神戸徳洲会病院　臨床指標　2024年度

Ⅰ．医療の質

①医師のインシデントアクシデントレポート提出率
②統一フォーマットでの同意書の使用率
③看護師の説明同意書必要症例に対する IC 同席率
④転倒転落カンファレンスの実施率

Ⅱ．医療安全

①インシデントレポート報告件数
②口頭指示のカルテ記載率
③患者識別手順遵守率
④タイムアウト実施率
⑤マーキング実施率

Ⅲ．診療記録

①医師による診療録記載割合

Ⅳ．患者目線

①外来患者満足度
②入院患者満足度
③患者相談窓口の相談件数

Ⅴ．職員目線

①職員の声ボックス投書件数

Ⅵ．診療科

①外科：SSI 発生率
②救急科：救急外来滞在時間
③産婦人科：分娩症例検討会実施率
④循環器内科：クリニカルパス適用率
⑤小児科：点滴患児における途中抜針率
⑥消化器内科：タイムアウト遵守率
⑦整形外科：クリニカルパス適用率
⑧総合内科：患者識別手順遵守率
⑨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
⑩放射線科：パニック値報告に対する医師記録実施率

Ⅰ．医療の質（重点項目）

１．医師のインシデントアクシデントレポート提出率

指標の意義

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。

定義

■算出方法

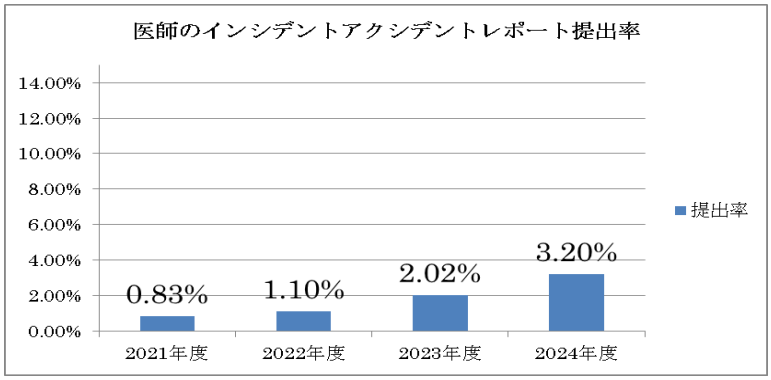
分子：分母のうち、医師が提出したインシデントアクシデントレポート総報告件数

分母：インシデントアクシデント総報告件数

当院の実績

■医師のインシデント提出率　　目標値：10%

	提出率
2021 年度	0.83%
2022 年度	1.1%
2023 年度	2.02%
2024 年度	3.2%



■参考値　日本病院会 2023 年度 QI プロジェクト平均　4.5%

2024 年度総括

2023 年度より報告件数は 30 件から 96 件へ増加している。全件数が 2935 件のため、医師報告率は 3.2%となった。QI プロジェクトの平均値には届かないが、徐々に報告件数が増加している。2025 年度も引き続き指標に掲げ取り組む。

Ⅰ．医療の質（重点項目）

２．統一フォーマットでの同意書の使用率

指標の意義

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。

定義

■算出方法

分子：分母のうち、同意書取得件数

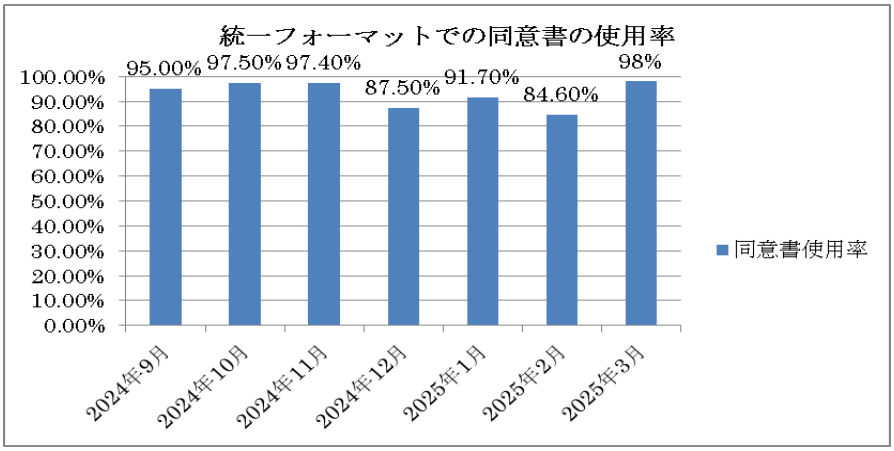
分母：インフォームド・コンセント委員会が必要と規定した手技件数

当院の実績

■同意書使用率（%）

目標値：100%

	同意書使用率
2024 年 9 月	95.0%
2024 年 10 月	97.5%
2024 年 11 月	97.4%
2024 年 12 月	87.5%
2025 年 1 月	91.7%
2025 年 2 月	84.6%
2025 年 3 月	98.0%



2024 年度総括

2025 年 2 月時点で、既存の説明同意書については全診療科、統一フォーマットでの使用が開始された。稀に古い同意書を使用しているものが見受けられたが、原因を追及し改善している。残り数%の原因を追及するとともに、継続してモニタリングし、引き続き 100%を指標に取り組む。

Ⅰ．医療の質（重点項目）

３．看護師の説明同意書必要症例に対する IC 同席率

指標の意義

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。

定義

■算出方法

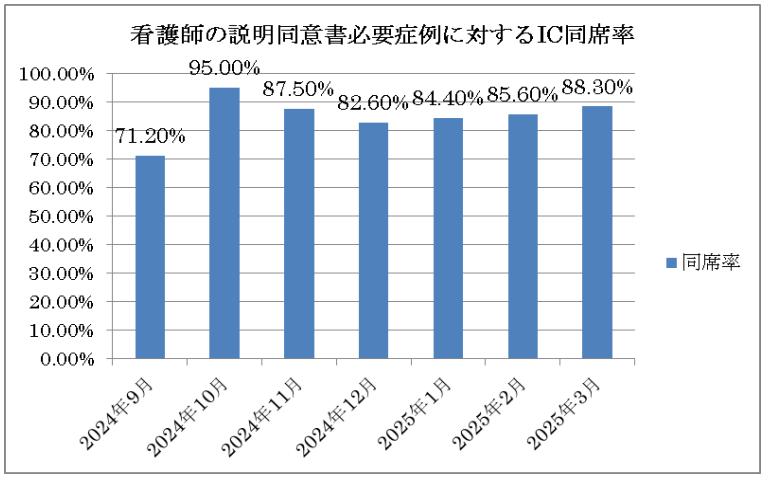
分子：分母のうち、看護師が同席したインフォームド・コンセント件数

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

当院の実績

■IC 同席率（%）目標値：100%

	同意書使用率
2024 年 9 月	71.2%
2024 年 10 月	95.0%
2024 年 11 月	87.5%
2024 年 12 月	82.6%
2025 年 1 月	84.4%
2025 年 2 月	85.6%
2025 年 3 月	88.3%



2024 年度総括

2024 年度インフォームド・コンセント委員会を設立し、患者・患者家族への説明と同意を行う際のメディカルスタッフの同席について規定を行った。看護師が直接同席を行い、患者の理解度や不安などの傾聴を行う環境を整備してきた。直接同席ができない場合であっても、その他のメディカルスタッフの同席、説明の後、看護師による電話での聞き取りなどが行われており、患者・患者家族への傾聴が行われる環境が整ってきた。2025 年度においては、この取り組みを継続し、患者・患者家族への説明と同意を行う際にパターナリズムによる説明がされていないか、患者が十分に説明内容を理解されているかを確認していきたい。

Ⅰ．医療の質（重点項目）

４．転倒転落カンファレンスの実施率

指標の意義

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。

定義

■算出方法

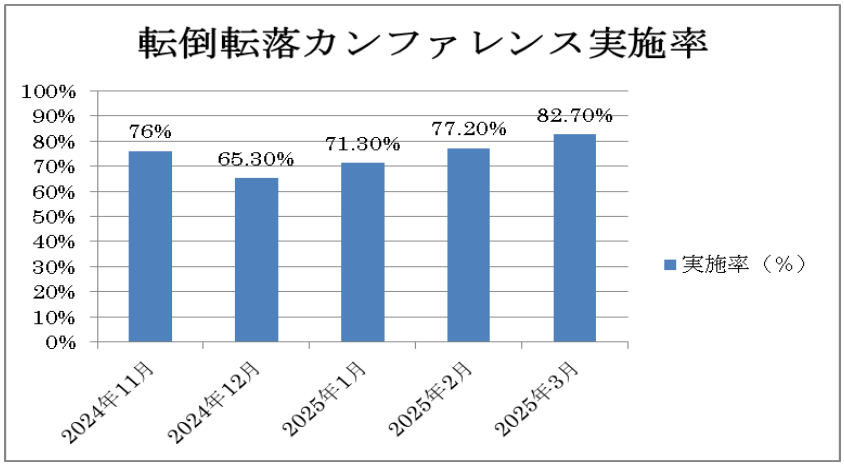
分子：分母のうち、転倒転落カンファレンス実施件数

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

当院の実績

■転倒転落カンファレンス実施率（%）

	実施率（%）
2024 年 11 月	76%
2024 年 12 月	65.3%
2025 年 1 月	71.3%
2025 年 2 月	77.2%
2025 年 3 月	82.7%



2024 年度総括

徐々に記載率は上昇したが、100%に到達していない。入院時にカンファレンスが未実施のために転倒転落発生に関連したか、分析の必要がある。取り組みを開始して 5 ヶ月であり、2025 年度も継続して指標に取り組み、、転倒転落事例の分析を行っていく。

Ⅱ．医療安全

１．インシデントアクシデントレポート報告件数

指標の意義

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る。
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る。

定義

■算出方法

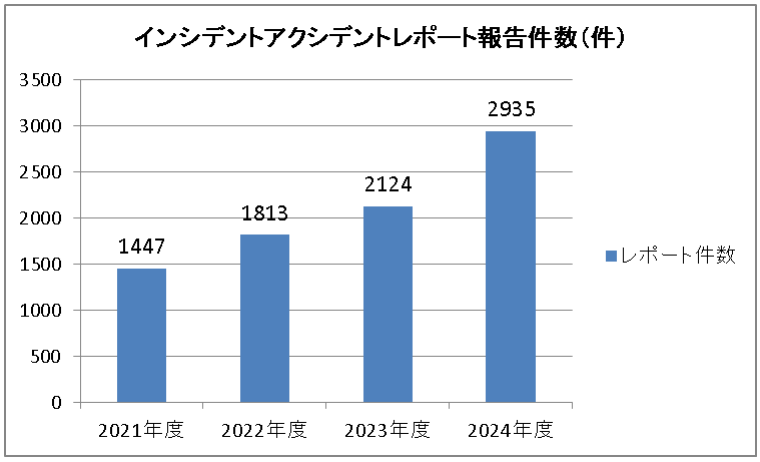
電子カルテシステムより、インシデントアクシデント報告件数を抽出。

当院の実績

■インシデントアクシデントレポート報告件数

目標値：　2500 件

	レポート件数
2021 年度	1447 件
2022 年度	1813 件
2023 年度	2124 件
2024 年度	2935 件



2024 年度総括

2023 年度に比較して 800 件以上の報告件数が増加した。1 つの事例に対して事例に関与したスタッフからインシデントレポートが報告されることで事例発生のプロセスが明らかになり、効果的な対策が可能となる。報告される文化が継続されるよう、2025 年度も継続して指標に取り組む。

２．口頭指示マニュアルの遵守率

指標の意義

口頭指示は原則禁止としているが、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でも生じるプロセスである。口頭指示はコミニュ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る。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る。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る。

定義

■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

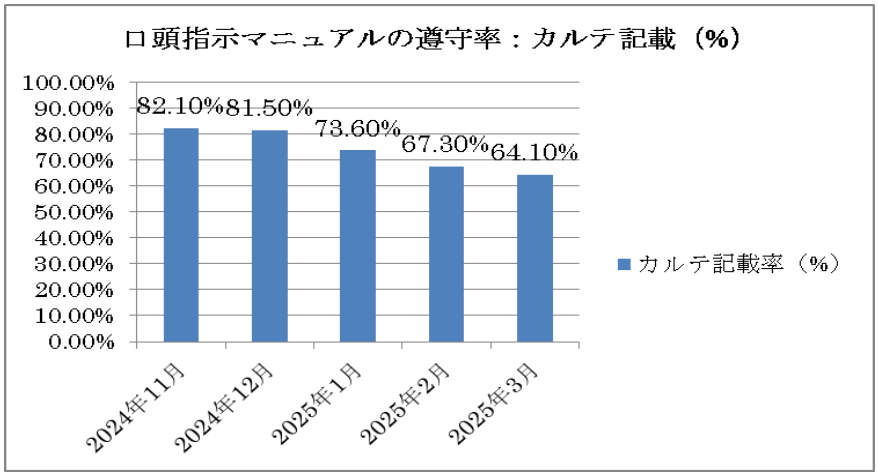
分母：口頭指示メモ使用件数

当院の実績

■口頭指示のカルテ記載率（%）

目標値：100%

	カルテ記載率（%）
2024 年 11 月	82.1%
2024 年 12 月	81.5%
2025 年 1 月	73.6%
2025 年 2 月	67.3%
2025 年 3 月	64.1%
5 ヶ月平均	73.7%



2024 年度総括

口頭指示メモの内容を精査すると、医師からの伝達内容を口頭指示メモに記載し提出している枚数が多い。口頭指示は原則禁止としており、口頭指示を受ける場面を限定しており、指示内容を読み返したか確認したいが、口頭指示の記録方法が標準化されていないため抽出が困難な状態である。がどのような場面で発生したかを検証するため、口頭指示テンプレートを作成し、そのデータと口頭指示メモを照合して正しい口頭指示をうけたかを調査していく。

３．患者識別手順遵守率（外来部門）

指標の意義

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。

定義

■算出方法

分子：分母のうち、患者識別手順遵守件数

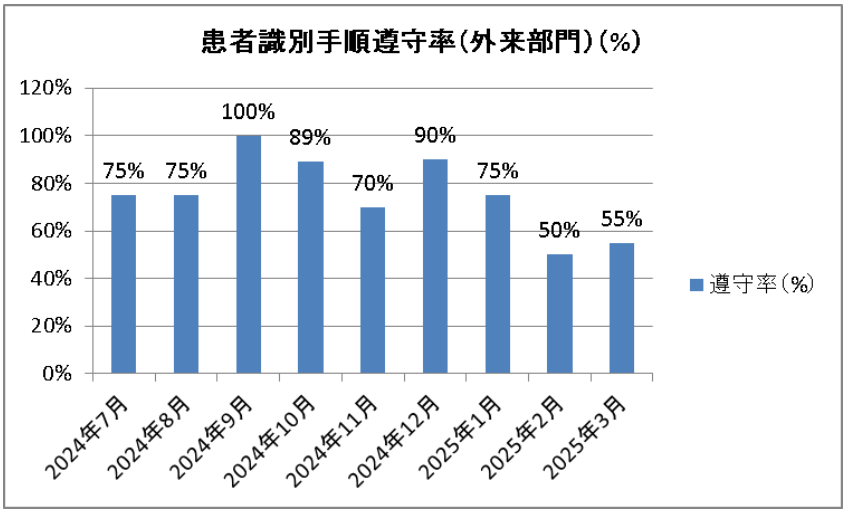
分母：外来診察時の診察タイミング

当院の実績

■患者識別手順遵守率（%）

目標値：100%

	遵守率（%）
2024 年 7 月	75%
2024 年 8 月	75%
2024 年 9 月	100%
2024 年 10 月	89%
2024 年 11 月	70%
2024 年 12 月	90%
2025 年 1 月	75%
2025 年 2 月	50%
2025 年 3 月	55%



2024 年度総括

この１年間、外来において診察室・中待合での患者確認が不十分であった。
啓蒙することで、一時的に確認できるようになっていても時間経過と共にまた行わないで診察が始まっている。医師への働きかけ、診察チームとして、医師事務・助手にも働きかけていく必要あり。
中待合は患者確認するタイミングが難しい所ではあるが、引き続き啓蒙していくことが必要である。

Ⅱ．医療安全

４．タイムアウト実施率（手術部門）

指標の意義

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。

定義

■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

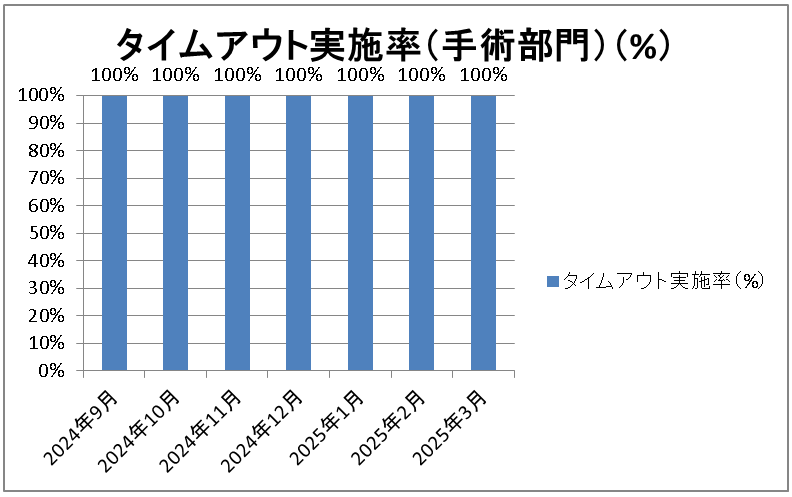
※その他の場所：カテ室、内視鏡室

当院の実績

■タイムアウト実施率（%）

目標値：100%

	タイムアウト実施率（%）
2024 年 9 月	100%
2024 年 10 月	100%
2024 年 11 月	100%
2024 年 12 月	100%
2025 年 1 月	100%
2025 年 2 月	100%
2025 年 3 月	100%



2024 年度総括

タイムアウトの遵守率は 100%維持出来ていた。タイムアウトのタイミングも問題なく行われていた。医師、看護師ともタイムアウト施行に対する意識付けは出来ている。

タイムアウトを行わないことで手術部位の間違いや手術内容の共有が出来ず、患者にとってはリスクである。医療事故も未然に防ぐためにも今後もタイムアウト遵守率 100%を維持出来るように取り組んでいく。

Ⅱ．医療安全

５．マーキング実施率（手術部門）

指標の意義

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。

定義

■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

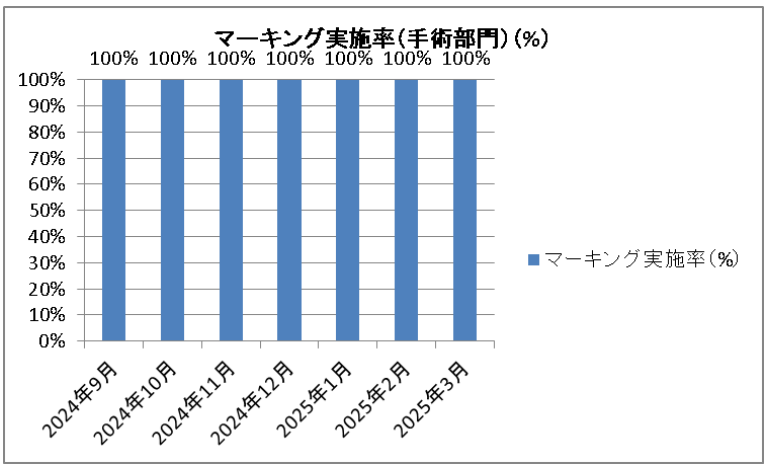
分母：手術実施件数

当院の実績

■マーキング実施率（%）

目標値：100%

	マーキング実施率（%）
2024 年 9 月	100
2024 年 10 月	100
2024 年 11 月	100
2024 年 12 月	100
2025 年 1 月	100
2025 年 2 月	100
2025 年 3 月	100



2024 年度総括

安定的に 100%を維持することができた。2025 年度も 100%を継続して目標として掲げる。今後も、新たなスタッフが入職予定であるが、100%を維持できるように努める。

Ⅲ．診療記録

１．医師による診療録記載割合

指標の意義

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。

定義

■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

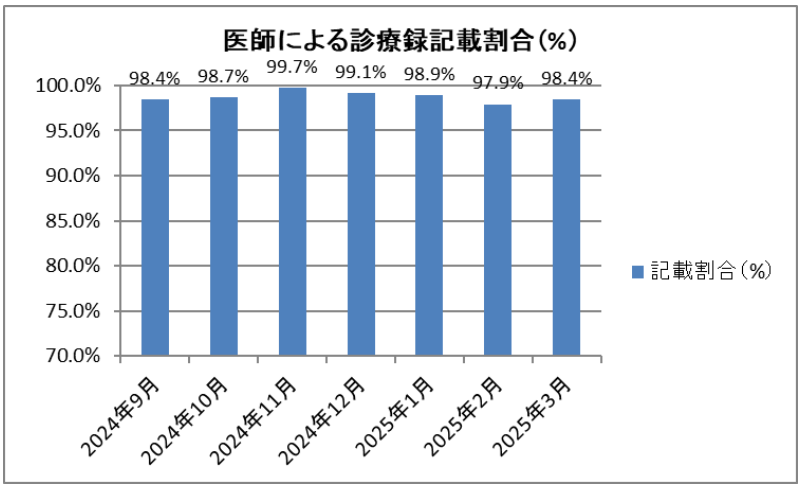
分母： 在院患者数

当院の実績

■医師による診療録記載割合（%）

目標値：100%

	記載割合（%）
2024 年 9 月	98.4%
2024 年 10 月	98.7%
2024 年 11 月	99.7%
2024 年 12 月	99.1%
2025 年 1 月	98.9%
2025 年 2 月	97.9%
2025 年 3 月	98.4%



2024 年度総括

安定して 95%以上をキープできていた。週ごとで算出すると、数回 100%の週もあったが、月で全体を算出すると一度も 100%には満たなかった。毎週の医局会にて院長から、週ごとの記載率を報告していただいているため、医師自身の意識が上がり、2023 年度より記載率が上昇したと考える。今後新たな医師が来られても記載率が下がらないよう呼びかけ、2025 年度も継続して 100%を指標に取り組む。

Ⅳ．患者目線

１．外来患者満足度（総合評価）

指標の意義

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る。

定義

■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

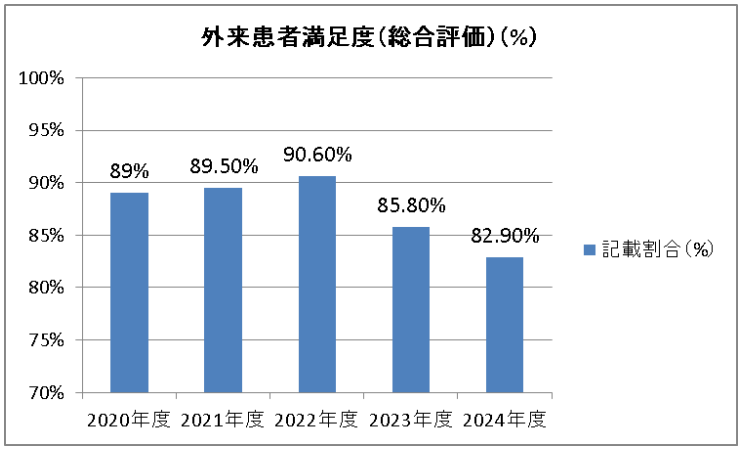
分母：「病院の総合的な満足度」項目の 5 段階の合計数

当院の実績

■外来患者満足度（%）

目標値：90%以上

	満足度（%）
2020 年度	89
2021 年度	89.5
2022 年度	90.6
2023 年度	85.8
2024 年度	82.9



■参考値　日本病院会 2023 年度 QI プロジェクト平均（満足、やや満足）　84.8%

2024 年度総括

2023 年度以降は目標の 90%を下回っており、2 年連続で満足度は低下傾向にある。各項目においてスコアの大幅な減少はみられないものの、前年度よりも 9 割の項目において減少が認められる。重要度分析を行い、病院の重点改善にあげられた項目を中心に具体的な対策をたて、2025 年度の満足度 90%以上を目指す。

Ⅳ．患者目線

２．入院患者満足度（総合評価）

指標の意義

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る。

定義

■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

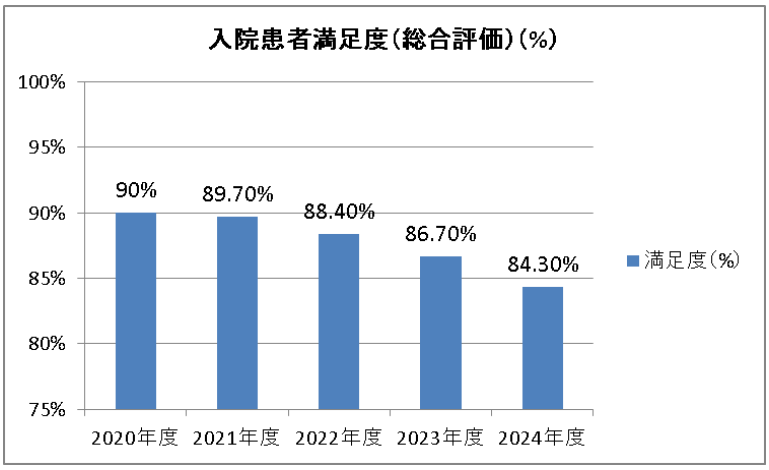
分母：「病院の総合的な満足度」項目の 5 段階の合計数

当院の実績

■入院患者満足度（%）

目標値：90%以上

	満足度（%）
2020 年度	90%
2021 年度	89.7%
2022 年度	88.4%
2023 年度	86.7%
2024 年度	84.3%



■参考値　日本病院会 2023 年度 QI プロジェクト平均（満足、やや満足）　91.4%

2024 年度総括

2021 年度以降は目標の 90%を下回っており、毎年満足度は低下傾向にある。2023 年度に改善策として挙げた項目はいずれもスコアが高くなっている。重要度分析を行い、病院の重点改善にあげられた項目を中心に具体的な対策をたて、2025 年度の満足度 90%以上を目指す。入院アンケートは回収件数が少ないため、統計学的に必要なアンケート回収件数の基準も満たすよう回収率の向上も図る。

Ⅳ．患者目線

３．患者相談窓口の相談件数

指標の意義

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る。

定義

■算出方法

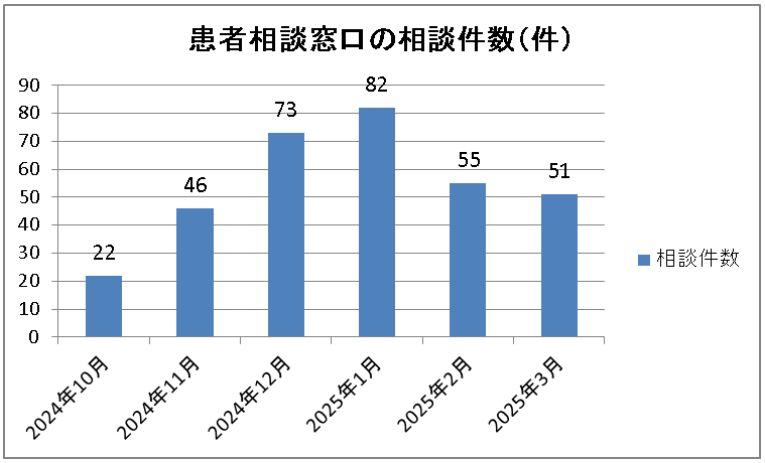
患者相談窓口に当院受診されている患者、もしくは患者家族からの相談件数の総数

当院の実績

■患者相談窓口の相談件数

目標値：50 件

	相談件数
2024 年 10 月	22
2024 年 11 月	46
2024 年 12 月	73
2025 年 1 月	82
2025 年 2 月	55
2025 年 3 月	51



2024 年度総括

相談件数は徐々に増加しており、担当者の配置、相談窓口のブースの設置、わかりやすい表記などの工夫により患者相談を受ける体制が認識されだしている。2025 年度から患者支援センターを設立しており、相談案件に対する迅速な対応、案件の振り返り、関連部署との共有に関しても充実を図る。2025 年度も気軽に相談を受けやすい体制が浸透するよう月当たり 50 件の目標を継続する。

Ⅴ．職員目線

１．職員の声ボックス投書件数

指標の意義

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が整い、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得ます。

定義

■算出方法

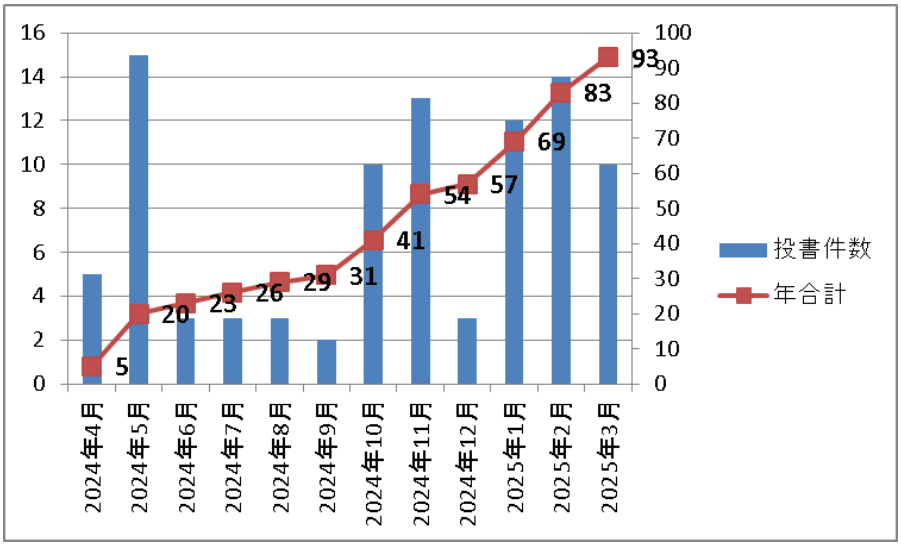
投書している職員の声ボックスの投書件数

当院の実績

■職員の声ボックス投書件数

目標値：　50 件/年

	投書件数
2024 年 4 月	5
5 月	15
6 月	3
7 月	3
8 月	3
9 月	2
10 月	10
11 月	13
12 月	3
2025 年 1 月	12
2 月	14
3 月	10
計	93



2024 年度総括

直接声を挙げにくい内容や相談先がわからない案件など投書件数は増えてきており、職員の声ボックスが有効な手段として職員にも認知されだしている。今後、匿名の場合でも職員の意見の対応状況が可視化できるよう掲示方法も工夫し、院内の問題点を各職員が速やかに共有できる体制にしていく。

Ⅵ. 診療科

1．外科：手術部位感染（SSI）発生率

指標の意義

SSI は、手術後 30 日以内に発生した手術に関連した感染症と定義する。

定義

■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

当院の実績

■指標（%）

目標値：0%

胆嚢手術　SSI 件数/発生率

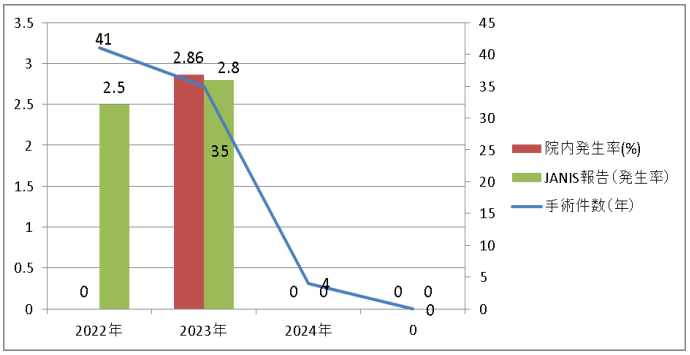
	件数	発生数	発生率(%)	JANIS
2022 年	41	0	0	2.5
2023 年	35	1	2.86	2.8
2024 年	4	0	0	

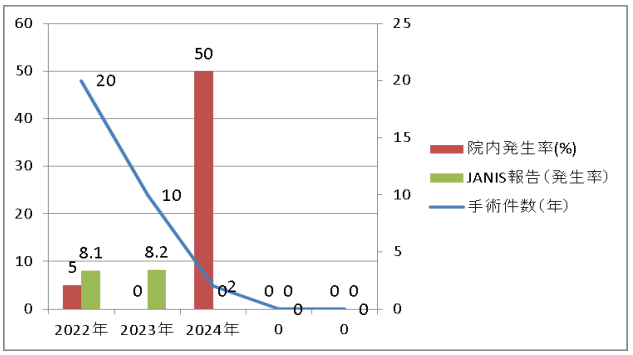
大腸手術　SSI 件数/発生率

	件数	発生数	発生率(%)	JANIS
2022 年	20	1	5.00	8.1
2023 年	10	0	0	8.2
2024 年	2	1	50	

■参考値　厚生労働省　院内感染対策サーベイランス事業

SSI 部門　　公開情報　2022 年度　2023 年度





2024 年度総括

2024 年度の目標値は手術部位感染 0%としており、胆嚢手術は 0%（手術件数 4 件）と目標は達成しているが、大腸手術が 50%（手術件数 2 件）と目標は達成できていない。

2025 年度も手術部位感染は 0%を目標とする

２．救急科：入院患者における救急外来滞在時間

指標の意義

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ある。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と考える。

定義

■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

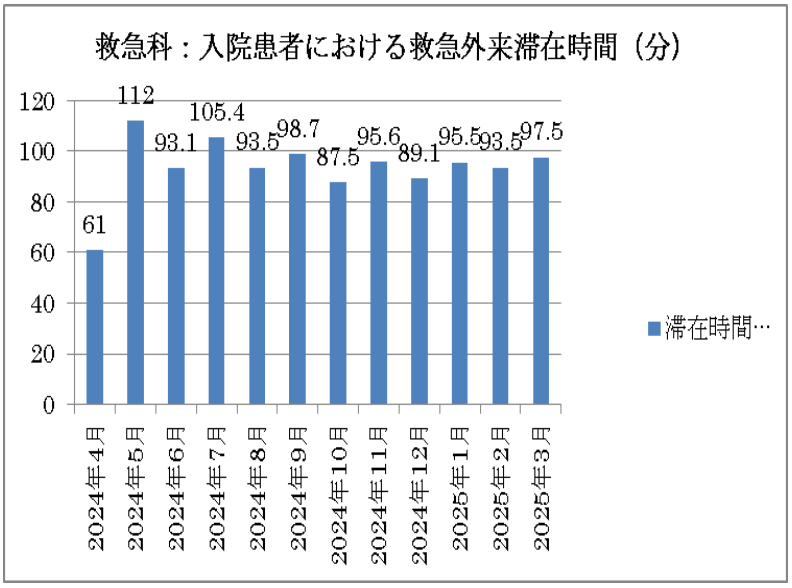
分母：救急外来を受診して直接入院となった患者数

当院の実績

■指標（分）

目標値：90（分）

	滞在時間（分）
2024 年 4 月	61.0
2024 年 5 月	112.0
2024 年 6 月	93.1
2024 年 7 月	105.4
2024 年 8 月	93.5
2024 年 9 月	98.7
2024 年 10 月	87.5
2024 年 11 月	95.6
2024 年 12 月	89.1
2025 年 1 月	95.5
2025 年 2 月	93.5
2025 年 3 月	97.5



2024 年度総括

滞在時間目標値は 3 ヶ月しか達成できなかった。救急の重なりや入院待ち、突発的な追加検査などさまざまな要因で平均滞在師間が増加している。また、救急の受入数に比例して待ち時間も増加する傾向にあるため、要因を特定するために今年度から起点となるタイミング毎に所要時間を計測し、具体的にどこで時間を要しているのかを分析し、課題の抽出を行う。また、突発的な要因による外れ値の影響を防ぐため、2025 年度からは中央値で滞在時間を算出する。

3． 産婦人科：分娩症例検討会実施率

指標の意義

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。

定義

■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

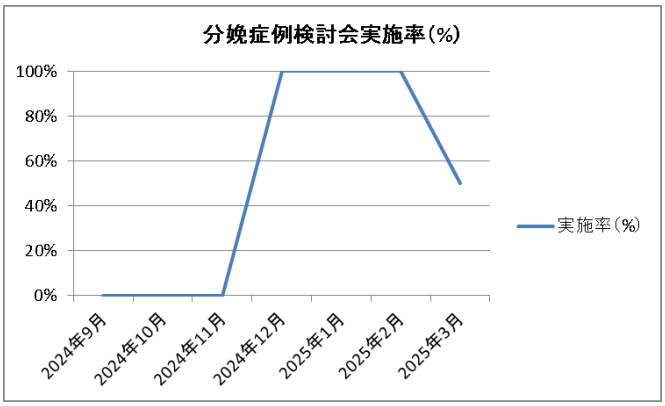
分母：収集期間内の分娩総件数

当院の実績

■指標（%）

目標値：100%

	実施率（%）	分娩件数
2024 年 9 月	0	1 件
2024 年 10 月	0	4 件
2024 年 11 月	0	3 件
2024 年 12 月	100%	4 件
2025 年 1 月	100%	2 件
2025 年 2 月	100%	2 件
2025 年 3 月	50%	2 件



2024 年度総括

分娩症例カンファレンス実施を目標としてから、12 月 14 日以降の分娩に対しカンファレンスの実施は100%を 3 ヵ月は維持できた。しかし、3 月は 2 件の分娩に対し 1 件のみの実施となっている。
開催できなかった理由には、分娩担当者が夜勤専従看護師で、医師と勤務が合わないことや、主導をしている自分自身との時間が作れないことが原因だと考える。現状での少ない分娩件数を医師、スタッフ間で共有することで、分娩時の介入を振り返ることで助産・看護の質を向上させ、分娩件数の増加にも繋がることも意図としているため、もう一度、スタッフへ分娩症例カンファレンスを開く意味について伝達し、分娩全例でカンファレンスを実施できるようにしていく。

4．心臓血管内科：クリニカルパス適用率

指標の意義

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る。

定義

■算出方法

分子：分母のうち、パス適用患者数

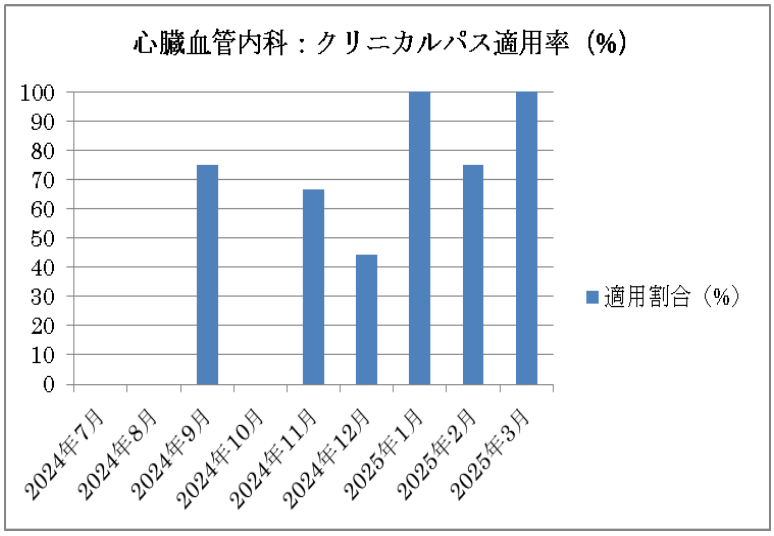
分母：循環器内科入院患者数（入院期間中に整形外科に転科した場合も含む）

当院の実績

■指標（%）

目標値：100%

	適用割合（%）
2024 年 7 月	0
2024 年 8 月	0
2024 年 9 月	75
2024 年 10 月	0
2024 年 11 月	66.7
2024 年 12 月	44.4
2025 年 1 月	100
2025 年 2 月	75
2025 年 3 月	100



2024 年度総括

当科の診療科体制指針は、2024 年 12 月に医の倫理委員会の承認を得た。クリニカルパス適応率には、ばらつきがあるが、徐々に上昇し、安定してきている。

2025 年 3 月より心臓カテーテル検査・治療を開始した。関連するスタッフは実践的訓練の実施や宇治徳洲会病院研修を行い対応している。そして、各種カンファレンスを行い、カテーテルの適応やリスク、また、患者、家族の意思をチームで共有する場を設けている。

５．小児科：点滴患児における途中抜針率

指標の意義

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る。

定義

■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）

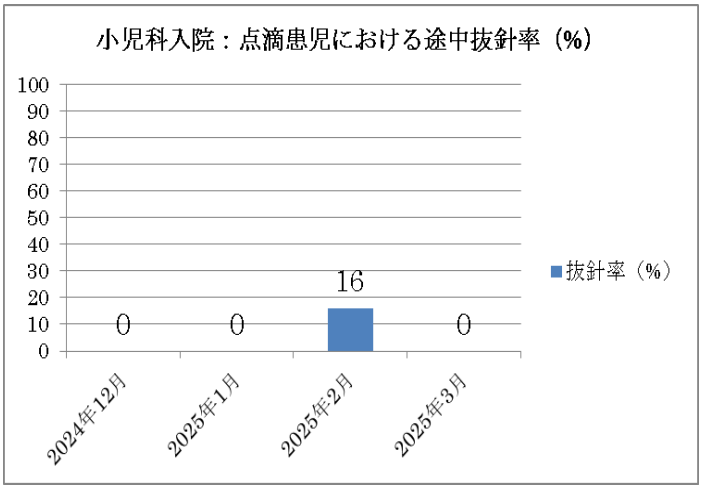
分母：小児科入院にて点滴を実施した患児人数（入院）

当院の実績

■指標（%）

目標値： 20%以下

	抜針率（%）	対象患児数（人）
2024年12月	0	10
2025年1月	0	5
2025年2月	16	7
2025年3月	0	10



2024年度総括

期間中2月に2件の点滴漏れによる途中抜針あり。

途中抜針に至った原因を分析。1件は症状改善に伴い活動量が上がり、活動が多くなったことにより手首の労作が増えたことにより点滴漏れに至ったと考察。また、もう1件に関しては8歳であったが知的障害があり説明に対する理解に乏しく挿入物に触れることが多かったこと、そして付き添いの母親も障害があり理解に乏しく患児の活動の状況に気にする様子がなかったことにより事象が発生したと考察した。途中抜針に至った症例を考察することで、それをスタッフに共有し、今後の対策に努めている。

Ⅵ. 診療科

6．消化器内科：タイムアウト遵守率

指標の意義

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。

定義

■算出方法

分子：分母のうち、タイムアウト実施件数

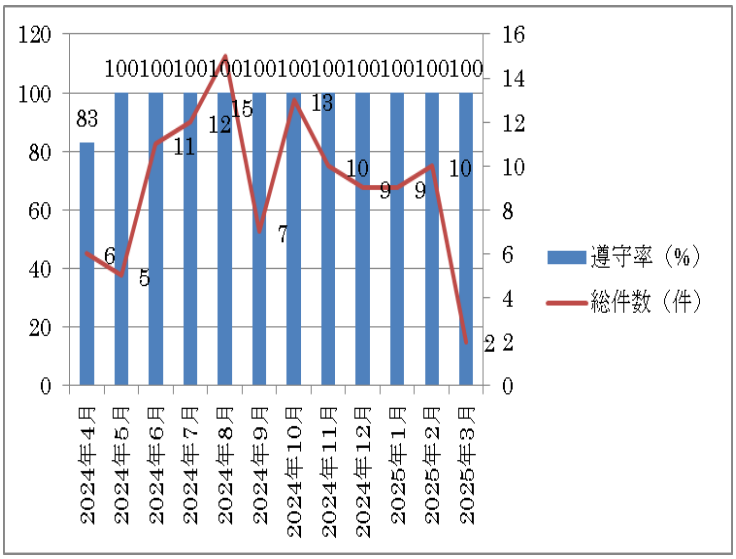
分母：内視鏡室として行う侵襲的処置を受けた件数

当院の実績

■指標（%）

目標値：100%

	遵守率（%）	総件数（件）	遵守件数（件）
2024 年 4 月	83	6	5
2024 年 5 月	100	5	5
2024 年 6 月	100	11	11
2024 年 7 月	100	12	12
2024 年 8 月	100	15	15
2024 年 9 月	100	7	7
2024 年 10 月	100	13	13
2024 年 11 月	100	10	10
2024 年 12 月	100	9	9
2025 年 1 月	100	9	9
2025 年 2 月	100	10	10
2025 年 3 月	100	3	3



2024 年度総括

2024 年度は治療症例のタイムアウト遵守率を算出し、99%とほぼ行えている。
しかし、1 件のみカルテ記載がなかったため、未実施とした。治療症例のタイムアウト遵守率は行えているため、2025 年度は内視鏡検査・治療問わず全ての内視鏡症例でのタイムアウト遵守率を算出していく。
そうすることで、さらに患者誤認や部位間違えの重大事故を未然に防ぐことができると考える。

7．整形外科：クリニカルパス適用率

指標の意義

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る。

定義

■算出方法

分子：分母のうち、パス適用患者数

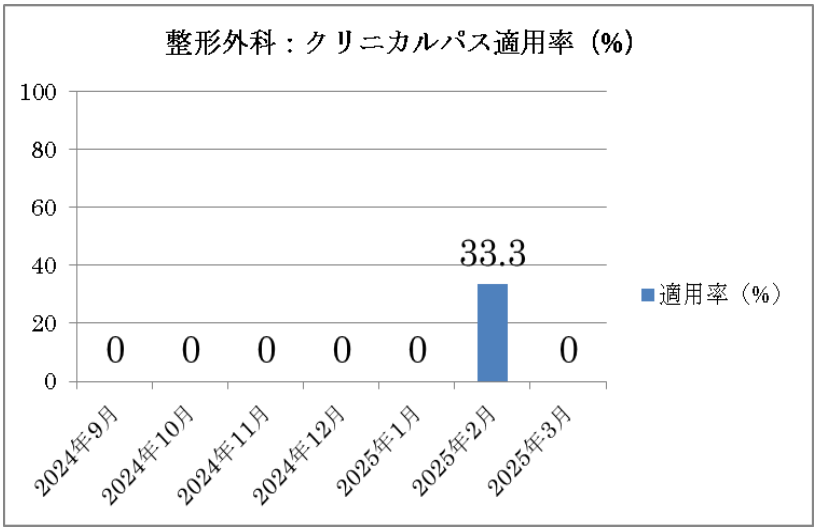
分母：整形外科入院患者数（入院期間中に整形外科に転科した場合も含む）

当院の実績

■指標（%）

目標値：100%

	適用率（%）
2024 年 9 月	0
2024 年 10 月	0
2024 年 11 月	0
2024 年 12 月	0
2025 年 1 月	0
2025 年 2 月	33.3%
2025 年 3 月	0



2024 年度総括

2024 年度の手術件数は 32 件であった。クリニカルパスの修正に時間を要し、使用できる様になったのが、2 月以降であり、2024 年度の実績としては 1 件であった。クリニカルパスの目的は、医療の標準化と質の向上、患者・医療スタッフ間の情報共有でもあるため、2025 年度は手術症例に対し 100%適用できるように多職種でパスの整備を行っていく。

8．総合内科：患者識別手順遵守率（外来部門）

指標の意義

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。

定義

■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

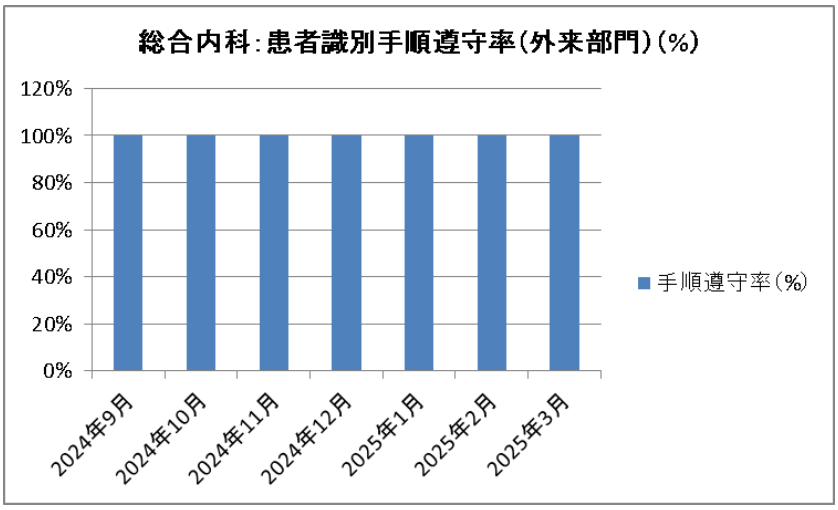
分母：該当診療科の外来診察時における診療総患者数

当院の実績

■指標（%）

目標値：100%

	手順遵守率（%）
2024 年 9 月	100%
2024 年 10 月	100%
2024 年 11 月	100%
2024 年 12 月	100%
2025 年 1 月	100%
2025 年 2 月	100%
2025 年 3 月	100%



2024 年度総括

総合内科医師に対し、患者識別手順の確認を行った遵守率は 100%維持出来ていた。

医師によって患者識別手順の遵守率はばらつきがある。

今後は総合内科医師だけでなく、外来診察部門全体での遵守率 100%となるよう取り組んでいく。

Ⅵ．診療科

９．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

指標の意義

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する。

定義

■算出方法

分子：分母のうち、入院早期（3 日内）に脳血管リハビリテーションが行われた症例数

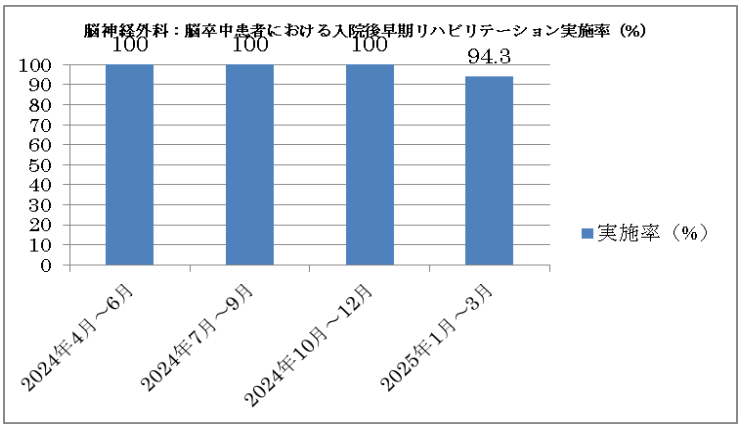
分母：対象期間内、18 歳以上の脳梗塞で入院した患者

当院の実績

■指標（%）

目標値：100%

	実施率（%）
2024 年 4 月～6 月	100
2024 年 7 月～9 月	100
2024 年 10 月～12 月	100
2025 年 1 月～3 月	92.3



■参考値　日本病院会 2023 年度 QI プロジェクト平均　88.1%

2024 年度総括

2024 年度のベンチマーク該当患者数は 4 月～6 月は 8 名（3 日以内実施率 8/8）、7 月～9 月は 12 名（同 12/12）、10～12 月は 11 名（同 11/11）、2025 年 1～3 月は 13 名（同 12/13）であった。

2025 年 1～3 月期において 92.3%（12／13 実施）。つまり入院 3 日以内にリハビリテーションが実施されなかった患者は 1 名。実施されなかった理由として転院時に ADL 自立であり、また 46 歳と若くリハビリテーションの必要性は低かったが、ご本人より看護師を通してリハビリテーションの実施希望があり、入院後 10 日経った頃にリハビリ処方が出されたケースであった。処方当日には PT の介入があった。それ以外の期間では達成できた。引き続き早期リハビリテーションの介入で患者様の早期在宅復帰の一助となっていきたい。

１０．放射線科：パニック値報告に対する医師記録実施率

指標の意義

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、医師の対応課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。

定義

■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

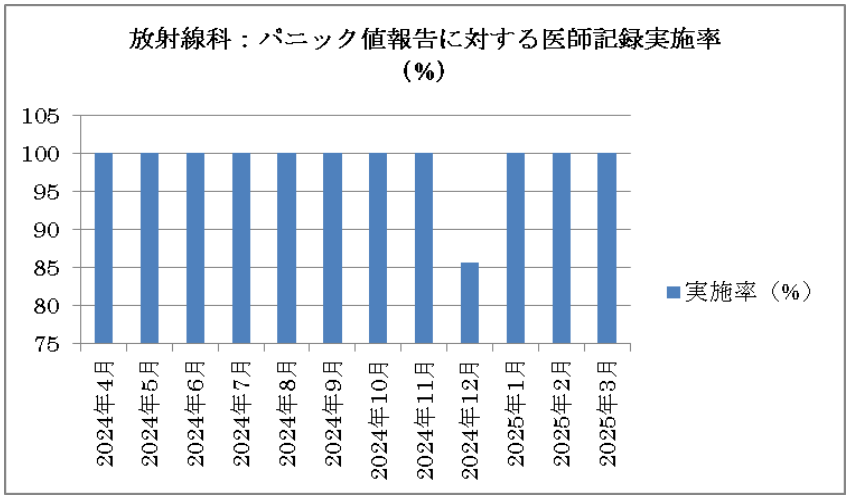
分母：放射線科から発出されたパニック値報告総件数

当院の実績

■指標（%）

目標値：100%

	実施率（%）
2024 年 4 月	100
2024 年 5 月	100
2024 年 6 月	100
2024 年 7 月	100
2024 年 8 月	100
2024 年 9 月	100
2024 年 10 月	100
2024 年 11 月	100
2024 年 12 月	85.7
2025 年 1 月	100
2025 年 2 月	100
2025 年 3 月	100



2024 年度総括

病院機能の向上のため、依頼医が技師からパニック値報告を受けてから、患者に説明・対応を行ったかどうかを、2 時間後に技師が確認することとし、下半期取り組んできた。技師が検出した報告内容にもよるのかも知れないが、実施率は概ね達成、総じてカルテ記録は良好だった。
課題として画像診断パニック値の性質上、技師が気づけなかったものが一定数埋もれている。画像診断医のレポートと照らし合わせその数を把握し、教育に繋げ、検出率の向上を目指したい。