

## QI（医療の質指標）ページについて

当センターで公開している医療の質指標（QI）ページの見方について、簡単にご紹介します。

### ■ 指標の分類（A～F）について

当センターでは、医療の質を多角的に確認するため、指標を以下6つの観点に分類しています。

医療安全  
診療の適切性  
診療プロセス  
治療結果  
人材育成  
組織体制

### ■ 種別（Structure / Process / Outcome）について

指標は、医療の質評価で広く用いられているドナベディアンモデルという枠組みに基づき、  
Structure（体制）  
Process（過程）  
Outcome（結果）  
の3つの分類に整理しています。

分類：A\_医療安全

種別：Outcome

## 入院患者の転倒転落発生率（単位‰）

### 【指標説明】

入院中は、病気や治療の影響で体力や注意力が低下し、普段より転んだり、ベッドや椅子から落ちてしまう危険が高まります。こうした転倒や転落は、骨折などのけがにつながり、入院期間が長くなる原因にもなります。

そのため当センターでは、入院患者さんの転倒・転落がどのくらい起きているか（発生率）を指標として確認し、再発を防ぐための取り組みに活かしています。

この指標を公表することで、

- ・患者さんとご家族に安全対策への姿勢を知っていただくこと
- ・職員が継続的に対策を見直し、事故防止に努めることを目的としています。

### 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

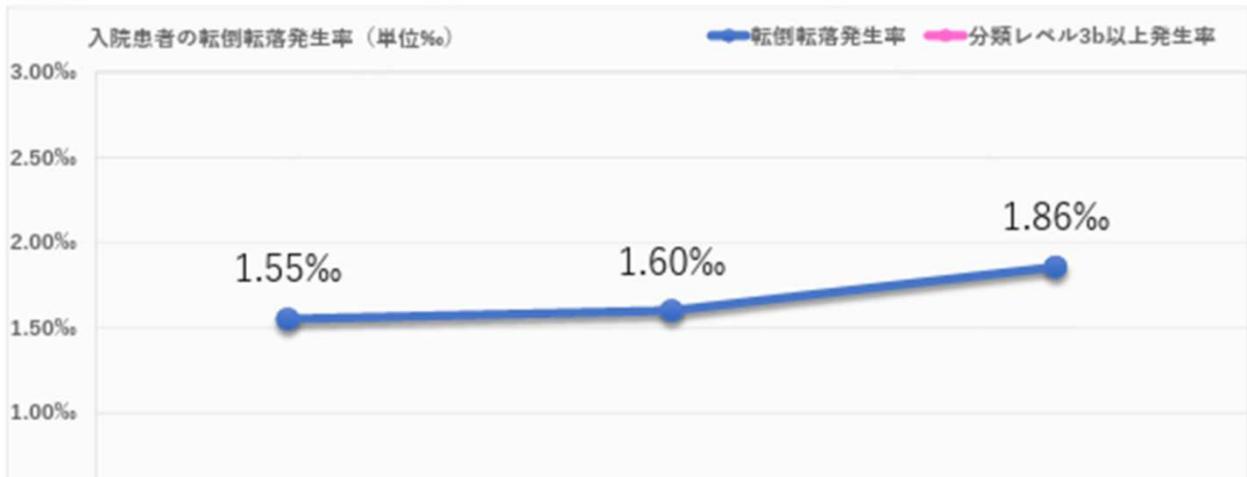
分子 入院患者に発生した転倒・転落件数

分母 入院患者延べ数

単位 ‰

※この指標は、日本医療評価機構の医療の質の可視化プロジェクトに基づいて算出しています。

### 【実績】



## 入院患者の転倒転落発生率（単位‰）

## 【指標説明】

入院中は、病気や治療の影響で体力や注意力が低下し、普段より転んだり、ベッドや椅子から落ちてしまう危険が高まります。こうした転倒や転落は、骨折などのけがにつながり、入院期間が長くなる原因にもなります。

そのため当センターでは、入院患者さんの転倒・転落がどのくらい起きているか（発生率）を指標として確認し、再発を防ぐための取り組みに活かしています。

この指標を公表することで、

- ・患者さんご家族に安全対策への姿勢を知っていただくこと
- ・職員が継続的に対策を見直し、事故防止に努めること

を目的としています。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

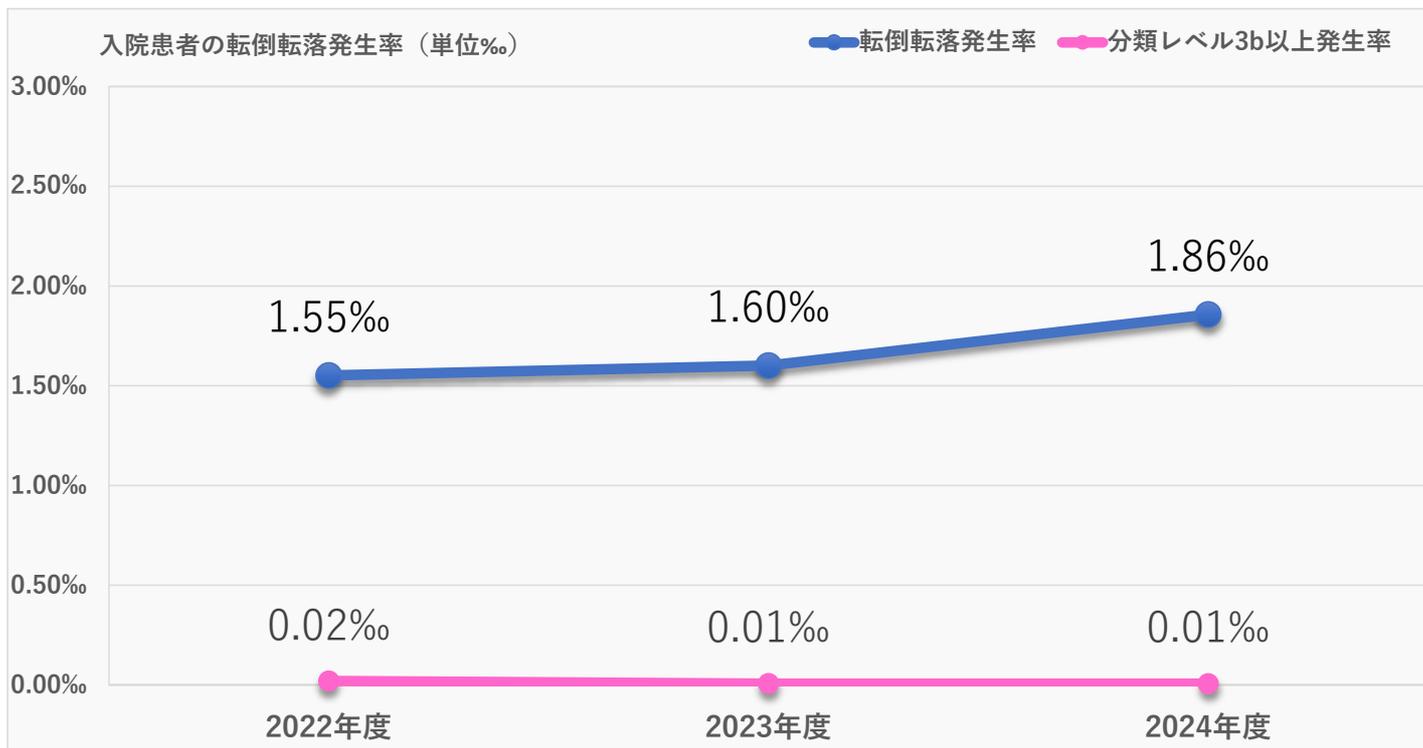
分子 入院患者に発生した転倒・転落件数

分母 入院患者延べ数

単位 ‰

※この指標は、日本医療評価機構の医療の質の可視化プロジェクトに基づいて算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

発生率はやや増加傾向にありますが、重症化を伴う転倒は少なく推移しています。

環境整備や見守り体制の見直しを継続し、リスクの高い患者さんへの配慮を引き続き強化しています。

手術後など早期離床を促す場面では、筋力低下の改善と転倒予防の両立を意識した支援を行っています。

今後も、安心して入院生活を送っていただけるよう取り組みを続けていきます。

## 1か月間・100床当りのインシデント・アクシデント報告件数（単位：件）

## 【指標説明】

医療安全は、「失敗から学ぶ」姿勢が重要です。重大事故のみならず軽微な（ヒヤリハット）事故を積極的に報告することにより、安全文化の醸成を図ることができます。また、失敗から学ぶだけでなくうまくいった事例をグッドジョブとして共有し、学ぶ事でも医療安全に活用する取り組みも行っています。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

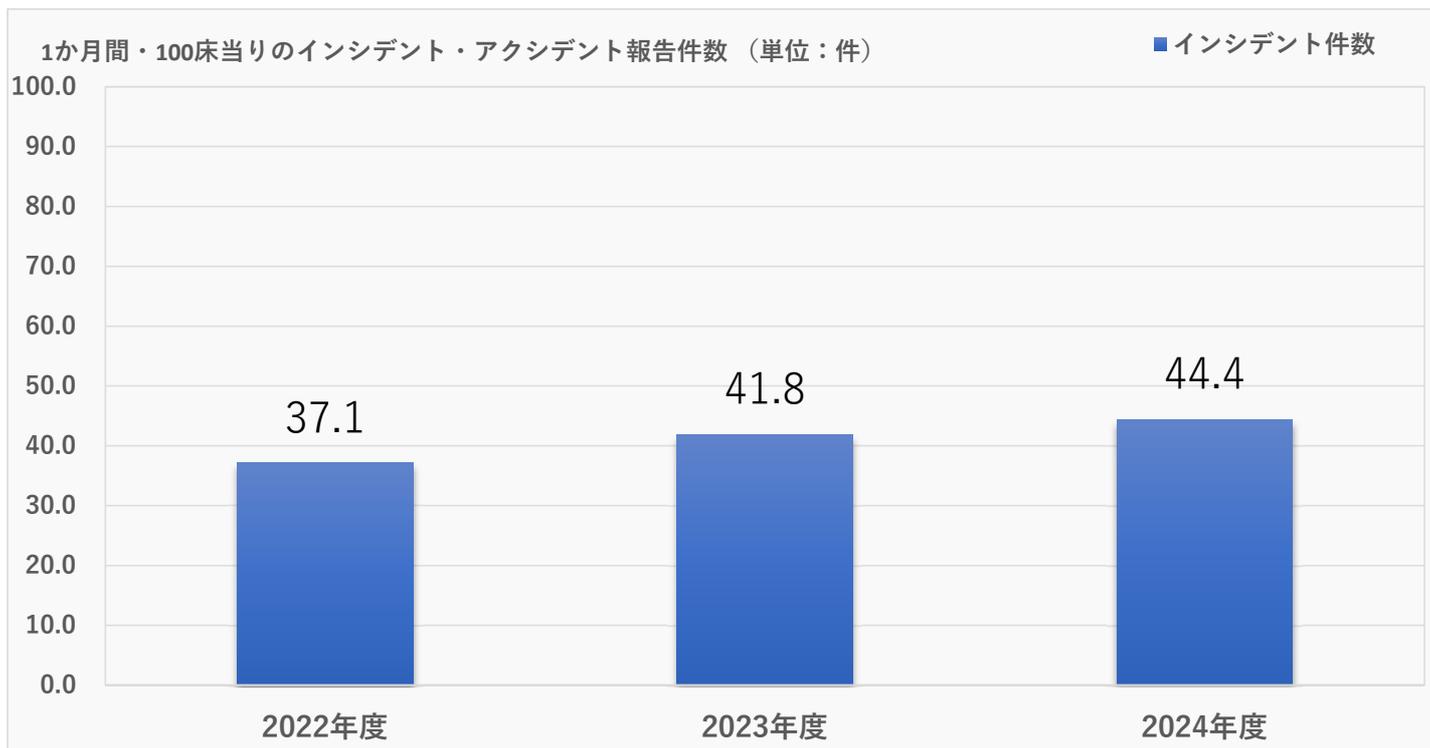
分子 月毎の入院患者におけるインシデント・アクシデント発生件数×100

分母 許可病床数

単位 件

※この指標は日本病院会のQI指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

当センターでは、医療現場で起こり得る「ヒヤリ」とした出来事（インシデント）について、スタッフが気づいたことを積極的に報告し、改善につなげる仕組みを整えています。

100床あたりのインシデント報告件数は年々増加していますが、これは「危険の芽を早い段階で共有し、安全対策につなげられている」ことを示すもので、重大な事故の増加を意味するものではありません。

今後も、スタッフ一人ひとりの気づきを大切に、再発防止と安全向上に取り組んでまいります。

## インシデントレポート全報告中医師による報告の占める割合（単位％）

## 【指標説明】

重大事故のみならず軽微な（ヒヤリハット）事故を報告する安全文化があるかどうかを図る指標です。一般に医師からの報告件数が少ないといわれていることから、医師の安全意識を知る指標です。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

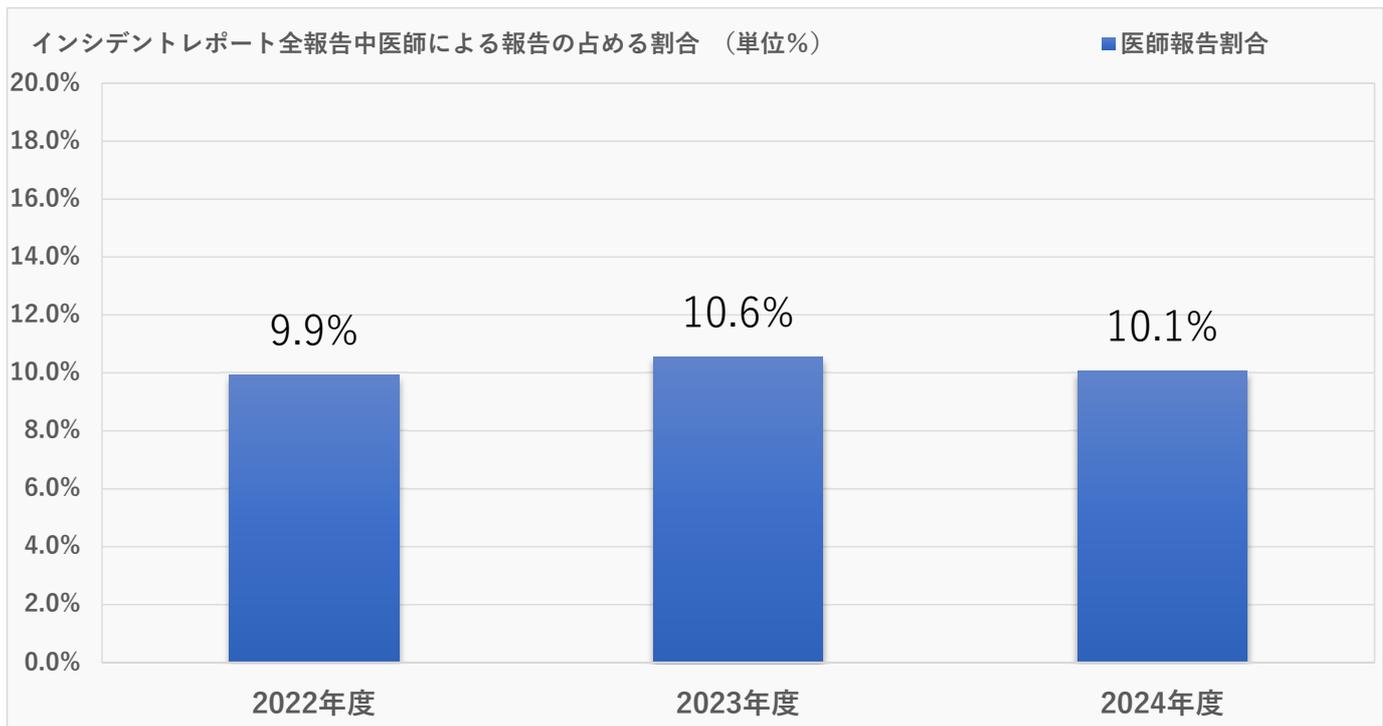
分子 1年間の報告件数のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分母 月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

単位 %

※この指標は日本病院会のQI指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

医師によるインシデント報告割合は、

2022年度：9.9%

2023年度：10.6%

2024年度：10.1%

と約10%前後で安定推移しています。

一般に、医師のインシデント報告は全国的にも少ない傾向がありますが、当センターでは毎年一定の割合で医師報告が行われており、「医師も含めてヒヤリ・ハットを共有する文化が根付いている」と評価できます。

## 病棟における薬剤関連事故事象発生率（単位‰）

## 【指標説明】

医薬品安全管理者および薬剤師の病棟での役割の指標です。病棟でのインシデント・アクシデント報告の中で、薬剤関連の報告は転倒・転落に次いで多く、薬剤に携わる医療職種は薬剤師をはじめ、医師および看護師と多岐に渡ることから、この指標の推移を注意深く見ていく必要があります。

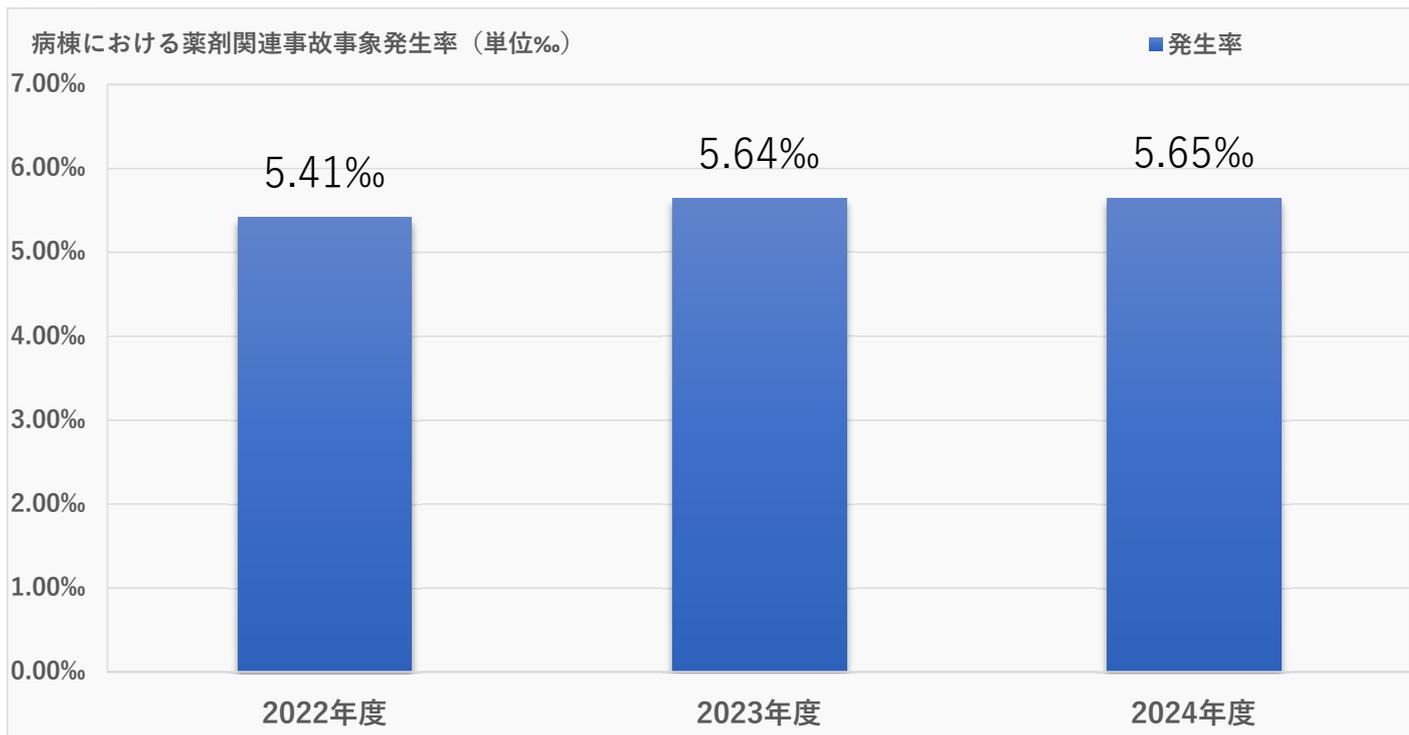
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

分子 病棟での薬剤関連のインシデント・アクシデント発生件数

分母 入院延べ患者数（24時時点での在院患者数+退院患者数）

単位 ‰

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

薬剤に関するインシデントは、重大な事故だけでなく、「誤薬につながりそうだった」「確認で気づいて未然に防げた」といった小さなヒヤリ・ハットも含めて記録しています。

当センターの薬剤関連のインシデント発生率は大きな変化なく推移しています。報告件数は増加傾向にありますが、この増加は、スタッフが気づいたことを報告する文化が広がっていることを示すもので、必ずしも薬剤の安全性が低下していることを意味するものではありません。

今後も、薬剤の確認手順の徹底や、多職種によるダブルチェックなどを通じて、安全な医療提供に努めてまいります。

## 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定率（単位％）

## 【指標説明】

抗MRSA薬（バンコマイシンなど）は、効果を十分に発揮しながら副作用を防ぐため、血液中の薬の濃さを定期的に測ることがとても重要です。

この測定（TDM：治療薬物モニタリング）を行うことで、

効き目が弱くならないようにする

腎臓などへの副作用を防ぐ

耐性菌（薬が効きにくい菌）が増えるのを抑える

といった安全で確実な治療につながります。

当センターでは高い測定率を維持し、より安全な抗菌薬治療に取り組んでいます。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

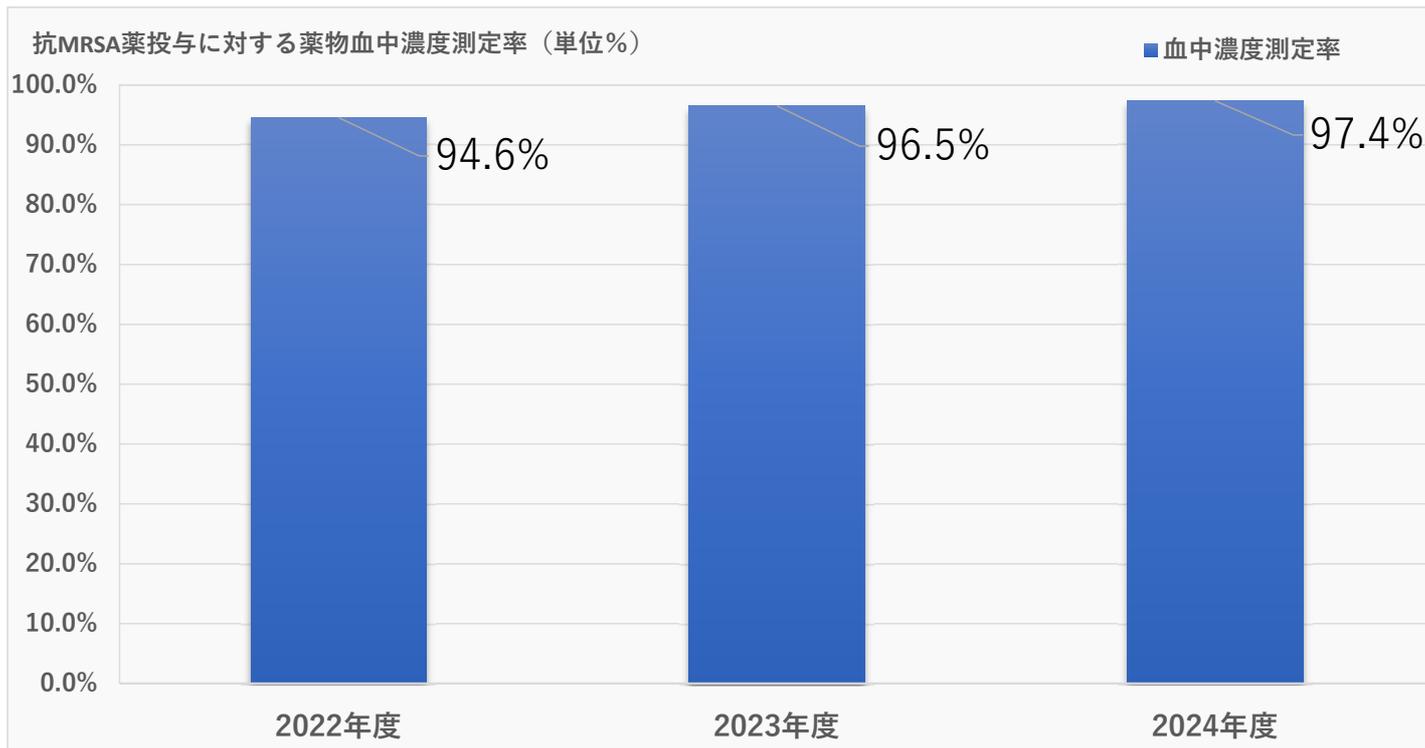
分子 分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同程検査が実施された患者数

分母 広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数

単位 件

※この指標は日本病院会のQI指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

抗MRSA薬（バンコマイシンなど）は、効果的で安全に使用するため、血中濃度を適切なタイミングで測定することが大切です。

当センターで、血中濃度を測定した割合は

2022年度：94.6%

2023年度：96.5%

2024年度：97.4%

と、3年間を通じて安定して高い水準を維持しています。

これは、薬剤の副作用（腎障害など）を防ぎつつ、十分な治療効果を確保できるよう、多職種が協力して安全な薬物治療を行っていることを示しています。今後も、より安全で質の高い医療提供に努めてまいります。

## 血液培養2セット実施率（単位％）

## 【指標説明】

血液培養は、血流感染症の原因となる菌を特定するための重要な検査です。

特に、2セット（複数回）で採取することにより、検査結果の信頼性が高まり、汚染による誤判定を減らすことができます。当センターでは、感染症の早期診断と適切な治療につなげるため、血液培養を実施する際には、原則として2セットでの採取を行うことを推奨しています。

この指標は、血液培養を必要とする患者さんに対して、適切な方法で検査が行われているかを確認するためのものです。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

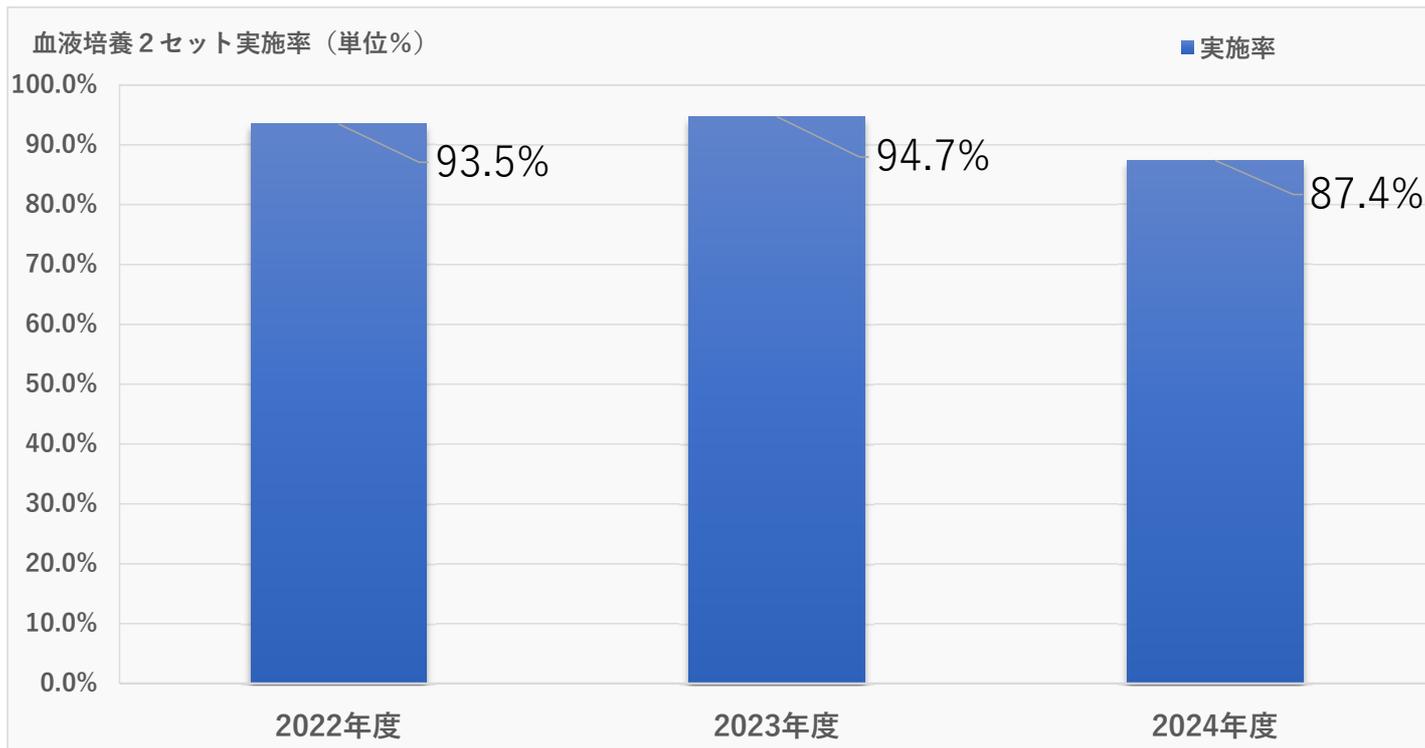
分子 血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数

分母 血液培養オーダー日数

単位 %

※この指標は日本医療評価機構の医療の質の可視化プロジェクトに基づいて算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

血液培養を2セットで実施することは、感染症診療の質を確保するうえで重要な基本事項のひとつです。

当センターでは、医師・看護師・検査部門が連携し、適切な検査実施が行われるよう取り組みを進めてきました。

2024年度は、検査資材の供給状況など、外部要因を含む運用上の課題が生じた時期があり、実施率に一定の影響があったと考えられます。

今後も、安定した検査体制を維持できるよう、関係部門と連携しながら継続的な改善に取り組んでいきます。

## 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率（単位％）

## 【指標説明】

手術に伴う感染を防ぐためには、手術開始前に適切なタイミングで抗菌薬を投与することが重要です。特に、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬を投与することで、手術部位感染の発生リスクを低減できることが知られています。

この指標は、手術を受ける患者さんに対して、感染予防の基本的な対策が適切に実施されているかを確認するためのものです。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

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

分母 全身麻酔手術で、予防的抗菌薬投与が実施された手術件数

単位 %

※この指標は日本医療評価機構の医療の質の可視化プロジェクトに基づいて算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

予防的抗菌薬の適切なタイミングでの投与は、手術における感染予防の基本となる重要なプロセスです。当センターでは、手術室、麻酔科、看護部門、薬剤部などが連携し、手術開始前に確実に抗菌薬投与が行われる体制を整えてきました。

その結果、各年度において高い実施率を維持しています。

今後も、手術の安全性と質を確保するため、標準的な手順に基づいた運用を継続していきます。

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

## 【指標説明】

手術を受ける患者さんでは、術後に血栓が生じることにより肺血栓塞栓症（いわゆるエコノミークラス症候群）を発症するリスクがあります。特にリスクレベルが「中」以上の患者さんに対しては、弾性ストッキングの使用や間欠的空気圧迫法、抗凝固療法などの予防策を適切に実施することが重要です。

本指標は、対象となる手術患者さんに対して、血栓塞栓症予防策が適切に実施されているかを確認するためのプロセス指標です。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

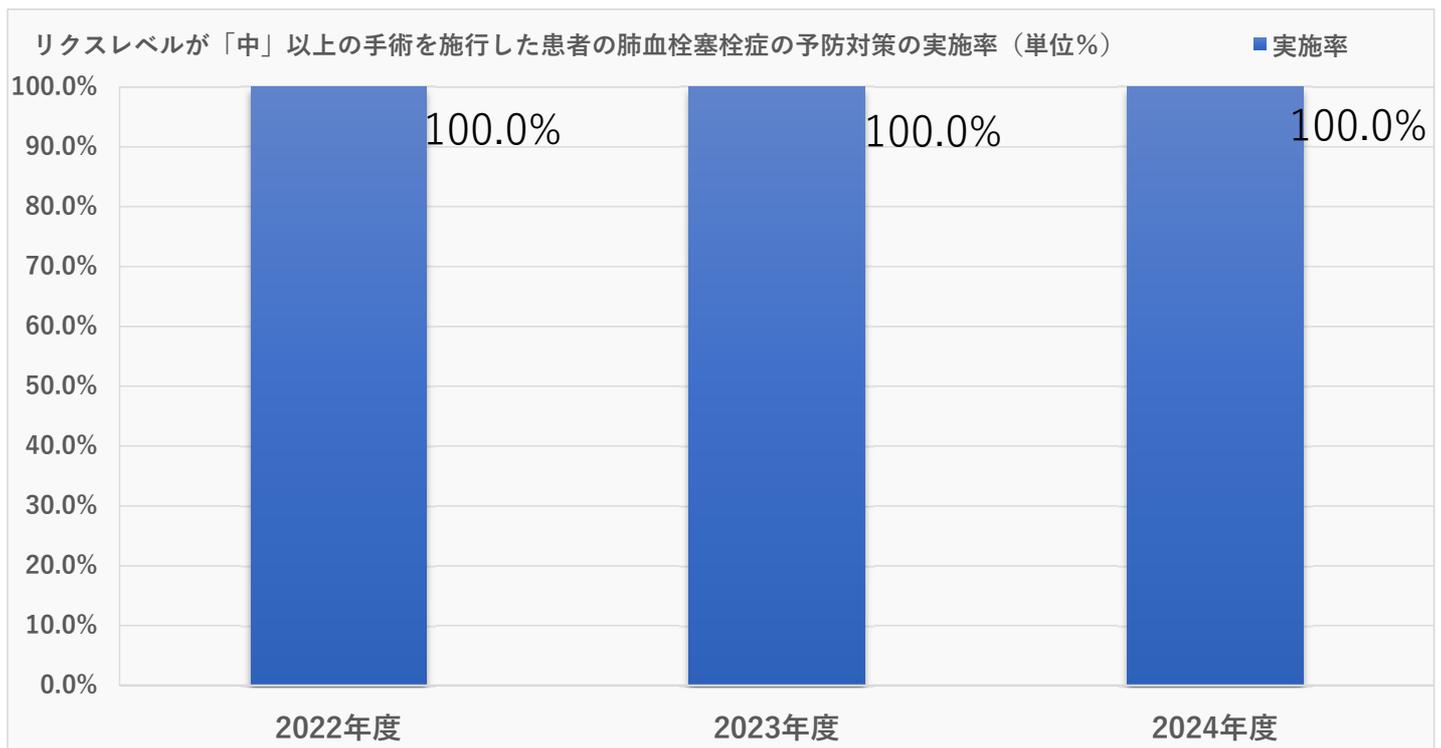
分子 分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数

分母 肺血栓塞栓症発祥のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

単位 ％

※この指標は日本医療評価機構の医療の質の可視化プロジェクトに基づいて算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

対象患者さんに対する血栓塞栓症予防策の実施率は、3年間100%を維持しています。今後も適切なリスク評価と予防策の徹底に努めます。

## 外来でがん化学療法を行った延べ患者数（単位：件）

## 【指標説明】

近年、がん化学療法は入院だけでなく、外来で実施できる治療が広がっています。

外来で治療を行うことで、患者さんは日常生活を維持しながら継続的な治療を受けることが可能になります。

一方で、外来化学療法を安全に実施するためには、医師・看護師・薬剤師をはじめとする多職種連携や、専用設備・体制の整備が欠かせません。

この指標は、当センターにおいて外来でがん化学療法がどの程度実施されているかを把握し、治療体制の状況を確認するためのものです。

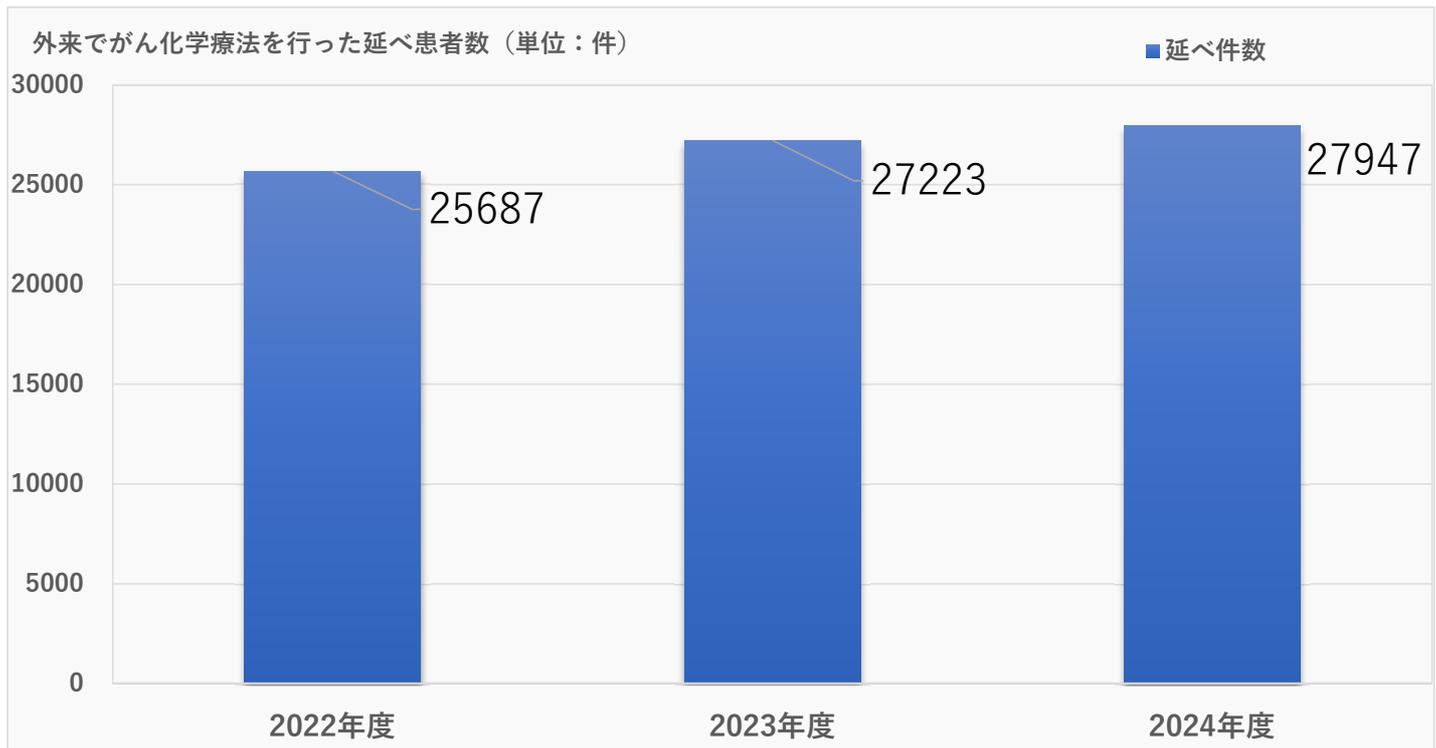
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

医科診療報酬点数表における「外来腫瘍化学療法診療料1 イおよびロ」の算定件数

単位 件数

※この指標は国立大学附属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

当センターでは、患者さんの生活の質に配慮しながら、安全に外来化学療法を実施できる体制づくりを進めてきました。

外来でのがん化学療法の件数は、治療の集約状況や診療体制の充実度を反映する側面があります。

近年は、多職種による連携や運用の整備により、安定した実施件数を維持しています。

今後も、患者さんが安心して治療を受けられるよう、安全性と効率性の両立を意識しながら、外来化学療法の体制を継続的に評価・改善していきます。

## 先進医療実施数（単位：件）

## 【指標説明】

特定機能病院並びにがん専門病院として、教育・研究・診療の社会的責任に応えるためには新しい治療法や検査法を研究・開発する必要があります。しかし我が国ではそれらの新しい治療法や検査法に効果が認められるまでには公的医療保険の適用がなされません。そのため開発された新しい治療法や検査法は公的医療保険が適用されるまで、厚生労働省が認定する医療施設において、高度医療評価制度・先進医療診療として公的医療保険との併用により提供されます。高度な医療に積極的に取り組む姿勢、高い技術を持つ医療スタッフ、十分な設備などが必要となることから、本項目は先進的な診療能力を示す指標といえます。

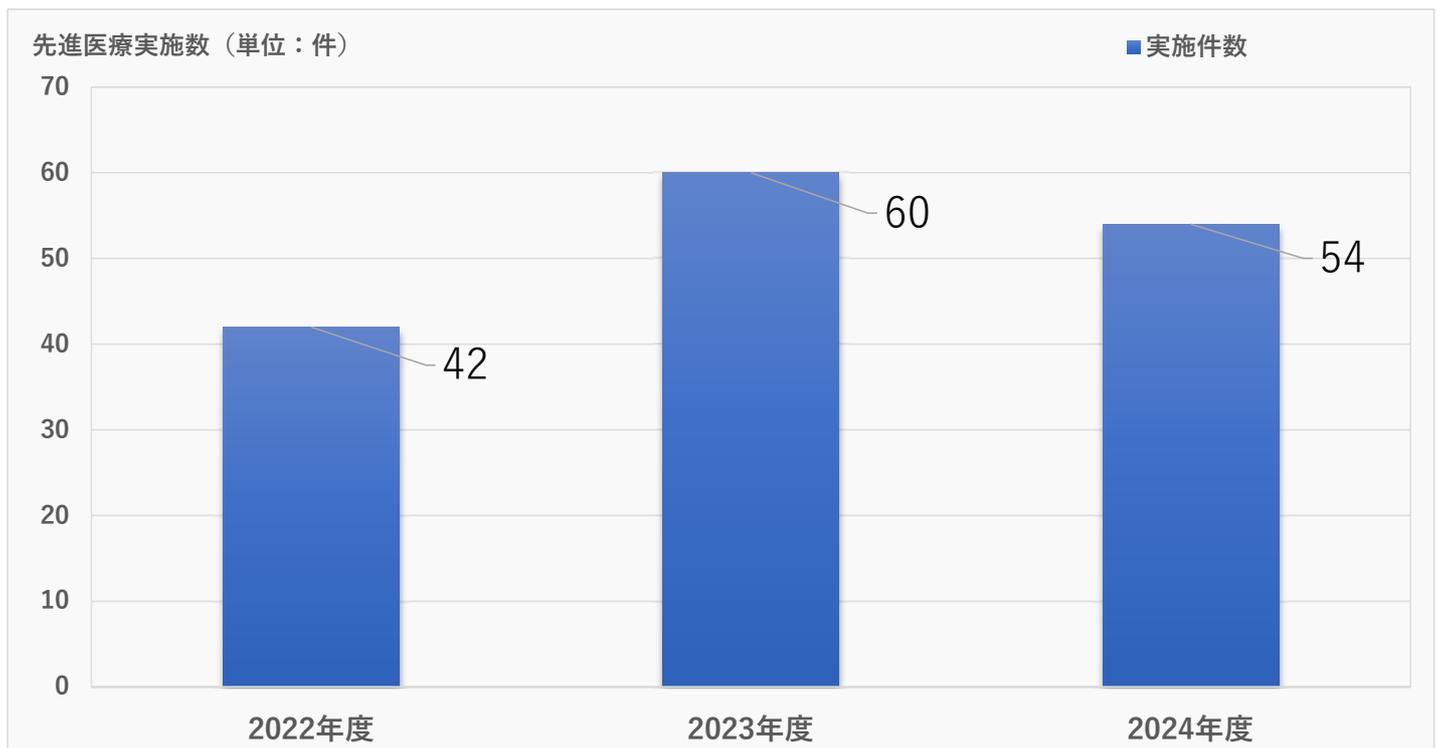
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

先進医療実施件数

単位 件数

※この指標は国立大学附属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

本指標は、当センターにおける先進医療の実施状況を示すものです。

先進医療の実施には、倫理審査体制、診療体制、専門人材の確保などが前提となります。今後も制度動向を踏まえつつ、安全性と妥当性を確保した上で実施体制を維持していきます。

## 放射線医がCT・MRIの読影レポート作成を翌営業日までに終えた割合（単位％）

## 【指標説明】

画像診断は、診療方針の決定や治療計画において重要な役割を担っています。

CTやMRIなどの検査結果を、適切なタイミングで診療現場に届けることは、迅速で質の高い医療を提供するために欠かせません。

当院では、放射線医が画像を読影し、その結果をレポートとして診療科へ提供しています。

この指標は、CT・MRI検査において、翌営業日までに読影レポートが作成されている割合を把握するものです。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

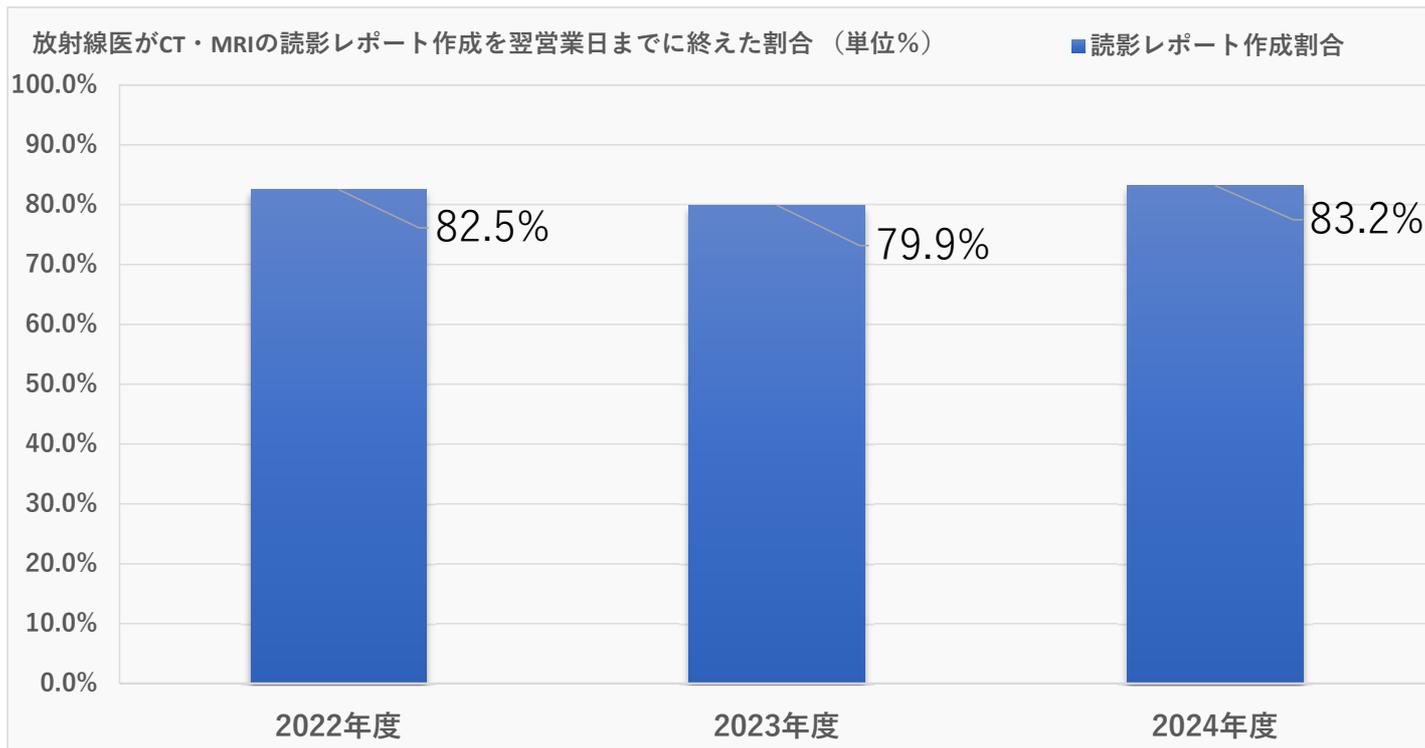
分子 常勤・放射線専門医が検査翌診療日までに読影レポートを作成したCT・MRI検査読影件数

分母 CT・MRI検査数（ただし、検診は除く）

単位 ％

※この指標は国立大学附属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

画像診断レポートを適切なタイミングで提供することは、診療の円滑な進行を支える重要なプロセスです。

当センターでは、放射線医を中心に、検査件数や業務負荷を踏まえながら、安定した読影体制の維持に取り組んでいます。その結果、一定の水準を満たす読影レポート作成率を確保しています。

今後も、診療現場のニーズを踏まえつつ、安全性と正確性を重視した画像診断が継続的に提供できるよう、体制の評価と改善を行ってまいります。

## 放射線科医が核医学検査の読影レポート作成を翌営業日までに終えた割合（単位％）

## 【指標説明】

高度な医療を提供するためには、画像診断をより早く、より正確に行う必要となります。放射線専門医によるCT・MRI検査・核医学・PET-CT検査の画像診断レポートが翌診療日までに作成された割合を表現する指標です。算式は画像診断管理加算2の算定要件（80%以上）とする。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

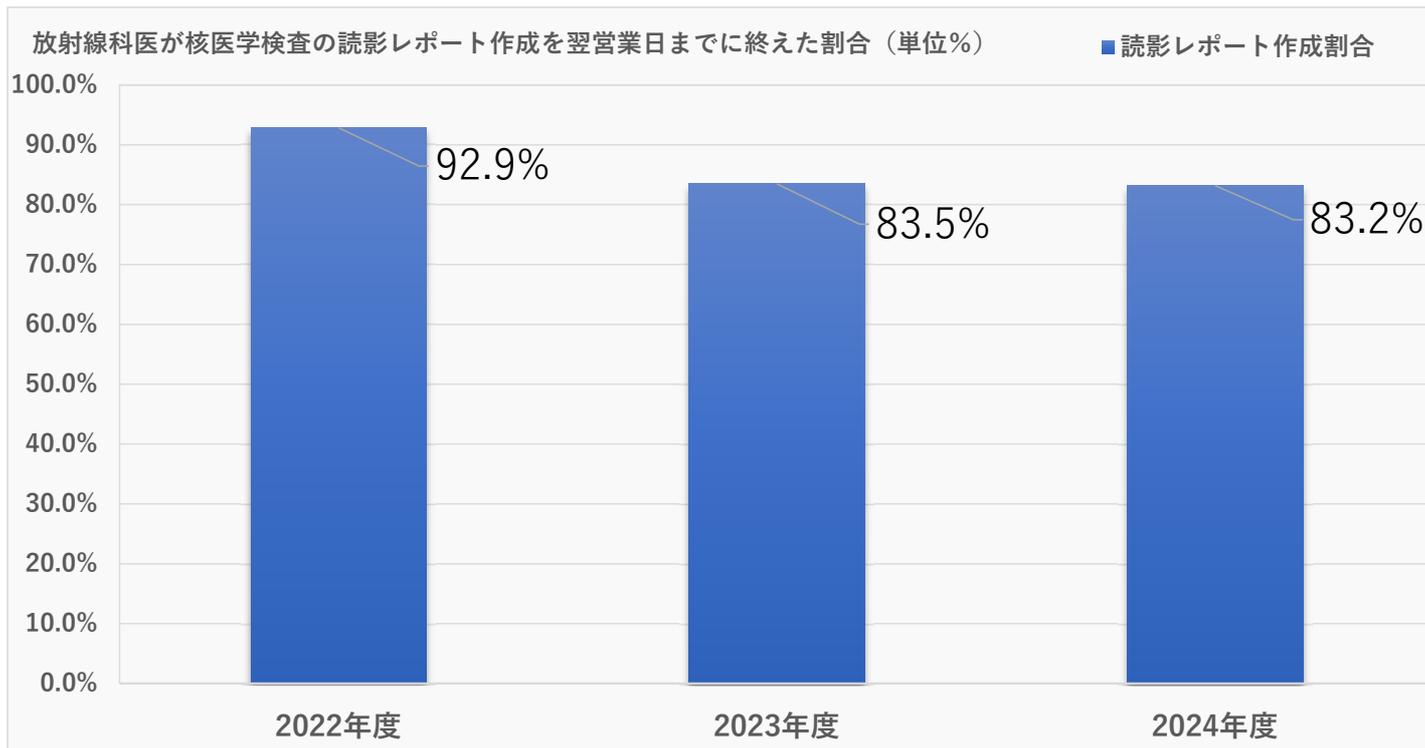
分子 常勤・放射線専門医が検査翌診療日までに読影レポートを作成した核医学・PET-CT検査読影件数

分母 核医学・PET-CT検査数（ただし、検診は除く）

単位 ％

※この指標は国立大学附属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

本指標は、各医学検査に対する読影レポートが翌営業日までに作成されている割合を示すプロセス指標です。迅速な読影報告は、適切な診療方針決定や治療開始に直結する重要な要素です。

当センターでは、放射線医を中心に、検査件数や業務負荷を踏まえながら、安定した読影体制の維持に取り組んでいます。その結果、一定の水準を満たす読影レポート作成率を確保しています。

今後も、診療現場のニーズを踏まえつつ、安全性と正確性を重視した画像診断が継続的に提供できるよう、体制の評価と改善を行ってまいります。

## 病理組織診断件数（単位：件）

## 【概要】

がんの正確な診断は病理診断により行われ、これに基づき的確な治療が選択されます。組織診断件数はがんの診療において、正確な診断が行われたことを示す指標となります。

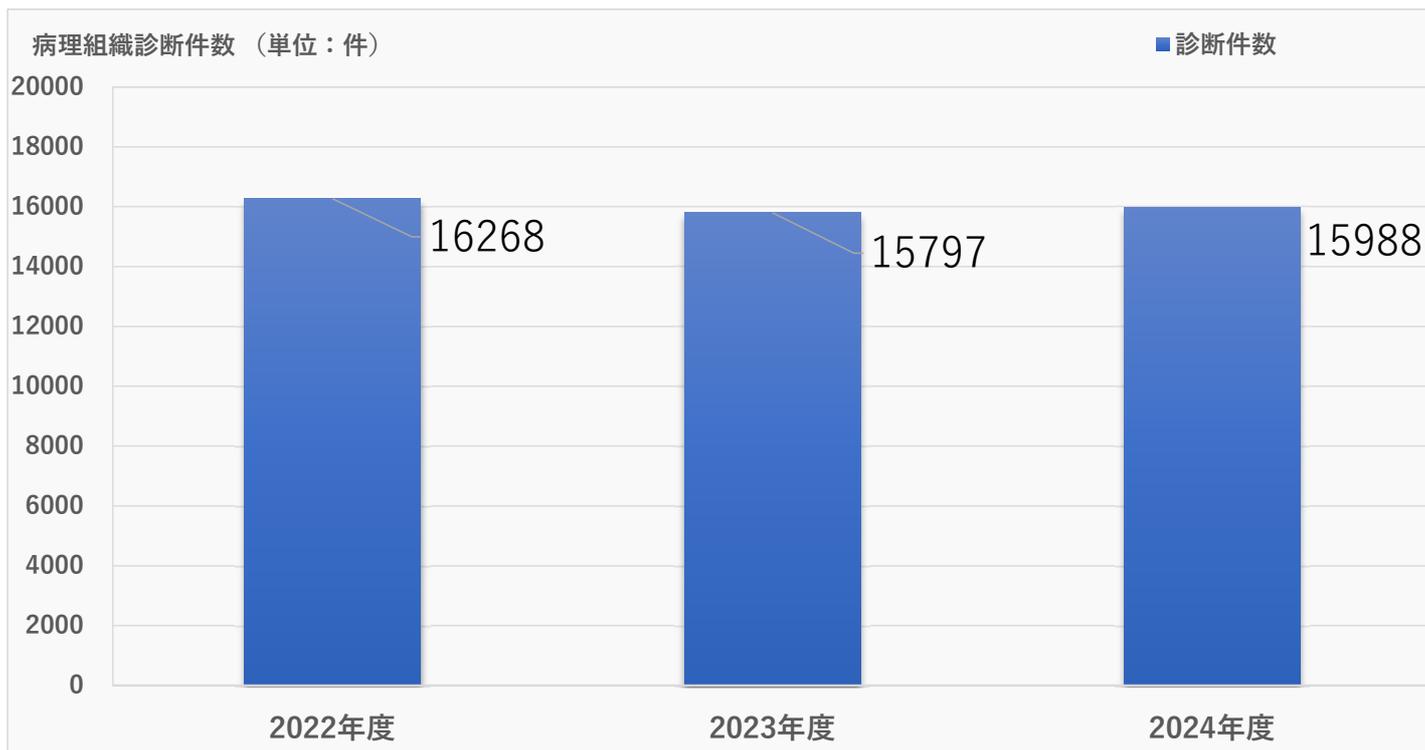
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

$N000$ 病理組織標本作製 +  $N003$ 術中迅速病理組織標本作製 算定件数

単位 件数

※この指標は国立大学附属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

病理組織診断は、治療方針決定の根拠となる重要なプロセスであり、がん専門医療機関としての中核的機能の一つです。本指標は、当センターにおける診療活動の規模を示す活動量指標です。

年度ごとの件数は大きな変動なく推移しており、安定した診断体制が維持されています。今後も質の高い病理診断の提供に努めていきます。

## 薬剤管理指導実施率（入院）（単位％）

## 【指標説明】

薬剤管理指導は、入院中の患者さんに対して、薬剤師が服薬状況や副作用の確認、薬の使い方の説明などを行う取り組みです。

医師や看護師と連携しながら、治療内容を安全に進めるうえで重要な役割を担っています。

すべての入院患者さんに一律で実施されるものではなく、治療内容や服薬状況に応じて、必要性を判断しながら行われます。

この指標は、入院患者さんに対して薬剤師による薬学的管理がどの程度提供されているかを把握するためのものです。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

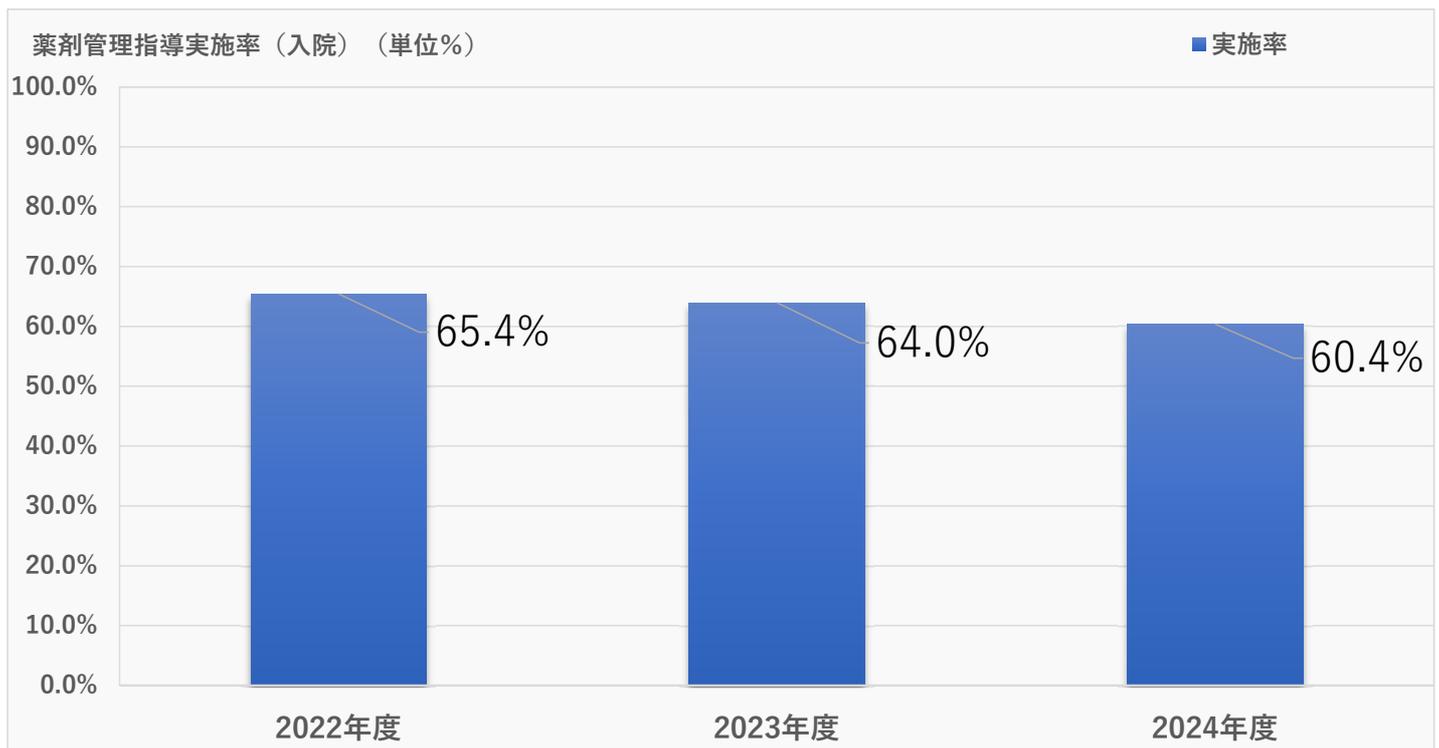
分子 薬剤管理指導を受けた患者数（薬剤管理指導料1, 2）

分母 退院患者数

単位 %

※この指標は日本病院会 QIプロジェクト指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

薬剤管理指導は、患者さんの治療内容や服薬状況に応じて実施されるため、実施率の高低のみで医療の質を評価できるものではありません。

当センターでは、薬剤師が医師・看護師と連携し、薬物治療の安全性が特に求められる患者さんを中心に、適切な薬学的管理を行っています。今後も、入院患者さん一人ひとりの状況に応じて、必要な薬剤管理指導が提供されるよう、多職種で連携した医療体制の維持・改善に取り組んでいきます。

## クリニカルパス適用率（単位％）

## 【指標説明】

クリニカルパスは、標準化された医療を効率的かつ安全に提供するために、診療やケアの流れをあらかじめ整理した診療支援ツールです。治療や検査、看護・リハビリなどの工程を共有することで、多職種が連携しやすくなるとともに、患者さん自身が治療の見通しを持ちやすくなります。

一方で、すべての入院患者さんに一律に適用されるものではなく、疾患の状態や合併症、治療経過に応じて、個別の対応が必要となる場合もあります。この指標は、当センターにおいて、入院患者さんに対してクリニカルパスがどの程度活用されているかを把握するためのものです。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

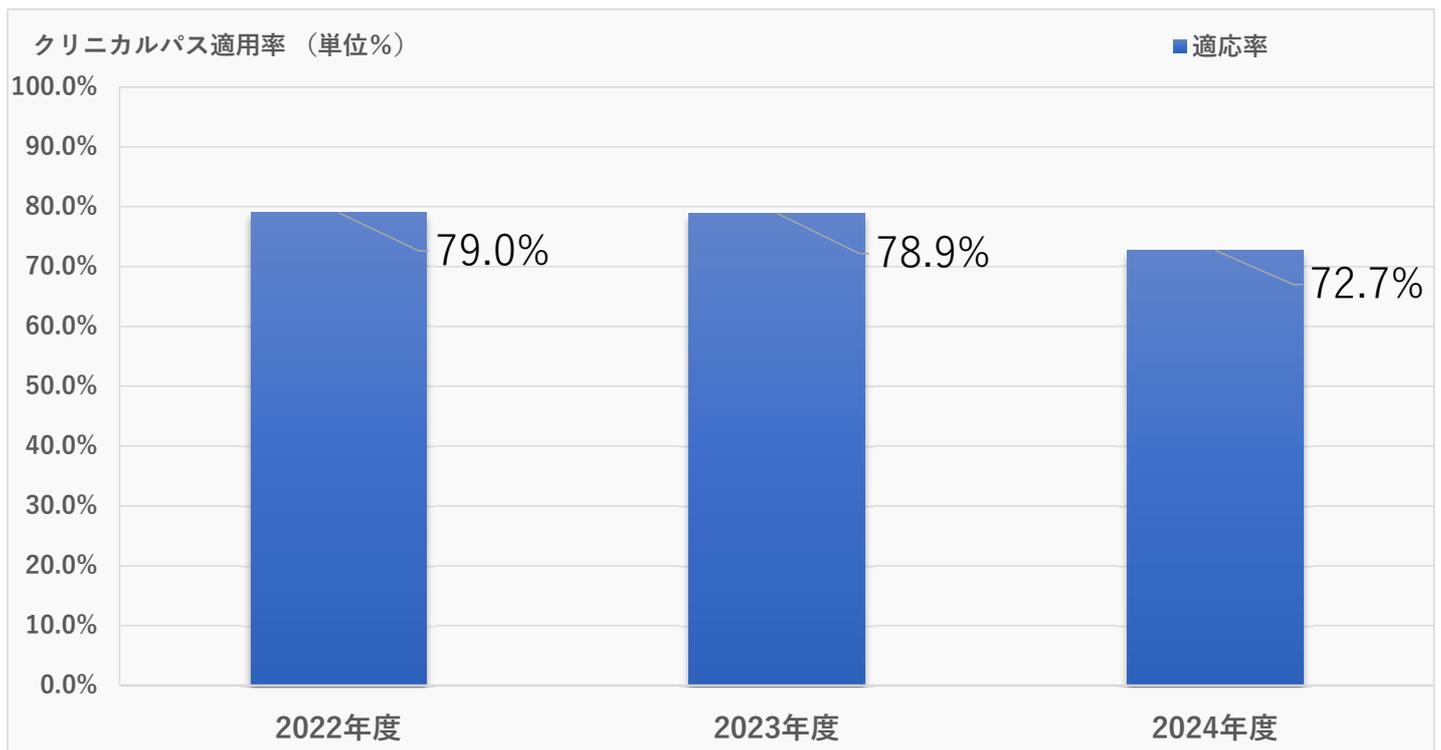
分子 1年間のパス新規適用患者数

分母 1年間の退院患者数

単位 %

※この指標は全国自治体病院協議会 医療の質・医療安全の評価公表等推進事業の指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

クリニカルパスは、医療の標準化やチーム医療の推進に有効な手段ですが、適用率の高低のみで医療の質を評価できるものではありません。

当センターでは、患者さんの病状や治療内容に応じて、クリニカルパスの適用が適切かどうかを判断したうえで運用しています。

そのため、年度によって適用率に変動がみられることがあります。

今後も、標準化による安全性の確保と、個別性を重視した医療の両立を意識しながら、クリニカルパスの適切な活用について継続的に検討していきます。

## 退院後7日以内の予定外再入院割合（単位％）

## 【指標説明】

退院指導が不十分だったり、回復が不完全な状態で退院を強いたこと等による予定外の再入院を極力防ぐ必要があります。この数値が低いほど、患者さんが十分な治療を受けて退院することができていることを示します。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

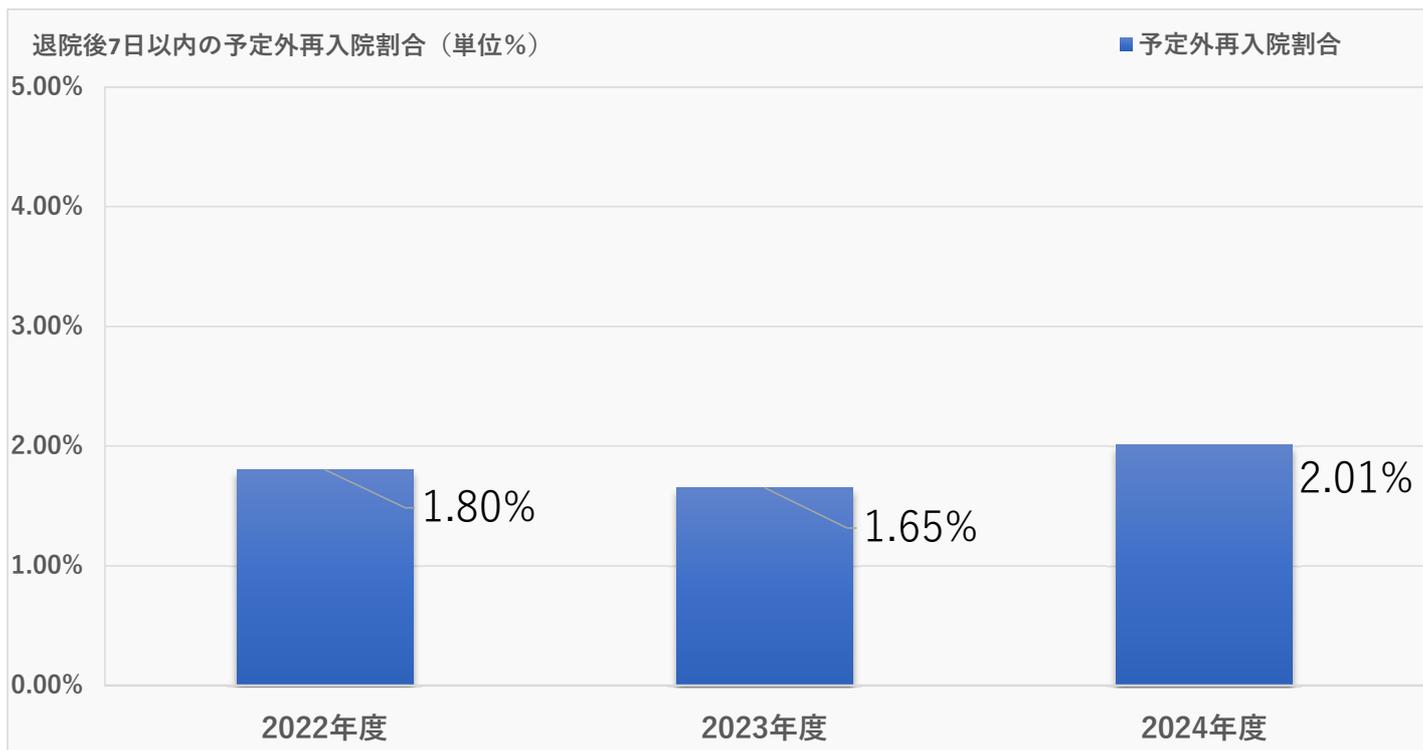
分子 分母のうち前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者

分母 退院患者数

単位 %

※この指標は日本病院会 QIプロジェクト指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

退院後7日以内の予定外再入院割合は、退院時の状態評価、患者・家族への説明、外来フォロー体制等が適切に機能しているかを示す指標です。

当センターでは2022年度1.80%、2023年度1.65%、2024年度2.01%と、概ね2%前後で推移しています。

本指標は患者背景（高齢者割合、進行がん患者比率、治療強度など）の影響を強く受けるため、単純な年度間比較のみで評価するものではありませんが、現状は大きな変動なく推移しています。

今後も退院支援体制の充実、外来フォローの強化、急変時対応の明確化等を通じて、不要な早期再入院の抑制に努めます。

## 看護職員（保健師・助産師・看護師の有資格者）の研修受入数（単位：人日）

## 【指標説明】

当センターでは、院外の看護職員を対象とした研修や実習の受け入れを行っています。

専門的ながん医療の現場での学習機会を提供することで、地域全体の看護の質向上に寄与することを目的としています。

研修の受け入れ人数は、教育体制や病棟の状況、外部機関からの依頼状況などにより変動します。

本指標は、当センターがどの程度、看護職員の育成に関わっているかを活動量として把握するためのものです。

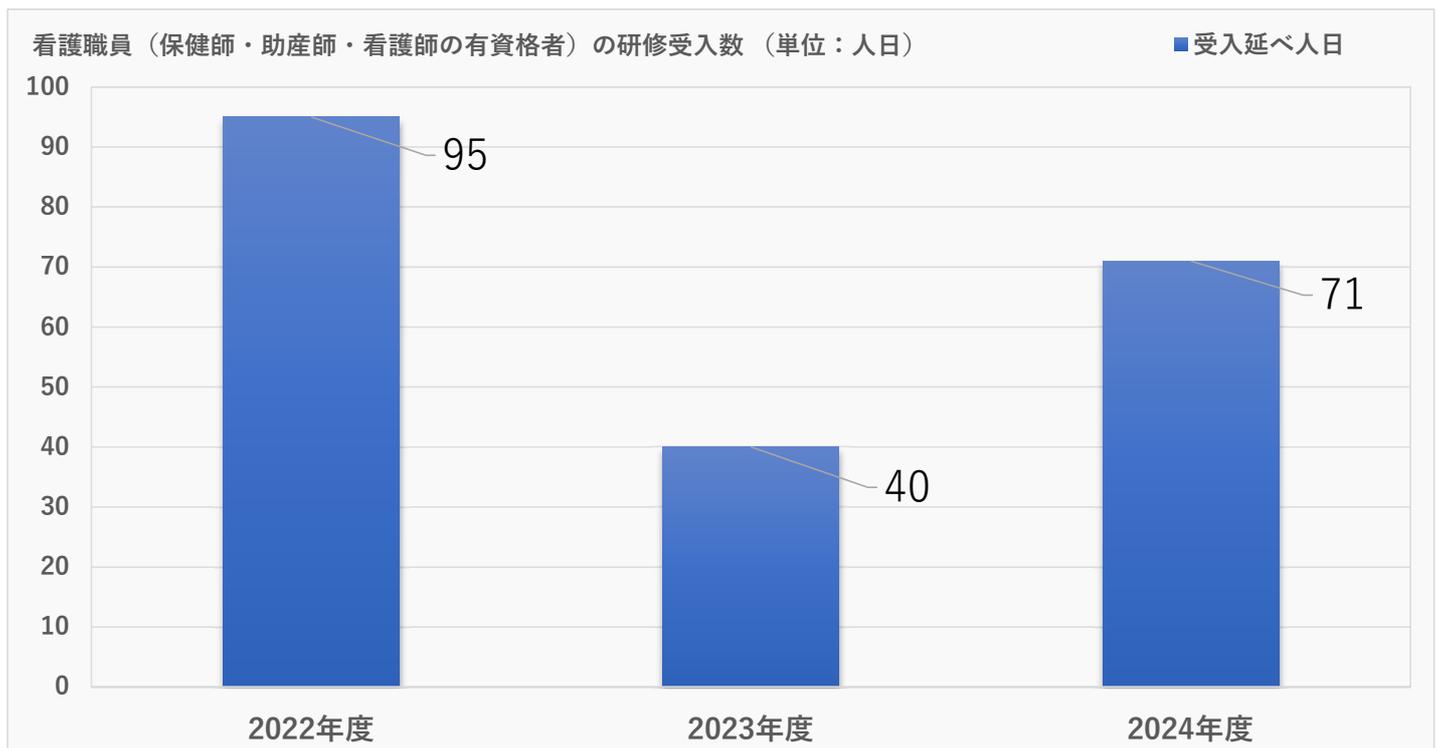
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

1年間の外部の医療機関などからの研修受入れ延べ人日（人数×日数）

単位 人日

※この指標は国立大学付属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

当センターでは、臨床業務との両立を図りながら、安全で実効性のある研修体制の維持に努めています。

年度によって人数に増減がみられることがありますが、これは教育計画や受け入れ体制の調整、外部環境の変化などを反映したものです。

今後も、地域医療を支える人材育成の一環として、無理のない体制のもとで継続的に研修受け入れを行っていきます。

## 看護学生の受入実習学生数（単位：人日）

## 【指標説明】

当センターでは、看護師養成機関からの実習生を受け入れ、臨床現場での教育を行っています。

本指標は、年間に受け入れた看護学生の延べ人数（人数×日数）を示すものであり、当センターが担う教育機能の一側面を活動量として把握するものです。

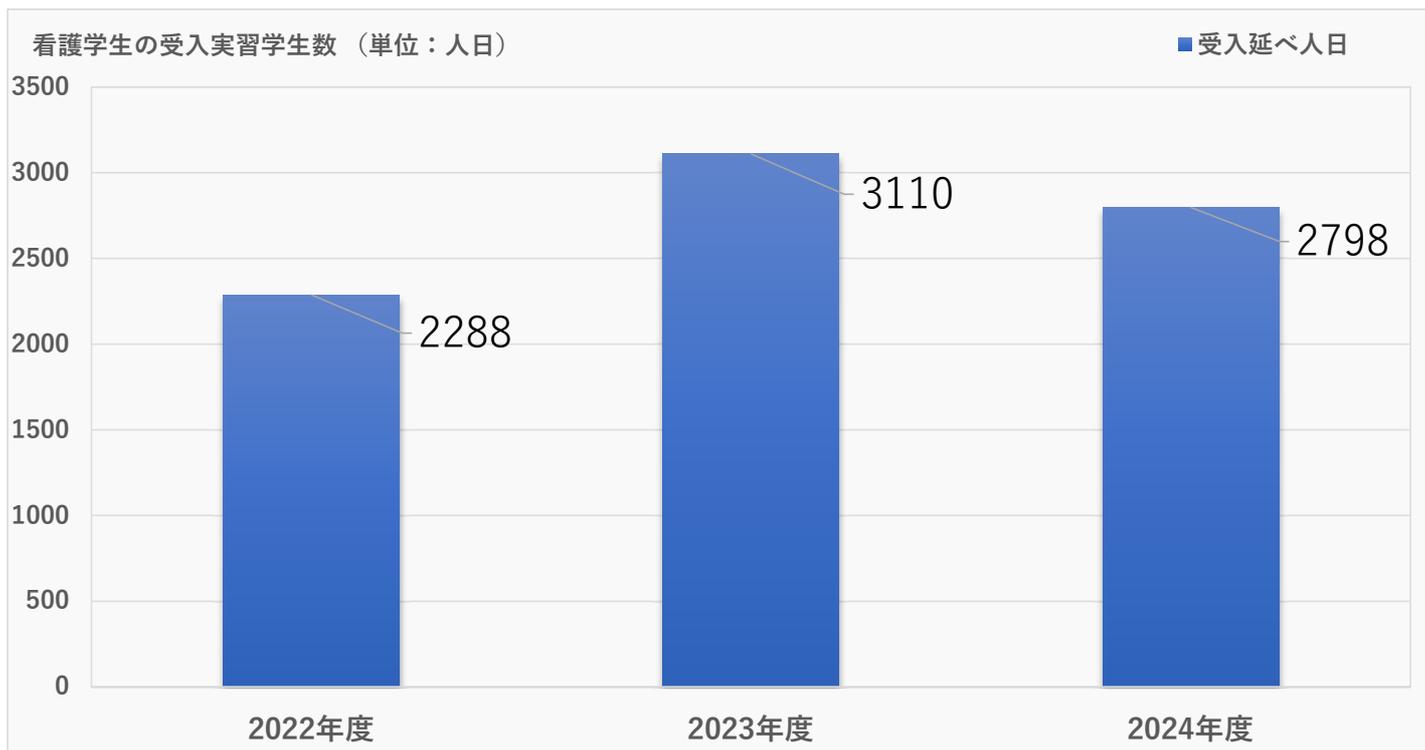
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

1年間の養成教育機関からの実習学生受入れ延べ人日（人数×日数）

単位 人日

※この指標は国立大学付属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

看護学生の実習受け入れは、将来の医療人材育成における重要な役割の一つです。

当センターでは、臨床業務との両立を図りながら、安全で実効性のある実習環境の維持に努めています。今後も教育機能の一環として、無理のない体制のもとで継続的に実習受け入れを行っていきます。

## 薬剤師の研修受入数（単位：人日）

## 【指標説明】

当センターでは、薬剤師の専門性向上およびがん医療に関する知識・技能の共有を目的として、院外からの研修受け入れを行っています。

本指標は、年間に受け入れた薬剤師の延べ人数（人数×日数）を示すものであり、当センターが担う教育・人材育成機能の一側面を活動量として把握するものです。

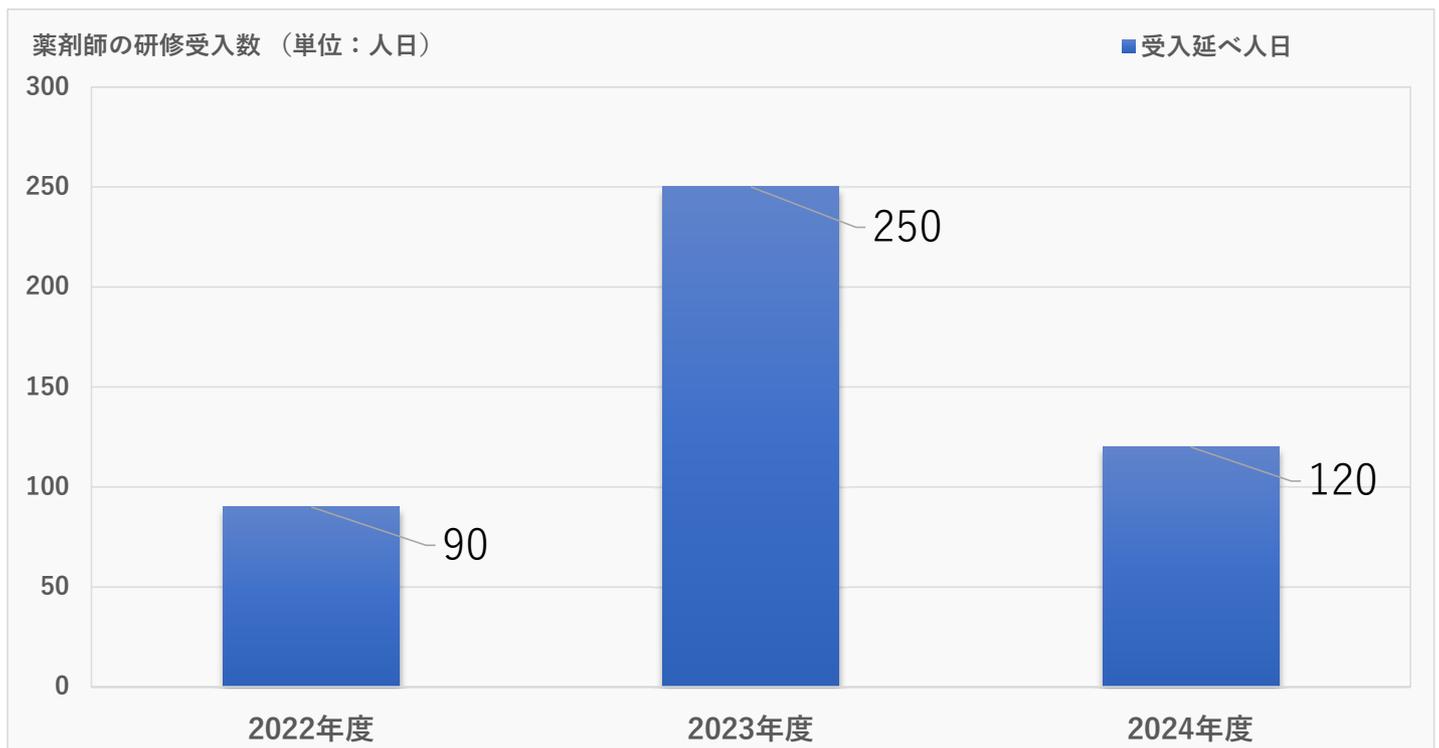
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

1年間の外部の医療機関などからの研修受入れ延べ人日（人数×日数）

単位 人日

※この指標は国立大学付属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

薬剤師の研修受け入れは、専門医療機関としての知見を地域や他施設と共有する取り組みの一つです。

今後も教育機能の一環として、適切な体制のもとで継続的に研修受け入れを行っていきます。

## 薬学生の受入実習学生数（単位：人日）

## 【指標説明】

当センターでは、薬学部からの実習生を受け入れ、がん専門医療における薬剤業務やチーム医療の実践を学ぶ機会を提供しています。

本指標は、年に受け入れた薬学生の延べ人数（人数×日数）を示すものであり、当センターが担う教育・人材育成機能の一側面を活動量として把握するものです。

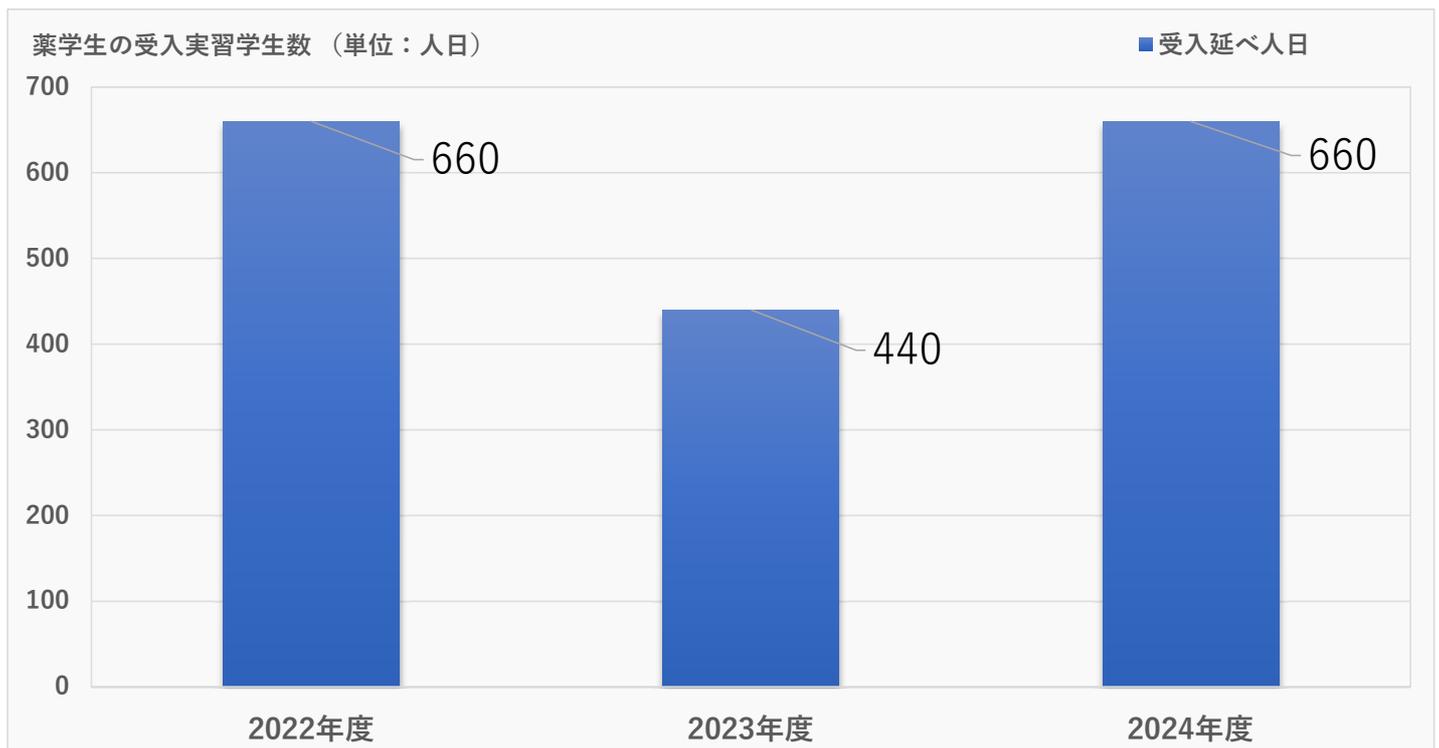
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

1年間の養成教育機関からの実習生受入れ延べ人日（人数×日数）

単位 人日

※この指標は国立大学付属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

薬学生の実習受け入れは、将来の薬剤師育成における重要な取り組みの一つです。がん専門医療を実践的に学ぶ場として、薬剤業務など様々な経験の機会を提供しています。

年度により受入延べ人数に変動はありますが、臨床業務との両立を図りながら、継続的に実習受け入れ体制の維持に努めています。今後も教育機能の一環として適切な受け入れを行ってまいります。

## 看護師・薬剤師以外の医療専門職の研修受入数（単位：人日）

## 【指標説明】

当センターでは、看護師・薬剤師以外にも、医師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師など、多職種の医療専門職を対象とした研修・実習の受け入れを行っています。

本指標は、年間に受け入れた医療専門職の延べ人数（人数×日数）を示すものであり、当センターが担う教育・人材育成機能の広がりを活動量として把握するものです。

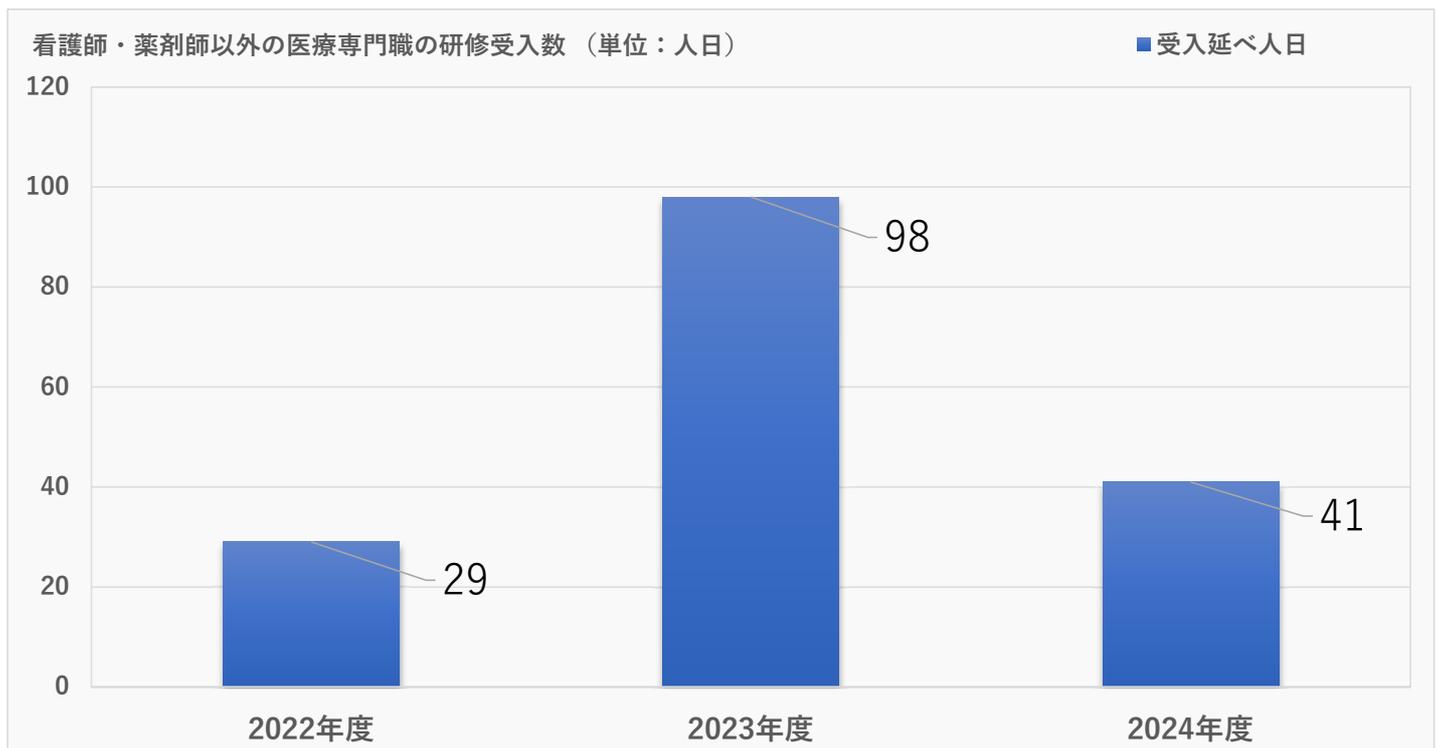
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

1年間の外部の医療機関などからの研修受入れ延べ人日（人数×日数）

単位 人日

※この指標は国立大学付属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

多職種の研修受け入れは、がん専門医療を支える専門人材の育成において重要な役割を担っています。各職種の専門性に応じた実践的な学習機会を提供することで、知識や技術の共有を図っています。

年度によって受入延べ人数に変動はありますが、これは研修計画や受入体制の状況を反映したものです。当センターでは診療体制との両立を図りながら、今後も多職種に対する教育機会の提供を継続していきます。

## 看護師・薬剤師以外の医療専門職学生の受入実習学生数（単位：人日）

## 【指標説明】

当センターでは、看護師・薬剤師以外にも、医学生、リハビリテーション系学生、管理栄養士養成課程の学生、臨床検査技師・診療放射線技師養成課程の学生など、多様な医療専門職学生の実習を受け入れています。

本指標は、年間に受け入れた医療専門職学生の延べ人数（人数×日数）を示すものであり、当センターが担う教育機能の広がりを活動量として把握するものです。

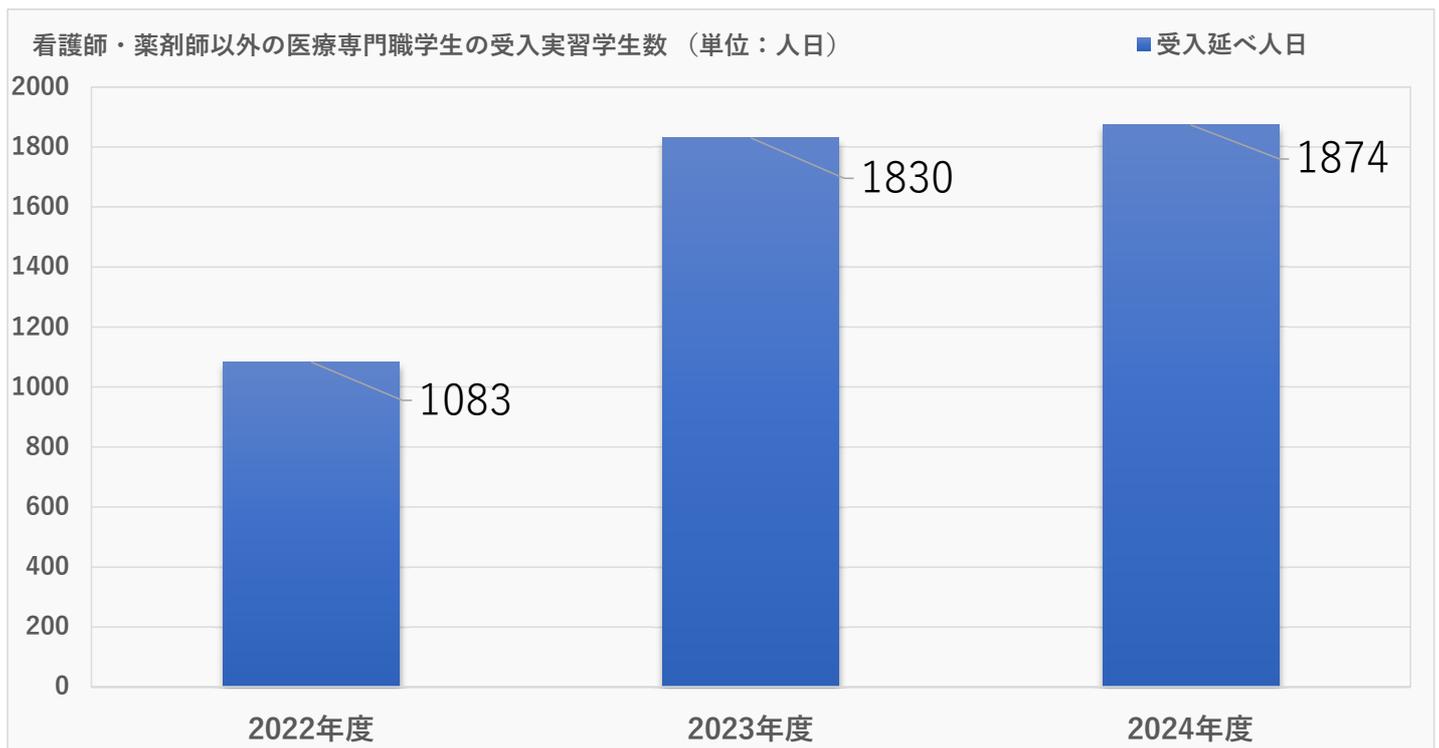
## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

1年間の養成教育機関などからの実習学生受入れ延べ人日（人数×日数）

単位 人日

※この指標は国立大学付属病院 病院機能指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

多職種学生の実習受け入れは、将来の医療人材育成における重要な取り組みの一つです。がん専門医療の現場において、各職種の役割や連携を実践的に学ぶ機会を提供しています。

当センターでは診療体制との両立を図りながら、継続的に実習受け入れ体制の維持に努めています。今後も多職種教育の一環として、適切な受け入れを行っていきます。

## 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率（単位%）

## 【指標説明】

インフルエンザは院内感染の原因となり得る感染症の一つです。

特にがん治療を受けている患者さんは免疫力が低下している場合があり、職員からの感染を防ぐ取り組みが重要となります。当センターでは、職員に対して毎年インフルエンザワクチン接種を推奨しており、本指標は接種状況を把握するためのものです。

## 【算出定義】 ※ 以下は指標を正確に理解するための計算方法の説明です。

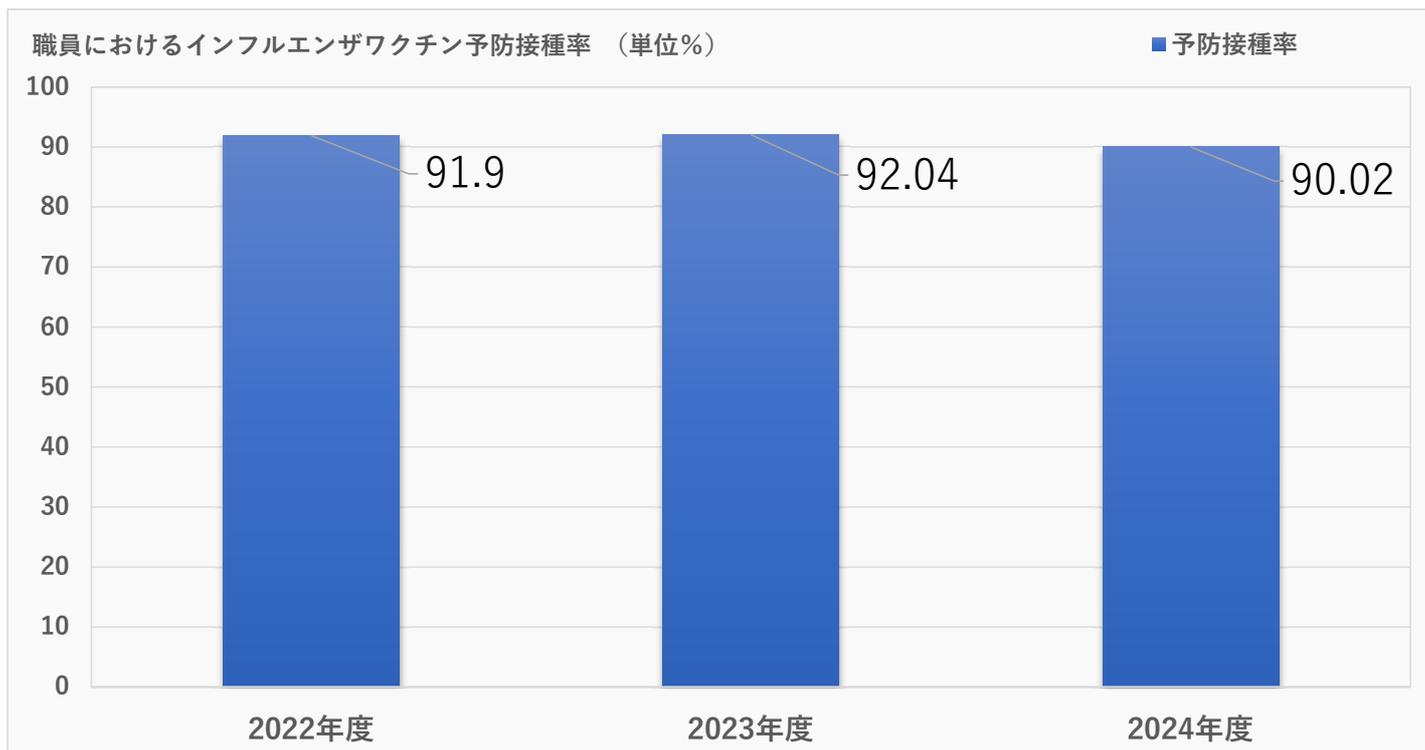
分子 インフルエンザワクチンを予防接種した職員数×100

分母 職員数（アレルギーや重篤な副作用の既往等で接種不可能な職員を除く）

単位 %

※この指標は日本病院会 QIプロジェクト指標に基づき算出しています。

## 【実績】



## 【医療品質改善推進部門（QM）からのコメント】

インフルエンザワクチンの接種は、患者さんの安全確保および職員自身の健康管理の観点から重要な取り組みです。

当センターの接種率は90%前後で安定して推移しており、感染対策への意識が一定程度共有されていることを示しています。

一方で、医学的理由などにより接種が困難な職員もいるため、本指標は100%を目標とするものではありません。今後も適切な周知と接種機会の確保を通じて、安定した接種率の維持に努めていきます。