

高知医療センター臨床評価指標（クリニカルインディケーター） 第2回集計（全64項目）

1 個別診療機能指標（47項目）

指標番号	指標名称	H18年データ (分子・分母)	H19年データ (分子・分母)	H20年データ (分子・分母)	算出 単位	分子 / 分母および備考
1	脳神経外科退院患者の深部静脈血栓発生率 (%)	0.16	0.0	0.0	年	分子：退院時サマリの病名に深部静脈血栓が登録されている患者数 分母：脳神経外科年間退院患者総数 備考：入院時、すでに血栓があったと科長が判断できた症例は除いた。H20の分母は725例。(H18年は644例、H19年は775例)
2	脳神経外科における術後48時間以内の再手術 (%)	1.75	1.90	1.08	年	分子：科内の術後48時間以内の再手術（再手術は脳外→脳外と定義する）（付随する手術を含む）例数 分母：脳神経外科における手術実施患者数 備考：指標の趣旨から、ここでは緊急再手術をカウントすることとした。H20の分母は185例。(H18は171例、H19は210例)
3	慢性硬膜下血腫の再手術率 (%)	5.3	11.1	14.8	年	分子：該当年の再手術件数（初回手術の時期は考慮せず） 分母：該当年の慢性硬膜下血腫手術実施総数 備考：該当年の慢性硬膜下血腫手術を受けた患者リスト（初回手術の時期は考慮せず）から医師による該当例の抽出。H20の分母は27例。
4	脳血管障害患者の平均在院日数 (日)	—	—	20.7	年	分子：脳血管障害患者延べ在院日数 分母：脳血管障害患者総数
5	脳梗塞患者へのt-PA投与件数 (件)	—	—	14	年	分子：カテゴリに当てはまる投与総数 分母：—
6	斜視手術件数 (件)	57	96	105	年	分子：カテゴリに当てはまる手術総数 分母：—
7	未熟児網膜症網膜光凝固術施行症例数 (件)	—	—	11	年	分子：カテゴリに当てはまる患者総数 分母：—
8	白内障手術件数 (件)	—	—	153	年	分子：カテゴリに当てはまる手術総数 分母：—
9	網膜硝子体手術件数 (件)	—	—	12	年	分子：カテゴリに当てはまる手術総数 分母：—
10	代謝・内分泌科医師の指示による個人栄養指導件数 (件)	63	85	73	年	分子：年間延べ数 分母：— 備考：人数でなく、件数とした。
11	当院で糖尿病治療を行った患者の中期的治療効果率（グリコHbA1cの低下幅） (%)	3.23	2.63	—	年	分子：期間内に代謝・内分泌科、総合診療科を初診した患者の、初診後半年以上（1年未満）で最も変化（改善）したHbA1c値の平均値 分母：— 備考：糖尿病診療の中期的効果判定として測定。該当例はH18は41例、H19での初診の18例では、HbA1c実数（平均）は初診時が8.93%、フォローアップ時が6.29%であった。(H20に初診した患者は現在フォローアップ中)
12	糖尿病治療を主目的とした入院患者の冠動脈循環評価率 (%)	86.2	90.2	79.0	年	分子：分母のうち、マスター心電図and/or心筋シンチand/or冠動脈カテのいずれかを実施している患者数 分母：代謝・内分泌科に入院し、糖尿病の治療が主目的であった患者総数 備考：対象とした患者（分母）は、臨床的観点から入院中に冠動脈循環評価をすべき、と判断される患者群とした。妊娠糖尿病、悪性腫瘍患者や検査済みの患者などは除いた。H20の分母は57例。(H18は65例、H19は51例)
13	気管支鏡検査実施後の気胸発生率 (%)	0.3	0.0	0.0	年	分子：検査後気胸発生症例数 分母：気管支鏡施行症例数 備考：H20の分母は359例。
14	造血幹細胞（同種、自家）移植実施数 (件)	0	6	2	年	分子：造血幹細胞移植実施数（同種、自家） 分母：— 備考：血液科、小児科の実績を合わせた実施数
15	輸血時の不規則抗体スクリーニング検査の陽性率 (%)	2.3	2.4	3.8	年	分子：その陽性件数 分母：輸血時の不規則抗体スクリーニング依頼件数 備考：H20の輸血時の不規則抗体スクリーニング依頼件数は1,522例で、陽性は58件。
16	自己末梢血採取時のCD34の当日検査実施率 (%)	—	—	100	年	分子：採取当日中にCD34検査を実施できた件数 分母：自己末梢血採取時のCD34検査実施総数
17	腎生検実施数（腎臓科） (件)	82	66	96	年	分子：科での腎生検総回数 分母：—
18	腎生検（腎臓科）における合併症発生率 (%)	0.0	0.0	1.0	年	分子：科での合併症発生数 分母：科での腎生検総数
19	腎移植実施数 (件)	8	9	8	年	分子：腎移植総回数 分母：—

指標番号	指標名称	H18年データ (分子・分母)	H19年データ (分子・分母)	H20年データ (分子・分母)	算出 単位	分子 / 分母および備考
20	大腸内視鏡治療・処置後の緊急手術率(%)	0.0	0.0	0.0	年	分子：穿孔による開腹手術症例数 分母：大腸内視鏡ポリペクトミー・粘膜切除実施総症例数 備考：大腸内視鏡ポリペクトミー・粘膜切除の実施総症例数、H20は133例。(H18は208例、H19は169例)
21	総胆管結石処置後の緊急手術率(%)	0.0	0.0	0.0	年	分子：穿孔による開腹手術症例数 分母：総胆管結石処置実施総数 備考：総胆管結石処置症例の総症例数、H20は41例。(H18は55例、H19は124例)
22	脳卒中患者における受診から画像検査(CT/MRI)までの時間(分)	—	—	27.2	年	分子：脳卒中患者におけるdoor to CT(MRI)time(分)延べ時間 分母：救命救急センターに搬送された脳卒中患者数 備考：時間は病院到着時からCTあるいはMRI検査撮影時刻までを電子カルテ記録から算出した平均時間。
23	急性心筋梗塞患者における受診からPCI治療までの時間(分)	—	—	84.3	年	分子：急性心筋梗塞患者におけるdoor to balloon time(分)延べ時間 分母：救命救急センターに搬送された急性心筋梗塞患者数 備考：時間は病院到着時から血管形成術施行時刻までを電子カルテ記録から算出した平均時間。
24	救命救急センター受診から入院までの平均所要時間(分)	—	—	81.0	年	分子：救命救急センターから、そのまま入院となった患者の受付から入室までの所要時間(分)延べ時間 分母：救命救急センター受診から、そのまま入院となった患者数
25	ヘリポート利用数(件)	221	183	201	年	分子：ヘリ搬送件数(搬入・搬出を含む) 分母：—
26	同一入院中で2回目以降の手術が緊急手術(予定していなかった手術で科を問わない)であった患者の割合(%)	1.25	1.19	0.84	年	分子：同一入院中で2回目以降の手術が緊急手術(科を問わない予定外手術)であった患者数 分母：入院手術患者数 備考：同一入院中に2回以上手術を受けた患者リストから、該当例を抜き出した。分母は被手術実人数でH20は3,941例。(H18は3,755例、H19は3,876例)
27	輸血製剤廃棄率(%)	1.16	1.62	1.06	年	分子：廃棄赤血球製剤単位数 分母：血液室から出庫した赤血球製剤単位数 備考：輸血管理室のデータで自己血分を除く。H20の分母は9,835単位。
28	顎骨骨折観血的整復手術後の予定しない再手術率(%)	0.0	0.0	0.0	年	分子：術後感染、プレート破損などによる再手術件数 分母：手術実施患者数 備考：H20の分母は7例。(H18は5例、H19は8例)
29	呼吸器外科手術後在院死亡率(%)	0.0	0.0	1.7	年	分子：手術後在院死亡数 分母：呼吸器外科全手術数 備考：H20の分母は120例。
30	呼吸器外科における胸腔鏡手術率(%)	40.3	45.2	43.8	年	分子：呼吸器外科全手術のうち胸腔鏡手術数 分母：呼吸器外科全手術数 備考：H20の分母は120例。(H18は139例、H19は115例)
31	整形外科手術のうち、緊急手術例の割合(%)	28.7	29.4	20.0	年	分子：緊急で行なわれた整形外科手術数 分母：整形外科手術総数 備考：該当患者の選別は手術部責任者に確認。H20の分母は842例。
32	総分娩数(件)	524	560	599	年	分子：総分娩数 分母：—
33	ハイリスク妊娠症例(%)	58.4	61.1	41.1	年	分子：ハイリスク妊娠症例数 分母：総分娩数 備考：H20の分母は599例。
34	出生児体重<1,000gの産児数(人)	16	24	26	年	分子：出生児体重<1,000gの産児数 分母：—
35	出生児体重1,000g以上、1,500g未満の産児数(人)	27	21	21	年	分子：出生児体重1,000g以上、1,500g未満の産児数 分母：—
36	小児外科手術件数(件)	211	216	203	年	分子：実施件数 分母：—
37	新生児手術件数(件)	—	—	15	年	分子：実施件数 分母：—
38	冠動脈造影総数(件)	—	786	826	年	分子：実施件数 分母：—
39	冠動脈インターベンション初期成功率(%)	—	97.3	95.6	年	分子：冠動脈インターベンション初期成功数 分母：冠動脈インターベンション実施総数 備考：H20の分母は318例。
40	カテーテル心筋焼灼術実施数(件)	75	76	69	年	分子：実施件数 分母：—
41	心臓大血管手術症例数(件)	281	254	260	年	分子：手術症例数 分母：—
42	冠動脈バイパス手術症例数(件)	112	111	100	年	分子：手術症例数 分母：—
43	緊急手術症例(心臓・血管外科)(件)	129	91	108	年	分子：救命救急センター経由の緊急手術症例数 分母：—

指標番号	指標名称	H18年データ (分子・分母)	H19年データ (分子・分母)	H20年データ (分子・分母)	算出 単位	分子 / 分母および備考
44	DPC 院内感染症発生率①敗血症発生率 (%)	—	—	5.31	年度	分子：敗血症となった症例数 分母：中心静脈注射実施症例数 備考：H20の分母は659例
45	DPC 院内感染症発生率②肺炎感染発生率 (%)	—	—	8.44	年度	分子：肺炎となった症例数 分母：人工呼吸実施症例数 備考：H20の分母は450例
46	DPC 院内感染症発生率③尿路感染発生率 (%)	—	—	0.18	年度	分子：尿路感染となった症例数 分母：人工呼吸実施症例数 備考：H20の分母は4,516例
47	DPC 救急搬送症例死亡率 (%)	—	—	5.40	年度	分子：死亡症例数 分母：救急搬送症例数 備考：分母の1,029例（DPCの様式1に該当するケース）は、救急車で来院後、入院した患者総数2,168件のうち病院間搬送に該当する例など、様式1から除外するケースを除いたものとなっている。従って、この集計方法では外来扱いのまま死亡した患者は含まれていない。

2 総論的診療機能指標（質的指標を中心とする）（17項目）

指標番号	指標名称	H18年データ (分子・分母)	H19年データ (分子・分母)	H20年データ (分子・分母)	算出 単位	分子 / 分母および備考
48	外来予約時間遵守率 (%)	—	66.9	72.0	年度	分子：分母のうち、30分間の予約時間枠内に診療の始まった患者数 分母：外来診療予約患者総数（予約時刻に遅れた患者を除く） 備考：30分毎に設定されている診療予約枠内で、予約のとおり医師の診療が始まった患者割合を算出した。
49	治験・製造販売後、臨床試験契約件数 (件)	8	15	23	年度	分子：治験・製造販売後、臨床試験契約件数 分母：— 備考：IROM(院内治験コーディネーター)提供資料を業務推進課で集計。
50	臨床治験症例数 (件)	37	24	41	年度	分子：臨床治験症例数 分母：— 備考：IROM(院内治験コーディネーター)提供資料を業務推進課で集計。
51	ボランティアあたりの月平均活動回数 (回)	3.9	4.9	4.0	年度	分子：ボランティア活動回数 分母：ボランティア活動人数 備考：マクドナルドハウスでの活動を除く。年度集計は3月～2月の12ヶ月。
52	ボランティアあたりの月平均活動時間 (時間)	12.9	15.4	11.6	年度	分子：ボランティア活動総時間 分母：ボランティア活動人数 備考：マクドナルドハウスでの活動を除く。年度集計は3月～2月の12ヶ月。
53	剖検率 (%)	4.7	4.1	5.1	年度	分子：剖検数 分母：死亡患者数 (入院+外来)
54	AI (autopsy imaging) 件数 (件)	51	66	70	年度	分子：外来死亡した日にCT撮影がなされた患者数 分母：— 備考：外来で死亡した患者で、来院日にCT撮影がなされた件数をIIMS(統合情報システム)・診療支援DWH(医事データウェアハウス)にて集計。
55	褥瘡発生率 (%)	2.5	1.8	1.1	定点	分子：調査日に褥瘡を保有する患者数-入院時に褥瘡を保有する患者数 分母：調査日の入院患者数 備考：日本褥瘡学会による定義に従ってスキンケア・サポート室にて集計。
56	受付後、影響がレベル0～1と判定されたインシデントレポート報告率 (%)	—	—	1.67	年度	分子：報告数は同一事例についての重複報告を含む 分母：インシデントレポートを報告できる職員の総数 備考：影響レベルが0～1の報告数が多いことは、医療安全に関する組織および職員のリスク感受性の指標とされる。H20のインシデントレポート総数は3,176件で、影響レベル0～1と判定された数は2,187件、レポート報告が可能な総職員数は1,306名。
57	インシデントレポートで報告された事例のうちアクシデント(レベル3以上)の割合 (%)	—	—	0.75	年度	分子：インシデントレポートで報告された事例のうちアクシデント(レベル3以上)の事例数 分母：レベル0～5のインシデントレポート報告事例総数(重複事例を含まない) 備考：この発生率が低いほど医療の質が高いと評価できる。H20の事例総数は3,053件、このうちレベル3以上は23件。
58	医師からのインシデントレポート報告率 (%)	5.4	2.7	5.4	年度	分子：医師からのインシデントレポート報告数 分母：インシデントレポート総数 備考：インシデントレポートシステムから医療安全管理室にて集計。H20の分子は170件、分母は3,176件。
59	入院患者での転倒・転落率 (%)	0.16	0.16	0.22	年度	分子：入院中の転倒・転落患者数(延べ件数) 分母：在院患者延べ数 備考：(件数/患者・日)としてインシデントレポートシステムから医療安全管理室にて集計。H20の分子は386件、分母は178,583件。
60	転倒・転落が原因で手術が必要になった患者率 (%)	—	—	0.22	年度	分子：入院中の転倒・転落が原因で手術を実施した件数(延べ件数) 分母：在院患者延べ数 備考：(件数/患者・日)としてインシデントレポートシステムから医療安全管理室にて集計。H20の分子は4件、分母は178,583件。
61	退院サマリ作成率 (%)	—	—	83.9	年度	分子：退院後2週間以内に診療情報管理士が受け取った件数 分母：総退院患者数 備考：中央診療情報管理室にて集計。
62	研修医1人あたりの講習会受講済み指導医(人)	—	0.5	0.9	年度	分子：認定された指導医講習会を受講している指導医数 分母：在院研修医数 備考：研修管理委員会研修プログラム届出事項。H20の分子は14人、分母は15人。
63	患者意見のうち感謝文の割合 (%)	19.6	17.2	21.4	年度	分子：投書された感謝文の件数 分母：投書された意見総数 備考：まごころ窓口にて集計。
64	苦情発生率 (%)	0.5	0.5	0.4	年度	分子：投書された苦情件数 分母：実入院患者総数 備考：まごころ窓口にて集計。

クリニカルインディケータの公表にあたって

高知医療センター・診療の質評価委員会 委員長（副院長） 深田順一

7月号（第45号）に続き、平成20年（度）高知医療センター・診療指標（クリニカルインディケータ；C.I.）一覧です。昨年の公表に続いて第2回目の集計となる今回は、一部に指標の入れ替えを行いました。また一部の指標については、他院（比較は今回も指標の算出条件を明記してある聖路加国際病院のものを多く引用しました）のデータと比較して、当院の指標の良し悪しが分かりやすくなるように工夫しました。一方、年報と重複する指標はスペースの関係上、今回の掲載には加えませんでした。

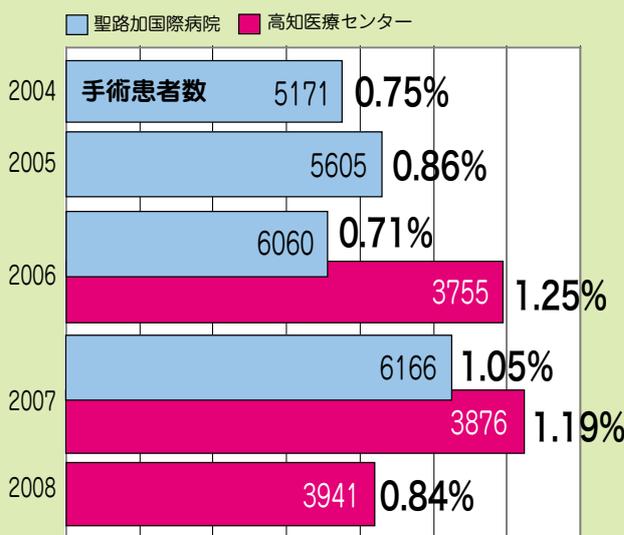
さて、**指標1**は聖路加国際病院で取り上げている指標で、当院では聖路加国際病院の2倍ほどの症例でも発生率ゼロと、他院に比肩しうる実績と考えています。脳神経外科チーム全体の医療の質を総合的に反映するとされる**指標2**は、年間120～130例（0.8～2.3%）の聖路加国際病院に比べ、当院では170～210例で、聖路加国際病院の比率に匹敵する成績と言えます（これは**指標1**においてもほぼ同様のことが言えます）。**指標5**は、今年取り上げた指標で、他の施設でも取り上げられ始めています。超急性期（発症3時間以内）の脳梗塞の画期的治療法として 2005年に保険適用されたt-PAですが、当院でも超急性期に患者さんを収容してこの治療法が適用できるよう、救急隊、防災ヘリなどのご協力を得ながら時間との戦いを続けています。

指標22～25、そして次に述べる**指標47**は、当院の救急医療の質の指標として取り上げたものです。**指標22**とした「画像診断までの所要時間」は、walk-inの患者から救急車・ヘリ搬送までの様々な患者の平均であり、またMRIでは、撮影に要した時間が加算されて算出されています。**指標23**は2001年、諸学会の先陣を切って日本救急医学会が救急関連の臨床指標の開発を始めた時に対象とした10指標の内の1つで、ガイドラインJCS2008では、急性心筋梗塞を扱う病院としてdoor to balloon time（来院から再灌流までの時間）を90分以内にすべきとされています。**指標24**は「救命救急センター受診から入院までの平均所要時間（分）」で、「入院までに6時間以上を要した患者割合」と表現する聖路加国際病院との比較は困難です。

外科系チームの医療の質をよく表わすとされるのが**指標26**です。**図1**では、当院の数値を聖路加国際病院のデータと比較しました。**図2**はマスコミに出た当院の手術件数の一部ですが、ここでは質の面でも評価されているのではないかと自負しています。

次ページにつづく→

図1：入院中の緊急再手術率
～聖路加国際病院との比較～



※聖路加国際病院は公表されている2007年までのデータ、当院は2006～2008年のデータを示す

図2-1：中・四国地方での
胃がん手術件数ベスト5（中四国62機関）

国立病院機構四国がんセンター	225
倉敷中央病院	221
広島市立広島市民病院	206
高知医療センター	195
岡山済生会総合病院	170

図2-2：中・四国地方での
大腸がん手術件数ベスト5（中四国59機関）

岡山済生会総合病院	232
国立病院機構四国がんセンター	227
倉敷中央病院	192
高知医療センター	185
広島市立広島市民病院	173

※データは読売新聞株式会社発行の「病院の実力2009 がんと闘う」を参照、抜粋。



指標44~47は、当院も参加するDPCから得られた指標です。ご存知のようにDPCでは診療実績を定められた規格で報告せねばならず、また、全国からのデータはそれぞれの項目毎のベンチマークとして公表されます。今回はこのうちの4指標を「医療の質」の指標として適当と考え、取り上げました。

図3~図6は、DPCによって可能になった全国比較で、全国500床以上の病床数を持つ103の医療機関において、同様の基準でデータを取った場合に当院がどの位置にいるかを示すものです。棒グラフはそれぞれの病院の成績です。図3の中心静脈実施症例の敗血症発生率が全国平均よりやや優れているのは、当院では麻酔科での挿入機会が多く、マシマルバリアプリコーションが遵守されているためではないかと考えられます。また、図4の人工呼吸実施症例での肺炎発生率が低く抑えられているのは、ICUにおける口腔ケア管理の徹底が効果を挙げている可能性があり、図5の膀胱留置カテーテル症例での尿路感染発生抑制がさらに優れた成果を挙げているのは、重症者を扱う救急、ICUでは銀コーティング（閉鎖式）の尿道バルーンを使っていることが感染率低下に繋がっていると考えます。

図6は救急搬送されて入院した患者の死亡率です。この指標は病院間搬送の患者、治験中の患者などDPC対象外は除くという「DPC様式1のマニュアル」にそって集計したもので、2008年度の総救急搬送患者数12,065人の、ごく一部にあたる1,209人を分母としています。第3次救急指定病院の当院ではこのような集計になるのですが、同じ基準での他院のデータと比較しても、かなりの成績を出していると自負しています。DPCについては、今後、各種の診療ガイドラインへの準拠率なども「医療の質」の指標として取り上げて行こうと計画しています。

指標49、50は当院の治験実績です。最近の治験は非常に厳密に行なわれなければならない、この実績の多さは製薬メーカーなどの医療施設への評価の反映とも受け取れます。指標55~60も医療の質としてはわかりやすい指標です。指標55の褥瘡発生率には改善がみられ、指標59、60については、入院フロアへの赤外線センサーの導入、転倒ハイリスク患者への重点ケアなど、この指標のさらなる改善に努めています。指標56、57は今回から取り上げた指標で、指標56の増加が指標57の低下に繋がるものと期待しています。

図3：敗血症発生率

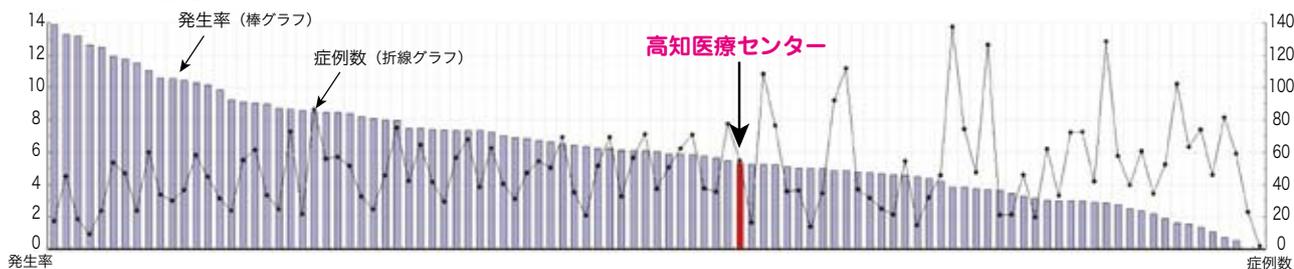


図4：肺炎発生率

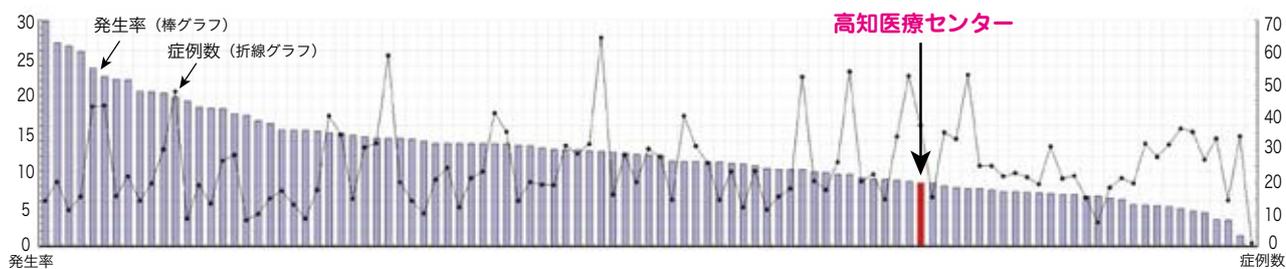


図5：尿路感染発生率

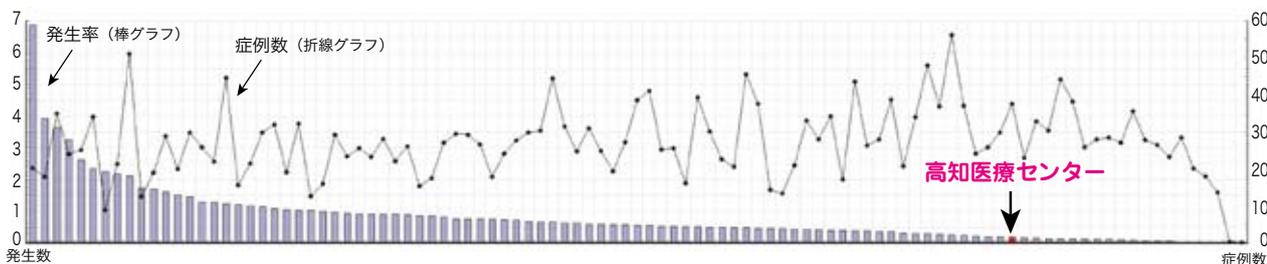


図6：救急搬送症例での死亡率

