

当院の医療の質

臨床指標 (Quality Indicator) とは、医療の質を数値化し定量的に表す指標のことです。臨床指標は、病院の機能や地域特性の影響を受けるため、他院の数値と比較するよりは、自院での経時的な数値の推移を把握・評価することに用います。その評価内容を利用して、医療の過程や結果での課題、改善点を見つけ出すことが出来ます。当院は、臨床指標の経時的な数値を客観的に評価・分析、その結果を踏まえた改善活動を行うことで医療の質の向上を実践していきます。また、積極的に指標の経年変化を公表することで医療の透明性の確保に努めてまいります。

I. 市民・患者・地域医療機関の視点

■ 患者サービスの向上

- 1 入院患者満足度
- 2 外来患者満足度

■ 地域の医療・保健・福祉との連携

- 3 紹介患者受入割合
- 4 逆紹介患者割合

II. 医療安全の視点

■ 救急医療

- 5 救急車、ホットライン応需率

■ 周産期医療

- 6 初産婦の帝王切開実施率

■ 生活習慣病への対応

- 7 糖尿病患者の血糖コントロール率

■ 安全で安心できる医療の提供

- 8 死亡退院患者率
- 9 転倒・転落発生率
- 10 転倒・転落発生率/レベル2以上
- 11 転倒・転落発生率/レベル4以上
- 12 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数
- 13 インシデント・アクシデントの全報告中医師による報告の割合
- 14 褥瘡発生率
- 15 在宅復帰率
- 16 入院患者の服薬指導実施率

■ チーム医療・多職種連携の推進

- 17 読影レポート作成率
- 18 IGRT実施率
- 19 入院患者におけるリハビリ介入率
- 20 心臓リハビリテーション外来移行率
- 21 外来心臓リハビリテーション150日継続率
- 22 退院サマリの2週間以内記載率

III. 人材育成の視点

■ 専門資格者の確保

- 23 剖検率
- 24 看護師100人あたりの専門看護師数・
看護師100人あたりの認定看護師数

■ 職員満足度の向上

- 25 看護師離職率
- 26 職員の予防接種率

IV. 経営の視点

■ 迅速かつ的確な組織運営

- 27 病床利用率
- 28 平均在院日数

■ 収益的収支の向上

- 29 輸血製剤廃棄率 (単位数)
- 30 輸血製剤廃棄率 (廃棄量)

I. 市民・患者・地域医療期間の視点

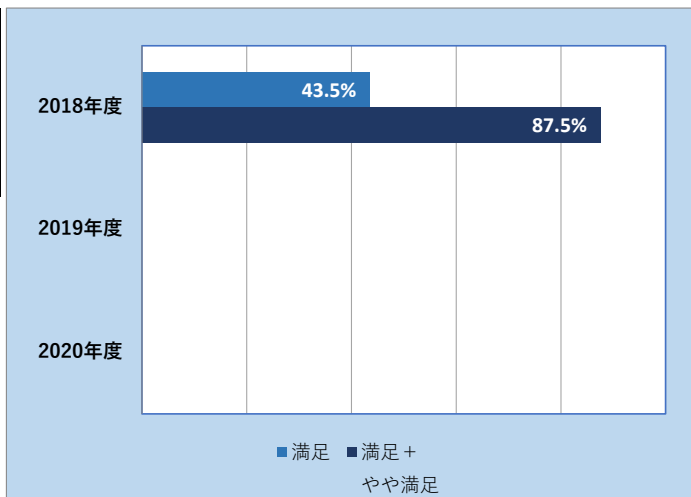
▽ 患者サービスの向上

1. 患者満足度（入院）

指標は、当院で実施した入院患者満足度調査において、「全体としてこの病院に満足している」という設問に対し、5段階評価のうち「満足」「やや満足」と回答した人の割合です。2018年度からは「また当院を利用しますか」という設問に対して「する」「すると思う」と回答した人の割合です。当院が提供する患者サービスの質を測る指標として、患者さんからのアンケートによる患者満足度を参考に病院全体でサービスの向上に取り組んでいます。

| | |
|----|---------------------------|
| 分子 | 全体として「満足」「やや満足」と回答した入院患者数 |
| 分母 | 患者満足度調査に回答した入院患者数 |

| 年度 | 満足 | 満足+ やや満足 |
|--------|-------|-------------|
| 2018年度 | 43.5% | 87.5% |
| 2019年度 | - | - |
| 2020年度 | - | - |



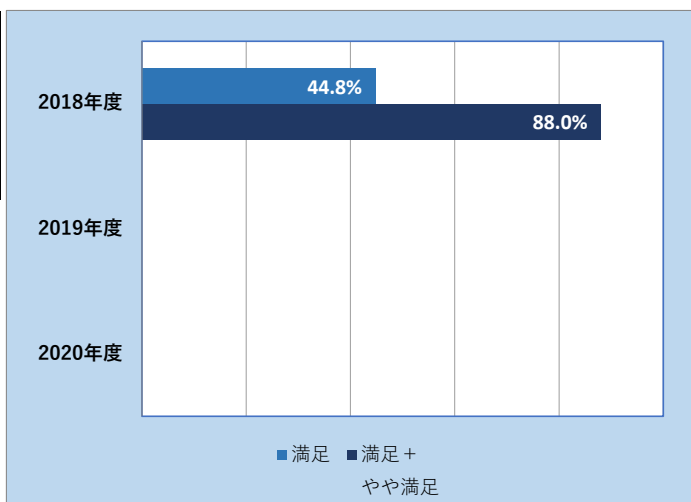
※ 2019年度、2020年度は新型コロナの影響で未実施

2. 患者満足度（外来）

指標は、当院で実施した外来患者満足度調査において、「全体としてこの病院に満足している」という設問に対し、5段階評価のうち「満足」「やや満足」と回答した人の割合です。2018年度からは「また当院を利用しますか」という設問に対して「する」「すると思う」と回答した人の割合です。当院が提供する患者サービスの質を測る指標として、患者さんからのアンケートによる患者満足度を参考に病院全体でサービスの向上に取り組んでいます。

| | |
|----|---------------------------|
| 分子 | 全体として「満足」「やや満足」と回答した外来患者数 |
| 分母 | 患者満足度調査に回答した外来患者数 |

| 年度 | 満足 | 満足+ やや満足 |
|--------|-------|-------------|
| 2018年度 | 44.8% | 88.0% |
| 2019年度 | - | - |
| 2020年度 | - | - |



※ 2019年度、2020年度は新型コロナの影響で未実施

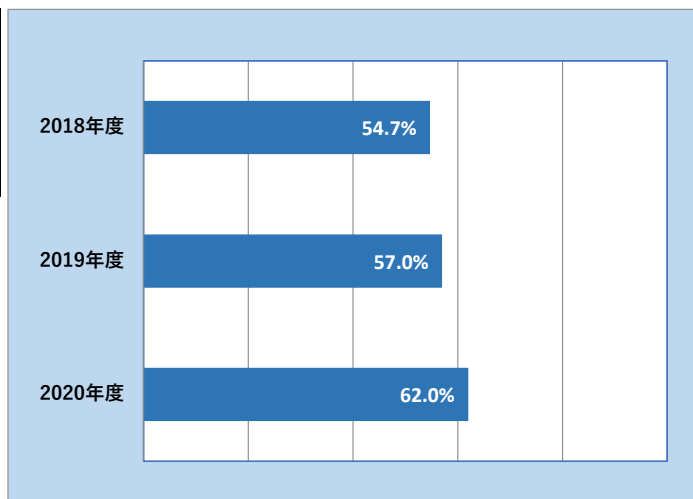
▽ 地域の医療・保健・福祉との連携

3. 紹介患者受入割合

病院と診療所・クリニックとでは地域医療において担う役割が異なり、それぞれの強みを活かした協力体制が不可欠です（機能分化）。当院は2009年11月に「地域医療支援病院」として承認を受け、地域の中核病院としてこの機能分化を積極的に推進しています。紹介、逆紹介とは地域の医療機関との連携の度合いを測る指標であり、紹介率とは、初診患者さんに対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者さんの割合です。

| | |
|----|--|
| 分子 | 紹介初診患者数 |
| 分母 | 初診患者数-（休日夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日夜間の初診救急患者数） |

| 年度 | 紹介率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 54.7% |
| 2019年度 | 57.0% |
| 2020年度 | 62.0% |

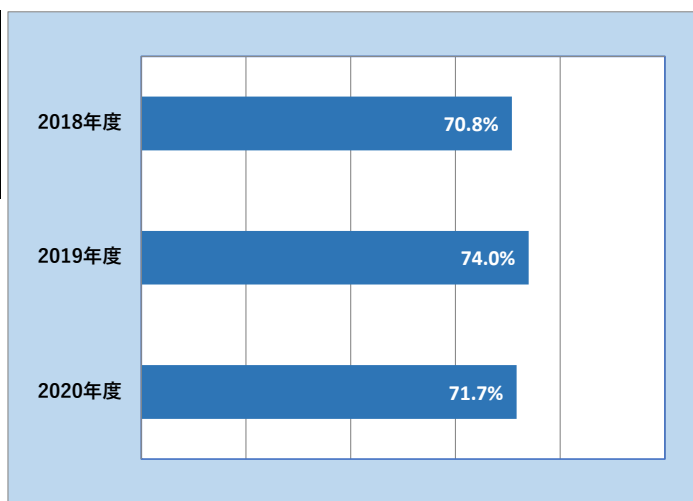


4. 逆紹介患者割合

紹介率同様、地域の中核病院としての機能を果たすためには逆紹介率の推移も重要です。逆紹介とは、当院で診療が終わり、退院が決定した患者さん等を地域のかかりつけ医の治療へ移行するために他の医療機関へ紹介することです。逆紹介率とは、初診患者さんに対し、他の医療機関へ紹介した患者さんの割合です。

| | |
|----|--|
| 分子 | 逆紹介患者数 |
| 分母 | 初診患者数-（休日夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日夜間の初診救急患者数） |

| 年度 | 逆紹介率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 70.8% |
| 2019年度 | 74.0% |
| 2020年度 | 71.7% |



II. 医療安全の視点

▽ 救急医療

5. 救急車、ホットライン応需率

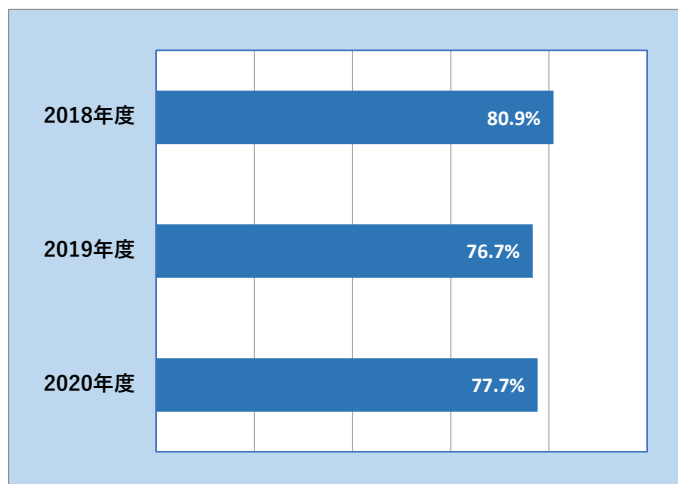
当院では地域医療支援病院の役割として地域の救急医療の受け入れを積極的に行っています。

「断らない救急」を目指し、年間約3000件の受け入れを行っています。

救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。

| | |
|----|-----------------------------|
| 分子 | 救急車で来院した患者数 |
| 分母 | 救急車受け入れ要請件数 (他院からの搬送を除く) |

| 年度 | 応需率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 80.9% |
| 2019年度 | 76.7% |
| 2020年度 | 77.7% |

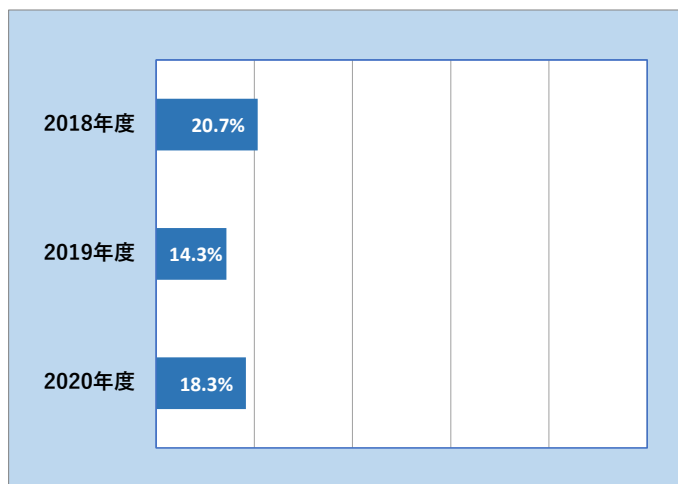


6. 初産婦の帝王切開実施率

帝王切開術は、手術や麻酔に伴う危険や次回の妊娠・出産への影響などの理由から、適応の可否を慎重に検討し、不適切な帝王切開を減らす取り組みが行われています。当院では、妊娠分娩管理の充実により帝王切開率を少しでも下げられるよう努力しています。初産婦が帝王切開によって出産する割合は、年齢の分布、合併症の頻度、不妊治療を受けていた頻度や、妊婦および医師の動向を含む社会的見識によって大きく影響されます。

| | |
|----|----------------|
| 分子 | 初産で帝王切開を選択した妊婦 |
| 分母 | 産科入院(初産婦) |

| 年度 | 帝王切開実施率 |
|--------|---------|
| 2018年度 | 20.7% |
| 2019年度 | 14.3% |
| 2020年度 | 18.3% |



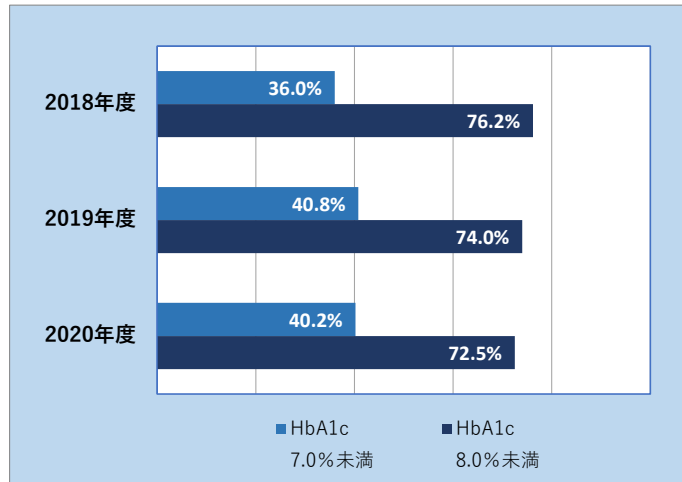
7. 糖尿病の血糖コントロール率

HbA1c（ヘモグロビンA1c）は、糖尿病の診断にも用いられている検査（正常値は6.2%未満）です。

糖尿病による合併症頻度はHbA1cの改善度に比例しており、合併症を予防するためにHbA1cを7%未満に維持することが推奨されています。従って、HbA1c（NGSP）が7.0%未満にコントロールされている患者さんの割合を調べることは、糖尿病診療の質を診断するにふさわしい指標であると考えられます。2018年度から8.0%未満の指標も追加されました。

| | |
|----|-------------------------------------|
| 分子 | HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満、8.0%未満の外来患者数 |
| 分母 | 過去1年間に糖尿病治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者 |

| 年度 | HbA1c 7.0%未満 | HbA1c 8.0%未満 |
|--------|-----------------|-----------------|
| 2018年度 | 36.0% | 76.2% |
| 2019年度 | 40.8% | 74.0% |
| 2020年度 | 40.2% | 72.5% |



▽ 安全で安心できる医療の提供

8. 死亡退院患者率

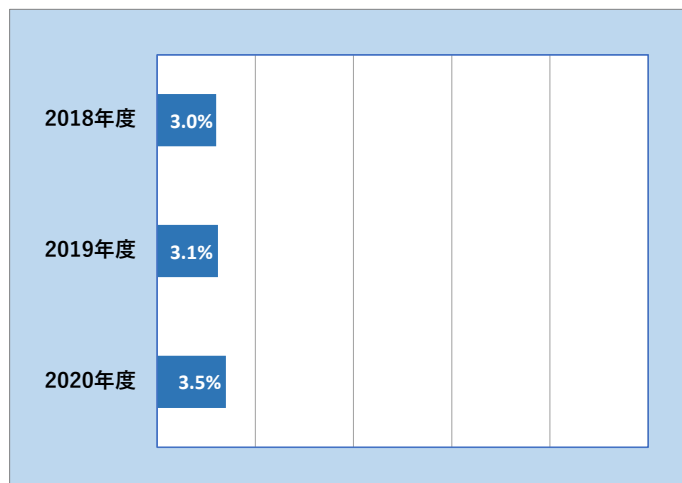
死亡率とは医療施設類型（医療圏としての役割、地域性、重症度等々）に大きな影響を受けるため、単純に他施設と比較したり医療の質の良し悪しを決める目安にはなりません。

粗死亡率とは、病院内で死亡する患者さんの割合のことです。4%以下が望ましいとされています。

死亡退院患者率の推移を追うことは、医療の質が変化していないかを知るのに役立ちます。

| | |
|----|----------------------------|
| 分子 | 死亡退院患者数 |
| 分母 | 退院患者数 (緩和ケア退院、救急外来死亡除く) |

| 年度 | 死亡退院率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 3.0% |
| 2019年度 | 3.1% |
| 2020年度 | 3.5% |



9. 転倒・転落発生率

入院中は様々な影響（主に生活環境の変化によるもの）により、自宅以上に転倒・転落のリスクが高くなりがちです。

転倒・転落は病状の回復の遅れや日常生活の動作に支障が出るなど、生活の質に影響します。

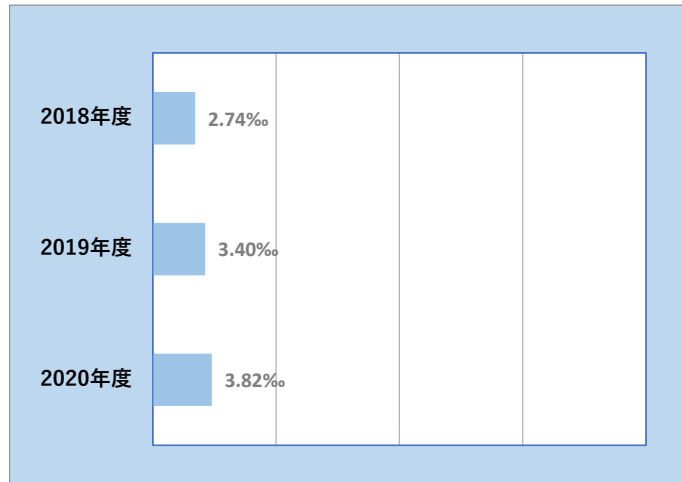
入院患者さんの転倒・転落は無くすように対策を講じていますが、転倒・転落を100%防止することは難しいのが現状です。

継続して発生件数や事例を追跡し分析を行うことで転倒・転落による損傷の減少に繋げるよう努めています。

※ 発生率がかなり低いため、単位はパーミル（1万分の1）で表記

| | |
|----|------------------------|
| 分子 | 転倒・転落件数 |
| 分母 | 入院延べ患者数 (入院患者以外は除外) |

| 年度 | 発生率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 2.74‰ |
| 2019年度 | 3.40‰ |
| 2020年度 | 3.82‰ |



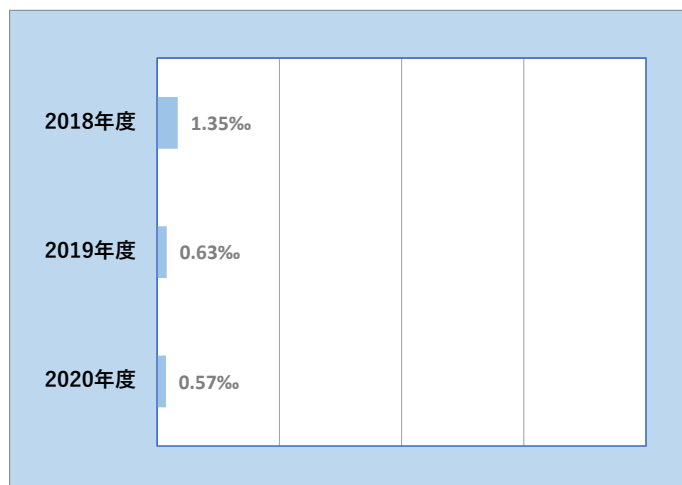
10. 転倒・転落発生率/レベル2以上

損傷レベル2以上とは軽度の損傷以上のことを指します。

※ 発生率がかなり低いため、単位はパーミル（1万分の1）で表記

| | |
|----|------------------------|
| 分子 | 転倒・転落件数のうち 損傷レベル2以上 |
| 分母 | 入院延べ患者数 (入院患者以外は除外) |

| 年度 | 発生率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 1.35‰ |
| 2019年度 | 0.63‰ |
| 2020年度 | 0.57‰ |



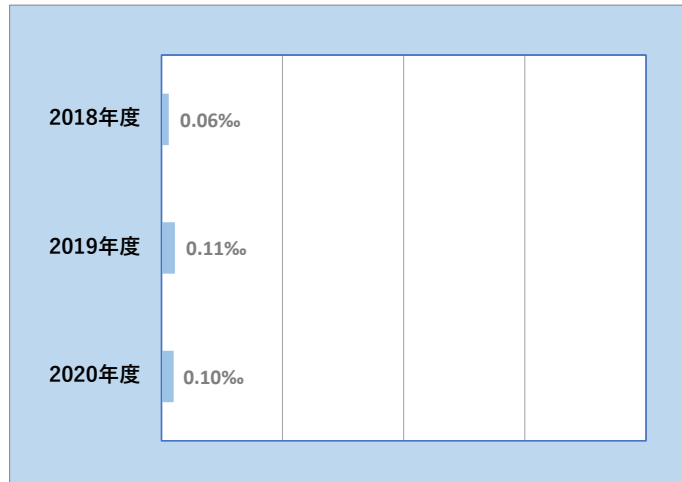
1 1. 転倒・転落発生率/レベル4以上

損傷レベル4以上とは重度の損傷以上を指します。

※ 発生率がかなり低いため、単位はパーミル（1万分の1）で表記

| | |
|----|------------------------|
| 分子 | 転倒・転落件数のうち 損傷レベル4以上 |
| 分母 | 入院延べ患者数 (入院患者以外は除外) |

| 年度 | 発生率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 0.06‰ |
| 2019年度 | 0.11‰ |
| 2020年度 | 0.10‰ |



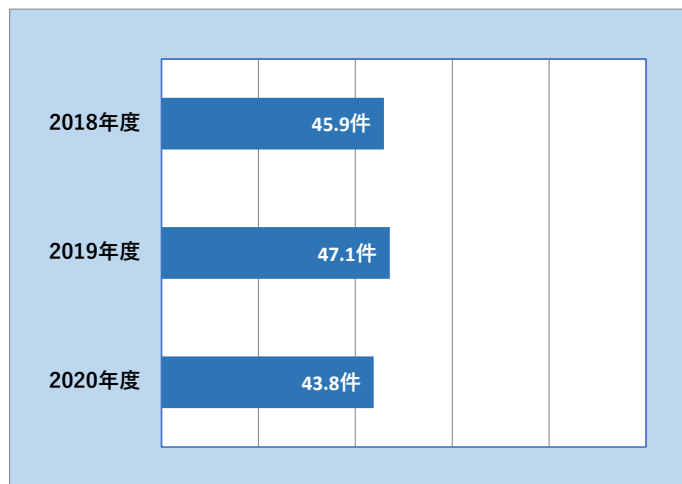
1 2. 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

院内で発生した医療に係わる事故などの報告を収集し、月例で進捗状況を確認していくことにより速やかに対策を講じることができ、重大な事故の発生を防ぐことにつなげる目的があります。

全国の医療施設100床当たりのインシデント・アクシデントの報告件数は平均値44.7件、中央値38.8件です。当院の報告件数は若干多めですが、報告件数の多くがインシデントであり、アクシデントを防ぐ報告につなげることができています。

| | |
|----|-----------------------------|
| 分子 | インシデント・アクシデント発生報告件数× 100 |
| 分母 | 許可病床数 |

| 年度 | 100床当たりの 件数 |
|--------|----------------|
| 2018年度 | 45.9件 |
| 2019年度 | 47.1件 |
| 2020年度 | 43.8件 |



■アクシデント→医療に係わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療過誤の有無を問いません。

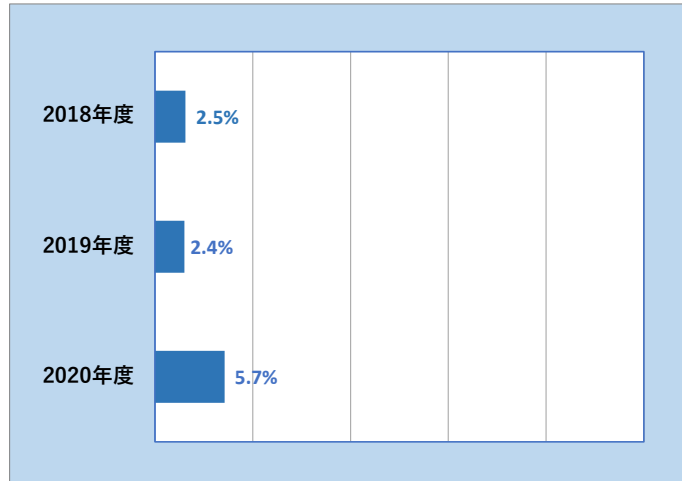
■インシデント→病院内で、誤った医療行為等が患者さんに実施される前に発見に至ったもの。又は、実施されてしまったが、結果として患者さんの状態に影響を及ぼすには至らなかったもの。

1 3. インシデント・アクシデントの全報告中医師による報告の割合

インシデント・アクシデント報告は医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織であるといわれています。2018年度の当院の全報告数中の医師からのインシデント・アクシデントの報告割合は2.5%で、全国の医療施設は平均値3.9%、中央値2.9%です。今後も医療安全の醸成に取り組んでいきます。

| | |
|----|---------------------------------|
| 分子 | 分母のうち、医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数 |
| 分母 | 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数 |

| 年度 | 100床当たりの件数(医師) |
|--------|----------------|
| 2018年度 | 2.5% |
| 2019年度 | 2.4% |
| 2020年度 | 5.7% |



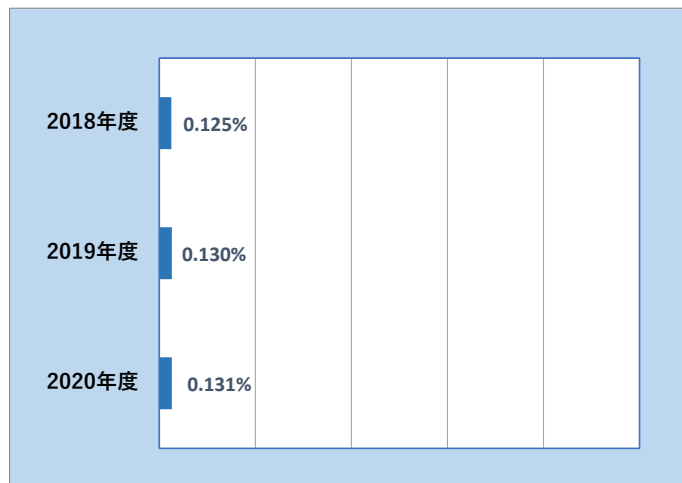
1 4. 褥瘡発生率

褥瘡とは、同じ部位に耐圧が長時間加わることにより、その部分の血行不良によって皮膚・皮下組織が損傷することです。その発生率は看護の質を測る重要な評価の一つとなります。当院ではWOCナース（皮膚・排泄ケア認定看護師）が中心となり活動をしています。

この指標では褥瘡発生の判断基準として、日本褥瘡学会のDESIGN-Rを用いています。DESIGN-Rの評価項目のうち、深さがd2以上に至ったものを褥瘡発生と捉えています。

| | |
|----|-------------------|
| 分子 | d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数 |
| 分母 | 入院延べ患者数 |

| 年度 | 発生率 |
|--------|--------|
| 2018年度 | 0.125% |
| 2019年度 | 0.130% |
| 2020年度 | 0.131% |



DESIGN-Rによる褥瘡の深さ基準

d0：皮膚損傷・発赤無し
 d2：真皮までの損傷
 D4：皮下組織を越える損傷
 DU：深さ判定が不能

d1：持続する発赤
 D3：皮下組織までの損傷
 D5：関節腔、体腔に至る損傷

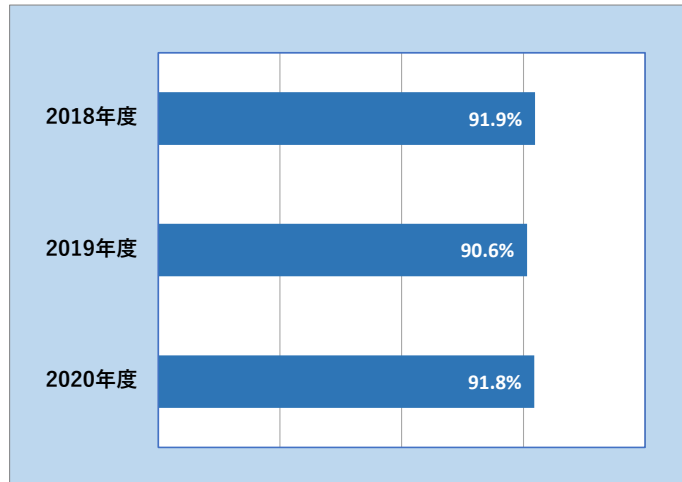
15. 在宅復帰率

在宅復帰率とは、退院先が自宅、他院の回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟、介護老人保健施設（在宅強化型・在宅復帰・在宅療養支援機能加算届け出有り）となっている割合です。

当院では患者支援連携センターのソーシャルワーカーが、医療職などと連携し、患者さんやご家族のご意向を伺いながら転院先や退院の調整を積極的に行っています。

| | |
|----|---------|
| 分子 | 在宅復帰患者数 |
| 分母 | 入院延べ患者数 |

| 年度 | 在宅復帰率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 91.9% |
| 2019年度 | 90.6% |
| 2020年度 | 91.8% |



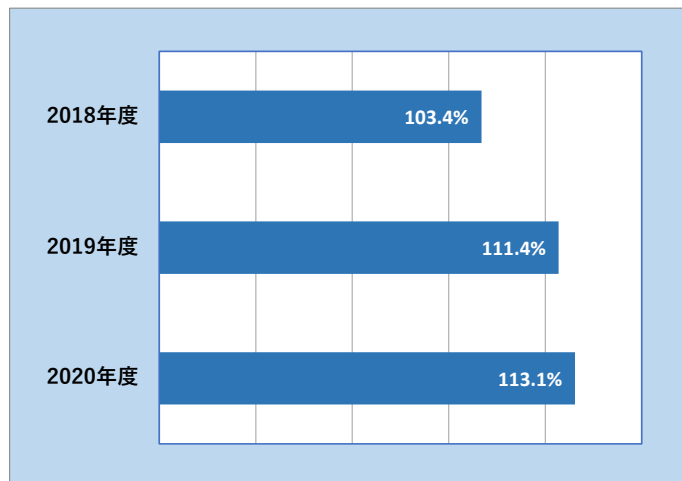
16. 入院患者の服薬指導実施率

入院中に薬剤管理指導を行った割合です。

当院では薬剤師が患者さんのベッドサイドにて、薬の服薬意義の説明や副作用の発現状況の確認、インスリンや吸入薬などの手技指導や薬・サプリメント・健康食品などに関する質問や相談に応じています。

| | |
|----|--------------------------|
| 分子 | 入院中に服薬指導（退院時指導含む）を行った患者数 |
| 分母 | 退院患者数 （産科病床、救外死亡など除く） |

| 年度 | 実施率 |
|--------|--------|
| 2018年度 | 103.4% |
| 2019年度 | 111.4% |
| 2020年度 | 113.1% |



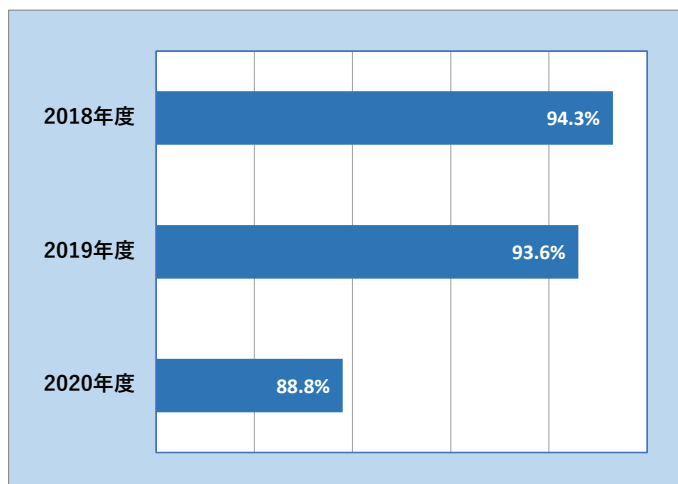
▽ チーム医療・多職種連携の推進

17. 読影レポート作成率（24時間以内）

読影レポートには、画像検査によって得られた内容が文章で示されており、個々の画像が客観的に評価されたか否かを見る、良い指標となります。毎日の画像検査が行われている中で、読影レポートの最終的な作成率は、病院の質を総合的に判断する重要な指標の一つとなります。

| | |
|----|---------------------------|
| 分子 | 翌診療日までに作成された放射線科医読影レポート件数 |
| 分母 | 核医学診断及びコンピューター断層診断実施件数 |

| 年度 | 作成率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 94.3% |
| 2019年度 | 93.6% |
| 2020年度 | 88.8% |

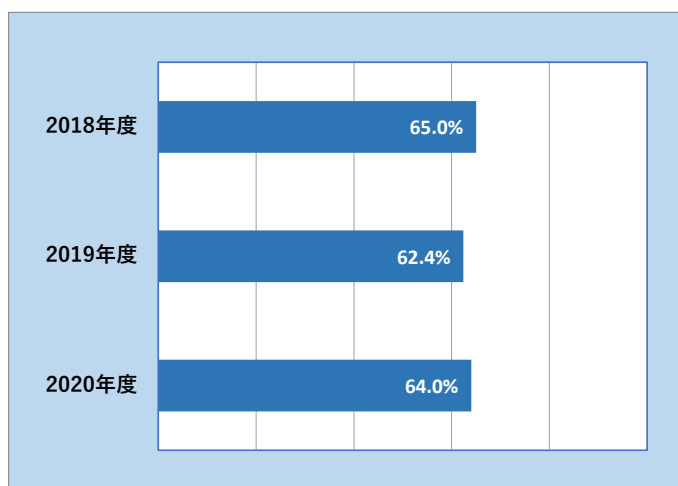


18. 画像誘導放射線治療（IGRT）実施率

画像誘導放射線治療（IGRT）は画像を確認しながら治療時の照射位置精度を確保する目的で実施されます。治療時に取得した画像を治療計画時の画像と位置照合し、誤差を修正することで計画通りの照射を行うことが可能です。

| | |
|----|------------|
| 分子 | IGRT延べ実施件数 |
| 分母 | 全照射延べ件数 |

| 年度 | 実施率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 65.0% |
| 2019年度 | 62.4% |
| 2020年度 | 64.0% |

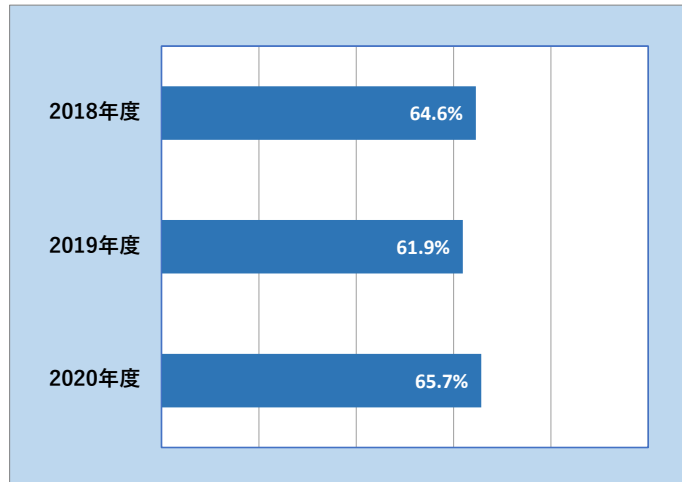


19. 入院患者におけるリハビリ介入率

早期退院、入院生活における廃用予防や合併症予防のためにもリハビリテーション専門職が介入することが望ましいとされています。リハビリテーション専門職の早期からの介入により、身体機能を低下させずに在院日数を低下させることができると考えられます。

| | |
|----|----------------------------|
| 分子 | 入院患者の月別リハビリ新患者数 |
| 分母 | 月別入院患者数 (短期入院、特定の診療科除く) |

| 年度 | 介入率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 64.6% |
| 2019年度 | 61.9% |
| 2020年度 | 65.7% |

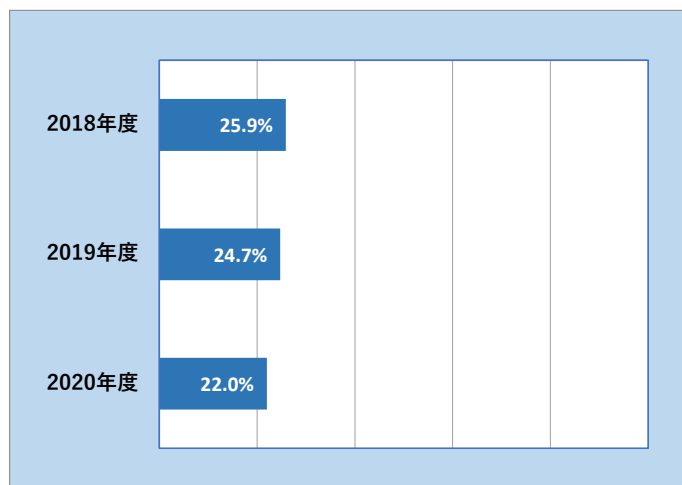


20. 心臓リハビリテーション外来移行率

心疾患は再発や増悪を来しやすい疾患です。心臓リハビリテーションは運動療法や生活指導から成るプログラムで、退院後に外来心臓リハビリを実施することで再発や増悪を防ぐことができると言われています。当院では積極的に入院心臓リハビリテーションから外来心臓リハビリテーションへ移行する取り組みを行っています。

| | |
|----|--|
| 分子 | 分母のうち、外来で心臓リハビリテーションを実施した症例数 |
| 分母 | 当院入院中に心臓リハビリテーションを実施した症例数 (患者転帰が死亡、転院除く) |

| 年度 | 移行率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 25.9% |
| 2019年度 | 24.7% |
| 2020年度 | 22.0% |

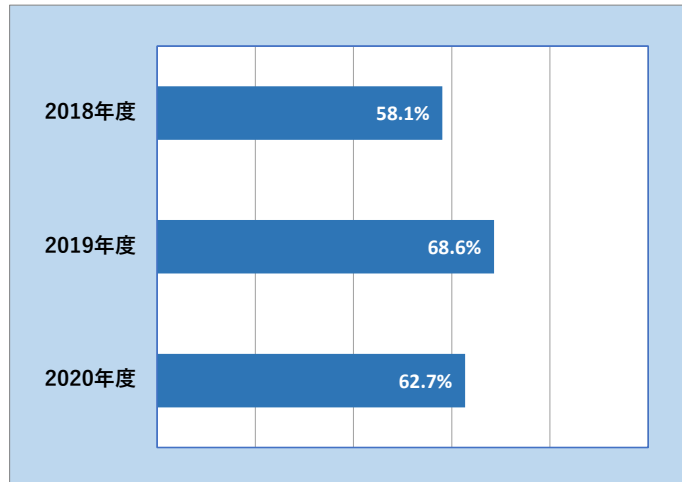


2 1. 外来心臓リハビリテーション150日継続率

心疾患患者さんに対して、外来心臓リハビリテーションを行うことで心疾患の再発や再入院率の低下に結びつくと言われて
います。当院では継続率を低下させないために入院中から同一スタッフが介入し、定期的な身体機能評価を行っています。

| | |
|----|-----------------------------|
| 分子 | 外来心臓リハビリテーションを150日継続実施した症例数 |
| 分母 | 外来心臓リハビリテーションを導入した症例数 |

| 年度 | 継続率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 58.1% |
| 2019年度 | 68.6% |
| 2020年度 | 62.7% |

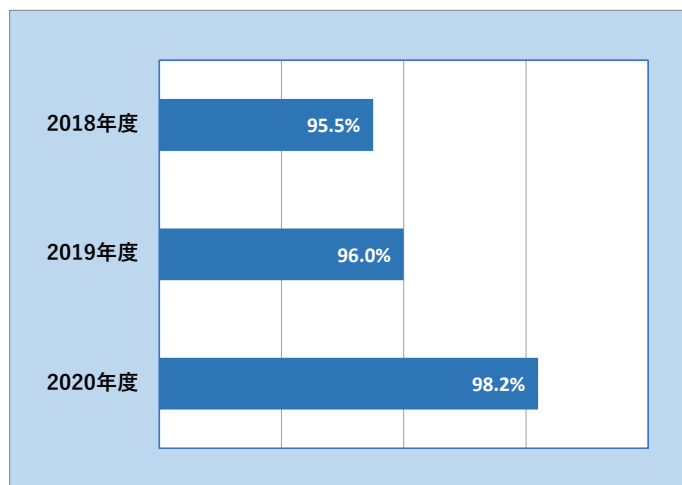


2 2. 退院サマリの2週間以内記載率

退院サマリとは、患者さんの病歴や入院時の身体・検査所見、入院経過など入院中の医療内容や転帰のエッセンスを記録した
ものです。一定期間内に退院サマリを作成することは、病院の医療の質を表しています。特に、退院後、継続して外来を受診
する場合や、他施設へ転院する場合などには、入院中の医療行為を容易に把握できるようにするためにも速やかに作成するこ
とが重要となっています。

| | |
|----|-------------------------|
| 分子 | 担当医が2週間以内にサマリを記載済みにした件数 |
| 分母 | 退院患者数 (産科ベビー、救外死亡除く) |

| 年度 | 記載率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 95.5% |
| 2019年度 | 96.0% |
| 2020年度 | 98.2% |



Ⅲ. 人材育成の視点

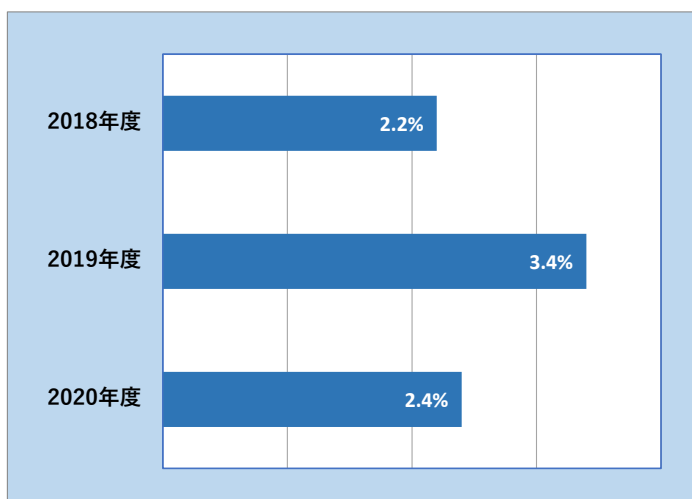
▽ 医療専門医の確保

23. 剖検率

入院中の死亡患者数に対する病理解剖にご協力いただいた割合です。剖検の主な目的は、死因や病気の成り立ち、病態を解明することであり、担当医が遺族に解剖の説明を行い、承諾が得られた場合に行われます。剖検の結果は、日本病理学会が発行する「日本病理解剖輯報」に登録されます。剖検結果はその後の診療に役立つため、剖検率は医療の質を反映するものと言えます。

| | |
|----|-----------|
| 分子 | 剖検数 |
| 分母 | 院内死亡退院患者数 |

| 年度 | 剖検率 |
|--------|------|
| 2018年度 | 2.2% |
| 2019年度 | 3.4% |
| 2020年度 | 2.4% |

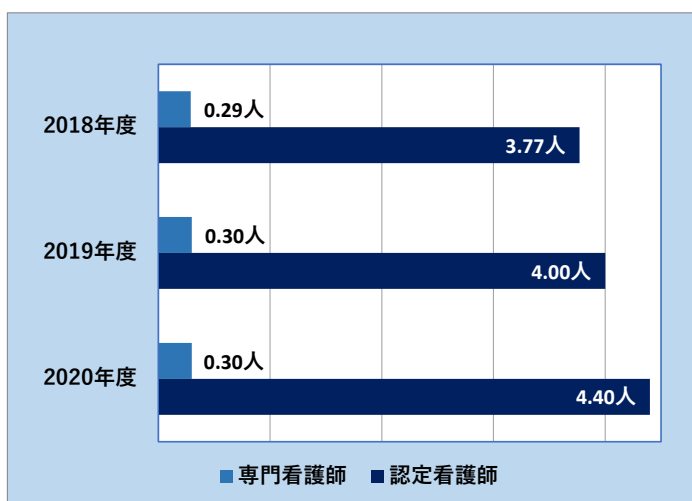


24. 看護師100人あたりの専門看護師数・認定看護師数

専門看護師・認定看護師の資格制度は、医療の高度化・専門化が進む臨床現場における看護の広がりや質向上を目的に発足しています。専門看護師・認定看護師は、施設のリソースナースとして、当該分野において熟達したケアサービスの提供およびスタッフ指導を組織横断的に実践することによって、当該分野のケアの質が向上します。また、患者のコンプライアンスも高まり、検査・治療が効率的に施され、その結果として医療の質の向上に繋がることが期待されており、臨床的にも意義が深いと考えられます。

| | |
|----|-----------------------|
| 分子 | 専門看護師数×100、認定看護師数×100 |
| 分母 | 常勤看護師数（各年4月1日時点） |

| 年度 | 専門看護師 | 認定看護師 |
|--------|-------|-------|
| 2018年度 | 0.29人 | 3.77人 |
| 2019年度 | 0.30人 | 4.00人 |
| 2020年度 | 0.30人 | 4.40人 |



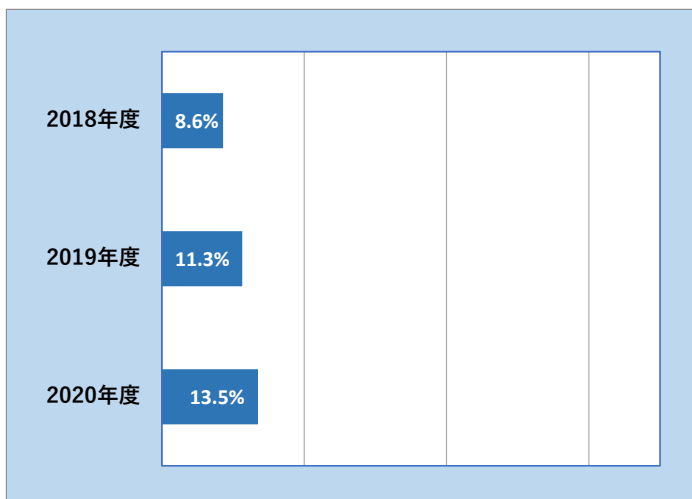
▽ 職員満足度の向上

25. 看護師離職率

女性が多くを占める看護師は、生活環境により退職することも少なくありません。ただし、職場環境によるものであるとするならば、それらを改善しなければ定着しません。現職も新人も互いを尊重していくことで環境改善を図り、定着できる環境作りに繋げていきたいと考えています。

| | |
|----|--------------|
| 分子 | 当該年度における退職者数 |
| 分母 | 当該年度の平均職員数 |

| 年度 | 離職率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 8.6% |
| 2019年度 | 11.3% |
| 2020年度 | 13.5% |

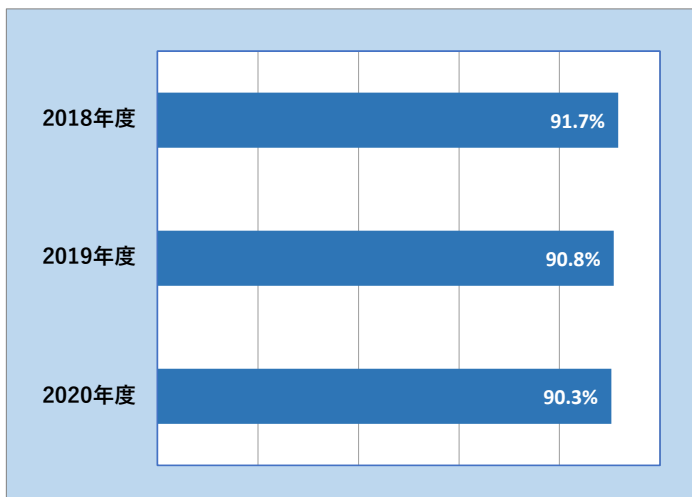


26. 職員の予防接種率

病院職員のインフルエンザワクチン予防接種率は、「患者さんの安全」にかかわる問題です。医療機関を受診する人々は免疫力が低下していることが多く、病院職員がインフルエンザに罹患すれば、その職員から感染してしまう可能性が高くなります。「職員の健康」と「患者さんの安全」の両面から大事な指標と言えます。

| | |
|----|---------------------|
| 分子 | インフルエンザワクチンを接種した職員数 |
| 分母 | 常勤職員数（各年4月1日時点） |

| 年度 | 予防接種率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 91.7% |
| 2019年度 | 90.8% |
| 2020年度 | 90.3% |



IV. 経営の視点

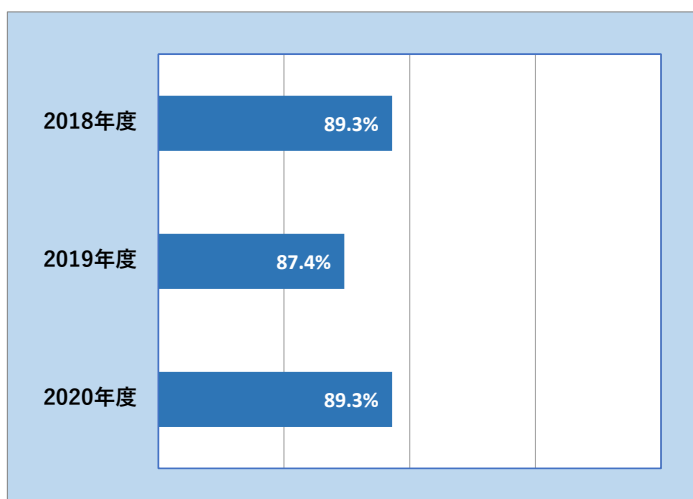
▽ 迅速かつ的確な組織運営

27. 病床利用率

病床利用率は当該医療機関において許可されている病床数に対して、どれだけ患者さんを入院させているかを測る指標です。在院患者延数が増えれば病床利用率は高い（良い）値になります。限られた病床数をいかに効率的に使うかという視点で、経営の質を示す指標としても活用されています。

| | |
|----|------------|
| 分子 | 月間情態患者数 |
| 分母 | 月間日数×月末病床数 |

| 年度 | 病床利用率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 89.3% |
| 2019年度 | 87.4% |
| 2020年度 | 89.3% |

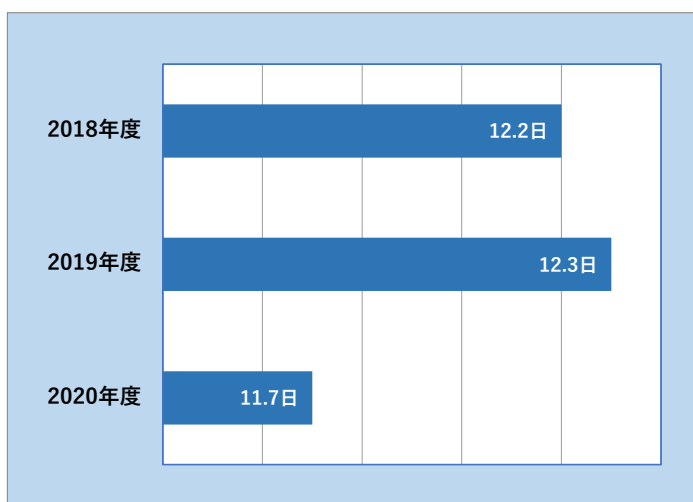


28. 平均在院日数

平均在院日数は、入院された患者さんがどの程度の入院期間で退院するかを示す指標の一つです。医療機能により長い・短いに変動しますが、効率的な医療がいかに提供され、患者さんの早期社会復帰を促進しているのかを表す指標となります。

| | |
|----|-----------------|
| 分子 | 現在入院数 |
| 分母 | (入院患者数+退院患者数)÷2 |

| 年度 | 平均在院日数 |
|--------|--------|
| 2018年度 | 12.2日 |
| 2019年度 | 12.3日 |
| 2020年度 | 11.7日 |



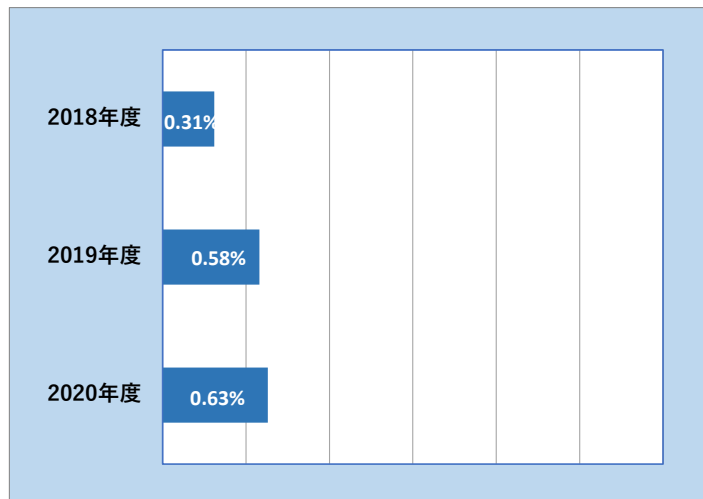
▽ 収益的収支の向上

29. 輸血製剤廃棄率 計算方法1 (単位数)

提供者から採血された輸血用血液は、無駄なく適切に使用されなければなりません。輸血製剤の廃棄率は、提供された血液が適切に使用されているかどうかを示す良い指標となります。

| | |
|----|-------------------------|
| 分子 | 廃棄赤血球製剤単位数 |
| 分母 | 輸血赤血球製剤単位数 + 廃棄赤血球製剤単位数 |

| 年度 | 廃棄率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 0.31% |
| 2019年度 | 0.58% |
| 2020年度 | 0.63% |



30. 輸血製剤廃棄率 計算方法2 (廃棄量)

提供者から採血された輸血用血液は、無駄なく適切に使用されなければなりません。輸血製剤の廃棄率は、提供された血液が適切に使用されているかどうかを示す良い指標となります。

| | |
|----|---------------------------|
| 分子 | 廃棄量 (廃棄+日本赤十字社への返納分含む) |
| 分母 | 購入量 |

| 年度 | 廃棄率 |
|--------|-------|
| 2018年度 | 0.30% |
| 2019年度 | 0.57% |
| 2020年度 | 0.63% |

