

## 1. 病床稼働率

<b>概要</b>	<p>一般病床の運用の効率化を表す指標。</p> <p>「病床稼働率」は、病院収入を見るための指標のひとつで、病床が入院患者によってどのくらいの割合で満たされていたのかを示すために用いられます。いわゆる入院ベッドの運用状況を見るための尺度とも言えます。</p> <p>当院では、急性期医療を担っており、救命救急センター機能を維持するための空床確保も含め、常に利用可能な病床を確保しておく必要もあり、指標の評価には注意が必要です。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>病床稼働率</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>病床稼働率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>81.5%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>84.1%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>73.4%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>76.7%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>74.9%</td></tr></tbody></table>	年度	病床稼働率	2018年度	81.5%	2019年度	84.1%	2020年度	73.4%	2021年度	76.7%	2022年度	74.9%
年度	病床稼働率												
2018年度	81.5%												
2019年度	84.1%												
2020年度	73.4%												
2021年度	76.7%												
2022年度	74.9%												
<b>解説</b>	<p>1年間の一般病床における病床稼働率。</p> <p>以下の式で算出。</p> $\text{病床稼働率} = (\text{「延べ入院患者数」} \div \text{「延べ稼働病床数」}) \times 100$ <p>2020年度、2021年度、2022年度の病床稼働率の低下は、コロナ対応のための空床確保などの影響によるものです。</p>												

## 2. 平均在院日数

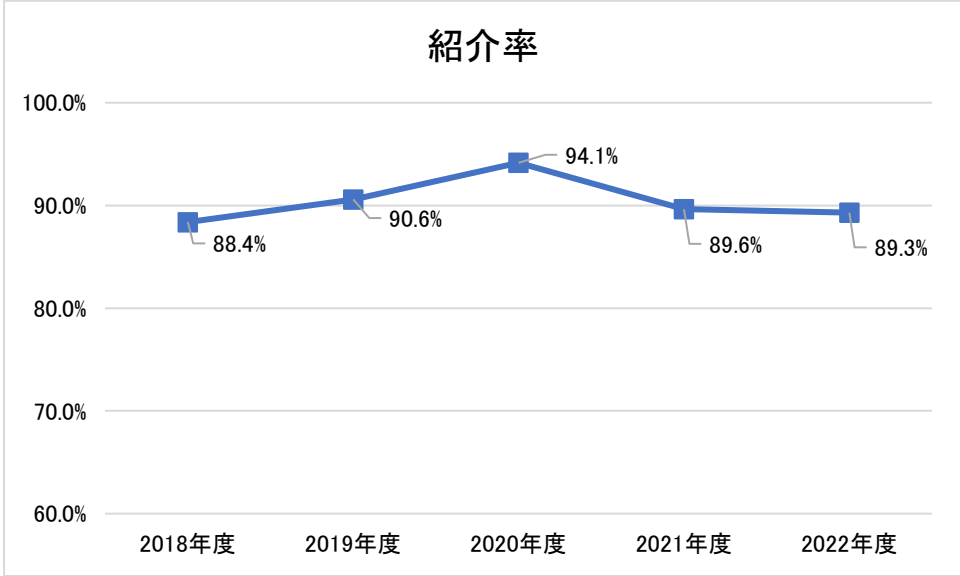
<b>概要</b>	<p>患者さんが一般病床に平均何日間入院しているかを表す指標です。患者さんの重症度や疾病により違いがあるため単純に比較することはできませんが、医療の質の確保と効率化が高いレベルで達成されるほど、平均在院日数は短縮されるとされています。例えば、病床稼働率が上昇し、平均在院日数が短縮している場合は、地域の医療機関等との連携により急性期医療が効率的に行われていることを示します。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>平均在院日数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>平均在院日数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>12.12</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>12.16</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>12.02</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>11.43</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>11.21</td></tr></tbody></table>	年度	平均在院日数	2018年度	12.12	2019年度	12.16	2020年度	12.02	2021年度	11.43	2022年度	11.21
年度	平均在院日数												
2018年度	12.12												
2019年度	12.16												
2020年度	12.02												
2021年度	11.43												
2022年度	11.21												
<b>解説</b>	<p>1年間の一般病床における平均在院日数。 以下の式で算出。 平均在院日数 = 「延べ在院患者数」 ÷ ((「新入院患者数」 + 「退院患者数」) ÷ 2)</p>												

### 3. 後発医薬品使用率

<b>概要</b>	後発医薬品切替可能薬品のうち、実際に消費した後発医薬品の数量が占める割合を表す指標です。後発医薬品の積極的な活用は、患者さんの自己負担医療費の軽減や医療保険財政の改善に資するものとなります。また、この指標により、政府が定める数量シェア目標にどれだけ貢献しているかを示すことができます。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>後発医薬品使用率</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>使用率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>94.9%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>95.0%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>94.7%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>95.4%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>95.0%</td></tr></tbody></table>	年度	使用率	2018年度	94.9%	2019年度	95.0%	2020年度	94.7%	2021年度	95.4%	2022年度	95.0%
年度	使用率												
2018年度	94.9%												
2019年度	95.0%												
2020年度	94.7%												
2021年度	95.4%												
2022年度	95.0%												
<b>解説</b>	<p>1年間の入院における後発医薬品使用率。</p> <p>以下の式で算出。</p> $\text{後発医薬品使用率} = \frac{\text{後発医薬品の数量}}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}) + (\text{後発医薬品の数量})}$ <p>※月毎に算出した後発医薬品使用率の平均値を年度使用率として算出。</p>												

◆担当部署：薬剤部

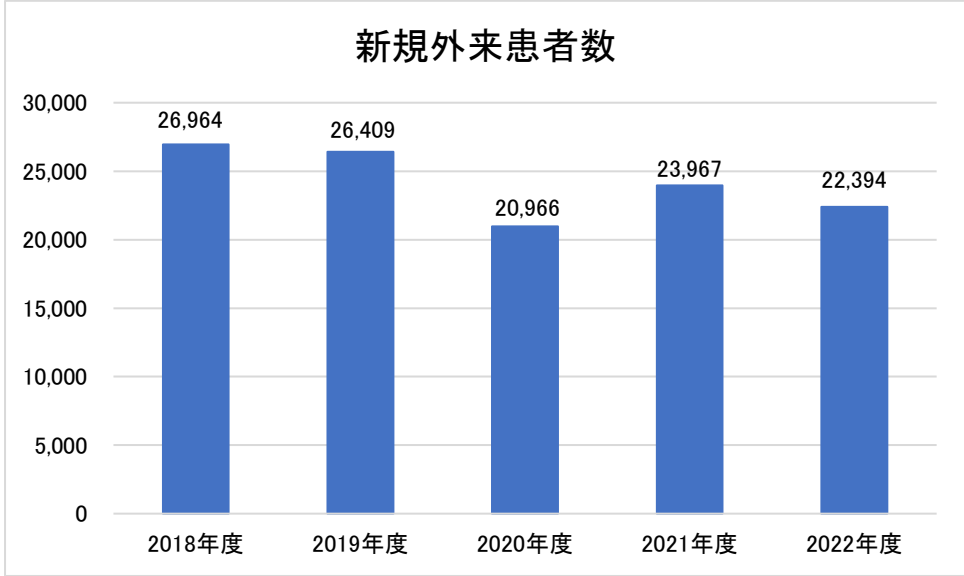
## 4. 紹介率

<b>概要</b>	外来初診患者のうち、他の医療機関から紹介状を持参し受診された患者さんの割合です。紹介率は地域の医療機関との連携・機能分化の指標であり、この指標が高い医療機関は地域の医療機関との連携が強く、患者さんの病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられます。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>紹介率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>紹介率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>88.4%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>90.6%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>94.1%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>89.6%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>89.3%</td></tr></tbody></table>	年度	紹介率	2018年度	88.4%	2019年度	90.6%	2020年度	94.1%	2021年度	89.6%	2022年度	89.3%
年度	紹介率												
2018年度	88.4%												
2019年度	90.6%												
2020年度	94.1%												
2021年度	89.6%												
2022年度	89.3%												
<b>解説</b>	以下の式で算出。 紹介率 = (紹介患者数 + 救急車搬入患者数) ÷ 初診患者数 × 100												

## 5. 逆紹介率

<b>概要</b>	他の医療機関へ患者さんを紹介した割合を表す指標です。地域の医療機関との連携・機能分化の指標であり、この指標が高い医療機関は、患者さんの病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられます。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>逆紹介率</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>逆紹介率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>59.2%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>58.8%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>61.7%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>56.4%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>62.1%</td></tr></tbody></table>	年度	逆紹介率	2018年度	59.2%	2019年度	58.8%	2020年度	61.7%	2021年度	56.4%	2022年度	62.1%
年度	逆紹介率												
2018年度	59.2%												
2019年度	58.8%												
2020年度	61.7%												
2021年度	56.4%												
2022年度	62.1%												
<b>解説</b>	以下の式で算出。 逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診患者数 × 100												

## 6. 新規外来患者数

<b>概要</b>	1年間に新規にIDを取得し、診療録を作成した患者さんの数です。特定機能病院として、より多くの患者さんに高度な医療を受けていただけるよう、地域の病院との連携を強化しています。新規外来患者数は、より多くの患者さんに高度医療を提供していることを示す指標のひとつとなります。												
<b>実績</b>	 <table border="1"><caption>新規外来患者数</caption><thead><tr><th>年度</th><th>新規外来患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>26,964</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>26,409</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>20,966</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>23,967</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>22,394</td></tr></tbody></table>	年度	新規外来患者数	2018年度	26,964	2019年度	26,409	2020年度	20,966	2021年度	23,967	2022年度	22,394
年度	新規外来患者数												
2018年度	26,964												
2019年度	26,409												
2020年度	20,966												
2021年度	23,967												
2022年度	22,394												
<b>解説</b>	1年間に新規にIDを取得し、診療録を作成した患者数です。 診療科単位でなく、病院全体で新規にIDを取得した患者さんの人数で、外来を経由しない新規入院患者さんの数も含まれます。 特定機能病院としての役割を果たすため、地域の病院との連携を引き続き強化していきます。												

◆担当部署：病院管理部

## 7. 二次医療圏外からの外来患者の割合

<b>概要</b>	遠方から来院する外来患者さんを、どの程度診察しているかを表す指標です。患者さんが在住している二次医療圏で対応できない希少疾患に対する特殊治療の貢献度の指標としても用いられます。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>二次医療圏以外からの外来患者割合</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>割合 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>43.1%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>42.9%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>43.5%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>44.0%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>45.6%</td></tr></tbody></table>	年度	割合 (%)	2018年度	43.1%	2019年度	42.9%	2020年度	43.5%	2021年度	44.0%	2022年度	45.6%
年度	割合 (%)												
2018年度	43.1%												
2019年度	42.9%												
2020年度	43.5%												
2021年度	44.0%												
2022年度	45.6%												
<b>解説</b>	各年度1年間の自施設の当該二次医療圏外に居住する外来患者の延べ数を、外来患者の延べ数で除した割合 (%) です。二次医療圏とは、医療法第三〇条の四第二項により規定された区域を指します。												

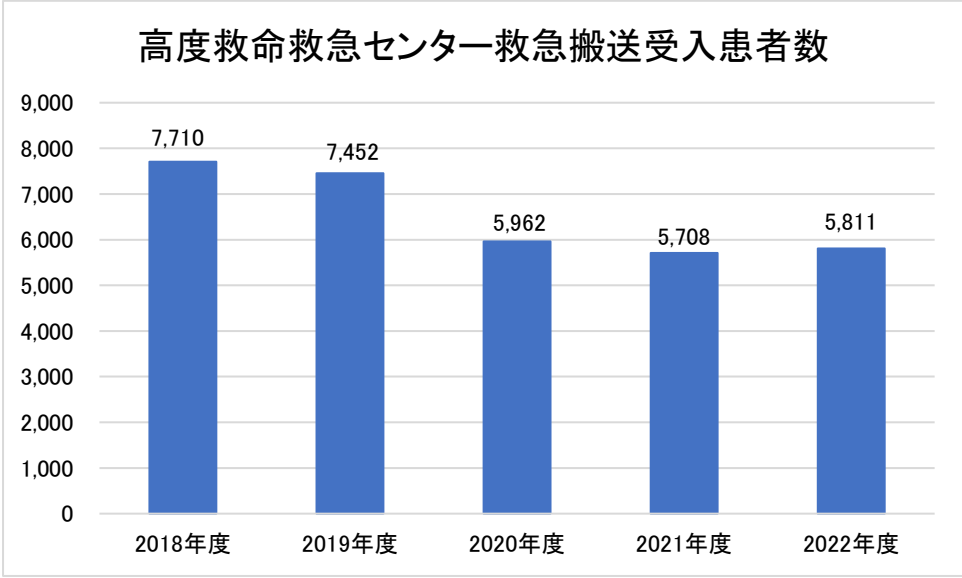
## 8. 初回入院患者数

<b>概要</b>	<p>項目6「新規外来患者数」と同様の考えで、新規に入院診療を行う患者さんの数を示す指標です。入退院を繰り返すことが多い疾患（化学療法など）を数えた入院患者数では、病院に新規の治療で入院した患者数を反映しないため、本項目は、より多くの患者に新たに入院医療を提供していることを表現する指標となります。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>初回入院患者数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>初回入院患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>16,170</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>16,256</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>14,200</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>15,501</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>14,886</td></tr></tbody></table>	年度	初回入院患者数	2018年度	16,170	2019年度	16,256	2020年度	14,200	2021年度	15,501	2022年度	14,886
年度	初回入院患者数												
2018年度	16,170												
2019年度	16,256												
2020年度	14,200												
2021年度	15,501												
2022年度	14,886												
<b>解説</b>	<p>1年間の入院患者さんのうち、入院日から過去1年間に当院での入院履歴が無い入院患者さんの人数です。診療科単位ではなく、病院全体として入院履歴の無い場合に該当します。</p> <p>2020年度、2021年度、2022年度の初回入院患者数の減少は、コロナ対応のための空床確保などの影響によるものと思われます。</p>												

◆担当部署：病院管理部

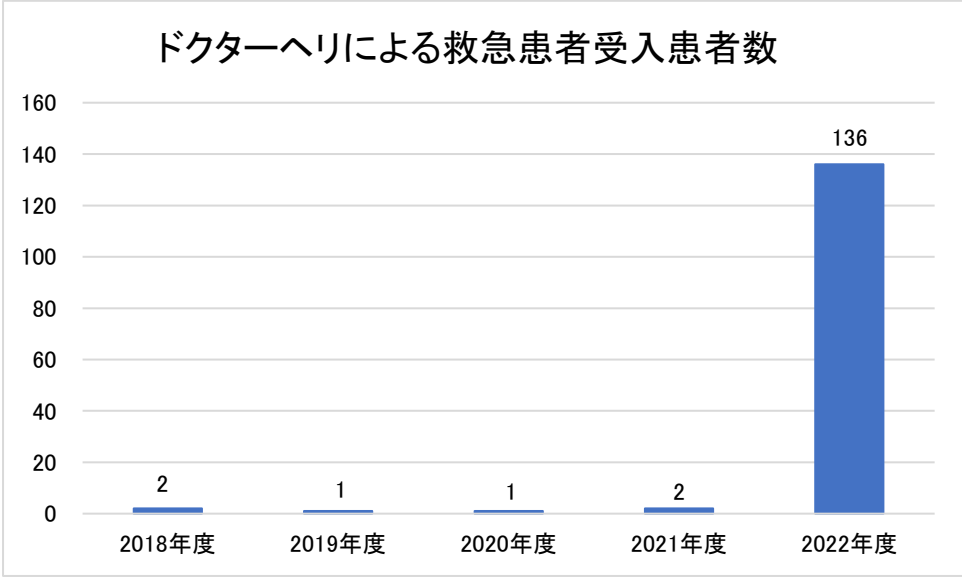


## 9. 高度救命救急センター救急搬送受入患者数

<b>概要</b>	1年間に当院が受け入れた救急車の台数です。救急隊からの搬送の要請に対して、どれだけの救急車を受け入れ出来たかを示す指標で、病院の救急診療を評価する指標となります。また、地域医療への貢献を示す指標にもなります。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>高度救命救急センター救急搬送受入患者数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>7,710</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>7,452</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>5,962</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>5,708</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>5,811</td></tr></tbody></table>	年度	患者数	2018年度	7,710	2019年度	7,452	2020年度	5,962	2021年度	5,708	2022年度	5,811
年度	患者数												
2018年度	7,710												
2019年度	7,452												
2020年度	5,962												
2021年度	5,708												
2022年度	5,811												
<b>解説</b>	1年間に高度救命救急センターに救急搬送され、受け入れた患者数になります。												

◆担当部署：病院管理部

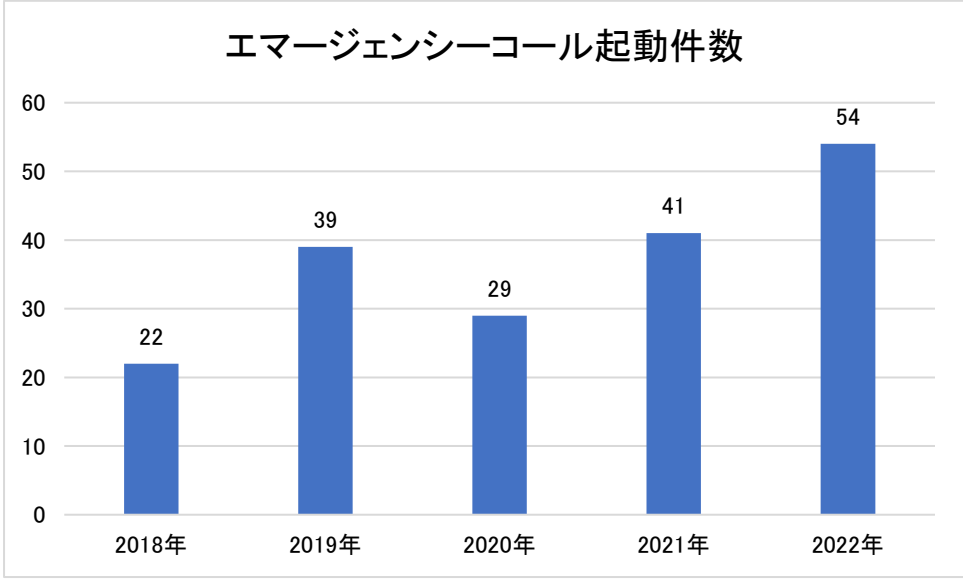
## 10. ドクターヘリによる救急患者受入患者数

<b>概要</b>	<p>1年間に当院が受け入れたドクターヘリの台数です。救急医療に必要な医療機器や医薬品を搭載したヘリコプターに、医師・看護師が搭乗し救急現場に急行、治療を開始するとともに、いち早く患者さんを搬送しています。当院は多摩地区のドクターヘリの基地病院に指定されており、島しょ地域、多摩山間地域で発生した急病患者や周産期患者の受け入れも行っています。本指標は、ドクターヘリの搬送をどれだけ受け入れ出来たかを示す指標で、病院の救急診療を評価する指標となります。また、地域医療への貢献を示す指標にもなります。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>ドクターヘリによる救急患者受入患者数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>2</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>1</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>1</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>2</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>136</td></tr></tbody></table>	年度	患者数	2018年度	2	2019年度	1	2020年度	1	2021年度	2	2022年度	136
年度	患者数												
2018年度	2												
2019年度	1												
2020年度	1												
2021年度	2												
2022年度	136												
<b>解説</b>	<p>1年間にドクターヘリにより搬送され、受入した患者数になります。当院では、2022年3月31日より救急医療体制のさらなる充実を図るため、ドクターヘリの基地病院となりました。2022年度より大幅にドクターヘリ運用が増加しています。</p>												

## 11. 救急患者数

<b>概要</b>	年間で1・2次救急外来を受診した患者の数を表す指標です。病院の救急診療を評価する指標となります。また、地域医療への貢献を示す指標にもなります。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>救急患者数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>救急患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>34,712</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>32,962</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>20,328</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>21,148</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>20,612</td></tr></tbody></table>	年度	救急患者数	2018年度	34,712	2019年度	32,962	2020年度	20,328	2021年度	21,148	2022年度	20,612
年度	救急患者数												
2018年度	34,712												
2019年度	32,962												
2020年度	20,328												
2021年度	21,148												
2022年度	20,612												
<b>解説</b>	3次救急外来患者を除いた1・2次救急外来で受け入れた患者数になります。2020年度、2021年度、2022年度の1・2次救急外来の救急患者数の減少は、コロナ禍による受け入れ制限によるものです。												

## 12. エマージェンシーコール発動件数

<b>概要</b>	<p>エマージェンシーコールとは、院内で患者さん等の容態が急変し救急対応が必要になった際に、救急科の医師と看護師が現場に急行し、心肺蘇生等の救命処置を支援する患者安全のためのシステムのひとつです。本指標は、1年間に発動したエマージェンシーコールの件数です。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>エマージェンシーコール起動件数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年</th><th>件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年</td><td>22</td></tr><tr><td>2019年</td><td>39</td></tr><tr><td>2020年</td><td>29</td></tr><tr><td>2021年</td><td>41</td></tr><tr><td>2022年</td><td>54</td></tr></tbody></table>	年	件数	2018年	22	2019年	39	2020年	29	2021年	41	2022年	54
年	件数												
2018年	22												
2019年	39												
2020年	29												
2021年	41												
2022年	54												
<b>解説</b>	<p>1年間に発動したエマージェンシーコールの件数になります。</p>												

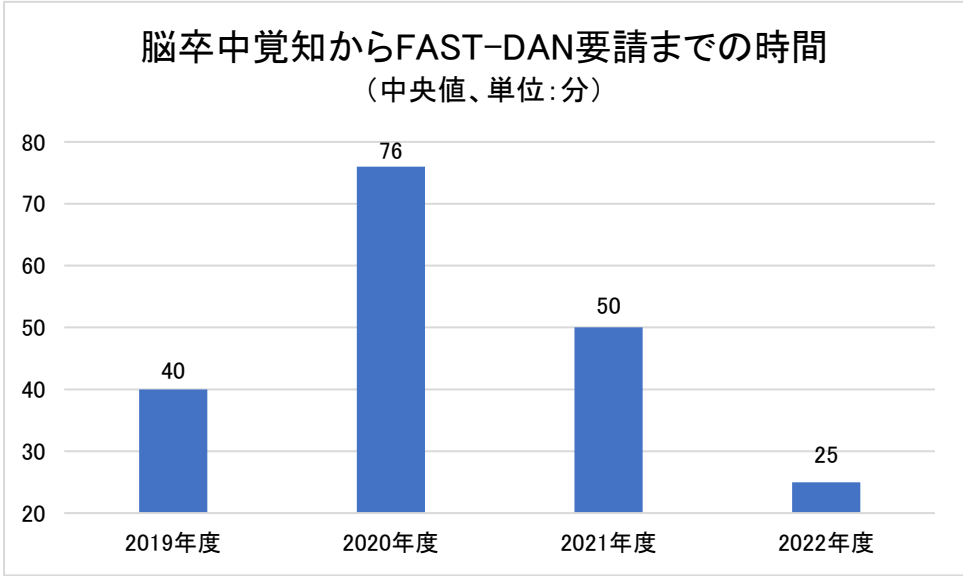
◆担当部署：救急科

### 13. 院内発生脳卒中初期対応システム起動件数

<b>概要</b>	<p>当院では、院内で発生した脳卒中を早期に治療につなげるためのシステムとして、2019年より、院内発生脳卒中初期対応システム（FAST-DAN）の運用を開始しました。これにより、脳卒中の兆候に気が付いた全ての職員が、脳卒中科の医師に直接連絡することが可能になりました。本指標は1年間に発動したFAST-DANの件数です。項目14、項目15と合わせて評価します。</p>										
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>FAST-DAN起動件数(件)</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>起動件数(件)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2019年度</td><td>71</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>34</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>42</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>53</td></tr></tbody></table>	年度	起動件数(件)	2019年度	71	2020年度	34	2021年度	42	2022年度	53
年度	起動件数(件)										
2019年度	71										
2020年度	34										
2021年度	42										
2022年度	53										
<b>解説</b>	<p>1年間のFAST-DAN（院内発生脳卒中初期対応システム）の起動件数になります。</p>										

◆担当部署：脳卒中科

## 1.4. 脳卒中の覚知から脳卒中初期対応システム起動までの時間

概要	<p>脳卒中の治療には時間制限があり、t-PA 療法は 4.5 時間、血管内治療は 8 時間以内に治療を開始する必要があります。そのため、脳卒中の症状に気づいたら（覚知）速やかに脳卒中科の医師に連絡し、治療を開始する必要があります。本指標は、職員が脳卒中の症状に気づいてから、院内発生脳卒中初期対応システム（FAST-DAN）を起動するまでに要した時間の中央値です。</p>										
実績	<p style="text-align: center;"><b>脳卒中覚知からFAST-DAN要請までの時間</b> (中央値、単位:分)</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>中央値 (分)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2019年度</td><td>40</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>76</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>50</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>25</td></tr></tbody></table>	年度	中央値 (分)	2019年度	40	2020年度	76	2021年度	50	2022年度	25
年度	中央値 (分)										
2019年度	40										
2020年度	76										
2021年度	50										
2022年度	25										
解説	<p>入院患者さんの脳卒中覚知から FAST-DAN（院内発生脳卒中初期対応システム）コールまでの時間の中央値になります。</p>										

◆担当部署：脳卒中科

## 15. t-PA および血管内治療開始までの時間

<b>概要</b>	脳卒中の治療には時間制限があり、t-PA 療法は 4.5 時間、血管内治療は 8 時間以内に治療を開始する必要があります。本指標は、職員が脳卒中の症状に気づいて（覚知）から、t-PA および血管内治療開始までに要した時間の中央値です。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>覚知から血管内治療開始までの時間</b> (中央値、単位:分)</p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>中央値 (分)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>90</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>69</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>75</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>78</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>123</td></tr></tbody></table>	年度	中央値 (分)	2018年度	90	2019年度	69	2020年度	75	2021年度	78	2022年度	123
年度	中央値 (分)												
2018年度	90												
2019年度	69												
2020年度	75												
2021年度	78												
2022年度	123												
<b>解説</b>	脳梗塞患者に対する t-PA および血管内治療開始までに要した時間の中央値になります。2022 年度は COVID-19 に対応するための感染対策で時間が延長しました。 ※急性期血管再開通治療の対象患者すべてのデータを算入												

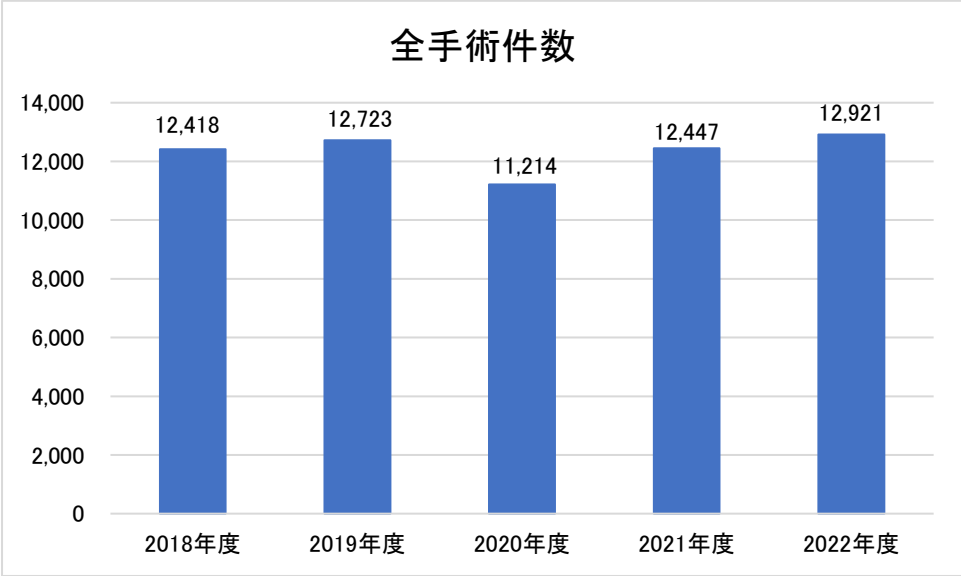
## 16. RRS(Rapid Response System)起動件数

<b>概要</b>	<p>RRS(Rapid Response System)は、患者急変の兆候を早期に発見し、速やかに対応して致死性の急変を未然に防ぐことを目的に、平成30年から運用を開始しました。患者さんの心拍数や血圧などの病状が一定の指標に当てはまる場合に、RRT(Rapid Response Team)に報告(RRS起動)することで、診療科の医師とRRTが協働して診療にあたります。院内でRRSが活用されることにより、患者急変が減少することが期待されます。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>RRS発生件数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>RRS発生件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>4</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>10</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>7</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>8</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>13</td></tr></tbody></table>	年度	RRS発生件数	2018年度	4	2019年度	10	2020年度	7	2021年度	8	2022年度	13
年度	RRS発生件数												
2018年度	4												
2019年度	10												
2020年度	7												
2021年度	8												
2022年度	13												
<b>解説</b>	<p>1年間に起動したRRSの件数になります。</p>												

◆担当部署：医療安全管理部

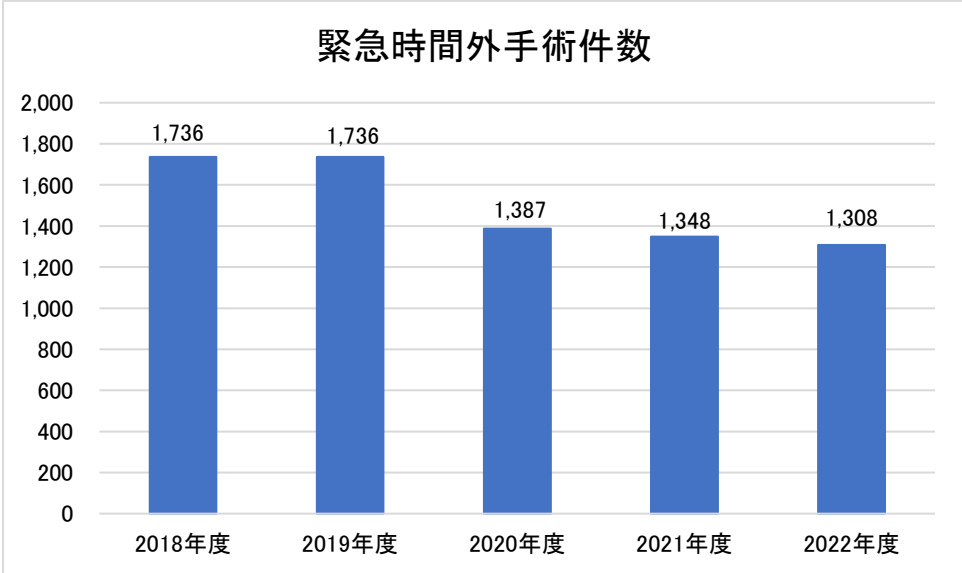


## 17. 全手術件数

<b>概要</b>	特定機能病院は高度急性期医療の要です。手術件数は、外科医、麻酔科医、看護師、臨床工学技士などの医療チームが手術室を効率的に活用し、どれだけの手術に対応することができるかを表す指標です。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>全手術件数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>全手術件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>12,418</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>12,723</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>11,214</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>12,447</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>12,921</td></tr></tbody></table>	年度	全手術件数	2018年度	12,418	2019年度	12,723	2020年度	11,214	2021年度	12,447	2022年度	12,921
年度	全手術件数												
2018年度	12,418												
2019年度	12,723												
2020年度	11,214												
2021年度	12,447												
2022年度	12,921												
<b>解説</b>	手術室で行われた手術（Kコードに限る、K920輸血を除く）件数になります（複数術野の手術等、複数のKコードを持つ場合は合わせて1件とする）。 2020年度の手術件数の減少は、コロナ禍による手術実施制限によるものです。												

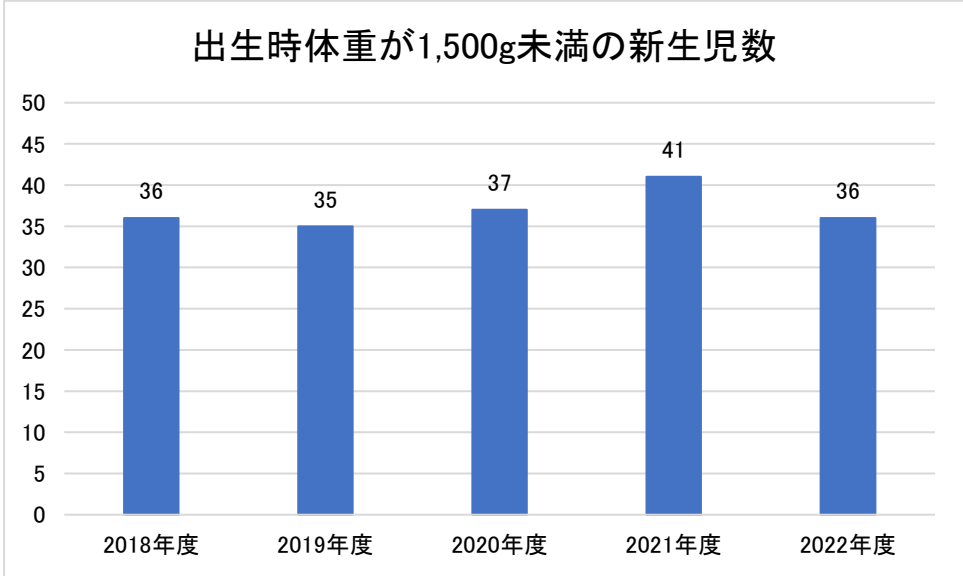
◆担当部署：病院管理部

## 18. 緊急時間外手術の件数

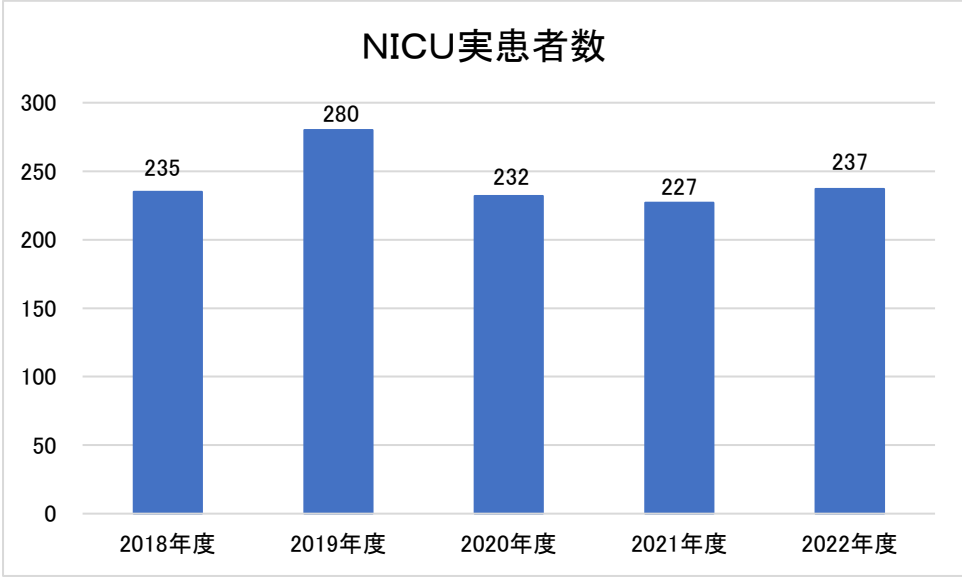
<p><b>概要</b></p>	<p>1年間に時間外に実施した緊急手術の件数で、夕方以降から深夜、日曜日祝祭日など通常時間帯以外の手術に対応できる力を示す指標です。予定外の緊急時間外手術に常に備えるには、十分なベッド数や検査・画像診断機器などの設備、麻酔や執刀を行うスタッフが必要です。当院は高度救命救急センターしており、高度な救命医療を必要とする患者さんに24時間対応できる体制を整備しています。</p>												
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>緊急時間外手術件数</b></p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>1,736</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>1,736</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>1,387</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>1,348</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>1,308</td> </tr> </tbody> </table>	年度	件数	2018年度	1,736	2019年度	1,736	2020年度	1,387	2021年度	1,348	2022年度	1,308
年度	件数												
2018年度	1,736												
2019年度	1,736												
2020年度	1,387												
2021年度	1,348												
2022年度	1,308												
<p><b>解説</b></p>	<p>1年間に緊急に行われた手術（K920, K923, K924, 輸血関連以外）で、かつ時間外加算、深夜加算、休日加算を算定した手術の件数になります。</p> <p>2020年度、2021年度、2022年度の手術件数の減少は、コロナ禍による手術実施制限によるものです。</p>												

19. 麻酔科管理手術に占める周術期外来受診患者の割合													
概要	麻酔科管理手術（全身麻酔）を受けた患者のうち、術前に周術期外来を受診した患者の割合です。術前に周術期外来を受診していただくことで、麻酔科医、看護師、薬剤師等の多職種による手術前の健康状態の評価や説明を受けることができ、安心・安全な手術につながります。												
実績	<p style="text-align: center;"><b>周術期センター受診患者数/麻酔科管理手術</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>割合</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>79.3%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>83.4%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>82.4%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>84.8%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>85.3%</td></tr></tbody></table>	年度	割合	2018年度	79.3%	2019年度	83.4%	2020年度	82.4%	2021年度	84.8%	2022年度	85.3%
年度	割合												
2018年度	79.3%												
2019年度	83.4%												
2020年度	82.4%												
2021年度	84.8%												
2022年度	85.3%												
解説	以下の式で算出。 分母のうち術前に周術期外来を受診した患者数 ÷ 麻酔科管理手術（全身麻酔）を受けた患者数 × 100												

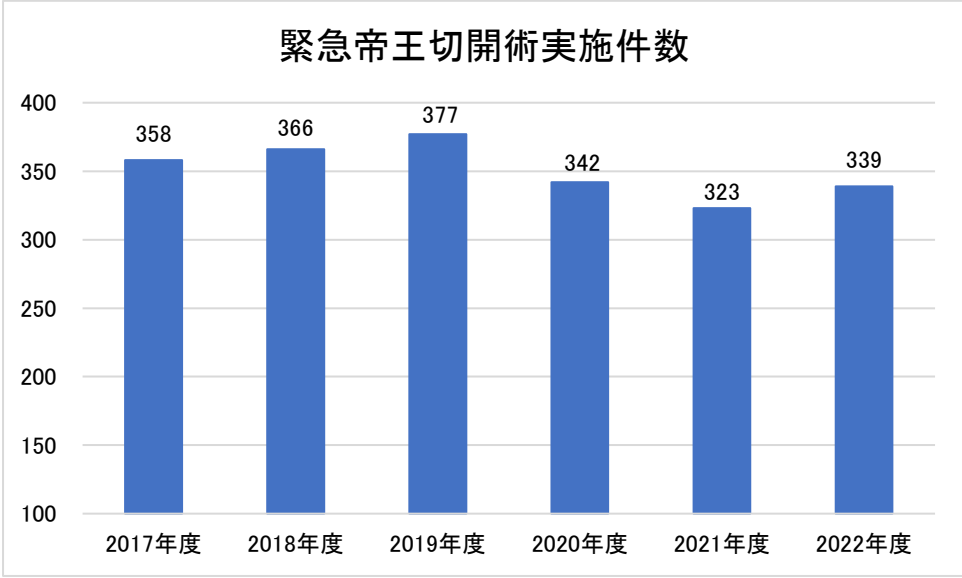
## 20. 出生時体重が1,500g未満の新生児数

<b>概要</b>	出生時体重が1500g未満の新生児（極小低出生体重児）の治療は、高度な設備を持つ新生児集中治療室（NICU）において、経験のある医師・看護師等による24時間体制での呼吸・循環などの全身管理が必要となります。極小低出生体重児の数は、高度な周産期医療を提供していることを示しているといえます。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>出生時体重が1,500g未満の新生児数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>新生児数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>36</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>35</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>37</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>41</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>36</td></tr></tbody></table>	年度	新生児数	2018年度	36	2019年度	35	2020年度	37	2021年度	41	2022年度	36
年度	新生児数												
2018年度	36												
2019年度	35												
2020年度	37												
2021年度	41												
2022年度	36												
<b>解説</b>	1年間に出生時体重1,500g未満で出生した新生児の人数になります。												

## 2.1. 新生児集中治療室（NICU）実患者数

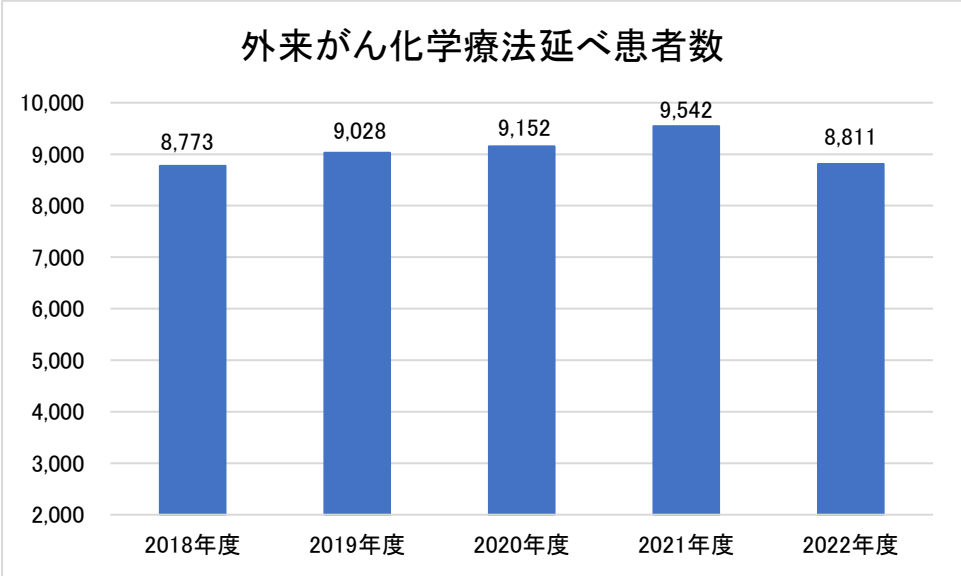
<b>概要</b>	1年間に新生児集中治療室（NICU）で治療を実施した患者数です。新生児集中治療室（NICU）とは、低体重児や早産児、先天性障害のある新生児に高度な医療を提供する病床です。新生児集中治療専門の医師が、24時間体制で新生児の治療にあたっています。病院内外から、重症の新生児を受け入れています。NICU実患者数は周産期医療の総合力の高さを表現しているものといえます。												
<b>実績</b>	 <p>NICU実患者数</p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>実患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>235</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>280</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>232</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>227</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>237</td></tr></tbody></table>	年度	実患者数	2018年度	235	2019年度	280	2020年度	232	2021年度	227	2022年度	237
年度	実患者数												
2018年度	235												
2019年度	280												
2020年度	232												
2021年度	227												
2022年度	237												
<b>解説</b>	新生児特定集中室（NICU）にて治療を実施し、「A-302 新生児特定集中治療室管理料」及び「A-303 総合周産期特定集中治療室管理料」を算定した実患者数になります。												

## 2.2. 緊急帝王切開術実施件数

<p><b>概要</b></p>	<p>自然分娩ができない場合や、何らの理由で早急に出産が必要な場合に帝王切開が行われます。帝王切開は予定されて実施する場合と、母体や新生児に何らかの事態が生じたために緊急で実施する場合があります。緊急時に帝王切開が必要になった場合、帝王切開を行うことの出来る医師、新生児の治療ができる小児科医師、麻酔医、看護師、手術室などの設備が必要になります。そのため、緊急帝王切開術の実施件数は、総合的な周産期医療の提供能力を示す指標といえます</p>														
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>緊急帝王切開術実施件数</b></p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>実施件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017年度</td> <td>358</td> </tr> <tr> <td>2018年度</td> <td>366</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>377</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>342</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>323</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>339</td> </tr> </tbody> </table>	年度	実施件数	2017年度	358	2018年度	366	2019年度	377	2020年度	342	2021年度	323	2022年度	339
年度	実施件数														
2017年度	358														
2018年度	366														
2019年度	377														
2020年度	342														
2021年度	323														
2022年度	339														
<p><b>解説</b></p>	<p>医科診療報酬点数表における「K898 帝王切開術 1-緊急帝王切開」の算定件数、及び「K898 帝王切開術 2-選択帝王切開、且つ予定入院以外のもの」の算定件数の合計件数になります。</p>														

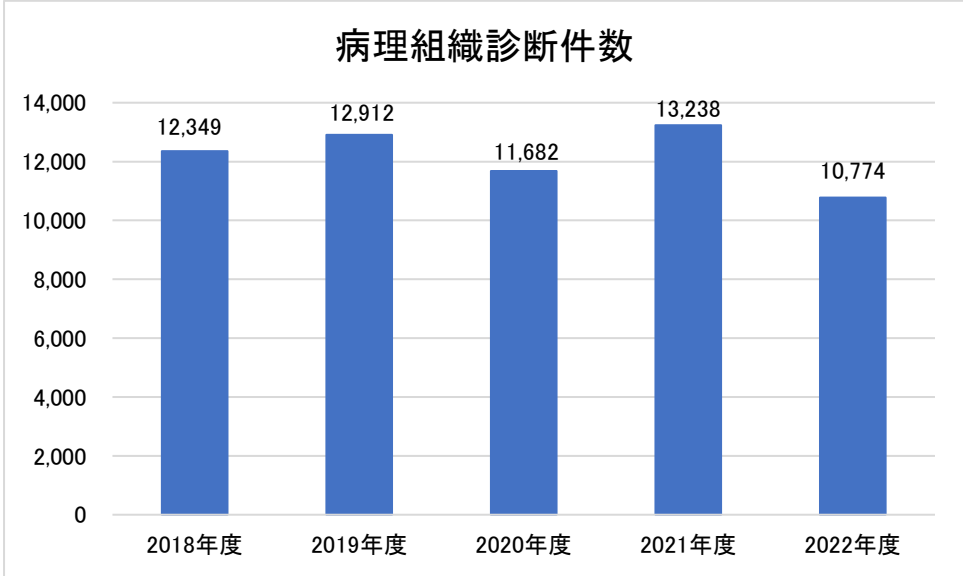
◆担当部署：病院管理部

## 23. 外来でがん化学療法を行った延べ患者数

<b>概要</b>	<p>近年、化学療法の多くが外来で行えるようになり、日常生活を送りながら治療を受けられるようになりました。患者さんの生活の質向上につながる一方、外来で適切に化学療法を行うためには、専門の医師、看護師、薬剤師などの配置が必要になります。そのため「外来でがん化学療法を行った延べ患者数」は、外来で化学療法を行えるだけの職員、設備の充実度を示す指標となります。当院は2008年にがん診療連携拠点病院に認定され、外来治療センターでは専門医、専門薬剤師、専門看護師を含めたスタッフが協力し、安心して化学療法を受けていただいています。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>外来がん化学療法延べ患者数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>延べ患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>8,773</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>9,028</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>9,152</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>9,542</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>8,811</td></tr></tbody></table>	年度	延べ患者数	2018年度	8,773	2019年度	9,028	2020年度	9,152	2021年度	9,542	2022年度	8,811
年度	延べ患者数												
2018年度	8,773												
2019年度	9,028												
2020年度	9,152												
2021年度	9,542												
2022年度	8,811												
<b>解説</b>	<p>医科診療報酬点数表における「第6部 注射通則6 外来化学療法加算」を算定した延べ外来患者数になります。</p>												

◆担当部署：病院管理部

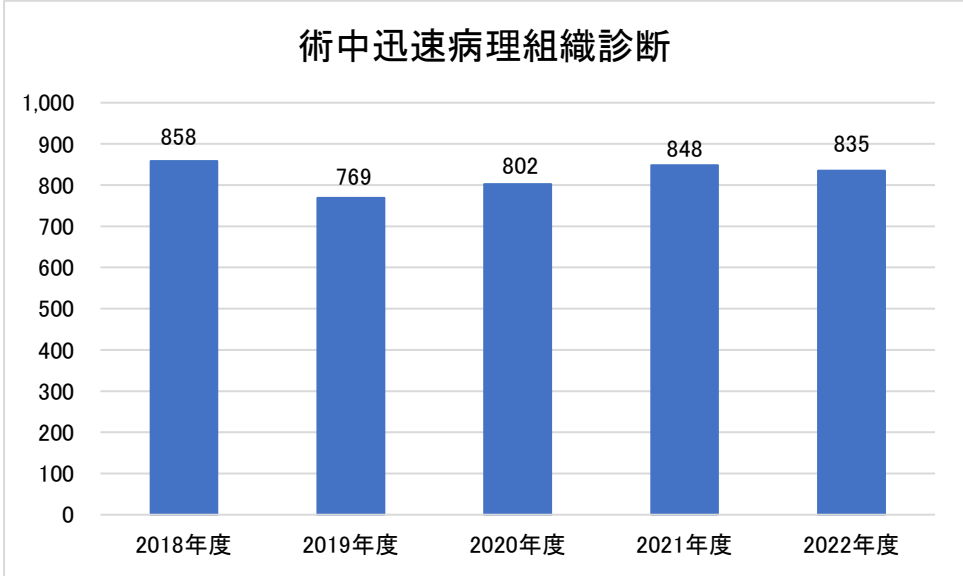
## 24. 病理組織診断件数

<b>概要</b>	1年間の病理組織診断の実施件数です。病理診断の結果に基づいて、治療の必要性や治療方法が選択されます。病気の確定診断がどの程度行われているかを表す指標になります。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>病理組織診断件数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>12,349</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>12,912</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>11,682</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>13,238</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>10,774</td></tr></tbody></table>	年度	件数	2018年度	12,349	2019年度	12,912	2020年度	11,682	2021年度	13,238	2022年度	10,774
年度	件数												
2018年度	12,349												
2019年度	12,912												
2020年度	11,682												
2021年度	13,238												
2022年度	10,774												
<b>解説</b>	1年間に医科診療報酬点数表における「N000 病理組織標本作成(T-M)」及び「N003 術中迅速病理組織標本作成(T-M/OP)」を算定した件数になります。												

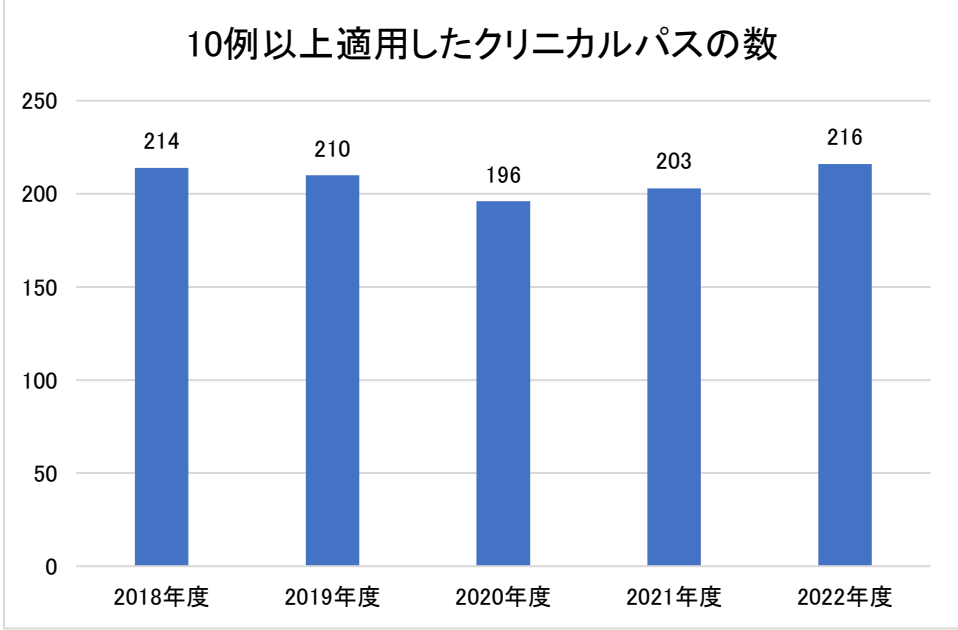
◆担当部署：病院管理部



## 25. 術中迅速病理組織診断件数

<p><b>概要</b></p>	<p>手術中に悪性腫瘍などの病巣切除の適否または切除範囲を決定するためには、正確で迅速な病理診断が重要になります。そのためには、限られた時間内に適正な標本を作製する技術をもった臨床検査技師、迅速かつ正確な診断のできる熟練病理医と設備が必要となります。「術中迅速病理組織診断件数」は、これらの機能が充実していることを示す指標となります。</p>												
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>術中迅速病理組織診断</b></p>  <table border="1" data-bbox="352 869 1318 1442"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>858</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>769</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>802</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>848</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>835</td> </tr> </tbody> </table>	年度	件数	2018年度	858	2019年度	769	2020年度	802	2021年度	848	2022年度	835
年度	件数												
2018年度	858												
2019年度	769												
2020年度	802												
2021年度	848												
2022年度	835												
<p><b>解説</b></p>	<p>医科診療報酬点数表における「N003 術中迅速病理組織標本作成(T-M/OP)、N003-2 術中迅速細胞診」の算定件数になります。</p>												

## 26. 10例以上適用したクリニカルパスの数

<b>概要</b>	<p>クリニカルパス（クリティカルパス）とは、患者状態と診療行為の目標、及び評価・記録を含む標準診療計画のことです（日本クリニカルパス学会 HP より引用）。クリニカルパスは医療の標準化を進め、医療の質と効率の向上を目指すものです。そのため、クリニカルパスの使用数は、医療の標準化と医療の質の向上への取り組みを示す指標となります。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>10例以上適用したクリニカルパスの数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>214</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>210</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>196</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>203</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>216</td></tr></tbody></table>	年度	数	2018年度	214	2019年度	210	2020年度	196	2021年度	203	2022年度	216
年度	数												
2018年度	214												
2019年度	210												
2020年度	196												
2021年度	203												
2022年度	216												
<b>解説</b>	<p>1年間に10例以上適用したクリニカルパスの数になります。</p> <p>「10例以上」とは、バリエーションによるドロップアウトを含み、年度内に適用された件数です。パスは入院全体だけでなく周術期等の一部に適用するものも1件としています。</p>												

◆担当部署：クリニカルパス推進委員会

## 27. 輸血製剤の廃棄率

<p><b>概要</b></p>	<p>輸血用血液製剤は、献血協力者の善意によって得られた限られた資源です。それを扱う医療者には、それらの背景を理解したうえで血液製剤の適正使用や適正管理・取り扱いが求められます。</p> <p>貴重な輸血用血液製剤の廃棄率を減少させることは常に重要な課題であると考えています。</p>																								
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>輸血製剤の廃棄率</b></p> <table border="1"> <caption>輸血製剤の廃棄率 (実績)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>赤血球製剤(RBC)</th> <th>血小板製剤(PC)</th> <th>新鮮凍結血漿(FFP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>0.31</td> <td>1.00</td> <td>1.18</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>0.30</td> <td>0.78</td> <td>0.72</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>0.15</td> <td>0.49</td> <td>0.77</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>0.22</td> <td>0.37</td> <td>0.39</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>0.24</td> <td>0.24</td> <td>0.24</td> </tr> </tbody> </table>	年度	赤血球製剤(RBC)	血小板製剤(PC)	新鮮凍結血漿(FFP)	2018年度	0.31	1.00	1.18	2019年度	0.30	0.78	0.72	2020年度	0.15	0.49	0.77	2021年度	0.22	0.37	0.39	2022年度	0.24	0.24	0.24
年度	赤血球製剤(RBC)	血小板製剤(PC)	新鮮凍結血漿(FFP)																						
2018年度	0.31	1.00	1.18																						
2019年度	0.30	0.78	0.72																						
2020年度	0.15	0.49	0.77																						
2021年度	0.22	0.37	0.39																						
2022年度	0.24	0.24	0.24																						
<p><b>解説</b></p>	<p>以下の式で算出。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>血液製剤廃棄量 ÷ 血液製剤購入量 × 100</li> <li>廃棄率(厚労省統計：≧500床)</li> </ul> <p>全国廃棄率(2021年報告)：赤血球製剤 0.53%、血小板製剤 0.22%、新鮮凍結血漿 0.77%</p> <p>当院廃棄率(2022年報告)：赤血球製剤 0.24%、血小板製剤 0.24%、新鮮凍結血漿 0.24%</p>																								

◆担当部署：臨床検査部 輸血検査室

28. リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率													
概要	<p>肺血栓塞栓症は、エコノミークラス症候群ともいわれ、血栓が肺動脈に詰まり、呼吸困難や胸痛を引き起こし、死に至ることもある疾患です。下肢または骨盤部の手術後や長期臥床患者に発症することが多く、発生リスクに応じて早期離床や弾性ストッキングの着用などの適切な予防策を講じます。当該指標は、術後肺血栓塞栓症予防の対策の実施状況进行评估するものです。</p> <p>当院では患者さんのリスクファクターから肺血栓塞栓症発症のリスクレベルを分類し、リスクレベルが「中」以上の手術を施行する患者さんに、リスクレベルに対応した予防策を実施しています。</p>												
実績	<p><b>肺血栓予防管理実施/ リスクレベル「中」以上の手術</b></p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>71.9%</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>73.5%</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>75.7%</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>78.3%</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>81.4%</td> </tr> </tbody> </table>	年度	実施率 (%)	2018年度	71.9%	2019年度	73.5%	2020年度	75.7%	2021年度	78.3%	2022年度	81.4%
年度	実施率 (%)												
2018年度	71.9%												
2019年度	73.5%												
2020年度	75.7%												
2021年度	78.3%												
2022年度	81.4%												
解説	<p>以下の式で算出。</p> <p>分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数 ÷ 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 × 100</p>												

## 29. 入院患者の転倒・転落発生率

<p><b>概要</b></p>	<p>患者さんが転倒・転落に至るのは、入院そのものがもたらす環境の変化や疾病・治療・手術の影響によるものなど、原因はさまざまです。本指標は全入院患者さんのうち転倒・転落に至った患者さんの報告件数の割合を原因の別なく示したものです。「入院患者の転倒・転落発生率」は、院内で転倒・転落の予防策が適切に実施されているかを確認するための指標のひとつとなります。</p>												
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>入院患者の転倒・転落発生率(%)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>発生率(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>1.78</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>1.46</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>1.63</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>1.42</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>1.66</td> </tr> </tbody> </table>	年度	発生率(%)	2018年度	1.78	2019年度	1.46	2020年度	1.63	2021年度	1.42	2022年度	1.66
年度	発生率(%)												
2018年度	1.78												
2019年度	1.46												
2020年度	1.63												
2021年度	1.42												
2022年度	1.66												
<p><b>解説</b></p>	<p>以下の式で算出。  入院患者の転倒・転落発生率(%) = 入院患者に発生した転倒・転落件数 / 在院患者延べ人数 × 1000</p> <p>※日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 事業のデータ項目および算出式に則り算出</p> <p>* 2017年度～2020年度は、年4回のみデータの集積からの結果</p> <p>* 2021年度は、年10回(4月・6月除く)のデータの集積からの結果</p>												

### 30. 入院患者の患者影響レベルⅢb以上の転倒・転落の発生率

<p>概要</p>	<p>年間延べ入院患者数と入院患者の患者影響レベルⅢb以上の転倒・転落の発生件数の比率です。患者影響レベルⅢbとは、転倒・転落による骨折などにより手術などの濃厚な治療を要した事例です。</p>												
<p>実績</p>	<p style="text-align: center;">入院患者の患者影響レベルⅢb以上の 転倒・転落の発生率(‰)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>発生率(‰)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>0.07</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>0.03</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>0.04</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>0.02</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>0.04</td> </tr> </tbody> </table>	年度	発生率(‰)	2018年度	0.07	2019年度	0.03	2020年度	0.04	2021年度	0.02	2022年度	0.04
年度	発生率(‰)												
2018年度	0.07												
2019年度	0.03												
2020年度	0.04												
2021年度	0.02												
2022年度	0.04												
<p>解説</p>	<p>以下の式で算出。              入院患者の患者影響レベルⅢb以上の転倒・転落件数 ÷ 延べ入院患者数</p>												

### 3 1. 薬剤管理指導料算定件数

<b>概要</b>	<p>薬剤管理指導料は、薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接患者さんに服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定されます。薬剤管理指導は、薬剤に関する注意事項、効果、副作用をわかりやすく説明し、患者さんとともに有効かつ安全な薬物療法が行われることを担保するものです。当該指標は、医師の指示に基づき薬剤師が入院患者さんに行った服薬指導の件数です。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>薬剤管理指導料算定件数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>算定件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>18,783</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>19,655</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>20,273</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>22,149</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>24,318</td></tr></tbody></table>	年度	算定件数	2018年度	18,783	2019年度	19,655	2020年度	20,273	2021年度	22,149	2022年度	24,318
年度	算定件数												
2018年度	18,783												
2019年度	19,655												
2020年度	20,273												
2021年度	22,149												
2022年度	24,318												
<b>解説</b>	<p>医科診療報酬点数表における「B008 薬剤管理指導料（1）（2）」の算定件数になります。</p>												

## 3.2. 無菌製剤処理料算定件数

<b>概要</b>	<p>無菌製剤処理料は、悪性腫瘍に用いる薬剤を薬剤師が無菌環境において製剤処理を行った場合に算定されます。この場合の無菌製剤処理は、薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者さんごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行います。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理が行われています。当該指標は、悪性腫瘍に用いる薬剤が患者さんに安全に使用されていることを示す指標といえます。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>無菌製剤処理料算定件数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>算定件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>11,948</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>12,176</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>12,602</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>16,336</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>20,246</td></tr></tbody></table>	年度	算定件数	2018年度	11,948	2019年度	12,176	2020年度	12,602	2021年度	16,336	2022年度	20,246
年度	算定件数												
2018年度	11,948												
2019年度	12,176												
2020年度	12,602												
2021年度	16,336												
2022年度	20,246												
<b>解説</b>	<p>医科診療報酬点数表における「G020 無菌製剤処理料（1）（2）」の算定件数になります。</p>												



### 3.3. 手術・検査前休薬説明用紙運用数

<p><b>概要</b></p>	<p>患者さんが普段内服されている薬剤やサプリメントの中には、手術や検査前に服用を中止（休薬）する必要がある薬剤があります。当院では、周術期外来や各診療科の外来で薬剤師や看護師が「手術・検査前休薬説明用紙」を用いて、術前の休薬について説明をしています。「手術・検査前休薬説明用紙」の印刷件数と、不適切な休薬指示による手術・検査の中止・延期件数を比較することで、手術検査前休薬説明用紙の有効性を確認することができます。</p>																		
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>手術検査前休薬説明用紙運用数</b></p> <table border="1"> <caption>手術検査前休薬説明用紙運用数</caption> <thead> <tr> <th>期間</th> <th>印刷件数</th> <th>延期件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020年度 (10月～3月)</td> <td>4,430</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2021年度 (4月～9月)</td> <td>5,846</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2021年度 (10月～3月)</td> <td>6,107</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2022年度 (4月～9月)</td> <td>6,311</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2022年度 (10月～3月)</td> <td>6,161</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	期間	印刷件数	延期件数	2020年度 (10月～3月)	4,430	7	2021年度 (4月～9月)	5,846	6	2021年度 (10月～3月)	6,107	3	2022年度 (4月～9月)	6,311	2	2022年度 (10月～3月)	6,161	3
期間	印刷件数	延期件数																	
2020年度 (10月～3月)	4,430	7																	
2021年度 (4月～9月)	5,846	6																	
2021年度 (10月～3月)	6,107	3																	
2022年度 (4月～9月)	6,311	2																	
2022年度 (10月～3月)	6,161	3																	
<p><b>解説</b></p>	<p>外来における手術・検査前休薬説明用紙の印刷件数、及び不適切な休薬指示による手術・検査の中止・延期件数になります。                  ※2020年10月より運用開始</p>																		

◆担当部署：医療安全推進室

### 3 4. MSW・退院調整看護師による退院調整実施患者数

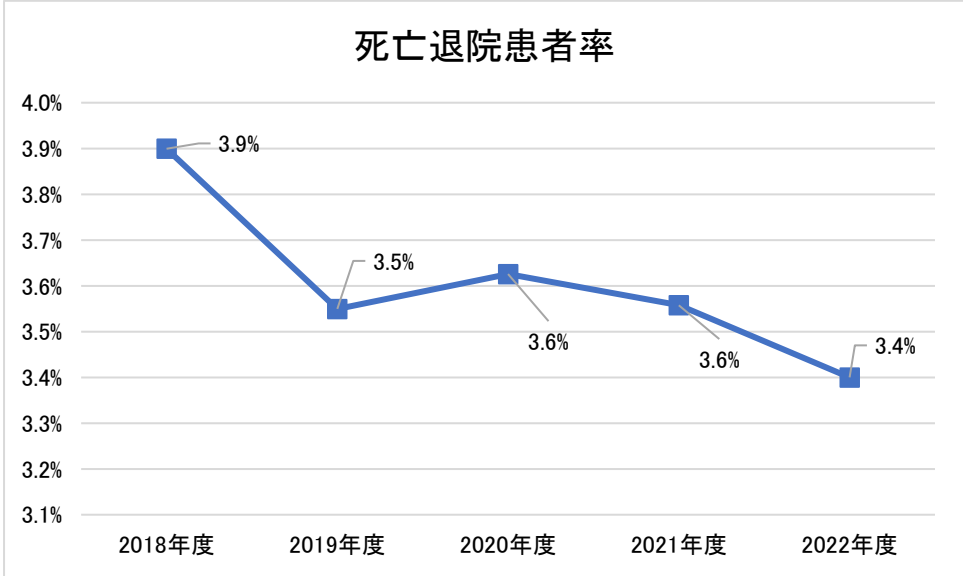
<b>概要</b>	<p>患者さんが病態にあった継続的な医療ケアを受けることができるように、急性期病院では退院後の医療を確保するための退院調整を行うことが、診療報酬によって評価されています。特に高齢者の場合、家族の介護力や経済的状況、及び要介護度の状況を踏まえて、適切な調整を行うことが必要となります。本指標は、MSW（医療ソーシャルワーカー）及び退院調整看護師がそのような活動をどのくらい行っているかを評価するものです。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>MSW・退院調整看護師による 退院調整実施患者数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年</th><th>患者数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年</td><td>2671</td></tr><tr><td>2019年</td><td>2929</td></tr><tr><td>2020年</td><td>2655</td></tr><tr><td>2021年</td><td>2911</td></tr><tr><td>2022年</td><td>2970</td></tr></tbody></table>	年	患者数	2018年	2671	2019年	2929	2020年	2655	2021年	2911	2022年	2970
年	患者数												
2018年	2671												
2019年	2929												
2020年	2655												
2021年	2911												
2022年	2970												
<b>解説</b>	<p>MSW 及び退院調整看護師による退院調整を実施した患者数。</p>												

## 35. 剖検率

<b>概要</b>	<p>当院でお亡くなりになった患者さんに、ご遺族の承諾のもとに行う病理解剖を「剖検」と呼びます。病理解剖（剖検）の目的は、死因の解明をはじめ、病変の状態や進行度、治療効果を調べることです。1年間に亡くなられた患者さんに対する剖検数の割合が「剖検率」になります。剖検によって、生前の診断は正しかったのか、どのくらい病気が進行していたのか、適切な治療がされていたのか、治療の効果はどうであったのか、死因は何であったのか、といったことを判断します。剖検は医師の卒後教育や将来の診療にも役立つため、剖検率は医療の質を反映する指標のひとつと言えます。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>剖検率</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>剖検率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>4.3%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>5.0%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>3.2%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>1.9%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>2.4%</td></tr></tbody></table>	年度	剖検率	2018年度	4.3%	2019年度	5.0%	2020年度	3.2%	2021年度	1.9%	2022年度	2.4%
年度	剖検率												
2018年度	4.3%												
2019年度	5.0%												
2020年度	3.2%												
2021年度	1.9%												
2022年度	2.4%												
<b>解説</b>	<p>以下の式で算出。 剖検を実施した患者数 ÷ 死亡退院患者数 × 100</p>												

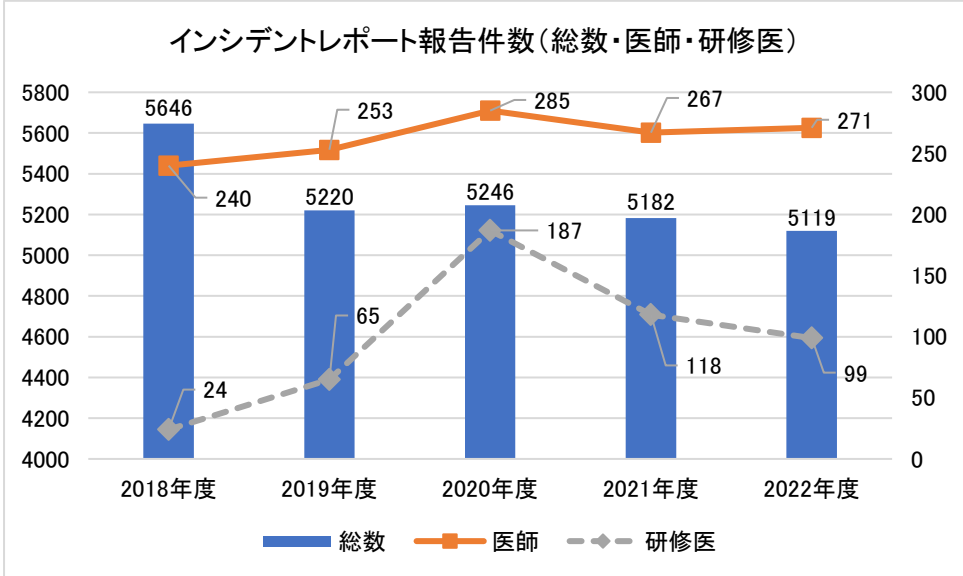
◆担当部署：病院管理部

## 36. 死亡退院患者率

<b>概要</b>	死亡退院患者割合は、医療の質を直接反映するものではありません。当該指標は、病院の医療活動の性格（急性期 or 慢性期）、職員数や病床数といった病院の構成、さらに地域特性によって影響を受けます。そのため、当院では病院間の数値比較よりも年毎の割合変化に着目しています。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>死亡退院患者率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>死亡退院患者率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>3.9%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>3.5%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>3.6%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>3.6%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>3.4%</td></tr></tbody></table>	年度	死亡退院患者率	2018年度	3.9%	2019年度	3.5%	2020年度	3.6%	2021年度	3.6%	2022年度	3.4%
年度	死亡退院患者率												
2018年度	3.9%												
2019年度	3.5%												
2020年度	3.6%												
2021年度	3.6%												
2022年度	3.4%												
<b>解説</b>	以下の式で算出。 死亡退院患者数(緩和ケア・救急外来除く)÷退院患者数(緩和ケア除く)×100												

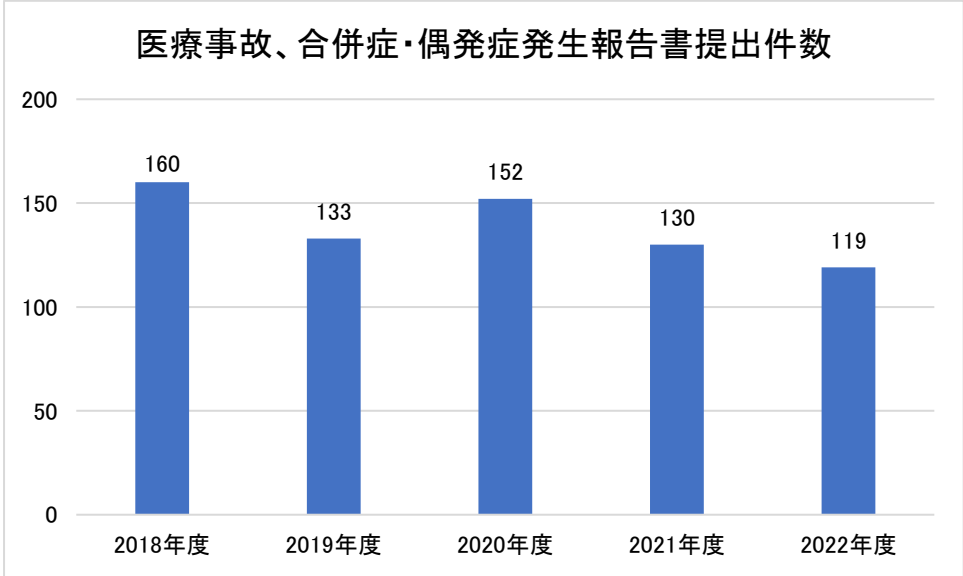
◆担当部署：病院管理部

### 3.7. インシデントレポート報告件数（総数・研修医・医師）

<p>概要</p>	<p>全インシデント報告数に占める医師（医師・歯科医師・研修医）の報告数の割合です。インシデント報告はシステムに潜在するリスクを早期に気づかせてくれる重要な情報です。安全な医療のためには、危険と思われる事象が起きた際に、速やかに報告される文化が根付いていることが重要であり、報告数は職種別の安全意識の重要な指標となります。</p>																								
<p>実績</p>	 <p>インシデントレポート報告件数（総数・医師・研修医）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>総数</th> <th>医師</th> <th>研修医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>5646</td> <td>240</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>5220</td> <td>253</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>5246</td> <td>285</td> <td>187</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>5182</td> <td>267</td> <td>118</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>5119</td> <td>271</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>	年度	総数	医師	研修医	2018年度	5646	240	24	2019年度	5220	253	65	2020年度	5246	285	187	2021年度	5182	267	118	2022年度	5119	271	99
年度	総数	医師	研修医																						
2018年度	5646	240	24																						
2019年度	5220	253	65																						
2020年度	5246	285	187																						
2021年度	5182	267	118																						
2022年度	5119	271	99																						
<p>解説</p>	<p>1年間に報告されたインシデントレポートの件数。 総数、研修医、医師別で集計。</p>																								

◆担当部署：医療安全推進室

## 38. 「医療事故、合併症・偶発症等発生報告書」提出件数

<b>概要</b>	当院では、入院中の患者さんに医療上の事故や合併症が発生した場合に「医療事故、合併症・偶発症等発生報告書」の提出を義務付けています。入院患者さんの転倒による骨折などもこれに含まれ、過失の有無は問いません。報告内容をもとに、事例を検証し、再発防止策を検討します。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>医療事故、合併症・偶発症発生報告書提出件数</b></p>  <table border="1" data-bbox="352 869 1318 1442"><thead><tr><th>年度</th><th>提出件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>160</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>133</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>152</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>130</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>119</td></tr></tbody></table>	年度	提出件数	2018年度	160	2019年度	133	2020年度	152	2021年度	130	2022年度	119
年度	提出件数												
2018年度	160												
2019年度	133												
2020年度	152												
2021年度	130												
2022年度	119												
<b>解説</b>	1年間に報告された「医療事故、合併症・偶発症等発生報告書」の件数。  ※医療上の事故・・・「患者さんが死亡、若しくは患者さんに障害が残った事例や濃厚な処置若しくは治療を要した事例」と定義。												

◆担当部署：医療安全推進室

### 39. 意見箱投書中に占める感謝と苦情の割合

<p><b>概要</b></p>	<p>患者さんやご家族からご意見を頂戴することは、病院のより良い環境づくりに不可欠です。当院では「ご意見箱」を設置し、自由にご意見を寄せて頂く環境を作っています。感謝の割合と苦情の割合は、当院の提供している医療、環境に満足頂けているかを直接表す指標と言えます。</p>																								
<p><b>実績</b></p>	<table border="1"> <caption>年度別相談・苦情件数、及び苦情・感謝の割合</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>相談・苦情件数</th> <th>感謝割合</th> <th>苦情割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>799</td> <td>13.4%</td> <td>59.6%</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>904</td> <td>16.2%</td> <td>59.7%</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>563</td> <td>20.8%</td> <td>59.3%</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>581</td> <td>17.2%</td> <td>54.9%</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>650</td> <td>18.0%</td> <td>53.2%</td> </tr> </tbody> </table>	年度	相談・苦情件数	感謝割合	苦情割合	2018年度	799	13.4%	59.6%	2019年度	904	16.2%	59.7%	2020年度	563	20.8%	59.3%	2021年度	581	17.2%	54.9%	2022年度	650	18.0%	53.2%
年度	相談・苦情件数	感謝割合	苦情割合																						
2018年度	799	13.4%	59.6%																						
2019年度	904	16.2%	59.7%																						
2020年度	563	20.8%	59.3%																						
2021年度	581	17.2%	54.9%																						
2022年度	650	18.0%	53.2%																						
<p><b>解説</b></p>	<p>患者さんから患者サービス室にいただいた相談・苦情の件数、及び苦情・感謝の内訳比率です。</p>																								

◆担当部署：患者サービス室

## 40. 総合満足度（外来）

<p><b>概要</b></p>	<p>患者さんの診療に対する満足度を見ることは、医療の質を測る上で直接的な評価指標となります。調査方法は、患者満足度調査用紙を配布して回収します。当該指標は、外来患者さんを対象とした患者満足度調査の年度別結果です。</p> <p>病院の設備環境を始め、診療時の医師からの説明のわかりやすさや職員の対応など、各項目を5段階評価（満足／やや満足／どちらともいえない／やや不満／不満）で集計し、「満足」と「やや満足」の割合を全体の満足度として測定します。（当院の測定法を記載）</p>																																																
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>患者満足度調査（外来患者対象）の回答割合</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>満足</th> <th>ほぼ満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> <th>未記入</th> <th>総合満足度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>28.2%</td> <td>43.0%</td> <td>17.0%</td> <td>1.9%</td> <td>0.8%</td> <td>9.1%</td> <td>71.2%</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>32.3%</td> <td>42.5%</td> <td>14.4%</td> <td>2.0%</td> <td>0.6%</td> <td>8.2%</td> <td>74.8%</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>46.0%</td> <td>43.7%</td> <td>4.1%</td> <td>0.1%</td> <td>6.1%</td> <td>0.0%</td> <td>89.7%</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>42.6%</td> <td>46.5%</td> <td>3.5%</td> <td>0.0%</td> <td>7.4%</td> <td>0.0%</td> <td>89.1%</td> </tr> </tbody> </table>	年度	満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満	未記入	総合満足度	2018年度	28.2%	43.0%	17.0%	1.9%	0.8%	9.1%	71.2%	2019年度	32.3%	42.5%	14.4%	2.0%	0.6%	8.2%	74.8%	2020年度	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	2021年度	46.0%	43.7%	4.1%	0.1%	6.1%	0.0%	89.7%	2022年度	42.6%	46.5%	3.5%	0.0%	7.4%	0.0%	89.1%
年度	満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満	未記入	総合満足度																																										
2018年度	28.2%	43.0%	17.0%	1.9%	0.8%	9.1%	71.2%																																										
2019年度	32.3%	42.5%	14.4%	2.0%	0.6%	8.2%	74.8%																																										
2020年度	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施																																										
2021年度	46.0%	43.7%	4.1%	0.1%	6.1%	0.0%	89.7%																																										
2022年度	42.6%	46.5%	3.5%	0.0%	7.4%	0.0%	89.1%																																										
<p><b>解説</b></p>	<p>外来患者を対象とした患者満足度調査による総合満足度（満足・ほぼ満足・やや不満・不満の割合）の結果になります。</p> <p>※2020年度患者満足度調査は新型コロナウイルス感染症拡大のため、未実施。</p> <p>※2021年度より、評価項目の「普通」を削除し、5段階評価を4段階評価に変更した。</p>																																																

◆担当部署：患者サービス室

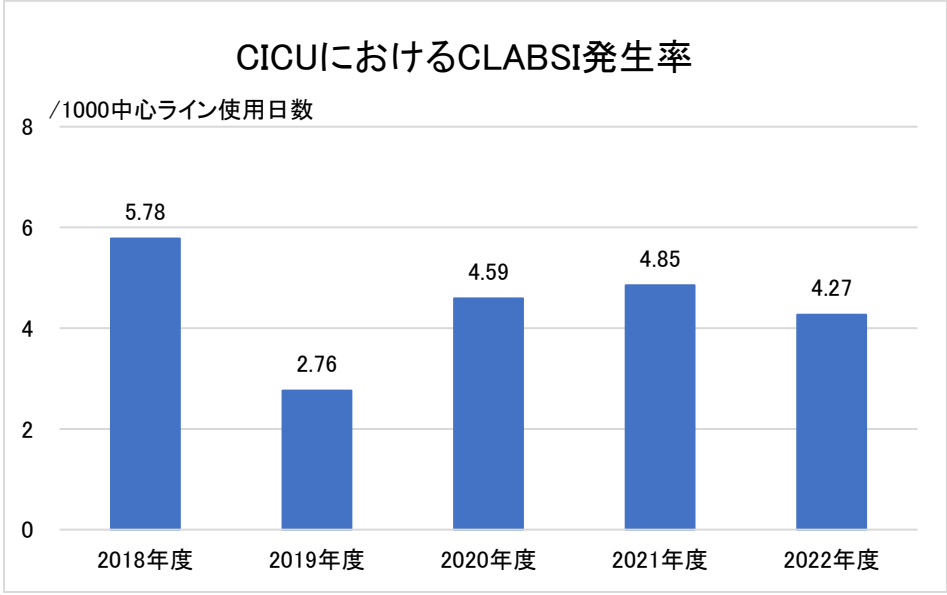


## 4.1. 総合満足度（入院）

<p><b>概要</b></p>	<p>患者さんの診療に対する満足度を見ることは、医療の質を測る上で直接的な評価指標となります。調査方法は、患者満足度調査用紙を配布して回収します。当該指標は入院患者さんを対象とした患者満足度調査の年度別結果です。</p> <p>病院の設備環境を始め、診療時の医師からの説明のわかりやすさや職員の対応など、各項目を5段階評価（満足／やや満足／どちらともいえない／やや不満／不満）で集計し、「満足」と「やや満足」の割合を全体の満足度として測定します。（当院の測定法を記載）</p>																																										
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>患者満足度調査(入院患者対象)の回答割合</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>満足</th> <th>ほぼ満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> <th>未記入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>56.9%</td> <td>32.3%</td> <td>6.9%</td> <td>0.9%</td> <td>2.1%</td> <td>0.9%</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>54.2%</td> <td>32.1%</td> <td>10.7%</td> <td>0.3%</td> <td>0.0%</td> <td>2.7%</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>未実施</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>60.9%</td> <td>34.9%</td> <td>1.2%</td> <td>0.3%</td> <td>2.7%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>54.5%</td> <td>40.1%</td> <td>2.9%</td> <td>0.3%</td> <td>2.2%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	年度	満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満	未記入	2018年度	56.9%	32.3%	6.9%	0.9%	2.1%	0.9%	2019年度	54.2%	32.1%	10.7%	0.3%	0.0%	2.7%	2020年度	未実施						2021年度	60.9%	34.9%	1.2%	0.3%	2.7%		2022年度	54.5%	40.1%	2.9%	0.3%	2.2%	
年度	満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満	未記入																																					
2018年度	56.9%	32.3%	6.9%	0.9%	2.1%	0.9%																																					
2019年度	54.2%	32.1%	10.7%	0.3%	0.0%	2.7%																																					
2020年度	未実施																																										
2021年度	60.9%	34.9%	1.2%	0.3%	2.7%																																						
2022年度	54.5%	40.1%	2.9%	0.3%	2.2%																																						
<p><b>解説</b></p>	<p>入院患者を対象とした患者満足度調査による総合満足度（満足・ほぼ満足・やや不満・不満の割合）の結果になります。</p> <p>※2020年度患者満足度調査は新型コロナウイルス感染症拡大のため、未実施。</p> <p>※2021年度より、評価項目の普通を削除し、5段階評価を4段階評価に変更した。</p>																																										

◆担当部署：患者サービス室

## 4 2. CICUにおける中心ライン関連血流感染（CLABSI）発生率

<b>概要</b>	中心ライン関連血流感染（Central line associated blood stream infection：以下、CLABSI）とは、カテーテルを挿入した後に起きる血流感染です。CLABSIを予防することにより、医療関連感染による重症化や入院期間が延長することを防ぐことが可能です。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>CICUにおけるCLABSI発生率</b></p> <p style="text-align: center;">/1000中心ライン使用日数</p>  <table border="1" data-bbox="360 837 1310 1429"><thead><tr><th>年度</th><th>発生率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>5.78</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>2.76</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>4.59</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>4.85</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>4.27</td></tr></tbody></table>	年度	発生率	2018年度	5.78	2019年度	2.76	2020年度	4.59	2021年度	4.85	2022年度	4.27
年度	発生率												
2018年度	5.78												
2019年度	2.76												
2020年度	4.59												
2021年度	4.85												
2022年度	4.27												
<b>解説</b>	以下の式で算出。 発生率（Incidence Rate）＝CLABSI発生件数／延べ中心ライン使用日数×1000 * 中心ライン 1000 使用日数あたり、何件発生したかを調査します。												

◆担当部署：感染制御部

### 4.3. CICUにおける尿道留置カテーテル関連 尿路感染（CAUTI）発生率

<p><b>概要</b></p>	<p>尿道留置カテーテル関連尿路感染（Catheter associated urinary tract infection CAUTI：以下、CAUTI）とは、尿道留置カテーテルを挿入した後に起きる尿路感染です。CAUTIを予防することにより、医療関連感染による重症化や入院期間が延長することを防ぐことが可能です。</p>												
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CICUにおけるCAUTI発生率</b></p> <p style="text-align: center;">/1000尿道留置カテーテル使用日数</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>発生率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>1.75</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>1.06</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>1.85</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>2.61</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>2.02</td> </tr> </tbody> </table>	年度	発生率	2018年度	1.75	2019年度	1.06	2020年度	1.85	2021年度	2.61	2022年度	2.02
年度	発生率												
2018年度	1.75												
2019年度	1.06												
2020年度	1.85												
2021年度	2.61												
2022年度	2.02												
<p><b>解説</b></p>	<p>以下の式で算出。          発生率（Incidence Rate）＝CAUTI 発生件数／延べ尿道留置カテーテル使用日数          ×1000          ＊尿道留置カテーテル 1000 使用日数あたり、何件発生したかを調査します。</p>												

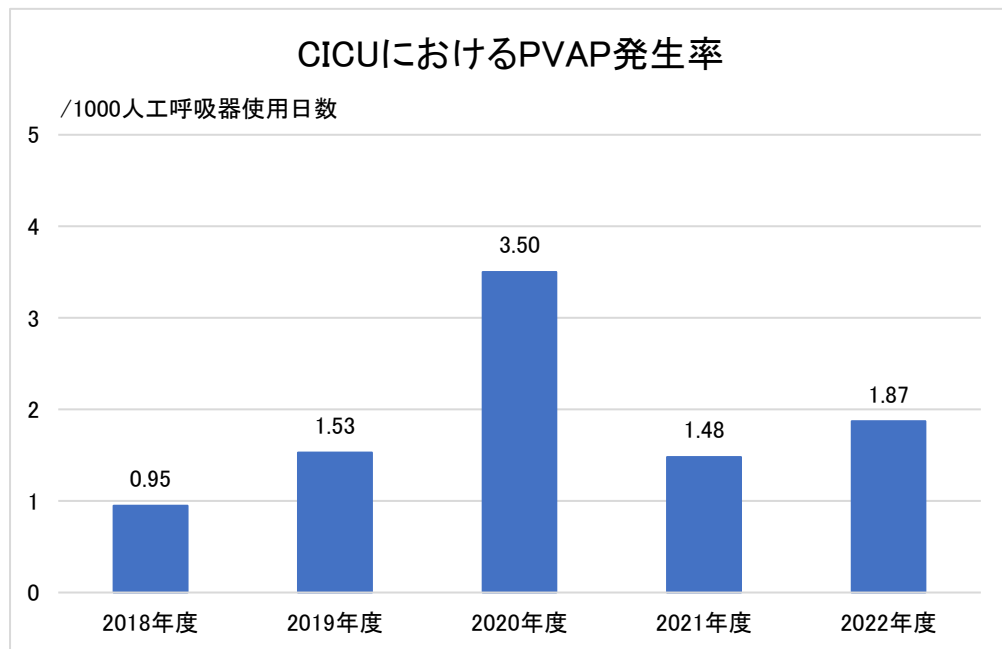
◆担当部署：感染制御部

## 4.4. CICUにおける人工呼吸器関連イベント（VAE）発生率

## 概要

人工呼吸器関連イベント（Ventilator-Associated Events：以下、VAE）とは、人工呼吸器を装着した後に起きる肺炎です。VAEを予防することにより、医療関連感染による重症化や入院期間が延長することを防ぐことが可能です。

## 実績



## 解説

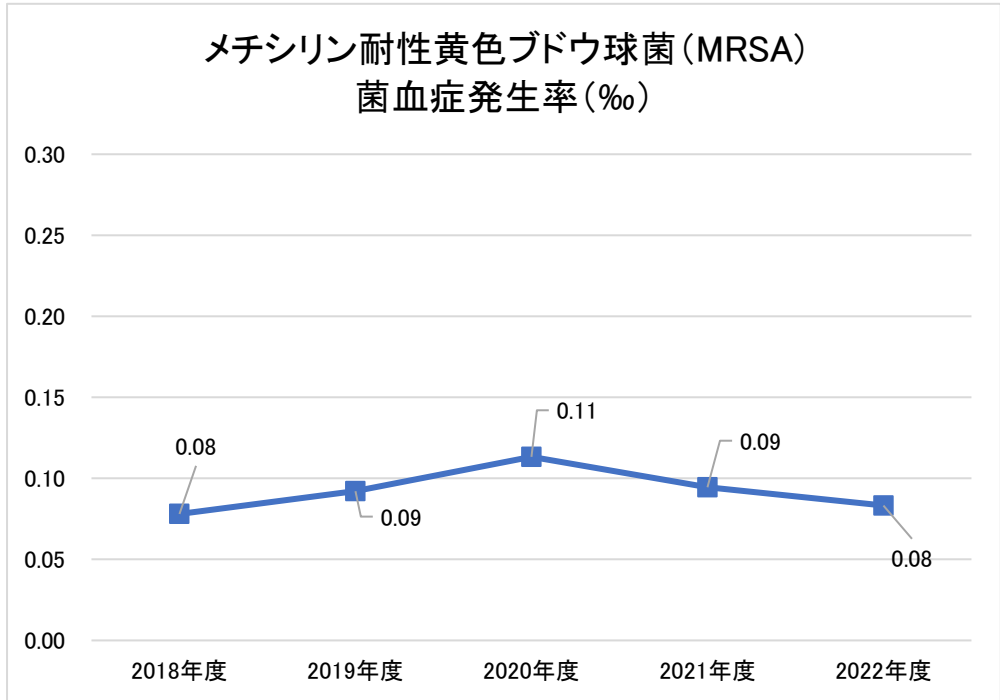
以下の式で算出。

発生率（Incidence Rate）＝PVAP発生件数／延べ人工呼吸器使用日数×1000

\* 気管挿管による人工呼吸器1000使用日数あたり、何件発生したかを調査します。

\* VAEは3つのカテゴリー【VAC（人工呼吸器に関連したコンディション）、IVAC（感染に関連した人工呼吸器関連合併症）、PVAP（人工呼吸器関連の肺炎の可能性）】で算出していますが、PVAPの発生件数をグラフに示しました。

## 4 5. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）菌血症発生率

概要	<p>入院患者さんのうち、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）菌血症を院内で新規に発生した患者さんの割合を示した指標です。MRSAは抗菌薬が効きにくく、院内感染の原因菌として注目されています。また、院内感染対策を行うことで、発生率の上昇を抑えることができると言われており、感染対策の効果を判定する重要な指標です。</p>												
実績	<p style="text-align: center;"><b>メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA） 菌血症発生率（‰）</b></p>  <table border="1" data-bbox="331 846 1334 1543"><thead><tr><th>年度</th><th>発生率（‰）</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>0.08</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>0.09</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>0.11</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>0.09</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>0.08</td></tr></tbody></table>	年度	発生率（‰）	2018年度	0.08	2019年度	0.09	2020年度	0.11	2021年度	0.09	2022年度	0.08
年度	発生率（‰）												
2018年度	0.08												
2019年度	0.09												
2020年度	0.11												
2021年度	0.09												
2022年度	0.08												
解説	<p>以下の式で算出。 MRSA 菌血症を新たに発生した患者数 ÷ 延べ入院患者数 × 1000</p>												

## 4.6. クロストリディオイデス・ディフィシルトキシン 陽性患者発生率

<b>概要</b>	<p>入院患者さんのうち、クロストリディオイデス・ディフィシルトキシンが陽性となった患者さんの割合を示した指標です。</p> <p>クロストリディオイデス・ディフィシルによる感染症（CDI）が起こる原因の一つとして、抗菌薬使用による腸管内細菌叢の変化があります。院内感染対策・抗菌薬適正使用を行うことで、発生率の上昇を抑えることが出来るとされており、それらの効果を判定する重要な指標です。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>クロストリディオイデス・ディフィシルトキシン 陽性患者発生率(‰)</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>発生率(‰)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>0.07</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>0.06</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>0.03</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>0.05</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>0.07</td></tr></tbody></table>	年度	発生率(‰)	2018年度	0.07	2019年度	0.06	2020年度	0.03	2021年度	0.05	2022年度	0.07
年度	発生率(‰)												
2018年度	0.07												
2019年度	0.06												
2020年度	0.03												
2021年度	0.05												
2022年度	0.07												
<b>解説</b>	<p>以下の式で算出。</p> $\text{クロストリディオイデス・ディフィシルトキシンが陽性となった患者数} \div \text{延べ入院患者数} \times 1000$												

## 4 7. 抗 MRSA 薬使用量

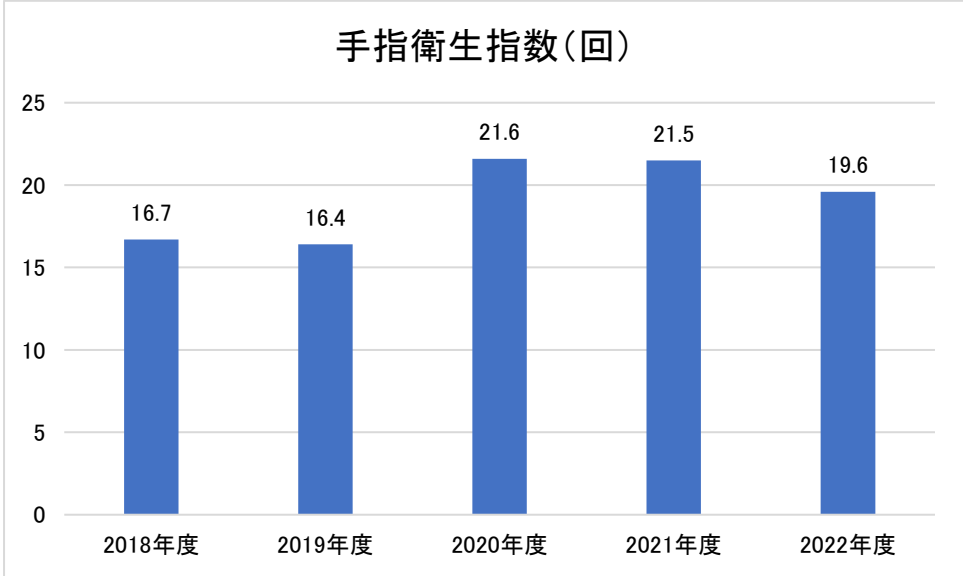
概要	<p>1年間に抗MRSA薬を投与した量を表す指標（AUD）です。</p> <p>入院患者さん1人あたりの投与量ではなく入院患者さん全体に使用された抗菌薬の投与量を示しています。継続的にAUDをみていくことで抗菌薬毎の使用量の推移を確認することができます。</p>																														
実績	<p style="text-align: center;"><b>抗MRSA薬使用量</b></p> <table border="1"> <caption>抗MRSA薬使用量 (AUD)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>バンコマイシン</th> <th>テイコプラニン</th> <th>ダプトマイシン</th> <th>リネゾリド</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>0.7</td> <td>0.8</td> <td>0.1</td> <td>0.1</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> <td>0.1</td> <td>0.1</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>1.1</td> <td>0.8</td> <td>0.1</td> <td>0.1</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>1.1</td> <td>1.2</td> <td>0.1</td> <td>0.1</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>1.0</td> <td>1.4</td> <td>0.1</td> <td>0.1</td> </tr> </tbody> </table>	年度	バンコマイシン	テイコプラニン	ダプトマイシン	リネゾリド	2018年度	0.7	0.8	0.1	0.1	2019年度	1.0	1.0	0.1	0.1	2020年度	1.1	0.8	0.1	0.1	2021年度	1.1	1.2	0.1	0.1	2022年度	1.0	1.4	0.1	0.1
年度	バンコマイシン	テイコプラニン	ダプトマイシン	リネゾリド																											
2018年度	0.7	0.8	0.1	0.1																											
2019年度	1.0	1.0	0.1	0.1																											
2020年度	1.1	0.8	0.1	0.1																											
2021年度	1.1	1.2	0.1	0.1																											
2022年度	1.0	1.4	0.1	0.1																											
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{AUD} = (\text{使用量} \div \text{DDD}) \div \text{延べ入院患者数} \times 100$ <p>※AUD：抗菌薬使用密度      ※DDD：1日仮想平均維持量</p>																														

## 48. カルバペネム系薬使用量

概要	<p>1年間にカルバペネム系薬を投与した量を表す指標（AUD）です。</p> <p>入院患者さん1人あたりの投与量ではなく入院患者さん全体に使用された投与量を示しています。継続的にAUDをみていくことで抗菌薬毎の使用量の推移を確認することができます。</p>																														
実績	<p style="text-align: center;">カルバペネム系薬使用量</p> <table border="1"> <caption>カルバペネム系薬使用量 (AUD)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>メロペネム</th> <th>ドリペネム</th> <th>イミペネム/シラスタチン</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>1.4</td> <td>0.6</td> <td>0.05</td> <td>2.05</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>1.7</td> <td>0.6</td> <td>0.05</td> <td>2.3</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>2.0</td> <td>0.5</td> <td>0.05</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>2.0</td> <td>0.5</td> <td>0.05</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>2.1</td> <td>0.3</td> <td>0.05</td> <td>2.4</td> </tr> </tbody> </table>	年度	メロペネム	ドリペネム	イミペネム/シラスタチン	合計	2018年度	1.4	0.6	0.05	2.05	2019年度	1.7	0.6	0.05	2.3	2020年度	2.0	0.5	0.05	2.5	2021年度	2.0	0.5	0.05	2.5	2022年度	2.1	0.3	0.05	2.4
年度	メロペネム	ドリペネム	イミペネム/シラスタチン	合計																											
2018年度	1.4	0.6	0.05	2.05																											
2019年度	1.7	0.6	0.05	2.3																											
2020年度	2.0	0.5	0.05	2.5																											
2021年度	2.0	0.5	0.05	2.5																											
2022年度	2.1	0.3	0.05	2.4																											
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{AUD} = (\text{使用量} \div \text{DDD}) \div \text{延べ入院患者数} \times 100$ <p>※AUD：抗菌薬使用密度      ※DDD：1日仮想平均維持量</p>																														

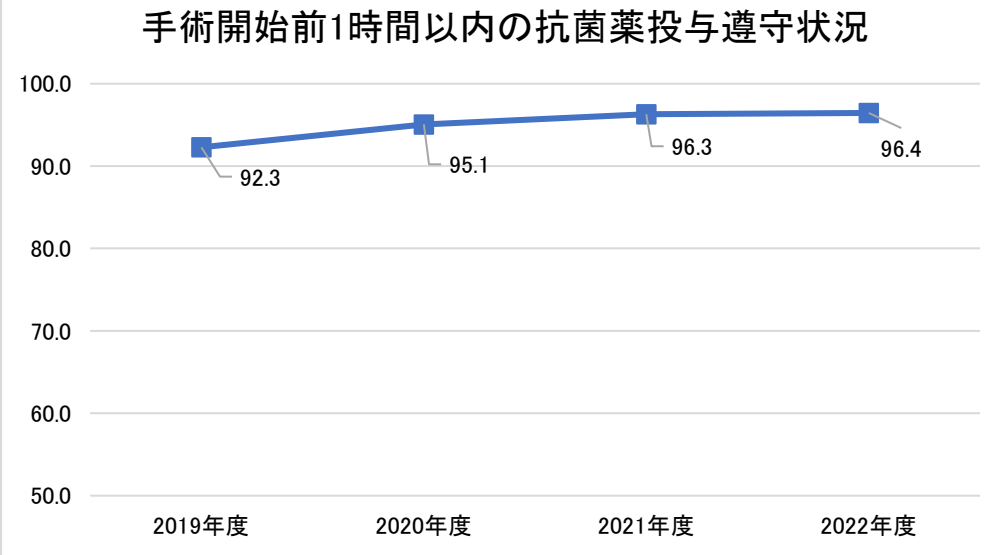


## 49. 手指衛生指数

<b>概要</b>	<p>日々、患者さんのケアを行う医療従事者の手指は、病院感染を引き起こす医療関連の病原体の感染伝播経路となりやすいとされています。そのような病原体の感染防止対策として最も基本的で重要なことは、アルコールベースの手指消毒薬を使用した手指衛生の励行とされており、手指衛生指数は院内感染防止のための基本的で重要な指標といえます。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;">手指衛生指数(回)</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>手指衛生指数(回)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>16.7</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>16.4</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>21.6</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>21.5</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>19.6</td></tr></tbody></table>	年度	手指衛生指数(回)	2018年度	16.7	2019年度	16.4	2020年度	21.6	2021年度	21.5	2022年度	19.6
年度	手指衛生指数(回)												
2018年度	16.7												
2019年度	16.4												
2020年度	21.6												
2021年度	21.5												
2022年度	19.6												
<b>解説</b>	<p>以下の式で算出。</p> $\text{手指衛生指数} = \text{病棟への手指消毒剤の納品量(ml)} \div \text{延べ入院患者数} \div 1 \text{ 回手指消毒剤使用量 (ml)}$ <p>※手指衛生指数・・・1日1患者さん当たりの手指消毒実施回数</p>												

◆担当部署：感染制御部

## 50. 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

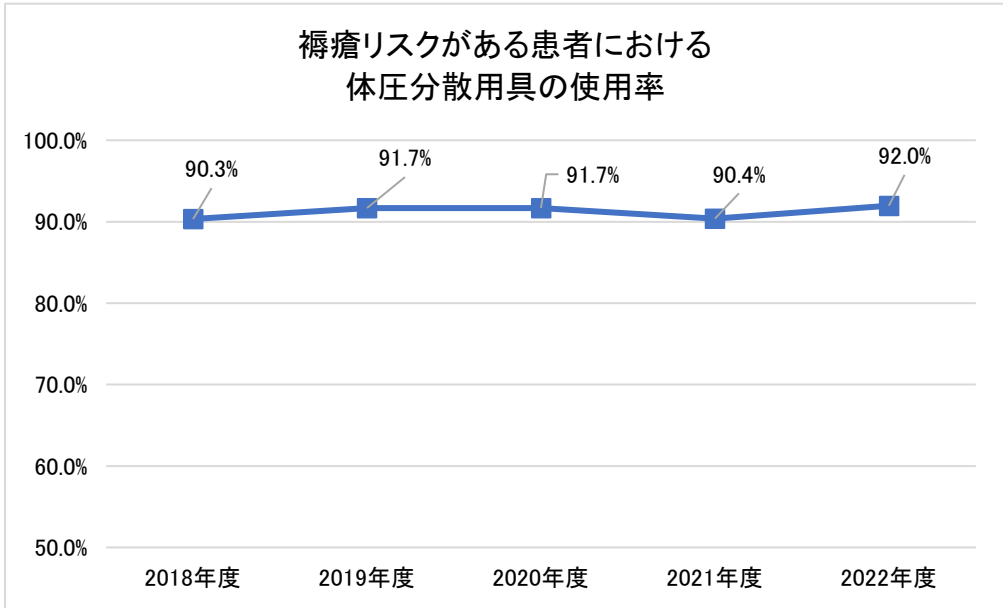
<b>概要</b>	手術の合併症として手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）があり、その予防として、抗菌薬の投与が推奨されています。手術開始時に十分な組織濃度にある必要があるため、抗菌薬は手術開始前1時間以内に投与されることが推奨されています。										
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>手術開始前1時間以内の抗菌薬投与遵守状況</b></p>  <table border="1" data-bbox="331 840 1342 1393"><thead><tr><th>年度</th><th>投与遵守率 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2019年度</td><td>92.3</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>95.1</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>96.3</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>96.4</td></tr></tbody></table>	年度	投与遵守率 (%)	2019年度	92.3	2020年度	95.1	2021年度	96.3	2022年度	96.4
年度	投与遵守率 (%)										
2019年度	92.3										
2020年度	95.1										
2021年度	96.3										
2022年度	96.4										
<b>解説</b>	以下の式で算出。 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与された手術件数 ÷ 術前抗菌薬が投与された手術件数 × 100										

## 5 1. 褥瘡発生率

<b>概要</b>	入院中に発生した褥瘡は、患者さんの生活の質を低下させ、入院の長期化につながります。予防可能な褥瘡については、適切な診療やケアにより、発生を回避することができます。当該指標は褥瘡の発生予防の取り組みとその効果を示す指標です。												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>褥瘡発生率</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>褥瘡発生率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>0.81%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>0.82%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>0.84%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>0.80%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>0.75%</td></tr></tbody></table>	年度	褥瘡発生率	2018年度	0.81%	2019年度	0.82%	2020年度	0.84%	2021年度	0.80%	2022年度	0.75%
年度	褥瘡発生率												
2018年度	0.81%												
2019年度	0.82%												
2020年度	0.84%												
2021年度	0.80%												
2022年度	0.75%												
<b>解説</b>	<p>以下の式で算出。</p> <p>院内の新規褥瘡発生患者数 ÷ 入院実患者数 (前月末日の在院患者数 + 当該月新規入院患者数) × 100</p> <p>※新規褥瘡発生患者は、日本褥瘡学会の DESIGN-R 分類における d 1 ~ U の患者としています。</p>												

◆担当部署：褥瘡対策委員会

## 5.2. 褥瘡発生リスクの高い患者に対する体圧分散寝具の使用率

<b>概要</b>	<p>入院中に発生した褥瘡は、患者さんの生活の質を低下させ、入院の長期化につながります。予防可能な褥瘡については、適切な診療やケアにより、発生を回避することができます。</p> <p>褥瘡の予防には体圧分散寝具の使用が効果的です。体圧分散寝具は数に限りがあるため、褥瘡発生リスクの高い患者さんに体圧分散寝具が適切に使用されているかを評価し、予防策の徹底状況を把握するとともに、寝具の過不足がないかを評価しています。</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>褥瘡リスクがある患者における 体圧分散用具の使用率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>使用率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>90.3%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>91.7%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>91.7%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>90.4%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>92.0%</td></tr></tbody></table>	年度	使用率	2018年度	90.3%	2019年度	91.7%	2020年度	91.7%	2021年度	90.4%	2022年度	92.0%
年度	使用率												
2018年度	90.3%												
2019年度	91.7%												
2020年度	91.7%												
2021年度	90.4%												
2022年度	92.0%												
<b>解説</b>	<p>以下の式で算出。</p> <p>分母のうち、体圧分散用具が使用された実患者数 ÷ 褥瘡に関する危険因子を有する、あるいは既に褥瘡を有していた実患者数 × 100</p>												

## 5.3. 身体抑制率

<p><b>概要</b></p>	<p>治療上必要に応じてチューブ・ドレーン類を使用しますが、患者さんの状態によっては、患者さん自身でチューブを抜こうとしたり、体動によって転倒・転落の危険性が増すことがあります。そのような事態になりますと患者さんの生命の危険性、あるいは外傷・骨折の危険性があります。そのような場合、事故を未然に防ぐために身体抑制を行う場合があります。身体抑制は、それに変わる方法がないか充分検討を行い、治療上やむを得ない場合にのみ実施しております。当院では、身体抑制の実施率把握し、その実施を低減できる方法を検討し、短時間で解除できるように努めています。</p>												
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>身体抑制率</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>身体抑制率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>8.5%</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>10.3%</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>12.8%</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>11.7%</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>12.2%</td> </tr> </tbody> </table>	年度	身体抑制率	2018年度	8.5%	2019年度	10.3%	2020年度	12.8%	2021年度	11.7%	2022年度	12.2%
年度	身体抑制率												
2018年度	8.5%												
2019年度	10.3%												
2020年度	12.8%												
2021年度	11.7%												
2022年度	12.2%												
<p><b>解説</b></p>	<p>以下の式で算出。            身体的拘束を実施した患者数 ÷ 実入院患者数 × 100            ※日本看護協会の労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）事業のデータ項目および算出式に則して算出            * 2017年度～2020年度は、年4回のみデータの集積からの結果            * 2021年度は、年10回(4月・6月除く)のデータの集積からの結果</p>												

◆担当部署：看護部

## 54. インフォームドコンセントの看護師同席率

<p><b>概要</b></p>	<p>手術や、侵襲度の高い治療・検査等を実施する場合など重要な IC については、可能な限り看護師等が同席し、患者さんが理解しやすいように援助しています。当院では、看護師が同席する IC の基準を定め、同席率を把握することで、その向上に努めています。</p> <p>また、看護師が IC に同席出来なかった場合でも、後で看護師等が理解度の確認を行い、患者さんや家族と医療者双方が納得した意思決定が出来るように努めています。</p>												
<p><b>実績</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>看護職のIC同席率</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>同席率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>43.1%</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>44.0%</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>31.5%</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>33.5%</td> </tr> </tbody> </table>	年度	同席率 (%)	2018年度	43.1%	2019年度	44.0%	2020年度	31.5%	2021年度		2022年度	33.5%
年度	同席率 (%)												
2018年度	43.1%												
2019年度	44.0%												
2020年度	31.5%												
2021年度													
2022年度	33.5%												
<p><b>解説</b></p>	<p>以下の式で算出。</p> $\text{看護職が IC に同席した延べ入院患者数} \div \text{看護職の IC 同席基準を満たす延べ入院患者数} \times 100$ <p>※2021年度は「インフォームド・コンセント（説明・同意）に看護師が同席する基準」の改訂案を検討していたため、調査実施なし。</p>												

◆担当部署：看護部

## 5.5. アレルギー・注意情報の入力割合

概要	<p>患者プロフィールへの「アレルギー・注意情報」の入力状況を示した割合です。医師をはじめ、全職種において、患者さんよりアレルギー・注意情報を入手した場合には、速やかにプロフィールへ入力することとなっています。プロフィールへの入力は、患者さんの情報を正確に把握し、良質な医療を提供する上で必要不可欠なものです。また、診療に関わる医療者間での情報共有においても重要となります。</p>												
実績	<p style="text-align: center;">アレルギー・注意情報の入力割合</p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>入力割合</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018年度</td><td>85.2%</td></tr><tr><td>2019年度</td><td>88.7%</td></tr><tr><td>2020年度</td><td>90.2%</td></tr><tr><td>2021年度</td><td>89.7%</td></tr><tr><td>2022年度</td><td>91.4%</td></tr></tbody></table>	年度	入力割合	2018年度	85.2%	2019年度	88.7%	2020年度	90.2%	2021年度	89.7%	2022年度	91.4%
年度	入力割合												
2018年度	85.2%												
2019年度	88.7%												
2020年度	90.2%												
2021年度	89.7%												
2022年度	91.4%												
解説	<p>当該年度の各診療科の退院患者から、無作為の1か月間の患者を選択し、各患者のアレルギー・注意情報の欄を3段階※で評価します。</p> <p>本指標は、その評価結果に基づき以下のとおりに算出しています。</p> $\text{監査対象患者の評価点数の合計} \div (\text{監査対象患者数} \times 2) \times 100$ <p>※ 2点「全て入力されている」、1点「一部入力に不備がある」、0点「全て未入力」</p>												

## 56. 責任医師（病棟医長・診療科長等）によるカルテチェック実施割合

概要	<p>日々の診療において、患者さんの情報を記録するカルテは、質的にも量的にも適切に記載されていなければなりません。そこで、当院では入院患者さんを対象に、各診療科の責任ある医師が自科の診療記録を確認する「カルテチェック」を実施しており、本指標はその実施状況を示した割合となっております。</p>												
実績	<p style="text-align: center;"><b>責任医師（病棟医長・診療科長等）による カルテチェック実施割合</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>実施割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018年度</td> <td>54.9%</td> </tr> <tr> <td>2019年度</td> <td>53.2%</td> </tr> <tr> <td>2020年度</td> <td>77.4%</td> </tr> <tr> <td>2021年度</td> <td>69.5%</td> </tr> <tr> <td>2022年度</td> <td>74.7%</td> </tr> </tbody> </table>	年度	実施割合	2018年度	54.9%	2019年度	53.2%	2020年度	77.4%	2021年度	69.5%	2022年度	74.7%
年度	実施割合												
2018年度	54.9%												
2019年度	53.2%												
2020年度	77.4%												
2021年度	69.5%												
2022年度	74.7%												
解説	<p>当該年度の各診療科の退院患者から、無作為の1か月間の患者を選択し、各患者の在院週数に対する責任医師のカルテチェック実施件数により、3段階※で評価します。</p> <p>本指標は、その評価結果に基づき以下のとおりに算出しています。</p> <p>監査対象患者の評価点数の合計 ÷ (監査対象患者数 × 2) × 100</p> <p>※ 2点「チェック数 ≧ 在院週数」、1点「チェック数 &lt; 在院週数」、0点「チェック数が0回」</p>												