

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4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）	57.4%	HbA1c（NGSP）の最終値が7.0未満であった人数	糖尿病薬物治療施行患者数（期間中に糖尿病治療薬が合計90日処方されている患者）	← 598人÷1042人	糖尿病コントロールの指標。糖尿病治療の力量（合併症を予防するための糖尿病治療の質）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、最新の指標に従った集計方法で全国平均を上回っています。（全国平均①46.7%②88.8%）今後も持続測定機導入・待ち時間の有効活用等を通して達成率の向上を図って行きます。
65歳以上の糖尿病患者のHbA1c<8.0達成割合（医師）	89.7%	HbA1c（NGSP）の最終値が8.0未満であった65歳以上の人数	糖尿病薬物治療を施行している65歳以上の患者数（期間中に糖尿病治療薬が合計90日処方されている65歳以上の患者）	← 610人÷680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）	96.6%	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	← 28件÷29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、癒着により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）	18.3%	帝王切開術の件数	総分娩件数	← 28件÷153件	総分娩件数に占める帝王切開の割合	本年度も相変わらず全国的な分娩数の低下に加え、当院もコロナの影響で立会分娩や夫の外来同伴などのサービスを復活させることが出来ず、当院分娩数は153件（帝切率18.3%）と前年に比べほぼ横ばいでした。来年度はコロナも5類となるため、感染者も病院内で完結して行く方向となるため、感染に気を付けながらサービスの充実を図り、分娩数を増やして行きたいと思います。
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）	2.3%	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	← 12件÷530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1.3ポイント増加となりました。しかしながら、全国平均の中央値が4.59%と前年を3%以上超える大幅な増加となっています。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、医師の医療安全意識を高め、個人ではなく組織での対応を考えることが重要となって来ます。「インシデントレポート総数が病床数の5倍、そのうち1割が医師からの報告」というのが透明性のおおよその目安と言われているので、まず医師に働きかけ、さらに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）	93.0%	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4年4月～令和5年3月）	外来アンケートの満足度調査に回答した患者数	← 3503人÷3766人	接遇・設備等について、8項目のアンケートを定期的に実施し、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、1.3ポイントアップとなりました。発熱外来の受け入れ人数や電話の繋がり難さに関してのご意見が多数見られました。また例年同様の待ち時間に関するものと、職員の対応や説明などの接遇面に関するご意見が多く見られます。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、患者様の満足度が向上できるように努めてまいります。（全国平均：93.8%）
患者満足度（病棟分）（ステップアップ審議会）	94.1%	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4年4月～令和5年3月）	病棟アンケートの満足度調査に回答した患者数	← 3013人÷3203人	接遇・設備等について、10項目のアンケートを定期的に実施し、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、1.3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。特にコロナ対策に関してのご理解が得られていなかったと考えられます。その反面「職員の優しさに安心した」というご意見が多数見られ、患者の心に寄り添った対応が重要であると考えます。また環境・設備に対するご意見も多く、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。今後も患者様の満足度が向上できるように努めてまいります。（全国平均：88.9%）
患者様からの苦情の割合（外来分）（ステップアップ審議会）	86.5%	患者意見箱の投書のうち苦情の数	患者意見箱の投書数	← 32枚÷37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、1.5ポイントアップとなりました。接遇面に関するご意見が非常に多く、早急なホスピタリティの改善が必要と考えます。また環境・設備に関しては、障害者用駐車場の少なさとクレジットカード決済の導入を希望するご意見が多く、検討が必要と考えます。今後も患者様のご意見に対し審議会で改善策を検討し、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）	13.5%	患者意見箱の投書のうち感謝の数	患者意見箱の投書数	← 5枚÷37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、1.5ポイントアップとなりました。「職員の対応に心が安らいだ」「笑顔に気持ちちが和んだ」「案内が丁寧で優しかった」など、感謝のご意見を頂きました。設備や技術ではなく、患者に寄り添った心遣いが感動を与えと考えます。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、病院全体で「サービス（ホスピタリティ）」の向上に努めてまいります。
家族に勧めたい割合（外来分）（ステップアップ審議会）	76.1%	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4年4月～令和5年3月）	患者満足度調査に回答した外来アンケート数	← 399件÷524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、1.1ポイントダウンとなりました。職員の対応の良さと待ち時間の短さが、増患に繋がると考えられます。特に「親切・丁寧・アットホーム」が当院の強みと考えられ、更なる向上が必要と考えます。設備に関しては、駐車場の少なさに対するご意見が多く改善が必要です。例年課題となっている無回答の方の割合は昨年より1ポイントダウンとなりましたが、依然として19%と多く見られます。無回答の方にも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）	71.2%	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4年4月～令和5年3月）	患者満足度調査に回答した退院時アンケート数	← 190件÷267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勧めたいと回答した人数の割合を集計。	今回、4.6ポイントダウンとなりました。職員の心遣いが入院中のストレス軽減に大きく影響していると考えます。特に産科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できる家庭的な環境が、当院の強みであり、少数ですが知人へ紹介したのご意見も見られました。より多くの患者様が当院を知人へ紹介して頂けるように審議会で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）	10.0ml	病棟、外来、OPE室、臨床工学科、医事課、検査科・放射線科・リハビリテーション科・薬剤科・栄養科、健康管理センター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	← 1677.6ml÷167	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	昨年から「健康管理センター」での使用量チェックも開始しました。WHOが定める擦式アルコール製剤の使用量の計算は「1人の患者に対する使用量」となっていますが、当院では事務部やコメディカルスタッフ等の使用量も計測しているため「スタッフ1人当たりの1日の使用量」での計測となり全国平均との比較ができませんが、今後も適切な使用をして行けるよう継続して働きかけて行きたいと思います。
MRSAの感染発生率（‰・千分率）（検査科）	0.03%	MRSA感染患者数	延べ入院患者数	← 7人÷21907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。	分母と分子が当院と同じ数値を使用している病院が少なく、全国平均を調べる事が難しいが、静岡がんセンターが当院と同じ数値を使用しており、2019～2021年度の平均が約0.03%でした。この事から考えると、当院の検出率はこちらの病院と同等の数値を示していると考えられました。
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÷757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。2015年の全国平均で、1.90%であり、当院の0%は大変低い数値と考えられました。
栄養指導率（栄養科）	94.0%	入院中に栄養指導を行った患者数	入院中に栄養指導の対象になった患者数	← 220人÷234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。食事も治療の一環と考え早期に介入して治療に寄与出来ればと考えています。
個別対応を有する患者の割合（対給食患者比）（栄養科）	39.3%	個別対応を行った患者数	食事を提供した患者数	← 431人÷1096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。	分母にはほぼ全量摂取できている患者とEMR・白内障手術などでの短期入院も含まれています。これらを分母から除外すると71.8%の患者へ個別対応が来ています。（この指標の全国平均値はありませんでしたが、同じ内容で北里大学病院が公開している平均値は43.8%でした。これに近づけるように病棟ラウンドを頻回に行い口から食べる支援を続けたいと考えています。）
褥瘡保有率（褥瘡対策審議会）	11.2%	毎月末日に褥瘡のある患者数	毎月末日の入院患者数	← 141人÷1264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、持ち込みによるもの、褥瘡の評価基準の方法の違いもあり、当院の傾向は全国平均（300床未満の病院）で0.92%を大きく上回っているのが現状です。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し治療が長期化する事にもつながります。病棟では日常のケア時に皮膚の状態を評価し、時間毎の体位交換、適切なエアーマットの使用で予防に努めています。また多職種介入により栄養状態の評価、適切な処置の方法等を審議しております。今後も早期発見、早期介入で褥瘡予防に努め、発生率を下げ、治癒率を上げて行くよう努めます。
褥瘡治癒率（褥瘡対策審議会）	16.8%	褥瘡が治癒した患者数	褥瘡のある全患者数	← 64人÷380人	期間中に治癒した割合。	
褥瘡発生率（褥瘡対策審議会）	3.2%	院内褥瘡発生数	新規入院患者数	← 93人÷2916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4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）	81. 2%	クリニカルパス適用者数	新規入院患者数	← 1343件÷1653件	病気に対する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。	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、医療スタッフと患者が治療計画の情報を共有でき、患者自らが積極的に参加することが期待できます。また医療者用のパスを作成、運用することで多職種の介入が分わかり医療の質を向上させ標準化を進めるための指標となります。新規パスを作成、見直し等を行い、パス使用件数は昨年と比べると6%増えています。今後もパスを見直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. 8%	抑制が行われた入院患者延べ数	入院患者延べ数	← 15691人÷39444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。	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が原因で転倒・転落の危険性が高い患者や、適切な処置、治療ができない時に抑制を行うため、全国平均10. 3%よりも高い数値となっています。身体抑制については日々カンファレンスを行い適正な抑制のあり方を検証・評価し、抑制を行わず過ごせる時間を作れる工夫や治療方法について検討し、早期の解除に向けた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。今年度は低床ベッドの導入により抑制を減らせるよう努力をしていきたいと考えています。
手術開始前1時間以内の予防抗菌薬投与率（看護部長）	96. 8%	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	← 1137件÷1175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、手術部位の感染予防対策の一つとして効果は得られています。しかし時間内投与が出来ていない例が15件、手術の種類によっては抗菌薬を使用しない例も24件ありました。全国平均は98. 5%です。昨年から予防抗菌薬の投与方法を変更し、概ね時間内に投与されていますが、診療科によっては入室後も準備に時間が掛かり時間内に投与できていないこともあります。今後も連携を図り、適切な投与ができるように努めます。
服薬指導実施率（一般病棟）（薬剤科）	55. 1%	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）	← 1203÷2184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。	療養病棟は増加。地域包括ケア病床が本格的に稼働し、在宅及び施設退院に向けて指導が必要な患者が増えたためと考えます。昨年度の全国平均は67. 5%(参加施設43) となっています。今後は実施率60%に向けて初回面談、面会時の家族への指導、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）	22. 6%	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）	← 147÷651人		
ジェネリック医薬品の使用率（薬剤科）	94. 0%	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	← 315006÷335275	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。	協会けんぽ全体の後発品割合は2022年3月時点で79. 3%となっています。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）	71. 1%	H b >11g/dl の延べ患者数	血液透析患者延べ数（月2回検査実施）	← 866人÷1218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、悪性疾患や造血器疾患合併した患者の場合、指標の達成が困難である。高齢化が進んでいる昨今、栄養状態にも注視していきたいと思います。
血液透析患者のCa・P積5. 5未満の割合（透析センター）	82. 4%	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）	← 1011人÷1227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1. 6ポイントの減少が見られたことに対し、原因の可能性を追求しつつ、服薬等患者教育も充実させ、達成率100%を目標に更に透析スタッフが積極的に介入して行くよう努めてまいります。
リハビリ提供率（入院）（リハビリテーション科）	58. 9%	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日あたり平均入院患者数	← 63. 1人÷107. 2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。	本年度のリハビリ提供率は58. 9%となっており、昨年度の64. 4%より5. 5ポイント低下しました。低下した要因について、がんリハ算定可能な職員の欠員によりがんリハの算定が6ヶ月間行えず、外科患者のリハビリオーダーが少なくなっていたことが大きな要因と考えられます。1月よりがんリハの算定も開始となっており、今後提供率の改善を図るため、リハビリ提供されていない場合は、当科から医師へ依頼するよう努めたいと思います。
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ってから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（当月新規に依頼された患者数）	← 772人÷793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。	本年度の早期リハビリ開始率は97. 4%となっており昨年と同値でありました。2. 6ポイント満たない要因としては、休日前の終業時にオーダーされたケースや、コロナ禍の為発熱や体調の変化により数日様子を見ていたケースが大半でした。当院のようにすべての患者を対象とした早期リハビリ開始率の全国平均値のデータはないが、脳梗塞の早期リハビリ開始率（4日以内）令和3年度資料によると全国平均値78. 95%より高い数値となっています。今後も患者様の体調をみながら、早期介入を意識して現状維持するように対応したいと思います。
介護度改善率（通所・訪問）（リハビリテーション科）	16. 7%	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	← 4人÷24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。	本年度の介護度改善率は16. 7%と昨年度の5. 9%から11. 3ポイントと向上しました。要因としては、前年度職員数の減少により新規通所利用者を制限していたため、慢性的な利用者が多く改善率の向上は図れていなかったためと考えられます。今年度は、新規の通所ご利用者を増やしたことで、その利用者のADL向上が、介護度改善に繋がったと考えられます。引き続き利用者の増加に努めていきたいと思います。
在宅復帰率（療養病棟）（地域連携室）	72. 4%	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）	← 21人÷29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	今年度の前半は復帰率が低かったため、一般病棟への転棟をせずに療養病棟内でできる治療やリハビリテーションを継続して行けるよう働きかけ、昨年同様の数値で復帰率を継続することができました。
患者紹介率（診療情報管理室）	15. 1%	紹介患者数	初診患者数(救急搬送患者数及び休日・夜間に受診した患者を除く)	← 1268人÷8773人	初診患者に占める紹介患者の割合	この指標は、地域の医療機関との連携の度合いを示すものです。地域医療支援病院方式で算定された200床以上の医療機関の平均値が47. 5%、400床以上の医療機関の平均値が70. 0%となっていることから160床の当院ではほぼ平均値を保っていると考えます。今後も地域の「かかりつけ医」との医療連携の強化を図って行きます。
病床利用率（全体）（診療情報管理室）	67. 5%	延べ患者数	延べ病床数（病床数×延べ日数）	← 39444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。	今年度は昨年度年より1. 5ポイント増加しました。全国平均の76. 1%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いと思っています。
同（一般病棟）（診療情報管理室）	60. 0%	延べ患者数	延べ病床数（病床数×延べ日数）	← 21904人÷（100床×365日）	同上（一般病棟）	今年度は昨年より0. 5ポイント増加しました。一般病床の利用率の全国平均は69. 8%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となる指標の為、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）	80. 0%	延べ患者数	延べ病床数（病床数×延べ日数）	← 17540人÷（60床×365日）	同上（療養病棟）	昨年より3. 1ポイント増加しました。療養病棟の利用率の全国平均は85. 8%と高い水準を保っています。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、来期はさらに高い数値を目指していきたいと考えます。
平均在院日数（一般病棟・自費除く）（診療情報管理室）	15. 9日	延べ患者数	（入院患者数+退院患者数）÷2	← 21904人÷（（1431+1328）÷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. 1日であり、わずかですが全国平均以下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っています。
職員のインフルエンザ予防接種接種率（経営管理本部）	95. 1%	インフルエンザの予防接種をした職員数（令和4年11月実施分）	職員数	← 272人÷286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. 8ポイント増加しました。高い数値を維持していると考えますが、今後も100%に近づける啓発が続けます。

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4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. 12%	転倒・転落患者数	入院患者延べ数	← 48件÷39444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。	前年度に比べ、転倒・転落の総件数は13件減少しました。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す。 レベル2以上の件数は、34件と大きな変化はありませんでした。 レベル4以上の事故は1件もありませんでした。 発生率でも全国平均より低い割合ではありますが、今後も患者の状況把握やベッド周辺の環境整備に努め事故を未然に防げればと考えます。 （全国平均：入院患者発生率2. 82%、レベル2以上0. 84%、レベル4以上0. 06%
入院患者に発生したレベル分類2以上(2及び3)患者観察強化や処置や治療を要した状況の転倒・転落発生率（安全審議会）	0. 09%	レベル2以上の損傷発生件数	入院患者延べ数	← 34件÷39444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。	
入院患者に発生したレベル分類4以上 永続的な障害や後遺症が残った状況及び死亡の転倒・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÷39444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）	65. 8%	当院での乳がん検診受診者数（行田市民・令和4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4年度実績）	← 608人÷924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。	当院での受診者の半分以上の方が当院で乳がん検診を受けていました。引き続き健康づくり課と連携を図り、行田市内の受診率向上に努めます。
職員の非喫煙率（健康管理センター）	97. 9%	非喫煙職員数（令和5年4月の健診時点）	職員数（令和5年4月の健診時点の有効回答数）	← 279人÷285人	4月の職員健康診断時点で、非喫煙職員の割合。	厚生労働省の「成人の喫煙率」の統計から82. 65%が非喫煙者でした。それに比べると当院の非喫煙率は高いですが、禁煙できない方がいるのも事実です。今後も、健康経営や禁煙活動チームと協力して、非喫煙率100%に近づけるよう啓発に努めます。
救急受入率（救急審議会）	91. 4%	救急受入件数	救急受入要請件数	← 721件÷789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3年度に比べて1. 3ポイント減少しました。これは、令和5年1月のクラスターによる体制の縮小によるものと考えられます。全国平均85. 0%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継続して行きたいと考えます。