

臨床指標

CLINICAL INDICATOR 2012



第1章 病院全体

1	平均患者数	3
2	病床稼働率	4
3	平均在院日数	5
4	年齢別退院患者数	6
5	再入院率	7
6	紹介率・逆紹介率	8
7	地域別外来患者数	9
8	退院後2週間以内 サマリー(退院時要約)完成率	10



第2章 患者満足

1	患者満足度(外来)	11
2	患者満足度(入院)	13



第3章 救急医療

1	救急車搬入患者数	15
2	ドクターヘリ受入患者数	16
3	心肺停止患者の蘇生率(心拍再開入院率)	17



第4章 手術・処置

1	緊急手術件数(実施場所別術式上位10件)	18
2	全入院における手術室での手術実施率	19
3	手術室での手術における予定・緊急手術割合	20
4	手術を行った患者の平均在院日数	21
5	胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合	22
6	周術期抗菌薬管理(上位10件)	23
7	予定手術における外来での術前検査・画像実施率	24
8-1	術後創傷ケア実施率・実施日数	25
8-2	予定・緊急手術における術後ドレーン実施率・実施日数	26
8-3	予定・緊急手術における術後膀胱カテーテル留置率	27
8-4	予定・緊急手術における術後中心静脈注射実施率・実施日数	28
8-5	予定・緊急手術における術後リハビリ実施率・開始日	29
8-6	予定・緊急手術における術後検査実施率・実施回数	30
8-7	予定・緊急手術における術前検査実施率・実施回数	31
8-8	予定・緊急手術における術後画像実施率・実施回数	32
8-9	予定・緊急手術における術前画像実施率・実施回数	33
9-1	手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率	34
9-2	手術における静脈血栓塞栓症発症率	35
9-3	全身麻酔に対する肺血栓塞栓症予防管理実施率	36
10	外保連手術指数	37



第5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	38
2	初発の5大がん 手術件数	39
3	放射線治療件数	40
4	がん化学療法(がん種別レジメン・上位5件)	41



第6章 脳・神経

1	脳血管障害症例における平均在院日数	42
2	脳血管障害症例における入院死亡率	43
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)	44
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	45

3-3	急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	46
3-4	急性脳梗塞患者における入院死亡率	47

第7章 心血管

1	急性心筋梗塞症例における平均在院日数	48
2	急性心筋梗塞症例における入院死亡率	49
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	50
4	PCIを施行した患者(救急車搬送)の入院死亡率	51
5	PCI後24時間以内のCABG実施率	52
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)	53
7	開心術を受けた患者の平均術後在院日数	54
8	人工心肺手術を受けた患者の平均術後在院日数	55

第8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)	56
2	肺炎患者の死亡率	57
3	肺炎に対する初回抗菌薬投与開始日	58
4	肺炎に対する初回抗菌薬組合せ(上位10件)	59

第9章 薬剤管理

1	MRSA用薬剤 適用遵守率、使用日数	60
2	エダラボン 使用率、使用日数	61
3	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)	62
4	入院患者のうち服薬指導を受けた者の割合	63

第10章 血液製剤

1	血液製剤	64
---	------	----

第11章 感染管理

1-1	血液培養提出率(入院患者全体)	65
1-2	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	66

第12章 チーム医療・地域連携

1	管理栄養士の地域訪問件数	67
2	がん専門看護師の地域訪問件数	68
3	NST実施件数	69
4	褥瘡チーム実施件数	70
5	共同利用件数	71
6	地域連携クリニカルパスの件数	72

第13章 看護

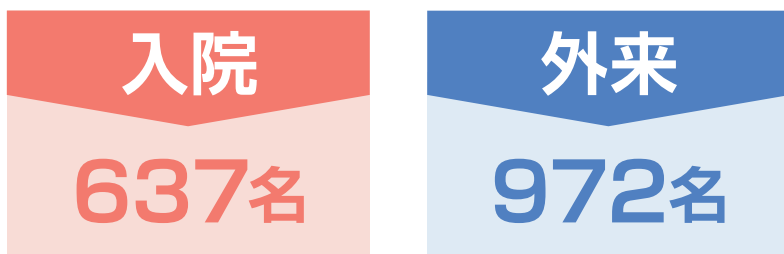
1	7対1入院基本科で「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合	73
2	入院患者の転倒・転落発生率、損傷発生率	74
3	II度以上の褥瘡の院内発生率	75
4	褥瘡推定発生率	76

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	77
2-1	研修医1人あたりの指導医数	78
2-2	研修医1人あたりの専門研修医数	79
3	看護師の教育歴	80
4	看護師の平均勤続年数(全体平均)	81



1 平均患者数



■説明

1日当たり平均して何人の患者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

平成24年度は、新病院が本格稼働した初年度といえますが、前年度実績(入院: 573名/日、外来: 1,039名/日)に比べ入院患者数は11%以上増加、一方で外来患者数は6%減少となりました。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おります。

■対象ならびに計算方法

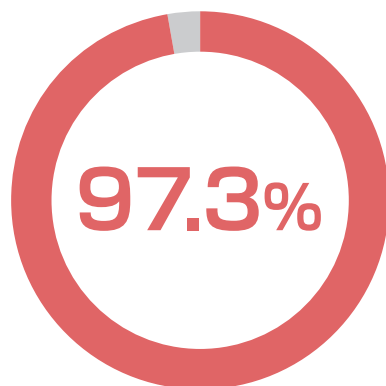
分子: 患者延数

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の受け入れのためのベッドの確保も求められます。当院の病床稼働率97.3%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今後より高い水準を目指して院内運営を改善していく必要があります。

■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

12.0日

■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、¹⁾400床以上の一般病床で公的病院の平均在院日数は14.2日であることから、当院は効率的な医療が提供され、患者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

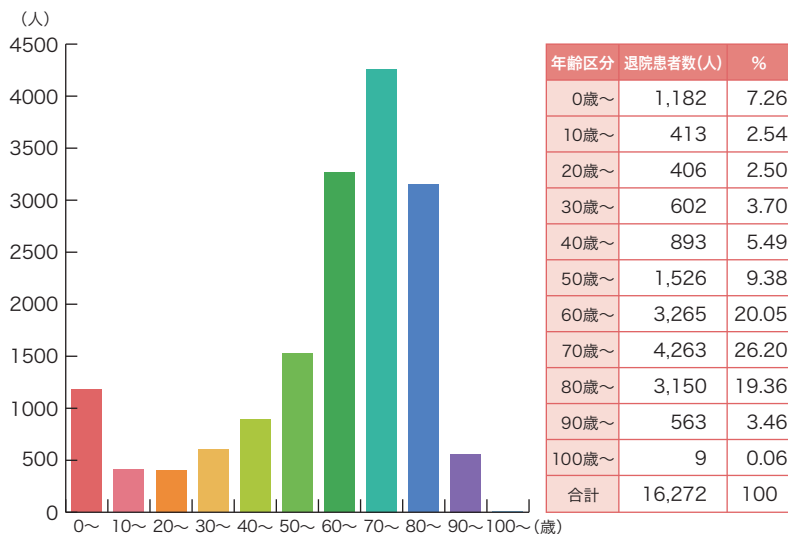
分母：(新入院患者数+退院患者数) / 2

■参考文献

1)平成23年度病院経営管理指標：厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyoukeiei/dl/houkokusho_h23.pdf



4 年齢別退院患者数



■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

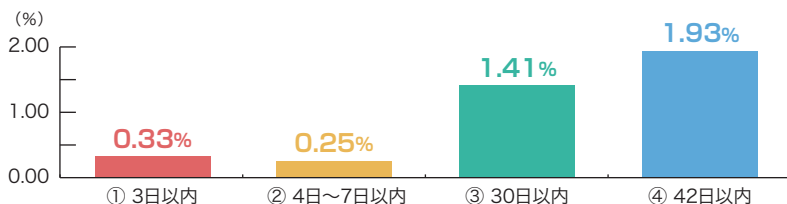
当院の年齢別患者構成の特徴は、0歳～9歳の新生児、小児領域の患者が7%と多いことです。これは、当院が県南勢地区の急性期、小児救急二次医療の拠点であると共に、地域周産期センターとして、様々な症状の患者に24時間体制で対応しているためです。また、60代以上の高齢者が多くを占めることについては、全国の年齢別受療率の結果¹⁾と同様の傾向を示していました。

■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>



5 再入院率



■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

近年、高齢の方や合併症の多い重症な方の入院が増加していますが、そのような状況の中で再入院率を低くできるように、入院管理の質の向上に努めております。

■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、MDC6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

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、MDC6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

④42日以内緊急再入院率

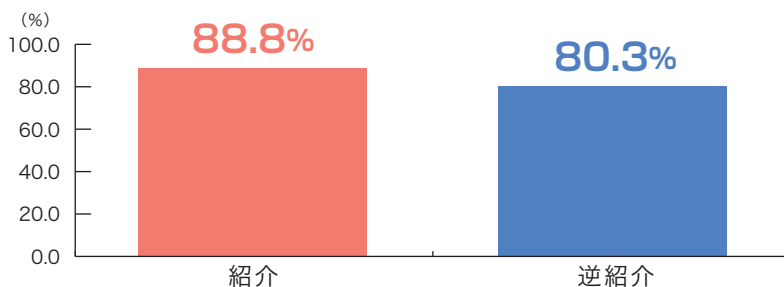
分子：42日以内緊急再入院症例数 分母：全入院症例数

※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



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、機能分化を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行っております。そのため、厚生労働省が地域医療支援病院を対象に行った紹介率・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りました。

■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

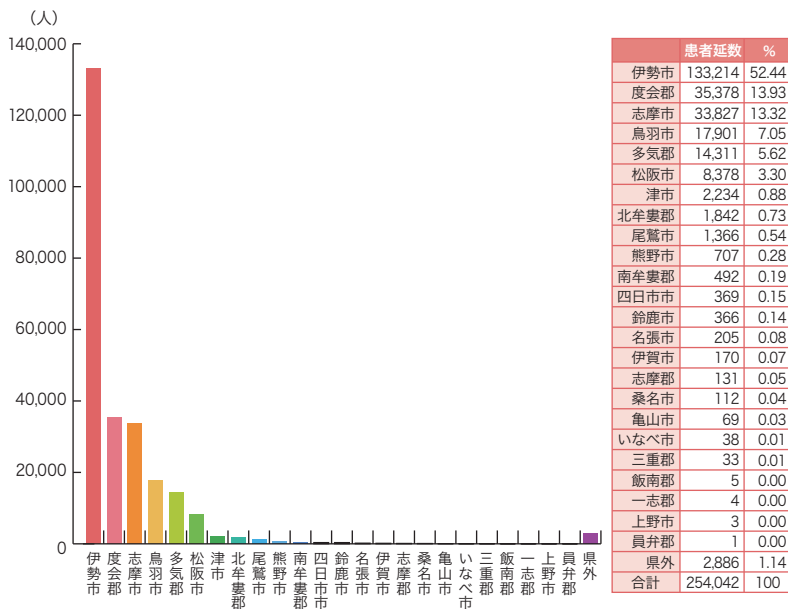
1) プライマリ・ケア…身近な場所にいる何でも相談できる かかりつけ医と医療関係者による第一次医療・全人的な総合医療

2) 厚生労働省調査結果

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000337cm.html>



7 地域別外来患者数



■説明

外来を受診した患者数について、患者の居住する地区別に示しています。

■コメント

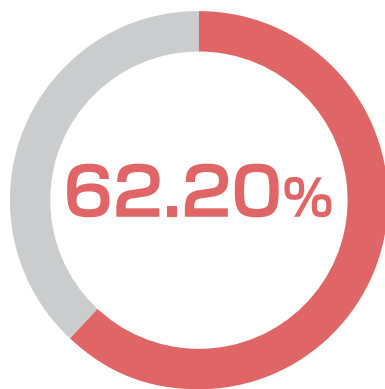
分析の結果、当院を受診された外来患者の約半数が伊勢市内の方で、医療圏を含めると約96%とそのほとんどを占めていました。その一方で、県外からの来院数も約2,900人と全体では1%ではありますが、数にすると1日10名以上が当院にいられていることがわかります。

■対象ならびに計算方法

外来の延べ患者数(1日に2科受診した場合は1と計上)を患者の居住する地区別に算出した



8 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

当院の結果は 62.20% と、かなり低い結果といえます。サマリー作成ができていない理由は診療科それぞれ異なりますが、医療の質を上げるために、早期の改善が必要といえます。

■対象ならびに計算方法

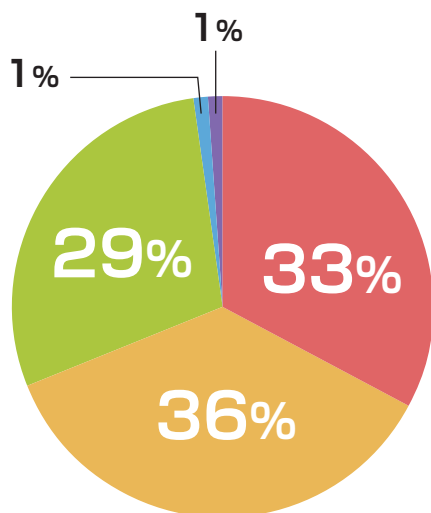
分子：退院後2週間以内にサマリー記載のある患者延数

分母：退院および転科のあった患者延数



1 患者満足度(外来)

外来満足度



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

■ 大変満足 ■ 満足 ■ ふつう ■ やや不満足 ■ 不満足

■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。

■コメント

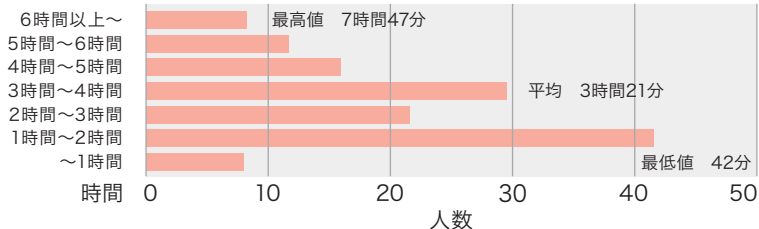
満足度については、全体の98%で「ふつう～大変満足」の評価をいただきましたが、2%の方からは「やや不満足～不満足」という評価でした。また、待ち時間調査では、在院時間の平均が3時間21分と、かなりの長い時間お待ちいただいていることが明らかとなりました。この調査の結果を謙虚に受け止め、皆様に満足していただけるようにより良い医療の提供に努力していきたくと思います。



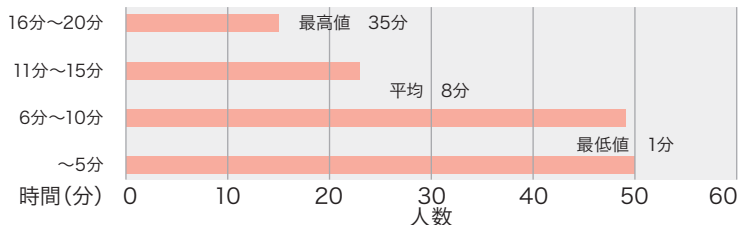
1 患者満足度(外来)

外来患者待ち時間

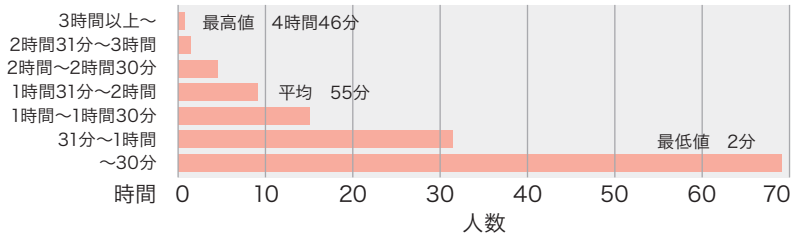
■ 在院時間



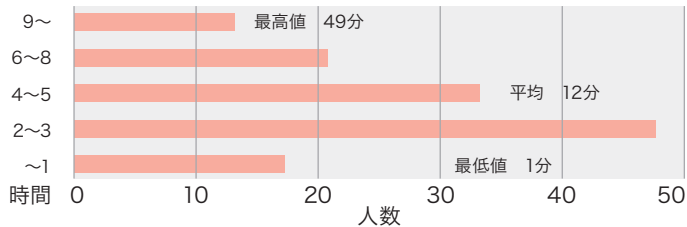
■ カルテ作成時間



■ 外来待ち時間



■ 計算待ち時間



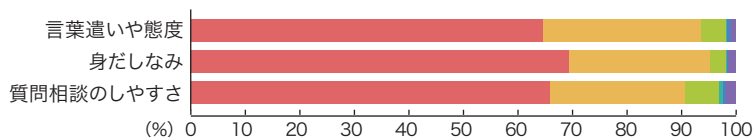


2 患者満足度(入院)

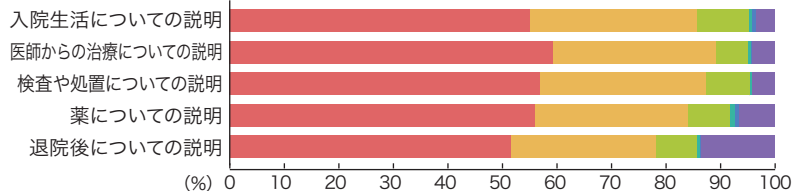
入院満足度

■ 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

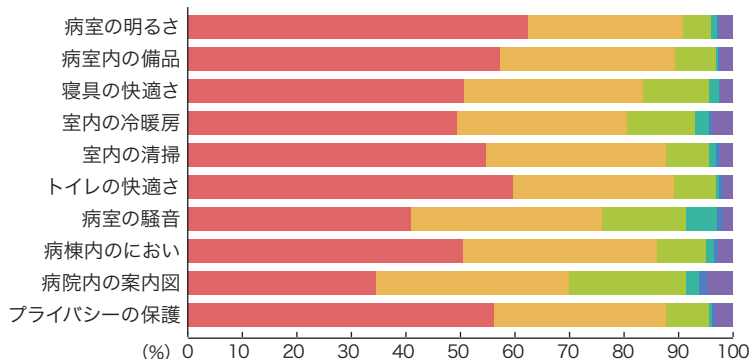
■ 接遇について



■ 説明について



■ 施設・環境について





2 患者満足度(入院)

■説明

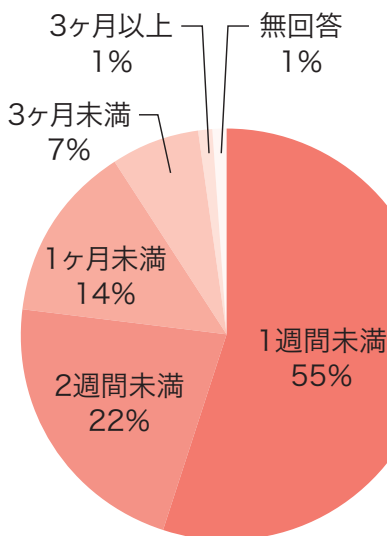
入院では大きく「接遇」・「説明」・「施設・環境」のカテゴリーに分け、それぞれ「非常に満足」・「満足」・「どちらとも言えない」・「不満」・「非常に不満」の5段階で評価をしていただいています。

■コメント

「接遇」については90%以上の方から「非常に満足・満足」という評価をいただきました。また「説明」については、退院後の生活についての説明は他の項目より「非常に満足・満足」が少なく、退院後の生活への不安に十分応えられていないように思われます。皆様に安心して検査・治療を受けていただけるよう、わかりやすい説明に努めてまいります。

最後の「施設・環境」については、病室の冷暖房、騒音、病院内の案内図の項目については、「非常に満足・満足」が他の項目に比べ少なく、改善の余地がある結果となりました。今後も、患者様に快適な入院生活をお送り頂けるよう、努力してまいります。

入院期間



	人数(人)
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



1 救急車搬入患者数

8,021人

■説明

1年間で当院に救急車で搬送された患者の数を示しています。

■コメント

三重県南の急性期医療を担う当院は、救急車の受入要請に対しては、可能な限り応需すべく取り組んでいます。2012年の新病院移転以降、救急患者数は増加の傾向にありますが、地域医療の最後の砦としての自覚と誇りをもって今後も対応してまいります。

■対象ならびに計算方法

救急車で搬送された患者数



2 ドクターヘリ受入患者数

160人

■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

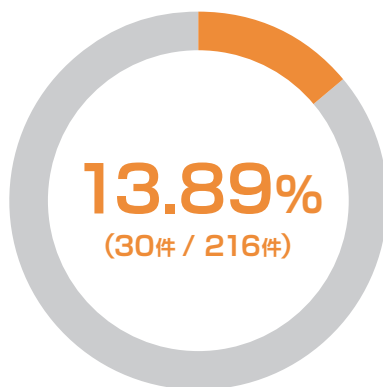
当院は2012年4月より三重大学とともにドクターヘリ事業の基地病院としての役割を担っています。三重県は南北に180kmと長く、特に救命救急医療の行える医療機関の少ない離島や東紀州地域にとって、ドクターヘリによる早期医療介入効果が大きく期待できます。当院は、今後も高齢化により増加すると予想されるドクターヘリの要請にしっかり応えられるよう、日々精進してまいります。

■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

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強く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。

■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



1 緊急手術件数 (実施場所別術式上位10件)

■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	硝子体茎頭顕微鏡下離断術(網膜附着組織を含むもの)	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	骨折観血の手術(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

■説明

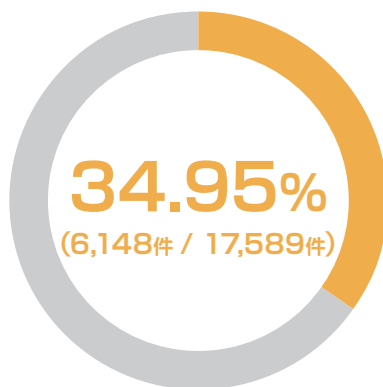
2012年度における当院の緊急手術件数を多い順に並べたものです。当院に緊急入院となった患者がどのような手術を受けたかがわかります。日本の医療保険制度における手術は非常に広義のため、少し分かりやすくするため、今回は手術室で行った手術とそれ以外で分類しました。

■コメント

手術室での手術では外傷や脳卒中、虫垂炎などの手術が多く、手術室外での手術では消化管出血に対する止血術などの内視鏡的手術や、虚血性心疾患に対する冠動脈の手術が多いことがわかります。



2 全入院における手術室での手術実施率



■説明

入院患者のうち、どのくらいの患者が手術室において手術を行ったかを示します。

■コメント

全退院患者のうち約35%の患者が手術室にて手術を施行されています。

■対象ならびに計算方法

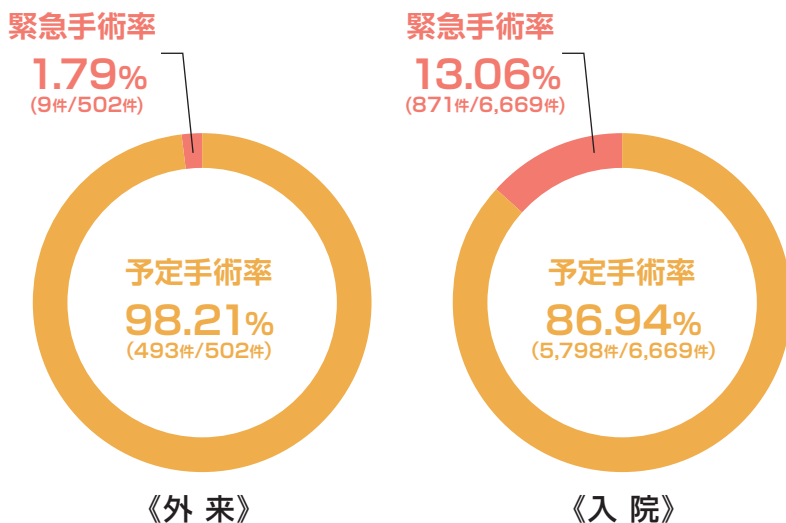
分子:手術室での実施症例数(入院患者)

分母:全退院患者数

※1人の患者が1入院で複数回手術を施行しても1とカウント



3 手術室での手術における予定・緊急手術割合



■説明

手術室で行った手術のうち、予定および緊急手術の割合はどのくらいかを入院・外来ごとに示します。

■コメント

当院は二次・三次救急を担っていることから、日々緊急手術は実施されていますが、手術室では多くの患者が滞りなく手術を受けられるよう、スタッフ一同でマネジメントを行っています。

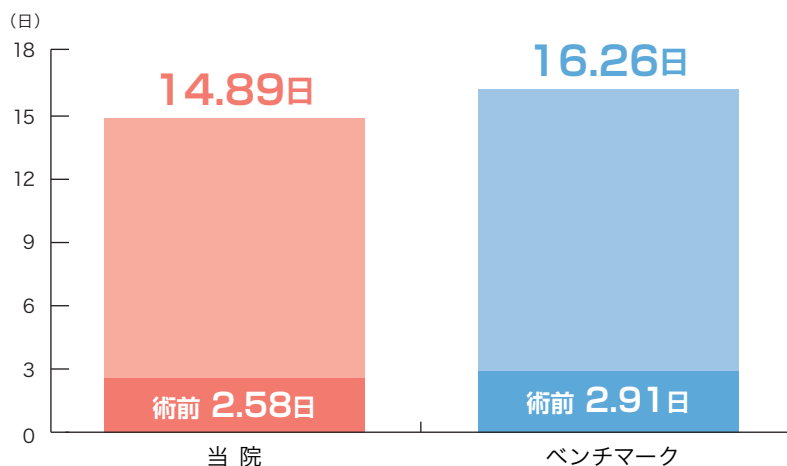
■対象ならびに計算方法

予定手術率 分子:手術室での患者手術実施症例数のうち、定期区分の症例数
分母:手術室での患者全手術実施症例数

緊急手術率 分子:手術室での患者手術実施症例数のうち、緊急区分の症例数
分母:手術室での患者全手術実施症例数



4 手術を行った患者の平均在院日数



■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

当院の在院日数は14.89日とベンチマークデータと比較して約1.5日ほど短くなっています。患者の高齢化や重症度の高い患者が増える中で、低侵襲治療を行うことで患者への体の負担を減らし、早期離床を目指すことにより患者のQOLの向上を図っております。

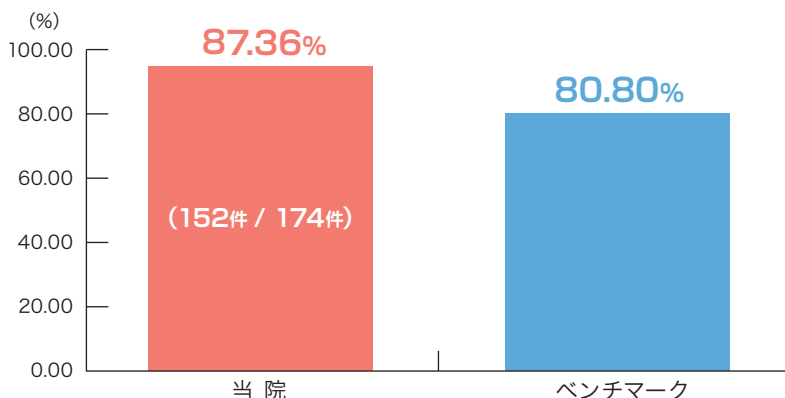
■対象ならびに計算方法

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



5 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

当院で開腹手術を行った症例のうち、最初から開腹術を選択したケースが6件、腹腔鏡の手術から開腹へと移行したケースが16件でした。腹腔鏡下手術の適応の割合は97.7%であり、全国の病院のアンケート調査¹⁾によれば適応率は80.8%であることから、当院は高い数値であると考えます。

■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-



6 周術期抗菌薬管理(上位10件)

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	メロペネム	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

■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さながら、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

手術の部位によって予防的抗菌薬は異なりますが、当院ではCDCガイドライン¹⁾に従い第一セフェム系抗菌薬を選択しています。

■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

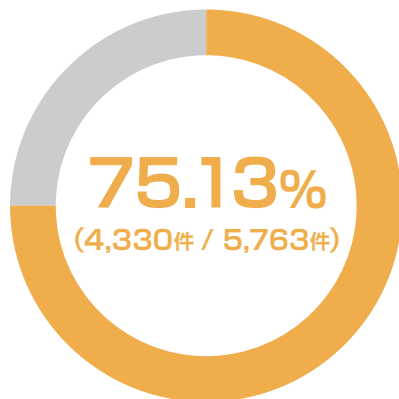
※予防投与期間とは、手術の術日もしくは術日翌日に投与した抗菌薬の組合せ(データ区分:注射・手術のみ対象)と術日2日目以降で抗菌薬(注射・手術のみ)の組合せの異なる投与日が存在した場合、もしくは術日2日目以降に連続投与が一旦途切れ再度投与開始となった場合までに投与した内容を投与期間としている。手術後、同一薬剤、同用量で連続して投与されているものを術後感染予防と定義する

■参考文献

1) CDCガイドライン 医療環境における多剤耐性菌の管理 2006年 (CDC 2006年10月20日公表)



7 予定手術における外来での術前検査・画像実施率



■説明

予定手術患者が入院する前に、当院の外来にて術前検査を実施した割合を示しています。入院診療の効率化および術前の全身状態の把握のため、手術予定患者等の術前検査は医療の質を担保したうえで可能な限り外来での検査・画像を行うことが必要とされています。

■コメント

比較的高い数値と考えますが、今後はさらなる向上が必要と考えます。

■対象ならびに計算方法

分子：分母の症例のうち、入院後から手術日までに検査・画像診断項目を行っていない症例

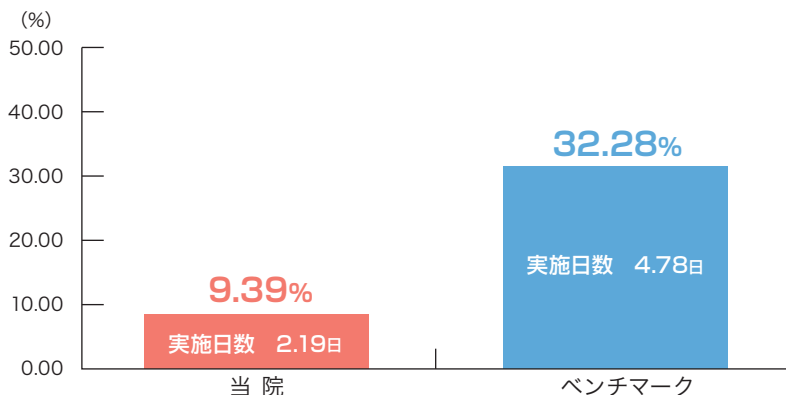
分母：入院患者における予定手術実施症例数

※上記予定手術には、手術室以外で行った手術も含む

※検査には、採血検査は除くものとする



8-1 術後創傷ケア実施率・実施日数



■説明

手術後に行われる連日のガーゼ交換や消毒は滅菌性が保障されず、感染の機会を増やす可能性があります。また、CDCガイドライン¹⁾によると発赤・浸出液など炎症症状がない場合、術後の創傷ケアと感染発症率とは相関がないとされています。ここでは、当院の術後の創傷ケアの実施状況を示しています。

■コメント

皮膚は外部の細菌から人体を守る重要な組織です。手術では、この皮膚の機能を一時的に破綻させます。そのことは感染の危険性を高めることになります。院内では感染管理認定看護師が手術部位感染(Surgical Site Infection: SSI)の発生を監視し、発生率とその原因を把握して、手術部位感染を減少させるための取り組みを行っています。

■対象ならびに計算方法

実施率 分子:手術症例数のうち、創傷ケア実施症例数
分母:手術症例数

※術後創傷ケア実施症例とは、術後二日以内に一度でも創傷処置を実施した症例

※実施日数については、術後に創傷処置を実施した日数の平均

■参考文献

1) CDCガイドライン 医療環境における多剤耐性菌の管理 2006年 (CDC 2006年10月20日公表)



8-2 予定・緊急手術における術後ドレーン実施率・実施日数

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

手術に伴い体内に挿入するドレーン類は、治療上不可欠なものです。一方で、ドレーンの多くは微生物の体内への侵入源となることで感染リスクを高めます。院内では各種ドレーンの適応を吟味し、留置中の感染予防に注意を払い、いかに早期に抜去できるかを考えながら管理を行っております。

■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



8-3 予定・緊急手術における術後膀胱カテーテル留置率

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

術後の尿量の正確な測定のために、尿道留置カテーテルは必要ですが、必要性がなくなっても漫然と使用されることは避けなければなりません。院内では感染管理認定看護師が尿道留置カテーテル関連感染のサーベイランス（調査・監視）を行い、発生率を評価しています。

そして尿道留置カテーテルは、その適応を常に確認し、必要がなくなれば迅速に抜去することで感染リスクの低減に取り組んでいます。

■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



8-4 予定・緊急手術における術後中心静脈注射実施率・実施日数

	当院	ベンチマーク
全 体	4.82% (390件/8,097件)	4.66% (11.84件/254.12件)
予定手術	3.57% (206件/5,763件)	
緊急手術	7.88% (184件/2,334件)	
実施日数	14.38日	12.47日

■説明

中心静脈注射は感染のリスクがあります。当院の術後中心静脈注射実施状況を示しました。

■コメント

体内に挿入するカテーテルは、治療上不可欠なものです。一方で、カテーテルの多くは微生物の体内への侵入源となることで感染リスクを高めます。

院内では、感染管理認定看護師が中心静脈カテーテル関連感染症のサーベイランス（調査・監視）を行い、発生率を評価しています。そして中心静脈カテーテルはその適応を吟味し、留置中の感染予防に注意を払い、いかに早期に抜去できるかを考えながら、管理を行っております。

■対象ならびに計算方法

分子：手術症例数のうち、中心静脈注射実施症例数

分母：手術実施症例数

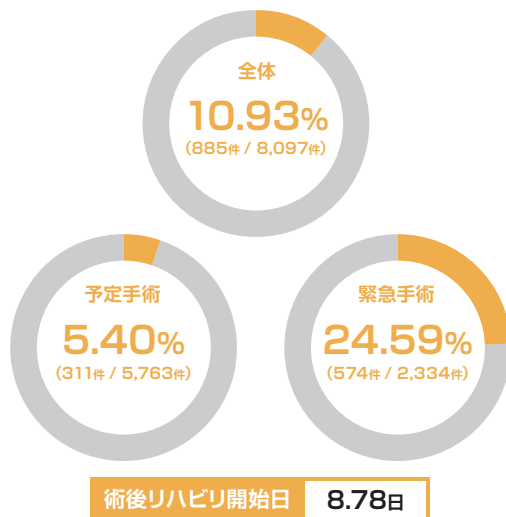
※術後中心静脈注射実施症例とは、術後二日以内に一度でも中心静脈注射を実施した症例

※術後中心静脈注射実施日数は、術後に中心静脈注射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



8-5 予定・緊急手術における術後リハビリ実施率・開始日



■説明

術後早期でのリハビリは、患者 QOL (生活の質) の回復に大きく影響するとされています。

当院の術後リハビリ実施状況を示しました。

■コメント

当院の手術件数にはリハビリ対象外の人が多く含まれ、リハビリの実施件数の割合は少なくなる傾向にあります。また廃用症候群を発症した患者については、廃用症候群は発症後にリハビリを開始するため平均開始日数が大きく変わる可能性があります。

今後も必要に応じて早期リハビリを行うように取り組んでいきたいと考えております。

■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



8-6 予定・緊急手術における術後検査実施率・実施回数

■生化学検査

	当院	ベンチマーク
全 体	66.86% (5,414件/8,097件)	66.93% (170.07件/254.12件)
予定手術	55.75% (3,213件/5,763件)	
緊急手術	94.30% (2,201件/2,334件)	
実施回数	5.66回	6.30回

■CRP検査

	当院	ベンチマーク
全 体	55.87% (4,524件/8,097件)	60.78% (154.46件/254.12件)
予定手術	43.15% (2,487件/5,763件)	
緊急手術	87.28% (2,037件/2,334件)	
実施回数	3.12回	4.23回

■末梢血液検査

	当院	ベンチマーク
全 体	64.75% (5,243件/8,097件)	67.31% (171.05件/254.12件)
予定手術	52.99% (3,054件/5,763件)	
緊急手術	93.79% (2,189件/2,334件)	
実施回数	3.61回	4.45回

■尿・糞便検査

	当院	ベンチマーク
全 体	14.52% (1,176件/8,097件)	20.97% (53.28件/254.12件)
予定手術	9.01% (519件/5,763件)	
緊急手術	28.15% (657件/2,334件)	
実施回数	1.81回	2.30回

■説明

術後検査は治療効果の検証・評価のために重要な役割を担います。
ここでは、術後から退院までの検体検査等の実施回数の状況を示しました。

■コメント

病院の患者構成により、術後検査が必要な患者割合は異なってくるため、一概にはいえませんが、当院はベンチマークより若干低値で、良好な状態であると考えます。

■対象ならびに計算方法

術後検査実施率

分子：手術症例数のうち、①生化学検査、②CRP検査、③末梢血液一般検査、
④尿・糞便検査の術後検査症例数

分母：全手術実施症例数

※術後検査実施症例とは、術後から退院までに一度でも該当検査を実施した症例

※術後検査実施回数は、術後から退院までに該当検査を実施した平均回数



8-7 予定・緊急手術における術前検査実施率・実施回数

	全体	予定手術	緊急手術
生化学検査	28.16% (2,280件 / 8,097件)	17.79% (1,025件 / 5,763件)	53.77% (1,255件 / 2,334件)
CRP検査	18.98% (1,537件 / 8,097件)	5.73% (330件 / 5,763件)	51.71% (1,207件 / 2,334件)
末梢血液一般検査	21.72% (1,759件 / 8,097件)	8.87% (511件 / 5,763件)	53.47% (1,248件 / 2,334件)
尿・糞便検査	10.16% (823件 / 8,097件)	2.50% (144件 / 5,763件)	29.09% (679件 / 2,334件)

■説明

安全な医療を提供するために、術前検査は大変重要です。その一方で、DPCの導入により病院経営の効率化が求められることから、予定手術等の術前検査は外来時になるべく行うようになりました。

ここでは、入院から手術日前日までの検体検査等の実施回数の状況を示しました。

■コメント

予定手術での検査回数を減少することにより、全体の数値の低下が必要であると考えます。

■対象ならびに計算方法

分子：手術症例数のうち、①生化学検査、②CRP検査、③抹消血液一般検査、④尿・糞便検査の検査症例数

分母：全手術実施症例数

※術前検査実施症例とは、入院日より手術日前日までに一度でも該当検査を実施した症例

※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、入院患者様の病名とその症状・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



8-8 予定・緊急手術における術後画像実施率・実施回数

■単純レントゲン

	当院	ベンチマーク
全 体	46.45% (3,761件/8,097件)	53.67% (136.38件/254.12件)
予定手術	33.58% (1,935件/5,763件)	
緊急手術	78.23% (1,826件/2,334件)	
実施回数	2.98回	5.36回

■単純CT/MRI

	当院	ベンチマーク
全 体	18.60% (1,506件/8,097件)	21.15% (53.74件/254.12件)
予定手術	8.92% (514件/5,763件)	
緊急手術	42.50% (992件/2,334件)	
実施回数	3.77回	3.33回

■核医学

	当院	ベンチマーク
全 体	1.94% (157件/8,097件)	1.16% (2.95件/254.12件)
予定手術	1.87% (108件/5,763件)	
緊急手術	2.10% (49件/2,334件)	
実施回数	1.25回	1.09回

■説明

手術の効果の確認や医療安全のために、術後に画像で確認を取ることは重要です。ここでは、術後から退院までの単純レントゲン、CT/MRI、核医学検査の実施割合を示しました。

■コメント

ベンチマークと比較して当院は若干低値であり、良好な状態と考えます。

■対象ならびに計算方法

分子：手術症例数のうち、①単純レントゲン、②単純CT/MRI、③核医学の症例数

分母：全手術実施症例数

※実施症例数とは、術後から退院までに一度でも該当画像診断を実施した症例

※単純レントゲン実施回数は、術後にレントゲンを実施した回数。レセプト電算コード単位に行為回数(Eファイル回数)をカウントし、レセプト電算コードの中で最大の行為回数を回数とする

※単純CT・MRI実施回数は、術後に該当画像を実施した回数。レセプト電算コード単位に行為回数(Eファイル回数)をカウントし、その合計値を回数とする



8-9 予定・緊急手術における術前画像実施率・実施回数

	全体	予定手術	緊急手術
単純レントゲン	0.06% (5件 / 8,097件)	0.02% (1件 / 5,763件)	0.17% (4件 / 2,334件)
単純CT/MRI	0.05% (4件 / 8,097件)	0.00% (0件 / 5,763件)	0.17% (4件 / 2,334件)
核医学	0.00% (0件 / 8,097件)	0.00% (0件 / 5,763件)	0.00% (0件 / 2,334件)

■説明

入院時における過度な検査は病院経営を揺るがすことになりかねません。患者の費用負担と病院経営を両立させるためには、術前検査の外来化を推進する必要があります。

ここでは、入院から手術日前日までの単純レントゲン、CT/MRI、核医学検査の実施割合を示しました。

■コメント

予定手術における検査回数を0件を目指し、術前検査の外来化を進めていきたいと考えます。

■対象ならびに計算方法

分子：手術症例数のうち、①～③の症例数

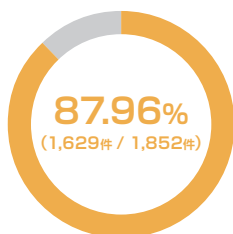
分母：全手術実施症例数

※単純レントゲン実施回数は、術前(入院～手術前日)にレントゲンを実施した回数。レセプト電算コード単位に行為回数(E ファイル回数)をカウントし、レセプト電算コードの中で最大の行為回数を回数とする

※単純CT・MRI実施回数は、術前に該当画像を実施した回数。レセプト電算コード単位に行為回数(E ファイル回数)をカウントし、その合計値を回数とする



9-1 手術患者における静脈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(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

国立病院機構における医療の質評価・公表推進事業における臨床評価指標¹⁾の参加施設の平均値は92.8%であり、当院は87.96%という低い結果になりました。データの入力方法や集計にバラつきがあり、より精度の高いものにしていくため、データの入力方法および集計の見直し・統一の周知徹底が必要です。

■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、用量調節フルファリン)が処方された患者数

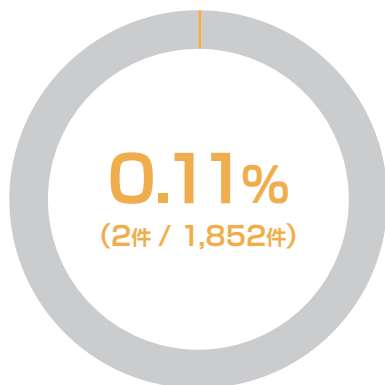
分母:肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数(15歳未満の患者は除く)

■参考文献

1)平成24年度医療の質評価・公表推進事業における臨床評価指標
http://www.hosp.go.jp/treatment/cnt1-0_000467.html



9-2 手術における静脈血栓塞栓症発症率



■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塞栓症(静脈血栓症)が大きく関与しているといわれています。深部静脈塞栓症(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。深部静脈塞栓症(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

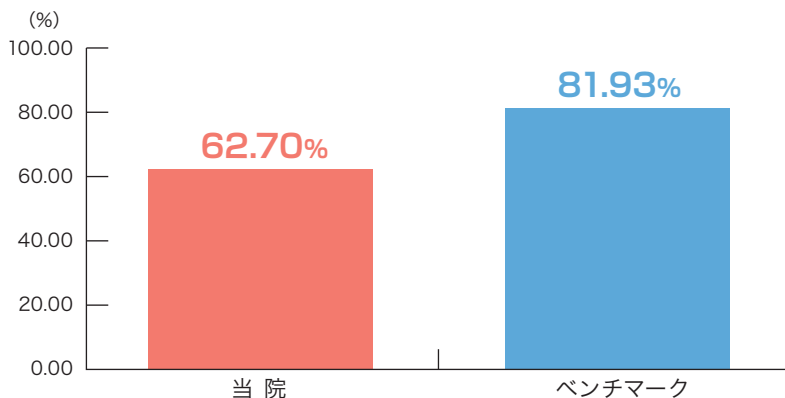
当院の深部静脈塞栓症(静脈血栓症)発症率は0.11%でした。当院では予防の一助として術後の早期離床を進めています。

■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち、入院期間中に深部静脈塞栓症(静脈血栓症)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)



9-3 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生じやすく、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

今回当院は62.7%と非常に低い結果となりました。しかしデータの入力方法・集計にバラつきがあり、より精度の高いものにしていくため、データの入力方法および集計の見直し・統一の周知徹底が必要です。

■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)



10 外保連手術指数

12.26

■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算(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

厚生労働省から出されている計算方法および外保連手術試算を基に当院独自に外保連手術指数を計算しました。2012年の診療報酬改定ではDPCII群病院の基準値は14.69(外保連試算第8版による計算)でした。外保連試算(第8.2版)では第8版と比較して全体的に指数は下がっているものの、今回の数値は低い数値であると考え、今後手術指数の低い手術は外来手術へ移行するなどの対策を考える必要があります。

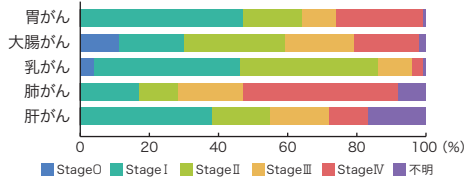


1 初発の5大がんのUICC病期分類別患者数ならびに再発患者数

■5大がん別 初発・再発患者数

全体	初発	再発	合計
胃がん	208	10	218
大腸がん	236	31	267
乳がん	143	21	164
肺がん	150	38	188
肝がん	53	47	100

■5大がん別UICC病期分類別（パーセンテージ）



■初発患者における5大がん別UICC病期分類別患者数

全体	Stage 0	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明	合計
胃がん	0	98	35	20	51	4	208
大腸がん	25	44	69	48	46	4	236
乳がん	6	60	57	14	5	1	143
肺がん	0	25	16	29	68	12	150
肝がん	0	20	9	9	6	9	53

■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

南勢志摩地域を担当するがん診療拠点病院として、この地域にお住まいの多くの患者の治療を担っております。病期が早いがんほど治癒率は高くなります。

■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表します。また「M(metastasis)」は、他の臓器などへの転移があるかどうかを表します。「TNM分類」の結果により、がんの「病期分類（ステージ分類）」が決定されます。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しますが、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

がん種別	症例数	手術件数	手術内容	手術件数
胃癌	334	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
乳癌	209	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(腋窩鏡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
大腸癌	412	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
			肝癌	71
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			
肺癌	256	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

■説明

当院は伊勢志摩地区における唯一のがん診療連携拠点病院であり、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

治癒を目的とした手術が行われますが、症例によってはより侵襲の少ない内視鏡的切除術・腹腔鏡下切除術・縮小手術などが行われています。

■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集計)



3 放射線治療件数

307件

■説明

放射線治療は現在、手術・化学療法(抗がん剤)と並ぶ、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抑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

当院は現在非常勤の放射線治療医師3名で放射線治療を実施しており、実患者数としては年間300名を超える実績をあげております。今後常勤の放射線治療医師が配置されれば患者数の増加が期待されます。



4 がん化学療法 (がん種別レジメン・上位5件)

胃がん	レジメン名称	件数	大腸がん	レジメン名称	件数
1	TS-1+CDDP	110	1	mFOLFOX6	237
2	TS-1+PTX	52	2	FOLFIRI(ポンプ)+ペバシズマブ	101
3	weekly PTX	52	3	mFOLFOX6+ペバシズマブ	97
4	Byweekly CPT-11+CDDP	47	4	FOLF0X4	52
5	TS-1+DOC	20	5	mFOLFOX6+パニツムマブ	49

肺がん	レジメン名称	件数	肝胆膵がん	レジメン名称	件数
1	アリムタ	119	1	GEM	296
2	アリムタ+CBDCA	91	2	TS-1+GEM (1,8)	117
3	VNR	79	3	TAI(DOX)	84
4	DOC	67	4	TS-1+GEM (1,15)	50
5	アリムタ+ペバシズマブ	56	5	GEM+CDDP	34

乳がん	レジメン名称	件数	泌尿器がん	レジメン名称	件数
1	術後トラスツマブ	280	1	MMC 膀胱内注入	68
2	AC	134	2	GC	52
3	Weekly PTX	117	3	テムシロリムス	46
4	Weekly PTX+トラスツマブ	67	4	TC	31
5	DOC(術後)	66	5	DOC	23

婦人科がん	レジメン名称	件数	血液腫瘍	レジメン名称	件数
1	TC	141	1	リツキシマブ	310
2	ノギテカン	17	2	CHOP	192
3	CPT-11	17	3	ホルテソミブ	69
4	RT+CDDP	7	4	アザシチジン	60
5	DOC	5	5	THP-COP	35

■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。

■コメント

胃がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、肝胆膵がんとも診療ガイドラインに従った治療が行われています。肺がんでは高齢の患者が多いため、副作用の少ないアリムタを基本としたレジメンの使用が上位を占めています。

■対象ならびに計算方法

主要ながんの種類別に、抗がん剤の組合せをカウントし、上位5位を記載



1 脳血管障害症例における平均在院日数

21.65日

(症例数852件)

■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を示したものです。

■コメント

発症早期での正確な診断・治療、リハビリテーションに努め、患者の早期社会復帰を目指します。更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います。病院情報局¹⁾に掲載されています2009年度版 脳卒中退院患者数ランキング上位200のDPC対応病院の平均在院日数から算出した平均値は21.4日です。よって、当院の平均在院日数は、脳卒中を得意とする全国の病院の平均レベルであると考えられます。

(参考：2009年度 当院(旧山田赤十字病院)は115位で、平均在院日数19.6日)

■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I60～68、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

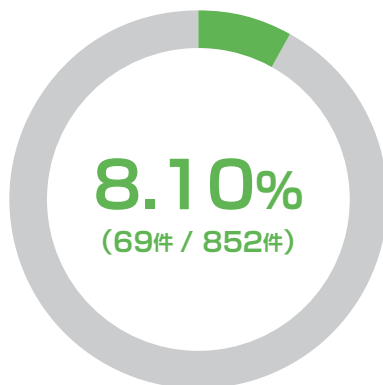
■参考文献

1) 病院情報局

<http://hospia.jp/wp/archives/1934/>



2 脳血管障害症例における入院死亡率



■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

死亡症例69件中、入院時のJSC (Japan Coma Scale) の意識障害のレベルがⅢ群：刺激しても覚醒しないであった患者が41件と半数以上を占めていました。もともと重症な症例が転帰が不良であることを反映していると考えます。

■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)

傷病名	ICD-10コード	発症日から	症例数	平均在院日数	平均年齢	転院率
一過性脳虚血発作および関連症候群	G45\$	3日以内	46	4.61	70.60	0.00%
脳梗塞	I63\$	3日以内	443	23.26	75.50	39.10%
		その他	24	24.88	73.50	33.30%
脳実質外動脈の閉塞および狭窄、 脳梗塞に至らなかったもの	I65\$	3日以内	8	14.63	76.30	0.00%
		その他	52	8.10	71.60	0.00%
脳動脈の閉塞および狭窄、 脳梗塞に至らなかったもの	I66\$	3日以内	4	15.00	71.50	0.00%
		その他	9	7.67	70.20	0.00%
もやもや病<ウリス動脈輪閉塞症>	I675	3日以内	4	11.75	42.50	0.00%
脳血管疾患、詳細不明	I679	3日以内	1	5.00	77.00	0.00%
総計			591	20.02	74.30	30.60%

■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

脳梗塞だけでなく、脳梗塞までには至らなかった一過性脳虚血発作や頭頸部動脈の閉塞または狭窄に関しても、当院では積極的に精査入院・治療を開始することで脳梗塞発症予防につなげています。

■対象ならびに計算方法

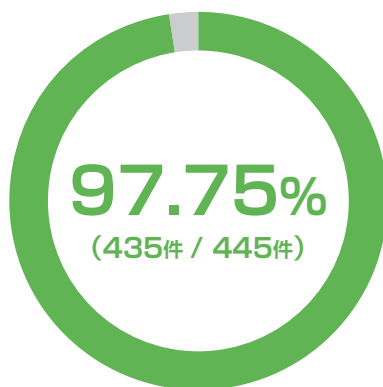
最も医療資源を投入した傷病名の脳梗塞ICD10の上3桁での集計

※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

当院では入院翌日までにCTもしくはMRIを施行するよう努めております。以前通っていた病院にて、すでにCTやMRIを撮影されて当院に入院している可能性もあり、以前の病院での検査をどのように評価をするかが今後の課題です。

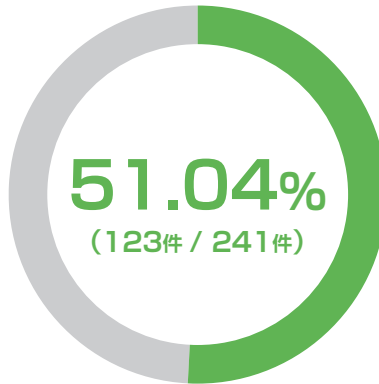
■対象ならびに計算方法

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



■説明

脳梗塞の後遺症によって起こる廃用症候群(筋萎縮、筋力低下、関節拘縮、肺炎、褥瘡、抑うつなど)の発生を防止するため、早期のリハビリテーションが重要な役割を果たします。また、高頻度・高強度のリハビリテーションは、麻痺の機能回復、運動学習効果の改善に効果的であると言われ、発症早期からリハビリテーションを開始することが重要です。

■コメント

当院では可能な限り急性期リハビリテーションを行っています。リハビリテーション困難な全身状態不良の患者やリハビリテーションが不要な軽症例の患者も入院するため、上記の数値となったと考えられます。

■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

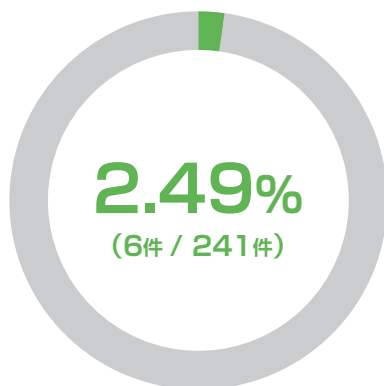
分母：急性脳梗塞で入院し、リハビリテーションを受けた退院患者数

※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



3-4 急性脳梗塞患者における入院死亡率



■説明

近年の薬物治療の進歩により、急性脳梗塞の救命率は大幅に改善されてきています。しかし、急性脳梗塞が死に至りうる重篤な疾患であることに変わりはありません。脳梗塞を早期に診断し、迅速かつ適切に脳梗塞の治療を行うことにより、死亡率の低下につなげることができます。

■コメント

脳梗塞は発症時に軽症であってもその原因によっては後に重症となる症例が存在します。0%を目指し、原因の早期診断、早期治療に努めていきます。

■対象ならびに計算方法

分子：分母のうち退院時転帰が「死亡」の患者数

分母：急性期脳梗塞(発症3日以内)の患者数

※急性期脳梗塞の患者とは、「脳梗塞」の発症時期が急性期(発症3日以内)であった退院患者数。ただし、JCS(Japan Coma Scale)で意識障害のレベルが「O(無)」あるいは「I群：覚醒している」の患者を対象とする。ただし、「脳動脈の塞栓症による脳梗塞」、「脳幹梗塞」、「出血性脳梗塞」のうち、いずれか一つ以上該当する傷病がある患者は除外



1 急性心筋梗塞症例における平均在院日数

17.79日
(2,152日 / 121件)

■説明

急性心筋梗塞で入院された患者がどのくらいの期間で退院されたかを示しています。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ています。

■コメント

早期離床、早期退院及び再発防止、心機能の改善、健康寿命の延長、冠動脈疾患の危険因子の是正を目的にスタッフが一丸となり取り組んでいます。

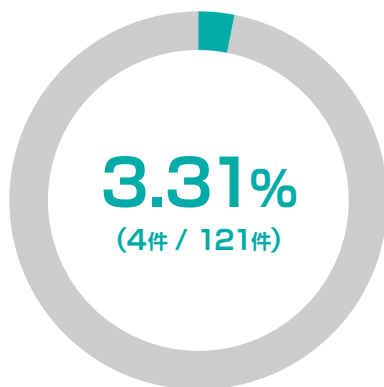
■対象ならびに計算方法

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入院死亡率



■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ています。

■コメント

急性心筋梗塞症例に対し、迅速な血行再建術及び適切な内服加療、包括的な心臓リハビリテーションにより同一入院期間内の死亡0を目指しています。

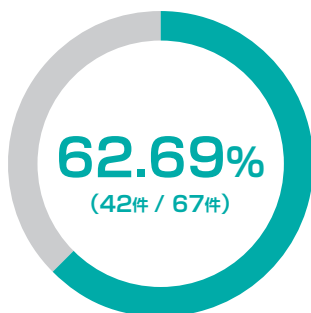
■対象ならびに計算方法

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



■説明

PCI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。

急性心筋梗塞の治療には、発症後早期にPCI(経皮的冠動脈形成拡張術)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(PCI)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、より短縮できるように検討を重ねています。その結果昨年と比較し、県内トップクラスのDoor to Balloon timeの短縮が得られました。

■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

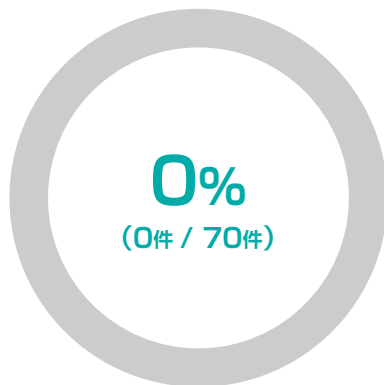
■参考文献

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

当院では県内トップ数の急性心筋梗塞患者を受け入れており、各症例に対し経験豊富な循環器専門医が治療を行っています。

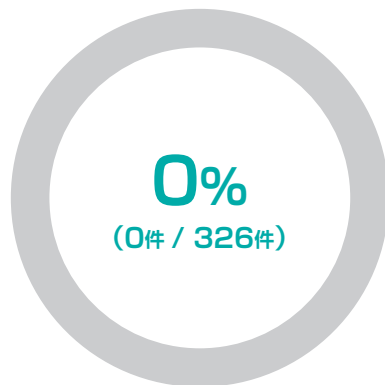
■対象ならびに計算方法

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、当院においても本年は該当症例はありませんでした。

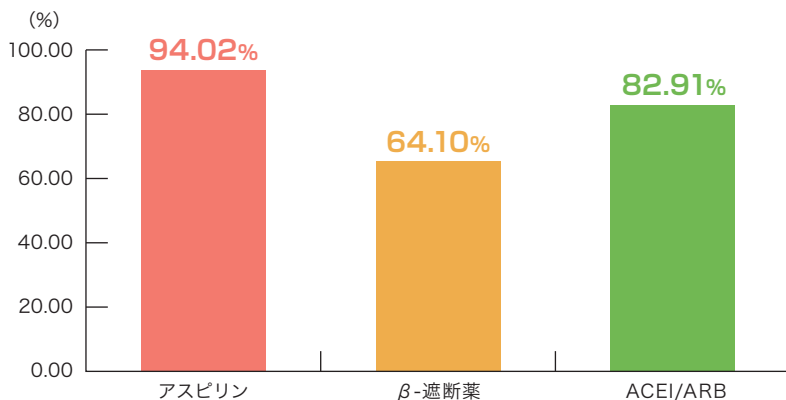
■対象ならびに計算方法

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(発症から30日以上経過した慢性期の心筋梗塞)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

当科ではPCIもさることながら生命予後や退院後の有害事象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

25.61日

(症例数152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(冠動脈のPCI等)の進歩により、より重症例が外科的対象となってきたり、また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

29.34日

(症例数95件)

■説明

患者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。一般に重症患者、高齢者、透析患者、緊急、大動脈疾患患者や再手術患者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、当院では重症患者や超高齢患者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）

重症度	症例数	平均在院日数	平均年齢
軽症	24	9.79	48.0
中等症	146	18.41	78.2
重症	61	21.18	82.5
超重症	29	20.55	82.0
合計	260	18.50	76.8

■説明

成人（15歳以上）の肺炎患者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

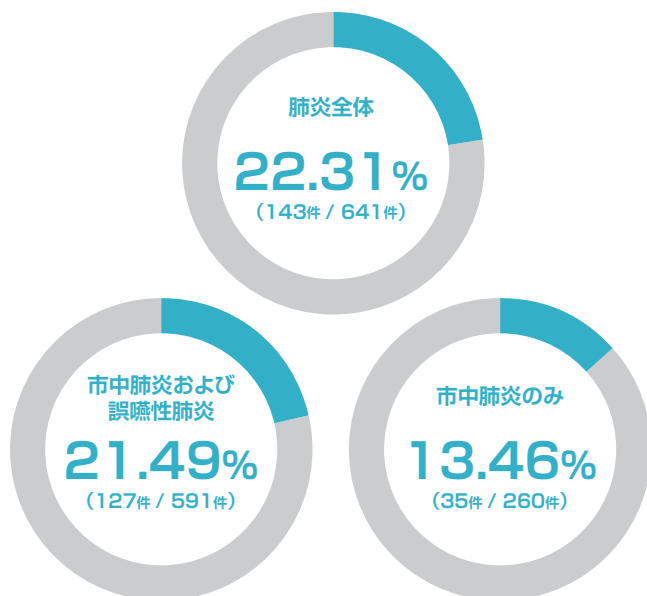
中等症から超重症患者の平均年齢は75歳以上であり高齢の患者が多い中で、平均在院日数を少なくし死亡率を抑えるためには初期治療が重要であると考えます。超重症患者が少ないことは、地域の開業医での初期対応が良好に行われているためと考えます。

■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



■説明

肺炎はわが国の死亡統計でも死因の第4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り、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あります。肺炎患者の死亡率は全体で22.31%、市中肺炎および誤嚥性肺炎で21.49%、市中肺炎のみで13.46%となりました。当院での初期治療だけでなく、開業医における初期対応の良さがうかがえます。

■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

1.19日

■説明

入院から抗菌薬投与開始まで何日必要としたかを示しています。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1.19日と、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)

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%
8	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	セフェピム	2	0.67%
8	硫酸セフピロム	2	0.67%
8	モベンゾシン	2	0.67%

■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に従ってスルバシリン、セフトリアキソンナトリウム、ゾシンを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

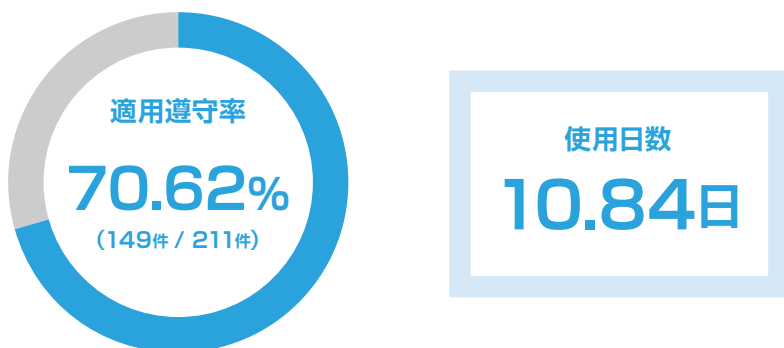
様式1「入院の契機となった傷病名」が市中肺炎の15歳以上症例に対する、初回に使用した抗菌薬の組合せを症例数が多い順に並べた。

※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。



1 MRSA用薬剤 適用遵守率、使用日数



■説明

MRSAは抗菌薬のひとつであるメチシリンに対する耐性をもった黄色ブドウ球菌であり、治療が困難なケースが多いため迅速な治療が必要となります。ここではMRSA用薬剤を使用した症例とMRSAに感染している症例に着目しました。

■コメント

当院では抗MRSA用薬剤適用遵守率が70%、使用日数は2週間以内です。抗MRSA用薬剤の適正な使用を推奨するよう努力していきます。

■対象ならびに計算方法

分子:MRSA 症例数

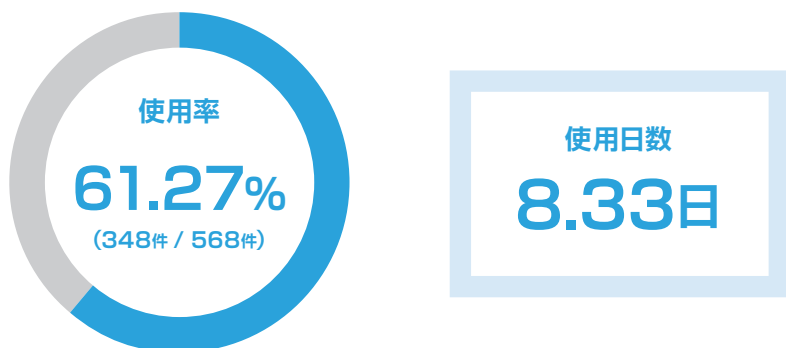
分母:MRSA 用薬剤使用症例数

※MRSA 用薬剤使用日数=1入院中に使用した日数

※MRSA 症例=様式1における病名のいずれかにMRSA病名があった症例



2 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

当院では、約6割の患者に対して使用されていました。

■対象ならびに計算方法

分子：エダラボン使用症例数

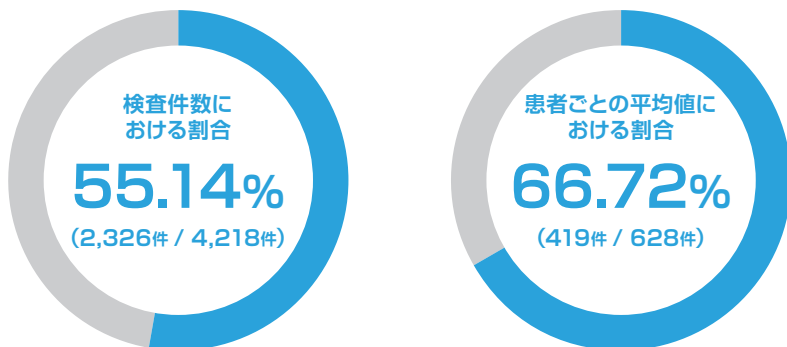
分母：脳梗塞症例数

※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



3 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 ≤ RT-INR ≤ 3.0)を維持している割合が指標となります。

■コメント

今回の結果はもっと改善させる必要があります。具体的な例として、外来受診の間隔を短くしたり、症例によっては新規抗凝固薬に変更する等々対応を行っていきます。

■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

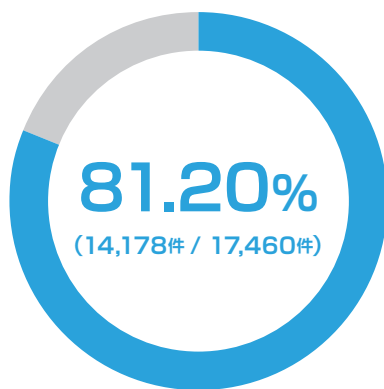
分子：過去1年間に外来処方ワルファリンをオーダされた患者で過去1年間の外来PT-INR検査結果の平均値が $1.6 \leq \text{PT-INR} \leq 3.0$ の件数

3

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）



4 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、入院患者の薬歴管理と服薬指導を介して、患者の薬物療法への認識を向上させ、また患者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81.20%と高く、患者の薬物療法への積極的な関与および医薬品の適正使用に大きく関与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



1 血液製剤

C/T比
RCC(人赤血球濃厚液)

1.19

■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

今回の結果は対象が待機的手術例のみでなく、病院全体での輸血となっています。輸血量(T)と準備輸血量(C)でC/T比を算出しました。今後MSBOSでの評価ができる集計を行う予定です。

■対象ならびに計算方法

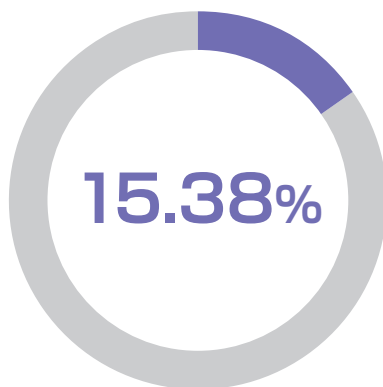
分子:血液製剤を準備した数
分母:血液製剤を使用した数

■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>



1-1 血液培養提出率（入院患者全体）



■説明

血液培養とは、菌血症（血液中に細菌がいること）を調べる検査です。血液培養検査は感染症診療における迅速正確な診断と適切な抗菌薬治療選択のために大きな役割を持っています。

■コメント

適切に血液培養がオーダされているかを示す指標として、血液培養提出率と陽性率があり、アメリカの教育病院では以下の範囲にあるのが望ましいとされています¹⁾。

血液培養提出率：10.3–18.8%（1,000患者・日あたり103-188検体）

血液培養陽性率：5–15%

上記指標において、今回の当院の結果は望ましいとされる範囲内であることがいえます。

■対象ならびに計算方法

分子：血液提出数

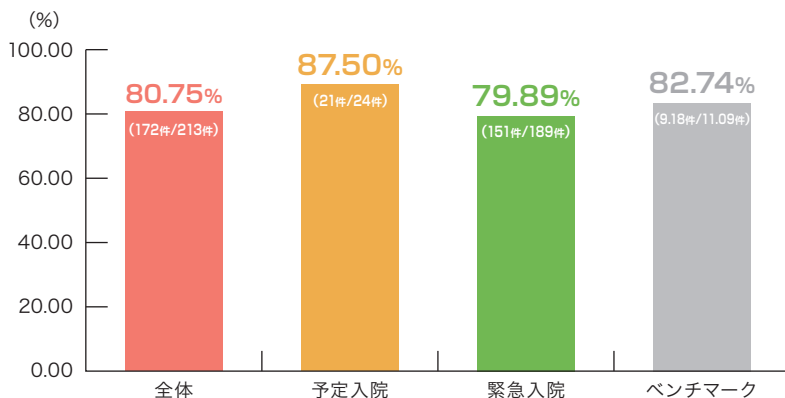
分母：入院患者全体

■参考文献

1) CUMITECH 1C 血液培養検査ガイドライン



1-2 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因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、起因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

比較病院に比べ、件数が当院ではかなり多いですが、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としては同程度と考えられます。

■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、入院患者様の病名とその症状・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



1 管理栄養士の地域訪問件数

出張回数

74件

指導人数

182名

■説明

地域医療支援病院として、地域の医療機関で雇用できていない管理栄養士を当院から派遣することで、地域の医療機関を支援する活動を行っております。当院の管理栄養士が各医院に出向き栄養指導を行い、病態の良化を図ったり、当院の患者を地域の医療機関に逆紹介をした後も栄養指導を継続できるようフォローを行っています。

■コメント

平成24年度は出張回数74回、栄養指導人数は182人となりました。

指導を行った患者の半数以上の検査値が良化し地域の医療機関から大変好評を得ています。

平成25年度は薬剤師とリハビリスタッフが同行し一層充実した指導行っています。

■対象ならびに計算方法

出張回数：当院の管理栄養士が地域の医療機関に行った回数

指導人数：当院の管理栄養士が地域の医療機関の依頼の元に指導を行った患者の人数



2 がん専門看護師の地域訪問件数



38件

■説明

当院では、緩和ケアや化学療法の特門の看護師が、訪問看護師と共に患者の自宅を訪問し、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、がん患者や患者の家族が、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

患者の自宅に、専門看護師や認定看護師が訪問看護師と一緒に何う「同一日訪問・同行訪問」を実施出来ている病院の割合自体がまだわずか6%(204/3,392病院)です¹⁾。当院では以前から継続的なケア提供や地域の他施設との連携のため、がん患者の同行訪問活動に取り組んでまいりました。このような看護師の院外活動を今後もさらに推進していきたいと考えます。

■対象ならびに計算方法

当院のがん専門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



3 NST実施件数

3,275件

■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回診件数の増加のため、電子カルテによる栄養管理システムの構築、検査値によるスクリーニングの導入、NST医師の増加、専任メンバーの確保等を推進した結果、回診件数は飛躍的に増加しました。しかしながら、回診件数3,275件であるのに対し、栄養サポートチーム加算の算定件数は2,425件(74%)でした。算定できなかった理由は様々ですが、本人(認知症等で説明不可)および家族に栄養方針を説明できなかったことが最大の理由と考えています。今後はリンクナース(専門チームや委員会と病棟看護師をつなぐ役割を持つ看護師)等の協力を得て、算定件数を増加していく必要があると考えています。また、院内研修、連日の回診等で栄養管理の必要性について啓蒙活動し、入院患者の低栄養を撲滅するために取り組んでいます。

■対象ならびに計算方法

NSTラウンドを行った延べ患者数



4 褥瘡チーム実施件数



369件

■説明

当院の褥瘡対策チームは、皮膚科・形成外科医、看護師、管理栄養士、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

今回当院の実施件数は369件でしたが、今後チームの連携を深めるとともにさらに多くの患者のラウンドを行うことで褥瘡の発生を予防し、持ち込みの褥瘡等に対しては早期の治癒を目指し適切な治療に取り組んでいきたいと考えております。

■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

医療機器	2,652件
CT	1,507件
MRI	970件
RI	49件
PET/CT	30件
超音波検査	21件
脳波検査	5件

■説明

当院では地域医療支援病院として、地域の医療機関にCT・MRI・RI等の機器を日々の診療に有効活用していただくため共同利用を行っています。

■コメント

今回の結果では、検査対象症例が多く、かつ診療所などでは設備整備が困難なCTとMRIが全体の9割以上を占めていました。



6 地域連携クリニカルパスの件数

大腿骨骨折地域連携
クリニカルパス

150件

脳卒中地域連携
クリニカルパス

194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

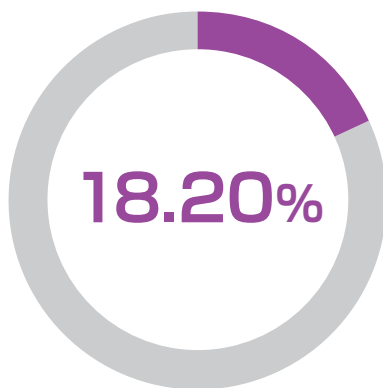
当院では、現在2種類のパスを地域医療機関と共有して用いており、平成24年は合わせて約350件が適応となりました。今後は、地域完結型医療を目指し、当院が主体となってさらなるパスの開発・推進を行うことで、医療機関同士の連携体制の強化と地域医療水準の向上を目指していく必要があります。

■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

重症度、医療・看護必要度とは、「入院患者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割合が高いということは、重症な患者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となります。

■コメント

重症度、医療・看護必要度を看護職の人員配置を検討する際の資料として活用し、看護の必要量に応じて十分な看護師が配置できるように看護管理を行っています。

■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



2 入院患者の転倒・転落発生率、損傷発生率

転倒・転落発生率

0.24%

損傷発生率

0.0004%

■説明

患者の状態や疾患、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

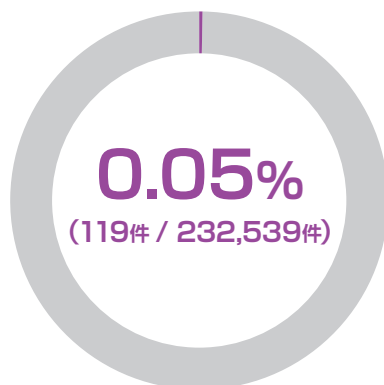
当院では全患者に転倒・転落のアセスメントを行い、リスクの高い患者には予防策を立案し対応しています。また、転倒・転落が発生した時には原因や要因を分析し、予防への取り組みを効果的に行えるように取り組んでいます。

■対象ならびに計算方法

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



3 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0.05%という結果でした。今後0%を目標とし、高齢の患者や重症度の高い患者が増える中、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

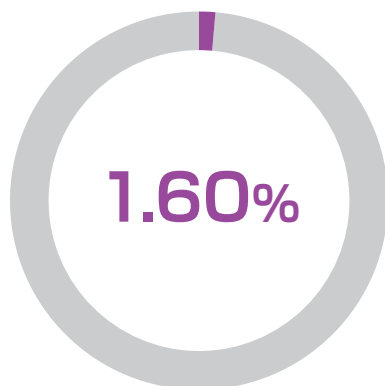
分子：褥瘡対策に関する治療計画書において、NPUAPの分類にてStageⅡ以上、もしくはDESIGNでd2以上と判断された院内の新規発生の褥瘡を有する患者数
分母：入院延べ患者数

※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。



4 褥瘡推定発生率



■説明

院内で新規に発生した褥瘡患者の推定比率です。
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

日本褥瘡学会における一般病院の褥瘡推定発生率は1.31%(2006年)でした。今回当院の褥瘡推定発生率は1.60%であり、一般病院の値より多い結果となりました。70歳以上の患者が入院患者の半数近くを占める中で、褥瘡対策チームの連携をより一層深め褥瘡対策を多方面からアプローチし、効率的な治療・対策を行うことで発生率の減少に取り組んでいきたいと考えます。

■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

※院外発生した褥瘡であっても、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



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



120.0%

■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双方の希望を踏まえて、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

良質な医療を提供するための大きな要素として、優れた人材確保が挙げられます。当院はありがたいことにここ数年100%を上回る結果となっておりますが、今後も研修医に選ばれる医療機関であるべく、ソフト・ハードの両面からの改善・工夫をしていく必要があります。

■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

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3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5～6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きています。

■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

0.7人

■説明

初期臨床研修医の研修では、いわゆる「屋根瓦方式」と言い、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(後期研修医)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 看護師の教育歴

最終学歴	
博士	0人
修士	5人
大学	30人
短期大学	33人
その他	565人

基礎教育		
大学	赤十字	28人
	その他	95人
短期大学	赤十字	2人
	その他	20人
専門学校	赤十字	297人
	その他	91人
2年課程進学コース		100人

■説明

少子高齢化や疾病構造の変化、医療の高度化、チーム医療の推進など、看護・医療を取り巻く状況の変化により、看護職に求められる能力・需要が増大しています。看護師が役割を果たすために必要な知識・技術は多岐にわたり、その基礎となる看護教育のあり方は重要であると考えられます。当院においても就職後各種一般大学を卒業し学位の資格を取得したりしているスタッフもいますが、ここでは上記の観点から看護に関する教育歴について評価します。

■コメント

看護職人の一人ひとりが、専門職としての自分の目標を明確にし、やりがいと達成感を持ちながら、自らキャリアを形成していけるよう、組織の教育提供体制及び教育内容を充実させています。

■対象ならびに計算方法

[看護系の学校の最終学歴(各年10月1日時点)]

※一般大学は含まない

※就職時の学歴ではなく、各年10月1日時点での看護系の最終学歴とする

[常勤看護師数(各年10月1日時点)]

※「常勤看護師」の範囲について、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



4 看護師の平均勤続年数(全体平均)

11.3年

■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

当院では看護師の継続教育に長年力を入れてまいりました。看護師の教育キャリア開発ラダーシステムを導入することにより、人と組織の目標の統合を図り、各人の希望に基づく看護職員として将来の目標と必要とされる能力開発を進めます。看護部職員一人ひとりが自己の目標を明確にして、やりがいと達成感を味わうとともに看護職として成長することを目指しています。

三重県の看護師の平均勤続年数：女性看護師6.7年、男性看護師4.1年(平成12年度賃金構造基本統計調査)と比べると、当院の勤続年数は長いようです。病院では仕事とライフイベントの調和・調整を図り、自分らしい働き方で仕事が継続できるように支援しています。

■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。