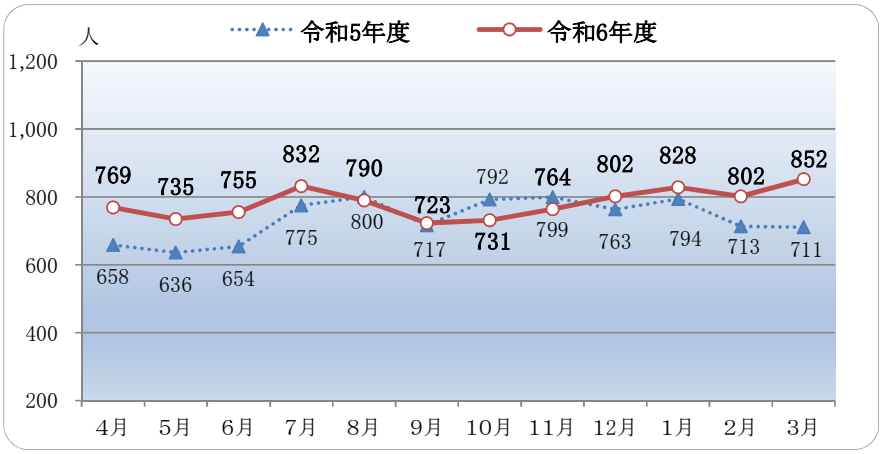
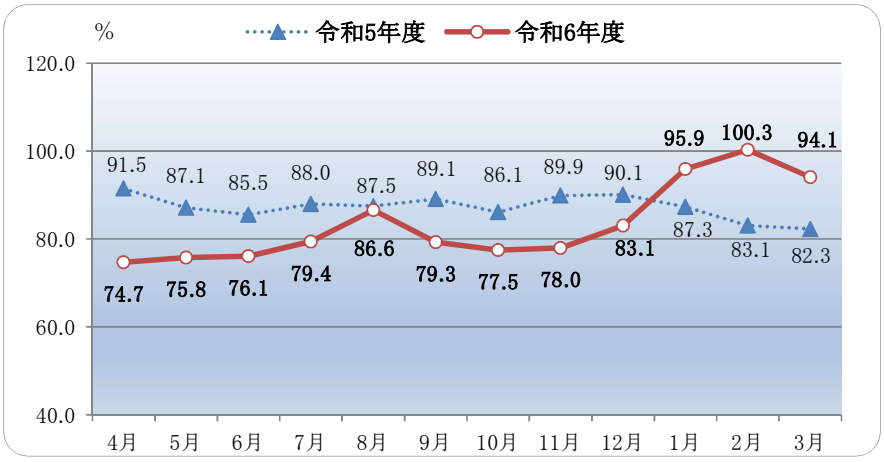
Ⅰ　病院全体に関する指標

・月別入院患者数



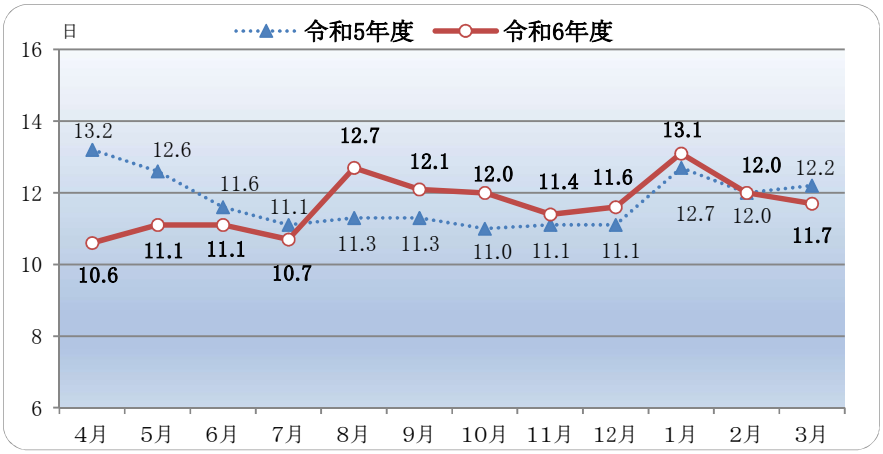
月別入院患者数を示した指標です。前半は昨年度と同じように推移していますが、
後半、年度末にかけて増加しました。結果、対前年では＋6.5%増加しています。

・病床稼働率



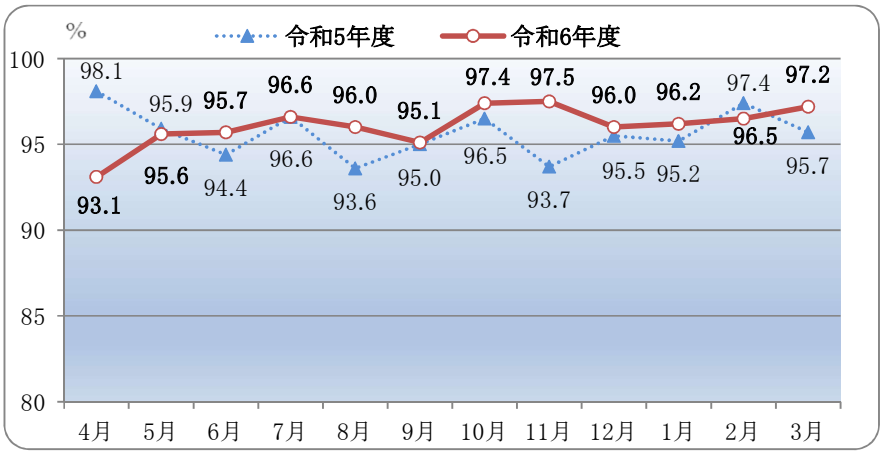
病床の稼働状況を示した指標です。稼働率が高いほど効率的な運用を表します。
前年を下回る稼働率が続いていましたが、1月より大幅増加し2月は100%を超えました。

・平均在院日数



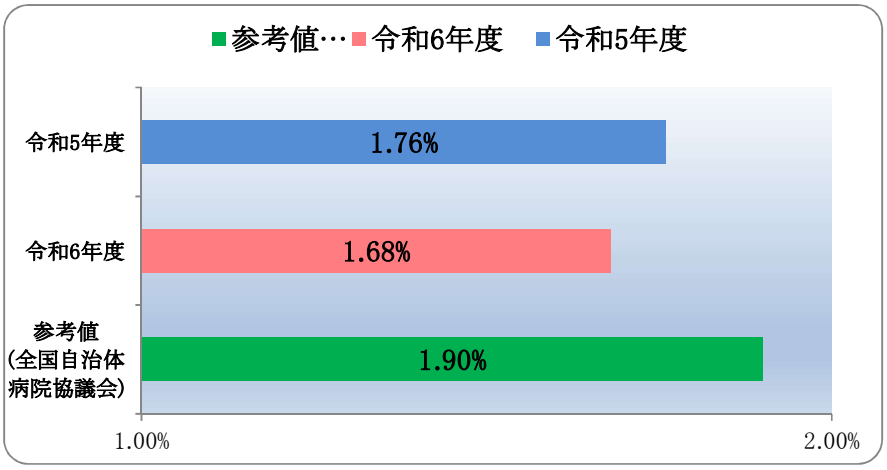
1人あたりの患者が平均何日間入院しているかを示した指標です。
低いほど効率的な入院運用がなされていると言えます。
令和6年度は前年に比べ在院日数の長い月が多く占めています。

・在宅復帰率



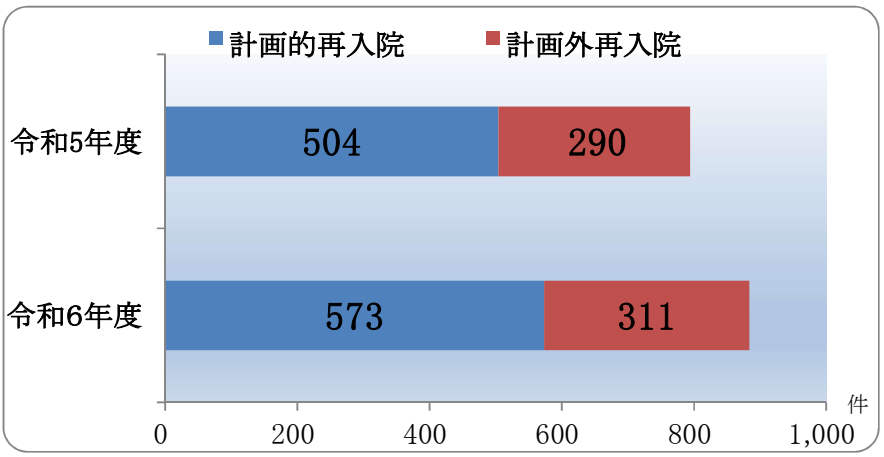
退院経路が自宅退院、居宅系介護施設の患者の割合を示しています。
常に90%を超える数値で推移し、年間を通してほぼ前年を上回って推移しています。

・褥瘡推定発生率



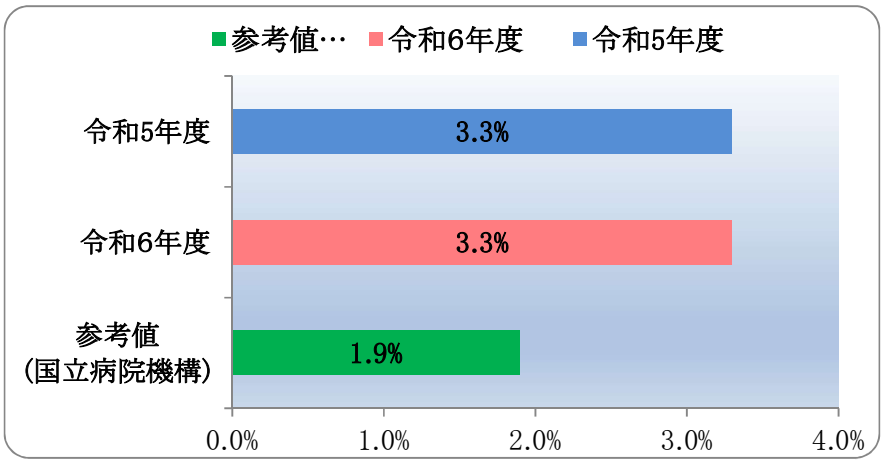
新入院後に新規発生した褥瘡発生率を示しています。
令和6年度は前年よりも減少し、参考値をも下回る結果となりました。

・退院後30日以内の再入院件数



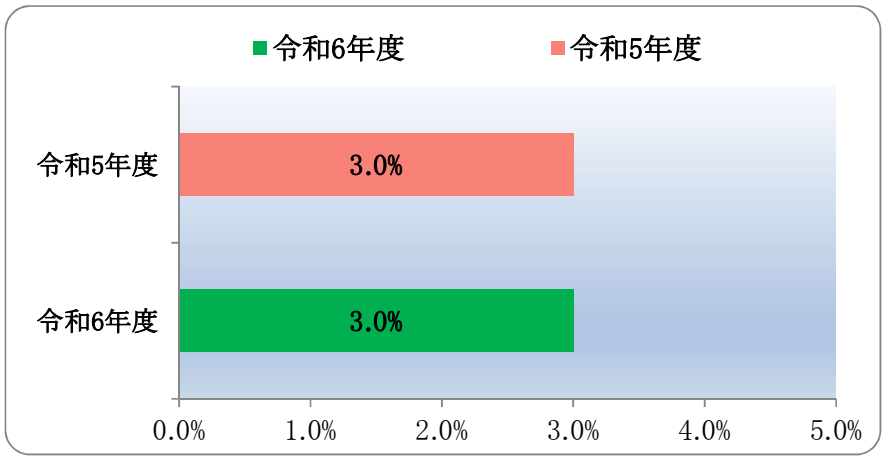
入院患者が退院後30日以内に再入院した場合の入院経路を示しています。
令和6年度は癌患者の増加に伴い計画的再入院が増加しました。

・退院後30日以内の救急医療入院率



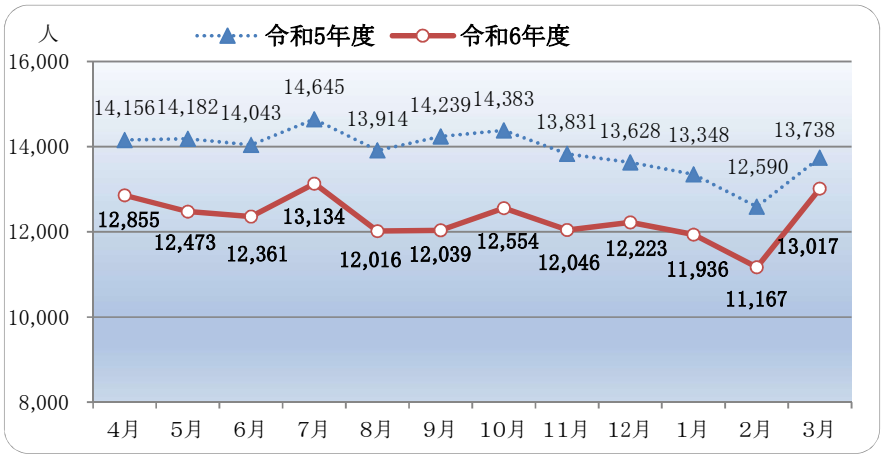
退院後30日以内に重篤な状態で予定外に再入院した患者の割合を示しています。
令和6年度は退院患者数7.0%増加も、救急入院率は前年と同じ割合となりました。

・死亡退院患者割合



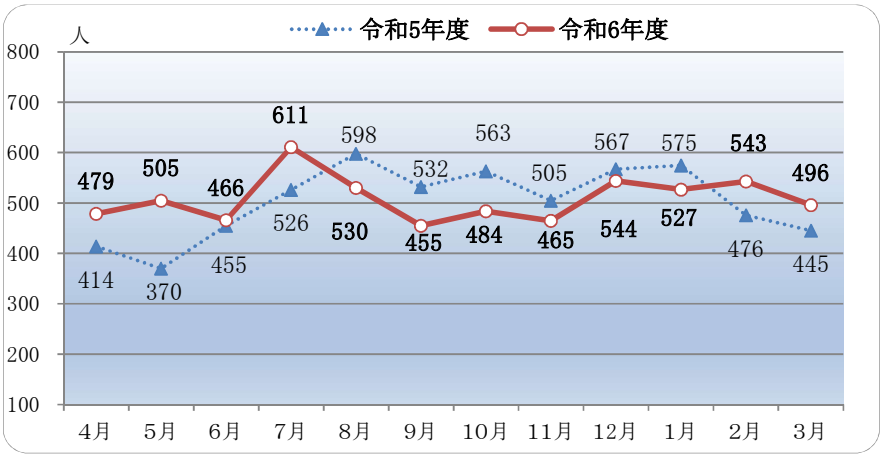
退院患者のうち、死亡退院となった患者の割合を示しています。
令和6年度は前年と同じ割合となりました。

・外来患者総合計



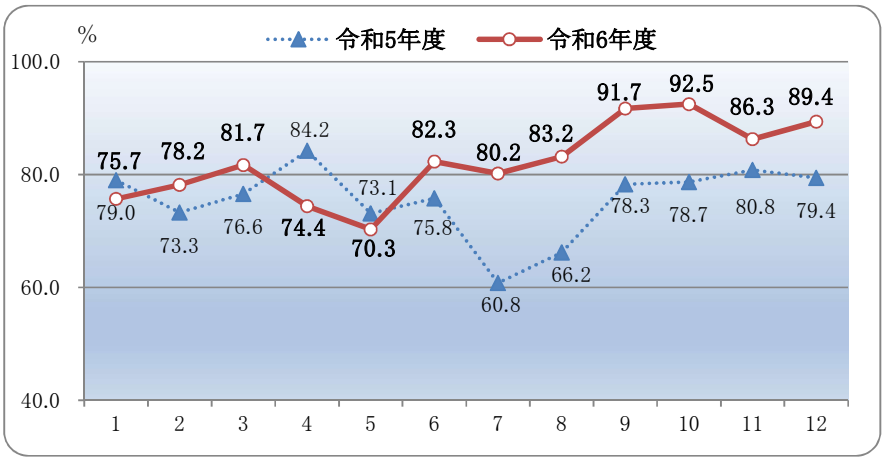
外来患者の総合計を示した指標です。
当院は、専門外来や入院・救急医療など、地域医療の中核を担う体制を備えた
「地域医療支援病院」として、紹介患者・救急患者に対する外来診療中心としています。
令和6年度は年間を通して前年を下回り、前年対比△11%減少となりました。

・救急車受入件数



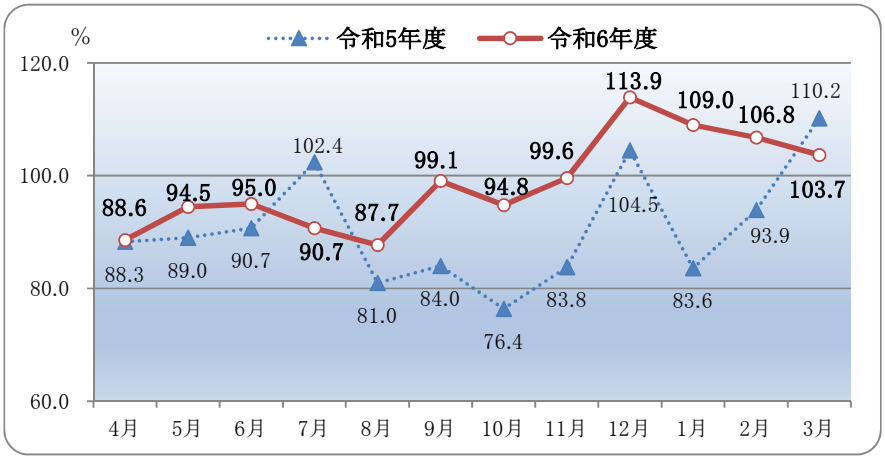
救急車の受け入れ件数を示した指標です。
前年対比＋1．1%と、ほぼ前年度と変わらない件数となりました。

・紹介率



初診患者のうち、他医療機関からの紹介状を持参し受診した患者割合を示しています。
当院は厚生労働省の方針に基づき、他院からの紹介を基本とした受入れを行っています。
令和6年度は年間紹介率82.2%となり、前年を大きく上回りました。

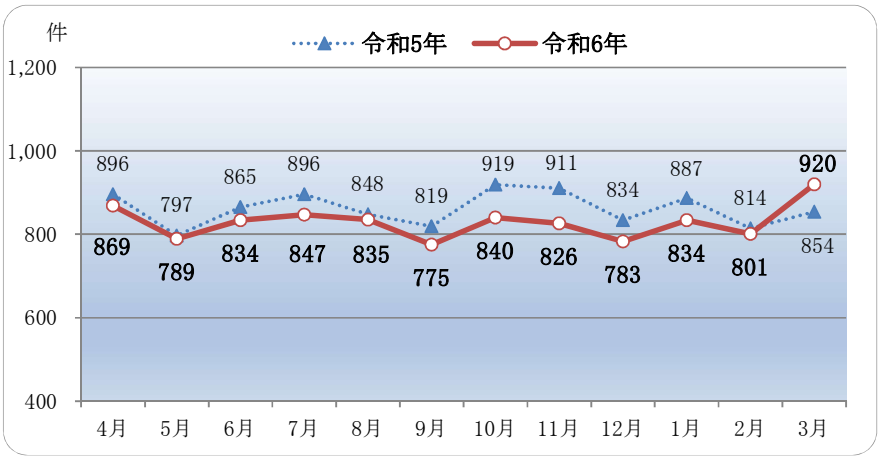
・逆紹介率



初診患者に対して、他の医療機関宛ての紹介状を交付した患者の割合を示しています。
急性期の治療が完了した後は、かかりつけ医への紹介を積極的に行っています。

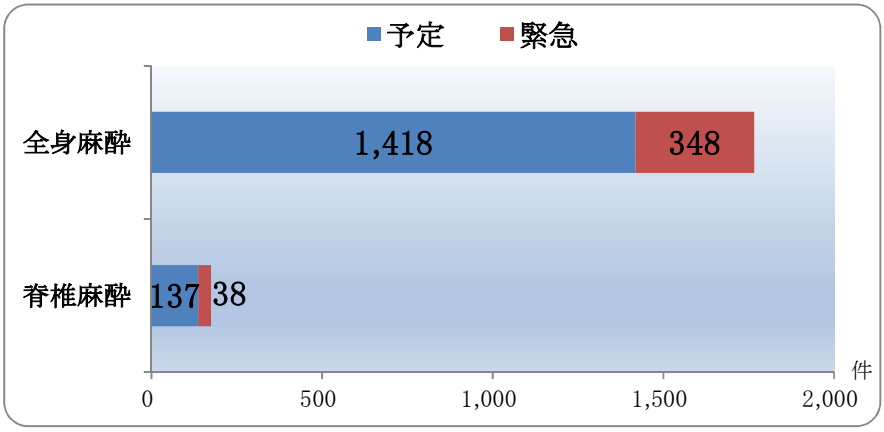
Ⅱ　診療プロセスに関する指標

・月別手術件数



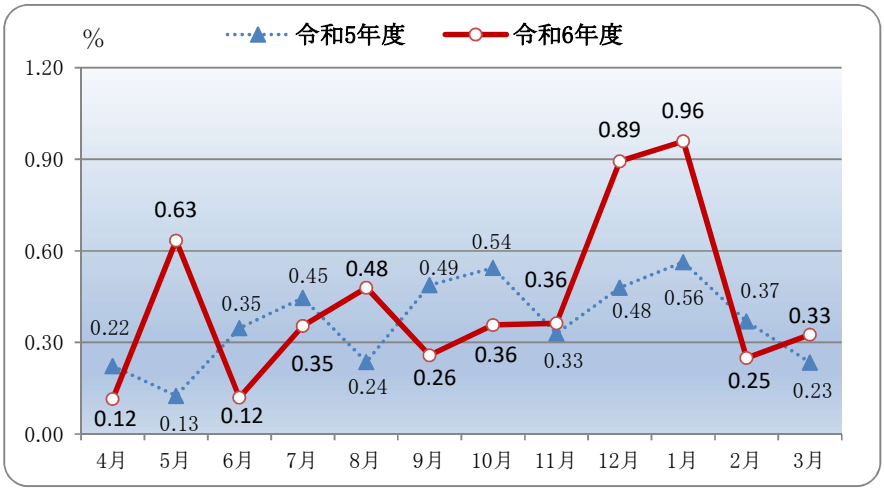
1ヶ月間に実施した手術件数の推移を月別に示しています。
令和6年度は年間件数9,953件、前年対比△3．7%減少となりました。

・麻酔件数



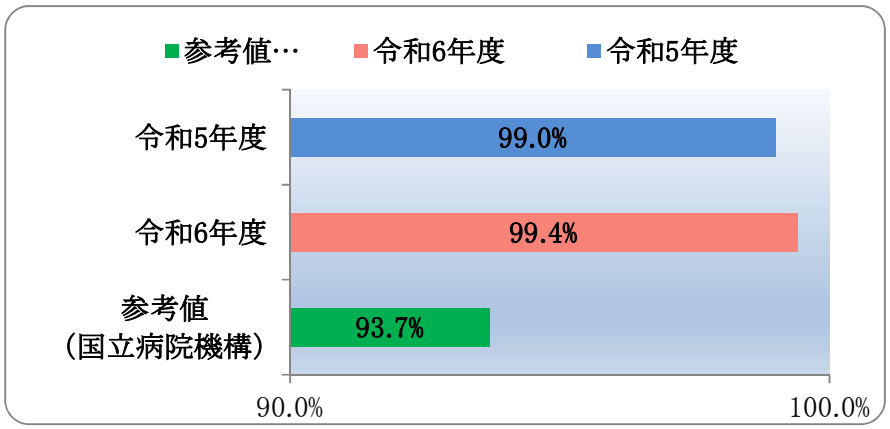
令和6年に実施した全身麻酔、脊椎麻酔の件数を予定・緊急別に示しています。
予定・緊急の割合比率は、8対2の比率となっています。

・24時間以内の再手術実施率



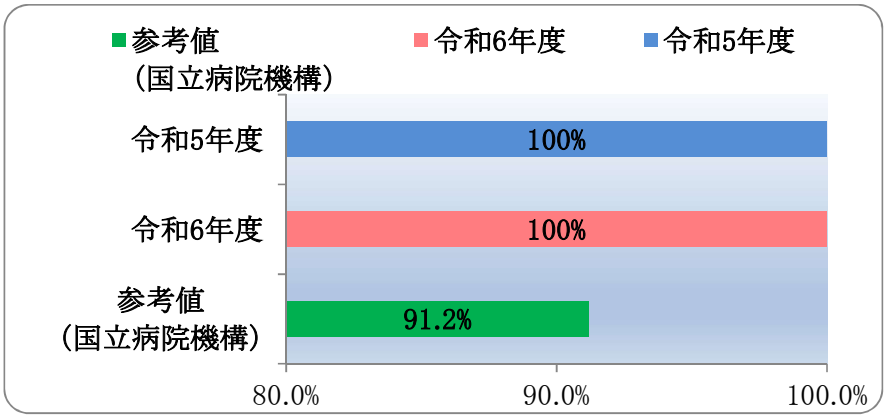
術後、24時間以内に再手術が必要となった患者の割合を示しています。
再手術には、合併症が発生した場合や患者の状態などの様々な原因があります。
令和6年度は年間0.42%とやや前年を上回る率となりました。

・急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率



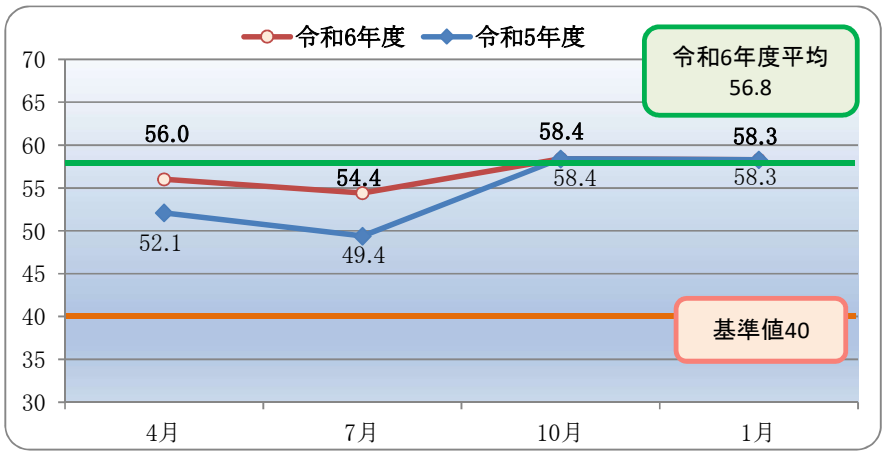
脳梗塞の発症で入院後4日以内にリハビリテーションが開始された割合です。
前年と同様99%以上の開始率となり、早期ADL向上と社会復帰を目標として、
発症後早期から積極的なリハビリテーションが実施されています。

・人工膝・股関節置換術後の早期リハビリテーション開始率



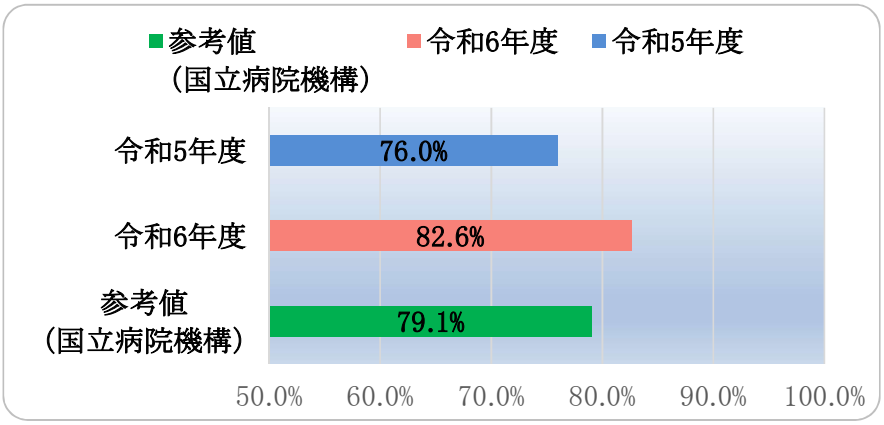
上記疾患に対し、手術当日から数えて2日以内にリハビリテーションが行われた患者数です。
前年と同様100%となり、早期ADL向上と社会復帰を目標に、術後早期から積極的な
リハビリテーションが実施されています。

・回復期リハビリテーション実績指数



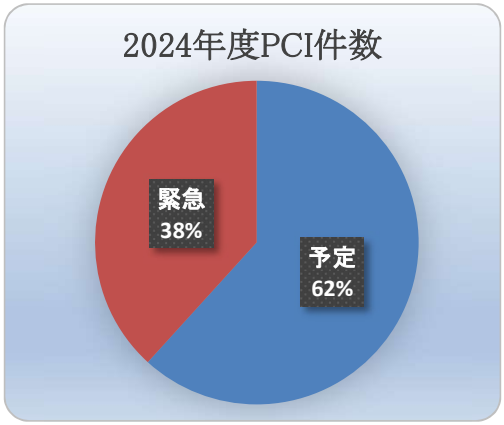
リハビリテーション実績指数とは、入院期間にどれだけ効率的に日常生活を改善できたかを
示す指標です。計算方法は、分子がFIM運動項目の入退院時の得点差、分母が入院日数を
リハビリ算定日数上限で割った値です。
FIMとは、機能的自立度評価表（Functional Independence Measure）の略語で、日常生活活動を
点数化したものであり、回復期リハビリテーション病棟入院料1算定要件は40以上です。

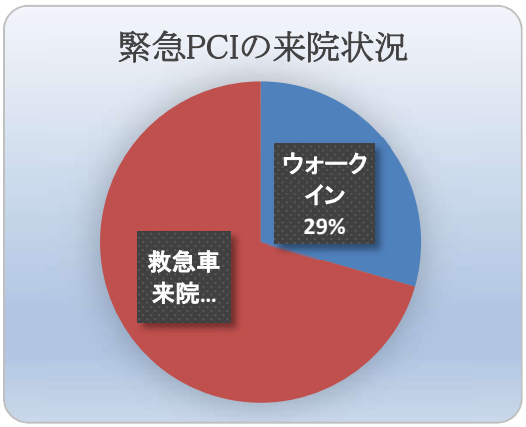
・破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科的治療あるいは血管内治療の実施率



くも膜下出血の主な原因は脳動脈瘤破裂によるものです。
破裂性脳動脈瘤を保存的に治療した場合の再出血予防はきわめて重要であるため、
重症で改善が期待できない場合を除き、開頭による外科的治療あるいは血管内治療を
実施することが求められます。

・PCI実施件数



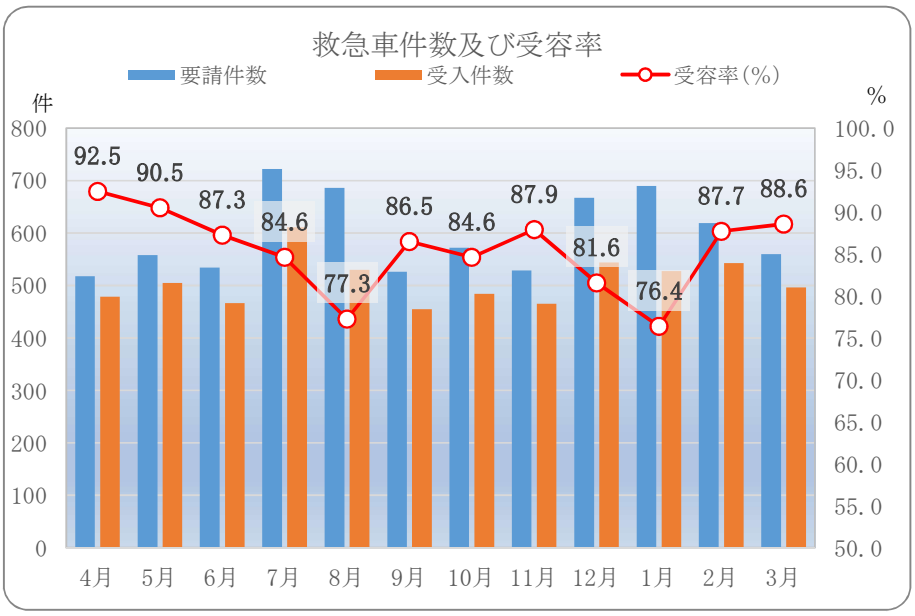


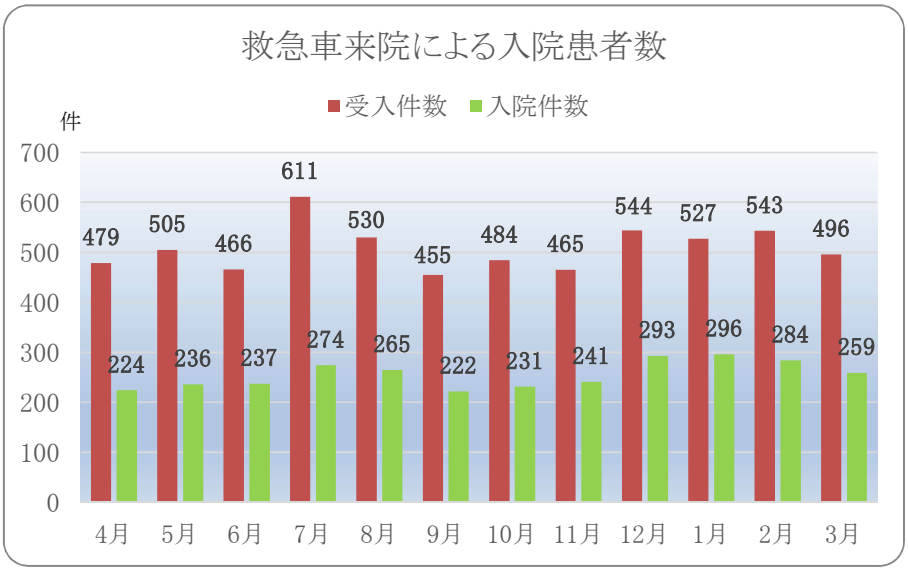
door to balloon（分）	
最短	28
平均	68

急性心筋梗塞症（急性冠症候群を含む）は致命的にもなり得る緊急性のある疾患です。
アメリカ心臓病学会のガイドラインにおいても病院到着からバルーン拡張までに
要する時間（Door to Balloon time）は90分以内を推奨しています

・救急搬送患者受容状況

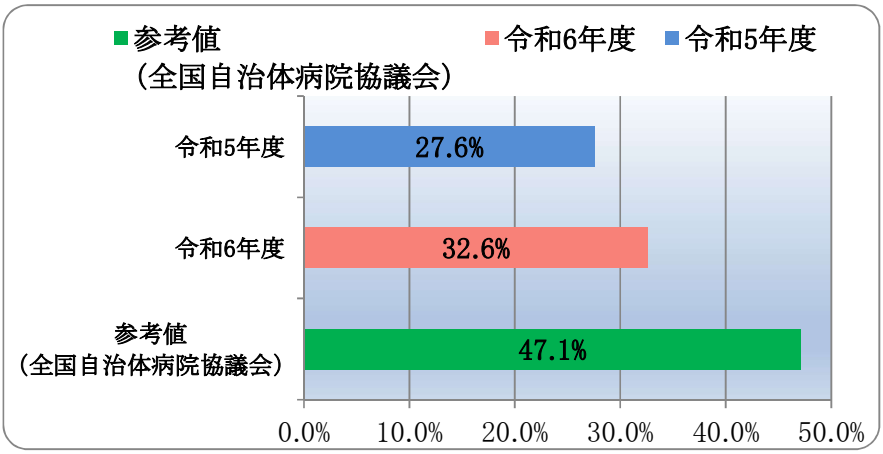
2023年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
要請件数	518	558	534	722	686	526	572	529	667	690	619	560	7,181	598.4
受入件数	479	505	466	611	530	455	484	465	544	527	543	496	6,105	508.8
受容率（%）	92.5	90.5	87.3	84.6	77.3	86.5	84.6	87.9	81.6	76.4	87.7	88.6	85.0	85.4
入院件数	224	236	237	274	265	222	231	241	293	296	284	259	3,062	255.2
入院率（%）	46.8	46.7	50.9	44.8	50.0	48.8	47.7	51.8	53.9	56.2	52.3	52.2	50.2	50.2





搬送件数年間6000件以上の二次救急病院である当院では、搬送要請件数の85.4%を受容、救急搬送患者の50.2%が入院加療となっています。

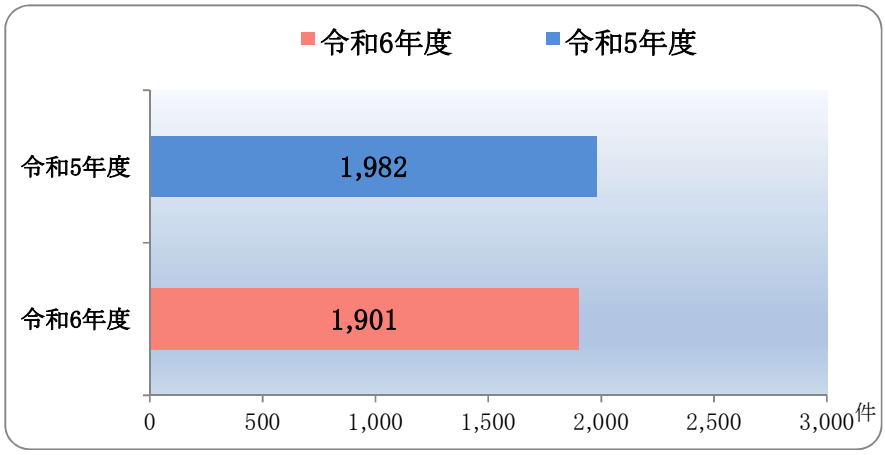
・クリニカルパス適応率



クリニカルパス適応率とは、入院患者さんに対し、パスが適用された割合を表してい ます。
クリニカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全・適正に提供するための手段として開発された、疾病ごとの診療計画を いいます。
30%以上の適応率を目標として新規パスの作成などに取り組んでおり、令和6年度は32.6%と前年を上回る適応率となりました。

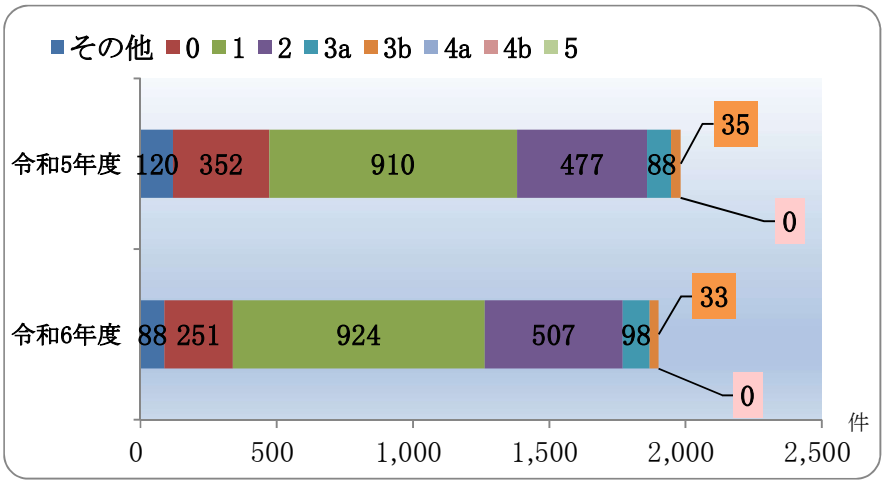
Ⅲ　医療安全に関する指標

・インシデント総件数



重大な事故につながる医療現場でのインシデント報告は、情報共有を図り、
医療事故防止に努めることに意義があるため、危機管理に対する高い意識が
報告数の増加につながっていると思われます。報告することを恐れず、
質の高いレポート作成が重要です。

・インシデント　レベル別件数

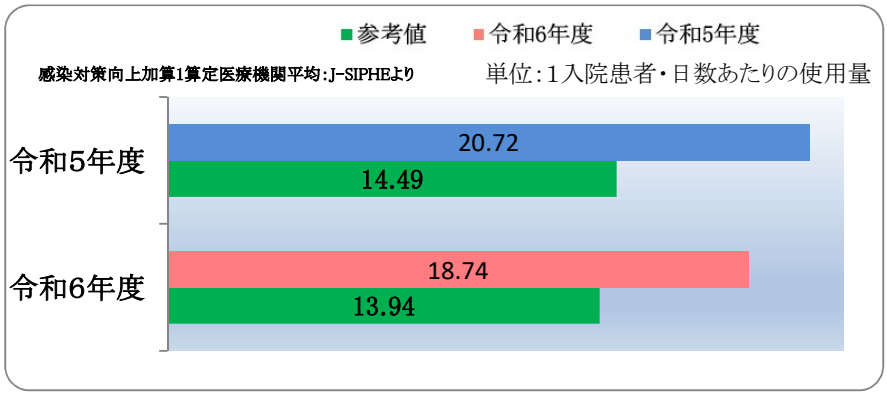


レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、患者に影響は及ぼさなかった
レベル2	行った医療または管理により、患者に影響を与えた
レベル3a	行った医療または管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置が必要になった
レベル3b	行った医療または管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要になった
レベル4	行った医療または管理により、永続的な障害が発生した
レベル5	行った医療または管理が原因で患者が亡くなった

医療行為や管理面で、ミスを事前に防いだり、誤った行為があっても患者に
影響がなかった事例で、一般的に「ヒヤリ・ハット」と呼ばれる事例を含みます。

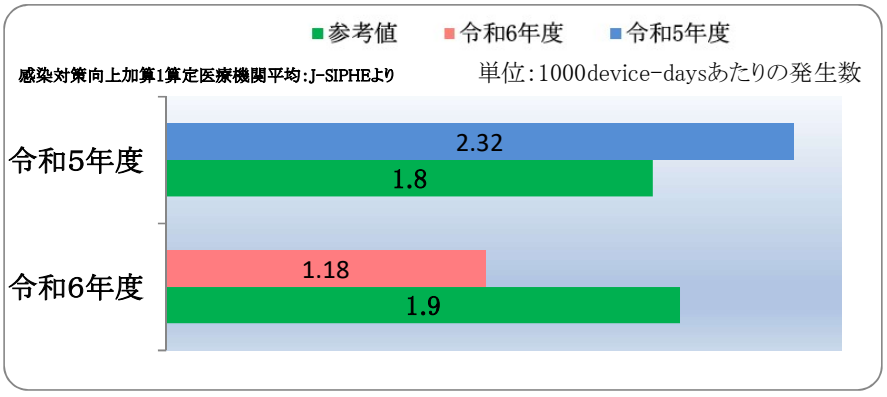
Ⅳ　予防医学に関する指標

・手指消毒薬使用量



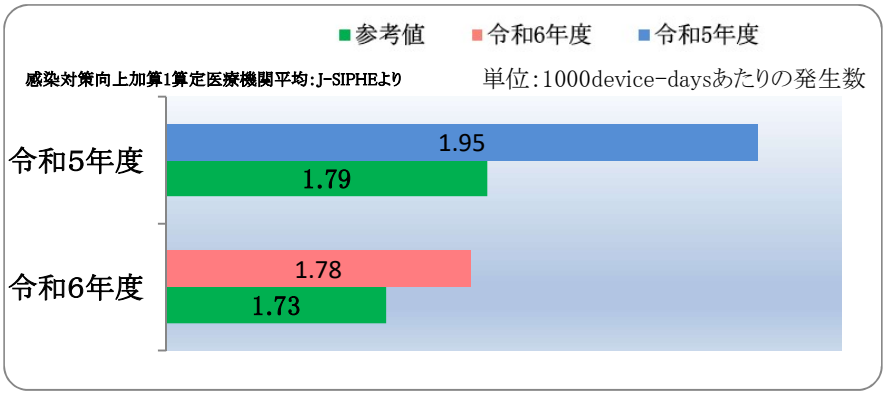
入院患者1人に対し医療スタッフが1日あたり使用した手指消毒薬の量です。
手指衛生が感染対策に重要な行為であるということを、院内でどの程度認識され、
実践されているかを見るものです。病院の感染制御を語る上で、極めて重要な指標です。

・中心ライン関連血流感染発生率（CLABSI）



中心静脈カテーテルを使用している患者のうち、血流感染が発生した割合です。
中心ライン血流感染を発症した患者は重症化しやすいため、適切な予防策を
実施していくことが重要です。

・カテーテル関連尿路感染発生率（CAUTI）



尿道留置カテーテルを使用している患者のうち、尿路感染が発生した割合です。
入院後に起こる尿路感染症の約70～80%がカテーテル留置の尿路感染症であり、
カテーテルの使用する場合は、挿入時や留置中に適切な予防策を実施することが重要です。