クリニカルインディケーター　分析評価シート

（単位：%）

項目	目標値（参考値）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
紹介率	65.0	41.06	39.72	47.71	48.90	73.44
逆紹介率	40.0	43.60	47.97	45.37	46.46	63.25

※目標値（参考値）は地域医療支援病院承認要件の数値

分析・評価欄

紹介率　　他の医療機関から紹介されて、紹介状を持参し来院された割合
逆紹介率　当院から他の医療機関に紹介した割合

地域医療支援病院の要件である紹介率、逆紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上を満たせている。
今後も引き続き尽力していく。

クリニカルインディケーター　分析評価シート

（単位：日）

項目	目標値（参考値）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
平均在院日数 （全病棟）	12.55	11.17	10.91	10.59	10.98	10.12

令和4年度	令和5年度
10.41	10.51

※目標値（参考値）は日本病院会 ＱＩプロジェクト参加病院の平均値

分析・評価欄

当院は高齢患者が多い中で、平均在院日数が参考値を下回っている。
これは入退院支援室、MSW(医療ソーシャルワーカー）が介入し、滞りなく退院調整が行われているためと分析される。

クリニカルインディケーター　分析評価シート

（単位：‰）

項目	目標値（参考値）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
入院患者の転倒・転落発生率	2.76	0.90	1.05	0.94	1.15	1.13
入院患者の転倒・転落によるレベル4以上の損傷発生率	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率	3.12	1.02	1.16	1.10	1.40	1.62

※目標値（参考値）は日本病院会 ＱＩプロジェクト参加病院の平均値

分析・評価欄

平成29・30年度と、多職種で編成した「転倒・転落ゼロプロジェクトチーム」で行った対策を基盤として、現在も予防対策が実施されており、全国的な平均値（QIプロジェクトデータ）と比較しても、良好な結果を保つことができている。

コロナ患者受入により、患者・医療者とも多くの変化や制約が課される中、1‰前後と安定した数値で推移しており、継続的な取り組みが適切に行われていると評価できる。転倒・転落によるレベル4以上の障害発生率は6年間0‰を維持しており、患者や家族にとって安全な療養環境を提供できている。65歳以上の転倒・転落発生率についても同様の結果である。高齢者が増加する中で良好な結果を継続していることは、当院の転倒転落予防対策が適切に行われていることを示している。上記3種類の指標はどれもQI平均値より良好な水準で経過している。ただし、令和4年度は発生率が0.21‰上昇し、65歳以上の発生率は0.3‰上昇していることから推移を注視していたが、昨年度は65歳以上の転倒・転落発生率がさらに0.22‰上昇した。今後の課題としては、増加する高齢者についての理解を深め、適切なアセスメント、対策が実施できているか各部署でのカンファレンスに積極的に参加し課題を見いだしたいと思う。

クリニカルインディケーター　分析評価シート

項目	目標値（参考値）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
早期リハビリテーション実施率	78.5	96名／101名 95%	117名／122名 96%	109名／114名 95.6%	109名／115名 94.8%	119名／121名 98.3%

※目標値（参考値）は日本病院会 ＱＩプロジェクト参加病院の平均値（脳梗塞における早期リハビリテーション実施患者）

分析・評価欄

脳梗塞における入院後早期リハビリテーション実施患者の割合

分子：分母のうち、入院後3日以内（発症後4日以内）に脳血管疾患等リハビリテーション料が算定された症例数
分母：18歳以上の脳梗塞の診断で入院した症例数

2023年度　当院で入院後3日（発症後4日）以内に実施算定が行えなかった理由

- 脳梗塞発症後、入院当日の精査でCOVID-19感染が確認され、感染防止目的で、入院後3日以降のリハビリテーション実施対応となった。
- 合併症（心房細動、誤嚥性肺炎）を併発、症状安定されるまで経過観察を要し、入院後3日以降にリハビリテーションの依頼が発行された。

クリニカルインディケーター　分析評価シート

（単位：%）

項目	目標値（参考値）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
術後感染率【外科】	5.4	1.2% (8/667件)	2.6% (17/658	2.8% (16/572	4.7% (25/537	3.8% (23/612

※目標値（参考値）は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI（手術部位感染）率

分析・評価欄

当院のSSI発生率は、 令和元年度　1.2%（SSI発生数8例／手術数667例）　令和2年度　2.6%（SSI発生数17例／手術数658例）　令和3年度　2.9%（SSI発生数16例／手術数572例）令和4年度　4.6%（SSI発生数例25例／手術数　537例）令和5年度　3.8%（SSI発生数例23例／手術数　612例）であった。

SSI発生率は厚生労働省院内感染対策公開情報と比較して低い発生率で推移している。前年度に比べて若干低下している。

術前対応として、術前の血糖コントロール、栄養状態の改善、禁煙指導、手術前夜のシャワー浴を行っている。また、術中対応として手術室の環境、手指衛生の保持につとめている。具体的には術中の無菌操作、腸管切除時などの準清潔手術時の手袋交換、閉創時の器具の交換を必ず行っている。また、術中・術後の予防抗菌薬の適切な使用を徹底している。術後は毎日の創部観察と的確な創部処置を行い、SSI防止に努めている。
その結果として、発生率を抑えられていると考える。
今後も術前・術中・術後管理を感染対策マニュアルに沿って、外科全体として継続して行って行きたい。

クリニカルインディケーター　分析評価シート

（単位：%）

項目	目標値（参考値）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
術後感染率【整形外科】	4.2	14/618件 （2.3%）	9/616件 （1.5%）	4/604件 （0.7%）	3/611件 （0.5%）	4/701件 （0.6%）

※目標値（参考値）は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI（手術部位感染）率

分析・評価欄

当科では例年通り、術後感染症（SSI）の調査を行ってきている。
インプラントありの手術では術後１年以内、インプラントなしの手術では術後30日までを調査している。
以前より継続している、一定時間後の手袋交換、落下細菌付着防止、抗生物質の適正使用を行い、
SSI減少の取り組みを継続し、効果が得られている。

クリニカルインディケーター　分析評価シート

（単位：%）

項目	目標値（参考値）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
術後感染率【脳神経外科】	4.2	2.3% (4/174件)	1.4% (2/144件)	0.0% (0/156件)	1.4% (2/148件)	0.8% (1/120件)

※目標値（参考値）は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI（手術部位感染）率

分析・評価欄

令和元年
1.クリッピング術後の前頭洞炎
2.癌性髄膜炎(1)、悪性脳腫瘍(2)、免疫機能低下患者の創感染
令和2年
1.シャント感染
2.他院にて創感染に対してのデブリードマン後の再感染
令和3年
昨年度より手術が多いが術後感染症は０症例で抑えられた
令和4年
1.脳内出血術後
2.慢性硬膜下血腫術後（免疫不全合併あり）
令和5年
硬膜外膿瘍、頭蓋形成術後感染

クリニカルインディケーター　分析評価シート

（単位：%）

項目	目標値（参考値）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
術後感染率【泌尿器科】	4.2	0.0% （0/25件）	0.0% （0/23	0.0% （0/20	1.8% （1/56件）	2.6% （1/38件）

※目標値（参考値）は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI（手術部位感染）率

分析・評価欄

1.過去4年間(令和1-令和4)のSSI発症率はほぼ０%である。一昨年1例の創感染を見たが、短期間で軽快を得た。

2.この数年間の手術統計を見る限り、開腹等皮膚切開による手術は年間少なくて20件、多くて60件程度行われている。ただし高侵襲となるような開放手術はむしろ減少の一途であり、術後創感染は、周術期管理が安静に行われていればまず回避できることが期待できる。

3.当科手術の主力は内視鏡による結石破砕及び膀胱腫瘍切除であり、SSI自体を懸念する環境がきわめて少なくなっている。なおこれはより低侵襲を謳う医療業界全体の傾向でもある。ただし、内視鏡手術でも相応の術後感染リスクは存在するため、これに対する安全管理は必須条項である。

4.今後開放手術は減っていくとはいえ、なくなることはあり得ない。SSIを抑えていくにあたり、WHOの定めるスタンダードプリコーションに準拠した患者管理が、病棟全体の常の課題であると考える。