

医療の質を示す指標（Quality Indicators）の公表

医療の質と医療安全向上のために、様々な医療現場のデータを適切な指標で解析し、医療の改善に役立てることが重要になってきています。

現在当院でデータとして挙げている臨床指標を下記にてご覧いただくことができます。臨床指標を検証し、医療の質の向上と改善に取り組んでまいります。

File1. 患者満足度

1. [外来患者満足度](#)

File2. 紹介率・逆紹介率

1. [紹介率](#)
2. [逆紹介率](#)

File3. 医療安全・感染制御

3-1. 医療安全

1. [転倒・転落レベル 3b 以上発生率](#)

3-2. 感染制御

1. [CLABSI（中心静脈ライン関連血流感染）](#)
2. [CAUTI（尿道カテーテル関連尿路感染）](#)
3. [SSI（手術部位感染サーベイランス）](#)

File4. チーム医療

1. [褥瘡発生率](#)
2. [クリニカルパス使用率](#)

File5. 救急医療

1. [救急搬送患者応需率](#)

File6. 地域医療支援

1. [脳卒中連携パス使用率](#)
2. [大腿骨近位部骨折連携パス使用率](#)

File7. 診療領域別

7-1. がん診療

1. [胃癌 ESD 率・腹腔鏡手術率](#)
2. [大腸癌 ESD 率・腹腔鏡手術率](#)

7-2. 心疾患

1. [急性心筋梗塞 PCI 実施率・患者死亡率](#)

7-3. 肺血栓塞栓症

1. [肺血栓塞栓症予防対策実施率](#)

File8. 放射線専門医診断寄与率

1. [放射線専門医診断寄与率](#)

File9. 複数科による症例検討会の開催

1. [CPC（臨床病理検討会）](#)
2. [四者合同検討会（消化器検討会）](#)
3. [がんサードボード](#)
4. [呼吸器検討会](#)
5. [乳腺症例検討会](#)
6. [肝胆膵検討会](#)

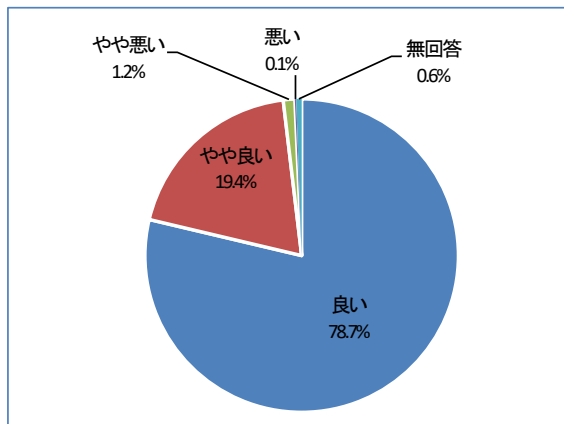
1. 職員の接遇等に関する外来患者アンケート結果

【実施期間】 R6.10.28～R6.11.8
【回収枚数】 1,432 枚

問1 職員の挨拶(会釈を含む)はどうか？

良い	1127	78.7%
やや良い	278	19.4%
やや悪い	17	1.2%
悪い	2	0.1%
無回答	8	0.6%

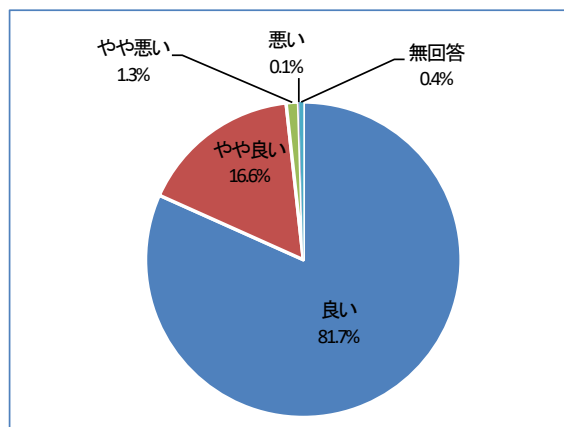
満足度	R6	98.1%
	R5	79.3%
	R4	80.4%



問2 職員の話し方や言葉づかいはどうか？

良い	1170	81.7%
やや良い	237	16.6%
やや悪い	18	1.3%
悪い	1	0.1%
無回答	6	0.4%

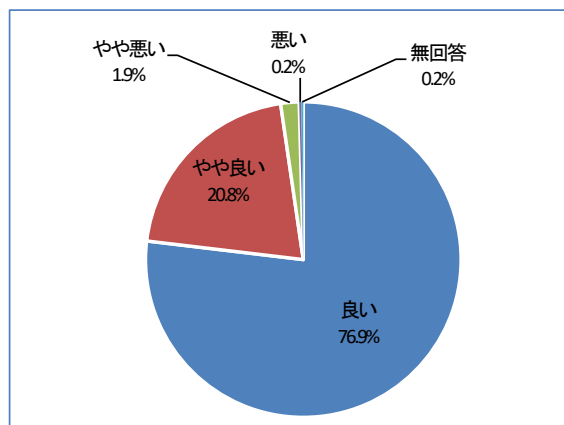
満足度	R6	98.3%
	R5	81.2%
	R4	83.2%



問3 職員の話しやすさはどうか？

良い	1101	76.9%
やや良い	298	20.8%
やや悪い	27	1.9%
悪い	3	0.2%
無回答	3	0.2%

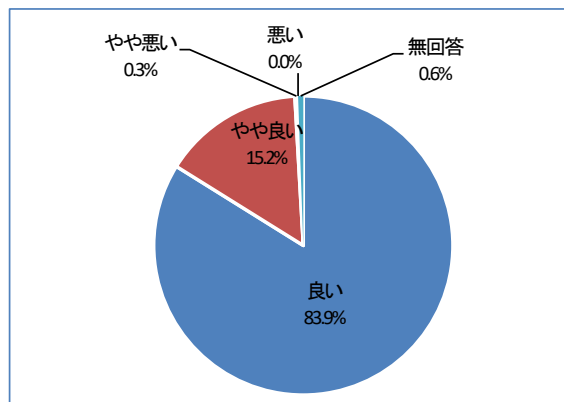
満足度	R6	97.7%
	R5	80.2%
	R4	81.5%



問4 職員の身だしなみはどうか？

良い	1201	83.9%
やや良い	218	15.2%
やや悪い	5	0.3%
悪い	0	0.0%
無回答	8	0.6%

満足度	R6	99.1%
	R5	80.9%
	R4	83.3%



1. 紹介率（％）＝

紹介件数

初診患者数

× 100

2. 逆紹介率（％）＝

逆紹介件数

初診患者数

× 100

年次推移

年度	初診患者数	紹介件数	紹介率（％）	逆紹介件数	逆紹介率（％）
R2（2020）	9,579	7,693	80.3％	7,865	82.1％
R3（2021）	10,003	8,130	81.3％	7,775	77.7％
R4（2022）	9,794	8,143	83.1％	8,055	82.2％
R5（2023）	9,675	8,253	85.3％	8,365	86.5％
R6（2024）	9,929	8,550	86.1％	8,522	85.8％

3-1. 医療安全

1. 入院患者の転倒・転落発生率

転倒転落率は、集計期間中における延べ入院患者数の中で、転倒転落が発生した件数を1,000人あたりの比率で示します。

インシデント・アクシデントの分類

インシデント・アクシデントはレベル0～レベル5に分類されます。
レベル0～3aをインシデント、レベル3b以上をアクシデントと分類しています

	影響レベル	判定基準
インシデント	レベル0	発見
	レベル1	患者さんへの実害はなかった
	レベル2	追加の指示がなく経過観察でよい状態
	レベル3a	簡単な処置や治療を要した
アクシデント	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した
	レベル4a	永続的な障害や後遺症が残った（美容上の問題なし）
	レベル4b	永続的な障害や後遺症が残った（美容上の問題あり）
	レベル5	死亡

転倒・転落発生率の算出方法

転倒・転落レベル3b以上発生率（‰） = $\frac{\text{入院中の転倒転落報告数}}{\text{延べ入院患者数}} \times 1000$

算出結果

年度	転倒・転落発生率（‰）	転倒・転落3b以上の発生率（‰）
R4（2022）	1.86‰	0.03‰
R5（2023）	2.02‰	0.00‰
R6（2024）	1.88‰	0.07‰

3-2. 感染制御

1. CLABSI(中心静脈ライン関連血流感染)

器具使用比

中心静脈カテーテル関連血流感染症は、どれくらい使用されているかにおいてリスクが異なります。本数値は、入院患者さんにおいて中心静脈カテーテルが使用されている比率を確認する指標です。

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間平均
東3病棟	令和5年	0.092	0.165	0.169	0.157	0.088	0.134	0.173	0.131	0.134	0.132	0.072	0.077	0.127
	令和6年	0.156	0.195	0.17	0.134	0.145	0.168	0.111	0.15	0.101	0.099	0.104	0.085	0.135

JHAIS：0.1
2024.7.1～.12.31

※東3病棟：血液内科

医療器具使用比(/1000device-days) =

延べ医療器具使用日数

延べ入院患者日数

× 1 0 0 0

感染率

中心静脈カテーテル関連血流感染症は、医療関連感染の中でも発症すると重症化するリスクの高い感染症です。この数値は、中心静脈カテーテルを使用している患者さんについて、どれくらいの割合で感染事例が発生しているかを示しており、モニタリングを継続しています。

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間平均
東3病棟	令和5年	0	5.525	0	0	0	6.024	0	0	0	0	0	0	0.96
	令和6年	5.495	0	0	0	0	7.463	0	0	0	0	0	0	1.08

JHAIS：1.3
2024.7.1～.12.31

感染率(/1000device-days) =

感染発生件数

延べ医療器具使用日数

× 1 0 0 0

3-2. 感染制御

2. CAUTI(尿道カテーテル関連尿路感染)

器具使用比

尿路感染症は医療関連感染の中で最も多く発生し、その多くが尿道留置カテーテルによる感染です。本指標は、この尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標となり、どのぐらいの患者に尿道留置カテーテルが使用されているかを示しています。

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間平均	
東4病棟	令和5年	0.086	0.224	0.224	0.196	0.182	0.139	0.234	0.249	0.232	0.205	0.147	0.164	0.190	JHAIS : 0.16
	令和6年	0.221	0.239	0.185	0.131	0.109	0.14	0.19	0.17	0.19	0.2	0.21	0.11	0.175	
東5病棟	令和5年	0.183	0.149	0.202	0.22	0.161	0.181	0.144	0.099	0.139	0.112	0.145	0.155	0.158	JHAIS : 0.16
	令和6年	0.154	0.121	0.064	0.141	0.139	0.2	0.13	0.13	0.12	0.09	0.15	0.15	0.132	

※東4病棟：脳神経内科・脳外科 2024.7.1～12.31

※東5病棟：整形外科

医療器具使用比(/1000device-days) =
$$\frac{\text{延べ医療器具使用日数}}{\text{延べ入院患者日数}} \times 1000$$

感染率

医療機関で起こる血流感染の15%は、カテーテル関連尿路感染(CAUTI)の合併症であると推計されていますが、予防策の実施により、CAUTIの65% - 70%は予防可能とされています。発生率を指標として作成することで、感染症対策業務の改善に活用できます。

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間平均	
東4病棟	令和5年	0	3.185	3.497	3.876	0	0	6.098	3.04	0	3.623	14.354	16.878	4.55	JHAIS : 1.6
	令和6年	2.89	6.098	3.69	0	0	4.83	0	4.03	7.16	3.43	7.57	6.49	3.85	
東5病棟	令和5年	0	0	0	3.861	4.739	0	0	0	0	0	4.854	4.831	1.52	JHAIS : 1.2
	令和6年	0	0	0	0	0	0	10.26	6.1	0	0	0	0	1.36	

2024.7.1～12.31

感染率(/1000device-days) =
$$\frac{\text{感染発生件数}}{\text{延べ医療器具使用日数}} \times 1000$$

3-2. 感染制御

3. SSI（手術部位感染サーベイランス）

手術部位感染は医療関連感染のひとつで、手術に関連して発症する感染症のことです。

当院では消化器外科手術、心臓血管外科手術における感染率を調査しています。

感染率 = $\frac{\text{感染発生件数}}{\text{手術件数}} \times 100$

1. 消化器外科

①大腸手術

	2024.1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	調査期間平均	
感染者数	1	1	0	0	0	3	1	0	1	1	1	1		
手術件数	13	8	11	4	14	15	8	7	13	10	8	8		JANIS:2023.1～12
感染率（％）	7.7	12.5	0.0	0.0	0.0	20.0	12.5	0.0	7.7	10.0	12.5	12.5	7.9	8.2

②直腸手術

	2024.1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	調査期間平均	
感染者数	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	0	0		
手術件数	3	2	1	6	4	2	0	1	1	3	4	2		JANIS:2023.1～12
感染率（％）	33.3	0.0	0.0	16.7	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	16.7	9.9

③小腸手術

	2024.1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	調査期間平均	
感染者数	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0		
手術件数	2	1	2	0	2	4	3	2	1	1	2	0		JANIS:2023.1～12
感染率（％）	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	25.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	10.5

④肝切除手術(胆道再建なし)

	2024.1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	調査期間平均	
感染者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
手術件数	2	2	0	2	1	1	1	1	1	0	2	2		JANIS:2023.1～12
感染率（％）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	4.2	6.7

⑤膵頭十二指腸手術

	2024.1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	調査期間平均	
感染者数	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
手術件数	1	1	1	0	2	1	2	1	1	1	0	1		JANIS:2023.1～12
感染率（％）	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0	25.0	25

1. 褥瘡発生率

褥瘡発生率（％）＝

新規褥瘡発生患者在院日数

全入院患者在院日数

×100

年度	褥瘡発生率（％）
H28（2016）	0.70％
H29（2017）	0.84％
H30（2018）	0.79％
R1（2019）	0.70％
R2（2020）	0.73％
R3（2021）	0.57％
R4（2022）	0.56％
R5（2023）	0.40％
R6（2024）	0.46％

一般病院（療養病床を有しない）大学附属病院・分院、国立病院機構、それ以外の300床以上の病院　褥瘡推定発生率¹：0.86％

褥瘡推定発生率¹：調査日に褥瘡を保有する患者数－入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者数／調査日の全入院患者数

※日本褥瘡学会誌　Vol25.No2　2023　P95　引用

2. クリニカルパス使用率

$$\text{クリニカルパス使用率（\%）} = \frac{\text{パス適用患者数}}{\text{全入院患者数}} \times 100$$

年次推移

年度	全入院患者数	パス適用患者数	使用率（\%）
R4（2022）	10,863	4,063	37.4\%
R5（2023）	11,124	4,261	38.3\%
R6（2024）	11,529	4,720	40.9\%

1. 救急搬送患者応需率

$$\text{救急搬送患者応需率（\%）} = \frac{\text{受入件数}}{\text{救急車受入要請件数}} \times 100$$

年次推移

年(1～12月)	要請件数	受入件数	応需率（\%）
R4	5,278	5,174	98.0\%
R5	5,521	5,381	97.5\%
R6	5,699	5,594	98.2\%

受け入れできなかった主な理由

- ・ 傷病者多数、ベッド満床のため
- ・ 専門医不在のため
- ・ かかりつけ医が他にあるため

1. 脳卒中連携パス使用率

$$\text{脳卒中連携パス使用率（\%）} = \frac{\text{パス適用患者数}}{\text{脳出血・脳梗塞患者数（主病名として入院）}} \times 100$$

年次推移

年度	脳出血・脳梗塞患者数	パス適用患者数	使用率（\%）
R4（2022）	514	127	24.7\%
R5（2023）	600	157	26.2\%
R6（2024）	532	153	28.8\%

脳卒中連携パスが適用できなかった理由

- ・回復の程度によりリハビリができない
- ・回復の程度により食事（嚥下）ができない
- ・退院後、老健以外の施設入所が予測される場合
- ・自宅退院（転院待機中にリハビリが進み自宅へ退院）
- ・死亡退院
- ・自殺企図あり、精神科病院へ転院
- ・状態が悪化した（胆管炎や認知症の悪化にてリハビリ適応外）

大腿骨近位部骨折連携パス使用率

大腿骨近位部骨折連携パス使用率（％）＝

パス適用患者数

大腿骨近位部骨折患者数（主病名として入院）

×100

年次推移

年度	大腿骨近位部骨折患者数	パス適用患者数	使用率（％）
R4（2022）	214	122	57.0％
R5（2023）	193	153	79.3％
R6（2024）	235	172	73.2％

大腿骨近位部骨折連携パスが適用できなかった理由

- ・回復の程度によりリハビリができない
- ・保存治療の患者（OP適応なし）
- ・自宅退院（転院待機中にリハビリが進み自宅退院可能になる）
- ・精神科病院転院（Uターン）
- ・合併症併発（肺炎・胆管炎などにより内科転科、認知症進行、がん治療中の為術後
該当科へ転科し、がん治療継続等へ）

7-1. がん診療

1. 胃がんESD率・腹腔鏡手術率

$$\text{胃がんESD率（\%）} = \frac{\text{胃がんESD件数}}{\text{胃がん登録数}} \times 100$$

$$\text{胃がん腹腔鏡手術率（\%）} = \frac{\text{胃がん腹腔鏡手術件数}}{\text{胃がん手術件数}} \times 100$$

ESD率 年次推移

年	胃がん登録数	ESD件数	ESD率（\%）
R4（2022）	177	92	52.0\%
R5（2023）	174	73	42.0\%
R6（2024）	184	90	48.9\%

※胃がん登録数は、①初回治療後の経過観察目的、②診断のみで他院へ紹介した症例を除く

腹腔鏡手術率 年次推移

年	胃がん手術件数	腹腔鏡手術件数	開腹手術件数	腹腔鏡手術率（\%）
R4（2022）	69	36	33	52.2\%
R5（2023）	69	35	34	50.7\%
R6（2024）	65	36	29	55.4\%

7-1. がん診療

2. 大腸がんESD率・腹腔鏡手術率

$$\text{大腸がんESD率（\%）} = \frac{\text{大腸がんESD件数}}{\text{大腸がん登録数}} \times 100$$

$$\text{大腸がん腹腔鏡手術率（\%）} = \frac{\text{大腸がん腹腔鏡手術件数}}{\text{大腸がん手術件数}} \times 100$$

ESD率 年次推移

年	大腸がん登録数	ESD件数	ESD率（\%）
R4（2022）	209	22	10.5%
R5（2023）	202	10	5.0%
R5（2024）	195	13	6.7%

※大腸がん登録数は、①初回治療後の経過観察、②診断のみで他院へ紹介した症例を除く

腹腔鏡手術率 年次推移

年	大腸がん手術件数	腹腔鏡手術件数	開腹手術件数	腹腔鏡手術率（\%）
R4（2022）	97	56	41	57.7%
R5（2023）	116	78	38	67.2%
R6（2024）	84	63	21	75.0%

7-2. 心疾患

1. 急性心筋梗塞PCI実施率・死亡率

PCI実施率（％）＝

PCI実施患者数

急性心筋梗塞患者数

× 100

PCI実施患者死亡率（％）＝

PCI実施患者死亡数

PCI実施患者数

× 100

年次推移

年度	急性心筋梗塞患者数	PCI実施患者数	PCI実施率（％）	PCI実施患者死亡数	PCI実施患者死亡率（％）
R4（2022）	85	71	83.5%	6	8.5%
R5（2023）	73	58	79.5%	1	1.7%
R6（2024）	69	58	84.1%	6	10.3%

7-3. 肺血栓塞栓症

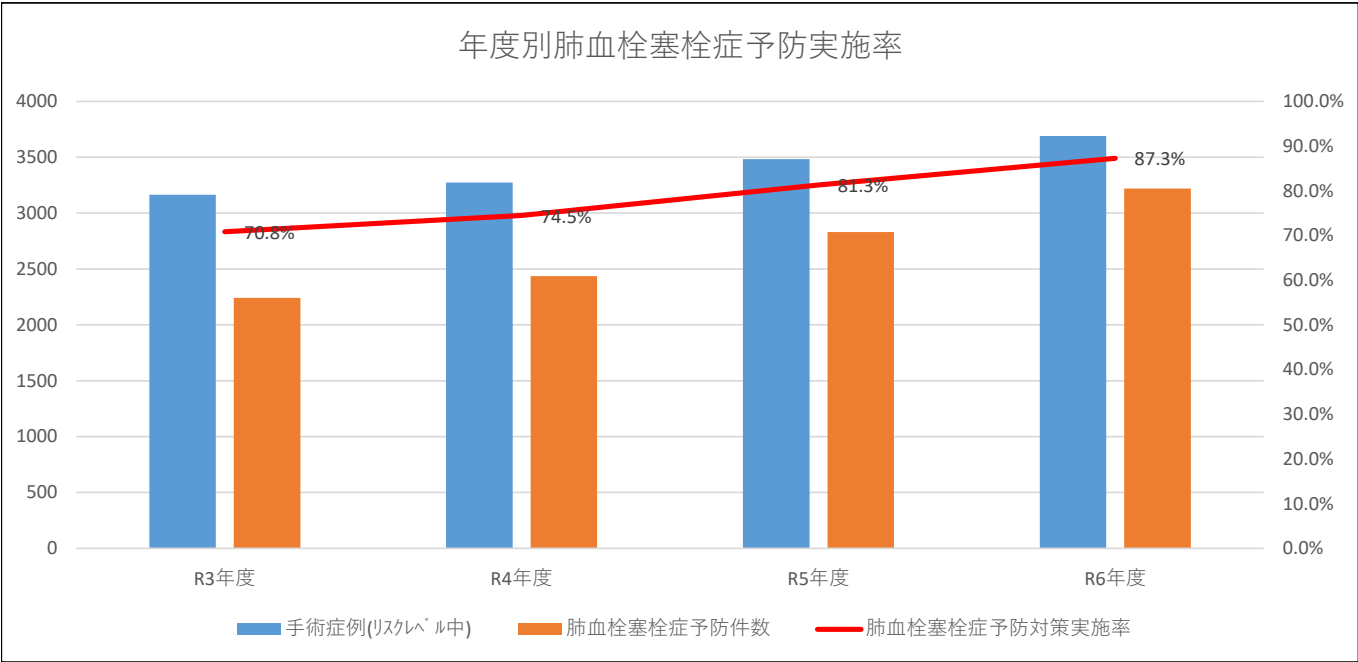
1. 肺血栓塞栓症予防対策実施率

肺血栓塞栓症予防対策実施率（％）＝

肺血栓塞栓症予防対策実施数

全身麻酔手術実施数

× 100



R3年度_肺血栓塞栓症予防対策実施率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
全身麻酔手術実施数	249	216	235	275	276	258	309	297	281	256	197	315	3164
肺血栓塞栓症予防対策実施数	197	173	154	181	195	191	211	192	182	195	159	211	2241
肺血栓塞栓症予防対策実施率	79.1%	80.1%	65.5%	65.8%	70.7%	74.0%	68.3%	64.6%	64.8%	76.2%	80.7%	67.0%	70.8%

R4年度_肺血栓塞栓症予防対策実施率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
全身麻酔手術実施数	278	251	275	262	201	313	313	278	237	283	265	317	3273
肺血栓塞栓症予防対策実施数	181	181	193	199	158	247	229	203	194	216	215	221	2437
肺血栓塞栓症予防対策実施率	65.1%	72.1%	70.2%	76.0%	78.6%	78.9%	73.2%	73.0%	81.9%	76.3%	81.1%	69.7%	74.5%

R5年度_肺血栓塞栓症予防対策実施率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
全身麻酔手術実施数	232	294	283	282	281	298	310	282	296	297	327	301	3483
肺血栓塞栓症予防対策実施数	179	226	245	213	230	233	266	250	229	263	257	240	2831
肺血栓塞栓症予防対策実施率	77.2%	76.9%	86.6%	75.5%	81.9%	78.2%	85.8%	88.7%	77.4%	88.6%	78.6%	79.7%	81.3%

R6年度_肺血栓塞栓症予防対策実施率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
全身麻酔手術実施数	311	319	297	281	285	308	350	302	367	307	280	282	3689
肺血栓塞栓症予防対策実施数	260	263	275	266	223	282	261	278	276	282	278	275	3219
肺血栓塞栓症予防対策実施率	83.6%	82.4%	92.6%	94.7%	78.2%	91.6%	74.6%	92.1%	75.2%	91.9%	99.3%	97.5%	87.3%

1. 放射線専門医診断寄与率

$$\text{放射線専門医診断寄与率（\%）} = \frac{\text{放射線専門医診断件数}}{\text{撮影件数}} \times 100$$

X線単純撮影（乳腺含む）

年度	全体数	診断・担当件数	診断寄与率（\%）
R4（2022）	51,551	12,646	24.5\%
R5（2023）	53,699	12,735	23.7\%
R6（2024）	56,127	12,577	22.4\%

C T

年度	全体数	診断・担当件数	診断寄与率（\%）
R4（2022）	24,533	21,512	87.7\%
R5（2023）	26,016	22,592	86.8\%
R6（2024）	26,290	23,124	88.0\%

M R I

年度	全体数	診断・担当件数	診断寄与率（\%）
R4（2022）	6,017	6,008	99.9\%
R5（2023）	6,275	6,273	100.0\%
R6（2024）	6,544	6,535	99.9\%

核医学（PET/CT含む）

年度	全体数	診断・担当件数	診断寄与率（\%）
R4（2022）	1,214	943	77.7\%
R5（2023）	1,311	990	75.5\%
R6（2024）	1,383	1,082	78.2\%

複数科による症例検討会の開催

検討会	参集範囲	開催頻度
CPC（臨床病理検討会）	全科、研修医	月1回
四者合同検討会（消化器検討会）	外科、消化器内科、放射線診断科、病理診断科	1回/2ヶ月
カンサーボード	全科、全職種	月1回
呼吸器検討会	呼吸器内科、放射線科、呼吸器外科	週1回
乳腺症例検討会	外科、病理診断科、放射線科、臨床検査科	月2回
肝胆膵検討会	外科、消化器内科	週1回