

臨床指標（CI:クリニカルインディケーター）

臨床指標（CI：クリニカルインディケーター）は、医療の質を定量的に評価する指標です。病院の機能や診療実績などを数値で表し、分析することで医療の質の向上を図り、患者さんにとって分かりやすい医療情報を提供することを目的としています。

木曽病院は、全国自治体病院協議会が平成 26 年度より開始した「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加しています。令和 6 年度は全国 195 の自治体病院が参加し、43 指標が公表されています。長野県内では 12 の病院が参加、長野県立病院は信州医療センター、こころの医療センター駒ヶ根、木曽病院の 3 病院が参加しています。

参加されている各病院は、置かれている状況や地域における役割が異なっており、数値だけを見て単純に比較することはできませんが、より質の高い医療提供のため新たに令和 6 年度の指標が公表されましたので、公表数値の中から、当院の特色や課題を示すいくつかの指標をご紹介します。

木曽病院の指標は令和 5 年度まで 12 項目を紹介しておりましたが、令和 6 年度については 9 項目を追加し 3 項目を削除し、合計 18 項目の臨床指標を公表いたします。

追加項目	削除項目
1 入院患者満足度	地域分娩貢献率
2 外来患者満足度	脳梗塞入院 1 週間以内のリハビリテーション強度
4 地域医療機関サポート率	誤嚥性肺炎の摂食指導実施率
8 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率	
9 肺血栓塞栓症の予防対策実施率	
12 糖尿病入院栄養指導実施率	
14 迅速細胞診実施率（胃癌）	
17 HBV 再活性化スクリーニング率	
18 点滴抗生物質微生物検査実施率	

※ 地域分娩貢献率、脳梗塞入院 1 週間以内のリハビリテーション強度については、木曽病院で対応外となるため、又誤嚥性肺炎の摂食指導に関しては、別項目（疾患別リハ）による算定への変更となったため項目から削除いたしました。

1 入院患者満足度（追加指標）

$$\frac{\text{満足のいく診療を受けたと回答した入院患者数（全入院患者数－（不満足＋やや不満足））}}{\text{患者満足度の有効回答数（入院）}}$$

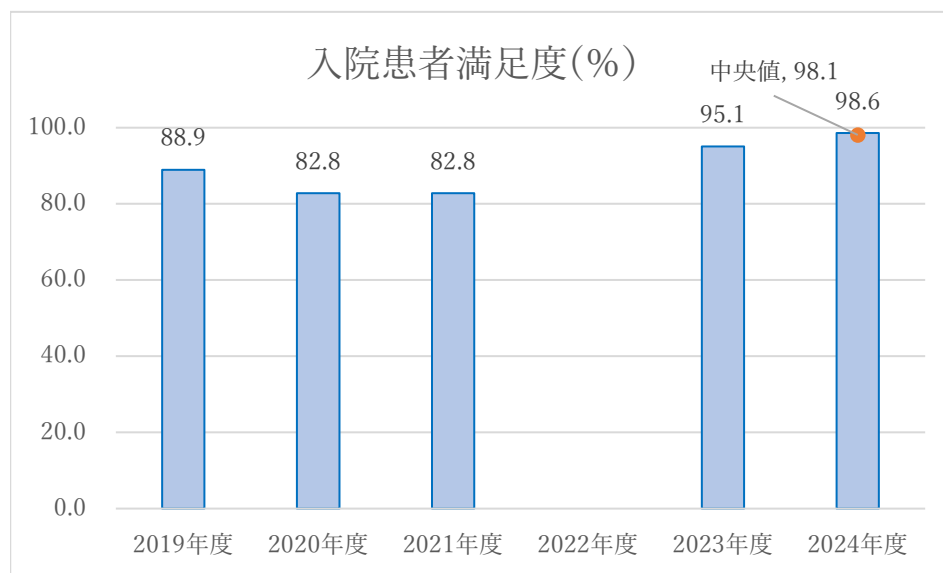
○ 毎年、木曽病院に入院された患者さん、外来受診の患者さんに対し、木曽病院以外の業者に依頼して患者満足度調査を実施しています。患者満足度は徐々に高くなってきています。今後も患者さんの満足できる医療を提供できるよう努めて参ります。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
98.6	98.7	98.1	96.1	95.6

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	88.9	82.8	82.8	—	95.1	98.6



担当部署からのコメント（事務部）

病院では、第3者に委託して患者満足度調査を行っています。それぞれの病院における調査委託先会社が異なるため一概に比較はできませんが、自院の経年推移を評価していくことが大切です。木曽病院では満足度が上昇傾向にあります。引き続き患者満足度向上に努めて参ります。

2 外来患者満足度（追加指標）

$$\frac{\text{満足のいく診療を受けたと回答した外来患者数（全患者数－（不満足＋やや不満足））}}{\text{患者満足度の有効回答数（外来）}}$$

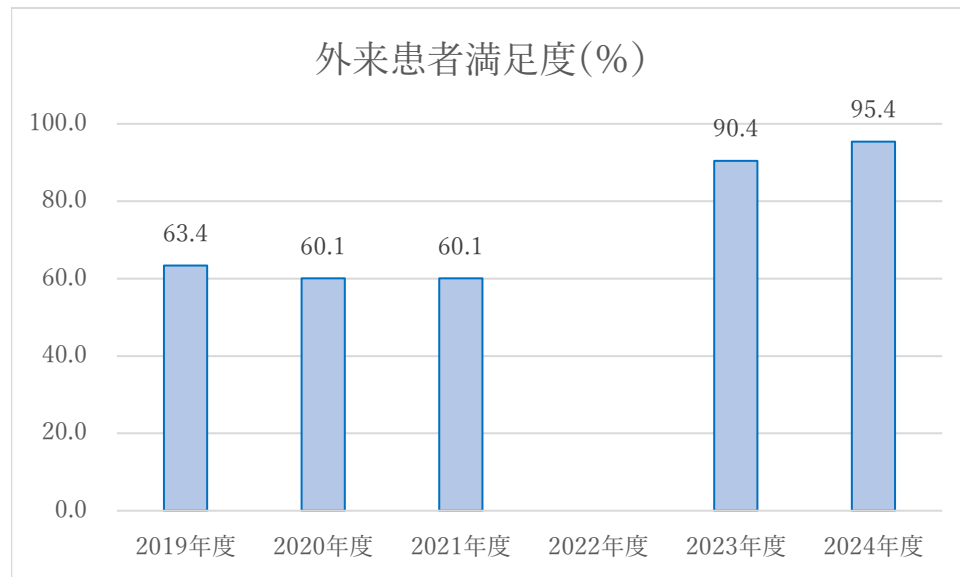
○ 毎年、木曽病院に入院された患者さん、外来受診の患者さんに対し、木曽病院以外の業者に依頼して患者満足度調査を実施しています。患者満足度は徐々に満足度が高くなってきています。今後も患者さんの満足できる医療を提供できるよう努めて参ります。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
95.4	—	—	—	—

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	63.4	60.1	60.1	—	90.4	95.4



担当部署からのコメント（事務部）

外来満足度調査の全国中央値は公表されていませんでした。木曽病院としての経年的な推移を注視して参ります。2020 年以降新型コロナ対応で感染対策等があり、外来受診における満足度が低くなったのはその影響かもしれません。2023 年度から満足度が回復しております。引き続き患者満足度向上に努めて参ります。

3 在宅復帰率

退院先が自宅等の患者数
生存退院患者数

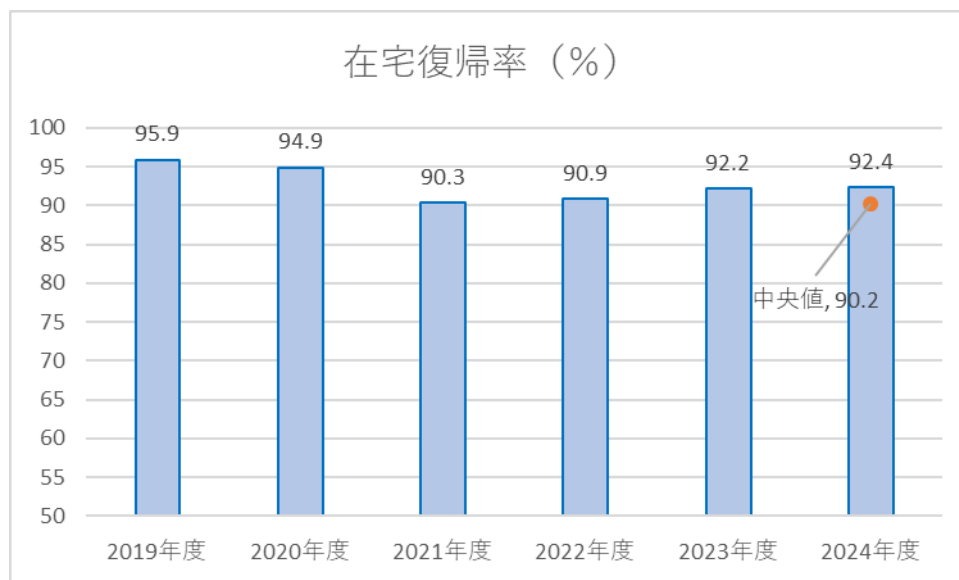
- 病院から退院した患者さんのうち、自宅またはそれに準ずる施設（介護施設など）に退院した割合を示します。治療が一段落し、自宅などへ退院することが多い場合には、率が上昇します。地域包括ケア病棟では72.5%以上が求められます。

【2024年度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
94.2	92.4	90.2	85.6	88.4

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	95.9	94.9	90.3	90.9	92.2	94.2



担当部署からのコメント（看護部）

在宅復帰の対象となる介護施設への退院や、地域住民の協力、サポートによって自宅退院となることがあります。超高齢化を迎えている木曽地域では、地域住民の協力は欠かせないものがあります。

4 地域医療機関サポート率（追加指標）

二次医療圏内で紹介を受けた医科医療機関数

二次医療圏内医科医療機関数

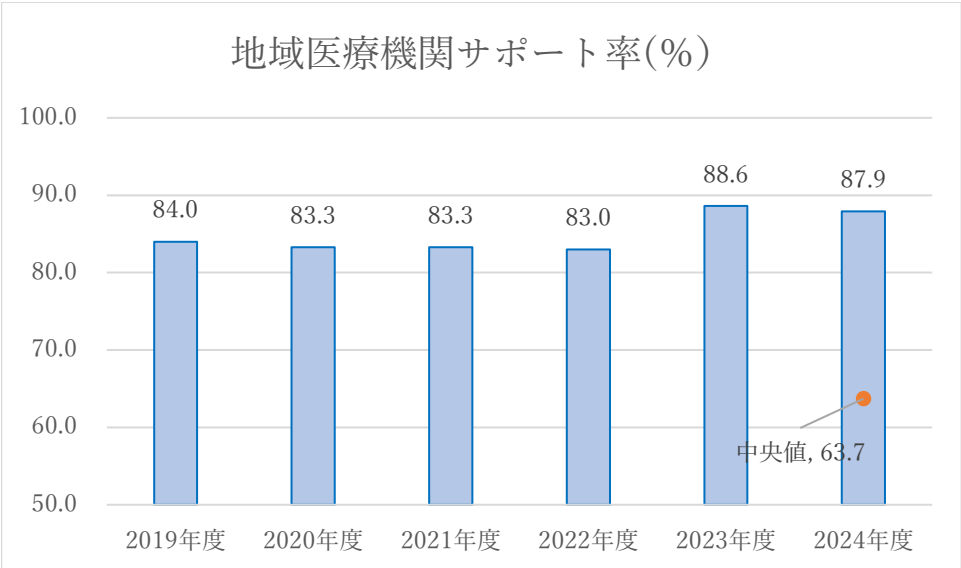
○ 自治体病院は地域の医療機関（かかりつけ医）と連携し、住民の医療を支えています。かかりつけ医が診療し、その結果、病院での診療が望ましい場合には病院への紹介となります。地域の多くの医療機関との連携を図っている場合には数値が高くなります。木曽病院は地域医療機関との連携が強く、スムーズに木曽病院に紹介されていることを示します。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
87.9	83.9	63.7	40.4	59.5

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	84.0	83.3	83.3	83.0	88.6	87.9



担当部署からのコメント（患者サポートセンター）

全国中央値 63.7%に対して、木曽病院が 87.9%とかなり高い地域医療機関サポート率を示し、地域の医療機関からの紹介を多く受けていることを示しています。毎年地域医療機関を管理者が訪問し、意見交換をする等顔の見える関係を構築し、連携強化に努めています。

5 地域救急貢献率

救急車来院患者数
二次医療圏内救急車搬送人数

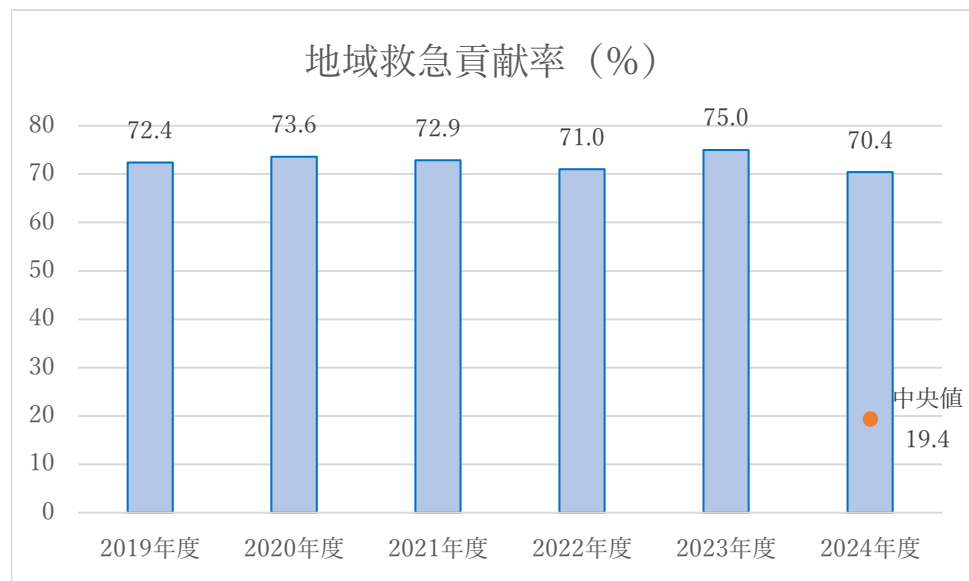
- 木曽地域内で救急搬送された患者さんに対して、木曽病院で引き受けた救急来院患者数の割合を示しています。各病院の二次医療圏における救急医療への貢献度を示す指標と言われています。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
70.4	38.0	19.4	9.9	26.2

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	72.4	73.6	72.9	71.0	75.0	70.4



担当部署からのコメント（事務部）

全国中央値 19.4%に対し、木曽病院は 70.4%と高い救急貢献率を示しています。しかしながら、2024 年は脳神経内科常勤医が一時的に不在となり、脳梗塞、脳出血などの脳血管疾患の救急患者を他院に紹介をして対応をせざるを得ませんでした。2024 年度に貢献率が下がったのはその影響が考えられます。

6 転倒・転落発生率

入院患者転倒・転落 レベル2※1以上該当件数

入院延べ日数

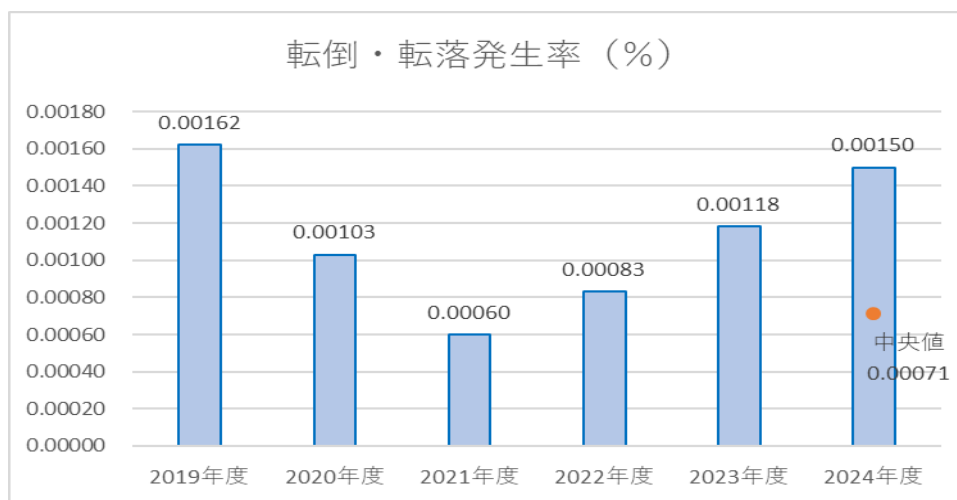
○ 入院患者さんに認知症があったり、病気の影響で意識が混濁している場合には、自分の周りのことが認識できず、あるいは、体のバランスを崩したりして、転倒したり、ベッドから転落することがあります。この発生の程度を示す指標で、レベル2※1以上とは、検査や処置などが必要となった場合を意味しています。各病院で取り組まれている転倒・転落防止に向けたリスク評価や対策の評価に有用な指標とされています。

【2024年度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
0.00150	0.00136	0.00071	0.00046	0.00106

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
件数/日	0.00162	0.00103	0.00060	0.00083	0.00118	0.00150



担当部署からのコメント（医療安全対策室）

入院患者のほとんどが高齢者であり認知機能の低下、ADLの低下が避けられない状況にあります。「転ばないための予防対策」と「転んでも大怪我をさせない対策」を目標にワーキンググループで見回りを行い、改善点を検討しています。そこには薬剤師、リハビリスタッフも加わっており、多方面から評価を行っています。転倒転落をゼロにすることは難しいですが、個別性を踏まえながら検討をしていき、転倒予防に努めたいと思います。

7 褥瘡推定発生率

入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数＋入院時に褥瘡あり他部位に新規褥瘡発生の患者数

調査日の施設在院者数

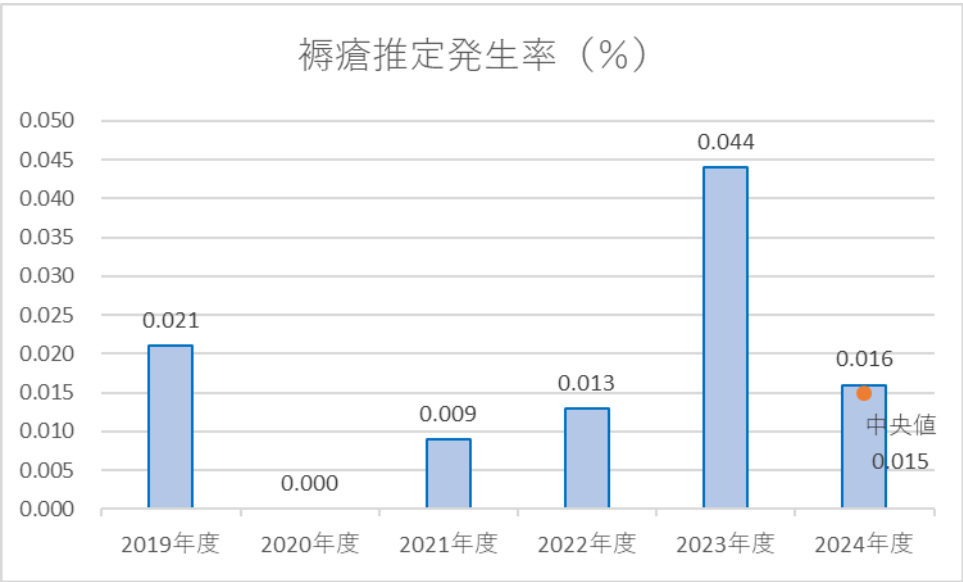
○ 褥瘡（じょくそう）は、低栄養の患者さんが長く寝込んでいたりするとできます。病院に入院してから新たに発生した褥瘡の率を表しています。各病院での褥瘡予防対策や栄養管理体制、看護ケアなどの成果を評価する指標の一つとされています。

【2024 年度指標】

木曽病院 指 標	75 ⁺ -セン タイル値	中央値	25 ⁺ -セン タイル値	平均値
0.016	0.024	0.015	0.008	0.019

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	0.021	0.000	0.009	0.013	0.044	0.016



担当部署からのコメント（褥瘡対策チーム）

地域的に高齢化率が高く、入院時褥瘡保有患者数が増加しています。そのため、日常生活自立度に限らず入院患者全員にリスクアセスメントを実施し、予防ケアを開始しています。加齢による皮膚脆弱性や低栄養など潜在的风险患者が多いため、療養環境を整え、多職種連携のもと早期発見・早期治癒に向けたケアを実践し予防対策に努めて参ります。

8 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率（追加指標）

分母のうち手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された数

手術室で行った手術件数

- 手術執刀開始前 1 時間以内に、適切な抗菌薬を投与することで、手術後の手術部位の感染発生を予防し、入院期間の延伸や医療費の増大を抑えることができますと言われています。

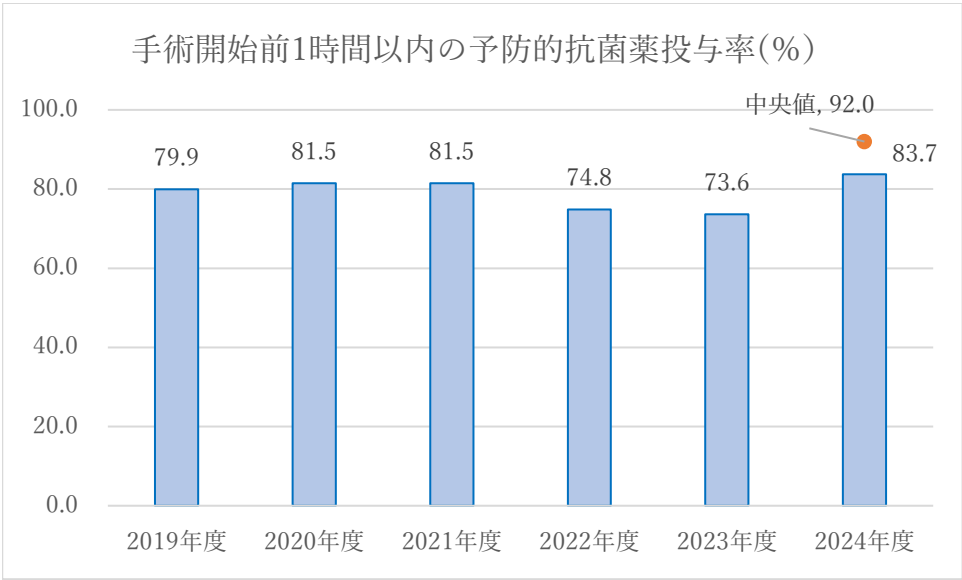
投与率が高い場合には、適切な投与による感染の発生防止に積極的に取り組むとともに、入院期間、医療費の観点から効率的な医療を提供していると評価されます。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
83.7	96.8	92.0	84.7	87.7

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	79.9	81.5	81.5	74.8	73.6	83.7



担当部署からのコメント（手術室）

診療科を問わず、入室後執刀開始 1 時間以内に予防的抗菌薬の投与を開始しています。しかし、抗菌薬開始後の体位設定に時間を要した場合など、1 時間を数分超えてしまう場合もあります。改めて、予防的抗菌薬の投与開始時期を各科医師、手術室ともに検討していく必要があると考えます。

9 肺血栓塞栓症の予防対策実施率（追加指標）

分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれかまたは2つ以上）が実施された患者数

肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を実施した退院患者数

○ 国内において、肺血栓塞栓症を発症した場合の院内死亡率は14%と報告されています。そのうち40%以上が発症1時間以内の突然死であるとされており、臨床診断率の向上だけでは予後の改善は達成できないといえます。すなわち発症予防対策が必要不可欠です。

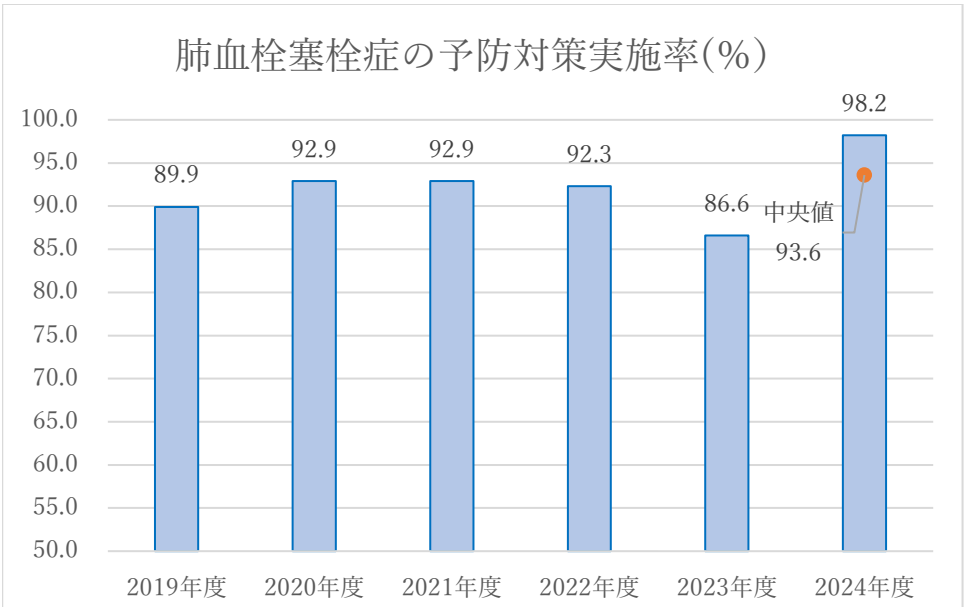
木曽病院では、肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した入院患者さんに対し、高い割合で予防対策を実施しています。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
82.9	95.8	93.6	90.5	92.4

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	89.9	92.9	92.9	92.3	86.6	82.9



担当部署からのコメント（看護部）

肺血栓塞栓症予防はリスクの高い方にほぼ全例実施していますが、医師の口頭指示だけの場合実施率に反映されないことがあるため、医師と連携を強化して実施率をあげていきたいと考えます。

10 クリニカルパス使用率（患者数）

パス新規適用患者数

新入院患者数

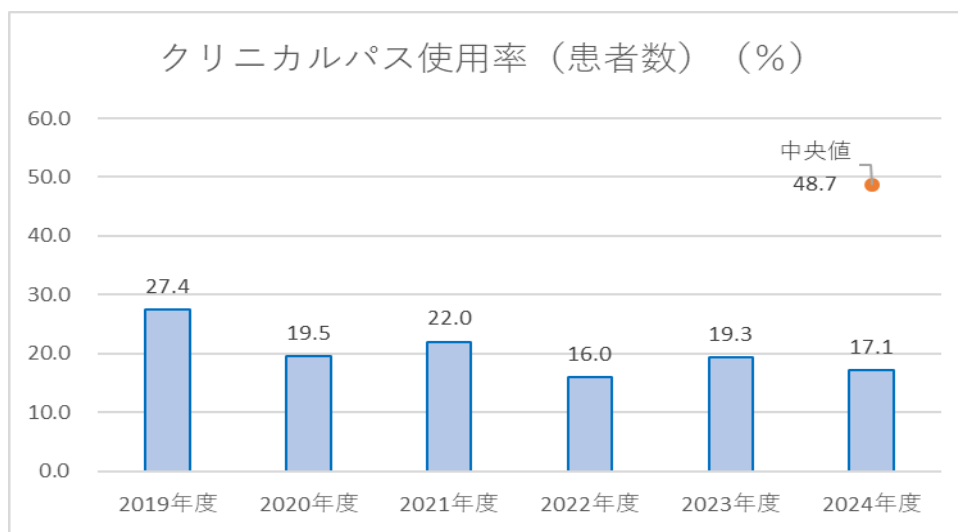
- クリニカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表をいい、このパスが適用された割合を示しています。医療の均てん化、チーム医療における情報の共有化、医療安全など、質向上のためにも有用なツールであり、重要な指標とされています。

【2024 年度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
17.1	60.2	48.7	35.7	47.1

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	27.4	19.5	22.0	16.0	19.3	17.1



担当部署からのコメント（クリニカルパス整備委員会）

クリニカルパスを使用することで、医療者だけではなく、患者さんにとっても入院生活の見える化が進み、より安全な医療の提供が可能になるものと考えています。当院は2021年からクリニカルパスの電子化を開始しています。分娩件数の減少や医師の異動に伴いクリニカルパスの使用率が減少していますが、今後は整形外科のクリニカルパスを充実させていく予定ですので、使用率の増加がのぞめます。

11 誤嚥性肺炎再入院率

前期の誤嚥性肺炎退院患者のうち、4週間以内に呼吸器疾患(MDC04)で自院に再入院した患者数
前期の誤嚥性肺炎の退院患者数

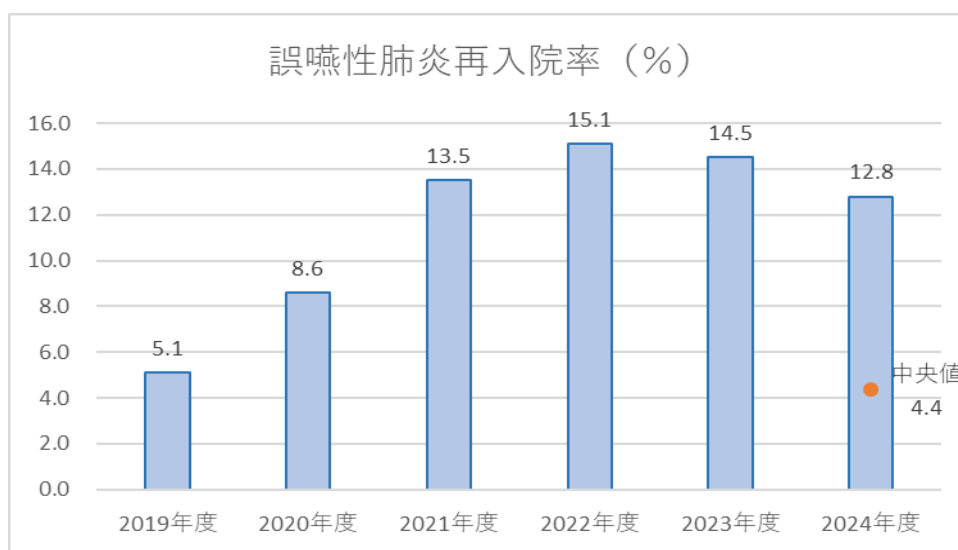
- 食物や唾液などを気管、肺などに誤って飲み込むことを誤嚥といいます。これを喀出できなかったり、繰り返すと誤嚥性肺炎になります。摂食指導や吸引等により、誤嚥性肺炎の再発をなるべく避けようとしており、前回退院後4週以内での再入院の程度を示しています。

【2024 年度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
12.8	7.4	4.4	2.2	5.3

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	5.1	8.6	13.5	15.1	14.5	12.8



担当部署からのコメント（リハビリテーション技術科）

誤嚥性肺炎を患われた方については、入院中の食事の形態や姿勢を、施設や自宅でも再現いただくことが肝要と考えます。このため、当院では退院に際し、実際の食事場面を見学していただくようお願いしています。その際には、言語聴覚士が直接アドバイスをすることで、在宅での不安や困り事を軽減できるように努めています。

また、（家族や介護職員）への研修会の開催などを含め、ご要望があれば積極的に対応したいと考えています。ぜひ、ご相談ください。

12 糖尿病入院栄養指導実施率（追加指標）

分母のうち栄養指導が実施された患者数

2 型糖尿病（ケトアシドーシスを除く）の退院患者数

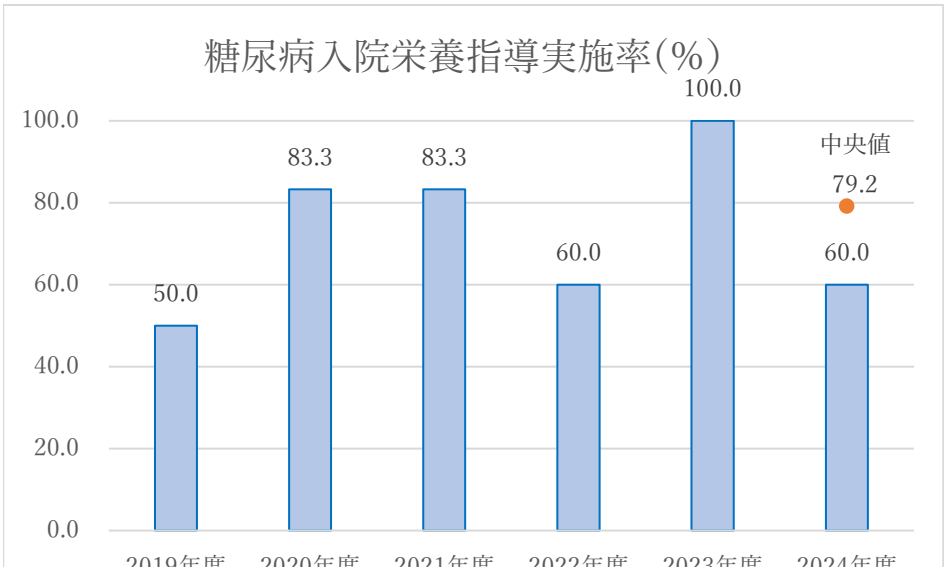
○ 2 型糖尿病（ケトアシドーシスを除く）の退院患者のうち、管理栄養士による栄養指導が実施された割合のことです。糖尿病では食事療法や運動療法、薬物療法などがバランスよく行われる必要があります。入院をきっかけに、管理栄養士による栄養指導が実施されることで、患者が自己管理を学ぶことが期待できます。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
60.0	88.9	79.2	60.0	71.2

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	50.0	83.3	83.3	60.0	100.0	60.0



担当部署からのコメント（栄養科）

当院では2 型糖尿病（ケトアシドーシスを除く）での入院患者数は多くなく、全症例への介入を目指しています。院内に糖尿病サポートチームを設置して糖尿病教室（集団栄養指導）を開催しており、入院に依らず患者自らが療養について学び、実践する機会を設けています。

13 がん患者サポート率

分母のうち、基準日を含む6か月間にかん患者指導管理料1を算定した患者(入・外を含む)
初発がん患者の初回退院数

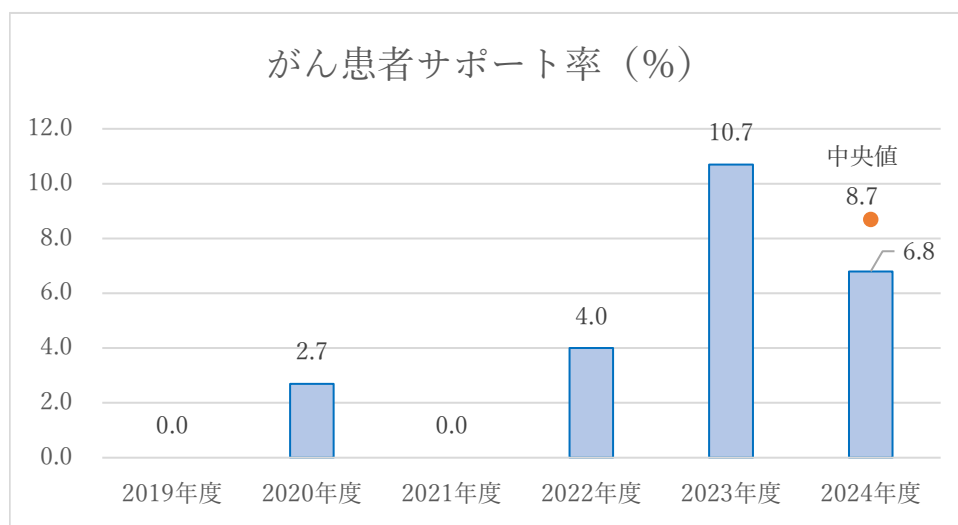
- 初めてがんと診断された患者さんに対し、医師と看護師が共同で説明やカウンセリング等を行い、サポートしている割合を示すもので、より高い値を目指しています。ご家族にのみ説明される場合にはカウントされませんので低くなります。

【2024 年度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
6.8	17.1	8.7	2.2	12.0

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	0.0	2.7	0.0	4.0	10.7	6.8



担当部署からのコメント (がん診療部)

がん患者さんに寄り添い、必要な支援ができるように、2022 年度から、外来部門と連携し、がん患者の化学療法導入時や治療に関する説明・同意の際に、認定看護師が同席できるような体制を整備し、まずは外科から始めています。

また、引き続き、外来診療時の説明・同意の現状について、各診療科の外来看護師から聞き取りを行い、課題を検討し、体制の充実を図ってまいります。

インフォームドコンセントになかなかスタッフが立ち会えないというマンパワーの課題を改善したいです。

14 迅速細胞診実施率（胃がん）（追加指標）

分母のうち術中細胞診を行ったもの
腹腔鏡、開腹による胃癌悪性腫瘍切除術が行われた患者数

○ 術中細胞診とは、手術などで得られた細胞にがんが混じっているかについて、手術中に結果を報告する検査です。この検査を行うには、外科のみならず、手術室、病理検査等の取り組みが重要となってきます。2024年4月より、細胞診すべてを対象にしています。

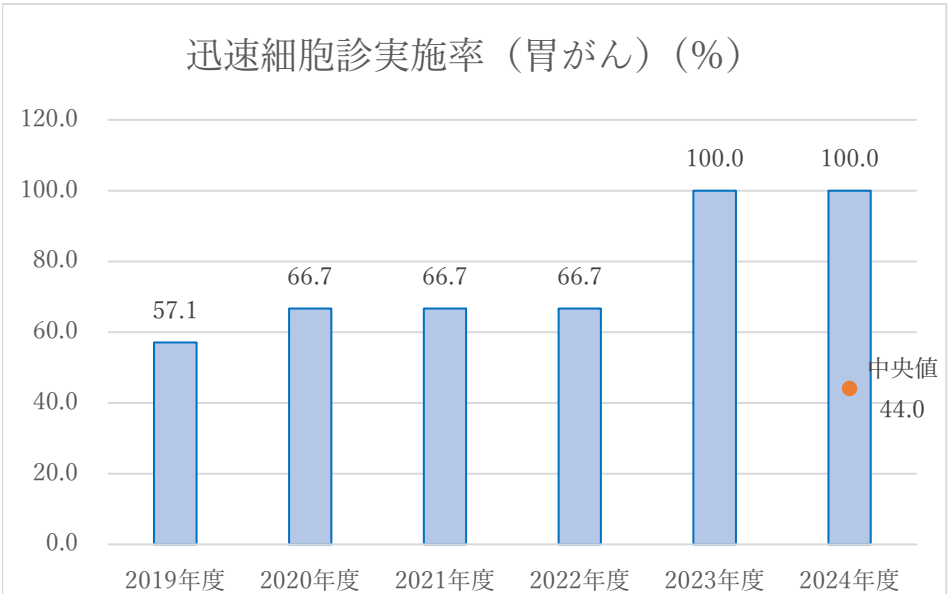
木曽病院では、2023年度、2024年度と100%実施され、治療方針決定や手術方法の変更等、迅速な対応ができています。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
100.0	63.1	44.0	20.9	44.4

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	57.1	66.7	66.7	66.7	100.0	100.0



担当部署からのコメント（臨床検査科）

当院の病理検査は週一回の信州大学からの派遣による非常勤医師によるものです。このような状況下において幽門側胃切除の際には、切除後の標本整理で断端のチェックを行います。

なお、術中診断による早期がん、進行がん共に念のため全例術中迅速診断を行います。

15 安全管理薬剤指導率

分母のうち薬剤管理指導料が算定された患者数

特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている入院患者数

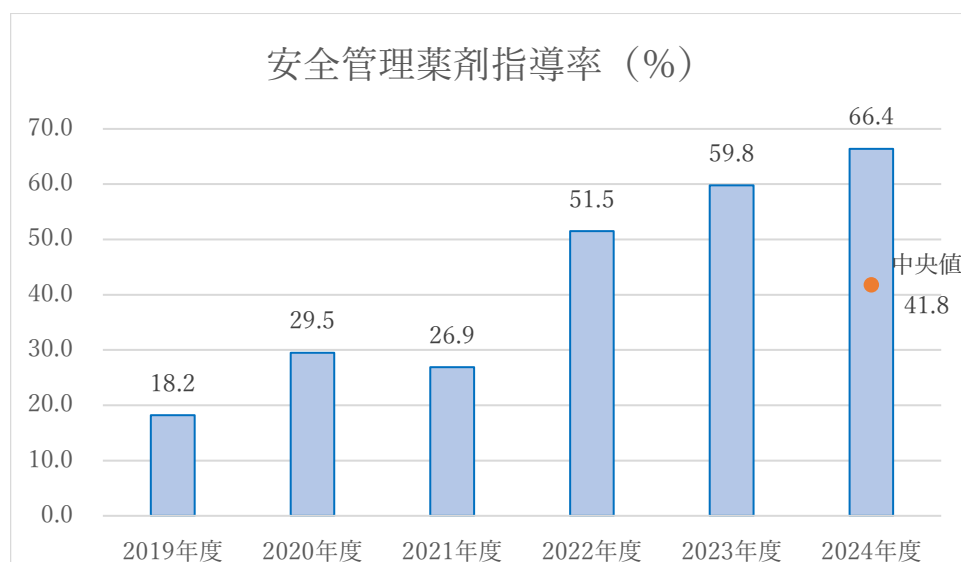
- 薬剤管理指導とは、処方された薬剤（注射、内服薬、外用薬）について、薬剤師が専門的な立場から内容、相互作用などの検討、患者さんに対する薬の服用方法や正しい使い方の説明、患者さんの服薬状況や薬剤の効果・副作用の確認を行う業務です。薬剤師が薬剤管理指導を行い、その内容を医師に報告することにより、より副作用が少なく、より安全で効果的な薬物治療を行うことができます。

【2024 年度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
66.4	53.8	41.8	29.4	41.1

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	18.2	29.5	26.9	51.5	59.8	66.4



担当部署からのコメント（薬剤部）

2022 年 6 月より、薬剤管理指導への取組みを強化し、薬剤師がすべての患者さんに関わり、安全で有効な薬物治療ができるように取り組んでいます。

特に、使用方法、取り扱い方法に注意が必要な薬剤については、投与量の確認、副作用の有無について注意深く確認を行い、患者さんの指導にも力を入れています。

16 術後せん妄推定発生率

分母のうち術後7日間にせん妄治療薬投与のある患者数

全身麻酔手術の前7日間にせん妄治療薬投与のない入院患者数

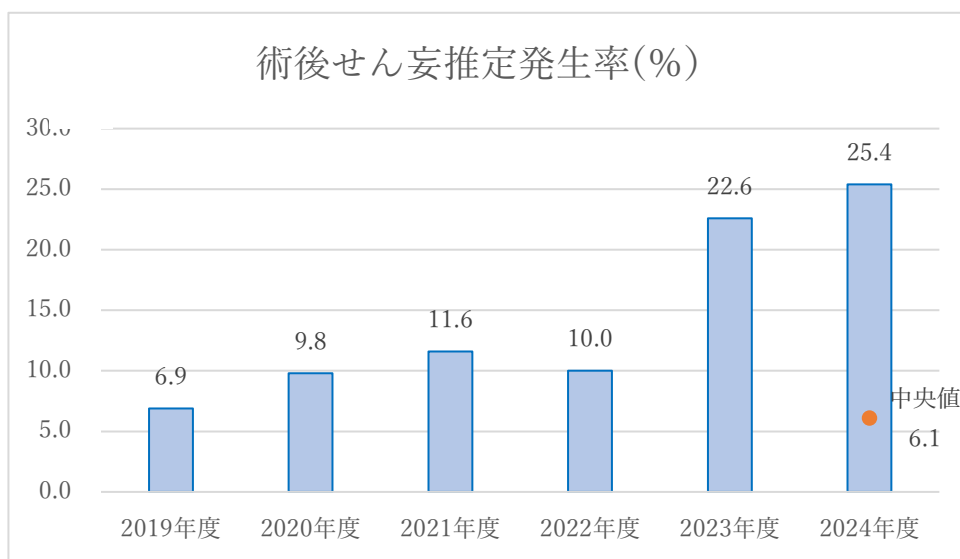
- せん妄とは、体調の悪化や環境の変化、手術の影響などにより、一時的に不穏や認知の障害が見られことです。病室などの環境調整やご家族の面会、薬剤調整で速やかに取り除くことを目指しています。せん妄ハイリスク患者スクリーニングにより入院後は早期介入がなされるようになり、今後の改善が期待できる指標と言われています。

【2024 年度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
25.4	8.2	6.1	4.0	6.9

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	6.9	9.8	11.6	10.0	22.6	25.4



担当部署からのコメント (手術部)

2022 年度までは、手術室での麻酔覚醒時に明らかにせん妄と診断されたような患者にだけ病棟帰室前に薬剤投与を行っていました。しかし、予徴のみの患者が比較的多く病棟で夜間にせん妄をきたし病棟の看護業務に支障をきたすことが多くありました。2023 年度より予徴ありとした患者にも手術室で病棟帰室前に投与するケースが増えましたため、今回のデータに反映されているものと推察されます。

17 HBV 再活性化スクリーニング率（追加項目）

分母のうち（HBe 抗原、e 抗体）+（c 抗体、s 抗体）検査施行症例数
抗がん剤・免疫抑制剤の新規導入患者数

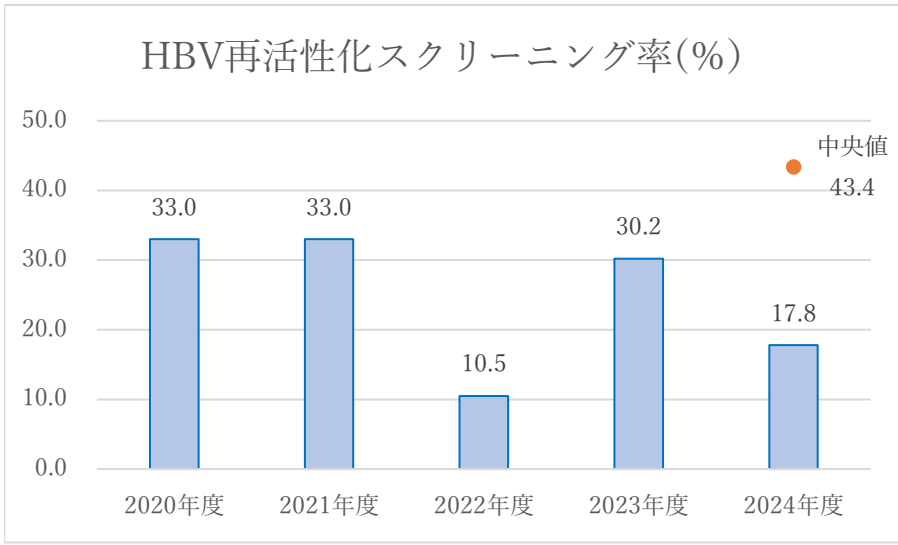
○ 体力のある場合には、B型肝炎ウイルスが表面上、目立たなくても体内に潜んでいる場合があります。抗がん剤などの使用をきっかけに潜んでいたB型肝炎ウイルスが、再び増殖し始めることがあります。このため、抗がん剤等の治療を始める際には、B型肝炎が潜んでいるかどうかを検査することが望まれます。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
17.8	54.8	48.0	33.3	43.4

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	—	33.0	33.0	10.5	30.2	17.8



担当部署からのコメント（薬剤部）

当院では、HBe 抗原、HBe 抗原、HBc 抗体の検査を外注しており、結果が判明するのに1週間以上かかるという現状です。

がん化学療法レジメンオーダー入力時に、上記検査が未検査の場合のアラート表示を行うようにしました。

がん化学療法以外の薬剤（免疫抑制剤等）につきましては、検査の有無の確認を行うとともに、検査率が上昇するよう周知に努めてまいります。

18 点滴抗生物質微生物検査実施率（追加項目）

分母のうち微生物学的検査判断料が算定された症例数

点滴抗生物質が4日以上実施された入院患者数

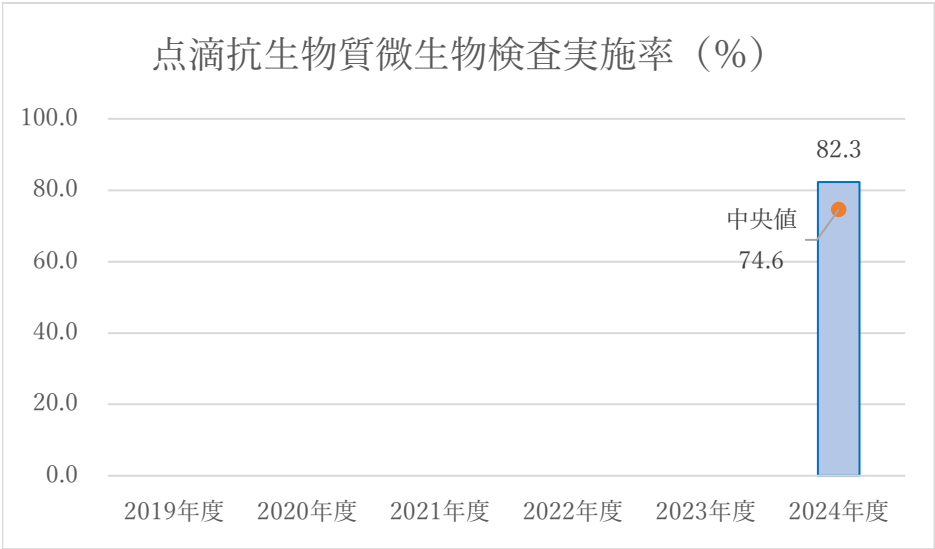
○ 微生物学的検査判断料とは、細菌の検出等を目的とし、喀痰や血液などの検査をした際に算定されるものです。細菌感染症の際には抗生物質が点滴などで投与されます。原因となっている細菌に対して適切な抗生物質の投与が望ましいとされます。原因となっている細菌について検査をされているかを見ている指標です。2024年度から新たに追加された臨床指標です。

【2024 度指標】

木曽病院 指 標	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	平均値
82.3	79.5	74.6	69.8	74.0

【年次推移】

年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
%	—	—	—	—	—	82.3



担当部署からのコメント（感染対策チーム ICD）

抗菌薬の適正使用は薬剤耐性菌の出現防止のために非常に重要で、抗菌薬の選択、投与方法、使用期間の検討を、医師を中心とした多職種チームで実施しています。抗菌薬の選択については微生物検査を行い原因菌に感受性のある抗菌薬を選択することが重要ですが、当院では医師の意識が高く検査率が高くなっています。看護師や臨床検査技師の意識も高く、検査に積極的に協力しています。