

## 臨床指標（2013年度～2021年度）

箕面市立病院では、医療の質向上の取組みの一つとして、全国自治体病院協議会医療の質の評価・公表等推進事業、日本病院会QIプロジェクトに参加し、全国のデータとの比較・公表を行っております。

これらの指標とともに院内で継続的に観察している指標を選択し当院の現状、安全・安心の医療を提供する取組みについて知っていただき、納得して医療を受けていただけるよう公表いたします。指標の測定方法はまだ国内で統一されていないので同じ名称の項目でも事業により異なる基準で各々測定しています。

各指標にある「全自病」は全国自治体病院協議会医療の質の評価・公表等推進事業<sup>\*1</sup>の定義に基づく指標、「日病QI」は日本病院会QIプロジェクト<sup>\*2</sup>であることを示しており、これらは、各団体のHPで他院を含めた結果が公表されています。各団体の年間報告書公表までには時間が掛かりますので、前年度の参加施設の平均値を参考値として該当指標で記載しています。

「DPC」は「DPC<sup>\*3</sup>導入の影響評価に掛かる調査」を基にしたデータで、医療保険の対象データとなるため、労災、自賠責、正常分娩など医療保険以外の患者さまのデータは含まない数となっております。

### 臨床指標目次（5分野33項目）

<b>I 患者満足度</b>		
1	入院患者満足度	日病QI
2	外来患者満足度	日病QI
<b>II 地域連携</b>		
1	紹介率【地域支援病院】	日病QI
2	逆紹介率【地域支援病院】	日病QI
3	新入院患者紹介率	全自病
4	地域医療機関サポート率	全自病
5	がん地域連携パス運用数	院内
6	在宅復帰率	全自病
<b>III 救急、急性期医療</b>		
1	地域分娩貢献率	全自病
2	地域救急貢献率	全自病
3	救急車・ホットラインの応需率	日病QI
4	手術室使用件数	院内
5	全身麻酔数	院内
6	鏡視下手術	院内
7	手術開始前1時間以内予防的抗菌薬投与率	全自病
8	肺血栓塞栓症予防対策実施率	全自病 DPC
<b>IV チーム医療</b>		
1	クリニカルパス使用率【患者数】	全自病
2	クリニカルパス使用率【日数】	全自病
3	糖尿病入院栄養指導実施率	全自病 DPC
4	誤嚥性肺炎摂食指導実施率	全自病 DPC
<b>V 感染、医療安全</b>		
1	インシデント報告数	院内
2	アクシデント発生率	院内
3	転倒・転落レベル2以上発生率	全自病
4	SSI発生率	院内
5	褥瘡推定発生率&褥瘡発生率	院内&日病QI
6	尿道留置カテーテル使用率	日病QI
7	症候性尿路感染症発生率	日病QI
8	退院後4週間以内の計画外の再入院率 &30日以内の予定外再入院率	院内 &日病QI
9	誤嚥性肺炎再入院率	全自病 DPC
10	職員におけるインフルエンザワクチン予防接種 <sup>2</sup>	日病QI
11	18歳以上の身体抑制率	日病QI
12	がん患者サポート率	全自病
13	術後せん妄推定発症率	全自病

#### 参考

\*1 全国自治体病院協議会医療の質の評価・公表等推進事業

<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/137>

医療機関別の指標値も掲載しています。

\*2 日本病院会QIプロジェクト

<https://www.hospital.or.jp/qip/past.html>

\*3 DPC: (Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類)

入院医療の分類です。

# I 患者満足度

## 1. 入院患者満足度

日病QI

5段階評価(「満足」「やや満足」「普通」「やや不満」「不満」)で調査を実施した結果です。

2021年度の日病QIにおいて「満足のみ」の平均値は63.1%、「満足」+「やや満足」の平均値は89.4%でした。

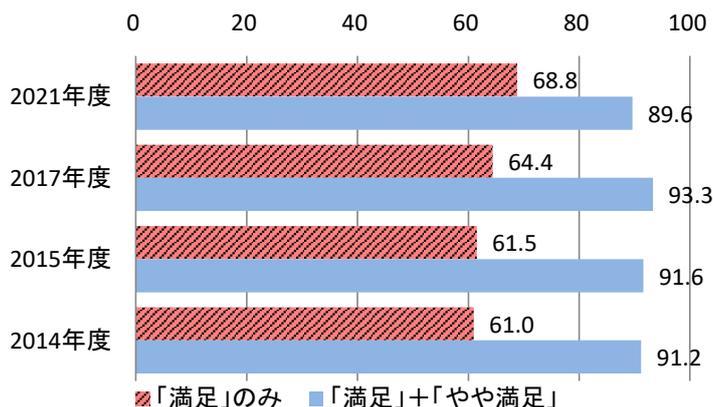
※2013、2016、2018、2019、2020年度は当該項目の調査を実施していません。

### ■計算方法

$$\text{入院患者満足度} = \frac{\text{当院での診療に「満足」又は「やや満足」と回答した入院患者数}}{\text{患者満足度調査に回答した入院患者数}}$$

### ■患者満足度(入院患者)(%)

	「満足」のみ	「満足」+「やや満足」
2021年度	68.8%	89.6%
2017年度	64.4%	93.3%
2015年度	61.5%	91.6%
2014年度	61.0%	91.2%



### ■改善点として職員間の連携不足

## 2. 外来患者満足度

日病QI

5段階評価(「満足」「やや満足」「普通」「やや不満」「不満」)で調査を実施した結果です。

2021年度の日病QIにおいて「満足のみ」の平均値は49.2%、「満足」+「やや満足」の平均値は83.1%でした。

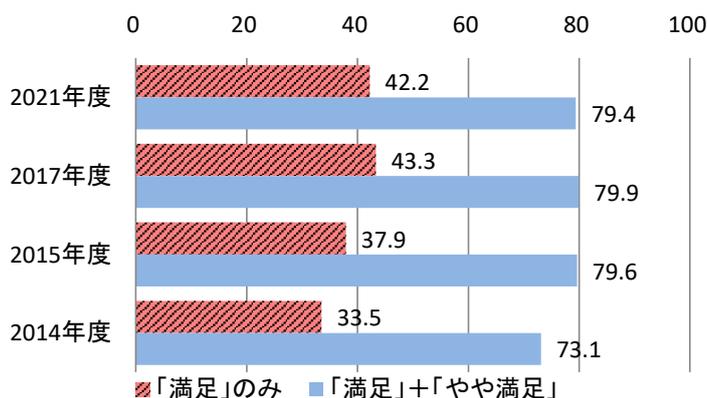
※2013、2016、2018、2019、2020年度は当該項目の調査を実施していません。

### ■計算方法

$$\text{外来患者満足度} = \frac{\text{当院での診療に「満足」又は「やや満足」と回答した外来患者数}}{\text{患者満足度調査に回答した外来患者数}}$$

### ■患者満足度(外来患者)(%)

	「満足」のみ	「満足」+「やや満足」
2021年度	42.2%	79.4%
2017年度	43.3%	79.9%
2015年度	37.9%	79.6%
2014年度	33.5%	73.1%



### ■改善点として診察までの待ち時間、会計手続き

## II 地域連携

### 1. 紹介率【地域医療支援病院】

日病

地域医療支援病院は患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、医療法に基づき都道府県知事が個別に承認する病院です。地域医療支援病院に定められた計算式で計算しています。

地域の多くの医療機関との連携を図るほど数値が高くなり、高度な急性期病院として地域に貢献していることを示します。2021年度の日病QIの平均値は 62.2%(前年比-1.4)、中央値は 68.5%(前年比-1.8)でした。

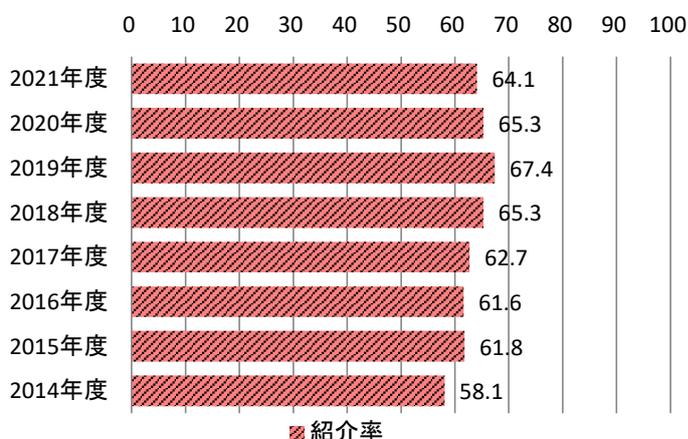
※2013年度は計算式が異なるため、2014年度以降のデータをご報告します。

#### ■計算方法

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介初診患者数}}{\text{初診患者数} - (\text{休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数} + \text{休日・夜間の初診救急患者数})}$$

#### ■紹介率【地域支援病院】(%)

	紹介率
2021年度	64.1%
2020年度	65.3%
2019年度	67.4%
2018年度	65.3%
2017年度	62.7%
2016年度	61.6%
2015年度	61.8%
2014年度	58.1%



### 2. 逆紹介率【地域医療支援病院】

日病

地域医療支援病院の計算式に基づく逆紹介率です。患者さまをかかりつけ医や専門医に紹介した割合で、地域医療機関と連携して図るほど数値が高くなります。

2021年度の日病QIの平均値は 76.8%(前年比-3.3)、中央値は 78.0%(前年比-1.4)でした。

※2013年度は計算式が異なるため、2014年度以降のデータをご報告します。

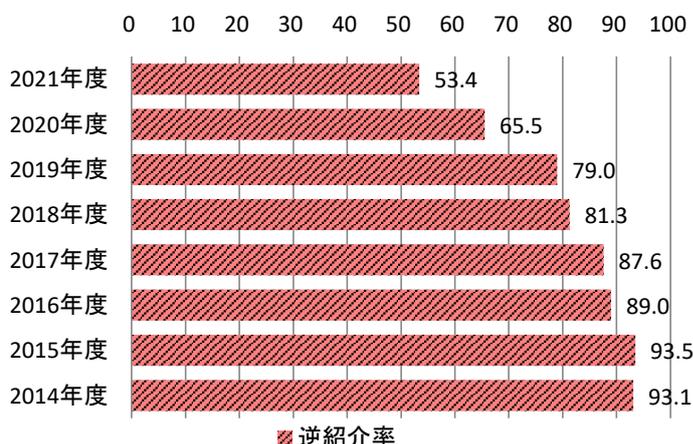
※2018年度から大阪府の逆紹介の定義が厳しくなりました。

#### ■計算方法

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{医療機関への逆紹介}}{\text{初診患者数} - (\text{休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数} + \text{休日・夜間の初診救急患者数})}$$

#### ■逆紹介率【地域支援病院】(%)

	逆紹介率
2021年度	53.4%
2020年度	65.5%
2019年度	79.0%
2018年度	81.3%
2017年度	87.6%
2016年度	89.0%
2015年度	93.5%
2014年度	93.1%





### 3. 新入院患者紹介率

全自病

新入院患者のうち、入院前90日以内に他の医療機関等から文書による紹介がある患者の割合です。地域からの紹介が多く、且つ紹介患者さまの入院治療を円滑に行っている指標となります。

2021年度の全自病の平均値は36.7%、中央値は37.0%でした。

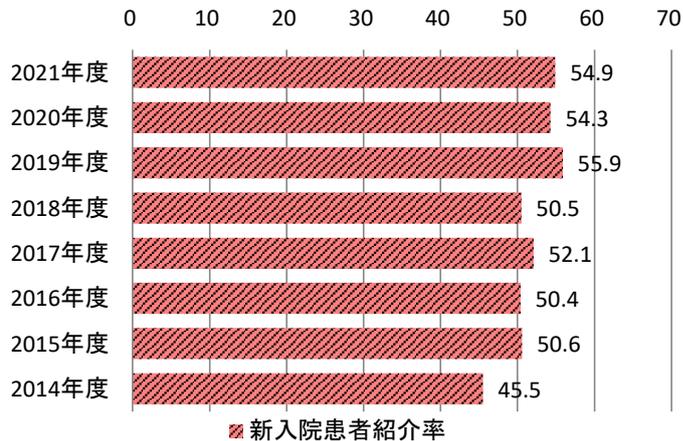
※2014年度開始項目です。

#### ■ 計算方法

$$\text{新入院患者紹介率} = \frac{\text{新入院患者中の紹介患者数}}{\text{新入院患者数}}$$

#### ■ 新入院患者紹介率(%)

	新入院患者紹介率
2021年度	54.9%
2020年度	54.3%
2019年度	55.9%
2018年度	50.5%
2017年度	52.1%
2016年度	50.4%
2015年度	50.6%
2014年度	45.5%



### 4. 地域医療機関サポート率

全自病

二次医療圏内の医療機関の内、紹介を受けた医療機関の割合を示しています。

2021年度の全自病の平均値は57.5%、中央値は、63.3%でした。医療機関数の多い地域では低く、医療機関の少ない地域で高くなる傾向があります。

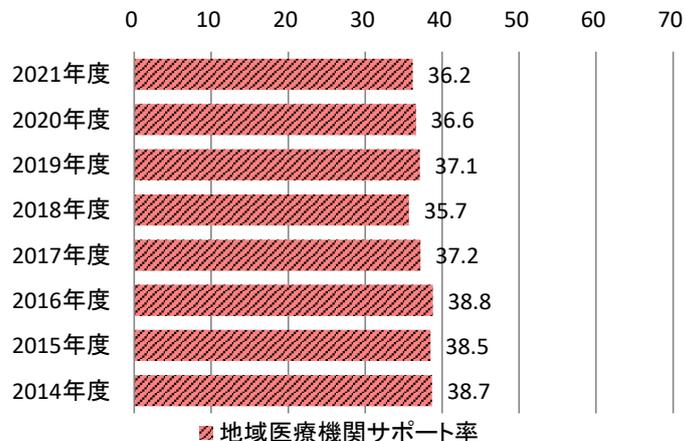
※2014年度から測定しています。

#### ■ 計算方法

$$\text{地域医療機関サポート率} = \frac{\text{二次医療圏内で紹介を受けた医科医療機関数}}{\text{二次医療圏内医科医療機関数}}$$

#### ■ 地域医療機関サポート率(%)

	地域医療機関サポート率
2021年度	36.2%
2020年度	36.6%
2019年度	37.1%
2018年度	35.7%
2017年度	37.2%
2016年度	38.8%
2015年度	38.5%
2014年度	38.7%



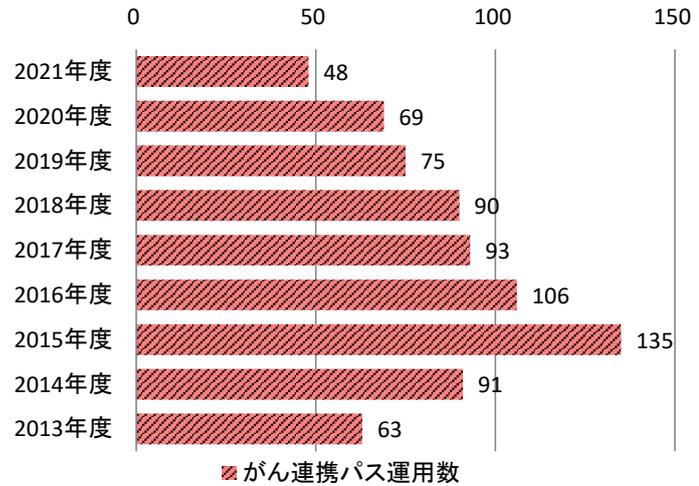
## 5. がん連携パス運用数

院内

地域連携クリティカルパス(地域連携パス)は、かかりつけ医と市立病院の医師が共同して、共通の治療計画書(地域連携診療計画書)により患者さまの治療を行うシステムです。

### ■がん連携パス運用数(件)

	がん連携パス運用数
2021年度	48
2020年度	69
2019年度	75
2018年度	90
2017年度	93
2016年度	106
2015年度	135
2014年度	91
2013年度	63



## 6. 在宅復帰率

全自病

自宅や居住系施設に退院された患者の割合です。  
2021年度の全自病の平均値は88.2%、中央値は89.4%でした。

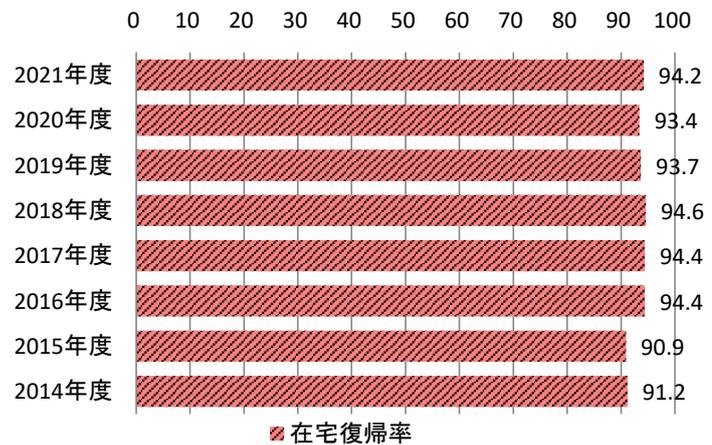
※2014年度開始項目です。

### ■計算方法

$$\text{在宅復帰率} = \frac{\text{退院先が自宅等の患者数}}{\text{生存退院患者数}}$$

### ■在宅復帰率(%)

	在宅復帰率
2021年度	94.2%
2020年度	93.4%
2019年度	93.7%
2018年度	94.6%
2017年度	94.4%
2016年度	94.4%
2015年度	90.9%
2014年度	91.2%



# Ⅲ 救急、急性期医療

## 1. 地域分娩貢献率

全自病

二次医療圏で出生数に対して、病院内で出生した割合を示しています。  
2021年度の全自病の平均値は25.2%、中央値は11.3%でした。医療過疎が問題となっている地域では、分娩施設の集約化が進み100%を超えている場合があります。

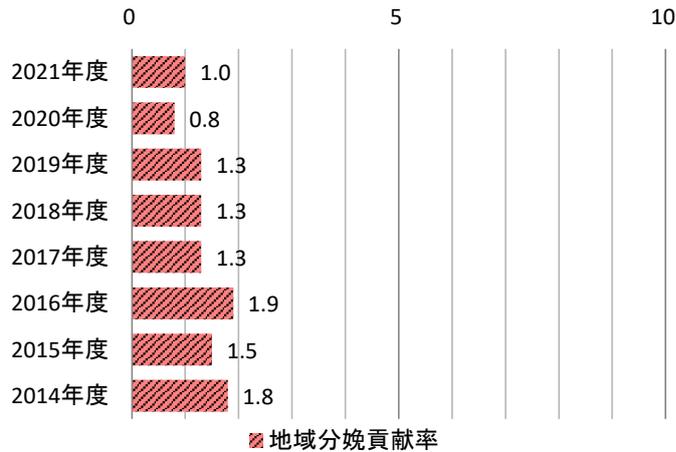
※2014年度開始項目です。

### ■ 計算方法

$$\text{地域分娩貢献率} = \frac{\text{院内出生数}}{\text{二次医療圏出生数}}$$

### ■ 地域分娩貢献率(%)

	地域分娩 貢献率	院内 出生数
2021年度	1.0%	81
2020年度	0.8%	62
2019年度	1.3%	104
2018年度	1.3%	113
2017年度	1.3%	114
2016年度	1.9%	165
2015年度	1.5%	138
2014年度	1.8%	121



## 2. 地域救急貢献率

全自病

地域で救急搬送された患者数のうち、当院で引き受けた患者数を示しています。  
2021年度の全自病の平均値は27.5%、中央値19.6%はでした。医療機関の多い地域では低くなる傾向があります。

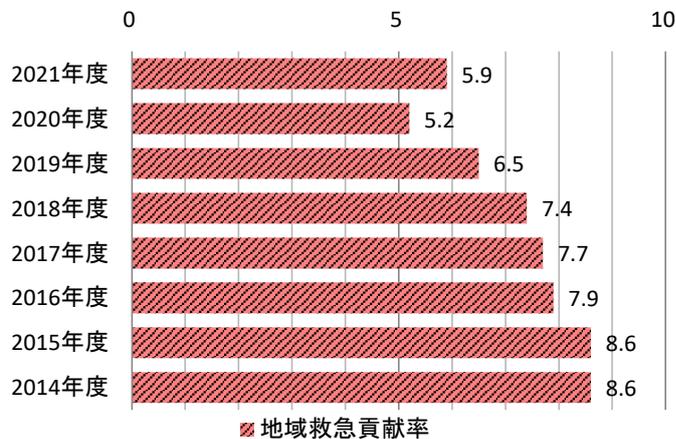
※2014年度開始項目です。

### ■ 計算方法

$$\text{地域救急貢献率} = \frac{\text{救急車来院患者数}}{\text{二次医療圏内救急車搬送人数}}$$

### ■ 地域救急貢献率(%)

	地域救急貢献率
2021年度	5.9%
2020年度	5.2%
2019年度	6.5%
2018年度	7.4%
2017年度	7.7%
2016年度	7.9%
2015年度	8.6%
2014年度	8.6%



### 3. 救急車・ホットラインの応需率

日病QI

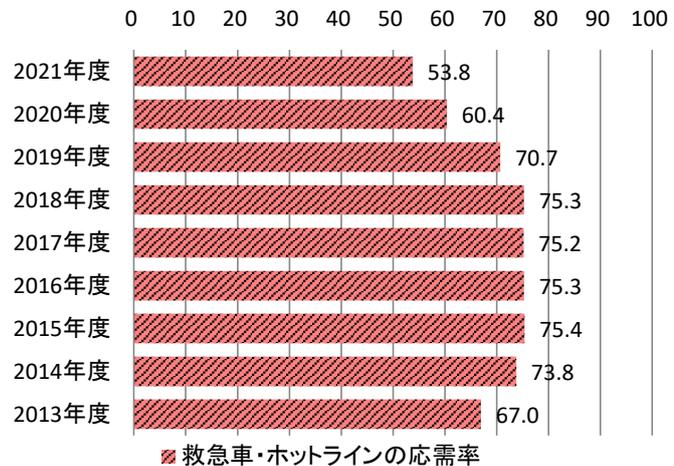
救急車の受入要請があったうち、救急車で来院した患者数を示しています。  
2021年度の日病QIの平均値は79.2%(前年比-5.1)、中央値は82.5%(前年比-3.8)でした。

#### ■計算方法

$$\text{救急車・ホットラインの応需率} = \frac{\text{救急車で来院した患者数}}{\text{救急車受け入れ要請人数}}$$

#### ■救急車・ホットラインの応需率(%)

	救急車で来院した患者数	救急車・ホットラインの応需率
2021年度	2821	53.8%
2020年度	2419	60.4%
2019年度	3497	70.7%
2018年度	3945	75.3%
2017年度	3962	75.2%
2016年度	3923	75.3%
2015年度	4064	75.4%
2014年度	4030	73.8%
2013年度	3827	67.0%



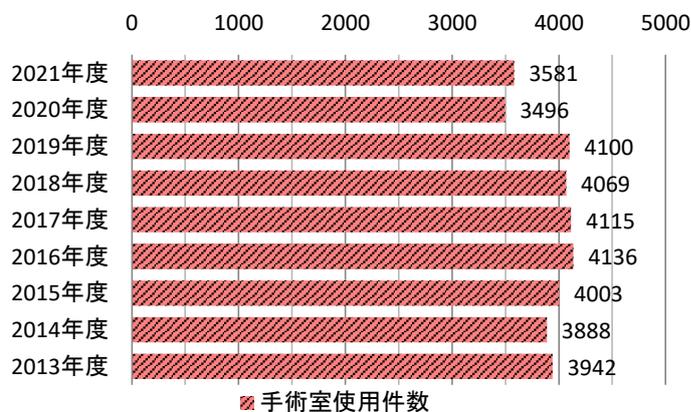
### 4. 手術室使用件数

院内

手術室の利用状況を示しています。

#### ■手術室使用件数(件)

	手術室使用件数
2021年度	3581
2020年度	3496
2019年度	4100
2018年度	4069
2017年度	4115
2016年度	4136
2015年度	4003
2014年度	3888
2013年度	3942



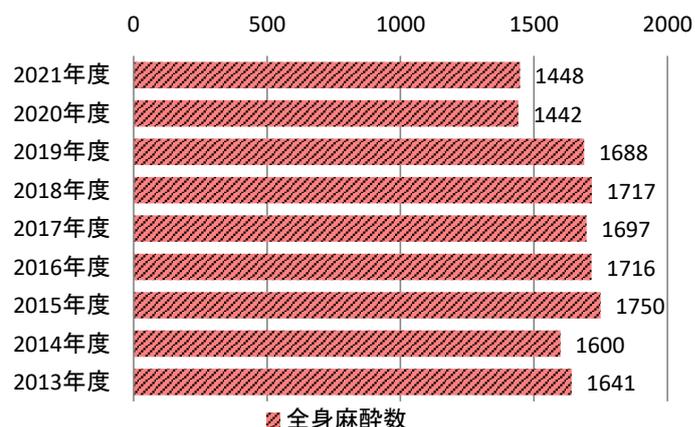
### 5. 全身麻酔数

院内

全身麻酔で行った手術(一部生検等含む)の数を示しています。

#### ■全身麻酔数(件)

	全身麻酔数
2021年度	1448
2020年度	1442
2019年度	1688
2018年度	1717
2017年度	1697
2016年度	1716
2015年度	1750
2014年度	1600
2013年度	1641





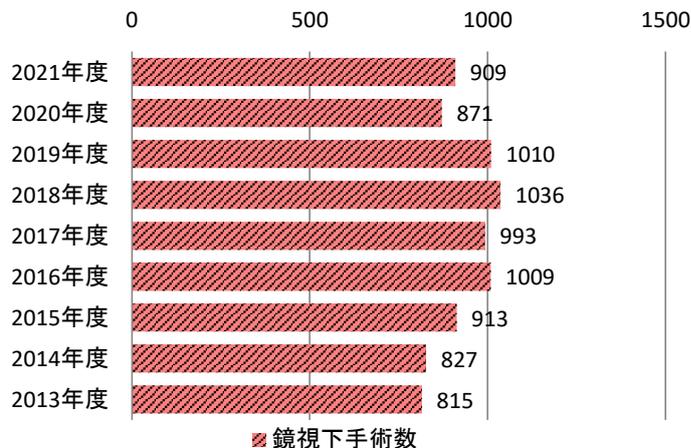
## 6. 鏡視下手術数

院内

手術室で行う低侵襲の手術数を示しています。

### ■鏡視下手術数(件)

	鏡視下手術数
2021年度	909
2020年度	871
2019年度	1010
2018年度	1036
2017年度	993
2016年度	1009
2015年度	913
2014年度	827
2013年度	815



### ■手術数のうちわけ(件)

	外科			泌尿器科			産婦人科			耳鼻咽喉科	整形外科	形成外科
	胸腔鏡	腹腔鏡	腹腔鏡 ダウインチ	内視鏡	腹腔鏡	腹腔鏡 ダウインチ	子宮鏡	腹腔鏡	腹腔鏡 ダウインチ	内視鏡	関節鏡	腹腔鏡
2021年度	53	291	17	234	16	65	49	136	10	17	17	4
2020年度	27	291	12	237	18	69	44	127	7	9	25	5
2019年度	42	345	22	242	16	70	59	170	3	15	25	1
2018年度	47	354	13	239	28	61	37	191	3	21	40	2
2017年度	40	342		232	14	68	57	204		12	24	
2016年度	47	348		228	25	54	56	195		21	35	
2015年度	37	316		199	13	54	52	195		25	22	
2014年度	44	232		219	25	—	47	221		17	22	
2013年度	49	295		171	13	—	48	206		23	10	

※同時に行われた手術は主な手技で1件と表示しています。

## 7. 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

全自病

手術室で行った手術の内、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与された手術件数を示しています。  
2021年度の全自病の平均値は80.4%、中央値は82.8%でした。

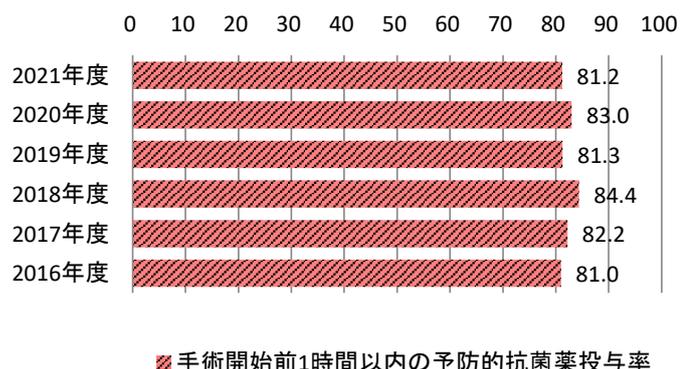
※2016年度開始項目です。

### ■計算方法

手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率 =  $\frac{\text{分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{手術室で行った手術件数}}$

### ■手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率(%)

	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
2021年度	81.2%
2020年度	83.0%
2019年度	81.3%
2018年度	84.4%
2017年度	82.2%
2016年度	81.0%





## 8. 肺血栓塞栓症予防対策実施率

全自病・DPC

肺血栓塞栓症とは、下肢や腹部でできた血の塊(血栓)が肺に行く血管(肺動脈)に詰まる病気です。予防には血液凝固を抑える薬剤を使用したり、弾性ストッキングなどを利用することがあります。リスクの程度が一定以上ある手術の時に、予防対策がなされた割合を表しています。

2021年度の全自病の平均値は90.7%、中央値は92.6%でした。

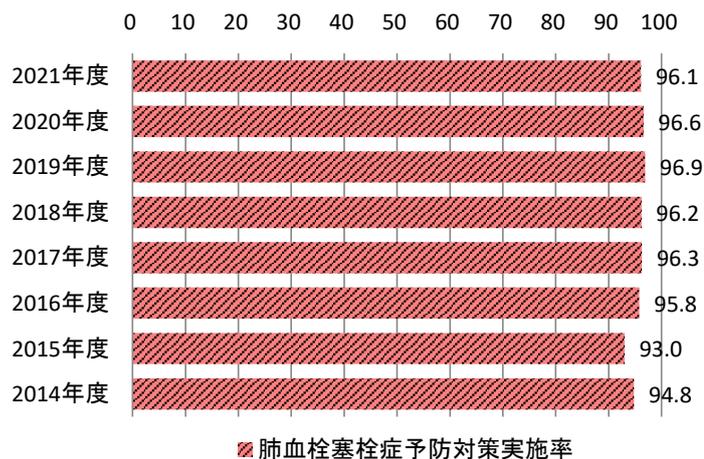
※2014年度開始項目です。

### ■ 計算方法

$$\text{肺血栓塞栓症予防対策実施率} = \frac{\text{分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された退院患者数}}{\text{肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を実施した退院患者数}}$$

### ■ 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
2021年度	96.1%
2020年度	96.6%
2019年度	96.9%
2018年度	96.2%
2017年度	96.3%
2016年度	95.8%
2015年度	93.0%
2014年度	94.8%



## IV チーム医療

### 1. クリニカルパス使用率【患者数】

全自病

クリニカルパスは医療を安全で効率的に行うためのツールです。入院患者の内、パスが適応された患者数を示しています。2021年度の全自病の平均値は44.4%、中央値は46.6%でした。

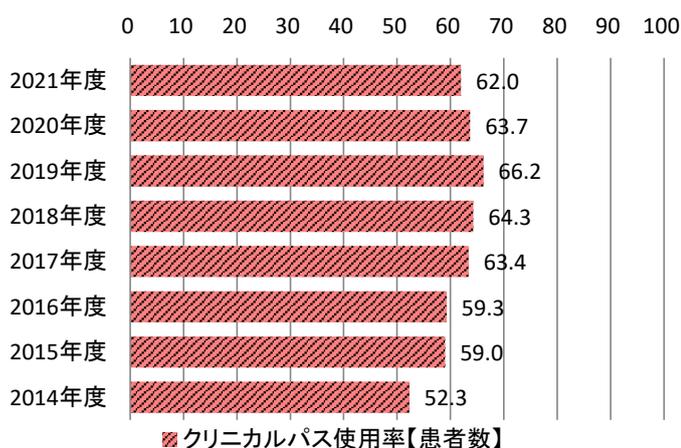
※2014年度開始項目です。

#### ■計算方法

$$\text{クリニカルパス使用率【患者数】} = \frac{\text{パス新規適用患者数}}{\text{新入院患者数}}$$

#### ■クリニカルパス使用率【患者数】(%)

	クリニカルパス使用率【患者数】
2021年度	62.0%
2020年度	63.7%
2019年度	66.2%
2018年度	64.3%
2017年度	63.4%
2016年度	59.3%
2015年度	59.0%
2014年度	52.3%



■診療科ごとでバラツキが大きく、低い診療科の取り組みが必要

### 2. クリニカルパス使用率【日数】

全自病

クリニカルパスは入院中のすべての期間を網羅しているとは限りません。入院日数に対してパスを適応していた期間の割合を示しています。

2021年度の全自病の平均値は27.6%、中央値は25.2%でした。

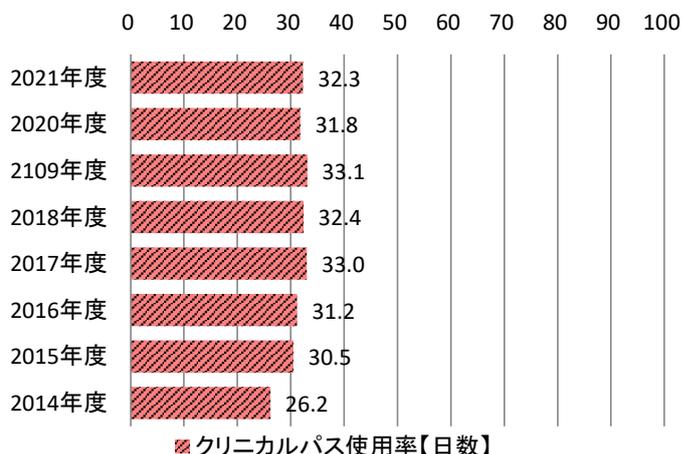
※2014年度開始項目です。

#### ■計算方法

$$\text{クリニカルパス使用率【日数】} = \frac{\text{パス適用日数合計}}{\text{入院延べ日数}}$$

#### ■クリニカルパス使用率【日数】(%)

	クリニカルパス使用率【日数】
2021年度	32.3%
2020年度	31.8%
2109年度	33.1%
2018年度	32.4%
2017年度	33.0%
2016年度	31.2%
2015年度	30.5%
2014年度	26.2%





### 3. 糖尿病入院栄養指導実施率

全自病・DPC

糖尿病入院患者のうち入院中に栄養指導が実施された割合を示しています。  
2021年度の全自病の平均値は73.0%、中央値は79.5%でした。

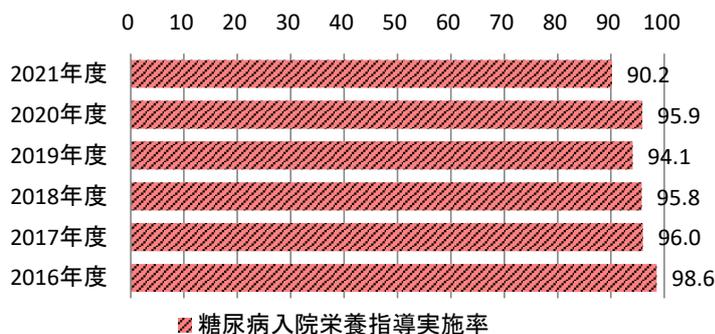
※2016年度開始項目です。

#### ■ 計算方法

$$\text{糖尿病入院栄養指導実施率} = \frac{\text{分母のうち、栄養指導が実施された患者数}}{\text{2型糖尿病(ケトアシドーシスを除く)の退院患者数}}$$

#### ■ 糖尿病入院栄養指導実施率(%)

	糖尿病入院栄養指導実施率
2021年度	90.2%
2020年度	95.9%
2019年度	94.1%
2018年度	95.8%
2017年度	96.0%
2016年度	98.6%



### 4. 誤嚥性肺炎摂食指導実施率

全自病・DPC

誤嚥性肺炎のうち、摂食機能療法が実施され、算定された件数を示しています。摂食機能療法の算定件数でカウントするため指導が行われていても算定要件を満たさない場合は、カウントされません。

2021年度の全自病の平均値は16.3%、中央値は7.2%でした。

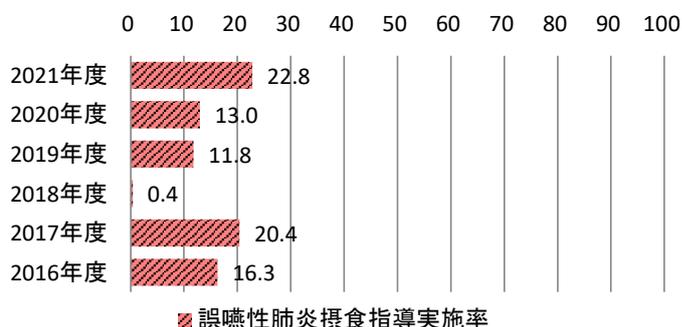
※2016年度開始項目です。

#### ■ 計算方法

$$\text{誤嚥性肺炎摂食指導実施率} = \frac{\text{分母のうち、摂食機能療法が実施された患者数}}{\text{誤嚥性肺炎の退院患者数}}$$

#### ■ 誤嚥性肺炎摂食指導実施率(%)

	誤嚥性肺炎摂食指導実施率
2021年度	22.8%
2020年度	13.0%
2019年度	11.8%
2018年度	0.4%
2017年度	20.4%
2016年度	16.3%



# V 感染、医療安全

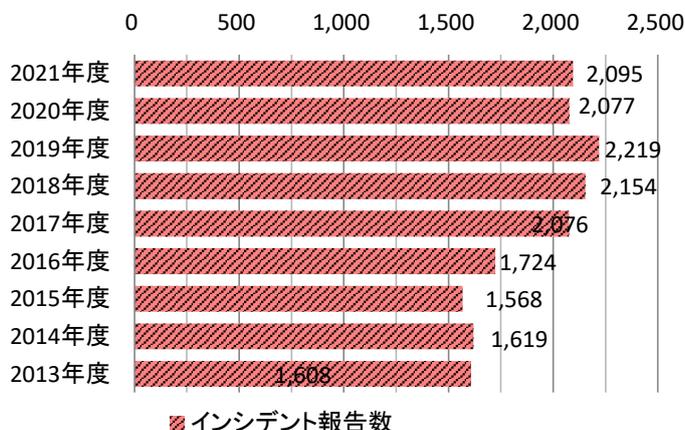
## 1. インシデント報告数

院内

当院では、インシデント・アクシデントレポートを集積し、結果は原因分析や対策を院内で共有し、事故の再発防止や組織的な改善活動に繋げています。インシデントレポート報告数は、一年間に病床数の5倍の報告数があることが安全文化の担い手が多く透明性の高い組織であると言われています。

### ■インシデント報告数(件)

	インシデント報告数
2021年度	2095
2020年度	2077
2019年度	2219
2018年度	2154
2017年度	2076
2016年度	1724
2015年度	1568
2014年度	1619
2013年度	1608



■ インシデント報告数

## 2. アクシデント発生率

院内

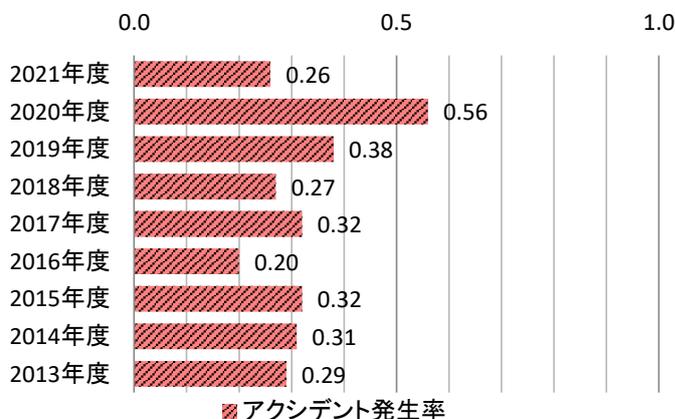
アクシデントはレベル3b以上の濃厚な治療を要した事故の発生率を示しています。

### ■計算方法

$$\text{アクシデント発生率} = \frac{\text{アクシデント報告件数}}{\text{延在院患者数}}$$

### ■アクシデント発生率(%)

	アクシデント発生率	件数
2021年度	0.26%	23
2020年度	0.56%	46
2019年度	0.38%	38
2018年度	0.27%	27
2017年度	0.32%	31
2016年度	0.20%	
2015年度	0.32%	
2014年度	0.31%	
2013年度	0.29%	



■ アクシデント発生率

レベル	傷害の継続性	傷害の程度	傷害の内容
レベル0			医療安全管理上何等かの事象が発生したが、患者には実施されなかった場合
レベル1	なし		医療安全管理上何等かの事象が発生したが、患者には変化が生じなかった場合(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
レベル2	一過性	軽度	事故により、処置や治療は行わなかったが、観察の強化やバイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性が生じた場合
レベル3a	一過性	中等度	事故により、簡単な治療・処置の必要性が生じた場合(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
レベル3b	一過性	高度	事故により濃厚な処置や治療を要した場合(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
レベル4a	永続的	軽度～中等度	事故により、永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合
レベル4b	永続的	中等度～高度	事故により、永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題を伴う場合
レベル5	死亡		事故が死因となった場合(原疾患の自然経過によるものを除く)



### 3. 転倒・転落レベル2以上発生率

全自病

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのものの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。  
2021年度の全自病の平均値は0.00103、中央値は0.00070でした。

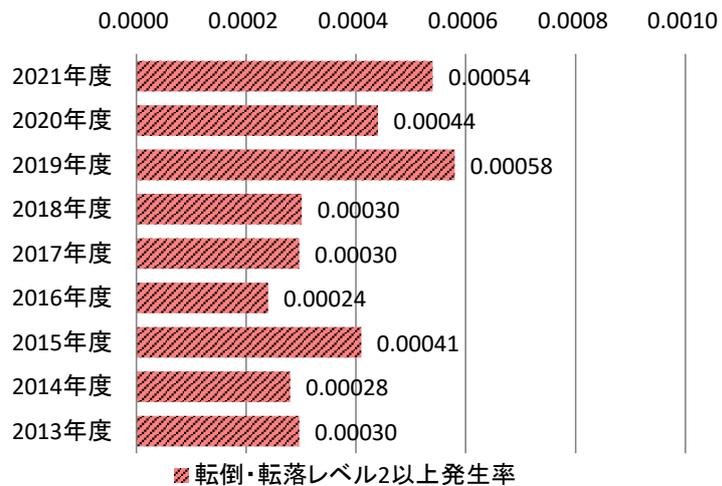
※2014年度から全自病の指標として測定しています。

#### ■計算方法

$$\text{転倒・転落レベル2以上発生率} = \frac{\text{入院中の患者について、インシデント・アクシデントレポートが提出されたレベル2以上の転倒・転落件数}}{\text{入院延べ患者数}}$$

#### ■転倒・転落レベル2以上発生率

	転倒・転落レベル2以上発生率
2021年度	0.00054
2020年度	0.00044
2019年度	0.00058
2018年度	0.00030
2017年度	0.00030
2016年度	0.00024
2015年度	0.00041
2014年度	0.00028
2013年度	0.00030



### 4. SSI発生率

院内

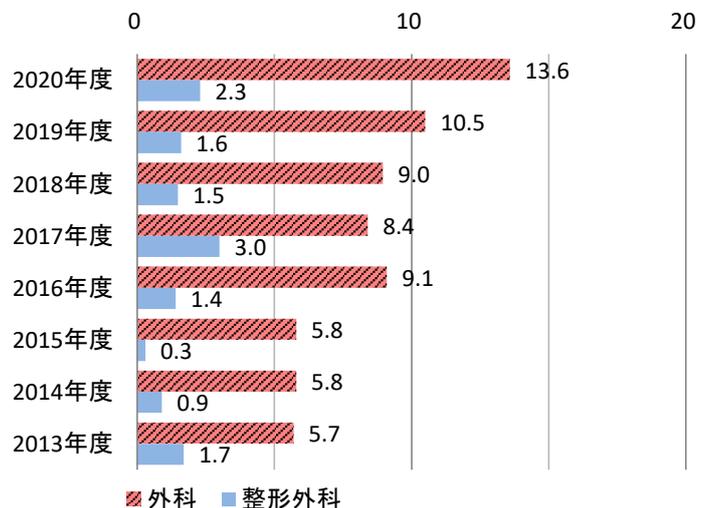
術後感染症の発生に関する状況を観察し、定期的に診療科と協議し、感染防止対策について検討するためにデータを収集・分析しています。

#### ■計算方法

$$\text{SSI発生率} = \frac{\text{SSIと診断した件数}}{\text{サーベイランス対象術式の手術件数}}$$

#### ■SSI発生率(%)

	外科	整形外科
2021年度	不参加	
2020年度	13.6%	2.3%
2019年度	10.5%	1.6%
2018年度	9.0%	1.5%
2017年度	8.4%	3.0%
2016年度	9.1%	1.4%
2015年度	5.8%	0.3%
2014年度	5.8%	0.9%
2013年度	5.7%	1.7%



※2023年4月から再開予定



## 5. 褥瘡推定発生率

院内

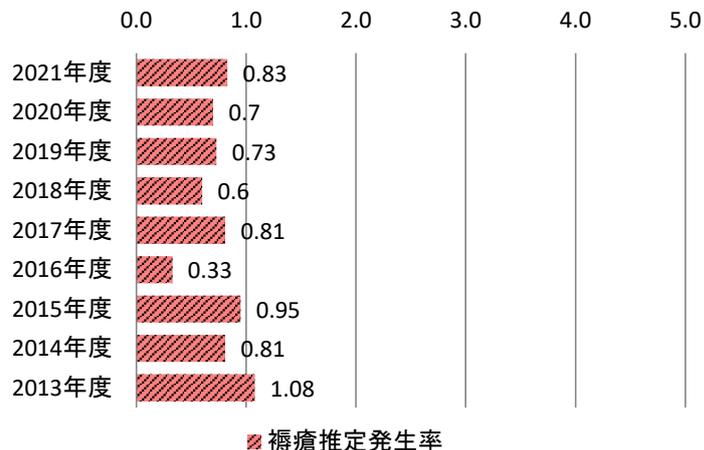
日本褥瘡学会の基準に基づく毎月1日に入院しておられる患者の内、新たに発生した褥瘡を有する患者の割合です。

### ■ 計算方法

$$\text{褥瘡推定発生率} = \frac{\text{調査日に褥瘡を保有する患者数} - \text{入院時にすでに褥瘡保有が記録されていた患者数}}{\text{調査日の入院患者数}}$$

### ■ 褥瘡推定発生率(%)

	褥瘡推定発生率
2021年度	0.83%
2020年度	0.70%
2019年度	0.73%
2018年度	0.60%
2017年度	0.81%
2016年度	0.33%
2015年度	0.95%
2014年度	0.81%
2013年度	1.08%



## 5. 褥瘡発生率

日病QI

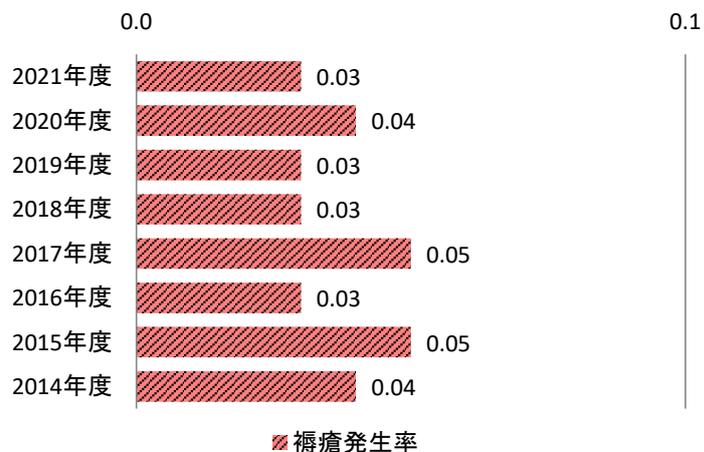
新たに発生したd2以上の褥瘡を有する患者の割合です。  
2021年度の日病QIの平均値は0.12%でした。中央値は0.07%でした。

### ■ 計算方法

$$\text{褥瘡発生率} = \frac{\text{調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数}}{\text{入院延べ患者数}}$$

### ■ 褥瘡発生率(%)

	褥瘡発生率
2021年度	0.03%
2020年度	0.04%
2019年度	0.03%
2018年度	0.03%
2017年度	0.05%
2016年度	0.03%
2015年度	0.05%
2014年度	0.04%



## 6. 尿道留置カテーテル使用率

日病QI

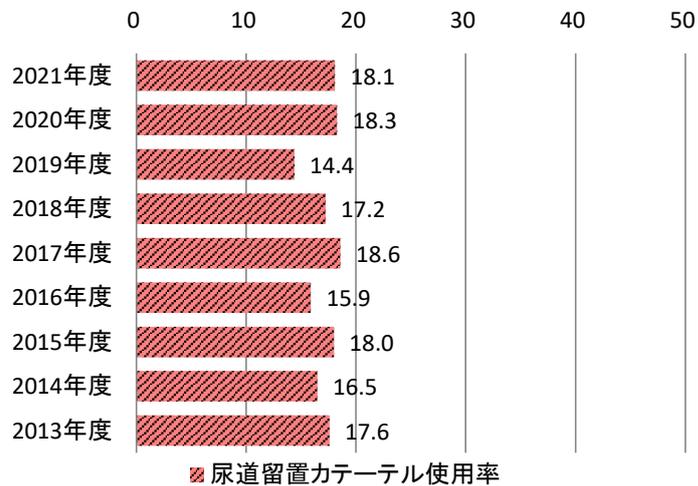
尿路感染症は医療関連感染症の中でも最も多く、約40%を占め、その約80%が尿道留置カテーテルによるものです。2021年度の日病QIの平均値は16.4%（前年比+0.3）、中央値は15.4%（前年比-0.2）でした。

### ■ 計算方法

$$\text{尿道留置カテーテル使用率} = \frac{\text{尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数}}{\text{入院延べ患者数}}$$

### ■ 尿道留置カテーテル使用率(%)

	尿道留置カテーテル使用率
2021年度	18.1%
2020年度	18.3%
2019年度	14.4%
2018年度	17.2%
2017年度	18.6%
2016年度	15.9%
2015年度	18.0%
2014年度	16.5%
2013年度	17.6%



## 7. 症候性尿路感染症発生率

日病QI

尿道カテーテルを留置している患者のうち、カテーテル関連性尿路感染症の定義に合致した回数を示しています。2021年度の日病QIの平均値は3.5（カテーテル留置1000日あたり）（前年比+1.6）、中央値は1.4（カテーテル留置1000日あたり）（前年比-0.1）でした。

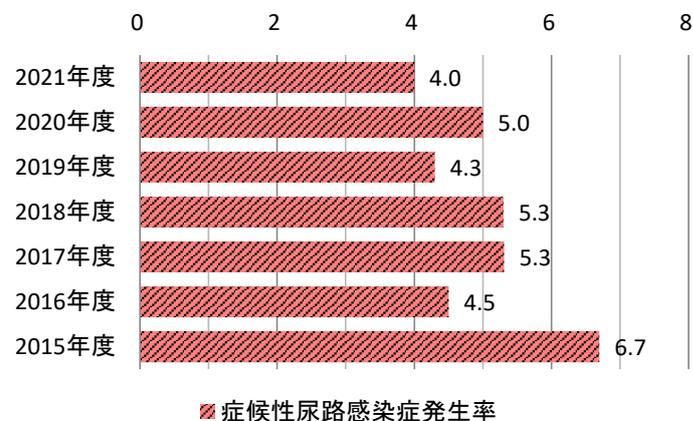
※2015年度から開始した指標です。

### ■ 計算方法

$$\text{症候性尿路感染症発生率} = \frac{\text{分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数}}{\text{入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数(1000日あたり)}}$$

### ■ 症候性尿路感染症発生率(回/1000日)

	症候性尿路感染症発生率
2021年度	4.0
2020年度	5.0
2019年度	4.3
2018年度	5.3
2017年度	5.3
2016年度	4.5
2015年度	6.7



## 8. 退院後4週間以内の計画外の再入院率

院内

退院後4週間以内に、計画外の再入院となった患者の割合を示しています。退院したときの疾患との関連性の有無は関係ありません。急激に増加しないことが重要です。

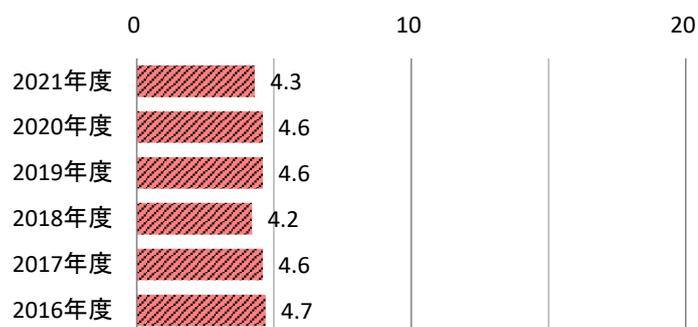
※2016年度から現在の測定条件となりました。

### ■計算方法

$$\text{退院後4週間以内の計画外の再入院率} = \frac{\text{分母のうち、計画外の再入院数}}{\text{退院患者数}}$$

### ■退院後4週間以内の計画外の再入院率(%)

	退院後4週間以内の予定外の再入院率
2021年度	4.3%
2020年度	4.6%
2019年度	4.6%
2018年度	4.2%
2017年度	4.6%
2016年度	4.7%



■ 退院後4週間以内の予定外の再入院率

## 8. 30日以内の予定外再入院率

日病QI

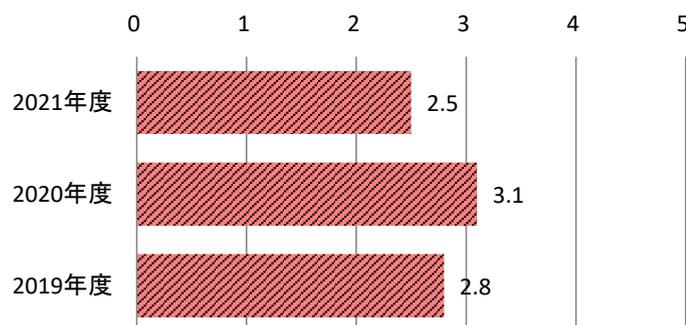
前回の退院日から30日以内の救急医療入院患者数。  
2021年度の日病QIの平均値は2.2%でした。中央値は2.0%でした。

### ■計算方法

$$\text{30日以内の予定外再入院率} = \frac{\text{前回の退院日から30日以内の救急医療入院患者数}}{\text{退院患者数}}$$

### ■30日以内の予定外再入院率(%)

	30日以内の予定外再入院率
2021年度	2.5%
2020年度	3.1%
2019年度	2.8%



■ 30日以内の予定外再入院率

## 9. 誤嚥性肺炎再入院率

全自病・DPC

誤嚥性肺炎の患者が4週間以内に呼吸器疾患で再入院となった割合を示しています。  
2021年度の全自病の平均値は5.8%、中央値は5.2%でした。

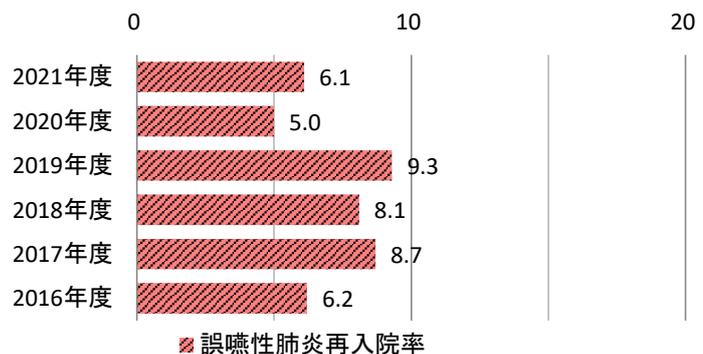
※2016年度から開始した指標です。

### ■ 計算方法

$$\text{誤嚥性肺炎再入院率} = \frac{\text{分母のうち、4週間以内に呼吸器疾患(MDC04)で自院に再入院した患者数}}{\text{前期の誤嚥性肺炎の退院患者数}}$$

### ■ 誤嚥性肺炎再入院率(%)

	誤嚥性肺炎再入院率
2021年度	6.1%
2020年度	5.0%
2019年度	9.3%
2018年度	8.1%
2017年度	8.7%
2016年度	6.2%



## 10. 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

日病QI

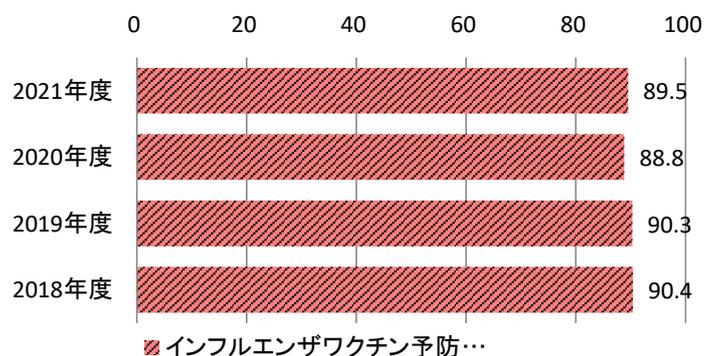
医療機関を受診する患者は、免疫力が低下していることが多く、病院職員からの感染を防止する必要があります。  
接種率が高い場合には、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。  
2021年度の日病QIの平均値は93.2%、中央値は94.0%でした。

### ■ 計算方法

$$\text{職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率} = \frac{\text{インフルエンザワクチンを予防接種した職員数}}{\text{職員数}}$$

### ■ 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率(%)

	インフルエンザワクチン予防接種率
2021年度	89.5%
2020年度	88.8%
2019年度	90.3%
2018年度	90.4%



## 11. 18歳以上の身体抑制率

日病QI

代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。

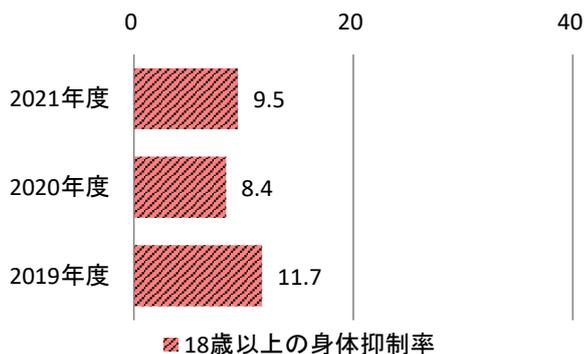
2021年度の日病QIの平均値は11.5%、中央値は10.6%でした。

### ■ 計算方法

$$18歳以上の身体抑制率 = \frac{\text{(物理的)身体抑制を実施した患者延べ数}}{18歳以上の入院患者延べ数}$$

### ■ 18歳以上の身体抑制率(%)

	18歳以上の身体抑制率
2021年度	9.5%
2020年度	8.4%
2019年度	11.7%



## 12. がん患者サポート率

全自病

入院を要するがんの初発の場合に、入院前後に、医師・看護師による説明・カウンセリングの有無について、より高い値を目指しています。ご家族のみに説明される場合はカウントされませんので低くなります。

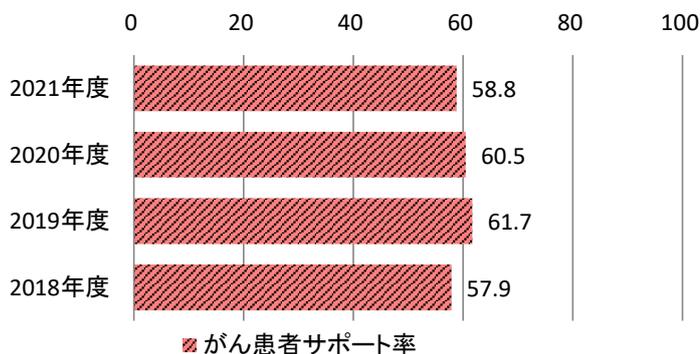
2021年度の全自病の平均値は11.8%、中央値は7.4%でした。

### ■ 計算方法

$$\text{がん患者サポート率} = \frac{\text{がん患者指導管理料1を算定した患者(入・外含む)}}{\text{初発がん患者の初回退院数}}$$

### ■ がん患者サポート率(%)

	がん患者サポート率
2021年度	58.8%
2020年度	60.5%
2019年度	61.7%
2018年度	57.9%



### 13. 術後せん妄推定発症率

全自病

病室などの環境調整やご家族の面会、薬剤調整で不穏や認知の障害を速やかに取り除くことを目指しています。該当薬の一部は病院によって不眠症に投与されることがあります。

2021年度の全自病の平均値は7.0%、中央値は6.2%でした。

#### ■ 計算方法

$$\text{術後せん妄推定発症率} = \frac{\text{術後7日間にせん妄治療薬投与のある患者数}}{\text{全身麻酔手術の前7日間にせん妄治療薬投与のない入院患者数}}$$

#### ■ 術後せん妄推定発症率(%)

	術後せん妄推定発症率
2021年度	5.2%
2020年度	5.2%
2019年度	4.6%

