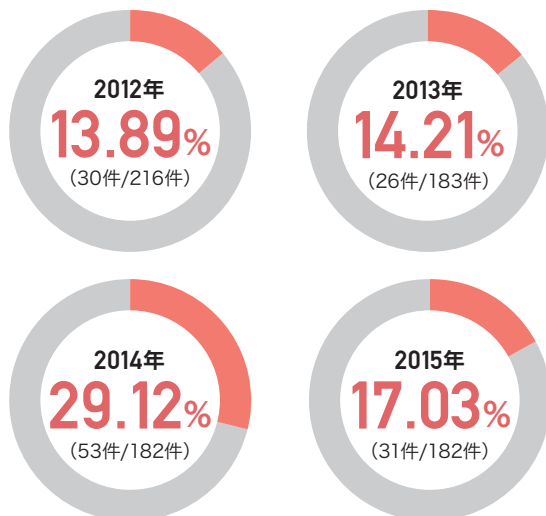
救急車の受け入れ人数と同様に増加傾向にあります。ドクターヘリによる全患者搬送数は2012年213人、2013年347人、2014年359人、2015年422人です。全搬送数のうち半数以上を当院が受け入れています。

■対象ならびに計算方法

ドクターヘリで搬送し、かつ当院にて患者受入を行った数



2 心肺停止患者の蘇生率（心拍再開入院率）



■説明

救命救急医療の質の評価を示す指標です。日本蘇生協議会（JRC）によりガイドライン2010¹⁾が改訂されました。当院でもガイドライン2010に則して救命処置を行っています。

■コメント

心拍再開率は2014年より低下しました。高齢化による影響や延命治療を希望されない方が含まれている事が要因と考えられます。

■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、心拍再開し入院した患者数

分母：心肺停止状態、または救急隊等の処置により心拍を再開した状態で救急外来に来院した傷病者数

■参考文献

1) JRC(日本版) ガイドライン2010 http://www.qqzaidan.jp/jrc2010_kakutei.html



3 救急隊員・救急救命士の病院受入人数



■説明

救急隊員・救急救命士の就業前実習や再教育のために当院に受入れた人数(延べ人数)です。

■コメント

救急ワークステーションの段階的導入に伴い多数の救急隊員の受入れを行っております。鳥羽海上保安部隊員の実習受け入れも行っています。

■対象ならびに計算方法

救急隊員・救急救命士等の病院受入れを行った人数(延べ人数)



1 緊急手術件数（実施場所別術式上位10件）

■説明

当院の緊急手術件数を多い順に並べたものです。当院に緊急入院となった患者さんがどのような手術を受けたかがわかります。日本の医療保険制度における手術は非常に広義のため、少し分かりやすくするため、今回は手術室で行った手術とそれ以外で分類しました。

■コメント

手術室での緊急手術は慢性硬膜下血腫、網膜剥離、急性虫垂炎に対する手術が多く、手術室外での緊急手術は心筋梗塞、消化管出血に対する治療が多く行われていました。これらの傾向は近年で大きな変化はありませんでした。

■対象ならびに計算方法

当院に緊急入院し手術を施行した件数を手術室と手術室以外にて集計

2012年

■手術室における手術

No	手術	件数
1	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	79
2	硝子体茎頭微鏡下離断術（網膜付着組織を含むもの）	70
3	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	56
4	脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）	39
5	頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（脳内のもの）	25
6	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	19
7	帝王切開術（緊急帝王切開）	19
8	骨折観血的手術（大腿）	17
9	小腸切除術（悪性腫瘍手術以外の切除術）	9
10	急性汎発性腹膜炎手術	8

■手術室以外における手術

No	手術	件数
1	内視鏡的消化管止血術	99
2	経皮的冠動脈ステント留置術	95
3	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみのもの）	31
4	内視鏡的胆道ステント留置術	27
5	扁桃周囲膿瘍切開術	26
6	脳血管内手術（1箇所）	23
7	創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満））	23
8	小腸結腸内視鏡的止血術	16
9	ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）	13
10	経皮的冠動脈形成術	12



1 緊急手術件数 (実施場所別術式上位10件)

2013年

■手術室における手術

No	手術	件数
1	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	82
2	硝子体茎顕微鏡下離断術(網膜付着組織を含むもの)	65
3	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	42
4	脳動脈瘤頸部クリッピング(1箇所)	35
5	帝王切開術(緊急帝王切開)	28
6	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴うもの)	23
7	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)(脳内のもの)	21
8	骨折観血の手術(大腿)	18
9	小腸切除術(悪性腫瘍手術以外の切除術)	16
10	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)(その他のもの)	14

■手術室以外における手術

No	手術	件数
1	経皮的冠動脈ステント留置術	127
2	内視鏡的消化管止血術	92
3	内視鏡的胆道ステント留置術	50
4	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみのもの)	45
5	創傷処理(筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満))	36
6	扁桃周囲膿瘍切開術	30
7	ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)	26
8	脳血管内手術(1箇所)	20
9	経尿道的尿管ステント留置術	17
10	小腸結腸内視鏡的止血術	16

2014年

■手術室における手術

No	手術	件数
1	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	93
2	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	71
3	硝子体茎顕微鏡下離断術(網膜付着組織を含むもの)	45
4	帝王切開術(緊急帝王切開)	44
5	脳動脈瘤頸部クリッピング(1箇所)	34
6	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)(脳内のもの)	28
7	経皮的脳血栓回収術	23
8	硝子体茎顕微鏡下離断術(その他のもの)	20
9	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)(硬膜下のもの)	16
10	小腸切除術(悪性腫瘍手術以外の切除術)	16

■手術室以外における手術

No	手術	件数
1	内視鏡的消化管止血術	101
2	経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対するもの)	83
3	内視鏡的胆道ステント留置術	65
4	創傷処理(筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満))	44
5	経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症に対するもの)	32
6	扁桃周囲膿瘍切開術	29
7	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	27
8	小腸結腸内視鏡的止血術	22
9	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみのもの)	18
10	経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)	16



1 緊急手術件数 (実施場所別術式上位10件)

2015年

■手術室における手術

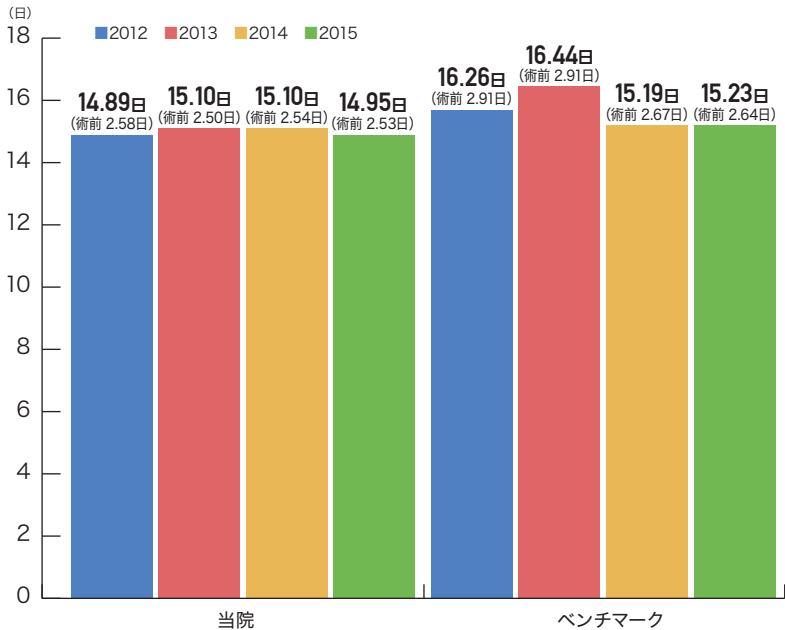
No	手術	件数
1	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	117
2	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	87
3	経皮的脳血栓回収術	50
4	帝王切開術(緊急帝王切開)	43
5	硝子体茎頭微鏡下離断術(網膜附着組織を含むもの)	37
6	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)(脳内のもの)	27
7	脳動脈瘤頸部クリッピング(1箇所)	25
8	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)(硬膜下のもの)	20
9	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴うもの)	16
10	関節脱臼非観血的整復術(股)	15

■手術室以外における手術

No	手術	件数
1	経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対するもの)	95
2	内視鏡的消化管止血術	80
3	内視鏡的胆道ステント留置術	63
4	創傷処理(筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満))	47
5	経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症に対するもの)	44
6	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	35
7	扁桃周囲膿瘍切開術	33
8	経尿道的尿管ステント留置術	28
9	ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)	27
10	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみもの)	26



2 手術在院日数



■説明

全手術症例について、入院から退院までと、入院から手術までの在院日数の平均を示しています。在院日数の短縮傾向は、体への負担が少なく、より安全な手術を行っていることを意味します。

■コメント

ベンチマークに比べ、在院日数・術前日数ともに短くなっており、術前・術後の患者さんへの負担を少なくし、より安全な手術が行えています。

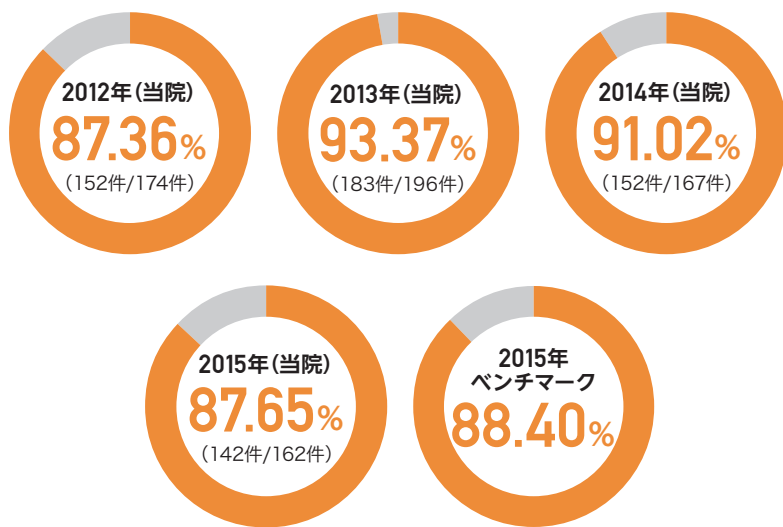
■対象ならびに計算方法

在院日数：手術実施症例の平均在院日数

術前日数：初回手術以前の平均在院日数



3 胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合



■説明

当院では、胆石症などの胆嚢摘出術の標準術式として腹腔鏡下胆嚢摘出術を行っています。内視鏡外科手術は患者さんにとって、傷が小さく、痛みが少なく、入院期間が短く、早期の職場・社会復帰ができるという大きなメリットがあります。

■コメント

良性胆嚢疾患に対する手術は、全国的にも腹腔鏡下胆嚢摘出術が標準手術となっています。手術難度の高い胆嚢炎症例であっても腹腔鏡下手術で行えることが多くなってきています。全国平均よりやや低い割合となっています。

■対象ならびに計算方法

分子：胆嚢疾患で胆嚢摘出術が施行された症例のうち、腹腔鏡下手術が施行された患者数

分母：胆嚢疾患で胆嚢摘出術が施行された退院患者数

■参考文献

1) 日本内視鏡外科学会：内視鏡外科手術に関するアンケート調査-第11回集計結果報告-



4 周術期抗菌薬管理（上位10件）

■説明

外科手術の周術期予防的抗菌薬投与は、適切に行われれば手術部位感染の予防方法として大変有効な手段とされています。予防的抗菌薬投与を成功させるには、投与する抗菌薬の選択であるものもさることながら、投与開始のタイミングや術中の追加投与などの更に重要な事項を適正化することが必要とされています。今回は、当院で使用された手術症例の抗菌薬投与症例数上位10位を示しました。

■コメント

手術部位や手術方法に応じて院内感染対策委員と協議のうえ、抗菌薬の選択・使用をしています。また耐性菌予防目的で抗菌薬の使用量の減少にも努めています。

■対象ならびに計算方法

当院で使用された手術症例の抗菌薬投与症例数上位10位について、症例数、割合(全体を100%とした場合のその薬剤の占める割合)、平均投与日数、投与量、平均薬剤料を示した。

※薬剤名は、予防投与中の抗菌薬組合せを指す

※予防投与期間とは、手術の術日もしくは術日翌日に投与した抗菌薬の組合せ(データ区分：注射・手術のみ対象)と術日2日目以降で抗菌薬(注射・手術のみ)の組合せの異なる投与日が存在した場合、もしくは術日2日目以降に連続投与が一旦途切れ再度投与開始となった場合までに投与した内容を投与期間としている。手術後、同一薬剤、同用量で連続して投与されているものを術後感染予防と定義する。

2012年

No	薬剤名	症例数	割合(%)	平均投与日数	平均投与量	平均薬剤料
1	セファメジン	3,142	51.87	2.54	5.00	3,599.23
2	フルマリン	1,075	17.75	1.36	1.90	3,342.41
3	パセトクール	682	11.26	2.29	4.44	3,104.50
4	ワイスタール	455	7.51	3.17	6.23	4,488.44
5	モベンゾシン	129	2.13	2.13	4.12	2,688.87
6	ホロサイルス	103	1.70	1.26	1.63	588.82
7	スルバシリン	77	1.27	3.87	11.01	4,937.47
8	メロベネム	75	1.24	8.68	22.01	19,663.12
9	クリダマシン	52	0.86	5.67	11.29	3,047.88
10	ファーストシン	44	0.73	5.20	12.02	22,276.18

4



4 周術期抗菌薬管理(上位10件)

2013年

No	薬剤名	症例数	割合(%)	平均投与日数	平均投与量	平均薬剤料
1	セファメジン	3,343	59.44	2.52	4.93	3,551.74
2	パンスポリン	574	10.21	2.31	4.49	3,141.85
3	スルペラゾン	487	8.66	3.34	6.58	4,692.67
4	ホスミシンS	368	6.54	1.10	1.27	459.10
5	フルマリン	209	3.72	3.20	6.27	11,073.04
6	モダシン	134	2.38	2.62	4.90	3,191.88
7	メロペン	90	1.60	6.16	15.04	13,514.93
8	セフォタックス	73	1.30	4.62	8.47	4,483.78
9	ユナシンS	63	1.12	5.03	14.38	6,447.05
10	ダラシンS	59	1.05	5.46	10.29	2,777.80

2014年

No	薬剤名	症例数	割合(%)	平均投与日数	平均投与量	平均薬剤料
1	セファメジン	3,669	65.51	2.36	4.59	3,148.78
2	スルペラゾン	430	7.68	3.22	6.33	4,326.31
3	パンスポリン	325	5.80	3.02	5.96	3,970.36
4	ホスミシンS	268	4.78	1.09	1.22	449.16
5	フルマリン	224	4.00	3.11	6.25	10,673.82
6	メロペン	128	2.29	6.75	14.46	11,382.05
7	モダシン	96	1.71	2.43	4.69	2,845.31
8	セフォタックス	93	1.66	4.02	7.40	3,780.45
9	ユナシンS	79	1.41	5.33	16.87	6,411.90
10	ダラシンS	63	1.12	4.67	8.70	2,244.19

2015年

No	薬剤名	症例数	割合(%)	平均投与日数	平均投与量	平均薬剤料
1	セファゾリンNa	3,933	66.03	2.31	4.55	2,780.51
2	ワイスタール	441	7.4	3.54	6.98	4,763.01
3	セフメタゾールNa	249	4.18	3.07	6.18	1,847.91
4	ホスホマイシン	212	3.56	1.17	1.43	524.53
5	セフォチアム	211	3.54	2.97	5.84	3,891.84
6	フルマリン	146	2.45	2.73	5.26	8,991.37
7	モベンゾシン	117	1.96	2.26	4.44	2,692.59
8	メロペネム	114	1.91	7.03	18.86	14,737.68
9	スルバシリン	111	1.86	5.39	17.79	6,755.52
10	セフォタックス	92	1.54	4.51	7.67	3,929.09



5-1 予定・緊急手術における術後ドレーン実施率・実施日数

2012年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	実施日数	全体	実施日数
18.73% (1,517件/8,097件)	18.53% (1,068件/5,763件)	19.24% (449件/2,334件)	6.64日	23.35% (59.34件/254.12件)	5.94日

2013年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	実施日数	全体	実施日数
20.81% (1,643件/7,894件)	21.69% (1,145件/5,280件)	19.05% (498件/2,614件)	6.15日	23.05% (59.49件/258.10件)	6.06日

2014年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	実施日数	全体	実施日数
23.17% (1,851件/7,990件)	25.62% (1,340件/5,231件)	18.52% (511件/2,759件)	5.70日	22.67% (58.94件/259.96件)	5.73日

2015年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	実施日数	全体	実施日数
24.48% (2,003件/8,183件)	27.96% (1,468件/5,251件)	18.25% (535件/2,932件)	6.01日	22.32% (59.46件/266.44件)	5.83日

■説明

ドレーンの留置期間が長期になることで感染のリスクが増えます。当院の術後ドレーン留置状況を示しました。

■コメント

当院では緊急手術および重症患者さんの手術が多い傾向にあり、術式にもよりますが長期ドレーン留置が必要なケースもあります。ドレーンの必要な患者さんに、必要な日数使用されているか今後も検討を重ねていく予定です。

■対象ならびに計算方法

分母：手術症例数のうち、術後ドレーン実施症例数

分子：手術実施症例数

※術後ドレーン実施症例とは、術後二日以内に一度でもドレーンを実施した症例

※術後ドレーン実施日数は、術後にドレーンを実施した日数の平均

※予定手術は予定入院で手術をした症例、緊急手術症例は緊急入院で手術をした症例



5-2 予定・緊急手術における術後膀胱留置カテーテル実施率

2012年(当院)			ベンチマーク
全体	予定手術	緊急手術	全体
33.00% (2,672件/8,097件)	34.10% (1,965件/5,763件)	30.29% (707件/2,334件)	41.99% (106.71件/254.12件)

2013年(当院)			ベンチマーク
全体	予定手術	緊急手術	全体
36.10% (2,850件/7,894件)	39.43% (2,082件/5,280件)	29.38% (768件/2,614件)	41.56% (107.26件/258.10件)

2014年(当院)			ベンチマーク
全体	予定手術	緊急手術	全体
37.45% (2,992件/7,990件)	40.13% (2,099件/5,231件)	32.37% (893件/2,759件)	40.87% (106.25件/259.96件)

2015年(当院)			ベンチマーク
全体	予定手術	緊急手術	全体
38.07% (3,115件/8,183件)	41.67% (2,188件/5,251件)	31.62% (927件/2,932件)	39.94% (106.42件/266.44件)

■説明

術後の膀胱留置カテーテル挿入は尿路感染のリスクがあります。当院の術後膀胱カテーテル留置状況を示しました。

■コメント

当院では術後の早期離床の促進と感染予防のため膀胱留置カテーテル使用を必要最小限にとどめています。感染発生も全国平均値より少なく、今後も尿路感染予防に努めていきたいと思ひます。

■対象ならびに計算方法

分子：手術症例数のうち、膀胱カテーテル留置症例数

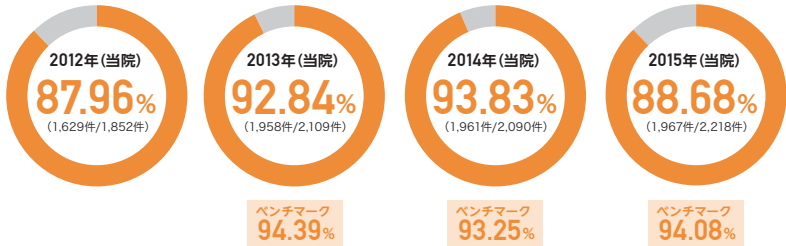
分母：手術実施症例数

※術後膀胱カテーテル留置症例とは、術後二日以内に一度でも膀胱カテーテルを留置した症例

※予定手術は予定入院で手術をした症例、緊急手術症例は緊急入院で手術をした症例



6-1 手術患者における肺血栓塞栓症の予防行為実施率



■説明

静脈の血流の鬱血(うっけつ:血行が悪い状態)が生じることにより、下肢の深い部分にある静脈に血栓(血液の塊)ができることを『深部静脈血栓症』といいます。血栓が血流に乗って肺動脈に詰まる(肺塞栓症)と、呼吸困難や心肺停止に至ることもあります。手術中や手術後、手足の運動麻痺で体が動かせない状態が続く場合や、妊娠中や出産時に起こりやすいといわれています。この予防法には、弾性ストッキング、間歇的空気圧迫法、薬物療法などがあり、個々の患者さんの全身状態と手術侵襲の程度により、これらを組み合わせて予防します。

ここでは、当院が手術患者さんに対しどの程度予防行為を実施することができているかの割合を示しました。

■コメント

2015年度は全国平均より若干低い数値になりました。今後も院内での予防処置の啓蒙活動に努めていきたいと思えます。

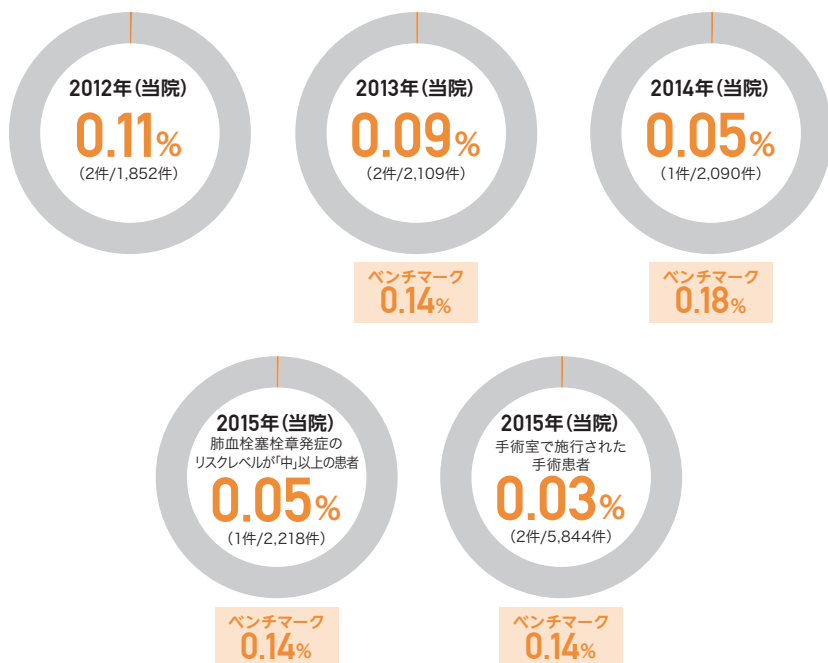
■対象ならびに計算方法

分子:分母のうち、「肺血栓塞栓症予防管理料」が算定されている、あるいは抗凝固薬(低分子量ヘパリン、低用量未分画ヘパリン、合成Xa阻害剤、用量調節ワルファリン)が処方された患者数

分母:肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数(15歳未満の患者は除く)



6-2 全ての手術における肺血栓塞栓症発症率



■説明

肺血栓塞栓症は呼吸困難や胸痛、動悸等といった他の疾患でも現れる症状を呈するため早期診断や鑑別診断が困難です。肺血栓塞栓症には深部静脈血栓症が大きく関与しているといわれています。深部静脈血栓症を予防することで、肺血栓塞栓症の予防にもつながります。深部静脈血栓症の予防には間歇的空気圧迫法、薬物療法があります。また術後の早期離床も発症予防のためには重要です。

■コメント

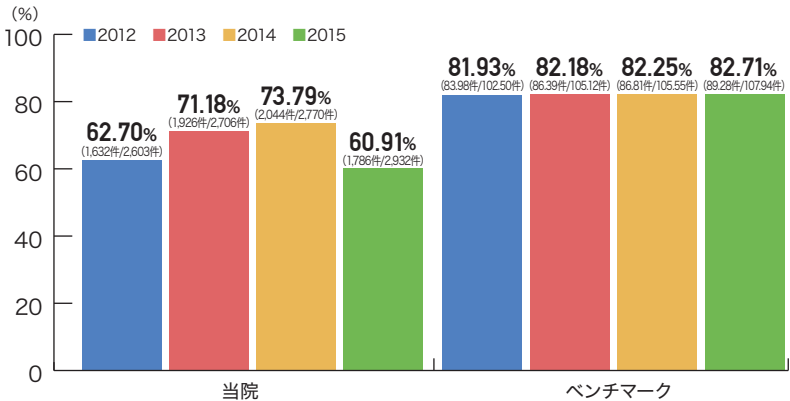
2015年度も全国平均に比べ低い数値で維持されています。引き続き予防策の徹底、早期離床を継続していきたいと考えます。

■対象ならびに計算方法

分子: 分母のうち、入院期間中に静脈血栓塞栓症を新規で発症した患者数
 分母: 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を受けた退院患者数
 (15歳未満の患者は除く)



6-3 全身麻酔に対する肺血栓塞栓症予防管理実施率



■説明

手術を施行し退院された患者さんのうち、「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓症)予防ガイドライン」¹⁾に則り、予防対策を実施した患者さんの割合を示しています。同一体勢を長時間続ける全身麻酔実施の手術は肺血栓塞栓症がおきやすく、医療安全上その発生の予防管理が必要とされています。

■コメント

年々増加傾向にありましたが、2015年は一転し再度低下となりました。診療科によっては全身麻酔でも低リスクの場合も多いですが、算定症例の再検討が必要です。

■対象ならびに計算方法

分子: 肺血栓塞栓症予防管理料算定症例数

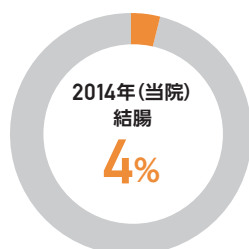
分母: 全身麻酔実施症例数

■参考文献

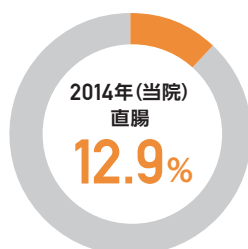
1) 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン(2009年改訂版)



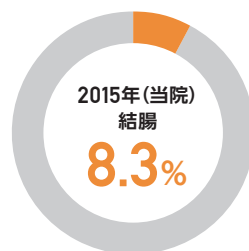
7 手術別手術部位感染発生率



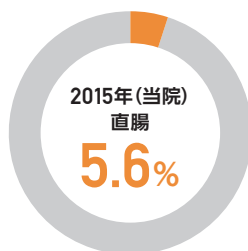
ベンチマーク
12.4%



ベンチマーク
15.3%



ベンチマーク
11.7%



ベンチマーク
14.2%

■説明

手術部位感染 (SSI) とは、手術に伴い術中、術後に部位に起こる感染症を指し、外科患者の医療関連感染では多くの割合を占めています。指標の抽出では、術式を JANIS 分類に沿って分類して対象を選定して、対象術式に対し、周術期感染対策ができていないかを表わしています。

■コメント

当院の大腸手術における SSI は全国平均値より低値であり、術前から術後の感染対策が適切に実施されているといえます。SSI がさらに減少するように感染対策を推進していきます。

■対象ならびに計算方法

手術部位感染発生数/大腸手術患者数(直腸手術患者数)×100



8 外保連手術指数



■説明

外保連手術指数とは外科系学会社会保険委員会連合による医療技術、特に手術にかかわる医療材料の使用実態を実態調査のデータに基づき算出したものです。今回平成25年12月に出版された外保連試案(第8.2版)に記載されている外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値に手術時間数を加味して各手術に重みづけし、集計対象手術それぞれに計算しています。

■コメント

2014年診療報酬改定のDPCⅡ群病院の基準値は12.39(外保連試案第8.2版)でした。外保連手術指数の値は年々上昇しています。この値を維持し続けるよう、今後も指数低い手術の外来移行等更なる改善を努めていきます。



9 標榜診療科別主要手術の症例数トップ3 (Kコード、部位、症例数、平均術前・術後日数、転院率、平均年齢)

■説明

診療科別主要手術症例のトップ3、その術前、術後日数を示しています。

■コメント

結果とコメントについては
病院指標のページからご参照ください。

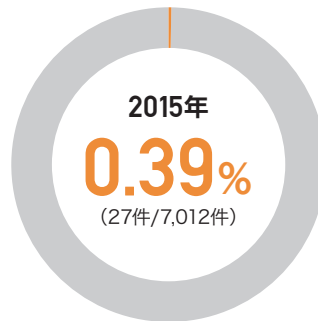
http://www.ise.jrc.or.jp/irc-shihyo/h27_shihyo.html

■対象ならびに計算方法

厚労省調査協力データ (DPCデータ) をもとに抽出。
転科している場合は最終科に集約する。



10 24時間以内の再手術率



■説明

初回手術から24時間以内に2回目の手術を行った割合です。初回手術時の後計画的に2回目の手術が施行されたものも含まれています。

■コメント

高リスク症例や外傷例の再出血に対する手術が多く見られました。このうち6件は計画的に2回目の手術が施行されていました。

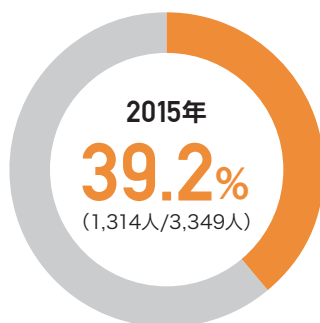
■対象ならびに計算方法

分子: 分母のうち24時間以内に再手術が施行された件数

分母: 手術室で施行された手術件数



11 全身麻酔患者における口腔ケア実施率



■説明

歯科口腔外科では2015年度より、周術期(がん化学療法中、全身麻酔での手術など)の患者さんの口腔ケアを開始致しました。全身麻酔での手術後の創部感染や誤嚥性肺炎予防のため、手術前後に口腔衛生指導や機械的歯面清掃を施行しております。

■コメント

現在は、必要性の高い患者さんの口腔ケアを施行していますが、今後はその範囲を広げ、実施率の増加を図る予定です。

■対象ならびに計算方法

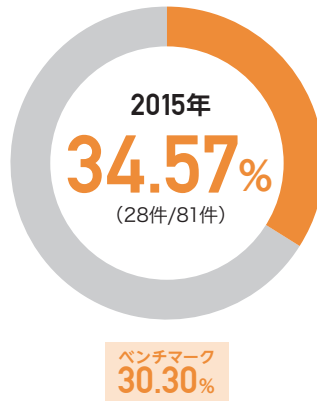
分子:手術1週間以内に歯科受診がある患者数

分母:全身麻酔で手術施行した患者数



12

12 胃がん手術における腹腔鏡下手術の割合



■説明

早期胃がん症例には積極的に腹腔鏡下手術を行っています。内視鏡外科手術は患者さんにとって、傷が小さく、痛みが少なく、入院期間が短く、早期の職場・社会復帰ができるという大きなメリットがあります。

■コメント

早期胃がんに対する手術は、全国的にも腹腔鏡下手術が行われています。全国平均よりやや高い割合となっています。

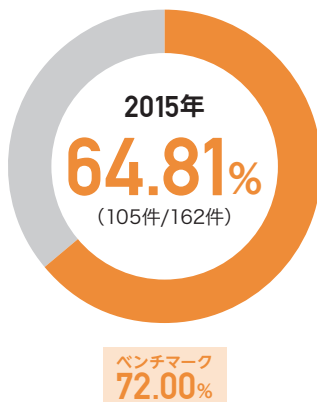
■対象ならびに計算方法

分子：胃がん胃切除術が施行された症例のうち、腹腔鏡下手術が施行された患者数
分母：胃がん胃切除術施行症例数



13

13 大腸がん手術における腹腔鏡下手術の割合



■説明

大腸がんでは早期がん・進行がんに関わらず、腫瘍径が5cm以内の症例やリンパ節転移の可能性が低い症例には積極的に腹腔鏡下手術を行っています。内視鏡外科手術は患者さんにとって、傷が小さく、痛みが少なく、入院期間が短く、早期の職場・社会復帰ができるという大きなメリットがあります。

■コメント

大腸がんに対する手術は、全国的にも腹腔鏡下手術が行われています。全国平均よりやや低い割合となっていますが、腫瘍径が大きい症例、リンパ節転移の可能性のある症例、また腹腔鏡手術が麻酔に影響を及ぼす可能性がある場合には、開腹手術を選択しています。

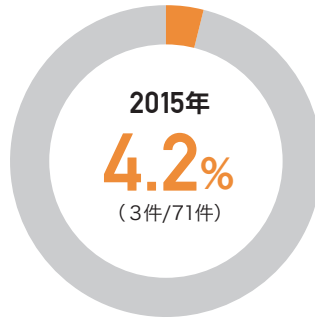
■対象ならびに計算方法

分子：大腸がん大腸切除術が施行された症例のうち、腹腔鏡下手術が施行された症例数

分母：大腸がん大腸切除術が施行された症例数



14 甲状腺手術全体における永続的反回神経麻痺出現率



■説明

音声は両側の声帯が閉じて粘膜が振動することで作り出されます。反回神経は声帯を動かす働きがあり、反回神経が麻痺すると一方の声帯の動きが悪化し、声帯の閉鎖が不完全になり嗄声(声がれ)を来たします。甲状腺の傍を反回神経が走行することから、甲状腺手術の合併症の一つに反回神経麻痺があります。

■コメント

術中に反回神経が切断された場合は反回神経即時再建術を行い嗄声の予防に努めています。また、術中に反回神経が温存されても術後の内視鏡により、声帯を観察し可動性を確認します。麻痺が持続し、嗄声を来たした場合は追加で音声改善手術を行います。71例中3例で術中切断しなかったものの反回神経麻痺が残存しましたが、嗄声の自覚に乏しく経過観察しております。

■対象ならびに計算方法

分子：甲状腺がん手術において術中に反回神経を切断した症例数(腫瘍の神経浸潤例は除く) + 術中に反回神経を温存したものの反回神経麻痺が改善しなかった症例数

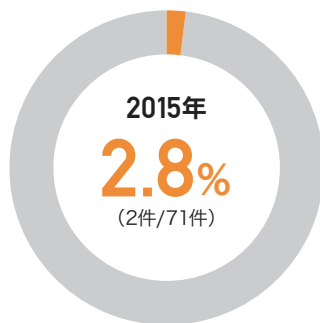
分母：甲状腺がん手術症例数

■参考文献

甲状腺腫瘍診療ガイドライン(2010年版)



15 甲状腺手術全体における永続的副甲状腺機能低下症発症率



■説明

副甲状腺ホルモンは血中のカルシウム値を調整する働きがあり、甲状腺の背側に全部で4つある副甲状腺から放出されます。甲状腺手術により副甲状腺の温存に努めますが、残存する副甲状腺が少ない場合には術後血中カルシウム値が低くなり、手のしびれなどを来たすことがあります。

■コメント

甲状腺がん手術後に血中カルシウム値、副甲状腺ホルモン値を計測し、不足する場合はカルシウム剤などの内服薬処方を行い低カルシウム血症を予防します。甲状腺がん手術に伴う発生頻度は過去の報告と同等の結果でした。

■対象ならびに計算方法

分子：甲状腺がん手術後低カルシウム血症予防のために内服薬処方を継続している症例数

分母：甲状腺がん手術症例数

■参考文献

甲状腺腫瘍診療ガイドライン(2010年版)



1

初発の5大がんのUICC病期分類別患者数ならびに再発患者数

1 初発の5大がんのUICC病期分類別患者数ならびに再発患者数

■説明

当院は、地域がん診療連携拠点病院に指定されており、多くの初発・再発がん患者さんの診療を行っております。当院は外科的治療(手術治療)や化学療法、放射線治療を組み合わせた集学的な治療を行っており、患者さんの状態に合わせた最適な治療を受けていただけるように努めております。

■コメント

結果とコメントについては
病院指標のページからご参照ください。

http://www.ise.jrc.or.jp/irc-shihyo/h27_shihyo.html

■対象ならびに計算方法

※初発患者は、UICC(国際対がん連合)のTNMから示される病期分類による退院患者数(期間内に複数回入院しても1例としてカウント)再発患者は、再発部位によらず、調査期間内の実患者数
※TNM分類とは、がんの代表的な進行度分類。「T(tumor)」は、がん原発巣の大きさ、深さ、広がりを示し、「N(node)」は、周りのリンパ節への転移があるかどうかをあらわす。また「M(metastasis)」は、他の臓器などへの転移があるかどうかをあらわす。「TNM分類」の結果により、がんの「病期分類(ステージ分類)」が決定される。がんの病期はⅠ期～Ⅳ期の4段階あり、一般にⅠ・Ⅱ期は発生臓器に限局するがん、Ⅲ・Ⅳ期はリンパ節遠隔転移したがんを表すが、必ずしもこれに従っておりません。



2 初発の5大がん 手術件数

■説明

当院は伊勢志摩地区における唯一のがん診療拠点病院であり、多くのがん患者さんが訪れます。がんの治療方法はがんの進行度、患者さんの状態により様々ですが、手術(外科的治療、内視鏡治療)による病巣の切除が最も有効な手段とされています。

■コメント

治療を目的とした手術が行われており、早期発見、早期治療を実施しています。症例によってより侵襲の少ない内視鏡的切除術、腹腔鏡下切除術、縮小手術が行われています。

■対象ならびに計算方法

初発5大がん症例(延べ患者数)のうち手術を施行した症例数。
(手術件数5件以下はその他手術としてまとめた)



2 初発の5大がん 手術件数

2012年

胃がん	症例数	334	手術件数	157
------------	-----	-----	------	-----

内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術)	60
胃切除術(悪性腫瘍手術)	35
胃全摘術(悪性腫瘍手術)	23
腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)	15
噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	6
その他手術	18
合計	157

乳がん	症例数	209	手術件数	113
------------	-----	-----	------	-----

乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	36
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの)	32
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	30
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。)))	10
その他手術	5
合計	113

大腸がん	症例数	412	手術件数	210
-------------	-----	-----	------	-----

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	57
結腸切除術(全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)	47
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル未満)	26
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術)	23
直腸切除・切断術(切除術)	21
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	13
直腸切除・切断術(超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの))	8
その他手術	15
合計	210

肝がん	症例数	71	手術件数	47
------------	-----	----	------	----

血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)(その他のもの)	23
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2センチメートルを超えるもの)	19
その他手術	5
合計	47

肺がん	症例数	256	手術件数	36
------------	-----	-----	------	----

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除)	30
その他手術	6
合計	36



2 初発の5大がん 手術件数

2013年

胃がん	症例数	201	手術件数	153
------------	------------	------------	-------------	------------

内視鏡的胃ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層)	65
胃切除術(悪性腫瘍手術)	24
胃全摘術(悪性腫瘍手術)	23
腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)	20
噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	6
その他の手術	15
合計	153

乳がん	症例数	141	手術件数	111
------------	------------	------------	-------------	------------

乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	46
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	41
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの)	19
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。)))	3
その他の手術	2
合計	111

大腸がん	症例数	238	手術件数	191
-------------	------------	------------	-------------	------------

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	49
結腸切除術(全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)	45
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル未満)	19
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	11
腹腔鏡下直腸切除・切断術(低位前方切除術)	10
直腸切除・切断術(切断術)	7
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル以上)	6
内視鏡的大腸ポリープ切除術(長径2センチメートル未満)	6
人工肛門閉鎖術(腸管切除を伴うもの)	4
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術)	4
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切断術)	4
直腸切除・切断術(低位前方切除術)	3
その他の手術	23
合計	191

肝がん	症例数	72	手術件数	50
------------	------------	-----------	-------------	-----------

血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)(その他のもの)	31
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2センチメートルを超えるもの)	10
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2センチメートル以内のもの)	3
肝切除術	6
合計	50

肺がん	症例数	161	手術件数	31
------------	------------	------------	-------------	-----------

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)	26
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除)	2
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(部分切除)	1
その他の手術	2
合計	31



2 初発の5大がん 手術件数

2014年

胃がん 症例数 153 手術件数 117

内視鏡的胃ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層)	45
胃切除術(悪性腫瘍手術)	19
腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)	20
胃全摘術(悪性腫瘍手術)	15
胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む)	4
腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術)	2
噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	2
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜)	1
その他	9
合計	117

乳がん 症例数 150 手術件数 124

乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	61
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	33
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの)	18
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。)))	6
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	2
全層植皮術(2.5・未満)	1
組織拡張器による再建手術(一連につき)	1
遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)(乳房再建術の場合)	1
その他	1
合計	124

大腸がん 症例数 216 手術件数 160

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	57
結腸切除術(全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)	31
腹腔鏡下直腸切除・切断術(低位前方切除術)	20
直腸切除・切断術(低位前方切除術)	11
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	4
直腸切除・切断術(切断術)	6
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術)	5
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル未満)	3
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル以上)	2
内視鏡的大腸ポリープ切除術(長径2センチメートル未満)	3
その他	18
合計	160

肝がん 症例数 169 手術件数 30

血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)(選択的動脈化学塞栓術)	14
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2センチメートルを超えるもの)(その他のもの)	4
肝切除術(2区域切除)(1歳以上の場合)	4
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2センチメートル以内のもの)(その他のもの)	3
肝切除術(3区域切除以上のもの)(1歳以上の場合)	1
肝切除術(亜区域切除)(1歳以上の場合)	1
その他	3
合計	30

肺がん 症例数 47 手術件数 42

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)	31
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除)	2
肺悪性腫瘍手術(肺全摘)	1
肺悪性腫瘍手術(部分切除)	1
肺切除術(肺葉切除)	1
その他	6
合計	42



2 初発の5大がん 手術件数

2015年

胃がん	症例数	251	手術件数	164
内視鏡的胃ボリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層)				56
胃切除術(悪性腫瘍手術)				32
腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)				26
胃全摘術(悪性腫瘍手術)				19
内視鏡的胃、十二指腸ボリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜)				3
腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)				2
噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)				2
胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む)				2
その他				22
合計				164

大腸がん	症例数	309	手術件数	235
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術				69
結腸切除術(全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)				36
腹腔鏡下直腸切除・切断術(低位前方切除術)				31
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術				14
直腸切除・切断術(低位前方切除術)				6
直腸切除・切断術(切断術)				5
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術)				3
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切断術)				3
肝切除術(部分切除)(1歳以上の場合)				3
直腸切除・切断術(切除術)				2
胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む)				1
その他				62
合計				235

肝がん	症例数	81	手術件数	59
血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)(選択的動脈化学塞栓術)				26
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2センチメートルを超えるもの)(その他のもの)				15
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2センチメートル以内のもの)(その他のもの)				5
血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)(その他のもの)				2
肝切除術(2区域切除)(1歳以上の場合)				2
肝切除術(1区域切除(外側区域切除を除く))(1歳以上の場合)				1
肝切除術(亜区域切除)(1歳以上の場合)				1
肝切除術(部分切除)(1歳以上の場合)				1
その他				6
合計				59

肺がん	症例数	313	手術件数	47
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)				31
肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)				1
胸腔鏡下試験切除術				1
その他				14
合計				47

乳がん	症例数	267	手術件数	173
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))				70
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))				44
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの)				38
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む)))				8
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)				7
遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)(乳房再建術の場合)				2
その他				4
合計				173



3 放射線治療件数



■説明

放射線治療は現在、手術・化学療法（抗がん剤）とならぶ、がんの治療法の一つです。放射線治療では、がん細胞が正常細胞に比べ放射線に弱いことを利用し、病巣部に放射線を照射することでがんの治療を行います。手術をすれば大きな傷跡が残り、身体の外観や機能が損なわれたりするような場合でも、「放射線」によって障害を最小限におさえて治療をすることが可能です。当院では、放射線発生装置（リニアック）により作られた放射線を体の外部より照射します。

■コメント

当院では頭頸部領域において、特に舌癌に対して放射線治療単独での治療だけではなく、選択的動脈注射による化学療法（抗がん剤）を併用した治療「化学放射線療法」も積極的に行っております。また患者さんの身体への負担が少ない放射線治療で、放射線強度変調放射線治療（IMRT）についても施設基準取得に向けて取り組んでおります。



4 がん化学療法(がん種別・レジメン上位5件)

■説明

レジメンとは、がんの薬物療法を安全に行うために薬の種類や量、方法などを時系列で示した治療計画書のことで、今回は、入院中に行った化学療法について、がんの種類別でレジメン使用件数の多い順に示しました。がんの種類で抗がん剤の効果は異なるため、患者さんに合わせて、最大限に効果を利用するように抗がん剤の組合せを考え化学療法を行っています。

■コメント

当院では標準的な治療となる各癌の診療・治療ガイドラインを基にレジメンを選択し治療を行っています。さらに患者さんの生活背景も考慮して抗がん薬を選択し、十分説明した上で治療を行っています。

■対象ならびに計算方法

主要ながんの種類別に、抗癌剤の組合せをカウントし、上位5位を記載。

2012年

胃がん	レジメン名称	件数
1	TS-1+CDDP	110
2	TS-1+PTX	52
3	weekly PTX	52
4	Byweekly CPT-11+CDDP	47
5	TS-1+DOC	20

大腸がん	レジメン名称	件数
1	mFOLFOX6	237
2	FOLFIRI(ポンプ)+ペバシズマブ	101
3	mFOLFOX6+ペバシズマブ	97
4	FOLFOX4	52
5	mFOLFOX6+パニツムマブ	49

肺がん	レジメン名称	件数
1	アリムタ	119
2	アリムタ+CBDCA	91
3	VNR	79
4	DOC	67
5	アリムタ+ペバシズマブ	56

肝胆膵がん	レジメン名称	件数
1	GEM	296
2	TS-1+GEM (1,8)	117
3	TAI(DOX)	84
4	TS-1+GEM (1,15)	50
5	GEM+CDDP	34

乳がん	レジメン名称	件数
1	術後トラスツズマブ	280
2	AC	134
3	Weekly PTX	117
4	Weekly PTX+トラスツズマブ	67
5	DOC(術後)	66

泌尿器がん	レジメン名称	件数
1	MMC 膀胱内注入	68
2	GC	52
3	テムシロリムス	46
4	TC	31
5	DOC	23

婦人科がん	レジメン名称	件数
1	TC	141
2	ノギテカン	17
3	CPT-11	17
4	RT+CDDP	7
5	DOC	5

血液腫瘍	レジメン名称	件数
1	リツキシマブ	310
2	CHOP	192
3	ボルテゾミブ	69
4	アザチジン	60
5	THP-COP	35



4 がん化学療法(がん種別・レジメン上位5件)

2013年

胃がん	レジメン名称	件数
1	TS-1+CDDP	60
2	Weekly PTX	40
3	DOC	37
4	Biweekly CPT-11+CDDP	31
5	アブラキサン	20

肺がん	レジメン名称	件数
1	アリムタ	121
2	アリムタ+CBDCA	61
3	AMR	54
4	CBDCA+VP-16	45
5	アリムタ+ペバシズマブ	43

大腸がん	レジメン名称	件数
1	mFOLFOX6	213
2	mFOLFOX6+ペバシズマブ	144
3	FOLFIRI(ポンプ)+ペバシズマブ	68
4	FOLFIRI(ポンプ)+パニツムマブ	56
5	パニツムマブ	55

肝胆膵がん	レジメン名称	件数
1	GEM	215
2	TS-1+GEM	121
3	TAI(DOX)	74
4	GEM+CDDP	31
5	TAI(ミリプラチン)	7

乳がん	レジメン名称	件数
1	トラスツズマブ	384
2	Weekly PTX	232
3	AC	132
4	DOC	85
5	TC	38

2014年

胃がん	レジメン名称	件数
1	TS-1+CDDP	80
2	Weekly PTX	49
3	Byweekly CPT-11+CDDP	18
4	アブラキサン	17
5	TS-1+CDDP+トラスツズマブ	10

肺がん	レジメン名称	件数
1	アリムタ	90
2	アブラキサン+CBDCA	84
3	アリムタ+CBDCA	52
4	アリムタ+CBDCA+ペバシズマブ	32
5	CBDCA+VP-16	32

大腸がん	レジメン名称	件数
1	mFOLFOX6+ペバシズマブ	151
2	mFOLFOX6	140
3	FOLFIRI+ペバシズマブ	121
4	FOLFIRI+パニツムマブ	79
5	FOLFIRI	53

肝胆膵がん	レジメン名称	件数
1	GEM	271
2	TS-1+GEM	84
3	TAI(EPI)	44
4	GEM+CDDP	28
5	FOLFIRINOX	21

乳がん	レジメン名称	件数
1	Weekly PTX	228
2	術後トラスツズマブ	190
3	AC	133
4	DTX	61
5	TC	51



4 がん化学療法(がん種別・レジメン上位5件)

2015年

胃がん	レジメン名称	件数
1	TS-1+CDDP	46
2	G-SOX	37
3	Weekly PTX	27
4	weekly PTX+ラムシルマブ	27
5	Biweekly CPT-11+CDDP	16

肺がん	レジメン名称	件数
1	アブラキサン+CBDCA	111
2	アリムタ	99
3	CBDCA+VP-16	97
4	アリムタ+CBDCA	77
5	ペバシズマブ	43

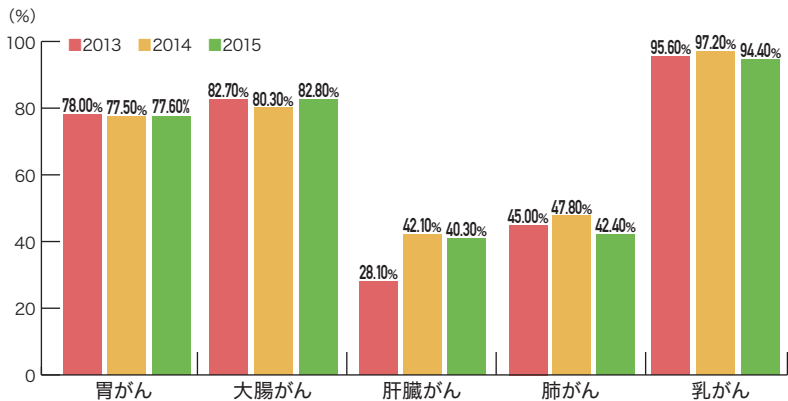
大腸がん	レジメン名称	件数
1	mFOLFOX6+ペバシズマブ	169
2	mFOLFOX6	127
3	FFOLFIRI+ペバシズマブ	112
4	FOLFIRI+パニツムマブ	82
5	mFOLFOX6+パニツムマブ	49

肝胆膵がん	レジメン名称	件数
1	GEM	162
2	Nab-PTX+GEM	98
3	TS-1+GEM	71
4	GEM+CDDP	41
5	TAI(EPI)	54

乳がん	レジメン名称	件数
1	Weekly PTX	314
2	トラスツズマブ	281
3	AC	123
4	エリブリン	69
5	TC	57



5 5年生存率（相対生存率）



■説明

がんと診断した日から一定期間経過後に生存している確率を「生存率」といいます。がん患者さんの生存率は、がんの治療効果を判定する重要な指標であるといえます。当院の生存率は、がん患者さんの院内がん登録データを基に相対生存率で算出しました。

■コメント

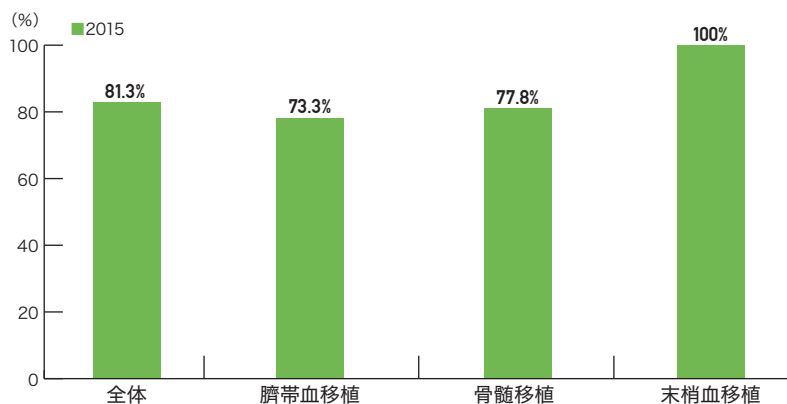
2010年に当院においてがん登録が行われた患者さんに対して、診断から5年以上を経過した症例について現在の5年生存率を算出しました。現在の治療の進歩が伺えます。この生存率は、当院で知り得た情報により集計されており、生存状況把握割合が少し低い場合、少し高めに生存率が計測されています。

■対象ならびに計算方法

分子：実測生存率（死因に関係なく全ての死亡を計算に含めた生存率）
 分母：対象者と同性・同年代の日本人の期待生存確率



6 移植後の100日生存率



■説明

基礎疾患や重症度によっても変動する指標ではありますが、チーム医療としての成果でありますので概ね80%以上を目標としています。

■コメント

90%以上維持できるよう改善に努力しています。

■対象ならびに計算方法

分子: 100日時点生存患者数

分母: 移植患者数



7 緩和ケア病棟の平均在棟日数



■説明

緩和ケア病棟に入院した患者さんが平均何日間入院しているかを示す指標です。緩和ケア病棟の場合、一般的に死亡退院数>生存退院数であるため一概には言えませんが、当院では生存退院の割合が比較的高い(約30%)ため、平均在棟日数が短いことは、地域で緩和ケアを提供している医療機関や介護・福祉施設との連携が良好であることを示す指標になります。

■コメント

わが国のホスピス・緩和ケア病棟のほとんどが会員として所属している日本ホスピス緩和ケア協会から公表されている全国平均の値と比べてみると、当院の緩和ケア病棟の平均在棟日数はかなり短く、早期に苦痛を緩和して退院支援を行い、在宅や地域における緩和ケアへの移行を促進していることが伺えます。

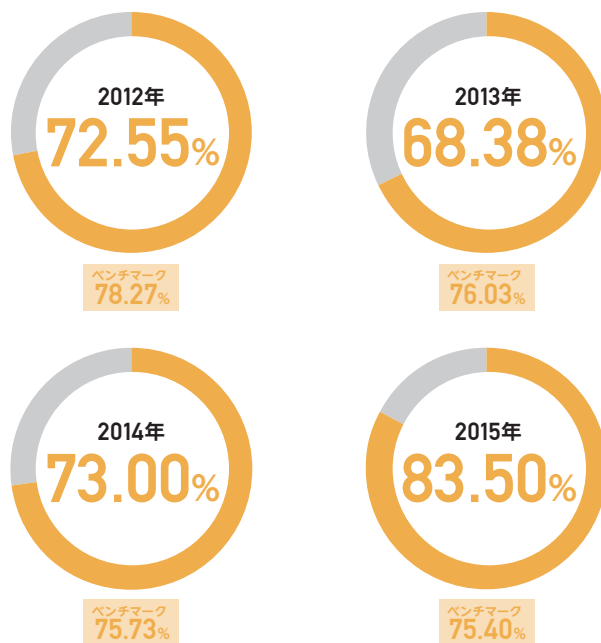
■対象ならびに計算方法

分子：年間在棟患者延数

分母：(新入棟患者数+退棟患者数)×1/2



8 緩和ケア病棟の平均病床利用率



■説明

当院の緩和ケア病棟(20床)がどの程度効率的に活用されているかを見る指標です。100%に近いほど効率的に運用されていることとなります。

■コメント

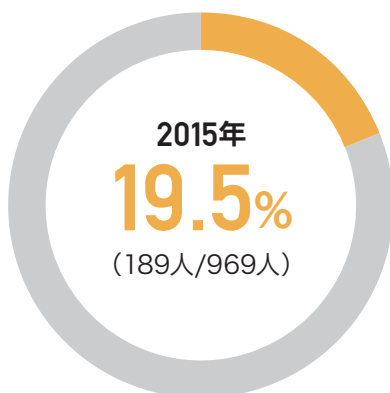
当院では、在宅で緩和ケアを受けている患者さんが病状悪化で急入院が必要になった場合、可能な限り直接緩和ケア病棟に入院できるようにしており、緊急入院に備えて常に1~2床の空床が必要なため、必ずしも100%に近づける必要はなく、全国平均の値と比べて、それほど低いわけではありません。ただし、当院の場合、病院本体が満床になると、やむを得ず緩和ケア病棟の空床に対象外の患者さんを入院させることがあり、病院経営の観点からも緩和ケア病棟の病床は、緩和ケア病棟入院料の対象患者さんに利用してもらう必要があります。

■対象ならびに計算方法

分子: 年間の延べ入棟患者数(緩和ケア病棟入院料の対象外の患者は除く)
 分母: 当院緩和ケア病棟の許可病床数(20床) × 年間の診療実日数



9 化学療法患者における口腔ケア実施率



■説明

歯科口腔外科では2015年度より、周術期(がん化学療法中、全身麻酔での手術など)の患者さんの口腔ケアを開始致しました。がん化学療法では約40%に口腔粘膜炎が発症するとされ、症状軽減を目的として口腔ケアを施行しています。

■コメント

現在は、必要性の高い患者さんの口腔ケアを施行していますが、今後はその範囲を広げ、実施率の増加を図る予定です。

■対象ならびに計算方法

分子:分母のうち1週間以内に歯科受診がある患者数

分母:化学療法が施行された患者数



1 脳血管障害症例における平均在院日数



■説明

脳卒中や脳動脈瘤等を主病名とした入院患者さんの平均入院期間を示したものです。

■コメント

発症早期での迅速かつ正確な診断・治療、リハビリテーションに努めることで、患者さんの予後の改善を目指しております。さらなる治療が必要な場合は、リハビリ専門病院や療養型病院などの後方支援病院との連携を図りスムーズに転院できるように努めており、わずかではありますが、毎年徐々に平均在院日数を短縮できています。病院情報局1)によると、2015年の脳卒中患者数TOP100の病院の平均在院日数は19.89日であり、当院の平均在院日数18.41日は、脳卒中を得意とする全国の病院の平均よりやや良好なレベルであると考えられます。

■対象ならびに計算方法

分子：在院日数(退院日-入院日+1)の総和

分母：「脳血管障害」を主病名として入院した患者数

※脳血管障害は、脳梗塞やくも膜下出血、脳出血に代表される所謂脳卒中や脳動脈瘤等であり、ICDコードのI60～I68、G45とした。

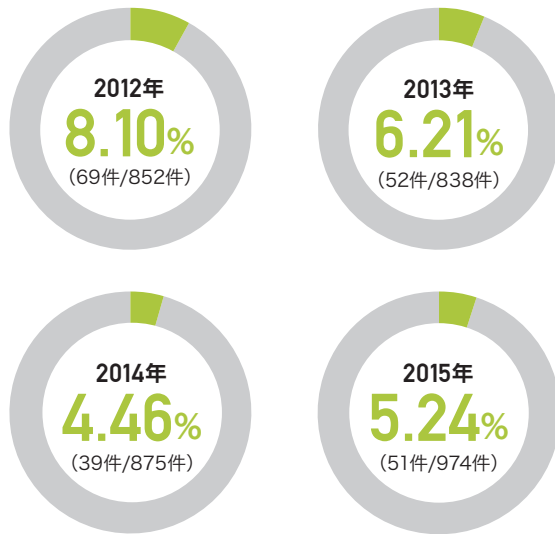
※ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類で、正式には疾病及び関連保健問題の国際統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)。現在の最新版が第10版のため、ICD10という。

■参考文献

1) 病院情報局 <http://hospia.jp/wp/archives/1934/>



2 脳血管障害症例における在院死亡率



■説明

脳血管障害入院症例のうち、同一入院期間内での死亡割合を示します。

■コメント

脳血管障害の入院時の意識レベルが昏睡相当 (Japan Coma Scale: JCS 100-300) の患者割合 (2015年) は 非死亡例の923例中48例 (5.2%) に対し、死亡例は51例中31例 (60.8%) と高く、死亡例は入院時から意識の悪い重症な症例が多いといえます。

■対象ならびに計算方法

分子: 分母のうち同一入院中に亡くなられた患者数

分母: 「脳血管障害」を主病名として入院した患者数

※脳血管障害は、脳梗塞やくも膜下出血、脳出血に代表されるいわゆる脳卒中や脳動脈瘤等であり、ICD コードの I60 ~ 68、G45 とした。

※ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO) によって公表された分類で、正式には疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)。現在の最新版が第10版のため、ICD10という。



3-1 急性脳梗塞患者（ICD10別：患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率）

■説明

脳の血管が詰まることで起きる脳梗塞の患者数は、高齢化に伴い増加傾向にあります。また、脳梗塞は、日本人の死因の第3位を占める「脳血管障害（脳卒中）」のひとつで、脳卒中の約6割を占めるとされています。ここでは当院における脳梗塞の病型別の患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率を表しています。

■コメント

結果とコメントについては
病院指標のページからご参照ください。

http://www.ise.jrc.or.jp/irc-shihyo/h27_shihyo.html

■対象ならびに計算方法

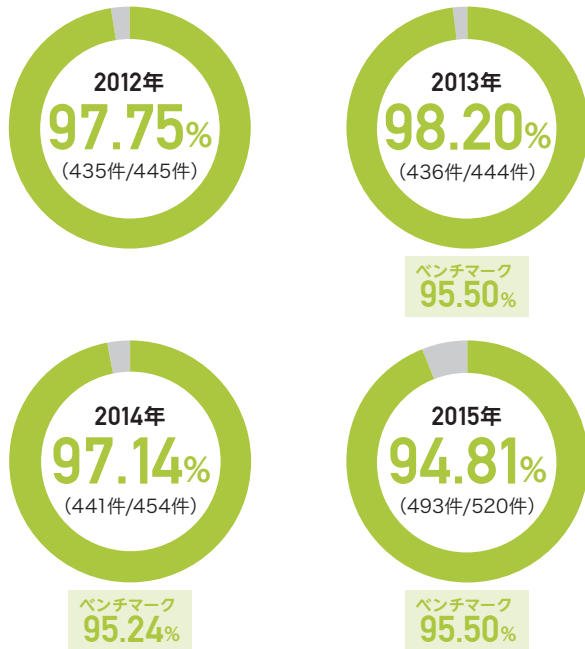
最も医療資源を投入した傷病名の脳梗塞ICD10の上3桁での集計。

※院内発症の脳梗塞においては発症日を開始日とする。

※ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類で、正式には疾病及び関連保健問題の国際統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)。現在の最新版が第10版のため、ICD10という。ICDコードは4桁のコードで示され、その数は約12,000項目と多岐に渡るため、今回は中間分類である上3桁にて分類、集計を行った。



3-2 急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの施行率



■説明

急性脳梗塞患者に対しCTやMRIを施行することで、脳出血と脳梗塞を見分けることができ、また脳組織の壊死の状態等についても把握することができます。適切な治療を行うために、CTあるいはMRIを早急に実施し、迅速かつ正確な診断を行うことが重要です。

■コメント

急性期脳梗塞では迅速な診断・評価・治療介入が予後に大きく影響するため、当院では入院翌日までにCTもしくはMRIを施行するように努めております。数値が100%にならないのは前医ですでにCTやMRIを撮影されてから当院に入院した症例が含まれているためと考えられます。

■対象ならびに計算方法

分子:分母のうち入院当日もしくは翌日に「CTまたはMRI」を実施した退院患者数

分母:急性脳梗塞の退院患者数

※急性脳梗塞について、発生時期が3日以内の患者が対象

※入院後発症や発症時期が不明な場合は対象外



1 急性心筋梗塞症例における平均在院日数



■説明

急性心筋梗塞で入院された患者さんがどのくらいの期間で退院されたかを示します。急性心筋梗塞の早期診断、治療及び心大血管疾患リハビリテーションを実施することで、早期の社会復帰を目指します。

■コメント

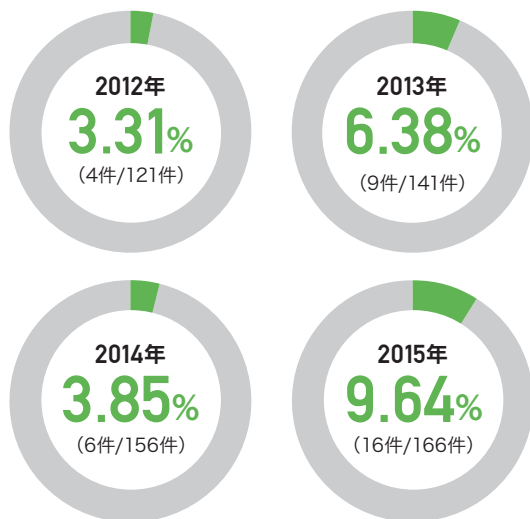
迅速な血行再建術、適切な内服治療、早期からのリハビリ介入により、早期離床および早期退院を目指します。また、長期的には冠動脈危険因子の是正を中心とした再発防止、心機能の改善、健康寿命の延長を目的として、スタッフが一丸となって取り組んでいます。

■対象ならびに計算方法

分子：分母の患者における在院日数(退院日-入院日+1)の総和
分母：「急性心筋梗塞」を主病名として入院した患者数



2 急性心筋梗塞症例における在院死率



■説明

急性心筋梗塞症例のうち、同一入院期間内での死亡割合を示します。

■コメント

近年高齢患者さんの急性心筋梗塞が増加しており、それに伴い重症の患者さんも増加しています。我々は多くの患者さんの救命を目指し努力を積み重ね、治療成績の向上に努めます。

■対象ならびに計算方法

分子:分母のうち同一入院中に亡くなられた患者数

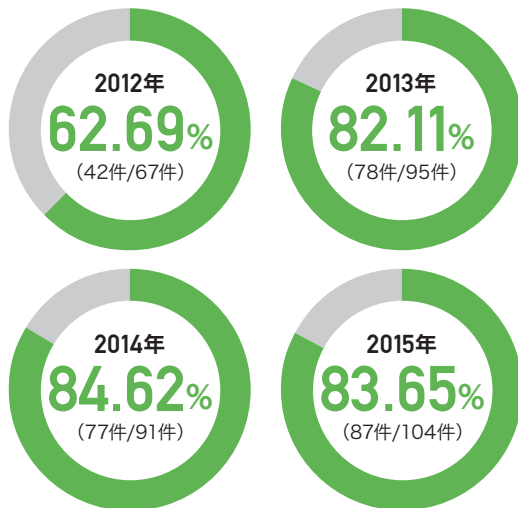
分母:「急性心筋梗塞」を主病名として入院した患者数



3

急性心筋梗塞の患者で病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の患者の割合

3 急性心筋梗塞の患者で病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の患者の割合



■説明

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、アメリカのAHA(アメリカ心臓協会)/ACC(アメリカ心臓病学会)のガイドラインでも、日本循環器学会のガイドライン¹⁾でも、急性心筋梗塞のDoor to Balloon time(救急室到着時からバルーンによる再疎通までの時間)は90分以内が推奨されています。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。

■コメント

当院では月単位でDoor to Balloon timeを評価し、更に短縮できるように日々検討を重ねています。その結果、県内トップクラスのDoor to Balloon time <90分を高い水準で維持しています。

■対象ならびに計算方法

分子: 病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の患者数

分母: 入院病名が「急性心筋梗塞」であり、医師によりST上昇が確認され、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

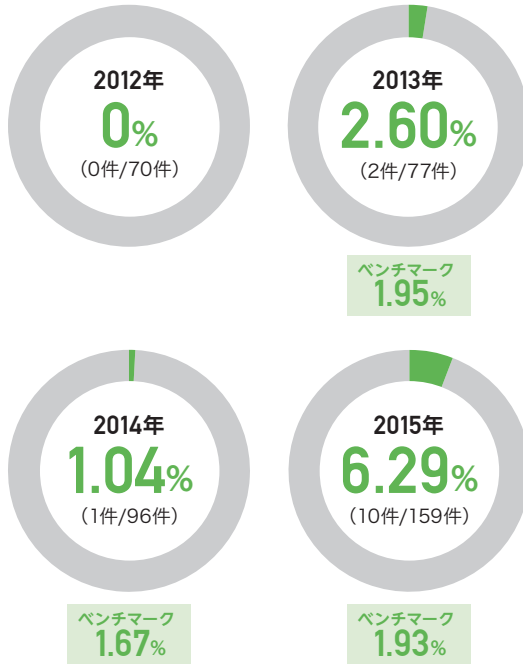
■参考文献

1) 急性心筋梗塞(ST上昇型)の診療に関するガイドライン

Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008)



4 PCIを施行した患者(救急車搬送)の入院死亡率



■説明

PCI(経皮的冠動脈形成拡張術)は、心臓の「冠動脈」の狭窄、閉塞してしまった病変に対して、橈骨動脈などの血管からカテーテル(治療用の細い管)を使って治療する方法です。PCI施行後の予後は、PCIに関わる医師の経験や技術、合併症発生時への対応、緊急にPCIを施行できる体制などが影響するといわれています。PCIによる死亡率を把握することは、PCIの質を評価する基本的な指標といえます。

■コメント

近年高齢患者さんの急性心筋梗塞が増加しており、それに伴い重症の患者さんも増加しています。我々は多くの患者さんの救命を目指し努力を積み重ね、治療成績の向上に努めます。

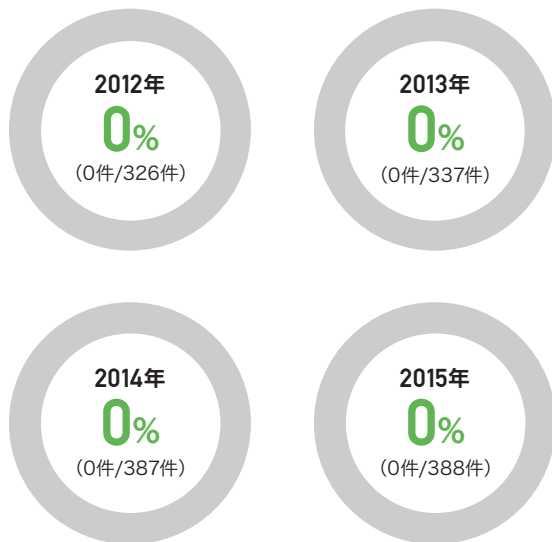
■対象ならびに計算方法

分子:PCIを施行した患者(救急車搬送)で院内で死亡した患者数

分母:PCIを施行した患者数(救急車搬送)



5 PCI後24時間以内のCABG実施率



■説明

PCI(経皮的冠動脈形成拡張術)とCABG(冠動脈バイパス・グラフト)は循環器内科・心臓血管外科が担う冠動脈疾患治療の要です。この二つはそれぞれの短所を補い合う補完的な関係にあります。

■コメント

近年、PCIの技術と治療器具の改良により、緊急CABGを必要とする症例は少数例となっており、当院においても2012～2015年に該当症例はありませんでした。

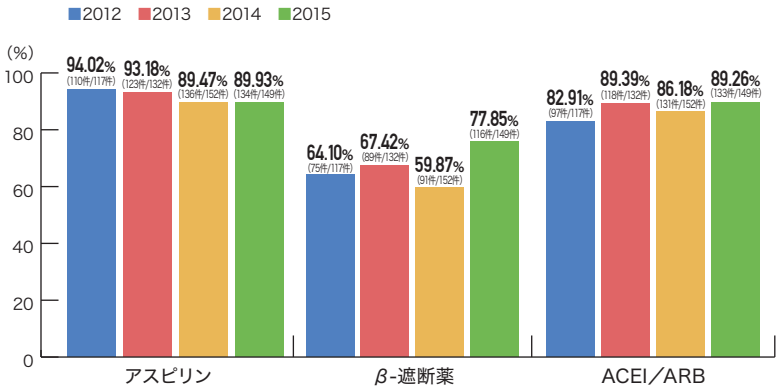
■対象ならびに計算方法

分子：経皮経管冠動脈形成拡張術施行後、24時間以内の冠動脈バイパス・グラフトを施行した患者数

分母：経皮経管冠動脈形成拡張術施行患者数



6 急性心筋梗塞患者における退院時処方率(アスピリン、β-遮断薬、ACEI/ARB)



■説明

急性心筋梗塞は突然死に至る最も緊急性の高い疾患です。急性期治療として、PCI(経皮的冠動脈拡張形成術)の占める割合が大きいことは言うまでもありません。しかし、急性心筋梗塞は、急性期を乗り越えたら治癒する病気ではありません。ほとんどの症例が陳旧性心筋梗塞となり、急性心筋梗塞再発の予防(これを二次予防と言います)が重要です。急性心筋梗塞の二次予防は、生活習慣の改善と薬物療法により行われます。急性心筋梗塞で入院された症例に退院時処方を行うことは、患者さんの予後を改善する上で極めて重要であり、その処方率は循環器診療の質の目安の一つとされています。

■コメント

当院ではPCIもさることながら、生命予後や退院後の有害事象(急性心筋梗塞の再発、心不全による入院など)に大きく寄与する生活習慣の改善と薬物療法に重点を置いています。

■対象ならびに計算方法

分子:退院時に①アスピリン、②β-遮断薬、③ACEI/ARBが処方されている患者数
 分母:急性心筋梗塞の診断で入院し生存退院した患者数



7 開心術を受けた患者の平均術後在院日数



■説明

冠動脈バイパス術などの開心術後の術後在院日数は、手術自体の手技や術後管理など高度医療全般を反映する指標と考えられます。患者さんの術後回復が早ければ在院日数は短縮し、周術期の管理がよく出来ているといえます。

■コメント

近年、心臓疾患における内科的治療(冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈拡張形成術など)の進歩により、より重症例が外科的対象となってきており、80歳以上の超高齢者における開心術も一般的となってきました。このため、超高齢者および重症患者さんを対象としている当院では、術後在院日数は長くなる傾向にあります。

■対象ならびに計算方法

分子: 開心術(冠動脈バイパス術を含む)を受けた患者の術後在院日数合計

分母: 開心術(冠動脈バイパス術を含む)を受けた患者数

※計算式に死亡患者は含まない



8 人工心肺手術を受けた患者の平均術後在院日数



8

人工心肺手術を受けた患者の平均術後在院日数

■説明

患者さんの術後回復が早ければ在院日数は短縮し、周術期の良い管理の指標といえます。またこの数値も全国的に減少傾向にありますが、施設ごとの患者背景に大きく依存する指標でもあります。一般に重症症例や高齢者、透析患者、緊急症例、大動脈疾患、再手術症例の割合が高いほどこの指標は延長する傾向にあります。

■コメント

全国的に在院日数は減少傾向にありますが、当院では重症症例や超高齢患者さんが主として対象となる中、術後日数は長くなる傾向にあります。

■対象ならびに計算方法

分子：人工心肺手術を受けた患者の術後在院日数合計

分母：人工心肺手術を受けた患者数

※計算式に死亡退院患者数は含まない



1 成人市中肺炎（重症度別：患者数、平均在院日数、平均年齢）

■説明

成人（15歳以上）の肺炎患者さんについて重症度別に患者数、平均在院日数、平均年齢を集計したものです。（市中肺炎とは病院外で日常生活をしていた人に発症した肺炎をいいます）肺炎は罹患率が高い上、死亡率も高く、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患について国民の死亡原因の上位に位置する疾患です。肺炎の治療は抗生物質のみの治療だけでなく、総合的な対応が求められることから、肺炎の死亡率は、病院の集学的治療のレベルを測る1つの指標とも言えます。

■コメント

結果とコメントについては
病院指標のページからご参照ください。

http://www.ise.jrc.or.jp/irc-shihyo/h27_shihyo.html

■対象ならびに計算方法

成人患者（15歳以上）で、入院契機病名および最も医療資源を投入した傷病名が肺炎（DPCコード 040080相当）であるもの（急性気管支炎、急性細気管支炎を除く）
※インフルエンザ等、ウイルス性肺炎（DPC 040070相当）、誤嚥性肺炎（DPC 040081）は除く。



2 肺炎患者の死亡率

2012年		
肺炎全体	市中肺炎および誤嚥性肺炎	市中肺炎のみ
22.31% (143件/641件)	21.49% (127件/591件)	13.46% (35件/260件)

2013年		
肺炎全体	市中肺炎および誤嚥性肺炎	市中肺炎のみ
18.93% (110件/581件)	18.75% (99件/528件)	18.18% (50件/275件)

2014年		
肺炎全体	市中肺炎および誤嚥性肺炎	市中肺炎のみ
15.98% (109件/682件)	16.06% (102件/635件)	11.96% (44件/368件)

2015年		
肺炎全体	市中肺炎および誤嚥性肺炎	市中肺炎のみ
15.71% (107件/681件)	15.88% (97件/611件)	13.72% (52件/379件)

■説明

肺炎はわが国の死亡統計でも死因の第3位であり、初期治療の選択が重要です。原因となる病原微生物、治療を受ける場所、治療に携わる医師、抗菌薬がさまざまであることから、いろいろな治療が行われることから、退院時の転帰をみることで肺炎治療の病院成績をみることができます。

■コメント

当地域は高齢者が多い地域ではありますが、肺炎患者さんの死亡率は肺炎全体で2015年が15.71%、市中肺炎および誤嚥性肺炎の死亡率は2015年が15.88%、市中肺炎のみでは2015年が13.72%と低下傾向にあります。当院での初期治療だけでなく、地域開業医における初期対応のよさがうかがえます。

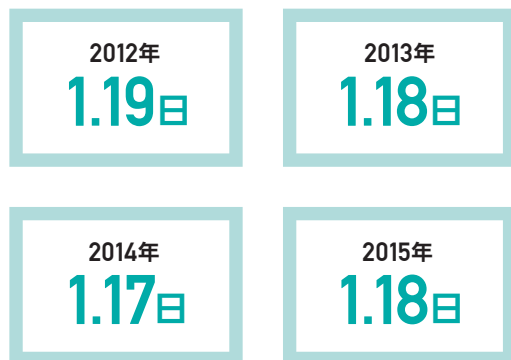
■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち死亡患者数

分母：18歳以上の退院時主病名が肺炎である患者数



3 肺炎に対する初回抗菌薬投与開始日



■説明

抗菌薬投与開始まで何日必要としたかを示します。抗菌薬が投与されるまでの期間は診療・検査に基づいた診断確定が速やかに行われている指標となります。

■コメント

当院では速やかに診療・検査を行い、診断確定後直ちに抗菌薬の投与が行われています。

■対象ならびに計算方法

様式1「入院の契機となった傷病名」が市中肺炎の15歳以上症例に対する初回抗菌薬投与日の平均値を示す。

※市中肺炎はICD10:J13,J14,J15\$,J16\$,J17\$,J18\$,J20\$,J21\$,J22とする。

※初日を1日とし、日数単位の計算であるため投与時間は考慮されていない。

※ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類で、正式には疾病及び関連保健問題の国際統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)。現在の最新版が第10版のため、ICD10という。



4 肺炎に対する初回抗菌薬組合せ(上位10件)

2012年

No	薬剤	症例数	割合
1	スルバシリン	160	53.69%
2	セフトリアキソンナトリウム	38	12.75%
3	ゾシン	27	9.06%
4	メロペネム	16	5.37%
5	スルバシリン+ジスロマック	5	1.68%
6	クラビット	4	1.34%
6	スルバシリン+クラビット	4	1.34%
8	ゾシン+クラビット	2	0.67%
8	チエナム	2	0.67%
8	ワイスターール	2	0.67%
8	メロペネム+クラビット	2	0.67%
8	ファーストシン	2	0.67%
8	セフェビム	2	0.67%
8	硫酸セフピロム	2	0.67%
8	モベンゾシン	2	0.67%

2013年

No	薬剤	症例数	割合
1	スルバシリン	156	49.84%
2	セフトリアキソンナトリウム	69	22.04%
3	ゾシン	43	13.74%
4	メロペネム	8	2.56%
5	ゾシン+クラビット	5	1.60%
5	メロペネム+クラビット	5	1.60%
5	セフェビム	5	1.60%
8	フィニバックス	3	0.96%
9	クラビット	2	0.64%
9	ジスロマック	2	0.64%
9	ワイスターール	2	0.64%

2014年

No	薬剤	症例数	割合
1	スルバシリン	170	49.71%
2	セフトリアキソンナトリウム	61	17.84%
3	ゾシン	51	14.91%
4	メロペネム	21	6.14%
5	クラビット	6	1.75%
6	ゾシン+クラビット	4	1.17%
7	オメガシン	3	0.88%
8	モベンゾシン	3	0.88%
9	ワイスターール	2	0.58%
10	メロペネム+クラビット	2	0.58%

2015年

No	薬剤	症例数	割合
1	スルバシリン	239	57.18%
2	ゾシン	78	18.66%
3	セフトリアキソンナトリウム	48	11.48%
4	メロペネム	18	4.31%
5	クラビット	5	1.20%
6	メロペネム+クラビット	5	1.20%
7	ファーストシン	4	0.96%
8	セファゾリン	4	0.96%
9	ジスロマック	2	0.48%
10	セフェビム	2	0.48%

■説明

原因菌確定前に使用する抗菌薬がどの程度統一されているかを考察するものです。基礎疾患や重症度に応じ、適切なスペクトラムでの投薬が必要だといわれています。

■コメント

当院では市中肺炎診療ガイドライン¹⁾に従って、スルバシリン・セフトリアキソンを主に使用することで薬剤の耐性化を防止しています。

■対象ならびに計算方法

様式1「入院の契機となった傷病名」が市中肺炎の15歳以上症例に対する、初回に使用した抗菌薬の組合せを症例数が多い順に並べた。

※市中肺炎はICD10:J13,J14,J15\$,J16\$,J17\$,J18\$,J20\$,J21\$,J22 とする。

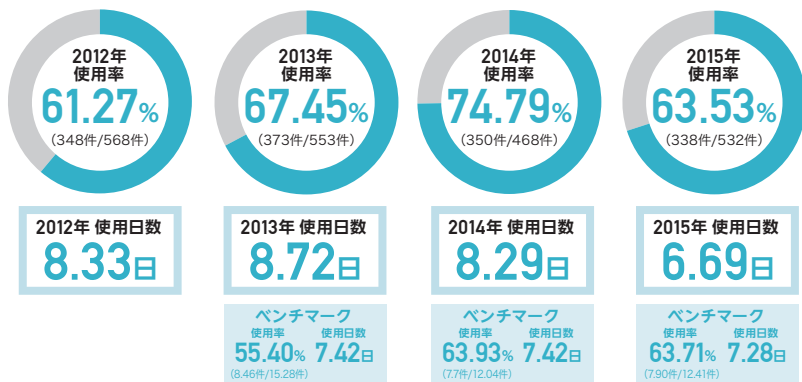
※ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類で、正式には疾病及び関連保健問題の国際統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)。現在の最新版が第10版のため、ICD10という。 ※薬剤名は商品名にて記載

■参考文献

1)成人市中肺炎診療ガイドライン The JRS Guidelines for the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults



1 エダラボン 使用率、使用日数



■説明

エダラボンは脳梗塞急性期に伴う神経症候、日常生活動作障害、機能障害を改善する脳保護薬であり、脳卒中治療ガイドラインでは重篤な腎機能障害症例を除く脳梗塞急性期の全病型に投与することが推奨されています。

■コメント

脳梗塞の場合、腎臓の動脈硬化が進行し腎機能が低下している症例も少なくありません。来院時の血液検査で重篤な腎機能低下を認めた場合はエダラボンの使用を控えるため、使用率が100%になることはありません。2015年においては当院のエダラボン使用率は63.53%であり、ベンチマークの63.71%と比較してほぼ同等と言えます。

■対象ならびに計算方法

分子：エダラボン使用症例数

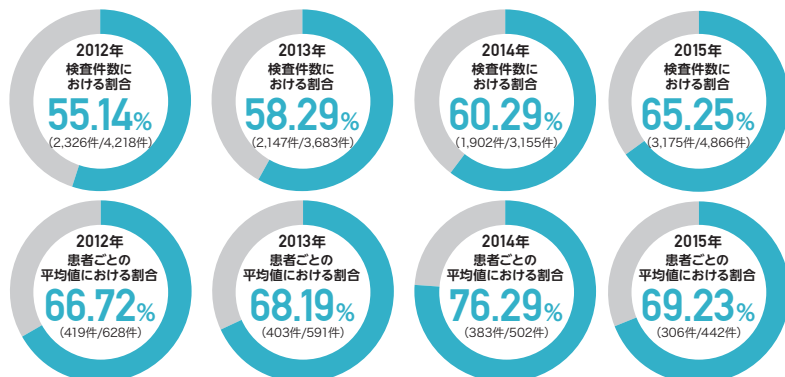
分母：脳梗塞症例数

※エダラボン使用日数は、エダラボンを1入院中に使用した日数

※エダラボン使用症例は、様式1「入院中の主な診療目的」が4かつMDC010060脳梗塞の症例で、入院中に一度でもエダラボンを使用した症例



2 ワルファリン服用患者における出血傾向のモニタリング (外来患者)



■説明

血栓予防を目的とするワルファリン療法は、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。効きすぎる割合を抑え、安全かつ有効な範囲($1.6 \leq \text{PT-INR} \leq 3.0$)を維持している割合が指標となります。

■コメント

ワルファリン服用症例は他の抗凝固薬に変更するなど年々減少傾向にあります。ワルファリンは適正に使用されている傾向と考えられます。

■対象ならびに計算方法

検査件数における割合：

分子：過去1年間に外来処方ワルファリンをオーダされた患者で過去1年間の外来PT-INR検査結果が $1.6 \leq \text{PT-INR} \leq 3.0$ の件数

分母：過去1年間に外来処方ワルファリンをオーダされた患者の外来PT-INR検査件数

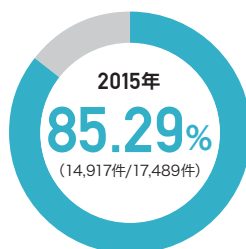
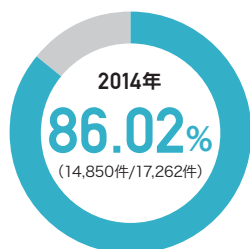
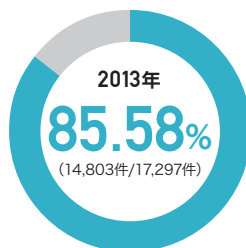
患者ごとの平均値における割合：

分子：過去1年間に外来処方ワルファリンをオーダされた患者で過去1年間の外来PT-INR検査結果の平均値が $1.6 \leq \text{PT-INR} \leq 3.0$ の件数

分母：過去1年間に外来処方ワルファリンをオーダされた患者数



3 入院患者のうち服薬指導を受けた者の割合



3

入院患者のうち服薬指導を受けた者の割合

■説明

服薬指導(薬剤管理指導業務)とは、入院患者さんの薬歴管理と服薬指導を介して、患者さんの薬物療法への認識を向上させ、また患者さんから得られた情報を医師にフィードバックすることにより、薬物療法を支援する業務のことです。

■コメント

当院の服薬指導実施率は高く、患者さんの薬物療法に対して積極的に関与し医薬品の適正使用に大きく貢献していると考えられます。

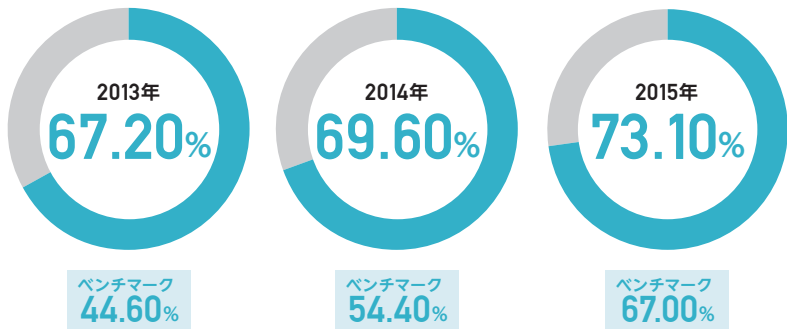
■対象ならびに計算方法

分子: 入院患者のうち薬剤管理指導料を算定した人数

分母: 入院患者総数



4 後発医薬品の採用率



■説明

後発医薬品（ジェネリック医薬品）は先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。厚生労働省では平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し取り組みが進められてきました。平成29年半ばには70%以上、平成30年度から平成32年度までの間に80%の数量シェアを目標と定められています。

■コメント

厚生労働省は後発医薬品の使用促進に取り組んでいます。当院でも積極的に後発医薬品を採用し患者さんの負担の軽減や医療費の削減に取り組んでいます。

■対象ならびに計算方法

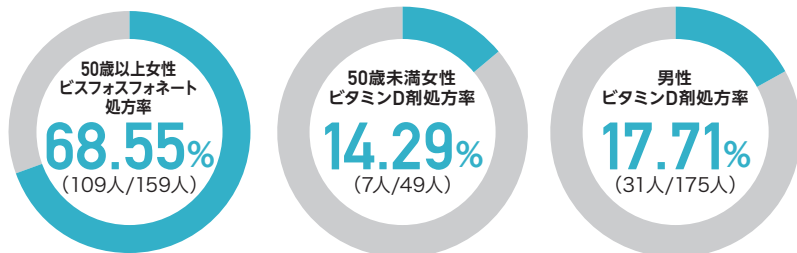
分子：後発医薬品の数量

分母：後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量



5 ステロイド服用患者の骨粗しょう症予防率

2015年



■説明

ステロイドを継続して服用する患者さんは副作用として骨粗鬆症を発症するリスクが高くなります。リスクが高い患者さんには予防的にビスフォスフォネート製剤やビタミンD製剤の服用が必要です。

■コメント

当院では骨粗鬆症のリスクがもともと高い50歳以上の女性がステロイドを服用する際には、ビスフォスフォネートを服用することで発症リスクを軽減しています。

■対象ならびに計算方法

分子：プレドニン7.5mg以上処方がある患者のうち3か月以内に以下の外来処方がある患者数

- ①50歳以上女性でビスフォスフォネート処方がある患者
- ②50歳未満女性でビタミンD製剤処方がある患者
- ③男性でビタミンD製剤処方がある患者

分母：下記のいずれかの条件を満たす患者数

- 外来処方で3か月以内に3回連続プレドニン7.5mg以上を処方されている患者
- あるいは外来処方でも年に6回以上プレドニン7.5mg以上を処方されている患者

5

ステロイド服用患者の骨粗しょう症予防率



1 血液製剤



■説明

厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」¹⁾において、血液を無駄にせず、また輸血業務を効率的に行うために、待機的手術例を含めて直ちに輸血する可能性の少ない場合の血液準備方法として、血液型不規則抗体スクリーニング法と最大手術血液準備量を採用することが望ましいとされています。

※最大手術血液準備量(Maximal Surgical Blood Order Schedule:MSBOS)とは…確実に輸血が行われると予測される待機的手術例では、各医療機関ごとに過去に行った手術例から術式別の輸血量(T)と準備血液量(C)を調べ、両者の比(C/T比)が1.5倍以下になるような量の血液を交差適合試験を行って事前に準備します。

■コメント

2013年より値を維持しており良好です。

■対象ならびに計算方法

分子:血液製剤を準備した数

分母:血液製剤を使用した数

■参考文献

1)輸血療法の実施に関する指針
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/iyaku/kenketsugo/5tekisei3a.html>



2 血液製剤廃棄率

2013年			2014年		
RCC	FFP	PC	RBC	FFP	PC
1.53	0.30	0.56	1.46	1.48	0.44

2015年		
RBC	FFP	PC
1.53	0.65	0.14

■説明

血液製剤の廃棄率は、提供された血液が無駄なく適正に使用されているかどうかを示すよい指標となります。血液製剤の適正使用の推進とともに、廃棄を減らし血液製剤の有効活用を行っていくことが重要です。

■コメント

良好な状態が保持できています。

■対象ならびに計算方法

分子：血液製剤廃棄量

分母：血液製剤購入量

■用語説明

RCC：赤血球濃厚液

RBC：赤血球液

※2014年8月よりRCCからRBCへ製剤が変更

FFP：新鮮凍結血漿

PC：血小板濃縮液



3 FFP/RBC比 ALB/RBC比

2013年		2014年	
FFP/RCC	ALB/RCC	FFP/RBC	ALB/RBC
0.39	1.79	0.44	1.41

2015年	
FFP/RBC	ALB/RBC
0.54	1.36

■説明

輸血製剤の適正使用の推進や安全性の強化を励行し質の向上を図ることは必然的に輸血製剤の使用量の削減につながります。2012年の診療報酬改定にて輸血適正使用加算が新設されました。その基準値は赤血球製剤、新鮮凍結血漿、アルブミン製剤の使用比で評価されます。

■コメント

前年と比べ上昇していますが、当院は基準値を満たしており良好な状態であるといえます。

■対象ならびに計算方法

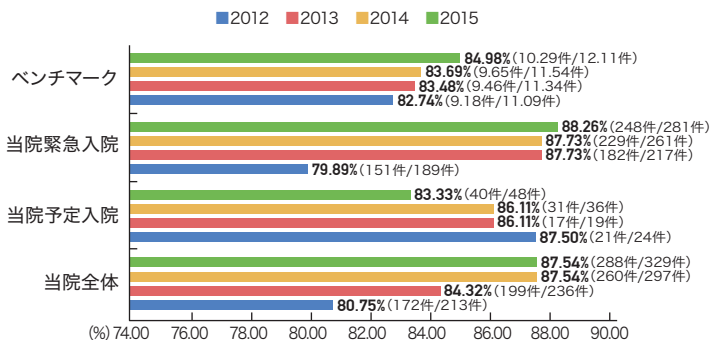
FFP/RBC(RCC)比 基準値 0.54未満
 分子: FFP輸血量－血漿交換に使用したFFP輸血量/2
 分母: RBC(RCC)輸血量
 ALB/RBC(RCC)比 基準値 2未満
 分子: ALB輸血量
 分母: RBC(RCC)輸血量

■用語説明

FFP: 新鮮凍結血漿
 RCC: 赤血球濃厚液
 RBC: 赤血球液
 ※2014年8月よりRCCからRBCへ製剤が変更
 ALB: アルブミン製剤



1 予定・緊急入院における敗血症に対する血液培養検査実施率



■説明

敗血症症例に対する血液培養検査の実施率を示します。敗血症は、細菌によって引き起こされた全身性炎症反応症候群(SIRS)で、細菌感染が全身に波及し非常に重篤な状態です。エンピリックセラピー(どうしても抗菌薬の使用が必要な場合、感染臓器の特定と起茵菌の推定から抗菌薬の選択を行い、最初の治療を行うこと)後に最適な治療を選択するためには、起茵菌の同定のために血液培養が必要とされています。

■コメント

年々エンピリックセラピーを行う前に血液培養を採取する率が増加してきており、起茵菌同定後のde-escalationを推進しています。

※エンピリックセラピー…経験的治療。原因菌が判明するまでに感染部位により想定される菌を広くカバーできるような比較的広域な抗菌薬を使用すること。

※de-escalation…段階的縮小。エンピリックセラピーから培養検査などにより判明した感染巣・原因菌に対して最善な抗菌薬へと変更する標的治療へ移行すること。

■対象ならびに計算方法

分子: 敗血症症例のうち血液培養検査実施症例数

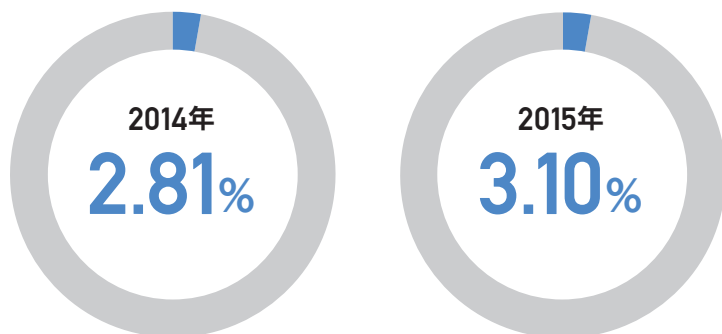
分母: 敗血症症例数

※敗血症症例は、主病名などのDPC病名のうちいずれかが敗血症である症例

※DPCとは、Diagnosis(診断)Procedure(診療行為)Combination(組み合わせ)の略称で、従来の診療行為ごとに計算する『出来高払い方式』とは異なり、入院患者さんの病名とその症状・手術(処置)施行の有無・合併症の有無等をもとに厚生労働省が定めた1日当たりの定額からなる包括部分(投薬・注射・処置・入院料等)と出来高部分(手術・麻酔・リハビリ・指導料等)を組み合わせる方式



2 MRSA院内感染発生率



■説明

耐性菌や院内感染拡大しやすい微生物に対する発生状況を監視し、各部署への感染対策の実施状況の確認や見直し、アウトブレイクの早期発見・対応に役立っています。また、病院で感染対策が徹底されるとこの数値が低下していくと言われています。

■コメント

厚生労働省サーベイランスシステムのMRSA分離率において、当院のMRSA分離率は全国平均を下回っています。さらにこの値が減少するように感染対策を徹底していきます。

■対象ならびに計算方法

MRSA新規感染症患者数／総入院患者数×1000



3-1 ICU・CCUユニットにおける中心静脈カテーテル使用比率



■説明

厚生省研究班の推計によると、日本での中心静脈カテーテル関連血流感染による年間死亡者数は少なく見積もって5～7千人、多くて1.5～2.0万人いるとされ、ICUにおいては中心静脈カテーテルの留置が退院時の患者死亡のリスクを1.23倍に増加させることも示されています。不要な中心静脈カテーテル使用日数を抜去することが感染予防に効果的であると言われています。

■コメント

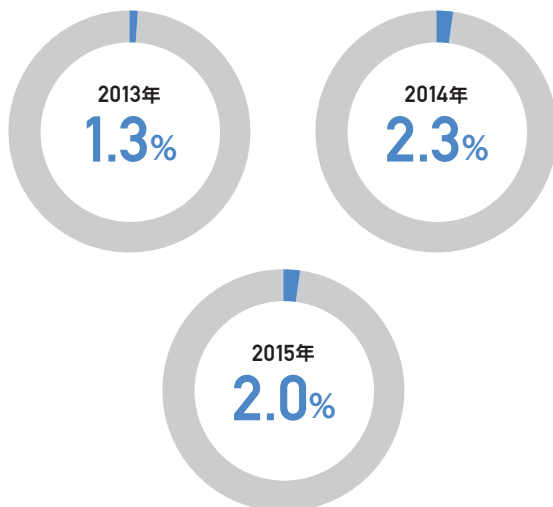
当院のICUにおける中心静脈カテーテル使用比は日本環境感染学会(JHAIS)の中央値と比較しても低値であり、不適切使用はほとんどないと考えられます。

■対象ならびに計算方法

延べ中心静脈カテーテル使用日数／述べICU入院患者日数



3-2 ICU・CCUユニットにおける中心静脈カテーテル関連血流感染率



■説明

静脈カテーテル関連感染には末梢静脈炎も含まれますが、中心静脈カテーテルに発生するカテーテル関連血流感染(catheter related blood stream infection: CRBSI)が最も重要です。CRBSIはカテーテル局所の感染にとどまらず、全身の血液感染症に発展し、特に注意が必要です。

■コメント

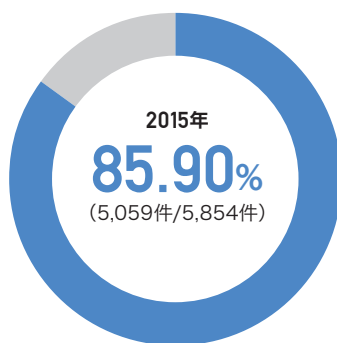
日本環境感染学会(JHAIS)の公開しているICU部門血流感染サーベイランスデータと比較すると50%タイル値と同程度であり、特に問題はないと考えます。今後感染率がさらに低下するように感染対策を推進していきます。

■対象ならびに計算方法

CLABSI疑い数 / ICUにおける中心静脈カテーテル使用日数 × 1000



4 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与割合



4

手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与割合

■説明

手術後に手術部位感染が発生すると入院期間が延長し入院医療費が有意に増大します。手術部位感染を予防する対策の一つとして手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後2～3時間まで血中及び組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで有意に予防できると考えられています。このため手術執刀開始1時間以内に適切に予防的抗菌薬を投与することがすすめられます。

■コメント

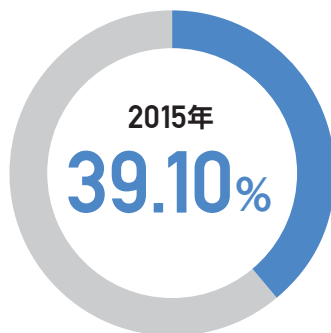
感染率減少のため、手術部位感染予防対策に取り組んでいきます。

■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された患者数
分母：手術施行患者数(手術室における手術に限る)



5 黄色ブドウ球菌に占めるMRSAの割合



■説明

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)は院内で最も多く分離される耐性菌であり、国内では分離される黄色ブドウ球菌に占める割合は50%程度とされています。この指標はMRSA検出率低減を目的に実践された感染対策を評価するものであるといえます。

■コメント

全国平均の50%よりも低い数値とはなっていますが、急性期病院ではこの数値は減少傾向にあり、当院においてもさらに減少させるよう手指衛生強化など対策を講じています。

■対象ならびに計算方法

分子:期間内のMRSA検出患者数

分母:期間内の黄色ブドウ球菌検出患者数



6 人工呼吸器関連肺炎発症率



■説明

肺炎は院内感染でも頻度の高い感染症であり、肺炎を契機に他の合併症を起こしたり、場合によっては死亡するケースもあります。院内肺炎発生防止に向けて人工呼吸器関連肺炎サーベイランスを実施することは感染対策において強く推奨されています。

■コメント

人工呼吸器関連肺炎発症率は0%であり、当院の人工呼吸器装着患者の処置、ケアは適切に実施されていると考えられます。

■対象ならびに計算方法

分子：人工呼吸器関連肺炎患者数

分母：ICUにおける人工呼吸器患者人数



1 予定・緊急手術における術後リハビリ実施率・平均開始日

2012年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	開始日	全体	開始日
10.93% (885件/8,097件)	5.40% (311件/5,763件)	24.59% (574件/2,334件)	8.78日	20.60% (52.06件/252.73件)	4.24日

2013年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	開始日	全体	開始日
12.83% (1,013件/7,894件)	6.67% (352件/5,280件)	25.29% (661件/2,614件)	8.22日	21.80% (56.28件/258.10件)	4.11日

2014年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	開始日	全体	開始日
14.98% (1,197件/7,990件)	8.37% (438件/5,231件)	27.51% (759件/2,759件)	7.21日	22.34% (58.08件/259.96件)	3.64日

2015年(当院)				ベンチマーク	
全体	予定手術	緊急手術	開始日	全体	開始日
16.39% (1,341件/8,183件)	9.67% (438件/5,251件)	30.07% (833件/2,770件)	6.36日	23.14% (61.66件/266.44件)	3.51日

■説明

手術症例数のうち、術後リハビリの実施率と平均開始日を示しました。

■コメント

術後リハビリの実施率や開始日は徐々に改善されていますが、今後もできるだけ術後リハビリの早期実施に努めていきます。

■対象ならびに計算方法

実施率

分子:手術症例数のうち、術後リハビリ実施症例数

分母:手術実施症例数

※術後リハビリ実施症例とは、術後に一度でもリハビリを実施した症例

※術後リハビリ実施開始日=術後にリハビリを開始した日(術日を0日目とする)の平均

※予定手術は予定入院で手術をした症例、緊急手術症例は緊急入院で手術をした症例



2

整形外科の代表的な疾患における術後リハビリ施行患者の平均在院日数

2 整形外科の代表的な疾患における術後リハビリ施行患者の平均在院日数

2013年			
骨折観血の手術(大腿)	人工骨頭挿入術(股)	人工関節置換術(股)	人工関節置換術(膝)
30.89日	28.40日	24.30日	24.65日
2014年			
骨折観血の手術(大腿)	人工骨頭挿入術(股)	人工関節置換術(股)	人工関節置換術(膝)
28.17日	27.62日	23.19日	24.96日
2015年			
骨折観血の手術(大腿)	人工骨頭挿入術(股)	人工関節置換術(股)	人工関節置換術(膝)
25.61日	24.86日	21.98日	18.90日

■説明

整形外科の代表的な手術症例における、入院から退院までの平均在院日数を示しています。主に、骨折観血の手術および人工骨頭挿入術は転院までの期間を示し、人工関節術(股・膝)は退院までの期間を示しています。

■コメント

骨折観血の手術・人工骨頭挿入術は、地域連携バスによりスムーズに転院ができるようになり、平均在院日数は短縮されています。股・膝人工関節置換術については、2014年度よりラットリカバリーシステムの導入、土曜日リハビリテーション実施により在院日数が著明に短縮され早期に退院が可能になりました。

※ラットリカバリーシステム：スムーズに手術や看護・リハビリ等が行えるよう、術前からチームで関わり、早期退院を目標とするシステムです。

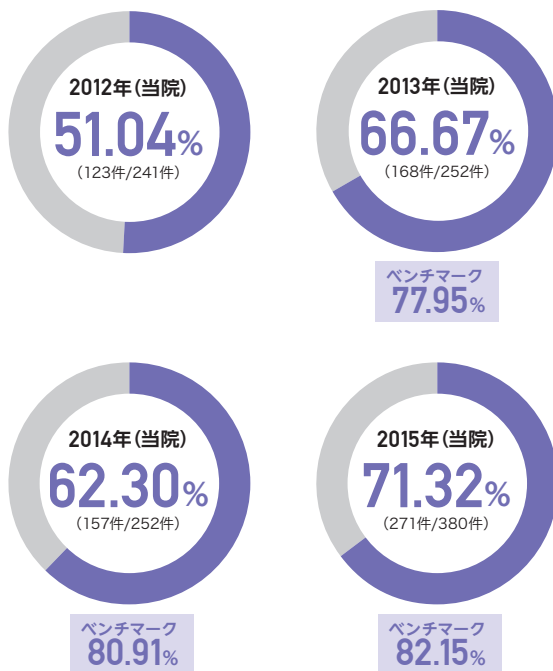
■対象ならびに計算方法

分子：対象手術実施症例の延べ在院日数

分母：対象手術実施症例数



3 急性期脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率



■説明

急性期脳梗塞患さんのうち、入院してから4日以内にリハビリテーションを開始した割合を示しています。

■コメント

患者さんの機能回復を促すように早期にリハビリテーションを実施するよう努めており、その割合は増加傾向です。

■対象ならびに計算方法

分子:分母のうち入院してから4日以内にリハビリテーションを受けた退院患者数

分母:急性脳梗塞で入院し、リハビリテーションを受けた退院患者数

※急性脳梗塞について、発症時期が4日以内の患者が対象

※入院後発症や発症時期が不明な場合は対象外



4 脳血管障害患者におけるリハビリ転院までの日数



■説明

脳血管障害患者さんにおける入院から転院までの平均在院日数を示しています。転院の対象となる患者さんが多いため、後方支援病院の都合や患者の重症度も在院日数に影響します。

■コメント

脳卒中地域連携パスやメディカルソーシャルワーカーの早期介入により転院がスムーズに進んできています。

■対象ならびに計算方法

分子：分母の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

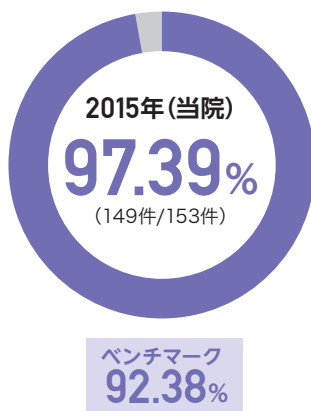
分母：「脳血管障害」を主病名として入院して転院となった患者数

※脳血管障害は、脳梗塞やくも膜下出血、脳出血に代表される所謂脳卒中や脳動脈瘤等であり、ICDコードのI60～68、G45 とした。

※ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類で、正式には疾病及び関連保健問題の国際統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)。現在の最新版が第10版のため、ICD10という。



5 人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率



■説明

人工膝関節全置換術施行患者さんのうち、入院してから4日以内にリハビリテーションを開始した割合を示しています。

■コメント

ほぼ全症例に対し、早期にリハビリが開始されています。

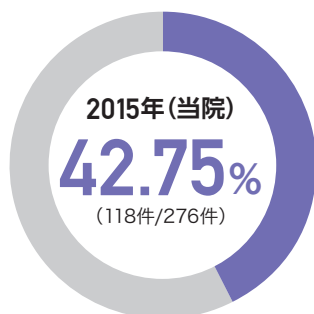
■対象ならびに計算方法

分子:分母のうち術後4日以内にリハビリテーションが開始された患者数

分母:人工膝関節全置換術が施行された退院患者数



6 心不全患者に対するリハビリ実施割合



■説明

心不全に対する心臓リハビリテーション(心リハ)の有用性は日本循環器学会ガイドライン¹⁾にも明記されており、その有用性は広く認識されています。

■コメント

入院早期から理学療法士による心リハ介入を積極的に行うことにより、入院により生じる筋力低下を最低限に抑え、早期退院および社会復帰を目指します。

■対象ならびに計算方法

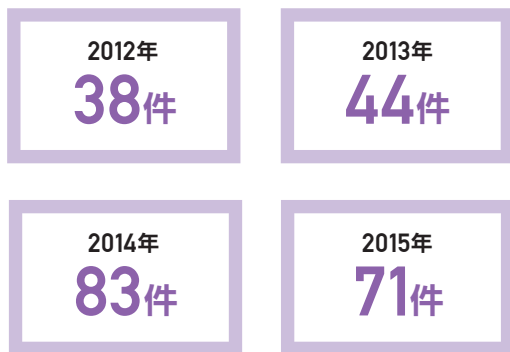
分子：心不全症例のうち、心大血管リハビリテーション料が算定されている症例数
 分母：心不全症例数(主病名のICD10コードがI11\$, I13\$, I50\$の症例)

■参考文献

1) 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2012_nohara_h.pdf



1 がん看護分野の専門の看護師の地域訪問件数



■説明

当院では、緩和ケアや化学療法の専門の看護師が、訪問看護師と共に患者さんの自宅を訪問し、病気や治療の副作用で生じる身体の症状、こころの問題、生活していく上での困り事などの相談を行います。そして、患者さんやその家族にとって一番いい方法はなにか、一緒に考えます。このような活動を通じて、がん患者さんや患者さんの家族が、より安心して在宅療養できるように、支援していきます。

※緩和ケア…生命を脅かす疾患による問題に直面する患者さんとその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメント対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチを指す。

■コメント

病院の専門看護師や認定看護師が、訪問看護師とともに在宅療養中の患者さんを訪問する「同一日訪問・同行訪問」に取り組んでいる施設割合は6%(204/392施設)¹⁾とまだまだ少ないのが現状です。1人でも多くの患者さんとお家族の在宅生活の支えとなれるよう、このような看護師の院外活動を今後も推進してまいります。

■対象ならびに計算方法

当院のがん看護分野の専門の看護師が地域訪問を行った回数

■参考文献

1)「2012年病院における看護職員需給状況調査」日本看護協会



2 放射線技師の地域訪問件数



■説明

診療放射線技師は医療放射線による患者被ばく線量を把握・評価し、地域全体の医療被ばくを適正な量とすることが重要な役割であると考え、当院の診療放射線技師が地域医療機関を訪問し、医療用放射線の安全利用のサポートを行うことは地域に貢献する手段の一つと考えます。平成25年度より伊勢地区を中心に活動を開始しました。

■コメント

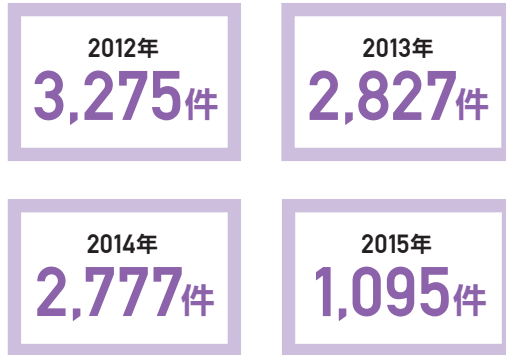
放射線線量の測定には、専用の測定器とそれを扱う技術、評価する知識が必要です。測定器は高額であり、医療機関が個々で保持することは困難かつ非効率です。機器・技術を地域に還元することで、各医院さんは、患者被ばく線量を数値として把握することができます。適切な値との確証が持てることで安心して放射線診療を行っているとの感想をいただいています。

■対象ならびに計算方法

出張回数：当院の放射線技師が地域の診療所に行った回数



3 NST実施件数



■説明

NSTとは、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士、臨床検査技師等の多くの医療従事者が職種の壁をこえ、患者さんの栄養管理を行う栄養サポートチーム (Nutrition Support Team) の略称です。NSTでは、院内をラウンド(回診)し、栄養管理上問題のある患者さんの栄養状態を確認しています。栄養障害の有無の評価、適切な栄養管理が実施されているかをチェックして、栄養状態の改善に向けての提言を行っています。

■コメント

2015年度は2012年度~2014年度に比べ激減しています。要因として2015年11月から2016年3月の間専従スタッフの確保が出来ず、院内ラウンド(回診)は行っていますが、算定が出来ていませんでした。2016年4月より算定可能となります。

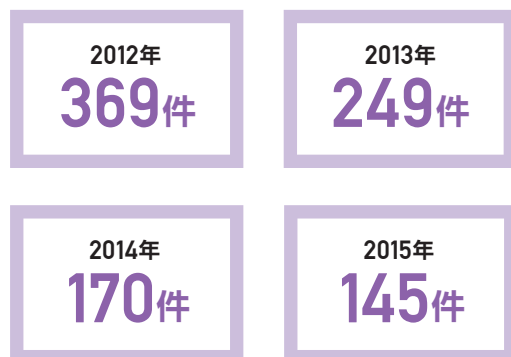
■対象ならびに計算方法

NSTラウンドを行った延べ患者数

※2015年度より栄養サポートチーム加算算定件数へと変更



4 褥瘡チーム実施件数



■説明

当院の褥瘡対策チームは、皮膚科・形成外科医、看護師、栄養士、理学療法士、医事課職員が連携し褥瘡の予防・治療を行っています。このように多職種のスタッフが協力することで褥瘡対策を多方面からアプローチしていくことができ、より効率的な予防・治療を行うことにつながります。褥瘡対策にとって最も重要なことは予防です。褥瘡対策チームは褥瘡回診を行い、病棟スタッフと話し合いながらより実践的な褥瘡対策が行えることを目指しています。また、褥瘡発生時には、褥瘡発生の原因を検討してそれを除去し、適切な治療を行います。

※褥瘡…持続的な圧迫によって、組織の血流が減少・消失し、虚血状態、低酸素状態になって、組織の壊死が起こった状態です。寝たきりや麻痺などで体位を変えられない人にできます。

■コメント

当院の実施件数は145件でした。引き続きチームの連携を深めるとともに、病棟スタッフと話し合いながらより実践的な褥瘡対策が行えるよう取り組んでいきたいと考えています。

■対象ならびに計算方法

褥瘡ラウンドを行った総患者数



5 共同利用件数

2012年						
医療機器	CT	MRI	RI	PET/CT	超音波検査	脳波検査
2,652件	1,507件	970件	49件	30件	21件	75件

2013年						
医療機器	CT	MRI	RI	PET/CT	超音波検査	脳波検査
2,743件	1,591件	985件	62件	29件	21件	55件

2014年						
医療機器	CT	MRI	RI	PET/CT	超音波検査	脳波検査
3,094件	1,705件	1,216件	37件	23件	40件	73件

2015年						
医療機器	CT	MRI	RI	PET/CT	超音波検査	脳波検査
3,260件	1,842件	1,170件	81件	23件	28件	116件

■説明

大型医療機器・高額医療機器を有効活用していただくために、当院では地域医療支援病院として、地域の先生方にCT・MRI・RI等の機器を有効に活用していただき、日々の診療のお役に立てればと思い機器の共同利用を行っています。

■コメント

当院は地域医療支援病院です。地域完結型医療を目指していくうえで、地域の医療機関により多くの医療機器の有効活用を勧めています。2012年度～2015年度にかけて、年々利用件数が上昇しています。今後もより多くの地域の医療機関に利用していただけるよう働きかけていきます。

※PET/CT…陽電子放射断層撮影



6 地域連携クリニカルパスの件数

2012年	
大腿骨骨折地域連携クリニカルパス	脳卒中地域連携クリニカルパス
150件	194件
2013年	
大腿骨骨折地域連携クリニカルパス	脳卒中地域連携クリニカルパス
262件	209件
2014年	
大腿骨骨折地域連携クリニカルパス	脳卒中地域連携クリニカルパス
269件	234件
2015年	
大腿骨骨折地域連携クリニカルパス	脳卒中地域連携クリニカルパス
271件	279件

■説明

クリニカルパスとは良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表のことを言います。クリニカルパスを使用することにより、診療の標準化、根拠に基づく医療の実施（EBM）、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などが期待されています。地域連携クリニカルパスとは急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものです。診療に当たる複数の医療機関が役割分担を含めた診療内容をあらかじめ患者さんに説明・提示することにより安心して医療を受けることができるようになります。地域連携クリニカルパスを使用することにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現することができます。

■コメント

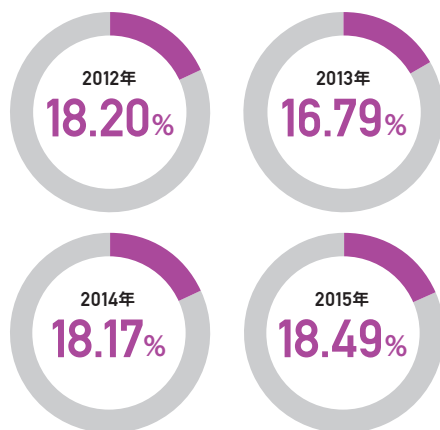
当院では2012年より2種類のクリニカルパスを地域医療機関と共有して用いており、年々その数は増加し、2015年度は全体で550件が適応となりました。これらのクリニカルパスが地域完結型医療の推進役になったと思われます。今後も医療機関同士の連携体制の強化と地域医療水準の向上を目指します。

■対象ならびに計算方法

地域連携パスを使用し地域連携診療計画管理料を算定した患者数



1 7対1入院基本料で「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合



■説明

看護必要度とは、「入院患者さんに提供されるべき看護の必要量」であり、看護必要度基準を満たす患者さんの割合が高いということは、重症な患者さんが多く入院していることを意味します。また、看護を必要としている患者さんを把握し、必要な看護がきちんと提供されているかどうかを評価していることになります。

■コメント

「重症度、医療・看護必要度」は、提供した医療の結果やその根拠が評価されるツールとして、当院にとって施設基準の診療報酬算定上の要件としてだけでなく、看護師の病棟配置や看護要員の管理等、医療・看護の質を担保する意味でも重要な指標です。診療報酬算定上の基準は15%以上(2014年改訂時の基準)ですが、当院には基準を満たす患者さんが常時16%~18%以上入院しており、看護を必要とする患者に対して、7対1看護体制¹⁾で「手厚い看護」を提供しているといえます。

■対象ならびに計算方法

分子:看護必要度の基準を満たす患者延数

分母:入院患者延数

※看護必要度の基準を満たすためには、

A:モニタリング及び処置等に関する17項目で2点以上かつ

B:患者の状況等に関する13項目で3点以上であることが必要

■用語説明

1)7対1看護体制…入院患者さん7人に対して看護職員が1人勤務している状態



2

2 入院患者の転倒・転落発生率、損傷発生率

2012年	
転倒・転落発生率	損傷発生率
0.24%	0.0004%

2013年	
転倒・転落発生率	損傷発生率
0.22%	0.003%

2014年	
転倒・転落発生率	損傷発生率
0.22%	0.002%

2015年	
転倒・転落発生率	損傷発生率
0.25%	0.007% (16件/235,249人)

■説明

患者さんの状態や疾患、入院による環境の変化により歩行中の転倒やベッドからの転落などの危険が生じることがあります。転倒転落により外傷や打撲だけでなく、骨折・脳出血などの重大な障害を及ぼすこともあります。

■コメント

転倒・転落の原因は入院による環境の変化や疾患そのもの、治療や検査が身体に影響を及ぼす場合など様々です。入院時には「転倒・転落アセスメントスコアシート」を使用し、危険度の評価を行います。危険度が高い場合、個々に合わせた対策を実施しています。転倒・転落を0にすることは困難ですが、傷害の有無にかかわらず報告されるレポートを元に発生要因を分析し予防につなげていきます。

■対象ならびに計算方法

転倒・転落発生率

分子：インシデント・アクシデントレポートが提出された入院中の転倒・転落件数

分母：入院延べ患者数

損傷発生率(2012～2014年)

分子：インシデント・アクシデントレポートが提出された入院中の転倒・転落のうち

損傷発生件数

分母：入院延べ患者数

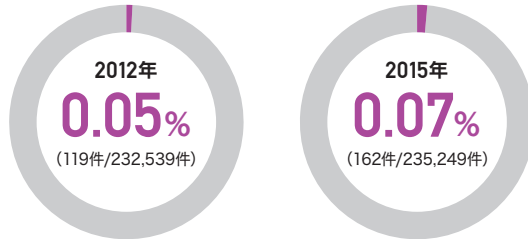
損傷発生率(2015年)

分子：骨折または頭蓋内出血が発生した件数

分母：入院延べ患者数



3-1 II度以上の褥瘡の院内発生率



■説明

院内で新規に発生した褥瘡(持続的な圧迫によって、組織の血流が減少・消失し、虚血状態、低酸素状態になって、組織の壊死が起こった状態です。寝たきりや麻痺などで体位を変えられない人にできます。)患者さんの比率です。ある期間内の褥瘡の深さd2以上の新規発生の褥瘡患者さんの比率で、その期間内の発生率をより正確に算出できます。

■コメント

今回当院は0.07%という結果でした。今後0%を目標とし、高齢の患者さんや重症度の高い患者さんが増える中、褥瘡対策チームの連携を深め多方面からアプローチを行い、より効率的な対策に取り組んでいきたいと考えます。また各部署においても褥瘡発生の予防と早期治癒に取り組めるように、褥瘡ケアの知識および技術の向上を啓蒙していきたいと考えます。

■対象ならびに計算方法

分子:褥瘡対策に関する治療計画書において、NPUAPの分類にてStageII以上、もしくはDESIGNでd2以上と判断された院内の新規発生の褥瘡を有する患者数。

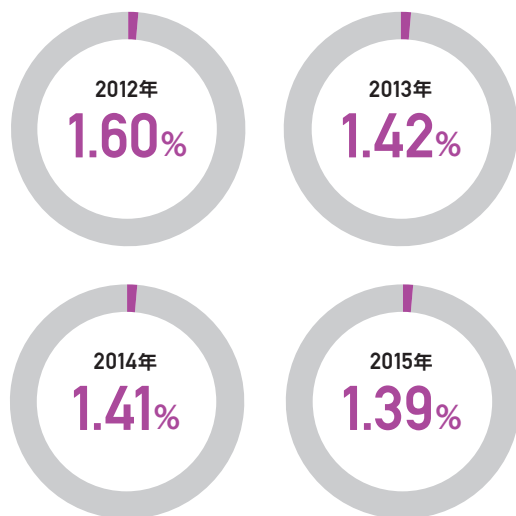
※DESIGN(d2):真皮までの損傷

※NPUAP分類(StageII):スラフを伴わない、赤色または薄赤色の創底を持つ、浅い解放潰瘍として現れる真皮の部分欠損。破れていないまたは解放した/破裂した血清で満たされた水泡として現れることがある。

分母:入院延べ患者数



3-2 褥瘡推定発生率



■説明

院内で新規に発生した褥瘡患者さんの推定比率です。褥瘡発生率に比べて正確さには欠けますが、計算しやすい長所があります。

■コメント

当院の褥瘡推定発生率はやや減少し、2015年は1.39%でした。日本褥瘡学会における一般病院の褥瘡推定発生率は1.60% (2012年) であり、全国の一般病院の値と比較しやや少ない結果となりました。適切なリスクアセスメントを実施し、リスクに応じた除圧ケア、ずれ摩擦ケア、スキンケアや褥瘡対策チームの連携による効果的な対策・治療を行い発生率の減少に取り組んでいきたいと考えています。

■対象ならびに計算方法

分子：調査日に褥瘡を保有する患者数－入院時すでに褥瘡を保有する患者数
 分母：調査日の入院患者数

※調査日の入退院患者は含めない

※1名の患者に複数褥瘡があっても1名と数える

※院外発生の褥瘡であっても、新たに入院中に褥瘡が発生した場合は院内発生として取り扱う



3-3 褥瘡有病率



■説明

入院患者のうち、褥瘡を有する患者さんの割合を示したものです。

■コメント

当院の褥瘡有病率はやや上昇し、3.61%でした。日本褥瘡学会における一般病院の褥瘡有病率は1.99%(2012年)であり、全国の一般病院の値を大きく上回る結果となりました。院内の褥瘡対策はもちろん、訪問看護、施設、後方支援病院との連携や地域住民への急な日常生活自立度低下時の対応方法など地域に向けた予防ケアに取り組んでいきたいと考えています。

■対象ならびに計算方法

分子：調査日に褥瘡を保有する患者数

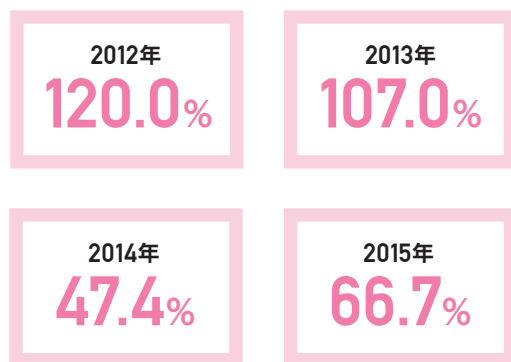
分母：調査日の施設入院患者数

※調査日の入退院患者は含めない

※1名の患者に複数褥瘡があっても1名と数える



1 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



■説明

研修医マッチング(組み合わせ決定)とは、医師免許を得て臨床研修を受けようとする者(研修希望者)と、臨床研修を行う病院(研修病院)の研修プログラムとを研修希望者及び研修病院の希望を踏まえて、一定の規則にしたがって、コンピュータにより組み合わせを決定するシステムです。希望病院のなかで当院を1位希望する応募者数と当院の定員数の比率です。その数値により、最終的に研修医を何名確保できるかを見極める貴重な指標となります。

■コメント

各病院における定員数は過去3年間の受入実績数を基本に厚労省が算定し内示数を決めていますが、病院が内示数を超えた研修医の受入を希望している場合、都道府県は各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができることになっています。

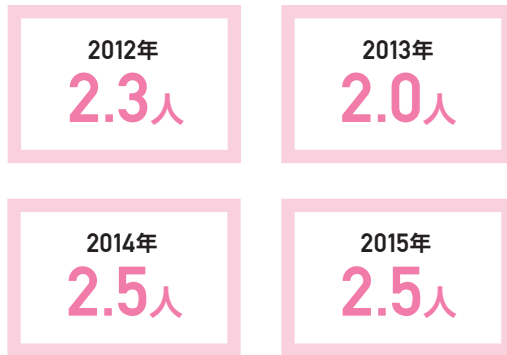
■対象ならびに計算方法

分子:研修医マッチング1位希望者数

分母:研修医マッチング募集定員数



2-1 研修医1人あたりの指導医数



■説明

臨床研修医に対する良質な教育体制を整えるためには、優れた指導医の存在は必須と言えます。厚生労働省が定める指導医講習会を受講し修了した指導医が多くいることは、その分、研修医指導に力を入れている施設であるといえます。研修医1人あたりの指導医数、研修医1人あたりの専門研修医数は、初期臨床研修において適正な教育研修が行われているかを見る指標となることから7年以上の医師については、順次指導医講習会に参加させ、受講者の比率を高めるべく取り組んでいます。

■コメント

臨床研修病院の指定の基準¹⁾においては「研修医5名に対し1人以上が配置されていること」とされていますが、当院では各科2分の1の医師が指導医講習会を受講しています。毎年指導医講習会には6～7名の医師が参加し、年々指導医数は増加しており研修医の教育体制は整備されています。

■対象ならびに計算方法

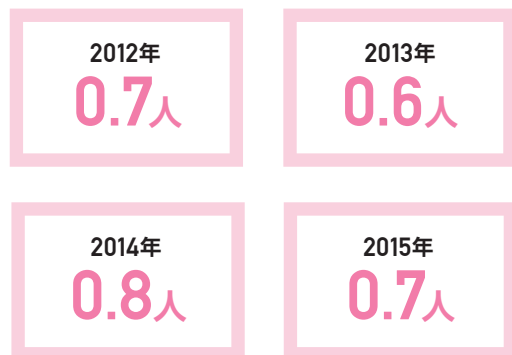
分子：指導医講習会を受講した現在在職している指導医数
分母：研修医数(歯科研修医含む)

■参考文献

1) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令施行通知



2-2 研修医1人あたりの専門研修医数



■説明

初期臨床研修医の研修では、いわゆる「屋根瓦方式」と言って、先輩医師から指導を受ける方式を採っています。このような身近な先輩医師から指導を受けることは、研修医教育にとって大変効果的です。この研修医1人あたりの専門研修医数は、指導医だけでなくより身近な先輩医師から指導を受けられるかを示す、重要な指標となっています。そのためには、毎年専門研修医を一定数確保する必要があります。専門研修医とは初期臨床研修を修了した研修医で、当院および他施設からも幅広く採用しています。初期臨床研修医教育において、専門研修医及び若手医師を確保することは重要と考えます。

■コメント

医師としてのキャリアを形成していく上で、当院での専門研修は豊富な症例数、各科プロフェッショナルな医師の存在など非常に有益です。また、専門研修医は研修医にとっては良き相談役、モデルとなっており両者の関係も良好です。このことから、今後は研修医数の増加に伴い専門研修医を希望する医師が多くなることが期待できますが、より魅力的な研修ができる体制を整えていく必要があります。

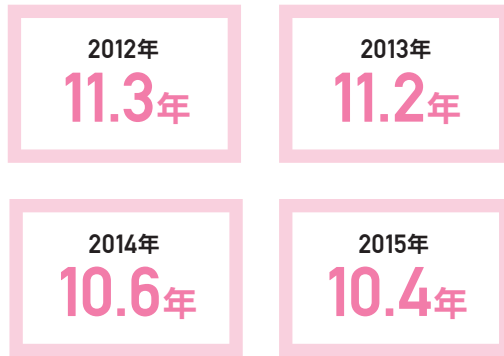
■対象ならびに計算方法

分子：卒後3年目から6年目までの専門研修医

分母：研修医数(歯科研修医含む)



3 看護師の平均勤続年数（全体平均）



■説明

看護師の教育歴だけでなく、教育を受けた看護師が定着していくことが看護の質の維持につながります。そのため、平均勤続年数も継続して分析していくことは看護師の確保や継続教育の方策立案の指標となります。

■コメント

全国の看護師の平均勤続年数は女性7.9年（総務省統計局平成27年調査）に比べ当院の勤続年数は長くなっています。当院ではキャリア支援と継続教育として、キャリア開発ラダーシステムを導入しています。マグネットホスピタルをめざし、WLB（ワークライフバランス）の推進と組織と個人のビジョンの統合をはかり、自分らしい働き方で仕事が継続できるよう、支援しています。

※マグネットホスピタル…患者・医師・看護師を磁石のように引きつけて離さない魅力ある病院

■対象ならびに計算方法

分子：常勤看護師の総勤続年数

分母：常勤看護師数

[常勤看護師の総勤続年数(10月1日時点)]

※勤続年数は再雇用の場合はリセットされる。産前産後休暇など看護部所属の場合はそのまま勤続年数として加算される

[医療安全管理室・医療連携相談室・出向のうち、直接患者看護に関わらない職員]

※「常勤看護師」の範囲は、正職（育児短時間勤務制度利用者含む）、常勤委託の看護職員とし、非常勤（パート・アルバイト）は含まない