

クオリティ・インディケーター

 は日本病院会指標

病 院 機 能 ・ 経 営												
指標名	根拠・定義	目標値	年 度 実 績					分子	分母	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
			平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年					
病床利用率・平均在院日数	効率的な病院経営の指標 ※センターから精神病棟・施設（重心、肢体）を除く	病床利用率 85%	病床利用率 83.1%	病床利用率 82.8%	病床利用率 83.7%	病床利用率 84.8%	病床利用率 84.2%	在院患者延数（4月-3月）	病床数×年間稼働日数			・
			平均在院日数 12.7日	平均在院日数 12.5日	平均在院日数 12.2日	平均在院日数 12.1日	平均在院日数 12.8日	延患者数（4月-3月）	新入棟患者＋新退棟患者/2			
医業収支比率	健全な病院経営をあらわす指標	県立病院機構 133%以下	128.7%	124.8%	119.5%	117.7%	122.1%	医業費用	医業収益			・
患者満足度（外来患者）	外来患者アンケートによる患者満足度	100%	(74.4%)	(79.2%)	97.3%	98.2%	97.4%	「総合的な評価項目」に「満足・やや満足」と回答した患者総数（平成26年度より解答肢より普通を除く）	「総合的な評価項目」回答者総数			・
患者満足度（入院患者）	入院患者アンケートによる患者満足度	100%	(85.4%)	(92.2%)	97.7%	92.7%	97.7%	「総合的な評価項目」に「満足・やや満足」と回答した患者総数（平成26年度より解答肢より普通を除く）	「総合的な評価項目」回答者総数			・
外来待ち時間	円滑な外来診療	30分		38分	37分	33分	33分		各科到着時刻から診察開始時刻の差（毎月10日調べの平均）			・
救急外来受診数	救急医療の提供		4,563名	4,785名	4,492名	4,620名	4,076名		救急外来受診数		・	
健康診断受診率	職員の健康管理	100%	97.9%	98.0%	98.0%	98.1%	98.4%	健康診断受診者数	健診対象職員数		・	
退院2週間以内のサマリー完成率	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	100%			90.6%	95.3%	96.1%	退院後2週間以内サマリー完成件数	退院後2週間の患者数		・	

【指標の意義と取組】

こども医療センターは、神奈川にひとつの医療と福祉が連携されたこどもの為の総合医療施設です。掲載の病床利用率、平均在院日数は急性期医療を提供する病棟のものです。

入院医療を必要とされるお子さんをひとりでも多く受け入れる為、病床利用率については90%を超える日もありますが、感染症の発生により入院受入を控えた時期もあり、84.2%で前年より少し低くなりました。また化学療法を行うにあたり、安定されている患者さんには、長期入院の抑制、また、ご家族との生活を考えて外来に移行して頂いた事も反映しているようです。半面、空床の活用や入院キャンセルを防ぐ事も今後の課題です。

満足度調査から頂いたご意見、また、常時設置の”みなさまの声”から頂くご意見は、速やかに担当部門へ伝え全職員が受け止めるようにしています。

患者さんのご希望があれば、ファシリティドッグのベイリー（専門的な訓練を受けた犬）が処置・検査・治療によりそう事で、入院や通院による不安やストレスの緩和に努めています。

安心して治療が受けられる環境作りを努力してきます。

退院サマリ完成率は、毎月90%以上を保つことを目標として、平均完成率96パーセントを超える事が出来ました。診療科との連携を図り、向上を目指していきます。

診療機能										
指標名	根拠・定義	目標値	年度実績					分子	分母	ストラ チャー
			平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年			
小児科専門医数➡学会専門医数	専門医療の提供の度合及び研修医の指導		35名	47名	43名	107名 10月1日全専門医	108名 4月1日全専門医		日本小児科学会小児専門医数 ➡ 平成27年度より全専門医（常勤医・任期付き常 勤医：最低一つの専門医資格を有する医師数）	・
クリニカルパス利用率	標準的診療を提供している実態の指標 ※センターから精神病棟・周産期病棟を除く ➡平成26年度からは精神病棟のみを除く			37.2%	33.9%	34.4%	33.0%	クリニカルパス利用数	実入院患者数	・
クリニカルパス・バリアンス発生件率	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			10.0%	6.8%	5.9%	5.7%	バリアンス発生件数	クリニカルパス利用数	・
新生児期手術患者率	新生児外科手術が行われているかの指標		3.6%	4.2%	4.1%	4.2%	3.5%	新生児期に手術施行患者数（28日未満）	手術室稼働件数	・
乳児外科施設基準対象手術	施設基準で専門性を問われる手術の実績		（77件）	（64件）	25件	34件	36件		1歳未満の乳児に対する施設基準対象を含めた外 科手術 平成26年度実績より施設基準対象のみ の表示（1-12月）	・
ハイリスク妊娠取扱件数	安全で高度な周産期医療の提供体制の指標		205人	174人	209人	241人	249人		ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加 算の算定対象患者数	・
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 (Global Assessment of Functioning)	15以上	15.0	13.3	13.4	16.5	17.0		精神入院時GAF退院時GAFの改善GAFスコア	・
小児がん新規入院患者数	新しく小児がんを受入る態勢			69人	71人	74人	81人		新規患者数（入院）	・
英文論文発表数	臨床研究の成果を示す指標 ※純粋基礎系ものを除く		23件	26件	31件	34件	21件		こども医療センターに属する医師が筆頭著者の英文 論文発表数	・
臨床研究実施施設としての医学研究数、 治験実施数、受託研究数	新しい治療への取り組み		新規医学研究62件 治験 22件 受託研究 44件	新規医学研究42件 治験 28件 受託研究 53件	新規医学研究83件 治験 30件 受託研究 57件	新規医学研究86件 治験 25件 受託研究 61件	新規医学研究98件 治験 29件 受託研究 65件		倫理委員会で承認の新規医学研究 治験実施数 受託研究	・
NST（※1）・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		NST 50回 緩和ケア 11件 褥瘡 20名	NST 170回 緩和ケア 17件 褥瘡 26名	NST 257回 緩和ケア 22件 褥瘡 21名	NST 297人 緩和ケア 22件 褥瘡 20名	NST 342人 緩和ケア 16件 褥瘡 25名		相談介入： NST（回）⇒27年度から人 緩和ケア（件） 褥瘡（人）	・
虐待症例検討会回数	チーム医療として虐待症例に取り組んでいる指標		20回	24回	20回	13回	17回		虐待症例検討会回数	・
栄養相談件数（外来・入院）	管理栄養士の取り組みの度合		外来213件 入院173件	外来185件 入院140件	外来255件 入院159件	外来291件 入院160件	外来262件 入院159件		個別栄養相談実施延件数（外来・入院）	・
薬剤科での抗がん剤のミキシング率	注射薬抗がん剤に関する薬剤科の関与の度合い を示す	100%	78.4%	82.0%	97.4%	99.5%	99.7%	ミキシング件数	抗がん剤注射投与数	・
血液製剤廃棄率(RBC ※2)	期限切れなどで、有効に使用でき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る。	0%	16.6%	17.6%	16.1%	12.7%	13.2%	廃棄単位数	総単位数	・
臨床検査外部精度管理調査（日本医師 会）の目的達成率	検査機器の信頼性を証明する一つの指標	100%	96.9%	98.9%	97.9%	98.6%	97.4%	当センターの評価点	評価項目（満点）	・

【指標の意義と取組】

標準的で安全な治療を提供する為クリニカルパスを作成し適用しています。バリアンス発生率は低下しましたが、使用率は伸びません。新しいクリニカルパスを作成し適用を増やすよう努力します。

ハイリスク妊娠となった患者さんが県内外から多数紹介されます。超音波診断技術の向上により、妊娠早期から胎児の心疾患が判明できるようになりました。

ケースに応じた関連診療科が、一同に集まりカンファレンスを行い出生前からの早期対応を検討しています。先天異常に関するカウンセリングは「妊娠前外来」「胎児相談外来」で行い、安心して新しい命が授かるようサポートしています。

県内唯一の小児がん拠点病院として、特に難治性疾患の受け入れを積極的に行っています。手術が必要な固形腫瘍についても各科連携しチーム医療を提供します。

虐待症例検討会では、院内での児童虐待事例を多職種で検討し、児童相談所への通告も実施しています。事例によっては、院内のみでなく 市区町村、児童相談所も同席し、共に検討しています。

また、平成28年度から重篤事例には警察通報を積極的に実施しています。

血液製剤廃棄率が高いのは、病院の特性から緊急輸血を避けられず、在庫の確保が必 須である事が要因のひとつです。廃棄率が低くなるよう輸血委員会でも検討を重ねて います。

薬剤科で行われた抗がん剤のミキシングは4,523件でした。手術室で投与される抗がん剤をミキシングしたもの13件、時間 制限があるものの 1 件については現場でのミキシングとなりました。

今後、手術室で実施される抗がん剤について、薬剤科でミキシングができないか検討し ていきます。

地 域 医 療 連 携 ・ 在 宅 支 援												
指標名	根拠・定義	目標値	年 度 実 績					分子	分母	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
			平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成 28 年					
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指標		1,749機関	1,795機関	1,866機関	1,889機関	1,842機関		紹介元医療機関数	・		
紹介状受領から1週間以内の受診日決定率	適切に診療の提供が行われているかの指標				96.2%	96.3%	96.3%	1週間以内の受診連絡票送付数	紹介状受領数		・	
（病） 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の指標		96.7%	97.3%	93.9%	95.0%	93.7%	紹介患者数	新規カルテ作成数			・
地域の医療従事者向け研修回数	地域医療機関へ支援体制がある指標		56件	56件	53件	57件	58件		地域の医療従事者向け研修回数 （地域医療連携室、子どもの心のネットワーク事業）	・		
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		301人	305人	442人	426人	503人		訪問看護ステーション連携患者数		・	
（病） 逆紹介率	地域医療機関と役割分担し、適切に連携を図っているかの指標		62.9%	65.3%	64.6%	71.1%	69.2%	診療情報提供件数	新規カルテ作成数			・
ソーシャルワーカー（MSW、PSW）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指標			院内 235件 院外 175件	院内 557件 院外 254件	院内 1,029件 院外 148件	院内 906件 院外 167件		カンファレンスのメンバー構成 院内スタッフのみ 外関係者も含めたもの	院	・	
【指標の意義と取組】												
紹介元医療機関数は増加傾向でしたが、平成28年度は県外医療機関からの紹介が前年より少なくなりました。												
地域医療支援の取組である「地域医療支援事業研修会」では、当センターにおける診療内容や治療方法の紹介、受診の際のタイミングについて医師より講演を行い情報提供の場としています。												
また、訪問看護ステーションの小児受け入れ拡大に取り組んで頂けるよう訪問看護師を対象にした医療ケア実技研修会を開催し、患者さんが安心して在宅に移行できるよう取り組んでいます。												
入院医療から在宅医療への効率的な医療ケアの引継ぎを行う目的として、訪問看護師の初回訪問に退院・在宅医療支援室看護師が同行する事もあります。												
出生直後より集中的な治療を受けられた患者さんは退院困難である事も少なくはありません。退院先の選定や必要な社会福祉サービス等の退院支援計画を速やかに策定し、適切な退院先と調整を行っています。												

医 療 安 全												
指標名	根拠・定義	目標値	年 度 実 績					分子	分母	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
			平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年					
ヒヤリ・ハット・医療事故報告件数	医療安全システムとして、レベルに関わらず報告することの指標を表す。	2,100件	2,154件	2,487件	2,040件	2,067件	2,147件		ヒヤリ・ハット・医療事故報告件数	・		
ヒヤリ・ハット（レベル0・レベル1）報告率	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。また、警鐘事例としての意識改革となる。	100%	91.4%	93.3%	89.6%	89.6%	91.8%	レベル0とレベル1の報告件数	全報告件数		・	
レベル3b以上の医療事故発生件数	医療安全の取り組みの結果として医療事故が減少しているか指標となる	0	3件	3件	4件	5件	3件		レベル3b以上の事例件数			・
患者誤認報告件数	患者確認は安全な医療を提供するために基本であり、患者誤認はその質の指標となる	0	69件	95件	92件	83件	66件		患者誤認報告件数			・
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の指標	0.15%	0.095%	0.127%	0.161%	0.167%	0.134%	褥瘡発生件数	延べ入院患者数			・
褥瘡リスク該当者に対しての褥瘡診療計画書立案件数	褥瘡対策への取り組み評価		H24.6/25- H25.3/31 505件	1,041件	1,034件	1,239件	1,082件		褥瘡リスク該当者に対しての褥瘡診療計画書立案件数		・	
医療安全研修参加率	職員の医療安全に関する関心度をあらわす	100%	83%	87%	89%	88%	95%	参加人数（研修に2回以上の参加）	対象職員（毎年4月1日）		・	
【指標の意義と取組】												
医療法上の「医療事故」と区別するために、レベル3b以上を「アクシデント」に変更しました（神奈川県立病院機構統一）。報告件数が増加していますが、安全対策のために報告を推進しているので、報告するという文化が定着してきた結果といえます。レベル0、1の報告率が上昇し、アクシデント件数、患者誤認件数が減少していることから、安全への意識が高まってきていると考えます。報告されたレポートに対して、原因の分析や再発防止策の検討を実施しています。												
前年度と比較し褥瘡発生率は減少し、目標値を達成しています。褥瘡診療計画書の立案件数は大きな変化はなく、褥瘡対策が必要なこどもに対して計画を立案し、チームで取り組むことができています。さらなる褥瘡発生率の減少を目指し、医療機器の圧迫が要因の医療関連機器圧迫創傷の予防や、こどもの個性性に合わせた褥瘡対策の実施に引き続き取り組んでいます。												

感 染 対 策												
指標名	根拠・定義	目標値	年 度 実 績					分子	分母	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
			平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年					
手指衛生 入院患者1,000患者当たりの消毒薬使用量	手指衛生は、感染症の水平伝播防止に重要な対策の一つであり、その実践の度合いをあらわす ※入院のみ	20,000ml ※20ml×1,000人	8,204ml	11,509ml	15,746ml	17,600ml	21,200ml	消毒薬使用量(ml) ×1,000人	のべ入院患者数		・	
入院患者1000人当りMRSA（※3）発生密度率（新規発生率）	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。 ※入院のみ	0	0.77	0.54	0.48	0.46	0.57	新規発生件数（入院後48時間以降に検出された） ×1,000人	のべ入院患者数			・
手術室における術中追加投与実施率	周術期感染予防の取り組み	100%		58.7%	71.7%	79.0%	75.5%	追加投与件数	4時間超えの手術件数		・	
SSI（※4）発生率	周術期感染の指標をあらわす		0.42%	0.38%	0.66%	0.45%	0.33%	手術部位感染件数	全手術数			・
【指標の意義と取組】 手指衛生は感染対策の基本となる手技のひとつです。各病棟の担当者による積極的な取り組みにより使用量が増加したと考えます。意識が高まった結果と受け止めています。 MRSA発生密度率は感染対策の水平伝播の指標として用いられます。 標準予防策でも、モニターの消音後の手指衛生や、処置ごとの手指衛生など、手指衛生が必要な場面で適切に行えていない場合に増加します。 忙しさにも影響を受けやすいため、手指衛生の環境をととのえることにも取り組んでいます。												

- ※ 1 NST:Nutrition Support Team 栄養サポートチーム
- ※ 2 RBC:Red Blood Cells 人赤血球液
- ※ 3 MRSA:Methicillin-resistant Staphylococcus aureus メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
- ※ 4 SSI:Surgical site infection 手術部位感染

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。