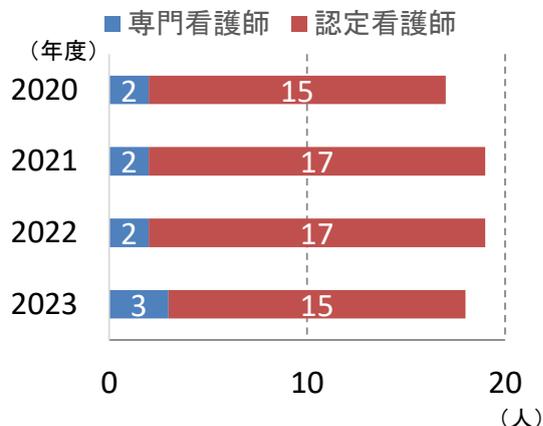


① 専門看護師・
認定看護師数

= 当該年度末時点での資格保有者

当院に在籍している専門看護師・認定看護師の人数を表しています。

専門看護師・認定看護師はそれぞれの領域における高い看護技術と知識を有し、院内だけでなく院外でも活動をしています。今後も新たな専門看護師・認定看護師の育成に努めます。

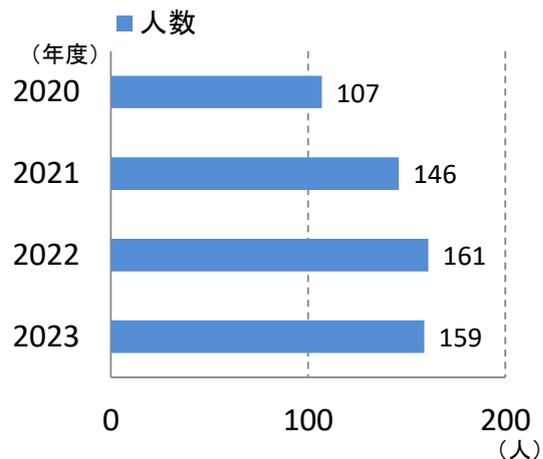


② 看護師の実習
学生受入人数

= 養成教育機関からの
実習学生実人数

学生実習に関する教育体制が整っていることを表しています。

2023年度は、管内1校、管外2校の実習生を受け入れました。新型コロナウイルス感染症の影響も少なく、ほぼ予定通りの実習生を受け入れることができました。受け入れ先の病棟では、専任実習指導者などが指導を行います。また、新任実習指導者研修会など指導者側の研修会も実施し、学生を受け入れています。

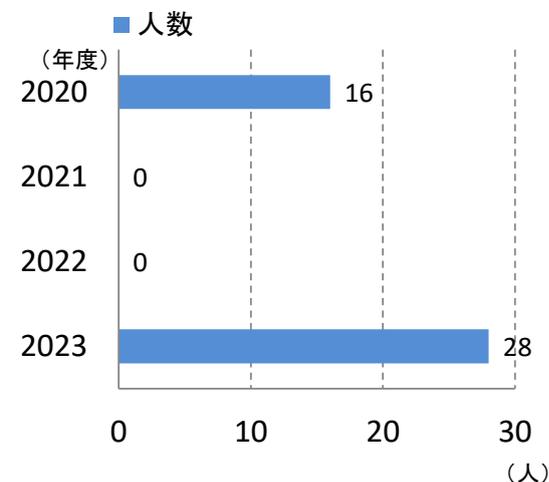


③ 外部医療機関等
からの新人看護師
の研修受入数

= 外部の医療機関(他院、行政
機関、個人)からの新人の研
修受け入れ延べ人数

BLSや化学療法等のスキルアップのため、当院の専門・認定看護師等による研修受講を希望する外部医療機関等の新人看護師を受け入れる体制を評価します。

2023年度は、認定看護師や薬剤師から基本的な知識と技術を習得できる3研修を受け入れました。対面での研修ができるようになり、今後も外部医療機関からの受け入れを継続します。



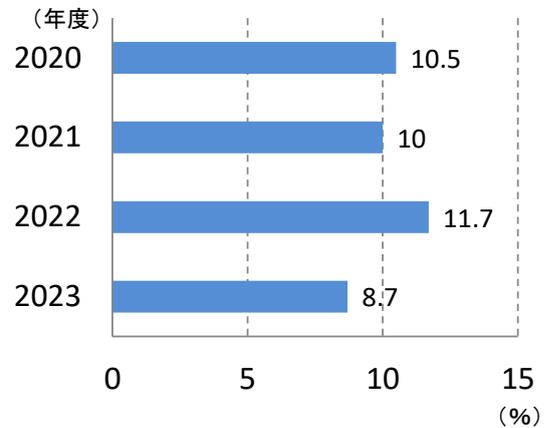
④ 看護職員の
離職率

$$= \frac{\text{看護職員退職者数}}{\text{平均看護職員数}}$$

当該年度の平均看護職員のうち、退職した人数の割合を表しています。

全国的に離職率は10%~11%で推移しており、新型コロナウイルスの影響で増加傾向です。当院でも2020年度から増加傾向になっており、更なるワークライフバランスの充実や教育体制の充実を目指し、雇用の促進に努めます。

■ 離職率



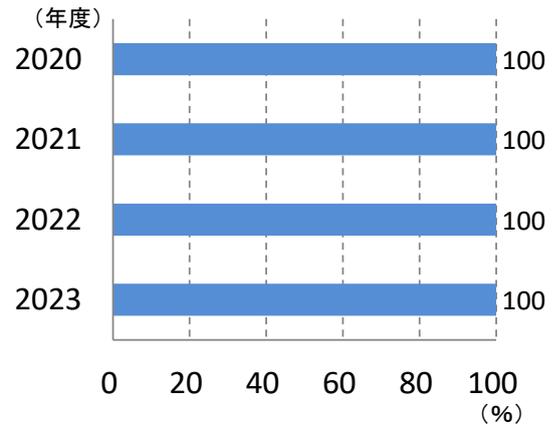
⑤ 初期研修医
マッチング率

$$= \frac{\text{マッチングシステムで研修医として内定した人数}}{\text{初期研修医募集定員人数}}$$

より魅力ある研修病院の指標となります。募集定員数に対する、マッチングシステムで研修医として内定した人数の割合を示します。

2018年度以降、毎年マッチング率100%を達成しています。今後も100%を維持できるよう魅力的な研修プログラムの作成を目指します。

■ マッチング率



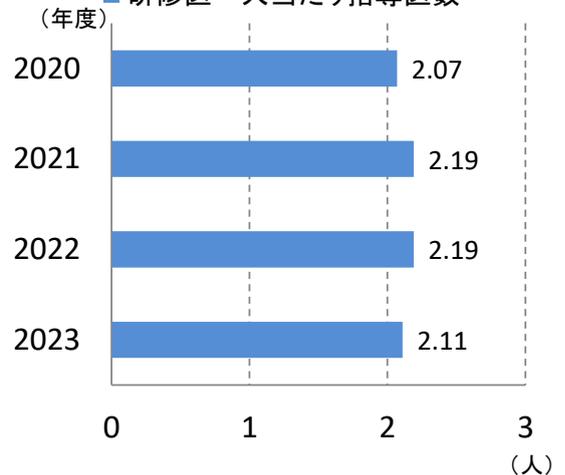
⑥ 研修医一人当たり
指導医数

$$= \frac{\text{指導医講習会を受講済みの指導医数}}{\text{初期研修医数 (1年目と2年目の合計人数)}}$$

指導医養成講習会で明確化した指導内容・方略を身につけた指導医が数多くいる施設は、それだけで研修医指導を重視しており、優れた医療の提供に真摯に取り組んでいる施設であるといえます。

コロナ禍で指導医講習会が満足に開催されていない状況のなか、研修医一人当たりの指導医数は2名以上を確保しています。さらなる指導体制充実のため、臨床経験が7年以上ある上級医の先生方には指導医講習会を受講するよう促していきます。

■ 研修医一人当たり指導医数

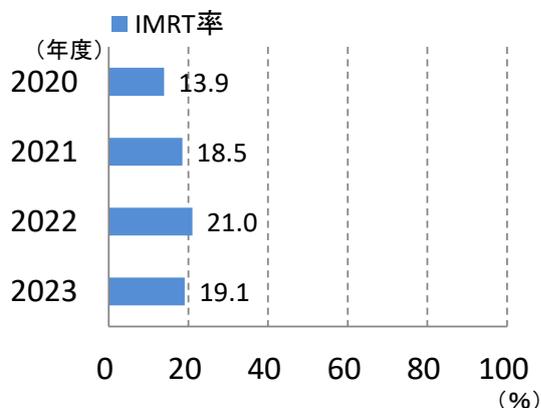


⑦ 強度変調放射線
治療(IMRT)率

$$= \frac{\text{IMRT件数}}{\text{総治療件数}}$$

より高度な放射線治療が実施可能な医療機関であることを評価する指標です。

強度変調放射線治療(IMRT)は、照射方向毎に強弱をつけることで複雑な線量分布を実現する治療方法です。根治目的にて使用する方法であり、15-20%は適切な運用といえます。今後も地域において先進的な治療方法を提供できるよう努めます。

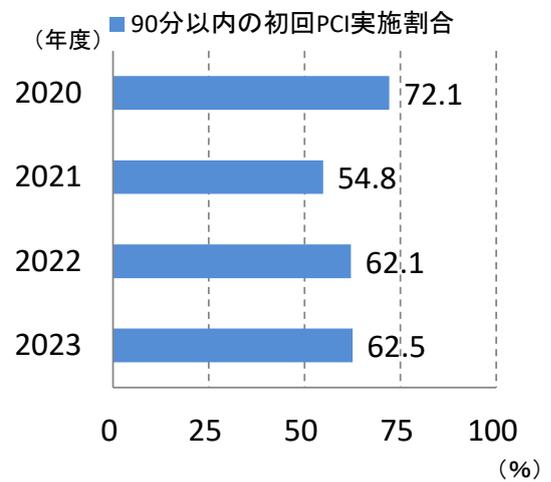


① 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

$$= \frac{\text{来院後90分以内にPCIを受けた患者数}}{\text{18歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数}}$$

急性心筋梗塞の治療では、発症後可能な限り早期に再灌流療法(PCI)を行うことが重要です。そのため急性心筋梗塞と診断されてから90分以内に、あるいは病院到着から90分以内にPCIが施行された患者の割合が50%以上という指標が用いられます。

当院では毎年50%以上を維持しています。今後はさらなる治療成績改善のため、90分以内の実施割合を増加させていきます。

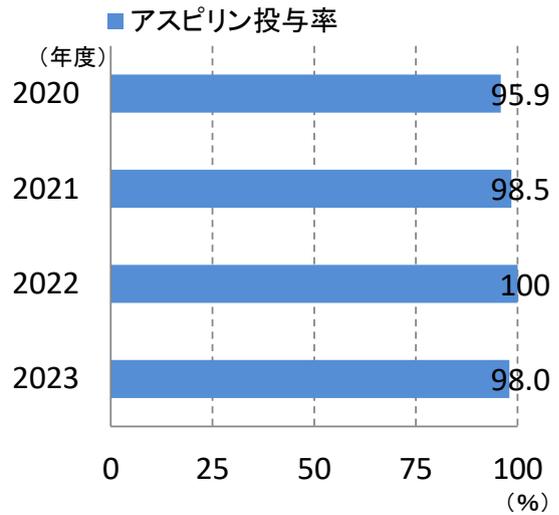


② 急性心筋梗塞患者への入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率

$$= \frac{\text{入院当日もしくは翌日までにアスピリンを投与された患者数}}{\text{急性心筋梗塞の入院患者数}}$$

アスピリンは抗血小板作用があり、急性心筋梗塞の予後の改善に有効であることが、多くの臨床研究で示されています。この指標は診療プロセスが適切に把握されているかを問う指標でもあります。

ほとんどの患者にアスピリンが投与されており、急性心筋梗塞の患者に適切な診療が行えていると考えます。今後も継続して高い投与率を維持していきます。

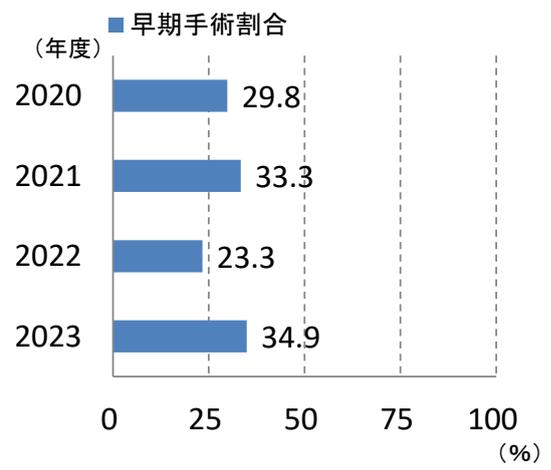


③ 大腿骨頸部骨折早期手術割合

$$= \frac{\text{入院2日以内に手術を受けた患者数}}{\text{大腿骨頸部骨折で入院し手術を受けた患者数}}$$

大腿骨頸部骨折に対しては、ガイドラインで可能な限り早期の手術が推奨されています。本指標では、大腿骨頸部骨折手術を対象に、入院2日以内に手術を受けた患者の割合を算出し、整形外科の医療提供体制を評価しています。

大腿骨頸部骨折の早期手術割合は徐々に増加しています。今後も早期手術に努め、早期退院を目指します。

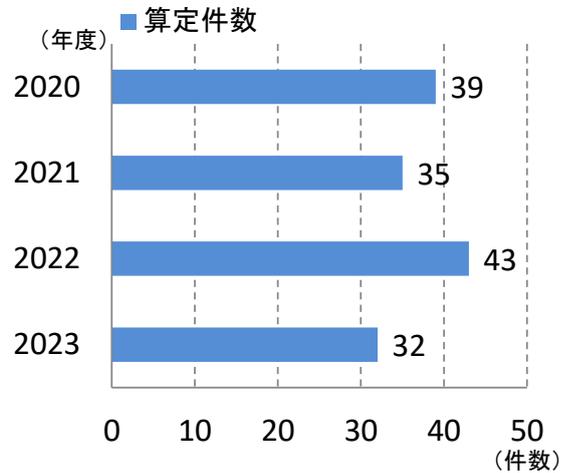


④ 脳梗塞発症4.5時間
以内のtPA投与

= $\frac{\text{超急性期脳卒中加算の算定件数}}{\text{算定件数}}$

『超急性期脳卒中加算』の算定実績を指標として、当院が超急性期の脳卒中治療を常時可能な医療機関であることを評価します。

発症後1週間以内の急性期脳梗塞入院患者は300-340人/年で減少することなく推移していますが、tPA投与の実施件数の減少に加え、その比率も15%から10%に低下しています。tPAをスキップして血栓回収療法を優先することの影響も考慮されます。

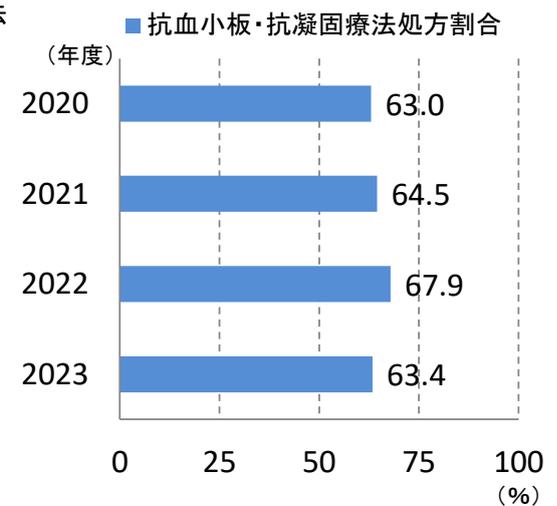


⑤ 脳梗塞患者のうち入院
2日目までの抗血小板・
抗凝固療法処方割合

= $\frac{\text{入院2日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数}}{\text{18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数}}$

「急性期脳梗塞治療ガイドライン2022」では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から24~48時間以内に投与することを推奨しています。本指標は、より高い値が望ましいとされています。

直近3年間では約65%で推移しており、非心原性脳梗塞に対する抗血小板療法の早期開始に加え、心原性脳塞栓症においても、出血合併症のリスクが高くない場合、より早期からの抗凝固療法開始がルーチン化されているものと考えます。



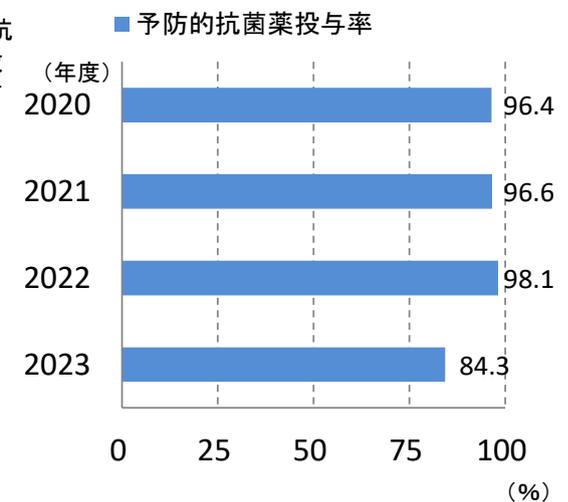
⑥ 特定術式における手術
開始前1時間以内の
予防的抗菌薬投与率

= $\frac{\text{手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{特定術式の手術件数}}$

※特定術式:冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術

手術を受ける患者の安心や安全のために重要な感染予防の実施状況を示す指標です。

全国的な数値と同等に高い値を維持しています。今後も患者の安全や安心のため、手術における感染予防に取り組んでいきます。



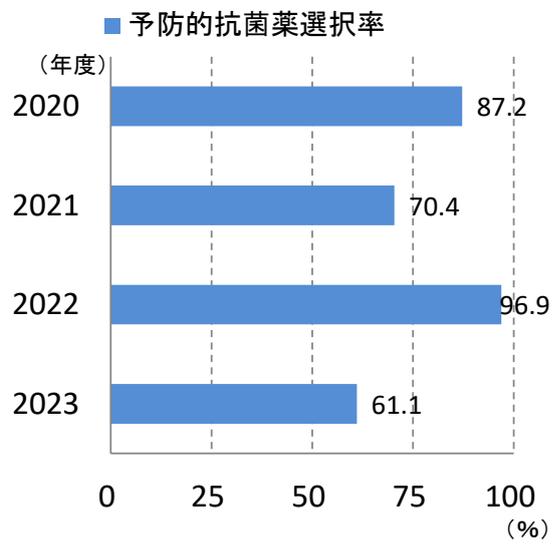
⑦ 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

$$\frac{\text{術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数}}{\text{特定術式の手術件数}}$$

※特定術式:冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術

術式により対象となる細菌がある程度想定されるため推奨抗菌薬が定められています。本指標は、より適切な抗菌薬を選択しているかを示すものです。

2021年度・2023年度においては、前年度を下回る結果となっています。当院は全国平均(90%前後)より低い傾向にあることが課題です。より高い選択率となるよう努めていきます。

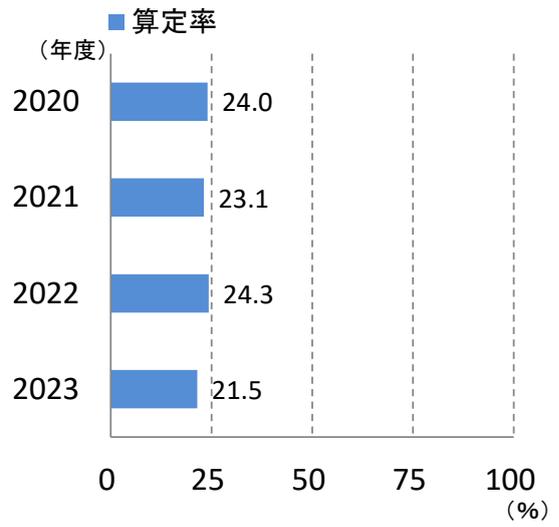


⑧ 肺血栓塞栓症予防管理料の算定率

$$\frac{\text{肺血栓塞栓症予防管理料算定患者数}}{\text{当該年度の退院患者数}}$$

リスクレベルに応じた肺血栓塞栓症の予防が推奨されており、本指標は発生率低下への取り組みを示すものです。

全身麻酔手術は術後に安静が必要となり、リスクレベルが高くなりやすいことから、主に全身麻酔手術を実施した患者が算定対象となり、全退院患者数の2割ほどで推移しています。一方、全身麻酔手術を実施した患者に対しては、リスクレベルに応じ7~8割程度の割合で肺血栓塞栓症予防を実施しています。今後も肺血栓塞栓症発生予防への取り組みを続けます。

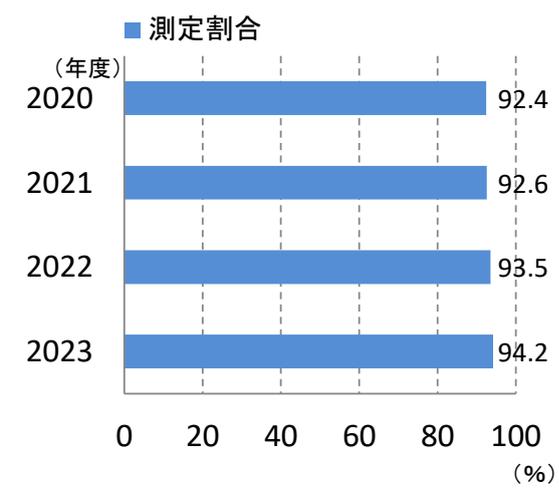


⑨ 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

$$\frac{\text{薬物血中濃度を測定された患者数}}{\text{治療薬物モニタリングを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数}}$$

本指標は抗MRSA薬投与に対して薬物血中濃度を測定した患者の割合を表します。

薬物血中濃度を測定することで、薬効および副作用を的確に把握して、有効血中濃度になるよう用法・用量を調整することができます。全国平均は80%台です。今後も的確な治療が行えるよう努めます。

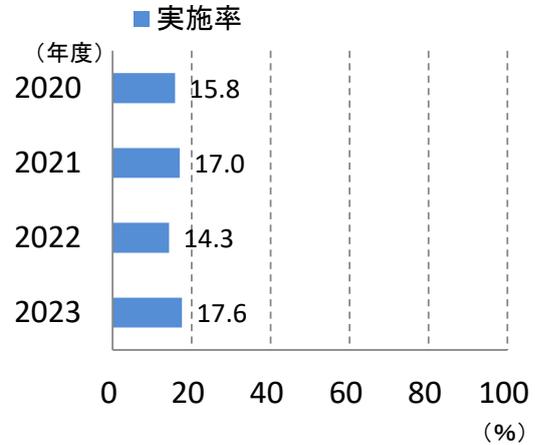


⑩ 薬剤管理指導
実施率

$$= \frac{\text{1回以上薬剤管理指導料を算定した患者数}}{\text{当該年度の退院患者数}}$$

当該年度の退院患者のうち、薬剤管理指導を受けた患者の割合を示します。

薬剤管理指導実施率は、薬剤部の人員不足により全ての病棟の患者に指導を行うことができないため、低い値で推移していますが、12月より担当者が1名増員となり昨年度より若干の増加が見られました。今後も人員確保・業務の効率化を一層進めていきます。

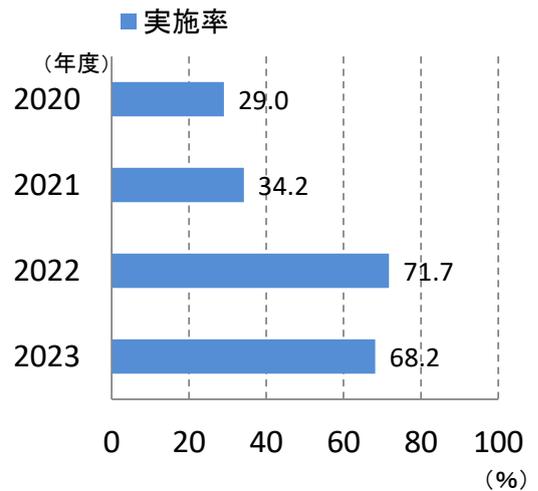


⑪ 定期外来時
遠隔モニタリング
チェック実施率

$$= \frac{\text{定期外来遠隔モニタリングチェック総実施数 (遠隔モニタリング加算算定件数)}}{\text{ペースメーカー外来総受診患者数 (ペースメーカー指導管理料算定件数)}}$$

心臓植込み型電気的デバイス導入患者に対する臨床工学技士による遠隔モニタリングデバイスチェック実施数を示しており、診察待ち時間短縮・受診回数軽減へ繋がる指標となります。

遠隔診療推進や受診前の患者状況の把握へと繋げるため、遠隔モニタリングの有効性を鑑み、さらなる遠隔モニタリング導入数・チェック実施率の向上を目指します。

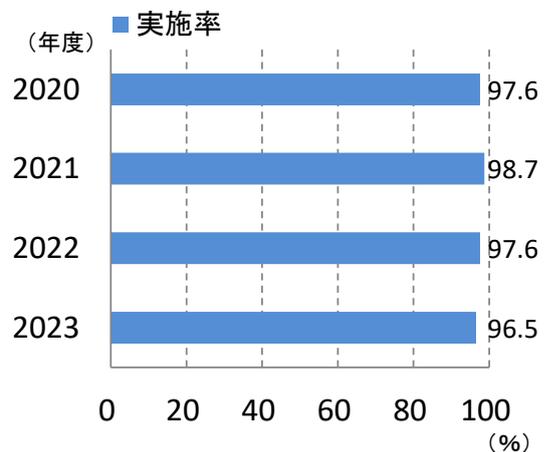


⑫ 脳梗塞患者における
入院後の早期リ
ハビリテーション
実施率

$$= \frac{\text{3日以内にリハビリテーションが実施された患者数}}{\text{病名が脳梗塞かつ脳血管リハビリテーション実施患者数 (死亡退院除く)}}$$

急性期医療において、全国平均の3日以内にリハビリテーションを実施した患者の割合を示しています。

脳卒中ガイドラインで推奨されており、適切に入院後早期にリハビリテーションを実施することは早期の自立や在宅復帰に有効です。課題としては、高い実施率を維持できるかが挙げられます。



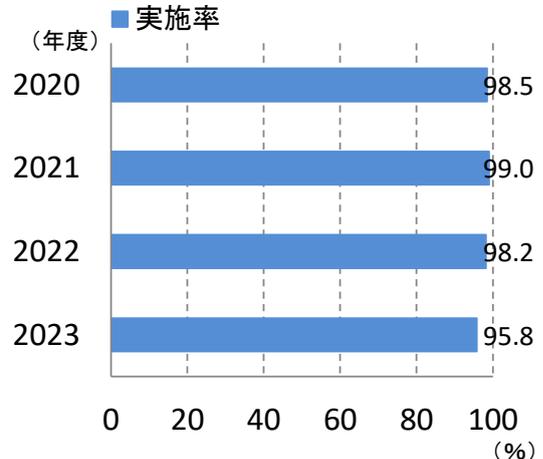
⑬ 整形外科(運動器)における入院後の早期リ

早期リハビリテーション加算30日以内を算定している患者数

整形外科における入院患者実施数

脊椎疾患や変形性関節症、骨折、手外科領域などにおける早期リハビリテーション加算30日以内の患者数の割合を示しています。

早期リハビリテーション加算30日以内を当院では95%以上の割合で算定しています。術後早期から介入することで機能改善、合併症や拘縮の回避、廃用予防にもなり、早期の自立・在宅復帰や回復期病院への転院へと繋げていきます。実施率を落とさないことが今後の課題です。



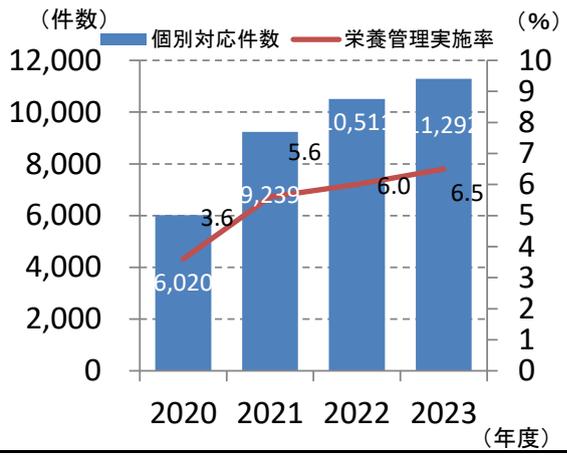
⑭ 栄養管理 実施率

栄養士が1日1回以上訪問・対応した患者延べ数

1日1食以上食事を提供した入院患者延べ数

栄養状態の改善や維持のため、個別の対応が必要な患者に対し、管理栄養士がきめ細やかな栄養サポートを行っていることを示す指標です。

栄養科は、患者個々に合わせたきめ細やかな栄養サポートを理念として活動しており、積極的にベッドサイドへの訪問を行っています。実施率は上昇傾向ではありますが、未だ低い状況です。限られた人員でいかに実施率を上げていくかが今後の課題となります。



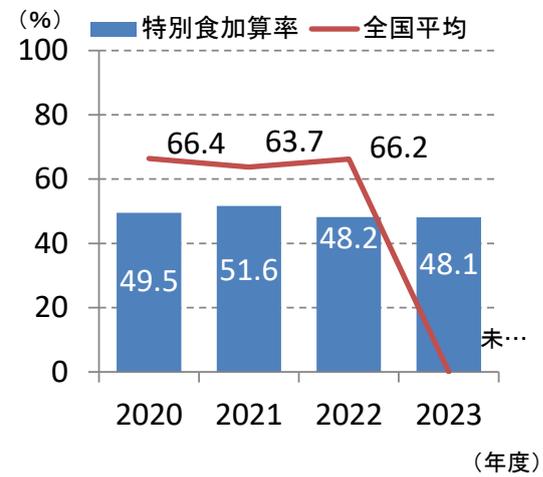
⑮ 持病を持つ患者への治療食提供率

分母のうち、特別食加算の算定数

糖尿病、腎臓病があり、それらの治療が主目的でない入院患者数

継続的な食事療法を行う必要のある疾病を持つ患者に対し、個々に適した食事を提供していることを示す数値です。

当院の治療食提供率は全国平均を下回っていますが、当院では患者個々に適した食事提供へ多職種が協働して取り組んでいます。栄養士は入院が決定した患者の既往症の確認を行っており、必要に応じて食種が変更される体制となっています。今後も、適切な食事提供への取り組みを強化していきます。

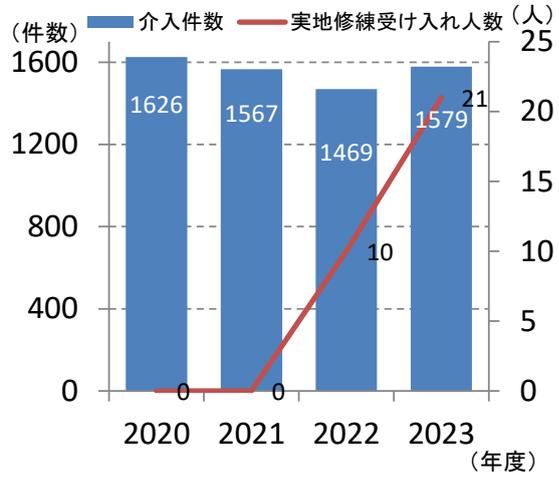


⑩ 多職種連携による
栄養管理への
取り組み

$$= \frac{\text{NST介入件数、NST実地修練の受け入れ件数}}{\text{NST介入件数、NST実地修練の受け入れ件数}}$$

栄養状態の改善や維持のために特別な対応が必要な患者に対し、多職種が連携して栄養管理へ取り組んでいることを示す指標です。

当院のNST介入件数は一定の水準を維持し、多職種連携による栄養管理を実践しています。また、日本臨床栄養代謝学会の教育施設として認定を受けています。コロナ禍であった2020～2021年度、NST専門療法士認定制度の臨床実地修練の受け入れを、やむを得ず中止しましたが、2022年度より再開しております。2023年度より開催期間を延長し、実習生受け入れ人数を拡大しています。

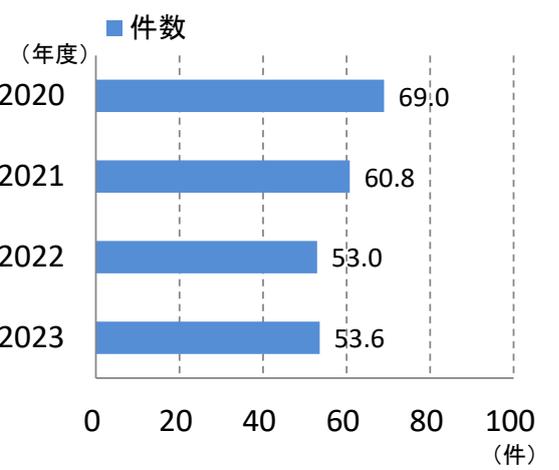


⑪ 1ヶ月間・100床
あたりのセーフティ
レポート件数
(年度平均)

$$= \frac{\text{調査年度・月毎のセーフティレポート提出件数} \times 100}{\text{許可病床数}}$$

セーフティレポートは事故の再発防止や改善に向けた情報収集のツールです。報告の文化をもつ医療機関は報告のない機関よりも安全とされており、その指標となります。

インシデント・アクシデントが生じた場合、原因を調査し、防止策をとることが求められるため、インシデント・アクシデントをきちんと報告する体制が必要です。防止策を講じ、引き続き情報の共有化を行います。

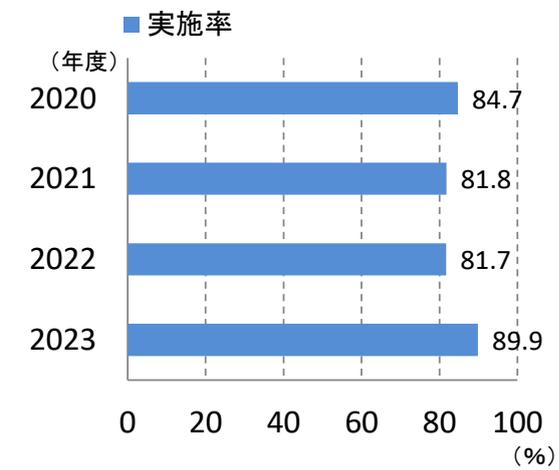


⑫ 血液培養実施時
の2セット実施率

$$= \frac{\text{血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数}}{\text{血液培養のオーダー日数}}$$

血液中の細菌を検出する血液培養は2セット採取することで検出感度が上がるため複数セット採取が推奨されており、感染症治療を行う上で重要な指標となっています。

全国平均は70%前後であり、当院も高い水準を保つため複数セット採取を定着させ、原因菌の特定と効果的な抗菌薬の選択により最適な感染症治療を進めています。

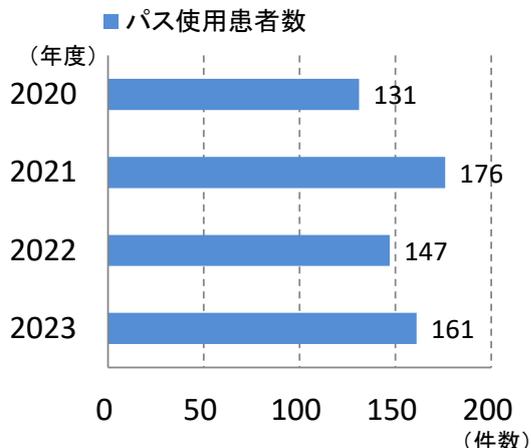


⑱ 脳卒中地域連携パス
使用患者数

= 脳卒中地域連携パス
使用患者の実数

脳卒中診療において、それぞれの医療機関が有する機能を有効に活用し、患者を中心とした地域全体で質の高い継続性のある医療を提供する指標です。

脳卒中入院では、全患者に連携パスを適用し、回復期リハビリ施設へ継続していけるよう連携しています。パス分科会で地域との情報共有を図り、連携強化を続けます。

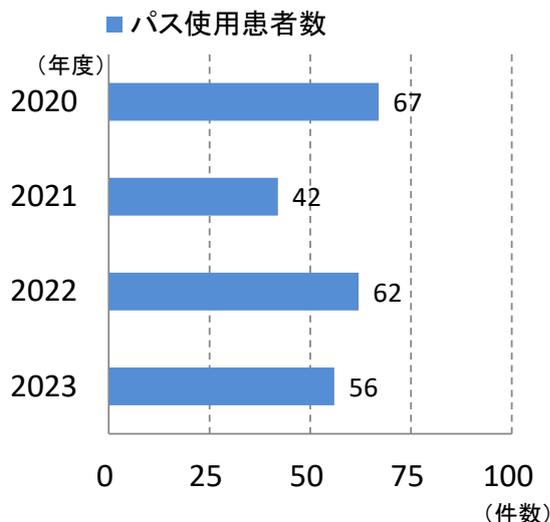


㉑ 大腿骨近位部骨折
地域連携パス
使用患者数

= 大腿骨近位部骨折地域連携
パス使用患者の実数

大腿骨近位部骨折の診療において、それぞれの医療機関が有する機能を有効に活用し、患者を中心とした地域全体で質の高い継続性のある医療を提供する指標です。

連携パスを適用し、回復期リハビリ施設との情報交換を行い、早期リハビリテーションへの調整を行います。パス分科会で地域の情報共有を図り、連携強化を続けます。

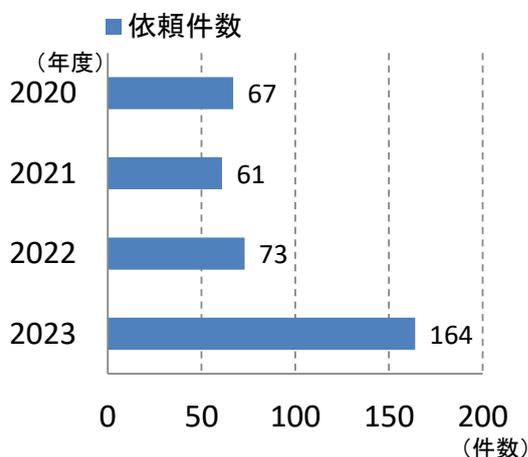


㉒ 緩和ケアチーム
依頼件数

= 入院患者で緩和ケアチームへ症状
緩和等を依頼をした件数

緩和ケアチームは医師、看護師、薬剤師、がん相談員、公認心理士、管理栄養士およびソーシャルワーカーの多職種で構成され、患者のQOL向上を目指しており本指標は緩和ケアチームの活動状況を示しています。

緩和のスクリーニングを継続して院内で活用していること、また集計方法を一部変更したことから依頼件数の増加につながっていると考えられます。患者の身体的・精神的苦痛の緩和、QOL向上を目指し活動していきます。

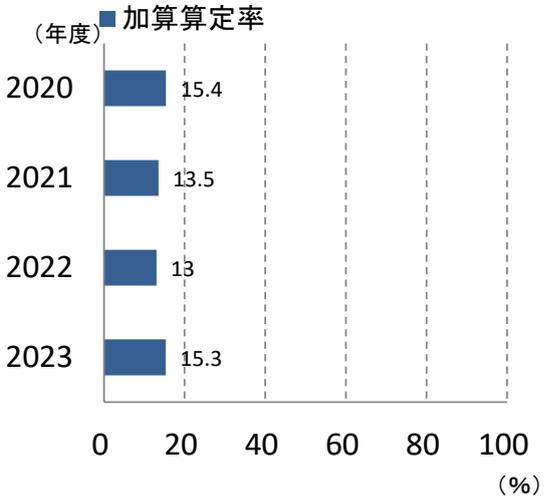


⑳ 総合支援センター
問診患者の入院時
支援加算算定率

$$= \frac{\text{入院時支援加算算定数}}{\text{退院患者数}}$$

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施していることを示す指標です。

在宅あるいは転院に向けて早期介入のために、定期入院が決定後、入院の流れ、検査説明等イメージ化が可能となるような説明に加えて、退院後の意向を確認しています。そして、今後も入院前から多職種で、切れ目のない連携を進めていきます。

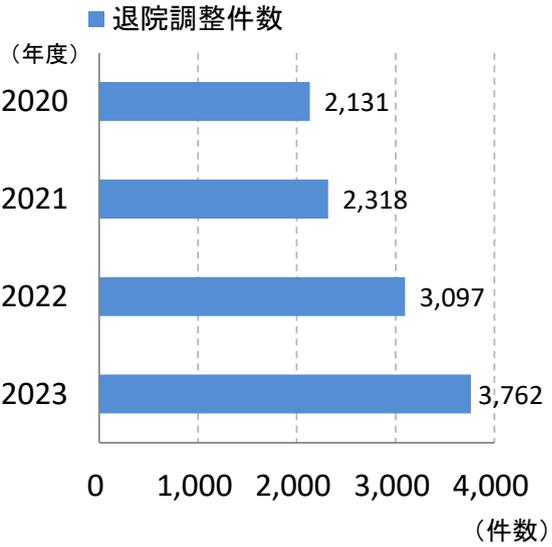


㉑ 退院調整件数

$$= \text{地域医療連携室のMSWと看護師が退院調整を行った件数}$$

入院患者の抱える様々な問題に対応できていることを示す指標です。

年々、様々な背景を抱えている患者が増加している傾向にあります。退院困難な要因を抽出し、病棟、外来、地域との連携を深めながら支援に繋げています。地域との連携は必須であり、今後も連携強化を図り、患者・家族の意向を大切にしながら退院調整に関わっていきます。

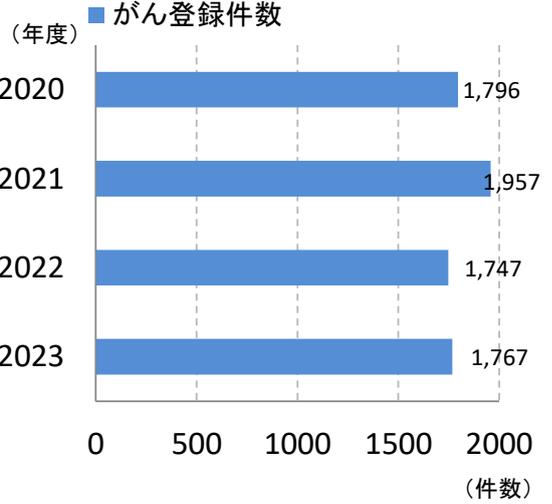


㉒ 地域がん診療拠点病院
としてのがん登録件数

$$= \text{国立がん研究センターの標準登録様式に基づき登録した件数}$$

地域がん診療拠点病院として、がん種別件数毎にホームページ等で情報公開に努めていることを示す指標です。

2021年度は直近4年間において最多のがん登録件数となっております。全国の地域がん診療連携拠点と比べても平均(1,585件)以上の件数となっております。

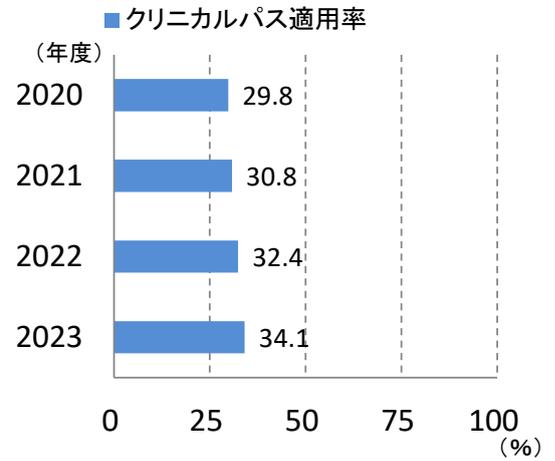


㊦ クリニカルパス適用率

$$= \frac{\text{クリニカルパス適用患者数}}{\text{新入院患者数}}$$

医療の標準化やチーム医療の推進を積極的に行っているかを示す指標です。

適用率は30%前後と低い結果となっております。今後の課題である適用率を上げるために、パスを適用した患者の情報(バリエーション情報)を収集し、パスの改善や新たなパスの作成に繋げていきたいと考えます。

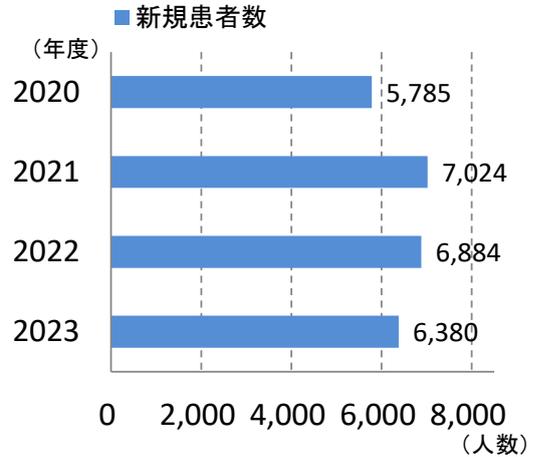


① 新規患者数

= 当該年度に新たに患者番号
を取得し、カルテを作成した
患者数

より多くの患者に医療を提供していることを証明する指標です。

2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響により診療制限を実施したため大幅に減少しましたが、2021年度はコロナ禍前の水準まで回復傾向にありました。しかし2023年度は医師数の減少に伴い診療制限を実施したため減少傾向にあります。今後も引き続き、地域住民の方々から「最も信頼され選ばれる病院」を目指します。

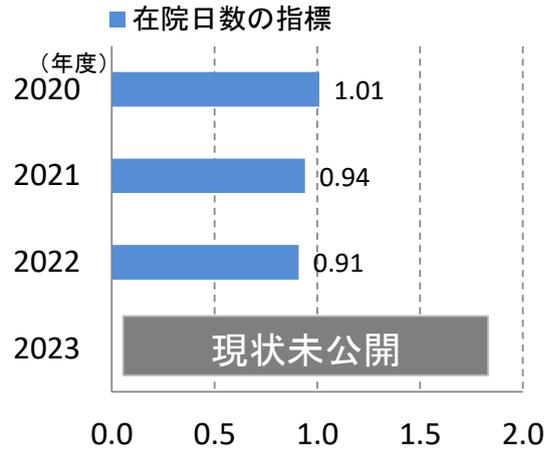


② 在院日数の指標

= 厚労省DPC評価分科会が
公開する資料より抜粋

診断群分類(DPC)ごとの在院日数を視点として、病院として効率よく診療していることを評価する指標です。数値は1.0が全国平均となり、1.0よりも大きい方が在院日数が短く効率よく診療していることを示します。

当院は、全国平均と同等程度の在院日数であるという結果でした。今後はクリティカルパス等を活用し、より効率の良い診療を行い在院日数のさらなる短縮を目指します。

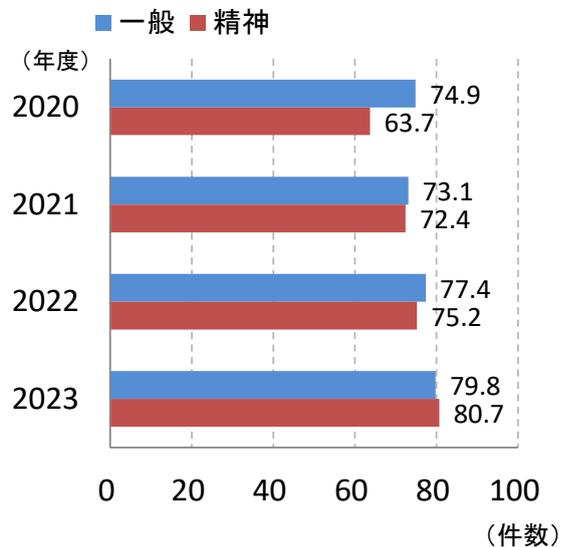


③ 病床利用率

= $\frac{\text{年間入院患者数}}{\text{許可病床年間延べ数}}$

病床がどの程度、効率的に稼働しているかを示す指標です。100%に近いほど空き病床がない状態で利用されていることになります。

2020年度以降は新型コロナウイルス感染症への対応のため、病床利用率は下がったものの、2022年度以降は徐々に利用率が上がりつつあります。今後も地域における当院の役割を念頭に置き、病床を有効かつ効率的に利用できるよう努めていきます。

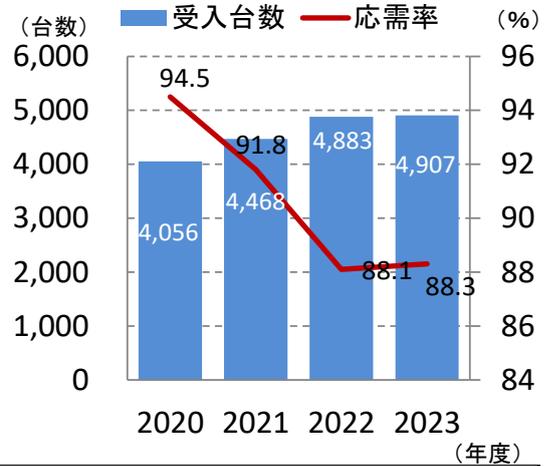


④ 救急車応需率

$$= \frac{\text{救急車受入台数}}{\text{救急要請件数}}$$

救急隊からの搬送の要請に対し、どれだけ救急車の受け入れができたかを示すものです。当院の救急医療における総合的な体制を、救急車の受入台数と応需率によって評価する指標です。

2020年度は、十勝管内の救急車出動数が2割ほど減少しており、それにともない当院の受入台数も減少しました。2021年度以降は救急搬送患者が増え、応需率が低下しております。かかりつけ医が望ましい症例や、救急救命センターが満床時に応需できない場合がでてきます。今後は、いかに効率よく医療を提供し応需率を上げていくかが課題となります。



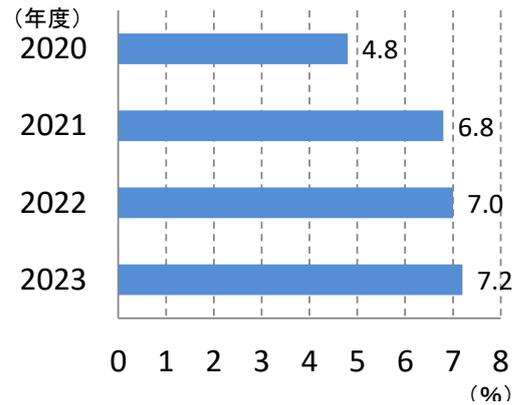
⑤ 死亡退院患者率

$$= \frac{\text{死亡患者数}}{\text{全退院患者数}}$$

病床数、緩和ケア病棟や救命救急センターの有無など医療機関ごとの特徴から大きく影響を受けるものであり、医療の質として単純な評価や比較は適切ではありませんが、継続して数値を把握することが必要な指標です。

当院は3次救急を担っているため、来院時心肺停止等、重症度の高い患者を受け入れており、日本病院会QIプロジェクト平均値(3.7%)よりも高くなる傾向にあります。引き続き患者の命を救える体制を整えていきます。

■ 死亡退院患者率



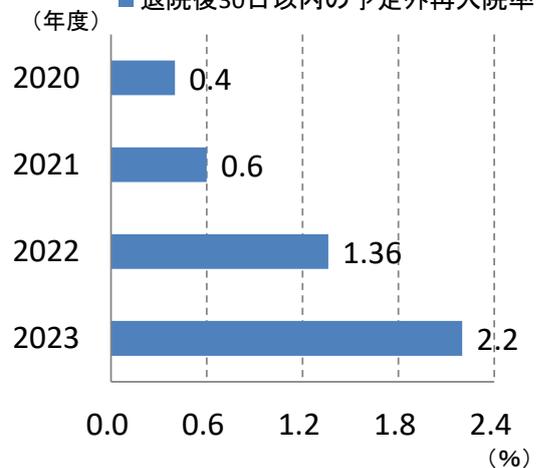
⑥ 退院後30日以内の予定外再入院率

$$= \frac{\text{前回入院から30日以内に計画外で再入院した症例}}{\text{退院症例数}}$$

前回入院時の治療が不十分であったことや、回復が不完全な状態で早期退院を強いたこと等による予定外の再入院を防ぐ意義のある指標となります。

2020年・2021年は1%未満で推移しておりますが、2022年度より増加しております。より適切な治療を行い適切な入院期間で退院できることを課題として検証し、改善に向けた取り組みを進めていきます。

■ 退院後30日以内の予定外再入院率

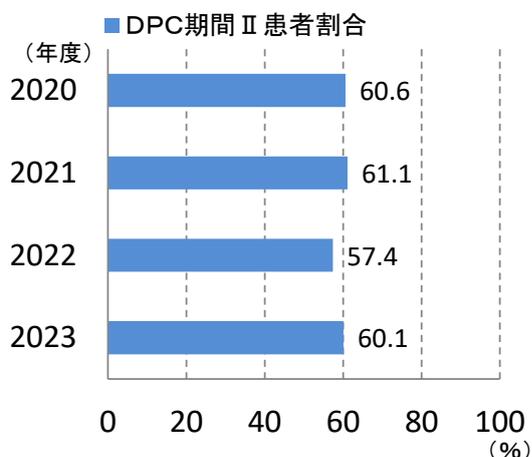


⑦ DPC期間Ⅱ患者割合

$$= \frac{\text{当該月にDPC期間Ⅱ内で退院した患者数}}{\text{当該月にDPC適応で退院した患者数}}$$

急性期医療における全国の平均的在院日数以内に退院した患者の割合を示しています。

DPC期間Ⅱとは、急性期医療における全国的な平均在院日数を示しています。当院では毎年、DPC期間Ⅱの患者割合が増えてきております。今後も地域の医療機関などと連携を進めながら、500床以上の病院における全国平均65%を目標に適正在院日数の管理に努めていきます。

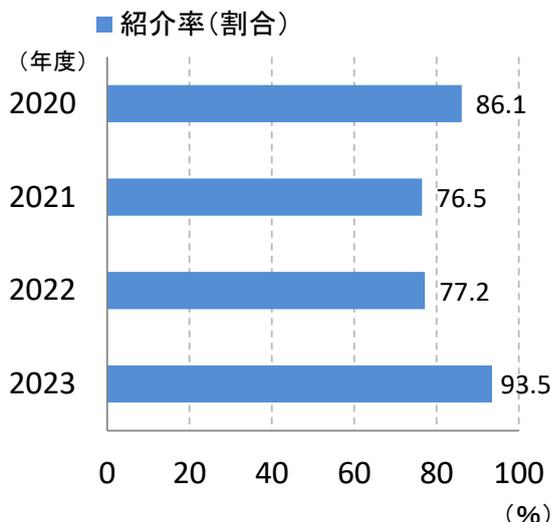


⑧ 紹介率(割合)

$$= \frac{\text{他の医療機関からの紹介で受診した患者数}}{\text{初診患者数 (休日夜間、救急車搬送は除く)}}$$

当院を受診した患者のうち、他の医療機関からの紹介で受診した患者の割合を示す指標です。

2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響で初診患者数が減少したことから紹介率(割合)が高くなったものの、2021年度においては初診患者数が増え始めたことから10%ほど下がっております。2023年度は初診患者数が減少したため、紹介率(割合)が高くなっております。再び今後も高い割合を維持するため医療機関との連携強化が課題となります。

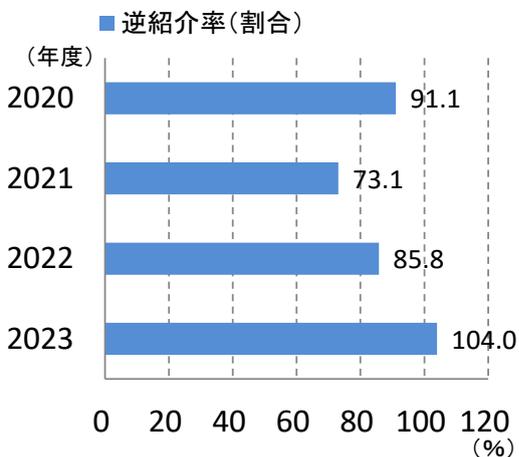


⑨ 逆紹介率(割合)

$$= \frac{\text{診療情報提供料算定数}}{\text{初診患者数 (休日夜間、救急車搬送は除く)}}$$

他の医療機関へ紹介した患者の割合を示す指標です。

2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響で初診患者数が減少したことから逆紹介率(割合)は高くなったものの、2021年度においては初診患者数が増え始めたことから18%下がり例年並みとなっております。2023年度は初診患者数が減少したため、紹介率(割合)が高くなっております。今後も高い割合を維持するため医療機関との連携強化が課題となります。

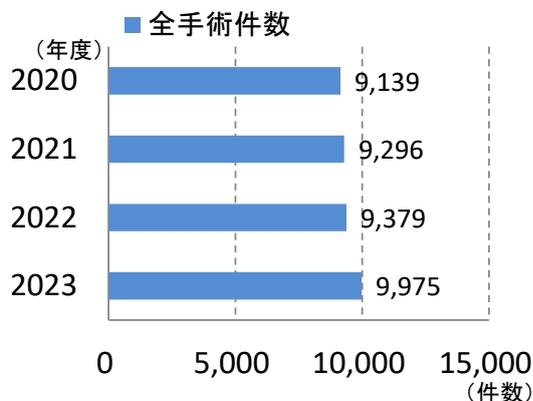


⑩ 全手術件数

= 手術(手術室以外で行われた内視鏡的手術・心臓カテーテル治療等も含む)の件数

手術スタッフ、設備、手術時間等の効率的な運用を示す指標です。

2020年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により手術件数がやや減少したものの、2021年度からは年々増えております。限られたスタッフと場所で効率的な運用をし手術件数を確保していきます。

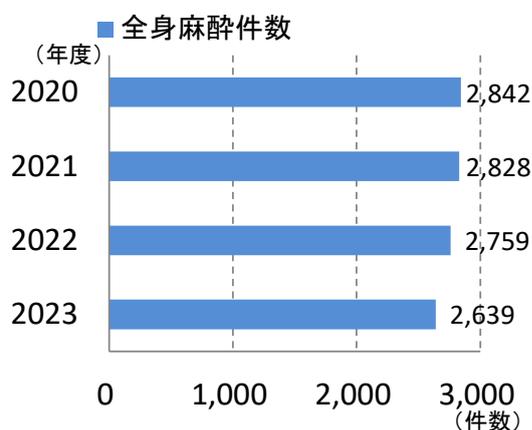


⑪ 手術全身麻酔件数

= 全身麻酔実施件数(ただし、1手術中に複数実施の場合は一連の麻酔で1件とする)

全身麻酔では人工呼吸管理も必要となることから、麻酔科医や手術看護師などの業務量を反映する指標となります。

2021年度より手術件数が徐々に増えつつあるものの、全身麻酔件数は減少しております。医師の働き方改革に合わせながら、今後も安全な麻酔を提供していきます。

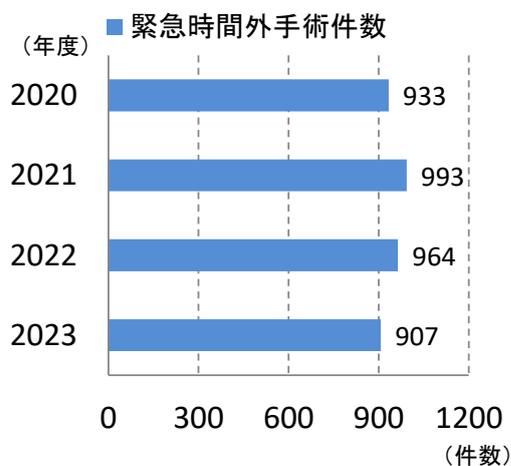


⑫ 緊急時間外手術件数

= 時間外加算、深夜加算、休日加算を算定した件数

予定外の緊急手術を常時実施できる体制を評価する指標です。

2020年度は、新型コロナウイルス感染症の影響で救急患者の受入制限等を実施したことから緊急時間外手術件数は減少しました。2021年度はコロナ対応が確立し緊急時間外手術件数は回復傾向にあります。今後も引き続き、通常の診療時間外に急変した患者に対して緊急手術が行える体制を整えていきます。

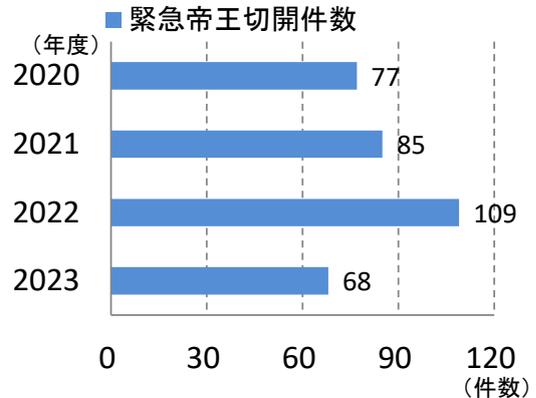


⑬ 緊急帝王切開数

= 緊急帝王切開の算定件数

予定外の帝王切開における体制が整っていることを評価する指標です。

2023年度は分娩件数の減少に伴い、緊急帝王切開件数が減少しております。今後も予定外の帝王切開における体制を維持していきます。

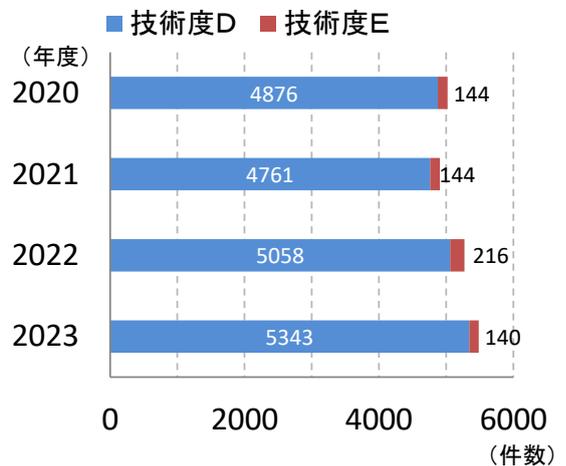


⑭ 技術度DとEの手術件数

= 外保連手術試案第8版における技術度D・Eの件数

手術の技術度は、医療技術の適正な評価を目的として、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)が試案として5段階(A~E)で発表をしています。技術度の高い手術をより多く行っていることを評価する指標です。

新型コロナウイルス感染症の影響により減少傾向だった高難度手術数は、徐々に増えております。今後も手術のリスクを考慮しながら、高難度の手術を行っていきます。

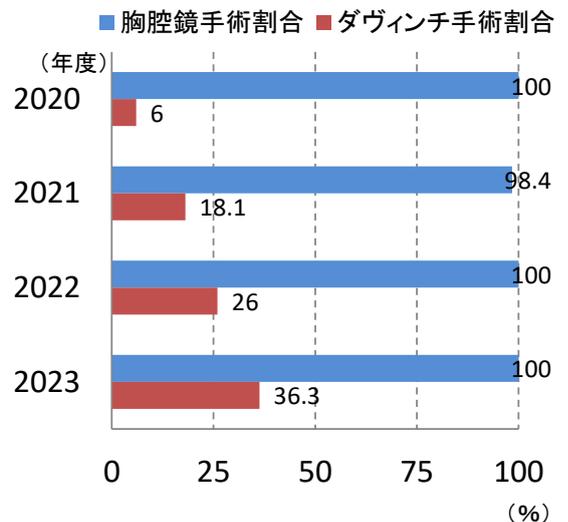


⑮ 肺がん手術における胸腔鏡下手術(ダヴィンチ手術)の割合

= $\frac{\text{胸腔鏡下手術件数 (ダヴィンチを用いた件数)}}{\text{胸腔鏡下手術+開胸手術件数}}$

胸腔鏡下手術は開胸術と比べて非常に小さな創で済み、痛みが少なく、患者の早期回復が期待できます。また、より精緻な手術を目指し、手術支援ロボット「ダヴィンチ」による手術を開始しております。

胸腔鏡手術の割合は極めて高い割合を維持しております。ダヴィンチ手術も始まり、その割合は徐々に増加しており、今後も増加する見込みです。

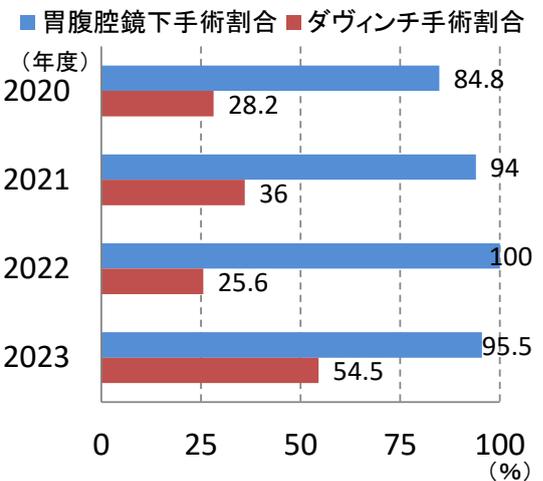


⑯ 胃がん手術における
腹腔鏡手術
(ダヴィンチ手術)の割合

$$= \frac{\text{胃腹腔鏡下手術件数 (ダヴィンチを用いた件数)}}{\text{胃腹腔鏡下手術+胃開腹手術件数}}$$

腹腔鏡下手術は開腹術と比べて非常に小さな創で済み、痛みが少なく、患者の早期回復が期待できます。また、より精緻な手術を目指し、手術支援ロボット「ダヴィンチ」による手術も行っております。

腹腔鏡手術の割合は高い割合を維持しております。ダヴィンチ手術の割合も上昇しており、今後も負担の少ない、より精密な手術を目指していきます。

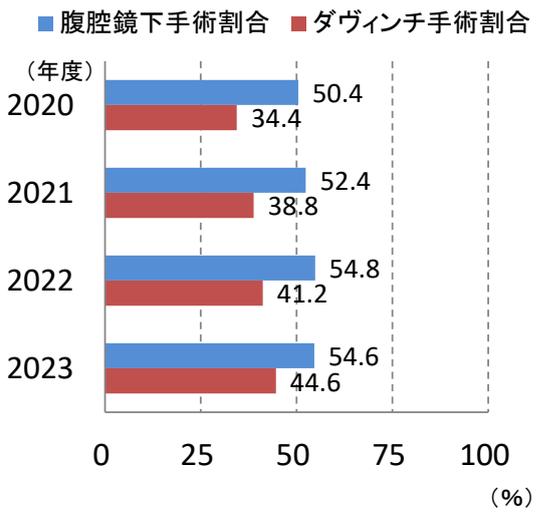


⑰ 前立腺がん、腎がん、膀胱がん
手術における腹腔鏡下手術
(ダヴィンチ手術)の割合

$$= \frac{\text{腹腔鏡下手術件数 (ダヴィンチを用いた件数)}}{\text{腹腔鏡下手術+開腹手術件数}}$$

腹腔鏡下手術は開腹術と比べて非常に小さな創で済み、痛みが少なく、患者の早期回復が期待できます。泌尿器科では前立腺がん、腎がんなどの特に早期がんにおいて従来の開腹手術に代わり腹腔鏡下手術が一般的な手術療法になっています。また、手術支援ロボット「ダヴィンチ」による腹腔鏡下手術も積極的に行っております。

腹腔鏡手術は年々増加しており、そのうち、ダヴィンチ手術の割合は半分以上を占めています。今後も負担の少ない、より精緻な手術を目指していきます。

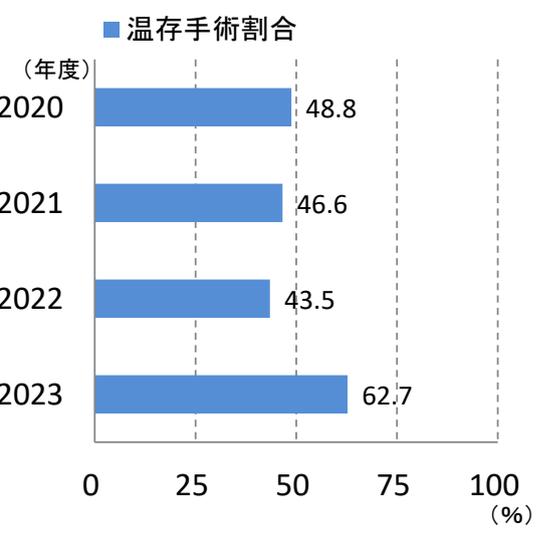


⑱ 乳がん(腫瘍2cm以下)
手術における乳房温存
手術の割合

$$= \frac{\text{温存手術数}}{\text{温存手術数+非温存手術数}}$$

乳房温存手術では、乳房内での再発率を高めることなく、患者が望む場合に乳房を残します。乳がんの広がりや正確に判断し、適切な乳房温存手術と術後の放射線治療を行うことが重要です。

減少していた乳房温存手術の割合が、2023度は増加しております。正確な診断と手術は当然ですが、患者の希望にも沿いながら治療を行っていきます。

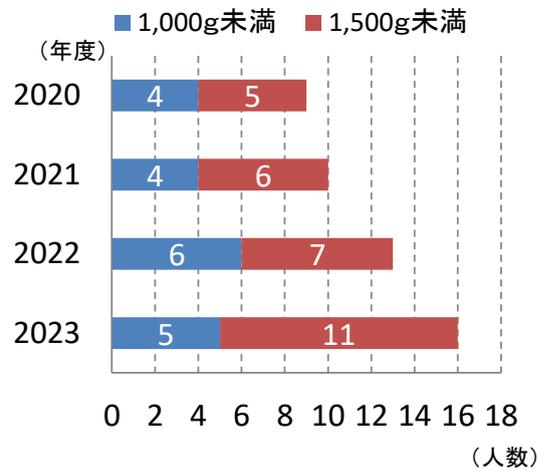


⑱ 新生児のうち
出生児体重が
1,500g未満の

= 当院での出生時の体重が
1,500g未満の「極低出生体重
児」、1,000g未満の「超低出生
体重児」の合計人数

新生児集中治療室(NICU)では高度な設備に加えて専門的知識や技術を習得したスタッフを24時間体制で配置しています。極めて重症度が高く新生児集中治療を必要とする児を常に受け入れていることを示しています。

毎年10名前後の低出生体重児の治療を行っており、今後も総合周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊産褥婦や新生児の医療に対応していきます。

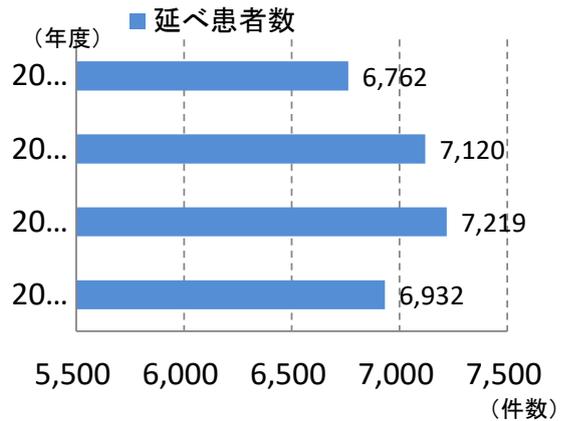


⑳ 外来化学療法
患者数

= 外来で化学療法を実施した
延べ患者数

外来で適切に化学療法を行えるだけの職員(医師、看護師、薬剤師など)、設備の充実度を評価する指標です。

入院での施行患者数が増加している分、外来化学療法患者数は前年度と比べて減少しています。加えて、近年、免疫チェックポイント阻害薬や分子標的治療薬との併用レジメンが増えており、投与間隔が長くなっていることも要因として考えられます。



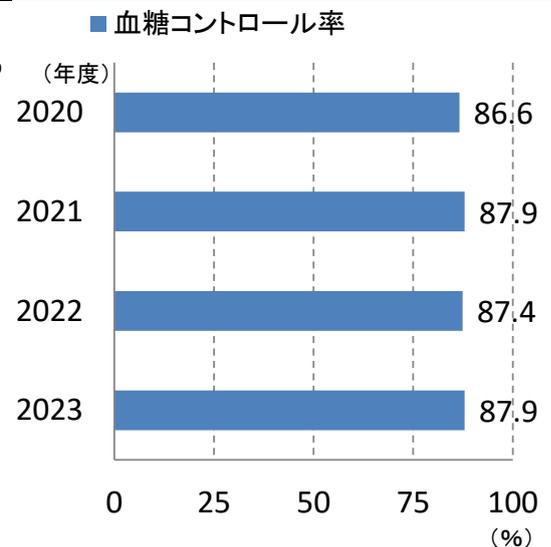
㉑ 65歳以上の糖尿病患者
の血糖コントロール率
(HbA1c<8.0%)

= $\frac{\text{HbA1c(NGSP)の最終値が8.0\%未満の65歳以上の外来患者数}}{\text{糖尿病の薬物治療が行われている65歳以上の外来患者数}}$

※過去1年間に糖尿病治療薬が外来で合計90日以上処方されている65歳以上の患者

血糖コントロールとは、高血糖を改善して血糖値をできるだけ正常な数値に近づけることで、糖尿病の治療の中で最も大切なものです。本指標は、糖尿病治療薬(薬物療法)を投与した外来患者に対するHbA1c値のコントロール度合いを示しています。

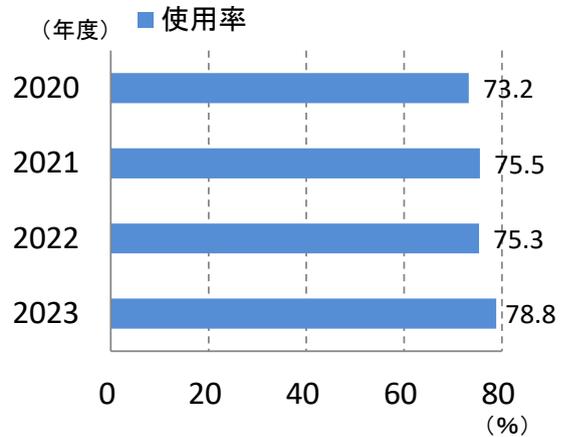
ほとんどの患者で適切に血糖がコントロールされています。今後も適切な血糖コントロールを継続し、合併症の予防に努めていきます。



② 後発医薬品 使用率 =
$$\frac{\text{後発医薬品の規格単位数量}}{\text{後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量}}$$

後発医薬品への切替可能な薬品のうち、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。

政府は、2029年度末まで全都道府県で80%以上という数量ベースの目標に加えて、金額ベースでも65%以上とする新たな目標も定めました。それに従い、後発医薬品の導入に取り組んでおり、使用率は年々増加しております。後発医薬品の流通障害もありますが、今後も後発医薬品の積極的な導入を進めていきます。

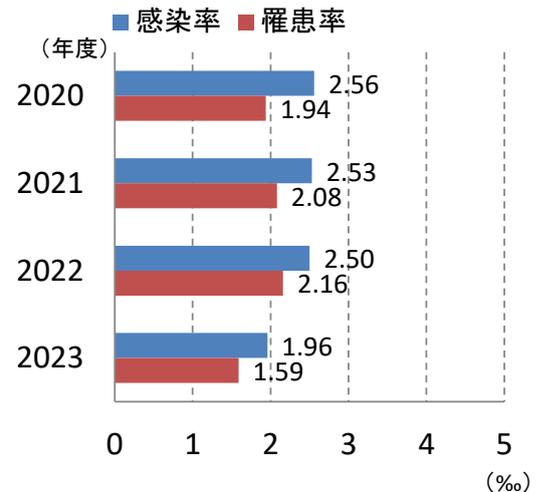


③ MRSA感染率 =
$$\frac{\text{感染症患者数}}{\text{総入院患者数}}$$
 ※千分率で計算

③ MRSA罹患率 =
$$\frac{\text{新規感染症患者数}}{\text{総入院患者数 - 継続感染症患者}}$$
 ※千分率で計算

MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)の院内感染は、不適切な抗菌薬の使用・手指衛生や適切な器具の取り扱い等、院内感染対策の状況を示す指標です。

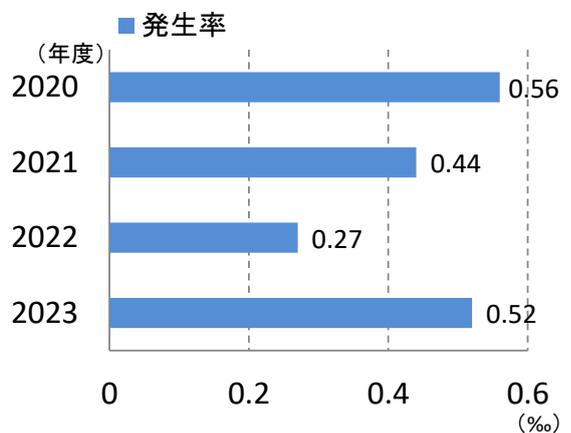
感染率・罹患率ともに減少しています。今後もAST・ICTが中心となって、抗菌薬の適正使用・感染防止対策の徹底に努めていきます。



④ 転倒転落による 損傷発生率 (レベル2以上) =
$$\frac{\text{入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数}}{\text{入院患者延べ人数}}$$

転倒転落を予防し、外傷を軽減する取り組みを表す指標です。

事例分析から導かれた予防策を実施し転倒・転落発生のリスクを低減する取り組みを推進することで、転倒・転落による外傷の軽減を図ります。



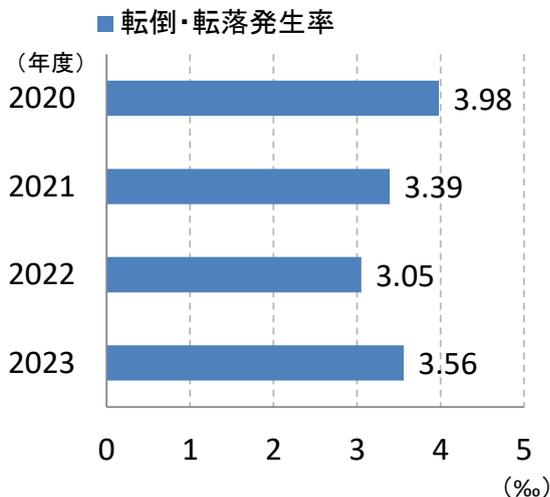
※‰(パーミル)は、入院患者1000人あたり何人転倒・転落しているかを表しています

②⑤ 65歳以上入院患者における転倒・転落発生率

$$= \frac{\text{65歳以上の入院中の患者さまに発生した転倒・転落件数}}{\text{65歳以上の入院患者延べ数}}$$

転倒・転落の予防策を実施して、転倒・転落の発生リスクを低減していく取り組みを示す指標です。数値は千分率で示します。

発生率は2022年度までは減少傾向にありましたが、2023年度は増加しております。引き続き転倒・転落事例の分析を行い、予防策を実施していきます。

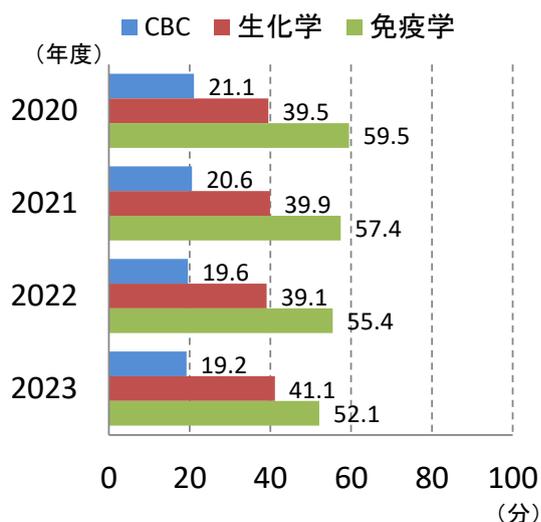


②⑥ 検査業務所要時間 (TAT)

$$= \text{CBC・生化学検査・免疫学的検査における、臨床検査室に検体が到着した時間から臨床へ結果報告が完了するまでの時間}$$

診察前検査や緊急検査に関して結果を迅速に報告するために、臨床のニーズを反映して設定した管理指標です。

至急対応項目は60分以内に報告することを目標値としておりますが、再検査等により超過してしまう場合があります。今後も迅速な検査データの報告を目指し、TATの短縮に努めていきます。



②⑦ 外部精度管理評価結果

$$= \text{主要な3団体による外部精度管理調査結果(日臨技精度管理調査・北臨技精度管理調査・日本医師会精度管理調査)における総合A評価の割合}$$

臨床検査室は、他施設とのデータを比較するため、外部精度管理調査に参加しております。A評価の割合が高い程、検査室が高品質な検査サービスを提供できていることを表します。

ISO 15189取得年である2018年度から外部精度管理調査の数値は改善しております。今後は日本医師会の評価Aの割合を改善できるよう努めていきます。

