【資料３】

日本大学医学部附属板橋病院における

臨床指標（クリニカルインジケーター）による診療の質の改善

2026年3月30日時点

【当院のクリニカルインジケーター選定過程】

従来からある当院のパフォーマンスレポートをもとに、医療の質指標基本ガイド（厚労省補助事業）、日本病院会QIプロジェクト、全日本病院協会診療アウトカム評価事業、DPCデータ、および院内各委員会・各診療科から抽出された指標を参考にして、「**患者中心性**」、「**安全性**」、「**有効性**」、「**当院の診療機能・特性**」をテーマとして当院の医療の質・評価改善委員会で検討を重ね、当院における臨床指標を設定しカテゴリー化した。

当院クリニカルインジケーター（臨床指標）一覧

A 病院全体

1. 一般

- a.患者の声（意見箱投書）件数と内訳
  対象期間2024年4月～2025年11月
- b. 紹介初診予約率
- c.外来採血室における患者さんの最長待ち時間
  年度平均
- d.外来診察平均待ち時間（滞在時間）
- e.平均在院日数
- f.1 患者満足度総合評価指数（外来）
- f.2 患者満足度総合評価指数（入院）

2. 医療安全

- a.インシデント・アクシデント（入院）報告
- b.1 転倒・転落発生件数(入院中患者)単位:パーミル
- b.2 転倒・転落発生件数(損傷Lv.2以上)単位:パーミル
- b.3 転倒・転落発生件数(損傷Lv.4以上)単位:パーミル
- b.4 転倒・転落発生件数(65歳以上)単位:パーミル
- c.1 ICテンプレート意思決定支援(入力割合)
- c.1 ICテンプレート意思決定支援(同席割合)

A 病院全体

3. チーム医療・その他

- a. 褥瘡発生率
- b. 褥瘡対策チーム介入件数
- c. 栄養食事指導件数
- d. 管理栄養士による入院時栄養支援件数
- e. 患者満足度調査「食事内容について（入院）」
- f. 入院患者の服薬指導率
- g. 薬剤師による薬物治療支援
- h. 臨床検査に係る精度管理調査評価度
- i. 緩和ケアチームの新規介入患者数
- j. 一般撮影実施患者数（8時30分から9時00分）

4. 患者支援・医療連携・がん関連

- a. 入退院支援介入率
- b. 診療支援センターにおける入院前問診率
- c.1 がん相談支援センター認知率（全患者）
- c.2 がん相談支援センター認知率（がん患者）
- d. がん相談支援センター利用件数
- e.院内がん登録数
- f.悪性腫瘍手術件数
- g. 放射線治療延べ患者数
- h. がんに係る薬物療法延べ患者数

当院クリニカルインジケーター（臨床指標）一覧

B 疾患別

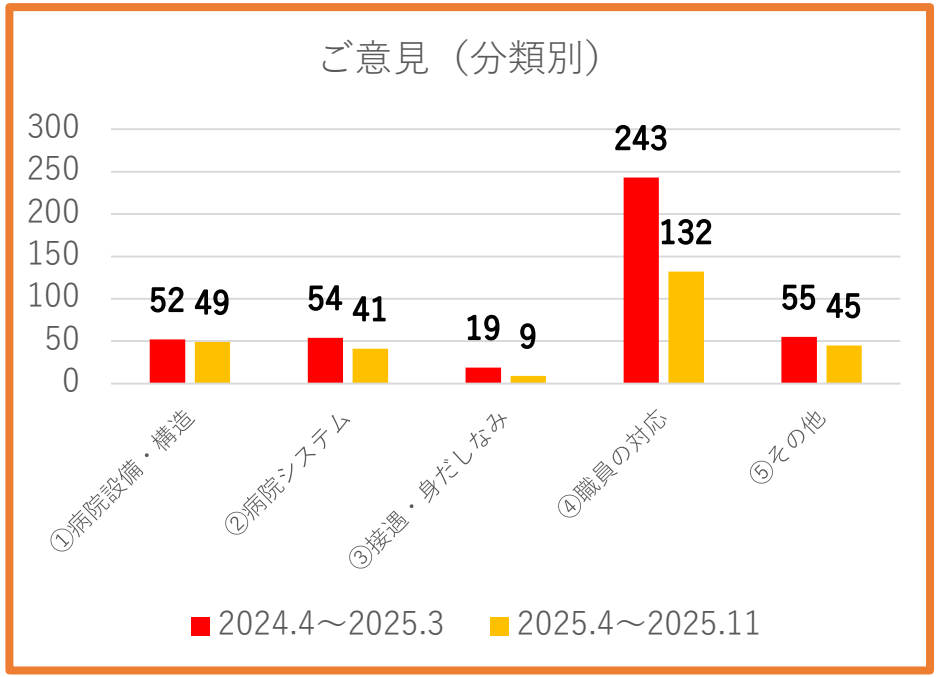
1. 各診療科での取り組み

- a. 心不全におけるファンタスティック4導入率（循環器内科）　【新規】
- b. 虚血性心疾患でのスタチン導入と至適LDL値までの薬剤調整（循環器内科）　【新規】
- c. 肺がん化学療法の平均在院日数・DPC II 以内の退院率（呼吸器内科）
- d. 呼吸器内科における化学療法実施率（呼吸器内科）　【新規】
- e. 非切除膵がんに対する化学療法（消化器肝臓内科）　【新規】
- f. 非切除胆道がんに対する化学療法（消化器肝臓内科）　【新規】
- g. 早期胃癌に対する内視鏡治療（消化器肝臓内科）　【新規】
- h. 乳癌・乳腺良性腫瘤・甲状腺癌・甲状腺良性腫瘍のパス適用率（乳腺内分泌外科）　【新規】
- i. 腋窩郭清を回避できた症例割合（乳癌手術）（乳腺内分泌外科）
- j.1 大腸がんにおける腹腔鏡手術率（消化器外科）
- j.2 大腸がんにおける術中出血量（消化器外科）
- j.3 大腸がんにおける術後在院日数（消化器外科）
- k.1　臨床病期 I 期肺がん肺葉切除における胸腔鏡率（呼吸器外科）
- k.2　臨床病期 I 期肺がん肺葉切除における出血量（呼吸器外科）
- l.1 肺悪性腫瘍手術DPCII期間超率（呼吸器外科）
- l.2 肺悪性腫瘍手術パス適応率（呼吸器外科）
- m. ロボット支援下根治的前立腺全摘除術件数（泌尿器科）　【新規】

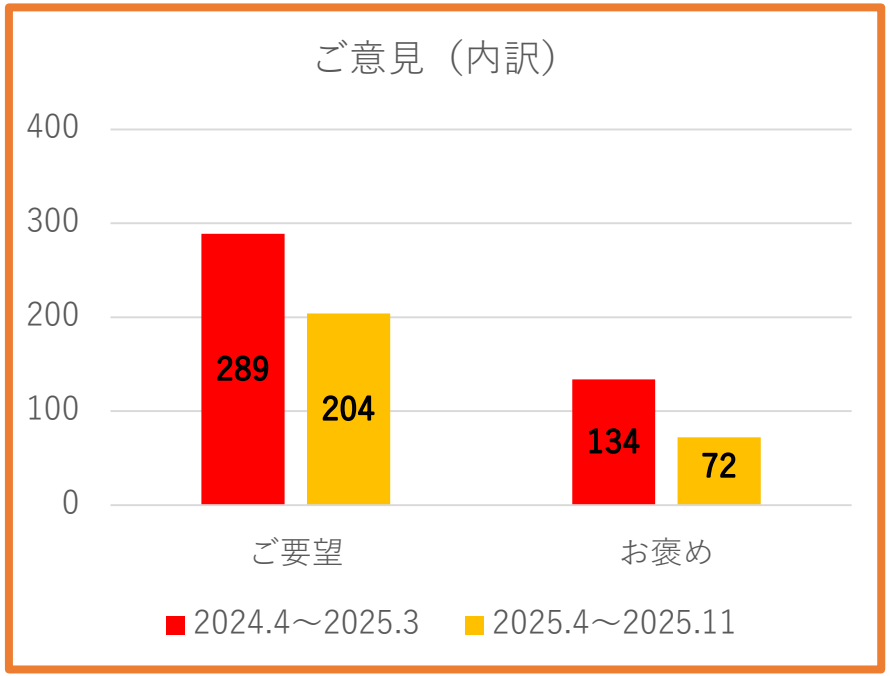
患者さんの声（意見箱投書）件数と内訳

（患者意見トリアージ検討会）

指標値



指標値



【集計値（投書件数）】
2024.4月～2025.3月：423件
2025.4月～2025.11月：276件
【集計根拠】
＜お褒め＞
感謝等が記載されている。
＜ご要望＞
職員の対応が悪い、施設や運用の改善等が記載されている
＊1枚の投書に複数のご意見が記載されているものもあるため、n数と指標値は一致しない。

活動

・患者意見トリアージ検討会では、ご意見（投書）をスピーディかつ院内横断的に改善する目的で、2022年８月に立ち上げられた検討会です。
・病院長、看護部長、事務長をはじめとした病院執行部及び医療の質・評価改善委員会、看護部及び事務局から代表者が参加し、WEB会議にて開催しています。
・毎週回収された投書を１件毎トリアージし、一部の意見については回答を掲示しております。

改善点と今後の課題

今後もご意見を真摯に捉えて活動し、PDCAサイクルをまわしながら診療の質の向上に向けた取り組みを継続していきます。また，病院のシステム等で同様のご意見を様々な方から寄せられることがありますので，改善可能なことは積極的に取り組み，運用上困難な改善は掲示等で周知を行い，ご理解いただけるようにいたします。

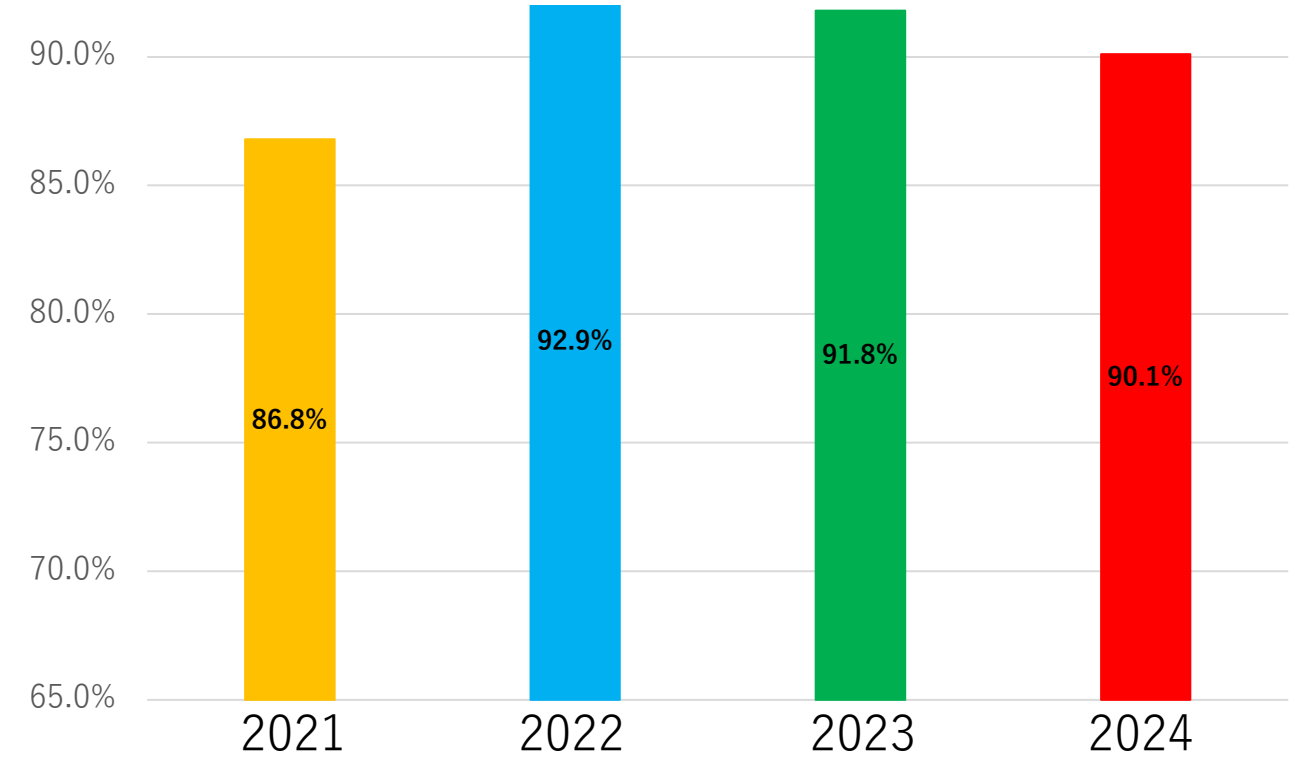
改善の一例

職員の身だしなみや院内及び公共交通機関でのマナーに関するご意見が多数寄せられましたので，院内通知を出させていただきました。また，各科外来の呼び出しの順番についても複数ご意見をいただきましたので，回答を掲示をしております。今後もご協力をお願いいたします。

紹介初診予約取得率
（患者支援センター/医事課）

指標値

分子：初診予約取得件数
分母：予約電話申込件数



電話予約申込件数	11,808件	13,775件	10,841件	10,933件

ベンチマーク　なし

活動

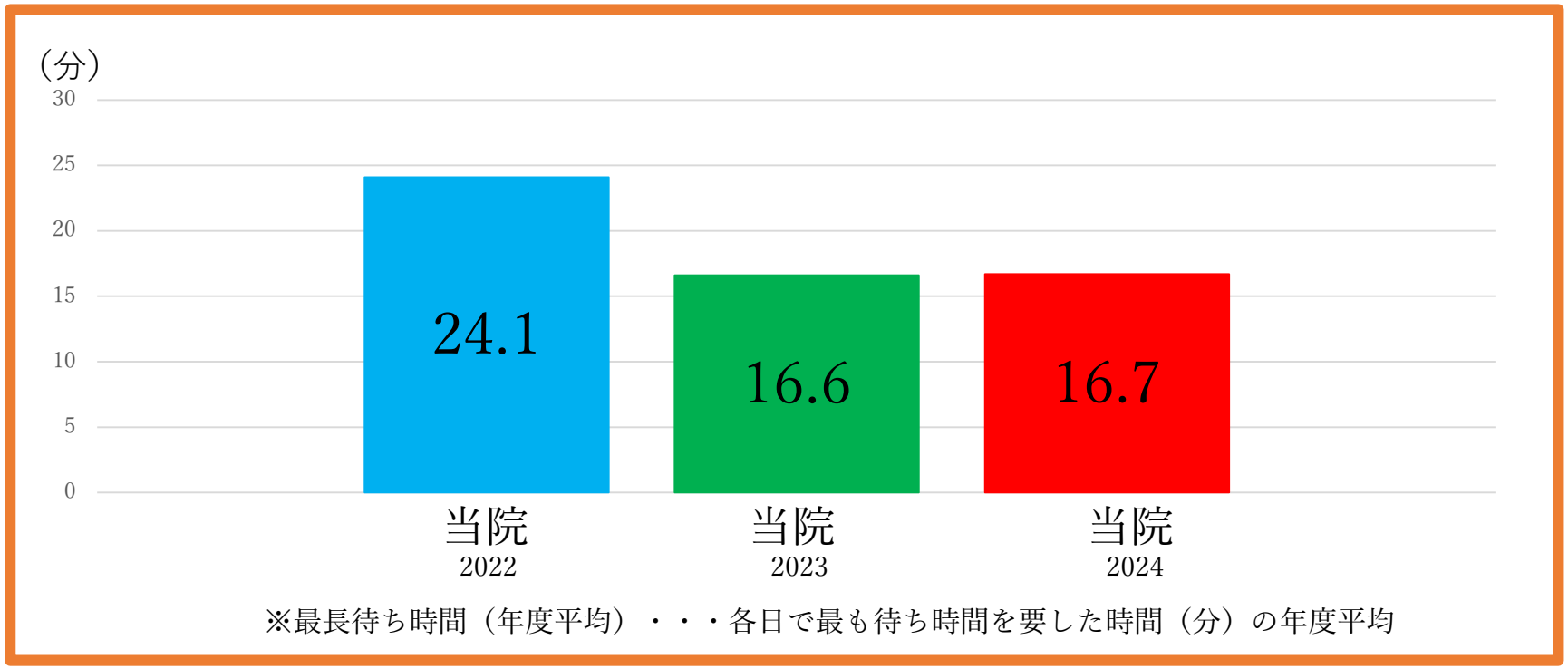
・従来、初診予約取得作業は、各診療科において対応をしておりましたが、他のお問い合わせ等と重複して、電話が繋がらず、場合によっては、初診患者さんが当院の受診を諦める事象もありました。
・上記の課題を解決する為、2016年４月より**初診電話予約の専用番号を設置し、初診予約取得のセンター化を実施しました。**
・2023年4月より、web予約システムも導入をし、更なる初診予約取得サービス向上を目指しております。

改善点と今後の課題

・WEBでの予約取得システムを導入したことにより電話予約の取得率は下がりつつあるが，WEBでの予約も取得できているため取得数はあまり変わらないのが現状。
・電話がなかなか繋がらない時間帯があるため，予約取得効率化のためにもAI電話の導入も視野に入れていく必要がある。

外来採血室における患者さんの最長待ち時間（年度平均）
（臨床検査部）

指標値



※最長待ち時間（年度平均）・・・各日で最も待ち時間を要した時間（分）の年度平均

ベンチマーク
なし

活動

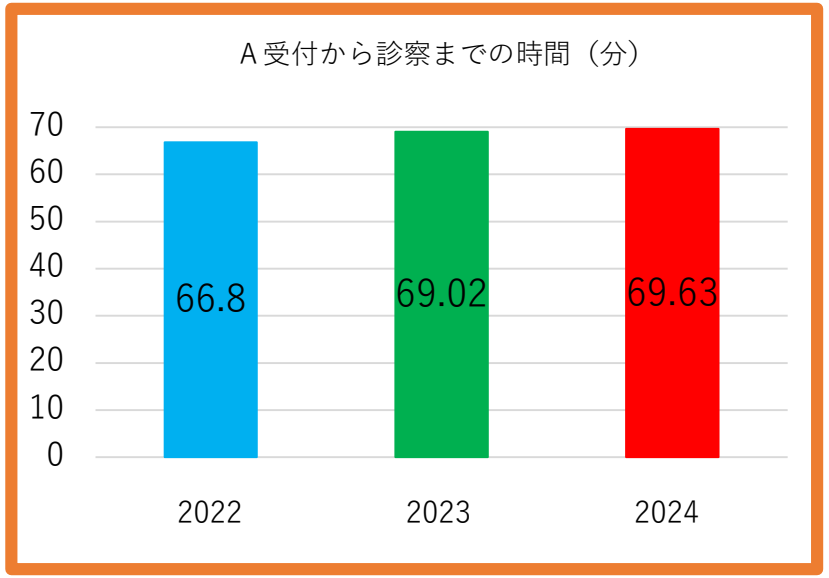
・採血業務開始時刻を15分早めて７時45分とし、また臨床検査部全体で採血室の人員確保をし、お待ちいただく時間の短縮に努めています。
・患者さん毎に詳細な採血情報が得られるようにシステム変更を行い、より安全な採血に努めています。

改善点と今後の課題

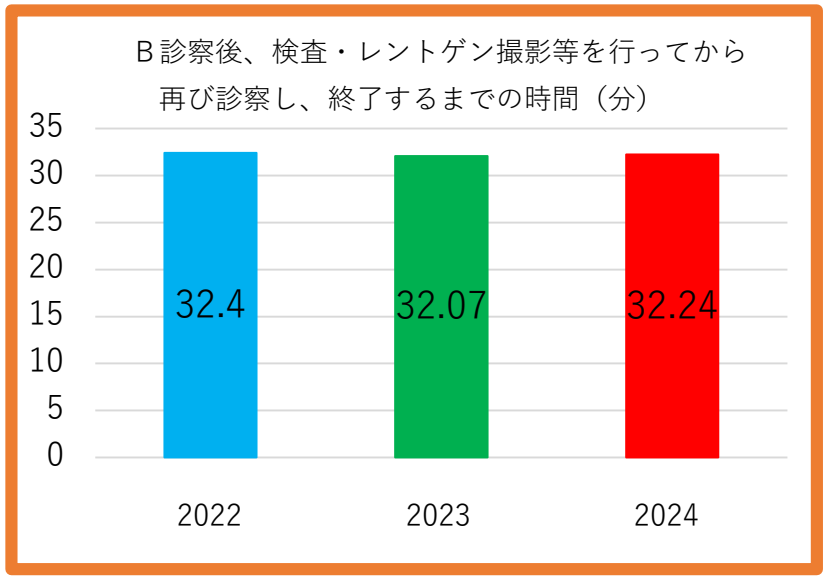
・新人技師の採血業務トレーニングを継続していきます。
・患者サービス向上を目指し接遇研修を行っていきます。

外来診察平均待ち時間
（病院合同会議／医療情報課）

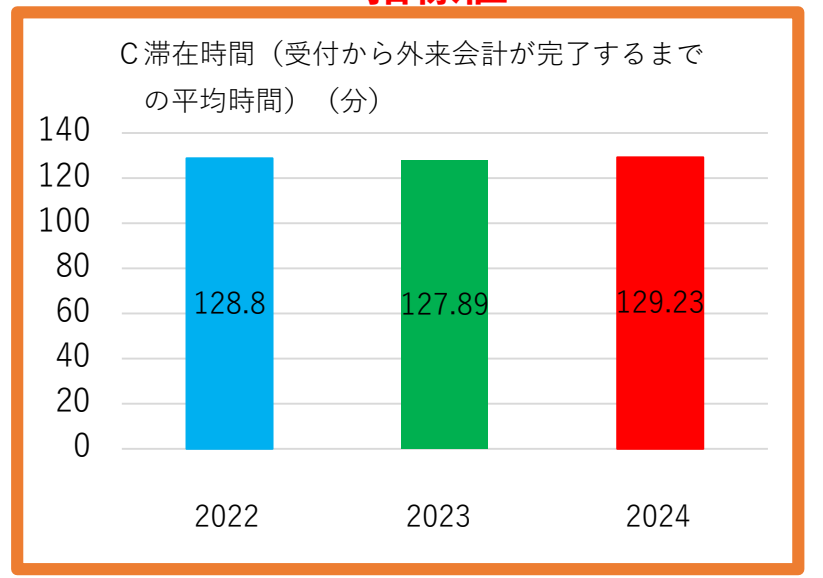
指標値



指標値



指標値



活動

・当該データは毎月１回開催される各診療科の部長が出席する**部長会・科長会合同会議に診療科ごとに提示され、**各項目において、待ち時間の長い診療科へは理由や改善策を確認しています。
・診療の流れの中で患者さんの待ち時間が長いポイントを調査し、**まず外来採血室での待ち時間の短縮**に取り組みました。
・2022年度は滞在時間は延長し、診察後、検査を行ってから再び診察し、終了するまでの時間も延長していましたが、新型コロナ感染症下での診療もあり、また1回の受診ですべての検査を行い、**結果を伝える努力（過去は検査のみの受診、検査結果通知のみの受診もあった）をしている診療科もあることがわかり、それが時間の延長につながっていました**が、患者さんの満足度は向上しているものと考えています。

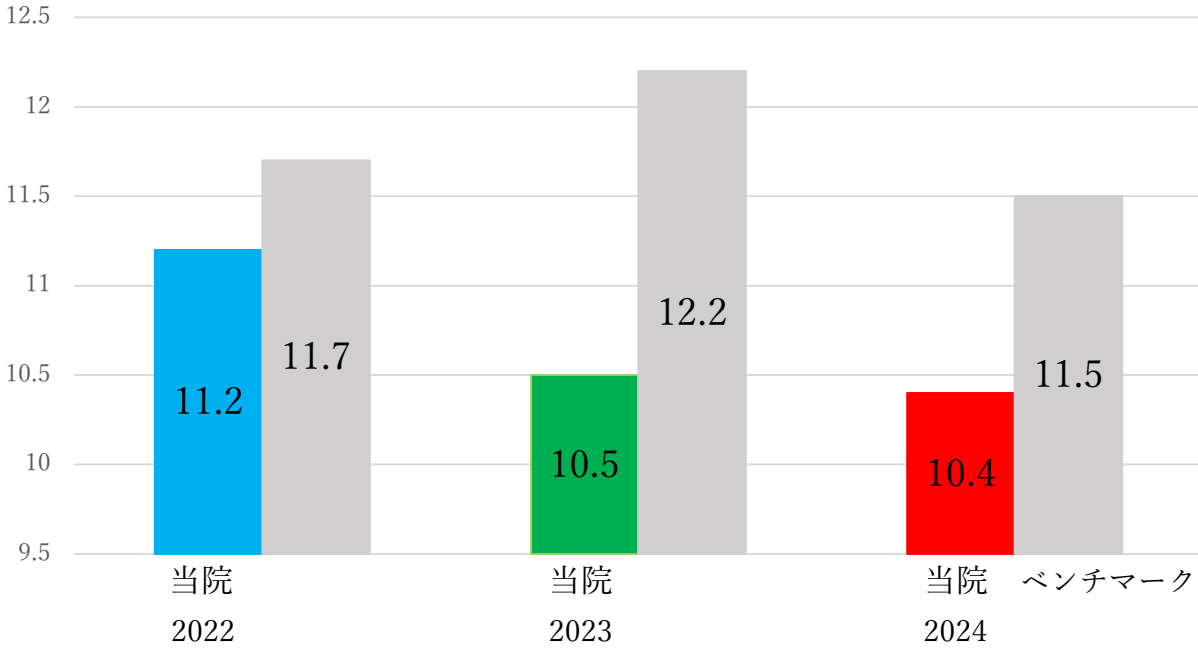
ベンチマーク
なし

改善点と今後の課題

・今後も**患者さんの無駄な待ち時間を軽減する取り組みを継続し、患者さんの満足度調査の解析を含め有益な診療につなげられる運用やシステム改善に努めます。**

平均在院日数
（医事課）

指標値



ベンチマーク

2024年度　11.5日

（私立医科大学協会病院ベンチマークシステム）

活動

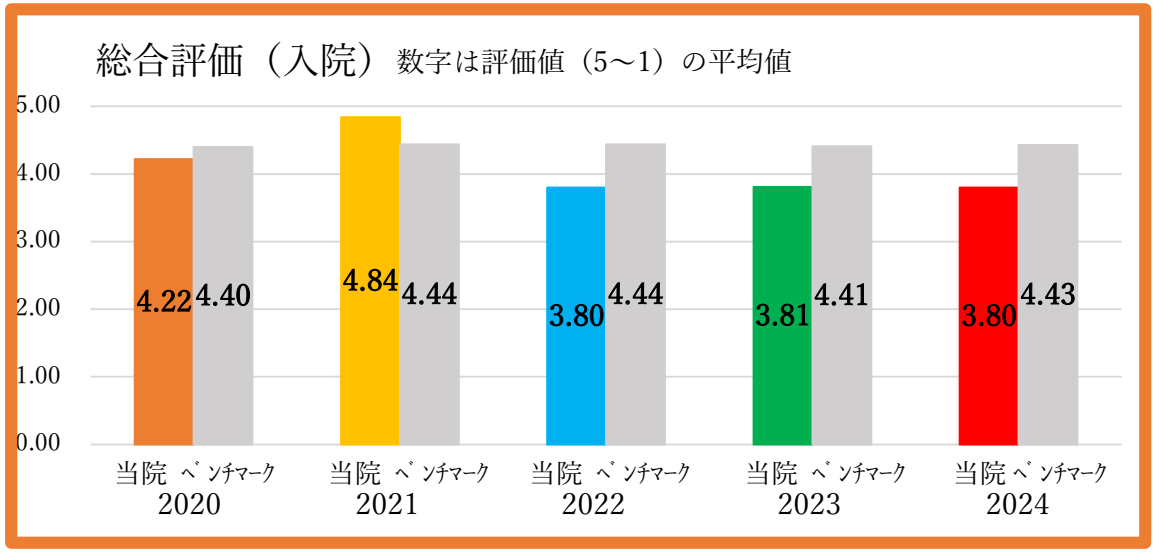
・急性期病院である当院にとって、平均在院日数の短縮を図ることは重要な取組みです。**年に3回、各診療科部長・科長に対して病院長、副病院長がヒアリングを行い、診療科ごとのデータを提示して平均在院日数を確認し合っています。**
・**地域貢献の為、在院日数を短縮し病床回転率を高めることが重要です。**
・当院では、平均在院日数を短縮する為、様々な会議体で資料を提示して、平均在院日数の改善に努めています。

改善点と今後の課題

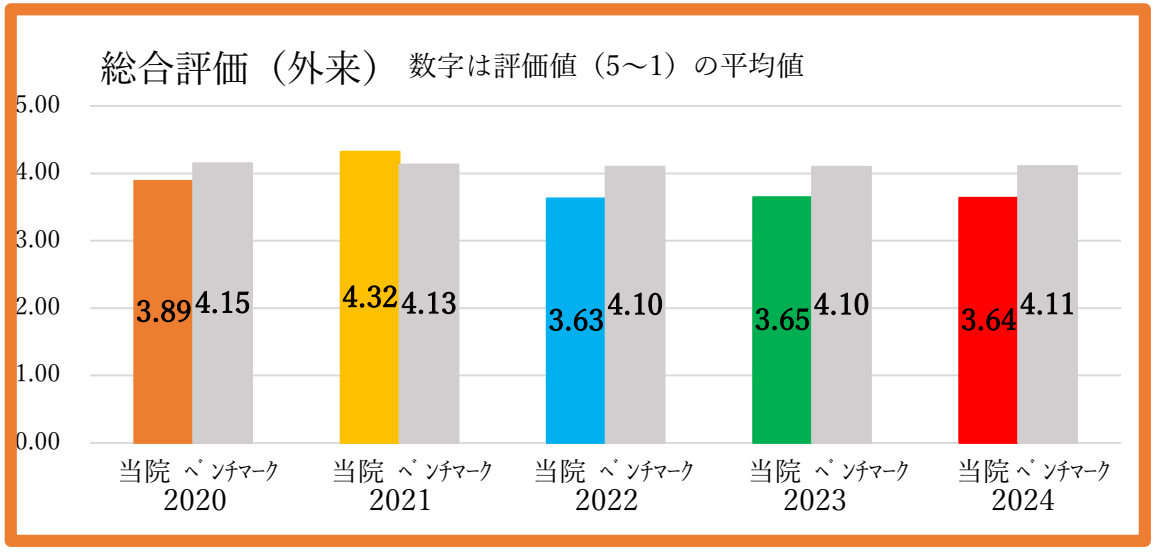
・**院内での様々な会議体及び病院長と各診療科との意見交換会での資料提示による平均在院日数改善の呼びかけや、クリニカル・パスの見直し等、効率の良い入院医療（在院日数を短くする）に取り組んできた効果が出たと考えます。**
・今年度（令和５年度）においても、速報値（令和５年９月現在）で、１０日前後となっています。

患者満足度総合評価
（医療の質・評価改善委員会）

指標値



指標値



ベンチマーク：日本病院機能評価機構　患者満足度・職員やりがい度活用支援平均値

活動

- 2018年から日本病院機能評価機構の患者満足度・職員やりがい度活用支援へ参加しており、グラフの**数字は2020年度から2024年度の「総合評価」（評価値5～1）の平均値です。**
- 結果を医療の質・評価改善委員会で評価し、改善点を抽出し、病院執行部、各診療科、各部門と共有しています。
- 結果を当院ホームページへ掲載し、公表しています。

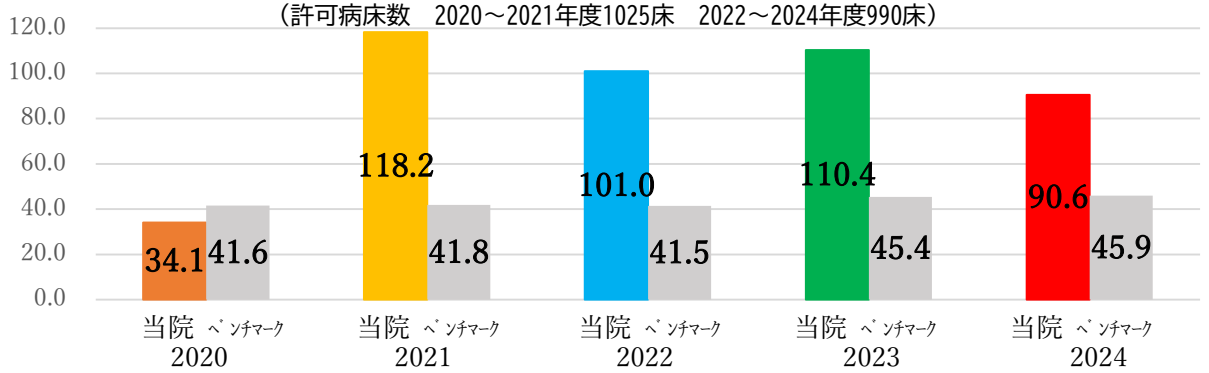
改善点と今後の課題

- **入院・外来ともに2022年度から2024年度にかけて，評価値が横ばいとなり，ベンチマークも大きく下回っています。今後も**患者満足度調査の結果を病院全体で共有し、改善に向けた努力をしていく必要性があると考えます。
- **建物も含め，院内施設老朽化についての評価も今回の結果に大きく影響しているものと考えます。当委員会からも引き続き修繕可能な施設等を病院側へ提案していきたいと思います。**

インシデント・アクシデント（入院）報告

（医療安全管理室）

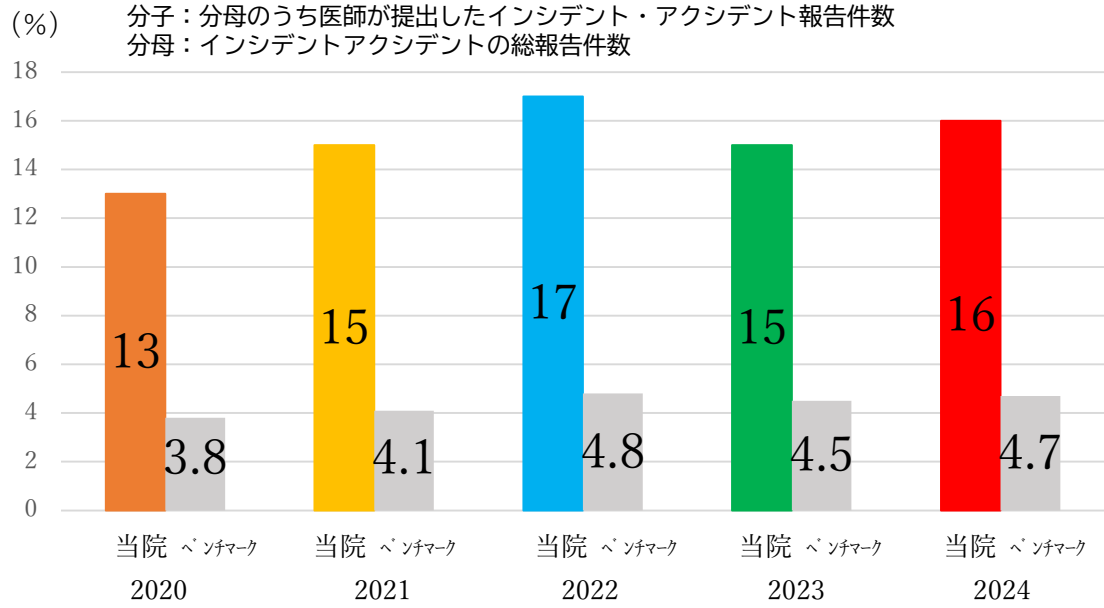
指標値：報告件数（100床あたり）



	2020	2021	2022	2023	2024
レベル０	1.87	50.63	65.35	65.88	72.68
レベル１	10.22	13.90	15.75	15.80	18.79
レベル２	11.71	10.57	10.13	10.49	10.89
レベル３ａ	7.61	7.36	6.17	5.85	6.25
レベル３ｂ	1.89	1.46	1.01	1.13	1.31
レベル４ａ	0.04	0.06	0.07	0.03	0.01
レベル4ｂ	0.11	0.10	0.08	0.09	0.04
レベル５	0.65	0.55	0.42	0.38	0.45

ベンチマーク（日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均）
2020年度 41.6件　2021年度 41.8件　2022年度 41.5件　2023年度 45.4件
2024年度 45.9件

指標値：医師による報告に占める割合（%）



ベンチマーク（日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均）
2020年度 3.8%　2021年度 4.1%
2022年度 4.8%　2023年度 4.5%
2024年度 4.7%

活動

・**医療安全管理委員会で、毎月、報告件数をはじめとしたデータを時系列で示すなど、医療安全における報告文化の醸成に向けて、レベル０レベルの積極的な報告を継続して伝達，周知してきました。**
・診療部門、看護部門など部門ごとの報告割合も示し、報告が少なかった診療部門には、研修医を含め、医療安全活動の推進に積極的な報告が重要であることを説明し、強化を図っています。

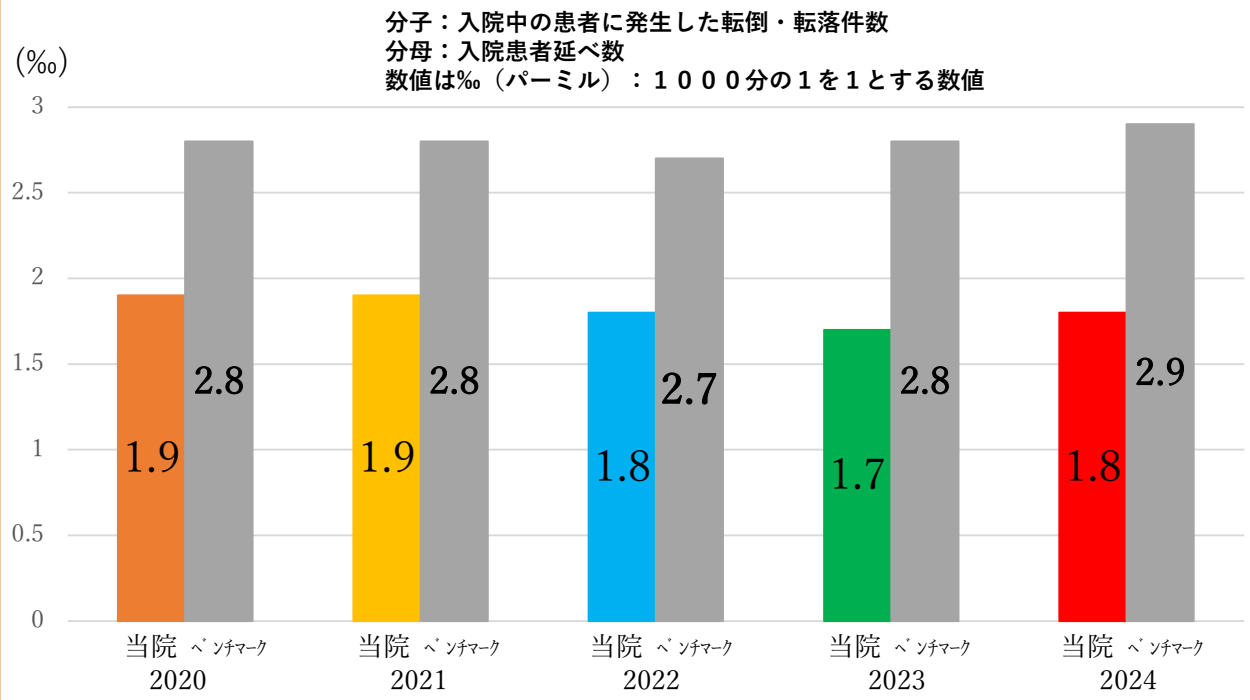
改善点と今後の課題

- **報告件数が年度ごとに増加**していき、その中でも**レベル０及び1の報告件数が増加しています。報告文化の醸成が進んでいる**ことが示唆されます。
- **医師による報告件数は総件数の10%には達していませんが、ベンチマークと比較して高い傾向**にあります。
- 今後は、報告内容を事故発生の防止のために活用するとともに、引き続き、**レベル０の報告件数の増加を推進していきます。**

入院患者の転倒・転落発生率

（医療安全管理室）

指標値



ベンチマーク

日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均値

2020年度　2.8‰
2021年度　2.8‰
2022年度　2.7‰
2023年度　2.8‰
2024年度　2.9‰

※数値は‰（パーミル）1000分の1を1とする数値

活動

- **医療安全管理室のワーキンググループとして転倒転落予防ワーキンググループを設置し取り組みを行ってきました。**
- 発生事例を分析し、リスク要因や予防策の充実を現場にフィードバックし、発生防止、再発防止に努めています。
- 現場でのリスクアセスメントの強化のため、転倒転落発生時の重症化率に影響を及ぼす薬剤をリスト化したものを配布し、周知しました。

改善点と今後の課題

- 転倒転落予防ワーキンググループの取り組みにより**発生件数は減少**しました。
- 高齢化に伴い、転倒転落リスクおよび転倒転落発生の増加は必至であり、今後は**リスク評価の精度の向上**を図るとともに、**転倒時の重症化を最小限にするような予防対策の充実**を図っていくことが課題です。
- 転倒転落発生時の重症化に関連する薬剤に焦点をあてた**ポリファーマシー対策の推進**を進めていきます。
- 患者自身の転倒転落防止に対する意識の向上を図るような取り組みも進めていきます。

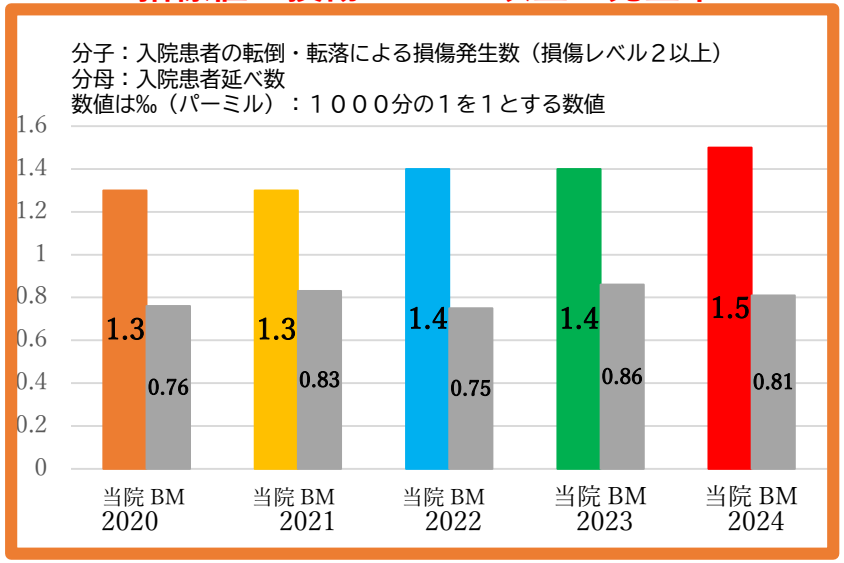
＜外来での取り組み例＞



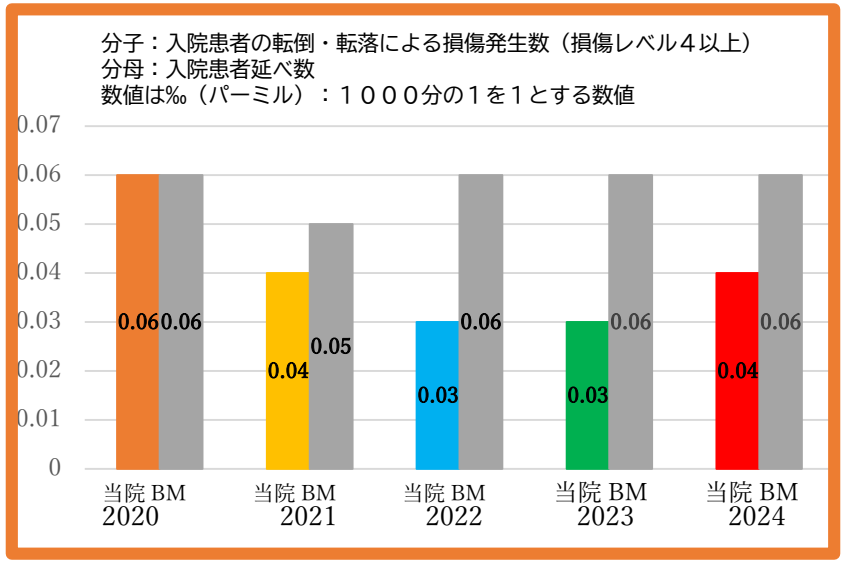
入院患者の転倒・転落発生率（要因別）

（医療安全管理室）

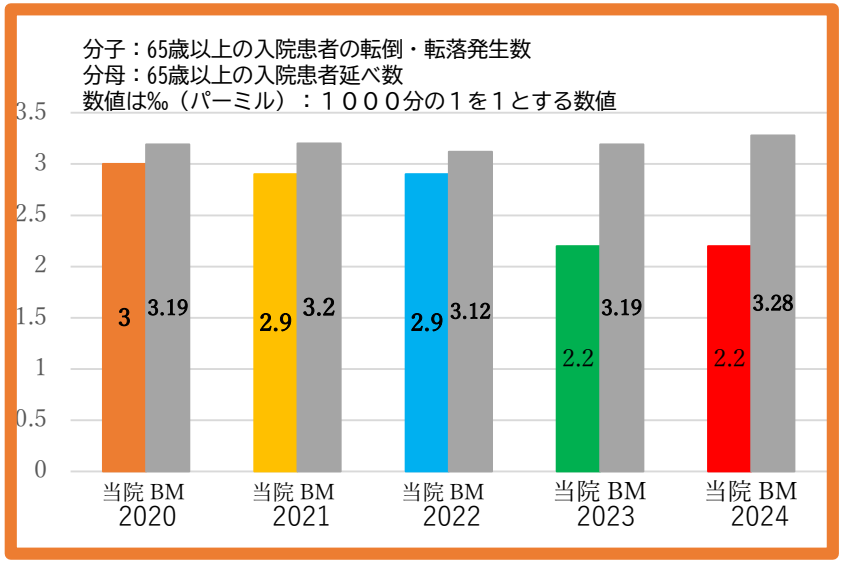
指標値：損傷レベル2以上の発生率



指標値：損傷レベル4以上の発生率



指標値：65歳以上の発生率



活動

- 継続して医療安全の下部組織として他職種構成の転倒予防WGで活動をしている。
- 従来の対策をに加え，リスクアセスメントの結果に応じた予防策を4タイプに分け，院内に周知，予防を図っている。
- **超高齢化に伴う、高齢者の転倒転落発生の増加は必至であることを踏まえ，予防対策に加え，転倒による重症化（骨折など）を防止することに重点をおいて対応している。**
- **転倒件数の増加の一方で，６５歳以上の発生率は増加しておらず，活動の成果と評価する。**

改善点と今後の課題

- 転倒発生時のリスクアセスメントが妥当ではなかった事例が散見されており，正確なリスクアセスメントの実施の改善が必要と考える。
- 頻度の高い発生場面に特化した予防対策の周知徹底を推進していく必要がある。
- 超高齢化に伴う高齢者の発生率の増加を踏まえ，65歳以上の発生率を維持・軽減を目標にすることに加え，損傷レベル４以上の発生率の減少を目指した活動を進めていく必要がある。

ベンチマーク

日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均値

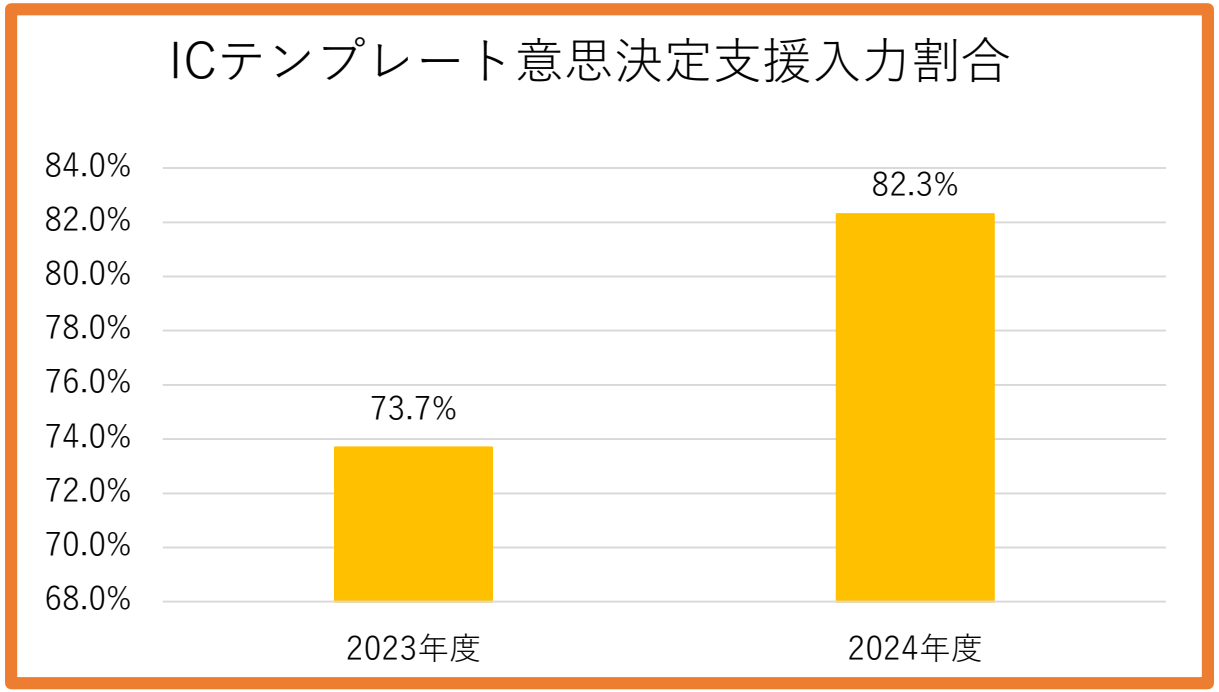
	損傷レベル２以上	損傷レベル４以上	６５歳以上
2020年度	0.76‰	0.06‰	3.19‰
2021年度	0.83‰	0.05‰	3.20‰
2022年度	0.75‰	0.06‰	3.12‰
2023年度	0.86‰	0.06‰	3.19‰
2024年度	0.81‰	0.06‰	3.28‰

※数値は‰（パーミル）1000分の１を１とした数値

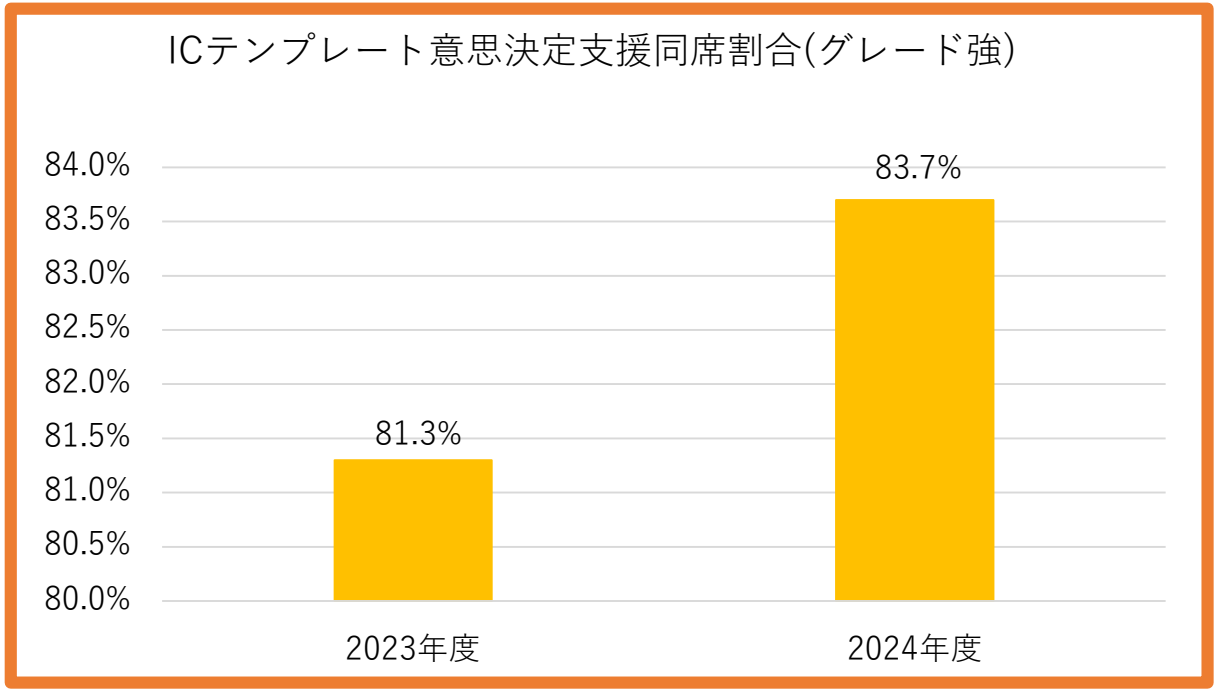
ICテンプレート意思決定支援

（医療安全管理室/医療情報課）

指標値：入力割合



指標値：同席割合（必要度・強）



活動

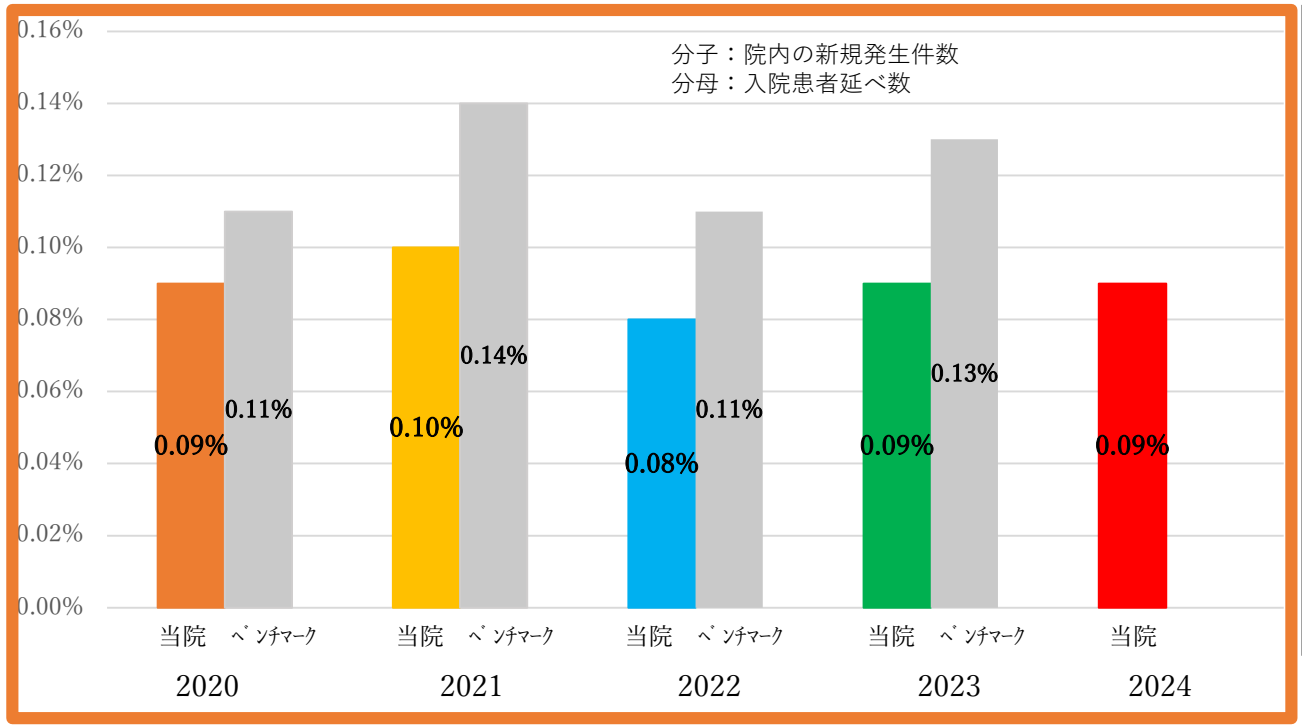
- ICテンプレートを作成し、IC必須項目の明確化とともに「患者、家族の反応、受け止め」「意思決定支援」の記載の充実を図りました。
- IC同席の必要度を「推奨（強）（中）（弱）」で分類し、「推奨（強）」に焦点を当ててIC同席率の改善に取り組んでいます。
- **2023年6月からは部長会・科長会・病院合同会議において、同席率が50%以下の診療部、部署には、同席率改善を求める文書を作成、配信しています。**
- 看護部では意思決定支援に関する研修を行い、医療情報課では質的監査を実施し、意思決定支援の充実と質の向上を図っています。

改善点と今後の課題

- 活動を開始後、ICテンプレート意思決定支援入力割合、IC同席割合ともに改善がみられ、**同席割合は80%以上まで改善**を認めました。
- **ICテンプレート意思決定支援入力は、2023年度における10か月で7倍の77%まで改善**ができました。
- 現在は「推奨（強）」に焦点を当てて取り組んでいますが、**診療科によって実施割合の差異が認められる**ため、すべての診療科で実施割合が改善できるような取り組みを強化していきます。

褥瘡発生率
（褥瘡予防対策室）

指標値



ベンチマーク

日本病院会Ｑｉプロジェクト参加施設（回答施設）の平均値
※分子はd2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

2020年度　0.11％
2021年度　0.14％
2022年度　0.11％
2023年度　0.13％

※当指標は集計方法が困難である等の理由により，2023年度をもって終了となった。

活動

・褥瘡発生数の低下やケアの充実のために、看護師の褥瘡回診への参加、定期的スキンケアラウンド、スキンケア院内認定看護師の育成や褥瘡ケア
　用品を整備するなど、様々な活動を展開しています。
・定期的にリンクナース会を開催し、ケースカンファレンスや褥瘡予防に関する知識の普及に努め、**リンクナースを通じた正しいリスクセスメントの実施を励行しています。**

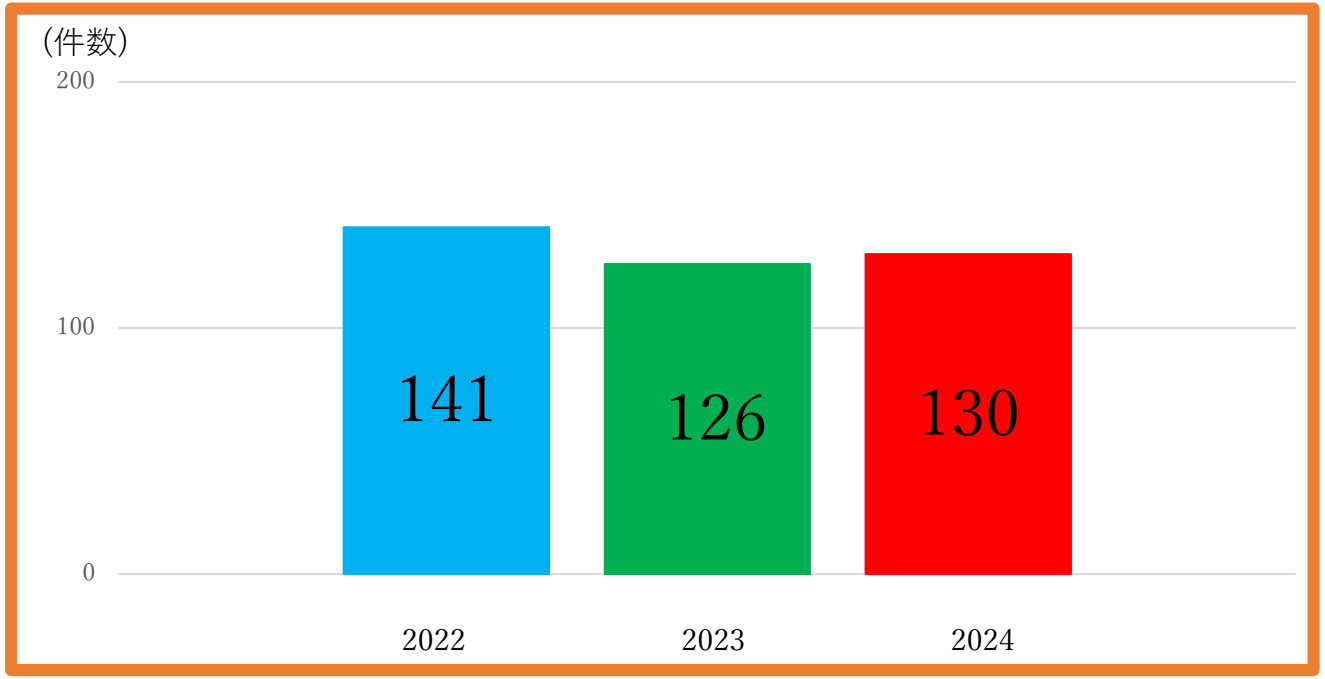
改善点と今後の課題

・褥瘡発生の外的要因は、『ポジショニング不足』が最も多く、次いで『皮膚の浸軟』『体圧分散マットレスの未使用』が挙げられます。これらの要因は会議等でその都度周知していますが、引き続き様々な機会を活用し、褥瘡発生の予防に努めます。
・**リンクナースを中軸とした活動を今後も推進し、定期的なリスクアセスメントと患者にあわせた丁寧な看護ケアに取り組みます。**

褥瘡対策チーム介入件数

（褥瘡予防対策室）

指標値



ベンチマーク

活動

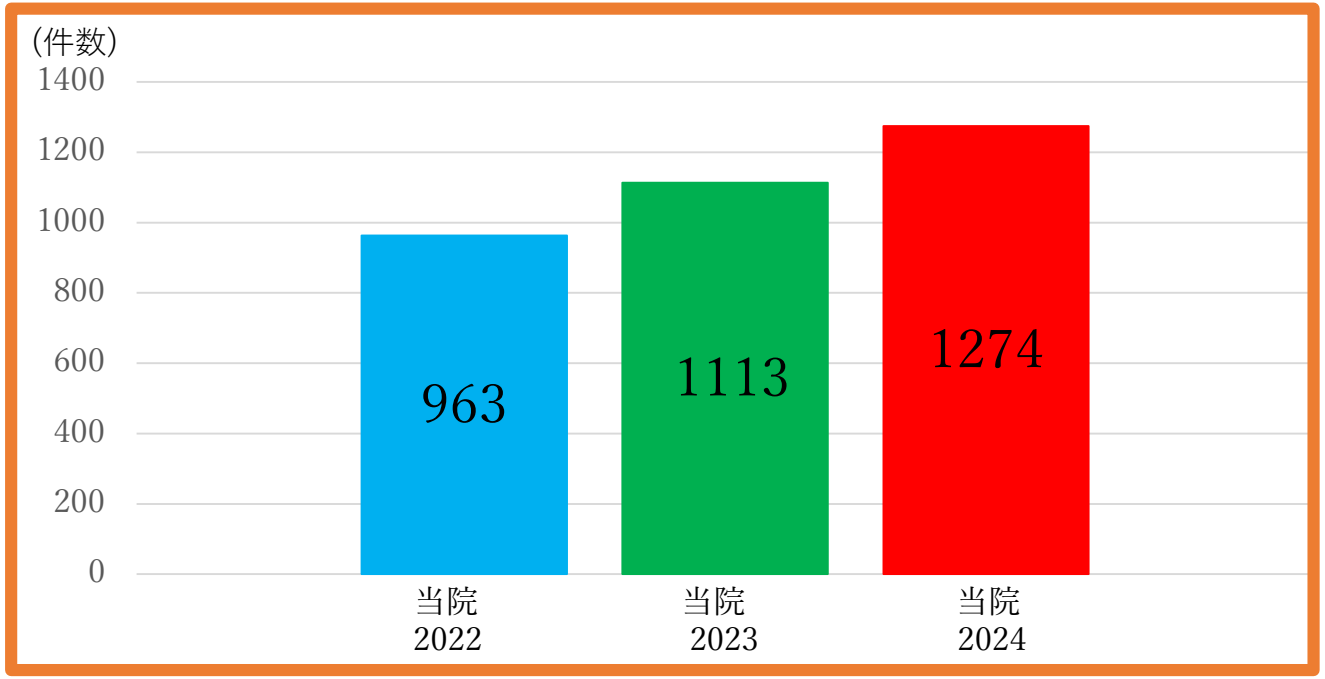
・チームメンバーは、医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士とし、NST・褥瘡対策委員を中心に選出する。また、医師と看護師は専任者として届け出のあるものと専従の褥瘡管理者を含む
・主たる活動は、週１回の褥瘡回診。依頼のあった褥瘡発生患者を週１回3-4名程度回診する。回診では、創処置・発生要因・ケアの見直しを行う
・回診中にウォーキングカンファレンスで、治療方針を確認する
・処置内容やカンファレンス内容は記録に残す
・委員会主催の勉強会を企画運営

改善点と今後の課題

- ・褥瘡発生率低下のために、褥瘡発生患者だけでなく発生リスクの高い患者へアプローチ方法の検討
- ・チームと皮膚科依頼の違いの明確化
- ・回診に集まれる職種が限られており、チームメンバーがそろわない

栄養食事指導件数（入院・外来・集団）
（栄養科）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

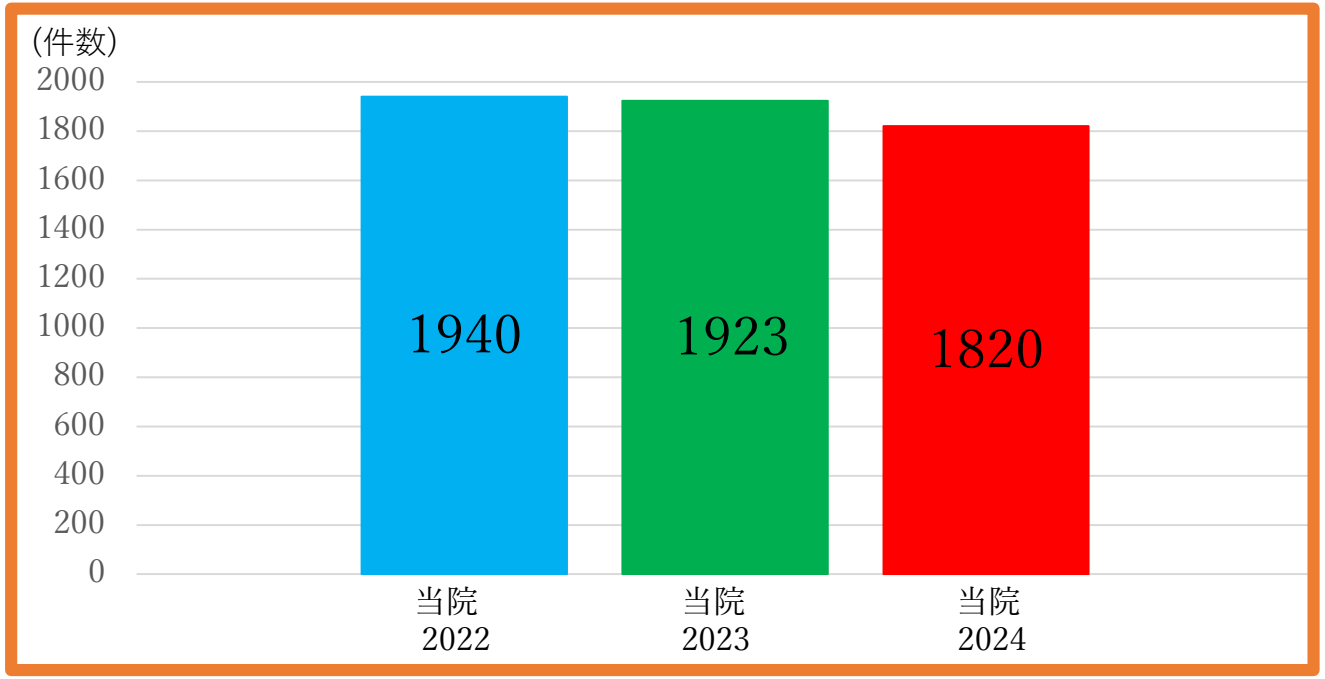
1　医師の指示に基づき，入院中および外来にて栄養食事指導を行っています。
2　管理栄養士は患者さんの食生活環境を把握し，病態に応じた食事のアドバイスをさせていただき，食生活の改善支援を行っています。
3　糖尿病（または慢性腎臓病）透析予防指導では医師・看護師，そして集団栄養食事指導では医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師と連携を取りながら患者サポートを行っています。

改善点と今後の課題

1　感染防止対策により集団栄養食事指導は中止していましたが，2022年度より再開，栄養食事指導件数は増加傾向です。
2　個人栄養食事指導は，多くの患者さんに受講していただけるよう指導枠の増枠を予定しています。
3　今後は腫瘍センターに管理栄養士が常駐，多職種と協力し外来で化学療法を行っている患者さんへの栄養支援強化を図っていく予定です。

管理栄養士による入院時栄養支援件数
（栄養科）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

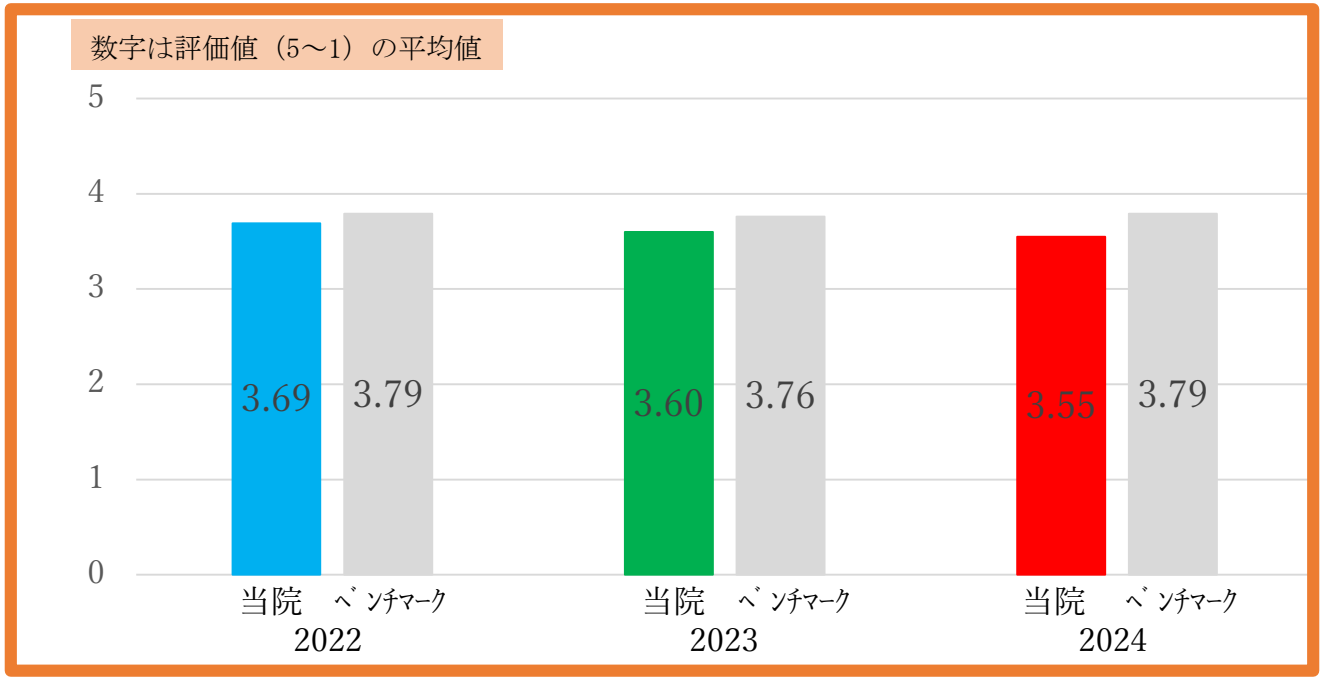
1　診療支援センターでは入院前の患者さんへ聞き取りを行い，生活や身体状況，お薬，食事などの確認を多職種で行っています。2021年10月より管理栄養士は，診療センターに常駐し栄養支援を行っています。
2　管理栄養士は食物アレルギーや信仰上の食事に対する制限，食事・栄養状態について栄養介入が必要な場合は，患者さんまたはそのご家族等に聞き取りを行っています。

改善点と今後の課題

1　入院前に患者さんから食事に関する情報を得ることで，入院時医師に相談し適切な内容で食事提供できるようになりました。
2　管理栄養士による栄養支援は，医師や看護師への負担軽減につながり，診療の質の向上にも寄与しています。
3　2024年度は栄養支援件数は減少しています。これは入退院を繰り返している患者さんの場合も食物アレルギー等の確認をおこなっていますが実績から除外していることが一因と考えます。
4　管理栄養士の病棟配置で入院直後から患者さんに寄り添う栄養サポートを目指します。

患者満足度調査「食事内容について（入院）」
（栄養科）

指標値



ベンチマーク
日本病院機能評価機構
患者満足度・職員やりがい度
活用支援平均値

活動

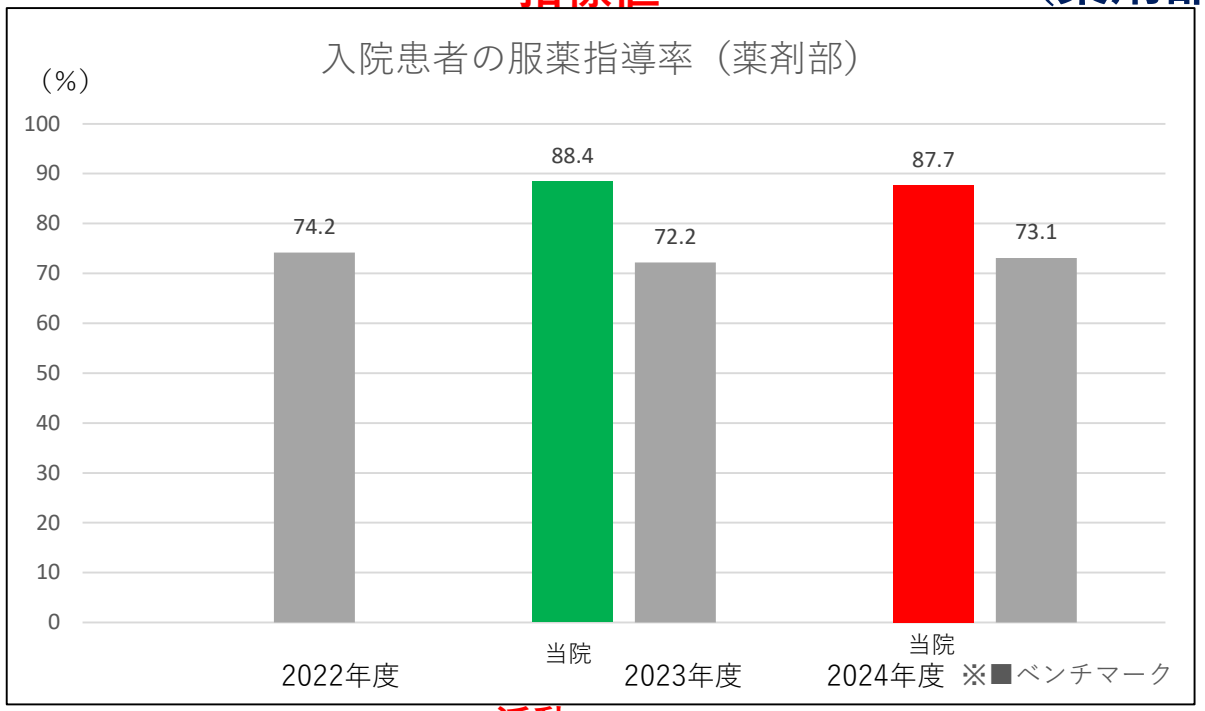
1　当院は，2018年から日本病院機能評価機構「患者満足度調査」へ参加しています。
2　グラフは調査項目「食事内容について」の結果です。数字は，評価値（５～１）の平均値を示しています。

改善点と今後の課題

1　ベンチマークより低い結果となりましたが，栄養科として年２回実施している「嗜好調査」では，2024年度１回目は65%，２回目は77%の方から食事内容について「とても満足・やや満足」と回答をいただいており改善傾向にあります。
2　「嗜好調査」では患者さんより多くのご意見・ご要望をいただきます。今後も患者さんのお声を参考とさせていただき「治療・安全優先の食事」が「患者さんの期待値」に近けるよう食材の質，調理方法，食事提供方法などの見直しを行っていきます。

入院患者の服薬指導率

指標値　（薬剤部）



ベンチマーク

活動

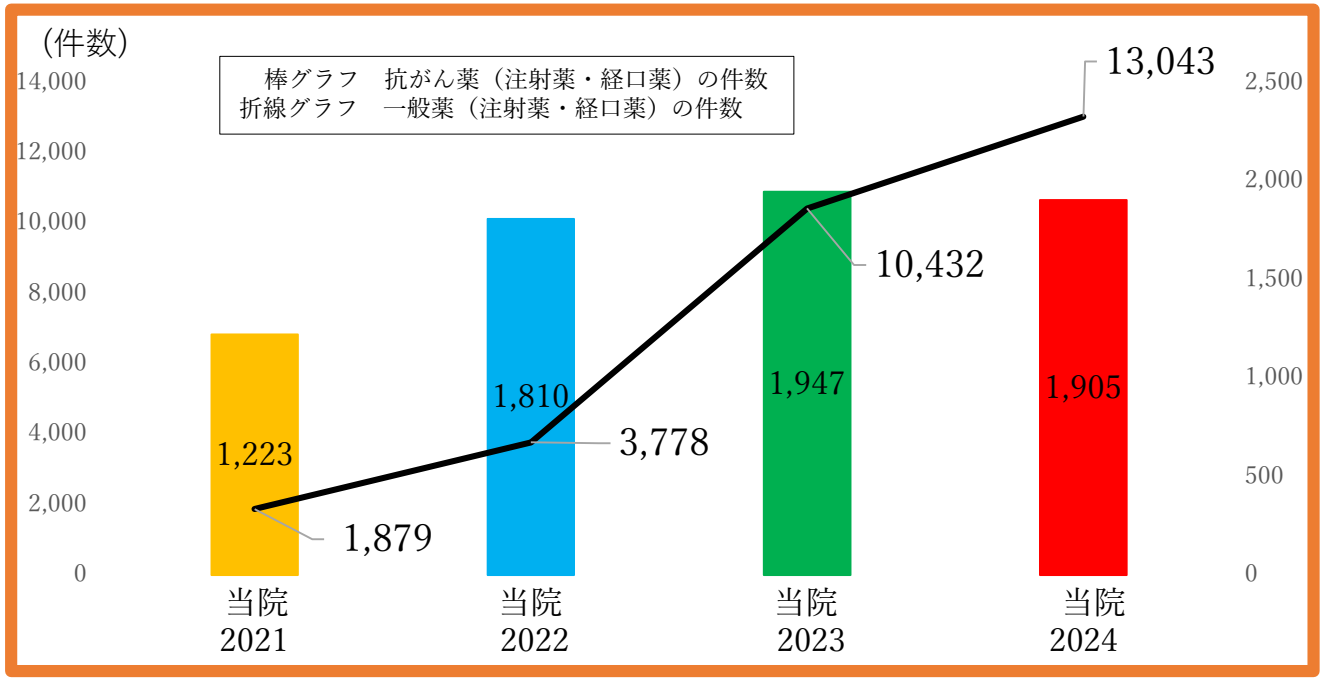
- 薬剤師は病棟業務を通して以下5項目のアウトカムを得ることを目的とし、投薬前後における患者モニタリングの一環として患者個々に対して薬剤管理指導を実施している。
- ①最適な薬物療法の実施による有効性・安全性の向上
- ②患者の QOL の向上
- ③医薬品の適正使用の推進による治療効果の向上と副作用の防止による患者利益への貢献
- ④病棟における薬剤（注射剤、内服剤等）に関するインシデント・アクシ デントの減少
- ⑤薬剤師の専門性を活かしたチーム医療の推進

改善点と今後の課題

2023年度よりQIプロジェクトとして参画し当院でのデータを提示した。2023年度・2024年度の服薬指導率はベンチマークを10ポイント以上，上回っており，多くの患者に対して薬剤管理指導が実施できている。今後も服薬指導を要する患者に対しては薬剤管理指導の実施に努め，指導率を維持していきたい。

薬剤師による薬物治療支援
（薬剤部）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

- 最適な薬物療法の提供や安全性の向上、医療の効率化などを目的として、医師と薬剤師が事前に合意したプロトコールに基づき共同で薬物治療管理（PBPM)を実施している。PBPMにより薬剤師が主体的に薬物治療に関わり薬物治療支援することにより医師の負担軽減にもつながり、診療の質向上にも寄与している。

改善点と今後の課題

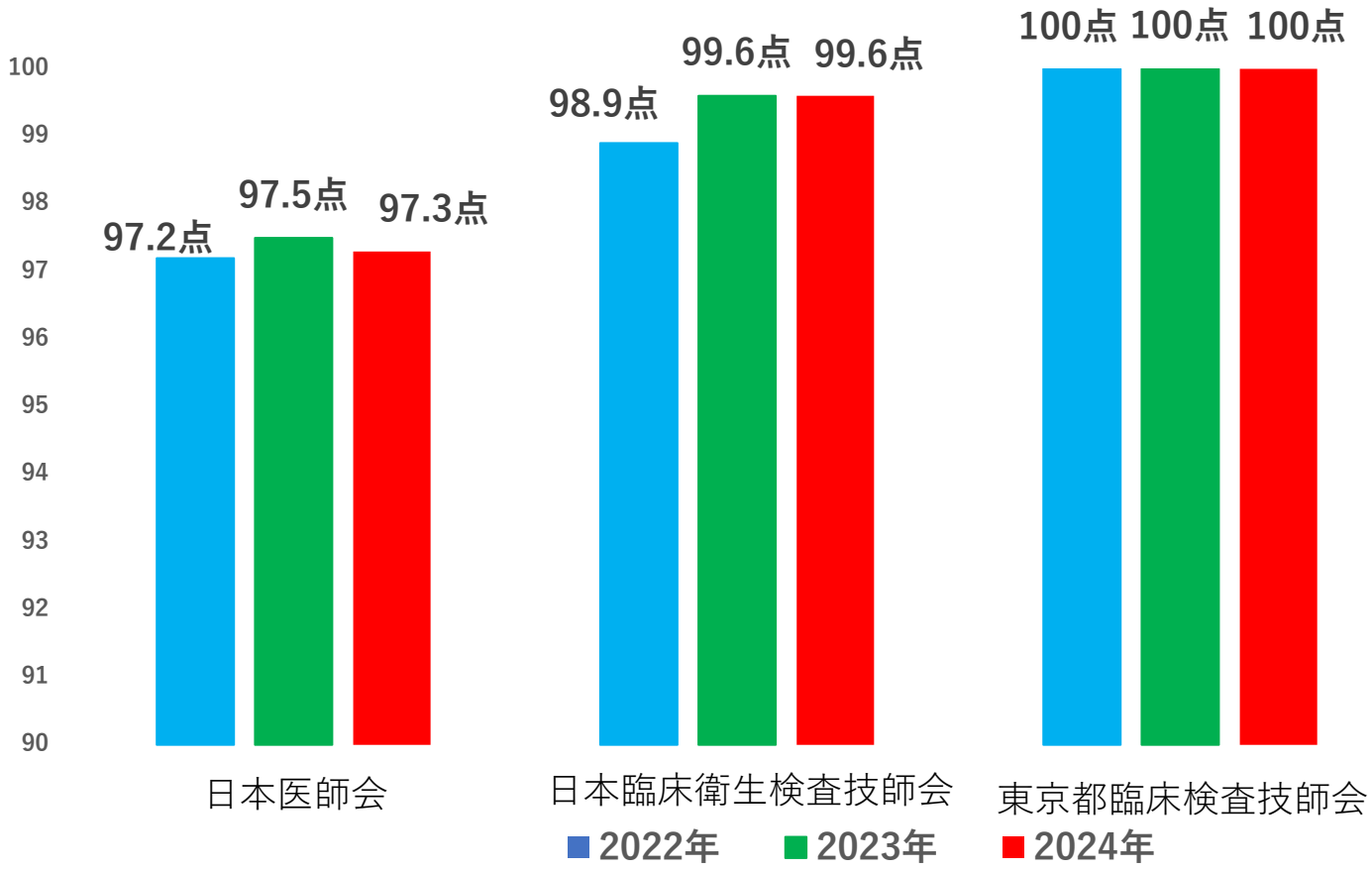
- 薬物治療管理（PBPM）により、診療の円滑化および質向上に寄与している。抗がん薬のPBPMは2012年より段階的に拡充し、現在8項目を実施しており安定した抗がん剤薬物治療支援ができている。一般薬のPBPMにおいては2024年現在で25項目を実施しており、より先進的なPBPMとして治療効果向上を目的とした医師との協働プロトコールも導入している。引き続き薬剤師による薬物治療支援を実施していく。

臨床検査に係る精度管理調査評価度

（臨床検査部）

ベンチマークなし

指標値



活動

当検査室では、検査の正確性と信頼性を確保するため、以下の取り組みを行っています。
・外部精度管理調査への参加
日本医師会やその他の機関が主催する外部精度管理調査へ積極的に参加しています。
・ISO 15189の取得
国際的な臨床検査室の品質と能力に関する規格である「ISO 15189」に基づいた品質マネジメント体制の構築と運用を進めています。これにより、より高い信頼性と安全性を備えた検査サービスの提供を目指しています。

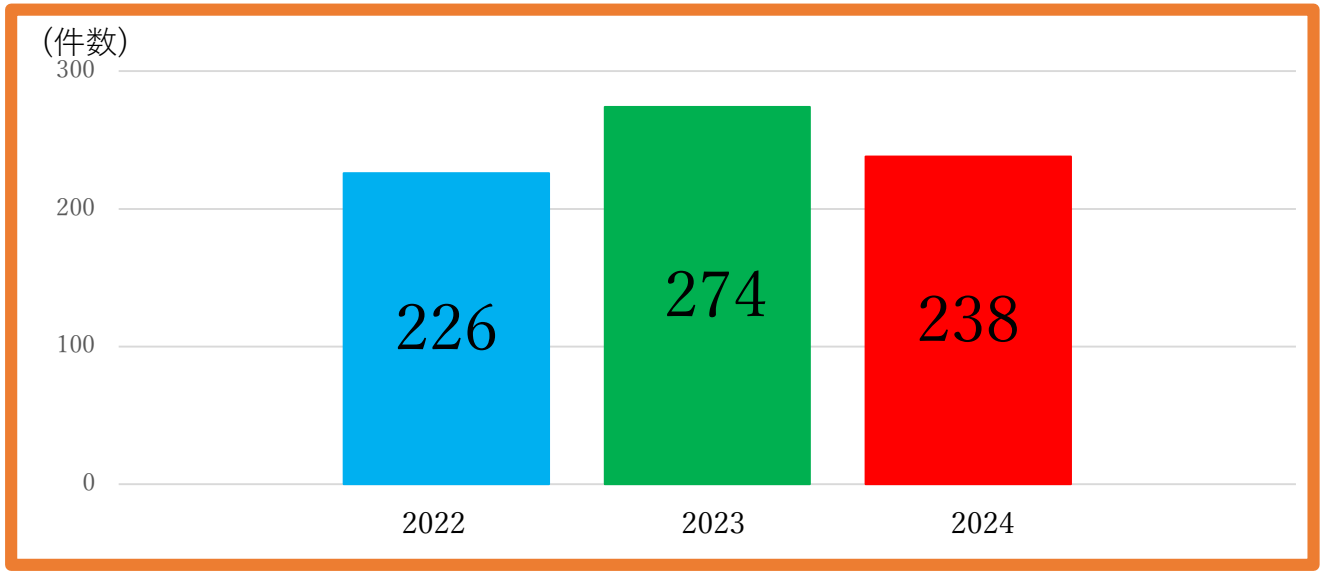
改善点と今後の課題

外部精度管理調査で定められた基準や許容範囲から逸脱した場合、当検査室では速やかに原因を分析し、試薬や機器、手技の見直しを行うことで是正を図っています。今後は、これらの改善活動を継続するとともに、ISO 15189に基づく品質マネジメント体制のさらなる強化を進め、検査の信頼性と精度の一層の向上を目指してまいります。今後も、継続的な改善と人材育成を通じて、患者さんに安心していただける検査体制の維持・向上に努めてまいります。

緩和ケアチームの新規介入患者数

（がん診療連携拠点病院院内協議委員会）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

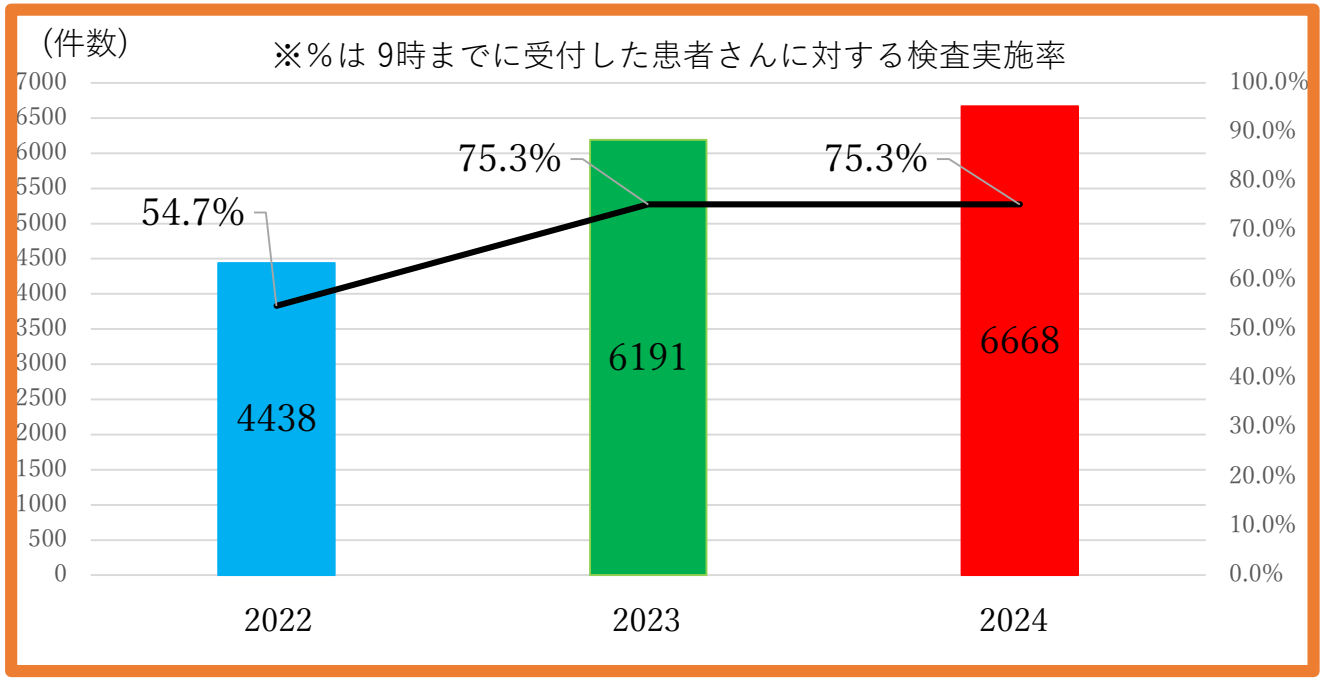
癌をはじめとした生命を脅かす疾患の入院患者・家族に対して、身体的・心理的・社会的苦痛などを緩和できるように各専門家（麻酔科・精神科・呼吸器内科・小児科医師、がん看護専門看護師・がん性疼痛看護認定薬剤師、公認心理師、MSW、管理栄養士）がチームとして活動しています。小児の場合は保育士も加わり子どもサポートチームとして患児と家族に対応しています。状況に応じて病棟とカンファレンスを実施し、患者・家族へより良い緩和ケアが提供できるように努めています。外来患者に対しては緩和ケア外来において対応しており、入院から外来、外来から入院と継続して緩和ケアを受けられるようにしています。また、ご遺族に対しても病棟と協力しお悔やみと励ましのカードを送り、グリーフケアを行っています。地域医療機関との連携として、チーム介入患者の退院前カンファレンスに参加し、患者の状況に合わせてチームの転院サマリーを記載し患者へ渡しています。
院内全体の緩和ケアの質向上のために、地域がん診療連携拠点病院緩和ケア委員会において緩和ケアに関するシンポジウムを年1回、その他に勉強会と事例検討会を緩和ケアチームも協力して実施しています。

改善点と今後の課題

- 現在、当院の緩和ケアチームは多職種の専門性を活かした包括的な支援体制を構築し、入院・外来・在宅の各場面において患者およびご家族に寄り添ったケアの提供に努めています。しかしながら、疾患の終末期に近づいてから介入が開始されるケースが依然として見受けられ、早期からの介入によって得られる生活の質（QOL）の向上の機会が十分に活かされていないことが課題となっています。今後は、診断初期の段階からチームが関与できるよう、主治医や他診療科との連携体制の強化を図ってまいります。
- 院内全体の緩和ケアの質をさらに高めるためには、チーム以外の職種に対する教育や啓発活動の充実も不可欠です。現在、チームメンバーは高い専門性を有していますが、一般病棟スタッフを含めた全体の緩和ケア対応力の底上げを目指し、院内研修や事例検討会の機会を今後も継続してまいります。
- 患者およびご家族の“その人らしさ”を大切にしながら、より質の高い緩和ケアを継続的に提供できる体制の確立を目指してまいります。

一般撮影実施患者数（８時３０分から９時００分）
（放射線部）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

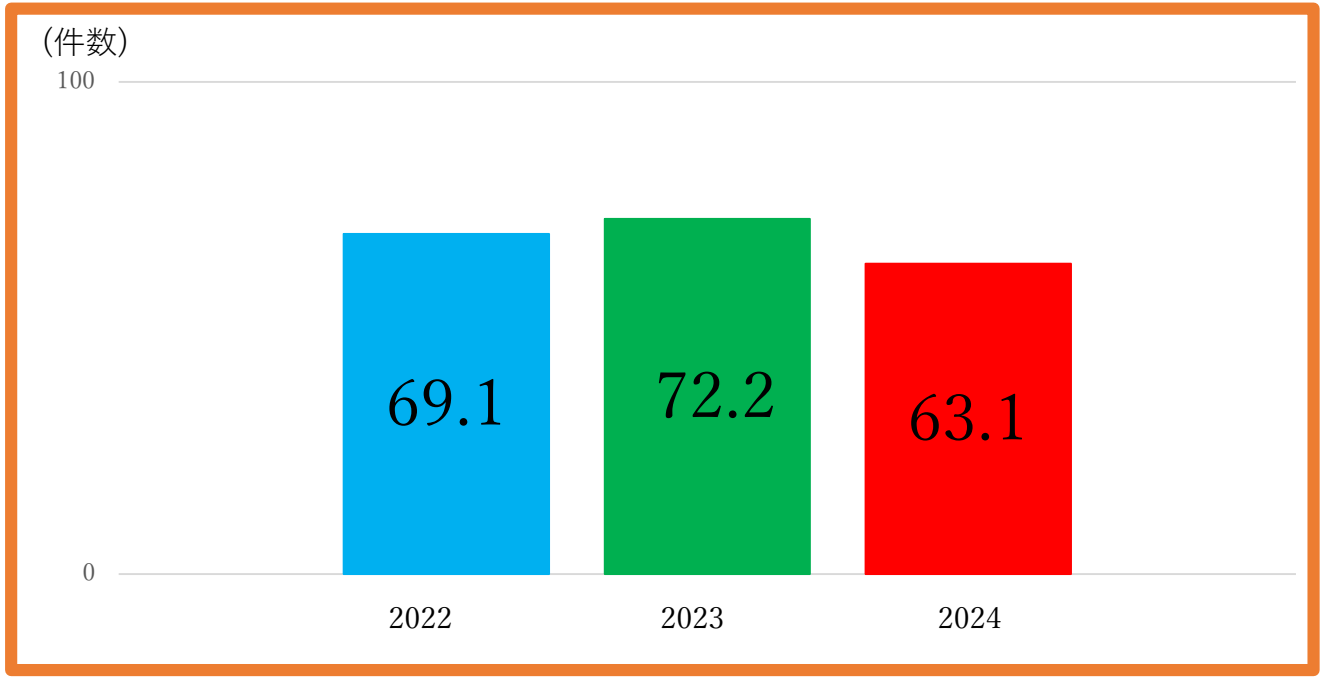
2021年8月から，一般撮影の検査開始時間を30分早く，9時から8時30分にし，各外来の診察開始時間までに確実に画像配信できるよう努めています。また，患者数が増加傾向にあるため，8時30分勤務の人員を増員し，9時までに受付した75.3％の患者さんが，各外来の診察開始時間までに画像配信され，各外来の診療に貢献しています。

改善点と今後の課題

一般撮影検査の開始時間を9時から8時30分に前倒しした結果，患者数が増加し，各外来の診療に貢献しています。一方で整形外科，乳腺内分泌外科などの撮影時間が長くなる検査が増え，待ち時間が長くなる原因の一つになります。そのため，待ち時間の負担を軽くするように，胸腹部・マンモグラフィ・整形外科領域等の各撮影室に適切な配置分担を行い効率化に取り組んでいます。また，患者さんの負担軽減と検査時間の短縮のため，長尺FPD（フラットパネルディテクター）の導入も検討しています。

入退院支援介入率
（患者支援センター）

指標値



ベンチマーク

活動

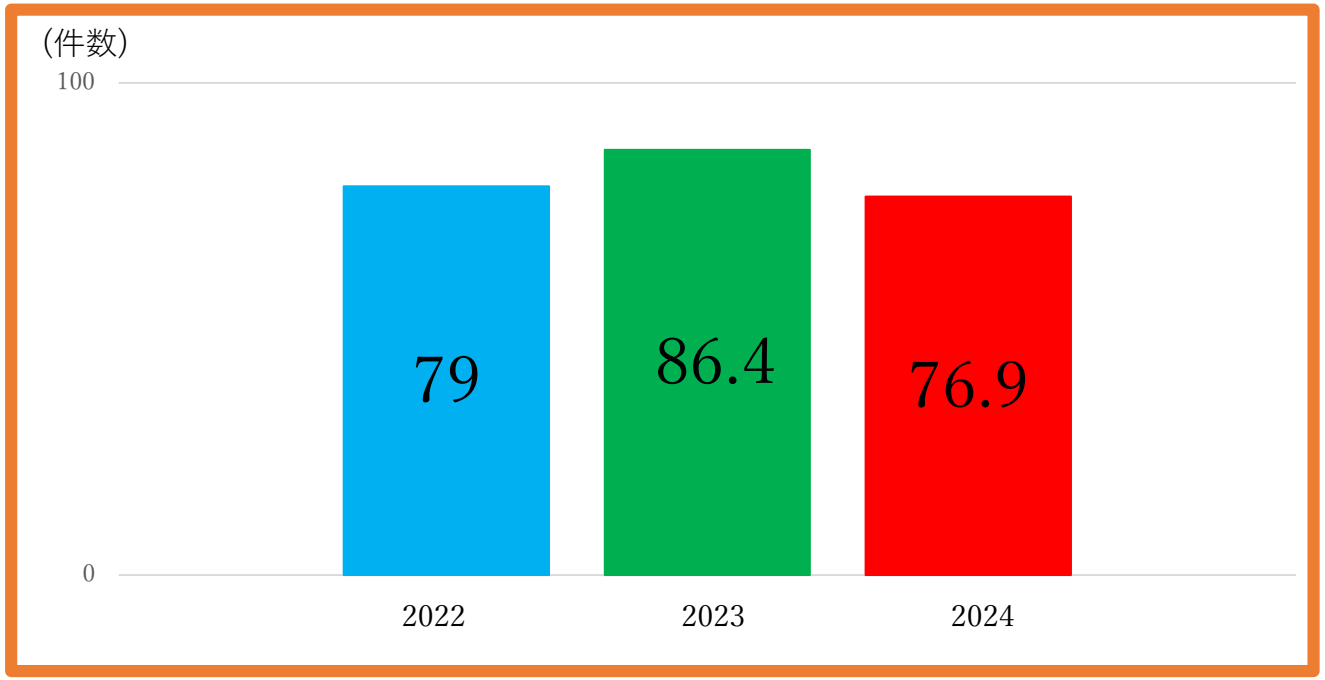
・患者支援は当院が最も力を入れている事業のひとつである。
・入院（予定・緊急）や療養に心配や不安のある患者・家族に入院早期から入退院支援担当者（看護師・ＭＳＷ）が多職種と連携しながら支援している。
・地域包括ケアシステムにおける高度急性期医療を担う当院と地域サービスや医療・介護施設との橋渡し的存在として活動している。

改善点と今後の課題

・2022年2月医療連携センターを患者支援センターとして再編し退院支援介入率を向上させた。
・2025年2月入退院支援Yahgee文書を導入。入院前から退院後まで切れ目のない支援ができるようにする。

診療支援センターにおける入院前問診率
（患者支援センター）

指標値



ベンチマーク

活動

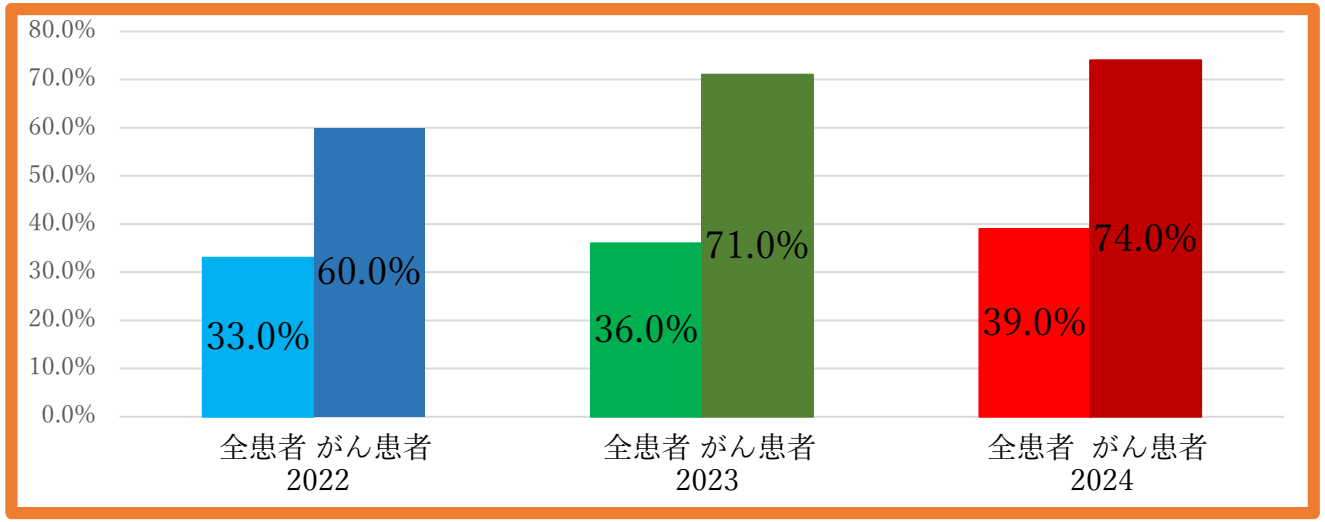
・安心して入院していただくため入院前から退院へ向けたアプローチをしている。
・退院支援困難リスクのスクリーニングをすることで退院支援の早期介入に繋げている。
・入院前の薬剤管理（治療・入院のための）・栄養管理（アレルギー他）を行い、安全に入院治療を受けられるようにしている。
・入院セットの中に「入院の流れ」を組み込み入院前問診を行っている。

改善点と今後の課題

・2025年2月入退院支援Yahgee文書を導入。入院前から退院後まで切れ目のない支援ができるようにする。
・6か月以内の再入院の患者の問診を診療科が違うのであれば再度問診するなど対策をとる。
・入院申し込みから入院までの期間が短い場合も立ち寄っていただくように待ち時間の短縮や案内の工夫が必要。

がん相談支援センター認知率
（がん相談支援センター）

指標値



ベンチマーク

がん患者体験調査報告書　平成30年度調査
令和2年10月　厚生労働省委託事業　国立がん研究センター

66.4%（がん患者）

活動

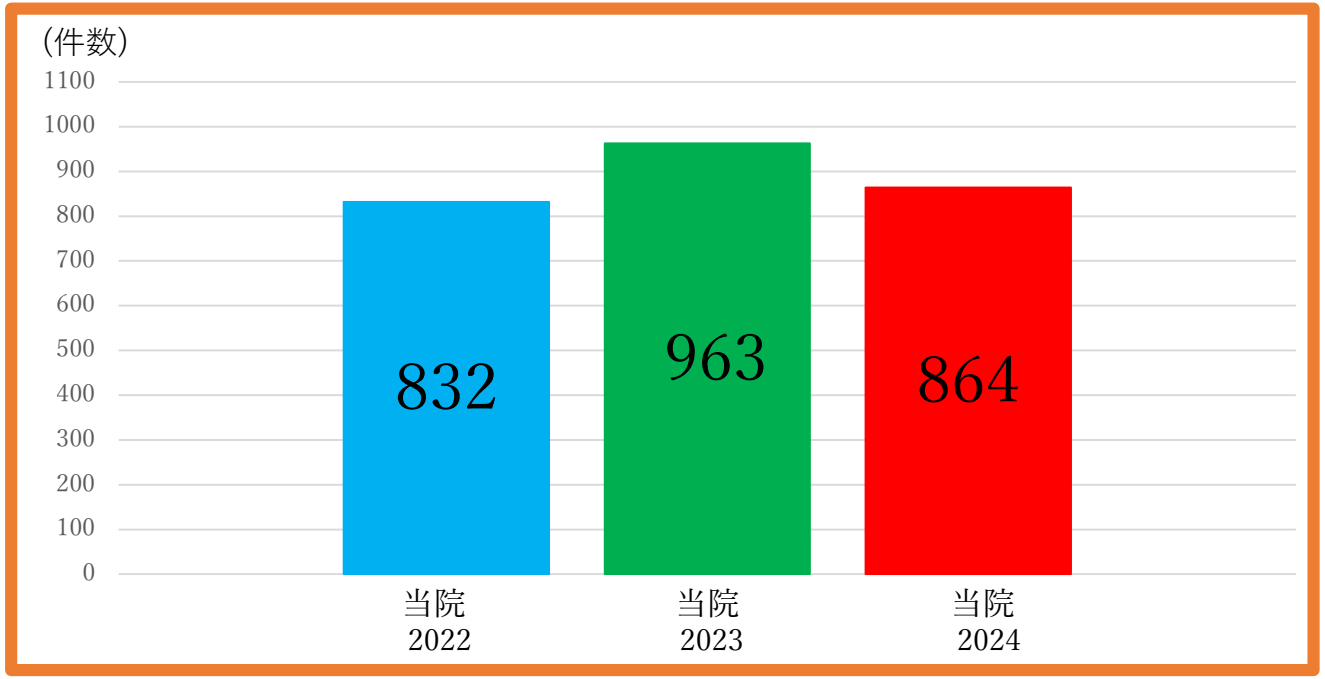
- がん相談支援センター（以下、当センター）の認知度と認知経路、課題を把握するため、2020年から患者満足度調査とともに、当センターについてのアンケート調査を行い継続した評価・改善を図っています。またアンケート結果は当院ホームページへ掲載し、公表しています。
- 院内・院外へ当センターのパンフレット・紹介カード、センターだより等の配布、院内デジタルサイネージや掲示物で広報しています。
- 2023年より院内スタッフの必須研修である医療安全講習会の中で、がん相談支援センターの周知、患者の自殺リスクに対する院内フローを含めた啓蒙活動を行っています。
- 腫瘍センター、診療支援センターと連携し院内スタッフからの案内、紹介利用を促しています。

改善点と今後の課題

- 広報活動等により毎年度認知率は向上しています。がん患者では、ベンチマークを超えています。アンケート結果から評価・改善に取り組んだ結果と考えます。
- アンケートに「利用するにはどうしたらよいかわからなかった」「医師からも話してほしい」との記載がありました。今後も診断時に担当医から冊子「がんと診断されたあなたに知ってほしいこと」の配布を推進し、活用を通じて当センターに案内いただくよう周知し認知率向上へ取り組んでいきます。

がん相談支援センター利用件数
（がん相談支援センター）

指標値



ベンチマーク

なし

活動

- 当院のがん相談支援センター（以下、当センター）は独立した部署であり、他施設の総合相談窓口と比べると利用件数の比較が困難です。
- 当センターのパンフレット・紹介カード、センターだより等を院内・院外へ定期的に配布しています。院内のデジタルサイネージや掲示物での当センターの広報を行いました。
- 院内スタッフへ医療安全講習会や研修等で当センターの広報を行い、がん患者、家族への案内強化を図っています。

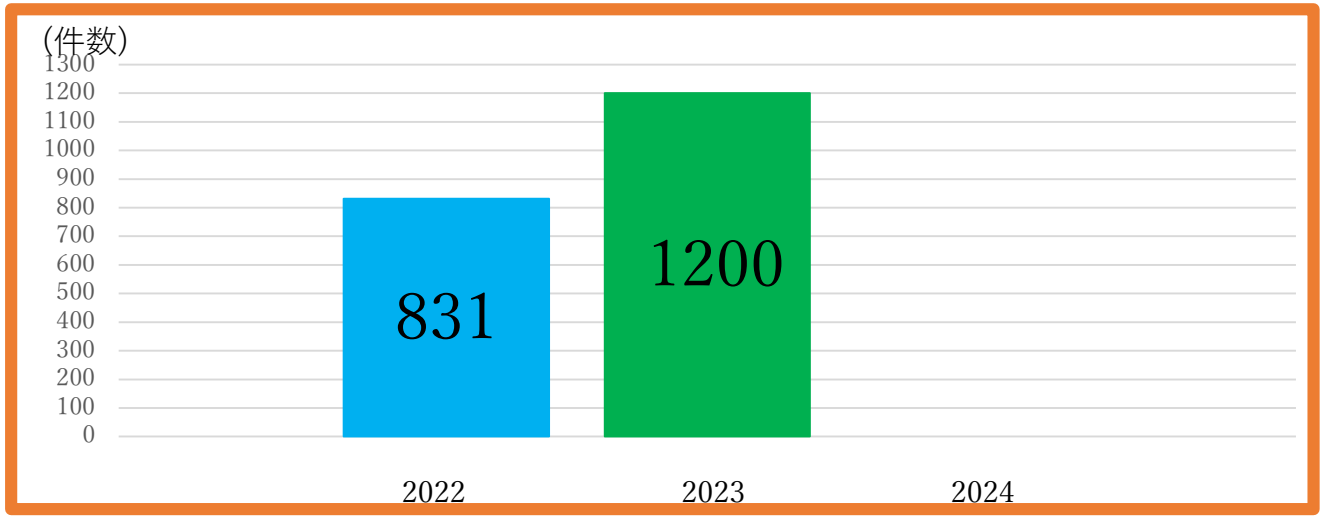
改善点と今後の課題

- 主治医や院内スタッフ向けに冊子「がんと診断されたあなたに知ってほしいこと」の配布や活用を通じて、当センターへ案内いただくよう周知し利用数増加へ取り組んでいます。
- 院内スタッフが当センターについて理解し、紹介案内できるよう継続して院内スタッフへも周知していきます。今後もアンケート調査を評価・分析し効果的な認知度向上を目指していきます。

院内がん登録数

（がん診療連携拠点病院院内協議委員会）

指標値



ベンチマーク

なし

活動

※院内がん登録作業内容

1　症例登録業務（狭義の「院内がん登録」業務）

①　データ取込み（電子カルテDWH、各部門からのデータ収集）

②　症例抽出（ケースファインディング）　③　症例登録

④　データ品質管理（腫瘍情報）　⑤　予後情報精査（自動、手動）

⑥　各データ提出（全国集計、全国がん登録、予後調査支援事業、〇年予後付き集計…）

2　がん関連各対応

①　現況報告、QI研究事業等の関連調査へのがん登録データ関連の算出対応（拠点、小児）

②　院内がん登録情報の二次利用への対応（医師，その他からの提供対応）

改善点と今後の課題

1　がん登録対象症例の見つけ出しについて

〇　目標：出来るだけ少ないカルテの閲覧件数で、漏れなく全症例を登録（抽出）する。

〇　課題：「閲覧件数を少なく」については一定の結果は出ているが、（抽出）漏れ（年間約20症例（約1%）程度）を無駄なく抽出できる方法の構築する。

・左記①データ取込み後「判定対象」：年間約1万2千~4千件(初回判定対象、既判定対象含む)

・左記②の作業：年間約3,500~4,500件(初回判定対象、既判定対象含む)

症例登録対象：年間約2,500件（初回、多重がん含む）

既登録症例で重複判定「単発」（≒非登録対象）：年間約1,000~1,200件

非がん症例：年間約300~500件

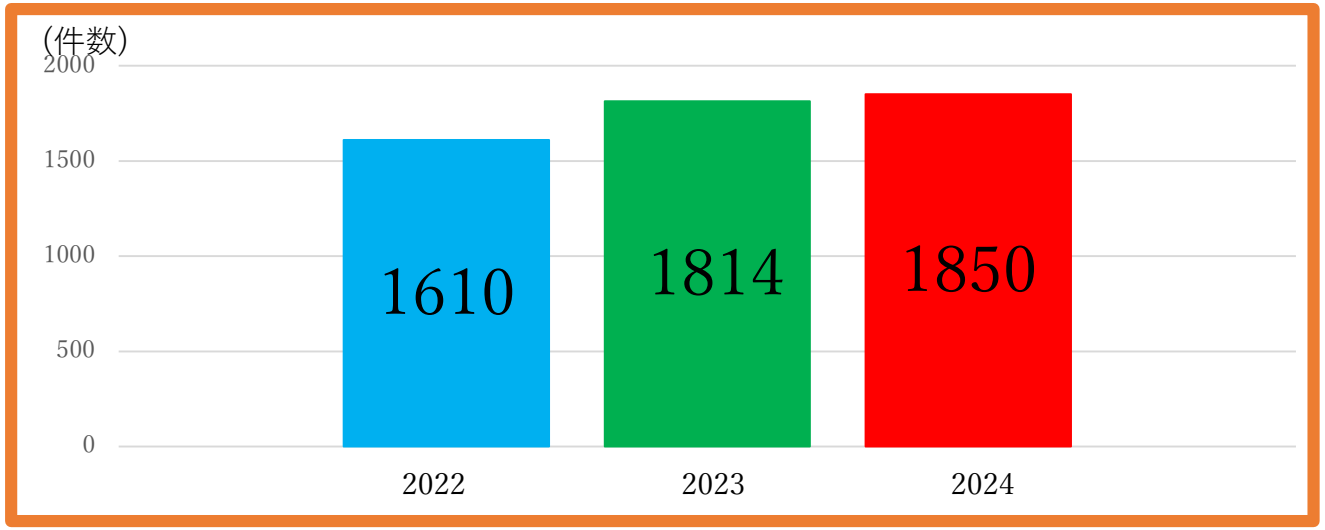
2　院内がん登録の二次利用について

〇　目標：より多くの院内のがん診療従事者に必要があれば院内がん登録情報を提供することで、課題解決の一助となる。（≒利用拡大）

悪性腫瘍手術件数

（がん診療連携拠点病院院内協議委員会）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

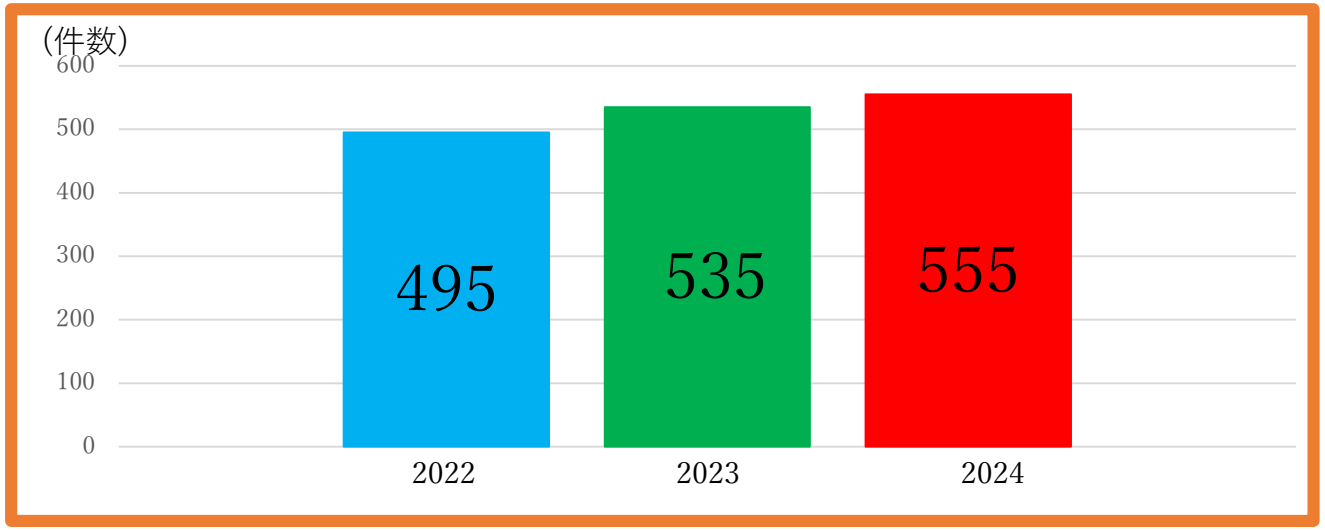
1. 病院HP内で『がん特設サイト』を設けて、各診療科のアクティビティを発信している。
2. ロボット支援下手術など低侵襲手術を積極的に取り入れている。ロボット支援下手術件数：2022年　128件、2023年　175件、2024年　150件
3. 手術室運営委員会を中心として手術室を効率よく利用できるよう調整している。各診療科ごとに手術枠利用率を可視化し、使用実績の少ない手術枠はフリー枠として全診療科で共有利用できるように調整工夫している。手術総件数：2022年　8358件、2023年　8960件、2024年　9082件
4. 市民公開講座や診療科ごとの地域医師との勉強会などを通じて集患に努める。
5. がん教育にも積極的に請け負い、地域へのがん診療の理解を深める機会を大切にしている。

改善点と今後の課題

実績を見ながら検討していく

放射線治療延べ患者数
（がん診療連携拠点病院院内協議委員会）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

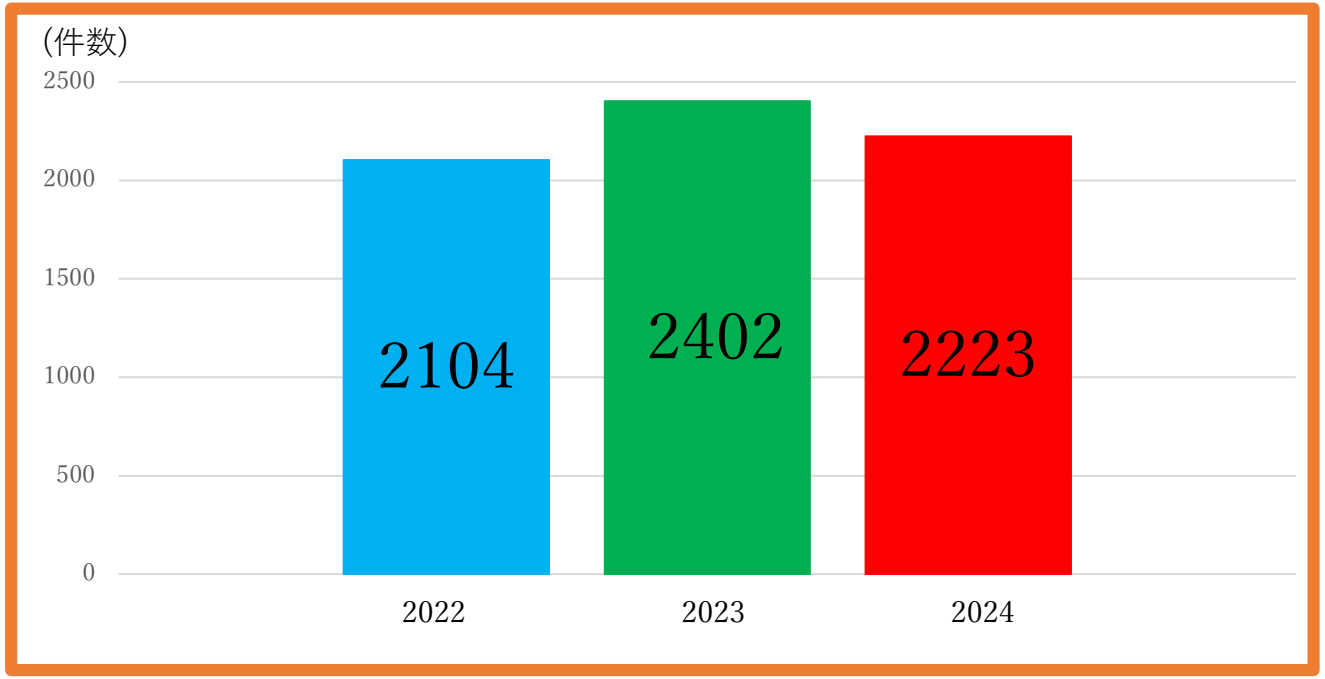
※放射線治療にあたる先生はどのような作業を行っているのか。
放射線治療部門では、初診外来での診察・画像評価・病期診断を経て、照射適応の判断を行ったうえで、治療計画作成・線量計算・治療中管理・治療後の経過観察までを一貫して担当する。
当科では、放射線治療専門医および専攻医が、週２回の放射線治療カンファレンスや2週に1回から月に1回程度で各診療科とのカンファレンスを通じて症例の検討を行い、各患者に最適な線量・方法（強度変調放射線治療、定位照射、術後照射、緩和照射など）を選択している。
また、医師や物理士による治療計画の作成（CT撮影、輪郭描出、線量計算）や品質管理士による照射開始前の検証作業、医師と看護師による治療中の有害事象の評価と対応、他科との連携調整など、1症例あたりの関与は多岐にわたる。延べ件数は、これら各プロセスへの対応を反映している。

改善点と今後の課題

延べ件数の推移を把握することで、疾患別治療需要の傾向などに活用している。特に新患数における根治照射（放射線治療単独または化学放射線治療）、予防照射、緩和照射の比率や再照射の比率を把握することで、治療枠の見直しや各診療科との診療の強化を行ってきた。
今後の展望として、今年度、照射装置や計画装置の更新が予定されているため、延べ件数の詳細な内訳（疾患別・照射法別）を定期的に分析し収益の増加についてや、地域医療への貢献のため高精度治療の提供体制強化に活かしていく。

がんに係る薬物療法延べ患者数
（がん診療連携拠点病院院内協議委員会）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

- 本センターでは、がん化学療法指針に基づき、安全かつ標準的な薬物療法の提供に努めてきました。
- 多職種チームによるサポート体制の強化： 医師、薬剤師、看護師による多職種カンファレンスを定期開催し、レジメンの妥当性評価や副作用マネジメント（支持療法）の標準化を行いました。
- 外来化学療法の推進： 患者のQOL（生活の質）維持を目的として、入院から外来への治療移行を積極的に推進しました。2023年度には延べ患者数が大幅に増加しましたが、これは新規抗がん剤や免疫チェックポイント阻害剤の適応拡大に伴うニーズに応えた結果です。
- 安全管理の徹底： 抗がん剤の曝露防止対策や、投与時のダブルチェック体制の再点検を実施し、医療事故ゼロを継続しています。

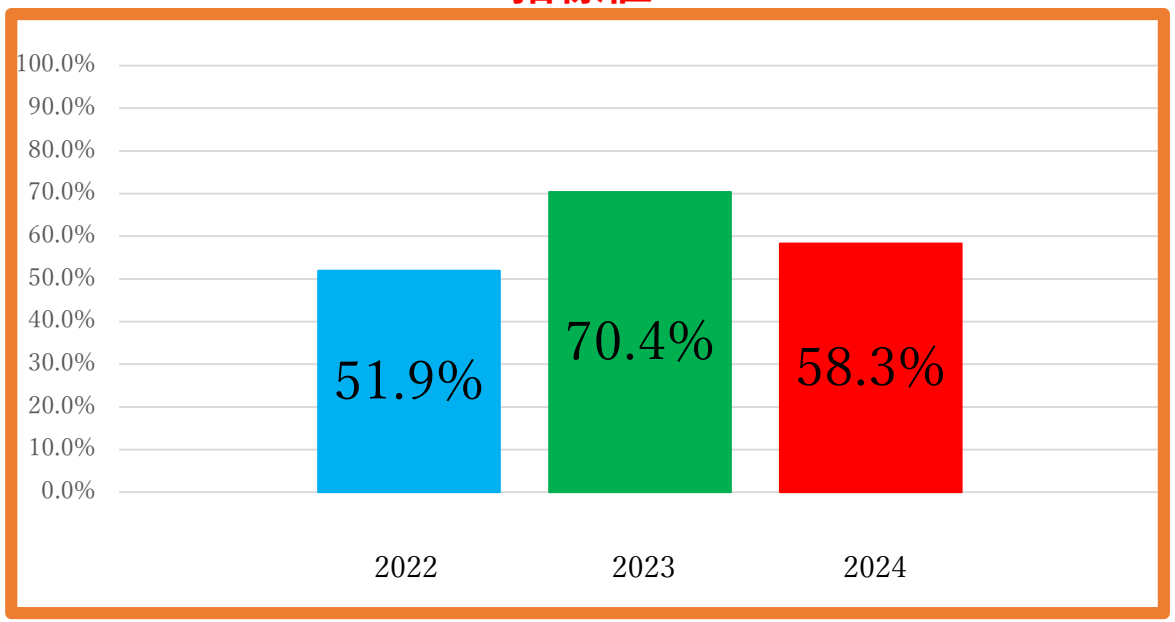
改善点と今後の課題

今後の展開

- 特定機能病院としての役割完遂： 難治性がんや高度な合併症を伴う症例への対応力をさらに強化します。
- 地域連携の深化： 地域の医療機関との「がん地域連携パス」をより活性化させ、当院での高度な治療と、地域での維持療法・緩和ケアをシームレスにつなげる体制を構築します。
- 支持療法の充実： 2025年度は特に、がんリハビリテーションや口腔ケア、心理的サポートとの連携を深め、治療継続率の向上を目指します。

心不全におけるファンタスティック４導入率
（循環器内科）

指標値



ベンチマーク

日本のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NBD）
25%程度
JACC Asia. 2025;5:786–795

活動

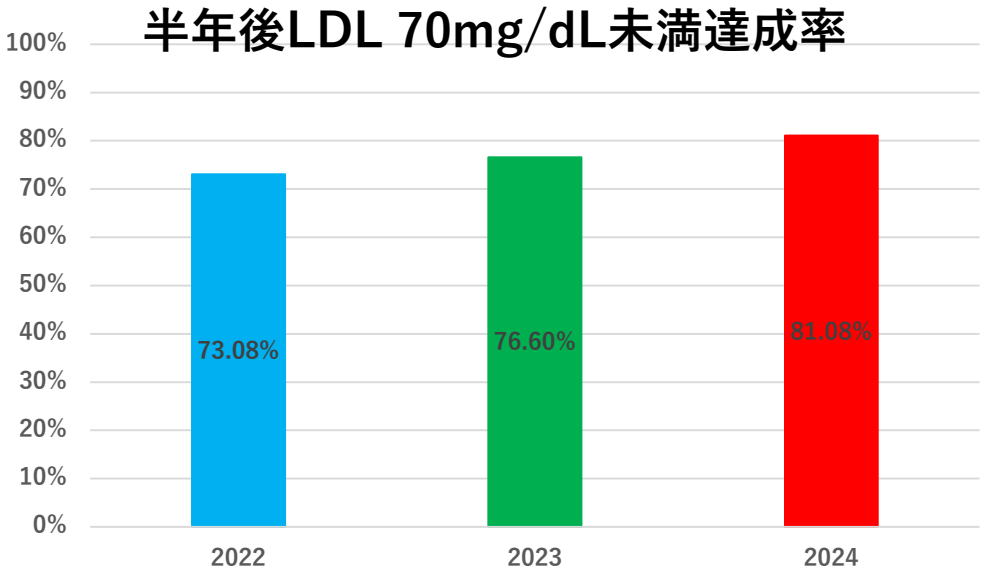
・当院では，HFrEF患者に対する治療の質向上を目的として，**HFrEF治療プロトコルを用いたファンタスティック4の導入を積極的に推進**している。本プロトコルでは，入院中の比較的早期から各薬剤の適応を系統的に評価し，原則としてファンタスティック4の導入可否を検討する体制を構築している。
・これにより，**主治医の経験や判断に依存することなく，患者背景を踏まえた標準化された治療方針の決定が可能**となり，実臨床においても高い導入率の維持につながっている。

改善点と今後の課題

・一方で，高齢，併存疾患（腎機能障害，低血圧，貧血，フレイルなど）を有する症例においては，ファンタスティック4の全剤導入が必ずしも最適とは限らない。したがって，単純な導入率の向上のみを目標とするのではなく，**患者背景を踏まえた適切な導入判断が重要**である。
・今後は，ファンタスティック4が導入できなかった症例について，**非導入理由を体系的に整理・評価**し，「適応を踏まえた適正導入」という観点から医療の質を評価することを検討する。また，入院中に全剤導入が困難な症例に対しては，外来フォローや多職種連携を通じた段階的導入を行うことで，継続的な治療最適化を目指す。

虚血性心疾患でのスタチン導入と至適LDL値までの薬剤調整
（循環器内科）

指標値



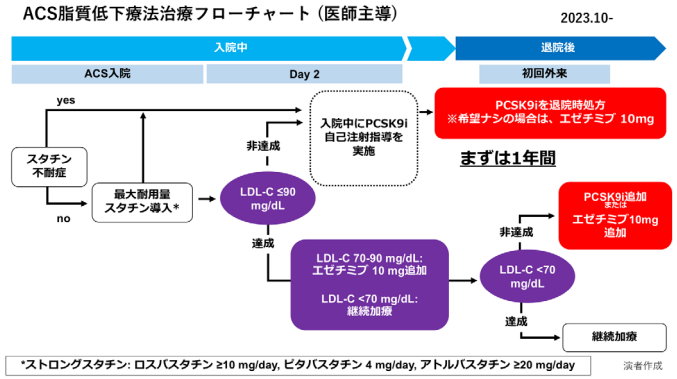
ベンチマーク

EXPLORE-J:
（日本のACS患者の脂質に着目した2年予後調査）

1年後LDL 70mg/dL未満達成率：　34.6%

活動

・急性冠症候群患者においては、**院内独自のプロトコール(下記)を用いた脂質降下療法の実践**している。

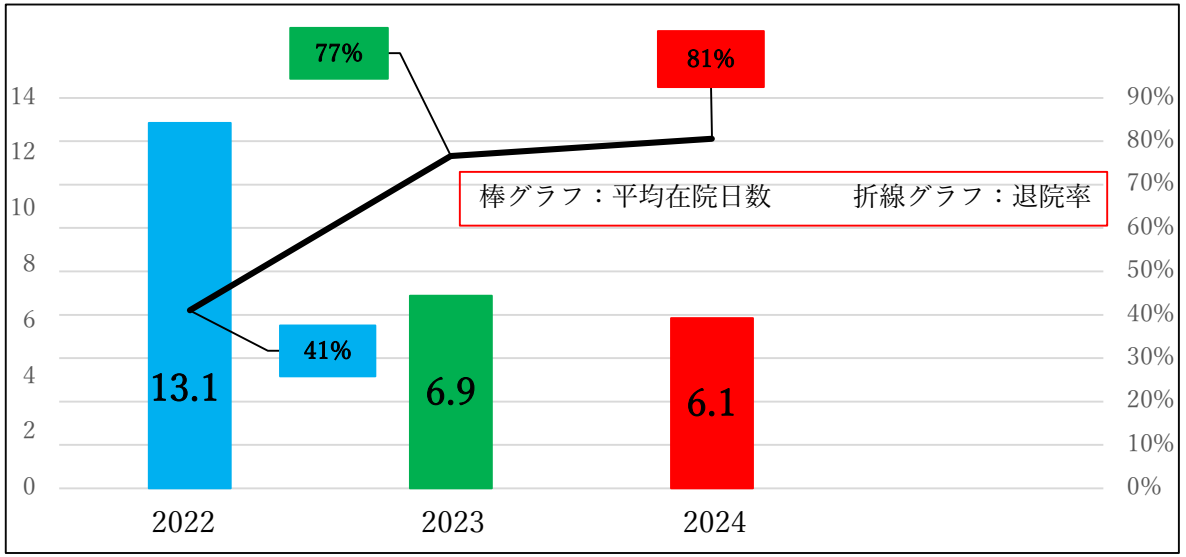


改善点と今後の課題

・脂質管理のキードラックとなる**PCSK9阻害薬は自己注射薬であり、医師からの十分な説明を行っても、該当患者の約半数は注射薬や金銭的な理由で希望せず、それらの患者での脂質達成率が低い**ことがわかった。
・医師のみで運営している当院のプロトコールでは、**医師同士の申し送り間で連携がとれていない症例が散見された**。
・そこで、医師だけでなく、**多職種で連携した脂質管理が課題と考え取り組みます**。

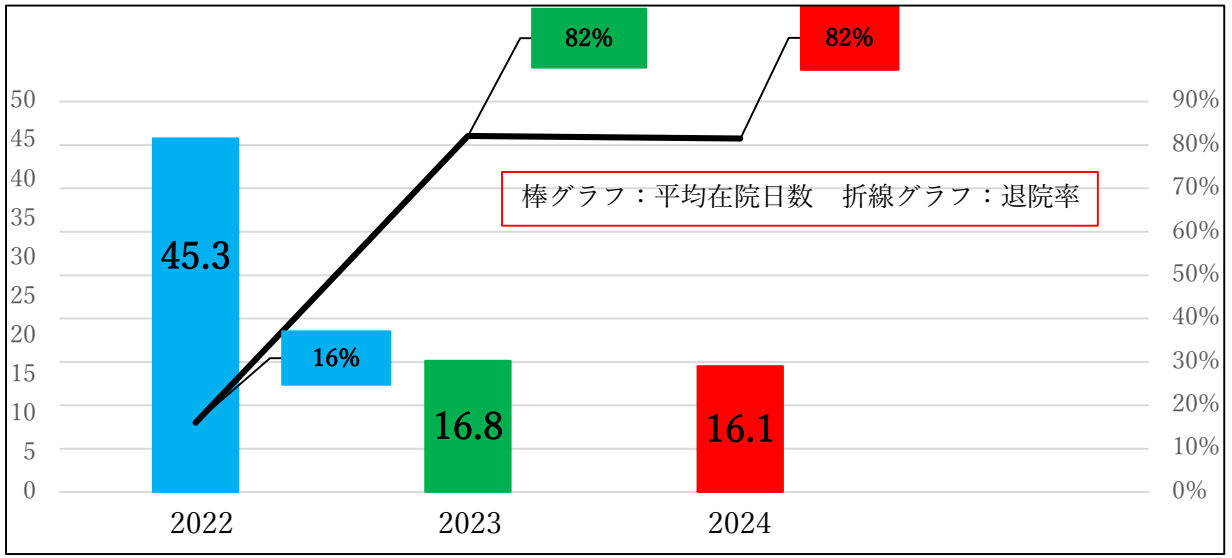
肺がん化学療法の平均在院日数、DPC入院期間II以内の退院率
（呼吸器内科）

指標値：肺の悪性腫瘍　手術なし　処置なし
化学療法ありかつ放射線療法なし



ベンチマーク　2023年度　8.31日
厚生労働省全国平均在院日数（大学病院本院群）の平均値

指標値：肺の悪性腫瘍　手術なし　処置なし
化学療法ありかつ放射線療法あり



ベンチマーク　2023年度　27.49日
厚生労働省全国平均在院日数（大学病院本院群）の平均値

活動

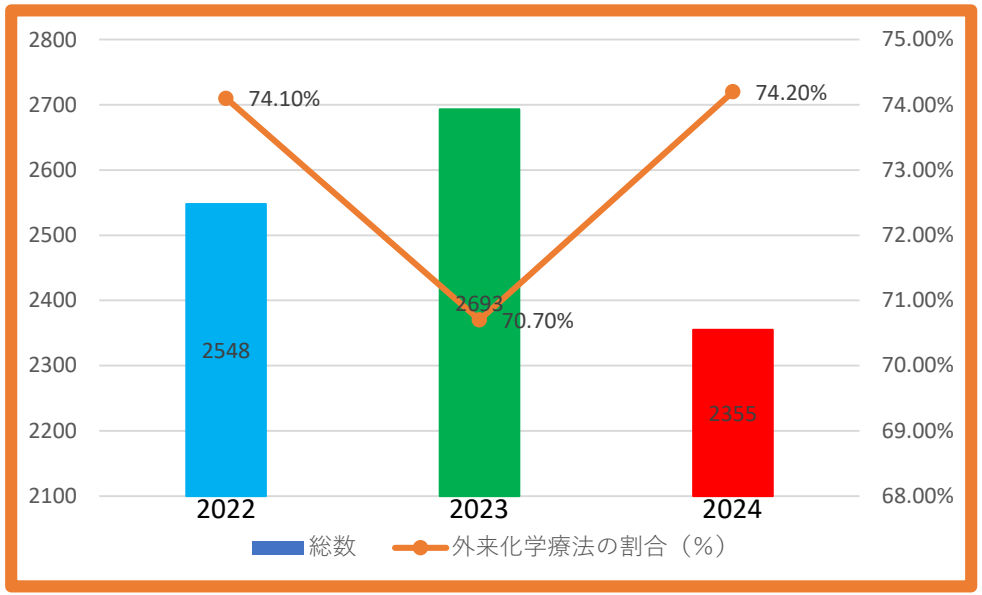
呼吸器内科では、「最新の診断技術と治療法の提供」をモットーにして、個々の肺がん患者さまに対して最適な抗がん剤(化学療法)を選択し治療しています。　当院は高齢者や合併症のある肺がん患者さまが多く、様々な患者さまのニーズに合わせた治療が可能です。　効率的な治療や副作用モニタリングにより、在院日数は全国トップクラスまで短縮しています。
外来もしくは短期入院での化学療法を積極的に行い、肺がん治療と仕事など今までの生活が両立できるよう取り組んでいます。
また，新規に承認された抗がん剤や最新の研究成果を積極的に取り入れて治療に活かしています。

改善点と今後の課題

全国に比べてより効率的な診療を行なっており、最適な肺がん治療を提供していきます。
肺がん患者さまの多様なニーズに応えられるよう、多職種での問題解決を進めていきます。
地域における医療連携を深め、より多くの地域の肺がん患者さまに対して貢献できる診療を推進していきます。

呼吸器内科における化学療法実施率
（呼吸器内科）

指標値



ベンチマーク

活動

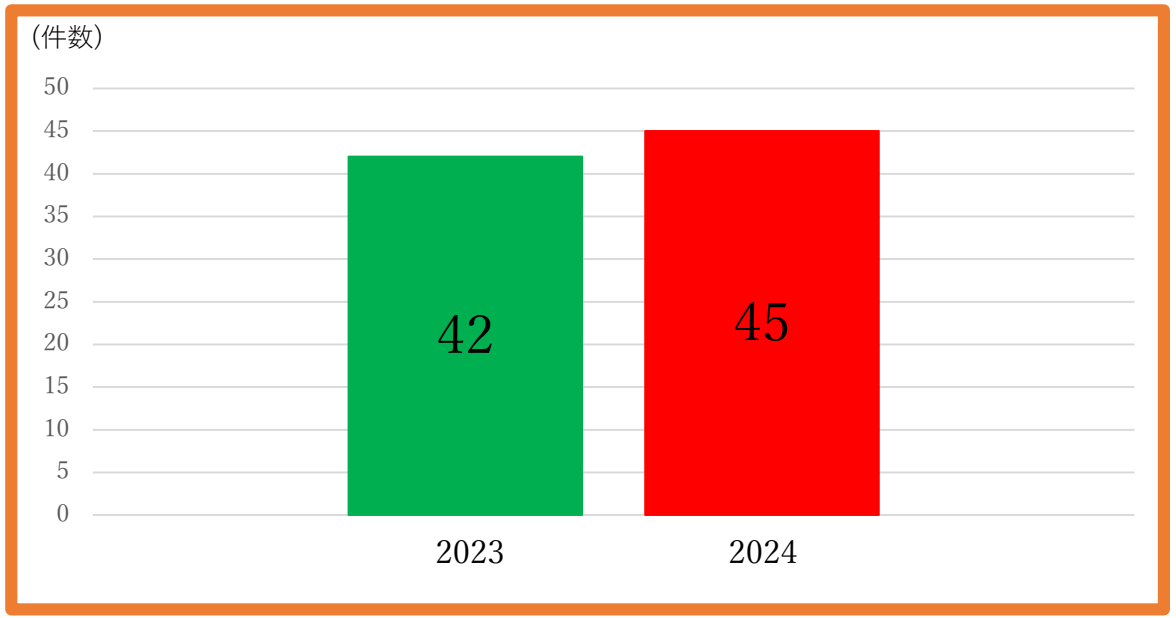
・当科では肺がんを中心に肺がん以外の胸部悪性腫瘍（悪性胸膜中皮腫，胸腺腫，胸腺がん等）に対しても化学療法を行なっています。
網羅的遺伝子検査の結果や肺がん患者さまの状態，合併症などを総合的に分析して，個々の肺がん患者さまに対して最適な化学療法を選択し治療しています。
外来化学療法の割合が高く、外来もしくは短期入院での化学療法を積極的に行い、肺がん治療と仕事など今までの生活が両立できるよう取り組んでいます。

改善点と今後の課題

・化学療法実施件数は点滴による肺がん薬物療法のみの件数であり、内服による肺がん薬物療法は含まれていません。病診連携、病病連携の推進によりご紹介頂く肺がん患者さまが増えてており、2023年度までは化学療法実施件数は増加しています。
2024年度は減少していますが、原因としては治療エビデンスの変化により投与間隔が長い抗がん剤のレジメンが増え、一人当たりの年間の件数が減ったことなどが挙げられます。
引き続き「最新の診断技術と治療法の提供」を行い、地域の先生方との病診連携，病病連携を深め、化学療法実施件数の更なる増加を目指します。

非切除膵がんに対する化学療法
（消化器肝臓内科）

指標値



活動

2022年より非切除膵がんに対し化学療法を導入し、徐々に増加傾向である。経過で起こりうる病態(閉塞性黄疸、感染症、癌性疼痛など)へ適切に対処していく。

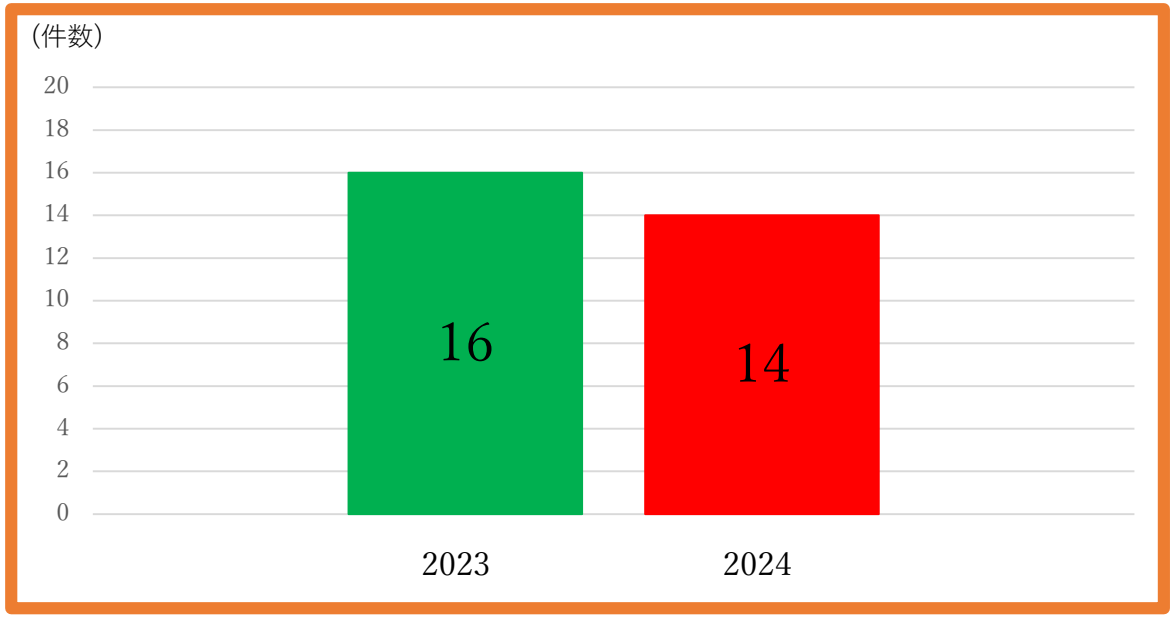
ベンチマーク
なし

改善点と今後の課題

・受診頂いた患者さんの診療をできるだけスムーズかつ無理なく進めることで、早期発見・早期診断を行いより多くの患者さんの治療を行っていく。

非切除胆道がんに対する化学療法
（消化器肝臓内科）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

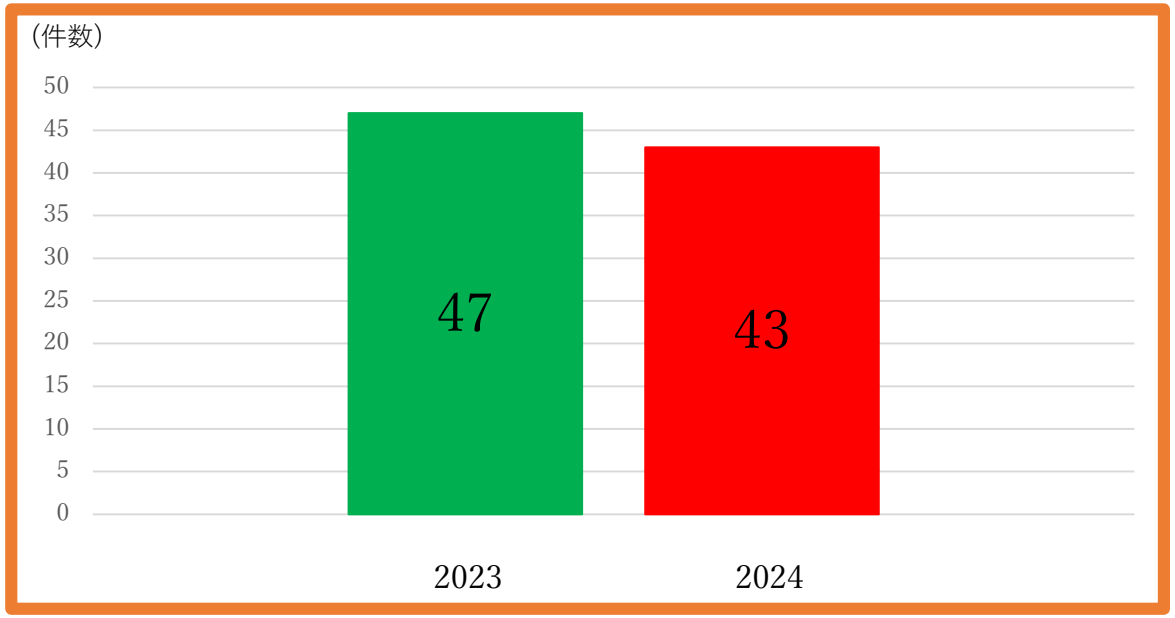
2022年より非切除胆道がんに対し化学療法を導入し、徐々に増加傾向である。経過で起こりうる病態(閉塞性黄疸、感染症、癌性疼痛など)へ適切に対処していく

改善点と今後の課題

・受診頂いた患者さんの診療をできるだけスムーズかつ無理なく進めることで、早期発見・早期診断を行いより多くの患者さんの治療を行っていく。

早期胃癌に対する内視鏡治療
（消化器肝臓内科）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

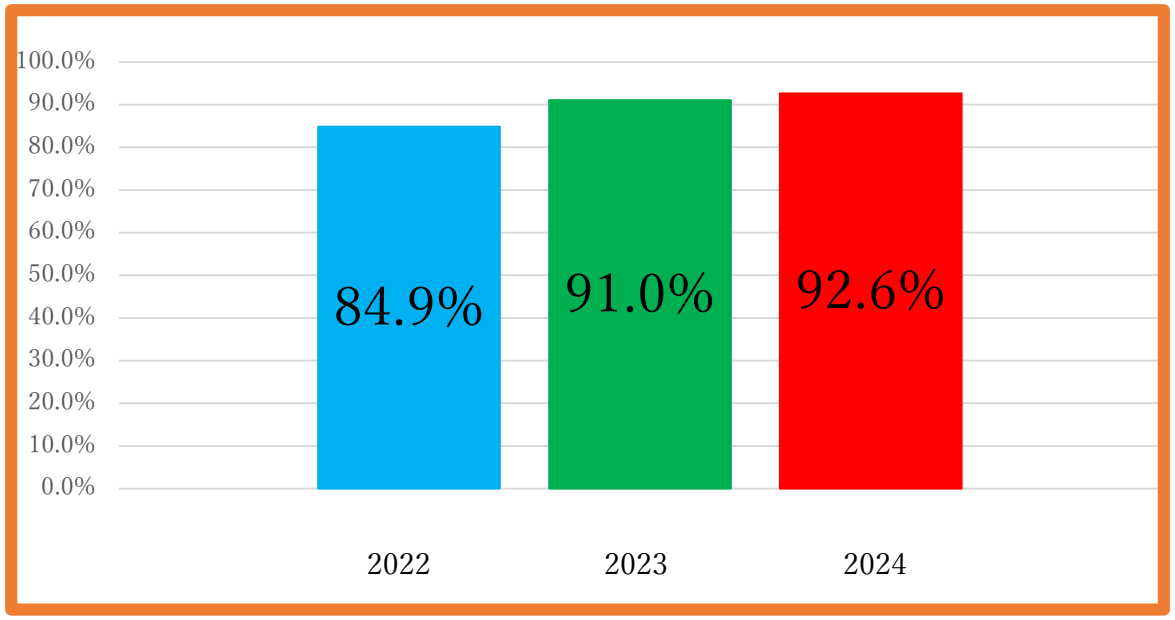
2020年-2021年は治療が施行できていなかったが、2022年より施行を再開し徐々に増加傾向である。内視鏡治療後、定期的な内視鏡フォローを行うことで再発や異時性発癌へ適切に対処していく。

改善点と今後の課題

・受診頂いた患者さんの診療をできるだけスムーズかつ無理なく進めることで、早期発見・早期診断を行いより多くの患者さんの治療を行っていく。

乳癌・乳腺良性腫瘤・甲状腺癌・甲状腺良性腫瘍のパス適用率
（乳腺内分泌外科）

指標値



ベンチマーク

活動

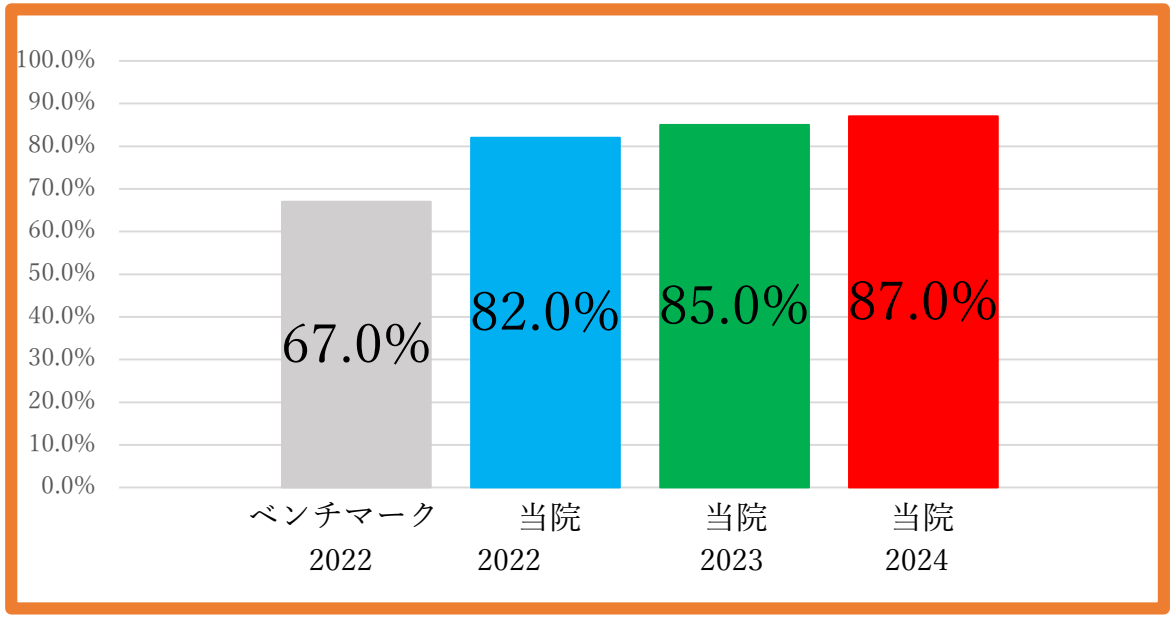
乳腺内分泌外科ではクリニカルパスの適応率の向上のため、入院前に入院予定患者の詳細な状態、方針を医局内カンファレンスで検討し、把握を行ってきた。

改善点と今後の課題

・クリニカルパス適応率は、2022年度の84.95%から2023年度の91.02%、2024年度の92.59%に向上を認めた。乳腺内分泌外科では多くが乳癌、甲状腺癌などの悪性疾患の手術加療での入院となる。診療の効率化を進め、より良い術後経過を辿り、早期退院を目指す。

腋窩郭清を回避できた症例割合
（乳癌手術）

指標値



ベンチマーク

日本乳癌学会全国集計年次報告（2022年度）

67％

活動

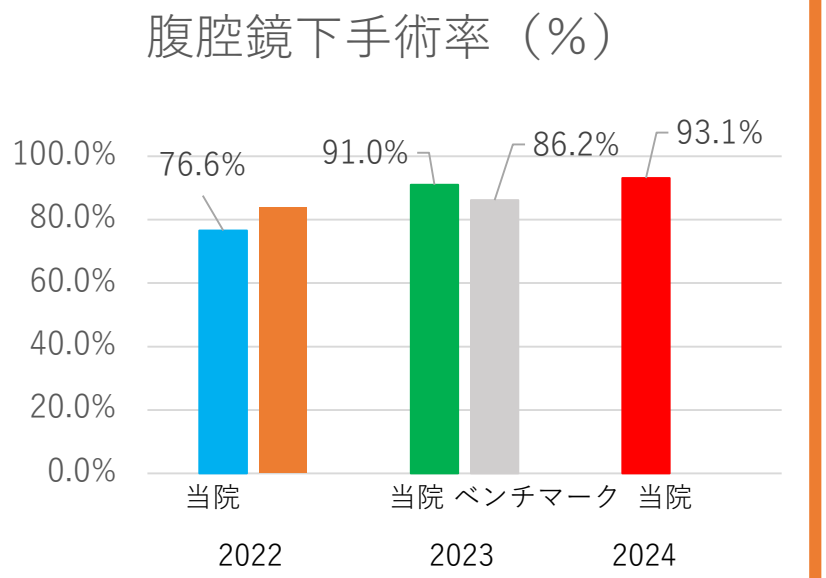
臨床的に腋窩リンパ節転移陰性の症例において、術中診断時にリンパ節転移が陽性となった場合においても、術後放射線照射により腋窩郭清を回避し、同等の治療効果を得ている。このことにより、腋窩リンパ節郭清術によるリンパ浮腫・運動障害などの術後合併症の軽減に努めている。

改善点と今後の課題

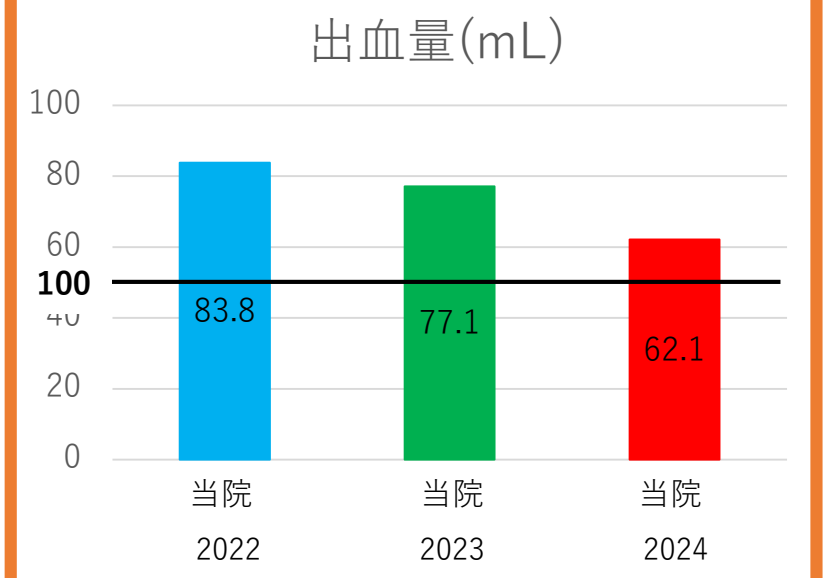
術前検査において、腋窩リンパ節の同定を正確にすることで、より縮小手術に努める。

大腸がん切除
（消化器外科）

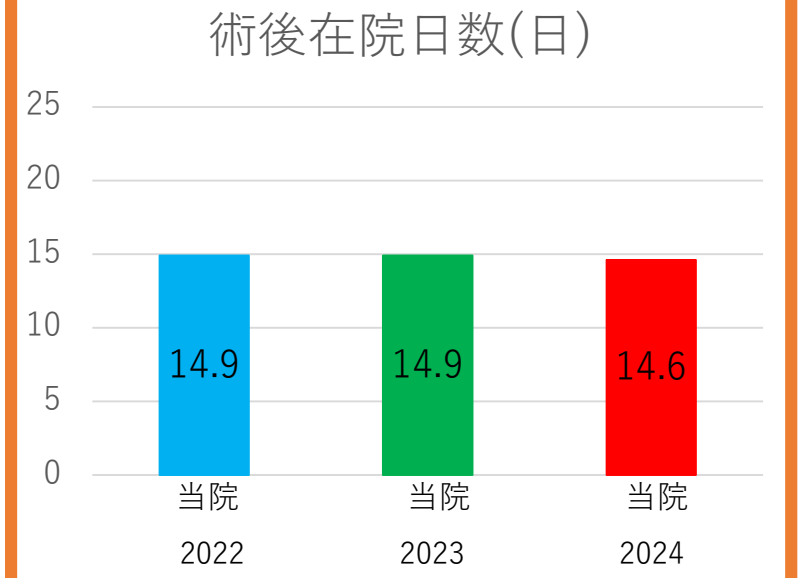
指標値



指標値



指標値



ベンチマーク

日本内視鏡外科学会(会員限定 アンケート集計結果)
(2021)

83.8%

（大腸がん症例に占める内視鏡下手術）

活動

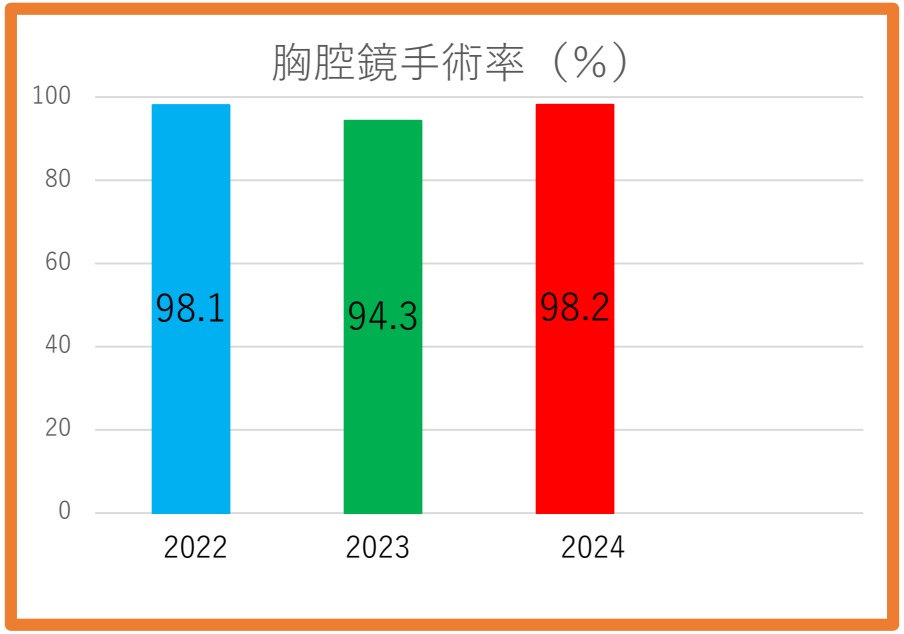
- 2019年から大腸癌に対して低侵襲性治療である腹腔鏡下手術を導入しました。
- 腹腔鏡下手術率は**80%前後まで上昇しており、その結果として手術中の出血量は減少しています。**

改善点と今後の課題

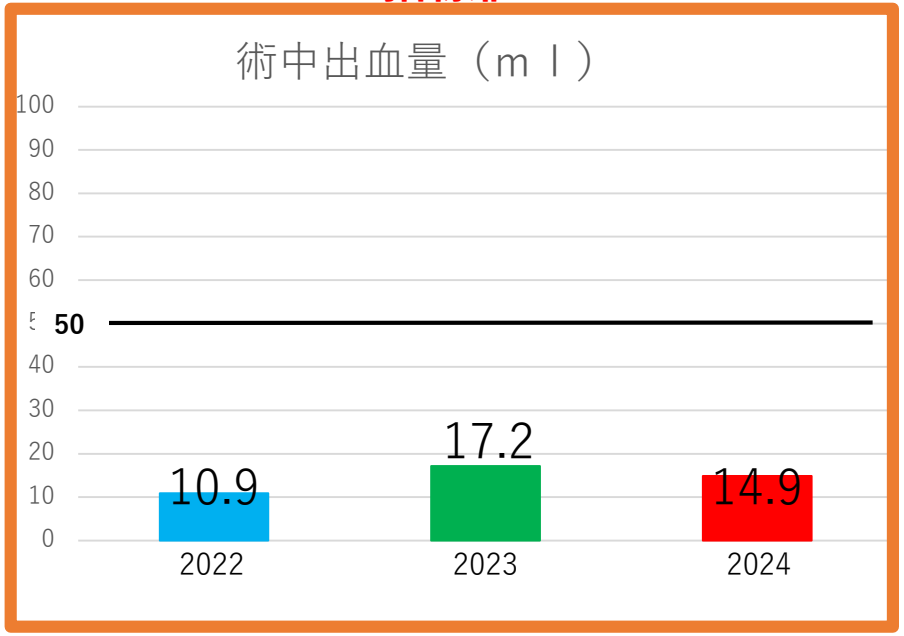
- 術後の在院日数はだんだん短縮しています。
- **腹腔鏡下手術率がベンチマークを超すように努めます。**

臨床病期Ⅰ期肺がん肺葉切除
（呼吸器外科）

指標値



指標値



ベンチマーク

日本胸部外科学会全国集計年次報告（2019）

76.3%（肺癌手術全体）

活動

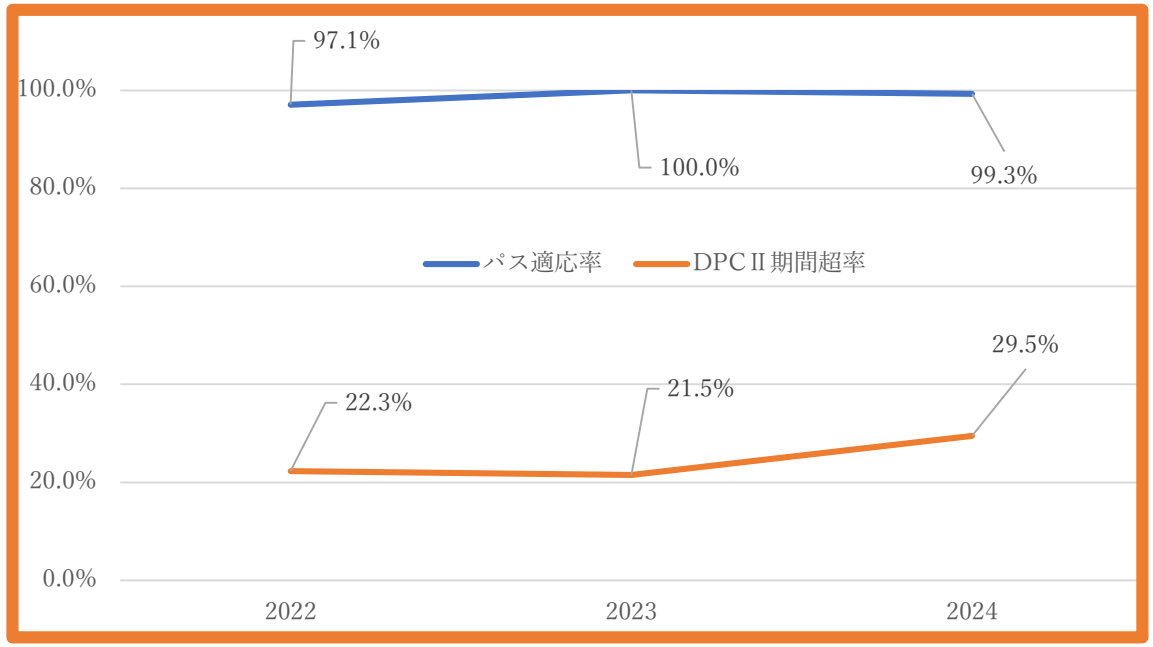
- 当院では臨床病期Ⅰ期肺がん症例に対して、安全かつ低侵襲な外科治療を目指し、胸腔鏡下手術を基本術式として実施している。2022～2024年の3年間における平均出血量は、いずれの年も少量で推移し、安全な手術操作が維持されている。また、胸腔鏡下手術率も高率で推移し、日本胸部外科学会全国集計2023年の胸腔鏡下手術率を上回って推移している。
- さらに、2023年頃からロボット支援下肺切除術の症例数も徐々に増加している。ロボット支援下手術においても安全性を損なうことなく手術を遂行できており、出血量や合併症発生率においても従来の胸腔鏡手術と同等の良好な成績が得られている。

改善点と今後の課題

- 2023年に一時的に出血量および胸腔鏡下手術率の軽度な変動を認めたが、これはロボット支援下手術導入初期の影響も一因と考えられる。現在は術者・チーム全体での手技熟練が進み、2024年には指標が安定して改善傾向を示している。
- 今後は、ロボット支援下手術を含めた低侵襲手術のさらなる標準化と教育体制の充実を図り、出血量の更なる低減と手術安全性の維持に努める。また、全国集計データとの継続的な比較を行い、ベンチマークを踏まえた質の高い外科治療の提供を目指す。

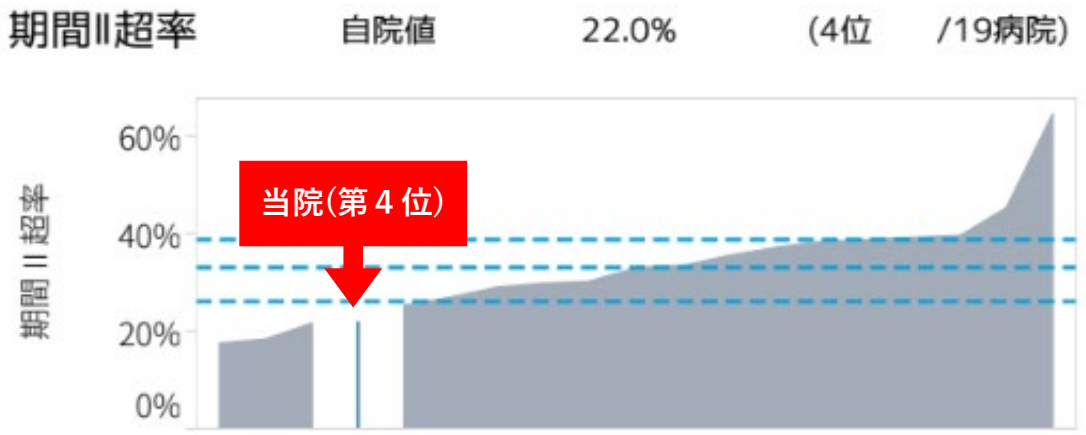
肺悪性腫瘍手術DPCII期間超率とパス適応率
（呼吸器外科）

指標値



ベンチマーク

全国大学病院（500床以上）19施設



活動

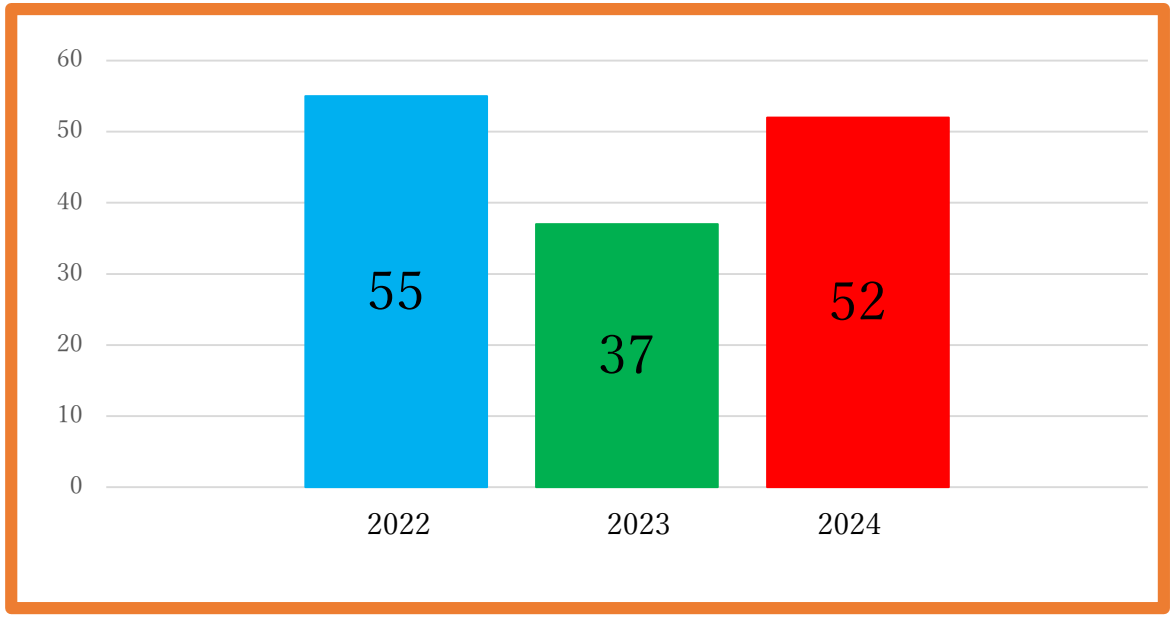
- 呼吸器外科ではクリニカルパス適応率との向上とDPC II期間を超えないため、**就業開始時と終了前に入院患者カンファランスを行い、医局全体で患者さんの状態や入院期間の把握を行ってきました。**

改善点と今後の課題

- パス適応率は2020年度80%から2022年度は97%まで向上し、DPC II期間超率は2020年度37%から2021、2022年度は22%まで低下しました。
- 肺がん患者は基礎疾患を有する高齢者を手術することが多く、一定の割合でDPC II期間超が生じている。**今後さらにDPC II期間超患者を検討することで、より安全で効率的な医療を目指していきます。**

ロボット支援下根治的前立腺全摘除術件数
（泌尿器科）

指標値



ベンチマーク
なし

活動

当院では2016年よりロボット支援下根治的前立腺全摘除術（RARP）を導入し、出血量の少なさや低侵襲性から、患者さんの負担を軽減することに努めてまいりました。特に、従来75歳未満の患者さんが手術適応とされてきたなか、当院では積極的に後期高齢者にも手術を提供し、良好な成績を維持しています。

改善点と今後の課題

2024度より前立腺がんの診断精度を高めるため、超音波MRI融合下経会陰的前立腺生検術（Fusion生検）を導入いたしました。これにより前立腺生検の的中率が向上し、早期診断・治療介入が可能となったことで、今後、前立腺がん患者数の増加に伴い、ロボット支援手術の件数もさらに増加していく見込みです。今後とも、診断・治療技術の向上と患者さんの生活の質の維持向上に努めてまいります。

【今後実行すべきこと】

- 当院クリニカルインジケーターから当院での課題を抽出し、改善を促進する機能を継続していきます。
- 今後も日本病院会QIプロジェクトの指標を参考にして、当院のインジケーターをさらに充実させます。
- 日本病院会QIプロジェクトにおけるベンチマークからの当院での課題を抽出し、改善を促進します。
- 当院クリニカルインジケーターの結果を病院職員全体で共有し、患者さんへの利益を追求します。