

令和2年度 全国自治体病院協議会
「医療の質の評価・公表等推進事業」
結果報告

令和3年 11 月
豊橋市民病院

担当部署：事務局 医療情報課

医療の質の評価・公表等推進事業について

当院では、平成 26 年度より公益社団法人 全国自治体病院協議会（JMHA）が実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加しています。

この事業は、フィードバックされた指標から見えてきた問題点を病院全体で検討し改善策を実行することにより、さらに医療の質を向上させることを目的としています。ここで取扱う指標は、それぞれの病院の置かれている状況や地域における役割が異なるため数字だけをみて比較するものではなく、自治体病院の医療の質の維持・改善を目指していくためのものです。

当事業では指標の特色として、①地域（地域救急貢献率、地域分娩貢献率）、②パートナー（地域医療機関サポート率、精神科病院からの身体合併症受入患者数等）、③生活支援（在宅復帰率等）など選定し、一般病院は 37 指標で平成 26 年第 2 期より 3 か月ごとに継続的な臨床指標データの分析を行っていきます。（患者満足度調査は年に 1 度のみ）

令和 2 年度の当事業に当院のデータを提出し、集計結果がフィードバックされましたのでご報告いたします。

医療の質を測る指標（QI：Quality Indicator）の考え方

医療の質とは、「標準医療への準拠」つまり、根拠に基づいた医療（EBM：Evidence-based Medicine）をどの程度行っているかによって計測されます。医療の質は「医療のあるべき姿」を 3 つの視点、①構造（Structure）、②過程（Process）、③結果（Outcome）によって評価方法が体系化されています。QI とは、この考え方に沿って医療の質を指標として表すものです。

3 つの視点を具体的に表すと下表のようになります。

① 構造（Structure）	施設・医療機器・医師数などの医療専門職の種類や人数などの医療提供体制を表す指標。
② 過程（Process）	提供している医療における診療行為や看護ケアについて標準医療やベンチマークとの比較によって評価する指標。例えば、肺血栓塞栓症の予防対策実施率や術後リハビリ実施率などがこれにあたる。 また、地域医療における一連の診療の過程で行われる紹介（率）などもこれに含まれる。
③ 結果（Outcome）	提供された医療の結果や治療成績などを評価する指標。例えば、在宅復帰率や患者満足度、平均在院日数などがこれにあたる。

全国自治体病院協議会の医療の質の評価・公表等推進事業は、地域医療における自治体病院の果たす役割を示す②過程（Process）と ③結果（Outcome）を中心に構成されています。

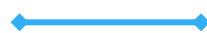
指標の見方

1. 当院の指標の値 : (参考) フィードバックデータの表内にある青色の箇所が当院の値になります。
2. 参加病院との比較 : 棒グラフ、または折れ線グラフ内の、青色の部分が当院のデータを表します。薄いグレーは参加病院全病院、濃いグレーは 600 床以上の病院との比較を表します。
3. パーセンタイル値とは : 参加病院の結果値を小さい順に並べ、どの辺りに位置するかを表します。
25 パーセンタイル とは、下から 25% に位置する値のことをいいます。
例えば、100 参加病院があったとすれば、上位 75 位を表します。

棒グラフの凡例

	当院の値
	全参加病院の値
	600 床以上の病院の値

折れ線グラフの凡例

	当院の値
	全参加病院の 75 パーセンタイル値
	全参加病院の 50 パーセンタイル値
	全参加病院の 25 パーセンタイル値
	600 床以上の 75 パーセンタイル値
	600 床以上の 50 パーセンタイル値
	600 床以上の 25 パーセンタイル値

表の項目の説明

第1期：4～6月のデータ
第2期：7～9月のデータ
第3期：10～12月のデータ
第4期：1～3月のデータ

《令和2年度参加病院病床数別内訳》

病床数別分類	参加施設数
600 床以上	29
500 床以上 600 床未満	28
400 床以上 500 床未満	30
300 床以上 400 床未満	42
200 床以上 300 床未満	25
200 床未満	25
合計	179

※ 当院は 800 床のため 600 床以上にあたります。

令和2年度 各指標定義結果目次

1	患者満足度調査.....	1
1 -1	入院患者満足度【01】	1
1 -2	入院患者満足度（看護）【02】	2
1 -3	外来患者満足度【03】	3
2	紹介率・逆紹介率.....	4
2 -1	紹介率【04】	4
2 -2	逆紹介率【05】	5
2 -3	新入院患者紹介率【08】	6
3	在宅復帰率【09】	7
4	地域医療貢献率.....	8
4 -1	地域医療機関サポート率【10】	8
4 -2	地域分娩貢献率【11】	9
4 -3	地域救急貢献率【12】	10
5	転倒・転落レベル2以上発生率【13】	11
6	褥瘡推定発生率【14】	12
7	手術開始前1時間以内予防的抗菌薬投与率【15】	13
8	肺血栓塞栓症の予防対策実施率【16】	14
9	クリニカルパス使用率.....	15
9 -1	クリニカルパス使用率（患者数）【17】	15
9 -2	クリニカルパス使用率（日数）【18】	16
10	脳卒中連携パスの使用率【19】	17
11	大腿骨地域連携パス使用率【20】	18
12	精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度【21】	19
13	院内他科からの精神科診察依頼頻度【22】	20
14	脳梗塞入院1週間以内のリハビリ強度【23】	21
15	脳梗塞 ADL 改善度【24】	22
16	誤嚥性肺炎の摂食指導実施率【25】	23
17	誤嚥性肺炎再入院率【26】	24
18	急性心筋梗塞アスピリン処方率【27】	25
19	急性心筋梗塞急性期PCI実施率【28】	26
20	急性期心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率【29】	27
21	糖尿病入院栄養指導実施率【32】	28
22	脳梗塞急性期t-PA治療施行率【33】	29
23	急性心筋梗塞 doortoballoonPCI90分実施率【34】	30
24	胃癌低侵襲手術率（内視鏡）【35】	31
25	胃癌低侵襲手術率（腹腔鏡）【36】	32
26	がん患者サポート率【37】	33
27	迅速細胞診実施率（胃癌）【38】	34
28	放射線専門医診断寄与率【39】	35
29	安全管理薬剤指導率【40】	36
30	術後せん妄推定発症率【41】	37

1 患者満足度調査

患者さんがどのように感じているかを把握し、その結果を反映していくことで、医療サービスの一層の充実を図るために実施しています。受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。引き続き、高い患者満足度を維持・向上できるように努めていきます。

1 -1 入院患者満足度【O1】

入院患者満足度は、入院中または退院時に行ったアンケート結果を集計し、当院の入院診療について総合的に満足しているかどうかを表す指標です。

<指標の定義>

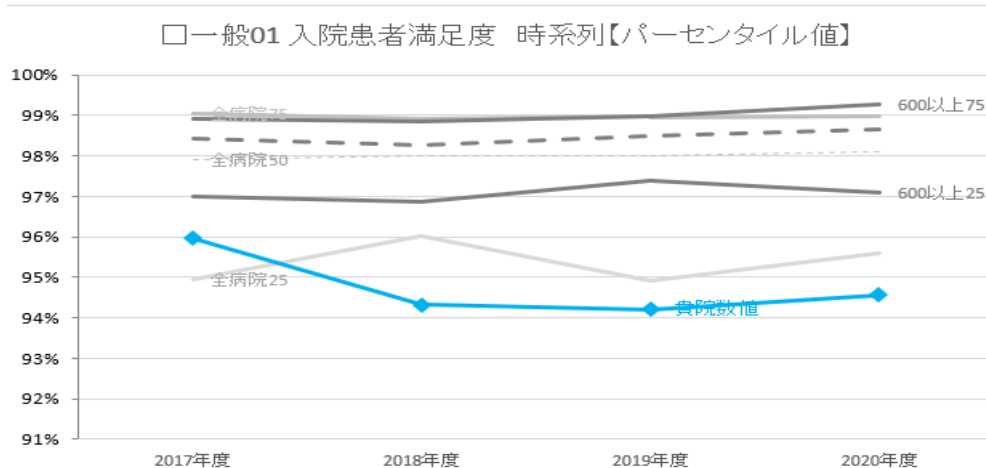
計算方法	分 子： この病院の入院について総合的に「満足」または「ほぼ満足」していると回答した入院患者数
	分 母： 患者満足度調査に回答した入院患者数 ※「普通」「わからない」「未記入」については分母から除く 「普通」の除外は全国自治体病院協議会医療の質の調査・公表等推進事業の定義による
調査期間	令和2年 7月 13日 ～ 令和2年 7月 28日
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考)「設問：総合的に考えて当院に満足されていますか？(入院)」

令和2年度 配布数：503人 回収数：423人 満足+ほぼ満足：384

実施年度	集計有効数	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
平成29年度	420	169	235	16	1
平成30年度	476	207	242	25	2
令和元年度	415	188	203	23	1
令和2年度(2020年度)	391	161	187	18	2

(参考) フィードバックデータ



		年度別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
貴院	数値	96.0%	94.3%	94.2%	94.6%
全病院	25パーセンタイル	94.9%	96.0%	94.9%	95.6%
	50パーセンタイル	97.9%	98.0%	98.0%	98.1%
	75パーセンタイル	99.0%	98.9%	99.0%	99.0%
600以上	25パーセンタイル	97.0%	96.9%	97.4%	97.1%
	50パーセンタイル	98.4%	98.3%	98.5%	98.7%
	75パーセンタイル	98.9%	98.8%	99.0%	99.3%
全病院	平均値	95.3%	95.2%	95.1%	95.5%
600以上	平均値	97.1%	97.1%	97.7%	97.4%
全病院	登録数	127	118	112	95
600以上	登録数	26	22	24	22

1 -2 入院患者満足度（看護）【02】

入院患者満足度（看護）は、入院中または退院前に行ったアンケート結果を集計し、当院の入院診療（看護）について総合的に満足しているかどうかを表す指標です。

<指標の定義>

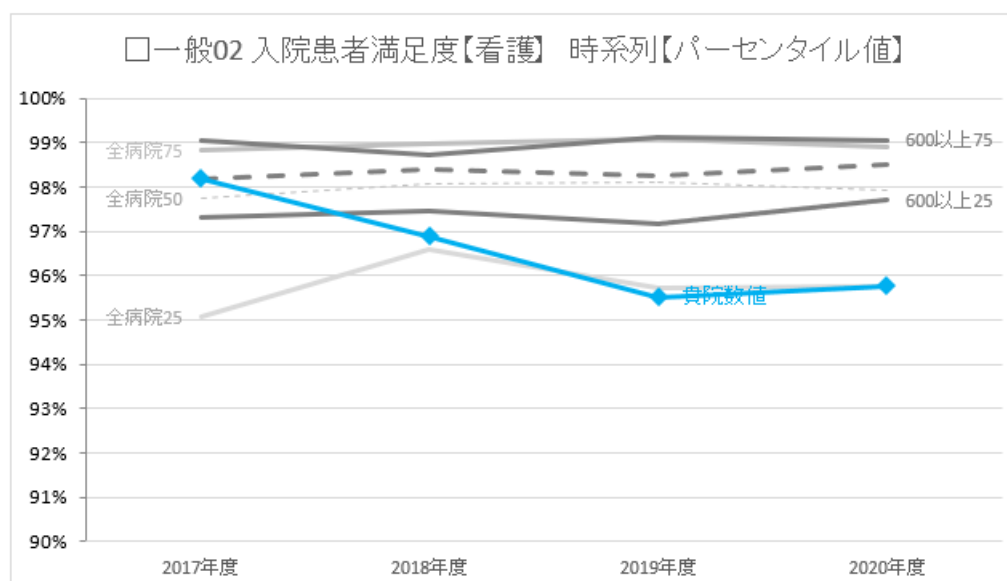
計算方法	分 子： この病院の入院（看護）について総合的に「満足」または「ほぼ満足」していると回答した外来患者数
	分 母： 患者満足度調査に回答した外来患者数 ※「普通」「わからない」「未記入」については分母から除く 「普通」の除外は全国自治体病院協議会医療の質の調査・公表等推進事業の定義による
調査期間	令和2年 7月 13日 ～ 令和2年 7月 28日
値の解釈	より高い値が望ましい

（参考）「設問：職員の言葉づかいや態度について、当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。
（看護師のみ、⑥全般的な対応）（入院）」

令和2年度 配布数：503人 回収数：423人 満足+ほぼ満足：384

実施年度	集計有効数	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
平成29年度	445	289	147	7	1
平成30年度	514	334	164	15	1
令和元年度	447	276	151	18	2
令和2年度（2020年度）	405	253	131	16	1

（参考）フィードバックデータ



		年度別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
貴院	数値	98.2%	96.9%	95.5%	95.8%
全病院	25パーセンタイル	95.1%	96.6%	95.7%	95.8%
	50パーセンタイル	97.7%	98.1%	98.1%	97.9%
	75パーセンタイル	98.8%	99.0%	99.1%	98.9%
600以上	25パーセンタイル	97.3%	97.4%	97.2%	97.7%
	50パーセンタイル	98.2%	98.4%	98.3%	98.5%
	75パーセンタイル	99.0%	98.7%	99.1%	99.1%
全病院	平均値	95.9%	96.6%	96.3%	96.5%
600以上	平均値	97.5%	98.1%	97.4%	97.9%
全病院	登録数	99	100	95	78
600以上	登録数	24	21	22	18

1 -3 外来患者満足度【O3】

外来患者満足度は、外来受診時にアンケートを行った結果を集計し、当院の外来診療について総合的に満足しているかどうかを表す指標です。

<指標の定義>

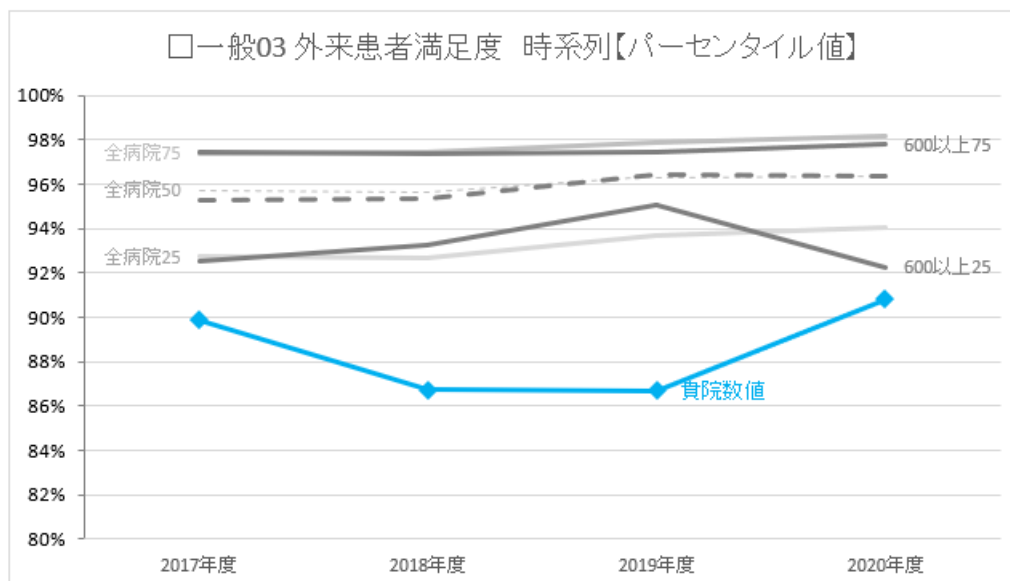
計算方法	分 子： この病院の外来について総合的に「満足」または「ほぼ満足」していると回答した外来患者数
	分 母： 患者満足度調査に回答した外来患者数 ※「普通」「わからない」「未記入」については分母から除く 「普通」の除外は全国自治体病院協議会医療の質の調査・公表等推進事業の定義による
調査期間	令和2年 7月 13日 ～ 令和2年 7月 31日（休日日除く5日間）
値の解釈	より高い値が望ましい

（参考）「設問：総合的に考えて当院に満足されていますか？（外来）」

令和2年度 配布数：2,000人 回収数：1,255人 満足+ほぼ満足：979

実施年度	集計有効数	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
平成29年度	999	227	671	84	16
平成30年度	1,109	310	652	114	33
令和元年度	1,172	315	701	132	24
令和2年度（2020年度）	1,145	351	628	75	24

（参考）フィードバックデータ



		年度別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
貴院	数値	89.9%	86.7%	86.7%	90.8%
全病院	25パーセンタイル	92.8%	92.7%	93.7%	94.1%
	50パーセンタイル	95.7%	95.6%	96.4%	96.4%
	75パーセンタイル	97.4%	97.5%	97.9%	98.2%
600以上	25パーセンタイル	92.5%	93.3%	95.1%	92.3%
	50パーセンタイル	95.3%	95.4%	96.4%	96.4%
	75パーセンタイル	97.5%	97.3%	97.4%	97.8%
全病院	平均値	94.7%	94.9%	95.3%	95.1%
600以上	平均値	94.9%	95.1%	95.7%	94.6%
全病院	登録数	128	115	110	91
600以上	登録数	26	22	24	22

2 紹介率・逆紹介率

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院へ紹介受診します。そして治療を終え、症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過の観察を行います。これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。

紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示しています。

2 -1 紹介率【O4】

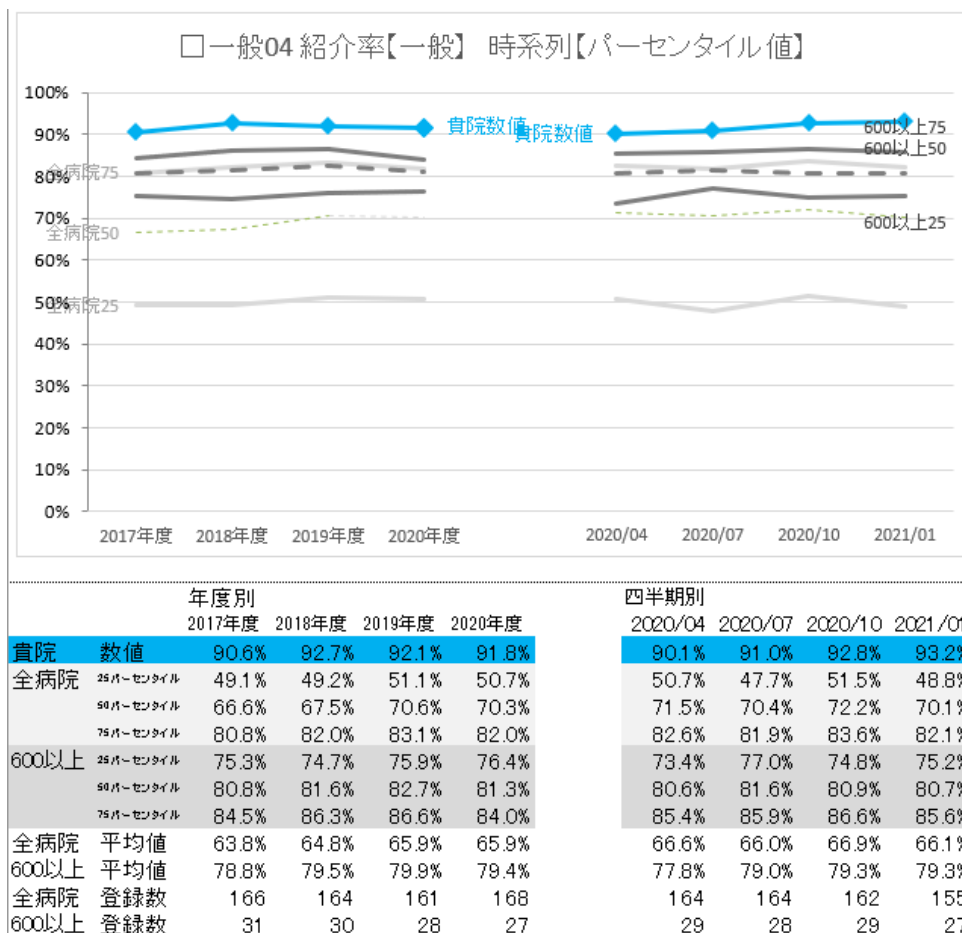
<指標の定義>

計算方法	分 子： 紹介初診患者数 + 救急初診患者数（初診かつ休日または夜間）
	分 母： 初診患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度
分 子	紹介初診患者	20,032	20,682	21,639
	救急初診患者	17,460	17,660	15,959
分 母	初 診 患 者	41,402	41,343	40,835

令和2年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
3,649	4,523	4,721	4,057
2,872	3,802	3,400	2,921
7,238	9,151	8,755	7,491

(参考) フィードバックデータ



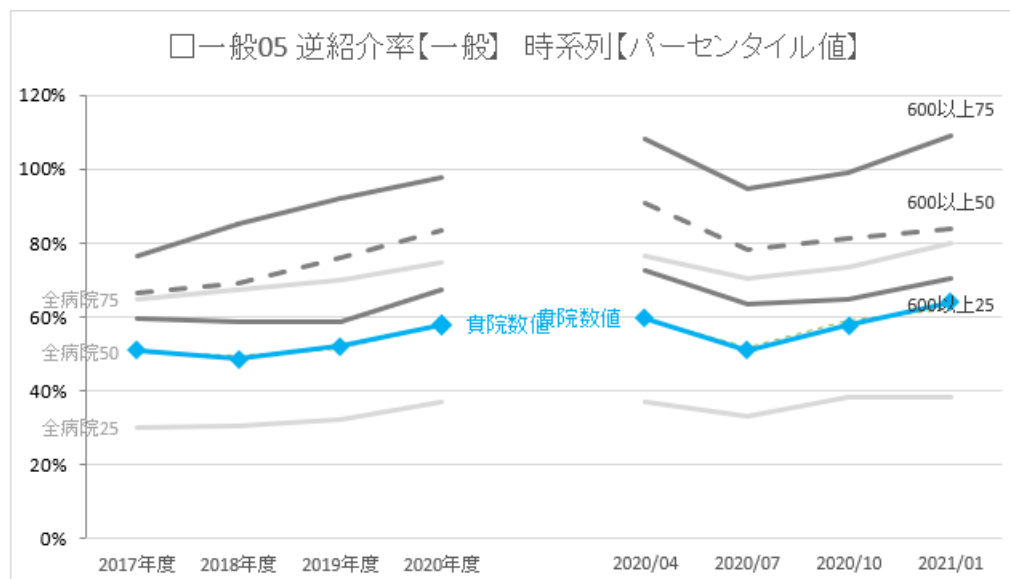
2-2 逆紹介率【05】

<指標の定義>

計算方法	分 子： 逆紹介患者数
	分 母： 初診患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	逆紹介患者数	21,157	20,075	21,292	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	初 診 患 者	41,402	41,343	40,835	4,308	4,669	5,058	4,803
					7,238	9,151	8,755	7,491

(参考) フィードバックデータ



年度別		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	四半期別			
						2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	51.1%	48.6%	52.1%	57.7%	59.5%	51.0%	57.8%	64.1%
全病院	25パーセンタイル	30.2%	30.4%	32.4%	37.1%	37.3%	33.1%	38.6%	38.4%
	50パーセンタイル	50.6%	49.7%	51.2%	58.0%	59.5%	52.0%	59.1%	62.3%
	75パーセンタイル	64.7%	67.6%	70.2%	74.6%	76.7%	70.3%	73.6%	79.8%
600以上	25パーセンタイル	59.7%	58.7%	58.6%	67.4%	72.6%	63.4%	64.6%	70.7%
	50パーセンタイル	66.5%	69.1%	76.2%	83.3%	91.0%	78.2%	81.5%	83.7%
	75パーセンタイル	76.4%	85.1%	92.1%	97.6%	108.3%	94.6%	99.1%	108.9%
全病院	平均値	49.1%	50.9%	53.5%	58.9%	61.5%	55.2%	59.6%	63.3%
600以上	平均値	69.4%	71.3%	76.7%	84.8%	92.0%	80.0%	85.0%	89.3%
全病院	登録数	168	165	163	170	164	165	164	156
600以上	登録数	31	30	28	28	29	28	29	28

2 -3 新入院患者紹介率【08】

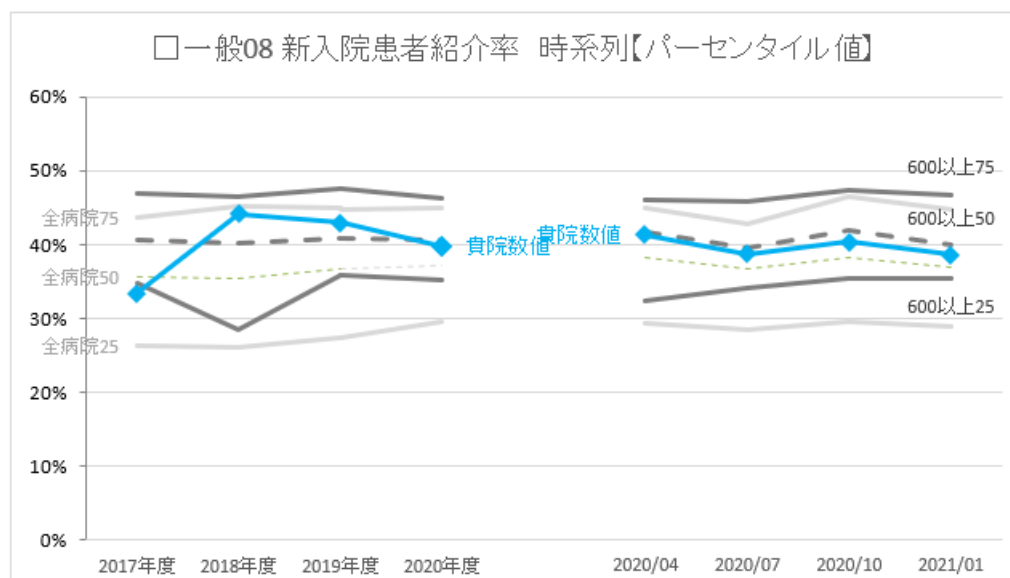
新入院患者紹介率は、新規に入院となった患者さんのうち、紹介を受けて入院となった患者さんがどれだけの割合であったかを示します。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 新入院患者紹介数（紹介 90 日以内に入院した患者）
	分 母： 新入院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	新入院患者紹介数	6,675	9,096	8,907	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	新入院患者	19,966	20,610	20,726	1,780	1,855	1,942	1,784
					4,307	4,781	4,815	4,615

(参考) フィーバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	33.4%	44.1%	43.0%	39.8%	41.3%	38.8%	40.3%	38.7%
全病院	25パーセンタイル	26.3%	26.2%	27.5%	29.5%	29.3%	28.5%	29.6%	28.9%
	50パーセンタイル	35.7%	35.5%	36.7%	37.2%	38.3%	36.8%	38.3%	37.0%
	75パーセンタイル	43.6%	45.2%	44.9%	45.0%	45.0%	42.9%	46.5%	44.8%
600以上	25パーセンタイル	34.9%	28.6%	35.9%	35.3%	32.3%	34.1%	35.5%	35.3%
	50パーセンタイル	40.6%	40.1%	40.8%	40.7%	41.6%	39.6%	41.9%	39.9%
	75パーセンタイル	47.0%	46.5%	47.6%	46.3%	46.0%	45.8%	47.3%	46.8%
全病院	平均値	34.4%	35.5%	36.7%	37.0%	37.1%	36.2%	37.8%	37.3%
600以上	平均値	40.6%	38.6%	40.4%	39.1%	38.9%	38.8%	40.1%	39.2%
全病院	登録数	139	138	135	142	135	139	136	129
600以上	登録数	28	28	25	25	25	25	25	24

3 在宅復帰率【09】

治療が一段落し退院する患者さんのうち、退院先が自宅または福祉施設等の割合を示します。急性期医療を主に担っている病院の場合には、一旦リハビリ等を行う専門の病院に転院して、より身体機能を安定させてから在宅復帰させる場合があります。この場合には値が低くなります。

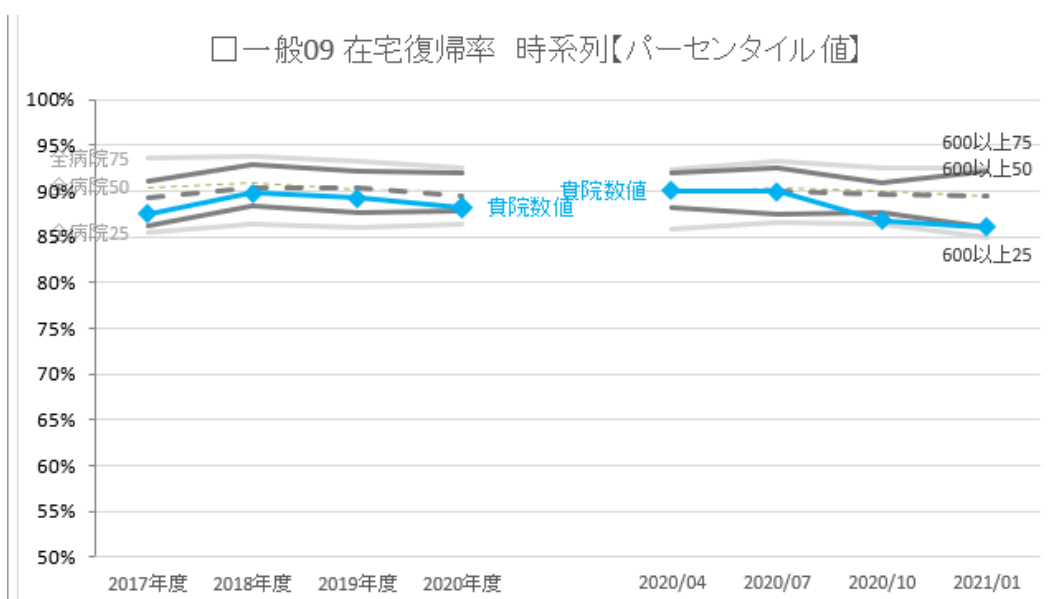
<指標の定義>

計算方法	分 子：	退院先が自宅等の患者数 ※ 退院後外来通院（自院・他院問わず）、家庭への退院、介護老人福祉施設・社会福祉施設・有料老人ホーム・介護医療院への退院がこれにあたる
	分 母：	生存退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度
分 子	退院先が自宅等	16,862	17,531	17,501
分 母	退院患者	19,272	20,179	19,604

令和2年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
3,758	4,108	4,167	3,714
4,173	4,568	4,802	4,313

(参考) フィードバックデータ



年度別		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
貴院	数値	87.5%	89.8%	89.3%	88.2%
全病院	25パーセンタイル	85.5%	86.4%	86.0%	86.4%
	50パーセンタイル	90.5%	90.8%	90.2%	90.0%
	75パーセンタイル	93.6%	93.7%	93.3%	92.5%
600以上	25パーセンタイル	86.3%	88.4%	87.7%	87.8%
	50パーセンタイル	89.2%	90.4%	90.4%	89.5%
	75パーセンタイル	91.1%	92.8%	92.2%	92.1%
全病院	平均値	88.7%	89.2%	88.9%	88.6%
600以上	平均値	88.9%	90.0%	89.6%	89.0%
全病院	登録数	165	163	157	166
600以上	登録数	31	30	27	29

四半期別		2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	90.1%	89.9%	86.8%	86.1%
全病院	25パーセンタイル	85.9%	86.6%	86.4%	85.0%
	50パーセンタイル	89.9%	90.3%	90.0%	89.4%
	75パーセンタイル	92.3%	93.3%	92.6%	92.6%
600以上	25パーセンタイル	88.2%	87.4%	87.7%	86.1%
	50パーセンタイル	90.1%	89.9%	89.7%	89.4%
	75パーセンタイル	92.0%	92.5%	90.9%	92.3%
全病院	平均値	88.2%	89.0%	88.4%	88.3%
600以上	平均値	89.2%	89.4%	88.5%	89.0%
全病院	登録数	164	164	162	155
600以上	登録数	29	29	29	29

4 地域医療貢献率

地域医療貢献率とは、二次医療圏（東三河南部医療圏：豊橋市・豊川市・蒲郡市・田原市）内における役割の大きさを表します。

4-1 地域医療機関サポート率【10】

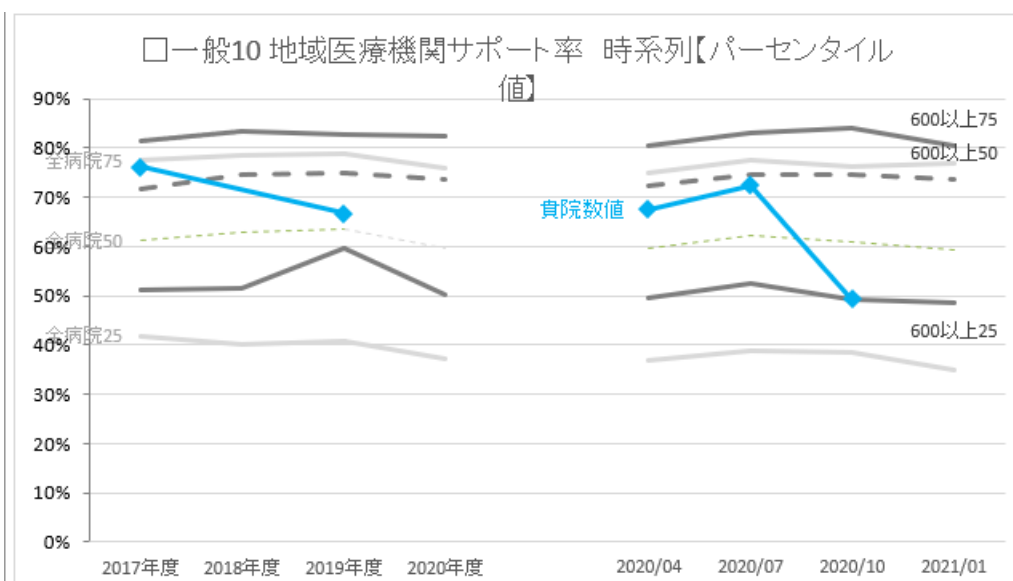
二次医療圏における連携の広さを表します。二次医療圏内の医科の医療機関から、当院への転院が望ましいと判断され紹介を受けた医療機関の数の割合を示します。

<指標の定義>

計算方法	分 子：	紹介を受けた二次医療圏内の医科医療機関数
	分 母：	二次医療圏内の医科医療機関数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	紹介を受けた医療機関	1,487	1,194	1,318	334	359	245	590
分 母	圏内医療機関数	1,951	1,965	1,977	496	496	496	496

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別				
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	76.2%	<なし>	66.7%	<なし>	67.3%	72.4%	49.4%	<なし>
全病院	25パーセンタイル	41.9%	40.3%	40.7%	37.2%	37.0%	38.9%	38.6%	35.0%
	50パーセンタイル	61.3%	62.9%	63.6%	59.8%	59.8%	62.4%	60.9%	59.3%
	75パーセンタイル	77.6%	78.5%	78.8%	76.0%	75.0%	77.6%	76.3%	77.0%
600以上	25パーセンタイル	51.3%	51.6%	59.6%	50.3%	49.4%	52.5%	49.4%	48.6%
	50パーセンタイル	71.7%	74.7%	75.1%	73.6%	72.4%	74.8%	74.7%	73.6%
	75パーセンタイル	81.3%	83.5%	82.8%	82.3%	80.6%	83.0%	84.0%	80.4%
全病院	平均値	59.8%	59.4%	59.2%	57.0%	56.2%	58.2%	57.6%	55.5%
600以上	平均値	68.0%	69.0%	70.4%	66.4%	65.6%	69.1%	67.7%	65.9%
全病院	登録数	140	133	131	140	134	136	136	127
600以上	登録数	27	24	22	21	22	22	21	21

4-2 地域分娩貢献率【11】

二次医療圏内で生まれた新生児のうち、当院での出生の割合を表します。

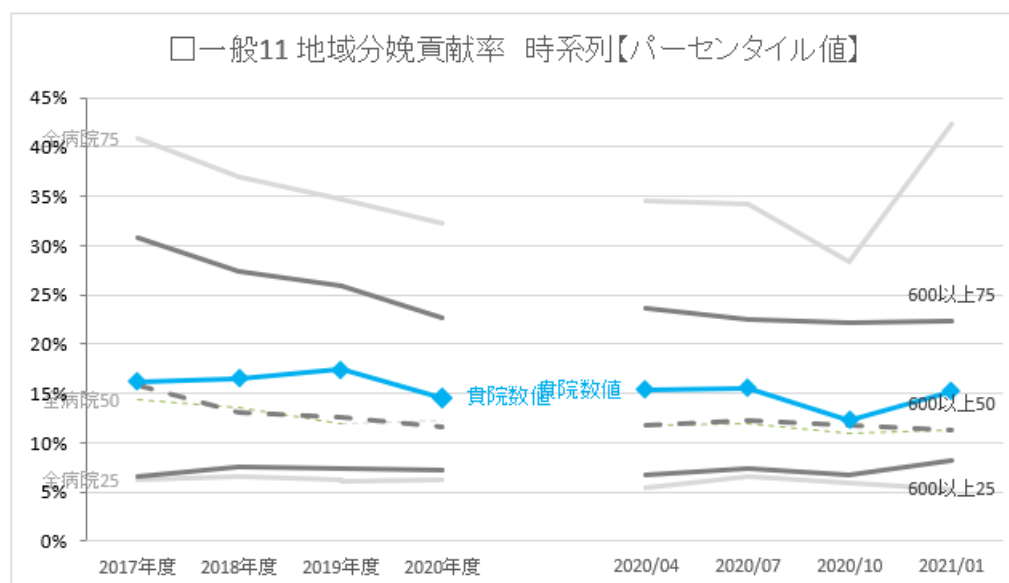
<指標の定義>

計算方法	分 子 : 院内出生数
	分 母 : 二次医療圏内の総出生数
値の解釈	地域の分娩における役割の大きさを示す

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度
分 子	院内出生数	891	950	887
分 母	圏内総出生数	5,497	5,402	5,098

令和2年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
181	210	158	174
1,180	1,349	1,280	1,139

(参考) フィードバックデータ



年度別		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
貴院	数値	16.2%	16.6%	17.4%	14.6%
全病院	25パーセンタイル	6.2%	6.5%	6.3%	6.3%
	50パーセンタイル	14.4%	13.5%	12.0%	12.2%
	75パーセンタイル	40.9%	36.9%	34.7%	32.3%
600以上	25パーセンタイル	6.6%	7.5%	7.4%	7.2%
	50パーセンタイル	15.9%	13.0%	12.6%	11.6%
	75パーセンタイル	30.8%	27.3%	26.0%	22.7%
全病院	平均値	28.1%	28.0%	27.1%	26.2%
600以上	平均値	21.8%	21.0%	20.7%	18.5%
全病院	登録数	102	99	91	97
600以上	登録数	25	24	22	23

四半期別		2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	15.3%	15.6%	12.3%	15.3%
全病院	25パーセンタイル	5.5%	6.6%	5.9%	5.3%
	50パーセンタイル	11.7%	12.0%	11.0%	11.3%
	75パーセンタイル	34.5%	34.2%	28.3%	42.3%
600以上	25パーセンタイル	6.8%	7.4%	6.8%	8.1%
	50パーセンタイル	11.7%	12.2%	11.8%	11.3%
	75パーセンタイル	23.7%	22.5%	22.2%	22.3%
全病院	平均値	26.5%	27.1%	25.6%	27.1%
600以上	平均値	19.4%	19.1%	17.4%	19.3%
全病院	登録数	97	92	92	84
600以上	登録数	23	23	23	20

4-3 地域救急貢献率【12】

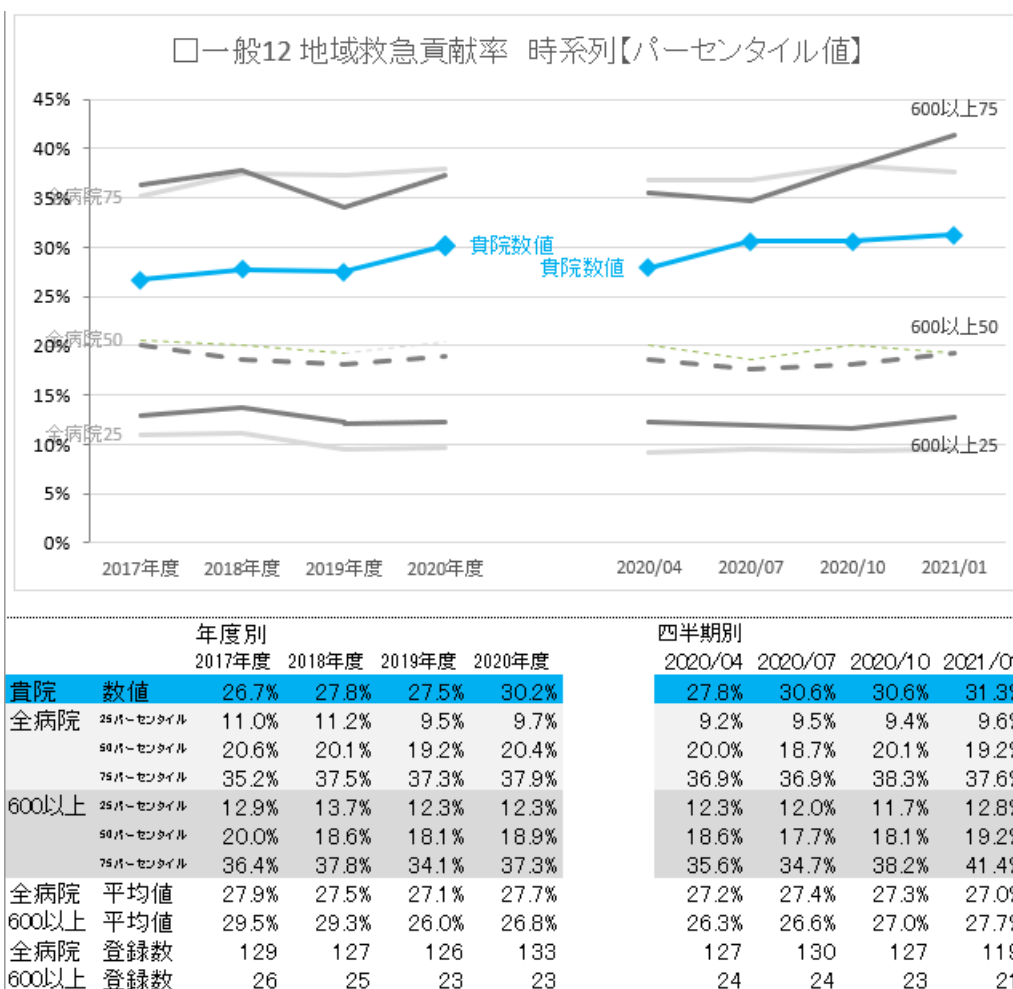
二次医療圏内で救急搬送された患者が当院へ搬送される割合を表します。

<指標の定義>

計算方法	分 子 : 救急搬送来院患者数
	分 母 : 二次医療圏内の総救急搬送人数
値の解釈	地域の救急医療における役割の大きさを示す

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	救急搬送来院数	7,161	7,557	7,397	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	圏内救急搬送人数	26,836	27,205	26,884	1,455	1,971	1,926	1,889
					5,226	6,443	6,289	6,038

(参考) フィードバックデータ



5 転倒・転落レベル2以上発生率【13】

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなど様々なものがあります。転倒・転落の発生率、損傷発生率の両者を追跡するとともに、それらの事例を分析することで予防策を実施し、リスクを低減していく取り組みにつなげていきます。

転倒・転落の損傷レベルについては、「The Joint Commission」の定義を使用しています。

<損傷レベル>

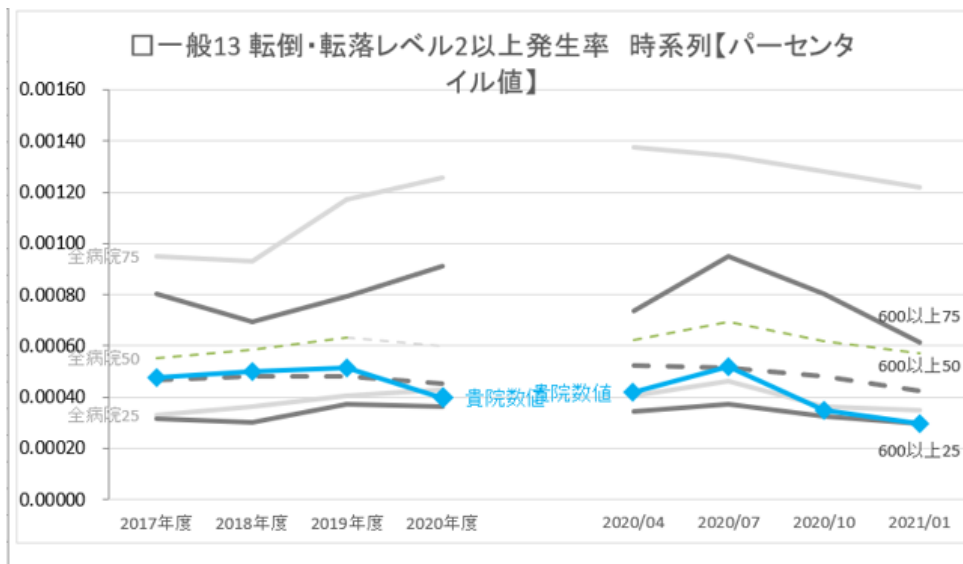
- 1：なし 患者に損傷はなかった
- 2：軽度 包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
- 3：中度 縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
- 4：重度 ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
- 5：死亡 転倒による損傷の結果、患者が死亡した
- 6：UTD 記録からは判定不可能

<指標の定義>

計算方法	分 子： 転倒・転落レベル2以上発生件数
	分 母： 入院延べ日数
値の解釈	より低い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	レベル2以上	124	126	133	23	31	21	17
分 母	入院延べ日数	279,574	251,671	259,441	55,048	59,444	60,069	57,245

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別				
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	0.00048	0.00050	0.00051	0.00040	0.00042	0.00052	0.00035	0.00030
全病院	25パーセンタイル	0.00033	0.00036	0.00041	0.00043	0.00040	0.00046	0.00036	0.00035
	50パーセンタイル	0.00055	0.00058	0.00063	0.00060	0.00062	0.00070	0.00062	0.00057
	75パーセンタイル	0.00095	0.00093	0.00117	0.00126	0.00138	0.00134	0.00128	0.00122
600以上	25パーセンタイル	0.00032	0.00030	0.00037	0.00036	0.00034	0.00037	0.00032	0.00030
	50パーセンタイル	0.00047	0.00048	0.00048	0.00045	0.00052	0.00051	0.00048	0.00043
	75パーセンタイル	0.00080	0.00069	0.00080	0.00091	0.00074	0.00095	0.00080	0.00062
全病院	平均値	0.00079	0.00079	0.00092	0.00100	0.00107	0.00111	0.00098	0.00094
600以上	平均値	0.00071	0.00064	0.00075	0.00072	0.00076	0.00078	0.00071	0.00065
全病院	登録数	163	164	155	168	162	163	162	153
600以上	登録数	30	30	26	28	28	28	28	28

6 褥瘡推定発生率【14】

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の生活機能が保たれず、人間らしい生活を続けられるQOL（Quality of Life）の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治療が長期に及びことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

この指標は、病院に入院してから新たに発生した褥瘡の率を表しています。

褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会のDESIGN-R（2008年改訂版褥瘡経過評価用）とInternational NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelinesを用いています。

<褥瘡 Depth 深さ>

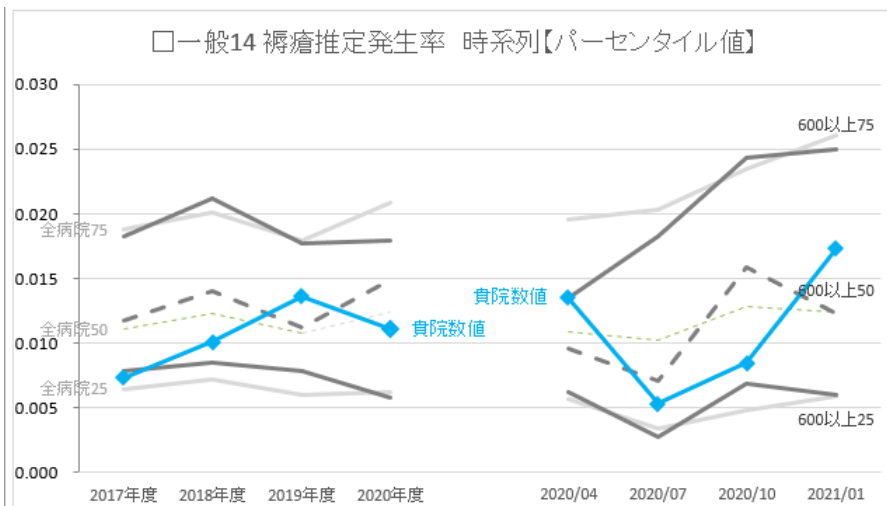
d0：皮膚損傷・発赤なし	D3：皮下組織までの損傷	DU：深さ判定が不能の場合
d1：持続する発赤	D4：皮下組織を超える損傷	
d2：真皮までの損傷	D5：関節腔、体腔に至る損傷	

<指標の定義>

計算方法	分 子：	入院時に褥瘡がなく、調査日に褥瘡を新規に保有する患者数 ＋入院時に褥瘡があり、他部位に褥瘡が発生した患者数
	分 母：	調査日の在院患者数
値の解釈	より低い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	入院中新規発生	19	25	34	第1期	第2期	第3期	第4期
	入院中他部位発生	0	1	1	7	2	5	10
分 母	在院患者数	2,582	2,572	2,570	0	1	0	0
					517	562	588	578

(参考) フィードバックデータ



	年度別	2017年度 2018年度 2019年度 2020年度				四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	0.007	0.010	0.014	0.011	0.014	0.005	0.009	0.017
全病院	25パーセンタイル	0.006	0.007	0.006	0.006	0.006	0.003	0.005	0.006
	50パーセンタイル	0.011	0.012	0.011	0.012	0.011	0.010	0.013	0.012
	75パーセンタイル	0.019	0.020	0.018	0.021	0.020	0.020	0.023	0.026
600以上	25パーセンタイル	0.008	0.008	0.008	0.006	0.006	0.003	0.007	0.006
	50パーセンタイル	0.012	0.014	0.011	0.015	0.010	0.007	0.016	0.012
	75パーセンタイル	0.018	0.021	0.018	0.018	0.014	0.018	0.024	0.025
全病院	平均値	0.015	0.017	0.017	0.019	0.019	0.016	0.019	0.020
600以上	平均値	0.014	0.016	0.017	0.017	0.016	0.015	0.018	0.017
全病院	登録数	158	154	151	157	155	155	150	142
600以上	登録数	26	27	24	25	25	25	25	25

7 手術開始前1時間以内予防的抗菌薬投与率【15】

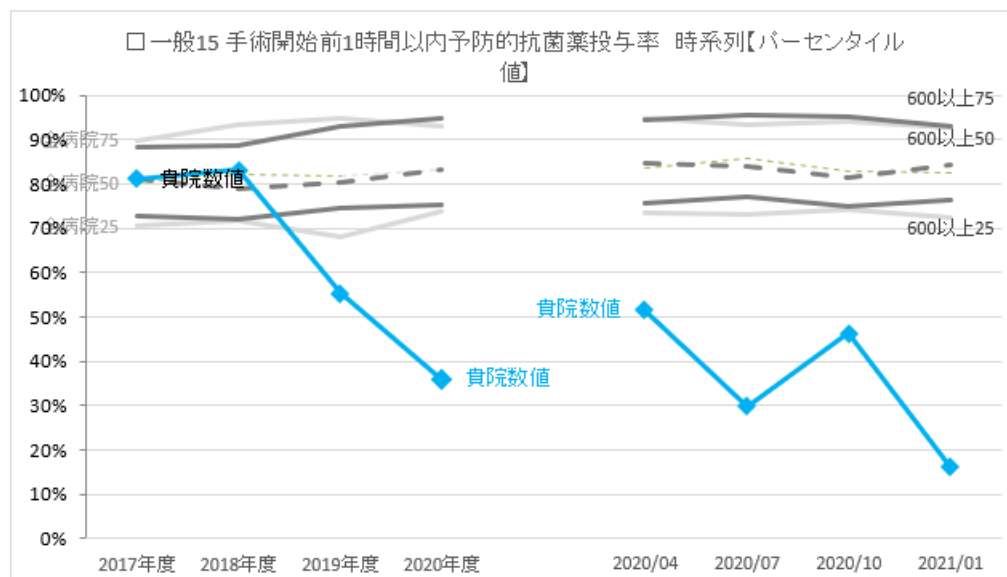
予防的抗菌薬投与とは、現在、細菌感染を起こしていないが、手術後の感染をできるだけ防ぐために、抗生物質をあらかじめ投与することをいいます。開胸・開腹を伴う手術等は、手術開始直前に抗菌薬を投与することにより、術後感染を抑えることが期待されています。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 手術のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
	分 母： 手術室で行った手術件数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	抗菌薬が投与された手術件数	6,379	6,791	4,635	871	576	905	279
分 母	手 術 件 数	7,862	8,170	8,371	1,688	1,931	1,950	1,722

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	81.1%	83.1%	55.4%	36.1%	51.6%	29.8%	46.4%	16.2%
全病院	25パーセンタイル	70.7%	71.6%	68.0%	73.9%	73.5%	73.3%	74.2%	72.3%
	50パーセンタイル	80.3%	82.1%	81.7%	83.4%	83.5%	85.9%	82.7%	82.5%
	75パーセンタイル	89.9%	93.4%	94.7%	93.1%	94.8%	93.2%	94.0%	92.6%
600以上	25パーセンタイル	72.8%	72.0%	74.5%	75.4%	75.5%	77.0%	74.8%	76.3%
	50パーセンタイル	81.1%	78.9%	80.3%	83.3%	84.9%	84.1%	81.4%	84.3%
	75パーセンタイル	88.8%	88.8%	92.9%	94.7%	94.4%	95.5%	95.3%	93.1%
全病院	平均値	79.8%	80.3%	80.1%	81.1%	81.6%	81.4%	81.3%	80.1%
600以上	平均値	81.5%	82.0%	81.4%	80.5%	81.2%	80.6%	80.7%	79.6%
全病院	登録数	107	104	105	111	107	109	104	105
600以上	登録数	19	18	19	20	20	20	20	20

8 肺血栓塞栓症の予防対策実施率【16】

手術後における急性肺血栓塞栓症は、下肢あるいは骨盤内静脈の血栓が原因とされており、整形外科、消化器外科、産婦人科などの術後に安静臥床が長くなった患者では注意しなければならない術後合併症の一つです。

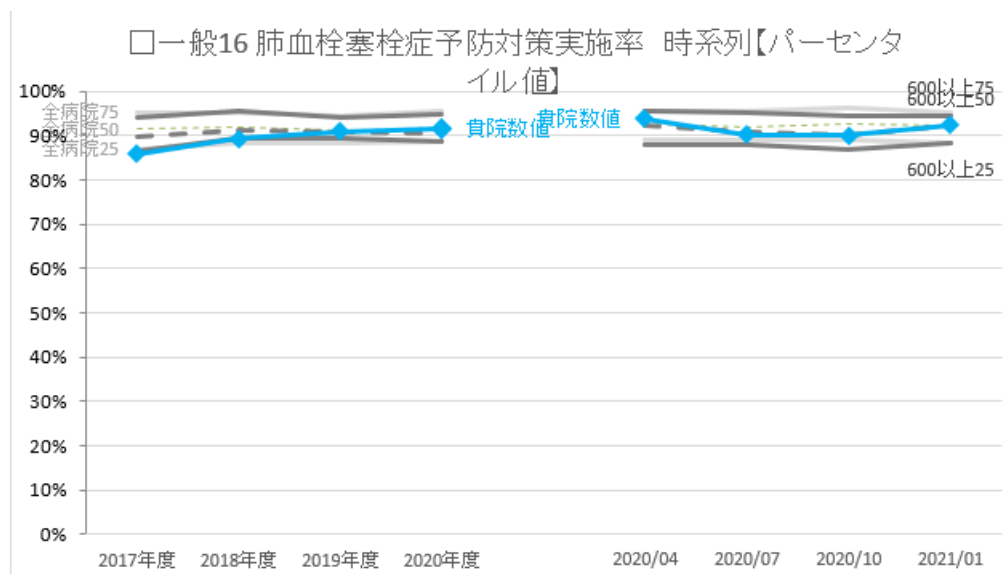
肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）では中リスク以上の場合には、リスク分類に応じて弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫法、抗凝固療法の単独あるいは併用の予防方法が推奨されています。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）が実施された手術数
	分 母： 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	予防対策実施数	2,728	3,051	3,039	704	655	745	689
分 母	該当手術数	3,178	3,416	3,343	750	726	827	745

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	85.8%	89.3%	90.9%	91.6%	93.9%	90.2%	90.1%	92.5%
全病院	25パーセンタイル	87.0%	88.3%	88.4%	88.6%	88.9%	88.9%	89.0%	88.2%
	50パーセンタイル	91.6%	91.8%	91.2%	91.9%	92.5%	92.1%	92.5%	92.5%
	75パーセンタイル	95.3%	95.2%	94.6%	95.4%	95.6%	95.7%	96.2%	95.1%
600以上	25パーセンタイル	86.6%	89.4%	89.5%	88.6%	87.8%	87.9%	86.8%	88.5%
	50パーセンタイル	89.9%	91.4%	90.9%	90.5%	92.3%	91.0%	90.2%	92.2%
	75パーセンタイル	94.0%	95.4%	94.1%	95.0%	95.5%	95.2%	94.4%	94.6%
全病院	平均値	89.9%	89.7%	90.2%	91.0%	91.3%	91.0%	91.6%	90.6%
600以上	平均値	89.8%	91.7%	91.6%	91.1%	91.6%	91.0%	90.7%	91.4%
全病院	登録数	146	141	138	149	141	143	145	139
600以上	登録数	30	28	27	28	27	27	28	27

9 クリニカルパス使用率

クリニカルパスとは良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として、主な診療に先だって計画された診療計画表をいいます。類似の症例には同じクリニカルパスが適用され、効率的（=より短い在院日数で密度の高い医療・余分な検査や投薬を削減し医療費を抑える）で安全（=チーム医療における情報共有・リスクマネジメントに役立つ）な医療が提供されます。

クリニカルパスが適用されている割合は一定の質が保たれた医療を提供している目安といえます。

まれな疾患や病状などでは、あらかじめ計画を立てることが出来ないため、クリニカルパスを使用することは出来ません。

9 -1 クリニカルパス使用率（患者数）【17】

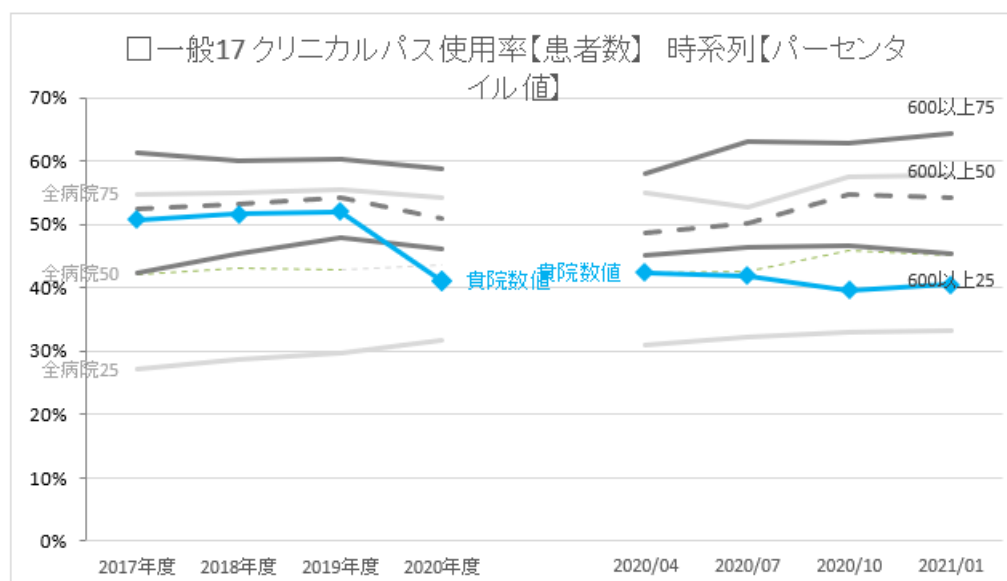
<指標の定義>

計算方法	分 子：	クリニカルパス新規適用患者数
	分 母：	新入院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい（複雑な治療が多い施設はこの限りではない）	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度
分 子	新規適用患者数	10,148	10,634	10,783
分 母	新入院患者数	19,966	20,610	20,726

令和2年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
1,827	2,002	1,911	1,871
4,307	4,781	4,815	4,615

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別			
	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院 数値	50.8%	51.6%	52.0%	41.1%	42.4%	41.9%	39.7%	40.5%
全病院 25パーセンタイル	27.2%	28.6%	29.8%	31.8%	31.0%	32.3%	33.1%	33.3%
50パーセンタイル	42.2%	43.1%	42.9%	43.5%	42.3%	42.6%	45.9%	45.0%
75パーセンタイル	54.8%	54.9%	55.5%	54.1%	55.0%	52.6%	57.5%	57.8%
600以上 25パーセンタイル	42.3%	45.4%	47.9%	46.2%	45.1%	46.5%	46.7%	45.5%
50パーセンタイル	52.4%	53.2%	54.3%	50.8%	48.6%	50.1%	54.6%	54.2%
75パーセンタイル	61.3%	60.1%	60.4%	58.8%	58.1%	63.1%	62.9%	64.3%
全病院 平均値	41.8%	42.4%	43.1%	42.8%	42.2%	42.5%	44.9%	44.5%
600以上 平均値	53.3%	53.9%	55.7%	53.8%	52.4%	55.2%	56.1%	55.3%
全病院 登録数	160	157	158	162	157	158	160	151
600以上 登録数	30	28	26	26	25	26	26	27

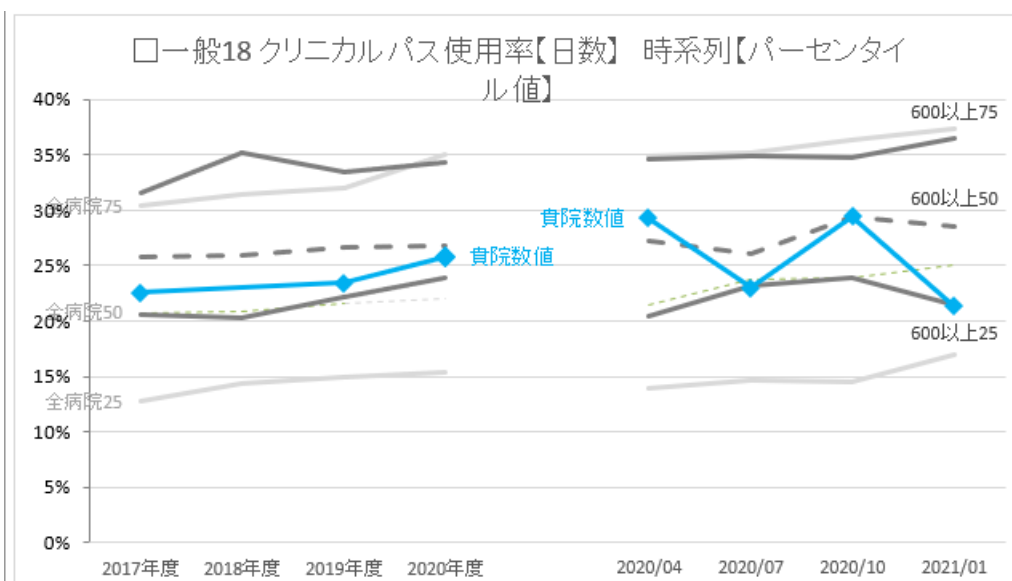
9 -2 クリニカルパス使用率（日数）【18】

<指標の定義>

計算方法	分 子： クリニカルパス適用合計日数
	分 母： 入院延べ日数
値の解釈	より高い値が望ましい（複雑な治療が多い施設はこの限りではない）

（参考）当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	パス適用合計日数	58,687	62,111	60,742	16,130	13,685	17,672	12,227
分 母	入院延べ日数	259,574	251,670	259,441	55,048	59,444	60,069	57,245

（参考）フィードバックデータ



		年度別				四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	22.6%	22.6%	23.4%	25.8%	29.3%	23.0%	29.4%	21.4%
全病院	25パーセンタイル	12.7%	14.4%	15.0%	15.4%	14.0%	14.7%	14.5%	17.0%
	50パーセンタイル	20.8%	20.9%	21.5%	22.0%	21.4%	23.7%	24.0%	25.0%
	75パーセンタイル	30.4%	31.4%	32.0%	35.1%	35.0%	35.1%	36.3%	37.4%
600以上	25パーセンタイル	20.5%	20.3%	22.2%	23.9%	20.4%	23.2%	23.9%	21.4%
	50パーセンタイル	25.7%	26.0%	26.7%	26.8%	27.2%	26.0%	29.4%	28.6%
	75パーセンタイル	31.5%	35.1%	33.5%	34.4%	34.5%	34.9%	34.8%	36.4%
全病院	平均値	23.2%	23.6%	24.4%	25.6%	24.6%	25.9%	26.5%	27.0%
600以上	平均値	28.0%	29.7%	29.8%	30.2%	29.6%	30.0%	30.7%	31.0%
全病院	登録数	138	131	135	144	136	138	138	131
600以上	登録数	28	26	25	25	24	24	24	25

10 脳卒中連携パスの使用率【19】

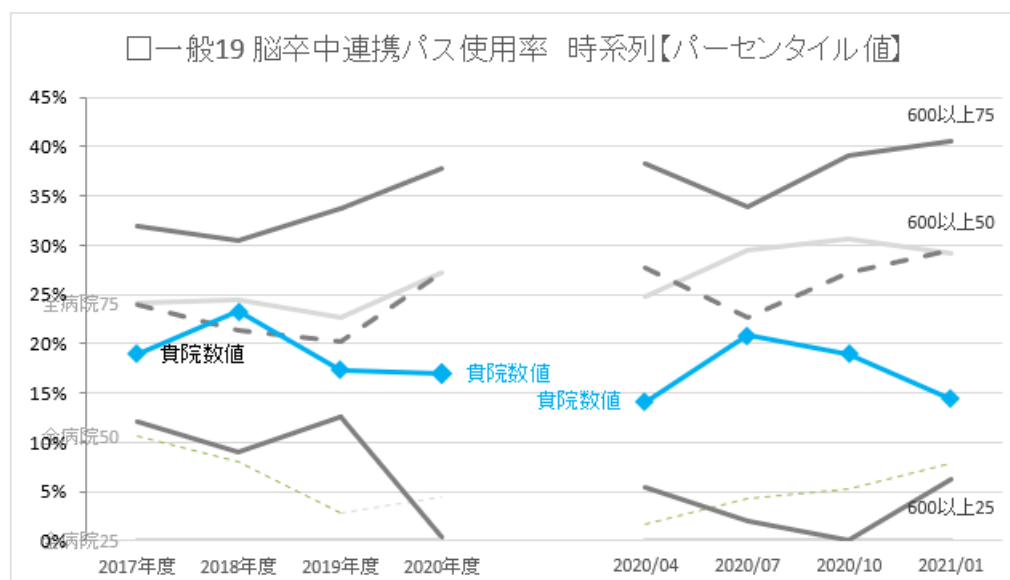
急性脳梗塞や脳出血など脳卒中では、急性期治療後にリハビリテーションを行うため、専門病院等に転院することがあります。治療を行う病院とリハビリ受け入れを行う病院があらかじめ計画を共有した上で個々の患者さんの診療計画を作成することを地域連携パスといいます。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 急性脳梗塞生存退院患者のうち、脳卒中パスで地域連携診療計画加算を算定した患者数
	分 母： 急性脳梗塞患者の生存退院患者数
値の解釈	リハビリテーション病院との連携の度合いを示す

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	算 定 患 者 数	73	83	76	13	20	22	18
分 母	生存退院患者数	385	356	439	92	96	116	125

(参考) フィードバックデータ



年度別		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	四半期別			
						2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	19.0%	23.3%	17.3%	17.0%	14.1%	20.8%	19.0%	14.4%
全病院	25パーセンタイル	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	10.6%	8.0%	2.8%	4.4%	1.7%	4.3%	5.3%	7.8%
	75パーセンタイル	24.2%	24.4%	22.7%	27.2%	24.8%	29.5%	30.6%	29.3%
	25パーセンタイル	12.1%	9.0%	12.6%	0.4%	5.4%	2.0%	0.0%	6.3%
	50パーセンタイル	24.0%	21.5%	20.2%	27.3%	27.7%	22.6%	27.3%	29.5%
	75パーセンタイル	32.0%	30.4%	33.8%	37.8%	38.3%	33.9%	39.1%	40.5%
全病院	平均値	14.5%	14.0%	13.1%	14.3%	14.3%	14.4%	15.1%	15.0%
600以上	平均値	24.0%	22.8%	22.8%	23.9%	26.2%	22.4%	24.3%	25.3%
全病院	登録数	145	139	135	147	138	137	138	132
600以上	登録数	30	28	27	28	27	27	28	27

11 大腿骨地域連携パス使用率【20】

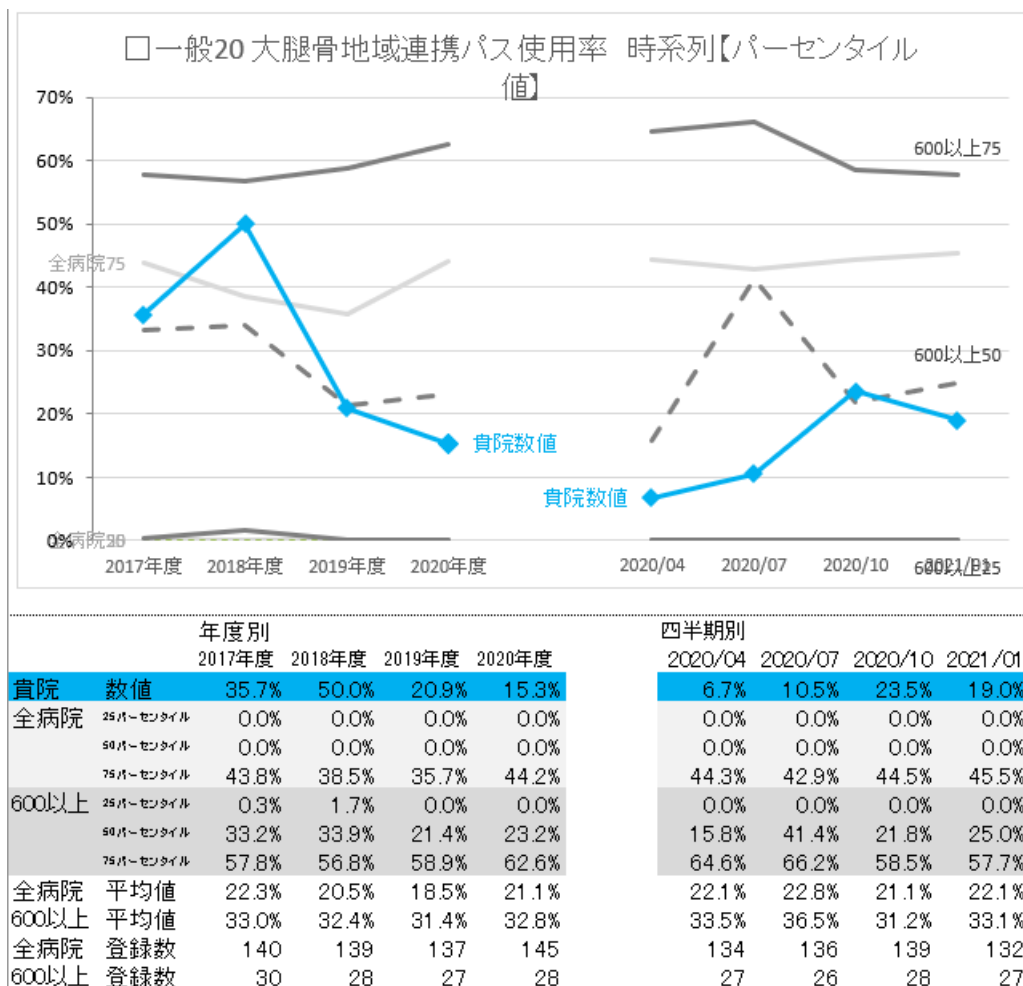
脚の付け根（大腿骨頸部）の骨折などでは手術後にリハビリテーションを行うため、専門病院等に転院することがあります。手術を行う病院とリハビリ受け入れを行う病院があらかじめ計画を共有した上で個々の患者さんの診療計画を作成することを地域連携パスといいます。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 分母のうち、地域連携診療計画管理料が算定された症例数
	分 母： 大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術・大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施）退院症例数
値の解釈	リハビリテーション病院との連携の度合いを示す

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	算定症例数	10	21	9	1	2	4	4
分 母	該当症例数	28	42	43	15	19	17	21

(参考) フィードバックデータ



12 精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度【21】

精神科病院に入院している患者さんが、がん、心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病の悪化、外傷、虫垂炎などを合併した場合、専門の診療科での治療が必要となり、総合病院などへ転院が必要になることがあります。これらの受入れを病床 100 床のうち何件の頻度で発生しているかを測り指標としています。

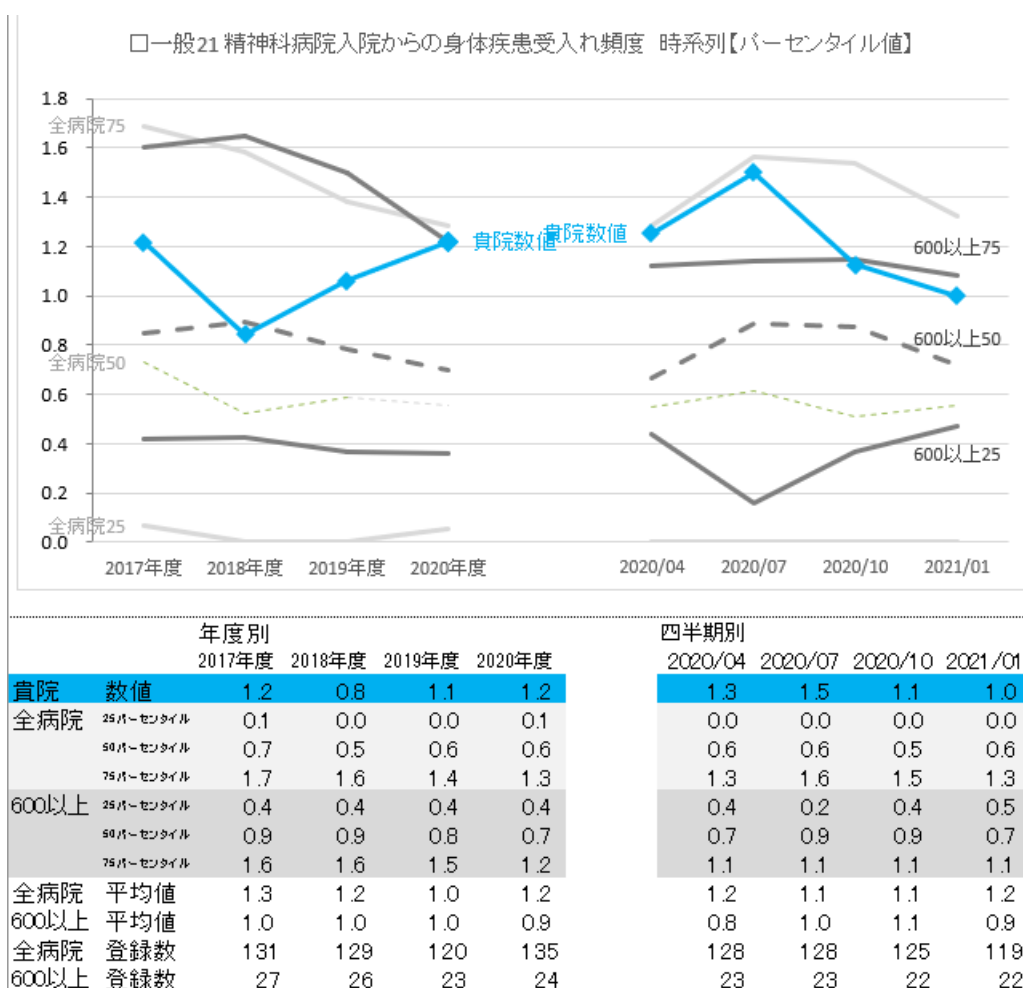
<指標の定義>

計算方法	分子： 紹介患者のうち、精神科病院で入院していた患者で身体疾患により受入患者数
	分母： 100 病床あたりの病床数（当院は 800 床のため 8）
値の解釈	精神科病院との連携の度合いを示す

(参考) 当院詳細数値		平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
分子	紹介件数	39	27	17
分母	100 病床あたり	32	32	16

令和 2 年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
10	12	9	8
8	8	8	8

(参考) フィードバックデータ



13 院内他科からの精神科診察依頼頻度【22】

入院中の患者さんが精神的な問題を抱えていた場合、状況により主治医が対応したり、精神科の専門的な対応が必要な場合には精神科医師が対応します。この指標の値が高いほど、患者さんを多角的に診療していることを表しています。病床 100 床のうち、何件の頻度で対応を行っているかを測り指標としています。

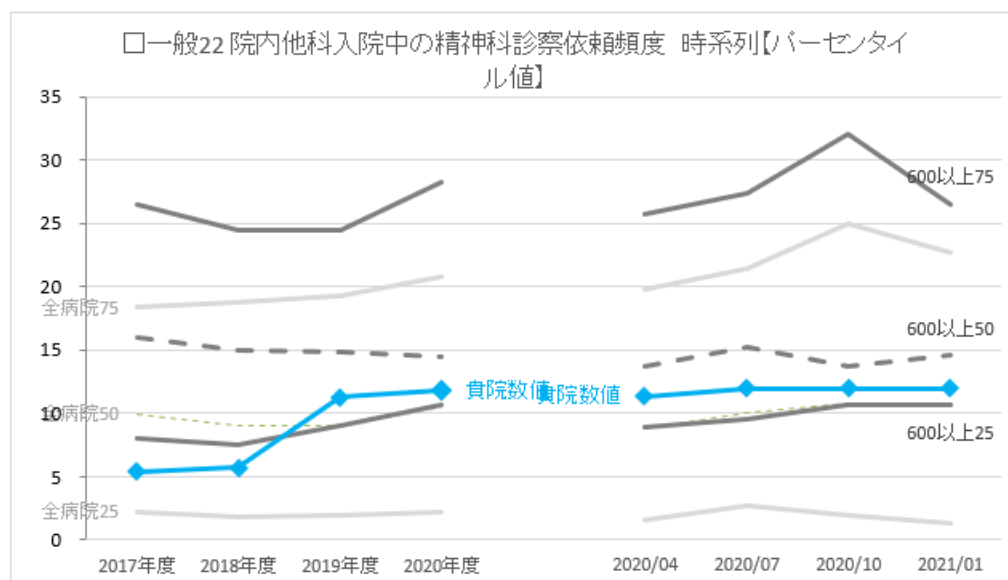
<指標の定義>

計算方法	分子：	院内他科入院中の患者で精神科診察の依頼を行った件数
	分母：	100 病床あたりの病床数（当院は 800 床のため 8）
値の解釈	精神的な問題が発生した場合に専門的な対応がされている目安	

(参考) 当院詳細数値		平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
分子	依頼件数	172	183	181
分母	100 病床あたり	32	32	16

令和 2 年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
91	96	96	96
8	8	8	8

(参考) フィードバックデータ



年度別		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
貴院	数値	5.4	5.7	11.3	11.8
全病院	25パーセンタイル	2.3	1.8	1.9	2.2
	50パーセンタイル	10.0	9.1	9.0	10.4
	75パーセンタイル	18.4	18.7	19.3	20.8
600以上	25パーセンタイル	8.0	7.5	9.1	10.7
	50パーセンタイル	16.0	15.0	14.8	14.5
	75パーセンタイル	26.5	24.4	24.5	28.3
全病院	平均値	20.0	18.0	19.6	20.8
600以上	平均値	32.6	27.1	24.7	25.7
全病院	登録数	133	130	124	134
600以上	登録数	27	27	24	25

四半期別		2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	11.4	12.0	12.0	12.0
全病院	25パーセンタイル	1.5	2.7	1.9	1.3
	50パーセンタイル	8.8	10.1	10.9	10.7
	75パーセンタイル	19.8	21.5	25.0	22.6
600以上	25パーセンタイル	8.9	9.6	10.7	10.7
	50パーセンタイル	13.7	15.2	13.7	14.6
	75パーセンタイル	25.8	27.4	32.1	26.5
全病院	平均値	20.1	21.7	22.8	22.6
600以上	平均値	25.7	26.6	29.2	26.6
全病院	登録数	129	129	129	126
600以上	登録数	26	24	26	26

14 脳梗塞入院1週間以内のリハビリ強度【23】

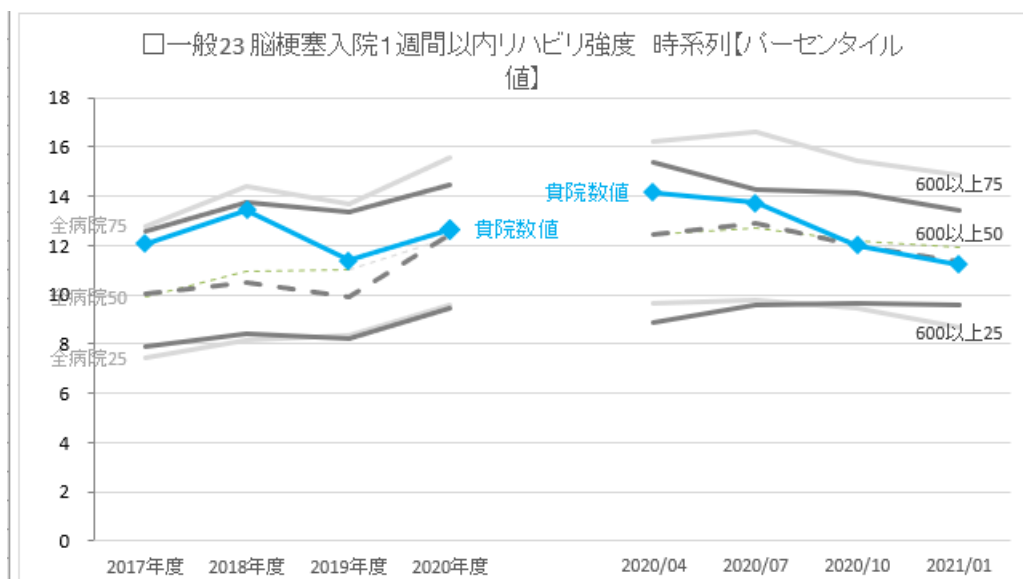
脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくなり、再発リスクの増加もみられず、ADL の退院時到達レベルを犠牲にせずに入院期間が短縮されることが分かっています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2009 では、「廃用症候群を予防し、早期の ADL 向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められている（グレード A）」と書かれています。したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 分母のうち、入院7日目までのリハビリテーション施行単位合計
	分 母： 1週間以上入院した急性期脳梗塞症例数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	リハビリ単位合計	4,155	5,461	4,646	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	該当症例数	344	329	408	1,173	1,304	1,358	1,293
					83	95	113	115

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別			
	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院 数値	12.1	13.5	11.4	12.6	14.1	13.7	12.0	11.2
全病院								
25パーセンタイル	7.4	8.2	8.4	9.6	9.7	9.8	9.5	8.7
50パーセンタイル	9.9	11.0	11.0	12.3	12.4	12.7	12.2	11.9
75パーセンタイル	12.8	14.4	13.7	15.6	16.2	16.6	15.5	14.8
600以上								
25パーセンタイル	7.9	8.4	8.3	9.5	8.9	9.6	9.7	9.6
50パーセンタイル	10.0	10.5	9.9	12.5	12.4	12.9	12.0	11.4
75パーセンタイル	12.6	13.8	13.4	14.5	15.4	14.3	14.1	13.4
全病院 平均値	10.4	11.2	11.1	12.6	13.0	13.2	12.8	11.7
600以上 平均値	11.1	11.2	10.7	12.7	12.8	12.8	12.9	12.0
全病院 登録数	146	141	137	147	139	137	138	133
600以上 登録数	30	28	27	28	27	27	28	27

15 脳梗塞 ADL 改善度【24】

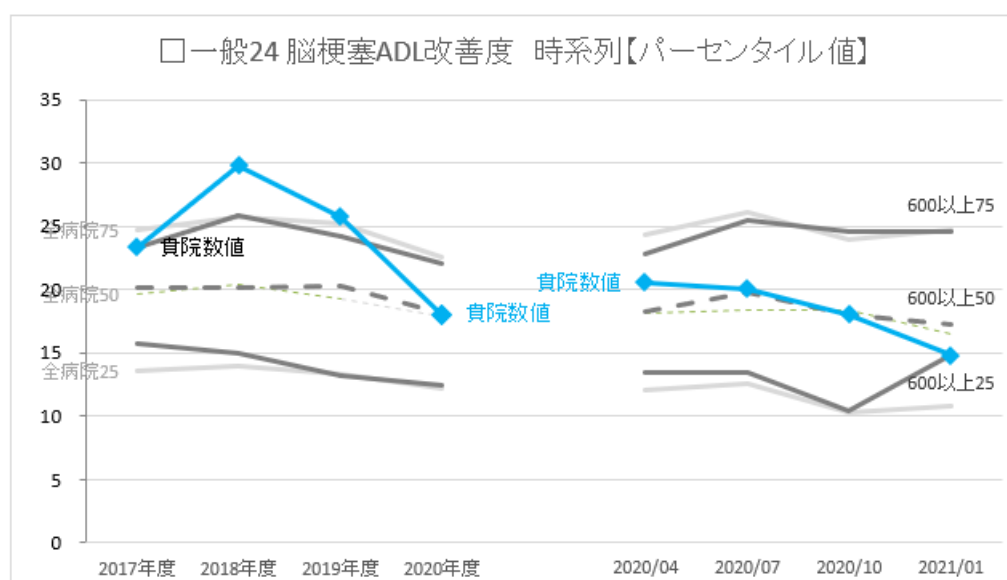
ADL とは、食事・歩行・入浴などの日常生活における動作のことをいいます。入院時と退院時に評価を行い、退院時点数－入院時点数で改善度をみます。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 急性脳梗塞生存退院患者の退院時BI 合計点数－入院時BI 合計点数
	分 母： 急性脳梗塞の生存退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分子	退院時BI	8,995	10,485	11,310	第1期	第2期	第3期	第4期
					1,890	1,925	2,090	1,850
分母	該当患者数	385	356	439	92	96	116	125

(参考) フィードバックデータ



年度別		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	23.4	29.8	25.8	18.1	20.5	20.1	18.0	14.8
全病院	25パーセンタイル	13.5	14.0	13.3	12.2	12.1	12.6	10.3	10.8
	50パーセンタイル	19.7	20.5	19.3	17.8	18.2	18.4	18.3	16.5
	75パーセンタイル	24.7	25.8	25.2	22.6	24.4	26.1	24.0	24.7
600以上	25パーセンタイル	15.7	15.0	13.2	12.4	13.4	13.4	10.4	14.9
	50パーセンタイル	20.2	20.2	20.3	18.2	18.3	19.8	18.0	17.2
	75パーセンタイル	23.4	25.8	24.2	22.1	22.8	25.4	24.5	24.6
全病院	平均値	18.9	19.7	19.2	17.7	18.5	19.3	18.2	17.8
600以上	平均値	21.0	21.2	20.4	18.7	17.8	20.4	18.7	19.1
全病院	登録数	137	135	135	143	137	135	134	129
600以上	登録数	28	28	27	27	26	26	27	26

16 誤嚥性肺炎の摂食指導実施率【25】

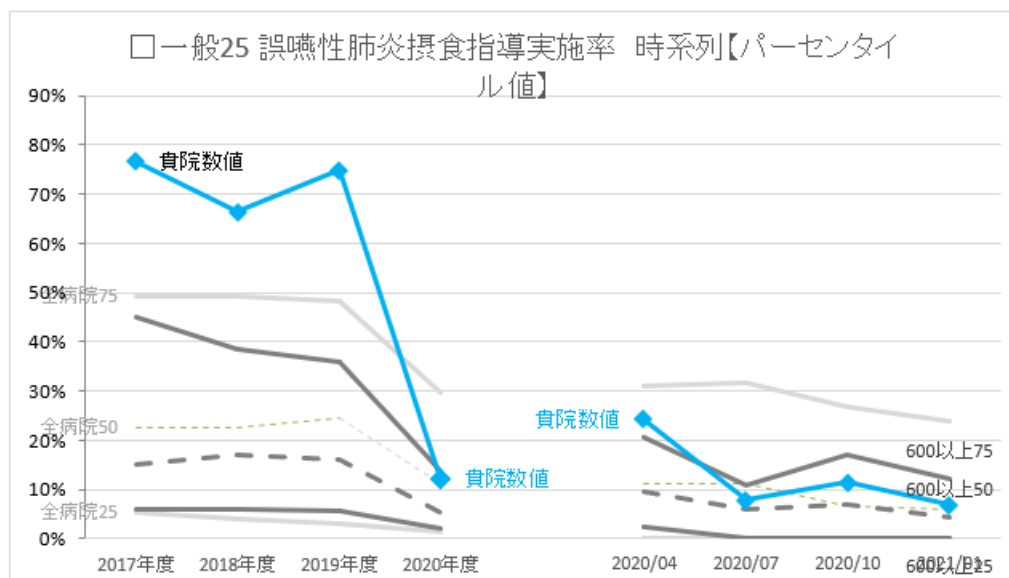
食物や唾液などを器官、肺などに誤って飲み込むことを誤嚥といいます。嚥出できなかつたり、繰り返すと誤嚥性肺炎となります。加齢や脳梗塞後遺症などにおいても、現にある機能を生かしたり、食事内容を工夫することにより、誤嚥に至る率を抑えることが誤嚥性肺炎を避ける方法の一つです。病状により指導内容は異なりますが、今回の指標では診療報酬請求上該当する指導の率をみています。

<指標の定義>

計算方法	分 子：	誤嚥性肺炎退院患者のうち、摂食機能療法が実施された患者数
	分 母：	誤嚥性肺炎の退院患者
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	実施患者数	121	111	181	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	該当患者数	158	167	242	14	5	8	5
					58	63	70	73

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	76.6%	66.5%	74.8%	12.1%	24.1%	7.9%	11.4%	6.8%
全病院	25パーセンタイル	5.5%	4.1%	3.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	22.7%	22.6%	24.5%	11.2%	11.2%	11.1%	6.7%	5.9%
	75パーセンタイル	49.4%	49.3%	48.3%	29.9%	31.1%	31.8%	26.7%	24.0%
600以上	25パーセンタイル	6.0%	6.1%	5.5%	2.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	15.1%	17.0%	16.0%	5.5%	9.5%	5.9%	7.0%	4.4%
	75パーセンタイル	44.9%	38.4%	35.8%	13.7%	20.6%	10.9%	16.9%	12.3%
全病院	平均値	28.0%	29.2%	29.1%	18.2%	20.0%	19.8%	17.5%	16.3%
600以上	平均値	25.8%	22.7%	22.8%	10.9%	14.4%	10.6%	10.7%	9.7%
全病院	登録数	145	142	139	149	142	142	146	139
600以上	登録数	29	28	27	28	27	27	28	27

17 誤嚥性肺炎再入院率【26】

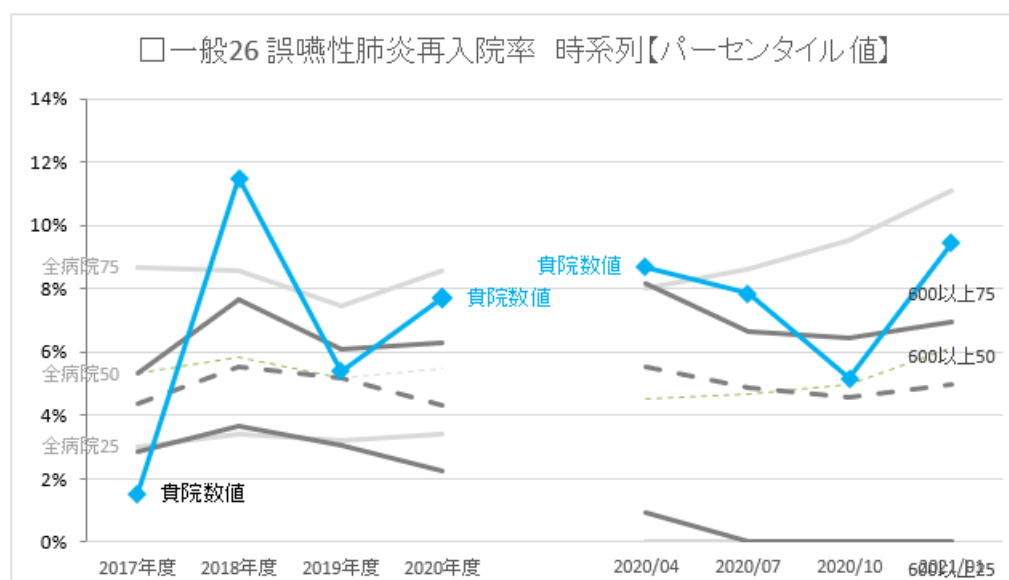
摂食指導や吸引等により、誤嚥性肺炎の再発をなるべく避けようとしています。前回退院後4週以内での再入院の程度をみています。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 前期の誤嚥性肺炎退院患者のうち、4週間以内に呼吸器疾患（MDC04）で自院に再入院した患者数
	分 母： 前期の誤嚥性肺炎の退院患者
値の解釈	より低い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	再入院患者数	2	17	11	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	該当患者数	131	148	204	4	4	3	5
					46	51	58	53

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	1.5%	11.5%	5.4%	7.7%	8.7%	7.8%	5.2%	9.4%
全病院	25パーセンタイル	3.0%	3.4%	3.2%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	5.3%	5.8%	5.2%	5.5%	4.5%	4.7%	5.0%	6.2%
	75パーセンタイル	8.7%	8.6%	7.5%	8.6%	8.0%	8.6%	9.5%	11.1%
600以上	25パーセンタイル	2.9%	3.7%	3.0%	2.2%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	4.4%	5.5%	5.2%	4.3%	5.6%	4.9%	4.6%	5.0%
	75パーセンタイル	5.3%	7.7%	6.1%	6.3%	8.2%	6.7%	6.5%	7.0%
全病院	平均値	6.6%	6.8%	6.2%	6.3%	4.8%	5.7%	6.0%	7.5%
600以上	平均値	4.5%	6.1%	4.8%	4.5%	5.0%	4.2%	4.3%	4.5%
全病院	登録数	141	140	138	149	141	142	145	134
600以上	登録数	28	28	27	28	27	27	28	25

18 急性心筋梗塞アスピリン処方率【27】

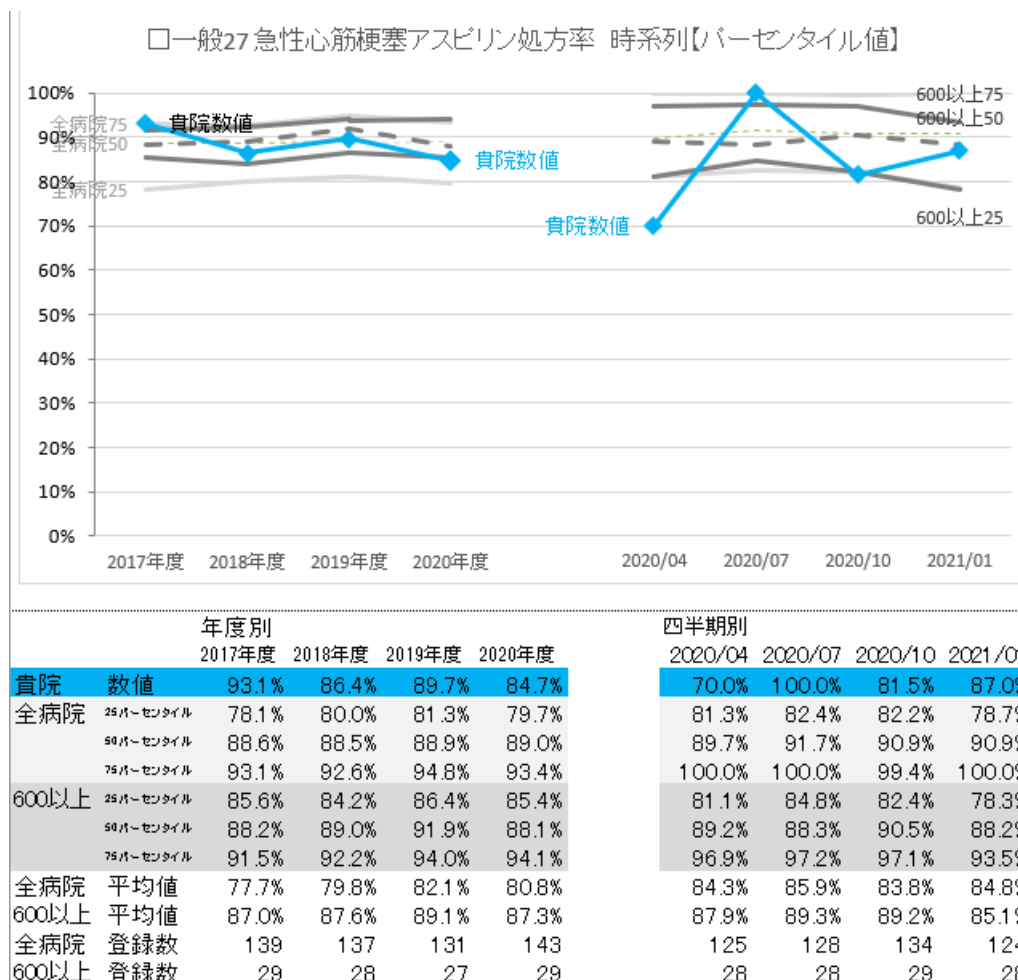
アスピリンは血小板の働きを抑えることにより、血液が固まるのを抑制します。急性心筋梗塞において、アスピリンは単独投与でも死亡率や再梗塞率を減少させることが研究で明らかになっています。心筋梗塞の治療として早期に投与される率をみています。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 急性心筋梗塞退院患者のうち、入院2日以内にアスピリンの処方された患者数
	分 母： 急性心筋梗塞の退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	バイアスピリン処方患者数	54	51	52	7	12	22	20
分 母	該当患者数	58	59	58	10	12	27	23

(参考) フィードバックデータ



19 急性心筋梗塞急性期PCI実施率【28】

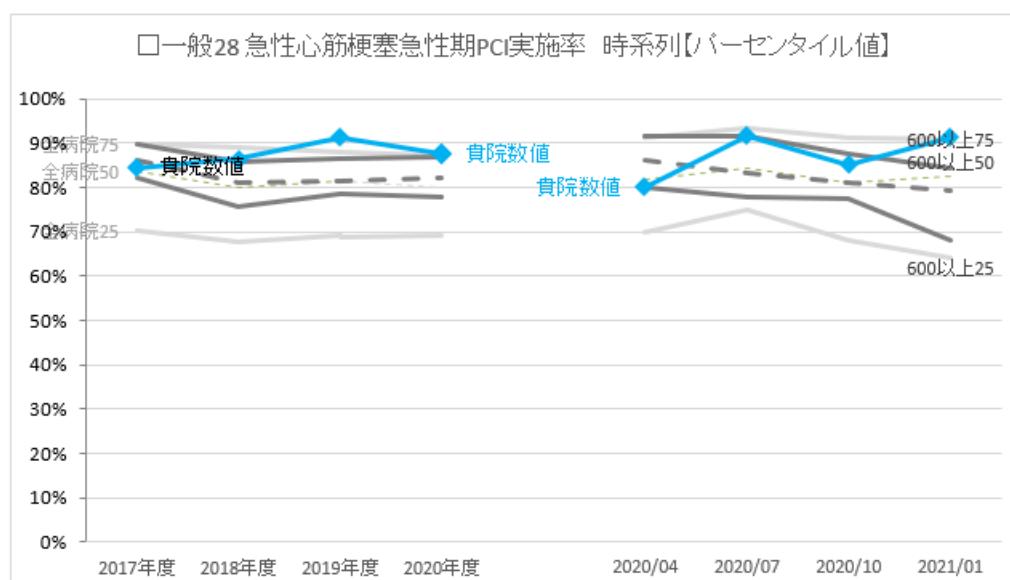
急性心筋梗塞は、心臓の筋肉への血管が詰まり血液が流れなくなる状態です。PCIは再度、血液を流すため血管を拡張する手術です。発症から救急搬送されてからの時間により影響を受けることがあります。PCIの施行には施設の条件等あり、病院間の比較には向きません。

<指標の定義>

計算方法	分子：	急性心筋梗塞退院患者のうち、急性期PCIが施行された患者数
	分母：	急性心筋梗塞の退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分子	急性期PCI実施患者数	49	51	53	8	11	23	21
分母	該当患者数	58	59	58	10	12	27	23

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	84.5%	86.4%	91.4%	87.5%	80.0%	91.7%	85.2%	91.3%
全病院	25パーセンタイル	70.1%	67.8%	69.1%	69.1%	70.0%	75.0%	67.9%	64.3%
	50パーセンタイル	83.6%	80.0%	81.5%	80.0%	81.7%	84.5%	81.1%	82.6%
	75パーセンタイル	89.9%	88.9%	88.0%	87.1%	91.4%	93.4%	91.1%	90.9%
600以上	25パーセンタイル	82.1%	75.6%	78.4%	77.8%	80.0%	77.9%	77.4%	68.1%
	50パーセンタイル	86.1%	81.0%	81.6%	82.1%	86.1%	83.4%	81.3%	79.5%
	75パーセンタイル	89.9%	85.8%	86.4%	87.0%	91.7%	91.7%	87.5%	84.5%
全病院	平均値	70.6%	69.6%	71.1%	70.6%	76.1%	79.1%	74.2%	73.6%
600以上	平均値	85.5%	81.0%	81.1%	81.2%	85.2%	82.7%	80.8%	76.3%
全病院	登録数	138	135	129	143	124	128	134	125
600以上	登録数	29	28	27	29	28	28	29	28

20 急性期心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率【29】

急性心筋梗塞は心臓の筋肉に血液が流れなくなる状態をいいます。

この指標は、急性心筋梗塞入院患者に対して死亡した患者さんの割合を表しています。発症から救急搬送までの時間により来院時既に重傷になっていることがあります。個々の患者の状態によって異なるため病院間の比較は困難です。この重傷度を表す Killip 分類を利用して補正をかけています。

<Killip 分類による調整>

	院内死亡数	院内症例数	粗死亡率	全国症例数	補正
Class1	D1	N1	D1/N1	TN1	(D1/N1)*TN1
Class2	D2	N2	D2/N2	TN2	(D2/N2)*TN2
Class3	D3	N3	D3/N3	TN3	(D3/N3)*TN3
Class4	D4	N4	D4/N4	TN4	(D4/N4)*TN4
合 計				S	E

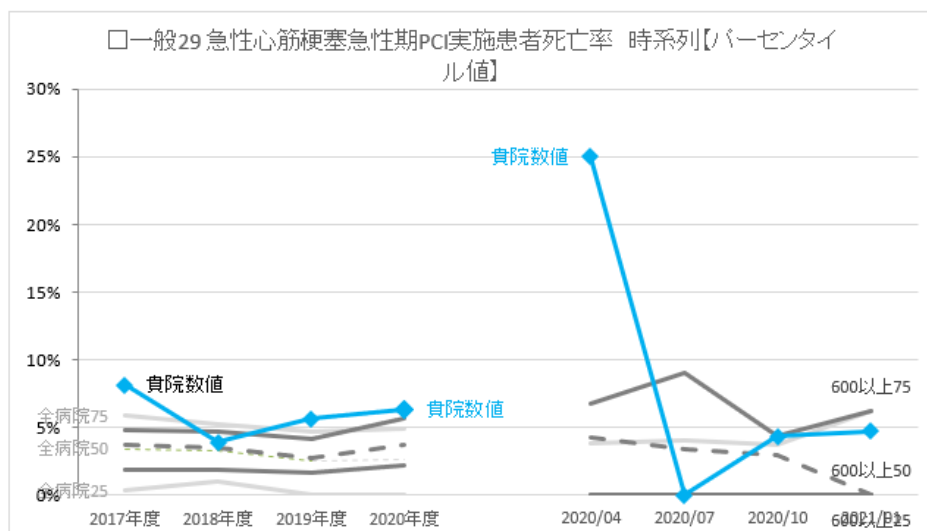
リスク調整死亡率 = E / S

<指標の定義>

計算方法 (E / S)	分 子: 急性期PCIが施行された急性心筋梗塞退院時患者のうち、14日以内に死亡した患者数
	分 母: 急性心筋梗塞退院患者のうち、急性期PCIが施行された患者数
値の解釈	より低い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	14日以内死亡患者数	4	2	3	2	0	1	1
分 母	該当患者数	49	51	53	8	11	23	21

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	8.2%	3.9%	5.7%	6.3%	25.0%	0.0%	4.3%	4.8%
全病院	25パーセンタイル	0.4%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	3.4%	3.3%	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75パーセンタイル	5.9%	5.2%	4.8%	5.0%	3.9%	4.1%	3.8%	6.3%
600以上	25パーセンタイル	1.9%	1.9%	1.7%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	3.7%	3.5%	2.8%	3.8%	4.3%	3.4%	2.9%	0.0%
	75パーセンタイル	4.8%	4.7%	4.2%	5.7%	6.8%	9.1%	4.3%	6.2%
全病院	平均値	4.0%	4.1%	3.6%	3.5%	3.4%	3.4%	2.9%	3.8%
600以上	平均値	4.0%	3.5%	3.0%	4.3%	5.5%	5.9%	3.6%	3.4%
全病院	登録数	119	116	114	126	116	120	123	114
600以上	登録数	29	28	27	29	28	28	29	27

21 糖尿病入院栄養指導実施率【32】

糖尿病では、食事療法・運動療法・薬物療法などをバランスよく行う必要があります。栄養指導では、何をどのくらい食べるのか、どのように気を付けるのか説明を受けます。

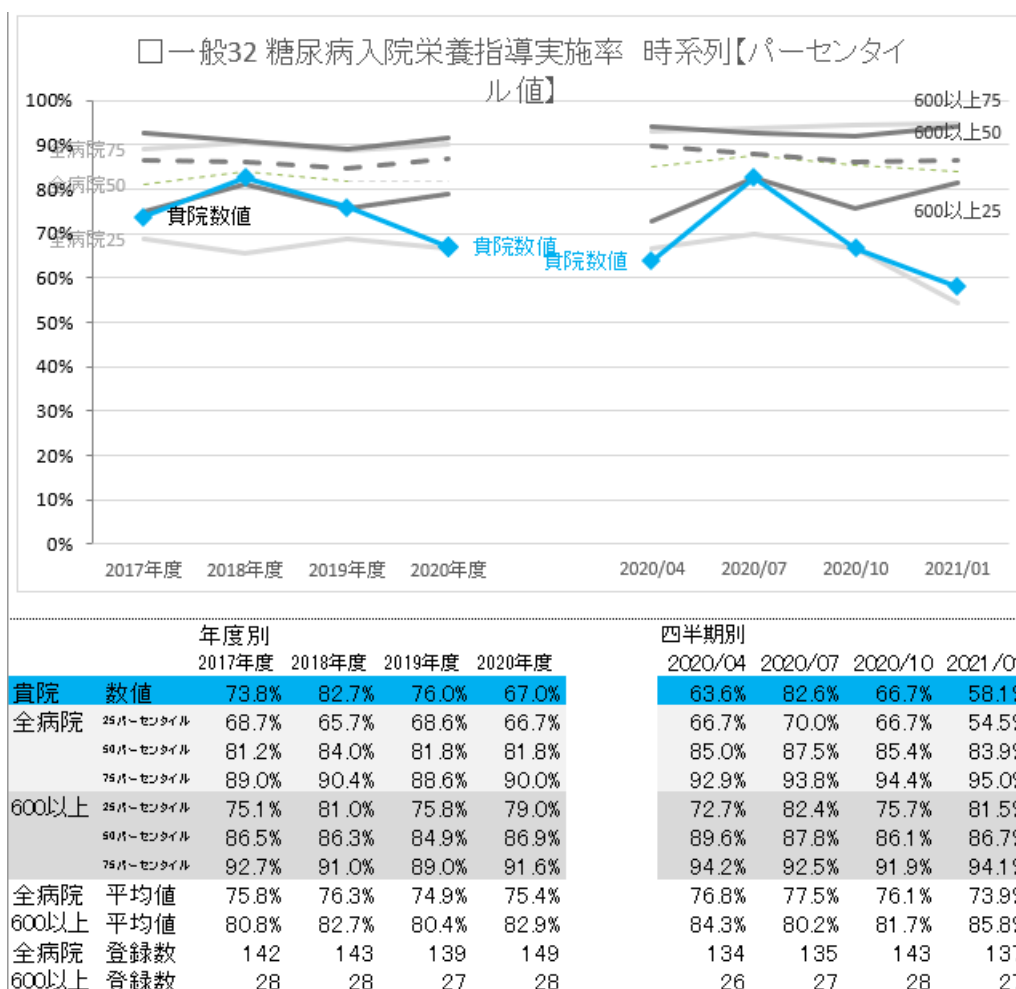
この指標は、入院をきっかけに、管理栄養士により栄養指導が行われる率をみるものです。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 2型糖尿病（ケトアシドーシスを除く）退院患者のうち、栄養指導が実施された患者数
	分 母： 2型糖尿病（ケトアシドーシスを除く）退院患者
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	栄養指導実施患者数	93	81	111	14	19	26	18
分 母	該当患者数	126	98	146	22	23	39	31

(参考) フィードバックデータ



22 脳梗塞急性期 t-PA 治療施行率【33】

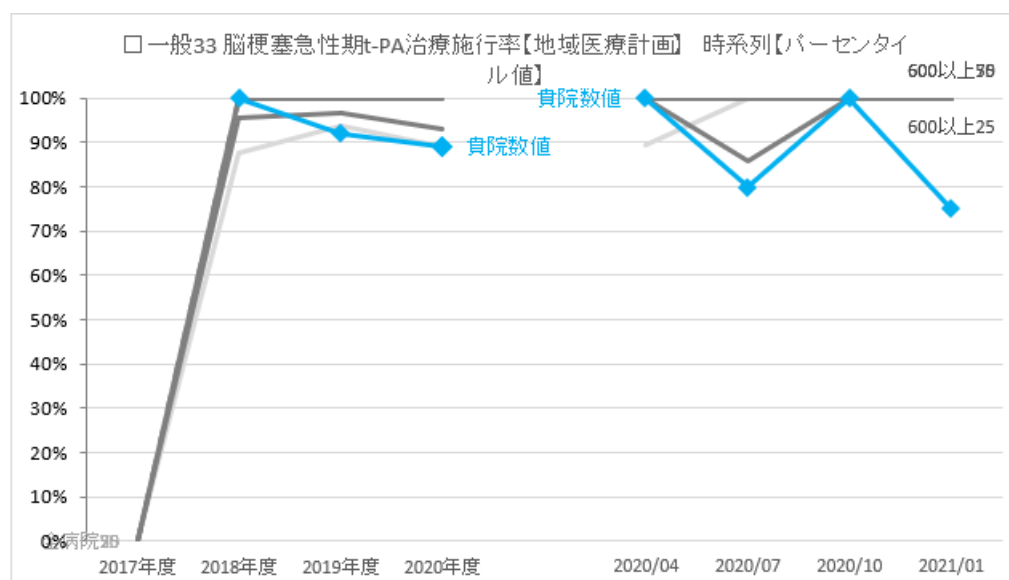
t-PA とは、脳梗塞の原因となる血液の塊を溶かす薬剤です。脳梗塞発症から 4 時間 30 分以内（超急性期）に使用すると効果的と言われています。t-PA は出血を合併する場合がありますので、CT などを含めた検査により、脳梗塞の診断、全身状態についての診断を行ったあとに投与されます。

<指標の定義>

計算方法	分 子：	急性脳梗塞の退院患者のうち、A205超急性期脳卒中加算の算定数
	分 母：	急性脳梗塞の退院患者のうち、血栓溶解療法がなされた患者
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分子	加算算定数		29	23	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数		29	25	5	4	4	3
					5	5	4	4

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	<なし>	100.0%	92.0%	88.9%	100.0%	80.0%	100.0%	75.0%
全病院	25パーセンタイル		87.5%	93.6%	88.9%	89.4%	100.0%	100.0%	100.0%
	50パーセンタイル		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75パーセンタイル		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
600以上	25パーセンタイル		95.7%	96.6%	92.9%	100.0%	85.7%	100.0%	100.0%
	50パーセンタイル		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75パーセンタイル		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
全病院	平均値		82.3%	84.3%	85.9%	83.6%	87.0%	92.1%	90.3%
600以上	平均値		94.6%	98.1%	96.0%	97.3%	88.4%	97.9%	94.5%
全病院	登録数		101	100	108	94	89	97	92
600以上	登録数		28	26	26	25	25	25	25

23 急性心筋梗塞 doortoballoonPCI90 分実施率【34】

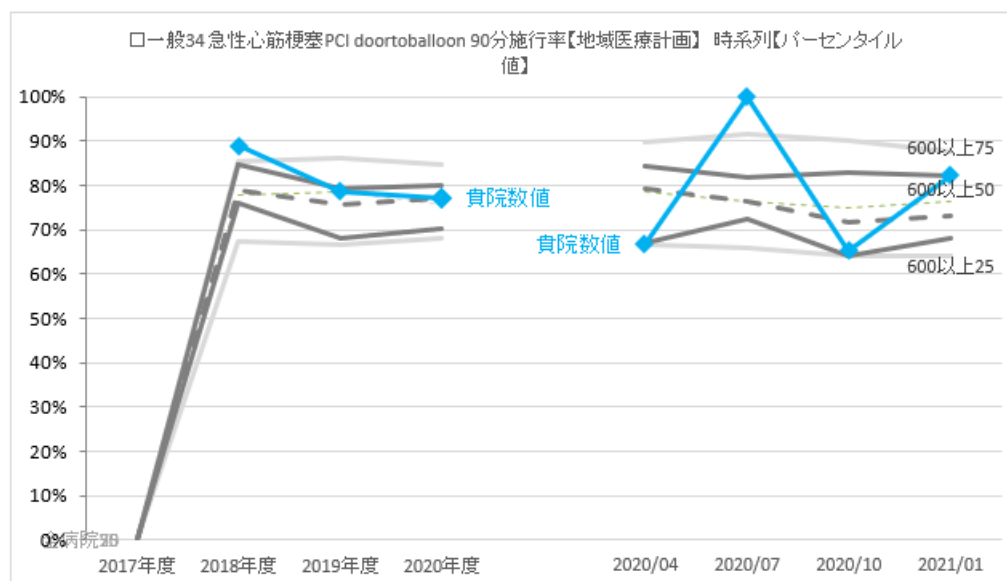
急性心筋梗塞とは心臓の血管が詰まることによっておきる病気です。PCI doortoballoon とは、急性心筋梗塞で病院に到着してから、カテーテル検査し詰まっている心臓の血管を再開通させるまでの時間をいいます。心臓の血管が詰まって心筋梗塞が発症してから、再開通するまでの時間が短い方が、心臓には良いとされています。救急車等で来院し、心電図等の検査や診断・治療に多くの専門家と設備を要するとされています。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 急性心筋梗塞退院患者のうち、90分以内に経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）が施行された患者数
	分 母： 急性心筋梗塞患者のうち、急性期PCIが施行された患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	施行患者数		40	37	4	11	15	14
分 母	該当患者数		51	47	6	11	23	17

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	<なし>	88.9%	78.7%	77.2%	66.7%	100.0%	65.2%	82.4%
全病院	25パーセンタイル		67.5%	66.7%	68.0%	66.7%	66.1%	64.3%	64.1%
	50パーセンタイル		77.8%	78.4%	75.7%	78.6%	76.3%	75.0%	76.5%
	75パーセンタイル		85.6%	86.1%	84.7%	89.7%	91.7%	90.1%	87.5%
600以上	25パーセンタイル		76.1%	68.1%	70.1%	67.2%	72.3%	64.3%	68.2%
	50パーセンタイル		78.8%	75.8%	77.2%	79.5%	76.6%	71.9%	73.1%
	75パーセンタイル		84.9%	79.1%	80.1%	84.3%	81.8%	83.0%	82.4%
全病院	平均値		75.8%	73.2%	73.9%	75.5%	73.2%	73.7%	72.3%
600以上	平均値		77.4%	73.5%	75.1%	75.6%	77.8%	73.1%	73.4%
全病院	登録数		115	113	123	113	116	120	112
600以上	登録数		28	26	27	26	26	27	25

24 胃癌低侵襲手術率（内視鏡）【35】

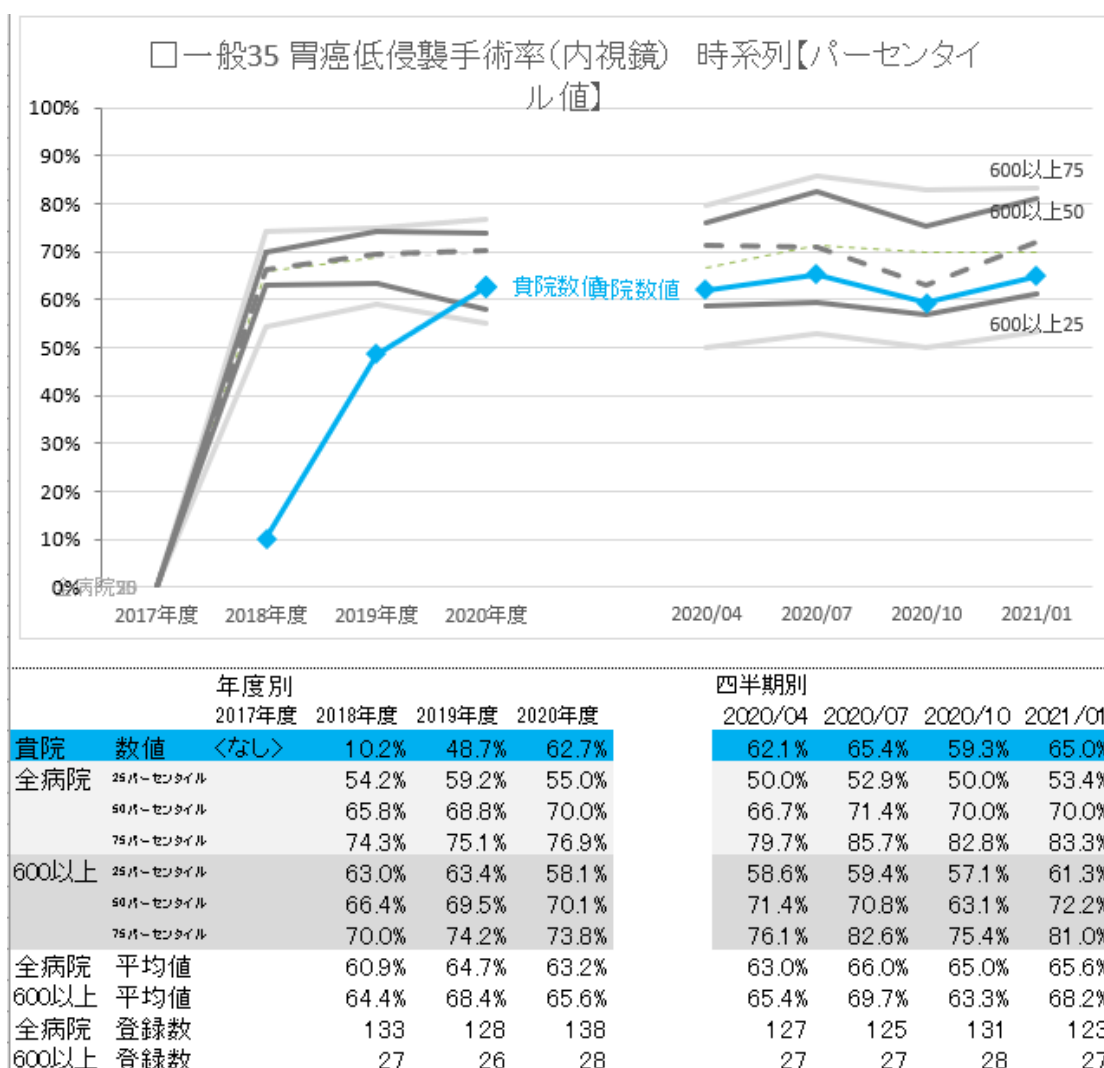
UICC ステージとはがんの進行度を表します。I から IV までに分類されています。胃癌の手術には内視鏡、腹腔鏡、開腹があります。合併症やがんの状態などにより、開腹より体への影響の少ない、内視鏡手術や腹腔鏡手術が選ばれる場合があります。

<指標の定義>

計算方法	分 子：	分母のうち、内視鏡手術が施行された患者数
	分 母：	胃癌で治療前TNMがUICCステージⅠのうち該当する切除術が施行された退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分子	施行患者数		6	37	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数		49	76	18	17	16	13
					29	26	27	20

(参考) フィードバックデータ



25 胃癌低侵襲手術率（腹腔鏡）【36】

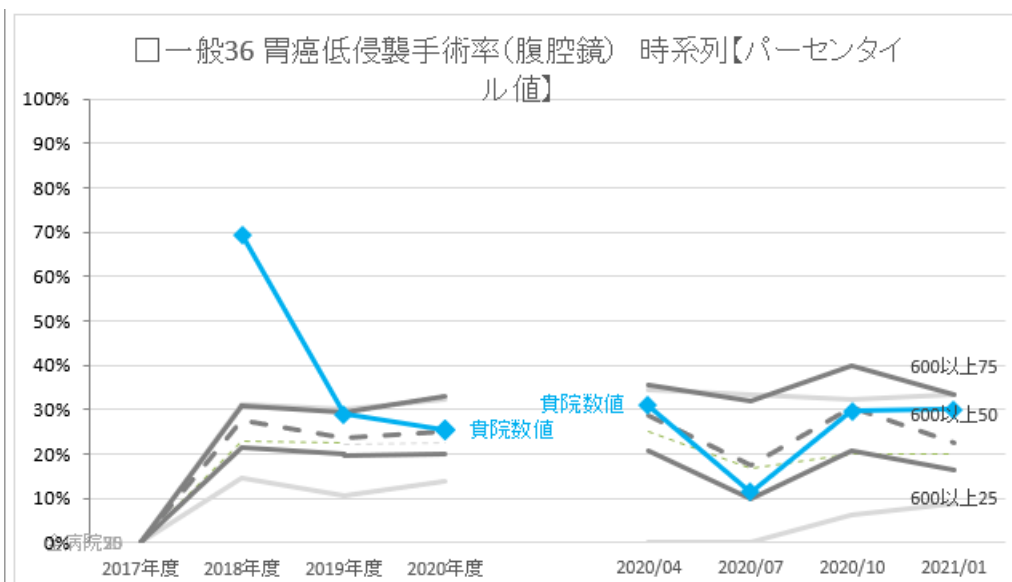
UICC ステージとはがんの進行度を表します。I から IV までに分類されています。胃癌の手術には内視鏡、腹腔鏡、開腹があります。合併症やがんの状態などにより、開腹より体への影響の少ない、内視鏡手術や腹腔鏡手術が選ばれる場合があります。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 分母のうち、腹腔鏡手術が施行された患者数（内視鏡手術用支援機器使用を含む）
	分 母： 胃癌で治療前TNMがUICC stage I に相当し対象の切除術が施行された退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分子	施行患者数		34	22	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数		49	76	9	3	8	6
					29	26	27	20

(参考) フィードバックデータ



	年度別				四半期別			
	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院 数値	＜なし＞	69.4%	28.9%	25.5%	31.0%	11.5%	29.6%	30.0%
全病院	25パーセンタイル	14.6%	10.6%	13.8%	0.0%	0.0%	6.2%	8.9%
	50パーセンタイル	23.1%	22.5%	22.7%	25.0%	16.7%	20.0%	20.0%
	75パーセンタイル	31.4%	30.0%	32.3%	34.4%	33.3%	32.5%	33.3%
600以上	25パーセンタイル	21.6%	19.9%	20.0%	20.7%	10.1%	20.7%	16.4%
	50パーセンタイル	27.6%	23.8%	25.0%	28.6%	17.5%	30.4%	22.7%
	75パーセンタイル	30.8%	29.3%	33.0%	35.7%	32.1%	39.8%	33.6%
全病院 平均値		24.6%	22.1%	24.7%	26.0%	21.9%	22.6%	25.6%
600以上 平均値		26.8%	24.9%	28.1%	29.2%	21.1%	30.2%	25.9%
全病院 登録数		133	128	138	127	125	131	123
600以上 登録数		27	26	28	27	27	28	27

26 がん患者サポート率【37】

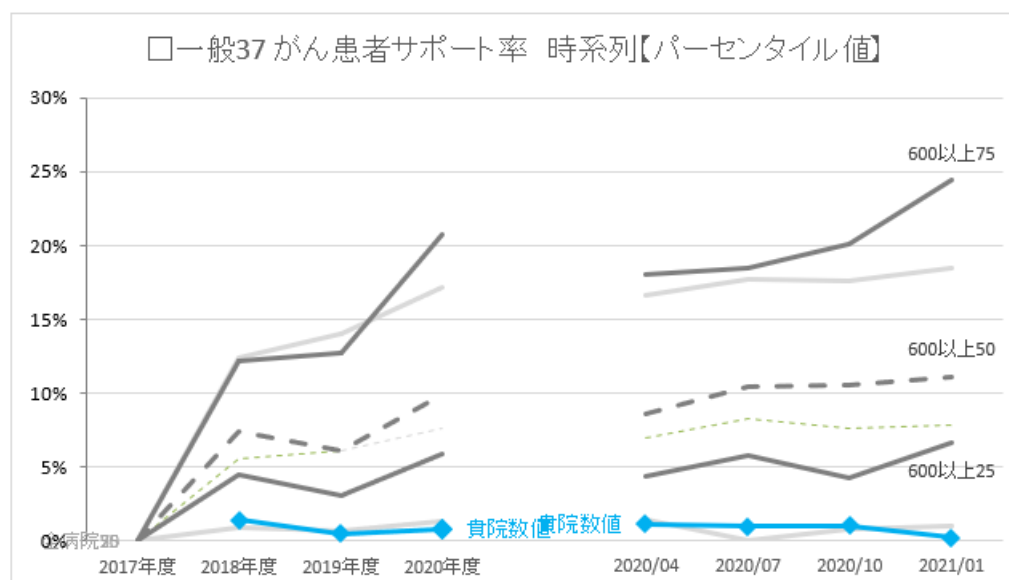
はじめて癌と診断された患者さんに対し、医師と看護師が共同で説明やカウンセリング等を行い、サポートするものです。この事業においては、入院を要するがんの初発の場合に、入院前後に、医師・看護師による説明・カウンセリングの有無について調査をしています。ご家族にのみ説明される場合にはカウントされないため、低くなります。

<指標の定義>

計算方法	分 子 : 分母のうち、基準日を含む6ヶ月間にかん患者指導管理料1（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）を算定した患者（入・外含む）
	分 母 : 初発がん患者の初回退院数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	算定患者数		27	10	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	初回退院数		1,894	1,901	5	4	5	1
					462	407	467	447

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別				
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
宣院	数値	<なし>	1.4%	0.5%	0.8%	1.1%	1.0%	1.1%	0.2%
全病院	25パーセンタイル		0.9%	0.7%	1.3%	1.5%	0.0%	0.9%	1.0%
	50パーセンタイル		5.6%	6.1%	7.7%	7.0%	8.3%	7.7%	7.8%
	75パーセンタイル		12.4%	14.1%	17.1%	16.6%	17.7%	17.6%	18.5%
600以上	25パーセンタイル		4.5%	3.1%	5.9%	4.3%	5.7%	4.3%	6.6%
	50パーセンタイル		7.5%	6.1%	9.9%	8.6%	10.5%	10.5%	11.1%
	75パーセンタイル		12.2%	12.8%	20.8%	18.0%	18.5%	20.2%	24.4%
全病院	平均値		8.6%	9.7%	11.6%	11.4%	11.6%	11.7%	12.2%
600以上	平均値		9.1%	9.6%	13.8%	13.0%	14.1%	13.4%	14.9%
全病院	登録数		133	133	138	138	139	140	129
600以上	登録数		26	26	25	26	26	27	24

27 迅速細胞診実施率（胃癌）【38】

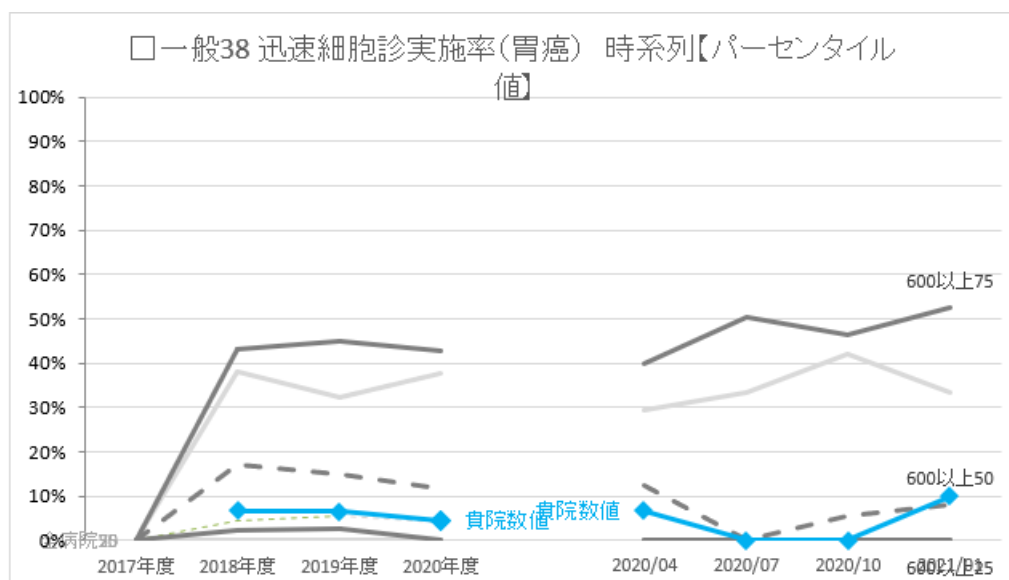
迅速細胞診とは、手術などで得られた細胞にがんが混じっているかについて、手術中に結果を報告する検査です。この検査を行うには、外科のみならず、手術室、病理検査等の取り組みが重要となってきます。

<指標の定義>

計算方法	分 子： 分母のうち、術中迅速細胞診を行ったもの
	分 母： 腹腔鏡、開腹による胃癌悪性腫瘍切除術が行われた患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分 子	迅速細胞診実施数		7	6	第1期	第2期	第3期	第4期
分 母	該当患者数		104	91	15	10	10	10

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別				
	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01	
貴院	数値	<なし>	6.7%	6.6%	4.4%	6.7%	0.0%	0.0%	10.0%
全病院	25パーセンタイル		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル		4.4%	5.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75パーセンタイル		37.9%	32.5%	37.9%	29.3%	33.3%	42.1%	33.3%
600以上	25パーセンタイル		2.3%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル		17.1%	15.0%	11.8%	12.5%	0.0%	5.7%	8.1%
	75パーセンタイル		43.0%	44.9%	42.9%	40.0%	50.5%	46.6%	52.5%
全病院	平均値		19.2%	18.5%	19.3%	18.9%	20.3%	20.8%	18.4%
600以上	平均値		27.3%	25.1%	24.9%	23.9%	25.0%	25.5%	25.0%
全病院	登録数		132	132	139	127	129	134	125
600以上	登録数		27	26	28	27	27	28	26

28 放射線専門医診断寄与率【39】

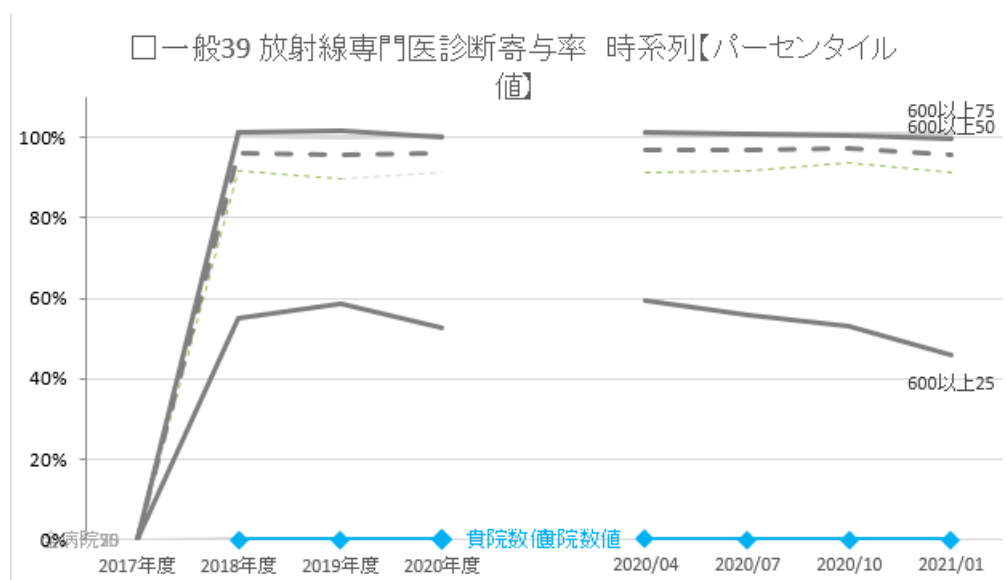
CT等の放射線画像検査は、診療科担当医のほかに、放射線科専門医による診断が加わることがあります。画像管理加算とは、経験を積んだ放射線科専門医による診断が行われたことを表しています。担当医のみならず、放射線科専門医も読影することにより、より多角的に、また、検査目的以外の病変についても情報が得られる場合があります。

<指標の定義>

計算方法	分 子：	分母のうち、該当する画像管理加算1または2または3を算定した件数
	分 母：	自施設で撮影した画像において核医学診断およびコンピューター画像診断を行った件数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
					第1期	第2期	第3期	第4期
分 子	算 定 件 数		0	0	0	0	0	0
分 母	診 断 件 数		45,786	48,157	10,780	12,337	12,220	11,728

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別			
2017年度 2018年度 2019年度 2020年度					2020/04 2020/07 2020/10 2021/01			
貴院	数値	<なし>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
全病院	25パーセンタイル		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル		91.4%	89.5%	91.4%	91.0%	91.5%	93.5%
	75パーセンタイル		100.4%	100.1%	100.4%	100.9%	100.6%	100.6%
600以上	25パーセンタイル		55.0%	58.8%	52.7%	59.5%	55.9%	53.2%
	50パーセンタイル		95.8%	95.7%	96.0%	96.9%	96.9%	97.1%
	75パーセンタイル		101.3%	101.4%	99.8%	101.0%	100.6%	100.3%
全病院	平均値		64.2%	65.3%	64.6%	63.1%	63.1%	66.2%
600以上	平均値		74.0%	75.0%	71.8%	73.6%	73.1%	73.5%
全病院	登録数		134	133	140	140	141	143
600以上	登録数		27	26	26	27	27	28

29 安全管理薬剤指導率【40】

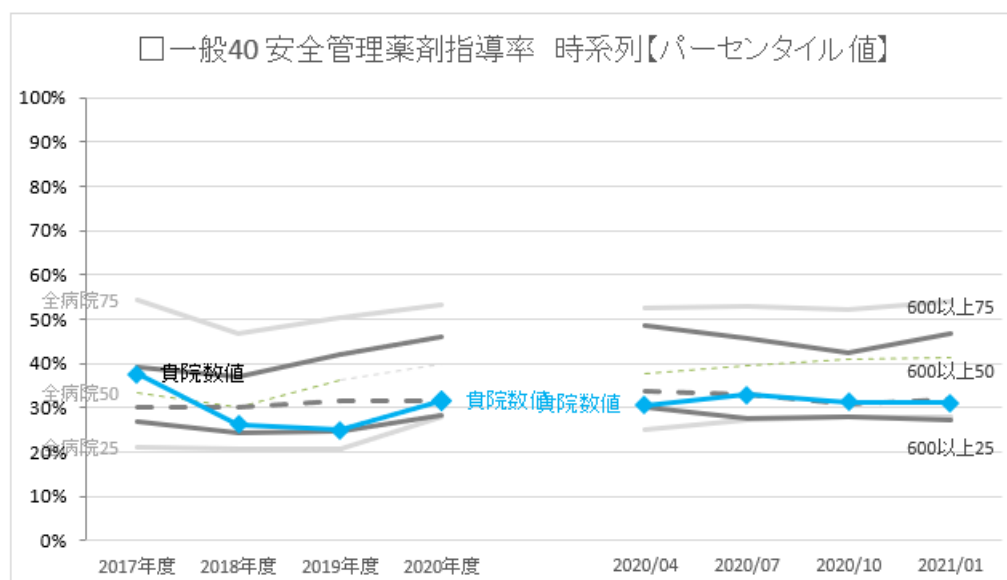
薬剤管理指導料とは、薬剤師が患者に服薬指導を行うことで算定できる指導料です。薬剤の中には、特に安全管理が必要な医薬品として抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤等があります。これらの薬剤が入院患者に投与される場合、薬剤師は投与方法から投与速度のチェック、投与中の患者の状態を確認することも求められています。

<指標の定義>

計算方法	分 子：	分母のうち、薬剤管理指導料が算定された患者数
	分 母：	特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射あれている入院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度			
分子	算定件数			3,080	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	診断件数			12,309	826	879	938	862
					2,695	2,664	2,998	2,760

(参考) フィードバックデータ



年度別						四半期別			
		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020/04	2020/07	2020/10	2021/01
貴院	数値	37.6%	26.2%	25.0%	31.5%	30.6%	33.0%	31.3%	31.2%
全病院	25パーセンタイル	21.1%	20.8%	20.8%	27.9%	25.2%	27.2%	28.1%	27.8%
	50パーセンタイル	33.3%	30.1%	36.1%	39.9%	37.6%	39.5%	41.0%	41.4%
	75パーセンタイル	54.4%	46.8%	50.3%	53.4%	52.5%	52.9%	52.3%	54.0%
600以上	25パーセンタイル	26.7%	24.4%	24.7%	28.5%	30.3%	27.5%	27.9%	27.1%
	50パーセンタイル	30.2%	30.1%	31.7%	31.5%	33.8%	33.0%	30.9%	32.1%
	75パーセンタイル	39.3%	37.0%	42.0%	46.2%	48.4%	45.6%	42.5%	46.7%
全病院	平均値	36.3%	33.2%	36.2%	40.3%	38.8%	39.9%	40.5%	41.4%
600以上	平均値	34.9%	32.1%	33.4%	36.5%	38.1%	36.9%	35.6%	36.5%
全病院	登録数	111	123	138	149	141	142	145	137
600以上	登録数	21	24	27	28	27	27	28	26

30 術後せん妄推定発症率【41】

術後せん妄は、手術を受けたことがきっかけで起こる意識の混乱で、時間や場所などが分からなくなる見当識障害から始まり、注意力、思考力が低下して様々な症状をきたす状態のことを言います。安静が保たれず歩き回る、自覚なくチューブ・カテーテル類を抜管してしまうといった行動も認めることがあります。患者の安全のため、抗精神薬や睡眠薬などを症状に合わせて使用することがあります。術後せん妄は誰にでも起こり得ますが、一過性のもので、身体侵襲からの回復とともに症状は消失します。

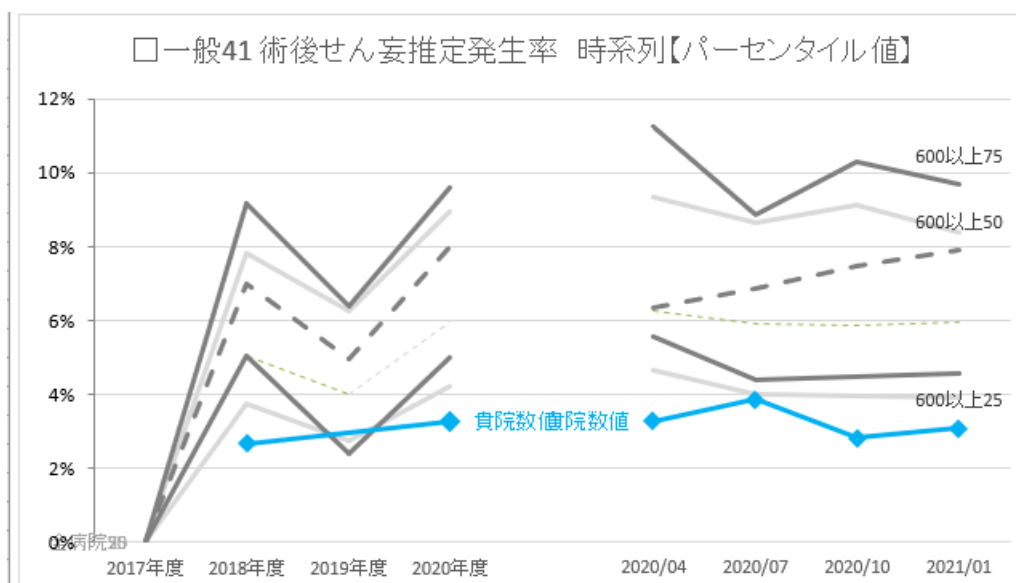
<指標の定義>

計算方法	分 子：	分母のうち、術後7日間にせん妄治療薬投与のある患者数
	分 母：	全身麻酔手術の前7日間にせん妄治療薬投与のない入院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		平成29年度	平成30年度	令和元年度
分 子	算 定 件 数			78
分 母	診 断 件 数			3,798

令和2年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
27	33	27	25
822	853	954	812

(参考) フィードバックデータ



年度別					四半期別			
2017年度 2018年度 2019年度 2020年度					2020/04 2020/07 2020/10 2021/01			
貴院	数値	＜なし＞	2.7%	＜なし＞	3.3%	3.9%	2.8%	3.1%
全病院	25パーセンタイル		3.7%	2.7%	4.2%	4.6%	4.0%	3.9%
	50パーセンタイル		5.1%	4.0%	6.0%	6.3%	5.9%	6.0%
	75パーセンタイル		7.8%	6.2%	9.0%	9.3%	8.6%	8.4%
600以上	25パーセンタイル		5.0%	2.4%	5.0%	5.6%	4.4%	4.5%
	50パーセンタイル		7.0%	4.9%	8.0%	6.3%	6.9%	7.5%
	75パーセンタイル		9.1%	6.4%	9.6%	11.2%	8.9%	10.3%
全病院	平均値		6.3%	4.9%	6.9%	7.2%	6.9%	6.8%
600以上	平均値		7.2%	5.3%	7.8%	8.2%	7.5%	7.5%
全病院	登録数		123	42	139	133	133	136
600以上	登録数		24	7	26	25	25	26