

臨床指標（クリニカル・インディケーター）

臨床指標（クリニカル・インディケーター）とは、医療の質を定量的に評価する指標のことで、医療の過程や結果から課題や改善点を見つけ出し、医療の質の向上を目的とするものです。これにより医療の質を客観的に評価することが可能となるので、最近では質（評価）指標という用語もよく使われています。

当院が測定している指標をホームページに公表し、最適の医療を提供できる病院となるため、改善を図り医療の質の向上に努めていきたいと考えております。

医療の質指標

基本データ	病院基本データ
	専門・認定看護師
	病院情報
	地域連携
	医療相談
	チーム医療
病院	患者満足度(入院患者)
	患者満足度(外来患者)
	クリニカルパス使用率
医療安全	入院患者における患者誤認発生率
	入院患者の転倒・転落発生率
	入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 2 以上)
	入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 4 以上)
	1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数
全報告中医師による報告の占める割合	
感染管理	中心ライン関連血流感染（CLABSI）発生率
	手術部位感染（SSI）発生率（消化器外科、整形外科、産婦人科）
薬剤部	入院患者薬剤管理指導実施率
	抗MRSA薬初期投与設計実施
リハビリ	脳卒中ADL改善度

病院基本データ

診療科数	31科
許可病床数	454床
稼働病床数	416床
一般病床（救命救急センター14床を含む）	362床
感染症病床	4床
精神病床（閉鎖病棟）	50床

専門・認定看護師

令和4年度

感染管理認定看護師	3人
皮膚・排泄ケア認定看護師	1人
がん化学療法看護認定看護師	1人
手術看護認定看護師	1人
がん放射線療法認定看護師	1人
新生児集中ケア認定看護師	1人
緩和ケア認定看護師	1人
精神科認定看護師	2人
急性・重症患者看護専門看護師	1人
がん看護専門看護師	1人

病院情報

令和4年度

1日平均入院患者数	291人
平均在院日数	13.6日
	（一般12.4日、精神61.1日）
一般病床利用率	71.8%
1日平均外来患者数	833人
救急車搬入件数	2,818件
救急患者数	8,139件
分娩件数	527件
敷地内禁煙実施	あり

地域連携

令和4年度

紹介率	39.3%
逆紹介率	45.1%
米ねっと加入率（魚沼圏域入院患者加入率）	50.5%

医療相談

令和4年度

医療・福祉相談件数	161件
がん相談件数	644件
セカンド・オピニオン件数	5件

チーム医療

令和4年度

- 感染対策チーム
- 栄養サポートチーム
- 緩和ケアチーム
- 褥瘡ケアチーム
- 認知症ケアサポートチーム
- 骨折リエゾンチーム
- 精神科リエゾンチーム
- 糖尿病療養指導チーム

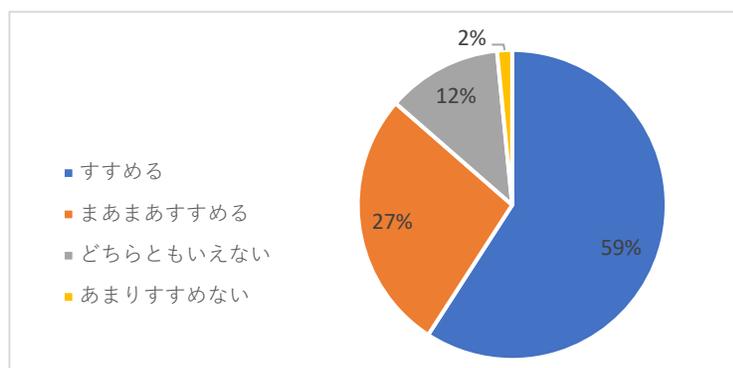
患者満足度(入院患者)

患者満足度（入院）は、対象期間内に入院しておられた患者さんに対して行ったアンケートのうち、「当院を親しい方にもすすめようと思いますか？」との設問に、「すすめる/まあまあすすめる」と回答した患者さんの割合を表したものです。

多くの患者さんから高い評価をいただきましたが、今後も一人でも多くの患者さんにご満足いただけるよう、療養環境の整備や接遇の向上に取り組んでまいります。

令和4年度	86.4%
-------	-------

すすめる	113
まあまあすすめる	52
どちらともいえない	23
あまりすすめない	3



定義

計算式：「すすめる」「まあまあすすめる」と回答した患者数/アンケート回収数

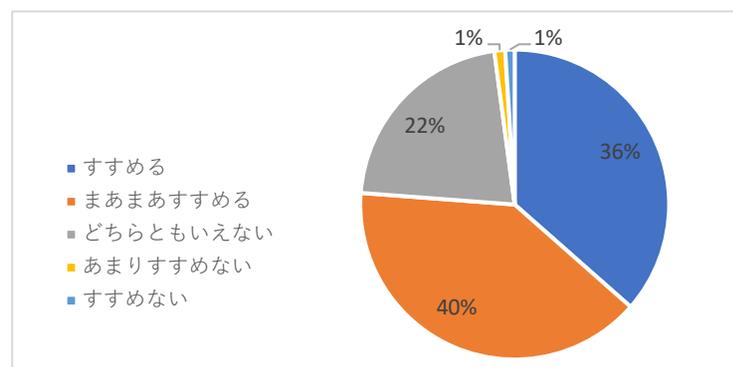
患者満足度(外来患者)

患者満足度（外来）は、対象期間内に外来受診された患者さんに対して行ったアンケートのうち、「当院を親しい方にもすすめようと思いますか？」との設問に、「すすめる/まあまあすすめる」と回答した患者さんの割合を表したものです。

入院同様多くの患者さんから高い評価をいただきましたが、今後も患者さんからのご意見を真摯に受け止め、次の改善につなげることで、一人でも多くの患者さんにご満足いただける病院を目指します。

令和4年度	76.1%
-------	-------

すすめる	259
まあまあすすめる	282
どちらともいえない	154
あまりすすめない	8
すすめない	7



定義

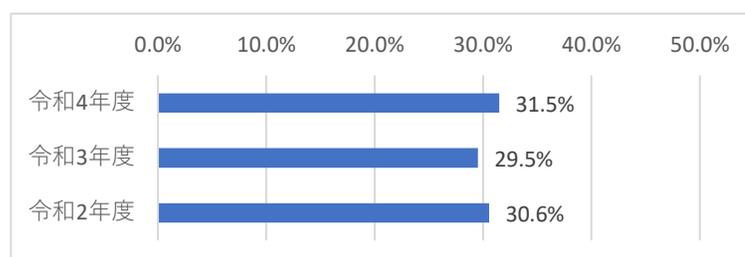
計算式：「すすめる」「まあまあすすめる」と回答した患者数/アンケート回収数

クリニカルパス使用率

クリニカルパスを適用することは、インフォームドコンセント(十分な説明と同意)の拡充や、医療の標準化及び医療の質の向上につながっています。そのため、クリニカルパスの適用率は医療の質を示していると言えます。

今後も、新規パス作成や既存パスの使用促進により適用率の向上を目指します。

令和4年度	31.5%
令和3年度	29.5%
令和2年度	30.6%



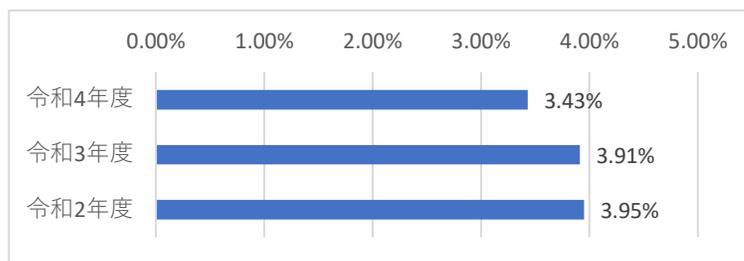
定義

計算式：全診療科のクリニカルパス適用数/病棟別入院患者数の合計値

入院患者における患者誤認発生率

患者さんを正しく確認することは病院における安全管理の基本ですが、残念ながら患者さんを間違えて（患者誤認）してしまうことがあります。この数値は、いかに患者さんの間違いを少なくできたかを示すものです。当院では、実際に間違える前に防いだ事例、文書の渡し間違いを含めた数を指標としています。

令和4年度	3.43%
令和3年度	3.91%
令和2年度	3.95%



定義

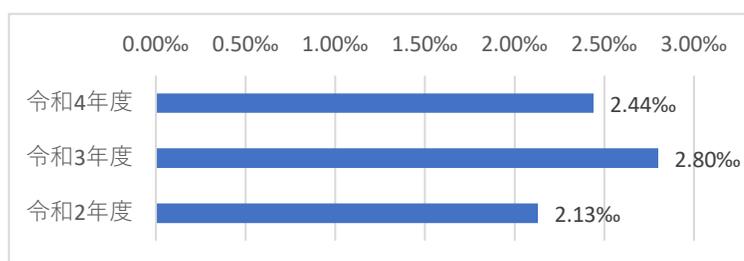
計算式：インシデントレベル1以上の患者誤認件数/全インシデント・アクシデント報告件数×100

入院患者の転倒・転落発生率

入院による環境の変化や病状、治療・手術などによる影響で、入院中の患者さんが転倒や転落を起こすことがあります。この指標は、病院が転倒・転落をいかに防ぐことができたかを示すための指標です。

令和3年度で発生率が増加していますが、報告書を変更したことにより報告しやすくなったことも関係しています。

令和4年度	2.44‰
令和3年度	2.80‰
令和2年度	2.13‰



定義

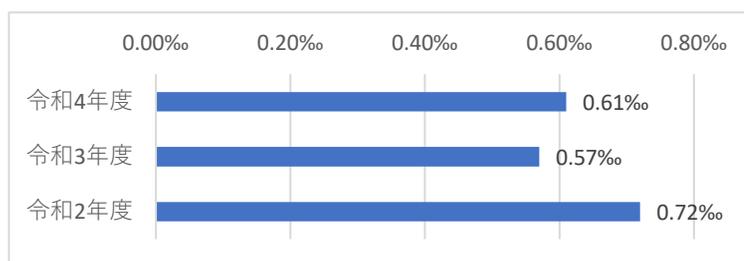
計算式：入院中の患者に発生した転倒・転落件数/入院患者延べ数（人日）*1000

※ ‰（パーミル：1000分の1を1とする単位）

入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

転倒・転落防止対策の評価として転倒・転落の発生率の他に転倒・転落により患者さんに生じた障害が発生した損傷発生率での指標があります。損傷が発生した転倒・転落の状況を分析することで、発生要因を特定し発生リスクを減らすための取り組みにつながります。損傷レベル2以上とは、転倒・転落により何らかの損傷が生じた事例の割合を示しています。

令和4年度	0.61‰
令和3年度	0.57‰
令和2年度	0.72‰



定義

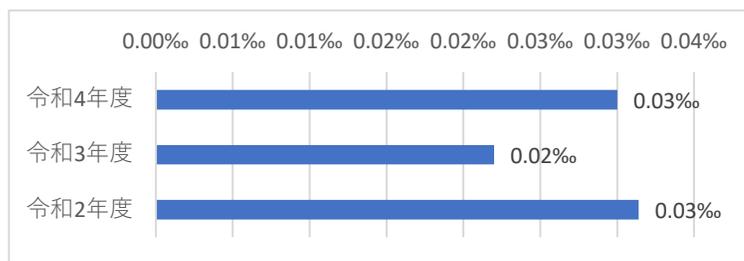
計算式：入院中の患者に発生した転倒・転落件数(損傷レベル2以上)/入院患者延べ数（人日）*1000

※ ‰（パーミル：1000分の1を1とする単位）

入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

転倒・転落防止対策の評価として転倒・転落の発生率の他に転倒・転落により患者さんに生じた障害が発生した損傷発生率での指標があります。損傷が発生した転倒・転落の状況を分析することで、発生要因を特定し発生リスクを減らすための取り組みにつながります。損傷レベル4以上とは、転倒・転落により骨折をした。何らかの障害が残ったなど、影響の大きい事例の割合を示しています。

令和4年度	0.03‰
令和3年度	0.02‰
令和2年度	0.03‰



定義

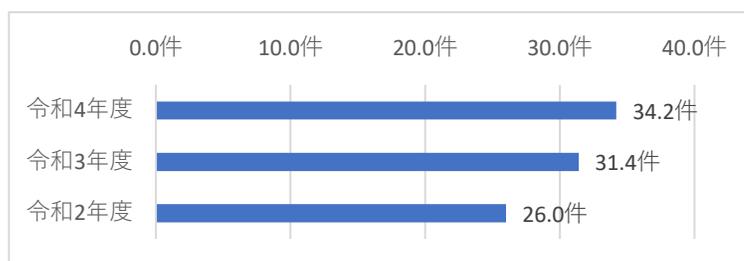
計算式：入院中の患者に発生した転倒・転落件数(損傷レベル4以上)/入院患者延べ数(人日) * 1000

※ ‰ (パーミル：1000分の1を1とする単位)

1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

日々の業務の中で職員から報告されるインシデント報告(ヒヤリハット報告)の数を示します。組織における報告の意識の高さを示す指標です。

令和4年度	34.2件
令和3年度	31.4件
令和2年度	26.0件



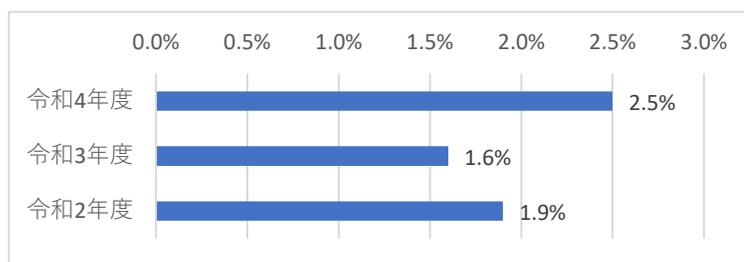
定義

計算式：月平均のインシデント・アクシデント発生件数 × 100 / 許可病床数

全報告中医師による報告の占める割合

日々の業務の中で職員から報告されるインシデント報告(ヒヤリハット報告)の数を示します。報告数のうち医師からの報告数を示す指標です。

令和4年度	2.5%
令和3年度	1.6%
令和2年度	1.9%



定義

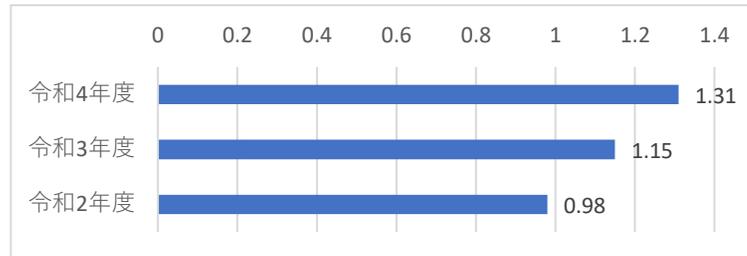
計算式：月平均のインシデント・アクシデント発生件数 × 100 / 許可病床数

中心ライン関連血流感染(CLABSI)発生率

中心ライン関連血流感染（CLABSI：Central-associated bloodstream infection）とは過去48時間以内に挿入していた中心ライン（中心静脈カテーテル）に関連して起きた血流感染のことをいいます。血流感染の発生は、在院日数の延長や医療費の増大、何より患者さんの身体的苦痛や精神的苦痛につながります。そのため発生する原因を分析し、根拠に基づいた予防策を実施することが大切です。当施設では、全病棟における中心ライン関連血流感染発生状況を調査しています。

カテーテル（ライン）1000本あたり何本が感染しているか、調査をしています。

令和4年度	1.31
令和3年度	1.15
令和2年度	0.98



定義

計算式：中心ライン血流感染数/中心ライン述べ使用日数（デバイス日）×1000

手術部位感染（SSI）発生率（消化器外科、整形外科、産婦人科）

手術部位感染（SSI）とは、手術後30日以内（人工物を挿入した場合は1年以内）に、手術操作の及んだ部位に発生する感染症のことをいいます。手術部位感染の発生は、在院日数の延長や医療費の増大、何より患者さんの身体的苦痛や精神的苦痛につながります。そのため発生する原因を分析し、根拠に基づいた予防策を実施することが大切です。

当施設では、消化器外科、整形外科、産婦人科、2022年度からは呼吸器外科における手術部位感染発生率を調査しています。

消化器外科：虫垂の手術、胆道再建を行わない肝切除、膵頭十二指腸切除、その他の肝胆膵手術、胆のう手術、食道手術、幽門側胃切除、胃全摘、胃手術、腹部手術、小腸手術、大腸手術、直腸手術、ヘルニア手術、乳房切除術を対象に実施しています。

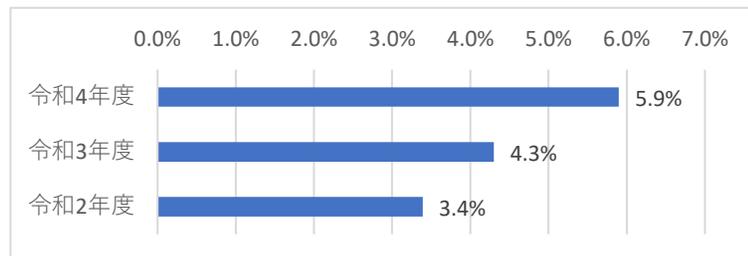
整形外科：脊椎固定術、脊椎再固定術、椎弓切除術、人工股関節、人工膝関節、骨折観血の手術、四肢切断術を対象に実施しています。

産婦人科：帝王切開術、卵巣手術、腹式子宮全摘術、膣式子宮全摘術、腹部手術を対象に実施しています。

呼吸器外科：胸部手術を対象に実施しています。

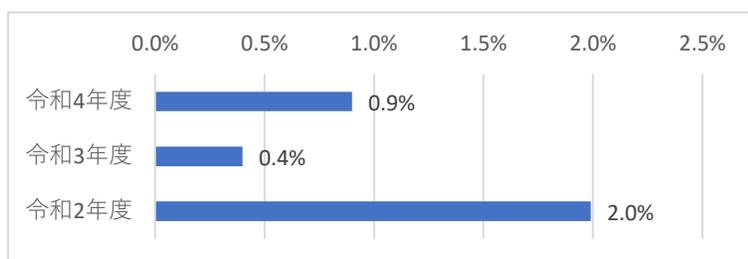
消化器外科全体

令和4年度	5.9%	17件/288件
令和3年度	4.3%	11件/256件
令和2年度	3.4%	6件/177件



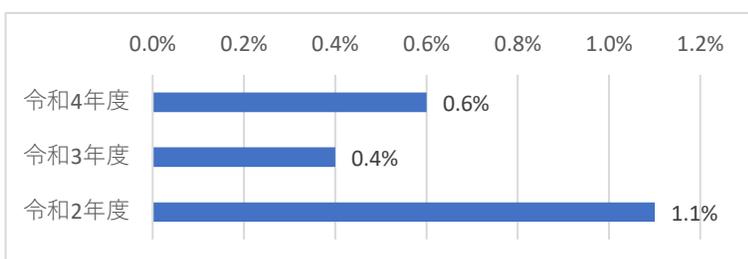
整形外科全体

令和4年度	0.9%	6件/661件
令和3年度	0.4%	2件/498件
令和2年度	2.0%	9件/453件



産婦人科全体

令和4年度	0.6%	2件/324件
令和3年度	0.4%	1件/249件
令和2年度	1.1%	3件/261件



呼吸器外科全体

令和4年度	0.0%	0件/79件
令和3年度	実施なし	

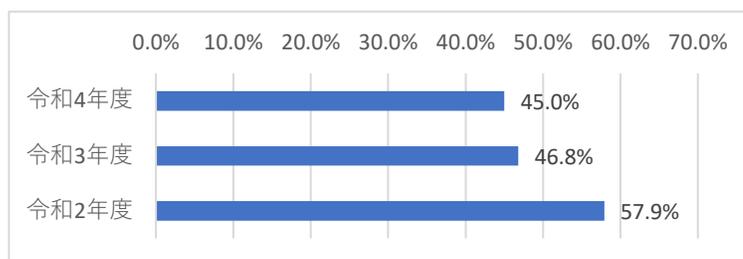
定義

計算式：分母と同一期間の手術における手術部位感染数/一定期間における手術件数

入院患者薬剤管理指導実施率

入院中に少なくとも1回は患者さんと面談し、服薬説明、副作用モニタリングなどを実施し、適正な薬物治療に繋がるように支援しています。

令和4年度	45.0%
令和3年度	46.8%
令和2年度	57.9%



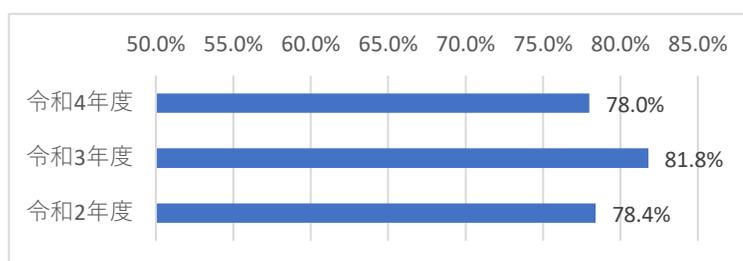
定義

計算式：薬剤管理指導実施実患者数/実入院患者数

抗MRSA薬初期投与設計実施

薬物治療モニタリング(TDM:Therapeutic Drug Monitoring)を実施することで、薬物動態/薬力学 (PK/PD)理論に基づいた薬学的介入を行っています。特に、抗MRSA薬については、投与開始時から患者個々の投与設計を行うことで、推奨血中濃度への到達が速やかに達成され、また適切な投与量を算出することで過量投与による副作用を防ぎ、安全かつ効果的な投与が可能となります。

令和4年度	78.0%
令和3年度	81.8%
令和2年度	78.4%



定義

計算式：初期投与設計を実施した症例数/抗MRSA薬（バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシン）投与症例数

※ただし、投与期間が3日間までの症例は除外。TDMの適応は4日以上投与症例のため

脳卒中ADL改善度

機能的自立度評価表（FIM）は脳卒中患者の日常生活活動の評価として世界で広く使われています。

		初回FIM	最終FIM	改善度
令和4年度 FIM改善度	脳梗塞	64.9	75.1	10.2
	脳出血	44.0	65.1	21.1
	くも膜下出血	20.4	50.0	29.6
令和3年度 FIM改善度	脳梗塞	52.4	82.9	30.5
	脳出血	43.8	74.5	30.7
	くも膜下出血	24.3	46.3	22.0
令和2年度 FIM改善度	脳梗塞	53.9	82.2	28.2
	脳出血	37.2	61.6	24.4
	くも膜下出血	26.7	66.1	39.3