

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すること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。

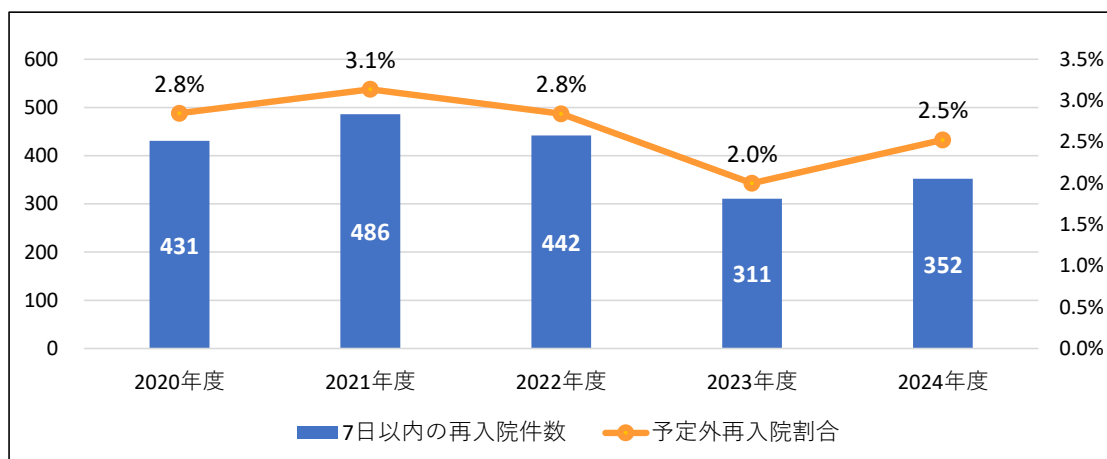
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
7日以内の再入院件数	431	486	442	311	352
退院患者数	15,142	15,498	15,561	15,298	13,940
予定外再入院割合	2.8%	3.1%	2.8%	2.0%	2.5%



指標実績の分析・評価

退院後7日以内の予定外再入院割合は若干高めで推移していますが、進行がんに対する薬物療法を施行している患者さんや終末期の患者さんが多いがん専門病院としては許容できる範囲に留まっているものと思われます。

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必要があります。

※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。

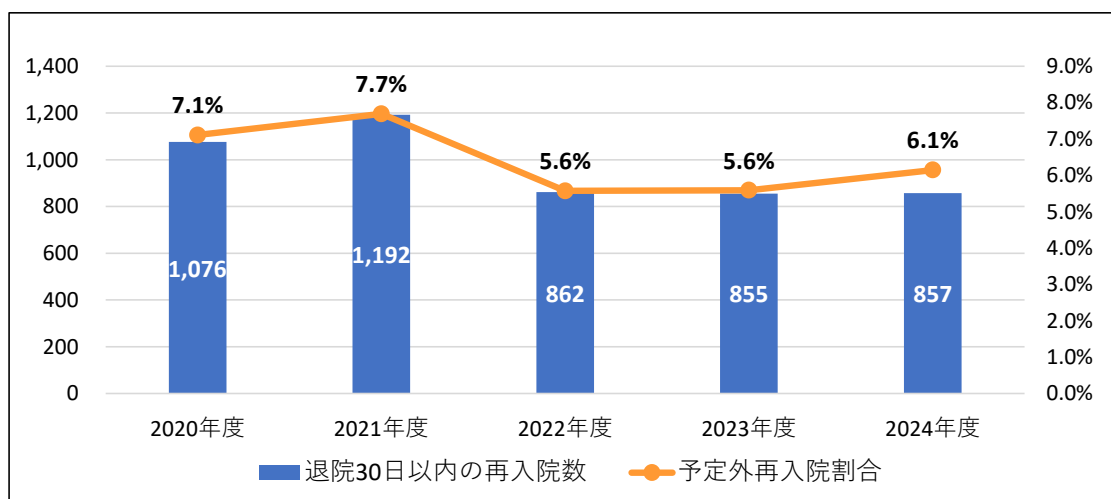
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
退院30日以内の再入院数	1,076	1,192	862	855	857
退院患者数	15,142	15,498	15,465	15,298	13,940
予定外再入院割合	7.1%	7.7%	5.6%	5.6%	6.1%



指標実績の分析・評価

退院後4週以内の予定外再入院割合も若干高めで推移していますが、進行がんに対する薬物療法を施行している患者さんや終末期の患者さんが多いがん専門病院としては許容できる範囲に留まっているものと思われます。

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①20％②27％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 ①（A項目3点以上又はC項目1点以上の該当患者延数）×100
②（A項目2点以上又は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

	基準①	基準②
4月		
5月		
6月		
7月		
8月	33.4	48.0
9月	34.4	49.6
10月	35.7	51.4
11月	35.4	50.8
12月	35.7	50.2
1月	34.5	48.5
2月	35.2	48.4
3月	34.5	50.0
年平均	34.9	49.6

重症度・医療、看護必要度Ⅱ
割合

2024年度

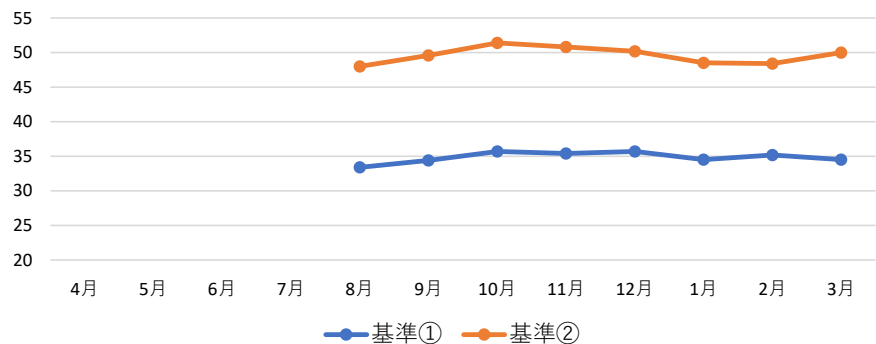
①

34.9%

②

49.6%

2024年度 一般病棟の重症度、医療・看護必要度（％）



指標実績の分析・評価

2024年度診療報酬改定に伴い、8月より「重症度、医療・看護必要度」の新基準に移行した。旧基準においては、30％以上が評価基準とされる中で、当院では35％以上を安定的に維持できた。新基準では、①20％以上かつ②27％以上が新たな評価指標とされているが、集計結果では、基準①：約35％ 基準②：約50％と、いずれも基準値を大きく上回る高水準を維持しています。その要因として、A専門的な治療や処置の項目「無菌治療室での治療」に関して、4東病棟における70～80％の高い実施率が全体平均を押し上げています。4東病棟における治療の特性が反映された結果といえます。

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。

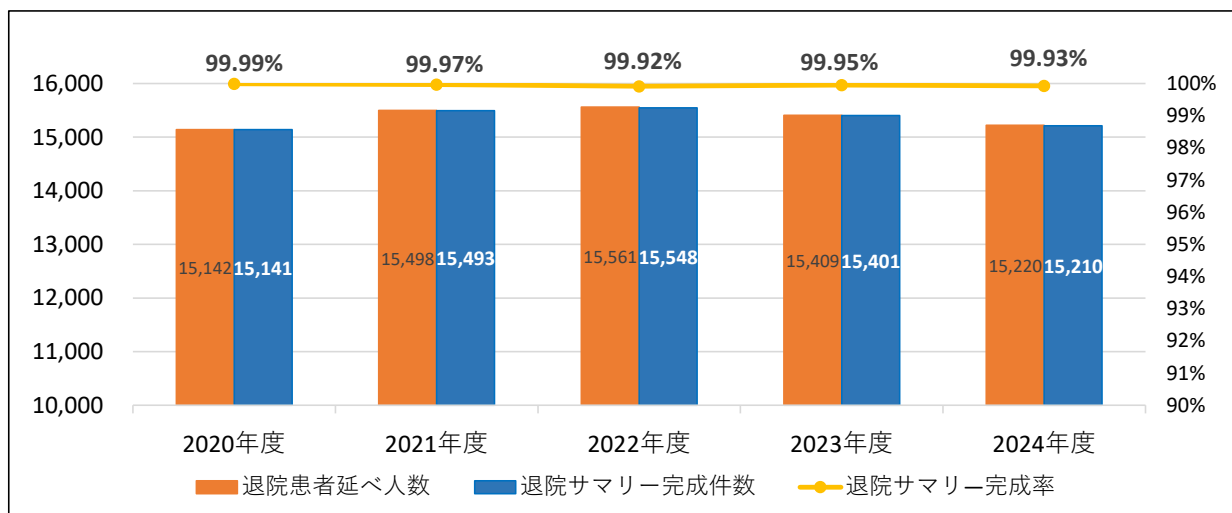
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
退院患者延べ人数	15,142	15,498	15,561	15,409	15,220
退院サマリー完成件数	15,141	15,493	15,548	15,401	15,210
退院サマリー完成率	99.99%	99.97%	99.92%	99.95%	99.93%



指標実績の分析・評価

当院では、『退院サマリー作成に関するガイドンス』（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）に沿って退院サマリーを作成しています。また、その完成率は毎月診療情報管理委員会でモニタリングしており、ほぼ100%の高水準を維持しています。このように、ガイドンスに基づいた項目で迅速に退院サマリーを作成することは、診療の効率化、緊急時の対応力向上、および医療の透明性の向上など、医療の質の向上に繋がられています。

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。

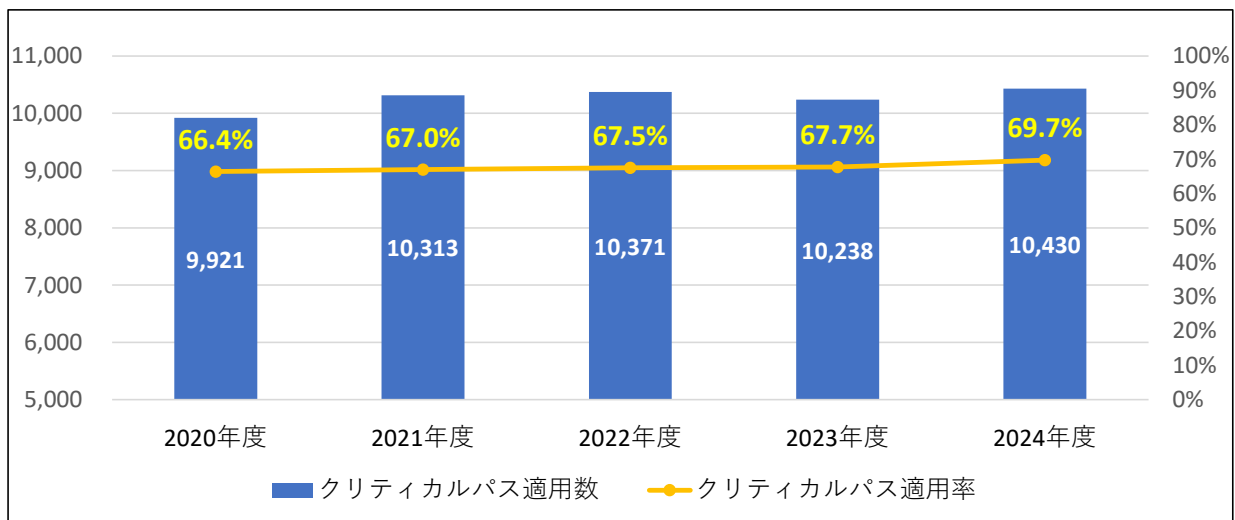
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
クリティカルパス適用数	9,921	10,313	10,371	10,238	10,430
新入院患者数	14,942	15,393	15,361	15,124	14,971
クリティカルパス適用率	66.4%	67.0%	67.5%	67.7%	69.7%



指標実績の分析・評価

- ・2024年度のパス適用率は69.7%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ます。
- ・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ます。
- ・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99.7%でした。
- ・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ます。

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。

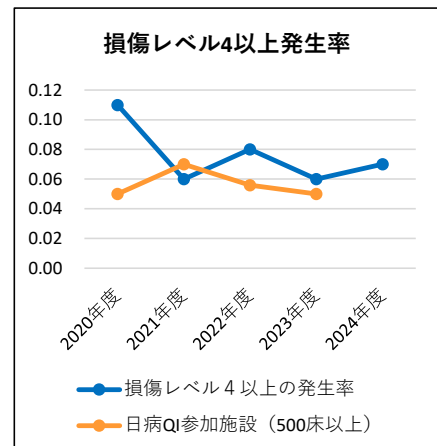
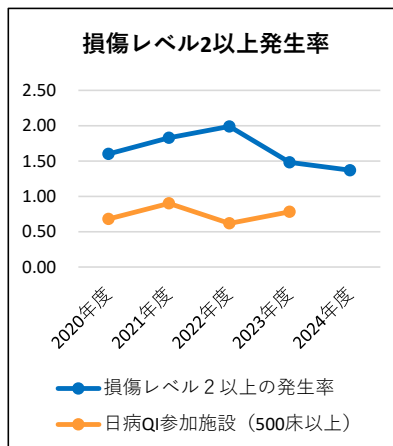
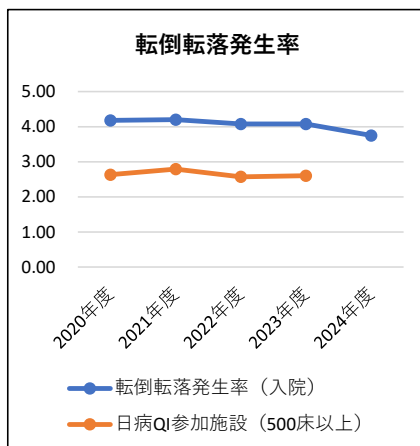
定義

- 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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(%)
転倒転落発生率（入院）	4.18	4.20	4.08	4.08	3.75	
日病QI参加施設（500床以上）	2.63	2.79	2.57	2.60		
損傷レベル2以上の発生率	1.60	1.83	1.99	1.48	1.37	
日病QI参加施設（500床以上）	0.68	0.9	0.62	0.78		
損傷レベル4以上の発生率	0.11	0.06	0.08	0.06	0.07	
日病QI参加施設（500床以上）	0.05	0.07	0.06	0.05		



指標実績の分析・評価

L2以上の発生率は1.60%（2020）→1.83%（2021）→1.99%（2022）→1.48%（2023）→1.37%（2024）
 L4以上の発生率は0.11%（2020）→0.06%（2021）→0.08%（2022）→0.06%（2023）→0.07%（2024）
 L4以上の発生率の減少を目標としていきます。

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。

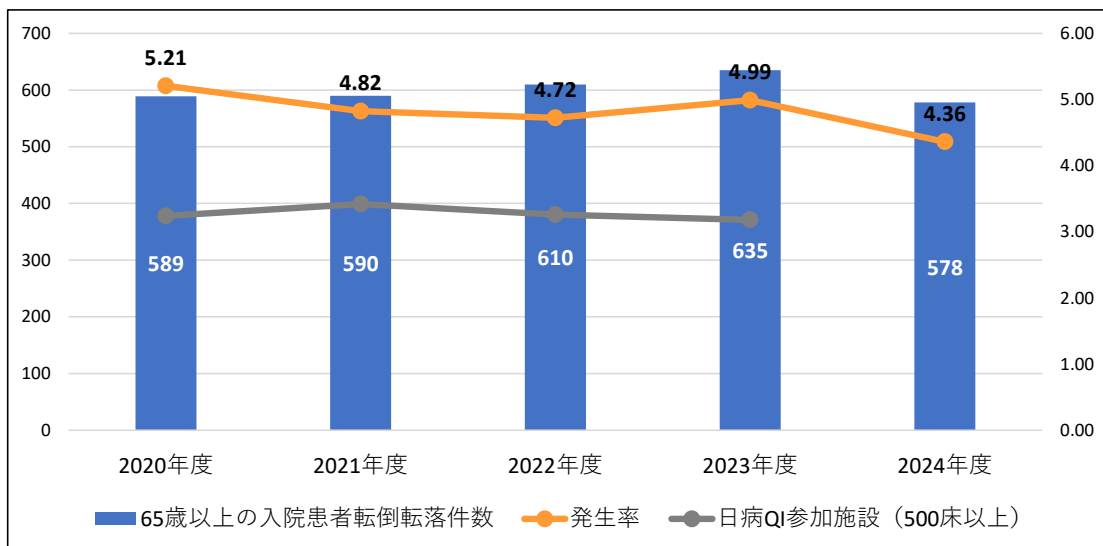
定義

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	2024年度	
65歳以上の入院患者転倒転落件数	589	590	610	635	578	
65歳以上の入院患者延数	113,118	122,345	129,158	127,317	132,616	
発生率	5.21	4.82	4.72	4.99	4.36	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	3.24	3.42	3.26	3.18		(%)



指標実績の分析・評価

当院の発生率は 5.21%（2020）→4.82%（2021）→4.72%（2022）→4.99%（2023）→4.36%（2024）であった。少なくとも、前年度よりも改善を目指します。

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。

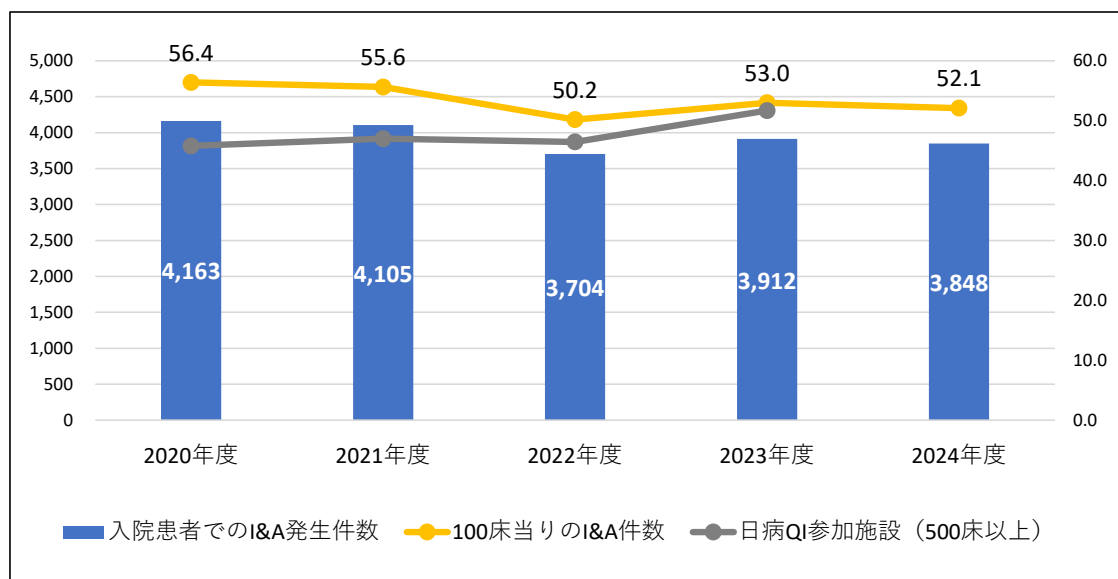
定義

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	2024年度
入院患者でのI&A発生件数	4,163	4,105	3,704	3,912	3,848
100床当りのI&A件数	56.4	55.6	50.2	53.0	52.1
日病QI参加施設（500床以上）	45.8	47.0	46.5	51.7	



指標実績の分析・評価

インシデントの総報告件数は昨年度を上回りましたが、入院患者に関連するインシデント件数は減少しています。一方、入院患者のレベル0のインシデント件数は、外来に比べての報告数が少ないことが分かりました。次年度は、入院患者に関連するインシデントのうち、レベル0の報告数の増加を目指します。

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

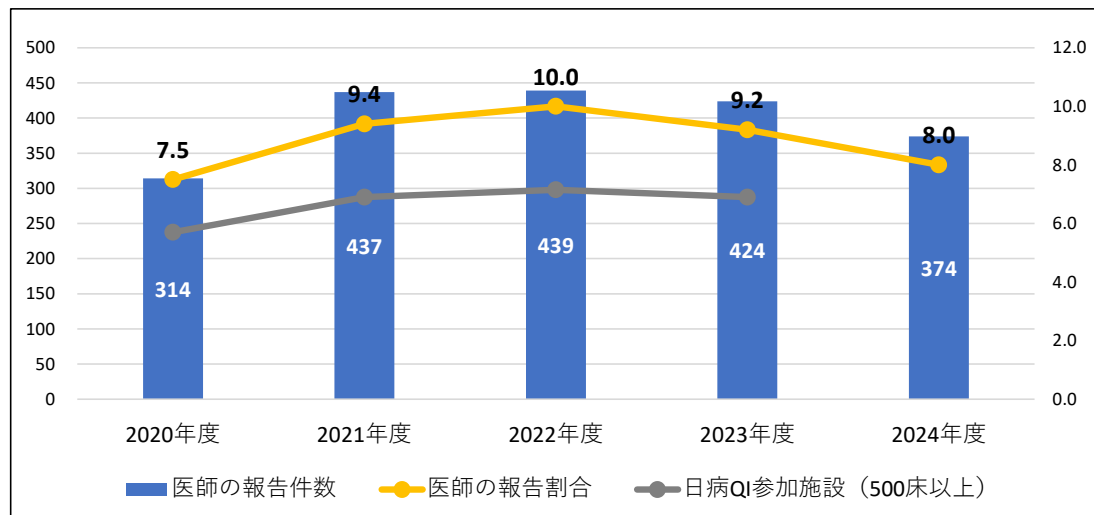
分子 1年間の報告件数のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数×100

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
医師の報告件数	314	437	439	424	374
医師の報告割合	7.5	9.4	10.0	9.2	8.0
日病QI参加施設（500床以上）	5.7	6.9	7.2	6.9	

（%）



指標実績の分析・評価

医師のインシデント報告件数の伸び悩みが課題となっています。多職種からのインシデント報告でも、医師が関与する案件は、医師にもインシデント報告をするよう促したことで、2025年に入り医師のインシデント報告件数が増加しています。引き続き、積極的に報告するよう呼びかけていきます。

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。

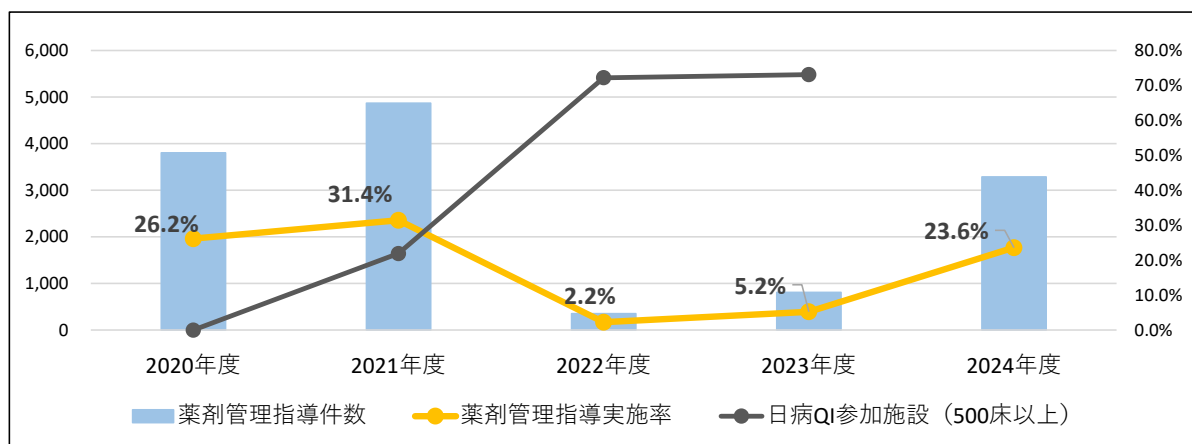
定義

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	2024年度	
薬剤管理指導件数	3,806	4,870	350	806	3,286	(件)
退院患者数	14,546	15,498	15,561	15,374	13,940	(件)
薬剤管理指導実施率	26.2%	31.4%	2.2%	5.2%	23.6%	(%)
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	無し	



指標の説明

2024年度は、薬剤師職員の減少により病棟薬剤業務実施加算の算定を止め、従来の薬剤管理指導へ戻したことから、実施率は病棟薬剤業務実施加算の算定前の数値まで改善しました。

2025年度は、病棟薬剤業務実施加算の算定再開により、薬剤管理指導実施率は再び減少に転ずるが、病棟薬剤業務の算定条件をクリアした病棟で薬剤管理指導の算定へ切り替えていきます。

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。

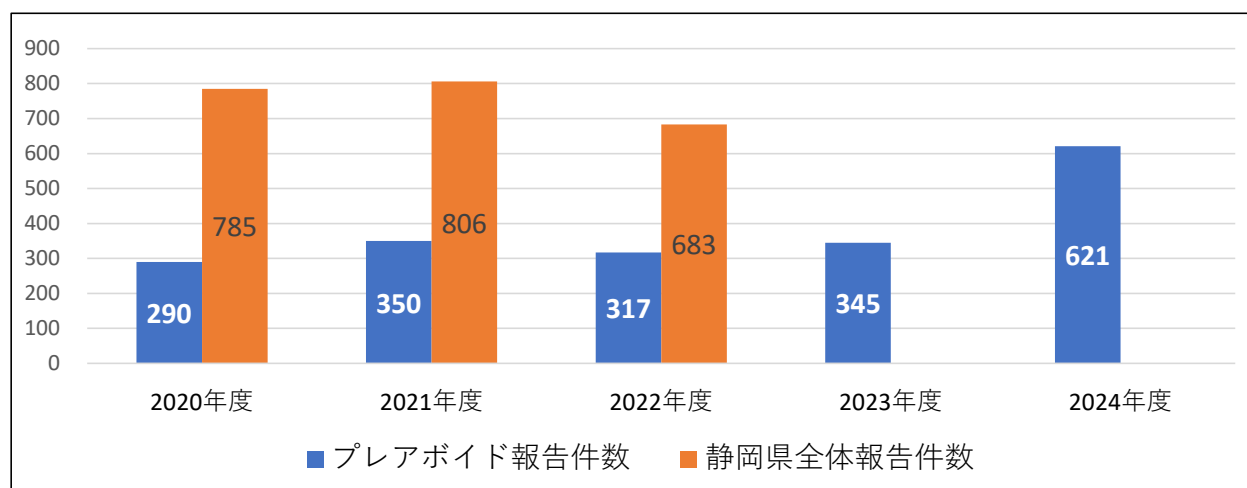
定義

年間の薬剤師のプレアボイド報告件数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
プレアボイド報告件数	290	350	317	345	621	(件)
静岡県全体報告件数	785	806	683			

※日本病院薬剤師会雑誌 プレアボイド報告の概要



指標実績の分析・評価

プレアボイド報告も重要な薬剤師業務と位置づけ、報告しやすい形式や保存場所を工夫した。また、報告件数の少ないスタッフには声掛けを実施。2025年度からはプレアボイド報告が多く寄せられたペメトレキセド投与時のビタミンB12注射剤の処方漏れに対して、代行入力を行うPBPMの開始につなげることができました。

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

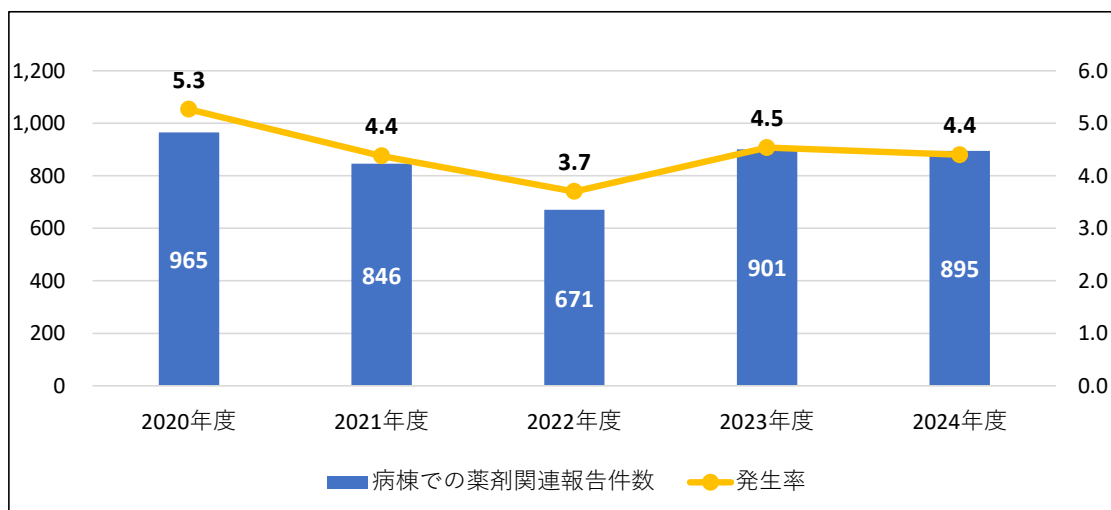
分子 病棟での薬剤関連のインシデント・アクシデント発生件数×1000

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
病棟での薬剤関連報告件数	965	846	671	901	895
入院延べ患者数	183,205	193,222	181,557	198,625	203,474
発生率	5.3	4.4	3.7	4.5	4.4

(‰)



指標実績の分析・評価

報告件数と発生率は各病棟とも、報告件数に応じて一定の割合でインシデントが発生している。4西と別棟は麻薬の取り扱いが多く、発生率が高くなっている。GICUにおいては術後からの回復期に輸液などの投与量の変更指示を失念する事例が多く報告されている。

2025年度は、内服薬・注射薬・麻薬管理検討部会にてインシデントに対する対策の検討を強化していきます。

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

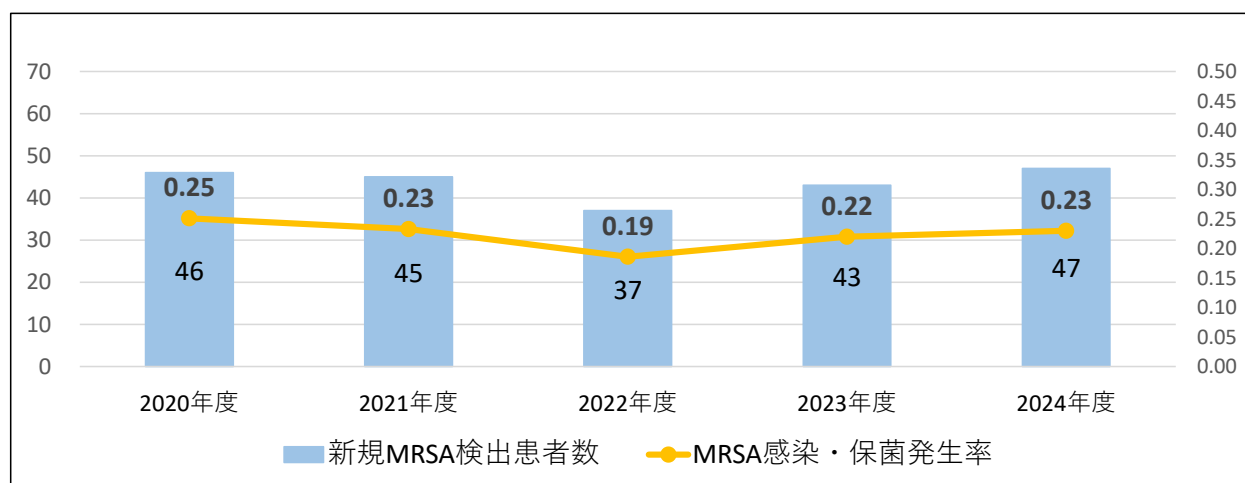
分子 入院4日目以降、新規MRSA検出患者数

分母 1,000延べ入院患者日数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
新規MRSA検出患者数	46	45	37	43	47
延べ入院患者数	183,205	193,222	198,954	198,625	203,474
MRSA感染・保菌発生率	0.25	0.23	0.19	0.22	0.23

(‰)



指標実績の分析・評価

新規MRSA検出患者数とMRSA感染・保菌発生率は前年度に比べわずかに増えていますが、過去5年間でみるとほぼ横ばいを推移しています。このまま動向を注視していきます。

14

クロストリディウム（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陽性患者数

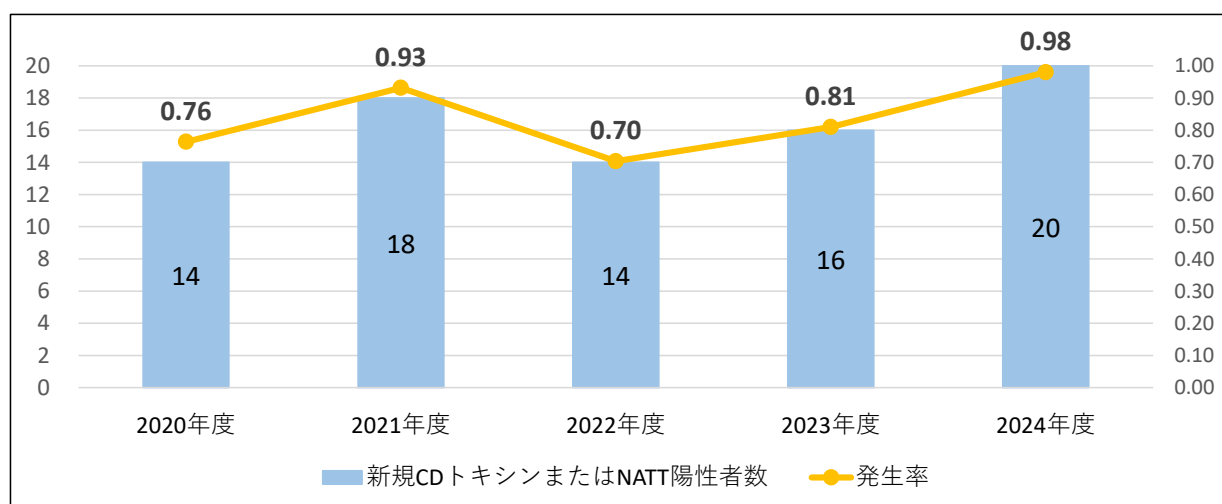
分母 10000延べ入院患者日数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
新規CDトキシンまたはNATT陽性者数	14	18	14	16	20
延べ入院患者数	183,205	193,222	198,954	198,625	203,474
発生率	0.76	0.93	0.70	0.81	0.98

(‰)

* 2020.8.31以前はCDトキシンのみ



指標実績の分析・評価

新規CD陽性者数と発生率は共に年々増加しており、2024年度は過去5年間で最多になっています。増加した原因は不明であるが、関連性はないと考えられます。医療従事者からの感染拡大を予防する上でも、手洗いを徹底し、リスク低減に努めることが必要と考えます。

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
- 2) COLO（大腸）手術部位感染発生率
- 3) GAST（胃）手術部位感染発生率
- 4) ESOP（食道）手術部位感染発生率

- 5) HYST・VHYS（子宮）手術部位感染発生率
- 6) OVRY（卵巣）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 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（％）		2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	
REC	当院	8.2	14.2	9.2	12.2	7.9	
	* JANIS	11.1	10.4	10.3	9.6	9.9	* JANIS、()：SSI部門公開情報 2023年1-12月
COLO	当院	5.9	8.0	6.4	7.1	4.4	
	* JANIS	8.8	8.5	8.1	8	8.2	* GAST = GAST-D, GAST-T, GAST-Oの合計
* GAST	当院	7.9	7.3	7.6	10.8	9.6	
	* JANIS	7.3	7.3	7.6	7.7	7.4	
ESOP	当院	40.3	23.8	35.4	60.5	23	
	* JANIS	15.0	15.0	15.2	16.4	16.2	
HYST	当院(JANIS)				4.5(3.1)	1.39(2.9)	HYST：腹式子宮摘出術
VHYS	当院(JANIS)				1.9(0.4)	1.38(0.8)	VHYS：経腔的子宮摘出術
OVRY	当院(JANIS)				0(0.6)	0(0.6)	OVRY：卵巣手術
THOR	当院(JANIS)				1.6(0.7)	0(0.8)	THOR：胸部手術（心臓・血管以外）
BILI-L	当院(JANIS)				7.3(6.3)	4.7(6.7)	BILI-L：胆道再建を伴わない肝切除
BILI-O	当院(JANIS)				28.1(14.7)	26(14.7)	BILI-O：その他の肝胆膵手術
BILI-PD	当院(JANIS)				29.5(24.0)	39(25)	BILI-PD：膵頭十二指腸切除

指標実績の分析・評価

2023年度と比較しSSIの発生率は概ね減少しているが、BILI-PD：膵頭十二指腸切除は増加しており、食道外科のSSI発生率が大きく減少していることに関しては、発生件数は大きな差はないものの手術件数が増加したため割合が下がった可能性はあり、引き続き動向を確認していきます。

指標の意義

この指標は、尿道留置カテーテル（CAUTI）に関連する感染症の発生率を測定するものです。症候性尿路感染症は、医療関連感染の中でも頻度が高い感染症の1つです。尿路感染症は血流感染や敗血症のリスクを高める為、発生率を抑えることで患者の安全性を確保することが出来ます。

定義

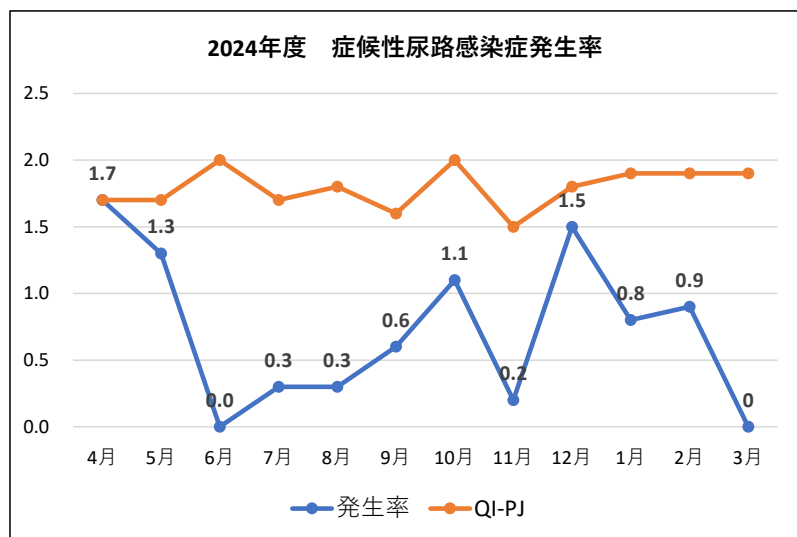
分子 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分母 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数 × 1000

当院の実績

	2024年度	
症候性尿路感染症延べ回数	29	(回数)
尿道留置カテーテル挿入延べ日数	39,944	(日)
発生率	0.73%	(%)

	発生率	QI-PJ
4月	1.7	1.7
5月	1.3	1.7
6月	0.0	2.0
7月	0.3	1.7
8月	0.3	1.8
9月	0.6	1.6
10月	1.1	2.0
11月	0.2	1.5
12月	1.5	1.8
1月	0.8	1.9
2月	0.9	1.9
3月	0	1.9
年平均	0.73	



指標実績の分析・評価

全病棟対象にCAUTIサーベイランスを行っており、発生率は1%未満であり尿路感染の発生は抑えられていると考えられます。緩和病棟や内科病棟を中心に長期に尿道カテーテルを留置している患者が多く使用比が高い病棟があるため引き続きカテーテル管理に関して注意していきます。

17

擦式手指消毒剤使用量（病棟）

自院

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。

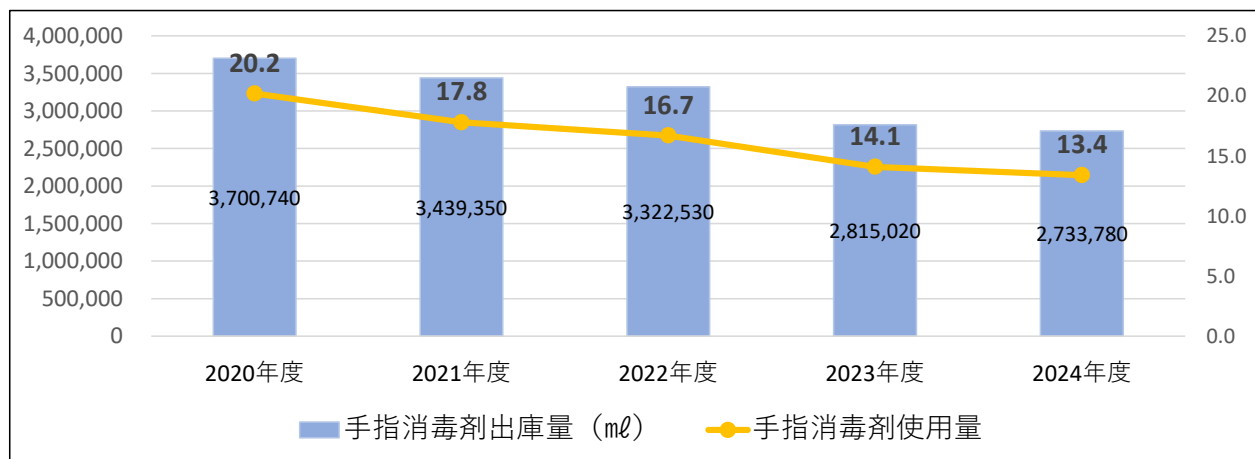
定義

分子 1年間の各病棟の手指消毒剤在庫量

分母 1年間の1000延べ入院患者日数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
手指消毒剤在庫量（mℓ）	3,700,740	3,439,350	3,322,530	2,815,020	2,733,780	（病棟全体）
入院延べ患者数	183,205	193,222	198,954	198,625	203,474	
手指消毒剤使用量	20.2	17.8	16.7	14.1	13.4	（mℓ/患者・日：病棟のみ）



指標実績の分析・評価

2021年度から手指消毒薬の使用量は減少の一途をたどっています。職員の手指消毒の使用についての意識改革をしなければ増加にはつながらないと思われるため、使用増加に向けた新たな取り組みが必須です。

18

広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率

厚労省

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

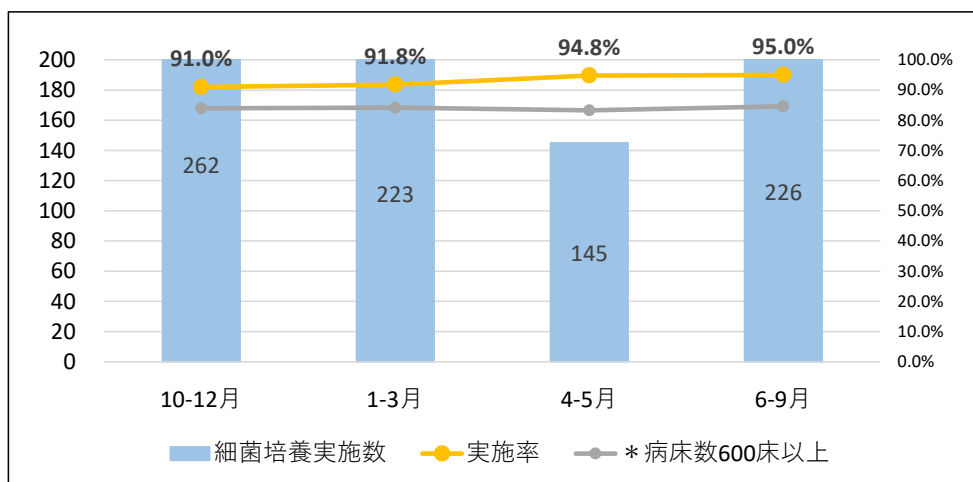
分母 広域スペクトル抗菌薬が処方された退院患者数

当院の実績

	2023年	2024年			
	10-12月	1-3月	4-5月	6-9月	
細菌培養実施数	262	223	145	226	(件)
対象退院患者数	288	243	153	238	(件)
実施率	91.0%	91.8%	94.8%	95.0%	(%)
* 病床数600床以上	83.9%	84.2%	83.3%	84.6%	(%)

	2023年度	2024年度
分子	485	856
分母	531	922
実施率	91.3%	92.8%

* 2024年度 医療の質可視化プロジェクト 集計結果報告書



指標実績の分析・評価

広域抗菌薬使用時の細菌培養実施率は高い割合を維持できています。抗菌薬開始前の適切な細菌培養検査は抗菌薬適正使用に必要不可欠であり高い割合を維持できるよう取り組みを継続していきます。

19

血液培養実施時の2セット実施率

日病QI

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。

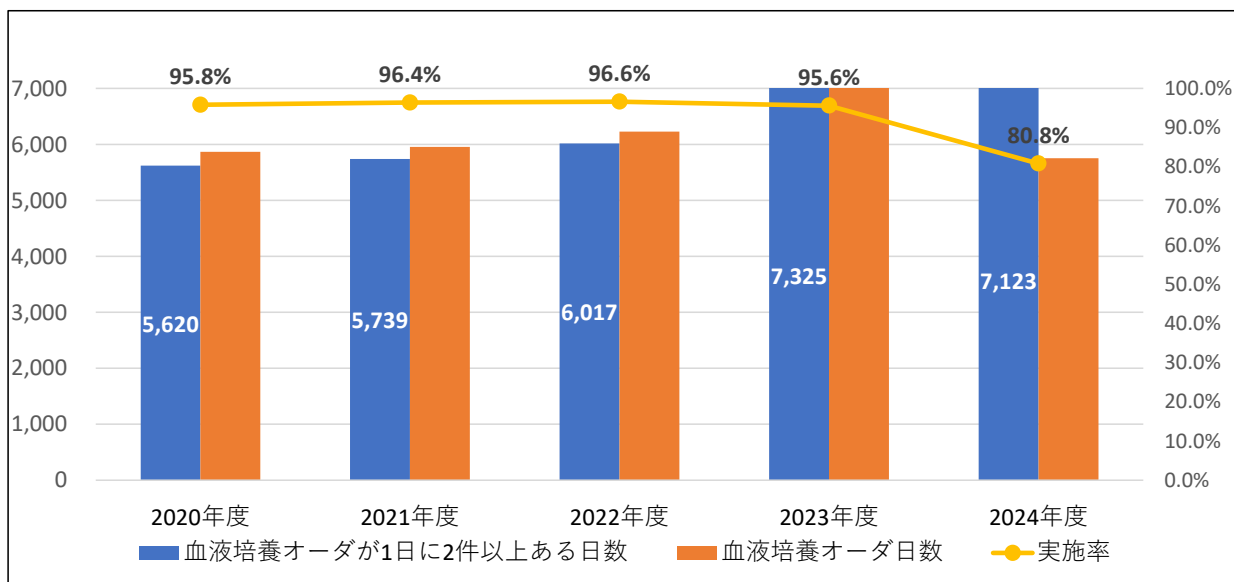
定義

分子 血液培養オーダが1日に2件以上ある日数×100

分母 血液培養オーダ日数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	5,620	5,739	6,017	7,325	7,123	(日)
血液培養オーダ日数	5,867	5,953	6,230	7,659	5,752	(日)
実施率	95.8%	96.4%	96.6%	95.6%	80.8%	(%)



指標実績の分析・評価

2024年度は血液培養ボトルの供給不足により一時的に原則1セット採取としていた経緯あり血液培養2セット実施率の低下が見られているが供給再開後は95～96%と非常に高い実施率となっています。

20

抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定率

日病QI

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。

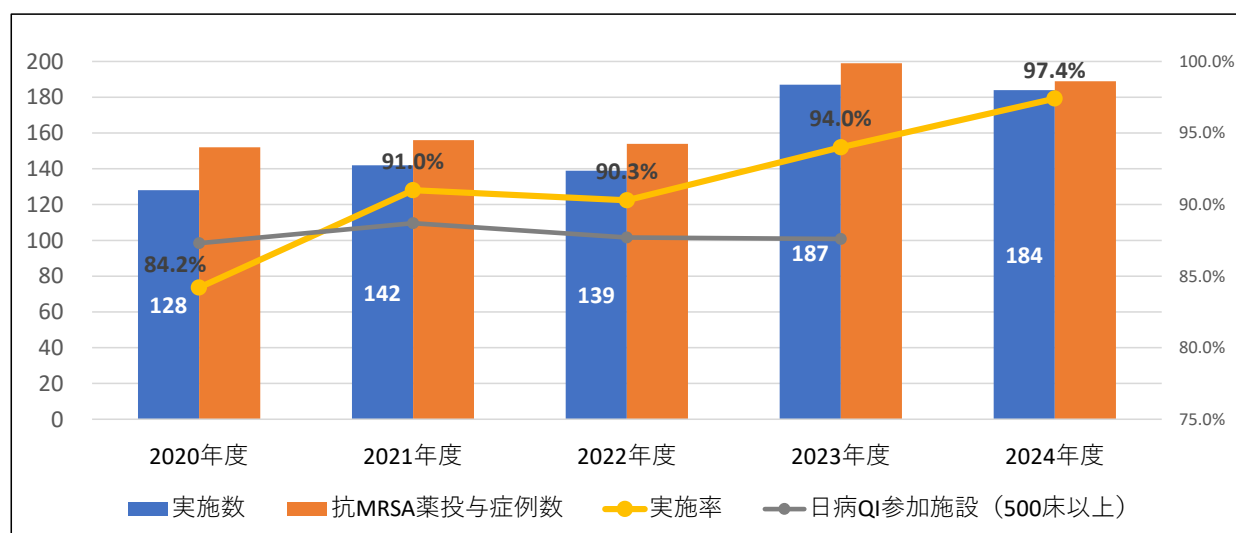
定義

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	2024年度	
実施数	128	142	139	187	184	(件)
抗MRSA薬投与症例数	152	156	154	199	189	(件)
実施率	84.2%	91.0%	90.3%	94.0%	97.4%	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	87.3%	88.7%	87.7%	87.6%		(%)



指標実績の分析・評価

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実施率は増加傾向だ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。

21

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、構成部室をあらかじめ投与することを予防的抗菌薬投与といいます。

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

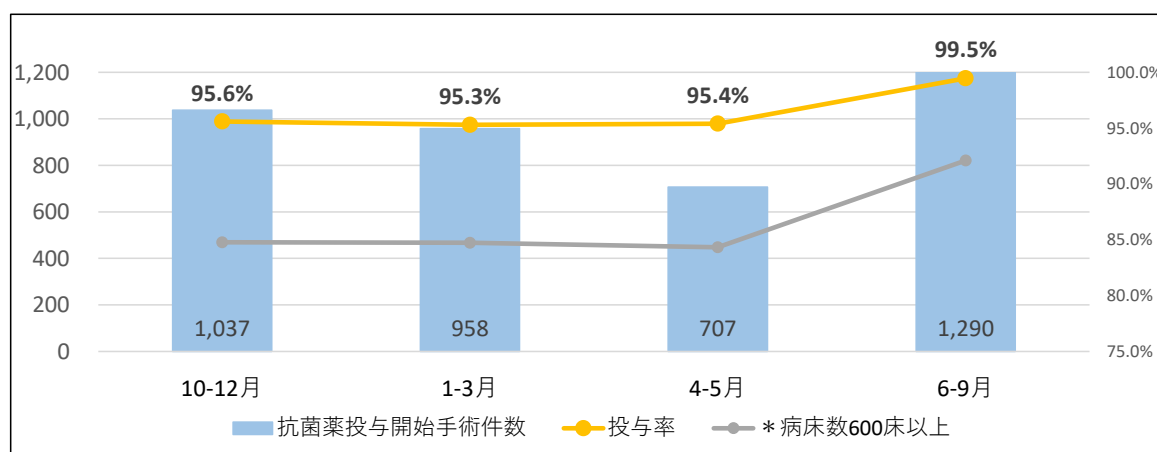
測定期間 2023年10月～2024年9月（1年） 医療の質可視化プロジェクト測定期間に準ずる

当院の実績

	2023年		2024年		
	10-12月	1-3月	4-5月	6-9月	
抗菌薬投与開始手術件数	1,037	958	707	1,290	(件)
手術件数	1,085	1,005	741	1,297	(件)
投与率	95.6%	95.3%	95.4%	99.5%	(%)
* 病床数600床以上	84.8%	84.7%	84.3%	92.1%	(%)

* 2024年度 医療の質可視化プロジェクト 集計結果報告書

	2023年度	2024年度
分子	4,023	3,992
分母	4,240	4,128
実施率	94.9%	96.7%



指標実績の分析・評価

2024年6月から投与率の上昇がみられているが全身麻酔患者のみが対象となったことが要因と考えられます。ほぼ100%近い値となっており高い水準維持できています。

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

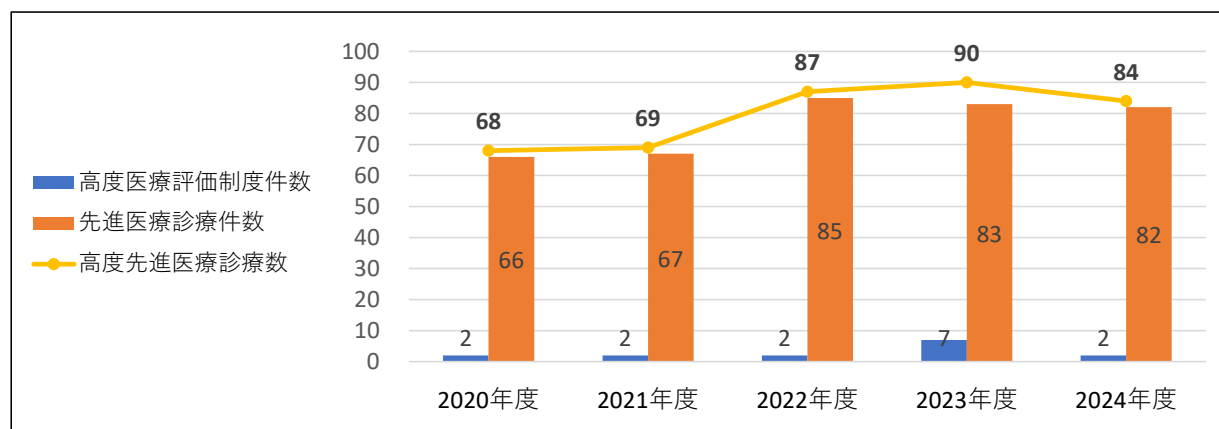
1年間の高度医療評価制度・先進医療診療の実施数

※ 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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(単位：件)
高度医療評価制度件数	2	2	2	7	2	
先進医療診療件数	66	67	85	83	82	
高度先進医療診療数	68	69	87	90	84	



指標実績の分析・評価

2022年度から増加傾向にあったが、2024年度には減少している。登録終了となった技術の影響と思われます。

23

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。

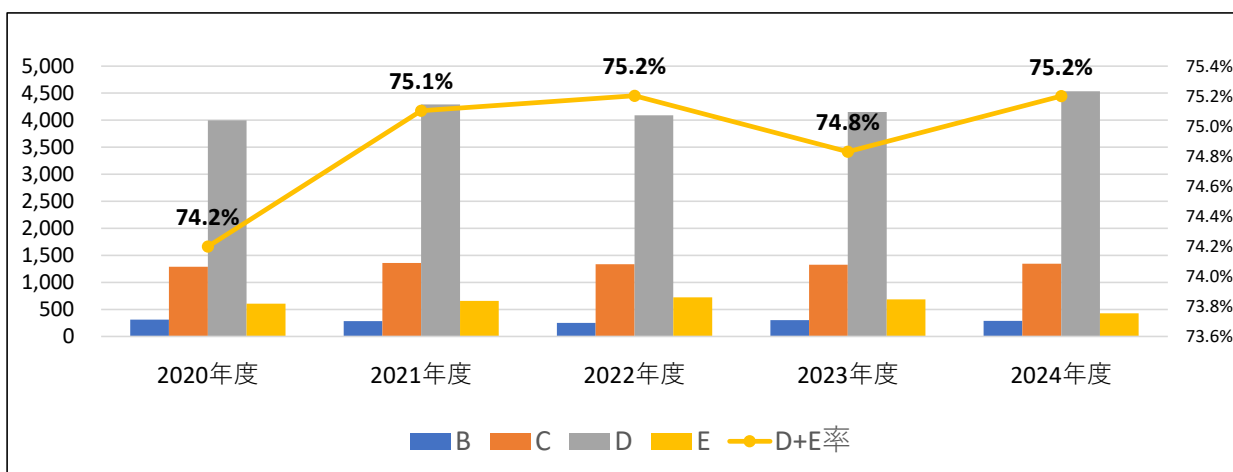
難易度は、B、C、D、Eの順で高くなっています。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(件)
B	310	283	250	300	290	
C	1,291	1,359	1,338	1,327	1,347	
D	3,996	4,293	4,092	4,153	4,535	
E	608	660	724	684	429	
手術技術度D+E（件）	4,604	4,953	4,816	4,837	4,964	
手術技術度D+E（割合）	74.2%	75.1%	75.2%	74.8%	75.2%	
一般病床100床当たり（件）	857.4	922.3	896.8	900.7	924.4	* 一般病床：537床



指標実績の分析・評価

がん専門病院として難易度が高い手術が占める割合が大きく、概ね75%前後で推移しており、適切な割合ともわれます。

24

内視鏡的手術実施割合

自院

指標の意義

これまで行われてきた開腹・開胸手術と比べより侵襲の少ない手術として内視鏡的手術が普及している。更に最近では質名主義が実施可能なロボット支援手術が各分野で導入されつつある。先進的ながん専門病院としては50%以上の手術が内視鏡的に行われている事が望ましいものと思われる。

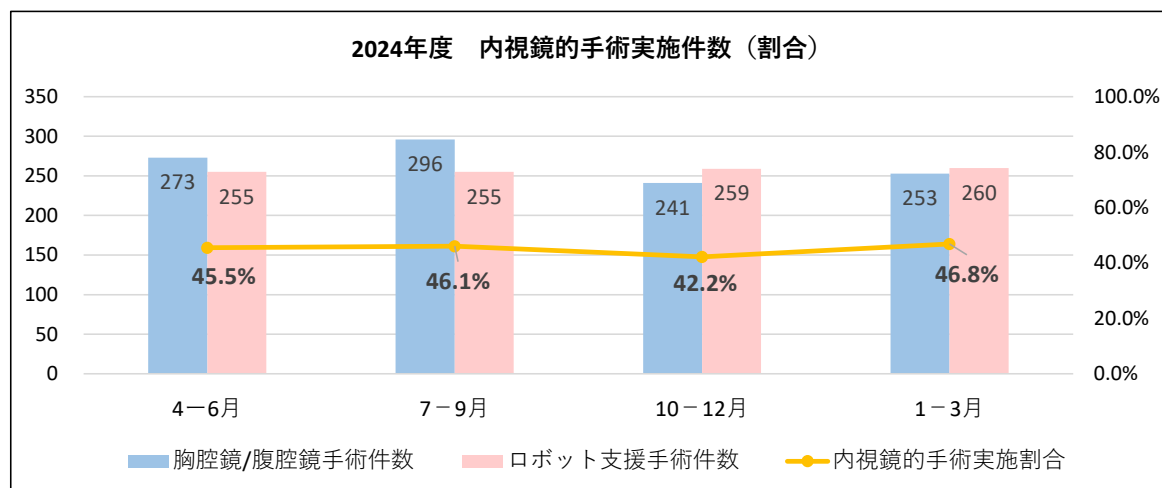
定義

分子 内視鏡的手術（胸腔鏡、腹腔鏡、ロボット支援手術）件数

分母 年間の手術件数

当院の実績

	2023年度	2024年度				2024年度
		4－6月	7－9月	10－12月	1－3月	
胸腔鏡/腹腔鏡手術件数	1,203	273	296	241	253	1,063
ロボット支援手術件数	878	255	255	259	260	1,029
内視鏡的手術総数	2,081	528	551	500	513	2,092
手術件数	4,492	1,161	1,196	1,185	1,095	4,637
内視鏡的手術実施割合	46.3%	45.5%	46.1%	42.2%	46.8%	45.1%



指標実績の分析・評価

現在、多くの悪性腫瘍に対しては、内視鏡的手術が標準治療として実施されている。当院でも約半数の患者さんに対して、内視鏡的手術が実施されており、ロボット手術の占める割合が増加しています。

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。

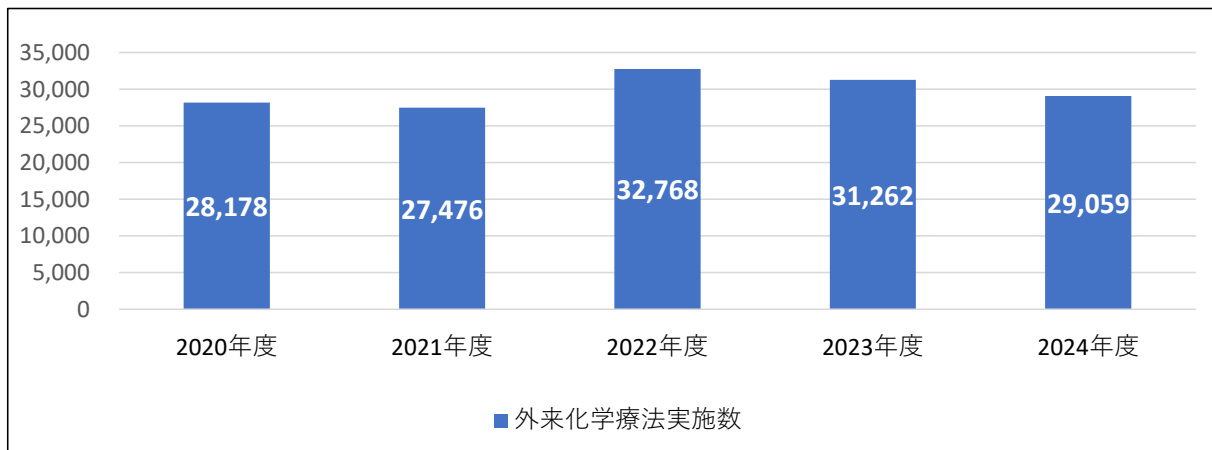
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
外来化学療法実施数	28,178	27,476	32,768	31,262	29,059

(件)



指標実績の分析・評価

複雑な治療の臨床導入も進んでいるが、年間30,000件前後の外来化学療法の実施が継続されており、外来化学療法センターは効率的に運用できていると考えます。

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

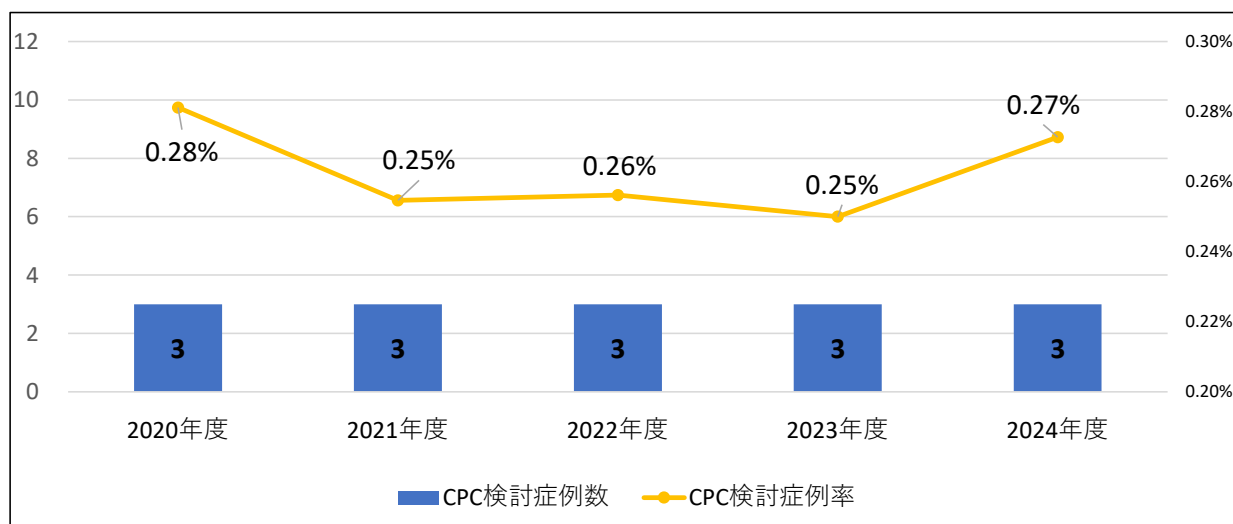
1年間のCPC件数を死亡患者数で除した割合（％）です。当院での退院死亡患者を対象とします。

分子 CPC検討症例数×100

分母 死亡退院患者数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
CPC検討症例数	3	3	3	3	3	(件)
死亡退院患者数	1,067	1,178	1,171	1,201	1,100	
CPC検討症例率	0.28%	0.25%	0.26%	0.25%	0.27%	(%)



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。2024年度の病理解剖数は5件であり、ほぼ半数の症例に対して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。

27

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。

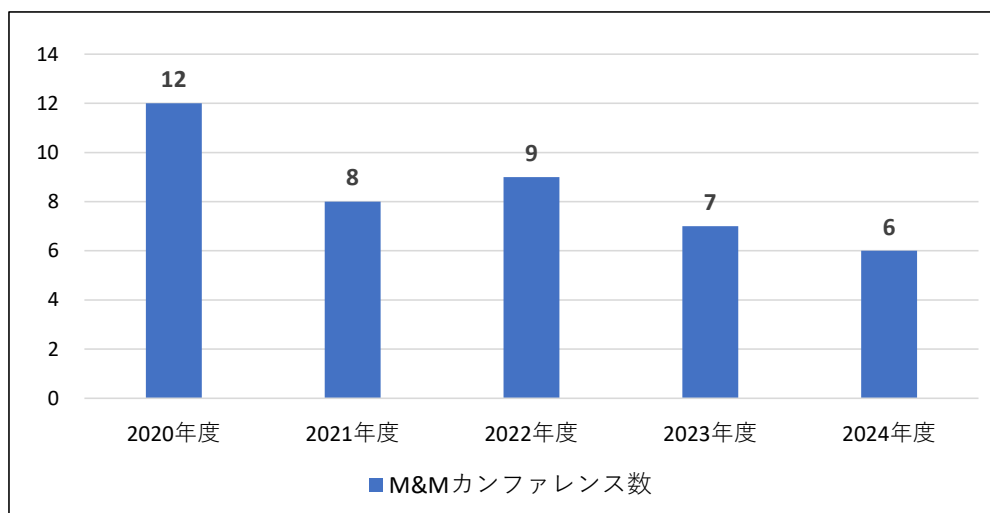
定義

1年間に開催されたM&Mカンファレンス数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
M&Mカンファレンス数	12	8	9	7	6

(件)



指標実績の分析・評価

インシデント、続発症等の報告からM&Mカンファレンス開催が妥当と判断された事例は、診療科に聞き取りをおこないM&Mカンファレンスの開催を計画しています。今後は、M&Mカンファレンスで検討された対策が適切に実践されているかについてのモニタリングをしていく予定です。

指標の意義

がんサージカルボードとは、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断および緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスです。がん診療連携拠点病院の指定要件としてがんサージカルボードの設置及び定期的開催が位置づけられており、最善のがん医療の提供過程の指標の一つです。

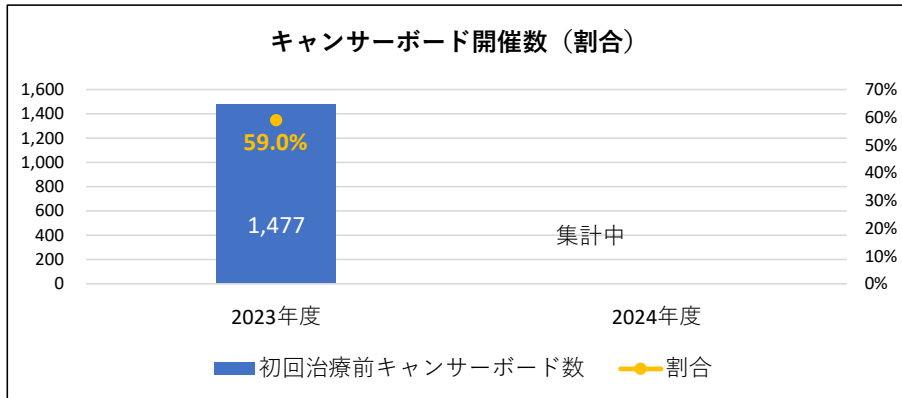
定義

分子 分母のうち複数の診療科による治療方針の検討がなされた患者数×100

分母 5大がん（胃・大腸・乳・肝臓・肺）と診断され初回治療が行われた患者数

当院の実績

	2023年度	2024年度	
初回治療前がんサージカルボード数	1,477		(回数)
5大がん初回治療患者数	2,505		(人)
割合	59.0%		(%)



指標の説明

当院は、外科的・内科的・放射線治療など複数の治療法を組み合わせで行う集学的治療が行えるよう、複数の診療科による検討を通じて、質の高いがん医療を提供できる体制を構築しています。今後も特定機能病院としての責務を果たすため、がんサージカルボード実施率を100%に近づけ、最適な治療方針の検討・共有ができる体制を確立し、さらなる医療の質向上に努めてまいります。

29 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

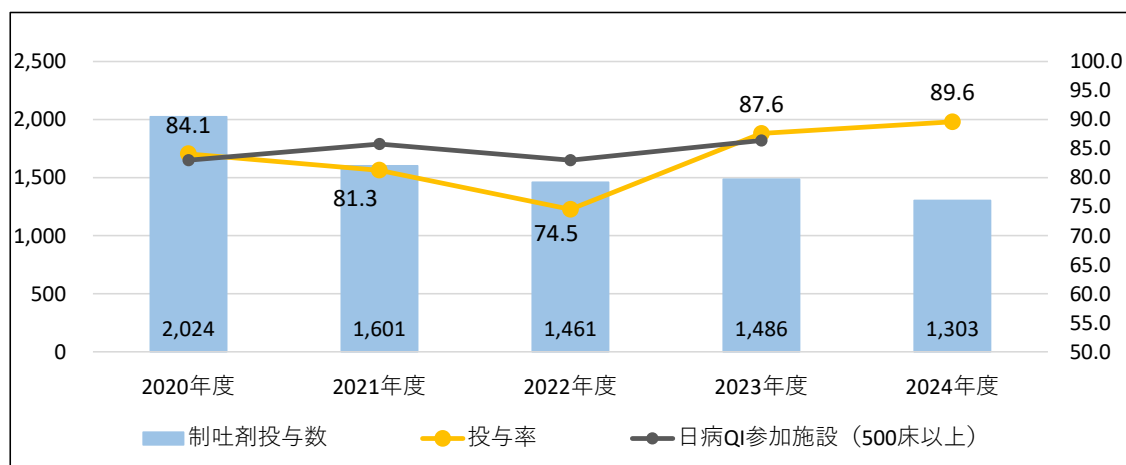
分母の実施日の前日又は当日に 5-HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤全てを併用した数 × 100

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	2024年度	
制吐剤投与数	2,024	1,601	1,461	1,486	1,303	(件)
実施日数（18歳以上の患者）	2,407	1,970	1,960	1,696	1,454	
投与率	84.1	81.3	74.5	87.6	89.6	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	83.0	85.8	83.0	86.4		



指標実績の分析・評価

2022年度から投与率は徐々に上昇しており、ガイドラインで推奨されている制吐療法が実践できていると思われます。

30

手術後の肺血栓塞栓症発生率

自院

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

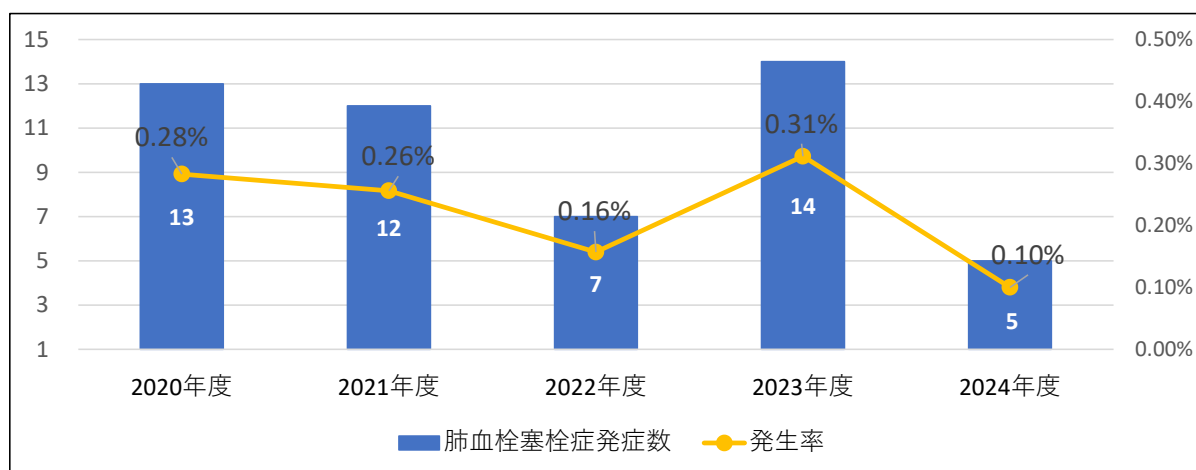
分子 手術後28日以内に肺塞栓血栓症を発症した件数×100

分母 手術室で実施された手術件数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
肺血栓塞栓症発症数	13	12	7	14	5
手術件数	4,596	4,691	4,458	4,492	4,639
発生率	0.28%	0.26%	0.16%	0.31%	0.10%

(人)



指標実績の分析・評価

手術後肺血栓塞栓症の発症件数は、昨年度より減少しています。発症事例は、早い段階で発見し、適切な管理ができていることを確認しています。

31

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。

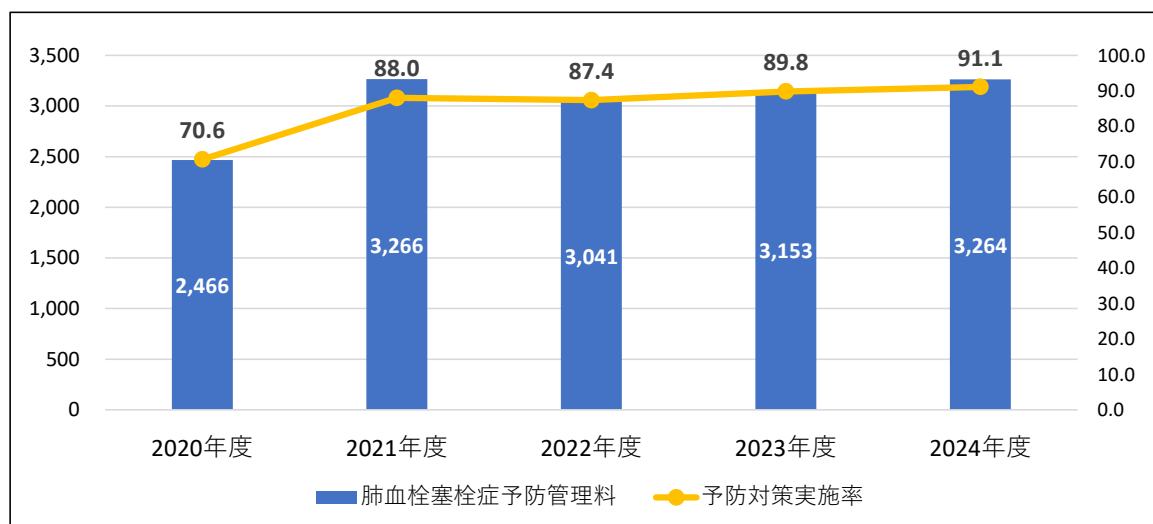
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
肺血栓塞栓症予防管理料	2,466	3,266	3,041	3,153	3,264
全身麻酔実施症例数	3,491	3,711	3,481	3,510	3,583
予防対策実施率	70.6	88.0	87.4	89.8	91.1



指標実績の分析・評価

周術期の肺血栓塞栓症は死に至る重篤な合併症であるため、その予防は極めて重要です。当院でも肺血栓塞栓症の予防を実施している患者さんの割合は増加傾向にありますが、今年度の実施率が90%前半であり、100%を目指した取り組みが必須と思われます。

32

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。

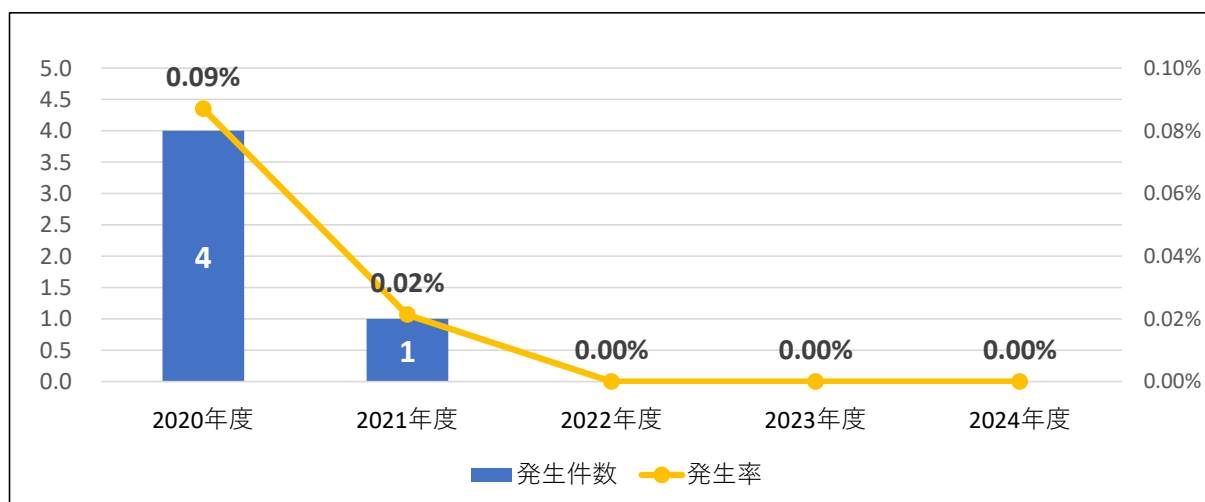
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
発生件数	4	1	0	0	0	(件)
手術件数	4,596	4,691	4,458	4,492	4,639	
発生率	0.09%	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	



指標実績の分析・評価

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5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。

33

入院手術患者の術後48時間以内の緊急再手術割合

自院

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。

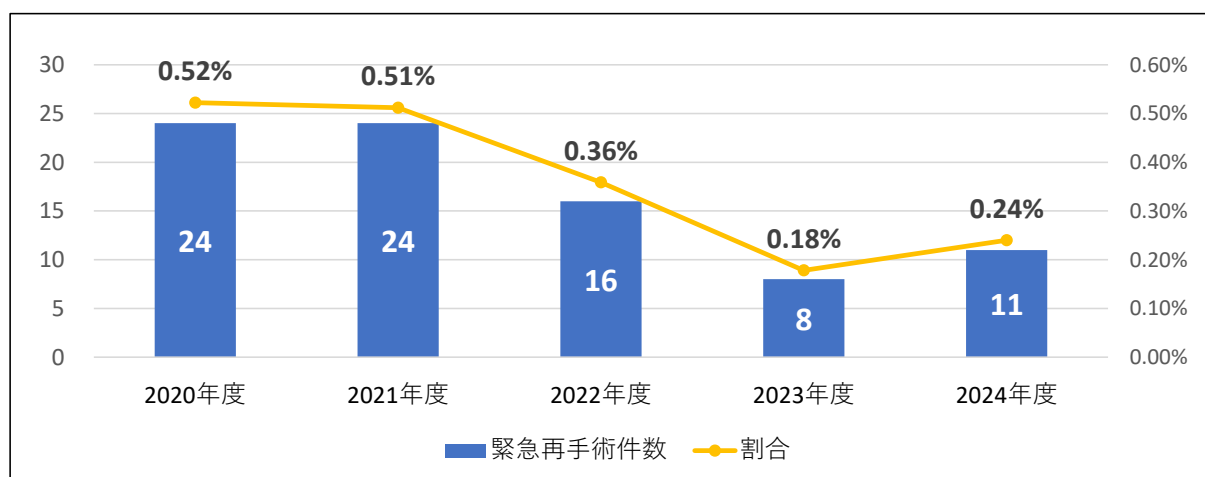
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
緊急再手術件数	24	24	16	8	11
手術件数	4,595	4,690	4458	4492	4,639
割合	0.52%	0.51%	0.36%	0.18%	0.24%



指標実績の分析・評価

緊急再手術件数は、昨年度に比べ増加しましたが、例年より少ない件数で推移しています。

34

術後在院死亡者数

自院

指標の意義

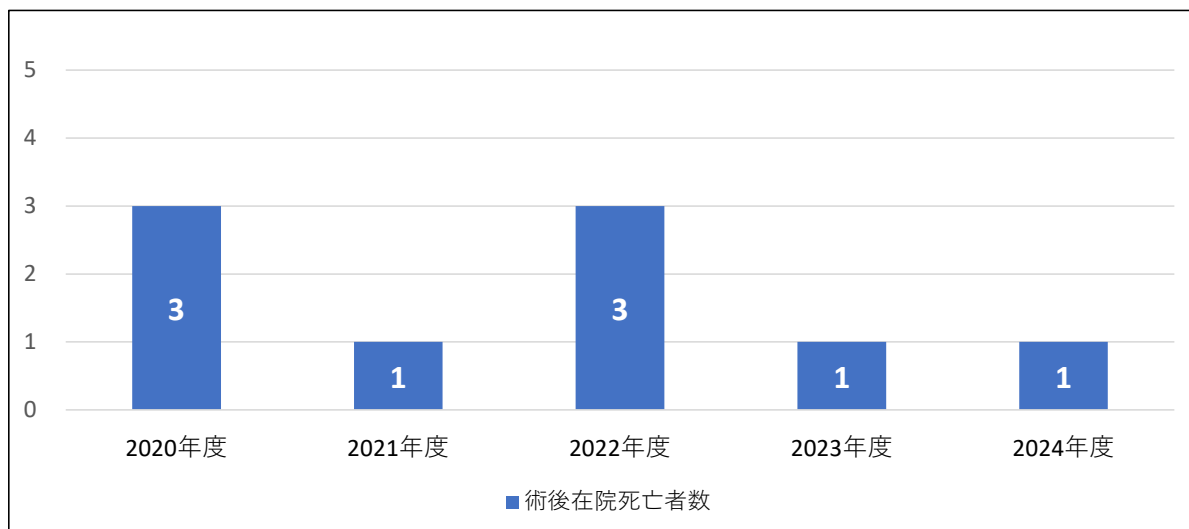
術後在院死亡数は、当院で手術後に退院できずに亡くなった患者さんの数です。手術後に病勢の進行によって亡くなられた患者さんと、術後合併症によって亡くなられた患者さんが含まれています。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
術後在院死亡者数	3	1	3	1	1



指標実績の分析・評価

根治手術後30日以内の死亡の多くは術後合併症に起因するものですが、当院のようなhigh volume centerでは0を目指すことが望ましいと考えます。ここ数年の傾向を見ても極めて少ない値で推移しており、適切な手術並びに術後管理が行われているものと推測されます。

35

RRS/RRT要請件数

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。

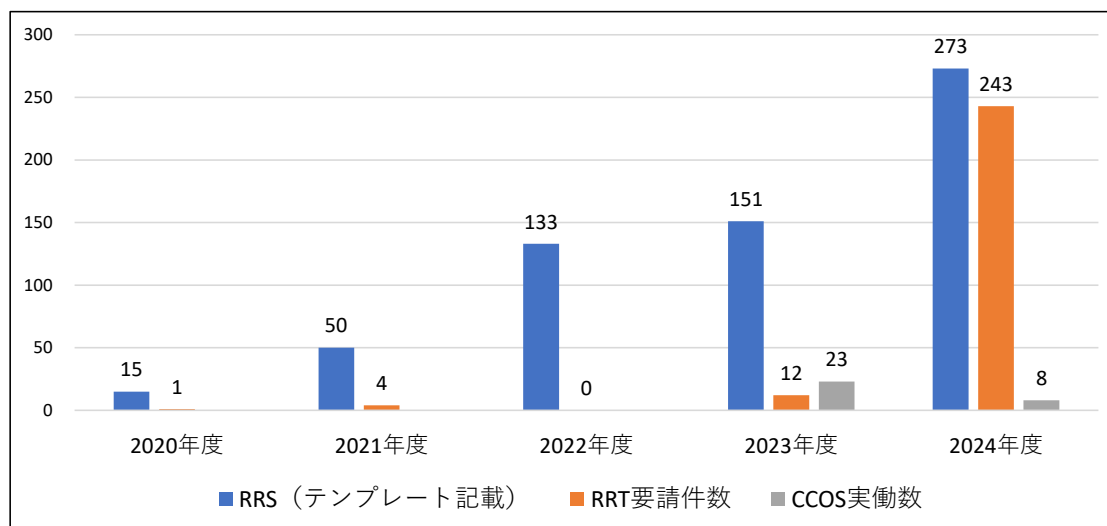
患者さんの容態の悪化を医療従事者が早期に捉え、重症化を防ぐシステムが適切に機能しているかを見る指標です。

定義

・1年間のRRS(テンプレート記載)、RRT要請件数、CCOS実働件数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(単位：件)
RRS（テンプレート記載）	15	50	133	151	273	
RRT要請件数	1	4	0	12	243	
CCOS実働数				23	8	



指標実績の分析・評価

2023年の病院機能評価受審においてRRSの仕組みを見直すことになり、SSSのファーストコールをRRT看護師に変更しました。また、繰り返しRRSを活用するよう周知した結果、RRSの発動件数は、大幅に増加しています。今後は、RRTが効果的に活動できるよう、RRTメンバーの増員、研修の充実化を図っていきます。

36

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、対応が望めます。

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

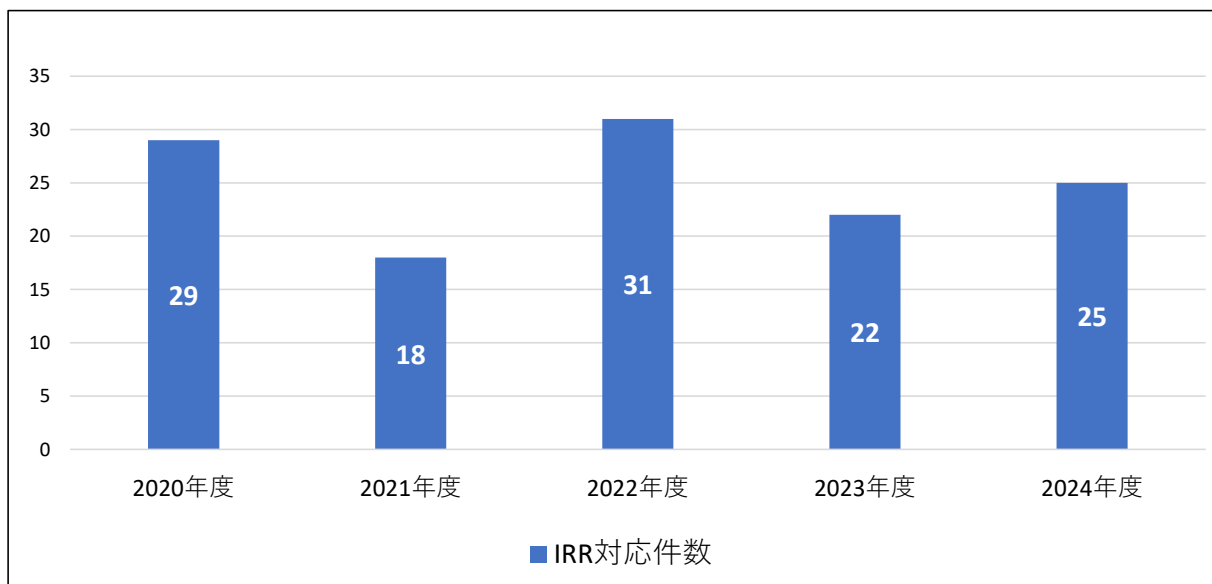
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
IRR対応件数	29	18	31	22	25

(件)



指標実績の分析・評価

IRRの内訳はGr1:14件、Gr2:9件、Gr3:2件でした。過半数がGr1であり、定期的な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。

37 放射線科医がCT・MRIの読影レポート作成を翌診療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。

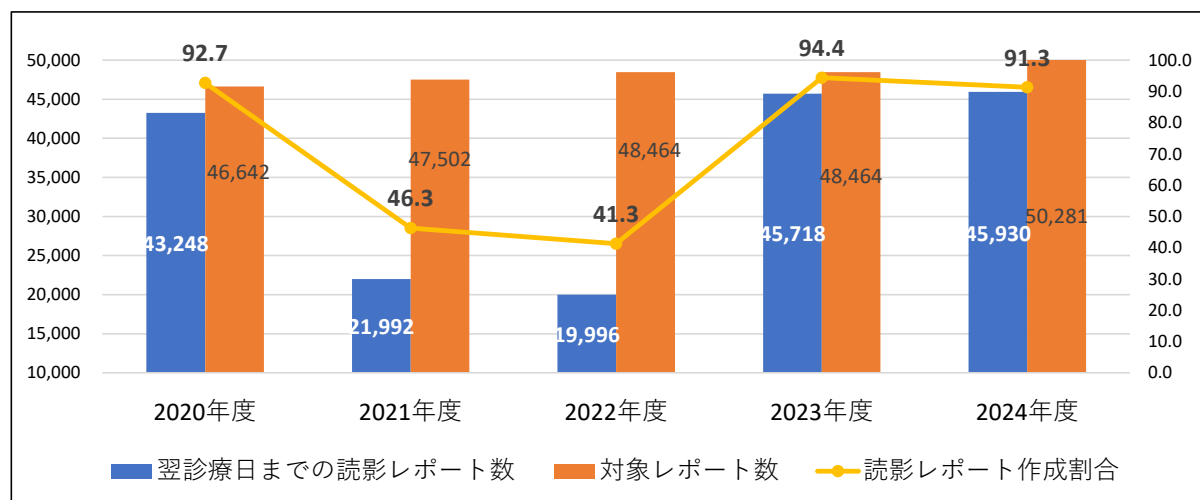
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
翌診療日までの読影レポート数	43,248	21,992	19,996	45,718	45,930	(件)
対象レポート数	46,642	47,502	48,464	48,464	50,281	
読影レポート作成割合	92.7	46.3	41.3	94.4	91.3	(%)



指標実績の分析・評価

2023年度に画像管理加算2の取得し、今年度も読影率90％以上である。

38 放射線科医が核医学検査の読影レポート作成を翌診療日までに終えた割合

国立大学
病院

指標の意義

指標No.36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。

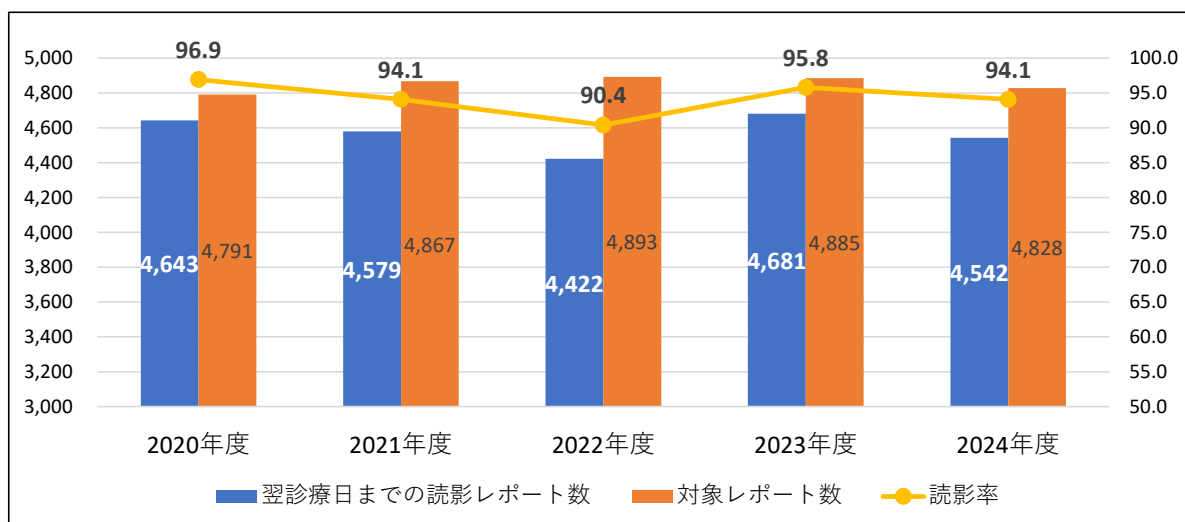
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
翌診療日までの読影レポート数	4,643	4,579	4,422	4,681	4,542	(件)
対象レポート数	4,791	4,867	4,893	4,885	4,828	
読影率	96.9	94.1	90.4	95.8	94.1	(%)



指標実績の分析・評価

前年度同様に読影率90％以上であり、画像管理加算2を維持。

39

読影レポート既読率

自院

指標の意義

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・核医学検査レポートとする。

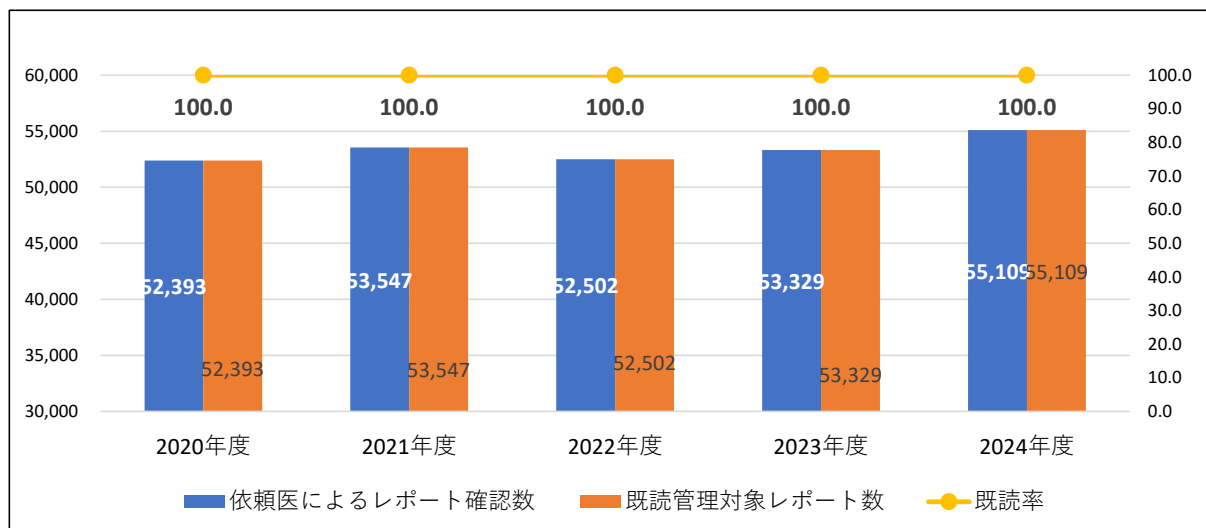
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
依頼医によるレポート確認数	52,393	53,547	52,502	53,329	55,109	(件)
既読管理対象レポート数	52,393	53,547	52,502	53,329	55,109	
既読率	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	(%)



指標実績の分析・評価

読影レポートの既読管理及び未読者への報告行為が電子カルテシステムより可能。大部分の管理業務が迅速で漏れのない自動通達となり、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は各診療科部長の代行既読が可能であり、確実な読影レポート既読管理が実施出来ている。

40

病理組織診断件数

国立大学
病院

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

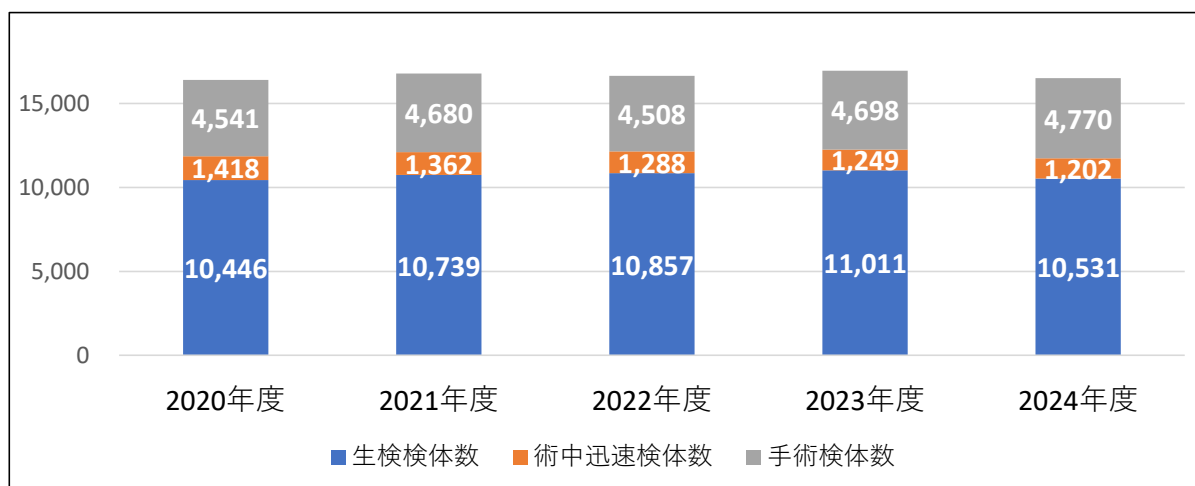
※生検診断は、組織の一部を採取して良性・悪性の判定や治療の選択をする（生検検体）

※術中迅速診断は、手術中に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にがんの悪性度や進行度を詳しく調べる

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(単位：件)
生検検体数	10,446	10,739	10,857	11,011	10,531	
術中迅速検体数	1,418	1,362	1,288	1,249	1,202	
手術検体数	4,541	4,680	4,508	4,698	4,770	
病理組織診断件数	16,405	16,781	16,653	16,958	16,503	



指標実績の分析・評価

2024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はなく、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。

41

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

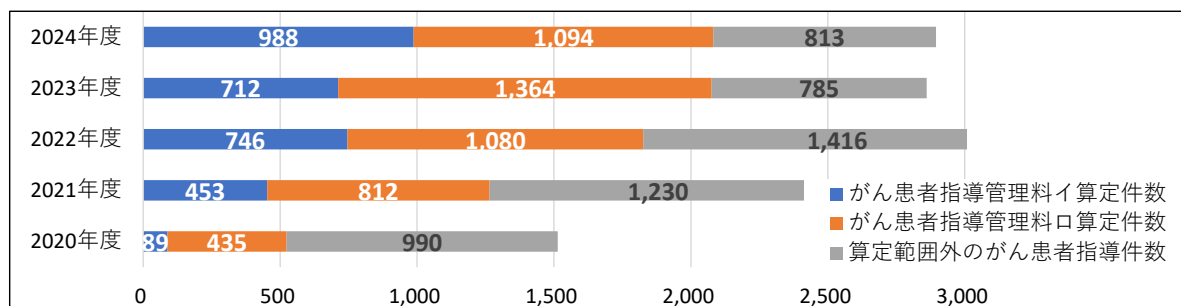
「がん患者指導管理料イ」は、患者と家族が納得して治療にのぞめるために、医師と看護師が協働で診断や治療方針について説明し支援するもので、病状理解と治療の意思決定が十分なされているかを測る指標です。「がん患者指導管理料ロ」は、患者の心理的不安を軽減するために、医師と看護師、公認心理士が支援するもので、不安が早期に緩和され安心して療養できているかを測る指標です。「専門・認定看護師によるがん患者指導件数」は、がん患者指導管理料の算定要件に満たない状況でも、診療上の問題を解決したり、心理的不安を軽減するために、医師と看護師、多職種が支援するもので、指標の意味は指導イとロと同じです。がん患者指導管理料イの算定要件には、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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	（単位：件）
がん患者指導管理料イ算定件数	89	453	746	712	988	
がん患者指導管理料ロ算定件数	435	812	1,080	1,364	1,094	
算定範囲外のがん患者指導件数	990	1,230	1,416	785	813	
がん患者指導件数	1,514	2,495	3,242	2,861	2,895	



指標実績の分析・評価

2024年度は、外来看護師や医師と連携をとり、病状や治療理解に難渋する患者さんやご家族などサポートが必要な患者さんの支援依頼を受け、診察に同席しながら支援の目的を説明して同意を得ながら、治療の意思決定支援を行いました。その結果、意思決定支援（イ）の件数は増加、不安に関連した支援（ロ）については減少しています。これは、意思決定後のフォローアップ後に患者さんやご家族から、支援の継続を一旦終了にするかどうかを確認し、終了していることが多いことが影響していると思われます。今後、治療開始後の症状不安などで支援が再開できることなど説明し、（イ）のあとで速やかに（ロ）入る体制を整えていきます。

指標の意義

当院の患者家族支援センターでは、患者さんとご家族が安心して治療に臨めるよう、様々な側面からサポートする専門部署です。医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション科による入院前支援チームが、入院治療前に早期に支援が必要な患者を特定し、総合的かつ多角的な支援を提供しています。特に高齢手術患者は、術後合併症(肺炎、せん妄、DVTなど)やフレイル(虚弱)の予防が重要であることから、75歳以上の手術患者さんへの介入をさせていただいており、積極的に行われているかを見る指標です。対象診療科は、脳神経外科・呼吸器外科・胃外科・大腸外科・肝胆膵外科・婦人科・泌尿器科の7診療科で実施しています。(※合併症のリスクの高い頭頸科と食道外科は、年齢関係なく、初診時から多職種が介入しているため、スクリーニングは実施しておらず、リスクの少ない乳腺外科等は介入していません。)

定義

分子 分母の内、対象7診療科75歳以上(肝胆膵外科は、70歳以上)で入院前支援を実施した患者数

分母 対象7診療科における75歳以上(肝胆膵外科は、70歳以上)の全身麻酔の入院手術予定患者数

当院の実績

	2024年度
支援患者数	835
入院手術患者数	879
実施率	95%

(件)

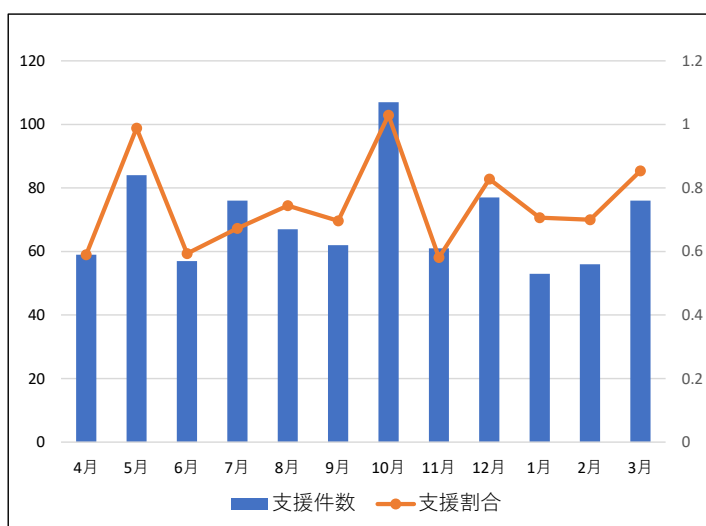
(件)

(%)

対象7診療科：脳神経外科・呼吸器外科・胃外科・大腸外科・肝胆膵外科・婦人科・泌尿器科
※医師が必要と認めた75歳以下含む

2024年度 75歳以上(肝胆膵外科は70歳以上)の多職種支援患者数(月別)

	全麻手術 (75以上)	支援件数	支援割合
4月	70	59	84%
5月	67	84	125%
6月	80	57	71%
7月	82	76	93%
8月	79	67	85%
9月	76	62	82%
10月	84	107	127%
11月	81	61	75%
12月	72	77	107%
1月	55	53	96%
2月	67	56	84%
3月	66	76	115%
年間	879	835	95%



指標実績の分析・評価

2024年度の75歳以上(肝胆膵外科は70歳以上)7診療科手術患者に対する術前多職種支援実施率は95%であり、残りの5%については、介入が難しい緊急入院・緊急手術患者が含まれるため、妥当な数値である。多職種スクリーニングの取りくみは、定着したが、効果についての分析結果、治療・入院前という早期の段階で多職種が介入することに関して明確な評価、結論は得ておらず、質の高いエビデンスはありません。しかし、当院の複数の医療者が、多職種スクリーニングについてデータを積み重ね、高齢者に対する多職種スクリーニングは、術後合併症の減少と関連する可能性が示唆されてつつあります。今後は学術的にも評価されていくことを期待しながら、より多くの患者に質の高い術前支援を提供すると共に介入基準や介入方法についても継続的に追求していきます。

43

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。

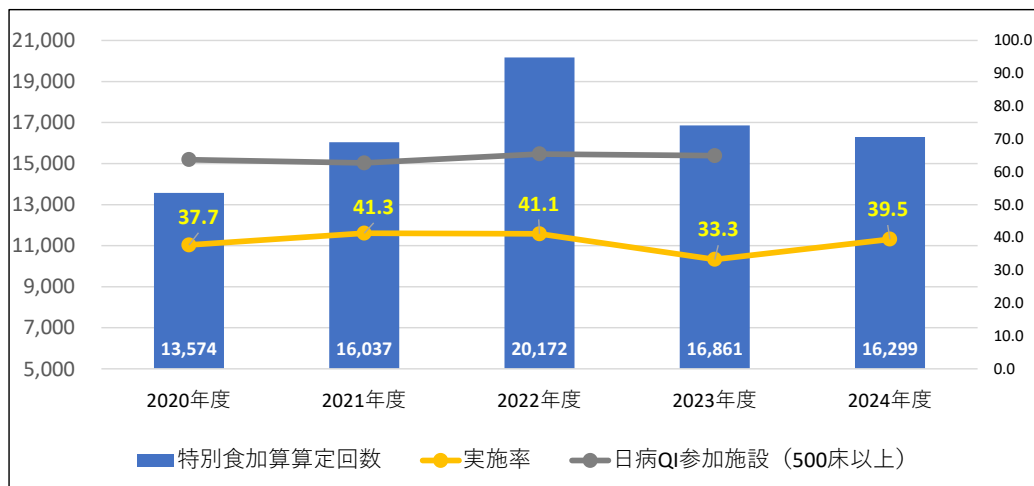
定義

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	2024年度	
特別食加算算定回数	13,574	16,037	20,172	16,861	16,299	(件)
当該入院患者の食事回数	36,052	38,838	49,121	50,660	41,306	(件)
実施率	37.7	41.3	41.1	33.3	39.5	(%)
日病QI参加施設（500床以上）	63.7	62.7	65.4	64.9		(%)



指標実績の分析・評価

入院診療計画や栄養管理計画を作成時に、担当栄養士より問い合わせ、提案等を行うよう心がけていますが、病院の特性上、手術や化学療法等による入院などで、その治療優先の対応で糖尿病や慢性腎臓病への対応が困難なケースがあります。患者の背景に持つ疾患にも留意し、対応の必要性を見極めて、栄養管理をしていく必要があります。

44

65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合

厚労省

指標の意義

早期に低栄養リスクを評価し適切な介入をすることで、在院日数の短縮、予後改善につながります。

定義

分子 分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数×100

分母 65歳以上の退院患者数

測定期間 2023年10月～2024年9月（1年） 医療の質可視化プロジェクト測定期間に準ずる

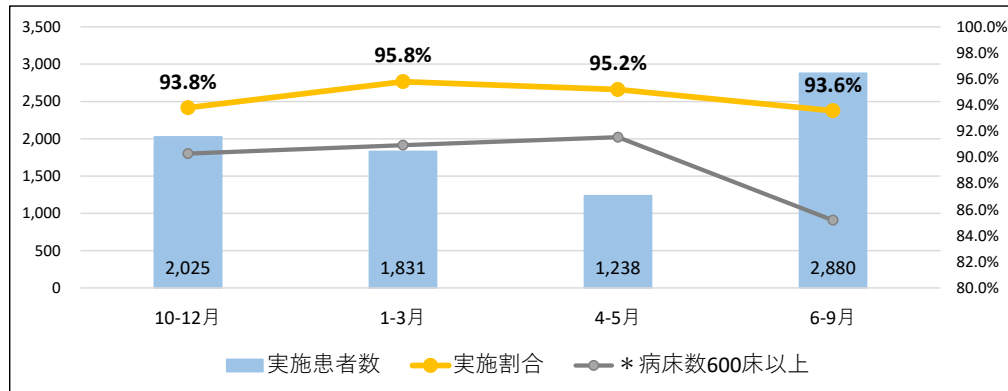
当院の実績

	2023年		2024年		
	10-12月	1-3月	4-5月	6-9月	
実施患者数	2,025	1,831	1,238	2,880	(件)
65歳以上の退院患者数	2,158	1,911	1,300	3,078	(件)
実施割合	93.8%	95.8%	95.2%	93.6%	(%)
* 病床数600床以上	90.3%	90.9%	91.6%	85.2%	(%)

実施割合の年推移

	実施割合
2024年度	94.4%

* 2024年度 医療の質可視化プロジェクト 集計結果報告書



指標実績の分析・評価

高齢者患者の外来での栄養含め総合的評価も一部実施しています。入院患者では入院日当日に入院診療計画にて栄養リスクの評価を行い、「リスクあり」の患者は入院翌日に栄養管理計画書を作成し、必要に応じ更に詳細な栄養評価を実施しています。入院診療計画や栄養管理計画の作成の遅れるケースについては引き続き注視していきます。

45

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

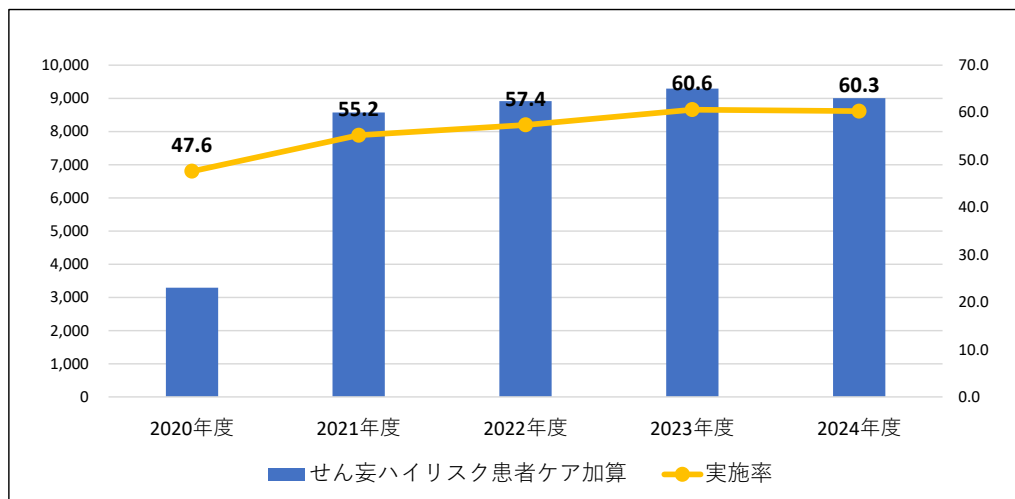
分子 せん妄ハイリスク患者ケア加算取得数×100

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	2024年度	
せん妄ハイリスク患者ケア加算	3,290	8,572	8,914	9,295	9,007	(件)
実施率	47.6	55.2	57.4	60.6	60.3	(%)

※2020年度は10月～3月（6か月）のデータです



指標実績の分析・評価

2024年度は2023年度と比して、加算割合は横ばいで経過しています。入院患者には、1週間以内に再入院する患者は加算の算定に当てはまらない患者も含まれるが、全体の加算割合が70%以下であるため、算定漏れについては、改めて調査が必要と考えます。

- ・入院患者に対するせん妄ハイリスク患者のスクリーニングはほぼ全例に実施できています。
- ・手術患者では、高齢患者も多く、せん妄ハイリスクからせん妄状態に移行するケースが一定数あります。
- ・手術前日入院・手術当日はせん妄ハイリスク→術後1日目→せん妄へ移行（入院3日間以内の変更）

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。

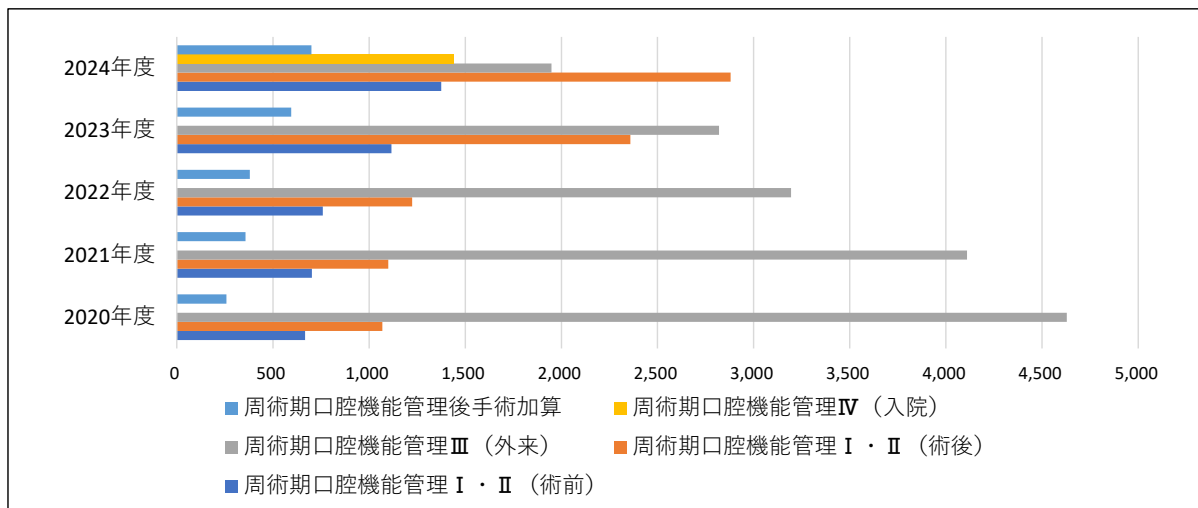
定義

- ①周術期等口腔機能管理料Ⅰ、Ⅱ（術前） ②周術期等口腔機能管理料Ⅰ、Ⅱ（術後）
③周術期等口腔機能管理料Ⅲ（外来） ④周術期等口腔機能管理料Ⅳ（入院）
⑤周術期等口腔機能管理後手術加算

※2024年6月より、周術期Ⅲ（外来患者）、周術期Ⅳ（入院患者）に分かれた

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	（単位：件）
周術期口腔機能管理Ⅰ・Ⅱ（術前）	667	703	759	1,116	1,375	
周術期口腔機能管理Ⅰ・Ⅱ（術後）	1,069	1,100	1,224	2,359	2,880	
周術期口腔機能管理Ⅲ（外来）	4,629	4,109	3,195	2,820	1,949	
周術期口腔機能管理Ⅳ（入院）					1,438	
周術期口腔機能管理後手術加算	258	358	380	595	700	
※周術期口腔機能管理計画策定料	1,066	1,104	1,115	1,262	1,394	※参考



指標実績の分析・評価

昨年度、手術以外の放射線・化学療法・緩和ケアを受ける患者さんの口腔機能管理の強化についての取り組みを進めた結果、介入数の増加を認めました（「周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）」は、2024年6月から「周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）」（外来患者対象）と「周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）」（入院患者対象）に分かれたため、合算して比較しています）。手術・造血幹細胞移植前後の口腔ケア介入（「周術期等口腔機能管理料（Ⅰ・Ⅱ）」）も継続して行っており、こちらも昨年度より介入数の増加を認めました。また、術後・移植後の介入についても継続していることがわかりました。手術前後の口腔ケアに関しては、入院前支援の取り組みにより地域の歯科診療所と協力し、入院前・退院後もサポートできる体制づくりを進めております。また、周術期等口腔機能管理以外の口腔ケア介入も以前より継続しており、こちらの件数も今後評価することを検討しております。

48

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

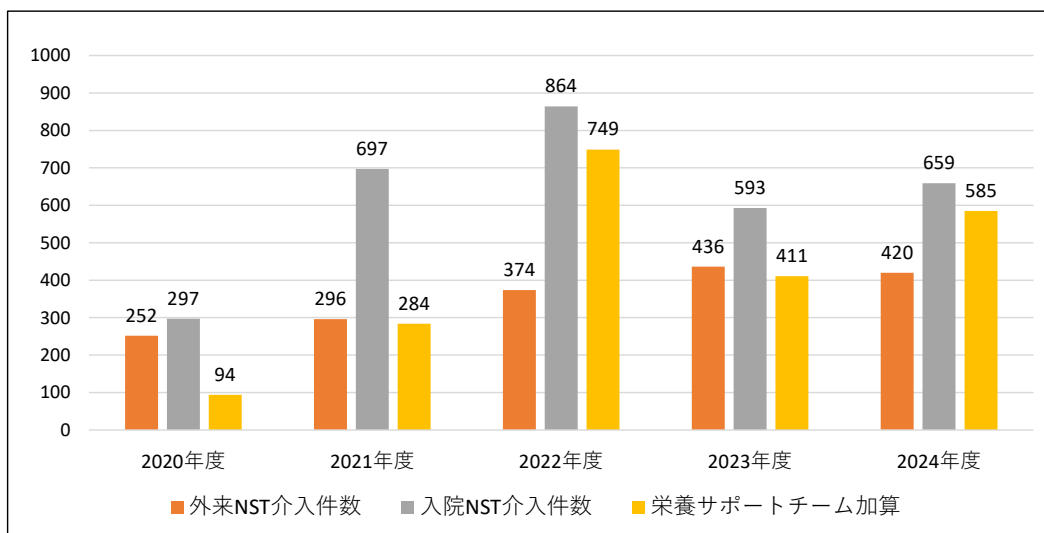
NST（栄養サポートチーム）は、多職種による患者への適切な栄養管理を実施し支援するチームです。NSTは、患者さんの栄養状態をスクリーニングし、患者さんの栄養状態を把握し適切な栄養管理を行います。低栄養や治療前の栄養改善の支援状況を見る指標です。

定義

1年間のNST介入件数（外来・入院）

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
NST介入件数（外来・入院）	549	993	1,238	1,029	1,079	（件）
外来NST介入件数	252	296	374	436	420	
入院NST介入件数	297	697	864	593	659	
栄養サポートチーム加算	94	284	749	411	585	



指標実績の分析・評価

2024年7月からNSTスクリーニングシートを改定しました。その結果、入院NST件数は昨年度より増加しました。診療報酬改定で、NST介入にはGLIM基準の判定が必要となり全件対応しています。

49

アピアランスケア相談窓口での対応（支援）件数

自院

指標の意義

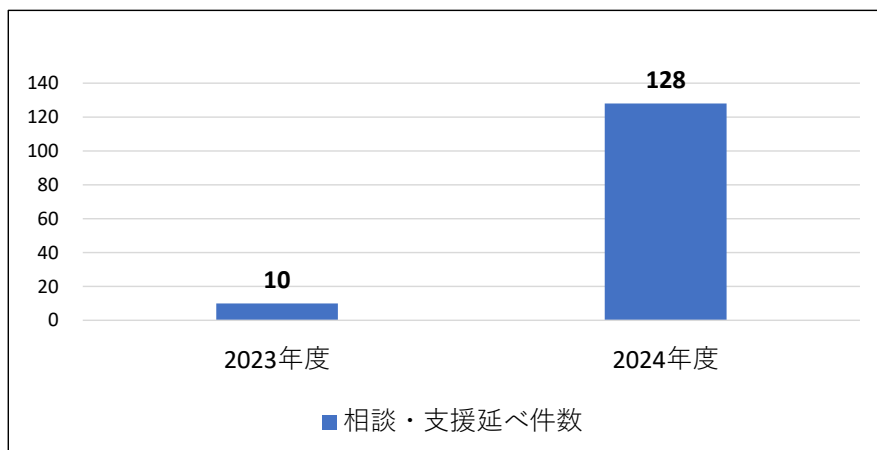
近年、がん治療の進歩により生存率が改善し、治療環境が整備され仕事をもちながら治療を継続する患者さんが増加しています。こうした中、治療による外見の変化に対する意識が高まり、アピアランスケアの重要性が認識されてきています。当院では、2023年度から、患者家族支援センターに「アピアランスケア相談窓口」を開設し、外見の変化による悩みや不安、対処方法の相談など、専門知識を持つ看護師、医師、MSWなどが支援を行っています。より多くの患者さんに認知し利用していただく指標にしています。

定義

アピアランスケア相談窓口へ来訪した患者の相談や支援した延べ件数

当院の実績

	2023年度	2024年度
相談・支援延べ件数	10	128



指標実績の分析・評価

アピアランスケア相談窓口は2023年12月より開設しました。当初はアピアランスケア相談窓口について、職員や患者さん・家族への周知不足もあり、相談件数は10件でした。2024年度4月から、チラシの配布や外来待合ブースへのポスター掲示により、アピアランスケア相談窓口での対応が徐々に増加しています。また、外来と連携を取ることで、専門外来の看護師によるアピアランスケアが速やかに実施されるようになりました。今後は、アピアランスケア相談窓口での対応について、さらに周知し相談件数を増やしていきます。

50

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。こどもの生活の中心である遊びを提供することで、こどもの不安を和らげ、こども本来の発達を支援すること、どんな環境でも、こ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。こどもが受け身になりがちな医療環境の中でも、こ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

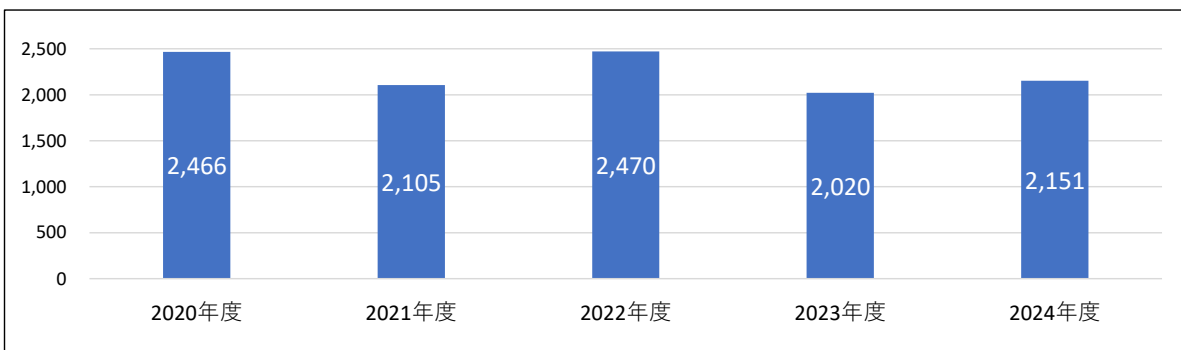
1年間のCLS支援件数

＜支援内容＞・治療的遊びの提供 ・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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
CLS支援件数	2,466	2,105	2,470	2,020	2,151

(延べ件数)



指標実績の分析・評価

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る。そのため、CLSの介入件数にも影響が出ている。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、介入件数の維持につながっている。退院後もサポート継続し、支援の質向上に取り組んでいます。

51

AYA・こどもサポートチーム支援件数

自院

指標の意義

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

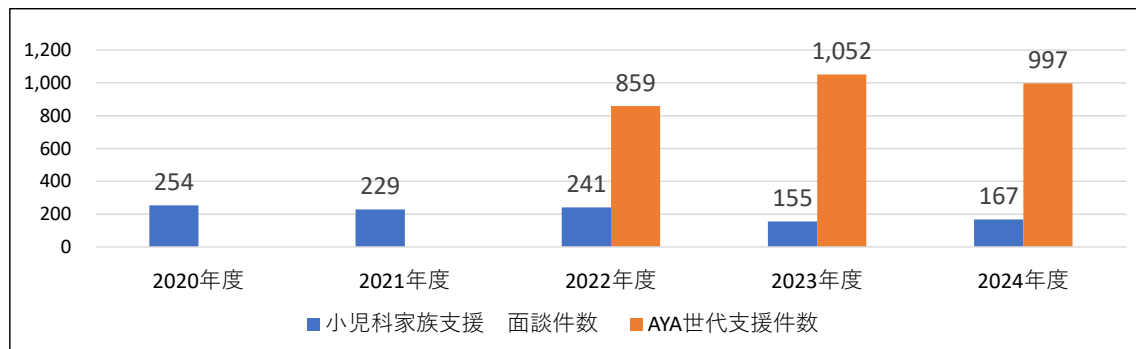
定義

小児科家族支援 面談件数（未成年のこ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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
小児科家族支援 面談件数	254	229	241	155	167	（延べ件数）
AYA世代支援件数			859	1,052	997	（延べ人数）



指標実績の分析・評価

前年度より小児科家族支援の面談の件数は微増。こどもの面会（小学生以下）制限の緩和や複数回継続的に面談を行っている患者さんとの関わりが影響していると考えます。チームのリンクナースだけでなく、各病棟や主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います。AYA世代の患者さんへの介入は1000件前後を維持しています。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く必要があります。

52

褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数（割合）

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。

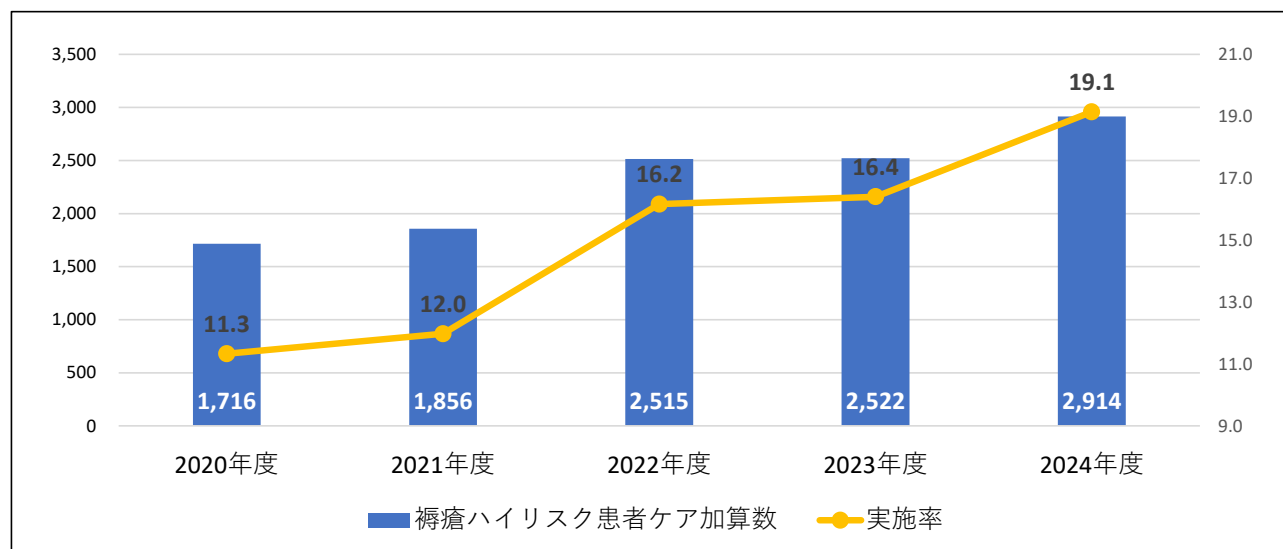
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算数	1,716	1,856	2,515	2,522	2,914	(件)
退院患者数	15,147	15,498	15,561	15,409	15,222	
実施率	11.3	12.0	16.2	16.4	19.1	(%)



指標実績の分析・評価

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。

53

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。

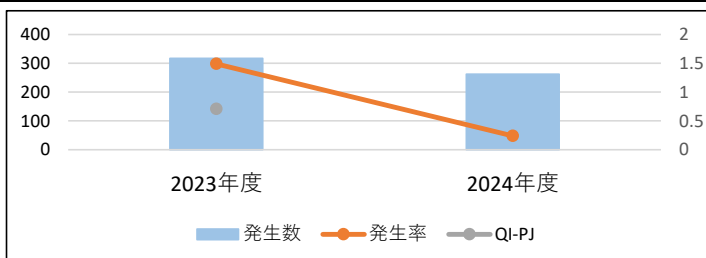
定義

- 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

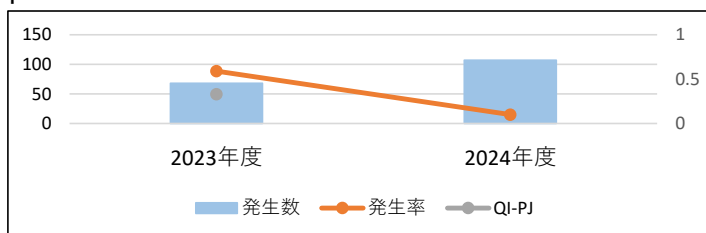
a. 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

	2023年度	2024年度
発生数	317	262
発生率	1.49	0.24
QI-PJ	0.71	



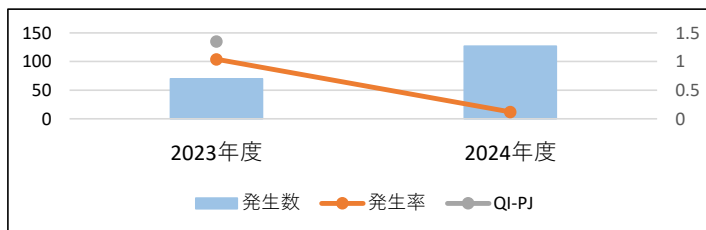
b. 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

	2023年度	2024年度
発生数	68	107
発生率	0.59	0.1
QI-PJ	0.33	



c. 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

	2023年度	2024年度
発生数	70	127
発生率	1.04	0.12
QI-PJ	1.35	



指標実績の分析・評価

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り、MDRPUの予防対策に取り組んでいます。

54

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。

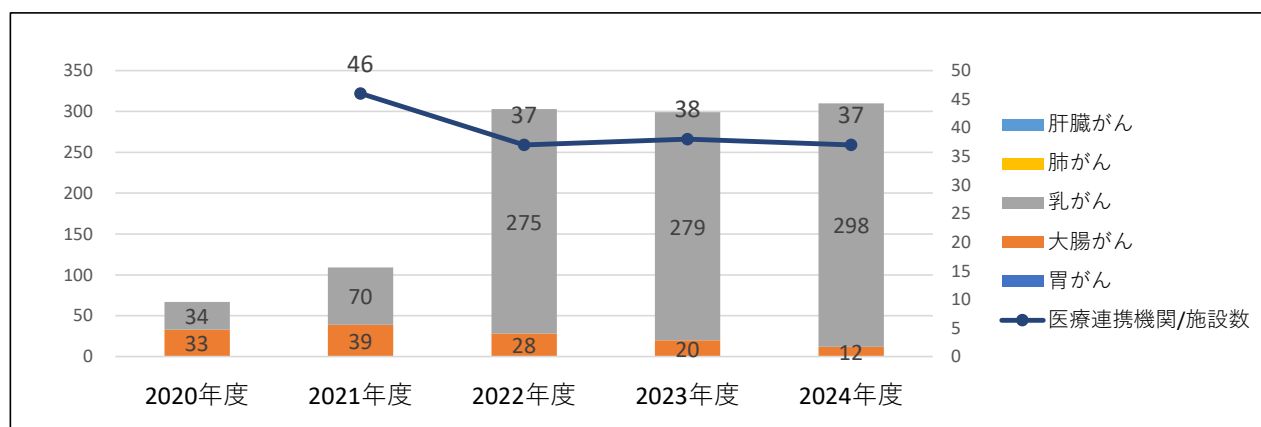
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
胃がん	0	0	0	0	0
大腸がん	33	39	28	20	12
乳がん	34	70	275	279	298
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	67	110	303	299	310
医療連携機関/施設数		46	37	38	37



指標実績の分析・評価

乳がん連携パス使用件数は年々増加しており地域医療連携は順調に推移している。一方、大腸がん連携パスの新規依頼は0であり、乳がん以外の連携パスによる地域連携は停滞している。

55

医科歯科連携実施率

自院

指標の意義

がん治療（手術、化学療法、放射線療法等）の支持療法のうち、口腔機能改善は術後合併症予防や様々な併発症の予防に効果があります。治療前から、かかりつけ歯科医での口腔機能改善を積極的に推進する指標として、院外歯科診療所への紹介患者数の割合の推移をみるものです。

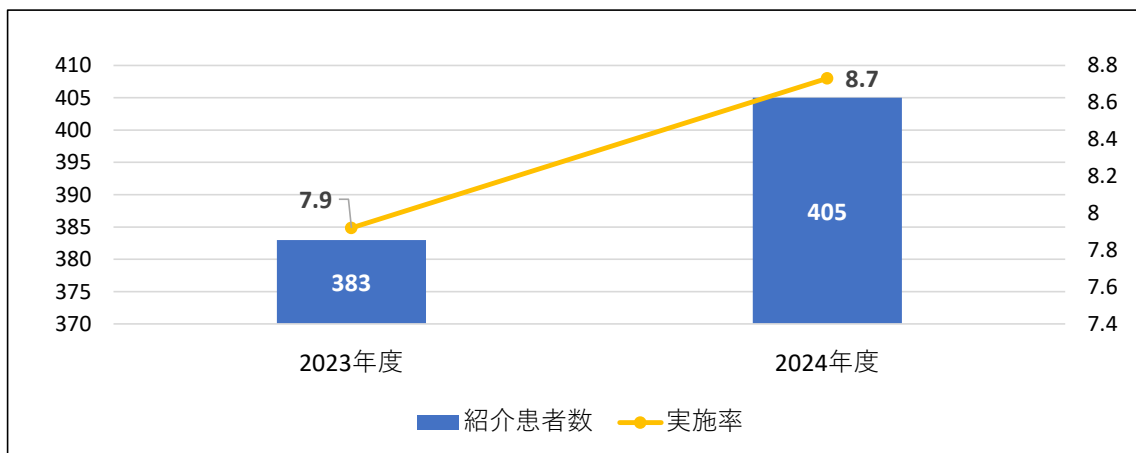
定義

分子 院外歯科診療所への紹介患者数（当院から院外の歯科診療所へ紹介状を発行した件数）

分母 初回入院患者数

当院の実績

	2023年度	2024年度	
紹介患者数	383	405	(件)
初回入院患者数	4,835	4,836	(件)
実施率	7.9	8.7	(%)



指標実績の分析・評価

医科歯科紹介患者数は増加傾向にあり、実施率も上昇しています。

56

入退院支援実施率

自院

指標の意義

入退院支援加算は、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退院支援を実施するものです。

入院早期より院内外が多職種が協働して、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。

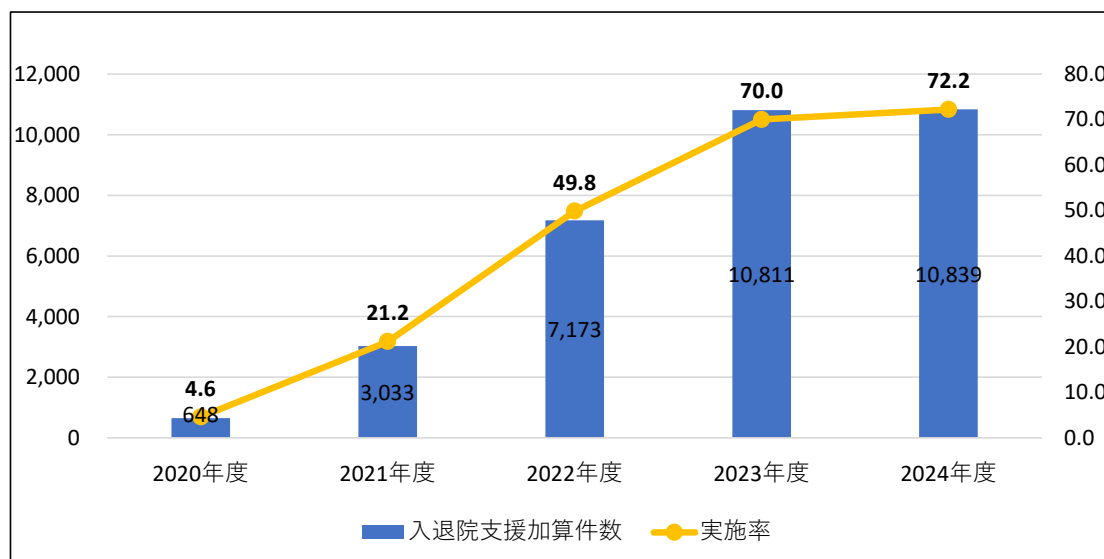
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
入退院支援加算件数	648	3,033	7,173	10,811	10,839	(件)
退院患者数	14,075	14,320	14,390	15,419	14,669	
実施率	4.6	21.2	49.8	70.0	72.2	(%)



指標実績の分析・評価

2025年1月の加算件数は759件で、年間平均（903件）と比較してやや低い結果ではあったが一方で、実施率は72.4%と安定しており、支援対象者に対して一定の支援が継続されていたと評価できた考える。この月は年始の稼働制限や支援タイミングの制約などにより件数は落ち込んだものの支援体制の質は維持しています。

2024年度の入退院支援加算実施率は、年間平均72.2%と高い水準で安定推移しました。年度後半に向けて支援体制がさらに成熟し、特に3月は実施率84.6%。一部月（9月・7月など）で実施率が70%を下回る場面も見られましたが、通年、加算対象患者への支援は行き渡ってきています。

57

20歳以上の身体拘束率

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。やむを得ない身体拘束が適切かを見る指標です。

定義

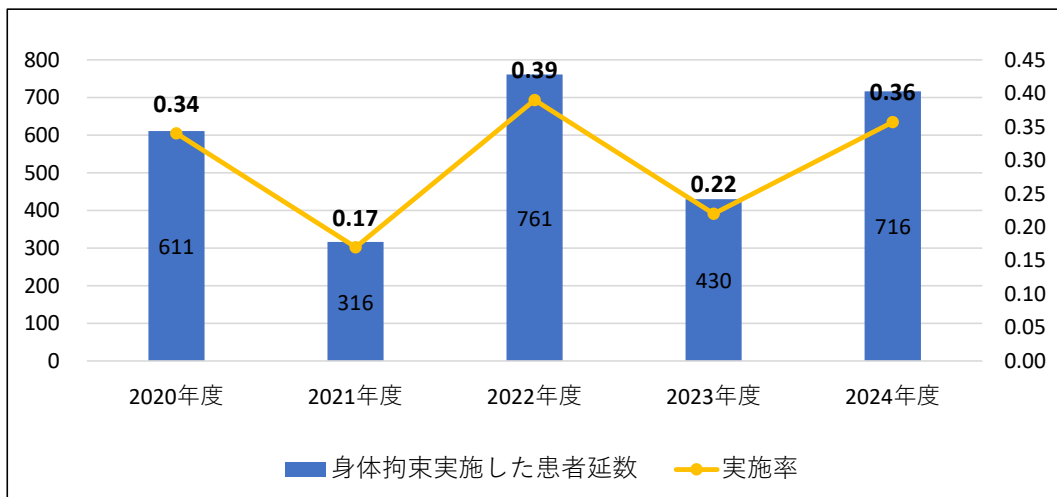
分子 分母のうち（物理的）身体拘束を実施した患者延数×100

分母 20歳以上の入院患者延べ数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
身体拘束実施した患者延数	611	316	761	430	716
入院患者延数	179,238	184,512	196,000	195,842	200,563
実施率	0.34	0.17	0.39	0.22	0.36

（%）



指標の説明

2025年度からは、身体抑制の基準が異なる為に、4月では13.53%と今までとは異なる数値になっています。

58

臨床倫理委員会への報告・相談件数

自院

指標の意義

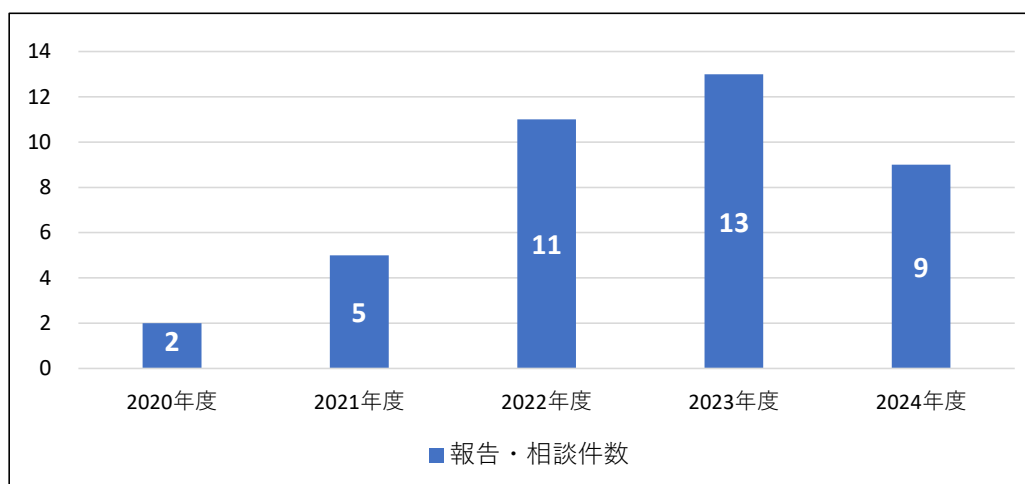
臨床の様々な場面で生じる倫理的課題の中でも当事者間で解決困難な問題や課題について、自部署だけでなく、組織で取り組んでいる状況を示す指標となる。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
報告・相談件数	2	5	11	13	9



指標実績の分析・評価

2024年度は臨床倫理検討委員会へのコンサルテーション依頼件数は9件と減少しました。全体の倫理カンファレンス件数も2023年度616件から539件と減少し、多職種(3種以上)の倫理カンファレンスの件数も13件減少していることから、部署における倫理カンファレンスが減少していることが考えられます。原因は、スタッフの人数の減少に伴うカンファレンスの未開催、臨床上の倫理的問題に対する感受性の低下が考えられます。(合同カンファレンスで倫理問題を取り扱っているが、倫理問題なしの記録あり) 今後は、倫理カンファレンスの件数把握方法の再検討、倫理的問題への感受性を高める取組みの検討が必要です。

59

カルテ開示数（手続きによる開示）

自院

指標の意義

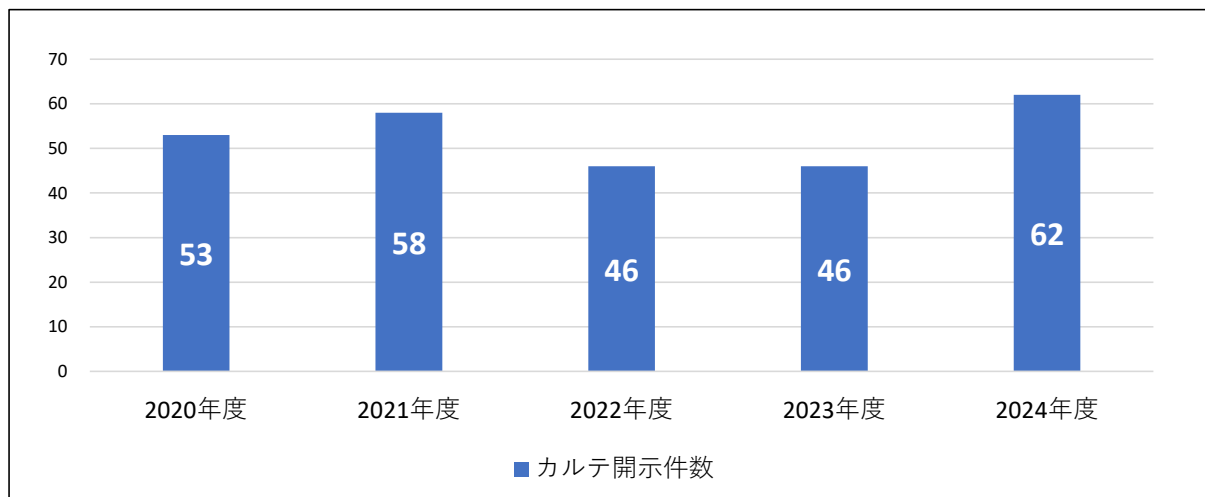
カルテ開示を行うことで、患者さん等と診療情報を共有した適切なパートナーシップに基づく良質な医療の提供が出来るような体制を整えることに繋がります。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
カルテ開示件数	53	58	46	46	62	（件）



指標実績の分析・評価

診療情報管理委員会での承認および病院長の決定を受け、2024年度にカルテ開示申請をされた全例において開示を行いました。今年度は、集団予防接種によるB型肝炎感染被害に対する認知度向上等の影響から、B型肝炎訴訟用の資料目的での申請数が増加しました。それに伴い、開示全体の件数も増えています。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年度以降は大幅にカルテ開示が減少することが予想されます。

60

患者・家族等の相談件数

自院

指標の意義

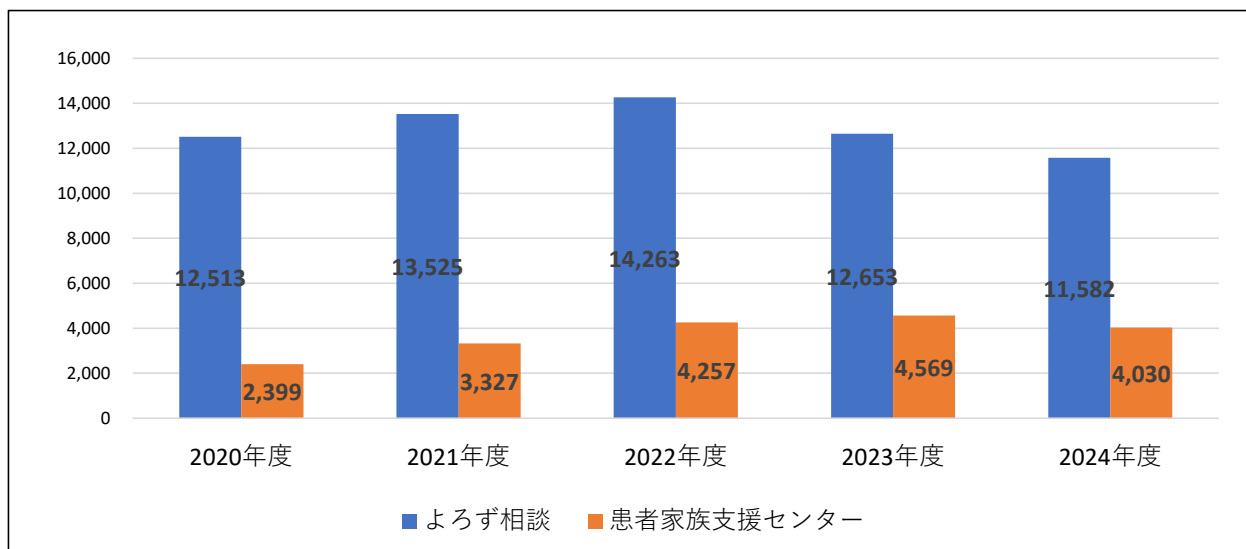
当院では、「よろず相談（がん患者相談支援センター）」がん患者さんやご家族の抱えているがんに対する悩みや疑問に対して、MSW（医療ソーシャルワーカー）、看護師が対応し、「患者家族支援センター」の多職種と連携しながら、あらゆる相談に対応しています。がん医療に求められる「治し支える医療」を図る指標の一つです。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(単位：件数)
よろず相談	12,513	13,525	14,263	12,653	11,582	
患者家族支援センター	2,399	3,327	4,257	4,569	4,030	
相談件数	14,912	16,852	18,520	17,222	15,612	



指標実績の分析・評価

よろず相談は、開院以来ワンストップの相談窓口の機能を担い、相談内容によって院内の多職種や地域の関係部門と連携を図り支援を行っています。患者家族支援センターの在宅転院支援室の看護師が外来や病棟の看護師より直接依頼を受け、在宅・退院支援を行う体制が整ってきています。開院後22年経過し、院内の相談支援の体制が整備されてきたことが、よろず相談の件数に影響しています。患者家族支援センターでは、前年度より全体的に相談件数が減少している。内訳としては、不安や症状に関連した相談件数は減少しましたが、病状および治療の理解と意思決定支援に関する相談は増加しています。

61

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

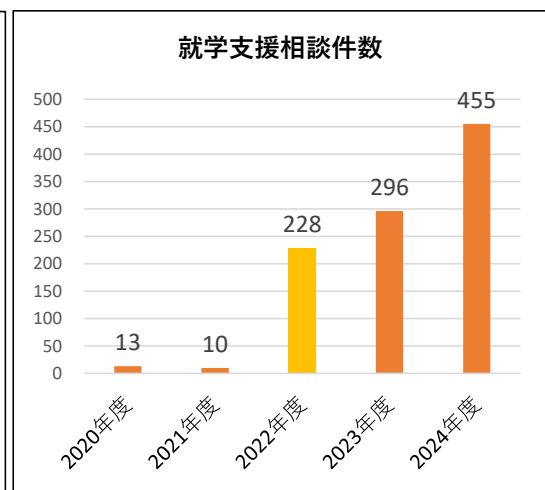
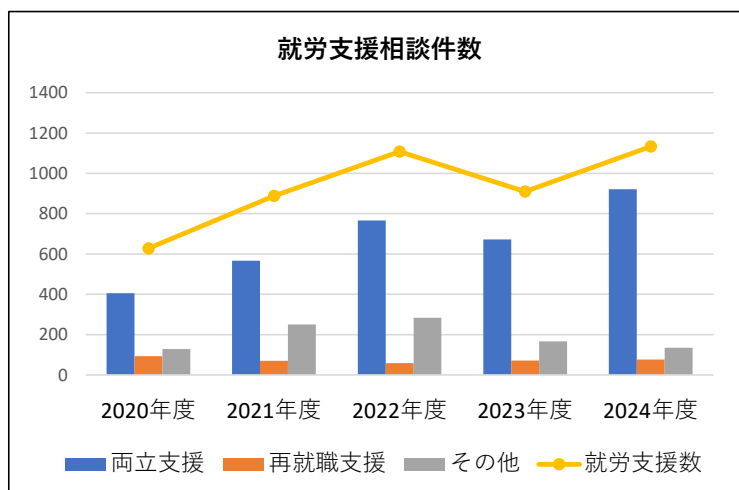
よろず相談での就労支援相談件数（両立支援件数＋再就職支援件数＋その他の件数）

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
就労支援相談件数	628	888	1,108	910	1,133
就学支援相談件数	13	10	228	296	455
就労・就学相談件数	641	898	1,336	1,206	1,588

※2022年度～延べ相談件数



指標実績の分析・評価

就労支援相談件数は増加傾向にあり、特に2024年度は両立支援の件数が増加しています。その背景として、休職や復職の診断書の申込窓口をよろず相談が担い、それをきっかけに就労相談をしやすくするという支援体制が院内に周知されてきたことが件数の増加に繋がっていると思われます。2024年度の就学支援相談件数は、前年度の約1.5倍に増加しています。教育段階別に分類すると、保育園児2名、小学生4名、中学生3名、高校生11名、大学生・専門学校生2名で、2024年度は学齢期の患者が多数治療していたことにより、就学支援の相談件数も増加しています。

62

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を行い、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。

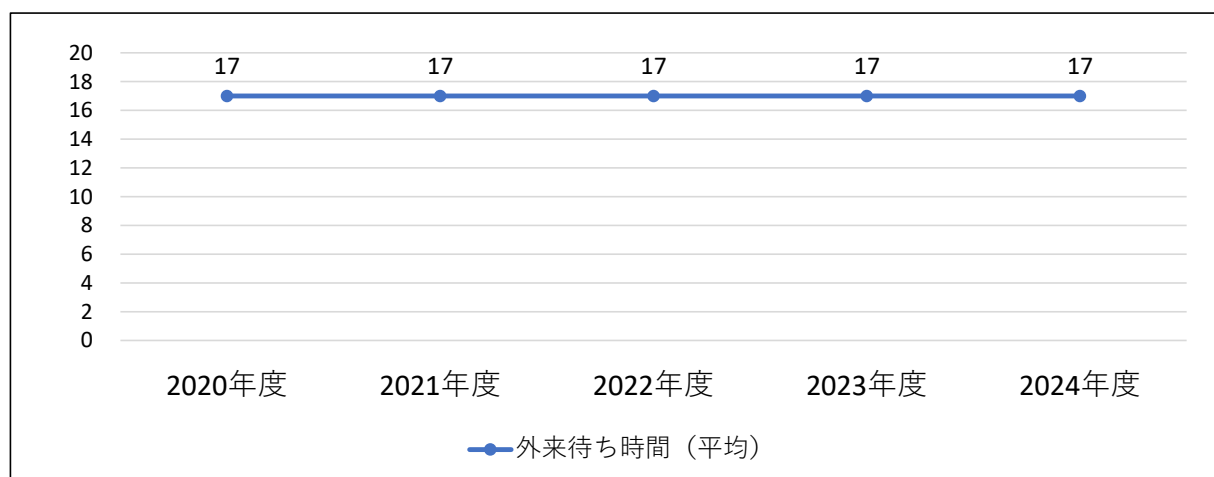
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
外来待ち時間（平均）	17	17	17	17	17	（分）



指標実績の分析・評価

平均外来患者の待ち時間は、2020年より5年間17分間と変化がありません。30分を超える診療科は1診療科のみでした。この1診療科の平均待ち時間は全体の待ち時間の2倍の時間であり、これが改善されることにより平均の待ち時間が短縮される可能性が高いと思われます。引き続き、診療科医師とも検討をしていきます。

63

くすり待ち時間（中央値）

自院

指標の意義

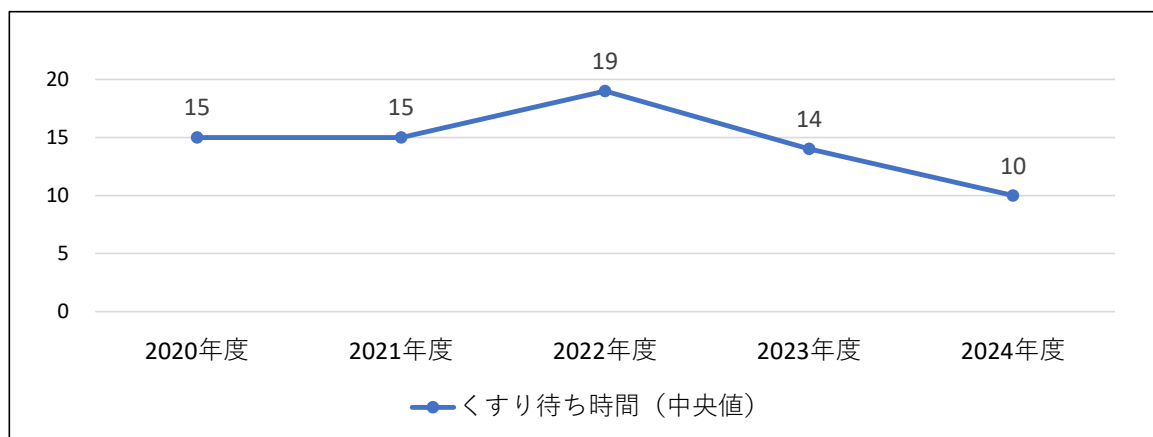
外来患者さんが会計窓口での支払いからお薬の交付を受けるまでの所要時間の平均値を示します。お薬の待ち時間は外来患者さんにとって苦痛になりかねない時間ですので、その推移を毎月見えています。

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	2024年度	
くすり待ち時間（中央値）	15	15	19	14	10	（分）



指標実績の分析・評価

薬剤師や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から、くすりの待ち時間は一定の改善の傾向を示すことができています。一方で、誤調剤による過誤が発生していることから、処方薬と調剤した薬についてバーコードによる認証を実施できる体制を整え、過誤の発生を防いでいきます。

64

患者サロン：勉強会参加者数

自院

指標の意義

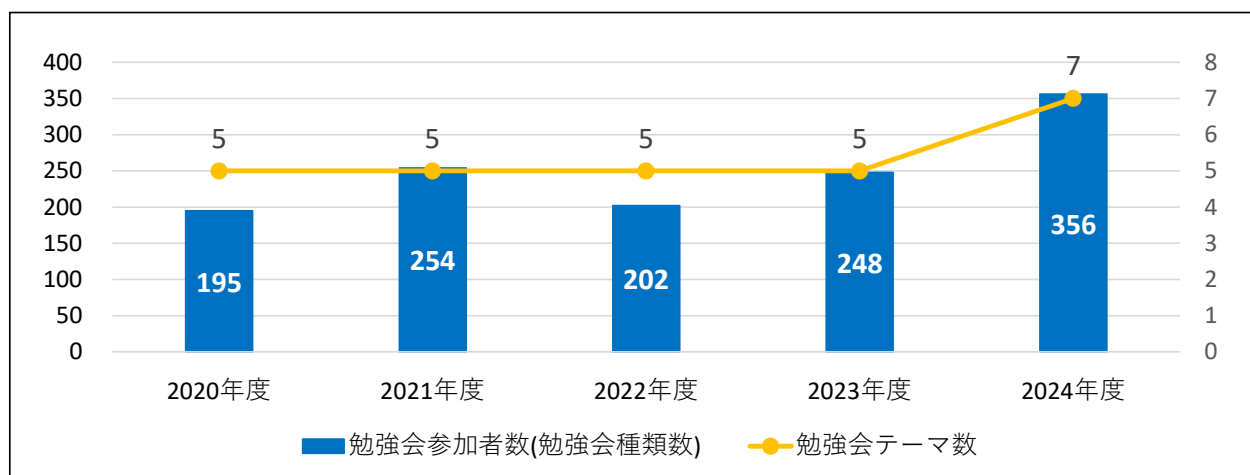
患者サロンは、病院における患者・家族支援の設備の一つです。くつろぎと対話の場の提供、病気や暮らしに関する勉強をする機会の提供を行っています。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
勉強会テーマ数	5	5	5	5	7	(数)
勉強会参加者数(勉強会種類数)	195	254	202	248	356	(日人)



指標実績の分析・評価

2024年度の学習会参加者数は前年度と比べ約1.5倍増加しています。要因として2024年度に『乳房再建』の学習会を再開したこと、新規テーマで「がんと運動」の学習会を開始したことが考えられます。特に「がんと運動」は毎回の参加者数が約20名ありました。近年、がん治療において「運動」の必要性が説かれ、運動ががん治療に良い影響を与えるなどの研究結果もでており患者さんにとっても興味深い内容であったと推察しています。

65

患者図書館利用者数

自院

指標の意義

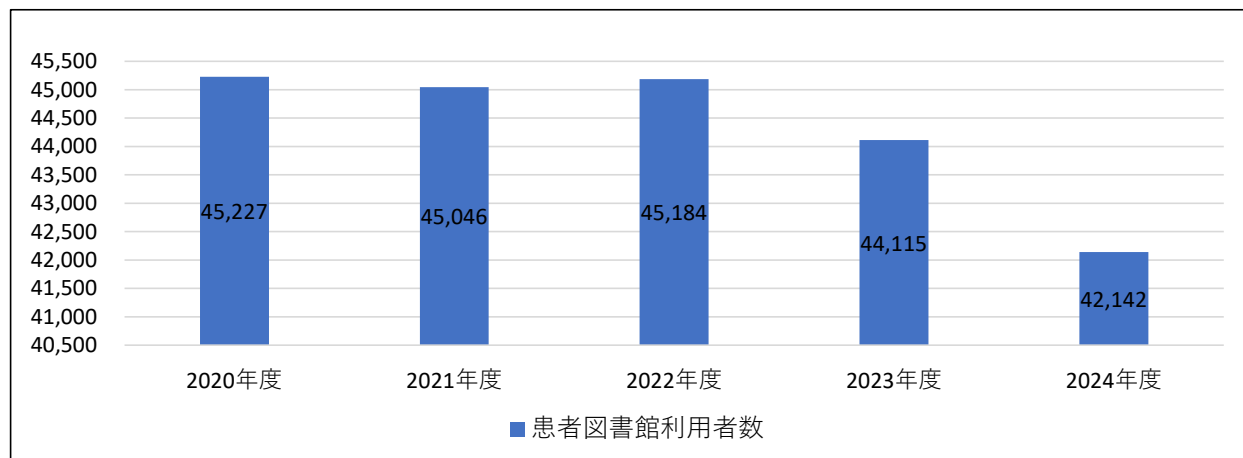
患者図書館「あすなろ図書館」は、静岡がんセンターの1階にあり、患者さん以外の一般の方も利用できる図書館です。「本を楽しみたい」「病気のことを知りたい」「インターネットで情報を得たい」「くつろげる場が欲しい」といった患者さんの希望に沿う場所です。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
患者図書館利用者数	45,227	45,046	45,184	44,115	42,142



指標実績の分析・評価

2024年度の図書館利用者数は前年度より若干（0.5％）減少しています。図書館の開館日が平日のみであることやコロナ渦以降の入館制限の緩和について周知されていないことで一般利用者が入館しづらい状況です。また、インターネットやスマートフォンでの電子書籍利用などの普及が図書館の利用者数減少に繋がっている可能性も考えられます。今後は、新規図書やお薦めの図書についてHPやInstagramでの紹介など図書の広報を検討していきます。

66

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。

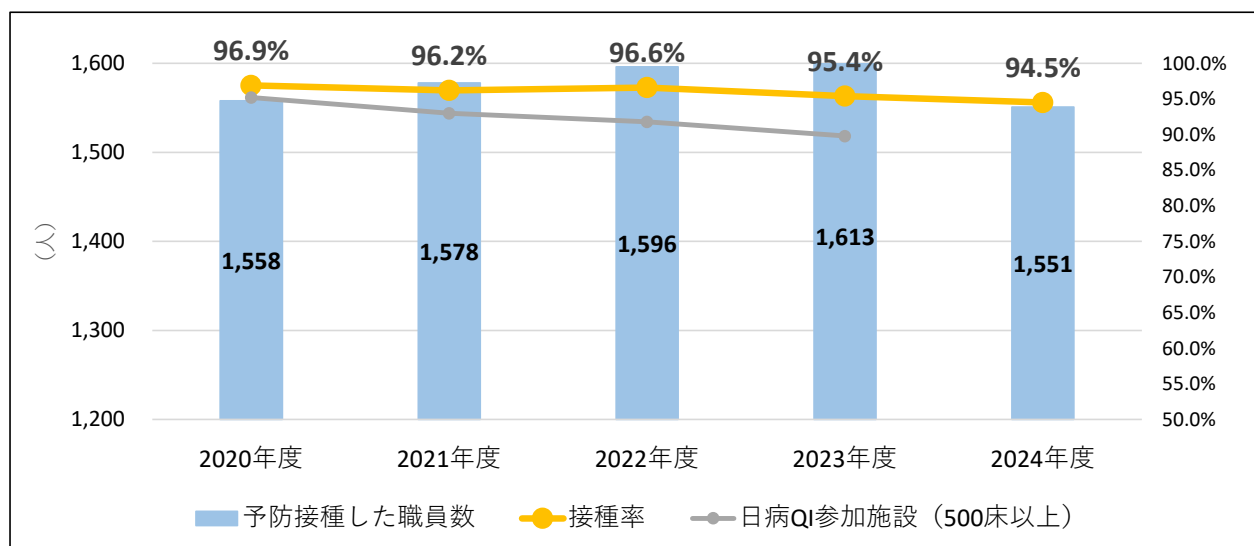
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
予防接種した職員数	1,558	1,578	1,596	1,613	1,551
接種率	96.9%	96.2%	96.6%	95.4%	94.5%
日病QI参加施設（500床以上）	95.2%	93.0%	91.8%	89.8%	



指標実績の分析・評価

2023年度から接種率が低下した要因は、未接種職員数の約98%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。2025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。

67

職員の非喫煙率

自院

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。

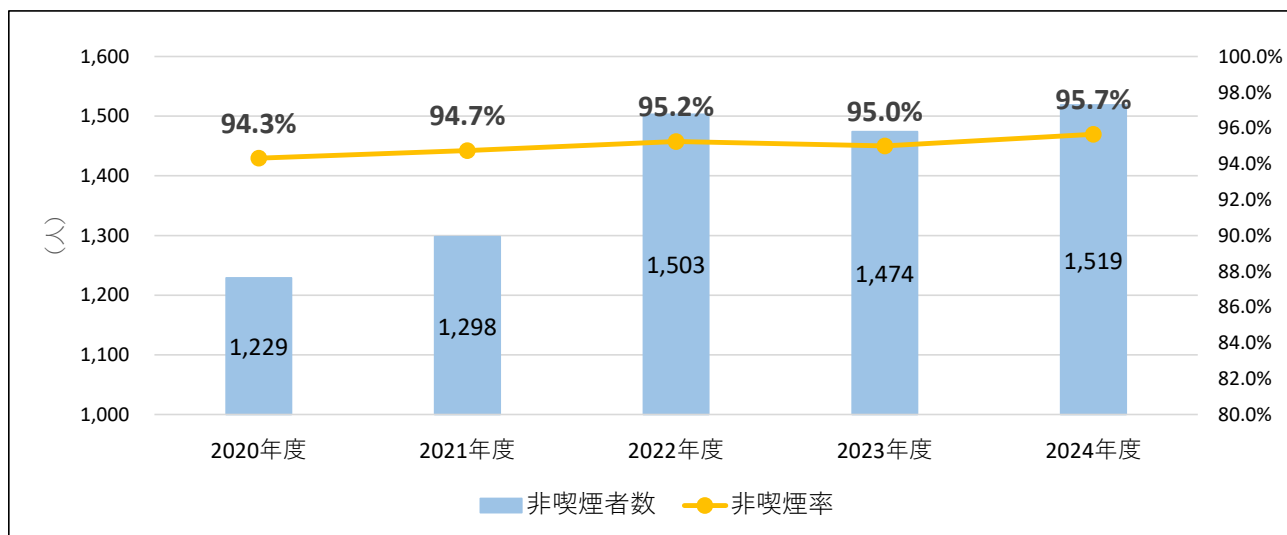
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
非喫煙者数	1,229	1,298	1,503	1,474	1,519
職員健診受診者数	1,303	1,370	1,578	1,551	1,588
非喫煙率	94.3%	94.7%	95.2%	95.0%	95.7%



指標実績の分析・評価

2023年度より喫煙者数が減少しました。理由としては、病院敷地内は全面禁煙が定着し、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たことがあげられます。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。

2025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。

68

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

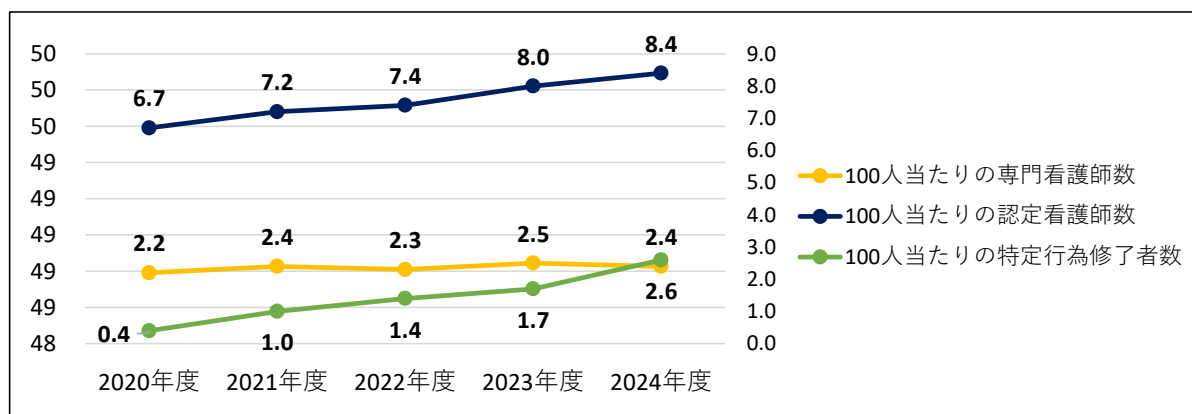
特定分野の専門資格を持つ専門/認定看護師や特定の行為を実施する専門的な知識・技術を持つ特定行為研修修了者が多いことは、特定機能病院やがん専門病院としての看護の質を示すための指標になります。看護師100人当たりの人数が増えることで、臨床現場における指導や教育の充実にもつながり、看護実践の質の向上に寄与します。

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

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(単位：人)
専門看護師数	15	16	16	16	15	
100人当たりの専門看護師数	2.2	2.4	2.3	2.5	2.4	
認定看護師数	46	49	50	51	51	
100人当たりの認定看護師数	6.7	7.2	7.4	8.0	8.4	
特定行為研修修了者数	3	7	10	11	16	
100人当たりの特定行為修了者数	0.4	1.0	1.4	1.7	2.6	



指標実績の分析・評価

新たな認定看護師資格取得者は特定行為研修を修了しているため看護師100人当たりの認定看護師数と特定行為修了者数が比例して増加しています。今後は、特定行為修了者の活用の検討が必要です。

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

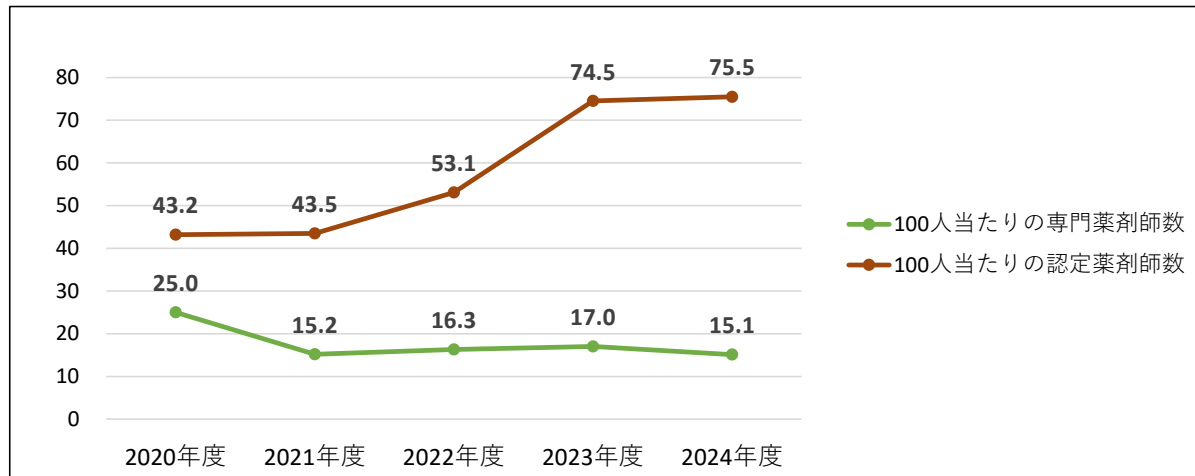
分子 1) (専門薬剤師数×100)

2) (認定薬剤師数×100)

分母 常勤薬剤師数

当院の実績

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	(単位：人)
専門薬剤師数	11	7	8	8	8	
100人当たりの専門薬剤師数	25.0	15.2	16.3	17.0	15.1	
認定薬剤師数	19	20	26	35	40	
100人当たりの認定薬剤師数	43.2	43.5	53.1	74.5	75.5	



指標実績の分析・評価

2024年度は、新たに認定を取得した薬剤師が5名増えたところから100人当たりの認定薬剤師数を維持することができました。

新規採用として8人の薬剤師が入職した一方、専門薬剤師については新たな取得者はおらず、100人当たりの専門薬剤師数は減少しています。2025年度は、専門薬剤師の取得に必要な症例報告を作成しやすい業務体制について検討を進めていく予定です。

70

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

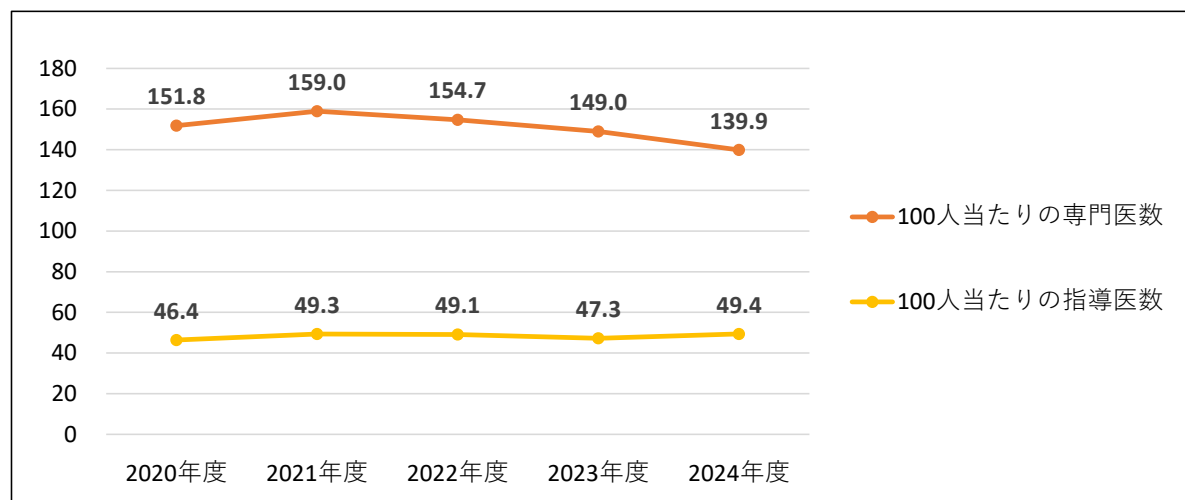
特定機能病院およびがん専門病院として、専門知識・技術を有する医師の占める割合およびその育成は重要です。

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
専門医資格数	337	364	359	360	340
100人当たりの専門医数	151.8	159.0	154.7	149.0	139.9
指導医	103	113	114	115	120
100人当たりの指導医数	46.4	49.3	49.1	47.3	49.4



指標実績の分析・評価

医師の約半数は複数の専門医の資格を有しており、更に指導医の資格も有しています。がん専門病院として適切な割合と思われます。

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。

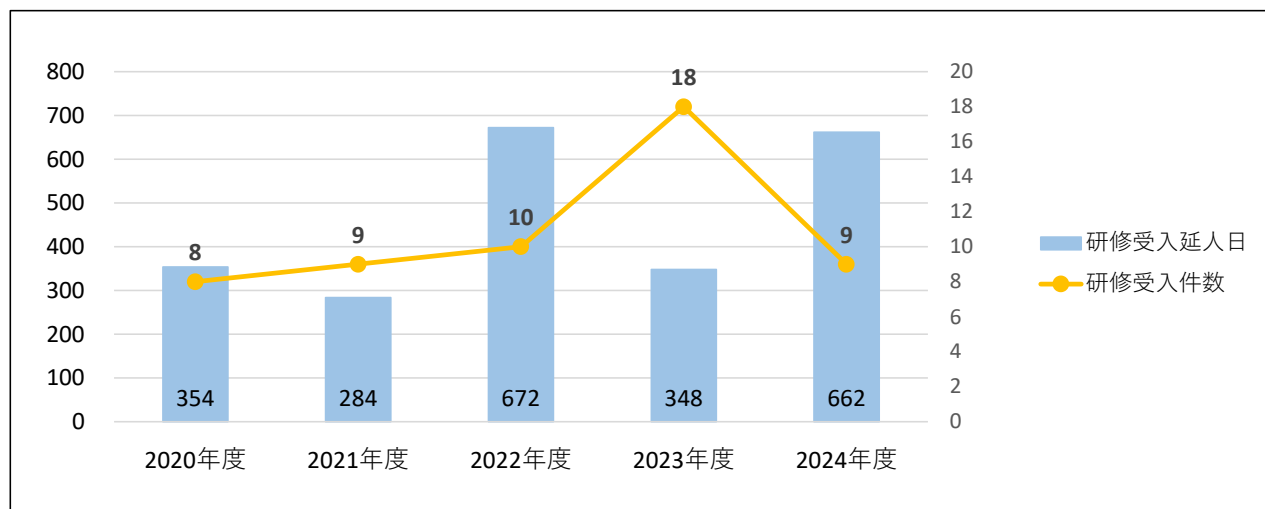
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
研修受入延人日	354	284	672	348	662
研修受入件数	8	9	10	18	9



指標実績の分析・評価

新型コロナウイルス感染対策の緩和に伴い、実習生の受け入れ人数拡大に伴い延べ人数の増加につながったと考えられます。2024年度は、海外研修者の受け入れも行い、がん看護の交流と教育に貢献できたと考えます。今後も引き続きがん看護の教育に貢献していきます。

72

看護学生の受入実習学生数

国立大学
病院

指標の意義

看護職員養成教育機関から、どの程度、看護学生の实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。

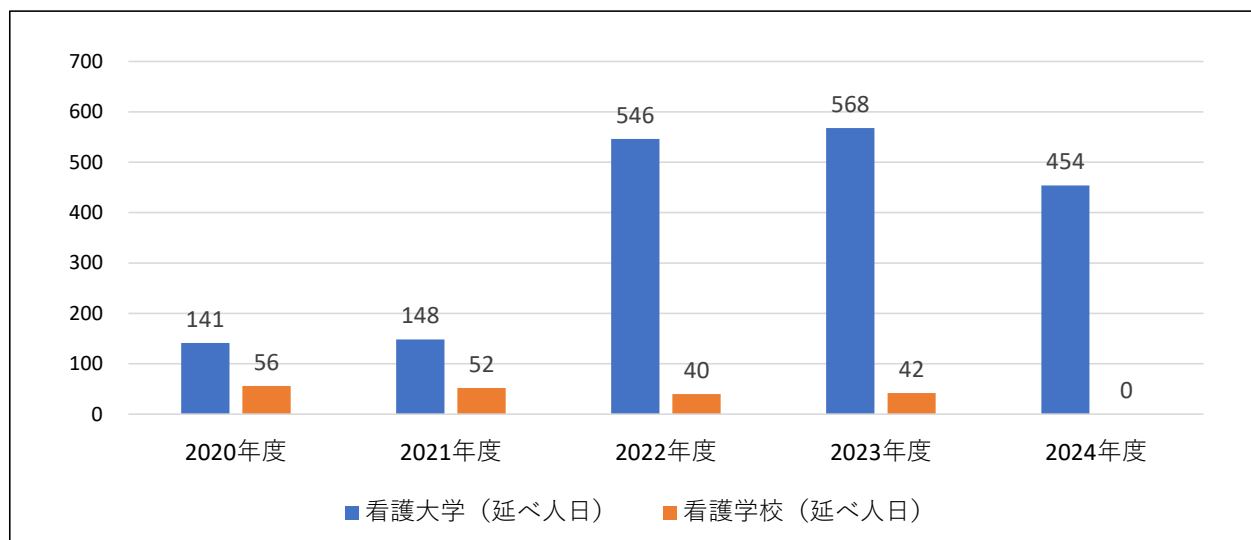
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
看護大学（延べ人日）	141	148	546	568	454
看護学校（延べ人日）	56	52	40	42	0
研修受入総数（延べ人日）	197	200	586	610	454



指標実績の分析・評価

2024年度は看護学校からの実習受け入れ依頼がなかったため0人日でした。看護大学からの実習受け入れは前年度と変わらず受け入れています。今後も引き続きがん看護教育に貢献していきます。

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。

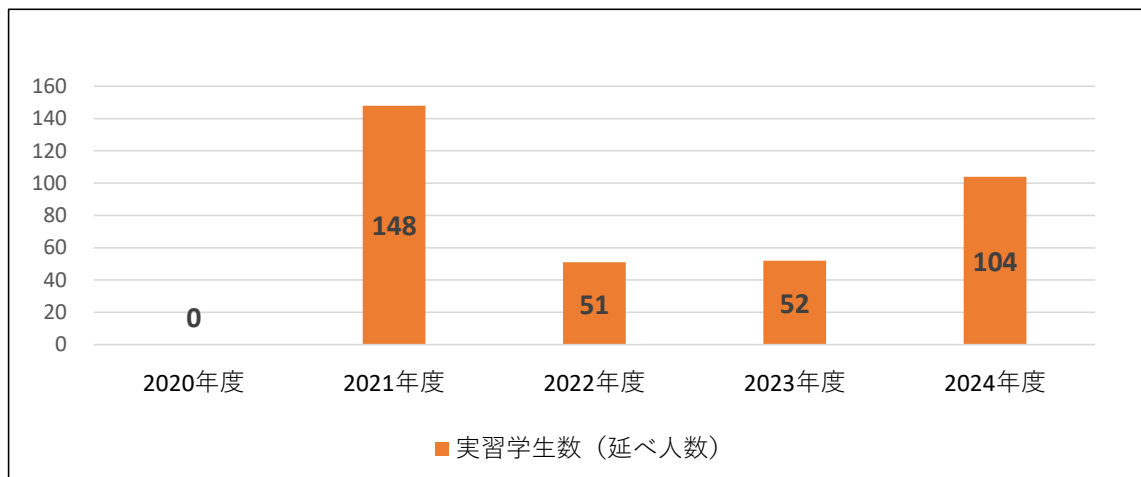
定義

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
実習学生数（延べ人数）	0	148	51	52	104	（人日）



指標実績の分析・評価

例年、2名の実務実習生を3か月間受入れ教育しており、2025年度も継続予定です。

75

看護師・薬剤師以外の医療専門職の研修受入数

国立大学
病院

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

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
管理栄養士（延べ人日）	0	0	0	1	0
臨床検査技師（延べ人日）	0	1	1	0	0
診療放射線技師（延べ人日）	0	0	0	0	0
OT・PT・ST（延べ人日）	3	0	0	7	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0
臨床心理士	0	0	0	4	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
研修受入総延人日	3	1	1	12	0

指標実績の分析・評価

2024年度は研修受け入れはゼロだった。今後も、研修依頼施設からの依頼内容を関係者で検討の上、可能な範囲で受け入れます。

76

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、延入日（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入日（人数×日数）

（1日体験は除く）

当院の実績

学生	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
管理栄養士（延べ入日）	0	0	0	20	30
臨床検査技師（延べ入日）	0	0	43	42	0
診療放射線技師（延べ入日）	0	0	128	0	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（延べ入日）	0	0	0	0	0
MSW（延べ入日）	0	0	0	0	0
研修受入総延入日	0	0	171	62	30

指標実績の分析・評価

2024年度は該当する学生がいないとのことで、2022年度までに受入れていた依頼校からの依頼はゼロでした。今後も可能な範囲で受入れる方針です。

77

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	2024年度
看護師	0	0	0	0	0	0
薬剤師	2	2	5	2	3	0
臨床治験コーディネーター	1	0	0	0	0	0
診療放射線技師	0	0	0	1	1	2
臨床検査技師	4	4	2	3	3	1
OT・PT・ST	2	2	2	1	2	1
臨床心理士	1	0	0	0	0	0
歯科衛生士	2	1	0	2	2	0
チャイルド ライフ スペシャリスト（CLS）	0	0	0	1	0	0
診療情報管理士（延べ入日）	2	1	0	0	1	0
医療社会福祉士	2	1	0	2	0	0
受入れ人数	16	11	9	12	12	4

指標の説明

研修者人数は減少傾向にありますが、診療放射線技師、検査技師、リハビリについては安定して受入れをしています。