

Quality Indicator

医療の質

2018



医療法人社団 筑波記念会
筑波記念病院
TSUKUBA MEMORIAL HOSPITAL

1-1. 病院:全体の指標

医事統計・カルテ管理

- 平均在院日数……………1
- 疾患別 ICU 入院患者と平均在院日数……………2
- 科別外来患者数……………3
- 患者満足度①②……………4
- 紹介率・逆紹介率……………6
- 退院後の予約外再入院率……………7
- 2 週間以内の退院サマリー完成率……………8
- 画像検査レポートの 24 時間以内作成率……………9

医療安全管理

- インシデント・アクシデント報告数……………10
- 入院患者の転倒・転落発生率および損傷発生率……………11

職員研修

- 全職員を対象とした医療安全講習会・感染管理講習会……………12
医薬品安全研修の施行回数と受講率

感染管理

- 病原体サーベイランス……………13
- クロストリジウム・ディフィシル年間件数……………14
- 血液培養年間件数……………15
- 抗菌薬サーベイランス……………16
- ICU における医療器具関連感染サーベイランス……………17
 - ◆ 人工呼吸器関連肺炎
 - ◆ カテーテル関連血流感染
 - ◆ カテーテル関連尿路感染

教育, その他

- 職員のインフルエンザワクチン予防接種率……………18
- 医療従事者の育成(部署別:実習の受け入れ数)……………19
- 職員の健康診断受診率……………20
- 職員の非喫煙率……………21

1-2. 病院:診療部門

救急部門

- 救急車受入数、お断り数・お断り率(ドクターヘリ受入数).....22
- 疾患別救急車受け入れ患者数.....23

手術部門

- タイムアウト施行率.....24
- 肺血栓塞栓症の予防実施率.....25
- 24 時間以内の死亡率.....26

診療各科

- 心臓カテーテル/PCI 件数,27
PCI 後の在院日数中央値・PCI 後 24 時間以内死亡数
アブレーション件数
- 上部・下部内視鏡検査数, 内視鏡下治療件数.....28
および内視鏡下治療, 合併症発生数
- 血液内科における主要疾患, 及び骨髄穿刺施行数.....29
- 胃癌, 大腸癌手術件数.....30
胃癌, 大腸癌術後の在院日数(中央値)
- 腹腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術の平均在院日数.....31
- 気管支症施行数, 合併症発生数.....32
- 心臓血管外科手術件数・CABG 術後の平均在院日数.....33
- 脳血管造影および血管内治療件数, 合併症発生数.....34
- 人工関節置換術件数(股・膝)・人工骨頭挿入術(股).....35
および 術後の平均在院日数
- パス延長症例率.....36
 - ◆ 白内障, 内斜視手術(眼科)
 - ◆ 子宮筋腫, 卵巣良性腫瘍手術(婦人科)
 - ◆ 扁桃摘出術(鼻手術耳鼻科)
 - ◆ 下肢静脈瘤, 左心耳切除術(心臓血管外科)

1-3. 病院:診療支援部門

看護部

- 看護職員背景分類……………37
- 看護職員在籍状況……………38
- 看護専門職としての能力開発(キャリア発達)……………39

リハビリテーション

- 全入院患者のリハビリ施行数・実施率……………40
- リハビリ施行時の転倒発生率……………41

薬剤部

- 薬剤管理指導件数・率……………42

栄養部

- 栄養指導数・率……………43

MSW

- MSW の介入による退院患者数……………44

2. 関連施設

筑波総合クリニック

- 診療科別外来患者数……………45
- 患者満足度①②……………46

つくばトータルヘルスプラザ

- 健診受診者数(ドックを含む)……………48
- 受診者満足度①②……………49

つくばケアセンター

- 利用者数……………51
- 利用者満足度……………52
- 訪問リハビリ実施件数……………53

訪問看護ステーション

- 在宅管理延べ患者数・訪問看護利用件数……………54

1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

➤ 平均在院日数

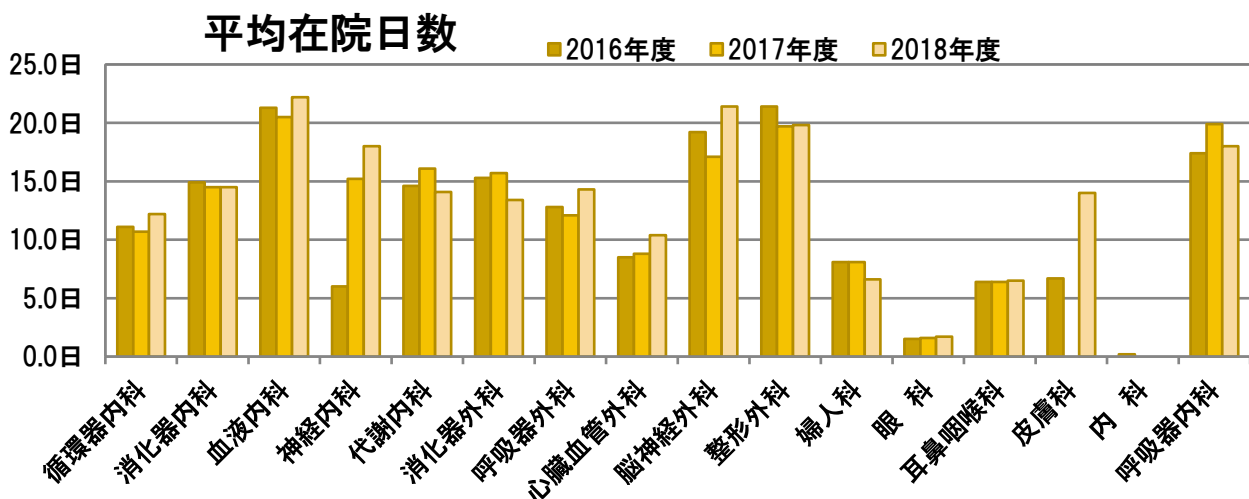
<項目の解説>

患者さんが平均して何日間で退院できたのかを示します。科によって疾患や重症度が異なりますが、入院から退院までのプロセス(診断, 治療, リハビリ, 退院支援など)が適切であれば短くなることから、医療の質と効率性をみる指標となります。

<定義・算式>

平均在院日数 = 在院患者延べ数 ÷ ((新入棟患者数+新退棟患者数) ÷ 2)

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
循環器内科	11.1	10.7	12.2
消化器内科	14.9	14.5	14.5
血液内科	21.3	20.5	22.2
神経内科	6.0	15.2	18.0
代謝内科	14.6	16.1	14.1
消化器外科	15.3	15.7	13.4
呼吸器外科	12.8	12.1	14.3
心臓血管外科	8.5	8.8	10.4
脳神経外科	19.2	17.1	21.4
整形外科	21.4	19.7	19.8
婦人科	8.1	8.1	6.6
眼科	1.5	1.6	1.7
耳鼻咽喉科	6.4	6.4	6.5
皮膚科	6.7	-	14
内科	0.2	-	-
呼吸器内科	17.4	19.9	18.0

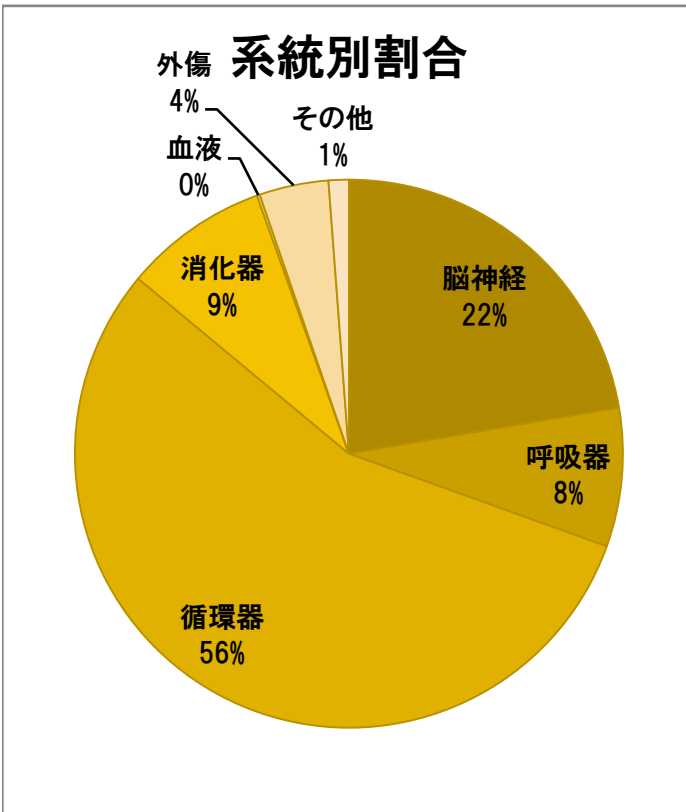
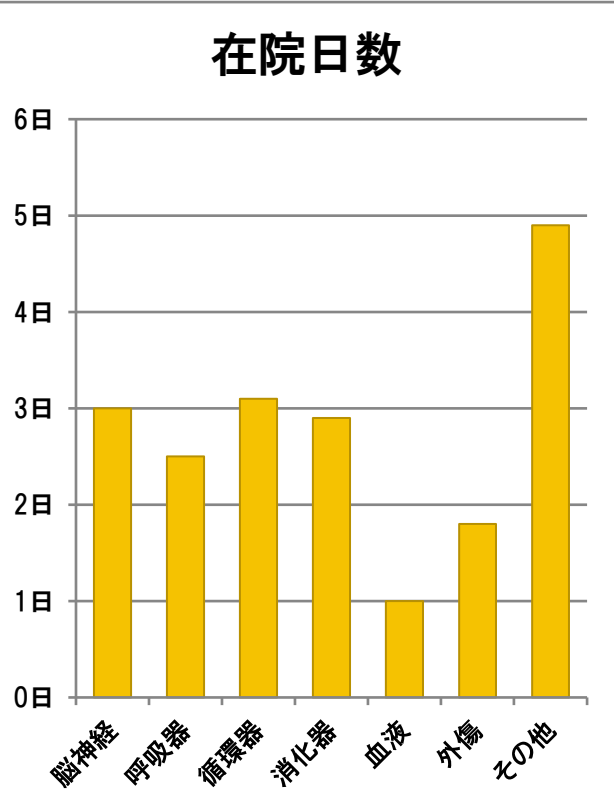
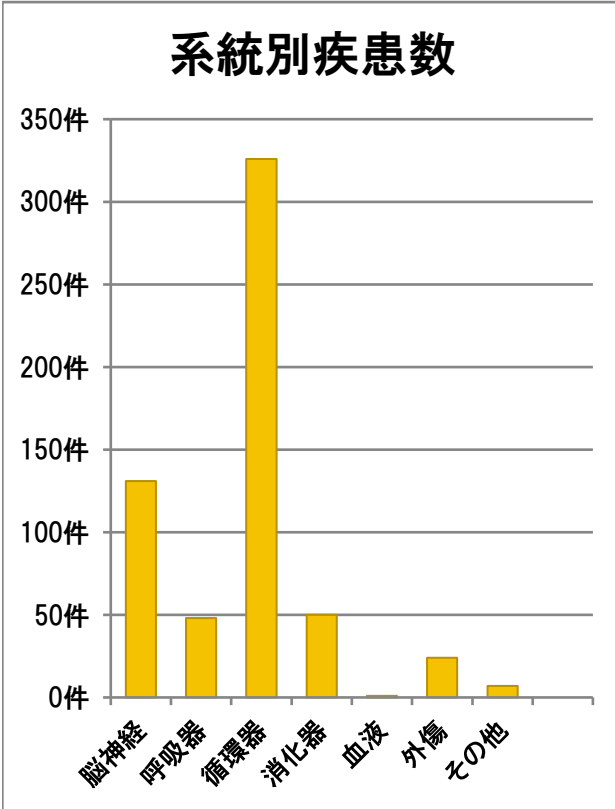
1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

➤ 疾患別 ICU 入院患者数と平均在院日数

<実績>

2018 年度



	系統別	平均在院日数
	脳神経	131 件 3.0 日
	呼吸器	48 件 2.5 日
	循環器	326 件 3.1 日
	消化器	50 件 2.9 日
	血液	1 件 1.0 日
	外傷	24 件 1.8 日
	その他	7 件 4.9 日

1-1. 病院：全体の指標

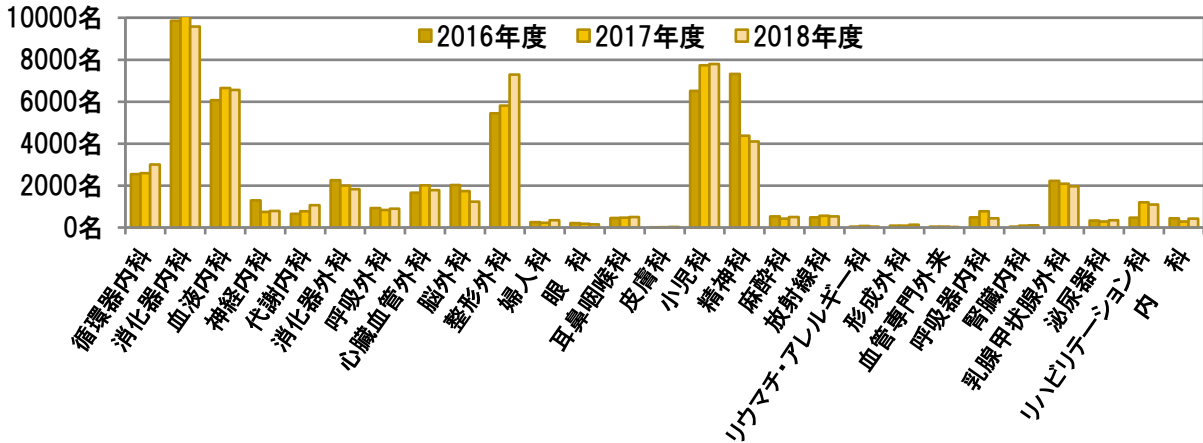
医事統計・カルテ管理

➤ 科別外来患者数

<項目の解説>

筑波記念病院における診療科ごとの外来患者数です。

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
循環器内科	2,549	2,586	3,009
消化器内科	9,859	10,084	9,579
血液内科	6,071	6,648	6,555
神経内科	1,288	746	795
代謝内科	651	769	1,065
消化器外科	2,253	1,989	1,828
呼吸外科	922	834	902
心臓血管外科	1,661	2,012	1,775
脳外科	2,020	1,733	1,227
整形外科	5,451	5,808	7,296
婦人科	250	233	342
眼科	210	175	142
耳鼻咽喉科	456	475	507
皮膚科	19	12	21
小児科	6,510	7,727	7,789
精神科	7,320	4,375	4,098
麻酔科	527	423	507
放射線科	488	556	526
リウマチ・アレルギー科	46	79	50
形成外科	89	87	134
血管専門外来	42	41	32
呼吸器内科	485	768	446
腎臓内科	48	91	98
乳腺甲状腺外科	2,219	2,089	1,972
泌尿器科	336	293	352
リハビリテーション科	465	1,195	1,094
内科	446	289	424
合計	52,681	52,117	52,565

1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

➤ 患者満足度①

※2018年度は調査対象年度外のため無し

<項目の解説>

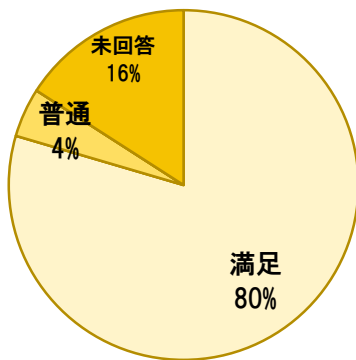
病院を利用される皆さんが病院に対して現在のサービスをどのように評価し、どのような改善を望んでいるかについてアンケート調査を行っています。

<実績>

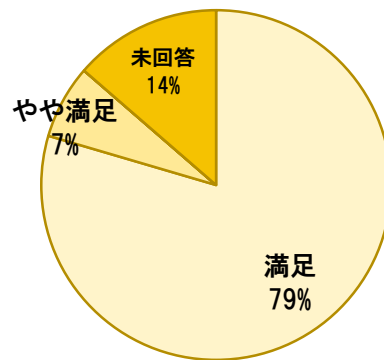
職員の言葉遣い・対応

2015年度調査

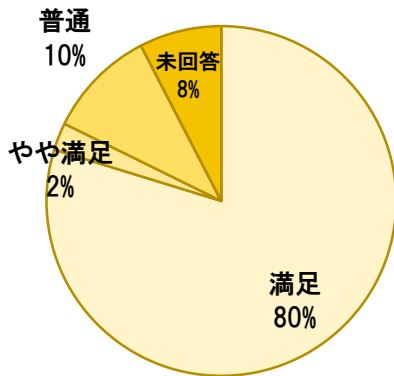
医師(入院)



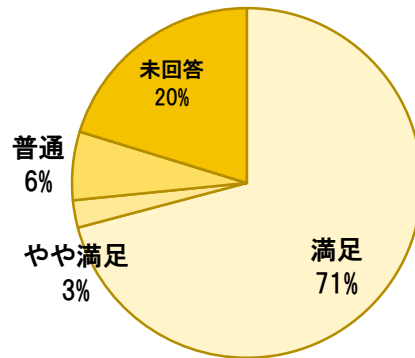
看護師(入院)



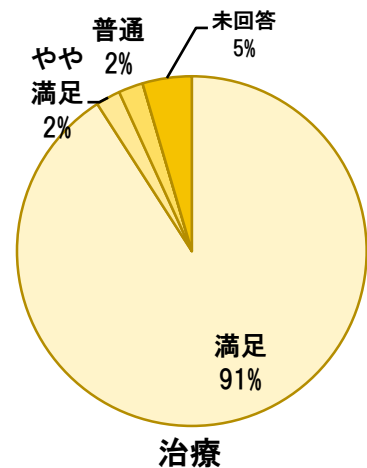
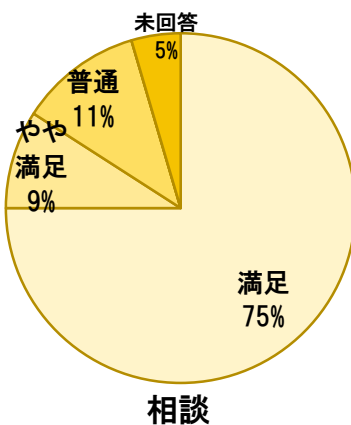
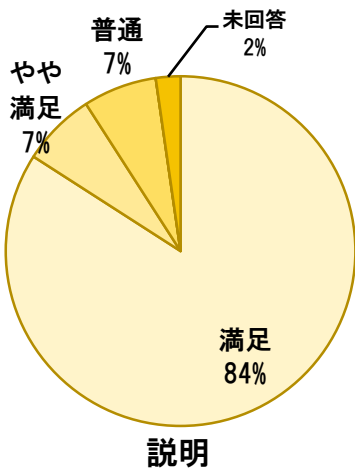
医師(外来)



看護師(外来)



医師の診療(入院)



1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

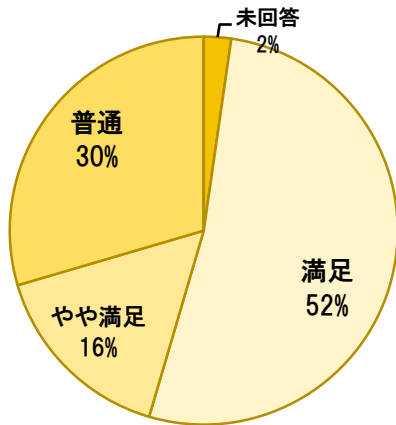
患者満足度②

※2018年度は調査対象年度外のため無し

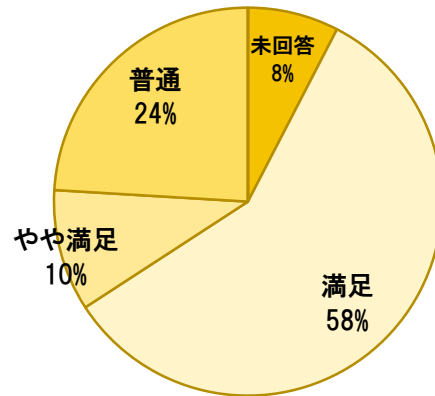
<実績>

2015年度調査

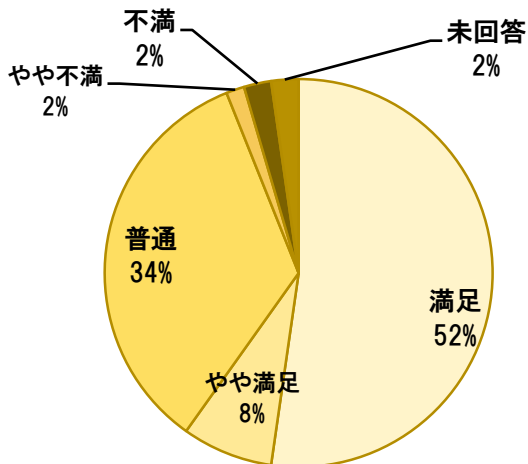
入退院手続



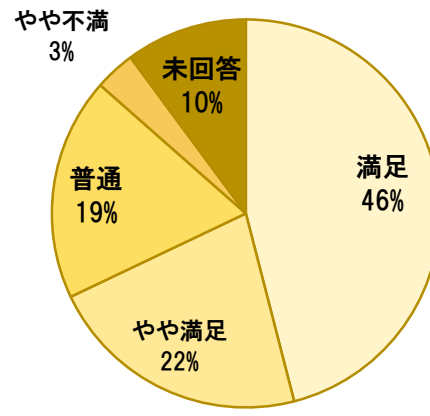
外来の手続き



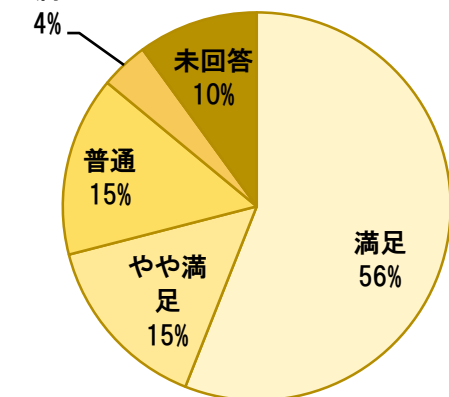
設備(入院)



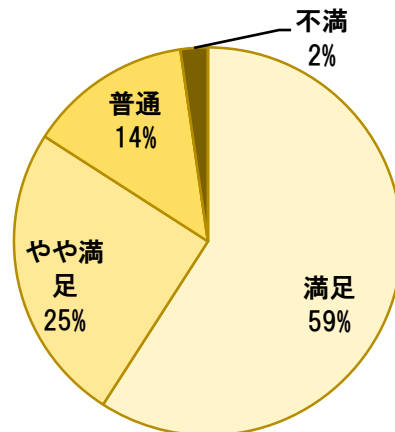
設備(外来)



総合満足度(入院患者)



総合満足度(外来患者)



1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

➤ 紹介率・逆紹介率

<項目の解説>

当院は2012年に地域医療支援病院*として承認を受けています。紹介率は初診患者さんのうち地域の診療所や病院からの紹介で受診する患者さんの割合、逆紹介率は当院で加療後引き続き受診が必要な患者さんを他の医療機関に紹介した割合です。地域の医療機関との連携の度合いを示す指標となります。

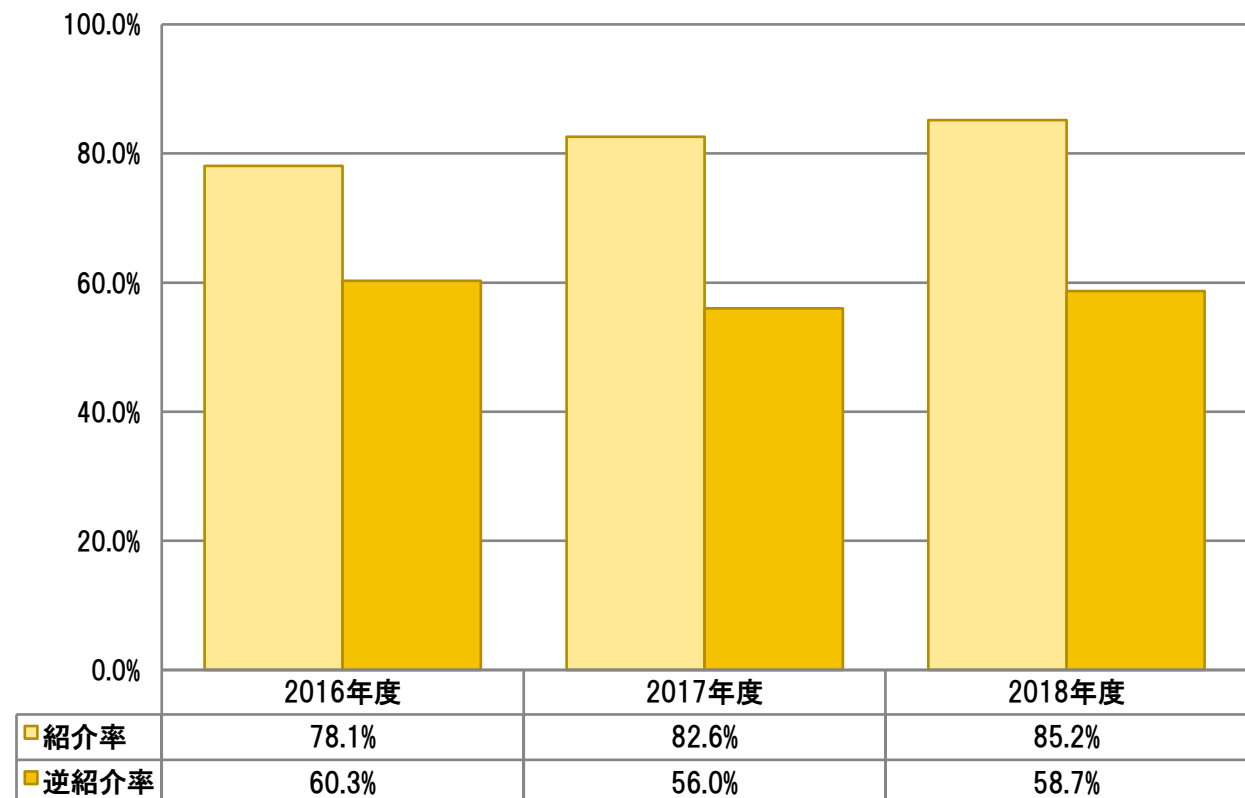
*地域の医療従事者に対する研修の実施や当該病院の医療機器の共同利用などを通じて地域の病院、診療所を後方支援するという形で医療機関の機能の役割分担と連携を目的に創設され、都道府県知事によって承認されます。

<定義・算式>

$$\text{紹介率} = \text{紹介患者の数} \div \text{初診患者の数} \times 100$$

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者の数} \div \text{初診患者の数} \times 100$$

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

➤ 退院後の予約外再入院率

<項目の解説>

当院を退院してから7日以内に予期せぬ再入院をした患者さんの割合です。予定外の再入院率は適格な入院治療および退院調整が行われたかどうかの指標となります。

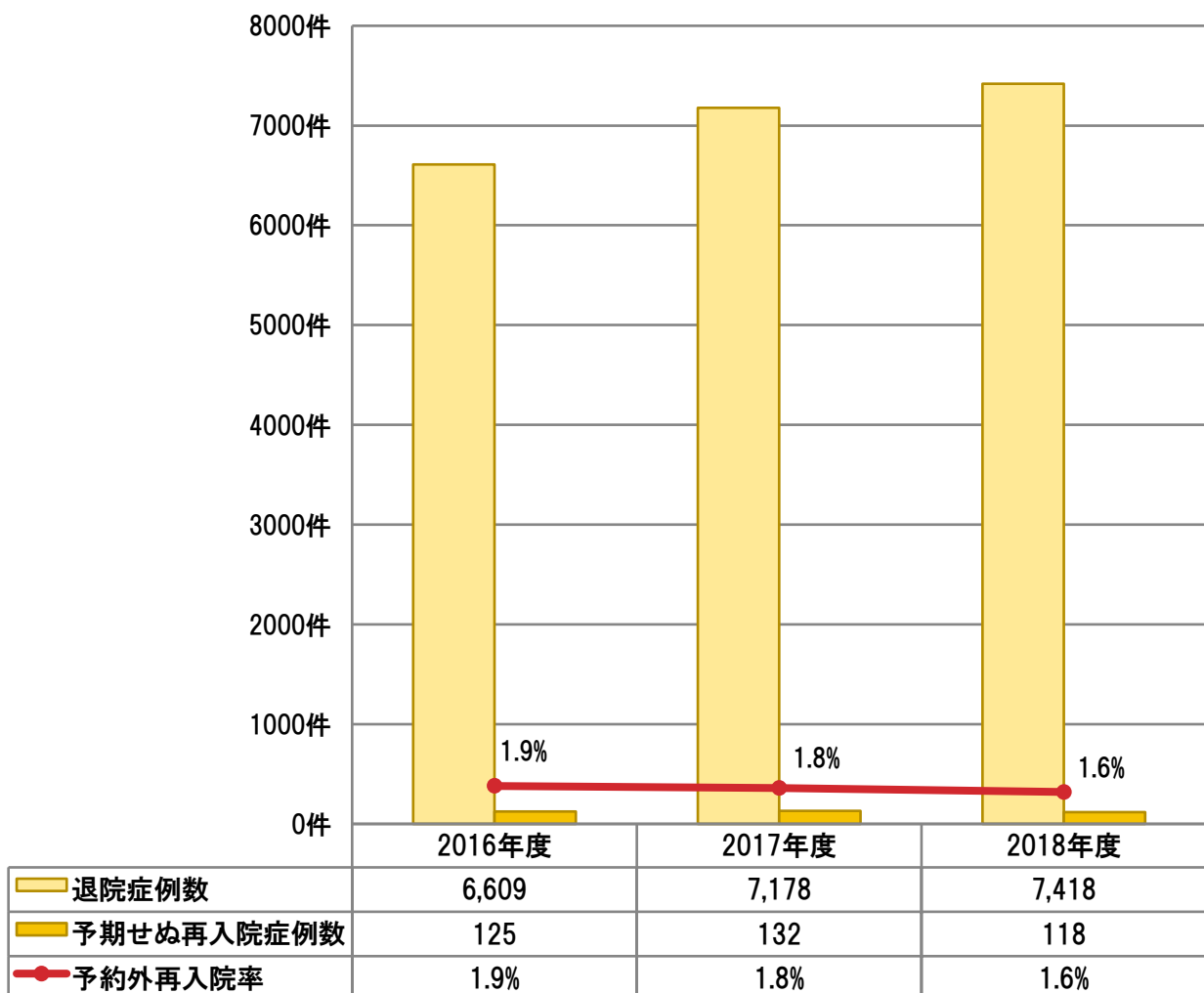
<定義・算式>

合併症や再発があり得る事を患者や家族に説明していない場合の同疾患での入院を「予期せぬ再入院」とし、退院後7日以内での再入院を計上しています。

予約外再入院率＝

$$\text{退院後6週間以内の予期せぬ再入院症例数} \div \text{退院症例数} \times 100$$

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

➤ 2週間以内の退院サマリー完成率

<項目の解説>

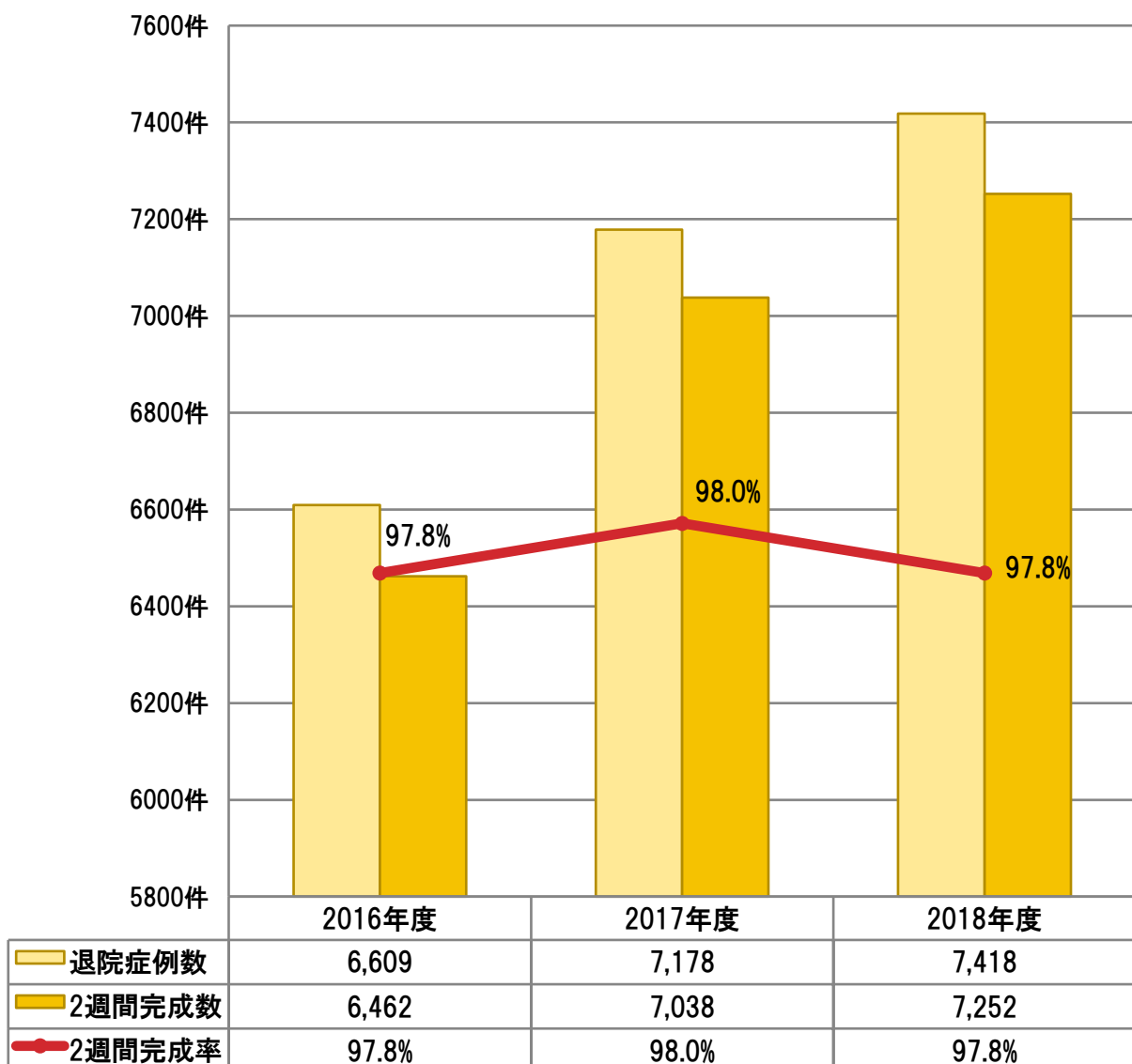
退院サマリーは入院患者の病歴、身体・検査所見、治療内容の要約であり、入院主治医以外の医療スタッフが診療状況を把握するための記録です。作成までの期間は病院機能評価機構により退院後の外来診療までの平均的な日数を加味し2週間が望ましいとされています。

<定義・算式>

完成率＝

$$\text{退院後2週間以内に作成された退院サマリー数} \div \text{退院症例数} \times 100$$

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

医事統計・カルテ管理

➤ 画像検査レポートの24時間以内作成率

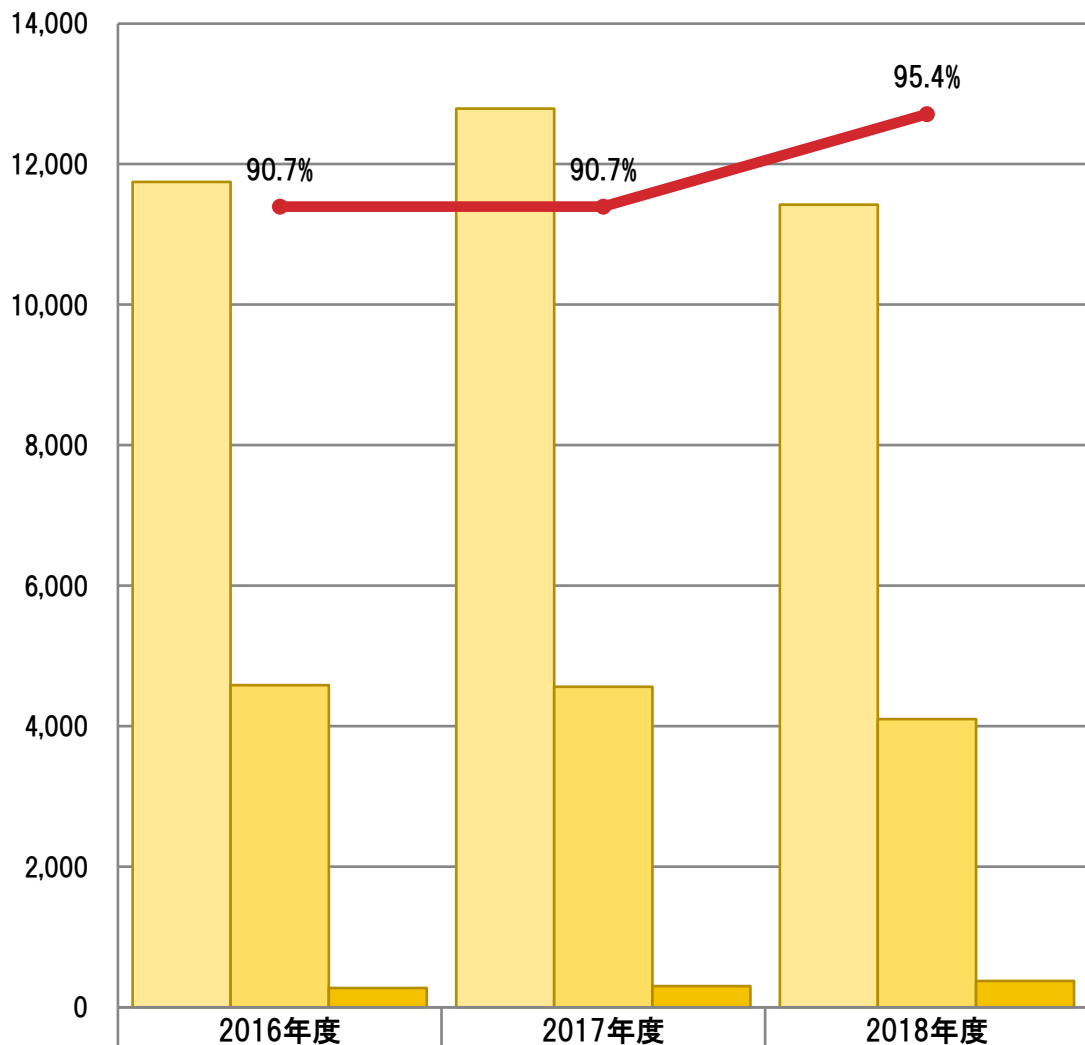
<項目の解説>

画像検査の結果が有効に診療に活かされるためには可及的速やかなレポート作成が望まれます。画像管理加算2ではCT, MRI, 核医学検査のレポートが画像診断を専門とする医師により翌診療日までに報告されることが必要とされています。

<定義・算式>

$$24 \text{ 時間以内作成率} = \frac{24 \text{ 時間以内作成レポート数}}{\text{CT, MRI, 核医学検査総数}} \times 100$$

<実績>



CT	11,748	12,790	11,424
MRI	4,586	4,562	4,101
核医学	277	303	375
レポート完成率	90.7%	90.7%	95.4%

1-1. 病院：全体の指標

医療安全管理

➤ インシデント・アクシデント報告数

<項目の解説>

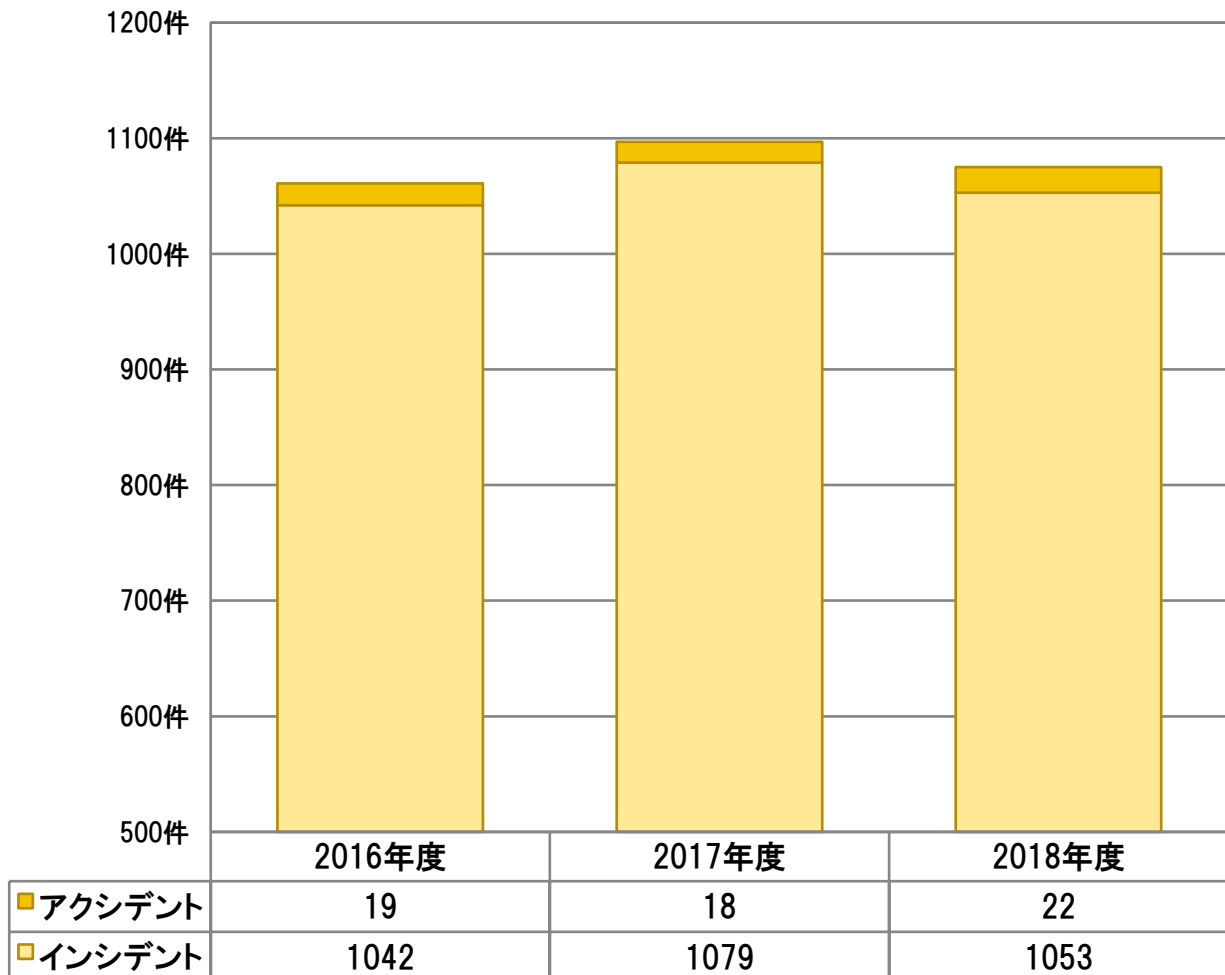
インシデント、アクシデント報告は院内の全部署各職種から報告があり、その内容から院内の発生傾向や医療事故につながる可能性のある問題を把握し、病院の特徴を踏まえた安全対策が実施できるように活躍しています。

<定義・算式>

インシデント(事象レベル 0.01～3a)……日常診療の場で、誤った医療行為等が患者に実施される前に発見されたものや、あるいは誤った医療行為等が実施されたが結果として患者に影響を及ぼすまでに至らなかった事象である。ヒヤリ・ハットとも呼ぶ。

アクシデント(事象レベル 3b 以上)……医療においてその目的に反して傷害を生じた事象をいう。過失の有無は問わない。医療行為と直接関係ない場合も含まれる。医療従事者が被害者である場合も含まれる。これらは過失が存在するものと、不可抗力によるものの両方が含まれる。

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

医療安全管理

➤ 入院患者の転倒・転落発生率および損傷発生率

<項目の解説>

当院は、急性期から慢性期(回復期リハビリ病棟・療養病棟)の病院機能を持ち、充実したリハビリの提供を行っています。従って患者のセルフケア能力は日々変化し、さらに障害に至らなかった事例や外出時の事例もカウントし、発生率はやや高めめのデータを示しています。

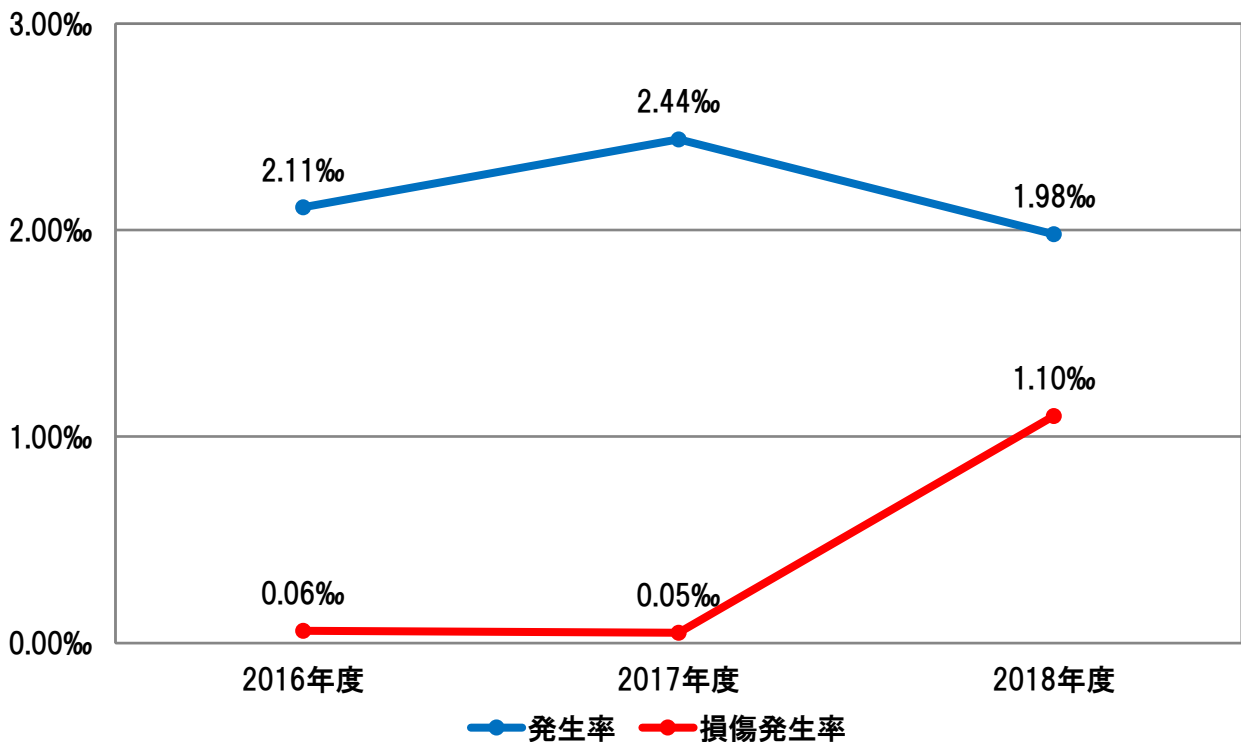
<定義・算式>

医療安全推進室に提出されたインシデント・アクシデントレポートより

転落・転倒発生率 = 入院中の転倒・転落発生件数 ÷ 入院延患者数 × 1000

損傷発生率 = 入院中の3b以上の転倒・転落発生件数 ÷ 入院延患者数 × 1000

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
入院延患者数	143,649	147,081	145,050
転倒・転落発生件数	304	359	288
3b以上の転倒・転落発生件数	9	7	16
転倒・転落発生率	2.12‰	2.44‰	1.98‰
損傷発生率	0.06‰	0.05‰	1.10‰

1-1. 病院：全体の指標

職員研修

- 全職員を対象とした医療安全講習会・感染管理講習会
 医薬品安全研修の施行回数と受講率

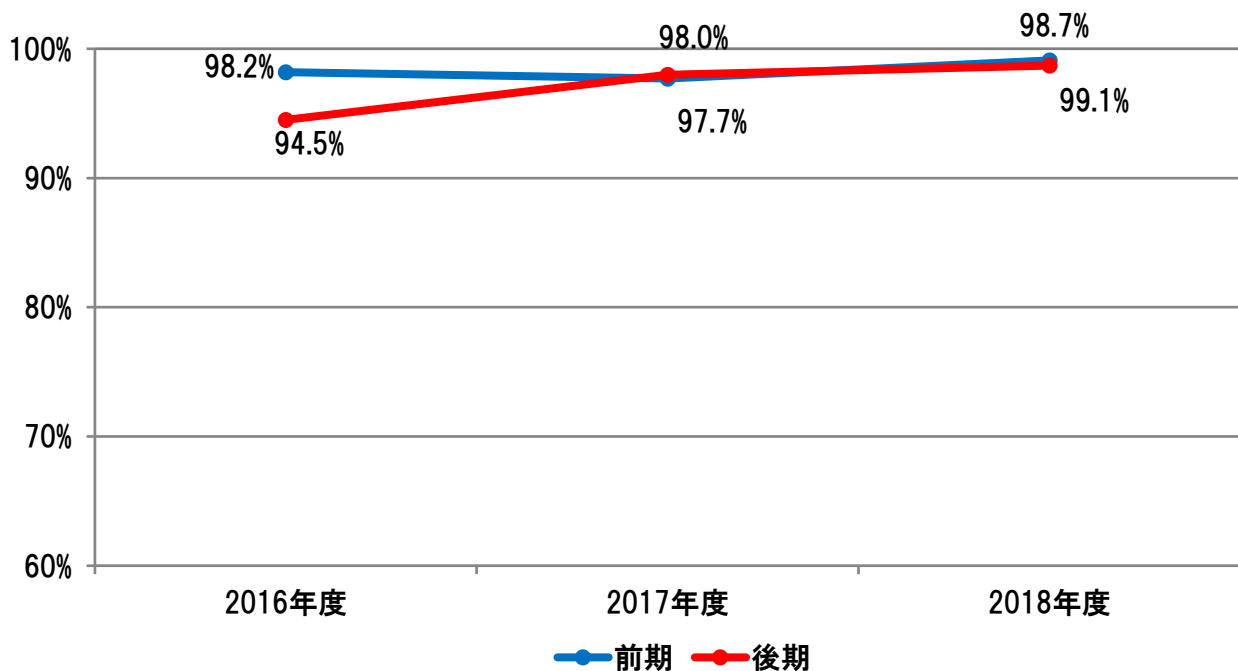
<項目の解説>

医療安全研修は、3つ(医療安全、感染対策、医療品)のテーマで、全職員対象に年2回開催しています。研修後は参加者の意見を把握し評価を行い企画の改善を行っています。

<定義・算式>

$$\text{受講率} = \text{受講者数} \div \text{職員数} \times 100$$

<実績>



受講者数	前期受講者数(対象職員数)	後期受講者数(対象職員数)
2016年度	1,070(1,084)	1,031(1,090)
2017年度	1,142(1,177)	1,132(1,155)
2018年度	1,185(1,196)	1,132(1,147)

<当院の取り組み>

受講者にはアンケートを実施することで研修内容への意識づけを行っています。各4回の開催を行い、昼休みを利用したDVDの視聴も実施して外部委託業者の従業員も含めた全員の受講を目指しています。また限定した職種への研修も年間10回程開催しています。

1-1. 病院：全体の指標

感染管理

➤ 病原体サーベイランス

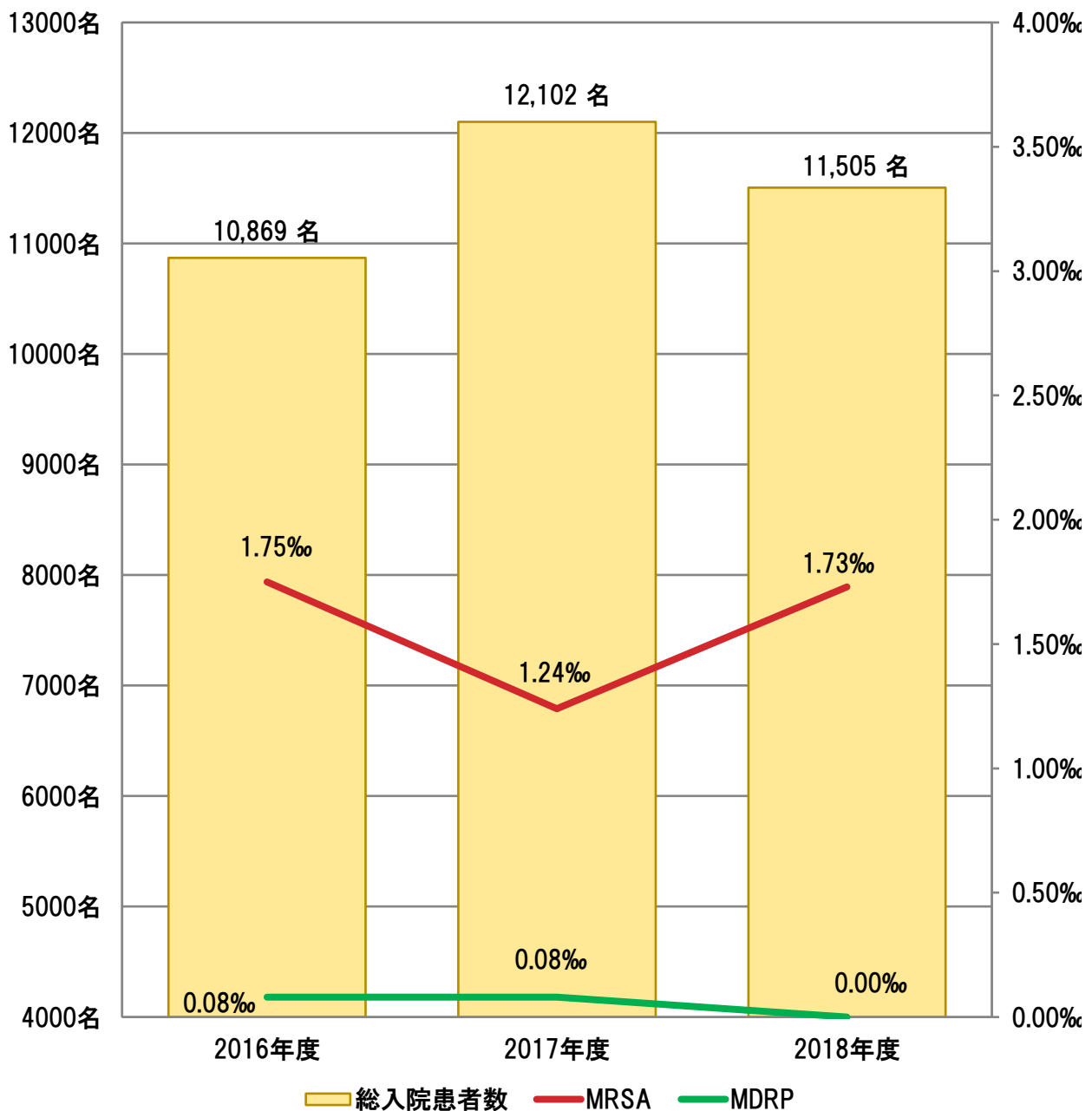
<項目の解説>

MRSA、MDRP は医療関連感染を引き起こす主要な病原体です。抗菌薬の不適切使用で起こる薬剤耐性菌の追跡は抗菌薬が適正に使用されているかの指標となります。

<定義・算式>

$$\text{対象菌の感染率} = (\text{感染症患者数}) \div (\text{総入院患者数}) \times 1000$$

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

感染管理

➤ クロストリジウム・ディフィシル年間件数

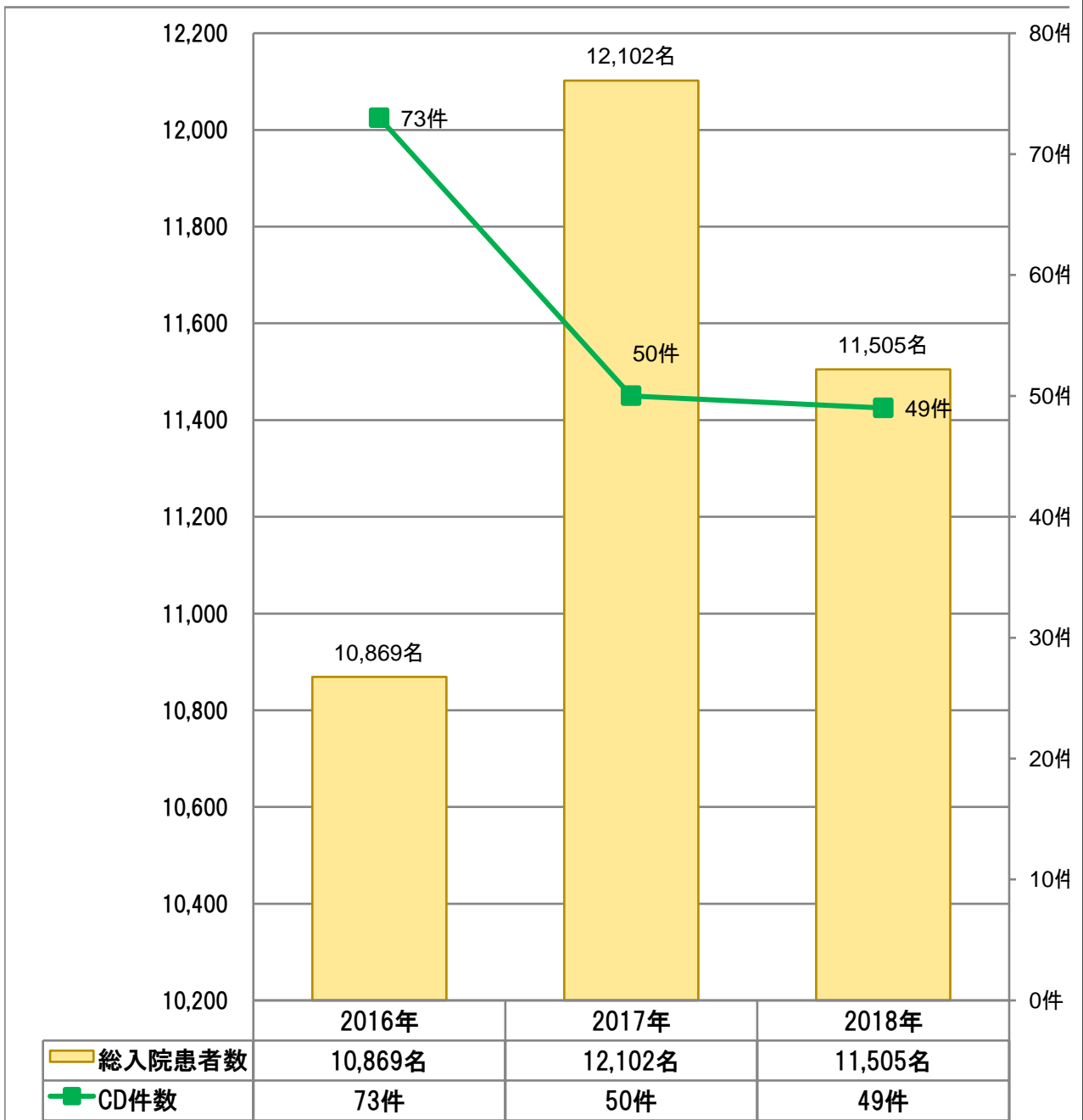
<項目の解説>

クロストリジウム・ディフィシル(CD)は、糞便中から検出される院内感染の原因菌の1つです。健康な人でも検出されます。これを監視することは、院内環境整備の重要な指標となります。

<定義・算式>

各月のクロストリジウム・ディフィシル培養、もしくは毒素検出件数の年間合計

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

感染管理

➤ 血液培養年間件数

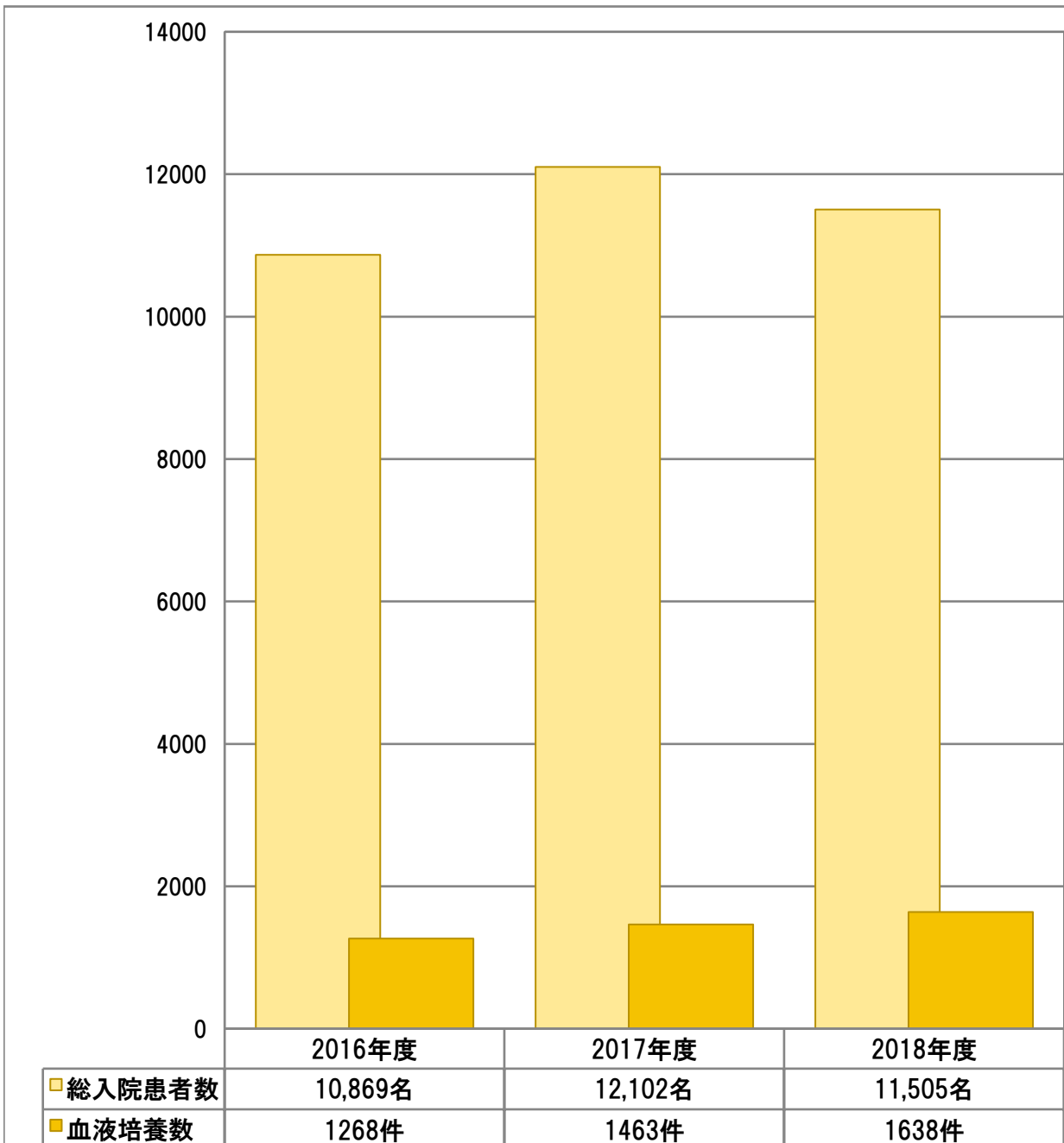
<項目の解説>

重症感染症など菌血症を疑った場合は、積極的な検査を実施することが重要です。
 従って、血液培養件数は、感染症治療の質の指標となります。

<定義・算式>

各月の血液培養件数の年間合計

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

感染管理

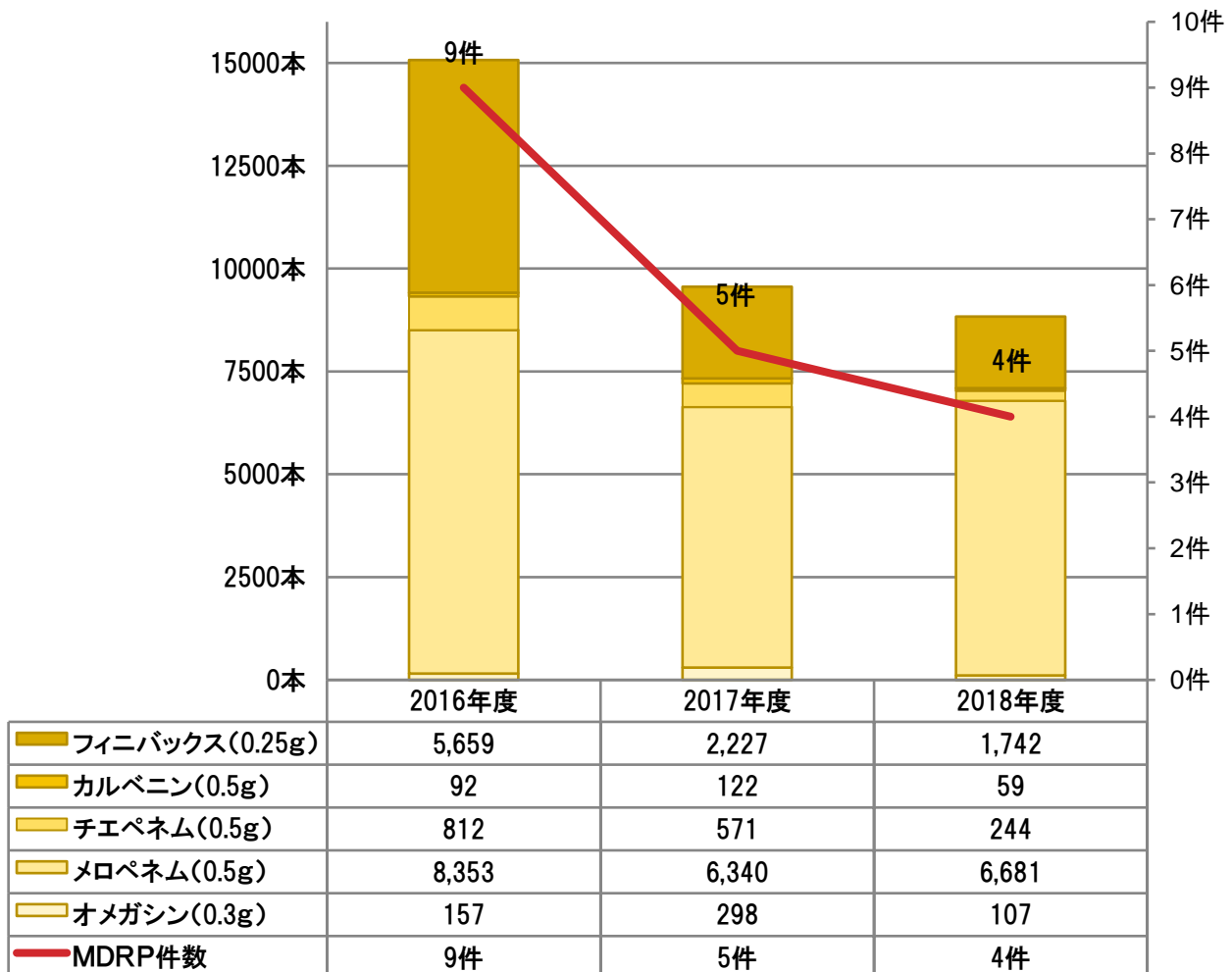
➤ 抗菌薬サーベイランス

<項目の解説>

抗菌薬の不適切な使用および長期投薬を避けるべく、カルバペネム系抗菌薬および MRSA 抗菌薬の特定抗菌薬使用届け出制度を導入し、管理を行っています。
※抗菌薬使用届け出率は 100%です。

<実績>

カルバペネム系抗菌薬の年間使用本数・MDRP件数



カルバペネム系5種の使い分けがされ、MDRP発現件数は低下傾向です。

<当院での取り組み>

使用届出制度の導入が 100%遂行されることにより、その後のカルバペネム系抗菌薬使用状況の把握ができるようになりました。抗菌薬適正使用支援チーム活動により抗菌薬の種類や用法・用量などの適正使用につながり、院内耐性菌発現の低下に務めています。

1-1. 病院：全体の指標

感染管理

➤ ICUにおける医療器具関連感染サーベイランス

<項目の解説>

ICUでは感染のリスクが高いといわれる処置や医療器具が使用されています。人工呼吸器、中心静脈ライン、尿道留置カテーテルの医療器具の使用頻度、感染率を知ることで感染予防策の評価指標となります。

<定義・算式>

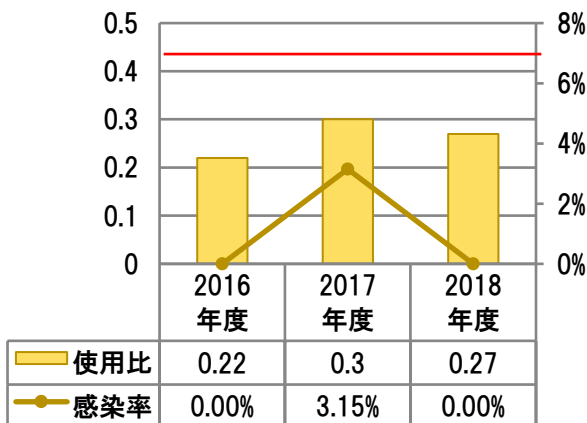
人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連血流感染、カテーテル関連尿路感染の発生状況を算出しています。感染の診断定義はJANIS(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業)に準拠しています。

$$\text{ライン使用比} = \frac{\text{延べライン使用日}}{\text{延べ入室患者日数}}$$

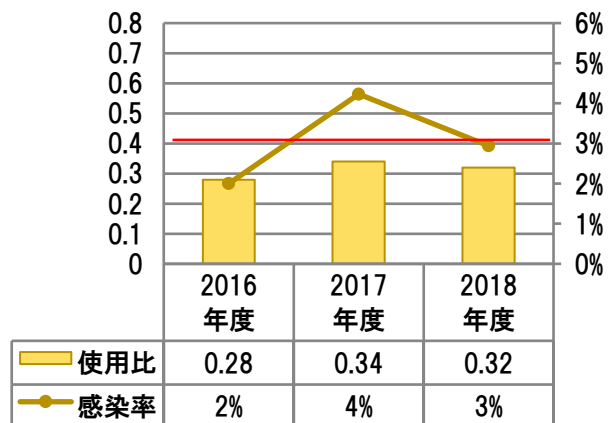
$$\text{感染率} = \frac{\text{感染発生件数}}{\text{延べライン使用日}} \times 1000$$

<実績>

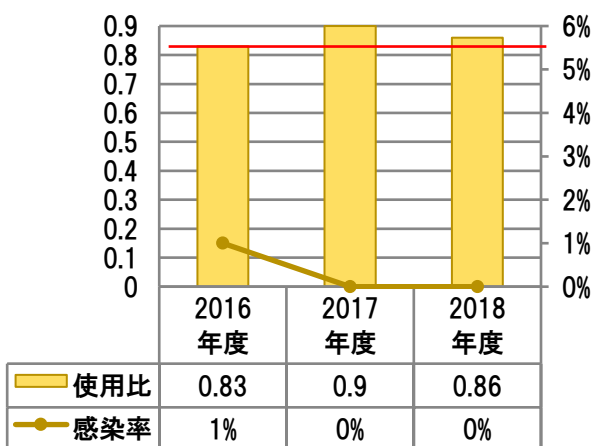
人工呼吸器関連肺炎



カテーテル関連血流感染



カテーテル関連尿路感染



外部ベンチマークデータとの比較はJHAIS(日本環境感染学会サーベイランス部門)としています。

*感染率と医療器具使用比から評価することが求められるため、使用比のデータのJHAISと比較します。赤線は医療器具使用比の50%タイル値です。

1-1. 病院：全体の指標

感染管理

➤ 職員のインフルエンザワクチン予防接種率

<項目の解説>

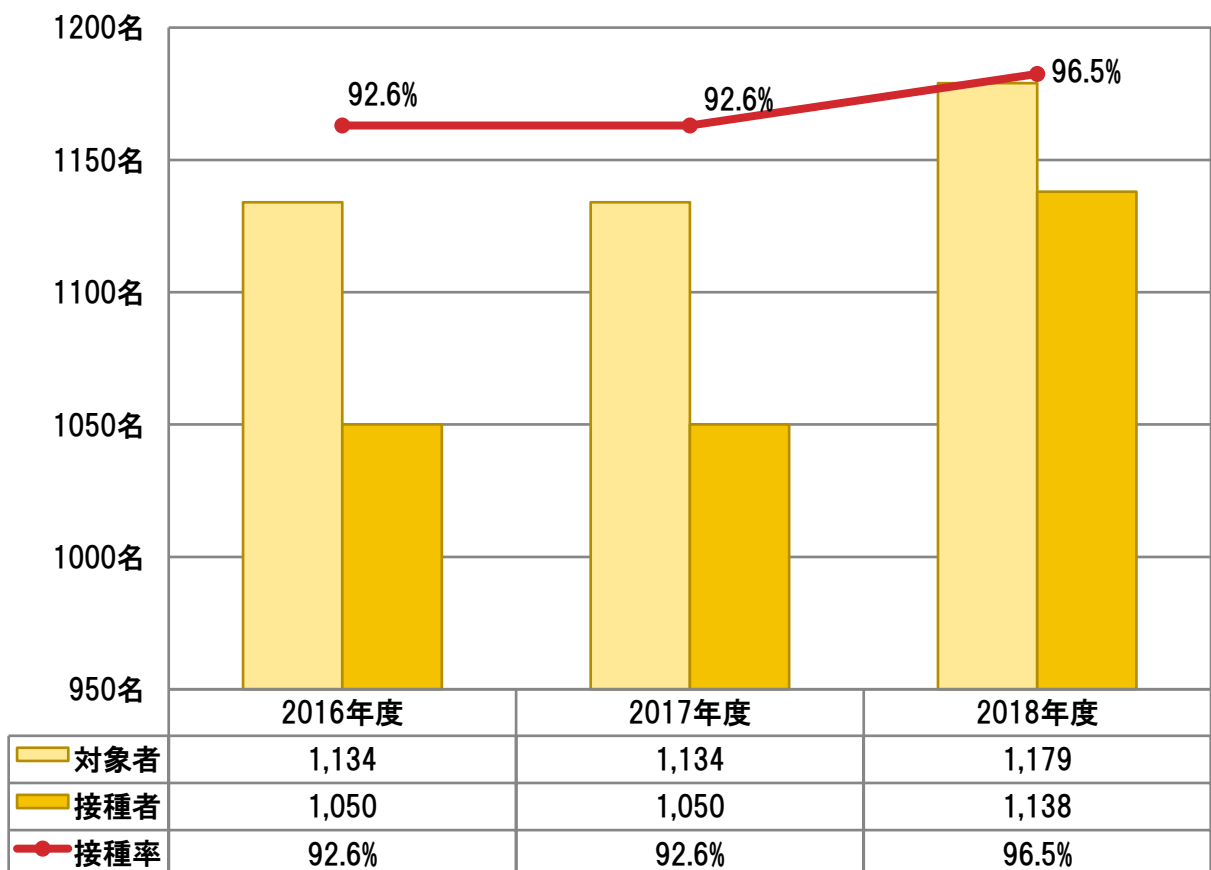
医療従事者は免疫力への低下した患者さんに感染をさせないために、一般の方よりも感染症の予防を積極的に行わなくてはなりません。職員のインフルエンザワクチン予防接種率は院内感染の防止対策に積極的に取り組んでいるかの指標となります。

<定義・算式>

職員インフルエンザワクチン予防接種率＝

$$\frac{\text{インフルエンザワクチンを接種した職員数}}{\text{現行職員数}} \times 100$$

<実績>



<当院での取り組み>

当院では委託職員も含めて接種を行い入院患者さんがインフルエンザに感染するリスクの低減に努めています。接種日数の設定を増やす、接種不能者には理由の提出を義務付けるなど接種率の向上に努めています。

1-1. 病院：全体の指標

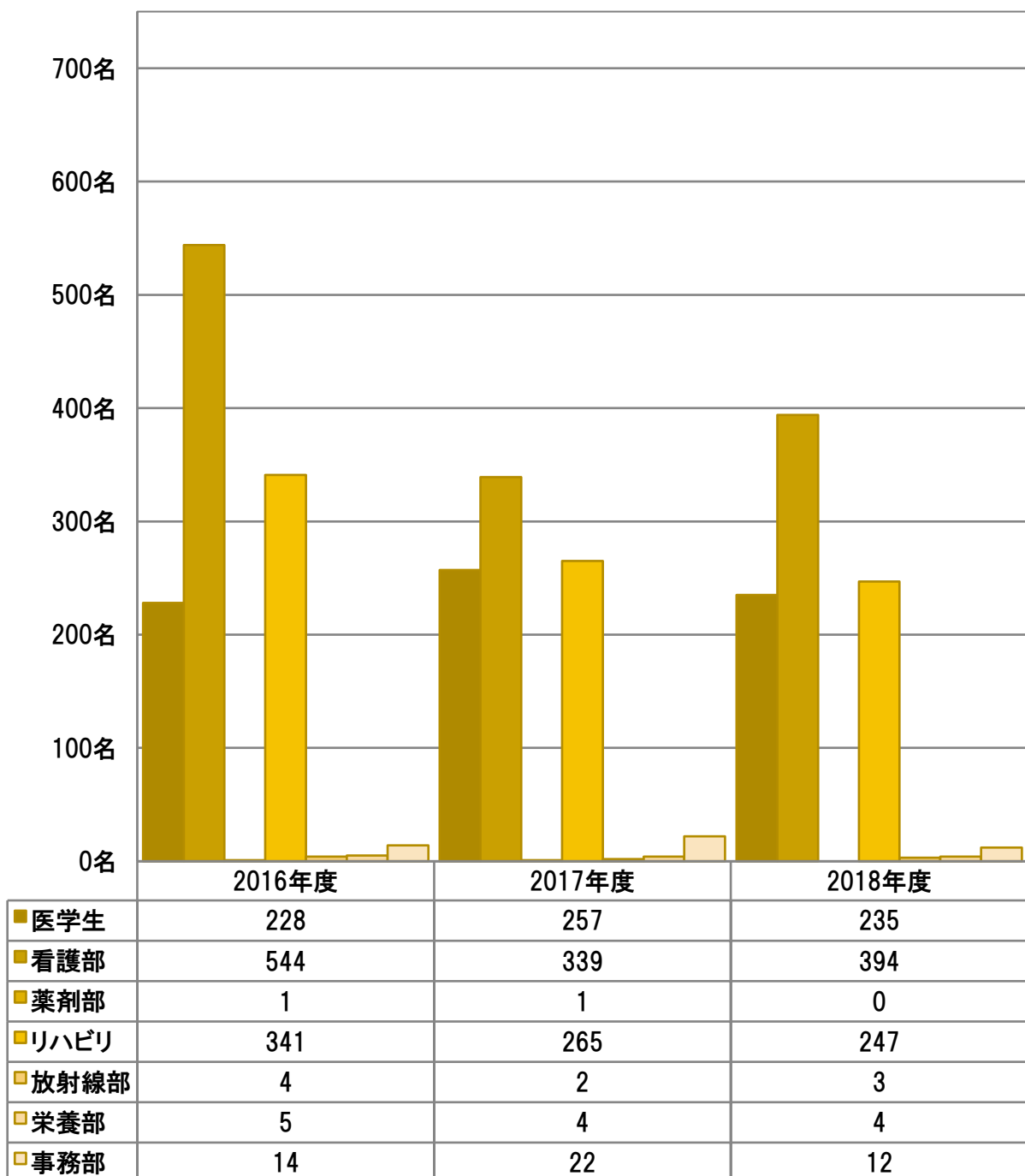
教育, その他

➤ 医療従事者の育成(部署別:実習の受け入れ数)

<項目の解説>

当院では臨床研修指定病院としての研修医の受け入れの他に, 医療従事者の人材育成のため各職種の実習を受け入れています。

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

教育, その他

➤ 職員の健康診断受診率

<項目の解説>

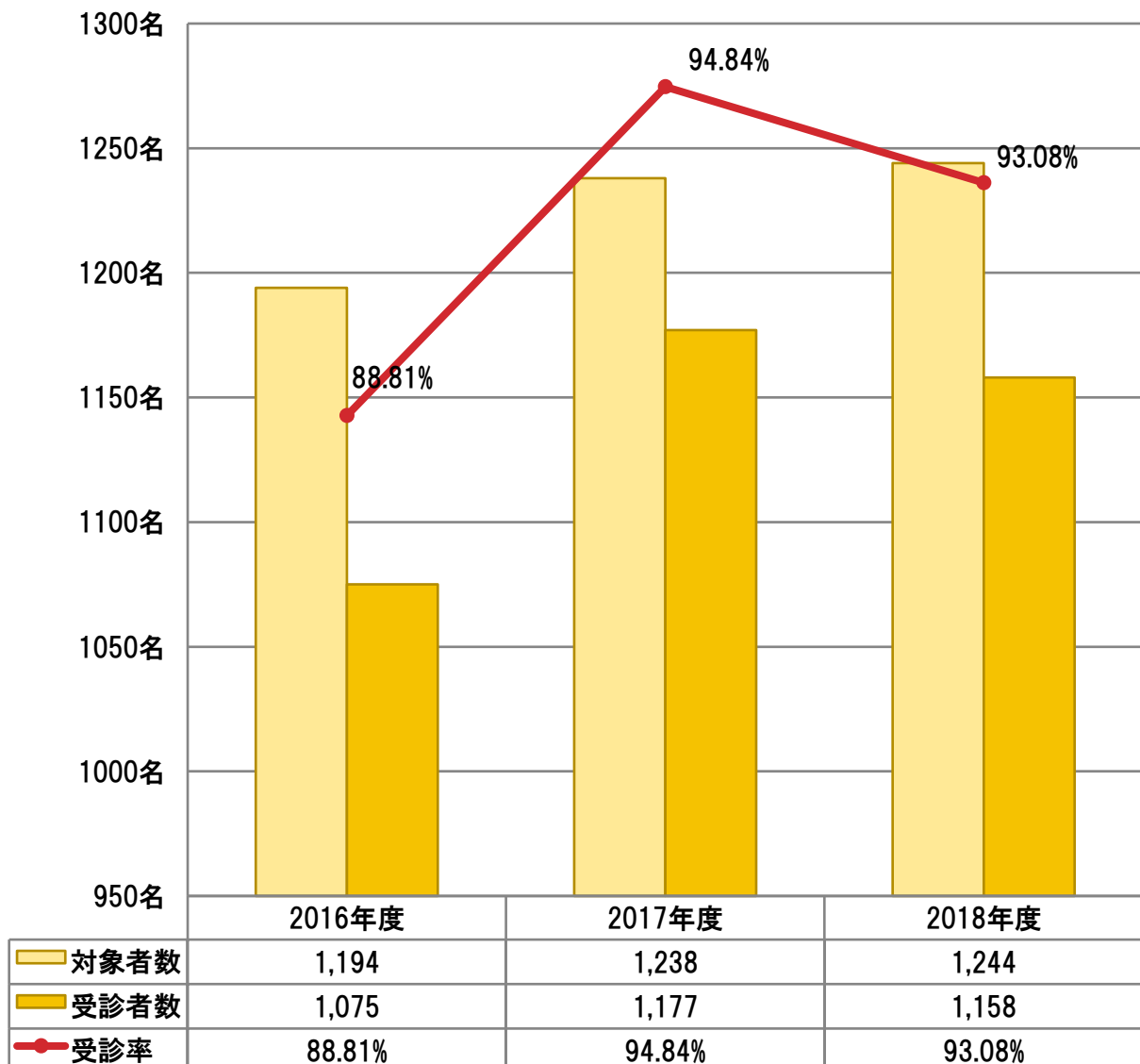
職域での健康診断は職員の安全と健康を確保するために労働安全衛生法にて義務づけられています。また、直接患者さんと接する機会の多い職種では定期的に健康診断を受けることが重要であり、病院を利用される患者さんの安心へとつながります。

<定義・算式>

$$\text{健康診断受診率} = \text{健診の受診者数} \div \text{健診受診対象職員数} \times 100$$

(一部、休職者を除く)

<実績>



1-1. 病院：全体の指標

教育, その他

➤ 職員の非喫煙率

<項目の解説>

喫煙や受動喫煙によって健康被害が生じることが知られ、禁煙は重要な予防医療の1つです。

<定義・算式>

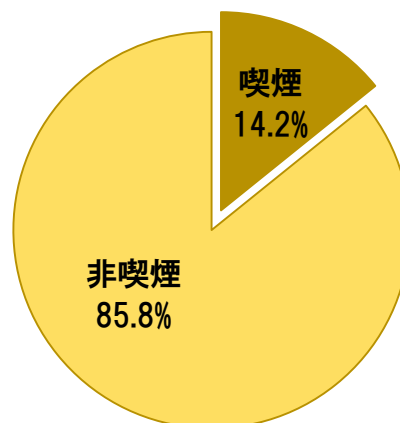
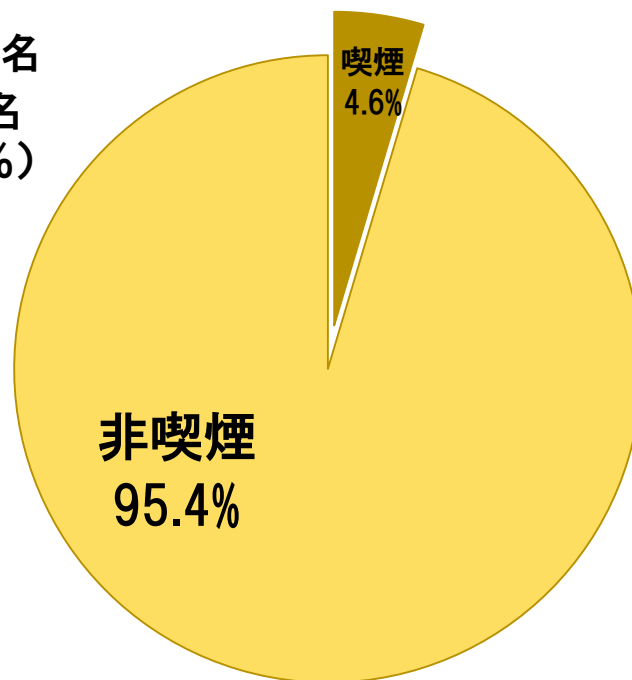
$$\text{非喫煙率} = \text{非喫煙職員数} \div \text{全職員数} \times 100$$

*3年毎に全職員対象のアンケート形式で調査(一部、休職者は除く)

<実績>

2018年度調査

対象者:1,197名
 回答者:968名
 (回答率 80.9%)

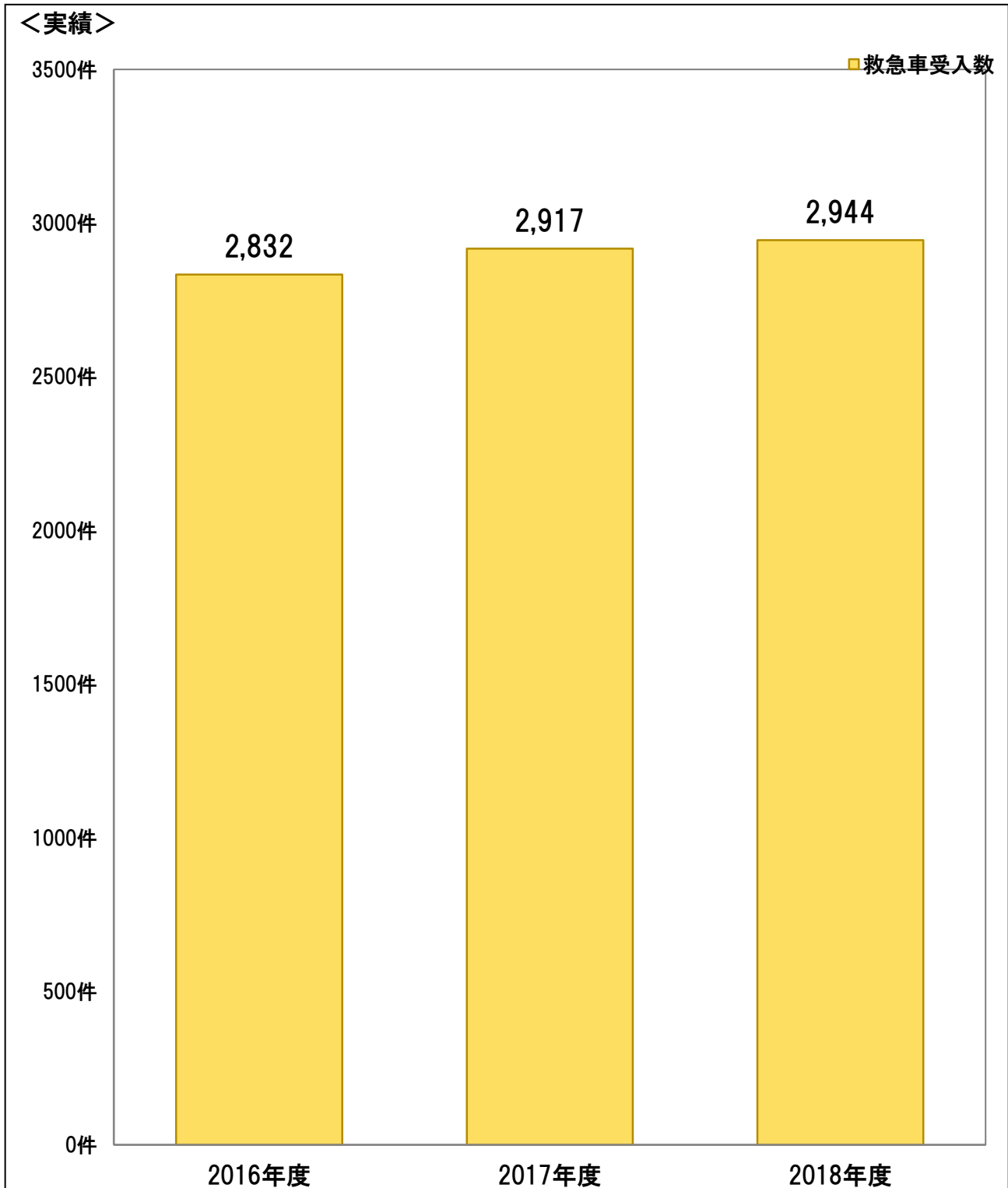


2015年度調査
 対象者:1,157名

1 - 2. 病院：診療部門

救急部門

➤ 救急車受入数



	2016年度	2017年度	2018年度
ドクターヘリ受入数	17	17	14
ドクターヘリ手術件数	-	-	-

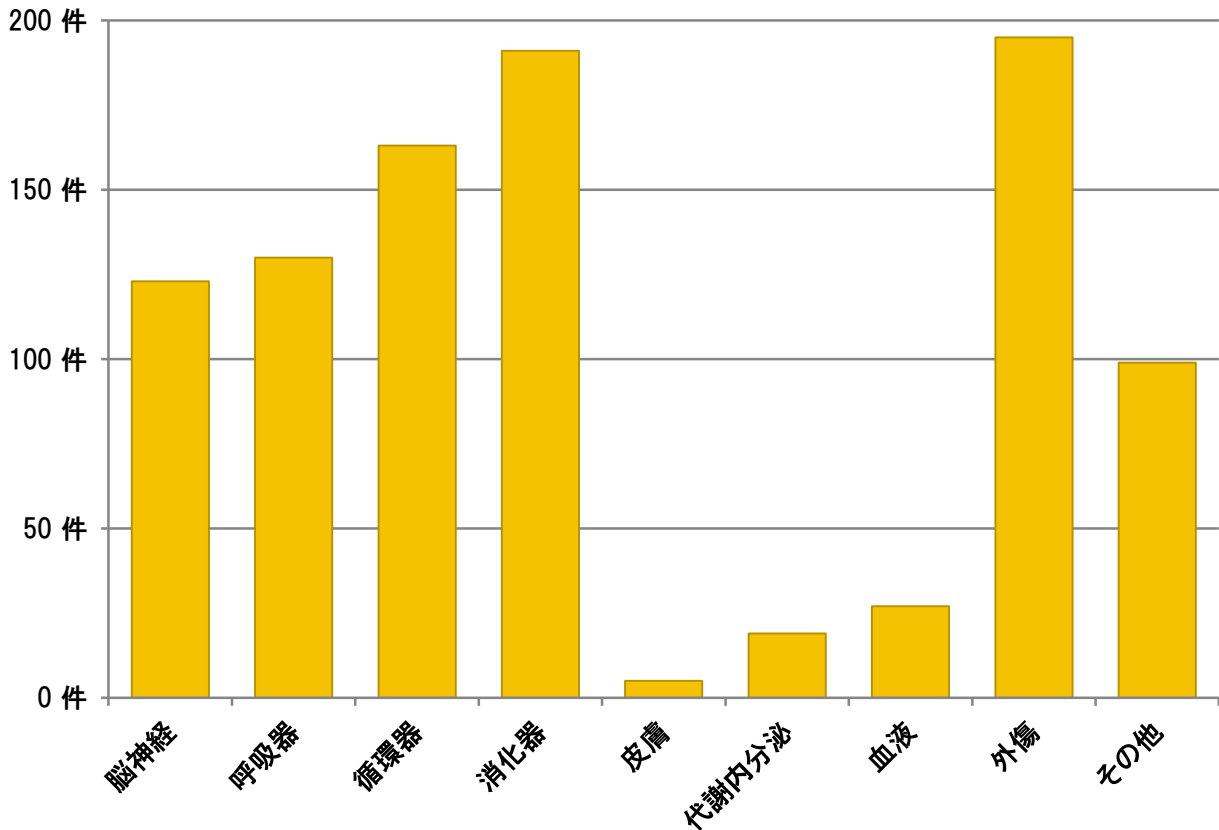
1 - 2. 病院：診療部門

救急部門

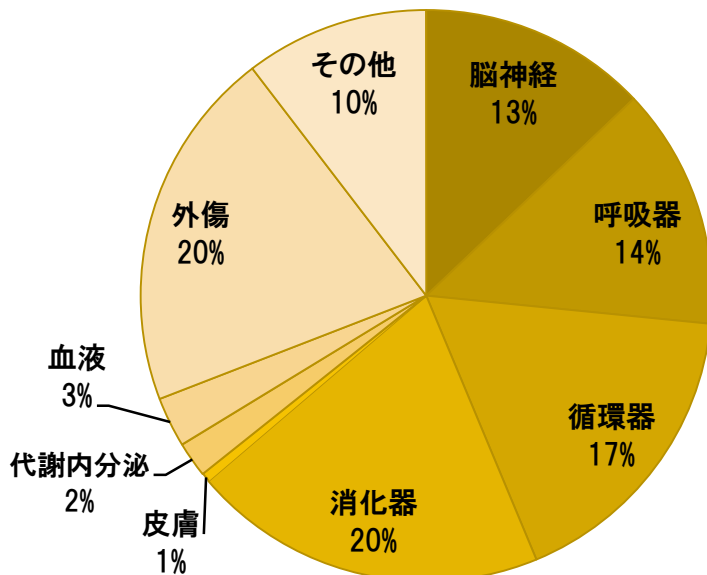
➤ 疾患別救急車受け入れ患者数 ※定期的にデータを取っていないので2016年度から削除

<実績>

疾患系統別件数



系統別割合



	2015 年度
脳神経	123 件
呼吸器	130 件
循環器	163 件
消化器	191 件
皮膚	5 件
代謝内分泌	19 件
血液	27 件
外傷	195 件
その他	99 件

1 - 2. 病院：診療部門

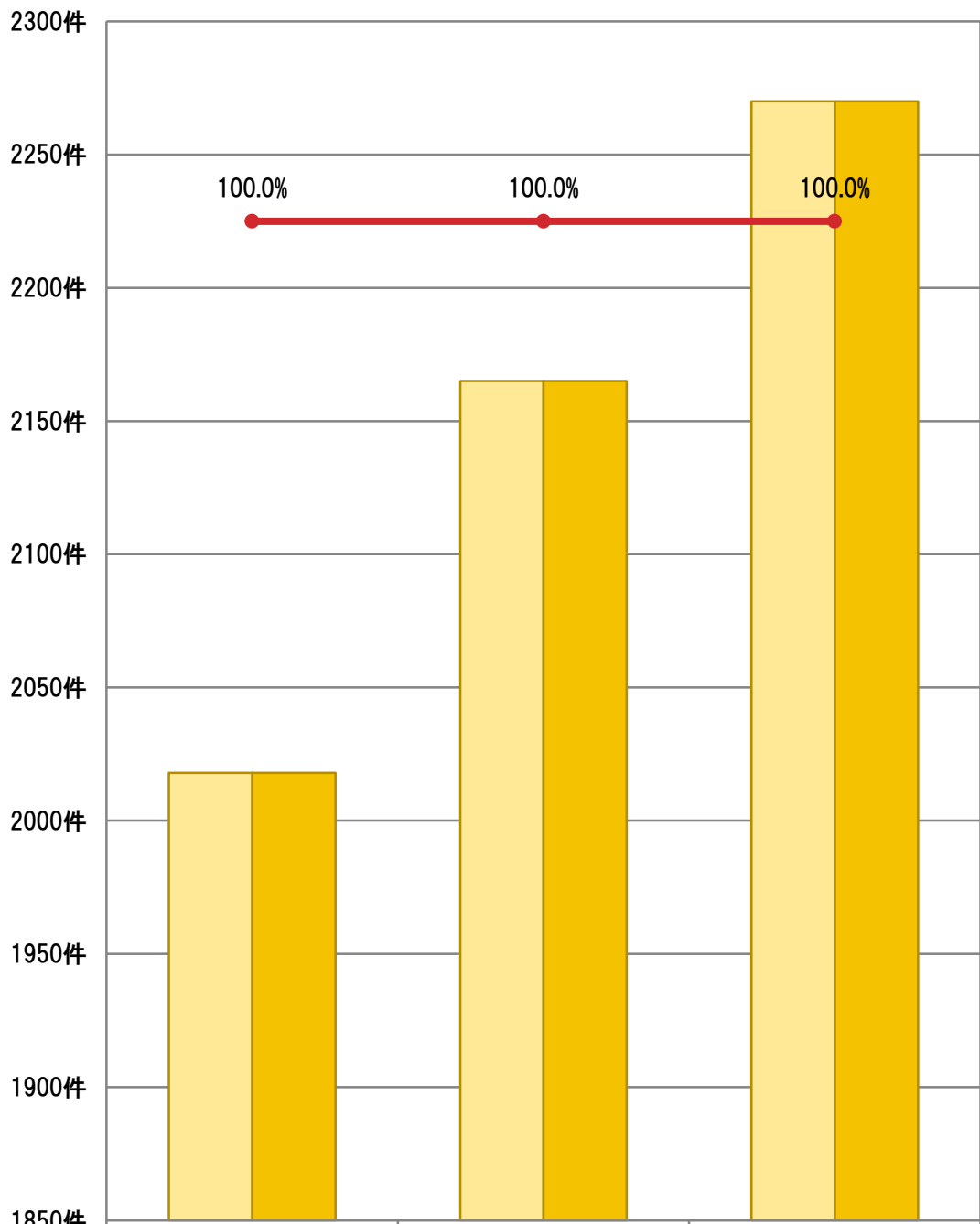
手術部門

➤ タイムアウト施行率

<定義・算式>

$$\text{タイムアウト施行率} = \text{タイムアウト施行数} \div \text{手術件数} \times 100$$

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
■ 手術件数	2,018	2,165	2,270
■ タイムアウト施行数	2,018	2,165	2,270
● タイムアウト施行率	100.0%	100.0%	100.0%

1 - 2. 病院：診療部門

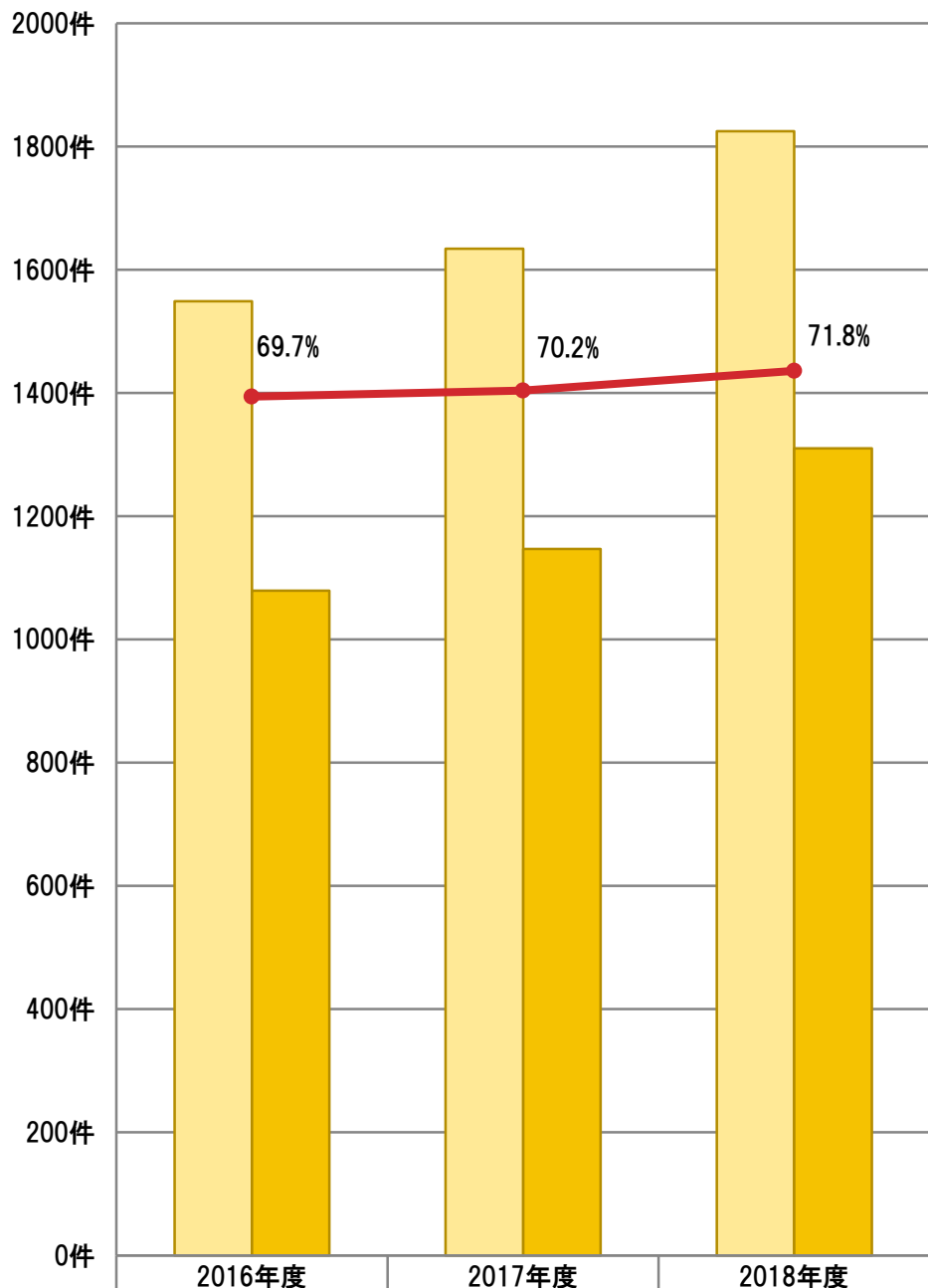
手術部門

➤ 肺血栓塞栓症の予防実施率

<定義・算式>

$$\text{予防実施率} = \frac{\text{全身麻酔患者のうち肺血栓塞栓予防管理料算定数}}{\text{全身麻酔実施症例}} \times 100$$

<実績>



全身麻酔実施症例数	1,549	1,634	1,825
うち、肺血栓塞栓症予防症例数	1,079	1,147	1,310
肺血栓塞栓症予防率	69.7%	70.2%	71.8%

1 - 2. 病院：診療部門

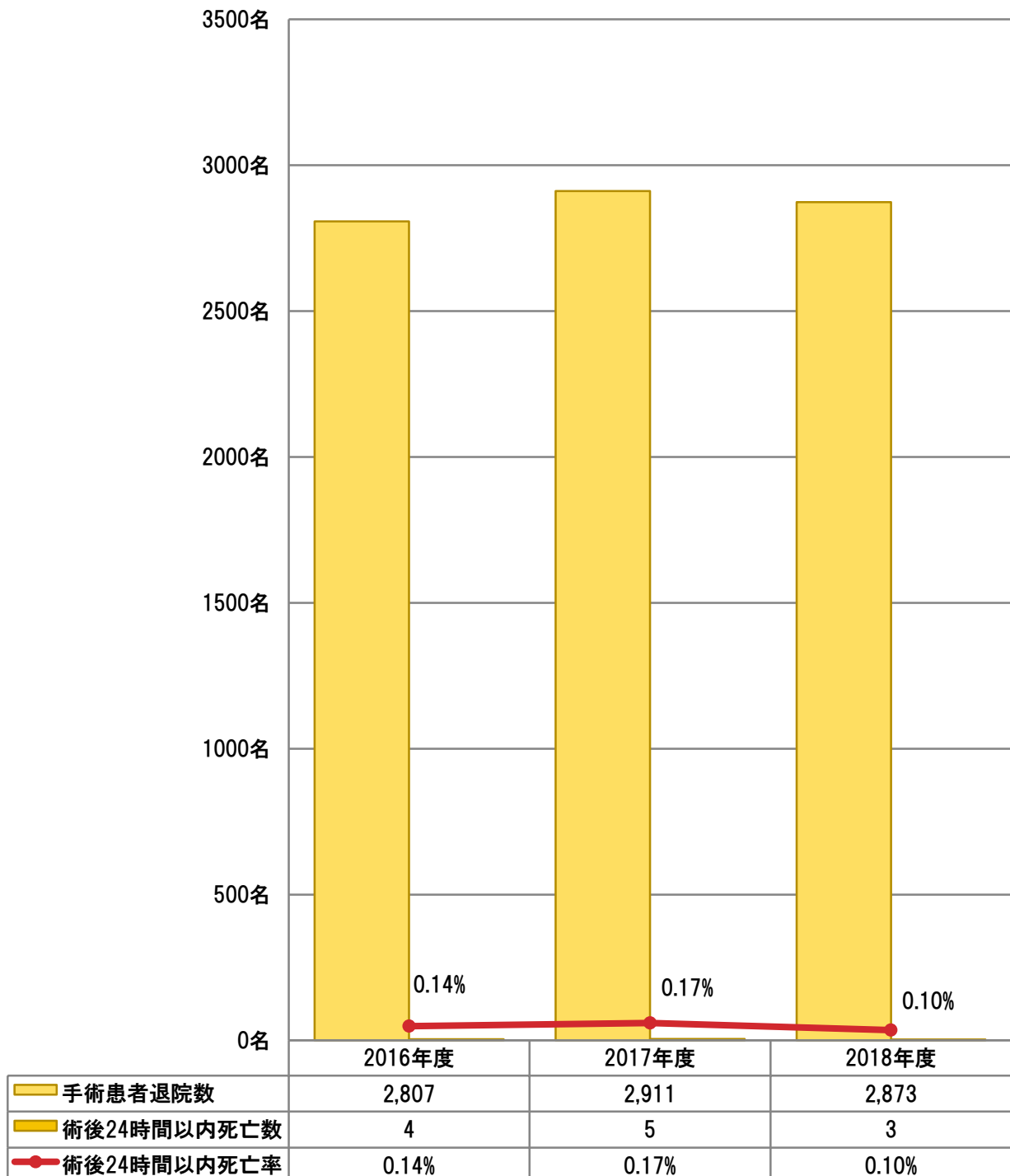
手術部門

➤ 術後 24 時間以内の死亡率

<定義・算式>

$$\text{術後 24 時間以内の死亡率} = \frac{\text{術後 24 時間以内死亡数}}{\text{手術患者退院数}} \times 100$$

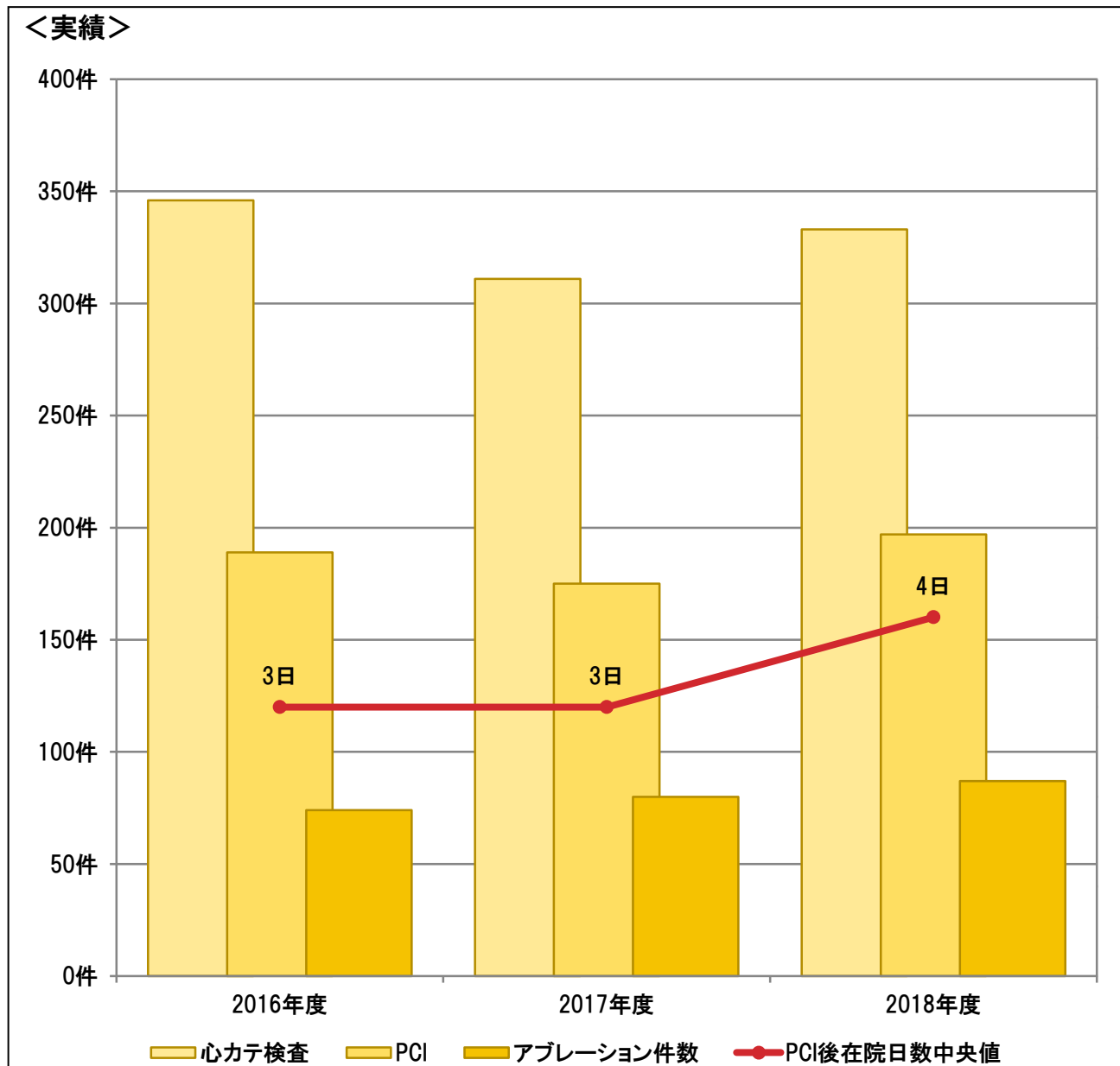
<実績>



1-2. 病院：診療部門

診療各科

- 心臓カテーテル/PCI 件数,
 PCI 後 24 時間以内死亡数・PCI 後の平均在院日数中央値,
 アブレーション件数



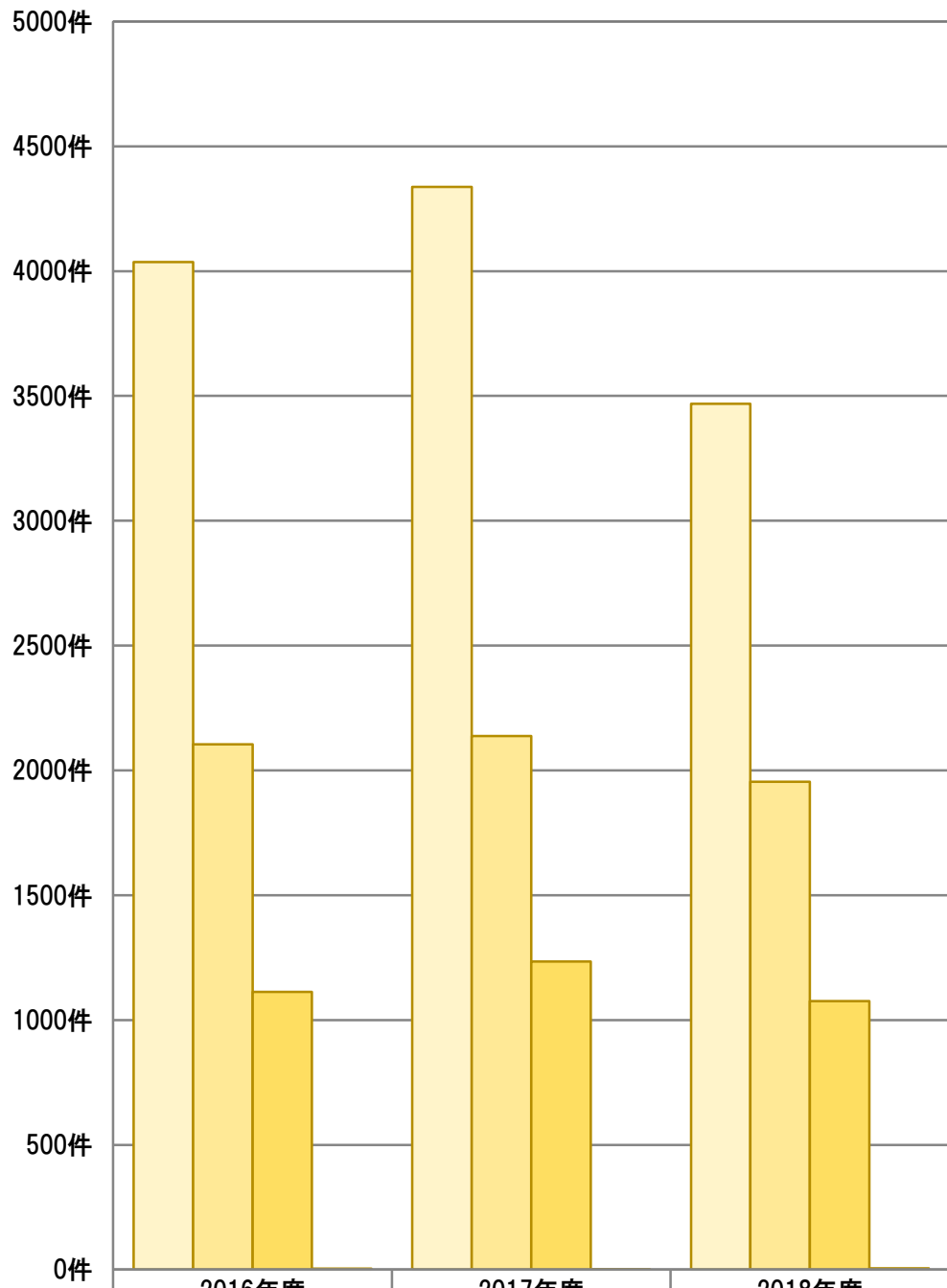
	2016 年度	2017 年度	2018 年度
心カテ検査数	346	311	333
PCI 件数	189	175	197
PCI 後在院日数	3 日	3 日	4 日
PCI 後 24 時間死亡数	0	0	0
アブレーション件数	74	80	87

1 - 2. 病院：診療部門

診療各科

- 上部・下部内視鏡検査数、内視鏡下治療件数、および内視鏡下治療、合併症発生数

<実績>



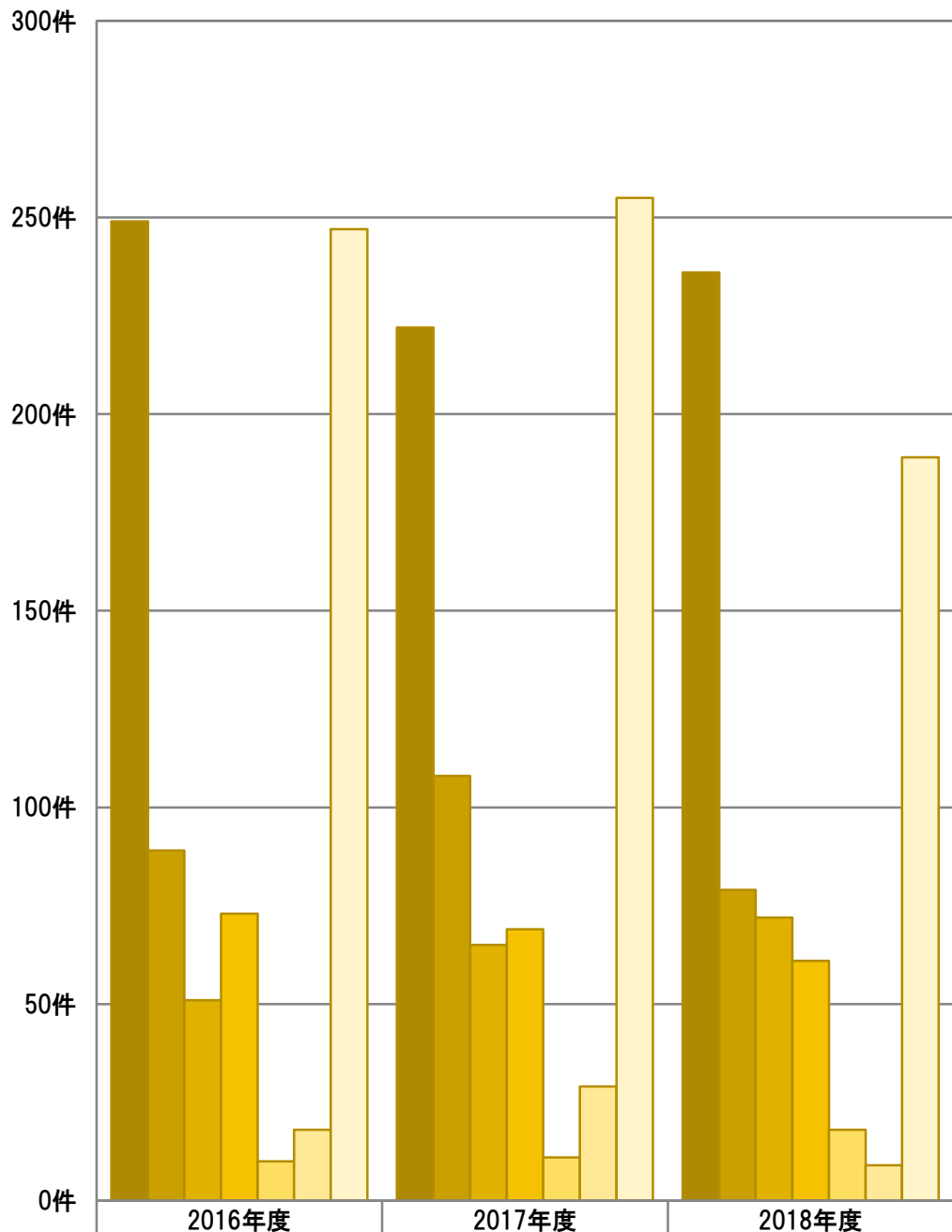
	2016年度	2017年度	2018年度
上部内視鏡検査数	4,036	4,337	3,469
下部内視鏡検査数	2,105	2,138	1,954
内視鏡治療件数	1,113	1,235	1,076
内視鏡治療後合併症件数	4	2	6

1 - 2. 病院：診療部門

診療各科

➤ 血液内科における主要疾患、及び骨髄穿刺件数

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
■ 非ホジキンリンパ腫件数	249	222	236
■ 骨髄異形成症候群件数	89	108	79
■ 急性白血病件数	51	65	72
■ 多発性骨髄腫件数	73	69	61
■ 再生不良性貧血件数	10	11	18
■ 貧血(その他)件数	18	29	9
■ 骨髄穿刺件数	247	255	189

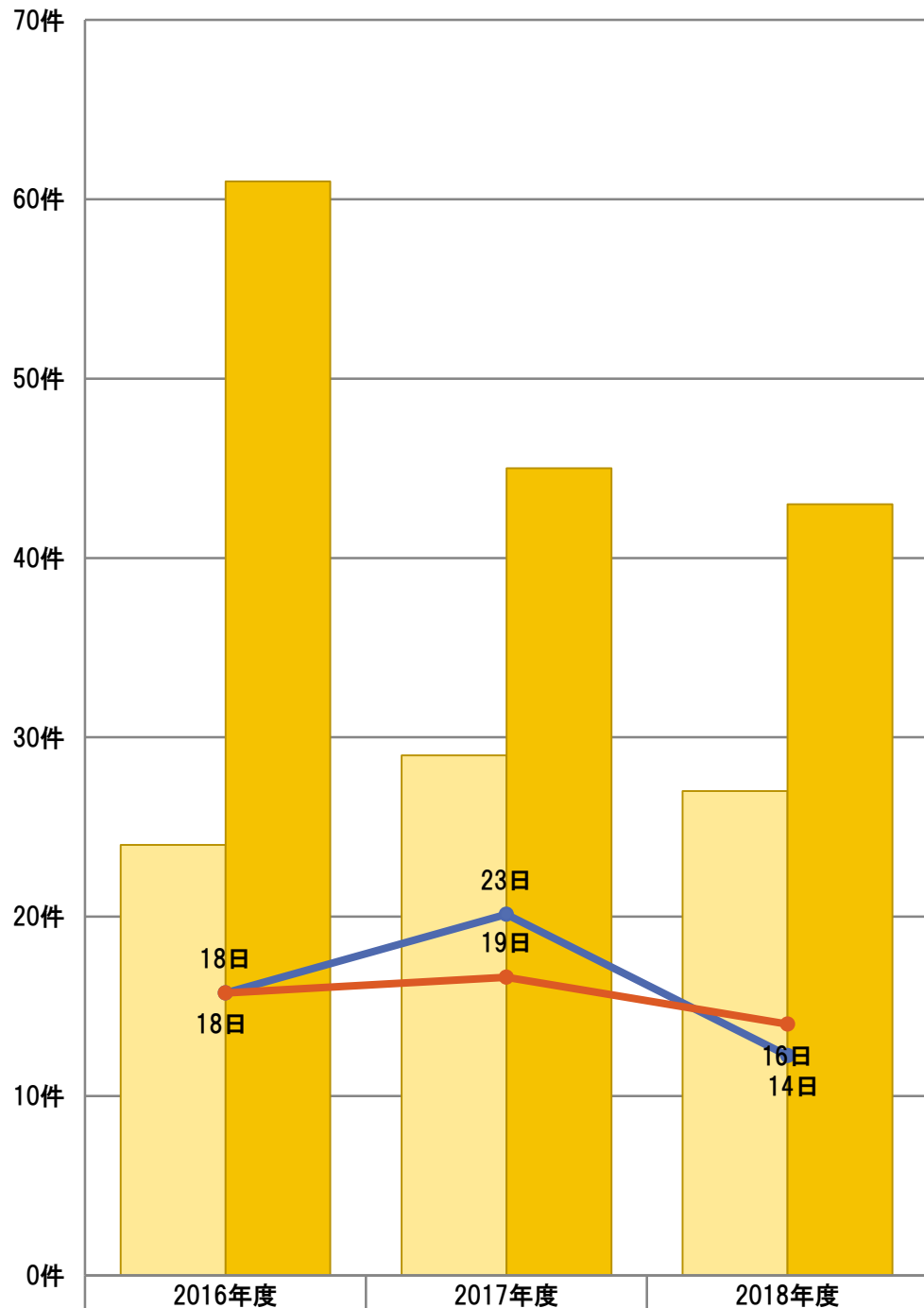
1 - 2. 病院：診療部門

診療各科

➤ 胃癌, 大腸癌手術件数

胃癌, 大腸癌術後の在院日数中央値

<実績>



胃癌手術件数	24	29	27
大腸癌手術件数	61	45	43
胃癌術後在院日数	18日	23日	14日
大腸癌術後在院日数	18日	19日	16日

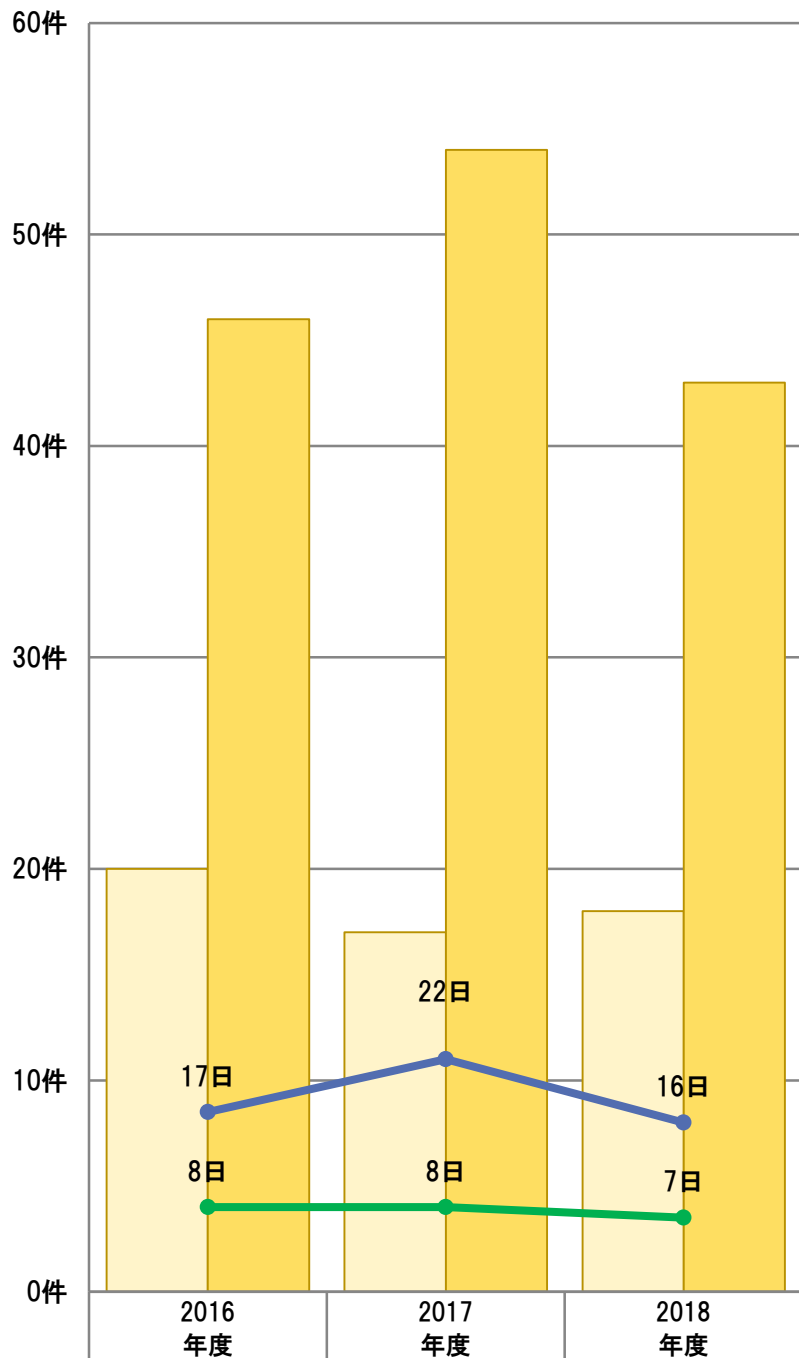
1-2. 病院：診療部門

診療各科

➤ 腹腔鏡下手術件数

腹腔鏡下手術後の在院日数中央値

<実績>



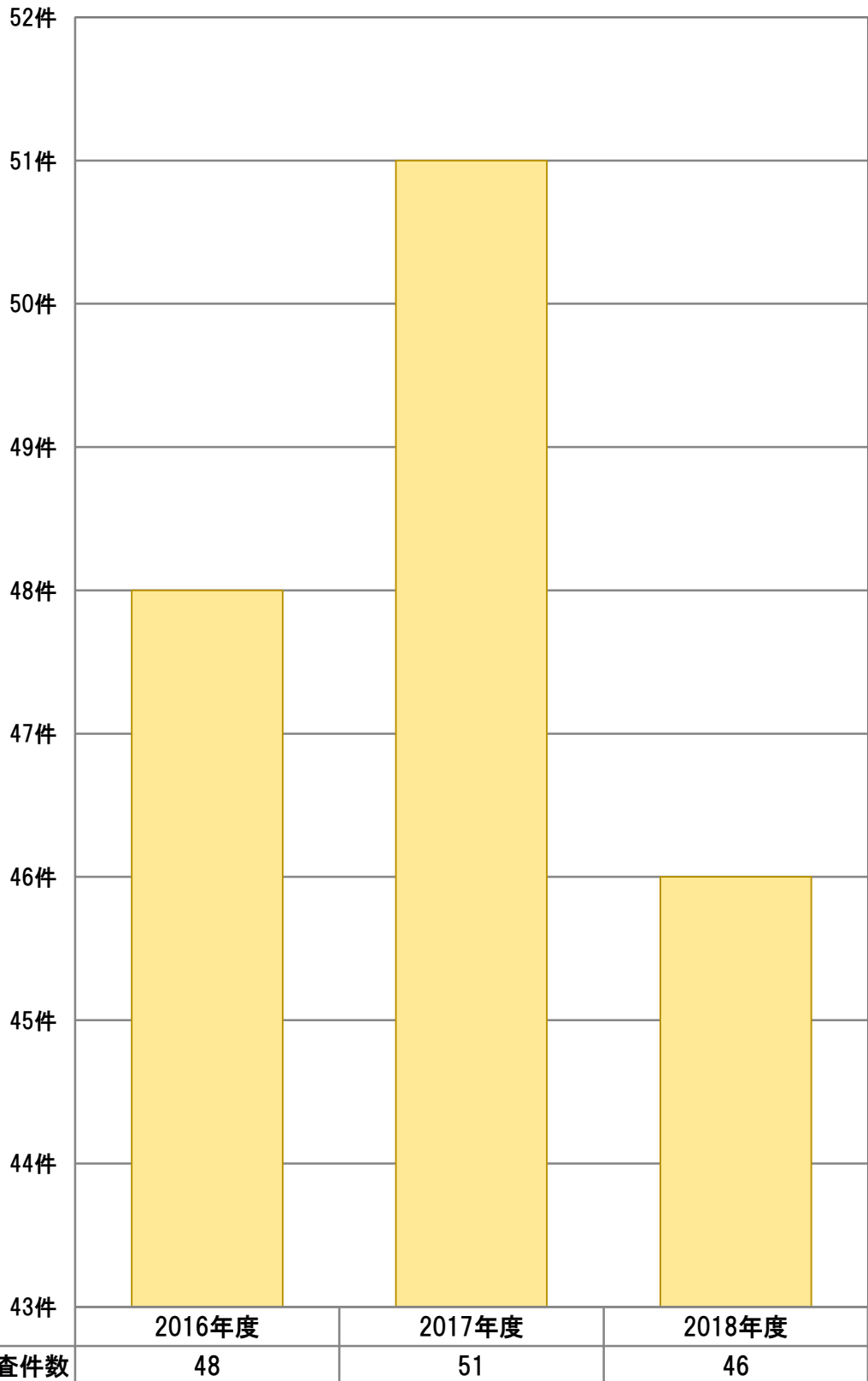
■ 腹腔鏡下結腸・直腸切除術	20	17	18
■ 腹腔鏡下胆嚢摘出術	46	54	43
● 腹腔鏡下結腸・直腸切除術後の在院日数	17日	22日	16日
● 腹腔鏡下胆嚢摘出術後の在院日数	8日	8日	7日

1 - 2. 病院：診療部門

診療各科

➤ 気管支鏡検査数

<実績>



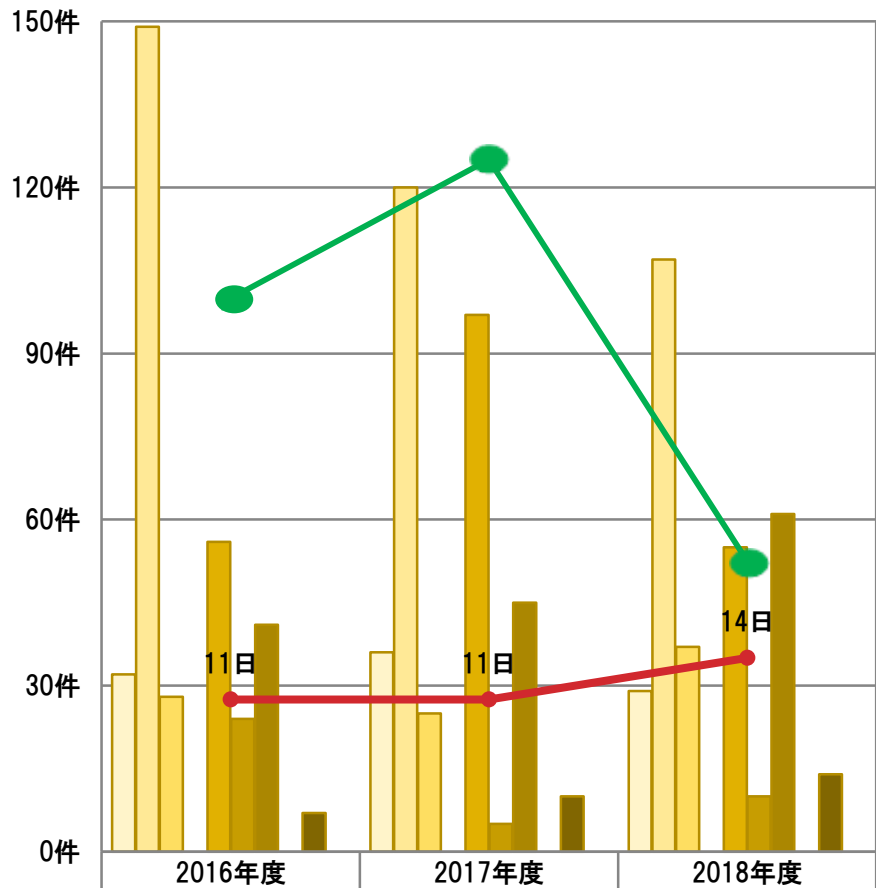
1-2. 病院：診療部門

診療各科

➤ 心臓血管外科手術件数

冠動脈バイパス移植術術後の在院日数中央値

<実績>



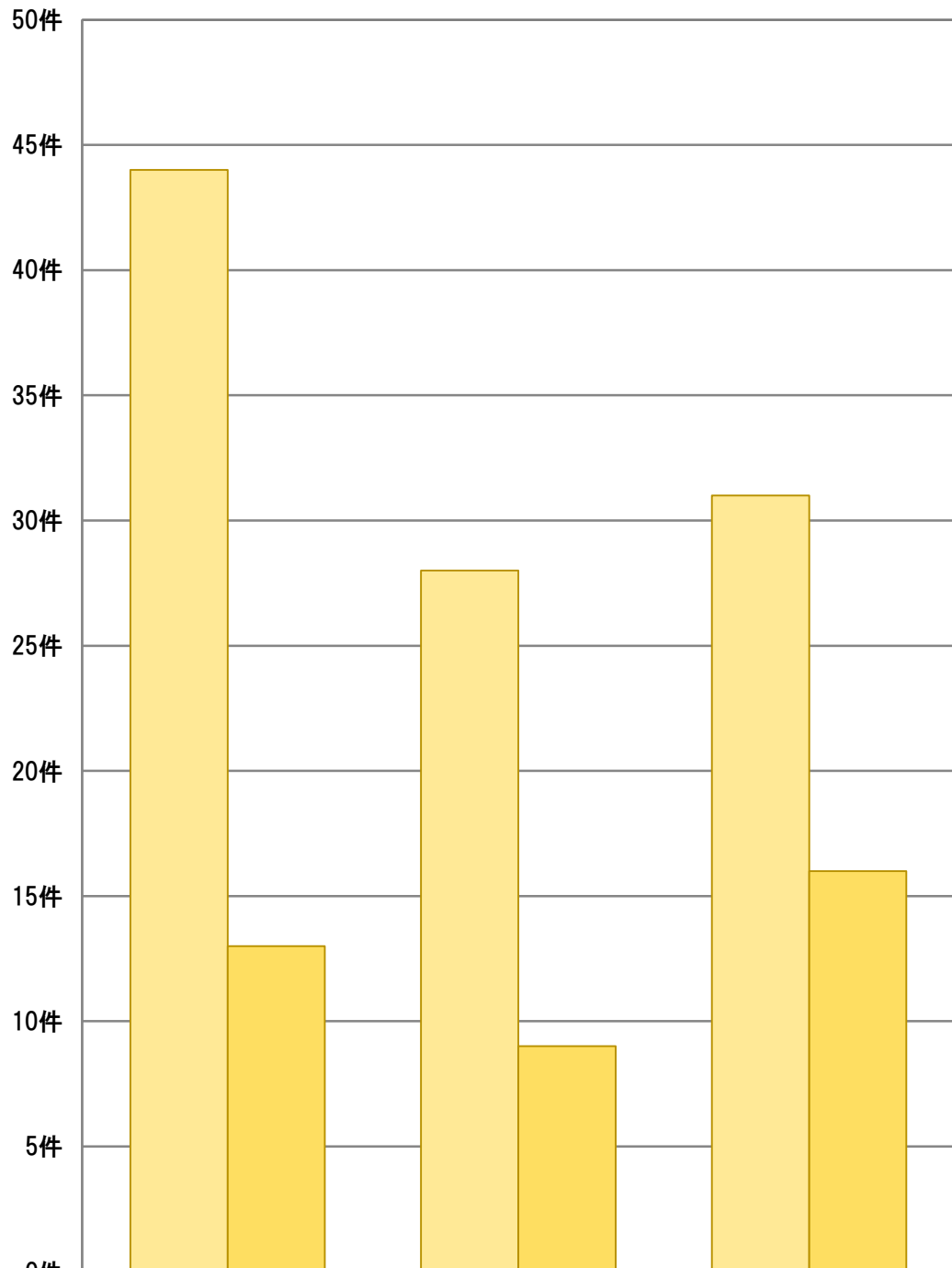
	2016年度	2017年度	2018年度
冠動脈、大動脈バイパス移植術件数	32	36	29
下肢静脈瘤手術件数	149	120	107
大動脈瘤切除術件数	28	25	37
弁置換術件数	-	-	-
ステントグラフト内挿術件数	56	97	55
四肢の血管拡張術・血栓除去術件数	24	5	10
胸腔鏡下左心耳切除術件数	41	45	61
弁形成術件数	-	-	-
血管移植術、バイパス移植術件数	7	10	14
胸腔鏡下心膜開窓術件数	-	-	-
冠動脈、大動脈バイパス移植術後在院日数	11日	11日	14日
弁置換術件数及び弁形成術件数	40	50	21

1 - 2. 病院：診療部門

診療各科

➤ 脳血管造影および血管内治療件数

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
脳血管造影件数	44	28	31
IVR件数	13	9	16

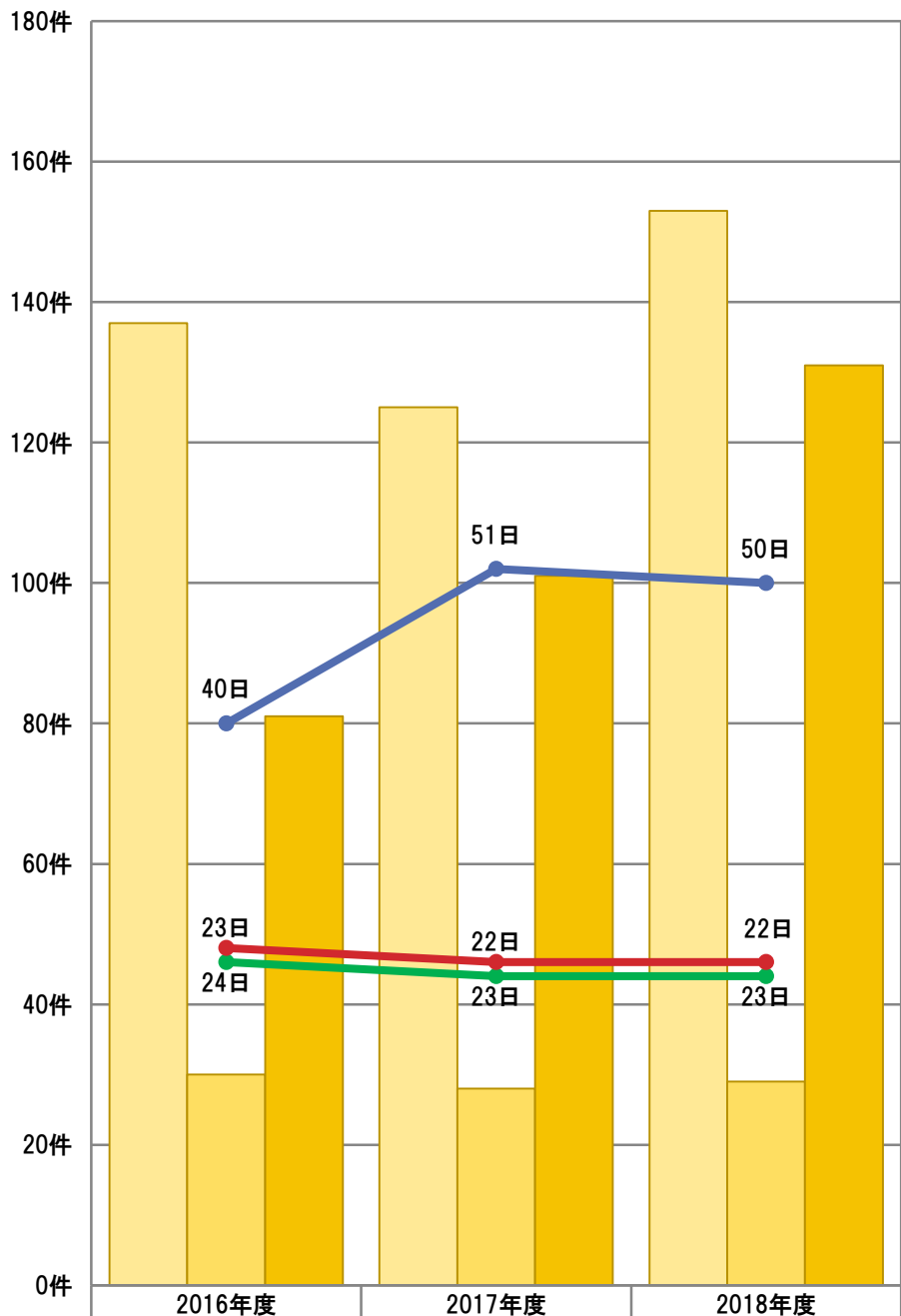
IVR・・・「Interventional Radiology＝インターベンショナルラジオロジー」、日本語では「画像下治療」

1 - 2. 病院：診療部門

診療各科

- 人工関節置換術件数(股・膝)・人工骨頭挿入術(股)
 および 術後の在院日数中央値

<実績>



人工股関節置換術件数	137	125	153
人工骨頭挿入術(股)件数	30	28	29
人工膝関節置換術件数	81	101	131
人工股関節置換術後在院日数	23日	22日	22日
人工骨頭挿入術(股)後在院日数	40日	51日	50日
人工膝関節置換術後在院日数	24日	23日	23日

1-2. 病院：診療部門

診療各科

➤ パス延長率

- ◆ 白内障, 内斜視手術(眼科)
- ◆ 子宮筋腫, 卵巣良性腫瘍手術(婦人科)
- ◆ 扁桃摘出術, 鼻手術, 左心耳切除術(耳鼻咽喉科)
- ◆ 下肢静脈瘤(心臓血管外科)

<項目の解説>

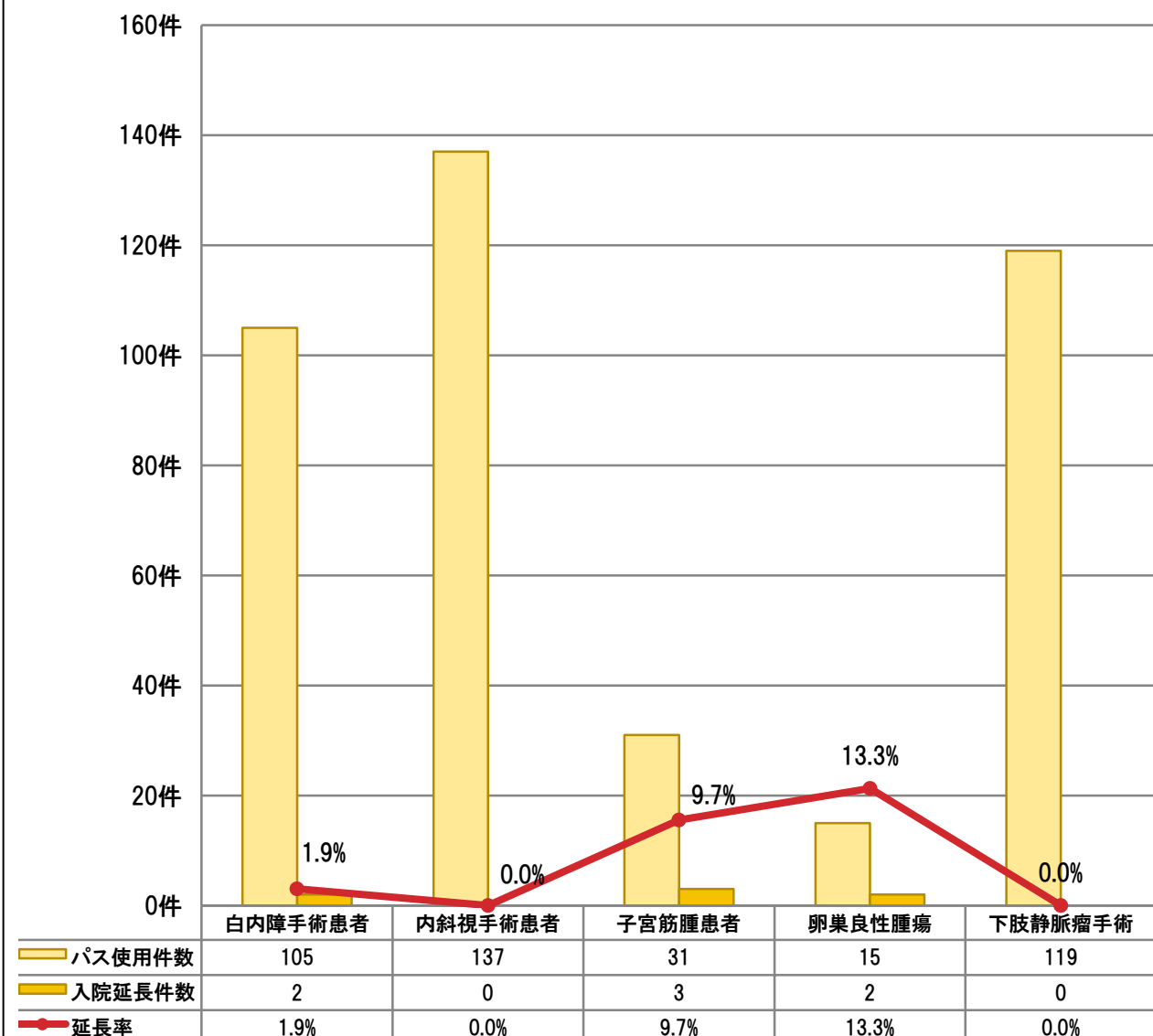
各パスにおいて想定されている日数を超えた症例の割合で評価

※定期的にデータを取っていないので2016年度から削除

<定義・算式>

$$\text{パス延長率} = \text{入院延長症例数} \div \text{パス使用症例数} \times 100$$

<実績> 2015年度



1 - 3. 病院：診療支援部門

看護部

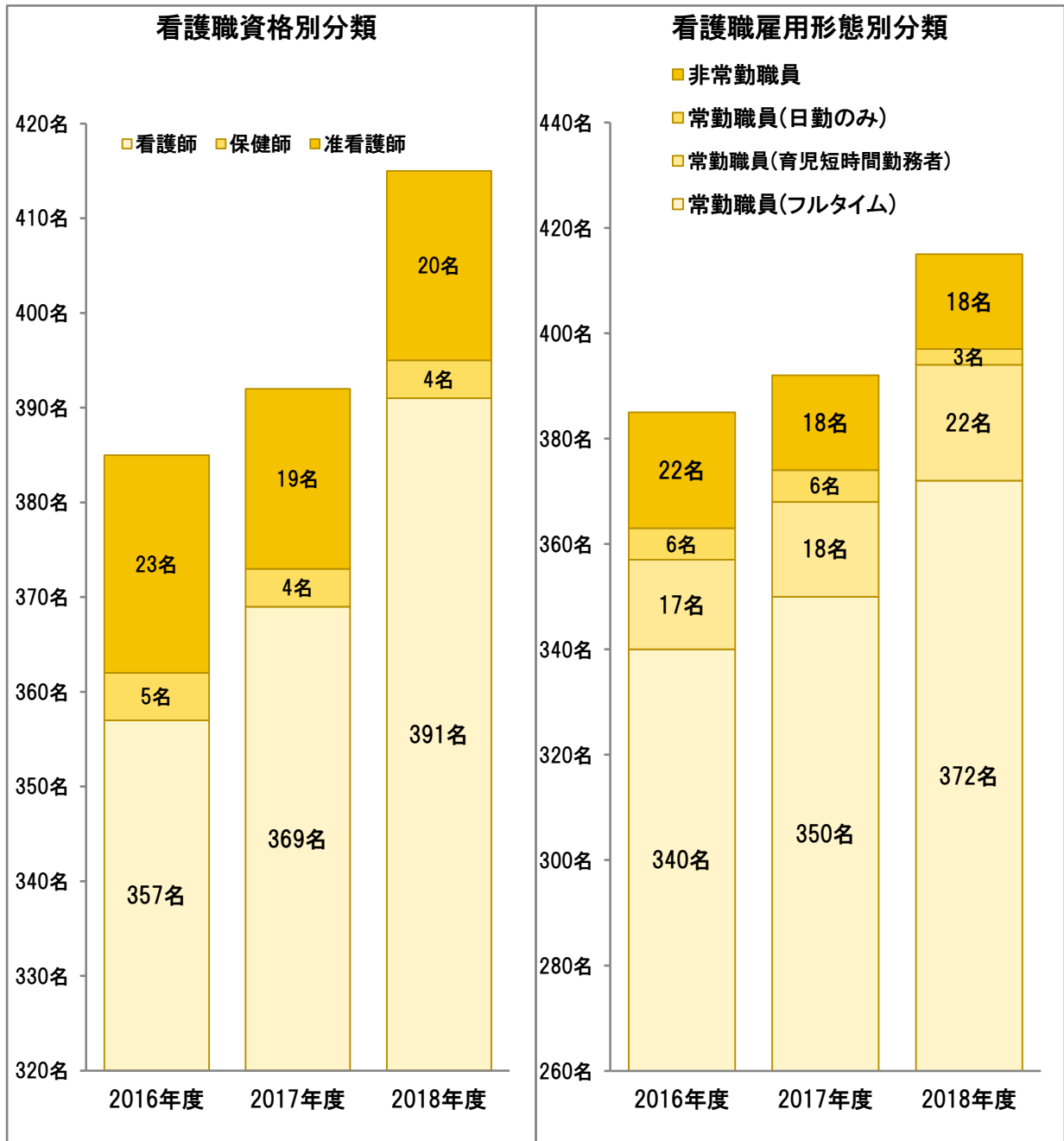
➤ 看護職員背景分類

<項目の解説>

本院の看護職を資格別、雇用別形態に分類し示した数値、ならびに在籍状況を示した数値です。

看護職全対数における、看護師が占める割合が多いほど質の高い看護の提供に繋がると考えます。

<実績>



1 - 3. 病院：診療支援部門

看護部

➤ 看護職員在籍状況

<項目の解説>

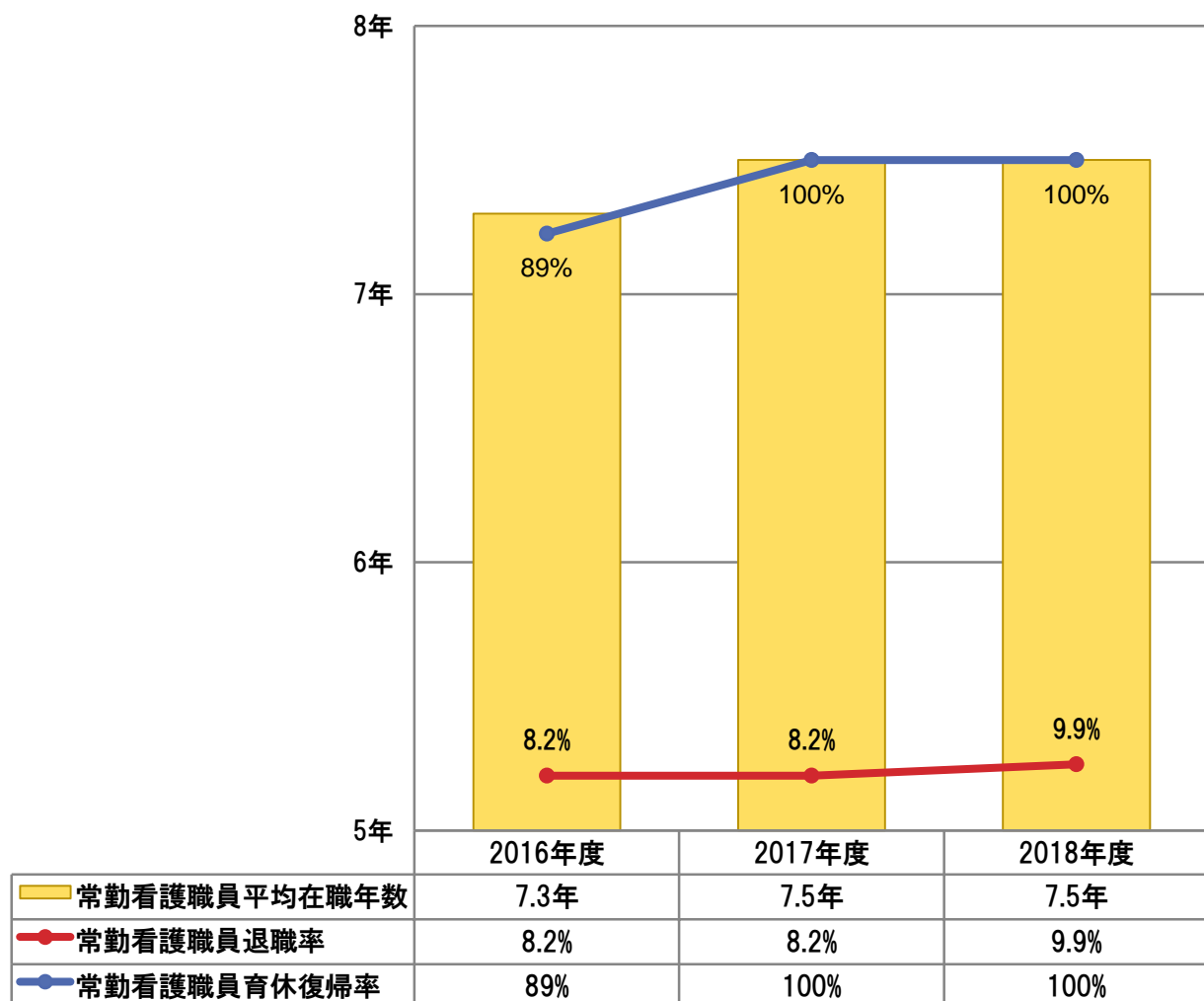
当院に在籍している看護職員の平均在職年数と育休復帰率、退職率を示したものです。高い定着率、低い退職率は、好ましい労働環境として職場定着率の向上に寄与します。即ち、これらの数値は職場満足度を反映する指標の一つであり、看護職員の職場満足は患者のアウトカムとして示されます。また、在職年数が長い看護師が多く存在することは、経験とともに培われていく専門的能力を持ち合わせていることが伺われ、看護の質向上へと繋がります。

<定義・算式>

常勤看護職員平均在職年数 = 常勤看護職員の総在職年数 ÷ 常勤看護職員数

常勤看護職員退職率 = 常勤看護職員の退職者数 ÷ 常勤看護職員(平均値) × 100

<実績>



1 - 3. 病院：診療支援部門

看護部

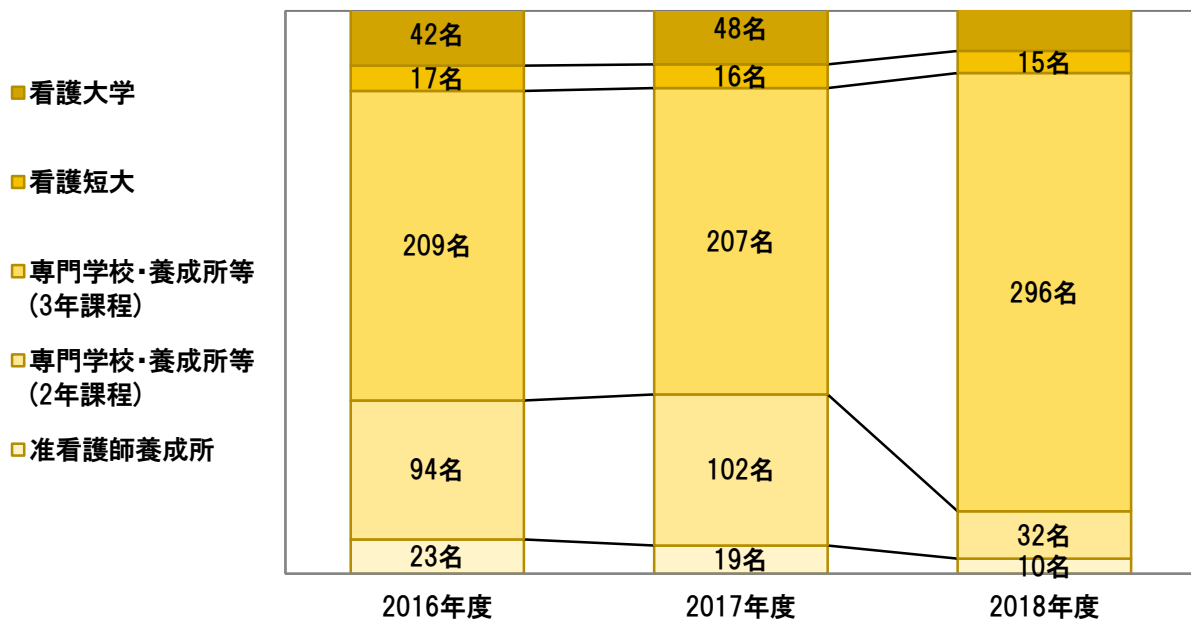
➤ 看護専門職としての能力開発(キャリア発達)

<項目の解説>

当院の看護職員が取得している認定資格を示したものです。これは、看護師としての経験を積みながら、さらに専門性の向上をめざし修得した能力です。様々な専門的能力を備えている看護師が多いということは、より質の高い看護を提供することを保証するものといえます。

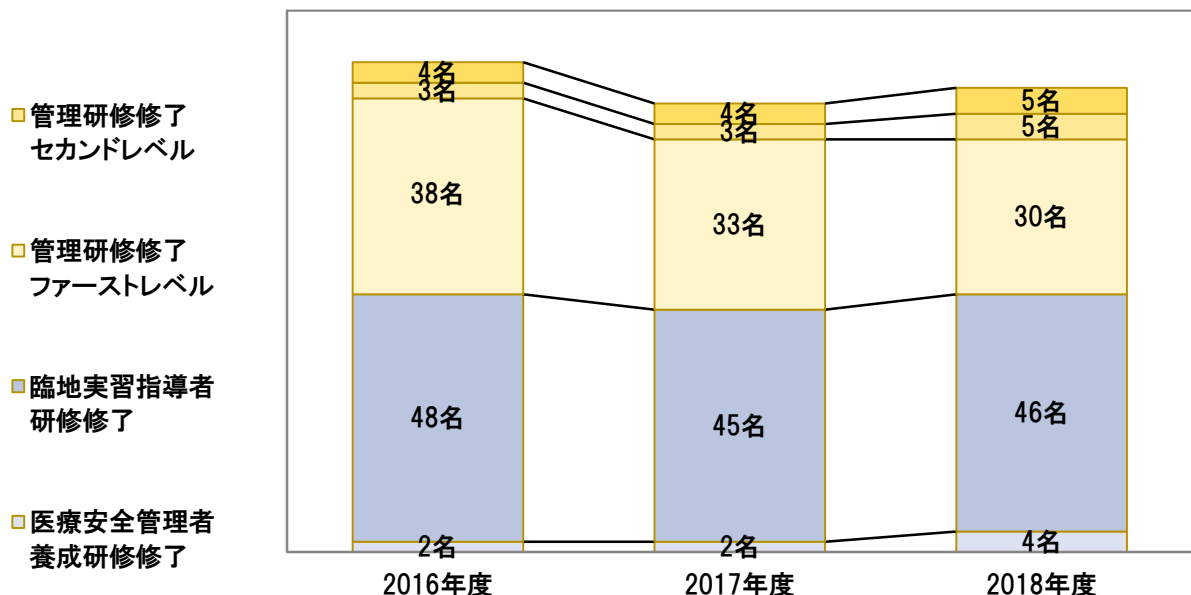
<実績>

看護師の最終学歴



■ 認定看護師

キャリア発達-スペシャリスト/管理・教育・研究



1 - 3. 病院：診療支援部門

リハビリテーション

➤ 全入院患者のリハビリ実施件数・実施率

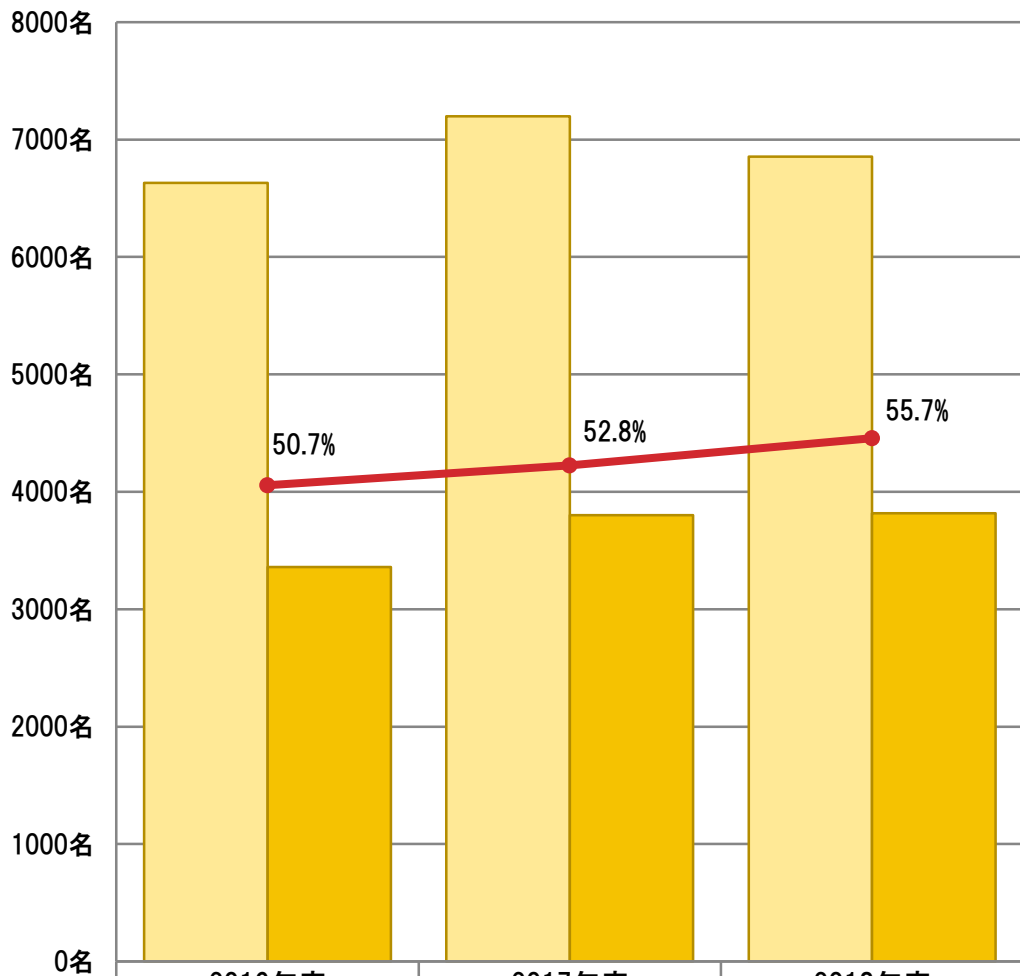
<項目の解説>

廃用症候の予防および機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーションサービスが提供されることが重要とされています。リハビリテーションの実施率は入院患者に対する廃用症候群の予防および機能改善、早期離床などの取り組みの指標と考えられます。

<定義・算式>

リハビリ実施率 = リハビリテーションを実施した退院患者 ÷ 退院患者数 × 100
 (PT,OT,ST のいずれか)

<実績>



退院延べ人数	6,631	7,198	6,855
リハビリ実施退院患者	3,359	3,802	3,816
リハビリ実施率	50.7%	52.8%	55.7%

1 - 3. 病院：診療支援部門

リハビリテーション

➤ リハビリ施行時の転倒発生率

<項目の解説>

理学療法、作業療法、言語聴覚療法は患者の安全に留意し実施しているが、各種療法の実施時の転倒・転落等のインシデント報告は散見されています。

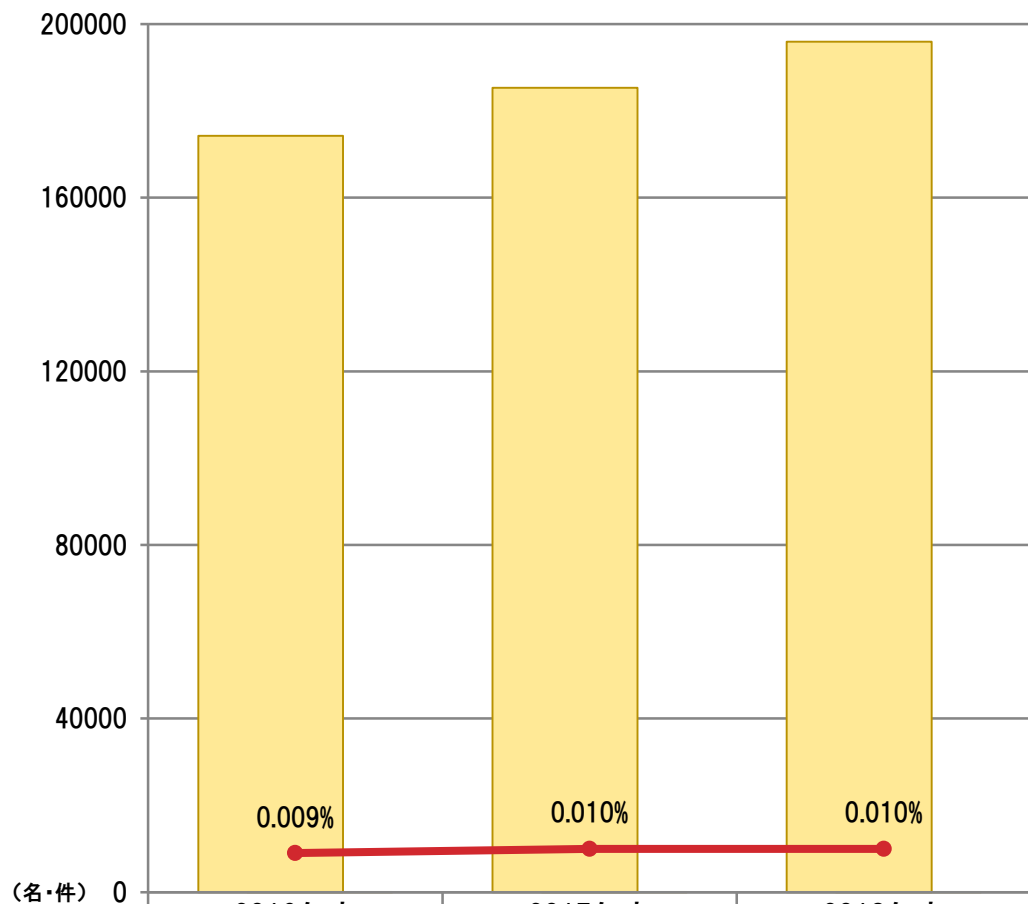
リハビリ施行時の転倒発生率は理学療法、作業療法、言語聴覚療法の安全性を測る一つの指標と考えられます。

<定義・算式>

転倒発生率 =

$$\frac{\text{リハビリテーションを実施時の転倒・転落件数}}{\text{リハビリテーション実施述べ人数}} \times 100$$

<実績>



リハビリ実施延人数	174,214	185,325	195,899
転倒・転落件数	16	18	20
転倒発生率	0.009%	0.010%	0.010%

1 - 3. 病院：診療支援部門

薬剤部

➤ 薬剤管理指導件数・率

<項目の解説>

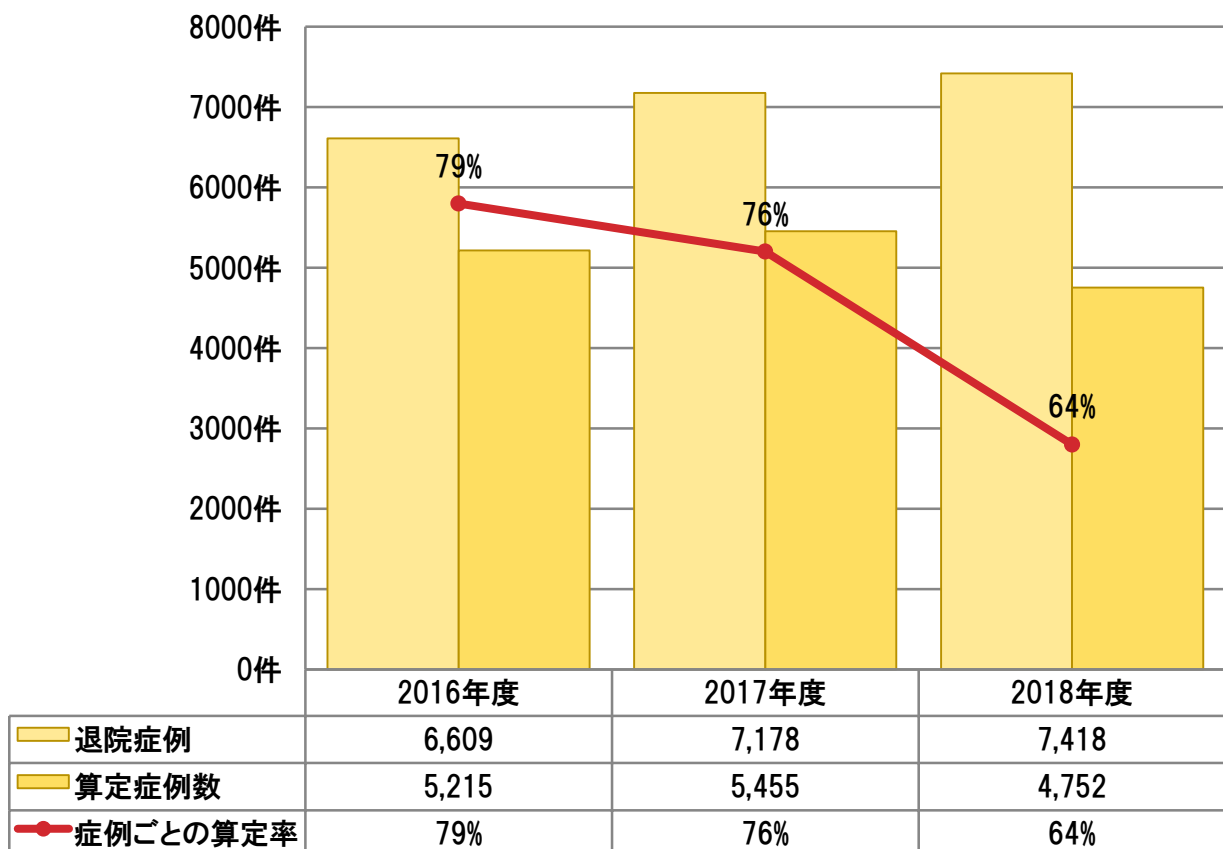
薬剤管理指導とは、薬剤師が入院患者の薬歴管理や服薬指導を中心に実施する業務です。

薬剤管理指導の算定症例数、算定率は、入院患者の薬物療法に薬剤師が関わる度合(密度)を示しており、患者の薬物療法に対する理解向上、および医薬品の安全使用の指標となります。

<定義・算式>

$$\text{薬剤管理指導算定率} = \text{薬剤管理指導料算定患者数} \div \text{退院患者数} \times 100$$

<実績>



<当院での取り組み>

入院時に薬剤師が患者本人および家族と面談し、入院までの服用薬(他院処方を含む)、服薬状況等の情報を聴取・整理して主治医および看護師に伝達することにより、円滑で安全な薬物治療への貢献を目指しています。

1 - 3. 病院：診療支援部門

栄養部

➤ 栄養指導件数・率

<項目の解説>

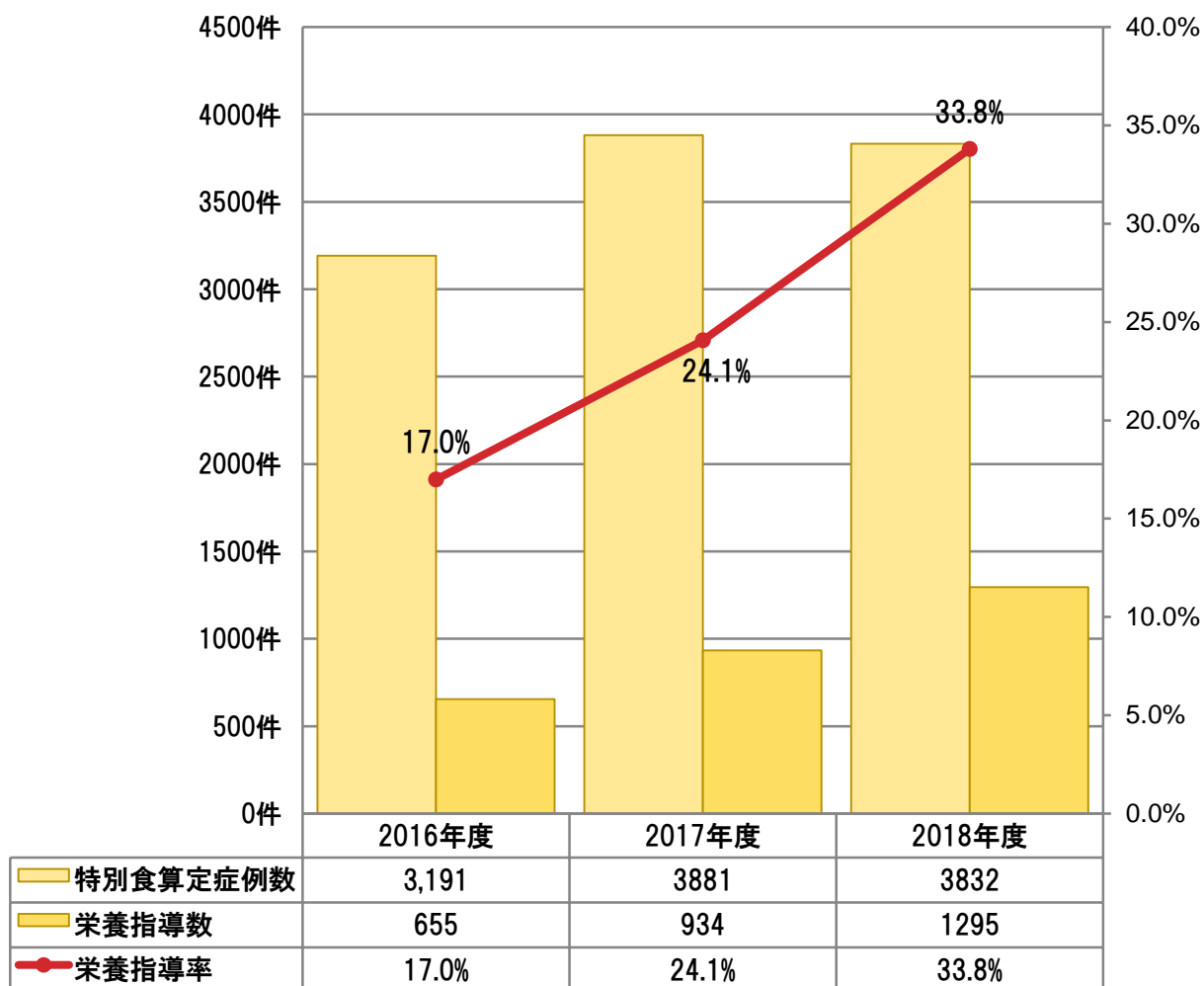
医療改革の中では、治療とともに予防が重要視されています。特別食提供患者に対して栄養指導を行うことは、家庭での食事改善につながり、持病の悪化を防ぐのみならず、新たな疾患の発症を抑えることが期待できます。

<定義・算式>

栄養指導算定率 =

$$\text{入院栄養食事指導算定患者数} \div \text{特別食算定患者数} \times 100$$

<実績>



<当院での取り組み>

現在、隣接する筑波総合クリニックにおいての外来栄養指導にも力を入れています。

1 - 3. 病院：診療支援部門

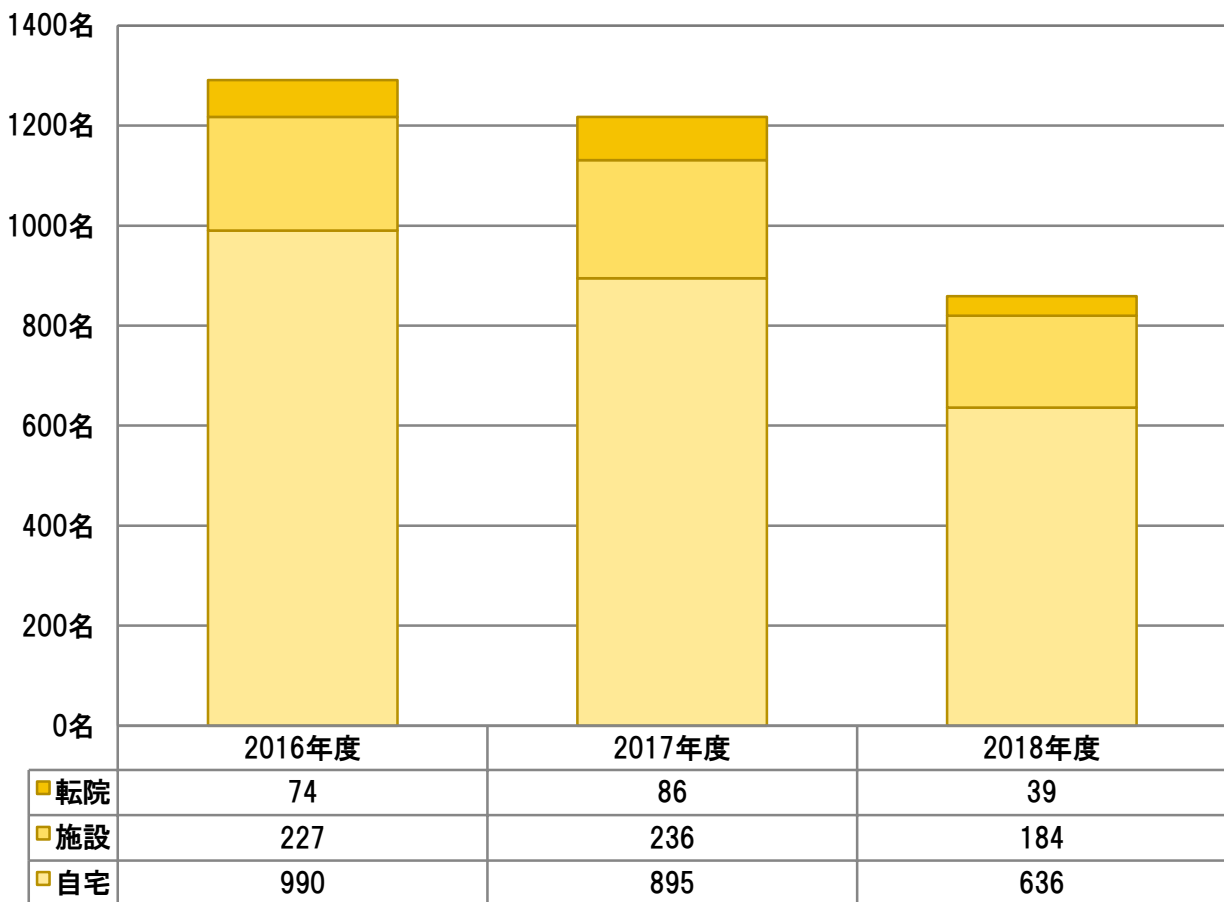
医療相談室

➤ 退院支援看護師・MSW の介入による退院患者数

<項目の解説>

MSW(医療ソーシャルワーカー)は、社会福祉の立場から患者家族が抱える経済的・心理的・社会的問題の解決を支援し、社会復帰の促進を図る業務を行っています。急性期、慢性期、回復期において退院支援看護師・MSW が自宅退院、施設入所、転院の退院調整を医療面、看護面、社会的な面からの視点で支援することで患者家族の退院後の不安を軽減し納得した療養先を提供できると考えています。退院調整を円滑に行うことは、より多くの急性期患者を受け入れることにつながります。

<実績>



<当院の取り組み>

退院支援看護師・MSW の関与による退院者数は自宅退院調整の割合が増加しており、介護保険を利用して在宅療養に移行する傾向があると読み取れます。今後も地域包括ケアシステムを担う医療機関の役割として、在宅療養にスムーズに移行できるよう地域関係機関との連携に努めていきます。

2. 関連施設

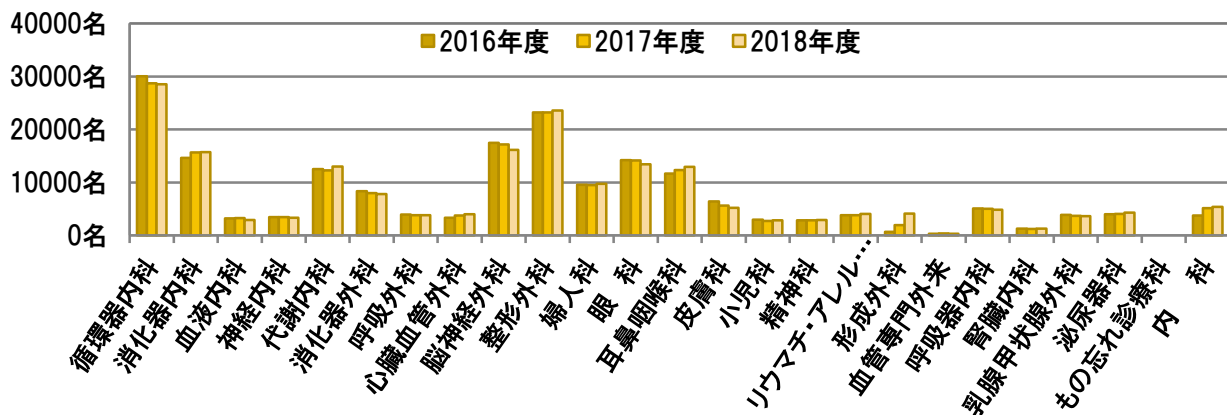
筑波総合クリニック

➤ 診療科別外来患者数

<項目の解説>

筑波総合クリニックにおける診療科ごとの外来患者数です。

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
循環器内科	30,036	28,712	28,537
消化器内科	14,613	15,650	15,723
血液内科	3,239	3,298	2,928
神経内科	3,472	3,477	3,357
代謝内科	12,500	12,312	12,997
消化器外科	8,375	7,979	7,832
呼吸外科	3,971	3,842	3,812
心臓血管外科	3,319	3,761	4,004
脳神経外科	17,463	17,185	16,181
整形外科	23,221	23,222	23,572
婦人科	9,595	9,500	9,748
眼科	14,225	14,161	13,409
耳鼻咽喉科	11,653	12,350	12,959
皮膚科	6,454	5,652	5,241
小児科	3,010	2,727	2,889
精神科	2,860	2,878	2,924
リウマチ・アレルギー科	3,828	3,855	4,079
形成外科	709	1,970	4,103
血管専門外来	340	357	344
呼吸器内科	5,111	5,006	4,865
腎臓内科	1,299	1,237	1,276
乳腺甲状腺外科	3,879	3,734	3,654
泌尿器科	3,985	4,085	4,315
もの忘れ診療科	-	-	-
内科	3,793	5,175	5,397
合計	190,950	192,125	194,146

2. 関連施設

筑波総合クリニック

➤ 患者満足度①

<項目の解説>

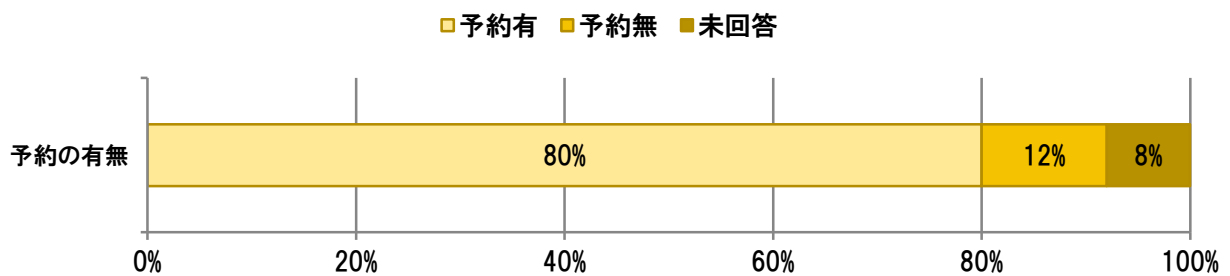
患者サービスの向上を目的とし、患者満足度調査を実施しています。
 各部門での待ち時間や、職員の対応、設備面などの満足度を各部門で共有し、患者サービスの向上に努めてまいります。

具体的なお意見には、検討し改善に努めます。

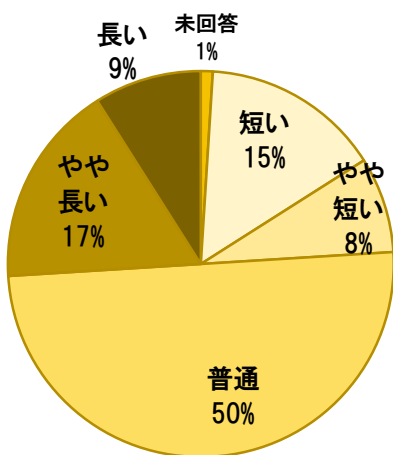
※2018年度は調査対象年度外のため無し

<実績>

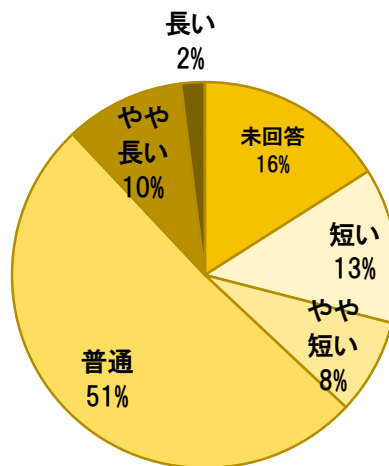
2015年度調査



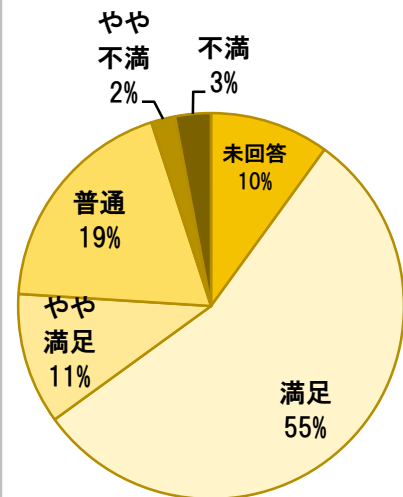
診療待ち時間*



会計待ち時間



予約制度の満足感



*予約制のため受付(来院)時間からではなく、予約時間を基準として診察室の呼び出しがあった時点までを「診察待ち時間」としています。

2. 関連施設

筑波総合クリニック

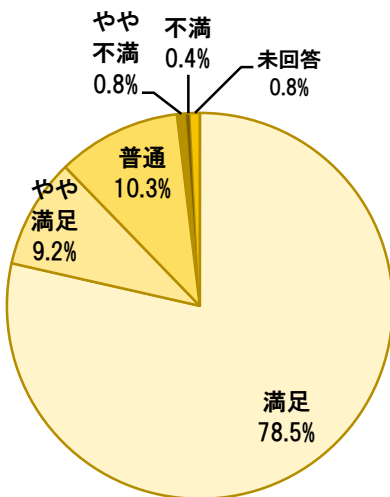
➤ 患者満足度②

<実績>

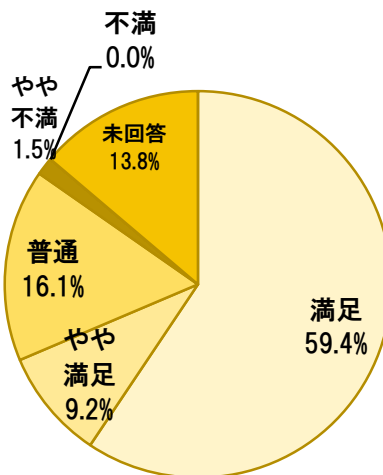
2015 年度調査

職員の対応

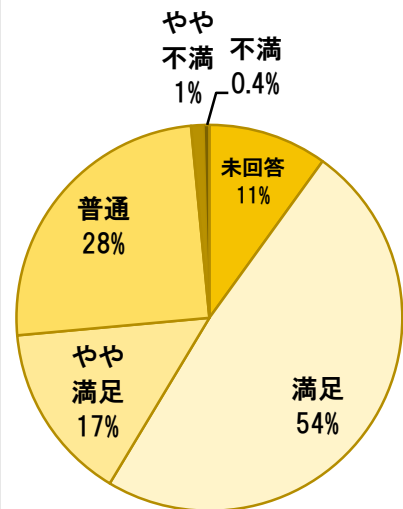
医師



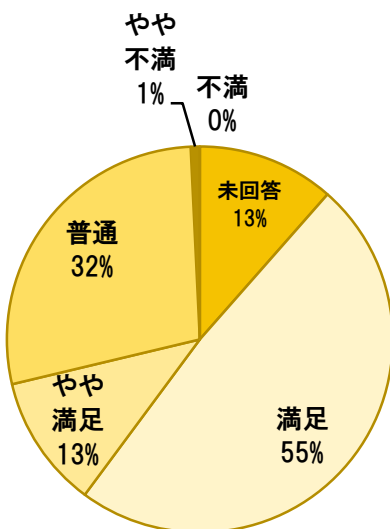
看護師



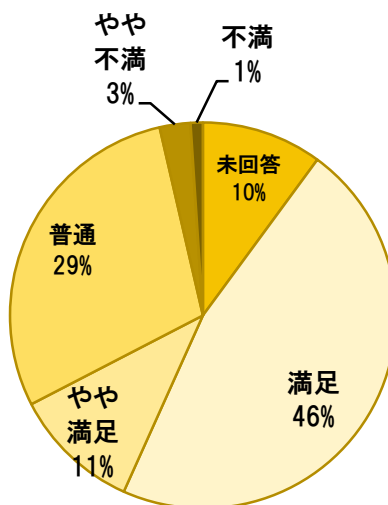
外来の手続



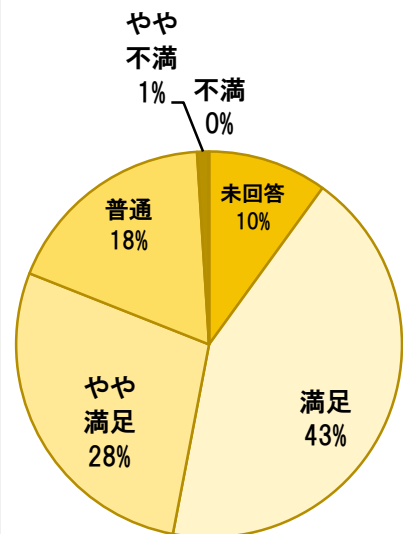
プライバシーの配慮



設備



総合満足度

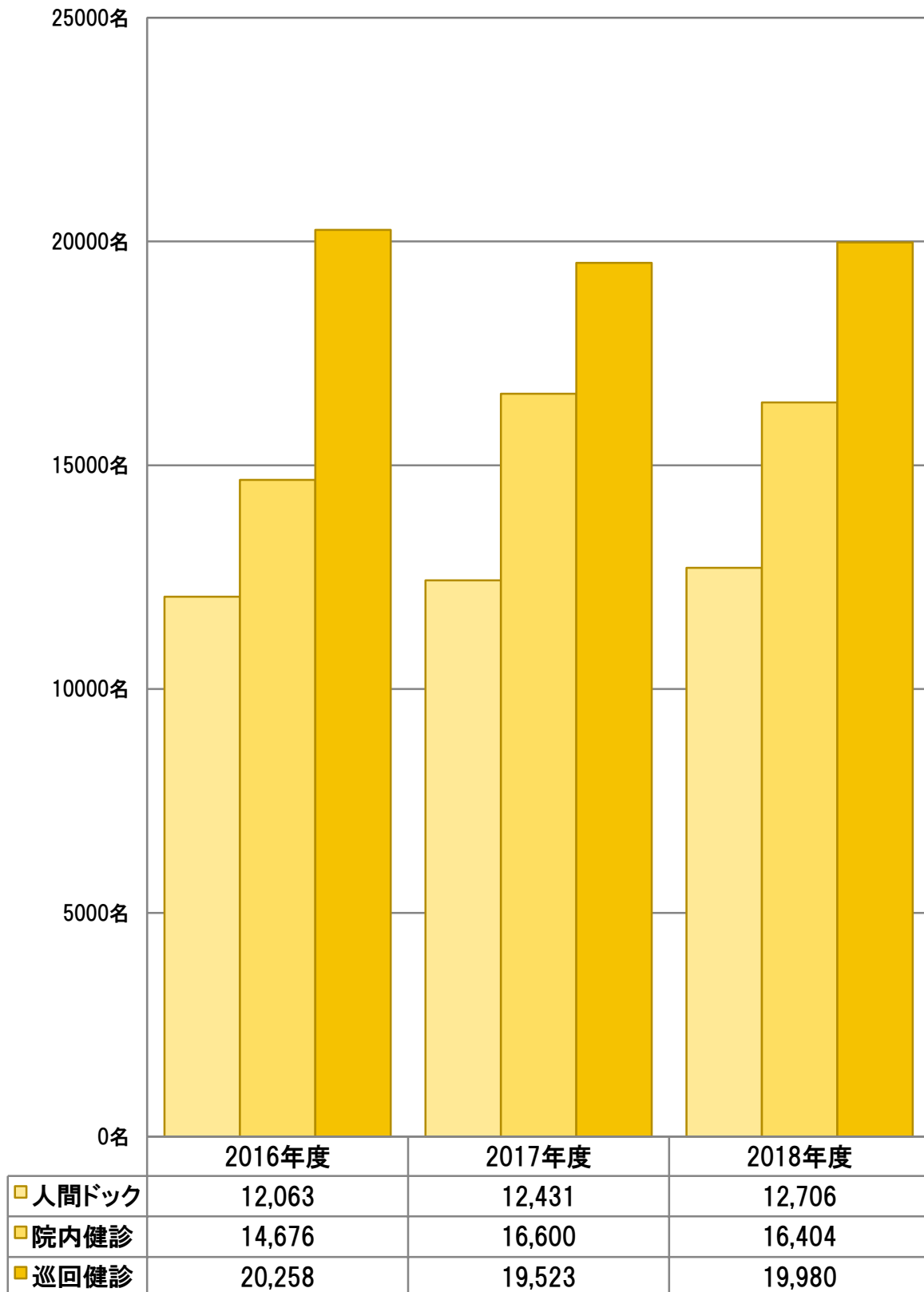


2. 関連施設

つくばトータルヘルスプラザ

➤ 健診受診者数(ドックを含む)

<実績>



2. 関連施設

つくばトータルヘルスプラザ

➤ 受診者満足度①

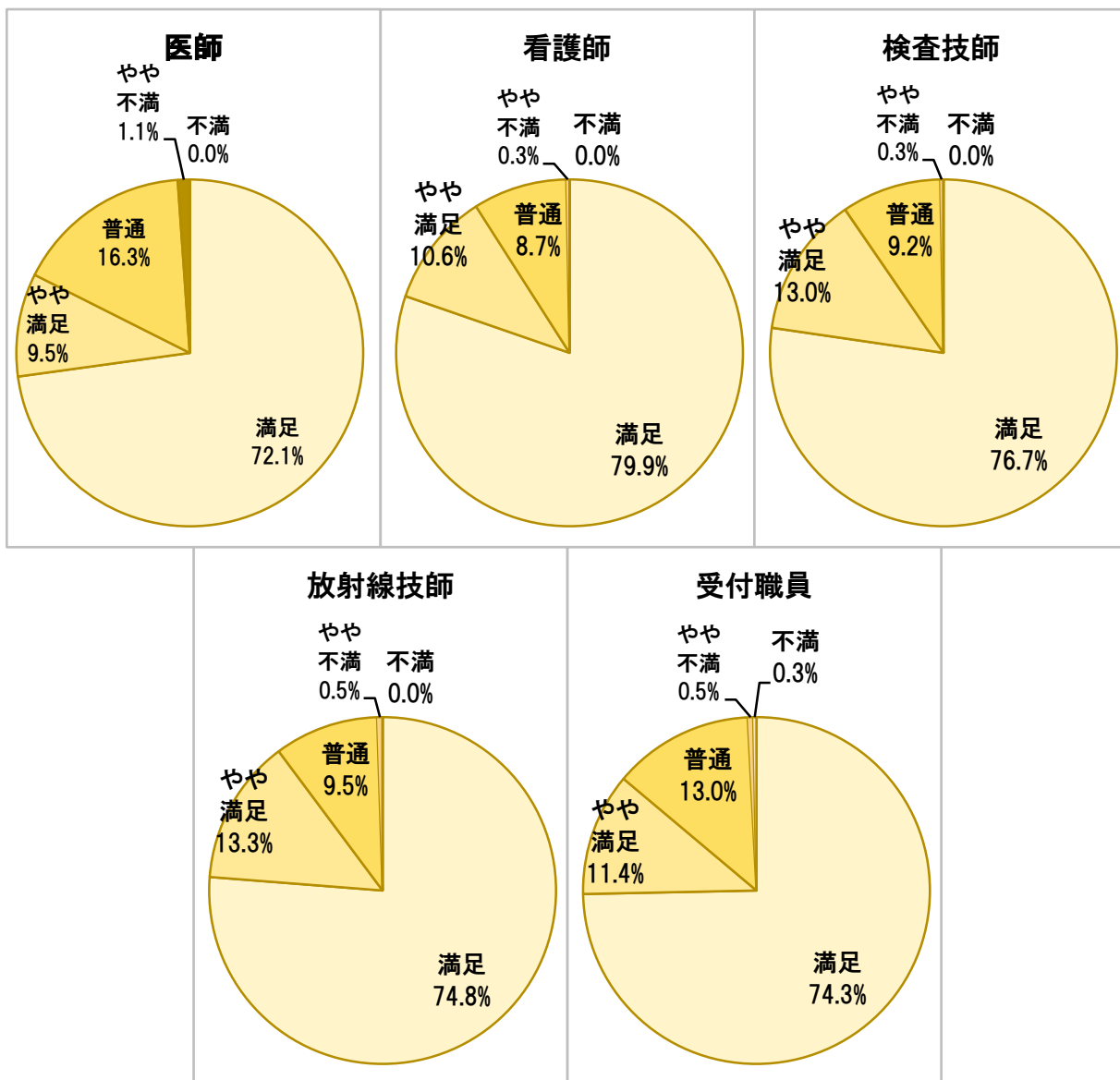
<項目の解説>

健診の質向上を目的とし、年1回、10月又は11月に満足度調査を実施しています。受診者の多い時期にアンケートをとることで、職員の言葉遣いや対応が煩雑になっていないか、待ち時間が長くなっていないかなどをより適切に把握することができます。これらの情報を共有することにより、サービスの再確認、意識の統一を図ります。また、業務の見直し・改善を行い、満足度向上に努めています。

<実績>

2018年度調査

言葉遣い・対応

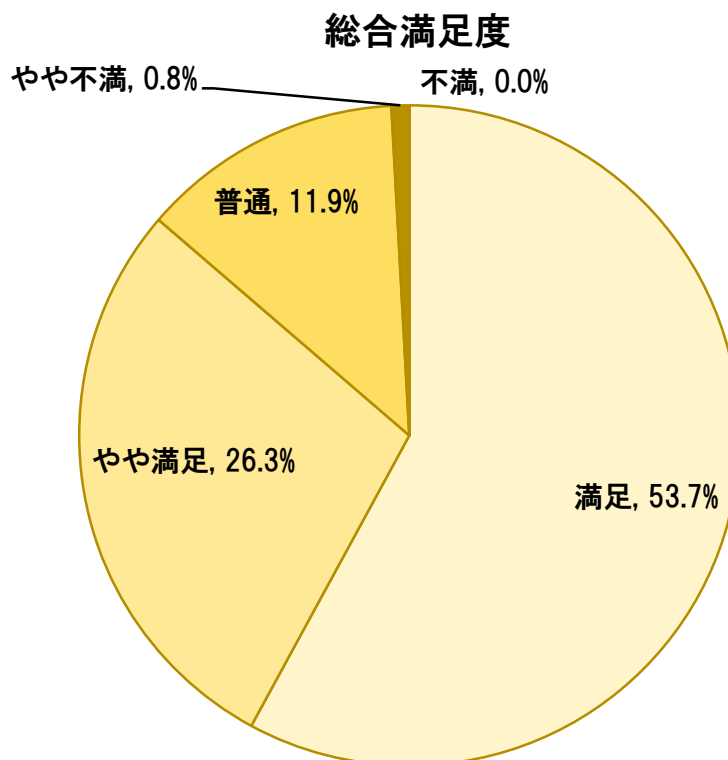
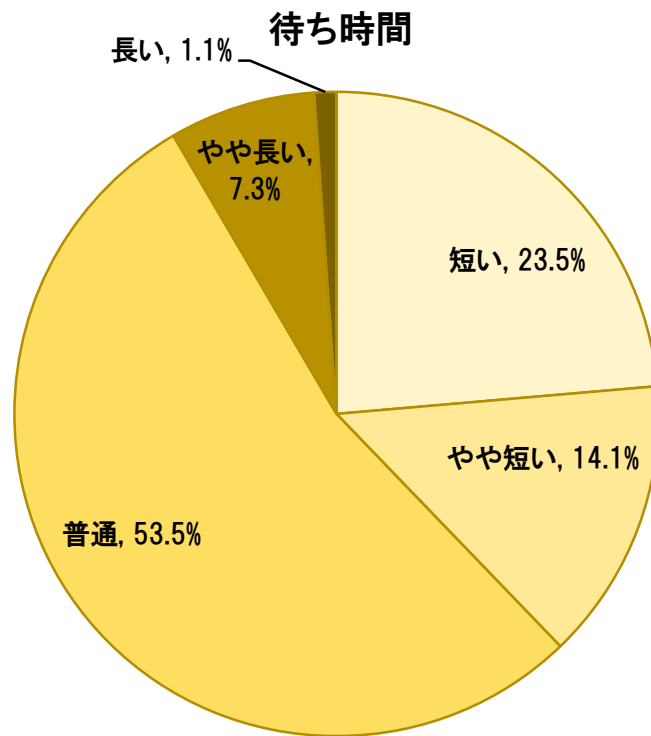


2. 関連施設

つくばトータルヘルスプラザ

➤ 受診者満足度②

<実績>

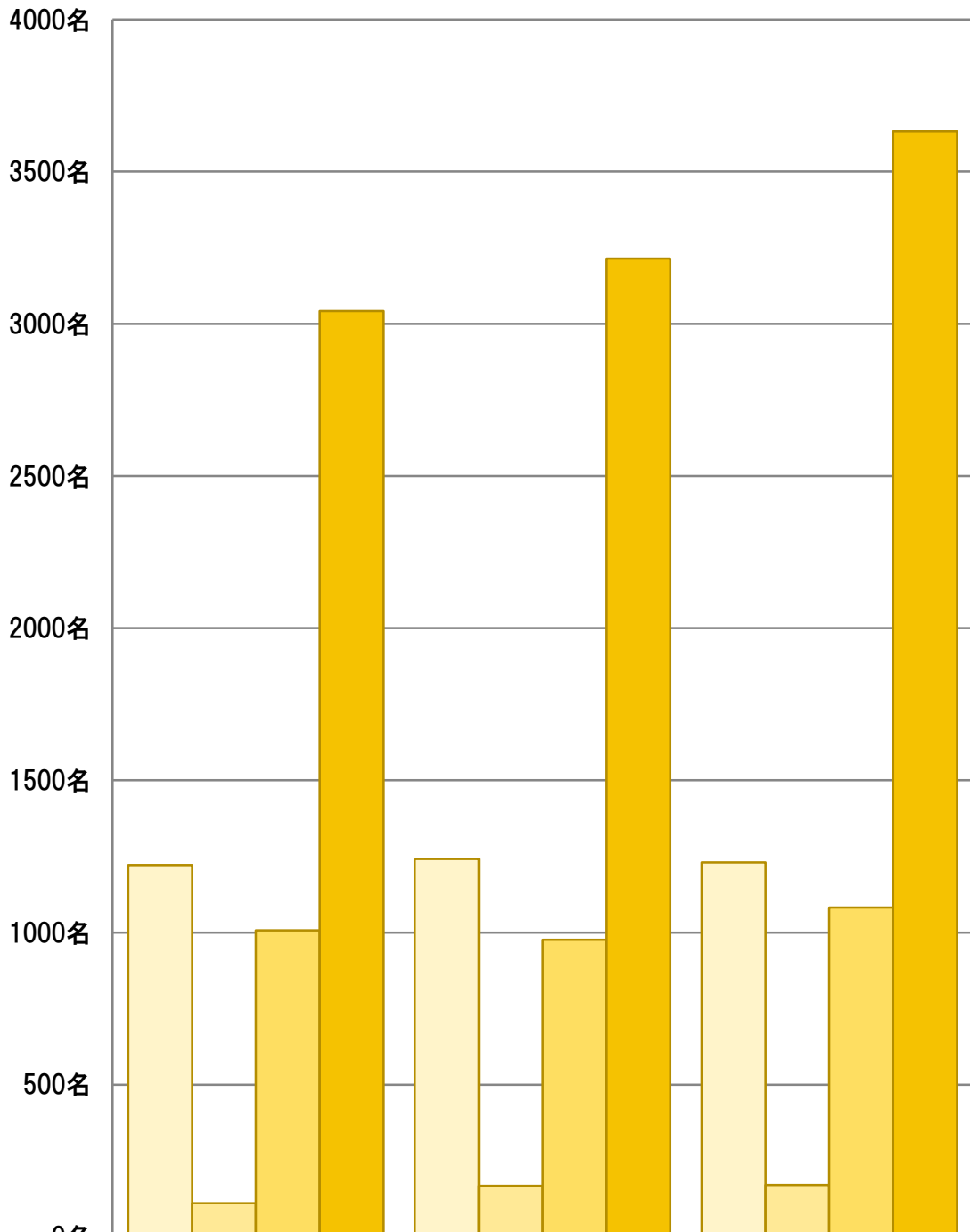


2. 関連施設

つくばケアセンター

➤ 利用者数

<実績>



	2016年度	2017年度	2018年度
□ 入所者数	1,222	1,242	1,230
□ ショートステイ	111	168	171
□ 通所リハビリ	1,007	976	1,082
■ 訪問リハビリ	3,042	3,214	3,633

2. 関連施設

つくばケアセンター

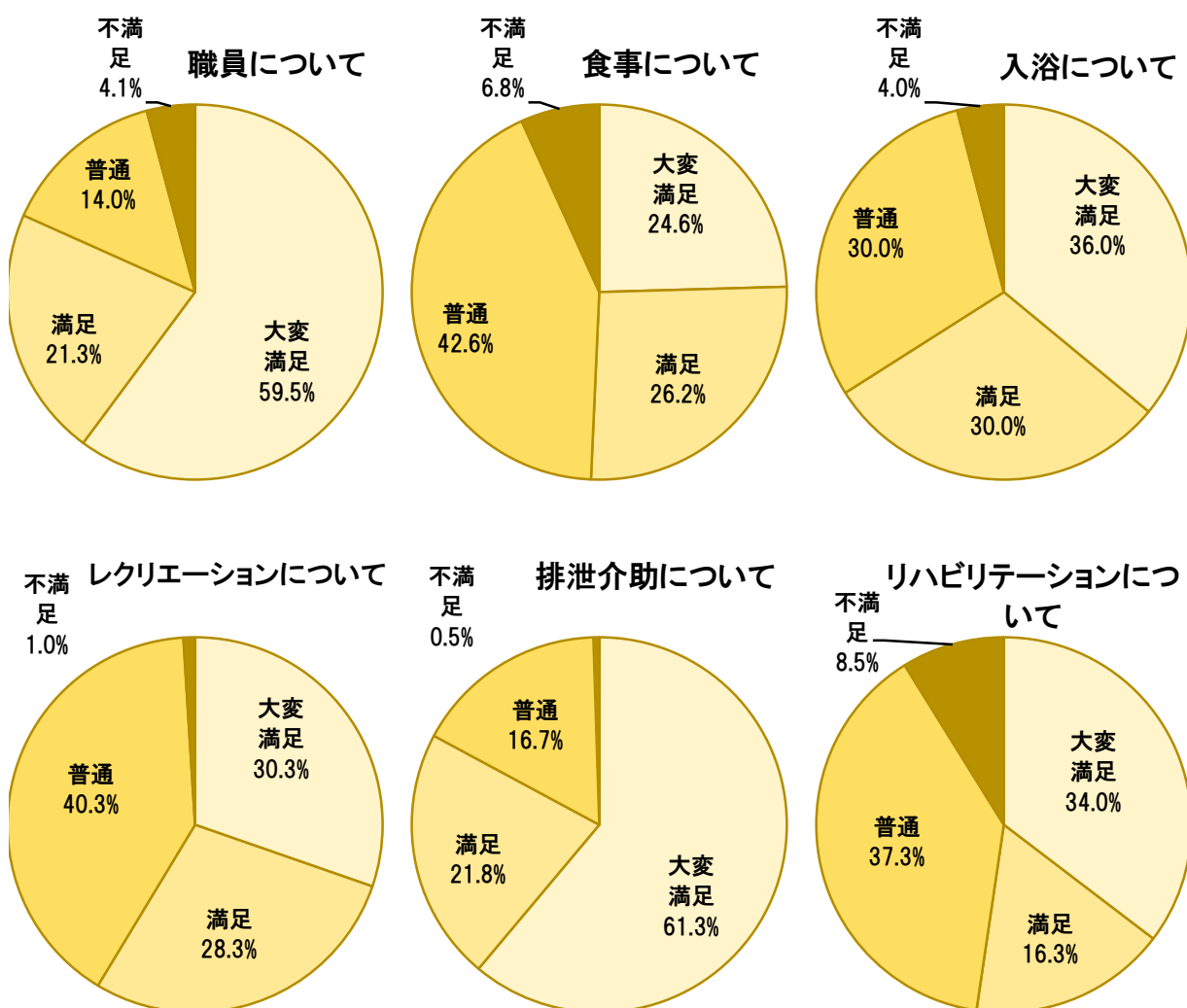
➤ 利用者満足度

<項目の解説>

介護サービスの質を高める目的で、毎年11月にご利用者様に「職員」「食事」「入浴」「レクリエーション」「排泄介助」「リハビリテーション」の計6項目について4段階の満足度でアンケート調査を実施し、12月にアンケート集計結果を施設内に公表しています。アンケートから得たご利用者様からの声や評価は、職員間で共有することにより、職員の仕事へのモチベーションを高めることにつながると考えられます。また、利用者の視点での施設環境や業務の改善点が把握でき、介護サービスの向上が得られます。

<実績>

2018年度調査



2. 関連施設

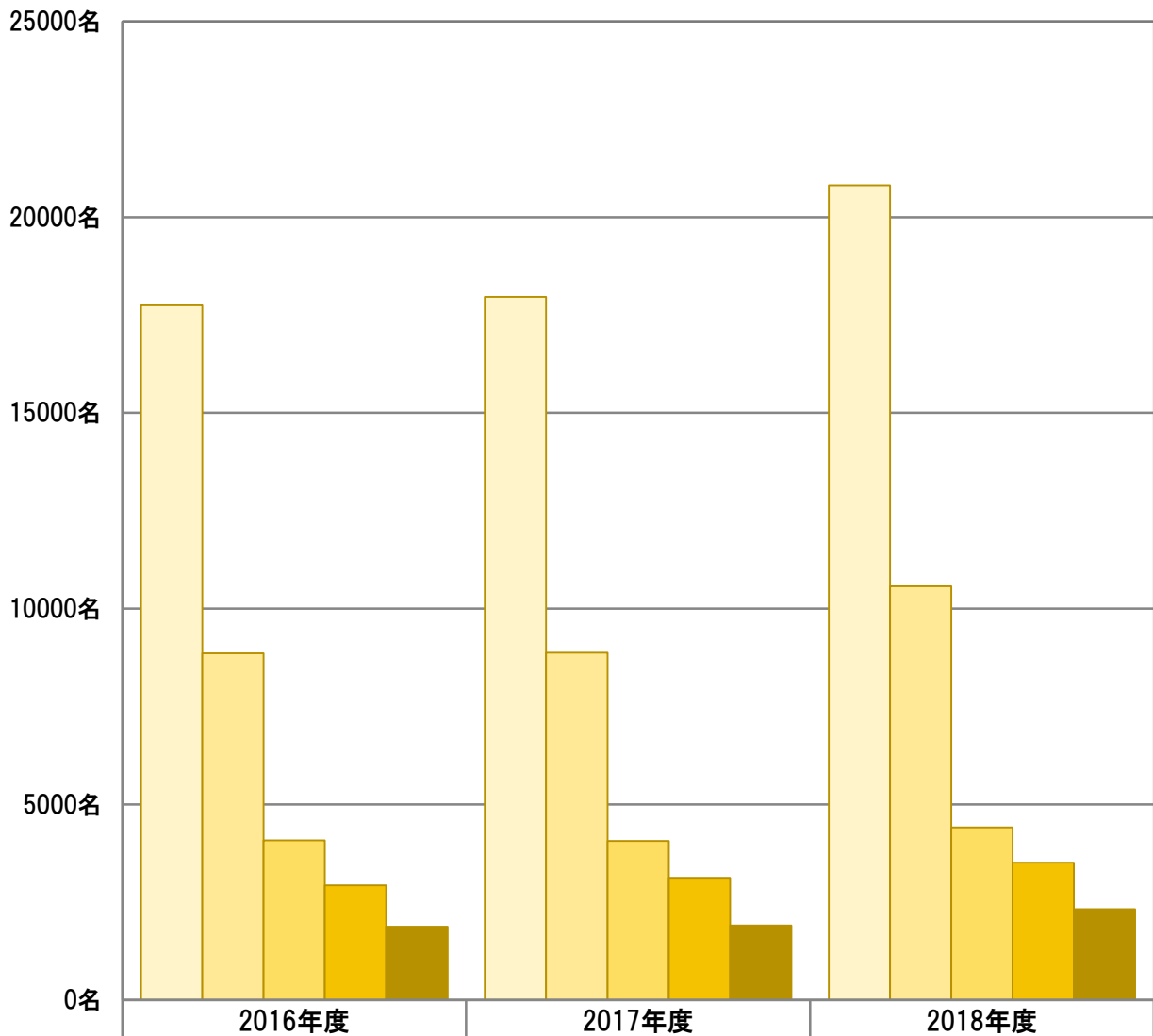
つくばケアセンター

➤ 訪問リハビリ実施件数

<項目の解説>

地域包括ケアシステムの構築が社会全体の課題となっており、その課題を解決するためには在宅生活を支援するリハビリテーションサービスの整備が必要です。訪問リハビリ実施件数は在宅生活を支援するための取り組みの状況を示すひとつの指標と考えられます。

<実績>



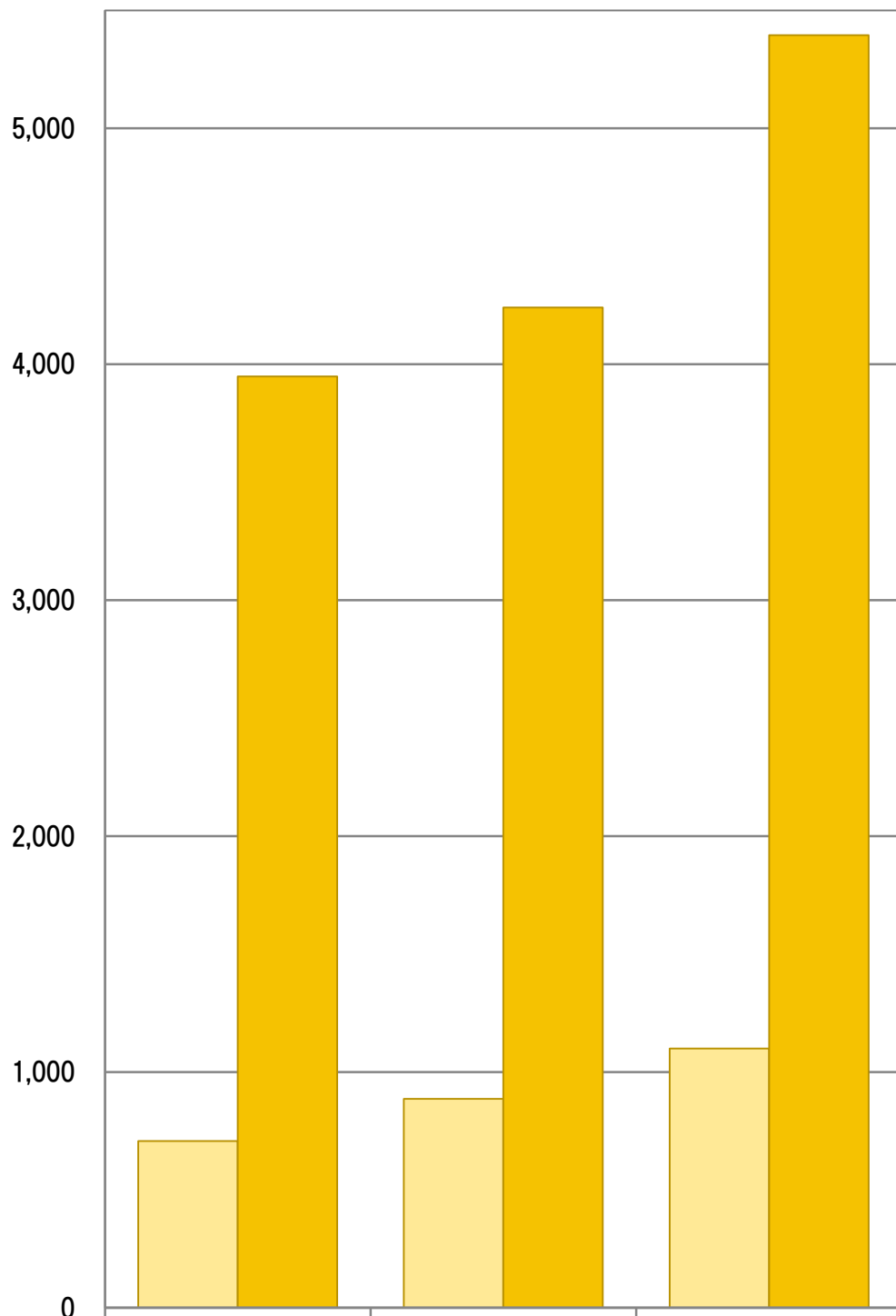
	2016年度	2017年度	2018年度
合計	17,745	17,963	20,814
つくば	8,861	8,875	10,570
下妻	4,081	4,066	4,409
桜川	2,929	3,124	3,510
土浦	1,874	1,903	2,325

2. 関連施設

訪問看護ステーション

➤ 在宅管理延べ患者数・訪問看護利用件数

<実績>



在宅管理延患者数	707	886	1,099
訪問看護利用件数	3,948	4,240	5,395