

1

退院後7日以内の予定外再入院割合

日病QI

指標の意義

退院指導が不十分だったり、回復が不完全な状態で退院を強いたこと等による予定外の再入院を極力防ぐ必要があります。この数値が低いほど、患者が十分な治療を受けて退院ができていることを示します。

※予期せぬ再入院：同一の疾患で退院後、期間内に予期せぬ再入院をいいます。

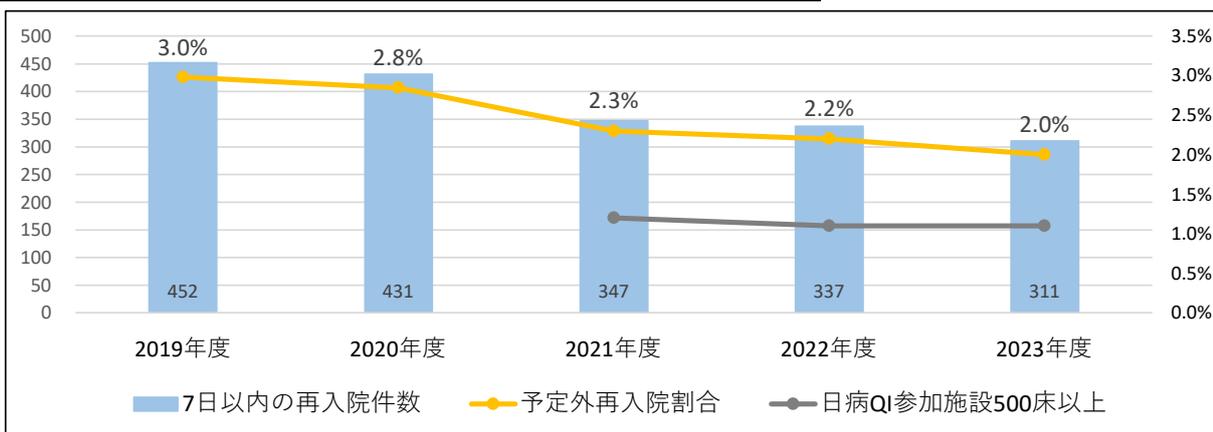
定義

分子 分母のうち前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者

分母 退院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
7日以内の再入院件数	452	431	347	337	311
退院患者数	15,173	15,142	15,310	15,465	15,298
予定外再入院割合	3.0%	2.8%	2.3%	2.2%	2.0%
日病QI参加施設500床以上			1.2%	1.1%	1.1%



指標の説明

- ・ 予定外再入院の内訳を見ると、婦人科、消化器内科、呼吸器内科が多く、そのうち約1/3の患者は入院後死亡している事から、病勢の急速な進行により再入院に至ったものと思われる。
- ・ 当院の予定外再入院割合はQ I P Jよりも高率であるが、がん専門病院としては上記のような患者が一定数存在する事から止むを得ないもの考えられる。

指標の意義

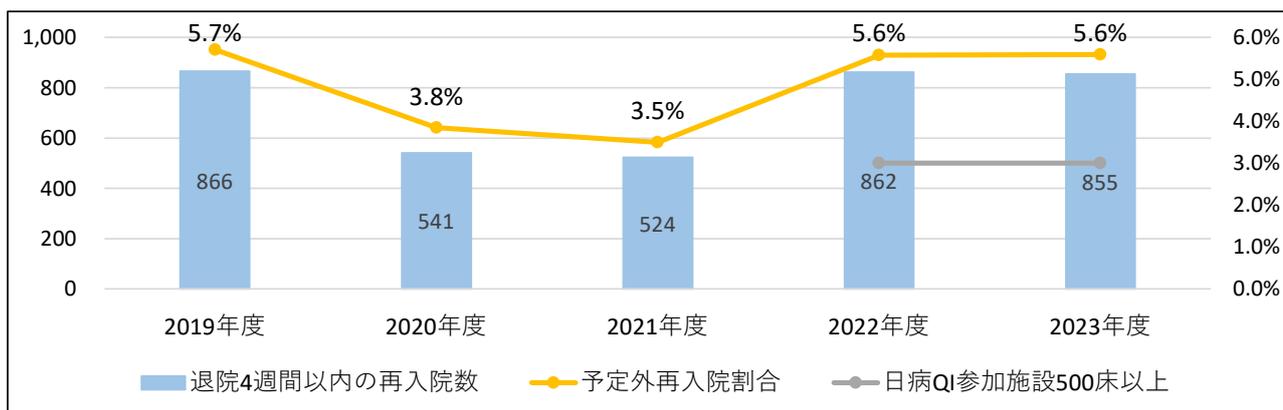
退院指導が不十分だったり、回復が不完全な状態で退院を強いたこと等による予定外の再入院を防ぐことが必要です。
 ※予期せぬ再入院：同一の疾患で退院後、期間内に予期せぬ再入院をいいます。

定義

分子 分母のうち前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
 分母 退院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
退院4週間以内の再入院数	866	541	524	862	855
退院患者数	15,173	14,059	14,973	15,465	15,298
予定外再入院割合	5.7%	3.8%	3.5%	5.6%	5.6%
日病QI参加施設500床以上				3.0%	3.0%



指標の説明

- ・ 予定外再入院の内訳を見ると、消化器内科が最も多く、ついで呼吸器内科、婦人科の順であり、化学療法施行中で、有害事象もしくは病勢の急速な進行により再入院に至ったものと思われる。
- ・ 当院の予定外再入院割合はQ I P Jよりも高率であるが、がん専門病院としては上記のような理由により止むを得ないもの考えられる。

指標の意義

当院は、特定機能病院一般入院基本料7対1を取得しており、重症度・医療、看護必要度Ⅱの基準である30%を超える必要があります。がんの病態そのものや治療に関連した症状を有している患者が多く、適切な医療と看護の提供が求められます。

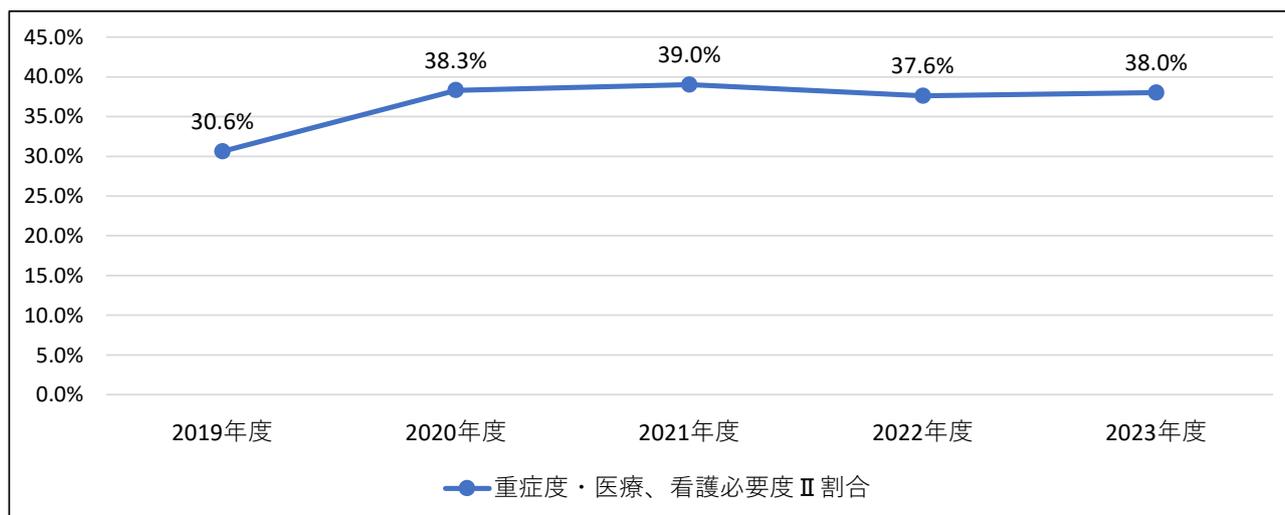
定義

分子 (A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上またはC項目1点以上の該当患者延数) × 100

分母 一般病棟在院患者延数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
重症度・医療、看護必要度Ⅱ割合	30.6%	38.3%	39.0%	37.6%	38.0%



指標の説明

2023年度は病床稼働率の変動があったものの看護ケア度の高い患者や専門的な治療・処置が必要な患者の対応によって、年間通して36%以上で経過していました。

指標の意義

退院サマリーを完成させることは、医療従事者間で情報共有する重要な資料となり、適切な医療を提供することが可能となることから、一定期間内にこれを作成し承認することは、病院の医療の質を反映していると言えます。

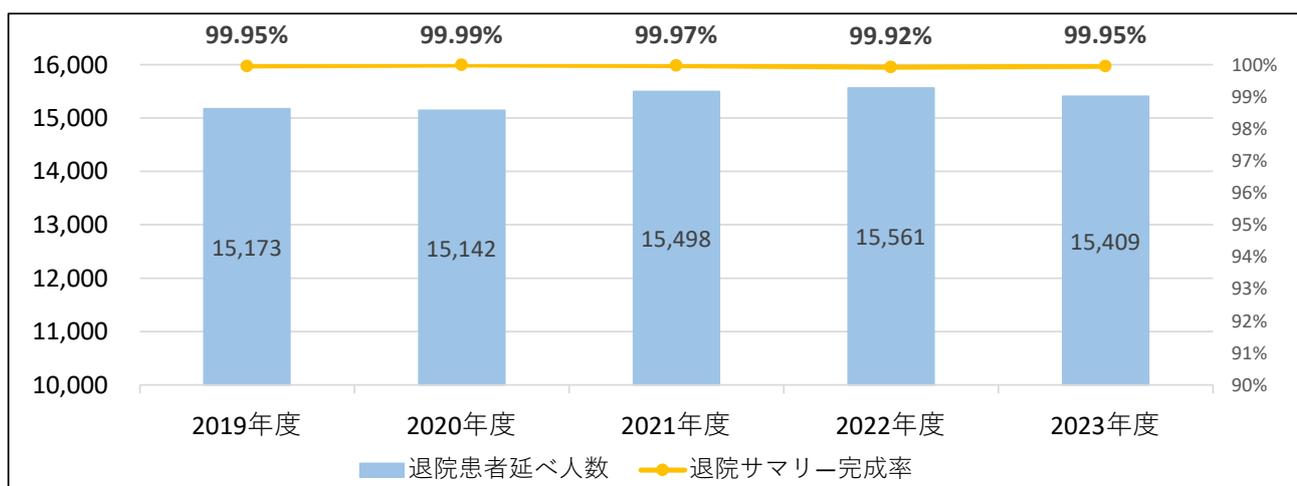
定義

分子 退院14日以内の退院サマリー完成数×100

分母 退院患者延べ数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
退院患者延べ人数	15,173	15,142	15,498	15,561	15,409
退院サマリー完成件数	15,166	15,141	15,493	15,548	15,401
退院サマリー完成率	99.95%	99.99%	99.97%	99.92%	99.95%



指標の説明

2023年度上半に退院サマリ－の記載内容の拡充を行い、「退院サマリー作成に関するガイダンス（退院時要約等の診療記録に関する標準化推進合同委員会）」に則った記載項目へと変更しました。記載枠の明確化と自動取り込み機能を取り入れたことにより、記載内容の拡充を図ることができました。

退院サマリ－の完成率を毎月診療情報管理委員会でモニタリングしていますが、ほぼ100%です。

継続的に取り組んでいきます。

5

クリティカルパス適用率

全自病

指標の意義

クリティカルパスは、標準化された医療を効率的でかつ安全かつ適正に提供するために開発された診療計画書です。治療の工程をあらかじめ計画することで患者さん自身に治療への主体的参加を促し、患者さんの満足度の向上を目標としています。

入院患者さんに対してクリティカルパスを適用した割合の指標です。

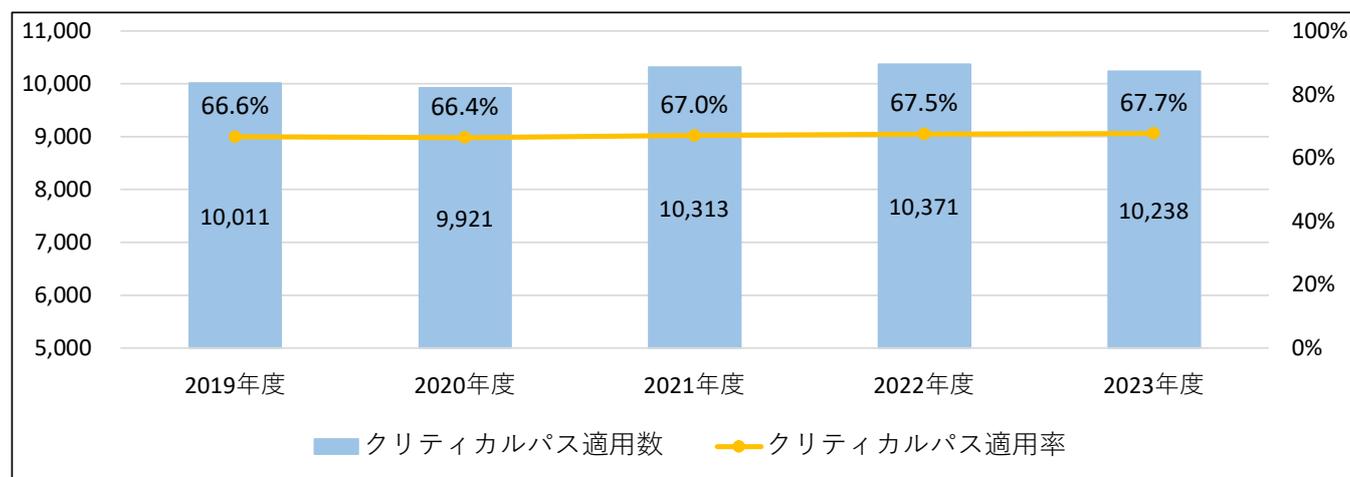
定義

分子 1年間のパス新規適用患者数×100

分母 1年間の新入院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
クリティカルパス適用数	10,011	9,921	10,313	10,371	10,238
新入院患者数	15,032	14,942	15,393	15,361	15,124
クリティカルパス適用率	66.6%	66.4%	67.0%	67.5%	67.7%



指標の説明

- ・ 2023年度のパス適用率は67.7%であり、悪性腫瘍に対する急性期病院としては妥当な数値と思われる。
- ・ 年に2回バリエーション分析を行っており、パスの分割、修正などを依頼している。
- ・ 看護計画が付いていないパスについては、見直しを依頼しており、現在適用率は99.4%となっている。
- ・ 医療者用パスと患者用パスの対比を行い、医療者用パスに紐づいた患者用パスの整備を進めている。

6

入院患者の転倒・転落発生率

日病QI

- 1) 入院患者の転倒・転落発生率
- 2) 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）
- 3) 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル4以上）

指標の意義

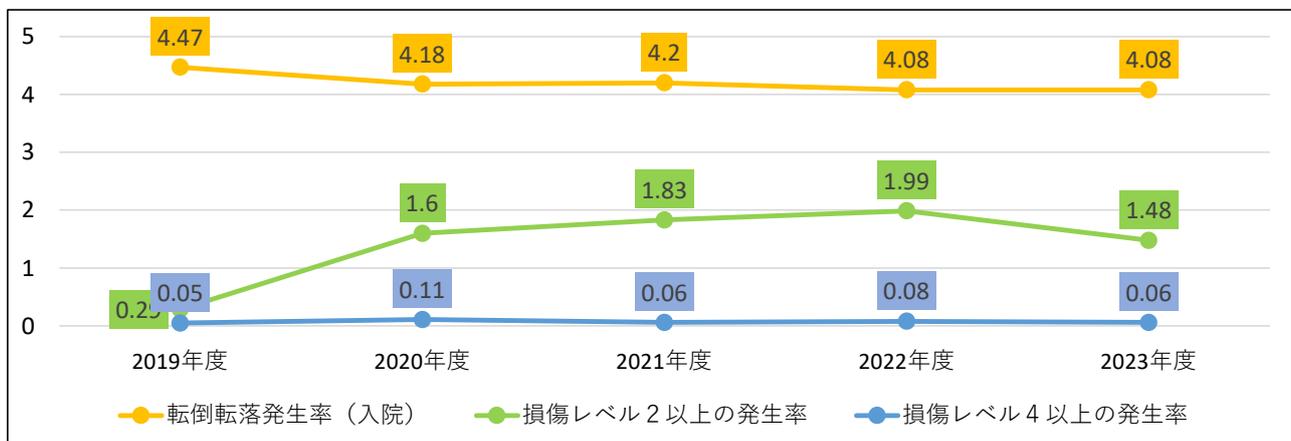
入院患者の転倒・転落の発生と外傷を予防するための指標です。

定義

- 分子**
- 1) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数×1000
 - 2) 入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数×1000
 - 3) 入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落件数×1000
- 分母** 入院患者延数（人日）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(%)
転倒転落発生率（入院）	4.47	4.18	4.20	4.08	4.08	
日病QI参加施設（500床以上）	2.38	2.63	2.79	2.57	2.62	
損傷レベル2以上の発生率	0.29	1.60	1.83	1.99	1.48	
日病QI参加施設（500床以上）	0.62	0.68	0.9	0.62	0.79	
損傷レベル4以上の発生率	0.05	0.11	0.06	0.08	0.06	
日病QI参加施設（500床以上）	0.04	0.05	0.07	0.06	0.05	



指標の説明

高齢者の多くの方が転倒の経験があり、骨折を機に寝たきりになることもあることから、入院中の転倒転落防止対策は重要です。2023年度の転倒転落発生率は2022年度と横ばいですが、損傷レベル2以上の発生率は減少しています。しかし、日病QIプロジェクト加盟する全施設の報告されている頻度と比較すると、損傷レベル4以上の発生率ではほぼ同等ですが、全体の発生率・損傷レベル2以上の発生率は高い状況です。

転倒転落は患者側の要因と病室やトイレなどの環境、治療からくる要因があります。こうしたリスクを入院前から把握し、転倒転落防止対策を実施していきます。

7

65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

日病QI

指標の意義

65歳以上の入院患者の転倒・転落の発生と外傷を予防するための指標です。

定義

分子 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数×1000

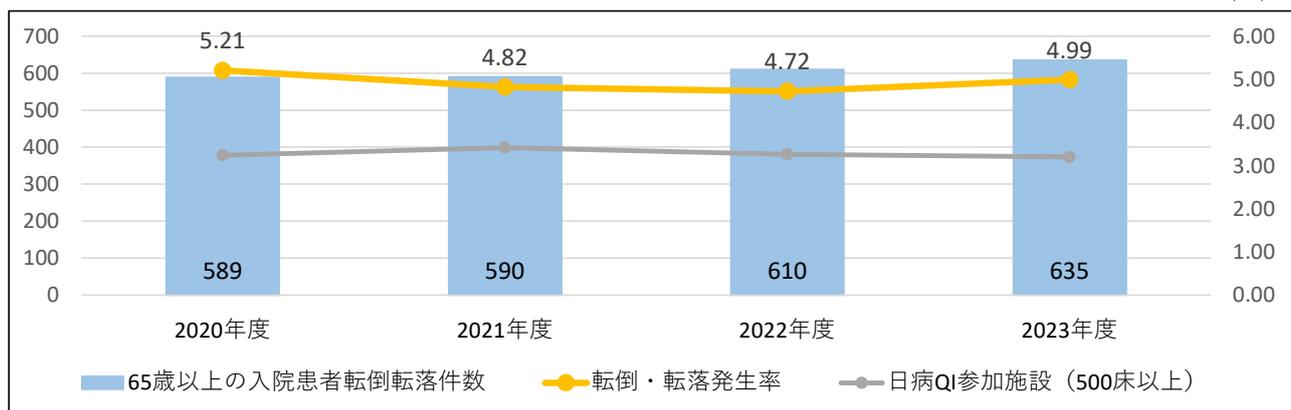
分母 65歳以上の入院患者延数（人日）

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
65歳以上の入院患者転倒転落件数	589	590	610	635
65歳以上の入院患者延数	113,118	122,345	129,158	127,317
転倒・転落発生率	5.21	4.82	4.72	4.99
日病QI参加施設（500床以上）	3.24	3.42	3.26	3.20

（‰）

（‰）



指標の説明

高齢者の多くの方が転倒の経験があり、骨折を機に寝たきりになることもあることから、入院中の転倒転落防止対策は重要です。65歳以上の転倒転落発生率は横ばいで経過しています。この要因としては当院はがん専門病院である特殊性や、入院患者のうち高齢患者の割合が6割を占めていることが挙げられます。いずれにしても高齢者の転倒転落は、その後のADLに大きく影響することは疑いもなく、出来得る改善活動計画を立案して取り組んでいきます。

8 1か月間・100床当りのインシデント・アクシデント報告件数 日病QI

指標の意義

医療安全は、「失敗から学ぶ」姿勢が重要です。重大事故のみならず軽微な（ヒヤリハット）事故を積極的に報告することにより、安全文化の醸成を図ることができます。

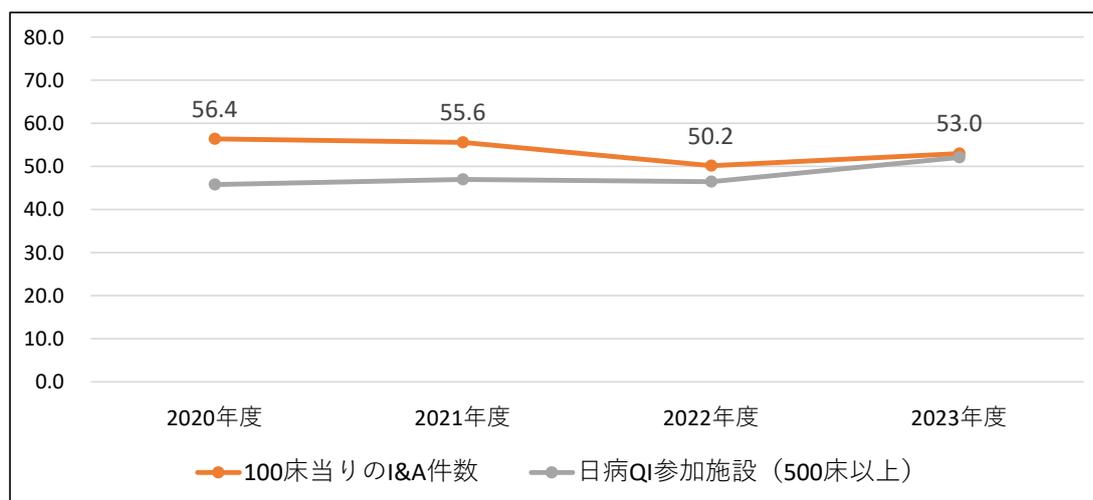
定義

分子 月毎の入院患者におけるインシデント・アクシデント発生件数×100

分母 許可病床数 615床

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
入院患者でのI&A発生件数	4,163	4,105	3,704	3,912	(件)
100床当りのI&A件数	56.4	55.6	50.2	53.0	(件)
日病QI参加施設（500床以上）	45.8	47.0	46.5	52.1	(件)



指標の説明

当院のインシデント報告件数は、日病QI参加施設（500床以上）の平均値より上回っていますが、年々減少傾向にあります。2023年度は、患者影響度レベル0（ヒヤリハット報告）の報告を積極的に行うよう職員研修や各部門の会議等で周知を図り前年度より3ポイント上昇しました。

指標の意義

重大事故のみならず軽微な（ヒヤリハット）事故を報告する安全文化があるかどうかを図る指標です。一般に医師からの報告件数が少ないといわれていることから、医師の安全意識を知る指標です。

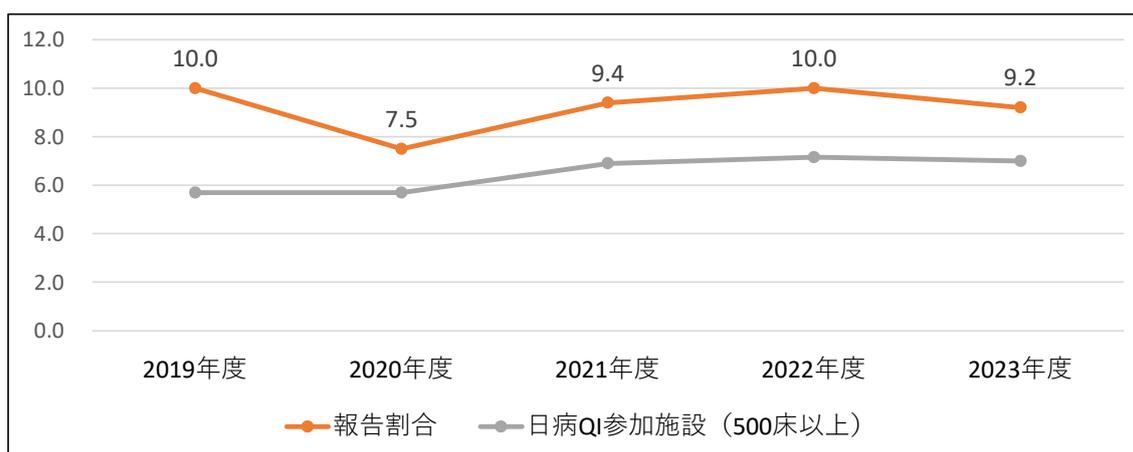
定義

分子 1年間の報告件数のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数×100

分母 月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
医師の報告件数	551	314	437	439	424	(件数)
報告割合	10.0	7.5	9.4	10.0	9.2	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	5.7	5.7	6.9	7.2	7.0	(%)



指標の説明

医師からのインシデント報告は、日病QIプロジェクト参加施設（500床以上）の平均値より上回っていますが、当院の目標値10%以上には届いていません。特に、患者影響度レベル0（ヒヤリハット）報告が他の職種より下回っていることから、医療安全研修会やRMニュース等で周知し医療安全対策への参加を促しています。

10

薬剤管理指導実施率（入院）

日病QI

指標の意義

薬剤管理指導は、薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認する効果、副作用などに関する状況把握を含む）を行うものです。これにより、より安全に薬剤治療を実施することができ、医療の質改善につながります。

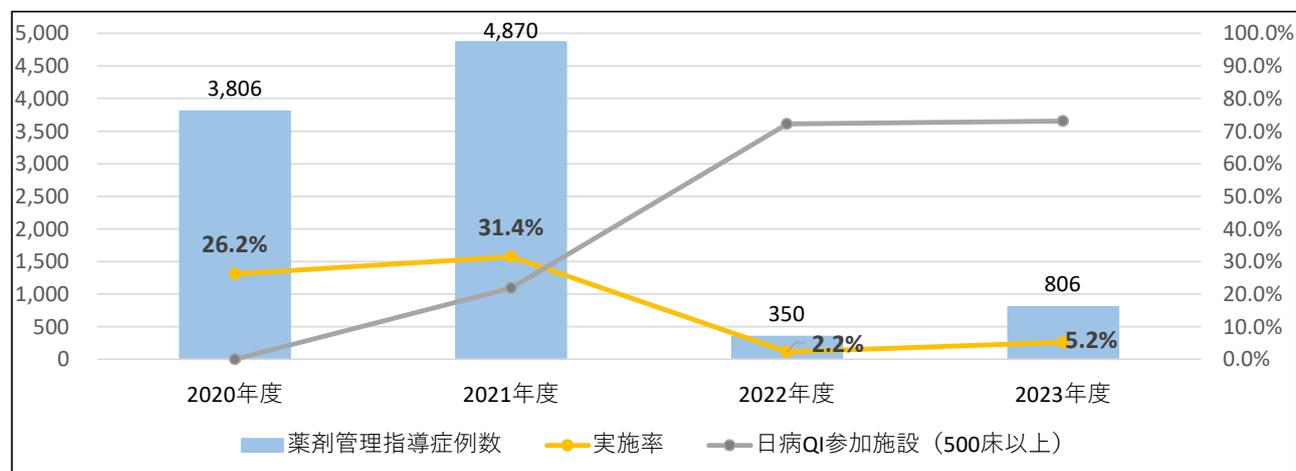
定義

分子 薬剤管理指導を受けた患者数（薬剤管理指導料1, 2）×100

分母 退院患者数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
薬剤管理指導症例数	3,806	4,870	350	806	(件)
退院患者数	14,546	15,498	15,561	15,374	(件)
実施率	26.2%	31.4%	2.2%	5.2%	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	—	21.9%	72.2%	73.1%	(%)
病棟薬剤業務実施加算の有無		無し	有り	有り	



指標の説明

薬剤師職員の減少する中、入院患者さんへの服薬管理及び指導を継続するため、病棟薬剤業務の一部を看護師と協働して行うようにしました。今後は、院外処方割合の増加や薬剤師の確保に努め、病棟薬剤業務を拡充していきます。

11

プレアボイド報告件数

自院

指標の意義

プレアボイドとは、「PREvent and AVOID the adverse drug reaction」の略称で、「副作用の未然回避」にあたります。実際には「薬剤師が薬物療法に直接関与し、薬学的患者ケアを実践して患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分など）を回避あるいは軽減した事例」とされており、日本病院薬剤師会では、その事例を報告するプレアボイド報告制度があり、当院も積極的に報告をしています。

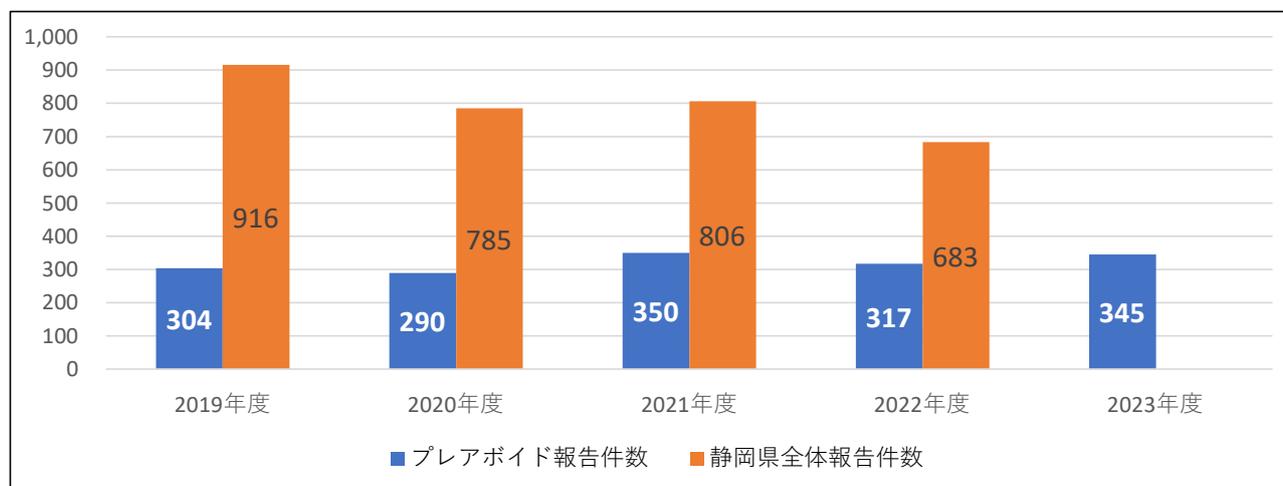
定義

年間の薬剤師のプレアボイド報告件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
プレアボイド報告件数	304	290	350	317	345	(件)
静岡県全体報告件数	916	785	806	683		

※日本病院薬剤師会雑誌 プレアボイド報告の概要



指標の説明

薬剤師が翌日分の入院・外来すべてのレジメンの投与量、休薬期間や検査項目について確認を始めて以降、プレアボイド報告は増加傾向となっています。また、入院時に持参される薬に関連した事例も未然回避の事例が多数を占めています。

12

病棟における薬剤関連事故事象発生率

自院

指標の意義

医薬品安全管理者および薬剤師の病棟での役割の指標です。

定義

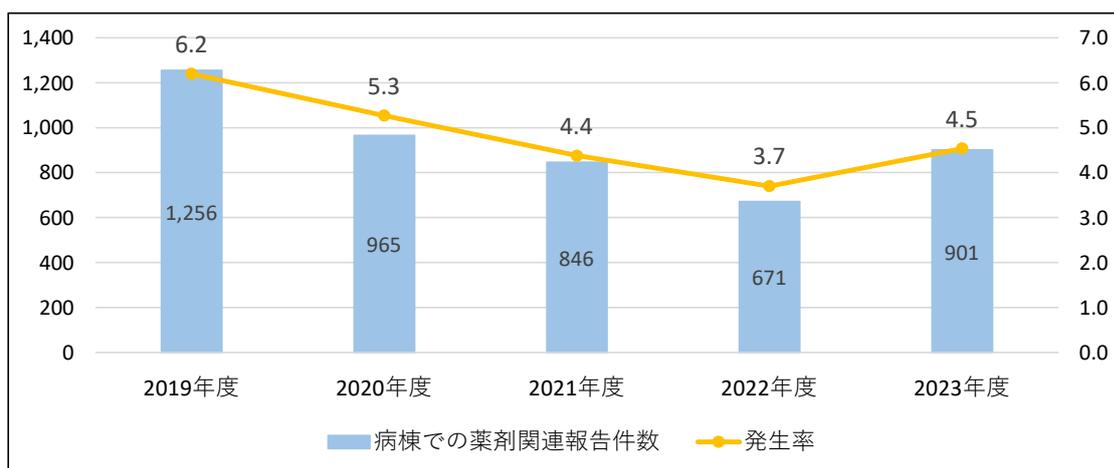
分子 病棟での薬剤関連のインシデント・アクシデント発生件数×1000

分母 入院延べ患者数（24時時点での在院患者数+退院患者数）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
病棟での薬剤関連報告件数	1,256	965	846	671	901
入院延べ患者数	202,623	183,205	193,222	181,557	198,625
発生率	6.2	5.3	4.4	3.7	4.5

(%)



指標の説明

病棟でのインシデント・アクシデント報告の中で、薬剤関連の報告は転倒・転落に次いで多く、薬剤に携わる医療職種は薬剤師をはじめ、医師および看護師と多岐に渡ることから、この指標の推移を注意深く見ていく必要があります。

内服薬・注射薬・麻薬管理検討部会では、医療安全ラウンドを開始し、薬剤の保管から確実に患者へ投与するまでの管理手順の確認・指導とマニュアルの見直しを行っています。更に、薬剤の処方量や濃度の間違いを防止するために、薬剤部ホームページ内に、薬物療法に必要な各種の計算・換算ツールを多数掲載して、いつでも誰でも簡便に使用できる環境を整備し、医療安全研修会等で周知を図っています。この結果、薬剤関連事故報告率は2019年度以降、減少傾向です。

13

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染・保菌発生率

自院

指標の意義

MRSAは、重症かつ侵襲性の高い皮膚・軟部組織感染、血流感染、肺炎などを引き起こす菌で、手指衛生や適切な器具の取り扱いなどの院内感染対策の徹底がされているかのアウトカム指標です。

定義

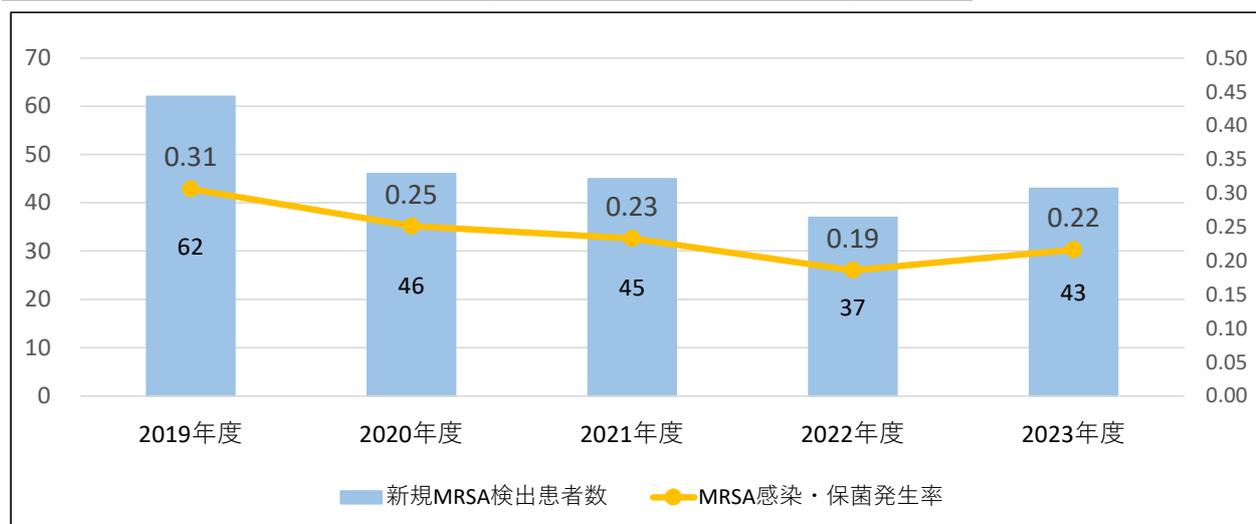
分子 入院4日目以降、新規MRSA検出患者数

分母 1,000延べ入院患者日数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
新規MRSA検出患者数	62	46	45	37	43
延べ入院患者数	202,443	183,205	193,222	198,954	198,625
MRSA感染・保菌発生率	0.31	0.25	0.23	0.19	0.22

(%)



指標の説明

2022年度に新規MRSA検出率が低下しましたが、2023年度は増加傾向にあります。1病棟でのアウトブレイクがあったが比較的早期に終息できました。

病院全体の有病率は増加傾向にあり伝播リスクは高くなっているため、手指衛生と合わせて職員や患者さんへの注意喚起を行っていきます。

14

クロストリジウム（クロストリディオイデス）・ディフィシルトキシン(CD)陽性患者発生率

自院

指標の意義

クロストリジウム・ディフィシルは、毒素を産生することにより腸管粘膜に傷害と炎症を引き起こす細菌です。手指衛生や適切な器具の取り扱いなどの院内感染対策の徹底がされているかのアウトカム指標です。手術後の抵抗力が弱まっているときや免疫抑制剤を使用しているときに発生しやすく、抗菌薬を使用することで腸内の細菌が変化し、クロストリジウム・ディフィシルの割合が増えると考えられています。院内伝播を起こす菌として注意が必要で、院内感染対策実施の状況を図る指標です。

定義

分子 入院4日目以降、新規CDトキシンまたはNATT陽性患者数

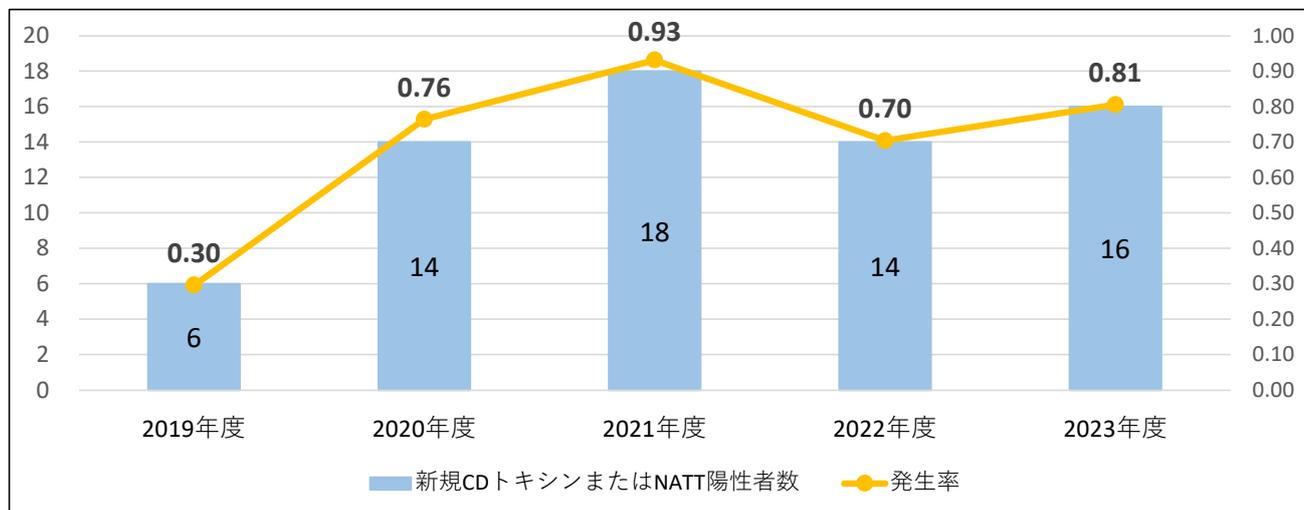
分母 10,000延べ入院患者日数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
新規CDトキシンまたはNATT陽性者数	6	14	18	14	16
延べ入院患者数	202,443	183,205	193,222	198,954	198,625
発生率	0.30	0.76	0.93	0.70	0.81

(%)

* 2020.8.31以前はCDトキシンのみ



指標の説明

CDトキシンまたはNATT陽性例は比較的横ばいで推移しています。アウトブレイク事案もなく、発生率からも比較的良好にコントロールできていると考えます。

15

SSI（手術部位感染）発生率

自院

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1) REC（直腸）手術部位感染発生率 | 5) HYST・VHYS（子宮）手術部位感染発生率 |
| 2) COLO（大腸）手術部位感染発生率 | 6) OVRY（卵巣）手術部位感染発生率 |
| 3) GAST（胃）手術部位感染発生率 | 7) THOR（胸部）手術部位感染発生率 |
| | 8) BILI（肝胆膵）手術部位感染発生率 |

指標の意義

SSI（手術部位感染）は、手術の30日以内に発生した手術に関連した感染症（創部から体腔）をさします。

定義

分子 各部位の手術でのSSI発生患者数

分母 各部位の手術件数

当院の実績

SSIの発生率（%）		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	
REC	当院	9.6	8.2	14.2	9.2	12.2	
	* JANIS	12.2	11.1	10.4	10.3	9.6	
COLO	当院	8.5	5.9	8.0	6.4	7.1	* JANIS、()：SSI部門公開情報 2023年1-6月
	* JANIS	9.3	8.8	8.5	8.1	8	
* GAST	当院	7.3	7.9	7.3	7.6	10.8	* GAST = GAST-D, GAST-T, GAST-Oの合計
	* JANIS	7.4	7.3	7.3	7.6	7.7	
HYST	当院(JANIS)					4.5(3.1)	HYST：腹式子宮摘出術
VHYS	当院(JANIS)					1.9(0.4)	VHYS：経腔的子宮摘出術
OVRY	当院(JANIS)					0(0.6)	OVRY：卵巣手術
THOR	当院(JANIS)					1.6(0.7)	THOR：胸部手術（心臓・血管以外）
BILI-L	当院(JANIS)					7.3(6.3)	BILI-L：胆道再建を伴わない肝切除
BILI-O	当院(JANIS)					28.1(14.7)	BILI-O：その他の肝胆膵手術
BILI-PD	当院(JANIS)					29.5(24.0)	BILI-PD：膵頭十二指腸切除

指標の説明

2023年度から、SSI発生率の測定範囲を拡大し、消化管、肝胆膵、胸部、子宮・卵巣の8項目にしました。当院のSSI発生率は、JANISのデータと比較して高い傾向にありますが、がんを有すること、化学療法後、高齢者であること等がその要因と推察できます。引き続き、要因等を考慮しつつSSI発生率の推移を確認していきます。

指標の意義

感染を引き起こす病原体の多くは汚染された医療受持者の手を介して伝播するといわれ、手指衛生の遵守は、耐性菌の検出や医療関連感染の防止に効果を示すことが知られています。

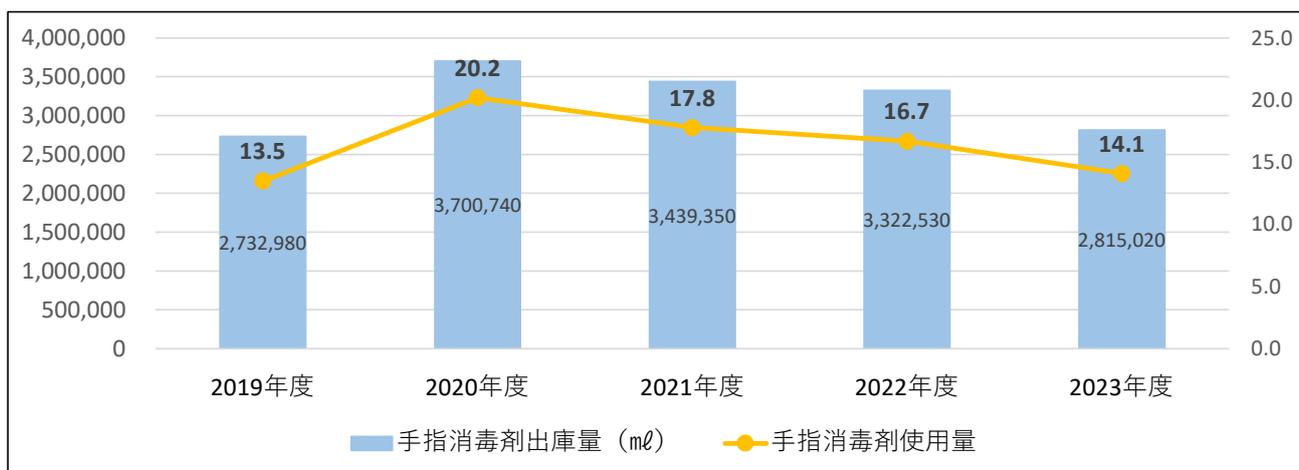
定義

分子 1年間の各病棟の手指消毒剤在庫量

分母 1年間の1,000延べ入院患者日数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
手指消毒剤在庫量 (mℓ)	2,732,980	3,700,740	3,439,350	3,322,530	2,815,020	(病棟全体)
入院延べ患者数	202,443	183,205	193,222	198,954	198,625	
手指消毒剤使用量	13.5	20.2	17.8	16.7	14.1	(mℓ/患者・日：病棟のみ)



指標の説明

2021年度より使用量低下の一途をたどっています。耐性菌の発生率が高くなっているわけではありませんが、COVID-19のクラスターやMRSAアウトブレイク、VRE患者の増加などリスクが高くなっています。引き続き使用量増加・効果的なタイミングなどリンクスタッフ会での目標管理、ICTメンバーによる直接観察を実施し、啓発・介入を考えています。

指標の意義

近年、多剤耐性アシネトバクター属菌や、幅広い菌種に効果を有するカルバペネム系抗菌薬に耐性のある腸内細菌科細菌など、新たな抗菌薬耐性菌（以下、耐性菌）が出現し、難治症例が増加していることが世界的に問題なっています。当院では、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が抗菌薬適正使用を推進する取り組みを行っています。広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養検査は、抗菌薬適正使用の鍵を握る正確な微生物学的診断を行う上で重要な検査です。

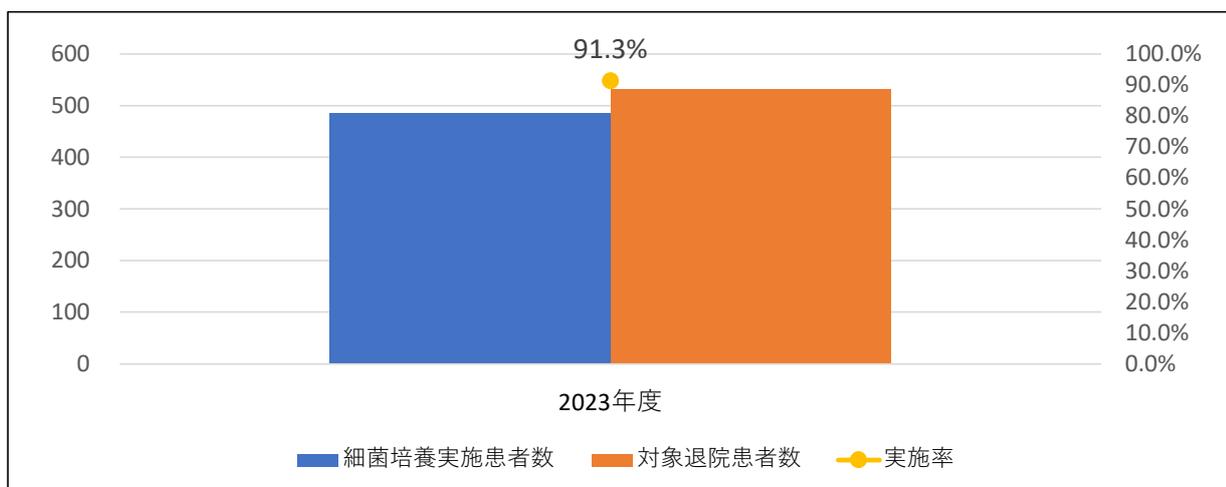
定義

分子 分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数×100

分母 広域スペクトル抗菌薬が処方された退院患者数

当院の実績

	2023年度	
細菌培養実施患者数	485	(件)
対象退院患者数	531	(件)
実施率	91.3%	(%)
参加特定機能病院（中央値）		(%)



指標の説明

2023年度は10月から日本医療機能評価機構の定義として計測しており約半年分のデータとなっています。定義上、入院前に培養提出した症例などは分子から除外されていますが培養提出率は91.3%と高い割合となっています。

指標の意義

血液培養は同時に複数セット採取することで検査としての精度があがるため、2セット以上の採取が推奨されています。特に真の菌血症とコンタミネーションの鑑別、適切な治療薬選択を行う際に役立つ指標です。

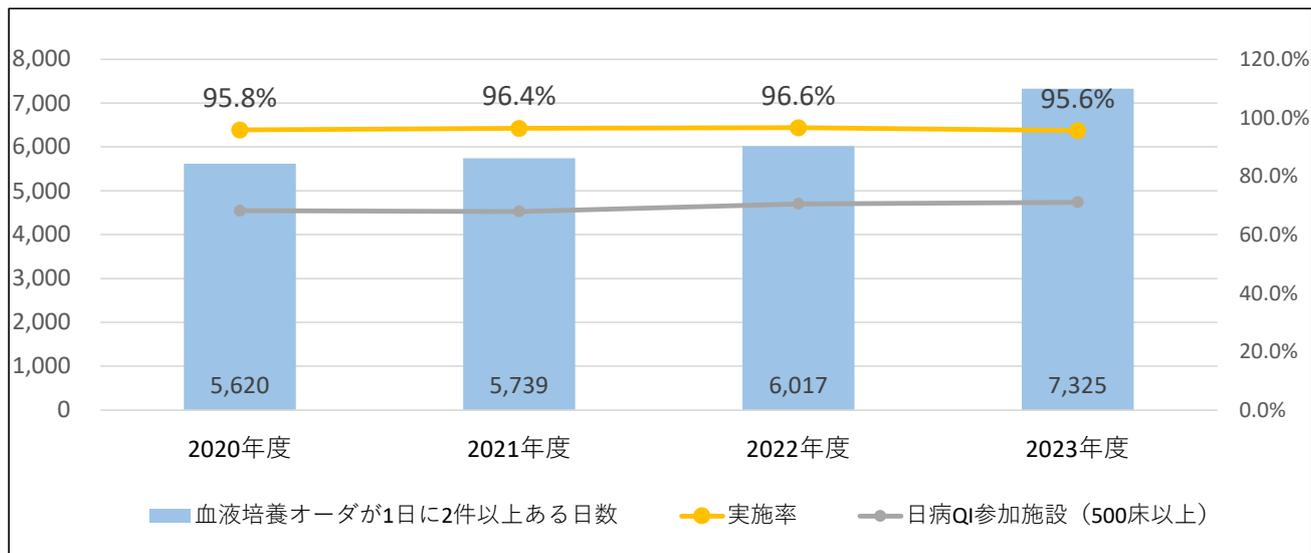
定義

分子 血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数 × 100

分母 血液培養オーダー日数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数	5,620	5,739	6,017	7,325	(件)
血液培養オーダー日数	5,867	5,953	6,230	7,659	(件)
実施率	95.8%	96.4%	96.6%	95.6%	(%)
日病QI参加施設 (500床以上)	68.2%	67.9%	70.5%	71.1%	(%)



指標の説明

当院では入職時のオリエンテーションで血液培養採取方法に関して指導を行っています。またAST・ICT・感染症内科が随時介入を行い、非常に高い実施率を実現しています。

指標の意義

抗MRSA薬投与に際して、有効血中濃度の維持や耐性化の回避および副作用の抑制のために、治療薬物モニタリング（TDM）は非常に有用です。

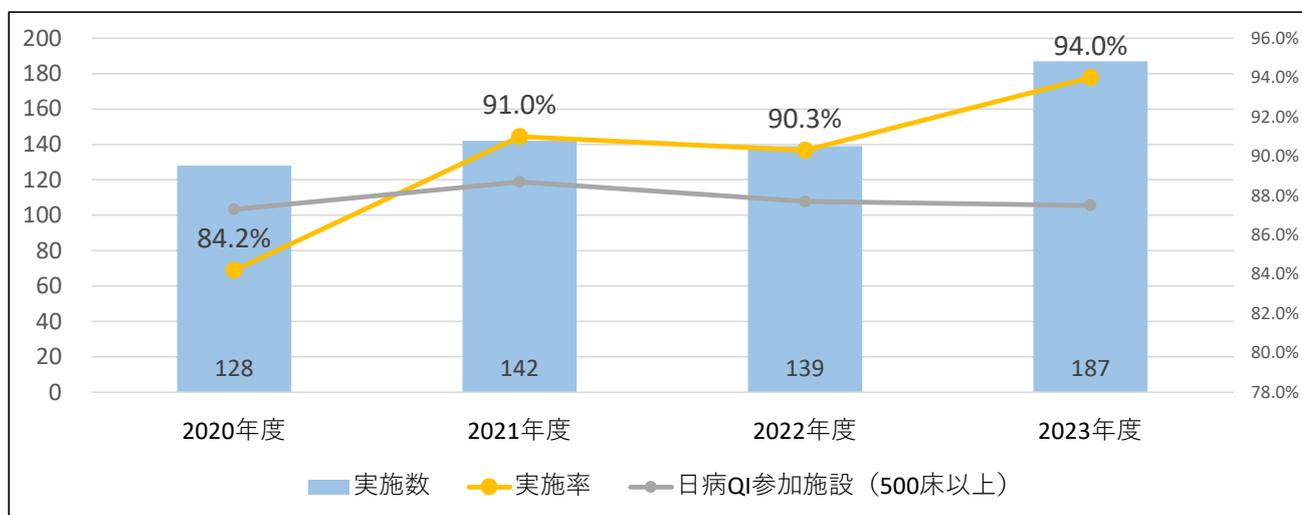
定義

分子 分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例数×100

分母 TDMを行うべき抗MRSA薬を4日以上投与された症例数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
実施数	128	142	139	187	(件)
抗MRSA薬投与症例数	152	156	154	199	(件)
実施率	84.2%	91.0%	90.3%	94.0%	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	87.3%	88.7%	87.7%	87.5%	(%)



指標の説明

当院ではTDMが必要な症例にはASTも関わり、適切なタイミングや用量調整に関して支援を行っています。TDM実施率は増加傾向ですがコアグラ―ゼ陰性ブドウ球菌菌血症の治療など短期間で終了する症例も含まれており100%には至っていません。

20

手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

厚労省

指標の意義

現在、細菌感染を起こしていないが、手術後の感染をできるだけ防ぐために、抗生物質をあらかじめ投与することを予防的抗菌薬投与といます。開胸、開腹を伴う手術等は、手術開始直前に抗菌薬を点滴などで投与することにより、手術後の感染を抑えることが期待されています。

定義

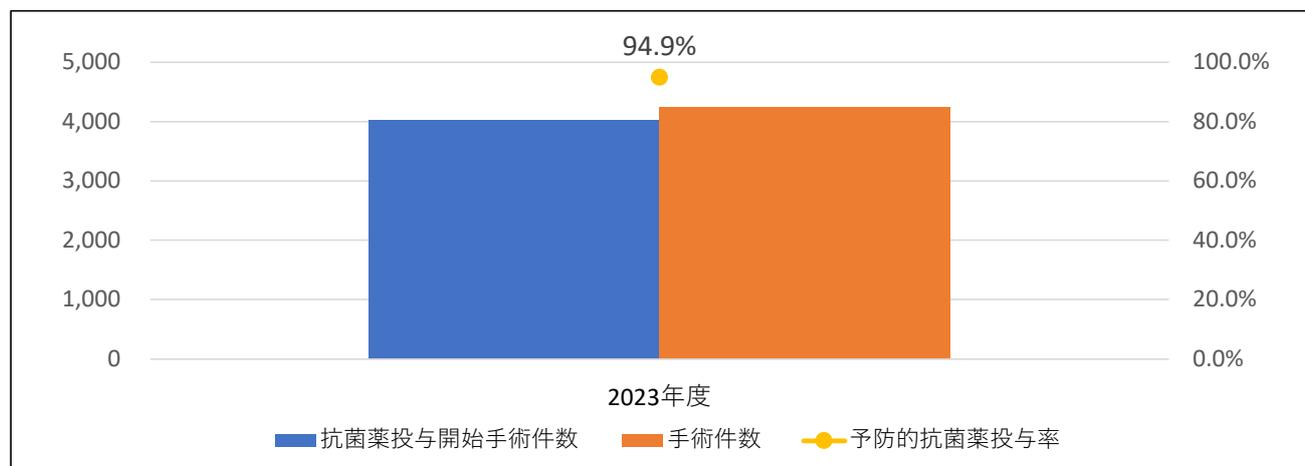
分子 分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数×100

分母 手術室で行った手術件数

当院の実績

	2023年度	
抗菌薬投与開始手術件数	4,023	(件)
手術件数	4,240	(件)
予防的抗菌薬投与率	94.9%	(%)
参加特定機能病院（中央値）	* 94.9%	(%)

*医療の可視化プロジェクト 2023年10月-12月データ (15施設)



指標の説明

抗菌薬の投与予定のない手術(局所麻酔の手術など)や術前から感染に対して抗菌薬を投与している症例に関しても計測対象となっているため94.9%となっていますが前述の症例を除外すると99.1%となり執刀開始1時間以内の抗菌薬投与率は高い水準を維持できています。

指標の意義

本院は特定機能病院並びにがん専門病院として、教育・研究・診療の社会的責任に応えるためには新しい治療法や検査法を研究・開発する必要があります。しかし我が国ではそれらの新しい治療法や検査法に効果が認められるまでには公的医療保険の適用がなされません。そのため開発された新しい治療法や検査法は公的医療保険が適用されるまで、厚生労働省が認定する医療施設において、高度医療評価制度・先進医療診療として公的医療保険との併用により提供されます。高度な医療に積極的に取り組む姿勢、高い技術を持つ医療スタッフ、十分な設備などが必要となることから、本項目は先進的な診療能力を示す指標といえます。

定義

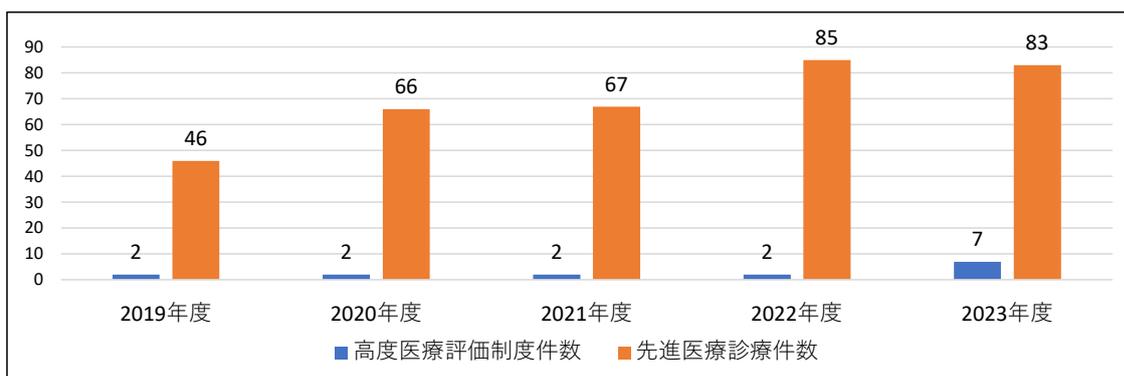
1年間の高度医療評価制度・先進医療診療の実施数

※ 高度医療評価制度：①薬事法上の承認または認証を受けていない医薬品・医療機器の使用を伴う医療技術
②薬事法上の承認または認証を受けている医薬品・医療機器の適応外使用を伴う医療技術

※ 先進医療診療：医薬品・医療機器の治験に係る診療、薬価基準収載前の承認医薬品の投与、保険適用前の承認医薬品の投与、保険適用前の承認医療機器の使用、薬価基準に収載されている医薬品の適用外使用

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：件)
高度医療評価制度件数	2	2	2	2	7	
先進医療診療件数	46	66	67	85	83	
高度先進医療診療数	48	68	69	87	90	
国立大学病院43施設（平均値）	43.5	32.0	40.8	55.7		



指標の説明

高度医療評価件数、先進医療件数共に増加傾向にある。新規ロボットの導入や、特定臨床研究の推進によるものと考えられます。

22

手術技術度DとEの手術件数

国立大学
病院

指標の意義

手術の難易度別の割合を比較します。

外科系学会社会保険連合が定めている手術難易度を使用しています。

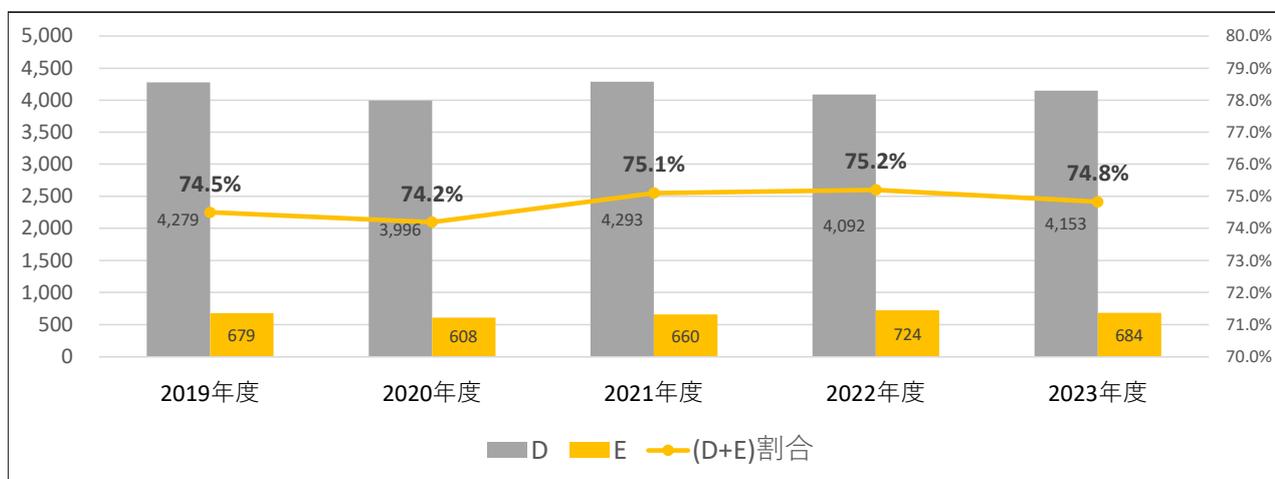
難易度は、B、C、D、Eの順で高くなっています。

定義

外保連の技術の「D」と「E」に指定されている手術の実施件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
B	286	310	283	250	300	
C	1,411	1,291	1,359	1,338	1,327	
D	4,279	3,996	4,293	4,092	4,153	
E	679	608	660	724	684	
手術技術度D+E (件)	4,958	4,604	4,953	4,816	4,837	
一般病床100床当たり (件)	923.3	857.4	922.3	896.8	900.7	* 一般病床：537床
国立大学病院 (100床当たり)	1,020.4	958.8	977.6	997.8		* 国立大学病院43施設 (平均)



指標の説明

D+Eが75%程度を占めており、がん専門病院としては妥当な数値と思われます。

指標の意義

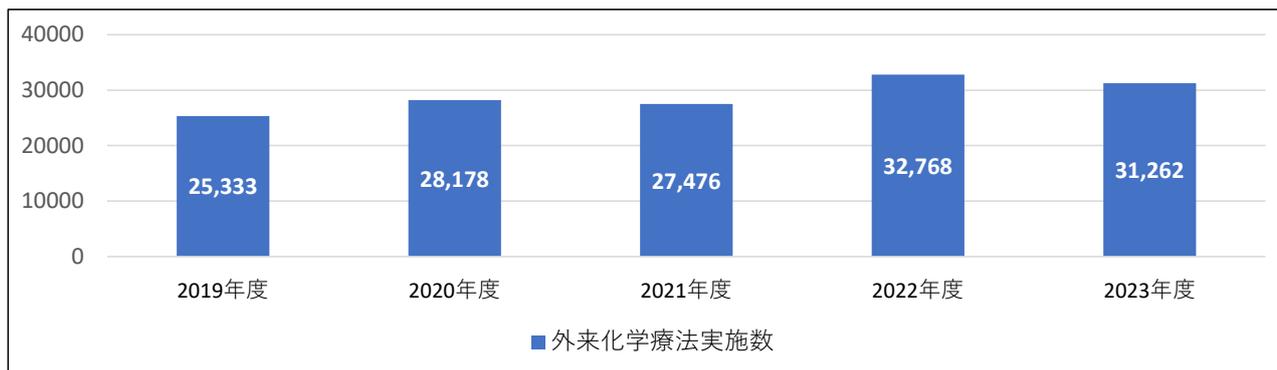
近年、がん薬物療法の多くが外来で行えるようになり、日常生活を送りながら治療を受けられるようになりました。患者の生活の質向上につながる一方、外来で適切に化学療法を行うためには、担当の医師、看護師、薬剤師などの配置が必要になります。外来で化学療法を行えるだけの、職員、設備の充実度を見る指標です。

定義

医科診療報酬点数表における、「第6部注射通則6 外来化学療法加算」の算定件数
2022年度から「外来腫瘍化学療法診療料1 イおよびロ」の算定件数に変更

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
外来化学療法実施数	25,333	28,178	27,476	32,768	31,262	(件)
国立大学病院43施設（平均値）	8,040.3	8,342.7	8,517.3	8,981.6		



指標の説明

2022年度は免疫チェックポイント阻害薬の適応が拡大された影響により外来化学療法実施数が増加しましたが、2023年度の外来化学療法実施数は横ばいでした。外来化学療法実施数の1日平均は120～130件ですが、連休明けなどは160件以上となることもあり、2時間以上の待ち時間が発生しています。化学療法センターのベッド増床が難しい状況であるため、点滴時間が長い治療レジメンを入院で実施するなど業務整理による効率化を検討しています。

指標の意義

CPCは治療中に死亡し病理解剖が行われた患者に対して、臨床医と病理医が合同で診断や治療の妥当性を検討する会です。患者の臨床症状や経過の原因や死因を明らかにし、今後の医療に役立てるために行われます。CPCの検討症例率は病院としての取り組み状況を表しています。

定義

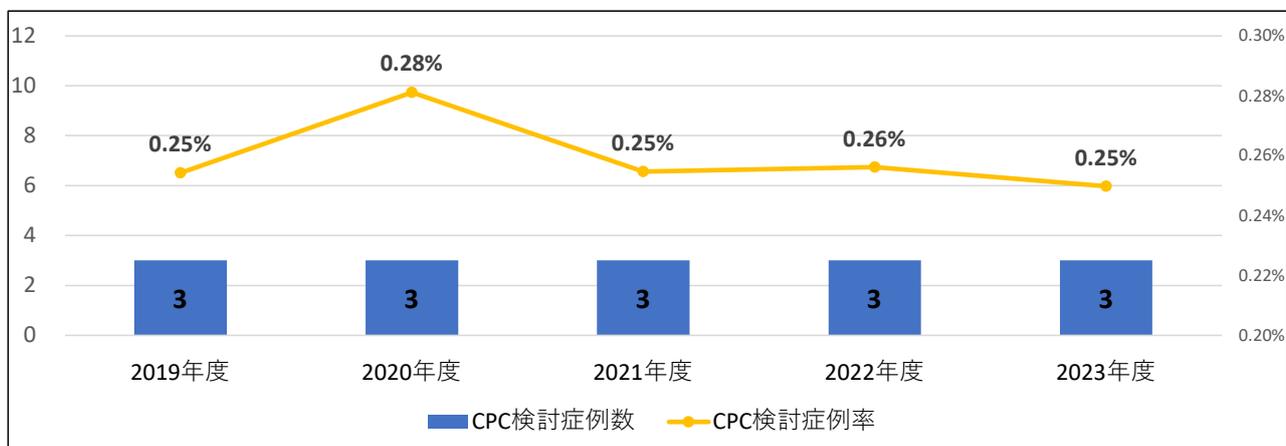
1年間のCPC件数を死亡患者数で除した割合（％）です。当院での退院死亡患者を対象とします。

分子 CPC検討症例数×100

分母 死亡退院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
CPC検討症例数	3	3	3	3	3	(件)
死亡退院患者数	1,180	1,067	1,178	1,171	1,201	(件)
CPC検討症例率	0.25%	0.28%	0.25%	0.26%	0.25%	(%)
国立大学病院43施設（平均値）	7.6%	6.9%	5.9%	5.0%		



指標の説明

当院では年に少なくとも3回のCPCを開催しています。2023年度の病理解剖数は3件であり、その全ての症例に対してCPCを施行することになります。病理解剖の重要性を臨床医に呼びかけ、件数の増加に取り組みたいと思います。

25

M&Mカンファレンス開催数

自院

指標の意義

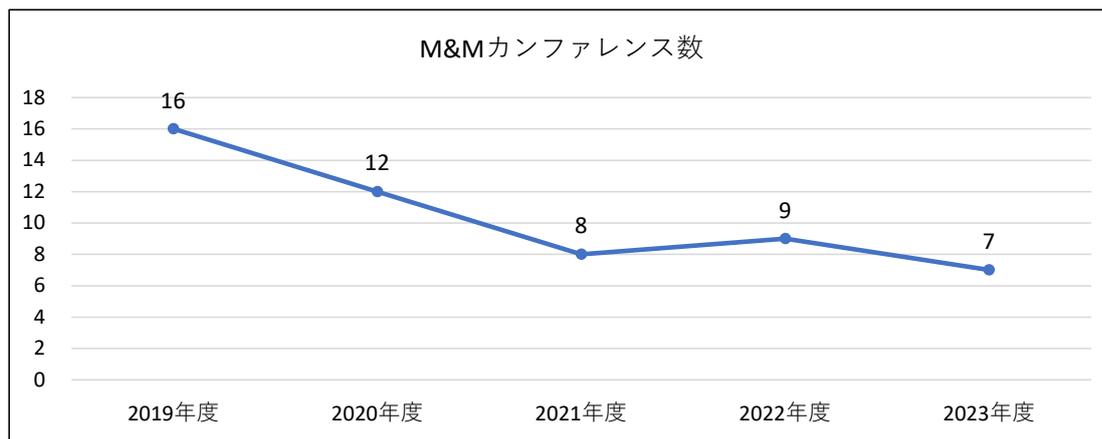
M&Mカンファレンスとは、手術後に発生した重篤な合併症や死亡した症例について、当該診療科や院内の関連部署とで診療過程を詳細に検討し、システムなどの改善を行い、次の症例の治療に活かすための検討会です。

定義

1年間に開催されたM&Mカンファレンス数（RMQC室及び診療科開催）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
M&Mカンファレンス数	16	12	8	9	7	(件)



指標の説明

M&Mカンファレンス開催件数は年々減少しており2023年度は7件でした。次年度は、インシデント、続発症、各種ご意見、相談案件等でM&Mカンファレンス開催の妥当性を評価するとともに、M&Mカンファレンスの目的適切に理解し実践するための啓発活動をおこなっていきます。

27

シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

日病QI

指標の意義

良好な治療アドヒアランスを得て化学療法を円滑に進めるために、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。高度の抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対しては、NK1 受容体拮抗薬と 5HT3 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンを併用することが推奨されています（グレード A 一般社団法人 日本癌治療学会編 制吐薬適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第 2 版】）。シスプラチンは「高度催吐性リスク」に分類されており、本指標では、この 3 剤の制吐剤が利用されているかどうかを測定しています。

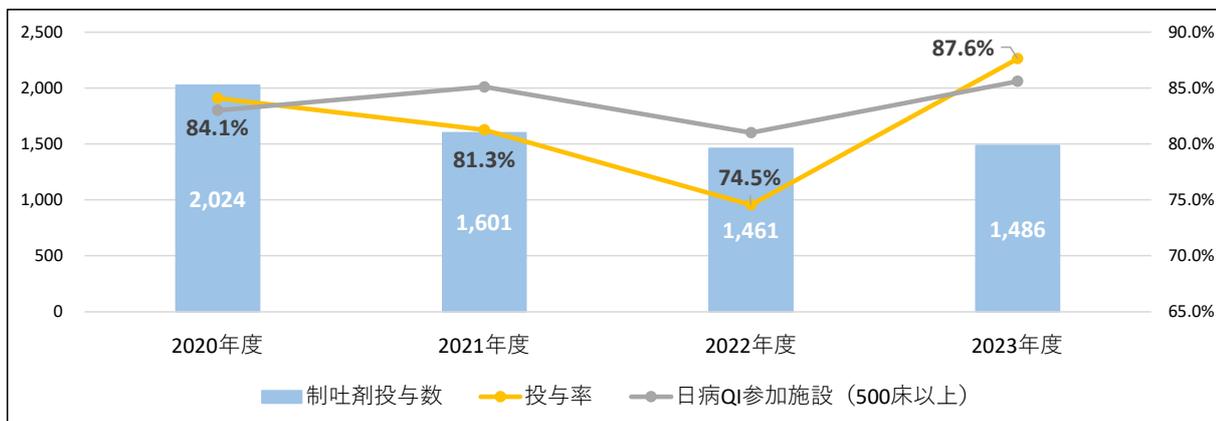
定義

分子 分母の実施日の前日又は当日に 5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤全てを併用した数 × 100

分母 18 歳以上の症例で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
制吐剤投与数	2,024	1,601	1,461	1,486	(件)
実施日数 (18歳以上の患者)	2,407	1,970	1,960	1,696	
投与率	84.1%	81.3%	74.5%	87.6%	(%)
日病QI参加施設 (500床以上)	83.0%	85.1%	81.0%	85.6%	



指標の説明

2023年度の結果は、QIプロジェクト参加施設500床以上の平均値を上回っており適切な対応ができています。

28

麻薬処方患者における痛みの程度の記載率

自院

指標の意義

痛みを有するがん患者さんへ麻薬を処方する際に、痛み強度が数値化によって評価されていることをみる指標です。

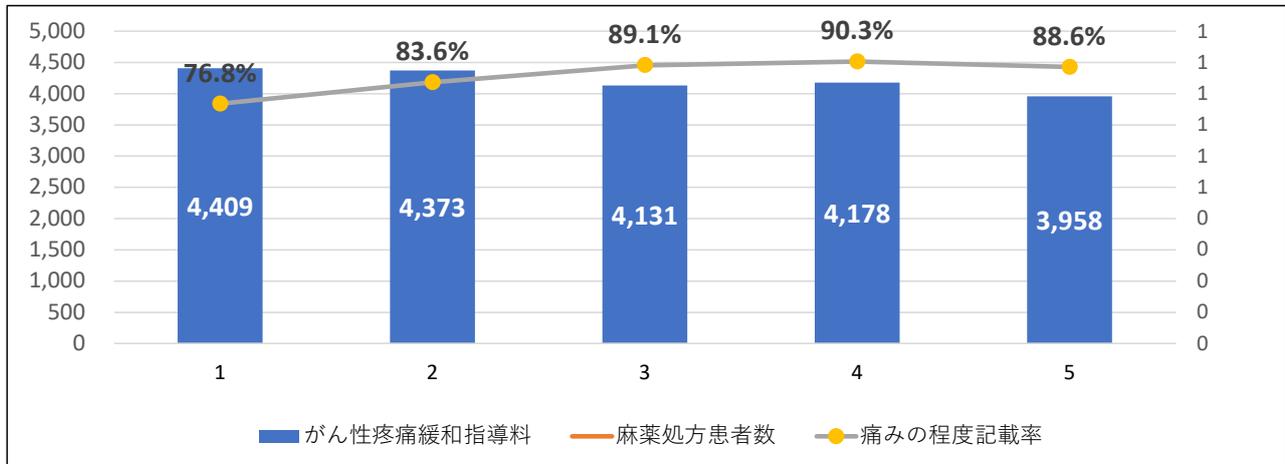
定義

分子 月1回の「がん性疼痛緩和指導料」算定時に痛み強度が数値化によって評価された患者数
×100

分母 がん性疼痛緩和目的で月1回の麻薬処方された患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
がん性疼痛緩和指導料	4,409	4,373	4,131	4,178	3,958	(件)
麻薬処方患者数	5,740	5,229	4,635	4,629	4,468	(件)
痛みの程度記載率	76.8%	83.6%	89.1%	90.3%	88.6%	(%)



指標の説明

・痛み強度を数値化することが困難な患者がある程度の割合で存在するため、90%の達成率はほぼ完璧に近い数値と考えます。

指標の意義

肺血栓塞栓症は、血流によって運ばれた血栓が栓子となり肺動脈を閉塞する重篤な疾患で、多くは軽度の呼吸困難や低酸素血症ですが、最重症例では死亡に至ります。その多くは下肢の深部静脈血栓症により形成された凝血塊が剥がれて、肺動脈内まで移動することが原因です。

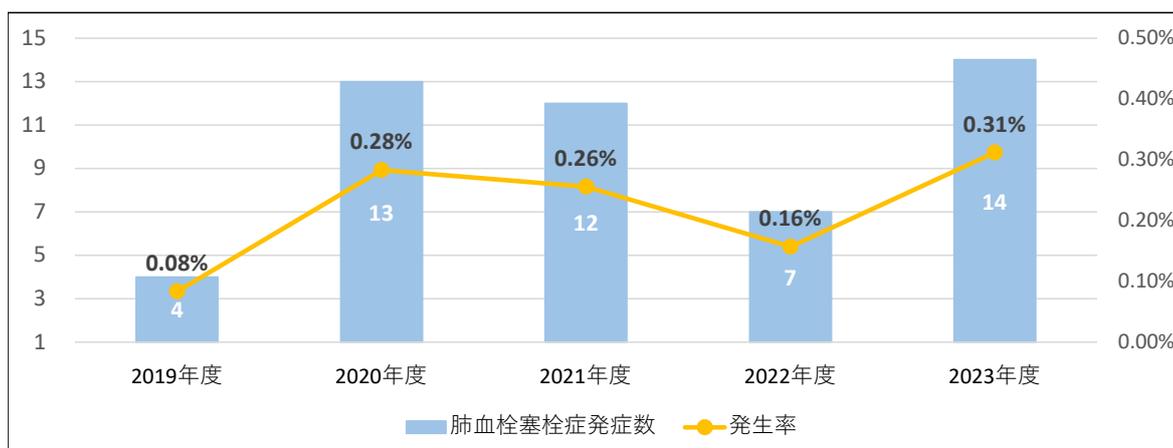
定義

分子 手術後28日以内に肺塞栓血栓症を発症した件数×100

分母 手術室で実施された手術件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
肺血栓塞栓症発症数	4	13	12	7	14	(人)
手術件数	4,786	4,596	4,691	4,458	4,492	(件)
発生率	0.08%	0.28%	0.26%	0.16%	0.31%	



指標の説明

当院の手術は大部分が深部静脈血栓形成のリスクの高い悪性腫瘍患者であり、適切な予防策（術前のDダイマー値測定、下肢静脈エコーによる血栓の早期発見、術後の弾性ストッキングやフットポンプの着用、早期離床、抗凝固薬の予防投与）を講じることにより発生を防ぐように努めています。当院では無症状でも術後経過評価のためのCT撮影で微小な肺塞栓が発見されることもあり、発生早期に抗凝固療法が開始するなどして重症化を防いでいます。

30

手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

自院

指標の意義

周術期の肺血栓塞栓症の予防行為は、術中・術後の肺血栓塞栓症の発症率を下げる効果があります。

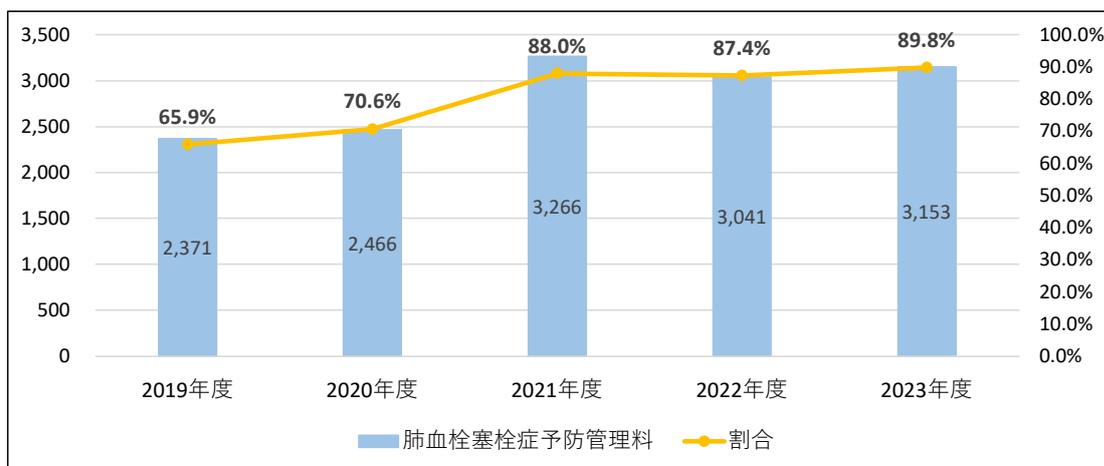
定義

分子 分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、又は2つ以上）が実施された患者数×100

分母 全身麻酔実施症例数（15歳未満の症例を除く）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
肺血栓塞栓症予防管理料	2,371	2,466	3,266	3,041	3,153
全身麻酔実施症例数	3,600	3,491	3,711	3,481	3,510
割合	65.9%	70.6%	88.0%	87.4%	89.8%



指標の説明

2020年度から、全身麻酔手術症例には肺血栓塞栓症の予防対策を各診療科に周知しており、年々実施率は上昇していますが100%までには及んでいません。来年度は、オーダー忘れ、医師の認識不足、管理料算定要件との相違（薬物療法のみなど）による評価漏れ等、非算定症例の要因分析を行い改善活動を強化していきます。

31

救急処置を要する（重大な神経障害を残すような）術中心肺停止及び低酸素症発生率

自院

指標の意義

手術中の死亡や術後意識障害を残すような心停止や高度な低酸素症は、原疾患や併存症、手術手技や術中発生の病態、麻酔関連事象（薬剤や麻酔手技）により起こりえます。手術・麻酔管理の質を示す重要な指標です。

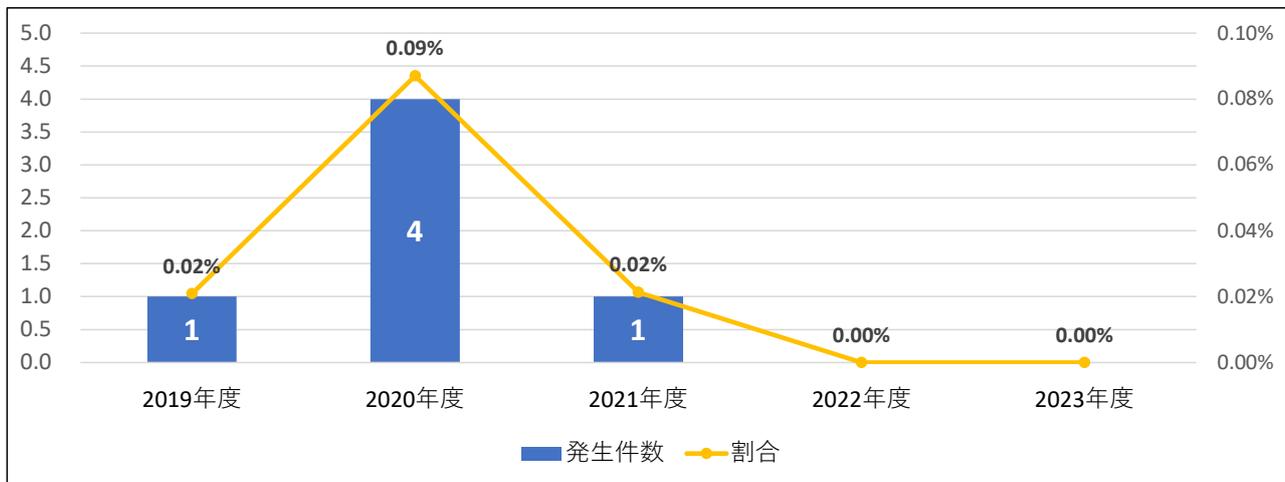
定義

分子 手術中における救急処置を要する合併症発生件数×100

分母 手術室で実施された手術件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
発生件数	1	4	1	0	0	(件)
手術件数	4,786	4,596	4,691	4,458	4,492	
割合	0.02%	0.09%	0.02%	0.00%	0.00%	



指標の説明

手術中の血圧連続測定、心電図、血中酸素飽和度、呼気炭酸ガス濃度等を常時監視しており、早期発見と迅速な処置により重篤な結果を回避するように努めております。いずれも短時間で回復しており、直近4年間では意識障害の後遺症例、死亡例は1件もありません。

指標の意義

手術が一度終了した後、予定されていなかった手術が行われた割合で、合併症が発生した場合や患者さんの状態の変化など、様々な原因が考えられます。

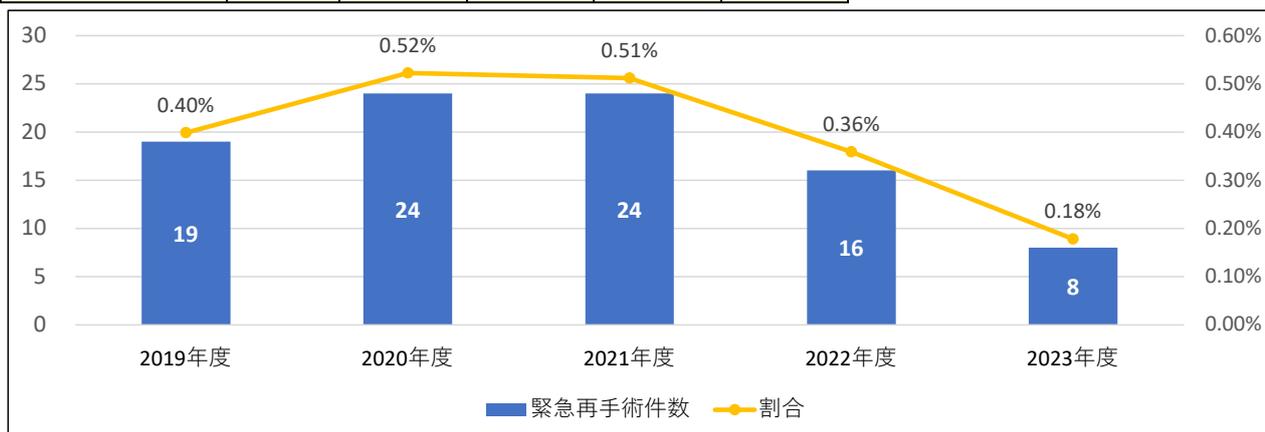
定義

分子 入院手術患者の術後48時間以内の緊急再手術件数×100

分母 手術室で実施された手術件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
緊急再手術件数	19	24	24	16	8	(件)
手術件数	4,766	4,595	4,690	4,458	4,492	(件)
割合	0.40%	0.52%	0.51%	0.36%	0.18%	



指標の説明

手術終了後48時間以内の再手術の多くは手術部位の出血または血流障害によるものです。手術の質を表す指標の一つであり、早期発見と迅速な再手術の判断を行わないと重篤な結果になるため、外科医の技量だけでなく術後管理・緊急手術体制の整備体制を整えています。

33

術後在院死亡者数

自院

指標の意義

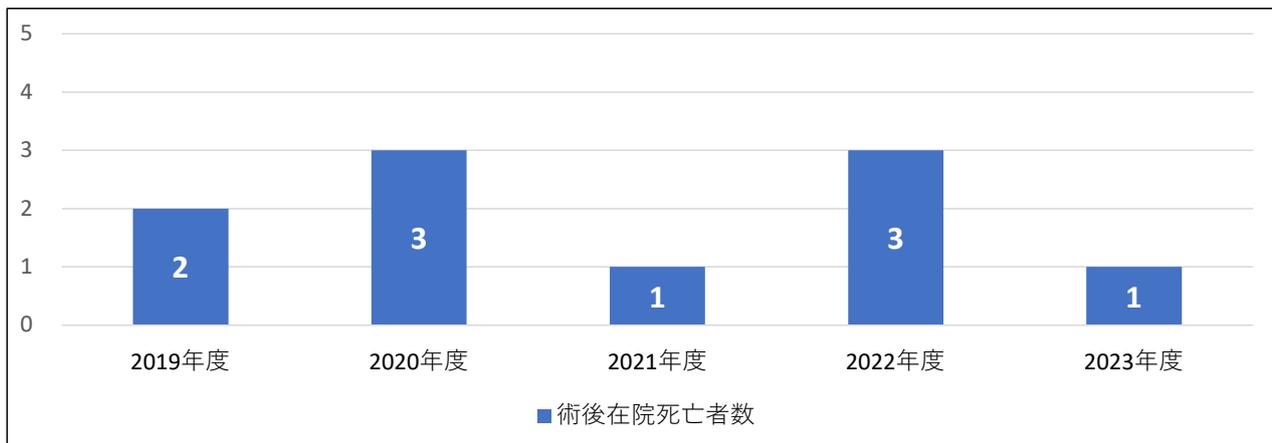
術後在院死亡数は、当院で手術後に退院できずに亡くなった患者さんの数です。手術後に病勢の進行によって亡くなられた患者さんと、術後合併症によって亡くなられた患者さんが含まれています。

定義

入院後に根治的手術を行い、退院せず手術後30日以内に死亡した患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
術後在院死亡者数	2	3	1	3	1



指標の説明

術後在院死亡数は極めて低く、偶発的な事例が殆どであった。がん専門病院として高度な医療が安全に行われています。

34

RRS(Rapid Response System)とRRT(Team)稼働件数

自院

指標の意義

RRS (Rapid Response System) とは、医療従事者が患者さんの急変の前兆や異変を感じた時、主科の医師またはRRT (Rapid Response Team) へ繋ぎ、重症化を未然に防ぐ病院内のシステムです。RRT (Rapid Response Team) は、現場の看護師が担当科が対応できない場合や、判断に迷う際の相談や初期対応をするチームです。

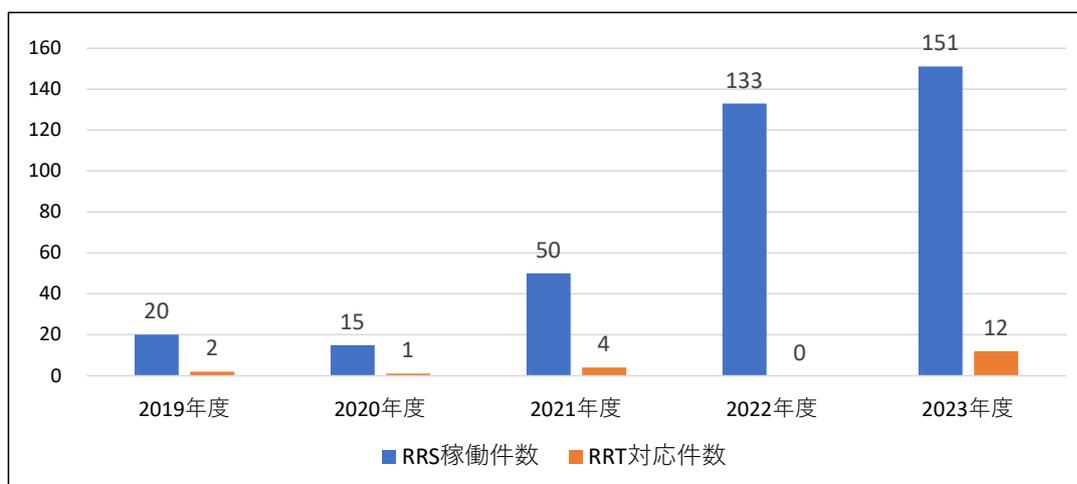
患者さんの容態の悪化を医療従事者が早期に捉え、重症化を防ぐシステムが適切に機能しているかを見る指標です。

定義

- ・1年間のRRS稼働件数
- ・1年間のRRT対応件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：件)
RRS稼働件数	20	15	50	133	151	
RRT対応件数	2	1	4	0	12	



指標の説明

2023年度は、RRSの報告経路の見直し、RRTの体制をより実践的に整備するとともに、職員へ周知を図りました。その結果、RRS稼働件数・RRTの対応件数は共に増加してきています。今後はRRSが適切に稼働しているかモニタリングを行ってまいります。

35

分子標的薬剤のIRR対応件数

自院

指標の意義

インフュージョンリアクション（輸注反応、Infusion Related Reaction:IRR）とはがん化学療法での使用機会が増加している分子標的薬剤をはじめとしたタンパク製剤投与時に多く発現する過敏性反応を指します。投与後の症状発現が早い方が重篤化しやすいことから、可能な限り早期の段階での発見、対応が望まれます。

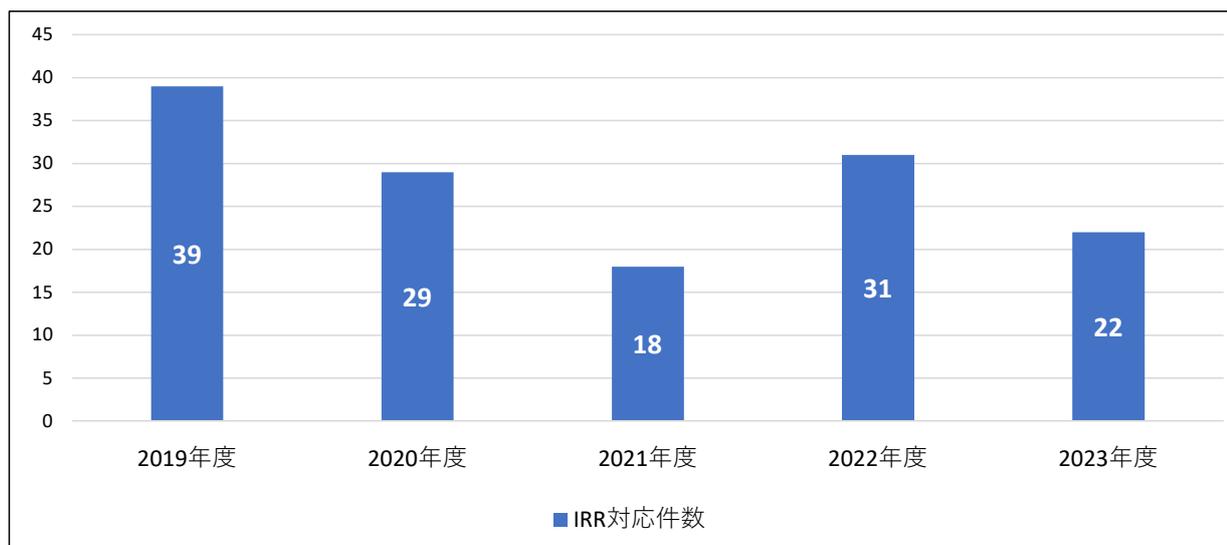
(https://www.gi-cancer.net/gi/fukusayo/fukusayo_07_1.html)

定義

1年間に抗体薬または抗体薬物複合体による薬物療法を実施した患者が、化学療法センターに滞在中にIRRを発症し、何らかの処置（観察、安静、治療など）を行った件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
IRR対応件数	39	29	18	31	22	(件)



指標の説明

IRRの内訳はGr.1：13件、Gr.2：8件、Gr.3：1件で全体の約60%がGr.1でした。これは定期的に患者の症状観察を行うことでIRRを早期に発見でき、速やかに薬剤注入の中断や当番医の診察を受けるなど適切な対応ができていたと考えます。

36 放射線科医がCT・MRIの読影レポート作成を翌営業日までに終えた割合

国立大学
病院

指標の意義

高度な医療を提供するためには、画像診断をより早く、より正確に行う必要となります。放射線専門医によるCT・MRI検査の画像診断レポートが翌診療日までに作成された割合を表現する指標です。算式は画像診断管理加算2の算定要件（80%以上）とする。

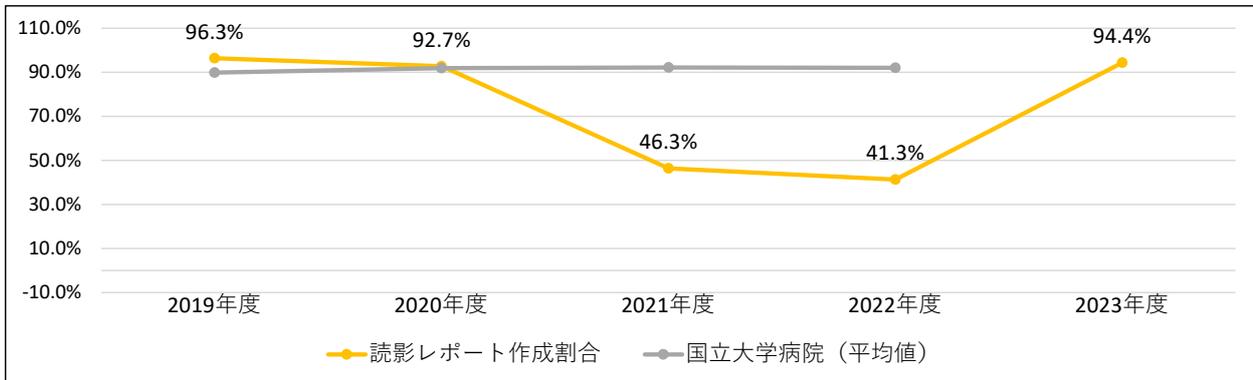
定義

分子 常勤・放射線専門医が検査翌診療日までに読影レポートを作成したCT・MRI検査読影件数×100

分母 CT・MRI検査数（ただし、検診は除く）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
翌診療日までの読影レポート数	45,790	43,248	21,992	19,996	45,718	(件)
対象レポート数	47,539	46,642	47,502	48,464	48,444	(件)
読影レポート作成割合	96.3%	92.7%	46.3%	41.3%	94.4%	(%)
国立大学病院（平均値）	89.9%	91.8%	92.1%	92.0%		



指標の説明

2021,2022年度の実績データに比べ、読影医が1名増えたため、2023年度は読影レポート数が増加し管理加算2の取得が可能となりました。

37 放射線科医が核医学検査の読影レポート作成を翌営業日までに終えた割合

国立大学
病院

指標の意義

指標No.35と同様に、核医学・PET-CT検査における適切な画像診断がなされていることを表す指標です。常勤・放射線専門医による核医学・PET-CT検査の画像診断レポートが翌診療日までに作成された割合を表現する指標です。

*算式は画像診断管理加算2の算定要件（80%以上）とする。

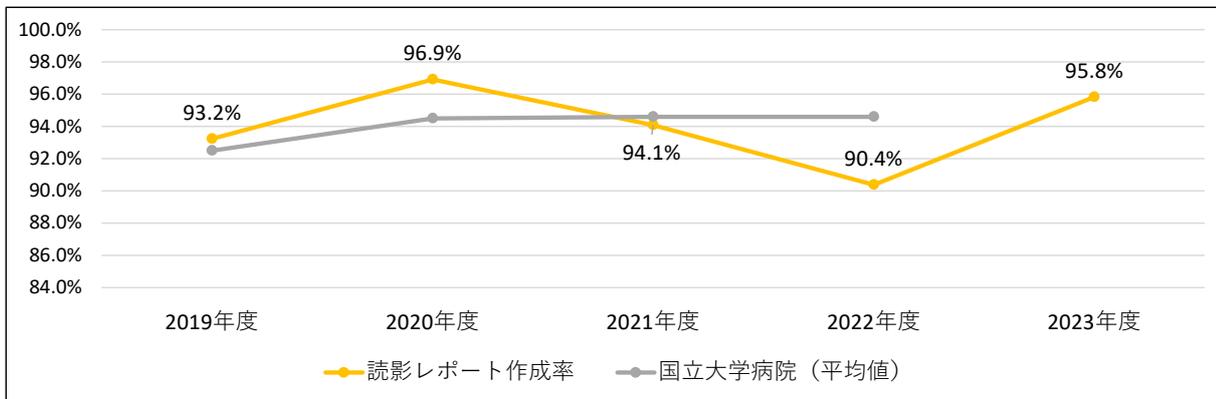
定義

分子 常勤・放射線専門医が検査翌診療日までに読影レポートを作成した核医学・PET-CT検査読影件数×100

分母 核医学・PET-CT検査数（ただし、検診は除く）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
翌診療日までの読影レポート数	4,751	4,643	4,579	4,422	4,681	(件)
対象レポート数	5,096	4,791	4,867	4,893	4,885	(件)
読影レポート作成率	93.2%	96.9%	94.1%	90.4%	95.8%	(%)
国立大学病院（平均値）	92.5%	94.5%	94.6%	94.6%		



指標の説明

前年度同様に読影率90%以上を維持しており、読影医の1名の増えたことにより5%の読影率が増加しました。

38

読影レポート既読率

自院

指標の意義

画像診断を依頼した医師の画像診断報告書の確認不足が患者の治療に影響した事例が散見されている。依頼医が、対象レポートを確認したかを示す指標です。既読管理対象レポートは放射線専門医が読影したCT・MRI・PET-CT検査レポートとする。

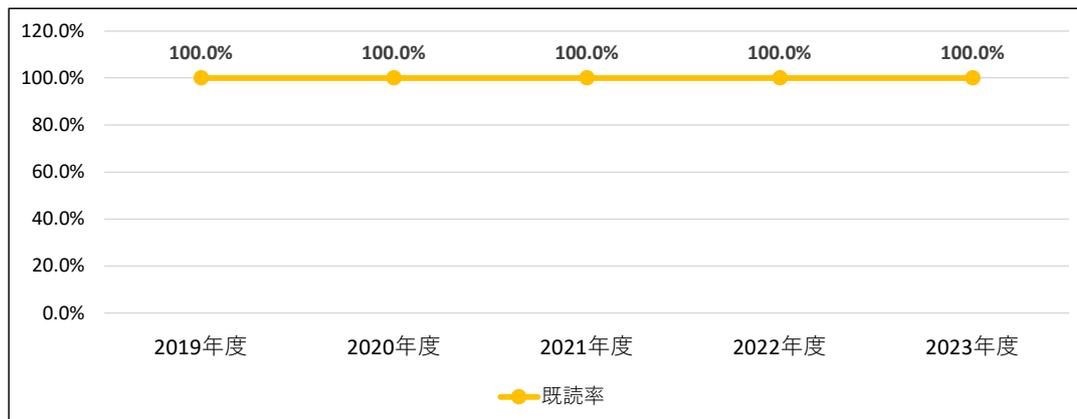
定義

分子 依頼医が読影レポートを確認した数×100

分母 既読管理対象レポート数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
依頼医によるレポート確認数	53,038	52,393	53,547	52,502	53,329	(件)
既読管理対象レポート数	53,038	52,393	53,547	52,502	53,329	(件)
既読率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	(%)



指標の説明

今年度より管理及び未読者への報告行為が、部門システムから電子カルテシステムへ移行した。大部分の管理業務が迅速で漏れのない自動通達となったため、今年度も100%を達成できると考えられる。また、退職者や長期休業者の既読について、各診療科部長の代行既読が可能となったため、より確実な読影レポート既読管理が実施できています。

39

病理組織診断件数

自院

指標の意義

がんの正確な診断は病理診断により行われ、これに基づき的確な治療が選択されます。組織診断件数はがんの診療において、正確な診断が行われたことを示す指標となります。

定義

病理組織診断件数 = 生検検体数 + 術中迅速検体数 + 手術検体数

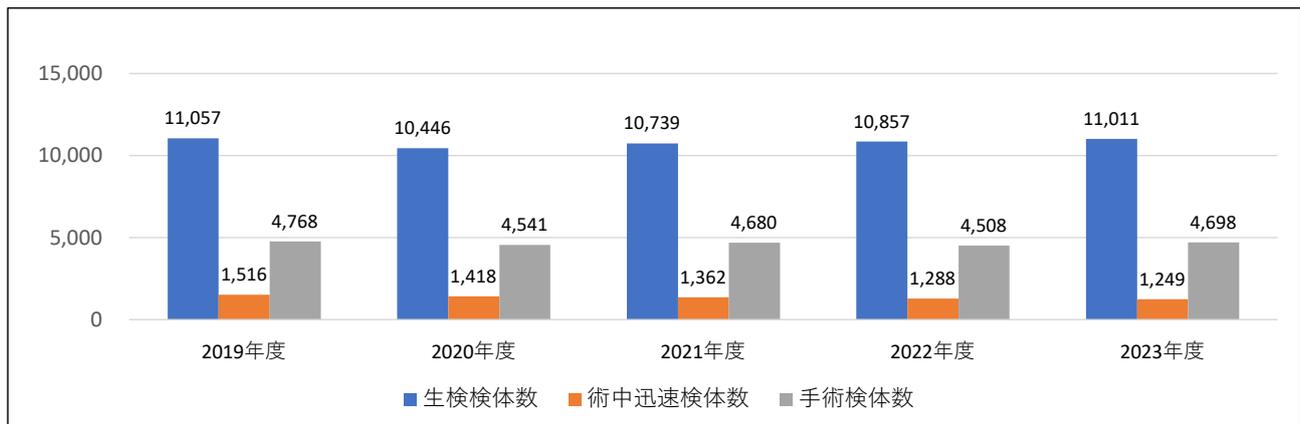
※生検診断は、組織の一部を採取して良性・悪性の判定や治療の選択をする（生検検体）

※術中迅速診断は、手術中ががんの広がりや転移の有無を診断する（術中迅速検体）

※手術検体の病理組織検査は、術後の治療選択のためのがんの悪性度や進行度を詳しく調べる

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：件)
生検検体数	11,057	10,446	10,739	10,857	11,011	
術中迅速検体数	1,516	1,418	1,362	1,288	1,249	
手術検体数	4,768	4,541	4,680	4,508	4,698	
病理組織診断件数	17,341	16,405	16,781	16,653	16,958	



指標の説明

2023年度の病理検査数は過去4年間とほぼ同じで、内訳も大きな変動はありません。検査総数は国内のがん専門病院の中でもトップクラスにあり、病理診断を含めた精度の高い診断のもとに適切な治療が行われていることを示しています。組織検体は細胞や組織の形態診断だけでなく、遺伝子変異やタンパク質を見る分子診断にも使われるようになり、分子標的治療薬の選択にも多く用いられてきています。

40

医師・看護師等によるがん患者指導件数

自院

- ① がん患者指導管理料イ（医師と看護師が協働して診療方針等を文書等で提供）
- ② がん患者指導管理料ロ（医師と看護師が心理的不安軽減のための面談）
- ③ 専門・認定看護師によるがん患者指導件数（がん患者指導管理料範囲外）

指標の意義

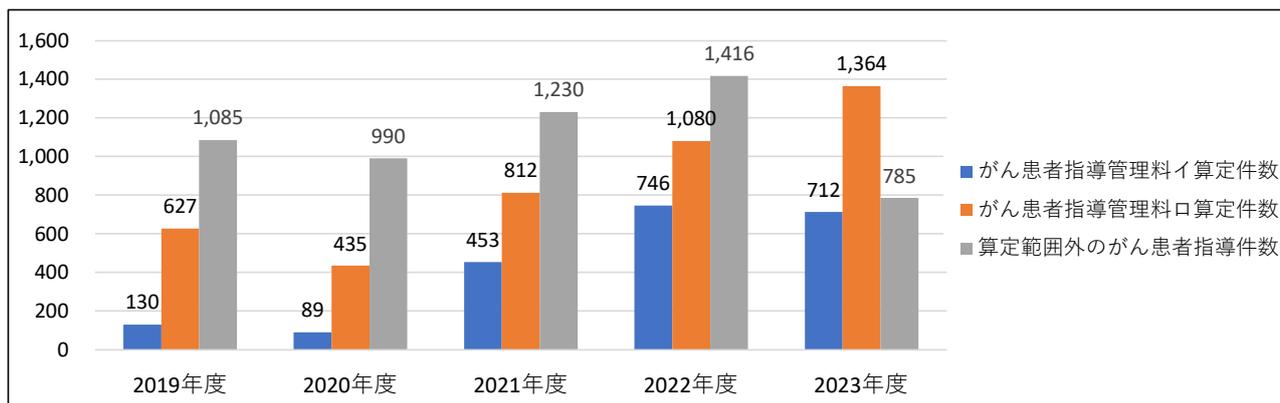
「がん患者指導管理料イ」は、患者と家族が納得して治療にのぞめるために、医師と看護師が協働で診断や治療方針について説明し支援するもので、病状理解と治療の意思決定が十分なされているかを測る指標です。「がん患者指導管理料ロ」は、患者の心理的不安を軽減するために、医師と看護師、公認心理士が支援するもので、不安が早期に緩和され安心して療養できているかを測る指標です。「専門・認定看護師によるがん患者指導件数」は、がん患者指導管理料の算定要件に満たない状況でも、診療上の問題を解決したり、心理的な不安を軽減するために、医師と看護師、多職種が支援するもので、指標の意味は指導イとロと同じです。がん患者指導管理料イの算定要件には、緩和ケア研修を修了した医師と専任の看護師（がん看護専門看護師、がん分野の認定看護師）がそれぞれ1名以上配置するとあります。当院では、患者家族支援センターに専門・認定看護師を複数名配置するとともに、病棟・外来部門に所属する認定者が、医師や看護師、薬剤師、遺伝カウンセラー等と協働して患者と家族の支援に当たっています。

定義

- ① 1年間のがん患者指導管理料イ算定件数（入院・外来の合計）
- ② 1年間のがん患者指導管理料ロ算定件数（入院・外来の合計）
- ③ 専門・認定看護師等によるがん患者指導件数（がん患者指導管理料範囲外※） ※指導イ、ロを算定した後に、算定要件にあわず算定なしで支援した件数、および支援開始時にイ、ロの算定要件があわず算定なしで支援した件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：件)
がん患者指導管理料イ算定件数	130	89	453	746	712	
がん患者指導管理料ロ算定件数	627	435	812	1,080	1,364	
算定範囲外のがん患者指導件数	1,085	990	1,230	1,416	785	
がん患者指導件数	1,842	1,514	2,495	3,242	2,861	



指標の説明

がん患者指導管理料イ件数は横ばいでしたが、がん患者指導管理料ロ件数が300件近く増加しました。これは、不安の強い患者に対して専門外来の看護師や医師からの支援依頼が増加したことが要因です。これからも、支援が必要性の高い患者さん、介入できるよう努めていきます。

41

糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

日病QI

指標の意義

糖尿病や慢性腎臓病を既往を背景に持つ患者の、透析への移行を予防し患者のQOL維持や医療費抑制に貢献するものです。

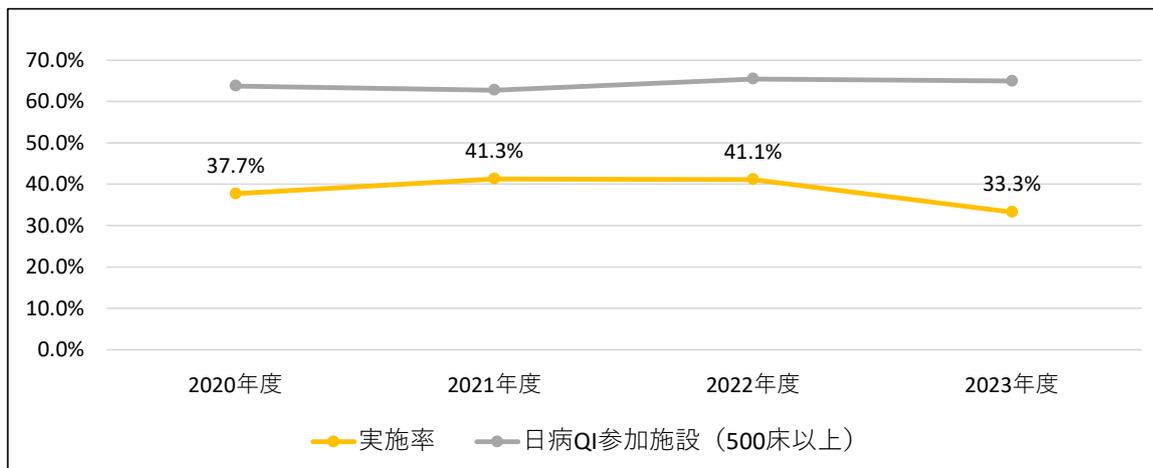
定義

分子 分母のうち、特別食加算の算定回数×100

分母 18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
特別食加算算定回数	13,574	16,037	20,172	16,861	(件)
当該入院患者の食事回数	36,052	38,838	49,121	50,660	
実施率	37.7%	41.3%	41.1%	33.3%	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	63.7%	62.7%	65.4%	64.9%	



指標の説明

・医師及び看護師への周知とともに、病棟担当管理栄養士より適切な栄養量について積極的に提案を行い、各患者の既往症についても栄養管理に努めていきます。

42

せん妄ハイリスク患者ケア実施率

自院

指標の意義

入院患者におけるせん妄のリスク要因の確認を行い、せん妄ハイリスク患者に対する対策を立案、実施しているかを見る指標です。

定義

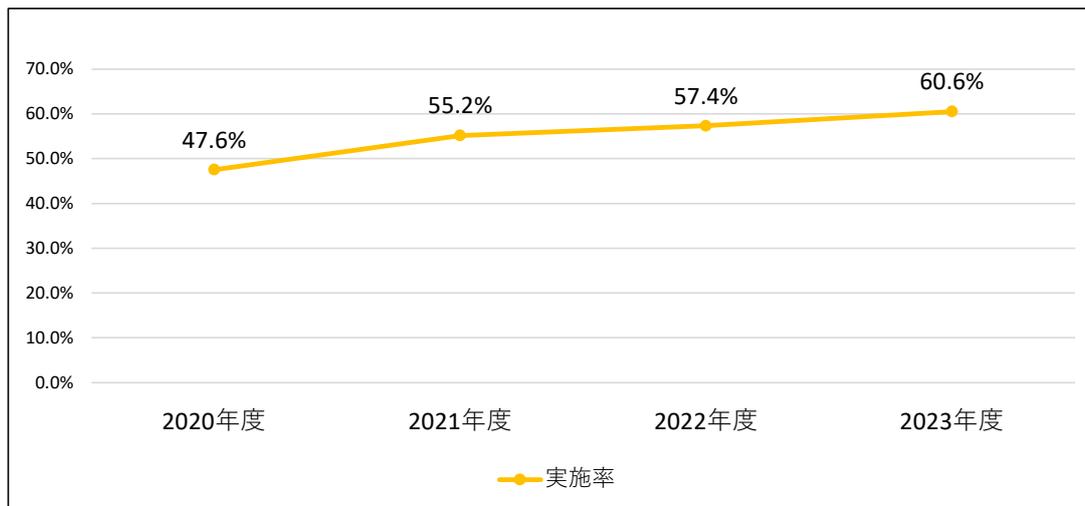
分子 せん妄ハイリスク患者ケア加算取得数×100

分母 せん妄スクリーニング件数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
せん妄ハイリスク患者ケア加算	3,650	8,572	8,914	9,295	(件)
せん妄スクリーニング数	7,671	15,536	15,542	15,350	
実施率	47.6%	55.2%	57.4%	60.6%	(%)

※2020年度は10月～3月（6か月）のデータです



指標の説明

入院により、環境の変化や治療の影響で、一時的なせん妄状態になることがあります。せん妄状態は術後の安静が保てなかったり、転倒転落などのリスクが高まることから、入院時にせん妄リスクに関するスクリーニングを入院患者さん全員に行い、早期からせん妄リスクケアを実施することが重要です。当院では、手術を目的に入院する患者さんや70歳以上の患者さんを対象に、患者さんの状況にあった看護計画を実行しており、その結果、実施率が年々増加してきています。

43

周術期等口腔機能管理実施件数

自院

指標の意義

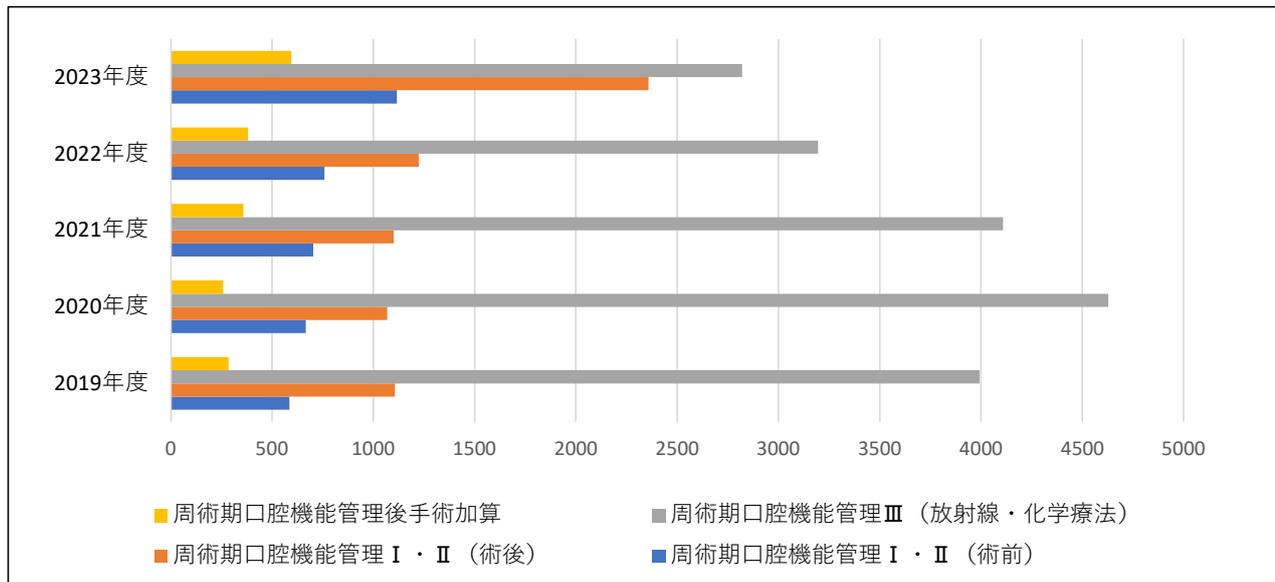
がん治療中の合併症（術後肺炎等）や口腔有害事象（口内炎等）を予防・緩和することで、円滑に治療をすすめること、患者さんの療養生活の質を支えることを目的に歯科医師・歯科衛生士による口腔管理が行われています。

定義

- ①周術期口腔機能管理料Ⅰ、Ⅱ（術前） ②周術期口腔機能管理料Ⅰ、Ⅱ（術後）
③周術期口腔機能管理料Ⅲ ④周術期口腔機能管理後手術加算

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：件)
周術期口腔機能管理Ⅰ・Ⅱ（術前）	585	667	703	759	1,116	
周術期口腔機能管理Ⅰ・Ⅱ（術後）	1,107	1,069	1,100	1,224	2,359	
周術期口腔機能管理Ⅲ（放射線・化学療法）	3,993	4,629	4,109	3,195	2,820	
周術期口腔機能管理後手術加算	286	258	358	380	595	
周術期口腔機能管理計画策定料	1,136	1,066	1,104	1,115	1,262	
手術件数	4,786	4,595	4,690	4,458	4,492	



指標の説明

周術期口腔機能管理加算（総数）は減少傾向ですが、手術前、手術後から退院時に、口腔機能状態のスクリーニングを行い、歯科衛生士による口腔ケアや患者指導の実施件数が増加しています。今後は、手術以外の放射線・化学療法治療対象者の口腔機能管理を強化を図るとともに、地域の歯科診療所と協力して口腔ケアを進めていきます。

45

NST（栄養サポートチーム）介入件数（入院・外来）

自院

指標の意義

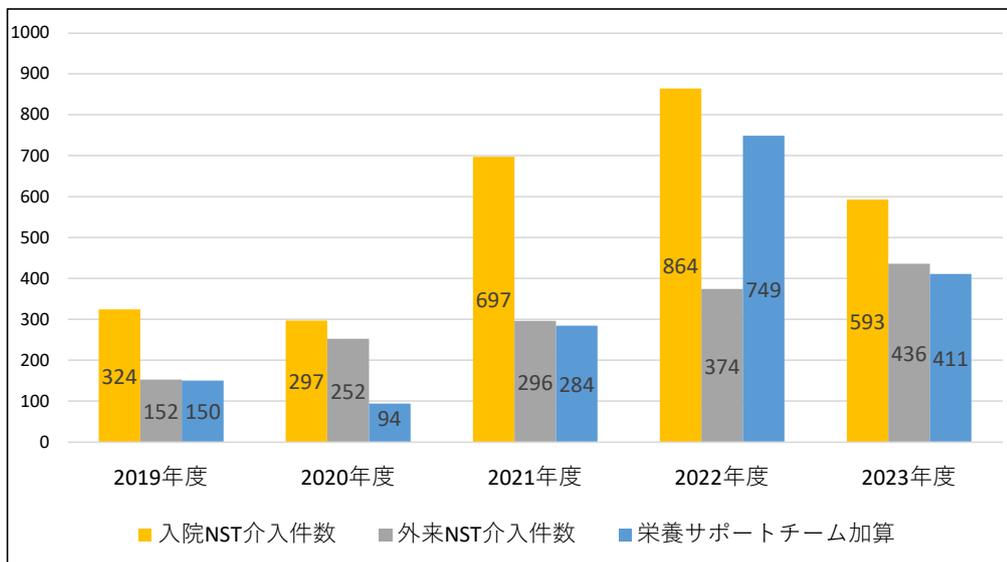
NST（栄養サポートチーム）は、多職種による患者への適切な栄養管理を実施し支援するチームです。NSTは、患者さんの栄養状態をスクリーニングし、患者さんの栄養状態を把握し適切な栄養管理を行います。低栄養や治療前の栄養改善の支援状況を見る指標です。

定義

1年間のNST介入件数（外来・入院）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
NST介入件数（外来・入院）	476	549	993	1,238	1,029	（件）
外来NST介入件数	152	252	296	374	436	（件）
入院NST介入件数	324	297	697	864	593	（件）
栄養サポートチーム加算	150	94	284	749	411	（件）



指標の説明

2022年度から緊急入院患者を新たな対象とし介入したため2022年度は件数が急増しましたが、緊急入院介入患者を精査した結果、介入対象外の患者が含まれていました。2023年度はNSTが対象患者にピンポイントで介入できるよう抽出したことで入院NST介入件数が減少しました。

46

チャイルド・ライフ・スペシャリスト(CLS)支援件数

自院

指標の意義

CLSは、1950年代頃から主に北米で発展してきた、病院など医療環境下にある子どもや家族(きょうだいを含む)を支援する専門職です。子どもの生活の中心である遊びを提供することで、子どもの不安を和らげ、子ども本来の発達を支援すること、どんな環境でも、子どもや家族がその家族らしくいられることを目指し活動しています。子どもが受け身になりがちな医療環境の中でも、子ども自身が主体的な存在であり続け、その子なりに治療や入院生活などに向き合えるようサポートしています。

乳幼児からAYA世代*の患者さん、お子さんを抱えて闘病されている患者さんを支援しています。

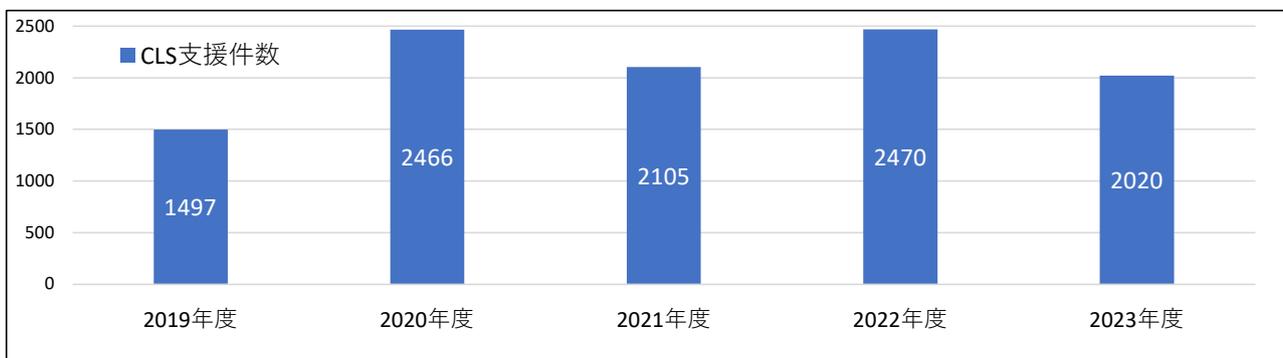
定義

1年間のCLS支援件数

- <支援内容> ・ 治癒的遊びの提供 ・ 治療、処置、検査、手術などの心の準備
 ・ 処置、検査、手術麻酔導入時のサポート
 ・ きょうだい支援 ・ 復園・復学支援 ・ グリーフケア など

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
CLS支援件数	1,497	2,466	2,105	2,470	2,020	(延べ件数)



指標の説明

社会全体で見ても少子化傾向であり、その中で病気に罹患し当院に入院する人数が減少しています。そのため、CLSの介入件数が減少していると考えられます。今までは外来を訪問しサポートする機会が限られていましたが、2023年度からは、CLSからも適宜外来診察に合わせて患者さんやご家族を訪問する事で、退院後もサポートを継続し、支援の質向上に取り組んでいます。

指標の意義

AYA・子どもサポートチームは、小児科医・看護師・チャイルドライフスペシャリスト・ソーシャルワーカー・心理士など多職種で、AYA世代（15～39歳）及び子どもを抱えて闘病する患者さんとそのご家族が、それぞれの状況によりよく順応して、がんを抱えて生きることを支援しています。

リンク：AYA世代の診療（<https://www.scchr.jp/ideal-care/aya.html>）

AYA・子どもサポートチーム（https://www.scchr.jp/about-us/torikumi/multidisciplinary/aya_child-supportt.html）

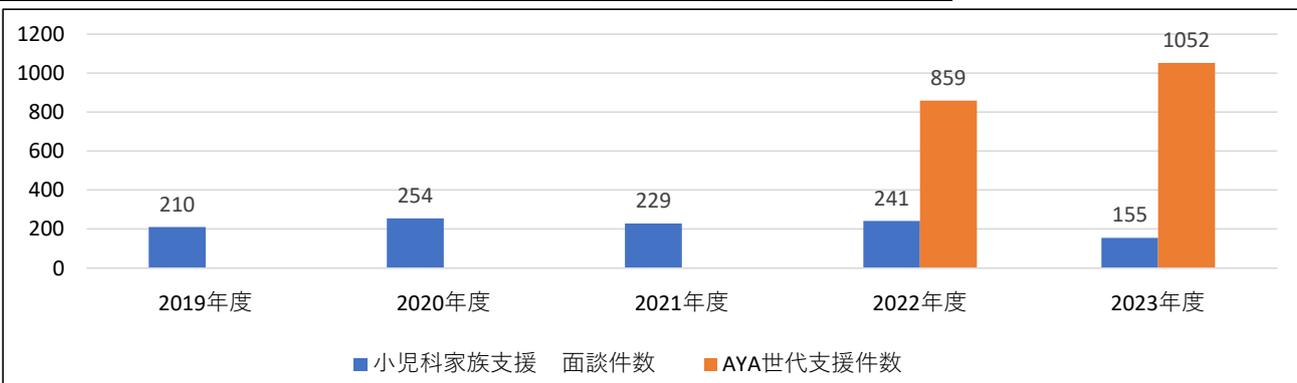
定義

小児科家族支援 面談件数（未成年の子どもをもつ患者さんへの支援）

AYA世代支援人数（小児科家族支援を除く）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
小児科家族支援 面談件数	210	254	229	241	155	（延べ件数）
AYA世代支援件数				859	1,052	延べ件数・（実人数）



指標の説明

前年度より小児科家族支援の面談の件数が減少しています。これは、令和5年度には新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが5類感染症になり、こどもの面会（小学生以下）の際のチームによるサポートが減少した事も影響していると考えます。一方で、チームのリンクナースだけでなく、各病棟や主治担当医の協力を得られている事は病院全体でのサポートの底上げに繋がっていると思われます。

AYA支援強化に向けた一つのデータとして2022年度（8月～3月）より、AYA世代への支援人数を計上しており、2023年度は1年間での件数のため比較はできません。引き続き、多職種で全人的ケアやサポートが提供できるよう協働し、患者さんがその人らしく生活できるように一緒に考えていきます。

48

褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数（率）

自院

指標の意義

褥瘡ハイリスク患者ケアは、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要となる患者に対し、適切な褥瘡予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続することで、褥瘡の発生予防及び褥瘡の悪化防止につながります。

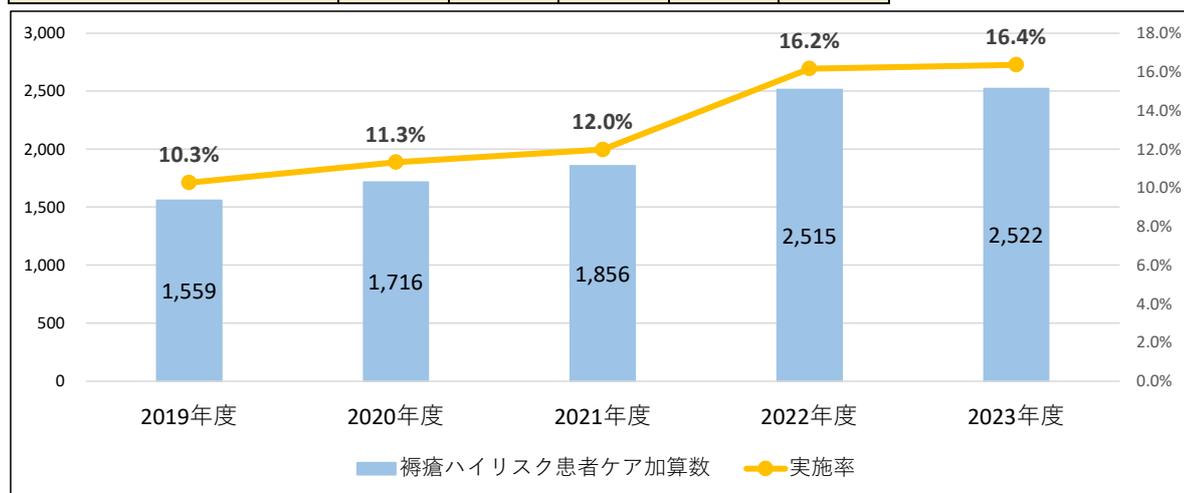
定義

分子 褥瘡ハイリスク患者ケア加算件数×100

分母 退院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算数	1,559	1,716	1,856	2,515	2,522	(件)
退院患者数	15,173	15,147	15,498	15,561	15,409	
実施率	10.3%	11.3%	12.0%	16.2%	16.4%	(%)



指標の説明

褥瘡ハイリスク患者ケアは、寝たきり状態であり、①ショック状態、②重度の末梢循環不全、③麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用、④6時間以上の全身麻酔下による手術、⑤特殊体位による手術、⑥強度の下痢が続く状態、⑦極度の皮膚の脆弱、⑧皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用、⑨褥瘡に関する危険因子がありすでに褥瘡を有する方を対象に、総合的な褥瘡対策を継続して実施しています。褥瘡ハイリスクに該当する患者に対し、速やかに適切な褥瘡予防対策と専門性の高い褥瘡ケアを実施することで、褥瘡の発生予防や褥瘡の悪化・再発防止に繋げています。

指標の意義

褥瘡(いわゆる床ずれ)は、寝たきりの状態や車椅子生活などをきっかけとして皮膚の血流が滞ってしまうことで発生します。褥瘡が発生すると、生活の質の低下をきたすと共に、感染などの合併症を引き起こす危険性や、治療が長期に及んだり、医療費の増大に繋がります。その為、褥瘡の発生予防や早期発見に努めていく必要があります。

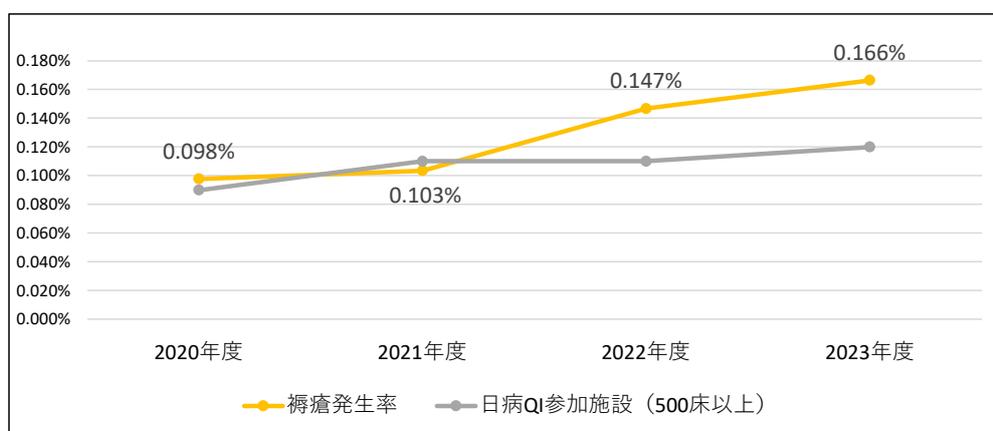
定義

分子 d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数×100

分母 同日入退院患者または褥瘡持込患者又は調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
褥瘡新規発生患者数	176	196	285	318	(人)
入院延べ患者数	180,226	189,390	194,327	191,098	(人)
褥瘡発生率	0.098%	0.103%	0.147%	0.166%	(%)
日病QI参加施設(500床以上)	0.09%	0.11%	0.11%	0.12%	(%)



指標の説明

がん終末期は寝たきりになることが多く、当院のようながん専門病院(50床の緩和ケア病棟を有する)では褥瘡が発生しやすくなる為、褥瘡発生率は全国平均よりも高くなる傾向にあります。当院における褥瘡の発生予防として、体圧分散マットレスを早期から使用すると共に、褥瘡・創傷マニュアルによるケアの統一化、各部署の褥瘡管理責任者との連携を図り、褥瘡予防を強化する取り組みを継続しています。また、院内教育による褥瘡ケアの知識の向上や、多職種の参画した褥瘡対策チームでの褥瘡回診・カンファレンスの強化を図り、早期から専門性の高い適切な褥瘡の予防・治療を提供し、褥瘡の早期改善と悪化防止に取り組んでいます。

49-1

圧迫創傷（褥瘡）率

日病QI

- a. 新規圧迫創傷（褥瘡発生率）
- b. 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率
- c. 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

指標の意義

圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。

持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かを見るものです。

定義

- a. 分子 調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母 調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査機関に新たに入院した患者数
- b. 分子 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Injury:MDRPI）発生患者数
分母 調査期間初日（0時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数
- c. 分子 入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母 調査期間に新たに入院した患者数

当院の実績

a. 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率



b. 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率



c. 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率



指標の説明

がん終末期では、終末期特有の症状や倦怠感・疼痛等により褥瘡の発生リスクは高くなります。当院のようながん専門病院（50床の緩和ケア病棟を有する）では褥瘡が発生しやすくなる為、褥瘡発生率は全国平均よりも高くなる傾向にあります。体圧分散マットレスの早期導入や、褥瘡マニュアルによるケアの統一化、院内教育による褥瘡ケアに対する知識・技術の向上、各部署の褥瘡管理責任者や多職種との連携を強化し、褥瘡予防対策と悪化防止の取り組みを継続しています。また、多職種の参画した褥瘡対策チームでの褥瘡回診・カンファレンスの強化を図り、早期から専門性の高い適切な褥瘡の予防・治療を提供し、褥瘡の早期改善と悪化防止に取り組んでいます。MDRPUも褥瘡と同様に、創傷マニュアルによるケアの統一化、院内教育によるMDRPUに対する知識・技術の向上、多職種との連携強化を図り、MDRPUの予防対策に取り組んでいます。

50

地域医療連携パス（5大がん）使用件数

自院

指標の意義

地域医療連携パスとは、がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等との間で双方の役割分担や診療計画表（医療者用・患者用）を用いてがん患者さんに対する一連の診療の流れを体系化したものをいいます。

当院では、5大がん（胃がん、大腸がん肺がん、乳がん、肝臓がん）の地域連携パスを地域の医師会や連携医療機関と協議して策定しました。これにより、がん診療における地域医療連携を促進し、がん医療の質の保証と安全の確保を図る上での指標になります。

定義

5大がん（胃、大腸、乳、肺、肝臓）の術後患者に対し、「がん治療連携計画策定料」を算定した患者数
1年間に、後方連携（逆紹介）した医療機関/施設数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：件)
胃がん	0	0	0	0	0	
大腸がん	33	33	39	28	20	
乳がん	31	34	70	275	279	
肺がん	0	0	0	0	0	
肝臓がん	0	0	0	0	0	
がん治療連携計画策定料算定件数	64	67	110	303	299	
医療連携機関/施設数			46	37	38	

※乳がんパスは2022年度から医療連携機関を38施設に限定



指標の説明

当院では、5大がんのうち、大腸がんと乳がんの地域医療連携パスを運用しています。乳がんでは、2023年度から浸潤性乳がんのほぼ全症例（一部除く）が地域医療連携パスを適用して38施設の医療機関と連携を進めています。

51

入退院支援実施率

自院

指標の意義

入退院支援実施率は、患者さんが安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者さんを抽出し、入院時から院内外の多職種が協働して、患者さんの在宅療養に積極的に介入しているかを見る指標です。

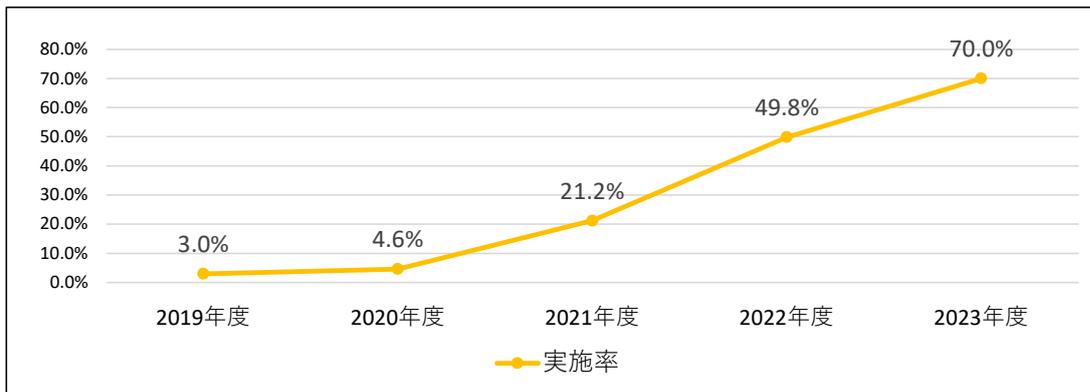
定義

分子 入退院支援加算件数×100

分母 退院患者数（死亡退院は含まない）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
入退院支援加算件数	416	648	3,033	7,173	10,811	(件)
退院患者数	13,993	14,075	14,320	14,390	15,419	(件)
実施率	3.0%	4.6%	21.2%	49.8%	70.0%	(%)



指標の説明

2023年度は入退院支援加算1の算定が退院患者数の7割に上昇しています。在宅転院支援室では、地域のケアマネジャーや地域連携機関との情報共有を増やし、在宅に向けた退院前カンファレンスを着実に実施してきました。

今後は、在宅調整の看護師が病棟看護師と共に地域との連携強化を目指した退院支援と、ケアマネジャーと迅速な情報共有を目指して、初診・入院支援室との連携を強化していきます。

52

20歳以上の身体抑制率

自院

指標の意義

身体抑制は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害が生じる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでのやむを得ない処置として行われる行動の制限です。できる限り早期の他の方法に切り替えるよう努めなければなりません。やむを得ない身体抑制が適切かを見る指標です。

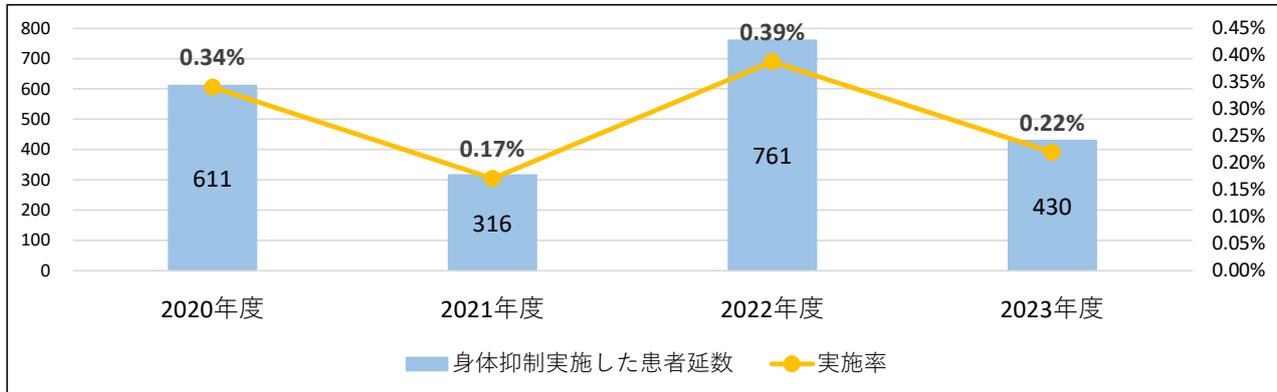
定義

分子 分母のうち（物理的）身体抑制を実施した患者延数×100

分母 20歳以上の入院患者延数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
身体抑制実施した患者延数	611	316	761	430	※ 離床センサーは除く
20歳以上の入院患者延数	179,238	184,512	196,000	195,842	
実施率	0.34%	0.17%	0.39%	0.22%	(%)



指標の説明

物理的身体拘束の範囲に、センサー類（離床センサ、離床マット、センサーベッドなど）のい使用は、身体拘束に該当しないが、体動コール（クリップで首の襟につなげている こと）や自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む（4点柵）は、身体拘束に該当します。この定義に則り、身体拘束とその記録に関する現況を把握していき、身体拘束の指示や記録がマニュアルに沿って正しく行われているか確認していきます。

53

臨床倫理委員会への報告・相談件数

自院

指標の意義

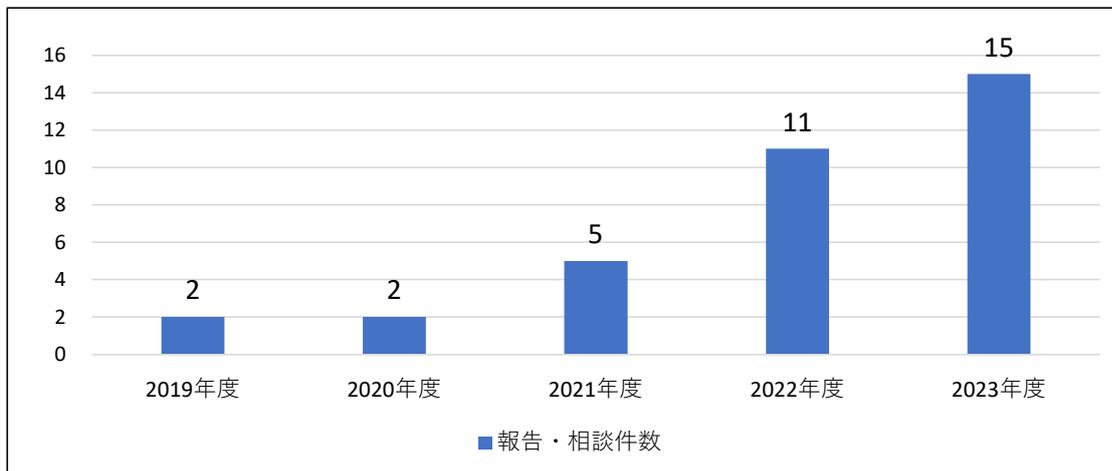
臨床の様々な場面で生じる倫理的課題の中でも当事者間で解決困難な問題や課題について、自部署だけでなく、組織で取り組んでいる状況を示す指標となる。

定義

1年間の臨床倫理委員会(倫理コンサルテーションチームを含む)への報告・相談件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
報告・相談件数	2	2	5	11	15



指標の説明

臨床倫理検討委員会への相談件数は年々増加しており、2023年度は最も多い15件の報告・相談がありました。2023年度から全職員対象に臨床倫理委員会相談窓口を紹介したことや、倫理問題の対応フローを見直し周知したことも件数増加につながったと考える。さらに2024年度は倫理問題の検討内容の充実させていきます。

54

カルテ開示数（手続きによる開示）

自院

指標の意義

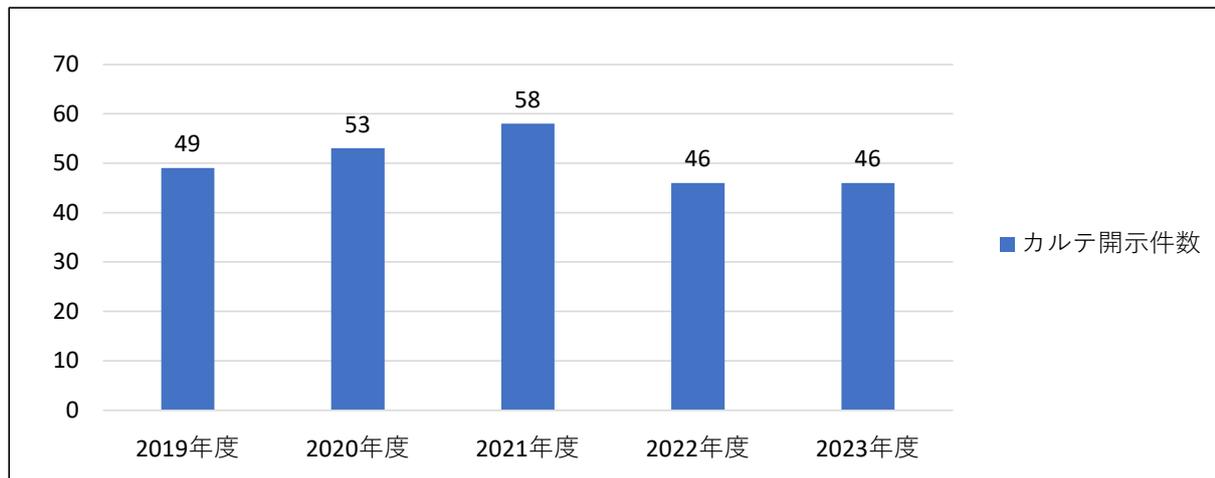
カルテ開示を行うことで、患者さん等と診療情報を共有した適切なパートナーシップに基づく良質な医療の提供が出来るような体制を整えることに繋がります。

定義

1年間のカルテ開示件数（手続きによる開示）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
カルテ開示件数	49	53	58	46	46	(件)



指標の説明

委員会の承認および病院長の決定を受け、カルテ開示申請の全例において開示を行いました。2021年度以降、B型肝炎訴訟用の資料目的での申請が減少したことで、カルテ開示件数が減少しました。なお、B型肝炎訴訟の請求期限が2027年3月31日までとなっているため、2027年度以降は大幅に減少することが予想されます。

55

患者・家族等の相談件数

自院

指標の意義

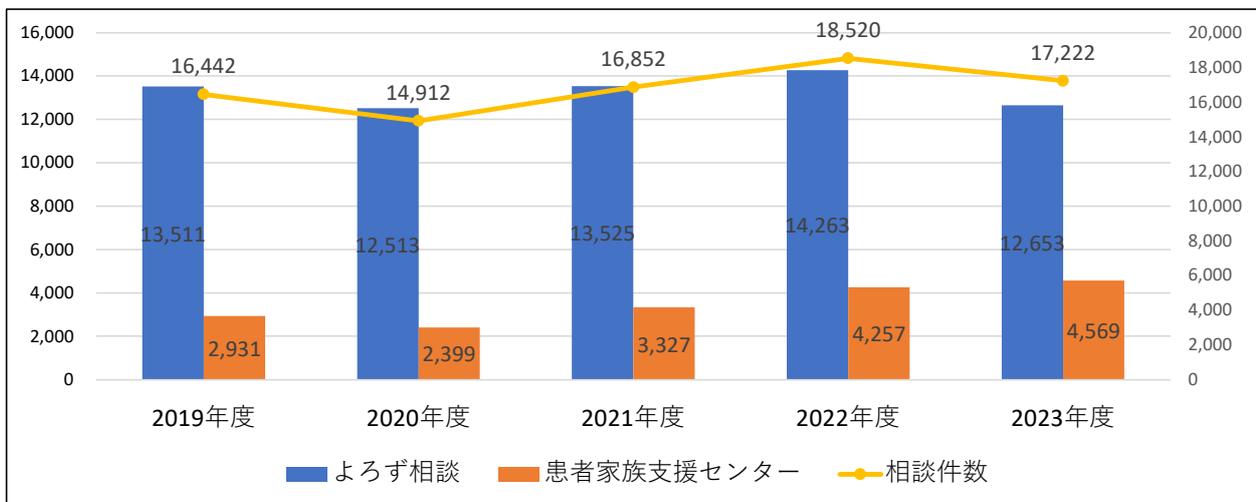
当院では、「よろず相談（がん患者相談支援センター）」がん患者さんやご家族の抱えているがんに対する悩みや疑問に対して、MSW（医療ソーシャルワーカー）、看護師が対応し、「患者家族支援センター」の多職種と連携しながら、あらゆる相談に対応しています。がん医療に求められる「治し支える医療」を図る指標の一つです。

定義

- ① よろず相談で受けた患者・家族等からの相談件数
- ② 患者家族支援センター関与した相談件数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：件数)
よろず相談	13,511	12,513	13,525	14,263	12,653	
患者家族支援センター	2,931	2,399	3,327	4,257	4,569	
相談件数	16,442	14,912	16,852	18,520	17,222	



指標の説明

2023年度は2021年、2022年度に比べて相談件数が減少しています。少子高齢化、家族や地域共同体の機能の脆弱化等の社会情勢の変化に伴い、多様化／複雑化した生活課題を抱える方が増えています。そのため当相談室で対応する相談も以前より時間を要する傾向にあり、かつ重層的な支援が求められています。そのような背景が相談件数にも影響していると思われます。

56

就労・就学支援相談件数

自院

指標の意義

就労可能年齢のがん患者さんが増加しており、仕事をつづけ「生活の質」を維持しながら治療を継続するための支援が必要です。また、小児・AYA世代のがん患者さんに対しての就学支援として、療養中であっても教育の保証や居場所作りを推進しています。就労・就学支援相談件数は、こうした支援の状況を見る指標です。

定義

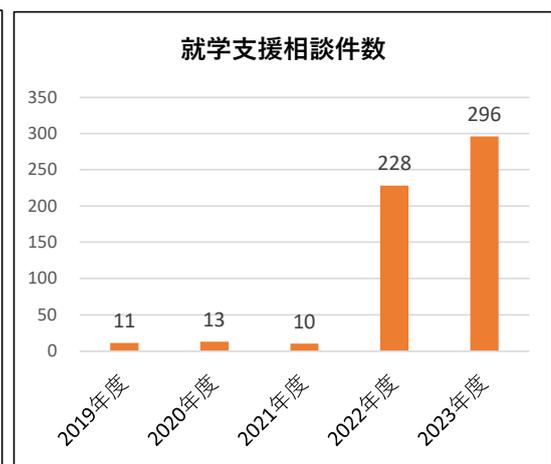
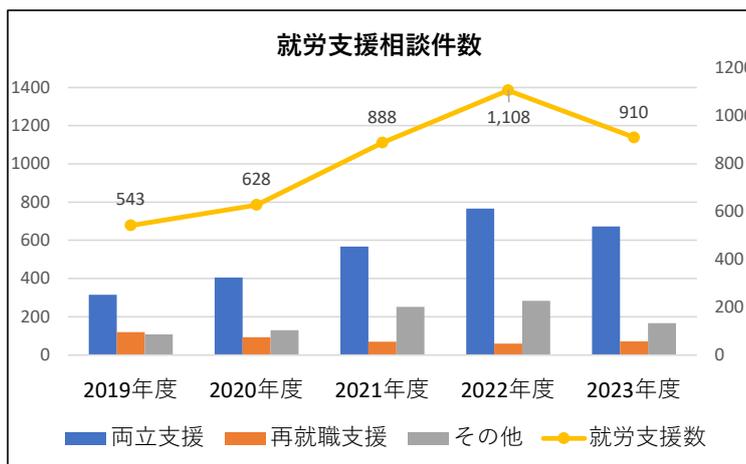
よろず相談での就労支援相談件数（両立支援件数＋再就職支援件数＋その他の件数）

よろず相談での就学支援相談件数（個別相談件数＋学校・教育委員会との連携＋学校との合同カンファレンス）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
就労支援相談件数	543	628	888	1,108	910
就学支援相談件数	11	13	10	228	296
就労・就学相談件数	554	641	898	1,336	1,206

※2022年度～延べ相談件数



指標の説明

・就労支援は、利用者の傾向が一定しないために変動する可能性があります。治療と就労の両立に関する悩みやつらさを早期に解決することができるよう、病院全体で就労支援の体制を整えることが必要です。就学支援では、病気療養中の高校生の教育支援のニーズが顕著になってきています。

57

SCCホームページ：患者支援・相談の閲覧件数

自院

指標の意義

患者さんやご家族は、がん治療の様々な場面で多くの悩みや負担に遭遇します。静岡がんセンターでは積極的な支援を心掛けています。ホームページの「患者支援・相談」コンテンツには、「がん治療に伴う、患者さんご家族の様々な悩み」の「診療上の悩み」「心の苦悩」「身体の苦痛」「暮らしの負担」に関するがん体験者の悩みに沿った助言を閲覧することができます。閲覧状況、患者さんやご家族の悩みの傾向を分析し、必要な情報提供を進める上で重要な指標です。

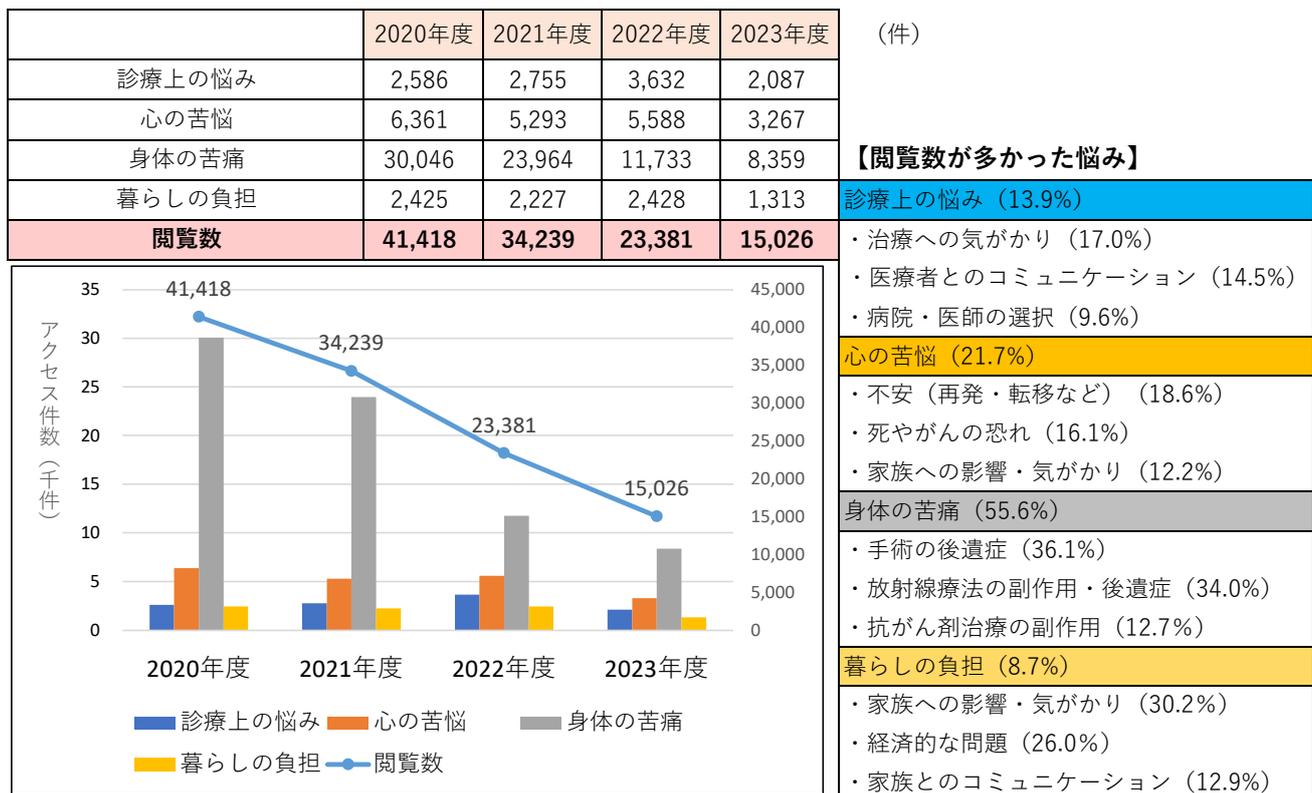
定義

ホームページ：患者家族支援コンテンツの「がん治療に伴う、患者さんご家族の様々な悩み」の閲覧数

<https://www.scchr.jp/supportconsultation.html>

- ①「診療上の悩み」に関する悩みや助言の閲覧数 ③「身体の苦痛」に関する悩みや助言の閲覧数
②「心の苦悩」に関する悩みや助言の閲覧数 ④「暮らしの負担」に関する悩みや助言の閲覧数

当院の実績



指標の説明

「がん治療に伴う、患者さんご家族の様々な悩み」は、2003年と2013年に実施した全国調査結果を整理して構築したがん体験者の悩みデータベースに基づき、がん体験者の方々の悩みや負担を和らげるための助言や日常生活上の工夫などの情報ツールです。閲覧数は2019年度をピークに減少傾向にあり、2023年度は1万5千件程度ありました。特に多く閲覧されていた項目は「身体の苦痛」(55.6%)で、7割が手術や放射線治療の後遺症に関するアクセスでした。「診療上の悩み」(13.9%)、「心の苦悩」(21.7%)、「暮らしの負担」(8.7%)でした。これからも、正確で分かりやすい情報提供を配信していきます。

58

外来待ち時間（平均）

自院

指標の意義

外来待ち時間が発生する要因として①診療科によって曜日や時間帯による患者数の偏りがあること②診療にかかる時間の予期せぬ変動③体調不良や救急の対応などがあげられます。外来待ち時間が長くなることは外来通院中の患者・家族にとって大きな負担になります。待ち時間の持続的な評価、診療科ごとの分析を継続的に行い、待ち時間短縮のための改善に取り組むことが外来診療における患者満足度の向上につながると考えます。

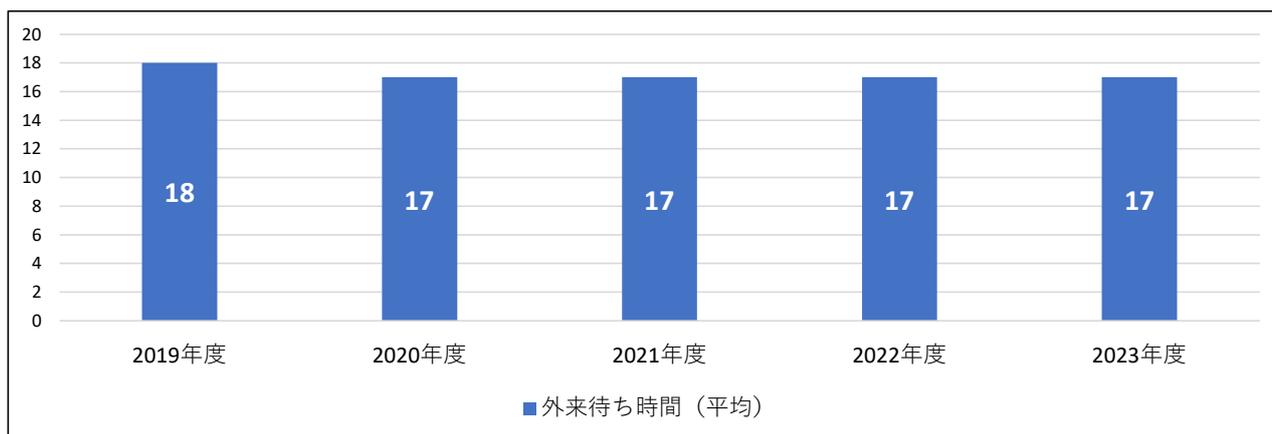
定義

分子 診察呼び込み時刻－予約枠開始時刻（予約枠開始時刻より早く来院の場合）

分母 診察呼び込み時刻－外来ブース受付時刻（予約枠開始時刻より遅く来院の場合）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
外来待ち時間（平均）	18	17	17	17	17	（分）



指標の説明

全患者の平均待ち時間は、ここ数年大きく変わることがなく17分前後で推移しています。しかし、診療科や医師個別になると実際には待ち時間が1時間を超えている場合があり、診療科別・医師別に実態調査を行い待ち時間のばらつきを減らすよう検討していきます。

59

くすり待ち時間（中央値）

自院

指標の意義

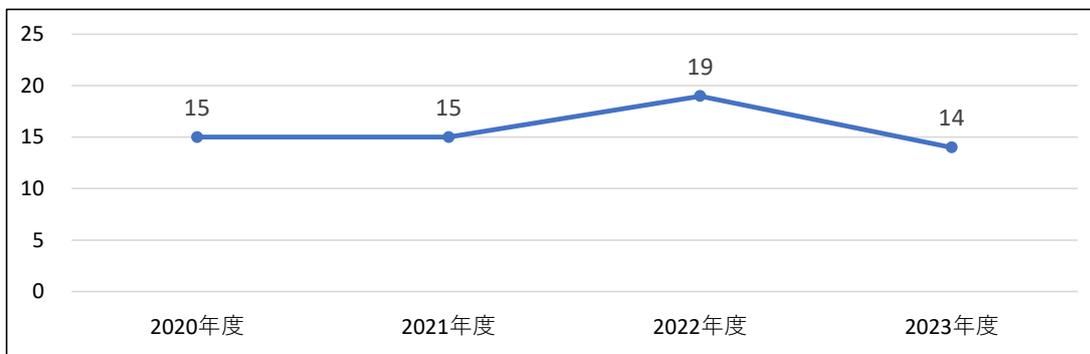
外来患者さんが会計窓口での支払いからお薬の交付を受けるまでの所要時間の平均値を示します。お薬の待ち時間は外来患者さんにとって苦痛になりかねない時間ですので、その推移を毎月見えています。

定義

くすり待ち時間（中央値）＝会計終了時刻－お薬交付時刻

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
くすり待ち時間（中央値）	15	15	19	14

（分）

指標の説明

2020年度・2021年度の15分から2022年度は19分へ増加したが、2023年度は①調剤補助員の増員により調剤業務にかかわる人員を増やすことができたこと。②繁忙時間帯には、外来調剤を優先させるため、病棟担当の薬剤師がサポートする体制を強化したこと等に取り組、くすりの待ち時間については、一定の改善の傾向を示すことができました。

2024年度は改善傾向を維持できるよう、さらに業務改善の工夫があれば、取り組んでいきます。

60

患者サロン：勉強会参加者数

自院

指標の意義

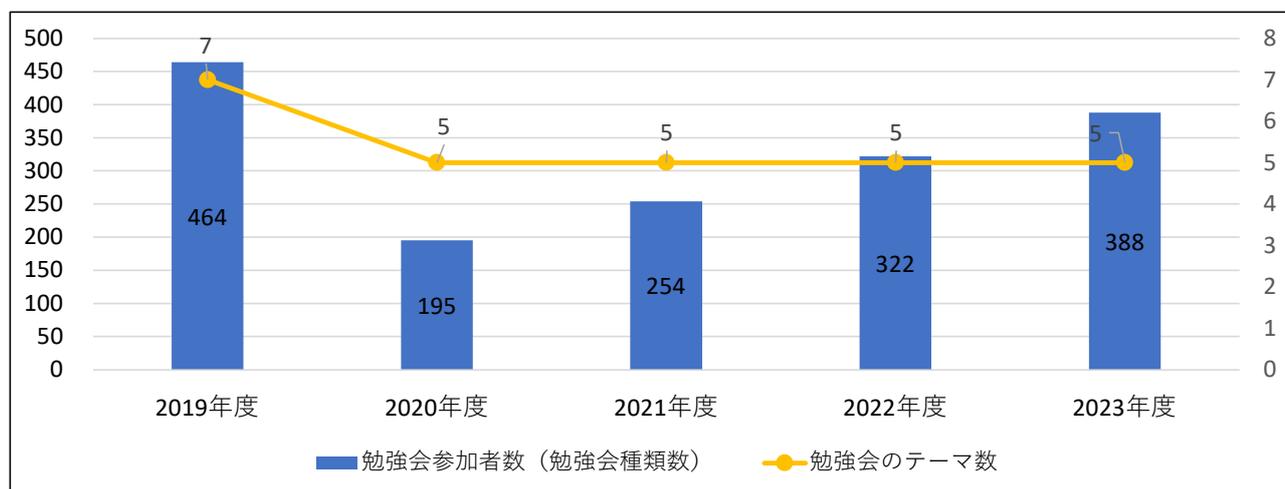
患者サロンは、病院における患者・家族支援の設備の一つです。くつろぎと対話の場の提供、病気や暮らしに関する勉強をする機会の提供を行っています。

定義

患者サロンで開催した勉強会参加者数（勉強会開催数）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
勉強会テーマ数	7	5	5	5	5	(数)
勉強会参加者数(勉強会種類数)	464	195	254	322	388	(日人)



指標の説明

コロナ感染症対策を取りながら勉強会の開催を継続してきました。参加者数は徐々に回復してきています。2024年度は勉強会の数を増やす予定です。

61

患者図書館利用者数

自院

指標の意義

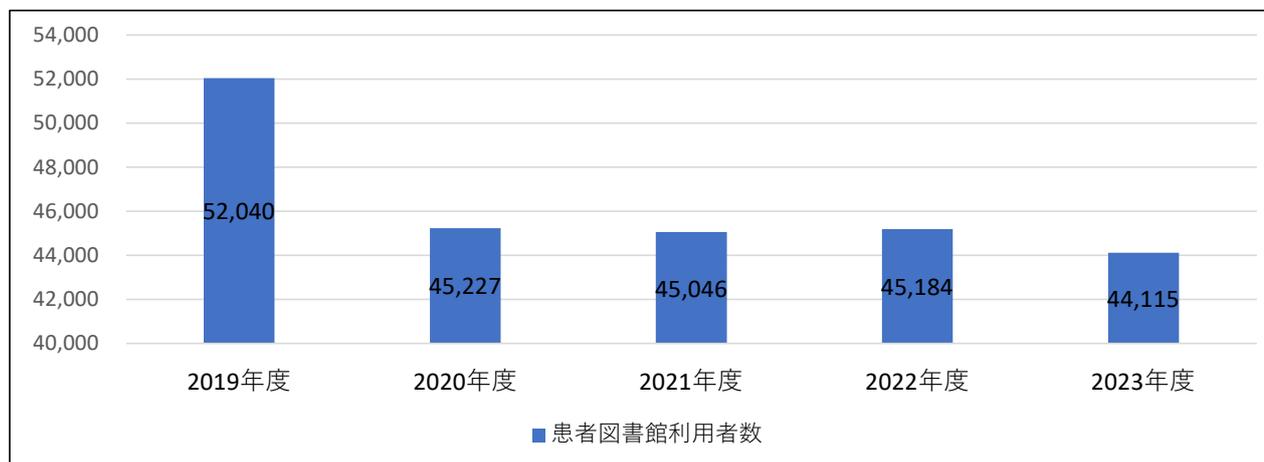
患者図書館「あすなろ図書館」は、静岡がんセンターの1階にあり、患者さん以外の一般の方も利用できる図書館です。「本を楽しみたい」「病気のことを知りたい」「インターネットで情報を得たい」「くつろげる場が欲しい」といった患者さんの希望に沿う場所です。

定義

1年間の患者図書館利用者数（本・ビデオの貸出、インターネットの利用、ビデオ視聴）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
患者図書館利用者数	52,040	45,227	45,046	45,184	44,115



指標の説明

コロナ感染以降、病院の入館者数制限の影響で、2020年度から図書館利用者数は減少しています。こうしたことから、貸出冊数を入院中の患者に限り休日前には5冊まで増やすなどして、入院患者の利便性を高める取り組みをしています。

62

くらしのコンシェルジュサービス利用件数

自院

指標の意義

・暮らしの上で必要となる情報を、患者さんや患者さんのご家族に提供するサービスである「暮らしのコンシェルジュサービス」の利用状況を示しています。「暮らしのコンシェルジュサービス」は病院内の一角に位置しています。特に患者さんや患者さんのご家族に対して、静岡がんセンターでは積極的な支援を心掛けています。暮らし上の必要な情報提供を進める上で重要な指標です。

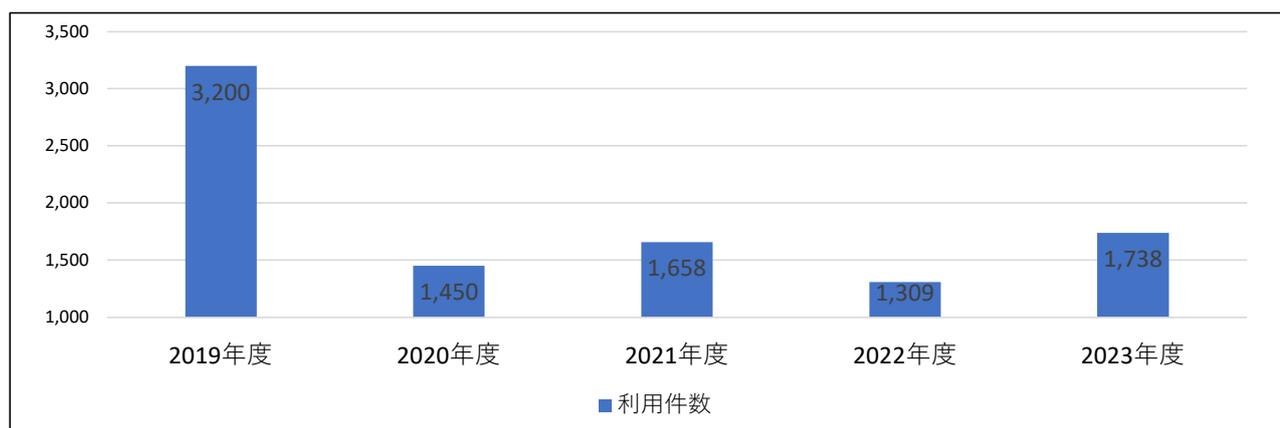
定義

暮らしのコンシェルジュサービスの提供内容

①癒しの温泉施設、②近隣の宿泊施設、③お食事処、④観光・レジャー、⑤交通案内

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
利用件数	3,200	1,450	1,658	1,309	1,738



指標の説明

利用件数についてはコロナウイルス感染症の影響に大きく左右されていると考えられる。入館者数制限もあることから、直近3年間は2019年度の半分以下で推移していた。2023年度に入り、コロナウイルス感染症の落ち着きとともに利用件数が増加傾向となり、特に宿泊、観光に関する相談が増加しています。2024年度は更に利用件数が増加することを見込んでおり、宿泊や観光、食事関連等、幅広く情報収集に努めて行く予定です。

63

職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

日病QI

指標の意義

医療機関を受診する患者は、免疫力が低下していることが多く、病院職員からの感染を防止する必要があります。また、流行時における人員確保の意味もあり、患者の安全に大きく関わります。接種率が高い場合には、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。

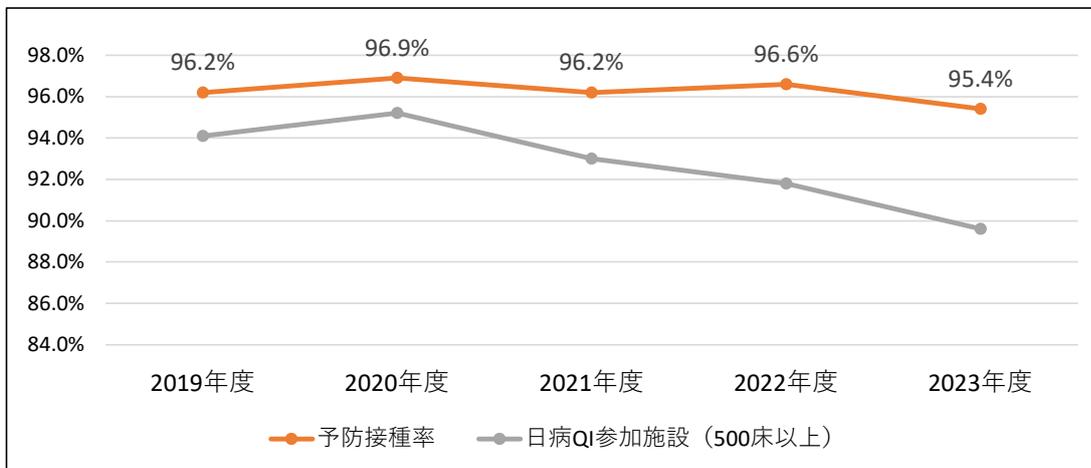
定義

分子 インフルエンザワクチンを予防接種した職員数×100

分母 職員数（アレルギーや重篤な副作用の既往等で接種不可能な職員を除く）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
予防接種した職員数	1,445	1,558	1,578	1,596	1,613
予防接種率	96.2%	96.9%	96.2%	96.6%	95.4%
日病QI参加施設（500床以上）	94.1%	95.2%	93.0%	91.8%	89.6%



指標の説明

2022年度から接種率が低下した要因は、未接種職員数の約9割を占める産休・育休・病休取得者数が増えたことによります。なお、直接患者に接する業務に従事している職員は全員予防接種を行いました。2024年度も必要な職員は接種するよう周知徹底していきます。

指標の意義

健康増進法の病院敷地内における喫煙の原則禁止や、自治体の禁煙条例等を踏まえ、公共の場における健康被害をもたらす喫煙及び受動喫煙をなくすためには、患者に指導する立場である医療従事者も禁煙を推進していく必要があります。喫煙はがんをはじめ多くの病気と関係しており、予防できる死亡原因です。非喫煙率が高い場合は、禁煙の推進に積極的に取り組んでいると評価できます。

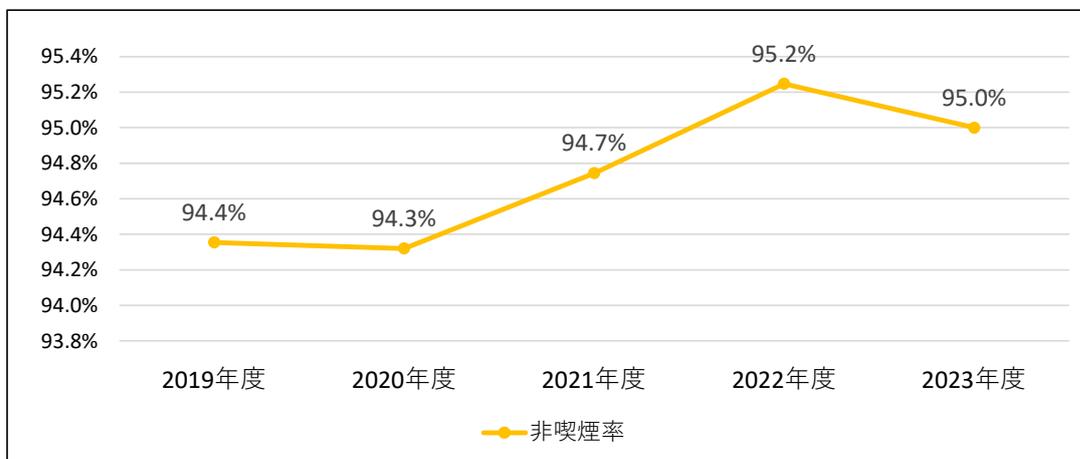
定義

分子 非喫煙者数（健康診断受診時の問診内容より）×100

分母 職員健康診断受診者数（除外：健診未受診者および健診問診票の喫煙欄の未記入者）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
非喫煙者数	1,153	1,229	1,298	1,503	1,474
職員健診受診者数	1,222	1,303	1,370	1,578	1,551
非喫煙率	94.4%	94.3%	94.7%	95.2%	95.0%



指標の説明

病院敷地内は全面禁煙としており、また、禁煙希望者を集い病院負担による禁煙プログラム支援を実施しました。なお、世界禁煙デーには禁煙週間を設け、禁煙促進の啓発活動を行いました。2024年度も喫煙をやめたい人の後押しとなるような環境整備と禁煙支援を引き続き行います。

65 看護師100人当たりの専門/認定看護師、特定行為研修修了者

自院

- 1) 看護師100人当たりの専門看護師数
- 2) 看護師100人当たりの認定看護師数
- 3) 看護師100人当たりの特定行為研修修了者数

指標の意義

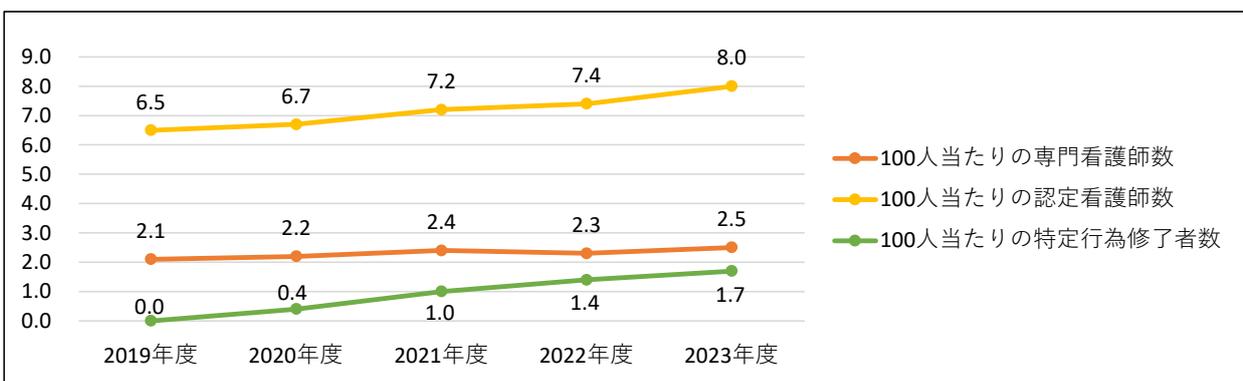
特定分野の専門資格を持つ専門/認定看護師や特定の行為を実施する専門的な知識・技術を持つ特定行為研修修了者が多いことは、特定機能病院やがん専門病院としての看護の質を示すための指標になります。看護師100人当たりの人数が増えることで、臨床現場における指導や教育の充実にもつながり、看護実践の質の向上に寄与します。

定義

- 分子
- 1) (専門看護師数×100)
 - 2) (認定看護師数×100)
 - 3) (特定行為研修修了者数×100)
- 分母 常勤看護師数：2023年度633人

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：人)
専門看護師数	14	15	16	16	16	
100人当たりの専門看護師数	2.1	2.2	2.4	2.3	2.5	
認定看護師数	44	46	49	50	51	
100人当たりの認定看護師数	6.5	6.7	7.2	7.4	8.0	
特定行為研修修了者数	0	3	7	10	11	
100人当たりの特定行為修了者数	0.0	0.4	1.0	1.4	1.7	



指標の説明

認定看護師数は、少しずつ増加しています。専門看護師は取得者もありますが退職者もいるため増加はしていませんが、特定行為研修修了者は、2023年度は認定看護師取得後の看護師が研修修了したため増加がみられました。

66

薬剤師100人当たりの専門・認定薬剤師数

自院

- 1) 薬剤師100人当たりの専門薬剤師数
- 2) 薬剤師100人当たりの認定薬剤師数

指標の意義

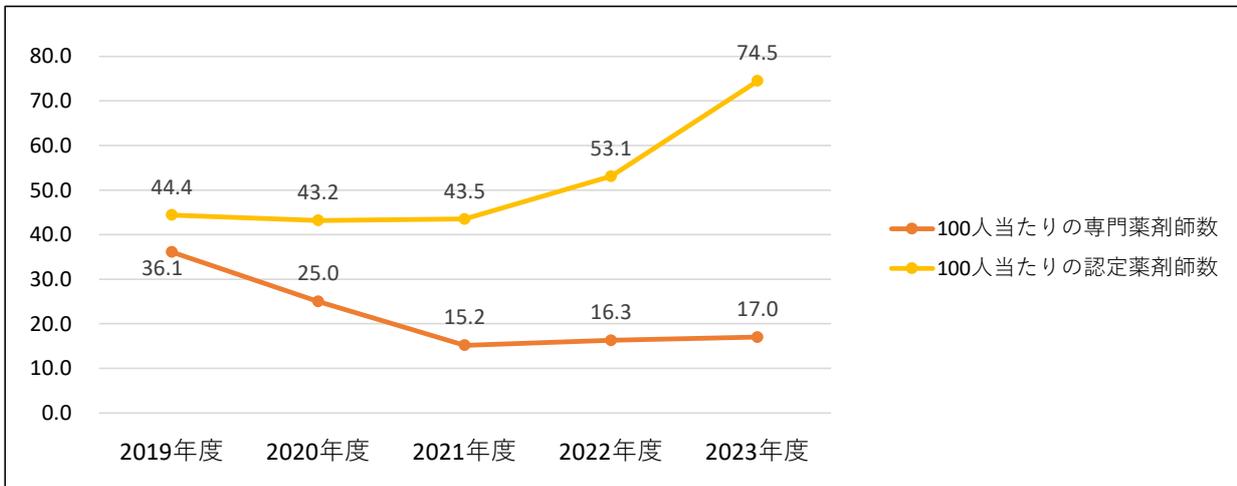
薬剤師のうち、専門薬剤師や認定薬剤師の人数やその割合は、研修制度の充実度や部署の専門性の高さを推し量る指標になります。

定義

- 分子 1) (専門薬剤師数×100)
 2) (認定薬剤師数×100)
- 分母 常勤薬剤師数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：人)
専門薬剤師数	13	11	7	8	8	
100人当たりの専門薬剤師数	36.1	25.0	15.2	16.3	17.0	
認定薬剤師数	16	19	20	26	35	
100人当たりの認定薬剤師数	44.4	43.2	43.5	53.1	74.5	



指標の説明

専門薬剤師数と認定薬剤師数を棒グラフで示し、100人当たりの専門薬剤師数と認定薬剤師数を折れ線グラフで示しました。専門薬剤師数および100人当たりの専門薬剤師数ともに減少していますが、認定薬剤師および100人当たりの認定薬剤師数ともに微増の傾向が認められます。

67

医師100人当たりの専門医・指導医数

自院

- 1) 医師100人当たりの専門医数（広告が可能な医師等の専門性に関する資格（専門医））
- 2) 医師100人当たりの指導医数（広告が可能な医師等の専門性に関する資格（専門医）の指導医）

指標の意義

特定機能病院およびがん専門病院として、専門知識・技術を有する医師の占める割合およびその育成は重要です。

定義

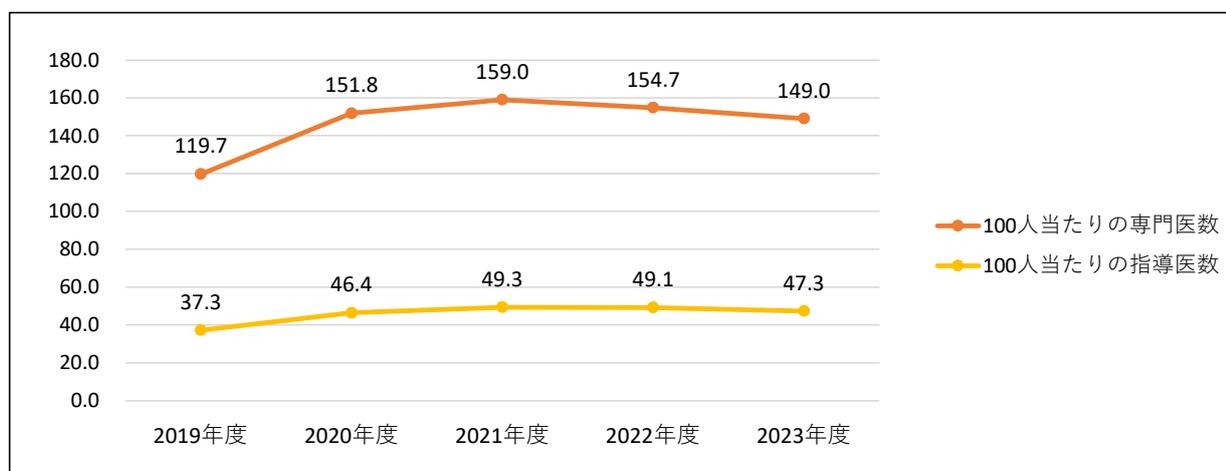
分子 1)（専門医数×100） ※専門医資格数を算定

2)（指導医数×100） ※指導医資格数を算定

分母 常勤医師数とレジデント数の合計

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	(単位：人)
専門医資格数	273	337	364	359	360	
100人当たりの専門医数	119.7	151.8	159.0	154.7	149.0	
指導医	85	103	113	114	115	
100人当たりの指導医数	37.3	46.4	49.3	49.1	47.3	



指標の説明

当院は高度医療を提供する専門病院であるため、殆どの職員は既に専門医資格を取得しており、複数の資格を保有する医師も多い。さらに、常勤医師のほぼ全員が指導医の資格を保有しています。

指標の意義

看護職員の知識・技術の向上を図るため、当院では外部の医療機関などからの研修を受入れがん看護の発展に貢献しています。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）として看護職員の教育に対する貢献の程度を指標としています。

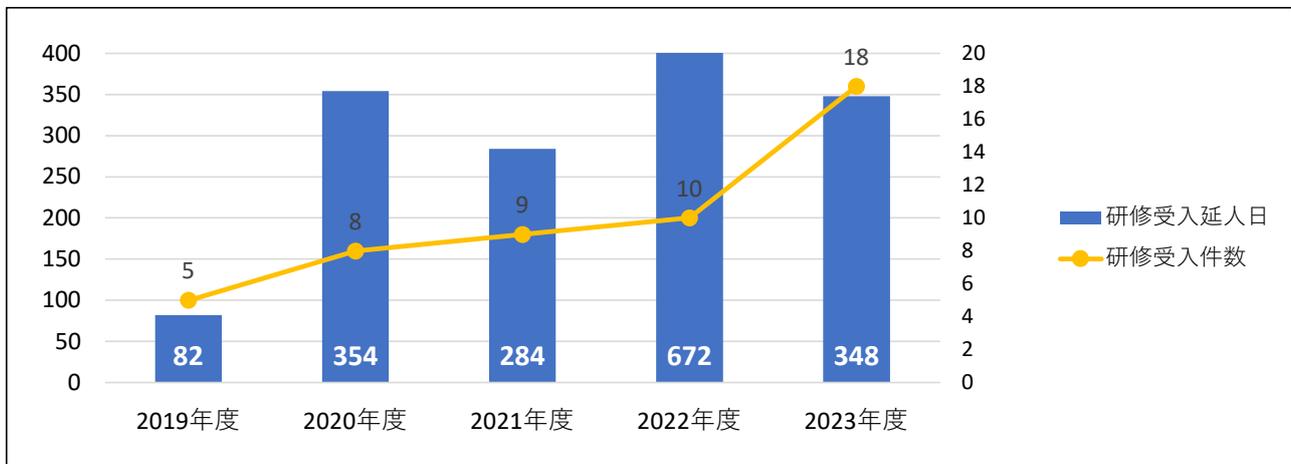
定義

1年間の外部の医療機関などからの研修受入延人日（人数×日数）

（外部の医療機関には、他の日本国内の病院、外国の病院、行政機関、個人からの依頼による研修を含む）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
研修受入延人日	82	354	284	672	348	(人日)
研修受入件数	5	8	9	10	18	(件)
国立大学病院 研修受入延人日（平均値）	317.2	324.2	294.3	326.3		(人日)



指標の説明

引き続き、院外からの研修を受入れ、がん看護の質向上に努めていきます。

指標の意義

看護職員養成教育機関から、どの程度、看護学生の実習を受け入れているかを表す指標です。間接的に実習の教育体制の充実度を評価することができ、単なる受入れ人数ではなく、延べ人日（人数×日数）とすることで、臨地実習に対する貢献の程度を評価しています。

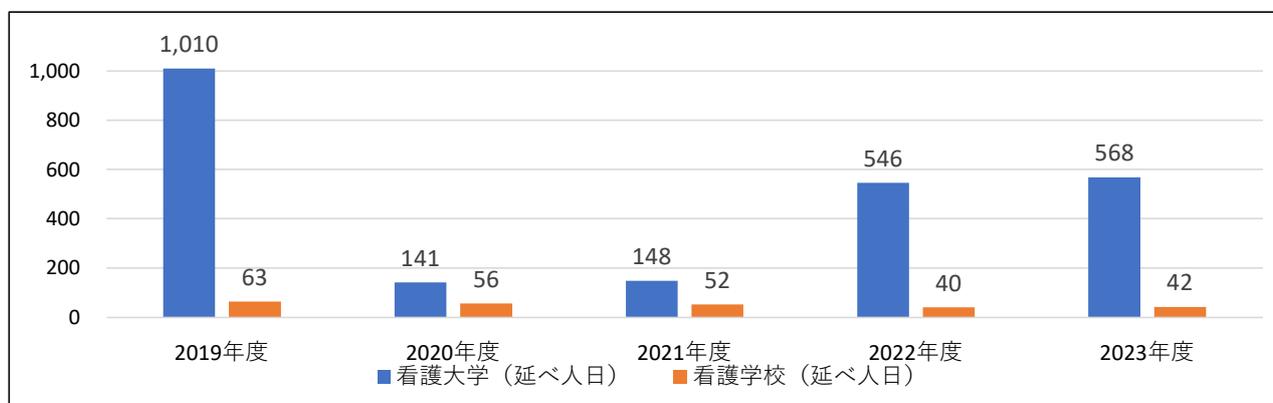
定義

1年間の養成教育機関からの実習学生延べ人数（人数×日数）

（1日体験は除く）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
看護大学（延べ人日）	1,010	141	148	546	568
看護学校（延べ人日）	63	56	52	40	42
実習受入総数（延べ人日）	1,073	197	200	586	610
国立大学病院 看護実習受入延人日（平均値）	1,970.1	605.6	1,089.5	1,447.1	



指標の説明

2022年より大学からの実習受け入れはCOVID-19の流行の前に戻ってき568人日を受け入れた。しかし、看護学校はカリキュラムの関係から一度に院内に入る実習生の人数を多く希望されたため、人数制限をしました。このことから2023年度はCOVID-19流行前の受入れ人数に戻っていないと思われます。

70

薬剤師の研修受入数

国立大学
病院

指標の意義

薬剤師の新しい医薬品や治療法などの知識習得と技術向上を、実際の臨床現場で学び続けることが必要です。薬剤師の現任教育及び再教育の体制が整っていることを表現する指標です。

定義

1年間の外部の医療機関などからの研修受入れ延人日（人数×日数）

（外部の医療機関とは他の病院、外国、行政機関、個人とする）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	（単位：人日）
他の病院（延べ人日）	0	0	0	0	0	
外国、行政機関（延べ人日）	0	0	0	0	0	
個人（延べ人日）	0	0	0	0	0	
研修受入総延人日	0	0	0	0	0	
国立大学病院 薬剤師研修受入延人日（平均値）	113.9	75.4	191.3	228.8		



指標の説明

他院からの研修受け入れの枠組みとして、日本病院薬剤師会や日本医療薬学会の研修制度がありますが、2019年度以降、新型コロナウイルス感染症蔓延の影響で中止されていたこともあり、受け入れの実績はありません。今後、感染症の蔓延等、特別な事情がなければ受け入れを継続する方針です。

71

薬学生の受入実習学生数

国立大学
病院

指標の意義

薬剤師養成教育機関から、どの程度、学生の教育実習を受け入れているかを表す指標です。間接的に実習の教育体制の充実度を評価することができ、単なる受入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とすることで、臨地実習に対する貢献の程度を評価しています。

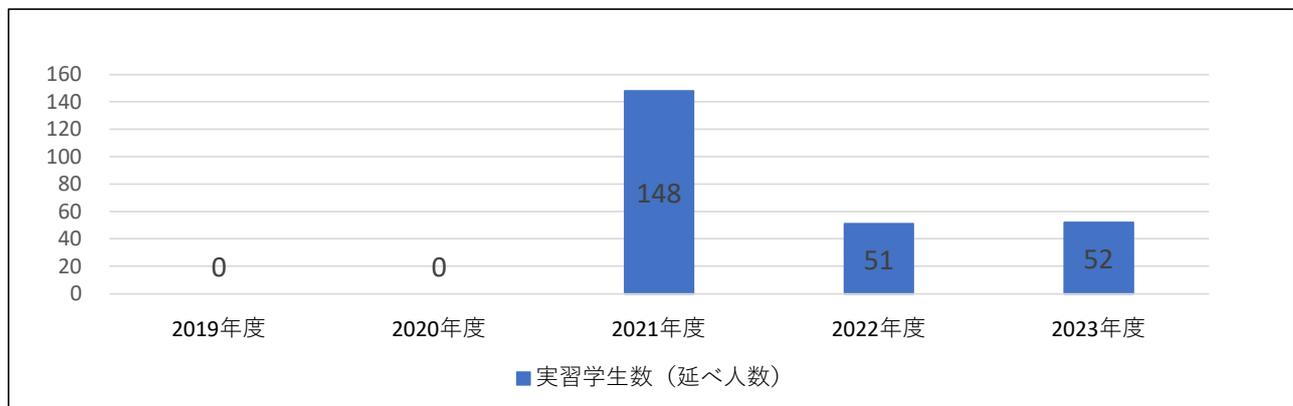
定義

1年間の養成教育機関からの実習学生延べ人日（人数×日数）

（1日体験は除く）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
実習学生数（延べ人数）	0	0	148	51	52	（人日）
国立大学病院 薬学生実習受入人日（平均値）	955.8	839.9	884.1	985.8		



指標の説明

当センターでは、2021年度より実習学生の受け入れを開始しました。2023年度以降も受け入れる予定です。

指標の意義

看護職員、薬剤師以外で国家資格を持つ医療専門職人材の研修を受け入れる体制を表現する指標です。単に受け入れ人数ではなく、延人数（人数×日数）とし、研修に対する貢献の程度を評価します。

定義

1年間の外部の医療機関などからの研修受入れ延べ人数（人数×日数）

（外部の医療機関とは他の病院、外国、行政機関、個人とする）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
管理栄養士（延べ人日）	1	0	0	0	1
臨床検査技師（延べ人日）	1	0	1	1	0
診療放射線技師（延べ人日）	19	0	0	0	0
OT・PT・ST（延べ人日）	8	3	0	0	7
歯科衛生士	3	0	0	0	0
臨床心理士	1	0	0	0	4
診療情報管理士（延べ人日）	0	0	0	0	0
MSW（延べ人日）	0	0	0	0	0
研修受入総延人日	33	3	1	1	12
国立大学病院 研修受入延人日（平均値）	308.4	189.5	249.7	224.7	

指標実績の分析・評価

研修受入実績は回復基調にあります。今後も、研修施設からの依頼に応じて可能な範囲で受入れを検討していきます。

73

看護師・薬剤師以外の医療専門職学生の受入実習学生数

国立大学
病院

指標の意義

看護職員、薬剤師以外の国家資格を目指す学生への実習教育体制を表す指標です。単に受け入れ人数ではなく、延人日（人数×日数）とし、研修に対する貢献の程度を評価します。

定義

1年間の外部の医療機関などからの実習学生受入れ延べ人日（人数×日数）
（1日体験は除く）

当院の実績

学生	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
管理栄養士（延べ人日）	40	0	0	0	20
臨床検査技師（延べ人日）	33	0	0	43	42
診療放射線技師（延べ人日）	0	0	0	128	0
OT・PT・ST（延べ人数）	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0
診療情報管理士（延べ人日）	0	0	0	0	0
MSW（延べ人日）	0	0	0	0	0
実習受入総延人日	73	0	0	171	62
国立大学病院 学生実習受入人日（平均値）	1,989.0	1,100.8	1,150.9	1,298.9	

指標の説明

管理栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師の養成校からの実習受入れの実績はありますが、他の職種の養成校実習受入れ実績がありません。今後は、可能な範囲で学生実習の受入れを検討していきます。

74

多職種がん専門レジデント受入人数

自院

指標の意義

当院では、がん対策基本法の理念の実現をめざし、がん専門の優秀な医療従事者を養成するため、全国的にも例のない先駆的な取組みとして「多職種がん専門レジデント制度」を2008年に創設しました。

この制度は、看護師、薬剤師、各種技師、医療社会福祉士等13職種の医療従事者を対象とした職種別のレジデント制度です。

定義

年度の採用者数（職種別）

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
看護師	0	0	0	0	0
薬剤師	2	2	5	2	3
臨床治験コーディネーター	1	0	0	0	0
診療放射線技師	0	0	0	1	1
臨床検査技師	4	4	2	3	3
OT・PT・ST	2	2	2	1	2
臨床心理士	1	0	0	0	0
歯科衛生士	2	1	0	2	2
チャイルドライフスペシャリスト（CLS）	0	0	0	1	0
診療情報管理士（延べ人日）	2	1	0	0	1
医療社会福祉士	2	1	0	2	0
受入れ人数	16	11	9	12	12

指標の説明

職種では、臨床検査技師、リハビリテーション（OT・PT・ST）について、がんに関する症例を豊富に経験できることから人気が高く、常に定数を維持しています。研修2年間でまとめた研究成果を発表するなど充実した制度であり、修了生は全国の医療機関等で活躍しています。がん医療に従事する人材育成のために、職種に偏りなく研修生が集まるよう、継続的に広報、採用、育成を進めていく考えです。