



全手術件数

<項目解説>

急性期病院として、数多くの手術を安全・確実に遂行することは重要な課題です。外科医、麻酔科医、看護師、手術室等の資源は有限ですが、限られたスタッフと場所で効率的な運用をし、いかに手術件数を確保できるかが重要です。

手術スタッフ、設備、手術時間等の効率的な運用を総合的に判断する指標です。

<当院の実績>

【平成25年度】	10,463件
【平成26年度】	10,169件
【平成27年度】	10,654件
【平成28年度】	10,842件
【平成29年度】	10,849件

<当院の自己点検評価>

医療技術の進歩、手術の適用範囲の拡大に伴い、手術を希望する患者さまは増加傾向にあります。当院は「選ばれる病院づくり」を目指し、安全で良質な手術を提供するため、感染対策、医療安全対策、褥瘡対策などにも真摯に取り組んでいます。

今後も引き続き、限られた医療資源の中で、高度・安全・良質の手術が提供できるよう努力していきます。

<定義>

- ・ K92 - (輸血料) 以外の手術 (Kコードに限る) の件数
 - ・ 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
- ただし、複数術野の手術など、一手術で複数のKコードとなる場合も合わせて1件とする
- ・ 算出に際しては各病院で管理実態が異なるため、手術台帳等ではなく医事算定を用いる

<算式>

実数



手術全身麻酔件数

<項目解説>

手術における全身麻酔と局所麻酔では、患者さまへの侵襲やスタッフの負担が大きく異なります。ここでは、麻酔科が関与する全身麻酔を高度な診療の実施を代理する指標とします。

体位等により、一手術中に複数の「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」が算定されますが、一連の麻酔で1件とします。

<当院の実績>

【平成25年度】	3,503件
【平成26年度】	3,317件
【平成27年度】	3,568件
【平成28年度】	3,535件
【平成29年度】	3,320件

<当院の自己点検評価>

当院は外科系全般の手術麻酔を行っておりますが、高齢化に伴い手術全身麻酔の件数も年々増加しています。日々進歩する手術方法や各種の合併症を持つ患者さまにも対応できるよう、全身状態の術前評価を十分に行い、安全快適な麻酔を目指しています。

手術全身麻酔件数は今後もさらに増加すると見込まれており、さらにマンパワー、手術室の業務改善を行い、高度、安全、良質の手術が提供できるよう努力していきます。

<定義>

- ・全身麻酔の件数
- ・算出に際しては各病院で管理実態が異なるため、麻酔台帳等ではなく医事算定を用いる

<算式>

実数



緊急時間外手術件数

<項目解説>

診療時間外でも必要に応じて適切に手術に対応できる力を示すために、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。

ここでは、時間外加算、深夜加算、休日加算が算定されたものを「緊急時間外手術」と定義します。

<当院の実績>

【平成25年度】	1, 073件
【平成26年度】	1, 013件
【平成27年度】	1, 144件
【平成28年度】	1, 103件
【平成29年度】	1, 067件

<当院の自己点検評価>

当院は、地方センター病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センターなどの役割を担っています。

交通外傷や緊急帝王切開など、一刻を争う場合でも万全の手術が実施可能な体制づくりこそ、十勝医療圏域の生命線であり、当院の重要な役割と考えています。

<定義>

- ・ K92 - (輸血料) 以外で、時間外加算、深夜加算、休日加算を算定した手術件数
- ・ K895、K896 (分娩時の会陰縫合) は除く
- ・ 外来、入院、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
- ・ 複数術野の手術等、一手術で複数の K コードを持つ場合も合わせて1件とする
- ・ 算出に際しては各病院で管理実態が異なるため、手術台帳ではなく医事算定を用いる

<算式>

実数



技術度 D と E の手術件数

<項目解説>

単なる手術の総件数のみならず、手術の技術度による評価を加えるものです。

手術の技術度については、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。

<当院の実績>

	技術度D	技術度E
【平成25年度】	5, 363件	97件（外保連試案 第8版）
【平成26年度】	5, 244件	150件（ ” ）
【平成27年度】	5, 770件	163件（ ” ）
【平成28年度】	5, 855件	193件（ ” ）
【平成29年度】	5, 561件	124件（外保連試案第8.3版）

<当院の自己点検評価>

医療技術の進歩・手術の適用範囲拡大に伴い、手術を受ける患者さまは増加傾向にあります。当院は「選ばれる病院づくり」を目指し、地方センター病院として高度な医療を提供するため、人員配置や設備機器・医療材料の充実により、効率的に運用できるよう取り組んでおります。

今後も引き続き、限られた医療資源の中で、高度かつ安全な手術が提供できるよう努力していきます。

<定義>

- ・外科系学会社会保険委員会連合（外保連）手術試案第8.3版における技術度D・Eの件数
- ・一手術で複数のKコードがある場合は主たる手術のみとする
- ・算出に際しては各病院で管理実態が異なるため、手術台帳ではなく医事算定を用いる

<算式>

実数



新生児のうち、出生時体重が1,500g未満数

<項目解説>

出生時の体重が1,500g未満の新生児を極低出生体重児、1,000g未満の新生児を超低出生体重児と言い、NICUでの全身管理や人工呼吸器、点滴や管からの栄養管理など、特別な治療が必要となります。

高度な設備にくわえて、技術力があるスタッフを24時間体制で配置する必要があるため、極めて重症度が高い周産期の患者さまを受け入れていることを表します。

<当院の実績>

【平成25年度】	19人	(うち、1,000g未満	10人)
【平成26年度】	13人	(うち、1,000g未満	5人)
【平成27年度】	17人	(うち、1,000g未満	11人)
【平成28年度】	18人	(うち、1,000g未満	6人)
【平成29年度】	18人	(うち、1,000g未満	3人)

<当院の自己点検評価>

当院は、道内唯一の二次・三次医療圏が同一である十勝圏域の地方・地域センター病院として医療計画における4疾病5事業について積極的な取り組みを病院目標に掲げ、その役割を担っております。

その中でも当院は、総合周産期母子医療センターとして、出生前・出生後の異常に対応する役割を一手に担い、専門性の高い小児医療を通じ、ハイリスク新生児の集中治療管理を行っています。NICU（新生児特定集中治療室）6床とGCU（新生児治療回復室）7床を完備し、限られた時間内で新生児に会いにこられる家族へ「スキンシップの大切な時間づくり」「心地よく過ごせる空間づくり」を念頭に医療を実践しております。

今後も引き続き、地域の小児医療に取り組み、安心して子育てができる環境づくりの一端を担っていきます。

<定義>

- ・自院における出生で入院を必要とした新生児
- ・死産は除く

<算式>

実数



緊急帝王切開数

<項目解説>

帝王切開には、予定されたものと緊急の2種類があります。緊急帝王切開は、母体や胎児の状況によって分娩中に急遽帝王切開に変更される場合（院外からの緊急搬送も含む）であり、常に帝王切開を行うための準備が必要です。

この数値によって、緊急帝王切開を行える設備と産科・NICUの機能、スタッフの技術力の高さを表します。

近年、正常分娩が増加傾向にあるため、割合ではなく実数として評価します。

<当院の実績>

【平成25年度】	102件
【平成26年度】	122件
【平成27年度】	138件
【平成28年度】	158件
【平成29年度】	126件

<当院の自己点検評価>

当院では十勝圏域の周産期医療充実のため、平成22年3月に総合周産期母子医療センターの指定を受けております。また、助産外来を導入し、外来通院から患者さまの病態を把握することに努めております。

今後も引き続き、ハイリスク妊娠に対する母児管理を行い、地域住民の生命・健康を守っていきます。

<定義>

- ・「K898 帝王切開術 1 緊急帝王切開」の全件

<算式>

実数



救急車受入台数・応需率

<項目解説>

近年の診療報酬改定では、医療機関の機能分化を重視するとともに、急性期・救急医療への重点的な評価が行われています。

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します。

<当院の実績>

	受入台数	応需率
【平成25年度】	4,430件	91.2% (4,430/4,856)
【平成26年度】	4,390件	91.7% (4,390/4,788)
【平成27年度】	4,333件	91.1% (4,333/4,758)
【平成28年度】	4,548件	93.1% (4,548/4,883)
【平成29年度】	4,998件	95.3% (4,998/5,246)

<当院の自己点検評価>

当院は、平成11年5月に十勝圏域の3次救急医療を担う救命救急センターの指定を受けており、圏域における中心的な役割を果たすべく、1次・2次救急患者の受入も行っています。

救急搬送件数は年間4,000件を超えており、急性心筋梗塞や脳卒中、重症消化管出血、交通外傷、急性薬物中毒などの重篤な症例はもとより、小児科や産婦人科については専門医が24時間体制で院内に常駐し対応しています。

平成25年度実績より、救急車における応需率を算出しています。当院としては、救急車の受入要請に対し可能な限り応需すべく取り組んでおりますが、救急患者が集中し救命ホールが満床である場合や、かかりつけ医による診察がふさわしいなど、不応需の場合があります。

今後も、災害拠点病院ならびに地方センター病院として、地域医療を支えるべく救急医療の充実に努めます。

<定義>

- ・算式のとおり
 - ・ホットラインを含み、救急車以外での他院からの搬送（転送）は除く
- ※日本病院会QIプロジェクトの定義に準拠

<算式>

分子：救急車受入患者数

分母：救急車受入要請件数



死亡退院患者率

<項目解説>

当院で入院された患者さんのうち、亡くなられた方が占める割合を算出します。この数値は、医療機関ごとの特徴（病床数、緩和ケア病棟や救命救急センターの有無、患者の年齢や疾患の種類・重症度など）から大きく影響を受けます。

医療の質としての単純な評価や、他の医療機関との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です。

<当院の実績>

【平成25年度】	4.9%	(706/14,394)
【平成26年度】	4.7%	(669/14,381)
【平成27年度】	4.3%	(670/14,642)
【平成28年度】	4.2%	(661/15,584)
【平成29年度】	4.2%	(640/15,676)

<当院の自己点検評価>

当院は十勝圏域の地方・地域センター病院として、重症や救急、悪性腫瘍などの症例を多数診療しています。

地域において求められる役割を果たしつつ、最終的な治療の成績としての死亡率低下に努めていきます。

<定義>

- ・退院患者全体に占める死亡退院患者の割合
- ※日本病院会Q Iプロジェクトの定義に準拠

<算式>

分子：死亡退院患者数

分母：退院患者数



脳梗塞発症3時間（4．5時間）以内のtPA投与

<項目解説>

脳梗塞の治療では、発症から可能な限り早期に血栓溶解剤の投与を行うことが重要であり、発症から間もない超急性期に血栓溶解剤tPA（アルテプラゼ）を投与することによって、予後の改善と後遺症の軽減がはかれるとされています。そして、tPA療法を実施するためには、迅速な診断と治療を行うことができる人員的・設備的な診療体制が必要です。

診療報酬『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とする医療機関であることを評価します。

<当院の実績>

【平成25年度】	36件
【平成26年度】	20件
【平成27年度】	28件
【平成28年度】	35件
【平成29年度】	33件

<当院の自己点検評価>

当院は広大な十勝圏域の3次医療を担っており、急性期の脳梗塞患者も数多く搬送されてきます。また、北海道医療計画十勝地域推進方針においては、脳卒中の医療連携体制について、急性期医療を担う医療機関と回復期・維持期、在宅介護まで継ぎ目のない連携推進を図ることが盛り込まれています。

今後も24時間脳卒中に対応できる急性期の医療機関として、その役割を果たしていきます。

<定義>

- ・「A205-2 超急性期脳卒中加算」算定件数
- ・平成24年7月以前は発症後3時間以内の投与
- ・平成24年8月以降は発症後4．5時間以内の投与

<算式>

実数



肺がん手術における胸腔鏡下手術の割合

<項目解説>

胸腔鏡下手術とは、「CCD」と呼ばれるカメラで体内の様子を見ながら行う手術のことを言います。この術式は開胸術と比べて非常に小さな創で済み、痛みが少なく、患者さまの早期回復が期待できます。

<当院の実績>

【平成25年度】	91.9%	(68/74)
【平成26年度】	91.9%	(57/62)
【平成27年度】	97.3%	(72/74)
【平成28年度】	98.5%	(67/68)
【平成29年度】	92.7%	(62/65)

<当院の自己点検評価>

肺がん手術件数は毎年50件以上の実績があり、胸腔鏡下手術の割合は約9割前後で推移しています。リンパ節転移・浸潤などの進行した肺がんの場合や胸腔内に高度の癒着がある場合は胸腔鏡手術の適応とはならないため、開胸手術を実施する場合があります。

今後も患者さんの状態に応じた手術を行い、早期回復と在院日数の短縮に向け、技術の向上による安全な医療を提供できるよう心掛けていきます。

<定義>

- ・肺がんに対して施行された手術の算定件数
- ・原発性肺がんのみ、転移性肺がんを除く

胸腔鏡下手術 K514-2

開胸手術 K514

<算式>

分子：胸腔鏡下手術件数

分母：胸腔鏡下手術件数 + 開胸手術件数



胃がん・大腸がん手術における腹腔鏡下手術の割合

<項目解説>

腹腔鏡下手術とは、カメラで体内の様子を見ながら行う手術のことを言います。この術式は開腹術と比べて非常に小さな創で済み、痛みが少なく、患者さまの早期回復が期待できます。手術部位を拡大して見ることができるので、より精密な治療が可能となります。その一方で、モニターに映し出される限られた視野の中で手術を行うため、技術難易度が高く、習得が困難な術式と言えます。

<当院の実績>

	胃がん	大腸がん
【平成25年度】	94.4% (84/89)	81.3% (100/123)
【平成26年度】	92.9% (65/70)	83.9% (94/112)
【平成27年度】	87.9% (58/66)	80.0% (92/115)
【平成28年度】	90.9% (50/55)	81.3% (96/118)
【平成29年度】	100% (38/38)	79.3% (88/111)

<当院の自己点検評価>

胃がん・大腸がん手術件数はともに微増傾向にあり、腹腔鏡下手術の割合も増しています。高度に進行した癌やリンパ節転移がある場合は腹腔鏡下手術の適応とならず、開腹手術を選択する場合があります。

当院は十勝管内唯一の日本内視鏡外科学会技術認定医を中心とし、技術向上による安全な医療を提供できるよう心掛けています。

<定義>

- ・胃がん・大腸がんに対して施行された手術の算定件数
- ・悪性リンパ腫、GIST（消化管間質腫瘍）、カルチノイド、転移性腫瘍を除く
- ・胃：腹腔鏡下手術 K655-2、K655-5、K657-2
開腹手術 K655、K655-4、K657
- ・大腸：腹腔鏡下手術 K719-3、K740-2
開腹手術 K719、K740

<算式>

分子：腹腔鏡下手術件数

分母：腹腔鏡下手術件数 + 開腹手術件数

基礎データと解析：厚生労働省提出データ（EFファイル）



乳がん（腫瘍2 cm以下）手術における温存手術の割合

<項目解説>

乳がんの治療法の1つに乳房温存療法があります。この治療法の目的は、乳房内での再発率を高めることなく、美的に患者さまが望む乳房を残すことにあります。

そのためには、乳がんの広がりを見極め、それをもとに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。

<当院の実績>

【平成25年度】	66.0%	(29/44)
【平成26年度】	68.9%	(31/45)
【平成27年度】	59.1%	(26/44)
【平成28年度】	67.4%	(31/46)
【平成29年度】	61.1%	(11/18)

<当院の自己点検評価>

腫瘍径2 cm以下の乳がん手術件数は約40件前後で推移しており、温存手術の割合もほぼ一定で推移しています。腫瘍径が2 cmを越える乳がんでも術前化学療法あるいは術前ホルモン療法を行うことで温存術が可能になる場合があります。

当院は多数の専門診療科を有しており、乳がん治療に際しても乳腺外来を導入し、総合力を活かした治療を行っております。

<定義>

- ・乳がん（術前診断T1）に対して施行された手術の算定件数

温存手術 K4762、K4764

非温存手術 K4761、K4763、K4765、K4766、K4767

<算式>

分子：温存手術件数

分母：温存手術件数 + 非温存手術件数



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

<項目解説>

手術によって手術部位感染（SSI）が発生した場合、術後の入院が長期化するとともに、医療費が増大することが明らかになっています。SSIを予防する対策の1つとして手術前の抗菌薬投与があり、国内外のガイドラインにおいても、手術開始前1時間以内での投与が推奨されています。

<当院の実績>

【平成25年度】	83.8%	(166/198)
【平成26年度】	87.3%	(172/197)
【平成27年度】	87.7%	(143/163)
【平成28年度】	85.8%	(139/162)
【平成29年度】	92.7%	(367/396)

<当院の自己点検評価>

平成24年度より新たに算出した項目です。今後は、他施設とのベンチマークや術式ごとの検証を実施していきたいと考えています。

<定義>

- ・特定術式 ～ 冠動脈バイパス手術、そのほかの心臓手術、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

※日本病院会QIプロジェクトの定義に準拠

<算式>

分子：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

分母：特定術式の手術件数



薬剤管理指導料算定件数

<項目解説>

薬剤管理指導料は、医師の指示に基づき薬剤師が直接入院患者の服薬指導を行うもので、薬剤に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含みます。

有効かつ安全な薬物療法がおこなわれていることを担保するものであり、より高い算定件数が望まれます。

<当院の実績>

【平成25年度】	10,750件
【平成26年度】	10,861件
【平成27年度】	9,691件
【平成28年度】	8,973件
【平成29年度】	3,315件

<当院の自己点検評価>

当院では、平成26年9月に電子カルテ機能を備えた基幹システムを更新し、業務の効率化を図っております。ま病棟業務における服薬指導支援システムと電子カルテ情報のリアルタイム取り込みと、システム上での入力を行うことで、記録作成にかかる時間短縮を進めております。

薬剤管理指導記録は電子カルテ上からも閲覧可能であり、医師、看護師、薬剤師の情報共有に役立っています。

<定義>

- ・「B008 薬剤管理指導料」算定件数

<算式>

実数



脳梗塞患者における

入院後早期リハビリテーション実施率

<項目解説>

脳梗塞患者への早期リハビリテーションの実施は、後遺症の軽減や早期の自立・在宅復帰に有効です。意識がなく、ICU（集中治療室）やSCU（脳卒中治療室）に入室している状況においても、適切にリハビリテーションを施行することで、意識回復後の機能改善の可能性が高まり、入院期間の短縮やQOL（生活の質）の改善にもつながります。

本指標は、より適切な医療介入を評価するものです。

<当院の実績>

【平成25年度】	83.1%	(108/130)
【平成26年度】	91.7%	(133/145)
【平成27年度】	91.4%	(128/140)
【平成28年度】	93.6%	(146/156)
【平成29年度】	98.2%	(217/221)

<当院の自己点検評価>

当院は広大な十勝圏域の3次医療を担っており、急性期の脳梗塞患者も数多く搬送されてきます。脳梗塞における早期リハビリテーションの実施は、長期的な機能改善に大きな影響を与えるため、診療科とリハビリテーション部門との密接な連携が不可欠です。

<定義>

- ・算式のとおり（50歳以上、在院日数3～90日、救急入院のみ）
- ・入院から2日以内の退院と、転帰が死亡である場合は除く

<算式>

分子：入院3日以内にリハビリテーションが実施された患者数

分母：主傷病名が「脳梗塞」の患者数

基礎データと解析

～平成29年度 MED I-ARROWS（ニッセイ情報テクノロジー株式会社）

平成30年度～

SMASH（セコム医療システム株式会社）



急性心筋梗塞患者における

入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率

<項目解説>

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。これは当然行われてしかるべき診療であり、指標として算出する意義は小さいかもしれませんが、診療プロセスが適切に把握できるかを問う指標でもあります。

<当院の実績>

【平成25年度】	96.0%	(71/74)
【平成26年度】	95.9%	(70/73)
【平成27年度】	96.1%	(74/77)
【平成28年度】	93.2%	(82/88)
【平成29年度】	98.6%	(72/73)

<当院の自己点検評価>

当院は地方・地域センター病院として、医療計画における4疾病5事業について積極的な取り組みを病院目標に掲げ、広範囲な二次・三次医療圏を担っております。

4疾病の中でも急性心筋梗塞は件数も多く、可能な限りPCI（経皮的冠動脈形成術）を施行し「アスピリンの投与」も行っております。わずかな症例で投与が行われていないものについては、出血などのリスクによる可能性があります。

今後も引き続き、24時間体制で急性心筋梗塞に対するPCI等の治療にあたり、同時に「アスピリンの投与」についても出来る限り行っていきたいと考えています。

<定義>

- ・算式のとおり（救急入院のみ）

<算式>

分子：入院当日もしくは翌日までにアスピリンが投与された患者数

分母：入院契機または医療資源病名が「急性心筋梗塞」の患者数

基礎データと解析

～平成29年度 MEDI-ARROWS（ニッセイ情報テクノロジー株式会社）

平成30年度～

SMASH（セコム医療システム株式会社）



直線加速器による定位放射線治療患者数

<項目解説>

定位放射線治療とは、病巣の三次元的形状に合わせて様々な角度と照射野で放射線治療を行うことによって、周辺正常組織を温存して病巣を選択的に治療するものです。

綿密な治療計画と施行時の正確なポジショニングが必要なため、対向2門照射等の通常の放射線治療よりも時間がかかります。

当指標は、より高度な放射線治療を施行する力を表す指標です。

<当院の実績>

【平成25年度】	16人
【平成26年度】	20人
【平成27年度】	15人
【平成28年度】	25人
【平成29年度】	15人

<当院の自己点検評価>

当院では、少数個の転移性脳腫瘍や早期肺癌等に対する定位放射線治療を行っています。この療法は手術に匹敵する効果を有する一方で、身体的負担が少ないという特徴があります。ミリ単位の精度が要求されますが、放射線治療専門医、放射線治療専門技師、放射線治療品質管理士の連携下に、確実な治療を提供できるよう心掛けています。

<定義>

- ・「M001-3 直線加速器による定位放射線治療」算定件数

<算式>

実数



外来で化学療法を行った延べ患者数

<項目解説>

かつては入院が必要であった化学療法の多くが、外来で行えるようになってきました。これにより、通常に近い生活を送りながら治療を受けることができ、患者さまのQOL（生活の質）が向上します。

一方、病棟における化学療法とは異なり、外来で適切に化学療法を行うには、担当の医師、看護師、薬剤師等の人的配置も含め、相当の体制整備が必要です。

当指標は、外来において化学療法を行える体制やスタッフ、施設の充実度を評価します。

<当院の実績>

【平成25年度】	5, 427人
【平成26年度】	5, 438人
【平成27年度】	4, 928人
【平成28年度】	4, 797人
【平成29年度】	4, 871人

<当院の自己点検評価>

当院では、平成20年7月に外来化学療法室の拡張整備を行いました。今後も、通院治療のメリットを生かし、外来での化学療法を実施していきたいと考えております。

<定義>

- ・化学療法室にて抗がん剤注射を実施した外来延患者数
- ・インフリキシマブ製剤、トシリズマブ製剤、アバタセプト製剤を除く

<算式>

実数



糖尿病患者の血糖コントロール率

<項目解説>

HbA1cは、過去1～2か月の血糖値のコントロール状態を示す指標で、耐糖能正常者の基準値は4.6～6.2%（NGSP値）とされています。

平成25年6月1日より、日本糖尿病学会は糖尿病治療におけるガイドラインを改訂し、「合併症予防のための目標値」を7.0%未満としました。

<当院の実績>

【平成25年度】	67.0%	(2,158 / 3,219)
【平成26年度】	52.1%	(1,388 / 2,663)
【平成27年度】	55.5%	(1,330 / 2,394)
【平成28年度】	46.1%	(1,071 / 2,325)
【平成29年度】	45.3%	(1,239 / 2,733)

<当院の自己点検評価>

当院では、消化器内科を中心に糖尿病の治療にあたっています。治療内容は、食事療法と運動療法を基本とした生活指導が主体となりますが、生活指導によるコントロールが不十分な患者さまには、薬剤による治療を実施することになります。

適切な薬剤を使用することにより、合併症の発現を最小限に抑えることを目標として治療に取り組んでいます。

<定義>

- ・算式のとおり
- ※日本病院会QIプロジェクトの定義に準拠

<算式>

分子：HbA1c（NGSP値）の最終値が7.0%未満の外来患者数

分母：糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数



輸血用血液製剤の適正管理

<項目解説>

輸血用血液製剤は貴重な献血によって供給され、その適切な使用は医療機関において重要な使命であります。その意味からも、期限切れ防止策などは重要であり、その適正な管理の指標として廃棄率は要となります。

<当院の実績>

【平成25年度】	0.58%
【平成26年度】	0.33%
【平成27年度】	0.50%
【平成28年度】	0.34%
【平成29年度】	0.22%

<当院の自己点検評価>

当院では臨床検査技術科での輸血用血液製剤一元管理（発注・払い出し・在庫管理）を実施しており、さらに輸血療法委員会を中心とした適正製剤使用を実践しています。

手術用血液製剤のストック管理徹底や患者自己血の有効利用により、廃棄血の低減に向けて今後も努力していきます。

<定義>

- ・輸血用血液製剤廃棄率
- ・購入輸血用血液製剤総額の中で、期限切れなどにより使用不可能となった廃棄金額と消費金額（廃棄金額と使用金額の和）の比率
- ・輸血用血液製剤は照射赤血球濃厚液 - LR1・LR2、新鮮凍結血漿 - LR1・LR2、照射濃厚血小板 - LR15・LR20が主なもの

<算式>

分子：輸血用血液製剤処分金額

分母：輸血用血液製剤消費金額（使用金額＋処分金額）



褥瘡発生率

<項目解説>

褥瘡（床ずれ）は患者さまのQOL（生活の質）を低下させ、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は患者さんに提供されるべき医療の重要な項目の1つとなっています。

褥瘡の治療はしばしば困難であり、発症予防がより重要となることから、関連知識の蓄積、予防の計画、予防の実施にかかる総合力を評価します。

<当院の実績>

【平成25年度】	0.04%	(109/257, 938)
【平成26年度】	0.03%	(81/260, 068)
【平成27年度】	0.04%	(98/245, 247)
【平成28年度】	0.04%	(86/239, 213)
【平成29年度】	0.03%	(78/228, 853)

<当院の自己点検評価>

当院では、看護部を中心に「褥瘡予防対策実践チーム」を結成しており、多職種にわたるチーム医療の実践に努めております。今後も引き続き、褥瘡の発生予防と治療改善に努めていきます。

<定義>

- ・重症度d2以上、院内での新規発生に限定
 - ・すでに褥創が発生している患者群を除く
- ※日本病院会QIプロジェクトの定義に準拠

<算式>

分子：新規褥瘡発生患者数

分母：入院延べ患者数（新生児を含む）



MRSA感染率

<項目解説>

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）は、鼻腔・咽頭・皮膚・粘膜・腸管などに常在しうる薬剤耐性菌で、健康な人には危険性はありません。しかし、抵抗力の低下した患者さまにとっては感染の危険があり、いったん発症すると薬剤耐性の面から治療が困難になる場合があります。感染経路は、血液や体液の汚染、医療従事者の手や医療機器・環境表面を介しての伝播などがあり、十分な対策が必要です。

本指標は、安全で良質な医療を提供する病院として、十分な感染対策を行っている点を評価します。なお、MRSA感染率はサーベイランス実施の条件によって数値が左右されるため、単純に病院間の比較をすることは困難です。

<当院の実績>

	MRSA感染率平均	MRSA罹患率平均
【平成25年度】	4.53%	3.63%
【平成26年度】	4.39%	3.53%
【平成27年度】	3.33%	3.00%
【平成28年度】	3.14%	2.60%
【平成29年度】	2.88%	2.60%

(%：パーミル=1/1000)

<当院の自己点検評価>

医療関連感染は、適切な感染対策の実施により発症頻度を減じることが可能です。当院では医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師から構成されるICT（感染制御チーム）が中心となり、感染管理活動を展開しています。ICTは毎週各部署へ出向き、手洗いや個人防護具の着脱状況を確認・指導し、アウトブレイク（通常レベル以上の感染症増加）防止に努めています。

また、抗菌薬の届出制によるMRSA薬適正使用の実施や、平成22年度からはJANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）への参加による疫学的データや感染症情報の収集など、積極的な活動を推進しています。

<定義>

- ・厚生労働省「院内感染対策サーベイランス事業」還元データ

MRSA感染率：MRSA感染症発症患者の割合

MRSA罹患率：新規のMRSA感染症発症患者の割合

<算式>

感染率（%）：(感染症患者数÷総入院患者数)×1,000

罹患率（%）：[新規感染症患者数÷(総入院患者数-継続感染症患者数)]×1,000



多剤耐性緑膿菌（MDR P）による院内感染症発生患者数

<項目解説>

多剤耐性緑膿菌（MDR P）は一般家庭でも見られる毒素の弱い菌ですが、抵抗力が低下した患者さんに感染すると、肺炎などの重篤な感染症を引き起こし死亡する場合があります。

院内感染症は、適切な介入によって、かなりの程度で発症を減じることが可能となります。当指標は、安全で良質な医療を提供する環境として、十分な感染対策を行っている点を評価します。

<当院の実績>

【平成25年度】	0件
【平成26年度】	0件
【平成27年度】	0件
【平成28年度】	1件
【平成29年度】	0件

<当院の自己点検評価>

当院は、JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス）事業に参加し、ベースラインや動向を把握し、院内感染対策を実施しています。また、院内感染対策マニュアルのMDRO（多剤耐性菌）対応システムに基づいた、臨床検査技術科からの早期情報提供やICN（感染管理認定看護師）の早期介入により、多剤耐性緑膿菌（MDR P）のアウトブレイク（通常レベル以上の感染症増加）は起きておりません。

今後は、院内感染対策の継続と抗菌薬の適正使用をさらに推進し、安全な医療を提供できる基盤を築くことに努めてまいります。

<定義>

- ・期間中の新規MDR P感染症発症患者数
- ・保菌者による持ち込み感染は除く
- ・入院3日目以降に発生したものとする

<算式>

実数



肺血栓塞栓症予防管理料算定率

<項目解説>

肺血栓塞栓症は血栓（血のかたまり）が肺動脈に詰まり、呼吸困難や胸痛を引き起こす疾患であり、程度によっては死に至る場合もあります。エコノミークラス症候群も肺塞栓症の一種ですが、長期の臥床や骨盤部の手術後に多く発症します。

入院中においては、適切な診療によってかなりの部分が予防可能で、リスクレベルに応じた予防法（弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫法等）が推奨されており、当院でも発生率の低下への取り組みを行っています。

<当院の実績>

【平成25年度】	23.5%	(3,165 / 13,460)
【平成26年度】	22.2%	(3,001 / 13,532)
【平成27年度】	20.8%	(3,010 / 14,491)
【平成28年度】	21.2%	(3,088 / 14,566)
【平成29年度】	21.4%	(3,151 / 14,706)

<当院の自己点検評価>

当院では平成17年より、術中・術後のリスク別標準予防法に照らし合わせ、弾性ストッキング、IPCポンプ（間歇的空気圧迫法）を選択し使用してきました。また、平成21年より肺血栓塞栓症深部静脈血栓症予防ガイドラインを制定し、周術期の肺血栓塞栓症予防を先行して実施しております。

現在は、一般外科、泌尿器科、産婦人科、整形外科、脳神経外科の手術患者を中心に、弾性ストッキング・IPCポンプを使用している肺血栓塞栓症予防の対策をとっておりますが、今後は内科・精神科領域の範囲にも広めていく予定です。

<定義>

- ・算式のとおり

<算式>

分子：「B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料」算定数

分母：期間内の退院患者数

基礎データと解析：厚生労働省提出データ（EFファイル）



転倒転落発生率・転倒転落による損傷発生率

<項目解説>

期間中の入院患者の延べ人数に対して新規に発生した転倒・転落件数の割合で、全入院患者を対象とします。転倒・転落の原因としては、患者さまの健康障害（歩行障害）、治療に伴うもの（画像検査時の壇上からの転落など）、環境（滑りやすい廊下など）等があります。

<当院の実績>

【平成25年度】	転倒転落発生率	3.06%	(781/254,892)
	損傷発生率	0.44%	(113/254,892)
【平成26年度】	転倒転落発生率	3.04%	(741/243,876)
	損傷発生率	0.52%	(128/243,876)
【平成27年度】	転倒転落発生率	3.37%	(766/227,087)
	損傷発生率	0.32%	(73/227,087)
【平成28年度】	転倒転落発生率	3.49%	(779/223,028)
	損傷発生率	0.29%	(64/223,028)
【平成29年度】	転倒転落発生率	3.81%	(764/227,366)
	損傷発生率	0.45%	(103/227,366)

(%：パーミル=1/1000)

<当院の自己点検評価>

当院では、患者さまの転倒・転落のリスクに応じて、看護目標や看護問題として看護計画の中で立案しております。転倒・転落防止のためには、施設環境の整備が重要であることはいうまでもありませんが、加えて職員が転倒・転落予防の知識を身につけ、医療・看護業務にあたる必要があります。今後も、安心・安全な医療・看護を実践していきます。

<定義>

- ・医療安全管理科へ提出されたレポート件数
 - ・損傷発生率は損傷レベル2以上
- ※日本病院会QIプロジェクトの定義に準拠

<算式>

分子：セーフティレポートによる転倒転落件数
分母：入院延べ患者数（新生児を含む）



脳卒中 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数

<項目解説>

地域連携クリティカルパスとは、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担と診療の内容をあらかじめ提示・説明することにより、患者さまが安心して医療を受けられるようにするものです。さらに、それぞれの医療機関が有する機能を有効に活用することで、患者さま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ことができます。また、在宅にむけた目標設定を行うことで、治療に対する患者さまの意欲を高めることにもつながっています。

早期の回復や後遺症の軽減をはかる上でも、重要な取り組みの一つです。

<当院の実績>

	脳卒中	大腿骨
【平成25年度】	120件	60件
【平成26年度】	109件	62件
【平成27年度】	119件	78件
【平成28年度】	133件	65件
【平成29年度】	146件	83件

<当院の自己点検評価>

十勝圏域の医療連携において、当院は急性期病院としての役割を担っています。発症直後における適切な治療のみならず、回復期や維持期まで継ぎ目のない連携がなされるよう、地域の医療機関・施設との協力体制をさらに充実させていきます。

<定義>

- ・地域連携パスの使用患者の実数
(脳卒中・大腿骨近位部骨折)

<算式>

実数



紹介率

<項目解説>

当院を受診した患者さまのうち、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。地域医療における効率的な医療提供を実現するため、病院などの医療機関が他の施設と連携し、患者さまに最も適した医療を提供することが推進されており、紹介率は「どれくらい他の施設と連携できているか」の目安となります。

<当院の実績>

【平成25年度】	34.7%	(7,038/20,265)
【平成26年度】	37.1%	(6,632/17,894)
【平成27年度】	40.8%	(7,028/17,211)
【平成28年度】	44.9%	(7,214/16,052)
【平成29年度】	47.9%	(7,288/15,025)

<当院の自己点検評価>

当院は「地域の求める医療連携を考えた病院づくり」をミッションに掲げ、地域完結型医療を目指しています。そのために、医療連携の窓口を担う部署として地域医療連携室を設置し、各医療機関が有する医療機能を最大限活用できるよう、日々業務を行っております。

また、平成25年3月より地域医療連携専用窓口や平成28年7月からは紹介受付も開設しており、紹介患者さまの利便性とあわせて、今後もさらなる連携の拡大を目指していきます。

<定義>

- ・初診患者のうち、他の医療機関からの紹介で受診した患者の割合
 - ・対象は初診料を算定した患者のみとする
- ※日本病院会Q Iプロジェクトの定義に準拠（診療報酬の規定とは異なる）

<算式>

分子：紹介初診患者数＋初診緊急入院患者数

分母：初診患者数－（休日・夜間の初診救急患者数－休日・夜間の初診救急入院患者数）

基礎データと解析：HOPE/X-win（富士通株式会社）

EFファイル（厚生労働省提出データ）



逆紹介率

<項目解説>

紹介率とは逆に、他の医療機関へ紹介した患者の割合を示す指標となります。症状が軽い、または症状が落ち着いてきた患者さまには「地域のかかりつけ医」を受診していただくことで、大きな病院への受診者集中の回避や、患者さまの利便性・快適性の向上へ繋がります。

<当院の実績>

【平成25年度】	38.1%	(7,726/20,265)
【平成26年度】	48.7%	(8,723/17,894)
【平成27年度】	46.5%	(8,003/17,211)
【平成28年度】	57.7%	(9,264/16,052)
【平成29年度】	58.0%	(8,817/15,205)

<当院の自己点検評価>

当院は「地域の求める医療連携を考えた病院づくり」をミッションに掲げ、地域完結型医療を目指しています。そのために、医療連携の窓口を担う部署として地域医療連携室を設置し、各医療機関が有する医療機能を最大限活用できるよう、日々業務を行っております。

紹介と逆紹介の相互に関わる体制を充実させることにより、今後もさらなる地域連携の拡大を目指していきます。

<定義>

- ・「B009 診療情報提供料 (I)」「B010 診療情報提供料 (II)」算定数
- ・算式の分母は紹介率と同じものを使用する
- ※日本病院会Q Iプロジェクトの定義に準拠

<算式>

分子：「B009 診療情報提供料 (I)」「B010 診療情報提供料 (II)」算定数
分母：初診患者数－(休日・夜間の初診救急患者数－休日・夜間の初診救急入院患者数)



新規患者数

<項目解説>

新規患者の診療数を示す指標です。初診患者数（初診料算定）ではなく、新たな患者番号（ID）を取得したものに限りです。

診療録の保存期間（最終診療日から5年）を経過した後に受診し、以前のIDで診療録を再作成する場合は除きます。

より多くの患者さまに医療を提供していることを証明する指標です。

<当院の実績>

【平成25年度】	9,050人
【平成26年度】	8,606人
【平成27年度】	9,119人
【平成28年度】	8,369人
【平成29年度】	8,665人

<当院の自己点検評価>

当院は広大な十勝圏域の地方・地域センター病院として、地域医療、高度専門医療、救急医療などを積極的に行っております。

今後も引き続き、地域の方々から「最も信頼され選ばれる病院」を目指してまいります。

<定義>

- ・当該年度に新たに患者番号（ID）を取得し、診療録を作成した患者数

<算式>

実数



在院日数の指標

<項目解説>

診断群分類（以下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します。

そもそも、医療機関によって患者の構成は異なるため、患者構成を加味しない平均在院日数の比較は意味がありません。DPC/PDPSの導入により、傷病名と治療行為ごとに患者が分類され、それぞれの全国平均在院日数も公表されています。この公表データによって、同じDPCでも自院の在院日数が全国平均よりも長いのか短いのか判断できます。

この指標は加重平均として自院の全体像を示すものです。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。

<当院の実績>

【平成24年度】	0.90
【平成25年度】	0.90
【平成26年度】	0.88
【平成27年度】	0.95
【平成28年度】	0.95

<当院の自己点検評価>

当院は全国平均の1.0を下回っています。これは在院日数が全国と比較してやや長いことを意味します。在院日数が長いことは、十分な回復を待ってから退院していただいている反映でもあります。在院日数短縮により社会復帰を早めることが重要ですので、今後は全国平均の1.0を目指して、早期退院に向けた取り組みを病院全体で行っていきたいと考えています。

<定義>

- ・厚生労働省DPC評価分科会の公開データ

<算式>



患者構成の指標

<項目解説>

各病院の患者構成を視点とし、治療の難しい疾患（診断群分類点数表の入院期間Ⅱが長い）をより多く診療していることを評価します。

DPC/PDPSの入院期間Ⅱは全国平均の在院日数+1日ですが、入院期間Ⅱが長いほど退院までに日数を要し、一般には治療の難しい状態の疾患であると考えられます。例として、脳腫瘍や頭頸部腫瘍の化学療法、出生時体重1,500g以下の新生児等では入院期間が長くなります。

この指標は加重平均として自院の全体像を示すもので、数値は1.0が全国平均となります。1.0よりも大きい方が、より難しい状態の疾患を多く見ていることを示します。

<当院の実績>

【平成24年度】	1.02
【平成25年度】	1.04
【平成26年度】	1.04
【平成27年度】	1.04
【平成28年度】	1.06

<当院の自己点検評価>

当院は全国平均の1.0を超えていることから、治療の難しい疾患をより多く診療していることがわかります。

今後も引き続き、十勝圏域の地方・地域センター病院として、安全で良質な医療を提供していきたいと考えております。

<定義>

- ・厚生労働省DPC評価分科会の公開データ

<算式>



病床利用率

<項目解説>

質の高い医療を継続的に提供するためには、経営基盤の安定が必要不可欠です。経営管理の視点から見ると、医師・看護師を始めとしたスタッフ、医療機器などがどの程度効率的に活用されているのかを知る必要があります。その中でも、病床利用率は経営に大きな影響を及ぼす重要な経営管理指標の一つです。

<当院の実績>

	一般病床	精神病床
【平成25年度】	87.6% (216,747/247,470)	84.9% (21,700/25,550)
【平成26年度】	85.6% (211,920/247,470)	72.1% (18,423/25,550)
【平成27年度】	83.7% (207,696/248,148)	58.5% (14,985/25,620)
【平成28年度】	84.2% (208,395/247,470)	50.7% (12,950/25,550)
【平成29年度】	85.3% (210,969/247,470)	50.4% (12,882/25,550)

<当院の自己点検評価>

当院では医師・看護部の協力のもと、現場の動きを監視しながら有効的な病床管理に努めています。また、院内クリティカルパスの活用により、適切な在院日数の指標を得ることが可能となっています。

今後も患者さまから選ばれる病院づくりを目指し、効率的な病床利用を実践していきます。

<定義>

- ・病床数に対する入院患者数の割合

<算式>

分子：年間入院患者数（日々の最終在院患者数の合計）

分母：許可病床年間延数（許可病床数×365日） ※平成23・27年度 366日



初期研修医採用人数

<項目解説>

平成16年4月以降に医師免許を取得した医師には2年間の初期臨床研修が義務付けられ、それぞれの臨床研修病院が研修医を全国公募し、これに対して研修医は自分で研修先の病院を選ぶことになりました。現在では各病院が受け入れ可能人数を北海道に示し、道が病院ごとに過去3年間の実績に基づき定員を決定します。

定員通りの研修医を採用しているという事は、研修病院の教育・研修プログラムや医療の質が高いことを意味します。

<当院の実績>

【平成25年度】	10名（公募10名定員）
【平成26年度】	10名（公募10名定員）
【平成27年度】	11名（公募12名定員）
【平成28年度】	12名（公募12名定員）
【平成29年度】	11名（公募12名定員）

<当院の自己点検評価>

平成16年度から新医師臨床研修制度がスタートし、毎年公募定員を超える数多くの応募をいただいております。

平成20年には卒後臨床研修評価機構の審査を受け、全国で40番目の認定病院となりました。また、平成26年5月には2回目の訪問調査を受審しています。

<定義>

- ・初期研修プログラム1年目の人数

<算式>

実数



指導医数

<項目解説>

指導医とは、研修医の教育・指導を担当できる習熟した医師のことですが、その資格は厚生労働省の規則で“臨床経験7年以上で、厚生労働省が認めた指導医講習を受けた医師”と定められています。

指導医数は、医師層の厚さを示すことに加えて、病院が診療のみではなく教育・研修を重視し、優れた医療者育成に真摯に取り組んでいる事を表しています。

<当院の実績>

【平成25年度】	56名
【平成26年度】	59名
【平成27年度】	58名
【平成28年度】	58名
【平成29年度】	61名

<当院の自己点検評価>

当院は研修必須化以前の平成10年から臨床研修指定病院となり、同年から「臨床研修指導医養成講習会」に医師を派遣してきました。また、平成19年からは厚生労働省の許可のもと、北海道厚生連が独自で指導医講習会を開催し、受講しやすい環境を整えています。

<定義>

- ・解説のとおり

<算式>

実数



専門看護師・認定看護師数

<項目解説>

専門看護師・認定看護師とは、いずれも日本看護協会による認定資格です。専門看護師は全11分野、認定看護師は全21分野に分かれており、それぞれの領域における高い看護技術と知識を有し、他職種や他部門との協働の中心的役割を期待されています。

医療の高度化や専門化・ニーズの多様化が進む中で活躍の場が増えるとともに、医療現場においてその必要性和重要性が高まっています。

<当院の実績>

【平成29年度】

専門看護師：	慢性疾患看護分野	1名	がん性疼痛看護分野	1名
認定看護師：	皮膚・排泄ケア分野	2名	新生児集中ケア分野	1名
	集中ケア分野	3名	糖尿病看護分野	1名
	感染管理分野	2名	乳がん看護分野	1名
	手術看護分野	1名	小児救急看護分野	1名
	摂食・嚥下障害看護分野	1名	緩和ケア分野	1名
	認知症看護分野	1名		

<当院の自己点検評価>

当院では、分野の異なる専門・認定看護師が2～3名のグループとなって定期的に院内をラウンドしています。ラウンドでは現場の看護師から看護ケアについての相談を直接受けることもあり、ケアの質の向上に貢献すべく活動しています。

また、専門看護師・認定看護師の集まりである看護部スペシャリスト委員会では、認定看護師を目指す看護師に向けてガイダンスを開催するなど支援活動も行っており、厚生連や地域のニーズに合った認定看護師の育成を目指しています。

院外での活動も活発に行っており、十勝管内の各自治体や全道厚生連病院における研修会・十勝管内の小規模病院の看護師を対象とした研修会の講師としても活動しています。

<定義>

- ・年度末時点での資格保有者

<算式>

実数



外部医療機関などからの看護師の研修受け入れ人数

<項目解説>

一度職に就いてからスキルアップのために研修を受け入れる体制を評価します。
現任教育及び再教育に関する体制が整っていることを表します。

<当院の実績>

【平成25年度】 27名

【平成26年度】 45名

【平成27年度】 47名

【平成28年度】 99名

【平成29年度】

新人看護職員研修ビギナーPartⅢ（多重課題）	2名	新生児ケア	3名
認知症のケア	21名	癌性疼痛	11名
感染管理研修	14名	手術室看護	8名
災害対策支援研修	13名	褥瘡ケア	22名
摂食嚥下・口腔ケア研修	19名	重症集中	2名
小児救急	2名		
計	119名		

<当院の自己点検評価>

北海道看護協会の施設間交流研修事業の受け入れで、11研修を実施しました。
地域の看護師との交流を図るとともに、ネットワーク構築の第一歩となっています。

平成29年度については、新人看護職員実践能力向上研修支援事業の医療機関受入研修事業への参画・公募により2名を受け入れました。

今後も地域の拠点病院として、認定・専門看護師などの活用により、他医療機関での企画が困難なプログラムについて実施していきます。

<定義>

- ・外部の医療機関などからの研修受け入れ延べ人数
- ・外部の医療機関とは他の病院、外国、行政機関、個人とする

<算式>

実数



看護師の実習学生受け入れ人数

<項目解説>

学生実習に関する教育体制が整っていることを表します。

<当院の実績>

【平成25年度】	173名
【平成26年度】	170名
【平成27年度】	174名
【平成28年度】	256名
【平成29年度】	263名

<当院の自己点検評価>

当院では、3つの看護学校と1つの看護大学の実習生を受け入れています。

臨地と学校側とで実習委員会を合同で持ち、実習生が効果的な実習が出来るよう毎月定例の委員会にて情報共有・実習評価を行っています。あわせて、新任実習指導者のための研修会と指導者研修会を年2回設定し、学生を指導する手がかりを得ています。

平成27年度からは、各実習部署に実習指導者を1～2名ずつ専任で配置し、学生の個別性に合わせた継続的な指導展開ができるようになりました。

<定義>

- ・養成教育機関からの実習学生延べ人数
- ・1日体験は除く

<算式>

実数