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）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
	特定行為看護師
	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
	カテーテル関連尿路感染（CAUTI）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、呼吸器外科）
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

施設基準届出の手術件数　→医科点数表第２章第１０部の通則５及び６に掲げる手術

DPCデータを用いた病院指標　→病院指標(https://www.uonuma-kikan-hospital.jp/doc/sihyo/2025/index.html)

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	405床
一般病床　（救命救急センター14床を含む）	351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7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	3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
クリティカルケア認定看護師	1人

特定行為看護師

令和7年度

動脈血液ガス分析関連	9 人
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）	4 人
栄養に係るカテーテル管理（抹消留置型中心静脈カテーテル管理）	2 人
創傷管理関連	2 人
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	2 人
呼吸器（人工呼吸療法に係わるもの）関連	1 人
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	3 人
循環動態に係る薬剤投与関連	1 人
感染・栄養に係る薬剤投与関連	1 人

病院情報

令和7年度

1日平均入院患者数	363.5人
平均在院日数	13.7日 （一般12.3日、精神61.6日）
一般病床稼働率	90.0%
1日平均外来患者数	826.5人
救急車搬入件数	3,866件
救急患者数	9,246人
分娩件数	426件
敷地内禁煙実施	あり

地域連携

令和7年度

紹介率	50.2%
逆紹介率	70.6%
米ねっと加入率（魚沼圏域入院患者加入率）	62.8%

医療相談

令和7年度

医療・福祉相談件数	223件
がん相談件数	550件
セカンド・オピニオン件数	1件

チーム医療

令和7年度

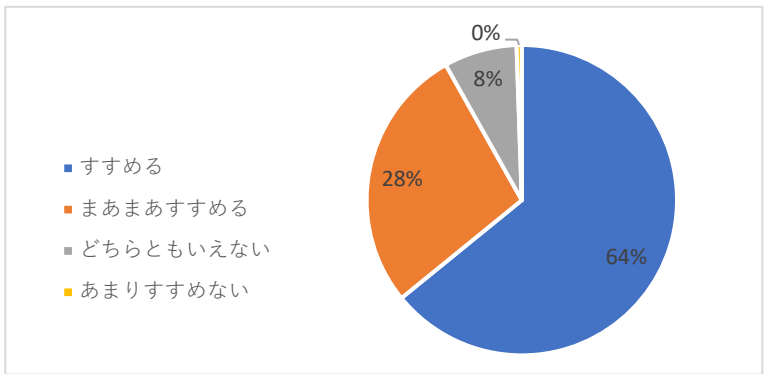
- 感染対策チーム
- 栄養サポートチーム
- 緩和ケアチーム
- 褥瘡ケアチーム
- 認知症ケアサポートチーム
- 骨折リエゾンチーム
- 精神科リエゾンチーム
- 糖尿病療養指導チーム

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7年度	92.0%
すすめる	118
まあまあすすめる	51
どちらともいえない	14
あまりすすめない	1
すすめない	0



定義

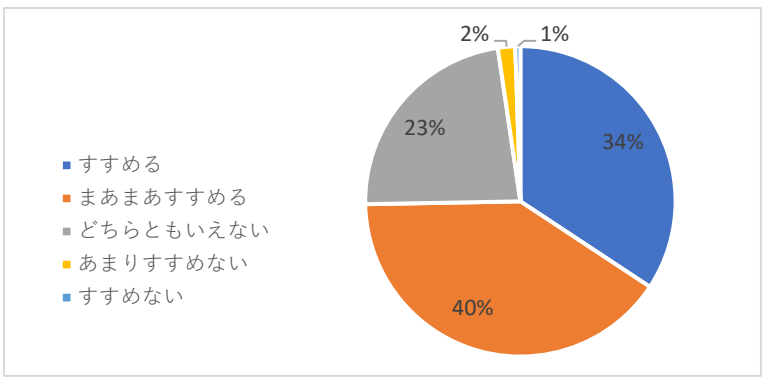
計算式：「すすめる」「まあまあすすめる」と回答した患者数/アンケート回収数

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7年度	74.0%
すすめる	324
まあまあすすめる	382
どちらともいえない	217
あまりすすめない	17
すすめない	5



定義

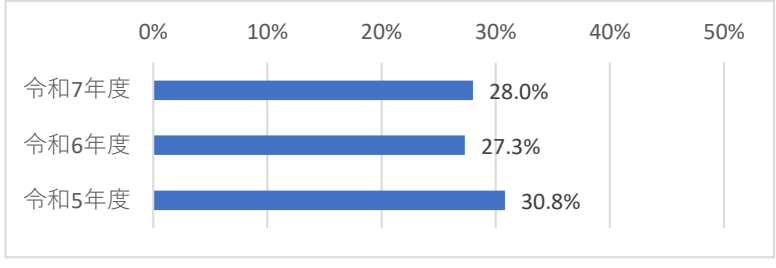
計算式：「すすめる」「まあまあすすめる」と回答した患者数/アンケート回収数

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7年度	28.0%
令和6年度	27.3%
令和5年度	30.8%



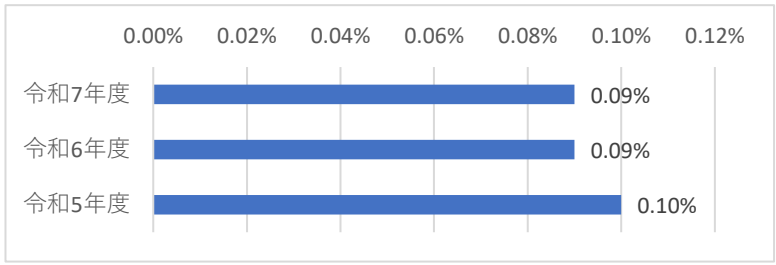
定義

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7年度	0.09%
令和6年度	0.09%
令和5年度	0.10%



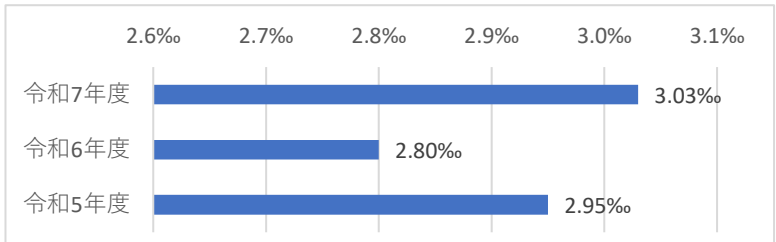
定義

計算式：患者誤認件数/入院患者延べ数*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7年度	3.03‰
令和6年度	2.80‰
令和5年度	2.95‰



定義

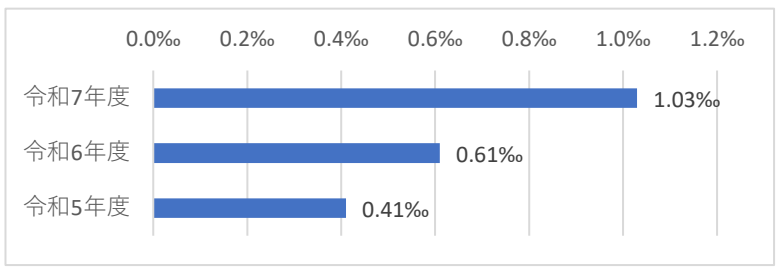
計算式：入院中の患者に発生した転倒・転落件数/入院患者延べ数（人日）*1000

※　‰（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7年度	1.03‰
令和6年度	0.61‰
令和5年度	0.41‰



定義

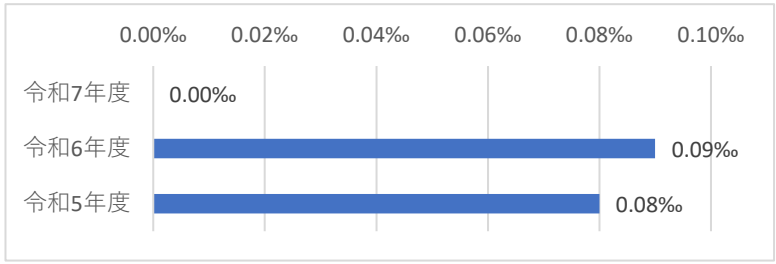
計算式：入院中の患者に発生した転倒・転落件数(損傷レベル2以上)/入院患者延べ数（人日）*1000

※　‰（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7年度	0.00‰
令和6年度	0.09‰
令和5年度	0.08‰



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

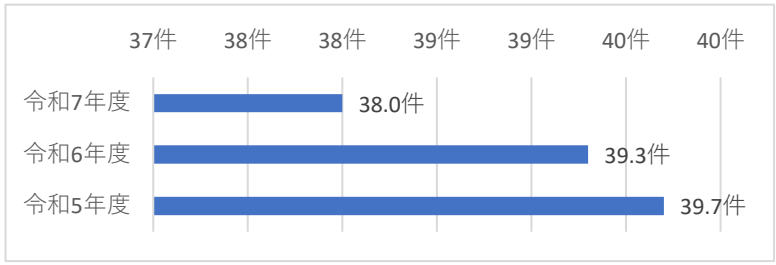
※　‰（パーミル： 1000 分の 1 を 1 とする単位）

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7年度	38.0件
令和6年度	39.3件
令和5年度	39.7件



定義

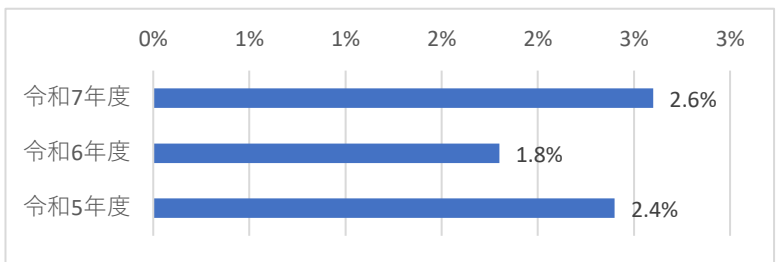
計算式：月平均のインシデント・アクシデント発生件数×100/許可病床数

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7年度	2.6%
令和6年度	1.8%
令和5年度	2.4%



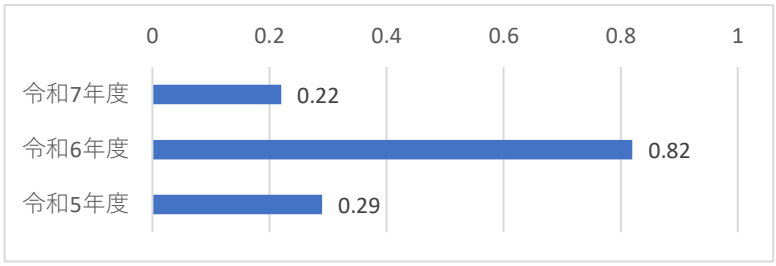
定義

計算式：医師の報告件数/年間のインシデント・アクシデント報告件数*100

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 line-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を、調査をしています。

令和7年度	0.22
令和6年度	0.82
令和5年度	0.29

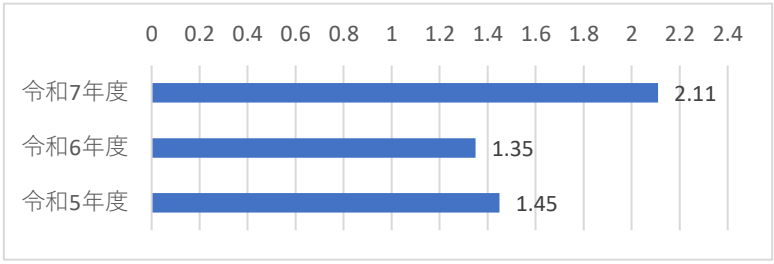


定義
計算式：中心ライン血流感染数/中心ライン述べ使用日数（デバイス日）×1000

カテーテル関連尿路感染（CAUTI）発生率

カテーテル関連尿路感染（CAUTI：Cstheter-associated Urinary tract Infection）とは、過去48時間以内に挿入していた尿道留置カテーテルに関連して起きた尿路感染のことをいいます。尿路感染の発生は、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、2022年6月より全病棟におけるカテーテル関連尿路感染の発生状況を調査しています。
カテーテル1000本あたり何本が感染しているかを、調査をしています。

令和7年度	2.11
令和6年度	1.35
令和5年度	1.45



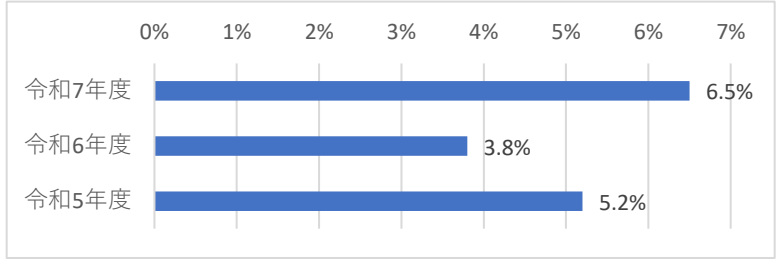
定義
計算式：カテーテル関連尿路感染数/述べ尿道カテーテル使用日数（デバイス日）×1000

手術部位感染（SSI）発生率　（消化器外科、整形外科、産婦人科、呼吸器外科）

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、骨折観血的手術、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。

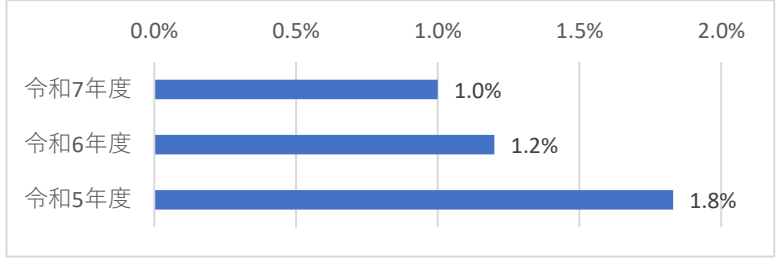
消化器外科全体

令和7年度	6.5%	23件/355件
令和6年度	3.8%	15件/394件
令和5年度	5.2%	15件/290件



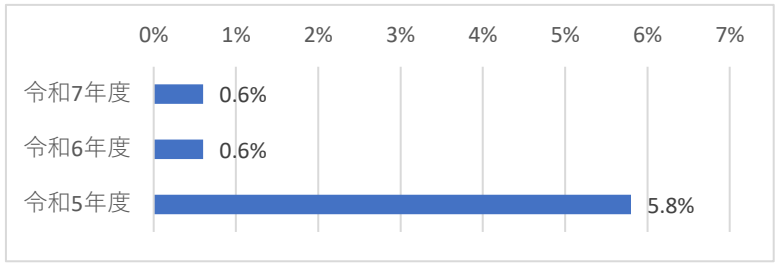
整形外科全体

令和7年度	1.0%	7件/706件
令和6年度	1.2%	9件/750件
令和5年度	1.8%	12件/655件



産婦人科全体

令和7年度	0.6%	2件/327件
令和6年度	0.6%	2件/327件
令和5年度	5.8%	4件/305件



呼吸器外科全体

令和7年度	0.0%	0件/90件
令和6年度	0.0%	0件/59件
令和5年度	0.0%	0件/86件

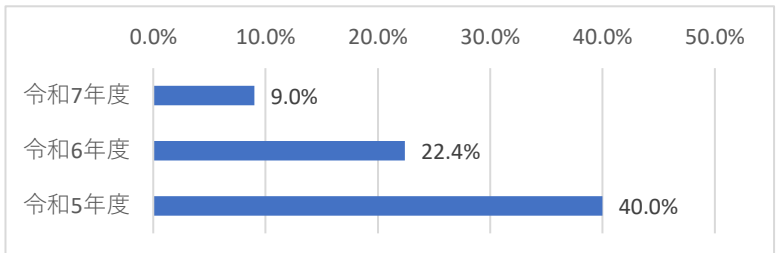
定義

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7年度	9.0%
令和6年度	22.4%
令和5年度	40.0%



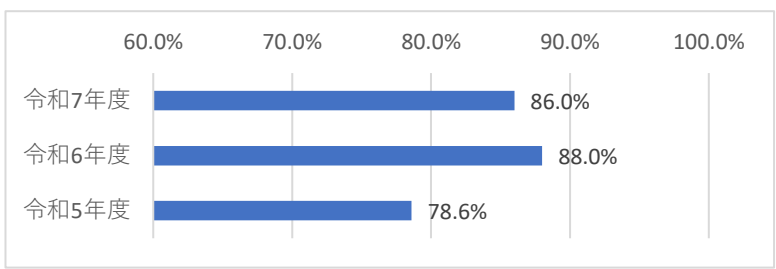
定義

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7年度	86.0%
令和6年度	88.0%
令和5年度	78.6%



定義

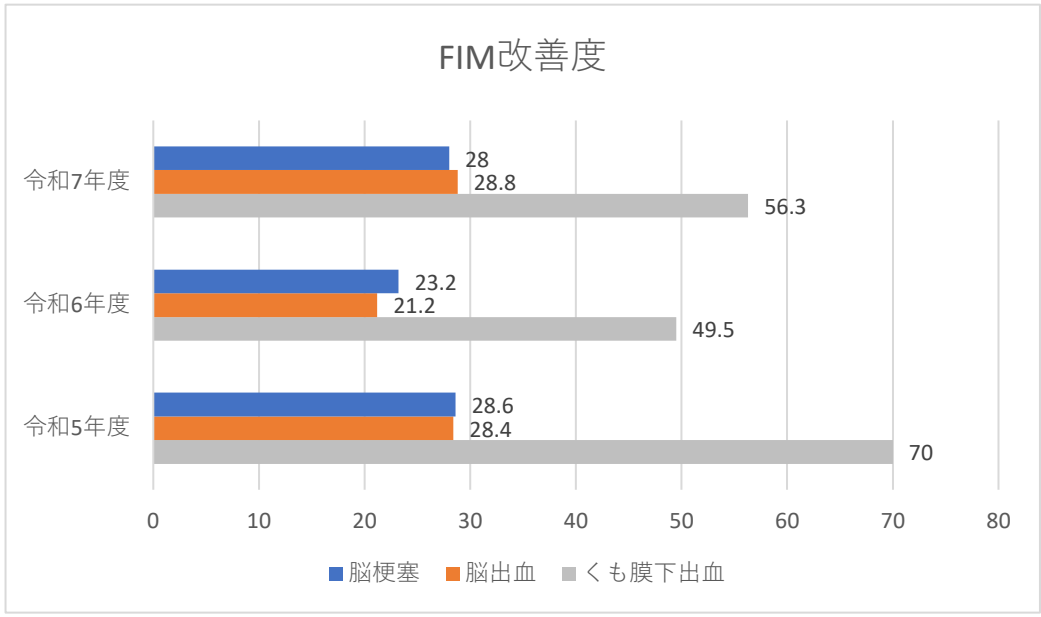
計算式：初期投与設計を実施した症例数/抗ＭＲＳＡ薬（バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシン）投与症例数

※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日以上の投与症例のため

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7年度 FIM改善度	脳梗塞	48.6	76.7	28
	脳出血	45.6	74.4	28.8
	くも膜下出血	39.8	96.2	56.3
令和6年度 FIM改善度	脳梗塞	60.5	83.7	23.2
	脳出血	50.7	71.9	21.2
	くも膜下出血	37.8	87.4	49.5
令和5年度 FIM改善度	脳梗塞	63.3	91.9	28.6
	脳出血	42.8	71.1	28.4
	くも膜下出血	55.0	125.0	70.0



本院における手術件数

（医科点数表第２章第１０部手術の通則５及び６（歯科点数表第２章第９部の通則４を含む）に掲げる手術）

手術名			令和5年	令和6年	令和7年
区分１	ア	頭蓋内腫瘤摘出術等	28件	35件	19件
	イ	黄斑下手術等	101件	110件	139件
	ウ	鼓室形成手術等	16件	6件	8件
	エ	肺悪性腫瘍手術等	74件	58件	56件
	オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	3件	6件	0件
		計	222件	215件	222件
区分２	ア	靭帯断裂形成手術等	23件	22件	18件
	イ	水頭症手術等	19件	15件	12件
	ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	1件	-	0件
	エ	尿道形成手術等	-	1件	0件
	オ	角膜移植術	-	-	0件
	カ	肝切除術等	-	2件	0件
	キ	子宮附属器悪性腫瘍手術等	23件	19件	14件
		計	66件	59件	44件
区分３	ア	上顎骨形成術等	-	9件	2件
	イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	-	6件	5件
	ウ	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	2件	3件	3件
	エ	母指化手術等	-	-	1件
	オ	内反足手術等	-	-	0件
	カ	食道切除再建術等	-	2件	1件
	キ	同種死体腎移植術等	-	-	0件
		計	2件	20件	12件
区分４		胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術	362件	454件	455件
その他の区分	ア	人工関節置換術	98件	131件	119件
	イ	乳児外科施設基準対象手術	-	2件	3件
	ウ	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	34件	37件	37件
	エ	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術	-	-	0件
	オ	経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対するもの)	-	-	17件
		経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症に対するもの)	1件	-	9件
		経皮的冠動脈形成術(その他のもの)	9件	4件	53件
		経皮的冠動脈粥種切除術	-	-	0
		経皮的冠動脈粥腫切除術（急性心筋梗塞に対するもの)	15件	17件	3件
		経皮的冠動脈粥腫切除術(不安定狭心症に対するもの)	9件	7件	2件
		経皮的冠動脈粥腫切除術(その他のもの)	34件	41件	10件
		計	200件	239件	253件