

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。

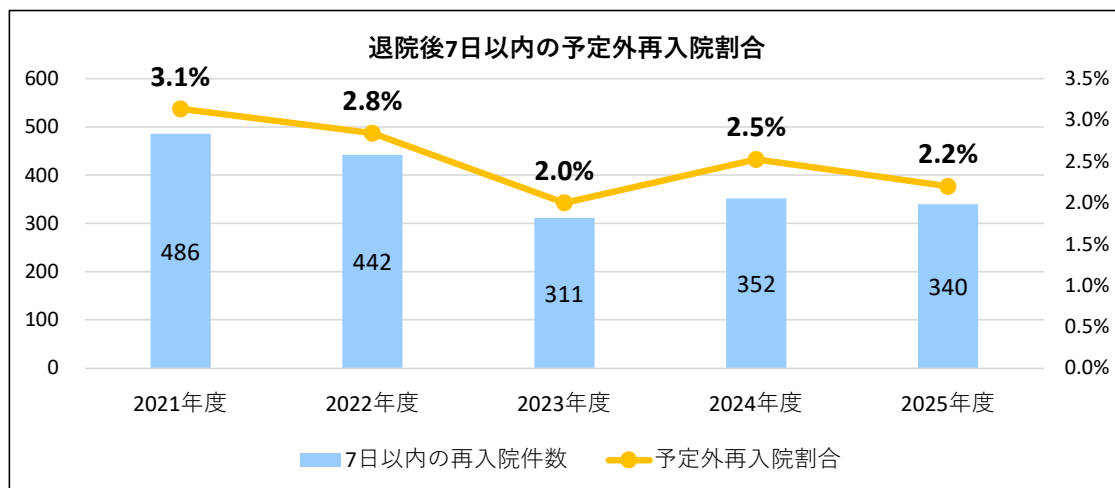
定義

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。

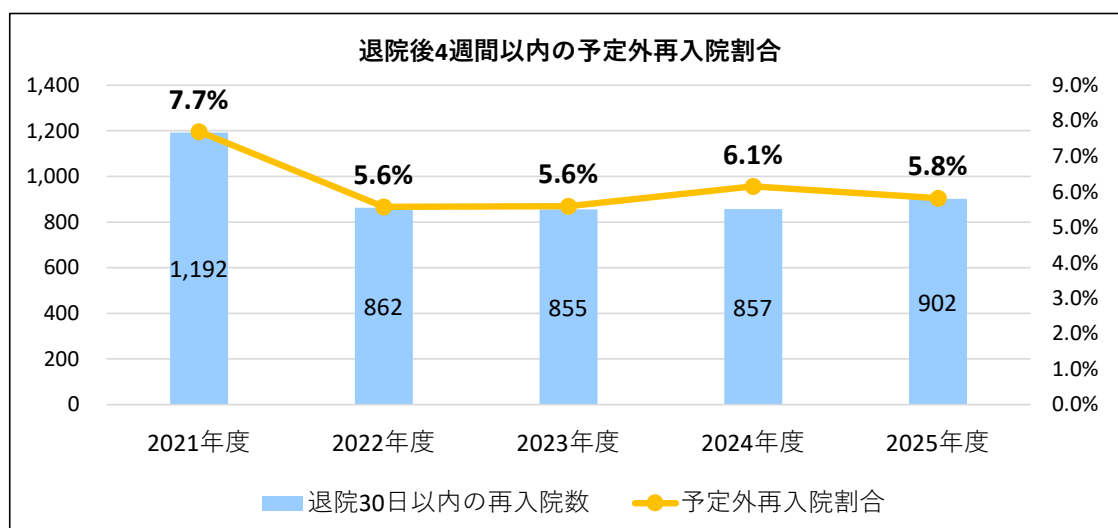
定義

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

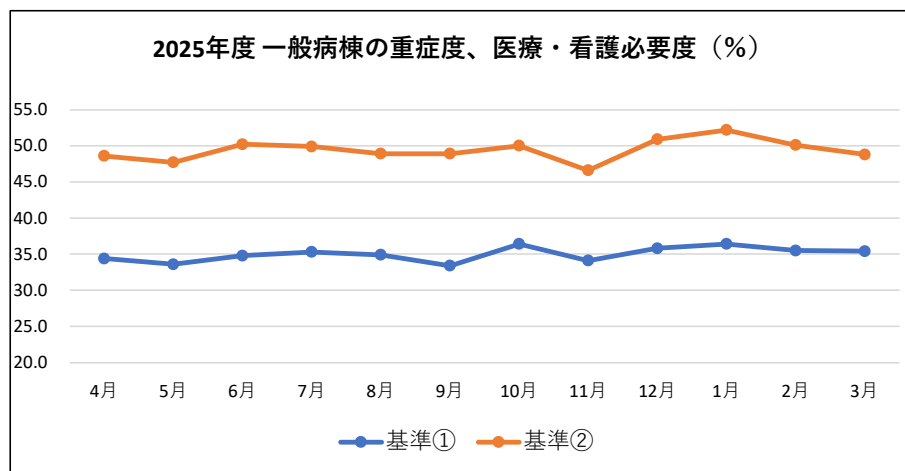
当院の実績

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。

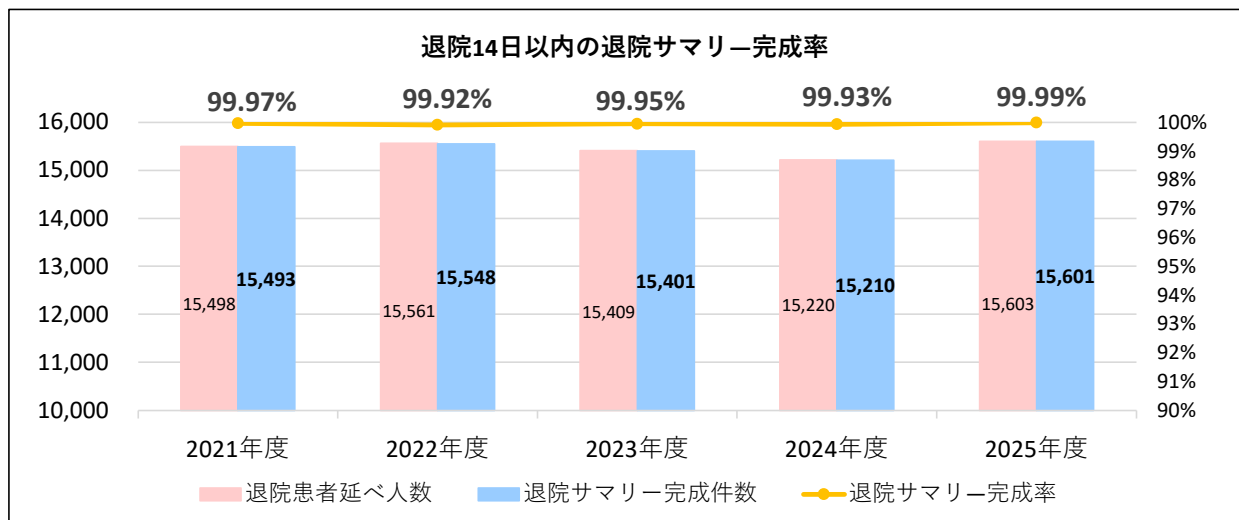
定義

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。

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。

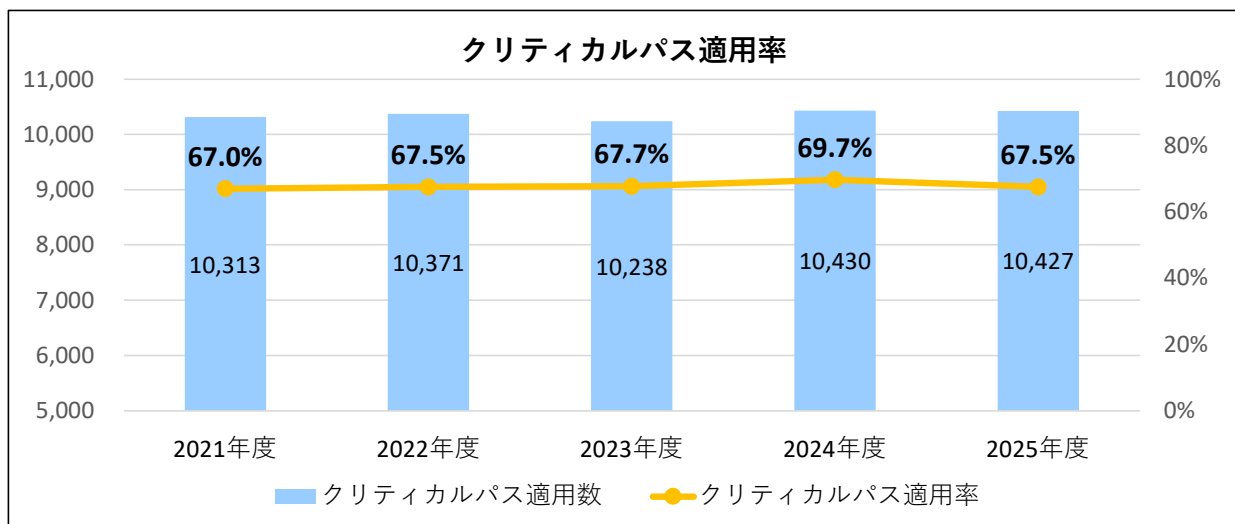
定義

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

	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。