

神奈川県立がんセンター

QI 検討会議

2024 年度 QI 総括報告書



作成：院内 QI 検討会議

作成日：2025/12/17

目次

総長からの挨拶	1
院内 QI 研究会議長からの挨拶	2
院内 QI 研究会 メンバー一覧	2
1 質の高い医療の提供	3
1.1 全国平均に比した入院期間	4
1.2 新しい医療の開発	6
治療開発貢献	8
臨床試験	9
新規観察研究数	10
研究貢献（英文論文）	11
1.3 低侵襲手術件数の割合	13
1.4 がん患者リハビリテーション数	15
2 安全で安心な医療の提供	17
2.1 褥瘡発生率（MDRPU の発生率を含む）	18
2.2 各種の医療指導/カウンセリングの実施	21
リンパ浮腫指導管理（入院・外来）	22
がん患者指導管理（イ・ロ・ハ）	23
がん性疼痛指導管理	24
在宅療養指導	25
がん治療連携計画策定	25
紹介率・逆紹介率	26
スキンケア外来患者数	26
薬剤管理指導料	28
栄養食事指導料	29
入院準備問診・薬局お薬調査	30
2.3 安全な医療	32
ヒヤリ・ハット事例及び医療事故報告数	32
インシデント・アクシデント報告割合の推移	33
職種別報告割合の推移	33
入院患者における患者誤認発生状況	34
入院患者転倒転落発生数	35
2.4 感染管理	36
血液培養実施時 2 セット実施率	36
抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度割合	37
手術部位感染（SSI：Surgical Site Infection）発生状況	38
中心ライン関連血液感染・カテーテル関連尿路感染の感染率	40
3 患者の視点に立った病院経営	42
3.1 患者満足度	43
3.2 診断書等の 2 週間以内発行率	45
3.3 入院患者食事満足度（嗜好調査結果）	47
4 医療人材の確保と育成	48
4.1 人材の確保	49
緩和ケア研修会受講率	49
専門看護師数、認定看護師数	50
その他の職種の資格取得状況	50
4.2 最新知識の吸収と育成	51
がんサージカルボード開催数	51

5	業務運営の改善及び効率化	54
5.1	退院サマリ 1W/2W 以内提出率	55
5.2	後発医薬品の使用割合	57
5.3	薬品費比率/診療材料費比率	58
6	診療実績	60
6.1	がん種別 患者数	61
6.2	がん種別 5年生存率	71

総長からの挨拶

日進月歩にがん医療が進歩する中、高度な医療の提供が求められており、我々ががん専門医療機関の果たす役割はますます大きく重要になっています。さらに、わが国の社会構造の急速な変化に伴い、がん患者さんの高齢化、スタッフの働き方改革、厳しい病院経営など、多くの課題が顕在化してきています。当院では、業務の効率化や患者さんの多様化への対応を含め、確実な診療と医療安全の向上を目指し、QI（Quality Improvement）活動を多方面に展開してきました。今回、2024年度 QI 評価と QI 総括報告書により 1 年間の成果を振り返りました。ご一読いただければ幸いです。

がんセンターの行動指針（バリュー）の一つである「多職種によるチーム医療の推進と最良の医療の提供」として、褥瘡発生率、各種医療指導・カウンセリングの実績、医療安全の状況、感染管理など、の項目を取り上げています。また、「先進医療の開発と臨床研究の推進」として臨床試験や治験をはじめとした臨床研究、英語論文や学会報告などの学術活動について重要な事項として評価しました。さらに今回はじめてがん腫別の治療成績を出していただきました。がん専門病院として多方面の年次成果をまとめ、一般に公表されているデータと比較することで自分たちの取り組みを振り返ることは非常に大切な作業と考えています。

がんセンターは、患者さんの意思と権利の尊重、個人情報保護、さらに職員が生きがいと誇りを持てる環境整備と人材の育成に取り組んでいます。これら QI の客観的な指標を継続的に評価し、より多くの成果につなげられればと思います。

2024 年度は第 3 期中期計画である 5 年間の最終年度となります。第 3 期中期計画の目標がどこまで達成できたかを客観的に評価し、次期中期計画の遂行に役立ててまいります。

最後にこの総括報告書をまとめていただいた QI 検討会議の委員に心より感謝申し上げます。

令和 7 年 12 月
がんセンター総長 古瀬純司

院内 QI 研究会議長からの挨拶

日本における医療へのアクセスは諸外国と比べて良好であり、国民皆保険制度により全国で均質な医療が提供されていると謳われています。しかし現実には、その水準が必ずしも一様であるとは言えません。医師の技量の差異のみならず、患者を支える施設全体の体制を総合的に俯瞰する必要があります。

当院は神奈川県で唯一のがん診療拠点病院として、他施設とは異なる水準の診療体制が求められています。がん医療は日進月歩であり、ゲノム解析をはじめとする最新技術の導入と更新に加え、これまで培ってきた知識や経験の活用、さらに診療を支える部門スタッフの充実が不可欠です。近年、当院のがん診療体制は一層整備され、専門病院ならではの機能を発揮できる基盤が築かれています。さらに 2024 年には病院機能評価「一般病院 3・Version 3」の認定を取得し、がん診療に特化しつつも大学病院に匹敵する質の高い医療を提供できる環境が整ったといえます。

しかし、質の高い医療水準を長期的に維持するには、不断の努力が必要です。医療の質管理部や医療の質向上委員会による全院的なサーベイに加え、本 QI 検討会議では、同規模の他施設との比較を視野に入れ、新たな取り組みを開始しました。限られたマンパワーの中で、効率的にデータを収集・解析・報告することが求められています。職員満足度、身体拘束の評価は重要ですが、今年度に盛り込むことができなかつたため、次年度の課題とします。また今回からは、地域・院内がん登録のデータを活用し、がん治療成績についても報告することとしました。一般病院では対応困難ながん診療を担うことが多いため、単純な施設間比較は容易ではありませんが、重要な指標であり、初めて提示する意義は大きいと考えます。次年度からの比較のための土壌作成となります。

診療の質向上を目指した不断の努力と、患者および診療スタッフ双方の幸福を追求した取り組みの成果が、本報告書に結実しています。これはさらなる高みを目指すための大きな一歩であり、次年度、そして将来に向けて、より良い成果が示されることを期待いたします。

2025 年度 QI 検討会議議長 伊藤宏之

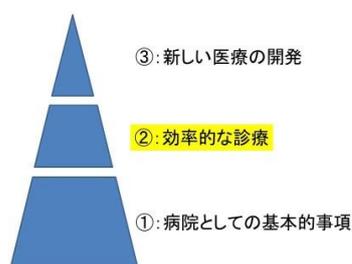
院内 QI 研究会 メンバー一覧

副院長	伊藤 宏之 (QI 研究会議長)
消化器外科部長	尾形 高士 (QI 研究会副議長)
副看護局長	斉田 まち子
血液内科部長	田中 正嗣
財務経営課	山川 涉
医療安全推進室	江崎 まり子
医療安全推進室	甲斐 維子
感染制御室	中野 了爾
7E 看護科長	相原 慎
薬剤科	西野 美沙
リハビリテーション技術科	荒山 洋平
検査科	大宮 章子
栄養管理科	伊藤 洋平
新規治療開発支援センター	山本 陽平
がん情報センター	小池 真紀子
医事・診療情報管理課	西山 紗璃奈

1 質の高い医療の提供



1.1 全国平均に比した入院期間



【DPC からみた「入院期間」の持つ意味】

DPC 参加病院の平均在院日数は、DPC 算定の目安として用いられている。平均在院日数は、入院期間Ⅰ、入院期間Ⅱ、入院期間Ⅲの三つに分類される。基本となるのは入院期間Ⅱで、これが、DPC 参加病院の平均在院日数となっている。入院期間Ⅰは、DPC 参加病院の平均在院日数のバラつきから計算される 25%タイル値に相当する。入院期間Ⅱを過ぎると入院期間Ⅲとなり 15%減額される。入院期間Ⅲを過ぎると、特定入院期間（平均在院日数+2X 標準偏差）となり、出来高に戻る仕組みになっている。

すなわち、入院期間Ⅱ以内での退院が達成されると、日本での平均的な医療を行っていると解釈ができる。またそれは DPC 上収益が確保できる、保険診療上の誘導ともなっている。入院期間の比較は、他病院での診療を比較するバロメーターとも言える。さらに収益確保は、病院のリソース向上と医療人材の確保の原資となり、正の循環につながる。良質な医療を提供できていれば入院期間は短くなるが、高齢化を背景として、帰宅するための環境準備も重要である。

【当院において「入院期間」の持つ意味】

当院は、がんに特化した病院である。一般病院/大学病院で行っているような「院外発生の救急医療」「臓器機能が高度に障害された患者の治療」などは、原則として行っていない。また、当院は、それらを行うためのリソースを持たない一方、他の病院では治療が不可能と判断されたがん患者さんが訪れる傾向がある。それは併存疾患ではなく、手術スキルや治験、数多くの治療経験があるため、当院ががん診療の最後の砦としての立ち位置でもあるからである。それはより困難な治療につながることもあり、結果として長期入院化する場合も少なくない。

各癌腫での「入院期間」は、どれだけ「均一な標準診療」が行えているか、の目安であり、そのための土台、すなわち、「クリニカルパスによる均一な診療」「かかる主治医によって左右されない均一な診療方針」「標準診療を提供する技術」、が総合的にあらわされている。

また、効率的な診療を行うことで得られたリソースを、当院で行うべき「新たな治療の開発」「がん患者さんへのより高度なサポート」に割くことができる。

【測定方法】

期 間：2024/4 - 2025/3

測定値：入院期間Ⅱ以内に退院した割合（％）

分 子：当該手術患者の入院期間Ⅰ・Ⅱ以内に退院した患者数 分母：当該手術患者数

A 値：D P C設定による全国の平均在院日数

B 値：当院の平均在院日数

【測定結果】 ※測定値が80%以上、もしくはB値が全国平均よりも短い場合は、灰色で表示

項目	DPCコード	測定値			A値 全国平均 (期間Ⅱ)	B値		
		2022/4月～ 2023/3月	2023/4月～ 2024/3月	2024/4月～ 2025/3月		2022/4月～ 2023/3月	2023/4月～ 2024/3月	2024/4月～ 2025/3月
脳腫瘍手術	010010xx03x00x	80.0%	66.7%	70.0%	18	15.5	18.2	18.3
頭頸部手術	03001xxx0200xx	85.7%	83.1%	81.0%	11	10.9	9.8	9.8
肺癌手術	040040xx97x00x	97.8%	88.1%	71.7%	9	8.1	8.4	8.9
食道癌手術	060010xx02x0xx	48.3%	79.4%	100.0%	22	36.5	26.2	16.0
食道癌ESD	060010xx04xxxx	96.2%	97.8%	88.1%	7	5.6	5.9	6.5
胃癌（全摘術）	060020xx01xxxx	72.7%	84.6%	81.8%	20	17.2	16.2	16.8
胃癌（切除術）	060020xx02xxxx	79.3%	83.3%	80.4%	16	15.8	14.7	14.9
胃癌ESD	060020xx04xxxx	100.0%	99.1%	85.5%	7	5.5	6.1	6.5
結腸癌手術	060035xx0100xx	66.3%	86.0%	54.4%	14	14.7	14	14.7
直腸癌（切断術）	060040xx02xxxx	85.0%	85.7%	65.2%	25	20.8	20.9	21.9
直腸癌（切除術）	060040xx0300xx	48.6%	78.6%	55.6%	14	15.1	13.9	15.1
肝癌（部分、区域切除）	060050xx020xxx	86.7%	83.8%	75.8%	13	10.3	11.5	11.2
膵臓癌手術（膵頭部腫瘍切除術）	06007xxx011xxx	80.0%	91.2%	100.0%	42	22.5	21.3	15.4
軟部腫瘍手術	070041xx02x0xx	63.6%	85.7%	73.7%	15	12.3	9.2	11.7
乳癌（切除術）	090010xx010xxx	89.1%	74.8%	40.7%	9	7.5	9.4	10.7
乳癌（部分、腋窩郭清なし）	090010xx02xxxx	94.4%	94.3%	68.2%	5	5	5.2	5.4
甲状腺癌手術	100020xx010xxx	97.4%	96.1%	91.4%	7	5.8	5.7	5.8
腎癌手術	110100xx01x0xx	95.3%	88.9%	85.7%	5	8.4	4.8	4.9
膀胱癌（TUR-Bt）	110070xx03x0xx	70.8%	66.7%	74.5%	6	6.8	6.6	6.5
前立腺癌手術	110080xx01xxxx	95.4%	91.3%	87.4%	11	9	10.3	10.1
卵巣癌手術	120010xx01x0xx	91.7%	84.8%	89.7%	11	9.4	9.6	8.2
子宮癌手術	12002xxx01x0xx	82.6%	78.3%	80.5%	9	8.3	9	7.5

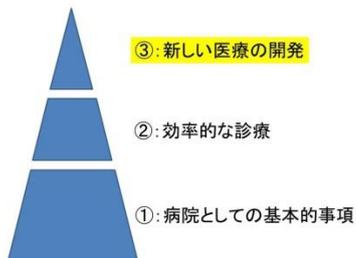
【総括】

入院期間Ⅱ以内に退院した割合（％）について、22項目中12項目の手術で測定値80%を超えていた。前年度より80%を超えていた項目は4項目減少しているが、2024年度は診療報酬改定があり、16項目で全国平均在院日数が平均1.4日短くなっていたことが要因と考えられる。これは継続して見ていく必要があるが、時期を問わず80%以下である直腸癌切除術、膀胱癌(TUR-Bt)は、介入による改善を検討したい。

また、B値が全国平均在院日数を超えている項目でも1日以上上回る項目はなく、全体的に適正な入院期間を維持している。高度な診療内容を維持しつつも、合併症が少なくできる良質な医療が提供できていると解釈できる。ただこれも、継続して全国平均を超えている、結腸癌、膀胱癌(TUR-Bt)は、パスの見直し含めた対処を検討すべきである。

今年度より、経営的な問題から、病棟稼働率向上のために入院期間を調整しているため、高度な医療を提供しつつ、継続して入院期間短縮を評価する「効率性係数」とのバランスを図っていきたい。

1.2 新しい治療の開発



【新しい治療の開発】

日本は、国民皆保険の国である。全国、どこの病院でも、保険診療で決められた診療を行う、つまり同一の治療を行うことが保障されている。一方で、保険診療でまだ認められていない新規治療は、「治験」という制度により開発者負担で行う方法がある。「治験」による「新治療」を行うことで得られたエビデンスをもとに、厚生労働省が「治験で行われた治療」を保険として承認し、新たな治療が生まれる構図がある。

一方、保険診療で決められた診療であっても、どのような診療を行うのが最も適切か、という点ではエビデンスのない診療も多い。そこで、「臨床試験」により「新治療」を行うことでエビデンスを創出し、新たな標準治療が生まれる。テーラーメイド医療であっても、同様である。以上のように、エビデンスのない「高度な医療」は、「治験」として行われるか、「臨床試験」として行われる。治験や多施設共同臨床試験により得られたデータは、エビデンスレベルが高く、Impact factor の高い、臨床系英文雑誌に発表される。

治験を実施することの意義は、新規治療薬の開発へより貢献できること、治験を受ける目的で受診される患者数の増加、治験受託費による増収等が挙げられる。一方で、治験は特定のセクションのみで実施できるものではなく、治験であるが故の精度管理といった、信頼性を担保するためのリソースを要することに留意する必要がある。今年度は一部セクションの体制が変動したことにより、年度前半の治験数を制限するといった形で、全体の治験数にも影響が表れた。こうしたことから、業務を確実に遂行するために労力確保や体制の安定化を図ることが今後も必要となってくる。このほか、今年度には治験審査申請システムが導入され、治験受託・管理事務作業の効率化を図る取り組みを開始している。

【測定項目が表す意義】

治療開発貢献は、一般病院ではない、がん専門病院である本院が、「高度な医療を行っている」、Activity と存在価値を、最もよく表した指標である。

本院は、神奈川県民のがん治療への貢献はもちろんのこと、日本全国および世界のがん治療への貢献も求められている。日常診療のみならず、研究も本院の重要な役割である。このため、研究業績および情報発信の指標である論文数、学会発表数を調査し、これを経年的に評価する。

【2024 年度 測定項目】

1. 治療開発貢献：
 - ① 新規治験数

2. 臨床試験：
 - ① 新規臨床試験数
 - ② 新規観察研究数

3. 研究貢献：
 - ① 英文論文執筆数（筆頭著者）／各診療科の常勤医の人数

【測定方法】

- 治験および臨床試験の調査については新規治療開発支援センターに一任した。
- 太字は各項目の最高値。
- 医療局各診療科はその質および貢献度から英語論文のみを対象とした。また、当該研究への貢献度を区別するため、当院在職者が筆頭著者のものをカウントした。

1. 治験開発貢献

① 新規治験数

治験開発貢献		2022年度	2023年度	2024年度	
	診療科名	新規治験数	新規治験数	常勤医人数 (任期付含む)	新規治験数
1	循環器科	0	0	1	0
2	糖尿病・内分泌内科	0	0	1	0
3	呼吸器内科	26	15	6	21
4	呼吸器外科	0	0	6	1
5	血液・腫瘍内科（血液）	0	0	5	0
6	血液・腫瘍内科（腫瘍）	3	2	5	4
7	消化器内科（消化管）	5	5	4	11
8	消化器内科（内視鏡）	—	—	2	0
9	消化器内科（肝胆膵）	7	13	7	10
10	消化器外科（胃食道）	3	0	6	0
11	消化器外科（肝胆膵）	0	0	5	0
12	消化器外科（大腸）	3	1	5	1
13	精神腫瘍科	0	0	1	0
14	脳神経外科	0	0	2	0
15	頭頸部外科	0	1	4	1
16	形成外科	0	0	1	0
17	乳腺外科	9	8	6	8
18	内分泌外科	0	0	2	0
19	婦人科	0	0	6	0
20	泌尿器科	1	0	6	0
21	骨軟部腫瘍外科	0	0	3	0
22	放射線診断・IVR科	0	0	7	1
23	放射線治療科	0	0	8	0
24	感染症内科	0	0	1	0
25	東洋医学科	0	0	1	0
26	免疫療法科	0	0	1	0
27	麻酔科	0	0	4	0
28	ICU科	0	0	1	0
29	緩和ケア内科	0	0	1	0
30	歯科口腔外科	0	0	1	0
31	リハビリテーション科	0	0	1	0
32	病理診断科	0	0	6	0
33	輸血医療科	0	0	1	0
34	遺伝診療科	0	0	1	0
35	がんゲノム診療科	0	0	1	0
36	臨床研究所	0	0	3	0
	合計	57	45	122	58

2.臨床試験

① 新規臨床試験数

臨床試験		2022年度	2023年度	2024年度	
	診療科名	新規臨床試験の数	新規臨床試験の数	常勤医人数 (任期付含む)	新規臨床試験の数
1	循環器科	0	0	1	0
2	糖尿病・内分泌内科	0	0	1	0
3	呼吸器内科	1	3	6	3
4	呼吸器外科	3	1	6	3
5	血液腫瘍内科（血液）	1	0	5	0
6	血液腫瘍内科（腫瘍）	1	1	5	1
7	消化器内科（消化管）	2	7	4	1
8	消化器内科（内視鏡）	—	—	2	4
9	消化器内科（肝胆膵）	3	6	7	4
10	消化器外科（胃食道）	3	3	6	2
11	消化器外科（肝胆膵）	1	2	5	0
12	消化器外科（大腸）	3	1	5	1
13	精神腫瘍科	0	0	1	0
14	脳神経外科	0	0	2	0
15	頭頸部外科	0	0	4	0
16	形成外科	0	0	1	0
17	乳腺外科	1	1	6	3
18	内分泌外科	—	0	2	0
19	婦人科	0	0	6	0
20	泌尿器科	0	0	6	0
21	骨軟部腫瘍外科	1	1	3	0
22	放射線診断・IVR科	0	2	7	0
23	放射線治療科	1	0	8	1
24	感染症内科	0	0	1	0
25	東洋医学科	0	0	1	0
26	免疫療法科	0	0	1	0
27	麻酔科	0	0	4	0
28	ICU科	0	0	1	0
29	緩和ケア内科	0	0	1	1
30	歯科口腔外科	0	0	1	0
31	リハビリテーション科	0	0	1	0
32	病理診断科	0	0	6	0
33	輸血医療科	0	0	1	0
34	遺伝診療科	0	0	1	0
35	臨床研究所	0	1	1	2
36	がんゲノム診療科	0	0	3	0
	合計	21	29	122	26

② 新規観察研究数

臨床試験 その他・観察研究		2022年度	2023年度	2024年度	
	診療科名	新規臨床試験の数	新規臨床試験の数	常勤医人数 (任期付含む)	新規臨床試験の数
1	循環器科	0	0	1	0
2	糖尿病・内分泌内科	0	0	1	0
3	呼吸器内科	6	5	6	18
4	呼吸器外科	15	10	6	9
5	血液腫瘍内科（血液）	11	13	5	13
6	血液腫瘍内科（腫瘍）	7	4	5	10
7	消化器内科（消化管）	13	14	4	7
8	消化器内科（内視鏡）	—	—	2	5
9	消化器内科（肝胆膵）	11	11	7	6
10	消化器外科（胃食道）	11	14	6	14
11	消化器外科（肝胆膵）	7	14	5	6
12	消化器外科（大腸）	10	18	5	12
13	精神腫瘍科	1	0	1	0
14	脳神経外科	0	0	2	0
15	頭頸部外科	1	0	4	0
16	形成外科	0	0	1	0
17	乳腺外科	7	8	6	4
18	内分泌外科	—	0	2	1
19	婦人科	1	7	6	12
20	泌尿器科	8	9	6	3
21	骨軟部腫瘍外科	1	6	3	2
22	放射線診断・IVR科	0	0	7	6
23	放射線治療科	15	4	8	1
24	感染症内科	0	1	1	0
25	東洋医学科	0	1	1	0
26	免疫療法科	0	0	1	0
27	麻酔科	0	1	4	0
28	ICU科	0	0	1	0
29	緩和ケア内科	0	0	1	0
30	歯科口腔外科	0	1	1	1
31	リハビリテーション科	0	0	1	0
32	病理診断科	4	3	6	3
33	輸血医療科	0	0	1	0
34	遺伝診療科	0	0	1	2
35	臨床研究所	14	16	1	11
36	がんゲノム診療科	0	1	3	1
	合計	143	161	122	147

3 研究貢献

① 英文論文執筆数（筆頭著者）

英文論文		2022年度			2023年度			2024年度		
診療科名	常勤医人数	英文筆頭数	／常勤医数*100	常勤医人数	英文筆頭数	／常勤医数*100	常勤医人数	英文筆頭数	／常勤医数*100	
1	循環器内科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
2	呼吸器内科	7	3	43%	7	4	57%	6	2	33%
3	呼吸器外科	7	5	71%	8	10	125%	8	5	63%
4	血液・腫瘍内科（血液）	5	2	40%	5	2	40%	5	6	120%
5	血液・腫瘍内科（腫瘍）	4	0	0%	5	0	0%	5	4	80%
6	消化器内科（肝胆膵）	7	7	100%	8	3	38%	8	10	125%
7	消化器内科（消化管）	7	3	43%	7	2	29%	5	3	60%
8	消化器内科（内視鏡）	-	-	-	-	-	-	3	1	33%
9	脳神経外科	2	0	0%	2	0	0%	2	0	0%
10	頭頸部外科	4	1	25%	4	0	0%	4	0	0%
11	形成外科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
12	乳腺内分泌外科（内分泌）	2	7	4	2	3	150%	2	1	50%
13	乳腺内分泌外科（乳腺）				7	1	14%	6	2	33%
14	消化器外科（大腸）	7	0	0%	6	3	50%	6	8	133%
15	消化器外科（胃食道）	8	19	238%	8	22	275%	8	15	188%
16	消化器外科（肝胆膵）	7	7	100%	8	4	50%	6	4	67%
17	婦人科	7	2	29%	7	1	14%	7	3	43%
18	泌尿器科	7	5	71%	7	4	57%	6	8	133%
19	骨軟部腫瘍外科	3		0%	3	0	0%	3	0	0%
20	放射線診断・IVR科	8	5	63%	9	5	56%	9	1	11%
21	放射線治療科	4	0	0%	9	3	33%	11	3	27%
22	麻酔科	3	0	0%	3	0	0%	4	0	0%
23	ICU科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
24	緩和ケア内科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
25	病理診断科	6	6	100%	6	10	167%	6	8	133%
26	免疫療法科	2	1	50%	7	5	71%	2	3	150%
27	歯科口腔外科	1	1	100%	1	0	0%	1	0	0%
28	精神腫瘍科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
29	東洋医学科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
30	リハビリテーション科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
31	遺伝診療科	1	2	200%	1	1	100%	1	2	200%
32	糖尿病・内分泌内科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
33	がんゲノム診療科	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
	合計	118	76	64%	139	83	60%	133	89	67%

【総括】

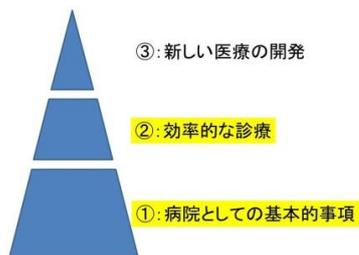
（治療開発貢献・臨床試験）

新規治験数は、前年度から 13 件増となった。診療科をみると、呼吸器内科が全体の 3 割程度を占めるまでに回復したほか、消化器内科（消化管）の件数が昨年度比で倍増した。これに加えて、消化器内科（肝胆膵）や乳腺外科が例年並みであったことから、一昨年度とほぼ同数の受託件数となった。また、昨年度に続いて、頭頸部外科や消化器外科（大腸）からの受託が見られるほか、呼吸器外科や放射線治療・IVR 科などの治験も始まるなど、当院での治験に対する活発な取り組みが散見される。今後も、件数が増した診療科への治験支援を充実させる傍ら、治験の実施に慣れていない診療科への適切なサポートに努める。治験を実施することの意義は、新規治療薬の開発へ貢献できること、治験を受ける目的で受診される患者数の増加、治験受託費による増収等が挙げられる。一方で、今年度は初めて IRB を年 11 回開催するなど、治験受託件数の増加に必要なリソースは増加しつつある。これには当然、治験を開始した後のことも考慮に入れておく必要があり、人・モノ・場所のバランスを常に図りつつ、不足が生じないように、関係セクションとの緊密な連携に注意を払う段階に差し掛かっている。この対策の一つとして、各種治験に関する情報の電磁化の推進が挙げられる。今まで紙媒体であるがゆえに、院内で対応する必要があった作業を、オンライン上で完結できるよう整備することで、前述したリソースの省力化に繋がるといった効果が期待できる。臨床試験数については、各診療科で減や増の変動があり、全体的に減となったが、大きな変動までは至っていない。その他の観察研究の審査件数も一昨年度と同程度で推移しており、前年度比で増加あるいは減少した診療科がはっきりと分かれる結果となった。2025 年度は、臨床研究法の改正も控えていることから、引き続き、適切な支援業務を行っていく。

（研究貢献（英文論文））

2024 年度の英文論文実績は、全体として前年をやや上回る結果となった。胃食道外科、肝胆膵内科、病折診断科などの診療科が引き続き研究成果を挙げ、筆頭著者数も増加傾向を示した。特に胃食道外科では継続的な臨床研究の成果が論文化され、学術活動の中心的役割を担っている。一方で、臨床業務負担の大きさは論文数と相反する可能性があり、一部診療科では伸び悩む傾向がみられている。研究時間確保や支援体制のさらなる充実が課題である。若手医師の筆頭著者としての登用が進みつつある点はポジティブな変化であり、教育的側面からも意義が大きい。今後は、希望する診療科の研究参加を促進し、横断的な共同研究の推進や研究支援環境の整備を通じて、病院・研究所全体としての学術的発信力を一層高めていくことが求められる。

1.3 低侵襲手術件数の割合



医療機器技術の進歩で、鏡視下手術が手術治療の多くを占めるようになってきている。これは患者さんへの侵襲を少なくし、より良好ながん治療につなげることと、患者さんの早期社会復帰に有利な側面がある。またさらに近年、ロボット支援下手術ががん治療に適用が広がっている。鏡視下手術もロボット支援下手術も、高い技術が必要とされており、当院でも高度な技術者が後進の育成に精力を注いでいる。一方で、進行癌では鏡視下手術が困難なことから、すべての手術が低侵襲化できるわけではない。手術の低侵襲化は大事だが、安全、確実な手術が最も重要である。

【測定方法】

測定期間 2024/4 - 2025/3

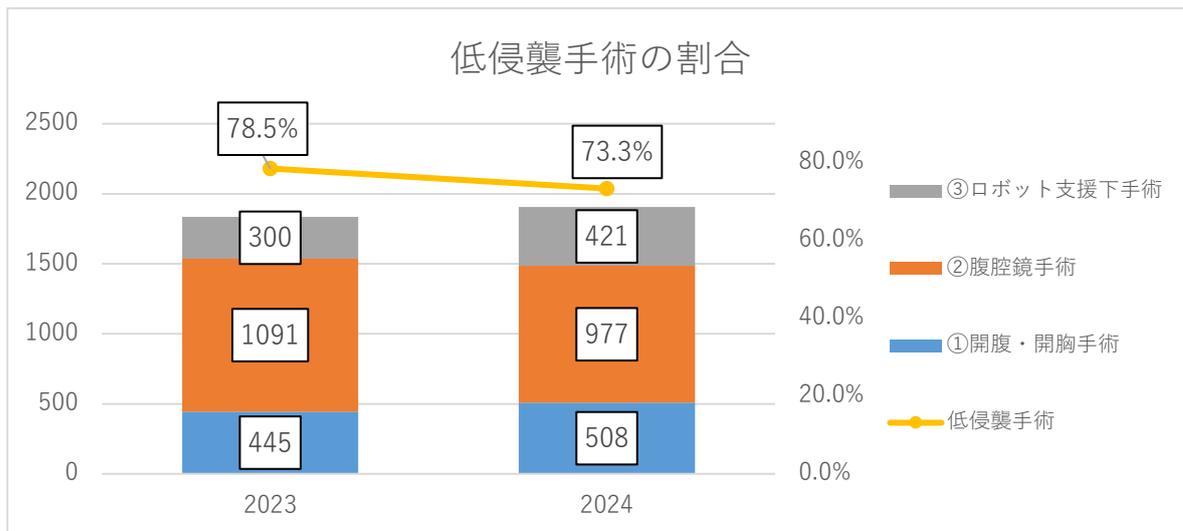
分子：鏡視下及びロボット支援下手術（以下の表の②及び③）の算定件数

分母：主な悪性腫瘍手術（以下の表の計④）の算定件数

ロボット支援下手術を実施する診療科に限定し、算定実績から主な悪性腫瘍手術を開腹・開胸手術、鏡視下手術、ロボット支援下手術3つに分類した。そのうち、鏡視下手術およびロボット支援下手術を低侵襲手術として割合を測定し、経時的な推移をQIとして測定している。

【測定結果・総括】

		低侵襲手術割合 (②+③) / ④	① 開腹・開胸等 手術	② 鏡視下手術	③ ロボット 支援下手術	④ 計 ①+②+③
呼吸器外科		97.4%	13	444	43	500
胃・食道外科	(胃)	65.2%	31	39	19	89
	(食道)	98.5%	1	67		68
大腸外科		85.2%	31	116	62	209
婦人科		31.8%	259	44	77	380
泌尿器科		89.6%	49	205	218	472
肝胆膵臓外科	(肝臓)	63.8%	25	44		69
	(膵体尾部)	16.8%	99	18	2	119
2024 年度計		73.3%	508	907	421	1,906



【総括】

本年度の割合は73.3%で、昨年78.5%より5%減少した。実数で見ると、昨年は1391件、本年度が1398件で、数としてはほぼ同数であった。2023年度からダヴィンチが2台体制となり、同じ低侵襲手術である鏡視下手術から、ロボット支援下手術へのシフトが見られる(16.3%→22.1%)。日本の悪性腫瘍手術でもロボット手術の適応が増えてゆくことが予想される。ただ臓器特異性もあり、すべての手術でロボットが有利なわけではないこと、またランニングコストが高いことから、バランスを十分に検討しながら、さらなる導入を検討する必要がある。一方、当院の特徴でもある開腹・開胸での高難度手術も一定数あるため、今年度の低侵襲手術の割合の減少につながっていると考えられ、変動の範囲内と推測されるが、動向は注視すべきである。

1.4 がん患者リハビリテーション数



【測定項目が持つ意味】

がん患者に対するリハビリテーションは、身体機能の維持・改善のみならず、治療中および治療後の生活の質(QOL)向上に寄与する重要な医療介入である。リハビリテーション単位数の算出は、提供体制の実態を把握し、介入の質と量を評価するための基礎資料となる。当院では現在、主に入院患者に対するリハビリテーション医療を提供している。

リハビリテーション専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が行うリハビリテーションに対して、個別訓練20分を1単位として各リハビリテーション料を算定できる。

参考；疾患別リハビリテーション料

運動器リハビリテーション料Ⅰ	185点
脳血管リハビリテーション料Ⅱ	200点
呼吸器リハビリテーション料Ⅰ	175点
がん患者リハビリテーション料	205点

本測定項目は全入院患者のうちリハビリテーションを提供した患者数割合と、リハビリテーション1回あたりの時間を示し、入院患者に対するリハビリテーションの量的評価指標となるものである。

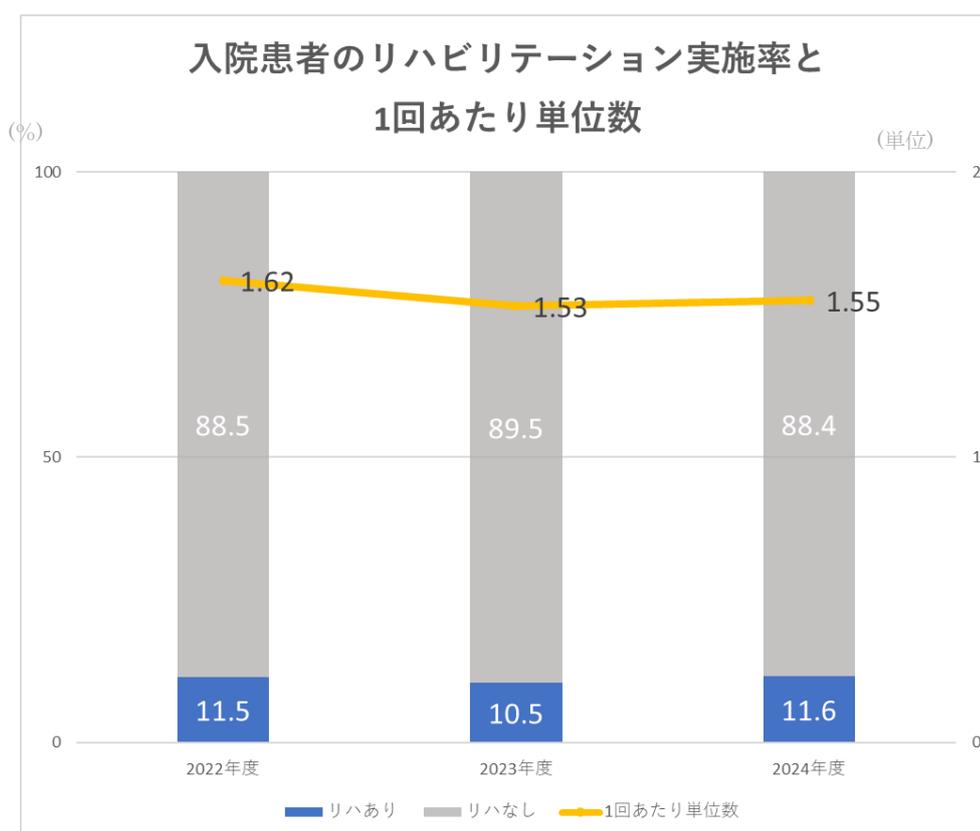
【測定方法】

測定期間 2024年4月~2025年3月

- ① 入院患者のリハビリテーション実施率
分子：入院リハビリテーション算定件数
分母：入院延べ患者数
- ② 入院患者のリハビリテーション1回あたり単位数
分子：入院リハビリテーション算定単位数
分母：入院リハビリテーション算定件数

【測定結果】

	2022 年度	2023 年度	2024 年度
入院延べ患者数 (件)	113,759	119,946	125,258
入院リハビリテーション算定件数 (件)	13,035	12,568	14,589
入院リハビリテーション算定単位数 (単位)	21,101	19,245	22,542
① (%)	11.5	10.5	11.6
② (単位)	1.62	1.53	1.55



【総括】

2024 年度にかけての入院患者に対するリハビリテーション実績を分析した結果、入院延べ患者数の増加に伴い、入院リハ算定件数・単位数は 2024 年度には過去 3 年間で最多となった。入院患者のリハビリテーション実施率は 2024 年度には 11.6%と前年度と比較し改善が見られるが、例年のように低値で推移している。一方で、リハビリ 1 回あたりの単位数は 2022 年度の 1.62 単位から 2024 年度には 1.55 単位へとわずかに減少しており、件数の増加により患者一人あたりの介入時間が短縮されていると考えられる。

リハビリテーション提供体制としては、慢性的な療法士不足や医療の高度化・複雑化、入院期間の短縮、患者さんの高齢化などで安定しているとは言い難い状況にある。必要な患者さんに、必要なだけのリハビリテーションを提供するために、リハビリテーション科だけで解決できない点は、病棟リハビリを看護師に協力依頼する等の連携が求められる。引き続きリハビリ提供体制の安定化と質の向上を目指した取り組みを検討したい。

2 安全で安心な医療の提供



2.1 褥瘡発生率



褥瘡は、患者(固体)要因と環境・ケア要因により発症する。よって、褥瘡発生率は、「患者要因が少ない、環境・ケア要因が良好に保たれる」ことで低下する。

【環境・ケア要因】

環境・ケア要因には、体位変換、体圧分散寝具、頭部拳上、座位保持、スキンケア、栄養補給、リハビリテーション、介護力などがある。これらを適切に施行するためには、専門看護師によるケア、栄養サポートチームによる支援、病院のリソースなど、病院として総合的に取り組む必要がある。すなわち、すべての病院が取り組むべき基本的事項である。

【患者要因】

患者要因には、自立能力の低下、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態の低下、浮腫、多汗/尿失禁/便失禁などがある。すなわち、高齢、重症等の症例が多いほど、褥瘡の危険性は高まると考えられる。

【当院の特殊性】

当院は、がんに特化した病院である。一般病院で行っているような「院外発生の救急医療」「臓器機能が障害された患者の治療におけるがん治療」などは、原則として行っていない。

【褥瘡発生率を測定する意義】

以上を考慮すると、当院では、「少なくても当たり前」であるが、この数値が上昇した場合には、「環境・ケア要因が適切でない」か「患者要因として、適切な症例選別が行われていない」、と言える。「患者要因として、適切な症例選別が行われていない」場合には、他の QI 指標で把握できるため、「環境・ケア要因が適切か」を間接的に評価することができる。

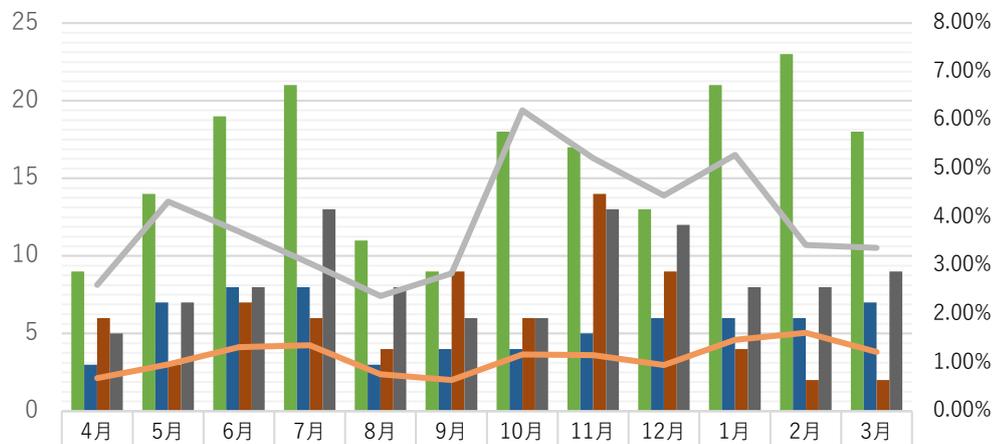
【測定結果】

【2024年度 褥瘡発生率 (%)】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
2022年度	1.19	0.90	1.23	0.41	0.43	0.63	0.63	0.67	0.74	0.83	0.56	0.37	0.72
2023年度	0.61	0.65	0.96	0.98	0.79	0.57	1.29	0.94	1.21	0.71	0.91	0.86	0.87
2024年度	0.68	0.96	1.32	1.36	0.76	0.64	1.17	1.16	0.95	1.47	1.62	1.22	1.11

【2024年度 褥瘡発生状況報告】

2024(令和6)年度褥瘡発生状況



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
①新規褥瘡発生数 (MDRPU含む)	9	14	19	21	11	9	18	17	13	21	23	18
②新規MDRPU発生数	3	7	8	8	3	4	4	5	6	6	6	7
③褥瘡持込数	6	3	7	6	4	9	6	14	9	4	2	2
④褥瘡保有者数(繰越数)	5	7	8	13	8	6	6	13	12	8	8	9
発生率 (%) (①÷⑥)	0.68%	0.96%	1.32%	1.36%	0.76%	0.64%	1.17%	1.16%	0.95%	1.47%	1.62%	1.22%
褥瘡有病率 (%) (⑤÷⑦)	2.60%	4.32%	3.70%	3.05%	2.37%	2.84%	6.20%	5.22%	4.44%	5.28%	3.43%	3.36%
MDRPU発生割合 (%) (②÷(①+③))	20.00%	41.18%	30.77%	29.63%	20.00%	22.22%	16.67%	16.13%	27.27%	24.00%	24.00%	35.00%

【2024年度 褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
算定件数 (件)※1	184	198	179	202	218	184	204	193	189	194	164	166	2,275
収益金額 (千円)※2	920	990	895	1,010	1,090	920	1,020	965	945	970	820	830	11,375

※1 算定数；褥瘡ハイリスク患者ケア加算（500点）の算定件数

※2 収益金額；算定数×5,000円

【2024年度 褥瘡対策チーム総括】

褥瘡対策は入院基本料の算定要件となっており、医療の質保証のひとつとして位置づけられている。褥瘡は、患者のQOLの低下をきたすだけでなく、医療費の増大にもつながり、予防的ケアが重要である。当院は、全てのベッドに体圧分散マットレスを採用しており、計画的に、定期的な買い替えを行うことで整備をし、入院時よりすべての患者に適切な物品を用いて褥瘡対策を実施している。また、褥瘡対策に欠かせないポジショニングピローは、へたりのないものを必要な患者に必要な個数を使用できるように整備した。エアマットレスも最新の複数機種を取り揃え、ハード面を整えることで、患者の状態に適した物品を使用している。こうした取り組みを行い、対象患者に褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定し、2,275件/11,375,000円の報酬を得た。

褥瘡発生率は、前年度は0.87%であったが、1.12%に上昇している。この要因として、2020年より閉鎖していた緩和ケア病棟の再開で、褥瘡発生リスクの高い患者の入院が増加した事の一つとなっていると考える。緩和ケア病棟閉鎖前は0.9%程度であった。また、COVID-19による制限解除により、病棟看護師に対面での褥瘡対策の実践教育を実施し、病棟看護師が知識を得たことで、今まで気が付けなかった褥瘡に気づくことができ、褥瘡発生報告に繋がっている事も考えられる。これらの要因から、昨年度より褥瘡発生率が上昇していることが考えられる。次年度は、褥瘡を見つける力の他に、褥瘡を予防する力を養っていく必要があり、引き続き、予防的ケアの定着と質の向上を推進する必要がある。

昨年度より褥瘡対策委員会が発足され、院内の褥瘡対策に関するハード面の整備やコスト面に關し、多職種で協議する場が設けられた。その他に、褥瘡に関する院内研修の企画、運営を行い、職員全体の褥瘡に関する認識や意識、知識の向上に努めた。ソフト面では、下部組織の褥瘡対策チームが週1回の褥瘡回診で、褥瘡を有する患者の訪問を実施している。褥瘡の状態や状態に合わせた処置方法、ケア方法などを、多職種の専門的視点で協議し、担当看護師へ依頼を行い、適切なケアが患者へ提供されるように働きかけた。また、褥瘡対策委員会発足と同時に、看護局会議のスキンケアリンクナースが、褥瘡対策チームのメンバーに加入された。褥瘡回診で多職種と協議をし、褥瘡の状態の判断や、ケア方法を検討して提案する過程を行うことで、看護師教育の場となり、看護の質向上のための働きかけとなるように努めた。褥瘡は患者要因もあるが、ケア要因も大きいため、看護ケアが重要である。褥瘡発生率の低下が図れるように、こうした取り組みを継続していく。

今後も、高齢化、がん治療の継続による皮膚や組織の脆弱化、病状進行による全身状態の悪化により、褥瘡発生リスクが高い患者の増加が予測される。今後も、褥瘡対策委員会は、院内全体の褥瘡対策に関する事項を整備し、褥瘡対策チームは、褥瘡保有者への実践レベルの褥瘡対策が図れるように取り組み、褥瘡発生率の低下を目指す。

2.2 各種の医療指導/カウンセリングの実施



【患者サービスからみた側面】

患者さんには、適切な医療指導やカウンセリングを受ける権利がある。適切な医療指導やカウンセリングには、認定看護師による病状のケア、薬剤師による服薬指導、栄養士による栄養食事指導、地域医療連携室による病診連携、認定された医師や看護師によるがん患者への病状説明を中心としたカウンセリングなどがある。いずれも、医療を行う上では、欠かせない患者サービスであり、病状の改善/患者さんとの信頼構築に役立つものばかりである。すべての病院が提供すべき、基本的事項と言える。また、医師の負担が軽減し、効率化につながる側面も大きい。

【保険診療からみた側面】

「各種の医療指導やカウンセリングを行う」ということは、病院として、それだけのリソースを割いている、ということである。これに対して、保険診療上、点数が決められている。サービスを行うためのシステムが病院として構築されている限り、きちんとサービスを提供して、対価を得る必要がある。

(1) リンパ浮腫指導管理 - 入院

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	336	対象となる患者さんに対して、 確実な指導を行う。
2023年4月～2024年3月	298	
2024年4月～2025年3月	201	

当院では、対象手術患者さんに対して、医師の指示を受けた病棟看護師が実施している。リンパ浮腫の専門的な治療・ケアを学び、資格（リンパセラピスト）を取得した看護師が担当し、「リンパ節郭清をされた患者」に対し、リンパ浮腫ケア指導を行い予防及び早期対応ができるよう支援している。リンパ浮腫の治療方法や局所へのリンパ液の停滞を予防するために具体的な方法、生活上の注意等の指導を行っている。また、有資格者による病棟看護師への研修会などを開催し、質の向上に努めている。

リンパ浮腫が発生するのは主に婦人科の手術後であるが、近年腹腔鏡下手術、ロボット支援下手術の導入が進み、リンパ浮腫の発生が低下してきていると推測され、継続的に指導件数が減少してきている。

(2) リンパ浮腫指導管理 - 外来

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	262	対象となる患者さんに対して、 確実な指導を行う。
2023年4月～2024年3月	260	
2024年4月～2025年3月	202	

当院の専門外来では、リンパ浮腫治療の資格（リンパドレナージセラピスト）を有する看護師4名が、週5日体制で担当し、「リンパ節郭清をされた患者」に対し、リンパ浮腫ケア指導を行い予防及び早期対応ができるよう支援している。リンパ浮腫を発症した患者さんに対し、セルフケア指導を行い、リンパ浮腫の軽減、悪化予防を行い、時には治療院への連携を行い継続的支援が受けられるよう支援している。

外来においてもリンパ浮腫管理指導件数が減少しているが、リンパ浮腫は完治が難しいこともあり、看護師は患者の不安や生活背景に寄り添い、セルフケア継続を支援しながら心身の負担を軽減し、安心した療養生活を支えている。

(3) がん患者指導管理件数（医師・看護師共同による診療方針説明及び文書提供）

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	769	医師の緩和ケア研修受講数を管理し、対象患者の指導を徹底し、算定件数増加につなげる。
2023年4月～2024年3月	1,136	
2024年4月～2025年3月	1,229	

緩和ケア研修を終了した医師と認定看護師が共同して「がん」と診断された患者さんに対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で説明及び相談を行い、その内容を文書等により説明を行った件数を示している。がん診療には、緩和に関する知識を持った医師だけでなく、専門の修練を行った看護師のサポートが極めて重要である。より高度ながん診療が提供されるには、より多くの、よりきめ細やかな指導管理が重要である。特に治療方針が決定した際には、患者家族含め、多くの関係者が情報を共有する必要がある。

2023年度より件数が増加し、医療者への意識が浸透してきている。臨床の繁忙な状況を鑑みると、必ずしも医師と看護師が同席している必要はなく、患者さんのニーズに合った指導ができると良い。一方記録面で課題が残っているため、対応について改めて周知を行い、質の高い指導管理の増加に繋げていきたい。

(4) がん患者指導管理件数（医師・看護師・公認心理士による心理的不安軽減）

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	833	医師の緩和ケア研修受講数を管理し、対象患者の指導を徹底した上で算定件数増加につなげる
2023年4月～2024年3月	1,311	
2024年4月～2025年3月	3,284	

「がん」と診断された患者さんに対しては、患者の心理状態に十分配慮した環境のもとで、緩和ケア研修を修了した医師や、がん患者の看護に従事した経験を有する専任看護師が、心理的不安を軽減するための指導を実施している。この指導は、継続して治療を行う患者に対して、必要に応じて最大6回まで実施することが可能である。

継続的に治療を行っている患者さんの多くは、精神的にも身体的にも安定しているとは言い難い。仮に治療が順調に進んでいても、がんの再発や進行への不安、経済的な問題、将来への見通しなど、多くの悩みを抱えているのが実情である。保険制度上も複数回の面談が認められており、当院ではがん専門病院として、この制度を積極的に活用し、より良いがん治療サポートの充実を目指してきた。

2023年度は件数が前年比で500件弱増加し、2024年度はさらに2023年度の約2.5倍に達している。これは、医師や看護師が制度自体を十分に認識していなかった状況から、広報活動を徹底したことにより、利用が拡大した結果であると考えている。こうした取り組みが、より質の高い医療の提供につながっていると思われる。今後も心理的サポートを必要とする患者は多く存在すると見込まれ、人的リソースの許す範囲で、この活動をさらに活発化していきたい。

(5) がん患者指導管理件数（医師または薬剤師による抗悪性腫瘍剤の説明）

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	960	化学療法を受けている患者さんへの指導をより充実させる。
2023年4月～2024年3月	901	
2024年4月～2025年3月	766	

がん診療において、薬物療法はその根幹をなす。使用される薬剤は多岐にわたり、副作用も薬剤ごとの特性に大きく依存する。場合によっては複数の薬剤を組み合わせることも日常的である。本管理指導は、抗悪性腫瘍剤を投与されているがん患者に対し、十分に配慮された環境のもとで、医師または経験を有する専任薬剤師が実施するものである。内容は、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、さらに日常生活における注意点などを、文書を用いて説明することとしている。

従来、これらの説明は医師や薬剤師が行っており、可能な限り実施してきた。しかし一方で、2022年度に新設された「外来腫瘍化学療法診療料」が同時算定できないため、件数は減少傾向にある。

(6) がん性疼痛指導管理件数

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	187	対象となる患者さんに対して、確実な指導を行う。
2023年4月～2024年3月	384	
2024年4月～2025年3月	604	

がん診療において、麻薬の使用は多くの場面で必要不可欠である。病状の進行に伴う苦痛、特に疼痛から解放されるためには、オピオイドの使用が積極的に推奨されている。

緩和ケア研修を修了した医師が、計画的な治療管理および療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合には、月1回算定することが可能である。しかし、従来は件数が少なく、麻薬使用に対する意識が十分でなかった、あるいは緩和治療の経験が乏しい医師が積極的な使用をためらっていた可能性がある。その後、緩和ケアチームが適正使用に関する周知を繰り返し行い、また指導管理料算定の意識付けを促す働きかけを行った結果、件数は2022年度から2023年度にかけて約2倍、さらに2023年度から2024年度にかけて約1.5倍に増加した。

一方で、多忙な外来診療中にテンプレートを立ち上げて記録する作業が負担となり、直近では件数の伸びが鈍化している。このため、システム更新や注意書きの工夫などにより、さらなる改善を図っていきたい。

(7) 在宅療養指導件数

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	1,387	対象となる患者さんに対して、 確実な指導を行う。
2023年4月～2024年3月	1,273	
2024年4月～2025年3月	1,277	

進行がんの患者においては、疾患の進行そのもの、あるいは治療の結果として、人工肛門や人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーンなどを装着したまま日常生活を送る方が一定数存在する。患者が良質な生活を維持するためには、これら装具の取り扱いを十分に理解することが極めて重要である。

一方で、これらの装具は患者にとって本来の機能の喪失を意味しており、精神的・身体的な負担も大きい。そのため、介護者を含めた継続的なサポートが不可欠である。当院では、主に医師の指示を受けた外来看護師が、患者一人ひとりの状況に応じた個別指導を行っている。がん診療の高度化、手術の低侵襲化、さらには機能温存を重視した治療方針への転換などにより、これら装具を必要とする患者数は大きな増減はなく、一定数で推移している。必要な患者さんに、必要な指導を確実に継続していく。

(8) がん治療連携計画策定件数

期間	実績（算定件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	258	連携医療機関、 地域連携パスの拡充
2023年4月～2024年3月	357	
2024年4月～2025年3月	344	

入院中のがん患者に対して、同意を得たうえで地域連携パスに基づく治療計画を説明し、文書を提供した場合に算定できるものである。患者にとっては、退院後にかかりつけ医のもとで診療を継続できるというメリットがある。

当院では、乳がんや前立腺がんの患者、あるいは定期的に G-CSF 製剤の注射を必要とする患者を対象に、地域連携パスを運用している。しかし、地域の診療医が高度化・複雑化してきているがん診療の補助をどこまで担えるかという課題もあり、実際にはここ数年、新規の地域連携パスは増えていない。

今後、医療の集約化がさらに進むことが予測される中で、医療機関同士の連携の重要性は一層高まると考えられる。その一方で、パスの作成や広報にかかる負担は依然として大きいのが、改善に向けた取り組みを進めることで、より効果的な地域連携の実現を目指したい。

(9) 紹介率・逆紹介率

期間	紹介率	逆紹介率	逆紹介割合 (%)
2022年4月～2023年3月	99.9%	83.84%	-
2023年4月～2024年3月	99.9%	95.10%	37.7%
2024年4月～2025年3月	99.9%	92.95%	34.9%

当院は2023年10月より紹介受診重点医療機関となっており、来院患者のほとんどは紹介患者である。治療終了後に病状が安定した患者を地域のかかりつけ医へ「逆紹介」することも制度の一環であり、規定として逆紹介割合が30%を上回る必要がある。

がん治療専門病院である当院では、治療が終了し再発リスクが低下し、病状が落ち着いた患者については、かかりつけ医と連携して診療を継続することを基本方針としている。再発リスクが少ない場合、患者にとっても地元で診療を受けられるメリットは大きく、再度治療が必要になった際には速やかに当院に紹介いただく体制を整えている。これにより、外来診療の負担が軽減され、新規患者への対応に十分な時間を確保することが可能となる。

一方で、患者側からは「がん専門機関で診療を続けたい」という安心感から、当院での継続診療を希望されるケースも少なくない。このため、治療開始当初から診療の流れを十分に説明し、地域医療機関との連携強化および患者との意思疎通を図ることが重要である。今後も逆紹介率の高い状態を維持しつつ、医療資源の効率的活用を推進し、患者にとって最良の診療体制を提供していきたい。

(10) スキンケア外来患者数

期間	実績（予約件数）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	1,097	ストーマ保有者の生活を 支える
2023年4月～2024年3月	1,118	
2024年4月～2025年3月	1,152	

スキンケア外来に通う患者さんは、治療に伴う皮膚の副作用や乾燥、かゆみ、見た目の変化といった不快症状を和らげ、日常生活を快適に過ごしたいと願っている。また、症状に応じた具体的な対処方法や自宅でのセルフケアの工夫を知りたいという希望も多い。病院としては、科学的根拠に基づいた最新の知識をもとに、症状に合わせた適切な情報提供や医師・看護師による治療的スキンケアを提供できる体制を整えている。看護師は患者さん一人ひとりの生活背景に寄り添い、不安や悩みを受け止めながら、日常で実践しやすいケア方法を提案し、安心して療養を続けられるようサポートしていきたいと考えている。当院では、「皮膚・排泄ケア認定看護師」が、ストーマ（人工肛門・人工膀胱）を抱える患者さんのケアや皮膚トラブルについての相談を受けている。現在は、週

5日、外来を開設している。直腸癌の罹患患者数の上昇とともに、徐々に患者数が増えてきているが、対応できるヒューマンリソースの維持、確保も課題である。

(12) 薬剤管理指導

薬剤管理指導

	2022 年度	2023 年度	2024 年度
入院化学療法実施件数 ※1 (A)	3,505	5,166	5,283
薬剤管理指導①件数 (B)	3,851	4,817	5,187
割合 % (B/A)	109.8%	93.2%	98.2%

※1 入院化学療法実施件数は、当該年度中に退院した患者のうち、化学療法を実施した件数を表している（DPC 分析ソフト（EVE）より算出）。

* 長期の入院時には 1 回の化療につき複数回の指導が可能のため、割合が 100% を超える

【目標値】

入院化学療法算定割合 90% 以上を目指す。

外来指導算定件数 がん患者指導管理料ハ（200 点）+ 連携充実加算（150 点）

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	総計
2022 年度	55	87	183	215	241	251	209	207	178	198	198	205	2,227
2023 年度	149	159	161	211	208	231	218	205	192	195	208	222	2,359
2024 年度	192	213	188	205	225	204	203	194	187	186	188	189	2,374

【総括】

2024 年度も特に安全管理が必要な医薬品（抗悪性腫瘍剤）を使用している患者に対する服薬指導を中心に薬剤管理指導を行ってきた。

特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム注射製剤（注射に限る）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤、抗 HIV 薬のことをいい、これらを使用している患者に対し指導を行った場合に薬剤管理指導料 1（380 点）を加算できる。

注射剤の抗がん剤を含むレジメンの初回治療は原則、入院での実施となっているため病棟担当の薬剤師が初回治療時に説明を行っている。治療の効果やスケジュール、副作用について患者に説明することで患者の不安を取り除き、副作用の重篤化の防止に貢献している。

また、2020 年に新設された保険薬局との連携充実加算への対応として、トレーシングレポートのやりとりや、年 2 回横浜市旭区の病院と保険薬局と合同の研究会を開催するなど、積極的に取り組んでいる。

トレーシングレポートでは外来で抗がん剤を投与している患者の自宅での経過を保険薬局の薬剤師が伺い、その情報を処方医へ提供している。本年度では 335 件の報告数となっている。患者の自宅での状況を把握することが病院では難しいため地域の保険薬局を通して患者の経過を知ることができ治療の継続へ貢献していると考えられる。

(13) 栄養食事指導（入院・外来・集団）

医師が特別食を必要と認めた患者さん、個別指導にのみ認められた「がん、摂食機能・嚥下機能低下、低栄養状態」にある患者さんに対し、管理栄養士が、医師の指示に基づき、規定時間の指導を行った。生活条件、嗜好を勘案した食事計画案を提示し、治療の一環となる食事療養を継続できるよう支援している。

【入院栄養食事指導】

初回 30 分以上、2 回目 20 分以上、2 回/入院中（1 回/週）を限度として面談する。療養のため必要な栄養への理解を深めるため入院直後から指導を実施し、必要に応じて在宅時の食事について退院時にも実施している。

【外来栄養食事指導】

初回 30 分以上、2 回目 20 分以上、1 回/月（2 回/初回指導月）を限度として面談する。在宅時の食事について実施している。

【外来化学療法栄養食事指導料】

外来月 1 回に限り面談する。外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士（がん病態専門管理栄養士）が実施している。

【栄養食事指導 実績】

期 間	入院 (件数)	外来 (件数)	化療室 (件数)
2022 年 4 月～2023 年 3 月	3,674	1,956	358
2023 年 4 月～2024 年 3 月	4,098	2,104	402
2024 年 4 月～2025 年 3 月	4,117	2,020	525

【目標値】

入院 4100 件、外来（化療室含む）2500 件

【総括】

2024 年度は常勤職員 8 名（1 名時間短縮勤務）と契約職員 2 名の計 10 名での運営となった。職員数は前年度と変わらないが 3 名の新規採用者があった中で件数を増加させることができ、目標も達成できた。特に化学療法室での栄養指導件数が増加しており、がん病態専門管理栄養士の資格取得者が 1 名増加したことが要因と考えられる。病棟の患者訪問件数も増加しており、病棟栄養管理の質の維持に努める。

(14) 入院準備問診・薬局お薬調査

入院予定のある外来患者に外来において入院前に問診やオリエンテーションを行うことで「入院時支援加算」が算定できる。当院では2020年4月より周術期患者を対象に介入を開始した。さらに2024年にはPFM（Patient Flow Management）部会を立ち上げ、入院前に介入できる支援や連携について整備した。

期間	実績(算定件数)		来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	外来看護科	273	対象となる患者さんに対して 確実な指導を行う
	患者支援センター	1,297	
	計	1,570	
2023年4月～2024年3月	外来看護科	236	
	患者支援センター	1,207	
	計	1,443	
2024年4月～2025年3月	外来看護科	208	
	患者支援センター	1,533	
	計	1,741	

お薬調査件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
2022年度	138	133	153	166	141	152	132	159	131	128	122	139	1,694
2023年度	146	141	173	149	129	122	126	111	125	114	118	104	1,558
2024年度	127	145	138	169	131	118	135	129	160	127	122	152	1,653

患者の常用薬を術前に確認することにより、休薬が必要な薬剤を医師に知らせている。お薬調査の結果をもとに医師は休薬指示を出し、休薬もれによる手術の延期が起こらないように取り組んでいる。一部の診療科で開始し、対応する診療科の種類を徐々に増やしている。

【各種の医療指導/カウンセリングの実施 総括】

保険診療上、提供している医療サービスに応じて各種の指導料が設定されている。当院では、患者一人ひとりの声やニーズに応え、安心して療養できる体制を整えるために、多様な支援を行っている。その実施状況を把握し、患者サービスの質向上につなげるため、算定件数を定期的に確認している。現在は「DPC/適正診療報酬請求検討会議」を中心に、状況を共有しながら適切な診療提供に努めている。一方で、「がん患者指導管理料ハ」など制度要件の変更により評価の方法が変わる

場合もあり、患者にとって必要な支援が継続して届くよう注意を払っている。

一方、内服薬を一つ一つ調べるのは非常に手間がかかり、かつ誤りはきわめて大きな影響を及ぼし可能性がある。AI を用いた効率化が非常に有効と見込まれ、早期の導入を検討したい。

2.3 安全な医療



すべての患者は、安全な医療を受けたい、と願っている。安全な医療を行うためには、病院としての包括的な取り組みが必要である。安全な医療を行うことは、すべての病院にとっての基本的事項である。

(1) ヒヤリ・ハット事例及び医療事故報告数

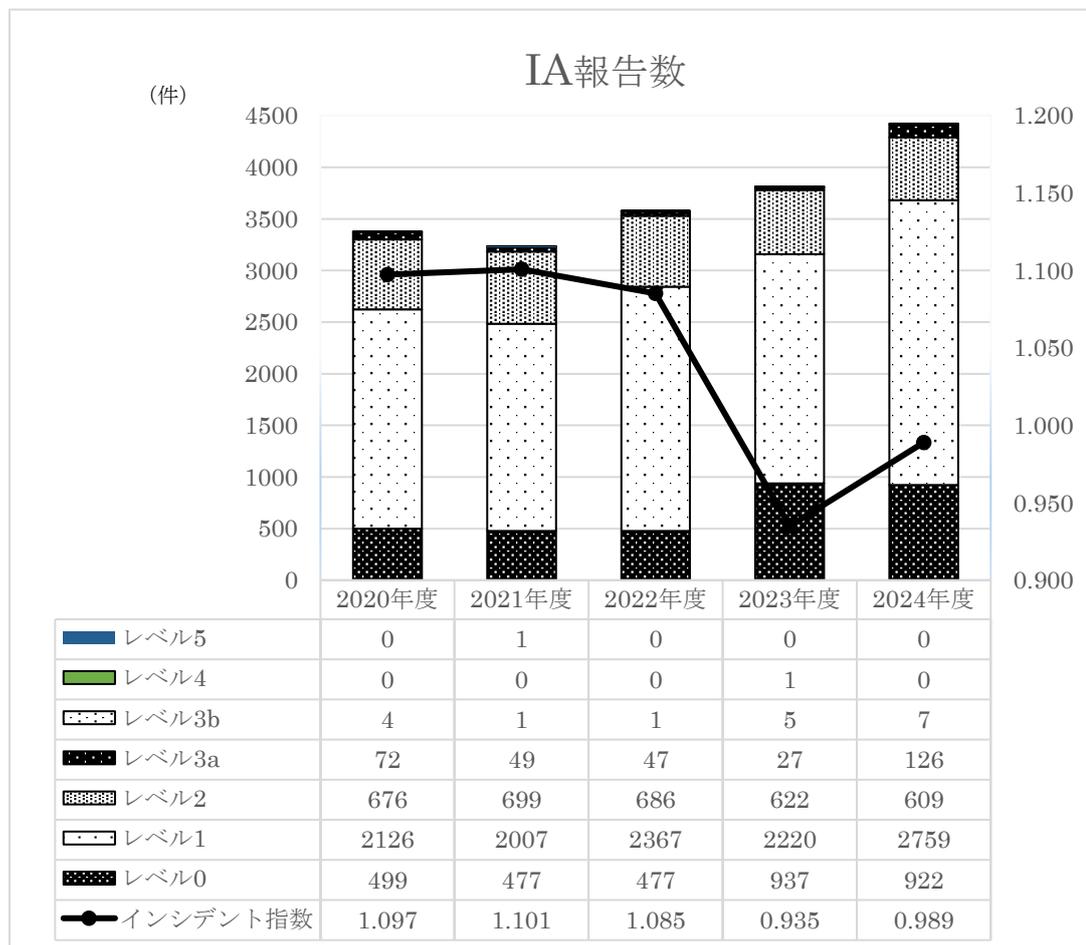
ヒヤリ・ハット事例及び医療事故報告は医療現場において発生した「望ましくない事態」を、幅広く情報収集し、医療事故につながる潜在的な問題を把握して、事故の発生を未然に防ぐことを目的としている。

【測定結果】

測定期間；2024年4月～2025年3月

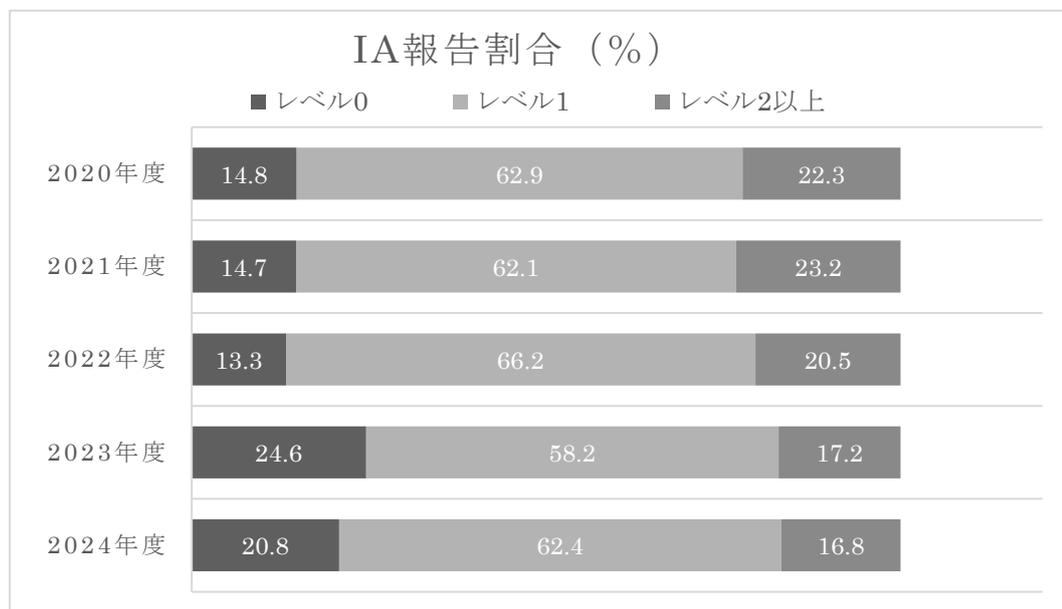
1) 報告件数の推移

2024年度の全報告件数は、4,423件であった。



※インシデント指数：ヒヤリ・ハット事例及び医療事故 1 件あたりの患者影響レベルの平均値を示している。患者影響レベルの総和をヒヤリ・ハット事例及び医療事故報告件数で割った値で、大きくなる程、重大な事故が多いと解釈できる。

2) インシデント・アクシデント報告割合の推移



【全報告数に対するレベル0および1報告の割合】

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
レベル0報告割合 (%)	14.8	14.7	13.3	24.6	20.8
レベル1報告割合 (%)	62.9	62.1	66.2	58.2	62.4
合計 (%)	77.7	76.8	79.5	82.8	83.2

3) 職種別報告割合の推移



【総括】

全報告件数は611件増加した。特に、レベル3aの報告件数は126件で、前年度より99件増加した。今回の報告件数の増加は、褥瘡や治療処置に伴う皮膚損傷をヒヤリ・ハット及びアクシデント報告の対象としたことが主な要因である。これにより、軟膏処置を必要とする事象がレベル3aに分類されるようになり、報告件数の増加につながった。レベル3aの報告件数は増加しているものの、レベル0および1の報告も前年に比べて0.4%増加しており、全体として報告に対する意識の向上がうかがえる。

職種別の報告割合において、医師の報告割合は目標7%に対し3.9%と達成には至らなかった。また、医師・看護師以外の職種による報告割合も前年度比で0.9%減少した。看護師以外の職種からの報告件数を増加させるため、医療安全推進室員やリスクマネージャーと連携し、報告対象となる事例の提示などを通じて、啓蒙活動を継続していく。

(2) 入院患者における患者誤認発生状況

どんな有効な医療でも、患者を誤認してしまえば重大な損害をもたらし、信頼を大きく損なわれることがある。患者の名前確認は医療安全の基本であるため、患者誤認発生件数とレベル2以上の誤認の発生割合は基本的な安全対策の実施状況を見る指標となる。

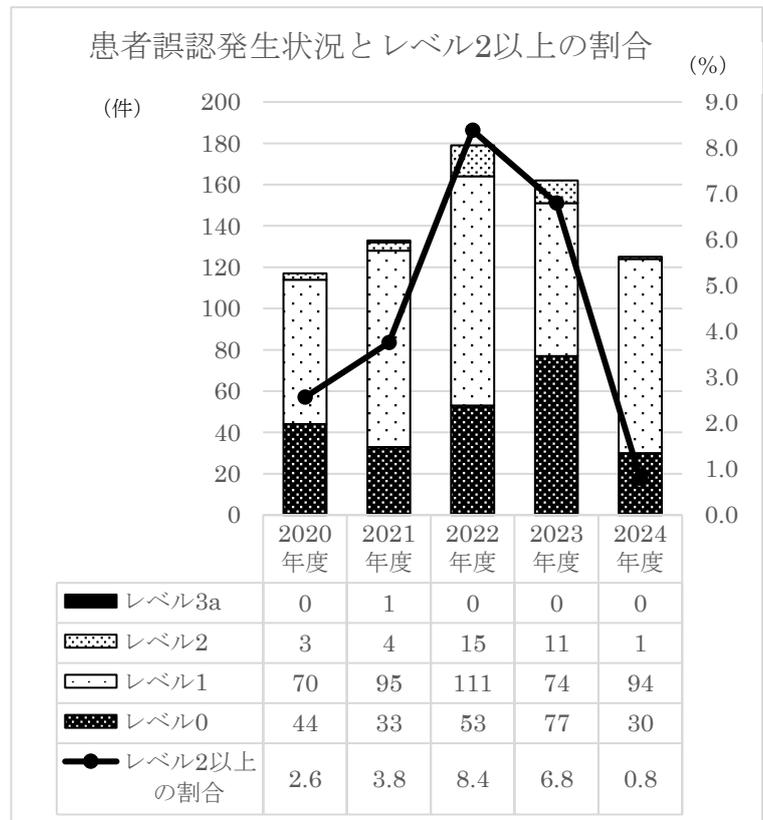
【測定結果】

測定期間 2024年4月～2025年3月

【総括】

11月に患者確認強化月間を開催し、職員、患者双方が患者確認の重要性を理解し、実施できるよう活動した。

患者誤認レベル2以上ゼロを目標に取り組んだが、レベル2以上は1件の報告があり目標達成には至らなかった。数値的には昨年度と比較して10件減少し、誤認全体に対するレベル2以上の報告割合は0.8%と、前年度比で6.0%の減少となった。しかし、報告されたレベル2事象の内容は患者誤認による薬剤の誤投与であり、重大な影響をもたらす可能性がある事象であった。引き続き、院内で患者確認を徹底する文化の更なる醸成を目指していく事が課題である。



(3) 入院患者転倒転落発生数

入院中は、生活習慣の変化や、病気や治療による体力低下、薬の作用等により、思いがけない転倒・転落事故が起こる事がある。安全で快適な入院生活を送っていただくために、生活環境を整備するとともに、アセスメントシートを用いた患者さんの状態把握、危険度に合わせた転倒・転落の予防に努めており、医療安全対策の結果を見る指標となる。

【測定方法】

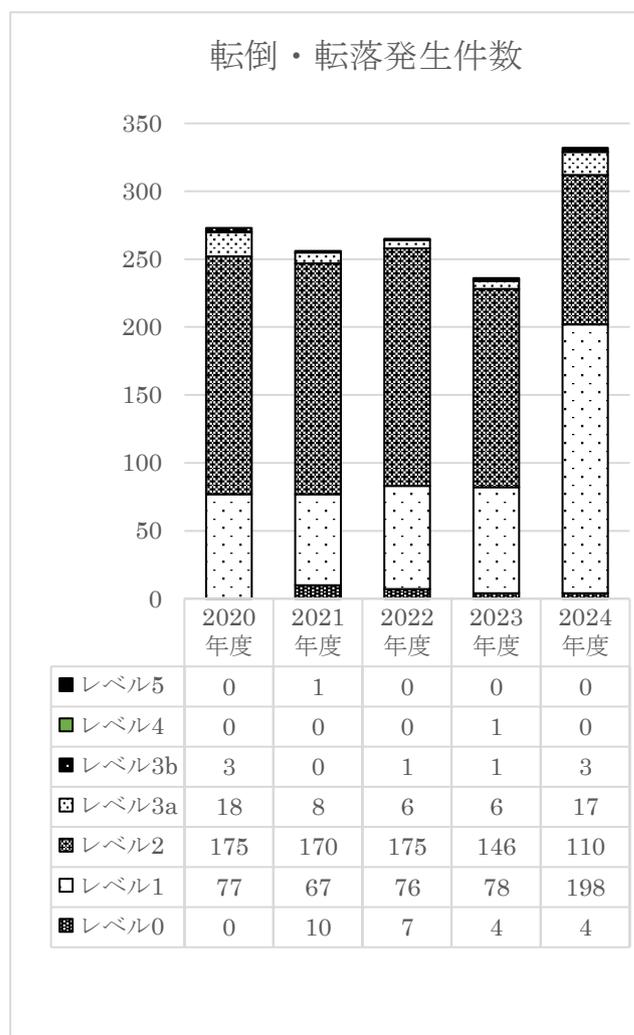
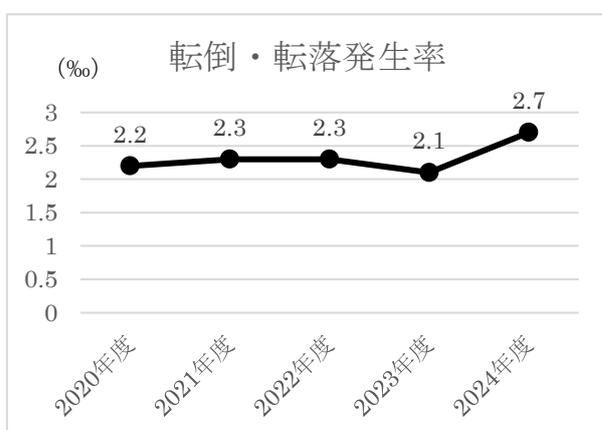
分子：入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分母：入院患者延べ数（人日）

単位：%

【測定結果】

測定期間：2024年4月～2025年3月



【総括】

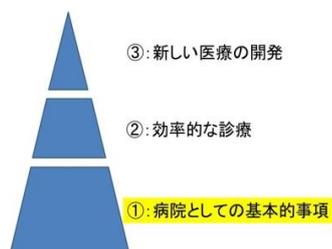
転倒・転落レベル 3b 以上ゼロを目標に取り組んだが、レベル 3b 事例が 3 件発生した。

日本病院会による QI プロジェクト 2023 年度報告では、発生率の平均値は 2.83% であり前年から 0.07% の微増となっている。一方、当院の平均値は 2.7% で、日本病院会の平均値をわずかに下回っているものの、前年と比較して 0.6% 増加しており、1 年間で発生率が上昇している。

発生事例を分析することで、更なる予防策を検討し、転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みを継続して行っていきたい。

2.4 感染管理

(1) 血液培養実施時の2セット実施率



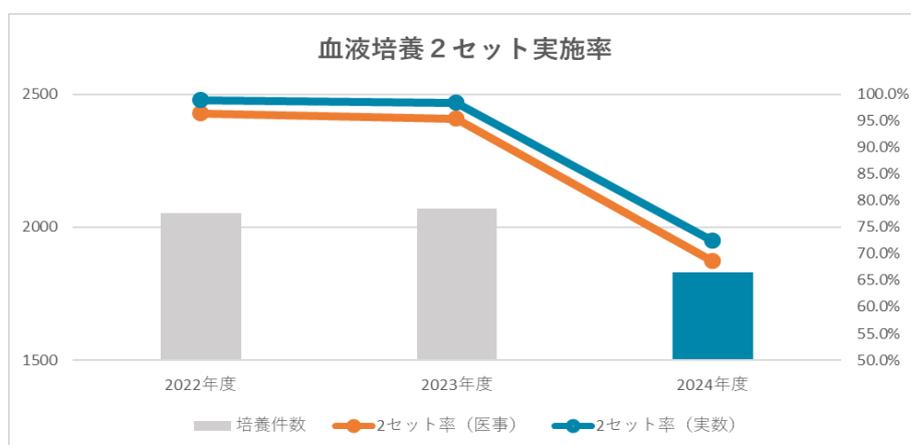
血液培養は感染症治療において抗菌薬選択に影響を与える重要な項目である。血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐことや検査感度向上を目的に、2セット以上の実施が推奨されている。抗菌薬適正使用の観点から、感染症治療における医療の質に反映する指標である。

【測定方法】

分母：血液培養のオーダー日数（人日）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）

【測定結果】



	2022年度	2023年度	2024年度	2023年度 QI 研究会 (ベンチマークデータ) 参加施設：371 施設
全オーダー (人日)	2054	2068	1829	
1セットオーダー (人日)	74	95	577	
2セット実施率 *医事データ	96.4%	95.4%	68.5%	中央値：83.5
【参考】2セット実施率 *実数	98.8%	98.4%	72.4%	(平均値：75.7)

※【参考】として提示した2セット実施率は、検査オーダー時は2セットオーダーであったが、患者の状態等を理由に1セットのみしか採取できなかった件数を示している。

【総括】

今年度より、医事データに基づいた2セット実施率を記載している。しかし、この中には、2セットオーダーがされていたが、患者の状態等で1セットしか採取できなかったケースが1セットオーダーとして扱われているため、参考値としてそれらを2セットオーダーに含めた実数によるセット実施率も合わせて記載している。

2024年度の血液培養実施時の2セット実施率は前年度から大きく下落している。この背景には、2024年7月～10月に血液培養ボトルの供給が世界的に不安定になった影響で、当院においても1セット採取を推奨したことが数値に影響を与えたと考えられる。この期間を除いた9カ月間での数値（実数）は95.7%であった。昨年度よりも下落しているが、また、採取ボトルの供給が再開した後も通常運用に戻るまでに1か月程度要してしまったことなどが影響した可能性が考えられる。2023年度のQIプロジェクトで示されたベンチマークと比較すると当院の血液培養実施率は高水準で実施できていると評価できる。当院は引き続き、100%の2セット実施率を目標として2セット実施率向上のための働きかけを行っていく。

（2）抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度割合

抗MRSA薬の使用に際し、有効血中濃度の維持、副作用の抑制、耐性化の回避のため、治療薬物モニタリング（TDM）が重要である。

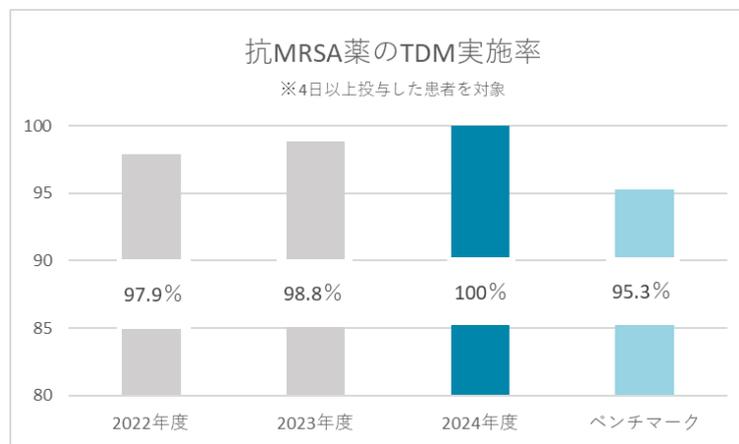
抗MRSA薬を使用する際は、治療薬物モニタリング（TDM）を実施することで有効血中濃度維持を目的とした投与量調整、薬剤投与による副作用の発生防止、耐性化の回避に繋がるため非常に重要な項目である。

そのため、この項目についても抗菌薬適正使用の観点から、感染症治療における医療の質に反映する指標である。

〈データ集計方法〉

分母：TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された症例数

分子：分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例（TDMを行うべき抗MRSA薬を注射で4日以上投与された症例）



	2022 年度	2023 年度	2024 年度	
TDM が必要な抗 MRSA 薬 投与症例数*1	97	88	98	2022 年度 QI 研究会 (ベンチマークデータ) 参加施設：371 施設
TDM 実施症例数*2	95	87	98	
TDM 実施率 (%)	97.9%	98.8%	100%	中央値：95.3 (平均値：89.8)
*1 TDM が必要な薬剤として、バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシンを設定				
*2 TDM を行うべき抗 MRSA 薬を注射で 4 日以上投与された症例に限る				

【総括】

2024 年度は、4 日以上投与された抗 MRSA 薬の TDM が全例で実施され、実施率は 100%であった。現在、薬剤科と AST が連携して抗 MRSA の TDM を実施しており高い介入率になっていると考えられる。2023 年度の QI 研究会のベンチマークデータと比較しても当院の実施率は高い数値であり、薬剤師介入により適切な TDM が実施されていると評価する。

(3) 手術部位感染 (SSI : Surgical Site Infection) 発生状況

SSI とは、手術操作を直接加えた部位に発生する術後感染ならびに縫合不全や遺残膿瘍などが含まれる。

SSI 発生は、入院期間の延長・医療費増大の一因となるため、患者の治療に対する満足度を損ねる原因となり得る。他方、時間的・物質的・経営上、医療者側の負担を増大させるため、SSI 発生率を低下させることは重要である。

〈データ集計方法〉

SSI 発生率：手術部位発生件数/手術件数

〈評価対象〉

全診療科を対象に該当する術式における術後 30 日以内の SSI 発生率

〈比較対象〉

JANIS (厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業) 公開情報の SSI 部門 2023 年度データ

■ 2024 年度 SSI 発生率

術式 コード	術式名	診療科名	手術 件数	SSI 発生数	SSI 発生率	パーセンタイル値 (ベンチマーク)			
						25%	50%	75%	90%
ESOP	食道手術	胃食道外科	61	19	31.1	0.0	8.2	20.6	44.5
GAST-D	幽門側胃切除		43	2	4.7	0.0	0.0	10.0	20.0
GAST-O	その他の胃手術		22	2	9.1	0.0	0.0	10.8	20.0
GAST-T	胃全摘術		23	3	13.0	0.0	0.0	14.3	33.4
COLO	大腸手術	大腸外科	182	11	6.0	3.9	7.3	11.5	16.7
REC	直腸手術		81	10	12.3	0.0	8.4	14.0	21.1
BILI-L	肝臓手術		12	1	8.3	0.0	0.0	7.7	14.9
BILI-L	肝臓手術	57	0	0					
BILI-O	その他の 肝胆膵手術	肝胆膵外科	71	5	7.0	0.0	7.7	20.0	33.4
BILI-PD	膵頭十二指腸 切除		97	24	24.7	0.0	18.9	36.2	53.9
CHOL	胆嚢手術		7	1	14.3	0.0	1.8	3.8	6.2
THOR	胸部手術	呼吸器外科	519	2	0.4	0.0	0.0	0.5	2.0
BRST	乳房手術	乳腺外科	407	7	1.7	0.0	0.0	1.0	3.4
BRST	乳房手術	形成外科	47	0	0				
CRAN	開頭手術	脳神経外科	60	1	1.7	0.0	0.0	1.6	2.5
FUSN	脊椎固定術	骨軟部外科	10	0	0	0.0	0.0	3.0	6.2
HPRO	人工股関節		11	0	0	0.0	0.0	0.8	2.2
KPRO	人工膝関節		6	0	0	0.0	0.0	0.0	2.6
AMP	四肢切断術		3	1	33.3	0.0	0.0	4.6	16.7
FX	骨折の 観血的整復		3	0	0	0.0	0.0	1.1	2.2
NEPH	腎臓手術	泌尿器科	108	1	0.9	0.0	0.0	0.0	1.1
PRST	前立腺手術		186	1	0.5	0.0	0.0	0.4	2.5
THYR	甲状腺手術	内分泌外科	103	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
NECK	頸部手術	頭頸部外科	75	0	0	0.0	0.0	0.0	3.2
HYST	腹式子宮摘出	婦人科	284	4	1.4	0.0	0.0	2.8	5.1
OVRY	卵巣手術		67	0	0	0.0	0.0	0.0	1.1

【総括】

2024 年度より全診療科での SSI サーベイランスを開始した。院内での SSI 発生が年間 3 例以上の術式に限定して、ベンチマークデータと比較すると 2 つの術式を除き、大半が 75 パーセントイル値よりも低い S S I 発生率であった。また、SSI 発生が多かった術式においても、院内の前年度データよりも改善傾向にあることを確認している。

S S I 対策として術中抗菌薬投与の適正化（腎機能や体重に合わせた投与量調整）等の対策を推進している。また、今後はガイドラインの改訂に合わせた皮膚消毒薬選択などの SSI 対策も検討し、院内の SSI 発生の低減に努めていく。

（４） 中心ライン関連血流感染 （CLABSI : Central Line-associated Bloodstream Infection） 発生状況

血管内留置カテーテルは、血流感染発生のリスクである。その中でも、中心静脈カテーテル関連の血流感染は、全血流感染の中に占める割合が大きく、院内でも医療器具関連感染の一つとして全病棟で包括的なサーベイランスを実施している。感染率・医療器具使用比は中心ラインの管理における重要な指標である。

〈データ集計方法〉

CLABSI 発生率：CLABSI 発生件数/延べ医療器具使用日数×1000

医療器具使用比：延べ医療器具使用日数/延べ入院日数

〈比較対象〉

J-SIPHE（Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology：感染対策連携共通プラットフォーム）公開の 2023 年度データ

■ 2024 年度 CLABSI 発生率 （1000 device-days）

	CLABSI 発生件数	延べ医療器具 使用日数	感染率	パーセンタイル値 (ベンチマーク)		
				25%	50%	75%
全体（一般病棟部門） ※HCUを除いた全病棟	30	7,650	3.9	0.7	1.7	3.0
7W 病棟 (一般病棟部門)	24	6,498	3.7			
HCU(クリティカル部門)	2	800	2.5	0.7	1.7	2.7

■ 2024 年度医療器具使用比

	延べ医療器具 使用日数	延べ入院 患者日数	医療器具 使用比	パーセンタイル値（ベンチマーク）		
				25%	50%	75%
全体（一般病棟部門） ※HCUを除いた全病棟	7,650	108,317	0.07	0.03	0.06	0.10
7W病棟（一般病棟部門）	6,498	9,119	0.71			
HCU（クリティカル部門）	800	3,145	0.25	0.20	0.33	0.51

【総括】

2024 年度の CLABSI サーベイランスに結果について、一般病棟部門とクリティカル部門で下記のように総括する。

<一般病棟部門>

一般病棟部門では血液内科（7W病棟）が中心ラインの使用の大半占める。医療器具使用比について、ベンチマークの75%パーセンタイル値を大幅に超えるが、治療上必要な中心ライン管理であり問題はないと考える。感染率についても、高度免疫障害がある患者を対象としているため、感染率がベンチマークより高くなりやすい状況にある。しかし、感染率については適切な中心ライン管理を行っていくことで低減できる要素であり、管理方法については、感染制御室と当該病棟が中心となって随時モニタリングや介入を行い、感染予防を強化していく取り組みを今後も継続していく。

<クリティカル部門>

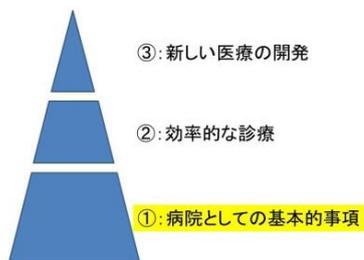
医療器具使用比が50パーセンタイル値未満であり、ベンチマークデータよりも低い値であった。感染率は50～75パーセンタイル値とベンチマークデータより若干高い値であった。しかし、分母が少なく、1件の感染がデータに大きく影響を与えてしまう状況にある。年間の血流感染の実数は2件と少なく、問題はないと考える。

3 患者の視点に立った病院経営



3 患者の視点に立った病院経営

3.1 患者満足度



医療サービスに対する患者ニーズが多様化し、複雑化してきている中で、入院・外来患者を対象に医療環境、患者サービス等のアンケートを実施し、患者ニーズを的確に把握することを目的に実施する。

【測定方法】

期間：外来 2024/10/21-2024/10/25

入院 2024/10/21-2024/11/1

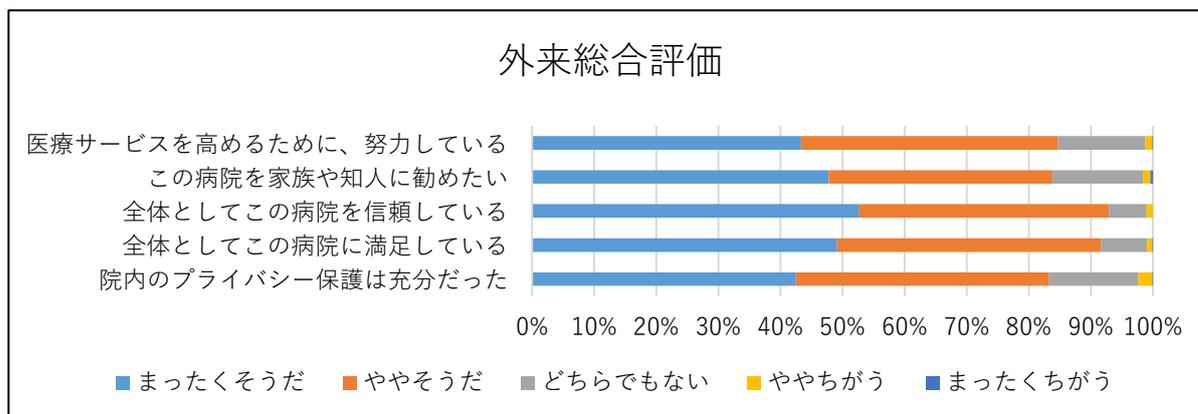
方法：外来 正面玄関入口で配布

入院 期間中に在院する患者へ配布

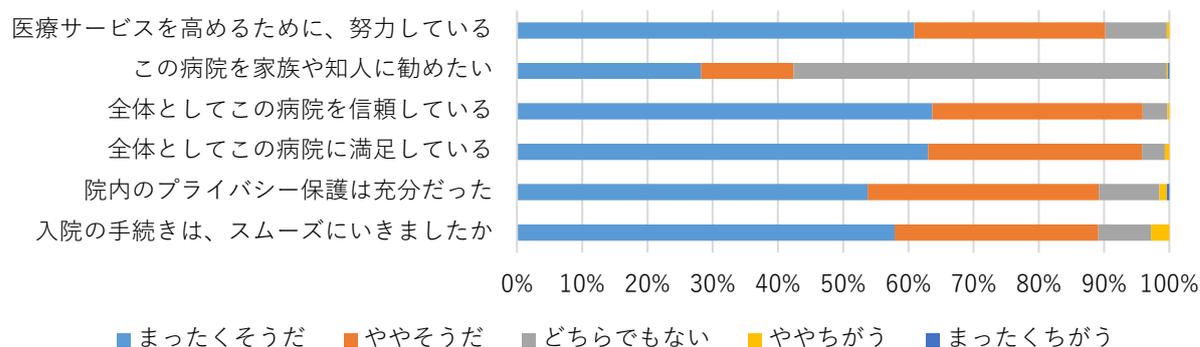
【測定結果】

病院目標：外来 100% 入院 100%

	2022 年度	2023 年度	2024 年度
外 来	88.9%	85.9%	87.3%
入 院	91.9%	91.2%	91.3%



入院総合評価



【総括】

当院では多様化する患者ニーズを把握するため、入院・外来患者を対象に毎年アンケートを実施している。2024年度の結果は外来 87.3%、入院 91.3%で、安定して推移しているものの病院目標の100%には届いていない。外来では待ち時間や案内体制、快適性の向上が課題であり、入院では病棟環境やスタッフ対応に一定の評価が得られる一方、さらなる改善余地がある。

今後は自由記載や患者の声を詳細に分析し、具体的な改善策に反映させるとともに、職員へのフィードバックを強化することで意識向上を図る。これにより、患者が安心して療養できる環境を一層充実させ、満足度向上と病院目標の達成につなげていきたい。

3.2 診断書等の2週間以内発行率

患者さんにより良いサービスを提供することは、すべての病院にとっての基本的な事項である。診断書の早期発行率は、患者サービスの一つの指標となる。

【測定方法】

測定期間：2024/4 - 2025/3

分子：2 W以内発行数（受付から発行までの期間が2 W以内のもの）

分母：診断書提出数

【測定結果】

診療科	測定値			発行数	提出数
	2022 年度	2023 年度	2024 年度		
循環器内科	92.3%	92.3%	100.0%	1	1
呼吸器内科	81.3%	77.0%	86.9%	1,068	1,229
呼吸器外科	68.8%	70.8%	79.1%	502	635
血液・腫瘍内科-血液	80.6%	80.5%	82.2%	511	622
血液・腫瘍内科-腫瘍	61.6%	58.6%	58.7%	545	929
消化器内科-消化管	85.9%	80.6%	79.1%	857	1,084
消化器内科-内視鏡	-	-	70.9%	141	199
消化器内科-肝胆膵	86.0%	83.6%	89.7%	2,016	2,247
精神腫瘍科	80.0%	100.0%	100.0%	1	1
緩和ケア内科	100.0%	100.0%	100.0%	9	9
脳神経外科	73.7%	91.6%	86.4%	95	110
頭頸部外科	86.8%	79.8%	85.7%	456	532
形成外科	90.9%	86.8%	95.6%	43	45
皮膚科	-	-	-	-	-
乳腺外科	77.4%	78.9%	82.1%	1,176	1,432
内分泌外科		81.4%	93.6%	219	234
消化器外科-胃食道	85.4%	83.7%	89.0%	552	620
消化器外科-大腸	72.3%	73.0%	79.9%	824	1,031
消化器外科-肝胆膵	72.3%	69.0%	71.9%	302	420
婦人科	87.4%	75.8%	78.7%	1,130	1,436
泌尿器科	77.7%	68.5%	63.0%	759	1,205
骨軟部腫瘍外科	85.5%	82.9%	59.4%	337	567
放射線診断・IVR 科	100.0%	100.0%	100.0%	6	6
放射線治療科-光子線	97.0%	95.5%	96.1%	549	571
放射線治療科-重粒子	97.7%	85.6%	91.6%	448	489
歯科口腔外科	0.0%	-	60.0%	3	5
東洋医学科	100.0%	96.6%	100.0%	28	28
糖尿病内科	100.0%	66.7%	66.7%	2	3
リハビリテーション科	81.3%	61.5%	85.7%	6	7
遺伝診療科	-	-	-	-	-
感染症内科	-	100.0%	-	-	-
共通	-	89.8%	93.1%	625	671
合計	81.4%	78.4%	80.7%	13,211	16,368

【対応時間内訳】

現状、事務員は受付 1.5 名、文書申請処理者 4 名で対応しているが、受付から発行に至るまでを細分化した結果が下記のとおりである。

※対応医師によって個人差がある為、おおよその目安日数としている

流れ	日数
受付から依頼	1 日（長くて 3 日）
事務員による基礎情報の入力	1～2 日
医師記載	1 日～1.5 か月
事務員によるチェック	2 日～1 週間程度 ※不備があれば再度医師へ依頼するため
出来上がりはがき郵送処理	3 日～1 週間

【総括】

2023 年度の作成件数が 12,607 件で 2 W 以内発行割合が 78.4%だったのに対し、2024 年度は 1,500 件近く増加しているにもかかわらず、80.7%と向上している。

2024 年 4 月より電話での出来上がり確認だけでなく、はがきによる通知というものを開始した。これにより電話連絡が激減し、それによる患者対応が減ったため、依頼・チェック等に充てられる時間が増えた。しかし、「病理がでていない」「修正している間に 2 W を超えてしまった」「外来の頻度、休診に影響を受ける」等様々な要因により未だ 1 か月を超えて作成されていない書類も数多く存在している。

現状は書類紛失の懸念から外来での記載を基本としており、医局等への持ち帰りは禁止しているが、医師の休暇、手術や病棟対応などで外来に留まる時間は限られている。

診療科によって完成速度にばらつきがあるため、結果について各診療科へのフィードバックの実施を検討している。また、対応遅延によるクレームが頻発しており、事務員が対応に追われている現状があるため、可視化し院内へ共有を図る。

3.3 入院患者食事満足度（嗜好調査結果）



1年間の取り組みによる給食の満足度の変化を評価する。この結果を活かし、患者さんの食事に関する理解度の向上、さらに味や調理方法などの改善に活用し満足度の向上に努め、栄養管理へつなげる。

【測定項目】 満足度（主食・副食・全体）

【測定方法】 対象者；年4回、米飯菜を摂取している患者

方法；自記式アンケート

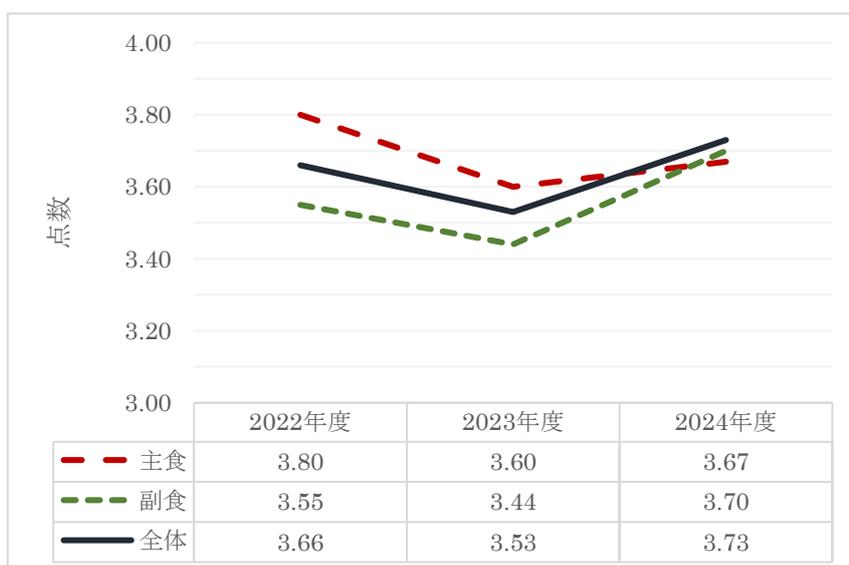
評価方法；

主食・副食→3段階の平均点（良い5、普通3、悪い1）

全体→5段階評価の平均点（非常に満足5、満足4、不満2、非常に不満1）

* 普通3は選択されやすいため、全体評価では選択できないようにした

【測定結果】 段階評価の平均点 年次推移



【目標値】 全体評価 3.8 以上

【総括】

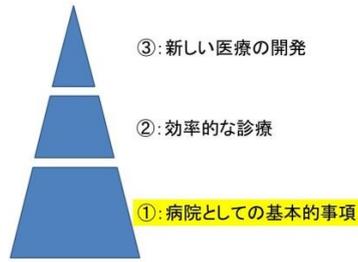
前年度と比較し全体的に上昇、特に副菜の評価が高かったが年次推移としては横ばいで推移し、安定した給食提供ができていると考える。

しかし目標値に達していないため、季節に合わせた主食の炊き方の工夫や、だしを利かせた副食調理などで点数の向上を目指す。併せて行事食の内容も見直していく。

4 医療人材の確保と育成



4.1 人材の確保



がん医療の専門性がこれまで以上に求められており、質の高い医療の提供のため医療人材の確保が重要な課題である。緩和ケア講習会を受講することは、緩和ケアの標準的な考え方を身につけるためにも、全医師にとって重要である。また、がん患者の管理のためには必須となる。

(1) 緩和ケア研修会受講率

緩和ケア研修を受講することで、最新の緩和ケアの知識、考え方、地域での緩和ケア体制について習得できる。また、がん患者指導管理料を算定するためには、医師および看護師が、都道府県の認定する緩和ケア研修会受講が必須である。

【測定方法】

期間：2025/3/31時点

分子：研修を修了した医師数

分母：全医師数 ※全医師数；常勤医師、任期付き医師、レジデント（臨床研究所は除く）

【測定結果】

	2023/3/31時点	2024/3/31時点	2025/3/31時点
研修を修了した医師数	120	132	133
全医師数（常勤）	129	138	142
受講率（測定値）	93.0%	95.6%	93.7%

【総括と今後の対策】

緩和ケア研修会の受講率は、2023年3月末93.0%、2024年3月末95.6%と上昇したが、2025年3月末は133名が修了し93.7%となった。継続的な推進により、ほぼ全医師が研修を終えている。一方で緩和ケアの考え方、最新の方法についてのアップデートが現状では困難である。そのため、研修受講終了者に対し、今後は5年年程度の一定期間ごとの再受講や、数年単位での部分受講を勧め、最新の知識を吸収し、維持ができる体制を整える。

(2) 専門看護師・認定看護師数

	2022 年度	2023 年度	2024 年度
がん看護専門看護師	8 名	7 名	8 名
認定看護師	25 名	28 名	26 名

(3) その他の職種の資格取得状況

・薬剤師

	2024 年度末		2024 年度末
病院薬学認定薬剤師	20 名	感染制御認定薬剤師	1 名
がん専門薬剤師	1 名	抗菌化学療法認定薬剤師	4 名
がん薬物療法認定薬剤師	5 名	栄養サポートチーム専門療法士	3 名
外来がん治療認定薬剤師	3 名	周術期管理チーム薬剤師	2 名
医療情報技師	1 名	スポーツファーマシスト	2 名
放射線医薬品取り扱いガイドライン講習会修了	3 名	薬剤師研修センター認定薬剤師	1 名
医療安全研修 40 時間	5 名	実務実習認定薬剤師	4 名
緩和薬物療法認定薬剤師	1 名		

・管理栄養士

	2024 年度末		2024 年度末
NST 専門療法士	3 名	病態栄養専門管理栄養士	5 名
がん病態専門管理栄養士	3 名	腎臓病病態専門管理栄養士	1 名
がん病態専門管理栄養士研修指導士	1 名	糖尿病療養指導士	2 名

・検査技師

	2024 年度末
認定病理検査技師	4 名

【総括】

質の高い医療の提供のために、優れた人材の確保は必須である。がん専門病院として現在多くの資格者がいるが、がん看護専門や認定看護師などの資格取得には、場合により年単位での追加学習が必要なものもあり、この学費はスタッフが私的に払っているものが多数である。またこの専門資格取得者の存在が、病院として指導料算定に欠かせないのも事実である。今後のより優れた人材の育成、確保と定着にむけて、学費の補助や奨学金の斡旋などの金銭的なサポート含め早急に考える時期に来ている。

4.2 最新知識の吸収と育成

院内で行われるカンサーボードは、診療科横断的に行われる議論を通して、最新知識や他診療科での考え方を吸収するのに役立つ。また、若手の育成にも役立つ。

(1) キンサーボード開催数

がん患者の状態に応じた適切な治療を提供することを目的として病院内で開催される検討会である。各臓器別に定期的（多くは週1回）に行われる定時キンサーボードと、治療方針を決定する際により複数の診療科による多くの医師をはじめとする職員の意見を求めることを目的とした臨時キンサーボード、希少がんについて検討する希少がんボードがある。また、臨時キンサーボードで検討した症例の経過報告と、高齢者に対する癌治療の現状と課題をテーマとして総合キンサーボードが1回開催された。

【測定方法】

期間：2024/4-2025/3

方法：キンサーボードの開催数を算出。

【測定結果】

<キンサーボード開催数>

	2022 年度	2023 年度	2024 年度
臨時キンサーボードの開催数	22	17	15
総合キンサーボードの開催数	2	2	1

<2024 年度 キンサーボード内訳>

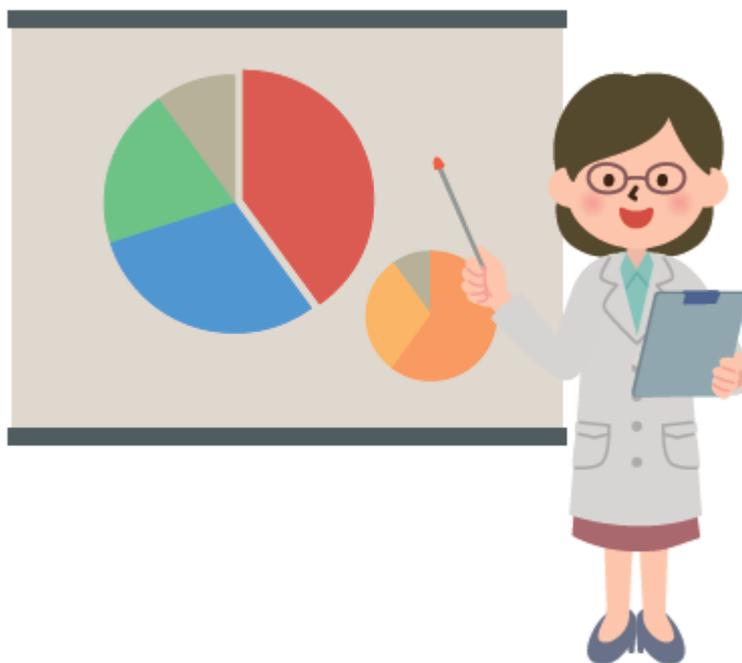
診療科	内容	参加人数	参加診療科
血液・腫瘍内科	原発不明癌の診断と治療	14	血液・腫瘍内科(5名)消化器内科(2名)病理診断科(1名)放射線 IVR(1名)大腸外科(2名)がんゲノム(1名)薬剤部(2名)
	原発不明癌の二次治療について	8	血液・腫瘍内科(4名)病理診断科(1名)肝胆膵(1名)薬剤部(1名)看護局(1名)
	原発不明癌、腹腔内膿瘍合併患者の手術療法について	13	血液・腫瘍内科(4名)肝胆膵外科(4名)胃食道外科(2名)消化器内科(1名)放射線診断 IVR 科(1名)薬剤部(1名)
	CNS 浸潤を伴う DLBCL に対する MR-CHOP 療法の適応について	10	血液・腫瘍内科(5名)脳神経外科(1名)放射線診断 IVR 科(1名)薬剤部(1名)看護科(2名)

呼吸器内科 泌尿器科	肝機能障害がある状態での DLBCL に対する化学療法の適応について	9	血液・腫瘍内科 (5)、消化器内科・肝 (1) 病理診断科 (1)、放射線診断科 (1)、薬剤科 (1)
	肺がんまたは卵巣癌疑いの治療方針について	20	呼吸器内科 (4)、婦人科(6)、血液・腫瘍内科 (6)、病理診断科(1)、看護局(2)、薬剤部 (1)
	原発巣を同定できない尿路上皮癌転移症例に対する治療方針について	8	血液・腫瘍内科(3)泌尿器科(1)病理診断科(2)薬剤科(1)看護科(1)
	原発不明癌の診断と治療について	6	血液・腫瘍内科 (1)、泌尿器科 (2) 病理診断科 (1)、薬剤科 (2)
(消化器内科)	肛門部の高度上皮内腫瘍の治療方針について	7	血液・腫瘍内科(3名)消化器内科消化管(1名)放射線診断 IVR 科(1名)薬剤部(1名)病理診断科 (1名)
頭頸部外科	耳下腺導管癌に対する CAB 療法の適応について	9	頭頸部外科 (3)、血液・腫瘍内科 (5)、薬剤部 (1)
骨軟部腫瘍外科	骨髄浸潤が主病変の横紋筋肉腫の治療方針について	11	血液・腫瘍内科(5名)骨軟部腫瘍外科(1名)放射線診断 IVR 科(1名)薬剤部(1名)病理診断科 (1名) 看護科(2名)
婦人科	平滑筋肉腫に対するアドリアマイシン、トラベクテジン併用療法について	13	血液・腫瘍内科 (5)、婦人科 (6)、薬剤科 (2)
	放射線関連肉腫の治療方針について	12	血液・腫瘍内科(4名)骨軟部外科(1名)病理診断科(1名)放射線 IVR(2名)婦人科(2名)薬剤部(1名)看護局(1名)
	原発不明癌の治療方針について	18	血液・腫瘍内科 (4)、婦人科(5)、消化器科 (1) 病理診断科 (1)、画像診断科 (3)、骨軟部外科 (1)、看護科 (2)、薬剤 (1)
	原発不明癌の治療方針について	10	血液・腫瘍内科(2名)婦人科(4名)乳腺外科(1名)病理診断科(1名)放射線 IVR 科(1名)薬剤部(1名)

【総括】

院内がん診療ボードは診療科横断的な議論を通じ、最新知識の共有や多角的な治療方針決定に寄与しており、若手教育の場としても重要な役割を果たしている。2023年度は臨時がん診療ボードが17回、総合がん診療ボードが2回開催され、各診療科から多職種が参加した。症例は原発不明癌や希少がんを中心に、治療レジメンの妥当性や外科適応の是非など多岐にわたった。議論には血液・腫瘍内科をはじめ消化器、泌尿器、婦人科、放射線、病理、薬剤部門などが関与し、診療科間の連携が強化された。これにより、患者に対する適切かつ個別化された治療の検討が進み、病院全体としてがん診療の質向上に資する体制が整いつつある。また臨時がん診療ボードにおいて、未承認新規医薬品等の使用前に審議ができていたことも評価できる。今後は臨時ボードのさらなる活用と総合ボードでの情報発信を通じ、より体系的な知識共有と診療水準の均てん化を目指すことが重要である。

5 業務運営の改善及び効率化



5.1 退院サマリ 1W/2W 以内提出率



全ての病院が取組むべき基本的事項である。

【測定方法】

測定期間：2024/4－2025/3

分子：1W 及び 2W 以内の提出数

分母：各診療科別退院患者数

【目標値】

2 週間以内の提出率 90% 以上

【測定結果】

< 2024 年診療科別測定値 >

診療科	提出率_測定値	
	1 週間以内	2 週間以内
循環器内科	-	-
呼吸器内科	85.7%	97.9%
呼吸器外科	74.9%	95.7%
血液腫瘍内科-血液	84.8%	100.0%
血液腫瘍内科-腫瘍	69.9%	99.0%
消化器内科-消化管	95.4%	100.0%
消化器内科-肝胆膵	79.0%	98.9%
脳神経外科	97.1%	100.0%
頭頸部外科	87.8%	99.1%
形成外科	100.0%	100.0%
皮膚科	-	-
乳腺外科	94.6%	99.6%
内分泌外科	95.8%	100.0%
消化器外科-胃食道	82.8%	99.7%
消化器外科-大腸	90.3%	99.3%
消化器外科-肝胆膵	84.5%	99.3%
婦人科	90.6%	99.9%
泌尿器科	78.6%	99.3%
骨軟部腫瘍外科	71.1%	90.8%
放射線治療科	-	-
緩和ケア内科	100.0%	100.0%
感染症内科	-	-
歯科口腔外科	-	-

<病院全体>

病院全体	1 W以内	2 W以内
退院患者数 (分母)	13,796	13,796
提出数 (分子)	11,600	13,627
提出率 (測定値)	84.0%	98.7%

<病院全体の経年変化>

	2022 年度	2023 年度	2024 年度
1W 以内サマリ提出率	71.2%	88.4%	84.0%
2W 以内サマリ提出率	91.6%	99.6%	98.7%

【総括】

病院機能評価一般病院 3 ver3 を受審するにあたり、2W 以内サマリ提出率は高いレベルに改善されたが、2024 年度の 2W 以内提出率は 98.7% であり、前年度と比較して 0.9%の減となったが、毎月の経過をみると必ずしも同一人物ではないため、その月の業務量や学会、休診等に影響を受けていると推測される。院内規定では 1 週間位内での作成を目標としているため、今後もサマリ提出率の推移を注視し、診療録検討会議等で呼びかけを行うなどし、提出率向上に努める。

5.2 後発医薬品の使用割合

【後発医薬品使用体制】

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したもの。当該医療機関において調剤した薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）別に算定料が異なる。

（※数量とは薬価基準告示上の規格単位ごとに、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう）

【測定方法】

期 間：2024/4－2025/3

計算式：後発医薬品の数量シェア

（＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）

【測定結果】

調査対象期間	後発品数量シェア
2022年4月～2023年3月	88.3%
2023年4月～2024年3月	87.7%
2024年4月～2025年3月	91.0%

【総括】

この3年間のデータから、一貫して高水準の後発医薬品使用率を維持しており、特に直近の年度では91.0%と、全国平均（約85%）を大きく上回る成果を達成している。

がん治療においては、患者の安全性や治療効果を最優先する必要があるため、後発医薬品の採用には慎重な判断が求められるが、品質・供給の安定性を確保した上で、積極的な後発医薬品の導入を推進してきた。

今後も、医療の質を維持しつつ、医療費の適正化に貢献するため、後発医薬品のさらなる活用と、供給不安への対応体制の強化を図っていく。

5.3 薬品費、診療材料費比率



これらの指標は、業務運営の効率化を表すものであり、すべての病院として取り組むべき基本的事項である。

(1) 薬品費比率

期間	実績（比率）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	34.6%	価格交渉の強化
2023年4月～2024年3月	37.6%	
2024年4月～2025年3月	35.5%	

医業収益に占める薬品費の比率。一般的には、この比率が低いほど、経営的なメリットがある。

【計算式】

薬品費／医業収益

(2) 診療材料費比率

期間	実績（比率）	来年度の目的/対策
2022年4月～2023年3月	6.0%	安価な診材への切替え
2023年4月～2024年3月	6.2%	
2024年4月～2025年3月	6.5%	

医業収益に占める診療材料費の比率。一般的には、この比率が低いほど、経営的なメリットがある。

【計算式】

診療材料費／医業収益

【総括】

2024年度の薬品費比率について、医薬品の購入に係る薬価交渉（※）の結果としては、医薬品の値引率（ $1 - (\text{契約価格} / \text{薬価})$ ）が2023年度の12.82%から悪化し12.19%となったものの、薬価のマイナス改定により、購入価が低くなったことから減少した。

診療材料費比率については、2023年度と比較してロボット手術件数が増加したことなどで購入数量全体が増えているほか、社会情勢による物価高騰の影響もあり購入価が高くなったため増加した。なお、2023年度と2024年度を比較して、SPD管理品目約3,000品目中約700品目が値上げしており、約21.9%の値上げとなっている。

※薬価交渉については、神奈川県立病院機構全体で購入する医薬品に対し、本部事務局主導で実施している。

6 診療実績



6.1 がん種別 患者数推移

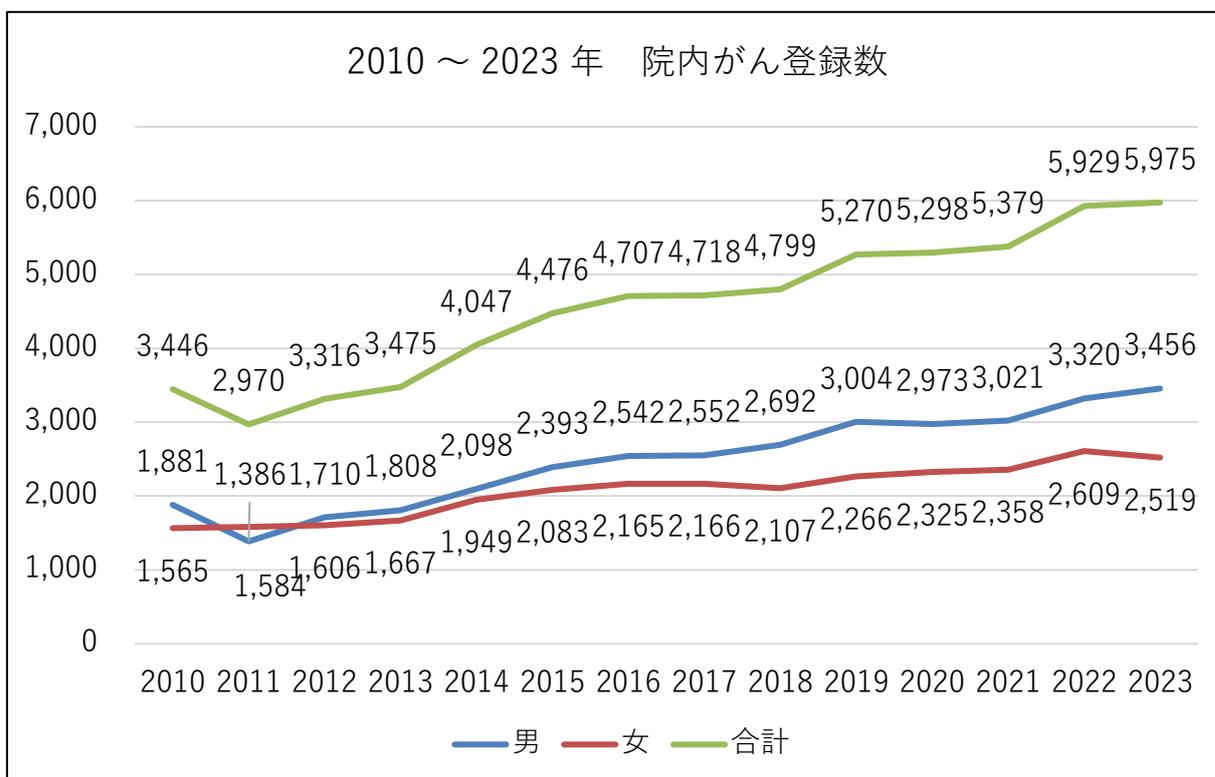
院内がん登録の内容は「がん診療連携拠点病院 院内がん登録 標準登録様式」に準拠して情報を収集し、部位および組織の分類・登録には『国際疾病分類－腫瘍学 第3版 (ICD-O-3)』を、TNM分類・ステージ分類には『UICC-TNM 悪性腫瘍の分類』を使用し、重複癌についてはSEER多重ルールにて判定している。

【登録対象の条件】

- 『国際疾病分類－腫瘍学 第3版 (ICD-O-3)』における形態コード（組織型）が2（上皮内癌）もしくは3（悪性）のもの。ただし、脳腫瘍（頭蓋内腫瘍）、胃腸管間質腫瘍（GIST）、卵巣腫瘍境界悪性の一部は良性であっても登録対象とする。
- 入院・外来を問わず、対象腫瘍に関して当院で初診であり、診断あるいは治療の対象となった腫瘍を登録対象。
- 対象となった腫瘍を、1腫瘍1登録の形で、原発部位で登録する。
- セカンドオピニオンは登録除外とする。

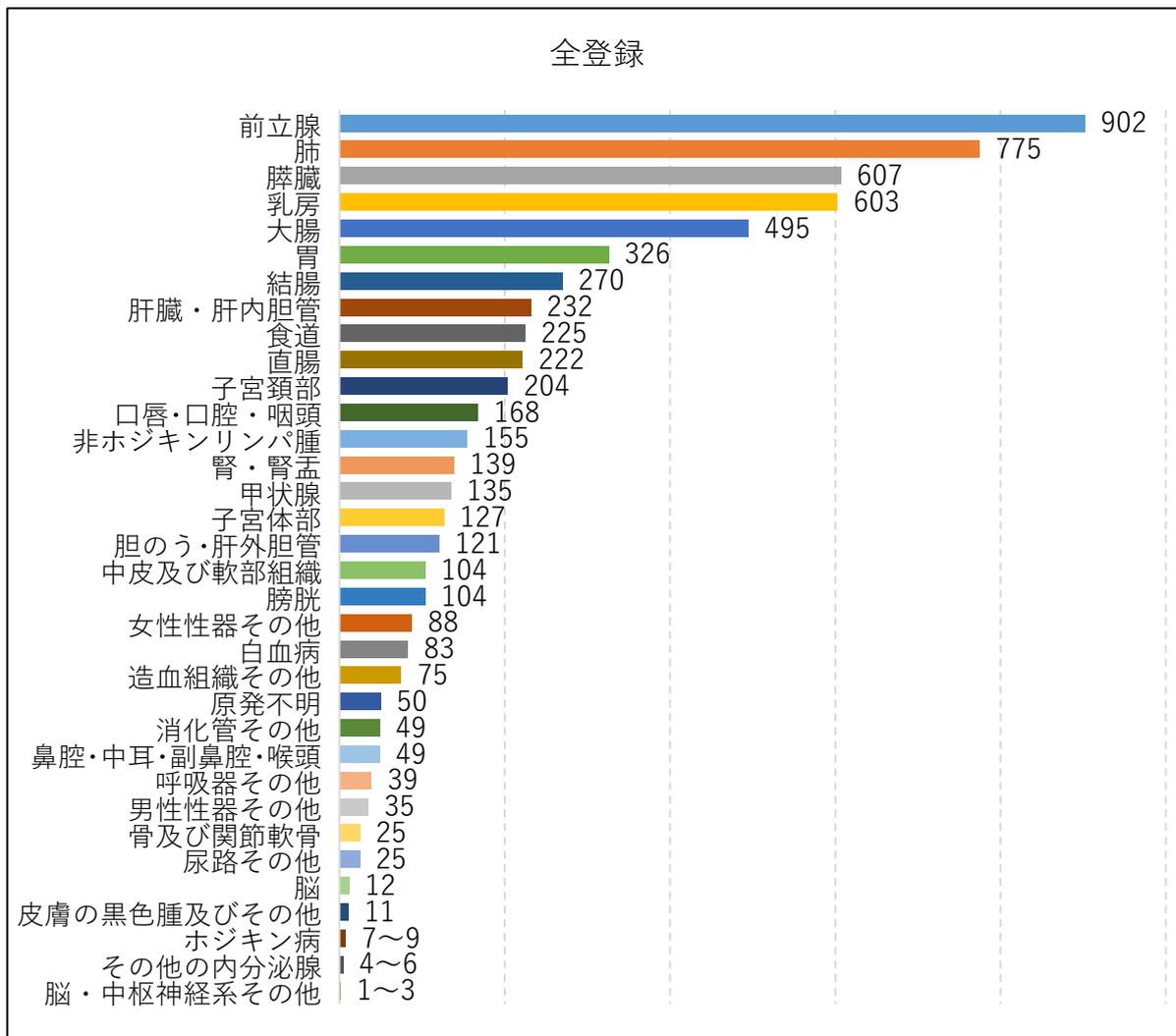
※院内がん登録数、全疾患詳細情報、5大がん詳細情報は2023年診断症例を集計した。

※10症例未満は個人情報保護の観点より実数表示はしていない。

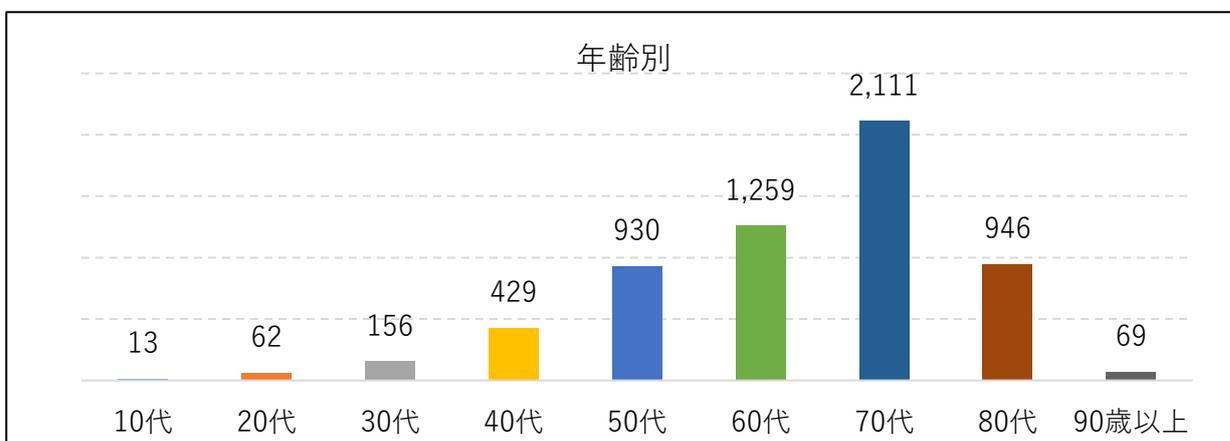


2010年より外来も含めた全新規症例の登録を開始した。2009年は2,676件であったが、外来登録を始めたことにより2010年には3,446件となった。2023年には5,975件に増加している。

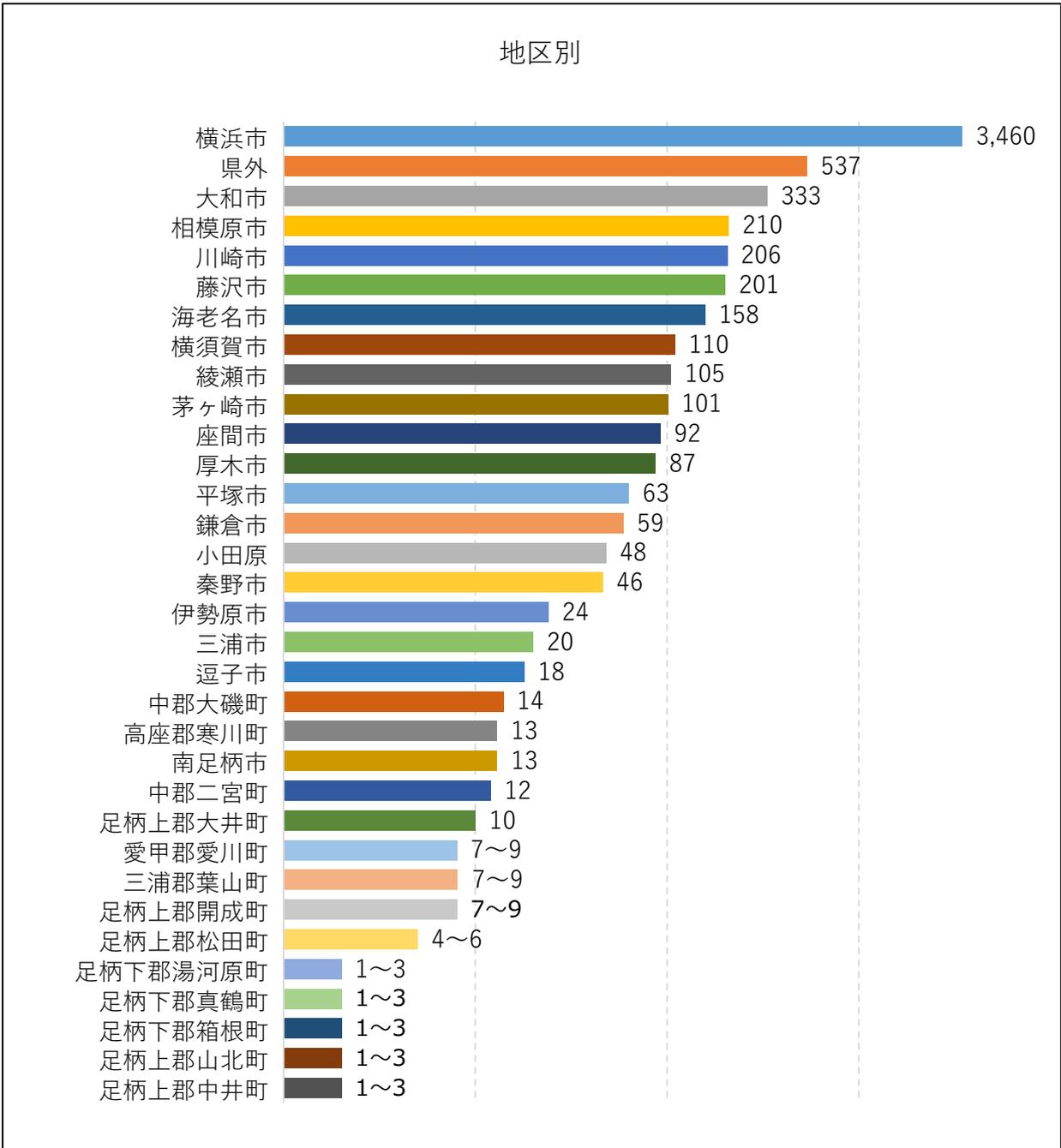
1) 全疾患詳細情報



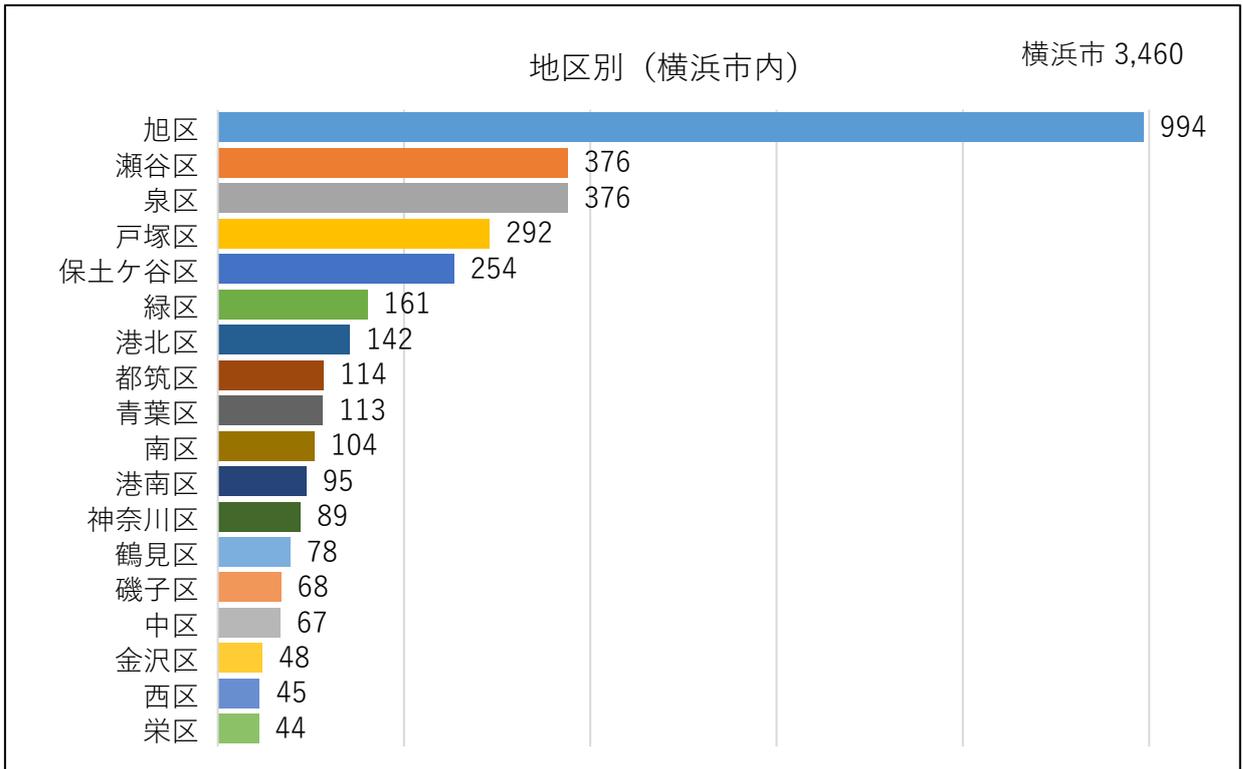
部位別の登録数は前立腺がんが最も多く、次いで肺がん、膵臓がん、乳がんの順に多くなっている。



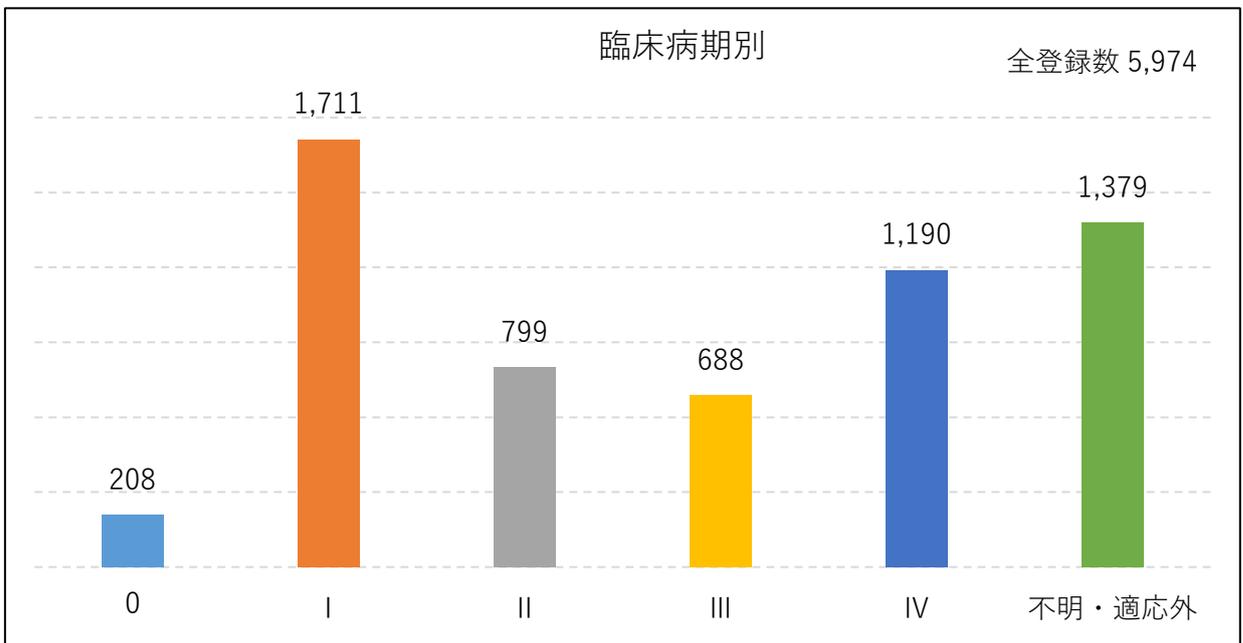
年齢別の登録数は70代が最も多く、次いで60代、80代、50代の順に多くなっている。



地区別全体の登録数は横浜市が最も多く、次いで県外、大和市、相模原市の順に多くなっている。

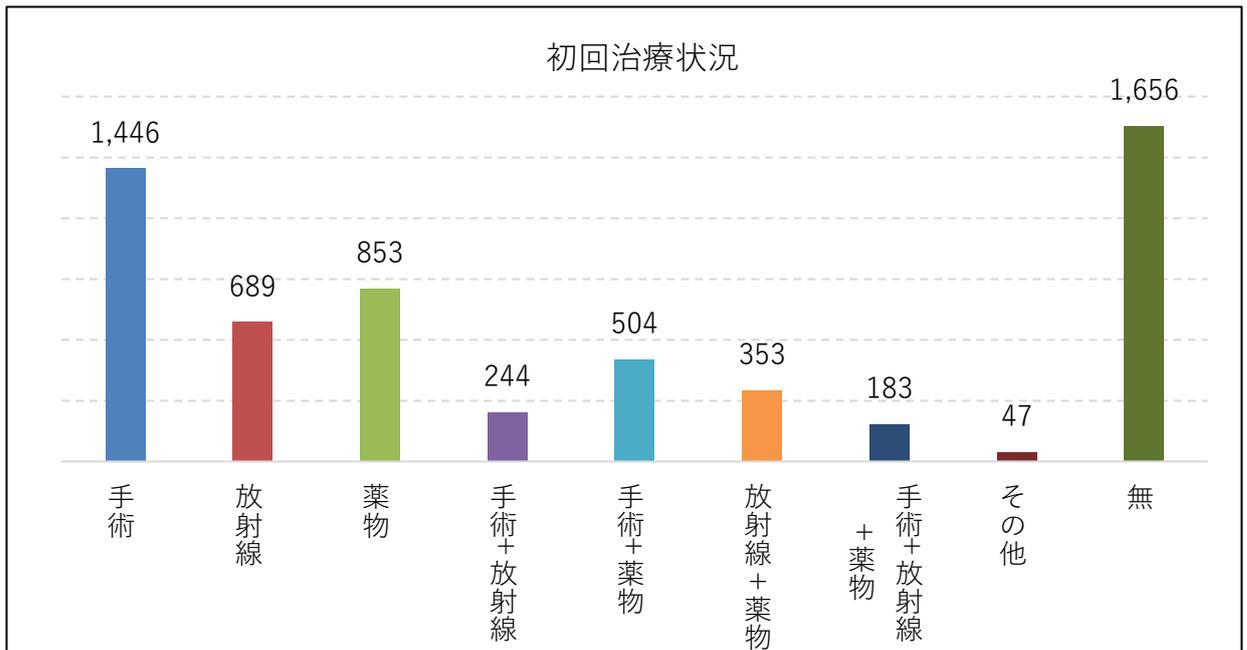


地区別横浜市内の登録数は旭区が最も多く、次いで瀬谷区、泉区、戸塚区の順に多くなっている。



院内がん登録の病期分類は、UICC（国際対がん連合）の TNM 悪性腫瘍の分類 8 版を使用している。

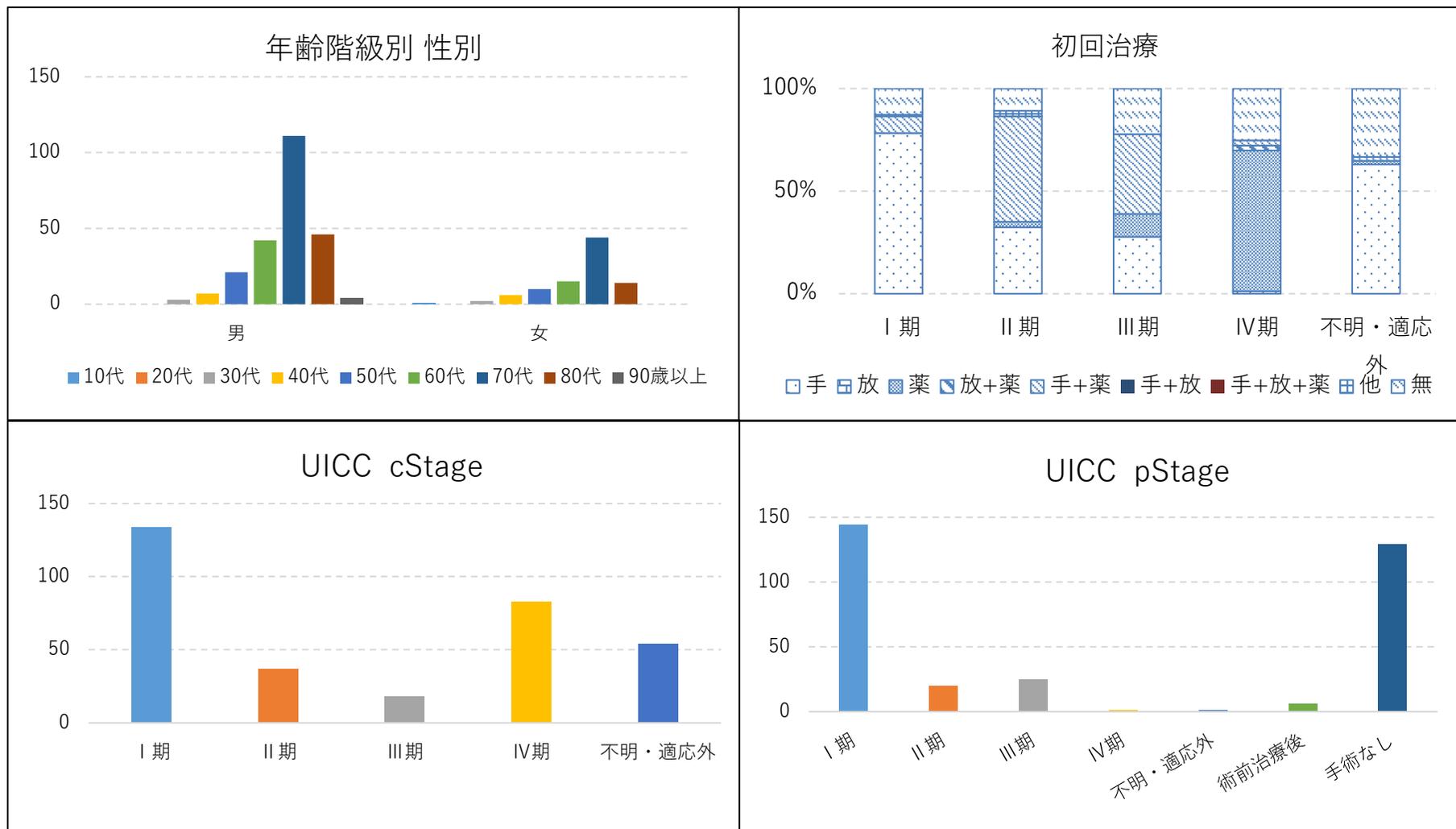
臨床病期（Clinical Stage cStage）は初回治療の方針決定前の情報から分類し、I 期が最も多く、次いで不明・適応外、IV期の順に多くなっている。



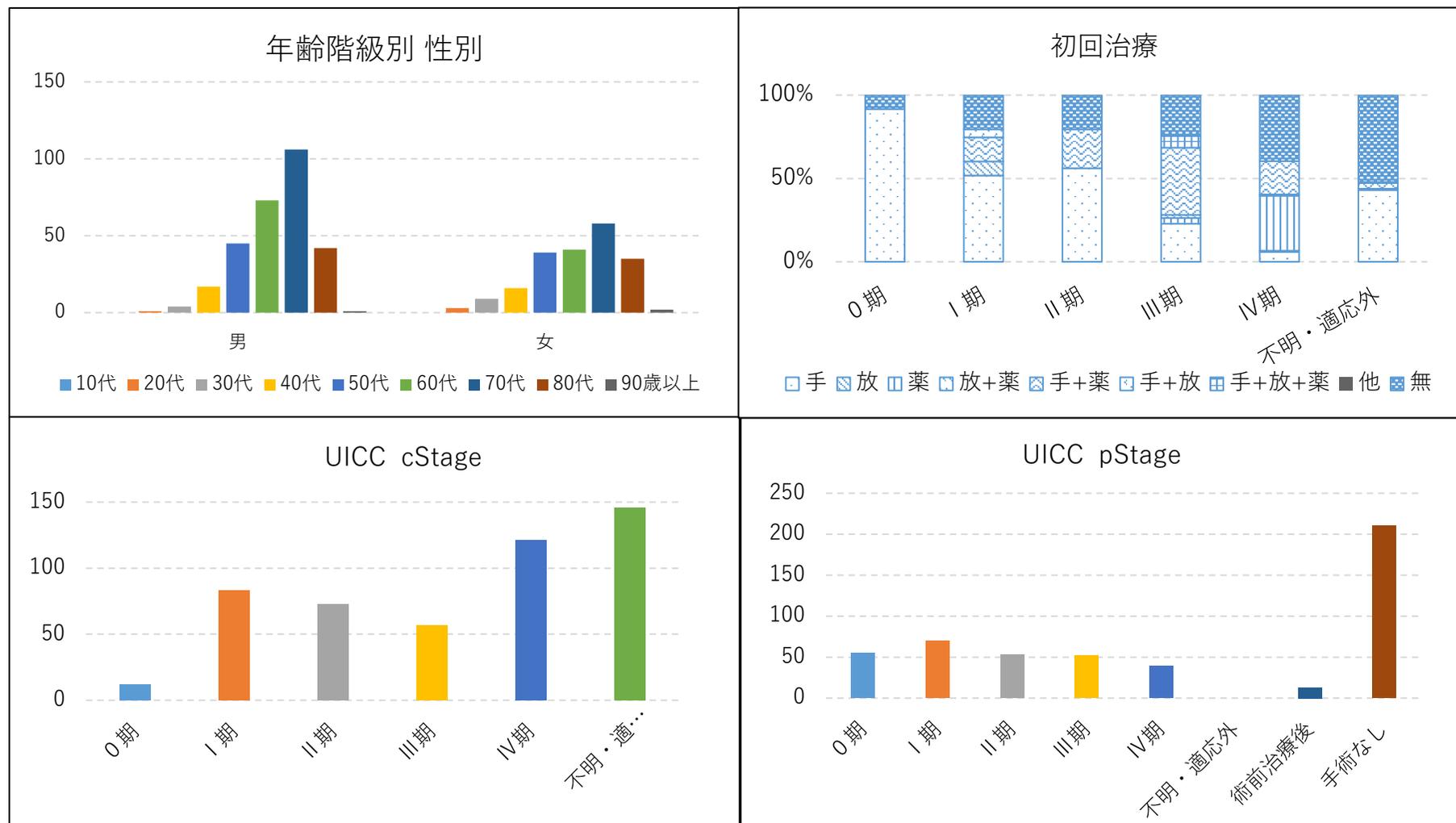
初回治療は、Ⅰ期が最も多く、次いで不明・適応外、Ⅳ期の順に多くなっている。

2) 5大がん詳細情報

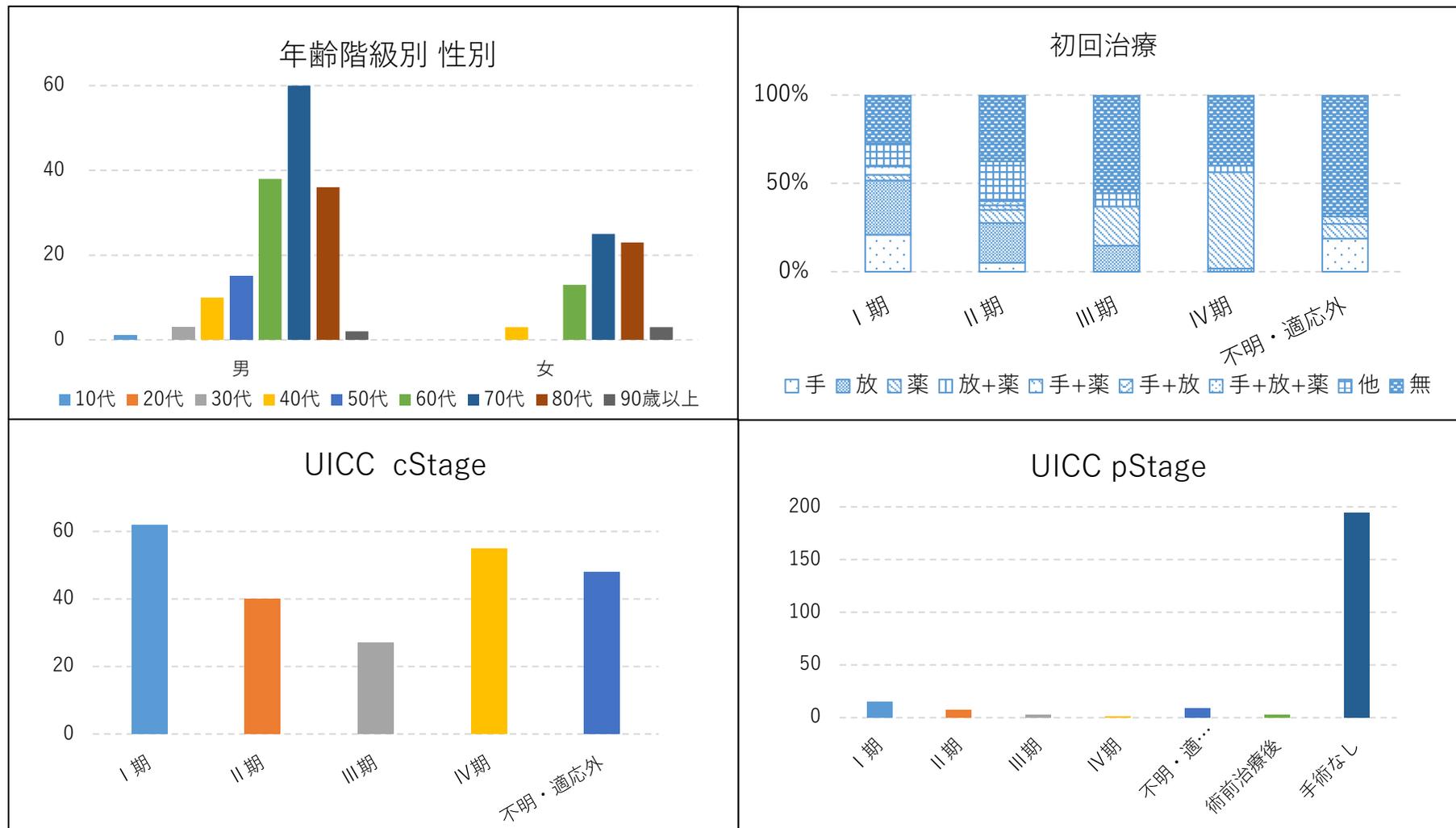
① 胃がん



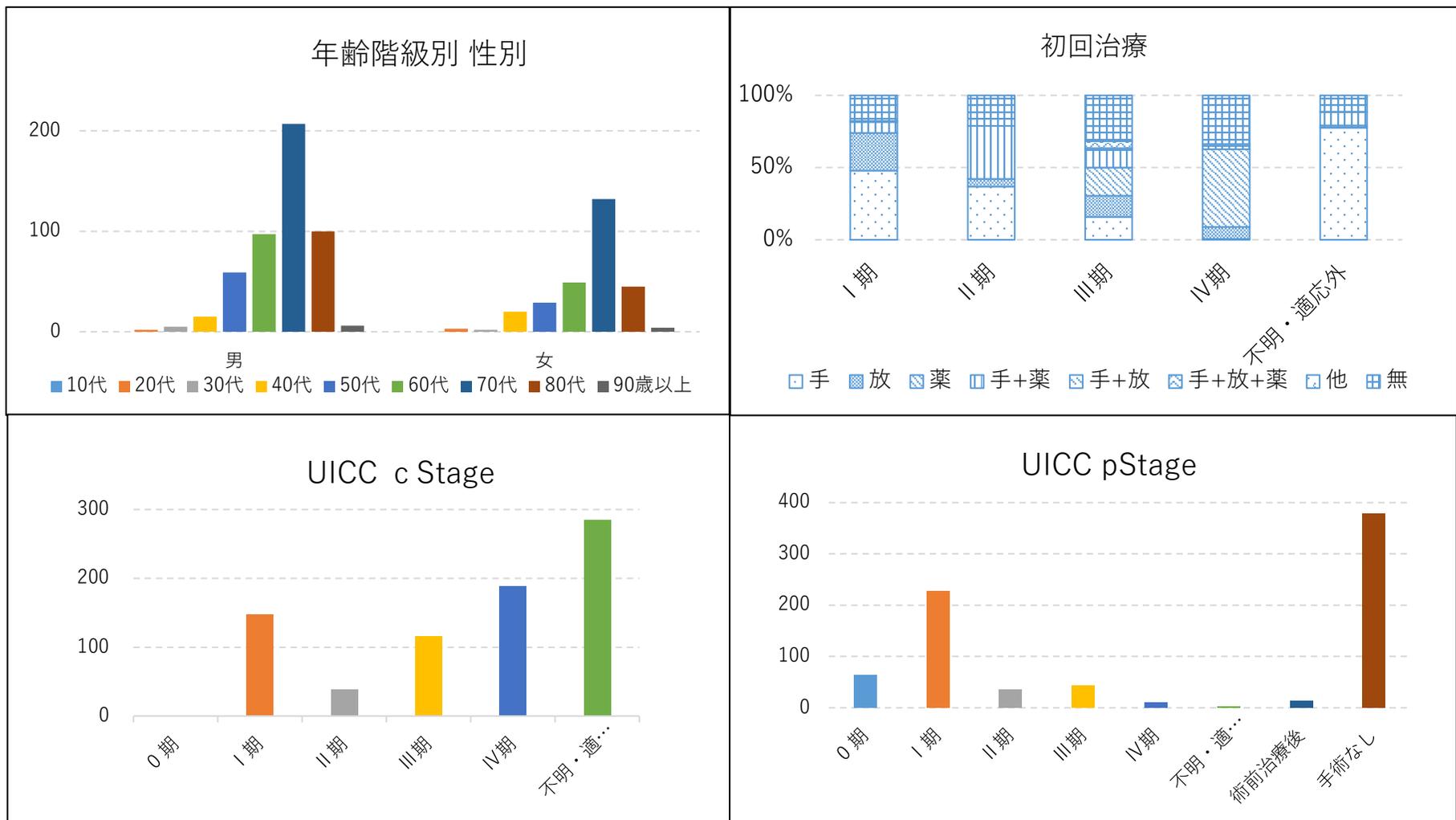
② 大腸がん



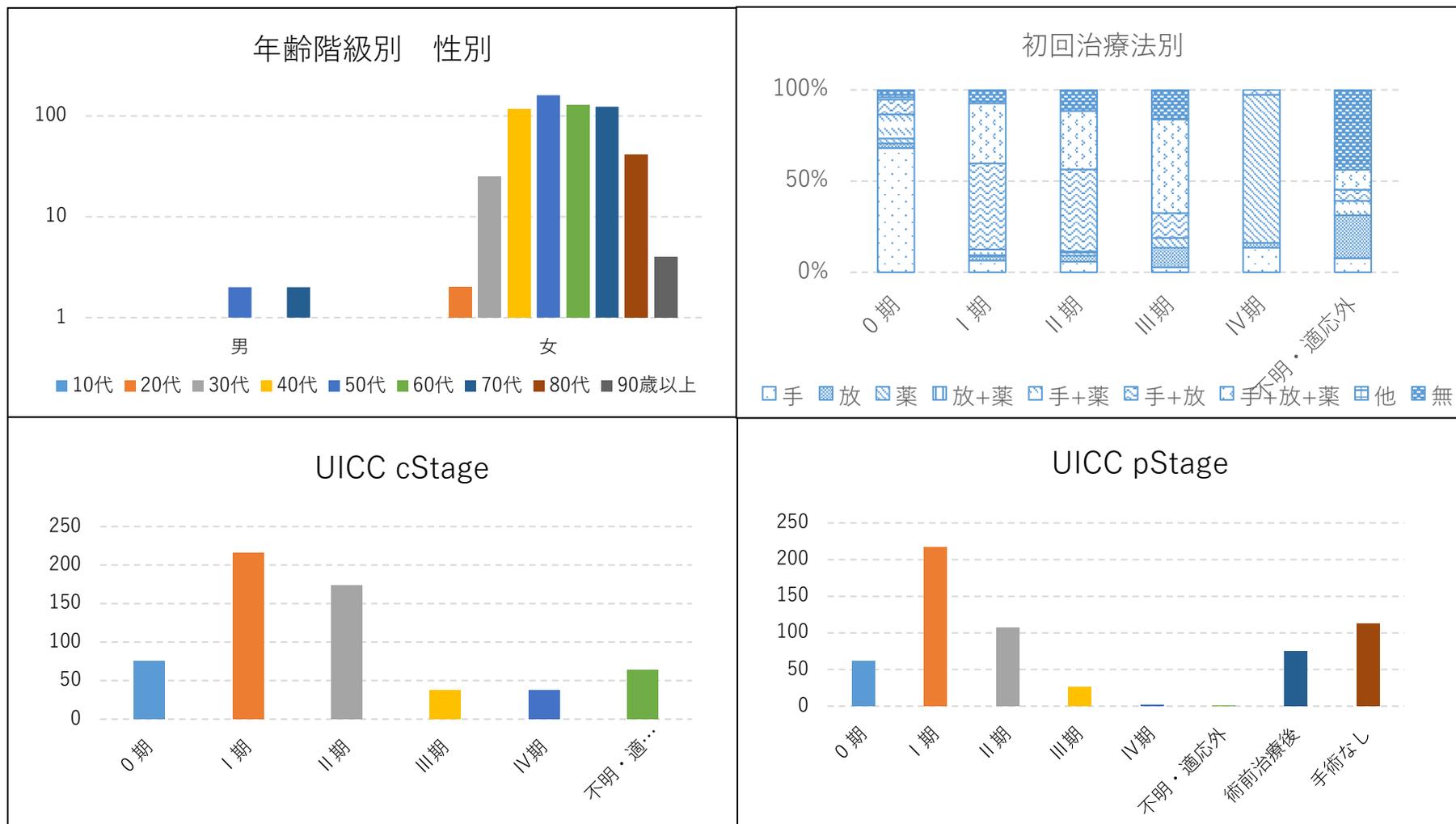
③ 肝・肝内胆管がん



④ 肺がん



⑤ 乳がん



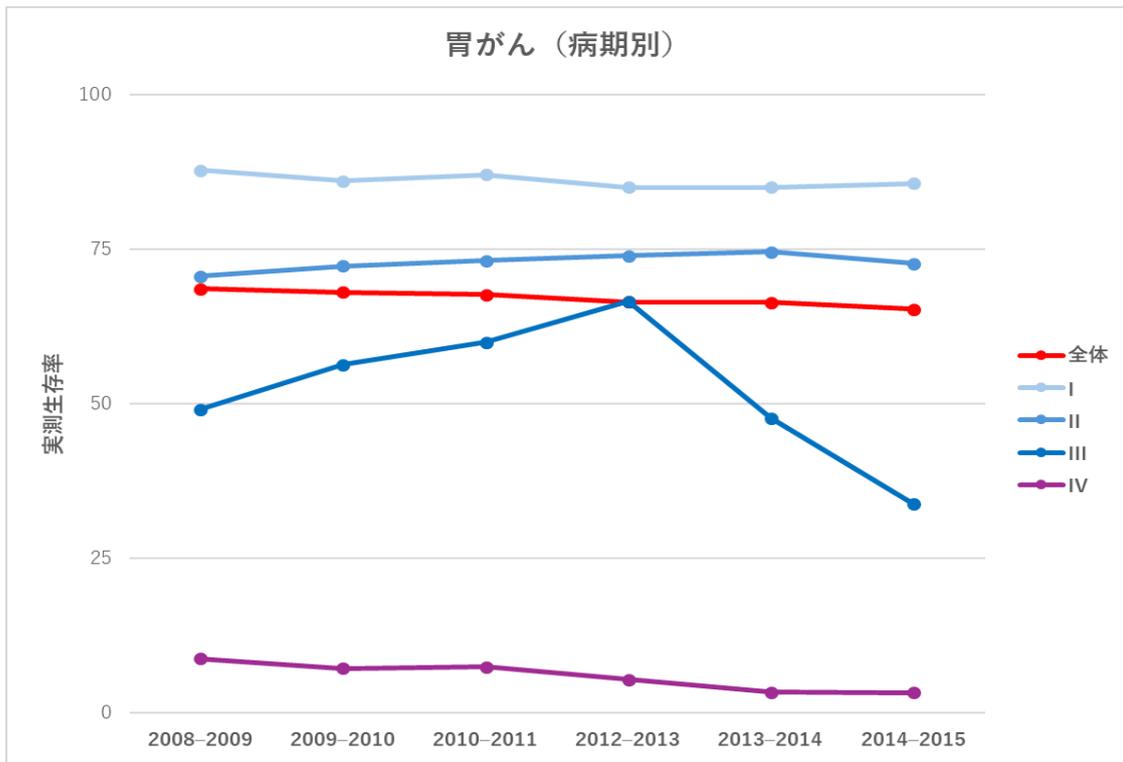
6.2 5年実測生存率

5年実測生存率は国立がん研究センターがん情報サービスの公表値を使用。

※集計対象が30例に満たない期間は生存率集計の対象外となるため、値を表示していない。

※2012年診断症例よりUICC TNM分類が6版より7版に変更となったため、2011-2012年の2年合算の集計はない。

2008年から2015年の院内がん登録部位別病期別5年実測生存率の推移



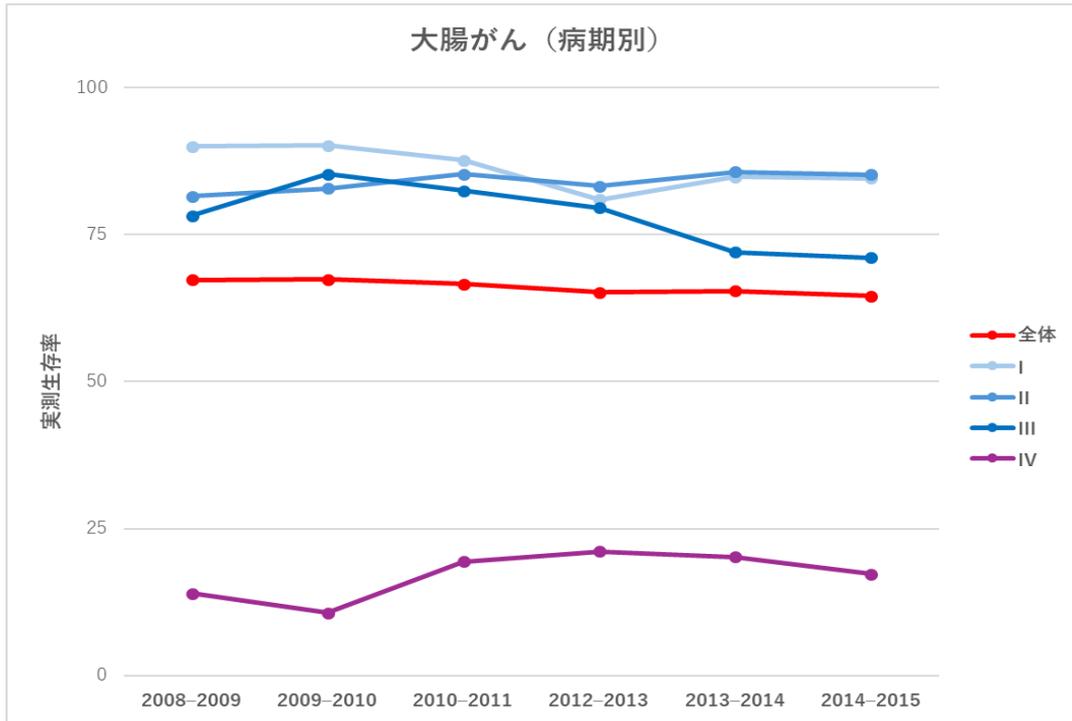
2008年から2015年の期間は StageII/III に対しては術後 S1 補助化学療法が、StageIV に対しては SP 療法が標準治療だった。

しかし同期間の胃癌の治療開発で行われた治験/臨床試験はほとんどが negative 試験で治療開発が停滞していた時期である。

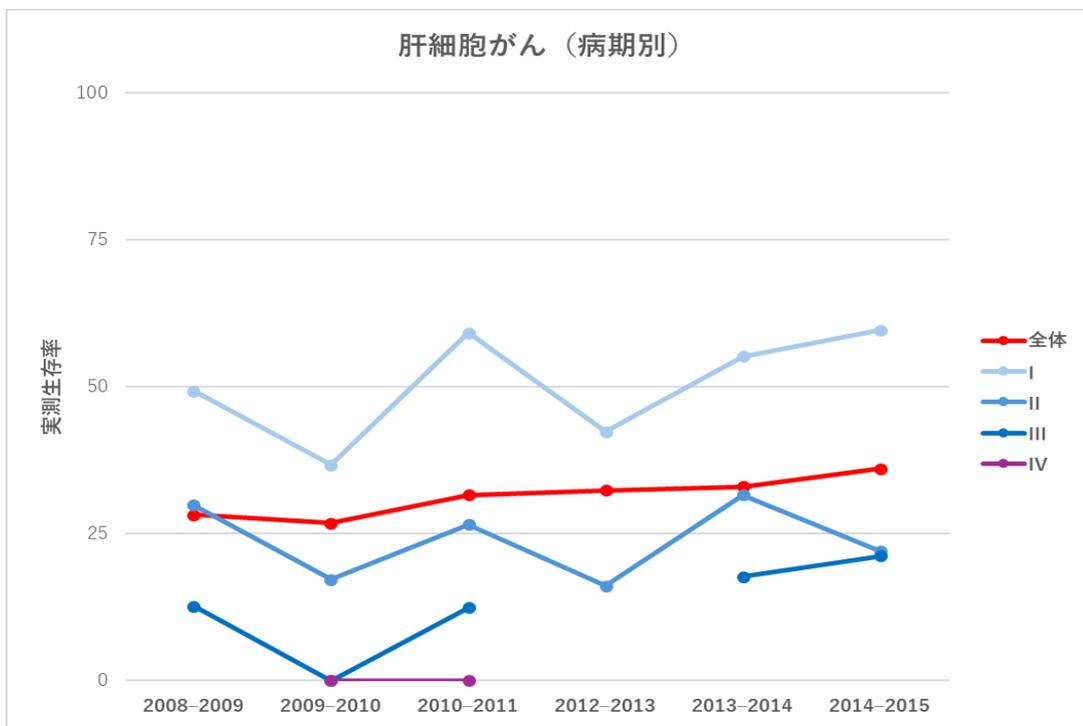
一方で患者の高年齢化は急速に進み、特に 2012 年以降は術後フォロー中に他病死される患者や術後補助化学療法を受けられない患者が増えてきたと考えられる。

また、同時期に当院ではリンパ節転移診断の厳格化がなされ、より予後の悪い患者さんが StageIII に集約化された。

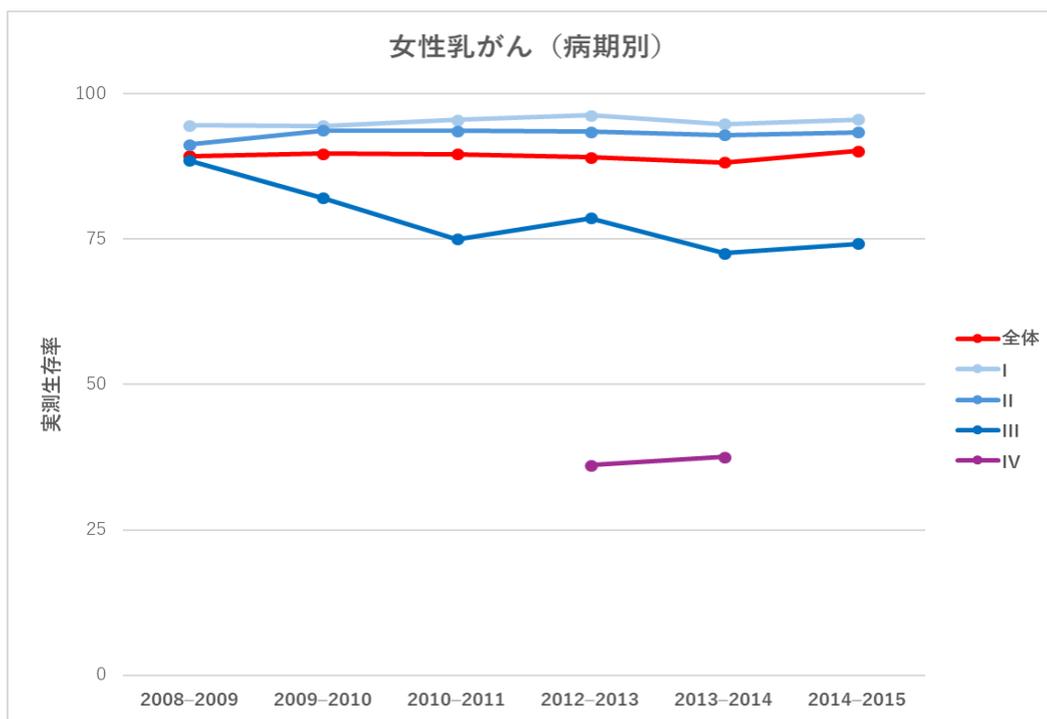
2017 年以降 StageIII の補助化学療法に DS 療法が導入されたため今後治療成績の改善が期待される。



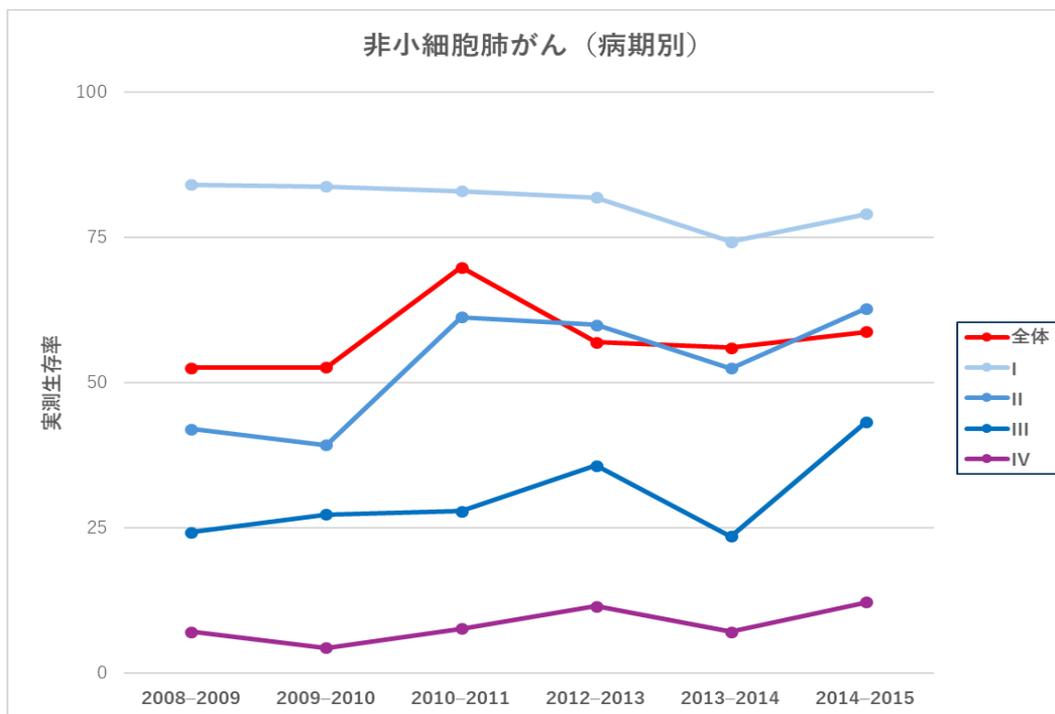
大腸癌に全体の生存率は横ばいだが、Stage IIIの生存率が徐々に悪化しているように見られる。これは他医で、Stage IIIで手術して術後再発した症例を当院で多く受け入れて、薬物療法と手術で治療を行っているからと推測する。地域医療機関との関係性から、当院で行う大腸がん治療はいわゆる困難例が多く含まれている。当院で初回手術を行った患者さんだけ選択する場、成績成績はより良いと推測する。



肝細胞がんは、膵がん、胆道がんに次ぐ難治がんである。全体としては緩やかな生存率は改善傾向にあるが、早期診断に勝る有効な改善方法はいまだにない。そのため、早期発見率の向上とともに、進行期での薬物療法の更なる開発が重要である。



Stage I、IIでは5年生存率は90%を超えており、Stage IIIであっても75%前後と他癌に比べ良好である。経時的にみてもほぼ同様であった。当院の予後と全国値とはほぼ同じであった。乳癌の罹患率は女性では1位の癌であるが癌による死亡は少なく、サバイバーが増加していると思われる。今後、乳癌サバイバーの対応が必要となってくると考えられる



当院の肺癌における5年実測生存率は全国集計と比べてやや良好であり、診療水準の妥当性が確認されている。特にStage II・III症例では経年的に生存率が改善しており、外科治療や術後補助療法に加え、化学療法や放射線治療を組み合わせ集学的治療の進歩が寄与していると考えられる。こうした中間病期での予後改善は当院の特徴として示唆される。一方で進行期症例では依然改善が限定的であり、今後さらなる治療戦略の開発と実臨床への適用が求められる。

全国集計（がん診療連携拠点病院・都道府県推薦病院を含む）との比較

2014-2015年の5年実測生存率

