

令和6年度 全国自治体病院協議会

「医療の質・医療安全指標の評価・公表等推進事業」

結果報告

令和7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・医療安全指標の評価・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・医療安全指標の評価・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）などを選定しています。一般病院は41指標（令和6年度現在）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ます。（患者満足度調査は年に1度のみ）

令和6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・医療安全指標の評価・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

<p>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。</p> <p>2. 参加病院との比較：薄いグレーは全参加病院、濃いグレーは 600 床以上の病院の値になります。</p> <p>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、参加病院が 100 あったとすれば、上位 75 位を表します。</p>	
<p>棒グラフの凡例</p> <ul style="list-style-type: none">  当院の値  全参加病院の値  600 床以上の病院の値 	<p>折れ線グラフの凡例</p> <ul style="list-style-type: none">  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
<p>表の項目の説明</p> <p>第1期：4～6月のデータ</p> <p>第2期：7～9月のデータ</p> <p>第3期：10～12月のデータ</p> <p>第4期：1～3月のデータ</p>	

《令和6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	27
500 床以上 600 床未満	30
400 床以上 500 床未満	32
300 床以上 400 床未満	48
200 床以上 300 床未満	33
200 床未満	24
合計	194

※ 当院は 800 床のため 600 床以上にあたりません。

令和6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	院内他科入院中の精神科診察依頼頻度【22】	20
14	脳梗塞入院1週間以内リハビリ強度【23】	21
16	誤嚥性肺炎摂食指導実施率【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PCI doortoballoon 90分施行率【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	術中細胞診実施率（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
31	HBV再活性化スクリーニング率【42】	38
32	警告薬剤定期検査実施率【43】	39
33	点滴抗生物質微生物検査実施率【44】	40
34	せん妄ハイリスク患者ケア実施率【45】	41

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。治療に対する患者さんの満足度をみることは、医療の質を測るうえで重要な指標の一つです。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6年8月19日～令和6年9月6日
値の解釈	より高い値が望ましい

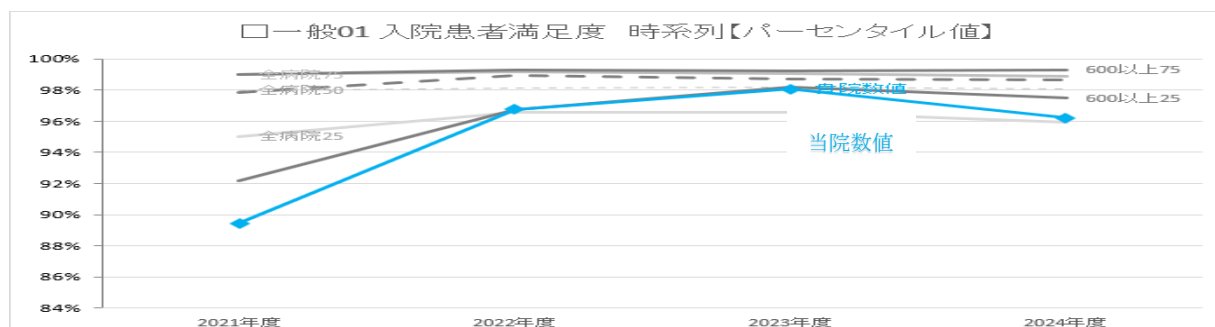
(参考)「設問：全体として当院に満足していますか？(入院)」

令和6年度 アンケート期間退院患者数：1,168人

配布数：639人 回収数：563人 非常に満足+満足：457人

実施年度	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
令和3年度	142	146	29	5
令和4年度	69	199	8	1
令和5年度	99	257	7	0
令和6年度	153	304	16	2

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
当院		89.4%	96.8%	98.1%	96.2%
全病院	25パーセンタイル	95.0%	96.6%	96.6%	95.9%
	50パーセンタイル	98.0%	98.1%	98.2%	98.1%
	75パーセンタイル	99.0%	99.2%	99.0%	98.9%
	平均値	95.8%	96.2%	96.5%	95.7%
	登録数	106	109	112	116
600以上	25パーセンタイル	92.2%	96.8%	98.2%	97.5%
	50パーセンタイル	97.8%	98.9%	98.7%	98.6%
	75パーセンタイル	99.0%	99.3%	99.2%	99.3%
	平均値	96.0%	96.9%	98.2%	97.8%
	登録数	17	17	16	16

1 -2 入院患者満足度（看護）【02】

入院患者満足度（看護）は、入院中または退院時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6年8月19日～令和6年9月6日
値の解釈	より高い値が望ましい

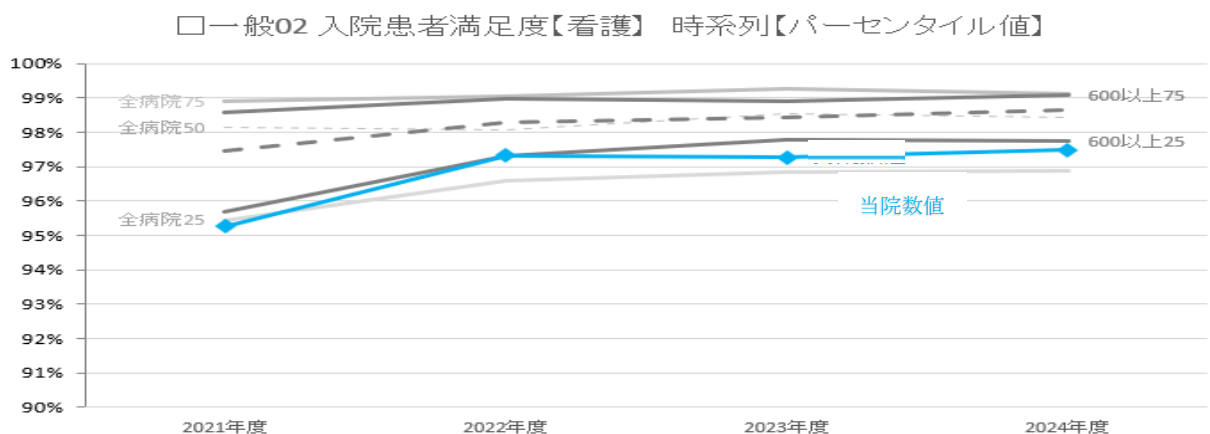
（参考）「設問：看護師の言葉遣いや態度について、該当する項目に✓をつけてください。（入院）」

令和6年度 アンケート期間退院患者数：1,168人

配布数：639人 回収数：563人 非常に満足+満足：467人

実施年度	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
令和3年度	206	136	14	3
令和4年度	96	158	6	1
令和5年度	152	212	10	2
令和6年度	202	265	10	2

（参考）フィードバックデータ



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
本院			95.3%	97.3%	97.3%	97.5%
全病院	25パーセンタイル		95.5%	96.6%	96.9%	96.9%
	50パーセンタイル		98.1%	98.1%	98.5%	98.4%
	75パーセンタイル		98.9%	99.0%	99.3%	99.1%
	平均値		96.4%	97.0%	97.4%	96.4%
	登録数		89	88	89	91
600以上	25パーセンタイル		95.7%	97.3%	97.8%	97.7%
	50パーセンタイル		97.5%	98.3%	98.4%	98.6%
	75パーセンタイル		98.6%	99.0%	98.9%	99.1%
	平均値		97.0%	97.3%	98.1%	98.0%
	登録数		14	13	10	12

1 -3 外来患者満足度【03】

外来患者満足度は、外来受診時に行ったアンケート結果を集計し、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6年8月19日～令和6年8月23日
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考)「設問：全体として当院に満足していますか？(外来)」

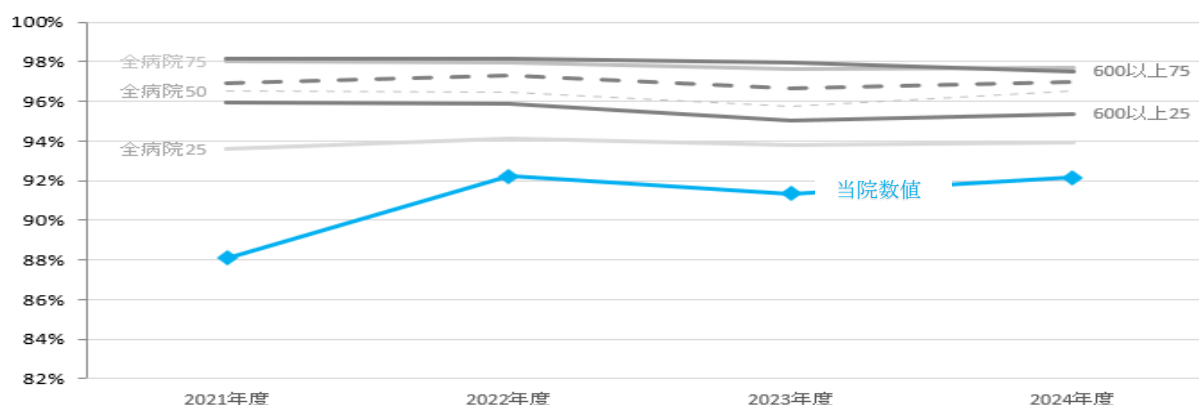
令和6年度 アンケート期間外来患者数：9,808人

配布数：2,000人 回収数：1,166人 満足+ほぼ満足：741人

実施年度	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
令和3年度	330	676	108	28
令和4年度	122	672	57	10
令和5年度	99	599	50	16
令和6年度	111	630	54	9

(参考) フィードバックデータ

□一般03 外来患者満足度 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
当院		88.1%	92.2%	91.4%	92.2%
全病院	25パーセンタイル	93.6%	94.1%	93.8%	93.9%
	50パーセンタイル	96.5%	96.5%	95.8%	96.6%
	75パーセンタイル	98.0%	98.0%	97.6%	97.7%
	平均値	95.1%	95.6%	95.1%	95.0%
	登録数	102	107	106	110
600以上	25パーセンタイル	96.0%	95.9%	95.1%	95.4%
	50パーセンタイル	96.9%	97.3%	96.7%	97.0%
	75パーセンタイル	98.2%	98.2%	98.0%	97.5%
	平均値	96.4%	96.4%	95.8%	96.5%
	登録数	16	17	16	15

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患者が集中することを避けるため、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【04】

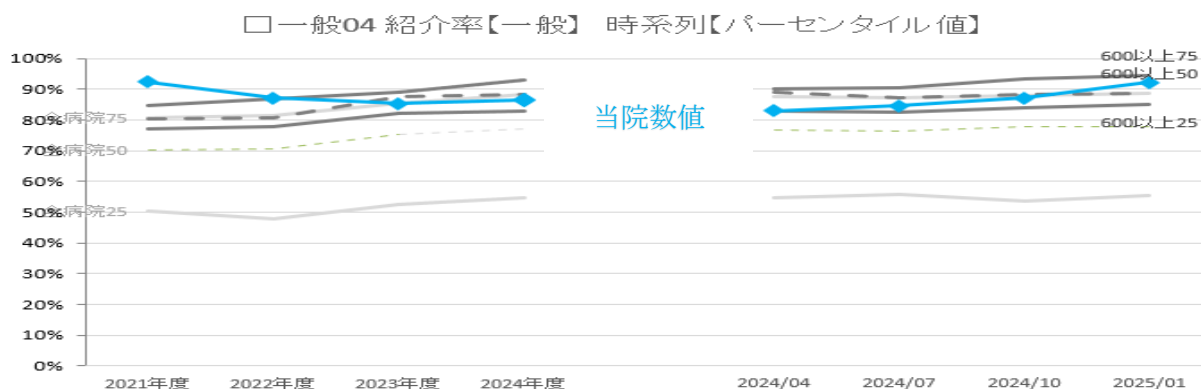
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
分子	紹介初診患者数	18,375	18,793	19,848	20,609
	救急初診患者数	14,370	14,107	12,687	11,995
分母	初診患者数	35,467	37,749	38,146	37,672

令和6年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
5,052	5,394	5,339	4,824
2,767	3,047	3,085	3,096
9,430	9,982	9,665	8,595

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		92.3%	87.2%	85.3%	86.5%	82.9%	84.6%	87.2%	92.1%
全病院	25パーセンタイル	50.4%	47.9%	52.4%	54.6%	54.7%	55.6%	53.6%	55.4%
	50パーセンタイル	70.3%	70.8%	75.3%	77.1%	76.8%	76.3%	77.7%	77.9%
	75パーセンタイル	80.6%	81.4%	85.5%	88.3%	87.7%	87.2%	87.8%	88.6%
	平均値	65.1%	66.3%	69.1%	71.2%	70.8%	71.1%	71.6%	71.8%
	登録数	175	165	169	172	164	168	162	156
600以上	25パーセンタイル	77.0%	77.7%	82.2%	83.0%	83.0%	82.6%	84.1%	85.2%
	50パーセンタイル	80.5%	80.8%	87.5%	88.5%	89.1%	87.4%	88.4%	88.9%
	75パーセンタイル	84.8%	87.0%	89.2%	93.1%	90.2%	90.6%	93.4%	94.5%
	平均値	79.2%	82.6%	87.7%	88.0%	88.2%	86.7%	89.1%	88.1%
	登録数	24	23	22	23	22	23	21	19

2 -2 逆紹介率【05】

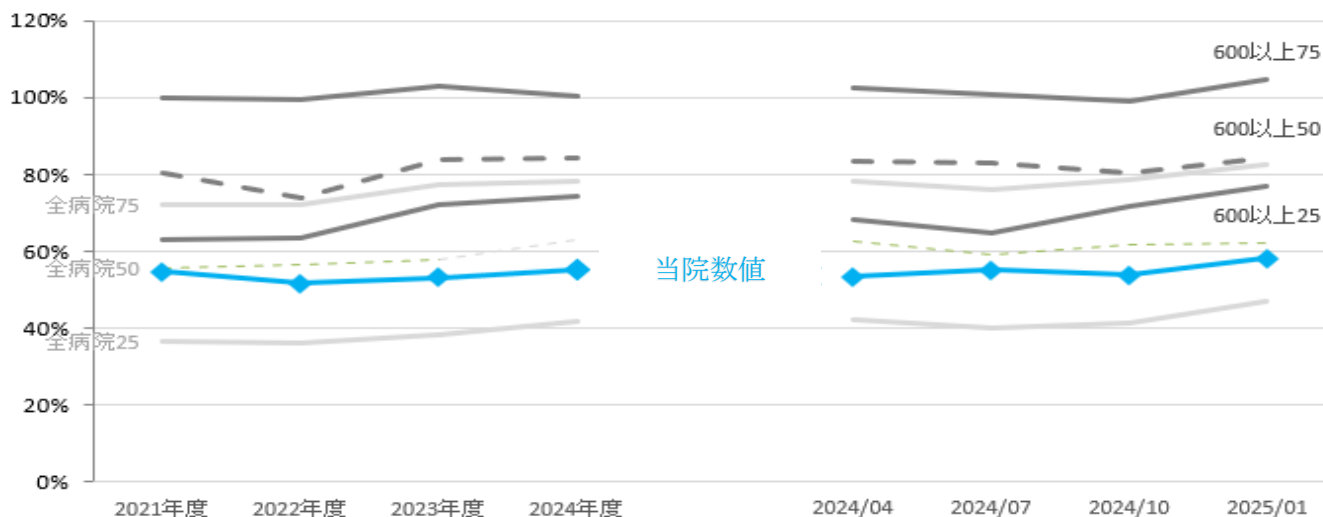
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	逆紹介患者数	19,395	19,480	20,295	20,755	5,047	5,504	5,202	5,002
分母	初診患者数	35,467	37,749	38,146	37,672	9,430	9,982	9,665	8,595

(参考) フィードバックデータ

□一般05 逆紹介率【一般】 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		54.7%	51.6%	53.2%	55.1%	53.5%	55.1%	53.8%	58.2%
全病院	25パーセンタイル	36.5%	36.2%	38.4%	41.7%	42.3%	40.1%	41.6%	47.1%
	50パーセンタイル	55.7%	56.4%	57.7%	63.2%	62.7%	59.0%	62.0%	62.2%
	75パーセンタイル	72.0%	72.1%	77.3%	78.4%	78.4%	76.3%	78.8%	82.7%
	平均値	56.7%	56.6%	59.7%	62.9%	62.7%	61.3%	63.0%	65.9%
	登録数	176	167	169	173	165	168	162	155
600以上	25パーセンタイル	63.1%	63.5%	72.0%	74.6%	68.2%	64.7%	71.7%	76.8%
	50パーセンタイル	80.6%	73.8%	83.8%	84.5%	83.6%	83.0%	80.4%	84.5%
	75パーセンタイル	99.9%	99.4%	102.9%	100.5%	102.4%	100.8%	99.1%	104.7%
	平均値	83.3%	80.8%	85.9%	87.0%	85.3%	83.9%	86.0%	89.9%
	登録数	24	24	21	23	22	23	21	19

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。

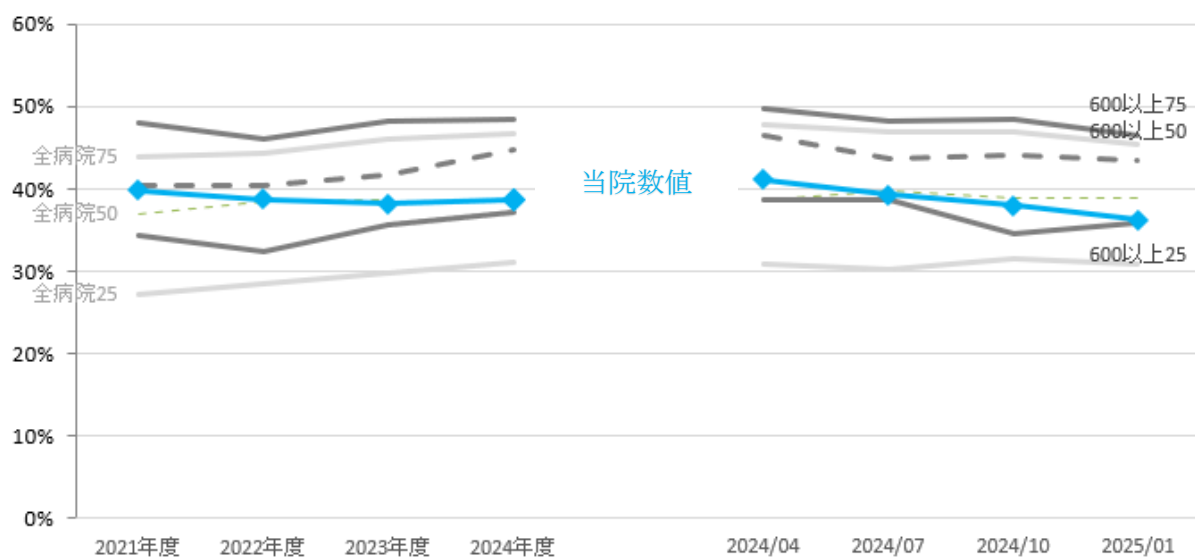
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	新入院患者紹介数	7,641	7,658	8,216	8,434	2,199	2,194	2,116	1,925
分母	新入院患者数	19,164	19,764	21,503	21,808	5,344	5,583	5,567	5,314

(参考) フィードバックデータ

□一般08 新入院患者紹介率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		39.9%	38.7%	38.2%	38.7%	41.1%	39.3%	38.0%	36.2%
全病院	25パーセンタイル	27.3%	28.5%	29.8%	31.1%	31.0%	30.3%	31.5%	30.9%
	50パーセンタイル	37.0%	38.5%	38.7%	38.7%	38.7%	39.7%	38.9%	38.9%
	75パーセンタイル	44.0%	44.2%	46.0%	46.7%	47.8%	46.9%	47.0%	45.3%
	平均値	36.7%	37.1%	38.9%	39.0%	39.5%	39.4%	39.9%	38.8%
	登録数	146	144	143	152	143	145	146	137
600以上	25パーセンタイル	34.3%	32.5%	35.6%	37.1%	38.7%	38.8%	34.5%	35.9%
	50パーセンタイル	40.4%	40.4%	41.8%	44.7%	46.5%	43.8%	44.0%	43.4%
	75パーセンタイル	48.0%	46.1%	48.1%	48.4%	49.8%	48.3%	48.4%	46.6%
	平均値	39.5%	39.1%	41.4%	41.6%	44.7%	42.8%	41.4%	41.0%
	登録数	20	21	21	22	21	21	20	19

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。

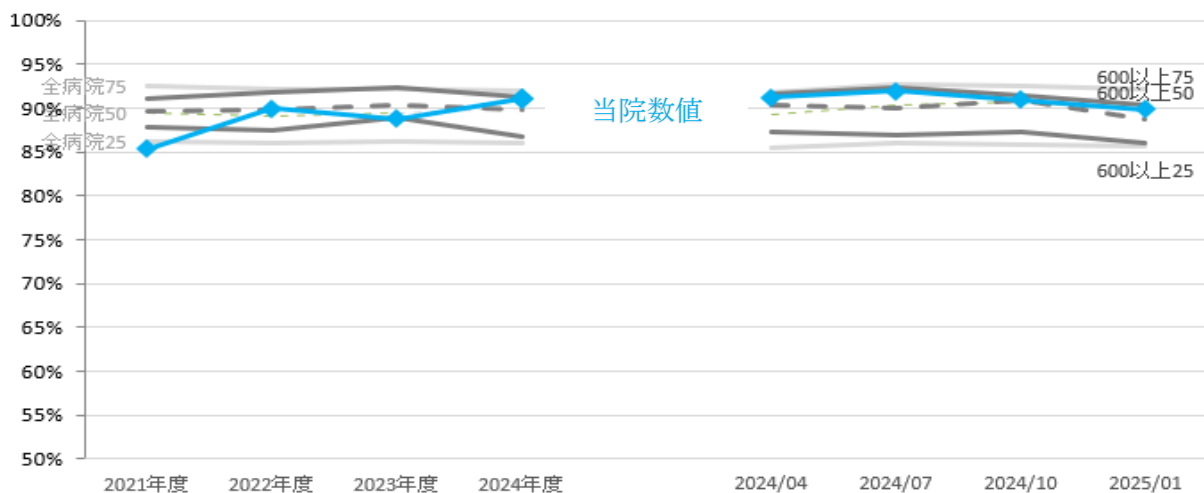
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	退院先が自宅等	15,748	17,004	18,436	19,112	4,687	4,948	5,051	4,426
分母	退院患者数	18,452	19,120	20,992	20,994	5,137	5,379	5,555	4,923

(参考) フィードバックデータ

□一般09 在宅復帰率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		85.3%	90.0%	88.8%	91.0%	91.2%	92.0%	90.9%	89.9%
全病院	25パーセンタイル	86.1%	86.1%	86.2%	86.0%	85.5%	86.0%	85.8%	85.7%
	50パーセンタイル	89.4%	89.2%	89.5%	90.0%	89.3%	90.4%	90.7%	89.8%
	75パーセンタイル	92.5%	92.1%	92.2%	92.1%	91.9%	92.8%	92.6%	92.2%
	平均値	88.2%	88.1%	88.4%	88.4%	87.6%	88.9%	88.7%	88.4%
	登録数	174	163	164	164	162	166	168	156
600以上	25パーセンタイル	87.9%	87.4%	88.8%	86.7%	87.3%	86.9%	87.3%	86.1%
	50パーセンタイル	89.7%	89.9%	90.4%	89.9%	90.4%	90.0%	90.8%	88.7%
	75パーセンタイル	91.1%	91.9%	92.3%	91.3%	91.7%	92.4%	91.5%	90.4%
	平均値	88.9%	89.3%	89.7%	89.0%	89.5%	89.3%	89.3%	88.2%
	登録数	24	24	22	23	24	23	24	21

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医療機関のうち、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。

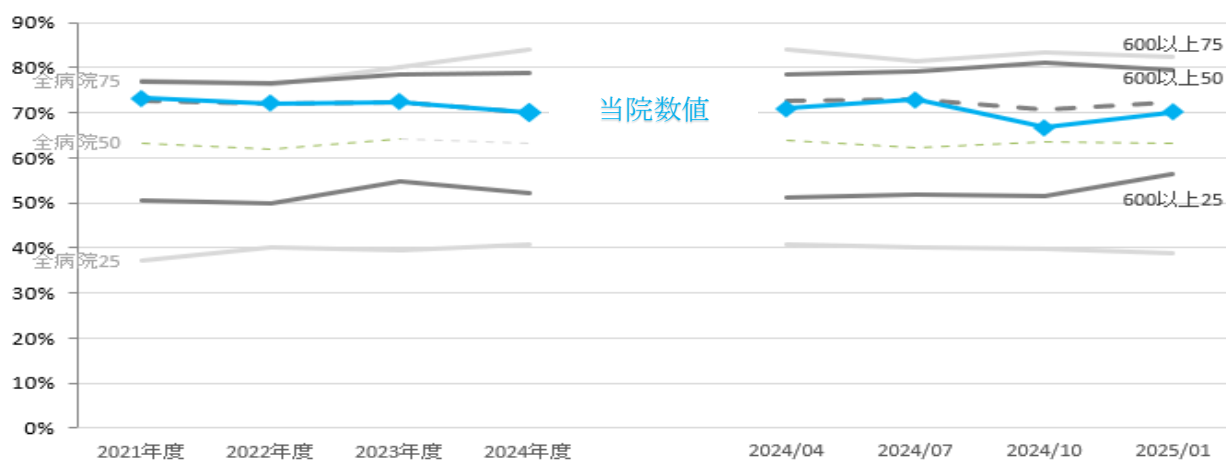
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6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	1,457	1,445	1,447	1,418	358	368	338	354
分母	圏内医療機関数	1,990	2,002	1,996	2,021	505	505	506	505

(参考) フィードバックデータ

□一般10 地域医療機関サポート率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		73.2%	72.2%	72.5%	70.2%	70.9%	72.9%	66.8%	70.1%
全病院	25パーセンタイル	37.2%	40.2%	39.5%	40.7%	40.7%	40.2%	39.9%	38.9%
	50パーセンタイル	63.3%	61.8%	64.1%	63.3%	63.9%	62.3%	63.4%	63.2%
	75パーセンタイル	77.3%	76.4%	80.2%	84.2%	84.1%	81.5%	83.3%	82.3%
	平均値	57.5%	58.9%	59.8%	59.5%	59.4%	59.4%	59.4%	58.7%
	登録数	147	139	143	144	137	142	142	135
600以上	25パーセンタイル	50.4%	49.9%	54.7%	52.1%	51.3%	51.8%	51.5%	56.3%
	50パーセンタイル	72.6%	72.2%	72.5%	70.2%	72.7%	72.9%	70.8%	72.3%
	75パーセンタイル	76.8%	76.5%	78.7%	78.8%	78.6%	79.1%	81.1%	79.6%
	平均値	64.3%	65.8%	67.0%	67.0%	68.3%	66.9%	66.3%	67.9%
	登録数	18	17	17	19	17	19	18	17

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、当院で出生した割合を表します。

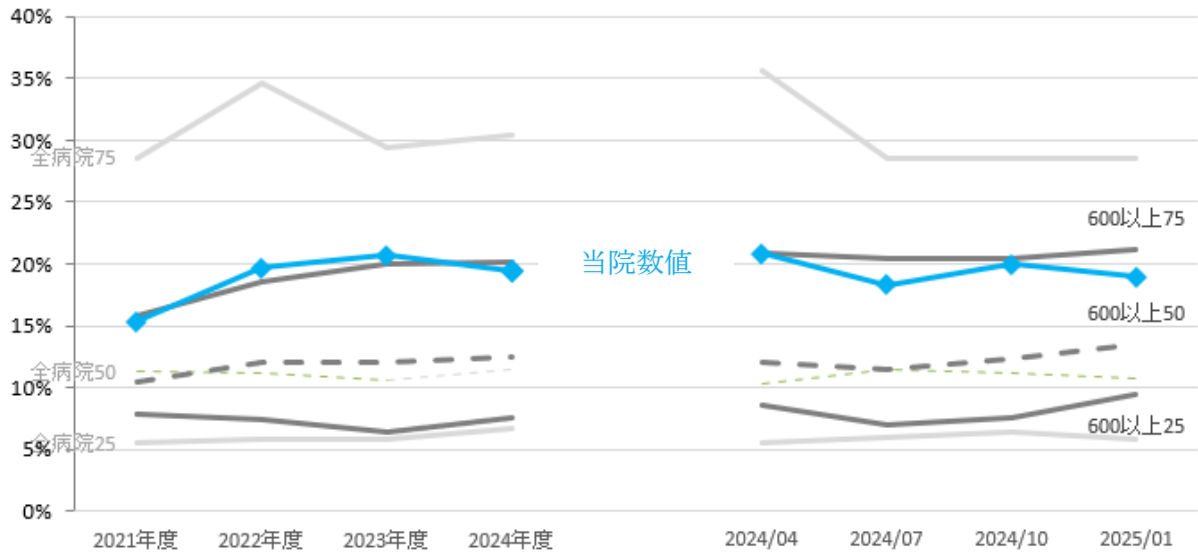
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
分子	院内出生数	731	898	870	777	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	圏内総出生数	4,759	4,560	4,206	3,985	204	197	203	173
						979	1,076	1,018	912

(参考) フィードバックデータ

□一般11 地域分娩貢献率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		15.4%	19.7%	20.7%	19.5%	20.8%	18.3%	19.9%	19.0%
全病院	25パーセンタイル	5.6%	5.8%	5.8%	6.8%	5.5%	6.0%	6.4%	5.8%
	50パーセンタイル	11.3%	11.1%	10.6%	11.5%	10.3%	11.4%	11.2%	10.8%
	75パーセンタイル	28.6%	34.6%	29.5%	30.4%	35.6%	28.5%	28.6%	28.5%
	平均値	25.2%	26.1%	25.8%	26.1%	27.9%	25.0%	26.2%	24.7%
	登録数	96	96	96	94	87	90	89	83
600以上	25パーセンタイル	7.9%	7.4%	6.5%	7.5%	8.6%	7.0%	7.6%	9.4%
	50パーセンタイル	10.5%	12.1%	12.0%	12.5%	12.1%	11.5%	12.4%	13.6%
	75パーセンタイル	15.8%	18.6%	20.1%	20.2%	20.8%	20.5%	20.5%	21.2%
	平均値	17.5%	18.0%	17.5%	18.7%	19.5%	18.5%	19.0%	20.7%
	登録数	18	18	18	18	17	18	17	14

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のうち、当院へ搬送された割合を表します。

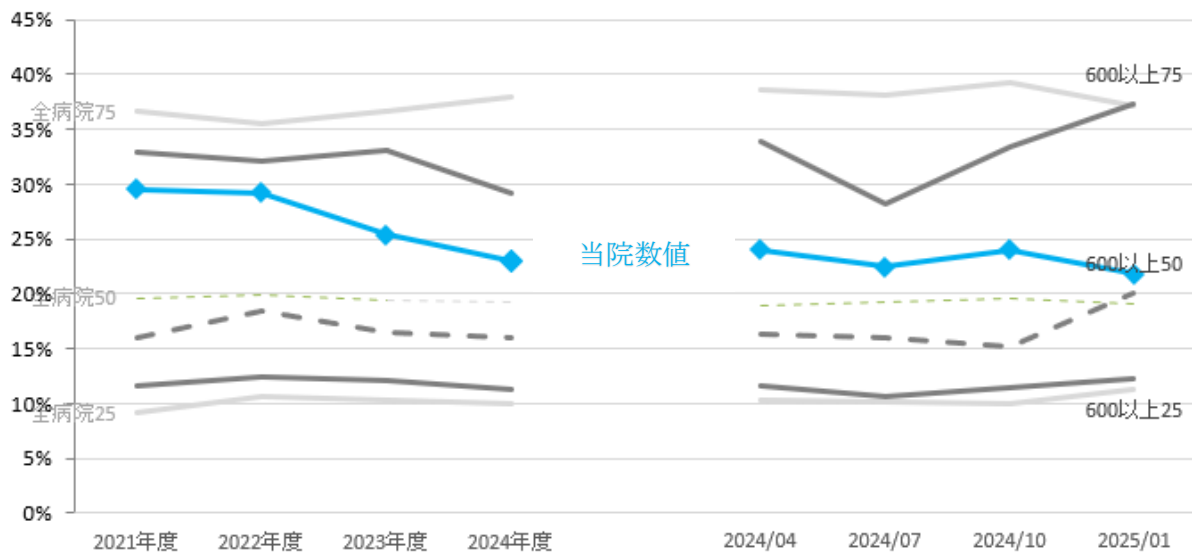
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	救急搬送来院数	7,787	8,490	7,791	7,140	1,672	1,897	1,850	1,721
分母	圏内救急搬送人数	26,355	29,076	30,684	30,990	6,971	8,430	7,700	7,889

(参考) フィードバックデータ

□一般12 地域救急貢献率 時系列【パーセンタイル値】



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院			29.5%	29.2%	25.4%	23.0%	24.0%	22.5%	24.0%	21.8%
全病院	25パーセンタイル	———	9.1%	10.6%	10.4%	10.0%	10.3%	10.2%	10.0%	11.3%
	50パーセンタイル	- - -	19.6%	19.9%	19.5%	19.3%	19.0%	19.3%	19.6%	19.1%
	75パーセンタイル	————	36.7%	35.6%	36.6%	38.0%	38.5%	38.2%	39.2%	37.2%
	平均値		27.2%	26.9%	26.5%	26.2%	26.9%	26.7%	26.9%	26.8%
	登録数		143	137	131	136	126	131	133	126
600以上	25パーセンタイル	————	11.6%	12.4%	12.2%	11.2%	11.6%	10.7%	11.5%	12.3%
	50パーセンタイル	- - -	16.1%	18.5%	16.5%	16.1%	16.3%	15.9%	15.2%	20.0%
	75パーセンタイル	————	32.9%	32.2%	33.1%	29.2%	34.0%	28.3%	33.3%	37.2%
	平均値		24.4%	24.8%	25.0%	23.4%	24.1%	23.0%	23.9%	26.0%
	登録数		20	20	19	20	18	20	19	17

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

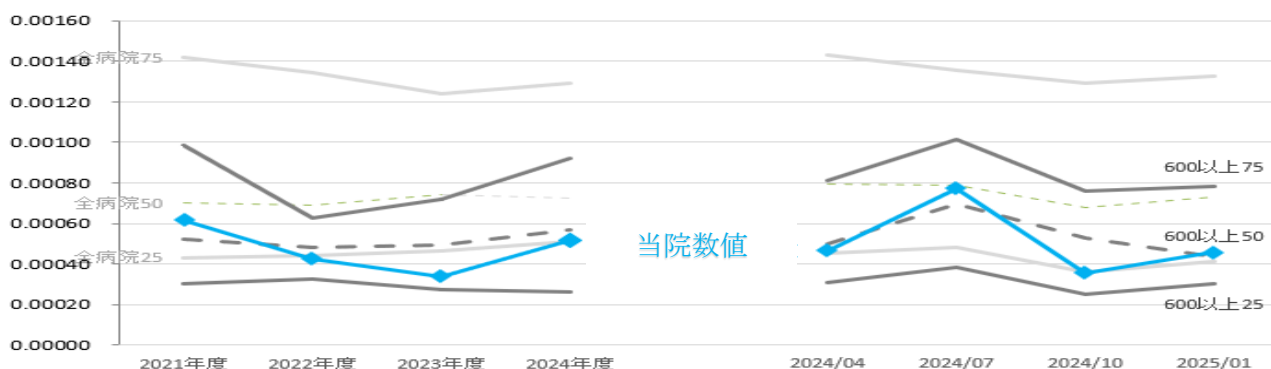
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
分子	レベル2以上	142	99	83	126	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	入院延べ日数	229,798	231,825	243,733	244,710	60,034	62,095	61,558	61,023

(参考) フィードバックデータ

□ 一般13 転倒・転落レベル2以上発生率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		0.00062	0.00043	0.00034	0.00051	0.00047	0.00077	0.00036	0.00046
全病院	25パーセンタイル	0.00043	0.00044	0.00046	0.00051	0.00045	0.00048	0.00036	0.00042
	50パーセンタイル	0.00070	0.00069	0.00074	0.00073	0.00079	0.00079	0.00068	0.00073
	75パーセンタイル	0.00142	0.00134	0.00124	0.00129	0.00143	0.00136	0.00129	0.00133
	平均値	0.00103	0.00106	0.00107	0.00111	0.01166	0.00116	0.00103	0.00111
	登録数	174	160	164	171	163	165	163	158
600以上	25パーセンタイル	0.00031	0.00033	0.00027	0.00026	0.00031	0.00038	0.00025	0.00030
	50パーセンタイル	0.00052	0.00048	0.00049	0.00057	0.00050	0.00070	0.00053	0.00044
	75パーセンタイル	0.00099	0.00062	0.00072	0.00092	0.00081	0.00102	0.00076	0.00078
	平均値	0.00077	0.00078	0.00060	0.00086	0.00080	0.00097	0.00080	0.00074
	登録数	23	22	22	24	23	24	23	20

6 褥瘡推定発生率【14】

褥瘡は、看護ケアの質を評価するうえで重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の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、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。低栄養の患者さんや一定の体の向きしか取れない場合に褥瘡が起きやすいため、褥瘡予防対策として栄養管理や看護ケアを推進しています。

この指標は、病院に入院してから新たに発生した褥瘡の割合を表しています。

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>

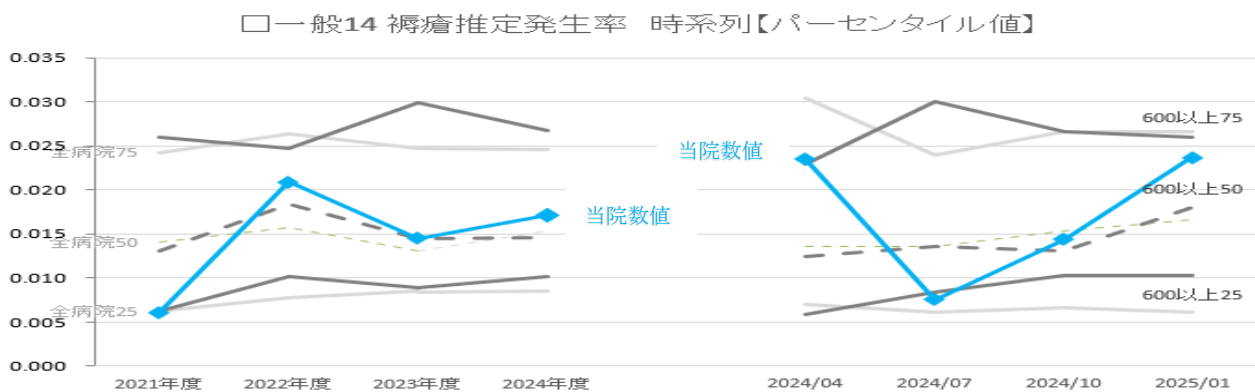
d0：皮膚損傷・発赤なし	D3：皮下組織までの損傷	DU：深さ判定が不能の場合
d1：持続する発赤	D4：皮下組織を超える損傷	
d2：真皮までの損傷	D5：関節腔、体腔に至る損傷	

<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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	入院中新規発生	14	43	32	39	13	4	7	15
	入院中他部位発生	0	3	4	4	1	1	2	0
分母	在院患者数	2,297	2,203	2,485	2,517	596	662	625	634

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		0.006	0.021	0.014	0.017	0.023	0.008	0.014	0.024
全病院	25パーセンタイル	0.006	0.008	0.008	0.009	0.007	0.006	0.007	0.006
	50パーセンタイル	0.014	0.016	0.013	0.015	0.014	0.014	0.015	0.017
	75パーセンタイル	0.024	0.026	0.025	0.025	0.030	0.024	0.027	0.027
	平均値	0.020	0.019	0.019	0.020	0.020	0.017	0.020	0.023
	登録数	165	156	157	160	153	159	153	148
600以上	25パーセンタイル	0.006	0.010	0.009	0.010	0.006	0.008	0.010	0.010
	50パーセンタイル	0.013	0.018	0.014	0.015	0.012	0.014	0.013	0.018
	75パーセンタイル	0.026	0.025	0.030	0.027	0.023	0.030	0.027	0.026
	平均値	0.021	0.018	0.019	0.018	0.019	0.019	0.017	0.018
	登録数	20	20	19	18	19	21	17	15

7 手術開始前1時間以内予防的抗菌薬投与率【15】

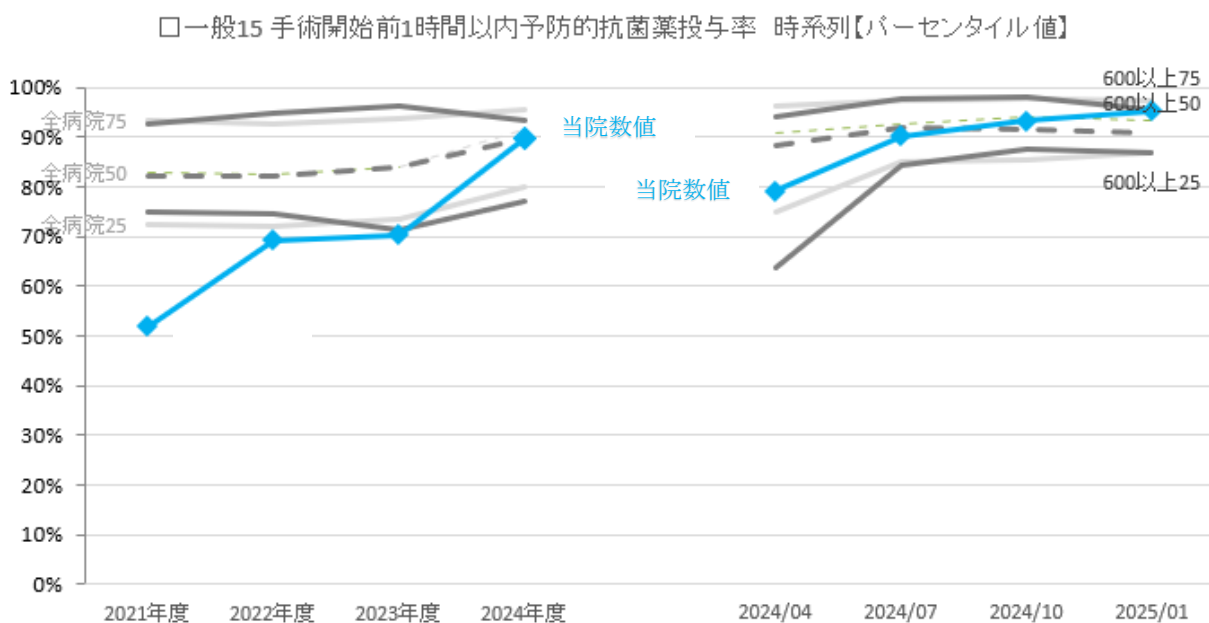
予防的抗菌薬投与とは、細菌感染を起こしていないが、手術後の感染をできるだけ防ぐために、手術前に抗生物質をあらかじめ投与することをいいます。開胸・開腹を伴う手術等は、手術開始直前に抗菌薬を投与することにより、術後感染を抑えることが期待されています。

<指標の定義> ※令和6年度より分母は「全手術」から「全身麻酔、全身麻酔+硬膜外の手術」に変更

計算方法	分子： 分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与された手術件数
	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						令和6年度			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6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	3,728	5,212	5,546	4,061	832	1,025	1,172	1,032
分母	手術件数	7,176	7,524	8,069	4,525	1,050	1,137	1,256	1,082

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		52.0%	69.3%	70.4%	89.7%	79.2%	90.1%	93.3%	95.4%
全病院	25パーセンタイル	72.4%	72.2%	73.4%	80.0%	74.8%	85.2%	85.5%	87.0%
	50パーセンタイル	82.8%	82.4%	84.0%	91.5%	91.0%	92.6%	93.9%	93.3%
	75パーセンタイル	93.2%	92.7%	93.9%	95.6%	96.4%	97.5%	97.9%	97.5%
	平均値	80.4%	80.8%	81.4%	85.1%	77.4%	88.6%	88.3%	88.5%
	登録数	122	118	118	114	108	144	146	139
600以上	25パーセンタイル	75.0%	74.6%	71.4%	77.1%	63.9%	84.3%	87.7%	87.0%
	50パーセンタイル	82.0%	82.1%	84.1%	89.7%	88.4%	92.0%	91.5%	90.7%
	75パーセンタイル	92.8%	94.7%	96.3%	93.5%	94.1%	97.7%	98.1%	95.7%
	平均値	80.5%	80.2%	80.8%	86.5%	74.8%	89.1%	90.8%	90.9%
	登録数	18	17	16	17	16	24	24	20

8 肺血栓塞栓症予防対策実施率【16】

手術後における肺血栓塞栓症は、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（2017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）が実施された患者数
	分母：	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を実施した退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	予防対策実施数	3,013	3,084	3,085	2,646	648	645	733	620
分母	該当手術数	3,169	3,283	3,266	2,865	712	695	791	667

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		95.1%	93.9%	94.5%	92.4%	91.0%	92.8%	92.7%	93.0%
全病院	25パーセンタイル	89.4%	89.1%	88.8%	90.4%	89.1%	90.6%	91.6%	91.1%
	50パーセンタイル	92.6%	93.3%	93.0%	93.6%	93.5%	94.1%	94.2%	94.5%
	75パーセンタイル	95.1%	95.3%	95.4%	96.2%	96.0%	96.6%	97.0%	97.1%
	平均値	90.7%	90.8%	91.3%	92.4%	91.7%	92.7%	93.2%	92.7%
	登録数	153	148	150	156	146	152	151	144
600以上	25パーセンタイル	90.0%	91.0%	90.5%	90.7%	91.0%	91.1%	91.4%	90.0%
	50パーセンタイル	92.4%	93.3%	93.4%	92.7%	93.4%	92.1%	92.7%	91.4%
	75パーセンタイル	95.0%	94.7%	94.6%	94.1%	95.1%	94.2%	95.1%	94.1%
	平均値	92.5%	92.3%	92.3%	92.0%	93.1%	92.2%	92.2%	91.0%
	登録数	23	23	23	24	23	24	24	21

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。

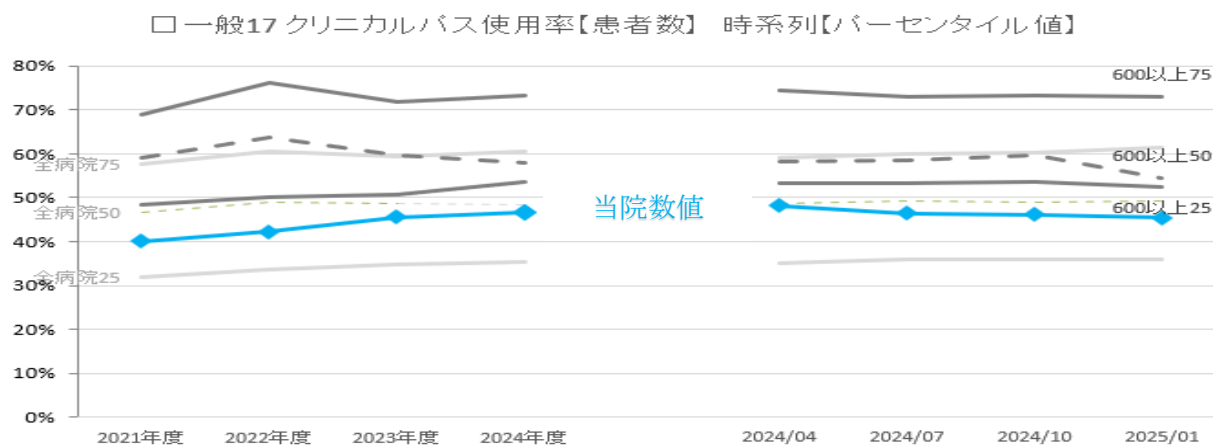
9 -1 クリニカルパス使用率（患者数）【17】

<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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	新規適用患者数	7,692	8,358	9,815	10,151	2,573	2,594	2,572	2,412
分母	新入院患者数	19,164	19,764	21,503	21,808	5,344	5,583	5,567	5,314

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		40.1%	42.3%	45.6%	46.5%	48.1%	46.5%	46.2%	45.4%
全病院	25パーセンタイル	31.8%	33.7%	34.9%	35.4%	35.0%	36.1%	35.9%	36.0%
	50パーセンタイル	46.6%	48.9%	48.7%	48.7%	48.7%	49.4%	48.9%	49.4%
	75パーセンタイル	57.7%	60.6%	59.4%	60.6%	59.1%	59.9%	60.2%	61.5%
	平均値	44.4%	46.8%	46.2%	47.1%	47.1%	47.2%	46.8%	47.2%
	登録数	171	163	167	170	159	164	162	157
600以上	25パーセンタイル	48.3%	50.0%	50.9%	53.6%	53.3%	53.2%	53.6%	52.6%
	50パーセンタイル	59.1%	63.7%	59.6%	58.1%	58.1%	58.6%	59.6%	54.6%
	75パーセンタイル	68.9%	76.1%	71.8%	73.2%	74.5%	73.0%	73.2%	73.0%
	平均値	59.1%	63.8%	62.3%	64.0%	64.6%	64.0%	63.9%	63.3%
	登録数	22	22	21	23	22	23	22	19

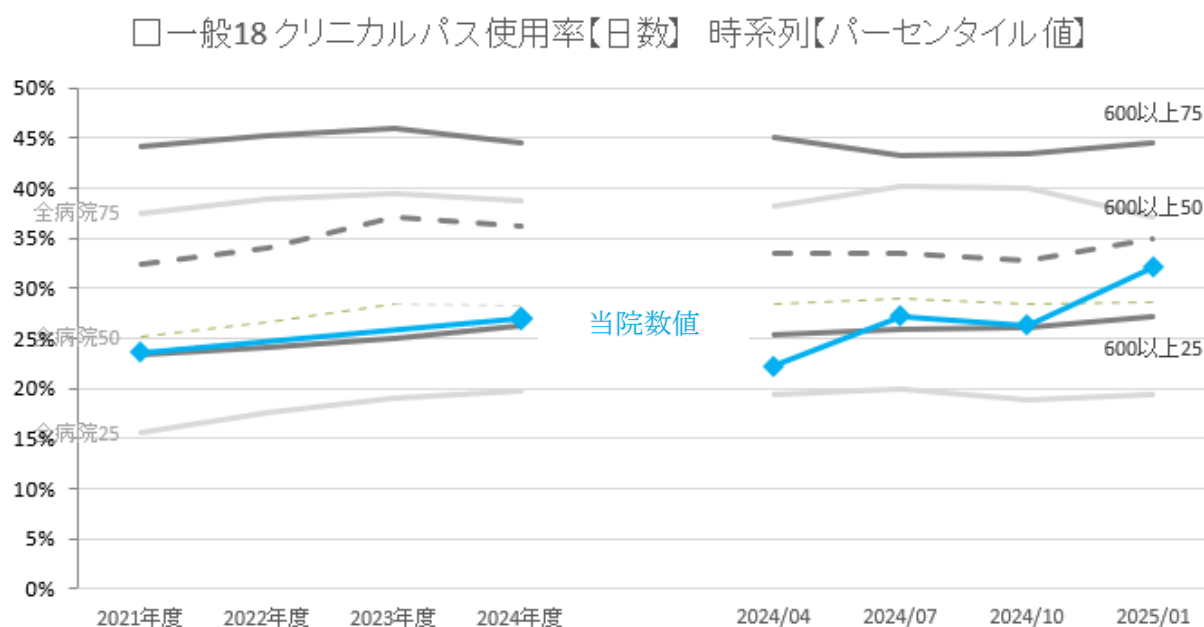
9 -2 クリニカルパス使用率（日数）【18】

<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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	パス適用 合計日数	54,335	51,680	50,476	66,098	13,366	16,918	16,202	19,612
分母	入院延 べ日数	229,798	231,825	243,733	244,710	60,034	62,095	61,558	61,023

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		23.6%	<なし>	<なし>	27.0%	22.3%	27.2%	26.3%	32.1%
全病院	25パーセンタイル	15.6%	17.7%	19.1%	19.7%	19.3%	19.9%	18.8%	19.4%
	50パーセンタイル	25.2%	26.6%	28.5%	28.5%	28.5%	28.9%	28.4%	28.6%
	75パーセンタイル	37.6%	38.8%	39.5%	38.7%	38.2%	40.1%	40.0%	37.2%
	平均値	27.6%	29.1%	29.2%	29.6%	29.6%	29.9%	29.8%	29.1%
	登録数	150	142	142	148	138	143	142	135
600以上	25パーセンタイル	23.4%	24.1%	25.0%	26.2%	25.4%	25.9%	26.1%	27.2%
	50パーセンタイル	32.4%	34.1%	37.1%	36.2%	33.5%	33.5%	32.7%	35.0%
	75パーセンタイル	44.1%	45.2%	45.9%	44.5%	45.1%	43.3%	43.4%	44.5%
	平均値	35.1%	37.6%	38.0%	37.3%	37.8%	37.4%	36.3%	36.7%
	登録数	20	19	19	21	20	21	19	17

10 脳卒中連携パス使用率【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作成する個々の患者さんの診療計画を地域連携パスといいます。

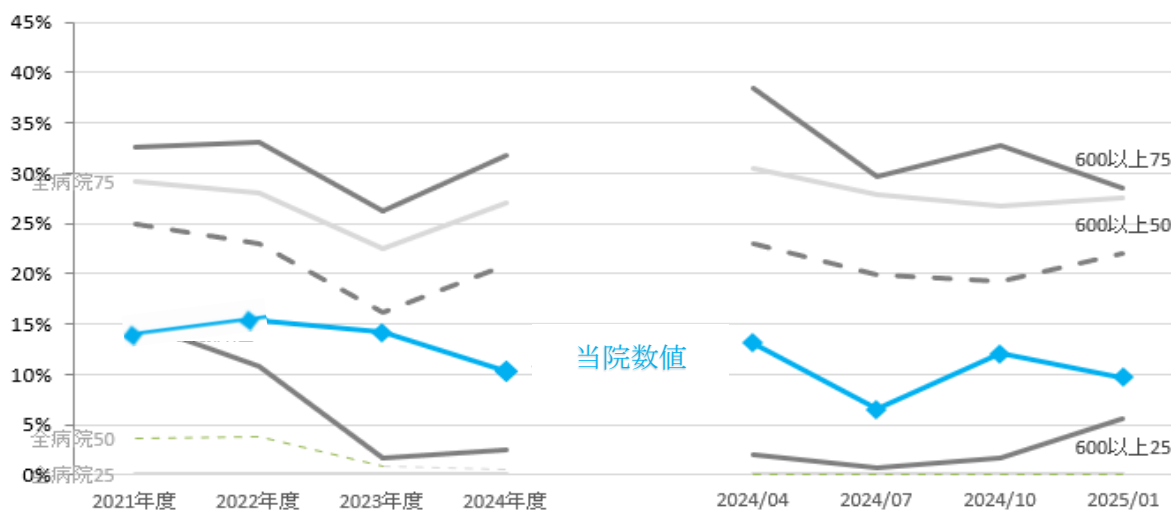
<指標の定義>

計算方法	分子：	分母のうち、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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
		第1期	第2期	第3期	第4期				
分子	算定患者数	60	67	59	39	11	6	13	9
分母	生存退院患者数	421	435	417	377	84	92	108	93

(参考) フィードバックデータ

□一般19 脳卒中連携パス使用率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
	当院数値	14.3%	15.4%	14.1%	10.3%	13.1%	6.5%	12.0%	9.7%
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		3.6%	3.8%	0.9%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
75パーセンタイル		29.2%	28.0%	22.6%	27.1%	30.5%	27.9%	26.8%	27.5%
平均値		14.2%	13.6%	13.1%	13.4%	14.3%	13.8%	13.6%	13.7%
登録数		148	142	149	155	142	144	145	135
25パーセンタイル		15.2%	10.9%	1.7%	2.5%	2.1%	0.7%	1.7%	5.6%
50パーセンタイル		24.9%	23.0%	16.2%	20.9%	23.1%	19.9%	19.3%	22.1%
75パーセンタイル		32.6%	33.1%	26.2%	31.8%	38.4%	29.6%	32.8%	28.6%
平均値		22.7%	21.2%	18.8%	19.6%	21.9%	18.6%	19.5%	19.8%
登録数		22	22	23	24	23	24	24	21

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作成する個々の患者さんの診療計画を地域連携パスといいます。

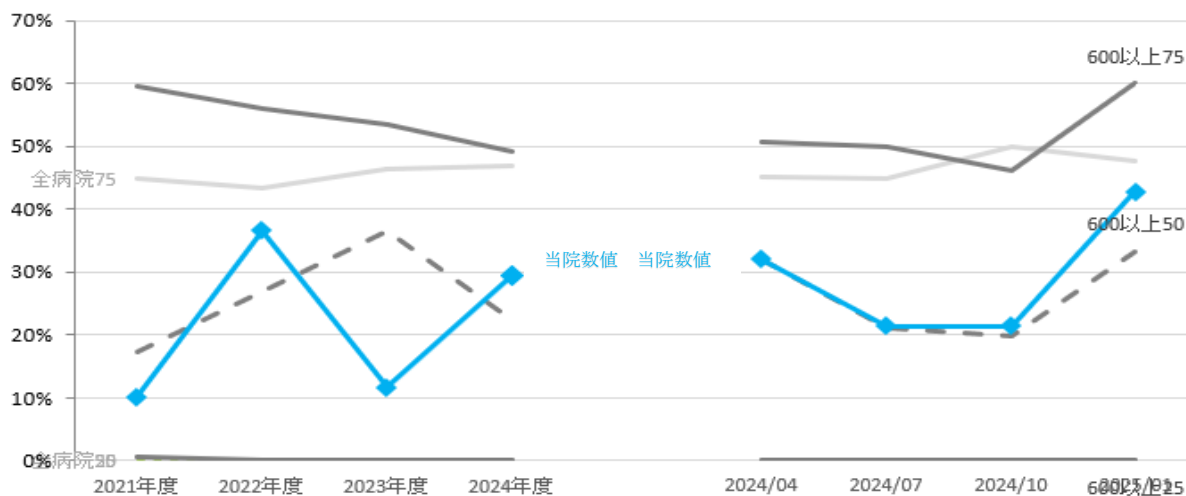
<指標の定義>

計算方法	分子：	分母のうち、地域連携診療計画加算を算定した症例数
	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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	算定症例数	7	26	11	26	8	3	6	9
分母	該当症例数	69	71	94	88	25	14	28	21

(参考) フィードバックデータ

□一般20 大腿骨地域連携パス使用率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		10.1%	36.6%	11.7%	29.5%	32.0%	21.4%	21.4%	42.9%
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	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75パーセンタイル	44.9%	43.5%	46.5%	47.0%	45.0%	45.0%	50.0%	47.6%
	平均値	21.1%	21.0%	21.3%	22.0%	21.9%	22.3%	22.9%	22.3%
	登録数	146	141	147	153	142	148	145	139
600以上	25パーセンタイル	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	17.3%	27.0%	36.5%	22.5%	32.0%	21.1%	19.8%	33.3%
	75パーセンタイル	59.5%	56.1%	53.5%	49.1%	50.7%	50.0%	46.2%	60.0%
	平均値	31.2%	31.8%	32.0%	28.5%	30.6%	30.5%	25.6%	31.3%
	登録数	22	22	23	24	23	24	24	21

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 床のうちの何件の頻度で発生しているかを測り、指標としています。

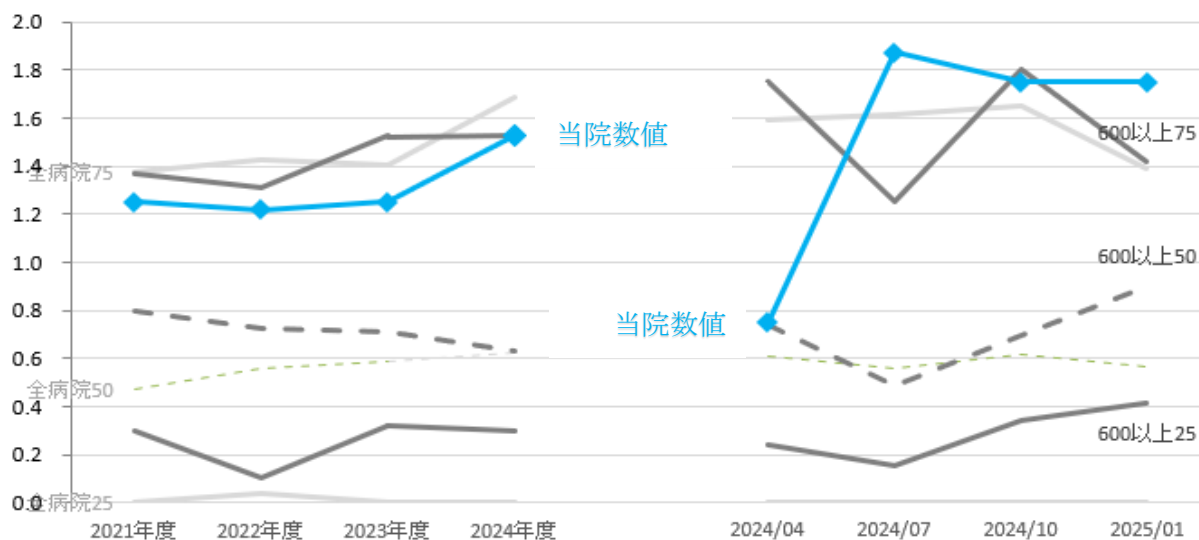
<指標の定義>

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れた患者数
	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					令和6年度				
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	第1期	第2期	第3期	第4期
分子	紹介件数	10	39	40	49	6	15	14	14
分母	100 病床あたり	8	32	32	32	8	8	8	8

(参考) フィードバックデータ

□一般21精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度					
当院		1.3	1.2	1.3	1.5	0.8	1.9	1.8	1.8	
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	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	
	75パーセンタイル	1.4	1.4	1.4	1.7	1.6	1.6	1.7	1.4	
	平均値	1.0	1.1	1.0	1.2	1.1	1.3	1.4	1.1	
	登録数	137	133	133	137	126	132	132	124	
600以上	25パーセンタイル	0.3	0.1	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.4	
	50パーセンタイル	0.8	0.7	0.7	0.6	0.7	0.5	0.7	0.9	
	75パーセンタイル	1.4	1.3	1.5	1.5	1.7	1.3	1.8	1.4	
	平均値	1.1	1.0	1.2	1.1	1.2	1.2	1.1	1.2	
	登録数	20	20	20	21	20	21	20	18	

13 院内他科入院中の精神科診察依頼頻度【22】

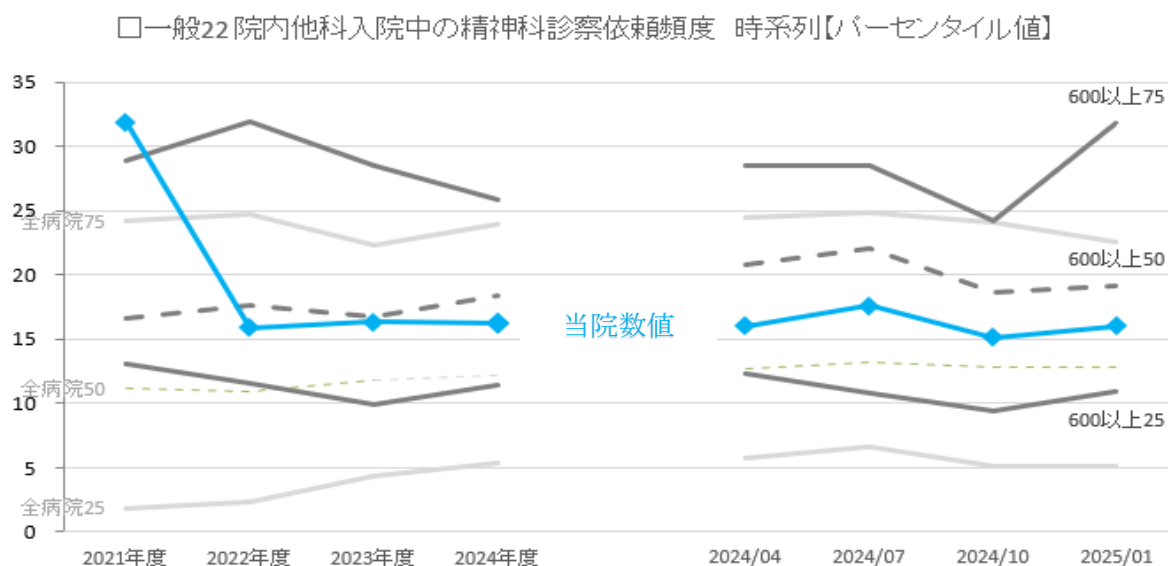
入院中の患者さんが精神的な問題を抱えている場合、状況により主治医が対応したり、精神科の専門的な対応が必要な場合には精神科医師が対応します。この指標の値が高いほど、患者さんを多角的に診療していることを表しています。病床 100 床のうち、何件の頻度で対応を行っているかを測り、指標としています。

<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		令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 6 年度			
		第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期				
分子	依頼件数	255	509	523	518	128	141	121	128
分母	100 病床あたり	8	32	32	32	8	8	8	8

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		31.9	15.9	16.3	16.2	16.0	17.6	15.1	16.0
全病院	25パーセンタイル	1.9	2.3	4.3	5.3	5.8	6.6	5.1	5.1
	50パーセンタイル	11.2	10.9	11.8	12.3	12.8	13.2	12.8	12.9
	75パーセンタイル	24.2	24.7	22.3	23.9	24.5	24.8	24.1	22.6
	平均値	23.0	24.7	22.4	21.9	23.5	24.0	22.8	22.2
	登録数	140	133	118	115	104	106	106	100
600以上	25パーセンタイル	13.1	11.6	9.9	11.4	12.3	10.8	9.4	10.9
	50パーセンタイル	16.6	17.6	16.8	18.5	20.8	22.0	18.7	19.2
	75パーセンタイル	28.9	32.0	28.5	25.8	28.5	28.6	24.2	31.8
	平均値	27.0	27.4	23.9	25.0	26.4	25.7	25.9	25.1
	登録数	21	22	22	22	20	21	21	18

14 脳梗塞入院1週間以内リハビリ強度【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、ADLを低下させずに入院期間を短縮できることが分かっています。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、適応のある患者には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開始することが望まれます。

<指標の定義>

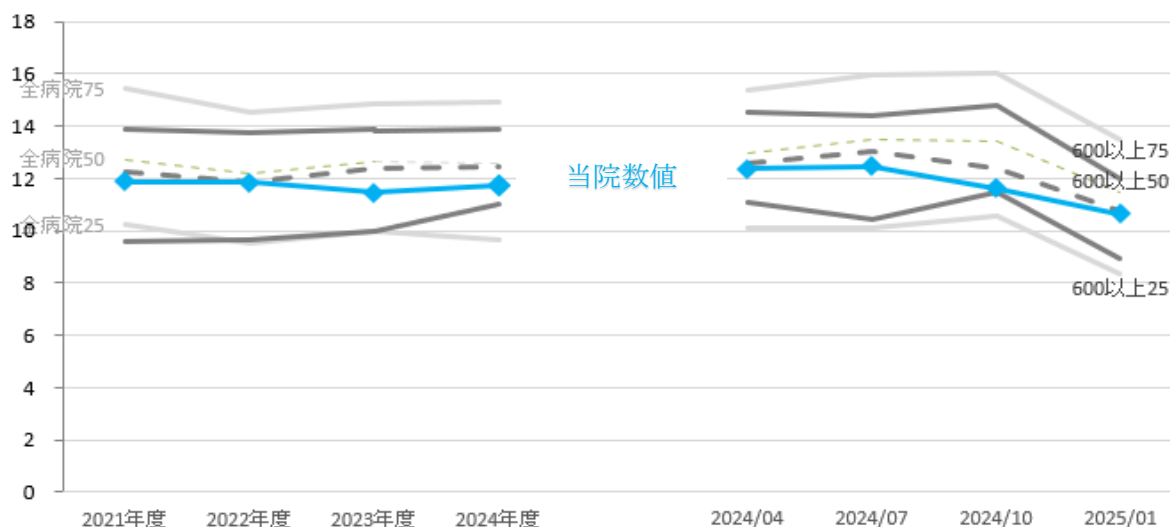
計算方法	分子： 分母のうち、入院7日目までのリハビリテーション施行単位合計
	分母： 1週間以上入院した急性期脳梗塞症例数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
分子	リハビリ施行単位合計	4,813	5,162	4,620	4,319
分母	該当症例数	405	436	403	368

令和6年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
966	1,146	1,186	1,021
78	92	102	96

(参考) フィードバックデータ

□一般23 脳梗塞入院1週間以内リハビリ強度 時系列【パーセンタイル値】



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度				
当院			11.9	11.8	11.5	11.7	12.4	12.5	11.6	10.6
全病院	25パーセンタイル	———	10.3	9.5	10.0	9.7	10.1	10.1	10.5	8.3
	50パーセンタイル	- - - -	12.7	12.2	12.6	12.6	13.0	13.5	13.4	11.5
	75パーセンタイル	————	15.5	14.5	14.8	14.9	15.4	15.9	16.0	13.5
	平均値		12.9	12.2	12.4	12.5	12.8	13.5	13.3	11.2
	登録数		150	141	148	156	143	144	143	137
600以上	25パーセンタイル	————	9.6	9.7	10.0	11.0	11.1	10.4	11.5	8.9
	50パーセンタイル	- - - -	12.3	11.9	12.4	12.5	12.6	13.1	12.4	10.8
	75パーセンタイル	————	13.9	13.8	13.9	13.9	14.6	14.4	14.8	12.0
	平均値		12.5	11.5	11.9	12.1	12.4	12.6	12.8	10.3
	登録数		23	22	23	24	23	24	24	21

15 脳梗塞 ADL 改善度【24】

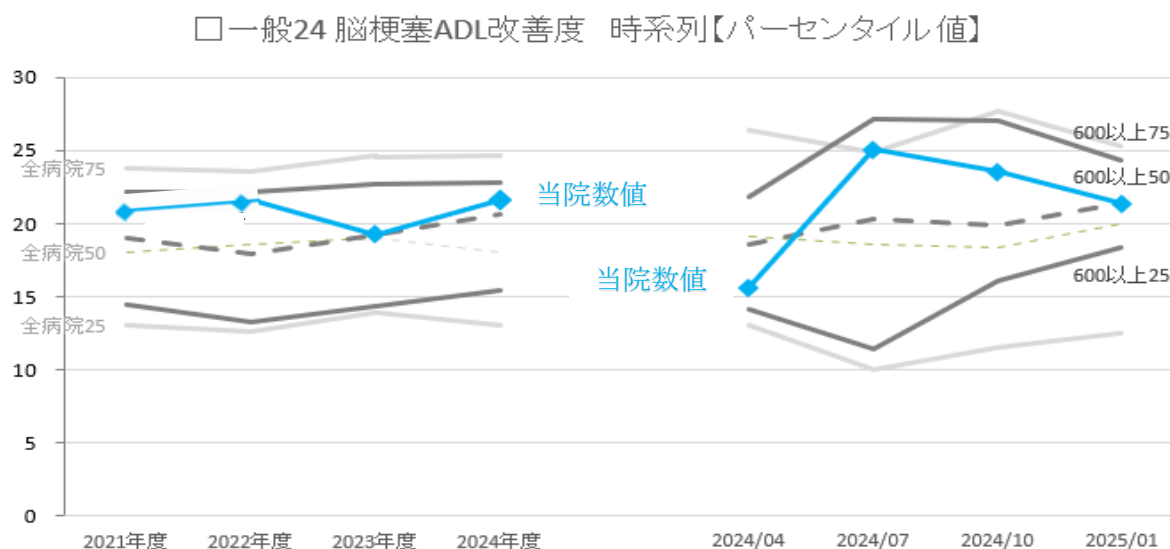
ADLとは、食事・歩行・入浴などの日常生活における動作のことをいいます。入院時と退院時に評価を行い、退院時点数－入院時点数で改善度をみます。

<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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
分子	退院時 BI- 入院時 BI	8,735	9,390	8,015	8,155	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数	420	435	416	377	1,315	2,305	2,545	1,990
						84	92	108	93

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		20.8	21.6	19.3	21.6	15.7	25.1	23.6	21.4
全病院	25パーセンタイル	13.1	12.6	13.9	13.0	13.0	10.0	11.5	12.5
	50パーセンタイル	18.0	18.6	19.1	18.1	19.1	18.5	18.3	20.0
	75パーセンタイル	23.8	23.5	24.7	24.7	26.4	24.9	27.7	25.3
	平均値	17.8	18.2	19.1	18.4	19.3	17.1	19.1	19.7
	登録数	147	140	147	153	140	142	143	133
600以上	25パーセンタイル	14.5	13.3	14.4	15.5	14.1	11.4	16.1	18.3
	50パーセンタイル	19.1	18.0	19.3	20.6	18.6	20.3	19.9	21.4
	75パーセンタイル	22.2	22.2	22.7	22.8	21.8	27.1	27.1	24.4
	平均値	19.8	18.4	19.2	20.5	19.1	20.8	21.3	20.7
	登録数	22	23	23	24	23	24	24	21

16 誤嚥性肺炎摂食指導実施率【25】

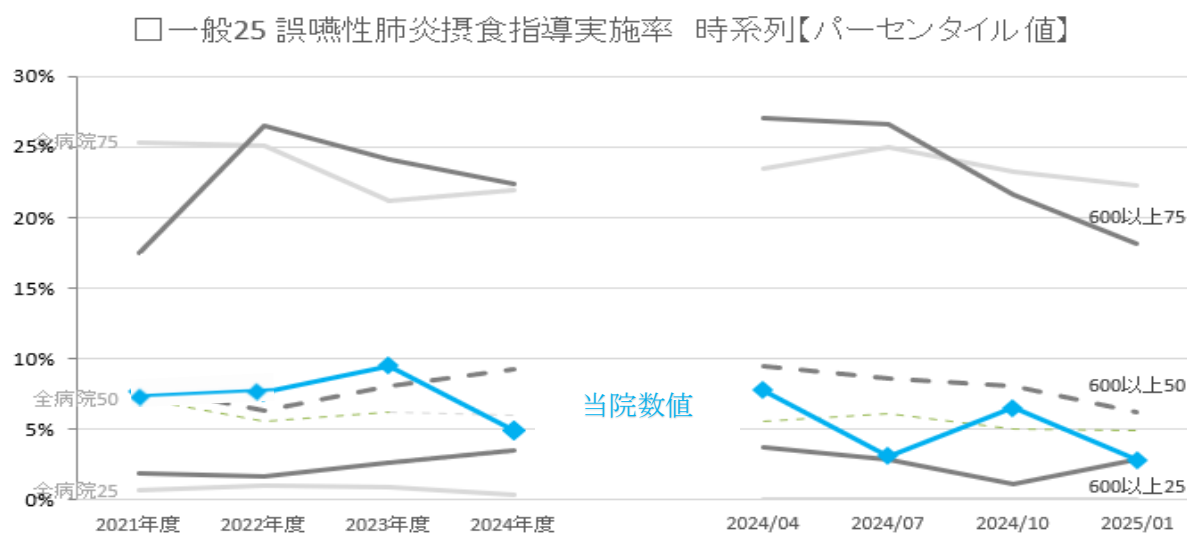
食物や唾液などが気管、肺などに誤って流入してしまうことを誤嚥といいます。嚥出できない状態を繰り返すと誤嚥性肺炎になります。加齢や脳梗塞後遺症などにおいても、現にある機能を生かしたり、食事内容を工夫することが、誤嚥性肺炎を避ける方法の一つです。病状により指導内容は異なりますが、この指標では、診療報酬請求上該当する指導の割合をみています。

<指標の定義>

計算方法	分子：	分母のうち、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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	実施患者数	24	24	31	19	7	3	6	3
分母	該当患者数	314	315	326	385	91	97	92	105

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		7.6%	7.6%	9.5%	4.9%	7.8%	3.1%	6.5%	2.9%
全病院	25パーセンタイル	0.7%	1.0%	0.9%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	7.2%	5.5%	6.3%	6.0%	5.6%	6.1%	5.1%	5.0%
	75パーセンタイル	25.3%	25.0%	21.2%	21.9%	23.5%	25.0%	23.3%	22.2%
	平均値	16.3%	15.5%	15.4%	15.2%	15.5%	16.5%	15.7%	14.6%
	登録数	152	146	151	157	147	153	151	144
600以上	25パーセンタイル	1.9%	1.7%	2.6%	3.5%	3.7%	2.9%	1.1%	2.9%
	50パーセンタイル	8.1%	6.4%	8.0%	9.3%	9.4%	8.7%	8.1%	6.3%
	75パーセンタイル	17.5%	26.4%	24.1%	22.4%	27.0%	26.6%	21.7%	18.2%
	平均値	14.9%	15.8%	16.5%	16.7%	18.0%	19.1%	15.6%	14.5%
	登録数	22	22	23	24	23	24	24	21

17 誤嚥性肺炎再入院率【26】

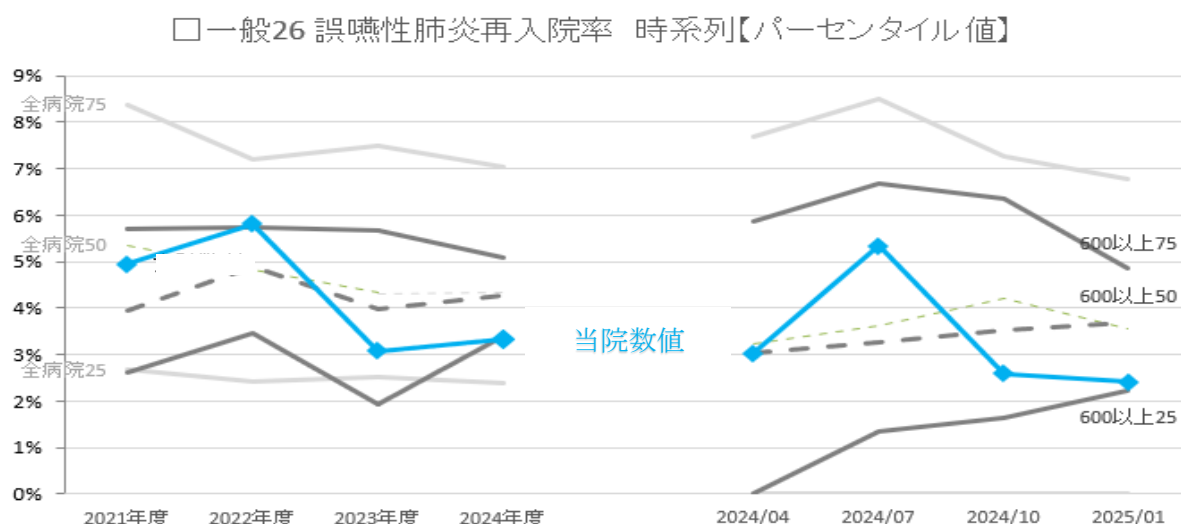
摂食指導や吸引等により、誤嚥性肺炎の再発を予防しています。この指標では、前回退院後4週間以内での再入院の程度をみています。

<指標の定義>

計算方法	分子： 分母のうち、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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
分子	再入院患者数	13	14	8	10	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数	263	241	260	301	66	75	77	83

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		4.9%	5.8%	3.1%	3.3%	3.0%	5.3%	2.6%	2.4%
全病院	25パーセンタイル	2.7%	2.4%	2.5%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	5.4%	4.8%	4.3%	4.3%	3.2%	3.6%	4.2%	3.6%
	75パーセンタイル	8.4%	7.2%	7.5%	7.1%	7.7%	8.5%	7.3%	6.8%
	平均値	5.8%	5.4%	5.2%	5.1%	5.0%	5.3%	5.1%	4.6%
	登録数	153	147	151	157	147	151	150	141
600以上	25パーセンタイル	2.6%	3.5%	1.9%	3.4%	0.0%	1.3%	1.6%	2.2%
	50パーセンタイル	3.9%	4.9%	4.0%	4.3%	3.0%	3.3%	3.5%	3.7%
	75パーセンタイル	5.7%	5.8%	5.7%	5.1%	5.9%	6.7%	6.4%	4.9%
	平均値	4.2%	4.7%	4.6%	4.5%	4.1%	4.5%	4.7%	4.6%
	登録数	23	23	23	24	23	24	24	20

18 急性心筋梗塞アスピリン処方率【27】

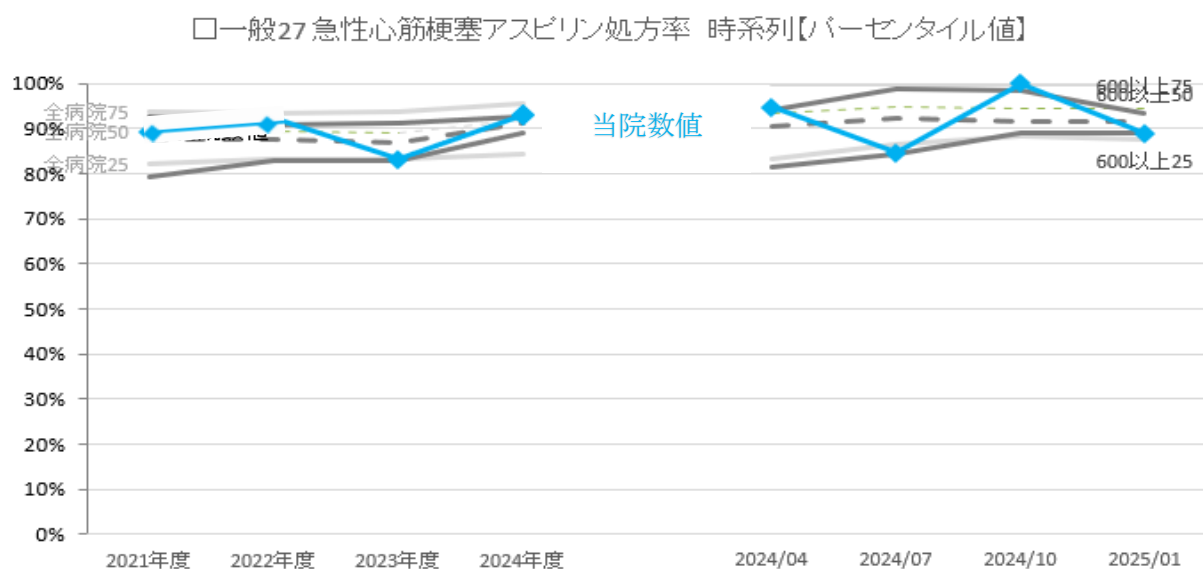
アスピリンは、血小板の働きを抑えることにより、血液が固まるのを抑制します。急性心筋梗塞において、アスピリンは単独投与でも死亡率や再梗塞率を減少させることが研究で明らかになっています。心筋梗塞の治療として早期に投与される割合をみています。

<指標の定義>

計算方法	分子： 分母のうち、入院2日以内にアスピリンが処方された患者数
	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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	アスピリン 処方患者数	67	59	59	52	18	11	15	8
分母	該当患者数	75	64	71	56	19	13	15	9

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		89.3%	92.2%	83.1%	92.9%	94.7%	84.6%	100.0%	88.9%
全病院	25パーセンタイル	82.1%	83.3%	83.2%	84.5%	83.3%	86.7%	88.2%	87.6%
	50パーセンタイル	89.5%	89.5%	89.1%	92.1%	93.5%	94.7%	94.6%	94.6%
	75パーセンタイル	93.7%	93.3%	93.6%	95.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値	84.1%	84.8%	81.4%	85.6%	86.6%	91.0%	88.9%	90.1%
	登録数	143	134	142	147	127	131	129	126
600以上	25パーセンタイル	79.3%	82.8%	82.9%	89.0%	81.4%	84.2%	89.1%	88.9%
	50パーセンタイル	87.6%	87.7%	86.8%	91.3%	90.5%	92.3%	91.4%	91.4%
	75パーセンタイル	92.8%	90.7%	91.3%	92.8%	94.2%	98.8%	98.4%	93.3%
	平均値	86.3%	85.4%	84.0%	89.8%	87.0%	89.3%	92.3%	89.8%
	登録数	22	22	23	24	23	24	24	21

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。心筋梗塞発症から救急搬送されて、治療開始するまでの時間により、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があり、病院間の比較には向きません。

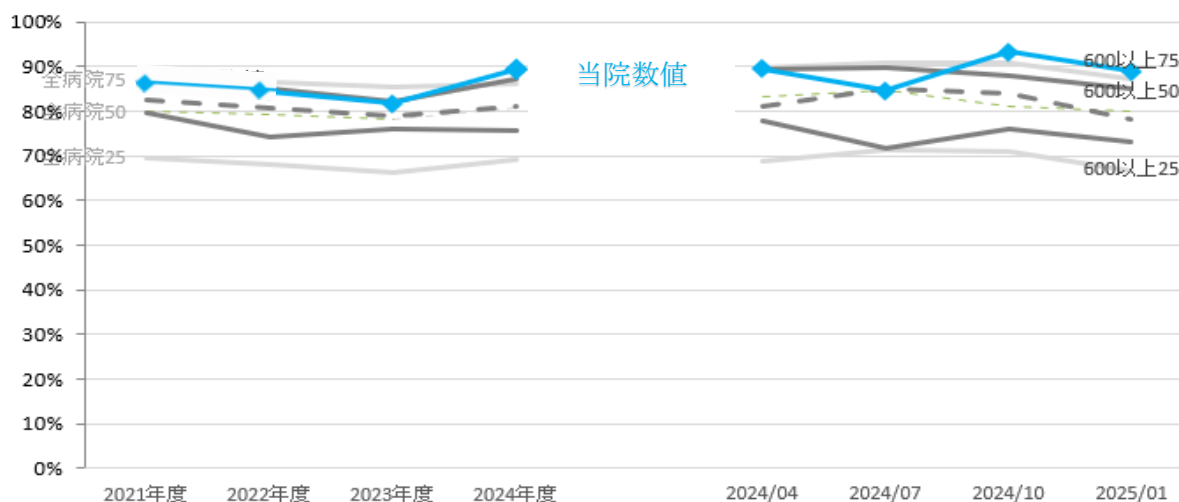
<指標の定義>

計算方法	分子： 分母のうち、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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
分子	急性期PCI実施患者数	65	54	58	50	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数	75	64	71	56	17	11	14	8
						19	13	15	9

(参考) フィードバックデータ

□一般28 急性心筋梗塞急性期PCI実施率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		86.7%	84.4%	81.7%	89.3%	89.5%	84.6%	93.3%	88.9%
全病院	25パーセンタイル	69.7%	68.1%	66.4%	69.2%	68.8%	71.4%	71.1%	66.7%
	50パーセンタイル	80.0%	79.4%	78.1%	80.7%	83.3%	84.6%	81.3%	80.0%
	75パーセンタイル	87.0%	86.7%	85.3%	86.1%	89.7%	90.9%	90.9%	87.4%
	平均値	70.9%	71.8%	68.3%	70.5%	74.5%	77.9%	76.1%	73.7%
	登録数	142	134	144	147	127	131	129	126
600以上	25パーセンタイル	79.6%	74.2%	76.2%	75.7%	77.8%	71.9%	76.2%	73.3%
	50パーセンタイル	82.5%	80.7%	79.0%	81.2%	81.1%	85.2%	83.9%	78.4%
	75パーセンタイル	86.3%	85.0%	82.1%	87.1%	89.4%	89.7%	87.9%	85.2%
	平均値	81.4%	79.1%	76.4%	81.4%	81.0%	81.7%	83.3%	79.1%
	登録数	22	22	23	24	23	24	24	21

20 急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率【29】

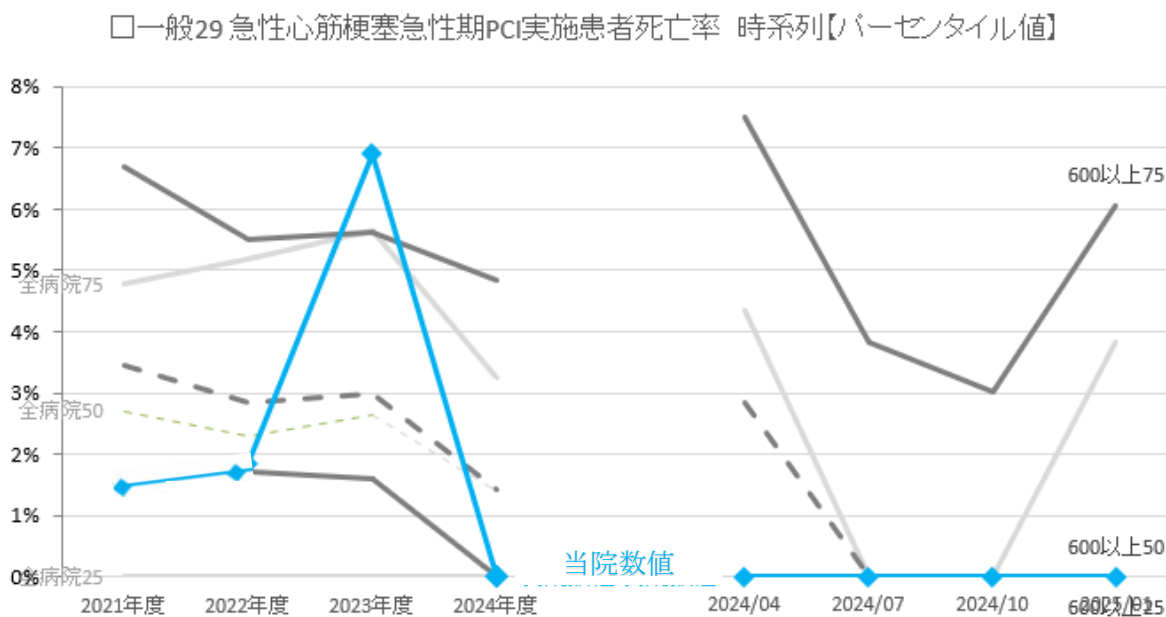
この指標は、急性心筋梗塞入院患者に対して死亡した患者さんの割合を表しています。心筋梗塞発症から救急搬送までの時間により、来院時既に重傷になっていることがあります。患者によって病態が異なるため、病院間の比較は困難です。

<指標の定義>

計算方法	分子： 分母のうち、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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度							
		分子	14日以内死亡患者数	1	1	4	0	第1期	第2期	第3期	第4期		
分母	該当患者数	65	54	58	50	17	11	14	8	0	0	0	0

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		1.5%	1.9%	6.9%	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%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	2.7%	2.3%	2.6%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75パーセンタイル	4.8%	5.2%	5.7%	3.2%	4.3%	0.0%	0.0%	3.8%
	平均値	3.2%	3.4%	4.0%	2.2%	3.5%	1.7%	1.5%	2.5%
	登録数	128	124	125	132	117	125	121	116
600以上	25パーセンタイル	1.7%	1.7%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	3.4%	2.9%	3.0%	1.4%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	75パーセンタイル	6.7%	5.5%	5.6%	4.8%	7.5%	3.8%	3.0%	6.1%
	平均値	4.5%	4.4%	5.7%	3.0%	5.2%	2.0%	1.7%	3.1%
	登録数	23	23	23	24	23	24	24	21

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を説明します。

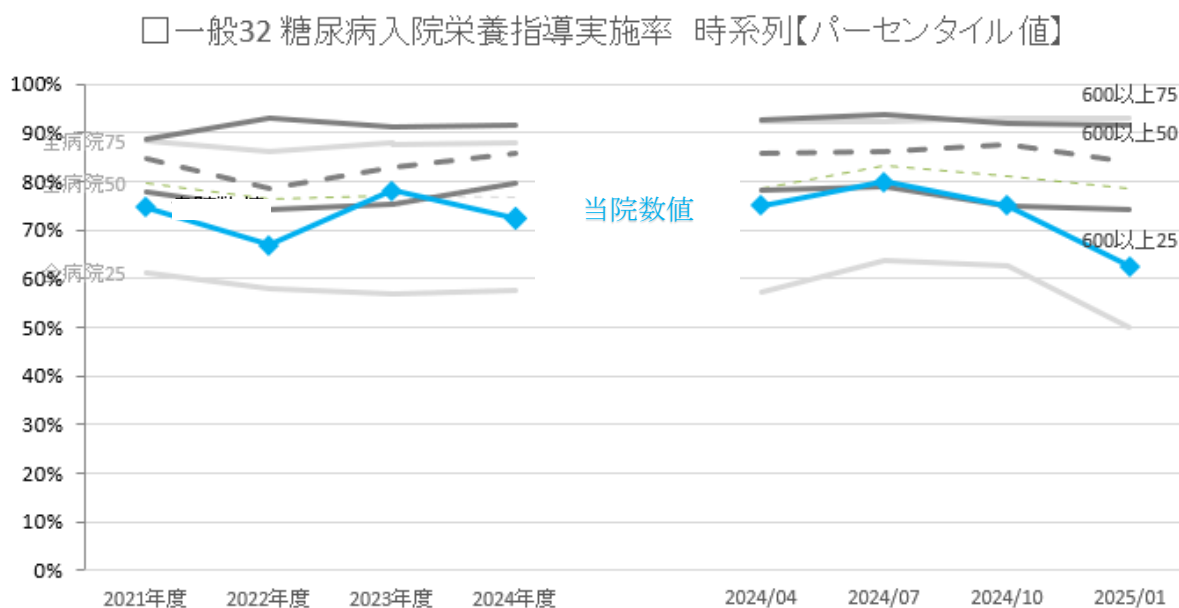
この指標は、入院をきっかけに、管理栄養士より栄養指導が行われた割合をみるものです。

<指標の定義>

計算方法	分子：	分母のうち、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）退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6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	65	69	50	58	12	16	15	15
分母	該当患者数	87	103	64	80	16	20	20	24

(参考) フィードバックデータ



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		■	74.7%	67.0%	78.1%	72.5%	75.0%	80.0%	75.0%	62.5%
全病院	25パーセンタイル	■	61.1%	58.1%	56.9%	57.5%	57.1%	63.9%	62.5%	50.0%
	50パーセンタイル	---	79.5%	76.3%	77.3%	77.1%	78.6%	83.3%	81.0%	78.6%
	75パーセンタイル	■	88.2%	86.3%	88.0%	88.1%	92.2%	92.5%	92.9%	92.9%
	平均値		73.0%	70.4%	70.3%	70.9%	71.2%	72.3%	72.7%	70.2%
	登録数		153	146	151	157	147	147	149	141
600以上	25パーセンタイル	■	77.8%	74.1%	75.4%	79.8%	78.3%	79.0%	75.0%	74.1%
	50パーセンタイル	---	84.7%	78.7%	82.9%	85.8%	85.7%	86.1%	87.6%	83.9%
	75パーセンタイル	■	88.8%	93.1%	91.3%	91.6%	92.7%	93.8%	92.0%	91.7%
	平均値		83.0%	80.9%	79.9%	84.2%	84.1%	84.8%	85.3%	80.5%
	登録数		23	23	23	24	23	24	24	21

22 脳梗塞急性期 t-PA 治療施行率【33】

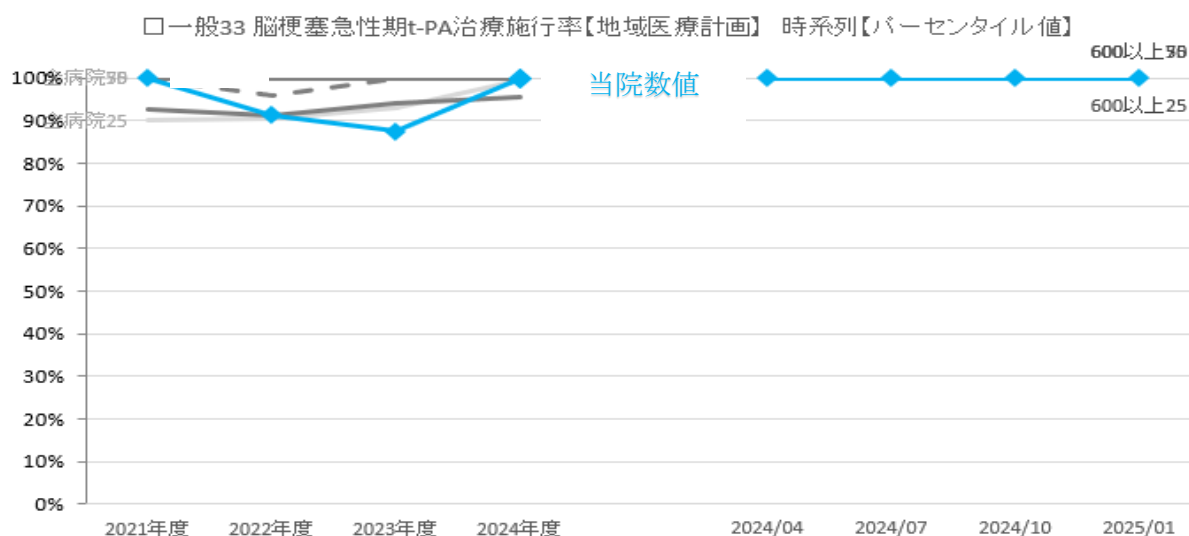
t-PA とは、脳梗塞の原因となる血液の塊を溶かす薬剤です。脳梗塞発症から 4 時間 30 分以内（超急性期）に使用すると効果的と言われています。t-PA は出血を合併する場合がありますため、CT などを含めた検査により、脳梗塞の診断、全身状態についての診断を行った後に投与されます。

<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を算定した件数
	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数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 6 年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分子	算定患者数	28	21	14	6	2	1	1	2
分母	該当患者数	28	23	16	6	2	1	1	2

(参考) フィードバックデータ



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院	25パーセンタイル	100.0%	91.3%	87.5%	100.0%	100.0%	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%	100.0%
	75パーセンタイル	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値	87.3%	89.0%	90.7%	92.8%	95.0%	95.1%	95.6%	94.0%
	登録数	115	109	110	112	91	95	94	89
600以上	25パーセンタイル	92.6%	91.3%	94.3%	95.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	50パーセンタイル	100.0%	95.8%	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%	100.0%
	平均値	96.6%	88.7%	90.7%	93.9%	88.6%	93.8%	95.3%	98.6%
	登録数	21	22	22	24	21	23	23	20

23 急性心筋梗塞 PCI doortoballoon 90分施行率【34】

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。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。

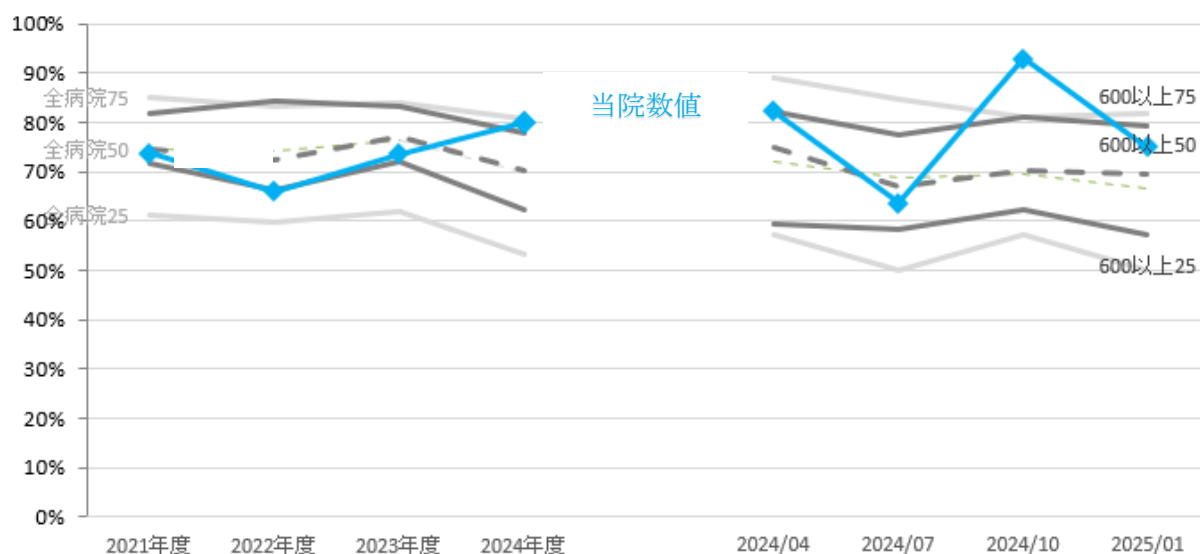
<指標の定義>

計算方法	分子： 分母のうち、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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
		分子	施行患者数	45	35	42	40	第1期	第2期
分母	該当患者数	61	53	57	50	17	11	14	8

(参考) フィードバックデータ

□一般34 急性心筋梗塞 PCI doortoballoon 90分施行率【地域医療計画】 時系列【パーセントイル値】



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度				
当院		■	73.8%	66.0%	73.7%	80.0%	82.4%	63.6%	92.9%	75.0%
全病院	25パーセントイル	■	61.3%	59.7%	61.9%	53.2%	57.1%	50.0%	57.1%	50.0%
	50パーセントイル	---	74.5%	74.3%	76.3%	69.9%	72.0%	68.8%	69.4%	66.7%
	75パーセントイル	■	85.1%	83.2%	84.1%	80.8%	88.9%	84.6%	81.0%	82.0%
	平均値		71.2%	69.6%	69.7%	66.2%	69.1%	65.8%	68.2%	63.9%
	登録数		126	123	125	132	117	125	121	116
600以上	25パーセントイル	■	71.6%	66.3%	72.1%	62.3%	59.3%	58.3%	62.3%	57.1%
	50パーセントイル	---	74.5%	72.5%	77.3%	70.4%	75.0%	67.2%	70.4%	69.4%
	75パーセントイル	■	81.9%	84.5%	83.3%	77.7%	82.4%	77.5%	81.0%	79.3%
	平均値		74.2%	71.2%	75.0%	69.8%	72.3%	65.9%	71.9%	70.0%
	登録数		22	22	23	24	23	24	24	21

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 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。

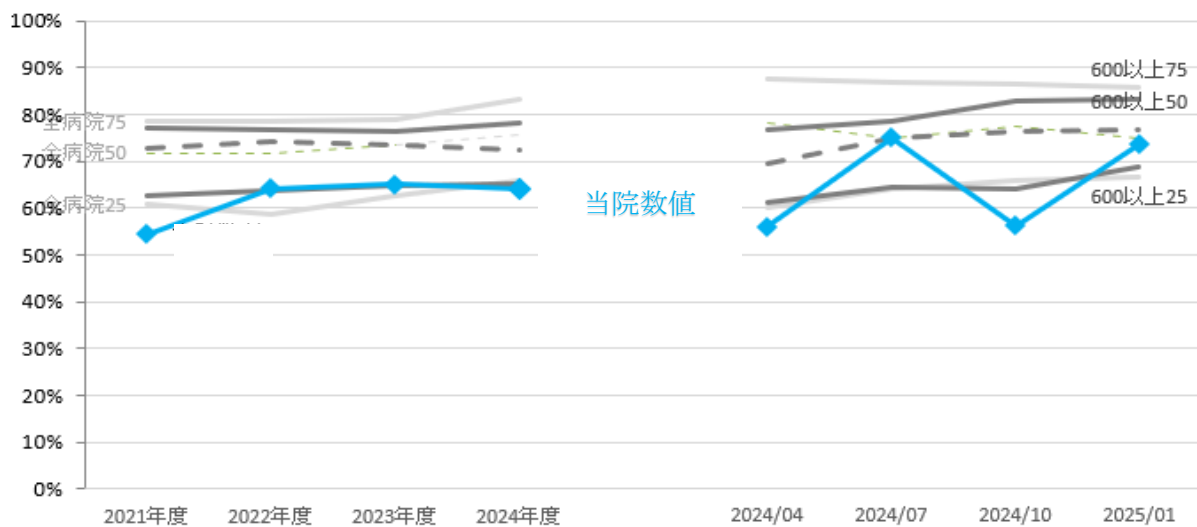
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	第1期	第2期	第3期	第4期
分子	施行患者数	49	72	56	64	14	18	18	14
分母	該当患者数	90	112	86	100	25	24	32	19

(参考) フィードバックデータ

□一般35 胃癌低侵襲手術率(内視鏡) 時系列【パーセンタイル値】



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院			73.8%	66.0%	73.7%	80.0%	82.4%	63.6%	92.9%	75.0%
全病院	25パーセンタイル	——	61.3%	59.7%	61.9%	53.2%	57.1%	50.0%	57.1%	50.0%
	50パーセンタイル	- - -	74.5%	74.3%	76.3%	69.9%	72.0%	68.8%	69.4%	66.7%
	75パーセンタイル	——	85.1%	83.2%	84.1%	80.8%	88.9%	84.6%	81.0%	82.0%
	平均値		71.2%	69.6%	69.7%	66.2%	69.1%	65.8%	68.2%	63.9%
	登録数		126	123	125	132	117	125	121	116
600以上	25パーセンタイル	——	71.6%	66.3%	72.1%	62.3%	59.3%	58.3%	62.3%	57.1%
	50パーセンタイル	- - -	74.5%	72.5%	77.3%	70.4%	75.0%	67.2%	70.4%	69.4%
	75パーセンタイル	——	81.9%	84.5%	83.3%	77.7%	82.4%	77.5%	81.0%	79.3%
	平均値		74.2%	71.2%	75.0%	69.8%	72.3%	65.9%	71.9%	70.0%
	登録数		22	22	23	24	23	24	24	21

25 胃癌低侵襲手術率（腹腔鏡）【36】

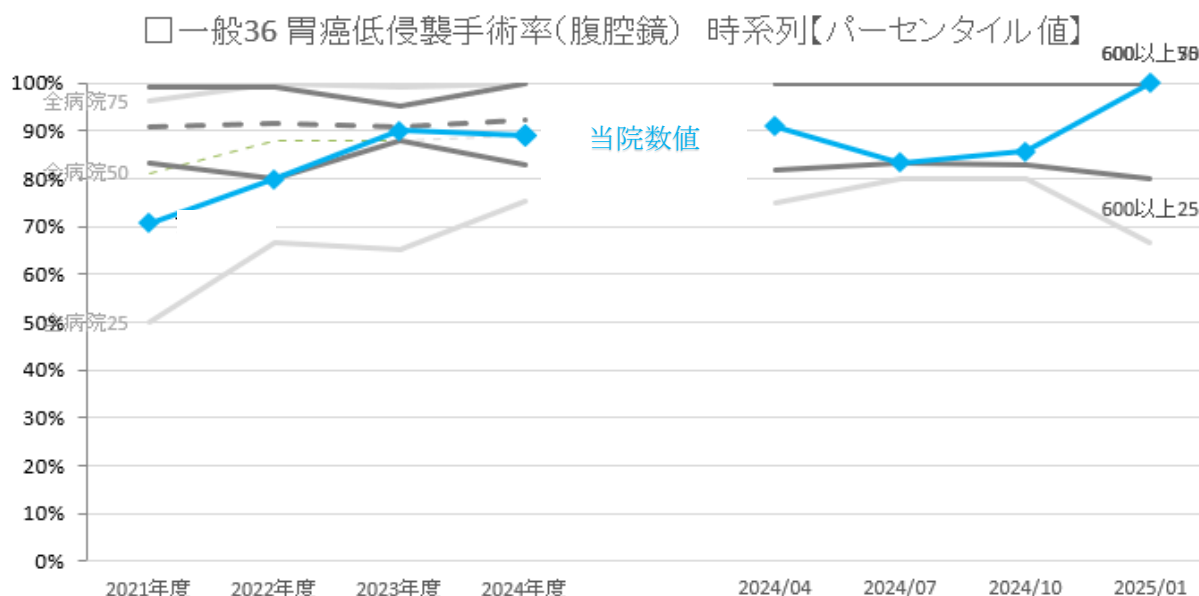
UICC ステージとは、がんの進行度を表します。I から IV に分類されています。胃癌の手術には、内視鏡、腹腔鏡、開腹があります。合併症やがんの状態などにより、開腹より体への影響の少ない、内視鏡手術や腹腔鏡手術が選ばれる場合があります。

<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（内視鏡手術を除く）
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	施行患者数	29	32	27	32	10	5	12	5
分母	該当患者数	41	40	30	72	11	24	32	5

(参考) フィードバックデータ



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院			70.7%	80.0%	90.0%	88.9%	90.9%	83.3%	85.7%	100.0%
全病院	25パーセンタイル	———	50.0%	66.7%	65.2%	75.4%	75.0%	80.0%	80.0%	66.7%
	50パーセンタイル	- - - -	81.3%	87.9%	88.0%	88.9%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75パーセンタイル	————	96.4%	100.0%	99.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値		70.0%	74.9%	75.7%	81.6%	85.1%	86.6%	82.6%	78.3%
	登録数		139	136	135	138	109	113	118	113
600以上	25パーセンタイル	————	83.3%	80.2%	88.0%	83.1%	81.7%	83.3%	83.0%	80.0%
	50パーセンタイル	- - - -	90.9%	91.7%	90.9%	92.2%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75パーセンタイル	————	99.0%	99.1%	95.3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値		88.4%	89.1%	88.8%	89.2%	89.4%	90.2%	90.7%	89.1%
	登録数		22	22	23	24	23	24	24	21

26 がん患者サポート率【37】

初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っている割合を表しています。この事業においては、入院を要する初発がん患者の入院前後に、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、サポート率は低くなります。

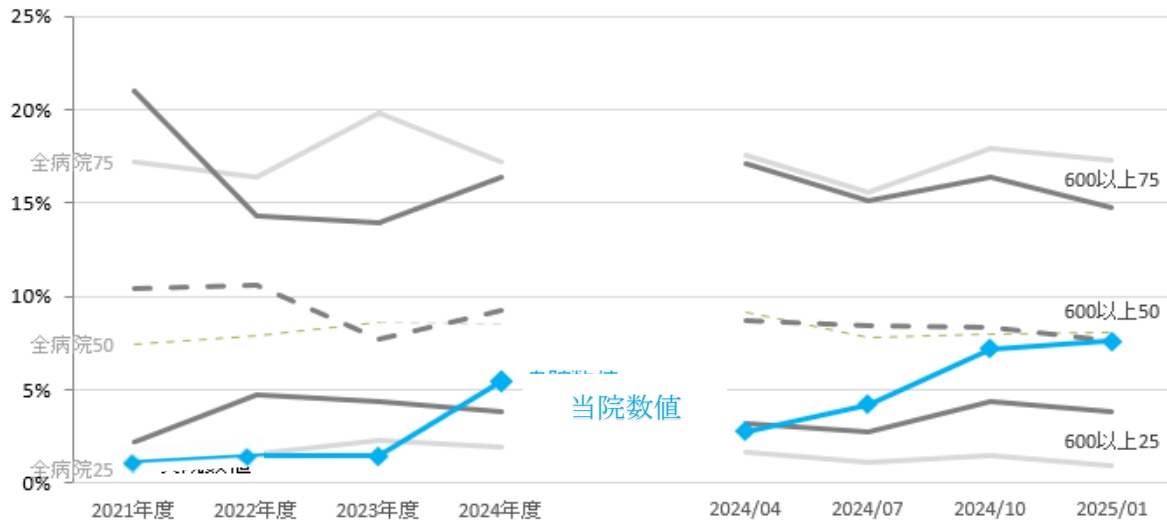
<指標の定義>

計算方法	分子： 分母の患者うち、基準日を含む6ヶ月間にがん患者指導管理料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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	算定患者数	23	31	19	113	14	22	41	36
分母	初回退院数	2,201	2,081	2,077	2,072	506	523	569	474

(参考) フィードバックデータ

□一般37がん患者サポート率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		1.0%	1.5%	1.4%	5.5%	2.8%	4.2%	7.2%	7.6%
全病院	25パーセンタイル	0.8%	1.6%	2.3%	1.9%	1.7%	1.2%	1.5%	0.9%
	50パーセンタイル	7.4%	7.9%	8.6%	8.6%	9.2%	7.8%	8.0%	8.1%
	75パーセンタイル	17.2%	16.4%	19.8%	17.2%	17.5%	15.6%	17.9%	17.3%
	平均値	11.8%	11.8%	12.6%	11.9%	12.0%	11.7%	12.3%	11.6%
	登録数	142	138	142	142	135	151	145	141
600以上	25パーセンタイル	2.2%	4.8%	4.4%	3.9%	3.2%	2.8%	4.4%	3.9%
	50パーセンタイル	10.4%	10.6%	7.7%	9.3%	8.7%	8.4%	8.3%	7.6%
	75パーセンタイル	21.0%	14.3%	14.0%	16.4%	17.1%	15.1%	16.4%	14.7%
	平均値	13.2%	12.4%	11.3%	11.5%	11.8%	10.7%	11.3%	10.3%
	登録数	21	20	23	22	22	24	24	20

27 術中細胞診実施率（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> ※令和6年度より分子を「術中迅速細胞診」から「術中細胞診」に変更

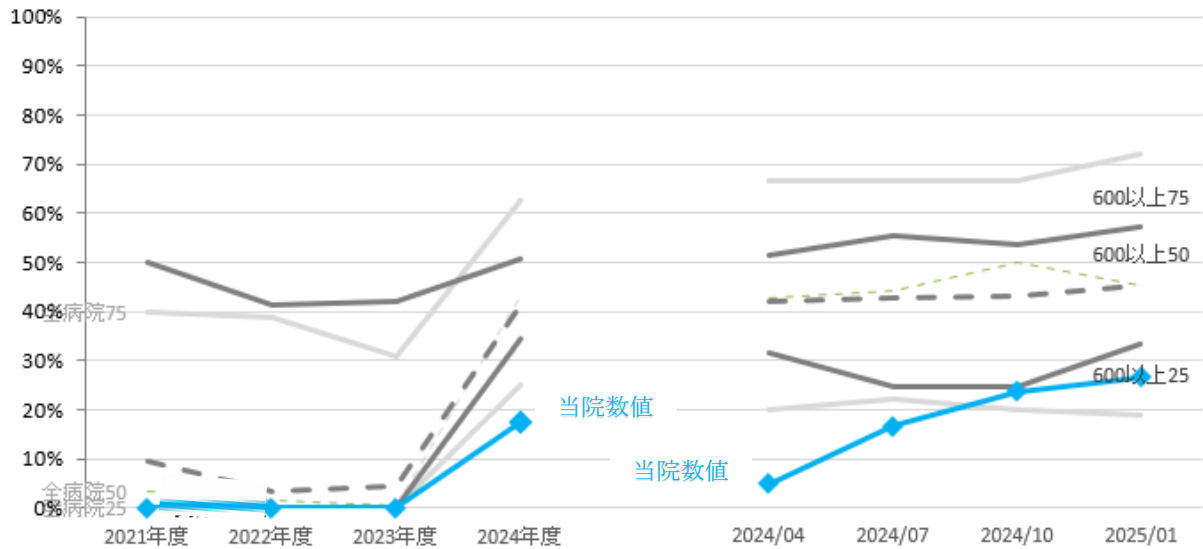
計算方法	分子： 分母のうち、術中細胞診を行ったもの
	分母： 腹腔鏡、開腹による胃癌悪性腫瘍切除術が行われた患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
分子	術中細胞診実施数	0	0	0	12
分母	該当患者数	83	80	65	68

令和6年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
1	2	5	4
20	12	21	15

(参考) フィードバックデータ

□一般38 術中細胞診実施率(胃癌) 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		0.0%	0.0%	0.0%	17.6%	5.0%	16.7%	23.8%	26.7%
全病院	25パーセンタイル	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	20.0%	22.2%	20.0%	19.1%
	50パーセンタイル	3.4%	1.4%	0.6%	43.2%	42.9%	44.1%	50.0%	45.5%
	75パーセンタイル	39.7%	38.9%	31.0%	62.5%	66.7%	66.7%	66.7%	72.1%
	平均値	20.2%	19.4%	17.7%	44.7%	44.8%	45.5%	46.2%	46.6%
	登録数	143	138	142	148	129	130	135	127
600以上	25パーセンタイル	0.0%	0.0%	0.0%	34.6%	31.7%	24.6%	24.7%	33.3%
	50パーセンタイル	9.5%	3.2%	4.3%	41.5%	42.1%	42.9%	43.1%	45.5%
	75パーセンタイル	50.1%	41.5%	42.1%	50.7%	51.5%	55.6%	53.6%	57.1%
	平均値	24.9%	21.9%	20.9%	40.3%	40.7%	40.0%	40.2%	41.5%
	登録数	22	22	23	24	23	24	24	21

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。

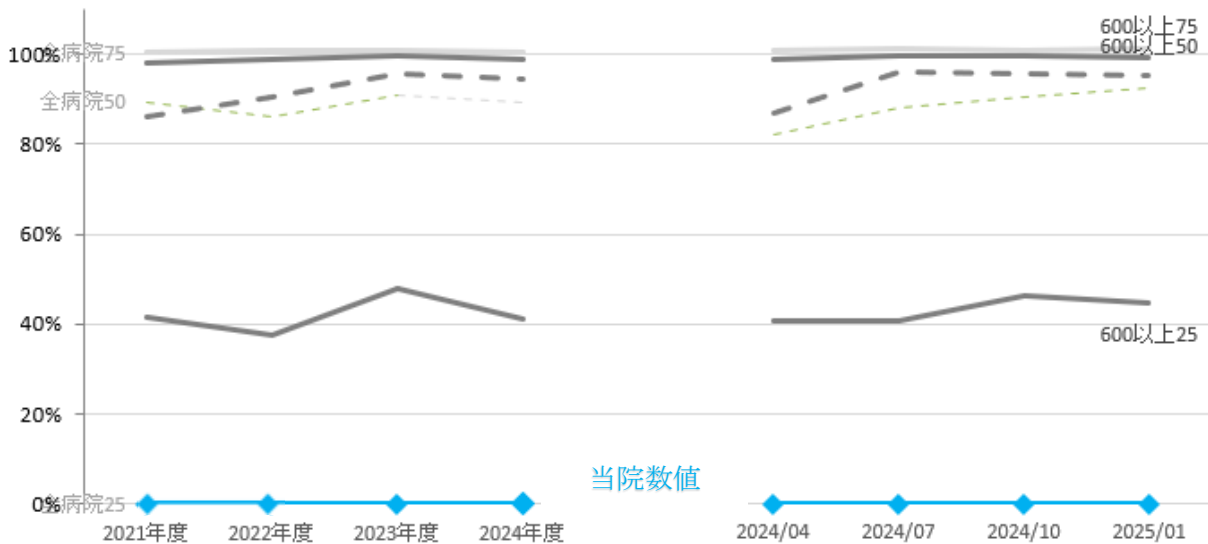
<指標の定義>

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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6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	0	0
分母	診断件数	49,174	49,351	51,148	52,848	12,993	13,483	13,463	12,909

(参考) フィードバックデー

□一般39放射線専門医診断寄与率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		0.0%	0.0%	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%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	89.4%	86.1%	91.0%	89.3%	82.1%	88.2%	90.5%	92.3%
	75パーセンタイル	100.3%	100.6%	100.8%	100.3%	100.7%	101.1%	100.9%	101.1%
	平均値	61.3%	59.5%	61.6%	60.5%	59.5%	60.1%	60.2%	61.5%
	登録数	143	140	143	141	138	154	147	141
600以上	25パーセンタイル	41.6%	37.6%	47.8%	41.0%	40.6%	40.8%	46.1%	44.6%
	50パーセンタイル	86.1%	90.2%	95.6%	94.4%	87.0%	96.1%	95.7%	95.1%
	75パーセンタイル	98.1%	98.7%	99.7%	98.8%	98.6%	99.7%	99.6%	99.2%
	平均値	66.4%	67.8%	72.9%	67.9%	65.6%	71.2%	71.5%	71.4%
	登録数	21	20	23	22	22	24	24	20

29 安全管理薬剤指導率【40】

薬剤管理指導料とは、処方された薬剤（注射、内服薬、外用薬）について薬剤師が内容、相互作用等を患者さんに説明することで算定できる指導料です。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。担当医のみならず、薬剤師が薬剤治療を検討することにより、より副作用が少なく効果的な治療が行われます。

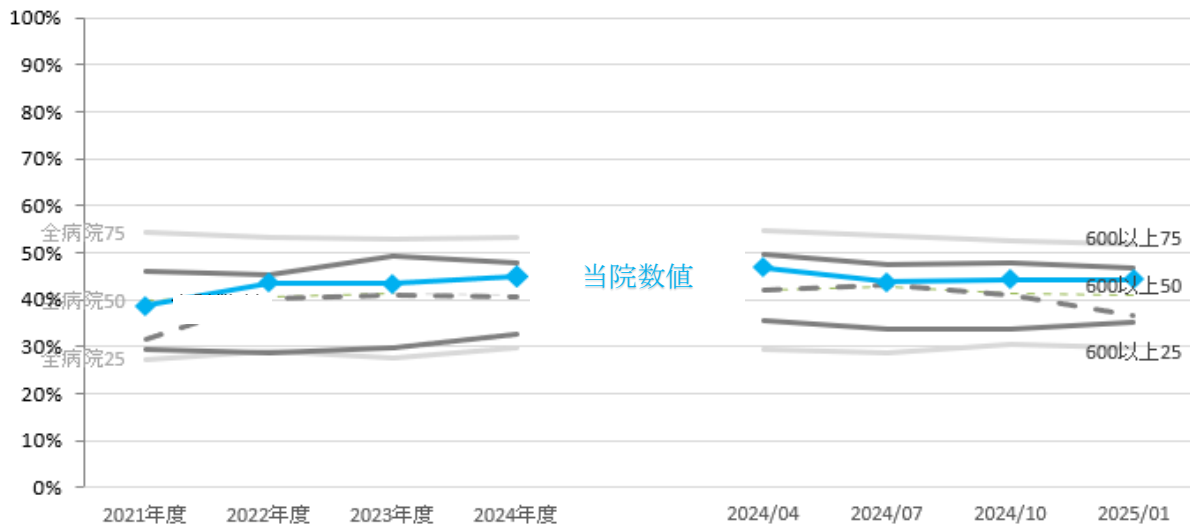
<指標の定義>

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さ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		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
分子	算定患者数	4,493	5,182	5,491	5,710	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数	11,578	11,904	12,655	12,758	3,164	3,265	3,324	3,005

(参考) フィードバックデータ

□一般40 安全管理薬剤指導率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		38.8%	43.5%	43.4%	44.8%	46.8%	43.7%	44.3%	44.4%
全病院	25パーセンタイル	27.4%	29.2%	27.6%	29.9%	29.4%	28.9%	30.5%	29.8%
	50パーセンタイル	39.9%	40.6%	41.5%	41.1%	41.9%	42.6%	41.4%	41.1%
	75パーセンタイル	54.3%	53.2%	52.9%	53.3%	54.7%	53.7%	52.5%	51.7%
	平均値	40.0%	40.1%	40.5%	40.7%	41.8%	41.0%	41.3%	40.7%
	登録数	152	146	151	158	148	153	153	145
600以上	25パーセンタイル	29.3%	28.8%	29.7%	32.5%	35.5%	33.8%	33.9%	35.2%
	50パーセンタイル	31.8%	40.2%	41.2%	40.5%	42.0%	43.1%	41.1%	36.7%
	75パーセンタイル	46.1%	45.2%	49.4%	47.7%	49.8%	47.4%	47.7%	46.8%
	平均値	37.0%	37.3%	38.8%	39.3%	41.2%	39.5%	39.5%	39.4%
	登録数	23	23	23	24	23	24	24	21

30 術後せん妄推定発症率【41】

術後せん妄は、手術の影響により一時的に不穏や認知の障害がみられ、安静が保たれず歩き回る、自覚なくチューブを抜管してしまうといった様々な症状をきたします。病室などの環境調整やご家族の面会、薬剤調整で不穏や認知の障害を速やかに取り除くことを目指しています。患者によって背景（高齢者の割合）や手術内容（侵襲の大きな手術の割合）が異なるため、病院間の比較は困難です。

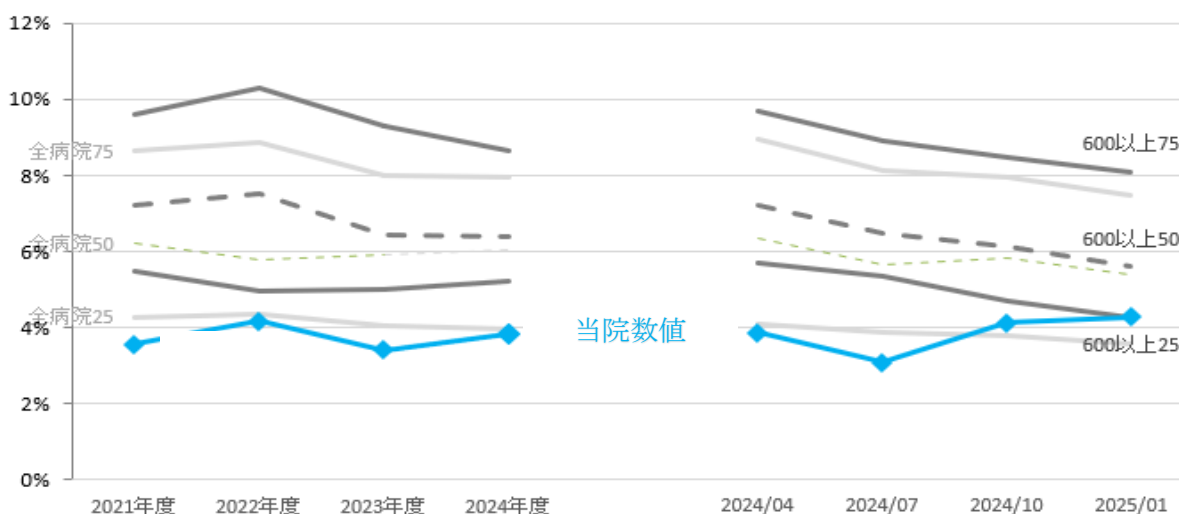
<指標の定義>

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	より低い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	術後薬剤投与患者数	129	151	125	149	37	30	43	39
分母	該当患者数	3,614	3,612	3,673	3,879	959	972	1,039	909

(参考) フィードバックデータ

□一般41 術後せん妄推定発生率 時系列【パーセンタイル値】



		2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		3.6%	4.2%	3.4%	3.8%	3.9%	3.1%	4.1%	4.3%
全病院	25パーセンタイル	4.3%	4.4%	4.0%	4.0%	4.1%	3.9%	3.8%	3.6%
	50パーセンタイル	6.2%	5.8%	5.9%	6.0%	6.4%	5.7%	5.8%	5.4%
	75パーセンタイル	8.6%	8.9%	8.0%	8.0%	8.9%	8.1%	7.9%	7.5%
	平均値	7.0%	7.1%	6.8%	6.8%	7.3%	6.6%	6.6%	6.1%
	登録数	143	139	143	148	140	145	144	138
600以上	25パーセンタイル	5.5%	5.0%	5.0%	5.2%	5.7%	5.4%	4.7%	4.3%
	50パーセンタイル	7.2%	7.5%	6.4%	6.4%	7.2%	6.5%	6.2%	5.6%
	75パーセンタイル	9.6%	10.3%	9.3%	8.7%	9.7%	8.9%	8.5%	8.1%
	平均値	8.2%	8.3%	7.8%	7.5%	8.0%	7.6%	7.3%	6.8%
	登録数	22	22	23	24	23	24	24	21

31 HBV 再活性化スクリーニング率【42】

HBV 再活性化とは、以前に感染し潜在していたHBV（B型肝炎ウイルス）が再び増えることです。表面上目立たなくても体内にHBVが潜んでいる場合があり、抗がん剤などの使用をきっかけに再び増殖し始めることがあります。そのため、抗がん剤の治療を始める際には、B型肝炎かどうかを検査することが推奨されています。

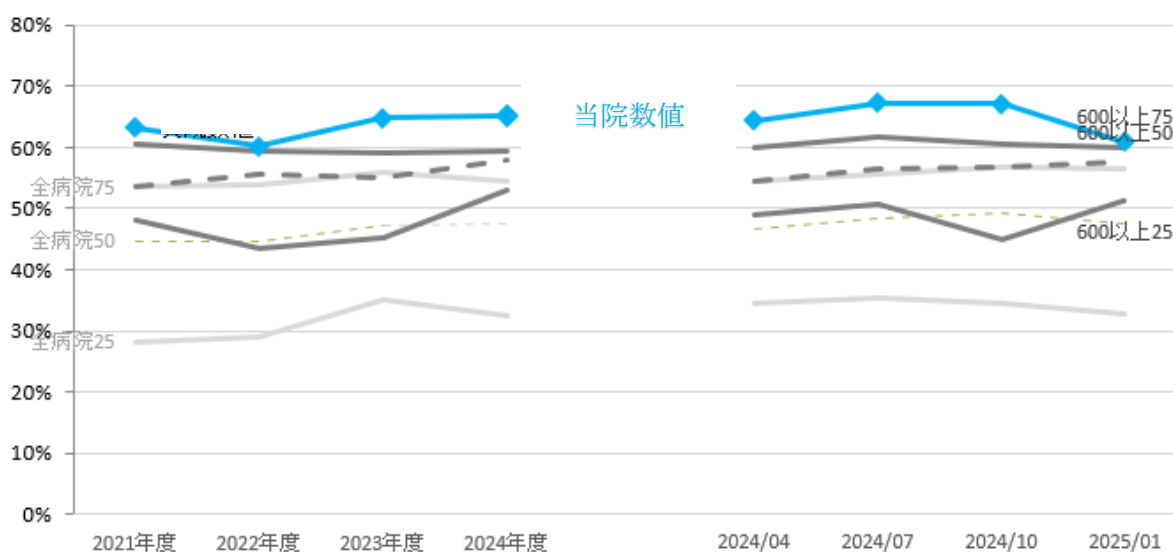
<指標の定義>

計算方法	分子： 分母のうち、HBeAgまたはs抗体、c抗体検査施行症例数
	分母： 抗がん剤・免疫抑制剤の新規導入患者数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
		第1期	第2期	第3期	第4期				
分子	施行症例数	1,194	1,128	1,095	1,143	291	303	299	250
分母	該当患者数	1,890	1,876	1,691	1,757	452	450	445	410

(参考) フィードバックデータ

□一般42 HBV再活性化スクリーニング実施率 時系列【パーセント値】



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度						
			2024/04	2024/07	2024/10	2025/01						
当院		■	63.2%	60.1%	64.8%	65.1%	64.4%	67.3%	67.2%	61.0%		
全病院	25パーセント	■	28.3%	29.2%	35.2%	32.5%	34.7%	35.4%	34.6%	32.9%		
	50パーセント	- - -	44.7%	44.7%	47.3%	47.5%	46.6%	48.5%	49.4%	47.5%		
	75パーセント	■	53.7%	53.9%	56.0%	54.5%	54.3%	55.7%	56.8%	56.6%		
	平均値		40.7%	41.2%	43.9%	43.5%	42.9%	44.2%	44.4%	43.6%		
	登録数		140	137	141	139	135	149	144	139		
600以上	25パーセント	■	48.2%	43.4%	45.1%	52.9%	49.0%	50.8%	45.0%	51.3%		
	50パーセント	- - -	53.7%	55.7%	55.1%	57.9%	54.5%	56.5%	56.7%	57.5%		
	75パーセント	■	60.5%	59.5%	59.2%	59.3%	60.1%	61.6%	60.6%	60.1%		
	平均値		51.1%	50.0%	52.7%	55.1%	53.7%	55.1%	54.3%	55.4%		
	登録数		21	19	23	22	22	24	24	20		

32 警告薬剤定期検査実施率【43】

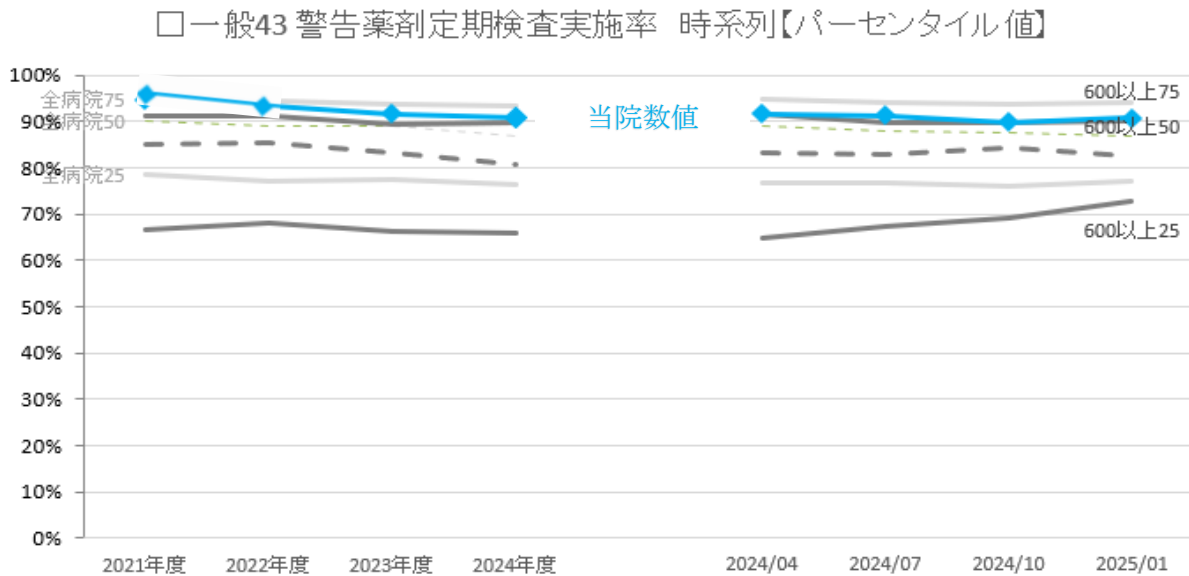
薬剤を適正に使用したにも関わらず、重篤な副作用が発生し、疾病、障害等の健康被害を受ける場合があります。体内への影響が強い薬剤については、安全に使用するため定期的に検査を実施することが推奨されています。

<指標の定義>

計算方法	分子：	分母のうち、該当検査施行症例数
	分母：	添付文書の警告に定期検査の実施が記載されている薬剤の処方 がなされた患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	施行症例数		1,224	1,246	1,201	298	295	311	297
分母	該当患者数		1,310	1,359	1,321	325	323	346	327

(参考) フィードバックデータ



			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度				
							2024/04	2024/07	2024/10	2025/01
当院		■	94.5%	93.4%	91.7%	90.9%	91.7%	91.3%	89.9%	90.8%
全病院	25パーセンタイル	■	78.5%	77.3%	77.6%	76.4%	76.7%	76.8%	76.2%	77.2%
	50パーセンタイル	---	90.0%	89.1%	88.9%	86.8%	89.2%	88.0%	87.5%	87.0%
	75パーセンタイル	■	94.7%	94.3%	93.9%	93.9%	94.9%	94.1%	93.9%	94.0%
	平均値		85.9%	85.0%	84.4%	83.6%	84.6%	83.8%	83.9%	84.4%
	登録数		138	138	139	138	132	148	143	137
600以上	25パーセンタイル	■	66.8%	68.1%	66.2%	66.0%	64.7%	67.2%	69.3%	72.6%
	50パーセンタイル	---	85.2%	85.6%	83.4%	80.8%	83.1%	82.9%	84.4%	82.6%
	75パーセンタイル	■	91.1%	91.3%	89.4%	89.7%	91.4%	89.7%	89.9%	90.3%
	平均値		79.8%	80.4%	78.5%	77.8%	78.7%	78.6%	78.6%	79.8%
	登録数		19	20	23	22	22	24	24	20

33 点滴抗生物質微生物検査実施率【44】

細菌感染症の際には抗生物質が点滴などで投与されます。原因となっている細菌に対して適切な抗生物質の投与が望ましいとされます。原因となっている細菌について検査をされているかを見ている指標です。

<指標の定義>

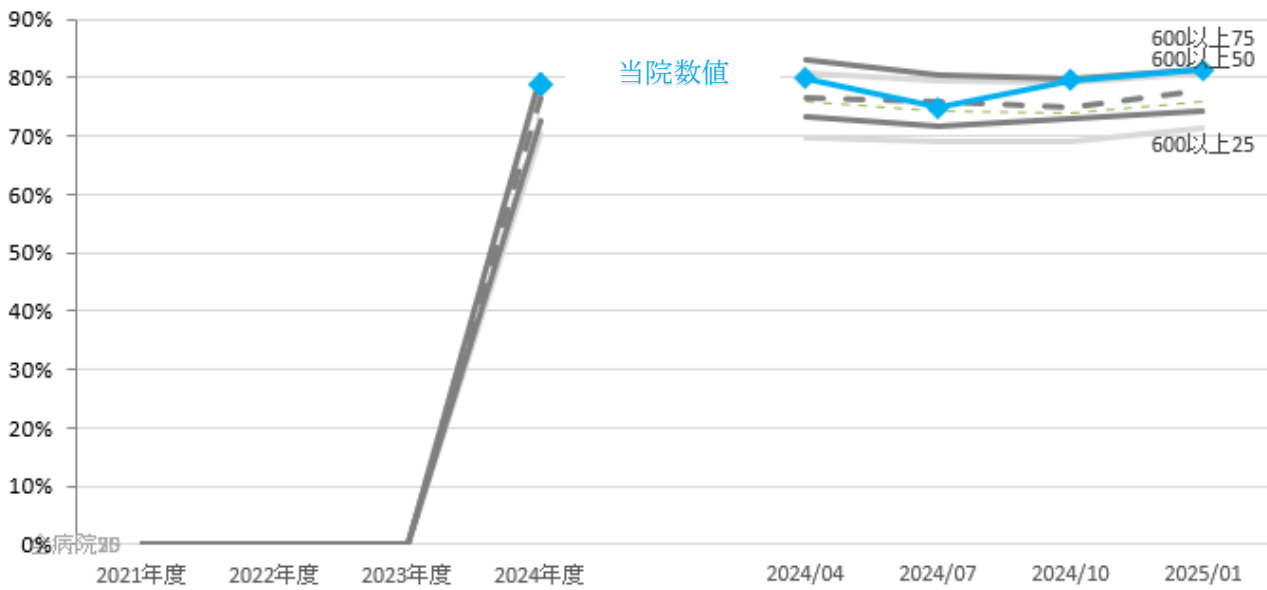
計算方法	分子：	分母のうち、微生物学的検査判断料が算定された症例数
	分母：	点滴抗生物質が4日以上実施された入院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
分子	施行症例数				4,306
分母	該当患者数				5,454

令和6年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
1,051	1,059	1,056	1,140
1,314	1,414	1,326	1,400

(参考) フィードバックデータ

□一般44 点滴抗生物質微生物検査実施率 時系列【パーセントタイル値】



34 せん妄ハイリスク患者ケア実施率【45】

高齢者やアルコール多飲、せん妄の既往、リスクとなる薬剤、全身麻酔などの場合に、せん妄を起こすリスクが高まることが知られています。このため、入院した時点で、前述のような背景があるかどうか確認し、場合によっては環境を整えることで、対応することが望ましいとされています。せん妄ハイリスク患者ケア実施率は高齢者等、ハイリスク背景のある入院時に一定の評価がなされているかを見る指標です。

<指標の定義>

計算方法	分子：	分母のうち、せん妄ハイリスク患者ケアを実施した患者数
	分母：	新規入院患者のうち70歳以上、または、入院中に全身麻酔手術のあった患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
分子	施行症例数				9,633
分母	該当患者数				12,365

令和6年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
2,291	2,403	2,575	2,364
2,987	3,097	3,251	3,030

(参考) フィードバックデータ

□一般45 せん妄ハイリスク患者ケア実施率 時系列【パーセント値】

