

## 検査部

### 1. 一般的項目: 検査件数

#### ▶ 項目の解説

検査部が院内で行った検査件数です。患者数により年ごとの変化がありますが、精度管理を行い、正確で迅速な結果を提供できるように努めています。

#### ▶ 定義

1年間に院内検査(検体検査および生理機能検査)として依頼があった総数です。

#### コメント

検査件数は年々増加しており過去10年間の中でも最多件数となった。

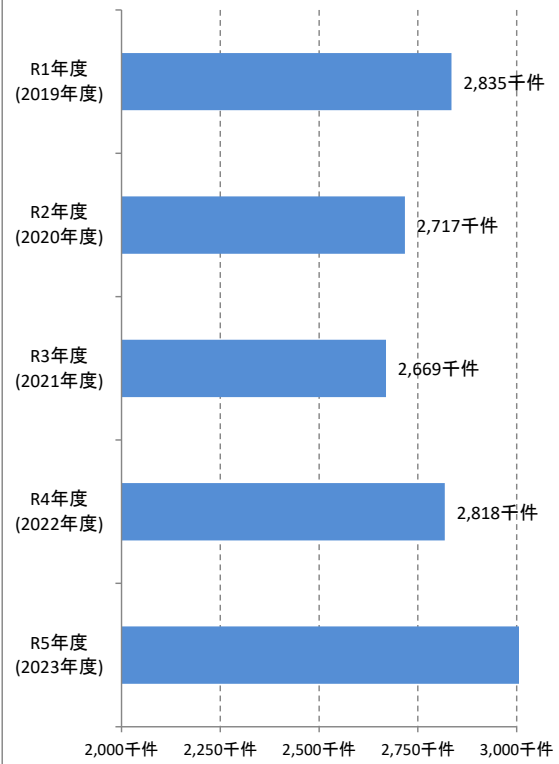
算式

件数

単位

千件

#### 検査件数



## 手術部

### 1. 一般的項目： 年間全手術症例数

#### ▶ 項目の解説

年間の手術症例数です。  
全身麻酔に局所麻酔による手術を含めます。

#### ▶ 定義

手術室で手術を行った総患者数です。

#### コメント

最新の設備を導入し、安全性の確保と先進医療の提供に努めています。

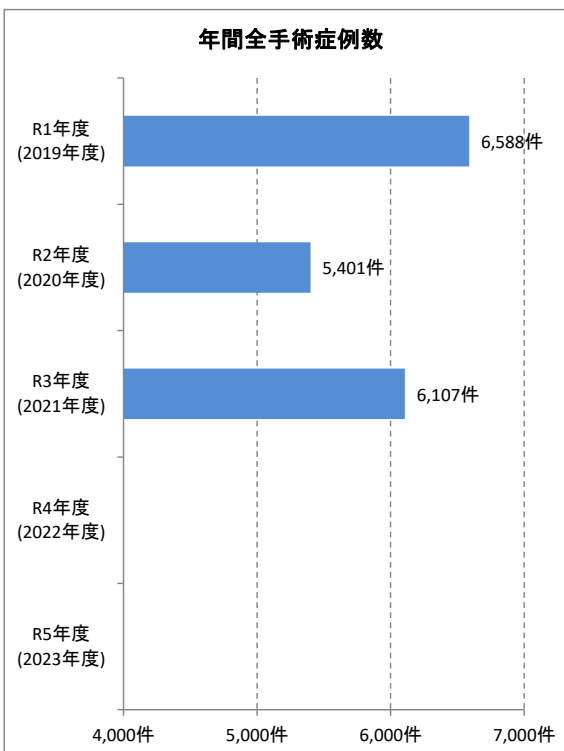
算式

年間手術  
症例数

単位

件

#### 年間全手術症例数



### 2. 大学病院特有項目： 緊急手術症例数

#### ▶ 項目の解説

予定手術以外で、緊急を要する手術の件数です。

#### ▶ 定義

年間の緊急手術総数です。

#### コメント

緊急手術数は、救急部の稼働により増加しました。

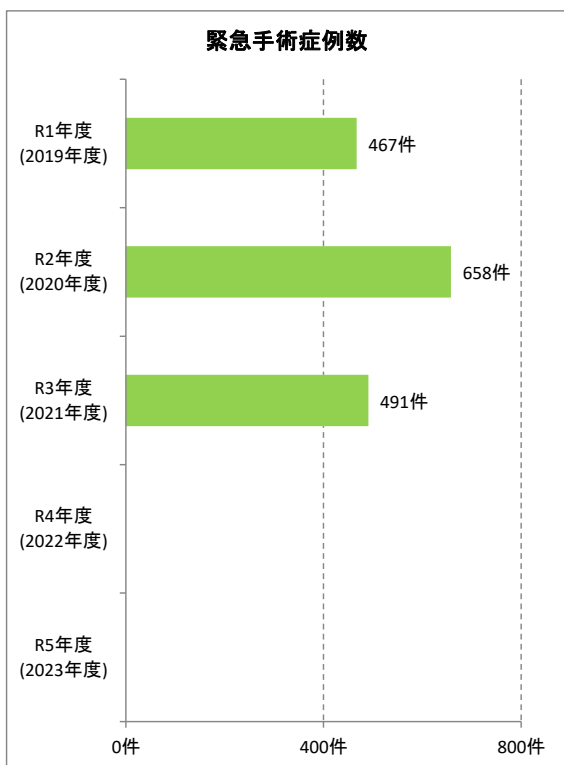
算式

年間緊急  
手術数

単位

件

#### 緊急手術症例数



## 放射線部

### 1. 一般的項目： 一般撮影件数

#### ▶ 項目の解説

一般撮影は最も件数の多い画像検査である。

#### ▶ 定義

年間の放射線部で実施した一般撮影件数

#### コメント

年間30,000～40,000件で推移しているが、各診療科のオーダーにおいて最も基本的な検査となるが、直近3年間では増加傾向にある。

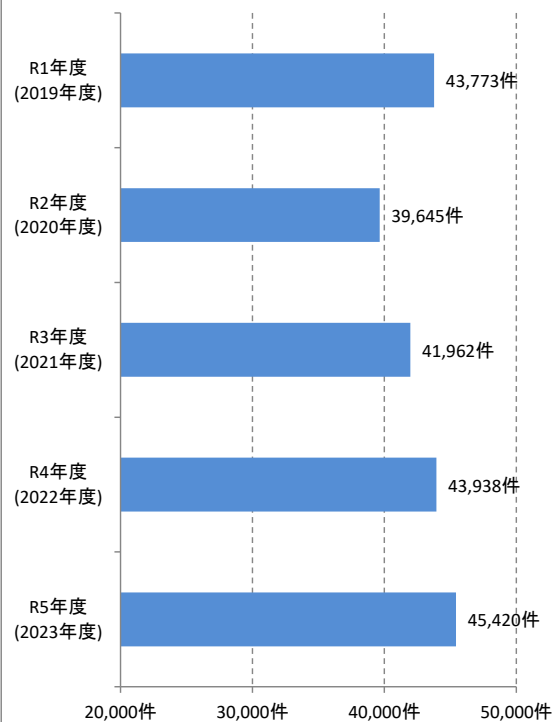
算式

一般撮影を実施した  
オーダー延べ数

単位

件

#### 一般撮影件数



### 2. 大学病院特有項目： 救命救急センターにおける救急CT件数

#### ▶ 項目の解説

高エネルギー外傷を含めて救急CTは大学病院に特有であり、診療放射線技師の高度な技量が要求されている。

#### ▶ 定義

年間の救命救急センターで実施したCT件数

#### コメント

救急医療におけるCTの役割は重要であり、高エネルギー外傷など複雑な撮影が増加している。

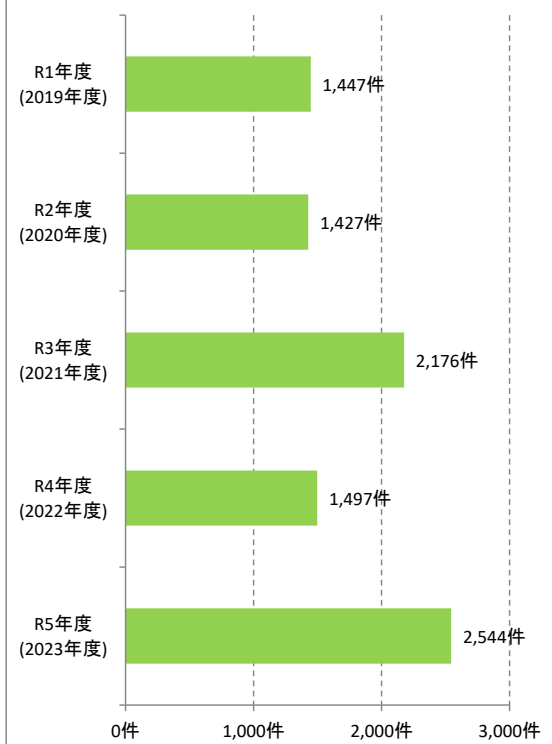
算式

救命救急センターで  
CTを実施した  
オーダー延べ数

単位

件

#### 救命救急センターにおける救急CT件数



2. 大学病院特有項目： 自己血使用単位数

▶ 項目の解説

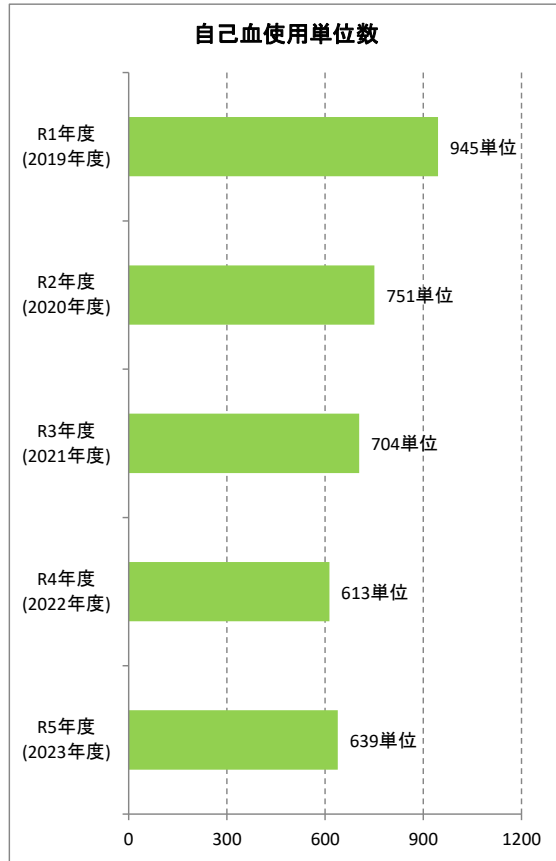
待機的な外科手術では、患者自身の血液を予め採取・保管し、手術時に使用する自己血輸血を行うことができます。  
 自己血輸血の最大の利点は、同種血輸血を回避することにより、輸血後の感染症を含む種々の副作用を防止することができます。  
 安全に自己血の採取・保管を行うには、診療科との連携および、部内での製剤化と保管などの管理体制も重要になります。  
 中央診療部門として、自己血貯血を行う体制やスタッフの充足度を評価します。

▶ 定義

年間の自己血製剤使用数です。

コメント

自己血貯血に訪れる患者年齢は10代前半から80歳代と幅広く、半数以上が65歳以上の高齢者です。どのような方にも安全安心に自己血輸血が実施できるように、看護スタッフの応援体制の整備や、製剤化および製剤管理業務の検査技師との分業化などを行い、安全な自己血採血および製剤管理に努めています。



# 救命救急センター

## 1. 一般的項目： ドクターヘリ要請件数

### ▶ 項目の解説

救急現場や施設間搬送などでドクターヘリが要請された件数を示します。これは、病院前救急診療のアクティビティを示すと同時に要請してくる消防や医療機関からの信頼度の指標ともなります。

### ▶ 定義

年間の出動要請件数です。

### コメント

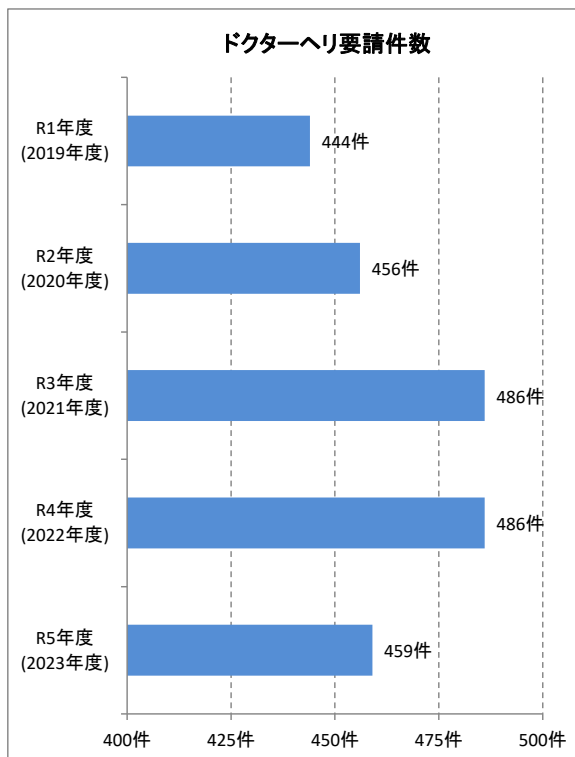
1日あたり平均1-2件の要請件数ですが、日によっては1日5件要請がかかることもあります。また複数の傷病者が発生した事故などにおいては、1回の出動で多くの傷病者の診療を行うこともあります。年間の要請件数も450-490件で安定していますが、救急現場への出動要請の割合が増加傾向にあります。この数字は当院における救急医療のアクティビティならびに消防からの信頼の厚さを示しています。

算式

要請件数

単位

件



## 2. 大学病院特有項目： 重症外傷(多発外傷・自殺企図等)※急性薬物中毒は除く

### ▶ 項目の解説

重症外傷は、多くの診療科による専門的緊急治療を要することが多く、複数診療科の連携による重症外傷治療のアクティビティを示します。

### ▶ 定義

年間の患者受入件数です。

### コメント

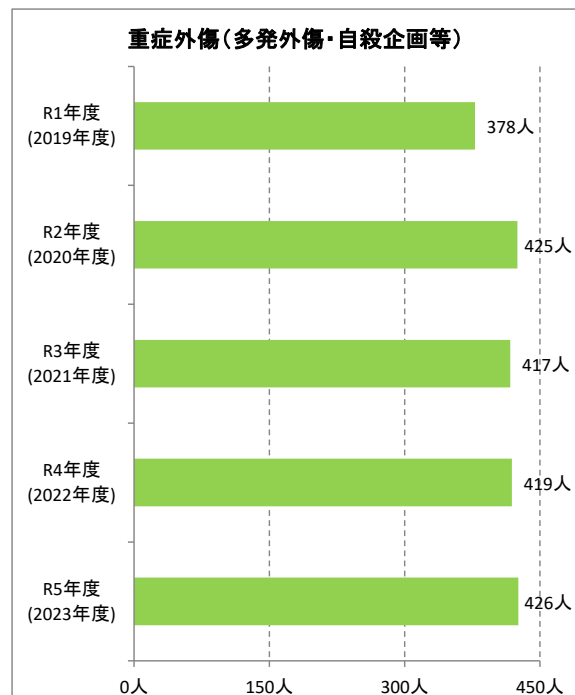
ここ4年間は400件を超える重症並びに多発外傷患者の受け入れを行っており、全国でもトップクラスのハイボリュームセンターとなっております。救命救急センターのアクティビティの高さのみならず院内各診療科との強い連携体制を表しています。

算式

受け入れ患者総数

単位

人



## 集中治療部

### 2. 大学病院特有項目： 集中治療部運用実績(患者数)

#### ▶ 項目の解説

大手術後の患者、院内の急変症例、院外からの救急症例など全身管理が必要な重症患者を収容し、集学的医療を提供しています。  
重症患者の受け入れ態勢、スタッフ、施設の充実度を評価します。

#### ▶ 定義

年間の集中治療室入室患者数です。

#### コメント

新型コロナウイルス感染症対応による入室制限のため、患者数は3年ほど800人台に落ち込んでいましたが、5類に移行後、ようやく回復してきました。今後さらに稼働率を上げていく予定です。

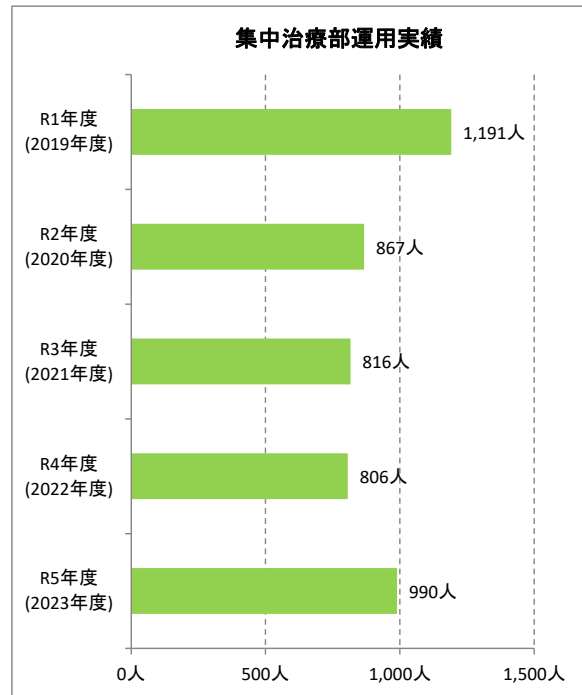
算式

入室患者数

単位

人

#### 集中治療部運用実績



1. 一般的項目： 新生児に対する手術件数

▶ 項目の解説

新生児では、先天的な異常や後天的な疾患により、外科的処置を必要とする症例が増加しつつあります。

新生児特有の生理学的、生化学的特徴を理解した上で、さらに新生児科専門医、小児外科専門医、麻酔科医、泌尿器科医、脳外科医などの共同が必要です。

この数値は、大学における周産期医療体制やスタッフ、施設の充実度を示します。

▶ 定義

新生児に対して行った年間の手術件数です。

コメント

胎児診断されていた疾患に対する肺・消化管手術や、未熟児動脈管結紮術、未熟児網膜症に対する手術など、各診療科や麻酔科との連携のもとで行っています。

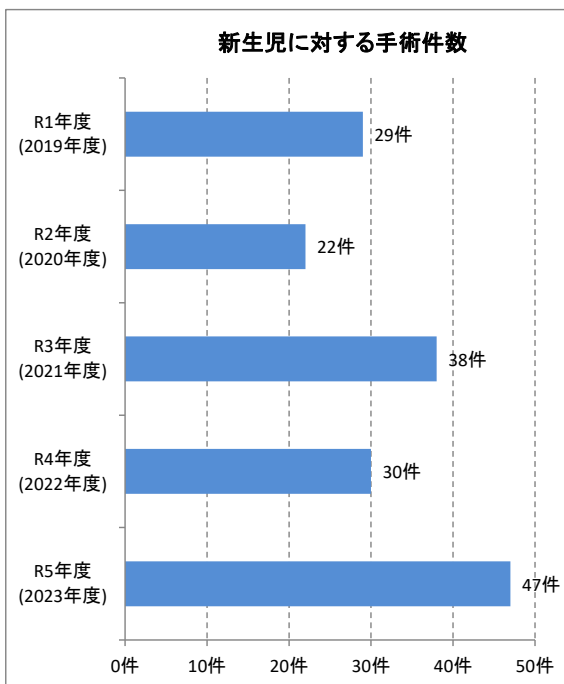
算式

延べ件数

単位

件

新生児に対する手術件数



2. 大学病院特有項目： 超低出生体重児の集学的治療数

▶ 項目の解説

周産期医療の中でも出生体重が1000g未満の超低出生体重児の予後は未だ充分には改善されていません。

第3次医療施設である大学病院では、出生前から小児外科、小児循環器、脳外科、眼科、耳鼻科などの多診療科の協力が得られ、新生児期に集学的管理が行われています。

この数値は、周産期医療を専門的に取り組む大学における体制やスタッフ、施設の充実度を示します。

▶ 定義

出生体重1000g未満の超低出生体重児の数です。

コメント

出生体重1000g未満の超低出生体重児は出生1000あたり3前後であり、宮崎県で出生するほぼ全例を大学で管理し、良好な成績をあげています。

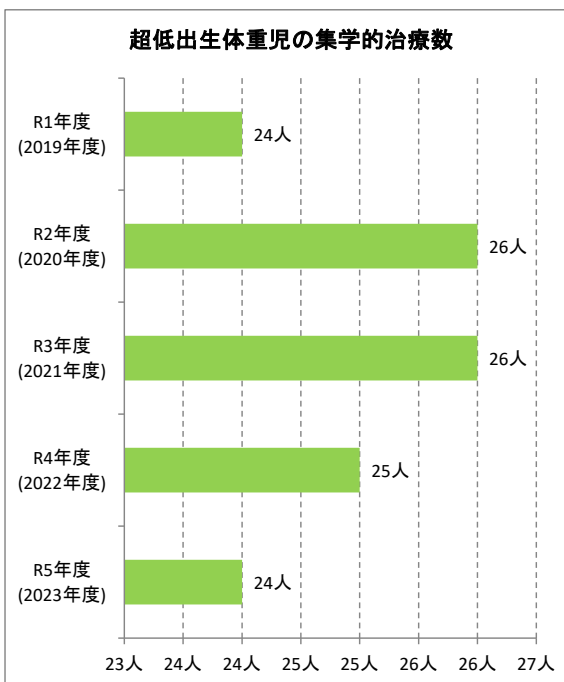
算式

超低出生体重児の数

単位

人

超低出生体重児の集学的治療数



2. 大学病院特有項目： 宮崎県立3病院との連携患者数

▶ 項目の解説

「宮崎県診療情報共有システム」を用い、宮崎大学附属病院と宮崎県立3病院間で、診療情報を相互に参照できる患者の数です。新規に登録された患者のみをカウントしています。

▶ 定義

「宮崎県診療情報共有システム」に新規に登録した患者の数

コメント

令和5年1月より「宮崎県診療情報共有システム」の運用を開始。令和5年度末時点では画像情報の共有ができておらず、一部の診療科に限った利用となっている。画像情報の共有を開始する令和6年度末以降に、利用する診療科の拡大と連携患者数の増加を想定している。

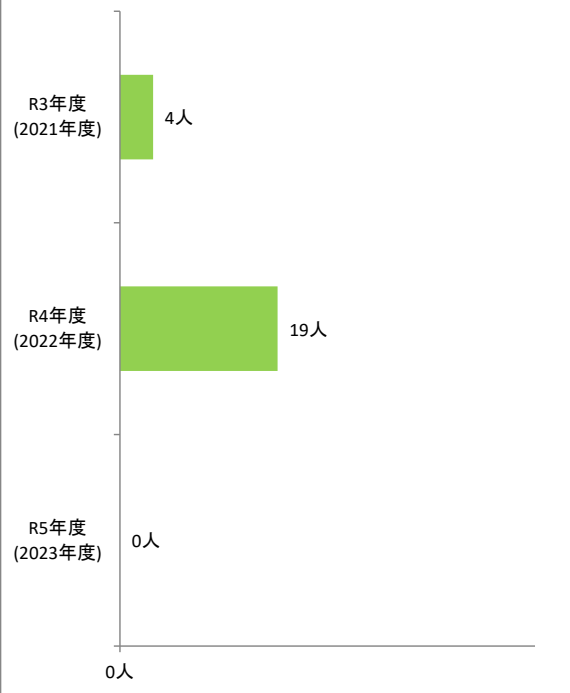
算式

人数

単位

人

宮崎県立3病院との連携患者数





## 2. 大学病院特有項目:

## 脳梗塞の早期リハビリテーション実施患者数

## ▶ 項目の解説

脳梗塞の急性期からのリハビリテーション実施により、機能回復が早期に獲得でき、患者のQOL向上につながります。早期リハビリテーション実施の重要性、および実施における計画、施設の充実度を評価します。

## ▶ 定義

年間の入院脳梗塞早期リハビリテーション実施(発症または術後30日以内にリハビリテーションを実施した)患者数です。

## コメント

医師、看護師と理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が連携をとり、急性期から病棟およびICUにて関節拘縮、筋力低下予防、身体機能改善、ADL向上に積極的に努めています。実施患者数は増加傾向にあります。

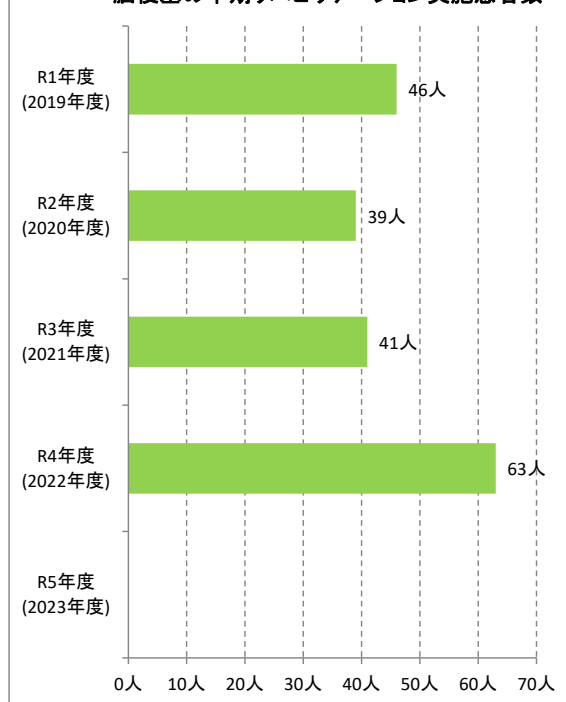
算式

実人数

単位

人

脳梗塞の早期リハビリテーション実施患者数



## がんのリハビリテーション実施患者数

## ▶ 項目の解説

がん治療中にリスク管理を徹底して、安全にリハビリテーションを実施することにより、患者のQOL向上につながります。がんのリハビリテーション実施の重要性、および実施における計画、施設の充実度を評価します。

## ▶ 定義

入院中にがんのリハビリテーションを実施した年間患者数です。

## コメント

チームアプローチにより、治療に必要な身体機能の維持や改善、QOLの向上、運動による精神面のサポートなどを積極的に実施しています。

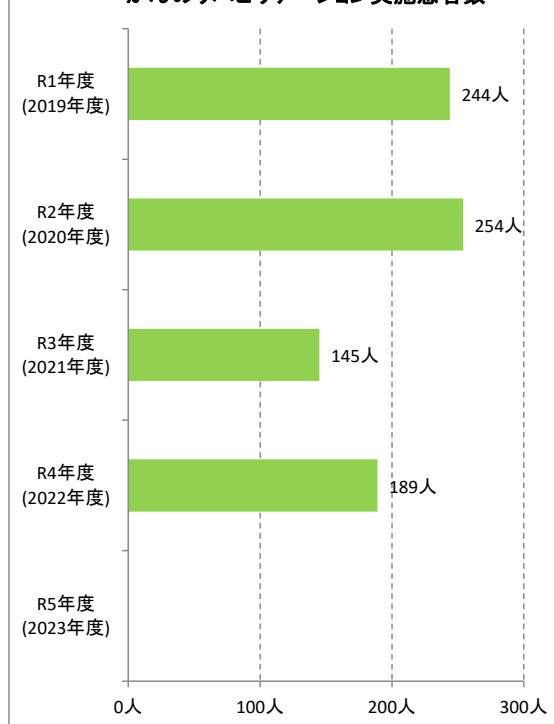
算式

実人数

単位

人

がんのリハビリテーション実施患者数



## 血液浄化療法部

### 2. 大学病院特有項目： 血液透析・持続血液透析濾過法以外の血液浄化療法 (LCAP, LDLA, PE, DFPP, IAPP, VRAD, CART)

#### ▶ 項目の解説

血中から人体に有害な物質を体外へ除去し、重篤な病態の改善を図る治療法です。各診療科領域のさまざまな治療と併用されます。

#### ▶ 定義

1年度あたりの数です。

#### コメント

通常の内服治療などでは改善の得られない重篤な疾患において用いられる体外循環療法(血液を体外に出し、有害な物質を除いて体内に戻す)です。近年、適応疾患の拡大により依頼件数も多くなってきております。

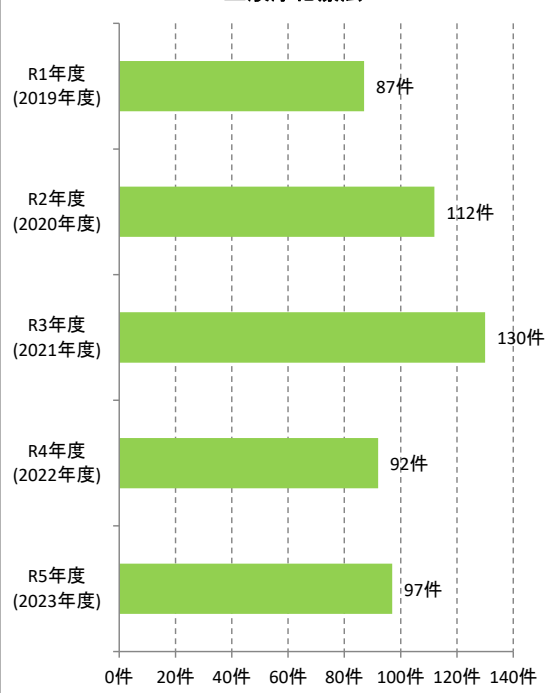
算式

延べ件数

単位

件

#### 血液透析・持続血液透析濾過法以外の血液浄化療法



1. 一般的項目: インシデントレポート報告数

▶ 項目の解説

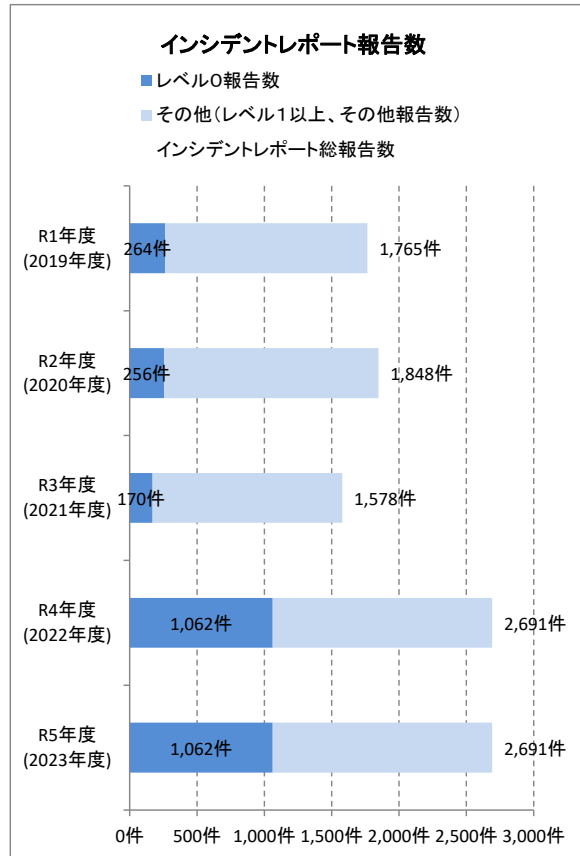
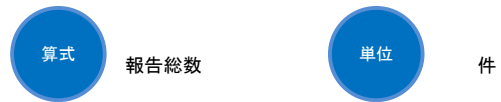
医療の安全と透明性の確保のために、病院内で発生したインシデント(ヒヤリ・ハット、医療事故)を迅速かつ積極的に報告する体制を整備しています。  
報告数の増加は、医療安全に対する意識の向上、安全文化の醸成につながると評価します。

▶ 定義

年度内に報告のあったインシデントレポート総数です。

コメント

令和4年度の「安全管理確保のための質改善・向上の取り組み」の1つとして、本院の第4期中期目標・中期計画(令和4～9年度)に掲げた「インシデント年間1900件を目指す」に沿って、「インシデント、ヒヤリ・ハット報告推進活動の実践」を掲げました。各部署リスクマネジャーの面談、現場視察、中間評価・最終評価を通して目標が達成できるよう支援取り組みました。また、「ヒヤリ・ハット報告強化月間」を設け、インシデントを未然に防げた「レベル0」の報告を奨励し表彰する仕組みを通して、報告体制の定着と医療安全に対する意識の向上に努めました。その結果、令和4年度はインシデント報告が増加し目標を達成しました。今後もインシデント報告数の目標値を明確にし、部署のリスクマネジャーと連携し、安全文化の醸成の取り組みを強化していきます。



## 卒後臨床研修センター

### 2. 大学病院特有項目:

### 初期研修医採用数

#### ▶ 項目の解説

2004年度に開始された医師臨床研修制度により本院に設置された、本学医学部附属病院の卒後臨床研修プログラムの採用人数である。

#### ▶ 定義

初期研修プログラムの1年目の人数

#### コメント

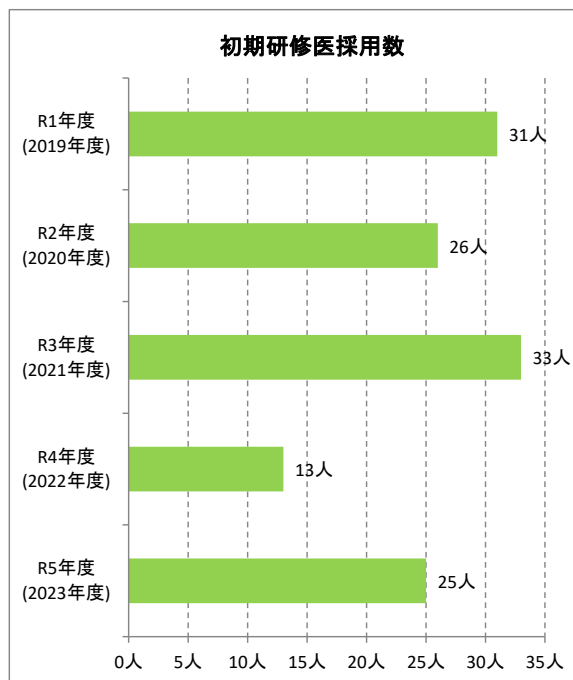
研修医の数はほぼ横ばいであるが、宮崎県全体で医師確保に取り組んでいる。

算式

人数

単位

人



### 本院の指導医数

#### ▶ 項目の解説

指導医とは、研修医の教育・指導を担当する専門医師で、7年目以上で指導医講習会を受講している医師であり、優れた医療者の育成を目的としています。

#### ▶ 定義

本院の医師のうち、7年目以上で指導医講習会を受講した人数

#### コメント

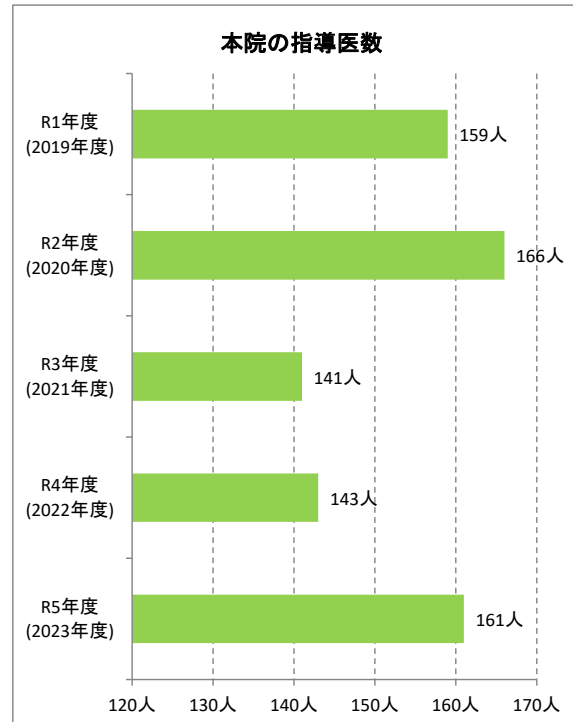
宮崎県臨床研修専門研修運営協議会が毎年開催する講習会に、毎年15～25名程度の指導医が参加し、認定を受けている。認定指導医のパフォーマンス評価については今後別途検討が必要である。

算式

人数

単位

人



## 臨床研修協力病院等の数

### ▶ 項目の解説

本院卒業臨床研修プログラムにおいて、様々な医療環境で経験が積める研修体制を充実するため、県内全域の医療機関が協力型臨床研修病院・臨床研修協力施設として登録しています。

### ▶ 定義

本院研修プログラムに登録する協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の数

#### コメント

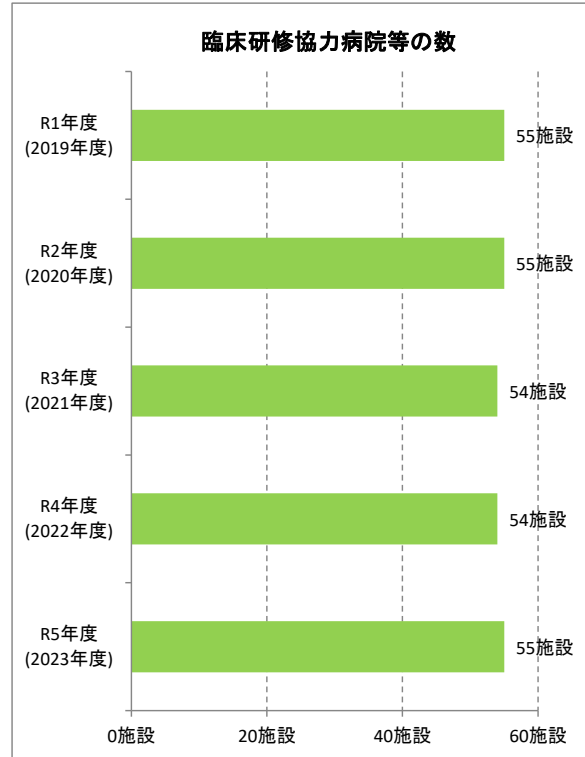
県内全域と連携した臨床研修病院群の形成が維持されている。

算式

施設数

単位

施設



## 他大学からの病院見学者数

### ▶ 項目の解説

本院で研修を希望する他大学の学生のために、本院の見学実習を希望する学生を各診療科で受け入れています。

### ▶ 定義

年間で随時受け入れる他大学からの病院見学者数

#### コメント

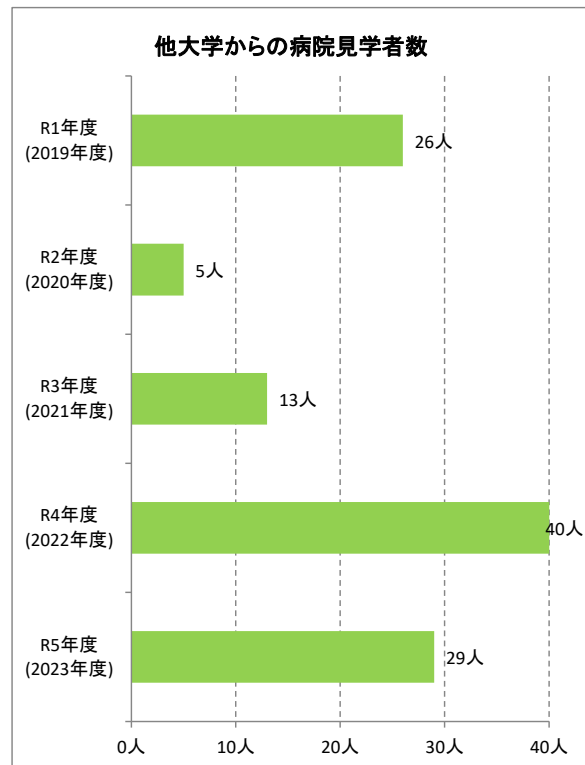
宮崎県内の研修病院の見学者が増えるように、県と連携して旅費補助制度を充実させている。今後はホームページでの案内などより充実させていく必要がある。

算式

人数

単位

人



## 研修医教育関連研修会開催数

### ▶ 項目の解説

医療を行う上で必須となる知識および基本的な診断・治療スキルを系統的に学習するため、一年を通して、研修医・医学部学生・医師等を対象に勉強会を実施しています。

### ▶ 定義

年間を通して「講義編」、「実技編」、「各科担当編」に分けて実施している教育カリキュラムの数

### コメント

研修会の前半ではどの診療科でも必要となる基本的事項をテーマに取り上げ、後半では各診療領域の最低限必要な判断や対応を簡潔にまとめて説明している。

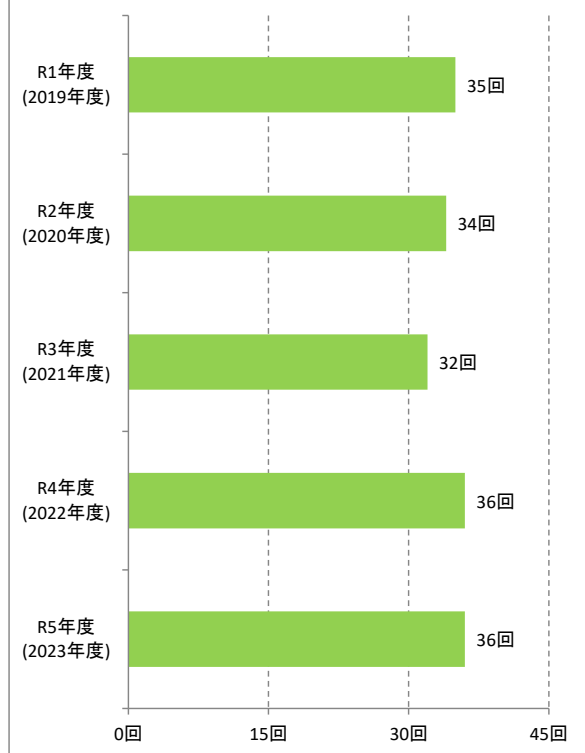
算式

開催回数

単位

回

### 研修医教育関連研修会開催数



## 遺伝カウンセリング部

### 1. 一般的項目: 遺伝カンファレンスでの症例検討会の開催回数

#### ▶ 項目の解説

遺伝カウンセリングは、患者・家族のニーズに対応する遺伝学的情報および関連情報を提供し、患者・家族が理解した上で意思決定ができるように援助する医療行為です。

また、遺伝の問題は本人だけではなく、本人の家族や血縁者の将来に関わることもあるため、遺伝子に関わる検査の実施や情報開示に慎重に関わる必要があります。

そのため、クライアントに不利益にならない、質の高い遺伝カウンセリングを提供するためには、遺伝カウンセリングの内容や方向性について、常にスタッフ間で検討していく必要があります。

また、多くの医療者が遺伝に関する問題でクライアントに不利益が生じない医療を提供することはクライアントの権利を守るためにも重要ですが、遺伝や遺伝に関する問題について保健医療教育の中で取り上げられるようになったのは最近であり、多くの医療従事者は、遺伝診療や遺伝問題で困っているクライアントへの対応について学ぶ機会が少ない現状があります。

そこで、院内外の医療従事者も含めて、症例検討会を開催することで、遺伝に関する情報提供や問題共有を行い、宮崎県の遺伝に関する医療の質の向上への貢献を評価します。

#### ▶ 定義

年間の遺伝カンファレンス実施回数です。

#### コメント

平成17年に遺伝カウンセリングを開始して以来、質の高いカウンセリングを実施と宮崎県の遺伝に関する診療の質の向上にむけて定期的な検討会を実施し、遺伝に関する問題解決のために活動しています。

2023年度より、開催頻度を2ヶ月に1度、必要時に臨時カンファレンスを行う方針としました。

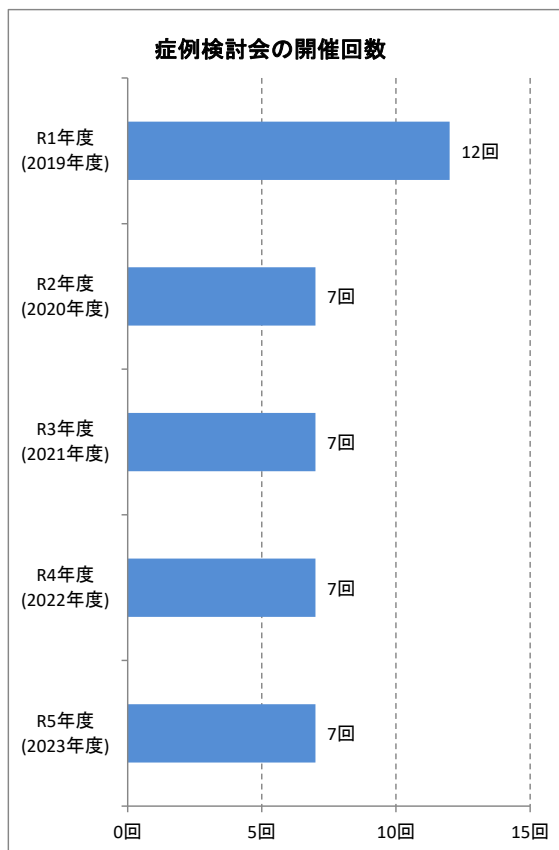
算式

開催回数

単位

回

#### 症例検討会の開催回数



### 遺伝カウンセリングの実数

#### ▶ 項目の解説

現在は、出生前診断を始め遺伝に関する検査が比較的簡単に実施できるようになりました。

その反面、知りたくない結果を知り、誰にも相談できず悩むクライアントが存在しています。

これらのクライアントがカウンセリングを受けて適切な対処を行えるように支援することは重要です。

遺伝カウンセリングの件数は、クライアントが遺伝に関する悩みの対処や意思決定の支援を行ったことを評価します。

また、カウンセリングのニーズがあることは、カウンセリングがクライアントの問題解決につながり、クライアントの満足度の向上や質の高いフォローが適切に行えていることも評価します。

#### ▶ 定義

年間の遺伝カウンセリング実施件数です。

#### コメント

定期的な遺伝カンファレンスでの検討や遺伝診療に関する質の向上にむけた活動により、年々遺伝カウンセリング部の認知と活動が認められ、遺伝カウンセリングの依頼が院内外からあり、増加しています。

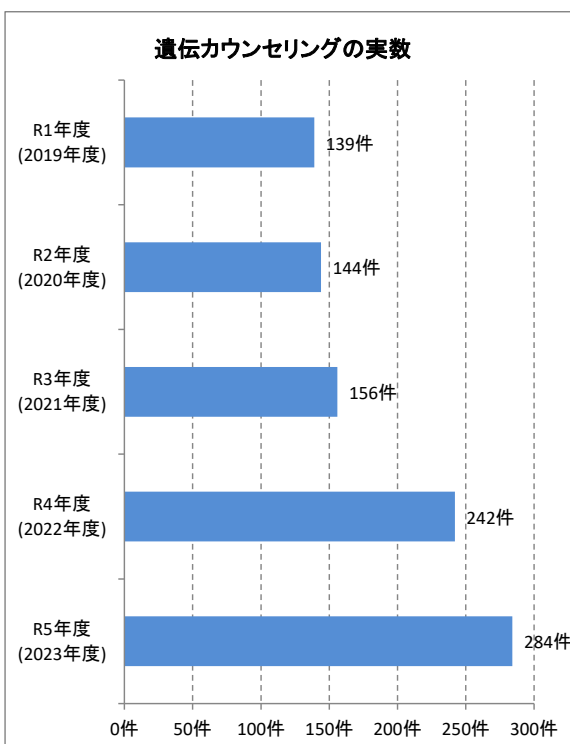
算式

カウンセリング延べ件数

単位

件

#### 遺伝カウンセリングの実数



2. 大学病院特有項目： 外来化学療法室利用者数

▶ 項目の解説

がん患者の薬物療法が安全に施行できるように治療プロトコルの管理を行い、外来化学療法室において投薬の管理を行います。

▶ 定義

1年間に外来化学療法室を利用した患者の数です。

コメント

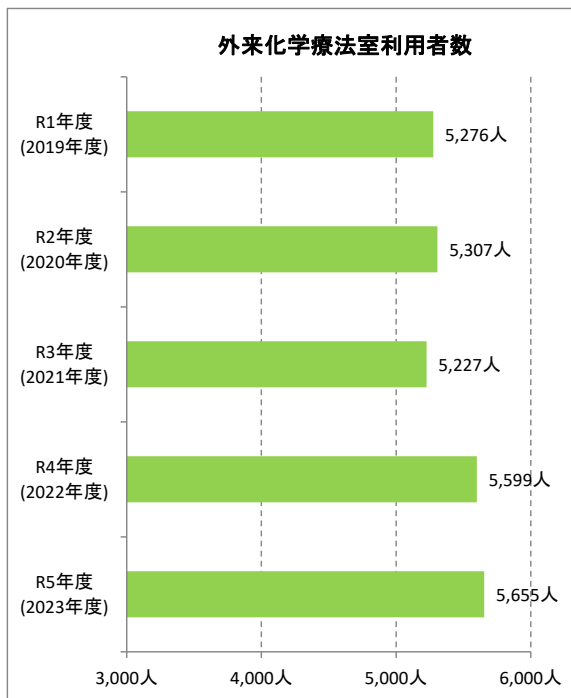
外来化学療法室で行うがん薬物療法において、新規登録のレジメン数や新規採用薬が増加し、外来での初回導入患者も増加傾向です。

算式

延べ患者数

単位

人



緩和ケアチーム依頼患者数

▶ 項目の解説

入院患者の全人的苦痛に対し、多職種で専門的かつ多角的な介入をしています。

月2回緩和ケアチームメンバー、大学教授(医療倫理、看護分野)を加えて、症例検討会を実施しています。

▶ 定義

1年間に緩和ケアチームへ依頼があった患者の数です。

コメント

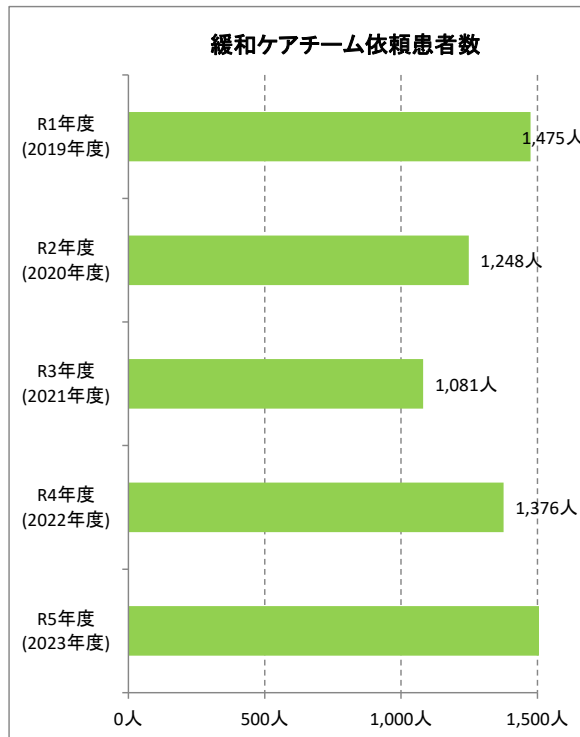
平成30年度より緩和ケアチームに専任の医師を配置することで充実を図りました。その結果、依頼患者数は飛躍的に増加しました。また、一般のがん患者に加え、若年の患者や末期心不全患者などを含めた介入依頼の割合が増加しています。

算式

延べ患者数

単位

人





## 緩和ケア外来受診患者数

### ▶ 項目の解説

院内外の外来患者を対象に、全人的苦痛に対する介入を実施しています。  
入院中に緩和ケアチームで介入していた患者に対し、継続して介入しています。

### ▶ 定義

1年間に緩和ケア外来を受診した患者の数です。

### コメント

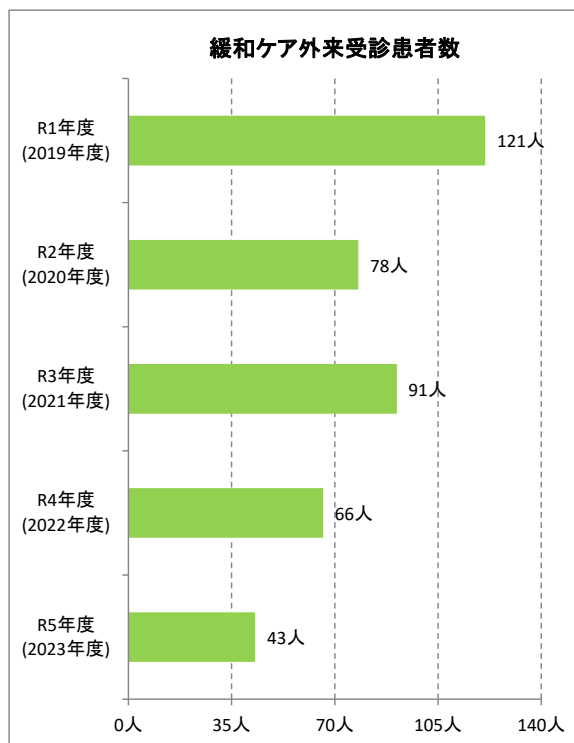
平成23年9月より緩和ケア外来を開設し、院内だけではなく地域との連携を密に図り、がん拠点診療連携病院の役割を果たします。

算式

延べ患者数

単位

人



## 感染制御部

### 1. 一般的項目: 速乾性手指消毒剤使用量

#### ▶ 項目の解説

急性期病院において感染症は、患者の病態に大きく影響し、入院期間の延長にも繋がります。耐性菌を含め院内での伝播防止のために手指衛生は最も重要な対策のひとつであり、診療・ケアにおける標準予防策の遵守を評価します。

#### ▶ 定義

病棟における患者1人に対する1日あたりの速乾性手指消毒剤の使用量

#### コメント

コロナ禍以降、手指消毒剤の平均使用量は年々減少しており、目標値に達していない部署も存在します。そのため、今年度の感染制御部の目標は「各部署の手指消毒剤の年間平均使用量を昨年度より増加させる」ことにしました。また、各部署や部門では使用量向上を促進するためのポスターを作成し、手指消毒剤の使用を促進する取り組みを行います。

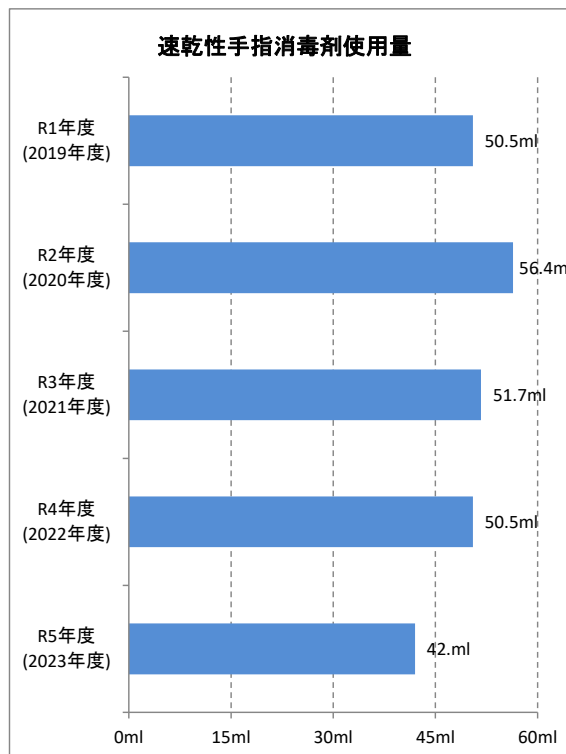
算式

総使用量 /  
入院患者延べ数

単位

ml

#### 速乾性手指消毒剤使用量



### メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)の分離率

#### ▶ 項目の解説

MRSAは院内において医療関連感染の代表的な耐性菌であり、国内の2021年の分離率は46%と報告されています。国の薬剤耐性(AMR)対策アクションプランでは、MRSAを20%以下にすることが目標となっています。手指消毒などの感染対策や抗菌薬適正使用を推進することで分離率の推移を評価していきます。

#### ▶ 定義

黄色ブドウ球菌に占めるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌の割合

#### コメント

MRSAの分離率は徐々に減少傾向を示しています。今後もAMR対策アクションプランの目標である20%に近づけるよう、手指衛生の遵守と適正な抗菌薬使用を推進し、MRSA分離率の低下を目指して活動していきます。

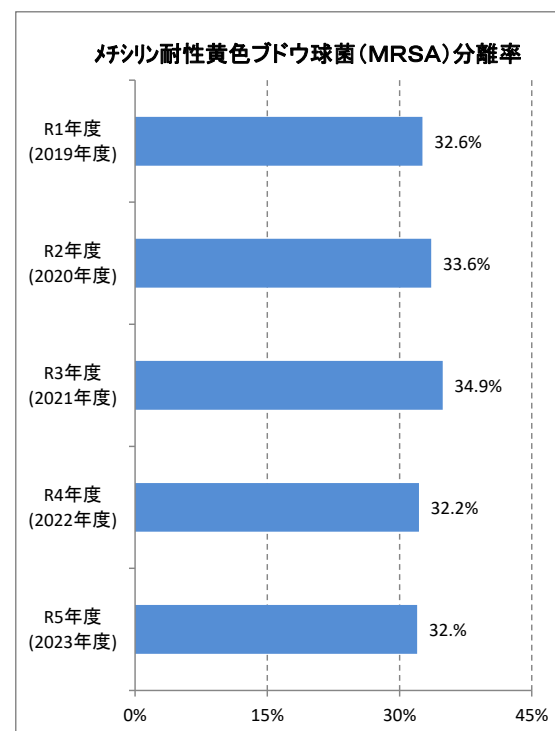
算式

MRSA / 全黄色ブドウ  
球菌検出数 × 100

単位

%

#### メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)分離率



## カルバペネム系抗菌薬使用量

### ▶ 項目の解説

カルバペネム系抗菌薬は、重症感染症における経験的治療に用いられますが、必要以上に使用し続けると、抗菌薬が効かない耐性菌が増え、感染症治療が困難になります。薬剤感受性結果などにより、狭域スペクトルの抗菌薬への変更を推進し、長期処方を防ぐことが重要となります。

### ▶ 定義

カルバペネム系抗菌薬の使用量

### コメント

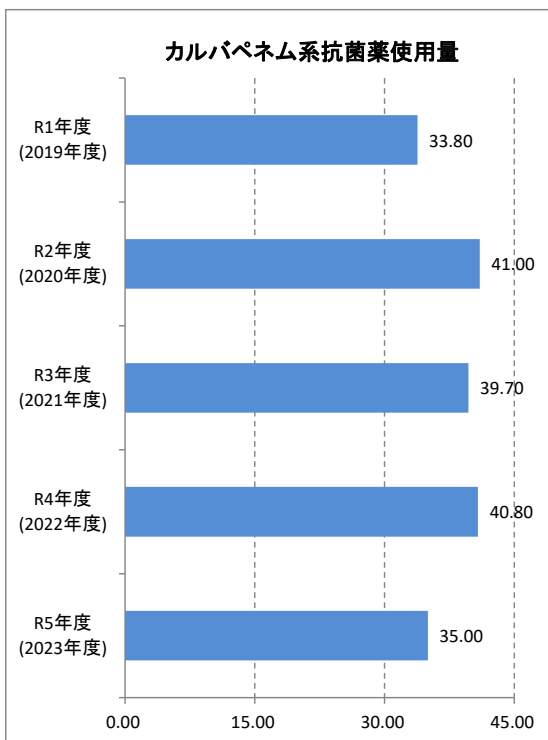
R2年度をピークに使用量は減少し、R5年度はさらに減少しました。2023-2027年のAMR対策アクションプランにおいてカルバペネム系薬の削減が求められます。引き続き抗菌薬適正使用の実践に努めます。

算式

$$\text{AUD} = \frac{\text{抗菌薬使用量 (力価総量) (g)} / \text{DDD (g)}}{\text{入院患者延数 (人)} \times 1000}$$

単位

AUD  
(DDD/  
1000patients)



(単位: AUD(DDD/1000patients))

2. 大学病院特有項目:

臨床倫理コンサルテーション相談件数

▶ 項目の解説

各病棟・外来など全ての医療現場で生じる倫理的な問題を、現場スタッフがひとりで抱え込み、独断・独善で判断してしまった場合には、患者の人権や尊厳を侵害する行為となります。善意であっても独善的な判断に陥ることを予防し、医療の質を向上させる観点からも相談件数は、そのアセスメント指標として重要です。

▶ 定義

件/年

コメント

当院の「臨床倫理コンサルテーション」では、臨床現場で生じた価値問題に関する不安や対立を解消するのを支援するため、医師、看護師等すべての病院職員からの相談を受け付けている。平成24年度(2012年度)に臨床倫理部が創設されて以降、当院の「臨床倫理委員会」及び「臨床倫理コンサルテーションチーム」(※)を統括し、臨床倫理コンサルテーションを実施してきた。

2012年度から2023年度までの12年間に、計1262件の相談を受けた。2020～2022年度にかけては新型コロナウイルス感染に関わる倫理的相談や適応外使用の相談が増え、件数は高く推移した。

2024年2月以降は、新規以外の未承認薬使用、適応外、禁忌の相談については、医薬品安全管理責任者へ管理を移行したため、これらに関する分類①②③の2024年2月～3月件数は0件となっている。

今後も相談対応件数を維持し、より質の高い倫理コンサルテーションの実施のため、倫理カンファレンスの開催や職員研修を推進し、患者へ最善の医療を提供することを目標として活動していく。

※極めて迅速な判断を要する事案の審議をするため、臨床倫理コンサルテーション・チームを置く。(宮崎大学附属病院臨床倫理委員会規定第7条、抜粋)

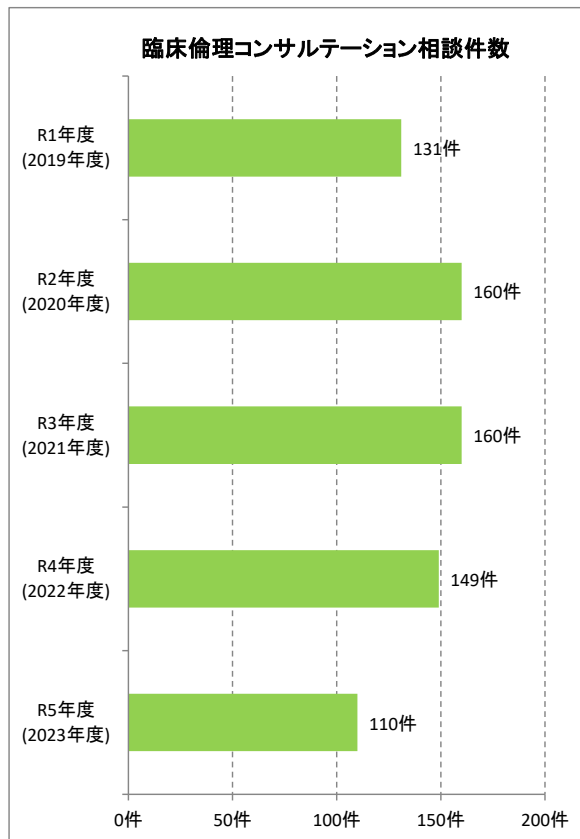
<倫理コンサルテーションの相談内容の分類>

①禁忌に関する相談、②適応外:医薬品・医療機器・放射線、③未承認:医薬品・医療機器、④倫理的相談

- 【R1・2019年度】①2件、②64件、③2件、④57件
- 【R2・2020年度】①3件、②68件、③5件、④84件
- 【R3・2021年度】①6件、②69件、③8件、④77件
- 【R4・2022年度】①3件、②67件、③5件、④74件
- 【R5・2023年度】①2件、②49件、③4件、④55件

<④倫理的相談内容の詳細>

- DNARIに関する相談
- BSCに関する相談
- 説明と同意に関する相談
- 治療方針の対立
- 治療の差し控え
- 治療の中止
- 身寄りのない患者への対応
- スタッフへのメンタルサポート
- 患者の家族への支援
- 個人情報の保護
- 判断能力の低下している患者への意思決定支援
- 手技の安全性に関する相談
- 臨床研究に関する相談
- 院内の規定に関する相談



算式

件/年

単位

件

1. 一般的項目： 他覚的聴力検査 (ABR)

▶ 項目の解説

当院は新生児聴覚スクリーニング後の精密聴力検査機関として宮崎県内の全分娩取り扱い施設と連携しています。聴性誘発反応聴力検査 (ABR) は小児難聴の診断や補聴器適合における必須検査であり、検査件数は難聴旧療育の安定度を示します。

▶ 定義

年間の実施件数です

コメント

2023年の本県の新スク実施率は100%、新スク後の精密検査を目的に初診した0歳児は39人(前年43人)で、12人が先天性難聴(両側性6人、片側性6人)と診断され、当センターで聴覚管理を受けました。全県下の分娩施設と当センターとの連携は円滑に継続しており、小児難聴の早期発見・療育に寄与していると考えます。

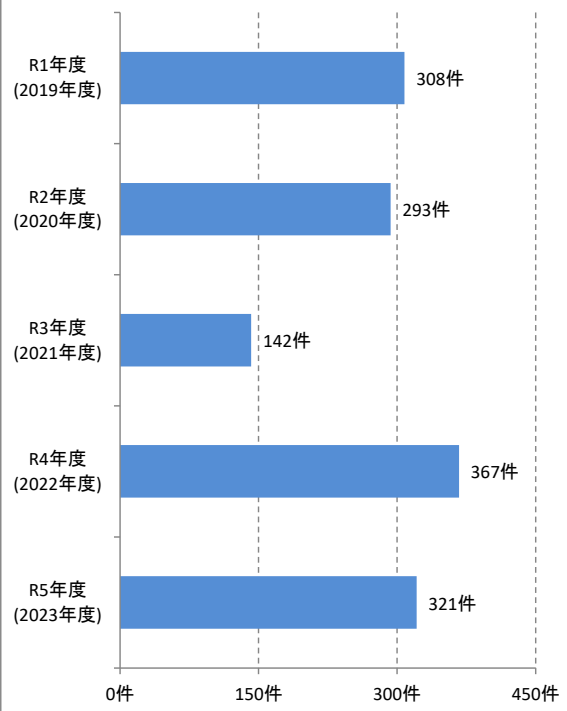
算式

延べ件数

単位

件

他覚的聴力検査 (ABR)



2. 大学病院特有項目： 人工内耳(適合)高度難聴指導料

▶ 項目の解説

人工内耳植込み術後のマッピング(人工内耳調整)と機器の維持管理をします。マッピングでは人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウェアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について着用者に適した調整を行います。

▶ 定義

年間の実施件数です

コメント

マッピングした際に算定する人工内耳機器調整加算は、6歳未満は3月に1回、6歳以上は6月に1回です。小児から成人まで術後フォローを定期的実施した結果、算定件数が前年度より増加しました。

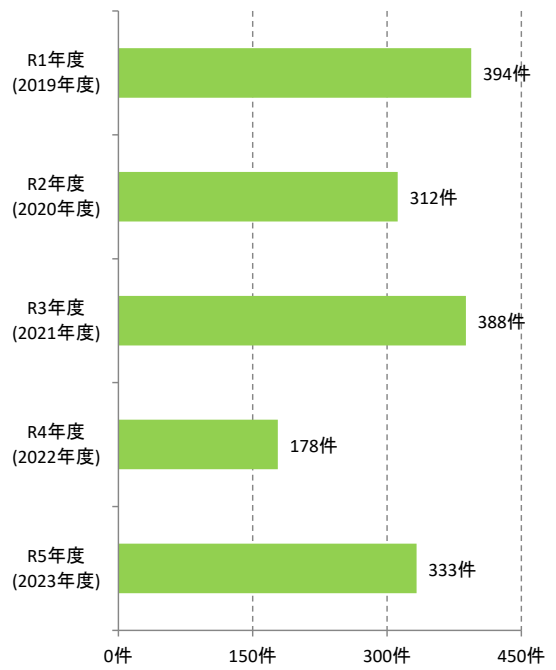
算式

延べ件数

単位

件

人工内耳(適合)高度難聴指導料



1. 一般的項目： 埋伏歯の牽引・部分矯正治療を含めた一般歯列矯正の治療件数

▶ 項目の解説

当院は日本矯正歯科学会臨床研修施設です。埋伏歯の牽引、インプラント前の部分矯正、子どもの顎の発育管理などを行っています。  
常勤の歯科口腔外科専門医と矯正歯科専門医が一体となって診断・治療に当たっています。

▶ 定義

件/年

コメント

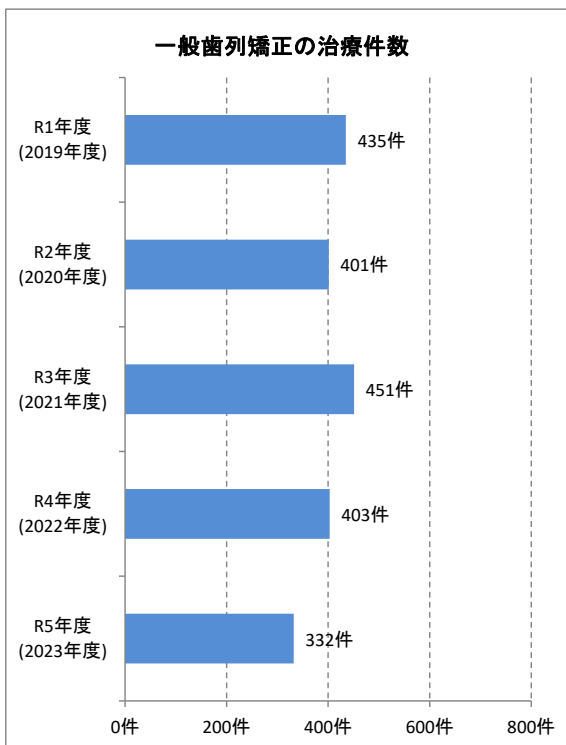
2019年度から埋伏歯、インプラント、腫瘍、顎骨再建など歯科口腔外科処置を伴う症例や、当院医科診療科へ通院中の患者様の顎・咬合管理に重点を置く方針とし、一般的歯列矯正治療の受入れを制限したため、減少傾向にあります。

算式

延べ患者数

単位

件



2. 大学病院特有項目： 口唇口蓋裂その他先天疾患・特定疾患および顎変形症に起因する咬合異常の管理件数

▶ 項目の解説

当院は障害者自立支援医療(育成医療)、顎口腔機能診断、広範囲顎骨支持型装置埋入手術(インプラント義歯)の指定医療機関であり、また日本矯正歯科学会臨床研修機関となっています。口唇口蓋裂をはじめダウン症候群、染色体欠失症候群、成長ホルモン分泌性低身長、部分無歯症をはじめ約50種の先天疾患、および下顎前突などの顎変形症の患者では、重篤かつ多種多様な咬合異常を呈し、全身的にも様々な管理が必要になります。医科・歯科・多職種が密に連携して集学的治療を行っています。

▶ 定義

件/年

コメント

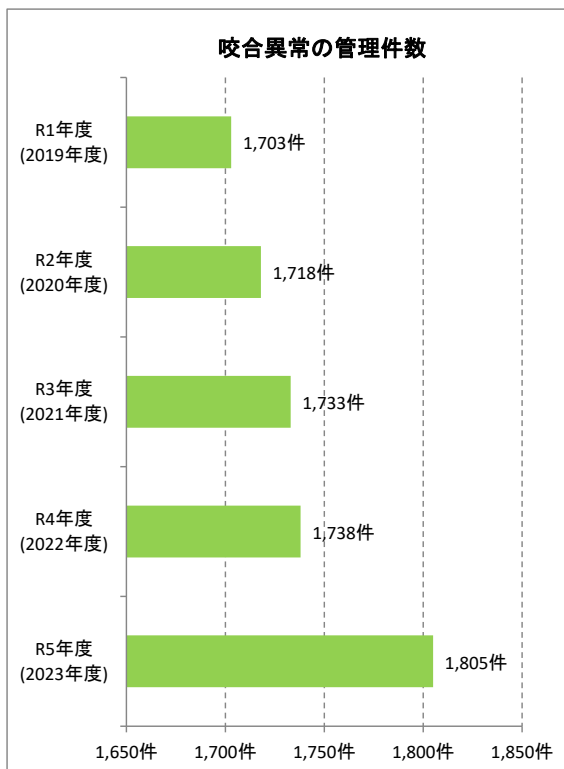
2017年4月より「口唇口蓋裂・口腔育成センター」に名称を変更し、県内の産婦人科や各医療機関との連携、および全国各地の大学病院や関連団体との連携を強化したことにより、患者数は増大しました。

算式

延べ患者数

単位

件



## 顎口腔機能異常に対する検査・治療件数

### ▶ 項目の解説

当院は日本顎関節学会の認定研修施設です。顎顔面外傷や口腔腫瘍などの治療後の顎口腔機能評価、顎関節症や歯ぎしり、睡眠時無呼吸症候群に対する口腔装置を用いた治療、構音・嚥下補助装置併用した機能訓練などを行い、口腔および顎口腔機能の健康発達に関する支援を行っています。言語聴覚士をはじめ医科診療科と連携することでより質の高い治療が可能になっています。

### ▶ 定義

件/年

#### コメント

2019年度に前年度の約1.9倍に増大し、その後ほぼ横ばいを保っています。

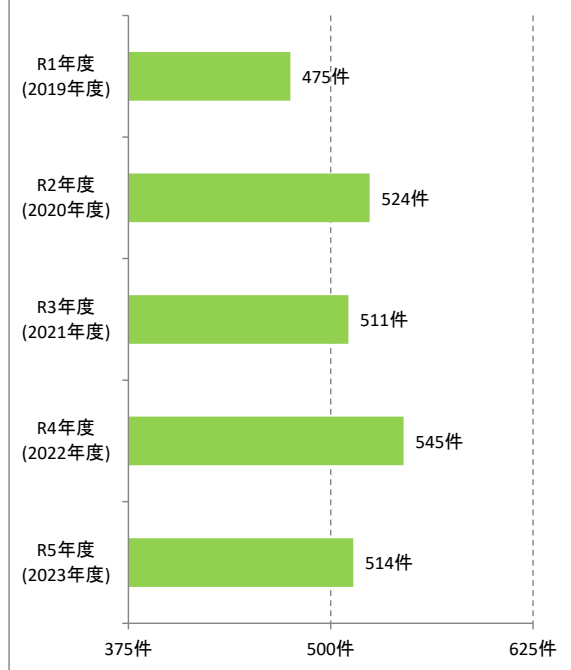
算式

延べ患者数

単位

件

### 顎口腔機能異常に対する検査・治療件数



2. 大学病院特有項目： 病棟薬剤実施加算

▶ 項目の解説

病棟薬剤業務実施加算は、医薬品に関する情報提供や持参薬鑑別といった薬剤師の病棟業務を評価することができる。

▶ 定義

病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟1週間につき20時間相当以上実施している場合に加算できる。

コメント

入院患者の増加により算定件数が伸びました。

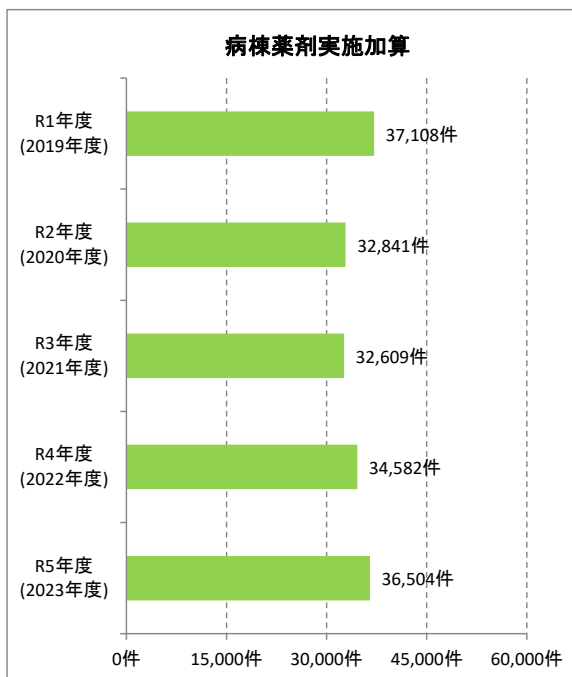
算式

1年間に行った  
病棟薬剤実施件数

単位

件

病棟薬剤実施加算



疑義照会件数

▶ 項目の解説

疑義照会は薬剤師法第24条に則り、処方監査として処方箋の記載事項(患者の氏名・性別・年齢・医薬品名・剤形・用法・用量・投与期間など)や、患者情報・薬歴に基づく処方内容(重複投与・投与禁忌・相互作用・アレルギー・副作用など)の確認を行い、処方箋の記載に疑問点や不明な点があるとき、処方が適切かどうか薬剤師が、処方医に問い合わせて確かめることで、医薬品の適正使用ならびに医療安全を担保する指標となる。

▶ 定義

処方箋に疑義があった場合に処方医に確認する。

コメント

令和5年度は、1.1倍に増加しました。今後も、セントラル部門(調剤・注射・製剤)、病棟部門において、業務バランス、人員配置の工夫を行い疑義照会による医薬品適正使用に努めます。

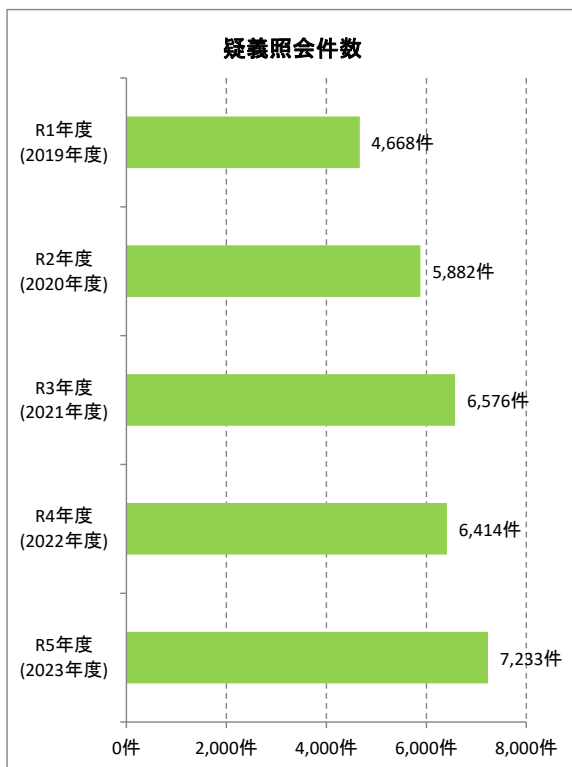
算式

1年間の処方箋の  
疑義照会件数

単位

件

疑義照会件数





## 持参薬鑑別件数

### ▶ 項目の解説

薬剤師が持参薬をチェックすることにより持参薬による有害事象の重篤化・遷延化を回避、紹介状と持参薬の相違や手術前の投与禁忌薬の回避を図ることで薬剤師が職能の発揮しチーム医療に貢献できる。

### ▶ 定義

入院患者の持参薬について薬剤師が鑑別、評価を実施する。(院内採用薬への切り替え、残数確認、用法用量、相互作用、配合変化、併用評価、院内不採用薬の代替薬の選定等)

### コメント

令和5年度は、昨年度と同程度でした。持参薬鑑別により服薬状況の確認、医療スタッフ手の正確な情報提供に努めます。

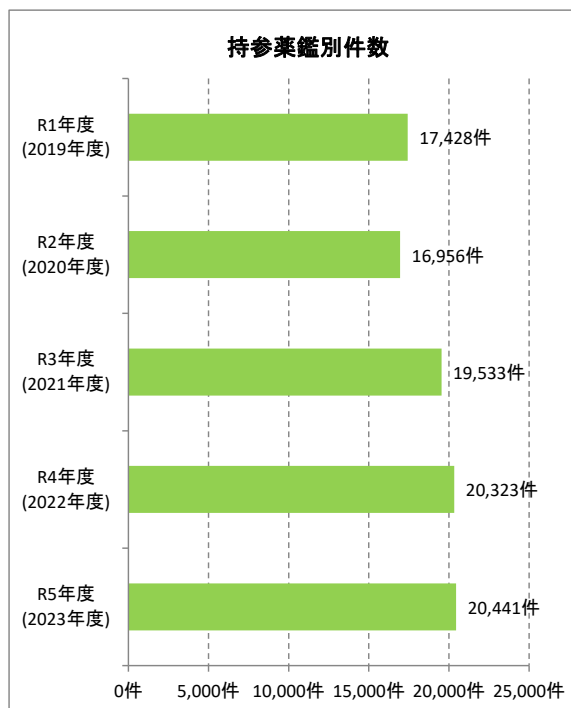
算式

1年間の持参薬件数

単位

件

持参薬鑑別件数



## 薬物血中濃度測定件数

### ▶ 項目の解説

薬物投与後の薬効には個人差があり、同じ用量の薬物を服用しても血液中の薬物濃度は人によって異なることが様々な医薬品で明らかにされている。有効域・安全域の狭い薬剤について、薬剤師が治療初期から投与設計に関わり、薬物の血中濃度を測定し解析することで、副作用の回避、適切な薬物治療を提供できる。

### ▶ 定義

有効域・安全域の狭い薬剤について、薬剤師が薬物血中濃度測定を実施し解析する。

### コメント

令和2年度以降、測定の増加がみられます。TDM測定、解析、処方提案を通し、有害事象発現の抑止、安全な薬物治療の実施に努めます。

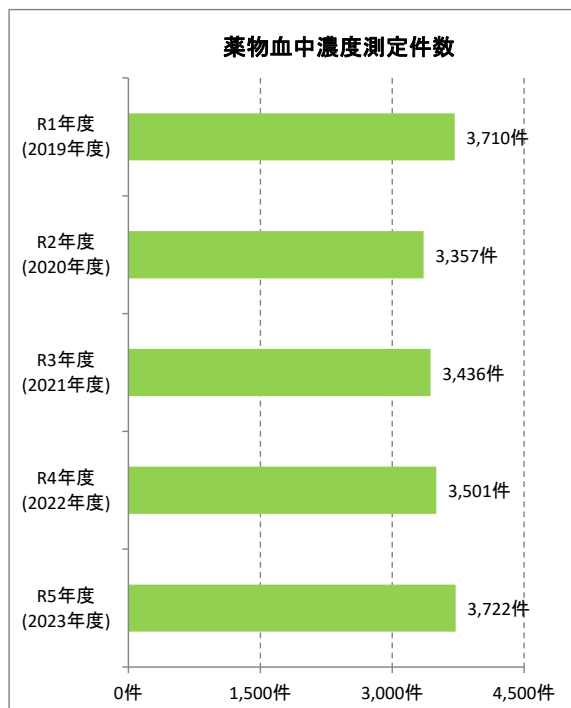
算式

1年間に薬物の血中濃度を測定した件数

単位

件

薬物血中濃度測定件数



## 抗がん薬調製件数

### ▶ 項目の解説

抗がん薬の取り扱いの際には、曝露防止のための環境整備を行い、防護具を用いて正しい手順で実施することが重要となる。薬剤師が調製を実施することにより、他の医療従事者の抗がん薬曝露防止にも繋がる。

### ▶ 定義

外来と入院での化学療法おこなう患者の抗がん薬を無菌調製すること。

#### コメント

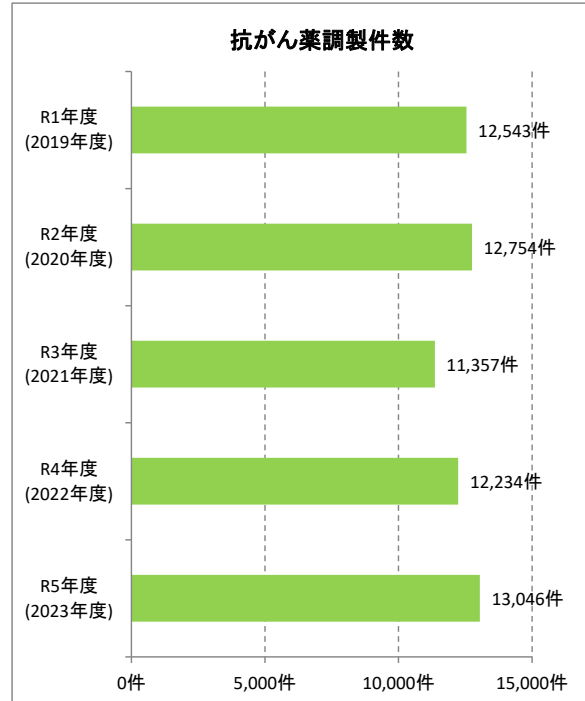
令和5年度は、昨年度と比べ増加しました。休日対応のミキシング件数も増加しています。(20年度:360件、21年度:571件、22年度:725件、23年度873件)

算式

1年間に抗がん薬を調製した件数

単位

件



## 薬剤管理指導算定件数

### ▶ 項目の解説

薬剤管理指導とは、医師の同意に基づいて、患者(家族)に服薬指導や服薬支援を行い、また、適切な薬物治療を提供するために必要な薬学的な管理を実施すること。患者に薬物治療を理解していただくことで期待される治療効果を得、さらに副作用の早期発見、回避に繋げることができる。

### ▶ 定義

患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合、①薬剤管理指導料1(ハイリスク)および②薬剤管理指導料2(その他)の区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。

#### コメント

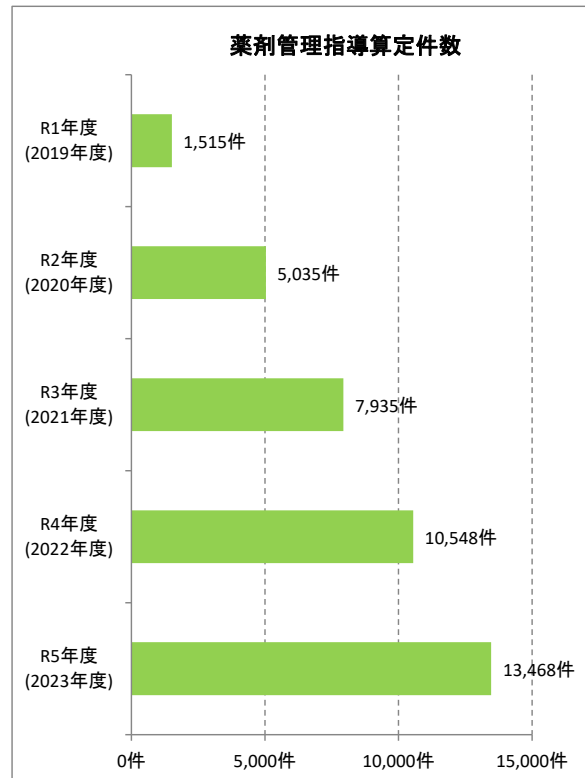
令和5年度は昨年度に比べ約30%増加しました。実施状況の把握、薬剤師間の連携強化を進め、薬剤管理指導業務のための時間の確保など、薬剤部全体で取り組む体制の構築を図っています。

算式

薬剤管理指導料1および2の算定件数の合計

単位

件



2. 大学病院特有項目： 褥瘡発生率

▶ 項目の解説

褥瘡は、QOL(生活の質)の低下をきたすとともに感染を引き起こすなど治療が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大につながります。そのため褥瘡予防対策は、提供する看護ケアの質指標として重要です。

▶ 定義

年度(1年間)のひと月あたりの褥瘡発生率(入院後の褥瘡発生した患者数の比率)の平均値

コメント

前年度と比較すると、令和5年度の褥瘡発生率は減少し、発生した褥瘡の86.8%は、真皮までの損傷で、看護師の早期発見、介入により改善しています。前年度増加していた褥瘡発生要因の一つである弾性ストッキング着用による褥瘡は、褥瘡対策チームを中心に各部署の褥瘡対策専任医師・看護師と連携し褥瘡予防対策に努め、減少しました。引き続き褥瘡予防対策に努め、褥瘡発生の低減に向け取り組みます。

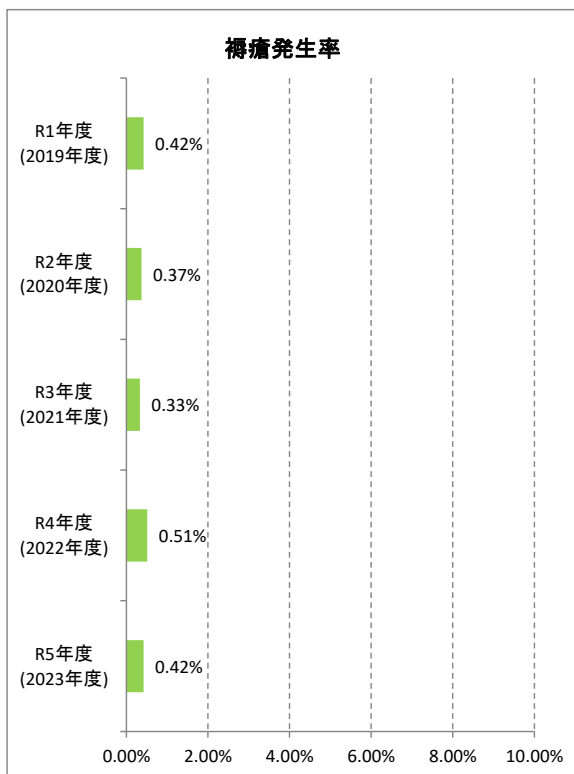
算式

当該月の新規褥瘡発生患者数  
 ÷ 当該月の実入院患者数  
 (前月末日の在院患者数 +  
 当該月新規入院患者数) × 100

単位

%

褥瘡発生率



転倒・転落発生率

▶ 項目の解説

転倒・転落による骨折などの外傷は、疼痛が増すだけでなく、患者のADLを低下させ、場合によっては入院期間の延長につながります。看護師が転倒・転落の起こる可能性を予測し、他職種と対策を実施することで転倒・転落を予防できるため、看護の質指標として評価します。

▶ 定義

年度(1年間)のひと月あたりの転倒・転落発生率(1人の患者が転倒・転落した回数を数え、インシデントレベル1以上)の平均値です。

コメント

令和5年度の転倒・転落発生率は、前年度と比較し概ね変化はありませんでした。引き続き転倒・転落発生リスクが高い入院患者をスクリーニングし、転倒予防に対する患者・家族への説明を徹底するとともに、他職種と協働し個別の転倒・転落予防対策に努め、転倒・転落発生の低減に向け取り組みます。

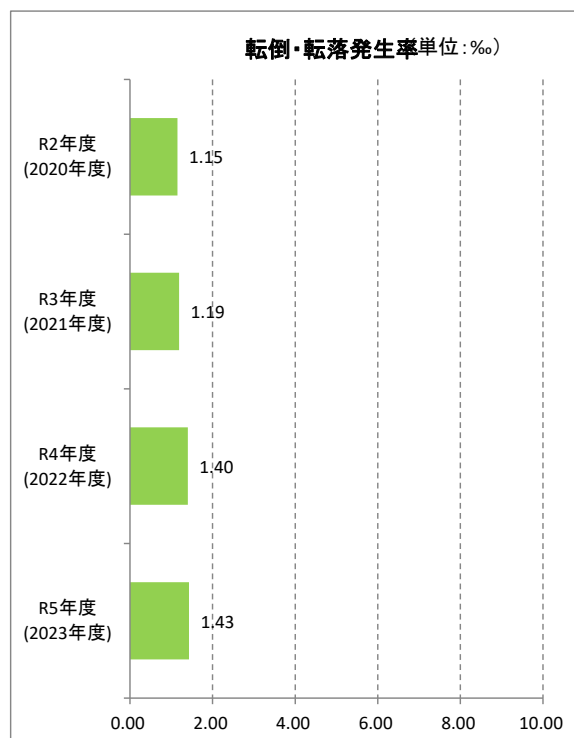
算式

入院患者に発生した転倒・転落の件数/1か月間の病院(病棟)の在院患者延べ人数 × 1000

単位

‰ (パーミル)

転倒・転落発生率単位:‰



## 誤薬発生率

### ▶ 項目の解説

医師からの指示確認および安全対策の遵守、薬剤の知識などが誤薬防止につながり、安全な医療提供の指標になることから、看護の質指標としても評価します。

### ▶ 定義

年度(1年間)のひと月あたりの誤薬発生率の平均値

### コメント

令和5年度の誤薬発生率は、前年度と比較し概ね変化はありませんでした。引き続き看護師一人一人が確実な指示確認を徹底します。加えて患者への内服管理の説明を強化し、患者の協力も得ながら誤薬発生率の低減に向け取ります。

算式

入院患者に発生した誤薬の件数  
/1か月間の病院(病棟)の在院  
患者延べ人数×1000

単位

%  
(パーミル)

誤薬発生率(単位:%)

