

## セカンドオピニオン外来実施数

### 項目の値に関する解説

セカンドオピニオン外来では、他医療機関の主治医におかかりの患者さんを対象に、診断内容や治療法に関して信大病院の専門家の意見・判断を提供しております。その意見や判断を、患者さんがご自身の治療に際しての参考にしていただくことが目的です。患者さんからのお話や主治医からの資料の範囲で判断することになります。診察および新たな検査や治療は行いません。

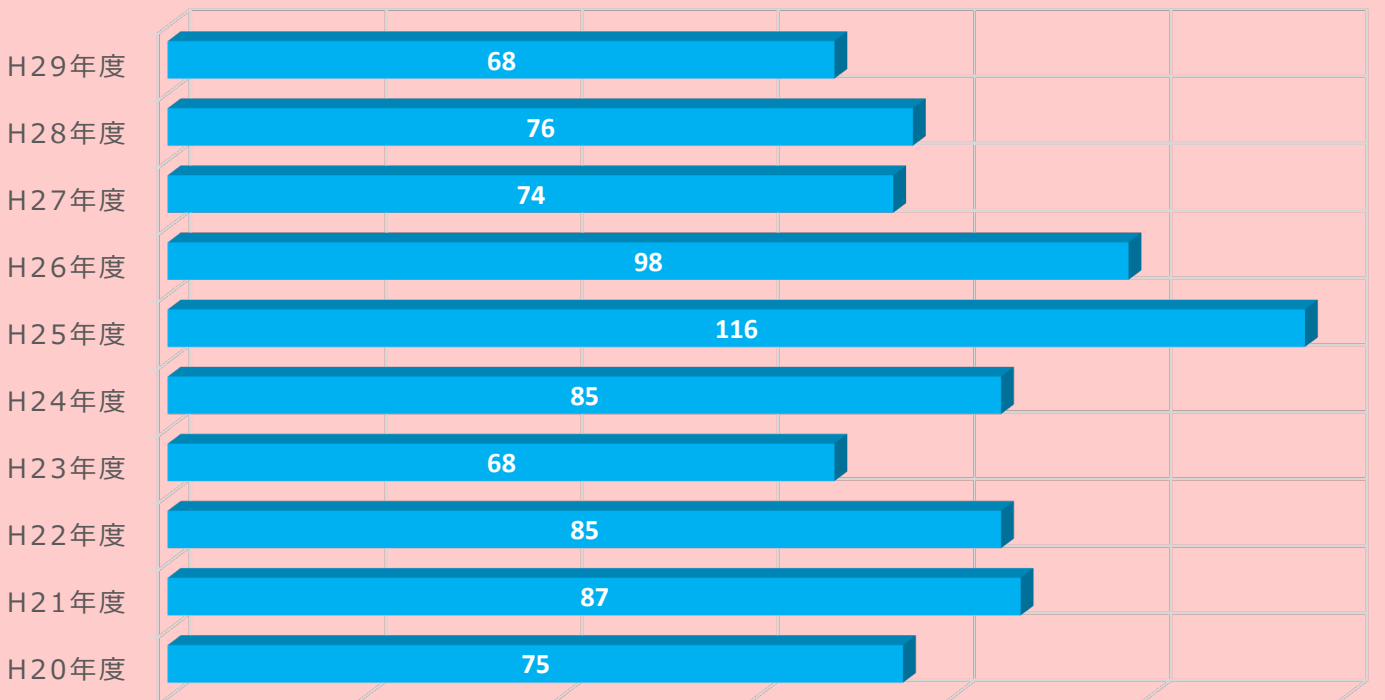
セカンドオピニオンは現在の診断・治療に関しての意見を提供することが本来の目的ですので、主治医からの情報提供書が必要です。なお、本院のセカンドオピニオン外来ではその場で本院への転院をお勧めすることはありません。本院への転院をご希望の場合には、セカンドオピニオン外来の対象にはなりません。本院の一般外来を受診していただくことになります。

### 項目の定義について

各年度1年間のセカンドオピニオン外来を実施された実施数です。医療福祉支援センター相談室で実施されたものです。同一患者が1年間で2件以上実施された場合もその分だけカウントします。後述のように、信大病院では先端細胞治療センター・分子細胞診療室で実施しているセカンドオピニオンもありますが、この件数は下段の表／グラフには含めていません。

### 本指標について自己評価

実績数については、平成29年度68件で平成28年度76件よりわずかに減少しました。平成25、26年度が突出して多くなっていますが、年間60－80件台で推移しており、特定機能病院としての当院への評価になっているものと考えられます。セカンドオピニオン外来の周知し、今後も大学病院として納得し安心して、医療が受けられるように受診への支援を充実させていきます。



H20年度 H21年度 H22年度 H23年度 H24年度 H25年度 H26年度 H27年度 H28年度 H29年度

セカンドオピニオン外来実施数	75	87	85	68	85	116	98	74	76	68
----------------	----	----	----	----	----	-----	----	----	----	----

## ドクターヘリ出動件数

### 項目の値に関する解説

ドクターヘリとは、人工呼吸器などの医療機器を備え、救急専門医と看護師を乗せ、直接救急患者の元に向かう専用のヘリコプターです。ドクターヘリを用いる最大の利点は、救急患者のいる救急現場に医師・看護師を素早く送り届け、すぐさま救命処置を開始し、適切な医療機関への迅速な搬送が可能になること。救急患者への適切な治療がいち早く行われることにより、救命率の向上や後遺症軽減が見込まれます。

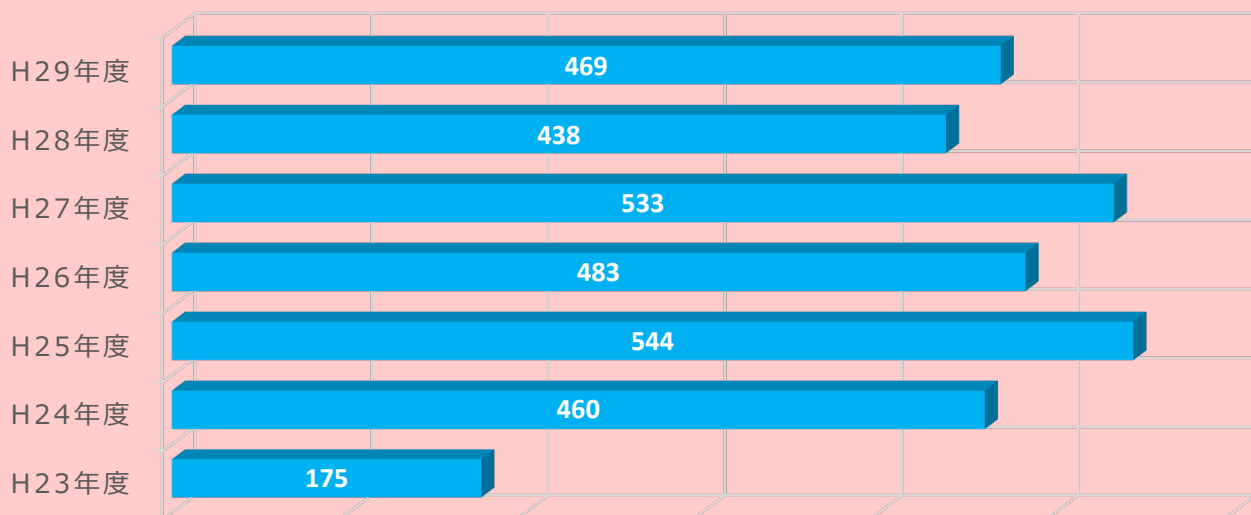
長野県におけるドクターヘリは、平成17年7月から佐久総合病院を基地病院として運航が開始されておりましたが、広い県土を持つ長野県では県民の命を一刻も早く救うため複数機の運用が必要であり、平成22年から検討委員会が設置され2機態勢についての検討が行われてきました。その結果、平成23年10月に念願の長野県で2機目となるドクターヘリ「信州ドクターヘリ松本」の運航が信州大学医学部附属病院を基地病院に開始されました。

### 項目の定義について

各年度1年間の「信州ドクターヘリ松本」の出動件数です。

### 本指標について自己評価

平成23年10月に運行を開始した信州ドクターヘリ松本は、下図に示すとおり、年間500件前後の出動で推移しています。ドクターヘリにより広大な県土を有する長野県内で発生した多くの重症救急患者に対して救急現場で早期から医療が提供され、救命率の向上、後遺症の軽減につながっています。また重症患者の集約化により効率的な医療資源の活用にも一役買っています。独自の取り組みとして、院内小児科、県立こども病院医師との連携により新生児施設間搬送も行っています。今後も消防や行政、他の医療機関等との連携により県内全域に質の高い救急医療を展開すべく努力してまいります。



	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
ドクターヘリ出動件数	175	460	544	483	533	438	469

## 救急車受入数

### 項目の値に関する解説

長野県における救急出場件数は年間約8.9万件に及びます。搬送件数は年々増加しています。搬送者の内訳は急病が約60%と最も多く、次いで一般負傷（約16%）、交通事故（約8%）となっています。最近の救急搬送の特徴は高齢者救急搬送が増加していることです。

これらに対応すべく、信州大学医学部附属病院は、平成17年10月に東日本の国立大学病院では初めてとなる救命救急センターを開設し、平成19年4月には高度救命救急センターとなりました。信大高度救命救急センターは、「長野県における救急医療・災害医療の最後の砦」として、県下全域から重症救急患者を受け入れています。

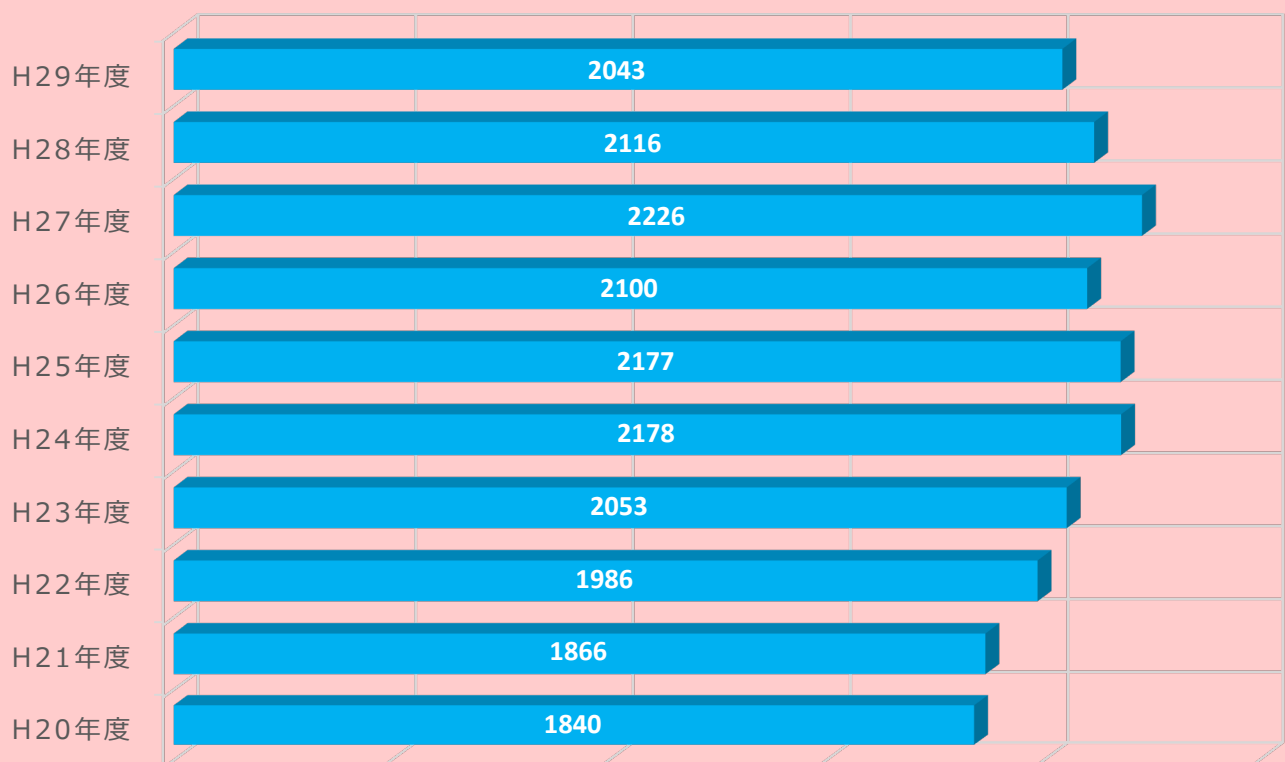
### 項目の定義について

各年度1年間の救急車の受入件数です。

### 本指標について自己評価

本院は県下における第三次救急医療センターとしての役割を果たしながら、広範囲熱傷、四肢切断、急性中毒等の特殊疾病診療を行っています。平成17年10月の救命救急センター開設、平成19年4月の高度救命救急センター開設を経て、救急搬送受入数は増加傾向にあります。平成29年度の救急搬送を含む救急患者総数は6,109名でした。重症度別では、軽症54%、中等症28%、重症18%と、重症例の割合が高いのが特徴です。

本院では、ドクターヘリやドクターカー、救急隊との連携等による病院前救護の充実、質の高い救急医療と集中治療に加えて早期リハビリテーション等、超急性期から切れ目なく亜急性期へとつながる医療の構築に取り組んでいます。これにより重症救急患者さんに対して単なる救命だけではなく、後遺症なく社会復帰できることを目指しています。



H20年度 H21年度 H22年度 H23年度 H24年度 H25年度 H26年度 H27年度 H28年度 H29年度

救急車受入数	1840	1866	1986	2053	2178	2177	2100	2226	2116	2043
--------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

## ダビンチ手術施行数

### 項目の値に関する解説

ダビンチ手術とは、ロボット支援腹腔鏡下手術のことです。信州大学医学部附属病院には平成24年12月に長野県で最初に導入されました。従来の腹腔鏡手術と異なり、操作鉗子の自由度が高く、また、内視鏡画像も3Dで立体視されるため、非常に狭い術野でも緻密な手術を行うことができます。そのため、出血も少なく、創の痛みも少ないため、術後の回復が早く、入院期間が短くなります。

泌尿器科では前立腺癌に対して平成24年12月に第1例目を施行し、呼吸器外科では胸腺腫に対して平成25年9月に第1例目を施行しております。

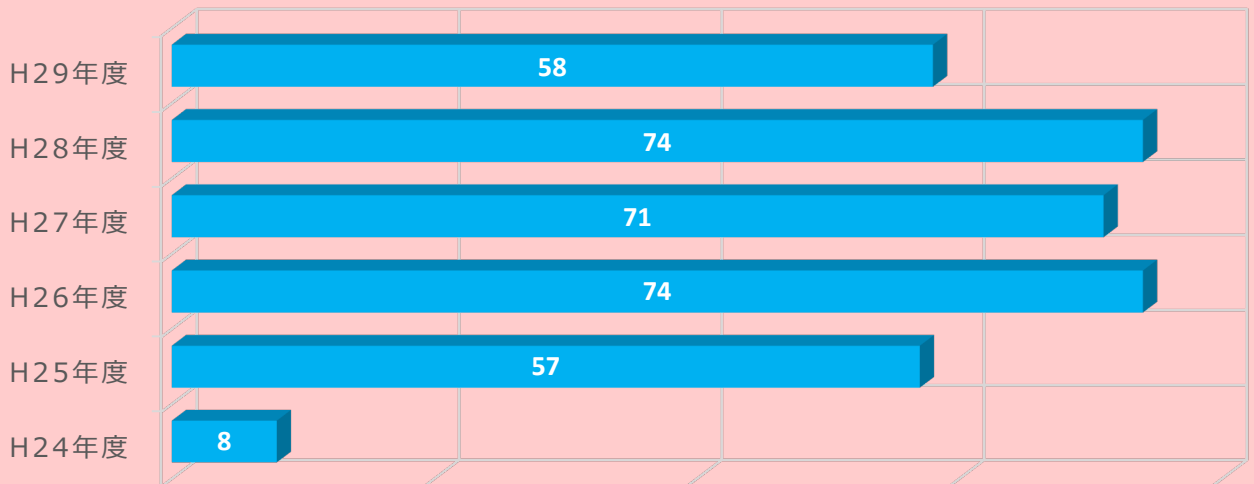
### 項目の定義について

各年度1年間のダビンチ手術施行数です。

### 本指標について自己評価

前立腺癌に対しては、平成24年度に8件、平成25年度に50件、平成26年度に61件、平成27年度に62例行われ、平成28年度に75例、平成29年度に54例、平成30年度に72例、腎癌に対しては、平成29年度に4例、平成30年度に6例行われました。呼吸器外科領域では、肺癌・胸腺腫に対して、平成25年度に7件、平成26年度に13件、平成27年度に6件、産婦人科領域では、子宮疾患に対して、3例行われました。長野県下のみならず、近隣諸県からも本手術を希望される患者さんが本院に受診されております。

今後は、保険適応拡大に伴い、本機器を利用した手術が広く開始される予定です。



	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
ダビンチ手術施行数	8	57	74	71	74	58

## 患者満足度（外来・病棟）

### 項目の値に関する解説

本院では平成19年度から年に1回の割合で、外来・病棟別に患者満足度調査を実施しています。信大病院で実際に診療を受けた患者に満足度を調査することは、医療の質を測るために、直接的な評価の指標になると考えられます。

### 項目の定義について

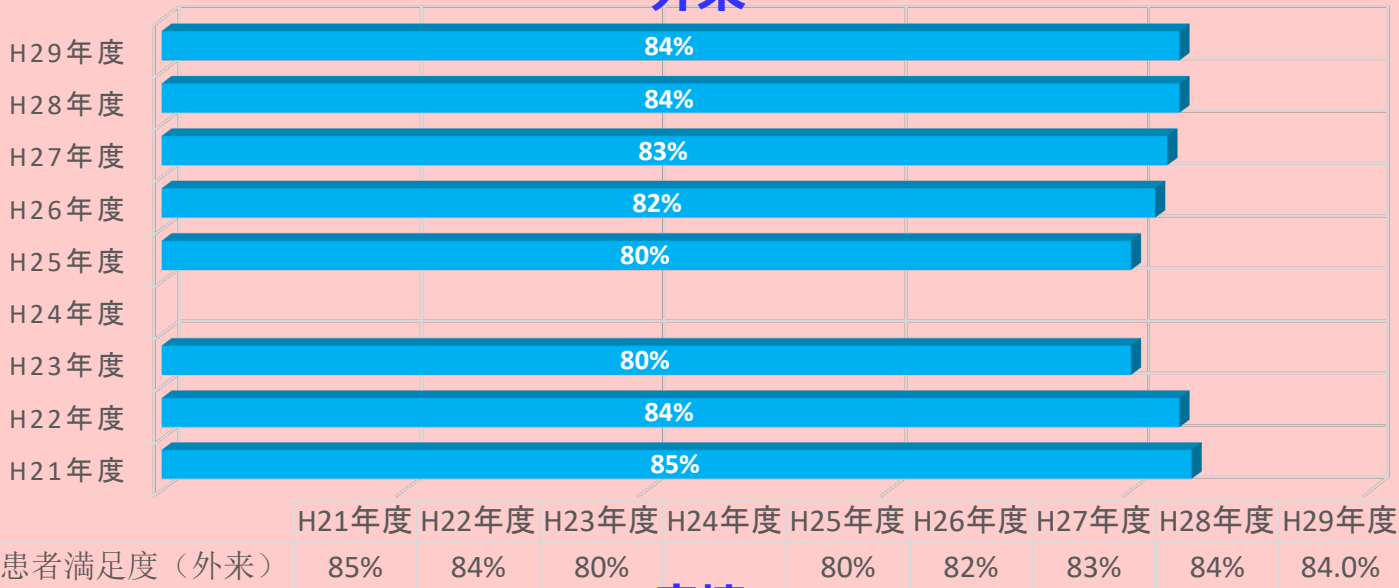
患者満足度調査にて、「満足」または「非常に満足」と回答した方の全体に占める割合を%で表します。

### 本指標について自己評価

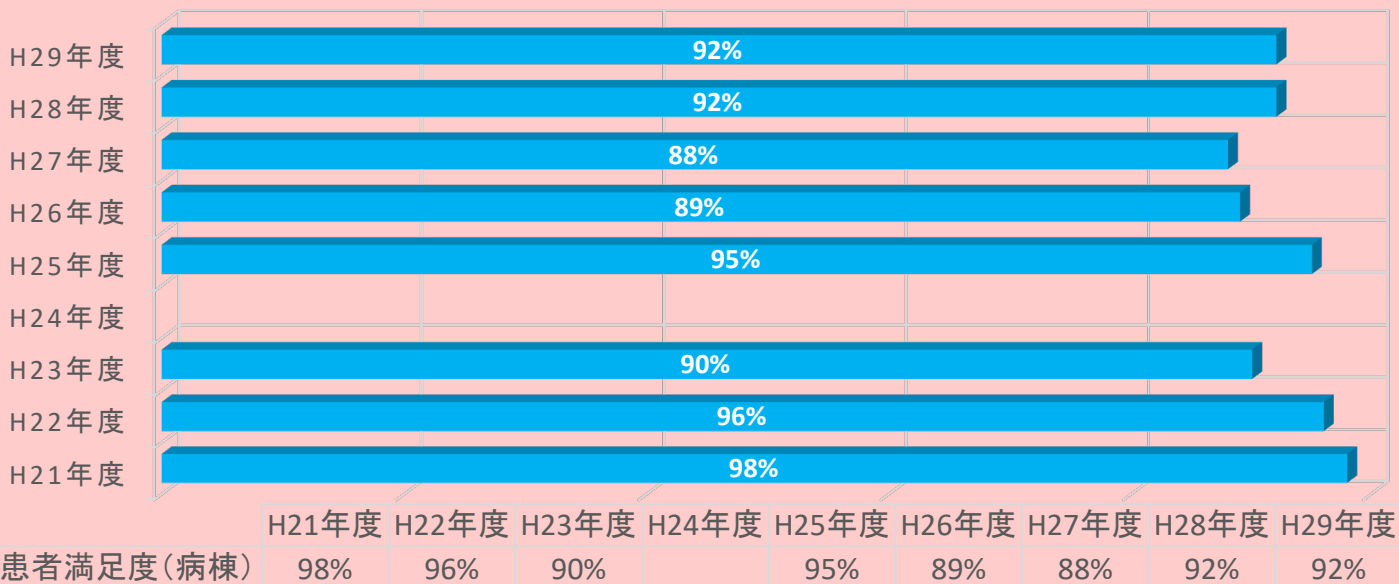
外来・病棟とも、「満足」または「非常に満足」と回答した方の割合は高く、80~90%を推移しています。今後も更に質向上を目指し、個々の患者さんから高い患者満足度をいただけるように、努めてまいりたいと思います。

なお、平成24年度は外来・病棟とも患者満足度調査を実施しておりませんでした。

### 外来



### 病棟



## 意見箱投書中に占める感謝・苦情の割合

## 項目の値に関する解説

本院ではご意見箱を外来1階、病棟各階エレベーターホールに設置しており、週に1回ご意見箱の投書内容を確認させていただいております。ご記名のある場合は直接回答させていただいております。また定期的にご意見箱掲示板にてご意見と当方の回答をご案内しております。投書されたご意見は、診察、待遇、施設設備、食事など、病院が提供している全ての「質の評価」であるといえます。このようなご意見の評価と内容の分析をしていくことが、患者満足度の向上を示し、

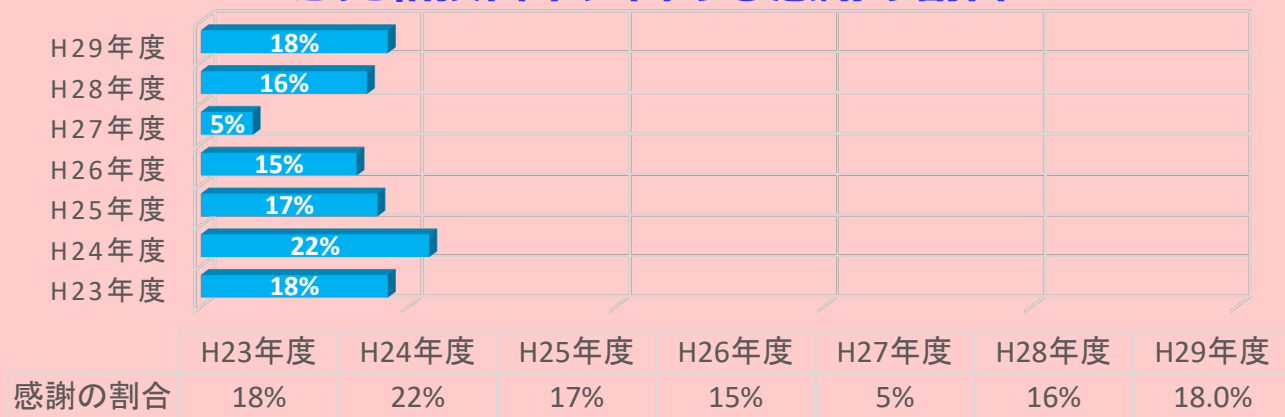
## 項目の定義について

ご意見箱に投書いただいたご意見等で、それぞれ、感謝の内容のご意見数/全体のご意見数、苦情の内容のご意見数/全体のご意見数の割合を%で表示しています。各年度1年毎に集計しています。

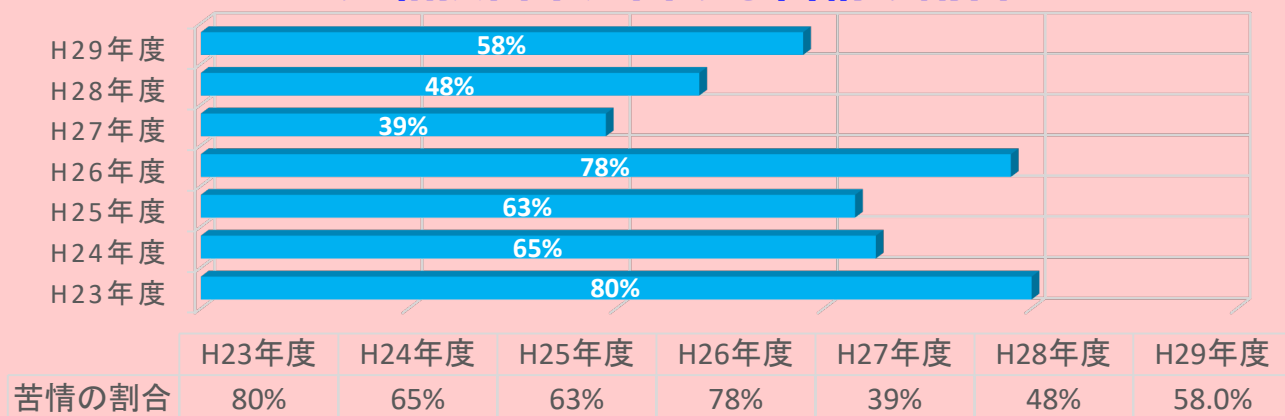
## 本指標について自己評価

ご意見箱にお寄せいただく内容は感謝よりも苦情の割合が多いようです。これらの結果は患者満足度調査とは異なるように思えますが、多くの皆様が満足されていても、一方で本院に関する課題やご要望をお持ちの方々は決して少ないことを示しており、私たちはこれらのご意見を真摯に受け止める必要があると考えております。これからもご意見箱に寄せられた貴重なご意見・ご要望・ご苦情に対してできるだけ速やかに対応して、ご意見箱においても苦情より感謝の方が多くお寄せいただける病院になるように努めてまいります。

## 意見箱投書中に占める感謝の割合



## 意見箱投書中に占める苦情の割合



## 黄色ブドウ球菌に占めるMRSAの割合

### 項目の値に関する解説

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）は、医療関連感染を起こす代表的な菌であり、院内で最も分離頻度が高い耐性菌です。以前は、入院患者から分離される黄色ブドウ球菌の50～70%をMRSAが占めているとされていました。近年は感染対策の取り組みにより、分離頻度は年々減少傾向です。しかし、JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス）のデータとして、全耐性菌の新規感染症患者のうちMRSAは90%を占めているとの報告もあります。

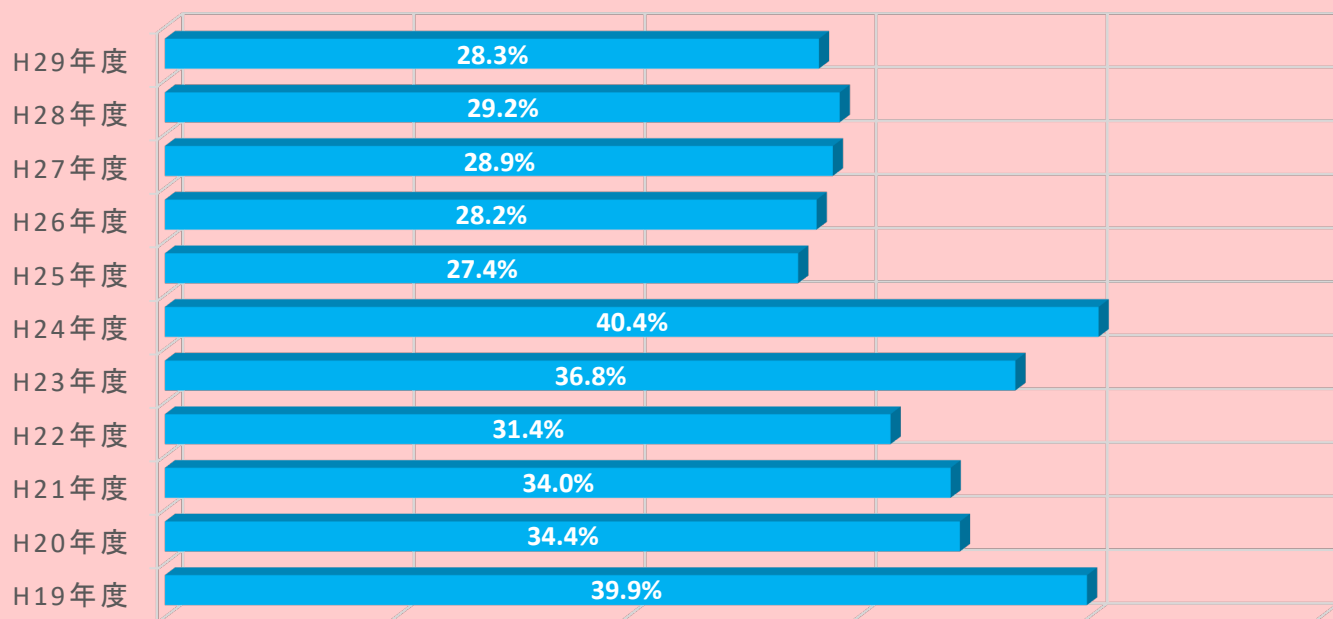
MRSAに代表される耐性菌の感染拡大防止には標準予防策に加えて接触予防策の実施が重要であり、それらの対策実施評価としてMRSA分離割合を数値化しています。

### 項目の定義について

各年度1年間について、MRSAが検出された患者数／MRSAを含むブドウ球菌が検出された患者数で算出した割合を%で表示しています。

### 本指標について自己評価

手指衛生の遵守率が上昇するとMRSAが減少するといわれています。当院でもここ数年手指衛生の遵守率上昇の取り組みでMRSAの検出率が30%を切っています。厚生労働省が策定した「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」では、検出率20%以下を目標としています。これからも、医療者一人ひとりが感染対策を遵守するよう取り組み、目標値を目指します。



	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
黄色ブドウ球菌に占めるMRSAの割合	39.9%	34.4%	34.0%	31.4%	36.8%	40.4%	27.4%	28.2%	28.9%	29.2%	28.3%

## 外来患者数・入院患者数

### 項目の値に関する解説

本院は、現在30の標榜診療科（医療法において規定された外部に広告できる診療科名）からなり、病床数は平成22年度に7床を増床し707床を有しています。これらの患者数は各年度1年間の外来患者数と入院患者数の延べ数です。

### 項目の定義について

外来患者数は初診患者数と再診患者数の合計で、入院患者数は毎日24時現在入院している患者数の合計です。

### 本指標について自己評価

ここ5年間、外来患者数は350,000~380,000人ですが、毎年減少が続いております。また、入院患者数は200,000人~220,000人で推移しています。

### 外来患者数



	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
外来患者数	338872	331461	343243	352526	367926	373570	376406	370975	366625	358054

### 入院患者数



	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
入院患者数	212782	213369	221322	218464	212508	215109	212952	212405	203245	202001



## 転倒・転落発生率

### 項目の値に関する解説

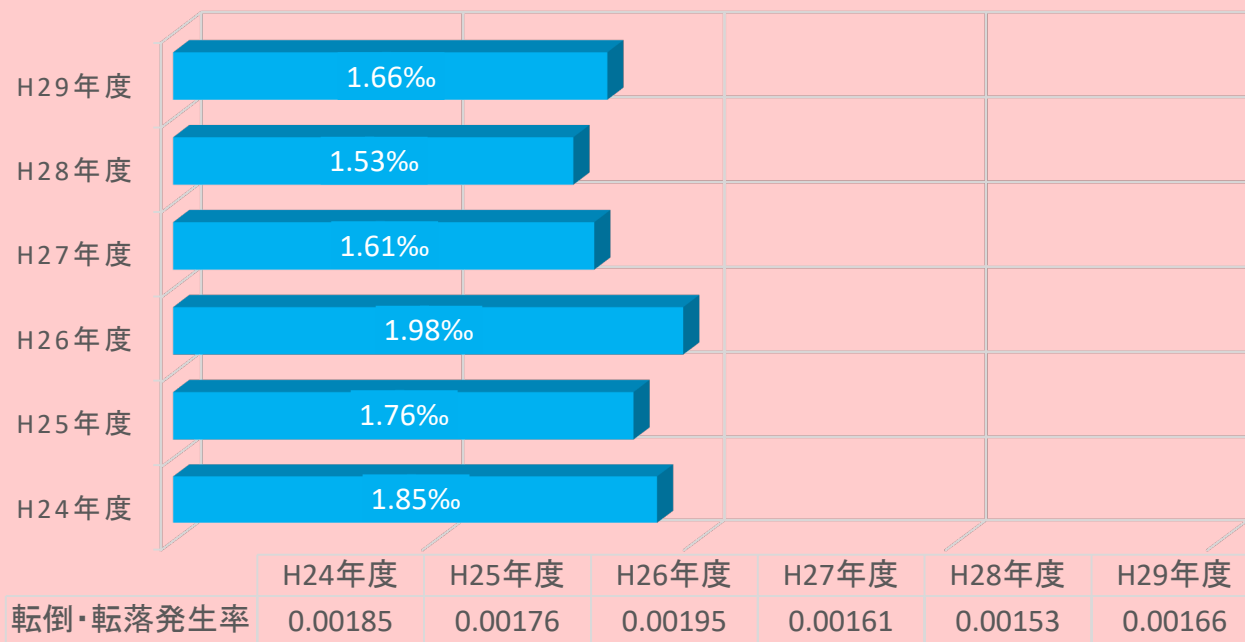
入院中の患者さんは自宅の環境とは異なる中で入院生活を送らなければなりません。入院に伴う環境の変化や検査・治療・手術等で身体的影響は大きく、ベットからの移動時やトイレの行き帰り、履物が適切でない等の理由で転倒・転落を起こすことがあります。転倒・転落により、頭部打撲や骨折等を起こすことで、患者さんのQOLの低下を来してしまいます。本院では転倒転落の要因と入院環境や予防策を検討し実施しています。

### 項目の定義について

各年度1年間のインシデントレポートが提出された入院中の患者の転倒・転落件数／入院のべ患者数です。

### 本指標について自己評価

患者さんの履物による転倒が報告され、運動靴などかかとのある履物を履いていただくよう努めています。患者さんが入院されたときに状態を見させていただき転ばないための対策を立て実施しておりトイレの際の転倒は減少しました。一方で転倒された患者さんの中で65才以上の方の転倒する割合が増えています。今後も、履物について説明しご協力をいただくとともに患者さんの状態にあわせた対策を実施し安全に努めていきたいと思っております。



## こまくさ図書室利用件数

### 項目の値に関する解説

信大病院では、患者さんに健康・医療等の情報を提供することにより、安心して療養・治療が受けられるように支援するとともに、療養時のストレス等の軽減を図るための教養・娯楽・レクリエーションの場として、外来棟一階に患者図書室「こまくさ図書室」を設置しており、入院中の患者さん、通院中の患者さんおよびその家族の皆様幅広く利用を呼びかけています。

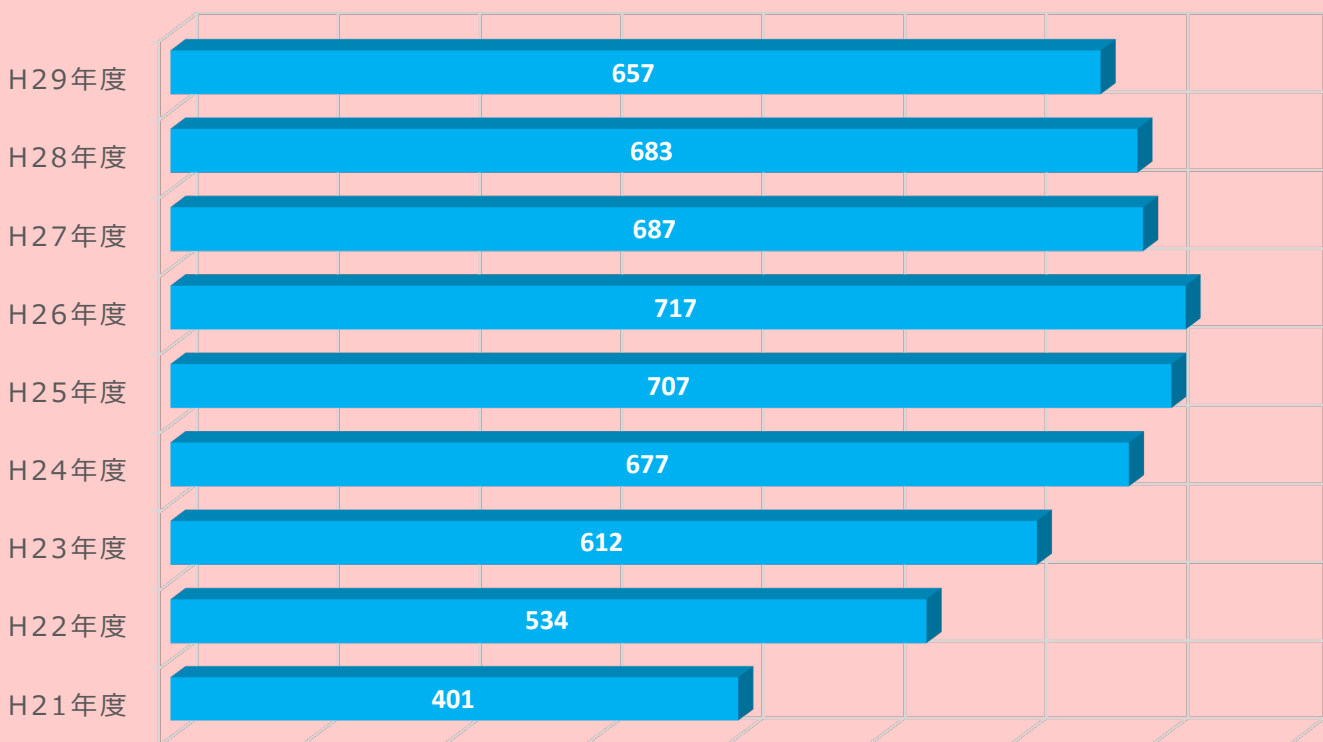
こまくさ図書室利用者数は、図書室の機能が患者さん達のニーズにあっているかの指標になります。

### 項目の定義について

数字はこまくさ図書室で資料を借りた方の一ヶ月当たりの平均数で、図書室内で資料を閲覧しただけの方はカウントされません。

### 本指標について自己評価

こまくさ図書室は全国の国立大学附属病院の患者図書室として初めて地方自治体の図書館と連携して運営されており、現在の資料計8500件のうち一般資料を中心に3600件を松本市図書館から借用しており、病院で購入した医学・医療関連の資料とともに図書室で閲覧できます。利用者が松本市図書館の資料をインターネットで予約してこまくさ図書室で借りたり、松本市図書館の資料をこまくさ図書室で返却することもできます。利用者数は650～700件前後で推移しています。



H21年度 H22年度 H23年度 H24年度 H25年度 H26年度 H27年度 H28年度 H29年度

こまくさ図書室利用件数	401	534	612	677	707	717	687	683	657
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## 正常分娩数・総分娩数

### 項目の値に関する解説

正常分娩数は産科合併症（例：妊娠高血圧症候群や早産など）と合併症妊娠（例：他科疾患合併妊娠など）がなく、経腔分娩した症例の総数です。総分娩数は正常分娩以外の異常分娩を加えた総数です。正常分娩数はローリスク症例、総分娩数はローリスクからハイリスク症例までの周産期医療提供能力を表現する指標といえます。

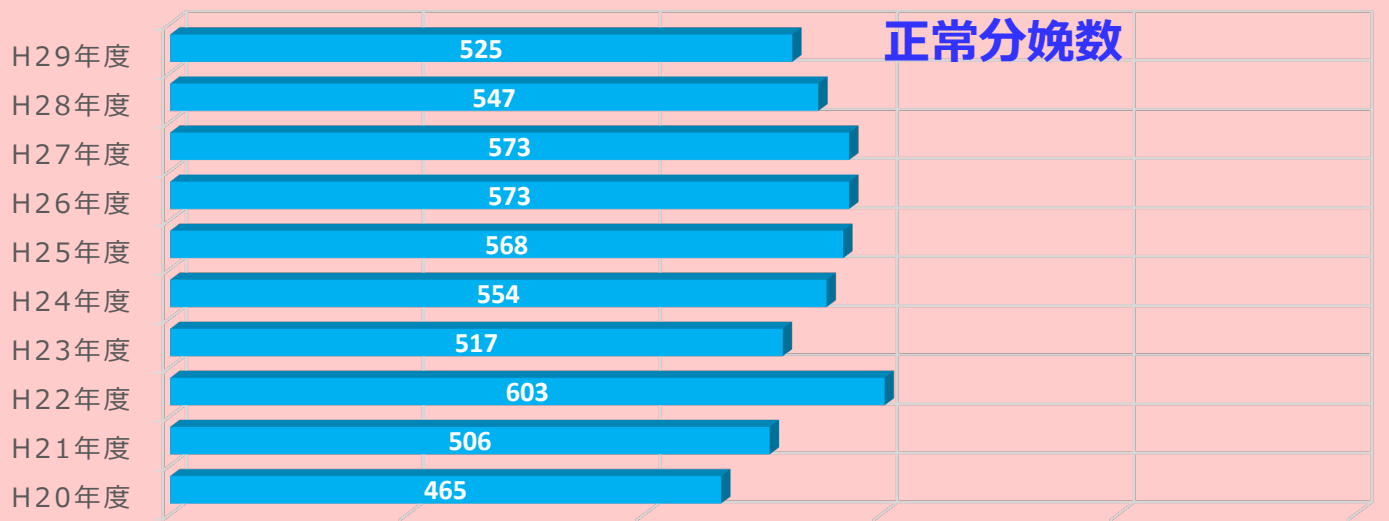
### 項目の定義について

各年度1年間の信大病院での正常分娩数と総分娩数です。

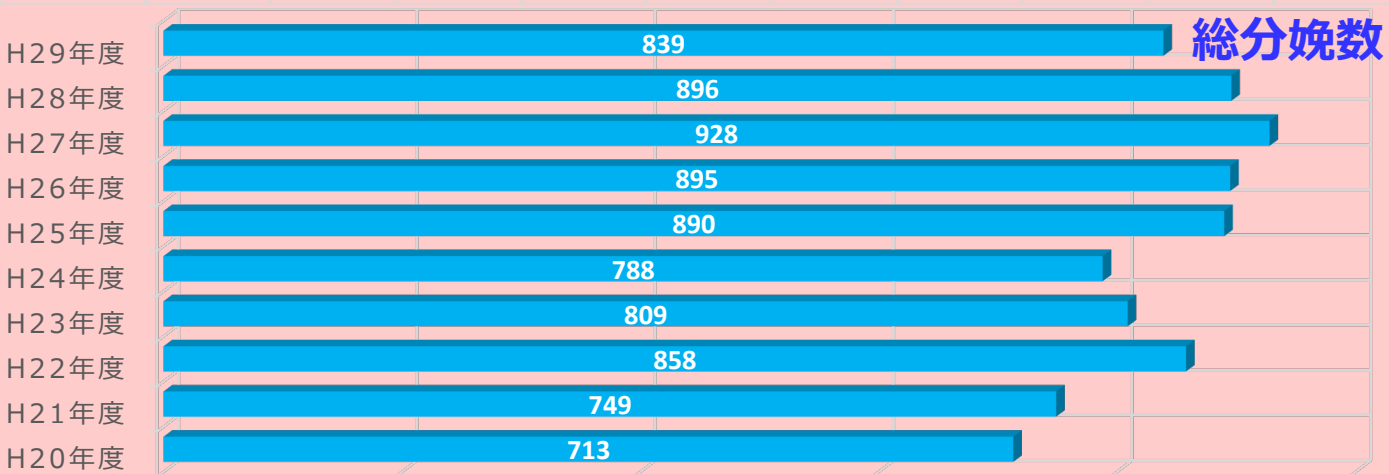
### 本指標について自己評価

分娩を扱う医療機関の集約化が進む中、信大病院は地域周産期母子医療センターとしてハイリスク分娩を扱うのはもちろんのこと、ローリスク分娩についても制限することなく扱っています。これにより、分娩する場所がなくなる妊婦（いわゆる「お産難民」）が発生することはなく、周産期医療の崩壊を防いでいます。

信大病院は周産期医療においても「最後の砦」の機能を果たしているといえます。



	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
正常分娩数	465	506	603	517	554	568	573	573	547	525



	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
総分娩数	713	749	858	809	788	890	895	928	896	839

## 院内施行の遺伝子検査件数

### 項目の値に関する解説

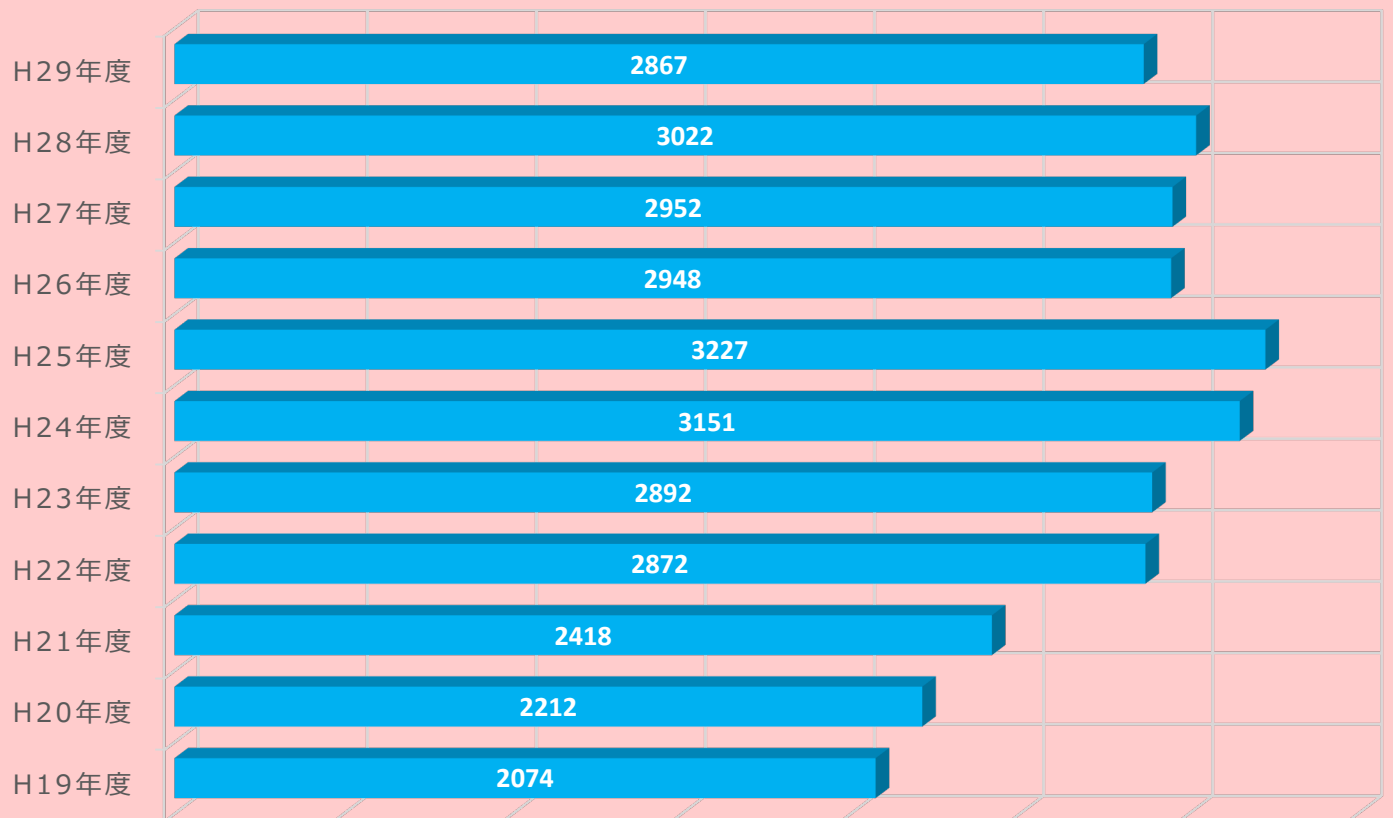
遺伝子検査は、悪性腫瘍・感染症などさまざまな疾患において診断、病期評価、治療効果判定などあらゆる目的で行われる検査です。大学病院だからこそ、実施できる特殊性の高い検査として重要な検査となっています。

### 項目の定義について

各年度1年間の院内で施行された遺伝子検査件数です。

### 本指標について自己評価

信大病院が院内で施行している遺伝子検査は、造血器腫瘍関連を中心に幅広い検査項目があります。近年では悪性腫瘍の診断・治療選択に必須な遺伝子検査が増加しています。年間件数は3000件程度で推移しており大きな変化はありませんが、項目数は増加しています。一方で、保険未収載などの特殊項目もあるため、検査実施の時期や回数など、適宜検討を行いながら、過不足なく臨床的有用性を維持した検査として実施されていくことは、病院における重要な指標となるといえます。



H19年度 H20年度 H21年度 H22年度 H23年度 H24年度 H25年度 H26年度 H27年度 H28年度 H29年度

院内施行の 遺伝子検査件数	2074	2212	2418	2872	2892	3151	3227	2948	2952	3022	2867
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

## 他院からの病理依頼件数

### 項目の値に関する解説

病理組織診断は患者疾患に対する治療方針を決定する上で非常に重要な位置を占めています。近年全国的に病理医不足が懸念されている中で、病理検体は出るがそれを標本化する部署（病理検査室）がない、あるいは診断する病理医が居ない、といった施設が多く存在するのが現状です。そのような症例に対して標本化、診断を行うことは地域医療において極めて重要で、また県内唯一の大学病院の使命でもあるといえます。

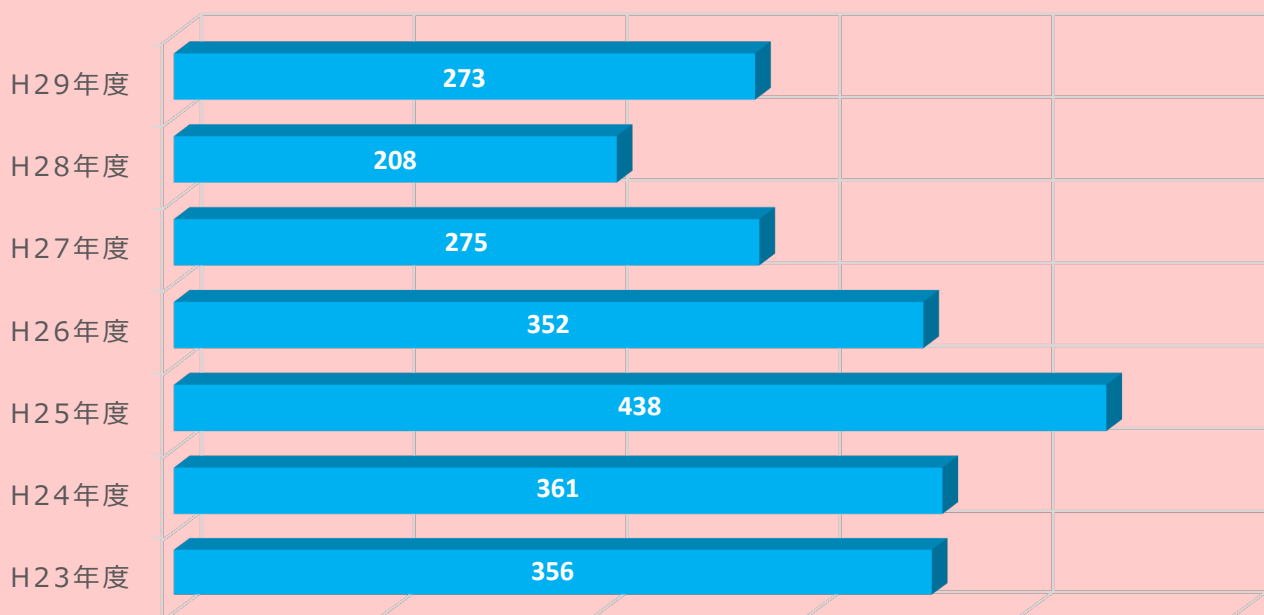
### 項目の定義について

契約施設（市中病院、中央臨床検査所など）からの生検材料、手術材料、および術中迅速組織診材料について病理検査室で受託している検体の年間総件数。

### 本指標について自己評価

平成23年度より受託施設の見直しを行い、市中病院に関しては変わりないですが、中央臨床検査所（上田地域）については、その中でメインを占めていた東御市民病院のみの検体に制限しました。そのため一時的に件数が激減しましたが、以降はまた徐々に増加しました。しかしながら平成25年度をピークにその後経年的な減少していたところではありますが、H29年度はまた増加が見られています。

信州大学病院の病理医が関連施設に出向して診断することも日常的に行われていますが、それとは別に、特に採取検体からの標本作製を含む病理診断は、自施設ではない故の患者情報の少なさが診断に影響しないような質も求められる重要な検査であるといえます。



	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
他院からの病理依頼件数	356	361	438	352	275	208	273

## 入院でのヨード内用療法

### 項目の値に関する解説

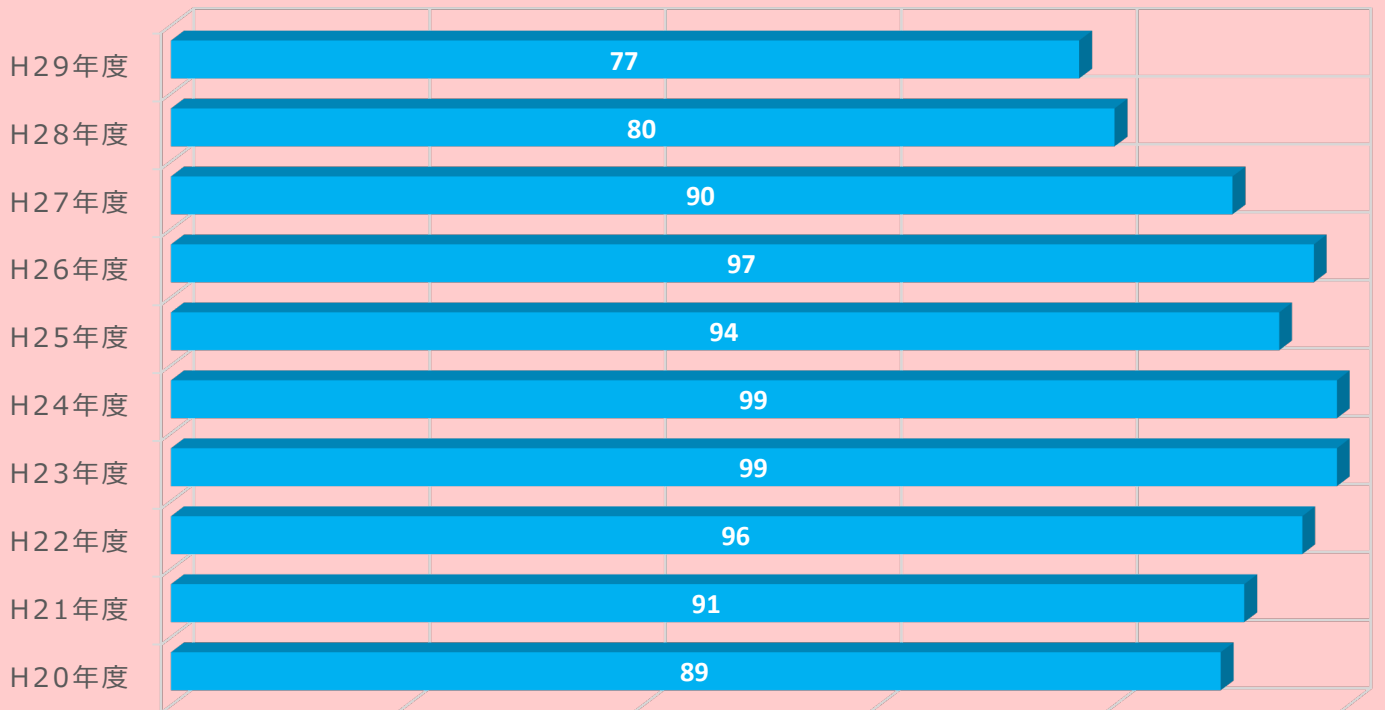
甲状腺疾患において、放射性ヨード内用療法は欠かすことのできない治療法です。甲状腺癌に対する高容量投与には放射性物質を取り扱える特殊な入院設備が必要ですが、こうした病室は全国的に120床程度しかありません。本院は入院でのヨード内用療法が可能な特殊病室を2床有しており、長野県内全域から患者さんを受け入れています。

### 項目の定義について

各年度で入院にてヨード内用療法を施行した患者数です。

### 本指標について自己評価

H29年度の年間患者数は昨年度とほぼ同数であり、以前よりも少ない傾向が続いています。これは甲状腺癌に対する薬物療法の進歩により、本療法を必要とする患者さんが減少したためと考えられます。従来は年間使用限度近くまで放射性ヨードを使用しておりましたが、患者数の減少に伴い、現在は余裕をもった運用が可能となっています。



	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
入院でのヨード内用療法	89	91	96	99	99	94	97	90	80	77

## 看護師100人あたりの専門・認定看護師数

### 項目の値に関する解説

専門看護師・認定看護師の資格制度は、医療の高度化・専門分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。日本看護協会が資格認定した専門看護師は1996年から、認定看護師は1997年からそれぞれが誕生しております。

専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的としています。また、認定看護師制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的としています。

### 項目の定義について

各年度4月1日現在の次の計算式で定義します。

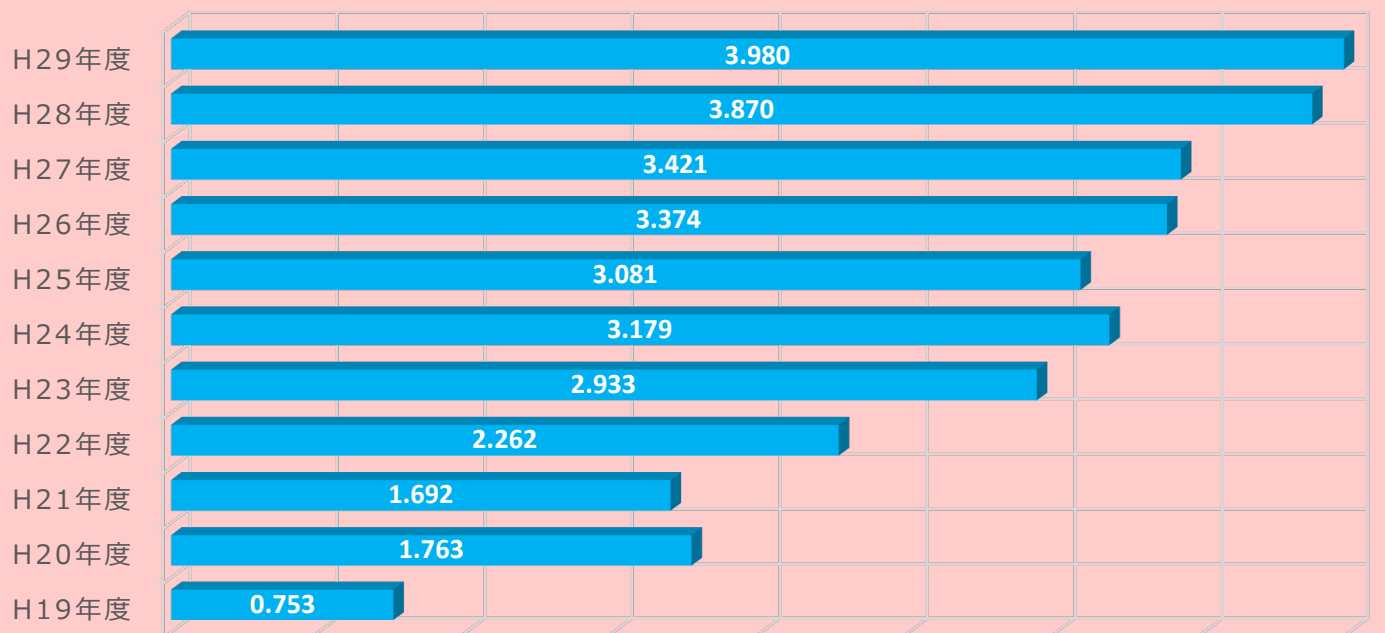
$(\text{専門看護師数} + \text{認定看護師数}) \times 100 / \text{常勤看護師数}$

なお、この常勤看護師数はフルタイム勤務正職員、短時間勤務正職員、非常勤職員全ての人数（休職中も含む）で、看護補助者は含まれていません。

認定看護師には、認定看護管理者は含んでおりません（下記参照）。

### 本指標について自己評価

本院では専門看護師や認定看護師の育成を積極的に行い、看護の質の向上や充実に取り組んでいます。平成29年度はがん専門看護師1名と認定看護師18領域31名が在籍しており、国立大学病院（45校）の中で3番目に多い数です。リソースナースとして院内の各種チーム活動やコンサルテーションや指導等横断的活動の他、各部署で質の高い実践や看護外来等、医療や看護の質の保証・維持に貢献しています。



H19年度 H20年度 H21年度 H22年度 H23年度 H24年度 H25年度 H26年度 H27年度 H28年度 H29年度

看護師100人あたりの 専門・認定看護師数	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
	0.753	1.763	1.692	2.262	2.933	3.179	3.081	3.374	3.421	3.870	3.980

## 信州メディカルネットにおける 本院患者の診療情報提供件数

新規項目

### 項目の値に関する解説

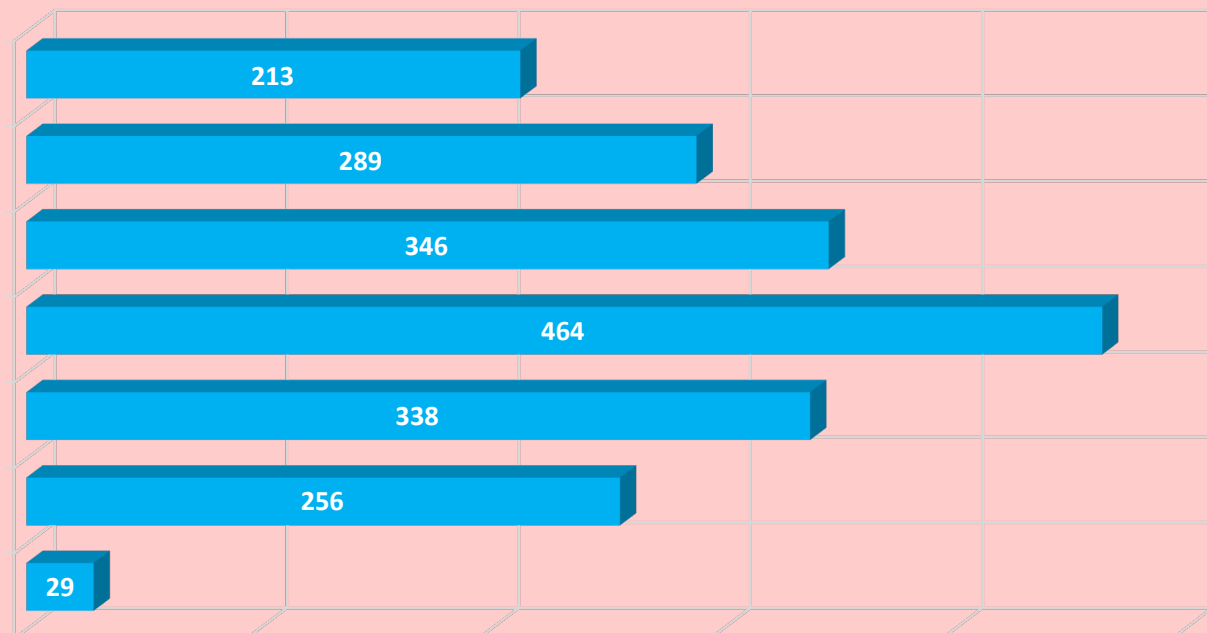
信州メディカルネットは、長野県内の医療機関同士がICT（情報通信技術）を利用して患者の診療情報を共有する仕組みで2011年より稼働しています。2019年2月時点で、情報提供・参照施設は本院も含めて20病院、情報参照のみ施設は19病院・125診療所と広がっています。この仕組みを利用するためには、医療機関同士で情報共有することに対する患者さんの文書による同意が必要ですが、患者さんには金銭的な負担はありません。この仕組みを利用することで、情報共有は迅速かつ詳細になり、限られた医療資源を有効に活用することができます。本指標は本院が診療情報の共有にどれだけ真剣に取り組んでいるかを示しています。

### 項目の定義について

各年度の、本院患者で信州メディカルネットにて他医療機関へ診療情報提供することができた件数です。

### 本指標について自己評価

本院患者の診療情報提供件数は平成26年度から減少しています。これは、まだ本院の医療者が、十分に信州メディカルネットの存在を周知していない現状を反映しているものと思われます。病院全体が本腰を入れて、患者さんにとって有益な情報共有であることを十分に理解し、信州メディカルネットの利用に取り組んでいく必要があります。



	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
信州メディカルネットにおける 本院患者の診療情報提供件数	29	256	338	464	346	289	213



## 手術・血管造影検査・内視鏡検査における インフォームドコンセント実施率

**新規項目**

### 項目の値に関する解説

平成28年特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会においてとりまとめられた「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース等を踏まえた特定機能病院の承認要件の見直しについて」等を踏まえ、6月に医療法施行規則の一部を改正する省令が出されました。これにより、医療法施行規則の一部を改正が行われ、特定機能病院に対して、インフォームド・コンセントに関する責任者を配置し、及び医療の担い手がインフォームド・コンセントを行う際の同席者、標準的な説明内容その他インフォームド・コンセントの実施に必要な方法に関する規程を作成することにより、インフォームド・コンセントを行う医療の担い手が適切に医療を受ける者の理解を得るようにすることが義務づけられています。

本院では、これを受けて、平成28年8月より「信州大学医学部附属病院インフォームド・コンセント実施要項」を制定し、インフォームド・コンセントを行った際には必要事項を速やかに診療録に記載することを明記しています。

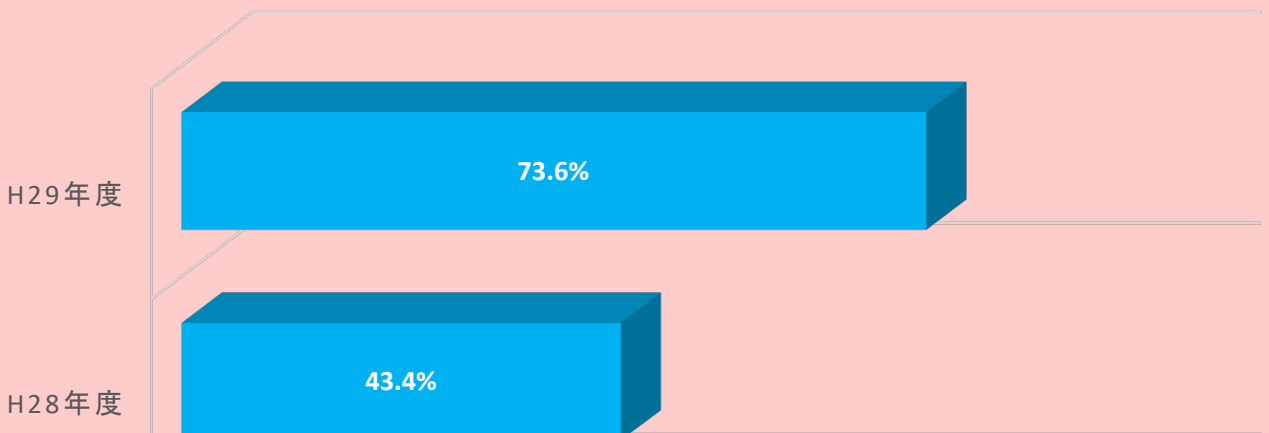
### 項目の定義について

本院では上記実施要項に基づき、インフォームド・コンセントについては患者さんへの説明文書の保存、同意書の保存、必要事項を診療録に漏れなく記載できるようにインフォームド・コンセント用テンプレートを用いることの3つを行うことを推奨しております。

本項目は、各年度の、手術、血管造影検査、内視鏡検査におけるインフォームド・コンセントにおいて、3つとも実施された実施率を表しています。

### 本指標について自己評価

インフォームドコンセント実施状況の点検を開始した平成28年度は43%でしたが、診療録管理委員会と医療安全管理委員会が協働して改善に取り組んだ結果、翌年度には、74%になりました。診療録管理委員会では、実施率80%以上を目標値としており、今後も引き続き診療録の点検を通じて実施率向上に取り組んでいきたいと考えています。



	H28年度	H29年度
インフォームドコンセント実施率	43.4%	73.6%