

	QI指標	主 担 当 者	目 標 値	2024年度実績	指標の意義	定 義
医療の質（重点項目）	医師のインシデントアクシデントレポート提出率	医療安全推進委員会	10%	3.2% （2024年度）	当院ではインシデントアクシデントを集積し、結果は原因分析や対策を院内で共有し、事故の再発防止や組織的な改善活動につなげています。その中で医師の報告は重要事例が多く挙がる傾向にあることが言われています。	■算出方法 分子：分母のうち、医師が提出したインシデントアクシデントレポート総報告件数 分母：インシデントアクシデント総報告件数
	統一フォーマットでの同意書の使用率		100%	98% （2025年3月）	インフォームド・コンセント委員会で承認をしている同意書を用いて、患者への説明と同意を取得しているかの指標です。	■算出方法 分子：分母のうち、同意書取得件数 分母：インフォームド・コンセント委員会が必要と規定した手技件数
	看護師の説明同意書必要症例に対するIC同席率		100%	88.3% （2025年3月）	患者へのインフォームド・コンセントを実施した後、患者の理解度や不安などの傾聴を行える環境が整備できている指標です。	■算出方法 分子：分母のうち、看護師が同席したインフォームド・コンセント件数 分母：インフォームド・コンセント委員会が必要と規定した手技件数
	転倒転落カンファレンスの実施率		100%	82.7% （2025年3月）	この指標は転倒転落のカンファレンスの実施だけではなく、カンファレンス記録の有無の評価をしています。カンファレンス記録を残すことにより、チームでの情報共有が促進され、プロセス・アウトカムを評価することが可能になります。	■算出方法 分子：分母のうち、転倒転落カンファレンス実施件数 分母：入院時転倒転落アセスメントスコアシート危険度2以上の患者
医療安全	インシデントアクシデントレポート報告件数		2500件	2935件 （2024年度）	身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデントアクシデントが発生する危険があります。その発生を出来る限り防ぐことは医療安全の基本である。仮にインシデントアクシデントが発生してしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。	■算出方法 電子カルテシステムより、インシデントアクシデント報告件数を抽出。
	口頭指示マニュアルの遵守率		100%	64.1% （2025年3月）	口頭指示は原則禁止としていますが、緊急時の対応などで医師がオーダー入力などの対応が困難である場合には少ないながらも生じるプロセスです。口頭指示はコミュニケーションエラーが発生しやすいため、口頭指示を受けた職員は、口頭指示メモを用いて指示をメモに記載し、指示内容の読み返しを行い、カルテ記載を行う手順としています。口頭指示を受けた職員による口頭指示メモの記載間違いや記載漏れなどが生じることにより、患者に対し何らかの影響を及ぼす可能性があり、指示内容のカルテ記載状況を指標とすることで、医師からの伝達精度を向上させ、エラー防止につながります。	■算出方法 分子：分母のうち、口頭指示を受けた職員のカルテ記載件数 分母：口頭指示メモ使用件数
	患者識別手順遵守率（外来部門）		100%	55% （2025年3月）	患者誤認は、誤投薬や誤手術、検査結果の取り違いなど重大な医療事故につながります。指標化し、遵守率をモニタリングすることで、これらの事故を予防できます。	■算出方法 分子：分母のうち、患者識別手順遵守件数 分母：外来診察時の診察タイミング
	タイムアウト実施率（手術部門）		100%	100% （2025年3月）	タイムアウトは、WHOが提唱する「手術安全チェックリスト」の一部であり、患者の識別、手術部位、手術内容、チームメンバーの役割などの情報共有を行う重要な手順です。遵守率を指標化することで、医療事故の最終防止策として機能し、誤手術の発生を抑えることになります。	■算出方法 分子：分母のうち、タイムアウト実施件数 分母：手術室での手術、その他の場所での侵襲的処置を受けた件数 ※その他の場所：カテ室、内視鏡室
	マーキング実施率（手術部門）		100%	100% （2025年3月）	マーキングは、手術対象部位を事前に明確に示すことで、誤部位手術や誤側手術を防ぐ最も基本的かつ重要な手段です。特に左右対称のある部位や多部位手術の場合、マーキングの徹底が極めて重要になります。マーキングの実施率を指標とすることで、誤手術発生リスクの削減に直結します。	■算出方法 分子：分母のうち、タイムアウト時のマーキングチェック項目が確認できた件数 分母：手術実施件数
診療記録	医師による診療録記載割合		100%	98.4% （2025年3月）	医師による診療録記載割合を指標にすることは、医療の質、安全性、透明性を確保するための基盤となります。継続的に管理することで、患者の安全確保、チーム医療の連携強化および診療の質改善に繋がります。	■算出方法 分子：分母のうち、医師によるカルテ記載が確認できた件数 分母：在院患者数
患者目線	外来患者満足度（総合評価）		90%以上	82.9% （2024年度）	治療を提供する病院にとって、患者さんの総合的な満足度は医療の質の直接的な指標になります。	■算出方法 分子：分母のうち、「満足」「やや満足」と回答した合計数 分母：「病院の総合的な満足度」項目の5段階の合計数
	入院患者満足度（総合評価）		90%以上	84.3% （2024年度）	治療を提供する病院にとって、患者さんの総合的な満足度は医療の質の直接的な指標になります。	■算出方法 分子：分母のうち、「満足」「やや満足」と回答した合計数 分母：「病院の総合的な満足度」項目の5段階の合計数
	患者相談窓口の相談件数		50件/月	51件 （2025年3月）	患者や家族の方の治療に関する不安や心配事、要望などをお聞きして安心して治療が受けられるように患者相談窓口を設置しています。	■算出方法 患者相談窓口に当院受診されている患者、もしくは患者家族からの相談件数の総数
職員目線	職員の声ボックス投書件数		50件/年	93件 （2024年度）	職員からの投書は、日常業務の中で感じた疑問、不安、不満、改善提案を反映する貴重なフィードバック手段です。指標として整備することで、組織内に埋もれがちな課題を可視化し、迅速な対応が可能になります。また職員が自由に意見を出し合い、問題提起できる環境は安全文化の醸成には欠かせません。職員からの投書を指標とすることで、報告しやすい雰囲気や、組織として「問題を隠さない」「改善に取り組む」姿勢を示すことが分かる指標にもなります。	■算出方法 投書している職員の声ボックスの投書件数

診療科	外科	手術部位感染 (SSI) 発生率	JANIS データ	胆嚢手術：0% (0/4件) 大腸手術：50% (1/2件)	手術部位感染 (SSI) とは、手術後30日以内 (人工物を挿入した場合は1年以内) に、手術操作の及んだ部位に発生する感染症のことをいいます。手術部位感染の発生は、在院日数の延長や医療費の増大、何より患者さんの身体的苦痛や精神的苦痛につながります。そのため発生する原因を分析し、根拠に基づいた予防策を実施することが大切です。	■算出方法 分子：分母のうち、SSI発生患者数 分母：該当部位の手術件数 対象部位：胆嚢、大腸
	救急科	入院患者における救急外来滞在時間	90分以内	97.5分 (2025年3月)	救急外来受診後、入院までに要した時間には、診察までの待ち時間に加え、ある程度の診断がついて診療方針が決定されるまでの時間であり、各部門の連携の緊密さ、迅速性を表す指標です。また救急をうける体制をとり続けることは、地域貢献の観点からも重要な指標になると考えられます。	■算出方法 分子：救急外来受診受付から入院までの総所要時間 分母：救急外来を受診して直接入院となった患者数
	産婦人科	分娩症例検討会実施率	100%	50% (2025年3月)	分娩は母胎と胎児の安全に直結するため、医療事故や合併症リスクを伴います。分娩症例検討会では、正常分娩から異常分娩、合併症事例などを共有・検討し、対応の是非や改善点を振り返ります。症例検討会を開催し、指標として継続的に評価・管理することで、分娩ケアにおける医療の質の標準化と改善が継続的に図られます。	■算出方法 分子：分母のうち、分娩症例検討会を実施した件数 分母：収集期間内の分娩総件数
	循環器内科	クリニカルパス適用率	—	100% (2025年3月)	クリニカルパスとは、治療や処置、検査、看護などの診療内容をスケジュール表にしたものであり、科学的根拠に基づいて作成されるため、診療の標準化が図られます。	■算出方法 分子：分母のうち、パス適用患者数 分母：循環器内科入院患者数 (入院期間中に循環器内科に転科した場合も含む)
	小児科	点滴患児における途中抜針率	—	0% (2025年3月)	点滴の途中抜針は薬剤投与の中断や感染リスク、出血を引き起こす可能性があり、患児の安全に影響を与えます。また点滴が途中で抜けることは点滴固定の不備や患児の適切な対応が不足していることも示唆されるため、指標として管理することで、患児の苦痛軽減および看護ケアの質向上が図られます。	■算出方法 分子：分母のうち、途中抜針に至った患児人数 (入院) 分母：小児科入院にて点滴を実施した患児人数 (入院)
	消化器内科	タイムアウト遵守率	100%	100% (2025年3月)	内視鏡検査や処置では、対象部位の取り違えや患者誤認が生じるリスクがあります。タイムアウトを実施し、患者の識別情報、検査目的、対象部位、および使用機材、使用薬剤を確認することで、誤部位や誤検査などの重大な医療事故を未然に防ぐことになります。	■算出方法 分子：分母のうち、タイムアウト実施件数 分母：内視鏡室として行う侵襲的処置を受けた件数
	整形外科	クリニカルパス適用率	—	0% (2025年3月)	クリニカルパスとは、治療や処置、検査、看護などの診療内容をスケジュール表にしたものであり、科学的根拠に基づいて作成されるため、診療の標準化が図られます。	■算出方法 分子：分母のうち、パス適用患者数 分母：整形外科入院患者数 (入院期間中に整形外科に転科した場合も含む)
	総合内科	患者識別手順遵守率 (外来部門)	100%	100% (2025年3月)	患者誤認は、誤投薬や誤手術、検査結果の取り違いなど重大な医療事故につながります。指標化し、遵守率をモニタリングすることで、これらの事故を予防できます。特に医師が患者識別手順を遵守することで、誤診療、誤処方、誤手術、検査結果の取り違いなどの重大な医療事故のリスクを最小限に抑え、患者安全を確保します。	■算出方法 分子：分母のうち、標準業務手順に従った患者識別手順遵守件数 分母：該当診療科の外来診察時における診療総患者数
	脳神経外科	脳卒中患者における入院後早期リハビリテーション実施率	100%	92.3% (2025年1月-3月)	脳卒中患者では発症早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後を良くし、再発リスクの増加もみられず、ADLの退院時到達レベルも犠牲にせず入院期間が短縮されることがわかっており、適応のある患者には早期からリハビリテーションを行うことで診療の質を担保します。	■算出方法 分子：分母のうち、入院早期 (3日以内) に脳血管リハビリテーションが行われた症例数 分母：対象期間内、18歳以上の脳梗塞で入院した患者
	放射線科	パニック値報告に対する医師記録実施率	100%	100% (2025年3月)	パニック値への対応の遅れは、患者の状態悪化や重大な医療事故を招く危険性があります。診療録への記載は医師の対応過程や判断内容を客観的に記録する手段です。パニック値への対応が記載されることで、診療の透明性が高まり、対応漏れや誤解を防ぐことができ、パニック値報告に迅速かつ適切に対応することで、患者の予後や治療効果が改善されます。	■算出方法 分子：分母のうち、パニック値報告後の医師の患者対応カルテ記載総件数 分母：放射線科から発出されたパニック値報告総件数