

令和7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8年10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 39 指標（令和 7 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 7 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> <div> <div>当院の値</div> <div>全参加病院の値</div> <div>600 床以上の病院の値</div> </div>	<p>折れ線グラフの凡例</p> <div> <div>当院の値</div> <div>全参加病院の 75 パーセンタイル値</div> <div>全参加病院の 50 パーセンタイル値</div> <div>全参加病院の 25 パーセンタイル値</div> <div>600 床以上の 75 パーセンタイル値</div> <div>600 床以上の 50 パーセンタイル値</div> <div>600 床以上の 25 パーセンタイル値</div> </div>
<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7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	26
500 床以上 600 床未満	32
400 床以上 500 床未満	33
300 床以上 400 床未満	43
200 床以上 300 床未満	31
200 床未満	29
合計	194

※ 当院は 800 床のため 600 床以上にあたります。

令和 7 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	新入院患者紹介率【08】	4
3	在宅復帰率【09】	5
4	地域医療貢献率	6
4 -1	地域医療機関サポート率【10】	6
4 -2	地域分娩貢献率【11】	7
4 -3	地域救急貢献率【12】	8
5	転倒・転落レベル 2 以上発生率【13】	9
6	褥瘡推定発生率【14】	10
7	手術開始前 1 時間以内予防的抗菌薬投与率【15】	11
8	肺血栓栓塞症予防対策実施率【16】	12
9	クリニカルパス使用率（患者数）【17】	13
10	脳卒中連携パス使用率【19】	14
11	大腿骨地域連携パス使用率【20】	15
12	精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度【21】	16
13	院内他科入院中の精神科診察依頼頻度【22】	17
14	脳梗塞入院 1 週間以内リハビリ強度【23】	18
15	脳梗塞 ADL 改善度【24】	19
16	誤嚥性肺炎摂食指導実施率【25】	20
17	誤嚥性肺炎再入院率【26】	21
18	急性心筋梗塞アスピリン処方率【27】	22
19	急性心筋梗塞急性期 P C I 実施患者死亡率【29】	23
20	糖尿病入院栄養指導実施率【32】	24
21	脳梗塞急性期 t -PA 治療施行率【33】	25
22	急性心筋梗塞 PCI doortoballoon 90 分施行率【34】	26
23	胃癌低侵襲手術率（内視鏡）【35】	27
24	胃癌低侵襲手術率（腹腔鏡）【36】	28
25	がん患者サポート率【37】	29
26	術中細胞診実施率（胃癌）【38】	30
27	放射線専門医診断寄与率【39】	31
28	安全管理薬剤指導率【40】	32
29	術後せん妄推定発症率【41】	33
30	HBV 再活性化スクリーニング率【42】	34
31	警告薬剤定期検査実施率【43】	35
32	点滴抗生物質微生物検査実施率【44】	36
33	せん妄ハイリスク患者ケア実施率【45】	37
34	広域スペクトル抗菌薬使用時細菌培養実施率【46】	38
35	血液培養 2 セット実施率【47】	39

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 7 年 8 月 18 日 ～ 令和 7 年 9 月 5 日
値の解釈	より高い値が望ましい

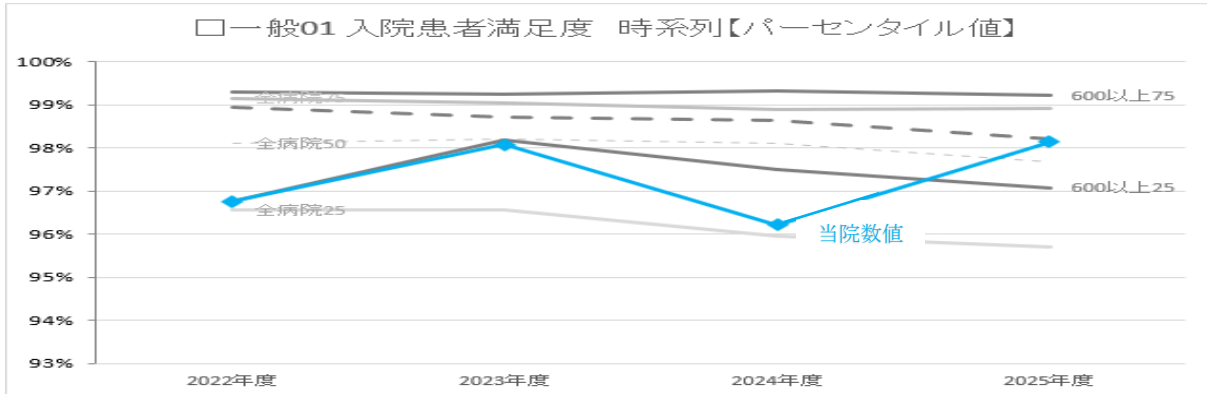
（参考）「設問：全体として当院に満足していますか？（入院）」

令和 7 年度 アンケート期間退院患者数：1,233 人

配付数：660 人 回収数：589 人 非常に満足＋満足：475 人

実施年度	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
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
令和 7 年度	154	321	8	1

（参考）フィードバックデータ



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
当院			96.8%	98.1%	96.2%	98.1%
全病院	25パーセンタイル		96.6%	96.6%	95.9%	95.7%
	50パーセンタイル		98.1%	98.2%	98.1%	97.7%
	75パーセンタイル		99.2%	99.0%	98.9%	98.9%
	登録数		109	112	116	112
600以上	25パーセンタイル		96.8%	98.2%	97.5%	97.1%
	50パーセンタイル		98.9%	98.7%	98.6%	98.2%
	75パーセンタイル		99.3%	99.2%	99.3%	99.2%
	登録数		17	16	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 7 年 8 月 18 日 ～ 令和 7 年 9 月 5 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）」

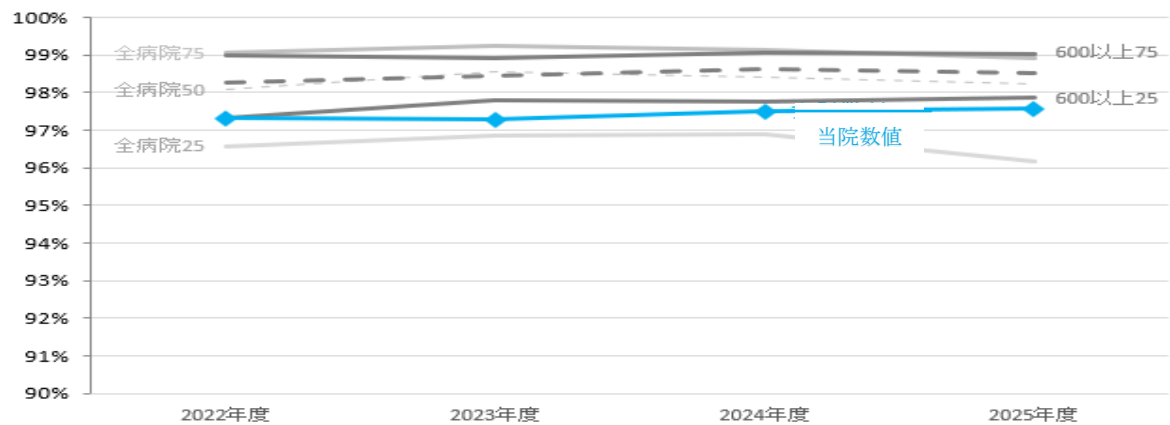
令和 7 年度 アンケート期間退院患者数：1,233 人

配付数：660 人 回収数：589 人 非常に満足＋満足：481 人

実施年度	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
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
令和 7 年度	208	273	9	3

（参考）フィードバックデータ

□一般02 入院患者満足度【看護】 時系列【パーセンタイル値】



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
当院			97.3%	97.3%	97.5%	97.6%
全病院	25パーセンタイル		96.6%	96.9%	96.9%	96.2%
	50パーセンタイル		98.1%	98.5%	98.4%	98.2%
	75パーセンタイル		99.0%	99.3%	99.1%	98.9%
	平均値		97.0%	97.4%	96.4%	96.6%
	登録数		88	89	91	89
600以上	25パーセンタイル		97.3%	97.8%	97.7%	97.9%
	50パーセンタイル		98.3%	98.4%	98.6%	98.5%
	75パーセンタイル		99.0%	98.9%	99.1%	99.1%
	平均値		97.3%	98.1%	98.0%	98.3%
	登録数		13	10	12	14

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 7 年 8 月 18 日 ～ 令和 7 年 8 月 22 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)」

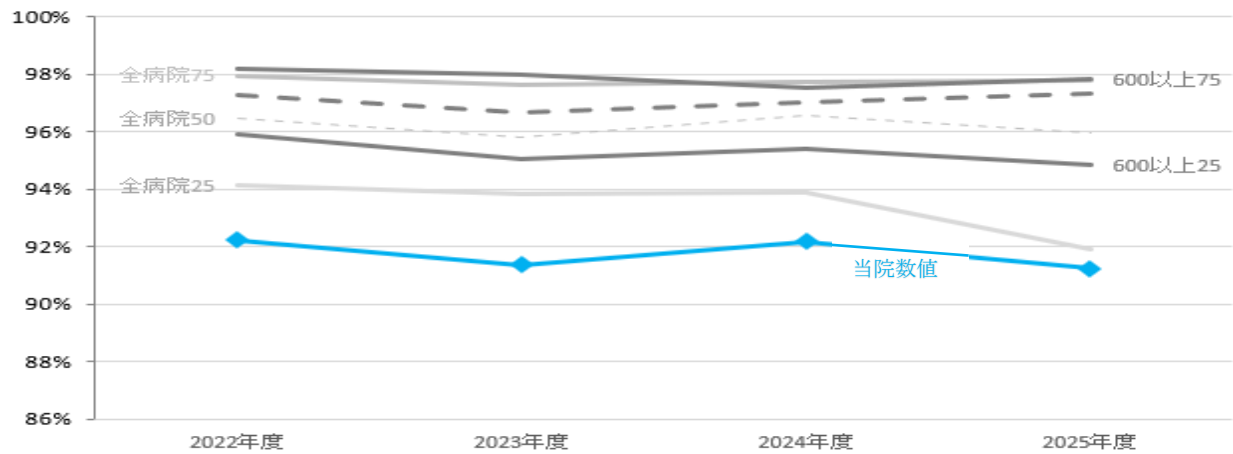
令和 7 年度 アンケート期間外来患者数：9,648 人

配付数：2,000 人 回収数：1,193 人 満足+ほぼ満足：781 人

実施年度	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
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
令和 7 年度	155	626	62	13

(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】



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
当院			92.2%	91.4%	92.2%	91.2%
全病院	25パーセンタイル		94.1%	93.8%	93.9%	91.9%
	50パーセンタイル		96.5%	95.8%	96.6%	95.9%
	75パーセンタイル		98.0%	97.6%	97.7%	97.8%
	平均値		95.6%	95.1%	95.0%	94.8%
	登録数		107	106	110	110
600以上	25パーセンタイル		95.9%	95.1%	95.4%	94.8%
	50パーセンタイル		97.3%	96.7%	97.0%	97.3%
	75パーセンタイル		98.2%	98.0%	97.5%	97.8%
	平均値		96.4%	95.8%	96.5%	95.7%
	登録数		17	16	15	15

2 新入院患者紹介率【08】

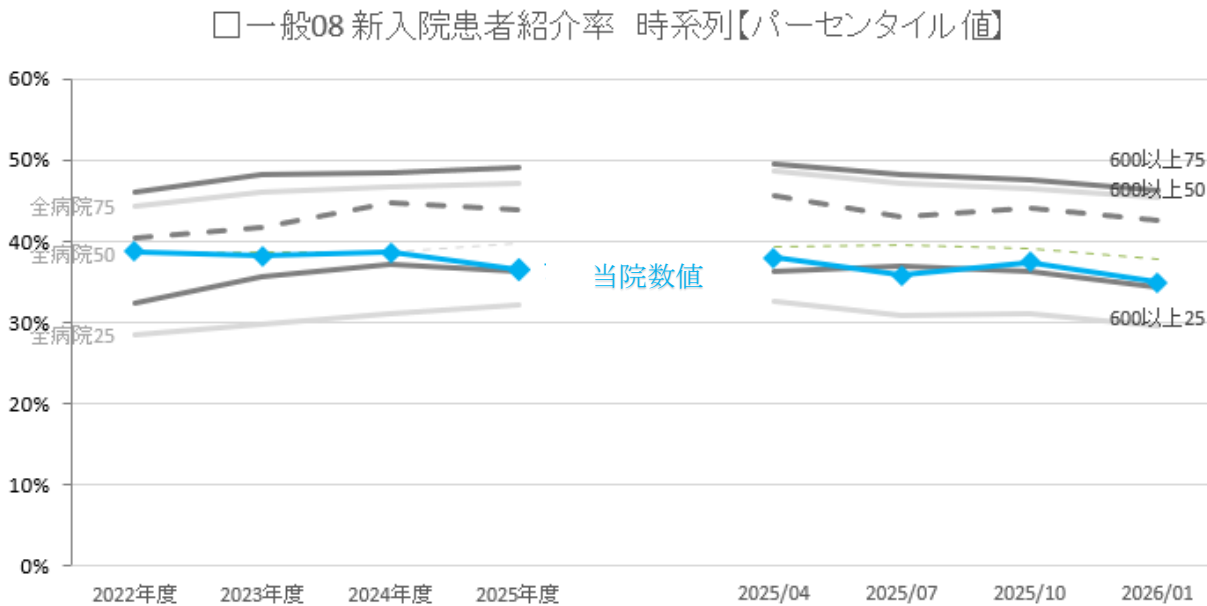
新入院患者紹介率は、新規に入院となった患者さんのうち、紹介を受けて入院となった患者さんがどれだけの割合であったかを示します。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 7 年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分 子	新入院患者紹介数	7,658	8,216	8,434	7,959	1,982	2,020	2,042	1,915
分 母	新入院患者数	19,764	21,503	21,808	21,788	5,217	5,647	5,447	5,477

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		38.7%	38.2%	38.7%	36.5%	38.0%	35.8%	37.5%	35.0%
全病院	25パーセンタイル	28.5%	29.8%	31.1%	32.1%	32.5%	31.0%	31.1%	29.7%
	50パーセンタイル	38.5%	38.7%	38.7%	39.8%	39.4%	39.6%	39.1%	37.9%
	75パーセンタイル	44.2%	46.0%	46.7%	47.0%	48.6%	47.0%	46.5%	45.3%
	平均値	37.1%	38.9%	39.0%	39.3%	40.3%	39.6%	39.5%	37.9%
	登録数	144	143	152	140	132	134	133	129
600以上	25パーセンタイル	32.5%	35.6%	37.1%	36.3%	36.4%	37.1%	36.4%	34.4%
	50パーセンタイル	40.4%	41.8%	44.7%	43.9%	45.7%	42.9%	44.0%	42.6%
	75パーセンタイル	46.1%	48.1%	48.4%	49.1%	49.5%	48.3%	47.5%	46.4%
	平均値	39.1%	41.4%	41.6%	41.6%	42.0%	41.4%	41.6%	39.8%
	登録数	21	21	22	20	19	19	19	19

3 在宅復帰率【09】

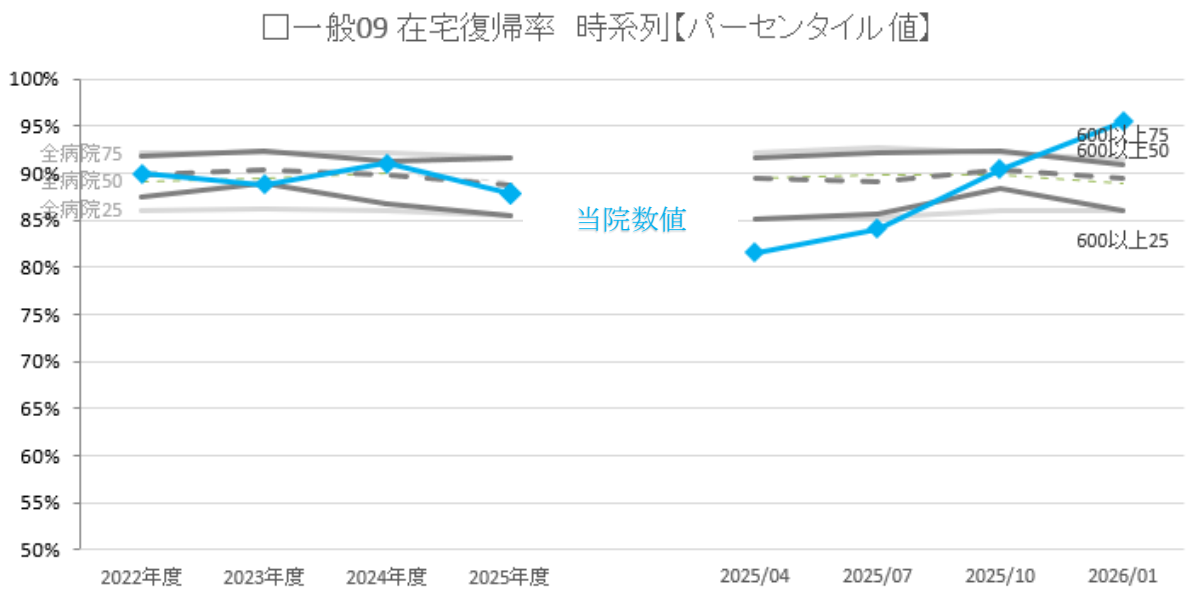
治療が一段落し退院する患者さんのうち、退院先が自宅または福祉施設等の割合を示します。急性期医療を主に担っている病院の場合には、一旦リハビリ等を行う専門の病院に転院して、より身体機能を安定させてから在宅復帰させる場合があります。この場合には値が低くなります。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 7 年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分 子	退院先が自宅等	17,004	18,436	19,112	18,532	4,150	4,583	4,913	4,886
分 母	退 院 患 者 数	19,120	20,992	20,994	21,091	5,088	5,449	5,436	5,118

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		90.0%	88.8%	91.0%	87.9%	81.6%	84.1%	90.4%	95.5%
全病院	25パーセンタイル	86.1%	86.2%	86.0%	85.5%	85.1%	85.3%	86.1%	85.9%
	50パーセンタイル	89.2%	89.5%	90.0%	89.1%	89.5%	89.8%	89.8%	88.9%
	75パーセンタイル	92.1%	92.2%	92.1%	91.7%	92.2%	92.7%	92.3%	91.5%
	平均値	88.1%	88.4%	88.4%	88.2%	88.5%	88.5%	88.6%	87.3%
	登録数	163	164	164	167	160	159	159	157
600以上	25パーセンタイル	87.4%	88.8%	86.7%	85.5%	85.1%	85.6%	88.3%	86.0%
	50パーセンタイル	89.9%	90.4%	89.9%	88.8%	89.5%	89.1%	90.4%	89.4%
	75パーセンタイル	91.9%	92.3%	91.3%	91.6%	91.6%	92.2%	92.4%	91.0%
	平均値	89.3%	89.7%	89.0%	88.6%	88.8%	89.0%	89.6%	88.5%
	登録数	24	22	23	21	20	21	21	23

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。

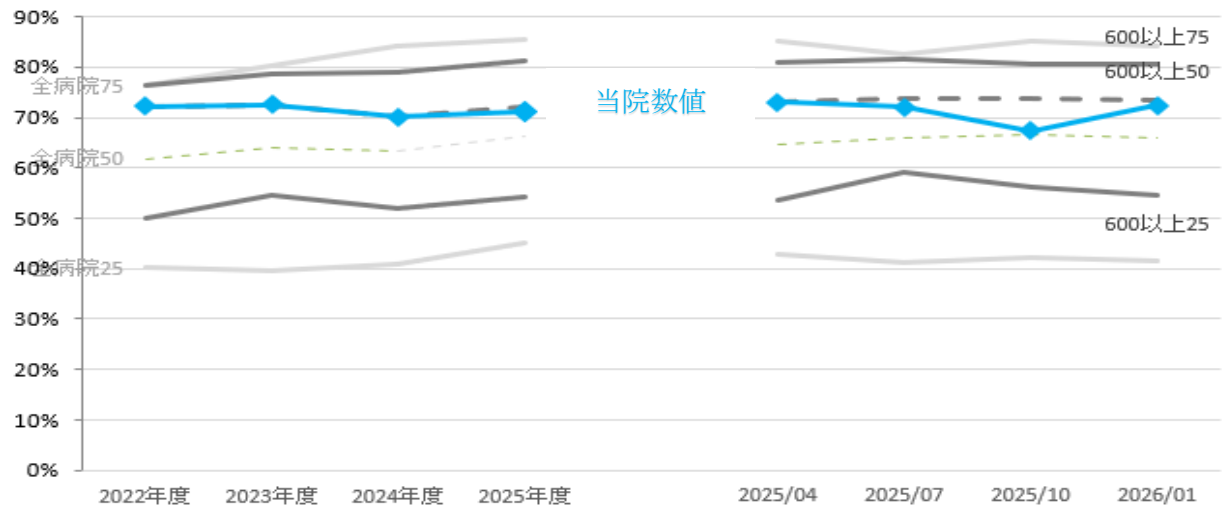
<指標の定義>

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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7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	1,445	1,447	1,418	1,459	369	363	364	363
分母	圏内医療機関数	2,002	1,996	2,021	2,050	505	504	540	501

(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】



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		72.2%	72.5%	70.2%	71.2%	73.1%	72.0%	67.4%	72.5%
全病院	25パーセンタイル	40.2%	39.5%	40.7%	45.0%	42.9%	41.2%	42.3%	41.5%
	50パーセンタイル	61.8%	64.1%	63.3%	66.4%	64.5%	66.0%	66.6%	65.9%
	75パーセンタイル	76.4%	80.2%	84.2%	85.5%	85.3%	82.6%	85.0%	84.2%
	平均値	58.9%	59.8%	59.5%	61.9%	61.3%	61.1%	61.2%	61.5%
	登録数	139	143	144	139	130	130	130	128
600以上	25パーセンタイル	49.9%	54.7%	52.1%	54.3%	53.5%	59.1%	56.2%	54.5%
	50パーセンタイル	72.2%	72.5%	70.2%	72.1%	73.1%	73.9%	73.8%	73.6%
	75パーセンタイル	76.5%	78.7%	78.8%	81.4%	81.1%	81.4%	80.7%	80.5%
	平均値	65.8%	67.0%	67.0%	68.1%	67.9%	71.3%	69.5%	68.2%
	登録数	17	17	19	16	15	16	16	16

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。

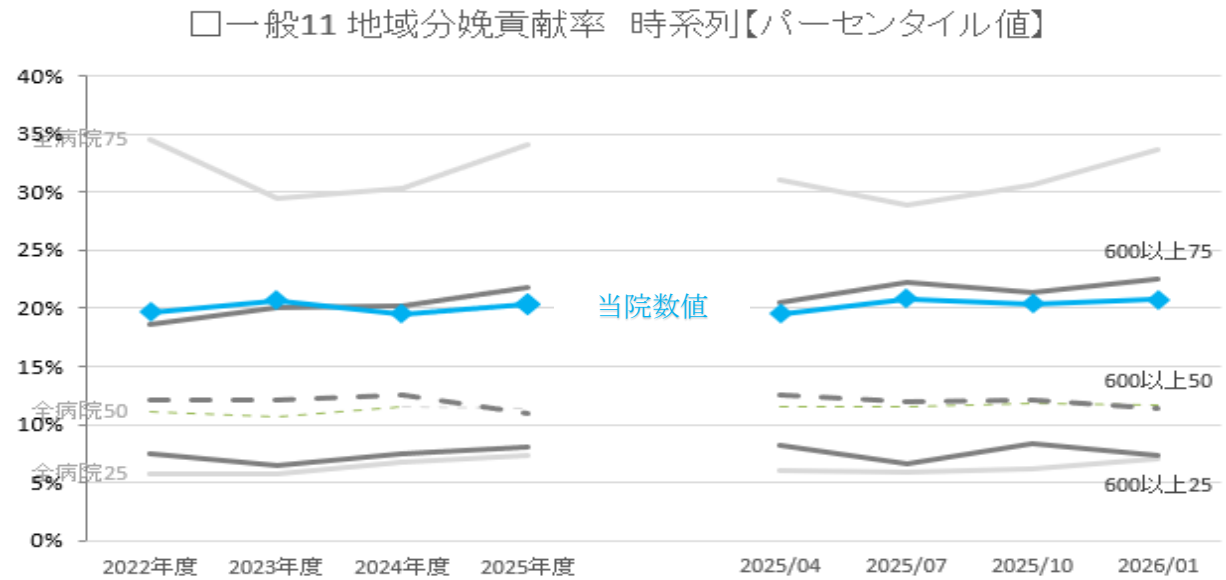
<指標の定義>

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
分子	院内出生数	898	870	777	789
分母	圏内総出生数	4,560	4,206	3,985	3,868

令和7年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
169	224	193	203
865	1,076	948	979

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		19.7%	20.7%	19.5%	20.4%	19.5%	20.8%	20.4%	20.7%
全病院	25パーセンタイル	5.8%	5.8%	6.8%	7.3%	6.1%	5.8%	6.2%	7.0%
	50パーセンタイル	11.1%	10.6%	11.5%	11.5%	11.5%	11.5%	11.9%	11.7%
	75パーセンタイル	34.6%	29.5%	30.4%	34.0%	31.1%	28.9%	30.7%	33.7%
	平均値	26.1%	25.8%	26.1%	25.6%	25.3%	25.7%	25.0%	26.4%
	登録数	96	96	94	89	82	85	84	78
600以上	25パーセンタイル	7.4%	6.5%	7.5%	8.0%	8.3%	6.6%	8.4%	7.3%
	50パーセンタイル	12.1%	12.0%	12.5%	11.0%	12.6%	11.9%	12.2%	11.3%
	75パーセンタイル	18.6%	20.1%	20.2%	21.8%	20.5%	22.2%	21.3%	22.5%
	平均値	18.0%	17.5%	18.7%	18.7%	19.7%	19.5%	20.0%	18.2%
	登録数	18	18	18	17	16	16	16	16

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。

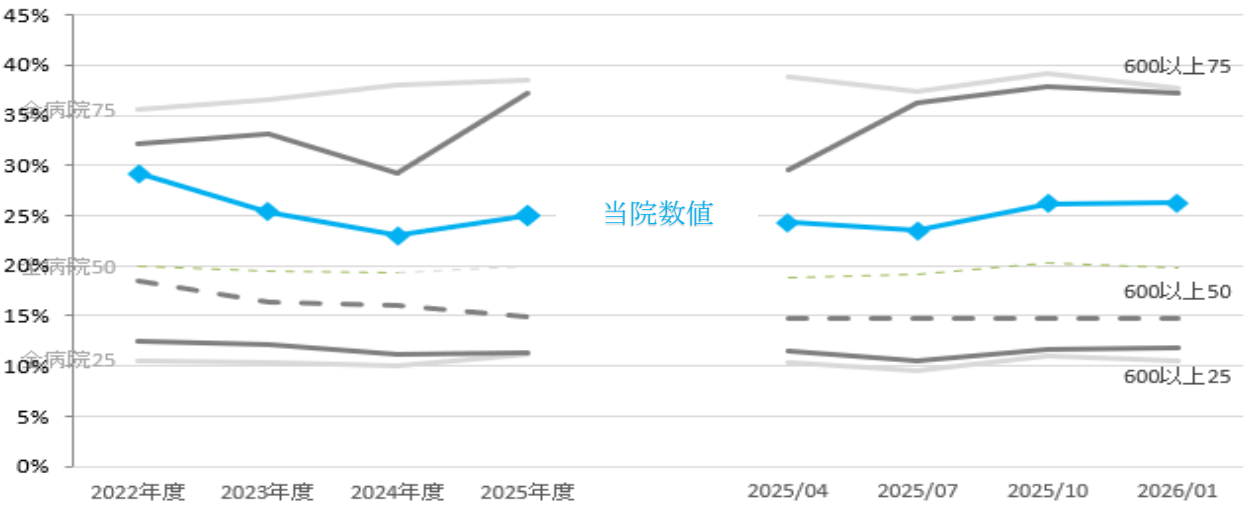
<指標の定義>

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分子	救急搬送来院数	8,490	7,791	7,140	7,562	1,668	1,881	1,989	2,024
分母	圏内救急搬送人数	29,076	30,684	30,990	30,168	6,861	7,996	7,602	7,709

(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】



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		29.2%	25.4%	23.0%	25.1%	24.3%	23.5%	26.2%	26.3%
全病院	25パーセンタイル	10.6%	10.4%	10.0%	11.1%	10.4%	9.6%	11.1%	10.5%
	50パーセンタイル	19.9%	19.5%	19.3%	20.0%	18.9%	19.2%	20.2%	19.8%
	75パーセンタイル	35.6%	36.6%	38.0%	38.5%	38.8%	37.3%	39.1%	37.6%
	平均値	26.9%	26.5%	26.2%	28.5%	27.9%	27.2%	29.1%	28.3%
	登録数	137	131	136	129	121	121	120	121
600以上	25パーセンタイル	12.4%	12.2%	11.2%	11.4%	11.5%	10.5%	11.6%	11.9%
	50パーセンタイル	18.5%	16.5%	16.1%	14.8%	14.7%	14.7%	14.7%	14.7%
	75パーセンタイル	32.2%	33.1%	29.2%	37.3%	29.5%	36.3%	37.8%	37.2%
	平均値	24.8%	25.0%	23.4%	24.7%	23.9%	24.0%	25.2%	25.1%
	登録数	20	19	20	17	16	17	17	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＞

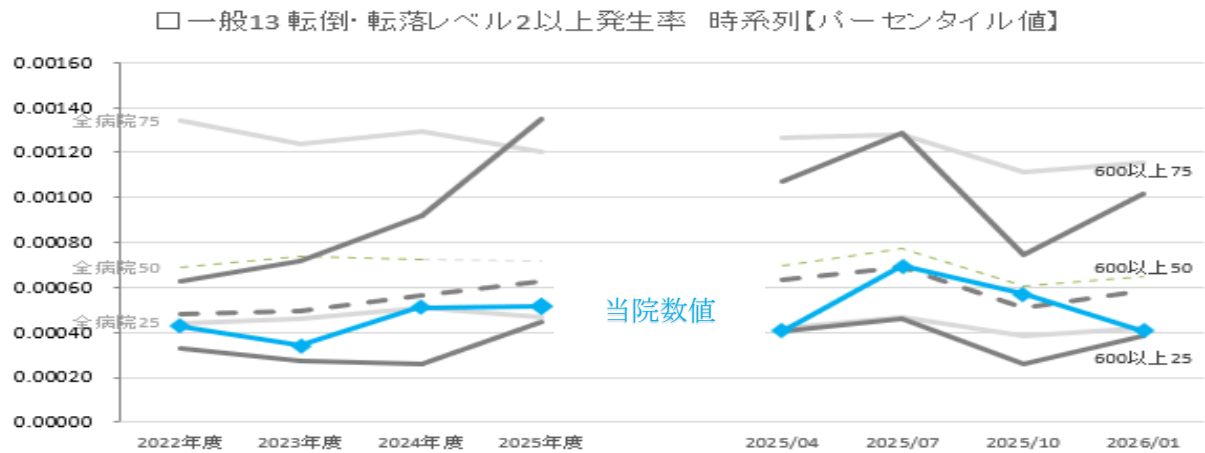
1：なし	患者に損傷はなかった
2：軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3：中度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4：重度	ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
5：死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6：UTD	記録からは判定不可能

＜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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 7 年度			
分 子	レベル 2 以上	99	83	126	123	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分 母	入院延べ日数	231,825	243,733	244,710	236,851	56,783	59,115	59,712	61,241

(参考) フィードバックデータ



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度		2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			0.00043	0.00034	0.00051	0.00052		0.00041	0.00069	0.00057	0.00041
全病院	25パーセンタイル		0.00044	0.00046	0.00051	0.00047		0.00042	0.00047	0.00039	0.00042
	50パーセンタイル		0.00069	0.00074	0.00073	0.00072		0.00069	0.00078	0.0006	0.00065
	75パーセンタイル		0.00134	0.00124	0.00129	0.0012		0.00127	0.00128	0.00111	0.00116
	平均値		0.00106	0.00107	0.00111	0.00101		0.00098	0.00108	0.00095	0.00099
	登録数		160	164	171	166		159	156	155	143
600以上	25パーセンタイル		0.00033	0.00027	0.00026	0.00045		0.00041	0.00046	0.00026	0.00038
	50パーセンタイル		0.00048	0.00049	0.00057	0.00063		0.00063	0.00069	0.00051	0.00059
	75パーセンタイル		0.00062	0.00072	0.00092	0.00135		0.00107	0.00128	0.00075	0.00101
	平均値		0.00078	0.0006	0.00086	0.00092		0.00094	0.00101	0.00077	0.00083
	登録数		22	22	24	22		21	21	19	19

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できやすいため、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。

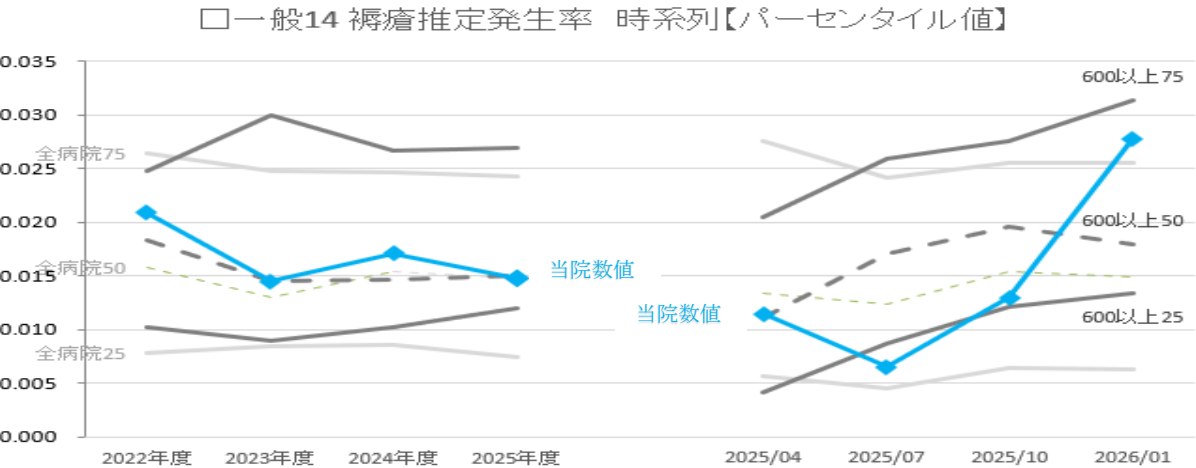
＜褥瘡 Depth 深さ＞		
d0：皮膚損傷・発赤なし	D3：皮下組織までの損傷	DU：深さ判定が不能の場合
d1：持続する発赤	D4：皮下組織を超える損傷	
d2：真皮までの損傷	D5：関節腔、体腔に至る損傷	

＜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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
分 子	入院中新規発生	43	32	39	34
	入院中他部位発生	3	4	4	1
分 母	在 院 患 者 数	2,203	2,485	2,517	2,368

令和7年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
6	4	8	16
0	0	0	1
524	614	618	612

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		0.021	0.014	0.017	0.015	0.011	0.007	0.013	0.028
全病院	25パーセンタイル	0.008	0.008	0.009	0.007	0.006	0.004	0.006	0.006
	50パーセンタイル	0.016	0.013	0.015	0.015	0.013	0.012	0.015	0.015
	75パーセンタイル	0.026	0.025	0.025	0.024	0.028	0.024	0.025	0.025
	平均値	0.019	0.019	0.020	0.019	0.019	0.017	0.019	0.019
	登録数	156	157	160	156	152	147	149	137
600以上	25パーセンタイル	0.010	0.009	0.010	0.012	0.004	0.009	0.012	0.013
	50パーセンタイル	0.018	0.014	0.015	0.015	0.011	0.017	0.020	0.018
	75パーセンタイル	0.025	0.030	0.027	0.027	0.020	0.026	0.028	0.031
	平均値	0.018	0.019	0.018	0.020	0.014	0.018	0.020	0.025
	登録数	20	19	18	19	18	18	18	17

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。

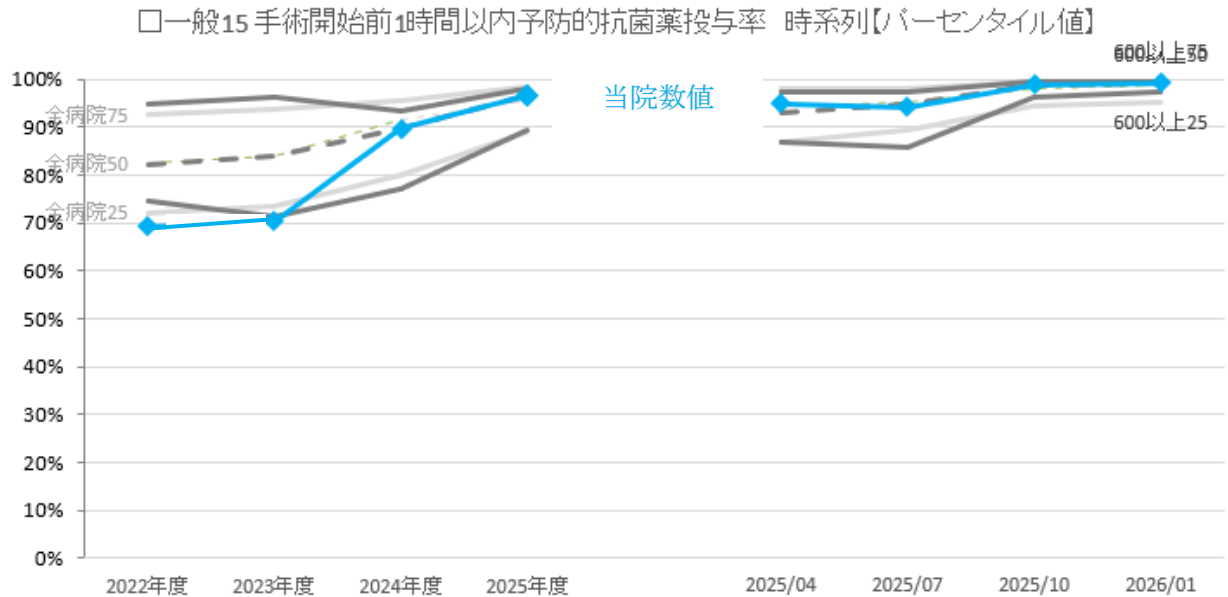
<指標の定義> ※令和6年度より分母は「全手術」から「全身麻酔、全身麻酔＋硬膜外の手術」に変更

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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
分子	抗菌薬が投与された手術件数	5,212	5,546	4,061	4,004
分母	手術件数	7,524	8,069	4,525	4,149

令和7年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
1,103	1,119	926	856
1,163	1,188	936	862

(参考) フィードバックデータ



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			69.3%	70.4%	89.7%	96.5%	94.8%	94.2%	98.9%	99.3%
全病院	25パーセンタイル		72.2%	73.4%	80.0%	88.9%	86.9%	89.3%	94.5%	95.3%
	50パーセンタイル		82.4%	84.0%	91.5%	95.6%	94.4%	95.3%	98.1%	98.8%
	75パーセンタイル		92.7%	93.9%	95.6%	98.4%	98.1%	98.1%	99.5%	100.0%
	平均値		80.8%	81.4%	85.1%	92.7%	90.4%	91.9%	95.2%	95.5%
	登録数		118	118	114	143	137	134	133	134
600以上	25パーセンタイル		74.6%	71.4%	77.1%	89.4%	86.9%	86.0%	96.2%	97.4%
	50パーセンタイル		82.1%	84.1%	89.7%	96.6%	93.0%	95.0%	98.9%	99.1%
	75パーセンタイル		94.7%	96.3%	93.5%	98.3%	97.5%	97.5%	99.6%	99.9%
	平均値		80.2%	80.8%	86.5%	93.6%	91.4%	92.5%	97.1%	97.2%
	登録数		17	16	17	22	21	20	21	21

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。

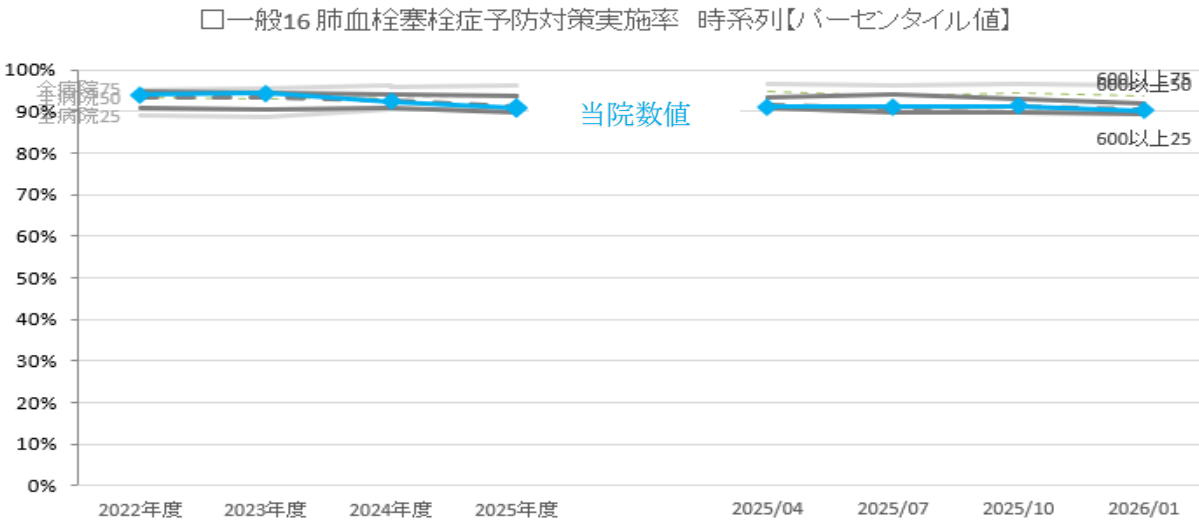
肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2017年改訂版）では中リスク以上の場合には、リスク分類に応じて弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫法、抗凝固療法の単独あるいは併用の予防方法が推奨されています。

<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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	予防対策実施数	3,084	3,085	2,646	2,610	646	674	667	623
分母	該当手術数	3,283	3,266	2,865	2,869	709	739	730	691

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		93.9%	94.5%	92.4%	91.0%	91.1%	91.2%	91.4%	90.2%
全病院	25パーセンタイル	89.1%	88.8%	90.4%	91.0%	91.1%	90.3%	91.3%	89.9%
	50パーセンタイル	93.3%	93.0%	93.6%	93.9%	94.7%	93.8%	94.3%	93.7%
	75パーセンタイル	95.3%	95.4%	96.2%	96.3%	96.7%	96.4%	96.7%	96.4%
	平均値	90.8%	91.3%	92.4%	92.7%	92.9%	92.6%	92.9%	92.3%
	登録数	148	150	156	145	138	138	137	136
600以上	25パーセンタイル	91.0%	90.5%	90.7%	89.8%	90.7%	89.7%	89.6%	89.6%
	50パーセンタイル	93.3%	93.4%	92.7%	91.2%	91.7%	90.9%	91.3%	90.5%
	75パーセンタイル	94.7%	94.6%	94.1%	93.8%	93.3%	93.9%	93.1%	91.9%
	平均値	92.3%	92.3%	92.0%	91.4%	91.4%	91.0%	91.7%	90.9%
	登録数	23	23	24	21	20	22	22	21

9 クリニカルパス使用率（患者数）【17】

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。

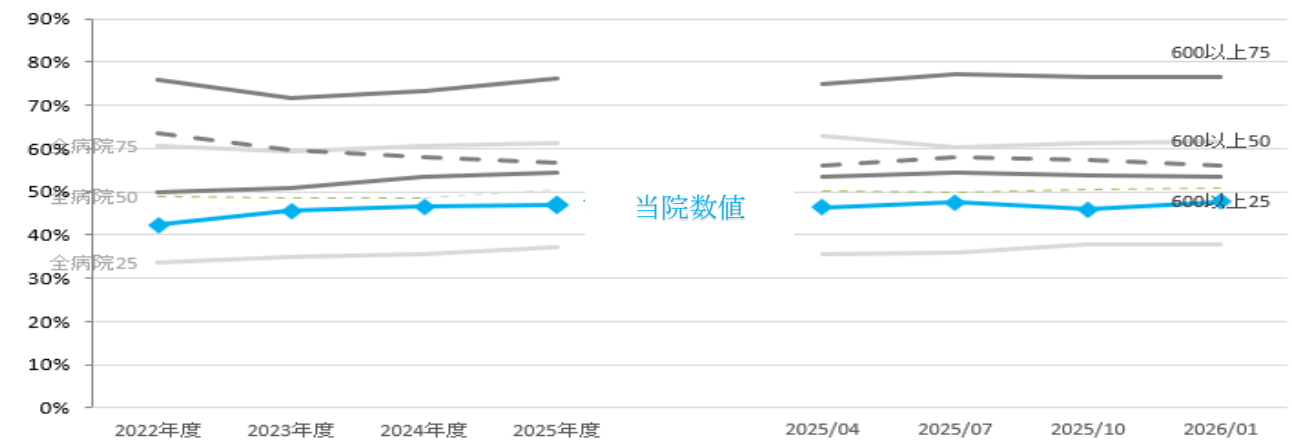
<指標の定義>

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分 子	新規適用患者数	8,358	9,815	10,151	10,215	2,423	2,682	2,501	2,609
分 母	新入院患者数	19,764	21,503	21,808	21,788	5,217	5,647	5,447	5,477

(参考) フィードバックデータ

□一般17 クリニカルパス使用率【患者数】 時系列【パーセンタイル値】



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		42.3%	45.6%	46.5%	46.9%	46.4%	47.5%	45.9%	47.6%
全病院	25パーセンタイル	33.7%	34.9%	35.4%	37.1%	35.6%	36.0%	37.8%	37.8%
	50パーセンタイル	48.9%	48.7%	48.7%	50.5%	50.3%	50.0%	50.6%	50.8%
	75パーセンタイル	60.6%	59.4%	60.6%	61.2%	62.8%	60.4%	61.2%	61.7%
	平均値	46.8%	46.2%	47.1%	48.1%	48.3%	47.7%	48.6%	48.6%
	登録数	163	167	170	165	158	154	152	152
600以上	25パーセンタイル	50.0%	50.9%	53.6%	54.5%	53.6%	54.3%	53.7%	53.5%
	50パーセンタイル	63.7%	59.6%	58.1%	56.9%	56.2%	58.0%	57.3%	56.2%
	75パーセンタイル	76.1%	71.8%	73.2%	76.2%	75.1%	77.1%	76.6%	76.7%
	平均値	63.8%	62.3%	64.0%	64.0%	63.5%	64.4%	63.9%	64.1%
	登録数	22	21	23	22	21	21	20	21

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。

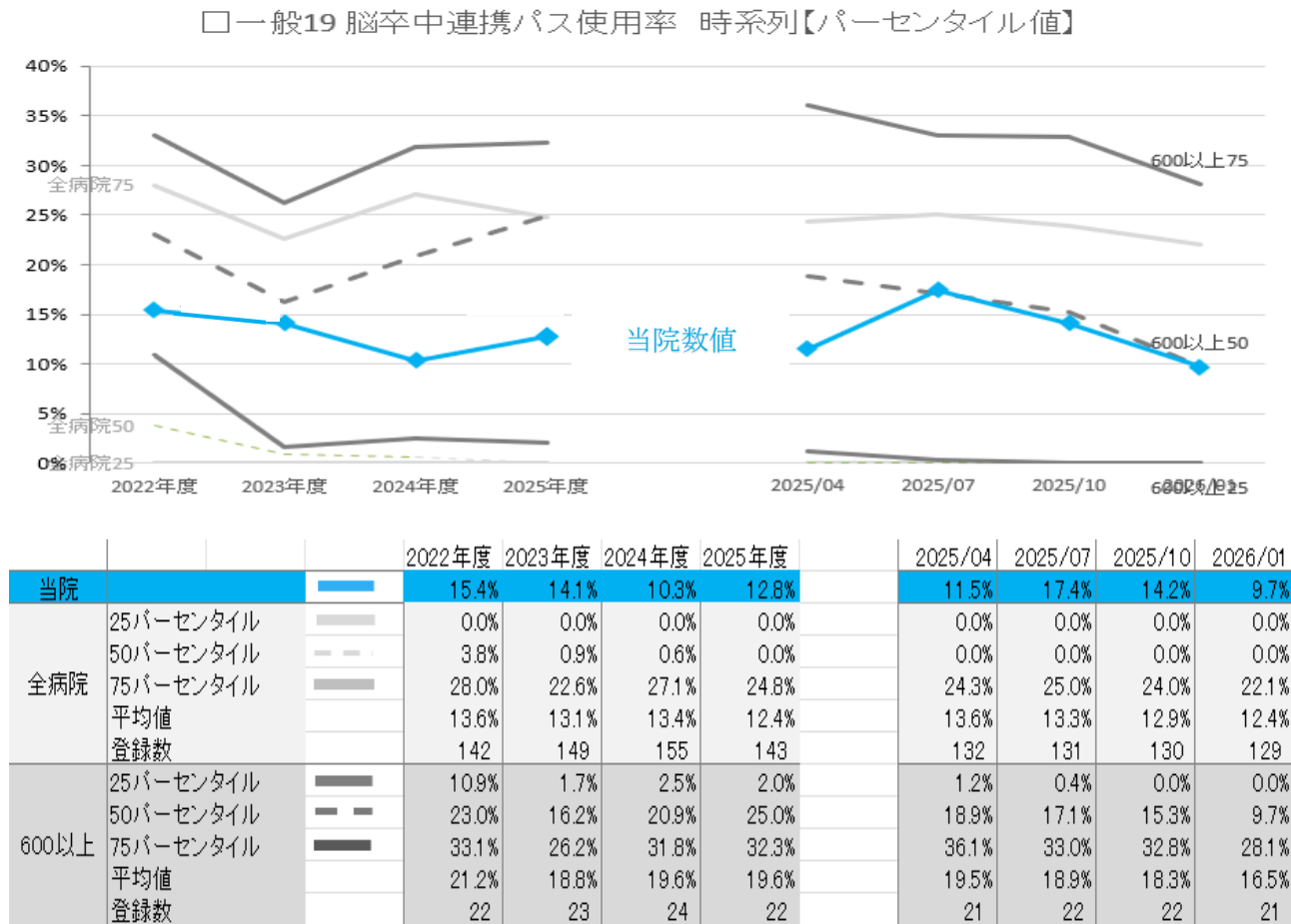
<指標の定義>

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
分子	算 定 患 者 数	67	59	39	55
分母	生存退院患者数	435	417	377	430

令和7年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
12	15	15	13
104	86	106	134

(参考) フィードバックデータ



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。

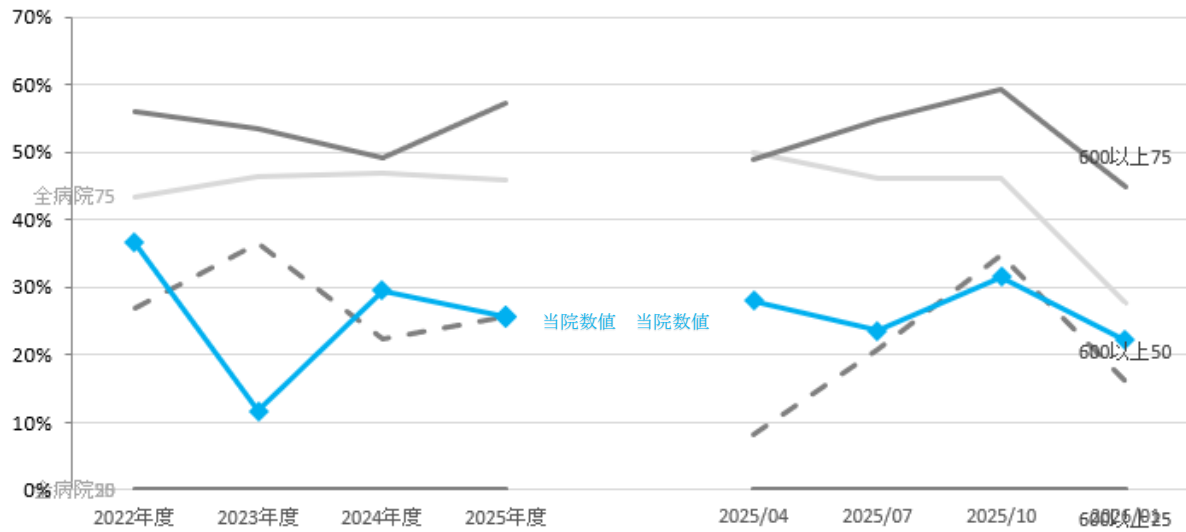
<指標の定義>

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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	算定症例数	26	11	26	25	7	4	6	8
分母	該当症例数	71	94	88	97	25	17	19	36

（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】



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度		2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			36.6%	11.7%	29.5%	25.8%		28.0%	23.5%	31.6%	22.2%
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		43.5%	46.5%	47.0%	46.0%		50.0%	46.1%	46.2%	27.7%
	平均値		21.0%	21.3%	22.0%	21.0%		22.0%	22.4%	21.6%	18.1%
	登録数		141	147	153	143		135	131	131	132
600以上	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		27.0%	36.5%	22.5%	25.8%		8.3%	20.9%	34.7%	16.1%
	75パーセンタイル		56.1%	53.5%	49.1%	57.2%		48.9%	54.8%	59.3%	45.0%
	平均値		31.8%	32.0%	28.5%	28.3%		24.0%	28.5%	35.2%	24.6%
	登録数		22	23	24	23		22	22	22	21

12 精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度【21】

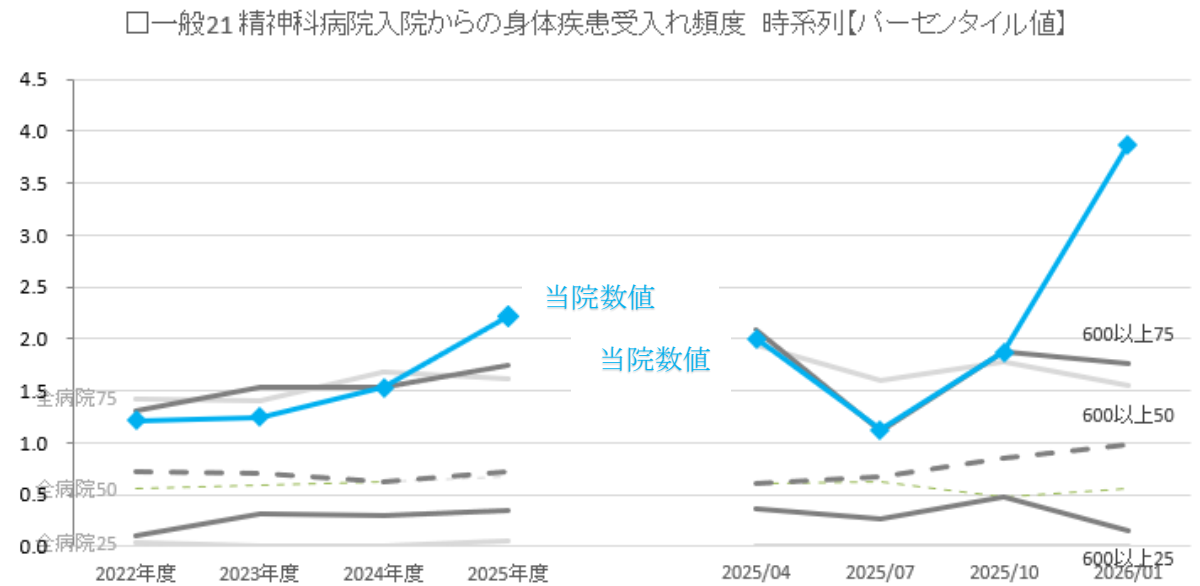
精神科病院に入院している患者さんが、がん、心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病の悪化、外傷、虫垂炎などを合併した場合、専門の診療科での治療が必要となり、総合病院などへ転院が必要になることがあります。これらの受入れを病床 100 床のうちの何件の頻度で発生しているかを測り、指標としています。

＜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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 7 年度			
分子	紹 介 件 数	39	40	49	71	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
						16	9	15	31
分母	100 病床あたり	32	32	32	32	8	8	8	8

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		1.2	1.3	1.5	2.2	2.0	1.1	1.9	3.9
全病院	25パーセンタイル	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	50パーセンタイル	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6	0.6	0.5	0.6
	75パーセンタイル	1.4	1.4	1.7	1.6	1.9	1.6	1.8	1.6
	平均値	1.1	1.0	1.2	1.4	1.4	1.5	1.4	1.3
	登録数	133	133	137	130	121	120	118	120
600以上	25パーセンタイル	0.1	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.5	0.2
	50パーセンタイル	0.7	0.7	0.6	0.7	0.6	0.7	0.9	1.0
	75パーセンタイル	1.3	1.5	1.5	1.7	2.1	1.1	1.9	1.8
	平均値	1.0	1.2	1.1	1.2	1.3	1.1	1.4	1.4
	登録数	20	20	21	20	19	19	19	19

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。

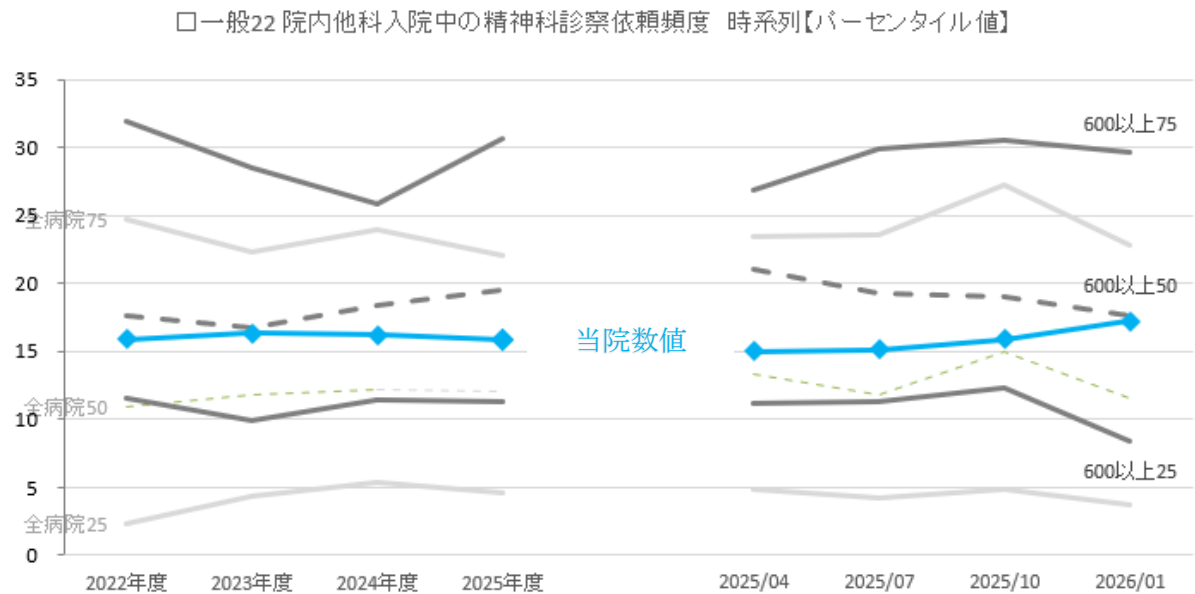
<指標の定義>

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
分子	依 頼 件 数	509	523	518	506
分母	100 病床あたり	32	32	32	32

令和7年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
120	121	127	138
8	8	8	8

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		15.9	16.3	16.2	15.8	15.0	15.1	15.9	17.3
全病院	25パーセンタイル	2.3	4.3	5.3	4.6	4.9	4.3	4.8	3.8
	50パーセンタイル	10.9	11.8	12.3	12.1	13.3	11.8	15.0	11.6
	75パーセンタイル	24.7	22.3	23.9	22.1	23.4	23.6	27.2	22.9
	平均値	24.7	22.4	21.9	21.7	22.8	24.0	23.8	20.8
	登録数	133	118	115	113	99	104	102	97
600以上	25パーセンタイル	11.6	9.9	11.4	11.3	11.2	11.3	12.3	8.4
	50パーセンタイル	17.6	16.8	18.5	19.6	21.1	19.2	19.0	17.6
	75パーセンタイル	32.0	28.5	25.8	30.7	26.9	29.8	30.6	29.6
	平均値	27.4	23.9	25.0	23.9	22.2	23.9	25.9	21.4
	登録数	22	22	22	20	19	20	20	20

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。

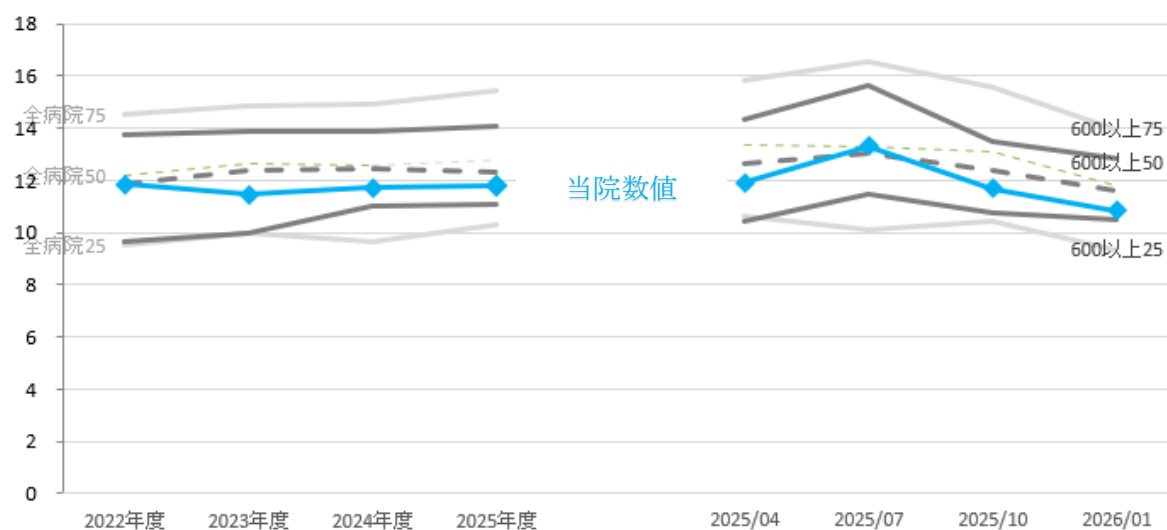
<指標の定義>

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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	リハビリ施行単位合計	5,162	4,620	4,319	4,976	1,286	1,065	1,205	1,420
分母	該当症例数	436	403	368	422	108	80	103	131

(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】



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		11.8	11.5	11.7	11.8	11.9	13.3	11.7	10.8
全病院	25パーセンタイル	9.5	10.0	9.7	10.3	10.6	10.1	10.5	9.3
	50パーセンタイル	12.2	12.6	12.6	12.8	13.4	13.3	13.1	11.8
	75パーセンタイル	14.5	14.8	14.9	15.5	15.8	16.5	15.6	14.0
	平均値	12.2	12.4	12.5	13.0	13.3	13.9	13.5	11.7
	登録数	141	148	156	143	129	131	129	130
600以上	25パーセンタイル	9.7	10.0	11.0	11.1	10.5	11.5	10.7	10.5
	50パーセンタイル	11.9	12.4	12.5	12.3	12.7	13.0	12.4	11.6
	75パーセンタイル	13.8	13.9	13.9	14.1	14.3	15.7	13.5	12.9
	平均値	11.5	11.9	12.1	12.3	12.2	13.2	12.3	11.5
	登録数	22	23	24	23	22	22	22	21

15 脳梗塞 ADL 改善度【24】

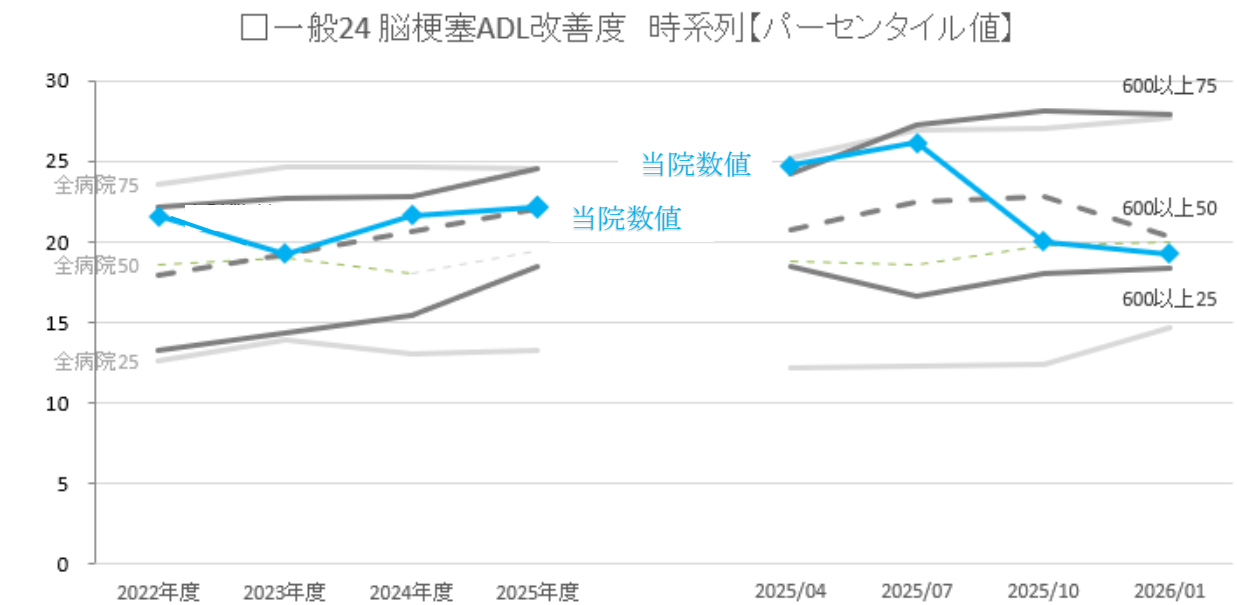
ADL とは、食事・歩行・入浴などの日常生活における動作のことをいいます。入院時と退院時に評価を行い、退院時点数－入院時点数で改善度をみます。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
分子	退院時 BI- 入院時 BI	9,390	8,015	8,155	9,525	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分母	該 当 患 者 数	435	416	377	431	2,555	2,250	2,120	2,600
						104	86	106	135

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		21.6	19.3	21.6	22.1	24.8	26.2	20.0	19.3
全病院	25パーセンタイル	12.6	13.9	13.0	13.3	12.2	12.3	12.4	14.7
	50パーセンタイル	18.6	19.1	18.1	19.5	18.8	18.6	19.8	20.0
	75パーセンタイル	23.5	24.7	24.7	24.7	25.2	26.9	27.0	27.7
	平均値	18.2	19.1	18.4	19.1	17.9	19.1	20.1	20.6
	登録数	140	147	153	142	131	129	128	127
600以上	25パーセンタイル	13.3	14.4	15.5	18.5	18.5	16.6	18.0	18.4
	50パーセンタイル	18.0	19.3	20.6	22.0	20.8	22.5	22.9	20.3
	75パーセンタイル	22.2	22.7	22.8	24.5	24.2	27.2	28.1	27.9
	平均値	18.4	19.2	20.5	22.0	21.0	22.6	22.8	23.2
	登録数	23	23	24	23	22	22	22	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。

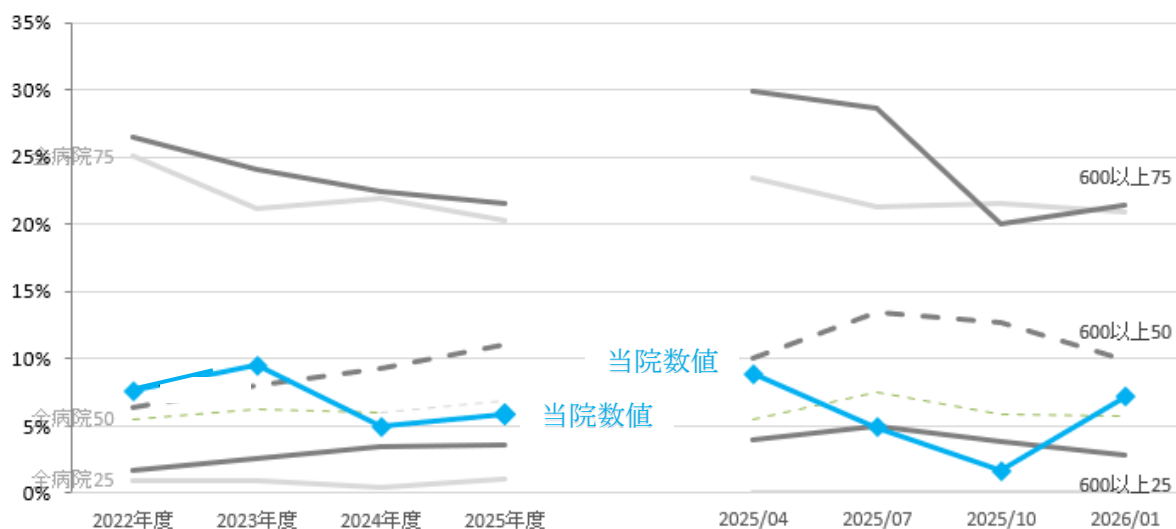
<指標の定義>

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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	実施患者数	24	31	19	18	7	4	1	6
分母	該当患者数	315	326	385	306	79	82	61	84

(参考) フィードバックデータ

□一般25 誤嚥性肺炎摂食指導実施率 時系列【パーセンタイル値】



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			7.6%	9.5%	4.9%	5.9%	8.9%	4.9%	1.6%	7.1%
全病院	25パーセンタイル		1.0%	0.9%	0.4%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル		5.5%	6.3%	6.0%	6.9%	5.6%	7.5%	5.9%	5.7%
	75パーセンタイル		25.0%	21.2%	21.9%	20.2%	23.4%	21.3%	21.5%	20.9%
	平均値		15.5%	15.4%	15.2%	15.2%	15.9%	16.0%	15.3%	14.4%
	登録数		146	151	157	149	140	140	139	138
600以上	25パーセンタイル		1.7%	2.6%	3.5%	3.5%	4.0%	5.0%	3.9%	2.8%
	50パーセンタイル		6.4%	8.0%	9.3%	11.0%	10.1%	13.5%	12.7%	9.9%
	75パーセンタイル		26.4%	24.1%	22.4%	21.6%	30.0%	28.7%	20.0%	21.4%
	平均値		15.8%	16.5%	16.7%	18.2%	19.9%	20.4%	18.9%	17.0%
	登録数		22	23	24	23	22	22	22	21

17 誤嚥性肺炎再入院率【26】

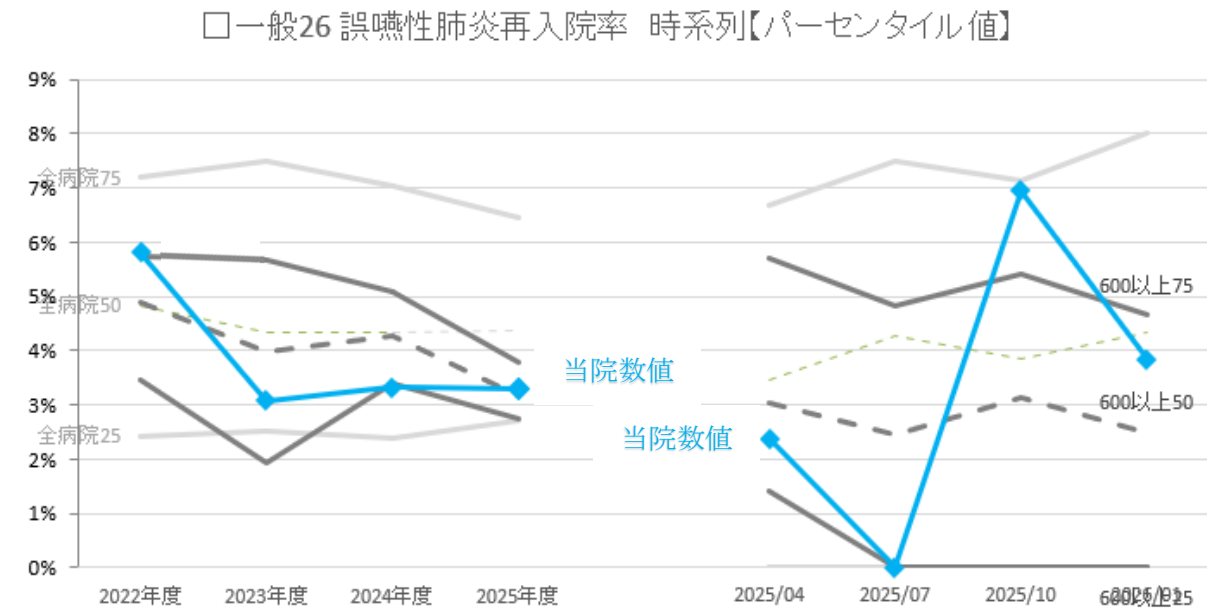
摂食指導や吸引等により、誤嚥性肺炎の再発を予防しています。この指標では、前回退院後4週間以内での再入院の程度をみています。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分 子	再入院患者数	14	8	10	9	2	0	5	2
分 母	該 当 患 者 数	241	260	301	272	84	64	72	52

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		5.8%	3.1%	3.3%	3.3%	2.4%	0.0%	6.9%	3.8%
全病院	25パーセンタイル	2.4%	2.5%	2.4%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	4.8%	4.3%	4.3%	4.4%	3.4%	4.3%	3.8%	4.3%
	75パーセンタイル	7.2%	7.5%	7.1%	6.5%	6.7%	7.5%	7.1%	8.0%
	平均値	5.4%	5.2%	5.1%	4.9%	4.6%	5.2%	4.3%	5.6%
	登録数	147	151	157	148	140	136	137	137
600以上	25パーセンタイル	3.5%	1.9%	3.4%	2.7%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル	4.9%	4.0%	4.3%	3.2%	3.1%	2.4%	3.1%	2.5%
	75パーセンタイル	5.8%	5.7%	5.1%	3.8%	5.7%	4.8%	5.4%	4.7%
	平均値	4.7%	4.6%	4.5%	3.3%	3.9%	3.1%	3.2%	3.1%
	登録数	23	23	24	23	22	21	21	21

18 急性心筋梗塞アスピリン処方率【27】

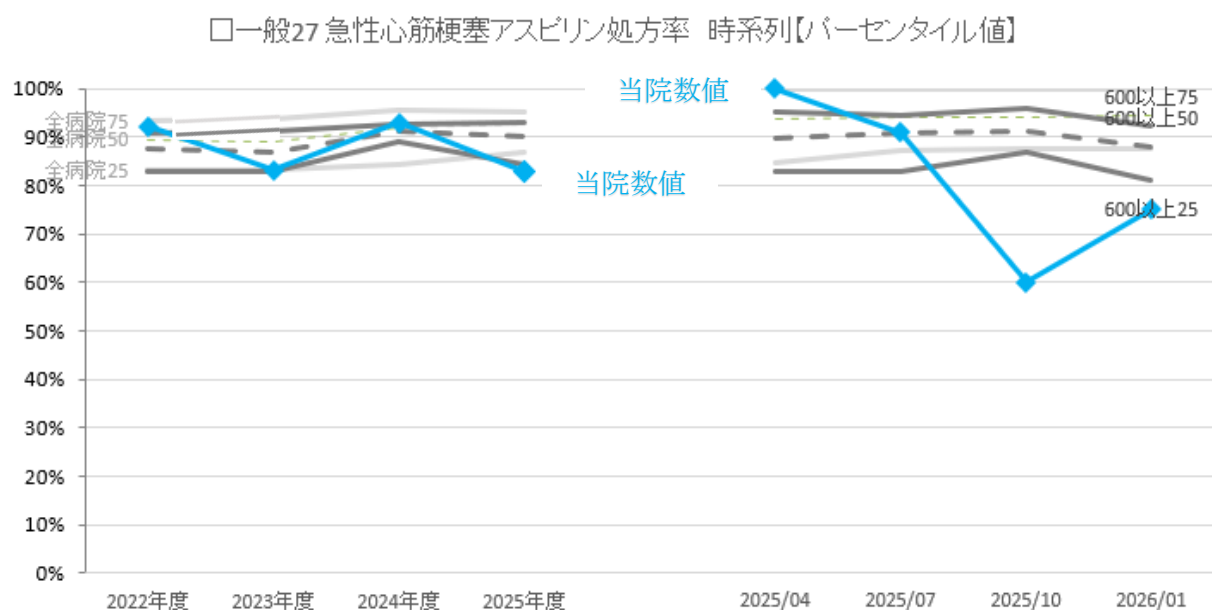
アスピリンは、血小板の働きを抑えることにより、血液が固まるのを抑制します。急性心筋梗塞において、アスピリンは単独投与でも死亡率や再梗塞率を減少させることが研究で明らかになっています。心筋梗塞の治療として早期に投与される割合をみています。

<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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7年度			
分子	アスピリン 処方患者数	59	59	52	58	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数	64	71	56	70	17	22	15	16

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		92.2%	83.1%	92.9%	82.9%	100.0%	90.9%	60.0%	75.0%
全病院	25パーセンタイル	83.3%	83.2%	84.5%	86.9%	84.7%	87.1%	87.5%	87.5%
	50パーセンタイル	89.5%	89.1%	92.1%	92.7%	93.8%	94.1%	94.1%	94.4%
	75パーセンタイル	93.3%	93.6%	95.7%	95.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値	84.8%	81.4%	85.6%	86.3%	86.9%	91.3%	91.7%	89.5%
	登録数	134	142	147	134	126	114	115	117
600以上	25パーセンタイル	82.8%	82.9%	89.0%	84.2%	82.8%	82.8%	87.0%	81.3%
	50パーセンタイル	87.7%	86.8%	91.3%	90.3%	89.7%	90.9%	91.2%	87.9%
	75パーセンタイル	90.7%	91.3%	92.8%	92.9%	95.1%	94.4%	95.8%	92.3%
	平均値	85.4%	84.0%	89.8%	88.6%	89.2%	88.9%	90.0%	86.6%
	登録数	22	23	24	23	22	22	22	21

19 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>

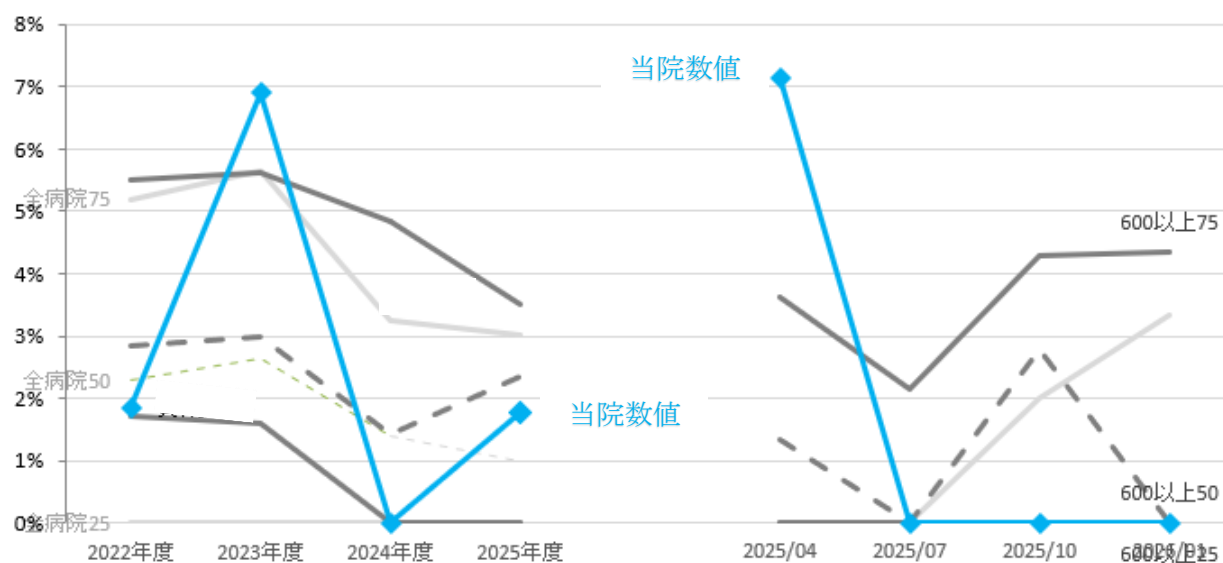
計算方法	分 子： 分母のうち、14日以内に死亡した患者数
	分 母： 急性心筋梗塞退院患者のうち、急性期PCIが施行された患者数
値の解釈	より低い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
分子	14日以内死亡患者数	1	4	0	1
分母	該 当 患 者 数	54	58	50	56

令和7年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
1	0	0	0
14	20	9	13

(参考) フィードバックデータ

□一般29 急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率 時系列【パーセンタイル値】



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度		2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			1.9%	6.9%	0.0%	1.8%		7.1%	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		2.3%	2.6%	1.4%	1.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75パーセンタイル		5.2%	5.7%	3.2%	3.0%		0.0%	0.0%	2.0%	3.3%
	平均値		3.4%	4.0%	2.2%	2.0%		2.2%	1.7%	1.8%	2.1%
	登録数		124	125	132	121		117	113	112	111
600以上	25パーセンタイル		1.7%	1.6%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50パーセンタイル		2.9%	3.0%	1.4%	2.3%		1.4%	0.0%	2.8%	0.0%
	75パーセンタイル		5.5%	5.6%	4.8%	3.5%		3.6%	2.1%	4.3%	4.3%
	平均値		4.4%	5.7%	3.0%	2.4%		3.2%	1.8%	2.4%	2.8%
	登録数		23	23	24	23		22	22	22	21

20 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。

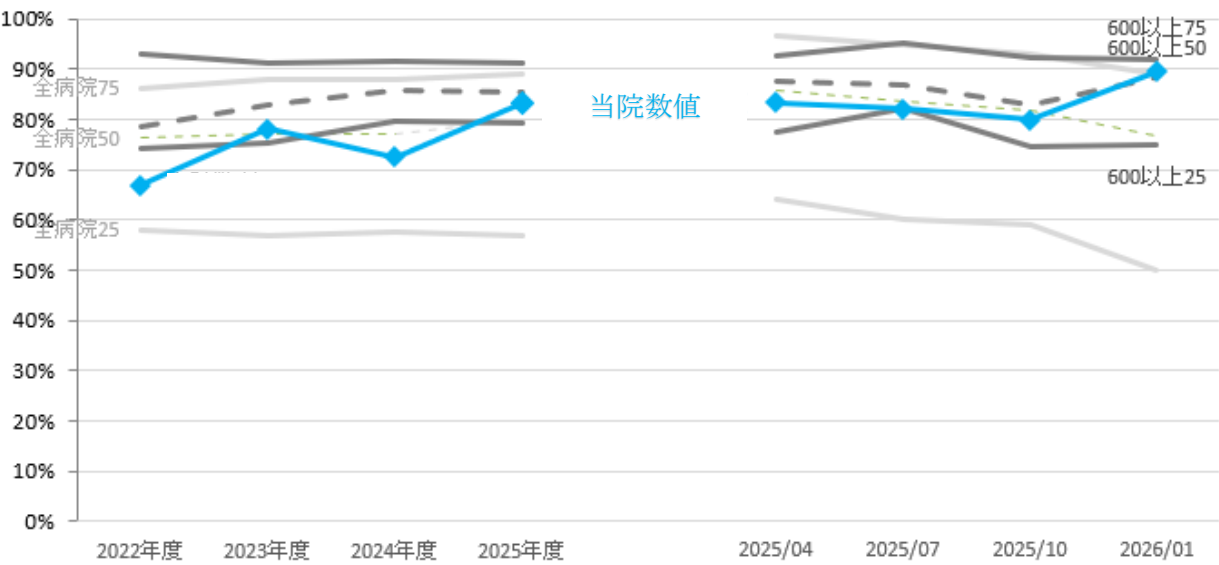
<指標の定義>

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
分子	栄養指導 実施患者数	69	50	58	75	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分母	該 当 患 者 数	103	64	80	90	15	23	20	17
						18	28	25	19

(参考) フィードバックデータ

□一般32 糖尿病入院栄養指導実施率 時系列【パーセンタイル値】



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			67.0%	78.1%	72.5%	83.3%	83.3%	82.1%	80.0%	89.5%
全病院	25パーセンタイル		58.1%	56.9%	57.5%	56.8%	64.3%	60.0%	59.2%	50.0%
	50パーセンタイル		76.3%	77.3%	77.1%	79.9%	85.7%	83.8%	81.8%	76.9%
	75パーセンタイル		86.3%	88.0%	88.1%	88.9%	96.8%	94.7%	93.1%	88.9%
	平均値		70.4%	70.3%	70.9%	70.6%	75.4%	72.7%	73.0%	67.4%
	登録数		146	151	157	150	142	138	139	137
600以上	25パーセンタイル		74.1%	75.4%	79.8%	79.4%	77.4%	82.2%	74.5%	75.0%
	50パーセンタイル		78.7%	82.9%	85.8%	85.3%	87.8%	86.7%	83.0%	88.2%
	75パーセンタイル		93.1%	91.3%	91.6%	91.1%	92.6%	95.2%	92.2%	92.0%
	平均値		80.9%	79.9%	84.2%	82.4%	82.3%	85.0%	80.0%	80.8%
	登録数		23	23	24	23	22	22	22	21

21 脳梗塞急性期 t-PA 治療施行率【33】

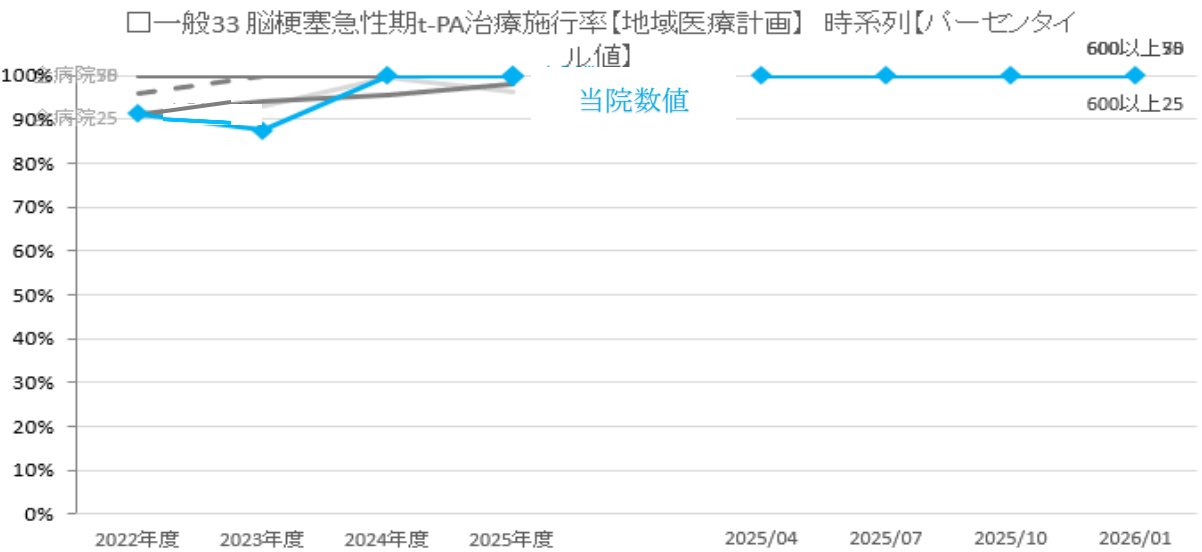
t-PA とは、脳梗塞の原因となる血液の塊を溶かす薬剤です。脳梗塞発症から 4 時間 30 分以内（超急性期）に使用すると効果的と言われています。t-PA は出血を合併する場合があるため、CT などを含めた検査により、脳梗塞の診断、全身状態についての診断を行った後に投与されます。

＜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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 7 年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分 子	算 定 患 者 数	21	14	6	7	2	2	2	1
分 母	該 当 患 者 数	23	16	6	7	2	2	2	1

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		91.3%	87.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
全病院	25パーセンタイル	90.5%	93.0%	99.6%	96.4%	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	89.0%	90.7%	92.8%	92.5%	93.4%	93.2%	94.7%	92.2%
	登録数	109	110	112	106	93	85	84	87
600以上	25パーセンタイル	91.3%	94.3%	95.5%	98.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	50パーセンタイル	95.8%	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	88.7%	90.7%	93.9%	98.5%	99.5%	98.2%	99.6%	96.6%
	登録数	22	22	24	22	22	19	19	19

22 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。

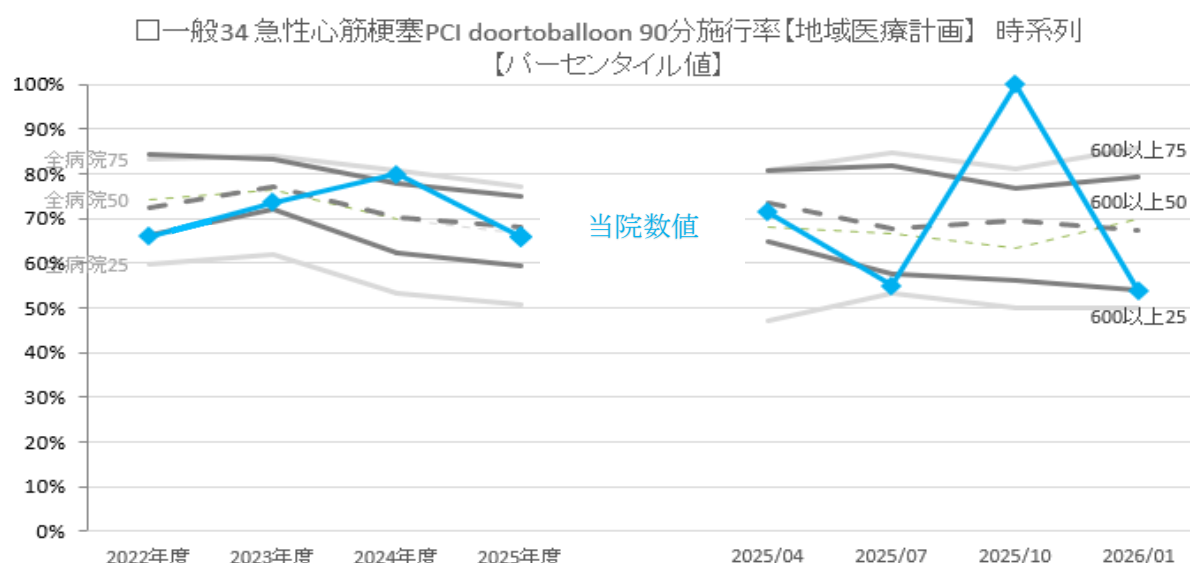
<指標の定義>

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
分子	施行患者数	35	42	40	37
分母	該当患者数	53	57	50	56

令和7年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
10	11	9	7
14	20	9	13

(参考) フィードバックデータ



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度		2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			66.0%	73.7%	80.0%	66.1%		71.4%	55.0%	100.0%	53.8%
全病院	25パーセンタイル		59.7%	61.9%	53.2%	50.8%		47.1%	53.3%	50.0%	50.0%
	50パーセンタイル		74.3%	76.3%	69.9%	66.7%		68.0%	66.7%	63.3%	70.0%
	75パーセンタイル		83.2%	84.1%	80.8%	77.2%		80.8%	84.6%	81.3%	85.7%
	平均値		69.6%	69.7%	66.2%	63.4%		62.8%	64.3%	62.1%	65.3%
	登録数		123	125	132	123		117	113	113	112
600以上	25パーセンタイル		66.3%	72.1%	62.3%	59.5%		64.9%	57.7%	56.3%	54.2%
	50パーセンタイル		72.5%	77.3%	70.4%	68.1%		73.6%	67.9%	69.5%	67.5%
	75パーセンタイル		84.5%	83.3%	77.7%	75.1%		80.8%	81.8%	76.8%	79.2%
	平均値		71.2%	75.0%	69.8%	67.7%		70.8%	67.0%	68.0%	67.4%
	登録数		22	23	24	23		22	22	22	21

23 胃癌低侵襲手術率（内視鏡）【35】

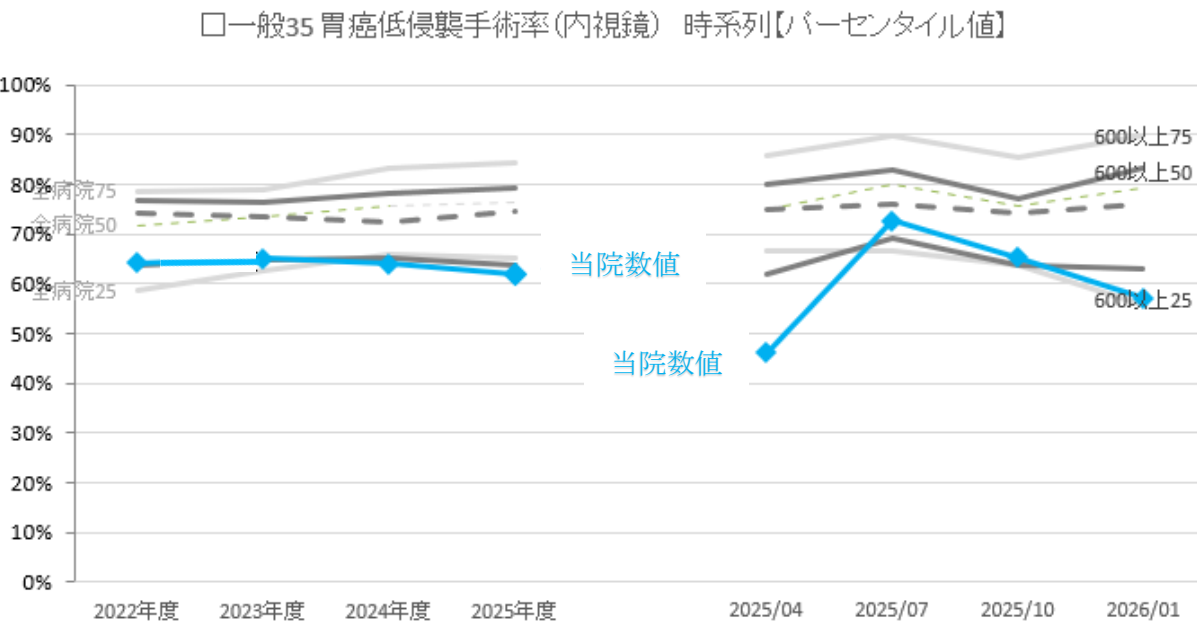
UICC ステージとは、がんの進行度を表します。ⅠからⅣに分類されています。胃癌の手術には、内視鏡、腹腔鏡、開腹があります。合併症やがんの状態などにより、開腹より体への影響の少ない、内視鏡手術や腹腔鏡手術が選ばれる場合があります。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分子	施行患者数	72	56	64	55	6	16	17	16
分母	該当患者数	112	86	100	89	13	22	26	28

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		64.3%	65.1%	64.0%	61.8%	46.2%	72.7%	65.4%	57.1%
全病院	25パーセンタイル	58.6%	62.8%	65.8%	65.4%	66.7%	66.7%	63.8%	55.6%
	50パーセンタイル	71.8%	73.7%	75.6%	76.5%	75.0%	80.0%	75.5%	79.1%
	75パーセンタイル	78.7%	78.9%	83.1%	84.5%	85.7%	89.9%	85.5%	89.6%
	平均値	65.4%	68.6%	71.0%	72.2%	72.2%	73.6%	72.6%	71.8%
	登録数	137	140	145	137	127	127	122	124
600以上	25パーセンタイル	63.8%	64.9%	65.4%	63.6%	61.8%	69.1%	63.8%	63.2%
	50パーセンタイル	74.4%	73.6%	72.3%	74.8%	74.8%	76.0%	74.2%	76.2%
	75パーセンタイル	76.8%	76.3%	78.3%	79.4%	80.0%	82.9%	77.0%	83.3%
	平均値	69.1%	69.3%	70.2%	71.1%	70.2%	72.4%	69.5%	69.9%
	登録数	22	23	24	23	22	22	22	21

24 胃癌低侵襲手術率（腹腔鏡）【36】

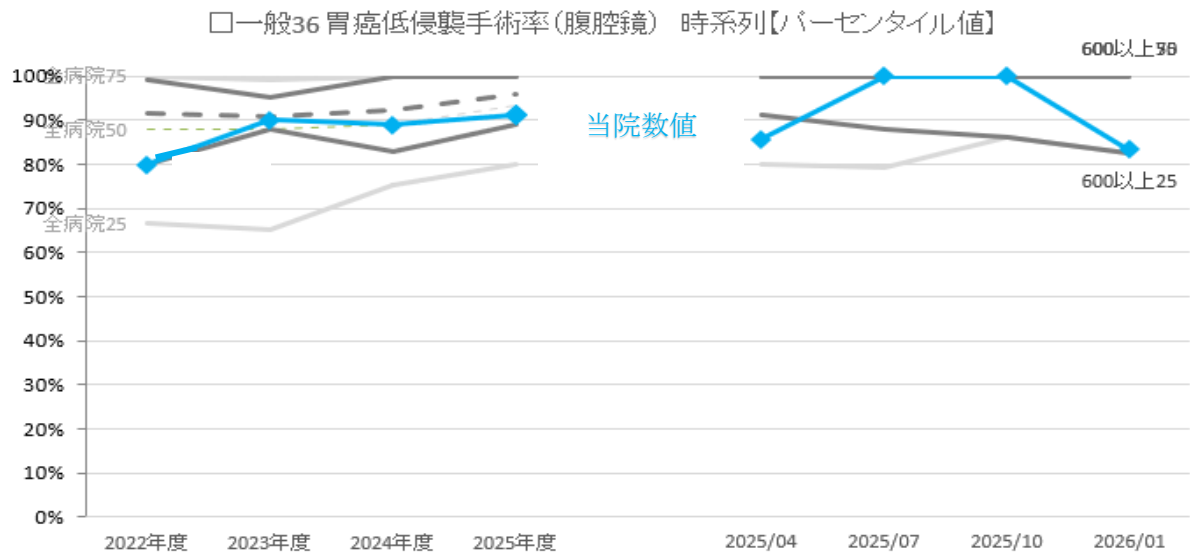
UICC ステージとは、がんの進行度を表します。ⅠからⅣに分類されています。胃癌の手術には、内視鏡、腹腔鏡、開腹があります。合併症やがんの状態などにより、開腹より体への影響の少ない、内視鏡手術や腹腔鏡手術が選ばれる場合があります。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分子	施行患者数	32	27	32	31	6	6	9	10
分母	該当患者数	40	30	36	34	7	6	9	12

(参考) フィードバックデータ



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			80.0%	90.0%	88.9%	91.2%	85.7%	100.0%	100.0%	83.3%
全病院	25パーセンタイル		66.7%	65.2%	75.4%	80.0%	80.0%	79.2%	86.2%	82.5%
	50パーセンタイル		87.9%	88.0%	88.9%	93.3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75パーセンタイル		100.0%	99.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値		74.9%	75.7%	81.6%	84.2%	83.6%	85.1%	87.6%	85.3%
	登録数		136	135	138	129	112	103	106	100
600以上	25パーセンタイル		80.2%	88.0%	83.1%	89.1%	91.1%	87.8%	86.2%	82.5%
	50パーセンタイル		91.7%	90.9%	92.2%	95.8%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75パーセンタイル		99.1%	95.3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値		89.1%	88.8%	89.2%	91.3%	93.3%	93.4%	90.4%	89.4%
	登録数		22	23	24	23	22	22	22	20

25 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。

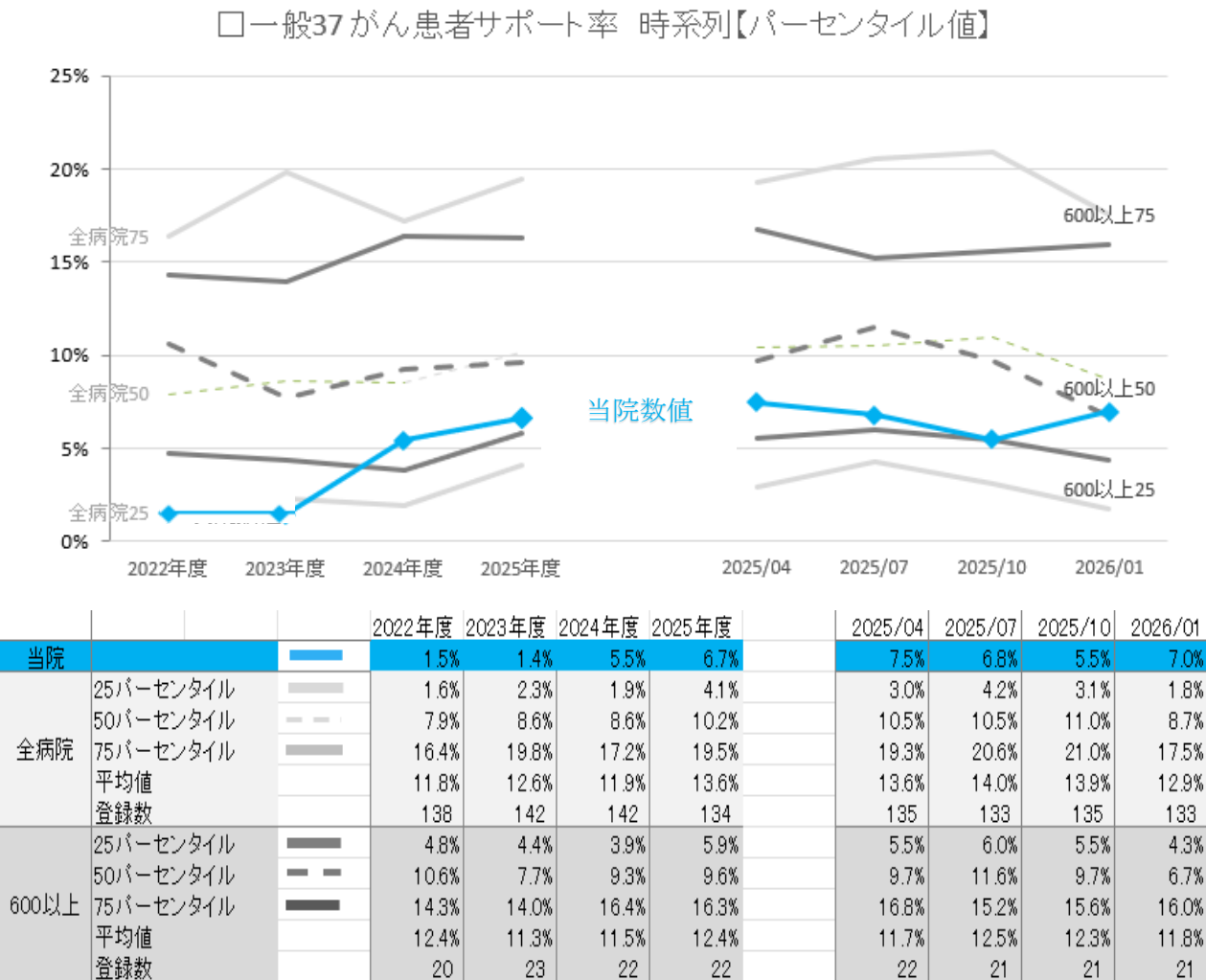
＜指標の定義＞

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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
分子	算 定 患 者 数	31	19	113	136
	初 回 退 院 数	2,081	2,077	2,072	2,043

令和7年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
39	34	30	33
522	500	547	474

(参考) フィードバックデータ



26 術中細胞診実施率（胃癌）【38】

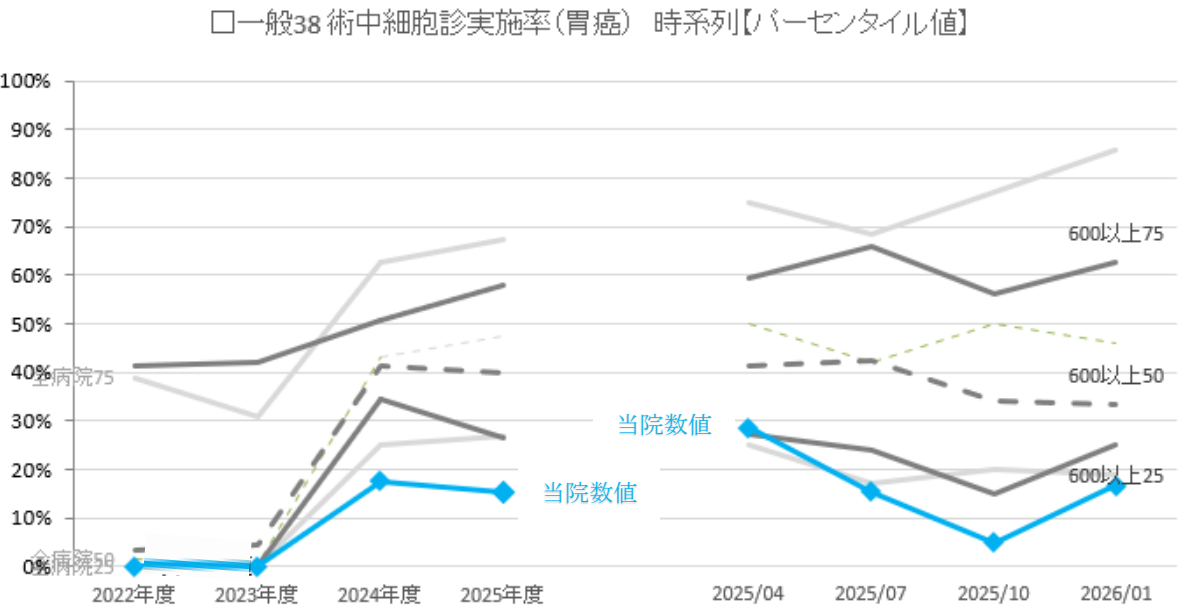
迅速細胞診とは、手術などで得られた細胞にがんが混じっているかについて、手術中に結果を報告する検査です。この検査を行うには、外科のみならず、手術室、病理検査等の取り組みが重要となってきます。

<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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7年度			
分子	術中細胞診実施数	0	0	12	10	第1期	第2期	第3期	第4期
分母	該当患者数	80	65	68	65	4	2	1	3
						14	13	20	18

(参考) フィードバックデータ



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度		2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			0.0%	0.0%	17.6%	15.4%		28.6%	15.4%	5.0%	16.7%
全病院	25パーセンタイル		0.0%	0.0%	25.0%	26.9%		25.0%	17.2%	20.0%	19.1%
	50パーセンタイル		1.4%	0.6%	43.2%	47.6%		50.0%	42.1%	50.0%	46.1%
	75パーセンタイル		38.9%	31.0%	62.5%	67.2%		75.0%	68.3%	77.1%	85.7%
	平均値		19.4%	17.7%	44.7%	48.3%		49.1%	45.5%	47.9%	49.9%
	登録数		138	142	148	139		127	119	126	118
600以上	25パーセンタイル		0.0%	0.0%	34.6%	26.4%		27.3%	23.9%	14.9%	25.0%
	50パーセンタイル		3.2%	4.3%	41.5%	40.0%		41.3%	42.5%	34.1%	33.3%
	75パーセンタイル		41.5%	42.1%	50.7%	57.8%		59.6%	65.9%	56.2%	62.5%
	平均値		21.9%	20.9%	40.3%	40.8%		41.8%	44.4%	36.1%	41.5%
	登録数		22	23	24	23		22	22	22	21

27 放射線専門医診断寄与率【39】

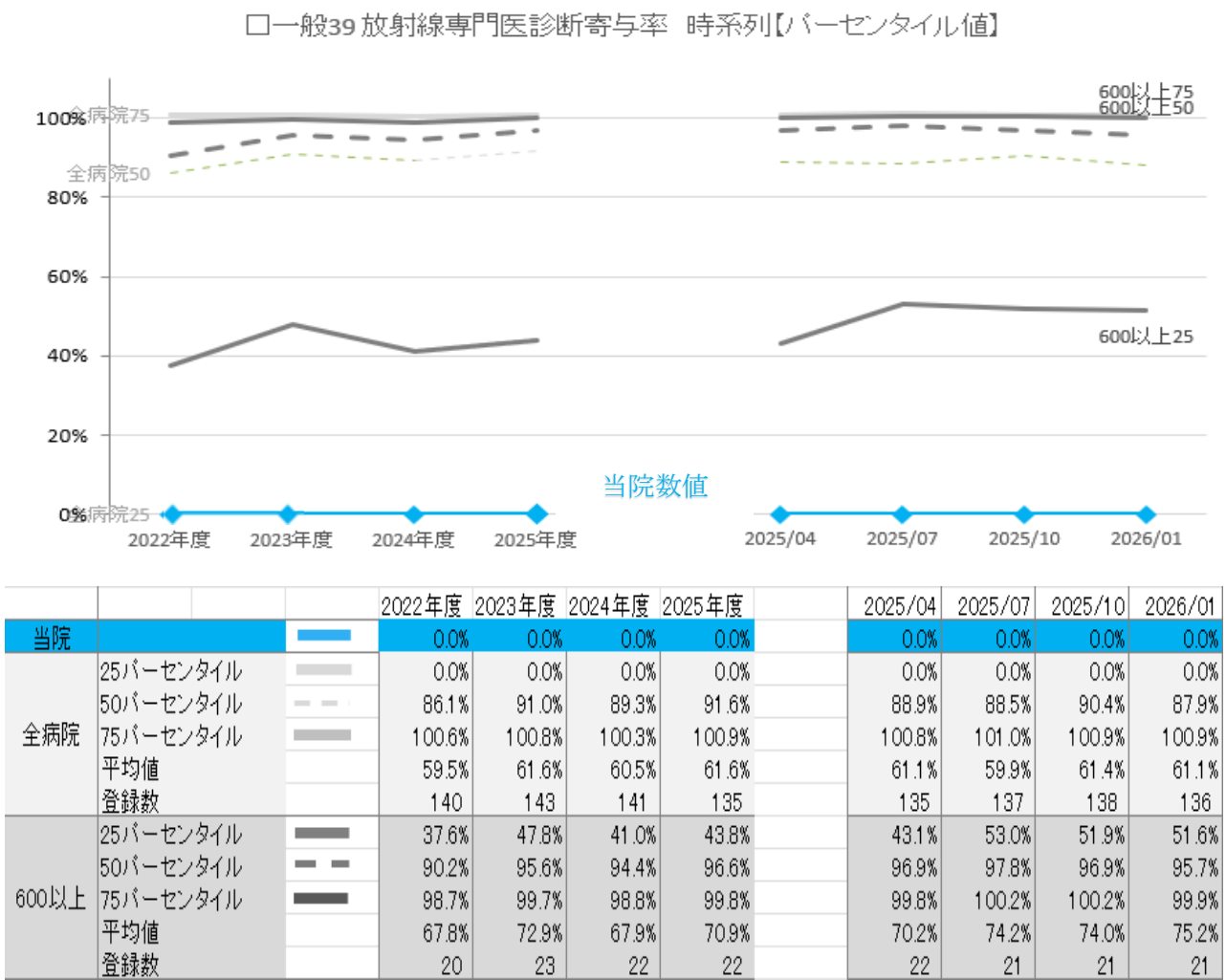
CT 等の放射線画像検査は、診療科担当医のほかに、放射線科専門医による診断が加わることがあります。画像管理加算とは、経験を積んだ放射線科専門医による診断が行われたことを表しています。担当医のみならず、放射線科専門医も読影することにより、より多角的に、また、検査目的以外の病変についても情報が得られる場合があります。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7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	49,351	51,148	52,848	53,399	13,129	13,661	13,379	13,230

(参考) フィードバックデータ



28 安全管理薬剤指導率【40】

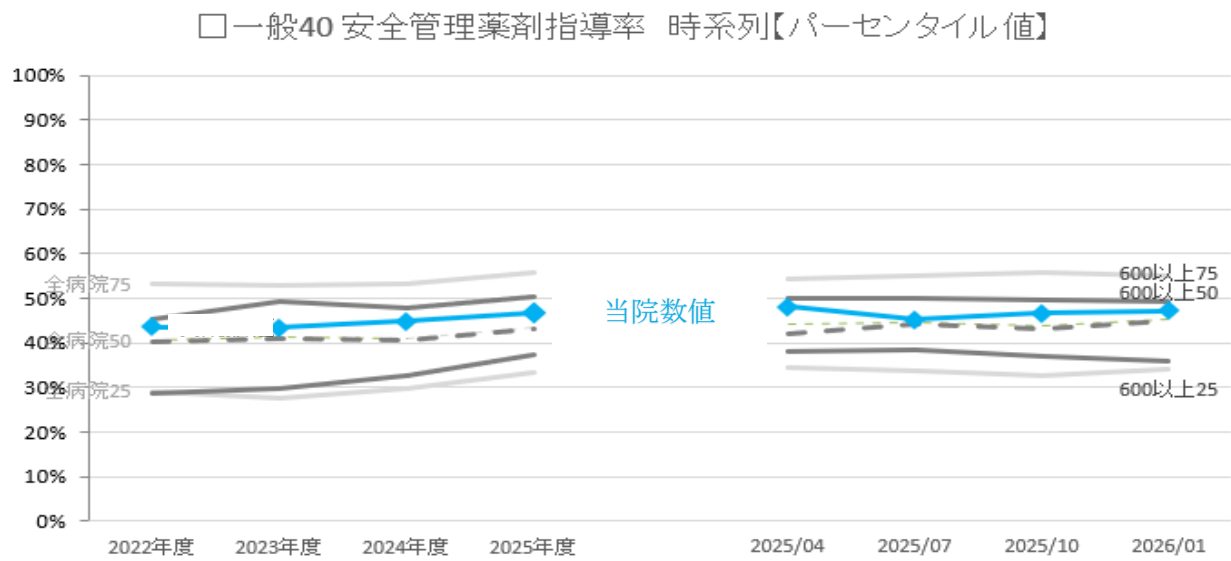
薬剤管理指導料とは、処方された薬剤（注射、内服薬、外用薬）について薬剤師が内容、相互作用等を患者さんに説明することで算定できる指導料です。特に安全管理が必要な医薬品として、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤等があります。担当医のみならず、薬剤師が薬剤治療を検討することにより、より副作用が少なく効果的な治療が行われます。

＜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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
						第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分 子	算 定 患 者 数	5,182	5,491	5,710	5,955	1,491	1,414	1,544	1,506
分 母	該 当 患 者 数	11,904	12,655	12,758	12,715	3,094	3,127	3,310	3,184

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		43.5%	43.4%	44.8%	46.8%	48.2%	45.2%	46.6%	47.3%
全病院	25パーセンタイル	29.2%	27.6%	29.9%	33.6%	34.5%	33.6%	32.8%	34.0%
	50パーセンタイル	40.6%	41.5%	41.1%	43.5%	44.2%	44.7%	43.8%	45.3%
	75パーセンタイル	53.2%	52.9%	53.3%	55.9%	54.2%	55.2%	55.9%	55.2%
	平均値	40.1%	40.5%	40.7%	44.3%	44.5%	44.7%	44.0%	44.4%
	登録数	146	151	158	149	142	141	140	138
600以上	25パーセンタイル	28.8%	29.7%	32.5%	37.5%	38.0%	38.6%	37.1%	36.0%
	50パーセンタイル	40.2%	41.2%	40.5%	43.3%	42.2%	44.3%	43.2%	45.1%
	75パーセンタイル	45.2%	49.4%	47.7%	50.3%	50.0%	50.2%	49.7%	49.4%
	平均値	37.3%	38.8%	39.3%	41.9%	42.0%	44.3%	43.5%	43.5%
	登録数	23	23	24	23	22	22	22	21

29 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。

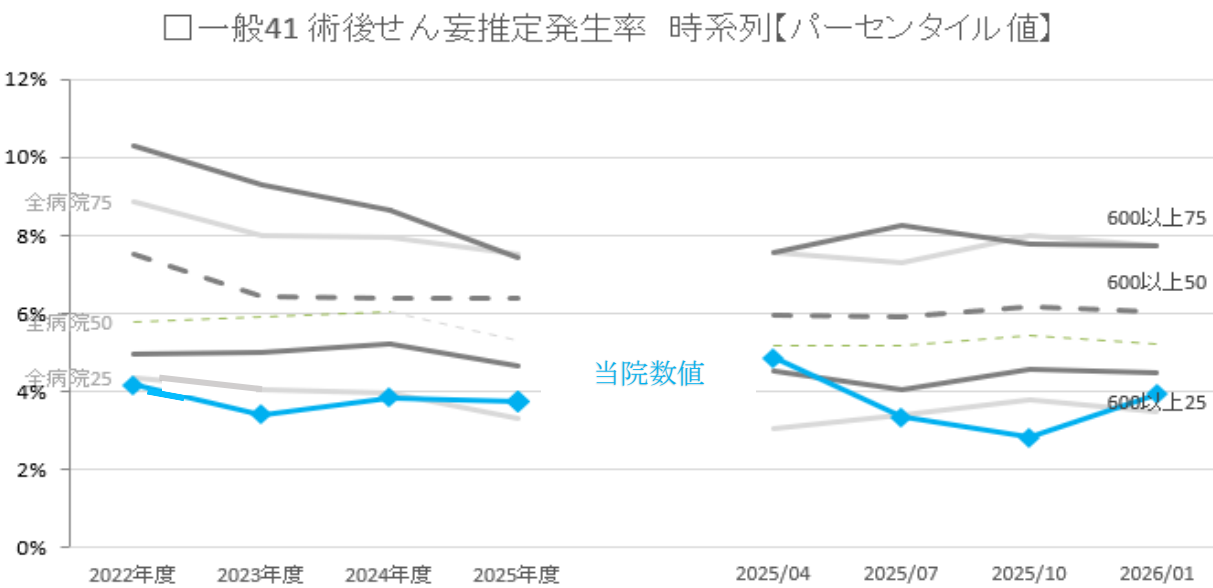
＜指標の定義＞

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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
分子	術後薬剤投与患者数	151	125	149	143
分母	該当患者数	3,612	3,673	3,879	3,830

令和7年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
46	33	28	36
947	983	987	913

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		4.2%	3.4%	3.8%	3.7%	4.9%	3.4%	2.8%	3.9%
全病院	25パーセンタイル	4.4%	4.0%	4.0%	3.3%	3.1%	3.4%	3.8%	3.5%
	50パーセンタイル	5.8%	5.9%	6.0%	5.3%	5.2%	5.2%	5.5%	5.2%
	75パーセンタイル	8.9%	8.0%	8.0%	7.5%	7.6%	7.3%	8.0%	7.7%
	平均値	7.1%	6.8%	6.8%	6.2%	6.1%	5.9%	6.5%	6.3%
	登録数	139	143	148	140	136	132	133	131
600以上	25パーセンタイル	5.0%	5.0%	5.2%	4.6%	4.5%	4.0%	4.6%	4.5%
	50パーセンタイル	7.5%	6.4%	6.4%	6.4%	6.0%	5.9%	6.2%	6.1%
	75パーセンタイル	10.3%	9.3%	8.7%	7.5%	7.6%	8.3%	7.8%	7.7%
	平均値	8.3%	7.8%	7.5%	7.0%	7.2%	6.9%	6.9%	7.0%
	登録数	22	23	24	23	22	22	22	21

30 HBV 再活性化スクリーニング率【42】

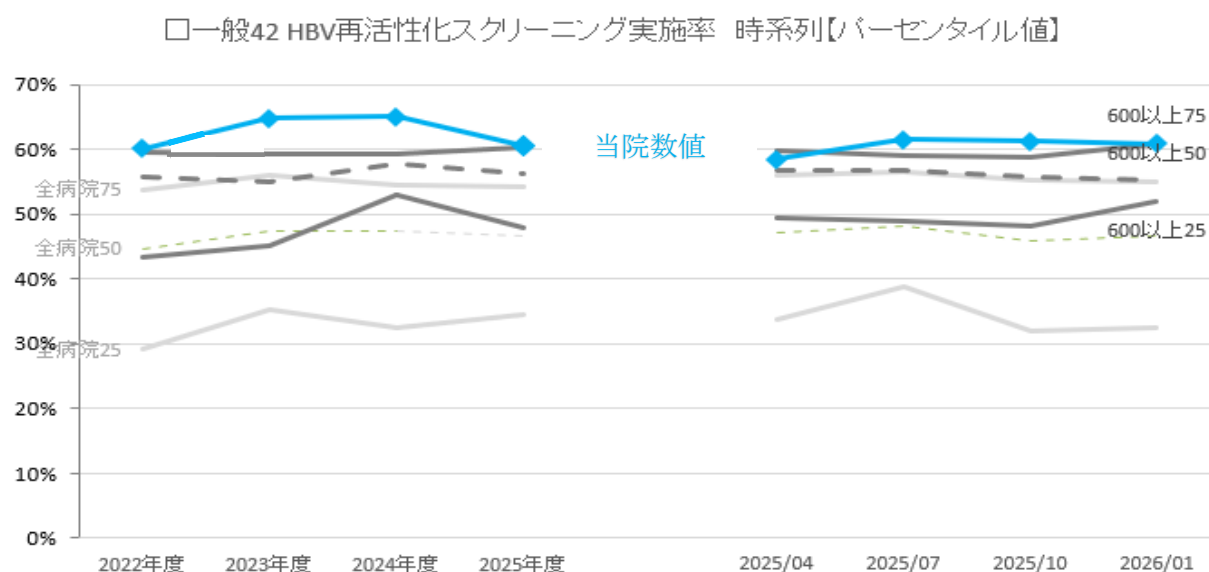
HBV 再活性化とは、以前に感染し潜在していたHBV（B型肝炎ウイルス）が再び増えることです。表面上目立たなくても体内にHBVが潜んでいる場合があり、抗がん剤などの使用をきっかけに再び増殖し始めることがあります。そのため、抗がん剤の治療を始める際には、B型肝炎かどうかを検査することが推奨されています。

<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4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和7年度			
						第1期	第2期	第3期	第4期
分子	施行症例数	1,128	1,095	1,143	1,139	267	301	289	282
分母	該当患者数	1,876	1,691	1,757	1,881	457	489	472	463

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		60.1%	64.8%	65.1%	60.6%	58.4%	61.6%	61.2%	60.9%
全病院	25パーセンタイル	29.2%	35.2%	32.5%	34.5%	33.8%	38.7%	32.1%	32.6%
	50パーセンタイル	44.7%	47.3%	47.5%	46.7%	47.2%	48.3%	45.8%	46.5%
	75パーセンタイル	53.9%	56.0%	54.5%	54.3%	56.1%	56.5%	55.3%	55.1%
	平均値	41.2%	43.9%	43.5%	43.2%	44.4%	44.8%	42.5%	42.7%
	登録数	137	141	139	128	130	135	134	133
600以上	25パーセンタイル	43.4%	45.1%	52.9%	48.0%	49.5%	49.0%	48.1%	52.0%
	50パーセンタイル	55.7%	55.1%	57.9%	56.3%	56.8%	56.7%	55.8%	55.3%
	75パーセンタイル	59.5%	59.2%	59.3%	60.2%	59.8%	59.1%	58.8%	60.9%
	平均値	50.0%	52.7%	55.1%	53.6%	53.2%	54.4%	53.9%	54.9%
	登録数	19	23	22	20	21	21	20	20

31 警告薬剤定期検査実施率【43】

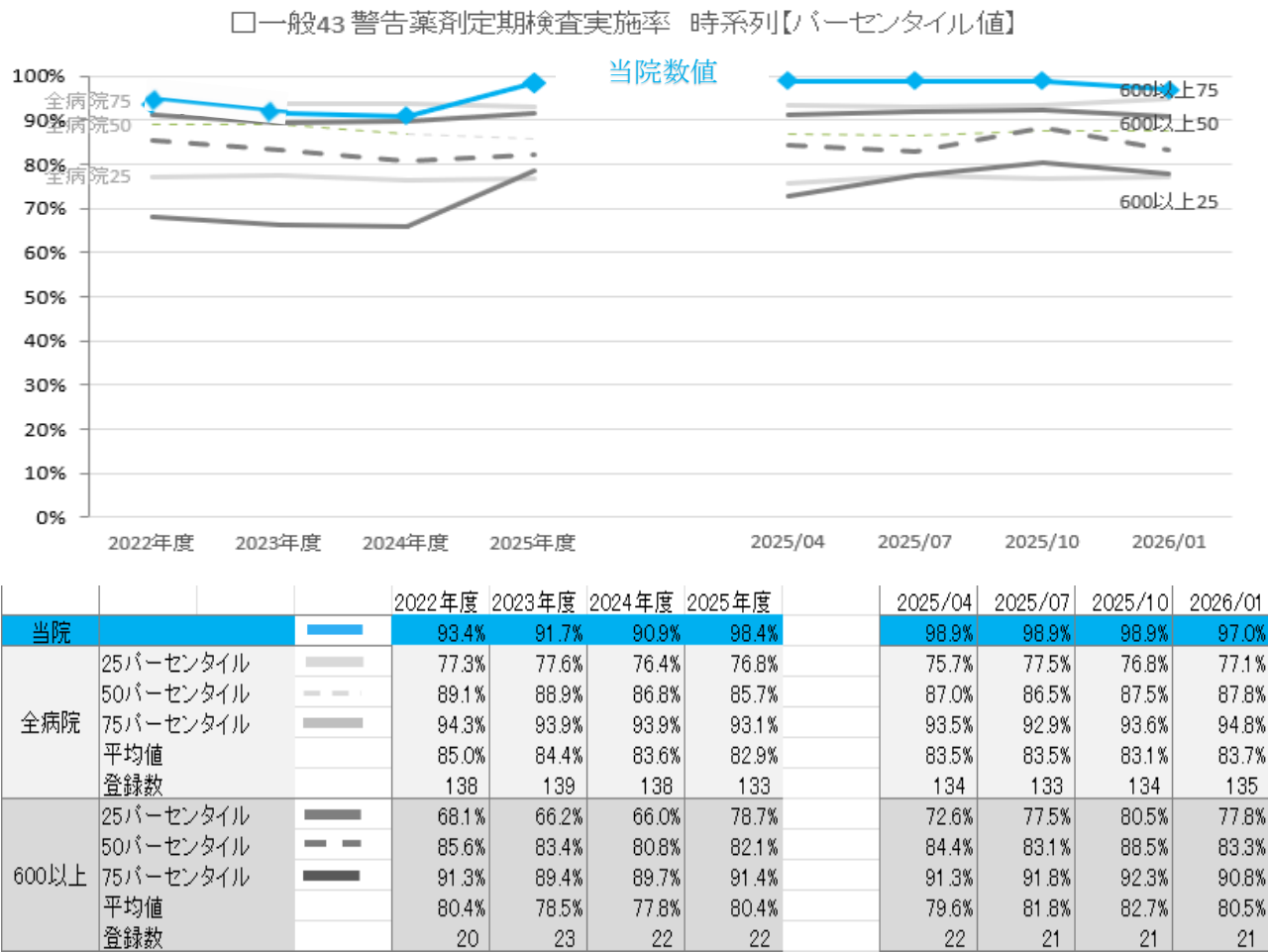
薬剤を適正に使用したにも関わらず、重篤な副作用が発生し、疾病、障害等の健康被害を受ける場合があります。体内への影響が強い薬剤については、安全に使用するため定期的に検査を実施することが推奨されています。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7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	1,114	272	272	281	289
分母	該当患者数	1,310	1,359	1,321	1,132	275	275	284	298

(参考) フィードバックデータ



32 点滴抗生物質微生物検査実施率【44】

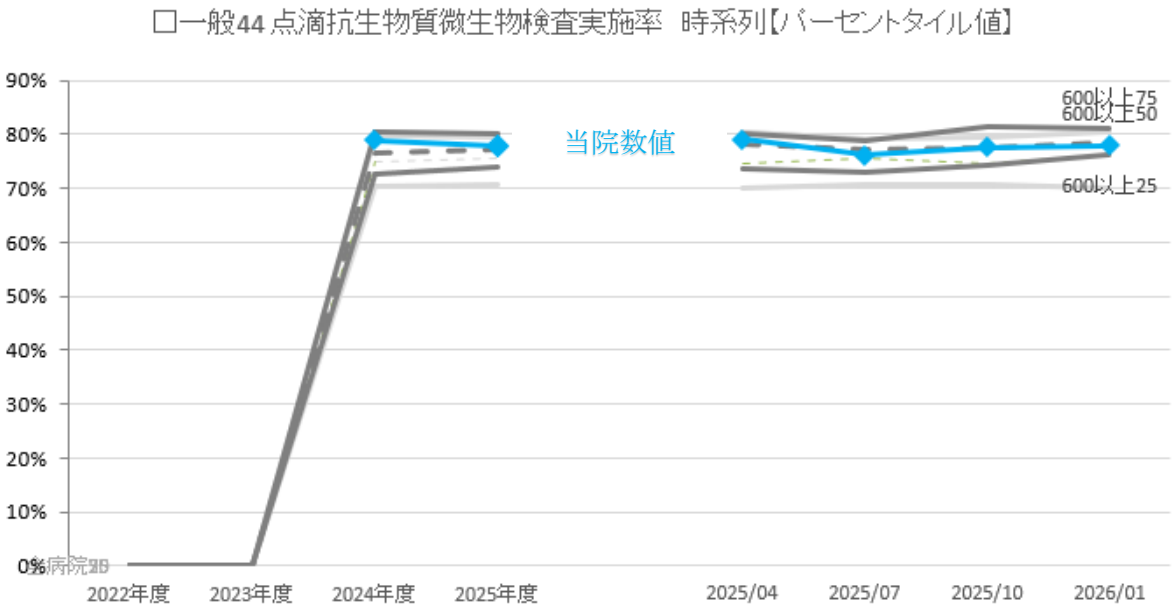
細菌感染症の際には抗生物質が点滴などで投与されます。原因となっている細菌に対して適切な抗生物質の投与が望ましいとされます。原因となっている細菌について検査をされているかを見ている指標です。

<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 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和7年度			
分子	施行症例数			4,306	4,010	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
分母	該当患者数			5,454	5,160	1,020	995	1,037	958
						1,289	1,305	1,336	1,230

(参考) フィードバックデータ



		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院		<なし>	<なし>	79.0%	77.7%	79.1%	76.2%	77.6%	77.9%
全病院	25パーセンタイル			70.3%	70.6%	70.1%	70.6%	70.6%	70.2%
	50パーセンタイル			75.0%	75.7%	74.7%	75.6%	74.8%	76.2%
	75パーセンタイル			79.9%	79.6%	80.4%	79.1%	79.4%	80.5%
	平均値			74.3%	74.8%	74.8%	74.5%	74.6%	75.0%
	登録数			154	145	140	137	137	137
600以上	25パーセンタイル			72.8%	74.0%	73.5%	72.9%	74.3%	76.2%
	50パーセンタイル			76.7%	77.4%	78.3%	77.3%	77.6%	78.5%
	75パーセンタイル			80.5%	80.0%	80.3%	78.7%	81.6%	81.2%
	平均値			76.5%	77.2%	77.1%	76.5%	77.6%	78.1%
	登録数			24	22	22	22	21	21

33 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>

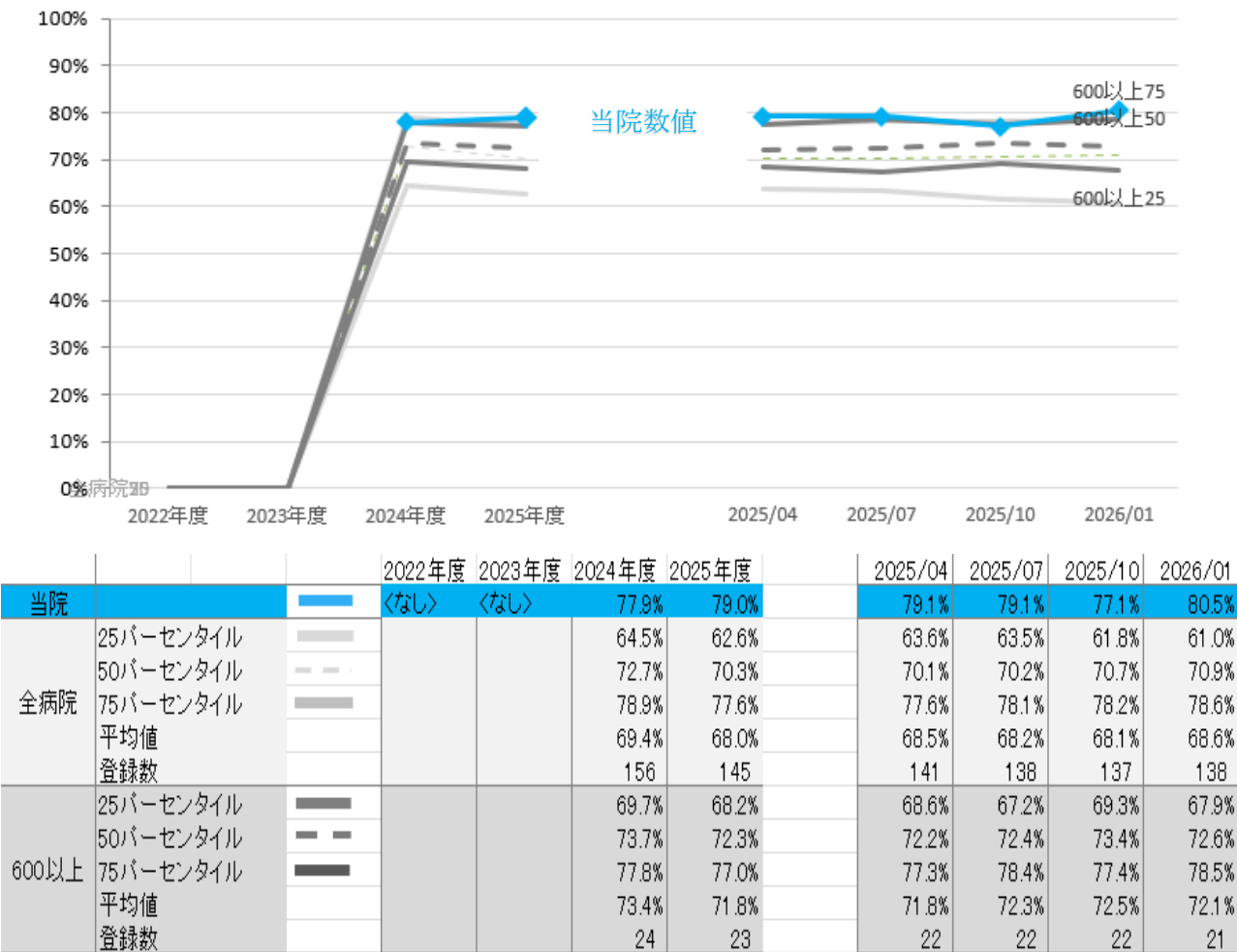
計算方法	分 子：	分母のうち、せん妄ハイリスク患者ケアを実施した患者数
	分 母：	新規入院患者のうち70歳以上、または、入院中に全身麻酔手術のあった患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
分子	施行症例数			9,633	9,822
分母	該当患者数			12,365	12,439

令和7年度			
第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
2,365	2,456	2,461	2,540
2,989	3,103	3,191	3,156

(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【パーセンタイル値】



34 広域スペクトル抗菌薬使用時細菌培養実施率【46】

抗菌薬の適正使用とは、適切な抗菌薬の選択と投与量・投与期間および安全に配慮して感染症を治療することであり、科学的根拠に基づいた使用が求められています。日本環境感染学会では、可能な限り狭域スペクトラムの薬剤を選択し、広域スペクトラム薬剤によるエンピリック治療（経験的治療。診断を確定する前に治療を開始すること。特に感染症で、病原微生物を同定する前に抗生物質を投与することをいう。）は限定した症例のみに実施すると定めています。広域抗菌薬の過剰使用は耐性菌の蔓延を助長する恐れがあります。

一般に、抗菌薬投与前と広域抗菌薬への変更前には、培養検査を実施することが重要だと考えられています。以下の指標は、広域抗菌薬を使用する際に、望ましい手順が取られているかを判断する基準となります。

<指標の定義>

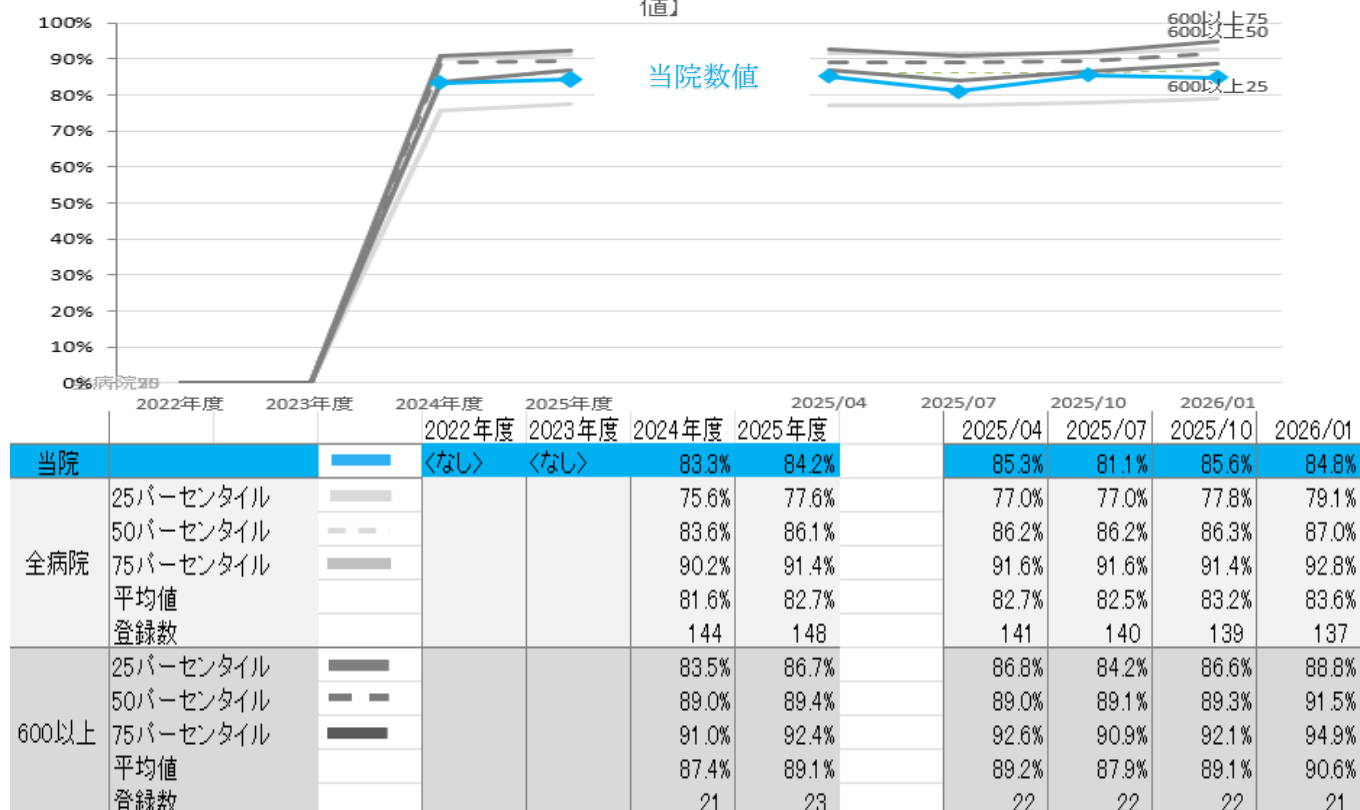
計算方法	分 子：	入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数
	分 母：	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数
値の解釈	より高い値が望ましい	

(参考) 当院詳細数値		令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
分子	施行症例数			1,479	1,415
分母	該当患者数			1,776	1,680

令和7年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
376	326	368	345
441	402	430	407

(参考) フィードバックデータ

□一般46 広域スペクトル抗菌薬使用時細菌培養実施率 時系列【パーセンタイル値】



35 血液培養2セット実施率【47】

汚染菌か原因菌かの判断は検出された細菌の特性と存在様式などから判断されます。採血時の消毒を含め、定められた手順で同時に採血された2セットから同じ菌種が同定されれば、原因菌である可能性が高くなります。どちらか一方であれば汚染菌の可能性を疑います。1セットで起炎菌が検出される感度は70%、2セット以上で95%以上です。また、血液培養は1セットのみの場合の擬陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。

<指標の定義>

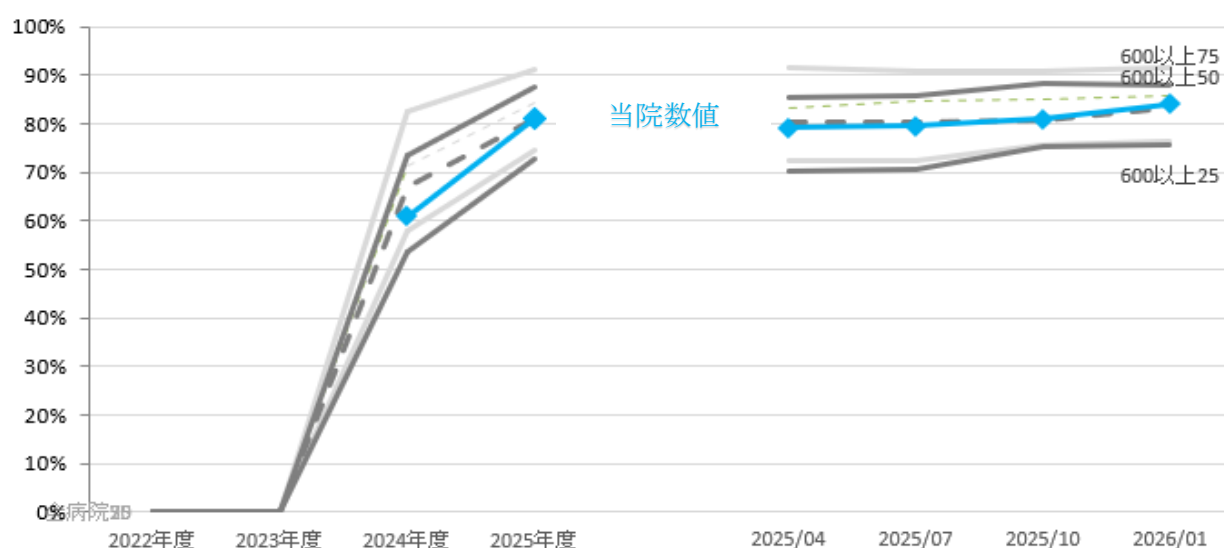
計算方法	分 子： 血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
	分 母： 血液培養オーダー日数
値の解釈	より高い値が望ましい

(参考) 当院詳細数値		令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
分子	施行症例数			3,995	5,941
分母	該当患者数			6,554	7,324

令和7年度			
第1期	第2期	第3期	第4期
1,276	1,371	1,641	1,653
1,610	1,722	2,025	1,967

(参考) フィードバックデータ

□一般47 血液培養2セット実施率 時系列【パーセンタイル値】



			2022年度	2023年度	2024年度	2025年度		2025/04	2025/07	2025/10	2026/01
当院			<なし>	<なし>	61.0%	81.1%		79.3%	79.6%	81.0%	84.0%
全病院	25パーセンタイル				58.0%	74.6%		72.4%	72.3%	75.6%	76.6%
	50パーセンタイル				71.2%	84.2%		83.3%	84.9%	85.0%	85.9%
	75パーセンタイル				82.4%	91.1%		91.7%	90.7%	90.7%	91.7%
	平均値				68.7%	79.6%		78.7%	79.3%	80.0%	81.3%
	登録数				144	150		134	140	141	138
600以上	25パーセンタイル				53.6%	72.8%		70.4%	70.7%	75.5%	75.7%
	50パーセンタイル				66.9%	81.1%		80.3%	80.5%	80.8%	83.4%
	75パーセンタイル				73.5%	87.4%		85.4%	86.0%	88.5%	87.8%
	平均値				62.9%	76.8%		74.3%	76.9%	78.5%	82.3%
	登録数				21	23		20	22	22	21