

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3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 69.9%	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）	← 655人÷937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中核施設では、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。	患者数は増加傾向ですが、特に下半期は全国平均と比べ落ち込みが目立ちました。大学より派遣の糖尿病専門医を中心として多職種で協議しました。最新の指標に従った集計方法の再検討・持続測定機導入・待ち時間の有効活用を図って行きます。
	下半期 58.9%			← 560人÷951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）	91.2%	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	← 31件÷34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。3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）	23.4%	帝王切開術の件数	総分娩件数	← 34件÷145件	総分娩件数に占める帝王切開の割合	昨年度を大幅に下回る7.0ポイント減少となりました。原因としては、コロナ感染の影響もあり出生数自体が全国的に過去最少を更新している現状に加えて、入院中の面会制限などにより、当院産婦人科の特徴でもある立会分娩や家族の宿泊などが出来ないことも大きく影響していると考えます。まだこの状況は続くと思いますが、通信機器なども活用し、まずは15件、年間180件の分娩を目標に頑張っていきたいと思っています。
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）	1.0%	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	← 5件÷515件	全体の報告数のうち、医師による報告の占める割合	昨年度をより0.2ポイント減少となりました。全国平均の中央値が1.07%となっており、当院はほぼ平均となっています。しかしながら、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、医師の医療安全意識を高めるとともに、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）	91.7%	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	← 1463人÷1595人	接遇・設備等について、8項目のアンケートを定期的実施し、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、1.0ポイントダウンとなりました。予約や待ち時間に関するものと、職員の対応や説明など、接遇面に関するご意見が多く見られます。特に待ち時間に関しては、早急な対応が必要と考えます。少しでも患者様の満足度が向上できるように審議会で改善策を検討し、更なる医療の質向上に努めてまいります。
患者満足度（病棟分）（ステップアップ審議会）	95.4%	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	← 3200人÷3353人	接遇・設備等について、10項目のアンケートを定期的実施し、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、0.3ポイントダウンとなりました。職員の対応や説明など、接遇面に対するご意見が多く見られます。また環境・設備に対するご意見も多く見られます。個々の希望に沿った病室の温湿度管理と治療食に対する説明と理解が必要と考えます。今後も患者様のご意見に対し審議会で改善策を検討し、患者様の満足度が向上できるよう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）	88.0%	患者意見箱の投書のうち苦情の数	患者意見箱の投書数	← 22枚÷25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。	今回、6.2ポイントアップとなりました。予約や待ち時間に関するものと、接遇面に関するご意見が多く見られます。また環境・設備に対するご意見も多く見られます。対応可能なものは改善しましたが、システム面など長期的に検討が必要なものも見られます。今後も患者様のご意見に対し審議会で改善策を検討し、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）	12.0%	患者意見箱の投書のうち感謝の数	患者意見箱の投書数	← 3枚÷25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、6.2ポイントダウンとなりました。コロナ禍で地域医療を支える病院への感謝のお言葉と、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。今後も患者様が安心して当院をご利用して頂けるように努めてまいります。
家族に勤めたい割合（外来分）（ステップアップ審議会）	77.2%	当院を家族に勤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	← 169件÷2193件	アンケート（有効回答）において、当院を受診し、知人や家族に勤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。職員の対応に安心して頂いたご意見が多く見られます。例年課題となっている無回答の方の割合は昨年より16ポイントダウンとなりましたが、依然として20%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。
家族に勤めたい割合（入院分）（ステップアップ審議会）	75.8%	当院を家族に勤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退院時アンケート数	← 207件÷273件	退院時アンケート（有効回答）において、当院を知人や家族に勤めたいと回答した人数の割合を集計。	今回、7.3ポイントダウンとなりました。職員の対応に関するお褒めのご意見が多く見られます。特に産科でのコロナ禍での対応にたくさんのお褒めのご意見を頂きました。職員の親切・丁寧な対応と安心して入院生活を送ることが出来る家庭的な環境が、当院の強みであると考えます。少しでも患者様の満足度が向上できるように審議会で改善策を検討し努めてまいります。
手指消毒剤使用量（手洗い遵守率）（感染対策審議会）	9.9ml	病棟・外来・OPE室、臨床工学科、医事課、コメディカルスタッフ（検査科・放射線科・リハビリテーション科・薬剤科・栄養科）1日当たりの平均使用量の合計	（右記スタッフ1日当の平均使用量合計）×対象月数	← 1521.9ml ÷153	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「医事課・栄養科」での使用量チェックも開始しました。コロナ禍の状況もあり各スタッフの手指消毒に対する認識も高く、使用量の増加が認められました。現在当院ではアルコール製剤が使用できないスタッフ以外、全員が個人持ちの手指消毒剤を携帯しています。今後も適切な使用をしていくよう継続して働きかけていきたいです。また、現在当院では「スタッフ1人当たりの1日の使用量」を計算していますが、今後WHOで示されている「患者1人当たりの使用量」への計算方法に変更して行きたいと考えております。
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÷21729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。当院では、0.5%を超えたことは無く、低い感染率を維持していると考えられます。（今年度の発生率0.2‰は約2000人に1人感染者がいる程度の数字です。）
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÷777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ます。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）	81.4%	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）	← 158人÷194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。短期入院や療養病棟への転棟前に行えないこともあるため、早期介入が課題と考えています。
個別対応を有する患者の割合（対給食患者比）（栄養科）	38.2%	個別対応を行った患者数	食事を提供した患者数	← 406人÷1063人	給食を提供した患者に対して個別対応（主食・副食の量や内容変更、補助食の付加等）した患者数。	分母には全量摂取できている患者とEMR・白内障手術などでの1泊入院も含まれています。これらを分母から除外すると85.7%の患者への個別対応が出来ており、摂食状況に問題のある患者に対して口から食べる楽しみの支援が出来ていると考えます。
褥瘡保有率（褥瘡対策審議会）	10.6%	毎月末日に褥瘡のある患者数	毎月末日の入院患者数	← 133人÷1259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。	褥瘡は看護ケアの質評価の重要な指標の一つとなっています。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。当院では高齢者の入院が多く全身状態の悪化に伴う褥瘡発生リスクが高い患者が多いです。褥瘡発生率の全国平均は0.07%と低い値となっていますが、当院はdI発赤（持続性の発赤）の状態からカウントしている為高い数値となっています。部位別にみると仙骨・踵部が多くみられます。発生リスクがあれば全身状態の観察、早期から予防ケアを行い褥瘡の有無を確認することで早期発見、早期治療を行い治癒率にもつながっていると考えます。当院でも多職種による褥瘡対策チームが中心になり、回診、評価、審議、検討、適切な処置を行い、一人一人が褥瘡を作らないという意識を持ち、今後も褥瘡予防に積極的に関わって行きたいと思っています。
褥瘡治癒率（褥瘡対策審議会）	20.3%	褥瘡が治癒した患者数	褥瘡のある全患者数	← 71人÷350人	期間中に治癒した割合。	
褥瘡発生率（褥瘡対策審議会）	3.9%	院内褥瘡発生数	新規入院患者数	← 109人÷2766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3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)	80.6%	クリニカルパス適用者数	新規入院患者数	← 1251件÷1552件	病気に科学的根拠に基づいた処置や治療をクリニカルパスに記入することで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。	治療や検査の標準的な経過を説明するため入院中の予定を時間順にまとめ、患者自らが積極的に参加することが期待できます。医療の質を向上させ標準化を進めるための指標としています。新規パスを作成、見直し等を行いパス使用件数は昨年度と比べると22%増加しています。今後も見やすく、使いやすいパスを作成し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)	39.7%	抑制が行われた入院患者延べ数	入院患者延べ数	← 15316人÷38572人	抑制とは、抑制帯、抑制衣、ミトン、4点棚、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。	入院患者の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で必要な治療が来ず、また危険な行為によって事故に繋がらないよう抑制を強いられることが多い現状です。全国平均は10.3%となっています。身体抑制は医療倫理の側面からは尊厳の問題として考えなくてはならないため、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継続し安全・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	← 956件÷987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。	予防的抗菌薬投与は昨年より投与方法を変更したので、概ね時間内に投与されています。しかし診療科によっては入室後の準備に時間を費やし時間内に投与されないケースもありました。また手術によっては抗菌薬を使用しないケースもありました。全国平均の93.9%を上回っていますが今後も連携を図り、執刀前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)	53.8%	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)	← 1133÷2107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。	一般病棟は前年より減少しました。理由としては眼科、スマイルの入院が減少し服薬指導可能な対象患者が少なかったためと思われます。療養病棟は増加することができました。地域包括ケア病床の稼働により自己管理も含め指導可能な患者が増えたため2020年度の全国平均は68.6%(参加施設60)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)	16.8%	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)	← 100÷597人		
ジェネリック医薬品の利用率 (薬剤科)	93.3%	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	← 262486÷281432	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。	社保けんぽ全体の後発品割合は2021年4月時点で80.6%となっています。2022年度診療報酬改定でも後発医薬品使用体制加算が見直され、加算1は90%以上となりました。今後も90%以上が維持できるよう、採用医薬品の検討を続けていきます。
血液透析患者の貧血コントロール実施率 (透析センター)	79.4%	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)	← 1034人÷1302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)	83.6%	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)	← 1095人÷1310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。	達成率は昨年度より10ポイント下がりました。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。今後は更に、きめ細かい投薬調整と、食事指導に積極的に介入していくよう努めていきたいと思います。
リハビリ提供率(入院) (リハビリテーション科)	64.4%	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	← 70.1人÷108.9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。	昨年度のクラスター発生により61.4%に落ち込んでいましたが、今年度は64.4%へ僅かに改善がみられました。厚労省提出によるリハビリ実施率の平均値59.12%より高い値は保たれています。当院では内科、整形外科からのリハビリオーダーは高い割合となっていますが、更に提供率の改善を図るには、外科患者の比較的ADLに問題のない群に提供されることが必須と考えます。今後、その群に対してADL指導も含めたりリハビリ提供が必要か、医師と相談しながら提供率の改善に努めていきたいと思います。
早期リハビリ開始率(入院) (リハビリテーション科)	97.4%	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	← 680人÷698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。	昨年度97.7%から今年度は97.4%と概ね変化は見られていません。基準となる早期リハビリ開始率において当院と同じ内容での全国的な指標はありませんが、各施設により疾患別による早期開始率を公表している施設もあります。当院の早期リハビリ開始率は概ね100%に近い数値となっており、職員の積極的な早期介入への意識の高まりが安定した実績に繋がっていると考えます。
介護度改善率(通所・訪問) (リハビリテーション科)	5.9%	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	← 1人÷17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。	昨年度より2.7ポイント低下した結果となりました。埼玉県的主要介護改善モデル事業における平均値の18.29%より下回った数値となっています。要因としては、当通所ご利用者が徐々に高齢化し、介護度の改善が難しくなってきたことが現状としてあります。新規に介護度を取得した利用者は、介護度の改善にも繋がりがりやすいため、利用者の循環を促した対応も検討して行きたいと思います。
在宅復帰率(療養病棟) (地域連携室)	76.2%	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)	← 16人÷21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	復帰率は昨年より3.8ポイント下回っています。緊急事態宣言による特例措置で算出期間に変更がありましたが、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)	40.4%	紹介初診患者数+初診救急患者数	初診患者数	← 1180人÷2919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	昨年度より10ポイントの減少となっています。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昨年度は、初診患者数の殆どが紹介患者となった為増加しましたが、今年度は受け入れ制限はせず初診患者自体が増加したことによる結果と考えます。
病床利用率(全体) (診療情報管理室)	66.0%	延べ患者数	延べ病床数(病床数×延べ日数)	← 38572人÷(160床×365日)	病棟ベットに対し、どれだけ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。	今年度は昨年度より0.4ポイント増加しました。全国平均の81.9%を目標に、外部からの紹介、退院支援の適切化等、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く思います。
同 (一般病棟) (診療情報管理室)	59.5%	延べ患者数	延べ病床数(病床数×延べ日数)	← 21729人÷(100床×365日)	同上(一般病棟)	今年度は昨年よりも2.1ポイント増加しました。一般病床の利用率の全国平均は74.8%と高い水準となっています。入院を要する患者を効率良く、待たせることなく入院させるベッドコントロールが重要な指標の為、可能な限り多職種による退院支援を適切に行い、来期は今期以上の利用率向上を目指したいと思います。
同 (療養病棟) (診療情報管理室)	76.9%	延べ患者数	延べ病床数(病床数×延べ日数)	← 16843人÷(60床×365日)	同上(療養病棟)	昨年よりも2.5ポイント低下しました。療養病棟の利用率の全国平均は91.6%と非常に高い水準となっています。院内転科入院や外部からの紹介入院でのベッドコントロールなど院内における改善点を拾い出し、より高い数値を目指していきたく思います。
平均在院日数(一般病棟・自費除く) (診療情報管理室)	16.5日	延べ患者数	(入院患者数+退院患者数)÷2	← 21729人÷((1361+1267)÷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。	全国平均が約16.2日であり、ほぼ全国平均並みに短縮されています。今年度も更に短縮できるようサポートに努めていきたいと思います。

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3年の結果についてのコメント
		分子	分母			
職員のインフルエンザ予防接種接種率 (経営管理本部)	93.3%	インフルエンザの予防接種をした職員数 (令和3年11月実施分)	職員数	← 264人÷283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1.9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。
入院患者の転倒・転落発生率 (安全審議会)	0.16%	転倒・転落患者数	入院患者延べ数	← 61件÷38572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・転落発生者の割合。	今回は前年度に比べ、転倒・転落の総報告件数は19件増えてしまいました。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が、何らかの処置をした件数は殆ど変わりませんでした。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	← 30件÷38572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・転落発生者の割合。	
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÷38572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・転落発生者の割合。	
乳がん検診受診率 (健康管理センター)	35.2%	当院での乳がん検診受診者数 (行田市民・令和3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3年度実績)	← 655人÷1861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。	当院で乳がん検診を受けた市民の方は昨年度より250名増えましたが、市内全体の受診者数が大幅に増えたため当院の受診率は35.2%と全体の3割強でした。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)	97.1%	非喫煙職員数 (令和4年4月の健診時点)	職員数 (令和4年4月の健診時点の有効回答数)	← 272人÷280人	4月の職員健康診断時点で、非喫煙職員の割合。	厚生労働省「最新たばこ情報」の統計83.3%と比較すると、当院職員の非喫煙率はかなり高い結果ですが、昨年からの喫煙している職員は8名と変化が無く。禁煙できた職員はいませんでした。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)	92.7%	救急受入件数	救急受入要請件数	← 611件÷659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2年度に比べて3.8ポイント増加しました。コロナ禍ではありますが、徐々に増加傾向となり令和1年度の数値に近くなっています。全国平均82.6%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。