

# Clinical Indicator

## いずみの病院 CI年報



2023 年版

(2023. 4~2024. 3)

【目次】

- ・ いずみの病院 C I 一覧 p1~2
- ・ 各指標の値および解説 p3~21
- ・ 分子/分母一覧 p22
- ・ 付) いずみの病院 2023 年度病院指標 p23~28

いずみの病院 C I 一覧

指 標		2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	参考値	p
病院全体の指標	患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・外来	90.0%	— %	— %	90.0%	90.3%	82.8%	3
	患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・入院	83.7%	87.1%	81.0%	87.7%	86.3%	89.5%	
	1日当外来患者数	286	263	262	265	260		4
	病床利用率・病院全体	91.1%	87.7%	85.6%	73.3%	79.7%	65.19%	5
	平均在院日数・病院全体（補正なし）	32.4	33.0	33.6	34.3	33.8	15.86	
	退院後 4 週間以内の再入院率	7.2%	8.0%	6.9%	6.6%	6.5%	14.5%	6
	24 時間以内の再手術件数	0	1	1	0	0		
	褥瘡発生率（分母：入院患者延数）	0.89‰	0.73‰	0.49‰	0.66‰	0.75‰		7
	うち、Ⅱ度以上	0.68‰	0.51‰	0.37‰	0.50‰	0.53‰	1.3‰	
	褥瘡発生率（分母：測定日の在院患者数）	1.6%	1.8%	1.4%	1.8%	1.9%	1.1%	
	認知症ケア加算算定率	33.1%	32.6%	29.9%	24.2%	20.7%		8
	認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率	43.2%	49.7%	54.7%	64.8%	61.3%		
	18 歳以上の身体抑制率（一般病棟）		15.9%	17.9%	19.2%	13.2%	11.8%	
急性期病棟の指標	看護必要度の基準を満たす患者の割合	26.1%	15.0%	15.2%	16.5%	16.8%		9
	平均在院日数	20.2	19.7	20.4	20.3	20.1	21.0	10
	ADL 低下発生率（4F 病棟）	2.64%	2.59%	2.52%	3.70%	1.93%	3.0%	11
回復期リハビリ病棟の指標	在宅復帰率	88.0%	81.7%	79.5%	89.5%	85.6%	70.0%	12
	重症者割合	32.2%	32.8%	32.3%	37.2%	42.7%	40.0%	
	FIM16 点以上改善率				44.1%	52.9%	30.0%	
	FIM 実績指数	40.7	43.9	38.1	42.6	51.0	40.0	
	1人1日当リハビリ提供単位数・休日	8.14	8.18	8.14	7.67	7.69		
1人1日当リハビリ提供単位数・休日以外	8.00	8.05	8.04	7.58	7.58			
医療安全の指標	入院患者の転倒転落発生率	4.73‰	3.52‰	3.65‰	3.33‰	2.89‰	2.83‰	13
	転倒転落による骨折・頭蓋内出血件数	10	8	10	1	5		
	院内で発生した針刺し事故件数	9	15	7	4	2		
	MRI 検査室への持込禁止物によるアクシデント発生率	0.23‰	0.49‰	0.47‰	0.63‰	0.30‰		
	誤薬発生率	1.96‰	2.52‰	3.17‰	2.61‰	2.73‰		
	職員1人当インシデントレポート報告数（レベル0~1に限る）	1.36	1.13	1.00	0.76	1.02	0.74	
	インシデントレポート報告数中、アクシデント（レベル3b以上）の占める割合	1.05%	1.78%	1.72%	0.60%	1.42%	0.13%	
医師からのインシデントレポート報告率	1.0%	1.11%	0.93%	1.66%	1.23%	4.5%		
感染対策の指標	病院職員のインフルエンザワクチン接種率	84.2%	91.7%	86.2%	84.3%	84.1%	88.8%	14
	尿道留置カテーテル使用率	10.5%	9.7%	9.6%	11.4%	12.6%	17.0%	
	症候性尿路感染症発生率	0.7‰	0.7‰	0.0‰	0.9‰	1.4‰	3.0‰	
救急医療	1月当救急医療管理加算1算定数	30	24	31	38	43		15
	1月当救急医療管理加算2算定数	140	252	343	195	231		
	1月当緊急入院患者数	40	49	69	54	59		
	1月当救急搬入数	43	36	38	45	54		
	救急搬入患者応需率	63.2%	60.9%	58.3%	44.0%	55.1%	76.8%	

指 標		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値	p
地域医療連携	紹介率	28.7%	29.4%	24.2%	20.5%	26.0%		16
	逆紹介率	25.8%	25.9%	26.0%	19.9%	21.3%		
リハビリテーション	一般病棟におけるBI改善率	58.8%	56.2%	51.9%	46.3%	53.5%		17
	リハビリ前後におけるBIの差の平均 (一般病棟)	12.1	8.3	9.2	10.1	11.0		
	回復期リハビリにおけるFIM改善率	91.5%	92.2%	88.7%	92.2%	89.3%		
	リハビリ前後におけるFIMの差の平均 (回復期リハビリ病棟)	18.5	20.6	19.4	21.3	22.5		
	FIM実績指数(回復期リハビリ病棟、再掲)	40.7	43.9	38.1	42.6	51.0	40.0	
薬剤	1月当薬剤管理指導料算定数	57	68	249	343	336		18
	薬剤管理指導料実施率	21.1%	20.7%	48.5%	55.7%	52.6%		
栄養	1月当入院栄養指導料算定数	20	20	16	9	17		19
	入院栄養指導実施率	29.7%	29.3%	21.7%	15.9%	23.6%		
	特別食加算算定率	24.3%	30.0%	30.5%	29.9%	30.5%		
	NST介入率	6.5%	5.7%	6.0%	4.5%	4.9%		
記録、その他	退院2週間以内の医師退院時要約作成率	96.9%	96.8%	95.4%	96.9%	94.7%	90.0%	20
	クリニカル・パス使用率	14.1%	13.3%	17.2%	25.7%	17.6%		
疾患別指標	急性期脳梗塞患者における入院3日以内 リハビリ開始率	97.0%	97.9%	98.0%	100%	96.3%	95.3%	17
	糖尿病患者の血糖コントロール率	49.1%	49.0%	48.5%	46.3%	45.7%	50.0%	21

## 患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合

	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・外来	— %	— %	90.0%	90.3%	82.8%
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・入院	87.1%	81.0%	87.7%	86.3%	89.5%

※コロナ禍により、2020, 2021年度は外来アンケートは実施せず

当院では定期的に患者満足度調査を行っています。

2013年度より、日本病院会 QI プロジェクトにデータ提出を行うため、同プロジェクトの患者満足度調査の定義にしたがって、「この病院について総合的にどう思うか？」の設問を追加し、満足/やや満足/どちらともいえない/やや不満/不満の5段階評価に対する回答率によって、患者満足度の評価を行っています。

病院における医療が対人サービスの提供である以上、患者さんの満足度は間違いなく「医療の質」のひとつですが、一方、患者満足度には、提供された医療サービスと、その医療サービスに対して患者さんが事前に抱いていた期待度との「ギャップ」を表すという側面があります。それゆえ、患者満足度には、「医療の質」の直接的な指標とは言い難い面があり、数値を読む上で注意が必要でしょう。

### 当院値の定義・計算方法

**分子：**下記調査で満足、やや満足と回答した患者数  
**分母：**患者満足度調査（満足/やや満足/どちらともいえない/やや不満/不満の5段階評価）に回答した患者数

### 参考値の定義・計算方法

**分子：**同上  
**分母：**同上  
 出典) 日本病院会 2023年度 QI プロジェクト結果報告

## 1日当外来患者数

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
1日当外来患者数	286	263	262	265	260

1日に当院にどれだけの外来患者さんが来ているかを示す数字です。病院が地域の中でどれほど利用されているかを示す指標となります。患者さんの受療指向とともに当院の外来の体制、とくに外来担当医の診療体制がこの数字に大きな影響を与えます。

### 当院値の定義・計算方法

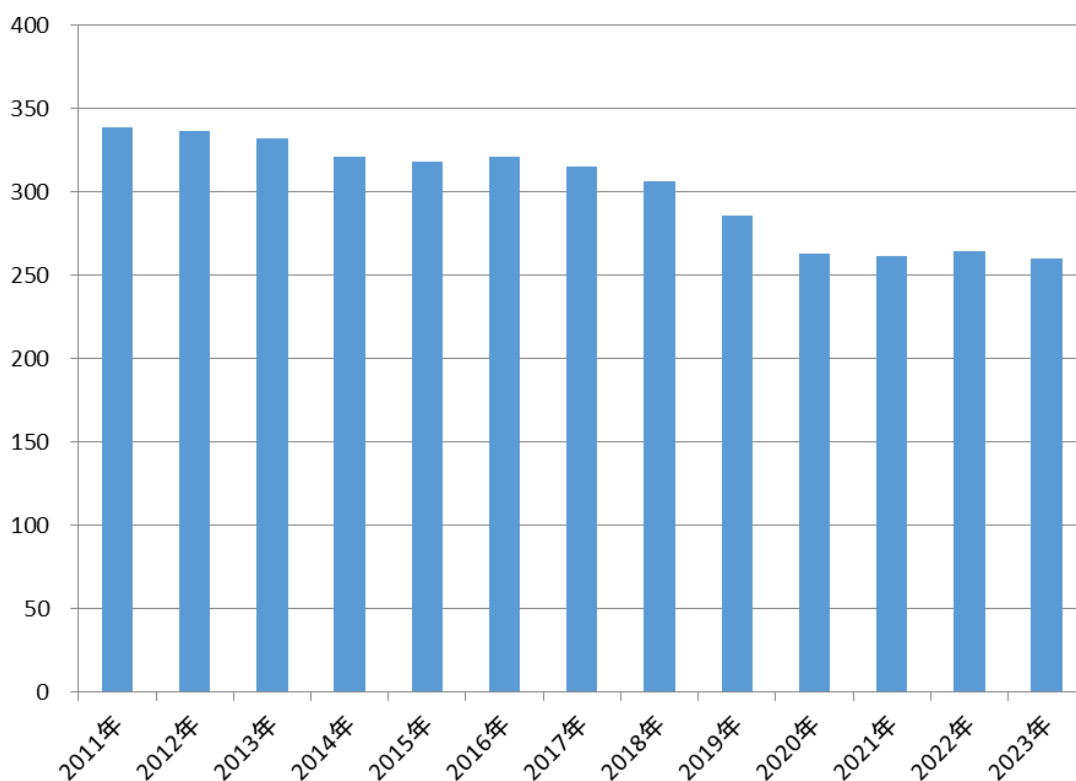
分子：年間延べ外来患者数

分母：年間診療日数

(365日－日祝日数)

当院ではここ数年、1日当外来患者数は減少傾向となっていますが、2020年～2023年は新型コロナウイルス感染症のまん延の影響で、患者数減少が顕著になっています。

## 1日当外来患者数



## 病棟別病床利用率、平均在院日数（補正なし）

		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
病床利用率	3F（外科系）	88.1%	82.8%	85.5%	86.3%	75.5%	65.19%
	4F（内科系）	91.5%	83.0%	78.3%	38.0%	69.2%	
	回復期リハビリ	88.4%	93.7%	93.1%	83.1%	81.8%	
	緩和ケア※1	91.0%	62.0%	33.8%	36.9%	68.3%	
	5F※2	97.7%	98.5%	98.0%	97.7%	98.2%	
	全体	91.1%	87.7%	85.6%	73.3%	79.7%	
平均在院日数 （補正なし）	3F（外科系）	19.3	19.7	22.2	20.0	20.7	15.86
	4F（内科系）	20.1	19.2	19.4	17.5	17.6	
	回復期リハビリ	59.6	64.1	69.7	58.6	61.8	
	緩和ケア※1	41.4	25.2	9.2	15.8	32.1	
	5F※2	293.4	383.3	290.9	317.1	493.0	
	全体	32.4	33.0	33.6	34.3	33.8	

※1 緩和ケア病棟（=5F 西病棟）は2020年12月～2022年8月まで、4F病棟は2022年8月～2023年4月初めまでの間、新型コロナ（COVID-19）患者専用病棟としての運用を行った

※2 5F病棟は2023年12月に医療療養病棟入院基本料算定病棟から障害者施設等入院基本料算定病棟へと変更した

病床利用率と平均在院日数は、どちらも病院の経営管理状態を示す指標です。

病床利用率は、病床という医療資源がどれほど有効に利用されているかを示します。計画的な入棟が基本となる療養病棟は100%に近い数字が目指されます。一方、緊急入院が多く、平均在院日数の短い急性期病棟は利用率が低くなりがちです。それでも参考値と比較すると、当院は比較的高い病床利用率を保っていると言えます。

なお、参考値（65.19%）は2023年6月という特定の時点での計測値ですが、2019年の75.27%から2020年（65.24%）、2021年（63.59%）、2022年66.37%と、新型コロナウイルス感染症まん延の影響が顕著です。

一方、平均在院日数は、国際的に見ても日本は長いとされ、短縮化が目指されています。平均在院日数短縮化には長期漫然治療を改め、医療の効率化を図るという意図がありますが、平均在院日数には入院している患者の疾病構成が大きく影響するので、単純に数値だけで医療の質の高低を語ることはできません。ただ、参考値と比較すると、当院は急性期病棟も含めて、在院日数の比較的最長い患者が多い病院であることが伺えます。

### 当院値の定義・計算方法（病床利用率）

分子：在院延べ数

分母：届出病床数×365日

### 参考値の定義・計算方法（病床利用率）

分子：在院延べ数

分母：許可病床数×365日

出典：全国公私病院連盟 令和5年病院運営実態分析調査 200～299床規模の一般病院の平均値（調査対象年月：2023年6月）

### 当院値の定義・計算方法（平均在院日数）

分子：在院延べ数

分母：（新入棟患者数+新退棟患者数）/2

### 参考値の定義・計算方法（平均在院日数）

分子：在院延べ数

分母：（新入棟患者数+新退棟患者数）/2

出典：同上

## 退院後 4 週間以内の再入院件数、24 時間以内の再手術件数

	2019 年		2020 年		2021 年		2022 年		2023 年		参考値
退院後 4 週間以内の再入院件数/率	146	7.2%	153	8.0%	129	6.9%	99	6.6%	115	6.5%	14.5%
内訳) 計画的再入院	31	1.5%	45	2.4%	50	2.7%	38	2.5%	36	2.0%	10.7%
計画外の再入院	115	5.7%	108	5.7%	79	4.3%	61	4.1%	79	4.5%	3.8%
24 時間以内の再手術件数	0		1		1		0		0		

### 退院後 4 週間以内の再入院件数

初回入院時の治療が不十分であったり、回復が不完全な状態で患者さんが早期退院を強いられると退院後再入院率が上がると考えられます。しかし、退院後再入院といっても化学療法や予定手術などの計画的なものもあれば、初回入院と異なる傷病による入院もあり、退院後再入院率＝医療の質と、単純に判断してしまうことは危険です。

### 24 時間以内の再手術件数

これは外科系チームによる医療の質を評価する指標ですが、この数値が執刀医の技量の高低を直接示すものではありません。しかし、再手術を強いられる患者さんの負担はきわめて大きく、患者さんの状態によっては予後に影響する場合もあるので、再手術件数（率）は、その手術が行われた背景を考慮しつつも、手術が適切であったかどうかの再評価、手術手技の改善、患者管理の問題などにフィードバックするために、病院として把握しておくべき数値ということになっています。

#### 当院値の定義・計算方法（再入院率）

分子：下記の内、前回入院から 4 週間以内に再入院があった場合の件数

分母：期間中の退院患者数

#### 参考値の定義・計算方法（再入院率）

分子：下記の内、前回入院から 4 週間以内に再入院があった場合の件数

分母：調査期間中の退院患者数

出典) 2022 年 DPC 調査 (全国平均値)

## 褥瘡の新規発生件数、褥瘡発生率

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
褥瘡の新規発生件数	70	54	36	41	50	
うち、Ⅱ度以上	53	38	27	31	35	
褥瘡発生率・入院患者延べ数 <sup>ベース</sup>	0.89%	0.73%	0.49%	0.66%	0.75%	
うち、Ⅱ度以上	0.68%	0.51%	0.37%	0.50%	0.53%	1.3%
褥瘡発生率・在院患者数 <sup>ベース</sup>	1.6%	1.8%	1.4%	1.8%	1.9%	1.1%

### 褥瘡の新規発生件数

褥瘡の新規発生を抑えるには、発生のリスクを事前に評価し、予防的なケアを適切に行うことです。褥瘡の新規発生件数(率)は、患者さんの全身管理や局所ケアなど、看護ケアの質を表す重要な指標です。

なお、本項での褥瘡発生率は、入院患者延べ数ベースと在院患者数ベースの二種類の測定値を用いています。前者は、患者さん達1,000日の入院に対して何回の褥瘡新規発生があるか。後者は、ある瞬間で切り取った場合、その日の入院患者のうち何人が自院発生の褥瘡を保有しているか、という意味合いの指標です(12回測定した平均値)。

いずれにせよ、褥瘡発生率は、当該病棟に入院している患者さんの患者層の違いによって影響を受けます。

#### 当院値の定義・計算方法

(褥瘡発生率・入院患者延べ数<sup>ベース</sup>)

分子：期間中の褥瘡の新規発生件数

分母：期間中の入院患者延べ数

#### 参考値の定義・計算方法

(褥瘡発生率・入院患者延べ数<sup>ベース</sup>)

分子：下記の内、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

分母：調査期間中の延べ入院患者数

出典)日本病院会 2023年度QIプロジェクト結果報告(一般病棟)

#### 当院値の定義・計算方法

(褥瘡発生率・在院患者数<sup>ベース</sup>)

分子：測定日に褥瘡がある患者数

(除外：褥瘡持ち込み患者)

分母：測定日の在院患者数

※毎月初日測定。12ヶ月の平均値。

#### 参考値の定義・計算方法

分子：測定日に褥瘡がある患者数

(除外：褥瘡持ち込み患者)

分母：測定日の入院患者数

出典)高知医療センターCI(2023年度)



## 病棟別認知症ケア加算算定率、身体抑制実施率（認知症ケア加算算定患者）、18歳以上の身体抑制率（一般病棟）

		2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
認知症ケア加算算定率	3F（外科系）	16.7%	14.2%	15.8%	8.7%	
	4F（内科系）	40.4%	31.9%	18.2%	22.9%	
	回復期リハビリ	20.8%	21.9%	16.7%	18.5%	
	5F <sup>※1</sup>	55.2%	54.8%	44.5%	32.9%	
	全体	32.6%	29.9%	24.2%	20.7%	
認知症ケア加算算定患者中、 身体抑制実施率	3F（外科系）	49.7%	45.9%	63.2%	72.9%	
	4F（内科系）	45.1%	46.0%	29.9%	32.2%	
	回復期リハビリ	70.4%	67.1%	72.4%	72.7%	
	5F <sup>※1</sup>	44.0%	56.6%	69.6%	68.1%	
	全体	49.7%	54.7%	64.8%	61.3%	
18歳以上の身体抑制率（一般病棟） <sup>※2</sup>		15.9%	17.9%	19.2%	13.2%	11.8%

※1 5F病棟は2023年12月に医療療養病棟入院基本料算定病棟から障害者施設等入院基本料算定病棟へと変更した

※2 18歳以上の身体抑制率は2022年までは医療療養病棟を除く4病棟を対象としたが、2023年より5F病棟・回復期リハビリ病棟を除く3病棟を集計対象とした

### 認知症ケア加算算定率

認知症ケア加算とは、認知症の患者さんに対して、病棟看護師をはじめとする多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした、診療報酬上の加算です。対象病棟は当院の場合、全5病棟のうち緩和ケア病棟を除く4病棟です。認知症ケア加算算定率は、入院患者さん全体の中で認知症のある患者さん<sup>注</sup>がどれほどを占めるかを示す指標で、上表に示すように、病棟の性格によって患者層の違いがあることが窺われます。また、2022年8月から2023年4月初めコロナ専用病棟となった4F病棟のように、数値の変動にはコロナ禍の影響も見られるようです。

注)「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」でランクⅢ以上に該当する患者さんを指します。

### 認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率

身体抑制は、せん妄や認知症などの患者さんに対し、治療を安全に遂行するためやむを得ず抑制帯やベッド柵を使用したり、ミトン着用を行ったりするものです。患者さんの尊厳や人権を考えると、身体抑制はできる限り避けたいですが、完全になくすことは困難です。認知症ケア加算は、身体抑制を行っている／いないによって点数が異なるため、同加算算定患者中の身体抑制実施率が計測できます。上表を見ると、こちらも病棟毎の違いが観察できる一方、コロナ禍影響も窺われます。とはいえ、どのような状況であっても身体抑制が最少化できるよう、今後の推移をみながら努力していきたいと思えます。

### 18歳以上の身体抑制率（一般病棟）

本指標においては分母を認知症患者さんに限定していません。ただし、対象は一般病棟の患者さんが対象です。2023年度からは当院5病棟中、回復期リハビリ病棟、5F病棟を除く3病棟の患者さんを対象としています。上記（上表）の通り、病棟機能により各々性格が異なるので、参考値と単純に比較することはできません。

#### 当院値の定義・計算方法

（認知症ケア加算算定率）

分子：認知症ケア加算算定延べ数  
分母：対象病棟の延べ入院日数

#### 当院値の定義・計算方法

（認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率）

分子：分母中、身体抑制を実施した数  
分母：認知症ケア加算算定延べ数

#### 当院値の定義・計算方法

（18歳以上の身体抑制率・一般病棟）

分子：分母中、身体抑制を実施した数  
分母：一般病棟における18歳以上の入院患者延べ数

#### 参考値の定義・計算方法

（18歳以上の身体抑制率・一般病棟）

分子：同上  
分母：同上

出典) 日本病院会 2023年度QIプロジェクト結果報告

# 医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（3階・4階病棟）

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合	26.1%	15.0%	15.2%	16.5%	16.8%

患者の重症度を測る指標の1つとして医療・看護必要度があります。2年に一度ある診療報酬改定の度に定義が変わり、しかも2018年、2020年、2022年と、いずれも大きく変わっているため、単純に年次推移を追ってもあまり意味がありません。

また、2018年点数表では、この医療・看護必要度の計算方法がⅠとⅡの二通りに分かれていました。当院は当初医療・看護必要度Ⅰを、2022年度からはⅡを用いています。所定の評価票にもとづき、A得点が2点以上かつB得点が3点以上、A得点が3点以上、C得点が1点以上のいずれかを満たす状態が、「医療・看護必要度の基準を満たす患者」とされています。

### 当院値の定義・計算方法

分子：下記の内、医療・看護必要度の基準を満たす日数

分母：3・4F病棟における延べ入院日数（除外あり）

この「医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」は、下表の通り、入院基本料等に係るさまざまな施設基準の算定要件となっています。

### 「医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」に関連する施設基準の例

	要件	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1		28%
急性期一般入院料2	27%	24%
急性期一般入院料3	24%	21%
急性期一般入院料4	20%	17%
急性期一般入院料5	17%	14%

※2022年点数表の基準による

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

(配点)				
A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
7	緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし		あり
A得点				

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)	なし	あり
C得点			

B	患者の状況等	患者の状態			介助の実施		評価
		0点	1点	2点	0	1	
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			点
9	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	
10	口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり	点
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
14	危険行動	ない		ある			点
B得点							

## 平均在院日数（3階・4階病棟）

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
平均在院日数	20.2	19.7	20.4	20.3	20.1	21.0

※平均在院日数の参考値は施設基準の数値

平均在院日数は5pにも載せていますが、5pでの計算は在院延べ数と新規入退棟患者数からの単純計算によるものです。一般病棟入院基本料の施設基準にある平均在院日数の基準とは、これから社会保険以外の患者（自費、労災、自動車事故、生活保護など）や、一部の長期入院患者等を除外して計算した数値となります。

### 当院値の定義・計算方法（平均在院日数）

分子：在院延べ数

分母：（新入棟患者数＋新退棟患者数）／2  
※ただし一部除外計算あり

当院のような急性期一般入院料2～6の病院では平均在院日数を21日以内におさえることが求められます。

	要件
急性期一般入院料1	18日
急性期一般入院料2～6	21日
地域一般入院料1～2	24日
地域一般入院料3	60日

※2022年点数表の基準による

ところで、たとえ上記の除外計算をしたところで、入院している患者の疾病構成が大きく平均在院日数に影響することには変わりはありません。当院の急性期病棟は亜急性期、慢性期の患者さんが混在しており、病棟内の急性期-慢性期の機能分化が十分でないため、平均在院日数は長めとなっています。「機能分化と連携」は現在の医療界の趨勢であり、急性期病棟における効率性指数改善は当院における大きな課題となっています。

## ADL 低下発生率等（4 階病棟）

	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	参考値
ADL 低下発生率	2.64%	2.59%	2.52%	3.70%	1.93%	3.0%
褥瘡発生率	1.4%	1.1%	1.9%	2.7%	0.7%	2.5%

※参考値は施設基準の数値

いずみの病院（4 階病棟）は「ADL 維持向上等体制加算」の施設基準を 2014 年 9 月に取得しました。同加算は、急性期病棟においてリハビリテーション専門職が配置され、患者さんの ADL（=日常生活動作）維持向上のための充実した取り組みがなされていることを評価するものです。

**当院値の定義・計算方法（ADL 低下発生率）**

**分子**：分母のうち、入棟時よりも退棟時の ADL の値が低かった患者の数

**分母**：4 階病棟における退棟患者数

同加算の施設基準要件は下表の通りです。人員配置などの体制要件に加え、「ADL 低下発生率 3%未満」といったアウトカム（=結果）要件が課されています。

#2022 年度の当院値は参考値（施設基準値）に達していません。これは、4 階病棟が同年 8 月から翌年 4 月までコロナ専用病棟となったことが影響していると思われ、2023 年は改善しています。

## ADL 維持向上等体制加算の施設基準（抜粋）

- ・当該病棟に専従の理学療法士等（=常勤理学療法士、常勤作業療法士または常勤言語聴覚士）が 2 名以上配置されていること、または専従の理学療法士等が 1 名、かつ、専任の理学療法士等が 1 名以上配置されていること
- ・当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験およびリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が 1 名以上勤務していること
- ・1 年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等に ADL の低下した者の割合が 3%未満であること
- ・入院患者のうち、院内で発生した d2 以上の褥瘡患者の割合が 2.5%未満であること（入院患者数 80 人以下の場合は 2 人以下）

## 回復期リハビリ病棟における在宅復帰率、重症者割合、FIM16点以上改善率、FIM実績指数、1人1日当りリハビリ単位数

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
在宅復帰率	88.0%	81.7%	79.5%	89.5%	85.6%	70.0%
重症者割合	32.2%	32.8%	32.3%	37.2%	42.7%	40.0%
FIM16点以上改善率				44.1%	52.9%	30.0%
FIM実績指数	40.7	43.9	38.1	42.6	51.0	40.0
1人1日当りリハビリ提供単位数・休日	8.14	8.18	8.14	7.67	7.69	—
1人1日当りリハビリ提供単位数・休日以外	8.00	8.05	8.04	7.58	7.58	—

※参考値は施設基準（2022年点数表）における回復期リハビリ病棟入院料3の基準値

回復期リハビリ病棟では、診療報酬において2008年からいわゆる「P4P」(質に対する評価)の考え方が導入され、在宅復帰率や重症者割合などの質指標により診療報酬点数がランク付けされています。

そうしたこともあって、回復期リハビリ病棟では、これら医療の質に関する関連指標を把握しておくことが重要になっています。

当院では、2022年9月までは回復期リハビリ病棟入院料1、2022年10月から2023年4月までは同入院料3、同年5月からは再び入院料1となっています。

※FIMについては「リハビリテーションの指標」の章(17p)参照

### 当院値の定義・計算方法（在宅復帰率）

分子：下記の内、在宅復帰した患者数

分母：回復期リハ病棟を退棟した患者数

※除外：死亡退院および急性増悪による他院転院の場合

### 当院値の定義・計算方法（重症者割合）

分子：入棟時ADL評価10点以上の患者数

分母：新規入棟患者数

### 当院値の定義・計算方法（FIM16点以上改善率）

分子：下記の内、退院時に16点以上改善した患者の数

分母：退院患者中入棟時55点以下の患者数

### 当院値の定義・計算方法（FIM実績指数）

分子：退棟時-入棟時のFIMの差の総和

分母：（在棟日数/上限日数）の総和

### 当院値の定義・計算方法（1人1日当りリハ提供単位数）

分子：回復期リハ病棟入棟患者に対し提供されたリハビリの総単位数

分母：回復期リハ病棟入棟患者の内、リハビリを行った患者に係る延べ入院日数

### 回復期リハビリ病棟入院料に関連する施設基準の例（2022年点数表）

	要件			
	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
在宅復帰率	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
重症者割合※	40%以上	40%以上	30%以上	30%以上
ADL4点以上またはFIM16点以上改善率※※	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上
FIM実績指数	40以上	—	35以上	—

※重症者の定義：ADL10点以上またはFIM55点以下

※※入院料3,4の場合は、ADL3点以上またはFIM12点以上改善率



## 転倒転落発生率、院内で発生した針刺し事故件数、MRI 検査室における事故発生率、誤薬発生率、等

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
入院患者の転倒転落発生率	4.73%	3.52%	3.65%	3.33%	2.89%	2.83%
転倒転落による骨折・頭蓋内出血件数	10	8	10	1	5	
院内で発生した針刺し事故件数	9	15	7	4	2	
MRI 検査室への持込禁止物によるアクシデント発生率	0.23%	0.49%	0.47%	0.63%	0.30%	
誤薬発生率	1.96%	2.52%	3.17%	2.61%	2.73%	
職員 1 人当インシデントレポート報告数(レベル 0~1 に限る)	1.36	1.13	1.00	0.76	1.02	0.74
インシデントレポート報告数中、アクシデント(レベル 3b 以上)の占める割合	1.05%	1.78%	1.72%	0.60%	1.42%	0.13%
医師からのインシデントレポート報告率	1.0%	1.11%	0.93%	1.66%	1.23%	4.5%

### 転倒転落

入院患者さんの転倒転落は、医療従事者がもっとも気をつけるべきリスクの1つです。中でも転倒転落により重大な傷害が発生することは、できる限りゼロにしたいものです。

なお、参考値が示されていますが、転倒転落発生率は各病院の疾病構成や急性期・慢性期の病棟構成などに大きく左右されます。参考値との比較よりも経年比較の方がより重要です。

### 針刺し事故

誤刺は古典的な事故ですが、残念ながら当院ではまだ誤刺事故の発生は根絶するに至っていません。

### MRI 検査室における事故

MRI 検査には、持込禁止物(金属)を持ち込むことによって強力磁石による吸着事故、高周波による火傷等、重大事故のリスクがあります。当院は2012年12月、従来よりも強力な3テスラMRIを導入したので、安全管理はより重要です。

### 誤薬発生率

誤薬は転倒転落と並ぶ、医療事故の代表です。投与すべき薬剤の種類の間違い、過量投与、過少投与、投与時期の誤りなどが誤薬となります。誤薬はときに患者さんに重大な脅威をもたらすので、特に厳重な対策が必要です。

### インシデントレポート報告数、報告率

医療事故を減らすためには、院内で発生したインシデント・アクシデントの情報を収集・分析し、対策の検討を行うことが重要です。職員1人当の報告数(レベル0~1)は、軽微な事例であってもきちんと報告がなされるという「安全文化」を反映する指標です。アクシデント(レベル3b以上)の報告率も、重大事故が少なく、軽微なヒヤリハット報告数が多いと小さな数値となり、医療の質が高いと評価されます。

#### 当院値の定義・計算方法(転倒転落発生率)

分子：転倒転落発生件数  
分母：期間中の入院患者延べ数

#### 参考値の定義・計算方法(転倒転落発生率)

分子：転倒転落に係るレポート数  
分母：期間中の入院患者延べ数  
出典)日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告(一般病棟分)

#### 当院値の定義・計算方法(MRI 検査室での事故発生率)

分子：持込禁止物の持込によるアクシデント発生件数  
分母：期間中のMRI検査実施件数

#### 当院値の定義・計算方法(誤薬発生率)

分子：誤薬発生件数  
分母：期間中の院内処方せん枚数(投薬および注射)

#### 当院値の定義・計算方法(職員1人当インシデントレポート報告数)

分子：インシデントレポート報告数(レベル0~1に限る)  
分母：年度末時点の職員数

#### 参考値の定義・計算方法(職員1人当インシデントレポート報告数)

分子：インシデントレポート報告数(レベル0~1に限る)  
分母：インシデントレポートを報告すべき職員総数  
出典)高知医療センターCI(2023年度)

#### 当院値の定義・計算方法(レベル3b以上の報告率)

分子：レベル3b以上の報告数  
分母：インシデントレポート報告数

#### 参考値の定義・計算方法(レベル3b以上の報告率)

分子：レベル3b以上の報告数  
分母：インシデントレポート報告数  
出典)高知医療センターCI(2023年度)

#### 当院値の定義・計算方法(医師からのインシデントレポート報告率)

分子：医師からの報告数  
分母：インシデントレポート報告数

#### 参考値の定義・計算方法(医師からのインシデントレポート報告率)

分子：医師からの報告数  
分母：インシデントレポート報告数  
出典)日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告(一般病棟分)

# 病院職員のインフルエンザワクチン接種率、尿道留置カテーテル使用率、症候性尿路感染症発生率

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
病院職員のインフルエンザワクチン接種率	84.2%	91.7%	86.2%	84.3%	84.1%	88.8%
尿道留置カテーテル使用率	10.5%	9.7%	9.6%	11.4%	12.6%	17.0%
症候性尿路感染症発生率	0.7‰	0.7‰	0.0‰	0.9‰	1.4‰	3.0‰

## 病院職員のインフルエンザワクチン接種率

インフルエンザワクチン接種の目的は、毎年流行するインフルエンザから職員の健康を守ることとともに、ウイルスが職員を經由して患者さんにばらまかれるのを防ぐことにあります。そのため、職員のワクチン接種率の高さが、感染対策に係る医療の質の指標となります。

## 尿道留置カテーテル使用率

尿道留置カテーテルは尿路感染症のリスク要因です。尿路感染症の発生を抑制するためには、カテーテル留置の必要性についての評価をこまめに行い、尿道カテーテルが漫然と長期留置されることのないよう管理を行うことが必要です。

尿道留置カテーテルを必要とする患者の割合は病院により異なるので、同使用率の他病院との単純比較には意味がありませんが、自院の感染リスクを把握し、リスク低減の取り組みを行う上で本指標は重要な数値です。

## 症候性尿路感染症発生率

当院では、2015年より日本病院会 QI プロジェクトでの定義を用いてカテーテル関連症候性尿路感染症（CAUTI）の発生率を測定しています。

### 当院値の定義・計算方法（ワクチン接種率）

分子：シーズン中にワクチンを接種した職員数  
分母：2022年11月1日現在の職員数

### 参考値の定義・計算方法（ワクチン接種率）

分子：季節性インフルエンザワクチン予防接種実施数  
分母：職員数（派遣、臨時、非常勤職員を含む）

出典)日本病院会 2023年度 QI プロジェクト結果報告(一般病棟分)

### 当院値の定義・計算方法（尿道留置カテーテル使用率）

分子：尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数 (device days)  
除外)間欠的な導入目的のカテーテル挿入が行われている患者  
分母：入院延べ患者数 (patient days)

### 参考値の定義・計算方法（尿道留置カテーテル使用率）

分子：同上

分母：同上

出典)日本病院会 2022年度 QI プロジェクト結果報告(一般病棟分)

### 当院値の定義・計算方法（症候性尿路感染症発生率）

分子：分母中、カテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分母：尿道留置カテーテル挿入延べ日数

### 参考値の定義・計算方法（症候性尿路感染症発生率）

分子：同上

分母：同上

出典)日本病院会 2023年度 QI プロジェクト結果報告(一般病棟分)

# 1 月当り救急医療管理加算算定数、緊急入院患者数、救急搬入数、救急搬入患者応需率

	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	参考値
1 月当り救急医療管理加算 1 算定数	30	24	31	38	43	
1 月当り救急医療管理加算 2 算定数	140	252	343	195	231	
1 月当り緊急入院患者数	40	49	69	54	59	
1 月当り救急搬入数	43	36	38	45	54	
救急搬入患者応需率	63.2%	60.9%	58.3%	44.0%	55.1%	76.8%

## 救急医療管理加算

救急医療管理加算は、緊急入院の重症患者に対して算定できる点数です。入院時の状態が下表に示す状態に該当する場合、入院初日から 7 日間を限度として算定することができます。救急車搬入による入院かどうかは問いません。2014 年度からは患者さんの状態によって加算 1 と加算 2 の 2 種に分かれました。

救急医療管理加算は、病院がどれほど緊急入院の重症患者を受け入れているかどうかの指標となります。ただし、入院時に同じ状態であってもそれが保険診療として算定できない判断基準が時に変化するので、それが同加算の算定数に影響します。なお、上表の同加算算定数は、1 月当りの算定延べ数であり、入院患者の実数ではありません。

### 当院値の定義・計算方法（救急医療管理加算）

分子：年度中の救急医療管理加算算定延べ数  
分母：12

### 当院値の定義・計算方法（救急搬入数）

分子：年度中の救急車による搬入患者延べ数  
分母：12

### 当院値の定義・計算方法（救急搬入患者応需率）

分子：年度中の救急車による搬入患者延べ数  
分母：年度中の救急車受け入れ要請件数  
(= 搬入件数+お断り件数)

### 参考値の定義・計算方法（救急搬入患者応需率）

分子：同上  
分母：同上

出典)日本病院会 2023 年度 QI プロジェクト結果報告(一般病棟分)

## 緊急入院患者数

本年報での緊急入院患者数の定義は、入院患者数のうち 1) 救急医療管理加算算定に相当する患者、2) 救急車で当院に搬送され、そのまま入院となった患者、のいずれかに該当する患者の数を指します。

## 救急搬入数

こちらは、救急車による搬入の実数(1 月当り平均値)です。救急搬入後帰院するもの(外来)、入院するものの両方を含みます。

## 救急搬入患者応需率

病院が救急隊から救急搬入要請を受け、そのうちどれだけ受け入れたかを示したものが救急搬入患者応需率です。救急搬入患者応需率は、病院側の救急患者受け入れ態勢と、消防署側における搬送先選定の適切性との兼ね合いによって変わってきます。救急搬入患者応需率を上げることは、地域の救急体制全体にとっての課題といえるでしょう。

#2022 年度の当院値はとても低い値です。これはコロナ第 7, 8 波で搬送を希望する患者さんの急増に対し地域の救急隊と医療機関が対応しきれなくなったことを反映しています。2021 年度の当院への救急搬送依頼数が平均 64 件なのに対し、2022 年 8 月は 157 件(応需率 21%)、12 月は 216 件(同 46%)、翌 1 月は 173 件(同 36%)でした。このうち 2022 年 8 月は院内クラスターも重なり、一時は救急応需できない状況になってしまいました。2023 年度の応需率はやや回復傾向がみられますが、やはり新型コロナウイルス感染症の影響は続いています。

### 救急医療管理加算の対象となる患者(状態)

- |    |                                |
|----|--------------------------------|
| ア. | 吐血、喀血または重篤な脱水で全身状態不良の状態        |
| イ. | 意識障害または昏睡                      |
| ウ. | 呼吸不全または心不全で重篤な状態               |
| エ. | 急性薬物中毒                         |
| オ. | ショック                           |
| カ. | 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)        |
| キ. | 広範囲熱傷、顔面熱傷または気道熱傷              |
| ク. | 外傷、破傷風等で重篤な状態                  |
| ケ. | 緊急手術、緊急介入治療・検査、t-PA 療法を必要とする状態 |
| コ. | 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態          |
| サ. | 蘇生術を必要とする重篤な状態                 |
| シ. | その他の重症な状態                      |



## 紹介率、逆紹介率

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
紹介率	28.7%	29.4%	24.2%	20.5%	26.0%
逆紹介率	25.8%	25.9%	26.0%	19.9%	21.3%

紹介率は他院から当院への、逆紹介率は当院から他院への地域医療連携の状況を示す指標です。

計算式としては、紹介率は他院から当院へ紹介されてきた患者数の、逆紹介率は当院から他院へ紹介を行ったさいの診療情報提供料算定数の、それぞれ初診患者数に対する割合として算出します。

### 当院値の定義・計算方法（紹介率）

分子：総紹介患者数

分母：初診患者数

### 当院値の定義・計算方法（逆紹介率）

分子：診療情報提供料算定数

分母：初診患者数

## BI 改善率（一般病棟）、FIM 改善率（回復期リハビリ病棟）、急性脳梗塞患者における入院 3 日以内リハビリ開始率

	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	参考値
一般病棟における BI 改善率	56.2%	51.9%	46.3%	53.5%	
リハビリ前後における BI の差の平均・一般病棟	8.3	9.2	10.1	11.0	
回復期リハビリにおける FIM 改善率	92.2%	88.7%	92.2%	89.3	
リハビリ前後における FIM の差の平均・回復期リハビリ病棟	20.6	19.4	21.3	22.5	
FIM 実績指数（再掲；12p）	43.9	38.1	42.6	51.0	40.0
急性脳梗塞患者における入院 3 日以内リハビリ開始率	97.9%	98.0%	100%	96.3%	95.3%
入院何日目にリハビリを開始したか（平均値）	1.74	1.50	1.67	1.65	

※「急性脳梗塞患者における入院 3 日以内リハビリ開始率」は、参考値では「4 日以内開始率」

### BI, FIM 改善率、改善度

BI, FIM はともに患者さんの ADL（日常生活動作）を評価するための尺度です。

BI（バーセル・インデックス）は、基本的 ADL と呼ばれる食事、移乗、整容、トイレ、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、尿便自製の 10 項目で構成され、総得点 0 点～100 点で評価されます。

FIM（機能的自立度評価法）は、基本的 ADL13 項目にコミュニケーション 2 項目、社会的認知 3 項目を加えた全 18 項目で構成され、総得点は 18 点～126 点となっています。

当院の回復期リハビリ病棟では、患者さんの ADL をより詳細に評価できる FIM を用いていますが、一般病棟では簡便な BI で評価を行っています。

入院患者さんがリハビリ介入の前後で ADL が改善したかどうかの指標として、当院では改善率、改善度の 2 つを測定しています。改善率は、リハビリ介入の前後で「介入前の得点<介入後の得点」となった患者さんの割合です。改善度は、リハビリ介入前後の得点の差です。

### 早期リハビリ実施率

また、疾患別のプロセス指標として、急性脳梗塞における早期リハビリ実施率を測定しています。

下表は、当院の 2023 年度 DPC 調査（2023.4～2024.3）をもとに集計した脳梗塞リハビリに関する統計値です。

2023 年度 DPC 調査より（2023.4～2024.03）

入院契機病名および医療資源最投入傷病名がともに脳梗塞（I63\$）である退院患者……①	97
①のうち、発症から 3 日以内に入院……②	55
②のうち、リハビリテーションあり……③	54
③/②	98.2%
③のうち、入院 3 日目までに疾患別リハビリを開始……④	52
④/③	96.3%
③の平均（入院何日目にリハビリを開始したか）	1.65

※①：疑い病名の患者、転帰が死亡の患者、および入院日が調査年前年 12 月末日以前の患者を除く

#### 当院値の定義・計算方法（BI, FIM 改善率）

分子：下記の内、初期評価得点<最終評価得点となった患者数

分母：期間中の退院患者の内、リハビリが施行され、かつ初期評価-最終評価の比較可能な患者数

#### 当院値の定義・計算方法（3 日以内リハ開始率）

分子：入院 3 日以内にリハビリが開始された患者数

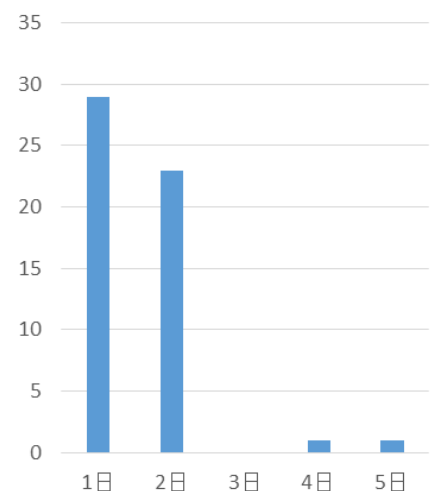
分母：急性脳梗塞（発症時期が 3 日以内）の退院患者のうち、リハビリが施行された退院患者数

#### 参考値の定義・計算方法（4 日以内リハ開始率）

分子：入院 4 日以内にリハビリが開始された患者数

分母：急性脳梗塞（発症時期が 3 日以内）の退院患者のうち、リハビリが施行された退院患者数

出典）国立病院機構 臨床評価指標 ver. 5（2023 年度；中央値）



急性期脳梗塞リハビリ開始日

# 1 月当り薬剤管理指導料算定数、薬剤管理指導実施率

	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年
1 月当り薬剤管理指導料算定数	57	68	249	343	336
薬剤管理指導実施率	21.1%	20.7%	48.5%	55.7%	52.6%
薬剤管理指導算定率	8.2%	10.3%	38.9%	63.9%	56.6%

## 薬剤管理指導

薬剤管理指導料は、薬剤師が入院患者さんに対して服薬指導、服薬支援やその他の薬学的管理指導を行った場合、週1回を限度として算定できます。同指導料算定数は、薬剤師の病棟業務の活動性を示す指標になります。また、薬剤管理指導実施率は、入院患者さんのうち、どれだけの割合の患者さんに薬剤管理指導が行えているかを示す指標です。

当院は 2019-2020 年と、薬剤師の配置が十分でなく、薬剤管理指導料算定数・実施率ともに下がりましたが、2021-2022 年は配置状況が改善し、同指導料実施率に関しては平均的な病院に比べて遜色のない水準になっています。今後は質的な充実を含め、さらに改善していくことが求められます。

### 当院値の定義・計算方法（1 月当り薬剤管理指導算定数）

分子：年度中の薬剤管理指導料算定延べ数  
分母：12

### 当院値の定義・計算方法（薬剤管理指導実施率）

分子：年度中の薬剤管理指導実施患者数  
分母：年度中の入院患者数

### 当院値の定義・計算方法（薬剤管理指導算定率）

分子：年度中の薬剤管理指導実施件数  
分母：同指導料算定可能な病棟における年度中の在院患者数 ÷ 7（週1回 算定可能なため）

# 1月当り入院栄養指導料算定数、入院栄養指導実施率、特別食加算算定率、NST介入率

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
1月当入院栄養指導料算定数	20	20	16	9	17
入院栄養指導実施率	29.7%	29.3%	21.7%	15.9%	23.6%
特別食加算算定率	24.3%	30.0%	30.5%	29.9%	30.5%
NST介入率	6.5%	5.7%	6.0%	4.5%	4.9%

## 入院栄養指導

入院栄養指導料は、特別食（下記参照）を必要とする入院患者さんに対して管理栄養士が栄養指導を行った場合、週1回・入院中2回を限度として算定できます。同指導料算定数は、管理栄養士の病棟業務の活動性を示す指標の一つになります。また、入院栄養指導実施率は、特別食加算を算定した患者さんのうち、栄養指導を行った患者さんの割合を示しています。

### 当院値の定義・計算方法（1月当入院栄養指導算定数）

分子：年度中の入院栄養指導料算定延べ数  
分母：12

### 当院値の定義・計算方法（入院栄養指導実施率）

分子：年度中の入院栄養指導実施実患者数  
分母：年度中に特別食加算を算定した実人数

### 当院値の定義・計算方法（特別食加算）

分子：特別食加算算定延べ数  
分母：入院時食事療養算定延べ数

## 特別食加算

特別食とは、「疾病治療の直接手段として提供される治療食、無菌食、特別な検査食」と定義され、下表の特別食が定められています。特別食加算算定率は、「治療手段としての食事」がどれほど行われているかを示す指標です。

### 当院値の定義・計算方法（NST介入率）

分子：年度中にNST介入を行った実患者数  
分母：年度中の入院実患者数

### 厚労省告示が定める特別食

・腎臓食	・フェニールケトン尿症食
・肝臓食	・楓糖尿症食
・糖尿食	・ホモシスチン尿症食
・胃潰瘍食	・ガラクトース血症食
・貧血食	・治療乳
・隣臓食	・無菌食
・脂質異常症食	・小児食物アレルギー食
・痛風食	・特別な場合の検査食

## NST介入率

NST（栄養サポート・チーム）とは Nutrition Support Team の略で、栄養管理をそれぞれの専門分野による知識や技術を出しあい、患者の栄養状態の改善に努めることを目的とした、多職種からなる医療チームのことで、当院では2008年から活動を始めています。NSTの活動性の指標として、NST介入率（入院患者に占めるNST介入を行った患者の割合）を示してみました。

### NSTメンバー構成

・医師：2名	・看護師：1名
・薬剤師：1名	・臨床検査技師：1名
・理学療法士：1名	・作業療法士：1名
・言語聴覚士：1名	・歯科衛生士：1名
・管理栄養士：2名	

## 2 週間以内の医師退院時要約作成率、クリニカル・パス使用率

	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	参考値
2 週間以内の医師退院時要約作成率	96.9%	96.8%	95.4%	96.9%	94.7%	90.0%
クリニカル・パス使用率	14.1%	13.3%	17.2%	25.7%	17.6%	

### 医師退院時要約の期限内作成率

退院時要約（退院サマリ）とは、患者さんの入院期間中の診療計画の要約のこと。このうち医師が記載するものは医師退院時要約と呼ばれます。医師退院時要約が患者さんの退院後もれなく、かつ遅滞なく作成されることはたいへん重要であるとされています。

それは主として次の2つの側面から説明されています。

1 つは、医師退院時要約には、患者名、性別、生年月日や入院日などの基本情報からはじまり、治療の対象となった主病名や副病名、併存症、さらに入院から退院にいたる診療経過、手術や主要治療内容、投薬内容、退院後の診療計画などが簡潔に記載されることにより、患者情報を次（同一診療科や他科の外来、他職種スタッフ、連携先の医療機関など）に伝達継承するツールという側面。

もう1つは、診療科や病院の活動状態を測る統計を作成するための重要な情報源という側面です。

こうしたことから、医師退院時要約が患者さんの退院後、期限内に確実に作成されているかどうか、その作成率は、チーム医療および病院の情報管理にとって重要な指標となります。参考値（90%）は、診療録管理体制加算1・2の施設基準で求められる値です。

### クリニカル・パス使用率

クリニカル・パスとは、通常、特定の術式や疾患ごとに到達目標を定め、その目標に至るための治療・処置・看護など、チーム医療に参画する医療従事者の行為と時間軸とを、二次元に表した診療スケジュール表のことです。

医療の本質は個別性にあります。一定の均質性によりグループ化した患者に対する治療パターンはある程度定型的であり、その定型的な治療パターンの標準化・改善・情報共有などを目的として、クリニカル・パスが用いられます。標準的な治療方法を定めたクリニカル・パスは多くの病院に普及し、利用されています。

当院では、電子カルテ導入（2008年）後、クリニカル・パスの電子化がなかなか進まず、クリニカル・パス使用率も低迷していましたが、その後次第に使用率は上がってきました。2022年度は使用率が大きく上昇しましたが、これには新型コロナの入院患者さんにクリニカル・パスを使用することが多くあったことが大きく影響しています。新型コロナの入院患者数が減少した2023年度の使用率は2022年度に比べると下がっていますが、新しいパスの作成にも取り組み使用できるパスを増やしています。

#### 当院値の定義・計算方法（医師退院時要約作成率）

分子：下記の内、退院から2週間以内に医師退院時要約が作成された患者数

分母：年度中の退院患者数

#### 当院値の定義・計算方法（クリニカル・パス使用率）

分子：下記の内、入院中にクリニカル・パスが使用された患者数

分母：年度中の退院患者数

## 糖尿病患者の血糖コントロール率

	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	参考値
HbA1Cが7.0%未満の患者割合	49.1%	49.0%	48.5%	46.3%	45.7%	50.0%

### 糖尿病患者の血糖コントロール率

HbA1Cは、過去2～3ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示す指標で、糖尿病合併症予防のためには、HbA1Cを7.0%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1Cが7.0%未満にコントロールされている患者割合は、糖尿病診療の質のひとつであると言えます。

ただし、糖尿病診療においては、各患者の条件に応じた目標値の設定が必要であり、一律に目標値を7.0%未満と設定することが必ずしも正しいわけではないことに注意が必要です。

#### 当院値の定義・計算方法（糖尿病患者の血糖コントロール率）

分子：下記の内、各調査期間におけるHbA1C(NGSP)の最終値が7.0%未満である患者数の合計

分母：年4回（6, 9, 12, 3月）の調査において各々過去1年間の内に糖尿病治療薬が外来で90日以上処方されている外来患者数の合計

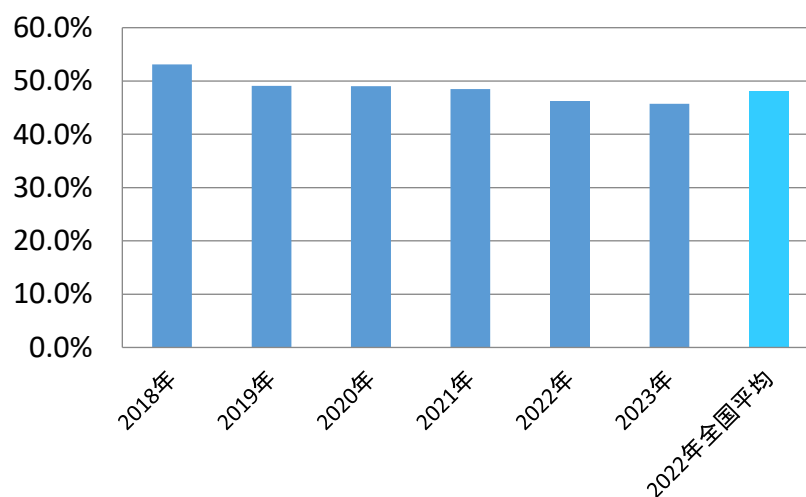
#### 参考値の定義・計算方法（糖尿病患者の血糖コントロール率）

分子：同上

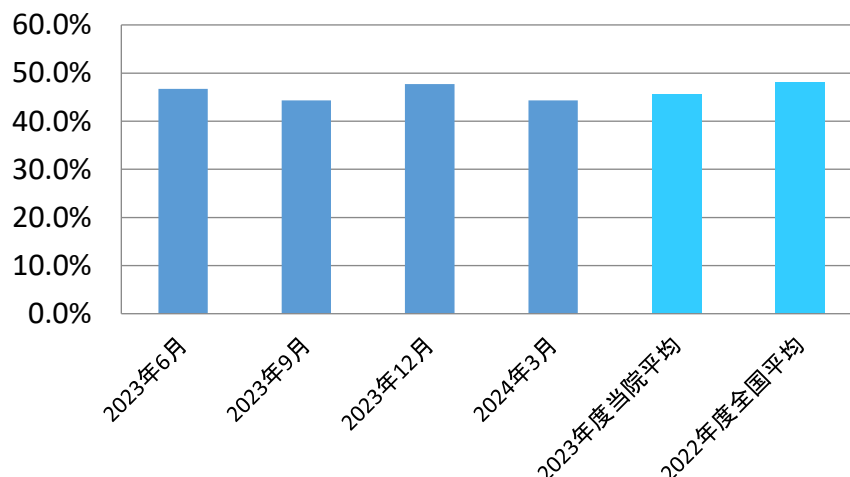
分母：同上

出典）日本病院会 2023年度QIプロジェクト結果報告

### 年次変動：HbA1C(NGSP)<7.0%の患者の割合



### 年内変動：HbA1C(NGSP)<7.0%の患者の割合



※当院の冬季（12月、3月）の値が下がっているのは、季節変動の影響と考えられる

分子・分母一覧（2023 年度）

	率	分子	分母	分子の定義	分母の定義	
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・外来	90.3%	445	493	満足、やや満足と回答した患者数	患者満足度調査に回答した患者数	
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・入院	86.3%	139	161	同上	同上	
病床利用率・病院全体	79.7%	69,463	87,108	在院延べ数	許可病床数×365日	
退院後4週間以内の再入院率	6.5%	115	1,767	前回退院後4週間以内の再入院数	DPC 退院患者調査における退院患者数	
褥瘡発生率	0.75‰	47	62,162	褥瘡の新規発生件数	入院患者延べ数	
うち、Ⅱ度以上	0.53‰	33	62,162	上記中、d2以上の件数	入院患者延べ数	
認知症ケア加算算定率	20.7%	14,126	68,097	認知症ケア加算算定延べ数	対象病棟の延べ入院日数	
認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率	61.3%	8,660	14,126	分母中、身体抑制を実施した数	認知症ケア加算算定延べ数	
急性期病棟	看護必要度の基準を満たす患者の割合	16.8%	4,834	分母中、看護必要度の基準を満たす日数	急性期病棟における延べ入院日数（一部除外あり）	
	ADL低下発生率（4F病棟）	1.93%	16	828	入棟時ADL<退棟時ADLとなった患者の数	退棟患者数
回復期リハビリ病棟	在宅復帰率	85.6%	208	243	在宅復帰した患者数	退棟患者数
	重症者割合	42.7%	122	286	入棟時ADL評価10点以上の患者数	新規入棟患者数
	FIM16点以上改善率	52.9%	46	87	退院時に4点以上改善した患者数	退院患者中入棟時10点以上の患者数
	FIM実績指数	51.0	5,263	103	退棟時-入棟時のFIMの差の総和	（在棟日数/上限日数）の総和
入院患者の転倒転落発生率	2.89‰	206	71,190	転倒転落発生件数	入院患者延べ数	
MRI検査室への持込禁止物によるアクシデント発生率	0.30‰	1	3,249	アクシデント発生件数	MRI検査実施件数	
誤薬発生率	2.73‰	108	39,462	誤薬発生件数	院内処方箋枚数（投薬・注射）	
職員1人当りインシデントレポート報告数（レベル0~1に限る）	1.02件	467	454	インシデントレポート報告数（レベル0~1に限る）	年度末時点の職員数	
インシデントレポート報告数中、アクシデント（レベル3b以上）の占める割合	1.42%	11	775	レベル3b以上の報告数	インシデントレポート報告数	
医師からのインシデントレポート報告率	1.23%	9	729	医師からの報告数	インシデントレポート報告数	
病院職員のインフルエンザワクチン接種率	84.1%	434	516	シーズン中にワクチンを接種した職員数	2023年11月1日現在の職員数	
尿道留置カテーテル利用率	12.6%	9,024	71,190	尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数	入院延べ患者数	
症候性尿路感染症発生率	1.4‰	13	9,024	分母中、カテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数	尿道留置カテーテル挿入延べ日数	
救急搬入患者応需率	55.1%	649	1,178	救急車による搬入患者延べ数	救急車受け入れ要請件数	
紹介率	26.0%	1,676	6,434	総紹介患者数	初診患者数	
逆紹介率	21.3%	1,373	6,434	診療情報提供料算定数	初診患者数	
一般病棟におけるBI改善率	53.5%	398	742	初期評価得点<最終評価得点となった患者数	リハビリが行われた退院患者中、初期-最終評価の比較可能な数	
回復期リハビリにおけるFIM改善率	89.3%	185	207			
薬剤管理指導料実施率	52.6%	1,005	1,912	薬剤管理指導料実施患者数	入院実患者数	
入院栄養指導料実施率	23.6%	152	644	入院栄養指導料実施患者数	特別食加算を算定した実人数	
特別食加算算定率	30.5%	59,006	193,654	特別食加算算定延べ数	入院時食事療養算定延べ数	
NST介入率	4.9%	93	1,912	NST介入を行った実患者数	入院実患者数	
退院2週間以内の医師退院時要約作成率	94.7%	1,635	1,727	退院から2週間以内に医師退院時要約が作成された患者数	退院患者数	
クリニカル・パス利用率	17.6%	303	1,717	入院中にクリニカル・パスが使用された患者数	退院患者数	
急性期脳梗塞患者における入院3日以内リハビリ開始率	96.3%	52	54	分母中、入院3日以内にリハビリが開始された患者	退院患者中、リハビリが施行された急性脳梗塞患者	
糖尿病患者の血糖コントロール率	45.7%	1,592	3,482	HbA1C最終値<7.0%の外来患者数	糖尿病の薬物療法を施行されている外来患者数	



付) 令和 5 年度 いずみの病院 病院指標・医療の質指標 (いずみの病院ホームページより)

病院指標とは、厚生労働省が定める「病院情報の公表の集計条件等」(保険局医療課発、平成 28 年 8 月 10 日付事務連絡)により、主として急性期病床を持つ病院に対して自院ホームページ等での公表を求めている各種指標のことで、令和 5 年度より医療の質指標の公表が求められるようになりました。

病院指標

1. 年齢階級別退院患者数
2. 診断群分類別患者数等 (診療科別患者数上位 5 位まで)
3. 初発の 5 大癌の UICC 病期分類並びに再発患者数
4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等
5. 脳梗塞の患者数等
6. 診療科別主要手術別患者数等 (診療科別患者数上位 5 位まで)
7. その他 (D I C、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率)

医療の質指標

1. リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
2. 血液培養 2 セット実施率
3. 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率

注 1) 各指標の集計は、厚生労働省が定める集計基準にしたがって行われていますが、当院はケアミックス病院 (=急性期-慢性期両方の病床を持つ病院)であることなどから、指標によっては他の病院 (=多くは急性期病床のみ)の平均的な数値と乖離が生じる場合があります。

注 2) 各指標の表中、該当する患者数が 10 人に満たない分類等については、患者数等の欄が「-」(ハイフン)で示されています。これは、個人情報保護のための、厚生労働省の指示によるものです。

病院指標

1. 年齢階級別退院患者数

年齢区分	0~	10~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	90~
患者数	-	-	10	19	58	86	166	433	472	277

2. 診断群分類別患者数等 (診療科別患者数上位 5 位まで)

内科

DPC コード	DPC 名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用パス
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症	66	19.18	13.52	3.03	86.83	
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎	48	26.31	20.60	27.08	85.81	
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	33	2.00	2.03	0.00	61.03	
180010x0xxx0xx	敗血症(1 歳以上)	30	31.60	20.03	26.67	81.80	
050130xx9900x0	心不全	19	36.68	17.38	15.79	90.63	

全体的に当院の平均在院日数は、全国の平均在院日数に比べて長くなっています。当院内科の場合、その主な原因として急性期病棟には亜急性期 (=急性期後)にあたるステージの患者さんが多いことにあります。他の急性期病院、高度急性期病院ではこのような患者さんは他の病院に転院させる場合が多く、この表のように平均在院日数の差が生じています。



## 循環器科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用パス
050130xx9900x0	心不全	15	21.47	17.38	13.33	86.47	
050210xx97000x	徐脈性不整脈	—	—	9.77	—	—	
050130xx97000x	心不全	—	—	21.90	—	—	
050180xx02xxxx	静脈・リンパ管疾患	—	—	2.61	—	—	
050180xx99xx0x	静脈・リンパ管疾患	—	—	14.29	—	—	

当院循環器科では心不全や不整脈などの心疾患や、下肢静脈疾患などの治療目的に患者さんが入院されています。急性期だけでなく急性期治療後の患者さんも入院されているため、平均在院日数が長くなる場合があります。

## 外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用パス
090010xx010xxx	乳房の悪性腫瘍	12	10.17	9.88	0.00	70.92	
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上)	—	—	4.55	—	—	
090010xx99x40x	乳房の悪性腫瘍	—	—	3.51	—	—	
090010xx99x80x	乳房の悪性腫瘍	—	—	3.55	—	—	
12002xxx97x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	—	—	11.47	—	—	

当院外科では乳房の悪性腫瘍に対する手術や化学療法などの治療を目的に入院される患者さんが多くなっています。また当院外科では緩和ケア治療目的で入院されている方もおり、全国平均に比べて在院日数が長くなる場合があります。

## 整形外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用パス
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含む。)	30	41.53	19.34	6.67	83.30	
160980xx99x0xx	骨盤損傷	12	46.92	19.27	0.00	79.00	
07040xxx01xxxx	股関節骨頭壊死、股関節症 (変形性を含む。)	11	43.55	19.55	0.00	67.82	
070343xx99x0xx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) 腰部骨盤、不安定椎	—	—	13.92	—	—	
160990xx99x0xx	多部位外傷	—	—	17.80	—	—	

当院の平均在院日数は全国平均と比べて長くなっています。これは急性期病棟に入院後、自院内の回復期リハビリテーション病棟に転棟されリハビリテーションなどの治療を続ける方が多いためです。他の急性期病院、高度急性期病院では急性期治療が終了した患者さんは他の病院に転院させることが多く、この表のように平均在院日数に差が生じています。

## 脳神経外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用パス
010160xx99x00x	パーキンソン病	99	20.31	18.24	0.00	74.62	
160100xx99x00x	頭蓋・頭蓋内損傷	16	16.13	8.38	12.50	83.31	
010060x2990401	脳梗塞(脳卒中発症3日 目以内、かつ、JCS10未 満)	14	33.21	15.70	7.14	74.71	
010160xx97x00x	パーキンソン病	12	24.83	19.45	8.33	70.75	
010060x2990201	脳梗塞(脳卒中発症3日 目以内、かつ、JCS10未 満)	10	14.30	15.57	0.00	71.50	

診断群分類別患者数はパーキンソン病の割合が大きくなっています。これは当脳神経外科の大きな特徴です。また、全体的に当院の平均在院日数は全国の平均在位日数に比べ長めです。当院ではリハビリテーションを継続が必要な患者さんや亜急性期(=急性期後)の患者さんも入院されるため、他の急性期病院、高度急性期病院と比べて、この表のように平均在院日数の差が生じています。

## 神経内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
010160xx99x00x	パーキンソン病	39	17.97	18.24	12.82	76.38	
010170xx99x00x	基底核等の変性疾患	32	14.75	14.68	3.12	71.13	
010110xxxxx4xx	免疫介在性・炎症性ニュー ロパチー	14	22.71	16.97	21.43	76.79	
010090xxxxx0xx	多発性硬化症	—	—	13.69	—	—	
010155xxxxx10x	運動ニューロン疾患等	—	—	18.69	—	—	

当院神経内科では急性期治療が必要な患者さん以外にも、リハビリテーションが必要な患者さんなど亜急性期(=急性期後)にあたる患者さんがかなり入院しています。そのため全体的に当院の平均在院日数は全国の平均在位日数に比べやや長めとなっています。

## 泌尿器科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用パス
110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍	15	2.00	2.44	0.00	66.40	
110280xx9900xx	慢性腎炎症候群・慢性間 質性腎炎・慢性腎不全	14	53.21	11.49	0.00	68.14	
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症	—	—	13.52	—	—	
110280xx02x00x	慢性腎炎症候群・慢性間 質性腎炎・慢性腎不全	—	—	7.57	—	—	
11012xxx03xxxx	上部尿路疾患	—	—	2.43	—	—	

当院泌尿器科では検査目的や腎不全に対する透析治療をされている方などが入院されています。検査目的の場合はほぼ全国平均と同じくらいの在院日数で退院されています。急性期治療後の患者さんも入院されているため、入院日数が全国平均に比べて長くなる場合があります。

### 3. 初発の5大癌のUICC病期分類並びに再発患者数

	初発					再発	病期分類 基準(※)	版数
	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明			
胃癌	—	—	—	—	—	—	—	8
大腸癌	—	—	—	—	—	—	—	8
乳癌	—	11	—	—	—	—	—	7.8
肺癌	—	—	—	—	—	—	—	8
肝癌	—	—	—	—	—	—	—	8

※ 1:UICC TNM 分類, 2:癌取扱い規約

### 4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等

	患者数	平均 在院日数	平均年齢
軽症	—	—	—
中等症	35	19.63	82.17
重症	14	17.14	85.5
超重症	—	—	—
不明	—	—	—

### 5. 脳梗塞の患者数等

発症日から	患者数	平均在院 日数	平均年齢	転院率
3日以内	56	49.77	79.29	8.86
その他	23	83.04	80.96	6.33

### 6. 診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）

#### 内科

Kコード	名称	患者数	平均 術前日数	平均 術後日数	転院率	平均年齢	患者 用パス
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)	37	18.11	45.97	59.46	82.22	
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	10	12.90	12.20	10.00	72.30	
K6871	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみ)	—	—	—	—	—	
K5091	気管支異物除去術(直達鏡)	—	—	—	—	—	
K6852	内視鏡的胆道結石除去術(その他)	—	—	—	—	—	

## 整形外科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K0821	人工関節置換術(股)	12	1.00	42.42	0.00	67.25	
K0462	骨折観血的手術(下腿)	—	—	—	—	—	
K0453	骨折経皮的鋼線刺入固定術(足)	—	—	—	—	—	
K0463	骨折観血的手術(手(舟状骨を除く))	—	—	—	—	—	
K0811	人工骨頭挿入術(股)	—	—	—	—	—	

## 脳神経外科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	14	12.43	21.21	7.14	80.29	
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)	10	31.80	333.30	40.0	79.6	
K1811	脳刺激装置植込術(片側)	—	—	—	—	—	
K181-2	脳刺激装置交換術	—	—	—	—	—	
K181-3	頭蓋内電極除去術	—	—	—	—	—	

## 7. その他(DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率)

DPC	傷病名	入院契機	症例数	発生率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一	—	—
		異なる	—	—
180010	敗血症	同一	23	1.52
		異なる	11	0.73
180035	その他の真菌感染症	同一	—	—
		異なる	—	—
180040	手術・処置等の合併症	同一	12	0.79
		異なる	—	—

## 医療の質指標

### 1. リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数(分母)	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数(分子)	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
41	33	80.49

## 2. 血液培養2セット実施率

血液培養オーダー日数(分母)	血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(分子)	血液培養2セット実施率
198	191	96.46

## 3. 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率

広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数(分母)	分母のうち、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(分子)	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率
125	86	68.80

いずみの病院 C I 年報 2023 年版

2025 年 3 月 14 日

いずみの病院 Q I 委員会