

鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院 クリニカルインディケーター

令和7年10月作成

【病院全体の指標】

1日平均入院患者数	..... 1
1日平均外来患者数	
1日平均デイケア利用者数	
年間新入院患者数	..... 2
病床稼働率	
平均在院日数	
在宅復帰率	..... 3
死亡退院患者数	

【医療安全に関する指標】

インシデント・アクシデント報告件数(合計)	..... 4
インシデント・アクシデント報告件数内訳(転倒・転落)	
入院患者における転倒・転落発生率の推移	
インシデント・アクシデント報告件数内訳(与薬)	..... 5
レベル3以上のアクシデント報告件数	

【院内感染、褥瘡に関する指標】

MRSA保菌者数	..... 6
褥瘡発生率及び治癒率	

【療養病棟入院基本料を算定する病棟に関する指標】

療養病棟入院基本料における医療区分別の患者割合 7
-------------------------	---------

【地域包括ケア病棟入院料を算定する病床に関する指標】

域包括病棟入院料における重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者割合	
--	--

【リハビリテーションに関する指標】

療法士別リハビリテーション実施単位数(通所リハビリテーションを含む)	..... 8
疾患別等リハビリテーション実施単位数(通所リハビリテーションを含む)	
入院患者1人1日平均リハビリテーション実施単位数	

摂食機能療法	..... 9
回復期リハビリテーション病棟におけるADL利得(日常生活機能評価)	
回復期リハビリテーション病棟における重症患者回復率	..... 10
入院患者のADL利得(FIM)	..... 11
地域連携パス適用患者のADL利得(FIM)	
入院患者のADL利得(BI)	..... 12
地域連携パス適用患者のADL利得(BI)	
【地域連携に関する指標】	
地域連携パス適用患者数(地域連携パスにより紹介された患者数)	..... 13
院内パス運用件数	
新入院患者のNet4Uの登録状況	
Net4Uを利用して情報提供された入院患者の割合	..... 14
退院時に紹介先の医療機関にNet4Uを利用して情報提供した退院患者の割合	
MRI検査実施件数	
【相談・支援に関する指標】	
相談・支援の内容	..... 15
退院前訪問指導件数	
【患者満足に関する指標】	
入院患者満足度	..... 16
デイケア利用者満足度	
病院給食 嗜好調査	..... 17
ご意見・苦情受付件数	

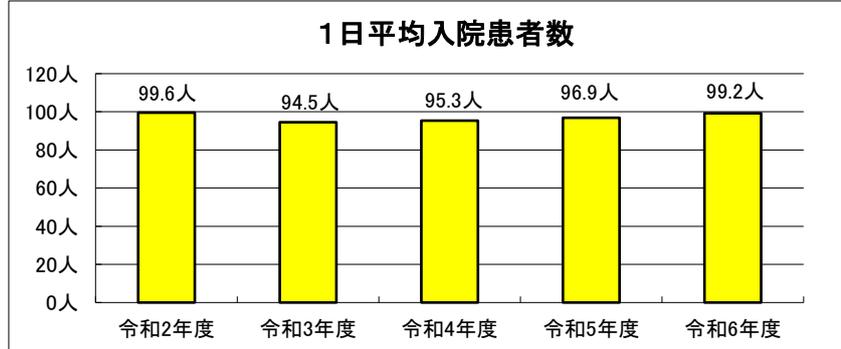
鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院 クリニカルインディケーター

【病院全体の指標】

■ 1日平均入院患者数

1日当たりの入院患者数の平均です。

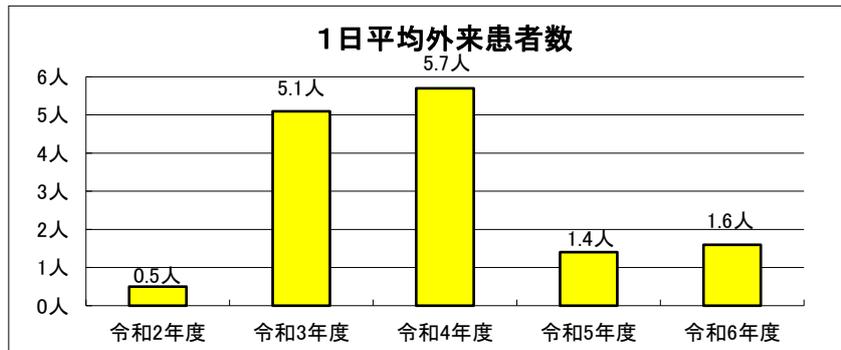
年度	患者数
令和2年度	99.6人
令和3年度	94.5人
令和4年度	95.3人
令和5年度	96.9人
令和6年度	99.2人



■ 1日平均外来患者数

外来診療日1日当たりの患者数の平均です。

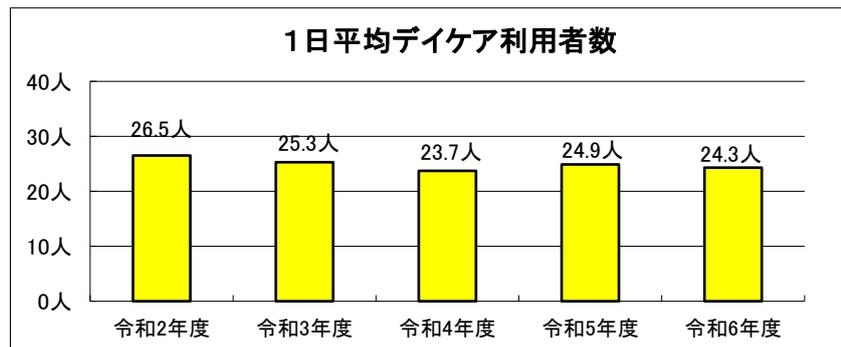
年度	患者数
令和2年度	0.5人
令和3年度	5.1人
令和4年度	5.7人
令和5年度	1.4人
令和6年度	1.6人



■ 1日平均デイケア利用者数

デイケア営業日1日当たりの利用者数の平均です。

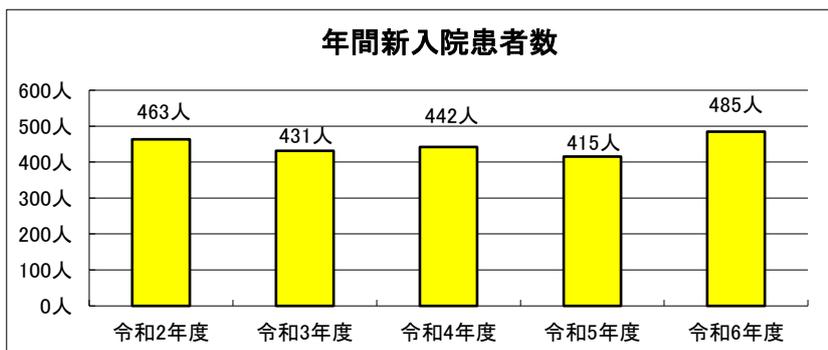
年度	利用者数
令和2年度	26.5人
令和3年度	25.3人
令和4年度	23.7人
令和5年度	24.9人
令和6年度	24.3人



■ 年間入院患者数

当院に入院した患者の数で、再入院患者を含みます。

年 度	患者数
令和2年度	463人
令和3年度	431人
令和4年度	442人
令和5年度	415人
令和6年度	485人

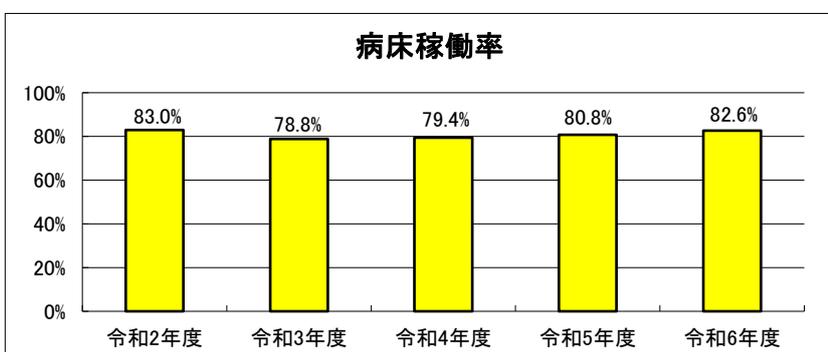


■ 病床稼働率

病床稼働率は、稼働病床数に対して実際に入院患者がどのくらいの割合で入院していたかを示す指標です。

(計算式) 延べ入院患者数 ÷ (稼働病床数120床 × 365日)

年 度	病床利用率
令和2年度	83.0%
令和3年度	78.8%
令和4年度	79.4%
令和5年度	80.8%
令和6年度	82.6%

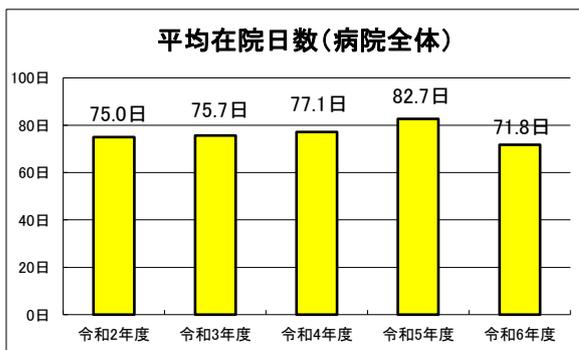


■ 平均在院日数

平均在院日数は、入院患者1人あたりの入院日数の平均値です。

(計算式) 延べ入院患者数 ÷ (新入院患者数 + 退院患者数) ÷ 2

年 度	第1病棟	第2病棟	第3病棟	病院全体
令和2年度	87.5日	67.1日	72.6日	75.0日
令和3年度	81.8日	64.8日	81.6日	75.7日
令和4年度	84.3日	66.5日	80.8日	77.1日
令和5年度	97.6日	64.9日	88.2日	82.7日
令和6年度	85.1日	54.9日	80.6日	71.8日

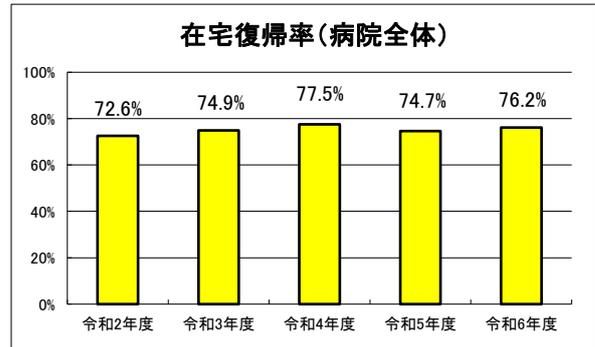


■ 在宅復帰率

在宅復帰率は、退院患者のうち自宅等に退院した患者（他の医療機関への転院や介護老人保健施設に入所した患者以外の患者）の割合です。

（計算式）自宅等へ退院した患者数 ÷ 退院患者数（死亡退院患者数除外）

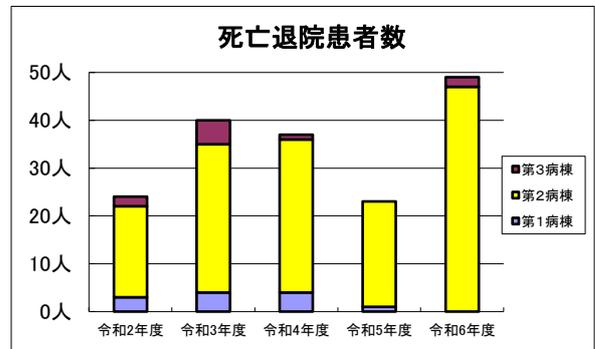
年 度	第1病棟	第2病棟	第3病棟	病院全体
令和2年度	83.1%	60.3%	73.7%	72.6%
令和3年度	79.1%	71.7%	73.9%	74.9%
令和4年度	77.0%	78.3%	77.3%	77.5%
令和5年度	72.9%	78.9%	72.7%	74.7%
令和6年度	73.0%	80.1%	75.7%	76.2%



■ 死亡退院患者数

退院した患者数のうち、死亡退院した患者の数です。

年 度	第1病棟	第2病棟	第3病棟	計
令和2年度	3人	19人	2人	24人
令和3年度	4人	31人	5人	40人
令和4年度	4人	32人	1人	37人
令和5年度	1人	22人	0人	23人
令和6年度	0人	47人	2人	49人



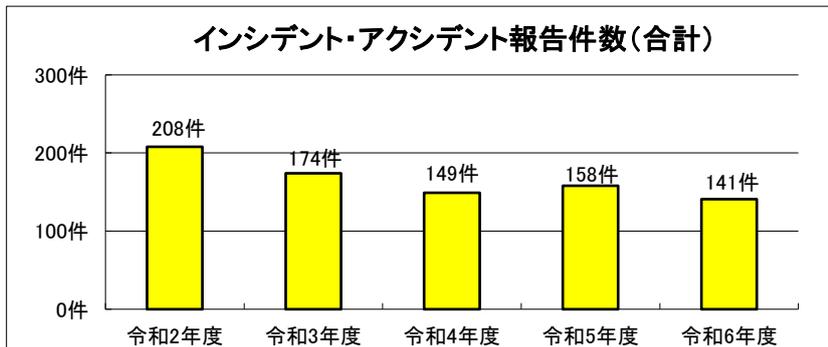
※令和元年度に地域病院の病床機能転換により、当院への看取り患者の受け入れが多くなっているため、死亡退院患者が増えています。

【医療安全に関する指標】

■ インシデント・アクシデント報告件数(合計)

実際に起こった事故(アクシデント)だけではなく、「ヒヤリ」としたり「ハット」したこと(インシデント)が含まれます。医療事故の予防・再発防止に資するためインシデント・アクシデント報告の収集に努めています。

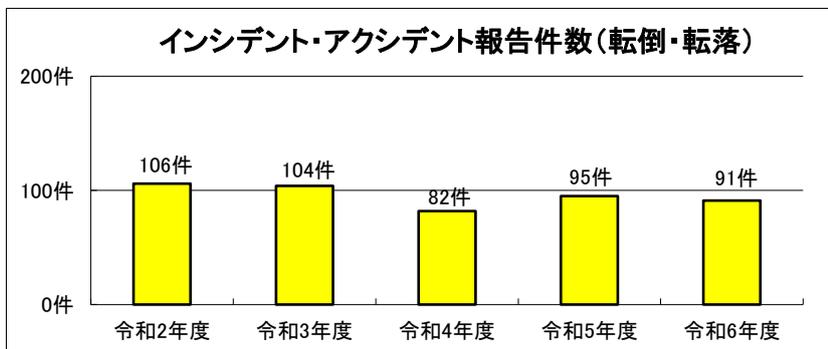
年 度	報告件数
令和2年度	208件
令和3年度	174件
令和4年度	149件
令和5年度	158件
令和6年度	141件



■ インシデント・アクシデント報告件数内訳(転倒・転落)

転倒・転落に関するアクシデント・インシデント報告件数です。

年 度	報告件数
令和2年度	106件
令和3年度	104件
令和4年度	82件
令和5年度	95件
令和6年度	91件



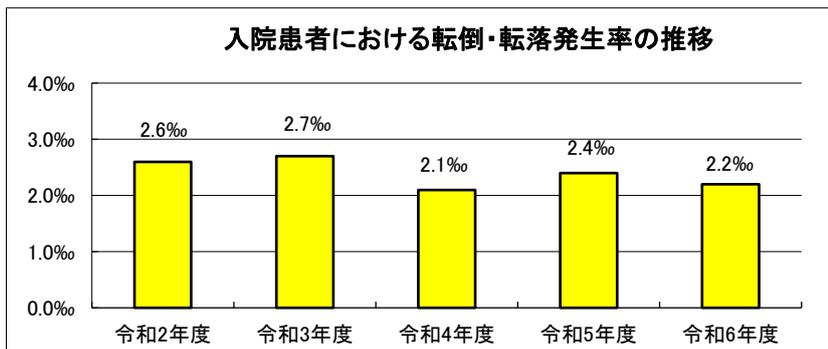
■ 入院患者における転倒・転落発生率の推移

当院に入院した患者の転倒・転落発生率の推移です。

$$\text{転倒・転落発生率} = (\text{転倒・転落件数} / \text{延べ入院患者数}) \times 1000(\text{‰})$$

$$\text{‰(パーミル)} = \text{千分率}(1\text{‰} = 1/1000 = 0.1\%)$$

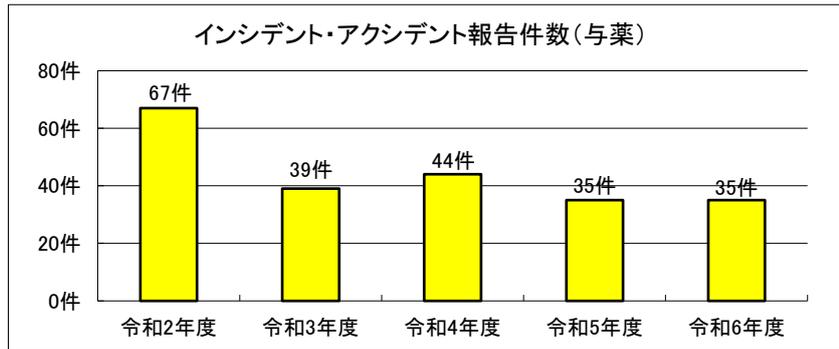
年 度	発生率
令和2年度	2.6‰
令和3年度	2.7‰
令和4年度	2.1‰
令和5年度	2.4‰
令和6年度	2.2‰



■ インシデント・アクシデント報告件数内訳(与薬)

与薬に関するアクシデント・インシデント報告件数です。

年 度	報告件数
令和2年度	67件
令和3年度	39件
令和4年度	44件
令和5年度	35件
令和6年度	35件



■ レベル3以上のアクシデント報告件数

発生したアクシデントの影響度の大きさに応じて、そのレベルを次のとおり設定していますが、当院ではレベル3a以上のアクシデントの減少に特に努めています。なお、当院では、レベル4あるいはレベル5のアクシデントは、1度も発生していません。

レベル0 間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった場合

間違ったことを実施したが、患者に被害がなく、その後の観察も不要であった場合

レベル1 間違ったことを実施したことにより、患者に変化はないが、その後の観察が必要である場合

レベル2 事故により患者に変化があったが、治療を必要としない場合

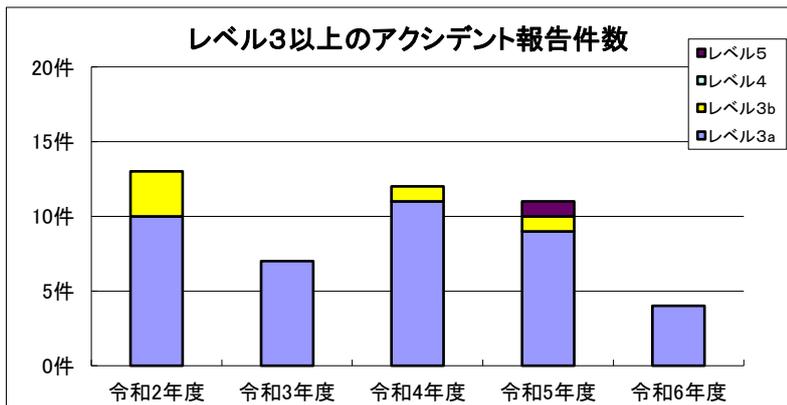
レベル3a 事故により治療が必要あるいは必要になると推測される場合

レベル3b 事故により骨折、熱傷、その他急性期病院に転院して濃厚な治療が必要とされる場合

レベル4 事故により障害が残り、あるいは残ると推測され、他院での治療が必要となった場合

レベル5 事故により死亡した場合

年 度	レベル3a	レベル3b	レベル4	レベル5	計
令和2年度	10件	3件	0件	0件	13件
令和3年度	7件	0件	0件	0件	7件
令和4年度	11件	1件	0件	0件	12件
令和5年度	9件	1件	0件	1件	11件
令和6年度	4件	0件	0件	0件	4件

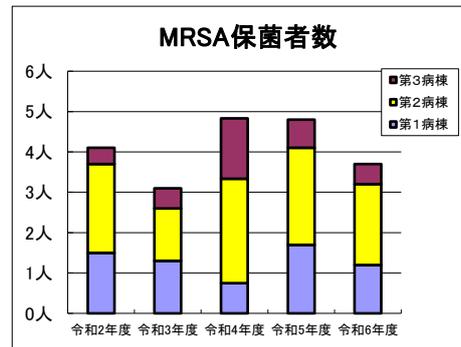


【院内感染、褥瘡に関する指標】

■ MRSA保菌者数

毎月の特定日におけるMRSA保菌入院患者数の平均値です。当院で新たに発生した患者はなく、全てが他の医療機関等で発生し転院時に持ち込んだものです。

年 度	第1病棟	第2病棟	第3病棟	全体	新発患者 (再掲)
令和2年度	1.5人	2.2人	0.4人	4.1人	0人
令和3年度	1.3人	1.3人	0.5人	3.1人	0人
令和4年度	0.8人	2.6人	1.5人	4.8人	0人
令和5年度	1.7人	2.4人	0.7人	4.8人	0人
令和6年度	1.2人	2.0人	0.5人	3.7人	0人

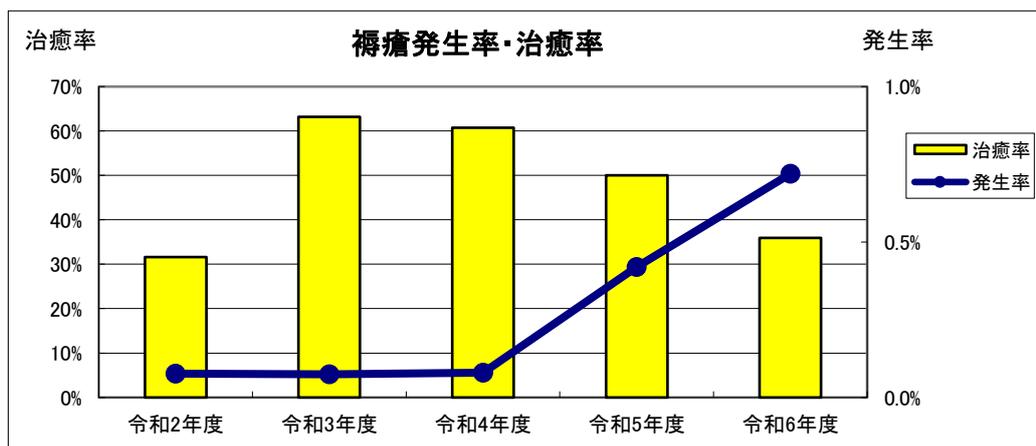


■ 褥瘡発生率及び治癒率

褥瘡とはいわゆる床ずれのことで、長期にわたり寝たきりになった場合、体と接触局所で血行不全となり周囲組織が腐れる状態です。褥瘡の発生要因として栄養不良、全身状態悪化、長時間の圧迫、麻痺などがあります。褥瘡は感染を招き、さらに身体の活力を低下させますので予防が必要です。さらに褥瘡の有無は介護、看護の質をはかるものさしといわれております。

(計算式) 褥瘡発生率 = 当院で発生した褥瘡数 ÷ 危険因子有りの患者

年 度	危険因子 有りの 患者 (A)	褥 瘡 数				治癒した 褥瘡 (D)	治癒率 (D/C)	褥瘡の 発生率 (B/A)
		前年度 より繰越	入院時 持込み	当院での 発生 (B)	計 (C)			
令和2年度	1,312人	1個	17個	1個	19個	6個	31.6%	0.08%
令和3年度	1,342人	3個	15個	1個	19個	12個	63.2%	0.07%
令和4年度	1,256人	0個	27個	1個	28個	17個	60.7%	0.08%
令和5年度	1,191人	1個	20個	5個	26個	13個	50.0%	0.42%
令和6年度	1,251人	1個	29個	9個	39個	14個	35.9%	0.72%

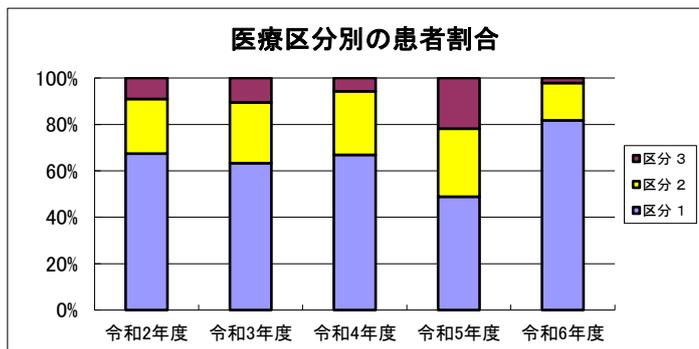


【療養病棟入院基本料を算定する病棟に関する指標】

■ 療養病棟入院基本料における医療区分別の患者割合

療養病棟入院基本料は、患者の治療内容や状態等に応じて3つの医療区分に分けられております。下表は、その医療区分ごとの延べ入院患者の割合です。

年 度	区分 1	区分 2	区分 3
令和2年度	67.4%	23.6%	9.0%
令和3年度	63.3%	26.1%	10.6%
令和4年度	67.0%	27.4%	5.7%
令和5年度	48.8%	29.4%	21.8%
令和6年度	81.7%	16.2%	2.1%



※令和6年の診療報酬改定で療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置廃止にともない、令和6年9月に療養病棟入院料を算定する病床を地域包括ケア病棟に転換した。

【地域包括ケア病棟入院料を算定する病床に関する指標】

■ 地域包括病棟入院料における重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者割合

重症度、医療・看護必要度は、各入院料や加算ごとに重症度割合の施設基準が設定されています。地域包括ケア病棟入院料では、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者を10%以上(※令和6年度)を入院させる病棟(病室)である必要があります。 ・A項目が1点以上 ・C項目が1点以上

年 度	割合
令和2年度	30.4%
令和3年度	30.9%
令和4年度	31.1%
令和5年度	32.9%
令和6年度	24.8%

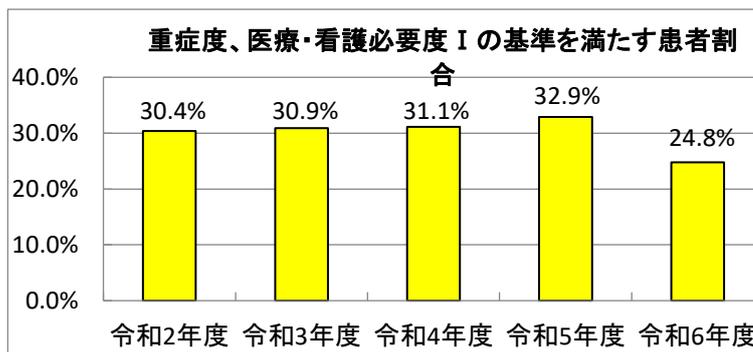
※基準14%以上

※基準14%以上

※基準12%以上

※基準12%以上

※令和6年6月～
基準10%以上

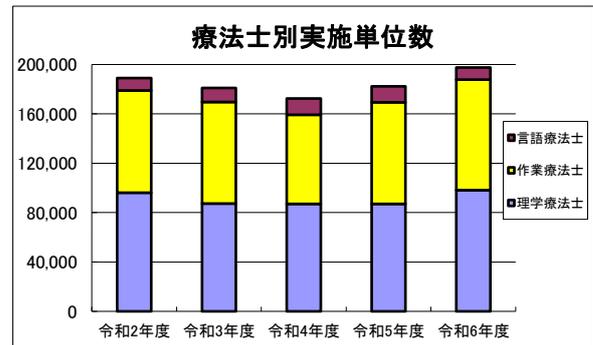


【リハビリテーションに関する指標】

■ 療法士別リハビリテーション実施単位数

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士別に実施したリハビリテーションの1年間の単位数です。1単位は、患者に対して20分以上個別に訓練を行った場合に算定できます。

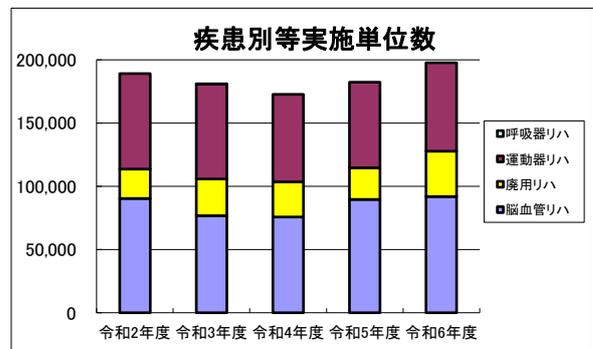
年 度	理学療法士	作業療法士	言語療法士	合計
令和2年度	96,063	82,858	10,123	189,044
令和3年度	87,375	82,254	11,288	180,917
令和4年度	87,112	72,089	13,387	172,588
令和5年度	87,185	82,141	12,893	182,219
令和6年度	98,230	89,418	9,944	197,592



■ 疾患別等リハビリテーション実施単位数

リハビリテーションは、患者の疾患等により区分されますが、当院では脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションおよび呼吸器リハビリテーションを行っており、その疾患別に実施したリハビリテーションの1年間の単位数です。

年 度	脳血管リハ	廃用リハ	運動器リハ	呼吸器リハ
令和2年度	90,297	23,334	75,413	0
令和3年度	76,672	29,230	74,980	35
令和4年度	75,711	27,749	69,128	0
令和5年度	89,549	25,067	67,603	0
令和6年度	91,992	35,803	69,797	0

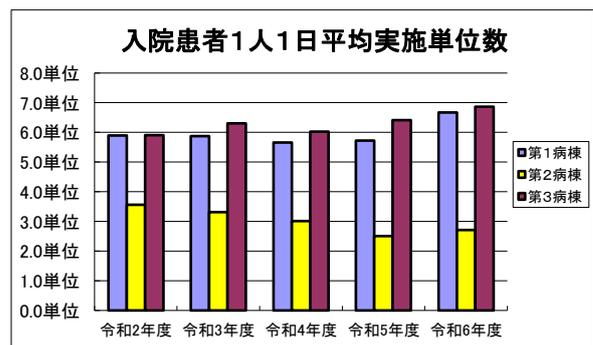


■ 入院患者1人1日平均リハビリテーション実施単位数（地域包括ケア病床患者除外）

入院患者1人が1日に行うリハビリテーション実施単位数の平均です。

(計算式) 入院患者の総リハビリ実施単位数 ÷ 延べ入院患者数 (※地域包括ケア病床患者除外)

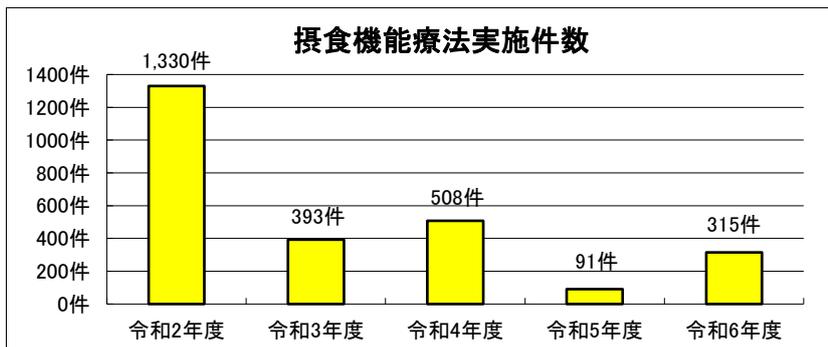
年 度	第1病棟	第2病棟	第3病棟	平均
令和2年度	5.9単位	3.6単位	5.9単位	5.4単位
令和3年度	5.9単位	3.3単位	6.3単位	5.7単位
令和4年度	5.7単位	3.0単位	6.0単位	5.5単位
令和5年度	5.7単位	2.5単位	6.4単位	5.7単位
令和6年度	6.7単位	2.7単位	6.9単位	6.6単位



■ 摂食機能療法

摂食機能療法は、脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある患者さんに行う訓練で、言語聴覚士だけでなく看護師等も行うことができます。

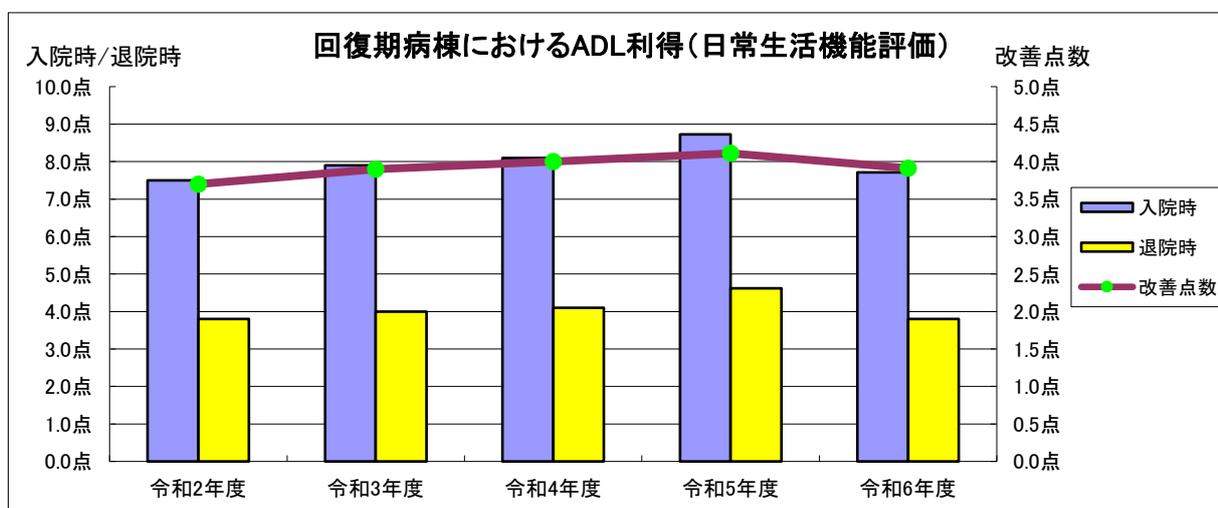
年 度	件数
令和2年度	1,330件
令和3年度	393件
令和4年度	508件
令和5年度	91件
令和6年度	315件



■ 回復期リハビリテーション病棟におけるADL利得（日常生活機能評価）

回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の入院時と退院時の日常生活機能評価の平均得点とその差（利得）です。日常生活機能評価は、得点が低いほど生活自立度が高くなります。平均得点は、評価した全ての患者のもので、急変で急性期病院に転院した患者等も含まれます。一般的にはこの差が大きいほど患者の状態がより改善したといえます。

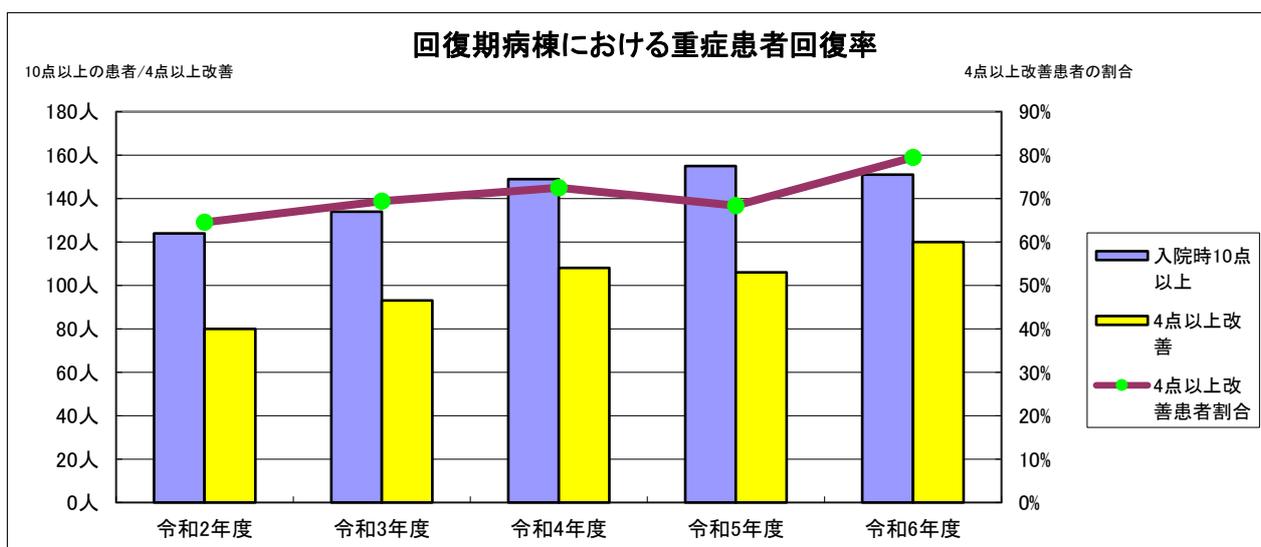
年 度	第1病棟			第3病棟			第1病棟＋第3病棟		
	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数
令和2年度	7.6点	3.3点	4.3点	7.3点	4.2点	3.1点	7.5点	3.8点	3.7点
令和3年度	8.1点	3.8点	4.3点	7.8点	4.3点	3.5点	7.9点	4.0点	3.9点
令和4年度	8.0点	3.8点	4.2点	8.2点	4.4点	3.8点	8.1点	4.1点	4.0点
令和5年度	8.5点	3.8点	4.7点	8.9点	5.4点	3.5点	8.7点	4.6点	4.1点
令和6年度	7.8点	3.5点	4.2点	7.6点	4.1点	3.6点	7.7点	3.8点	3.9点



■ 回復期リハビリテーション病棟における重症患者回復率

回復期リハビリテーション病棟に入院した重症患者（入院時の日常生活機能評価得点が10点以上の患者）の内、退院時に4点以上改善した患者の数とその割合です。

年 度	第1病棟			第3病棟			第1病棟+第3病棟		
	10点以上の患者数	4点以上改善患者	割合	10点以上の患者数	4点以上改善患者	割合	10点以上の患者数	4点以上改善患者	割合
令和2年度	62人	47人	75.8%	62人	33人	53.2%	124人	80人	64.5%
令和3年度	68人	55人	80.9%	66人	38人	57.6%	134人	93人	69.4%
令和4年度	73人	60人	82.2%	76人	48人	63.2%	149人	108人	72.5%
令和5年度	72人	56人	77.8%	83人	50人	60.2%	155人	106人	68.4%
令和6年度	78人	67人	85.9%	73人	53人	72.6%	151人	120人	79.5%

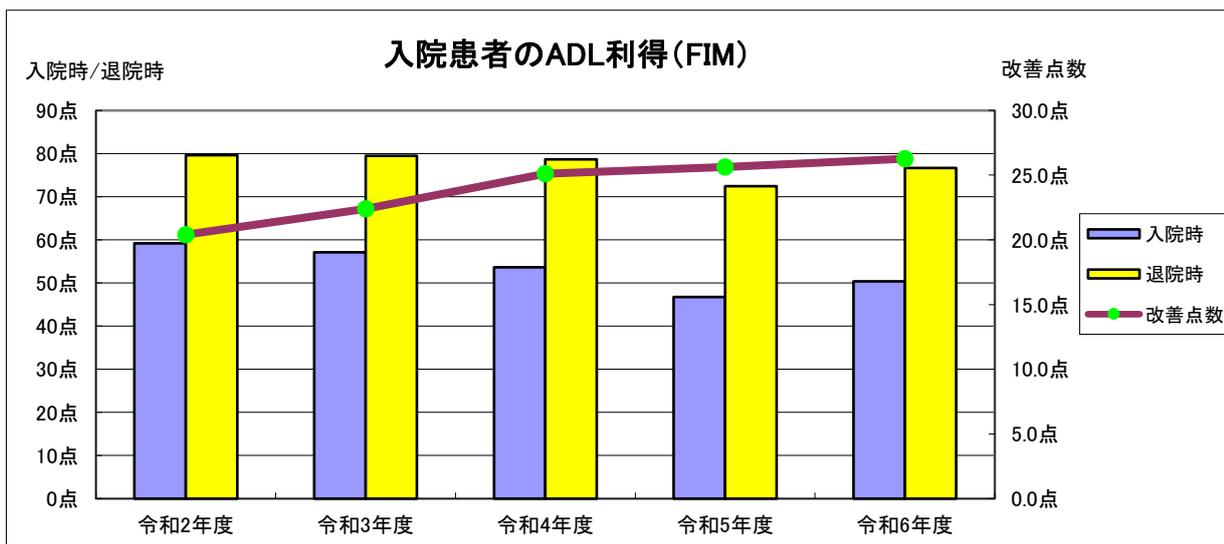


■ 入院患者のADL利得 (FIM)

FIMは、日常生活動作の改善度を判定する評価方法として国際的に用いられています。当院に入院した全ての患者の入院時と退院時のFIMの平均得点とその差(利得)です。一般的にはこの差が大きいほど患者の状態がより改善したといえます。

年 度	第1病棟			第3病棟			回復期リハ病棟 平均		
	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数
令和2年度	61.7点	88.0点	26.3点	60.1点	81.3点	21.2点	60.9点	84.3点	23.4点
令和3年度	57.3点	84.8点	27.5点	60.4点	83.5点	23.1点	58.9点	84.1点	25.2点
令和4年度	59.1点	85.8点	26.7点	52.8点	81.2点	28.4点	55.8点	83.4点	27.6点
令和5年度	50.7点	82.7点	32.0点	44.2点	71.3点	27.1点	47.3点	76.8点	29.5点
令和6年度	52.7点	83.9点	31.2点	51.8点	83.3点	31.5点	52.2点	83.6点	31.3点

年 度	第2病棟			入院患者全体		
	入院時の平均点数	退院時の平均点数	改善点数	入院時の平均点数	退院時の平均点数	改善点数
令和2年度	55.3点	68.1点	12.8点	59.2点	79.6点	20.4点
令和3年度	52.6点	68.4点	15.8点	57.1点	79.5点	22.4点
令和4年度	47.4点	65.3点	17.9点	53.6点	78.7点	25.1点
令和5年度	45.4点	61.9点	16.6点	46.8点	72.4点	25.6点
令和6年度	46.3点	61.4点	15.1点	50.4点	76.6点	26.3点



■ 地域連携パス適用患者のADL利得 (FIM)

入院患者のうち、地域連携パスにより紹介された患者の入院時と退院時のFIMの平均得点とその差(利得)です。

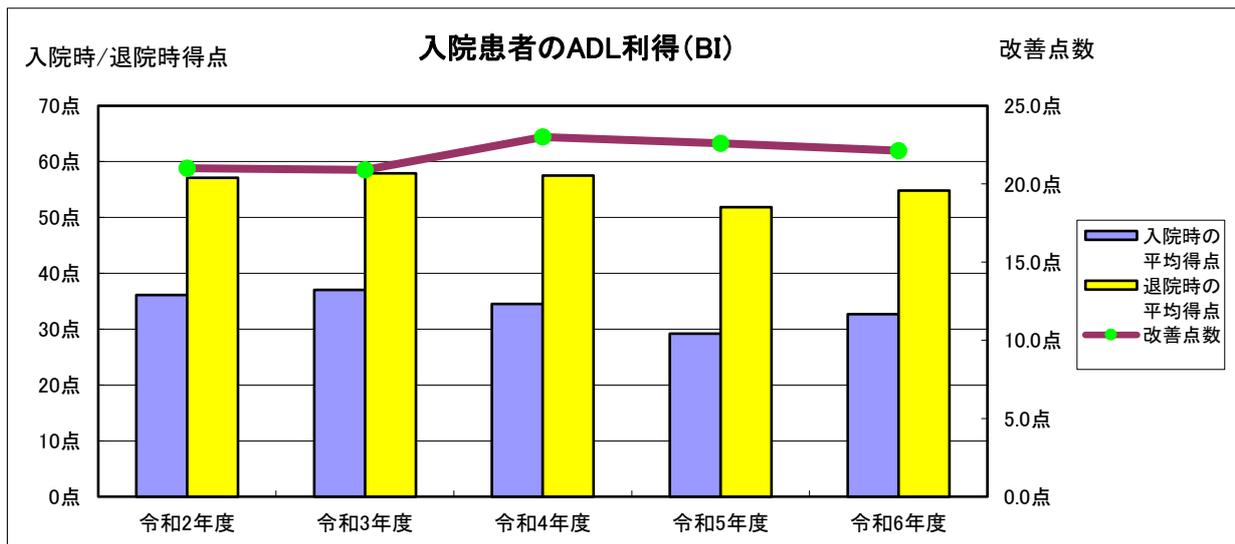
年 度	大腿骨頸部骨折			脳 卒 中			連携パス全体		
	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数
令和6年度	53.0点	84.8点	31.8点	50.9点	81.7点	30.9点	51.8点	83.1点	31.3点

■ 入院患者のADL利得 (BI)

BIも日常生活動作の改善度を判定する評価方法の一つです。FIM同様、当院に入院した全ての患者の入院時と退院時のBIの平均得点とその差(利得)です。一般的にはこの差が大きいほど患者の状態がより改善したといえます。

年 度	第1病棟			第3病棟			回復期リハ病棟 平均		
	入院時の平均点数	退院時の平均点数	改善点数	入院時の平均点数	退院時の平均点数	改善点数	入院時の平均点数	退院時の平均点数	改善点数
令和2年度	38.4点	65.6点	27.2点	38.3点	58.7点	20.4点	38.4点	61.8点	23.4点
令和3年度	37.6点	63.8点	26.2点	40.1点	60.7点	20.6点	38.9点	62.2点	23.3点
令和4年度	39.2点	63.4点	24.2点	36.4点	61.1点	24.7点	37.7点	62.2点	24.5点
令和5年度	32.2点	62.2点	30.0点	29.5点	51.0点	21.5点	30.8点	56.4点	25.6点
令和6年度	35.6点	63.4点	27.8点	34.7点	59.3点	24.7点	35.2点	61.4点	26.2点

年 度	第2病棟			入院患者全体		
	入院時の平均点数	退院時の平均点数	改善点数	入院時の平均点数	退院時の平均点数	改善点数
令和2年度	30.5点	45.7点	15.2点	36.1点	57.1点	21.0点
令和3年度	32.4点	47.7点	15.3点	37.0点	57.9点	20.9点
令和4年度	25.3点	44.5点	19.2点	34.5点	57.5点	23.0点
令和5年度	25.6点	41.2点	15.6点	29.2点	51.8点	22.6点
令和6年度	27.2点	40.5点	13.2点	32.7点	54.8点	22.1点



■ 地域連携パス適用患者のADL利得 (BI)

入院患者のうち、地域連携パスにより紹介された患者の入院時と退院時のBIの平均得点とその差(利得)です。

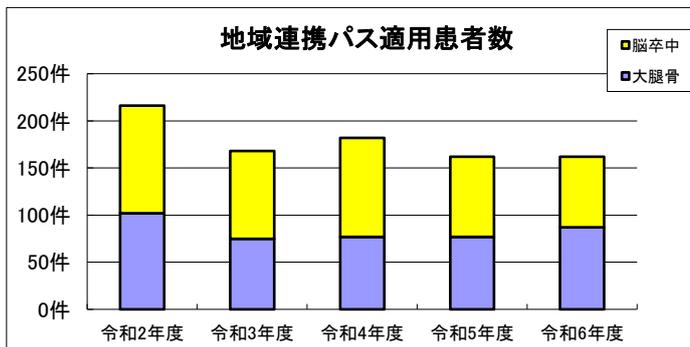
年 度	大腿骨頸部骨折			脳 卒 中			連携パス全体		
	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数	入院時の平均得点	退院時の平均得点	改善点数
令和6年度	36.3点	64.1点	27.8点	34.4点	60.2点	25.9点	35.2点	62.0点	26.7点

【地域連携に関する指標】

■ 地域連携パス適用患者数（地域連携パスにより紹介された患者数）

当院では、鶴岡市立荘内病院と日本海総合病院を計画管理病院として、大腿骨頸部骨折と脳卒中の患者について地域連携パス（地域連携診療計画書）を用いて連携し、良質な医療の効率的かつ安全な提供に努めています。

年 度	大腿骨	脳卒中	計
令和2年度	102件	114件	216件
令和3年度	75件	93件	168件
令和4年度	77件	105件	182件
令和5年度	77件	85件	162件
令和6年度	87件	75件	162件

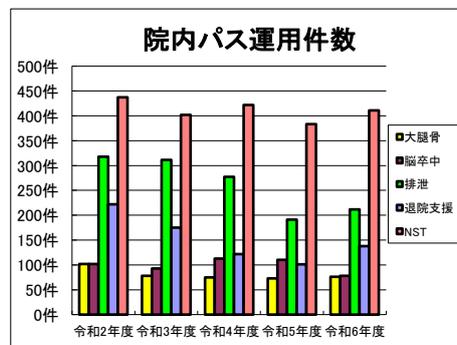


※地域連携パス運用開始 鶴岡市立荘内病院 大腿骨：平成18年7月、脳卒中：平成20年12月
日本海総合病院 脳卒中：平成24年11月

■ 院内パス運用件数

当院では、大腿骨頸部骨折、脳卒中、排泄及びNSTの4つの院内パスを運用していますが、その院内パスの運用件数（患者数）です。令和元年度より新たに退院支援パスの運用を開始しております。

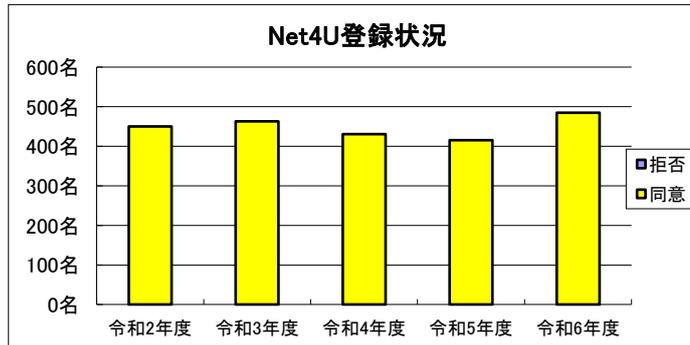
年 度	大腿骨	脳卒中	排泄	退院支援	NST
令和2年度	102件	102件	318件	222件	437件
令和3年度	78件	93件	311件	175件	402件
令和4年度	75件	113件	277件	122件	422件
令和5年度	73件	110件	191件	101件	383件
令和6年度	76件	78件	212件	138件	411件



■ 新入院患者のNet4Uの登録状況

Net4U（鶴岡地区医師会が運用する医療連携型電子カルテ）は、多施設・多職種間での患者情報の共有と相互コミュニケーションを可能としたシステムで、地域医療に求められる連携を支援するITツールです。出来るだけ多くの患者さんの同意を得て登録し、情報共有ができるように努めています。なお、同意数には他医療機関で同意を得、当院受診前に登録された患者さんを含んでいます。

年 度	同意	拒否	新入院患者数計
令和2年度	450名	0名	450名
令和3年度	463名	0名	463名
令和4年度	431名	0名	431名
令和5年度	415名	0名	415名
令和6年度	485名	0名	485名

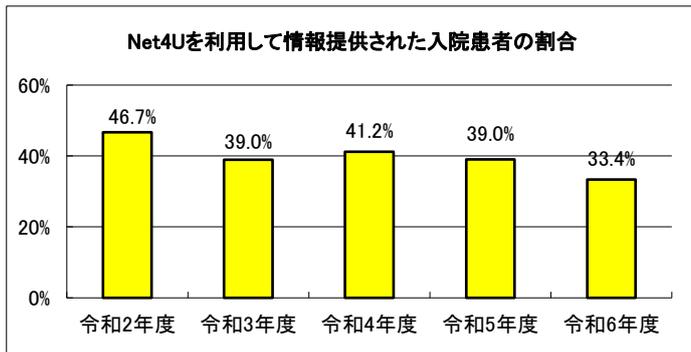


■ Net4Uを利用して情報提供された入院患者の割合

Net4Uを利用して当院に情報提供され、入院した患者さんの割合です。

(計算式) Net4Uを利用して情報提供され入院した患者数 ÷ 新入院患者数合計

年 度	総入院患者数	Net4Uによる紹介	割合
令和2年度	463名	216名	46.7%
令和3年度	431名	168名	39.0%
令和4年度	442名	182名	41.2%
令和5年度	415名	162名	39.0%
令和6年度	485名	162名	33.4%

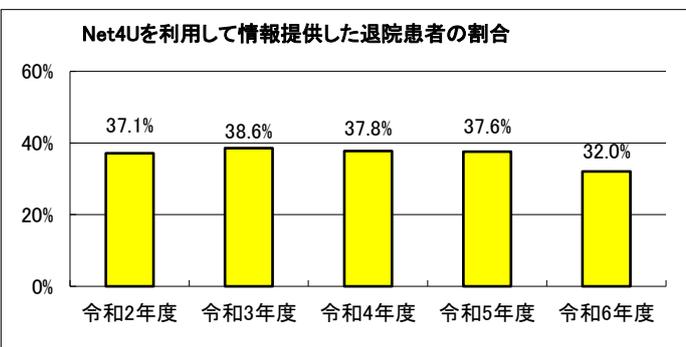


■ 退院時に紹介先の医療機関にNet4Uを利用して情報提供した退院患者の割合

退院時に、紹介先の医療機関にNet4Uを利用して情報提供した退院患者の割合です。

(計算式) Net4Uを利用して情報提供した退院患者数 ÷ 延べ退院患者数

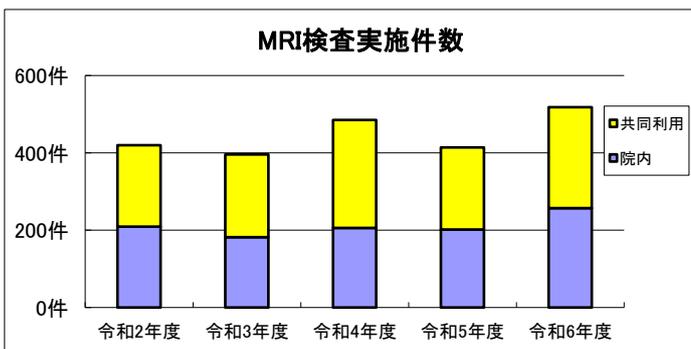
年 度	総退院患者数	Net4Uによる紹介	割合
令和2年度	458名	170名	37.1%
令和3年度	415名	160名	38.6%
令和4年度	437名	165名	37.8%
令和5年度	415名	156名	37.6%
令和6年度	490名	157名	32.0%



■ MRI検査実施件数

MRI検査の実施件数です。地域の医療機関と連携し、MRI装置の有効活用のために共同利用を行っています。

年 度	院内	共同利用	合計
令和2年度	209件	211件	420件
令和3年度	182件	214件	396件
令和4年度	206件	279件	485件
令和5年度	202件	212件	414件
令和6年度	257件	261件	518件

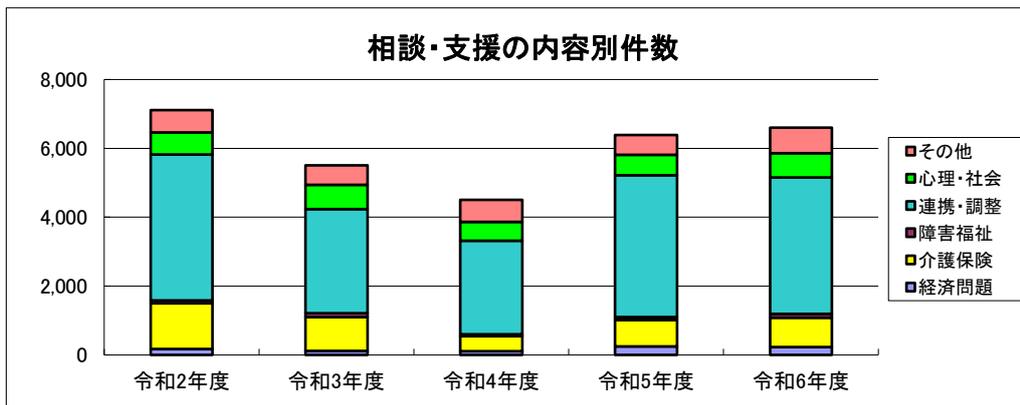


【相談・支援に関する指標】

■ 相談・支援の内容

当院では、全ての病棟に相談員1名を配置し、患者・ご家族の相談・支援に努めています。下表は、相談・支援の内容別の件数です。

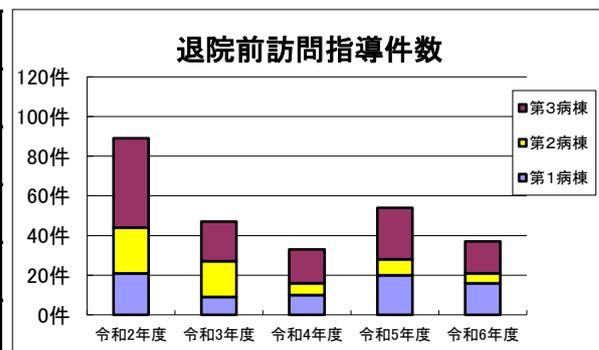
年 度	経済問題	介護保険	障害福祉	連携・調整	心理・社会	その他	合計
令和2年度	170	1,325	92	4,233	640	652	7,112
令和3年度	114	988	112	3,025	699	567	5,505
令和4年度	109	437	52	2,723	546	640	4,507
令和5年度	250	768	82	4,122	593	570	6,385
令和6年度	229	854	110	3,965	704	736	6,598



■ 退院前訪問指導件数

退院前訪問指導は、患者やご家族が安心して自宅に退院できるように、リハビリスタッフ・看護師・相談員などが退院前に患者さんの自宅を訪問し、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行うもので、当院では積極的に実施しています。

年 度	第1病棟	第2病棟	第3病棟	合計
令和2年度	21件	23件	45件	89件
令和3年度	9件	18件	20件	47件
令和4年度	10件	6件	17件	33件
令和5年度	20件	8件	26件	54件
令和6年度	16件	5件	16件	37件



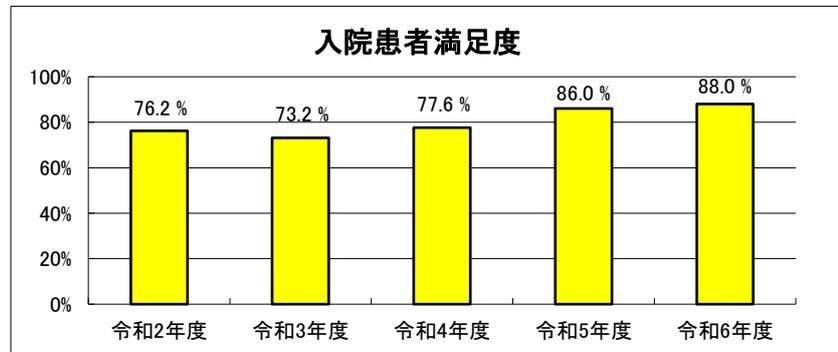
【患者満足に関する指標】

■ 入院患者満足度

当院に入院している患者の医療サービスに対する意識と満足あるいは不満足と捉えている内容を把握し、今後の医療サービスに反映させることを目的として、入院患者を対象とした満足度調査を毎年1回実施しています。

満足度の計算方法は、「満足、やや満足、普通、やや不満、不満」の5段階で評価を行い、満足度は「満足、やや満足」と回答した患者さんの割合です。

年 度	満足度
令和2年度	76.2 %
令和3年度	73.2 %
令和4年度	77.6 %
令和5年度	86.0 %
令和6年度	88.0 %

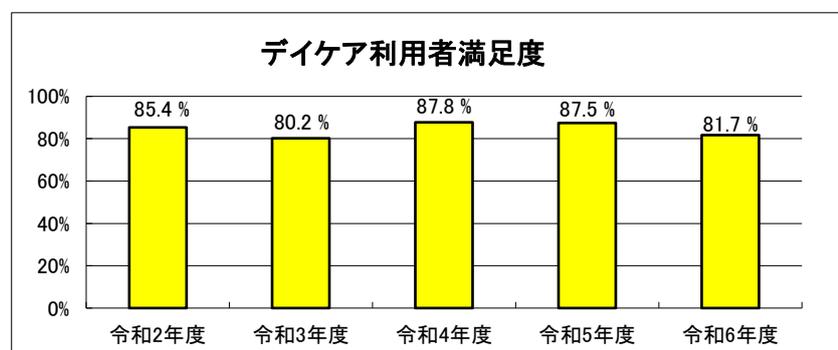


■ デイケア利用者満足度

デイケアにおいても、今後の介護サービスの向上を目的として、毎年1回満足度調査を実施しています。

満足度の計算方法は、「満足、やや満足、普通、やや不満、不満」の5段階で評価を行い、満足度は「満足、やや満足」と回答した利用者さんの割合です。

年 度	満足度
令和2年度	85.4 %
令和3年度	80.2 %
令和4年度	87.8 %
令和5年度	87.5 %
令和6年度	81.7 %

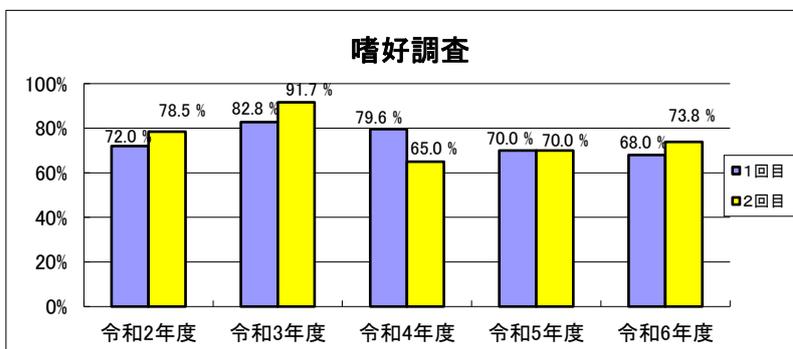


■ 病院給食 嗜好調査

患者の嗜好や希望を反映し、より満足する病院給食を提供するために毎年2回嗜好調査を実施しています。調査は、入院患者を対象に管理栄養士の聞き取り方式で行っています。また、管理栄養士が毎昼食時に各病棟を巡回し、患者の意見や要望等を聞いて満足する病院給食の提供に努めています。

令和元年度に評価の仕方、満足度の計算方法を変更し、「満足、やや満足、普通、やや不満、不満」の5段階で評価を行い、満足度は「満足、やや満足」と回答した患者さんの割合としました。

年 度	1回目	2回目
令和2年度	72.0 %	78.5 %
令和3年度	82.8 %	91.7 %
令和4年度	79.6 %	65.0 %
令和5年度	70.0 %	70.0 %
令和6年度	68.0 %	73.8 %



■ ご意見・苦情受付件数

当院では、院内の5箇所(各病棟、デイケア、玄関ホール)にご意見箱を設置し、ご意見・苦情の受付を行っています。下表はそのご意見箱に投函されたご意見・苦情と職員が直接受け付けたご意見・苦情の件数です。いただいたご意見・苦情については、全て院内で検討し、改善すべき点は速やかな改善に努め、より満足していただける病院づくりに努めています。

年 度	件数
令和2年度	1 件
令和3年度	2 件
令和4年度	8 件
令和5年度	4 件
令和6年度	5 件

