

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。

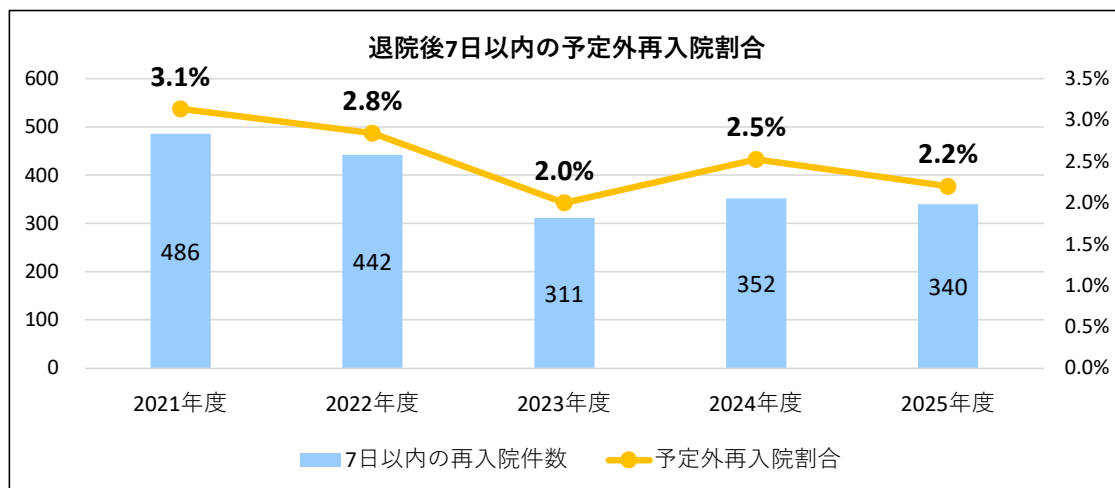
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
7日以内の再入院件数	486	442	311	352	340
退院患者数	15,498	15,561	15,298	13,940	15,500
予定外再入院割合	3.1%	2.8%	2.0%	2.5%	2.2%



指標実績の分析・評価

当院では、退院前に体調チェックと退院後の体調変化について退院指導を強化しています。これにより、適切なタイミングで外来受診ができるようになり、予定外の再入院を減少させるよう努めています。

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。

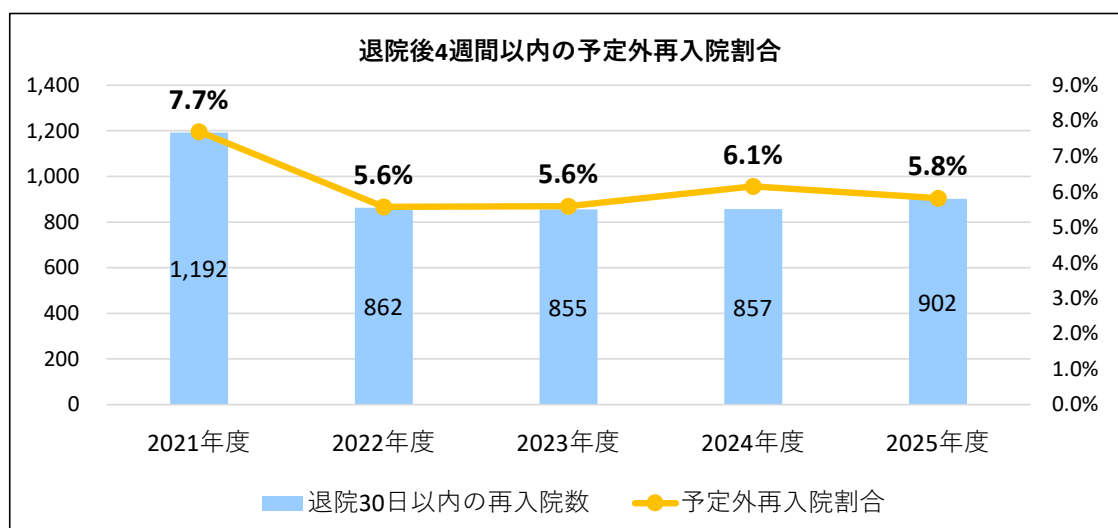
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
退院30日以内の再入院数	1,192	862	855	857	902
退院患者数	15,498	15,465	15,298	13,940	15,500
予定外再入院割合	7.7%	5.6%	5.6%	6.1%	5.8%



指標実績の分析・評価

当院では、難治性がん疾患の患者の在宅療養の割合が多く、治療や支持療法中に急変するケースもあり、同規模病院ベンチマークまで下げることが難しいと考えますが、地域の医療スタッフとの連携を強化するとともに、退院前に体調チェックと退院後の体調変化について退院指導を強化しています。これにより、適切なタイミングで外来受診ができるようになり、予定外の再入院を減少させるよう努めています。

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

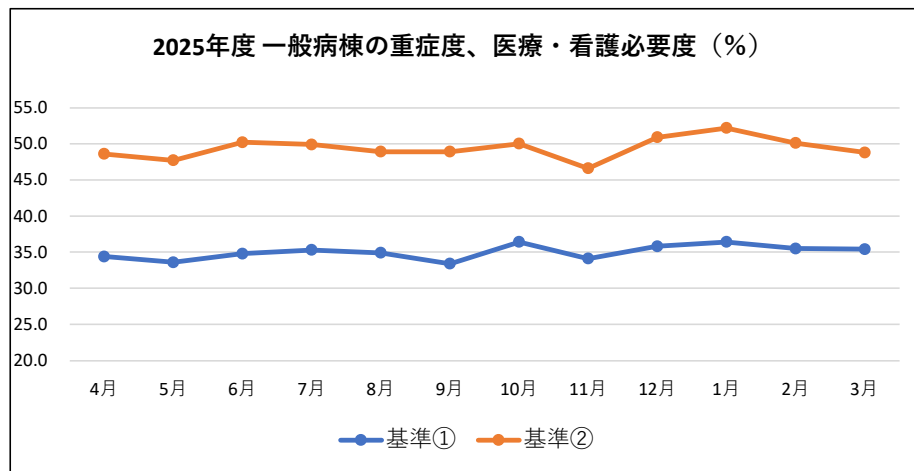
当院の実績

2025年度の実績

	基準①	基準②
4月	34.4	48.6
5月	33.6	47.7
6月	34.8	50.2
7月	35.3	49.9
8月	34.9	48.9
9月	33.4	48.9
10月	36.4	50.0
11月	34.1	46.6
12月	35.8	50.9
1月	36.4	52.2
2月	35.5	50.1
3月	35.4	48.8
年平均	35.0	49.4

重症度・医療、看護必要度Ⅱ
割合

	2024年度	2025年度
①	34.9%	35.0%
②	49.6%	49.4%



指標実績の分析・評価

割合指数の基準（①20％以上、②27％以上）に対し、一般病棟13病棟の集計結果は①約35％、②約50％であり、2024年度と同様に高水準で推移しています。基準値を十分に上回っており、適切な患者重症度の確保および看護必要度の維持が図られていると評価できます。

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。

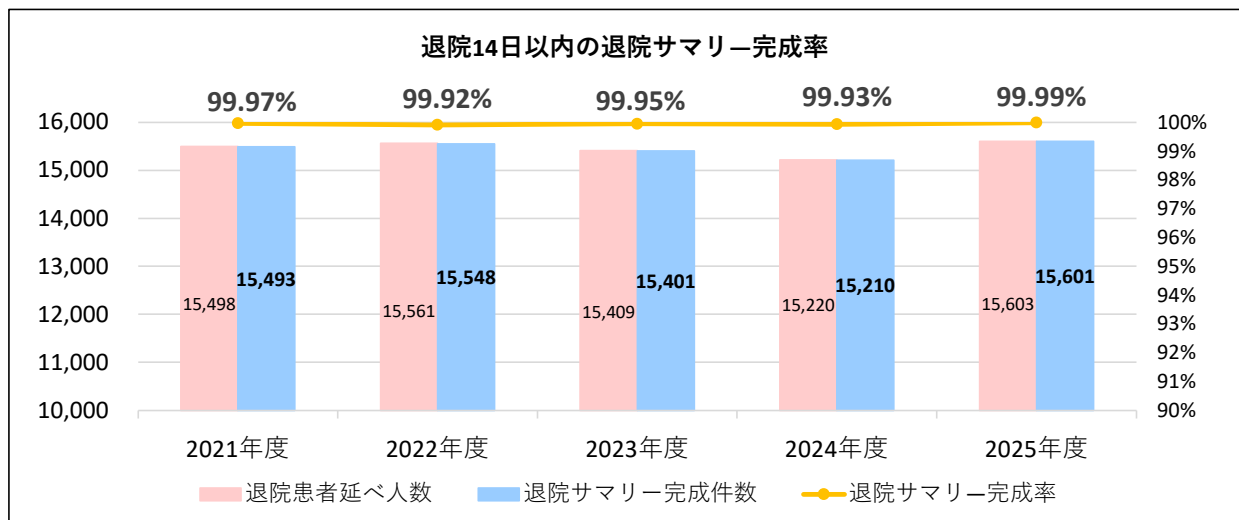
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
退院患者延べ人数	15,498	15,561	15,409	15,220	15,603
退院サマリー完成件数	15,493	15,548	15,401	15,210	15,601
退院サマリー完成率	99.97%	99.92%	99.95%	99.93%	99.99%



指標実績の分析・評価

退院サマリー完成率は、退院後の診療継続や院内の多職種連携に必要な情報を確実に共有できるよう整備されているかを示す指標です。当院の実績は2020年度以降いずれも99.9%台で推移し、2025年度は99.99%と極めて高い水準を維持しています。年度間でわずかな変動はあるものの、一定の水準で運用が保たれており、必要な情報が適切に共有される体制が継続的に確保されていることが確認できます。2026年度は、引き続き高水準を維持しつつ、記載の質向上や多職種間での情報活用をさらに促進していきます。

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。

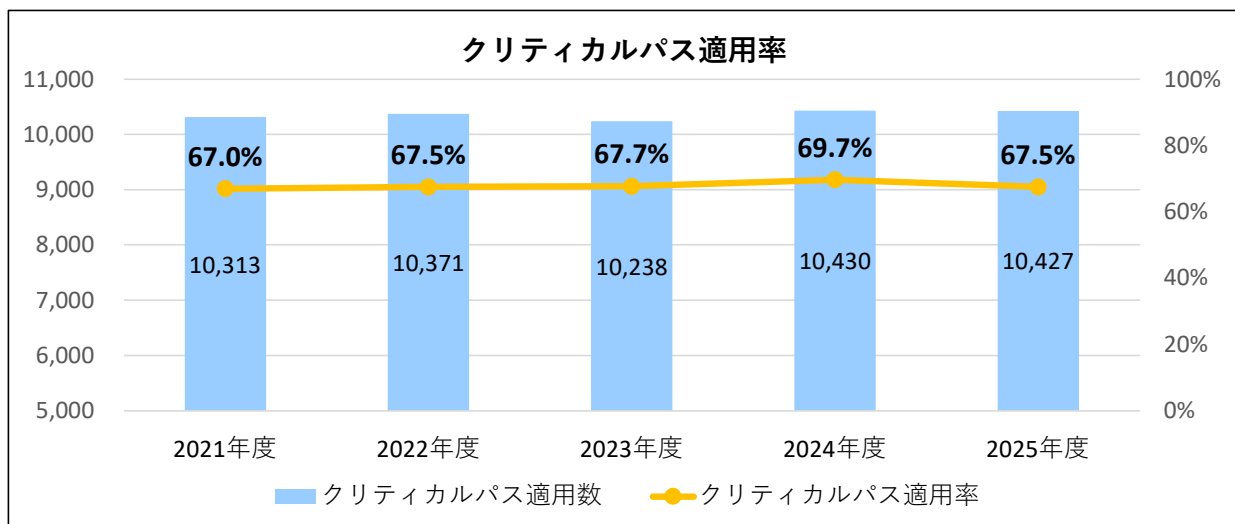
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
クリティカルパス適用数	10,313	10,371	10,238	10,430	10,427
新入院患者数	15,393	15,361	15,124	14,971	15,458
クリティカルパス適用率	67.0%	67.5%	67.7%	69.7%	67.5%



指標実績の分析・評価

- ・2025年度のパス適用率は67.5%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99.9%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

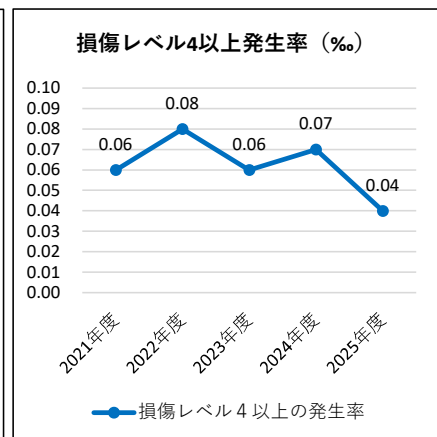
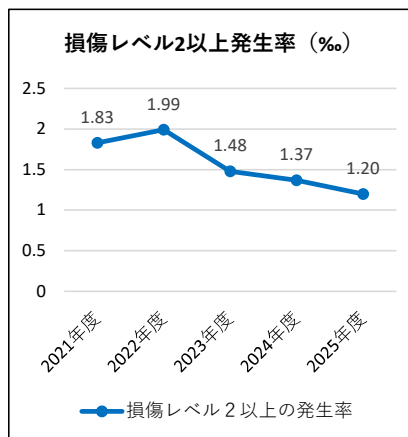
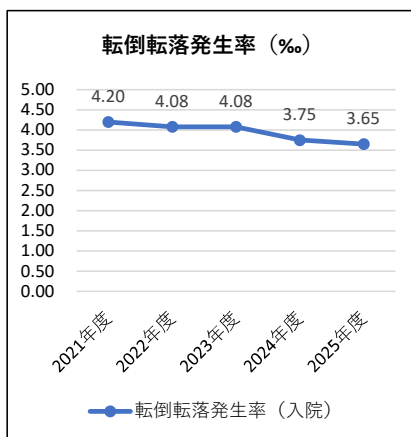
入院患者の転倒・転落の発生と外傷を予防するための指標です。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(%)
転倒転落発生率（入院）	4.20	4.08	4.08	3.75	3.65	
損傷レベル2以上の発生率	1.83	1.99	1.48	1.37	1.20	
損傷レベル4以上の発生率	0.06	0.08	0.06	0.07	0.04	



指標実績の分析・評価

全体の発生率はごくわずかに上昇しているが、損傷レベル2以上や、4以上の発生率は減少しています。引き続き全体の発生率を含めて、緩徐であっても、減らすように新たに作成した転倒スコアを活用して、転倒危険性の高い患者を選別して対策を実践していきます。

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

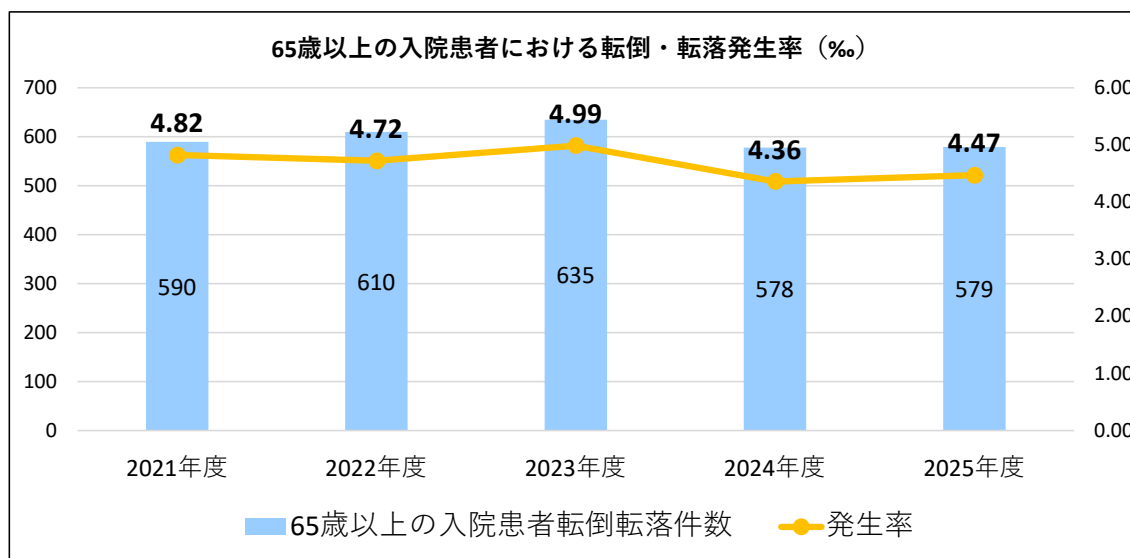
分子 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数×1000

分母 65歳以上の入院患者延数（人日）

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
65歳以上の入院患者転倒転落件数	590	610	635	578	579
65歳以上の入院患者延数	122,345	129,158	127,317	132,616	129,506
発生率	4.82	4.72	4.99	4.36	4.47

(‰)



指標実績の分析・評価

65歳以上の入院患者の転倒転落件数は、昨年と比較してわずかに上昇していますが、ここ5年間では緩徐ではあるが低下傾向となっているので、今後も発生率を減らすように新たに作成した転倒スコアを活用して転倒危険性の高い患者を選別して対策を実践していきます。

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

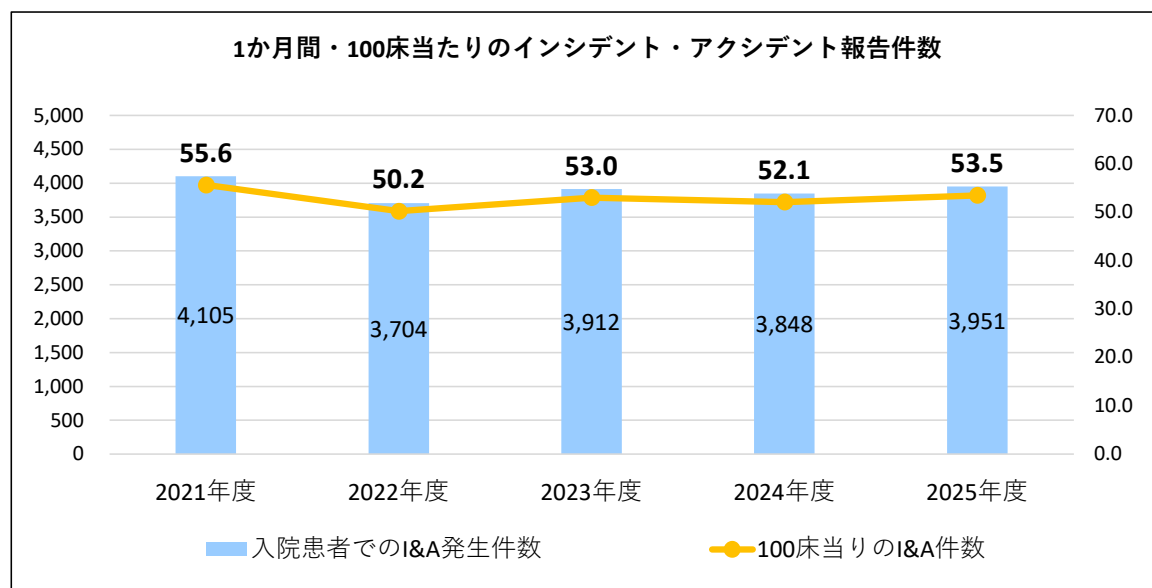
分子 月毎の入院患者におけるインシデント・アクシデント発生件数×100

分母 許可病床数 615床

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
入院患者でのI&A発生件数	4,105	3,704	3,912	3,848	3,951
100床当りのI&A件数	55.6	50.2	53.0	52.1	53.5

(件)



指標実績の分析・評価

インシデント・アクシデント報告件数は前年度より報告件数も増加してきています。引き続き積極的に報告するよう促していきます。

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。

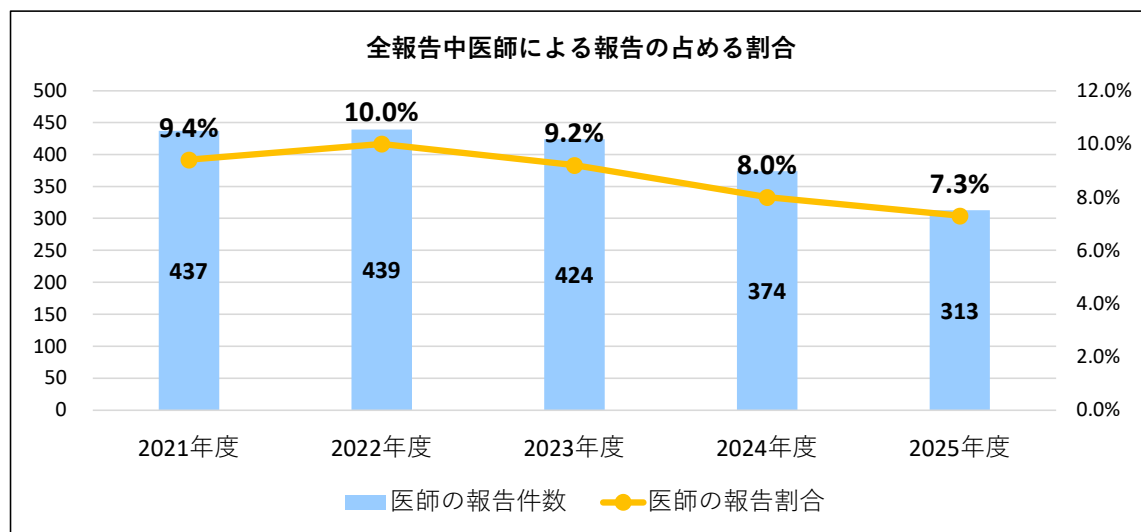
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
医師の報告件数	437	439	424	374	313	
医師の報告割合	9.4%	10.0%	9.2%	8.0%	7.3%	(%)



指標実績の分析・評価

医師の報告件数増加に向け診療科別のインシデント・アクシデント報告数を診療科責任者会議で報告し、積極的な報告を促す取り組みを実施しています。今年度は外来患者に関連するインシデント件数の報告が多かったため、報告件数は昨年を下回っています。引き続き、ヒヤリハット事例も含めて報告するよう働きかけていきます。

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。

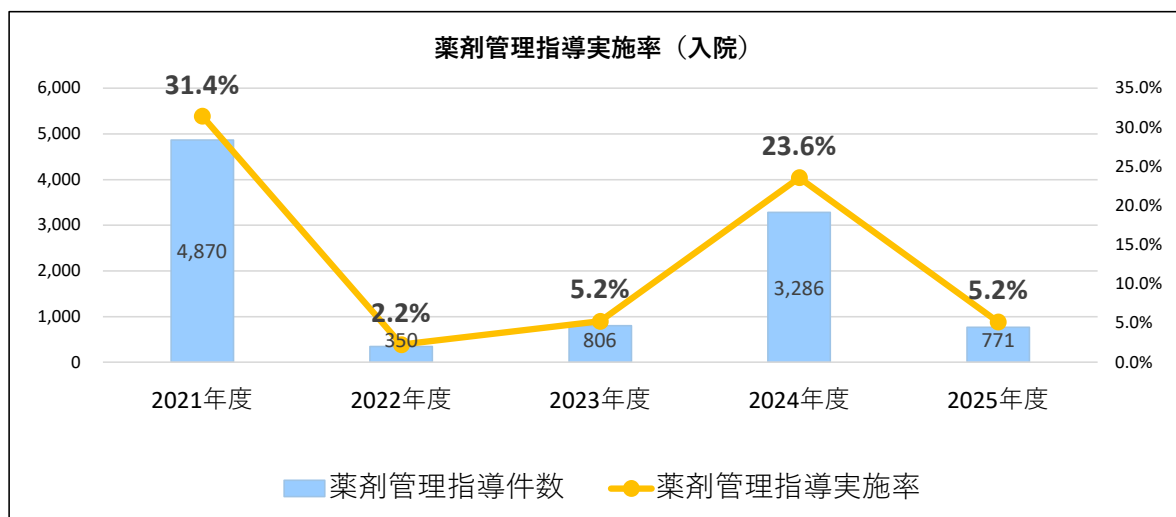
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
薬剤管理指導件数	4,870	350	806	3,286	771	(件)
退院患者数	15,498	15,561	15,374	13,940	14,967	(件)
薬剤管理指導実施率	31.4%	2.2%	5.2%	23.6%	5.2%	(%)
病棟薬剤業務実施加算の有無	無し	有り	有り	無し	有り	



指標の説明

病棟薬剤業務実施加算の算定再開により、薬剤管理指導料を算定できた件数は減少しましたが、薬剤管理指導を実施した件数は約6,800件（表に記載なし）と前年より1,000件程度増加させることができました。今後、病棟業務時間を増やし、より安全な薬剤治療を実施するよう努めていきます。

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。

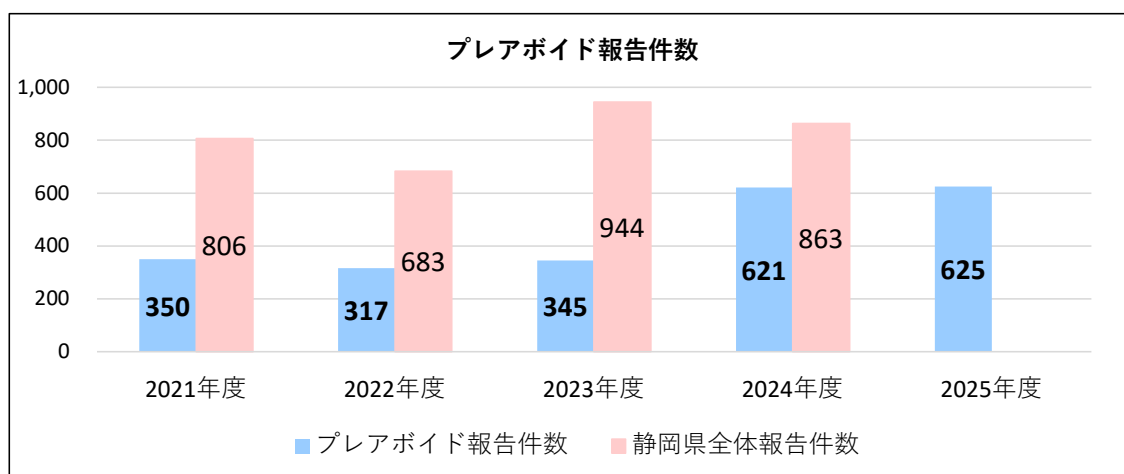
定義

年間の薬剤師のプレアボイド報告件数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
プレアボイド報告件数	350	317	345	621	625	(件)
静岡県全体報告件数	806	683	944	863	—	

※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、取り組んでいます。2025年度からはプレアボイド報告が多く寄せられてい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。今後は、毎月プレアボイド報告されているB型肝炎スクリーニング検査のオーダー漏れに対する支援の検討や報告件数の少ないスタッフには声掛けをするなど、報告件数の維持に努めていきます。

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

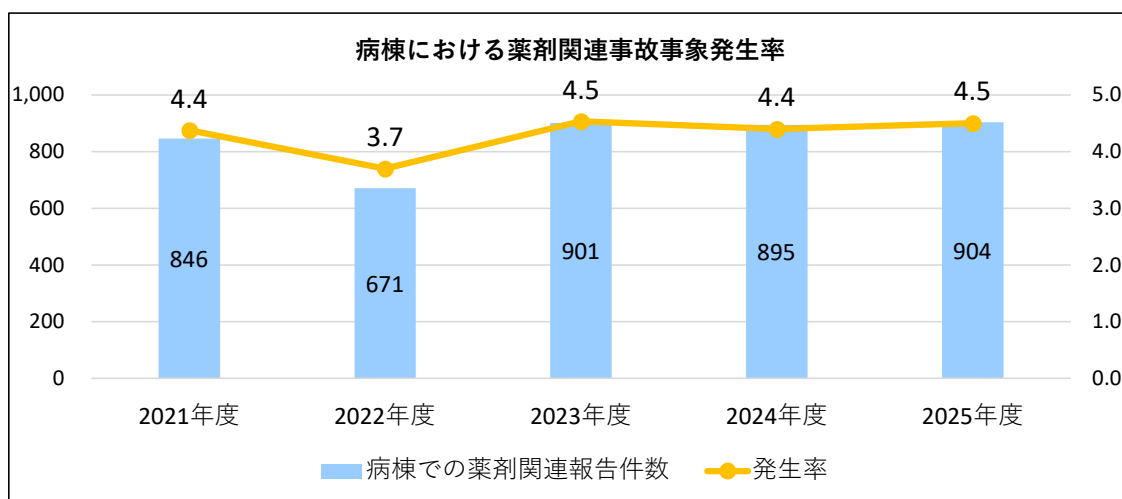
分子 病棟での薬剤関連のインシデント・アクシデント発生件数×1000

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
病棟での薬剤関連報告件数	846	671	901	895	904
入院延べ患者数	193,222	181,557	198,625	203,474	198,982
発生率	4.4	3.7	4.5	4.4	4.5

（‰）



指標実績の分析・評価

2025年度の薬剤関連事故事象発生率は4.5‰で、前年と比較すると横ばいの状況が続いています。内服薬・注射薬・麻薬管理検討部会での対策強化を進めているものの、報告件数は904件と前年度（895件）から微増しています。2026年度は、発生事例の内訳分析をさらに深め、ハイリスク場面（麻薬投与時、術後指示変更時など）に対する重点的な予防策を講じていきます。

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

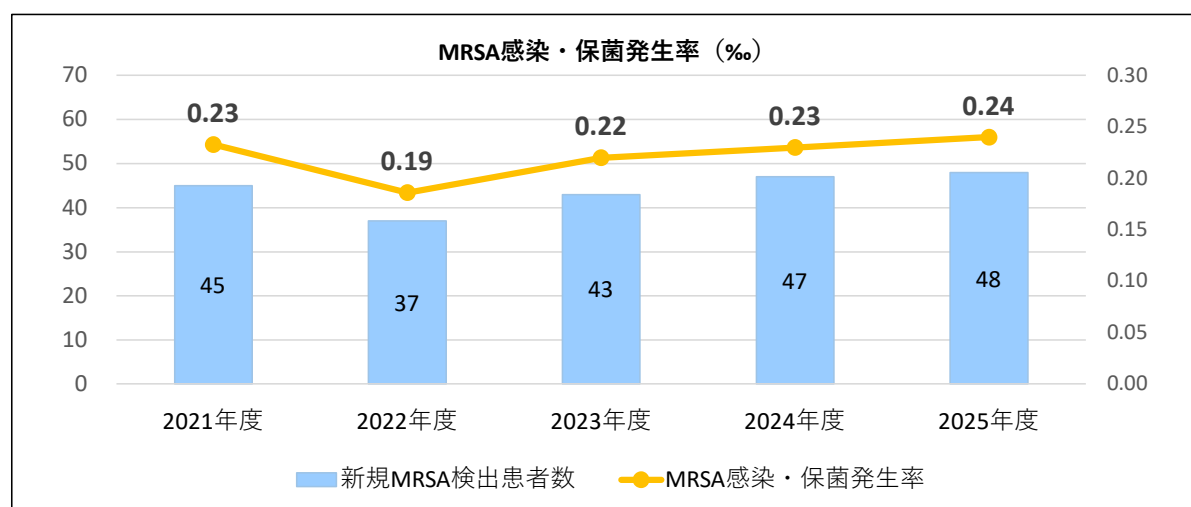
分子 入院4日目以降、新規MRSA検出患者数

分母 1,000延べ入院患者日数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
新規MRSA検出患者数	45	37	43	47	48
延べ入院患者数	193,222	198,954	198,625	203,474	198,982
MRSA感染・保菌発生率	0.23	0.19	0.22	0.23	0.24

(‰)



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

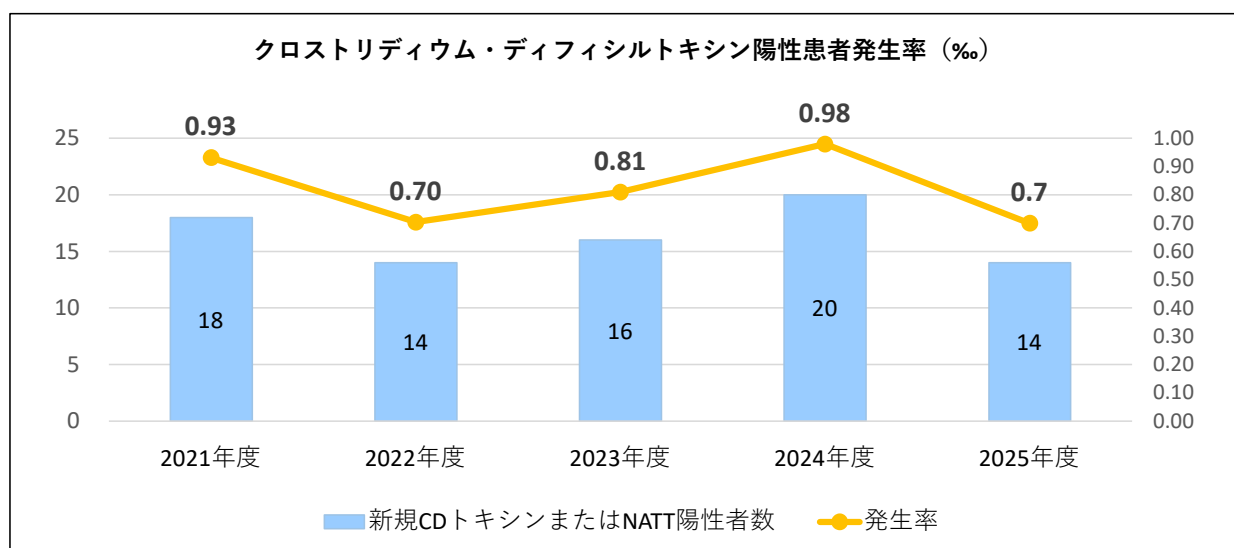
分子 入院4日目以降、新規CD陽性患者数

分母 10000延べ入院患者日数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
新規CDトキシンまたはNATT陽性者数	18	14	16	20	14
延べ入院患者数	193,222	198,954	198,625	203,474	198,982
発生率	0.93	0.70	0.81	0.98	0.7

(‰)



指標実績の分析・評価

2022年度以降は新規CD陽性者数、発生率ともに増加傾向でしたが2025年度は減少しています。今後も手指衛生や適切な器具の取り扱いなど院内感染対策を徹底し、減少に努めていきます。

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（％）		2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	
REC	当院	14.2	9.2	12.2	7.9	8.42	
	* JANIS	10.4	10.3	9.6	9.9	—	* JANIS、（ ）：SSI部門公開情報
COLO	当院	8.0	6.4	7.1	4.4	4.79	
	* JANIS	8.5	8.1	8	8.2	—	* GAST = GAST-D, GAST-T, GAST-Oの合計
* GAST	当院	7.3	7.6	10.8	9.6	7.76	
	* JANIS	7.3	7.6	7.7	7.4	—	HYST：腹式子宮摘出術 VHYS：経腔的子宮摘出術 OVRY：卵巣手術 THOR：胸部手術（心臓・血管以外） BILI-L：胆道再建を伴わない肝切除 BILI-O：その他の肝胆膵手術 BILI-PD：膵頭十二指腸切除
ESOP	当院	23.8	35.4	60.5	23	10.9	
	* JANIS	15.0	15.2	16.4	16.2	—	
HYST	当院(JANIS)			4.5(3.1)	1.39(2.9)	9.86	
VHYS	当院(JANIS)			1.9(0.4)	1.38(0.8)	4.65	
OVRY	当院(JANIS)			0(0.6)	0(0.6)	0.0	
THOR	当院(JANIS)			1.6(0.7)	0(0.8)	0.25	
BILI-L	当院(JANIS)			7.3(6.3)	4.7(6.7)	9.09	
BILI-O	当院(JANIS)			28.1(14.7)	26(14.7)	20.37	
BILI-PD	当院(JANIS)			29.5(24.0)	39(25)	25.49	

指標実績の分析・評価

ESOPは年々低下傾向にあり要因としては周術期の抗菌薬の変更や術中手技を工夫してきた積み重ねが影響していると思われます。HYSTやVHYSは大きく増加しており増加要因の調査を行い、その他領域においては大きく増加している領域はなく、膿瘍形成下での手術で遺残膿瘍による臓器・体腔SSIの発生が目立ったなど増加の要因が見当がつく領域もあり、継続的観察を行っていきます。

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。

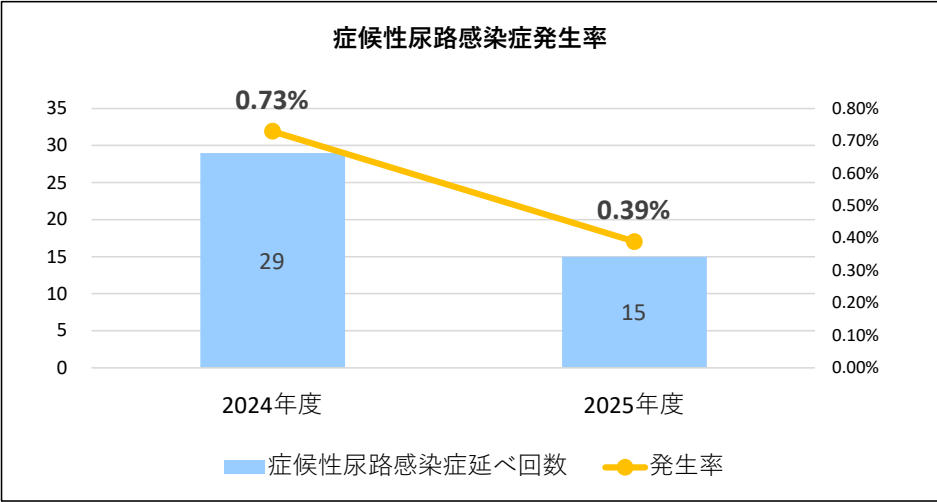
定義

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	2025年度	
症候性尿路感染症延べ回数	29	15	(回数)
尿道留置カテーテル挿入延べ日数	39,944	31,955	(日)
発生率	0.73%	0.39%	(%)



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。

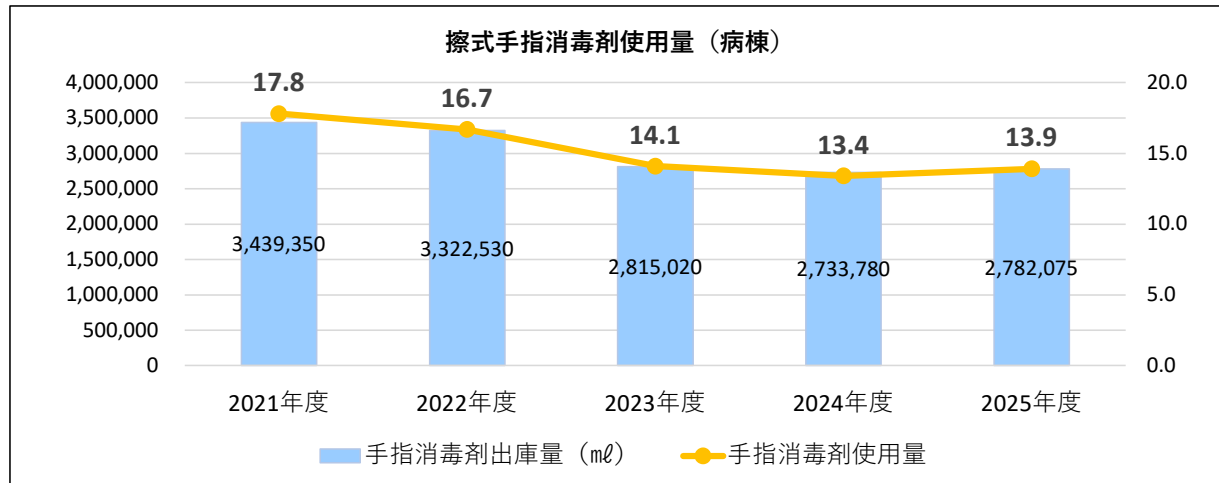
定義

分子 1年間の各病棟の手指消毒剤出庫量

分母 1年間の1000延べ入院患者日数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
手指消毒剤出庫量（mℓ）	3,439,350	3,322,530	2,815,020	2,733,780	2,782,075	（病棟全体）
入院延べ患者数	193,222	198,954	198,625	203,474	198,982	
手指消毒剤使用量	17.8	16.7	14.1	13.4	13.9	（mℓ/患者・日：病棟のみ）



指標実績の分析・評価

リンクスタッフによる手指衛生直接観察を導入し、かつ月毎に使用量が低い部署においてはリンクスタッフと合わせて師長へも直接報告し部署全体で手指消毒剤の使用量について意識付けができるよう働きかけを行っています。しかし、十分量には達していないため今後は直接観察の継続的活動を主体に多面的な取り組みを行っていきます。

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。

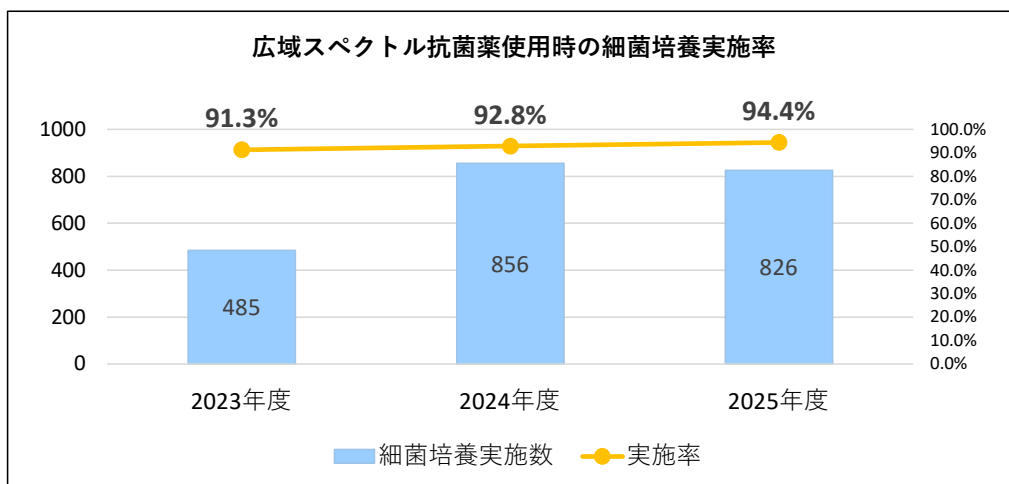
定義

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年度	2024年度	2025年度	
細菌培養実施数	485	856	826	(件)
対象退院患者数	531	922	875	(件)
実施率	91.3%	92.8%	94.4%	(%)



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。

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。

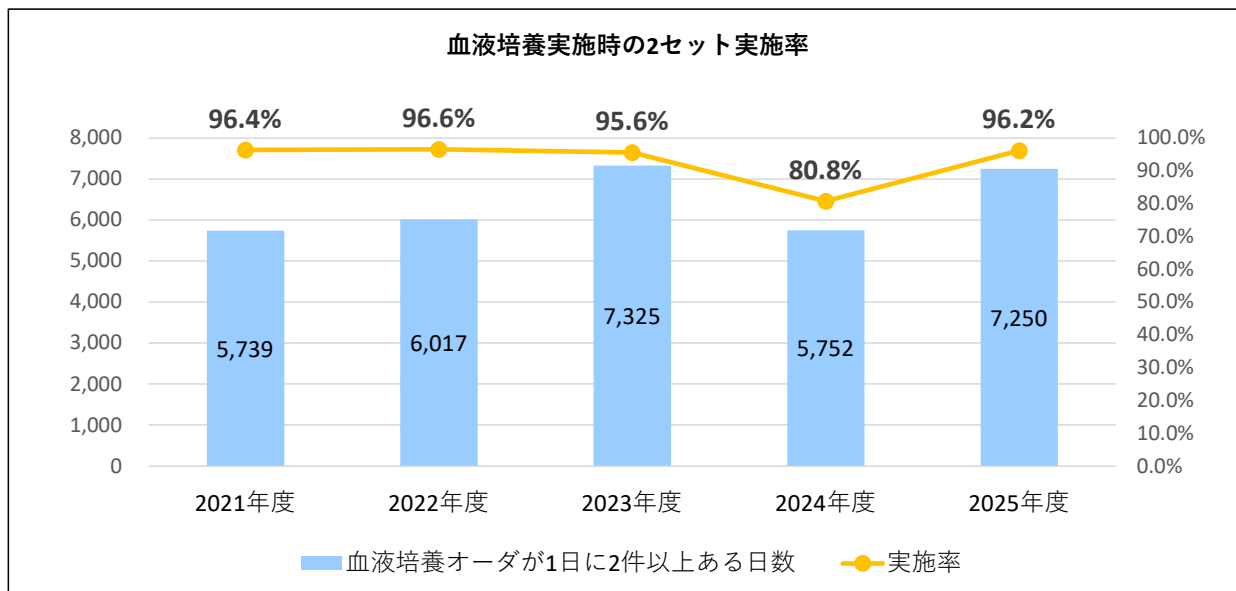
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	5,739	6,017	7,325	5,752	7,250	(日)
血液培養オーダ日数	5,953	6,230	7,659	7,123	7,537	(日)
実施率	96.4%	96.6%	95.6%	80.8%	96.2%	(%)



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ましたが、供給再開後は再び96%程度と高水準を維持できています。

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。

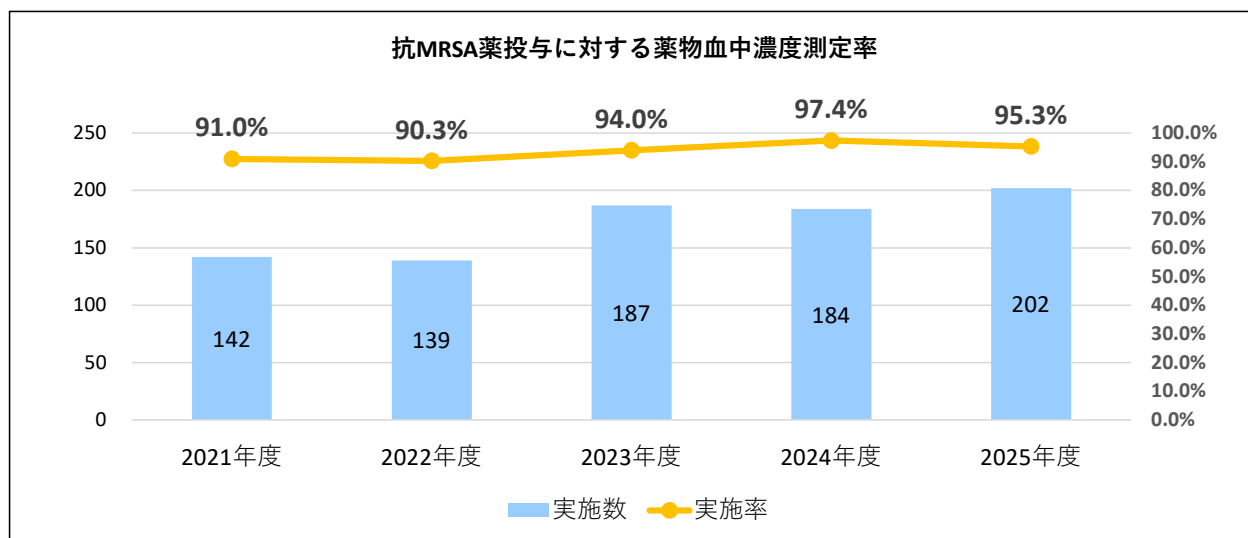
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
実施数	142	139	187	184	202	（件）
抗MRSA薬投与症例数	156	154	199	189	212	（件）
実施率	91.0%	90.3%	94.0%	97.4%	95.3%	（%）



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実施率は高い割合を維持していますが、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。

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

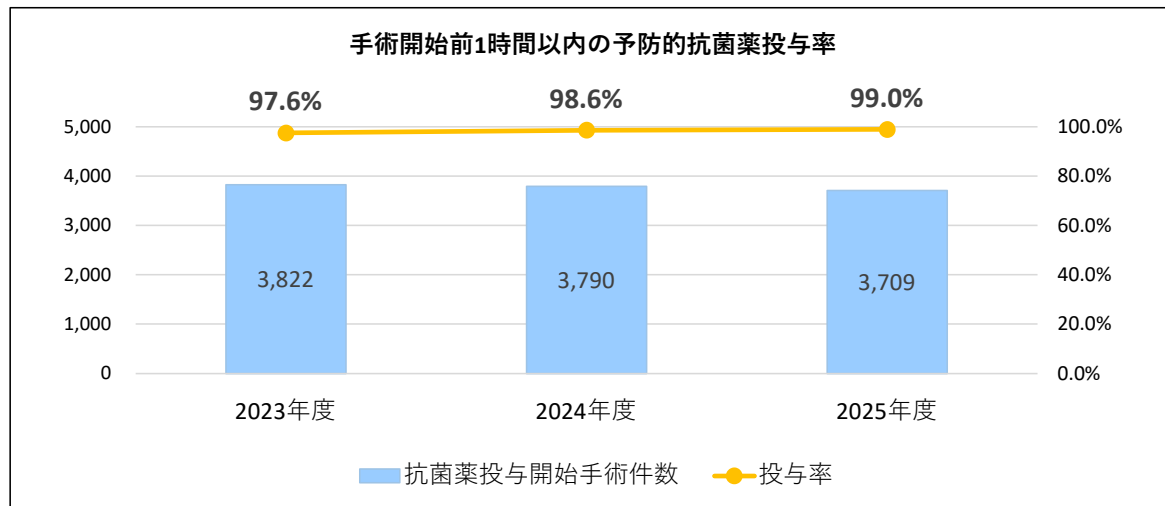
分子 分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数×100

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年度	2024年度	2025年度	
抗菌薬投与開始手術件数	3,822	3,790	3,709	(件)
手術件数	3,917	3,843	3,748	(件)
投与率	97.6%	98.6%	99.0%	(%)



指標実績の分析・評価

ほぼ100%近い値となっており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

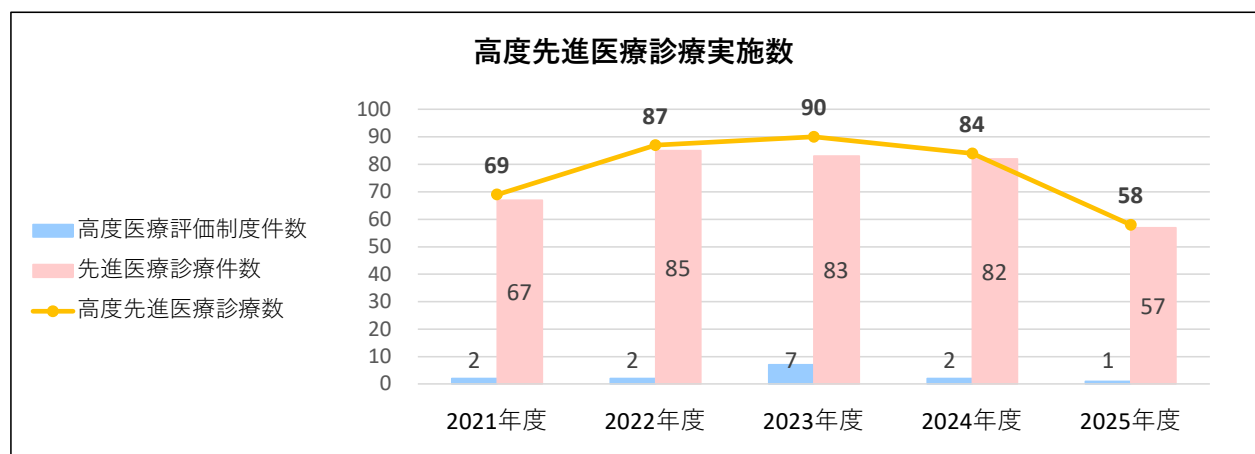
1年間の高度医療評価制度・先進医療診療の実施数

※ 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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(単位：件)
高度医療評価制度件数	2	2	7	2	1	
先進医療診療件数	67	85	83	82	57	
高度先進医療診療数	69	87	90	84	58	



指標実績の分析・評価

2022年度から増加傾向にあったが、2024年度から減少していますが、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（割合）

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。

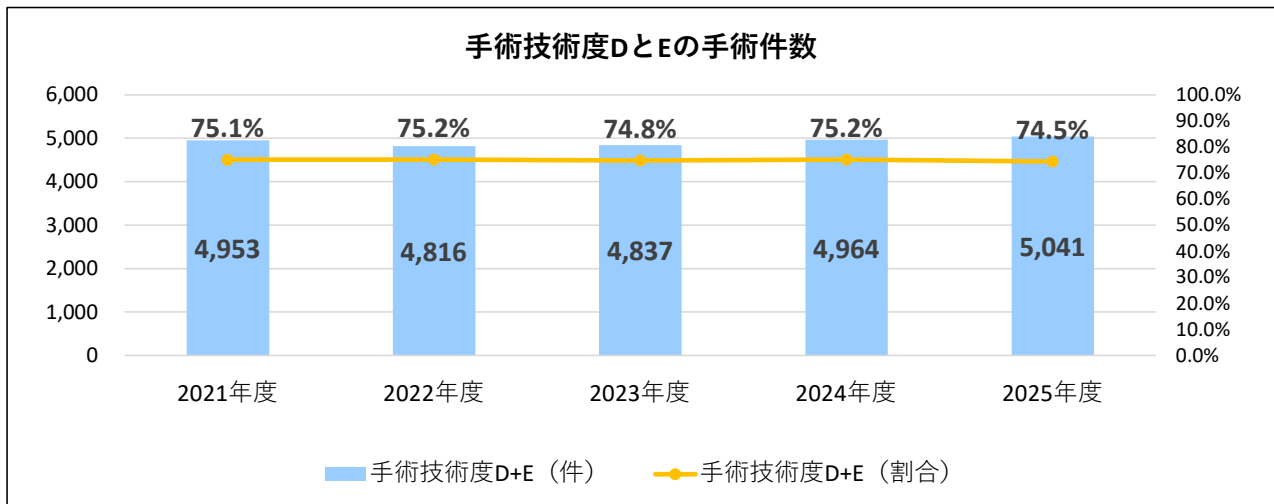
難易度は、B、C、D、Eの順で高くなっています。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	（件）
B	283	250	300	290	332	
C	1,359	1,338	1,327	1,347	1,394	
D	4,293	4,092	4,153	4,535	4,581	
E	660	724	684	429	460	
手術技術度D+E（件）	4,953	4,816	4,837	4,964	5,041	
手術技術度D+E（割合）	75.1%	75.2%	74.8%	75.2%	74.5%	



指標実績の分析・評価

がん専門病院として妥当な割合と思われます。

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。

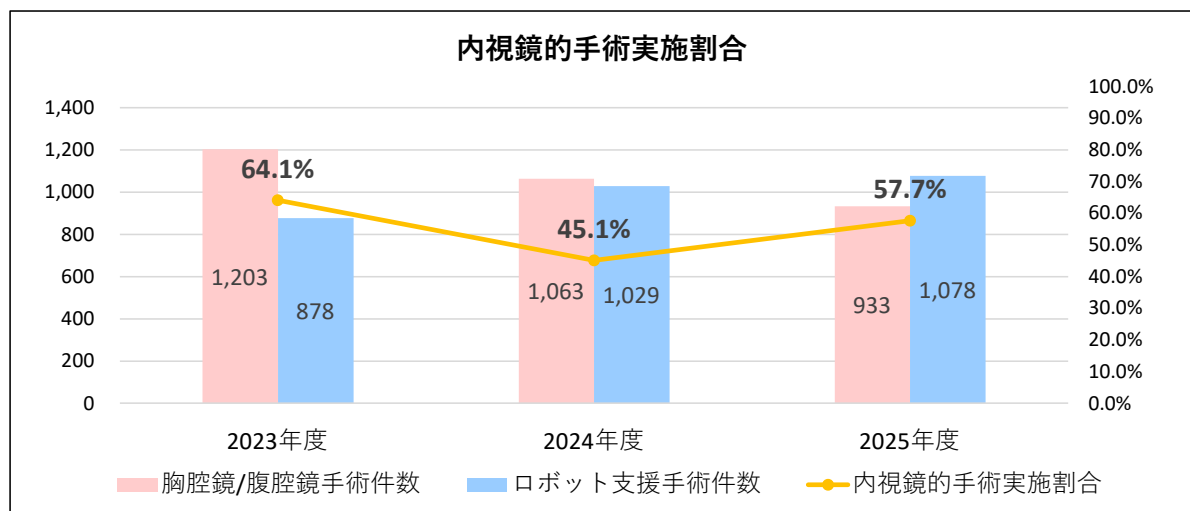
定義

分子 分母のうち、内視鏡的手術（胸腔鏡、腹腔鏡、ロボット支援手術）実施件数

分母 内視鏡的手術を行っている診療科での年間の手術件数

当院の実績

	2023年度	2024年度	2025年度	
胸腔鏡/腹腔鏡手術件数	1,203	1,063	933	
ロボット支援手術件数	878	1,029	1,078	
内視鏡的手術総数	2,081	2,092	2,011	(件)
年間の手術件数	3,247	3,380	3,488	
内視鏡的手術実施割合	64.1%	45.1%	57.7%	



指標実績の分析・評価

近年各分野において体腔鏡手術、ロボット支援手術の適応が拡大しており、その影響で内視鏡手術の実施割合が近年増加傾向にあります。

指標の意義

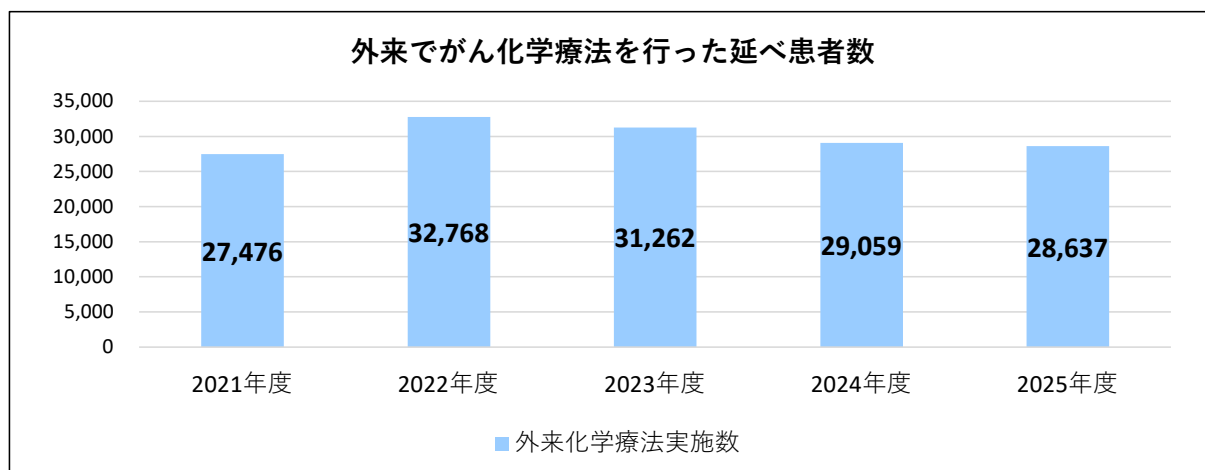
近年、がん薬物療法の多くが外来で行えるようになり、日常生活を送りながら治療を受けられるようになりました。患者の生活の質向上につながる一方、外来で適切に化学療法を行うためには、担当の医師、看護師、薬剤師などの配置が必要になります。外来で化学療法を行えるだけの、職員、設備の充実度を見る指標です。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
外来化学療法実施数	27,476	32,768	31,262	29,059	28,637	(件)



指標実績の分析・評価

複数の薬剤を用いる新たな標準治療が次々と導入されている中、昨年度に引き続き29,000件近くの化学療法が継続されており、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

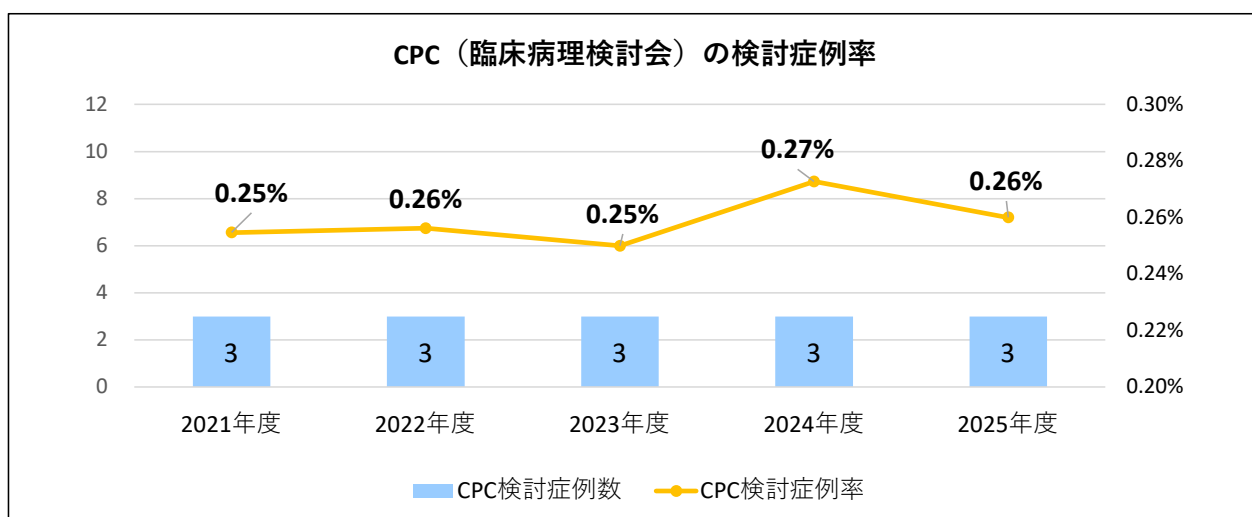
1年間のCPC件数を死亡患者数で除した割合（％）です。当院での退院死亡患者を対象とします。

分子 CPC検討症例数 × 100

分母 死亡退院患者数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
CPC検討症例数	3	3	3	3	3	(件)
死亡退院患者数	1,178	1,171	1,201	1,100	1,171	
CPC検討症例率	0.25%	0.26%	0.25%	0.27%	0.26%	



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。2025年度の病理解剖数は4件であり、ほぼ全症例に対して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

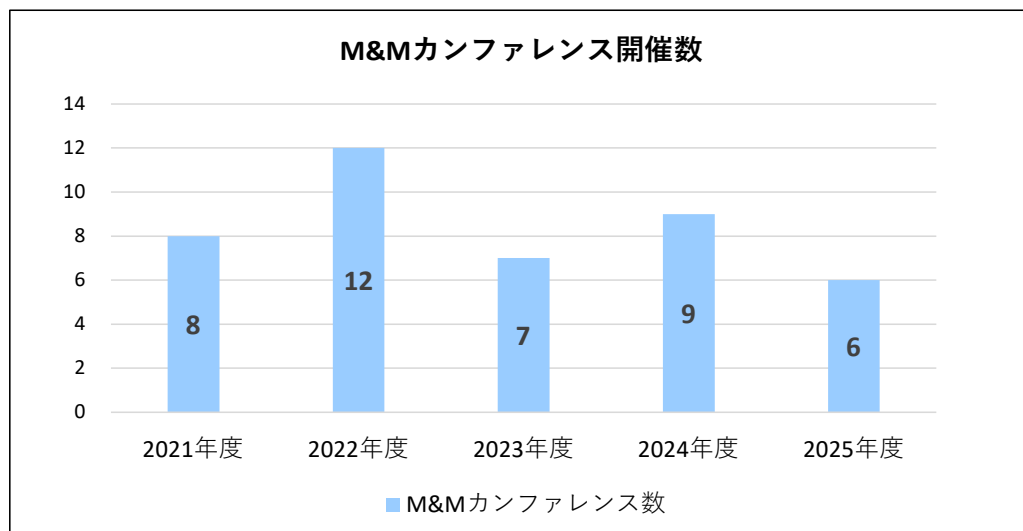
M&Mカンファレンスとは、手術後に発生した重篤な合併症や死亡した症例について、当該診療科や院内の関連部署とで診療過程を詳細に検討し、システムなどの改善を行い、次の症例の治療に活かすための検討会です。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
M&Mカンファレンス数	8	12	7	9	6	(件)



指標実績の分析・評価

M&Mカンファレンスの実施件数は、例年と比し少なくなっていますが、カンファレンスを実施すべき案件については、適切に開催しています。

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。

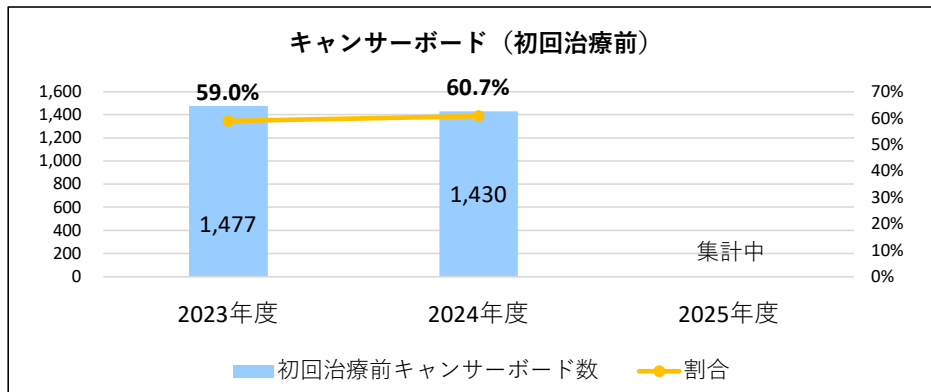
定義

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	2025年度	
初回治療前がんサージカルボード数	1,477	1,430		(回数)
5大がん初回治療患者数	2,505	2,355		(人)
割合	59.0%	60.7%		(%)



指標の説明

がんサージカルボード実施率は、初回治療前に多職種で治療方針を検討できた割合を示す指標であり、当院のがん診療の質を可視化するものです。2023年度59%、2024年度60.7%と緩やかな上昇がみられ、治療方針の共有・確認がより安定して行われている状況が確認されました。2026年度も継続して多角的な視点を取り入れ、患者に最適な治療選択が行える体制の強化を目指します。

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用い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。

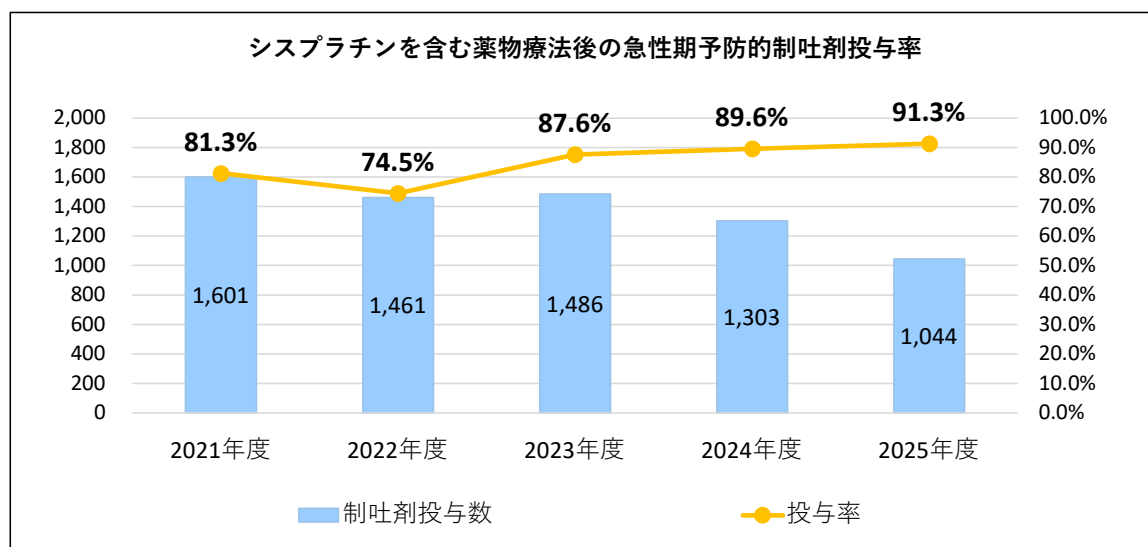
定義

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 剤全てを用いた数 × 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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
制吐剤投与数	1,601	1,461	1,486	1,303	1,044	(件)
実施日数（18歳以上の患者）	1,970	1,960	1,696	1,454	1,144	
投与率	81.3%	74.5%	87.6%	89.6%	91.3%	(%)



指標実績の分析・評価

2022年度から投与率は上昇傾向であり、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考えます。

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。

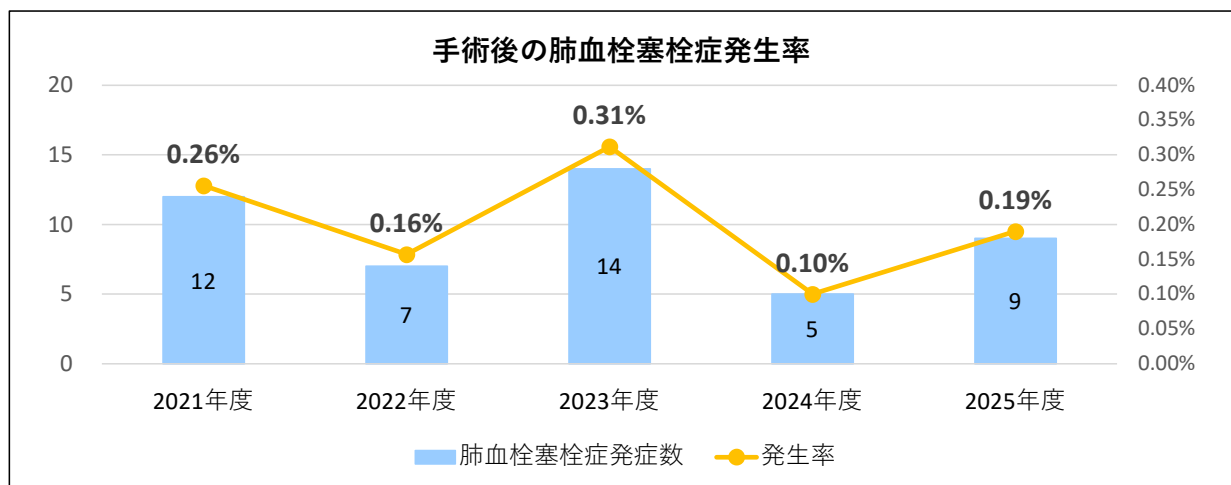
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
肺血栓塞栓症発症数	12	7	14	5	9	(人)
手術件数	4,691	4,458	4,492	4,639	4,845	
発生率	0.26%	0.16%	0.31%	0.10%	0.19%	



指標実績の分析・評価

手術後の肺血栓塞栓症発症件数は昨年と比し増加していますが、いずれも早期に発見し治療開始できていると考えます。

31

リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

厚労省

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。

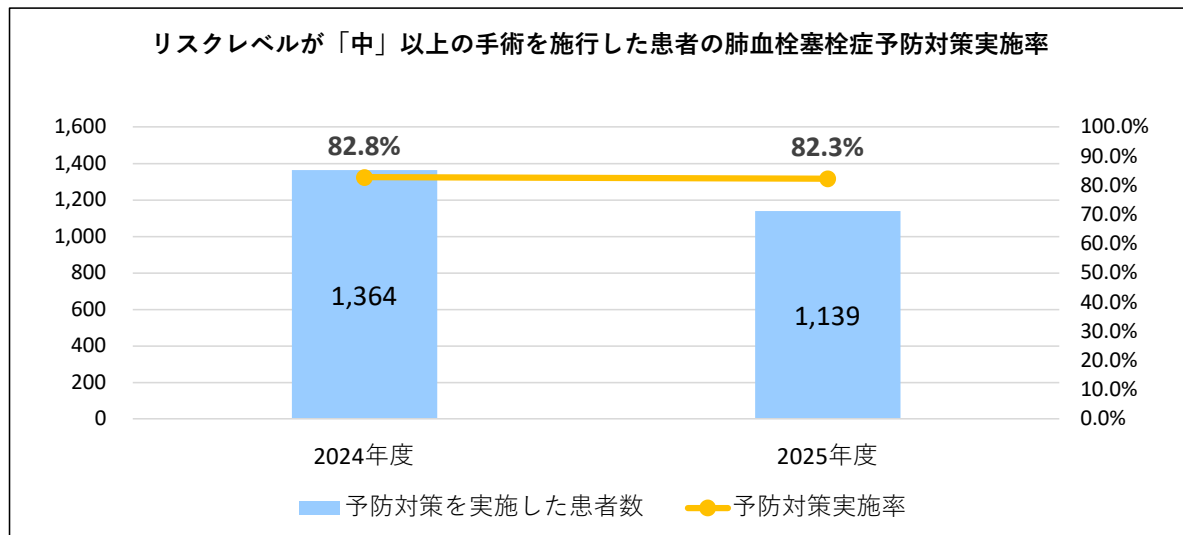
定義

分子 分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数×100

分母 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

当院の実績

	2024年度	2025年度	
予防対策を実施した患者数	1,364	1,139	(件)
リスクレベル「中」以上の手術実施した退院患者数	1,647	1,384	(件)
予防対策実施率	82.8%	82.3%	(%)



指標実績の分析・評価

ある特定の領域、術式においてのみ算定が行われていないことが判明し、分母の見直しと共に算定漏れがないように指導し、改善に取り組んでいます。

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

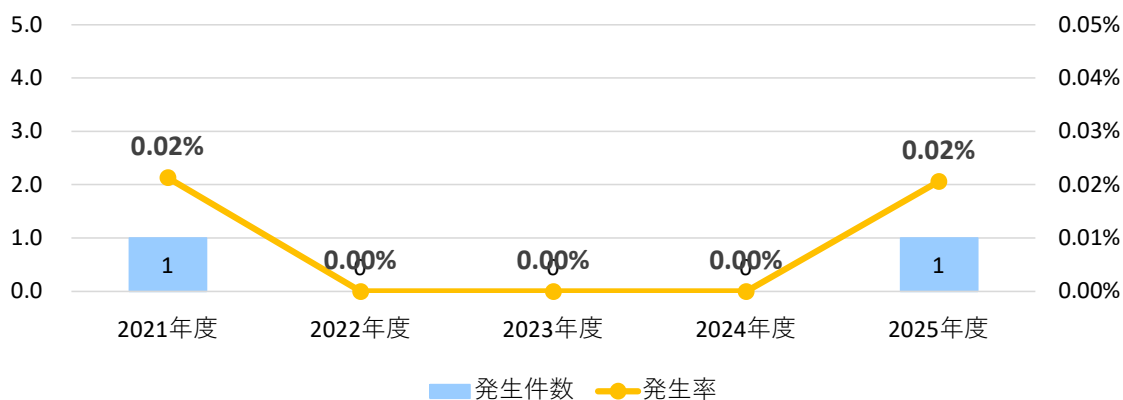
分子 手術中における救急処置を要する合併症発生件数×100

分母 手術室で実施された手術件数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
発生件数	1	0	0	0	1	(件)
手術件数	4,691	4,458	4,492	4,639	4,845	
発生率	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	0.02%	

救急処置を有する術中心肺停止及び低酸素症発生率



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。

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。

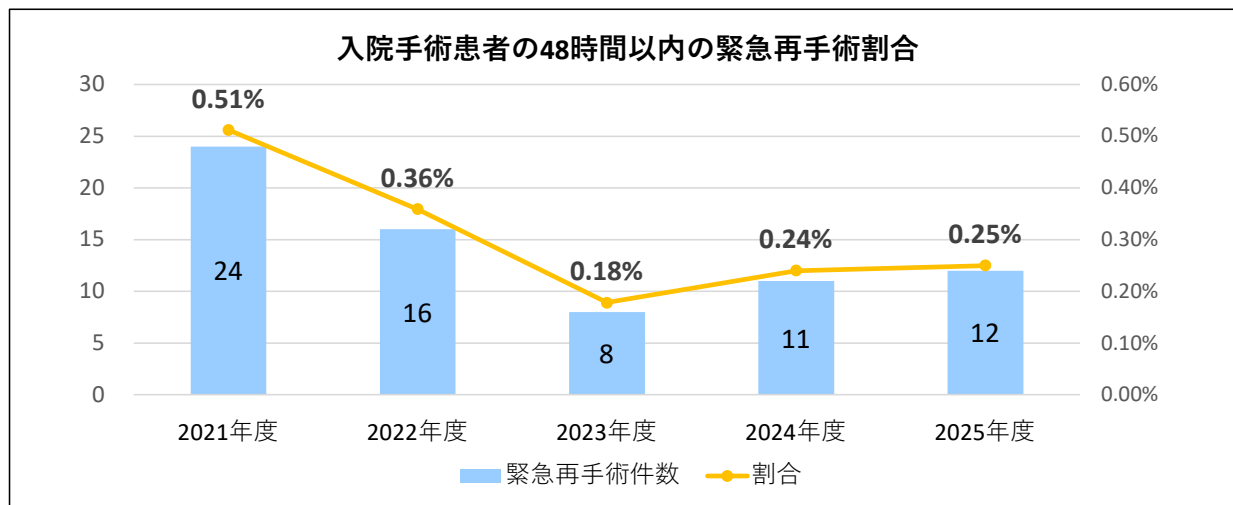
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
緊急再手術件数	24	16	8	11	12
手術件数	4,690	4458	4492	4,639	4,845
割合	0.51%	0.36%	0.18%	0.24%	0.25%



指標実績の分析・評価

手術後48時間以内の緊急再手術は昨年度と比し横ばいで推移しています。手術後、患者の経過は適切に観察され、再手術は、患者の臨床症状や検査結果から素早く判断され手術が実施されています。

34

術後在院死亡者数

自院

指標の意義

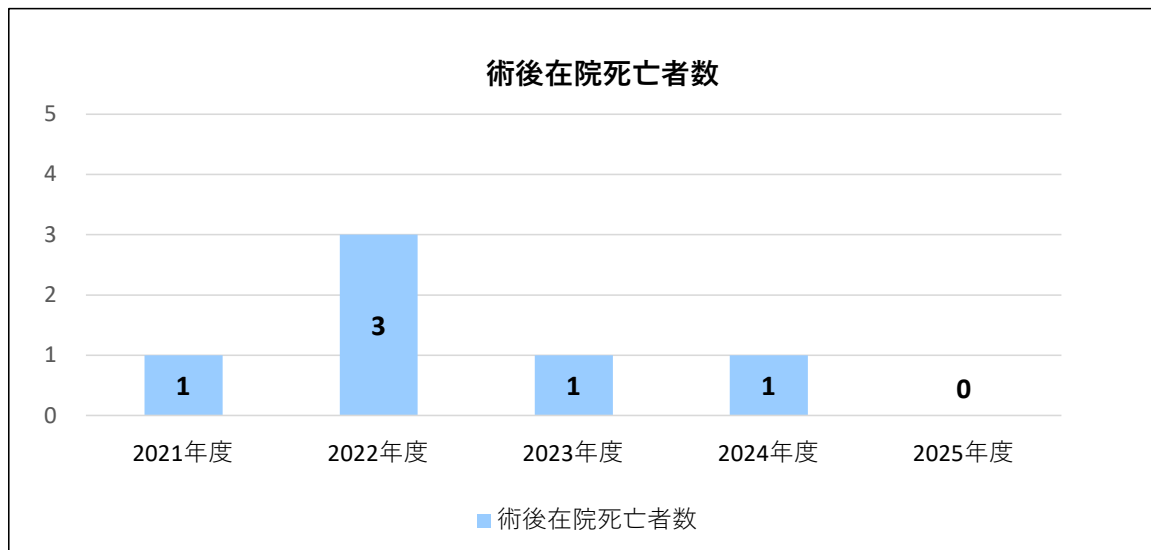
術後在院死亡数は、当院で手術後に退院できずに亡くなった患者さんの数です。手術後に病勢の進行によって亡くなった患者さんと、術後合併症によって亡くなった患者さんが含まれています。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
術後在院死亡者数	1	3	1	1	0



指標実績の分析・評価

がん専門病院として質の高い高度医療に取り組んでいます。在院死亡率は極めて低い数値で推移していると考えます。

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。

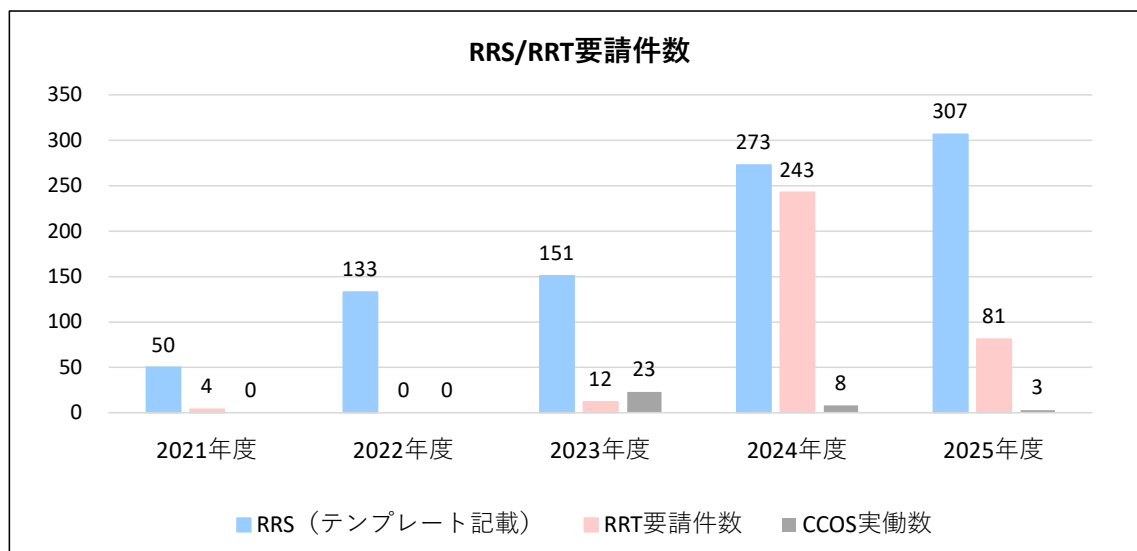
患者さんの容態の悪化を医療従事者が早期に捉え、重症化を防ぐシステムが適切に機能しているかを見る指標です。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(単位：件)
RRS（テンプレート記載）	50	133	151	273	307	
RRT要請件数	4	0	12	243	81	
CCOS実働数	—	—	23	8	3	



指標実績の分析・評価

RRSの活用は順調に増加し、RRTが患者の状態を判断し必要に応じ介入できている。救急医の配置により、RRTの機能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。

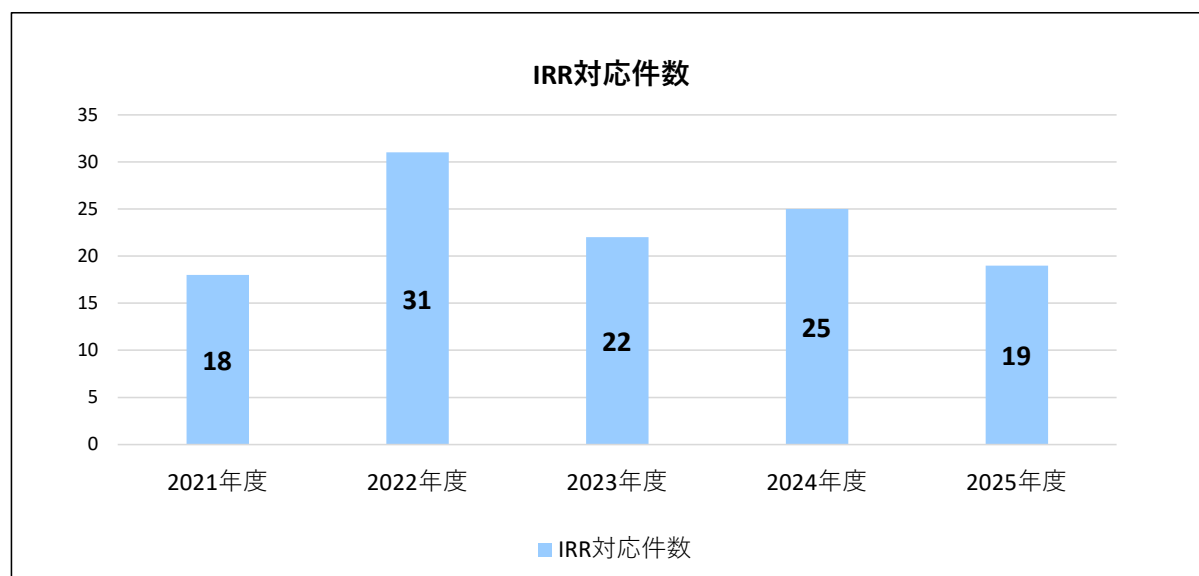
(https://www.gi-cancer.net/gi/fukusayo/fukusayo_07_1.html)

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
IRR対応件数	18	31	22	25	19	(件)



指標実績の分析・評価

IRRの内訳はGr.1が10件、Gr.2が7件、Gr.3が2件であった。過半数をGr.1が占めており、定期的な症状観察や適切な患者教育を実施することで、IRRを早期に発見し、速やかな薬剤投与の中断や当番医による診察など、適切な対応につなげることができていたと考えます。

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。

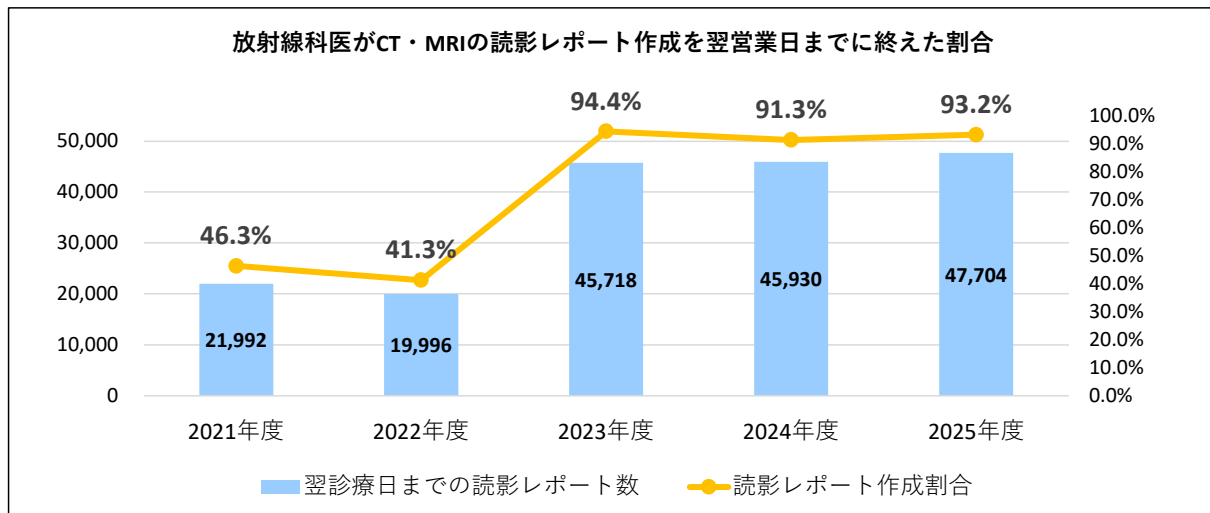
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
翌診療日までの読影レポート数	21,992	19,996	45,718	45,930	47,704	(件)
対象レポート数	47,502	48,464	48,464	50,281	51,194	
読影レポート作成割合	46.3%	41.3%	94.4%	91.3%	93.2%	



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％以上を維持しています。

38 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.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。

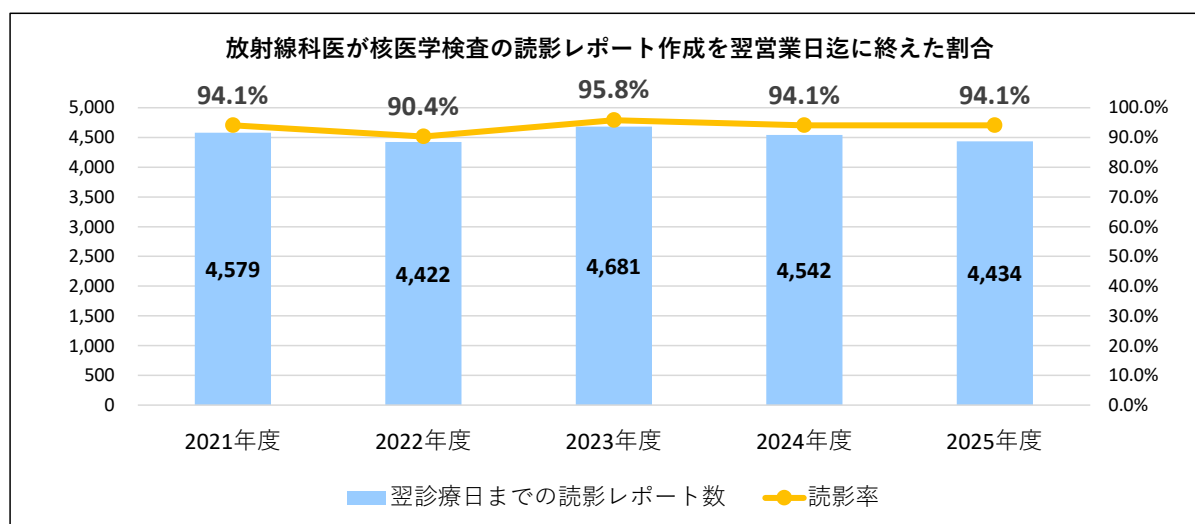
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
翌診療日までの読影レポート数	4,579	4,422	4,681	4,542	4,434	(件)
対象レポート数	4,867	4,893	4,885	4,828	4,710	
読影率	94.1%	90.4%	95.8%	94.1%	94.1%	(%)



指標実績の分析・評価

2023年度に画像管理加算2の取得し、それ以降は読影率90％以上を維持しています。

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。

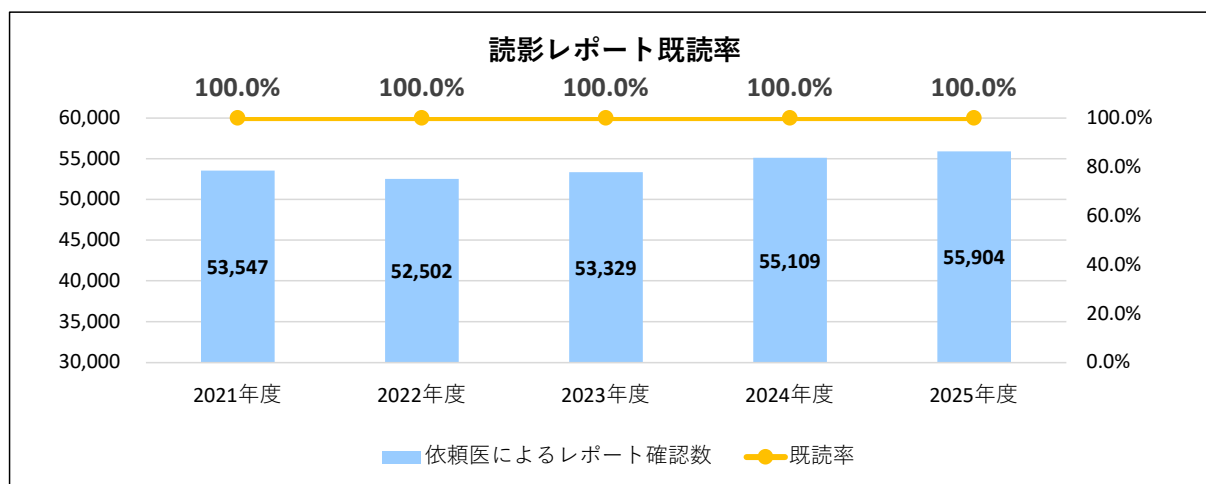
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
依頼医によるレポート確認数	53,547	52,502	53,329	55,109	55,904	(件)
既読管理対象レポート数	53,547	52,502	53,329	55,109	55,904	
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および未読者への通知は、電子カルテシステムにより自動化されている。既読管理業務においては、迅速な自動通知システムを構築していることに加え、最終確認段階では人の目による確認作業も実施しており、漏れの無い運用体制を整備しています。

また、既読確認は依頼医師のみに閲覧権限を限定するのではなく、退職者や長期休暇取得者への対応として、各診療科部長に代行既読の権限を付与しており、確実な読影レポート既読管理を実施できています。

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

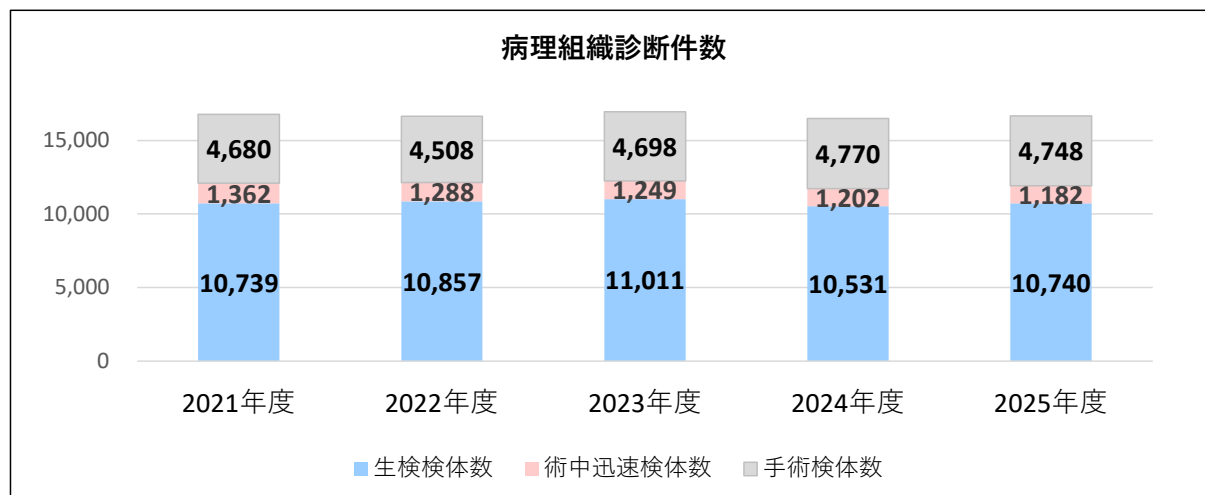
※生検診断は、組織の一部を採取して良性・悪性の判定や治療の選択をする（生検検体）

※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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(単位：件)
生検検体数	10,739	10,857	11,011	10,531	10,740	
術中迅速検体数	1,362	1,288	1,249	1,202	1,182	
手術検体数	4,680	4,508	4,698	4,770	4,748	
病理組織診断件数	16,781	16,653	16,958	16,503	16,670	



指標実績の分析・評価

2025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。

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

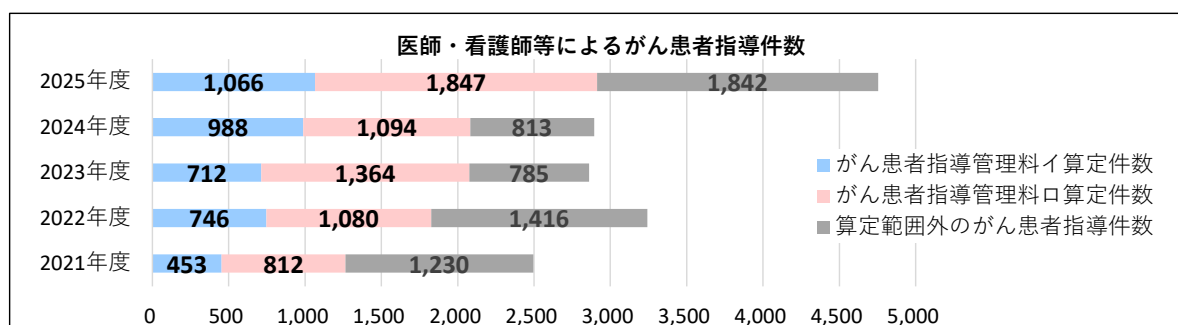
「がん患者指導管理料イ」は、患者と家族が納得して治療にのぞめるために、医師と看護師が協働で診断や治療方針について説明し支援するもので、病状理解と治療の意思決定が十分なされているかを測る指標です。「がん患者指導管理料ロ」は、患者の心理的不安を軽減するために、医師と看護師、公認心理士が支援するもので、不安が早期に緩和され安心して療養できているかを測る指標です。「専門・認定看護師によるがん患者指導件数」は、がん患者指導管理料の算定要件に満たない状況でも、診療上の問題を解決したり、心理的な不安を軽減するために、医師と看護師、多職種が支援するもので、指標の意味は指導イとロと同じです。がん患者指導管理料イ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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	（単位：件）
がん患者指導管理料イ算定件数	453	746	712	988	1,066	
がん患者指導管理料ロ算定件数	812	1,080	1,364	1,094	1,847	
算定範囲外のがん患者指導件数	1,230	1,416	785	813	1,842	
がん患者指導件数	2,495	3,242	2,861	2,895	4,755	



指標実績の分析・評価

がん患者指導管理（イ）において、①消化器内科・呼吸器内科を中心に外来予約時の医師コメントから再発・転移により治療方針変更が見込まれる患者を抽出、②高齢者機能評価で認知機能に課題のある患者、③EQ-5D-5Lで不安を有する患者を把握し、担当医・外来看護師と連携して予測的支援を実施したことで支援件数が増加しました。がん患者指導管理（ロ）では、①EQ-5D-5Lで有症状の患者、②（イ）介入後の治療開始に伴う不安を有する患者、③内服抗がん薬開始患者への支援を行い、早期からの介入につなげています。また、STAS-J評価では算定対象外となる不安を有する患者や家族のみへの支援も増加しており、その結果が算定範囲外支援件数の増加に反映されたと考えます。

42

75歳以上の手術患者に対する術前支援実施率

自院

指標の意義

当院の患者家族支援センターでは、患者さん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

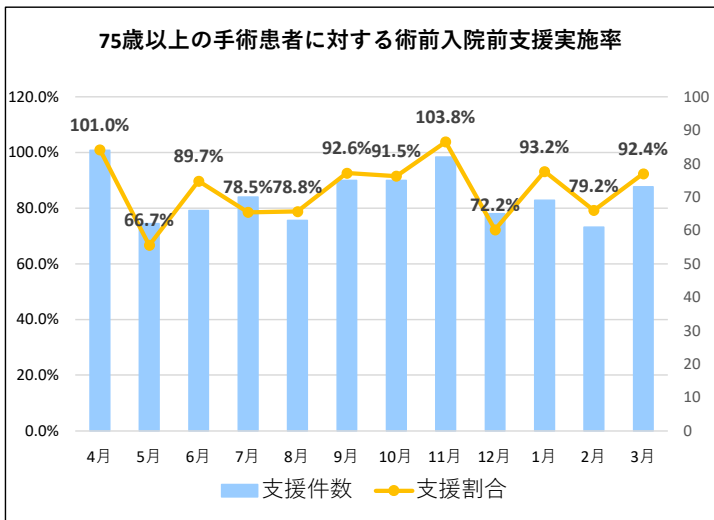
当院の実績

	2024年度	2025年度
支援患者数	835	845
対象の入院手術予定患者数	879	976
支援割合	95%	86.6%

(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
(件) ※医師が必要と認めた75歳以下含む
(%)

2025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	83	84	101.0%
5月	93	62	66.7%
6月	78	66	89.7%
7月	80	70	78.5%
8月	80	63	78.8%
9月	81	75	92.6%
10月	82	75	91.5%
11月	79	82	103.8%
12月	90	65	72.2%
1月	74	69	93.2%
2月	77	61	79.2%
3月	79	73	92.4%
年間	976	845	86.6%



指標実績の分析・評価

2025年度の7診療科を対象とした75歳以上の手術患者に対する多職種術前入院前実施率は91%であり、前年度の95%を下回った。これは、初診後短期間で入院・手術となる新規患者などがある一定数いるため、入院前の支援期間を確保できないことが要因と考えられる。一方で、2025年5月中旬から75歳以上の初診患者を対象に高齢者機能評価（G8）を導入し、高齢者の脆弱性や手術関連合併症リスクの把握に取り組んでいる。評価結果はリハビリテーション科や栄養科等と共有し、入院後の早期介入や術前支援に活用されている。今後は、多職種術前入院前支援の実施率のみを評価するのではなく、G8を活用したハイリスク患者の抽出や支援効果の検証を進め、高齢患者の状態に応じた質の高い術前支援体制の構築を目指していきます。

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。

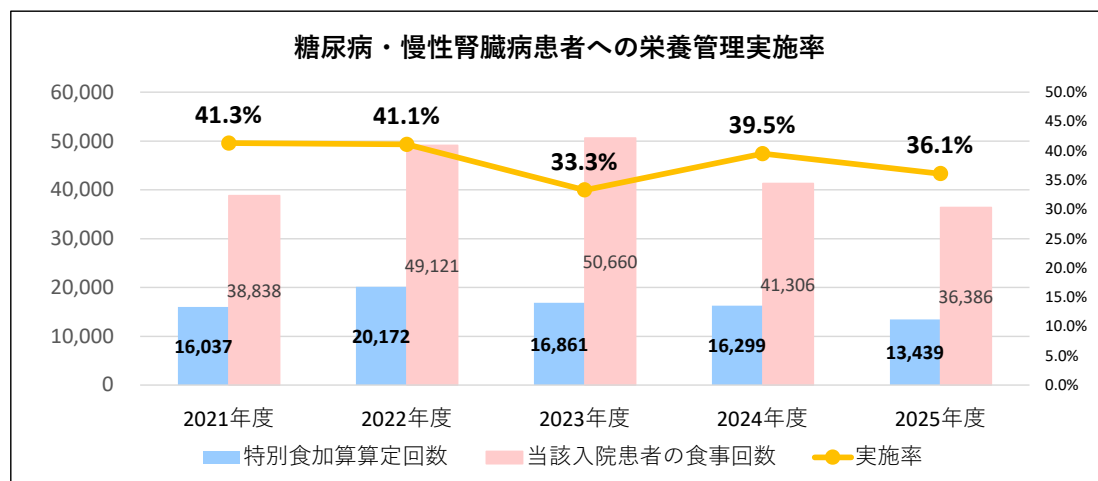
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
特別食加算算定回数	16,037	20,172	16,861	16,299	13,439	(件)
当該入院患者の食事回数	38,838	49,121	50,660	41,306	36,386	(件)
実施率	41.3%	41.1%	33.3%	39.5%	36.1%	(%)



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

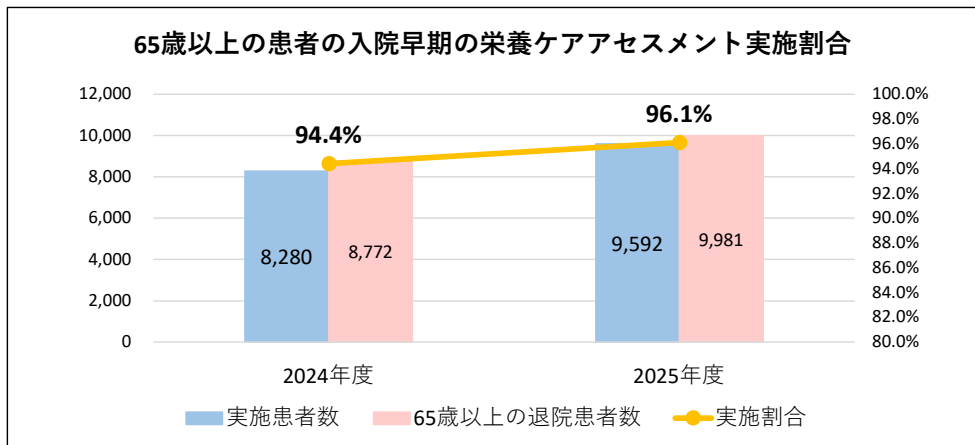
分子 分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数×100

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

	2024年度	2025年度	
実施患者数	8,280	9,592	(件)
65歳以上の退院患者数	8,772	9,981	(件)
実施割合	94.4%	96.1%	(%)



指標実績の分析・評価

原則、入院当日にすべての患者に対しMNA-s fを使用し栄養スクリーニングを行い、翌日スクリーニングでリスクのあった患者に対しG L I M診断による栄養アセスメントを行い、栄養管理計画書を作成し計画に沿った栄養管理を実施しています。（小児は評価ツールが異なる。）一部、緩和ケアの患者等では、方針等の検討もあり時間がかかるケースもあります。

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。

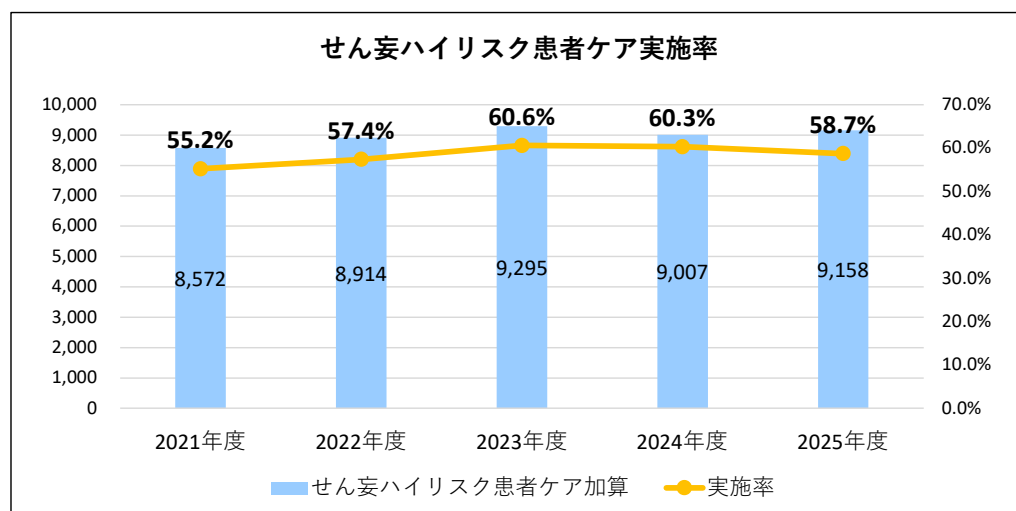
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
せん妄ハイリスク患者ケア加算	8,572	8,914	9,295	9,007	9,158	(件)
実施率	55.2%	57.4%	60.6%	60.3%	58.7%	(%)



指標実績の分析・評価

2024年度と比較して、70歳以上および手術患者での算定割合はほとんど変化はありません。算定実施率の低下は、2024年度診療報酬改定後、認知症ケア加算3を算定する場合は、せん妄ハイリスク患者ケア加算を別に算定できなくなったことが要因として考えられます。しかし、算定の有無にかかわらず安全に療養生活が送れるようせん妄対策を実施しています。引き続き加算算定割合の経過を確認していきます。

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

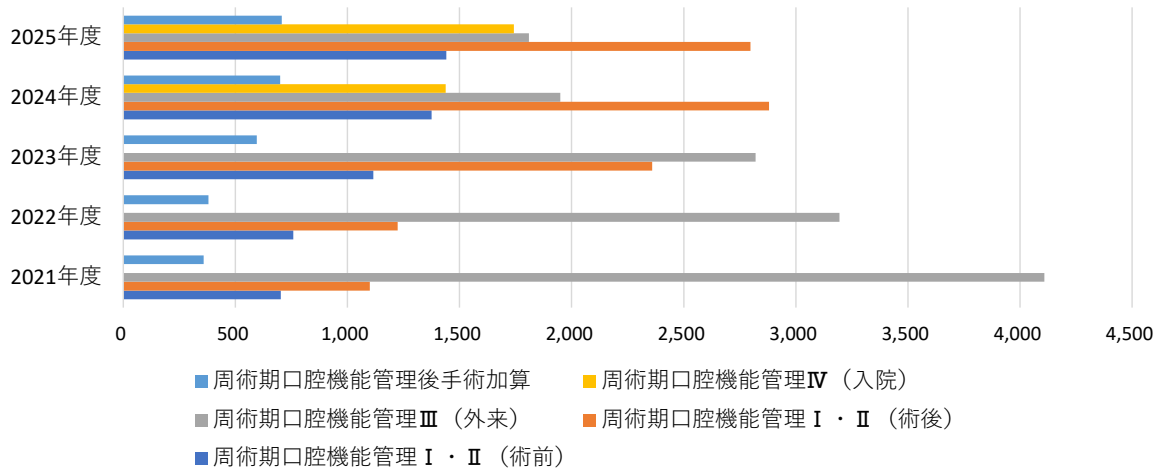
- ①周術期等口腔機能管理Ⅰ、Ⅱ（術前） ②周術期等口腔機能管理Ⅰ、Ⅱ（術後）
③周術期等口腔機能管理Ⅲ（外来） ④周術期等口腔機能管理Ⅳ（入院）
⑤周術期等口腔機能管理後手術加算

※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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	（単位：件）
周術期口腔機能管理Ⅰ・Ⅱ（術前）	703	759	1,116	1,375	1,441	
周術期口腔機能管理Ⅰ・Ⅱ（術後）	1,100	1,224	2,359	2,880	2,797	
周術期口腔機能管理Ⅲ（外来）	4,109	3,195	2,820	1,949	1,810	
周術期口腔機能管理Ⅳ（入院）	—	—	—	1,438	1,742	
周術期口腔機能管理後手術加算	358	380	595	700	707	
※周術期口腔機能管理計画策定料	1,104	1,115	1,262	1,394	1,516	※参考

周術期等口腔機能管理実施件数



指標実績の分析・評価

周術期等口腔機能管理Ⅰ・Ⅱ（術前）の実施件数は、2021年度703件から2025年度1,441件へ約2倍に増加した。また、術後管理についても2021年度1,100件から2025年度2,797件へ約2.5倍に増加しました。これは、2023年度より入院前支援後の患者に対する口腔ケア介入の対象を拡大したことや歯科衛生士による病棟往診や外来での継続的介入体制が整備されたことが背景にあると考えられます。周術期口腔機能管理Ⅲ・Ⅳを合算すると2025年度は3,552件であり、高水準の介入件数を維持しています。特にⅣ（入院）は2024年度1,438件から2025年度1,742件へ増加しており、入院患者の重篤な口腔有害事象や全身状態不良患者に対する専門的口腔管理ニーズの高まりが示唆されました。これらの結果は、当院における医科歯科連携体制の強化と、周術期口腔管理が標準的医療として定着していることを示す重要な成果であり、今後も外来・病棟双方において、がん医療を支える基盤として継続的な口腔管理体制の維持を進めていく必要があります。

指標の意義

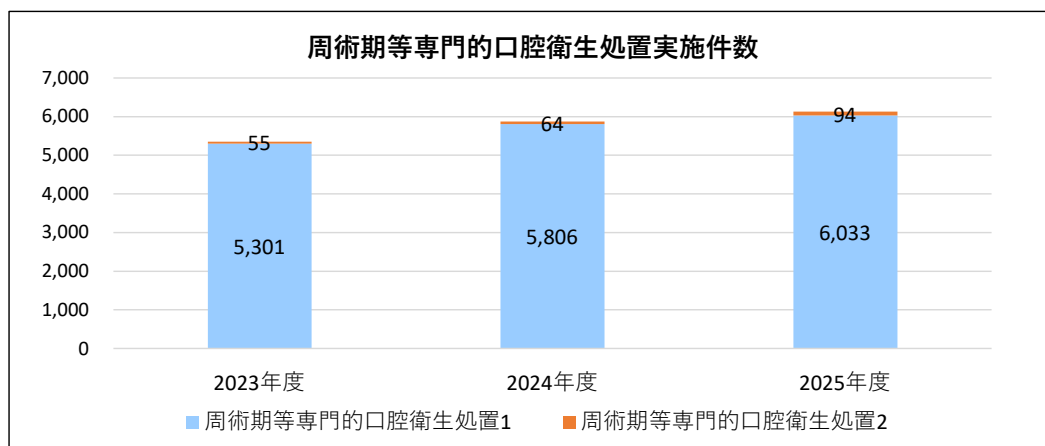
歯科衛生士による継続的かつ専門的介入は、安全ながん治療の継続や患者QOL維持に重要な役割を果たしています。本指標は、院内における支持療法としての専門的な口腔衛生管理体制の充実度を反映する評価指標として有用です。

定義

「I029 周術期等専門的口腔衛生処置」の1および2の算定件数

当院の実績

	2023年度	2024年度	2025年度	(単位：件)
周術期等専門的口腔衛生処置1	5,301	5,806	6,033	
周術期等専門的口腔衛生処置2	55	64	94	
合計	5,356	5,870	6,127	



指標実績の分析・評価

周術期専門的口腔衛生処置の合計は、2023年度から2025年度まで年々増加しており、3年間で771件（14.4％）増加した。「周術期等専門的口腔衛生処置1」の増加は、歯科衛生士による専門的口腔衛生管理に対するニーズの高まりと、院内における周術期口腔管理の定着が示唆される。「周術期等専門的口腔衛生処置2」は55件から94件と71％増加しており、重症口腔粘膜炎に対する対応が増加していることが示唆された。歯科衛生士による専門的口腔ケアの介入体制が強化され、多職種連携の中で口腔管理の重要性が院内に浸透してきた結果と考えられる。当院におけるがん治療支援体制の充実と、歯科衛生士による専門的口腔管理が院内で必要不可欠な医療として定着していることが示唆された。

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

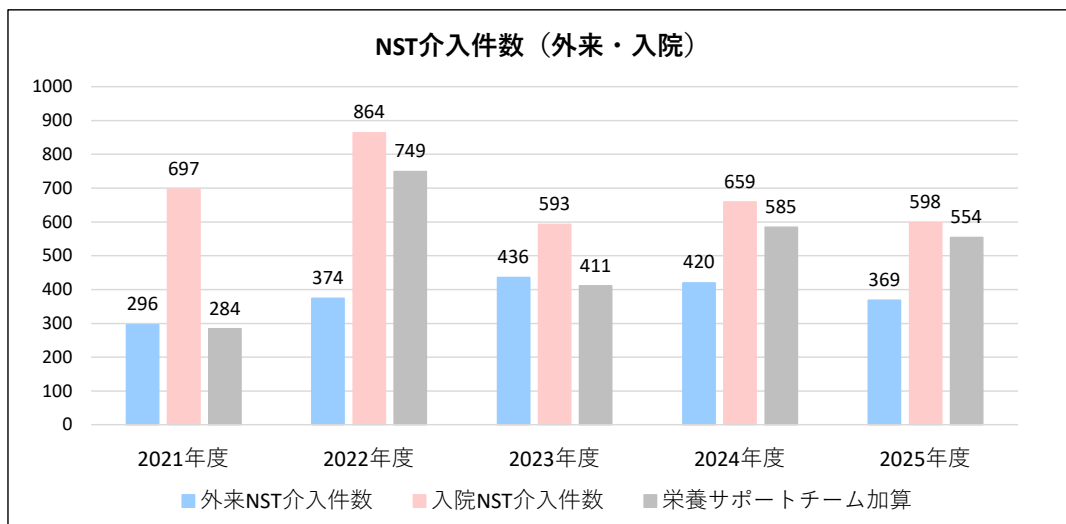
NST（栄養サポートチーム）は、多職種による患者への適切な栄養管理を実施し支援するチームです。NSTは、患者さんの栄養状態をスクリーニングし、患者さんの栄養状態を把握し適切な栄養管理を行います。低栄養や治療前の栄養改善の支援状況を見る指標です。

定義

1年間のNST介入件数（外来・入院）

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
NST介入件数（外来・入院）	993	1,238	1,029	1,079	967	（件）
外来NST介入件数	296	374	436	420	369	
入院NST介入件数	697	864	593	659	598	
栄養サポートチーム加算	284	749	411	585	554	



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

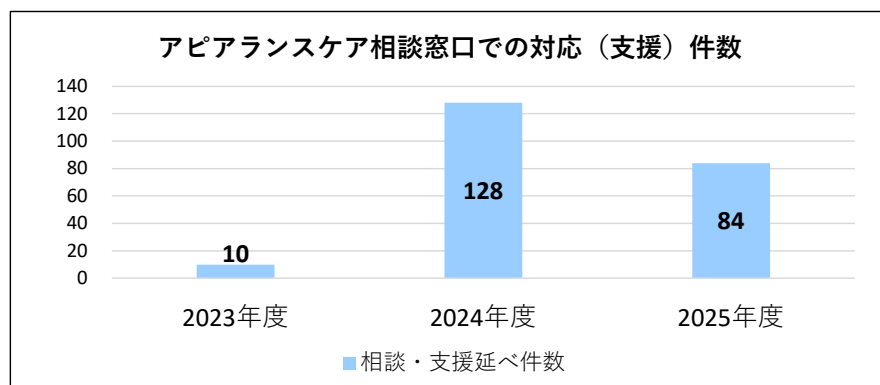
近年、がん治療の進歩により生存率が改善し、治療環境が整備され仕事を持ちながら治療を継続する患者さんが増加しています。こうした中、治療による外見の変化に対する意識が高まり、アピアランスケアの重要性が認識されてきています。当院では、2023年度から、患者家族支援センターに「アピアランスケア相談窓口」を開設し、外見の変化による悩みや不安、対処方法の相談など、専門知識を持つ看護師、医師、MSWなどが支援を行っています。より多くの患者さんに認知し利用していただく指標にしています。

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	2025年度	
相談・支援延べ件数	10	128	84	(件)



指標実績の分析・評価

2025年度のアピアランスケア相談窓口（専門・認定看護師、MSWによる専門的支援）の対応件数は84件であり、2024年度の128件から減少した。一方で、臨床現場におけるアピアランスケア支援は660件実施されており、外来看護師や化学療法・支持療法センター、放射線・陽子線治療センターの看護師、医師が患者の相談にその場で対応する機会が増加している。このことから、アピアランスケアに関する支援が専門相談窓口に集約されるのではなく、臨床現場で早期に対応されることで、患者が自己管理につながっている可能性が考えられる。また、専門相談窓口は必要性の高い患者への支援に重点化されていると考えられる。現在、アピアランスケア支援の周知は主に外来患者を対象としているため、2026年度は入院患者への周知を強化し、より多くの患者が必要な支援につながる体制整備を進める予定である。

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

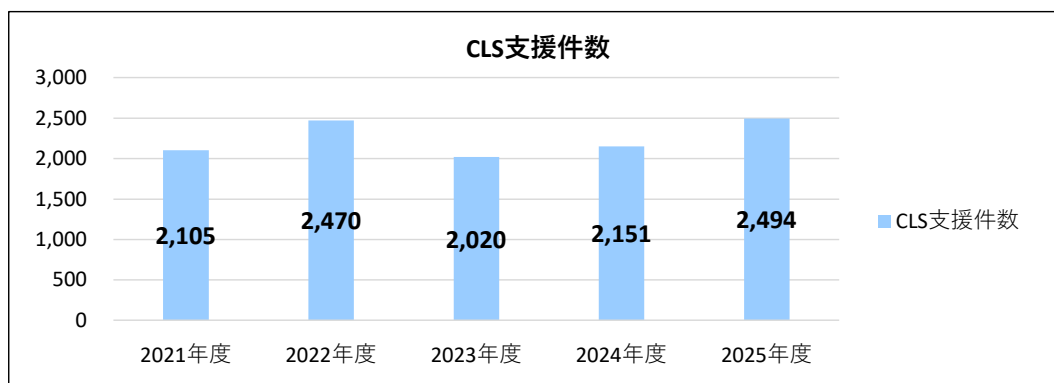
1年間のCLS支援件数

- ＜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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
CLS支援件数	2,105	2,470	2,020	2,151	2,494

(延べ件数)



指標実績の分析・評価

2025年度は、CLS支援件数が2,494件となり、2024年度の2,151件と比較して343件増加した。前年度は少子化や入院患者数減少の影響を受ける中で、外来診察に合わせた継続的な訪問や退院後支援により介入件数の維持に努めていたが、2025年度はその取り組みが定着し、支援件数の増加につながったと考えられる。特に、入院中のみならず外来通院時や退院後まで継続して関わることで、患者・家族の心理社会的ニーズを早期に把握する機会が増加した。さらに、AYA世代の支援など、対象範囲を広く捉えた関わりを継続したことで、医療環境下にある子ども・家族が主体性を保ちながら安心して治療や生活に向き合える環境づくりに寄与できたと評価する。また、多職種との連携を通じてCLS支援の活用が促進され、AYA世代を含む多様な対象への支援が展開されたことは、支援件数の増加のみならず、支援の質と到達範囲の向上を示す結果と考えられる。今後も、患者数の変動に左右されにくい継続支援体制を維持しながら、多職種との連携を深め、支援の質向上および早期介入の充実に取り組んでいく必要がある。

51

AYA・子どもサポートチーム支援件数

自院

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

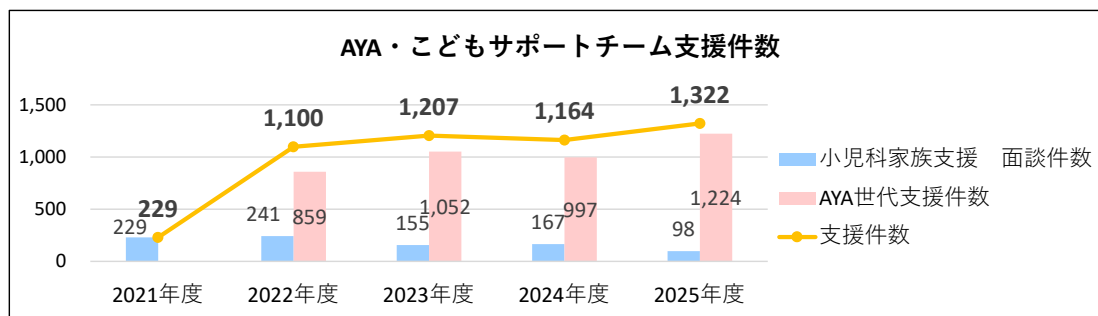
小児科家族支援 面談件数（未成年の子どもをもつ患者さんへの支援）

AYA世代支援人数（小児科家族支援を除く）

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
小児科家族支援 面談件数	229	241	155	167	98
AYA世代支援件数		859	1,052	997	1,224
支援件数	229	1,100	1,207	1,164	1,322

（延べ人数）



指標実績の分析・評価

2025年度の小児科家族支援面談件数は98件であり、2024年度の167件と比較して減少した。一方で、AYA世代支援人数（小児科家族支援を除く）は1,224人となり、2024年度の997人から増加がみられた。小児科家族支援面談件数の減少については、対象患者数の変動や入院・治療状況の変化に加え、患者・家族のニーズに応じて、必ずしも面談という形式に限らず、多職種による個別支援へ移行している可能性が考えられる。また、継続支援を必要とする患者に対しては、多職種で情報共有しながら適切な支援を継続できていると評価する。一方、AYA世代支援人数は前年度より増加しており、AYA・子どもサポートチームの活動が院内に浸透し、AYA世代患者への支援ニーズの把握や早期介入につながったことが示唆される。リンクネースをはじめ、各病棟スタッフや主治医との連携を継続できていることが、支援対象者の把握や必要時の介入促進につながっていると考えられる。また、治療のみならず、就学・就労、将来への不安、家族との関係性など、AYA世代特有の課題に対して、多職種で包括的に関わる重要性が高まっている。今後も、AYA世代および子どもを抱える患者さんとその家族が、それぞれのライフステージや状況に応じて安心して療養生活を送れるよう、多職種で協働しながら全人的ケアを継続していく必要がある。

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。

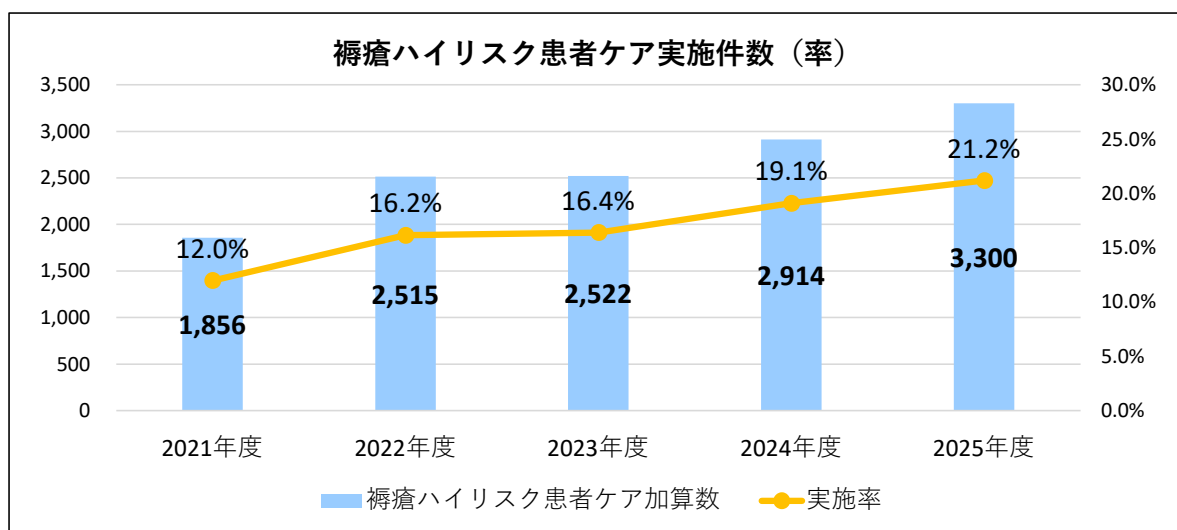
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算数	1,856	2,515	2,522	2,914	3,300	(件)
退院患者数	15,498	15,561	15,409	15,222	15,603	
実施率	12.0%	16.2%	16.4%	19.1%	21.2%	(%)



指標実績の分析・評価

- ・がん専門病院の特徴でありハイリスク要因8項目内で麻薬項目での算定数が最も多い（1719件）。次に特殊体位、6時間以上の手術となっており手術件数増加により外科的な項目での算定数が伸びています。
- ・昨年度の褥瘡ハイリスク加算算定項目を見直し、【医療関連機器】（弾性ストッキング・フットポンプ）の算定数が少ないことから褥瘡リンクナースへ周知を行ったことで算定につながったと思われます。

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のどれ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。

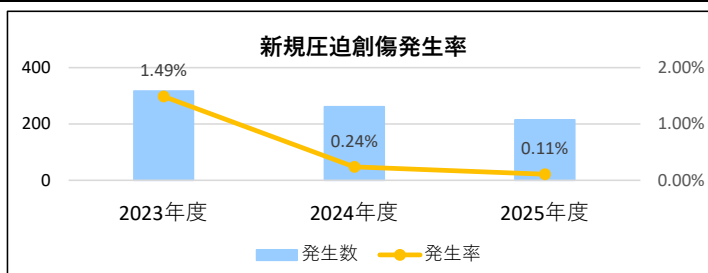
定義

- 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

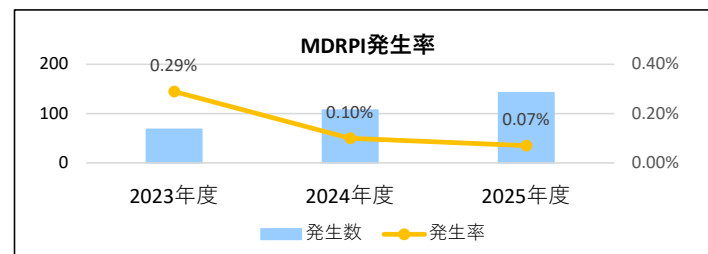
a. 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

	2023年度	2024年度	2025年度
発生数	317	262	215
発生率	1.49%	0.24%	0.11%



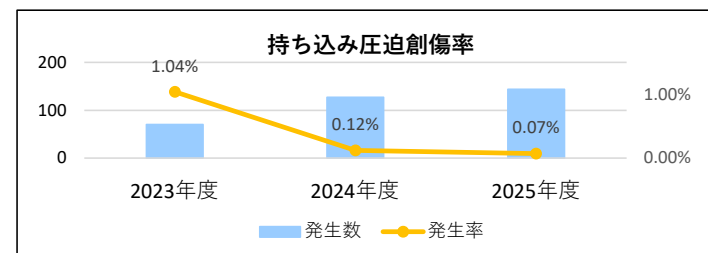
b. 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

	2023年度	2024年度	2025年度
発生数	68	107	142
発生率	0.29%	0.10%	0.07%



c. 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

	2023年度	2024年度	2025年度
発生数	70	127	144
発生率	1.04%	0.12%	0.07%



指標実績の分析・評価

・がん終末期の患者も多く、褥瘡発生リスクは高いといえる。その分、エアマットレス、ウレタンマットレスなど体圧分散寝具を効果的に使用することで褥瘡予防に努めています。

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。

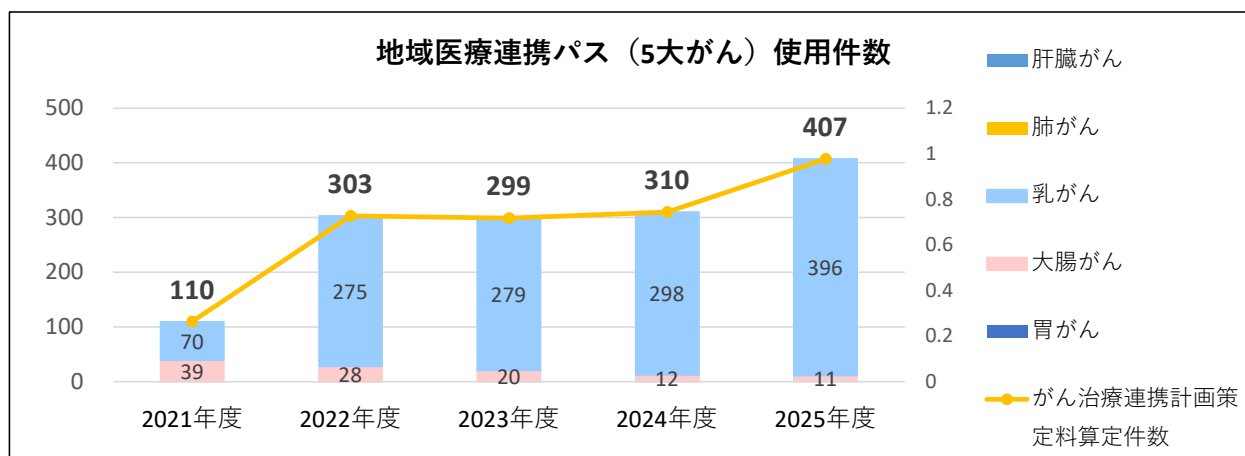
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(単位：件)
胃がん	0	0	0	0	0	
大腸がん	39	28	20	12	11	
乳がん	70	275	279	298	396	
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	110	303	299	310	407	
医療連携機関/施設数	46	37	38	37	36	



指標実績の分析・評価

乳がんの地域医療連携パス使用件数が年々増加し、地域医療連携が定着してきていると考えます。一方で、乳がん以外の連携は停滞しているため、地域医療機関との協議を進めていきます。

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。

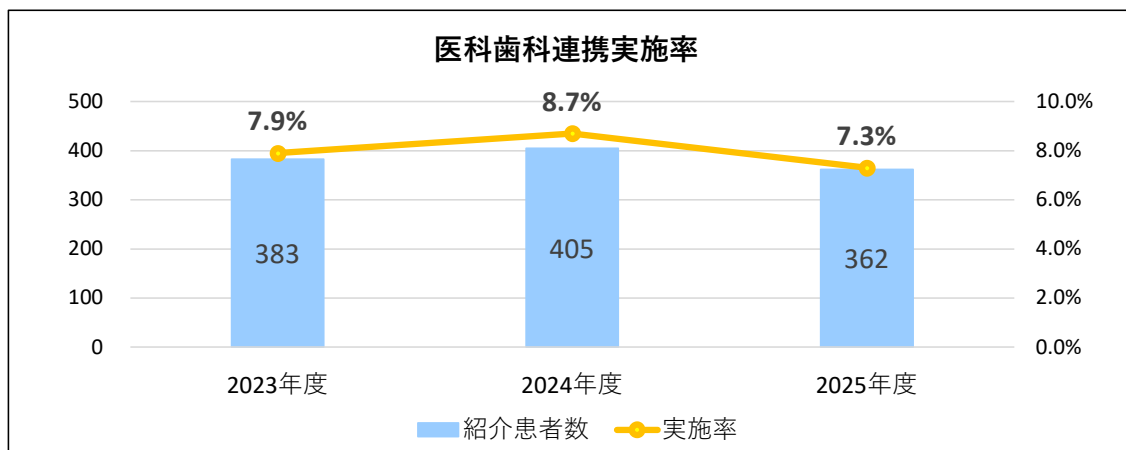
定義

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	2025年度	
紹介患者数	383	405	362	(件)
初回入院患者数	4,835	4,836	4,944	(件)
実施率	7.9%	8.7%	7.3%	(%)



指標実績の分析・評価

医科歯科連携実施率は2024年度に上昇がみられたものの2025年度は低下していますが、引き続き、口腔ケアのスクリーニングを徹底し、医科歯科連携を進めていきます。

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。

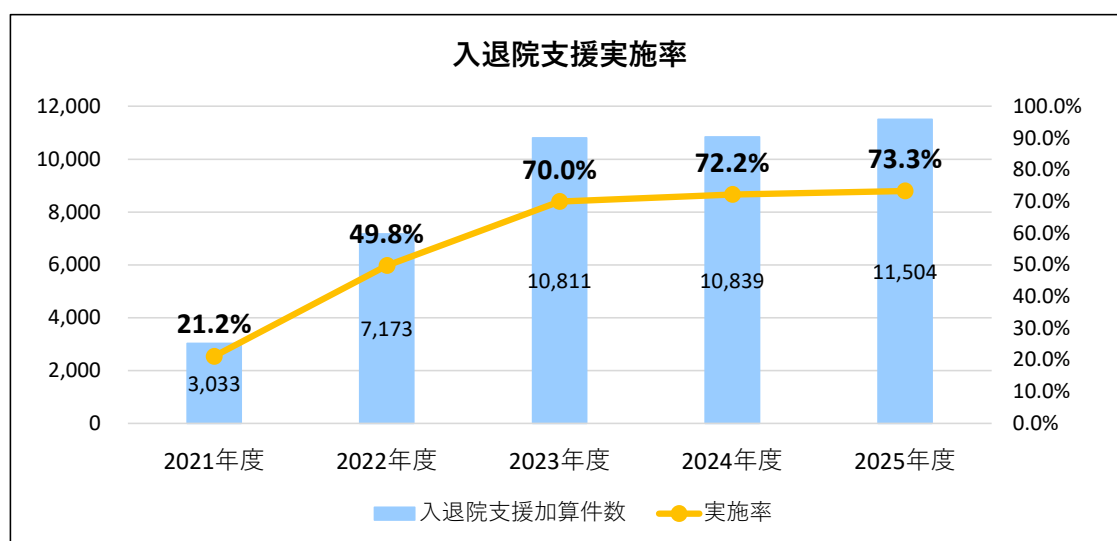
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
入退院支援加算件数	3,033	7,173	10,811	10,839	11,504	(件)
退院患者数	14,320	14,390	15,419	14,669	15,615	
実施率	21.2%	49.8%	70.0%	72.2%	73.3%	(%)



指標実績の分析・評価

2023年以降は入退院支援割合が70%台で安定してきています。今後は、独居や家族と疎遠になっている患者の入退院支援の増加が見込まれることから、初診問診室と共同してハイリスク患者の早期介入に力を入れていきます。

57

20歳以上の身体的拘束率

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

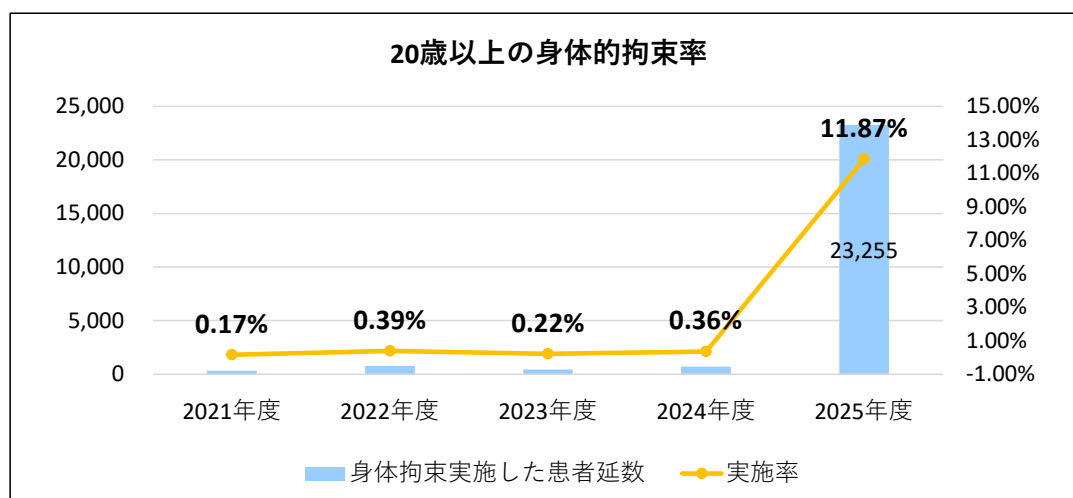
分子 分母のうち（物理的）身体拘束を実施した患者延数×100

分母 20歳以上の入院患者延べ数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
身体拘束実施した患者延数	316	761	430	716	23,255
入院患者延数	184,512	196,000	195,842	200,563	195,972
実施率	0.17%	0.39%	0.22%	0.36%	11.87%

（%）



指標の説明

当院では、2025年度から身体的拘束の基準を改めたことにより、身体的拘束割合が上昇しています。患者の安全と不必要な身体的拘束をゼロにするために、身体抑制最小化チームを中心に取り組んでいます。

58

臨床倫理委員会への報告・相談件数

自院

指標の意義

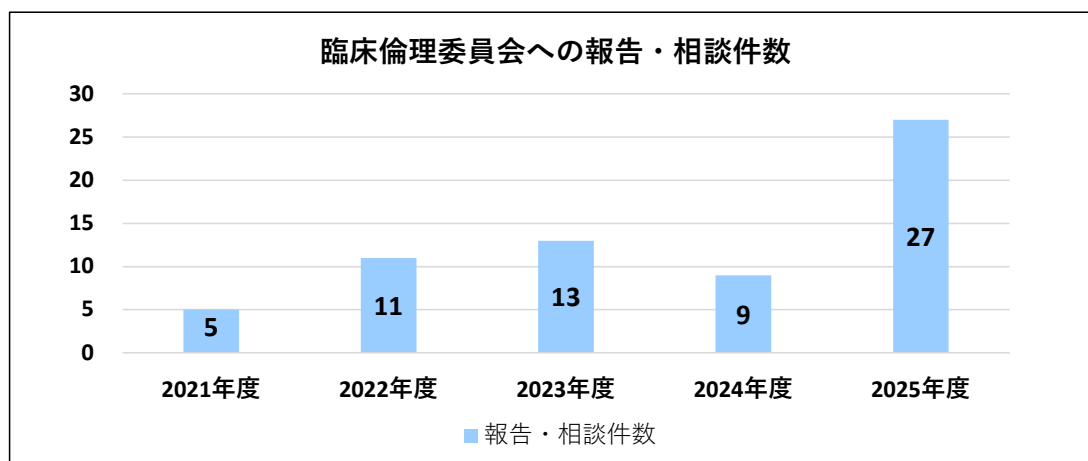
臨床の様々な場面で生じる倫理的課題の中でも当事者間で解決困難な問題や課題について、自部署だけでなく、組織で取り組んでいる状況を示す指標となる。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
報告・相談件数	5	11	13	9	27	(件)



指標実績の分析・評価

2025年度から年度初めに院内の倫理的課題「鎮静カンファレンスの質の向上」とその対策(目標)「鎮静カンファレンスへの委員の参加」を掲げ、同時に、職員の倫理的課題への関心を高める目的でニュースレターの発行を開始しました。このことにより、2025年度は報告相談件数が27件へ増加しています。今後もこの取り組みを継続し相談対応、委員会での事例の検討を行っていきます。

59

カルテ開示数（手続きによる開示）

自院

指標の意義

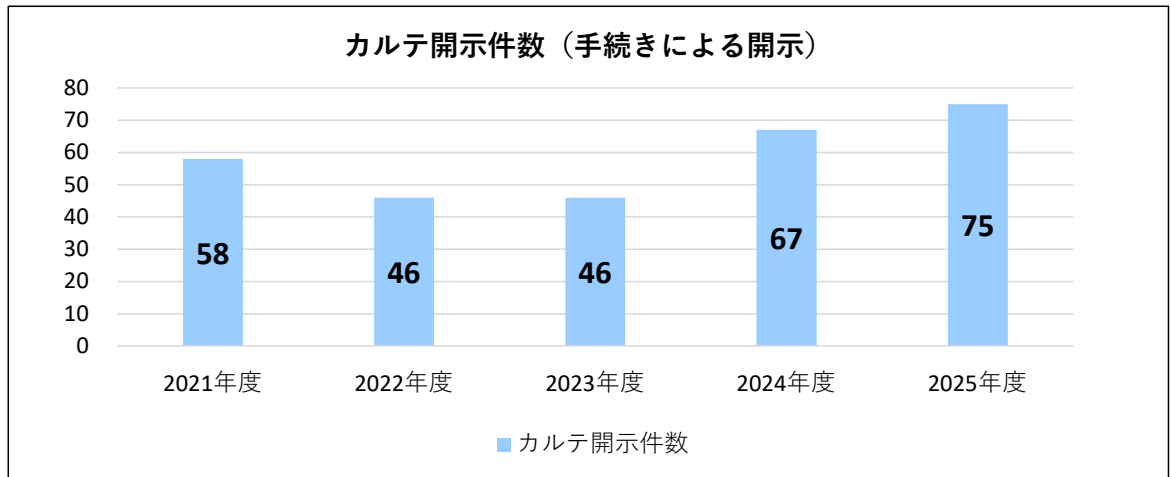
カルテ開示を行うことで、患者さん等と診療情報を共有した適切なパートナーシップに基づく良質な医療の提供が出来るような体制を整えることに繋がります。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
カルテ開示件数	58	46	46	67	75	（件）



指標実績の分析・評価

カルテ開示件数は2025年度に64件となり、オンライン開示申請の導入により手続きが利用しやすくなったこと、さらにB型肝炎訴訟の提起期限（2027年3月31日）を控え関連請求が増加していることが請求件数上昇に影響したと考えられます。今年度は、オンライン申請の周知や受付フローの整理に取り組み、申請処理の効率化と対応の平準化を図りました。2026年度は、増加が見込まれる申請に対応できるよう、開示手続の運用状況を継続的に把握し、迅速かつ円滑な情報提供を維持する体制の強化を進めます。

60	患者・家族等の相談件数	自院
----	-------------	----

指標の意義

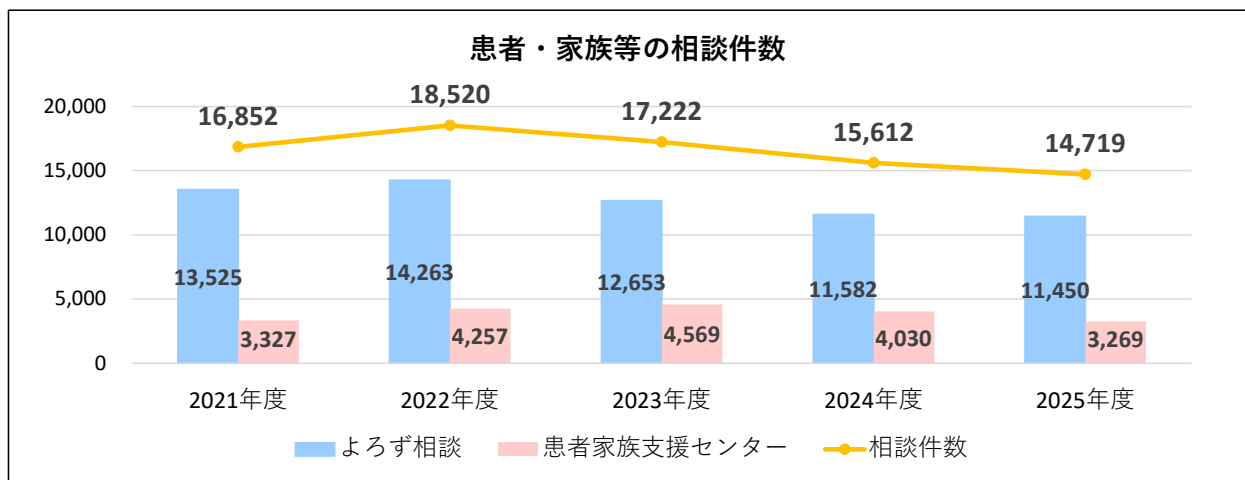
当院では、「よろず相談（がん患者相談支援センター）」がん患者さんやご家族の抱えているがんに対する悩みや疑問に対して、MSW（医療ソーシャルワーカー）、看護師が対応し、「患者家族支援センター」の多職種と連携しながら、あらゆる相談に対応しています。がん医療に求められる「治し支える医療」を図る指標の一つです。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(単位：件数)
よろず相談	13,525	14,263	12,653	11,582	11,450	
患者家族支援センター	3,327	4,257	4,569	4,030	3,269	
相談件数	16,852	18,520	17,222	15,612	14,719	



指標実績の分析・評価

よろず相談の2025年度相談件数は、おおむね横ばいです。認知機能低下や精神障害のある患者、キーパーソン不在・身寄りがいない・家族関係が希薄等の複雑な家族背景の患者、経済的課題のある患者が増えており、1件の相談対応に要する時間が増えています。

患者家族支援センターの相談件数は、2024年度より増加しています。その要因は①再発・転移患者への意思決定支援に入るタイミングの調整、②EQ-5D-5L（生活の質評価）の導入により、スコアを可視化し、3以上の患者に対する支援の実施、③高齢者機能評価（G8）での認知障害のスコアより予測的に治療の意思決定支援に入るようになり、支援の根拠を明確にしたことが考えられます。今後は患者家族支援部門である“よろず相談”と社会的脆弱性の情報を共有し、協働した支援を計画していきます。

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。

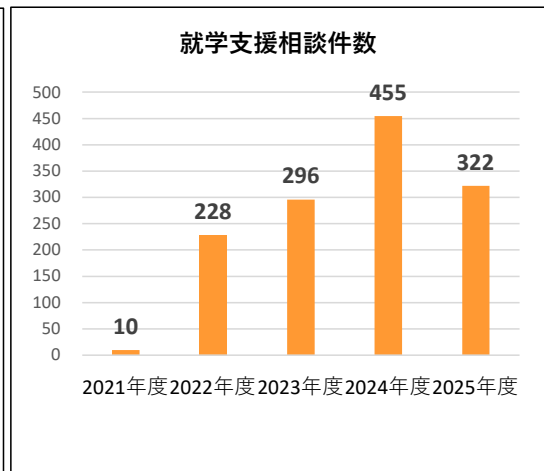
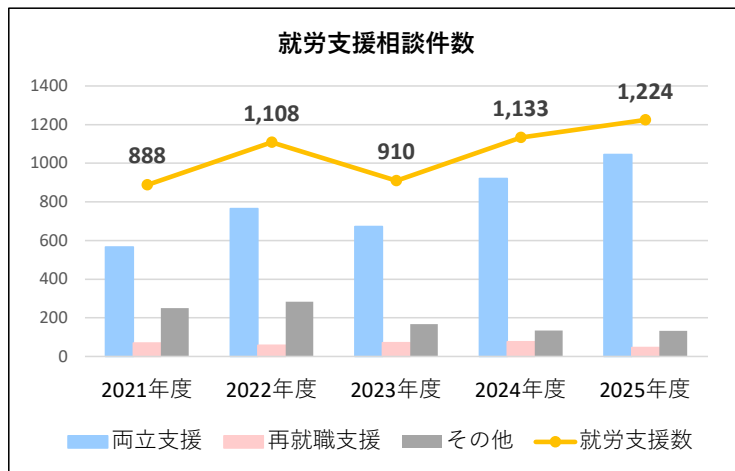
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
就労支援相談件数	888	1,108	910	1,133	1,224	
就学支援相談件数	10	228	296	455	322	※2022年度～延べ相談件数
就労・就学相談件数	898	1,336	1,206	1,588	1,546	



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、2025年度の相談内訳では両立支援の件数が増えています。この指標実績から、よろず相談で就労に関する相談支援を行っていることが院内の職員だけではなく、患者・家族にも周知されてきたことが考えられます。また、就学支援相談件数は、昨年度より減少傾向にありますが、この数値は学齢期の患者の入院数や中学3年生の受験生の有無によって増減が変化します。2025年度は教育段階別に分類すると、保育園1名、小学生7名、中学生3名、高校生7名の合計18名でした。

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。

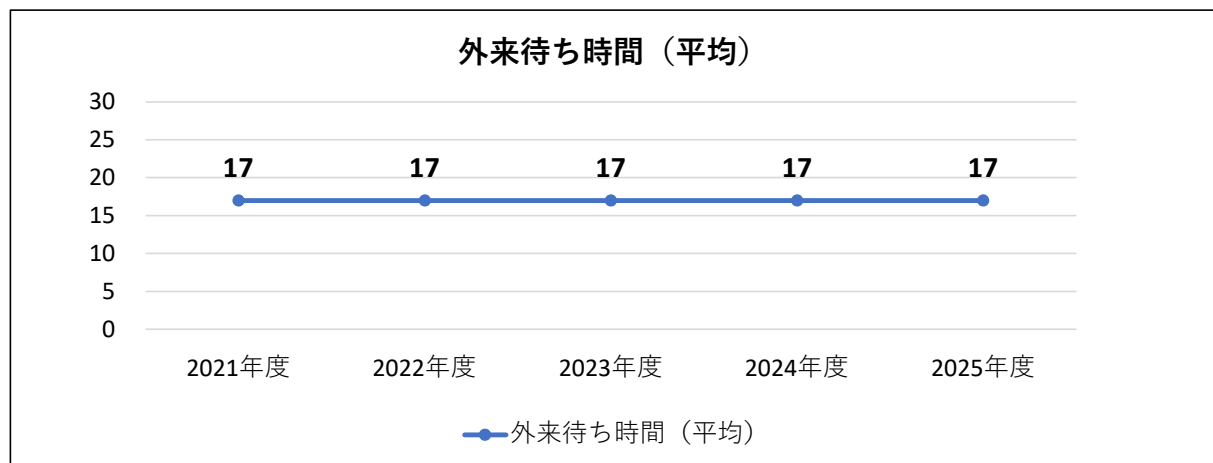
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025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

年間平均待ち時間は最短の診療科で8分、最長の診療科が33分、全平均が17分と例年と同様でした。診察に採血結果を要し受診患者数が多い内科系診療科では19分～21分と平均を超えており、外科系診療科は平均より短い傾向でした。外来では待ち時間が長くなりそうな場合、看護師から待ち時間が発生していることをお伝えし、ご理解いただけるよう努めています。

63

くすり待ち時間（中央値）

自院

指標の意義

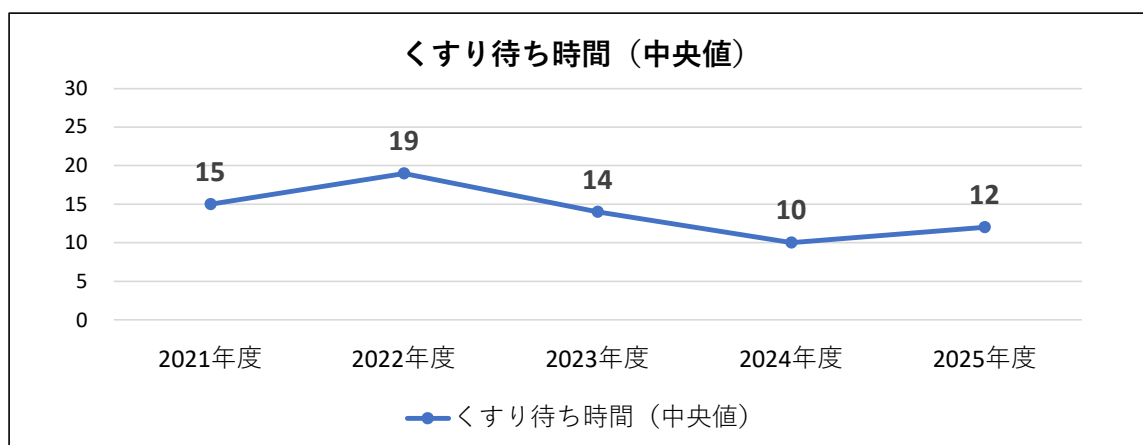
外来患者さんが会計窓口での支払いからお薬の交付を受けるまでの所要時間の平均値を示します。お薬の待ち時間は外来患者さんにとって苦痛になりかねない時間ですので、その推移を毎月見えています。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
くすり待ち時間（中央値）	15	19	14	10	12	（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

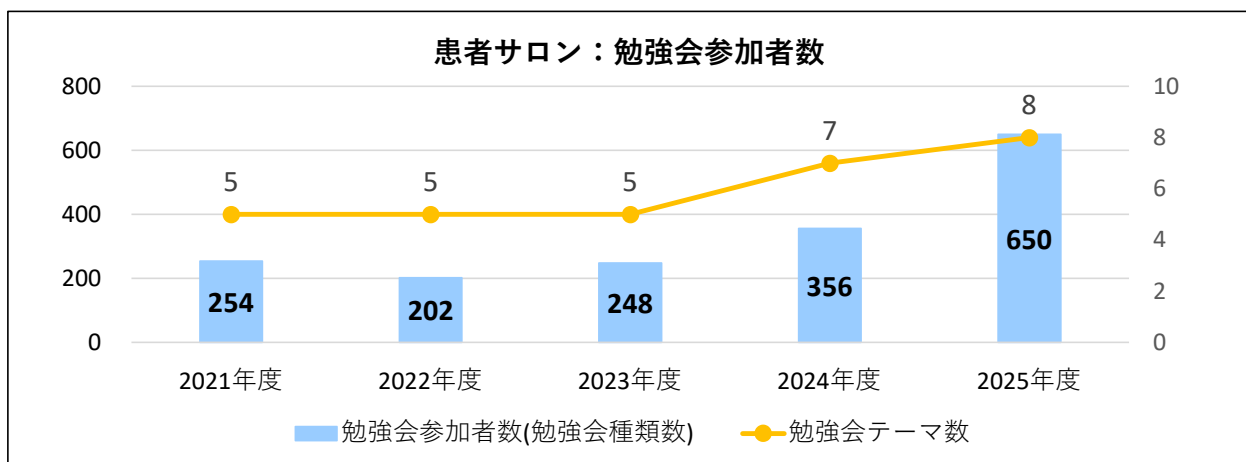
患者サロンは、病院における患者・家族支援の設備の一つです。くつろぎと対話の場の提供、病気や暮らしに関する勉強をする機会の提供を行っています。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
勉強会テーマ数	5	5	5	7	8	（数）
勉強会参加者数(勉強会種類数)	254	202	248	356	650	（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。

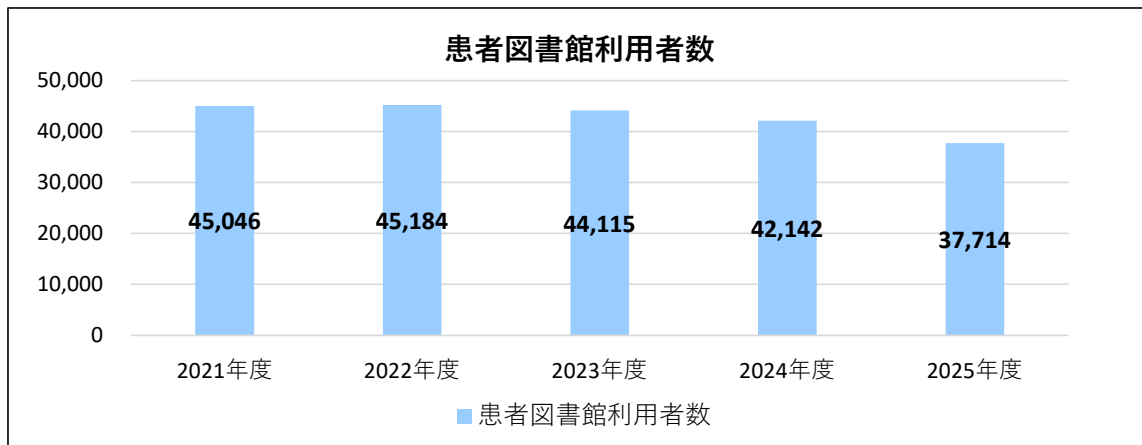
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
患者図書館利用者数	45,046	45,184	44,115	42,142	37,714	（人）

※年度により「栄養補助食品の情報提供」の参加者数が入っていたりいなかったりしていたため2025年度中間評価で勉強会参加者数について再集計し修正した。



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。

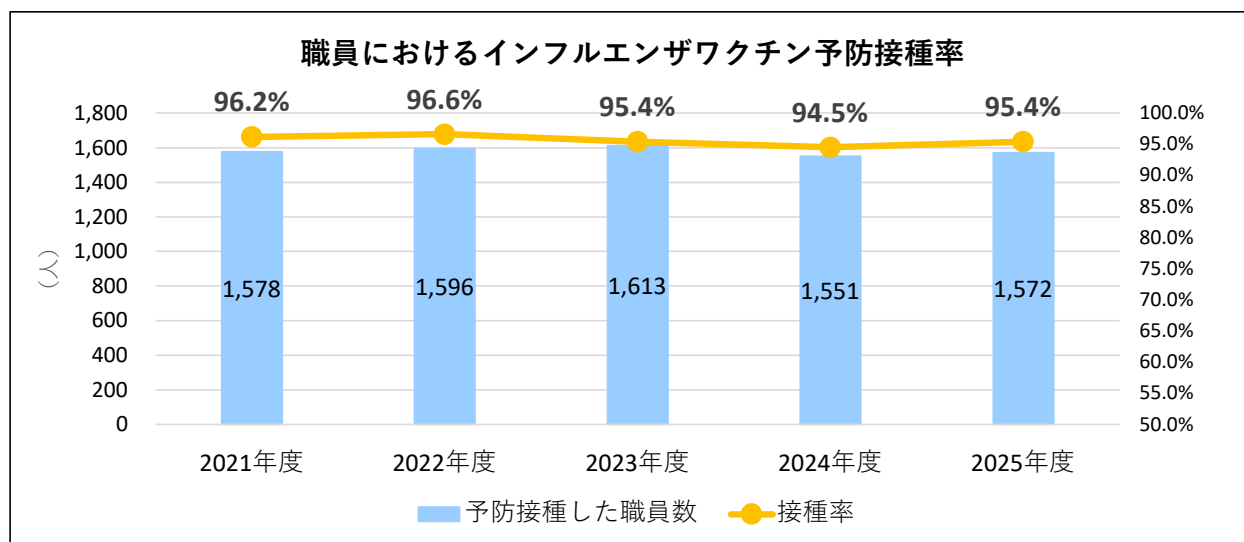
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
予防接種した職員数	1,578	1,596	1,613	1,551	1,572
接種率	96.2%	96.6%	95.4%	94.5%	95.4%



指標実績の分析・評価

全体として、2025年度は2024年度と比較して接種者数・率ともに改善が見られました。この実績を継続し、さらなる感染防止に努めていきます。

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るためには、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。

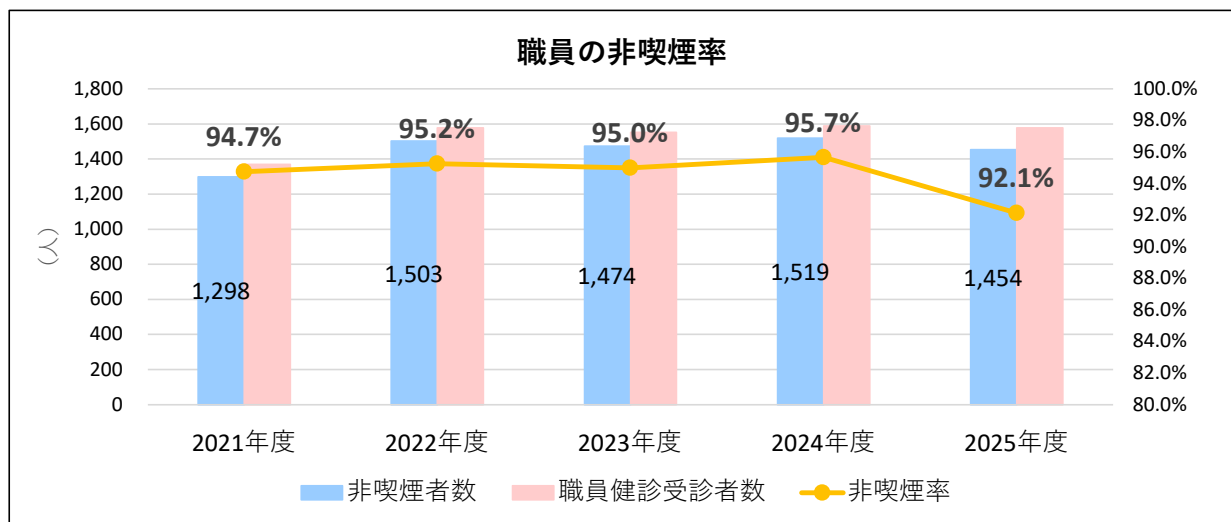
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
非喫煙者数	1,298	1,503	1,474	1,519	1,454
職員健診受診者数	1,370	1,578	1,551	1,588	1,578
非喫煙率	94.7%	95.2%	95.0%	95.7%	92.1%



指標実績の分析・評価

非喫煙率は依然として高水準ではあるものの、2025年度は人間ドック受診者の結果が一部反映されるようになったため、昨年度から減少しています。禁煙支援体制の点検と強化が必要であり、患者への信頼性向上と安全な医療環境づくりのため、引続き禁煙支援を推進していきます。

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。

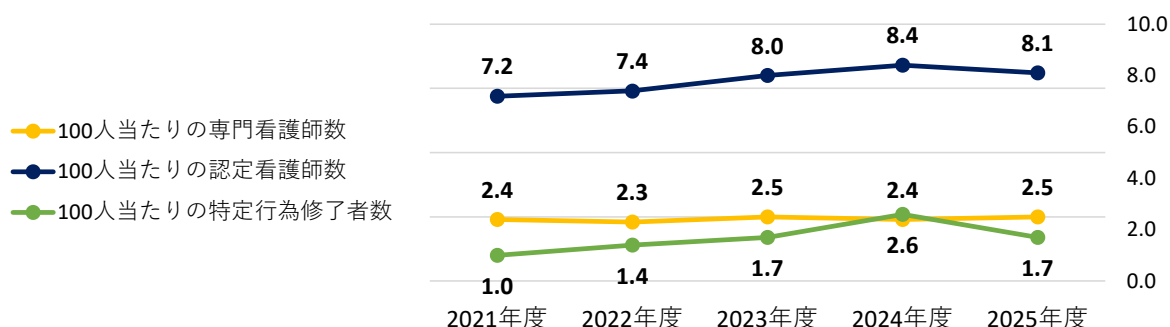
定義

- 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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(単位：人)
専門看護師数	16	16	16	15	16	
100人当たりの専門看護師数	2.4	2.3	2.5	2.4	2.5	
認定看護師数	49	50	51	51	51	
100人当たりの認定看護師数	7.2	7.4	8.0	8.4	8.1	
特定行為研修修了者数	7	10	11	16	11	
100人当たりの特定行為修了者数	1.0	1.4	1.7	2.6	1.7	

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



指標実績の分析・評価

看護師100人当たりの専門・認定看護師数はおおむね増加傾向で安定しており、がん専門病院として必要な専門性を維持できていると評価できる。特定行為研修修了者は2024年度に大幅に増加したものの、2025年度に減少しており、研修後の実践機会や配置、キャリア支援の見直しが課題である。総じて、高度実践看護を担う人材基盤は強化されつつあるが、計画的育成と定着支援を進める必要がある。

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

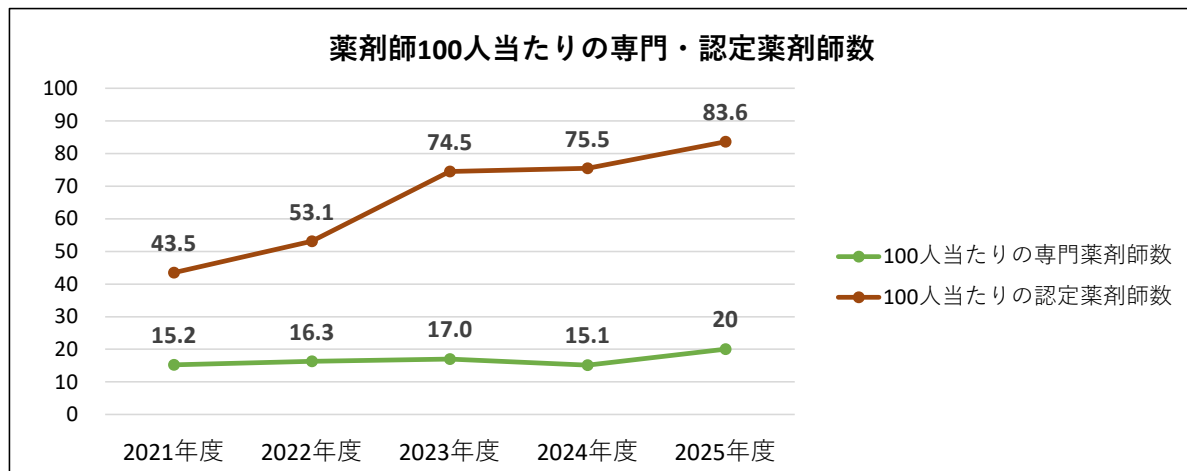
分子 1) (専門薬剤師数×100)

2) (認定薬剤師数×100)

分母 常勤薬剤師数

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	(単位:人)
専門薬剤師数	7	8	8	8	11	
100人当たりの専門薬剤師数	15.2	16.3	17.0	15.1	20	
認定薬剤師数	20	26	35	40	46	
100人当たりの認定薬剤師数	43.5	53.1	74.5	75.5	83.6	



指標実績の分析・評価

2025年度は、新たに認定を取得した薬剤師が6名増え、専門薬剤師についても3名増えたことから100人当たりの認定薬剤師数を維持することができた。2026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

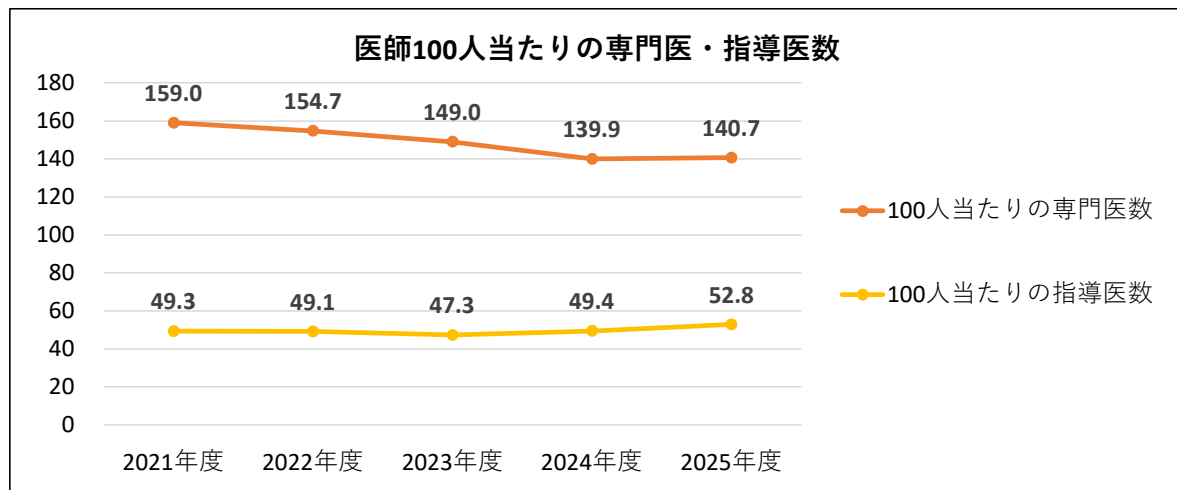
特定機能病院およびがん専門病院として、専門知識・技術を有する医師の占める割合およびその育成は重要です。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
専門医資格数	364	359	360	340	342
100人当たりの専門医数	159.0	154.7	149.0	139.9	140.7
指導医	113	114	115	120	123
100人当たりの指導医数	49.3	49.1	47.3	49.4	52.8



指標実績の分析・評価

専門医数が100%を超えているのは、一人で複数の専門医を取得している医師がいるためで、今後日本専門医機構の専門医制度に則った専門医の増加と共に比率が減少していくものと思われる。一方で指導医の数は、大学病院でも25～30人程度とされているため当院は非常に多くの指導医を擁していることが解る。これに伴い充実した専門研修が可能となっている。

71

看護職員（保健師・助産師・看護師の有資格者）の研修受入数

国立大学
病院

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

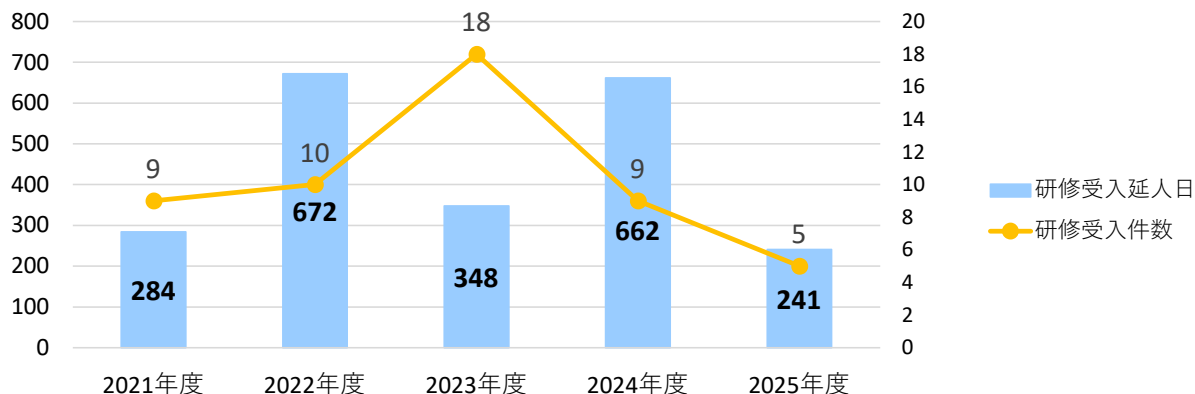
1年間の外部の医療機関などからの研修受入延人日（人数×日数）

（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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
研修受入延人日	284	672	348	662	241
研修受入件数	9	10	18	9	5

看護職員（保健師・助産師・看護師の有資格者）の研修受入数



指標実績の分析・評価

研修受入延人日と件数は年度により変動があるが、2025年度の減少は大学からの受入要請がなかった影響しています。一方で、今年度は新たな外部研修の実習依頼を受け入れており、地域の看護人材育成に貢献する役割を担っています。

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

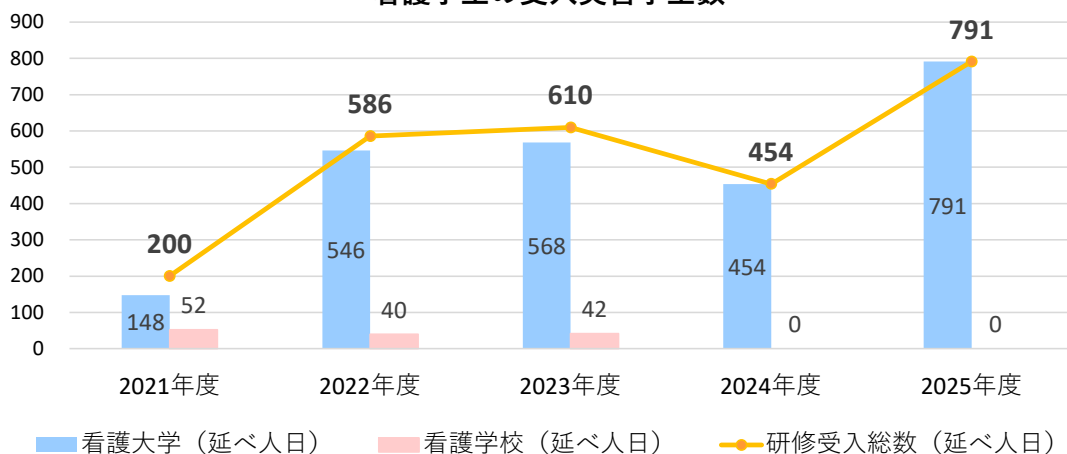
1年間の養成教育機関からの実習学生延べ人数（人数×日数）

（1日体験は除く）

当院の実績

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
看護大学（延べ人日）	148	546	568	454	791
看護学校（延べ人日）	52	40	42	0	0
研修受入総数（延べ人日）	200	586	610	454	791

看護学生の受入実習学生数



指標実績の分析・評価

実習受入延べ人日は年度により変動しているものの、2025年度は大きく増加し、看護大学からの実習受入が拡大した。大学側のカリキュラム変更に合わせて実習枠を調整し、新カリキュラムによる実習にも対応できている。一方で、2024年度から看護学校の実習受け入れ件数が減少しているのは、カリキュラム改定により実習が講義形式へ移行したことが要因である。指標上は受け入れ人数が減少しているが、現在は講師派遣による教育支援を継続しており、教育機関との連携は維持されている。

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。

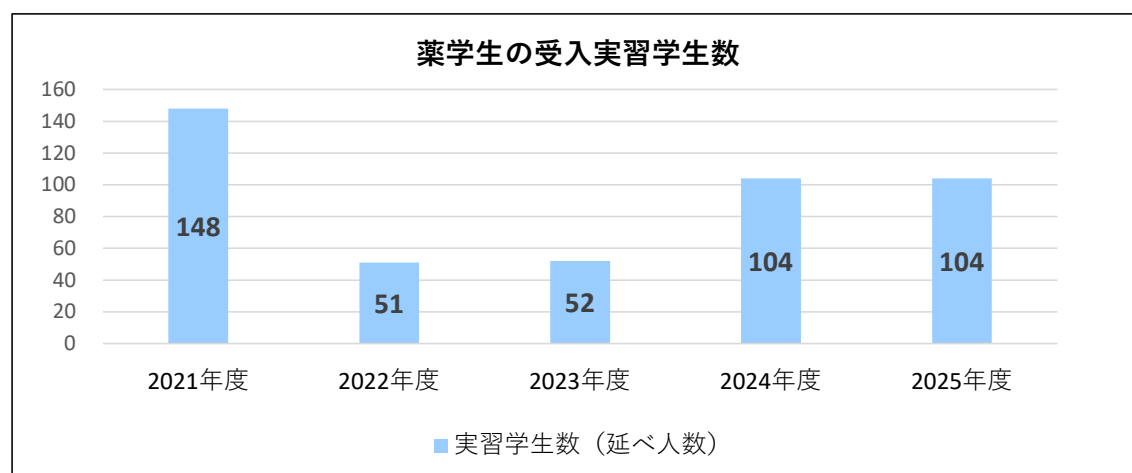
定義

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
実習学生数（延べ人数）	148	51	52	104	104	（人日）



指標実績の分析・評価

例年、2名の実務実習生を3か月間受入れて教育しています。2026年度も継続予定です。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
管理栄養士（延べ人日）	0	0	1	0	0
臨床検査技師（延べ人日）	1	1	0	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）	0	0	7	0	1
歯科衛生士	0	0	0	0	0
臨床心理士	0	0	4	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
研修受入総延人日	1	1	12	0	1

指標実績の分析・評価

2025年度の研修受け入れは作業療法士1名でした。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、可能な範囲で受入れていきます。

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	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
管理栄養士（延べ人日）	0	0	20	30	58
臨床検査技師（延べ人日）	0	43	42	0	0
診療放射線技師（延べ人日）	0	128	0	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（延べ人日）	0	0	0	0	14
MSW（延べ人日）	0	0	0	0	0
研修受入総延人日	0	171	62	30	72

指標実績の分析・評価

2025年度は管理栄養士で受け入れ実績が増えたほか、新たに診療情報管理士で受け入れ実績があった。今後可能な範囲で受入れる方針である。

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

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
看護師	0	0	0	0	0
薬剤師	5	2	3	0	0
臨床治験コーディネーター	0	0	0	0	0
診療放射線技師	0	1	1	2	1
臨床検査技師	2	3	3	1	2
OT・PT・ST	2	1	2	1	1
臨床心理士	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	2	2	0	1
チャイルド ライフ スペシャリスト（CLS）	0	1	0	0	0
診療情報管理士（延べ人日）	0	0	1	0	1
医療社会福祉士	0	2	0	0	0
受入れ人数	9	12	12	4	6

指標の説明

多職種がん専門レジデントは、がん医療の臨床現場で必要とされる多職種チーム医療を学びつつ、各職種で日本臨床腫瘍学会指定のカリキュラムに沿ったプログラム（静岡がんセンター臨床腫瘍学コース）に参加することで、がん医療の専門的な知識習得に努めています。