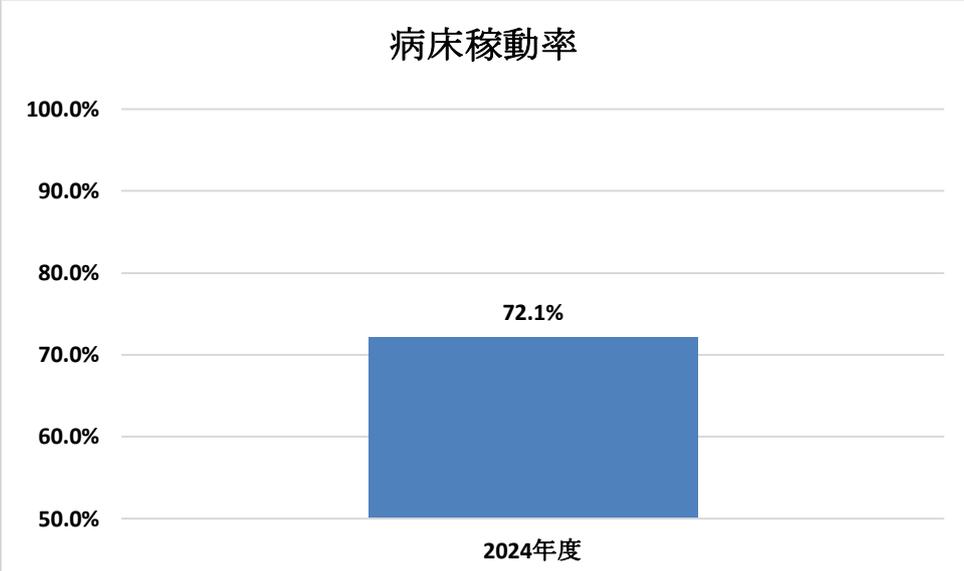


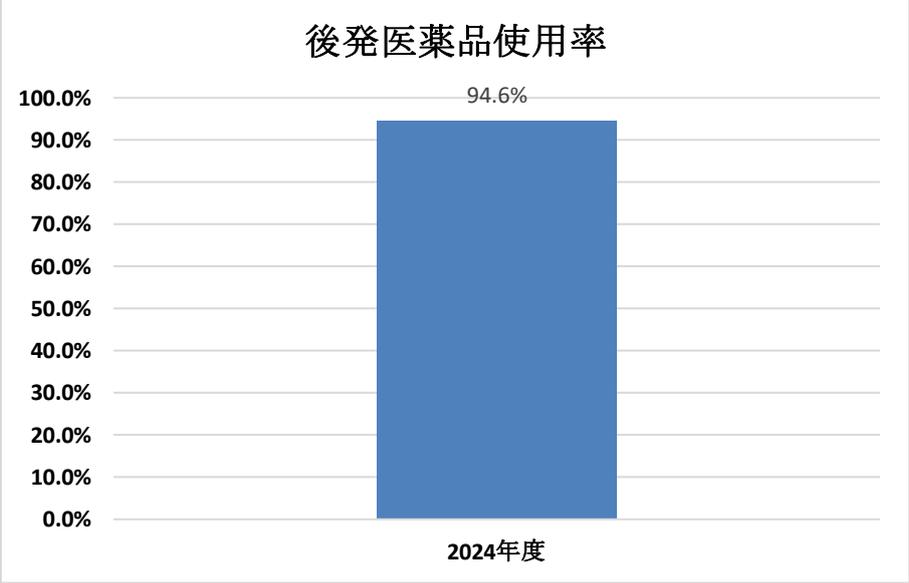
## 1. 病床稼働率

<b>概要</b>	<p>一般病床の運用の効率化を表す指標です。</p> <p>「病床稼働率」は、病院収入を見るための指標のひとつで、病床が入院患者さんによってどのくらいの割合で満たされていたのかを示すために用いられます。いわゆる入院ベッドの運用状況を見るための尺度ともいえます。</p> <p>当院は、急性期一般入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、小児入院医療管理料を算定する病棟を設置し、急性期医療を担っております。ここでいう病床稼働率は、その全ての病棟を合計した利用状況を示しています。</p>				
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>病床稼働率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>稼働率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>72.1%</td></tr></tbody></table>	年度	稼働率	2024年度	72.1%
年度	稼働率				
2024年度	72.1%				
<b>解説</b>	<p>1年間の一般病床における病床稼働率。</p> <p>以下の式で算出。</p> $\text{病床稼働率} = (\text{「延べ入院患者数」} \div \text{「延べ稼働病床数」}) \times 100$				

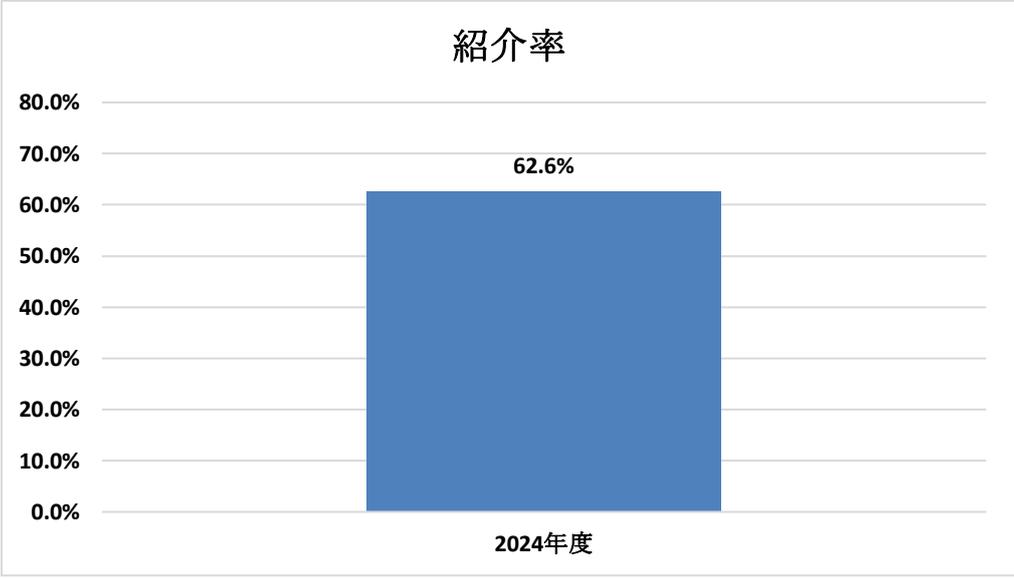
## 2. 平均在院日数

概要	<p>患者さんが一般病床に平均何日間入院しているかを表す指標です。患者さんの重症度や疾病により違いがあるため、単純な比較はできませんが、医療の質の確保と効率化が高レベルで達成されるほど、平均在院日数は短縮されるといわれています。例えば、病床稼働率が上昇し、平均在院日数が短縮している場合は、地域の医療機関等との連携により急性期医療が効率的に行われていることを示します。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">平均在院日数</p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>平均在院日数 (日)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>11.0</td></tr></tbody></table>	年度	平均在院日数 (日)	2024年度	11.0
年度	平均在院日数 (日)				
2024年度	11.0				
解説	<p>1年間の一般病床における平均在院日数。 以下の式で算出。 平均在院日数 = 「延べ在院患者数」 ÷ ((「新入院患者数」 + 「退院患者数」) ÷ 2)</p>				

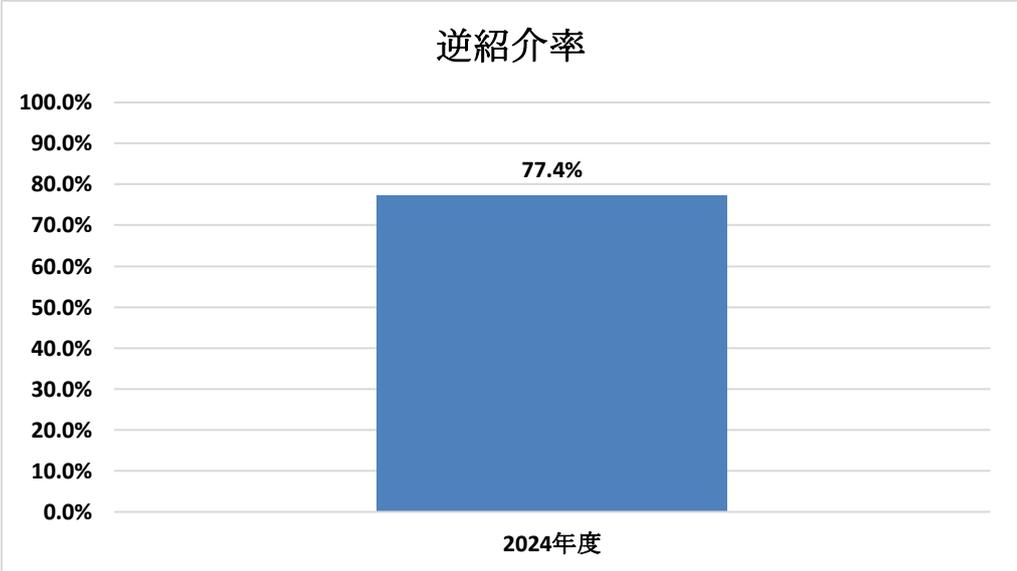
### 3. 後発医薬品使用率

概要	<p>後発医薬品切替可能薬品のうち、実際に消費した後発医薬品の数量が占める割合を表す指標です。後発医薬品の積極的な活用は、患者さんの自己負担医療費の軽減や医療保険財政の改善に資するものとなります。また、この指標により、政府が定める数量シェア目標にどれだけ貢献しているかを示すことができます。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>後発医薬品使用率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>後発医薬品使用率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>94.6%</td></tr></tbody></table>	年度	後発医薬品使用率	2024年度	94.6%
年度	後発医薬品使用率				
2024年度	94.6%				
解説	<p>1年間の入院における後発医薬品使用率。 以下の式で算出。 ※後発医薬品使用率 = 〔後発医薬品の数量〕 / (〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕 + 〔後発医薬品の数量〕) ※月毎に算出した後発医薬品使用率の平均値を年度使用率として算出。</p>				

## 4. 紹介率

概要	<p>外来初診患者さんのうち、他の医療機関から紹介状を持参し受診された患者さんの割合です。紹介率は地域の医療機関との連携・機能分化の指標であり、この指標が高い医療機関は地域の医療機関との連携が強く、患者さんの病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられます。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>紹介率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>紹介率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>62.6%</td></tr></tbody></table>	年度	紹介率	2024年度	62.6%
年度	紹介率				
2024年度	62.6%				
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{紹介率} = (\text{紹介患者数} + \text{救急車搬入患者数}) \div \text{初診患者数} \times 100$ <p>2024年4月に杏林大学杉並病院開院。地域の診療所・クリニックの先生方と連携をとり、入院や手術を必要とする患者さんの受入に注力しております。</p>				

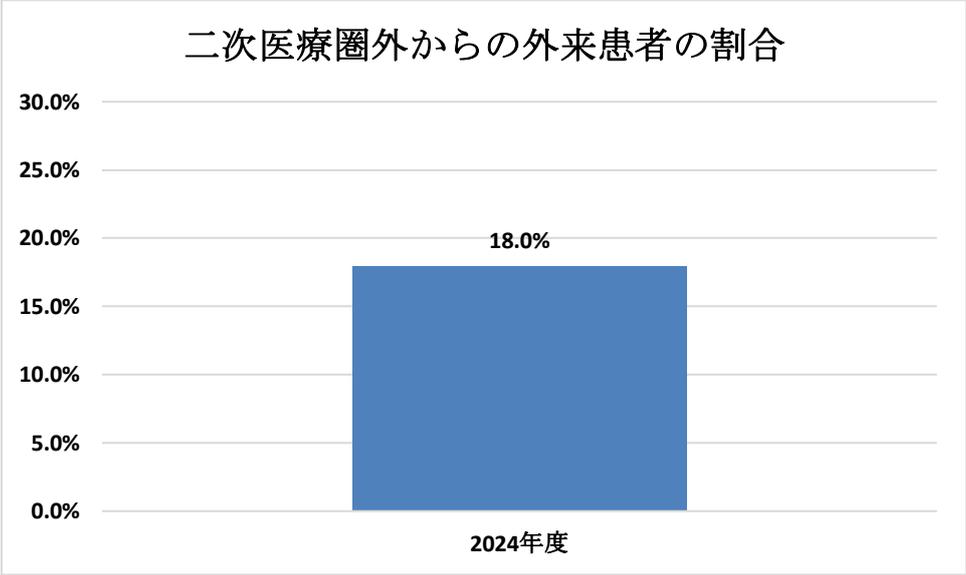
## 5. 逆紹介率

概要	他の医療機関へ患者さんを紹介した割合を表す指標です。地域の医療機関との連携・機能分化の指標であり、この指標が高い医療機関は、患者さんの病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられます。				
実績	<p style="text-align: center;"><b>逆紹介率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>逆紹介率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>77.4%</td></tr></tbody></table>	年度	逆紹介率	2024年度	77.4%
年度	逆紹介率				
2024年度	77.4%				
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} \div \text{初診患者数} \times 100$ <p>2024年4月に杏林大学杉並病院開院。地域の診療所、クリニックの先生方から多くのご紹介を受け、また、当院から地域の診療所、クリニックの先生方への紹介も多くなっています。</p>				

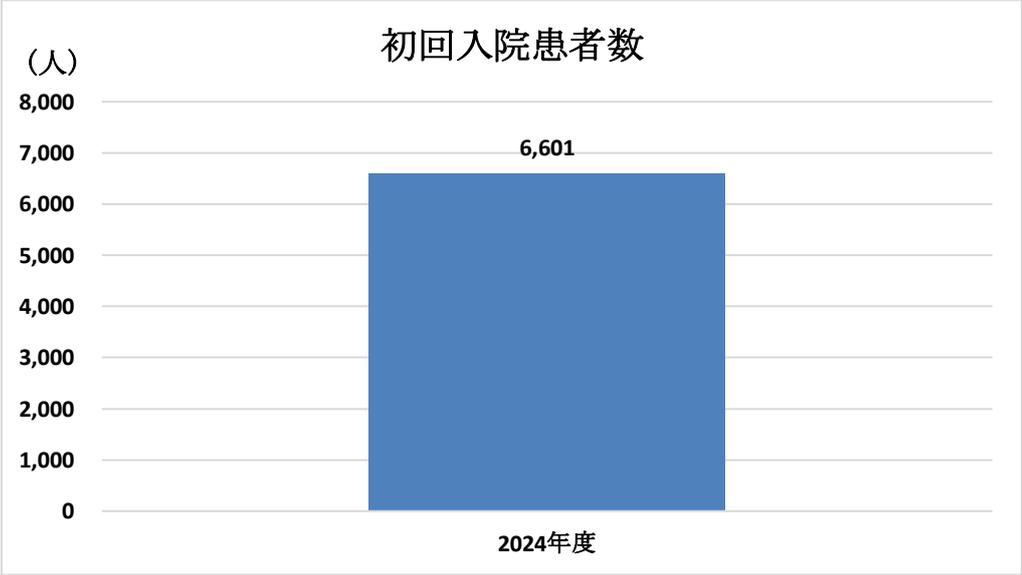
## 6. 新規外来患者数

概要	<p>1年間に新規にIDを取得し、診療録を作成した患者さんの数です。紹介状の有無に関わらず、当院を初めて受診した患者さんに相当する数であり、診察券の新規発行件数と言い換えることもできます。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>新規外来患者数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>新規外来患者数 (人)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>9,699</td></tr></tbody></table>	年度	新規外来患者数 (人)	2024年度	9,699
年度	新規外来患者数 (人)				
2024年度	9,699				
解説	<p>1年間に新規にIDを取得し、診療録を作成した患者数です。 診療科単位でなく、病院全体で新規にIDを取得した患者さんの人数で、外来を経由しない新規入院患者さんの数も含まれます。</p>				

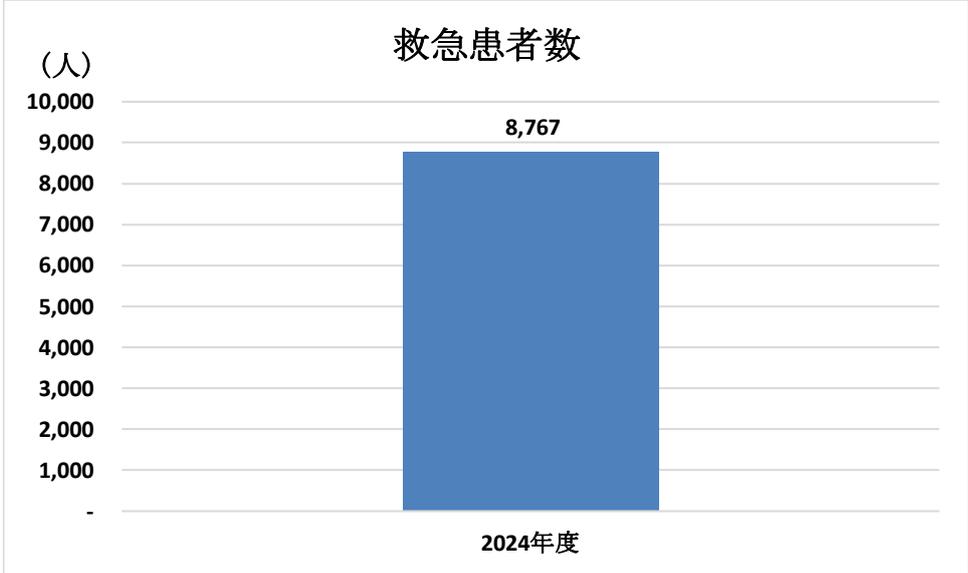
## 7. 二次医療圏外からの外来患者の割合

概要	<p>遠方から来院する外来患者さんを、どの程度診察しているかを表す指標です。患者さんが在住している二次医療圏で対応できない希少疾患に対する特殊治療の貢献度の指標としても用いられます。杉並区に所在する当院は、東京都の二次医療圏の区分けでは、中野区、新宿区とともに「区西部」に属しています。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">二次医療圏外からの外来患者の割合</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>割合</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>18.0%</td></tr></tbody></table>	年度	割合	2024年度	18.0%
年度	割合				
2024年度	18.0%				
解説	<p>2024年度1年間の自施設の当該二次医療圏外に居住する外来患者さんの延べ数を、外来患者さんの延べ数で除した割合(%)です。二次医療圏とは、医療法第三〇条の四第二項により規定された区域を指します。当院が所属する「区西部」には杉並区、中野区、新宿区が属しており、当院には杉並区、中野区から特に多くの患者さんが受診されています。</p>				

## 8. 初回入院患者数

概要	<p>項目6「新規外来患者数」と同様の考えで、新規に入院診療を行う患者さんの数を示す指標です。入退院を繰り返すことが多い疾患（化学療法など）を数えた入院患者数では、病院に新規の治療で入院した患者数を反映しないため、本項目は、より多くの患者さんに新たに入院医療を提供していることを表現する指標となります。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">初回入院患者数</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>初回入院患者数 (人)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>6,601</td></tr></tbody></table>	年度	初回入院患者数 (人)	2024年度	6,601
年度	初回入院患者数 (人)				
2024年度	6,601				
解説	<p>1年間の入院患者さんのうち、入院日から過去1年間に当院での入院履歴が無い入院患者さんの人数です。診療科単位ではなく、病院全体として入院履歴の無い場合に該当します。</p>				

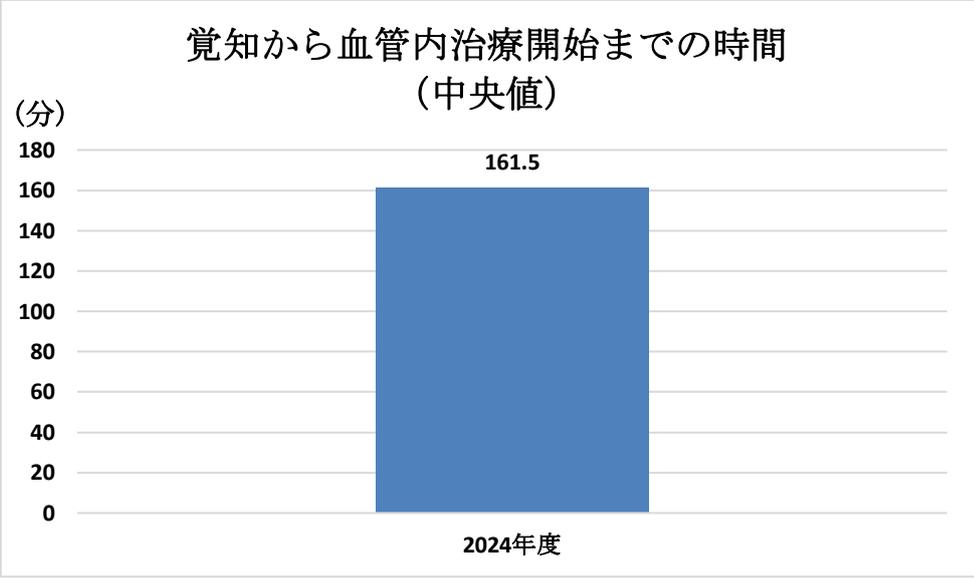
## 10. 救急患者数

概要	年間で1・2次救急外来を受診した患者さんの数を表す指標です。病院の救急診療を評価する指標となります。また、地域医療への貢献を示す指標にもなります。				
実績	<p style="text-align: center;">救急患者数</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>患者数 (人)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>8,767</td></tr></tbody></table>	年度	患者数 (人)	2024年度	8,767
年度	患者数 (人)				
2024年度	8,767				
解説	1・2次救急外来で受け入れた患者数になります。				

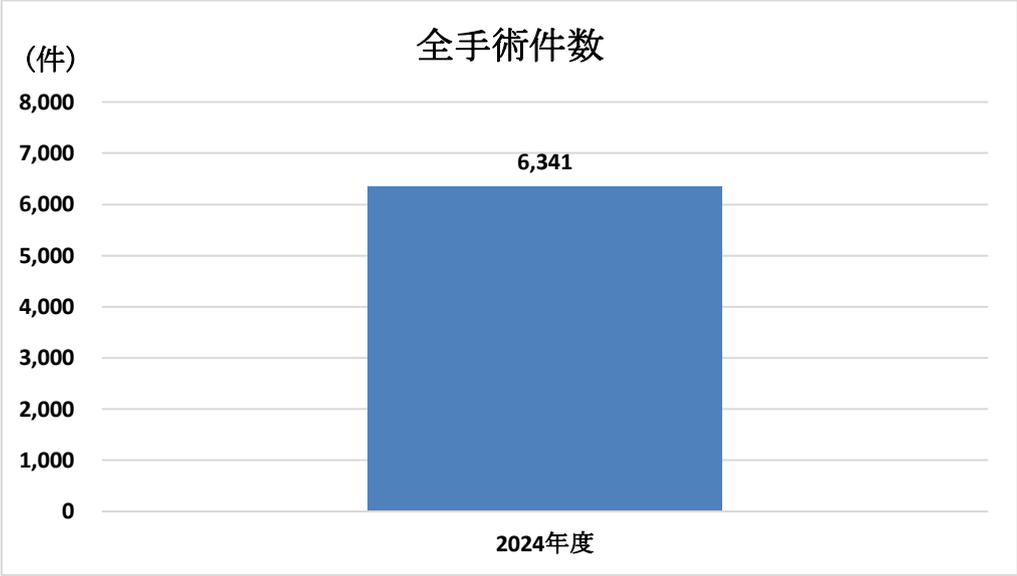
## 12. スタットコール発動件数

概要	<p>スタットコールとは、患者さん・職員・面会者を含む院内の存在者が生命の危機に陥った状態で救急対応が必要になった際に、火急の診療業務に当たっていない医師と看護師をはじめとする院内職員が現場に急行し、心肺蘇生等の救命処置を支援する患者安全のためのシステムのひとつです。本指標は、1年間に発動したスタットコールの件数です。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">スタットコール起動件数</p> <table border="1"><thead><tr><th>年</th><th>件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年</td><td>14</td></tr></tbody></table>	年	件数	2024年	14
年	件数				
2024年	14				
解説	<p>1年間に発動したスタットコールの件数になります。</p>				

## 1.3. t-PA および血管内治療開始までの時間

概要	<p>脳卒中の治療には時間制限があり、t-PA 療法は 4.5 時間、血管内治療は 8 時間以内に治療を開始する必要があります。本指標は、発症確定時間（覚知）から、t-PA および血管内治療開始までに要した時間の中央値です。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">覚知から血管内治療開始までの時間 (中央値)</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>中央値 (分)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>161.5</td></tr></tbody></table>	年度	中央値 (分)	2024年度	161.5
年度	中央値 (分)				
2024年度	161.5				
解説	<p>脳梗塞患者さんに対する t-PA および血管内治療開始までに要した時間の中央値になります。</p>				

## 14. 全手術件数

概要	<p>2024年度より医学部附属病院となり、近隣の医療機関より、手術を必要とする患者さんのご紹介をより多く頂いております。各診療科の医師、麻酔科医、看護師、臨床工学技士などの医療チームが協力し多くの手術に対応しております。指標では、保険診療で「手術」の項目となる件数を集計しています。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">全手術件数</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>全手術件数 (件)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>6,341</td></tr></tbody></table>	年度	全手術件数 (件)	2024年度	6,341
年度	全手術件数 (件)				
2024年度	6,341				
解説	<p>院内で行われた手術（Kコードに限る、K920 輸血を除く）件数を集計（複数術野の手術等、複数のKコードを持つ場合は合わせて1件とする）。</p>				

◆担当部署：手術室

## 15. 緊急時間外手術の件数

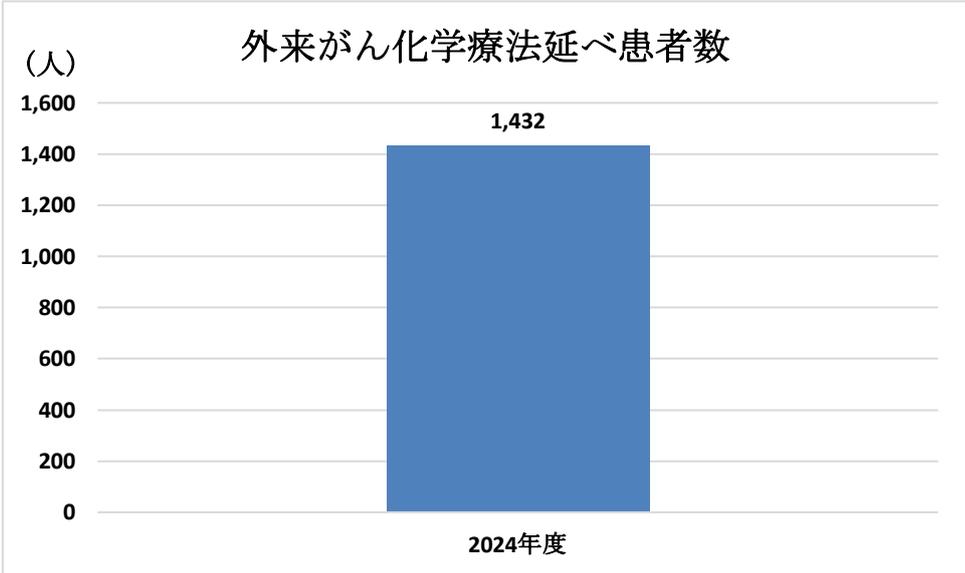
概要	<p>1年間に時間外に実施した緊急手術の件数で、夕方以降から深夜、日曜日祝祭日など通常時間帯以外の手術に対応できる力を示す指標です。予定外の緊急時間外手術に常に備えるには、十分なベッド数や検査・画像診断機器などの設備、麻酔や執刀を行うスタッフが必要です。夜間のオンコール体制等を実施し、緊急の患者さんに24時間対応できる体制を整備しています。但し、対応が困難な場合は杏林大学病院や、近隣の医療機関と連携し紹介を行います。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>緊急時間外手術の件数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>165</td></tr></tbody></table>	年度	件数	2024年度	165
年度	件数				
2024年度	165				
解説	<p>1年間に緊急に行われた手術（輸血を除く）で、かつ時間外加算、深夜加算、休日加算を算定した手術の件数になります。</p>				

◆担当部署：手術室

## 17. 緊急帝王切開術実施件数

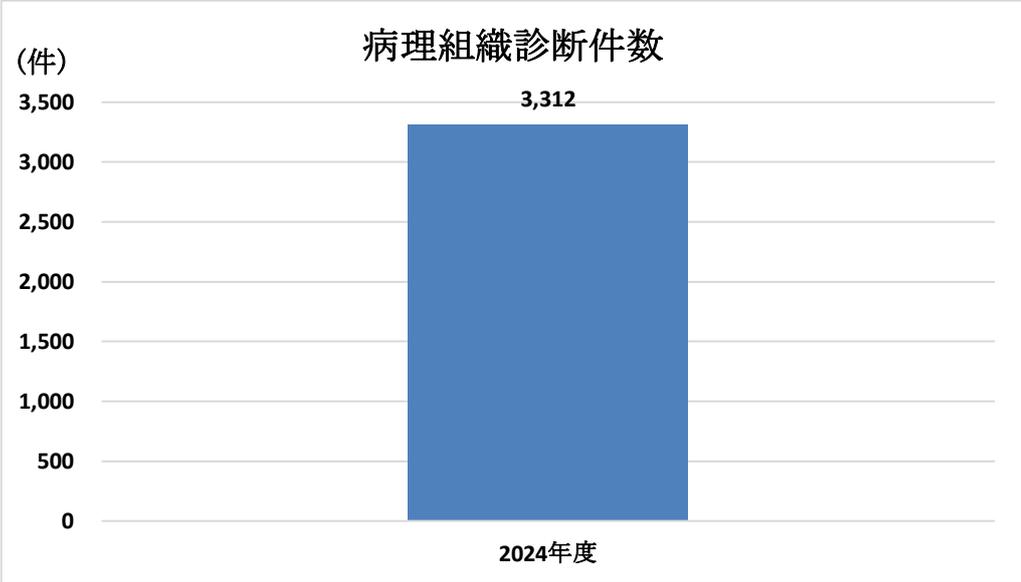
概要	<p>自然分娩ができない場合や、何らかの理由で早急に出産が必要な場合に帝王切開が行われます。帝王切開は予定されて実施する場合と、母体や新生児に何らかの事態が生じたために緊急で実施する場合があります。緊急時に帝王切開が必要になった場合、帝王切開を行うことのできる医師、新生児の治療ができる小児科医師、麻酔医、看護師、手術室などの設備が必要になります。そのため、緊急帝王切開術の実施件数は、総合的な周産期医療の提供能力を示す指標といえます。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>緊急帝王切開術実施件数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>実施件数 (件)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>11</td></tr></tbody></table>	年度	実施件数 (件)	2024年度	11
年度	実施件数 (件)				
2024年度	11				
解説	<p>医科診療報酬点数表における「K898 帝王切開術 1-緊急帝王切開」の算定件数、及び「K898 帝王切開術 2-選択帝王切開、且つ予定入院以外のもの」の算定件数の合計件数になります。</p>				

## 18. 外来でがん化学療法を行った延べ患者数

概要	<p>近年、化学療法の多くが外来で行えるようになり、日常生活を送りながら治療を受けられるようになりました。患者さんの生活の質向上につながる一方、外来で適切に化学療法を行うためには、専門の医師、看護師、薬剤師などの配置が必要になります。そのため「外来でがん化学療法を行った延べ患者数」は、外来で化学療法を行えるだけの職員、設備の充実度を示す指標となります。当院の外来化学療法室では専門医、薬剤師、看護師を含めたスタッフが協力し、安心して化学療法を受けていただいています。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>外来がん化学療法延べ患者数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>延べ患者数 (人)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>1,432</td></tr></tbody></table>	年度	延べ患者数 (人)	2024年度	1,432
年度	延べ患者数 (人)				
2024年度	1,432				
解説	<p>医科診療報酬点数表における「第6部 注射通則6 外来化学療法加算」を算定した延べ外来患者数になります。</p>				

◆担当部署：化学療法委員会

## 19. 病理組織診断件数

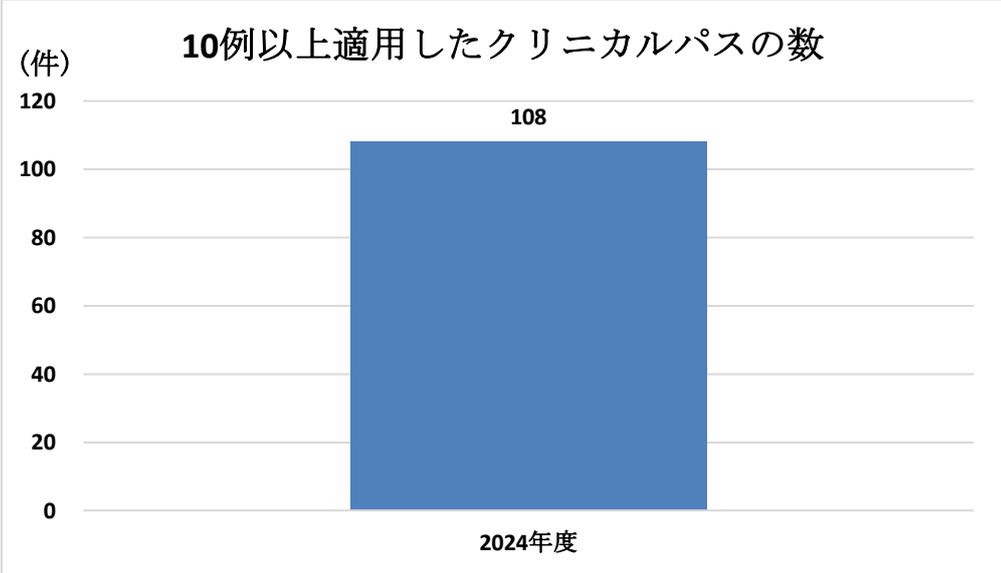
<p>概要</p>	<p>1年間の病理組織診断の実施件数です。病理診断の結果に基づいて、治療の必要性や治療方法が選択されます。病気の確定診断がどの程度行われているかを表す指標になります。</p>				
<p>実績</p>	 <p style="text-align: center;"><b>病理組織診断件数</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024年度</td> <td>3,312</td> </tr> </tbody> </table>	年度	件数	2024年度	3,312
年度	件数				
2024年度	3,312				
<p>解説</p>	<p>1年間に医科診療報酬点数表における「N000 病理組織標本作成 (T-M)」及び「N003 術中迅速病理組織標本作成 (T-M/OP)」を算定した件数になります。</p>				

◆担当部署：病院病理部

## 20. 術中迅速病理組織診断件数

<b>概要</b>	<p>手術中に悪性腫瘍などの病巣切除の適否または切除範囲を決定するためには、正確で迅速な病理診断が重要になります。そのためには、限られた時間内に適正な標本を作製する技術をもった臨床検査技師、迅速かつ正確な診断のできる熟練病理医と設備が必要となります。「術中迅速病理組織診断件数」は、これらの機能が充実していることを示す指標となります。</p>						
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>術中迅速病理組織診断</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>診断種別</th><th>件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>組織診</td><td>39</td></tr><tr><td>細胞診</td><td>9</td></tr></tbody></table>	診断種別	件数	組織診	39	細胞診	9
診断種別	件数						
組織診	39						
細胞診	9						
<b>解説</b>	<p>医科診療報酬点数表における「N003 術中迅速病理組織標本作成 (T-M/OP)、N003-2 術中迅速細胞診」の算定件数になります。</p>						

## 2.1. 10例以上適用したクリニカルパスの数

概要	<p>クリニカルパス（クリティカルパス）とは、患者さんの状態と診療行為の目標、及び評価・記録を含む標準診療計画のことです（日本クリニカルパス学会 HP より引用）。クリニカルパスは医療の標準化を進め、医療の質と効率の向上を目指すものです。そのため、クリニカルパスの使用数は、医療の標準化と医療の質の向上への取り組みを示す指標となります。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>10例以上適用したクリニカルパスの数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>108</td></tr></tbody></table>	年度	件数	2024年度	108
年度	件数				
2024年度	108				
解説	<p>1年間に10例以上適用したクリニカルパスの数になります。</p> <p>「10例以上」とは、バリエーションによるドロップアウトを含み、年度内に適用された件数です。パスは入院全体だけでなく周術期等の一部に適用するものも1件としています。</p>				

◆担当部署：クリニカルパス推進委員会

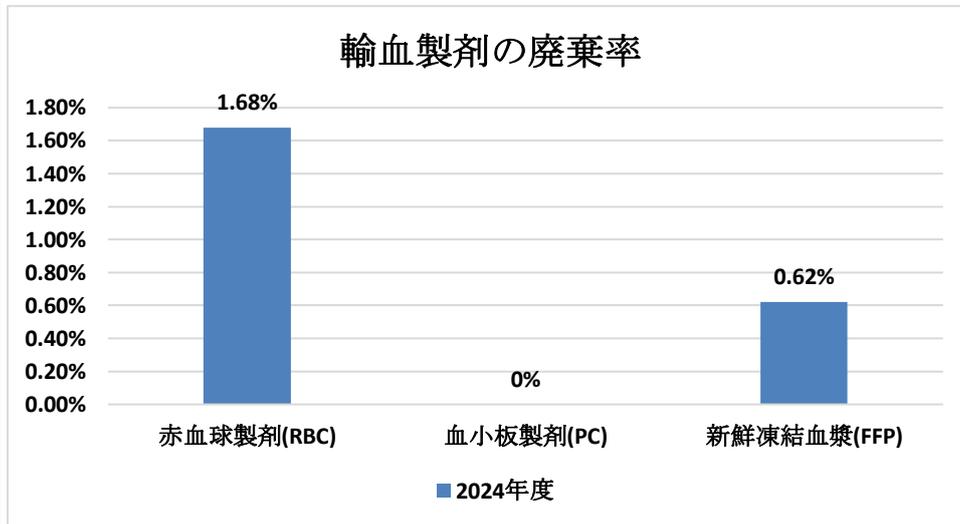
## 2.2. 輸血製剤の廃棄率

### 概要

輸血用血液製剤は、献血協力者の善意によって得られた限られた資源です。それを扱う医療者には、それらの背景を理解したうえで血液製剤の適正使用や適正管理・取り扱いが求められます。

貴重な輸血用血液製剤の廃棄率を減少させることは常に重要な課題であると考えています。

### 実績



### 解説

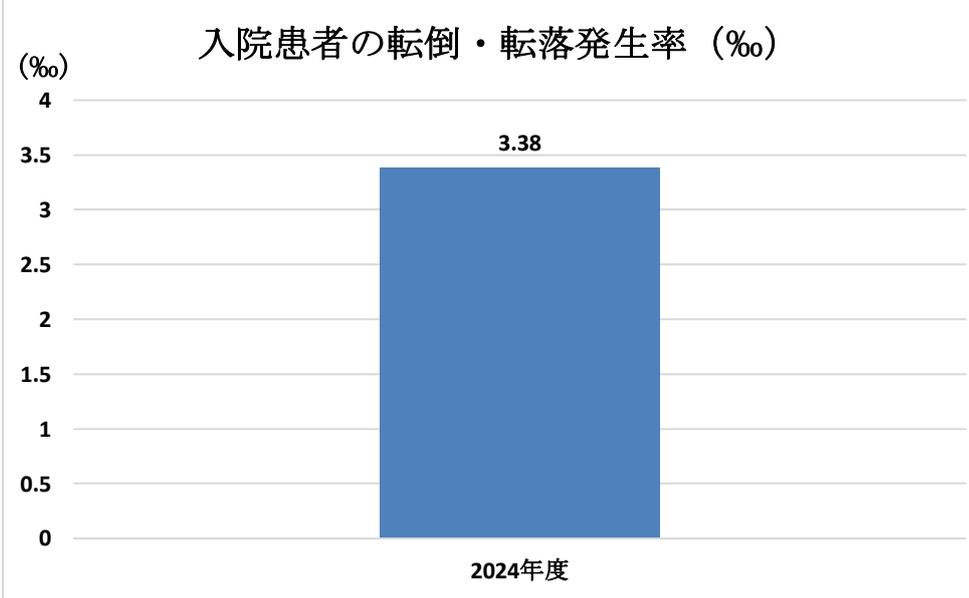
以下の式で算出。

・血液製剤廃棄量 ÷ 血液製剤購入量 × 100

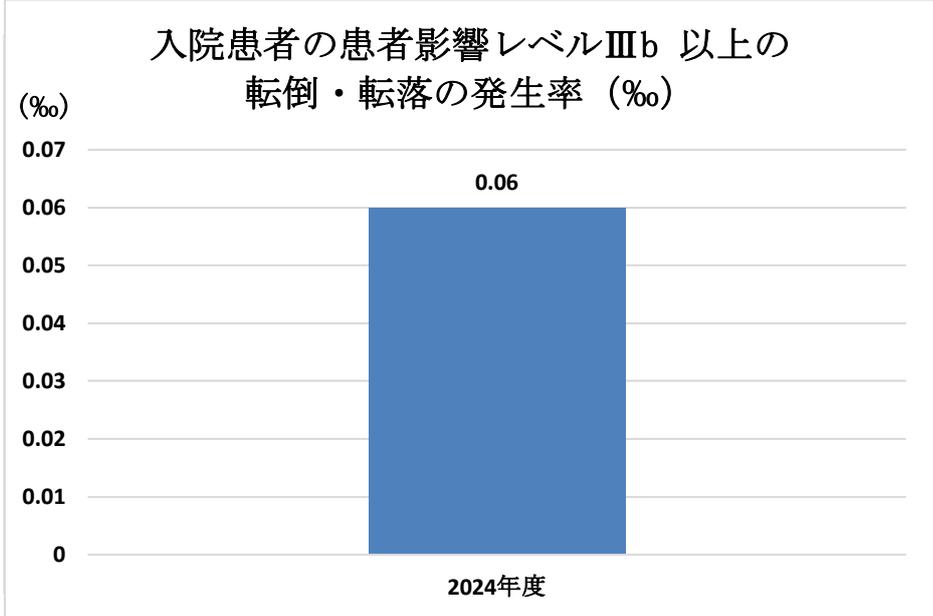
・廃棄率（厚労省統計：200～499床）

全国廃棄率（2024年度）：赤血球製剤 0.69%、血小板製剤 0.34%、  
新鮮凍結血漿 2.10%

## 23. 入院患者の転倒・転落発生率

概要	<p>患者さんが転倒・転落に至るのは、入院そのものがもたらす環境の変化や疾病・治療・手術の影響によるものなど、原因はさまざまです。本指標は全入院患者さんのうち転倒・転落に至った患者さんの報告件数の割合を原因の別なく示したものです。「入院患者の転倒・転落発生率」は、院内で転倒・転落の予防策が適切に実施されているかを確認するための指標のひとつとなります。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">入院患者の転倒・転落発生率（％）</p>  <p>The chart displays a single blue bar representing the fall and slip incidence rate for inpatients in 2024. The vertical axis is labeled '(%)' and ranges from 0 to 4 with increments of 0.5. The horizontal axis is labeled '2024年度'. The value 3.38 is printed above the bar.</p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>発生率 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>3.38</td></tr></tbody></table>	年度	発生率 (%)	2024年度	3.38
年度	発生率 (%)				
2024年度	3.38				
解説	<p>以下の式で算出。</p> <p>入院患者さんの転倒・転落発生率(%) = 入院患者さんに発生した転倒・転落件数 / 入院患者さん延べ人数 × 1000</p> <p>※日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 事業のデータ項目および算出式に則り算出</p>				

## 2.4. 入院患者の患者影響レベルⅢb以上の転倒・転落の発生率

概要	年間延べ入院患者数と入院患者さんの患者影響レベルⅢb以上の転倒・転落の発生件数の比率です。患者影響レベルⅢbとは、転倒・転落による骨折などにより手術などの濃厚な治療を要したり、入院期間が延長となった事例です。				
実績	<p style="text-align: center;">入院患者の患者影響レベルⅢb以上の 転倒・転落の発生率（‰）</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>発生率（‰）</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>0.06</td></tr></tbody></table>	年度	発生率（‰）	2024年度	0.06
年度	発生率（‰）				
2024年度	0.06				
解説	以下の式で算出。 入院患者さんの患者影響レベルⅢb以上の転倒・転落件数÷延べ入院患者数×1000				

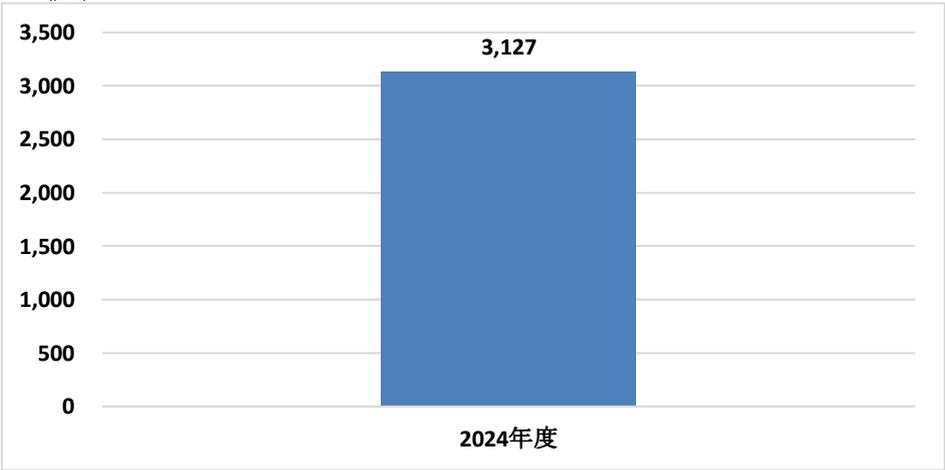
## 2.5. 薬剤管理指導料算定件数

概要	<p>薬剤管理指導料は、薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接患者さんに服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定されます。薬剤管理指導は、薬剤に関する注意事項、効果、副作用をわかりやすく説明し、患者さんとともに有効かつ安全な薬物療法が行われることを担保するものです。当該指標は、医師の指示に基づき薬剤師が入院患者さんに行った服薬指導の件数です。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>薬剤管理指導料算定件数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>算定件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>206</td></tr></tbody></table>	年度	算定件数	2024年度	206
年度	算定件数				
2024年度	206				
解説	<p>医科診療報酬点数表における「B008 薬剤管理指導料（１）（２）」の算定件数になります。2024年は薬剤部の体制変更により、件数を減らして実施しています。</p>				

## 26. 無菌製剤処理料算定件数

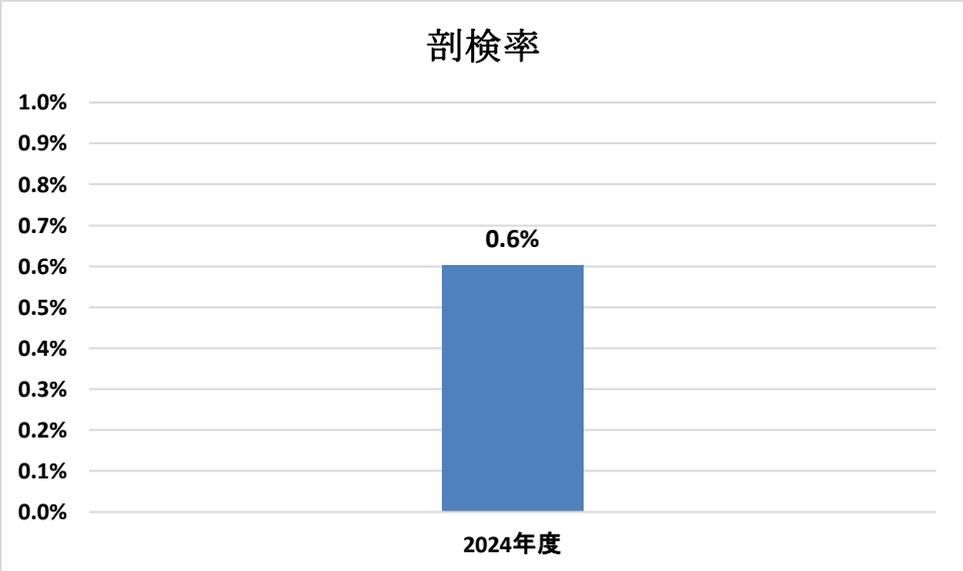
概要	<p>無菌製剤処理料は、悪性腫瘍に用いる薬剤を薬剤師が無菌環境において製剤処理を行った場合に算定されます。この場合の無菌製剤処理は、薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者さんごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行います。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理が行われています。当該指標は、悪性腫瘍に用いる薬剤が患者さんに安全に使用されていることを示す指標といえます。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">無菌製剤処理料算定件数</p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>算定件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>1,879</td></tr></tbody></table>	年度	算定件数	2024年度	1,879
年度	算定件数				
2024年度	1,879				
解説	<p>医科診療報酬点数表における「G020 無菌製剤処理料（１）（２）」の算定件数になります。</p>				

## 27. MSW・退院調整看護師による退院調整実施患者数

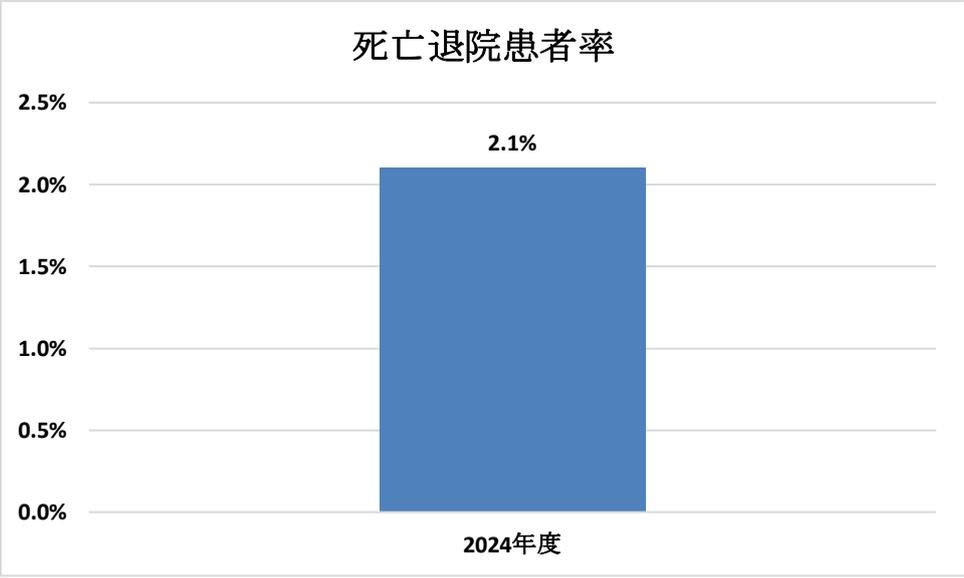
概要	<p>患者さんが病態にあった継続的な医療ケアを受けることができるように、急性期病院では退院後の医療を確保するための退院調整を行うことが、診療報酬によって評価されています。特に高齢者の場合、家族の介護力や経済的状況及び要介護度の状況を踏まえて、適切な調整を行うことが必要となります。本指標は、MSW（医療ソーシャルワーカー）及び退院調整看護師が、そのような活動をどのくらい行っているかを評価するものです。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>MSW・退院調整看護師による退院調整実施患者数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>患者数 (人)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>3,127</td></tr></tbody></table>	年度	患者数 (人)	2024年度	3,127
年度	患者数 (人)				
2024年度	3,127				
解説	<p>MSW 及び退院調整看護師による退院調整を実施した患者数。</p>				

◆担当部署：患者サービス室

## 28. 剖検率

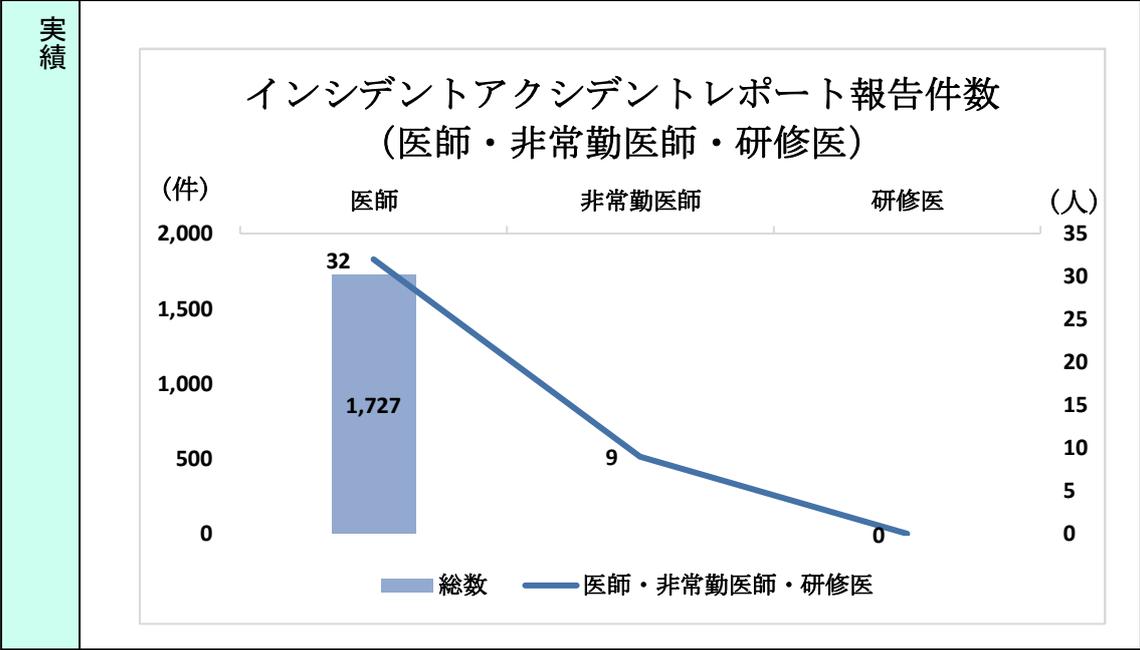
概要	<p>当院でお亡くなりになった患者さんに、ご遺族の承諾のもとに行う病理解剖を「剖検」と呼びます。病理解剖（剖検）の目的は、死因の解明をはじめ、病変の状態や進行度、治療効果を調べることです。1年間に亡くなられた患者さんに対する剖検数の割合が「剖検率」になります。剖検によって、生前の診断は正しかったのか、どのくらい病気が進行していたのか、適切な治療がされていたのか、治療の効果はどうであったのか、死因は何であったのか、といったことを判断します。剖検は医師の卒後教育や将来の診療にも役立つため、剖検率は医療の質を反映する指標のひとつといえます。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>剖検率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>剖検率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>0.6%</td></tr></tbody></table>	年度	剖検率	2024年度	0.6%
年度	剖検率				
2024年度	0.6%				
解説	<p>以下の式で算出。 剖検を実施した患者数 ÷ 死亡退院患者数 × 100</p>				

## 29. 死亡退院患者率

概要	<p>死亡退院患者割合は、医療の質を直接反映するものではありません。当該指標は、病院の医療活動の性格（急性期 or 慢性期）、職員数や病床数といった病院の構成、さらに地域特性によって影響を受けます。そのため、当院では病院間の数値比較よりも年毎の割合変化に着目しています。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>死亡退院患者率</b></p>  <p>The chart displays a single blue bar representing the death discharge rate for the 2024 fiscal year. The vertical axis is labeled from 0.0% to 2.5% in 0.5% increments. The bar reaches the 2.1% mark.</p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>死亡退院患者率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>2.1%</td></tr></tbody></table>	年度	死亡退院患者率	2024年度	2.1%
年度	死亡退院患者率				
2024年度	2.1%				
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{死亡退院患者数(救急外来除く)} \div \text{退院患者数} \times 100$				

### 3.0. インシデントレポート報告件数（総数・非常勤医師・医師）

**概要**  
 全インシデント報告数に占める医師（医師・非常勤医師・研修医）の報告数の割合です。インシデント報告はシステムに潜在するリスクを早期に気づかせてくれる重要な情報です。安全な医療のためには、危険と思われる事象が起きた際に、速やかに報告される文化が根付いていることが重要であり、報告数は職種別の安全意識の重要な指標となります。

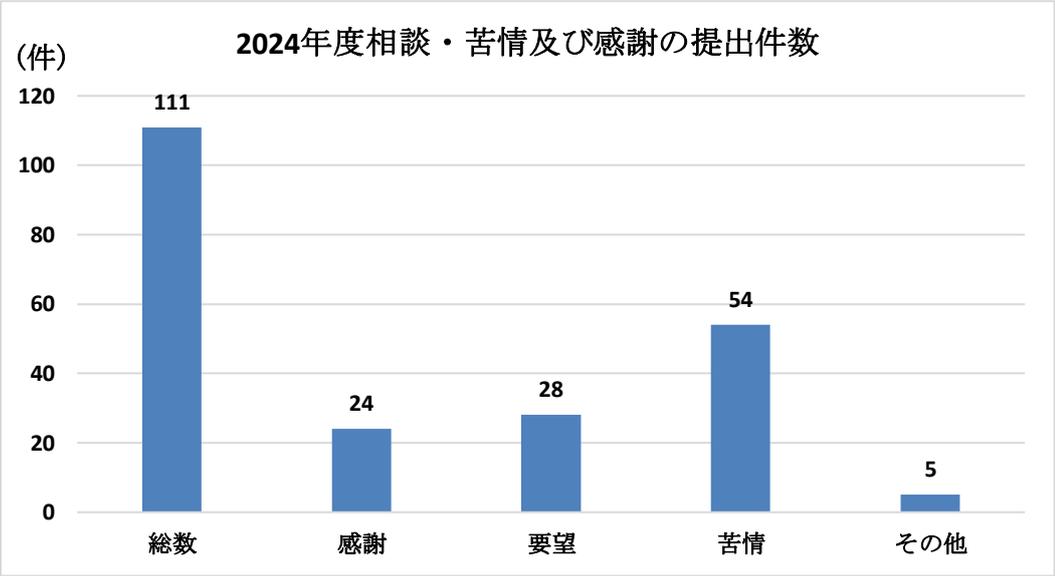


**解説**  
 1年間に報告されたインシデントレポートの件数。  
 総数、医師、非常勤医師、研修医別で集計。

3 1. 「医療事故、合併症・偶発症等発生報告書」提出件数					
概要	<p>当院では、入院中の患者さんに医療上の事故や合併症が発生した場合に「医療事故、合併症・偶発症等発生報告書」の提出を義務付けています。入院患者さんの転倒による骨折などもこれに含まれ、過失の有無は問いません。報告内容をもとに、事例を検証し、再発防止策を検討します。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">「医療事故、合併症・偶発症等発生報告書」 提出件数</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>提出件数 (件)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024年度</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>	年度	提出件数 (件)	2024年度	20
年度	提出件数 (件)				
2024年度	20				
解説	<p>1年間に報告された「医療事故、合併症・偶発症等発生報告書」の件数。                  ※医療上の事故・・・「患者さんが死亡、若しくは患者さんに障害が残った事例や濃厚な処置若しくは治療を要した事例」と定義。</p>				

◆担当部署：医療安全推進室

## 3.2. 意見箱投書中に占める感謝と苦情の件数

概要	患者さんやご家族からご意見を頂戴することは、病院のより良い環境づくりに不可欠です。当院では「ご意見箱」を設置し、自由にご意見を寄せていただく環境を作っています。												
実績	<p style="text-align: center;"><b>2024年度相談・苦情及び感謝の提出件数</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>項目</th><th>件数</th></tr></thead><tbody><tr><td>総数</td><td>111</td></tr><tr><td>感謝</td><td>24</td></tr><tr><td>要望</td><td>28</td></tr><tr><td>苦情</td><td>54</td></tr><tr><td>その他</td><td>5</td></tr></tbody></table>	項目	件数	総数	111	感謝	24	要望	28	苦情	54	その他	5
項目	件数												
総数	111												
感謝	24												
要望	28												
苦情	54												
その他	5												
解説	患者さんから患者サービス室にいただいた相談・苦情及び感謝の件数です。												

◆担当部署：患者サービス室

## 3.3. 総合満足度（外来）

<b>概要</b>	<p>患者さんの診療に対する満足度を見ることは、医療の質を測る上で直接的な評価指標となります。調査方法は、患者満足度調査用紙を配布して回収します。当該指標は、外来患者さんを対象とした患者満足度調査の結果です。</p> <p>病院の設備環境を始め、診療時の医師からの説明のわかりやすさや職員の対応など、各項目を5段階評価（とても満足／やや満足／ふつう／やや不満／不満）で集計し、「とても満足」と「やや満足」の割合を全体の満足度として測定します。（当院の測定法を記載）</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>2024年度患者満足度調査（外来患者対象） の回答割合</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>満足度</th><th>割合</th></tr></thead><tbody><tr><td>とても満足</td><td>41.5%</td></tr><tr><td>やや満足</td><td>37%</td></tr><tr><td>ふつう</td><td>19%</td></tr><tr><td>やや不満</td><td>1%</td></tr><tr><td>不満</td><td>1%</td></tr></tbody></table>	満足度	割合	とても満足	41.5%	やや満足	37%	ふつう	19%	やや不満	1%	不満	1%
満足度	割合												
とても満足	41.5%												
やや満足	37%												
ふつう	19%												
やや不満	1%												
不満	1%												
<b>解説</b>	<p>外来患者さんを対象とした患者満足度調査による総合満足度（とても満足・やや満足・ふつう・やや不満・不満の割合）の結果になります。</p>												

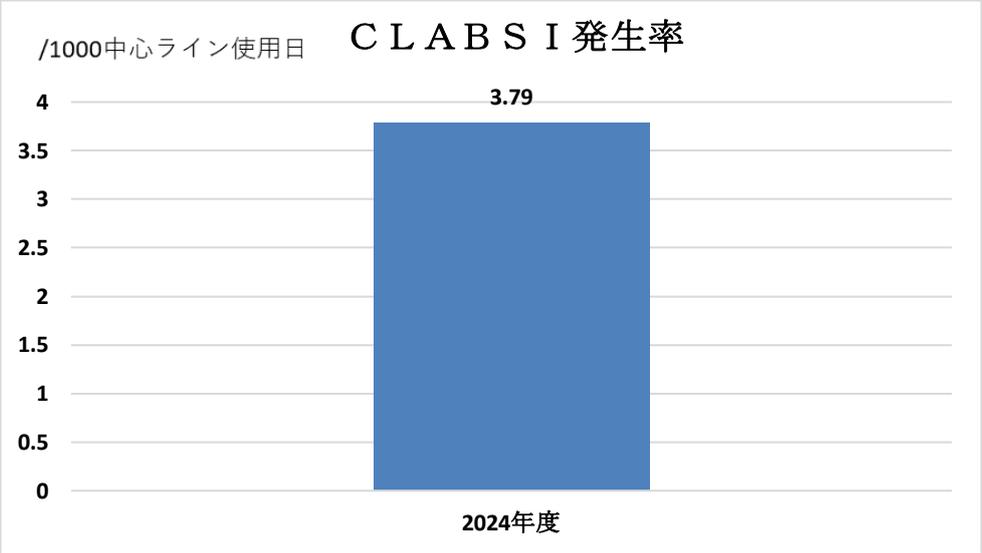
◆担当部署：患者サービス室

## 3.4. 総合満足度（入院）

<b>概要</b>	<p>患者さんの診療に対する満足度を見ることは、医療の質を測る上で直接的な評価指標となります。調査方法は、患者満足度調査用紙を配布して回収します。当該指標は入院患者さんを対象とした患者満足度調査の結果です。</p> <p>病院の設備環境を始め、診療時の医師からの説明のわかりやすさや職員の対応など、各項目を5段階評価（とても満足／やや満足／ふつう／やや不満／不満）で集計し、「とても満足」と「やや満足」の割合を全体の満足度として測定します。（当院の測定法を記載）</p>												
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;"><b>2024年度患者満足度調査（入院患者対象） の回答割合</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>満足度</th><th>割合</th></tr></thead><tbody><tr><td>とても満足</td><td>62.8%</td></tr><tr><td>やや満足</td><td>22.5%</td></tr><tr><td>ふつう</td><td>13.4%</td></tr><tr><td>やや不満</td><td>0.2%</td></tr><tr><td>不満</td><td>1.0%</td></tr></tbody></table>	満足度	割合	とても満足	62.8%	やや満足	22.5%	ふつう	13.4%	やや不満	0.2%	不満	1.0%
満足度	割合												
とても満足	62.8%												
やや満足	22.5%												
ふつう	13.4%												
やや不満	0.2%												
不満	1.0%												
<b>解説</b>	入院患者さんを対象とした患者満足度調査による総合満足度（とても満足・やや満足・ふつう・やや不満・不満の割合）の結果になります。												

◆担当部署：患者サービス室

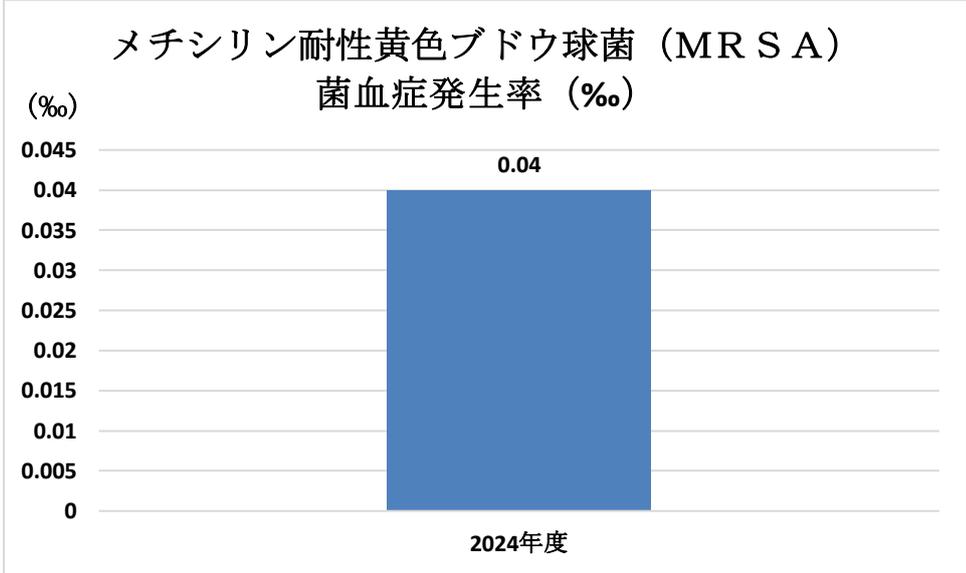
## 3.5. 中心ライン関連血流感染（CLABSI）発生率

概要	<p>中心ライン関連血流感染（Central line associated blood stream infection：以下、CLABSI）とは、カテーテルを挿入した後に起きる血流感染です。CLABSIを予防することにより、医療関連感染による重症化や入院期間が延長することを防ぐことが可能です。</p>				
実績	<p style="text-align: center;">/1000中心ライン使用日 CLABSI 発生率</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>CLABSI 発生率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>3.79</td></tr></tbody></table>	年度	CLABSI 発生率	2024年度	3.79
年度	CLABSI 発生率				
2024年度	3.79				
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{発生率 (Incidence Rate)} = \text{CLABSI 発生件数} / \text{延べ中心ライン使用日数} \times 1000$ <p>* 中心ライン 1000 使用日数あたり、何件発生したかを調査します。</p>				

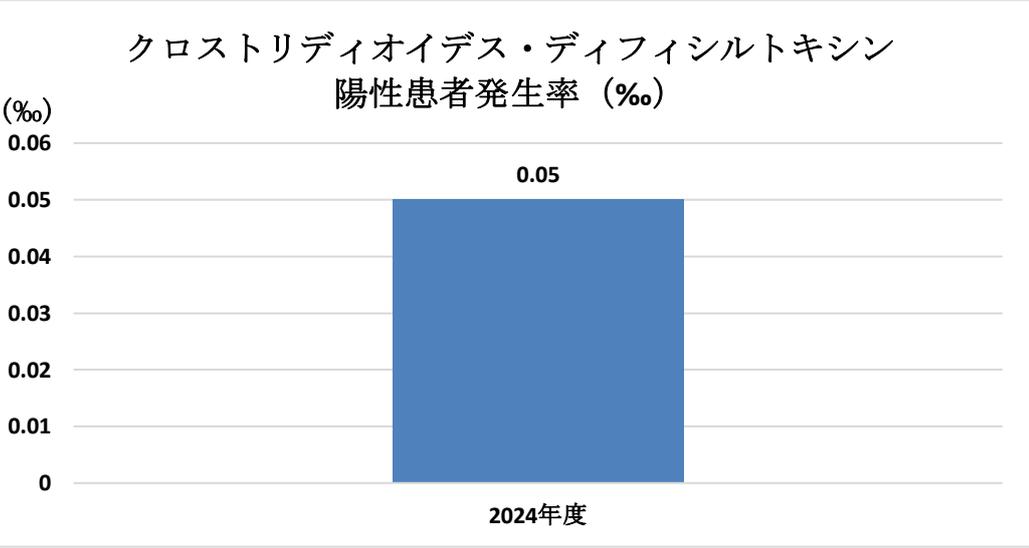
### 36. 尿道留置カテーテル関連尿路感染 (CAUTI) 発生率

<b>概要</b>	尿道留置カテーテル関連尿路感染（Catheter associated urinary tract infection CAUTI：以下、CAUTI）とは、尿道留置カテーテルを挿入した後に起きる尿路感染です。CAUTIを予防することにより、医療関連感染による重症化や入院期間が延長することを防ぐことが可能です。				
<b>実績</b>	<p>/1000尿道カテーテル使用日数 CAUTI 発生率</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>CAUTI 発生率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>4.3</td></tr></tbody></table>	年度	CAUTI 発生率	2024年度	4.3
年度	CAUTI 発生率				
2024年度	4.3				
<b>解説</b>	以下の式で算出。 発生率（Incidence Rate）＝CAUTI 発生件数／延べ尿道留置カテーテル使用日数 ×1000 * 尿道留置カテーテル 1000 使用日数あたり、何件発生したかを調査します。				

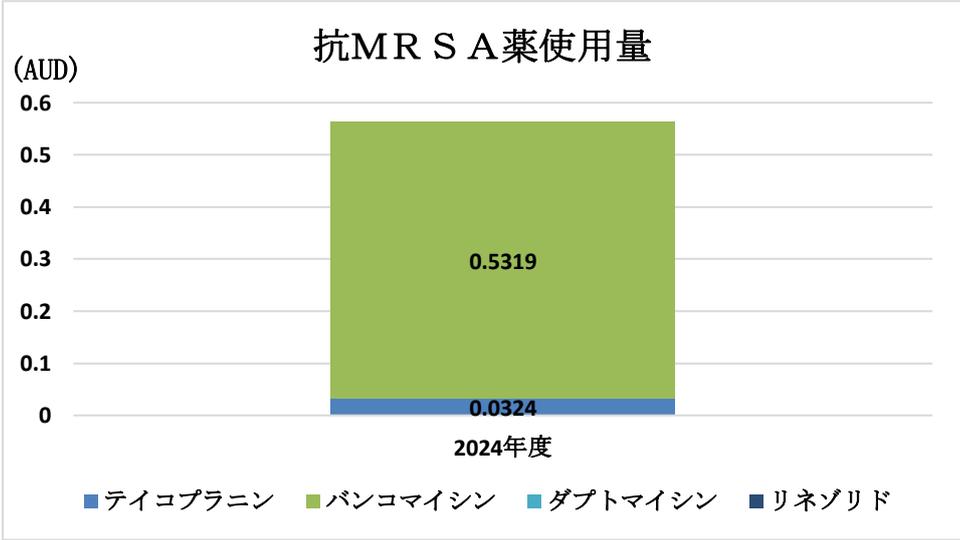
## 3.7. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）菌血症発生率

概要	<p>入院患者さんのうち、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）菌血症を院内で新規に発生した患者さんの割合を示した指標です。MRSAは抗菌薬が効きにくく、院内感染の原因菌として注目されています。また、院内感染対策を行うことで、発生率の上昇を抑えることができるといわれており、感染対策の効果を判定する重要な指標です。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA） 菌血症発生率（‰）</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>発生率（‰）</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>0.04</td></tr></tbody></table>	年度	発生率（‰）	2024年度	0.04
年度	発生率（‰）				
2024年度	0.04				
解説	<p>以下の式で算出。 MRSA菌血症を新たに発生した患者数 ÷ 延べ入院患者数 × 1000</p>				

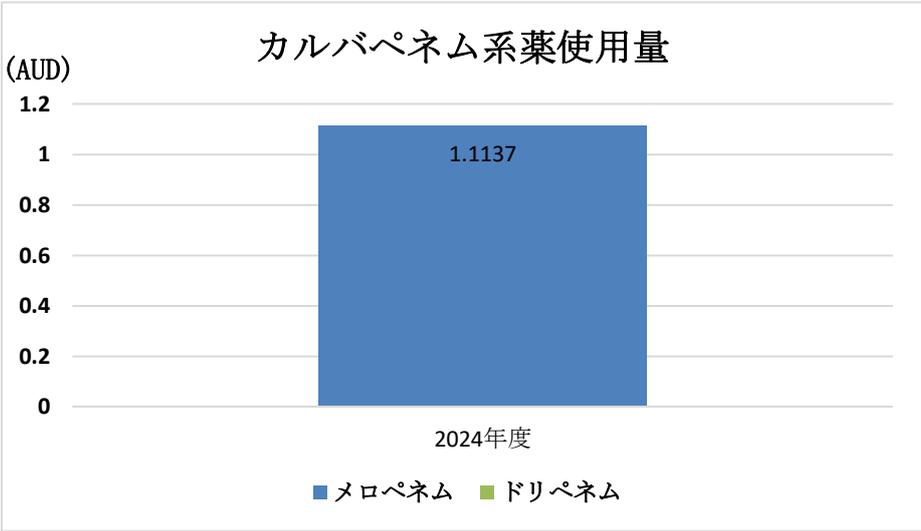
### 38. クロストリディオイデス・ディフィシルトキシン 陽性患者発生率

<b>概要</b>	<p>入院患者さんのうち、クロストリディオイデス・ディフィシルトキシンが陽性となった患者さんの割合を示した指標です。</p> <p>クロストリディオイデス・ディフィシルによる感染症（CDI）が起こる原因の一つとして、抗菌薬使用による腸管内細菌叢の変化があります。院内感染対策・抗菌薬適正使用を行うことで、発生率の上昇を抑えることができるとされており、それらの効果を判定する重要な指標です。</p>				
<b>実績</b>	<p style="text-align: center;">クロストリディオイデス・ディフィシルトキシン 陽性患者発生率（‰）</p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>発生率（‰）</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>0.05</td></tr></tbody></table>	年度	発生率（‰）	2024年度	0.05
年度	発生率（‰）				
2024年度	0.05				
<b>解説</b>	<p>以下の式で算出。</p> $\text{クロストリディオイデス・ディフィシルトキシンが陽性となった患者数} \div \text{延べ入院患者数} \times 1000$				

## 3.9. 抗MRSA薬使用量

概要	<p>1年間に抗MRSA薬を投与した量を表す指標（AUD）です。</p> <p>入院患者さん1人あたりの投与量ではなく入院患者さん全体に使用された抗菌薬の投与量を示しています。継続的にAUDをみていくことで抗菌薬毎の使用量の推移を確認することができます。</p>												
実績	<p style="text-align: center;"><b>抗MRSA薬使用量</b></p>  <p>(AUD)</p> <table border="1"><thead><tr><th>薬剤</th><th>使用量 (AUD)</th></tr></thead><tbody><tr><td>バンコマイシン</td><td>0.5000</td></tr><tr><td>テイコプラニン</td><td>0.0324</td></tr><tr><td>ダプトマイシン</td><td>0.0000</td></tr><tr><td>リネゾリド</td><td>0.0000</td></tr><tr><td><b>合計</b></td><td><b>0.5319</b></td></tr></tbody></table> <p style="text-align: center;">2024年度</p> <p style="text-align: center;">■ テイコプラニン ■ バンコマイシン ■ ダプトマイシン ■ リネゾリド</p>	薬剤	使用量 (AUD)	バンコマイシン	0.5000	テイコプラニン	0.0324	ダプトマイシン	0.0000	リネゾリド	0.0000	<b>合計</b>	<b>0.5319</b>
薬剤	使用量 (AUD)												
バンコマイシン	0.5000												
テイコプラニン	0.0324												
ダプトマイシン	0.0000												
リネゾリド	0.0000												
<b>合計</b>	<b>0.5319</b>												
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{AUD} = (\text{使用量} \div \text{DDD}) \div \text{延べ入院患者数} \times 100$ <p>※AUD：抗菌薬使用密度 ※DDD：1日仮想平均維持量</p>												

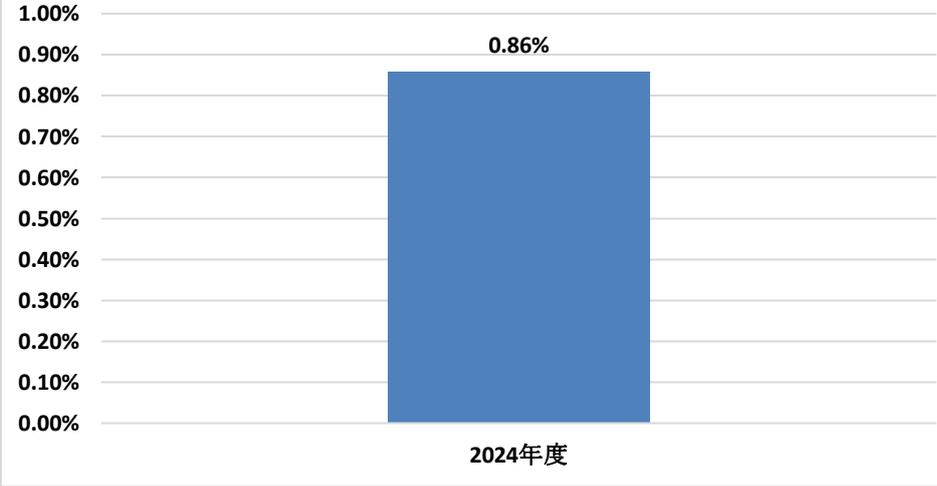
## 40. カルバペネム系薬使用量

概要	<p>1年間にカルバペネム系薬を投与した量を表す指標（AUD）です。</p> <p>入院患者さん1人あたりの投与量ではなく入院患者さん全体に使用された投与量を示しています。継続的にAUDをみていくことで抗菌薬毎の使用量の推移を確認することができます。</p>						
実績	<p style="text-align: center;">カルバペネム系薬使用量</p>  <table border="1"><thead><tr><th>薬剤</th><th>使用量 (AUD)</th></tr></thead><tbody><tr><td>メロペネム</td><td>1.1137</td></tr><tr><td>ドリペネム</td><td>0</td></tr></tbody></table>	薬剤	使用量 (AUD)	メロペネム	1.1137	ドリペネム	0
薬剤	使用量 (AUD)						
メロペネム	1.1137						
ドリペネム	0						
解説	<p>以下の式で算出。</p> $\text{AUD} = (\text{使用量} \div \text{DDD}) \div \text{延べ入院患者数} \times 100$ <p>※AUD：抗菌薬使用密度 ※DDD：1日仮想平均維持量</p>						

## 4 1. 手指衛生指数

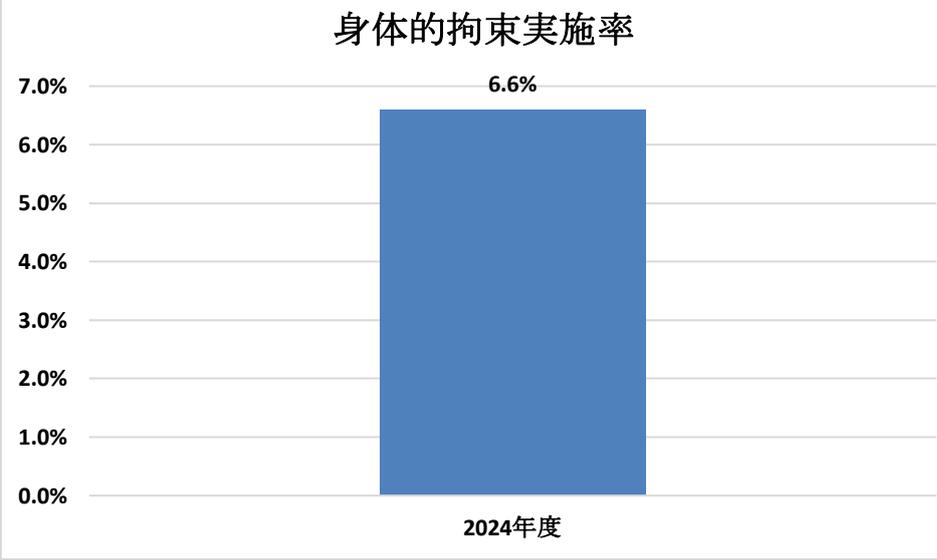
概要	<p>患者さんのケアを行う医療従事者の手指は、病院感染を引き起こす医療関連の病原体の感染伝播経路となりやすいとされています。そのような病原体の感染防止対策として最も基本的で重要なことは、アルコールベースの手指消毒薬を使用した手指衛生の励行とされており、手指衛生指数は院内感染防止のための基本的で重要な指標といえます。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>手指衛生指数</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>手指衛生指数</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>9.1</td></tr></tbody></table>	年度	手指衛生指数	2024年度	9.1
年度	手指衛生指数				
2024年度	9.1				
解説	<p>以下の式で算出。</p> <p>手指衛生指数 = 病棟への手指消毒剤の納品量 (ml) ÷ 延べ入院患者数 ÷ 1 回手指消毒剤使用量 (ml)</p> <p>※手指衛生指数・・・1日1患者さん当たりの手指消毒実施回数</p>				

## 4 2. 褥瘡発生率

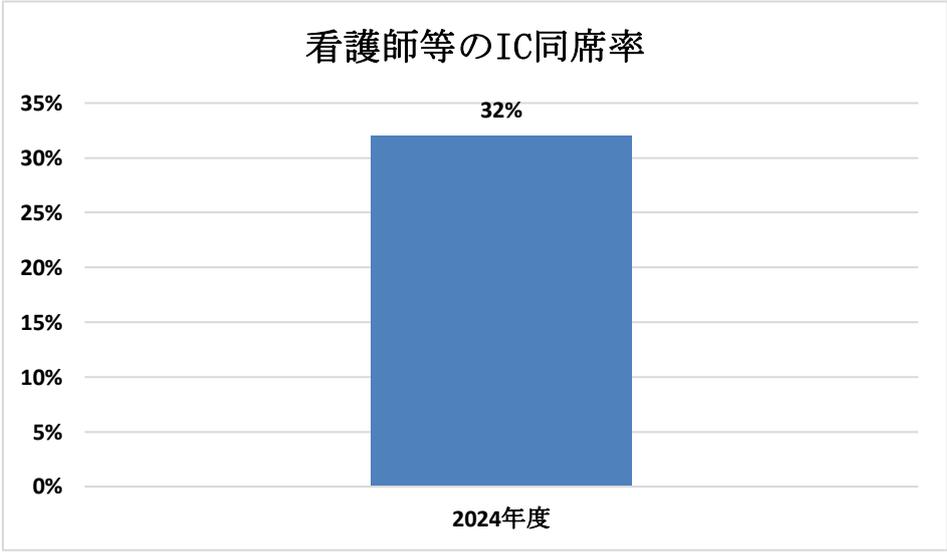
概要	<p>入院中に発生した褥瘡は、患者さんの生活の質を低下させ、入院の長期化につながります。予防可能な褥瘡については、適切な診療やケアにより、発生を回避することができます。当該指標は褥瘡の発生予防の取り組みとその効果を示す指標です。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>褥瘡発生率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>褥瘡発生率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>0.86%</td></tr></tbody></table>	年度	褥瘡発生率	2024年度	0.86%
年度	褥瘡発生率				
2024年度	0.86%				
解説	<p>以下の式で算出。 院内の新規褥瘡発生患者数 ÷ 入院実患者数（前月末日の在院患者数 + 当該月新規入院患者数） × 100 ※新規褥瘡発生患者は、日本褥瘡学会の DESIGN-R 分類における d 1～U の患者さんとしています。</p>				

4 3. 褥瘡発生リスクの高い患者に対する体圧分散寝具の使用率					
<b>概要</b>	<p>入院中に発生した褥瘡は、患者さんの生活の質を低下させ、入院の長期化につながります。予防可能な褥瘡については、適切な診療やケアにより、発生を回避することができます。</p> <p>褥瘡の予防には体圧分散寝具の使用が効果的です。体圧分散寝具は数に限りがあるため、褥瘡発生リスクの高い患者さんに体圧分散寝具が適切に使用されているかを評価し、予防策の徹底状況を把握するとともに、寝具の過不足がないかを評価しています。</p>				
<b>実績</b>	<p><b>褥瘡リスクがある患者における体圧分散寝具の使用率</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>使用率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024年度</td> <td>91.7%</td> </tr> </tbody> </table>	年度	使用率	2024年度	91.7%
年度	使用率				
2024年度	91.7%				
<b>解説</b>	<p>以下の式で算出。</p> <p>分母のうち、体圧分散用寝具が使用された実患者数 ÷ 褥瘡に関する危険因子を有する、あるいは既に褥瘡を有していた実患者数 × 100</p>				

## 4.4. 身体抑制率

概要	<p>治療上必要な処置として、チューブ・ドレーン類の使用がありますが、患者さん自身が抜去してしまうことで治療が停滞する可能性があります。また患者さん自身による体動が転倒や転落に繋がり、生命の危険や外傷・骨折に発展することがあります。このようなことで患者さんの安全を保つことができなくなります。これを未然に防止するために、身体的拘束を行う場合が生じます。</p> <p>身体的拘束は、それに代わる方法がないか十分検討をおこない、治療上やむを得ない場合にのみ実施しています。当院では身体的拘束の実施状況を把握し、その実施を最小限にできる方法を検討し、短時間で解除できるように努めています。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>身体的拘束実施率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>身体的拘束実施率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>6.6%</td></tr></tbody></table>	年度	身体的拘束実施率	2024年度	6.6%
年度	身体的拘束実施率				
2024年度	6.6%				
解説	<p>以下の式で算出 身体的拘束を実施した延べ患者数が発生した ÷ 病床入院延べ患者 × 100</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・身体的拘束実施率は、2021年4月1日から毎日データ集積をおこなった結果になります。</li><li>・身体的拘束とは、抑制帯など「患者さんの身体または衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者さんの身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」をいいます。</li></ul>				

## 4.5. インフォームドコンセントの看護師等同席率

概要	<p>医療を受ける患者さんが病状や治療法について十分説明を受け、理解した上で、自分の意思で治療に同意するためにも、重要なIC(インフォームドコンセント)には看護師等が同席し、患者さんが理解しやすいように支援しています。院内で定めた同席基準を基に、同席率を確認しました。</p>				
実績	<p style="text-align: center;"><b>看護師等のIC同席率</b></p>  <table border="1"><thead><tr><th>年度</th><th>同席率</th></tr></thead><tbody><tr><td>2024年度</td><td>32%</td></tr></tbody></table>	年度	同席率	2024年度	32%
年度	同席率				
2024年度	32%				
解説	<p>以下の式で算出 看護師等がIC(インフォームドコンセント)に同席した延べ入院患者数÷看護師等IC同席基準を満たす延べ入院患者数×100</p>				

作成日：2025年11月12日

◆担当部署：看護部