

Clinical Indicator

いずみの病院 CI年報



ヤマシャクヤク（国見山：徳島県）

2022年版

(2022. 4～2023. 3)

【目次】

- ・ いずみの病院 C I 一覧 p1~2
- ・ 各指標の値および解説 p3~22
- ・ 分子/分母一覧 p23
- ・ 付) いずみの病院 2021 年度病院指標 p24~27

いずみの病院 C I 一覧

指 標		2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	参考値	p
病院全体の指標	患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・外来	93.9%	90.0%	— %	— %	90.0%	83.6%	3
	患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・入院	92.5%	83.7%	87.1%	81.0%	87.7%	90.1%	
	1日当外来患者数	306	286	263	262	265		4
	病床利用率・病院全体	92.3%	91.1%	87.7%	85.6%	73.3%	66.37%	5
	平均在院日数・病院全体（補正なし）	33.0	32.4	33.0	33.6	34.3	15.49	
	退院後 4 週間以内の再入院率	6.9%	7.2%	8.0%	6.9%	6.6%	16.0%	6
	24 時間以内の再手術件数	0	0	1	1	0		
	褥瘡発生率（分母：入院患者延数）	0.84‰	0.89‰	0.73‰	0.49‰	0.66‰		7
	うち、Ⅱ度以上	0.62‰	0.68‰	0.51‰	0.37‰	0.50‰	1.4‰	
	褥瘡発生率（分母：測定日の在院患者数）	2.5%	1.6%	1.8%	1.4%	1.8%	1.0%	
	認知症ケア加算算定率	35.7%	33.1%	32.6%	29.9%	24.2%		8
	認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率	42.0%	43.2%	49.7%	54.7%	64.8%		
	18 歳以上の身体抑制率（一般病棟）			15.9%	17.9%	19.2%	12.2%	
急性期病棟の指標	看護必要度の基準を満たす患者の割合	28.3%	26.1%	15.0%	15.2%	16.5%		9
	平均在院日数	19.9	20.2	19.7	20.4	20.3	21.0	10
	効率性指数	0.64	0.60	0.63	0.55	0.54	1.00	
	ADL 低下発生率（4F 病棟）	2.25%	2.64%	2.59%	2.52%	3.70%	3.0%	11
回復期リハビリ病棟の指標	在宅復帰率	85.0%	88.0%	81.7%	79.5%	89.5%	70.0%	12
	重症者割合	34.3%	32.2%	32.8%	32.3%	37.2%	30.0%	
	FIM16 点以上改善率					44.1%	30.0%	
	FIM 実績指数	43.8	40.7	43.9	38.1	42.6	35.0	
	1人1日当りハビリ提供単位数・休日	8.29	8.14	8.18	8.14	7.67		
1人1日当りハビリ提供単位数・休日以外	8.16	8.00	8.05	8.04	7.58			
医療療養病棟の指標	在宅復帰率	33.3%	35.9%	22.9%	59.6%	55.6%		13
	ADL 区分 1・2 における「褥瘡あり」の割合	1.7%	1.1%	3.6%	0.6%	1.0%		
	うち、新規発生	0.4%	0.4%	1.0%	0.4%	0.6%		
	ADL 区分 3 における「褥瘡あり」の割合	2.4%	2.6%	3.2%	1.8%	5.2%		
	うち、新規発生	0.9%	0.8%	1.0%	0.2%	1.4%		
	ADL 低下	1.3%	0.6%	0.4%	0.6%	1.2%		
	尿路感染症	5.2%	7.2%	9.1%	8.6%	7.8%		
身体抑制	34.9%	35.2%	44.6%	50.3%	45.0%			
医療安全の指標	入院患者の転倒転落発生率	3.78‰	4.73‰	3.52‰	3.65‰	3.33‰	2.82‰	14
	転倒転落による骨折・頭蓋内出血件数	5	10	8	10	1		
	院内で発生した針刺し事故件数	9	9	15	7	4		
	MRI 検査室への持込禁止物によるアクシデント発生率	0.00‰	0.23‰	0.49‰	0.47‰	0.63‰		
	誤薬発生率	1.91‰	1.96‰	2.52‰	3.17‰	2.61‰		
	職員 1 人当りインシデントレポート報告数（レベル 0~1 に限る）	0.85	1.36	1.13	1.00	0.76	0.76	
	インシデントレポート報告数中、アクシデント（レベル 3b 以上）の占める割合	1.27%	1.05%	1.78%	1.72%	0.60%	0.62%	
	医師からのインシデントレポート報告率	3.8%	1.0%	1.11%	0.93%	1.66%	4.1%	
感染対策の指標	病院職員のインフルエンザワクチン接種率	89.6%	84.2%	91.7%	86.2%	84.3%	92.9%	15
	尿道留置カテーテル使用率	9.9%	10.5%	9.7%	9.6%	11.4%	16.4%	
	症候性尿路感染症発生率	0.9‰	0.7‰	0.7‰	0.0‰	0.9‰	3.5‰	

指 標		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値	p
救急医療	1月当救急医療管理加算1算定数	40	30	24	31	38		16
	1月当救急医療管理加算2算定数	182	140	252	343	195		
	1月当緊急入院患者数	49	40	49	69	54		
	1月当救急搬入数	46	43	36	38	45		
	救急搬入患者応需率	63.7%	63.2%	60.9%	58.3%	44.0%	79.2%	
地域医療連携	紹介率	25.5%	28.7%	29.4%	24.2%	20.5%		17
	逆紹介率	22.7%	25.8%	25.9%	26.0%	19.9%		
リハビリテーション	一般病棟におけるBI改善率	57.5%	58.8%	56.2%	51.9%	46.3%		18
	リハビリ前後におけるBIの差の平均 (一般病棟)	12.5	12.1	8.3	9.2	10.1		
	回復期リハビリにおけるFIM改善率	96.5%	91.5%	92.2%	88.7%	92.2%		
	リハビリ前後におけるFIMの差の平均 (回復期リハビリ病棟)	23.1	18.5	20.6	19.4	21.3		
	FIM実績指数(回復期リハビリ病棟、再掲)	43.8	40.7	43.9	38.1	42.6	40.0	12
薬剤	1月当薬剤管理指導料算定数	164	57	68	249	343		19
	薬剤管理指導料実施率	50.8%	21.1%	20.7%	48.5%	55.7%		
栄養	1月当入院栄養指導料算定数	18	20	20	16	9		20
	入院栄養指導実施率	34.4%	29.7%	29.3%	21.7%	15.9%		
	特別食加算算定率	19.6%	24.3%	30.0%	30.5%	29.9%		
	NST介入率	5.5%	6.5%	5.7%	6.0%	4.5%		
記録、その他	退院2週間以内の医師退院時要約作成率	94.3%	96.9%	96.8%	95.4%	96.9%	90.0%	21
	クリニカル・パス利用率	13.7%	14.1%	13.3%	17.2%	25.7%		
疾患別指標	急性期脳梗塞患者における入院3日以内リハビリ開始率	95.2%	97.0%	97.9%	98.0%	100%	95.0%	18
	糖尿病患者の血糖コントロール率	53.1%	49.1%	49.0%	48.5%	46.3%	47.3%	22

患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合

	2020年	2021年	2022年	参考値
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・外来	— %	— %	90.0%	83.6%
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・入院	87.1%	81.0%	87.7%	90.1%

※コロナ禍により、2020, 2021年度は外来アンケートは実施せず

当院では定期的に患者満足度調査を行っています。

2013年度より、日本病院会 QI プロジェクトにデータ提出を行うため、同プロジェクトの患者満足度調査の定義にしたがって、「この病院について総合的にどう思うか？」の設問を追加し、満足/やや満足/どちらともいえない/やや不満/不満の5段階評価に対する回答率によって、患者満足度の評価を行っています。

病院における医療が対人サービスの提供である以上、患者さんの満足度は間違いなく「医療の質」のひとつ

ですが、一方、患者満足度には、提供された医療サービスと、その医療サービスに対して患者さんが事前に抱いていた期待度との「ギャップ」を表すという側面があります。それゆえ、患者満足度には、「医療の質」の直接的な指標とは言い難い面があり、数値を読む上で注意が必要でしょう。

当院値の定義・計算方法

分子：下記調査で満足、やや満足と回答した患者数

分母：患者満足度調査（満足/やや満足/どちらともいえない/やや不満/不満の5段階評価）に回答した患者数

参考値の定義・計算方法

分子：同上

分母：同上

出典) 日本病院会 2021年度 QI プロジェクト結果報告

1 日当外来患者数

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
1日当外来患者数	306	286	263	262	265

1日に当院にどれだけの外来患者さんが来ているかを示す数字です。病院が地域の中でどれほど利用されているかを示す指標となります。患者さんの受療指向とともに当院の外来の体制、とくに外来担当医の診療体制がこの数字に大きな影響を与えます。

当院値の定義・計算方法

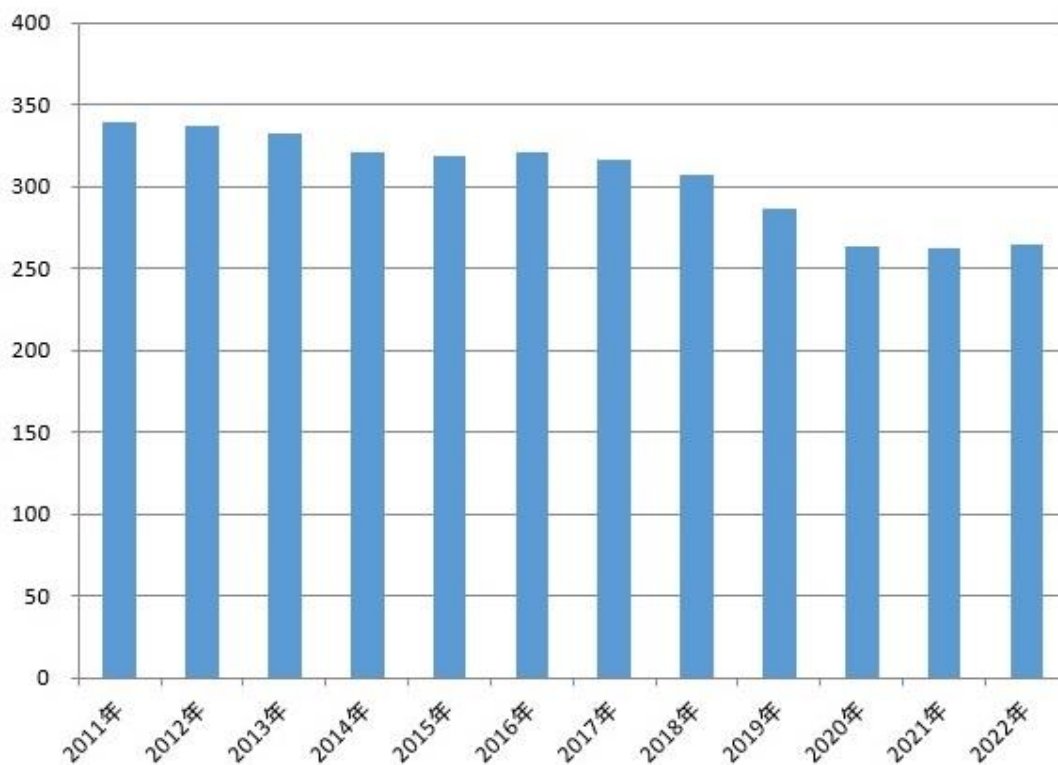
分子：年間延べ外来患者数

分母：年間診療日数

(365日－日祝日数)

当院ではここ数年、1日当外来患者数は減少傾向となっていますが、2020年～2022年は新型コロナウイルス感染症のまん延の影響で、患者数減少が顕著になっています。

1日当外来患者数



病棟別病床利用率、平均在院日数（補正なし）

		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
病床利用率	3F（外科系）	88.2%	88.1%	82.8%	85.5%	86.3%	66.37%
	4F（内科系）	93.3%	91.5%	83.0%	78.3%	38.0%	
	回復期リハビリ	90.7%	88.4%	93.7%	93.1%	83.1%	
	緩和ケア※	88.9%	91.0%	62.0%	33.8%	36.9%	
	医療療養	98.8%	97.7%	98.5%	98.0%	97.7%	
	全体	92.3%	91.1%	87.7%	85.6%	73.3%	
平均在院日数 （補正なし）	3F（外科系）	19.2	19.3	19.7	22.2	20.0	15.49
	4F（内科系）	20.5	20.1	19.2	19.4	17.5	
	回復期リハビリ	63.5	59.6	64.1	69.7	58.6	
	緩和ケア※	33.1	41.4	25.2	9.2	15.8	
	医療療養	540.9	293.4	383.3	290.9	317.1	
	全体	33.0	32.4	33.0	33.6	34.3	

※緩和ケア病棟（=5F 西病棟）は2020年12月～2022年8月まで、4F病棟は2022年8月～2023年4月初めまでの間、新型コロナ（COVID-19）患者専用病棟としての運用を行った

病床利用率と平均在院日数は、どちらも病院の経営管理状態を示す指標です。

病床利用率は、病床という医療資源がどれほど有効に利用されているかを示します。計画的な入棟が基本となる療養病棟は100%に近い数字が目指されます。一方、緊急入院が多く、平均在院日数の短い急性期病棟は利用率が低くなりがちです。それでも参考値と比較すると、当院は比較的高い病床利用率を保っていると言えます。

なお、参考値（66.37%）は2022年6月という特定の時点での計測値ですが、2019年の75.27%から2020年（65.24%）、2021年（63.59%）に引き続き、大幅なダウンとなっています。この3年間は、新型コロナウイルス感染症まん延の影響が顕著です。

一方、平均在院日数は、国際的に見ても日本は長いとされ、短縮化が目指されています。平均在院日数短縮化には長期漫然治療を改め、医療の効率化を図るという意図がありますが、平均在院日数には入院している患者の疾病構成が大きく影響するので、単純に数値だけで医療の質の高低を語ることはできません。ただ、参考値と比較すると、当院は急性期病棟も含めて、在院日数の比較的高い患者が多い病院であることが伺えます。

※「一般病棟の指標」の章における「平均在院日数、効率性指数」の項（10p）参照。

当院値の定義・計算方法（病床利用率）

分子：在院延べ数

分母：届出病床数×365日

参考値の定義・計算方法（病床利用率）

分子：在院延べ数

分母：許可病床数×365日

出典：全国公私病院連盟 令和4年病院運営実態分析調査 200～299床規模の一般病院の平均値（調査対象年月：2022年6月）

当院値の定義・計算方法（平均在院日数）

分子：在院延べ数

分母：（新入棟患者数+新退棟患者数）/2

参考値の定義・計算方法（平均在院日数）

分子：在院延べ数

分母：（新入棟患者数+新退棟患者数）/2

出典：同上

退院後 4 週間以内の再入院件数、24 時間以内の再手術件数

	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	参考値
退院後 4 週間以内の再入院件数/率	143 6.9%	146 7.2%	153 8.0%	129 6.9%	99 6.6%	15.1%
内訳) 計画的再入院	19 0.9%	31 1.5%	45 2.4%	50 2.7%	38 2.5%	11.2%
計画外の再入院	124 6.0%	115 5.7%	108 5.7%	79 4.3%	61 4.1%	3.9%
24 時間以内の再手術件数	0	0	1	1	0	

退院後 4 週間以内の再入院件数

初回入院時の治療が不十分であったり、回復が不完全な状態で患者さんが早期退院を強いられると退院後再入院率が上がると考えられます。しかし、退院後再入院といっても化学療法や予定手術などの計画的なものもあれば、初回入院と異なる傷病による入院もあり、退院後再入院率＝医療の質と、単純に判断してしまうことは危険です。

24 時間以内の再手術件数

これは外科系チームによる医療の質を評価する指標ですが、この数値が執刀医の技量の高低を直接示すものではありません。しかし、再手術を強いられる患者さんの負担はきわめて大きく、患者さんの状態によっては予後に影響する場合もあるので、再手術件数（率）は、その手術が行われた背景を考慮しつつも、手術が適切であったかどうかの再評価、手術手技の改善、患者管理の問題などにフィードバックするために、病院として把握しておくべき数値ということになっています。

当院値の定義・計算方法（再入院率）

分子：下記の内、前回入院から 4 週間以内に再入院があった場合の件数

分母：期間中の退院患者数

参考値の定義・計算方法（再入院率）

分子：下記の内、前回入院から 4 週間以内に再入院があった場合の件数

分母：調査期間中の退院患者数

出典) 2021 年 DPC 調査 (全国平均値)

褥瘡の新規発生件数、褥瘡発生率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
褥瘡の新規発生件数	66	70	54	36	41	
うち、Ⅱ度以上	49	53	38	27	31	
褥瘡発生率・入院患者延べ数 ^{ベース}	0.84‰	0.89‰	0.73‰	0.49‰	0.66‰	
うち、Ⅱ度以上	0.62‰	0.68‰	0.51‰	0.37‰	0.50‰	1.4‰
褥瘡発生率・在院患者数 ^{ベース}	2.5%	1.6%	1.8%	1.4%	1.8%	1.0%

褥瘡の新規発生件数

褥瘡の新規発生を抑えるには、発生のリスクを事前に評価し、予防的なケアを適切に行うことです。褥瘡の新規発生件数(率)は、患者さんの全身管理や局所ケアなど、看護ケアの質を表す重要な指標です。

なお、本項での褥瘡発生率は、入院患者延べ数ベースと在院患者数ベースの二種類の測定値を用いています。前者は、患者さん達1,000日の入院に対して何回の褥瘡新規発生があるか。後者は、ある瞬間で切り取った場合、その日の入院患者のうち何人が自院発生の褥瘡を保有しているか、という意味合いの指標です(12回測定した平均値)。

いずれにせよ、褥瘡発生率は、当該病棟に入院している患者さんの患者層の違いによって影響を受けます。

参考) 医療療養病棟における褥瘡発生率 (13p)

当院値の定義・計算方法

(褥瘡発生率・入院患者延べ数^{ベース})

分子：期間中の褥瘡の新規発生件数

分母：期間中の入院患者延べ数

参考値の定義・計算方法

(褥瘡発生率・入院患者延べ数^{ベース})

分子：下記の内、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

分母：調査期間中の延べ入院患者数

出典) 日本病院会 2021年度 QI プロジェクト 結果報告 (一般病棟)

当院値の定義・計算方法

(褥瘡発生率・在院患者数^{ベース})

分子：測定日に褥瘡がある患者数

(除外：褥瘡持ち込み患者)

分母：測定日の在院患者数

※毎月初日測定。12ヶ月の平均値。

参考値の定義・計算方法

(褥瘡発生率・入院患者延べ数^{ベース})

分子：測定日に褥瘡がある患者数

(除外：褥瘡持ち込み患者)

分母：測定日の在院患者数

出典) 高知医療センターCI (2021年度)

病棟別認知症ケア加算算定率、身体抑制実施率（認知症ケア加算算定患者）、18歳以上の身体抑制率（一般病棟）

		2020年	2021年	2022年	参考値
認知症ケア加算算定率	3F（外科系）	16.7%	14.2%	15.8%	
	4F（内科系）	40.4%	31.9%	18.2%	
	回復期リハビリ	20.8%	21.9%	16.7%	
	医療療養	55.2%	54.8%	44.5%	
	全体	32.6%	29.9%	24.2%	
認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率	3F（外科系）	49.7%	45.9%	63.2%	
	4F（内科系）	45.1%	46.0%	29.9%	
	回復期リハビリ	70.4%	67.1%	72.4%	
	医療療養	44.0%	56.6%	69.6%	
	全体	49.7%	54.7%	64.8%	
18歳以上の身体抑制率（一般病棟）		15.9%	17.9%	19.2%	12.2%

認知症ケア加算算定率

認知症ケア加算とは、認知症の患者さんに対して、病棟看護師をはじめとする多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした、診療報酬上の加算です。対象病棟は当院の場合、全5病棟のうち緩和ケア病棟を除く4病棟です。認知症ケア加算算定率は、入院患者さん全体の中で認知症のある患者さん^注がどれほどを占めるかを示す指標で、上表に示すように、病棟の性格によって患者層の違いがあることが窺われます。また、2022年8月からコロナ専用病棟となった4F病棟のように、数値の変動にはコロナ禍の影響も見られるようです。

注)「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」でランクⅢ以上に該当する患者さんを指します。

認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率

身体抑制は、せん妄や認知症などの患者さんに対し、治療を安全に遂行するためやむを得ず抑制帯やベッド柵を使用したり、ミトン着用を行ったりするものです。患者さんの尊厳や人権を考えると、身体抑制はできる限り避けたいですが、完全になくすことは困難です。認知症ケア加算は、身体抑制を行っている／いないによって点数が異なるため、同加算算定患者中の身体抑制実施率が計測できます。上表を見ると、こちらも病棟毎の違いが観察できる一方、コロナ禍影響も窺われます。とはいえ、どのような状況であっても身体抑制が最少化できるよう、今後の推移をみながら努力していきたいと思えます。

18歳以上の身体抑制率（一般病棟）

本指標においては分母を認知症患者さんに限定していません。ただし、対象は一般病棟の患者さん（当院5病棟中、医療療養病棟を除く4病棟の患者さん）が対象です。やはり上記（上表）の通り、同じ一般病棟でも、急性期病棟、緩和ケア病棟、回復期リハビリ病棟と各々性格が異なるので、参考値と単純に比較することはできません。

※「医療療養病棟の指標」の章にも「身体抑制発生率」の項がありますが（13p）、定義・計算方法は異なります。

当院値の定義・計算方法

（認知症ケア加算算定率）

分子：認知症ケア加算算定延べ数
分母：対象病棟の延べ入院日数

当院値の定義・計算方法

（認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率）

分子：分母中、身体抑制を実施した数
分母：認知症ケア加算算定延べ数

当院値の定義・計算方法

（18歳以上の身体抑制率・一般病棟）

分子：分母中、身体抑制を実施した数
分母：一般病棟における18歳以上の入院患者延べ数

参考値の定義・計算方法

（18歳以上の身体抑制率・一般病棟）

分子：同上
分母：同上

出典) 日本病院会 2021年度QIプロジェクト結果報告

医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（3階・4階病棟）

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合	28.3%	26.1%	15.0%	15.2%	16.5%

患者の重症度を測る指標の1つとして医療・看護必要度があります。2年に一度ある診療報酬改定の度に定義が変わり、しかも2018年、2020年、2022年と、いずれも大きく変わっているため、単純に年次推移を追ってもあまり意味がありません。

また、2018年点数表では、この医療・看護必要度の計算方法がⅠとⅡの二通りに分かれました。当院は当初医療・看護必要度Ⅰを、2022年度からはⅡを用いています。所定の評価票にもとづき、A得点が2点以上かつB得点が3点以上、A得点が3点以上、C得点が1点以上のいずれかを満たす状態が、「医療・看護必要度の基準を満たす患者」とされています。

この「医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」は、下表の通り、入院基本料等に係るさまざまな施設基準の算定要件となっています。

当院値の定義・計算方法

分子：下記の内、医療・看護必要度の基準を満たす日数

分母：3・4F病棟における延べ入院日数（除外あり）

「医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」に関連する施設基準の例

	要件	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	28%	28%
急性期一般入院料2	27%	24%
急性期一般入院料3	24%	21%
急性期一般入院料4	20%	17%
急性期一般入院料5	17%	14%

※2022年点数表の基準による

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

		(配点)		
A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
7	緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし		あり
		A得点		

		0点	1点
C	手術等の医学的状況		
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心臓焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)	なし	あり
		C得点	

B	患者の状況等	患者の状態			介助の実施		評価
		0点	1点	2点	0	1	
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			点
9	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
10	口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり	点
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				点
14	危険行動	ない		ある			点
		B得点					

平均在院日数、効率性指数（3階・4階病棟）

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
平均在院日数	19.9	20.2	19.7	20.4	20.3	21.0
効率性指数	0.64	0.60	0.63	0.55	0.54	1.00

※平均在院日数の参考値は施設基準の数値

※効率性指数は厚労省の計算方法（=DPC調査）を参考にした当院独自の計算式による

平均在院日数は5pにも載せていますが、5pでの計算は在院延べ数と新規入退棟患者数からの単純計算によるものです。一般病棟入院基本料の施設基準にある平均在院日数の基準とは、これから社会保険以外の患者（自費、労災、自動車事故、生活保護など）や、一部の長期入院患者等を除外して計算した数値となります。

当院値の定義・計算方法（平均在院日数）

分子：在院延べ数

分母：（新入棟患者数+新退棟患者数）/2

※ただし一部除外計算あり

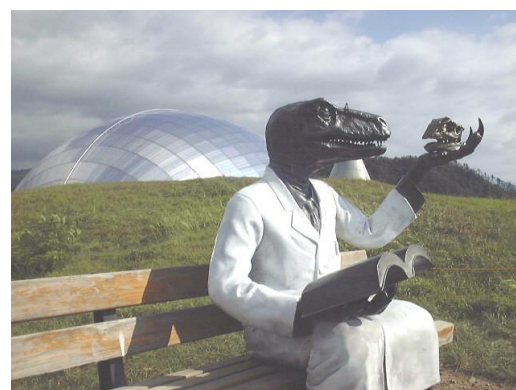
当院のような急性期一般入院料2～6の病院では平均在院日数を21日以内におさえることが求められます。

	要件
急性期一般入院料1	18日
急性期一般入院料2～6	21日
地域一般入院料1～2	24日
地域一般入院料3	60日

※2022年点数表の基準による

ところで、たとえ上記の除外計算をしたところで、5pに記した通り、入院している患者の疾病構成が大きく平均在院日数に影響することには変わりはありません。厚労省が実施しているDPC調査では、こうした患者構成の違いが平均在院日数に与える影響を補正した効率性指数という数値を各DPC参加病院毎に算出、公表しています。1.0が全国平均です。数値が1.0よりも大きくなれば平均在院日数は短い（=効率性が高い）、小さくなれば平均在院日数は長い（=効率性が低い）という相対評価です。

当院の効率性指数はとても低い値です。急性期の病棟でありながら亜急性期、慢性期の患者さんが混在しており、病棟内の急性期-慢性期の機能分化が十分でないことが原因です。「機能分化と連携」は現在の医療界の趨勢であり、急性期病棟における効率性指数改善は当院における大きな課題となっています。



ADL 低下発生率等（4 階病棟）

	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	参考値
ADL 低下発生率	2.25%	2.64%	2.59%	2.52%	3.70%	3.0%
褥瘡発生率	2.0%	1.4%	1.1%	1.9%	2.7%	2.5%

※参考値は施設基準の数値

いずみの病院（4 階病棟）は「ADL 維持向上等体制加算」の施設基準を 2014 年 9 月に取得しました。同加算は、急性期病棟においてリハビリテーション専門職が配置され、患者さんの ADL（=日常生活動作）維持向上のための充実した取り組みがなされていることを評価するものです。

当院値の定義・計算方法（ADL 低下発生率）

分子：分母のうち、入棟時よりも退棟時の ADL の値が低かった患者の数

分母：4 階病棟における退棟患者数

同加算の施設基準要件は下表の通りです。人員配置などの体制要件に加え、「ADL 低下発生率 3%未満」といったアウトカム（=結果）要件が課されています。

#2022 年度の当院値は参考値（施設基準値）に達していません。これは、4 階病棟が同年 8 月から翌年 4 月までコロナ専用病棟となったことが影響していると思われる、コロナ特例により施設基準を返上しなくても良いことになっています。とはいえ、指標の数値の悪化が好ましいことでないことには変わりはありません。改善が求められます。

ADL 維持向上等体制加算の施設基準（抜粋）

- ・当該病棟に専従の理学療法士等（=常勤理学療法士、常勤作業療法士または常勤言語聴覚士）が 2 名以上配置されていること、または専従の理学療法士等が 1 名、かつ、専任の理学療法士等が 1 名以上配置されていること
- ・当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験およびリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が 1 名以上勤務していること
- ・1 年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等に ADL の低下した者の割合が 3%未満であること
- ・入院患者のうち、院内で発生した d2 以上の褥瘡患者の割合が 2.5%未満であること（入院患者数 80 人以下の場合は 2 人以下）

回復期リハビリ病棟における在宅復帰率、重症者割合、FIM16点以上改善率、FIM実績指数、1人1日当りリハビリ単位数

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
在宅復帰率	85.0%	88.0%	81.7%	79.5%	89.5%	70.0%
重症者割合	34.3%	32.2%	32.8%	32.3%	37.2%	30.0%
FIM16点以上改善率					44.1%	30.0%
FIM実績指数	43.8	40.7	43.9	38.1	42.6	35.0
1人1日当りリハビリ提供単位数・休日	8.29	8.14	8.18	8.14	7.67	—
1人1日当りリハビリ提供単位数・休日以外	8.16	8.00	8.05	8.04	7.58	—

※参考値は施設基準（2022年点数表）における回復期リハビリ病棟入院料3の基準値

回復期リハビリ病棟では、診療報酬において2008年からいわゆる「P4P」(質に対する評価)の考え方が導入され、在宅復帰率や重症者割合などの質指標により診療報酬点数がランク付けされています。

そうしたこともあって、回復期リハビリ病棟では、これら医療の質に関する関連指標を把握しておくことが重要になっています。

当院では、2022年9月までは回復期リハビリ病棟入院料1、2022年10月から2023年4月までは同入院料3、同年5月からは再び入院料1となっています。

※FIMについては「リハビリテーションの指標」の章(18p)参照

当院値の定義・計算方法（在宅復帰率）

分子：下記の内、在宅復帰した患者数

分母：回復期リハ病棟を退棟した患者数

※除外：死亡退院および急性増悪による他院転院の場合

当院値の定義・計算方法（重症者割合）

分子：入棟時ADL評価10点以上の患者数

分母：新規入棟患者数

当院値の定義・計算方法（FIM16点以上改善率）

分子：下記の内、退院時に16点以上改善した患者の数

分母：退院患者中入棟時55点以下の患者数

当院値の定義・計算方法（FIM実績指数）

分子：退棟時-入棟時のFIMの差の総和

分母：（在棟日数/上限日数）の総和

当院値の定義・計算方法（1人1日当りリハ提供単位数）

分子：回復期リハ病棟入棟患者に対し提供されたリハビリの総単位数

分母：回復期リハ病棟入棟患者の内、リハビリを行った患者に係る延べ入院日数

回復期リハビリ病棟入院料に関連する施設基準の例（2022年点数表）

	要件			
	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
在宅復帰率	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
重症者割合※	40%以上	40%以上	30%以上	30%以上
ADL4点以上またはFIM16点以上改善率※※	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上
FIM実績指数	40以上	—	35以上	—

※重症者の定義：ADL10点以上またはFIM55点以下

※※入院料3,4の場合は、ADL3点以上またはFIM12点以上改善率

医療療養病棟における在宅復帰率、褥瘡・ADL低下・尿路感染症・身体抑制の発生率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
在宅復帰率	33.3%	35.9%	22.9%	59.6%	55.6%
ADL区分1・2における「褥瘡あり」の割合	1.7%	1.1%	3.6%	0.6%	1.0%
うち、新規発生	0.4%	0.4%	1.0%	0.4%	0.6%
ADL区分3における「褥瘡あり」の割合	2.4%	2.6%	3.2%	1.8%	5.2%
うち、新規発生	0.9%	0.8%	1.0%	0.2%	1.4%
ADL低下	1.3%	0.6%	0.4%	0.6%	1.2%
尿路感染症	5.2%	7.2%	9.1%	8.6%	7.8%
身体抑制	34.9%	35.2%	44.6%	50.3%	45.0%

※上表の当院値は、月次で算出される数値を年度単位で集計したもの

医療療養病棟に期待される機能の1つは在宅復帰機能です。医療依存度が一定程度下がった患者については適切に在宅復帰を促す必要があります。ですが当院の場合、難病など医療依存度を下げることが困難な患者が多く、どうしても在宅復帰率は低く留まってしまいう傾向が見てとれます。

また、長期の寝たきり患者が多い医療療養病棟では、褥瘡や肺炎、尿路感染などのリスクがあります。上表にあげた指標は、2008年診療報酬改定以降、医療療養病棟において医療の質指標としての計測が義務づけられるようになりました。

これら指標の一部については、かつて中医協などでも発表されていましたが、当該調査での定義と当院値の定義とは微妙に異なり、また、数値は患者の疾病構成に影響されるので、あまり参考にはなりません。基本的には自院の目標値を適切に定め、改善活動を行っていくのが妥当といえるでしょう。

各指標について見ると、まず褥瘡では、とくに新規発生をできるだけゼロに近づけることが求められます。ADL低下や尿路感染症も同様ですが、なかなかゼロにはできないのが現状です。

身体抑制についても、患者の尊厳や人権を考えると、できる限り行わなくて良い方向に進みたいですが、安全上の理由などで身体抑制せざるを得ない場合もあります。なお、身体抑制には、ベッド柵使用やミトン着用なども含まれます。

当院値の定義・計算方法（在宅復帰率）

分子：在宅退院患者数

（包含）特別養護老人ホーム、居住系施設
（除外）老人保健施設

分母：医療療養病棟を退院した患者数

（包含）院内の他病棟への転棟患者数
（除外）死亡患者数

当院値の定義・計算方法（褥瘡）

分子：褥瘡発生数

分母：医療療養病棟における継続入院患者数

当院値の定義・計算方法（ADL低下）

分子：ADL得点で「支援のレベル」の合計点が前月末と比べ今月末で2点以上増加した患者数

分母：医療療養病棟における継続入院患者数

当院値の定義・計算方法（尿路感染症）

分子：尿路感染症のある患者の数

分母：医療療養病棟における継続入院患者数

当院値の定義・計算方法（身体抑制）

分子：身体抑制を実施している患者数

分母：医療療養病棟における継続入院患者数

転倒転落発生率、院内で発生した針刺し事故件数、MRI 検査室における事故発生率、誤薬発生率、等

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
入院患者の転倒転落発生率	3.78‰	4.73‰	3.52‰	3.65‰	3.33‰	2.82‰
転倒転落による骨折・頭蓋内出血件数	5	10	8	10	1	
院内で発生した針刺し事故件数	9	9	15	7	4	
MRI 検査室への持込禁止物によるアクシデント発生率	0.00‰	0.23‰	0.49‰	0.47‰	0.63‰	
誤薬発生率	1.91‰	1.96‰	2.52‰	3.17‰	2.61‰	
職員 1 人当インシデントレポート報告数（レベル 0～1 に限る）	0.85	1.36	1.13	1.00	0.76	0.76
インシデントレポート報告数中、アクシデント（レベル 3b 以上）の占める割合	1.27%	1.05%	1.78%	1.72%	0.60%	0.62%
医師からのインシデントレポート報告率	3.8%	1.0%	1.11%	0.93%	1.66%	4.1%

転倒転落

入院患者さんの転倒転落は、医療従事者がもっとも気をつけるべきリスクの 1 つです。中でも転倒転落により重大な傷害が発生することは、できる限りゼロにしたいものです。

なお、参考値が示されていますが、転倒転落発生率は各病院の疾病構成や急性期・慢性期の病棟構成などに大きく左右されます。参考値との比較よりも経年比較の方がより重要です。

針刺し事故

誤刺は古典的な事故ですが、残念ながら当院ではまだ誤刺事故の発生は根絶するに至っていません。

MRI 検査室における事故

MRI 検査には、持込禁止物（金属）を持ち込むことによって強力磁石による吸着事故、高周波による火傷等、重大事故のリスクがあります。当院は 2012 年 12 月、従来よりも強力な 3 テスラ MRI を導入したので、安全管理はより重要です。

誤薬発生率

誤薬は転倒転落と並ぶ、医療事故の代表です。投与すべき薬剤の種類の間違い、過量投与、過少投与、投与時期の誤りなどが誤薬となります。誤薬はときに患者さんに重大な脅威をもたらすので、特に厳重な対策が必要です。

インシデントレポート報告数、報告率

医療事故を減らすためには、院内で発生したインシデント・アクシデントの情報を収集・分析し、対策の検討を行うことが重要です。職員 1 人当の報告数（レベル 0～1）は、軽微な事例であってもきちんと報告がなされるという「安全文化」を反映する指標です。アクシデント（レベル 3b 以上）の報告率も、重大事故が少なく、軽微なヒヤリハット報告数が多いと小さな数値となり、医療の質が高いと評価されます。

当院値の定義・計算方法（転倒転落発生率）

分子：転倒転落発生件数
分母：期間中の入院患者延べ数

参考値の定義・計算方法（転倒転落発生率）

分子：転倒転落に係るレポート数
分母：期間中の入院患者延べ数
出典）日本病院会 2021 年度 QI プロジェクト結果報告（一般病棟分）

当院値の定義・計算方法（MRI 検査室での事故発生率）

分子：持込禁止物の持込によるアクシデント発生件数
分母：期間中の MRI 検査実施件数

当院値の定義・計算方法（誤薬発生率）

分子：誤薬発生件数
分母：期間中の院内処方せん枚数（投薬および注射）

当院値の定義・計算方法（職員 1 人当インシデントレポート報告数）

分子：インシデントレポート報告数（レベル 0～1 に限る）
分母：年度末時点の職員数

参考値の定義・計算方法（職員 1 人当インシデントレポート報告数）

分子：インシデントレポート報告数（レベル 0～1 に限る）
分母：インシデントレポートを報告すべき職員総数
出典）高知医療センター CI（2021 年度）

当院値の定義・計算方法（レベル 3b 以上の報告率）

分子：レベル 3b 以上の報告数
分母：インシデントレポート報告数

参考値の定義・計算方法（レベル 3b 以上の報告率）

分子：レベル 3b 以上の報告数
分母：インシデントレポート報告数
出典）高知医療センター CI（2021 年度）

当院値の定義・計算方法（医師からのインシデントレポート報告率）

分子：医師からの報告数
分母：インシデントレポート報告数

参考値の定義・計算方法（医師からのインシデントレポート報告率）

分子：医師からの報告数
分母：インシデントレポート報告数
出典）日本病院会 2021 年度 QI プロジェクト結果報告（一般病棟分）

病院職員のインフルエンザワクチン接種率、尿道留置カテーテル使用率、症候性尿路感染症発生率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
病院職員のインフルエンザワクチン接種率	89.6%	84.2%	91.7%	86.2%	84.3%	92.9%
尿道留置カテーテル使用率	9.9%	10.5%	9.7%	9.6%	11.4%	16.4%
症候性尿路感染症発生率	0.9‰	0.7‰	0.7‰	0.0‰	0.9‰	3.5‰

病院職員のインフルエンザワクチン接種率

インフルエンザワクチン接種の目的は、毎年流行するインフルエンザから職員の健康を守ることとともに、ウイルスが職員を經由して患者さんにばらまかれるのを防ぐことにあります。そのため、職員のワクチン接種率の高さが、感染対策に係る医療の質の指標となります。

尿道留置カテーテル使用率

尿道留置カテーテルは尿路感染症のリスク要因です。尿路感染症の発生を抑制するためには、カテーテル留置の必要性についての評価をこまめに行い、尿道カテーテルが漫然と長期留置されることのないよう管理を行うことが必要です。

尿道留置カテーテルを必要とする患者の割合は病院により異なるので、同使用率の他病院との単純比較には意味がありませんが、自院の感染リスクを把握し、リスク低減の取り組みを行う上で本指標は重要な数値です。

症候性尿路感染症発生率

当院では、2015年より日本病院会 QI プロジェクトでの定義を用いてカテーテル関連症候性尿路感染症（CAUTI）の発生率を測定しています。

当院値の定義・計算方法（ワクチン接種率）

分子：シーズン中にワクチンを接種した職員数

分母：2022年11月1日現在の職員数

参考値の定義・計算方法（ワクチン接種率）

分子：季節性インフルエンザワクチン予防接種実施数

分母：職員数（派遣、臨時、非常勤職員を含む）

出典)日本病院会 2021年度 QI プロジェクト結果報告(一般病棟分)

当院値の定義・計算方法（尿道留置カテーテル使用率）

分子：尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数 (device days)

除外)間欠的な導入目的のカテーテル挿入が行われている患者

分母：入院延べ患者数 (patient days)

参考値の定義・計算方法（尿道留置カテーテル使用率）

分子：同上

分母：同上

出典)日本病院会 2021年度 QI プロジェクト結果報告(一般病棟分)

当院値の定義・計算方法（症候性尿路感染症発生率）

分子：分母中、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

分母：尿道留置カテーテル挿入延べ日数

参考値の定義・計算方法（症候性尿路感染症発生率）

分子：同上

分母：同上

出典)日本病院会 2021年度 QI プロジェクト結果報告(一般病棟分)

1月当り救急医療管理加算算定数、緊急入院患者数、救急搬入数、救急搬入患者応需率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
1月当り救急医療管理加算1算定数	40	30	24	31	38	
1月当り救急医療管理加算2算定数	182	140	252	343	195	
1月当り緊急入院患者数	49	40	49	69	54	
1月当り救急搬入数	46	43	36	38	45	
救急搬入患者応需率	63.7%	63.2%	60.9%	58.3%	44.0%	79.2%

救急医療管理加算

救急医療管理加算は、緊急入院の重症患者に対して算定できる点数です。入院時の状態が下表に示す状態に該当する場合、入院初日から7日間を限度として算定することができます。救急車搬入による入院かどうかは問いません。2014年度からは患者さんの状態によって加算1と加算2の2種に分かれました。

救急医療管理加算は、病院がどれほど緊急入院の重症患者を受け入れているかどうかの指標となります。ただし、入院時に同じ状態であってもそれが保険診療として算定できるできないの判断基準が時に変化するので、それが同加算の算定数に影響します。なお、上表の同加算算定数は、1月当りの算定延べ数であり、入院患者の実数ではありません。

当院値の定義・計算方法（救急医療管理加算）

分子：年度中の救急医療管理加算算定延べ数
分母：12

当院値の定義・計算方法（救急搬入数）

分子：年度中の救急車による搬入患者延べ数
分母：12

当院値の定義・計算方法（救急搬入患者応需率）

分子：年度中の救急車による搬入患者延べ数
分母：年度中の救急車受け入れ要請件数
(= 搬入件数+お断り件数)

参考値の定義・計算方法（救急搬入患者応需率）

分子：同上
分母：同上

出典)日本病院会 2021年度QIプロジェクト結果報告(一般病棟分)

緊急入院患者数

本年報での緊急入院患者数の定義は、入院患者数のうち 1)救急医療管理加算算定に相当する患者、2)救急車で当院に搬送され、そのまま入院となった患者、のいずれかに該当する患者の数を指します。

救急搬入数

こちらは、救急車による搬入の実数(1月当り平均値)です。救急搬入後帰院するもの(外来)、入院するものの両方を含みます。

救急搬入患者応需率

病院が救急隊から救急搬入要請を受け、そのうちどれだけ受け入れたかを示したものが救急搬入患者応需率です。救急搬入患者応需率は、病院側の救急患者受け入れ態勢と、消防署側における搬送先選定の適切性との兼ね合いによって変わってきます。救急搬入患者応需率を上げることは、地域の救急体制全体にとっての課題といえるでしょう。

#2022年度の当院値はとても低い値です。これはコロナ第7,8波で搬送を希望する患者さんの急増に対し地域の救急隊と医療機関が対応しきれなくなったことを反映しています。2021年度の当院への救急搬送依頼数が平均64件なのに対し、2022年8月は157件(応需率21%)、12月は216件(同46%)、翌1月は173件(同36%)でした。このうち2022年8月は院内クラスターも重なり、一時は救急応需できない状況になってしまいました。

救急医療管理加算の対象となる患者(状態)

- | | |
|----|-------------------------------|
| ア. | 吐血、喀血または重篤な脱水で全身状態不良の状態 |
| イ. | 意識障害または昏睡 |
| ウ. | 呼吸不全または心不全で重篤な状態 |
| エ. | 急性薬物中毒 |
| オ. | ショック |
| カ. | 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) |
| キ. | 広範囲熱傷、顔面熱傷または気道熱傷 |
| ク. | 外傷、破傷風等で重篤な状態 |
| ケ. | 緊急手術、緊急介入治療・検査、t-PA療法を必要とする状態 |
| コ. | 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 |
| サ. | 蘇生術を必要とする重篤な状態 |
| シ. | その他の重症な状態 |

紹介率、逆紹介率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
紹介率	25.5%	28.7%	29.4%	24.2%	20.5%
逆紹介率	22.7%	25.8%	25.9%	26.0%	19.9%

紹介率は他院から当院への、逆紹介率は当院から他院への地域医療連携の状況を示す指標です。

計算式としては、紹介率は他院から当院へ紹介されてきた患者数の、逆紹介率は当院から他院へ紹介を行ったさいの診療情報提供料算定数の、それぞれ初診患者数に対する割合として算出します。

当院値の定義・計算方法（紹介率）

分子：総紹介患者数

分母：初診患者数

当院値の定義・計算方法（逆紹介率）

分子：診療情報提供料算定数

分母：初診患者数

BI 改善率（一般病棟）、FIM 改善率（回復期リハビリ病棟）、急性脳梗塞患者における入院 3 日以内リハビリ開始率

	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	参考値
一般病棟における BI 改善率	58.8%	56.2%	51.9%	46.3%	
リハビリ前後における BI の差の平均・一般病棟	12.1	8.3	9.2	10.1	
回復期リハビリにおける FIM 改善率	91.5%	92.2%	88.7%	92.2%	
リハビリ前後における FIM の差の平均・回復期リハビリ病棟	18.5	20.6	19.4	21.3	
FIM 実績指数（再掲；12p）	40.7	43.9	38.1	42.6	40.0
急性脳梗塞患者における入院 3 日以内リハビリ開始率	97.0%	97.9%	98.0%	100%	95.0%
入院何日目にリハビリを開始したか（平均値）	1.69	1.74	1.50	1.67	

※「急性脳梗塞患者における入院 3 日以内リハビリ開始率」は、参考値では「4 日以内開始率」

BI, FIM 改善率、改善度

BI、FIM はともに患者さんの ADL（日常生活動作）を評価するための尺度です。

BI（バーセル・インデックス）は、基本的 ADL と呼ばれる食事、移乗、整容、トイレ、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、尿便自製の 10 項目で構成され、総得点 0 点～100 点で評価されます。

FIM（機能的自立度評価法）は、基本的 ADL13 項目にコミュニケーション 2 項目、社会的認知 3 項目を加えた全 18 項目で構成され、総得点は 18 点～126 点となっています。

当院の回復期リハビリ病棟では、患者さんの ADL をより詳細に評価できる FIM を用いていますが、一般病棟では簡便な BI で評価を行っています。

入院患者さんがリハビリ介入の前後で ADL が改善したかどうかの指標として、当院では改善率、改善度の 2 つを測定しています。改善率は、リハビリ介入の前後で「介入前の得点<介入後の得点」となった患者さんの割合です。改善度は、リハビリ介入前後の得点の差です。

早期リハビリ実施率

また、疾患別のプロセス指標として、急性脳梗塞における早期リハビリ実施率を測定しています。

下表は、当院の 2021 年度 DPC 調査（2022.4～2023.3）をもとに集計した脳梗塞リハビリに関する統計値です。

2022 年度 DPC 調査より（2022.4～2023.03）

入院契機病名および医療資源最投入傷病名がともに脳梗塞（I63\$）である退院患者……①	75
①のうち、発症から 3 日以内に入院……②	40
②のうち、リハビリテーションあり……③	39
③/②	97.5%
③のうち、入院 3 日目までに疾患別リハビリを開始……④	39
④/③	100%
③の平均（入院何日目にリハビリを開始したか）	1.67

※①：疑い病名の患者、転帰が死亡の患者、および入院日が調査年前年 12 月末日以前の患者を除く

当院値の定義・計算方法（BI, FIM 改善率）

分子：下記の内、初期評価得点<最終評価得点となった患者数

分母：期間中の退院患者の内、リハビリが施行され、かつ初期評価-最終評価の比較可能な患者数

当院値の定義・計算方法（3 日以内リハ開始率）

分子：入院 3 日以内にリハビリが開始された患者数

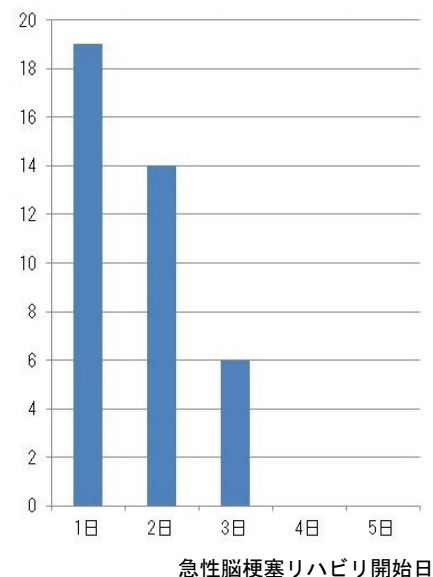
分母：急性脳梗塞（発症時期が 3 日以内）の退院患者のうち、リハビリが施行された退院患者数

参考値の定義・計算方法（4 日以内リハ開始率）

分子：入院 4 日以内にリハビリが開始された患者数

分母：急性脳梗塞（発症時期が 3 日以内）の退院患者のうち、リハビリが施行された退院患者数

出典）国立病院機構 臨床評価指標 ver. 4.1（2021 年度；中央値）



1 月当り薬剤管理指導料算定数、薬剤管理指導実施率

	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
1 月当り薬剤管理指導料算定数	164	57	68	249	343
薬剤管理指導実施率	50.8%	21.1%	20.7%	48.5%	55.7%
薬剤管理指導算定率	23.7%	8.2%	10.3%	38.9%	63.9%

薬剤管理指導

薬剤管理指導料は、薬剤師が入院患者さんに対して服薬指導、服薬支援やその他の薬学的管理指導を行った場合、週1回を限度として算定できます。同指導料算定数は、薬剤師の病棟業務の活動性を示す指標になります。また、薬剤管理指導実施率は、入院患者さんのうち、どれだけの割合の患者さんに薬剤管理指導が行えているかを示す指標です。

当院は 2019-2020 年と、薬剤師の配置が十分でなく、薬剤管理指導料算定数・実施率ともに下がりましたが、2021-2022 年は配置状況が改善し、同指導料実施率に関しては平均的な病院に比べて遜色のない水準になっています。今後は質的な充実を含め、さらに改善していくことが求められます。

当院値の定義・計算方法（1 月当り薬剤管理指導算定数）

分子：年度中の薬剤管理指導料算定延べ数
分母：12

当院値の定義・計算方法（薬剤管理指導実施率）

分子：年度中の薬剤管理指導実施患者数
分母：年度中の入院患者数

当院値の定義・計算方法（薬剤管理指導算定率）

分子：年度中の薬剤管理指導実施件数
分母：同指導料算定可能な病棟における年度中の在院患者数 ÷ 7（週1回 算定可能なため）

1月当り入院栄養指導料算定数、入院栄養指導実施率、特別食加算算定率、NST介入率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
1月当入院栄養指導料算定数	18	20	20	16	9
入院栄養指導実施率	34.4%	29.7%	29.3%	21.7%	15.9%
特別食加算算定率	19.6%	24.3%	30.0%	30.5%	29.9%
NST介入率	5.5%	6.5%	5.7%	6.0%	4.5%

入院栄養指導

入院栄養指導料は、特別食（下記参照）を必要とする入院患者さんに対して管理栄養士が栄養指導を行った場合、週1回・入院中2回を限度として算定できます。同指導料算定数は、管理栄養士の病棟業務の活動性を示す指標の一つになります。また、入院栄養指導実施率は、特別食加算を算定した患者さんのうち、栄養指導を行った患者さんの割合を示しています。

当院値の定義・計算方法（1月当入院栄養指導算定数）

分子：年度中の入院栄養指導料算定延べ数
分母：12

当院値の定義・計算方法（入院栄養指導実施率）

分子：年度中の入院栄養指導実施実患者数
分母：年度中に特別食加算を算定した実人数

当院値の定義・計算方法（特別食加算）

分子：特別食加算算定延べ数
分母：入院時食事療養算定延べ数

特別食加算

特別食とは、「疾病治療の直接手段として提供される治療食、無菌食、特別な検査食」と定義され、下表の特別食が定められています。特別食加算算定率は、「治療手段としての食事」がどれほど行われているかを示す指標です。

当院値の定義・計算方法（NST介入率）

分子：年度中にNST介入を行った実患者数
分母：年度中の入院実患者数

厚労省告示が定める特別食

・腎臓食	・フェニールケトン尿症食
・肝臓食	・楓糖尿症食
・糖尿食	・ホモシスチン尿症食
・胃潰瘍食	・ガラクトース血症食
・貧血食	・治療乳
・隣臓食	・無菌食
・脂質異常症食	・小児食物アレルギー食
・痛風食	・特別な場合の検査食

NST介入率

NST（栄養サポート・チーム）とは Nutrition Support Team の略で、栄養管理をそれぞれの専門分野による知識や技術を出しあい、患者の栄養状態の改善に努めることを目的とした、多職種からなる医療チームのことで、当院では2008年から活動を始めています。NSTの活動性の指標として、NST介入率（入院患者に占めるNST介入を行った患者の割合）を示してみました。

NSTメンバー構成

・医師：2名	・看護師：1名
・薬剤師：1名	・臨床検査技師：1名
・理学療法士：1名	・作業療法士：1名
・言語聴覚士：1名	・歯科衛生士：1名
・管理栄養士：2名	

2 週間以内の医師退院時要約作成率、クリニカル・パス使用率

	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	参考値
2 週間以内の医師退院時要約作成率	94.3%	96.9%	96.8%	95.4%	96.9%	90.0%
クリニカル・パス使用率	13.7%	14.1%	13.3%	17.2%	25.7%	

医師退院時要約の期限内作成率

退院時要約（退院サマリ）とは、患者さんの入院期間中の診療計画の要約のこと。このうち医師が記載するものは医師退院時要約と呼ばれます。医師退院時要約が患者さんの退院後もれなく、かつ遅滞なく作成されることはたいへん重要であるとされています。

それは主として次の2つの側面から説明されています。

1 つは、医師退院時要約には、患者名、性別、生年月日や入退院日などの基本情報からはじまり、治療の対象となった主病名や副病名、併存症、さらに入院から退院にいたる診療経過、手術や主要治療内容、投薬内容、退院後の診療計画などが簡潔に記載されることにより、患者情報を次（同一診療科や他科の外来、他職種スタッフ、連携先の医療機関など）に伝達継承するツールという側面。

もう1つは、診療科や病院の活動状態を測る統計を作成するための重要な情報源という側面です。

こうしたことから、医師退院時要約が患者さんの退院後、期限内に確実に作成されているかどうか、その作成率は、チーム医療および病院の情報管理にとって重要な指標となります。参考値（90%）は、診療録管理体制加算1の施設基準で求められる値です。

クリニカル・パス使用率

クリニカル・パスとは、通常、特定の術式や疾患ごとに到達目標を定め、その目標に至るための治療・処置・看護など、チーム医療に参画する医療従事者の行為と時間軸とを、二次元に表した診療スケジュール表のことです。

医療の本質は個別性にあります。一定の均質性によりグループ化した患者に対する治療パターンはある程度定型的であり、その定型的な治療パターンの標準化・改善・情報共有などを目的として、クリニカル・パスが用いられます。標準的な治療方法を定めたクリニカル・パスは多くの病院に普及し、利用されています。

当院では、電子カルテ導入（2008年）後、クリニカル・パスの電子化がなかなか進まず、クリニカル・パス使用率も低迷していましたが、その後次第に使用率は上がってきました。2022年度はさらに使用率が高くなっていますが、これには新型コロナの入院患者さんにクリニカル・パスを使用することが多くあったことが大きく影響しています。

当院値の定義・計算方法（医師退院時要約作成率）

分子：下記の内、退院から2週間以内に医師退院時要約が作成された患者数

分母：年度中の退院患者数

当院値の定義・計算方法（クリニカル・パス使用率）

分子：下記の内、入院中にクリニカル・パスが使用された患者数

分母：年度中の退院患者数

糖尿病患者の血糖コントロール率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	参考値
HbA1Cが7.0%未満の患者割合	53.1%	49.1%	49.0%	48.5%	46.3%	47.3%

糖尿病患者の血糖コントロール率

HbA1Cは、過去2～3ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示す指標で、糖尿病合併症予防のためには、HbA1Cを7.0%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1Cが7.0%未満にコントロールされている患者割合は、糖尿病診療の質のひとつであると言えます。

ただし、糖尿病診療においては、各患者の条件に応じた目標値の設定が必要であり、一律に目標値を7.0%未満と設定することが必ずしも正しいわけではないことに注意が必要です。

当院値の定義・計算方法（糖尿病患者の血糖コントロール率）

分子：下記の内、各調査期間におけるHbA1C(NGSP)の最終値が7.0%未満である患者数の合計

分母：年4回（6, 9, 12, 3月）の調査において各々過去1年間の内に糖尿病治療薬が外来で90日以上処方されている外来患者数の合計

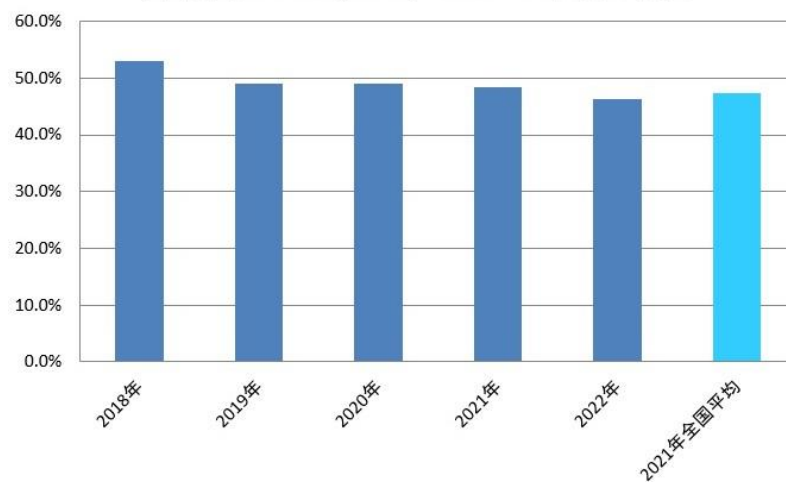
参考値の定義・計算方法（糖尿病患者の血糖コントロール率）

分子：同上

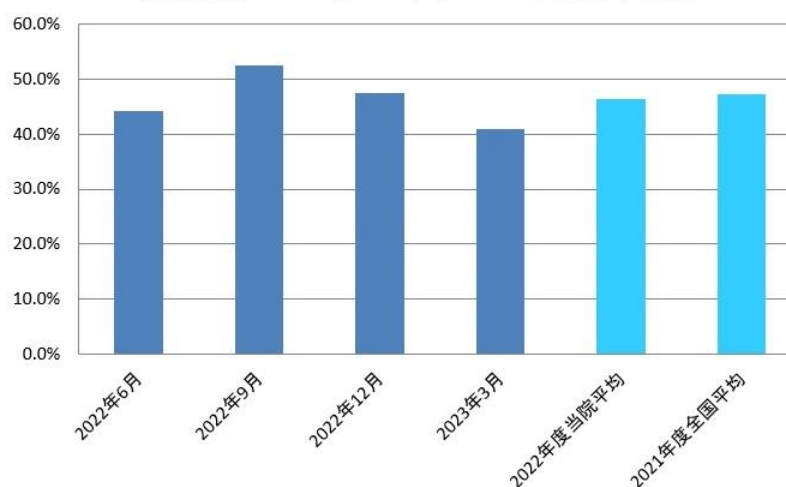
分母：同上

出典）日本病院会 2021年度QIプロジェクト結果報告

年次変動：HbA1C(NGSP)<7.0%の患者の割合



年内変動：HbA1C(NGSP)<7.0%の患者の割合



※当院の冬季（12月、3月）の値が下がっているのは、季節変動の影響と考えられる

分子・分母一覧（2022年度）

	率	分子	分母	分子の定義	分母の定義	
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・外来	90.0%	450	500	満足、やや満足と回答した患者数	患者満足度調査に回答した患者数	
患者満足度調査で「満足」「やや満足」と回答した割合・入院	87.7%	157	179	同上	同上	
病床利用率・病院全体	73.3%	63,707	86,870	在院延べ数	許可病床数×365日	
退院後4週間以内の再入院率	6.6%	99	1,500	前回退院後4週間以内の再入院数	DPC退院患者調査における退院患者数	
褥瘡発生率	0.66‰	41	62,464	褥瘡の新規発生件数	入院患者延べ数	
うち、Ⅱ度以上	0.50‰	31	62,464	上記中、d2以上の件数	入院患者延べ数	
認知症ケア加算算定率	24.2%	15,336	63,498	認知症ケア加算算定延べ数	対象病棟の延べ入院日数	
認知症ケア加算算定患者中、身体抑制実施率	64.8%	9,945	15,336	分母中、身体抑制を実施した数	認知症ケア加算算定延べ数	
急性期病棟	看護必要度の基準を満たす患者の割合	16.5%	4,078	24,780	分母中、看護必要度の基準を満たす日数	急性期病棟における延べ入院日数（一部除外あり）
	ADL低下発生率（4F病棟）	3.70%	18	486	入棟時ADL<退棟時ADLとなった患者の数	退棟患者数
回復期リハビリ病棟	在宅復帰率	89.5%	197	220	在宅復帰した患者数	退棟患者数
	重症者割合	37.2%	102	274	入棟時ADL評価10点以上の患者数	新規入棟患者数
	FIM16点以上改善率	44.1%	26	59	退院時に4点以上改善した患者数	退院患者中入棟時10点以上の患者数
	FIM実績指数	42.6	4,876	114	退棟時-入棟時のFIMの差の総和	（在棟日数/上限日数）の総和
医療療養病棟	在宅復帰率	55.6%	25	45	在宅復帰した患者数	退棟患者数
	ADL区分1・2における「褥瘡あり」の割合	1.0%	5	515	「褥瘡あり」の患者数	継続入院患者数（月毎合計）
	うち、新規発生	0.6%	3	515	褥瘡新規発生数	同上
	ADL区分3における「褥瘡あり」の割合	5.2%	27	515	「褥瘡あり」の患者数	同上
	うち、新規発生	1.4%	7	515	褥瘡新規発生数	同上
	ADL低下	1.2%	6	515	「支援のべル」のADL得点が前月より2点以上増加した患者数	同上
	尿路感染症	7.8%	40	515	尿路感染症のある患者の数	同上
身体抑制	45.0%	232	515	身体抑制を実施している患者数	同上	
入院患者の転倒転落発生率	3.33‰	217	65,207	転倒転落発生件数	入院患者延べ数	
MRI検査室への持込禁止物によるアクシデント発生率	0.63‰	2	3,198	アクシデント発生件数	MRI検査実施件数	
誤薬発生率	2.61‰	113	43,214	誤薬発生件数	院内処方箋枚数（投薬・注射）	
職員1人当りインシデントレポート報告数（レベル0～1に限る）	0.76件	385	508	インシデントレポート報告数（レベル0～1に限る）	年度末時点の職員数	
インシデントレポート報告数中、アクシデント（レベル3b以上）の占める割合	0.60%	4	664	レベル3b以上の報告数	インシデントレポート報告数	
医師からのインシデントレポート報告率	1.66%	11	664	医師からの報告数	インシデントレポート報告数	
病院職員のインフルエンザワクチン接種率	84.3%	435	516	シーズン中にワクチンを接種した職員数	2021年11月1日現在の職員数	
尿道留置カテーテル使用率	11.4%	7,434	65,207	尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数	入院延べ患者数	
症候性尿路感染症発生率	0.9‰	7	7,458	分母中、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	尿道留置カテーテル挿入延べ日数	
救急搬入患者応需率	44.0%	545	1,239	救急車による搬入患者延べ数	救急車受け入れ要請件数	
紹介率	20.5%	1,552	7,583	総紹介患者数	初診患者数	
逆紹介率	19.9%	1,506	7,583	診療情報提供料算定数	初診患者数	
一般病棟におけるBI改善率	46.3%	260	561	初期評価得点<最終評価得点となった患者数	リハビリが行われた退院患者中、初期-最終評価の比較可能な数	
回復期リハビリにおけるFIM改善率	92.2%	237	257			
薬剤管理指導料実施率	55.7%	922	1,655	薬剤管理指導料実施患者数	入院実患者数	
入院栄養指導料実施率	15.9%	93	585	入院栄養指導料実施患者数	特別食加算を算定した実人数	
特別食加算算定率	29.9%	53,427	178,417	特別食加算算定延べ数	入院時食事療養算定延べ数	
NST介入率	4.5%	74	1,655	NST介入を行った実患者数	入院実患者数	
退院2週間以内の医師退院時要約作成率	96.9%	1,453	1,500	退院から2週間以内に医師退院時要約が作成された患者数	退院患者数	
クリニカル・パス使用率	25.7%	385	1,500	入院中にクリニカル・パスが使用された患者数	退院患者数	
急性期脳梗塞患者における入院3日以内リハビリ開始率	100%	39	39	分母中、入院3日以内にリハビリが開始された患者	退院患者中、リハビリが施行された急性期脳梗塞患者	
糖尿病患者の血糖コントロール率	46.3%	1,438	3,104	HbA1c最終値<7.0%の外来患者数	糖尿病の薬物療法を施行されている外来患者数	



いずみの病院 C I 年報 2022 年版

2023 年 10 月 12 日

いずみの病院 Q I 委員会