保健医療圏別患者数（入院･外来）

項目に対する解説（説明）

高知県は、地理的条件などの自然的条件、日常生活の需要の充足状態、交通事情などの社会的条件を考慮して、保健医療圏を「中央保健医療圏」、「安芸保健医療圏」、「高幡保健医療圏」、「幡多保健医療圏」の４つに分け設定しています。

本院は、県下全域からの患者さんを受け入れています。また、県内のみでなく県外からの患者さんの受け入れも行っています。

項目の定義

保健医療圏別の入院患者、外来患者の延べ人数

取り組み

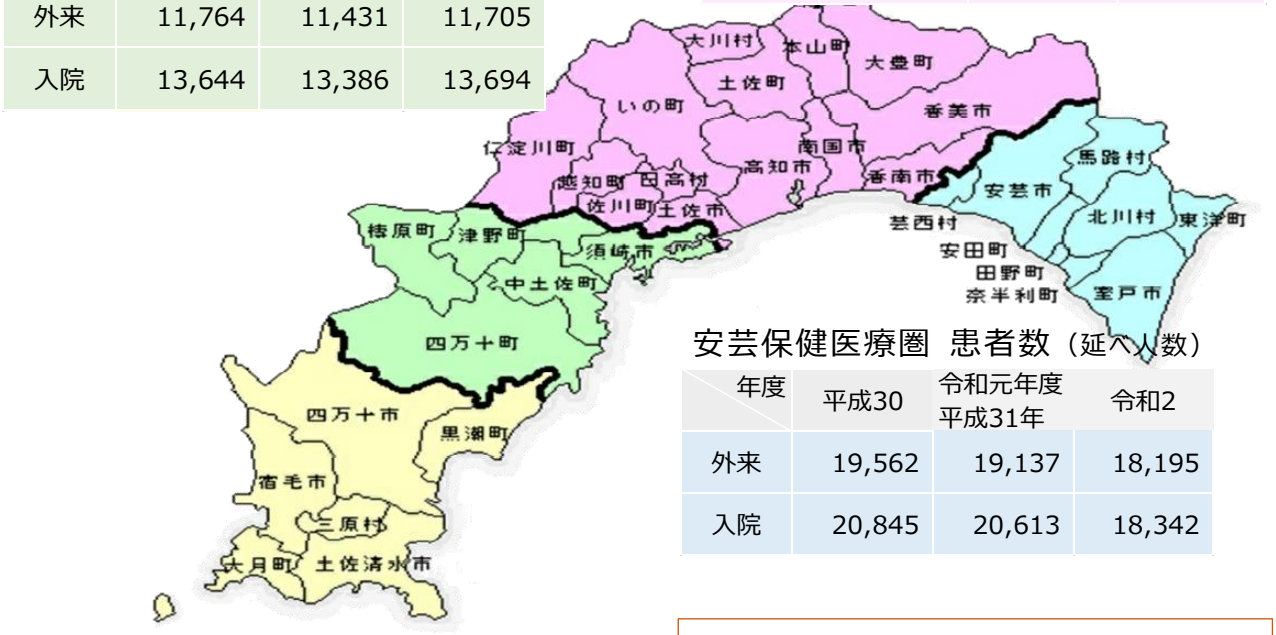
特定機能病院としての機能を発揮するとともに、病院の基本方針に示すように、安心・安全に配慮した高度な医療の提供に努めています。地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が推進されており、本院でも、患者さんやご家族が安心して治療・ケアを受けられるよう地域の病院や診療所、施設や市町村の窓口などと連携しながら支援しています。

中央保健医療圏　患者数（延べ人数）

年度	平成30	令和元年度 平成31年	令和2
外来	214,602	211,204	201,757
入院	137,907	133,443	131,354

高幡保健医療圏　患者数（延べ人数）

年度	平成30	令和元年度 平成31年	令和2
外来	11,764	11,431	11,705
入院	13,644	13,386	13,694



安芸保健医療圏　患者数（延べ人数）

年度	平成30	令和元年度 平成31年	令和2
外来	19,562	19,137	18,195
入院	20,845	20,613	18,342

幡多保健医療圏　患者数（延べ人数）

年度	平成30	令和元年度 平成31年	令和2
外来	7,425	7,229	6,922
入院	12,756	10,407	10,920

高知県外　患者数（延べ人数）

年度	平成30	令和元年度 平成31年	令和2
外来	3,471	2,940	2,387
入院	3,432	2,816	2,024

救急患者の受け入れ状況

項目に対する解説（説明）

救急医療は、一般救急、小児救急、周産期救急の３本柱で成り立っています。本院ではこれら全てに取り組んでいます。一般救急と小児救急においては２次救急病院であり、周産期救急においては３次救急となっています。一般救急の領域では、心肺停止、そして、急性冠症候群ならびに脳卒中患者さんを受け入れる施設として県に登録されています。また、小児救急は、地域の輪番病院の１つとして機能しています。

大学病院という特性上、救急搬送患者数の約半数は、他院からの紹介患者及び、掛かりつけ患者の受入となっています。

項目の定義・算出方法

各年度１年間の救急患者の受け入れ数

救急搬送：救急車または救急ヘリによる搬送

救急車：自治体および医療機関が所有する救急用の自動車

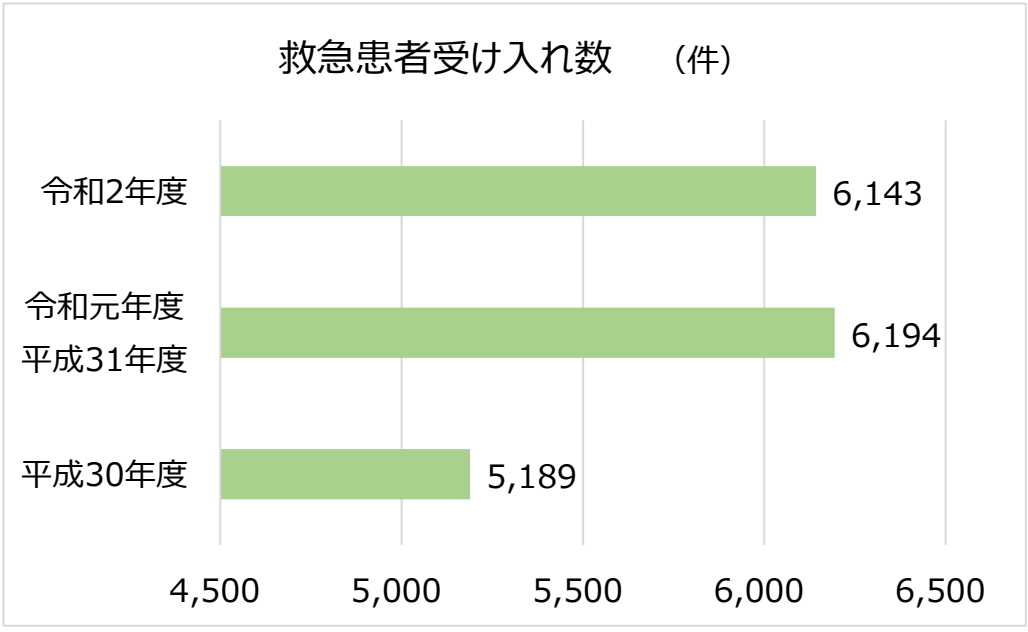
救急ヘリ：救急医療用ヘリコプター

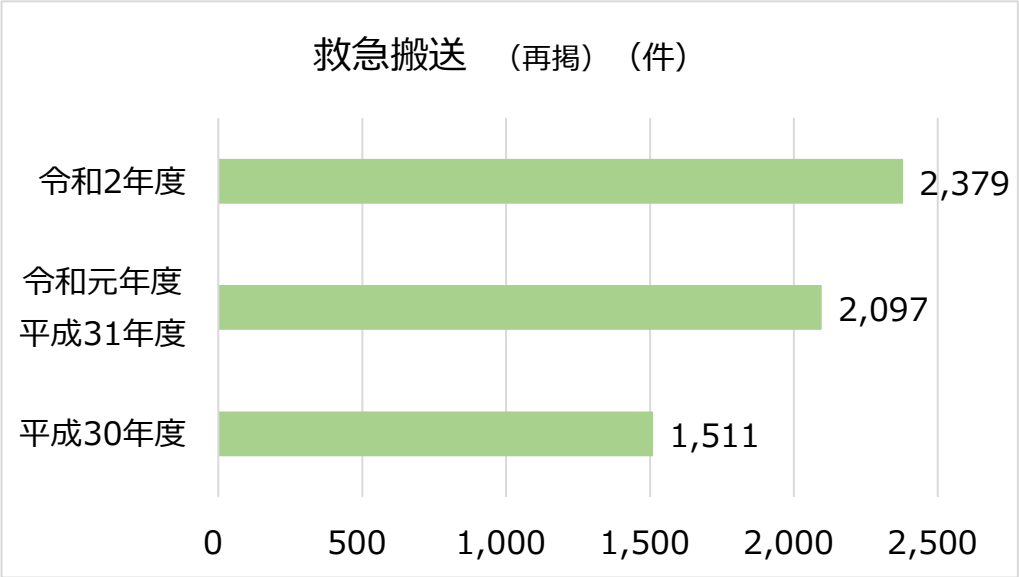
院外心肺停止：院外で心機能、肺機能のいずれか、または両方が停止状態のもの

取り組み

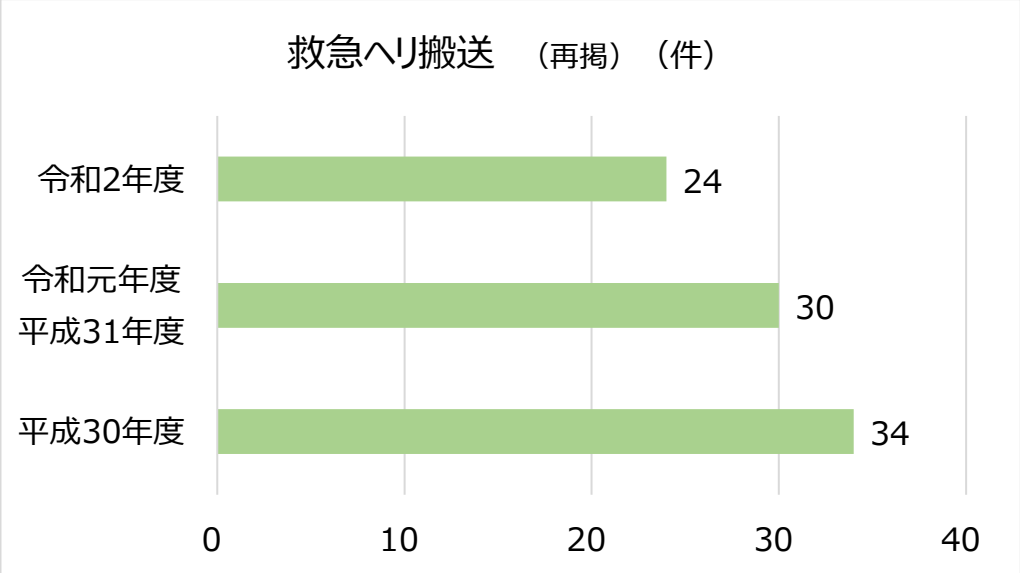
本院は救命救急センター（３次救急医療施設）ではありませんが、心筋梗塞や脳梗塞・脳出血などの血管系疾患救急に力を入れています。これらの疾患には独自のホットラインを開設して対応しています。県内各地の医療機関からの転院搬送、救急搬送要請にはできる限り受け入れるように取り組んでいます。

今後も消防や行政、他の医療機関等と連携を取りながら県内の救急医療に貢献できるよう努力してまいります。

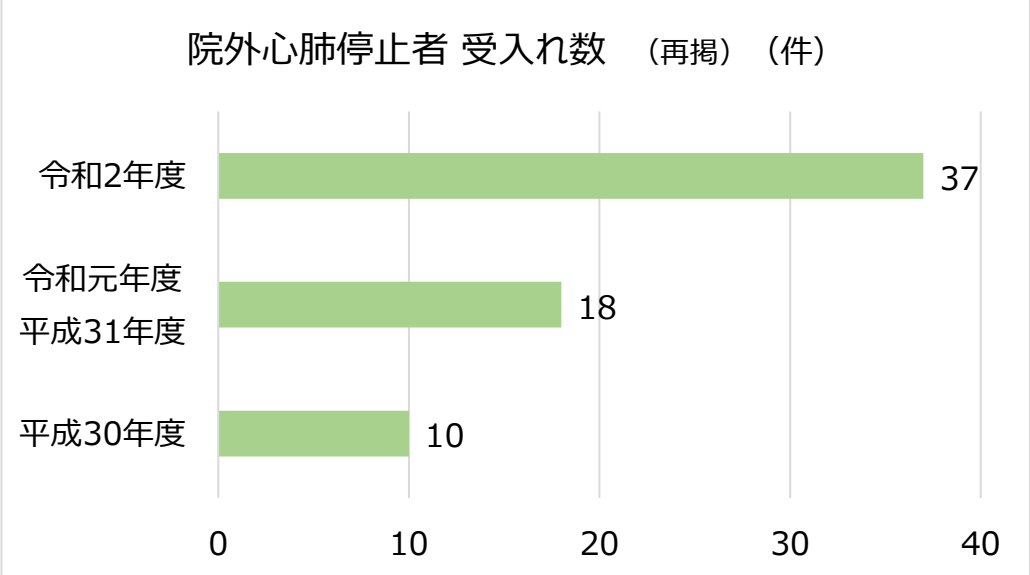




（救急車または救急ヘリによる搬送）



（救急ヘリによる搬送）



分娩件数

項目に対する解説（説明）

正常分娩とは、自然に陣痛が始まり、妊娠満 37 週以降～満 42 週未満の正期に、順調に経腟分娩が進行して、正常な回旋（前方後頭位）の頭位で赤ちゃんが生まれてくることを指します。また、母児ともに障害や合併症などが残らないということも含まれます。

異常分娩とは、正常分娩には該当しないさまざまな分娩（出産）の総称です。帝王切開による分娩、吸引分娩や鉗子（かんし）分娩などの器械分娩、早産分娩、骨盤位分娩などです。

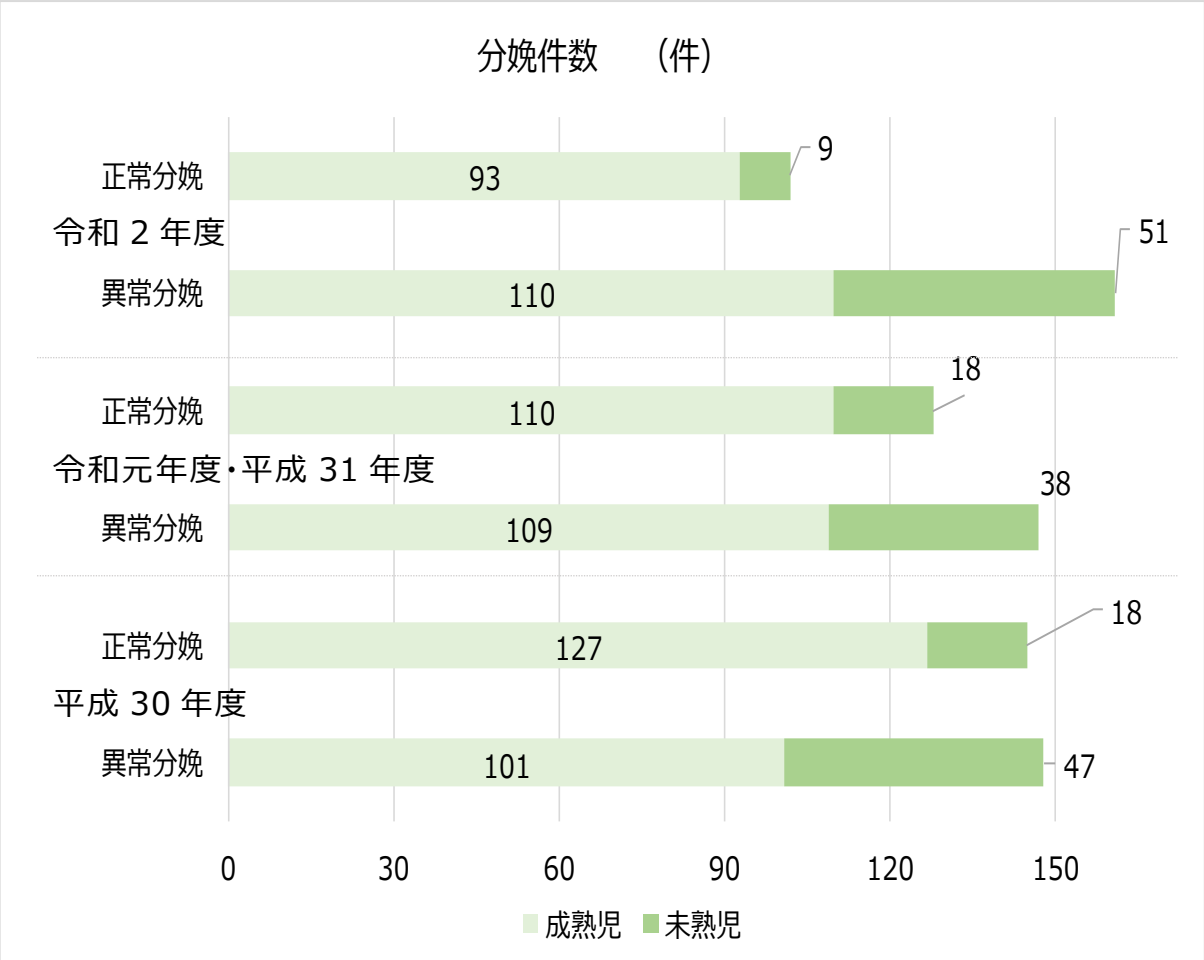
項目の定義

本院での分娩件数

取り組み

妊娠によっておこる合併症（妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群など）の予防・早期発見・治療および切迫流産や早産の予防に積極的に取り組んでいます。近年、周産期メンタルヘルスの問題、不妊治療後の多胎妊娠や高齢産の増加などを背景にしたハイリスク妊娠管理、出産への多様なニーズ、出産後の子育て困難者等の問題が出現しています。妊娠管理、出産後の子どもたちの命の安全・安心のため、妊娠期から助産外来が主体となって多職種連携の支援に取り組んでいます。

高知県における基幹病院としてハイリスク妊娠管理を行うことはもちろんですが、第 3 次医療施設として母体搬送を積極的に受け入れています。



職員の非喫煙率

項目に対する解説（説明）

健康を守る上で禁煙は非常に重要です。医療従事者が喫煙しないことは自分自身の健康管理とともに、病院を訪れる患者さんのためにも重要です。本院では、毎年実施する職員健康診断において、喫煙の有無について確認し、職員の喫煙状況を把握するよう努めています。

項目の定義・算出方法

分子：本院で実施する職員健康診断における問診票で「吸っていない」「以前吸っていた」と回答した職員数

分母：本院で実施する職員健康診断を受診した職員数

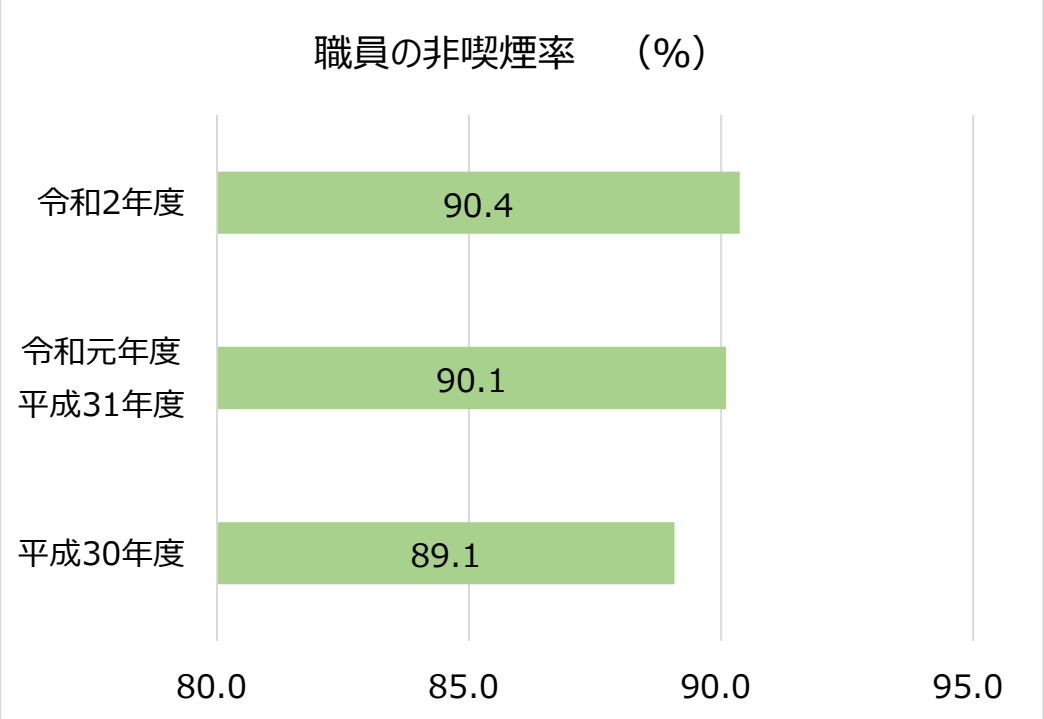
※喫煙に関する項目に回答していない者、人間ドック等の当院以外での受診者は除く

$$\frac{\text{非喫煙者数}}{\text{職員健康診断受診者数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

平成 31 年 1 月 1 日から、病院敷地内のみならず大学キャンパス全面を敷地内全面禁煙（加熱式たばこなど新型たばこを含む）となり、わずかずつではありますが、非喫煙率がアップしています。令和 2 年度は、前年比 0.3%増です。

世界禁煙デー及び禁煙週間、受動喫煙による健康被害、健康増進法改正等の周知や禁煙治療に関する情報提供を行い、禁煙を推進しています。



職員のインフルエンザワクチン接種率

項目に対する解説（説明）

医療従事者は自分自身が感染症から身を守るとともに、自分自身が院内感染の運び屋にならないため、一般の人々よりもさらに感染症予防に積極的である必要があり、自身への職業感染防止の観点、患者さんや他の職員への院内感染防止の観点およびインフルエンザ罹患による欠勤防止のいずれの観点からも積極的にワクチン接種を受けることが勧められます。

項目の定義・算出方法

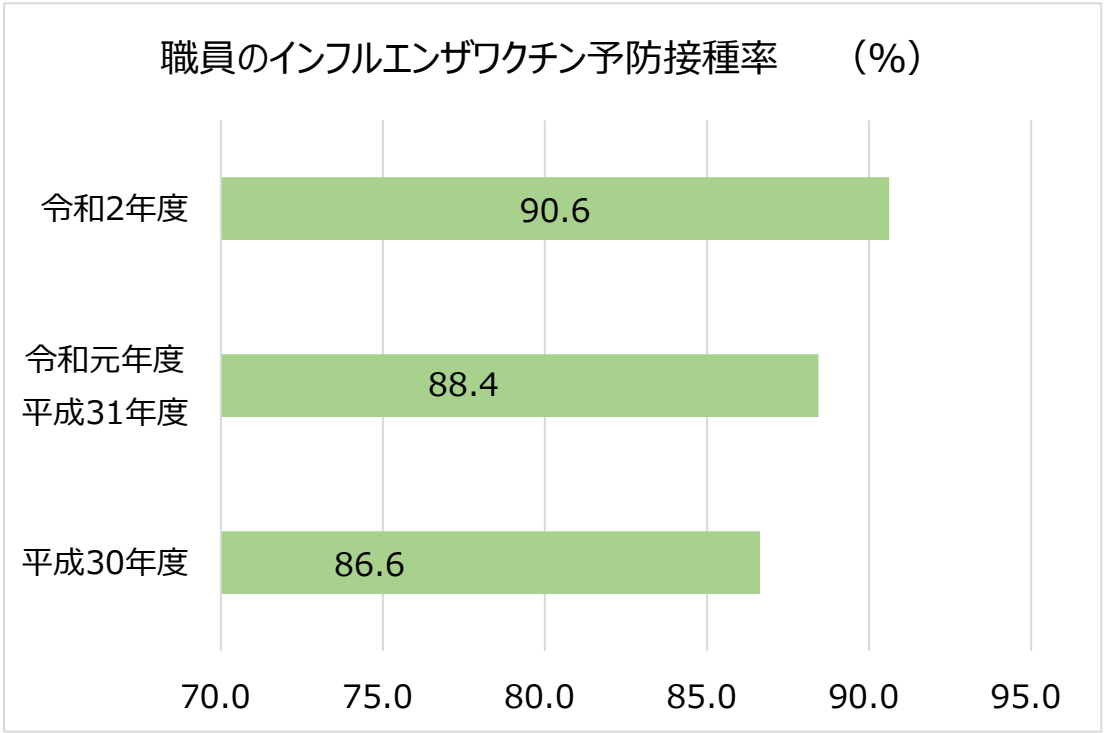
分子：本院でインフルエンザワクチンを受けた人数

分母：職員合計数（非常勤職員を含む、休職者は除く）

$$\frac{\text{本院でインフルエンザワクチンを受けた職員数}}{\text{職員合計数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

本院では、医療従事者はアレルギー等で接種が適当でないと判断された者以外は、インフルエンザ流行前に本院で実施するワクチン接種を受けることと定めており、ワクチン接種にかかる費用については、病院負担（職員は無料）としています。また、流行期には手洗いなど個人衛生に留意するよう徹底しています。院内感染防止マニュアルにおいて職員がインフルエンザに罹患した場合は、「診断日から 5 日間は就業停止とする」と定め、患者さん方、職員間での感染防止に努めています。



ご意見箱等に投函された患者さんの声

項目に対する解説（説明）

病院 14 ヶ所にご意見箱を設置し、頂いたご意見は毎日回収、「抗議・苦情・不満」「要望・希望」「感謝・お褒め」「意見・提言」「その他」の 5 項目に分類、また、その各項目を「接遇」「環境」「診療体制」「施設・設備」等のご意見に分類し、週 1 回の委員会で改善策等について検討しています。お名前を記載していただいたご意見については直接回答させていただくようにしています。また、病院としての回答を病院ホームページ、ご意見箱横に掲示しております。

項目の定義・算出方法

分子：ご意見箱等に投函されたご意見を 5 項目に分類し、それぞれのご意見数

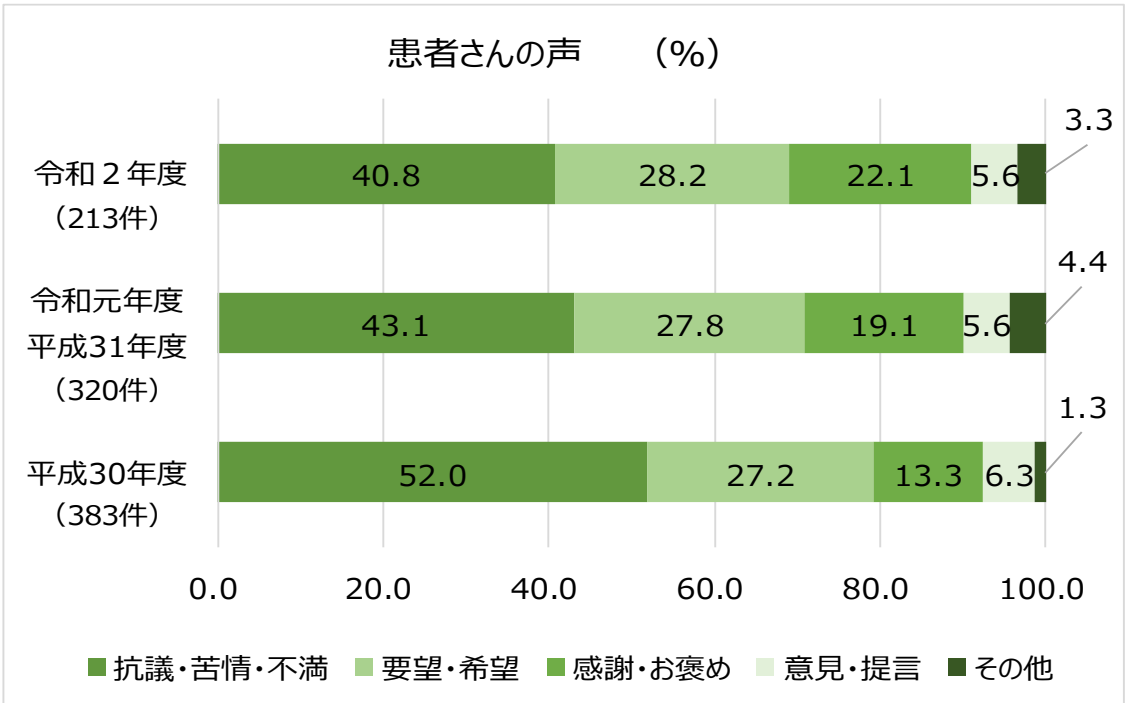
分母：ご意見箱等に投函されたすべてのご意見数

$$\frac{\text{5 項目それぞれのご意見数}}{\text{総ご意見数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

令和 2 年度の投函数は 213 件と大幅に減少しています。これは、新型コロナウイルス感染対策として実施された面会制限によるものと考えます。「抗議・苦情・不満」は徐々に減ってきてはいますが、全体の割合では依然高い割合になっています。その内容を見てみると、接遇や診療体制に対するご意見が約 1/3 を占めています。その反面、「感謝・お褒め」のご意見の約 1/2 は、接遇や診療体制に対するものでした。頂いたご意見を各部署へフィードバックし、院内での周知を図り、サービスの質向上委員会が中心となり活動をしています。

今後も診療体制だけでなく、あらゆる面で患者さんが安心して診療や治療を受けることができ、また、快適な入院生活を送ることができるように、ご意見を真摯に受けとめ引き続き改善に努めていきたいと思っています。



入院患者の転倒・転落発生率、
転倒・転落による損傷発生率

項目に対する解説（説明）

入院中の転倒・転落は患者さん・ご家族にとってさまざまな影響を与えることとなります。入院による環境の変化、検査・治療等で身体への影響が大きく、ヒヤリとする場面がみられます。転倒・転落によって打撲や骨折等を招くこともあります。当院では、患者さんの障害に至らなかった転倒・転落についても、要因の分析を行い、対策を立案し実施することで、転倒・転落防止に向けての取り組みを進めています。効果的な取り組みが行えているかどうかの指標として発生率を追跡することは意義のあることととらえています。

項目の定義・算出方法

【転倒・転落発生率】

分子：医療安全管理部へインシデントレポート報告があった入院中の転倒・転落件数

分母：入院患者延数

【転倒・転落による損傷発生率】

分子：医療安全管理部へインシデントレポート報告があった入院中の転倒・転落件数のうち、
患者影響度レベルが３ｂ以上の転倒・転落件数

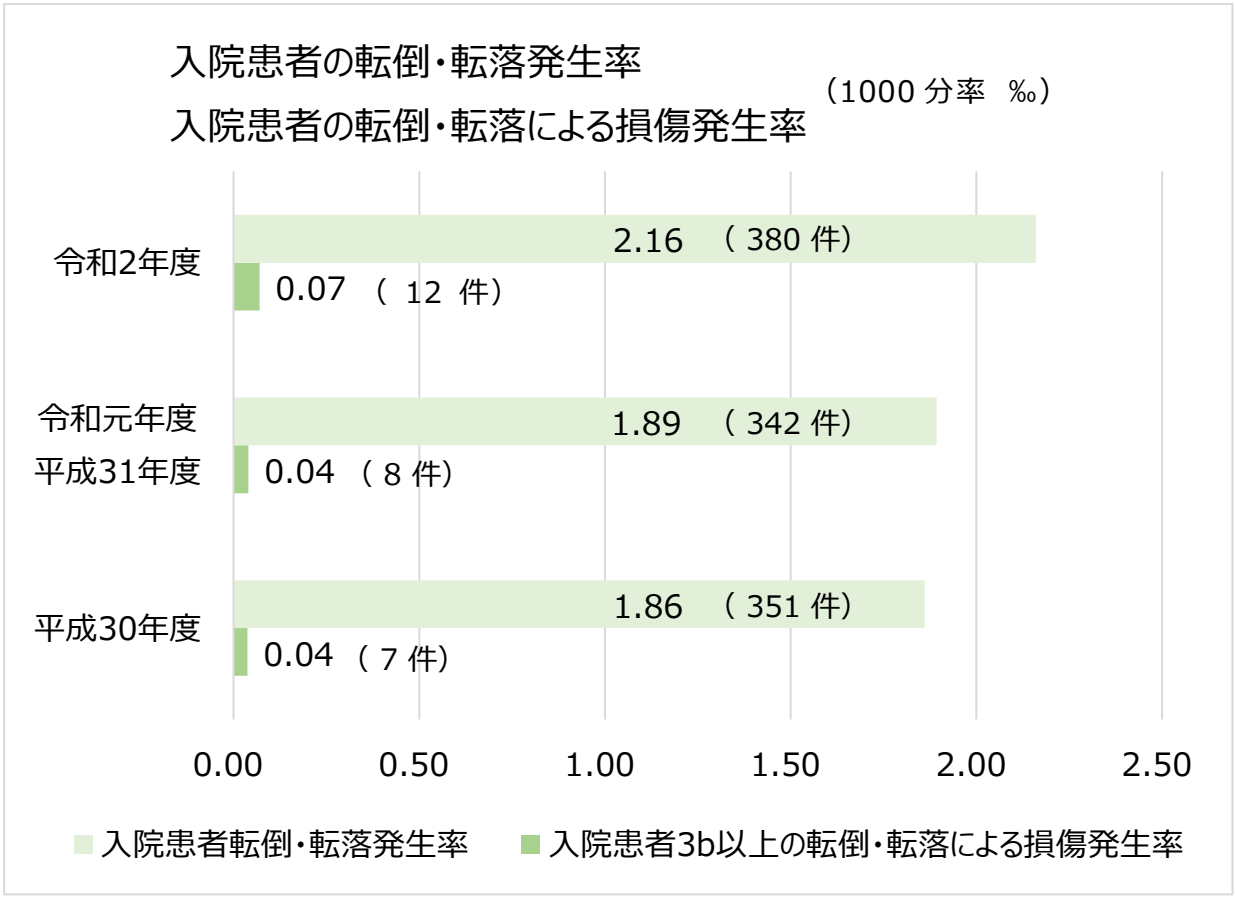
分母：入院患者延数

※患者影響度レベル３ｂとは、濃厚な処置や治療を要した障害を指します。
（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、など）
患者影響度の詳細については、別表をご覧ください。

取り組み

転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて評価（入院時、患者さんの病状が変化した時、転倒・転落が起きた時）を行い、危険度の高い患者さんには個別に計画を立案し、転倒・転落防止に取り組んでいます。また、繰り返し転倒・転落した患者さんについては、転倒・転落防止対策チームのメンバーが訪問し、環境面等も含めてアセスメントを行い予防に取り組んでいます。しかし、残念なことに令和２年度は、転倒・転落の発生件数・損傷率ともに増加しています。「一般社団法人日本病院会　2019 年度 QI プロジェクト結果報告」に参加している病院の平均値　入院患者の転倒・転落発生率 2.70‰、 3b 以上の損傷発生率　0.05‰、当院の昨年度の結果等をふまえ、令和３年度はそれぞれの目標を 2.00‰、0.05‰ 以下としました。

転倒・転落の発生要因の分析、入院環境の整備を行うとともに、履き慣れた踵のある靴を履いていただくこと等のご協力もお願いしながら対策を継続し、安全な入院生活を送っていただけるように努めていきます。



【患者影響度レベル】　　（別表）

レベル	障害の継続性	障害の程度	状　　況
レベル 0			患者には実施されなかった
レベル 1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
レベル 2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
レベル 3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
レベル 3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
レベル 4a	永続的	軽度 ～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル 4b	永続的	中等度 ～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル 5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

X 線検査（一般撮影検査）件数

項目に対する解説（説明）

なじみのある言い方ですと「レントゲン検査」ですが、正しくは、「X 線撮影」および「X 線検査」です。X 線という放射線を被写体に照射して、身体を通過してきた X 線を記録して画像にします。

単純撮影は、主に胸・腹部撮影、骨撮影の 2 種類があり、体内を透過した X 線から病変や骨折の有無を調べる検査です。移動が困難な患者さんを病室や手術室などで、ポータブル撮影装置を用いて撮影することができます。

歯科・パノラマ（X 線）撮影は、歯科専用で、歯や顎の骨を撮影します。装置が被写体の周囲を回りながら撮影する「断層撮影」や、顎の開閉具合を評価できる「顎関節撮影」なども実施できます。

骨密度測定とは、骨の量（カルシウム）がどれくらいあるかを測定し、骨粗鬆症（こつそそうしょう）の判定を行います。

乳房の撮影は、マンモグラフィと呼ばれています。乳房は、大部分は乳腺と脂肪組織で構成されているためエネルギーの低い X 線を用いて撮影します。しこりや石灰化の状態をみる検査です。

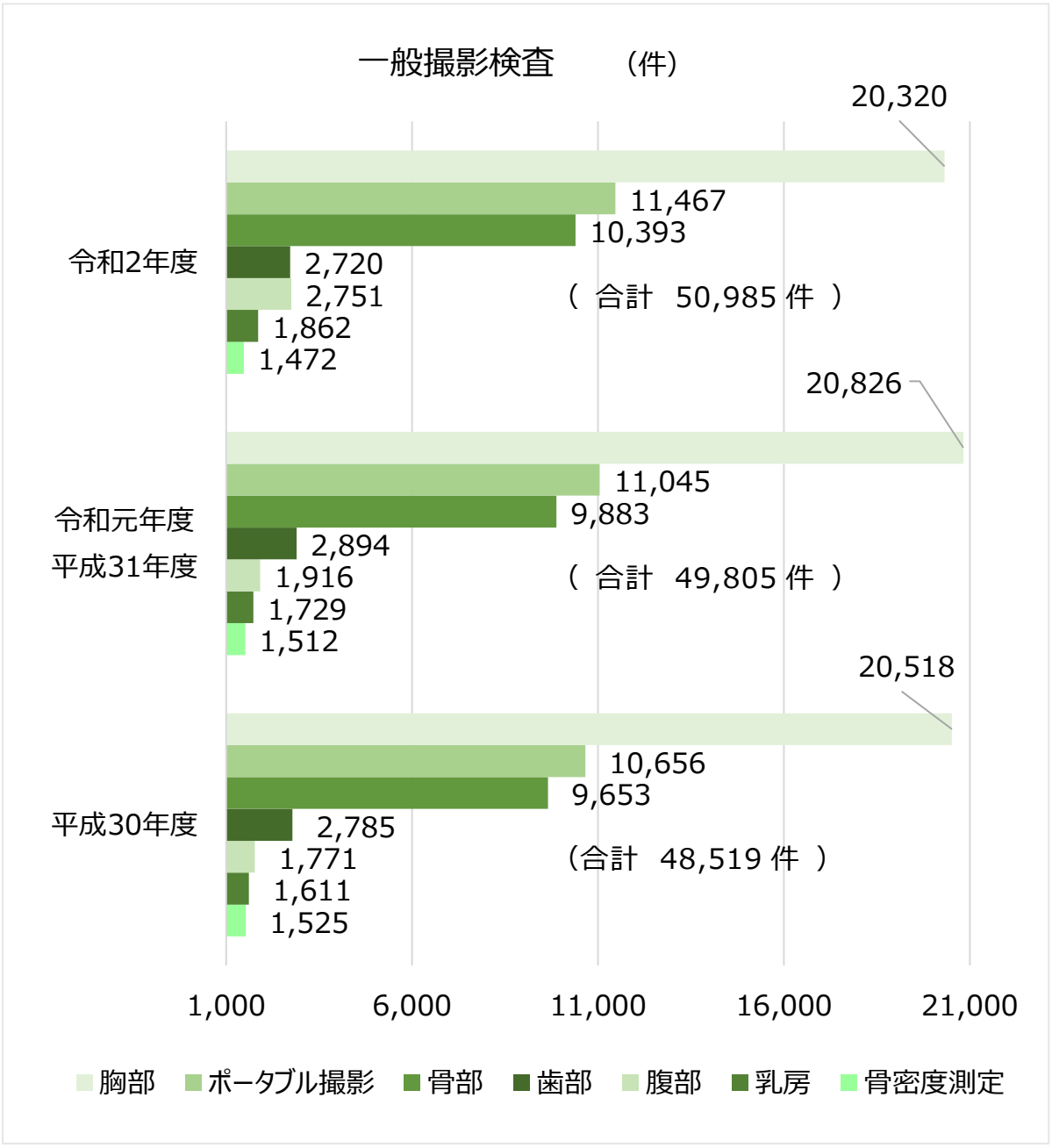
項目の定義

一般撮影室における胸部・腹部・骨撮影、ポータブル撮影、歯科系（歯部）撮影、乳房撮影、骨密度撮影に分類した検査件数

取り組み

本院では、平成 29 年より、X 線検査に最新鋭のデジタル診断システムを導入し、低被ばく線量で高画質な診断画像を提供しています。また、放射線部門システムでは、患者さんの被ばく線量（入射線量）をその場で確認できます。

検査件数は年々増加していますが、患者さんの治療を迅速かつ安全に遂行できるように最新の画像診断装置を活用して診療支援を行っています。検査画像を電子化・保管・転送する事によって効率的な診療支援にも繋がっています。


一般撮影検査
（件）
20,320
11,467
10,393
2,720
2,751
1,862
1,472
令和2年度
（ 合計 50,985 件 ）
20,826
11,045
9,883
2,894
1,916
1,729
1,512
令和元年度
平成31年度
（ 合計 49,805 件 ）
20,518
10,656
9,653
2,785
1,771
1,611
1,525
平成30年度
（合計 48,519 件 ）
1,000
6,000
11,000
16,000
21,000
胸部
ポータブル撮影
骨部
歯部
腹部
乳房
骨密度測定

放射線治療 外部照射件数 と
強度変調放射線治療（IMRT）の割合

項目に対する解説（説明）

放射線治療は、手術、薬物療法（抗がん剤治療）と並ぶがんの 3 大治療法の 1 つです。患部に放射線を当てることにより、細胞の DNA に損傷を与え、がん細胞を死に至らしめます。正常組織にも影響を与えますが、正常組織は、がん細胞ほどには放射線の影響を強く受けません。

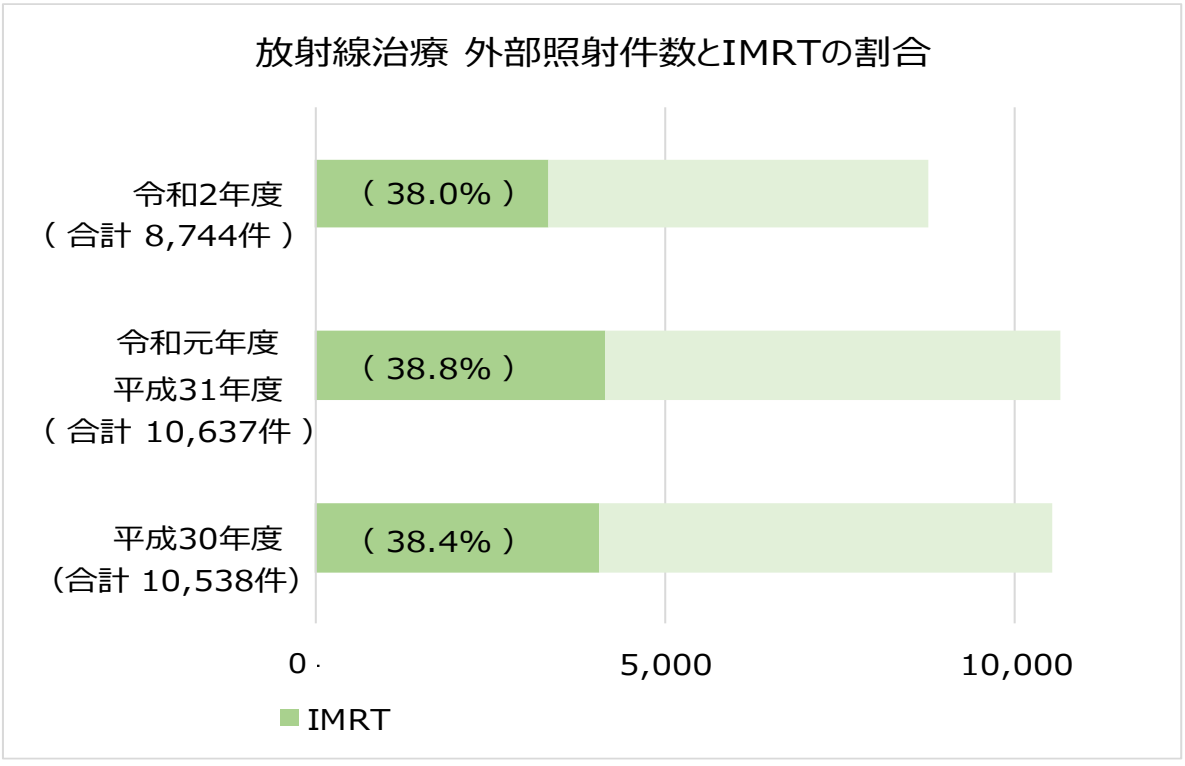
治療のねらいを大きく分けると、がん細胞の根絶を目指すものと、骨転移などによる痛みなどの症状の緩和を目指すものがあります。放射線治療には、放射性物質を体内に挿入・飲み薬や注射で投与する内部照射と、身体の外から放射線を当てる外部照射があります。外部照射にも使用する放射線、装置、方法によりいくつかの種類があります。高エネルギーX 線を発生させるライナックと呼ばれる放射線治療装置を使用した外部照射が一般的です。また、外部照射のひとつに、強度変調放射線治療（IMRT）があります。コンピュータシミュレーションを駆使し正常組織の照射線量を抑えつつ腫瘍部分に放射線を集中して照射できる画期的な技術で、従来法では不可能であった理想的な放射線治療が可能となり、腫瘍制御率の向上や合併症の軽減が期待されている照射方法です。

項目の定義

ライナックを使用した放射線治療 外部照射件数と IMRT の割合

取り組み

本院は、IMRT を積極的に取り入れ、全外部照射件数の 4 割近くを占めており、中四国の国立大学病院の中でも高い割合（平成 30 年度 3 位）になっています。治療方法の決定は医師ですが、診療放射線技師は、治療計画に沿って正確に有効に、周辺の正常組織にできるだけ影響を及ぼさないよう配慮しながら、治療部位への照射を行っています。



検体検査件数

項目に対する解説（説明）

検査部の検体検査部門において行う検査は、下記のように分類できます。検体検査の検体には、尿・便・喀痰など患者さんからの排出物と、血液・髄液・消化液・組織など生体から針などを用いて採取するものがあります。それらの検体を化学的あるいは形態学的に分析することで病気の原因や治療の効果を調べます。

生化学検査：血液や尿の中に含まれる糖質、タンパク質、電解質、ビタミン、ホルモンなどを測定する検査

血液検査：細胞成分（赤血球、白血球、血小板）や、血漿成分（細胞成分を除いたもの）についての検査

免疫検査：肝炎やリウマチなどの疾患の診断のため、血清中の抗体や補体などを調べる検査

一般検査：尿、便、他に胃液・十二指腸液、喀痰、脳脊髄液、及び穿刺液などの成分を調べる検査

微生物検査：採取した検体を培養し、病気を引き起こす細菌などの微生物を検出し、その感染症がどんな微生物によって起こるかを調べ、さらに治療に有効な抗菌薬の選択を行うための検査

輸血検査：血液型や不規則抗体検査、交叉適合検査を行い、輸血用血液が輸血可能か否かなどを調べる検査

血中薬物検査：患者さんが服用している薬（喘息治療薬、抗てんかん薬、抗菌薬、免疫抑制剤など）の血液中濃度を測定する検査

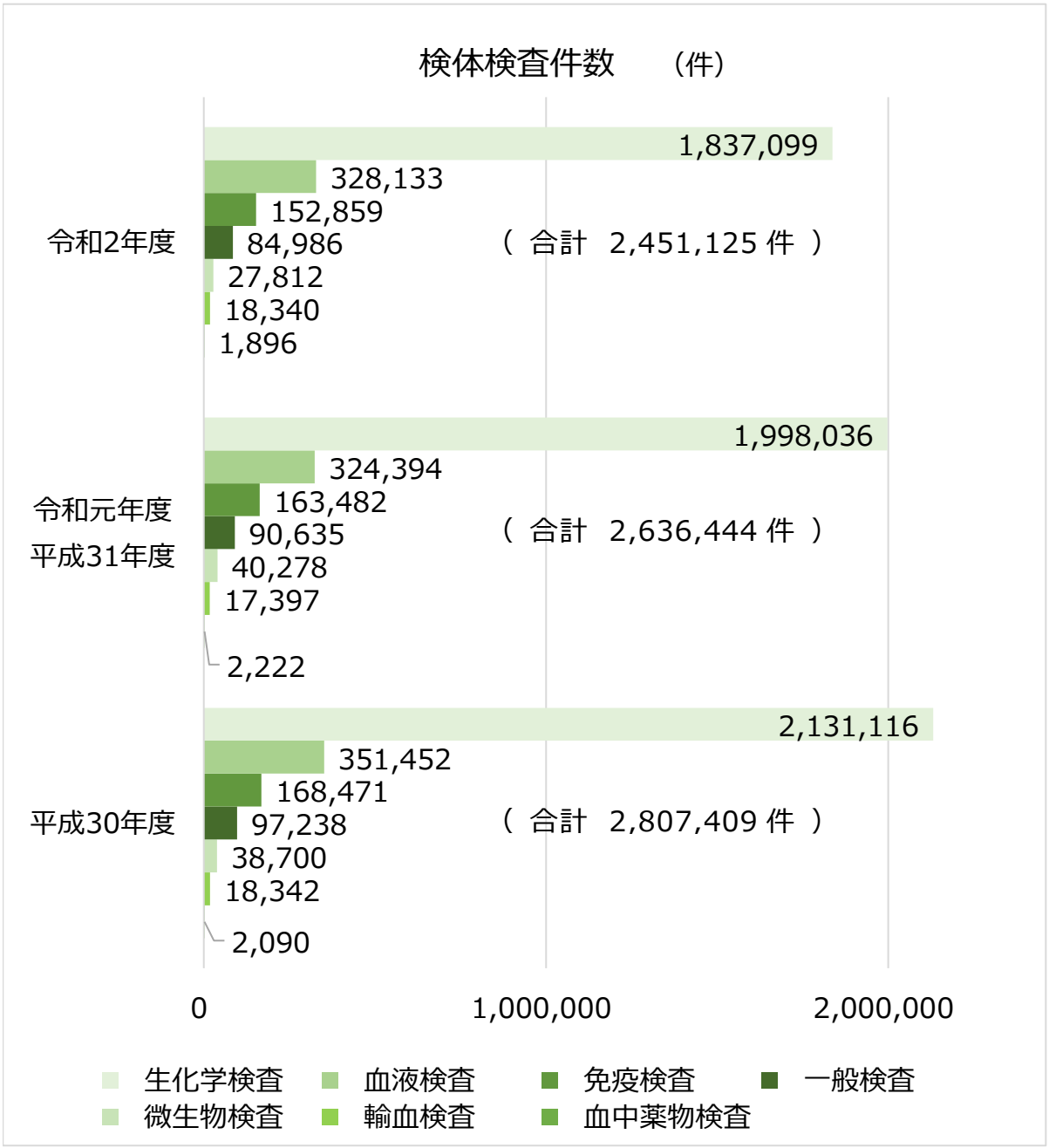
項目の定義

検体検査を、生化学検査・血液検査・免疫検査・一般検査・微生物検査・輸血検査・血中薬物検査に分類したそれぞれの検査件数

取り組み

外来患者さんの採血は、検査部で実施しています。採血室には、８つの採血椅子があり外来患者さんが多い日には、フル稼働しています。その採血椅子の間にはパーテーションを置き、他の患者さんからは見えないようプライバシー保護に配慮しています。

年々多くなる検体検査ですが、ISO 15189 の認定を維持更新し、継続的改善と品質向上、国際規格に基づいた検査精度を提供できるように努め、迅速かつ正確に検査結果を提供することを心掛けています。


検体検査件数　（件）
令和2年度
1,837,099
328,133
152,859
84,986
27,812
18,340
1,896
（ 合計 2,451,125 件 ）
令和元年度
平成31年度
1,998,036
324,394
163,482
90,635
40,278
17,397
2,222
（ 合計 2,636,444 件 ）
平成30年度
2,131,116
351,452
168,471
97,238
38,700
18,342
2,090
（ 合計 2,807,409 件 ）
0
1,000,000
2,000,000
生化学検査
血液検査
免疫検査
一般検査
微生物検査
輸血検査
血中薬物検査

生理検査件数

項目に対する解説（説明）

生理検査は、直接患者さんに接して行う検査で、患者さんの心臓や脳などの動きを電気的にとらえて波形としてあらわしたり、からだの内部の状態を超音波などを利用して画像（Image)にし観察したりする検査です。

循環機能検査：心電図や心音図などを記録して「心臓」の機能評価を行う一連の検査

呼吸機能検査：肺活量などを記録して「肺」の機能評価を行う一連の検査

脳神経検査：脳波や筋電図などの生体情報を記録して「中枢・末梢神経や筋肉」の機能評価を行う一連の検査

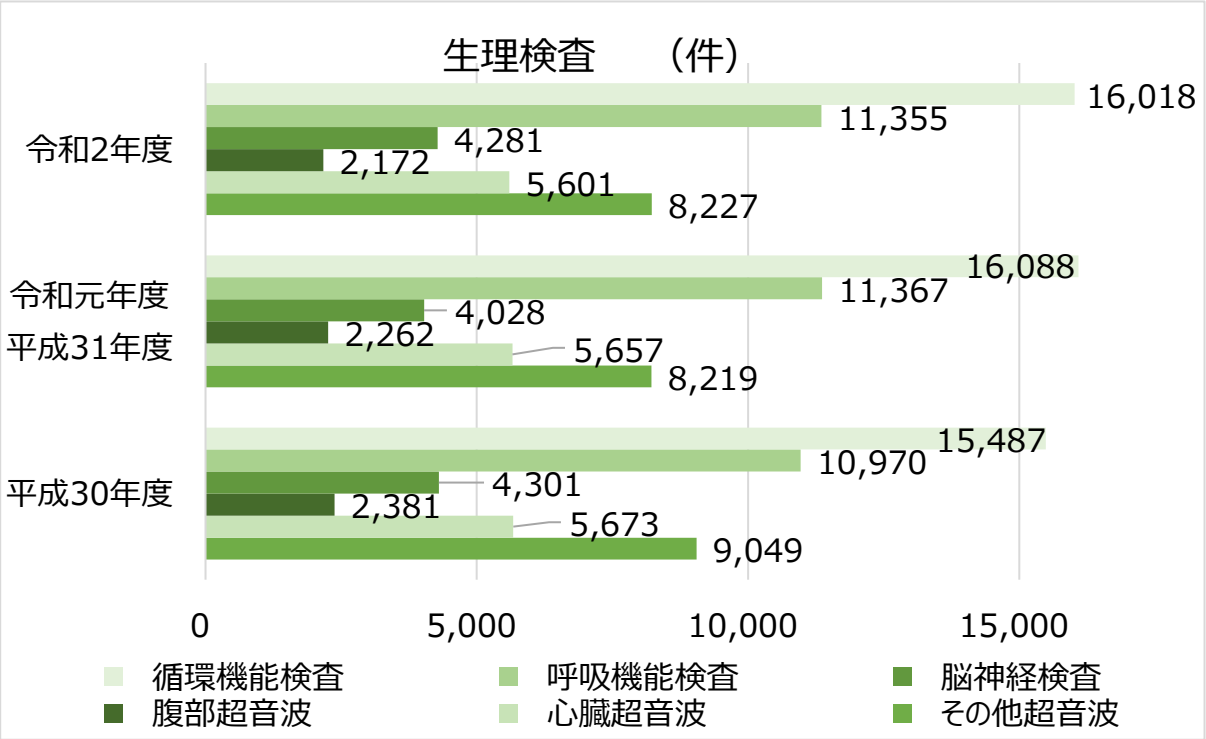
超音波検査：ヒトの耳には聞こえない超音波を利用して、肝臓や腎臓・心臓・その他（乳腺・甲状腺・下肢静脈・頚動脈 リンパ節など）の「身体の中の臓器」を視覚的に観察する検査

項目の定義

生理検査を、循環機能検査・呼吸機能検査・脳神経検査・超音波検査に分類したそれぞれの検査件数（超音波検査は、部位で、腹部・心臓・その他に分類）

取り組み

生理検査は、自動的に一定の検査結果が得られるものではなく、検査施行者が異常を判定し，記録に残します。そのため、検査の仕方、検査施行者の知識の向上に努め、正確で迅速な検査結果の提供を目指した取り組みを行っています。また、患者さんに最善の医療を提供することを目的とした医療チームの一員として、臨床検査の専門家として、診療に積極的に参加しています。



*その他超音波（頚動脈、乳腺、甲状腺、下肢深部静脈、下肢静脈瘤、下肢動脈、頸部リンパ節等）

緊急対応可能な検査項目

項目に対する解説（説明）

緊急対応可能な検査とは、時間外や休日等において、外来の救急患者さんや入院中の患者さんに対し、院内で緊急に行える検査（夜間・土日祝日に対応可能な検査）です。院内で実施している検査でも、特殊検査機器を使用する項目については、夜間や土日祝日には対応できない場合があります。緊急対応で検査ができない場合は、検体を適正に保管し、後日に検査を行うこともあります。

項目の定義・算出方法

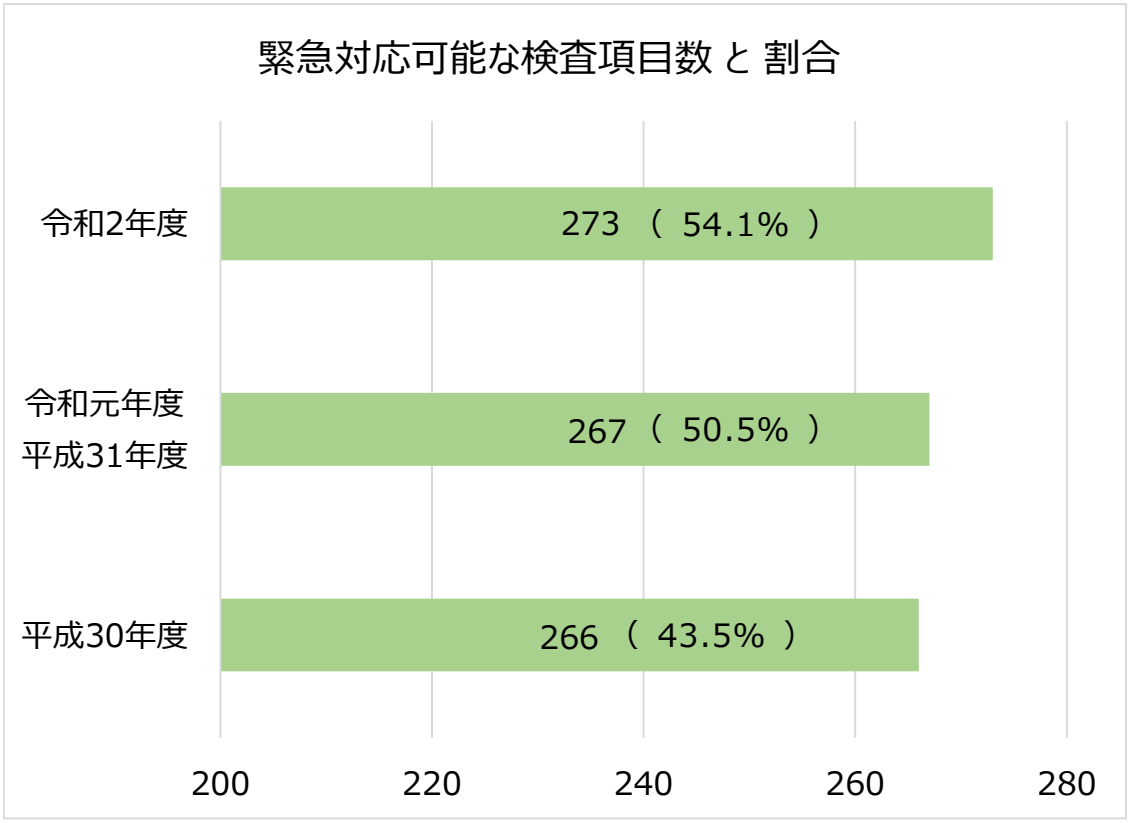
院内で緊急に行える検査項目数とその割合

$$\frac{\text{院内で緊急に行える検査項目数}}{\text{院内で実施している検査項目数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

患者さんの身体の中で何が起こっているのかを知るためには、それにまつわる様々なサインを確認することが大切です。医師が診察し、必要な検査を行うことで身体の中で何が起こっているのか確かめることができます。夜間・土日祝日に検査を行うことで、医師が診断や治療方針を決めるための最大限の支援を行っています。

機器の開発（進歩）により実施可能な検査は若干ですが増えてきています。



外来患者さんの検体検査の報告に要した時間

項目に対する解説（説明）

検体検査において、結果が報告できるまでの時間はその項目によって異なります。採血した血液などの検体は、すぐに検査機器で測定できる検査もありますが、血液が固まるのを待ってから遠心分離という処理をし、その後、検査機器で測定し結果を出すものもあります。また、測定値を単に報告するだけではなく、患者さんの過去のデータと照らし合わせ、異常値（高すぎるまたは低すぎる）の場合は再検査を行います。迅速に正確な検査結果を出すことは、患者さんの診断や治療決定の大きな支援になります。

項目の定義

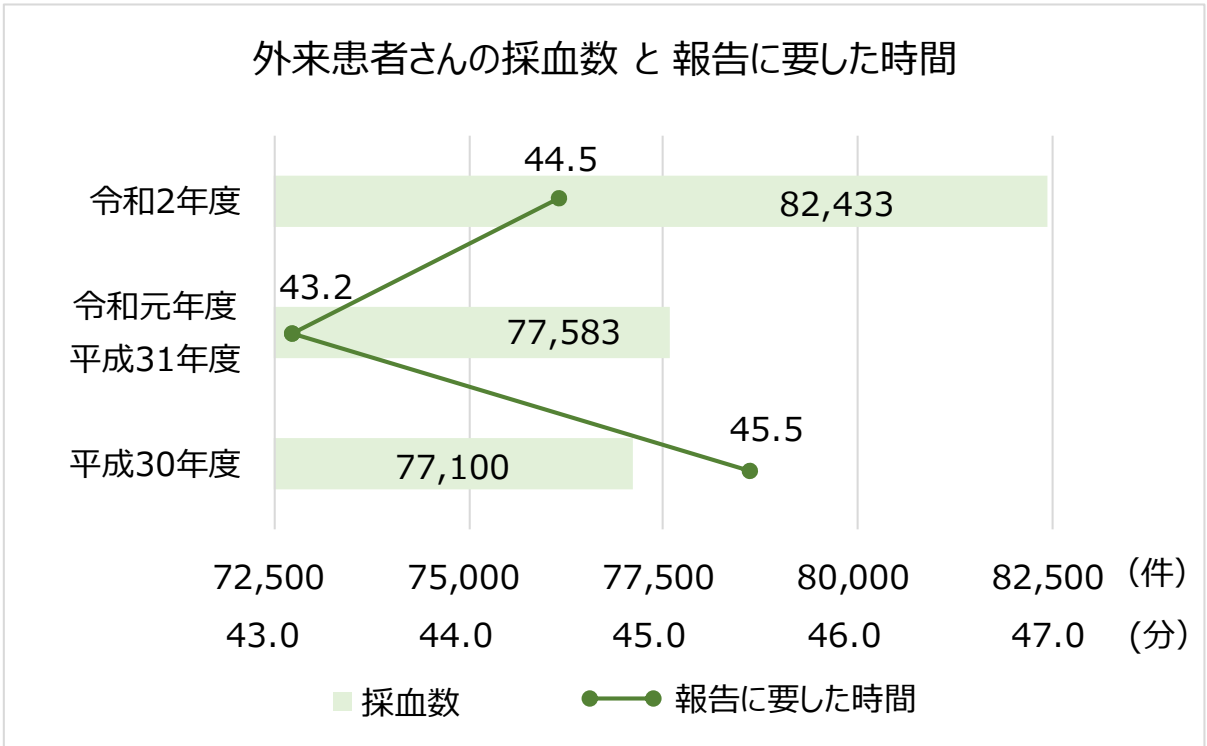
検査部で受け付けをしてから採血待ち時間を含め検査結果が出るまでの時間

取り組み

検査部では受け付け後の迅速な結果報告に努めています。検体数が多い日や再検査が必要となった場合などは多少時間を要することがあります。

採血による検査が必要な患者さんの数は増加してきています。採血に使用する器具を変更することにより採血に要する時間の短縮、午前中の患者さんの混雑時間帯には採血室へ優先的にスタッフを配置するなど、採血待ち時間を短縮できるように努めています。また、採血された検体の遠心分離業務では外来患者さんの検体を優先的に処理する等で、検査結果の報告が早くできるように対応しています。

昨年度に比べると採血数が約 5,000 件増加していますが、報告に要した時間は 1 分程度の延長にとどまっています。今後も継続して、迅速に正確な検査結果を出すように努めていきます。



血液製剤の適正使用評価指標

項目に対する解説（説明）

血液製剤の適正使用を推進するための評価指標です。各製剤の目的に合った使用が必要です。

1．赤血球液（Red Blood Cells：RBC）：急性あるいは慢性の出血に対する治療および貧血の急速な補正を必要とする病態に使用された場合、最も確実な臨床的効果を得ることができる。このような赤血球補充の第一義的な目的は、組織や臓器へ十分な酸素を供給すること、循環血液量を維持することにある。

2．血小板濃厚液（Platelet Concentrate：PC）：血小板数の減少または機能の異常により重篤な出血ないし出血の予測される病態に対して、血小板成分を補充することにより止血を図り（治療的投与）、または出血を防止すること（予防的投与）にある。

3．新鮮凍結血漿（Fresh Frozen Plasma：FFP）：血漿因子の欠乏による病態の改善を目的に行う。特に、凝固因子を補充することにより、止血の促進効果（治療的投与）をもたらす。

4．アルブミン製剤：血漿膠質浸透圧を維持することにより、循環血漿量を確保することにある。

― 厚生労働省医薬・生活衛生局「血液製剤の使用指針」 平成 29 年 3 月 より ―

項目の定義・算出方法

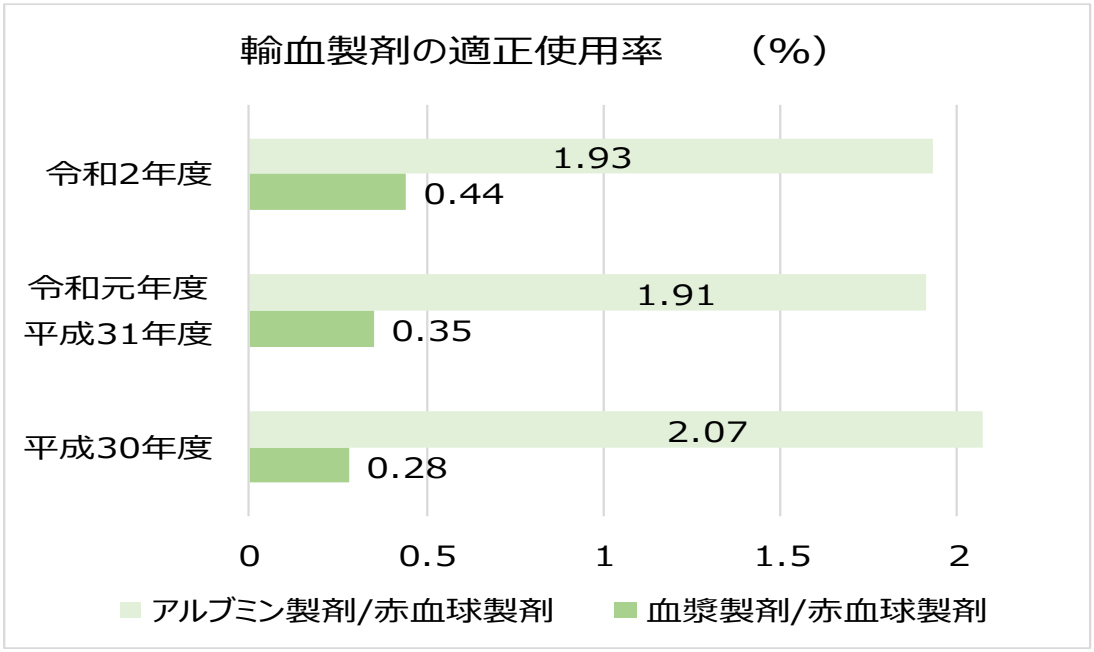
①赤血球液の使用量、②新鮮凍結血漿の全使用量、③血漿交換療法における新鮮凍結血漿の使用量、④アルブミン製剤の使用量、⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量、から下記の評価指標を算出します。

ア．（②－③／２）／①　　イ．（④－⑤）／①

（アルブミン製剤は（ｇ換算/３）単位化、新鮮凍結血漿は 120ml を 1 単位として算出）

取り組み

本院では、ア.の値が 0.54 未満、 イ.の値が 2 未満であることを目標として取り組んでいます。



血液製剤廃棄率

項目に対する解説（説明）

医療資源の有効活用という観点から、適切な管理・使用がされているか血液製剤の廃棄状況から評価します。廃棄率が低い場合には、血液製剤が適切に管理・使用されていると評価できます。

項目の定義・算出方法

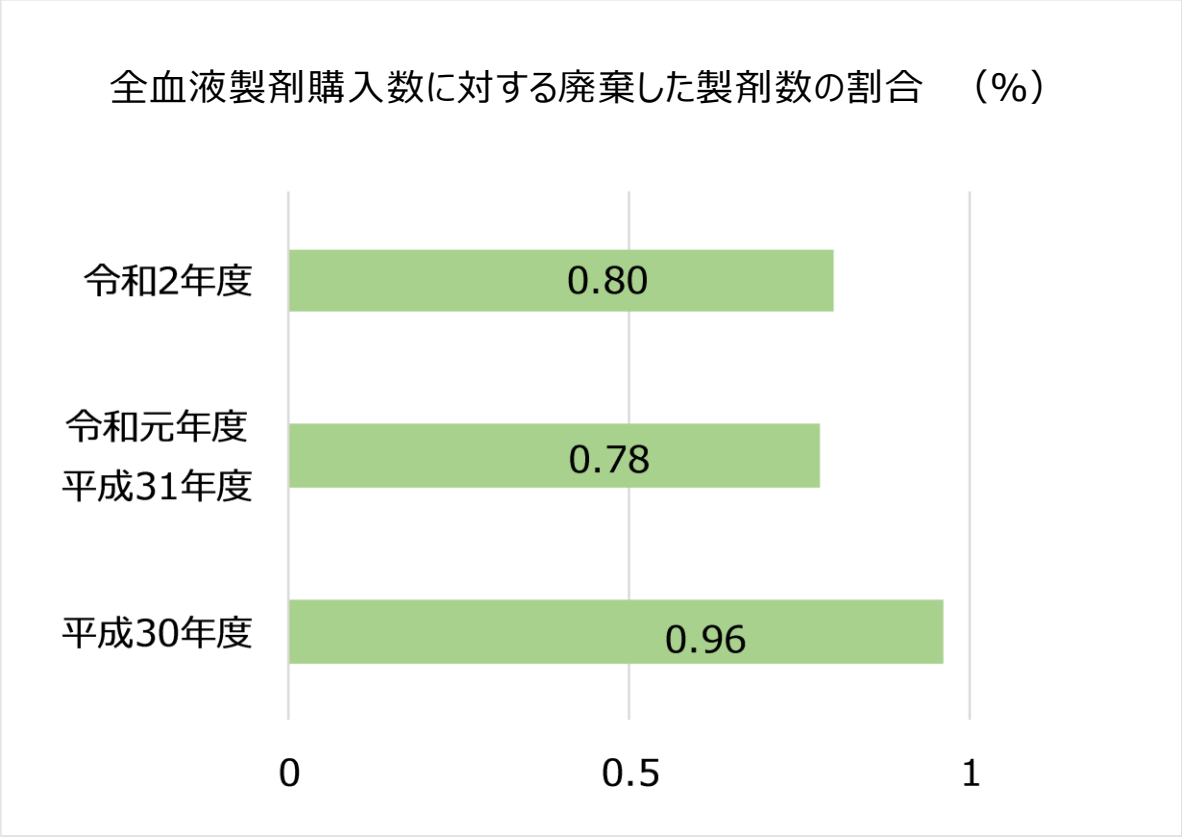
血液製剤の全購入数に対する廃棄した血液製剤数の割合

$$\frac{\text{廃棄血液製剤単位数}}{\text{血液製剤の全購入単位数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

血液内科の医師が専任で輸血業務全般を監督・指導する体制、輸血・細胞治療委員会の定期的な開催等で、使用状況調査・適正使用推進を含め血液製剤の適切な管理に務めています。

本院では、血液製剤廃棄率　0.50%以下を目標に定め取り組んでいます。



病理検査件数

項目に対する解説（説明）

病理診断とは、各診療科医師（臨床医）が患者さんから採取した組織や細胞を、病理医が顕微鏡標本にして診断をつけることです。具体的には、がんの場合、その性格や病変がどれくらい進行しているか、転移はあるのかなどの判定をします。その結果をもとに治療方針が決定されます。病理診断は病変組織を肉眼的、顕微鏡的に調べ、医療の質を保証する最終診断として大きな役割を果たします。正しい診断には、臨床医と病理医の連係プレーは欠かせません。

通常の病理組織検査は、採取された組織をホルマリンで固定し、組織標本プレパラートを作製し、顕微鏡で観察します。通常は、結果が出るまで 2～3 日、大きな切除標本の場合は、1 週間以上かかってしまうこともあります。一方、手術中に採取された病変組織から 10～20 分程度の限られた時間内に、がんの転移や病変の取り残しがないかなどについて調べる術中迅速診断があります。

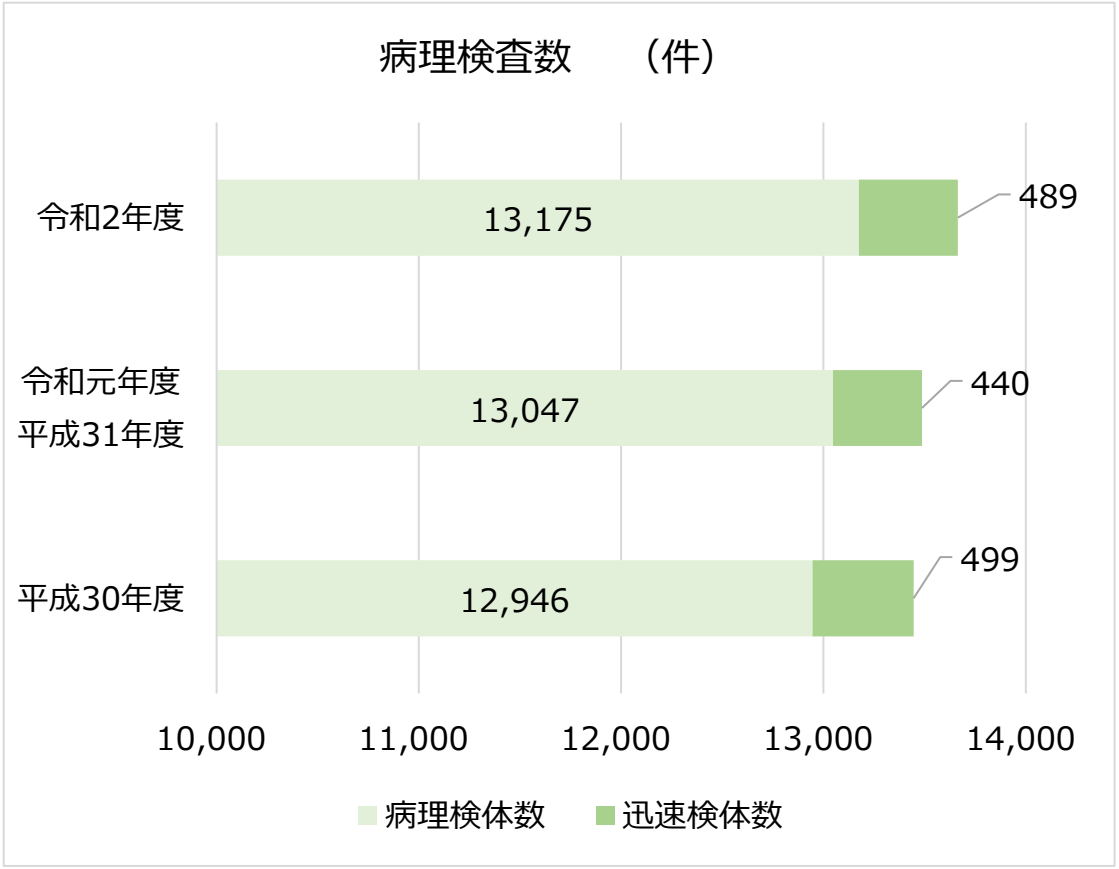
項目の定義

臨床から提出・依頼された入院患者、外来受診患者の病理検体数

取り組み

病理検査数は年々増加しています。診断精度の維持に加え、臨床医との連携を密にし、臨床と乖離しない病理診断に努めています。2016 年 4 月から、病理診断科を開設し、病理外来を行っています。予約制ですが、ご希望の患者さんには、病理医から直接診断結果を説明しています。

今後は、オンライン診療にも取り組むことを考慮しています。



病理解剖実施数

項目に対する解説

病理解剖とは、病理診断を専門とする医師（病理医）が、ご遺族の承諾のもとに病気のために亡くなられた患者さんのご遺体を解剖し、肉眼で病変を観察、必要な部分を顕微鏡標本にして調べます。これにより、生前の診断や治療は正しかったのか、別の立場から病理医が判断することで医療の質が検証されます。また、病院全体の勉強会で討議することで、若い医師を育てる手段となっています。本院以外で、病気で亡くなったご遺体の病理解剖依頼も受けています。

病理解剖は、死因を調べ、診断や治療効果などを検証する医療行為なのです。

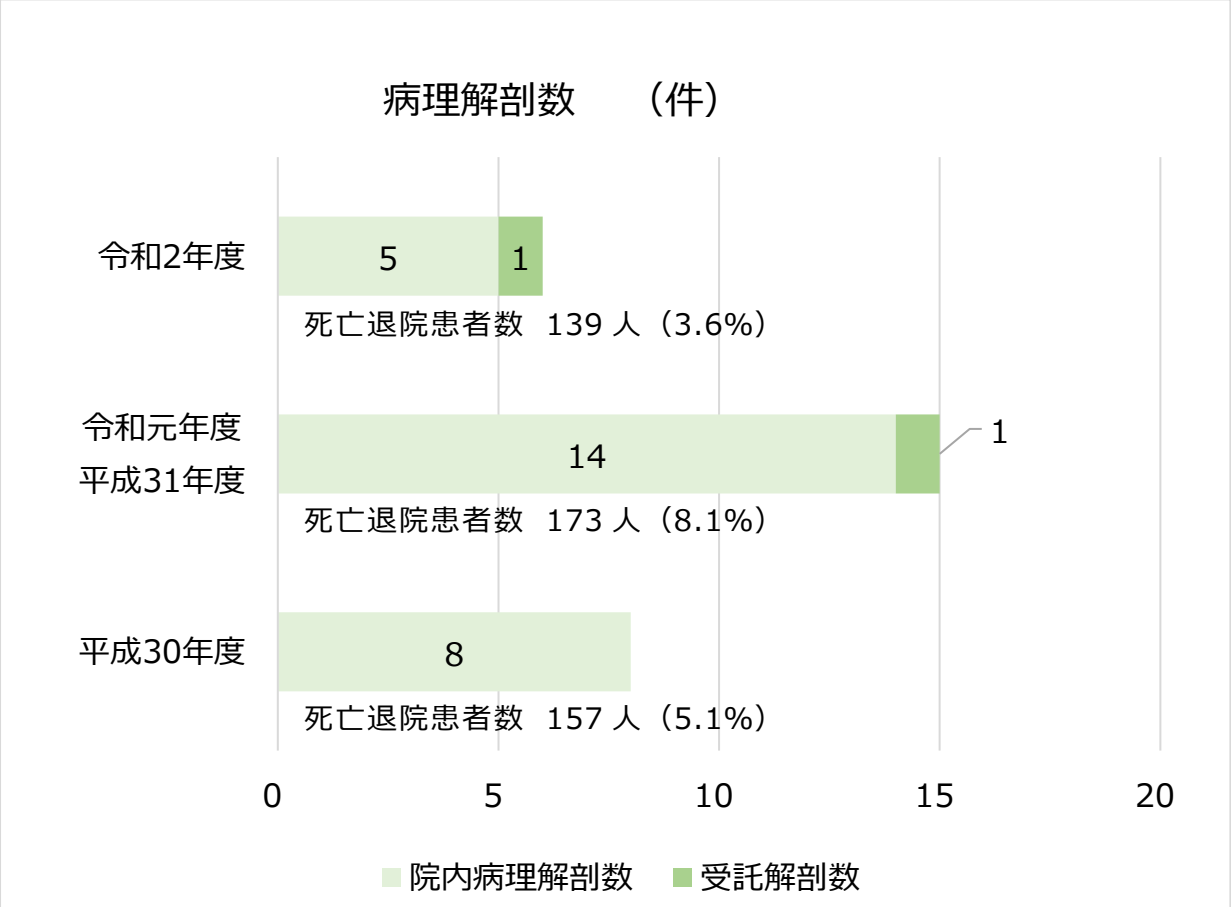
項目の定義

死亡退院患者数の内　病理解剖の実施数

院外から依頼された病理解剖実施数（受託解剖数）

取り組み

各診療科のカンファレンスへの参加や CPC（clinicopathological conference：臨床病理剖検症例検討会）の主催を行い、臨床の各診療科との連携を密にし、臨床的視野を持つ病理を念頭に業務を行っています。



手指消毒の実施状況

項目に対する解説（説明）

病原体は容易に手指に付着し、手指を介して伝播することは広く知られており、手指衛生は交差感染防止のための最も重要な方法です。明確なエビデンス（科学的根拠）に基づく感染対策において最も単純かつ重要なことは、患者さんへの接触の前後、および汚染する可能性のあるあらゆる処置・手技の後での手指衛生を行うことです。

手指衛生には、手指消毒薬で手指を消毒する手指消毒と石けんと流水で手指を洗浄する手洗いがあり、手が目に見えて汚れていない場合は手指消毒を行います。本院では、速乾性擦式手指消毒薬を使用しています。その消毒薬の使用量を計測し、手指衛生実施の評価指標として活用し、手指衛生の実施率向上に務めています。

項目の定義・算出方法

入院患者 1 人に対して 1 日に行った手指消毒の回数

分子：手指消毒薬の使用量

分母：延べ入院患者数

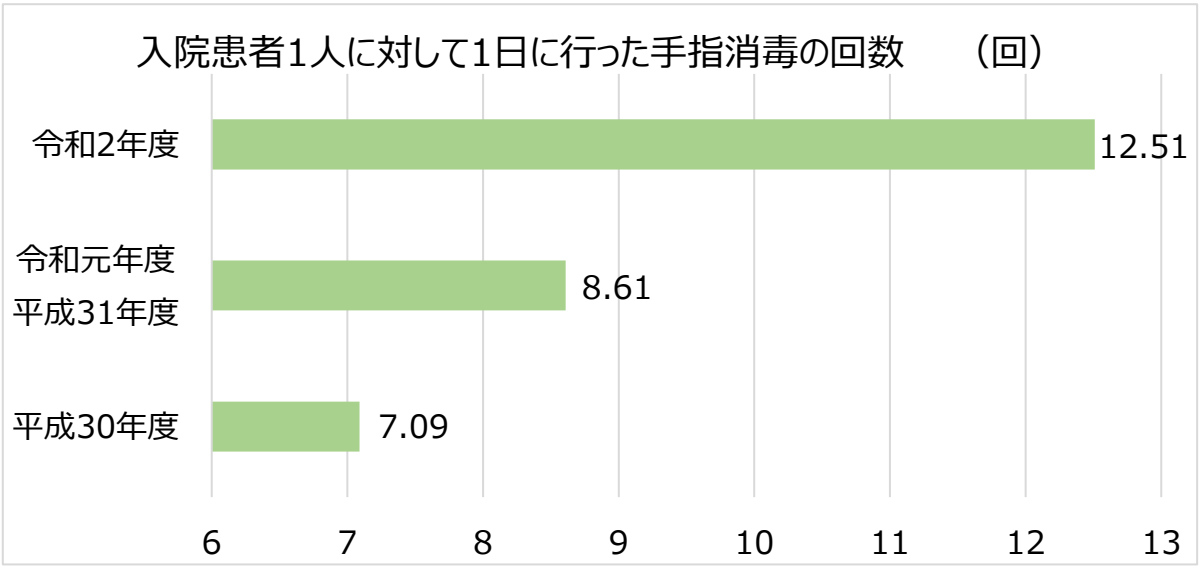
$$\frac{\text{手指消毒薬の使用量}}{\text{延べ入院患者数}} \div \text{計測日数} \div 1.2^{*}$$

（＊手指消毒薬の 1 回使用量）

取り組み

手指消毒薬使用量の計測と併せて、感染対策ラウンドを行い、手指衛生の実施状況を直接観察しています。医療従事者一人ひとりが正しいタイミングで手指衛生を行うように取組んでいます。昨年度は、“COVID-19”の影響もあり、回数が増加したと思われます。

各年度の目標値を設定し、部署毎の達成状況を公表、達成状況を各現場にフィードバックし、意識付けを行うなどの活動により、手指消毒回数の向上に成果が現れています。



黄色ブドウ球菌（S. aureus）に占める
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）の割合

項目に対する解説（説明）

黄色ブドウ球菌（ S. aureus：Staphylococcus aureus ）は、ヒトの皮膚や粘膜に存在する菌です。時に表皮感染症や敗血症、食中毒の原因となることがあります。*S. aureus* のなかでメチシリンやオキサシリンといった抗菌薬が効かない菌(耐性菌)を、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA：Methicillin Resistant S. aureus）と言います。MRSA は医療施設で最も検出頻度の高い耐性菌であり、院内感染を起こすことも知られています。

項目の定義・算出方法

MRSA を含む S. aureus が検出された入院患者のうち MRSA が検出された入院患者の割合

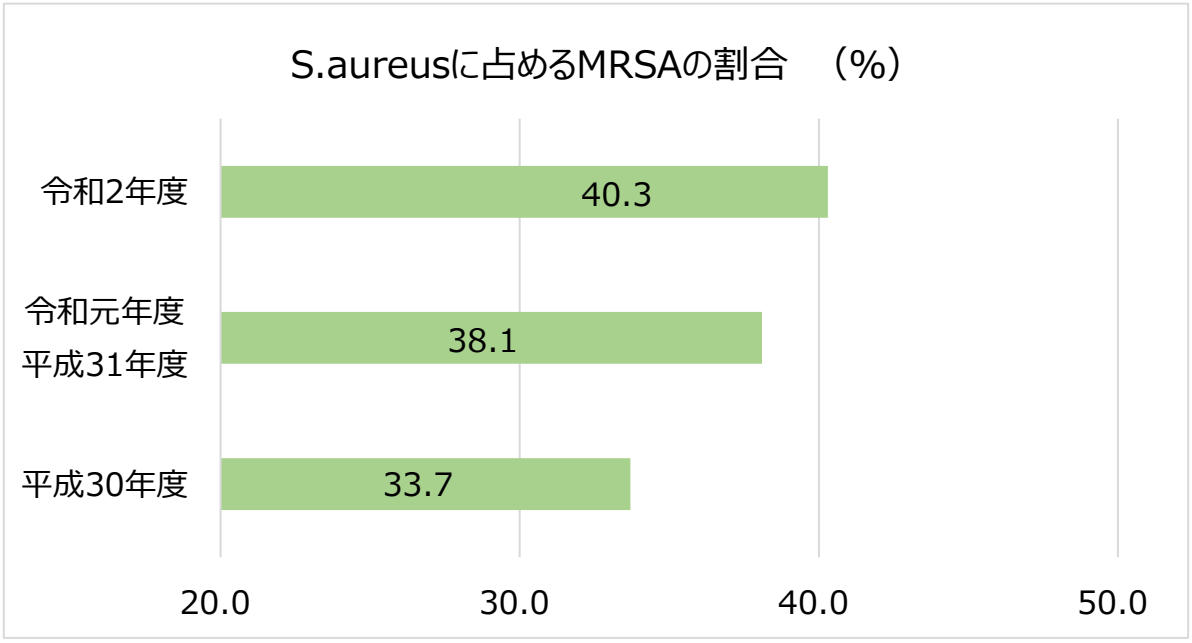
$$\frac{\text{MRSA が検出された入院患者数}}{\text{MRSA を含む S. aureus が検出された入院患者数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

国が提唱した薬剤耐性(AMR)対策アクションプランでは、令和 2 年度までに MRSA の割合を20%以下にする目標が掲げられておりました。本院では、平成 29 年度以降増加傾向となっており、令和 2 年度は、40.3%となりました。増加に転じた平成 29 年度の値を目安に、令和 3 年度の目標値を 30%とし、取り組みを強化し目標値の達成に努めます。

MRSA 検出状況を常時把握し、日常的な対策が十分な効果を得ているか監視することは院内の感染対策の取り組みのひとつです。

特定の病棟において、検出数増加が認められた場合には、同一菌株であるかを院内で検査できる体制を整えています。今後も感染対策の観点からしっかり注視していきたいと考えております。



抗 MRSA 薬とカルバペネム系抗菌薬の使用密度（AUD）

項目に対する解説（説明）

免疫状態が低下した患者さんに対して感染症を引き起こす薬剤耐性菌として、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（以下、MRSA：Methicillin Resistant S. aureus）や緑膿菌が知られており、MRSA に感染した場合には抗 MRSA 薬を、緑膿菌に感染した場合にはカルバペネム系抗菌薬を治療薬として使用します。この場合、それぞれの抗菌薬の使用量の増加や不適切な使用により、薬剤耐性菌の発現を増加させることが分かっており、世界的にも問題視されています。そのため、抗 MRSA 薬やカルバペネム系抗菌薬の使用量を把握することは、薬剤耐性菌の発現状況を監視することに繋がり、対策を講じるためにも大変有用です。本院では抗菌薬の使用量の変化を把握するために、WHO（世界保健機構）が推奨する抗菌薬使用密度（以下、AUD：antimicrobial use density）を採用しています。

項目の定義・算出方法

AUD とは、対象期間内に入院患者全体に対してどのくらいの抗菌薬が投与されているかを示す指標です。多くの医療機関で抗菌薬使用量の評価方法として用いられています。

AUD は、DDDs/100 bed-days＊ と言う単位で表します。

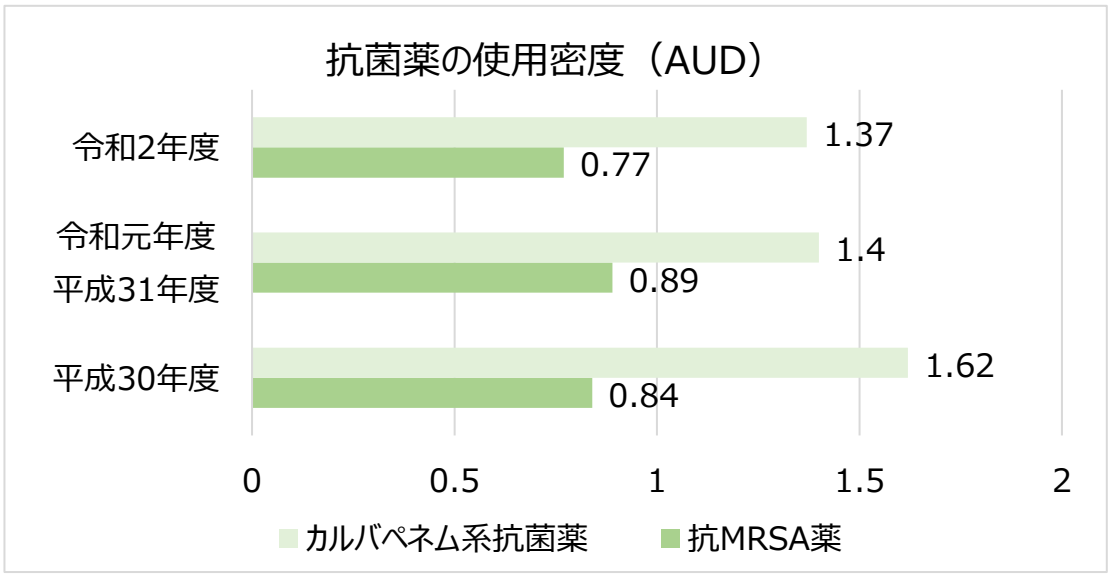
$$\frac{\text{抗菌薬使用量（g）／ DDD＊＊（g）}}{\text{延べ入院患者数}} \times 100$$

＊ DDDs/100 bed-days とは、延べ入院患者 100 人あたり DDD で使用している患者数

＊＊DDD とは、defined daily dose の略で、世界保健機関（WHO）が定める「医薬品の主な適応症に対する成人の 1 日仮想平均維持量」のことです。

取り組み

AUD の目標値は、国公立大学附属病院の感染対策協議会が大規模に調査している AUD 結果を参考に、当院では抗 MRSA 薬が 1.75 DDDs/100 bed-days 以下、カルバペネム系抗菌薬が 3.00 DDDs/100 bed-days 以下を目標値としています。それぞれの抗菌薬で目標値を超えた場合には、使用量の抑制を行えるように抗菌薬の適正使用の推進に努めています。



菌血症患者の 14 日以内死亡率

項目に対する解説（説明）

菌血症は、重篤な感染症の代表的な疾患で、適切な治療がされないと死に至ることがあります。本来無菌である血液中に細菌が存在する状態のことで、膿瘍や創傷による感染、外科的治療、細菌の定着した静脈内カテーテルなどが原因となります。感染症診療のレベルを評価する指標として、菌血症患者の死亡率を数値化しています。

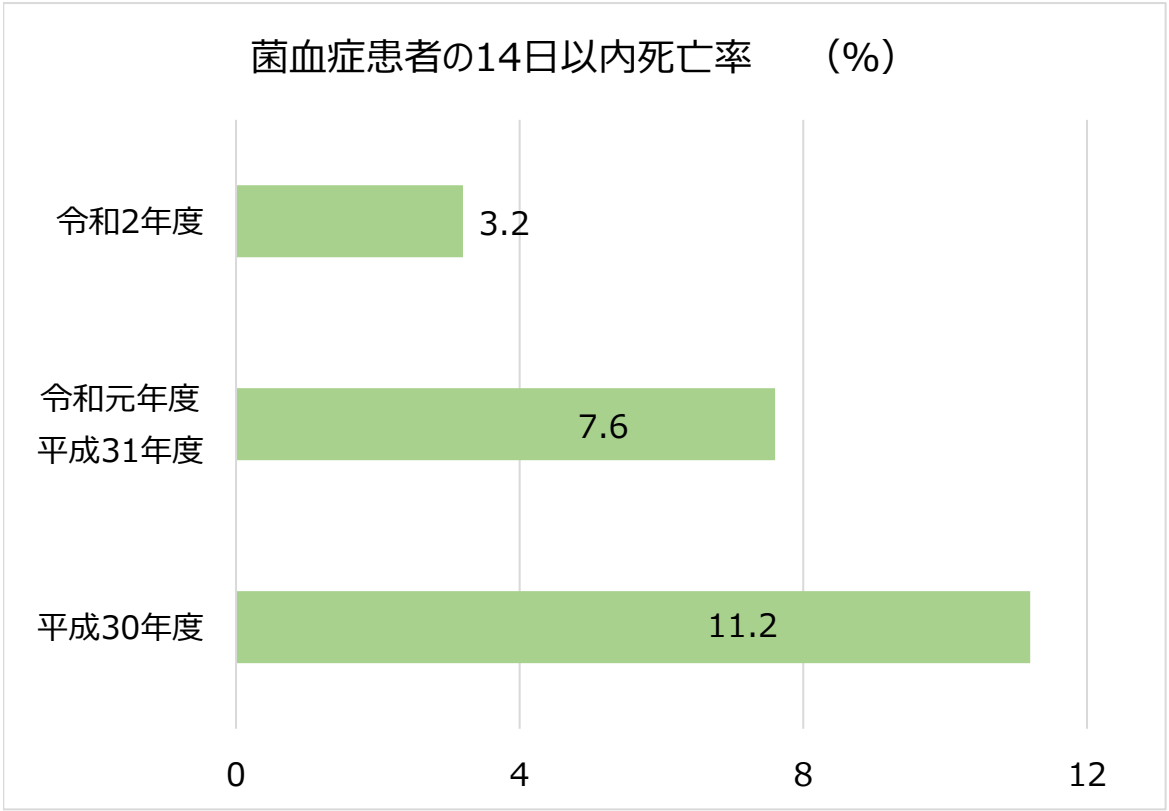
項目の定義・算出方法

菌血症を発症した患者さんの内 14 日以内に死亡した患者さんの割合

$$\frac{\text{菌血症を発症し 14 日以内で死亡した患者数}}{\text{菌血症を発症した患者数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

菌血症の治療については、担当診療科医師だけでなく抗菌薬適正使用支援チームの医師・薬剤師も協力して、治療にあたっています。また、手指衛生や血流感染予防策の実施率を把握し・改善していくことが菌血症発生率を抑えることにつながると考え、取り組んでいます。



説明と同意、説明時の同席率

項目に対する解説（説明）

説明と同意については、医療法第 1 条の 4 第 2 項に「医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」とあります。

本院では、厚生労働省による「診療情報の提供等に関する指針」等を基に説明と同意に関する院内統一のルールを取り決め、説明に必要な内容を明確にし、もれなく説明できるように様式を統一しました。実施する医療行為については、適切な説明を行った上で、同意を得るように努めています。 また、患者さんやご家族の方々の支援ができるように、説明の際には看護職など第三者が同席をするように取り組んでいます。

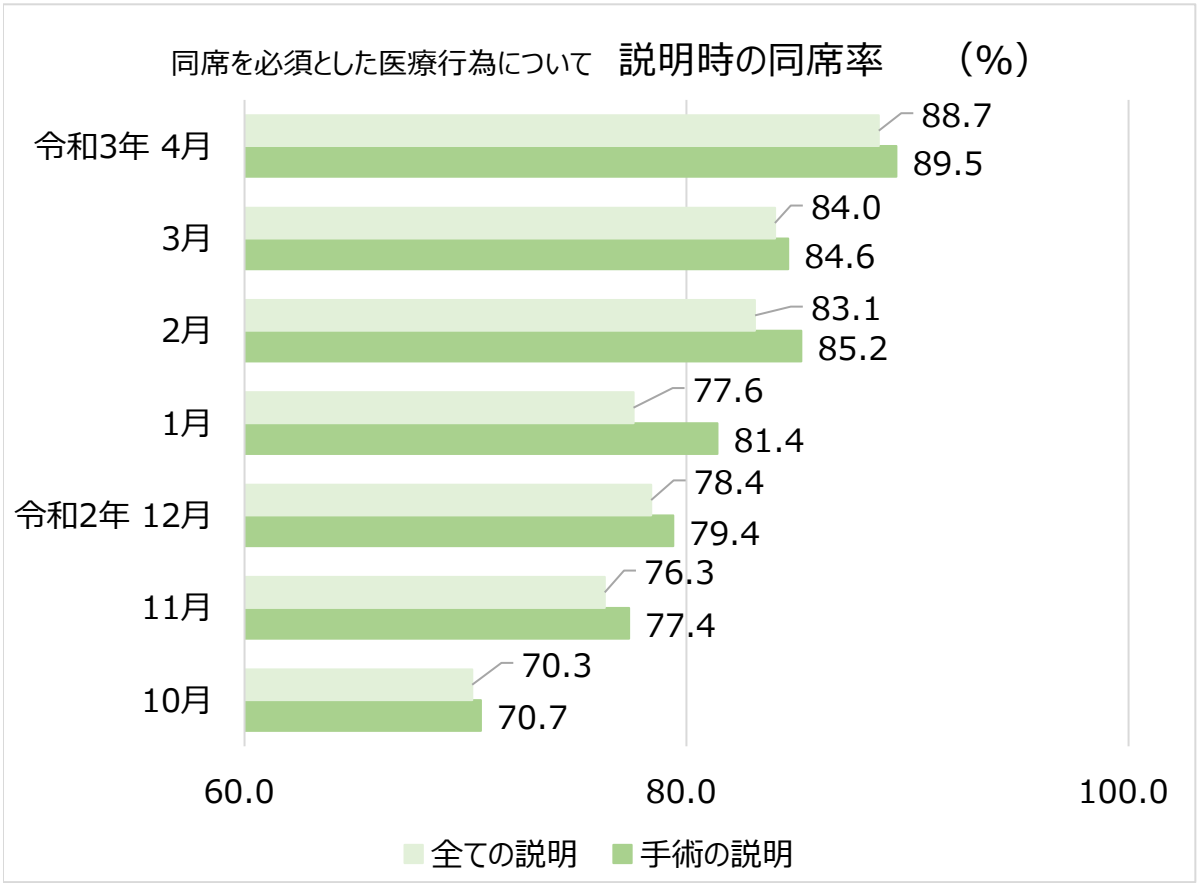
項目の定義・算出方法

同席率：同席を必須とした説明の際に看護職等の第三者が同席した割合

$$\frac{\text{看護職等の第三者が説明書の同席者欄への署名をしている または、同席者の氏名が記録に残っている「説明書・同意書」の枚数}}{\text{同席を必須とした「説明書・同意書」の作成枚数}} \times 100 \quad (\%)$$

取り組み

適切な説明を行い、同意を得た後、医療行為を実施しています。また、看護師等が同席し、患者さんやご家族の方々の支援に努めています。しかし、全ての説明と同意の場に同席することは不可能です。同席できなかった場合も、わからないことや不安なことがないか確認し、支援できるようにしています。



胃癌（ステージⅡ、Ⅲ）に対するS-1術後化学療法

胃癌（ステージⅡ、Ⅲ）に対するS-1術後化学療法項目に対する解説（説明）

胃癌治療ガイドライン第 4 版で、ステージⅡ、Ⅲ（ｐT1,pT3N0 を除く）の胃癌に対して、手術からの回復を待って、術後 6 週間以内に S-1 投与を開始する術後補助化学療法が推奨されています。また、その後の臨床試験の結果に鑑み、推奨薬剤は拡大されると考え、その推奨に対応し S-1 のほかにカペシタビンとオキサリプラチンが併用されている場合も実施としています。

術後補助化学療法（adjuvant chemotherapy)は、治癒切除後の微小遺残腫瘍による再発予防を目的として行われる化学療法です。

本 QI では、S-1 に加えて他の抗がん剤が加えられている場合、また S-1 投与の目的が術後補助化学療法でなく、術後すぐの再発に対するものであった場合も実施としています。

項目の定義・算出方法

分子：S-1 またはカペシタビン ＋ オキサリプラチンによる術後化学療法が施行された患者数

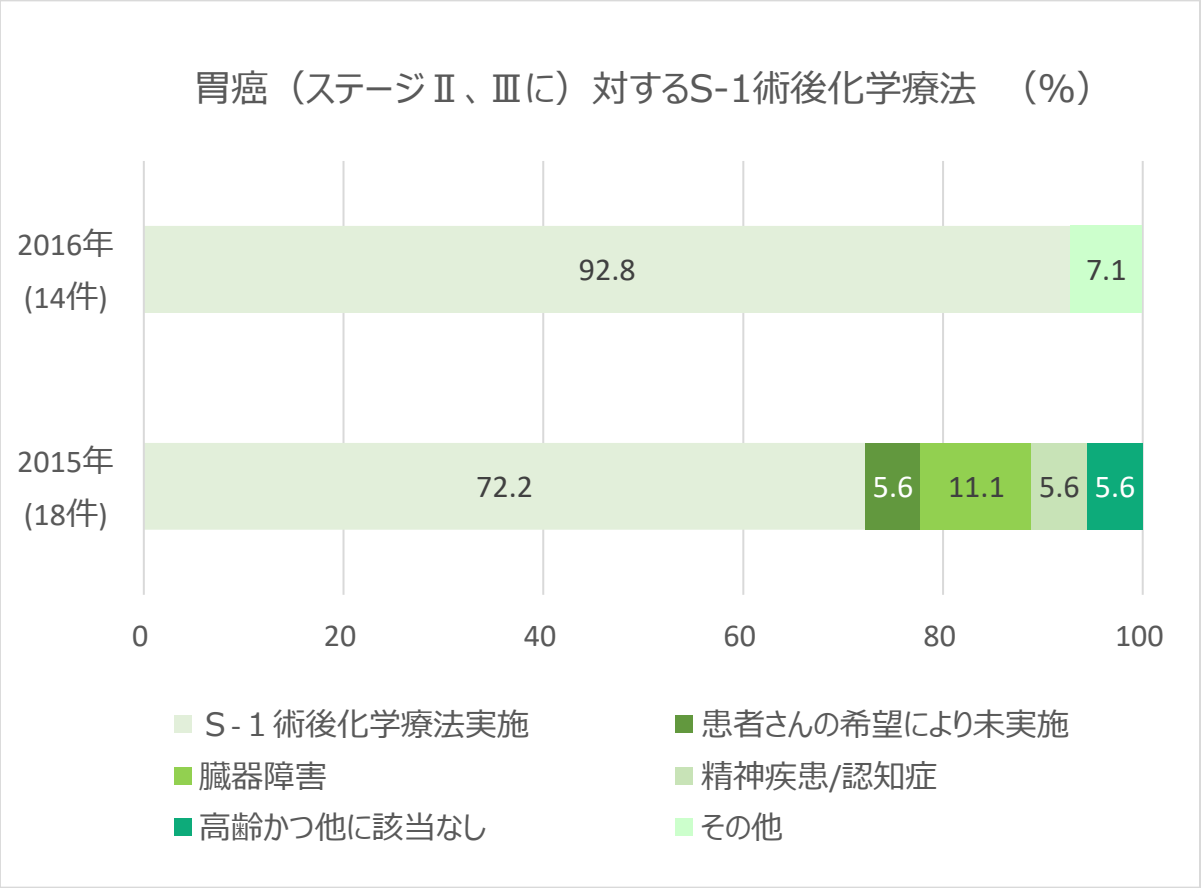
分母：胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 StageⅡ、Ⅲ（pT1，pT3N0 を除く）の進行癌と診断され 6 週以内に退院した患者数
院内がん登録で、「自施設において診断ならびに初回治療に関する決定・施行がなされ症例」または「他施設で診断確定され、自施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例」

取り組み

当院の S-1 術後化学療法の実施率は、2015 年 72.2%、2016 年 92.8%でした。実施しなかった理由については、患者さんの希望で実施しなかった場合や、臓器障害や高齢のため実施できなかった場合、免疫染色の結果実施しなかった等があげられます。

当院での胃癌患者さんの治療に際しましては、基本的に胃癌治療ガイドラインを遵守して行うようにしています。S-1 を用いた術後補助化学療法が困難な場合には、科学的根拠の示された他の薬剤を選択することもあります。また、カペシタビンとオキサリプラチンの併用療法が胃癌術後補助化学療法として使用できるようになりましたので、今後より適した薬剤選択が可能になっていくものと思われます。

さらには、これまでの標準治療に加えてより良い恩恵を被ることができるかもしれない対象の患者さんに対して全国規模の臨床研究に参加できる状況があればお勧めすることもあります。いずれにしましても、患者さんにとって最善の治療を提供できるように常に考えています。



※　都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会　Quality Indicator 研究
2015 年～2016 年症例解析結果に基づくデータより
参加医療機関による全体の実施率
2015 年：68.5%（434 施設）2016 年：68.1%（471 施設）

（参考）
胃癌治療ガイドライン第 4 版

大腸癌（ステージⅢ）に対する術後化学療法

大腸癌（ステージⅢ）に対する術後化学療法項目に対する解説（説明）

大腸癌の術後補助化学療法は、R0 切除が行われた（癌の遺残がない）症例に対して、再発を抑制し予後を改善する目的で、術後に実施される全身化学療法です。

大腸癌治療ガイドライン 2014 年版にて、R0 切除が行われたステージⅢの大腸癌患者に対して、術後補助化学療法が推奨されています。

また開始時期も 8 週間以内に開始することが望ましいとされ、療法は、5FU+LV、UFT+LV、Cape、FOLFOX、CapeOX が推奨されています。

項目の定義・算出方法

分子：術後 8 週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者数

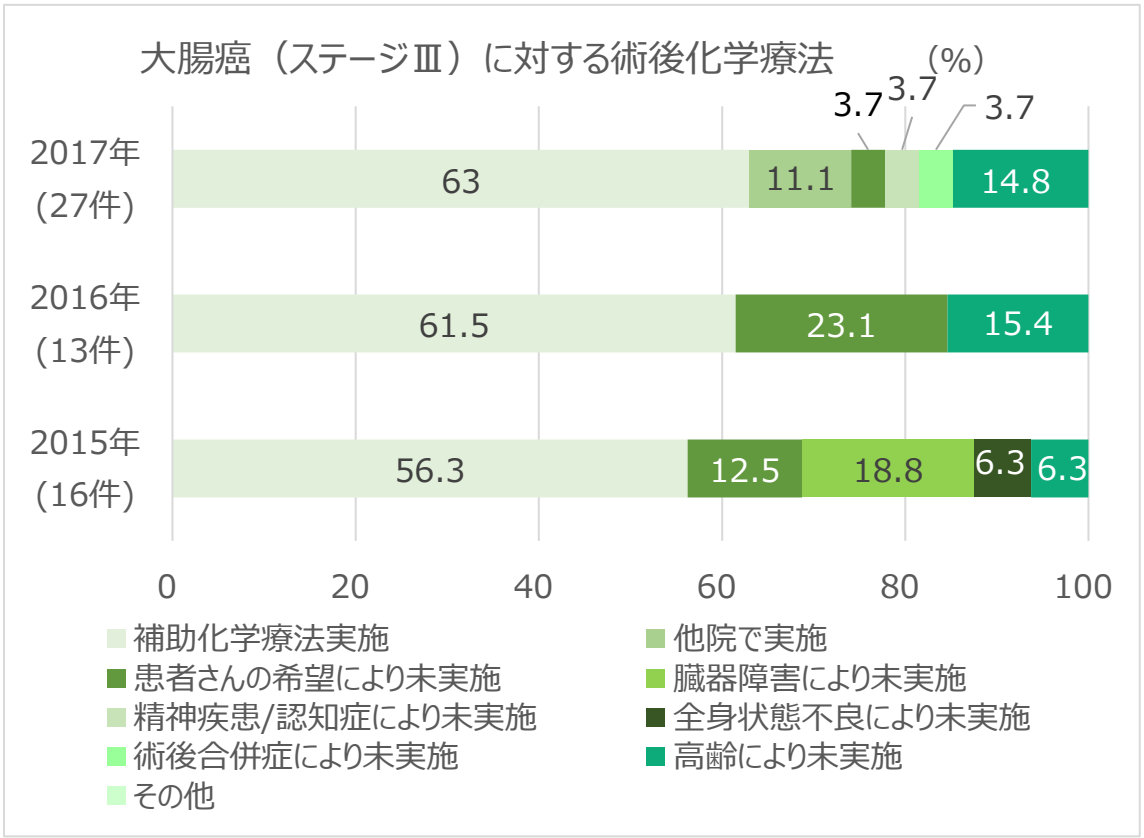
分母：組織学的ステージ III と診断された大腸癌患者数

院内がん登録で、「自施設において診断ならびに初回治療に関する決定・施行がなされた症例」または「他施設で診断確定され、自施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例」

取り組み

当院の術後補助化学療法の実施率は、2015 年 56.3%、2016 年 61.5%、2017 年 63%で、年々実施率が増加傾向でした。

当院で実施しなかった理由については、患者さんの希望により実施されなかった場合や、臓器障害が併存している場合があります。高知県はご高齢の方が多いこともあり、高齢により実施されなかった場合もありますが、当院では個々の患者さんにあわせて適応を決めています。



※ 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会 Quality Indicator 研究
2015 年～2017 年症例解析結果に基づくデータより
参加医療機関による全体の実施率
2015 年：55.2%（436 施設）2016 年：54.1%（476 施設）2017 年：54.8%（527 施設）
全体の結果は非実施の理由などは考慮していない実施率の値です。

（参考）
大腸癌治療ガイドライン 2014 年版

非小細胞肺癌（ステージⅠ～Ⅱ）への手術切除施行

非小細胞肺癌（ステージⅠ～Ⅱ）への手術切除施行項目に対する解説（説明）

肺癌診療ガイドライン 2015 年版で、臨床病期Ⅰ～Ⅱ期の非小細胞肺癌では切除が可能な症例に外科切除が推奨されています。

また医学的な理由などで手術ができないⅠ～Ⅱ期の非小細胞肺癌には、定位放射線治療が推奨されています。

項目の定義・算出方法

分子：外科治療、または定位放射線治療が行われた患者数

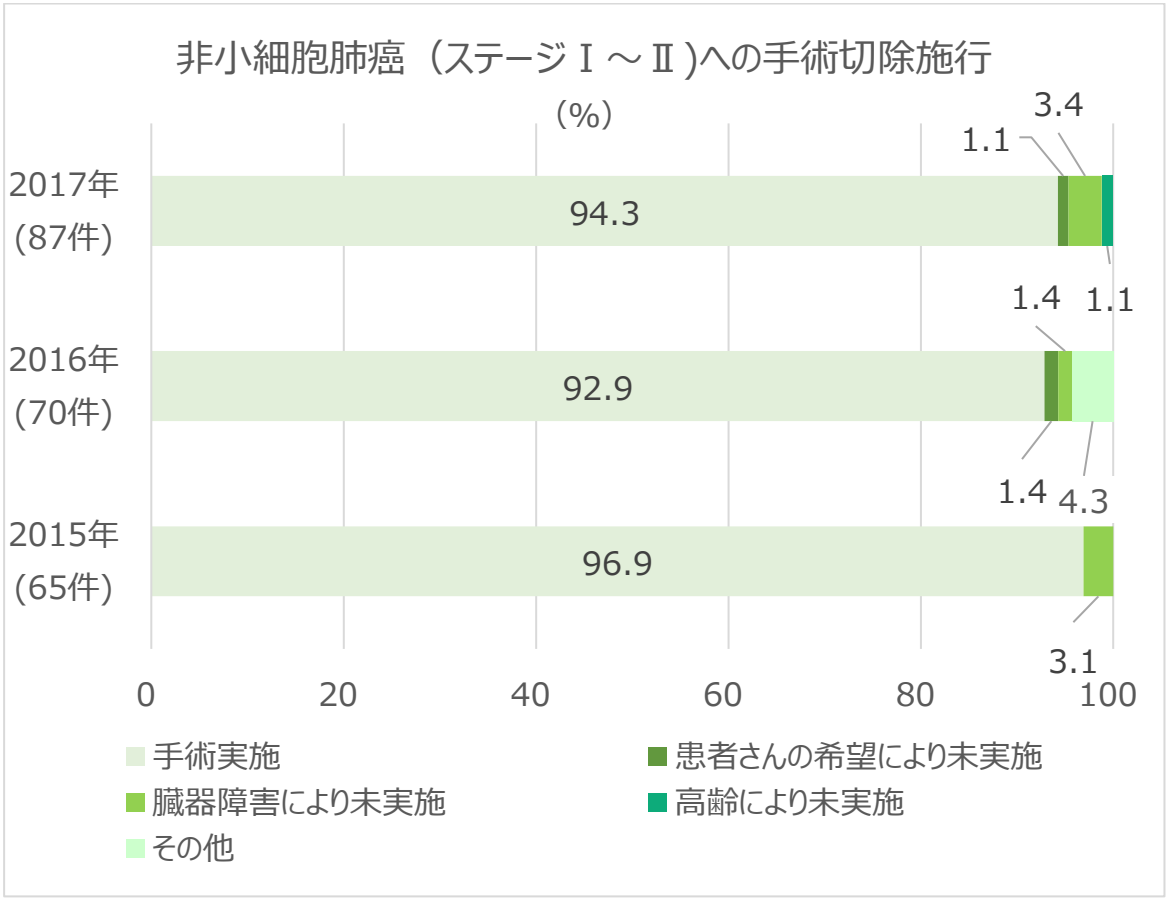
分母：臨床 StageⅠ～Ⅱの非小細胞癌と診断された患者数

院内がん登録で、「自施設において診断ならびに初回治療に関する決定・施行がなされた症例」または「他施設で診断確定され、自施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例」

取り組み

当院の外科手術の実施率は、2015 年 96.9%、2016 年 92.9%、2017 年 94.3%と 90%以上の割合で推移しています。実施しなかった理由については、なんらかの臓器障害や患者さんの希望により実施されなかった場合があげられます。また、先進医療（胸腔鏡下手術による低侵襲手術と肺部分切除や区域切除など呼吸器機能温存を目的とした縮小手術）を選択したため、その他として区分された場合もあります。

本県は高齢化が進んでおり、当院の肺癌患者さんも高齢者が多く、加えて大学病院であるため合併症を有する患者さんも多いのが現実です。ステージⅠ・Ⅱ肺癌の根治治療は手術ですが、それ以外の治療としては化学療法・放射線療法となりますが、高齢者の場合これらの治療にも高いリスクが伴い、手術と比較すると予後も悪くなります。その点から高齢患者さんが多い当院では、胸腔鏡下手術による低侵襲手術と肺部分切除や区域切除などの呼吸器機能温存を目的とした縮小手術を取り入れ、可能な限り手術により根治治療を目指しています。



※ 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会　Quality Indicator 研究
2015 年～2017 年症例解析結果に基づくデータより
参加医療機関による全体の実施率
2015 年：88.6%（419 施設）2016 年：88.1%（454 施設）2017 年：88.8%（510 施設）
全体の結果は非実施の理由などは考慮していない実施率の値です。

（参考）
肺癌診療ガイドライン 2015 年版

乳房温存術後の全乳房照射

乳房温存術後の全乳房照射項目に対する解説（説明）

乳癌診療ガイドライン 2015 年版では、乳房温存術後に放射線治療を推奨しており、他の先進国の QI としても採用されています。

放射線療法の開始は、術後化学療法を施行しない患者では、術後できるだけ早期に開始することが勧められ、特に術後 20 週を超えないことが勧められています。

術後化学療法が必要な場合には、化学療法を先行することが推奨されています。

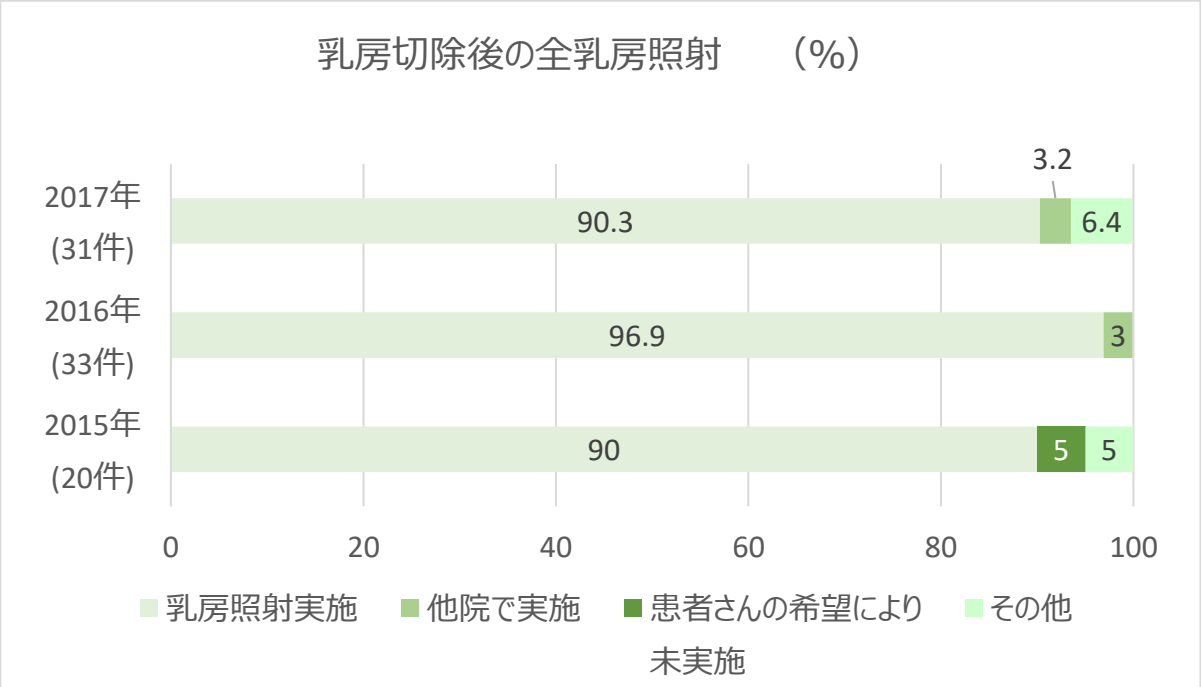
項目の定義・算出方法

分子：術後化学療法なしの場合　術後放射線治療が最後の手術日から 140 日以内にあり
　　術後化学療法ありの場合　術後放射線治療が最後の手術日から 240 日以内にあり

分母：乳房温存術を受けた７０歳以下の乳癌患者数
　　院内がん登録で、「自施設において診断ならびに初回治療に関する決定・施行がなされた症例」または「他施設で診断確定され、自施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例」

取り組み

当院での全乳房照射の実施率は 2015 年から 2017 年まで、毎年ほぼ 90%以上の割合でした。実施しなかった理由については、患者さんの希望により実施しなかった場合や、患者さんの年齢や併存症等を考慮して医師が実施しない方が妥当だと判断した場合、患者さんが遠方であるため治療は他施設で実施した場合、放射線治療前の化学療法実施のため、照射しているが手術日から 240 日以内に至らなかった場合などがあります。



※ 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会 Quality Indicator 研究
2015 年～2017 年症例解析結果に基づくデータより
参加医療機関による全体の実施率
2015 年：75.2%（412 施設）2016 年：76.6%（448 施設）2017 年：74.9%（494 施設）

（参考）
乳癌診療ガイドライン 2015 年版