

臨床指標(クオリティインディケーター)

1) 病院全体の指標

NO	指標名	集計	単位	2022年度	2023年度	2024年度	指標の説明	担当部署
1	入院患者数	1日平均	人	290	292	303	1日当たりどれくらいの患者さんが在院しているのかを示す年間平均患者数。	業務課
2	外来患者数	1日平均	人	1,132	1,088	1,038	1日当たりどれくらいの患者さんが来院しているのかを示す年間平均患者数。	業務課
3	紹介患者数	年間延べ	人	14,915	14,871	15,673	当院以外の医療機関から紹介されてきた患者数。 病院と診療所の機能分担を図る観点から、当院のような急性期医療機関は紹介状を持参した患者さんを多く行け入れることが求められている。	業務課
4	逆紹介患者数	年間延べ	人	11,008	11,757	11,785	当院から他の医療機関へ紹介した患者数。 症状が安定したケース等では、地元の「かかりつけ医」を紹介することで当院とかがかりつけ医の二人主治医制で切れ目のない医療の提供を行う。	業務課
5	病床稼働率	平均	%	78.1	78.6	81.7	当院の病床がどの程度効果的に稼働しているのかを示す指標。 計算式は、分子：年間在院患者延数、分母：届出床（371床）×実日数で求める。	業務課
6	平均在院日数	平均	日	10.9	10.5	10.3	病院全体で患者さんがどれくらいの期間入院していたのかを示す指標。 疾患によって入院日数に違いが生じるが、同じ疾患でも治療方法により違いが生じるケースもある。	業務課
7	手術件数	年間延べ	件	5,380	5,576	5,662	手術室において手術を行った件数。外来処置室などで行う小手術・処置は含まれない。	業務課
8	救急患者数	年間延べ	人	12,539	9,714	8,286	救急部に受診した延べ患者数。	業務課
9	救急搬送患者数	年間延べ	人	3,339	3,448	3,520	救急車によって搬送された患者数。	業務課

2) 医療安全の指標

NO	指標名	集計	単位	2022年度	2023年度	2024年度	指標の説明	担当部署
1	医療安全文化調査アンケート回答率(%)	年度別回答率	%	79.3%	77.7%	72.1%	日本医療機能評価機構主催による全国アンケート調査で、自施設の医療安全文化の現状を把握するとともに醸成度合いを考察する目的で2019年度より開始された。	医療安全推進室
2	：安全に対する全体的な認識	年度別平均	ポイント	55.8	54.9	57.4	14領域44設問からなるアンケート調査であり、代表的な領域の平均ポイントを示す。	医療安全推進室
3	インシデント・アクシデント報告件数	年度別月毎平均	件	178	171	181	全教職員より院内発生事案を報告するシステムである。事案は、0から5までの6段階にレベル分けされている。レベル0とは事前に発見された事案、レベル1とは患者さんに障害がない事案、レベル2とは患者さんに一過性障害が発生した事案、レベル3とは一時的な治療・処置が必要となった事案、レベル4とは永続的障害が発生した事案、レベル5とは死亡事案である。許可病床数100床あたりの月毎報告件数を年度平均した数値を示す。	医療安全推進室
4	：全報告中レベル0または1の占める割合	年度別割合	%	74.0%	74.8%	71.9%	事前に発見された経緯や患者さんに障害がなかった状況を調査し、その体制を強化することでレベルの高い事案を予防できる。そのため、レベル0や1の報告を増やすことは、重要な医療安全活動である。	医療安全推進室
5	：全報告中医師の報告の占める割合	年度別割合	%	12.5%	12.1%	12.1%	年度での全報告件数のうち、医師が報告した件数の割合。	医療安全推進室
6	入院中院内転倒転落発生率	年度別発生率	‰	2.2‰	1.9‰	2.0‰	年度入院患者延べ数（人・日）に対する入院患者に発生した転倒転落件数の割合。 院内転倒転落をゼロにすることは難しいが、アセスメントを強化し患者さんの協力のもと減少を目指している。	医療安全推進室
7	：入院中院内転倒転落のうちレベル3b以上の発生率	年度別発生率	‰	0.019‰	0.019‰	0.027‰	年度入院患者延べ数（人・日）に対する、入院患者に発生したレベル3b以上の転倒転落件数の割合。	医療安全推進室
8	褥瘡発生リスクがある対象に対する体圧分散寝具使用率	年度別割合	%	99%	89%	97%	手術後や集中治療管理を要する超急性期の方、日常生活自立度が低く主にベッド上で生活される方など、褥瘡発生リスクが高い方と既に褥瘡を有している方に対し、褥瘡対策専用の体圧分散寝具を使用している割合。	褥瘡対策チーム
9	入院中新規褥瘡発生率	年度別発生率	%	0.53%	0.41%	0.57%	入院患者延べ人数に対する、入院してから新規に褥瘡発生した患者の割合。 皮膚損傷には至らない持続的紅斑(Depth1)の段階を含めた数値を示す。 発生した褥瘡の深達度は、真皮までの損傷(Depth2)以上のものとする。	褥瘡対策チーム
10	推定褥瘡発生率	年度別発生率	%	0.69%	0.37%	0.77%	毎月行う定点調査で、調査時点の入院患者数に対し、院内で新規に褥瘡発生した患者の割合。褥瘡発生だけでなく治癒率も影響する数値であり、推移を比較することで褥瘡対策全体を評価することができる。	褥瘡対策チーム
11	中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率	年度別割合	%	0.0%	0.01%	0.00%	入院患者にCVCが挿入された回数に対する、医原性気胸が発生した回数の割合。	医療安全推進室

3) 感染対策の指標

NO	指標名	集計	単位	2022年度	2023年度	2024年度	指標の説明	担当部署
1	アルコール性手指消毒剤消費量	年別	ml/延べ入院患者日	28.5	29.33	28.64	当院の病棟での1患者あたりの手指消毒剤の消費量。手指衛生と言う基本的な感染対策ができてきているかを判断する指標の一つ。	感染対策室
2	新規MRSA検出率	年別	件/1000患者日	0.23	0.08	0.17	病棟で新規にMRSAが検出された患者の数。MRSAは代表的な薬剤耐性菌であり、その発生率は感染対策のアウトカムとして重要な指標である。	感染対策室
3	広域抗菌薬投与前の血液培養実施率	年別	%	86.6%	90.7%	79.7%	カルバペネム系抗菌薬など広域抗菌薬使用前に血液培養を実施して、原因菌検索を行う事が必要である。適正な抗菌薬治療のプロセスを評価する指標。	感染対策室