

入院患者の転倒転落発生率

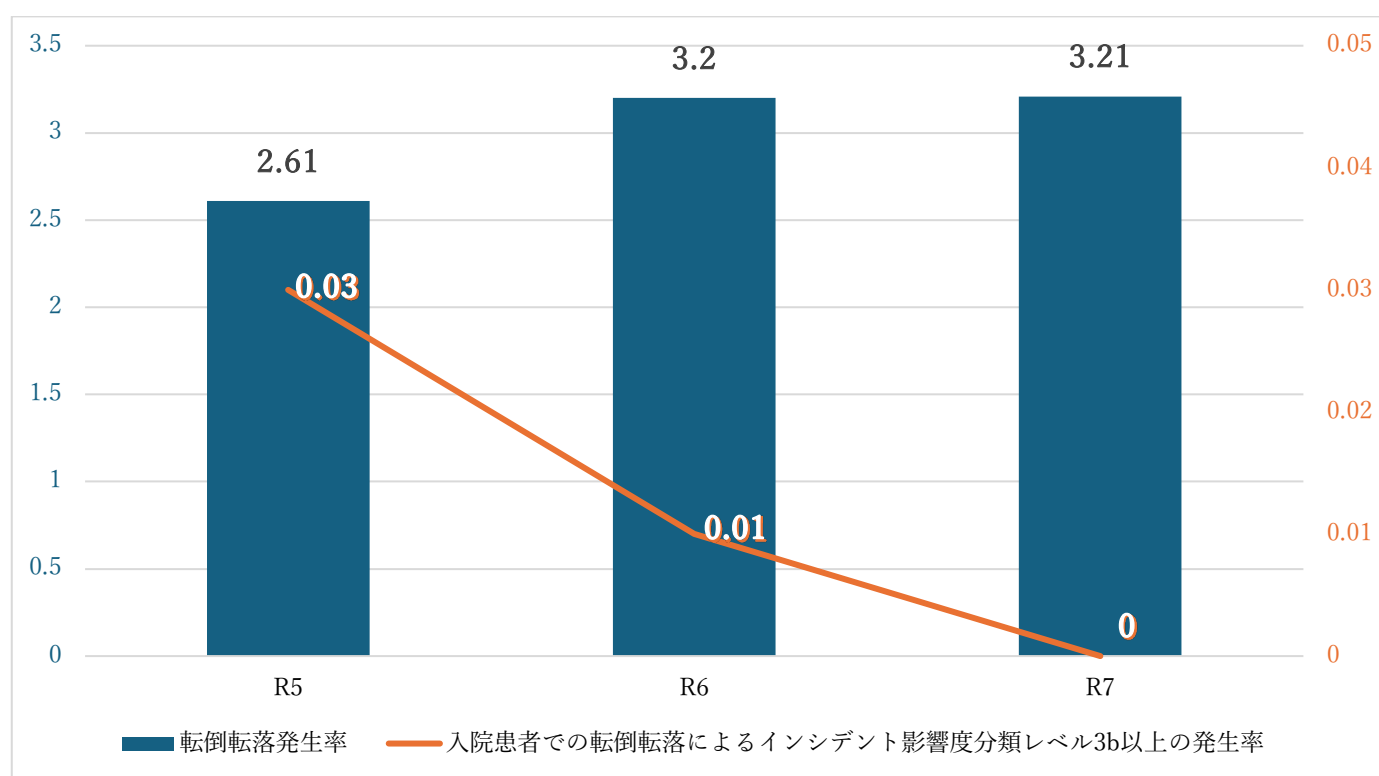
入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル 3b 以上の発生率

(単位‰)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(‰)} = \frac{\text{入院中に患者に発生した転倒・転落したというインシデント報告件数}}{\text{入院患者延べ数(人日)}} \times 1000$$

	R5	R6	R7
転倒転落発生率(‰)	2.61	3.2	3.21
入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル 3b 以上の発生率(‰)	0.03	0.01	0



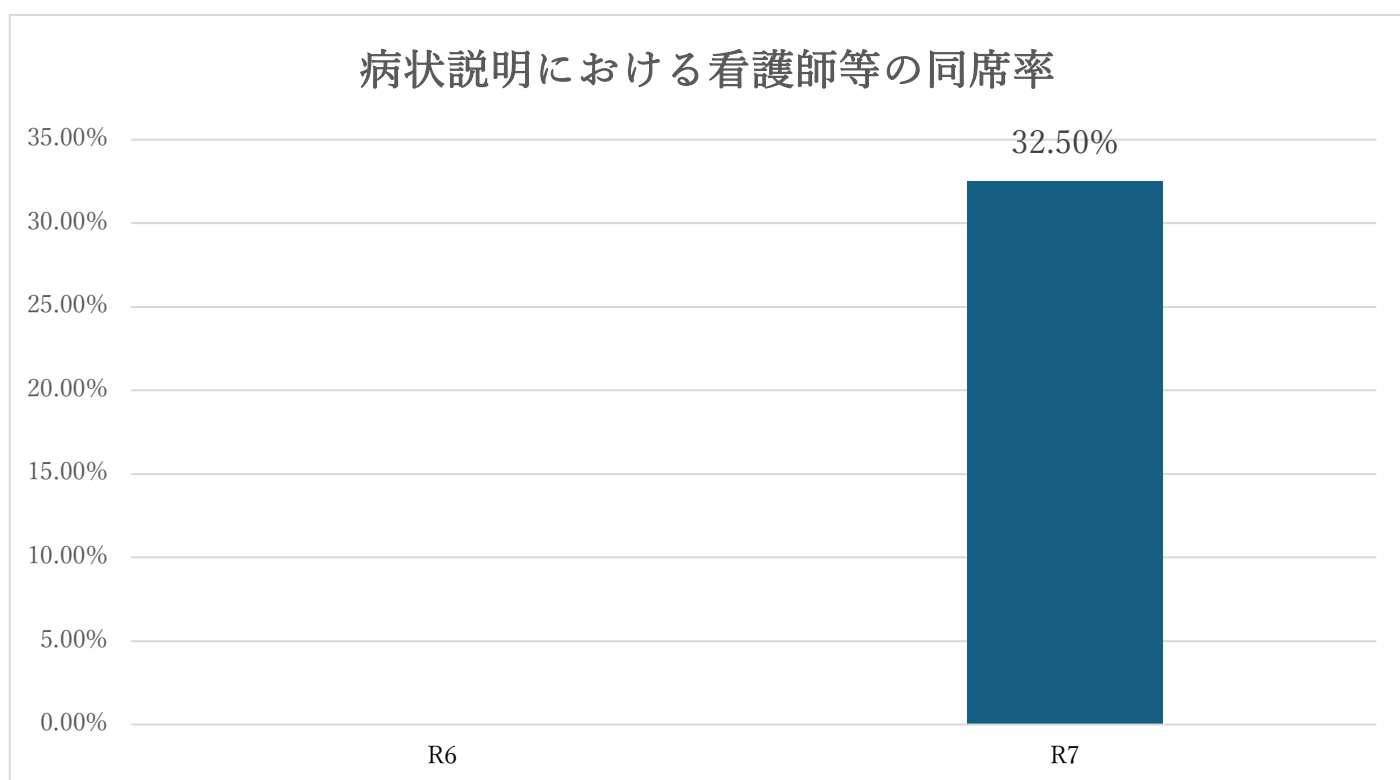
転倒転落については、患者さんとリスクアセスメントをともに行い、
危険度を共有するようにしています。
また、スタッフ同士の情報共有ツールも作成し予防に努めています。
院内に多職種で構成される転倒転落防止対策委員会も設置し、
さらなる予防対策を考えています。

病状説明における看護師等の同席率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{看護師等の病院側同席者が記載されている件数}}{\text{病状説明の記載総数}} \times 100$$

	R6	R7
病状説明における看護師等の同席率(%)		32.5



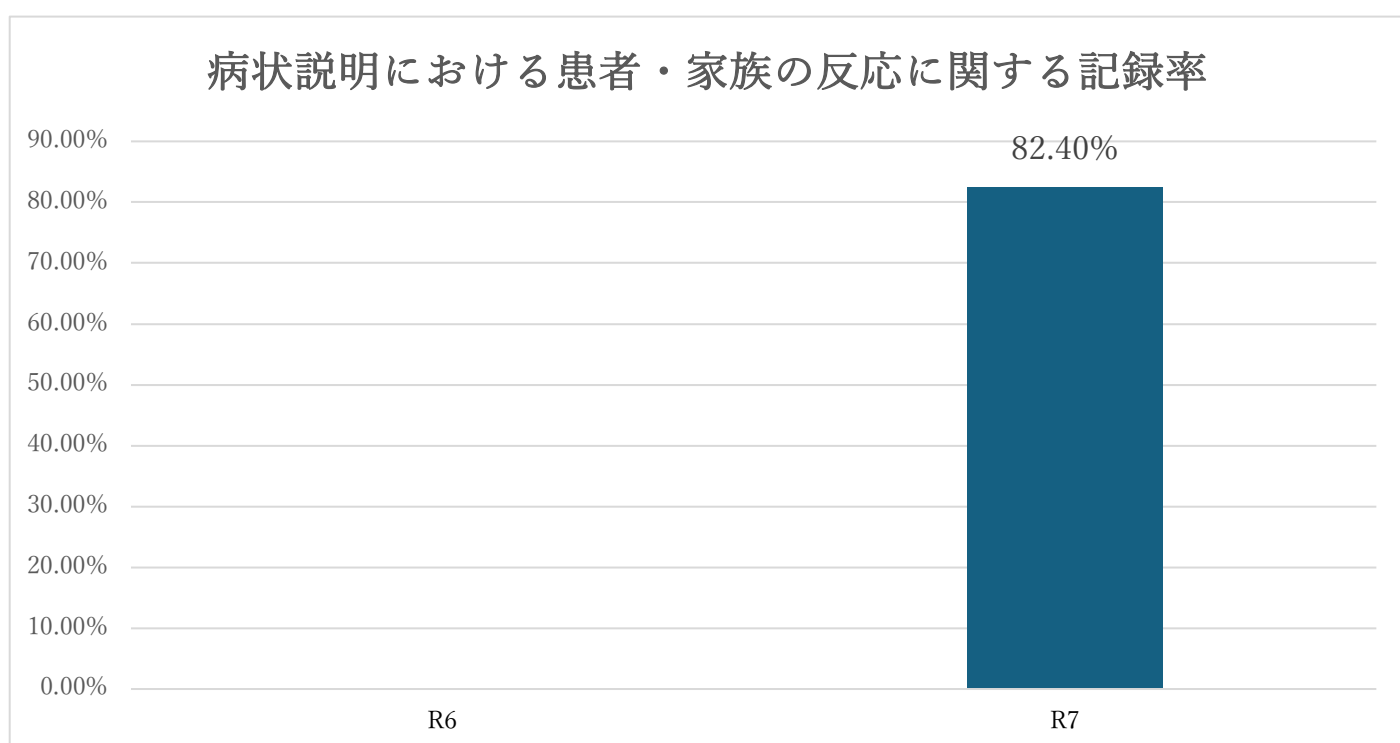
病状説明における同席率とは、
 医師からの重大な病状・治療方針の説明時に、
 看護師などの他職種が同席する割合を指します。
 患者の理解を深め、医療安全や心理的サポートを図る上で
 重要な医療指標の一つです。
 ※R7 年度からデータ収集を開始しています。

病状説明における患者・家族の反応に関する記録率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{看護師記録が記載されている件数}}{\text{病状説明の記載総数}} \times 100$$

	R6	R7
病状説明における患者・家族の反応に関する記録率(%)		82.4



病状説明における患者・家族の反応に関する記録率とは、
 医師が病状説明を行った際、その後の患者や家族の理解度や心理的反応が
 診療録や看護記録に記載されている割合を指します。
 医療安全や質の評価指標として用いられる数値です。
 説明後の患者・家族の反応を記録することで、
 医療チーム全体で受容度(理解、戸惑い、悲嘆、拒否など)を共有できます。
 終末期や重症患者の治療選択などにおいて、
 患者の意向や家族の代理意思決定プロセスを明確にするための基盤となります。
 ※R7 年度からデータ収集を開始しています。

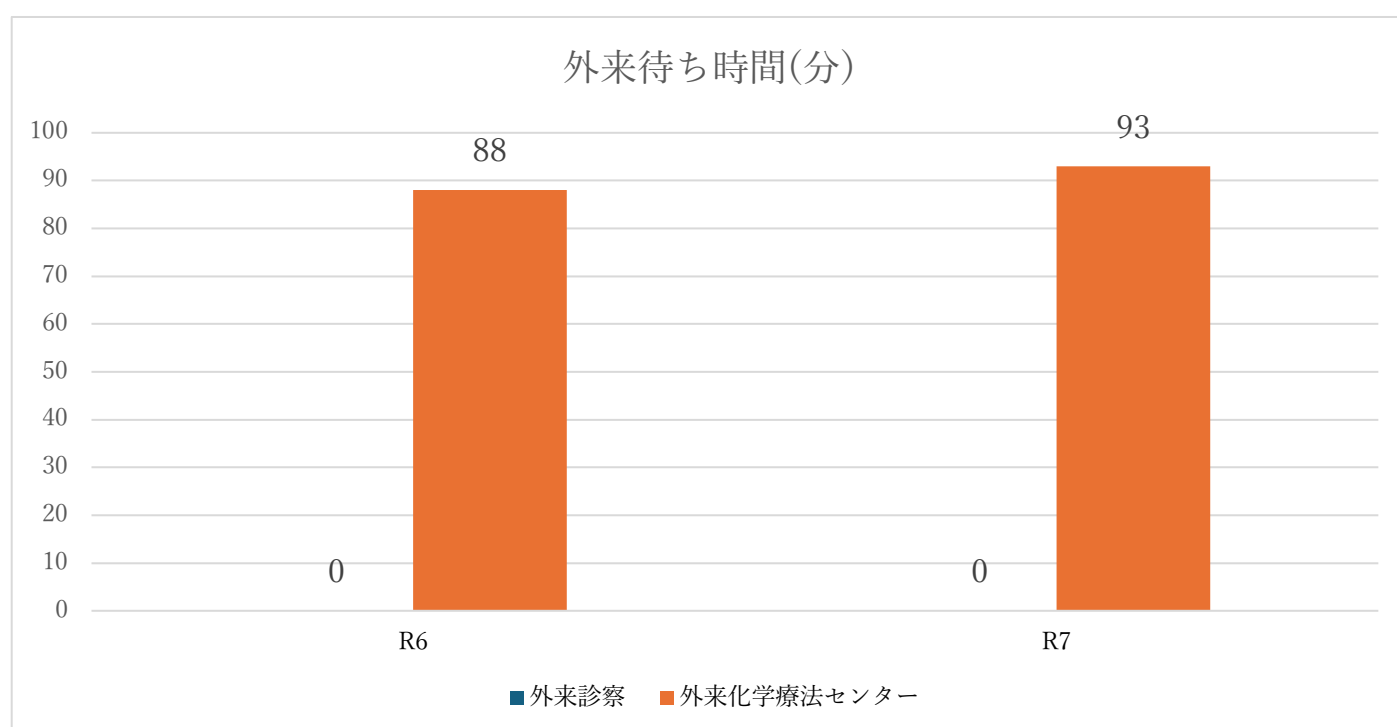
外来待ち時間(単位:分)

<定義・計算式>

外来診察: 予約時間から患者呼び出しまでの平均的な待ち時間

外来化学療法センター: 化学療法センターで看護師が点滴を開始した時間と
医師の実施確認入力時間の差

		R6	R7
外来待ち時間(分)	外来診察	0	0
	外来化学療法センター	88	93



外来診療

予約枠の終わりの時間からの算出であり、平均待ち時間は予約枠内におさまっています。

外来化学療法センター

医師が化学療法実施を決定してから化学療法センターで点滴を開始した時間の差であり、入室までの時間だけでなく薬剤の準備にかかる時間などが含まれます。

総利用患者数は 2024 年度 28917 件、2025 年度は 31009 件と患者数が増加傾向にある中待ち時間が大幅に延長していないことは活動の効果が出ていると考えます。

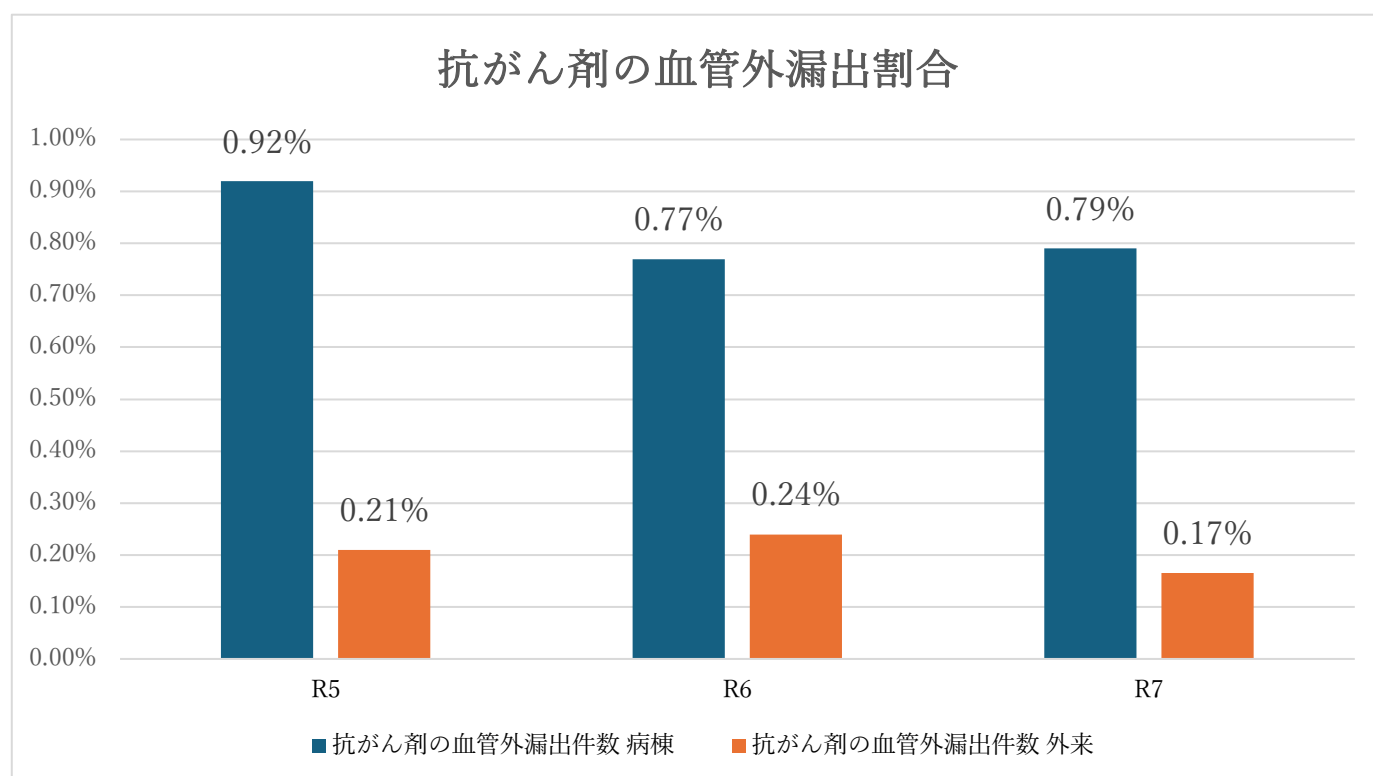
※R6 年度からデータ収集を開始しています。

抗がん剤の血管外漏出割合(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{血管外漏出のインシデント報告件数}}{\text{化学療法総実施延べ件数}} \times 100$$

		R5	R6	R7
抗がん剤の 血管外漏出割合 (%)	病棟	0.918 (入院化学療法件数 7514 件)	0.771 (入院化学療法件数 8166 件)	0.791 (入院化学療法件数 7587 件)
	外来	0.21 (外来化学療法件数 25287 件)	0.243 (外来化学療法件数 23219 件)	0.166 (外来化学療法件数 23554 件)



血管外漏出とは、点滴をしている際に薬剤が皮下組織に漏れ出てしまい炎症を起こす状態を言います。抗がん剤の中には、血管外漏出を起こすことで重い炎症をおこしたり、皮膚に損傷を与える薬剤があります。

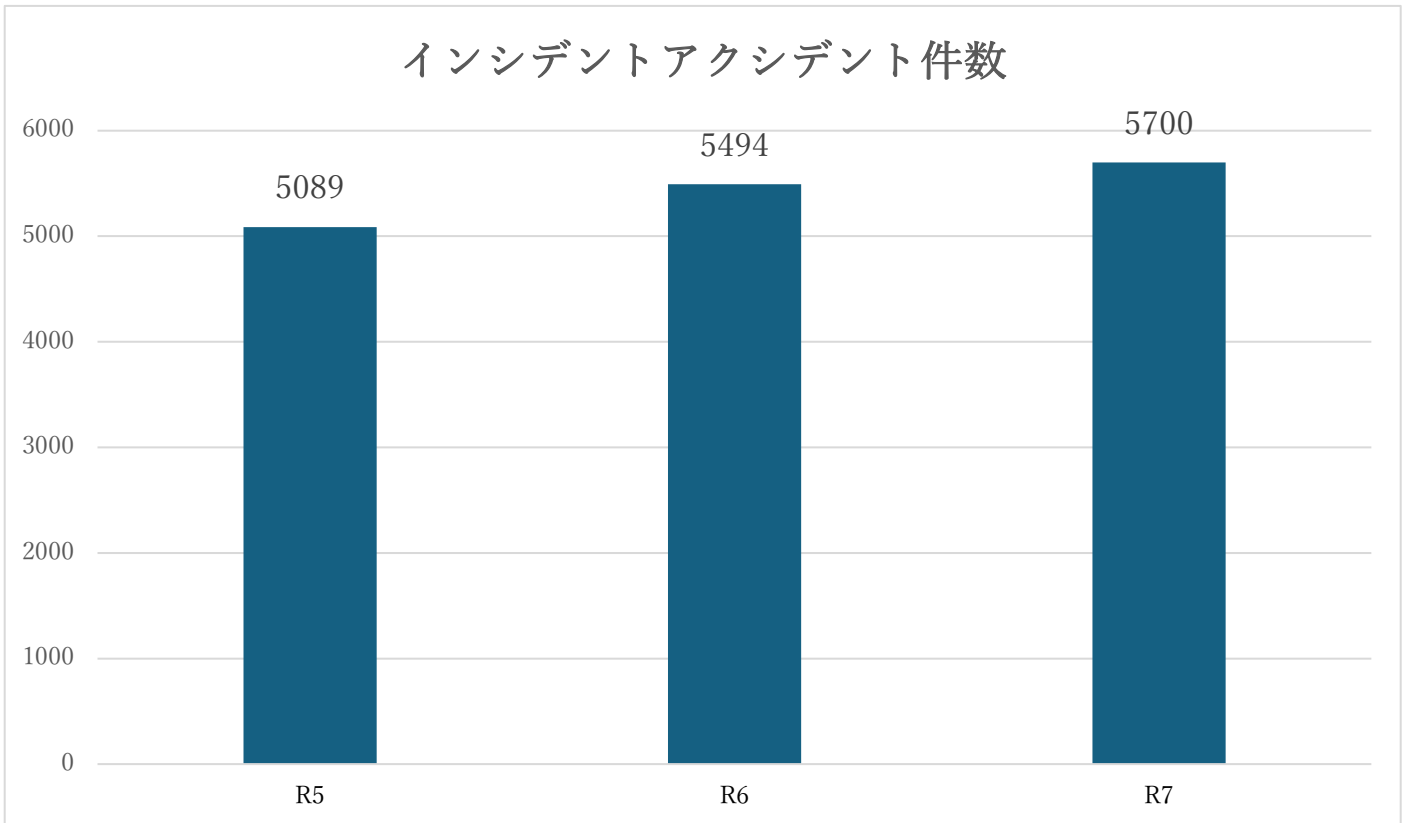
そのため、抗がん剤投与中は安全に投与ができるよう観察を密に行い、漏出がないか確認しています。

また、漏出が起きた際にも適切な対応ができるようにしております。

インシデントアクシデント報告件数

<定義> 調査期間内のインシデント・アクシデント報告件数

	R5	R6	R7
インシデントアクシデント件数	5089	5494	5700



インシデント・アクシデント報告件数は年々増加しています。
 報告件数の増加は、リスクを隠さず共有し、学習する文化があるなど
 医療安全文化の醸成を確認する目安となります。
 報告された内容について、原因を分析し、多職種で改善策はないか検討し、
 再発防止策を考えています。

肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を受けた患者の 肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(%)

<定義・計算式>

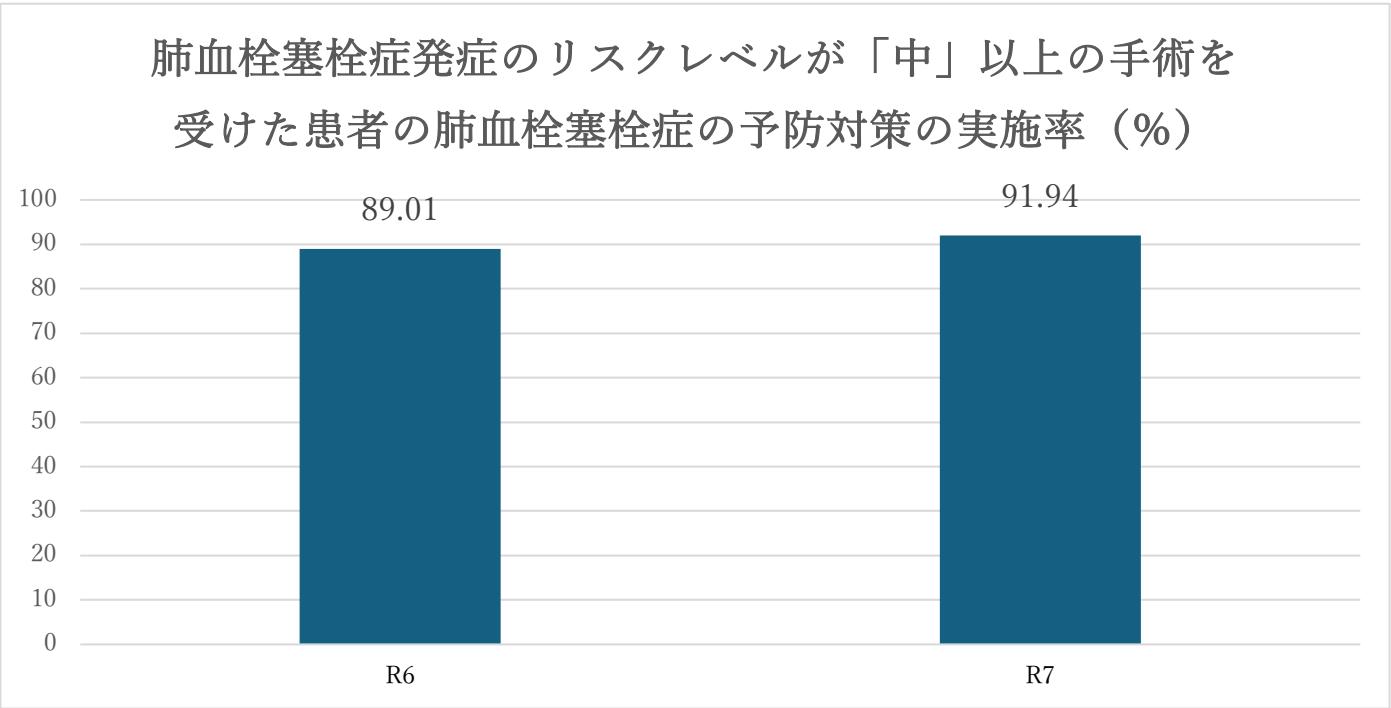
分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策(弾性ストッキングの着用、
間歇的空気圧装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または二つ以上)
が実施された患者数

計測値(%)=

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

× 100

	R6	R7
肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を受けた患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(%)	89.01	91.94



肺血栓塞栓症は、主に下肢の深部にできる血栓が剥がれ、肺動脈に運ばれることで閉塞を起こす疾患です。(いわゆるエコノミークラス症候群)重篤症例では死に至ることもあります。そのため、予防対策の実施が推奨されています。

「中」リスクに該当する術式の中でも、静脈麻酔や局所麻酔で手術を行い、安静時間が短時間のものについては、肺血栓塞栓症の予防対策を実施していません。

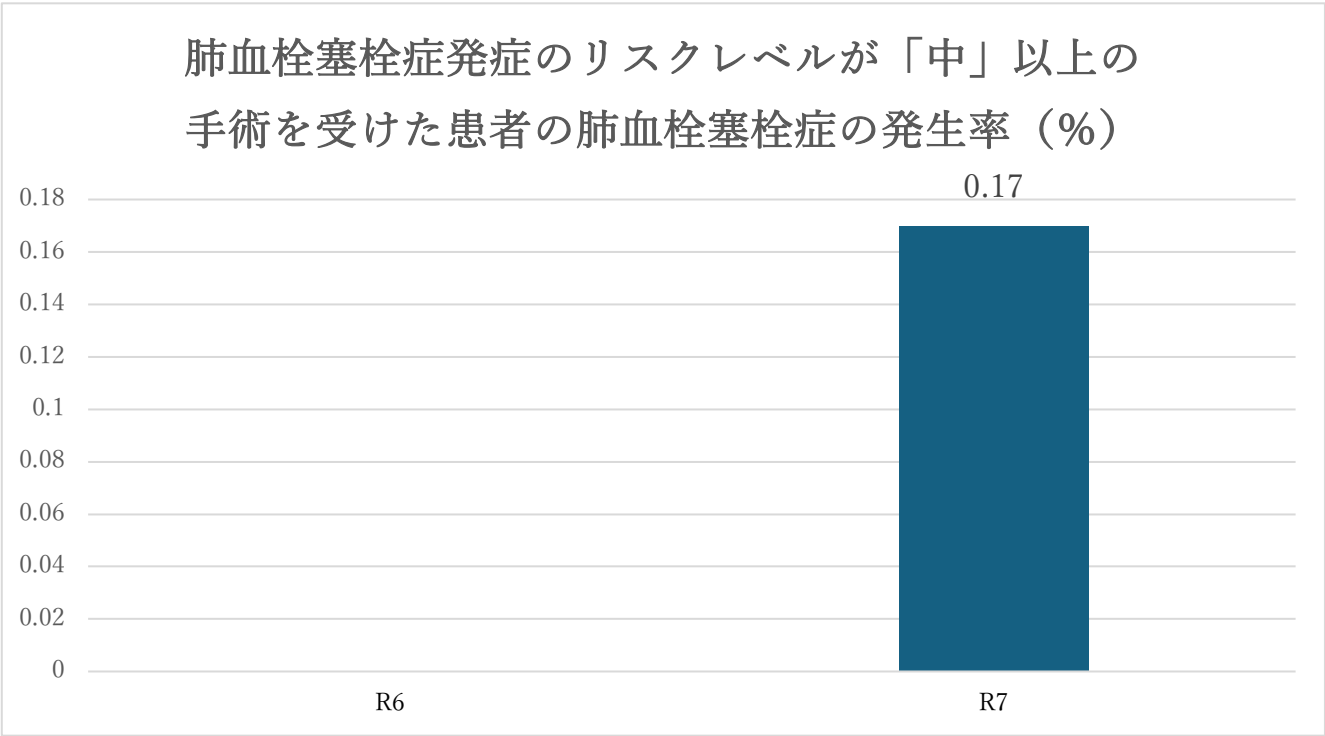
そのため、当院では 100%実施には至りませんが、必要な症例には、肺血栓塞栓症の予防対策が実施されているか注視しています。

肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を受けた患者の 肺血栓塞栓症の発生率(%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち肺血栓塞栓症を発症した患者数}}{\text{肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数}} \times 100$$

	R6	R7
肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を受けた患者の肺血栓塞栓症の発生率(%)		0.17



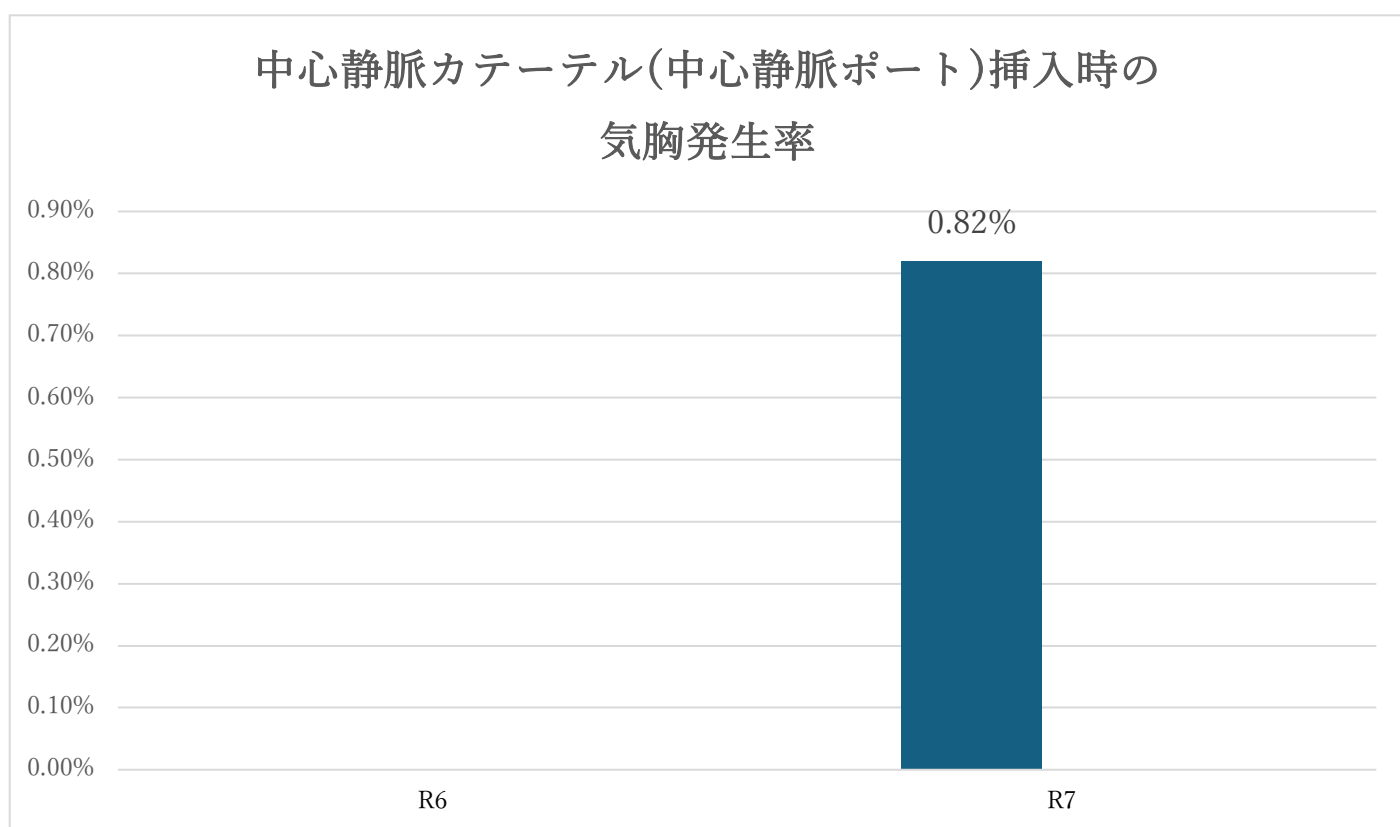
肺血栓塞栓症は、主に下肢の深部にできる血栓が剥がれ、肺動脈に運ばれることで閉塞を起こす疾患です(いわゆるエコノミークラス症候群)。
 重篤症例では死に至ることもあります。
 予防対策として、弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の使用、抗凝固薬療法などが実施されています。
 ※R7 年度からデータ収集を開始しています。

中心静脈カテーテル(中心静脈ポート)挿入時の気胸発生率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち入院後医原性気胸が発生した患者数}}{\text{中心静脈カテーテルが挿入された患者数}} \times 100$$

	R6	R7
中心静脈カテーテル(中心静脈ポート)挿入時の気胸発生率(%)		0.82



中心静脈ポート(CV ポート)は、薬剤や栄養を投与するために皮膚の下に埋め込む医療機器です。100 円硬貨サイズの本体とチューブ(カテーテル)で構成され、鎖骨下などの太い血管を通じて心臓近くへ留置されます。

点滴中の腕の自由が利き、日常生活への影響が少ないのが特徴です。

合併症として、挿入の際に胸腔を穿刺してしまうリスクがあり、気胸につながります。

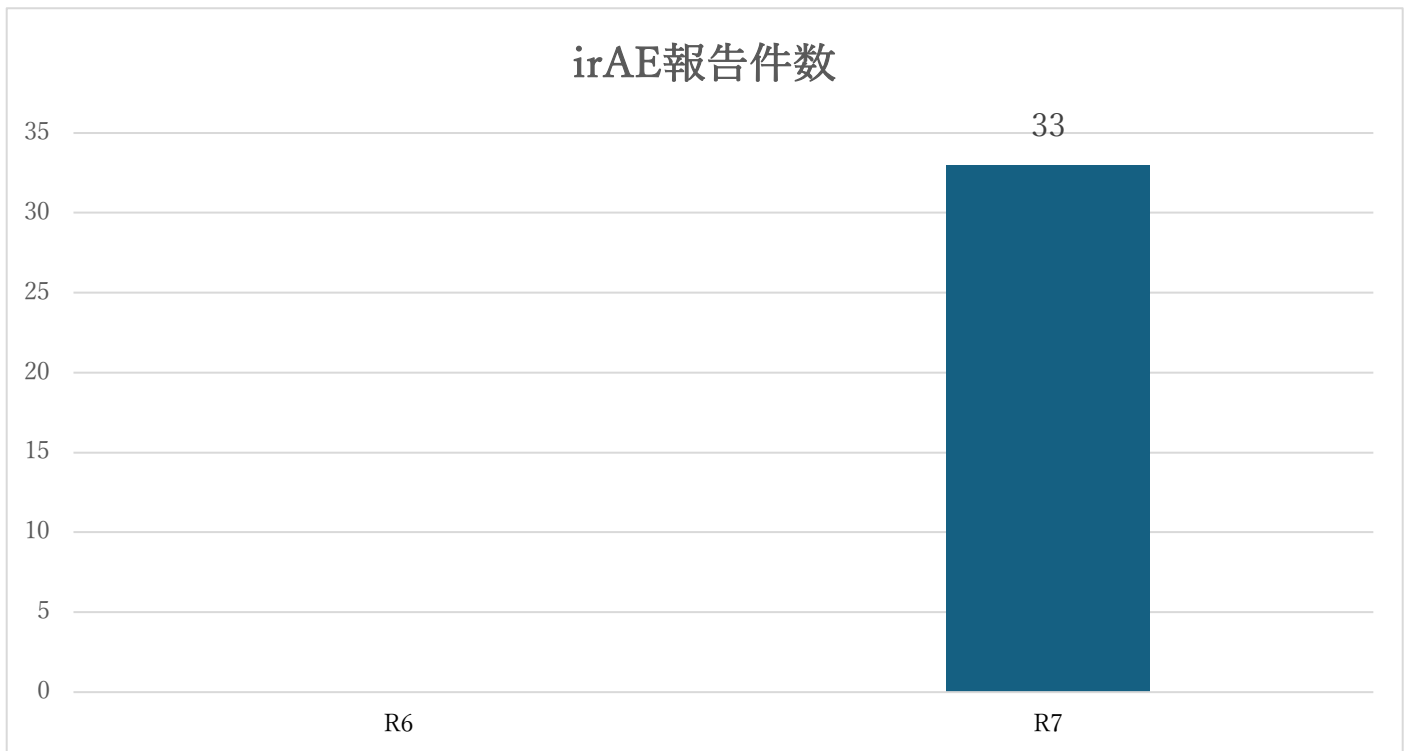
※R7 年度からデータ収集を開始しています。

irAE 報告件数(単位:件)

<定義・計算式>

重篤な irAE として IA レポートで報告された件数及び irAE を契機に入院をした件数

	R6	R7
irAE 発生件数(件)		33



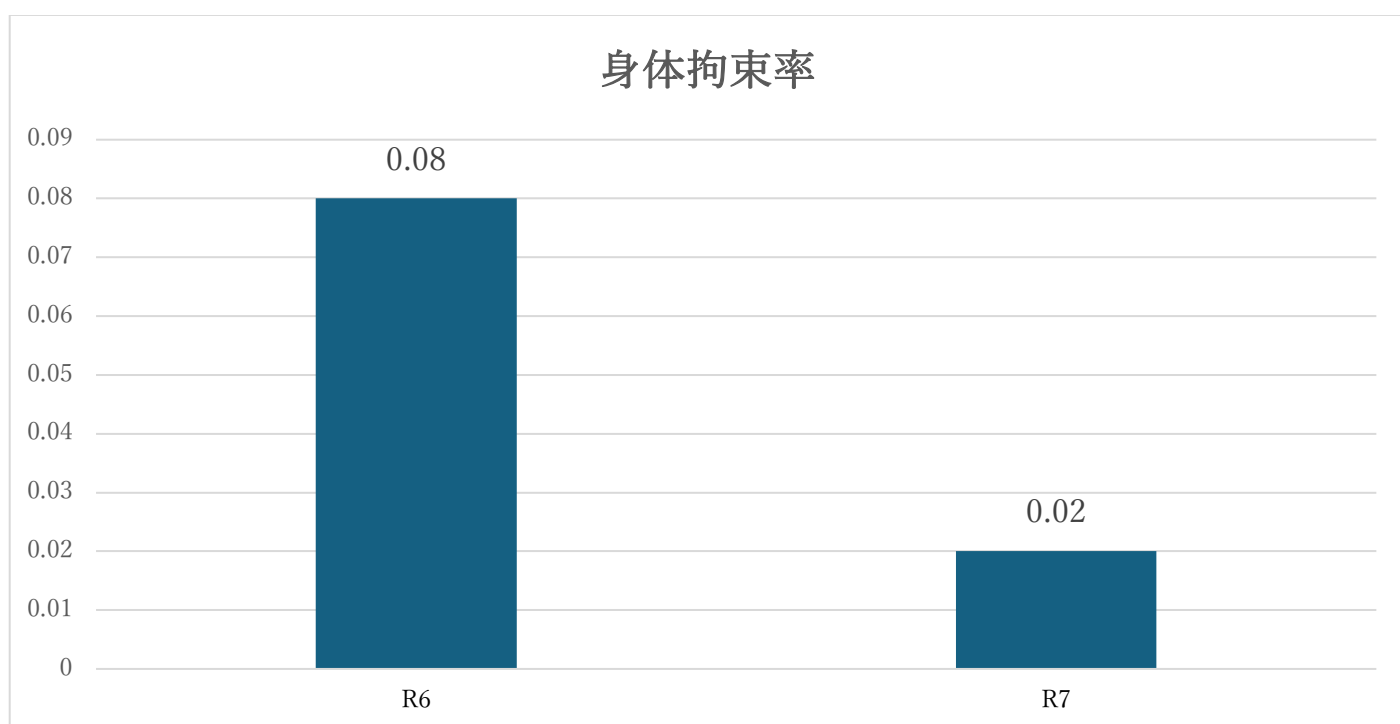
irAE(免疫関連有害事象)とは、主に免疫チェックポイント阻害薬を用いたがん免疫療法の副作用として引き起こされる、過剰な免疫反応による全身の炎症疾患です。
 全てを防ぐことはできませんが早期発見・早期治療につなげることが重要です。
 当院では重篤な免疫関連有害事象は職種を問わず報告する体制となっています。
 ※R7 年度からデータ収集を開始しています。

身体拘束率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{延べ拘束患者数}}{\text{延べ入院患者数}} \times 100$$

	R6	R7
身体拘束率(%)	0.08	0.02



患者さんの安全を守るためにやむを得ず必要最低限の身体拘束
(体幹ベルト、ミトン、抑制帯など)を行う場合があります。

当院では、身体拘束以外に患者さんの安全を守る代替案がないか検討し、
止むを得ず実施した場合でも短期間での解除に向けて毎日多職種で話し合いを行い、
最少化に努めています。

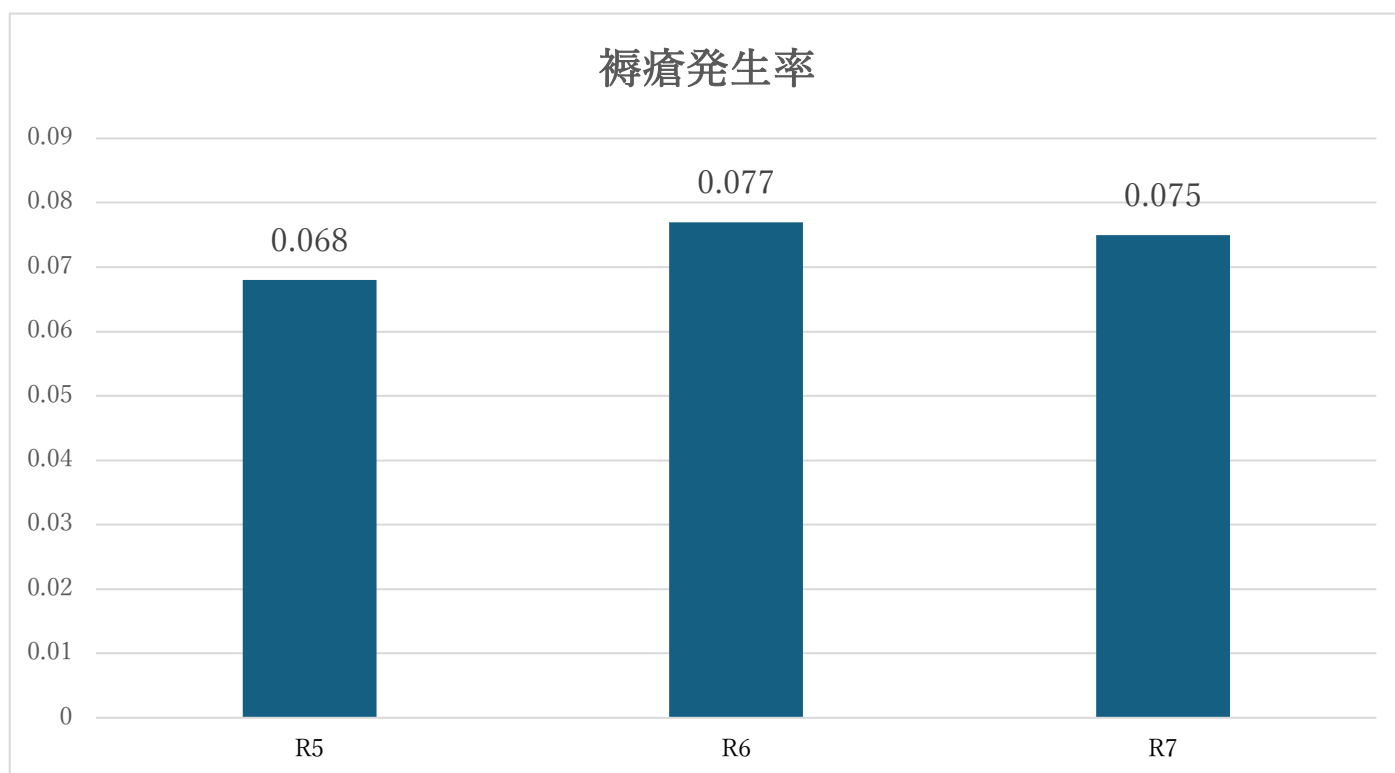
※R6年度からデータ収集を開始しています。

褥瘡発生率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数}}{\text{同日入退院患者または褥瘡持ち込み患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)}} \times 100$$

	R5	R6	R7
褥瘡発生率(%)	0.068	0.077	0.075



褥瘡(いわゆる寝だこ・床ずれ)について褥瘡危険因子評価に基づいた褥瘡予防対策が講じられるように、スキンケアマニュアルの整備、患者さんの活動や治療に伴う安静に応じてエアーマットの早期導入等に取り組んでいます。

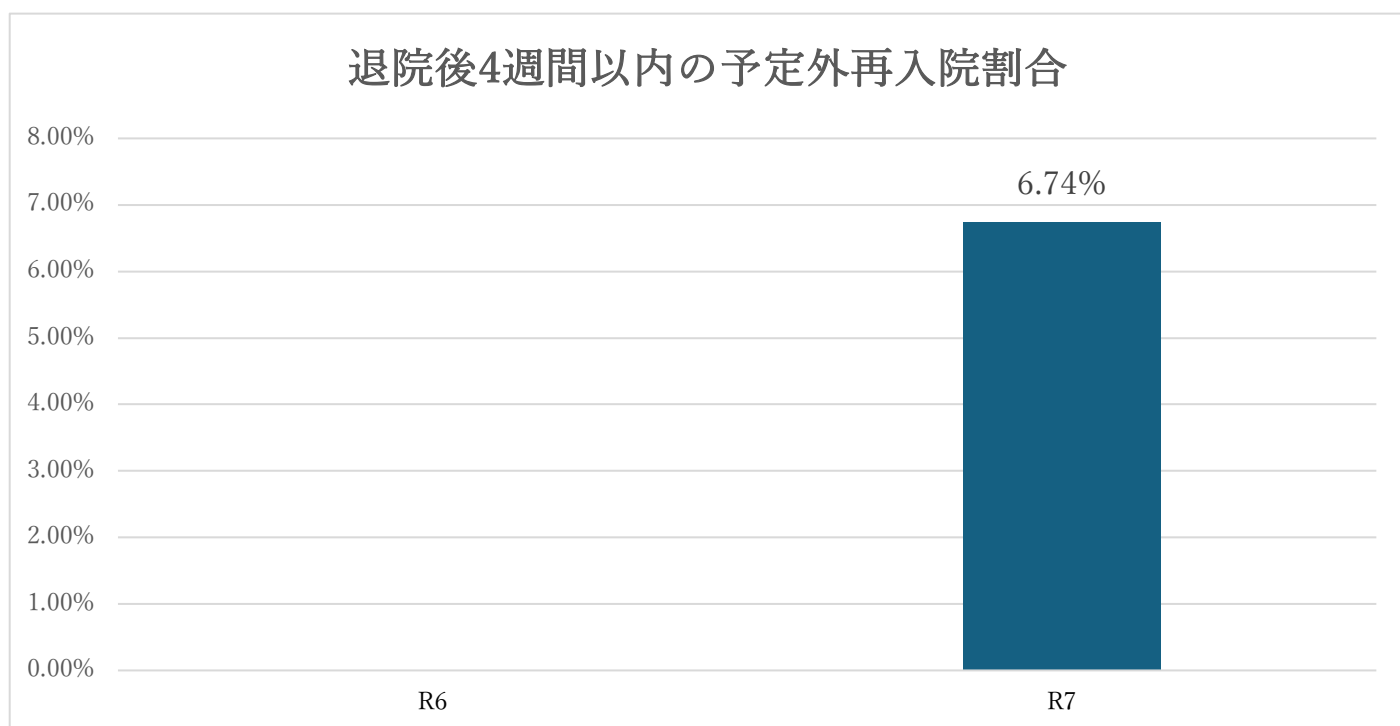
褥瘡が発生した場合は、褥瘡対策チームが介入し、多職種と連携して褥瘡ケアについて検討しています。

退院後 4 週間以内の予定外再入院割合(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち前回の退院日が 4 週間以内の緊急入院患者数}}{\text{退院患者数}} \times 100$$

	R6	R7
退院後 4 週間以内の予定外再入院割合(%)		6.74



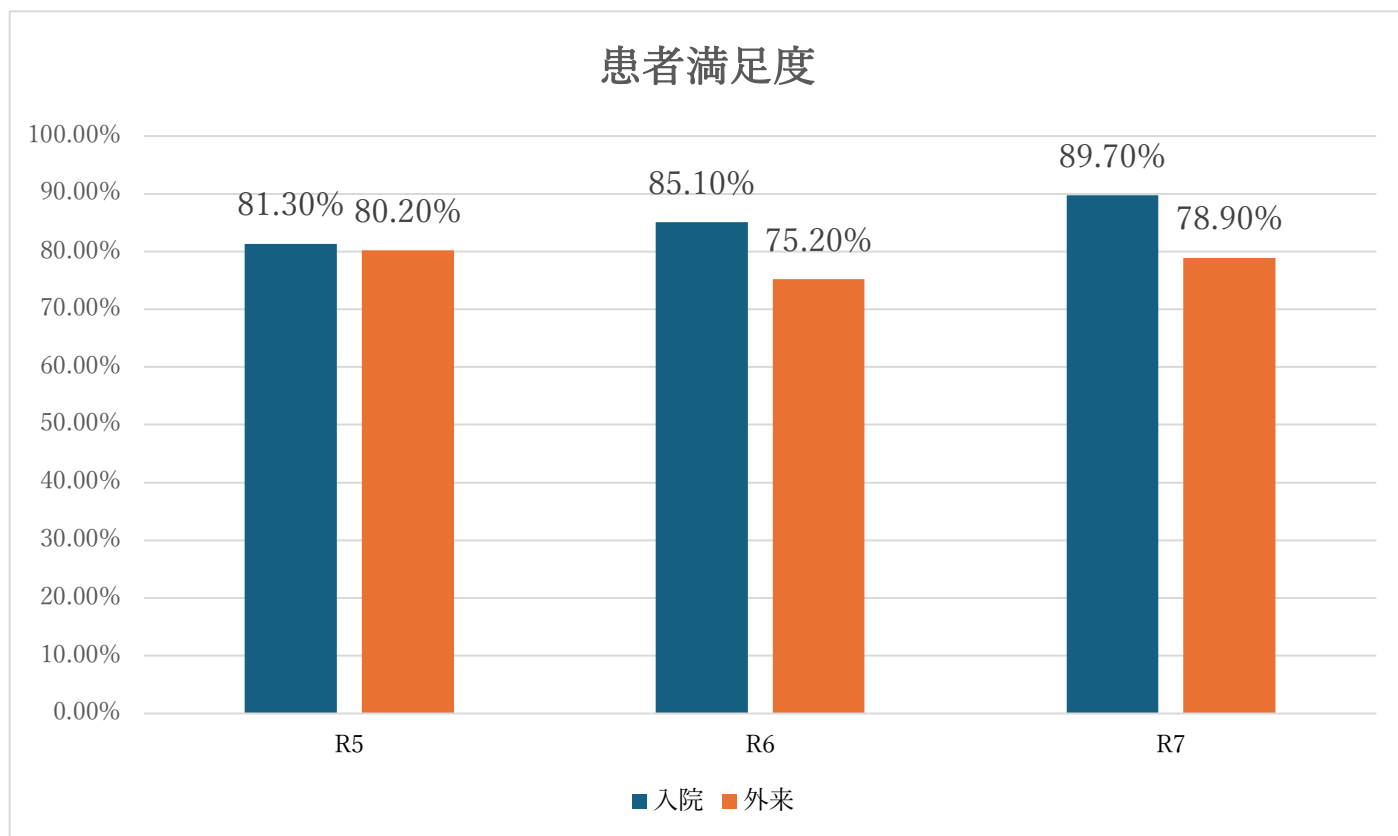
退院後 4 週間以内の予定外再入院割合は、医療の質を評価する代表的な指標です。
 この数値が低いほど入院中に十分な治療と退院支援が行われたことを示します。
 割合が少しでも低下するように取り組みを考えていきます。
 ※R7年度からデータ収集を開始しています。

患者満足度(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち「非常に満足している」または「やや満足している」と回答した患者数(入院・外来)}}{\text{患者への満足度調査項目「全体としてこの病院に満足していますか?」の設問有効回答数}} \times 100$$

		R5	R6	R7
患者満足度(%)	入院	81.3	85.1	89.7
	外来	80.2	75.2	78.9



入院患者さんの満足度は看護提供方式の変更を行なう等の取り組みの結果、年々改善することができています。外来に関しては年々満足度が低下しており、待ち時間の短縮など取り組みを実践しています。

麻薬使用患者の痛みの評価率(単位%)

＜定義・計算式＞

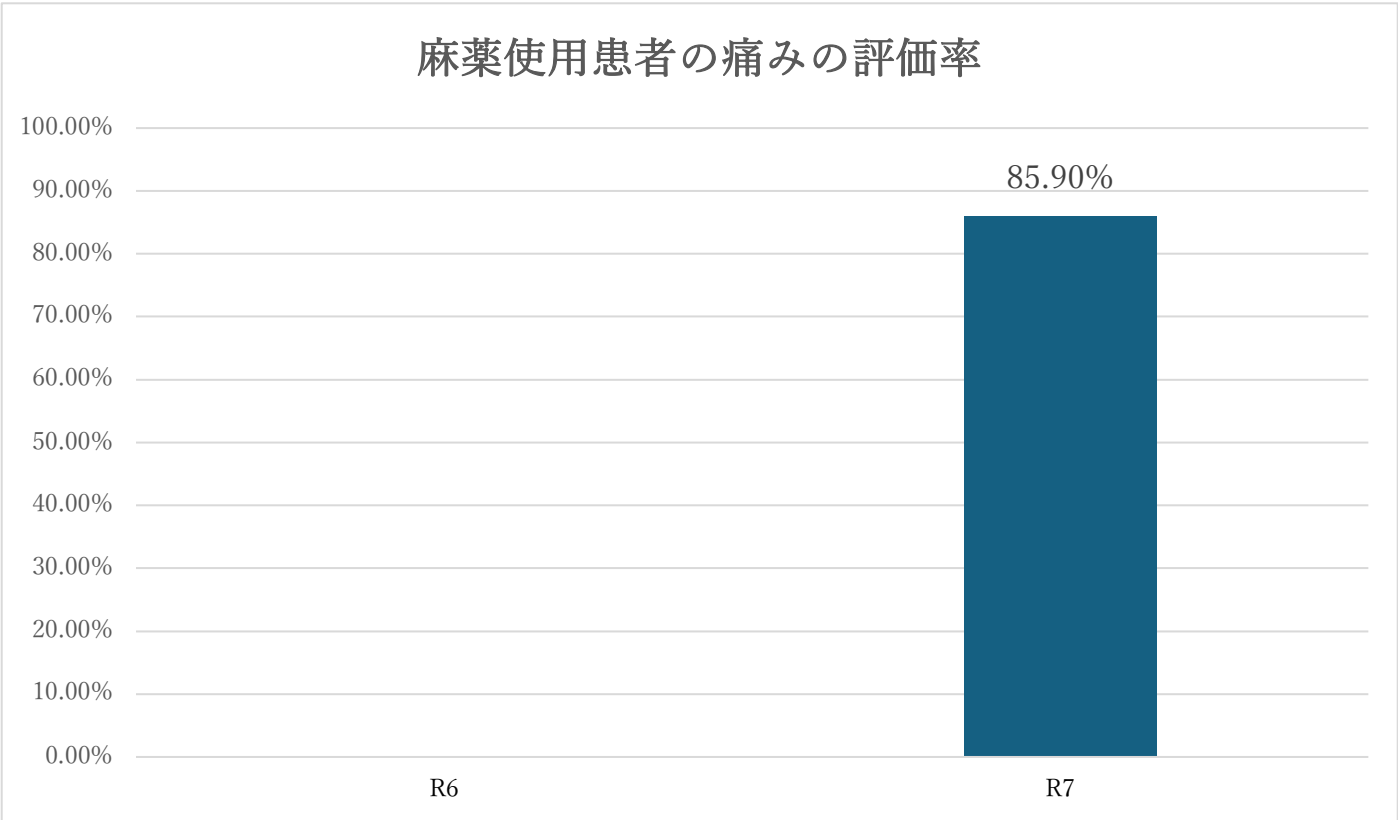
調査期間において記録内に痛みの評価(患者によって表現が異なる場合は統一した内容で確認)が記載されている症例数

計測値(%)=

調査期間内に麻薬を使用している患者数

× 100

	R6	R7
麻薬使用患者の痛みの評価率(%)		85.9 (麻薬使用患者平均 56 人/日)



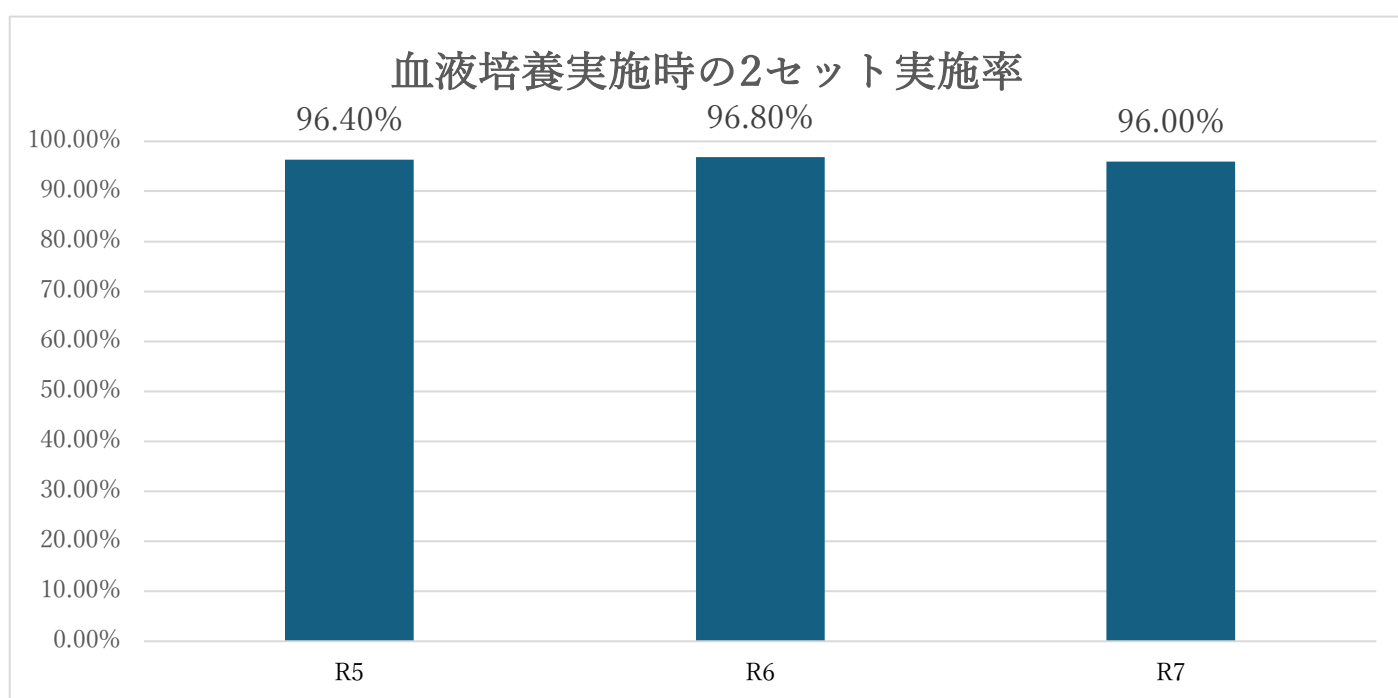
緩和ケアチームを中心に痛みに対する教育を行っています。
痛みの評価を行うことは痛みをコントロールする上で重要になりますので、
引き続き取り組みを行っていきます。
※R7年度からデータ収集を開始しています。

血液培養実施時の 2 セット実施率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{血液培養実施が 1 日に 2 件以上ある日数}}{\text{血液培養オーダー日数}} \times 100$$

	R5	R6	R7
血液培養実施時の 2 セット実施率(%)	96.4	96.8	96.0



血液培養は、敗血症など血流感染症の原因菌を特定し、
適切な治療薬を選ぶために欠かせない検査です。

血液中の菌は常に存在するわけではなく、1 回の採血では検出できない場合があります。

そのため、標準的には 2 セット採血して感度を高め、菌を見逃すリスクを減らします。

当院の血液培養 2 セット実施率は、感染制御部によりモニタリングしており、
委員会等でも報告しています。

ほぼ全例に実施されており、採血採取困難な症例等には実施されていない状況です。

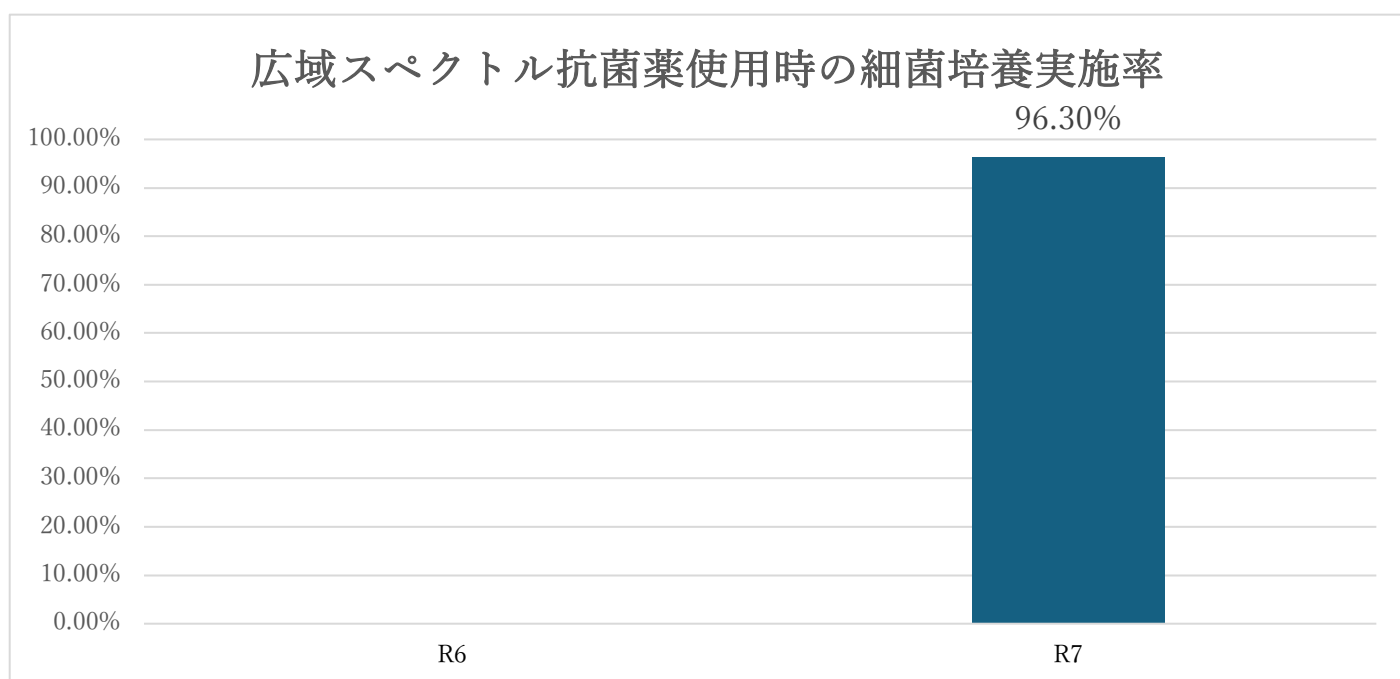
※ICT 委員会のデータより記載しています。

広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数}}{\text{広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数}} \times 100$$

	R6	R7
広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率(%)		96.3



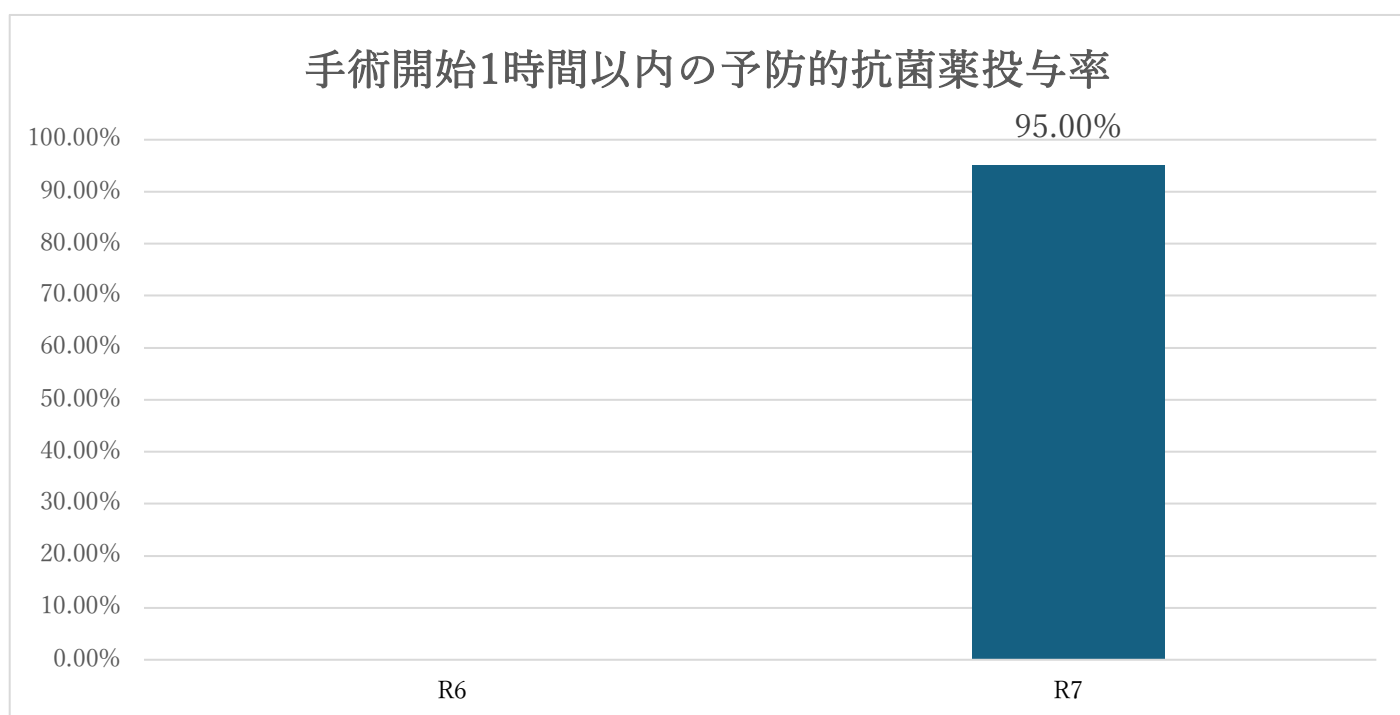
さまざまな種類の細菌に効く薬を「広域スペクトル抗菌薬」といいます。
 むやみに使うと耐性菌(薬が効かない菌)を生み出すリスクがあるため、
 使用前に細菌培養検査を行い、本当に必要かどうかを判断することが重要であり、
 感染制御部がモニタリングをしています。
 ※R7年度からデータ収集を開始しています。

手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率(単位%)

＜定義・計算式＞

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{全身麻酔で予防的抗菌薬投与が実施された手術件数}} \times 100$$

	R6	R7
手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率(%)		95.0



手術部位感染 (SSI)を防ぐため、予防的抗菌薬は手術開始(皮膚切開)の「1 時間以内」に投与することが推奨されています。早すぎても効果が薄くなり、遅すぎでは予防効果がなくなるため適切なタイミングで投与をすることが重要です。

手術後に抗菌薬投与中に再手術になった際には
1 時間より前に投与されていることがあり 100%にはなりません。

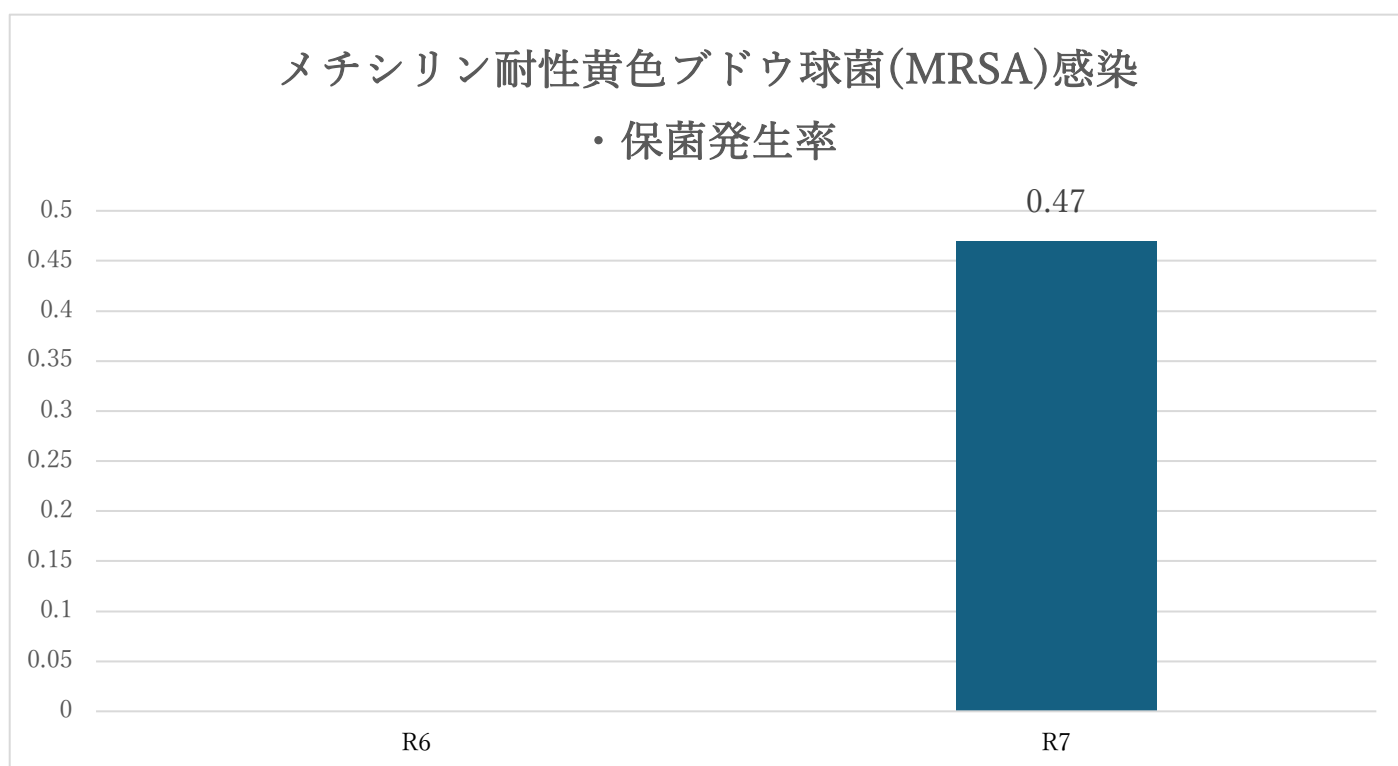
※R7年度からデータ収集を開始しています。

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染・保菌発生率

<定義・計算式>

$$\text{計測値} = \frac{\text{入院 4 日目以降、新規 MRSA 検出患者数}}{1,000 \text{ 延べ入院患者日数}}$$

	R6	R7
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)感染・保菌発生率		0.47/1000patient days



院内での水平感染事例は発生しておりません。
※R7年度からデータ収集を開始しています。

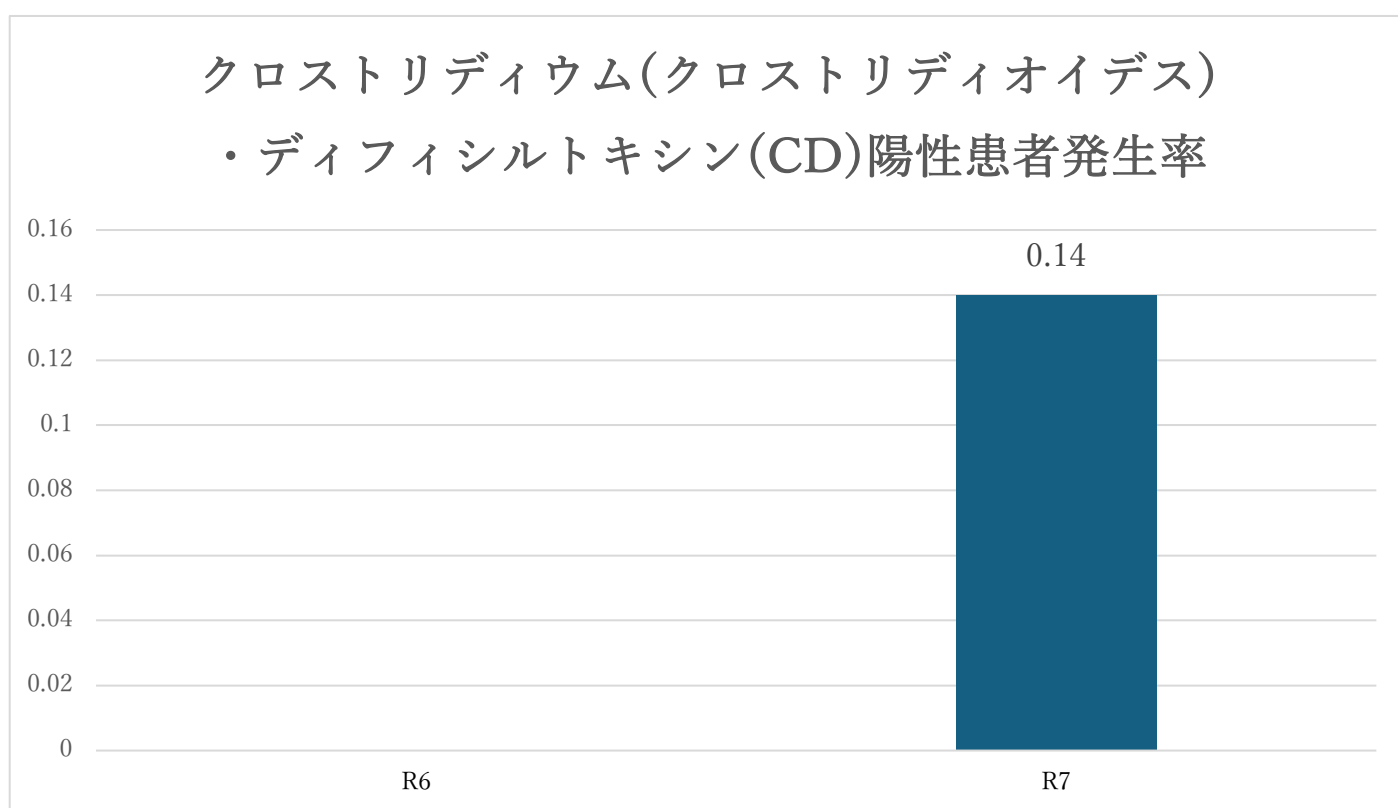
クロストリディウム(クロストリディオイデス)・ディフィシルトキシン(CD)

陽性患者発生率

<定義・計算式>

$$\text{計測値} = \frac{\text{入院 4 日目以降、新規 CD トキシンまたは NAAT 陽性患者数}}{1,000 \text{ 延べ入院患者日数}}$$

	R6	R7
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		0.14/1000patient days



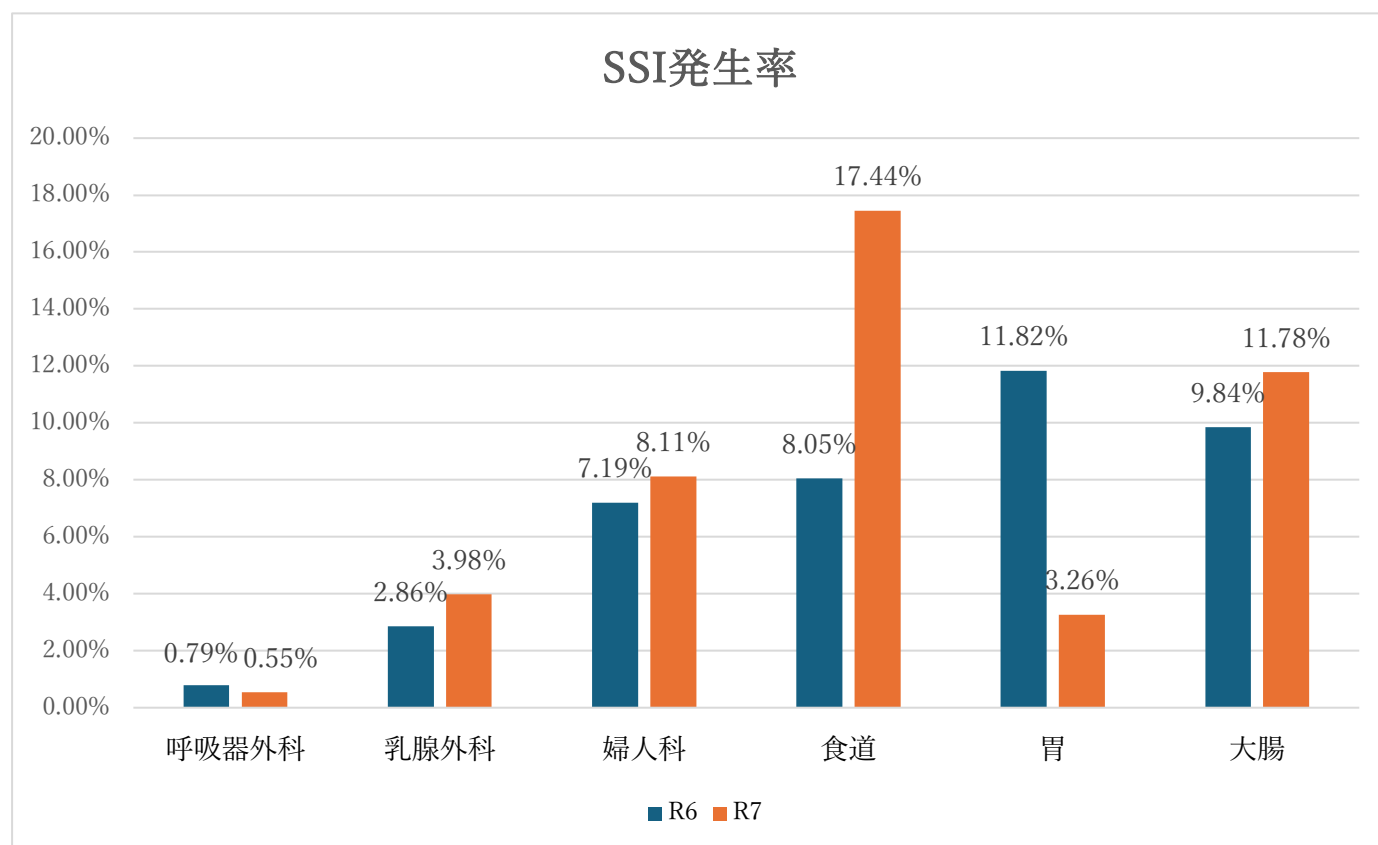
院内での水平感染事例は発生しておりません。
※R7年度からデータ収集を開始しています。

SSI(手術部位感染)発生率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{各部位の手術での SSI 発生患者数}}{\text{各部位の手術件数}} \times 100$$

		R6	R7
SSI 発生率(%)	呼吸器外科	0.79	0.55
	乳腺外科	2.86	3.98
	婦人科	7.19	8.11
	食道	8.05	17.44
	胃	11.82	3.26
	大腸	9.84	11.78



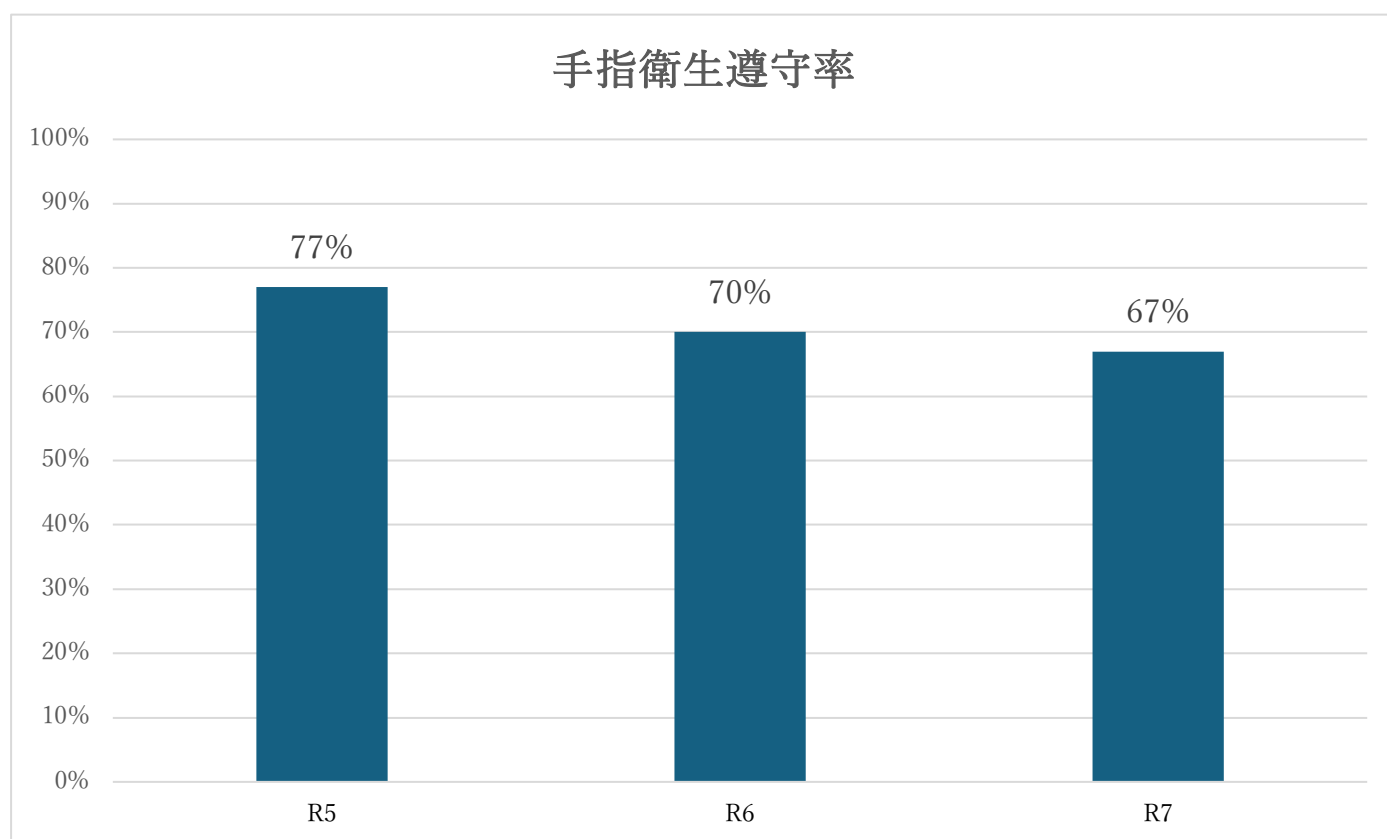
SSI(手術部位感染:Surgical Site Infection)とは手術をした場所に、手術後に起こる感染症です。SSI 発生率は手術を受ける患者さんの安全や術後の回復に関わる重要な医療の質指標です。当院では SSI サーベイランスを実施し、多職種で共有・分析を行なって周術期の感染予防対策の評価や改善に活用しています。今後も継続的な改善活動を行なっていきます。

手指衛生遵守率(5 モーメンツによる調査)(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{手指衛生を実施した回数}}{\text{手指衛生を実施する必要がある機会数}} \times 100$$

	R5	R6	R7
手指衛生遵守率(%) (5 モーメンツによる調査)	77	70	67



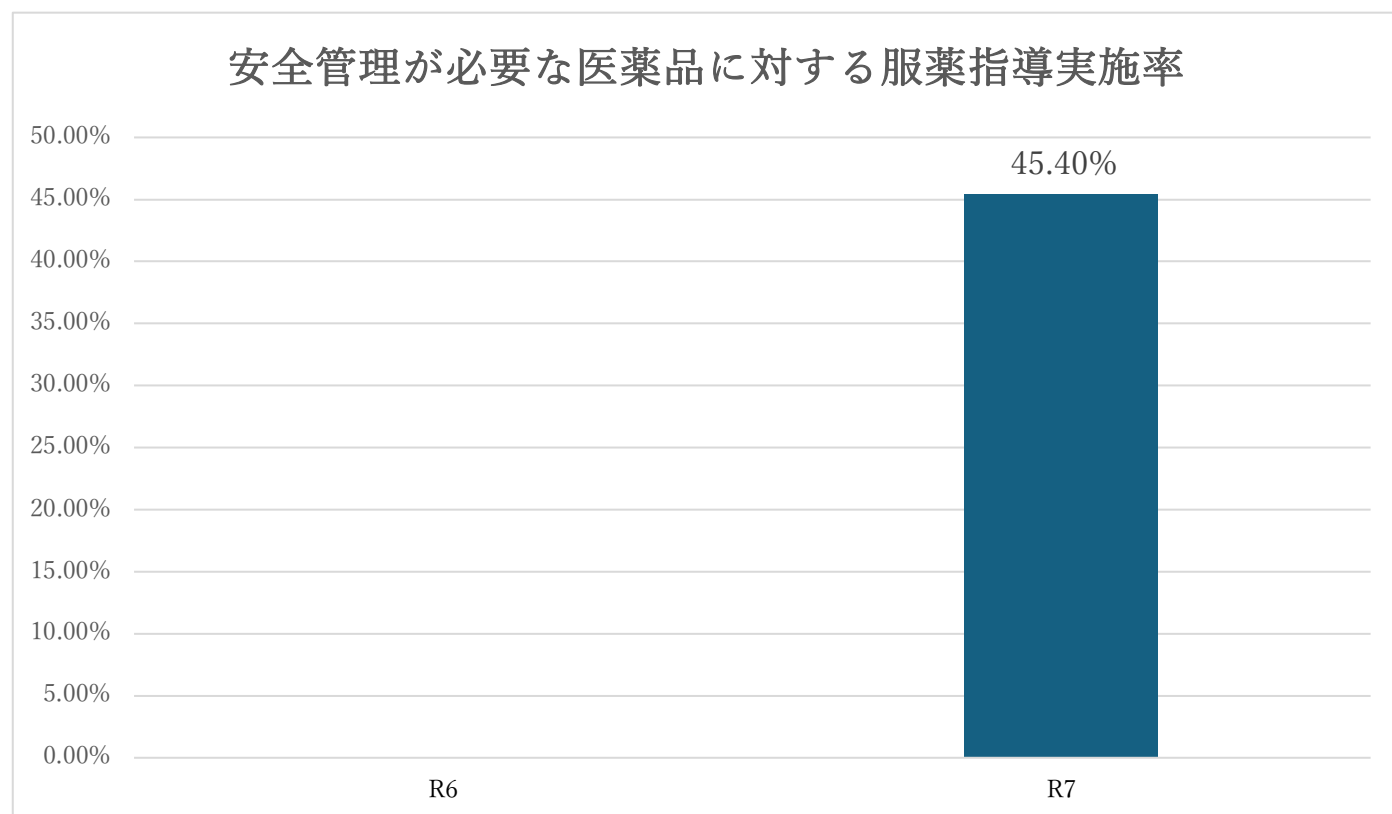
院内感染対策チームが手指消毒遵守率 80%を目標に対策を行っていますが、
目標は達成できておりません。
職種による遵守率にも差があり、さらに工夫した対策を考えていきます。

安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\begin{array}{l} \text{「薬剤管理指導料2 特に安全管理が必要な医薬品が} \\ \text{投薬または注射されている患者に対して行う場合} \\ \text{(1に該当する場合を除く)」が算定された患者数} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{安全管理が必要な医薬品のいずれかが投薬} \\ \text{または注射されている患者数} \end{array}} \times 100$$

	R6	R7
安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率(%)		45.4



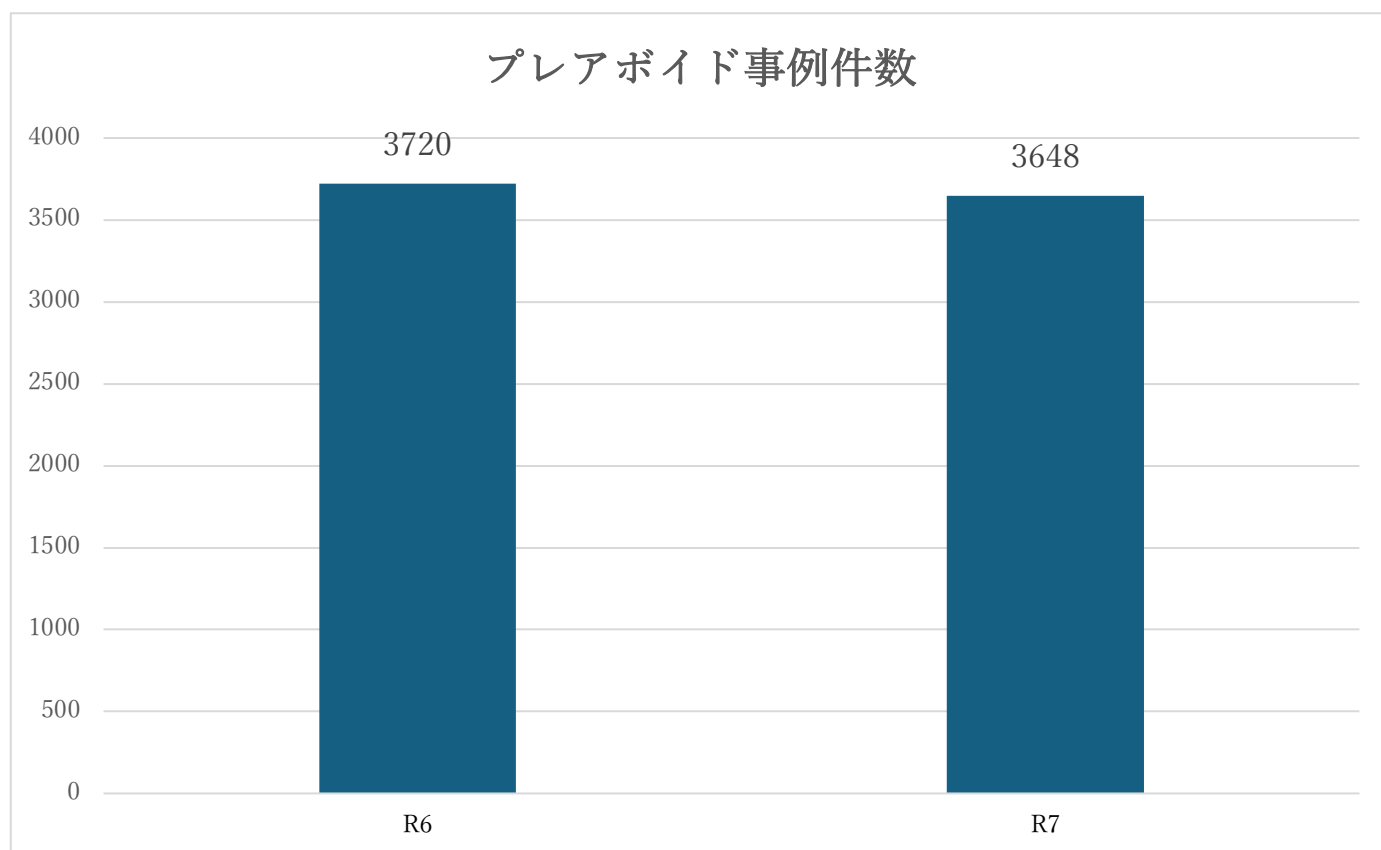
副作用や相互作用のリスクが高く、
特に厳密な管理が求められる薬(ハイリスク薬)を処方された患者さんに対して、
薬剤師がどれだけ専門的な指導や確認を行ったかを示す割合です。
※R7年度からデータ収集を開始しています。

プレアボイド事例件数

<定義・計算式>

1 年間の薬剤師のプレアボイド事例件数

	R6	R7
プレアボイド事例件数	3720	3648



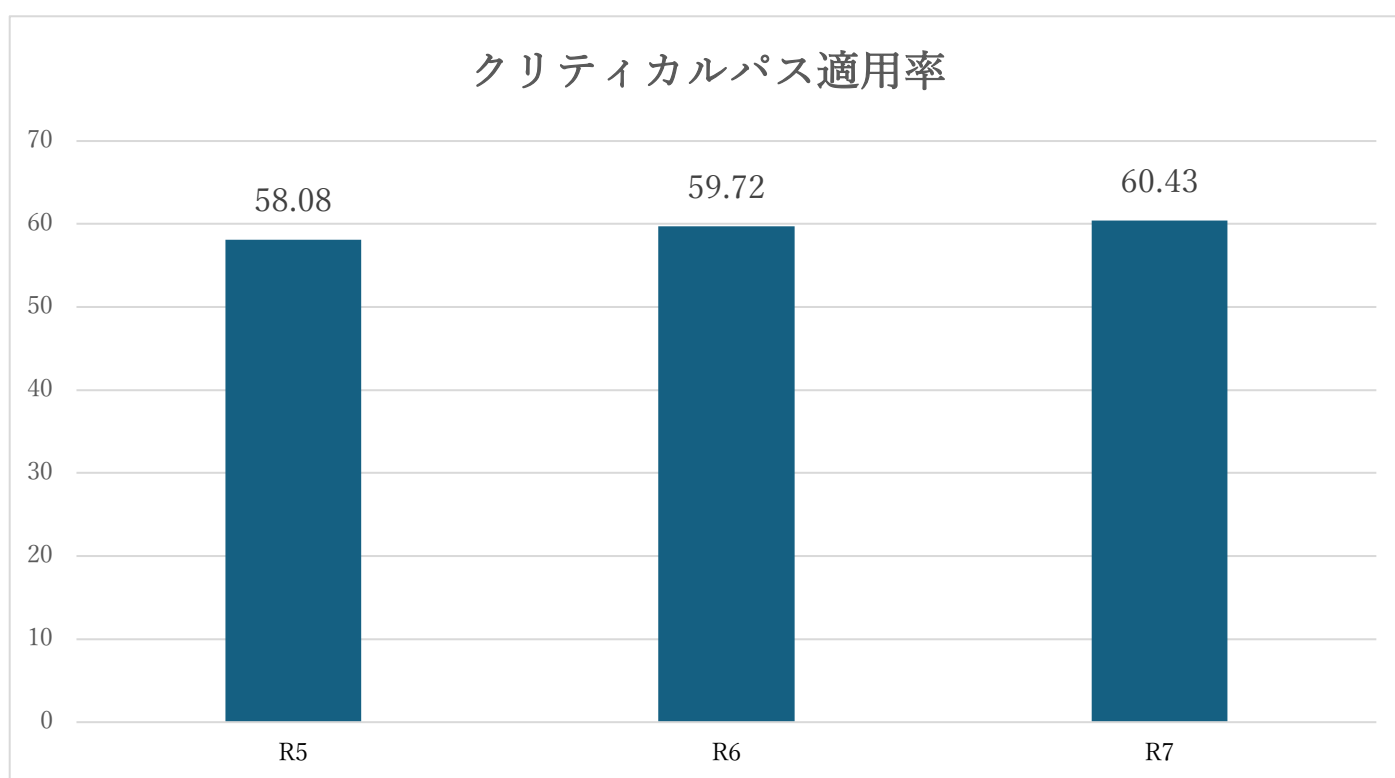
プレアボイドとは薬剤師が薬物治療に専門的な視点に関わり、
副作用や薬の飲み合わせなどの健康被害を
未然に防いだり軽減したりする取り組みや、その回避事例のことです。

クリティカルパス適用率(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{1年間のパス新規適用患者数}}{\text{1年間の新入院患者数}} \times 100$$

	R5	R6	R7
クリティカルパス適用率	58.08	59.72	60.43



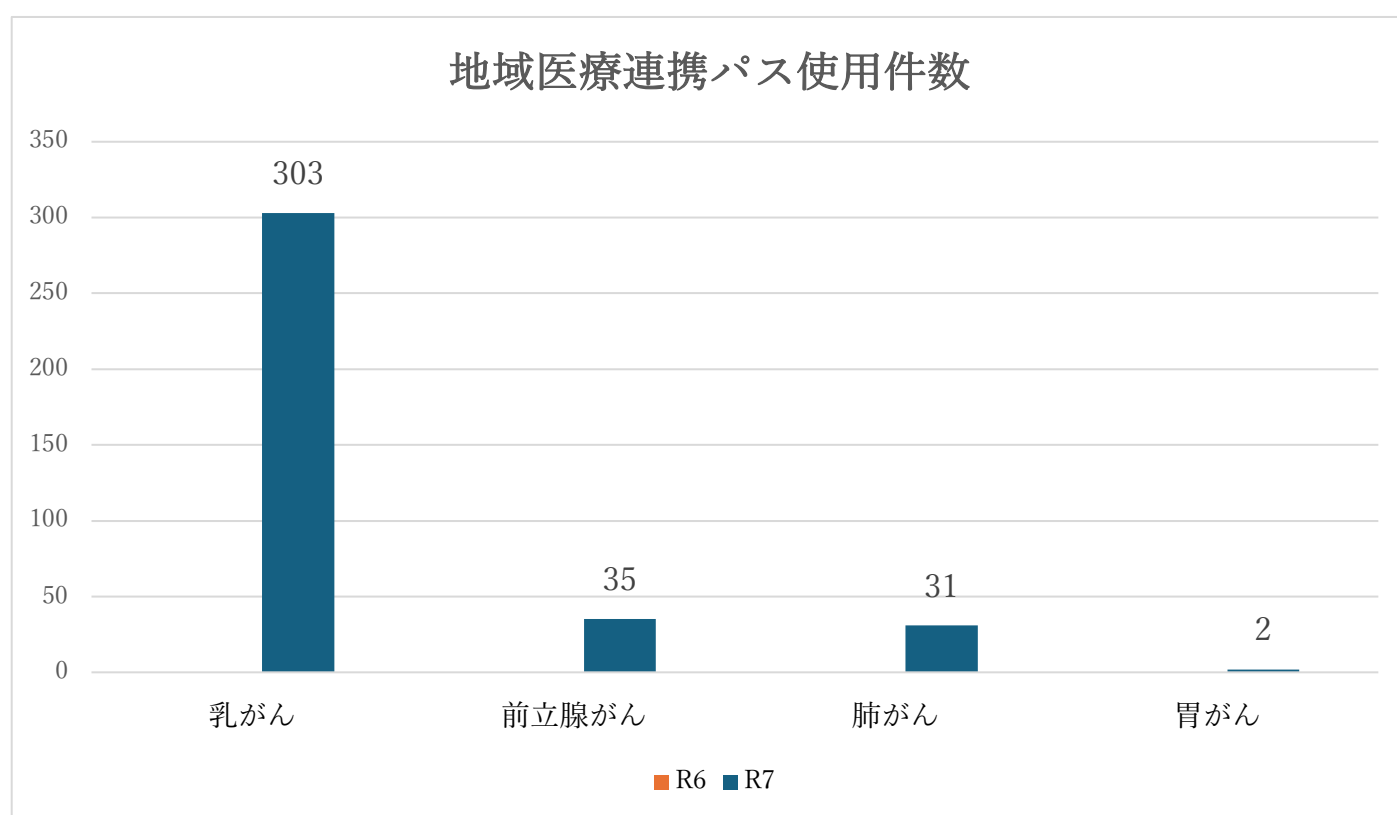
標準化された診療計画(クリティカルパス)が適用された割合を指します。
 クリニカルパス委員会では、安全で質の高い医療が提供できるように、
 クリニカルパスの作成・利用推進活動を行い、
 医療の標準化と効率化に取り組んでいます。

地域医療連携パス使用件数(単位:件)

<定義>

対象患者に対し、「がん治療連携計画策定料」を算定した患者数

		R6	R7
地域医療連携パス使用件数	乳がん		303
	前立腺がん		35
	肺がん		31
	胃がん		2



地域医療連携パスとは、複数の医療機関が連携し共通の診療計画書(パス)を用いて一貫した治療やケアを提供する仕組みで患者さんの現在地に応じた最適な医療を地域全体で継続的かつ安全に受けられるメリットがあります。当センターでの手術や治療後のかかりつけ医との共同診療(経過観察や薬物療法など)をスムーズに進めるため積極的に運用しています。

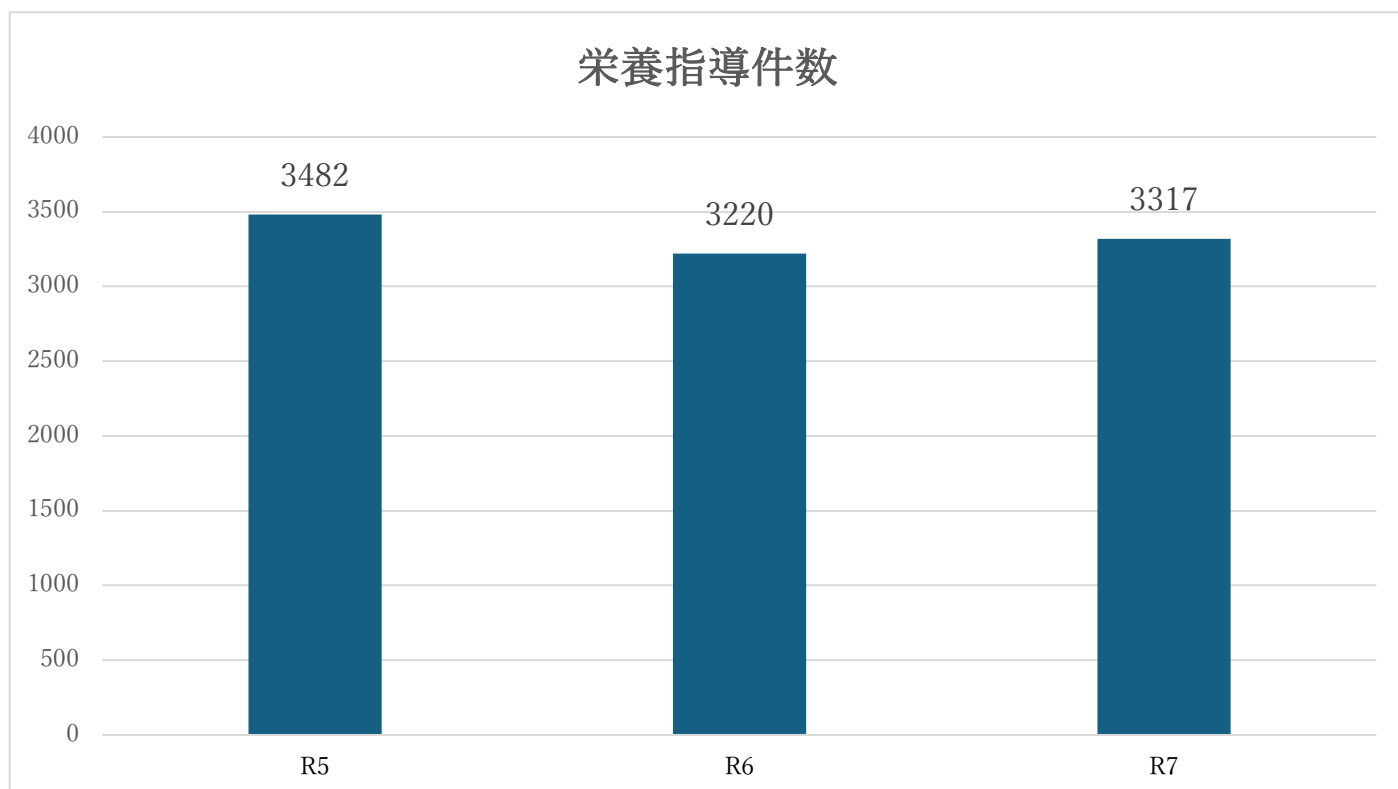
※R7年度からデータ収集を開始しています。

栄養指導件数(単位:件)

<定義>

一年間に栄養指導を行なった件数

	R5	R6	R7
栄養指導件数	3482	3220	3317



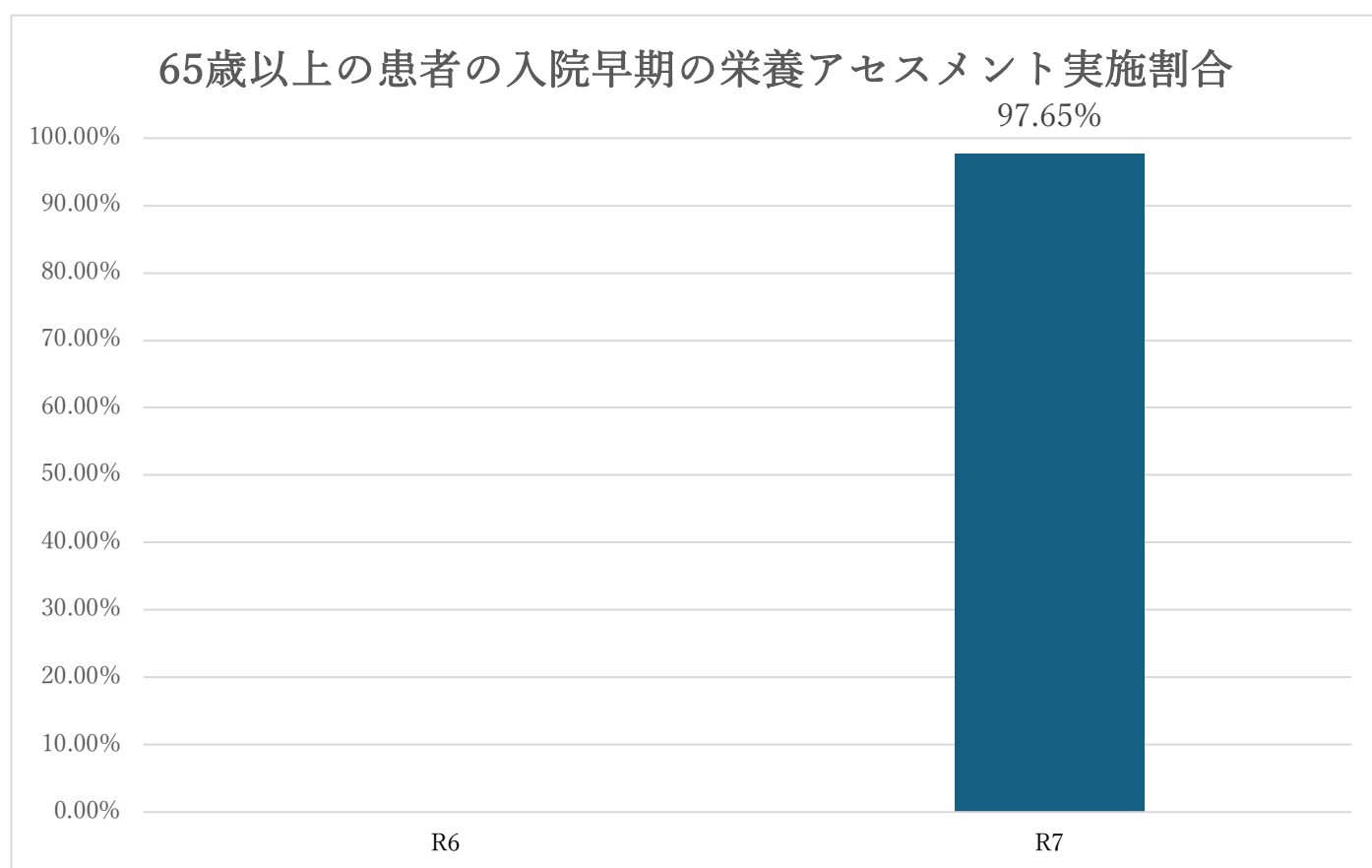
手術後や抗がん剤治療における食事について、
 栄養士が指導を行うことで患者さん個々の生活に合わせた情報提供ができます。
 指導件数は3年間で大きな変化はありません。

65 歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合(単位%)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、入院後 48 時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数}}{\text{65 歳以上の退院患者数}} \times 100$$

	R6	R7
65 歳以上の患者の入院早期の 栄養アセスメント実施割合		97.65



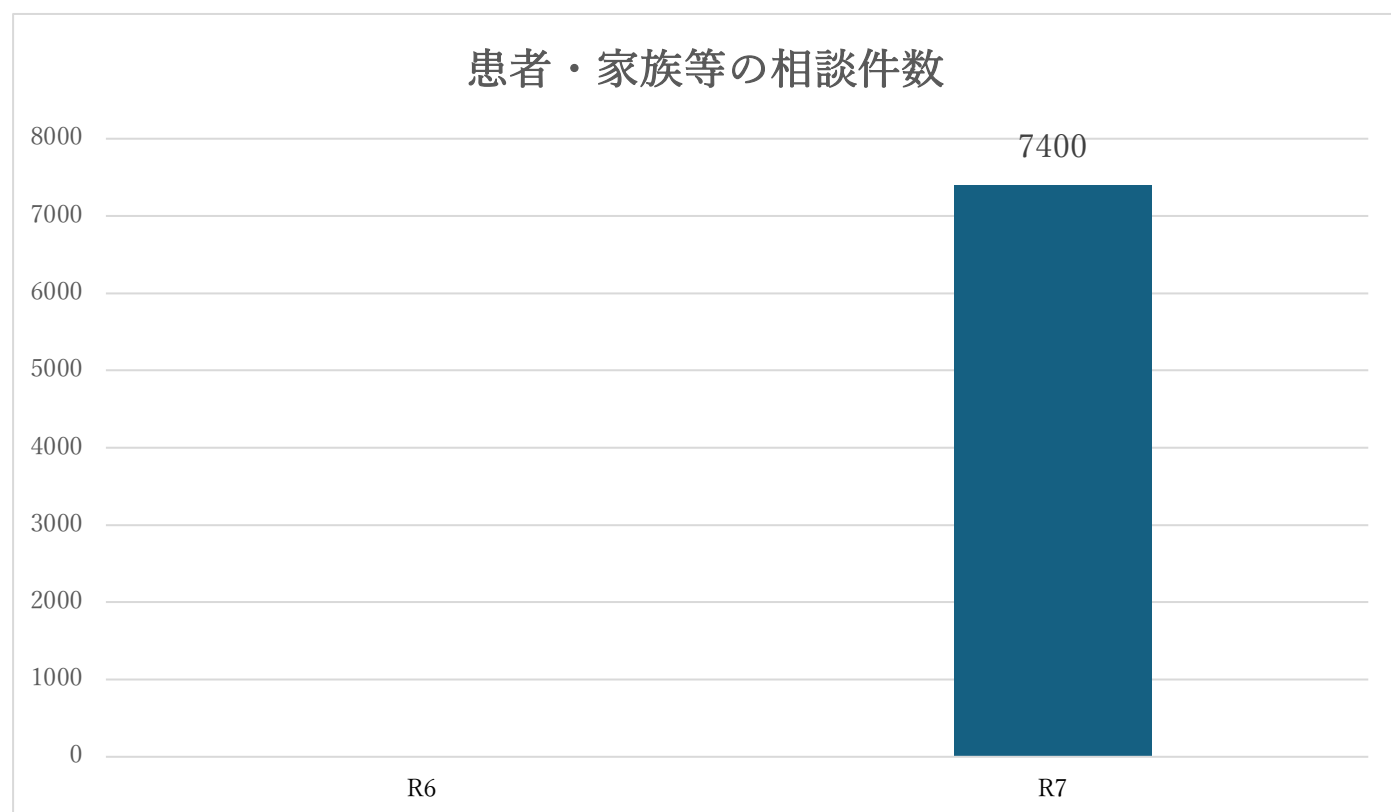
入院早期に患者さんの低栄養リスクを評価し、栄養介入につなげることが目的であり、アセスメントを介入に活かせるようにしています。
※R7年度からデータ収集を開始しています。

患者・家族等の相談件数

<定義>

相談支援センターで受けた患者・家族等からの相談件数

	R6	R7
患者・家族等の相談件数		7400



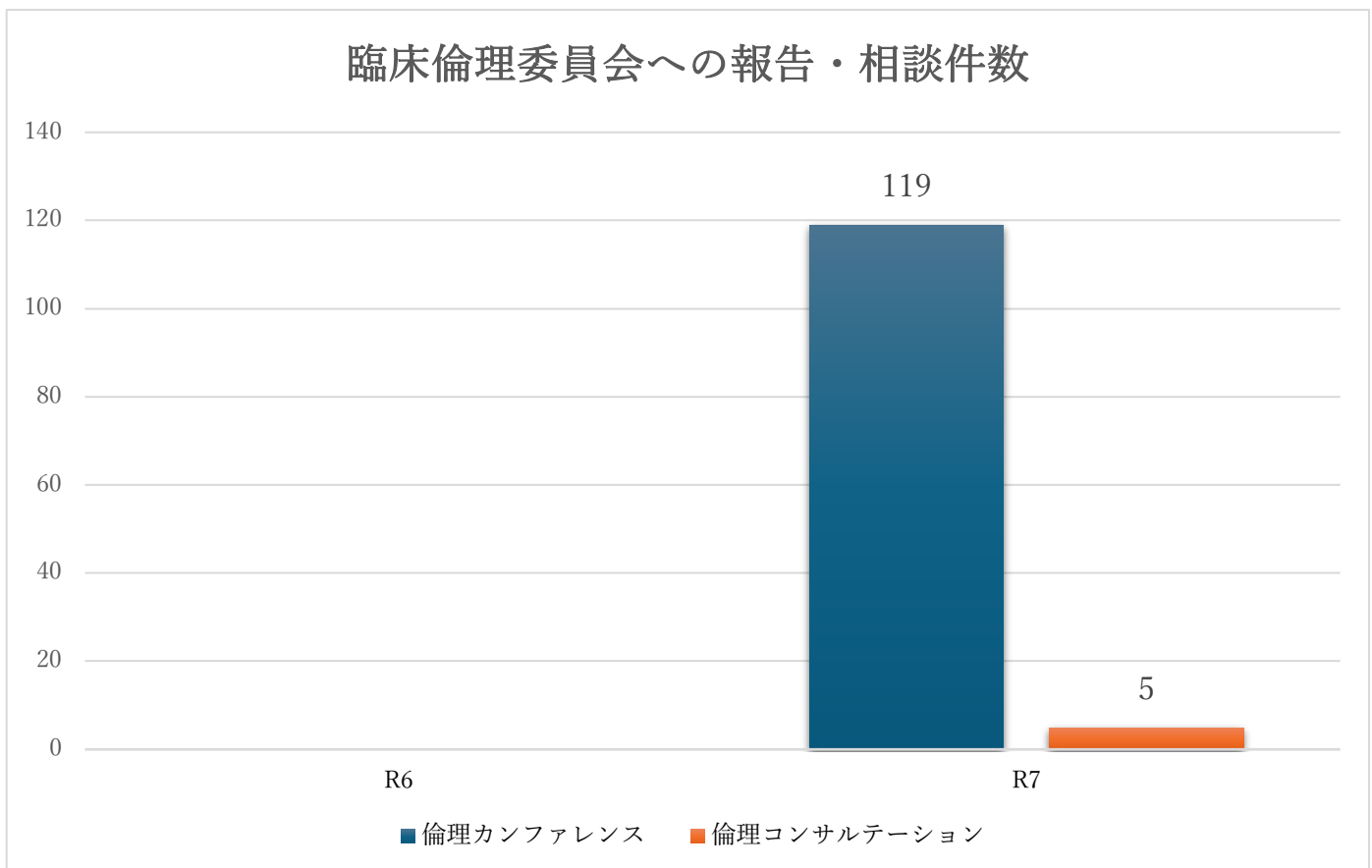
患者・家族からの相談を相談支援センターで相談員が受けております。
 今後も様々な問題に対応できるように職員のスキルアップも図っています。
 ※R7年度からデータ収集を開始しています。

臨床倫理委員会への報告・相談件数

<定義>

1年間の臨床倫理委員会への報告・相談件数

	R6	R7
倫理カンファレンス		119
倫理コンサルテーション		5



現場で起きる倫理的ジレンマについてカンファレンス(話し合い)を開催した件数を表しています。

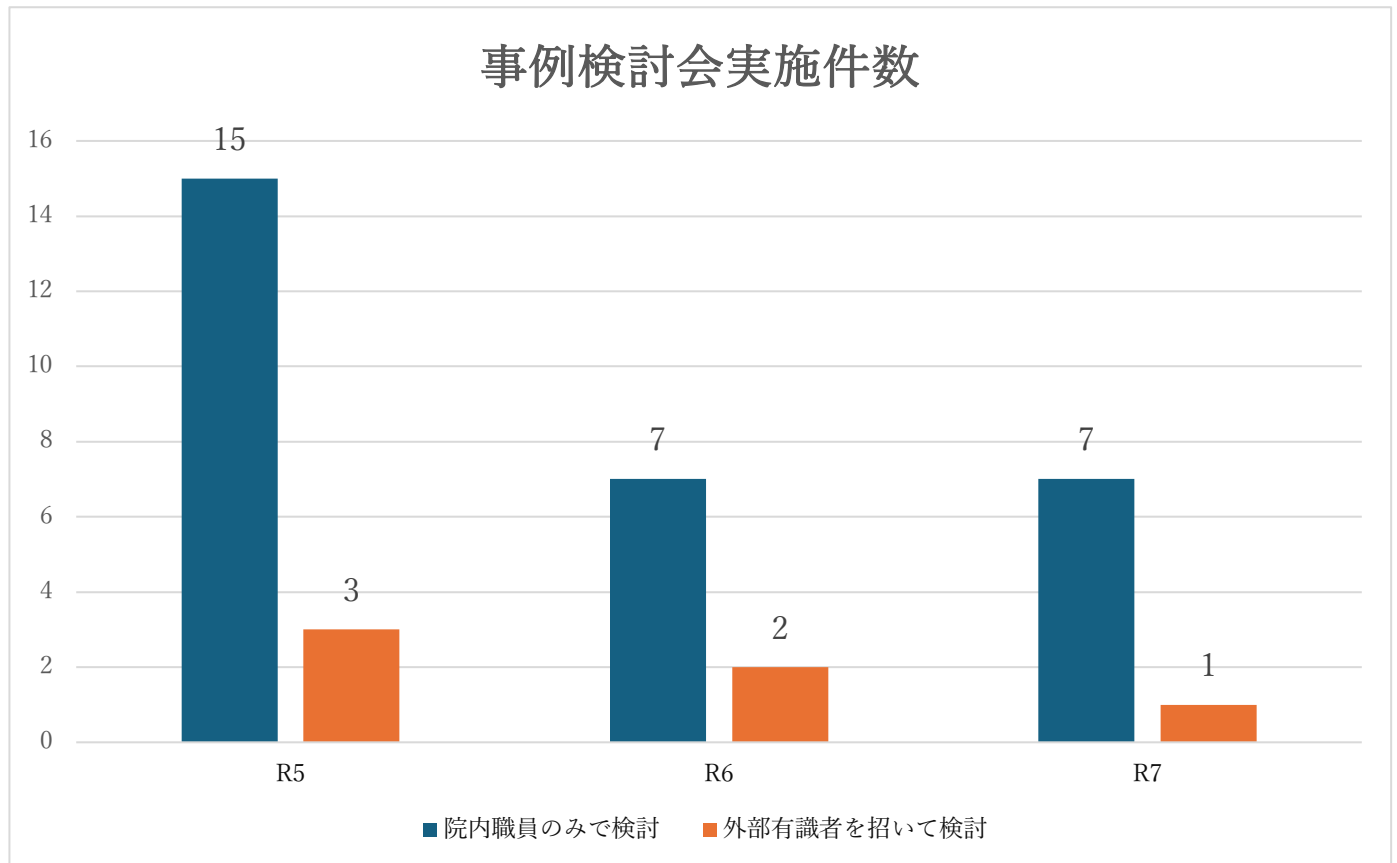
委員会へコンサルテーション(相談)を行った件数は少ない状況であり対策を考えていきます。

※R7年度からデータ収集を開始しています。

事例検討会実施件数

＜定義＞ 1年間に行った事例検討会の症例数

事例検討会実施件数	R5	R6	R7
院内職員のみで検討	15	7	7
外部有識者を招いて検討	3	2	1



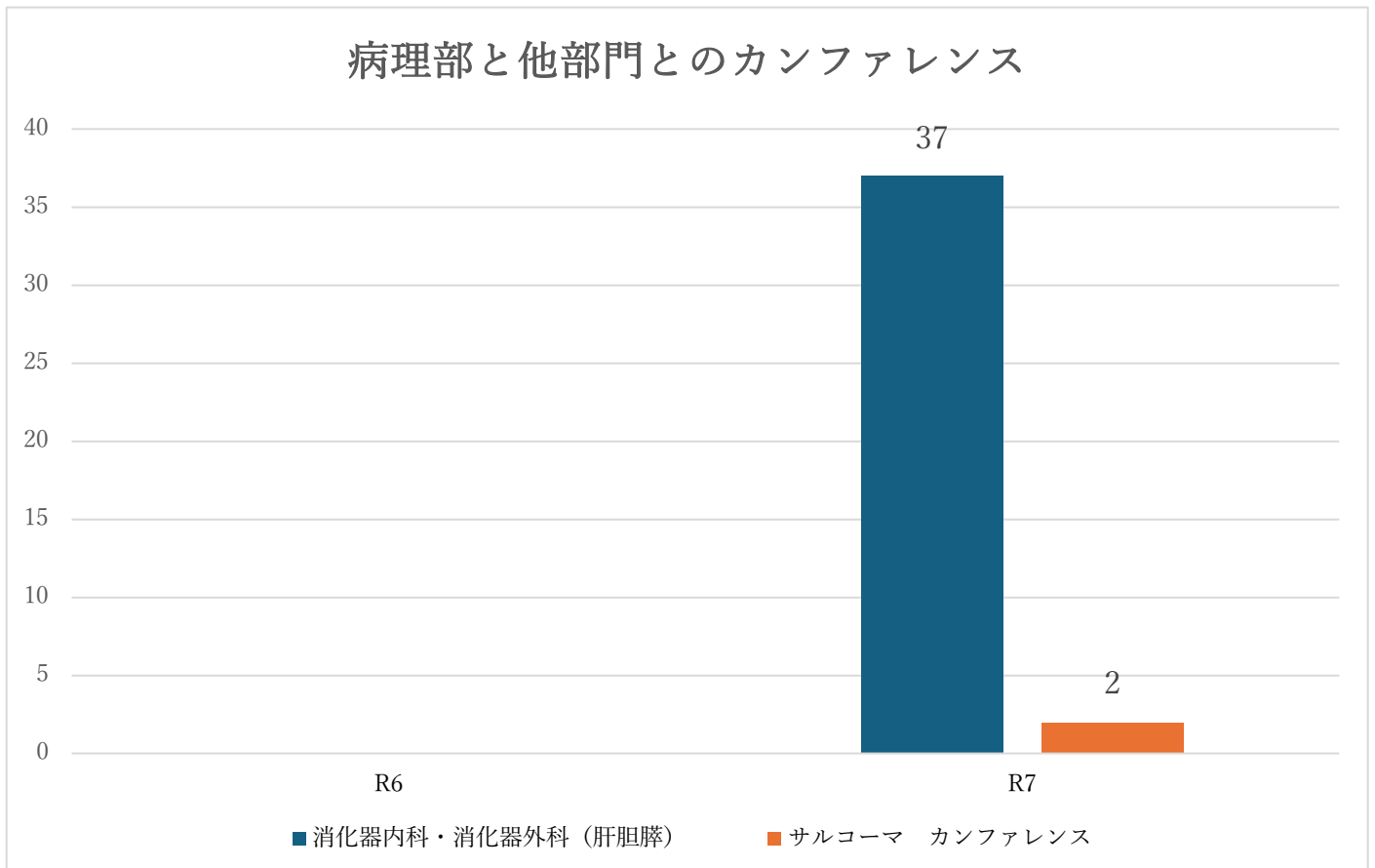
事例検討会とは、医療安全管理部にインシデント・アクシデントレポートとして報告されたレベル 3b 以上の事例の中で、医療安全管理部が多職種で検討が必要と判断し、開催した検討会となります。

院内職員のみで開催したものと院外の有識者に参加いただく検討会があります。多職種でその事象が起きた要因の分析や対策の検討を行い、再発防止に努めています。

病理部と他部門とのカンファレンス検討件数

＜定義＞ 1年間の病理部と他部門とのカンファレンス件数

病理部と他部門とのカンファレンス	R6	R7
消化器内科・消化器外科(肝胆膵)		37
サルコーマ カンファレンス		2



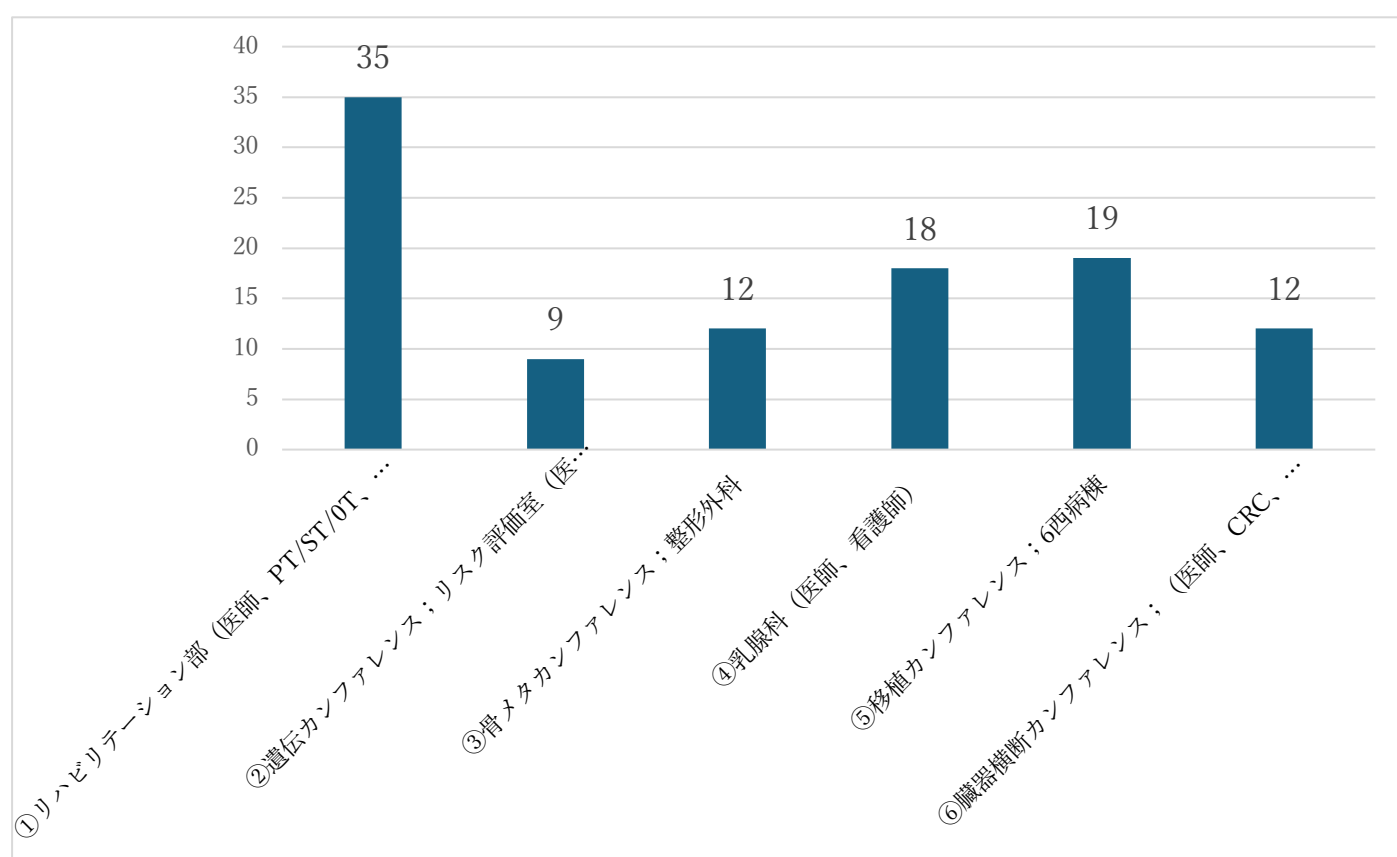
病理部と他部門(臨床各科など)とのカンファレンスは、
 患者の確定診断や最適な治療方針を多角的な視点から決定し、
 医療の質を向上させるために行われる重要な検討会です。
 肉腫(英語で sarcoma・サルコーマ)とは骨・筋肉・神経・血管・脂肪などに発生する
 悪性腫瘍(がん)の総称です。
 ※R7年度からデータ収集を開始しています。

多職種カンファレンス

<定義>.

多職種で実施されたカンファレンス数(詳細は各項目参照)

カンファレンス内容	R7
①リハビリテーション部(医師、PT/ST/OT、看護師、MSW)	35 回
②遺伝カンファレンス;リスク評価室(医師、カウンセラー、看護師)	9 回
③骨転移カンファレンス;整形外科	12 回
④乳腺科(医師、看護師)	18 回
⑤移植カンファレンス;6 西病棟	19 回
⑥臓器横断カンファレンス;(医師、CRC、看護師)	12 回



多職種カンファレンスとは、各専門科の医師、看護師、薬剤師、放射線技師、遺伝カウンセラーなど多様な職種が集まり、より質の高いがん治療と包括的ケアを検討するための会議のことです。

症例における最適な治療方針の協議や、AYA 世代のがん患者支援、緩和ケアの提供などが積極的に行われています

※R7年度からデータ収集を開始しています。

多職種カンファレンス

<定義>.

多職種で実施されたカンファレンス数(詳細は各項目参照)

カンファレンス内容		R7
⑦薬物療法科 化学療法センター		15 回
⑧ハイリスク症例カンファレンス(各科主治医、麻酔、循環器、ME、手術 Ns、ICU Ns)		50 回
⑨ソーシャルカンファレンス(MSW, Dr, Ns)		21 回
⑩緩和ケアセンター	緩和ケアチームカンファレンス	51 件
	緩和ケアセンター主催地域連携カンファレンス	11 件
⑪放射線治療部(医師、技師、看護師)		48 回
⑫エキスパートパネル:ゲノム医療室(主治医/がんゲノム専門医・薬物療法専門医・病理医、看護師、遺伝カウンセラー、バイオインフォマティシャン)	固形癌:510 症例	50 回
	造血器: 36 症例	17 回

