

指標項目	数値	指標の算出方法		算出の基となった数値	指標の内容	令和2年の結果についてのコメント
		分子	分母			
糖尿病患者のHbA1c<7.0達成割合（医師）	上半期 62.6%	期間中HbA1cの結果が7.0未満であった人数	糖尿病患者数（糖尿病で投薬治療を行っており、期間中にHbA1cの検査を行ったもの）	← 582人÷930人	糖尿病コントロールの指標。糖尿病治療の力量を示す。ただし、糖尿病センターなど核施設では、重症例の紹介があるため、かえって数値が低めに出る可能性がある。	例年下半期は達成率が下がる傾向にあり、冬季の寒冷に伴う体脂肪の増加と運動量の低下が想定されます。今期は例年と比べ達成率が低下しており、更に全国平均の71.6%と比べて落ち込みが目立つため、多職種で改善に向けて対策を検討したいと考えます。
	下半期 58.8%			← 547人÷931人		
鼠径ヘルニア手術における腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の割合（医師）	96.7%	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の件数	鼠径ヘルニア手術の件数	← 29件÷30件	鼠径ヘルニア手術における腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の割合	低侵襲、且つ再発率の少ない手術を推奨して、腹部手術の既往が無い患者を対象に100%を目指しました。1件が複数回開腹手術歴のある患者であったため、腹腔鏡下による手術が不可能でした。
分娩における帝王切開の割合（医師）	16.4%	帝王切開術の件数	総分娩件数	← 44件÷268件	総分娩件数に占める帝王切開の割合	本年度は、コロナ感染の影響で出生数が全国的に10～20%減少している中、当院分娩数は268件（帝切率16.4%）とピーク時に比べてやや減にとどまりました。しかし年末年始の当院のコロナ感染の拡大で、当時妊娠30週台の転院が相次いだのと、帰省分娩、新規妊娠患者が激減し、令和3年度は分娩数200件割が予想されます。当科の医療の質やモチベーションは落ちていないと思うので、苦しい状況の中、地道に頑張っていきたいと考えています。
医師によるインシデント・アクシデントレポート報告割合（診療情報管理室）	1.2%	医師による報告件数	インシデント・アクシデントレポート報告総件数	← 7件÷572件	全体の報告数のうち、医師による報告の占める割合	昨年度より0.8ポイント減少となりました。全国平均の中央値が1.73%となっており、当院はかなり下回っています。医師の関わるインシデントは重大な医療事故につながる場合も多いため、ハッとしたりヒヤッとしたことをしっかり取り上げて、個人ではなく組織での対応を進めていきたいと思っています。まず医師に働きかけ件数を増やして行くことが課題であると考えます。
患者満足度（外来分）（ステップアップ審議会）	92.7%	当院に満足していると回答（5段階評価の4以上）した患者数（令和2年4月～令和3年3月）	外来アンケートの満足度調査に回答した患者数	← 1315人÷1419人	接遇・設備等について、8項目のアンケートを定期的を実施し、5段階評価（5：満足 4：やや満足 3：どちらともいえない 2：やや不満 1：不満）とし、4以上を満足しているとして集計。	今回、1.5ポイントのアップとなりました。職員の対応や説明など、接遇面に対するご意見が多くみられます。少しでも患者満足度が向上出来るように更なる医療の質向上に努め、患者満足度が向上できるよう努めてまいります。
患者満足度（病棟分）（ステップアップ審議会）	95.7%	当院に満足していると回答（5段階評価の4以上）した患者数（令和2年4月～令和3年3月）	病棟アンケートの満足度調査に回答した患者数	← 4374人÷4571人	接遇・設備等について、10項目のアンケートを定期的を実施し、5段階評価（5：満足 4：やや満足 3：どちらともいえない 2：やや不満 1：不満）とし、4以上を満足しているとして集計。	今回、2.4ポイントのアップとなりました。職員の対応や説明など、接遇面に対するご意見が多くみられます。また、環境・設備に対するご意見も多くみられ、こちらは改善が必要と考えます。更なる医療の質向上に努めてまいります。
患者様からの苦情の割合（外来分）（ステップアップ審議会）	81.8%	患者意見箱の投書のうち苦情の数	患者意見箱の投書数	← 18枚÷22枚	外来に設置してある「患者意見箱」に投函された意見のうち、病院への苦情の数の割合。	昨年度に比べ、2.8ポイント減少しています。予約や待ち時間・接遇面に関するご意見も見られますが、環境・設備に対するご意見が多くみられました。今後も、患者の意見に対し審議会でご改善策を検討し、病院全体で「質」の改善に努めてまいります。
患者様からの感謝の割合（外来分）（ステップアップ審議会）	18.2%	患者意見箱の投書のうち感謝の数	患者意見箱の投書数	← 4枚÷22枚	外来に設置してある「患者意見箱」に投函された意見のうち、病院への感謝の数の割合。	今回、2.8ポイントのアップとなりました。職員の対応に関する感謝とお褒めのご意見を頂きました。今後もご意見に対し審議会でご改善策を検討し、安心して当院をご利用して頂けるよう取り組みを継続したいと思っています。
家族に勧めたい割合（外来分）（ステップアップ審議会）	66.8%	当院を家族に勧めたいと回答したアンケート数（外来）（令和2年4月～令和3年3月）	患者満足度調査に回答した外来アンケート数	← 129件÷193件	アンケート（有効回答）において、当院を受診し、知人や家族に勧めたいと回答した人数の割合を集計。	今回、4ポイントアップとなりました。職員の対応に安心していただけたというご意見が多くみられます。ただ依然として無回答の方も31%と多く見られます。無回答の方は満足されていないと想定されますので、更に満足して頂けるよう改善に努めてまいります。
家族に勧めたい割合（入院分）（ステップアップ審議会）	83.1%	当院を家族に勧めたいと回答したアンケート数（入院）（令和2年4月～令和3年3月）	患者満足度調査に回答した入院時アンケート数	← 315件÷379件	入院時アンケート（有効回答）において、当院を知人や家族に勧めたいと回答した人数の割合を集計。	今回、10.4ポイントアップとなりました。特に入院では職員の対応に関するお褒めのご意見が多くみられます。特に今回はコロナへの対応に沢山のお褒めの言葉を頂きました。ただ食事や環境・設備に関するご指摘も多くみられ、改善が必要と考えます。今後も満足度の向上につながるよう取り組みを継続していききたいと思います。
手指消毒剤使用量（手洗い遵守率）（感染対策審議会）	7.17ml	病棟・外来・OPE室、対象コメディカルスタッフ（検査科・臨床工学科・放射線科・リハビリテーション科・薬剤科）1日当たりの平均使用量の合計	（病棟+外来+OPE室+対象コメディカルスタッフ1日当りの平均使用量合計）×対象月数	← 896.9ml ÷ 125	病棟・外来・OPE室・対象コメディカルスタッフ一人当たりの一日の手指消毒薬使用量	昨年度より使用量増加は多少見られましたが、今回コロナ感染発生により一部病棟を閉鎖する時期があり、使用量の計測が出来なかった病棟がありました。しかし現在、全スタッフの8割以上が手指消毒薬の個人携帯をしている為、確実に使用量の増加は見られています。手指消毒薬も十分に出回るようになったため今後も継続して感染対策に臨めるよう働きかけていきたいと思います。
MRSAの感染発生率（‰・千分率）（検査科）	0.2%	MRSA感染患者数	延べ入院患者数	← 5人÷20951人	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）は重症かつ侵襲性の高い皮膚・軟部組織感染、血流感染、肺炎などを引き起こす菌。MRSAは汚染された手指や器具を介して接触伝播することから、手指衛生の遵守や適切な器具の取り扱いにより発生率を低減することが可能。	職員だけでなく、患者様とそのご家族の方々への適切な働きかけを行い、検出率の低減を目指します。
輸血廃棄率（検査科）	0.0%	廃棄したRBC数（単位）	購入したRBC数（単位）	← 0単位÷640単位	輸血用血液廃棄率は、輸血用血液製剤が病院内で適切に管理されているかどうかを示す指標であり、輸血担当部門における在庫数の管理、手術時の輸血準備数の適正量、輸血実施部署における適正な製剤取扱い等を反映している数値。	病院全体としての医療の質を示す指標と言え、廃棄率の減少は、輸血療法に対する取り組みを示すこととなります。よって、廃棄率を低減することで当院の医療の質を高めることを目指します。
栄養指導率（栄養科）	82.8%	入院中に栄養指導を実施した人数	入院中に栄養指導の対象になった患者数（認知機能正常の患者のみ・療養病棟は除く）	← 192人÷232人	入院中に栄養指導の対象となった患者に対して栄養指導を行った割合。	指導が必要な患者には、ほぼ行えていますのでこれを継続するように努めます。
脂質異常症（LDL）低下率（栄養科）	30.1%	外来栄養指導で、脂質異常症（LDL）が下がった人数	外来栄養指導で、脂質異常症（LDL）の栄養指導をした人数	← 44人÷146人	脂質異常症の栄養指導を行った患者の指導後の検査値の変化。	一度の栄養指導では成果が現れにくいので、継続指導に繋げることが課題と考えます。
褥瘡保有率（褥瘡対策審議会）	9.8%	毎月末日に褥瘡のある患者数	毎月末日の入院患者数	← 121人÷1237人	入院時、褥瘡対策に関する診療計画書を作成。褥瘡の有無、日常生活自立度、褥瘡危険因子の評価を行い、褥瘡継続評価ケアシートを使用し、褥瘡のリスクアセスメントを行い、看護計画を立案している。本指標は、持ち込みも含め褥瘡のある患者様の割合であり、複数の部位に褥瘡があっても1名とカウントしている。	患者の高齢化や基礎疾患を持っている患者の増加により、発生率が昨年度に比べ1ポイントアップしてしまいました。褥瘡は看護ケアの質評価の重要な指標の一つとなっており、患者の生活の質（QOL）の低下をきたすとともに感染を引き起こす等治療が長期化する事にもつながります。治療率も昨年度と比べると16.8ポイントダウンし、保有率は0.8ポイントアップしてしまいました。今回コロナによる集団感染発生により十分な褥瘡対策ができなかった時期もありました。日々の体位交換等は時間通り実施していたものの、多職種介入による評価・審議・適切な処置が不十分だったと思います。今後は褥瘡予防に努め、早期発見と早期の多職種介入による検討を行っていきます。
褥瘡治癒率（褥瘡対策審議会）	19.2%	褥瘡が治癒した患者数	褥瘡のある全患者数	← 63人÷328人	期間中に治癒した割合。	
褥瘡発生率（褥瘡対策審議会）	3.3%	院内褥瘡発生数	新規入院患者数+前期末日の在院患者数	← 90人÷2746人	期間中に発生した割合。	

指標項目	数値	指標の算出方法		算出の基となった数値	指標の内容	令和2年の結果についてのコメント
		分子	分母			
クリニカルパス適用率（看護部長）	58.4%	クリニカルパス適用件数	新規入院患者数	← 835件÷1430件	新規入院患者数に対してクリニカルパスを適用した割合。医療の内容を標準化することができ、多職種がチームとなり情報の共有と連携を図り医療サービスを円滑に提供できる。	入院から退院までの検査、処置、指導などの過程と治療内容が理解しやすく、患者自らが積極的に参加することが期待できます。全国平均の61.2%にはまだ届きませんが、今後もパスを見直し適用率を上げ医療の質の向上に繋げたいと考えます。
抑制をしている患者の割合（看護部長）	37.9%	抑制が行われた入院患者延べ数	入院患者延べ数	← 14548人÷38336人	抑制とは、抑制帯、抑制衣、ミトン、4点糊、車椅子用ベルトのいずれかを1日でも使用した患者の割合。手術後の一時的な抑制も含む。	昨年度に比べ抑制が行われた割合は4ポイントアップしています。入院患者の超高齢化や入院による環境の変化、手術などの侵襲によるせん妄の出現、認知症の悪化は防ぎようがありません。また当院は療養病棟も有しており、自宅介護や施設入所が困難な患者も受け入れています。転倒やベッドからの転落の危険性が高い患者、中心静脈栄養カテーテル等常時何かしの管が繋がった状態を維持しなくてはならない患者も多く様々な危険事象に対する安全確保のため、身体抑制は必要不可欠なものになっていますが、日々のカンファレンスを継続し、適正な抑制の在り方を検証し、また早期解除に向けての取り組みを続け、安全・安楽な入院生活を送れるよう努めます。
手術開始前1時間以内の予防抗菌薬投与率（看護部長）	96.9%	手術開始前1時間以内の予防抗菌薬投与件数	総手術件数	← 822件÷848件	手術開始前1時間以内に抗菌薬が投与されている割合。	手術開始1時間以内の予防的抗菌剤投与は高い水準で推移出来ており、手術部位感染発生予防対策の一つとして効果は得られています。全身麻酔は必ず必要ですが、抗菌薬を使用しない例も18件ありました。昨年より予防抗菌薬の投与方法を変更し概ね順調ですが執刀後の投与が8件ありました。今後も連携を取り、執刀前に投与できるように努めます。
服薬指導実施率（一般病棟）（薬剤科）	58.8%	服薬指導を行った患者数（一般病棟）	期間中の実患者数（3月末日の在院患者数+期間中の新規入院患者数）（一般病棟）	← 1198÷2039人	病棟において、入院患者様に対して薬剤師が服薬指導を行った割合。	一般病棟は前年並みでしたが、療養病棟は増加することができました。理由として、地域包括ケア病床の稼働により指導可能な患者が増えたものと思われま。2019年度の全国平均は64%（参加施設47）であり、今後も初回面談、退院時指導等強化して取り組みます。
服薬指導実施率（療養病棟）（薬剤科）	14.7%	服薬指導を行った患者数（療養病棟）	期間中の実患者数（3月末日の在院患者数+期間中の新規入院患者数）（療養病棟）	← 92÷624人		
ジェネリック医薬品の使用率（薬剤科）	84.6%	後発医薬品の数量	後発医薬品のある先発医薬品の数量+後発医薬品の数量	← 286789÷339093	入院医療で使用される薬剤のうちのジェネリック（後発品）の割合。先発医薬品に比べ安価になるため医療費を抑えることが期待される。	厚生労働省は2020年9月までに使用割合80%を目標としていました。当院も後発品の使用に積極的に取り組み、目標は維持できました。今後も新たに後発品が発売される医薬品についても積極的に切り替えを行います。
血液透析患者の貧血コントロール実施率（透析センター）	73.4%	Hb>11g/dlの延べ患者数	血液透析患者延べ数（月2回検査実施）	← 1079人÷1470人	腎臓は造血ホルモンを分泌するが、腎臓の機能が低下すると造血ホルモンが分泌不全となり、「腎性貧血」となる。貧血は血液中のHbで判断され、貧血のコントロールが血液透析を受けている患者様のQOL（生活の質）を高めているとされる。日本透析医学会ガイドラインでは、Hb10～11g/dlに維持すること、さらに活動性の高い比較的若い患者様では、Hb11～12g/dlを推奨している。それらを基に、当院ではHb11g/dl以上を目標としている。	高齢の患者、あるいは、悪性疾患や造血管疾患合併した患者の場合、指標の達成が困難であるため、今後も、個々の患者の病態に応じて、きめ細かい投薬の調整が望まれます。
血液透析患者のCa・P積55未満の割合（透析センター）	94.3%	Ca・P積<55の延べ患者数	血液透析患者延べ数（月2回検査実施）	← 1254人÷1330人	血清・補正Ca（カルシウム）値とP（リン）値の積。腎臓の機能が低下すると、ミネラル代謝異常をきたし、骨や副甲状腺の異常、血管石灰化等の原因となり、生命予後に大きな影響を与えることが確認されている。また透析を受けている方は心血管疾患のリスクが高いことが知られており、その要因としてCaとPの管理が重要。	昨年度より6.3ポイントアップし達成率は良好と言えます。新規治療薬の登場により、透析患者のBMD（骨ミネラル代謝異常）に対する治療は、目覚ましく進歩しています。今後も、きめ細かい投薬調整と、食事指導に努めていきたいと思ひます。
リハビリ提供率（入院）（リハビリテーション科）	61.4%	1日あたりの個別療法（脳血管・運動器・呼吸器）平均実施人数（入院）	1日平均入院患者数	← 64.8人÷105.4人	1日平均の入院患者数に対する、1日あたりの個別リハビリテーション施行患者数の割合。入院患者総数に対してどの程度個別リハビリテーションを提供しているかを示す。	令和2年4月から12月までの月平均は66%。令和3年1月から2月の月平均は26.9%と約4割の落ち込みという結果になりました。コロナ感染クラスター発生に伴うリハビリテーション業務停止がその理由。3月に入り、陰性確認された入院患者漸増にてクラスターも収束傾向へと進行。安全にリハビリテーション介入ができるようになり、提供率もアップしました。また、リハビリ職員感染ゼロも奏功しました。
早期リハビリ開始率（入院）（リハビリテーション科）	97.7%	リハビリのオーダーがあつてから4日以内にリハビリを開始した患者数	入院患者のうちリハビリを実施した患者数	← 594人÷608人	入院患者でリハビリテーションを実施した患者のうち、依頼後4日以内にリハビリテーションを開始した割合。これにより、医師の指示から、どの程度速やかにリハビリテーションが提供されているかが理解できる。	約98%の好結果を得ました。コロナ感染クラスター発生の1月から3月の期間、リハビリテーション依頼数の減少、クラスターによる入院リハビリテーション介入停止から職員余剰となり、好成績を上げたことになりました。
介護度改善率（通所・訪問）（リハビリテーション科）	8.6%	介護度更新者の中で介護度の改善が見られた人数	介護度更新者総数	← 3人÷35人	当院通所・訪問リハビリ利用者の介護度更新者総数を求め、介護度の改善がみられた利用者数を算出。これにより、当通所・訪問リハビリ利用者がどの程度改善に繋がっているかが理解できる。	過去2年間では34～36%程度の改善率を記録していましたが、今年度の統計は、8.6%の低値となりました。その理由として、通所利用者の固定化が考えられます。現在、要支援者1の利用者数が多く、それ以上の改善が無いことが一つと、要介護者の改善がプラトーであることが言えます。要支援者の早期卒業を考えていく必要があると考えます。
在宅復帰率（療養病棟）（地域連携室）	80.0%	在宅へ退院した患者数（療養病棟）	退院患者数（死亡退院を除く）（療養病棟）	← 20人÷25人	医師の指示のもと、病状が安定したため、患者様・ご家族・担当ケアマネジャーと相談し、在宅へ退院となった割合	復帰率は昨年を下回っています。コロナ感染蔓延のためのベッドコントロールで、本来の病棟としての機能が果たせなかった期間があり、昨年度との比較が難しいです。今後は地域包括ケア病床の再開と共に、更なる在宅復帰支援の充実を図ります。
患者紹介率（地域連携室）	50.5%	紹介初診患者数+初診救急患者数	初診患者数	← 922人÷1824人	病院に初診で来る患者に対し紹介受診・救急受診する患者の割合	今年度は、コロナ感染対策中に初診患者の受け入れを制限していたことから、初診患者数が半数以下となっています。その結果初診患者の殆どが紹介患者となっている為25.6ポイントアップとなっています。今後も引き続き困ったときに選んでいただける病院を目指します。
病床利用率（全体）（診療情報管理室）	65.6%	延べ患者数	延べ病床数（病床数×延べ日数）	← 38336人÷（160床×365日）	病棟ベットに対し、どれだけの割合で入院患者が入院していたかを示す指標。病床利用率が高い程、ベッドを効率的に利用していることを示す。	昨年より12.8ポイント低下しました。コロナ感染の影響を受け、一般病棟・療養病棟ともに利用率が下がったことによるものと捉えることができます。全国平均の80.9%を目標に、外部からの紹介等改善すべき点を見据えながら利用率の向上を目指していきたいと思ひます。
同（一般病棟）（診療情報管理室）	57.4%	延べ患者数	延べ病床数（病床数×延べ日数）	← 20951人÷（100床×365日）	同上（一般病棟）	コロナ感染の影響を受け、昨年よりも14.8ポイント低下しました。今期は利用率が55%～64%代と低い数値で推移しています。一般病床の利用率の全国平均は72.8%となっています。来期は今期以上の利用率向上を目指していきたいと思ひます。
同（療養病棟）（診療情報管理室）	79.4%	延べ患者数	延べ病床数（病床数×延べ日数）	← 17385人÷（60床×365日）	同上（療養病棟）	コロナ感染の影響を受け、昨年よりも9.3ポイント低下しました。期間の前半は60%～68%・後半は80%～90%で推移しましたが利用率のアップには繋がりませんでした。療養病棟の利用率の全国平均は91.0%となっています。今期後半の病床機能見直しによる利用率向上が明確になっているので、来期は更なる利用率向上が目指せると考えます。
平均在院日数（一般病棟・自費除く）（診療情報管理室）	17.03日	延べ患者数	（入院患者数+退院患者数）÷2	← 20045人÷（（1219+1135）÷2）	一般病棟における平均の在院日数（何日入院しているか）を示す指標。自費（自然分娩による入院）を除いて計算を行っている。	コロナ感染の影響を受け、平均在院日数の短縮には至りませんでした。全国平均が約16.4日であることから、より短縮できるよう努めていきたいと思ひます。
職員のインフルエンザ予防接種接種率（経営管理本部）	95.2%	インフルエンザの予防接種をした職員数（令和2年11月実施分）	職員数	← 278人÷292人	前年の11月に実施した職員対象のインフルエンザ予防接種において、ワクチン接種をした職員の割合。	昨年より1.2ポイント減少となりました。高い数値を維持していると考えますが、今後も100%に近づける啓発を続けます。

指標項目	数値	指標の算出方法		算出の基となった数値	指標の内容	令和2年の結果についてのコメント
		分子	分母			
入院患者の転倒・転落発生率（安全審議会）	0.11%	転倒・転落患者数	入院患者延べ数	← 42件÷38336人	入院患者の延べ数から算出した、インシデント・アクシデントレポートによる転倒・転落発生割合。	
入院患者に発生したレベル分類2以上の転倒・転落発生率（安全審議会）	0.08%	レベル2以上の損傷発生件数	入院患者延べ数	← 32件÷38336人	入院患者の延べ数から算出した、インシデント・アクシデントレポートによる損傷レベル2以上の転倒・転落発生割合。	今回は前年度に比べ、転倒・転落の総報告件数は減りましたが、何らかの処置をした件数が32件発生してしまいました。主な原因は自分で行動しようとベッド周辺で転倒した例が多く報告されていました。レベル4以上の事故は1件も無く、総数でも全国平均より低い割合ではありますが、今後も患者様の状況把握やベッド周りの環境整備に努め事故を未然に防げればと考えます。
入院患者に発生したレベル分類4以上の転倒・転落発生率（安全審議会）	0.00%	レベル4以上の損傷発生件数	入院患者延べ数	← 0件÷38336人	入院患者の延べ数から算出した、インシデント・アクシデントレポートによる損傷レベル4以上の転倒・転落発生割合。	
乳がん検診受診率（健康管理センター）	56.0%	当院での乳がん検診受診者数（行田市民・令和2年度実績）	行田市内全体での乳がん検診受診者数（行田市民・令和2年度実績）	← 405人÷723人	行田市における乳がん検診終了者のうち、当院で乳がん検診を受けた割合。	市保健センターで実施している乳がん検診で、集団健診も含めたうえで半分以上の方が当院で実施していることから、地域医療に貢献出来ていると考えますが、一昨年の乳がん検診を実施した人数より減っています。今後も保健センターと連携を図り、多くの方に検診を受けていただけるように、体制を整えていきたいと考えます。
職員の非喫煙率（健康管理センター）	96.9%	非喫煙職員数（令和3年4月の健診時点）	職員数（令和3年4月の健診時点の有効回答数）	← 248人÷256人	4月の職員健康診断時点で、非喫煙職員の割合。	昨年より喫煙している職員は若干減り、非喫煙率は1.7%上がりました。今後も、健康経営、禁煙活動チームと連携し、1人でも禁煙できるようにサポートできればと考えます。
救急受入率（救急審議会）	88.9%	救急受入件数	救急受入要請件数	← 408件÷459件	救急隊から受入要請があったもののうち、実際に受入れた割合。	令和1年度に比べて3.6ポイント減少しましたが、目標値の88%は辛うじて超えることができました。コロナ禍において、救急受入要請件数・受け入れ件数共に減少しており、毎月81%から94%と前年を下回る数値で推移しています。全国平均81.7%は上回っていますが、現状を把握しながら救急審議会においても体制づくりを強化していく提案をしたいと考えます。