

一臨床評価指標一

令和4年～令和6年度

(2022～2024年度)



神奈川県立こども医療センター

はじめに

神奈川県立こども医療センターは、令和3年に発生した医療事故を契機として、患者安全の向上と医療の質の再構築に全力で取り組んでいます。単に改善活動を進めるだけでなく、その取り組みを“見える形”として示し、透明性の高い病院運営を実現することが重要です。そのための指標が、QI（Quality Index／臨床評価指標）です。

当センターでは令和3年よりQIを公表しており、患者さん・ご家族からの評価、病院機能、経営指標、学術的な成果など、多様な領域を数値化しています。これにより、経年的な変化を確認できるほか、一部の項目では他院との比較も可能となり、客観的に改善の方向性を示す基盤となっています。

数字の羅列のように見えるかもしれませんが、これらの指標は、病気と向き合うお子さんたちの努力、ご家族の支え、そしてより良い医療を提供しようと日々取り組む職員の姿を反映したものです。もちろん数字だけで医療のすべてを語ることはできません。しかし、客観的なデータと、お子さん・ご家族から寄せられる声の双方を真摯に受け止め、より良い明日の医療につなげていきたいと考えています。

医療は、患者さん・ご家族と病院職員が力を合わせてつくり上げるものです。QIについても、「こんな指標があるとよい」「ここをもっと知りたい」といったご意見をいただければ幸いです。透明性を高め、信頼される小児医療をともに創り上げてまいります。

令和7年12月

病院長 石川 浩史



目次

医療の質	病床利用率	……1
	新規入院患者数・平均在院日数	……2
	医業収支比率	……3
	患者満足度（入院患者・外来患者）	……4
	NICUにおける1500g未満患者の入室率	……5
	全身麻酔件数	……6
	退院2週間以内のサマリー作成率	……7
	クリニカルパス使用率・バリエーション発生率	……8
	ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩取扱件数	……9
	精神入院時GAF※退院時GAFの改善GAFスコア	……10
	小児がん新規入院患者数	……11
	臨床研究実施施設としての医学研究数、英語論文数、治験実施数、受託研究数	……12
	NST※・緩和ケア・褥瘡相談介入数	……13
	虐待症例検討会回数・症例延べ件数	……14
	栄養相談件数（入院・外来）	……15
	血液製剤廃棄率(RBC ※)	……16
	ソーシャルワーカーが関わった事例検討会 回数	……17
	薬剤指導件数	……18
地域医療連携	紹介元医療機関数	……19
	2週間以内の報告書作成率	……20
	紹介率	……21
	訪問看護ステーション連携患者数	……22
医療安全	ヒヤリハット・アクシデント報告件数	……23
	ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体におけるレベル0及びレベル1の割合	……24
	ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における医師による報告数の割合	……25
	ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における医師・看護師以外の職種による報告数の割合	……26
	転倒・転落レベル2以上発生率	……27
	患者誤認件数	……28
感染管理	BSI（中心ライン関連血流感染）発生率	……29
	SSI（手術部位感染）発生率	……30
	手指衛生 入院患者1患者1日当たりの消毒薬使用量	……31
	入院患者1000人当たりMRSA※発生密度率（新規発生率）	……32
看護	患者、家族の意見を反映させた看護計画実施率	……33
	在宅療養指導件数	……34
	専門・認定看護師数（100床あたり）	……35
	保育士1人あたりの病床数	……36
	学会・研究発表件数	……37
	看護師の離職率	……38
	褥瘡発生率	……39
	入退院支援計画実施率	……40

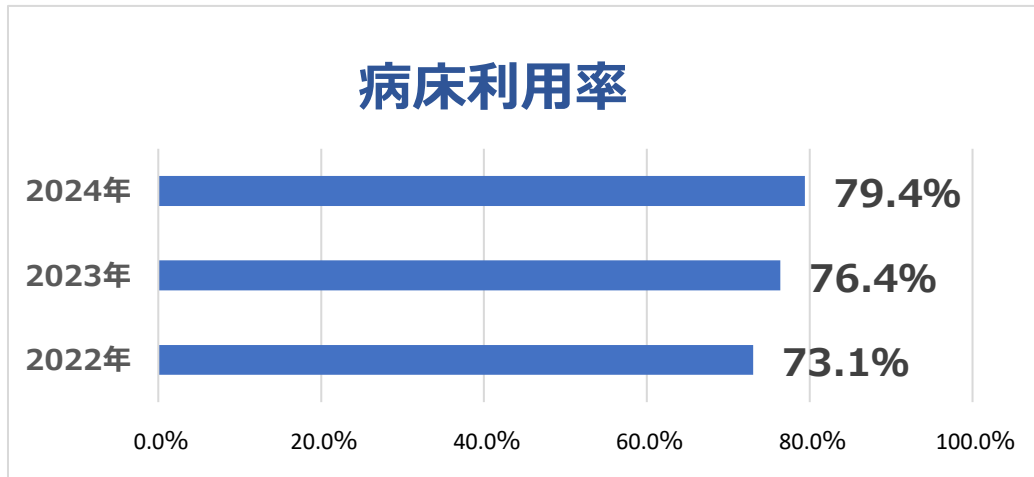


病床利用率



効率的な病院経営を表す指標

患者さんのニーズに応えるために効率的な病床運用を目指していること



※目標値：神奈川県立病院機構第三期中期計画

期間：2024年4月～2025年3月
対象病棟：福祉施設（重心、肢体）を除く
分子：在院患者延数(病院)
分母：病床数×年間稼働日数

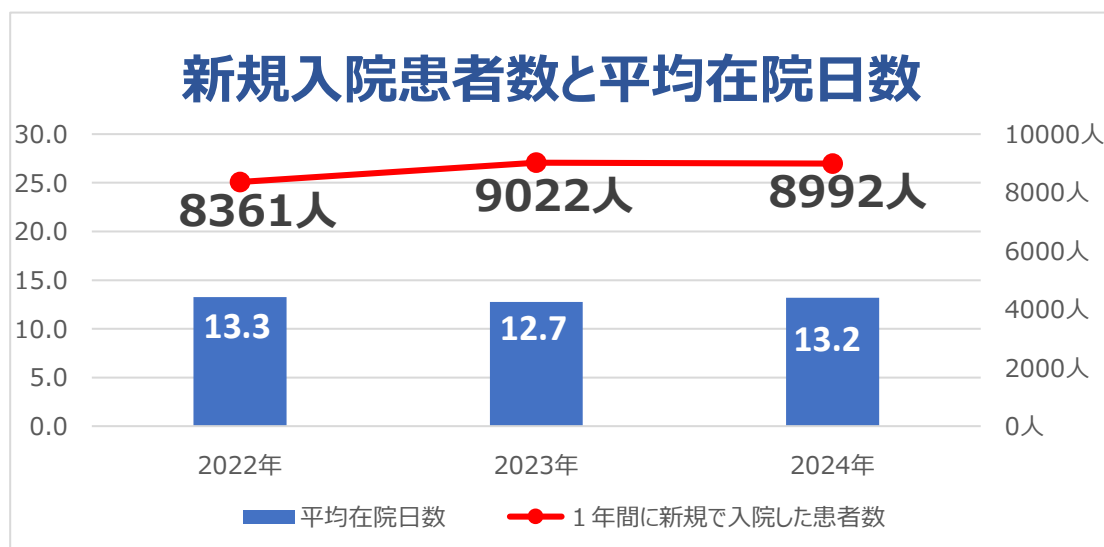
利用率は前年度と比較して3ポイントアップしています。
引き続きより効率的な病床運用を目指していきます。



新規入院患者数と平均在院日数

病院の入院治療機能を示す指標

入院してから退院する間までの期間が適切かを見ようとするもの
少子化にともなう小児患者の減少の現状を把握するもの




期間： 2024年4月～2025年3月

新規入院患者数 1年間に新規で入院した患者数

平均在院日数 分子：延入院患者数
分母：新入院患者 + 新退院患者 / 2

新入院患者数は減少となっていますが、平均在院日数が延びており、延患者数が増加しています。より患者さんが安心して入院期間を過ごせるよう体制づくりに努めていきます。

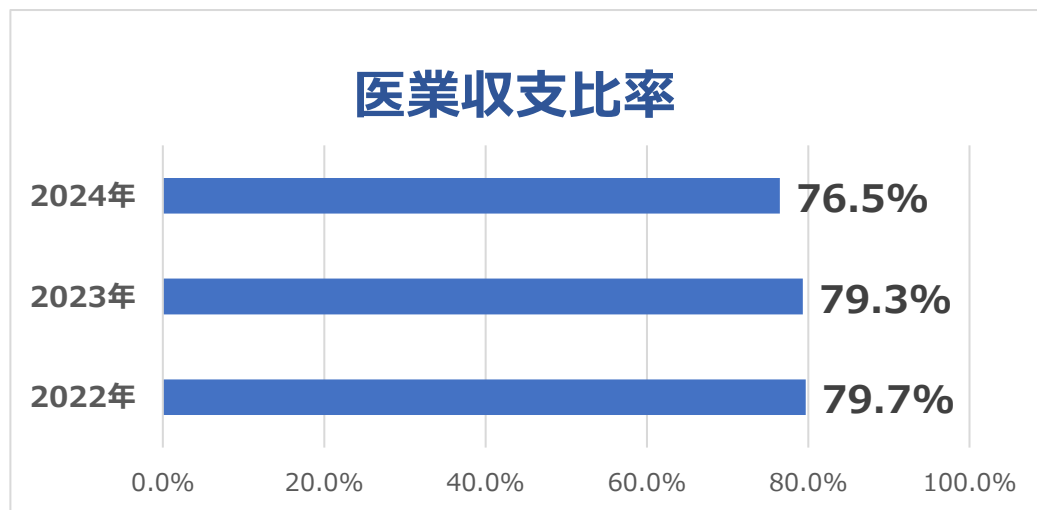


医業収支比率



健全な病院経営を表す指標

医業費用が医業収益で賄われるか
また、どの程度の収益率をあげているかをみるもの



期間：2024年4月～2025年3月
分子：医業収益
分母：医業費用

入院及び外来収益減により医業収益が減少し、医業費用は給与費や経費等の上昇が影響で増加しており、収支比率が減少しています。

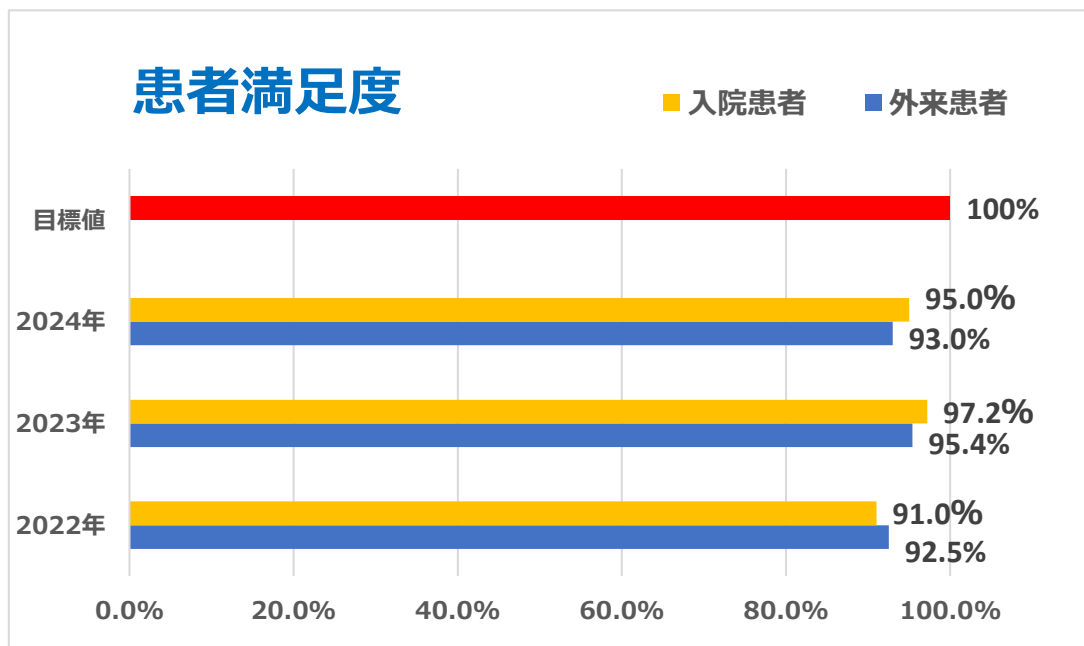


患者満足度



患者さんの目線に立った“良質で安全な医療”を提供するための指標

来院した患者にアンケート調査をおこない、患者が病院に抱いた印象や病院の対応をどう思ったかなど、その満足度と意見を集め分析する調査



※目標値：神奈川県立病院機構第三期中期計画

期間：2024年12月第2週

対象：期間内に受診した入院患者・外来患者

分子：「総合的な評価項目」に「満足・やや満足」と回答した患者総数

分母：「総合的な評価項目」回答者総数

全体的に満足していただいているが、外来については、待ち時間の長さや、その間過ごす設備面へのご意見や電子化の要望などが見られます。

また、職員だけでなく委託スタッフの接遇へのご意見もでているため、病院全体として接遇教育を強化する必要があります。

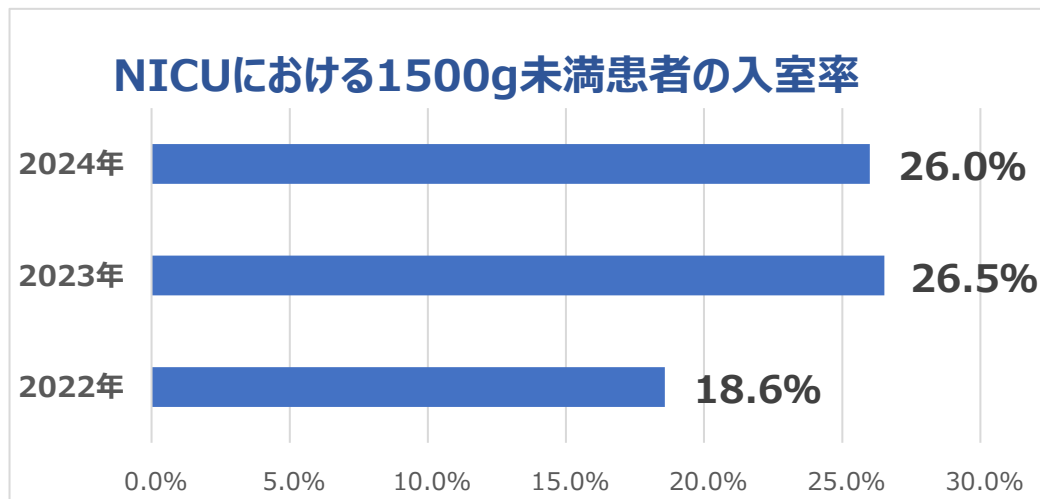


NICUにおける1500g未満患者の入室率

小児医療施設としての総合力を表す指標

極小低出生体重児の数は、高度な周産期医療を提供していることを示す。

※極小低出生体重児とは出生時体重が1,500 g 未満の新生児のことをいう。



期間：2024年4月～2025年3月

分子：1,500 g 未満の実患者数

分母：NICU入室実患者数

(複数回の転棟でも回数は1とみなす)

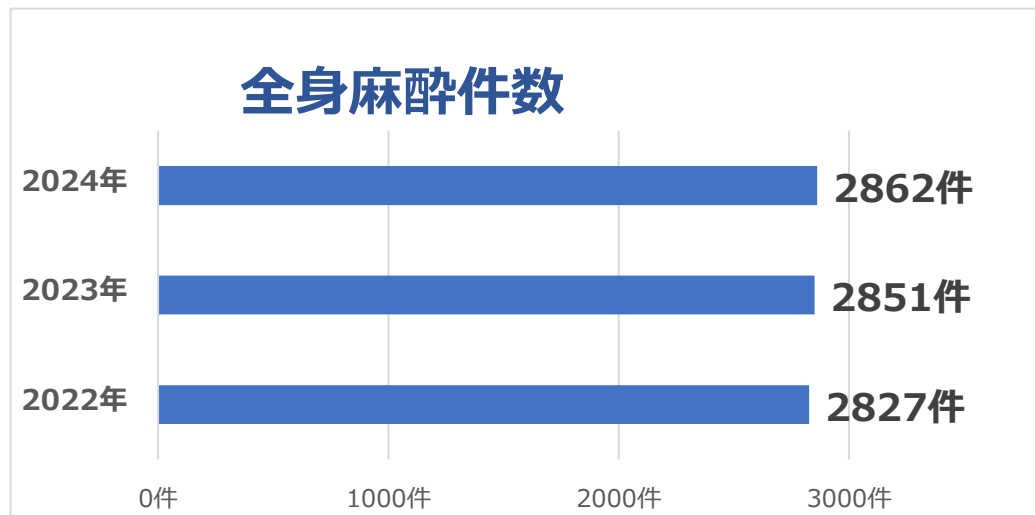
前年度と比較して大きな変動はありませんでした。今後も小児医療専門機関として高度な周産期医療を提供していきます。



全身麻酔件数



手術部門の業務量を反映する指標



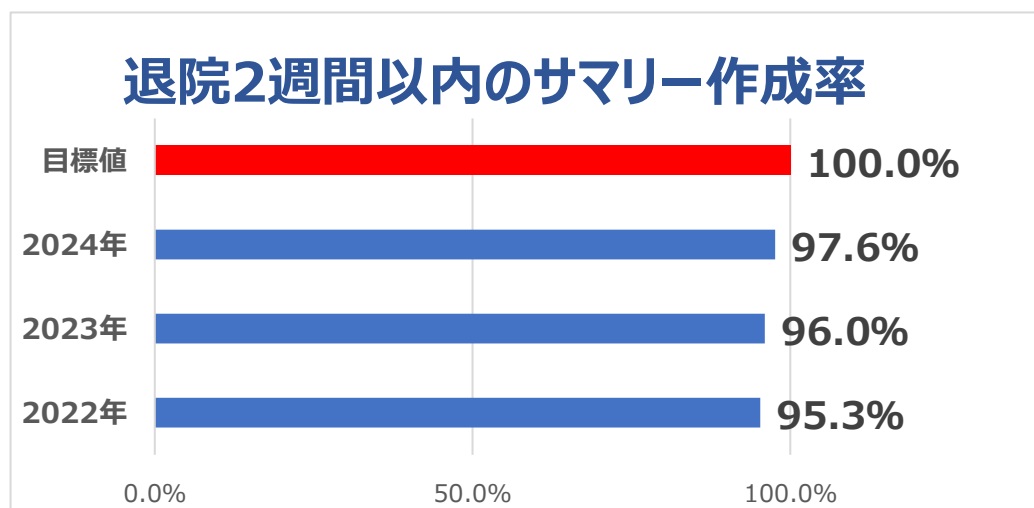
期間：2024年4月～2025年3月
手術室における手術全身麻酔件数

安全を確保し、必要な手術を実施しています。



退院2週間以内のサマリー作成率

入院中の診療経過を退院後の継続診療へすみやかに活用する指標



※目標値：病院目標

期間：2024年4月～2025年3月
分子：退院後2週間以内サマリー完成件数
分母：退院患者数

前年度より作成率は上昇しています。しかし、目標値には達していないため、未完成の診療科については引き続き積極的に呼びかけていきます。



クリニカルパス使用率・バリエーション発生率

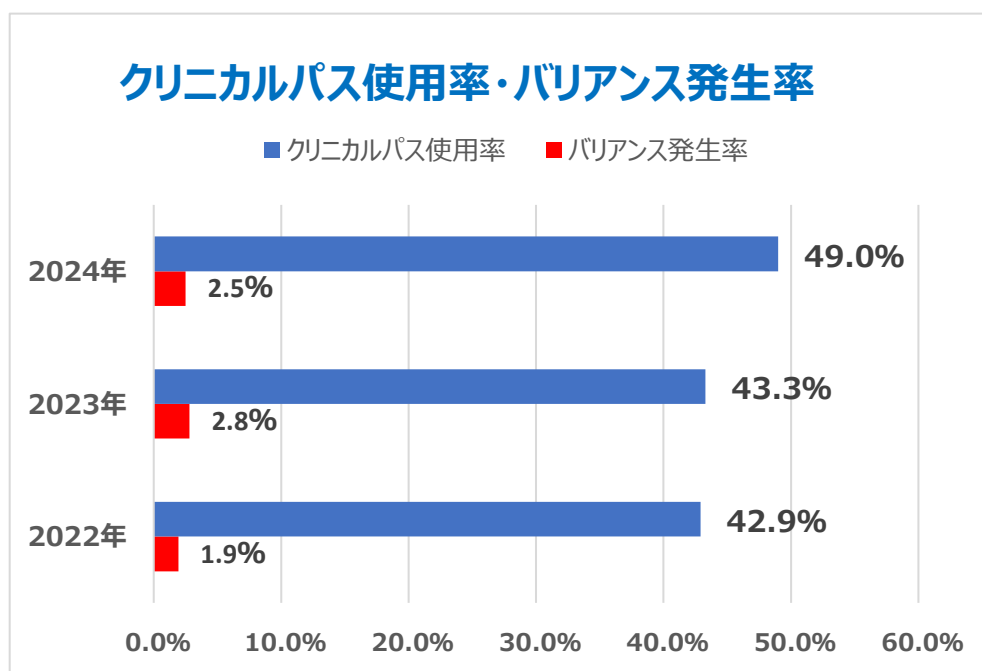


標準的診療を提供している実態の指標

入院患者さんに対し、パスが適用された割合

クリニカルパスが標準的診療として適切に施行されているかの指標

クリニカルパスを使用していてバリエーションの発生が多くなるということは、その疾患に対するパス内容が標準化されていないということ



クリニカルパス使用率

期間：2024年4月～2025年3月

分子：クリニカルパス利用数

分母：実入院患者数

※精神病棟を除く

クリニカルパス・バリエーション発生率

期間：2024年4月～2025年3月

分子：バリエーション発生件数

分母：クリニカルパス利用数

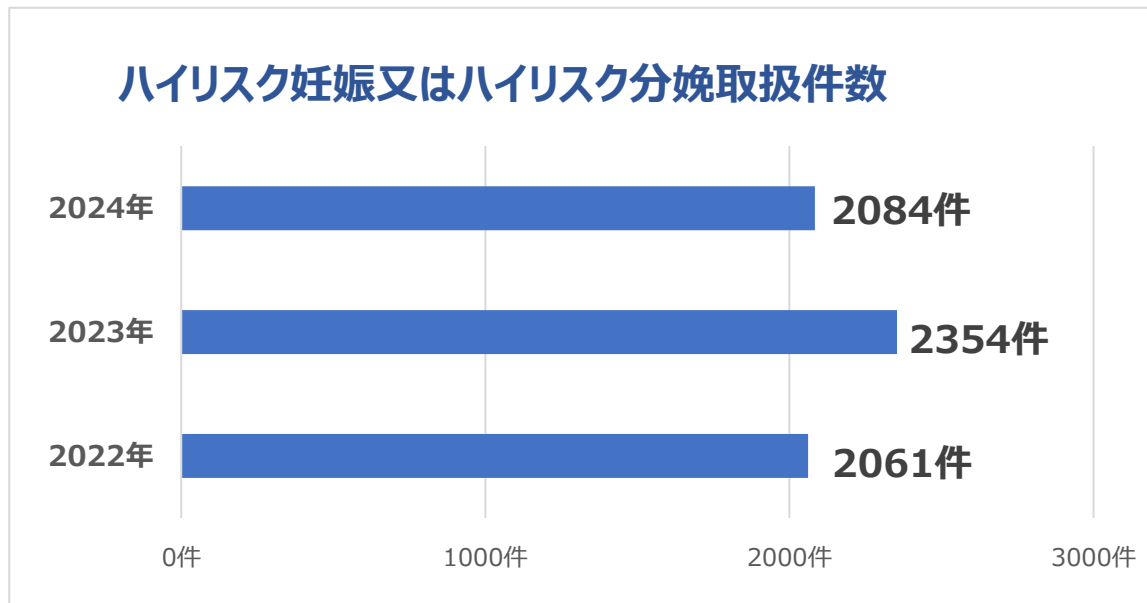
実患者数は減少していますが、クリニカルパスの利用件数は増加しており、安定した医療の提供ができています。

前年度と比較しクリニカルパス利用数が増加している一方、バリエーション発生率は低下しており、取組の成果が表れていると考えられます。引き続きバリエーション減少の取組を続けていきます。



ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩取扱件数

高度な周産期医療が提供できているかの体制を評価する指標



期間：2024年4月～2025年3月

ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算の算定件数

前年度と比較し算定件数は減少しました。引き続き安全で高度な周産期医療の提供体制を整えていきます。

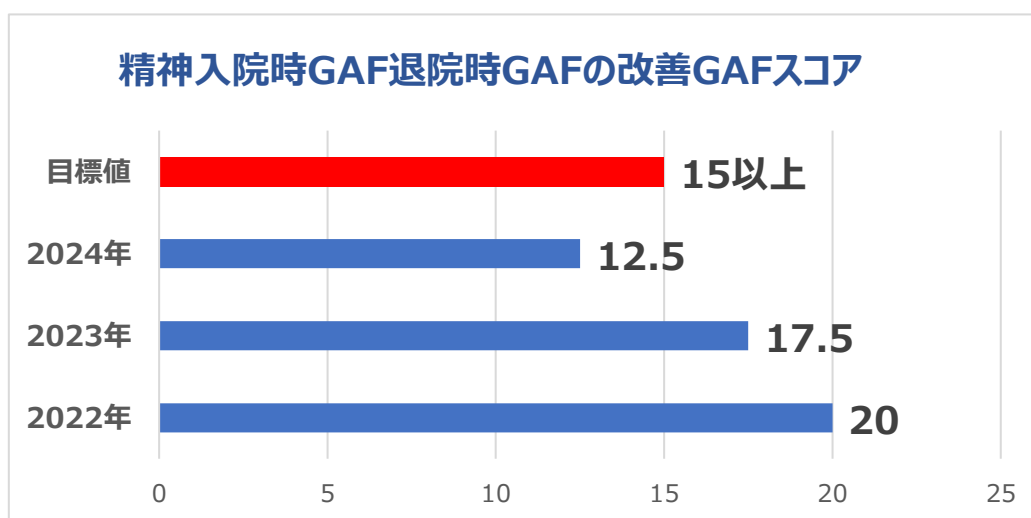


精神入院時GAF※退院時GAFの改善GAFスコア



入院治療により精神症状の改善度合を示す指標

※GAF : Global Assessment of Functioning 全般的機能評価



※目標値：病院目標

期間：2024年4月～2025年3月

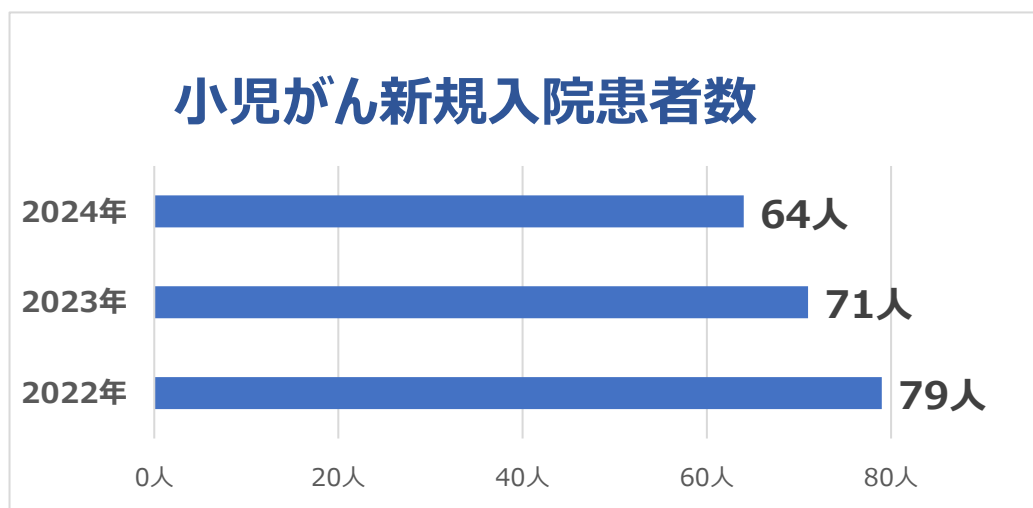
精神入院時GAF退院時GAFの改善GAFスコア

2024年度の新入院患者数は51名と例年と同水準でした。治療半ばで退院した患者やレスパイト目的の患者が例年より多く、入院治療による改善度合が低下したと考えられます。



小児がん新規入院患者数

小児がん拠点病院として、新しく小児がん患者を受入る態勢の指標



期間：2024年4月～2025年3月
新規小児がん入院患者数

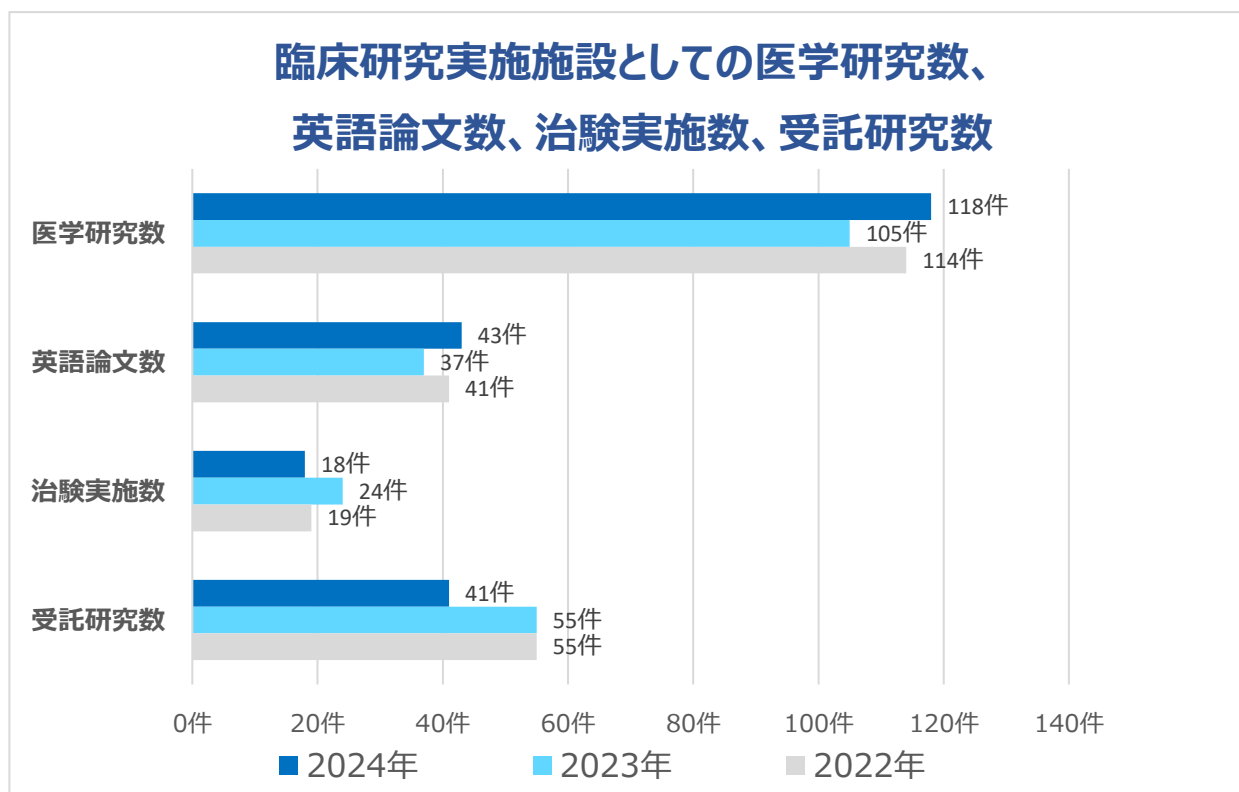
小児がん拠点病院として、県内外からの新規の小児がん入院患者 64人に対して集学的治療を実施しています。



臨床研究実施施設としての医学研究数、英語論文数、 治験実施数、受託研究数



新しい治療への取り組み



期間：2024年4月～2025年3月

- ・倫理委員会で承認された件数
- ・筆頭著者である英語論文件数
- ※査読のある学術雑誌に掲載されたものに限る

医学研究数については、昨年度より新規承認件数が増加した結果となりました。うち院外での一括審査による共同研究等は39件ありました。

英語論文件数については、例年40件前後でしたが、2024年度は直近5年で最も多い年となりました。

治験については、23年度に終了した治験数が多く、実施件数は減少しました。

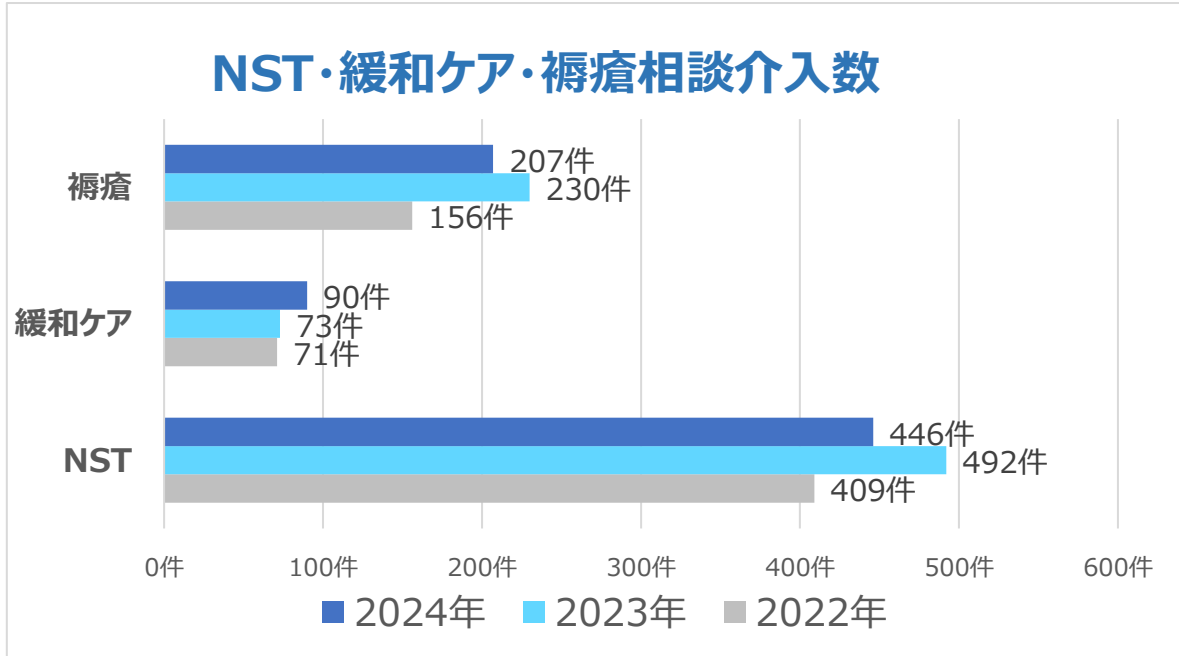
受託研究については、23年度に終了した調査数に対し、受託研究件数は減少しました。



NST※・緩和ケア・褥瘡相談介入数



チーム医療体制が行われている指標



期間：2024年4月～2025年3月

NST相談件数 ※NST: Nutrition Support Team 栄養サポートチーム

緩和ケア相談件数

褥瘡相談件数（褥瘡回診件数、褥瘡ラウンド件数、症例検討件数をあわせた延べ数）

NST（栄養サポートチーム）は、多職種による本会議と回診、加えて小児の栄養問題の特徴・疾患別に編成したチーム（循環器・重心・がん・摂食嚥下・側弯）で回診やカンファレンスを行い、栄養に問題を抱える患者に対応しました。

緩和ケアチームは、専従医師より専任医師に変更になったが、血液腫瘍内科医でもあり、ケアの必要があるケースにタイムリーな介入ができ、件数の増加につながりました。

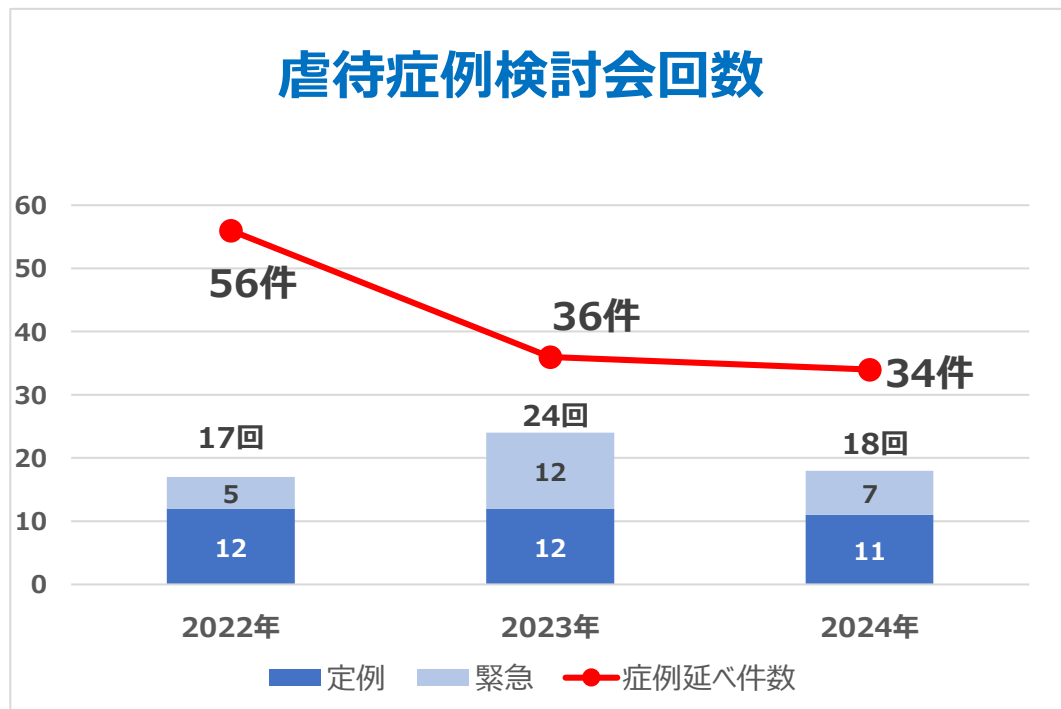
褥瘡チームは、褥瘡ラウンド・患者ケアカンファレンスを行い多職種でケア検討できました。褥瘡回診の定期開催を目指しチームで介入できる体制をより一層整えていきます。



虐待症例検討会回数・ 症例延べ件数



チーム医療として虐待症例に取り組んでいる指標



期間：2024年4月～2025年3月
虐待症例検討会回数（定例・緊急）
症例延べ件数（定例・緊急）

虐待による頭部外傷（AHT）や多発骨折、ネグレクト認定の症例が多く、死亡事例もあります。院内関係各科や児相・市区町職員・警察も含めた多機関多職種で検討を行い、地域と連携した支援につなげることができました。院内職員の虐待対応に関しては、研修を通して情報提供、知識の普及に努めました。

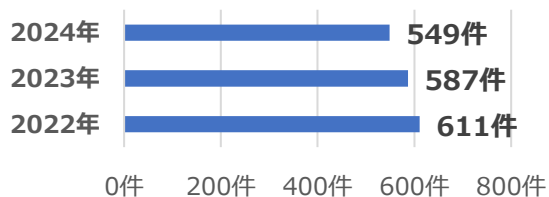


栄養相談件数

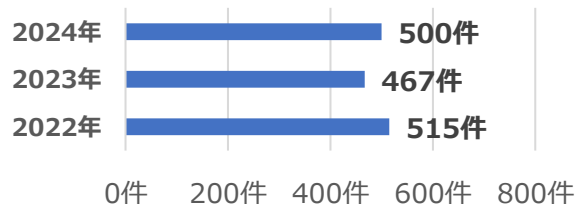


管理栄養士の栄養相談への取り組み状況を評価するための指標
(入院・外来)

個別栄養相談実施延件数 (入院)



個別栄養相談実施延件数 (外来)



期間：2024年4月～2025年3月

個別栄養相談実施延件数（入院・外来）

依頼にはすべて応え、必要時には継続した指導を行いました。
小児がん患者に対する入院中の対応、指導が多くなってきています。

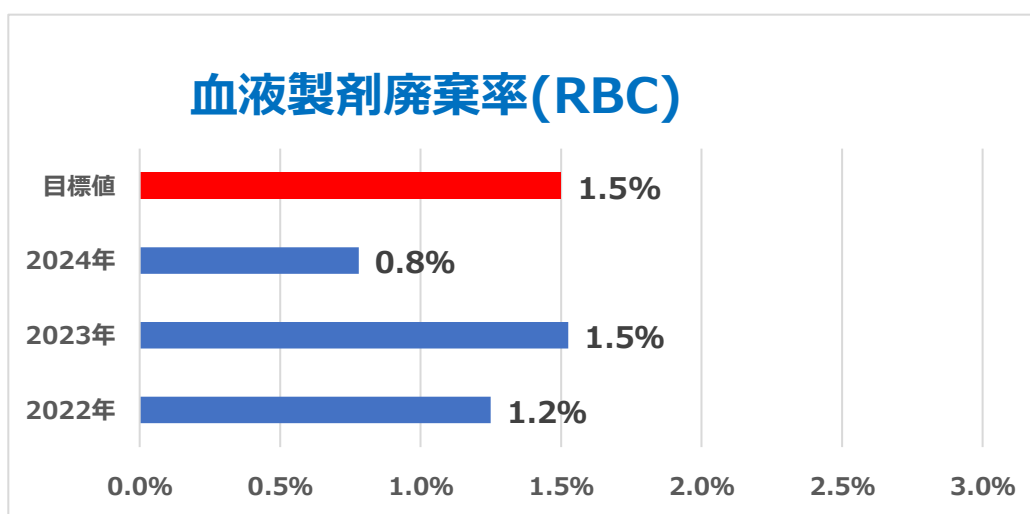


血液製剤廃棄率(RBC ※)



輸血血液製剤が病院内で適切に管理されているかどうかを示す指標

期限切れなどで、有効に使えなかったことなどより、血液製剤の適正使用の状況がわかります。



期間：2024年4月～2025年3月

分子：廃棄単位数 (RBC)

分母：総単位数 (RBC)

※RBC：Red Cell concentrate 赤血球濃厚液

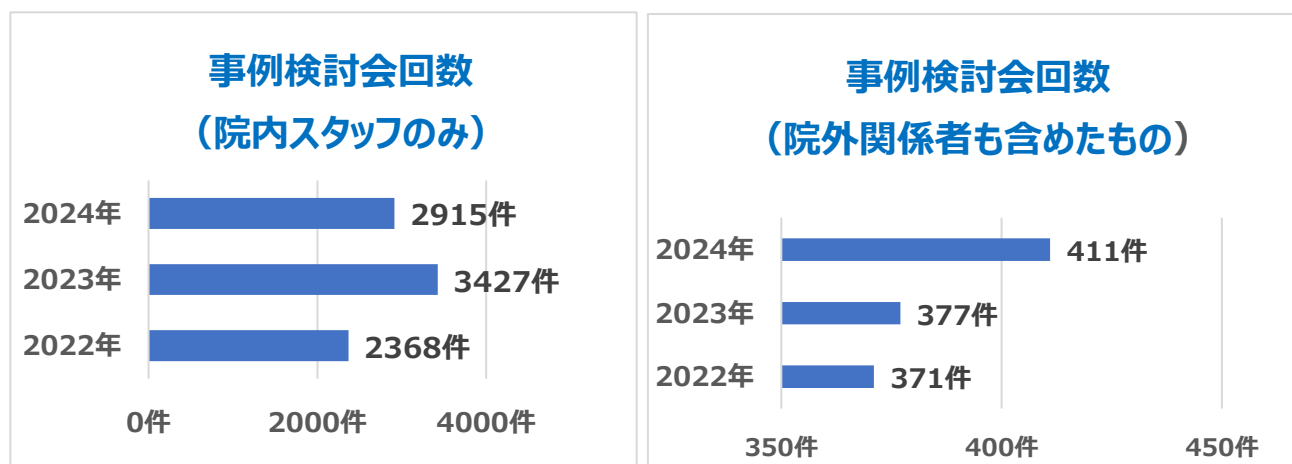
2024年度はそれ以前と比較し、良好な数値となりました。今後も関係各所と連携し、血液製剤の適正使用に努めていきます。



ソーシャルワーカーが関わった事例検討会 回数



相談機能を含めたチーム医療体制があることを示す指標



期間：2024年4月～2025年3月

ソーシャルワーカー(MSW※、PSW※)が関わった事例検討会 回数

※MSW：Medical Social Worker 医療ソーシャルワーカー

※PSW：Psychiatric Social Worker 精神保健福祉士

カンファレンスのメンバー構成

①院内スタッフのみ ②院外関係者も含めたもの

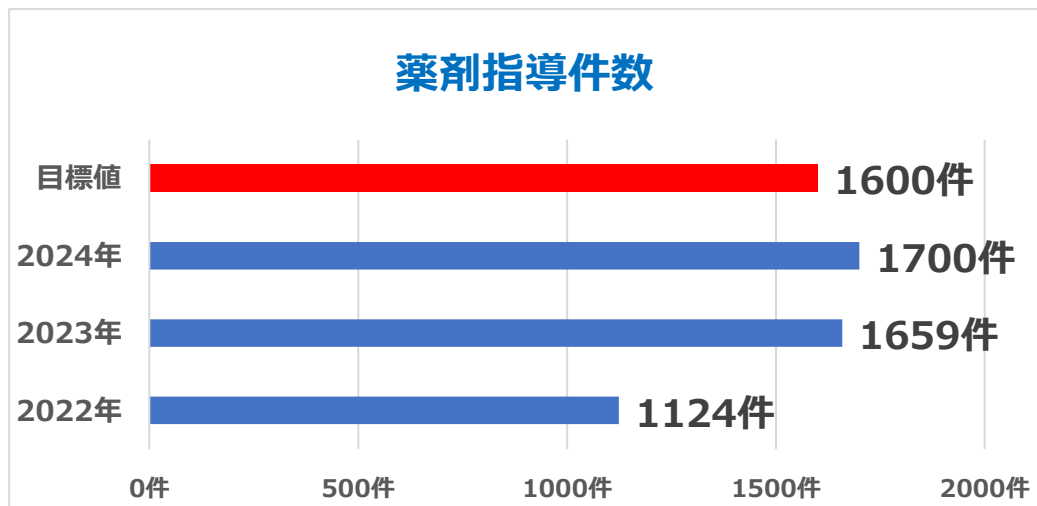
2023度に比べ院内事例検討回数が減少し、院外事例検討数が増加しています。院内のソーシャルワーカー業務や病棟担当制の整備を進め、多機関・多職種関係連携の質の向上を目指していきます。



薬剤指導件数



薬剤師が入院患者の薬物療法に介入できているかを示す指標



※目標値：病院目標

期間：2024年4月～2025年3月

薬剤管理指導料1+薬剤管理指導料2

患者訪問の時間確保に取り組んだ結果、昨年度と比べて件数を増加させることができました。

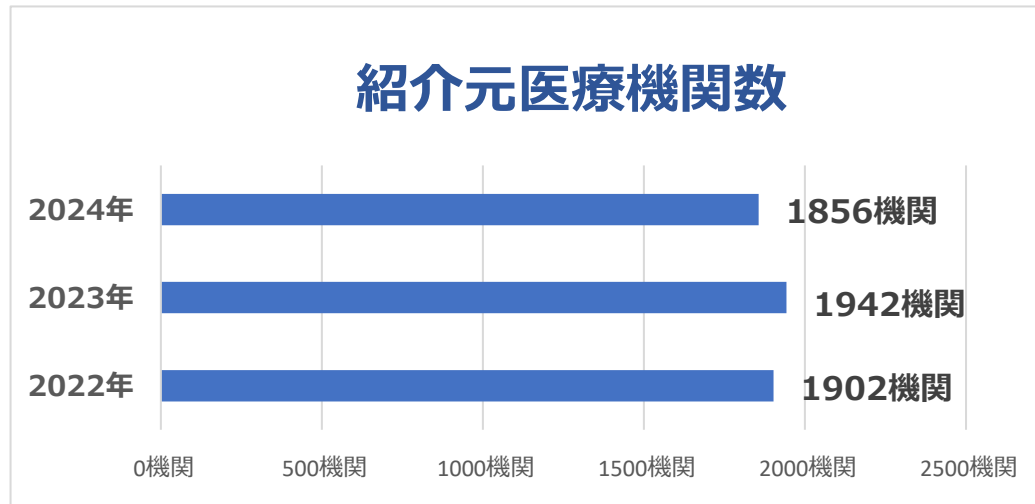
今後とも継続的な改善に努めてまいります。



紹介元医療機関数



幅広い地域から患者を受け入れる体制があることを示す指標



期間：2024年4月～2025年3月
紹介元医療機関数

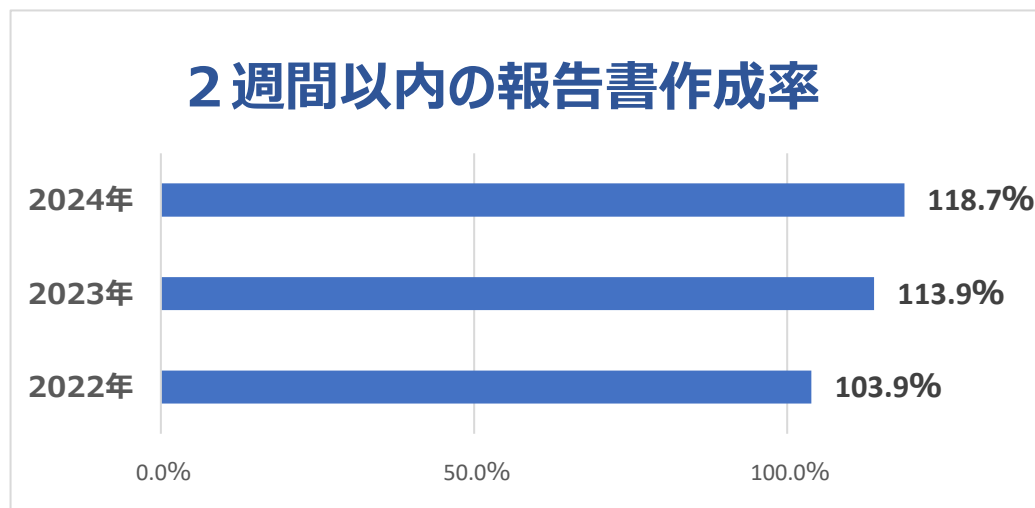
概ね対応できています。



2週間以内の報告書作成率



適切に診療情報の提供が行われているかを示す指標



期間：2024年4月～2025年3月

分子：2週間以内の報告書作成数

分母：紹介状受領数

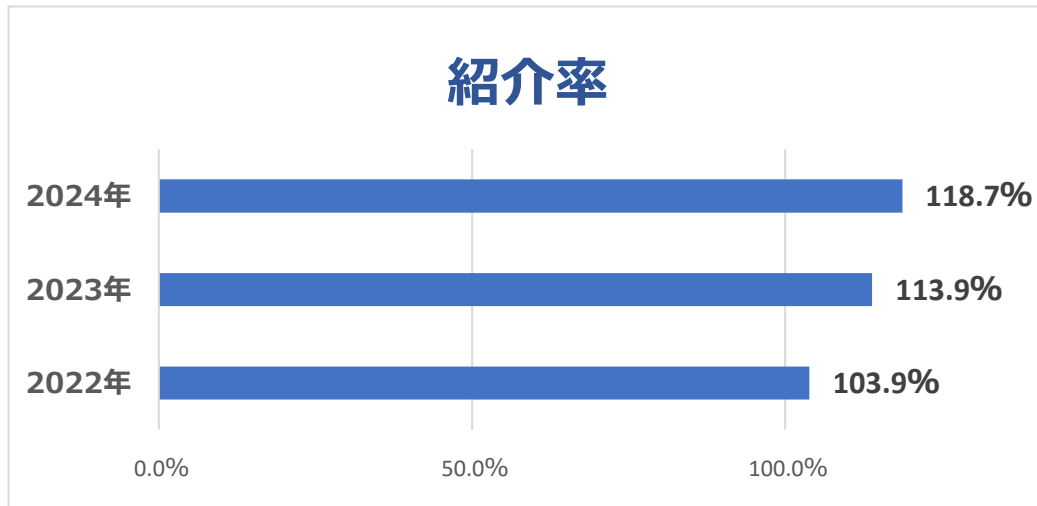
報告書の作成率については、経営診療会議での定期報告ならびに各診療科への未報告リストの配布等による医師への働きかけにより、昨年度より9%上がりました。



紹介率



専門医療・救急医療を必要とする患者を地域医療機関と役割分担し、適切に受入れているかを示す指標



期間：2024年4月～2025年3月

分子：紹介患者数

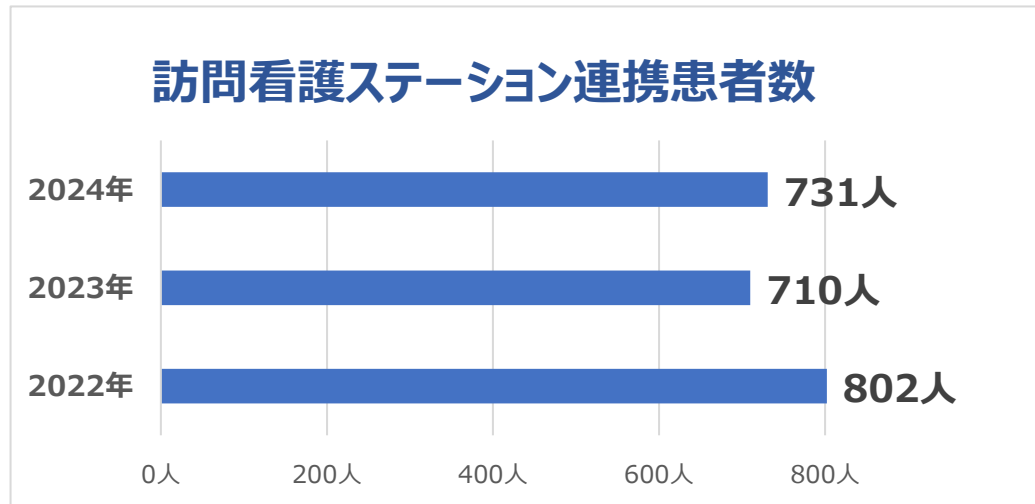
分母：新規カルテ作成数

紹介患者数も増加しており、地域医療支援病院としての役割を果たしています。



訪問看護ステーション連携患者数

在宅移行に対する連携状況の評価



期間：2024年4月～2025年3月

訪問看護ステーション連携患者数

当院より訪問看護指示書を出し、報告書を受け取っている患者数をカウントしていますが、訪問診療医に移管しているケースもあるため連携数はさらに多いと考えられます。

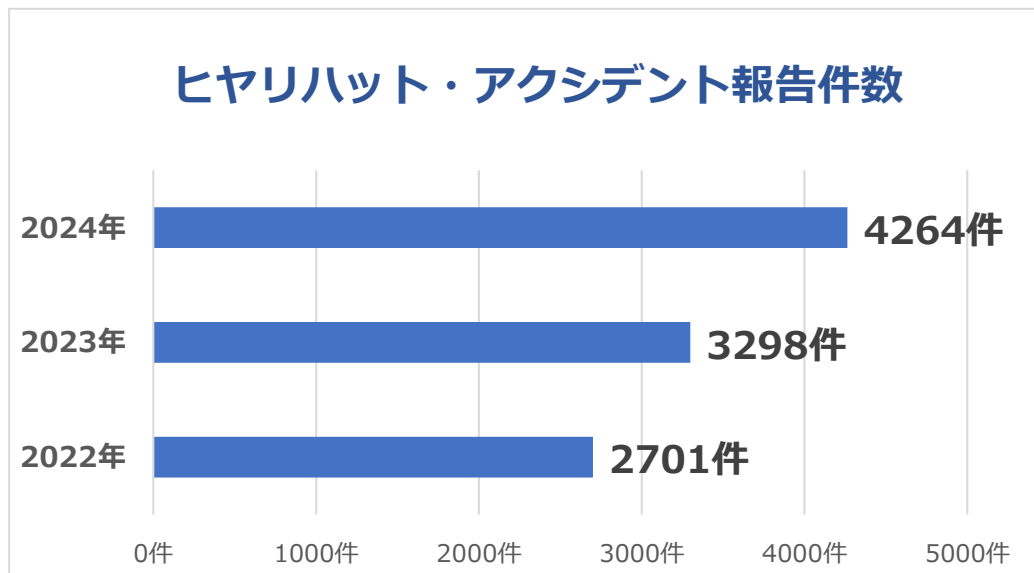
今後も医療的ケア児の受け入れ拡大も含め連携拡大を目指していきます。



ヒヤリハット・アクシデント報告件数



重大事象ではないが報告するという安全文化の構築と定着を示す指標



期間：2024年4月～2025年3月
ヒヤリハット・アクシデント報告件数

報告件数は昨年度より増加しました。今後も報告件数が維持できるよう、職員へ働きかけていきます。

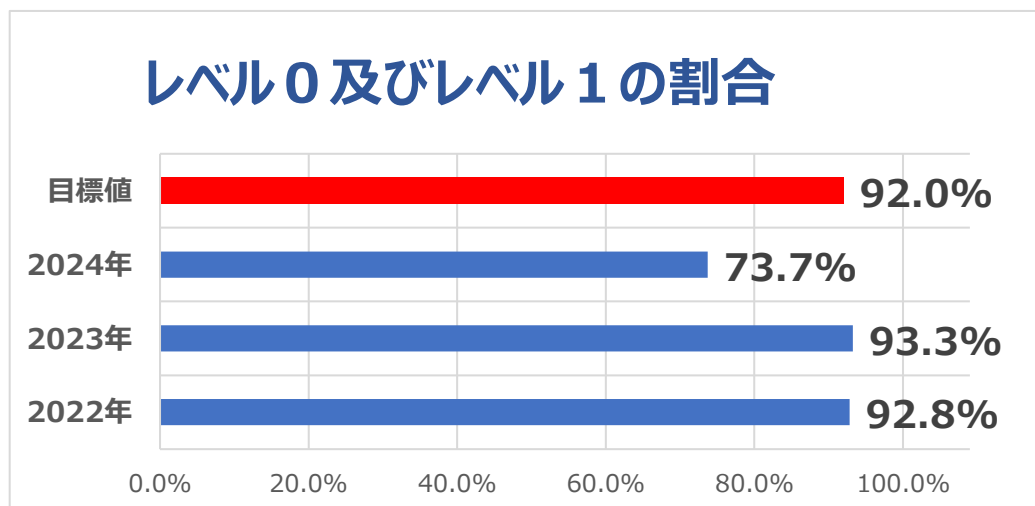


ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における レベル0及びレベル1の割合



レベル0やレベル1は重大事象ではないが“報告する”という
安全文化の構築と定着を示す指標

警鐘事例としての意識改革となります。



※目標値：神奈川県立病院機構第三期中期計画

期間：2024年4月～2025年3月
分子：レベル0とレベル1の報告件数
分母：全報告件数

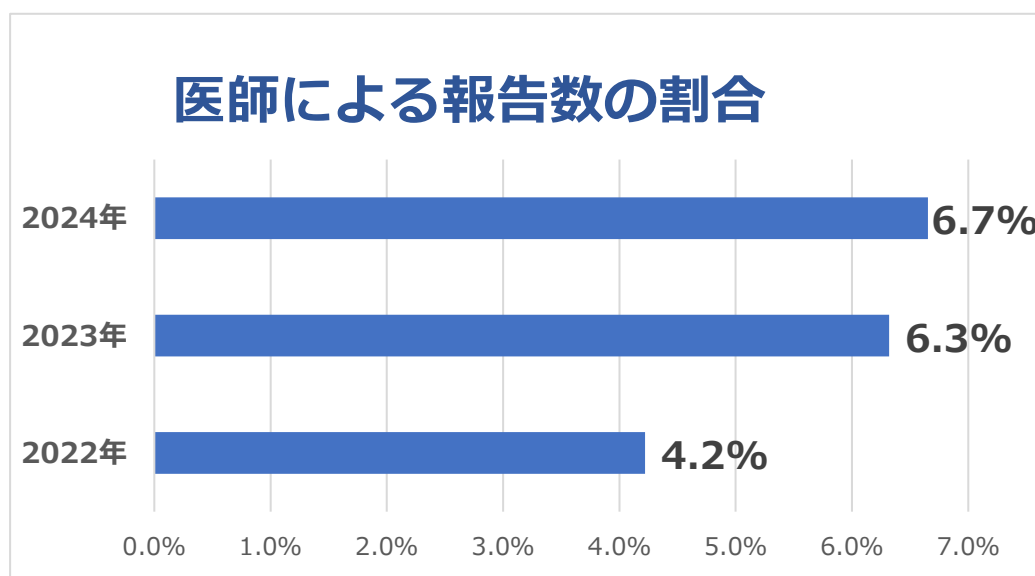
2024年度に神奈川県立病院機構におけるレベル区分の表記変更と、区分の厳格化が行われたため、レベル0及び1の割合は昨年度より減少しましたが、報告件数は増えています。



ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における 医師による報告数の割合



インシデント・アクシデント等の全報告数のうち医師による報告数の割合



期間：2024年4月～2025年3月

分子：医師による報告数

分母：全報告件数

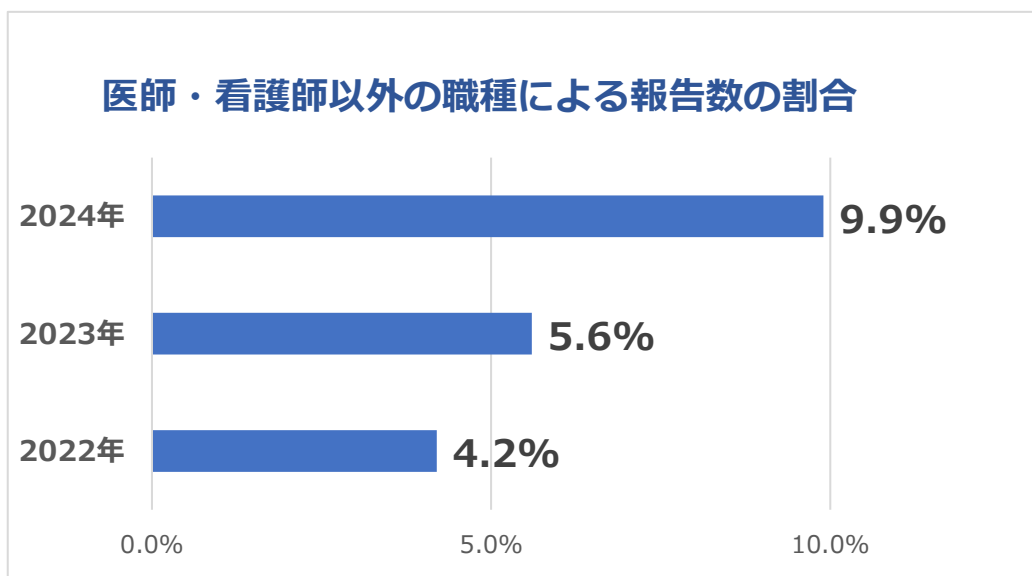
目標値には達していないため、引き続き達成できるよう報告していきます。



ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における 医師・看護師以外の職種による報告数の割合



インシデント・アクシデント等の全報告数のうち医師・看護師以外の職種
による報告数の割合



期間：2024年4月～2025年3月

分子：医師・看護師以外の職種による報告数

分母：全報告件数

医師・看護師以外の報告件数は、昨年度の2.3倍に増加しており、
報告割合も増加しました。

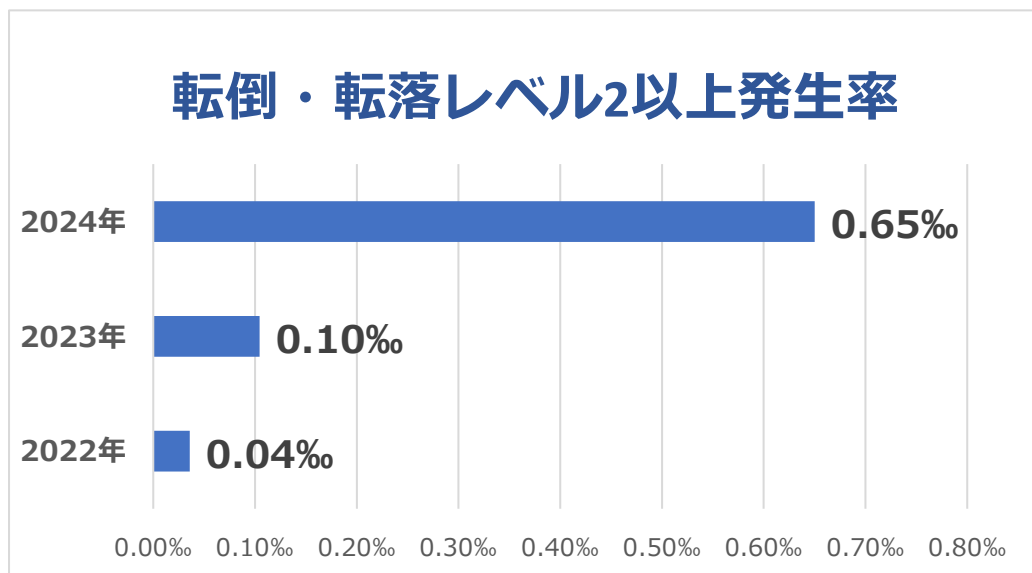
目標値には達していないため、引き続き達成できるよう報告していきます。



転倒・転落レベル2以上発生率



延入院患者数のうちレベル2以上の転倒・転落が発生した割合



期間：2024年4月～2025年3月

分子：レベル2以上の転倒・転落発生件数

分母：延べ入院患者数×1000

※単位：‰(千分率)

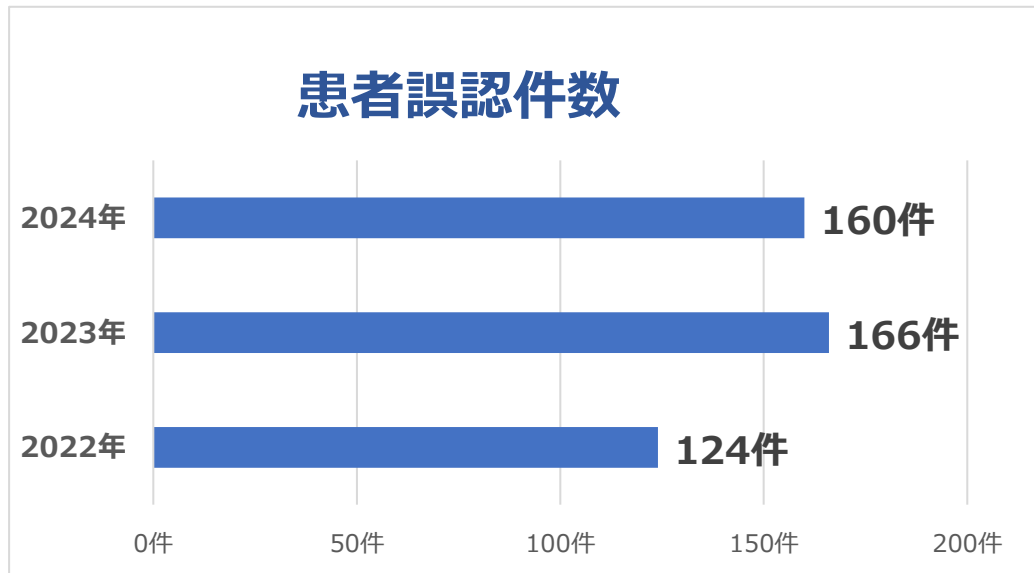
2024年度に神奈川県立病院機構におけるレベル区分の表記変更と、区分の厳格化が行われたため、割合の増加が見られました。しかし、転倒転落による骨折等はみられていません。2025年度よりワーキンググループを立ち上げ、転倒転落予防を強化しています。



患者誤認件数



患者確認は安全な医療を提供するための基本であり、
患者誤認はその質を示す指標



期間：2024年4月～2025年3月
患者誤認件数

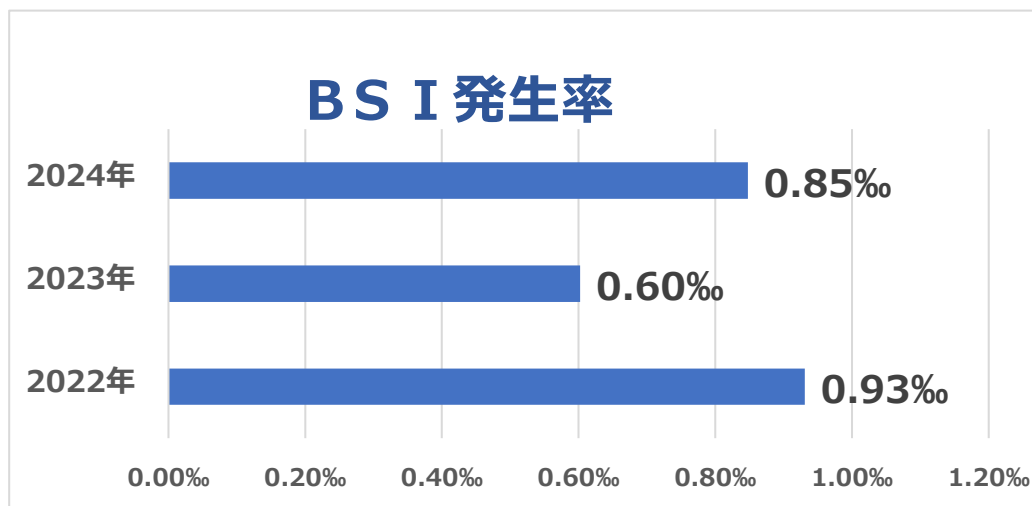
多くはレベル0で患者に実施される前に発見できたものがほとんどです。
2025年度より患者確認に関するワーキンググループを立ち上げ、強化しています。



BSI（中心ライン関連血流感染）発生率



中心ライン関連血流感染は重大な院内感染の1つであり、入院期間の延長や死亡率を高める原因となります。感染対策を評価改善し、中心ラインの適切な管理を行うことにより院内感染を減少させます。



期間：2024年4月～2025年3月

分子：中心ライン関連血流感染件数

分母：中心静脈ライン延べ使用日数×1000

※単位：‰(千分率)

23年度と比べると感染件数が増加しました。感染制御室で感染対策について再度確認・見直しを実施しました。今後は必要な感染対策が実施されているか適宜監視し、感染発生時には、病棟スタッフと共に原因追及・対策検討を行い、感染防止に努めていきます。

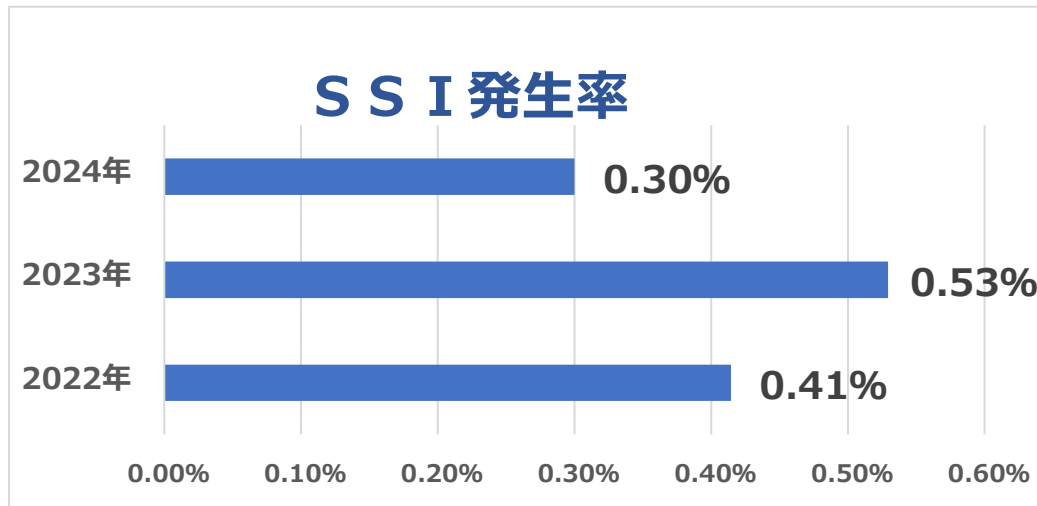


SSI（手術部位感染）発生率



周術期感染対策ができていているかを示す指標

入院期間の延長や死亡率を高める原因となります。
適切な周術期の管理を行うことにより、院内感染を減少させます。



期間：2024年4月～2025年3月
分子：手術部位感染件数
分母：全手術数

手術巣（表層切開創・深部切開創・臓器／体腔）の感染で入院期間の延長や再入院となったケースをカウントする。

外来での治療で改善した場合や起因菌が特定されない場合はSSI疑いとする。

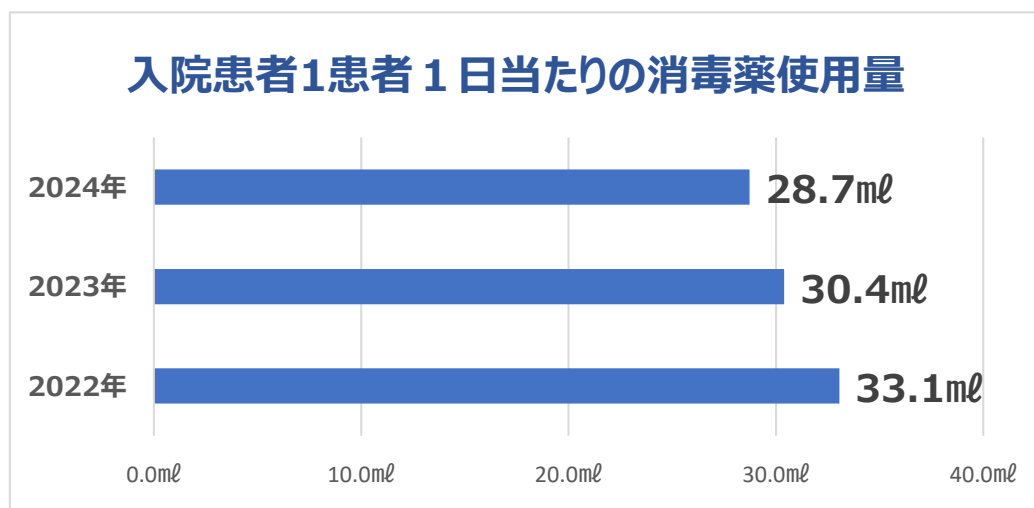
昨年度と比べ手術件数は変わらず、感染率が減少しています。診療科による感染件数の偏りはありません。手術室の手指衛生の直接観察数を増やし、手指衛生の向上に努めました。原因追及に向け、次年度も執刀医と手術室看護師にも引き続き情報を提供し、協力して感染防止に努めていきます。



手指衛生 入院患者1患者1日当たりの消毒薬使用量



感染症の水平伝播防止に重要な対策の一つであり、消毒薬使用量は、その実践の度合いを表す指標



期間：2024年4月～2025年3月

分子：消毒薬使用量(ml)

分母：延べ入院患者数

昨年度より使用量は低下しました。消毒剤の使用量＝手指衛生の実施率ではありません。しかし、手指衛生の実施率も20年度のコロナ流行初期よりは低下しています。次年度は手指衛生の実施率向上のため、引き続き手指衛生の直接観察法を実施し、全職員が正しい知識と技術を習得できるよう努めていきます。またSSI・BSIや感染症によるアウトブレイク減少に向け、手指衛生の必要性が職員だけでなく、来院者にもご理解いただけるような対策を検討していきます。

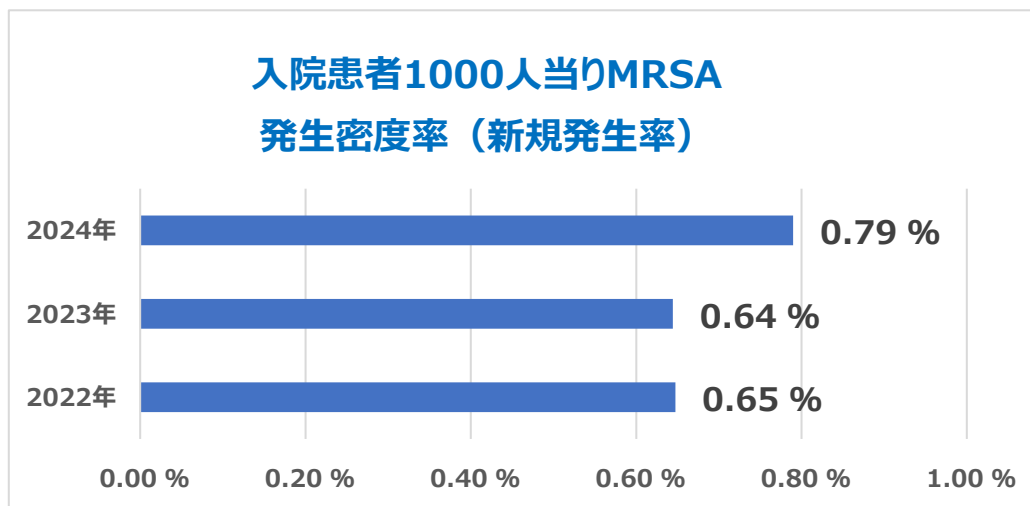


入院患者1000人当たりMRSA※発生密度率 (新規発生率)



感染対策のアウトカムとして重要な指標

MRSA新規発生を抑制する事は、感染しやすい環境にありながらも、感染対策を適切に実施している事を表す。



期間：2024年4月～2025年3月

分子：新規発生件数（入院後48時間以降に検出された）×1,000人

分母：延べ入院患者数

※MRSA：Methicillin-resistant Staphylococcus aureus

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌

発生密度率は昨年度と大きな変化はありませんでした。MRSAをはじめとする薬剤耐性菌の感染経路は接触感染であり、適切な手指衛生と防護具の着脱で防ぐことができます。そのため全職員対象の職員研修や委託業者への研修会に取り込み、病院職員の正しい知識と技術の習得・維持に努めています。

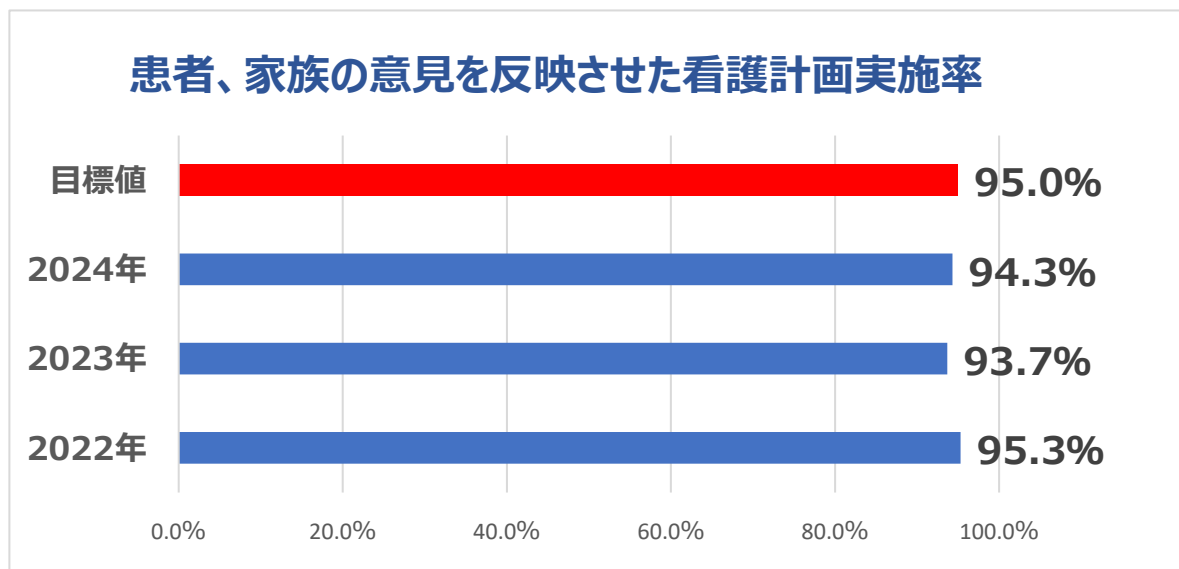


患者、家族の意見を反映させた看護計画実施率



患者個人を尊重した看護を展開するための指標

(病状により必ずしも反映されない事もある)



※目標値：病院目標

期間：2024年4月～2025年3月

分子：患者、家族の意見を反映させた看護計画の実施患者数

分母：入院実患者数

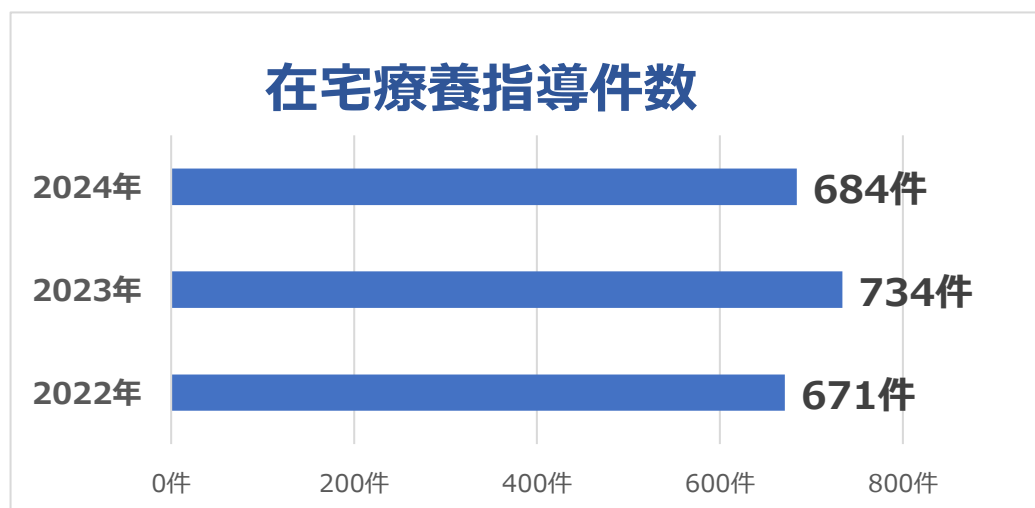
※クリニカルパス適用及び一日入院患者を除く

患者家族の意見を反映させた計画実施率を看護局では95%を目標としているが、0.7%達成出来ませんでした。引き続き目標が達成できるよう取り組んでいきます。



在宅療養指導件数

在宅医療支援への取り組みを表す指標



期間：2024年4月～2025年3月

外来で看護師が在宅療養指導を実施した件数

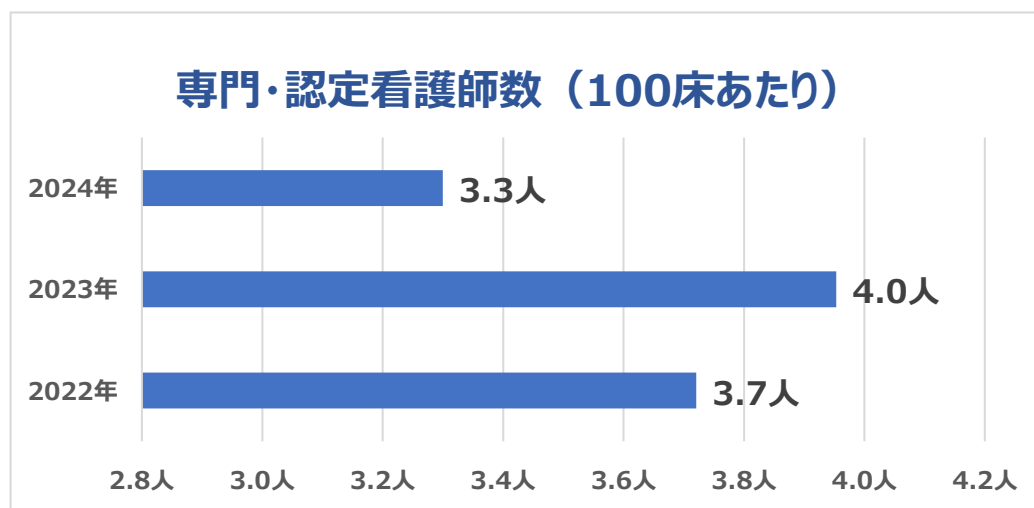
患者さんの在宅移行を進めており、前年度と比較し算定件数は減少しています。引き続き在宅医療支援への取組を進めていきます。



専門・認定看護師数（100床あたり）



高度で専門的な看護提供の取り組み



期間：2024年4月～2025年3月

分子：専門・認定看護師数×100

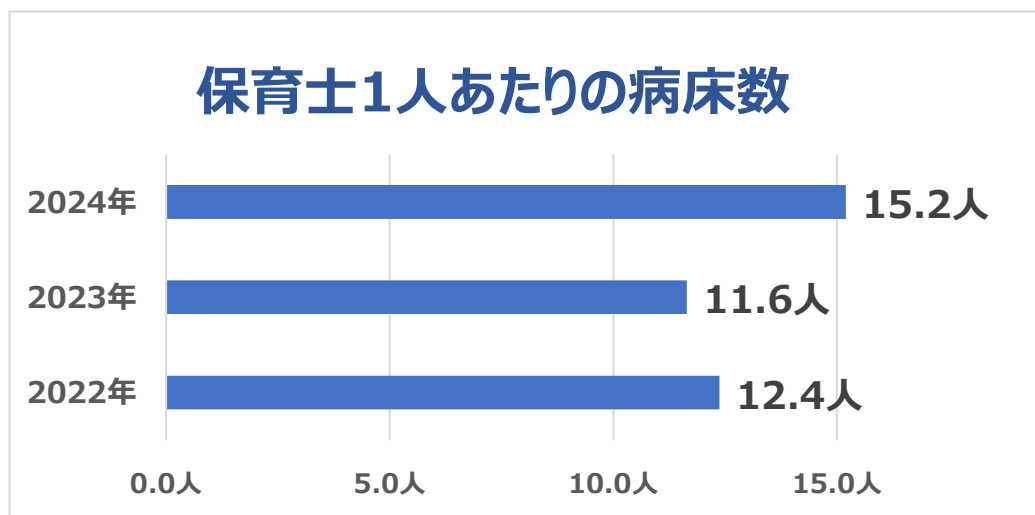
分母：病床数

2024年度は、感染症看護専門看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師の2名が新たに加わりました。また、小児看護専門看護師、緩和ケア認定看護師を目指して3名が教育課程を受講しています。小児看護の専門性を高めていくためにも、計画的に人材育成を継続していきます。



保育士1人あたりの病床数

入院患者への保育の提供に対する取り組み



期間：2024年4月～2025年3月

対象病棟：保育士配置病棟

※外来、施設（重心、肢体）、母性、PICU、HCU1、NICUを除く

分子：病床数

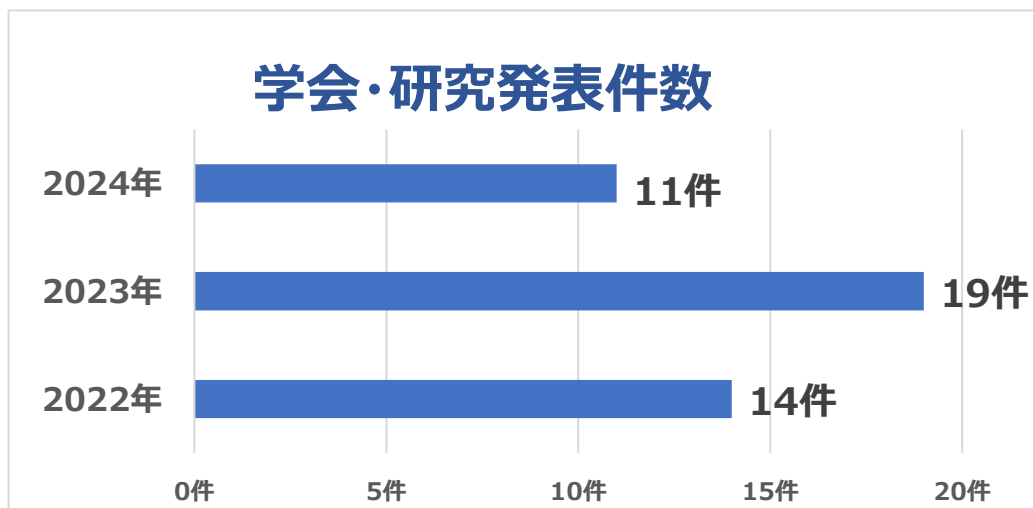
分母：病棟保育士数(外来・休職・育産休除く)

年度途中で複数名の退職があり欠員が続いています。成長発達支援を専門とする保育士の配置は診療報酬でも評価されており、引き続き保育士の確保や定着に取り組んでいます。



学会・研究発表件数

看護研究への取り組み



期間：2024年4月～2025年3月

看護局を介して学会発表された件数・研究発表件数

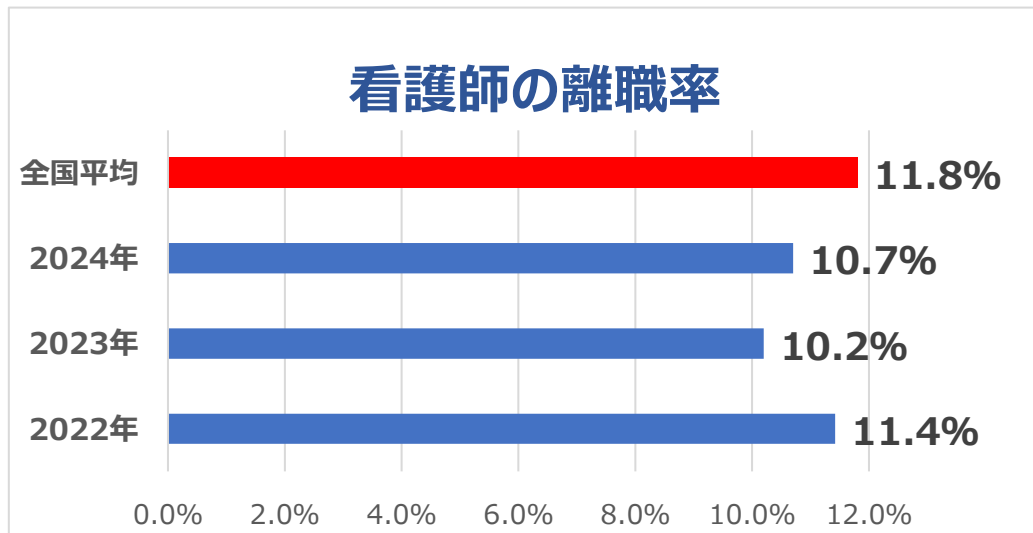
今年度は11件の看護研究に取り組み関連学会でも発表しています。小児看護の質向上をめざし、今後も看護局全体で看護研究に取り組んでいきます。



看護師の離職率



働きづらさのない、魅力のある職場環境の提供



※全国平均：日本看護協会「2023年度 病院看護実態調査」

期間：2024年4月～2025年3月

分子：退職者数

分母：平均看護師数（契約・非常勤除く）

※平均看護師数：4月1日全看護師数+3月31日全看護師数/2

今年度の看護師離職率は10.7%でした。全国の2023年度看護師離職率は11.3%であり、前年度値との比較ではありますが同等程度です。退職者のうち新採用者の割合が15.7%と高いため、次年度は入職後の支援体制の強化に取り組んでいきます。

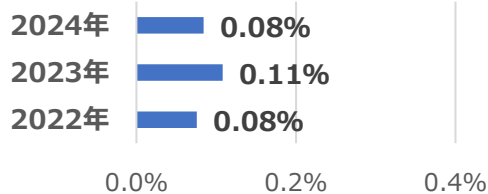


褥瘡発生率

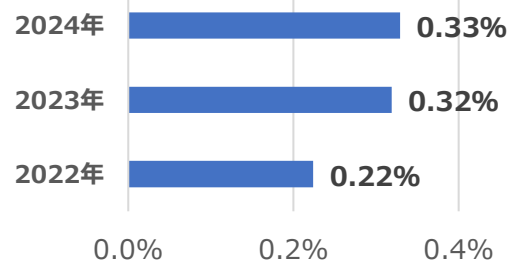


褥瘡に関する危険因子の評価から看護計画を立案した看護の結果を示す指標

自重褥瘡発生率



医療関連機器褥瘡発生率

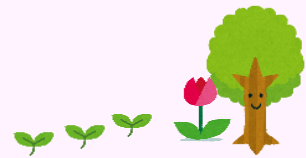


期間：2024年4月～2025年3月
分子：自重褥瘡発生件数
分母：延べ入院患者数

期間：2024年4月～2025年3月
分子：医療関連機器褥瘡発生件数
分母：延べ入院患者数

前年度よりも低く、目標達成できています。ICUの体圧分散マットレスをすべてエバーブロードに切り替え完了したため、集中治療下での自重褥瘡予防に繋がったと考えられます。皮膚状態の観察だけではなく予防ケア・治療ケア共に強化できるよう働きかける必要があります。

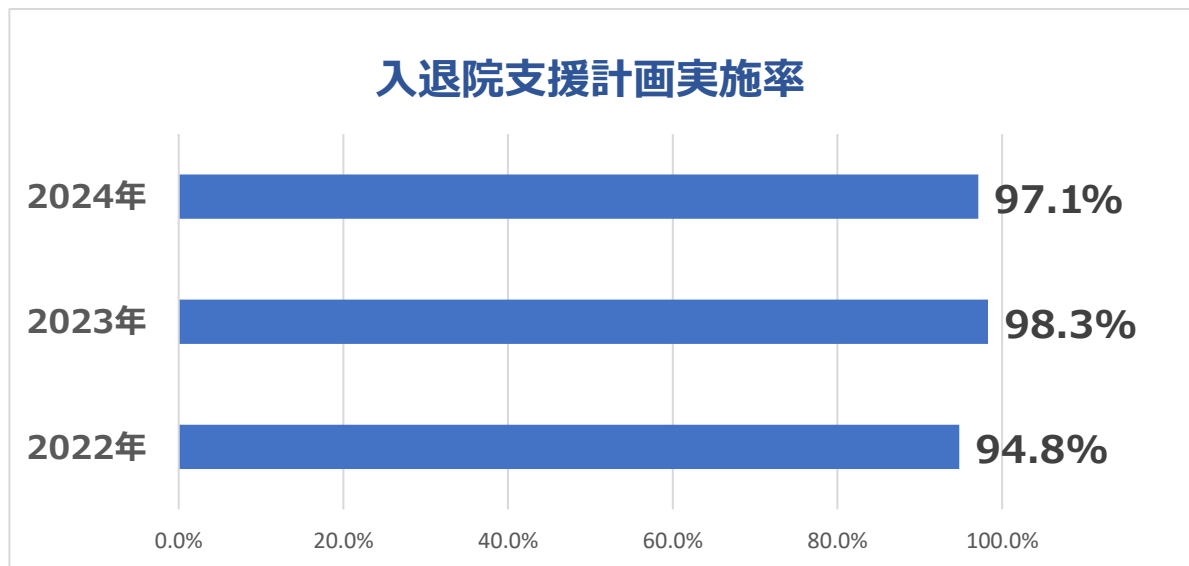
目標は達成できなかったが、すべてのスキントラブルがインシデント報告する事になった事で報告に対する意識が向上し件数増加に一因していると考えられます。重症褥瘡発生数は0件であり、褥瘡の早期発見と早期対応、褥瘡対策チームやWOCN（皮膚・排泄ケア認定看護師）との連携ができていた結果だといえます。



入退院支援計画実施率



計画に沿ってチームで取り組むことができたか、
チームの入退院支援の取り組みの現状について把握することができる



期間：2024年4月～2025年3月

分子：入退院支援加算算定数（入退院支援加算1・3の合計数）

分母：入退院支援カンファレンス実施件数

病棟から肢体等の施設入所による算定不可件数は生じるが、サインのもらい忘れや1週間以内のカンファレンス未実施を0件にしていこうとしていく必要があります。

次年度は入院サポートセンター開設に伴い入院時支援が拡大するため、件数の増加だけでなく、カンファレンス等の質向上を目指していきます。





編集：QI委員会



令和7年12月 発行



地方独立行政法人 神奈川県立
神奈川県立病院機構

こども医療センター
Kanagawa Children's Medical Center

〒232-8555

神奈川県横浜市南区六ツ川 2-138-4

TEL : 045-711-2351