

Quality Indicator

医療の質の指標

2022



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管理研修開催回数と受講率……………12

### 感染管理

- 病原体サーベイランス……………13
- クロストリジウム・デフィシル年間件数……………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
- 職員のインフルエンザワクチン予防接種率……………18

### 教育, その他

- 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、ドクターヘリ受入数……………22

### 手術部門

- タイムアウト施行率……………23
- 肺血栓塞栓症の予防実施率……………24
- 24 時間以内の死亡率……………25

### 診療各科

- 心臓カテーテル/PCI 件数, ……………26  
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……………27  
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……………28
- 胃癌, 大腸癌手術件数……………29  
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……………30
- 気管支症施行数, 合併症発生数……………31
- 心臓血管外科手術件数・CABG 術後の平均在院日数……………32
- 脳血管造影および血管内治療件数, 合併症発生数……………33
- 人工関節置換術件数(股・膝)・人工骨頭挿入術(股)……………34  
および 術後の平均在院日数

## 1-3. 病院:診療支援部門

### リハビリテーション部

- 全入院患者のリハビリ施行数・実施率……………35

### 薬剤部

- 薬剤管理指導件数・率……………36

### 栄養管理課

- 栄養食事指導料……………37

### 医療相談室

- MSW の介入による退院患者数……………38

## 2. 関連施設

### 筑波総合クリニック

- 診療科別外来患者数……………39
- 患者満足度①②……………40

### 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)……………42
- 受診者満足度①②……………43

### つくばケアセンター

- 利用者数……………45
- 利用者満足度……………46
- 訪問リハビリ実施件数……………47

### つくば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……………48

# 1-1. 病院：全体の指標

## 医事統計・カルテ管理

### ➤ 平均在院日数

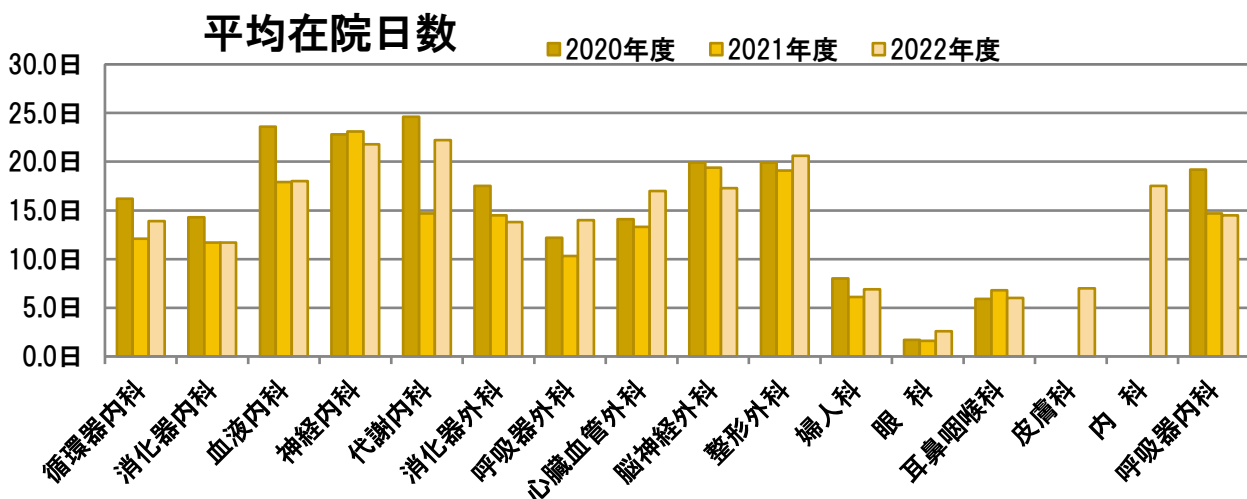
#### <項目の解説>

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 ÷ ((新入院患者数+新退院患者数) ÷ 2)

#### <実績>



	2020年度	2021年度	2022年度
循環器内科	12.7	12.1	13.9
消化器内科	13.9	11.7	11.7
血液内科	21.2	17.9	18
神経内科	20.4	23.1	21.8
代謝内科	14.6	14.7	22.2
消化器外科	15.1	14.5	13.8
呼吸器外科	12.7	10.3	14
心臓血管外科	13.3	13.3	17
脳神経外科	23.5	19.4	17.3
整形外科	19.2	19.1	20.6
婦人科	8	6.1	6.9
眼科	1.6	1.6	2.6
耳鼻咽喉科	6.1	6.8	6
皮膚科	-	-	7.0
内科	-	-	17.5
呼吸器内科	17.7	14.7	14.5

# 1-1. 病院：全体の指標

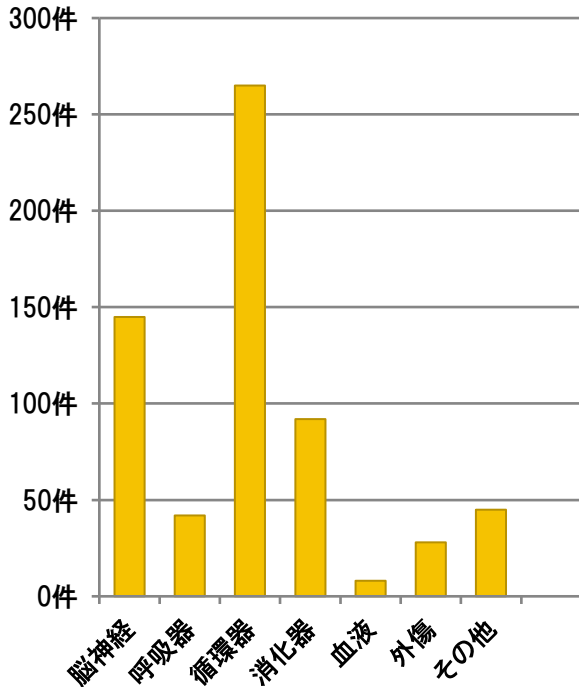
## 医事統計・カルテ管理

### ➤ 疾患別 ICU 入院患者数と平均在院日数

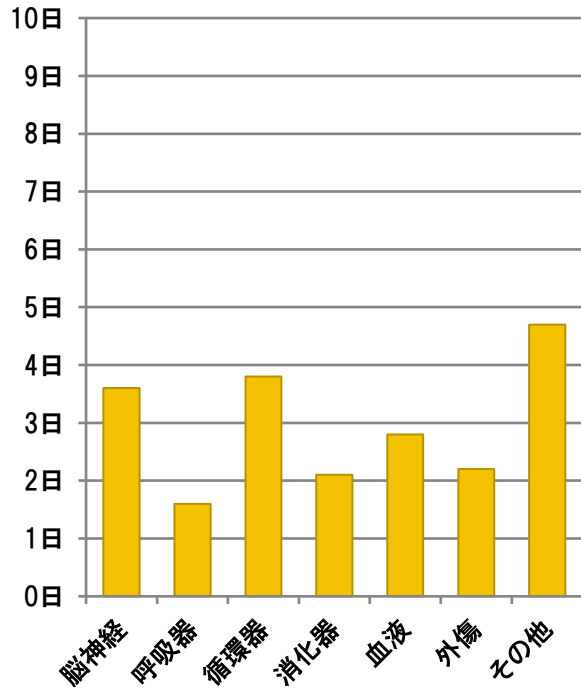
<実績>

2022 年度

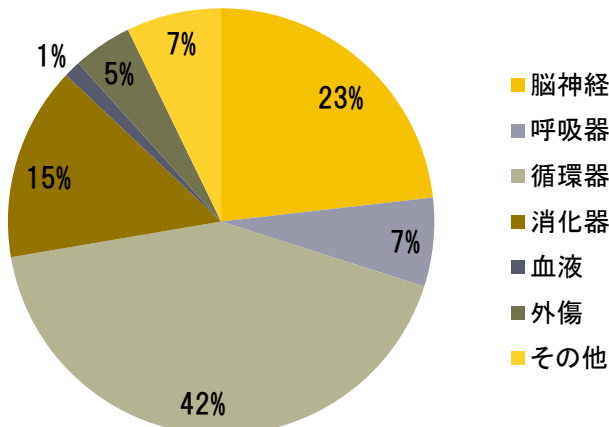
系統別疾患数



在院日数



系統別割合



	系統別	平均在院日数
脳神経	145 件	3.8 日
呼吸器	42 件	2.0 日
循環器	265 件	5.9 日
消化器	92 件	2.1 日
血液	8 件	2.1 日
外傷	28 件	1.6 日
その他	45 件	3.2 日

# 1-1. 病院：全体の指標

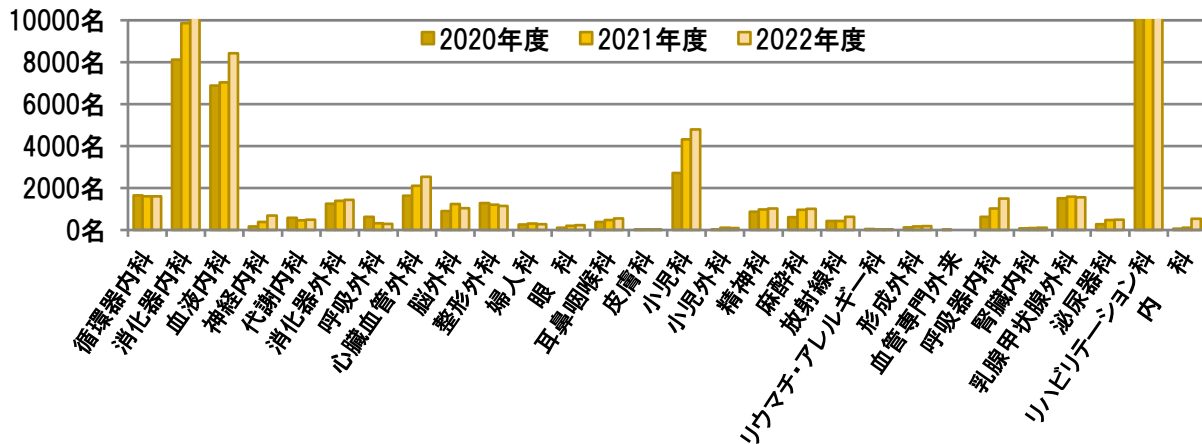
## 医事統計・カルテ管理

### ➤ 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>



	2020年度	2021年度	2022年度
循環器内科	1,648	1,599	1,598
消化器内科	8,126	9,865	10,912
血液内科	6,880	7,030	8,429
神経内科	167	379	687
代謝内科	965	458	486
消化器外科	577	1,393	1,438
呼吸外科	632	320	285
心臓血管外科	1,634	2,102	2,528
脳外科	897	1,231	1,042
整形外科	1,280	1,215	1,144
婦人科	266	307	274
眼科	112	205	227
耳鼻咽喉科	377	470	547
皮膚科	11	22	11
小児科	2,722	4,316	4,790
小児外科	6	112	97
精神科	865	982	1,030
麻酔科	611	961	1,003
放射線科	434	426	631
リウマチ・アレルギー科	43	30	31
形成外科	124	175	188
血管専門外来	7	-	-
呼吸器内科	625	1,029	1,491
腎臓内科	81	96	111
乳腺甲状腺外科	1,515	1,595	1,554
泌尿器科	269	474	497
リハビリテーション科	10,388	13,333	15,406
内科	65	103	533

# 1-1. 病院：全体の指標

## 医事統計・カルテ管理

### 患者満足度①

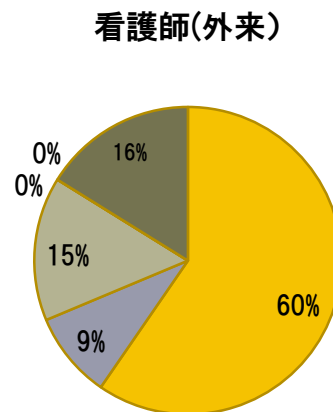
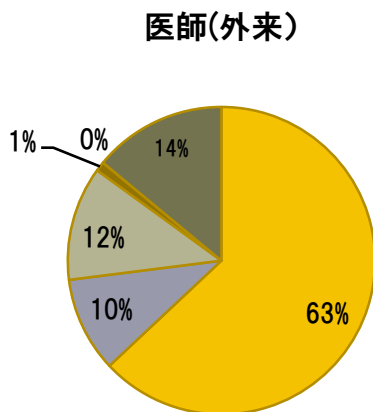
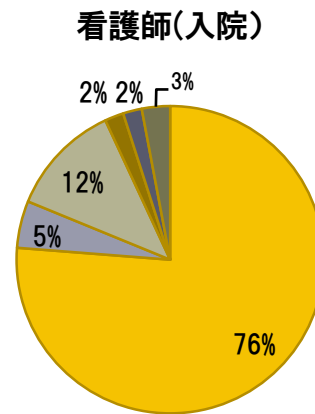
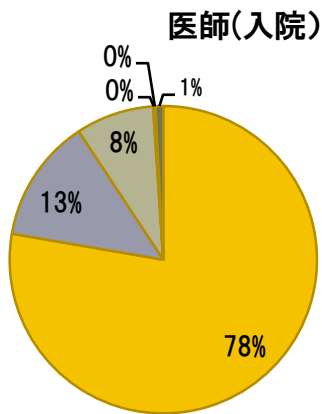
#### <項目の解説>

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。※2022年度調査なし

#### <実績>

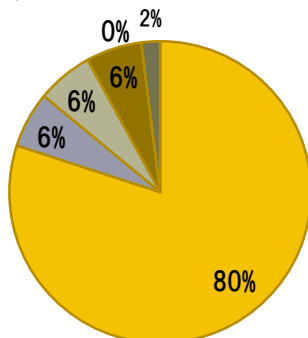
#### 職員の言葉遣い・対応

2021年度調査

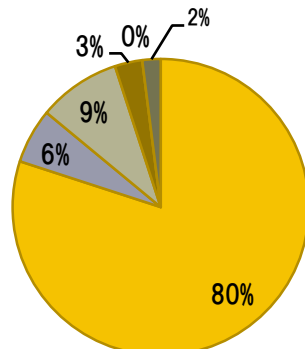


#### 医師の診療(入院)

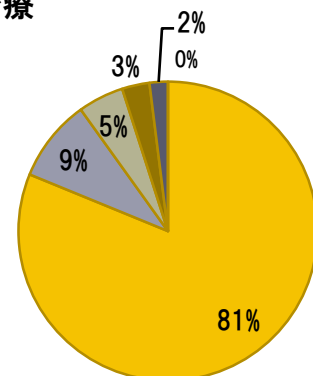
#### 説明



#### 相談



#### 治療





# 1-1. 病院：全体の指標

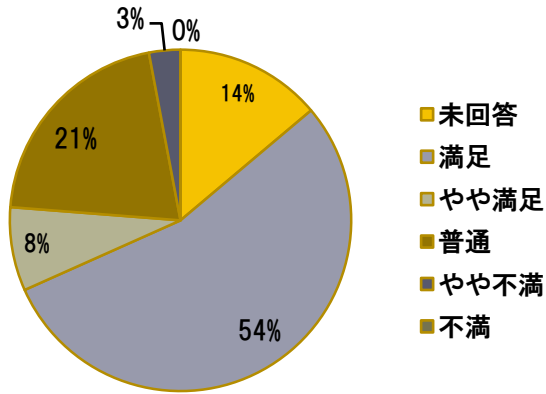
## 医事統計・カルテ管理

➤ 患者満足度②※2022年度調査なし

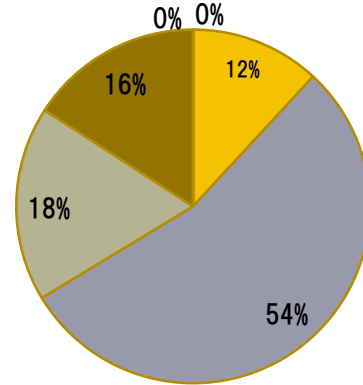
<実績>

2021年度調査

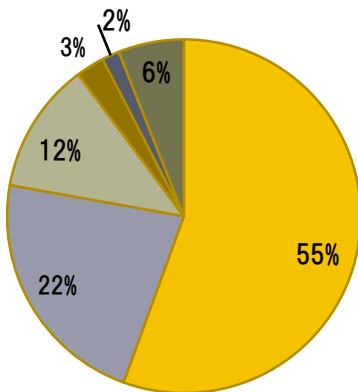
入退院手続



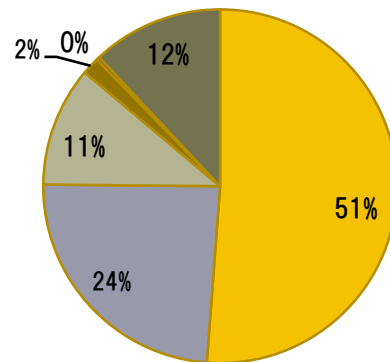
外来の手続き



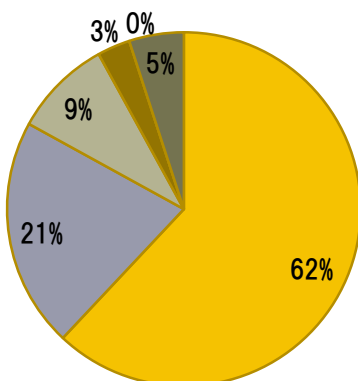
設備(入院)



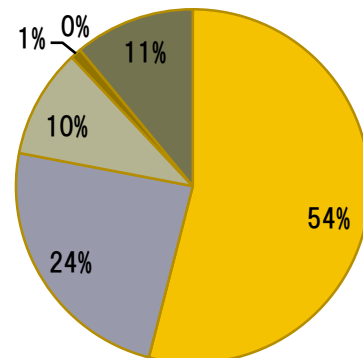
設備(外来)



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。

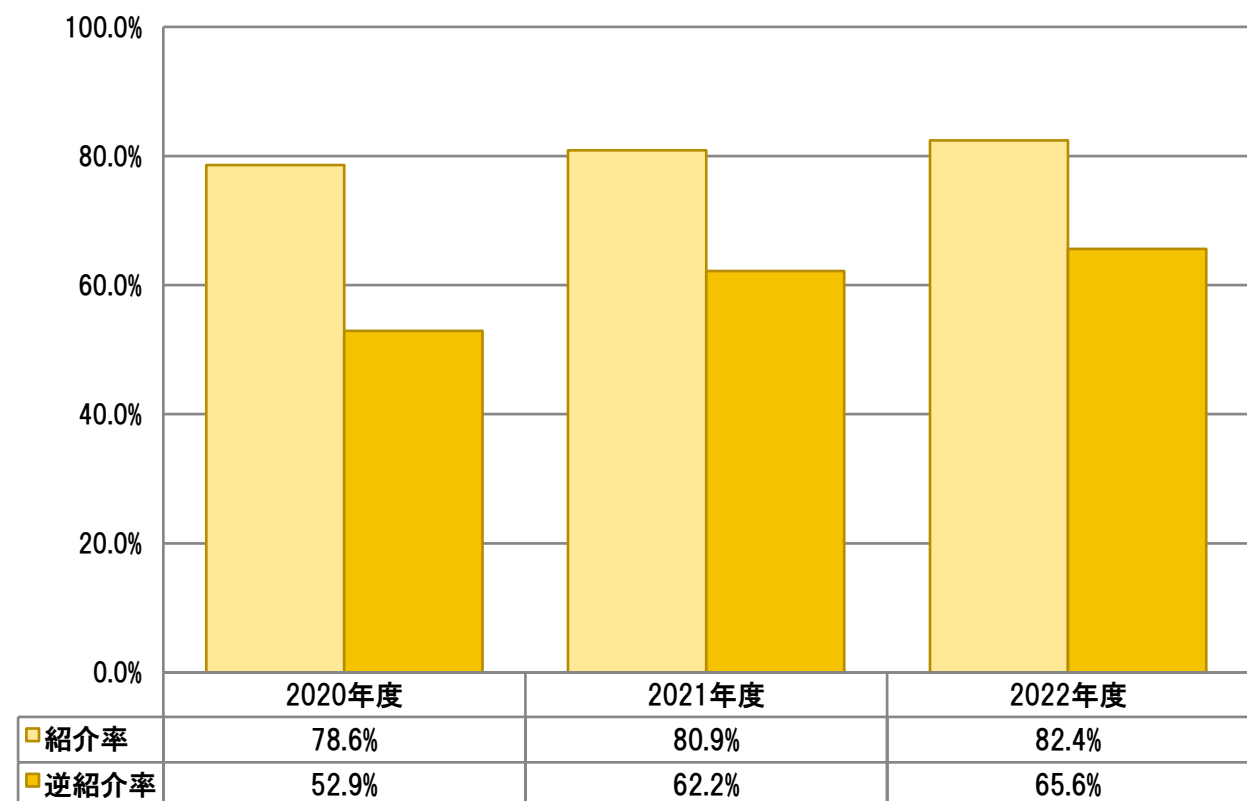
\*地域の医療従事者に対する研修の実施や当該病院の医療機器の共同利用などを通じて地域の病院、診療所を後方支援するという形で医療機関の機能の役割分担と連携を目的に創設され、都道府県知事によって承認されます。

#### <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。

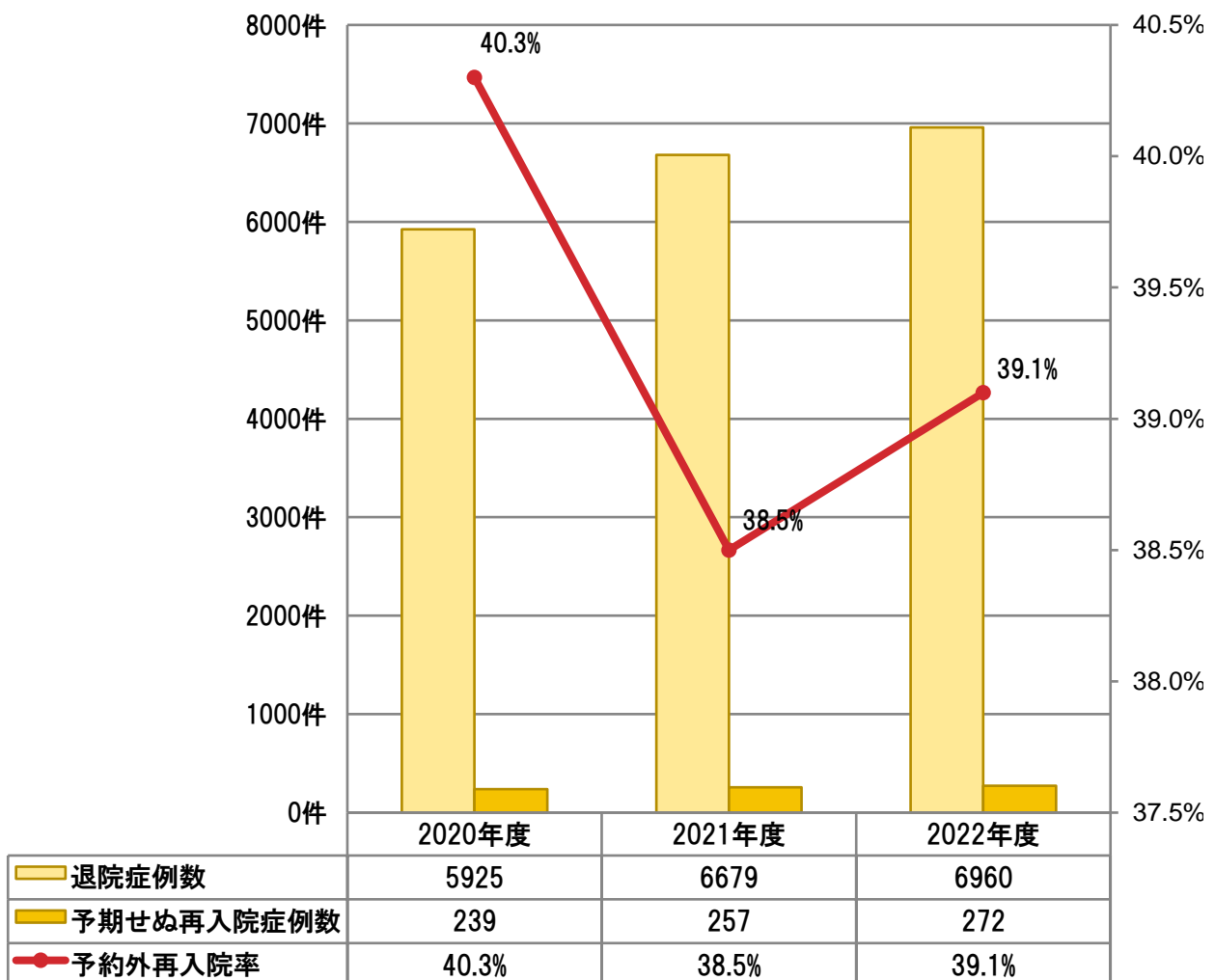
#### <定義・算式>

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>

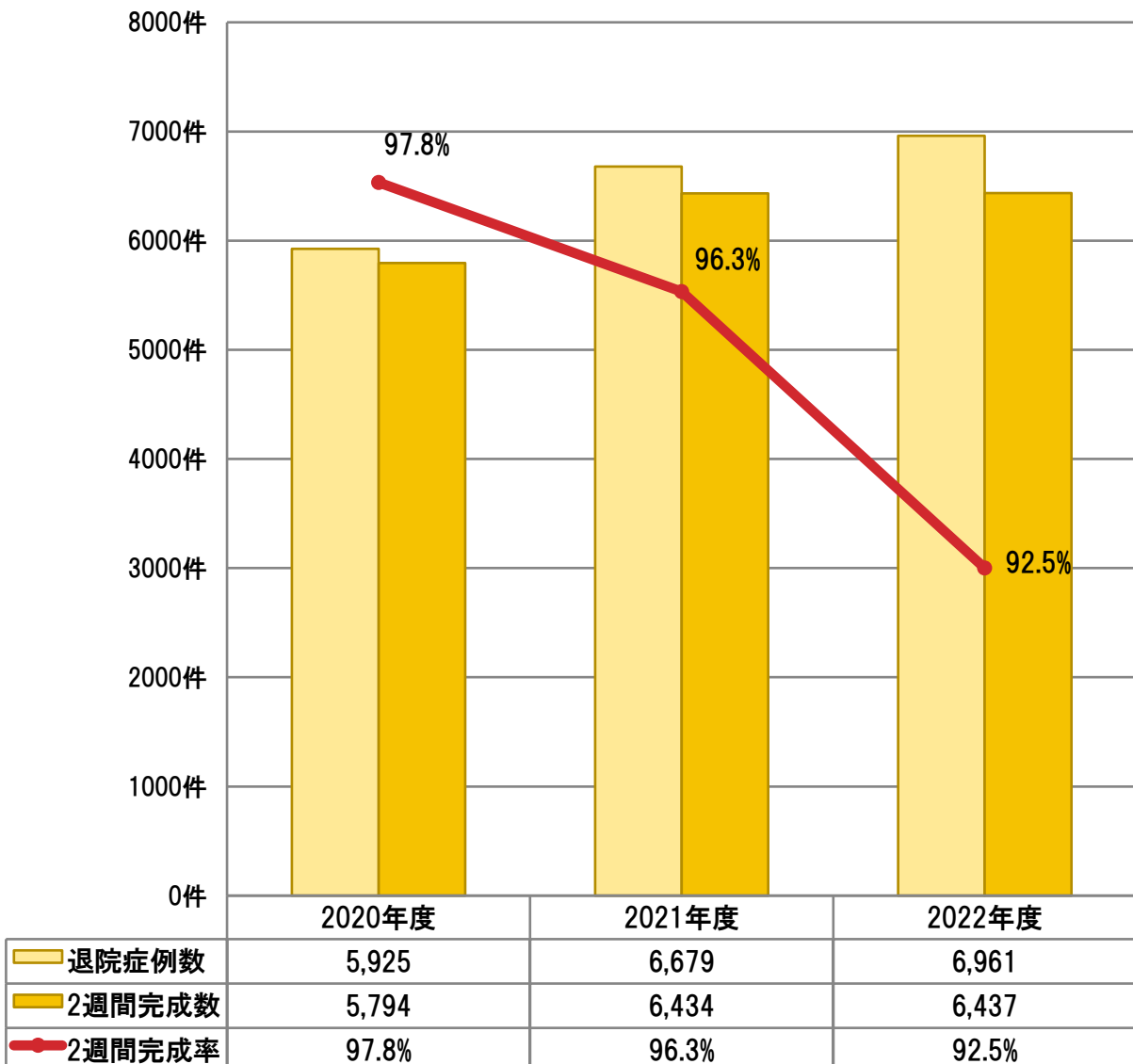
退院サマリーは入院患者の病歴、身体・検査所見、治療内容の要約であり、入院主治医以外の医療スタッフが診療状況を把握するための記録です。作成までの期間は病院機能評価機構により退院後の外来診療までの平均的な日数を加味し2週間が望ましいとされています。

#### <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

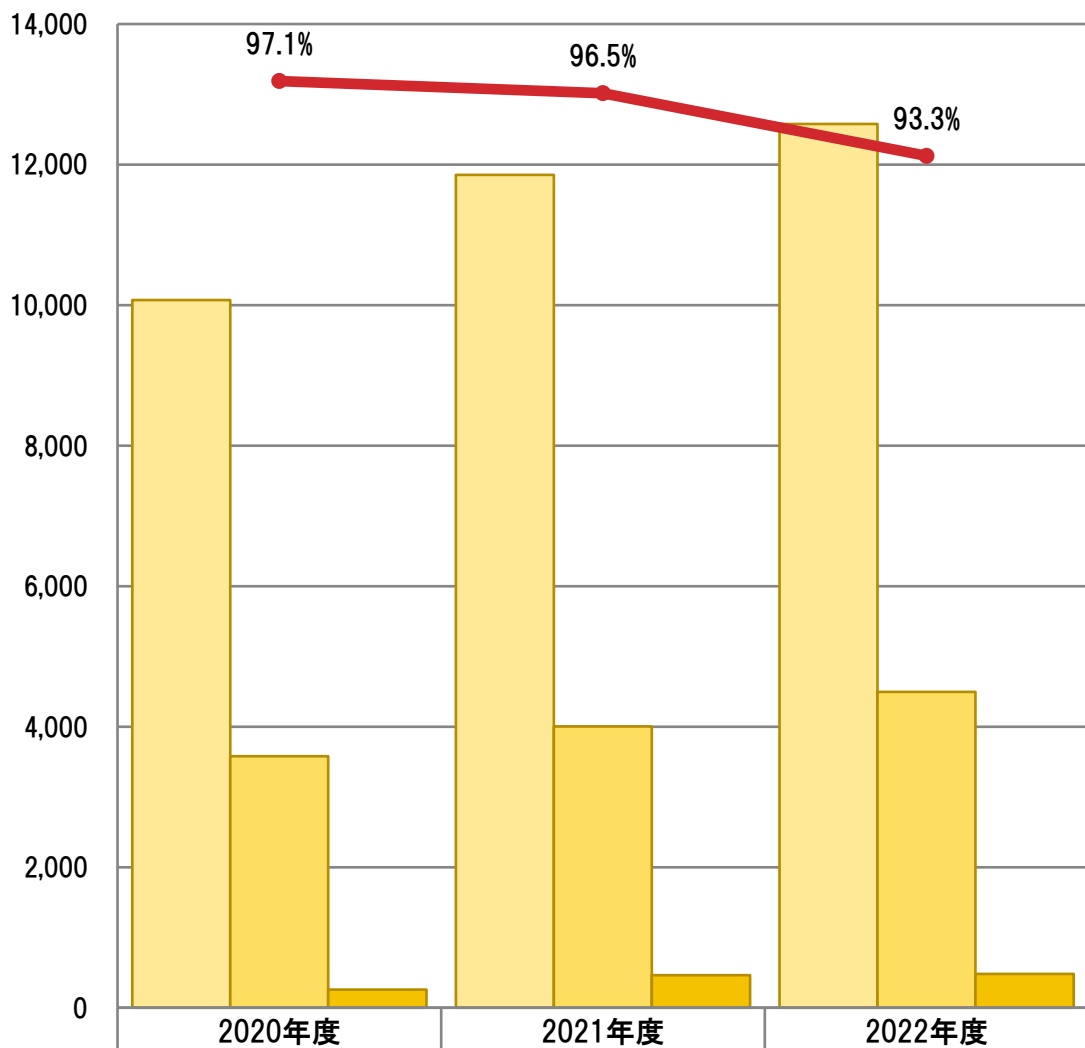
#### <項目の解説>

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	10,070	11,854	12,578
MRI	3,577	4,004	4,493
核医学	259	461	482
レポート完成率	97.1%	96.5%	93.3%

# 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>

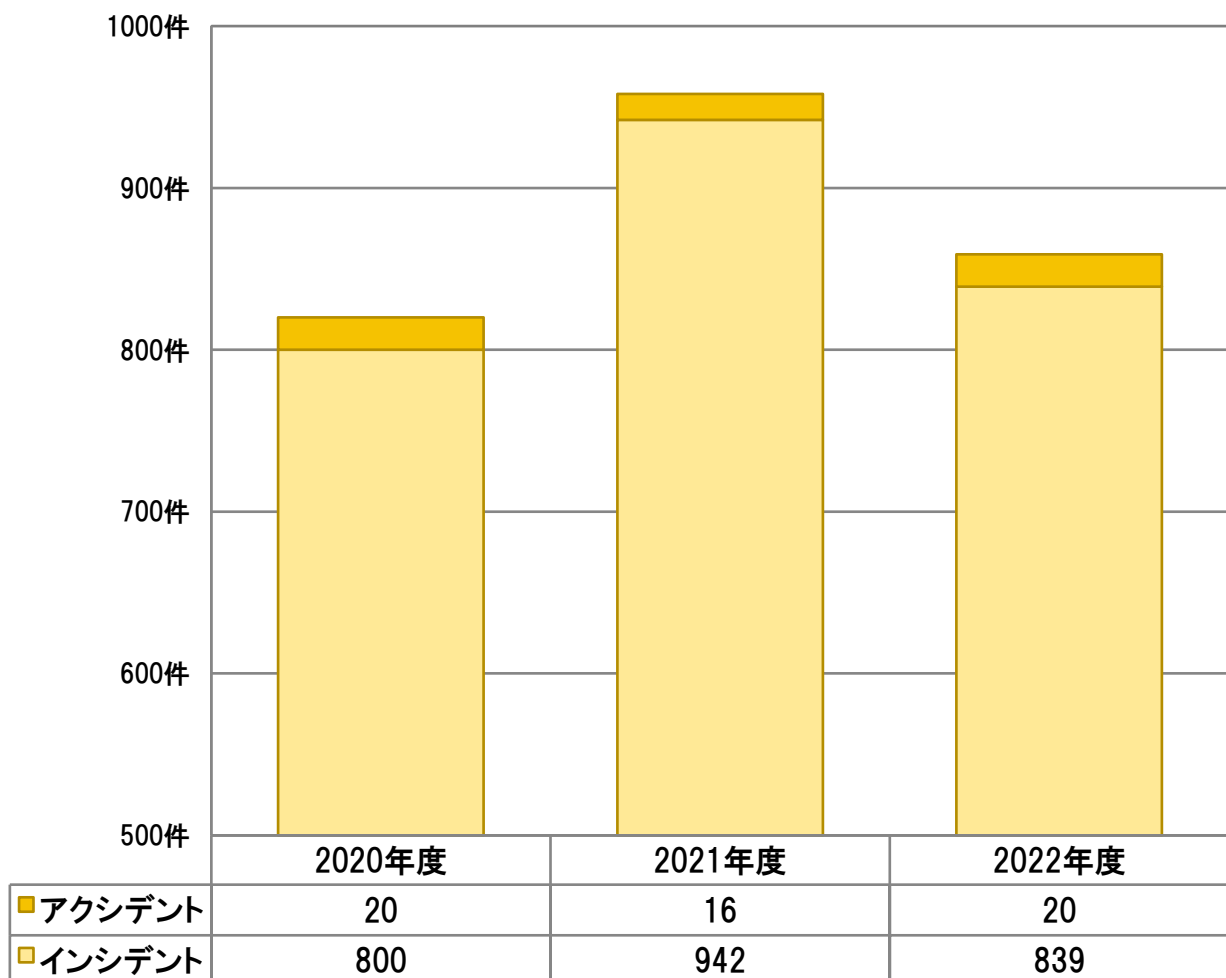
院内の各部署で発生した様々な問題は、インシデント報告システムを活用し報告されます。報告は大きくインシデントとアクシデントの2つに分類し、患者への影響度に応じてさらに細かく分類しています。医療安全管理においては、インシデント報告を丁寧に分析し、アクシデントを発生させないことを目標に安全対策を講じています。

#### <定義・算式>

インシデント(影響レベル 0~3a)は、日常業務の中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事例(影響レベル 0)と、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に重大な影響を及ぼすまでに至らなかった事例(影響レベル 1~3a)としています。

アクシデント(影響レベル 3b~5)は、医療においてその目的に反し有害事象を生じた事例とし、過失の有無は問いません。

#### <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>

転倒・転落発生率 2‰以下、損傷発生率は 0.1‰以下を目標としています。

損傷事例は、転倒・転落により骨折や脳出血を生じてしまったアクシデント事例をカウントしています。

転倒・転落の発生とくに損傷事例は可能な限り最小限にとどめられるように、日々の対策に取り組んでいます。

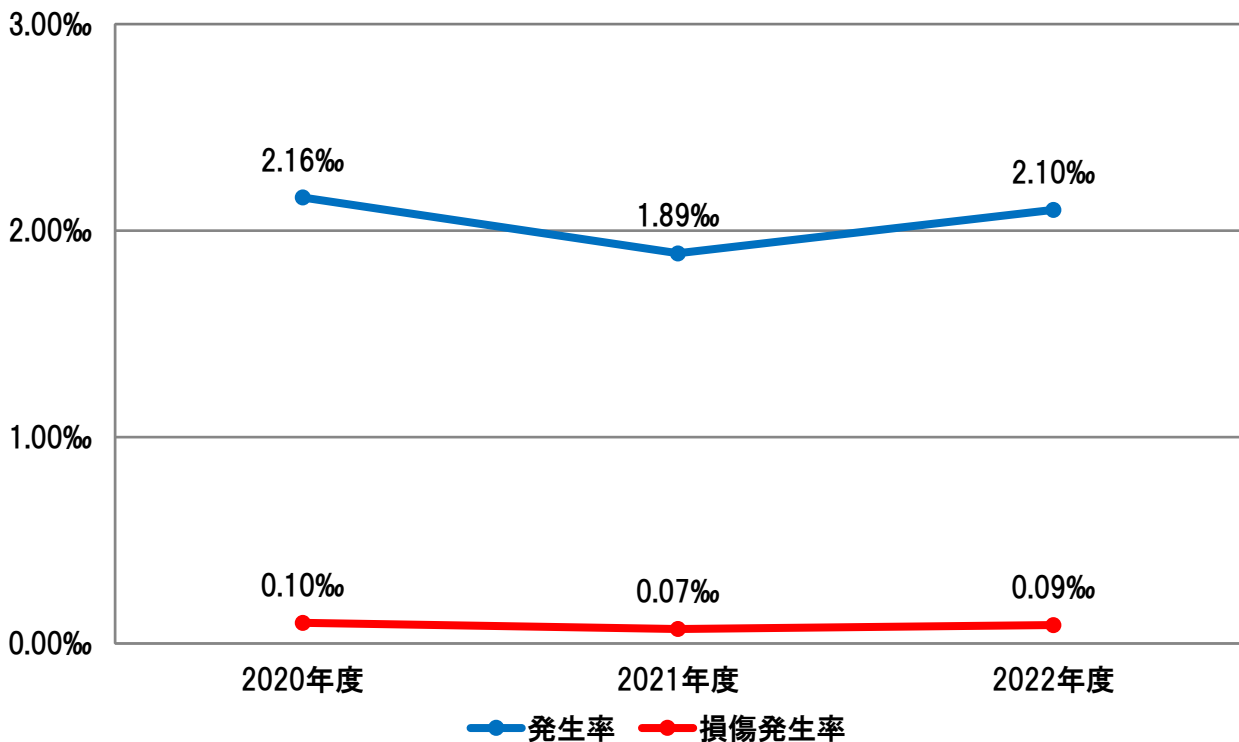
#### <定義・算式>

医療安全管理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 ÷ 入院延べ患者数 × 1000

損傷発生率 = 入院中の転倒・転落アクシデント発生率 ÷ 入院延べ患者数 × 1000

#### <実績>



	2020年度	2021年度	2022年度
入院延患者数	131,424	138,109	140,790
転倒・転落発生件数	248	289	295
転倒・転落アクシデント発生件数	9	10	13
転倒・転落発生率	1.89‰	2.09‰	2.10‰
損傷発生率	0.07‰	0.07‰	0.09‰

# 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管理研修開催回数と受講率

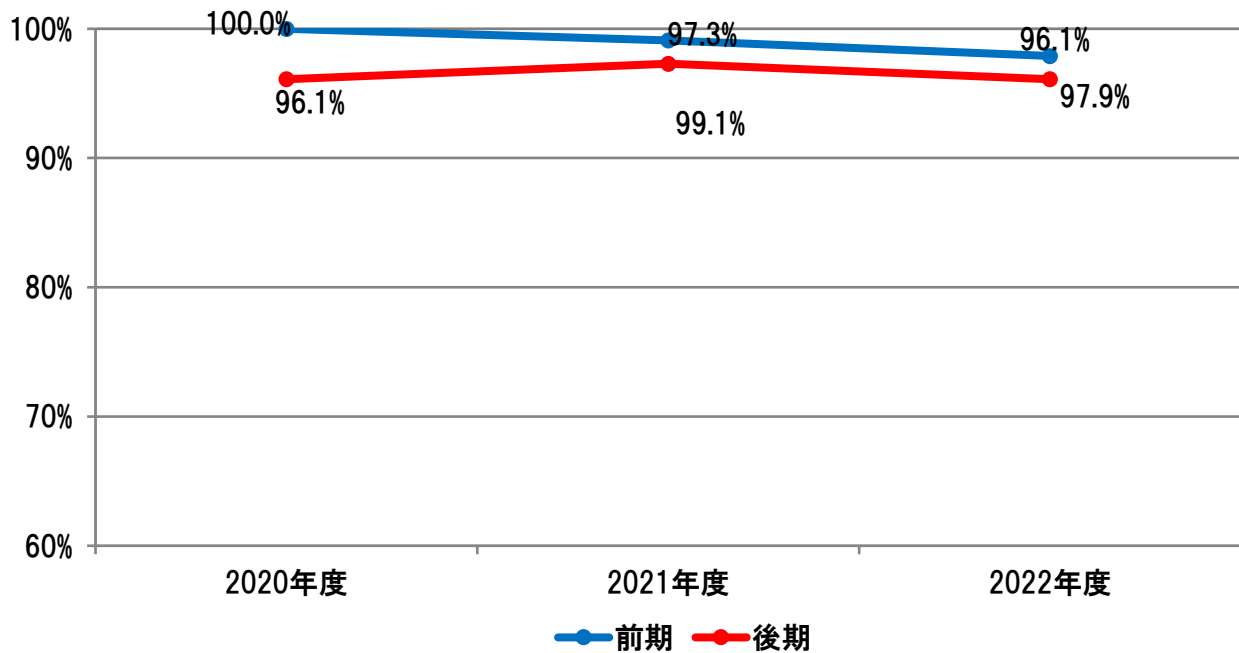
#### <項目の解説>

医療安全管理研修は、全職員を対象に年2回開催しています。  
 前期は安全管理・感染管理・医薬品安全管理部門、後期はさらに放射線管理部門を加え、その時期に合ったテーマを選択し実施しています。

#### <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)
2020年度	1,244(1,244)	1,166(1,213)
2021年度	1,271(1,282)	1,170(1,202)
2022年度	1,236(1,263)	1,169(1,216)

#### <当院の取り組み>

研修方法は、感染対策の観点から集合研修ではなくグループウェアを利用したWebでの資料閲覧としています。さらにグループウェアでミニテストを行い、資料内容の評価を行っています。また、外部委託業者などグループウェアが閲覧できない職員には、資料とミニテストを配布し、全職員が参加できるようにしています。



# 1-1. 病院：全体の指標

## 感染管理

### ➤ 病原体サーベイランス

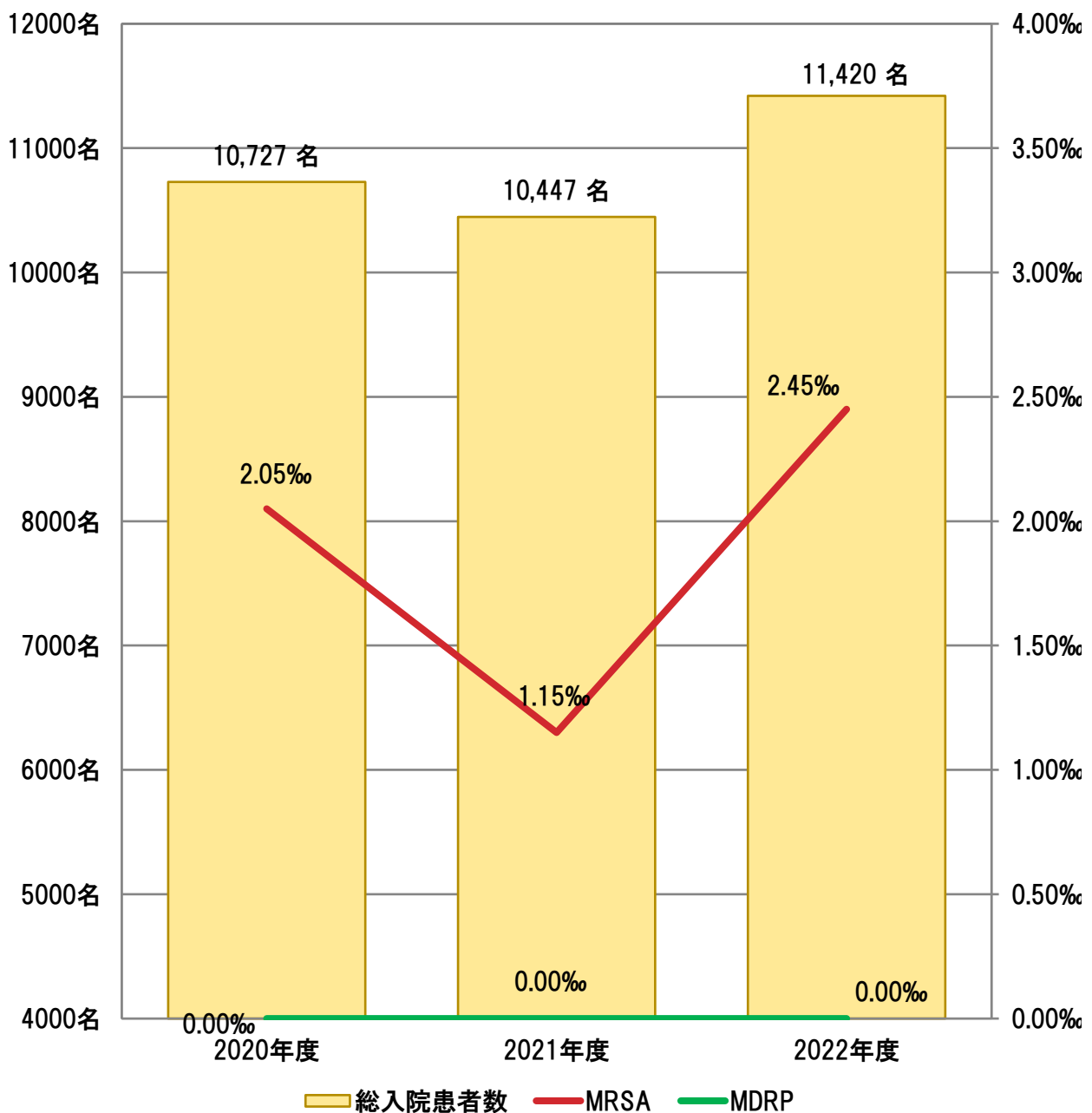
#### <項目の解説>

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

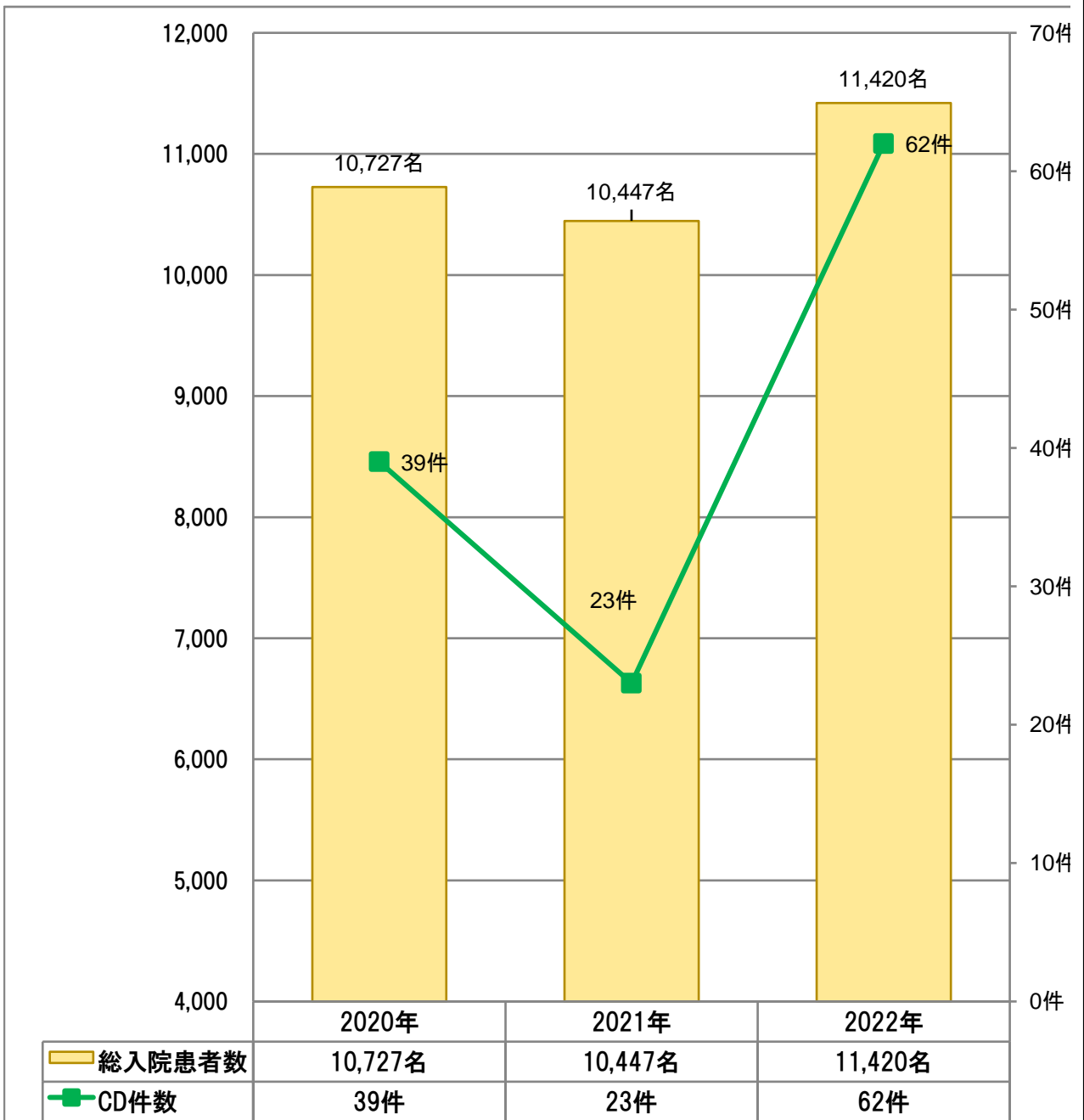
#### <項目の解説>

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

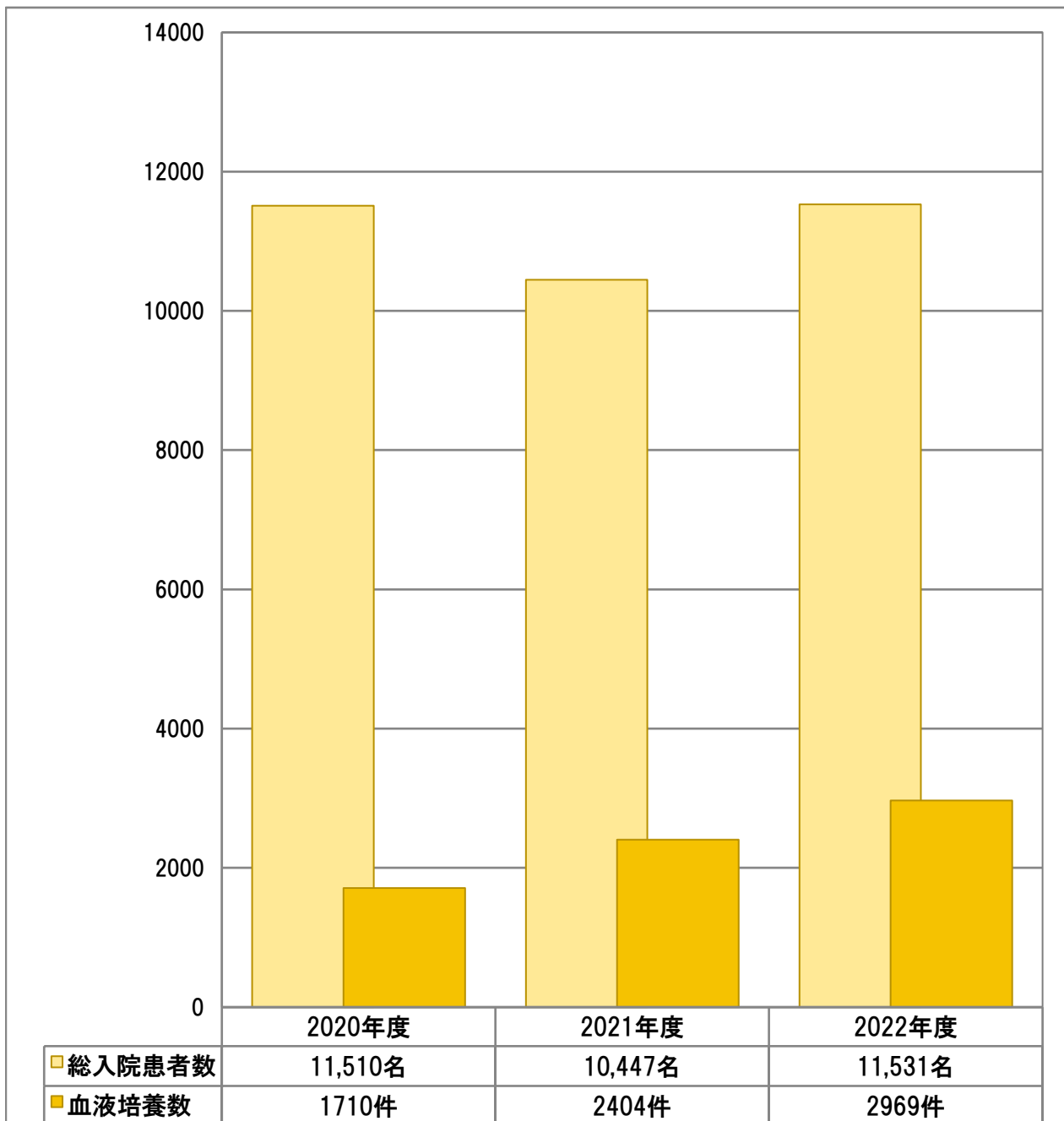
#### <項目の解説>

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

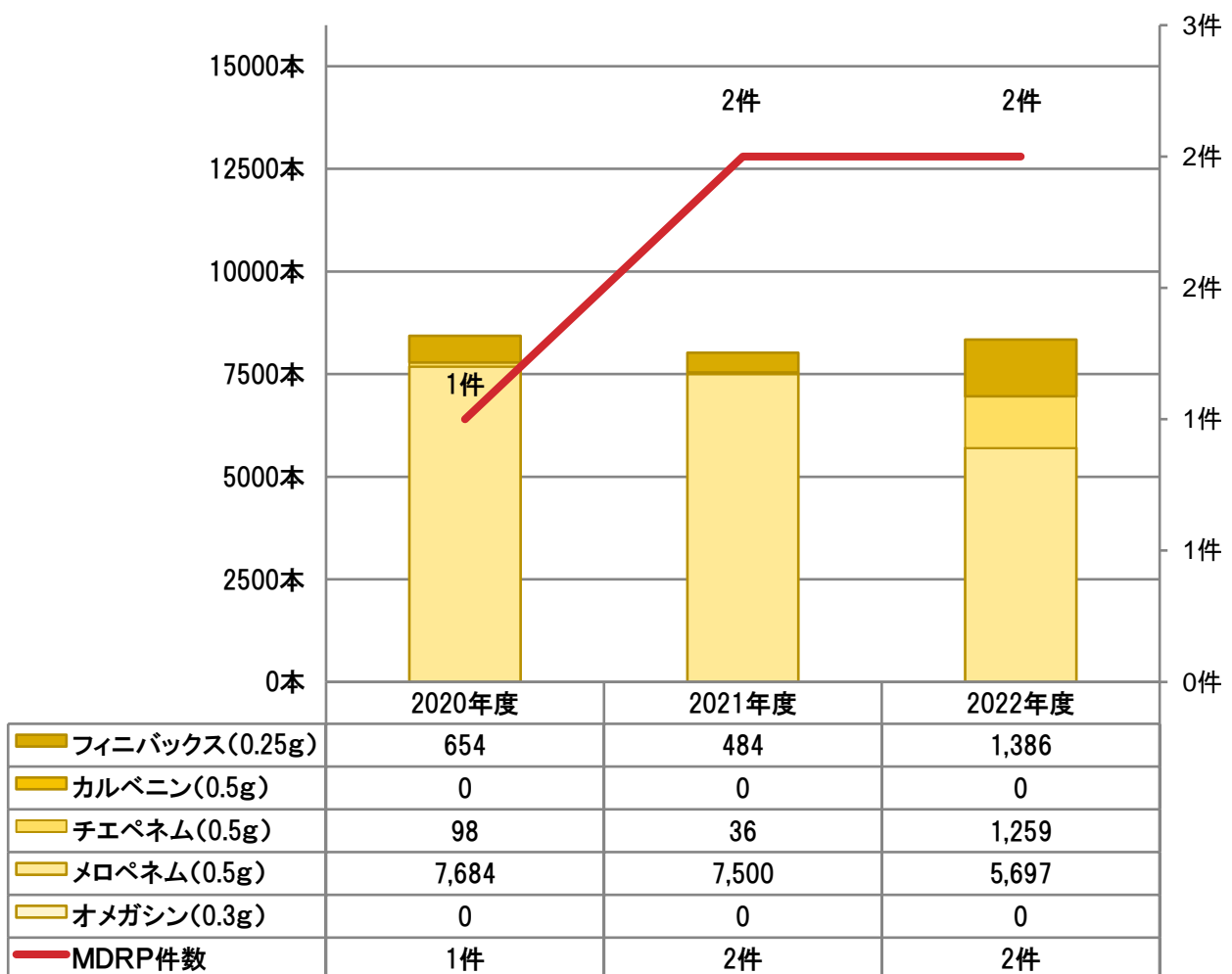
### ➤ 抗菌薬サーベイランス

#### <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



#### <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 2019 年度はカルバペネム薬剤を 3 種類に厳選し、抗菌薬の種類を選択や用法・用量などの適正使用、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>

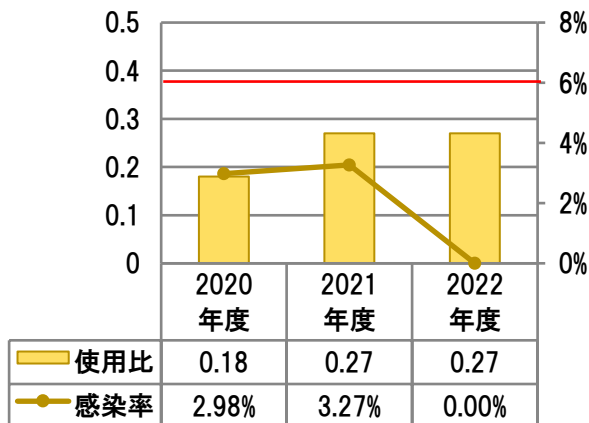
人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連血流感染、カテーテル関連尿路感染の発生状況を算出しています。感染の診断定義はJANIS(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業)に準拠しています。

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

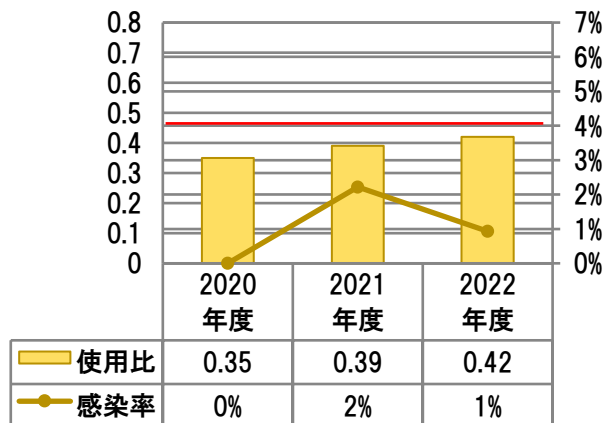
$$\text{感染率} = \frac{\text{感染発生件数}}{\text{延べライン使用日}} \times 1000$$

#### <実績>

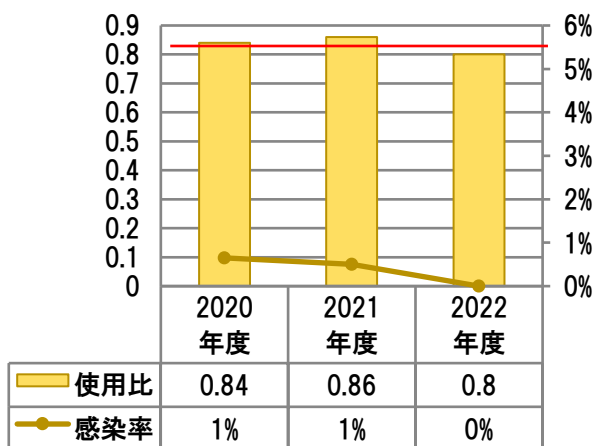
人工呼吸器関連肺炎



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>

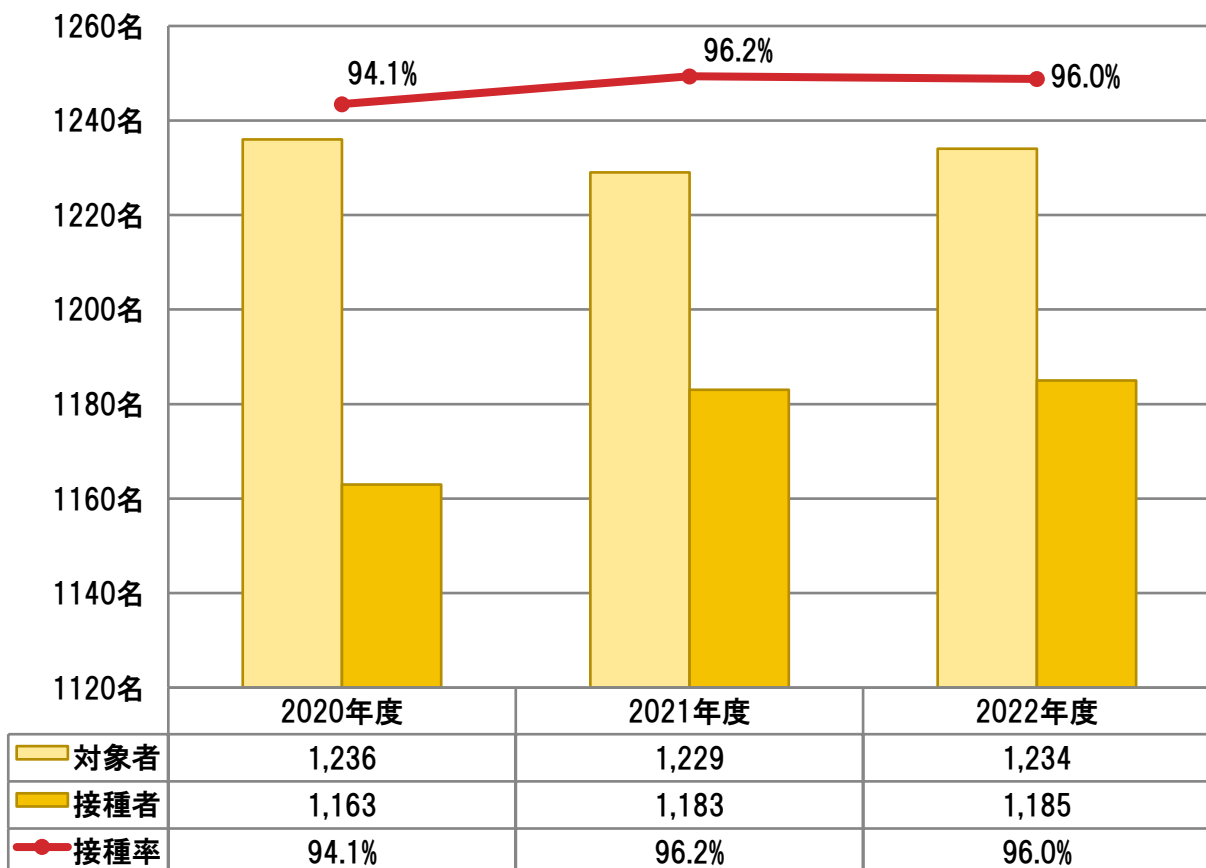
医療従事者は免疫力への低下した患者さんに感染をさせないために、一般の方よりも感染症の予防を積極的に行わなくてはなりません。職員のインフルエンザワクチン予防接種率は院内感染の防止対策に積極的に取り組んでいるかの指標となります。

#### <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

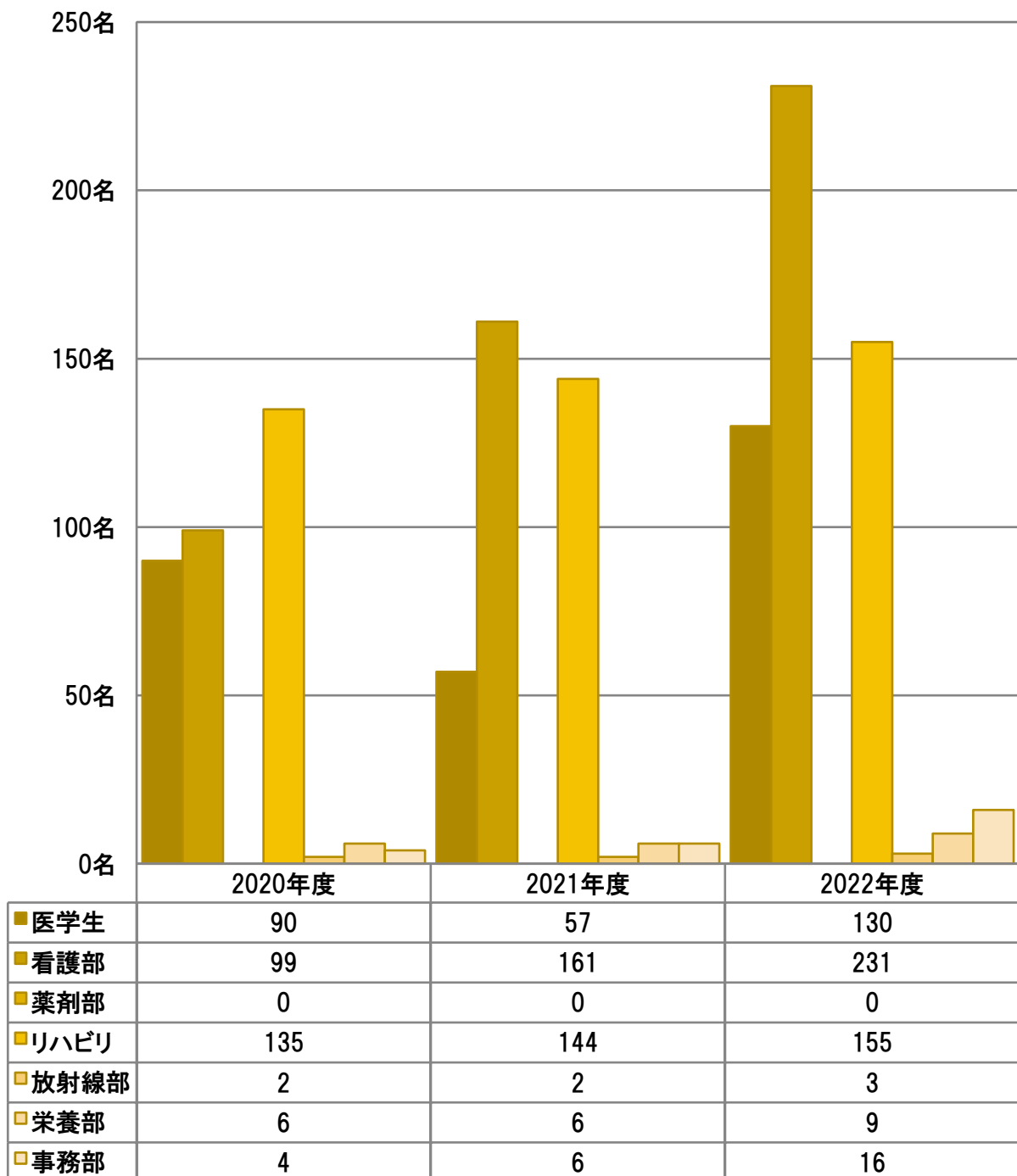
## 教育, その他

### ➤ 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

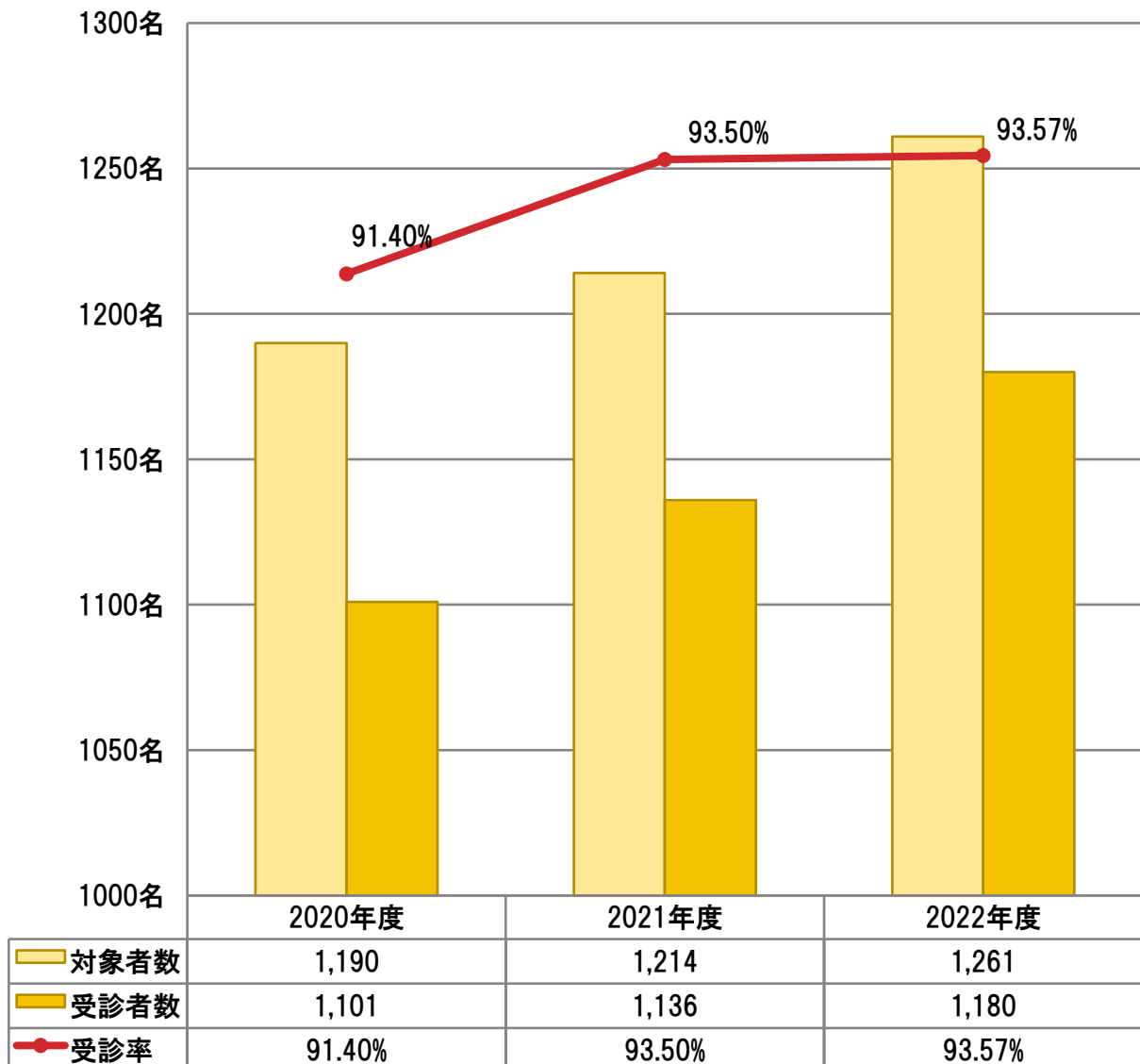
#### <項目の解説>

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>

健康診断受診率 = 健診の受診者数 ÷ 健診受診対象職員数 × 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>

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

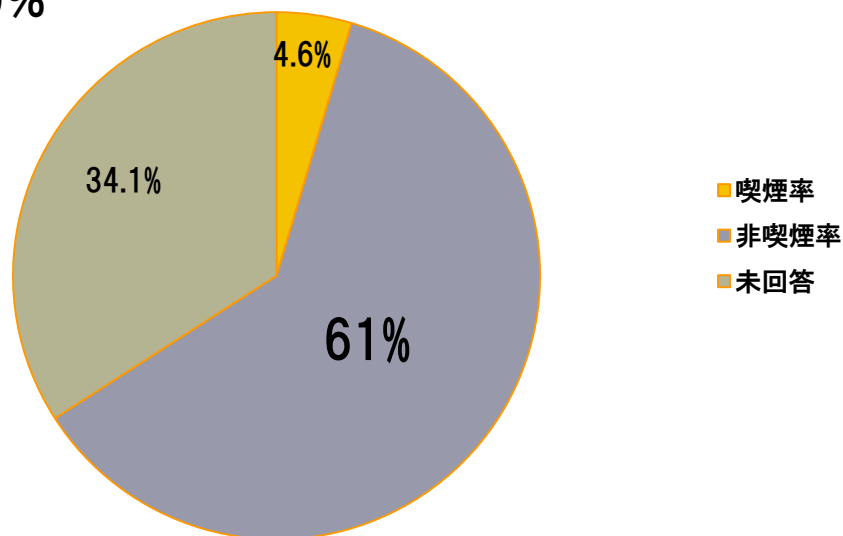
\*3年毎に全職員対象のアンケート形式で調査(一部、休職者は除く)

#### <実績>

### 2022年度調査

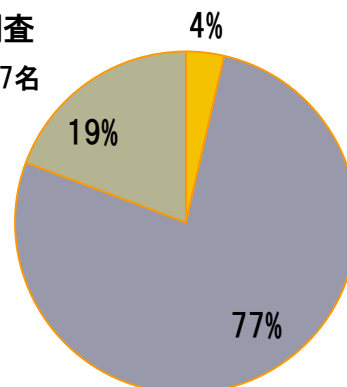
対象者: 1,299名

回答率: 65.9%



### 2018年度調査

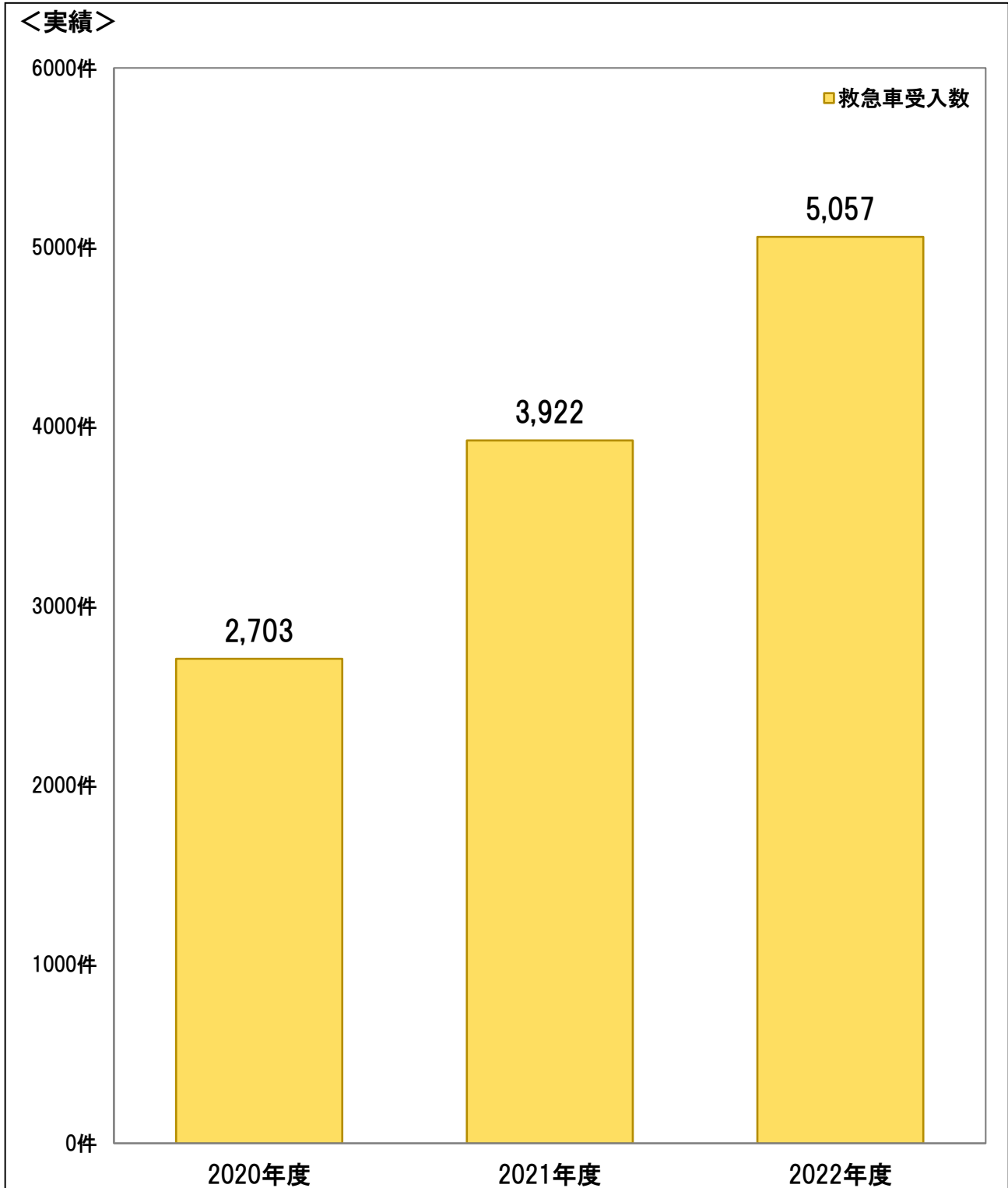
対象者: 1,197名



# 1 - 2. 病院：診療部門

## 救急部門

### ➤ 救急車受入数



	2020年度	2021年度	2022年度
ドクターヘリ受入数	5	9	5
ドクターヘリ手術件数	-	-	-

# 1 - 2. 病院：診療部門

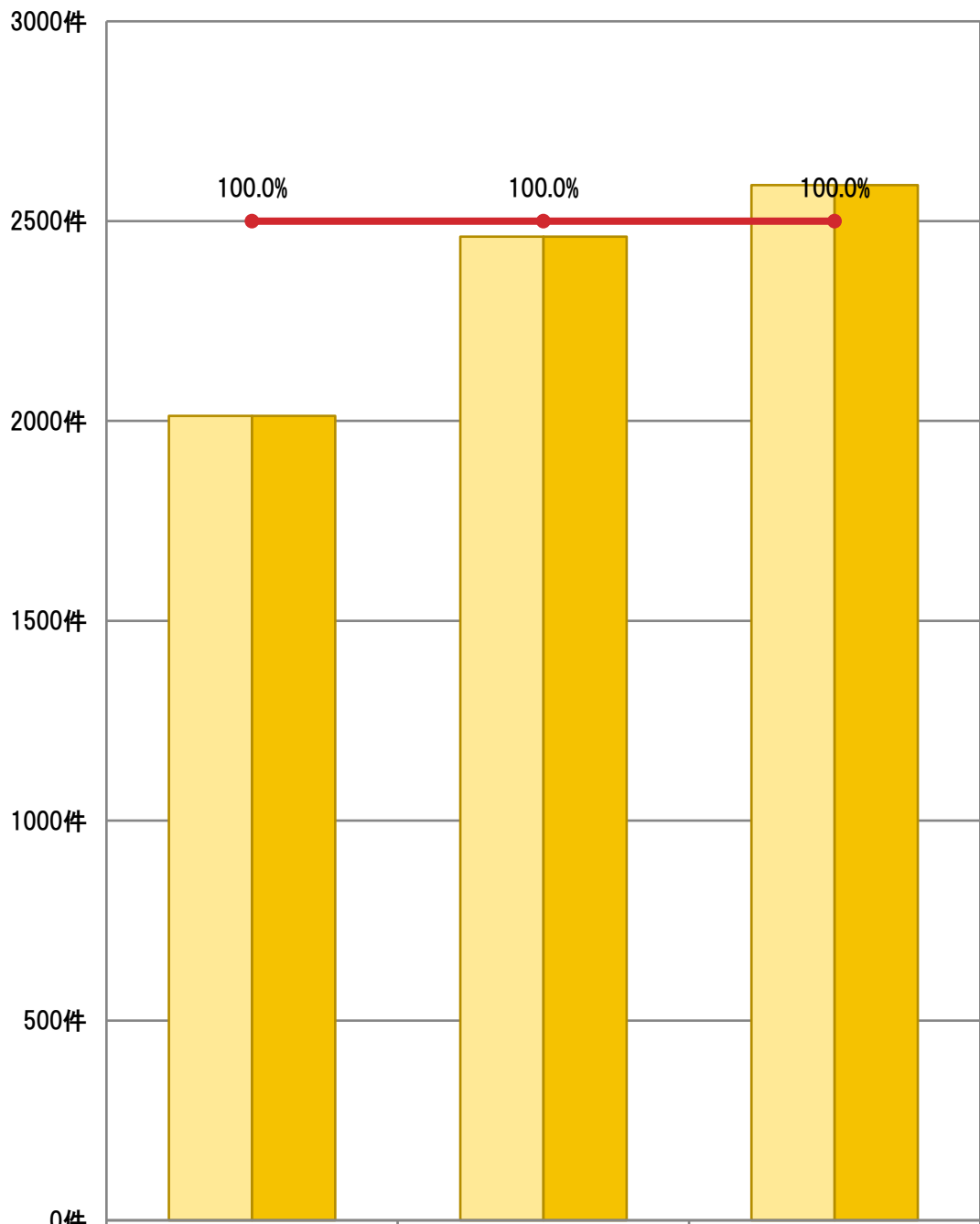
## 手術部門

### ➤ 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>



	2020年度	2021年度	2022年度
手術件数	2,013	2,461	2,590
タイムアウト施行数	2,013	2,461	2,590
タイムアウト施行率	100.0%	100.0%	100.0%

# 1 - 2. 病院：診療部門

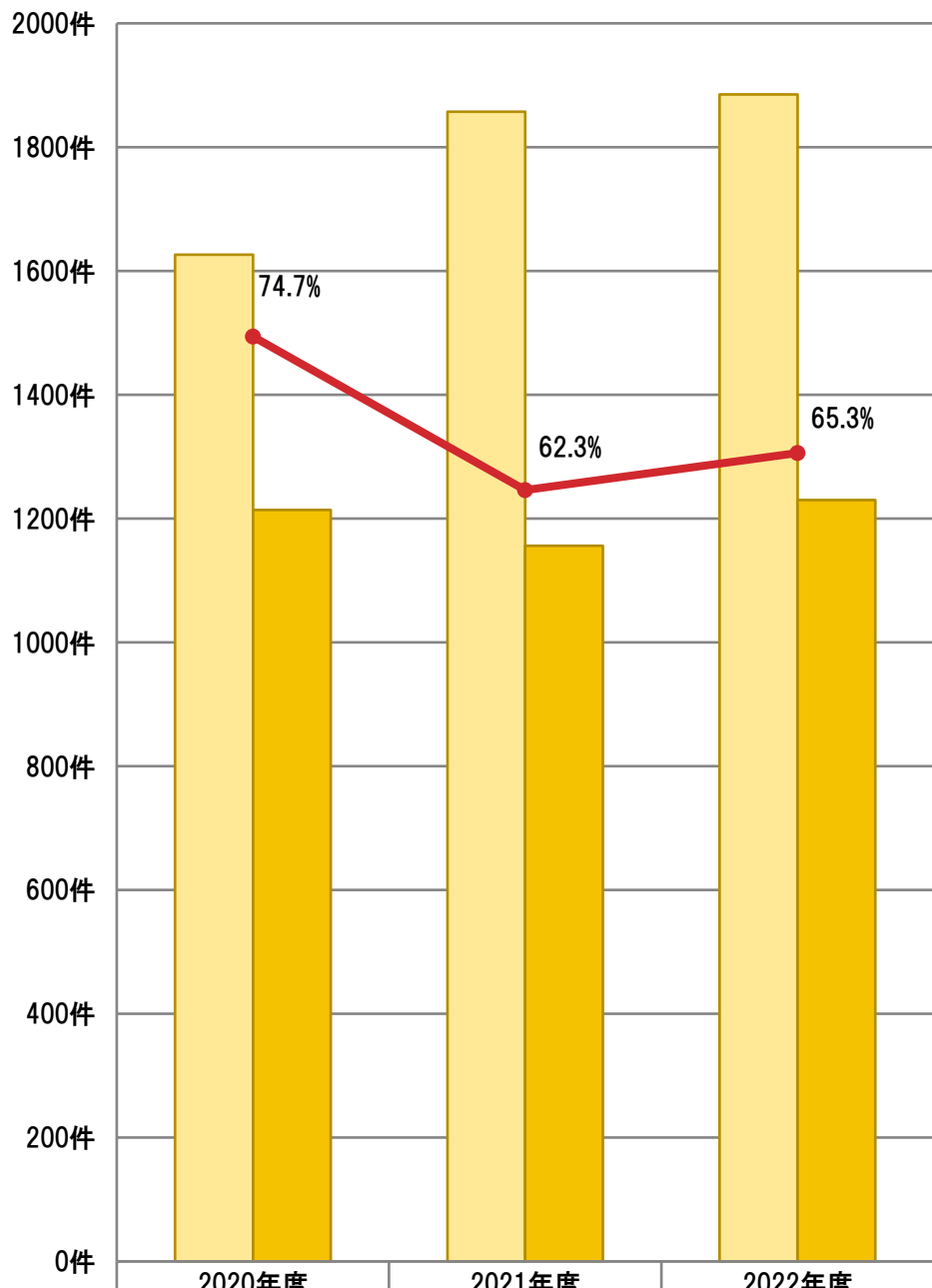
## 手術部門

### ➤ 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>



	2020年度	2021年度	2022年度
全身麻酔実施症例数	1,626	1,857	1,885
うち、肺血栓塞栓症予防症例数	1,214	1,156	1,230
肺血栓塞栓症予防率	74.7%	62.3%	65.3%

# 1 - 2. 病院：診療部門

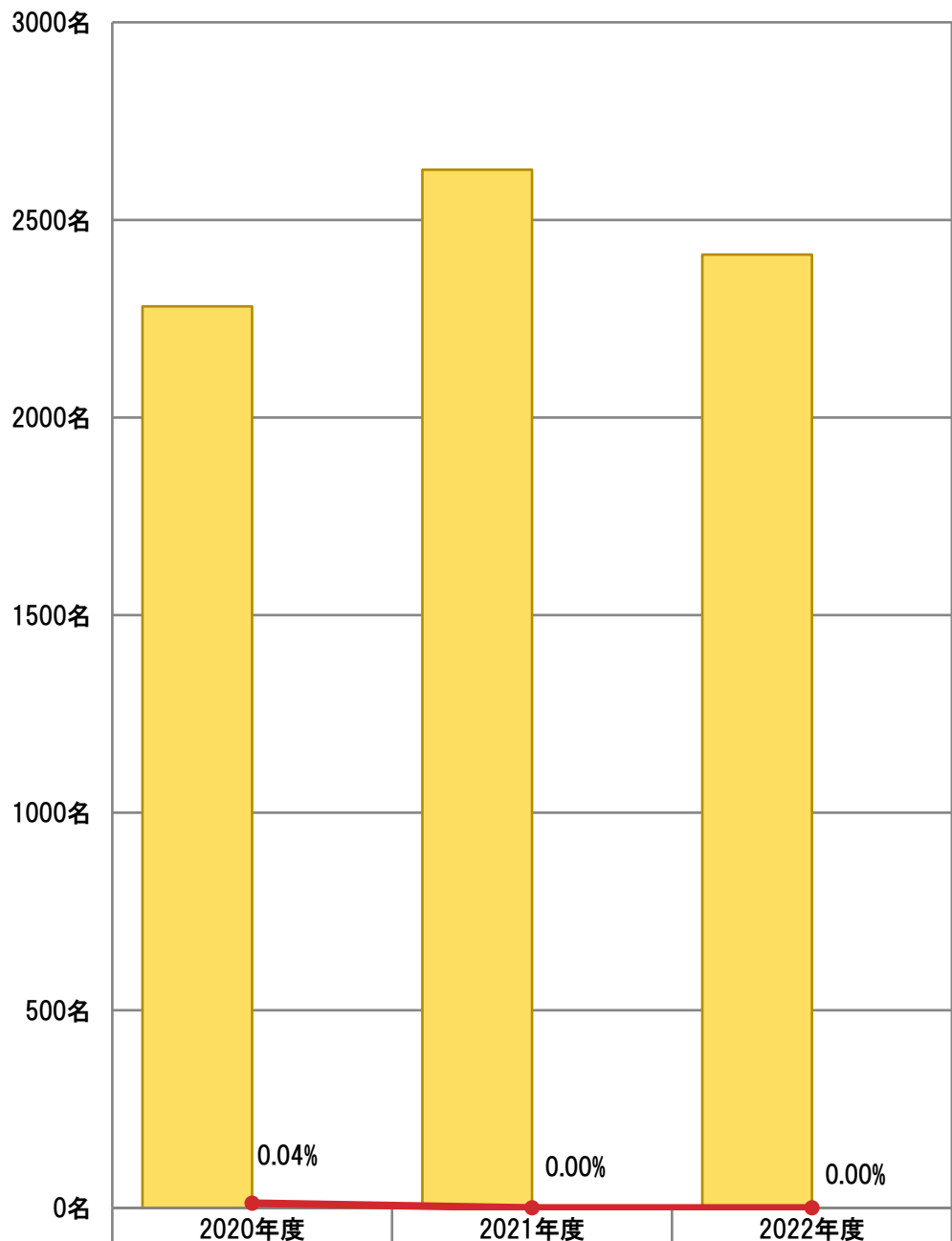
## 手術部門

### ➤ 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>



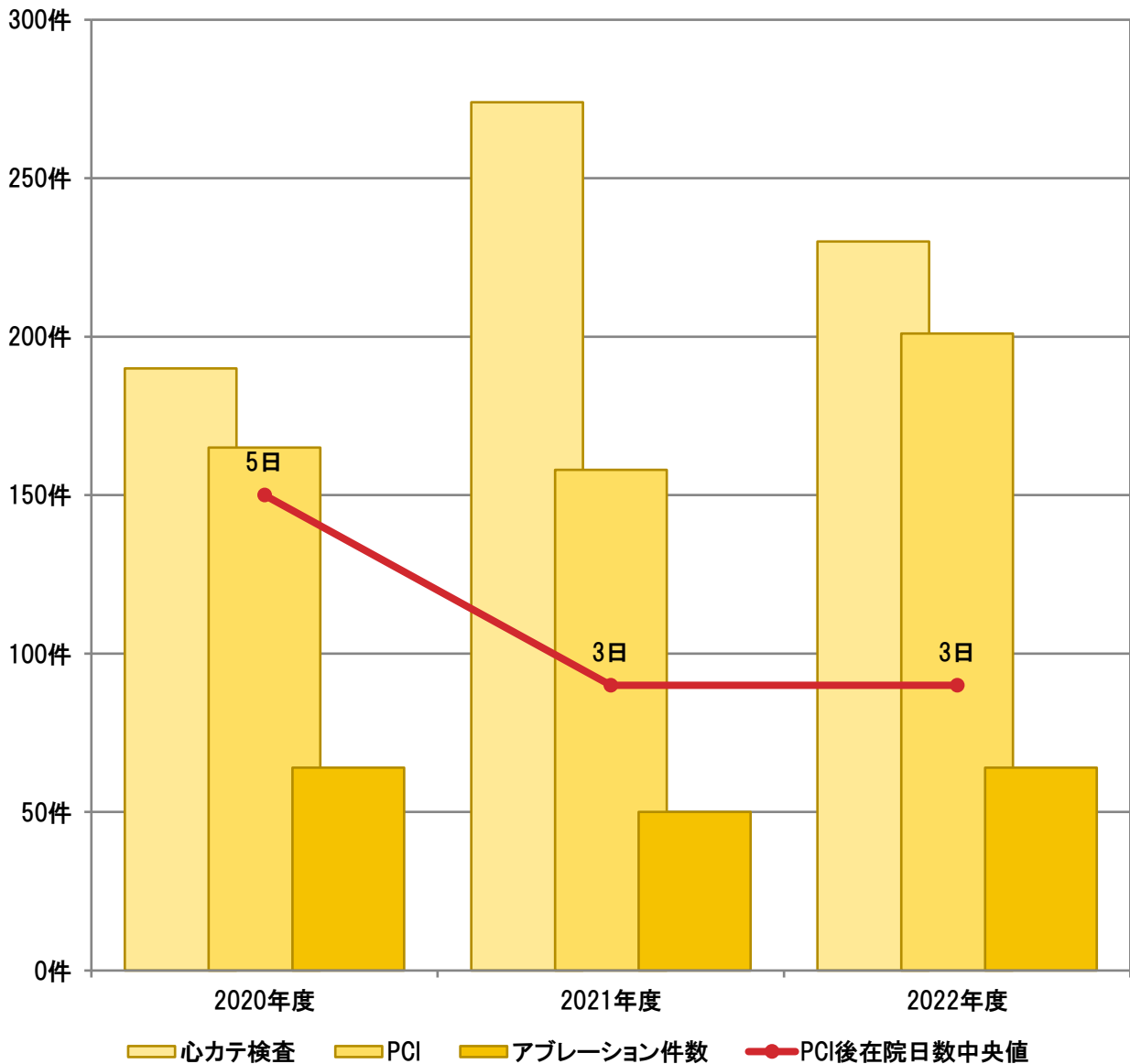
■ 手術患者退院数	2,281	2,627	2,412
■ 術後24時間以内死亡数	1	0	0
● 術後24時間以内死亡率	0.04%	0.00%	0.00%

## 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

<実績>



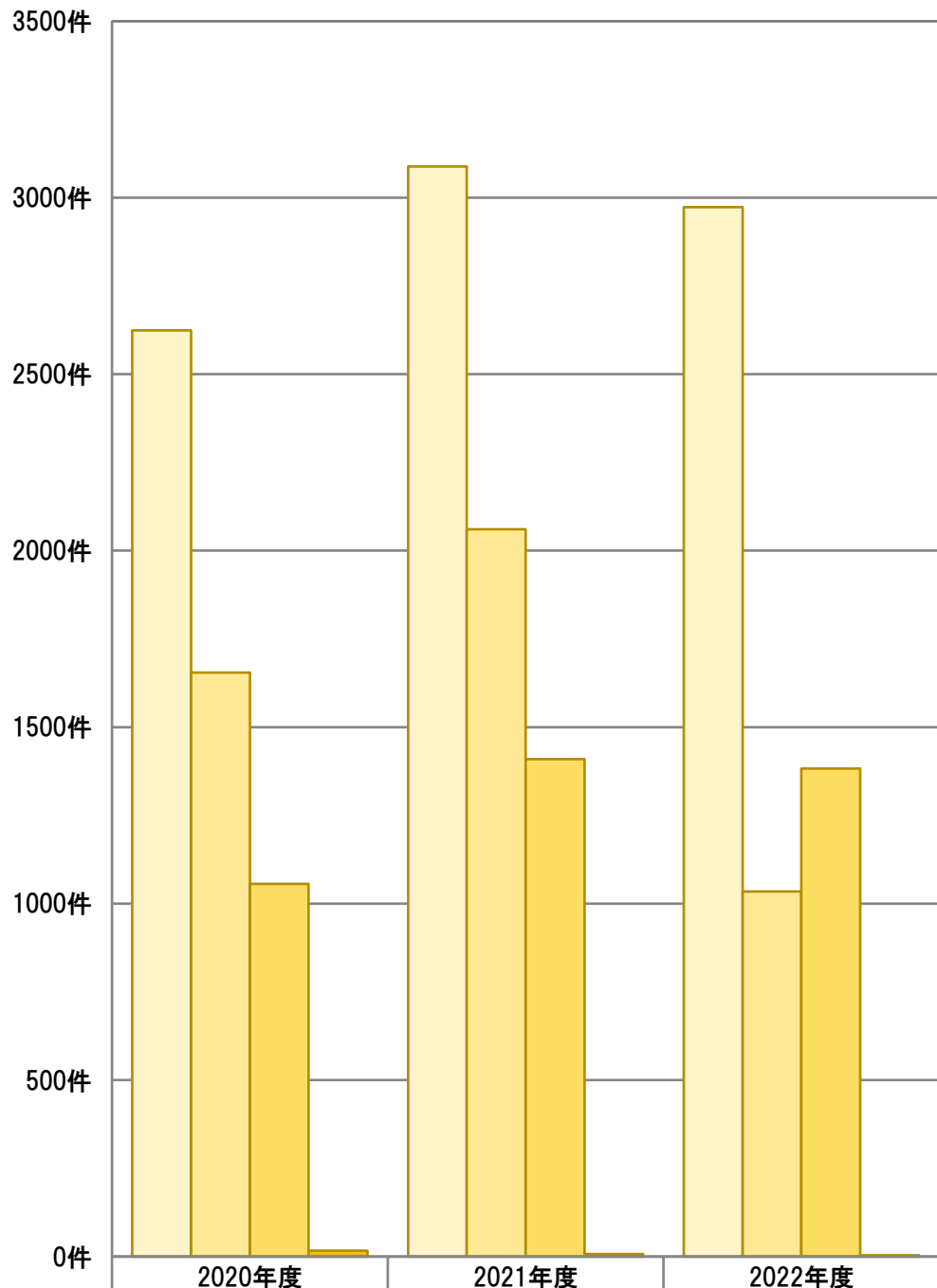
	2020 年度	2021 年度	2022 年度
心カテ検査数	190	274	230
PCI 件数	165	158	201
PCI 後在院日数	5 日	3 日	3 日
PCI 後 24 時間死亡数	0	0	1
アブレーション件数	64	50	64

## 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>



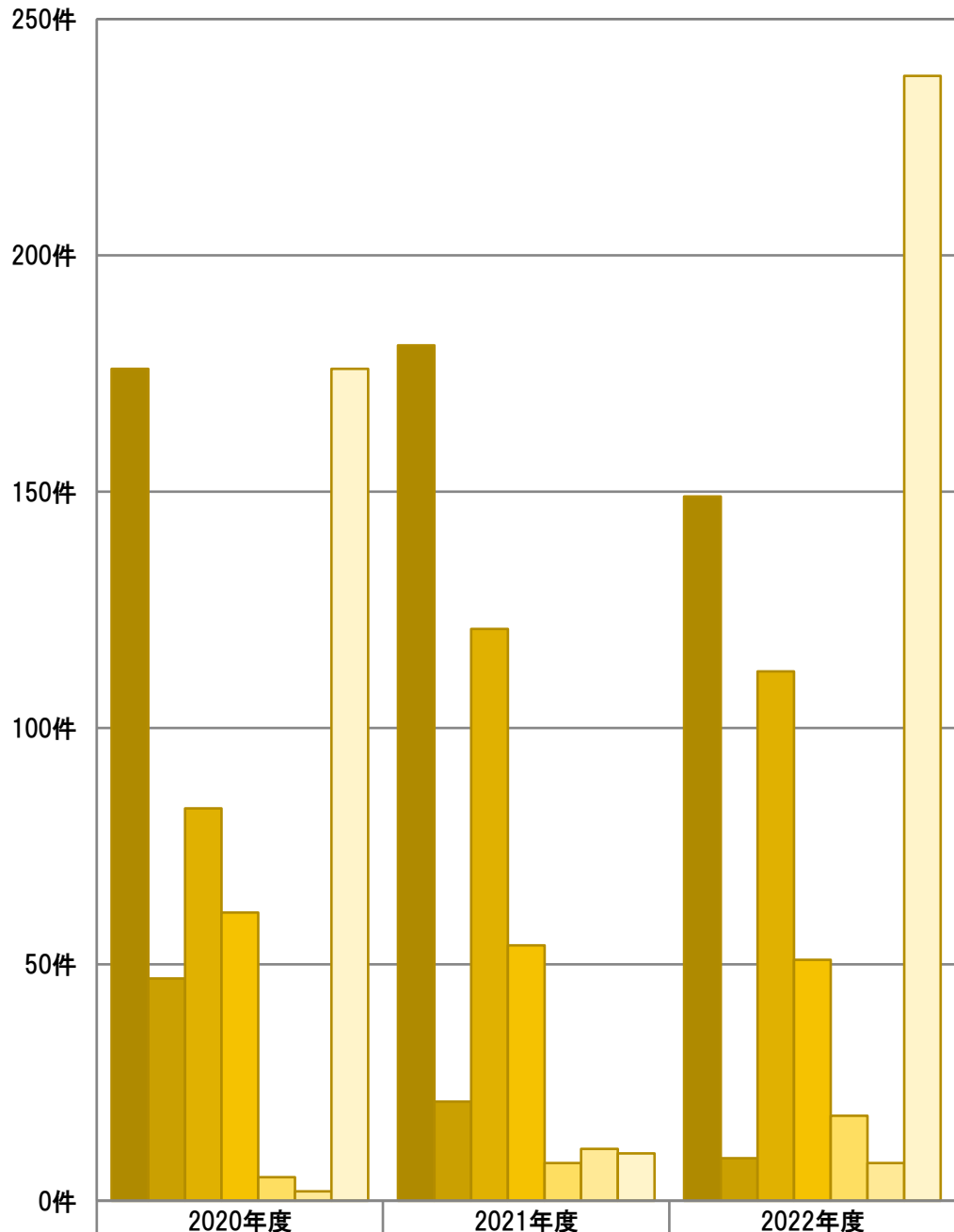
上部内視鏡検査数	2,624	3,089	2,973
下部内視鏡検査数	1,655	2,061	1,034
内視鏡治療件数	1,056	1,409	1,383
内視鏡治療後合併症件数	17	7	4

## 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>



	2020年度	2021年度	2022年度
■ 非ホジキンリンパ腫件数	176	181	149
■ 骨髄異形成症候群件数	47	21	9
■ 急性白血病件数	83	121	112
■ 多発性骨髄腫件数	61	54	51
■ 再生不良性貧血件数	5	8	18
■ 貧血(その他)件数	2	11	8
■ 骨髄穿刺件数	176	10	238



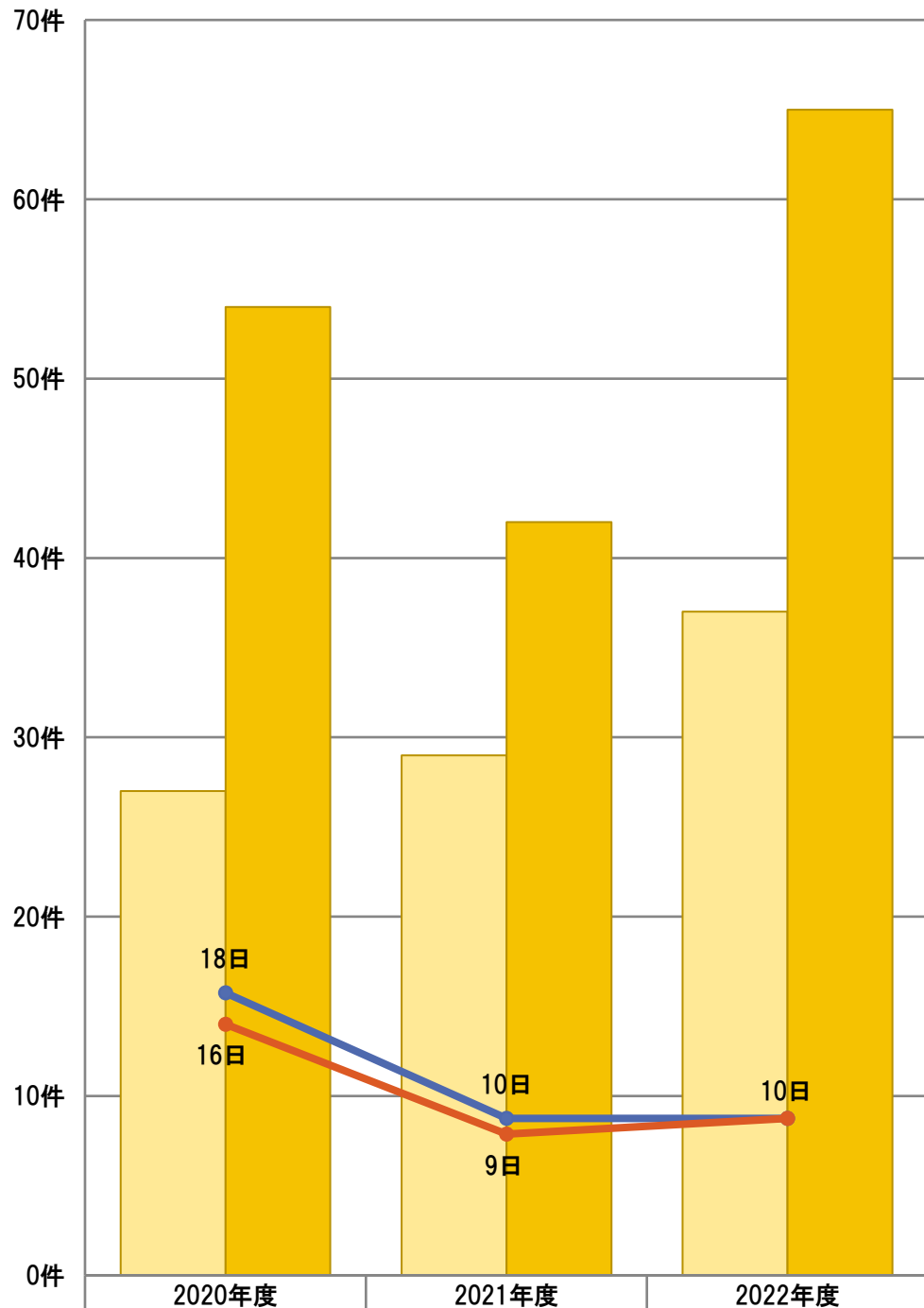
## 1 - 2. 病院：診療部門

### 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	27	29	37
大腸癌手術件数	54	42	65
胃癌術後在院日数	18日	10日	10日
大腸癌術後在院日数	16日	9日	10日

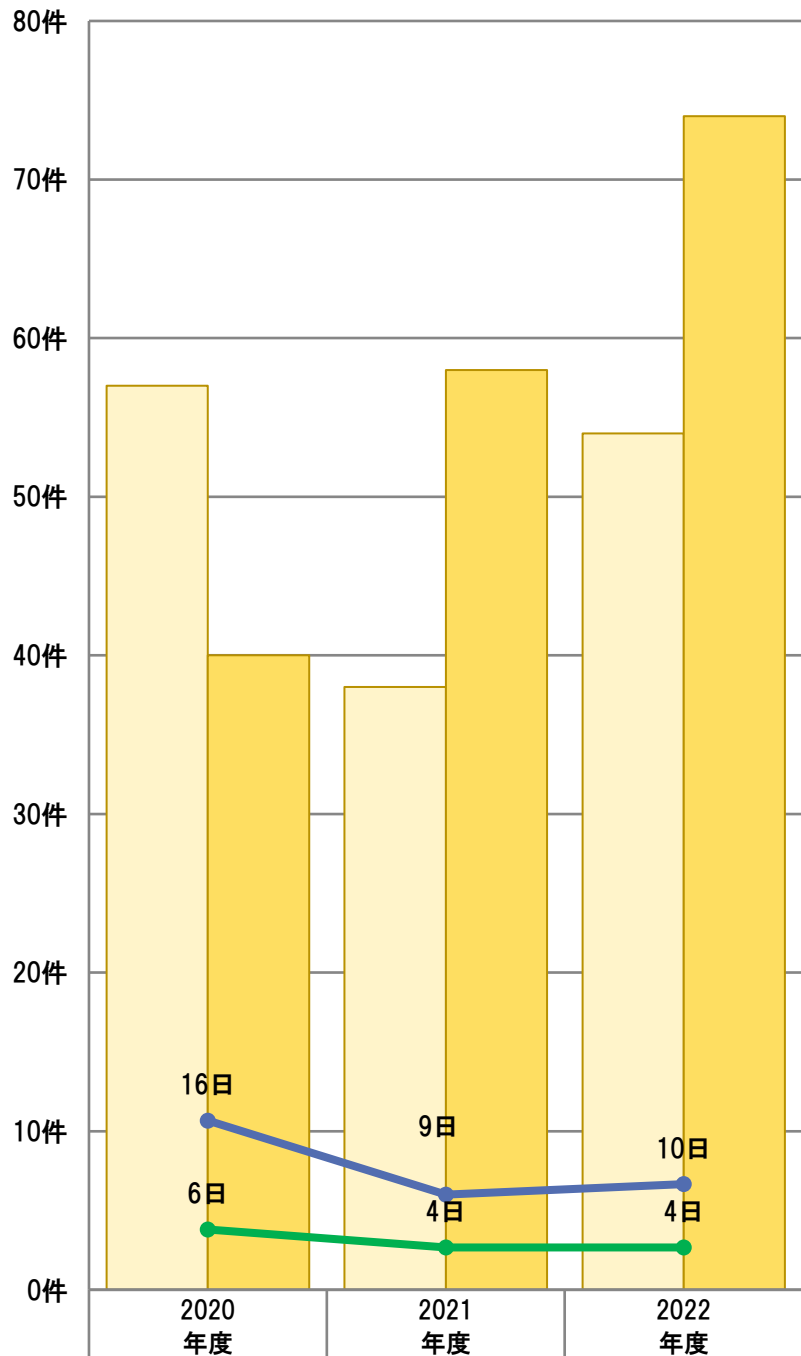
## 1 - 2. 病院：診療部門

### 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>



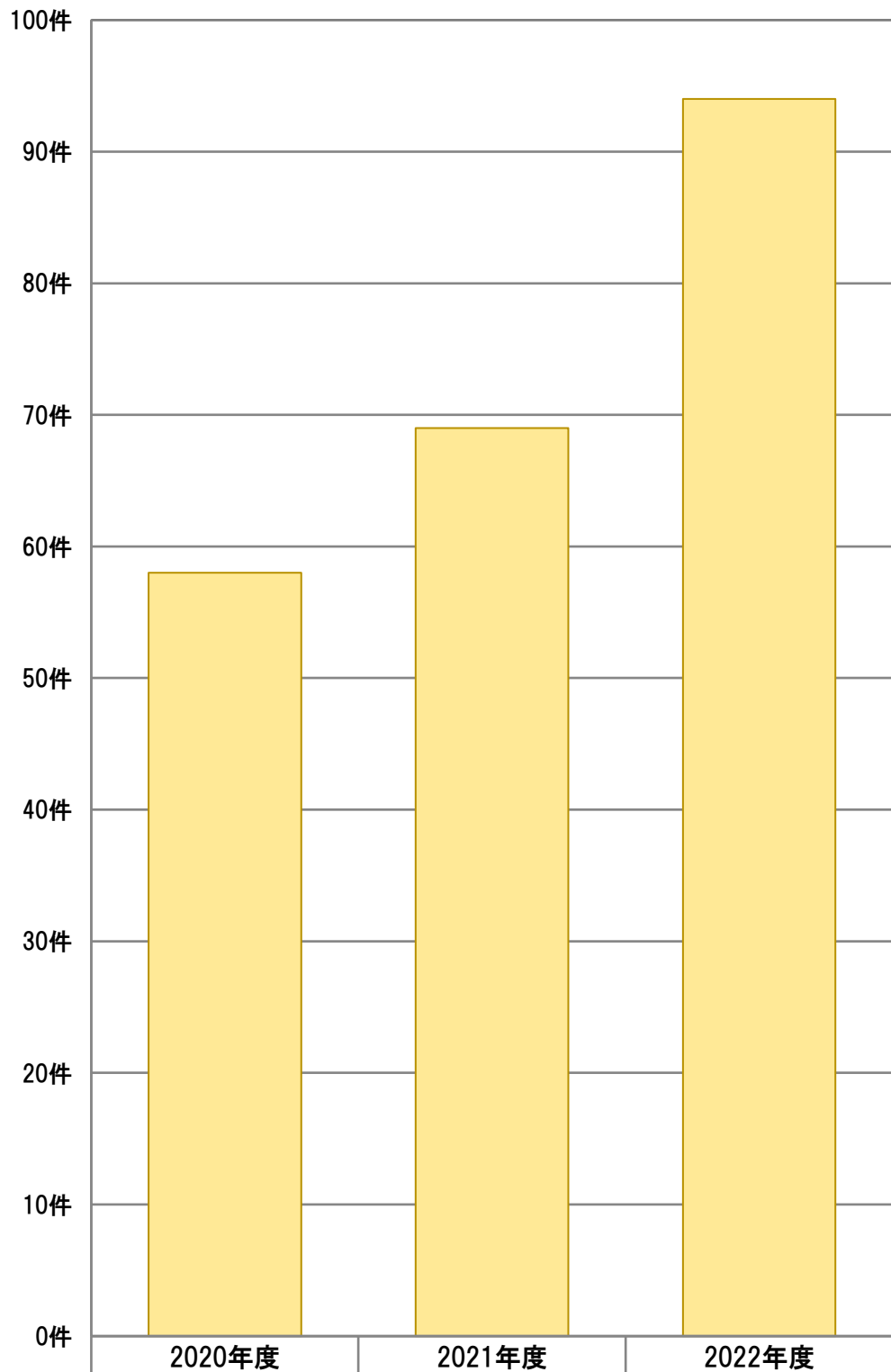
腹腔鏡下結腸・直腸切除術	57	38	54
腹腔鏡下胆嚢摘出術	40	58	74
腹腔鏡下結腸・直腸切除術後在院日数	16日	9日	10日
腹腔鏡下胆嚢摘出術後在院日数	6日	4日	4日

## 1 - 2. 病院：診療部門

### 診療各科

#### ➤ 気管支鏡検査数,合併症発生数

<実績>



■ 気管支鏡検査件数  
 ■ 合併症

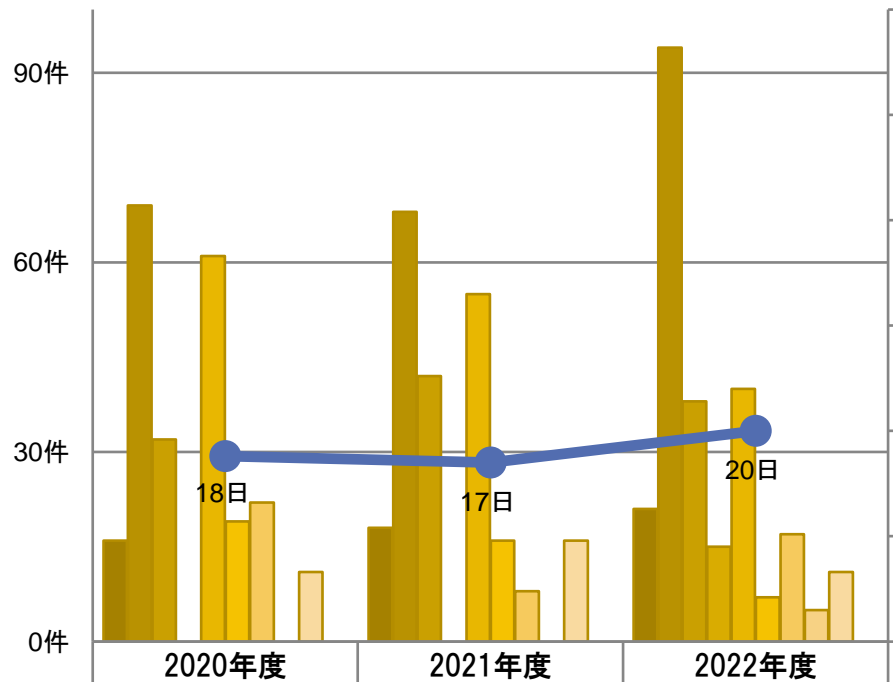
## 1-2. 病院：診療部門

### 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>



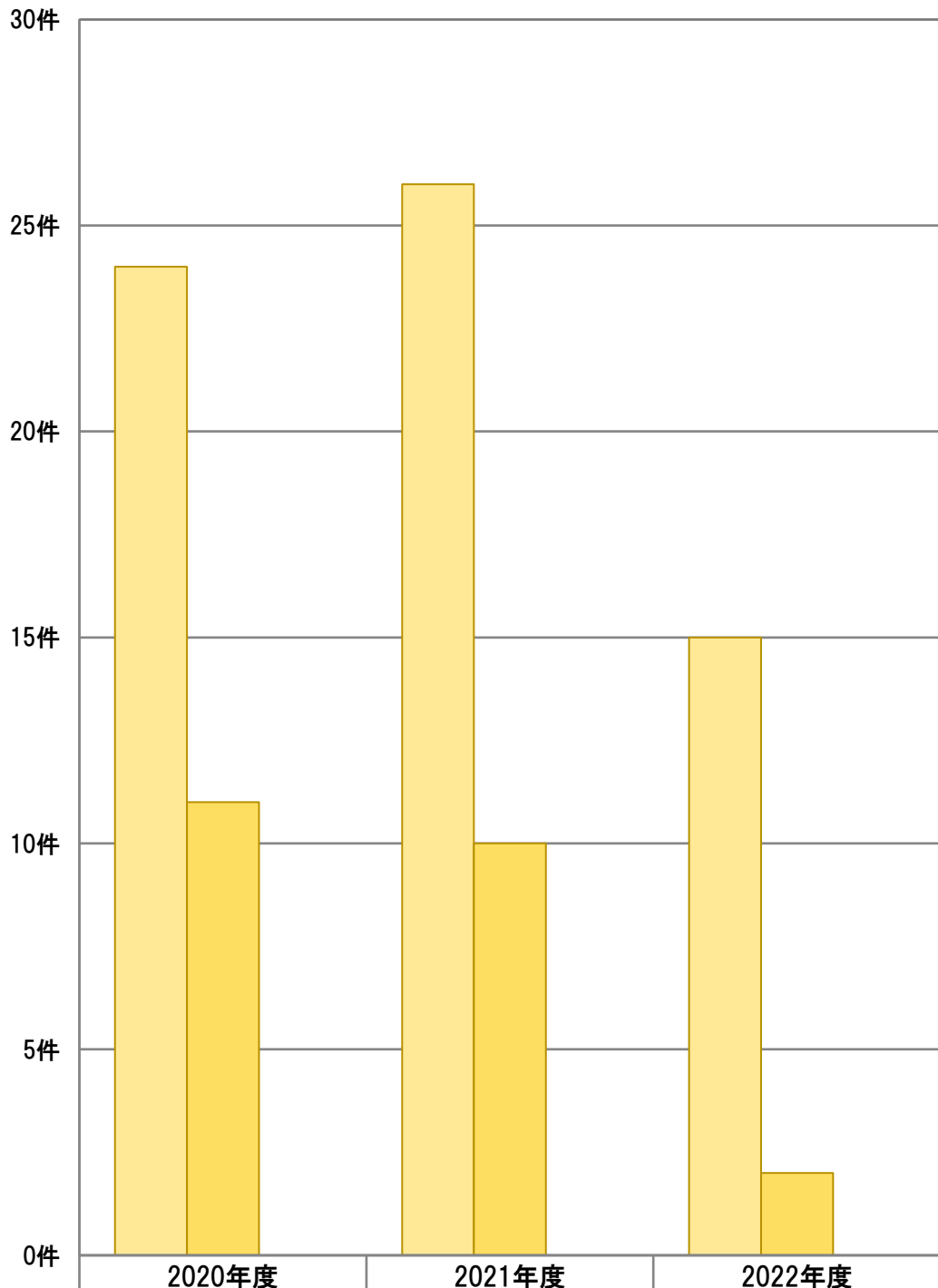
	2020年度	2021年度	2022年度
冠動脈、大動脈バイパス移植術件数	16	18	21
下肢静脈瘤手術件数	69	68	94
大動脈瘤切除術件数	32	42	38
弁置換術件数	-	-	15
ステントグラフト内挿術件数	61	55	40
四肢の血管拡張術・血栓除去術件数	19	16	7
胸腔鏡下左心耳切除術件数	22	8	17
弁形成術件数	-	-	5
血管移植術、バイパス移植術件数	11	16	11
胸腔鏡下心膜開窓術件数	-	-	-
冠動脈、大動脈バイパス移植術後在院日数	18日	17日	20日

## 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・合併症発生数

<実績>



■ 脳血管造影件数	24	26	15
■ IVR件数	11	10	2
■ 合併症発生数	-	-	-

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>



	2020年度	2021年度	2022年度
人工股関節置換術件数	153	149	144
人工骨頭挿入術(股)件数	26	31	33
人工膝関節置換術件数	107	124	144
人工股関節置換術後在院日数	22日	19日	18日
人工骨頭挿入術(股)後在院日数	26日	38日	32日
人工膝関節置換術後在院日数	25日	21日	21日

# 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

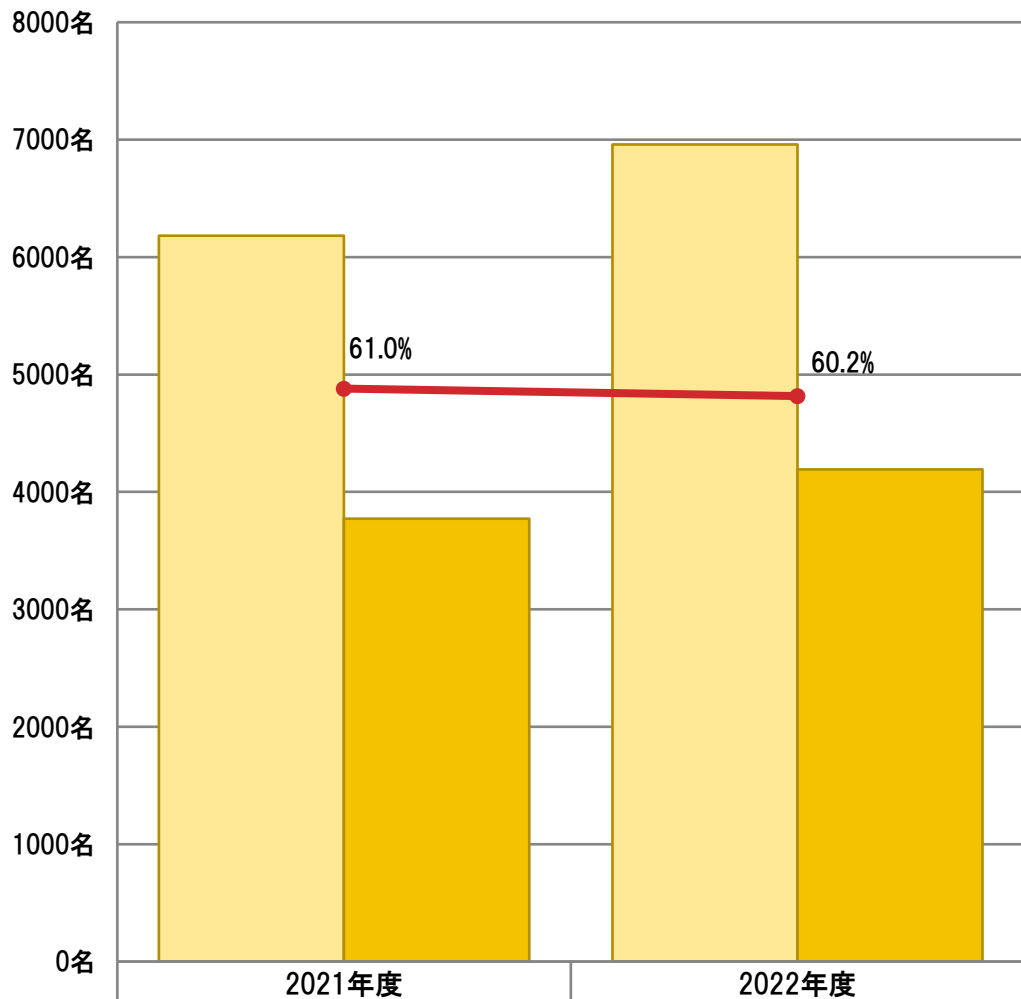
#### <項目の解説>

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	6,182	6,960
リハビリ実施退院患者	3,772	4,192
リハビリ実施率	61.0%	60.2%

# 1 - 3. 病院：診療支援部門

## 薬剤部

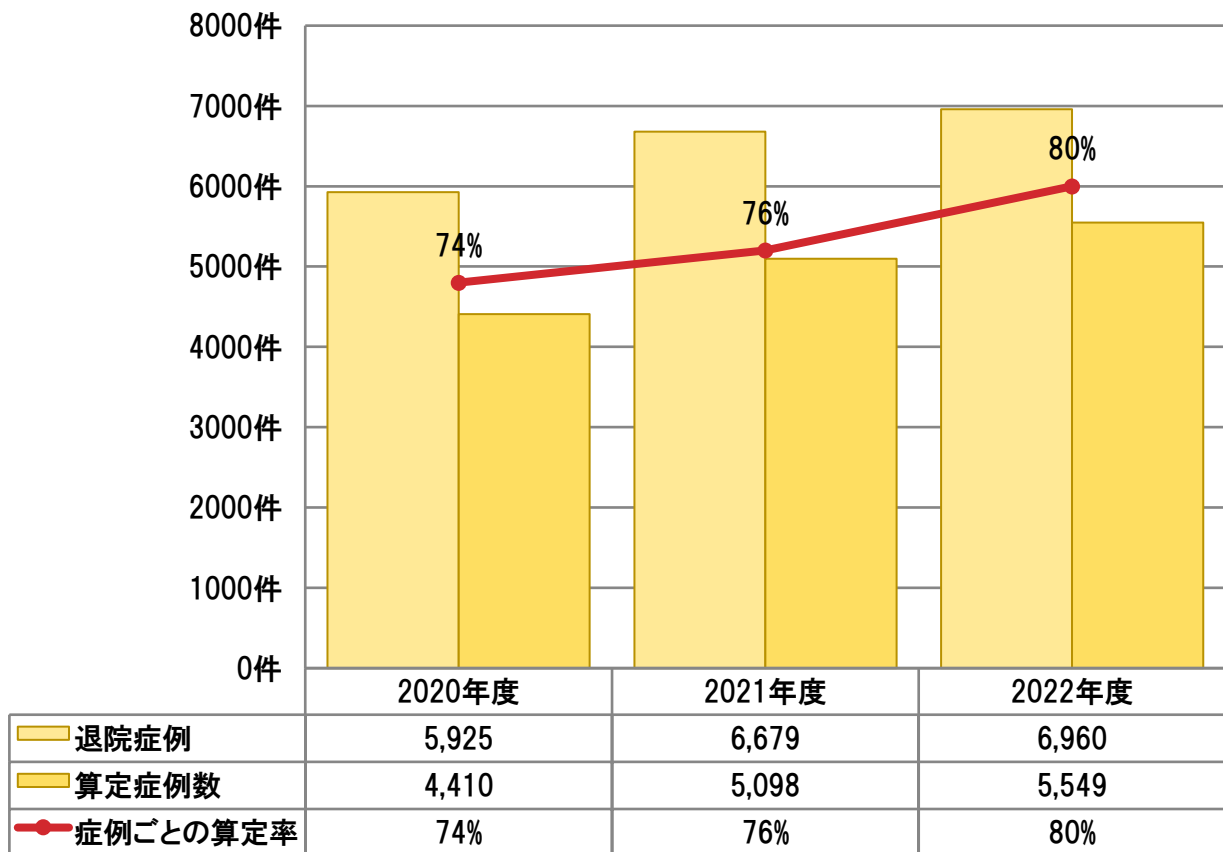
### ➤ 薬剤管理指導件数・率

#### <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。

#### <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

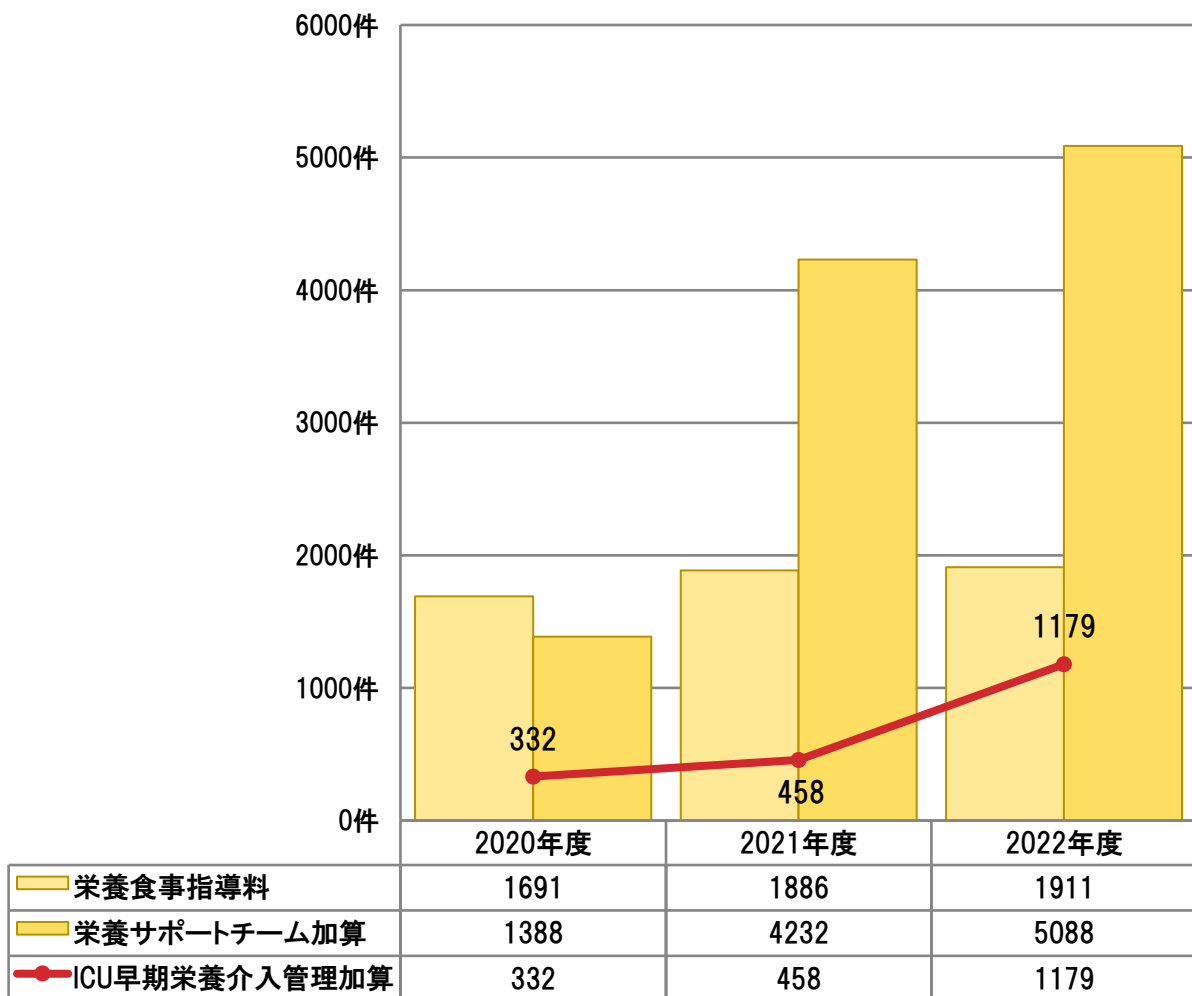
## 栄養管理課

### ➤ 栄養食事指導料

#### <項目の解説>

疾患予防・治療としての栄養食事指導、入院医療の栄養管理としての栄養サポートチーム加算、そして早期離床・在宅復帰の促進としてのICU早期栄養介入管理加算など、管理栄養士が病棟配置されて患者の栄養管理を充実させることで、在院日数の短縮および他職種の業務負担軽減になることが報告されている。

#### <実績>



#### <当院での取り組み>

管理栄養士の病棟配置、専従が診療報酬の評価対象になってきており、今後も拡大していくと考えられる。管理栄養士が行う業務が、患者治療や病院経営に与える影響を示していき、今後の改定に備えた組織作りを継続していく。

## 1 - 3. 病院：診療支援部門

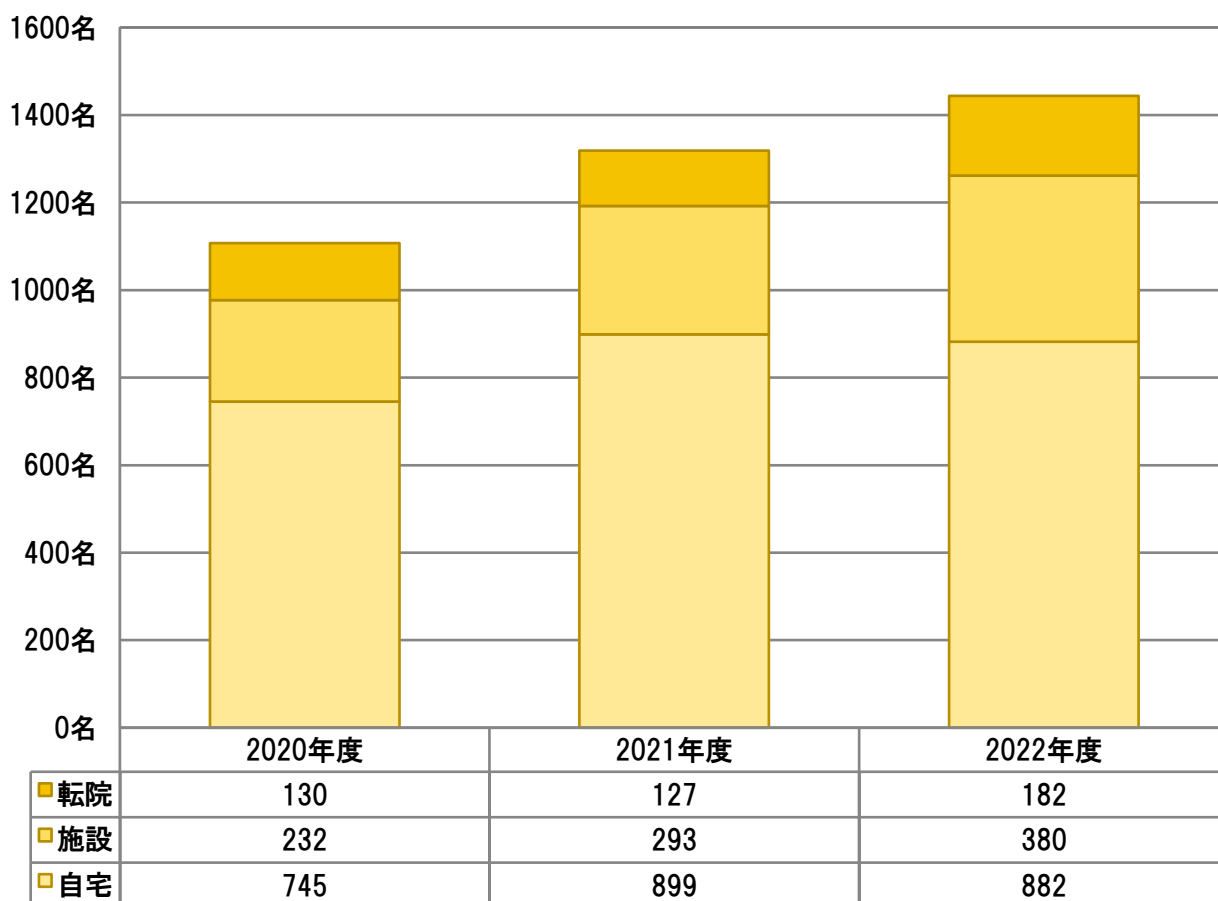
### 医療相談室

#### ➤ 退院支援看護師・MSW の介入による退院患者数

##### <項目の解説>

医療相談室では、退院支援看護師とMSW(医療ソーシャルワーカー)が配置され、急性期、回復期、慢性期において自宅退院、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を行っています。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、生活期への移行を効果的に行うことで、退院後の不安を軽減し、より納得した療養先を提供できると考えています。

##### <実績>



##### <当院の取り組み>

各病棟に退院支援職員が配置され、入院初期から退院に向けた取り組みを始めています。地域包括ケア病棟では、地域の医療機関やケアマネジャーからの入院相談を積極的に受け入れ、在宅療養を支える役割を担っています。今後も地域包括ケアシステムの推進を図り、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

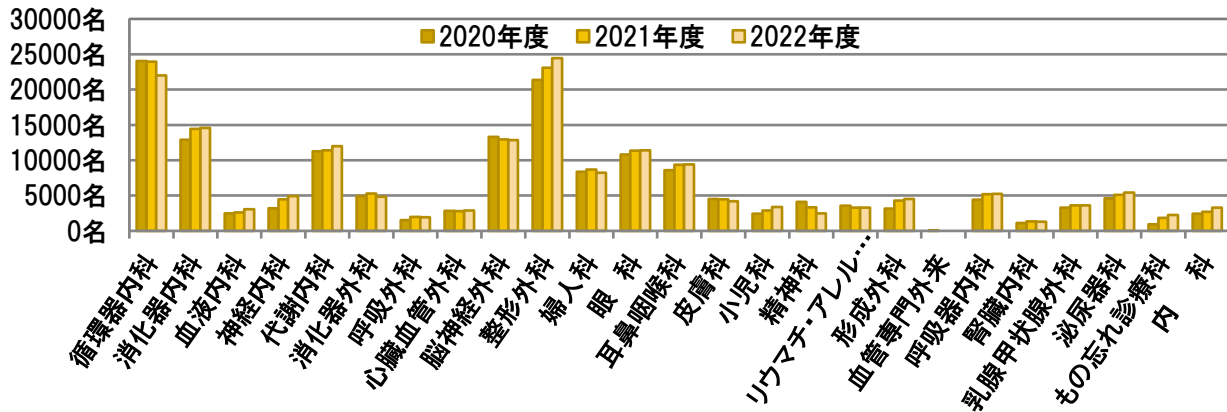
### 筑波総合クリニック

#### ➤ 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>



	2020年度	2021年度	2022年度
循環器内科	24,029	23,939	22,010
消化器内科	12,900	14,426	14,564
血液内科	2,487	2,601	3,052
神経内科	3,227	4,455	4,916
代謝内科	11,282	11,398	11,993
消化器外科	4,907	5,302	4,841
呼吸外科	1,547	1,981	1,943
心臓血管外科	2,853	2,786	2,874
脳神経外科	13,296	12,961	12,843
整形外科	21,367	23,097	24,449
婦人科	8,362	8,683	8,243
眼科	10,810	11,370	11,412
耳鼻咽喉科	8,618	9,369	9,416
皮膚科	4,516	4,460	4,217
小児科	2,412	2,885	3,370
精神科	4,094	3,331	2,497
リウマチ・アレルギー科	3,553	3,278	3,278
形成外科	3,173	4,282	4,515
血管専門外来	60	-	-
呼吸器内科	4,444	5,216	5,232
腎臓内科	1,142	1,345	1,303
乳腺甲状腺外科	3,276	3,595	3,631
泌尿器科	4,598	5,092	5,444
もの忘れ診療科	917	1,866	2,255
内科	2,422	2,703	3,275
合計	160,292	170,448	171,573

## 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>

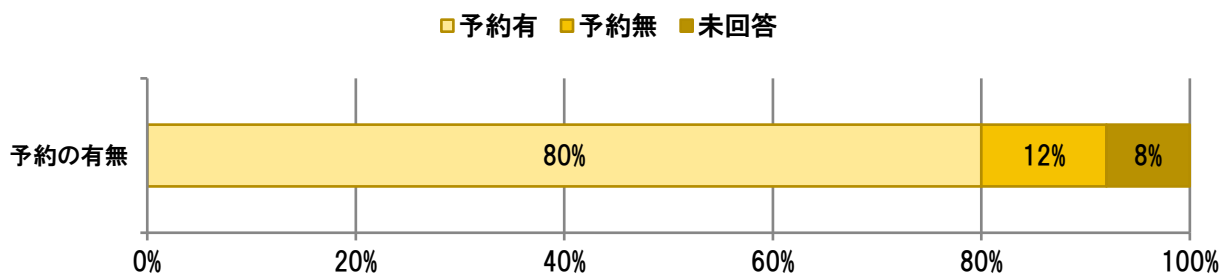
患者サービスの向上を目的とし、患者満足度調査を実施しています。  
 各部門での待ち時間や、職員の対応、設備面などの満足度を各部門で共有し、患者サービスの向上に努めてまいります。

具体的なお意見には、検討し改善に努めます。

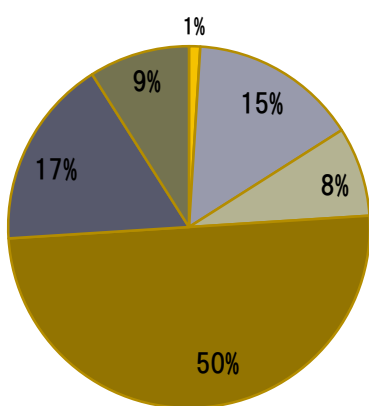
**※新型コロナウイルス感染拡大防止のため無し**

##### <実績>

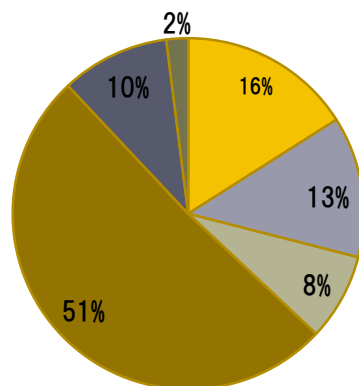
2015 年度調査



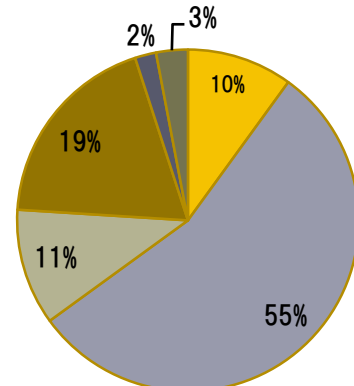
##### 診療待ち時間\*



##### 会計待ち時間



##### 予約制度の満足感



■ 未回答 ■ 短い  
 ■ やや短い ■ 普通  
 ■ やや長い ■ 長い

■ 未回答 ■ 満足  
 ■ やや満足 ■ 普通  
 ■ やや不満 ■ 不満

\*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。

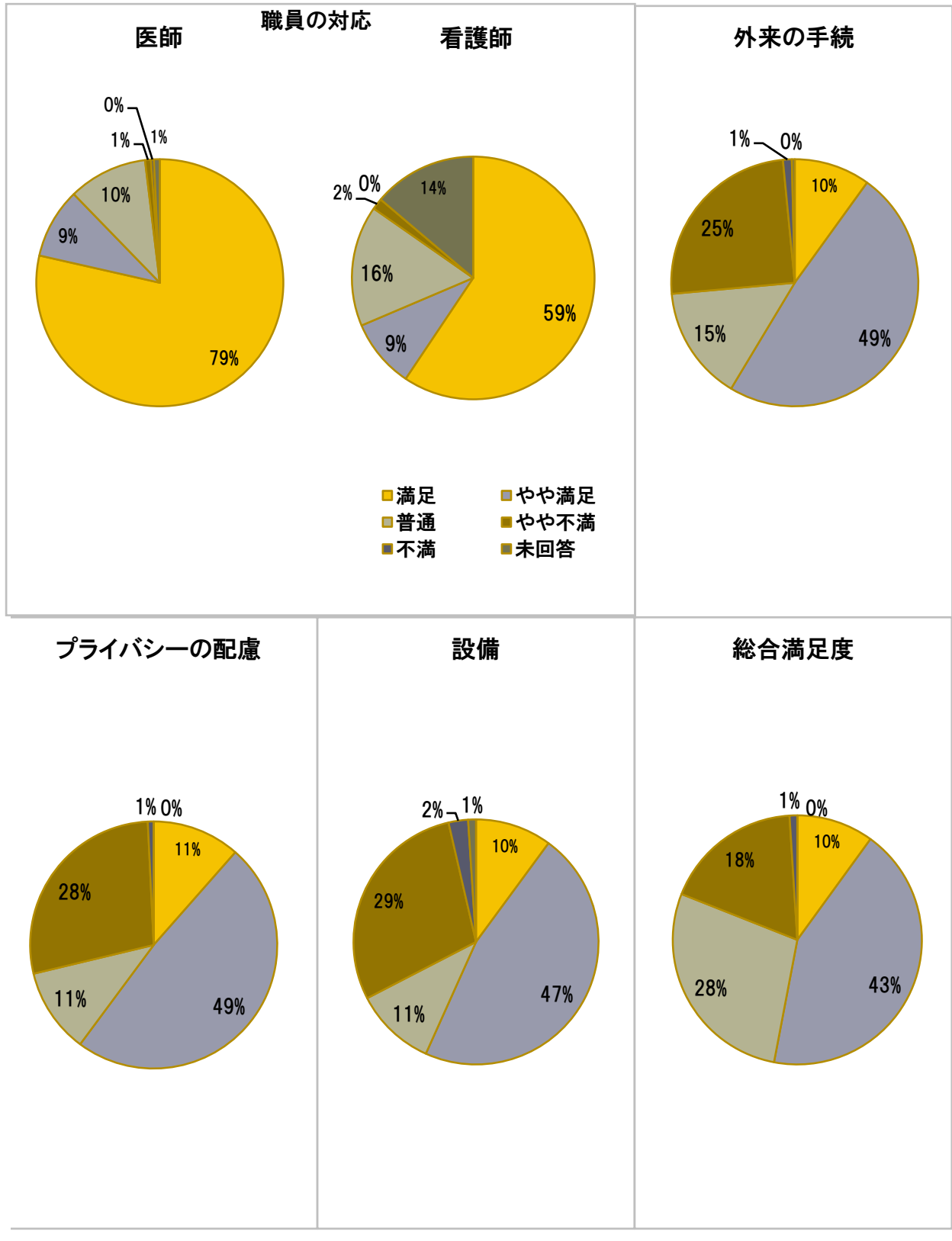
## 2. 関連施設

### 筑波総合クリニック

#### ➤ 患者満足度②

<実績>

2015 年度調査

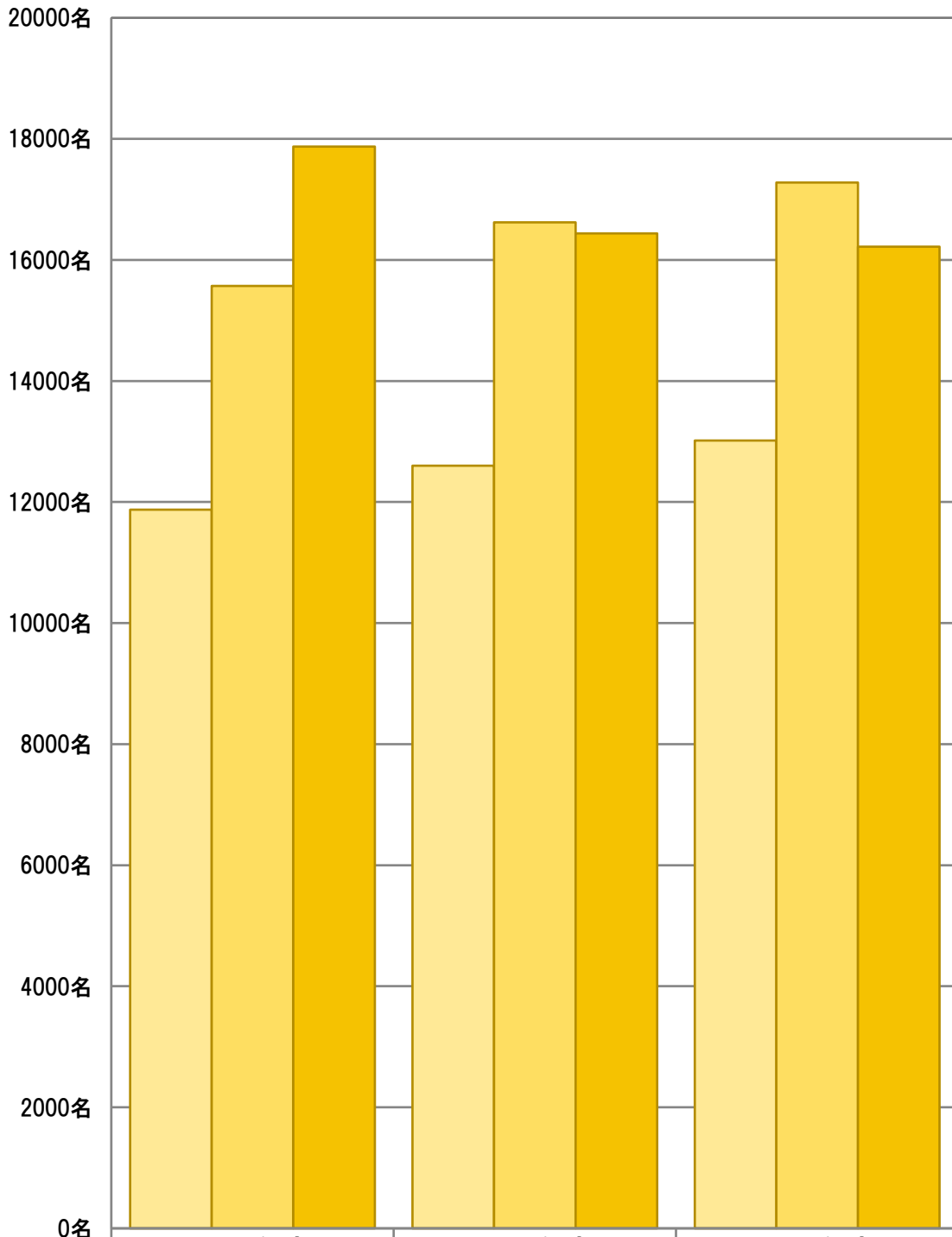


## 2. 関連施設

### 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>



	2020年度	2021年度	2022年度
□ 人間ドック	11,873	12,599	13,014
□ 院内健診	15,569	16,619	17,278
□ 巡回健診	17,873	16,439	16,217

## 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

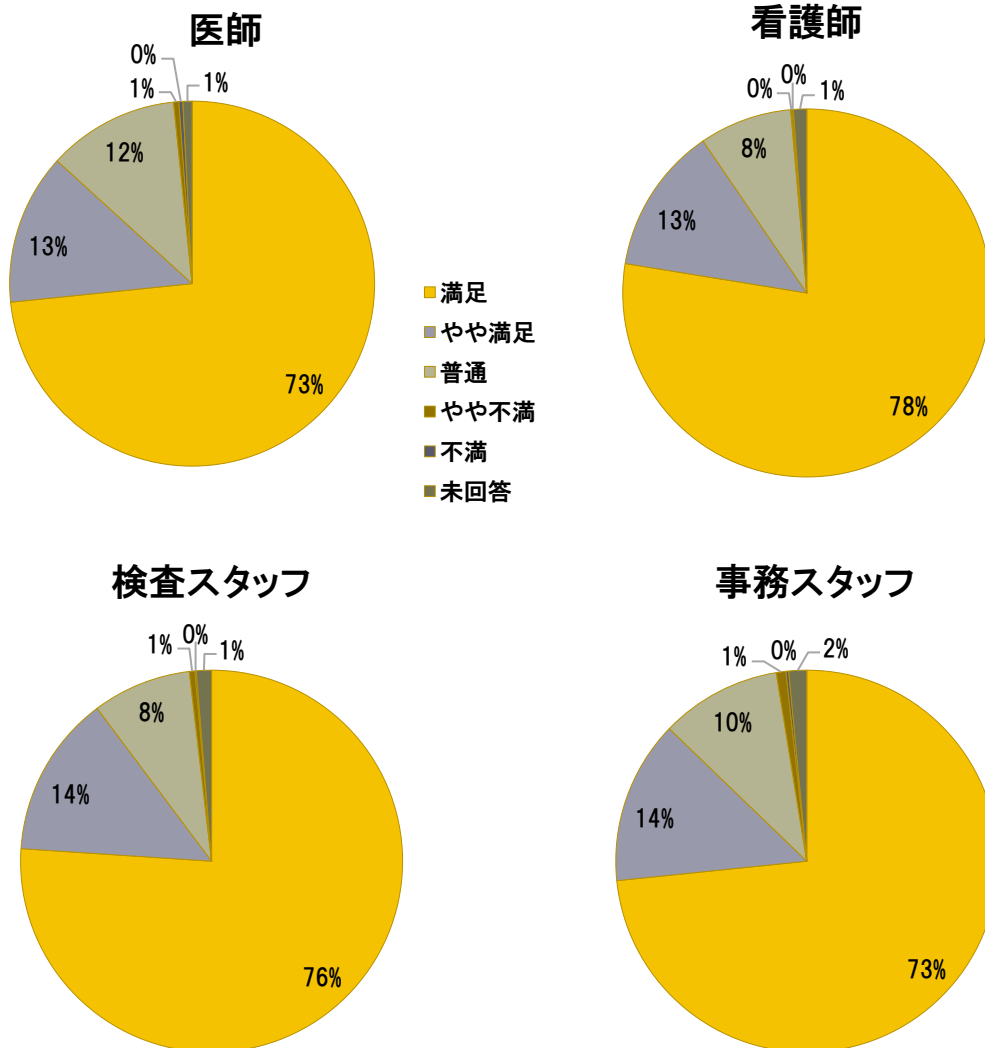
##### <項目の解説>

健診の質向上を目的とし、年1回満足度調査を実施しています。2022年度は11月16日～12月15日に行いました。受診者から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。これらの情報を職員間で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>

2022年度調査

#### 言葉遣い・対応

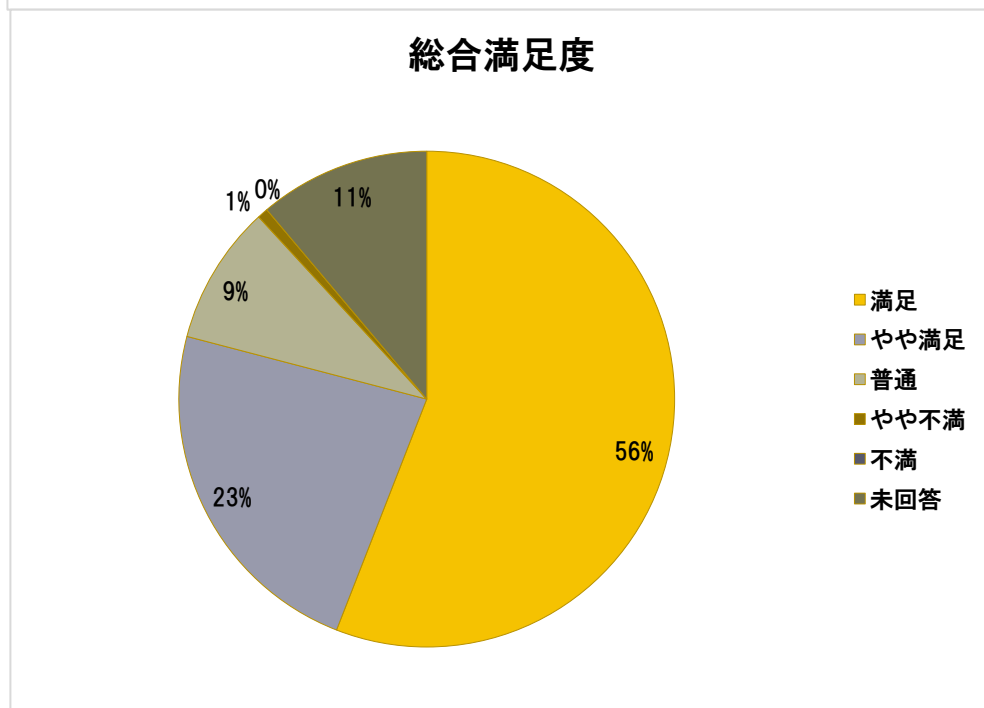
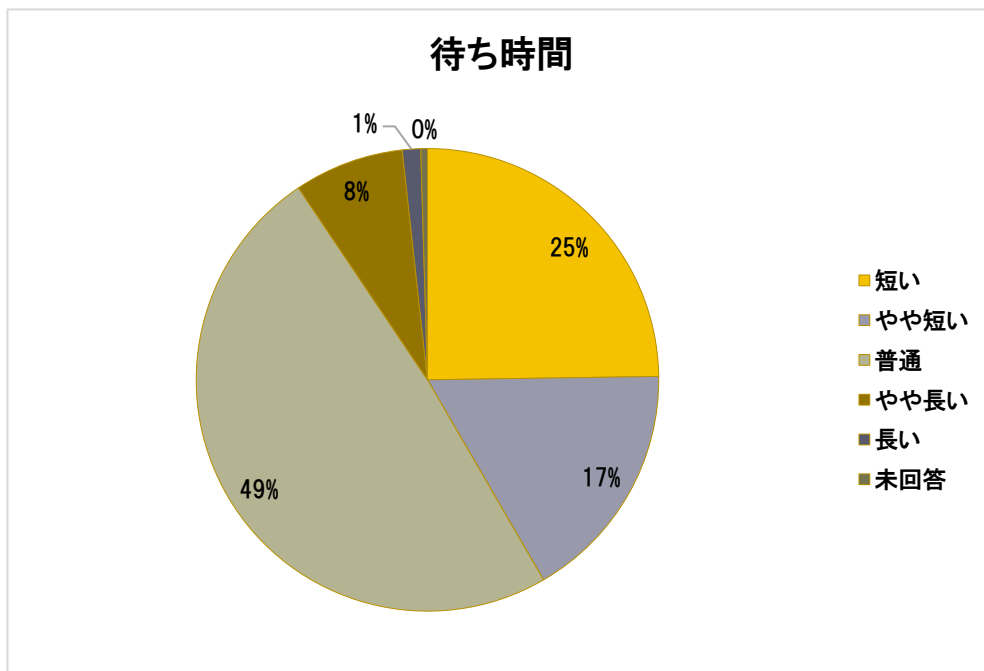


## 2. 関連施設

### つくばトータルヘルスプラザ

#### ➤ 受診者満足度②

<実績>



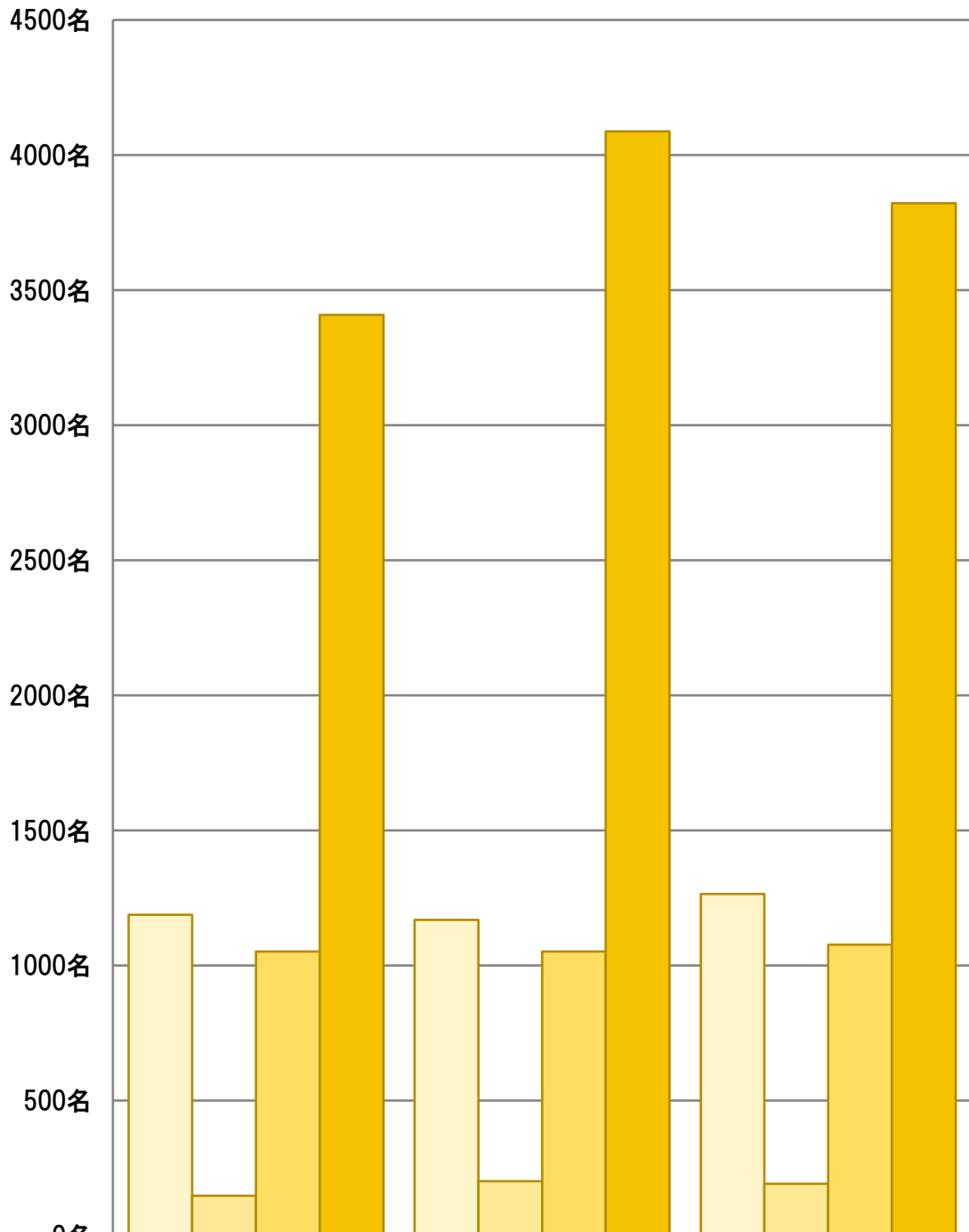


## 2. 関連施設

### つくばケアセンター

#### ➤ 利用者数

<実績>



	2020年度	2021年度	2022年度
入所者数	1,188	1,169	1,264
ショートステイ	147	201	192
通所リハビリ	1,051	1,051	1,077
訪問リハビリ	3,408	4,087	3,822

## 2. 関連施設

### つくばケアセンター

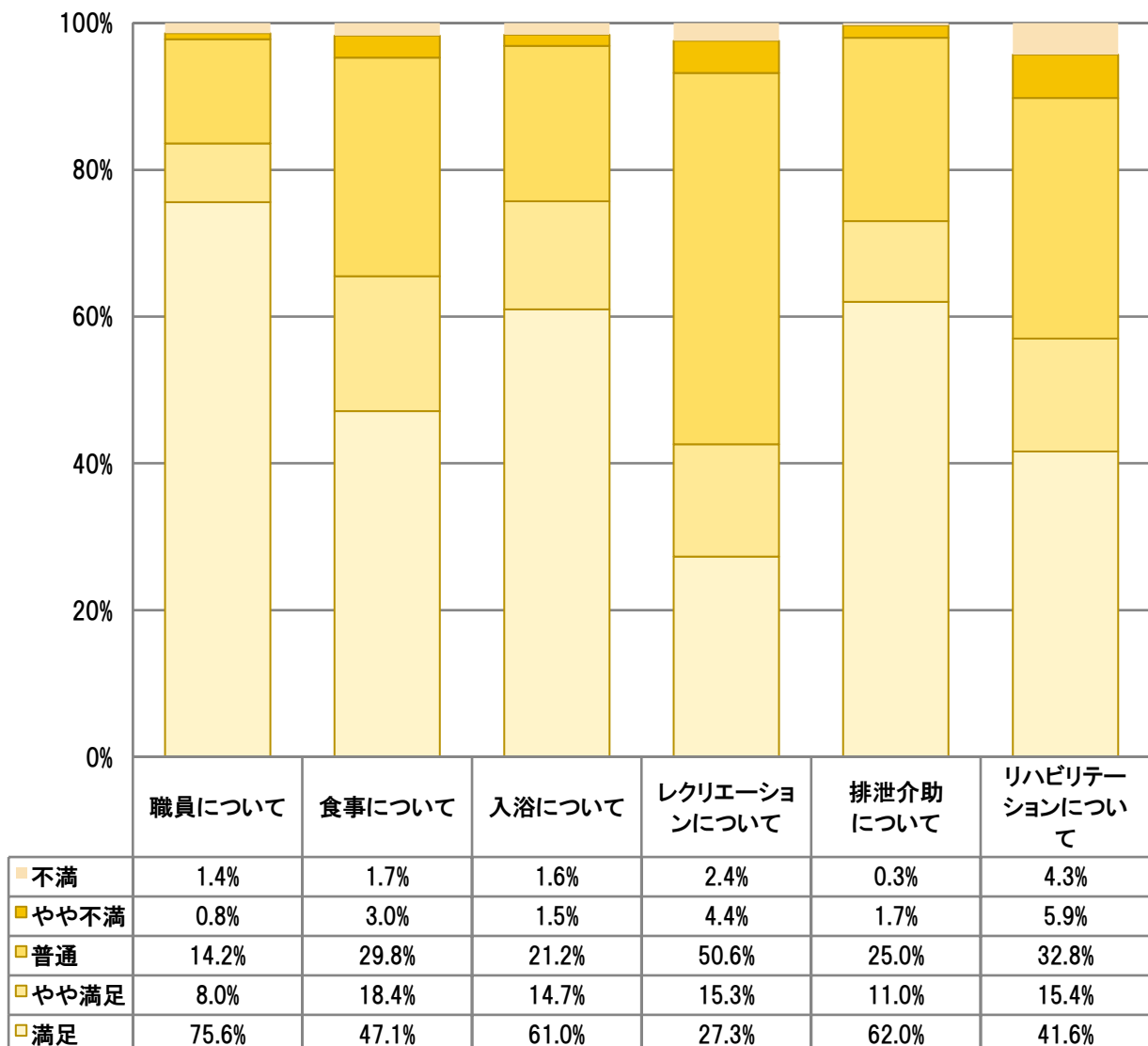
#### ➤ 利用者満足度

##### <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>

2022年度調査



## 2. 関連施設

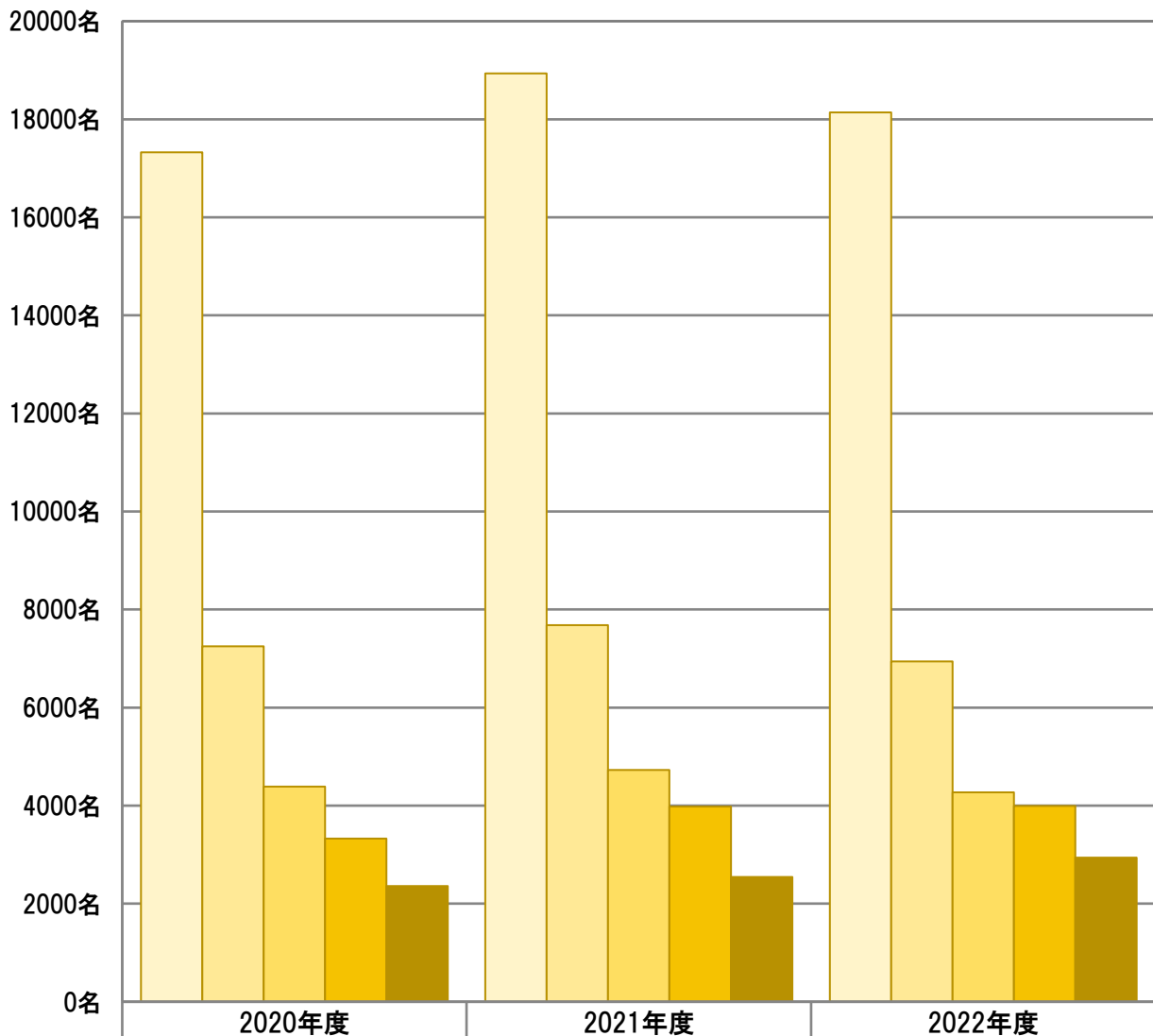
### つくばケアセンター

#### ➤ 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>



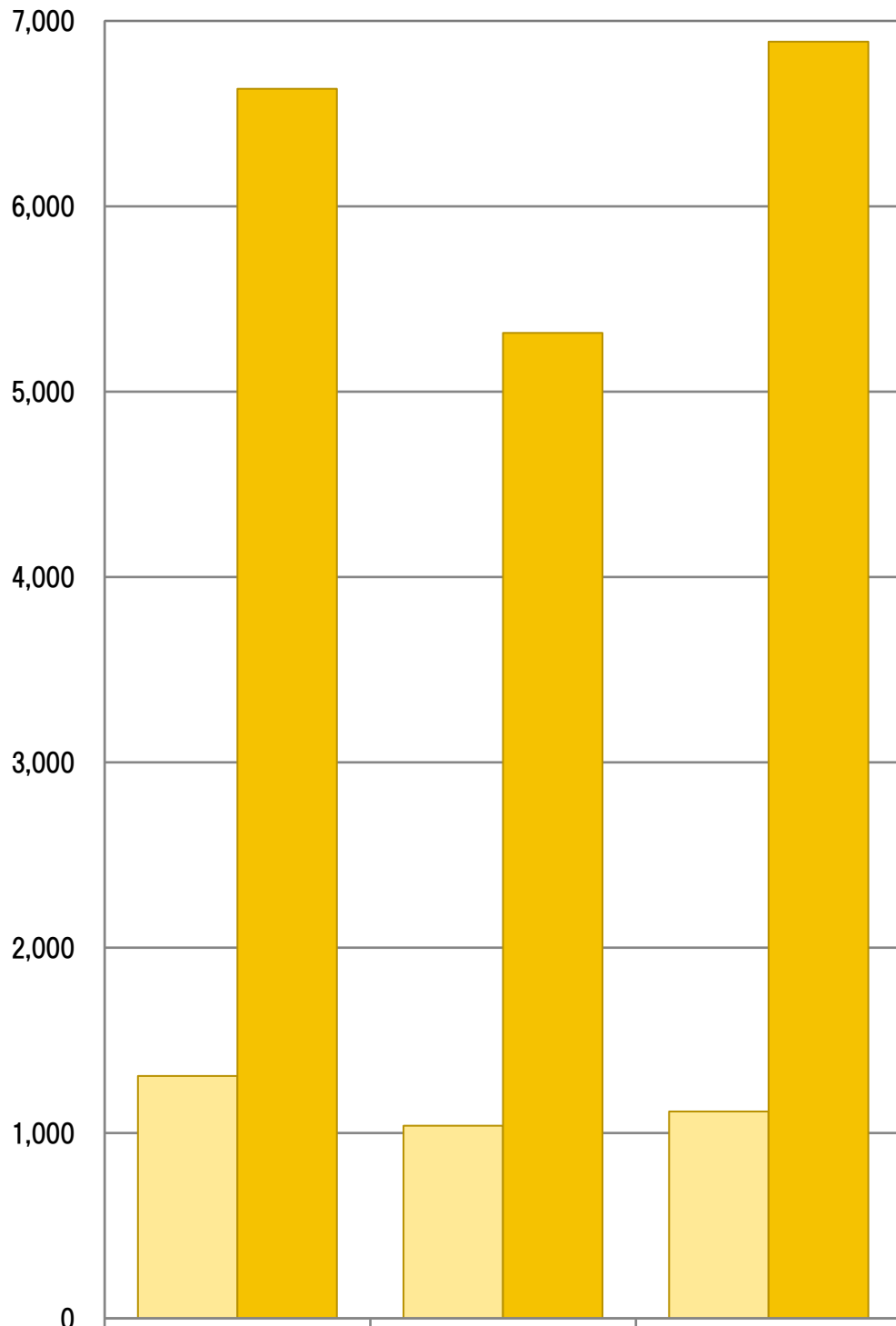
	2020年度	2021年度	2022年度
合計	17,323	18,937	18,142
つくば	7,252	7,680	6,941
下妻	4,389	4,730	4,271
桜川	3,325	3,984	3,993
土浦	2,357	2,543	2,937

## 2. 関連施設

### つくば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	1,308	1,040	1,117
訪問看護利用件数	6,634	5,317	6,888