

病院指標

光総合病院 (病床数 210床 患者延数 3,894.3人 平均在院日数 15.2日)

	指標名	指標の説明	指標算定式	平成30年度	令和元年度	令和2年度
転倒 転落	入院患者の転倒・転落発生率	転倒・転落事故を予防するための取り組みを評価する指標です。転倒・転落がきちんと報告されていれば、低いほうが良い評価となります。	入院患者の転倒転落件数/入院患者延べ数×1000	3.83%	4.93%	4.17%
	治療を必要とする転倒・転落発生率	転倒・転落発生時の重症化を防ぐための対策を評価する指標です。転倒・転落がきちんと報告されていれば、低いほうが良い評価となります。	治療を必要とする転倒転落件数/入院患者延べ数×1000	0.46%	0.65%	0.51%
薬剤	病棟における薬剤関連事象発生率	薬剤投与に関する事故は転倒等とやらんで病院内で起こるインシデントの代表です。正確な算出を追求しながら、いかにこの指標を減らしていくかが求められます。	薬剤・注射投与間違い/入院患者延べ数×100	0.31%	0.33%	0.29%
	薬剤管理指導件数(月平均)	薬剤管理指導は、医師の同意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、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行われていることを担保するもので、より高い指導件数が望まれます。	薬剤管理指導件数(月平均)	189.1件	201.2件	166.3件
	採用薬品数	病院内で採用されている薬品数です。少ない方がより効率的な運用ができますが、少なすぎると画一的な投薬しかできなくなります。	採用薬品数	1377品	1270品	1290品
	ジェネリック薬品比率	ジェネリック薬品(後発医薬品)は、新薬(先発医薬品)の特許が切れたあとに販売される、新薬と同じ有効成分、同じ効き目の価格の安い薬です。患者負担の軽減や医療保険財政の改善に有効です。	後発医薬品の数量/(先発・後発医薬品数量)×100	82.4%	0.837	86.8%
感染 防止	MRSA検出率	MRSA検出サーベイランスとして、アウトブレイク察知とMRSA等薬剤耐性菌対策評価を目的に活用します。分子データを持ち込みを含む件数とする場合はリスク指標となりますが、新規検出件数(施設内発生件数)とすることにより、対策評価指標として活用します。	MRSA新規検出件数/在院患者延べ人数×1000	0.29%	0.26%	0.39%
	中心静脈カテーテル関連血流感染発生率	血管内留置カテーテルに関連した重大感染の90%は、中心静脈カテーテル関連血流感染に起因するとされます。発生時の重症化リスクや致死率も高いうえ、急性期医療機関として当院の使用頻度も高く、予防が最重要です。アウトブレイク察知と、カテーテル挿入手技、挿入後の管理全般を含めた各対策評価指標として活用します。	中心静脈カテーテル関連血流感染件数/中心静脈カテーテル総使用日数×1000	0.51%	0.37%	0.60%
	カテーテル関連の尿路感染発生率	全病院感染で約40%と最多である尿路感染のうち、80%以上が尿道留置カテーテルに起因するとされます。尿路感染から菌血症、敗血症に至り、重症化事例もあるうえ、院内で汎用される器具であり、日常管理が重要です。アウトブレイク察知と、カテーテル挿入手技、挿入後の管理全般を含めた各対策評価指標として活用します。	カテーテル関連尿路感染件数/尿道留置カテーテル総使用日数×1000	2.01%	1.24%	1.68%
	手術部位感染症発生率	手技関連感染症として重症化しやすく、発生頻度が高いものが手術部位感染症です。感染率比較には、事前に判明しているリスク調整(手術手技分類・創分類・ASA分類・手術時間)のもと評価を行います。アウトブレイク察知と感染率低減を目的に、各対策評価指標として活用します。	感染件数/手術件数×100	3.65%	2.76%	4.67%
	抗菌薬使用届出率	薬剤耐性菌対策として、抗MRSA薬、カルバペネム系抗菌薬、特定広域抗菌薬を届出制としています。抗菌薬使用実態の把握、適正選択と使用の評価、経験的投与からのデエスカレーション推進、バンコマイシン血中濃度測定、微生物の抗菌薬感受性率等の各評価指標に活用し、適正使用支援を推進します。	抗菌薬使用届提出数/届出が必要な抗菌薬使用数×100	89.6%	90.30%	99.50%

病院指標

光総合病院 (病床数 210床 患者延数 3,894.3人 平均在院日数 15.2日)

	指標名	指標の説明	指標算定式	平成30年度	令和元年度	令和2年度
	注射針およびそれに準ずる器具による血液曝露事象件数(月平均)	針刺し・切創等、鋭利器材による血液・体液曝露状況を把握し、医療従事者の職業感染防止策の普及と体制整備を目的とします。原因器材、職種、発生場所・場面、発生状況、感染制御体制等、各対策評価指標として活用します。	注射針およびそれに準ずる器具による血液曝露事象件数(月平均)	0.58件	1件	1.17件
	職員のワクチン接種率	医療従事者の職業感染防止と、安全な療養環境の提供およびアウトブレイク防止を目的に実施をします。ワクチンで予防可能な疾患に対し、医療従事者の責務として各種抗体を保有するとともに、当院のワクチンプログラム管理指標として活用します。	職員のワクチン接種者数/職員数×100	97.2%	95.30%	97.80%
褥瘡	褥瘡新規発生率 A)d1発生率	全ての入院患者の中から、入院後に新しく褥瘡を発症された患者人数の割合を算出したものです。	入院後に新規に発生した褥瘡(d1)の数/(調査月の新規入院患者数+前月最終日入院患者数)×100	1.43%	0.58%	0.21%
	褥瘡新規発生率 B)d2以上発生率	※DESIGN-R評価においてDは深さを意味し、d1は持続する発赤、d2は真皮までの損傷を意味します。	入院後に新規に発生した褥瘡(d2以上)の数/(調査月の新規入院患者数+前月最終日入院患者数)×100	1.92%	1.35%	0.90%
	新規発生した褥瘡の改善率	入院後に新しく褥瘡を発症された患者の改善率を算出したものです。	1週間前の評価から改善した患者数/新たに褥瘡を生じた1週間前の評価がある患者数×100 ※1週間前の評価は、月末または退院の日が基準	80%	46%	47%
	褥瘡持込率	全ての入院患者の中から、入院時すでに褥瘡を保有している患者人数の割合を算出したものです。	入院時に褥瘡のある患者/退院患者数×100	2.59%	2.0%	1.8%
	既に有していた褥瘡の改善率	入院時すでに褥瘡を保有している患者の改善率を算出したものです。	入院時又は先月以前に褥瘡があり1週間前の評価から改善した患者数/入院時又は先月以前に褥瘡があり1週間前の評価がある患者数×100 ※1週間前の評価は、月末または退院の日が基準	77%	52%	61.90%
	OHスケールによる褥瘡リスク保有数の高度リスク状態の患者の割合	当院の褥瘡リスク保有者のうち、OHスケール高度リスク状態(7点以上)の評価となった割合を示しています。	褥瘡リスク保有数の高度リスク状態の患者/リスク評価数*100	9.4%	4%	7.80%
	体圧分散寝具充足率(高度リスク全分散寝具使用率)	当院の褥瘡リスク評価で高度リスク状態と判定された患者に対する体圧分散寝具充足率を示しています。	体圧分散寝具対象患者/対象患者*100	75.4%	87.90%	76.20%
クリニカルパス使用率	病気に対する科学的根拠に基づいた処置や治療内容を標準化したクリニカルパスを使用することで、他職種がチームとして情報の共有と連携を図り、医療サービスを円滑に提供しています。クリニカルパス使用率は、当院で現在作成しているクリニカルパスの使用率です。	クリパス使用患者数/退院患者数×100	37.0%	39%	50.10%	
術後48時間以内緊急再手術割合(術後48時間以内)	再手術例の検証を行う事で、緊急再手術の対象となる手術の傾向をつかむことができ、医療技術や管理法の問題点が明らかにする可能性を求めるための指標であるが、症例ごとに再手術に至る経緯が異なるので注意する必要がある。	術後48時間以内緊急再手術数/入院手術数(入院手術を行った退院患者数)×100	0.10%	0.25%	0.26%	

病院指標

光総合病院 (病床数 210床 患者延数 3,894.3人 平均在院日数 15.2日)

指標名	指標の説明	指標算定式	平成30年度	令和元年度	令和2年度	
全体	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の発生率	肺血栓塞栓症とは、主に下肢の静脈の深部にできた血栓が血流によって運ばれ、肺動脈に閉鎖を引き起こしてしまう疾患です。長期臥床や手術後に発症することがあり、エコミークラス症候群も肺血栓塞栓症の一種です。全身麻酔で手術を行うリスクレベルの高い患者さんには予防対策を実施しますが、肺血栓塞栓症を発症した発生率を求めることで予防効果を評価しています。	入院後発症疾患名が肺血栓塞栓症の症例数／全身麻酔かつ肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院症例数(肺血栓塞栓症予防管理料の算定有無別)×100	0% 手術件数(全麻) 540件 症例数 0件	0% 手術件数(全麻) 482件 症例数 0件	0% 手術件数(全麻) 372件 症例数 0件
	平均在院日数	一般病棟(地域包括ケア病棟を除く)と地域包括ケア病棟の入院患者が平均何日間入院しているかを示す数値です。	DPC退院患者数／DPC入院期間Ⅱ以内の退院数	一般:14.52日 包括:28.7日	一般:15.3日 包括:30.7日	一般:15.1日 包括:30.3日
	救急車受け入れ数(月平均)	救急患者のうち救急車で来院した月平均患者数です。	救急車受け入れ数(月平均)	94.6	86.6	78.3
	救急車受け入れ入院割合	救急搬送された患者のうち、入院となった患者の割合です。	救急車受け入れ入院数／救急車受け入れ数×100	45.9%	35.1	54.6
	紹介患者率	初診患者のうち、他の医療機関から紹介されて来院した患者数の割合です。救急車で来院した患者数も含まれます。	(紹介患者数+救急車患者数)／初診患者数×100	38.9%	40.70%	52.6
	新入院患者紹介率	新規で入院となった患者のうち、かかりつけ医等から紹介されて入院となった患者数の割合を示します。	新入院紹介患者／新入院患者数×100	30.1%	25.4	31.8
	在宅復帰率	退院患者のうち、自宅や自宅以外の居宅施設に退院した患者の割合です。	(自宅患者数+居宅施設退院患者数)／退院患者数(死亡・転倒を除く)×100	一般:95.0% 包括:80.1%	一般:97.6% 包括:77.4%	一般:97.9% 包括:79.6%
	他施設への転院率	退院患者のうち、他の医療機関や介護施設(居宅系を除く)に転院した患者の割合です。	退院先が他の医療機関や介護施設の患者数／退院患者数(死亡退院を除く)×100	7.2%	6.6%	6.6%
	退院後2週間以内のサマリ記載割合	入院患者の病歴や入院時の身体所見、検査所見、入院中に受けた医療内容等を要約し、退院後も主治医以外の当院の医療スタッフが把握できるようにサマリ(文書)を作成しています。この数値は、患者の退院後2週間以内にサマリを作成した割合を示します。	退院後2週間以内サマリ作成件数／退院患者数×100	92.5%	92.8	94.4
	手続きによるカルテ開示数(月平均)	カルテ開示の申請があり、開示手続きを行った件数の月平均です。	カルテ開示数(月平均)	0.66	0.5件	0.5件
患者満足度調査	毎年行っている入院患者、外来患者へのアンケート調査の総合評価の項目で、当院を他の人にも勧めると回答した割合を示します。	患者満足度調査 当院を他の人に紹介すると回答した割合(入院:外来) ※無回答を除く。	入院:67.6 外来:66.1	入院:93.4% 外来:94.9%	入院:97.9% 外来:87.8%	

病院指標

光総合病院 (病床数 210床 患者延数 3,894.3人 平均在院日数 15.2日)

指標名	指標の説明	指標算定式	平成30年度	令和元年度	令和2年度
職員満足度調査	毎年行っている職員へのアンケート調査の総合評価の項目で、当院を他の人にも勧めると回答した割合を示します。	職員満足度調査	66.5%	62.3%	72.90%
手術件数の割合	入院患者のうち、手術を行った患者数の割合です。	手術患者の件数／入院実患者数×100	32.9%	32.9%	33.0%
緊急入院の割合	入院患者数のうち、予定外で入院となった患者数の割合です。	緊急入院(予定外)の件数／入院件数×100	59.5%	59.5%	43.3%
職員のBLS、ACLS受講率	常勤職員のうち、BLS・ACLSの研修を受講している職員の割合です。	BLS、ACLS受講者数／職員数×100	1.0%	4.0%	3.6%
健康出前講座開催回数参加者数	当院の職員が講師となり健康出前講座を行った回数及び講座へ参加された方の合計人数です。	健康出前講座開催回数参加者数	11回 275名	8回 152人	4回 86人
DMAT活動件数	災害発生時にDMAT隊の派遣を行った件数です。	DMAT活動件数	0件	0件	0件