

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	退院後6週間以内の計画的再入院率/退院後6週間以内の計画外の再入院率	6
	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)	
5	紹介率・逆紹介率	7
6	退院後2週間以内 サマリー(退院時要約) 完成率	8
7	死亡退院患者率	9
8	剖検率	10
9-1	患者満足度(外来)・外来待ち時間	11
9-2	患者満足度(外来)・外来待ち時間	
9-3	患者満足度(入院)	13
10	職員満足度	16
11	入院患者のうちバス適用患者数	18

第2章 救急医療

1	救急車来院患者数	19
2	ドクターヘリ受入件数	20
3	心肺停止患者の蘇生率(心拍再開入院率)	21

第3章 手術・処置

1	緊急手術件数(手術別、上位10件、実施場所を手術室とその他で区分)	22
2	予定・緊急手術における術後ドレーン実施率・実施日数	24
3	予定・緊急手術における術後膀胱留置カテーテル実施率	25
4-1	手術患者における肺血栓塞栓症の予防行為実施率	26
4-2	全ての手術における肺血栓塞栓症発症率	27
4-3	全身麻酔に対する肺血栓塞栓症予防管理実施率	28
5	手術別手術部位感染発生率	29
6	24時間以内の再手術率	30
7	全身麻酔患者における口腔ケア実施率	31
8	胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合	32
9	胃がん手術における腹腔鏡下手術の割合	33
10	大腸がん手術における腹腔鏡下手術の割合	34
11	甲状腺がん手術全体における永続的反回神経麻痺出現率	35
12	甲状腺がん手術全体における永続的副甲状腺機能低下症発症率	36
13	腎がんの手術における腹腔鏡使用率および10日以内の退院率	37
14	浸潤性乳がん(ステージ1)患者に対するセンチネルリンパ節生検実施率	38
15	乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の実施率	39
16	子宮頸部上皮内がん患者に対する円錐切除術の実施率	40
17	良性卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の実施率	41
18	良性卵巣腫瘍患者に対する術後5日以内の退院率	42

第4章 がん医療

1	初発の5大がん 手術件数	43
2	放射線治療件数	47
3	がん化学療法(がん種別・レジメン上位5件)	48
4	5年生存率(相対生存率)	50
5	移植後の100日生存率	51
6	緩和ケア病棟の平均在院日数・稼働率	52
7	化学療法患者における口腔ケア実施率	54

第5章 脳・神経

1	脳血管障害症例における平均在院日数・在院死亡率	55
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	57

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・在院死亡率	58
2	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	59
3	PCIを施行した患者（救急車搬送）の入院死亡率	60
4	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）	61
5	開心術を受けた患者の平均術後在院日数	62

第7章 呼吸器

1	肺炎患者の死亡率	63
2	肺炎に対する初回抗菌薬投与開始日	64
3	肺炎に対する初回抗菌薬組合せ（上位10件）	65

第8章 薬剤管理

1	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）	66
2	入院患者のうち服薬指導を受けた者の割合	67
3	後発医薬品の採用率	68
4	ステロイド服用患者の骨粗しょう症予防率	69

第9章 血液製剤

1	血液製剤	70
2	血液製剤廃棄率	71
3	FFP/RBC比 ALB/RBC比	72

第10章 感染管理

1-1	中心静脈カテーテル使用比率	73
1-2	中心静脈カテーテル関連血流感染率	74
2	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与割合	75
3	黄色ブドウ球菌に占めるMRSAの割合	76
4	人工呼吸器関連肺炎発症率	77
5	カテーテル関連尿路感染症発生率	78

第11章 リハビリテーション

1	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	79
2	脳血管障害患者におけるリハビリ転院までの日数	80
3	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	81
4	心不全患者に対する心臓リハビリテーション実施率	82
5	慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者に対する呼吸器リハビリテーションの実施率	83
6	心大血管手術後の心臓リハビリテーション実施率	84

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	85
2	放射線技師の地域訪問件数	86
3	NST実施件数	87
4	褥瘡回診実施件数	88
5	医療機器の共同利用率（2015まで共同利用件数）	89
6	地域連携クリティカルバスの件数	90

第13章 看護

1	入院患者の転倒・転落発生率、損傷発生率	91
2-1	II度以上の褥瘡の院内発生率	92
2-2	褥瘡推定発生率	93
2-3	褥瘡有病率	94

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	95
2-1	研修医1人あたりの指導医数	96
2-2	研修医1人あたりの専門研修医数	97
2-3	看護師の平均勤続年数（全体平均）	98



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

外来の1日平均患者数は、この3年間高止まりが続いています。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おりますので、外来患者さんについては地域の医療機関での受診をお願いしていく必要があります。一方、入院の1日平均患者数の推移としては、2015年度から2016年度、さらに2017年度にかけて、減少傾向に見えるかもしれません。入院患者さんの受入については、さらに積極的に進めていくべき余地があると考えられますが、本指標の分子は患者延数を計算に用いていることから、昨今の当院における平均在院日数短縮の影響があるとも思われます。したがって国が理想として政策を進める、よりよい医療サービス像にのっとり、当院が地域の先頭を立てて患者さんへ医療を提供していることの証左であるとも言えます。

■対象ならびに計算方法

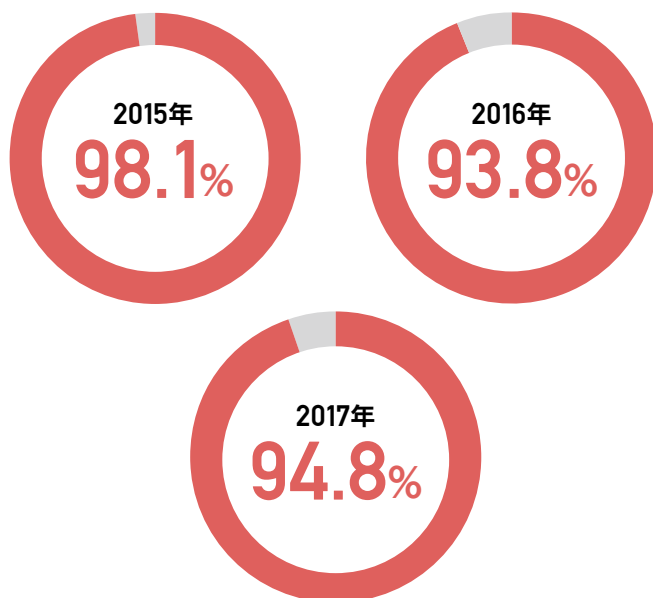
分子：患者延数

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となります。

■コメント

当院のような急性期医療を提供する病院では、救急患者受入のための病床確保も求められています。昨今、全国の病院では病床稼働率の維持に苦勞する病院が多くなってきていますが、当院の病床稼働率はそのなかでもまだ高い水準であると言えます。なお、2016年度および2017年度において病床稼働率が著しく減少しているように見えますが、これは国の政策にふさわしい形で、患者さんの平均在院日数短縮に努めてきた結果の影響であるとも言えます。もちろん病院経営の観点からはさらに病床稼働を進める必要がありますから、病床コントロールの工夫に努めなければなりません。

■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と比較してみると、2017年度における400床以上の一般病床をもつ公的病院の平均在院日数は11.9日¹⁾でありました。かつては当院も全国的に見て平均在院日数の短い病院であることが各種指標実績からも明らかでしたが、2017年度の当院実績は、全国平均よりも長めの日数となっています。当院としては今後、さらなる効率的な医療の提供を行い、患者さんの早期社会復帰を実現していきたいと考えています。

■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29年度病院経営管理指標：厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/content/000503358.pdf>



4 退院後6週間以内の計画的再入院率
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率
退院後6週間以内の予期せぬ再入院数
退院後6週間以内の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率
(全入院における42日以内再入院率)

- 4 退院後6週間以内の計画的再入院率
退院後6週間以内の計画外の再入院率
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率
(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

2016年度より計画的再入院率と計画外の再入院率で算出しています。計画的な化学療法の繰り返しや手術など計画的な再入院率は多くなる傾向にあります。計画外の再入院率としては他疾患の発症や原疾患の悪化など理由は様々ですが再入院率の低下に向け改善が必要です。

■対象ならびに計算方法

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

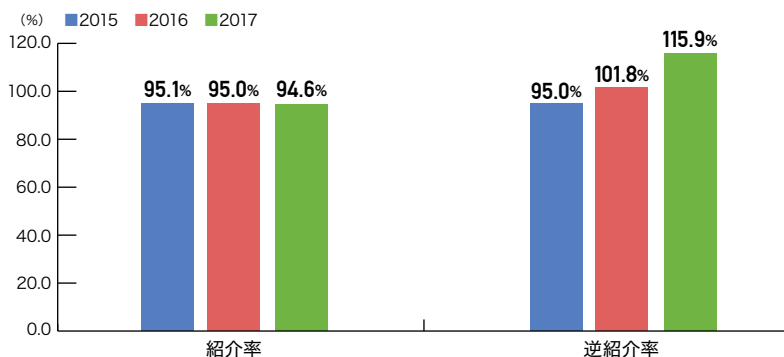
2016年、2017年

(計画的再入院率) 分子:計画的再入院症例数 分母:全入院症例数

(計画外の再入院率) 分子:計画外再入院症例数 分母:全入院症例数



5 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医療機関にお願いする逆紹介を積極的に行っております。なお、厚生労働省が地域医療支援病院を対象に行った紹介率・逆紹介率調査²⁾では、紹介率60～70%の施設が最も多く、逆紹介率70～80%の施設が最も多いという結果が出ておりますので、当院はそのなかでもかなり高い率を出していると言えます。

■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) 厚生労働省資料(平成 29 年 12 月 15 日付、第 14 回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000188440.pdf>



6 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

診療録管理体制加算¹⁾では2週間以内退院サマリー作成率は90%以上の値が求められます。2017年度は2週間以内退院サマリ作成率90%超えを達成することが出来ました。100%を目指し、さらなる努力を続けます。

■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

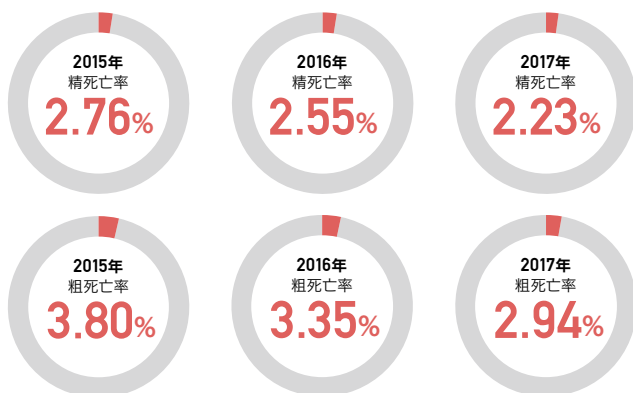
分母：退院および転科のあった患者延数

■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



7 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

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

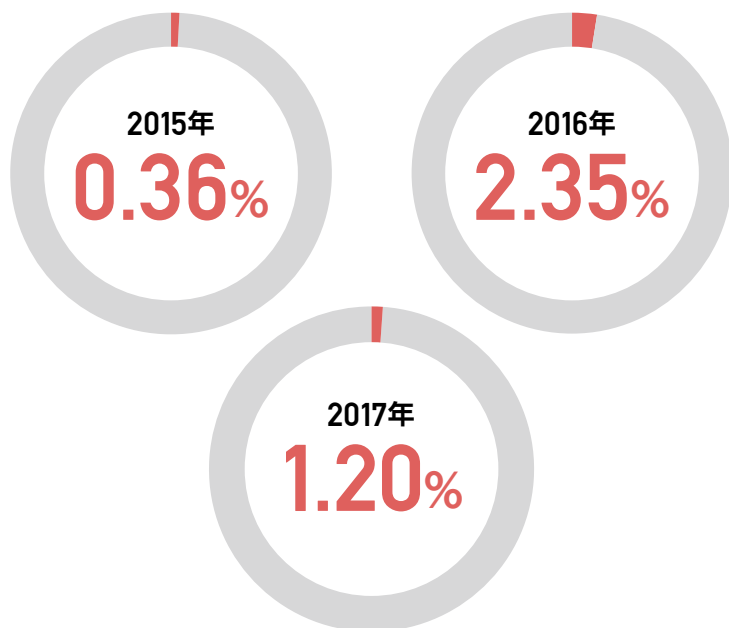
粗死亡率

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



8 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に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

以前に比べ、検査技術等の向上により診断精度があがり、剖検は必要ないのではないかという意見もあります。剖検結果の検討は有意義であり、当院では2.0~4.0%を目標にしています。

■対象ならびに計算方法

分子：1年間の剖検数

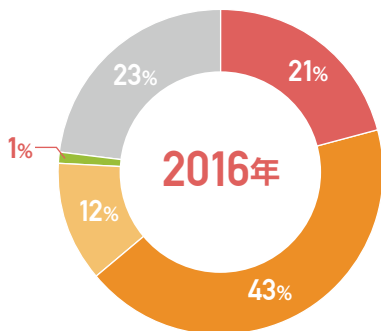
分母：同期間における死亡退院患者数



9-12 患者満足度（外来）・外来待ち時間

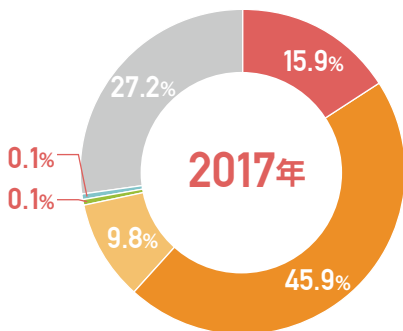
総合満足度

■非常に満足 ■満足 ■不満 ■非常に不満 ■該当せず ■無回答



	件数
非常に満足	68
満足	135
不満	39
非常に不満	3
該当せず	1
無回答	72

■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



	件数
非常に満足	55
満足	159
どちらともいえない	34
不満	2
非常に不満	2
無回答	94

■説明

患者満足度は年に1回、外来患者と入院患者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。 ※2015年年度は未実施

■コメント

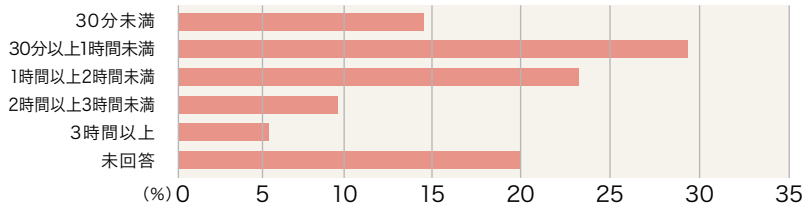
昨年に引き続き満足度調査では、半数以上の方に「満足～非常に満足」の評価をいただきました。待ち時間調査については、ほぼ予約時間通りに診察を受けられた方が多いが、3時間以上お待たせしてしまった方もいました。今後も皆様に満足していただけるよう、より良い医療の提供に更なる努力をしていきたいと思っております。



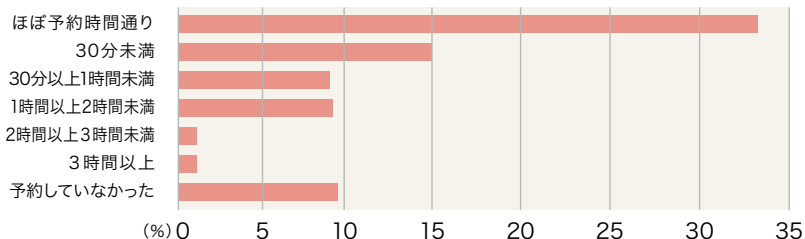
9-12 患者満足度（外来）・外来待ち時間

2016年

■ 外来待ち時間

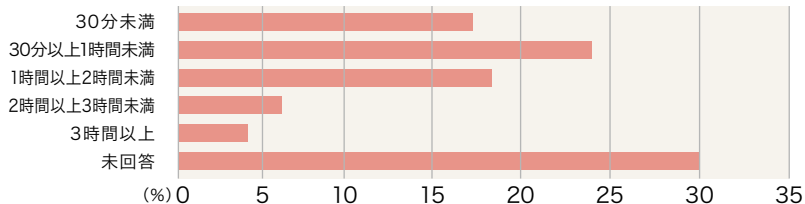


■ 時間通り診察を受けられたか

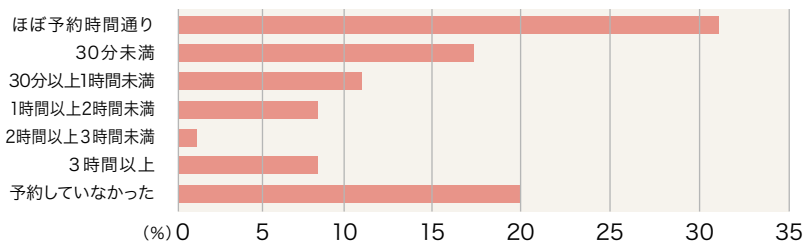


2017年

■ 外来待ち時間



■ 時間通り診察を受けられたか

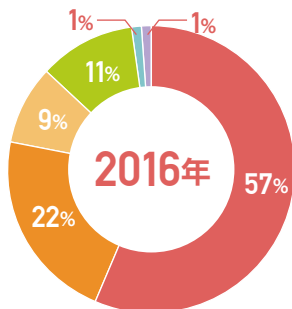




9-3 患者満足度（入院）

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



■ 1週間以内 ■ 2週間以内 ■ 3週間以内 ■ 1ヶ月以内 ■ 3ヶ月以内 ■ 3ヶ月以上 ■ 無回答



■ 説明

患者満足度調査は年1回、外来患者と入院患者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段階で評価をいただいています。

■ コメント

接遇は、昨年に引き続き、8割以上の方から「非常に満足・満足」と評価をいただきました。また、説明についても8割以上の方から「非常に満足・満足」という評価をいただき、総合満足度も大変よい評価をいただきました。しかし、入院生活については、食事・寝具について低い評価が目立ちました。この調査の結果を真摯に受け止め、患者さまにとって快適な入院生活を送っていただけるよう、更なる努力をしていきたいと思っております。

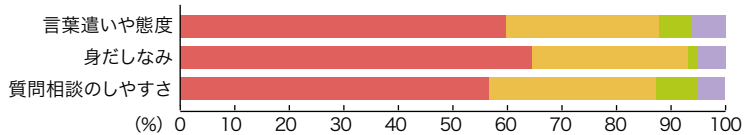


9-3 患者満足度（入院）

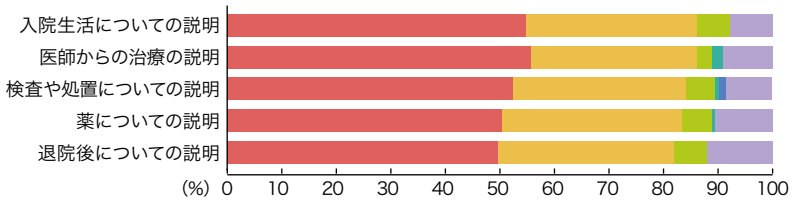
2016年

■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

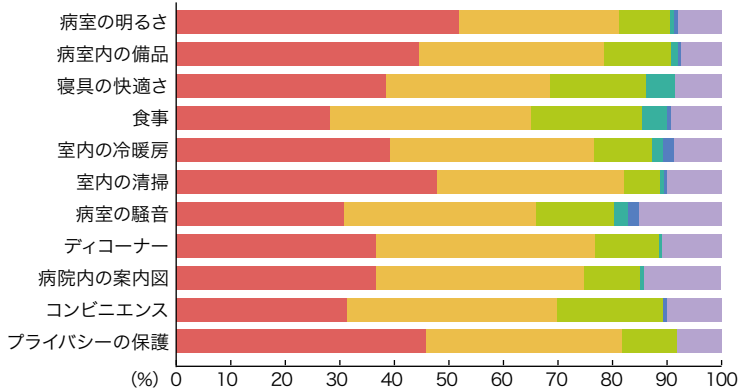
■ 接遇について



■ 説明について



■ 施設・環境について



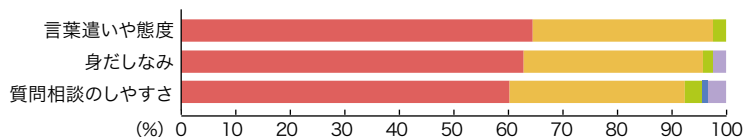


9-3 患者満足度（入院）

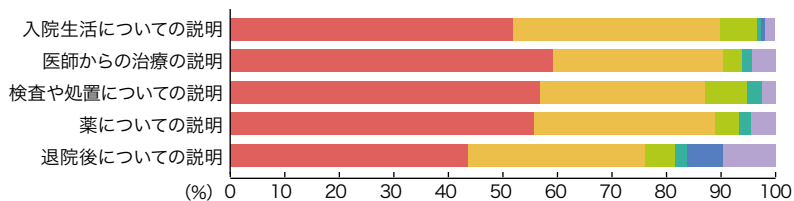
2017年

■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

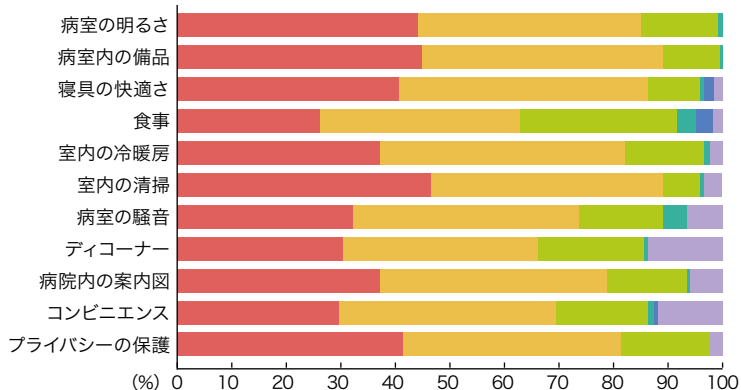
■ 接遇について



■ 説明について



■ 施設・環境について

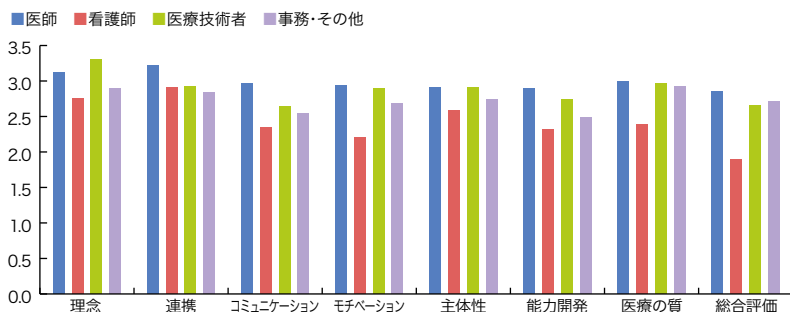




10 職員満足度

2015年

項目	集計結果			
	医師	看護師	医療技術者	事務・その他
理念	3.12	2.76	3.31	2.89
連携	3.22	2.91	2.92	2.84
コミュニケーション	2.97	2.35	2.64	2.54
モチベーション	2.94	2.20	2.89	2.69
主体性	2.91	2.59	2.91	2.74
能力開発	2.89	2.32	2.74	2.49
医療の質	2.99	2.39	2.97	2.93
総合評価	2.85	1.90	2.66	2.71



■ 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

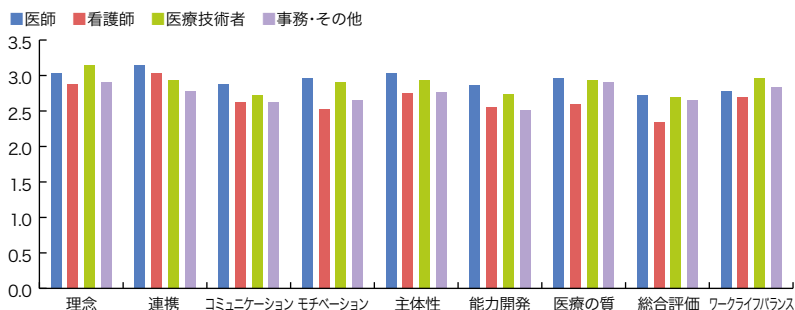
評価は職種によるバラツキがありますが総合評価は4点満点中、2点を超過しており中程度と言えます。項目別でみると「理念」は、前年度と比較すると微増しており、職種間のバラツキも減少しています。病院機能評価受審に関連した取り組みが影響していると推察されます。次に、平均して高い項目として「連携」があります。急性期病院として複雑な背景を持った対象者に関わるには、必要不可欠なことから微増していると考えられます。項目間でみると「モチベーション」が若干減少しています。しかし、「コミュニケーション」「総合評価」「ワークライフバランス」が微増しており、夜間保育所の無料化等の福利厚生面での改善、各職員が職場環境をより良くして互いに成長していける職場をめざしている結果と言えます。今後、このように職場環境づくりを強化し各自の「モチベーション」の上昇につなげることが、医療の質向上に寄与すると言えます。



10 職員満足度

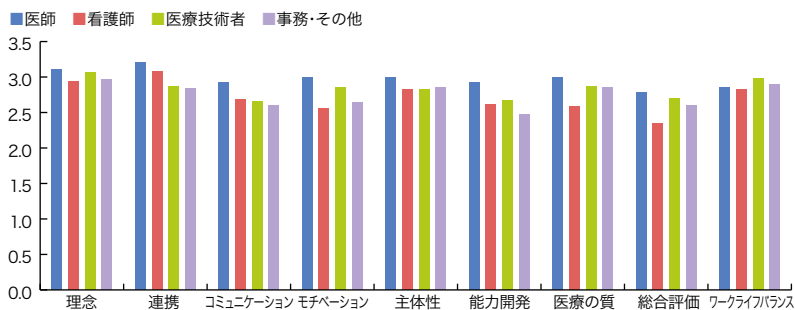
2016年

項目	集計結果			
	医師	看護師	医療技術者	事務・その他
理念	3.03	2.88	3.15	2.91
連携	3.14	3.04	2.94	2.78
コミュニケーション	2.88	2.62	2.72	2.63
モチベーション	2.97	2.52	2.91	2.66
主体性	3.03	2.75	2.93	2.76
能力開発	2.86	2.56	2.74	2.51
医療の質	2.97	2.60	2.93	2.91
総合評価	2.73	2.34	2.69	2.65
ワークライフバランス	2.78	2.69	2.96	2.83



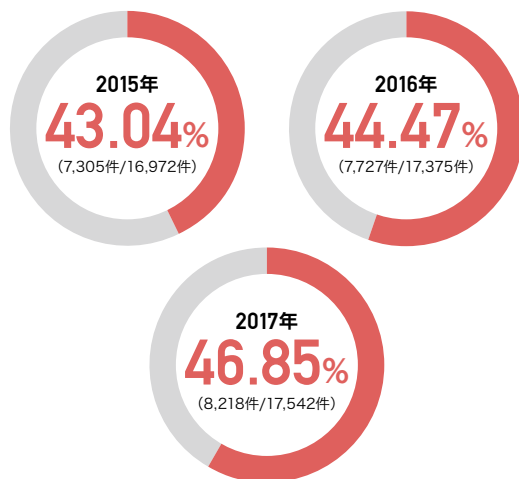
2017年

項目	集計結果			
	医師	看護師	医療技術者	事務・その他
理念	3.11	2.94	3.06	2.96
連携	3.21	3.08	2.87	2.84
コミュニケーション	2.93	2.68	2.65	2.60
モチベーション	2.99	2.56	2.86	2.64
主体性	3.00	2.82	2.83	2.86
能力開発	2.92	2.61	2.67	2.47
医療の質	2.99	2.58	2.87	2.86
総合評価	2.79	2.35	2.70	2.60
ワークライフバランス	2.86	2.82	2.98	2.89





II 入院患者のうちパス適用患者数



■説明

クリティ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ティ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。クリティ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

2017年度は入院患者さんのうちパス適応患者さんの割合は46.85%でした。前年度に比較してわずかに適用率は上昇しており、今後パスの改善を進めることで更なる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



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

当院は三次救急を扱う救命救急センターですが、地域の二次救急病院としての役割を担っています。救急隊からの受入要請に対しては原則全件受け入れています。全国の救命救急センターの中でも毎年上位に位置するほど、多くの救急車を受け入れています。

■対象ならびに計算方法

救急車で搬送された患者数



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す。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

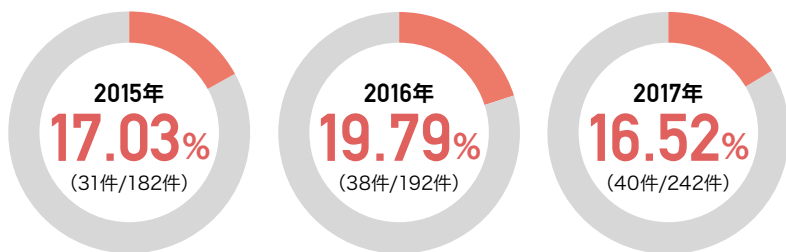
当院は2012年4月より三重県ドクターヘリの基地病院に指定されています。運行開始当初より多くの受け入れを行ってきておりますが、受け入れ数は年々増加している状況です。高齢化が加速する中、今後もドクターヘリによる搬送が増加すると予想されておりますが、要請に確実に応えられるようスタッフを育成し、日々精進してまいります。

■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。



3 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2015¹⁾が改訂されました。当院でもガイドライン2015に則して救命処置を行っています。

■コメント

当地域では地理的条件により心肺停止状態になってから病院収容まで30分以上かかる例が含まれます。また、高齢や持病のために蘇生を望まない例も含まれるため、他地域と比較することは困難です。なお、心拍再開達成率は40%弱に達しておりますが延命治療を望まれない場合にはその後、看取りとなるため上記数字には含まれていません。

■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) 日本蘇生協議会 <http://www.japanresuscitationcouncil.org>



1 緊急手術件数（手術別、上位10件、実施場所を手術室とその他で区分）

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(網膜付着組織を含むもの)	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のもの)	26

■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



1 緊急手術件数(手術別、上位10件、実施場所を手術室とその他で区分)

2016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	95
2	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	66
3	経皮的脳血栓回収術	54
4	硝子体茎頭微鏡下離断術(網膜付着組織を含むもの)	45
5	脳動脈瘤頸部クリッピング(1箇所)	40
6	帝王切開術(緊急帝王切開)	36
7	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)(脳内のもの)	23
8	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	18
9	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴うもの)	17
10	骨折観血の手術(大腿)	17

■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	86
2	内視鏡的胆道ステント留置術	85
3	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)	82
4	扁桃周囲膿瘍切開術	58
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)	51
6	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	43
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))	40
8	ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)	31
9	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみのもの)	30
10	経尿道的尿管ステント留置術	27

2017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	113
2	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	55
3	経皮的脳血栓回収術	44
4	硝子体茎頭微鏡下離断術(網膜付着組織を含むもの)	41
5	帝王切開術(緊急帝王切開)	36
6	脳動脈瘤頸部クリッピング(1箇所)	32
7	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)(脳内のもの)	23
8	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	19
9	小腸切除術(悪性腫瘍手術以外の切除術)	15
10	内視鏡下鼻中隔手術II型(粘膜手術)	14

■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	123
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)	98
3	内視鏡的胆道ステント留置術	78
4	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)	46
5	扁桃周囲膿瘍切開術	42
6	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))	42
7	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみのもの)	34
8	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	33
9	経尿道的尿管ステント留置術	22
10	ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)	20



2 予定・緊急手術における術後ドレーン実施率・実施日数

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

2016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
22.38% (1,833件/8,192件)	23.37% (1,521件/6,509件)	20.76% (312件/1,503件)	5.40日	21.68% (55.91件/257.90件)	5.68日

2017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
23.98% (1,963件/8,187件)	26.09% (1,389件/5,312件)	20.07% (577件/2,875件)	4.95日	21.78% (57.48件/263.88件)	5.73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



3 予定・緊急手術における術後膀胱留置カテーテル実施率

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)

2016年(当院)			ベンチマーク
全体	予定手術	緊急手術	全体
37.37% (3,061件/8,192件)	38.04% (2,476件/6,509件)	38.92% (585件/1,503件)	39.16% (101.00件/257.90件)

2017年(当院)			ベンチマーク
全体	予定手術	緊急手術	全体
38.39% (3,115件/8,187件)	41.23% (2,190件/5,312件)	33.15% (953件/2,875件)	38.90% (102.65件/263.88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えます。

■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

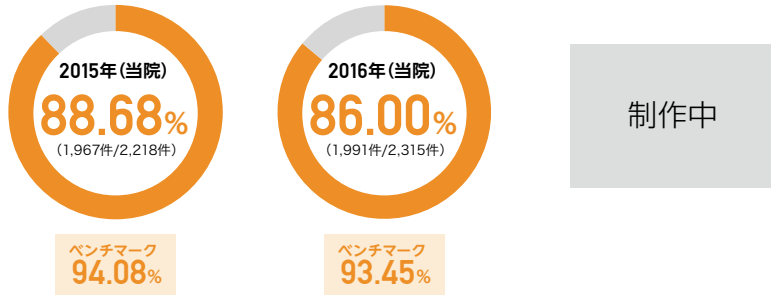
分母：手術実施症例数

※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



4-1 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、当院が手術患者に対して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

2016年度は全国平均より低侵襲の手術が増加し、底に努めていきたいと思

制作中

5年々低下傾向にあります。短時間、引き続き予防処置の徹底

■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)



4-2 全ての手術における肺血栓塞栓症発症率

2015年(当院)		ベンチマーク
肺血栓塞栓症発症の リスクレベルが「中」以上の患者	手術室で施行された 手術患者	0.14%
0.05% (1件/2,218件)	0.03% (2件/5,844件)	
2016年(当院)		ベンチマーク
肺血栓塞栓症発症の リスクレベルが「中」以上の患者	手術室で施行された 手術患者	0.12%
0.04% (1件/2,315件)	0.03% (2件/5,939件)	
2017年(当院)		ベンチマーク
肺血栓塞栓症発症の リスクレベルが「中」以上の患者	手術室で施行された 手術患者	0.14%
0.05% (1件/2,218件)	制作中	

■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

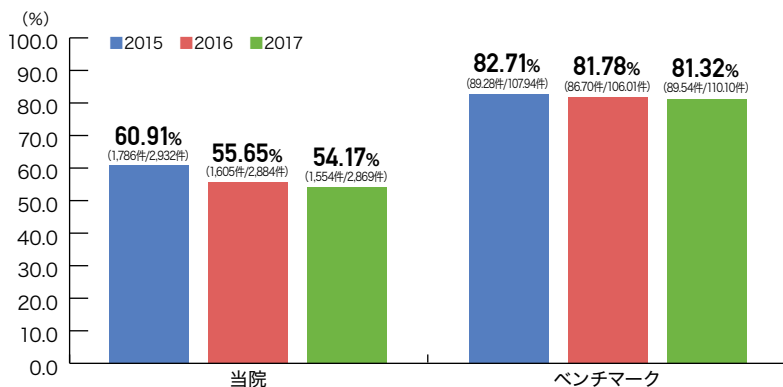
2016年度も全国平均に比べ、
制作中
ています。引き続き予防策の徹底、早期離床を心がけてい

■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)



4-3 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

2017年度は全国平均よりも低く、自院としても年々低下傾向にあります。診療科によっては全身麻酔でも短時間、低侵襲の場合は低リスクになるため、算定症例の再検討および早急な対応が必要と考えます。

■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)



5 手術別手術部位感染発生率

2015年(当院)		ベンチマーク	
結腸	直腸	結腸	直腸
8.3%	5.6%	11.7%	14.2%

2016年(当院)		ベンチマーク	
結腸	直腸	結腸	直腸
6.9%	7.1%	11.7%	14.2%

2017年(当院)		ベンチマーク	
結腸	直腸	結腸	直腸
4.9%	8.5%	11.2%	13.8%

■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

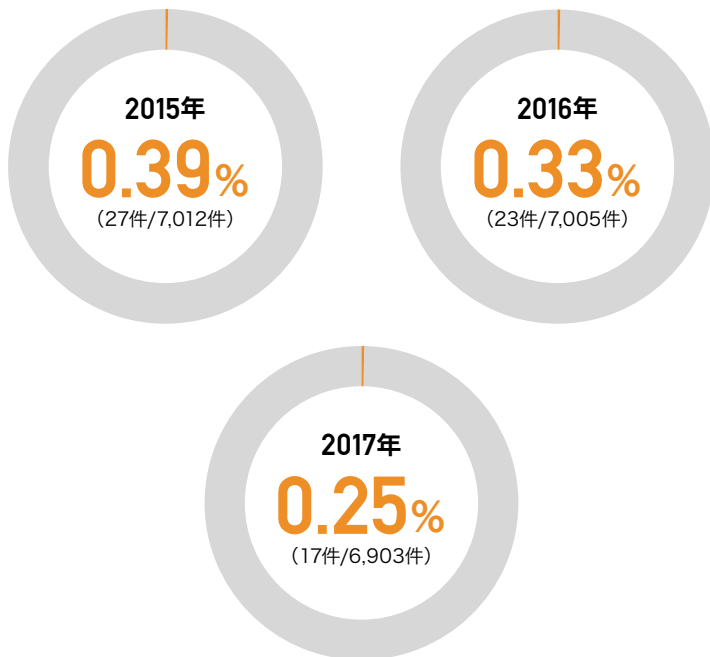
当院の大腸手術におけるSSIは全国平均値より低値であり、術前から術後の感染対策が適切に実施されているといえます。SSIがさらに減少するように感染対策を推進していきます。

■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



6 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

術後出血に対する緊急止血術が約半数を占めていました。

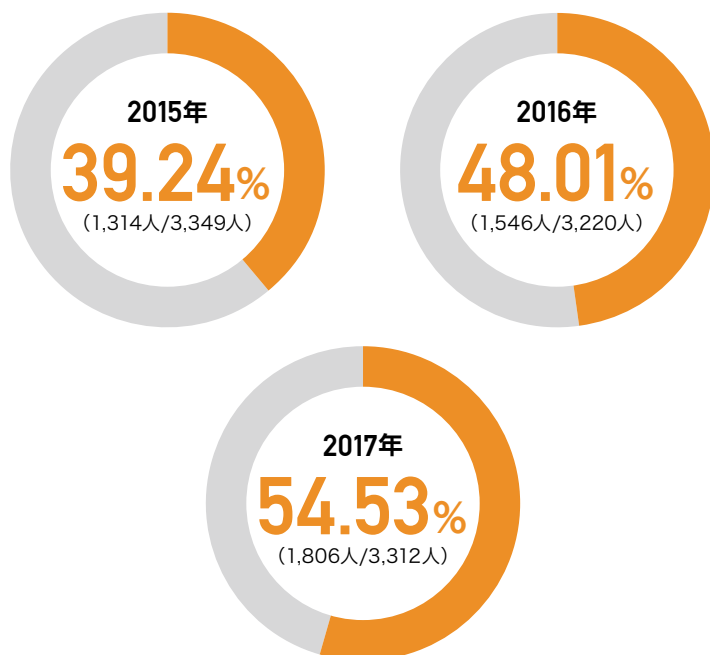
■対象ならびに計算方法

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



7 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

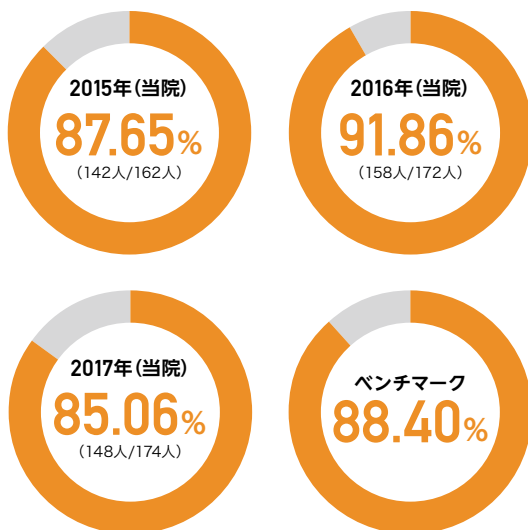
■対象ならびに計算方法

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



8 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

良生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おります。

■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

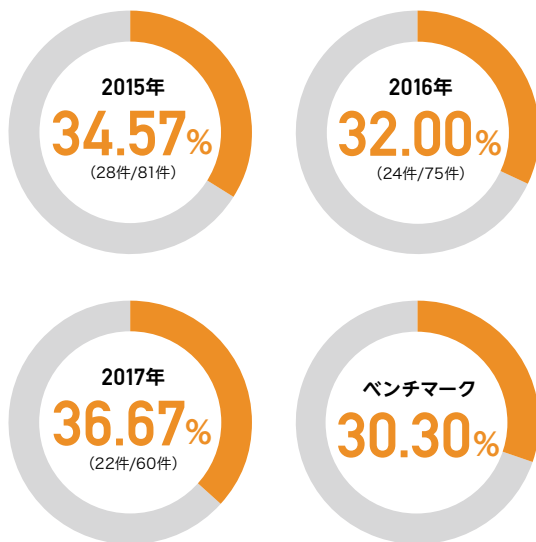
分母：胆嚢疾患で胆嚢摘出術が施行された退院患者数

■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-



9 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

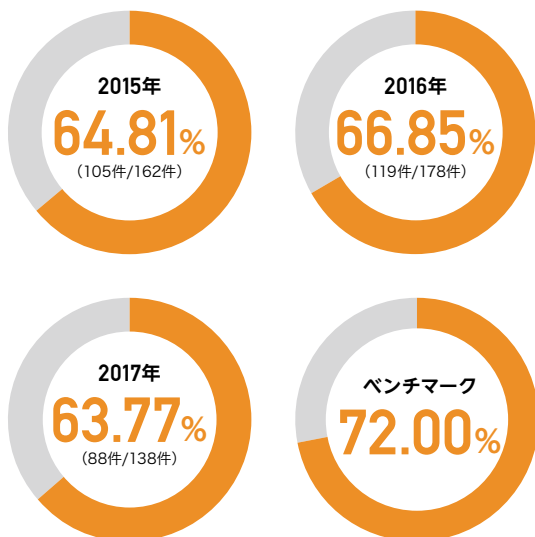
胃がんに対する手術は全国的にも早期がんに対して腹腔鏡下手術が行われています。全国平均よりやや高い割合となっています。

■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



10 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。

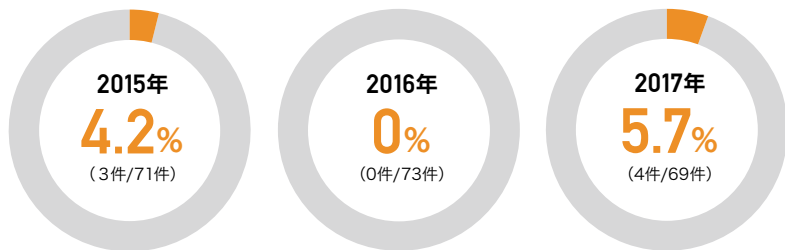
■対象ならびに計算方法

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



11 甲状腺がん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嚙声(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嚙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、嚙声を来たした場合は追加で音声改善手術を行います。2017年度は前年度より増加していました。

■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

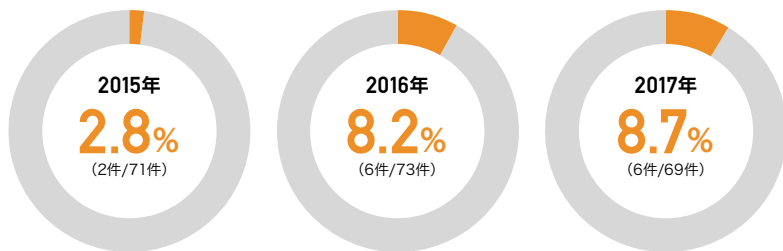
甲状腺腫瘍診療ガイドライン(2010年版)



12

甲状腺がん手術全体における永続的副甲状腺機能低下症発症率

12 甲状腺がん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増加していますが、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)



13 腎がんの手術における腹腔鏡使用率および10日以内の退院率

2016年	
腹腔鏡使用率	10日以内退院率
100% (27件/27件)	88.9%

2017年	
腹腔鏡使用率	10日以内退院率
100% (16件/16件)	87.5%

■説明

cT1の腎がんに対しては腹腔鏡下腎摘除術が全国的に行われています。4cm以下の小径腎がんに対しては腎機能温存のための腹腔鏡下腎部分切除が標準術式となっており積極的に行っています。体腔鏡下手術は疼痛も少なく、離床も早く進められるため患者さんの回復が早く、早期の社会復帰が可能となるメリットがあります。

■コメント

手術可能な腎がんに対する手術はすべて腹腔鏡下手術となっています。2017年はすべてのcT1腎がんに腹腔鏡下手術が行われました。以前は手術時間が長くなる傾向があり患者さんへの侵襲が大きくなっている部分もありましたが現在では手術時間は開腹手術より短くなり出血量もほとんどが50ml以下となっています。

■対象ならびに計算方法

分子：腹腔鏡下手術件数

分母：腎がん（初発）のT1a、T1bで腎（尿管）悪性腫瘍手術が行われた件数

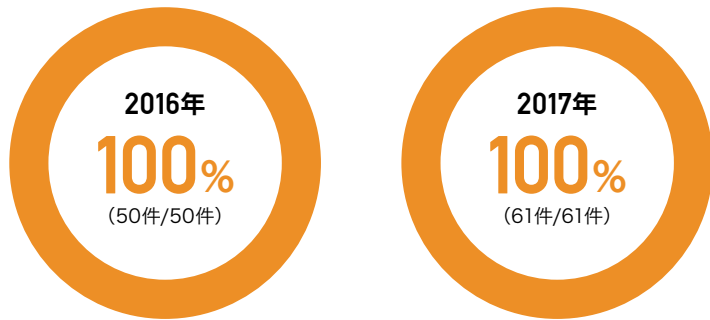
10日以内退院率

分子：10日以内退院件数

分母：腎がん手術件数（TNM分類のT1a、T1b症例）



14 浸潤性乳がん(ステージI)患者に対するセンチネルリンパ節生検実施率



■説明

乳房内から乳がん細胞が最初にたどりつくリンパ節はセンチネルリンパ節と呼ばれ、これを摘出し顕微鏡で転移の有無を調べる一連の検査はセンチネルリンパ節生検と呼ばれます。

■コメント

当院ではStage I の患者さんには基本的に全例行っています。

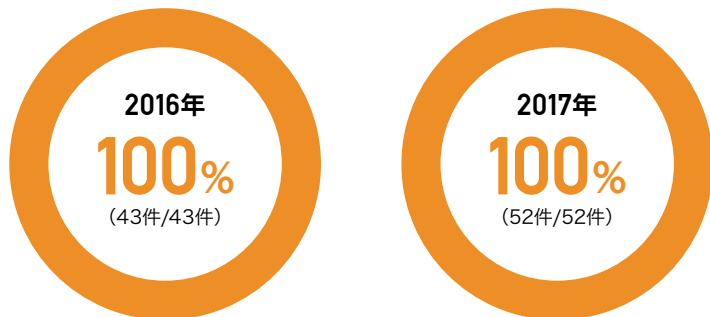
■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、当該入院期間中に「D006-8サイトケラチン19 (CK) 198mRNA」、あるいは「K476 乳がんセンチネルリンパ節加算1・2」が算定された患者数

分母：ステージIの乳房の悪性腫瘍(初発)で「K476\$ 乳腺悪性腫瘍手術」を施行した患者数



15 乳がん患者に対するホルモン受容体あるいはHER-2の検索の実施率



■説明

HER-2検査を行う事は浸潤性乳がんの治療方針決定のために強く勧められています。

■コメント

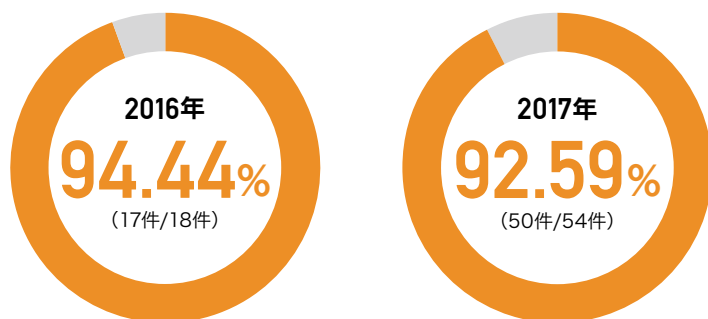
当院では基本的に全症例検索を行っています。

■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、当該入院前後の外来や入院、あるいは当該入院で「N0021 エストロジェンレセプター」、「N0022 プロフェステロンレセプター」、「N0023 HER2タンパク」、「N005\$ HER2遺伝子標本作製」が算定された患者数
 分母：乳房の悪性腫瘍（初発）で「K476\$ 乳腺悪性腫瘍手術」を施行した退院患者数



16 子宮頸部上皮内がん患者に対する円錐切除術の実施率



■説明

子宮頸部上皮内がんは放置すると進行がんへと移行する可能性があります。子宮頸部を円錐状に切除し治療する意味と上皮内がん以上の病変の有無、病変の広がりを確認する必要があります。

■コメント

術前診断が上皮内がんでも閉経後など子宮の比較的奥の方の病変のため、円錐切除での診断が困難であると考えられる場合は子宮摘出を考慮する事もあります。

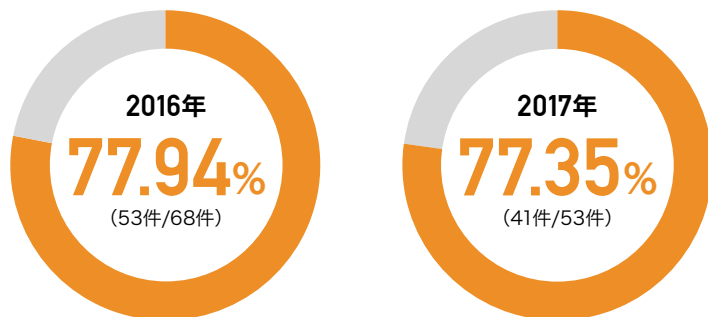
■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、円錐切除術が施行された患者数

分母：子宮頸部上皮内がん（初発）の退院患者数



17 良性卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の実施率



■説明

当院では術前にMRI、CT等を用いて良性の卵巣腫瘍と判断された場合は腹腔鏡下の手術を選択しています。腹腔鏡手術は患者さんにとって傷が小さく、痛みも少なく、入院期間の短縮、早期の社会復帰が出来るという大きなメリットがあります。

■コメント

良性卵巣腫瘍に対する手術は全国的にも腹腔鏡下手術が第1選択となりつつあります。極端に大きな腫瘍や高度な癒着のある症例等は開腹術を選択します。

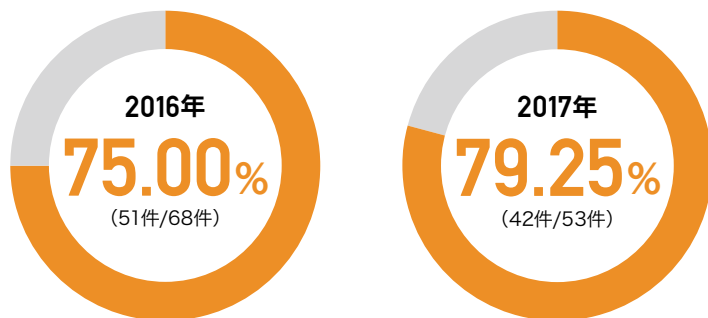
■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、腹腔鏡下手術を施行した患者数

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



18 良性卵巣腫瘍患者に対する術後5日以内の退院率



■説明

腹腔鏡下手術は早期離床、早期退院が可能です。当院では良性卵巣腫瘍の術後は4日目に退院となります。

■コメント

術後合併症を生じた場合は入院期間が延長します。(腸閉塞、他臓器損傷、貧血など)

■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、5日以内に退院した患者数

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



1 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、多くのがん患者が訪れます。がんの治療方法はがんの進行度、患者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

胃がんは、健康診断や人間ドックにより早期に発見される症例が多くなっており、その治療において内視鏡的治療や腹腔鏡手術等が多く行われております。大腸がんは、高齢者が多いことから患者さんの状態に応じて侵襲性の少ない腹腔鏡下手術が多く行われております。早期の大腸がんは、内視鏡的治療を行い、その他化学療法・放射線療法を行っております。肺がんは、切除する範囲が少なく手術負担が少ない胸腔鏡下手術が行われております。肝がんは、病期の進行に合わせて外科的療法として手術、内科的局所治療として肝動脈塞栓療法・ラジオ波焼灼療法が行われております。乳がんは、自覚症状で発見できる早期の患者さんが多く、外科的治療と放射線療法・化学療法との組合せの治療が行われ、乳房再建術も施行されております。当院は、このようながんに対して、患者さんの状態に応じた手術や化学療法・放射線療法などの幅広い治療を積極的に行っております。

■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)



1 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

内視鏡的胃ポリープ・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、十二指腸ポリープ・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)・胸筋切除を併ししないもの)	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



1 初発の5大がん 手術件数

2016年

胃がん 症例数 243 手術件数 155

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)	57
胃全摘術 悪性腫瘍手術	26
胃切除術(悪性腫瘍手術)	22
腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)	17
腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	5
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)	3
胃腸吻合術(ブ라운吻合を含む。)	3
噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	2
腹腔鏡下胃腸吻合術	1
腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術)	1
その他	18
総計	155

大腸がん 症例数 359 手術件数 221

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	82
結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35
腹腔鏡下直腸切除・切断術(低位前方切除術)	25
下部消化管ステント留置術	17
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(切除術)	8
直腸切除・切断術(低位前方切除術)	7
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル未満)	5
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル以上)	4
直腸切除・切断術(切断術)	3
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切断術)	2
直腸切除・切断術(切除術)	1
その他	21
総計	221

肝がん 症例数 67 手術件数 54

血管塞栓術(選択的動脈化学塞栓術)	36
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cmを超える)(その他)	7
肝切除術 部分切除	2
肝切除術(2区域切除)	2
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cm以内)(その他)	1
肝切除術(1区域切除(外側区域切除を除く。))	1
肝切除術(外側区域切除)	1
その他	4
総計	54

肺がん 症例数 286 手術件数 40

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超える)	27
肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超える)	4
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(部分切除)	2
その他	7
総計	40

乳がん 症例数 174 手術件数 140

乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術)(腋窩部郭清を伴わない)	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)	40
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術)(胸筋切除を併施しない)	24
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	4
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術)(腋窩部郭清を伴う)	3
動脈(皮)・筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除後)(一次的)	2
組織拡張器による再建手術(乳房再建手術)	1
乳腺悪性腫瘍手術(単純乳房切除術)(乳腺全摘術)	1
乳腺悪性腫瘍手術(乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	1
分層植皮術(2.5cm2未満)	1
遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付き)(乳房再建術)	1
その他	1
総計	140



1 初発の5大がん 手術件数

2017年

胃がん 症例数 331 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)	60
胃切除術(悪性腫瘍手術)	21
腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)	19
胃全摘術 悪性腫瘍手術	13
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)	8
胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	5
噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	3
腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	2
腹腔鏡下胃腸吻合術	1
その他	25
総計	157

大腸がん 症例数 296 手術件数 184

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	68
結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	40
腹腔鏡下直腸切除・切断術(低位前方切除術)	10
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	9
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術)	7
直腸切除・切断術(低位前方切除術)	6
下部消化管ステント留置術	6
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル未満)	4
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル以上)	4
直腸切除・切断術(切断術)	2
腹腔鏡下直腸切除・切断術(切断術)	1
その他	27
総計	184

肝がん 症例数 76 手術件数 48

血管塞栓術(選択的動脈化学塞栓術)(その他)等	34
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cm以内)(その他)	4
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cmを超える)(その他)	4
腹腔鏡下肝切除術(部分切除)	2
肝切除術(2区域切除)	1
その他	3
総計	48

肺がん 症例数 367 手術件数 53

腹腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超える)	36
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除)	3
肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超える)	1
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(部分切除)	1
その他	12
総計	53

乳がん 症例数 234 手術件数 134

乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術)(腋窩部郭清を伴わない)	55
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)	34
乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術)(胸筋切除を併施しない)	30
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	5
遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付き)(乳房再建術)	3
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術)(腋窩部郭清を伴う)	3
組織拡張器による再建手術(乳房再建手術)	1
その他	3
総計	134



2 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

強度変調放射線治療(IMRT)とは3次元的に複雑な線量分布を作成するためにコンピューターを使用して計算を行い、照射野内の強度を変化させながら多方向から照射を行う技術です。腫瘍や正常組織の形、大きさ、場所に応じて凹凸のある放射線強度を正確に3次元で設定することが出来ます。IMRTは患者の負担が少ない放射線治療で、当院では本年より当治療を開始しています。



3 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	FOLFIRI+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

■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す。当指標では施行し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薬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薬の組合せを考え化学療法を行っています。

■コメント

がんの薬物療法は各診療ガイドラインに従って治療を行っています。新規抗がん薬(ニボルマブ)や安全性が高いレジメンの使用が次第に多くなっています。

■対象ならびに計算方法

主要ながんの種類別に、抗がん薬の組合せをカウントし、上位5位を記載。



3 がん化学療法 (がん種別・レジメン上位5件)

2016年

胃がん	レジメン名称	件数
1	G-SOX	84
2	TS-1+CDDP	53
3	weekly PTX+ラムシルマブ	44
4	TS-1+PTX	28
5	XP+トラスツズマブ	28

肺がん	レジメン名称	件数
1	ニボルマブ	91
2	CBDC+VP-16	82
3	アリムタ	80
4	アリムタ+CBDC	72
5	アリムタ+ペバシズマブ	69

大腸がん	レジメン名称	件数
1	mFOLFOX6+ペバシズマブ	238
2	mFOLFOX6	159
3	FOLFIRI+ペバシズマブ	149
4	XELOX	120
5	FOLFIRI+パニツムマブ	105

肝胆膵がん	レジメン名称	件数
1	GEM	154
2	Nab-PTX+GEM	88
3	GEM+CDDP	63
4	TAI(EPI)	55
5	TS-1+GEM	35

乳がん	レジメン名称	件数
1	トラスツズマブ	508
2	Weekly PTX	413
3	AC	114
4	PTX+ペバシズマブ	58
5	エリブリン	40

2017年

胃がん	レジメン名称	件数
1	weekly PTX+ラムシルマブ	239
2	TS-1+CDDP	151
3	G-SOX	120
4	XP+トラスツズマブ	114
5	ニボルマブ	44

肺がん	レジメン名称	件数
1	CBDC+VP-16	225
2	ベムプロリズマブ	191
3	アブラキサン+CBDC	175
4	AMR	159
5	ニボルマブ	155

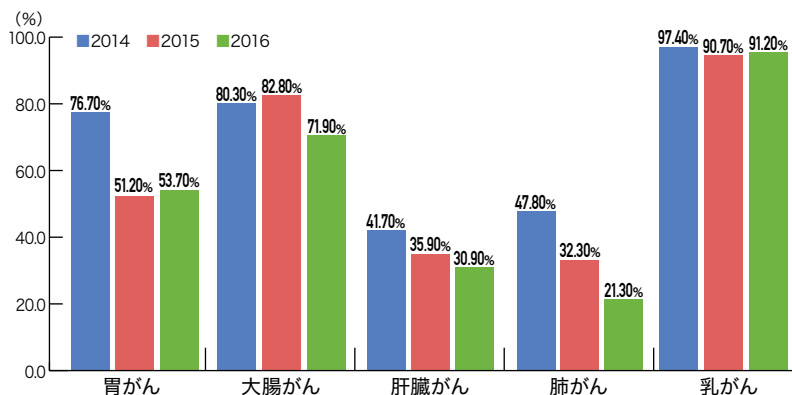
大腸がん	レジメン名称	件数
1	mFOLFOX6+ペバシズマブ	161
2	FOLFIRI+ペバシズマブ	127
3	IRIS+ペバシズマブ	101
4	mFOLFOX6	101
5	XELOX	84

肝胆膵がん	レジメン名称	件数
1	GEM	237
2	Nab-PTX+GEM	230
3	TAI(EPI)	98
4	GEM+CDDP	68
5	TS-1+GEM(1,8)	29

乳がん	レジメン名称	件数
1	トラスツズマブ	362
2	Weekly PTX	252
3	Weekly PTX+トラスツズマブ	116
4	PTX+ペバシズマブ	111
5	AC	91



4 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

2011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5年生存率を算出しました。2014年までは、当院で知り得た情報のみについての集計でありましたが、2015年の5年生存率は、国立がん研究センターに依頼し、生存調査を依頼した結果、概ね生存状況割合が判明し、2014年より2015年の生存率が低下して計測されています。

■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

※生存調査後集計を行うため対象データは1年遅れとなる。



5 移植後の100日生存率

2015年

全体		臍帯血移植		骨髄移植		末梢血移植	
100日	半年	100日	半年	100日	半年	100日	半年
81.3%	---	73.3%	---	77.8%	---	100.0%	---

2016年

全体		臍帯血移植		骨髄移植		末梢血移植	
100日	半年	100日	半年	100日	半年	100日	半年
78.0%	68.3%	77.7%	66.7%	76.9%	79.2%	80.0%	70.0%

2017年

全体		臍帯血移植		骨髄移植		末梢血移植	
100日	半年	100日	半年	100日	半年	100日	半年
83.3%	83.3%	100.0%	100.0%	83.3%	83.3%	75.0%	75.0%

■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

症例の移植リスクを評価して、可能な限り生存期間を延ばすことが望まれます。今年度は例年に比べ、生存率が全体的に高水準でした。特に臍帯血移植が優れています。特に、100日後と半年後の生存率に変動がないことは、移植100日以降は患者の容態が安定しているということであり、よい傾向であると言えます。

■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



6 緩和ケア病棟の平均在棟日数・稼働率

2015年(当院)		ベンチマーク	
平均在棟日数	稼働率	平均在棟日数	稼働率
22.3日	83.5%	32.9日	75.4%

■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。稼働率は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。稼働率については、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に入院が必要になった場合、可能なかぎ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、全国平均の値とほぼ同等の結果となっています。なお、当院の場合、病院本体が満床になってくると、緩和ケア病棟の空床にやむを得ず緩和ケア病棟入院料算定の対象外の患者さんを入院させていることがありますが、上記結果は緩和ケア病棟入院料の対象患者さんのみの利用率を示しています。

■対象ならびに計算方法

平均在棟日数

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

稼働率

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



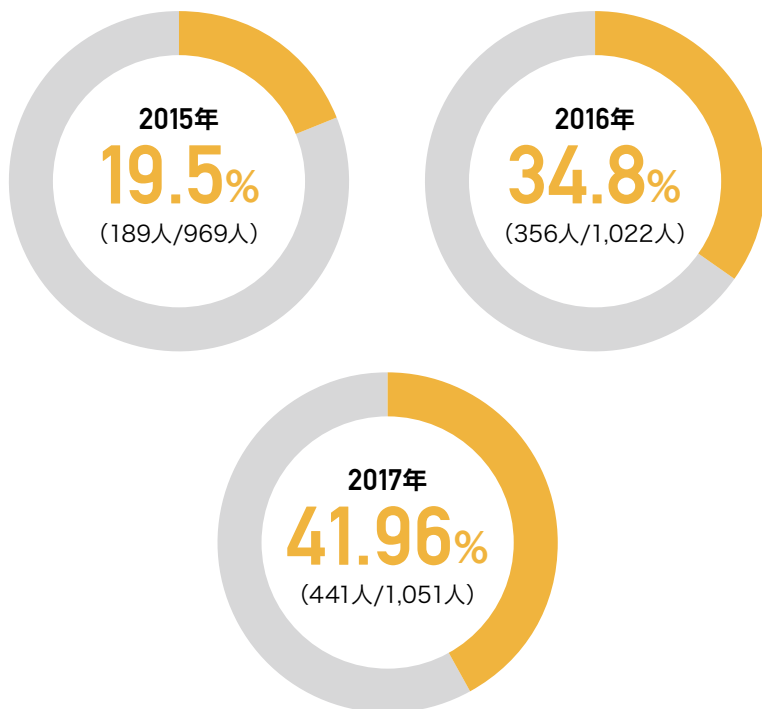
6 緩和ケア病棟の平均在棟日数・稼働率

2016年(当院)		ベンチマーク	
平均在棟日数	稼働率	平均在棟日数	稼働率
20.7日	75.4%	32.2日	75.3%

2017年(当院)		ベンチマーク	
平均在棟日数	稼働率	平均在棟日数	稼働率
20.4日	64.7%	32.1日	75.8%



7 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

前年と比較して実施率は増加していますが、まだまだ低い値となっています。更なる増加を図っ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・在院死亡率

■説明

脳卒中や脳動脈瘤等を主病名とした入院患者の平均入院期間と同一入院期間内の死亡割合を示したものです。

■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。病院情報局によると、2017年の脳卒中患者数TOP100の病院の平均在院日数は18.75日であり、当院の平均在院日数17.77日は、脳卒中を得意とする全国の病院の平均よりやや良いレベルであると考えられます。在院死亡率については、入院時の意識レベルが昏睡相当(Japan Coma Scale:JCS 100-300)の患者割合は、非死亡例の922例中89例(約10%)に対し、死亡例は34例中21例(約62%)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

平均在院日数

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

在院死亡率

分子：分母のうち同一入院中に亡くなられた患者数

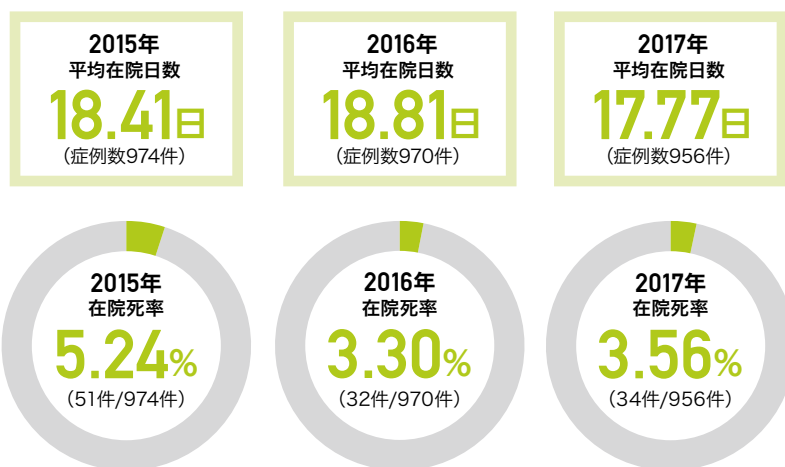
分母：「脳血管障害」を主病名として入院した患者数

※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。



1 脳血管障害症例における平均在院日数・在院死率

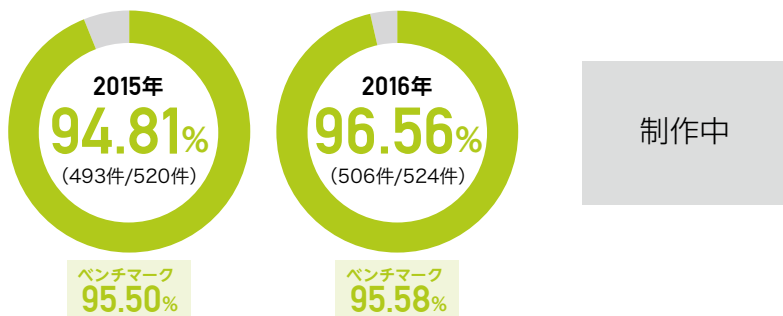




脳・神経

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

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を早急を実施し、迅速かつ正確な診断を行うことが重要です。

■コメント

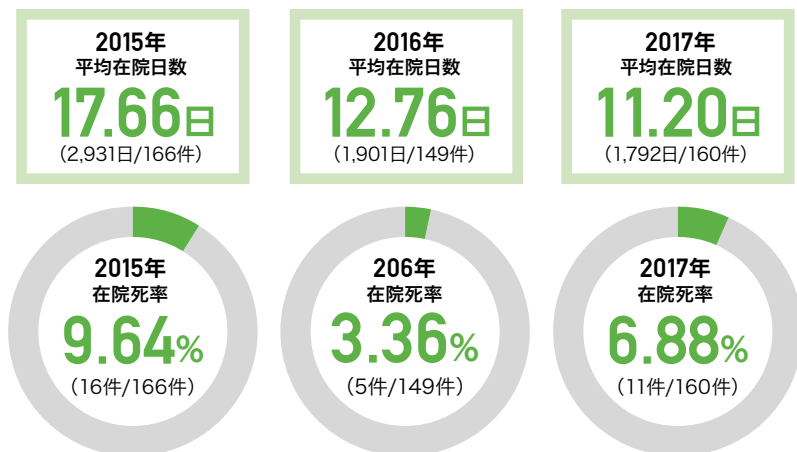
当院では入院翌日までにCTもしくはMRIを実施するよう努めております。数値が100%にならないのは前医撮影されてから当院に入院している症例が含まれるなどが考えられます。

■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・在院死亡率



■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。急性心筋梗塞症例のうち、同一入院期間内の死亡割合を示します。

■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

平均在院日数

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

在院死亡率

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



2 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、急性心筋梗塞患者では、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

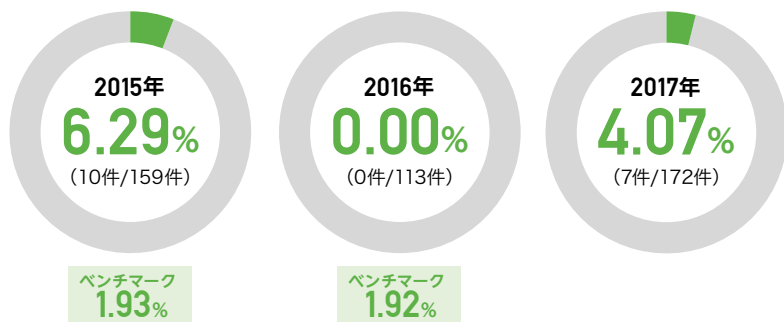
■参考文献

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)



3 PCIを施行した患者（救急車搬送）の入院死亡率



3

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。

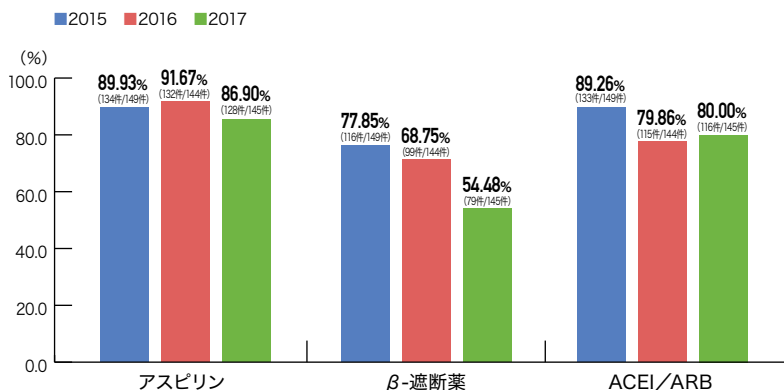
■対象ならびに計算方法

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)



4 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



5 開心術を受けた患者の平均術後在院日数

2015年
24.76日
(症例数152件)

2016年
31.05日
(症例数150件)

2017年
32.69日
(症例数129件)

■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

近年症例の高齢化、重症化が進んでいますが、術後在院日数は安定しています。ただし、全国的に見て平均術後在院日数は比較的多い結果にあり、今後より一層の早期離床・早期退院を目指した管理が必要であると考えております。

■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



1 肺炎患者の死亡率

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)

2016年		
肺炎全体	市中肺炎および誤嚥性肺炎	市中肺炎のみ
17.22% (118件/685件)	制作中	16.51% (55件/333件)

2017年		
肺炎全体	市中肺炎および誤嚥性肺炎	市中肺炎のみ
11.46% (90件/785件)	12.65% (84件/664件)	10.46% (39件/373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することができます。

■コメント

当地域は高齢者が多い地域であり、市中肺炎患者数も15～18%程度で推移しており少なくはありません。

■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



2 肺炎に対する初回抗菌薬投与開始日

2015年
1.18日

2016年
1.19日

2017年
1.16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。



3 肺炎に対する初回抗菌薬組合せ（上位10件）

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	セフェピム	2	0.48%

2016年

No	薬剤	症例数	割合
1	スルバシリン	269	69.51%
2	ゾシン	55	14.21%
3	セフトリアキソンナトリウム	27	6.98%
4	メロペネム	11	2.84%
5	クラビット	7	1.81%
6	ワイスタール	2	0.52%
7	ファーストシン	2	0.52%
8	セフェピム	2	0.52%
9	アミカマイシン+スルバシリン	2	0.52%
10	硫酸ストレプトマイシン	1	0.26%

2017年

No	薬剤	症例数	割合
1	スルバシリン	258	73.30%
2	ゾシン	29	8.24%
3	セフトリアキソンナトリウム	29	8.24%
4	スルバシリン+レボフロキサシン	8	2.27%
5	レボフロキサシン	6	1.70%
6	メロペネム	5	1.42%
7	メロペネム+レボフロキサシン	3	0.85%
8	セフェピム	3	0.85%
9	セフォチアム	2	0.57%
10	ワイスタール	1	0.28%

■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。

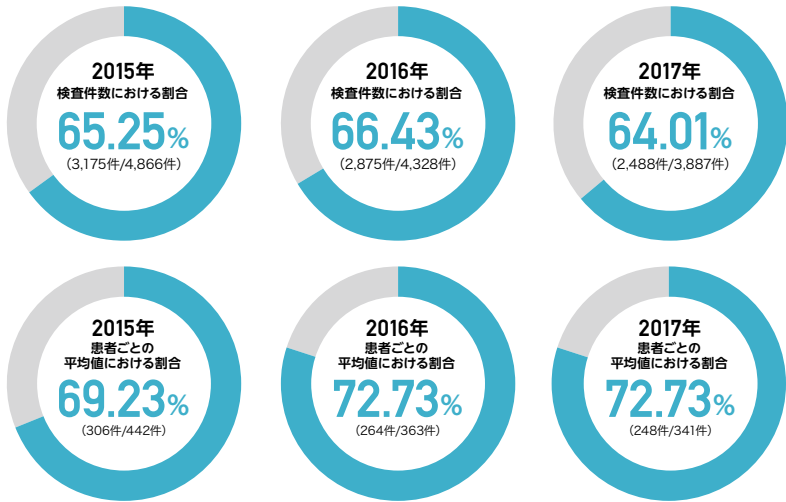
※ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類で、正式には疾病及び関連保健問題の国際統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)。現在の最新版が第10版のため、ICD10という。 ※薬剤名は商品名にて記載

■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 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

両割合は高い値で推移しており、ワルファリン服用患者さんに対して最適な投与量の設定が細かく行われています。

■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年間に外来処方でも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年間に外来処方でもルファリンをオーダされた患者の外来PT-INR検査件数

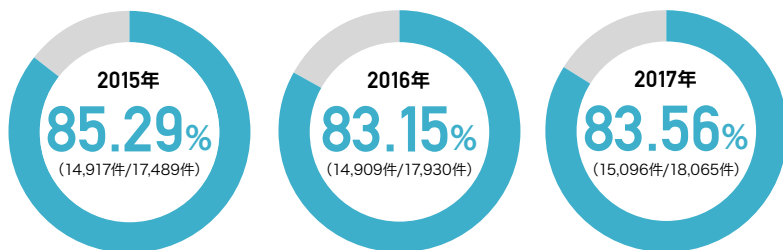
患者ごとの平均値における割合：

分子：過去1年間に外来処方でも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年間に外来処方でもルファリンをオーダされた患者数



2 入院患者のうち服薬指導を受けた者の割合



2

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

薬剤師は毎年80%以上の入院患者さんに服薬指導を行っており、医薬品の適正な使用や安全な投与、副作用の早期発見に貢献しています。

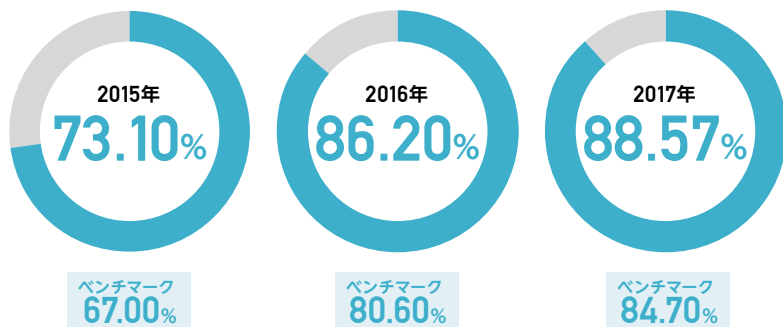
■対象ならびに計算方法

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



3 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

厚生労働省による後発医薬品の使用推進は、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものです。当院は後発医薬品の採用率を高く設定することで、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に貢献しています。

■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



4 ステロイド服用患者の骨粗しょう症予防率

2015年		
50歳以上女性 ビスフォスフォネート処方率	50歳未満女性 ビタミンD剤処方率	男性 ビタミンD剤処方率
68.55% (109人/159人)	14.29% (7人/49人)	17.71% (31人/175人)
2016年		
50歳以上女性 ビスフォスフォネート処方率	50歳未満女性 ビタミンD剤処方率	男性 ビタミンD剤処方率
11.00% (11人/100人)	25.81% (8人/31人)	21.65% (21人/97人)
2017年		
50歳以上女性 ビスフォスフォネート処方率	50歳未満女性 ビタミンD剤処方率	男性 ビタミンD剤処方率
9.52% (9人/63人)	34.78% (8人/23人)	28.33% (17人/60人)

■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ホ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

ビスフォスホネート製剤やビタミンD製剤の服用率を高めることで骨粗鬆症の発症リスクを低下させるよう努力します。

■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



1 血液製剤

2015年
C/T比 RBC

1.12

2016年
C/T比 RBC

1.10

2017年
C/T比 RBC

1.10

■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

手術全体としては血液製剤の準備量は適正範囲内であったと考えられます。

※2014年8月よりRCCからRBCへ製剤が変更となっております。

RCC:赤血球濃厚液 RBC:赤血球液

■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

2015年			2016年		
RBC	FFP	PC	RBC	FFP	PC
1.53	0.65	0.14	2.15	2.56	0.17

2017年		
RBC	FFP	PC
1.60	1.80	0.30

■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

例年通りの結果にもどりました。

■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

2015年		2016年	
FFP/RBC	ALB/RBC	FFP/RBC	ALB/RBC
0.54	1.36	0.46	1.23

2017年	
FFP/RBC	ALB/RBC
0.62	1.09

■説明

輸血製剤の適正使用の推進や安全性の強化を励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

血漿交換症例増加のため、FFP/RBC比が上昇したと考えられます

■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



1-1 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した。

■コメント

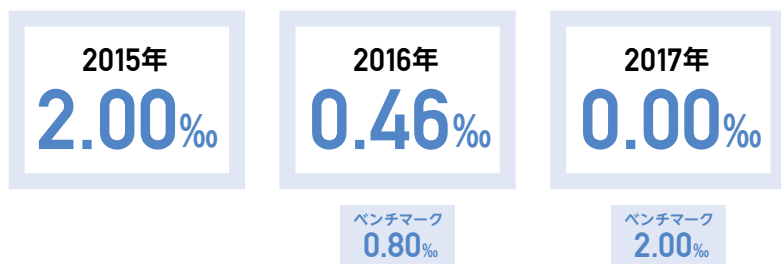
前年度と比較すると使用比の増加はみられますが日本環境感染学会(JHAIS)の中央値と比較しても低値であり、患者が重症化しているともいえます。当院のICUでは中心静脈カテーテルが適切に使用されていると考えられます。

■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/延べICU入院患者日数



1-2 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

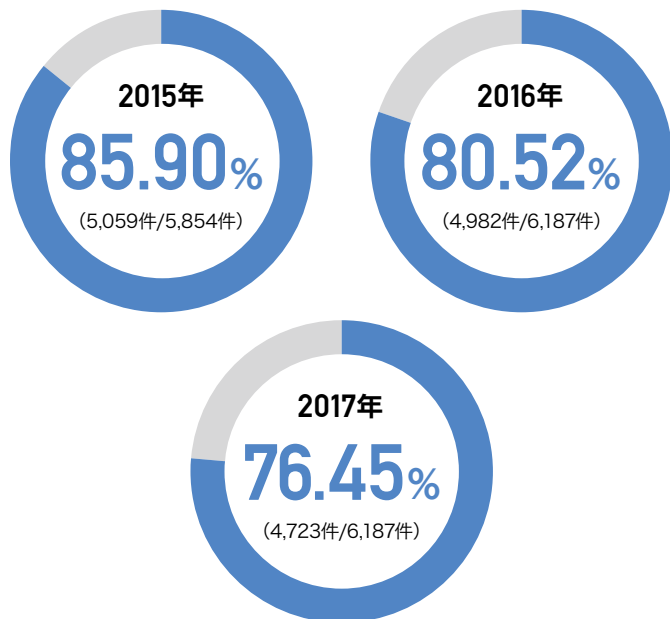
2017年度は感染率を0%にすることが出来ました。ICUでは重症者が多い状況であっても確実な感染対策が実施できているといえます。

■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



2 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

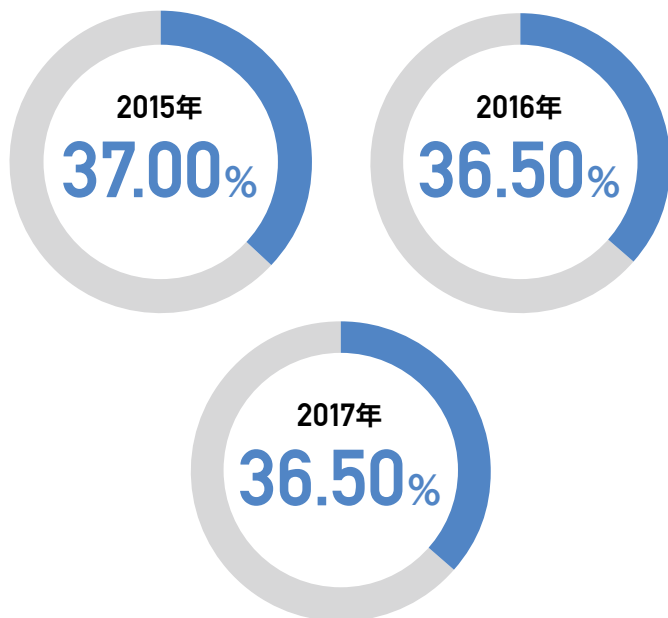
感染率減少のため、手術部位感染予防対策に取り組んでいきます。

■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)



3 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。

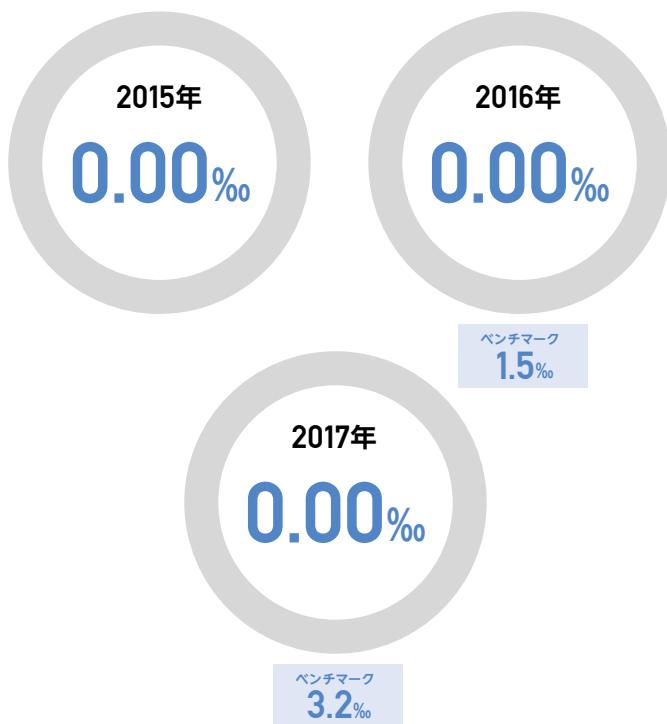
■対象ならびに計算方法

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



4 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。

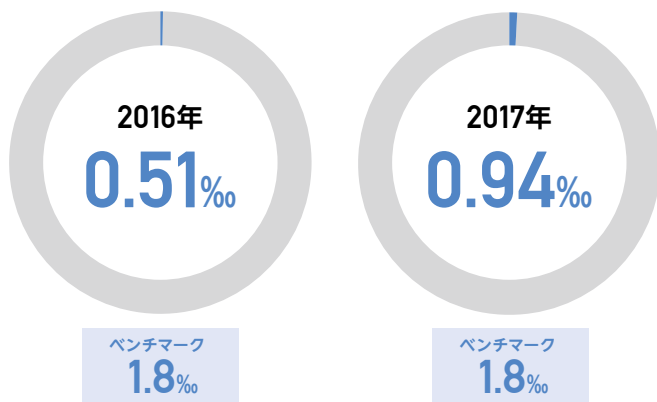
■対象ならびに計算方法

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



5 カテーテル関連尿路感染症発生率



■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。当院の尿路感染症の発生状況を調べました。

■コメント

JHAIS(日本環境感染学会)が公開している一般病棟におけるカテーテル関連尿路感染と比較しても当院の感染率は低くなっています。カテーテルの早期抜去を含め、様々な感染対策に取り組んでいます。今後もさらに感染率が低くなるように感染対策を推進していきます。

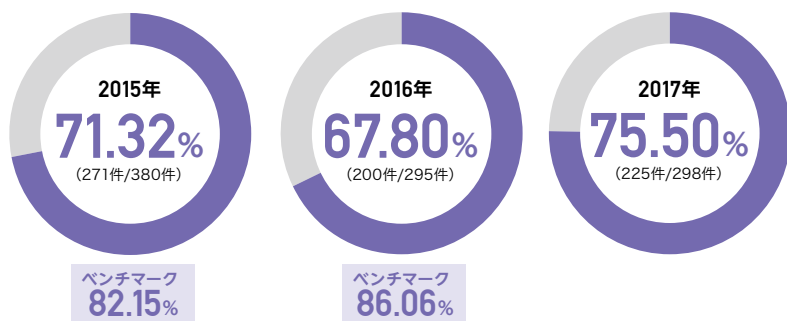
■対象ならびに計算方法

分子: カテーテル関連尿路感染患者数×1000

分母: 尿道カテーテル使用日



1 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

医師、看護師、各療法士が連携し、早期離床や二次的合併症の予防を図り、在宅復帰・回復期リハビリテーションへとつなげています。

■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



2 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。

■コメント

入院早期からの転院調整や、脳卒中連携パスにより、在院日数は年々減少傾向です。

■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

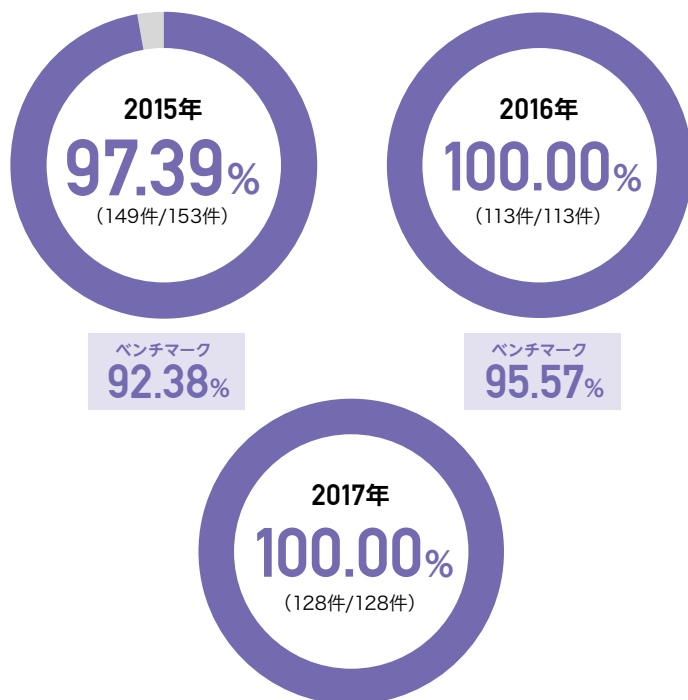
※脳血管障害は、脳梗塞やくも膜下出血、脳出血に代表される所謂脳卒中や脳動脈瘤等であり、ICD コードの I60 ~ 68、G45 とした。

※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。



3 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

術後早期にリハビリテーションを開始し、歩行の獲得、日常生活動作の獲得、関節可動域の改善に努めています。

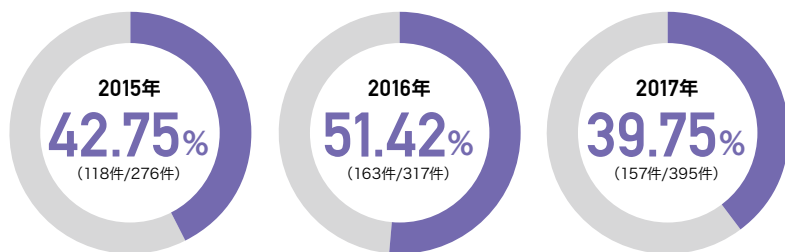
■対象ならびに計算方法

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



4 心不全患者に対する心臓リハビリテーション実施率



■説明

入院中の心不全患者さんに対する心大血管疾患リハビリテーションの実施割合を示しています。

■コメント

心不全に対する心臓リハビリテーションは、日本循環器学会ガイドライン¹⁾において、身体機能の改善だけでなく、生活の質や生命予後の改善など多くの有用性が報告されています。急性期における早期の心臓リハビリテーションも同ガイドラインにおいて推奨されており、現在では標準的治療となってきました。

■対象ならびに計算方法

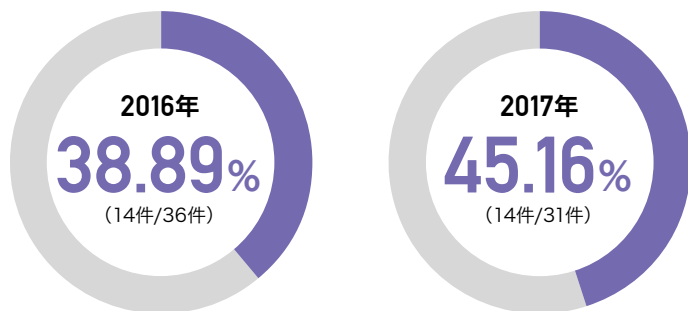
分子：心不全症例のうち、心大血管リハビリテーション料が算定されている症例数
 分母：心不全症例数(主病名のICD10コードがI11\$, I13\$, I50\$の症例)
 ※死亡退院患者を除く

■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



5 慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者に対する呼吸器リハビリテーションの実施率



■説明

入院中の慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者さんに対する呼吸器リハビリテーションの実施率を示しています。

■コメント

日常生活動作の低下や教育の必要な場合に呼吸リハビリテーションを実施しています。

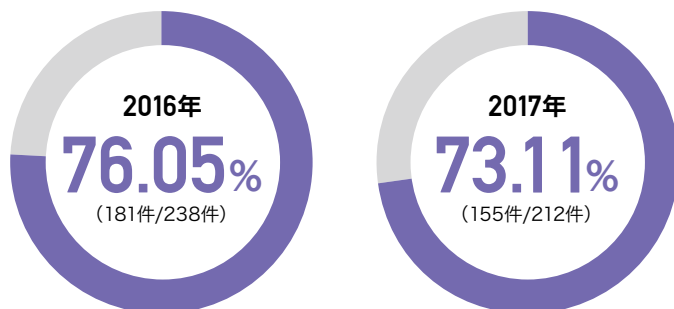
■対象ならびに計算方法

分子: 分母のうち、入院中に「H003\$ 呼吸器リハビリテーション料」を算定した患者数

分母: 慢性閉塞性肺疾患でHugh-Jones 分類II以上の患者数



6 心大血管手術後の心臓リハビリテーション実施率



■説明

心大血管手術後の心大血管疾患リハビリテーションの実施率を示しています。

■コメント

心大血管術後の心臓リハビリテーションは術後合併症や廃用症候群を予防し、安全かつ効果的に日常生活活動を獲得できることが多く報告されています。よって、日本循環器学会ガイドライン¹⁾においても推奨されており、現在では標準的治療となってきました。

■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者数
 分母：心大血管手術を行った患者数

■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

重大な病気で療養が必要な状態になっても、多くの方ができるだけ住み慣れた自宅での生活を続けたいと希望されています¹⁾。これらの方々を支えるために、病院の専門看護師や認定看護師が、訪問看護師とともに地域で生活しながら療養するがん患者さんを訪問する「同行訪問」。取り組んでいる施設は少しずつ増えてはいますが、全国の病院の12.8%²⁾とまだまだ少ないのが現状です。当院ではひとりでも多くの患者さんが在宅療養を続けていけるように、同行訪問に積極的に取り組んでいます。

■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) 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果、人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会資料
- 2) 2017年「病院看護実態調査」結果概要、看護70(9)、2017



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、地域の医療機関は、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え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

NST介入件数は2016年より増えてはいますが、さらに栄養管理の必要性を啓蒙していく必要があると考えています。

■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 褥瘡回診実施件数



■説明

当院の褥瘡回診チームは、皮膚科、看護師、管理栄養士、薬剤師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。

■コメント

当院の褥瘡回診実施件数は146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、より効果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 医療機器の共同利用率 (2015まで共同利用件数)

2015年			
CT	MRI	RI	PET/CT
1,842件	1,170件	81件	23件

2016年			
CT	MRI	RI	PET/CT
7.3% (2,008件/27,648件)	10.1% (1,182件/11,738件)	6.6% (68件/1,023件)	3.0% (30件/1,011件)

2017年			
CT	MRI	RI	PET/CT
6.5% (1,957件/30,110件)	10.2% (1,226件/12,038件)	6.6% (66件/1,001件)	2.1% (19件/911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。近隣の医療機関の理解も進み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

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

2016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
265件	278件

2017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
276件	247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おり、毎年全体で500件を超えています。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 入院患者の転倒・転落発生率、損傷発生率

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

2016年	
転倒・転落発生率	損傷発生率
0.25%	0.005% (11件/224,237人)

2015年	
転倒・転落発生率	損傷発生率
0.32%	0.003% (7件/226,514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

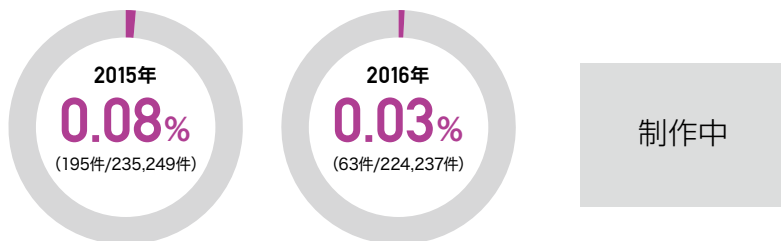
損傷発生率(2015年)

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



2-1 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0.03%という結果となりました。昨年度と比較し値は下がりましたが0%を目標とし、高齢の患者さんや重症患者さんの増加の中、褥瘡対策チームの連携を深め多方面からアプローチし、効果的な対策に取り組んでいきたいと考えます。また各部署に褥瘡の知識および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。

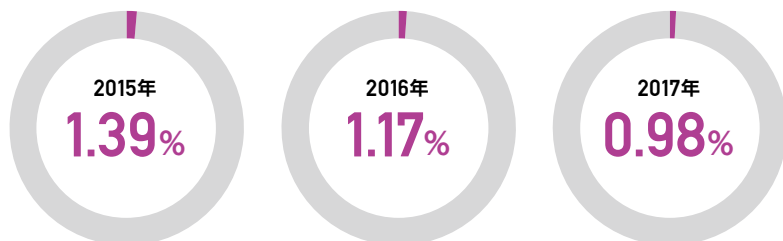
※DESIGN(d2)：真皮までの損傷

※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



2-2 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。

■コメント

当院の褥瘡推定発生率はやや減少し、2017年度は0.98%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少ない結果を維持しています。当院では入院患者さん全員に適切な褥瘡リスクアセスメントを実施し、リスクに応じた寝具の選択、体圧分散ケア、ずれ摩擦ケア、スキンケアなどの予防ケアを行っています。さらに褥瘡対策チームと連携し、褥瘡発生後や入院時すでに褥瘡を有している患者さんに対しても効果的な対策・治療を行い、発生率の低下や早期治癒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

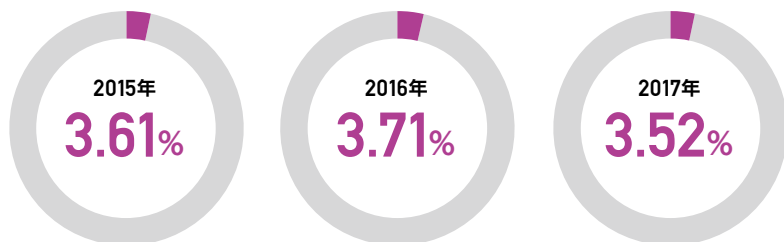
分母：調査日の入院患者数

※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



2-3 褥瘡有病率



■説明

入院患者さんのうち、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3.52%で、昨年度よりやや低下しました。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。推定発生率は全国の一般病院と比べ低いことから、入院時にすでに褥瘡を有する患者さんが多いことや重症褥瘡で治癒に期間を有することが原因と考えます。院内の褥瘡対策はもちろん、訪問看護ステーション、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－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



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

2015年
2.5人

2016年
2.3人

2017年
2.3人

■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)



2-3 看護師の平均勤続年数(全体平均)



■説明

平均勤続年数とは、現在在籍している看護職員の勤続年数の平均のことです。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8.0年(2016年調査)に比べ、当院の勤続年数は平均10年以上あります。当院ではキャリア支援と継続教育を充実させることによってマグネットホスピタル※を目指しています。加えてWLB(ワークライフバランス)の支援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付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