千葉県がんセンター
医療の質指標
2025年



2026年10月

千葉県がんセンター

「千葉県がんセンター 医療の質指標 2025年」発行にあたって

千葉県がんセンターでは、2011年より毎年「医療の質」評価を公表しています。当病院の医療の質を継続的に向上させるために、診療の質を分析し、医療の質の改善を図ることを目的にしています。2025年の診療を評価する上で、医療安全や医療の質に深く関わる項目を中心に選択して数値化しました。そして各項目がどのような意味を持つかについて簡単な解説を加えました。

質の高い医療は、適切な人材・設備が整っているか（ストラクチャー）、科学的根拠に基づいた診療がなされているか（プロセス）、良い治療結果が得られているか（アウトカム）の3つの角度から評価されます。私たちは、それら3つの側面に加えて、安全性・有効性・患者本位・効率性・適時性・平等性という6つの視点を加えて評価項目を選択しました。

経年的な指標の動きから、私たちの診療のレベルが向上・改善されているかを評価しています。病床数の増加により例年と比べ変化の大きい指標がみられるものの、質の高い安全な医療が提供できているものと考えております。患者さん、ご家族、千葉県民の皆様にとって私たちの提供する医療が安心でわかりやすく透明性の高いものにしていくとともに、今後、より一層の「医療の質」の改善に取り組んでまいります。

千葉県がんセンター 病院長　加藤　厚

目次

1. 100床あたりの医師数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
2. 緩和ケア研修修了済の医師の割合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
3. 100床あたりの看護師数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
4. 100床あたりの専門看護師・認定看護師数・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
5. 100床あたりの薬剤師数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
6. 100床あたりの新規がん患者受入件数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
7. 初診患者のうち、セカンドオピニオン目的で来院した患者の割合・・・・・ 10
8. 逆紹介患者のうち、セカンドオピニオン目的で逆紹介した患者の割合・・・ 11
9. 手術の予定時間の延長率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
10. 手術後の肺塞栓症または深部静脈血栓症の発生率・・・・・・・・・・・・・ 13
11. 術後再手術率（術後24時間以内、術後7日以内、術後30日以内）・・・・・ 14
12. 静脈内投与での抗がん剤漏出率（外来・入院）・・・・・・・・・・・・・・ 16
13. 抗がん剤によるアレルギー出現率（外来）・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
14. パス適用率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
15. 在院死亡率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
16. 術後在院死亡率、術後30日以内死亡率・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
17. 剖検率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
18. 退院後の緊急再入院率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
19. インシデント・アクシデント報告率、全体の報告数に占める医師の報告率・26
20. アクシデント発生率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28
21. 患者誤認発生率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
22. 入院の重大な転倒・転落の発生率（‰）・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
23. 褥瘡発生率・褥瘡推定発生率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
24. 血液製剤廃棄率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
25. 血液製剤適正使用評価指数（血漿製剤）・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
26. 血液製剤適正使用評価指数（アルブミン製剤）・・・・・・・・・・・・・・ 35
27. ブドウ球菌全体の検出に対するMRSA感染率・・・・・・・・・・・・・・・ 36
28. 脳腫瘍（010010） 頭蓋内腫瘍摘出術　術後平均在院日数・・・・・・・・・37
29. 肺の悪性腫瘍（040040） 肺切除術（胸腔鏡）術後平均在院日数・・・・・・38
30. 胃の悪性腫瘍（060020） 胃切除術　術後平均在院日数（開腹・腹腔鏡）・ 39

目次

31. 胃の悪性腫瘍（060020） 内視鏡的切除術　術後平均在院日数・・・・・・・41

32. 大腸（上行結腸からＳ状結腸）の悪性腫瘍（060035）
結腸切除術　術後平均在院日数（開腹・腹腔鏡）・・・・・・・・・・・・・ 42

33. 大腸（上行結腸からＳ状結腸）の悪性腫瘍（060035）
内視鏡的切除術　術後平均在院日数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44

34. 直腸肛門（直腸Ｓ状結腸から肛門）の悪性腫瘍（060040）
直腸切除術　術後平均在院日数（腹腔鏡）・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

35. 直腸肛門（直腸Ｓ状結腸から肛門）の悪性腫瘍（060040）
内視鏡的切除術　術後平均在院日数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 46

36. 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む）（060100）
内視鏡的切除術　術後平均在院日数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47

37. 乳房の悪性腫瘍（090010）
乳房部分切除術　術後平均在院日数（腋窩郭清なし・あり）・・・・・・・・ 48

38. 乳房の悪性腫瘍（090010）
乳房全摘術　術後平均在院日数（腋窩郭清なし・あり）・・・・・・・・・・ 50

39. 膀胱腫瘍（110070）経尿道的手術　術後平均在院日数・・・・・・・・・・ 52

40. 前立腺の悪性腫瘍 （110080）
前立腺悪性腫瘍手術　術後平均在院日数・・・・・・・・・・・・・・・・・ 53

41. 子宮頸・体部の悪性腫瘍 （12002x）子宮全摘術
術後平均在院日数（開腹・腹腔鏡）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54

42. 子宮頸・体部の悪性腫瘍 （12002x又は120020）
子宮頸部切除術　術後平均在院日数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 56

43. ESD（食道・胃・大腸）の完全一括切除率・・・・・・・・・・・・・・・ 57

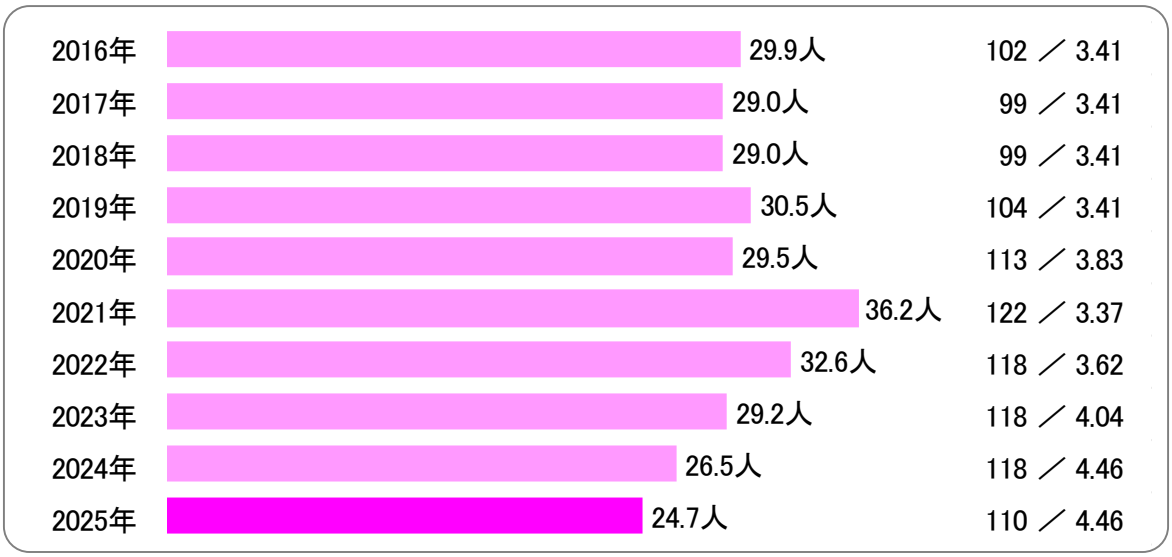
1. 100床あたりの医師数

100床あたりの医師数は、その病院における医師の充足度を示す指標となります。

他病院と比較する際には医師数を100床あたりに換算したり、地域人口10万人あたりに換算した指標が使われます。

なお、実働病床数は、2020年10月の新病院の開院以降、新型コロナウイルス患者への対応や患者動向の変化等を踏まえて、毎年変わっています。2025年4月時点での実働病床数は446床、2026年3月末時点の実働病床数は404床です。

100床あたりの医師数



分子：医師数／分母：実働病床数（446床＜2025年度＞）÷100

2025年度の100床あたりの医師数は24.7人で、2024年度に比べて、1.8人減少しました。実際の医師数は8名減少しています。

医療従事者数が増加することによって、患者さんにより手厚い医療の提供をすることができますので、安定的に医師を確保する体制を構築しなければなりません。

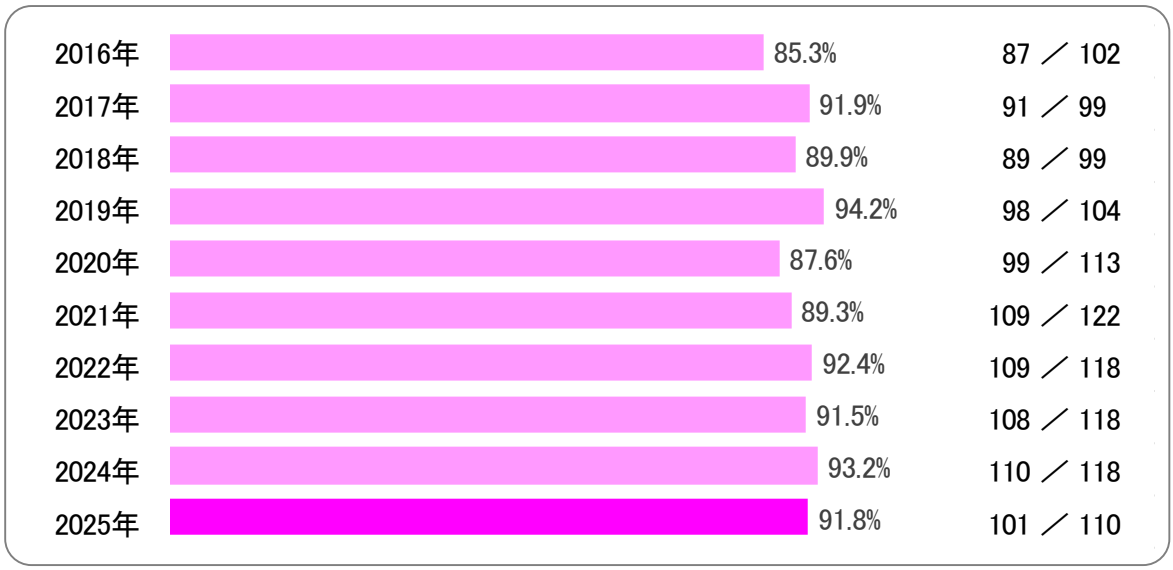
2. 緩和ケア研修修了済の医師の割合

緩和ケアとは、がん治療の初期段階から行う身体的・精神的な苦痛を和らげるための医療のことをいいます。

臓器別のがん医療と異なり、臓器横断的に行われる医療であり、近年ではがんと診断された時点から適用されるものであるといった概念が主流になってきています。

緩和ケア研修会は、がん医療に携わる医師等が緩和ケアに関する基本的な知識及び技能を取得するために、がん診療連携拠点病院等で実施されているものです。

緩和ケア研修修了済の医師の割合



分子：緩和ケアの研修を修了した医師数／分母：医師数

2025年度の緩和ケア研修修了済の医師の割合は91.8％で、2024年度に比べて、1.4％減少しました。

当センターでは医師の緩和ケア研修受講率100％を目標として、医師の緩和ケア研修の受講を推進しています。

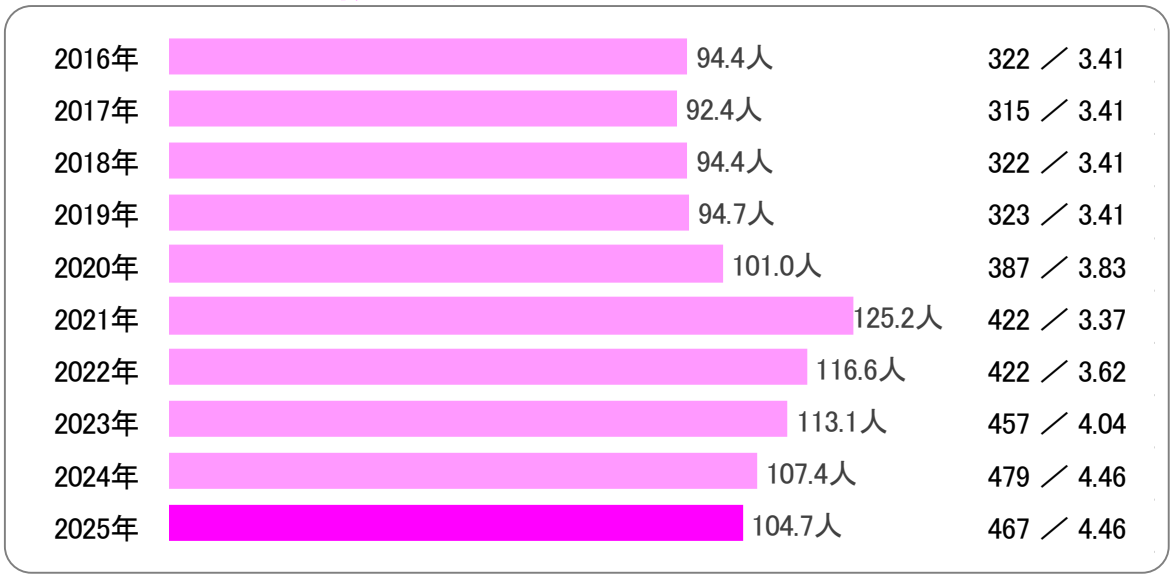
3. 100床あたりの看護師数

100床あたりの看護師数は、その病院における看護師の充足度を示す指標となります。

当センターの看護配置は「7：1」となっています。これは、入院患者さん7人に対して1人の看護師が働いていることを意味しています。

なお、実働病床数は、2020年10月の新病院の開院以降、新型コロナウイルス患者への対応や患者動向の変化等を踏まえて、毎年変わっています。2025年4月時点での実働病床数は446床、2026年3月末時点の実働病床数は404床です。

100床あたりの看護師数



分子：看護師数／分母：実働病床数（446床＜2025年度＞）÷100

2025年度の100床あたりの看護師数は104.7人で、2024年度に比べて、2.7人減少しました。実際の看護師数は12名減少しています。

患者さんにより手厚い医療の提供をするためには、医療従事者の確保が欠かせません。そのためには、患者さんだけではなく、職員にとっても魅力的な病院を目指していく必要があります。

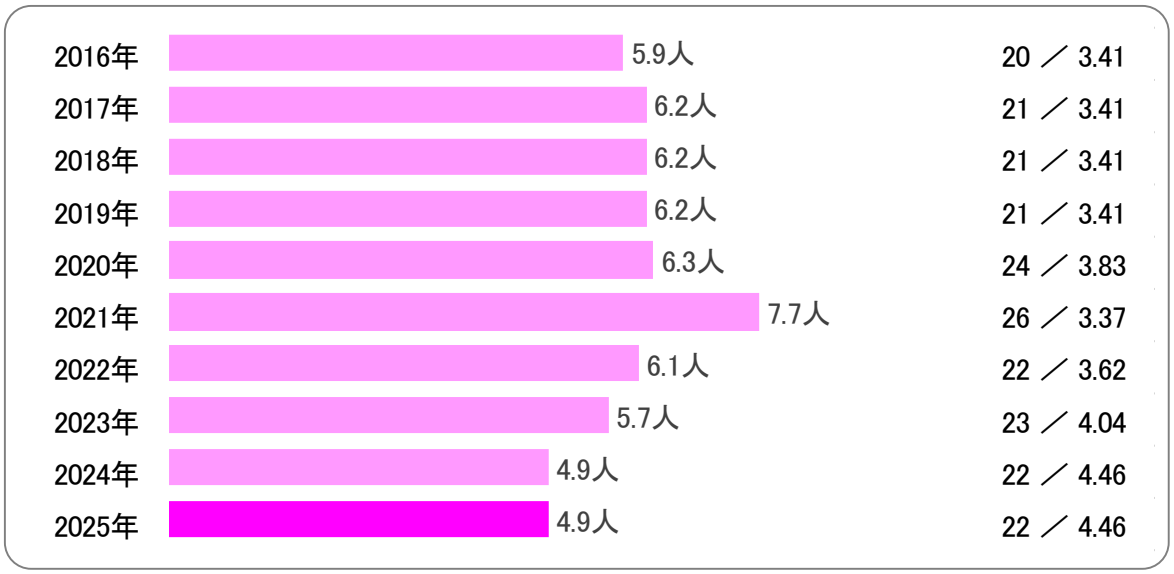
4. 100床あたりの専門看護師･認定看護師数

専門看護師・認定看護師とは、日本看護協会の専門または認定看護師認定審査に合格した看護師であり、水準の高い看護ケアを効率よく提供するために特定の看護分野において看護技術と知識を深めた看護師です。

今後、医療はさらなる高度化・複雑化が進むと考えられます。また、急性期医療を担う施設における安全管理やチーム医療の推進などもいわれており、看護師に求められる能力や需要がますます増大していくはずです。専門看護師・認定看護師の充実は、医療・看護の質の向上につながっていくと思われます。

なお、実働病床数は、2020年10月の新病院の開院以降、新型コロナウイルス患者への対応や患者動向の変化等を踏まえて、毎年変わっています。2025年4月時点での実働病床数は446床、2026年3月末時点の実働病床数は404床です。

100床あたりの専門看護師･認定看護師数



分子：専門･認定看護師数／分母：実働病床数（446床＜2025年度＞）÷100

2025年度の100床あたりの専門看護師・認定看護師数は4.9人で、2024年度と比べて増減はありませんでした。実際の専門看護師・認定看護師数も増減はありませんでした。

2026年3月末時点において、当センターでは、専門看護師7名（がん看護5名、感染症1名、在宅看護1名）、認定看護師15名（乳がん看護1名、皮膚排泄ケア3名、がん化学療法看護4名、緩和ケア1名、放射線療法看護1名、がん性疼痛看護1名、摂食･嚥下障害1名、手術看護1名、感染管理2名）が在籍しています。

5. 100床あたりの薬剤師数

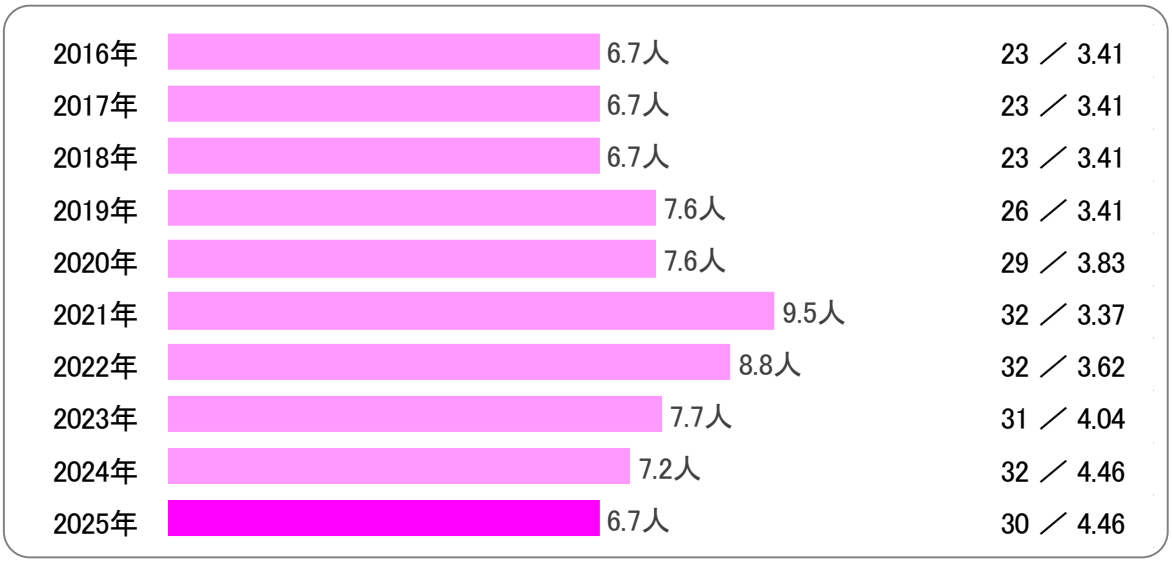
薬剤師は、患者さんに安全かつ高度な薬物治療を受けていただくために、薬学的な立場から、薬の管理・調剤・指導・情報提供など様々な業務を行っています。

薬剤師が介入することにより薬物治療の理解を深め、薬を服用することへの不安が軽減され、服薬厳守及びQOL（生活の質）の向上に繋がります。

100床あたりの薬剤師数は、その病院における薬剤師の充足度を示す指標となります。

なお、実働病床数は、2020年10月の新病院の開院以降、新型コロナウイルス患者への対応や患者動向の変化等を踏まえて、毎年変わっています。2025年4月時点での実働病床数は446床、2026年3月末時点の実働病床数は404床です。

100床あたりの薬剤師数



分子：薬剤師数／分母：実働病床数（446床＜2025年度＞）÷100

2025年度の100床あたりの薬剤師数は6.7人で、2024年度に比べて、0.5人減少しました。実際の薬剤師数は2名減少しています。

医療従事者数が増加することによって、患者さんにより手厚い医療の提供をすることができますので、安定的に薬剤師を確保する体制を構築しなければなりません。

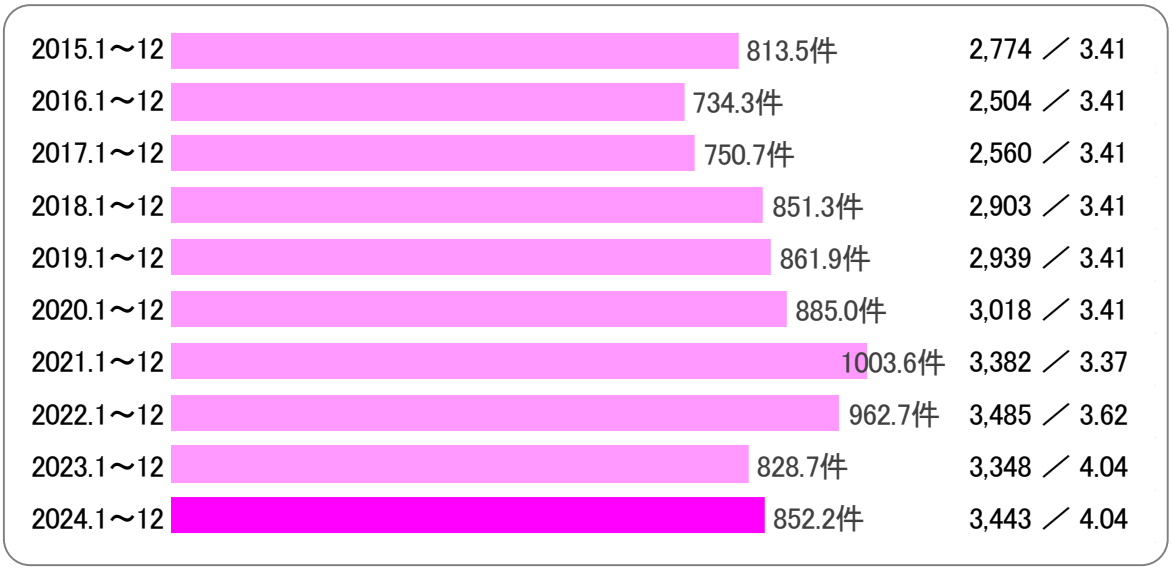
6. 100床あたりの新規がん患者受入件数

近年、地域医療の効率化と充実のため、各医療機関の機能の明確化や連携体制の構築が求められています。

当センターは、がんの治療に特化し、より多くのがん患者さんを治療できる診療体制を目指しています。

100床あたりの新規がん患者受入件数の増加は、より多くの方に専門的ながん医療の提供が行えていることの表れとなります。

100床あたりの新規がん患者受入件数



分子：新たにがんと診断された症例数／分母：実働病床数（404床＜2024年＞）÷100

2024年の100床あたりの新規がん患者受入件数は852.2件で、2023年に比べて、23.5件増加しました。実際の件数でも、95件増加しています。

当センターを新規で受診する患者さんのほとんどは、他の医療機関から紹介された方です。患者さんにはもちろん、地域の医療機関の方にも安心していただけるよう、これからもがん患者さんのため、心と体にやさしく希望の持てるがん医療を提供いたします。

なお、こちらの指標については、全国のがん診療連携拠点病院が行っている「院内がん登録」のデータを用いているため、他の指標と集計期間が異なっています。

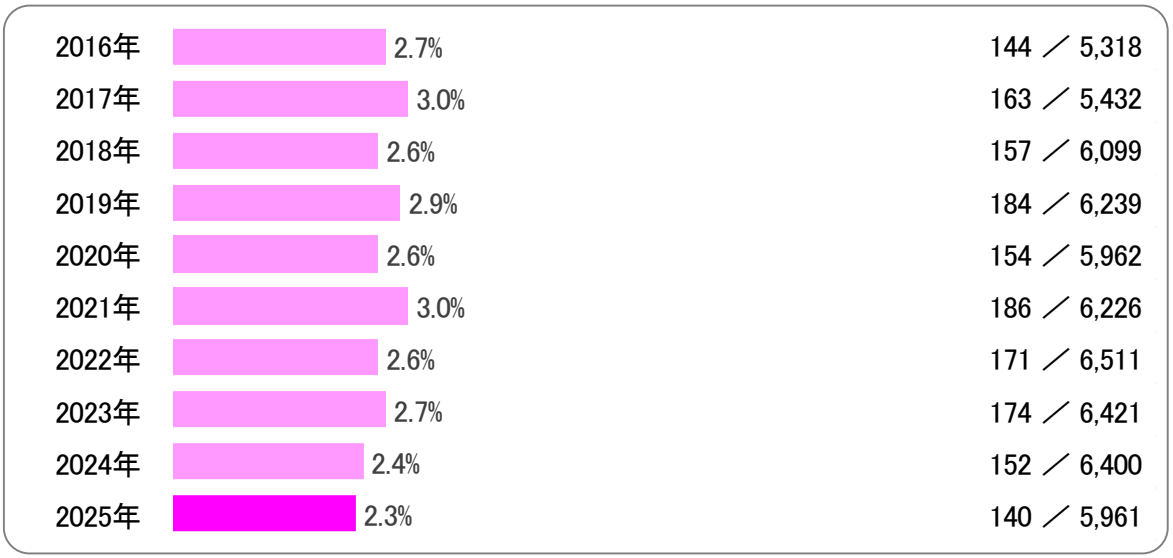
7. 初診患者のうち、セカンドオピニオン目的で来院した患者の割合

セカンドオピニオンとは、検査や治療を受けるにあたって主治医以外の医師の意見を聞き、参考にすることです。

病院や医師によって検査や治療方針に違いがあることもあります。複数の専門家の意見を聞き、自分が納得した治療方法を選択することは、患者さんの権利でもあります。

「治療を受けずに話だけ聞いてもらえるだろうか」と不安に思う方もいるかと思いますが、当センターでは、セカンドオピニオン目的で来院されるということは、当センターの医師が専門的な知識や最新の治療情報を持っていると患者さんや紹介元の医師から認められていることの表れである、と考えています。

初診患者のうち、セカンドオピニオン目的で来院した患者の割合



分子：セカンドオピニオン目的の受診患者数／分母：初診患者+セカンドオピニオンの患者数

2025年度の初診患者さんのうちセカンドオピニオン目的で来院した患者さんの割合は2.3%で、2024年度に比べて、0.1%減少しました。

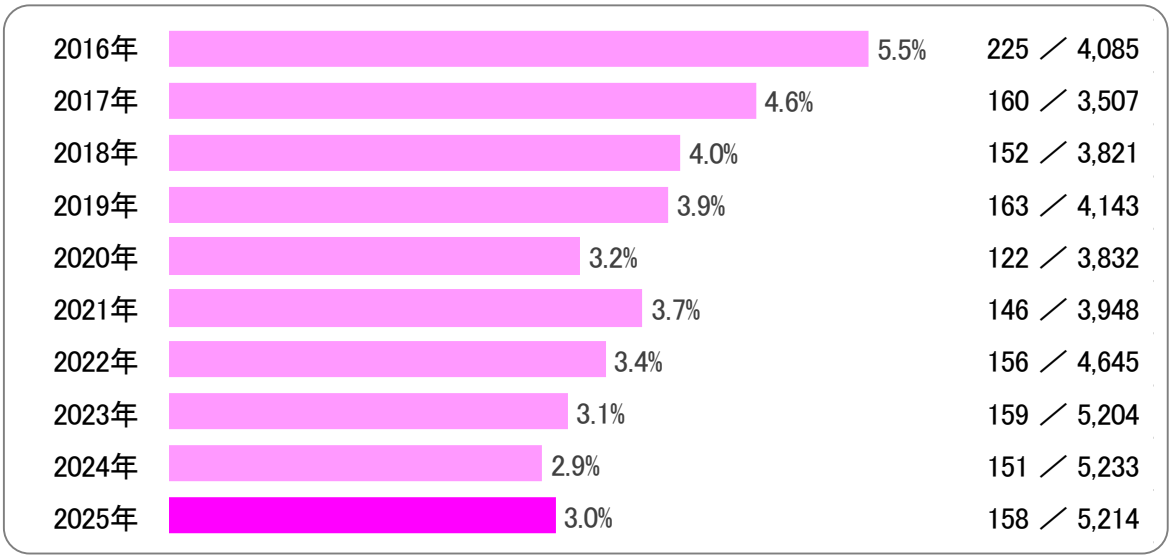
今後も患者さんが最善の治療法を選択できるよう、専門的な知識や最新の治療情報を取り入れ、わかりやすい話をしていきます。

8. 逆紹介患者のうち、セカンドオピニオン目的で逆紹介した患者の割合

この項目では、セカンドオピニオン目的で他院に逆紹介した患者さんの割合を把握することができます。

「セカンドオピニオンを受けたいというと嫌がられるのではないか」と不安に思う方もいるかと思いますが、セカンドオピニオンを受けることはすべての患者さんが持っている権利です。また、当センターでは、セカンドオピニオン目的で逆紹介できるということは、患者さんが主治医に疑問や不安をきちんと話せる関係を築けていることの表れである、と考えています。

逆紹介患者のうち、セカンドオピニオン目的で逆紹介した患者の割合



分子：セカンドオピニオン目的の逆紹介患者数／分母：逆紹介患者数

2025年度のセカンドオピニオン目的で逆紹介した患者さんの割合は3.0%で、2024年度に比べて、0.1%増加しました。

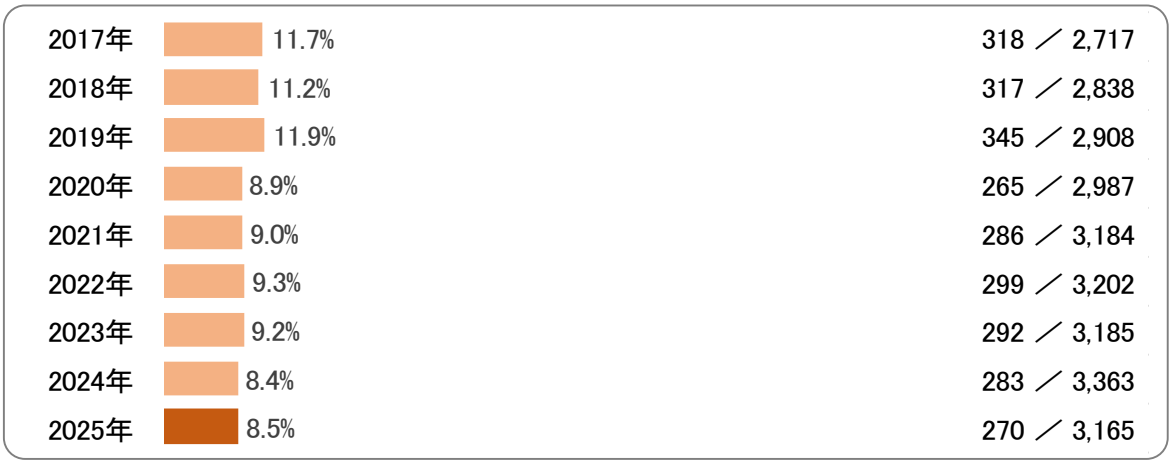
セカンドオピニオンをご希望の方は、診察の際、お気軽にお話し下さい。

9. 手術の予定時間の延長率

この項目では、手術室で行った手術・検査のうち、開始から終了までの時間が当初の予定時間を超過してしまった割合を表しています。

臓器の癒着や血管のもろさなど、手術をして初めてわかる患者さんの病状などもあるため、手術が予定時間を延長することはしばしばあります。ただし、手術が予定時間を超過しているということは、何らかの要因によって手術が予定通りに進行しなかった、事前の予定時間の見積もりが甘かった、などの原因が考えられます。

手術の予定時間の延長率



分子：手術の予定時間が延長した件数／分母：手術件数

2025年度の手術の予定時間の延長率は8.5％で、2024年度に比べて、0.1%増加しました。

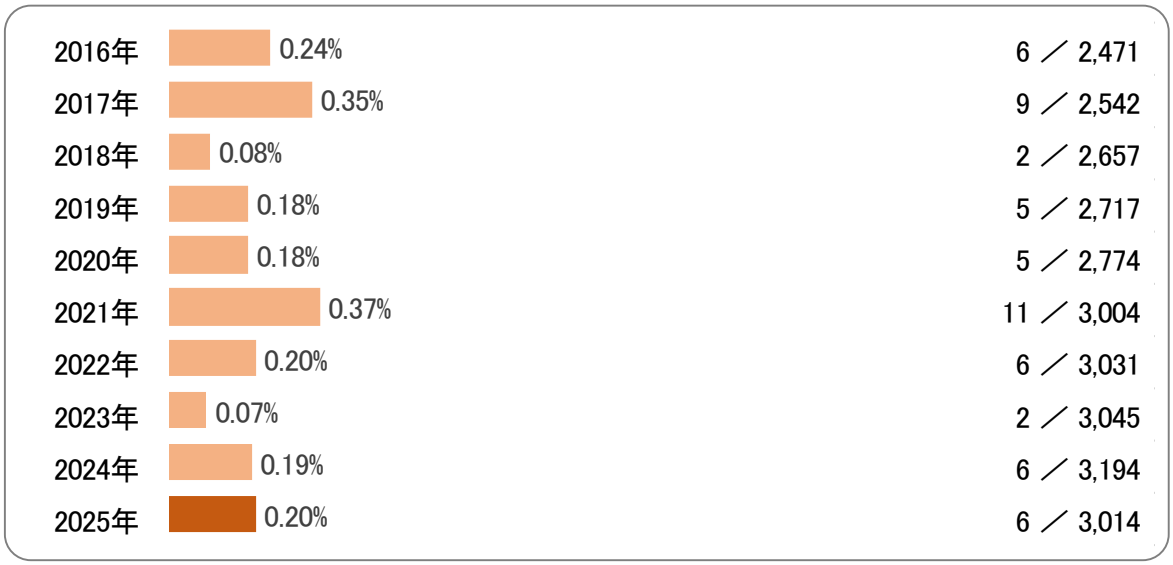
上記でも解説しましたが、手術時間が延びる要素には手術前には予測できないものも多くあるため、手術時間の長短それだけで手術の質を見ることはできません。それでも、適切な手術時間を見積もり、予定通りに手術を実施することは、手術の質の向上はもちろん、手術室の効率的な運用にもつながってくるため、この指標は継続して注視する必要があります。

10. 手術後の肺塞栓症または深部静脈血栓症の発生率

長い間ベッドで横になっていたり、手術後に足を動かさないでいると、足の深部にある静脈に血の固まりができることがあります。これを深部静脈血栓症といい、その固まりの一部が血流に乗って移動し、肺の血管を塞いでしまうことを肺塞栓症といいます。

大きな血栓が肺動脈の太い部分に詰まると、呼吸困難感・胸痛・動悸などの症状が激しくなり、重症例ではショック状態となり、突然死を引き起こしたりすることがあります。そのため、血栓症は手術後の重大な合併症の一つとされています。

手術後の肺塞栓症または深部静脈血栓症の発生率



分子：分母のうち、手術後に肺塞栓症又は深部静脈血栓症を発症した患者数
／分母：手術を行っている退院患者数

2025年度の手術後の肺塞栓症または深部静脈血栓症の発生率は0.20％で、2024年度に比べて、0.01％増加しました。

当センターには周術期静脈血栓症のリスクが高い患者さんが多いですが、ガイドラインにのっとり的確に管理することによって、発生率の減少につとめています。

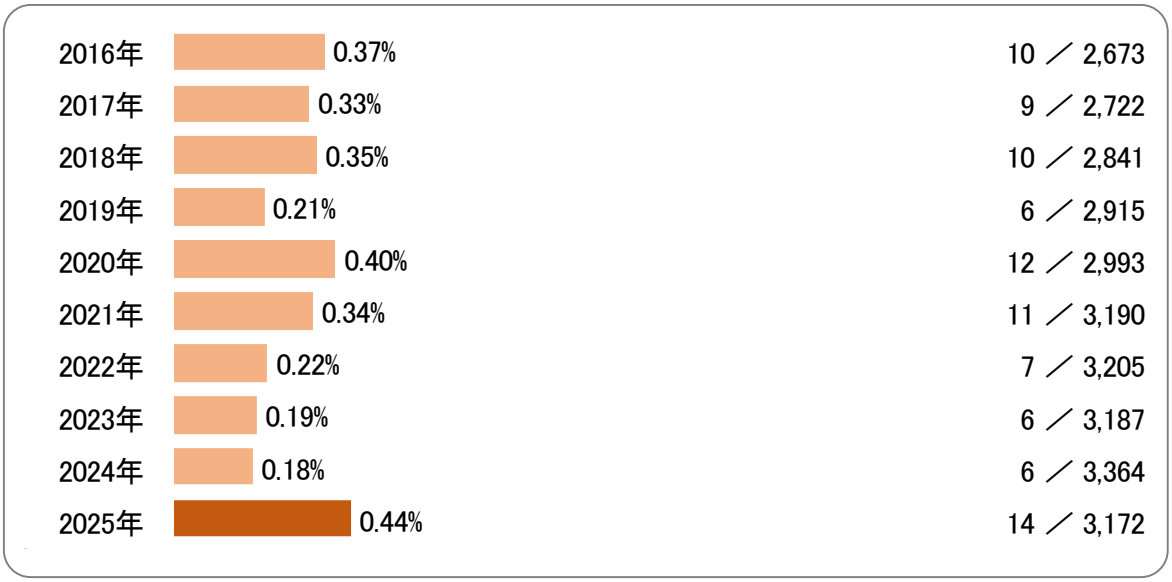
11. 術後再手術率
（術後24時間以内、術後7日以内、術後30日以内）

ここでは手術後24時間・7日・30日以内に緊急で再手術を行った患者さんの割合を見ることができます。

術後に緊急で再手術を行うということは、予定外の重大な事態が起こったことを意味しています。

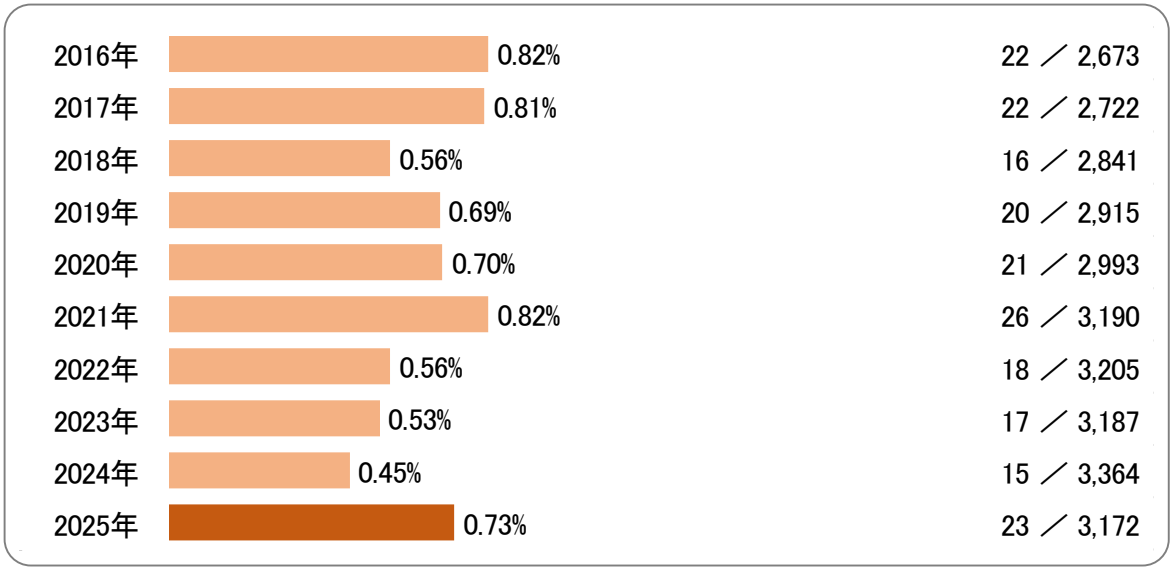
ただし、今回の指標を算出するにあたって、緊急で行われた再手術と先行した手術との関連性については、考慮していません。

術後再手術率（術後24時間以内）



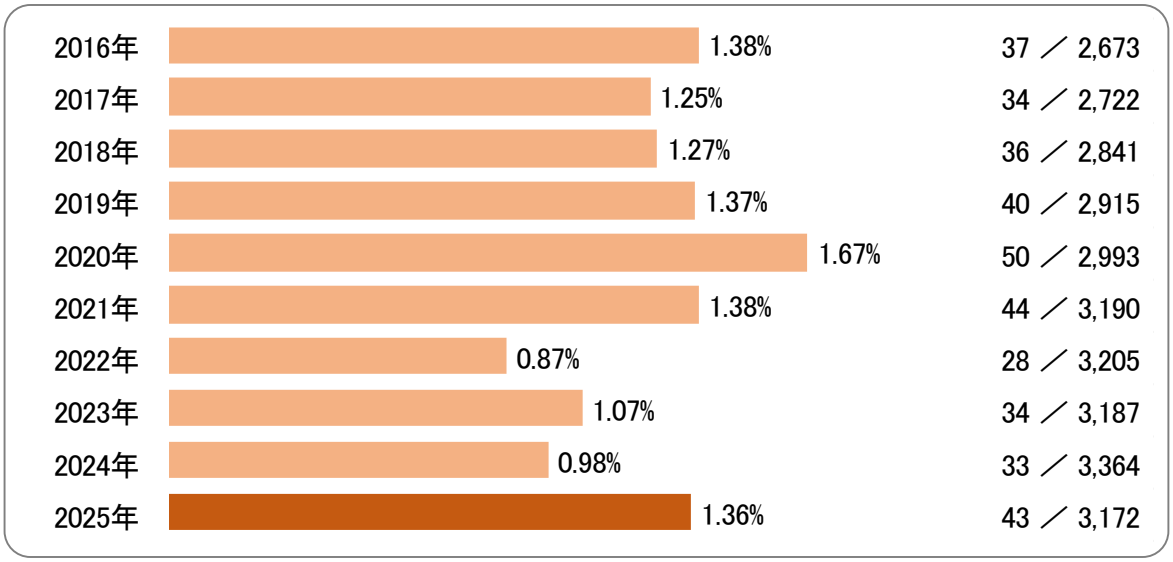
分子：分母のうち、術後再手術を行った件数／分母：手術件数

術後再手術率（術後7日以内）



分子：分母のうち、術後再手術を行った件数／分母：手術件数

術後再手術率（術後30日以内）



分子：分母のうち、術後再手術を行った件数／分母：手術件数

2025年度の術後24時間以内の再手術率は0.44％、7日以内の再手術率は0.73％、30日以内の再手術率は1.36％でした。2024年度に比べて、いずれの数値も増加しています。

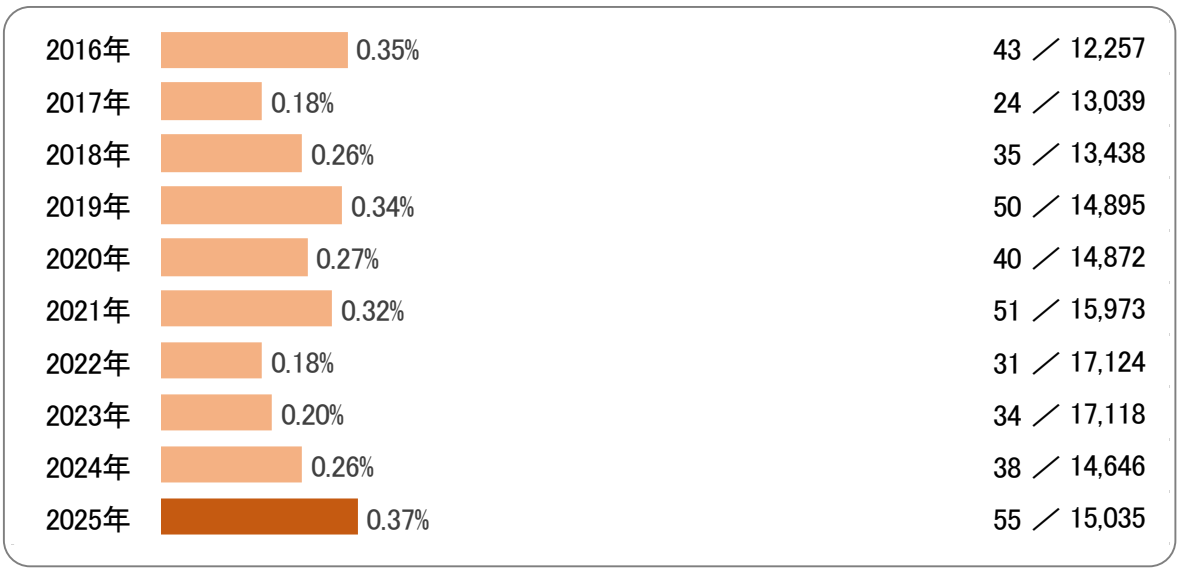
緊急で行われた再手術の中には、先行した手術に関連しない疾患を発症したことによって行われる場合もあるため、この指標が0％になることはありません。ただし、術後24時間以内の再手術については、その多くが手術に関連したものであると考えられます。それぞれの手術について原因を精査して、再手術率を減少させる対策を検討することが必要です。

12. 静脈内投与での抗がん剤漏出率（外来・入院）

抗がん剤はがん細胞だけでなく、正常な細胞にも細胞毒性を示します。抗がん剤が血管外の周辺組織に漏れると組織の炎症や壊死をもたらし、重症化すると外科的処置が必要となります。そのため、血管外漏出を起こさないような予防が重要となってきます。

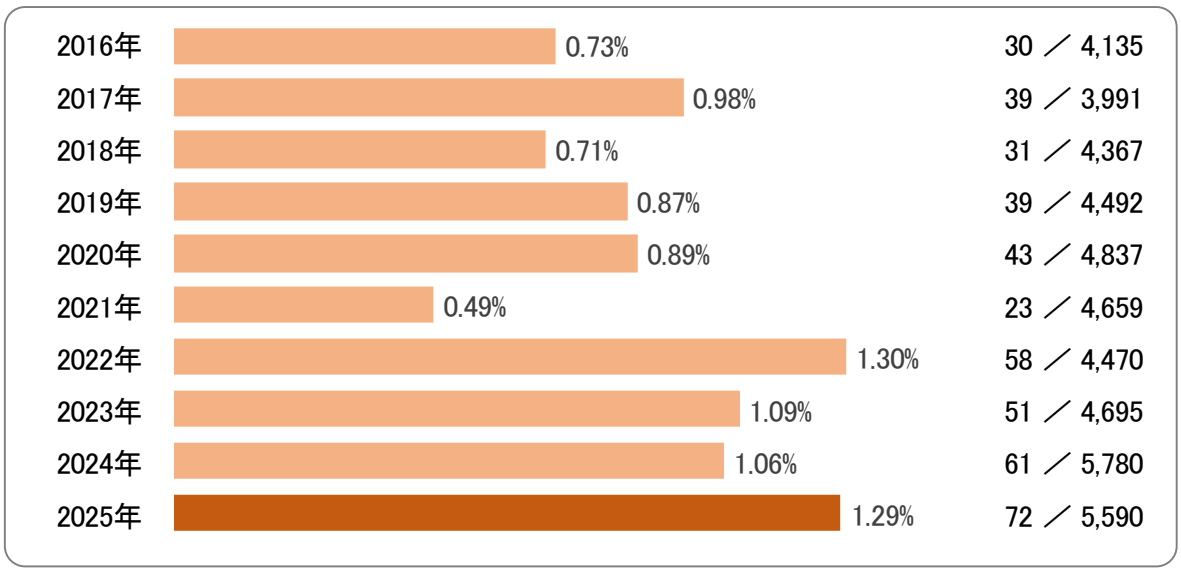
なお、抗がん剤漏出件数の中には、早期発見により重症化を未然に防げた軽症のものも含まれています。

静脈内投与での抗がん剤漏出率（外来）



分子：抗がん剤漏出数／分母：経静脈的化学療法延べ患者数

静脈内投与での抗がん剤漏出率（入院）



分子：抗がん剤漏出数／分母：経静脈的化学療法延べ患者数

2025年度の外来の静脈内投与での抗がん剤漏出率は0.37％で、2024年度に比べて、0.11％増加しました。また、入院の静脈内投与での抗がん剤漏出率は1.29％で、2024年度に比べて、0.23％増加しました。

抗がん剤の漏出率が増加する要因として、治療の長期化、治療回数の増加、高齢者の増加に加えて、抗がん剤の中には血管の脆弱性を高める（血管をもろくする）といわれているものもあることから、使用している薬剤の種類による影響が考えられます。

抗がん剤漏出率を0％に近づけていくことは重要ですが、実際には一定の割合で漏出が起こってしまいます。抗がん剤の漏出に対しては予防とともに、早期発見に努めることで重症化を防ぐことが重要になります。

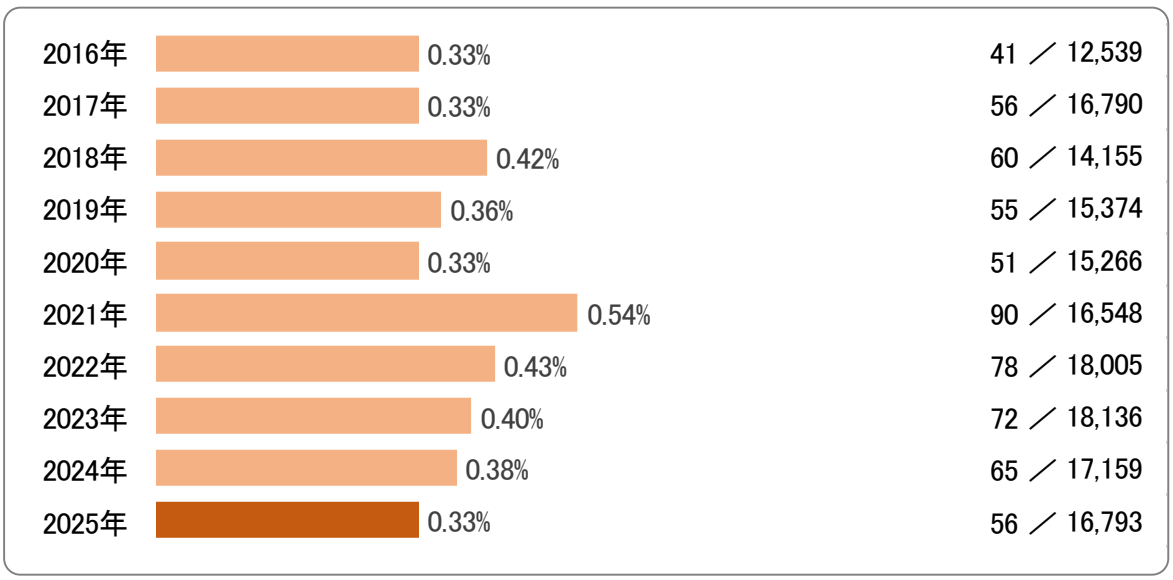
13. 抗がん剤によるアレルギー出現率（外来）

これまで抗がん剤によるがん治療は入院で行うことが一般的でしたが、新規薬剤の開発や、副作用の軽減などの医療の進歩によって、今では外来でも安全に治療を受けることができるようになりました。

しかし、抗がん剤治療には一定の確率で副作用が出現します。中でも、免疫機能の過剰反応であるアレルギーは、呼吸困難・発疹・発汗・嘔吐・血圧低下等が発生し、アナフィラキシーショックと呼ばれる重篤な症状になると命にも関わってきます。

ここでは外来で行われた抗がん剤治療による副作用の中でも、アレルギーの出現率を見ることができます。

抗がん剤によるアレルギー出現率（外来）



分子：アレルギー出現数／分母：外来化学療法延べ患者数

2025年度の外来での抗がん剤によるアレルギー出現率は0.33％で、2024年度に比べて、0.05％減少しました。

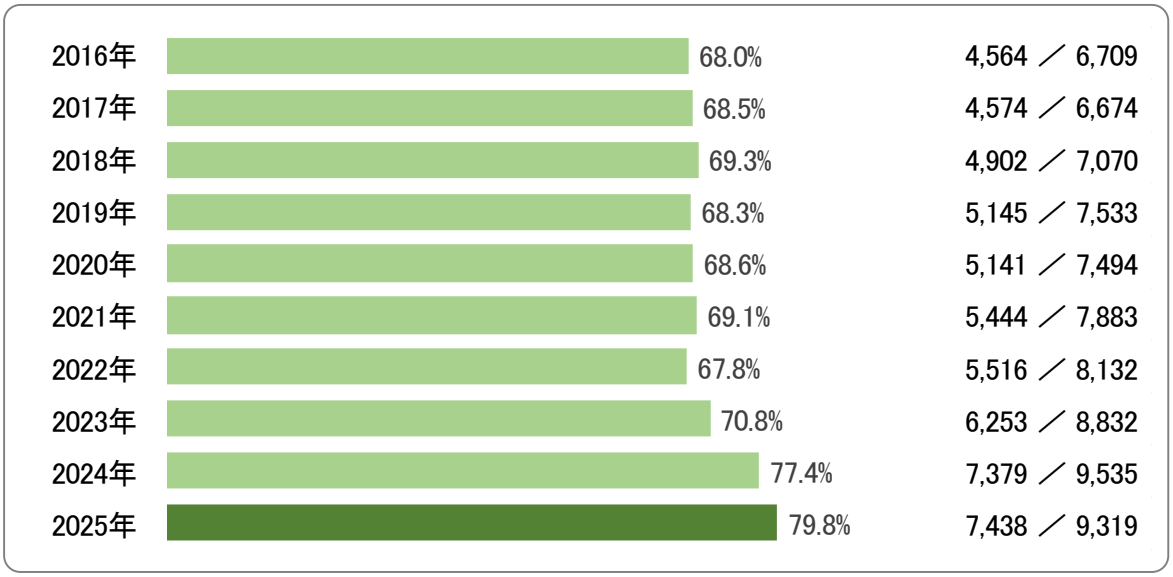
当センターのがん薬物療法センターでは十分な時間をかけての患者指導や、副作用のモニターを行うことによって、多岐にわたる副作用の克服に取り組んでいます。

14. パス適用率

入院から退院までの間に行う治療・検査・処置などを時間順にまとめた診療のスケジュール表をクリティカルパスといいます。通常、治療や検査ごとに１つずつ作られています。

クリティカルパスを使用して診療を行うことは、医療の標準化に繋がり、医療の質を向上させるだけではなく、患者さんの満足度を向上させることにも繋がります。

パス適用率



分子：クリティカルパス適用患者数／分母：退院患者数

2025年度のパス適用率は79.8％で、2024年度に比べて、2.4％増加しました。

パスは上記で挙げたメリットだけではなく、医療の適正化、業務負担の軽減、コスト管理、チーム医療の推進等、様々な効果が期待されるので、増加していくことが望ましいと考えています。

15. 在院死亡率

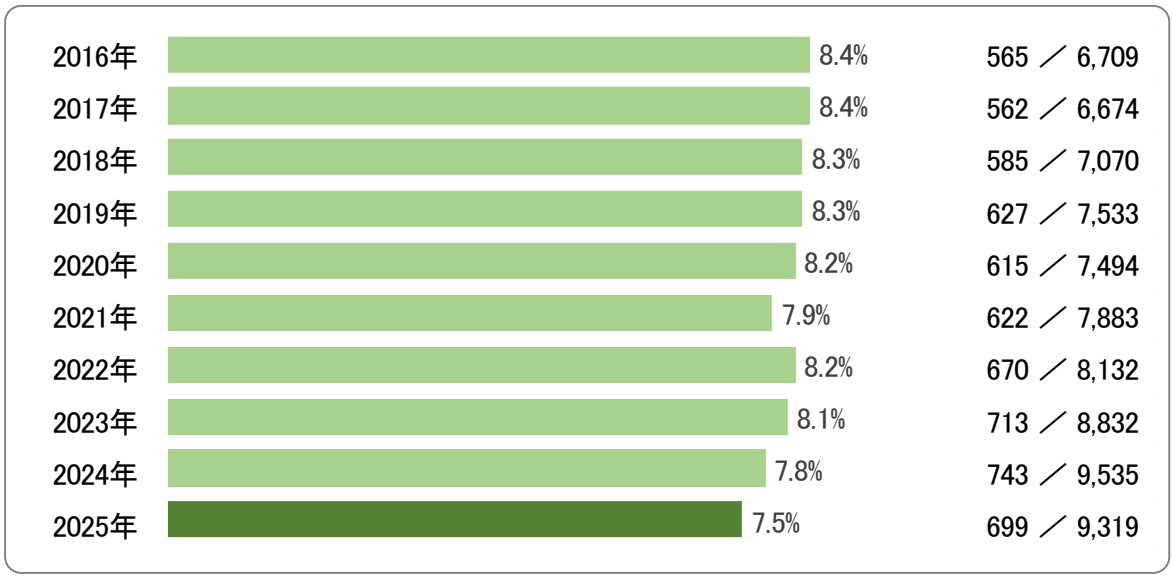
ここでは入院患者さんのうち、死亡退院となった患者さんの割合を見ることができます。医療機関によっては院内死亡率と呼ぶところもあります。

在院死亡率は医療の質を向上させ、治療成績を上げることにより、ある程度は低下させることが可能です。

しかしながら、患者さんが死亡退院となってしまう要因は様々あります。

在院死亡率は病院の特徴やどのような患者さんをみているのかによっても大きく変わってきますので、医療の質を反映する指標として見ていく上においては、注意が必要です。

在院死亡率



分子：死亡退院となった患者数／分母：退院患者数

2025年度の在院死亡率は7.5％で、2024年度に比べて、0.3％減少しました。

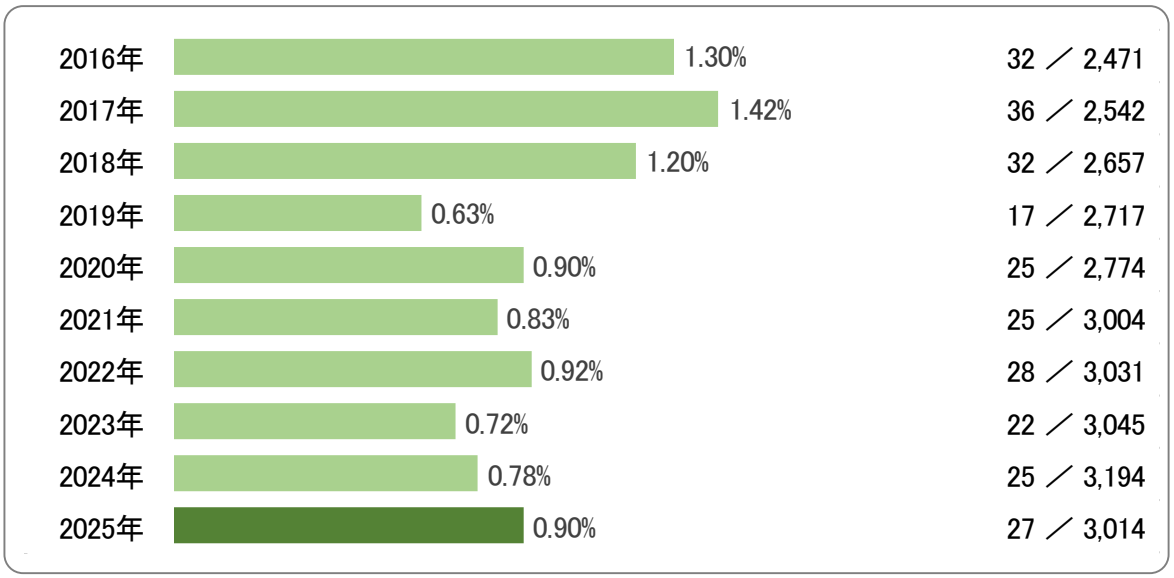
当センターはがん終末期のケアや在宅医療を受けている患者さんの後方支援病床の役割を担っている緩和ケア病棟があり、また、進行がんの患者さんも多く診察しているため、他の病院に比べて在院死亡率が高くなっています。

16. 術後在院死亡率、術後30日以内死亡率

ここでは入院期間中に手術を行った患者さんのうち、死亡退院となった患者さんの割合を見ることができます。

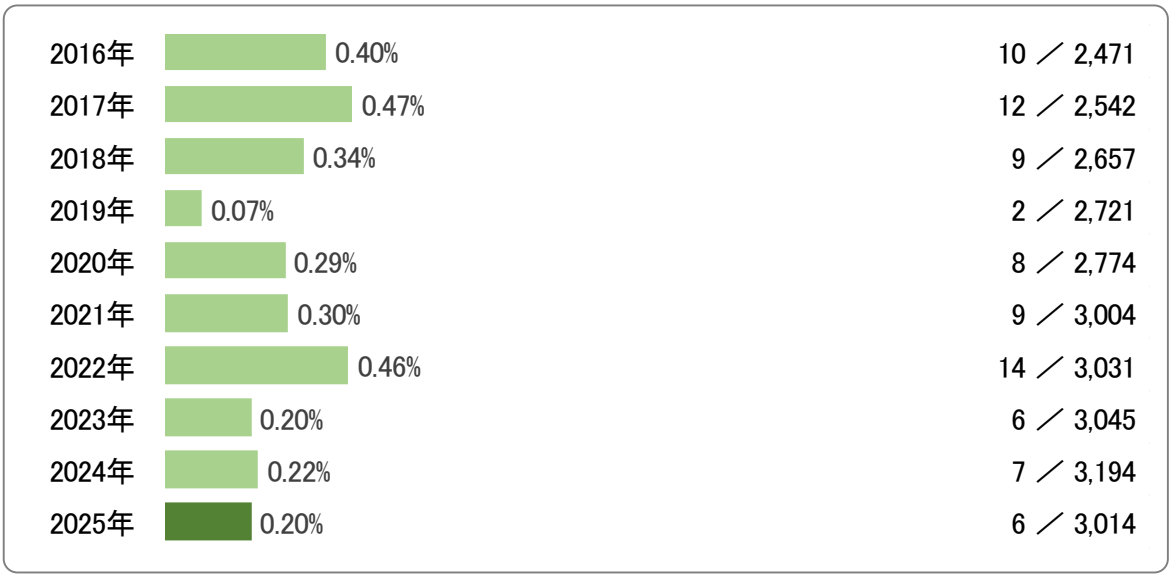
術後在院死亡率も在院死亡率と同じように、医療の質を向上させ、治療成績を上げることにより、ある程度は低下させることが可能です。ただし、手術室で行う手術の中には、救命のために緊急で実施された手術や、進行がんで症状を緩和するための手術も含まれています。そのような患者さんは、手術が問題なく遂行されても、お亡くなりになってしまうことが、往々にしてあります。

術後在院死亡率



分子：死亡退院となった患者数／分母：手術を行っている退院患者数

術後30日以内死亡率



分子：死亡退院となった患者数／分母：手術を行っている退院患者数

2025年度の術後在院死亡率は0.90%、術後30日以内の死亡率は0.20%でした。2024年度に比べて、術後在院死亡率は0.12%増加、術後30日以内の死亡率は0.02%減少しました。

ただし、術後死亡率といっても、実際には上記で解説しているように、手術の結果とは関係なく死亡となってしまう場合がほとんどです。したがって、術後在院死亡率を0%にすることは難しいですが、個々の症例について原因を精査し、死亡率を低下させる努力をすることは必要です。

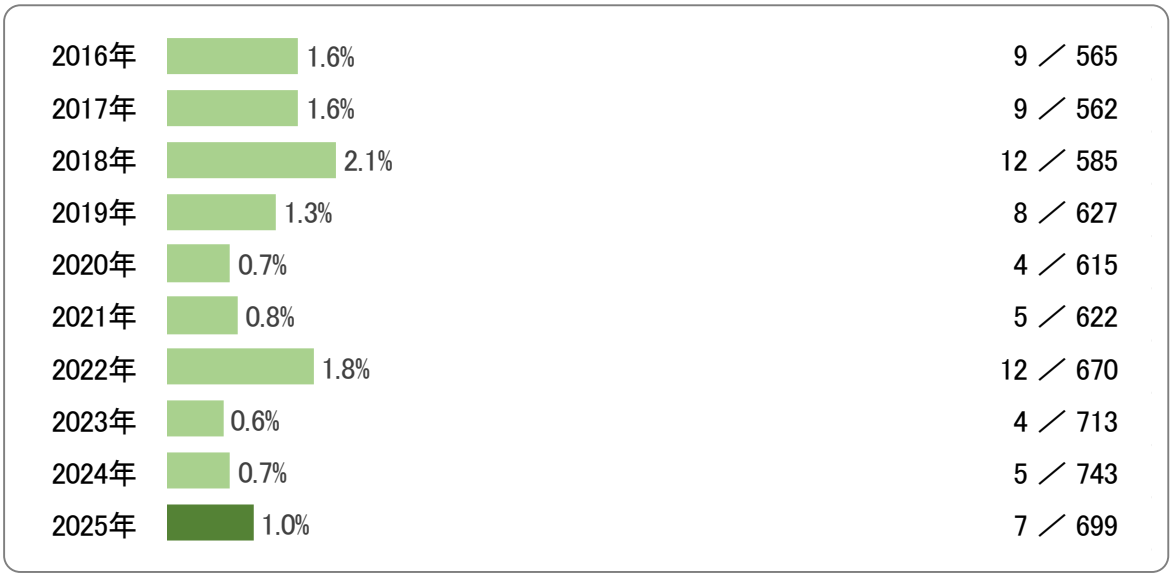
17. 剖検率

ここでは死亡退院となった患者さんのうち、病理解剖が行われた患者さんの割合を見ることができます。

病理解剖はお亡くなりになった患者さんの死因を究明し、生前の医療をかえりみることによって、今後の医療に役立てていくことを目的としたもので、医療にとって非常に重要なものとなります。

病理解剖は担当医から説明を行った上で、ご遺族の承諾のもとに実施されます。その結果については、ご家族に希望により報告させていただきますが、報告には数か月程度の時間を要します。また、病理解剖等によっても明確に死因を同定できないこともあります。

剖検率



分子：剖検数／分母：死亡退院数

2025年度の剖検率は1.0％で、2024年度に比べて、0.3％増加しました。

なお、病理解剖以外に死因検索を行う方法として、お亡くなりになった後にCT検査を行うことによって死因等を特定する、死亡時画像診断（Ai）があり、こちらをお願いすることもあります。

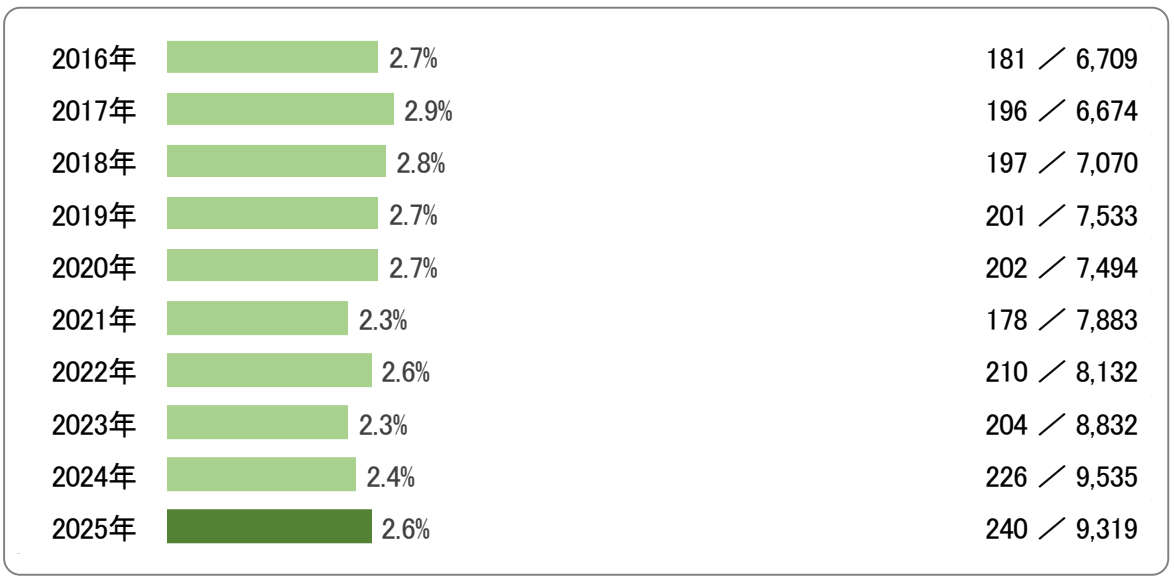
ご家族を亡くされた深い悲しみの中、病理解剖にご理解・ご協力をいただきましたご遺族の皆様に心からの感謝を申し上げます。

18. 退院後の緊急再入院率

ここでは退院翌日から7日・30日・42日以内に予定外の再入院となった患者さんの割合を見ることができます。

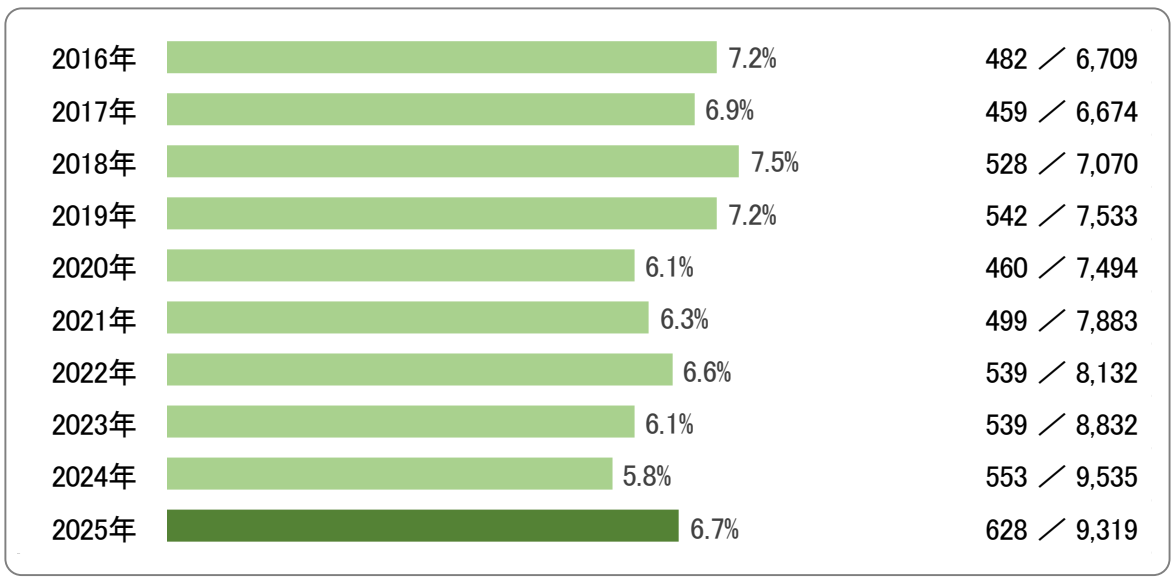
退院後の緊急再入院が先行する入院での加療と関連しているとは限りませんが、原因として、入院時の治療が不十分だった、回復が不完全な状態で退院となった、なども考えられるため、注意が必要です。なお、進行がんの患者さんで在宅での療養を望んでいる場合については、状態の一次的な回復をみて退院しますが、すぐに悪化して再入院となることがあるため、緊急再入院率が高くなります。

退院後の緊急再入院率（退院後7日以内）



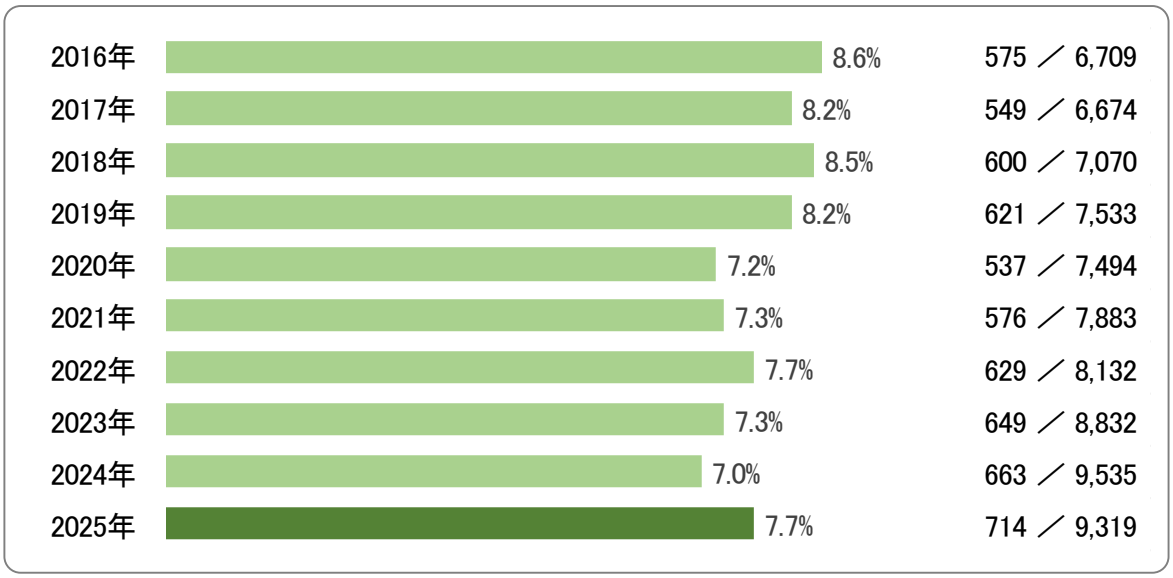
分子：分母のうち、退院後緊急入院した患者数／分母：退院患者数

退院後の緊急再入院率（退院後30日以内）



分子：分母のうち、退院後緊急入院した患者数／分母：退院患者数

退院後の緊急再入院率（退院後42日以内）



分子：分母のうち、退院後緊急入院した患者数／分母：退院患者数

2025年度の退院後7日以内の緊急再入院率は2.6%、30日以内の緊急再入院率は6.7%、42日以内の緊急再入院率は7.7%でした。 2024年度に比べて、いずれの数値も増加しています。

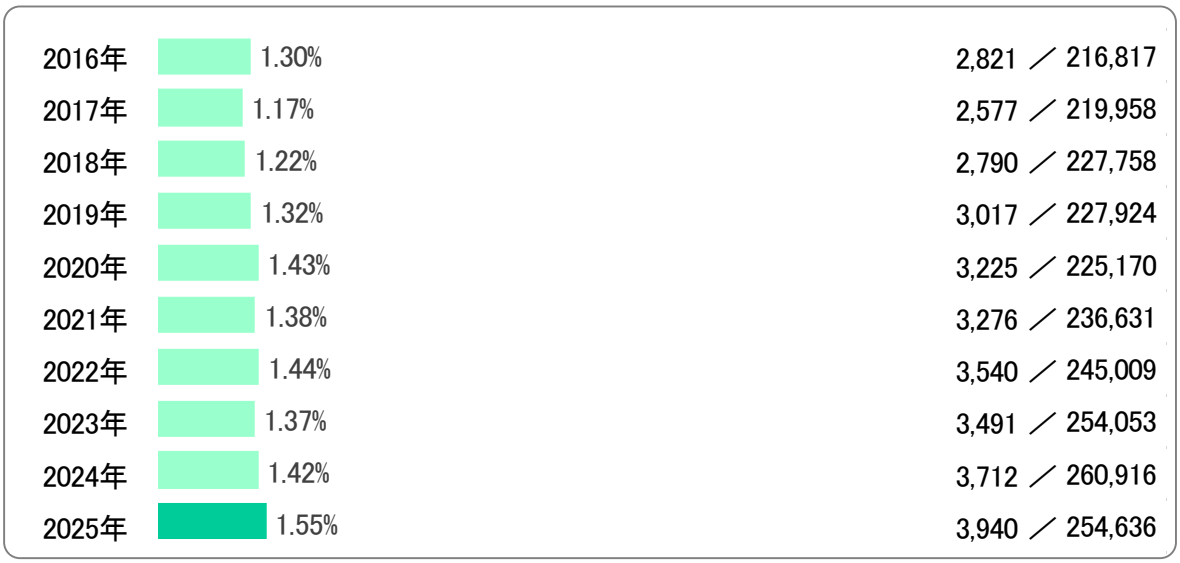
すべての緊急再入院をなくすことはできませんが、先行する入院の診療経過を検証することによって、１人でも多くの緊急再入院患者を減らすことが重要です。

19. インシデント・アクシデント報告率
全体の報告数に占める医師の報告率

インシデント・アクシデントとは、疾病そのものではなく、医療の提供過程を通じて患者さんが死亡もしくは心身に障害が発生した、またはその恐れのあった事象をいいます。医療行為や管理上の過失の有無は問いません。また、合併症や医薬品による副作用や医療機器・材料による不具合も含まれます。

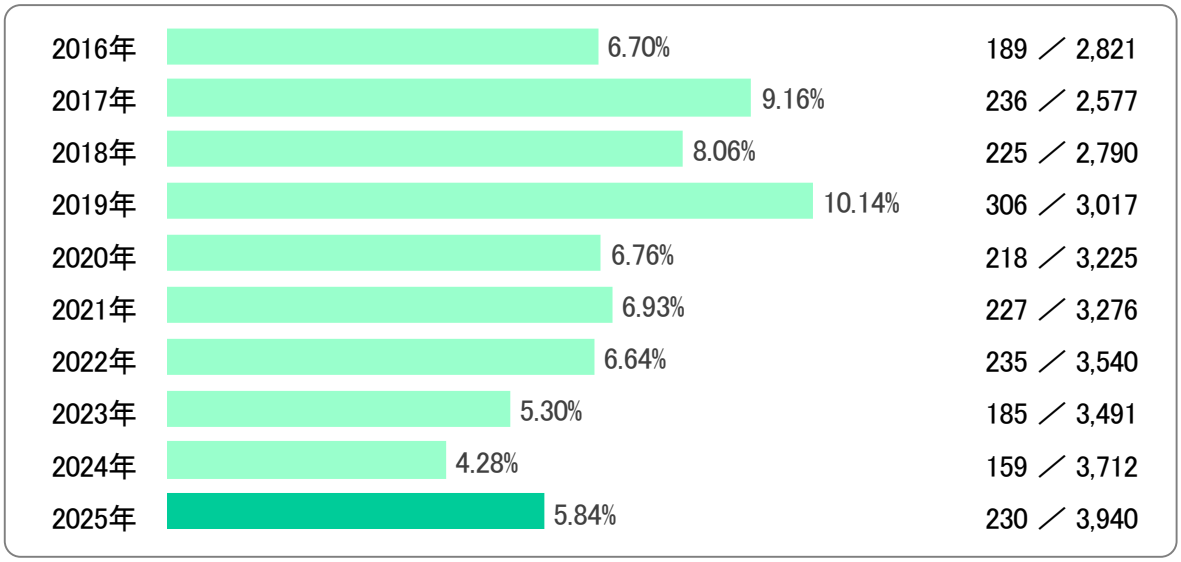
ここでは1年間の入院・外来患者数のうち、インシデント・アクシデントが報告された件数の割合を見ることができます。

インシデント・アクシデント報告率



分子：インシデント・アクシデント総数／分母：入院延べ患者数+外来延べ患者数

全体の報告数に占める医師の報告率



分子：分母のうち、医師による報告数／分母：インシデント・アクシデント総数

2025年度のインシデント・アクシデント報告率は1.55%、全体の報告数に占める医師の報告率は5.84%でした。

インシデント・アクシデント報告率が増加する要因には、インシデント・アクシデント件数が実際に増加している場合と、件数自体は増加していないが、職員の医療安全に対する意識が高まり、これまで見過ごされていたインシデントが報告されるようになっている場合とがあるので、その評価には注意が必要です。

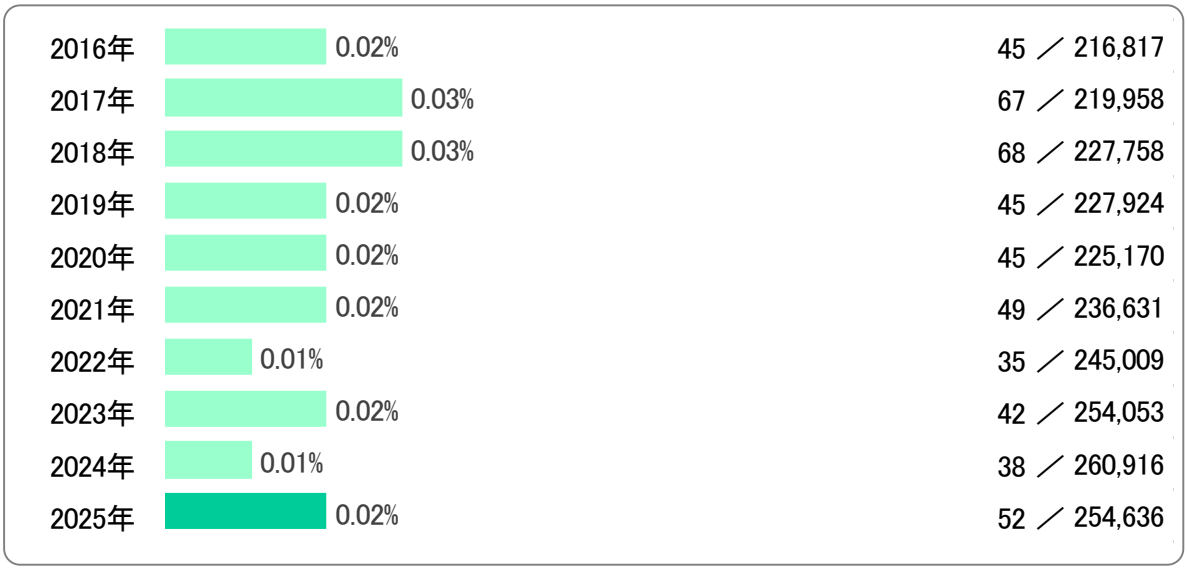
当院では集められたインシデント・アクシデントの情報をまとめ、職員全体に定期的に配信し、インシデント・アクシデントの再発防止に向けて取り組んでいます。

20. アクシデント発生率

アクシデントとは、インシデント・アクシデントのうち、提供した医療に起因し、患者さんが死亡あるいは永続的な障害や後遺症が残った、または濃厚な処置や治療を要した事象をいいます。医療行為や管理上の過失の有無は問いません。また、合併症や医薬品による副作用や医療機器・材料による不具合も含まれます。

ここでは1年間の入院・外来の延べ患者数のうち、アクシデントが発生した件数の割合を見ることができます。

アクシデント発生率



分子：アクシデント発生件数／分母：入院延べ患者数+外来延べ患者数

2025年度のアクシデント発生率は0.02％で、2024年度に比べて、0.01％増加しました。

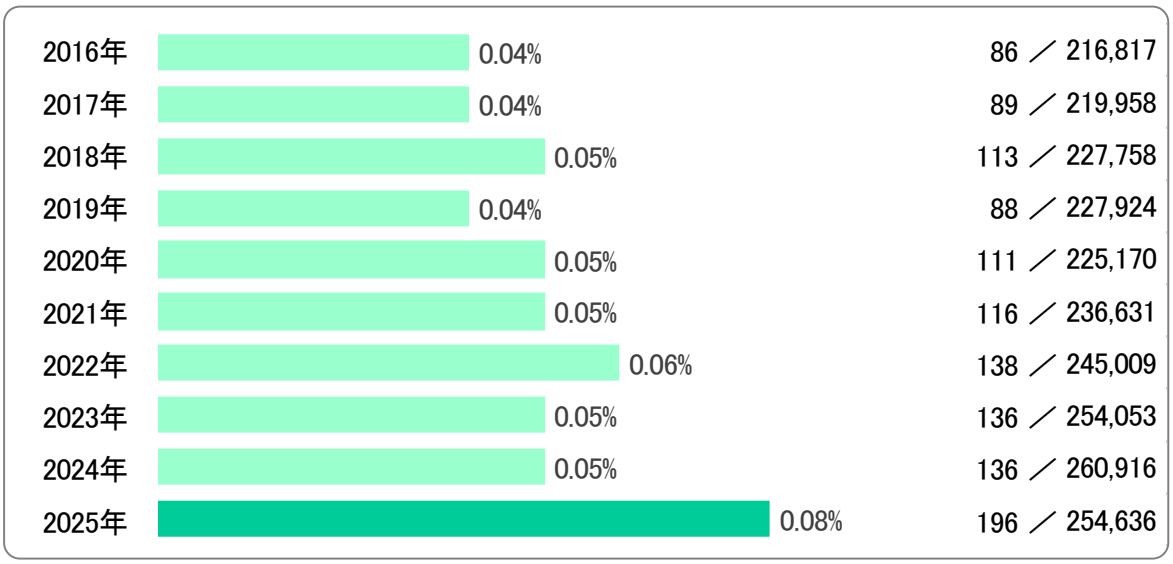
重大なアクシデントを減らしていくために、その要因を分析し、有効な再発防止策を立案し実施することで、軽微なインシデント・アクシデントを減らし、重大なアクシデントにつなげないように努力しています。

21. 患者誤認発生率

医療の現場は常に患者誤認のリスクがあります。患者さんを取り違えることは重大な医療事故に繋がる危険性があり、患者さんを間違えないようにすることに、医療者は細心の注意を払っています。

ここでは1年間の入院・外来の延べ患者数のうち、患者誤認が発生した件数の割合を見ることができます。患者誤認件数の中には、エラーはあったが患者誤認は未然に防げたものも含まれています。

患者誤認発生率



分子：患者誤認件数／分母：入院延べ患者数+外来延べ患者数

2025年度の患者誤認発生率は0.08%で、2024年度に比べて、0.03%増加しました。

当センターでは、リストバンドのバーコードで患者さんを確認する、検査をする時にはフルネーム、生年月日を名乗っていただくといった誤認防止策を実践しています。

22. 入院の重大な転倒･転落の発生率

入院生活をする病院は住み慣れた自宅とは異なります。その生活環境の変化に、病気やけがによる体力・運動機能の低下が加わると、思いもかけない転倒・転落が起こることがあります。転倒・転落によりケガや骨折を起こすことがあり、回復が遅れ入院が長引く要因となります。

ここでは入院患者のうち、転倒・転落により新たな治療や処置が必要になり、入院日数が増加となった件数の割合を見ることができます。

入院の重大な転倒･転落の発生率



分子：重大な転倒･転落患者件数／分母：入院延べ患者数

2025年度の入院の重大な転倒・転落の発生率は0.04‰で、2024年度に比べて、0.02 ‰増加しました。

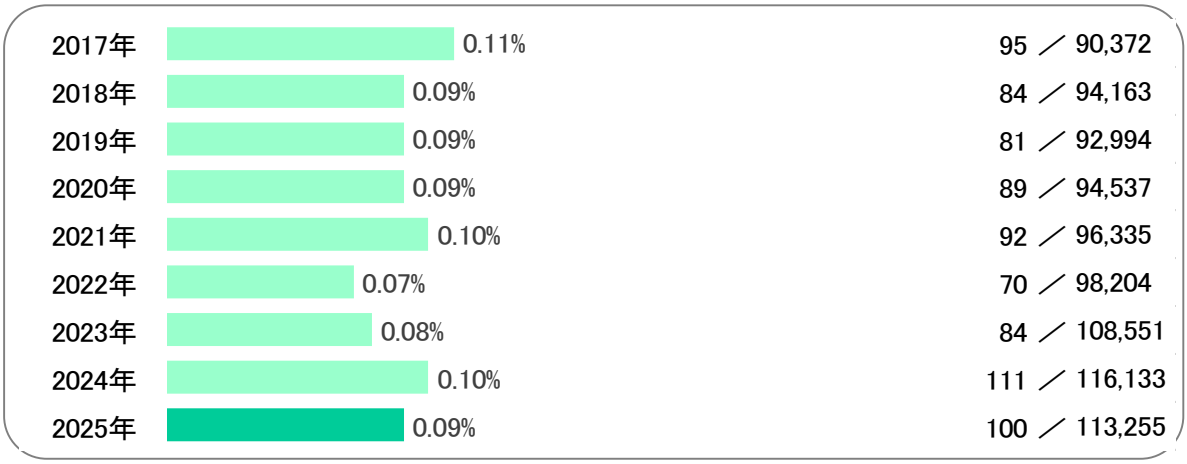
予防可能な転倒・転落をなくすためには、転倒・転落した事例の要因を把握して、防止策を講じることが必要です。なお、こちらの指標は発生頻度が低く、経年の変化が分かりづらいため、千分率（‰）を用いています。

23. 褥瘡発生率・褥瘡推定発生率

褥瘡は長時間同じ体勢で寝たきりとなっている患者さんに多く見られる皮膚の疾患で、「床ずれ」と呼ばれているものです。仙骨部、坐骨部、大転子部などに多く発生し、ひどいものでは周辺組織に壊死を起こす場合もあります。

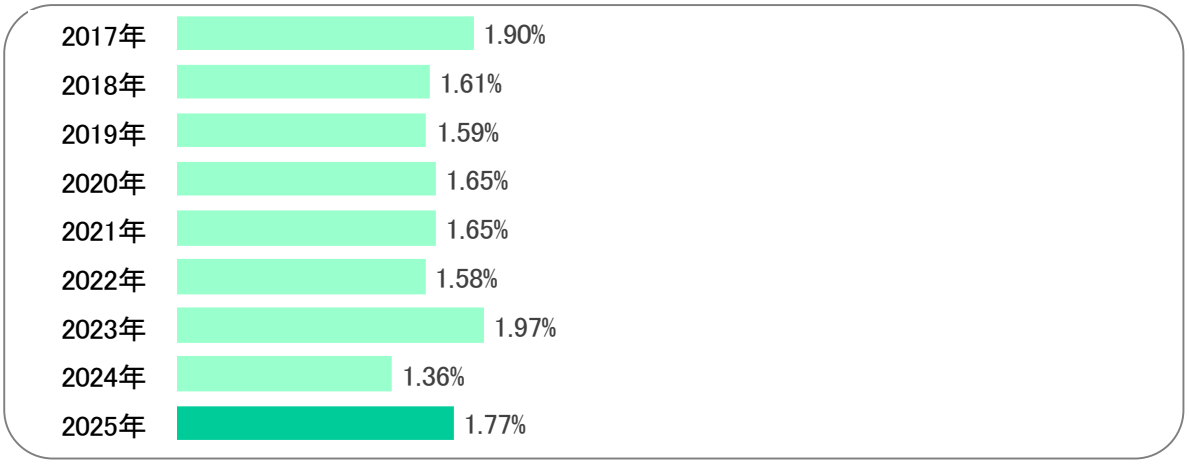
褥瘡発生率に関する指標はいくつも存在しますが、ここでは入院延べ患者数に占める褥瘡患者数の割合である褥瘡発生率と、毎月の調査日時点での入院患者数に占める褥瘡患者数の割合である褥瘡推定発生率の年間平均の割合を見ることができます。なお、 月別の褥瘡推定発生率についても、併せて表を載せました。

褥瘡発生率



分子：d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数／分母：入院延べ患者数

褥瘡推定発生率



分子：褥瘡患者数（調査日当日、入院時点からの保有者は除く）／分母：入院患者数（調査日当日）

2025年度　褥瘡推定発生率（%）

4月	5月	6月	7月	8月	9月
3.09	0.31	3.85	1.24	2.53	2.42
10月	11月	12月	1月	2月	3月
0.99	1.68	1.81	1.82	0.00	1.52

2025年度の褥瘡発生率は0.09%、褥瘡推定発生率は1.77%でした。2024年度に比べて、褥瘡発生率は減少し、褥瘡推定発生率は増加していますが、これはそれぞれの指標の算出方法が違うことによるものです。

当センターでは2002年度から褥瘡対策チームを発足し、褥瘡の予防に重点を置いて活動を続けています。

24. 血液製剤廃棄率

輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関には輸血管理体制の構築及び輸血の適正な実施が求められています。

血液製剤の廃棄率は、提供された血液が有効に使用されているかどうかを示す指標となります。ここでは赤血球製剤の廃棄率を見ることができます。

血液製剤は廃棄される薬剤の中でコストが高く、廃棄されるまで保管、検査、滅菌などのコストが発生していると考えられます。そのため、血液製剤廃棄率は病院経営の指標としても重要な項目となります。

血液製剤廃棄率



分子：廃棄血（赤血球製剤）の総単位数／分母：血液製剤の総単位数

2025年度の血液製剤（赤血球）廃棄率は0.32％で、2024年度に比べて、0.02％減少しました。

廃棄する血液製剤の量を減らし、コストの削減をするため、血液製剤が廃棄されるまでの状況や、どの工程でどのようなコストが発生しているかを把握し、対策を立てることが必要です。

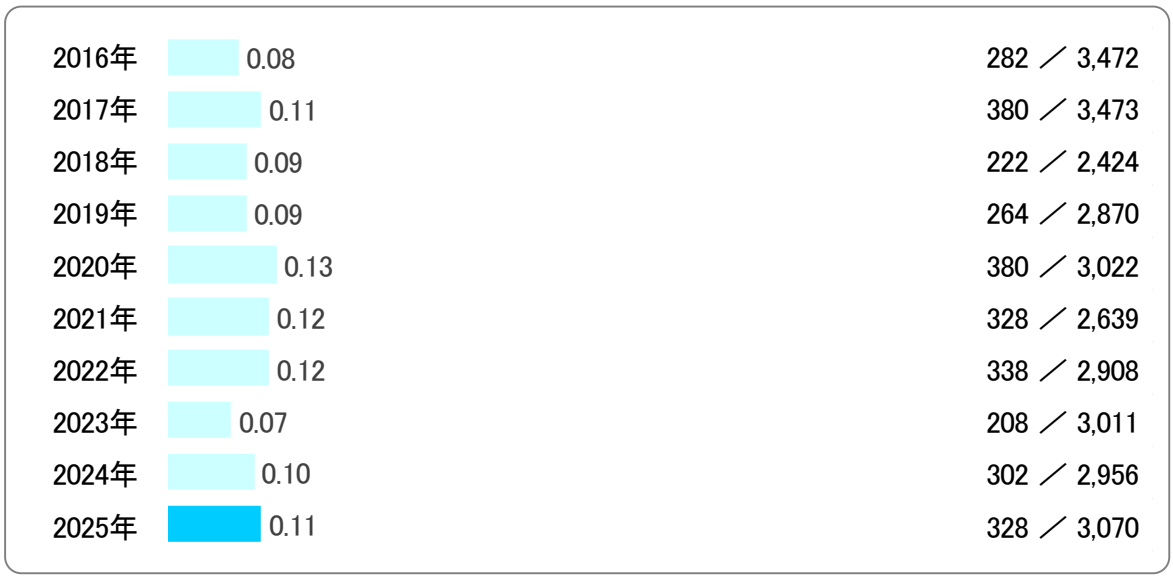
25. 血液製剤適正使用評価指数（血漿製剤）

新鮮凍結血漿（FFP）は、凝固因子の補充による治療的投与を目的としています。観血的処置時を除いて、FFPの予防投与は意味がないとされています。FFPの投与は、他に安全で効果的な血漿分画製剤あるいは代替医薬品がない場合のみ、適応となります。

この指標ではFFPが適正に使用されているかを見ることができます。

輸血製剤の適正な使用を評価する診療報酬上の「輸血適正使用加算」の施設基準では、FFPの使用量を赤血球濃厚液（RBC）の使用量で除した値は、0.54未満であることとされています。

血液製剤適正使用評価指数（血漿製剤）



分子：新鮮凍結血漿（FFP）の使用量／分母：赤血球濃厚液（RBC）の使用量

2025年度の血液製剤適正使用評価指数（血漿製剤）は0.11で、2024年度に比べて0.01増加しました。

輸血適正使用加算（血漿製剤）の施設基準は0.54未満なので、当センターの血漿製剤は適正に使用されていると判断できます。

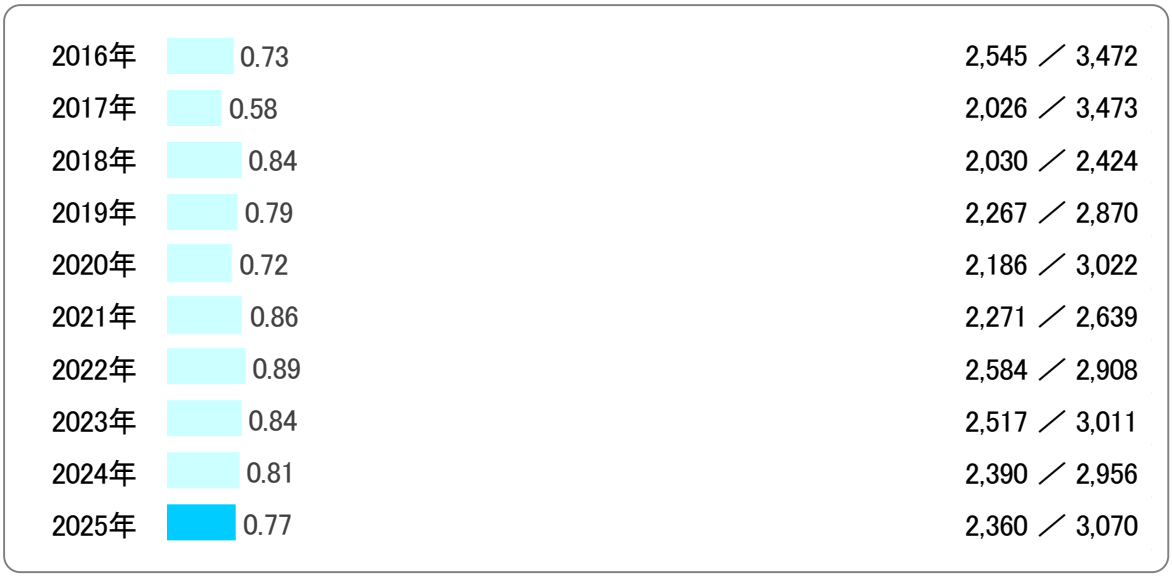
26. 血液製剤適正使用評価指数（アルブミン製剤）

アルブミン製剤は急性の低蛋白血症に基づく病態、また他の治療法では管理が困難な慢性低蛋白血症による病態の改善を図るために使用します。

この指標ではアルブミン製剤が適正に使用されているかを見ることができます。

輸血製剤の適正な使用を評価する診療報酬上の「輸血適正使用加算」の施設基準では、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（RBC）の使用量で除した値は、2未満であることとされています。

血液製剤適正使用評価指数（アルブミン製剤）



分子：アルブミン製剤の使用量／分母：赤血球濃厚液（RBC）の使用量

2025年度の血液製剤適正使用評価指数（アルブミン製剤）は0.77で、2024年度に比べて、0.04減少しました。

輸血適正使用加算（アルブミン製剤）の施設基準は2未満なので、当センターのアルブミン製剤は適正に使用されていると判断できます。

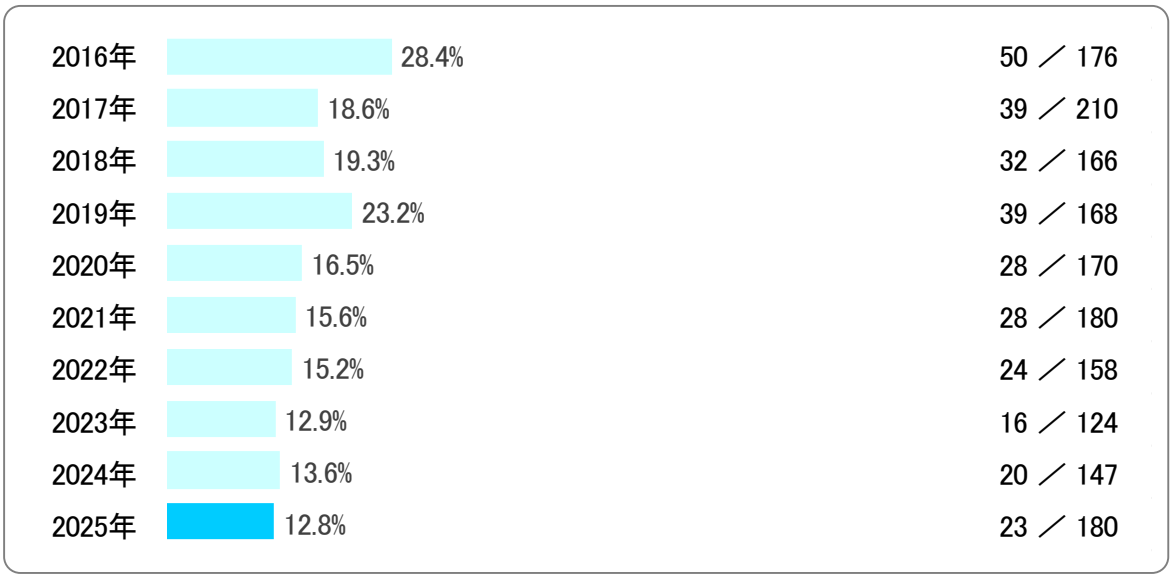
27. ブドウ球菌全体の検出に対するMRSA感染率

黄色ブドウ球菌はグラム陽性球菌の一種で、創傷感染症、呼吸器感染症、消化器感染症などの原因菌です。

MRSA（*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*） は、抗生物質メチシリンに対する薬剤耐性を獲得した黄色ブドウ球菌のことで、従来の抗生物質はほとんど効果がなく、MRSAに感染すると重篤化することも少なくありません。

この項目では、1年間に検出されたブドウ球菌に対するMRSA感染率の割合を見ることができます。

ブドウ球菌全体の検出に対するMRSA感染率



分子：分母のうち、MRSA感染件数／分母：ブドウ球菌検出件数

2025年度のブドウ球菌全体の検出に対するMRSA感染率は12.8％で、2024年度に比べて、0.8％減少しました。

MRSAは医療従事者の手などを介して、保菌者からほかの患者さんにうつり、鼻腔や口腔にすみつきやすいため、保菌者を看護した後は、より一層衛生管理を徹底していく必要があります。また、患者さん自身も、うがいを励行して口内を清潔に保ち、鼻腔や手指の消毒をしていただき、院内感染防止に取り組んでいただく必要があります。

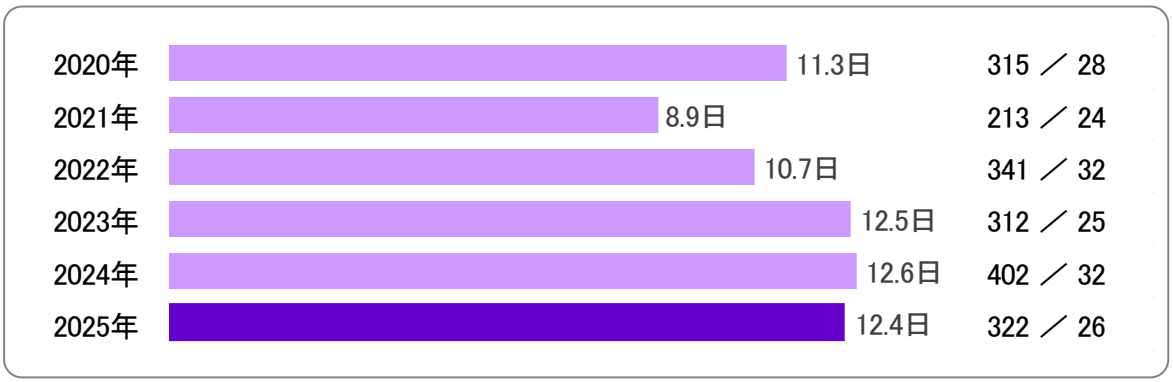
28. 脳腫瘍（010010）頭蓋内腫瘍摘出術 術後平均在院日数

当センターの入院費の計算は、DPC制度による算定方法で行われています。DPCでは「診断群分類」という、傷病名と治療内容に基づいたグループ分けが行われて、それぞれのグループ毎に１日あたりの入院費が決められています。表題の（010010）という数字は、診断群分類につけられている傷病名を表わすコードで、脳腫瘍であることを意味しています。

ここでは、傷病名が脳腫瘍である患者さんのうち、頭蓋内腫瘍摘出術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

脳腫瘍（010010）頭蓋内腫瘍摘出術 術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：頭蓋内腫瘍摘出術施行患者数

2025年度の脳腫瘍（010010）　頭蓋内腫瘍摘出術の術後平均在院日数は12.4日で、2024年度に比べて、0.2日短縮しました。なお、上記の平均在院日数は術後に追加の治療を行っていない場合であり、特に悪性の脳腫瘍は腫瘍の種類によって追加で化学療法や放射線治療が必要になってくるので、入院期間は上記よりも長くなります。

当センターでは小さな開頭で腫瘍を摘出する鍵穴手術の実施などにより、低侵襲で安全な手術を提供しています。

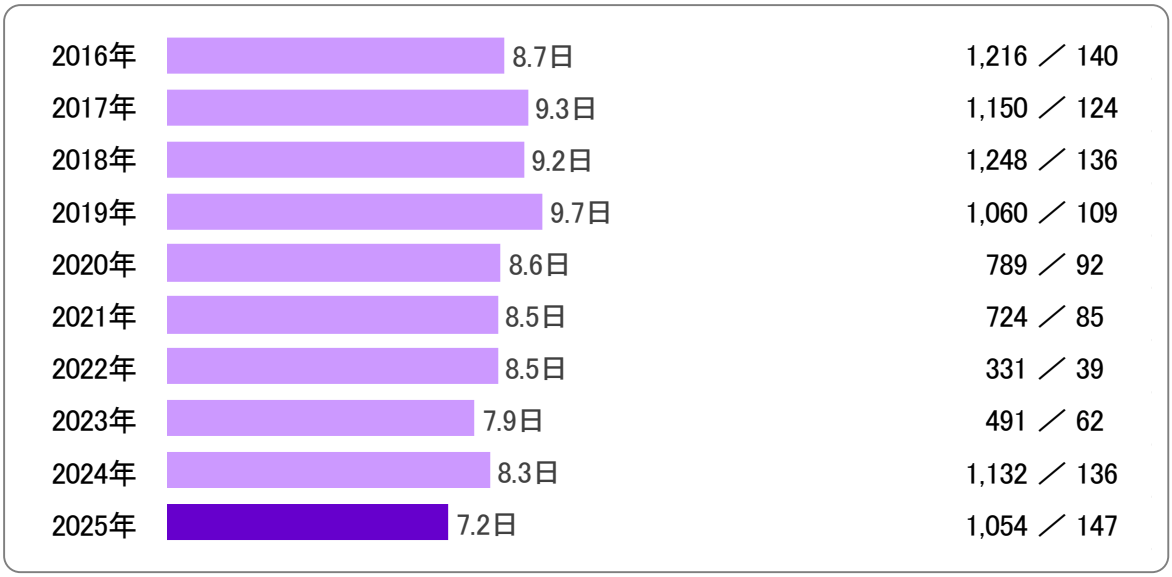
29. 肺の悪性腫瘍（040040）
肺切除術（胸腔鏡） 術後平均在院日数

ここでは、DPC・診断群分類の傷病名が肺の悪性腫瘍（040040）である患者さんのうち、胸腔鏡による肺切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

当センターで行われる肺の手術の多くは、胸腔鏡を用いたものです。胸腔鏡手術は、傷の大きさも従来の開胸手術より小さく、術後の痛みも抑えられます。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

肺の悪性腫瘍（040040）
肺切除術（胸腔鏡）術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：肺切除術（胸腔鏡）施行患者数

2025年度の肺の悪性腫瘍（040040）肺切除術（胸腔鏡）の術後平均在院日数は7.2日で、2024年度と比べて、1.1日短縮しました。

当センターでは呼吸器外科及び呼吸器内科が中心となって、どのような進行度の肺がんでも診察し、病状に合わせて治療方針を決定しています。

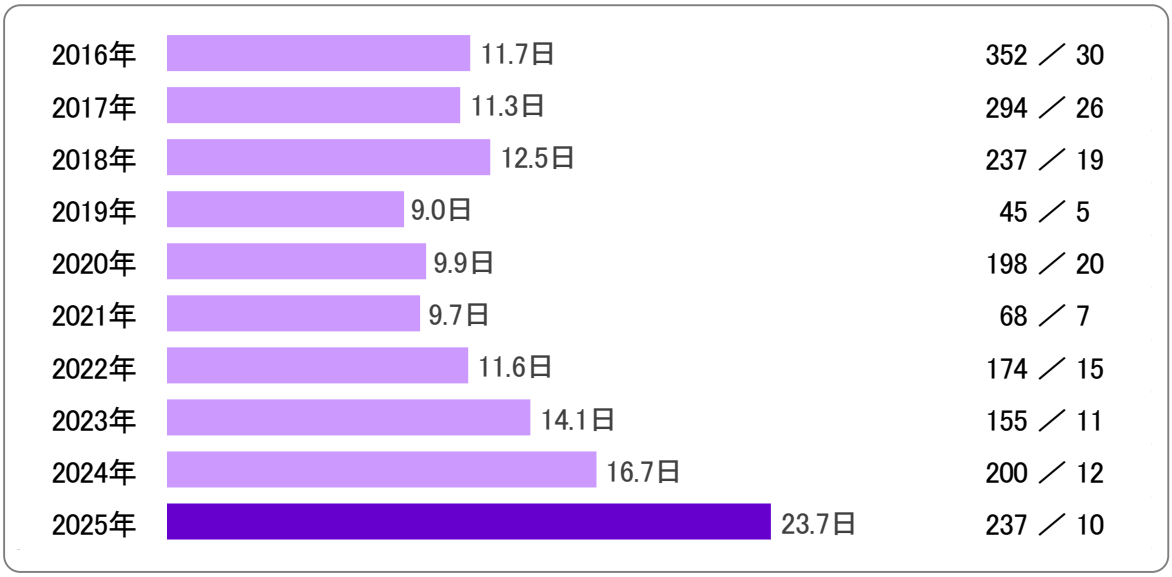
30. 胃の悪性腫瘍（060020）胃切除術 術後平均在院日数（開腹・腹腔鏡）

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が胃の悪性腫瘍（060020）である患者さんのうち、開腹及び腹腔鏡による胃切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

手術は胃がんの基本治療として、最も有効で確実な手段となっています。胃の切除範囲やリンパ節の郭清程度は、病変の占拠部位と広がり、進行度により決定されます。当センターでは腹腔鏡下・ロボット支援下による胃の切除術を積極的に行っています。

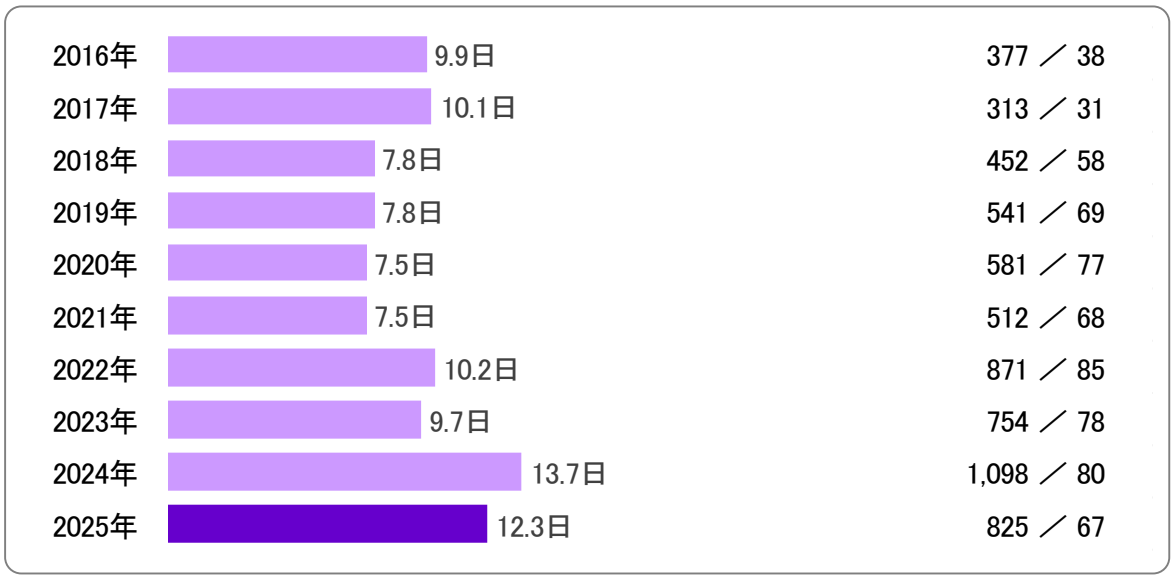
なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

胃の悪性腫瘍（060020）胃切除術（開腹） 術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：胃切除術施行患者数

胃の悪性腫瘍（060020）胃切除術（腹腔鏡）術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：胃切除術施行患者数

2025年度の胃の悪性腫瘍（060020）胃切除術の術後平均在院日数は開腹が23.7日、腹腔鏡が12.3日でした。2024年度に比べて、開腹では7.0日延長、腹腔鏡では1.4日短縮しました。開腹術の術後平均在院日数が大きく延びていますが、これは長期間入院していた患者さんがいたことに加えて、開腹手術の患者さんは少ないため、入院期間が大きく延びた患者さんが1名いるだけでも全体の平均在院日数に大きく影響することが要因としてあります。

腹腔鏡による手術は創が小さく、疼痛や術後回復に有利というメリットがあります。ただし、適応には病状や患者さんの全身状態なども関係してきますので、個々の患者さんと十分に相談して適応を決定するようにしています。

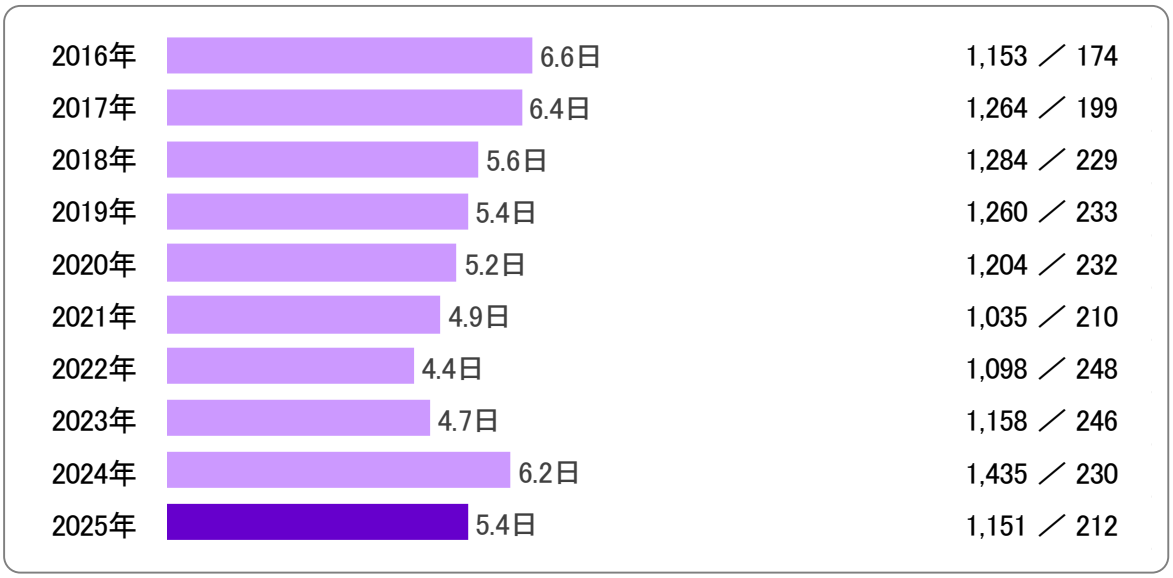
31. 胃の悪性腫瘍（060020）
内視鏡的切除術　術後平均在院日数

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が胃の悪性腫瘍（060020）である患者さんのうち、内視鏡的切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

早期の消化管がんに対する内視鏡治療には、従来の治療法である内視鏡的粘膜切除術（EMR）と、技術の進歩や新たに内視鏡機器が開発されたことによって行われるようになった内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）があります。ESDはEMRに比べて大きな早期がんを分割せずに一括で切除できるため、当センターでも積極的に行われています。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

胃の悪性腫瘍（060020）内視鏡的切除術
術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：内視鏡的切除術施行患者数

2025年度の胃の悪性腫瘍（060020）内視鏡的切除術の術後平均在院日数は5.4日でした。 2024年度に比べて0.8日短縮しました。術後在院日数はEMRに比べて難易度が高いESDの方が長くなる傾向があるため、切除術全体に占めるESDの割合によって術後平均在院日数に変化が出てきます。

当センターでは内視鏡検査・治療における診療機能の強化・充実を図るため、2009年4月に内視鏡科が開設され、内視鏡科及び消化器内科のスタッフが一体となって診療を行っています。

32. 大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍（060035）結腸切除術術後平均在院日数（開腹・腹腔鏡）

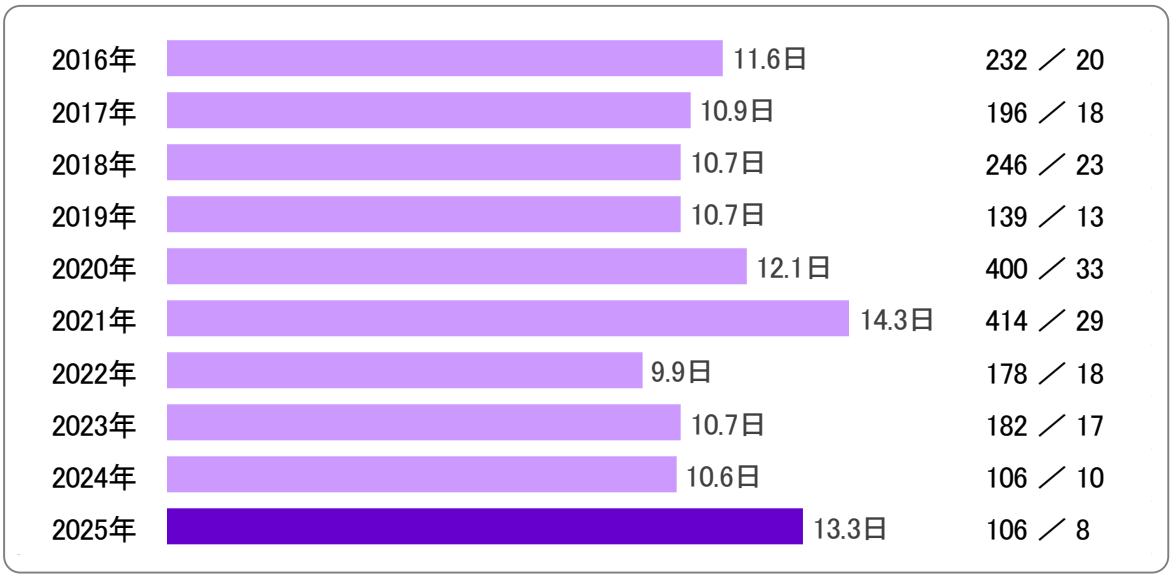
ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が大腸（上行結腸からＳ状結腸）の悪性腫瘍（060035）である患者さんのうち、開腹及び腹腔鏡による結腸切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

大腸とは通常、始部の盲腸から末端の肛門までを指しますが、DPCの（060035）は盲腸からＳ状結腸までの間にできた、結腸の悪性腫瘍を表しています。

腹腔鏡下の切除術については、通常の開腹手術に比べて痛みが少なく、結腸がんの手術でも行われています。また、当センターではロボット支援下による手術も積極的に行われています。

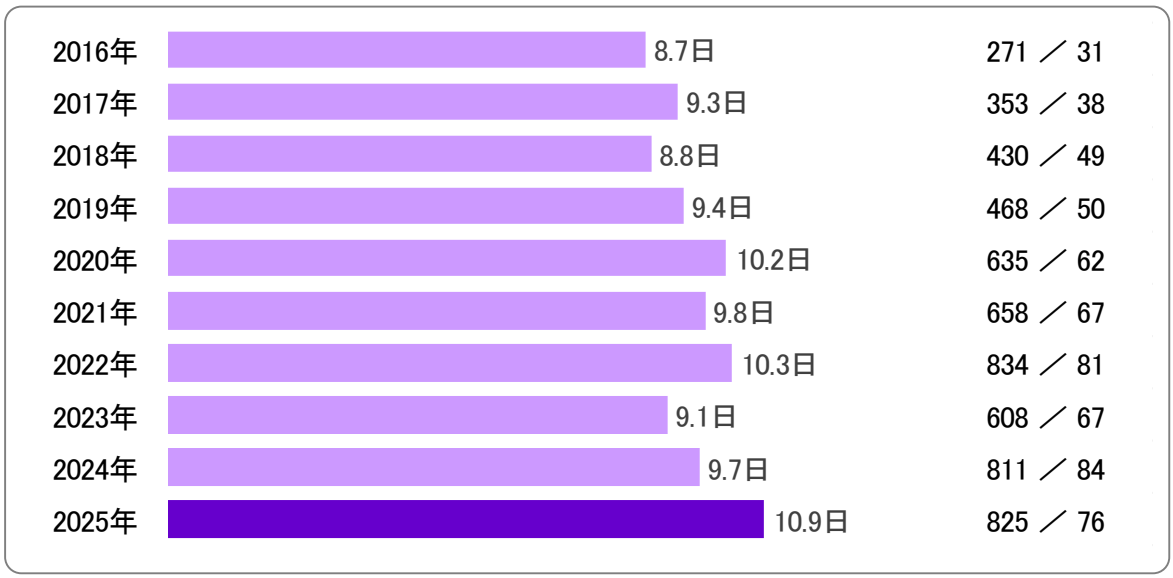
なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍（060035）結腸切除術、術後平均在院日数（開腹）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：結腸切除術施行患者数

大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍（060035）
結腸切除術、術後平均在院日数（腹腔鏡）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：結腸切除術施行患者数

2025年度の大腸（上行結腸からＳ状結腸）の悪性腫瘍（060035）結腸切除術の術後平均在院日数は開腹が13.3日、腹腔鏡が10.9日でした。2024年度に比べて、開腹では2.7日延長、腹腔鏡では1.2日延長しました。

結腸がんの治療においてもロボット支援下の手術など、先進的な技術の導入を行い、入院日数の削減や患者さんの負担軽減を実践しています。

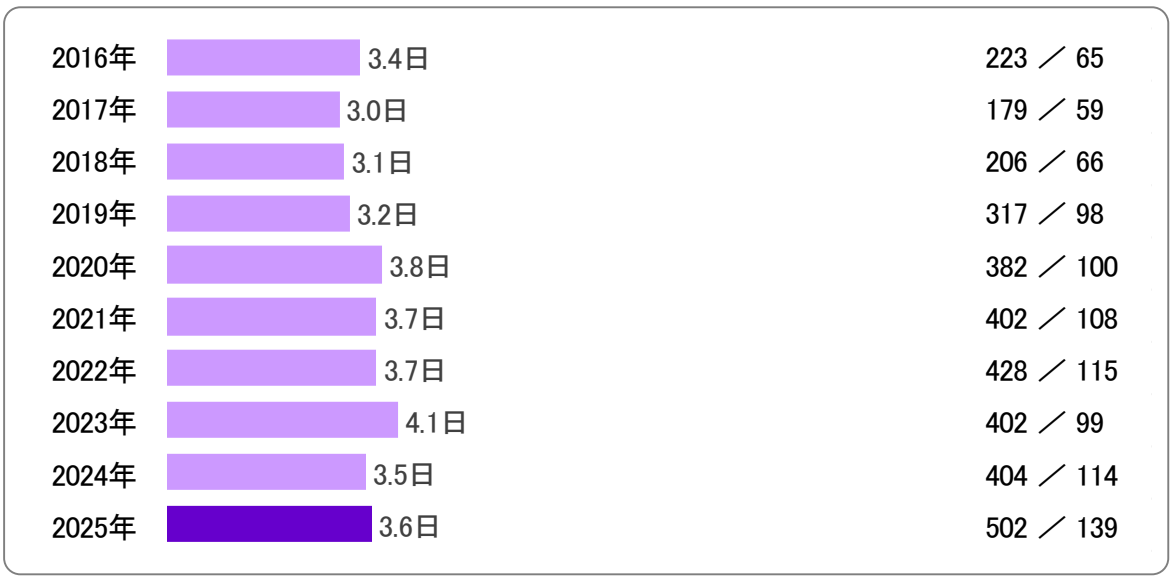
33. 大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍（060035）内視鏡的切除術術後平均在院日数

ここでは、傷病名が大腸（上行結腸からＳ状結腸）の悪性腫瘍（060035）である患者さんのうち、内視鏡的切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

胃と同様に、大腸の内視鏡切除でも、内視鏡的粘膜切除術（EMR）と粘膜下層剥離術（ESD）が行われています。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍（060035）内視鏡的切除術、術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：内視鏡的切除術施行患者数

2025年度の大腸（上行結腸からＳ状結腸）の悪性腫瘍（060035）内視鏡的切除術の術後平均在院日数は3.6日で、2024年度と比べて、0.1日延長しました。術後平均在院日数については、「31.胃の悪性腫瘍（060020）内視鏡的切除術術後平均在院日数」と同様に、切除術全体に占めるESDの割合によって変化します。

大腸のESDは2012年に保険収載された治療法となります。胃のESDとあわせて、当センターは全国でもトップレベルの治療件数をほこっています。

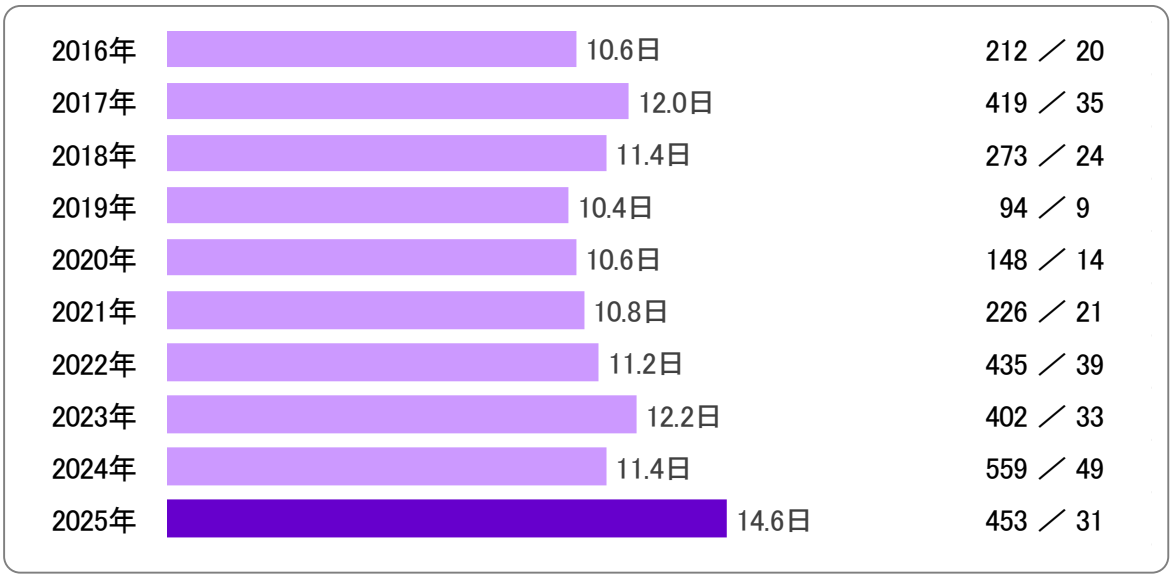
34. 直腸肛門(直腸S状結腸から肛門)の悪性腫瘍(060040)直腸切除術術後平均在院日数(腹腔鏡)

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が直腸肛門（直腸Ｓ状結腸から肛門）の悪性腫瘍（060040）である患者さんのうち、腹腔鏡による直腸切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。当センターの直腸切除術は多くは腹腔鏡下又はロボット支援下で行われています。

DPCの6桁コード（060040）は大腸の中でも直腸Ｓ状結腸から肛門までの間にできた悪性腫瘍を表しています。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

直腸肛門(直腸S状結腸から肛門)の悪性腫瘍(060040)直腸切除術(腹腔鏡)、術後平均在院日数



分子:対象患者の術後日数総計／分母:直腸切除術施行患者数

2025年度の直腸肛門（直腸Ｓ状結腸から肛門）の悪性腫瘍（060040）直腸切除術（腹腔鏡）の術後平均在院日数は14.6日でした。2024年度に比べて、3.2日延長しました。

大腸がんは治療技術の向上と集学的治療により、肛門に近いがんでも肛門機能を温存する術式が多くなり、永久人工肛門となられる方は少なくなってきています。当センターでも、進行度と病状・全身状態を考慮の上、できる限り従来の肛門機能を温存できるような術式を採用しています。

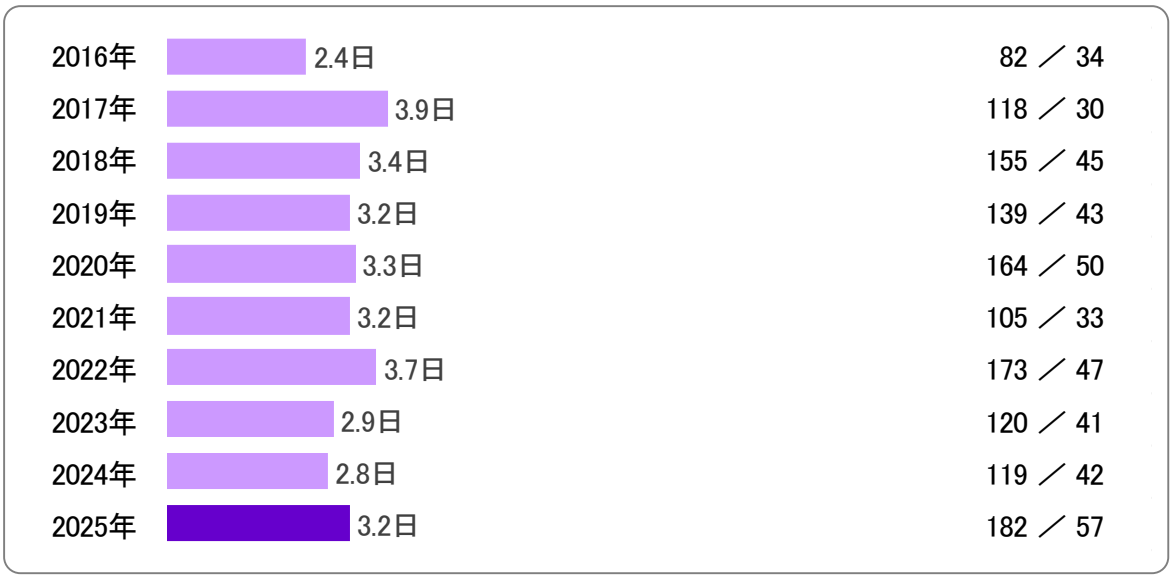
35. 直腸肛門(直腸S状結腸から肛門)の悪性腫瘍(060040)内視鏡的切除術術後平均在院日数

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が直腸肛門（直腸Ｓ状結腸から肛門）の悪性腫瘍（060040）である患者さんのうち、内視鏡的切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

胃と同様に、大腸の内視鏡切除でも、内視鏡的粘膜切除術（EMR）と粘膜下層剥離術（ESD）が行われています。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍(060040)内視鏡的切除術、術後平均在院日数



分子:対象患者の術後日数総計／分母:内視鏡的切除術施行患者数

2025年度の直腸肛門（直腸Ｓ状結腸から肛門）の悪性腫瘍（060040）内視鏡的切除術の術後平均在院日数は3.2日でした。 2024年度に比べて0.4日延長しました。

術後平均在院日数の変化については、前出の「31.胃の悪性腫瘍（060020）内視鏡的切除術術後平均在院日数」 「33.大腸（上行結腸からＳ状結腸）の悪性腫瘍（060035）内視鏡的切除術術後平均在院日数」と同様に、切除術全体に占めるESDの割合によって変化します。

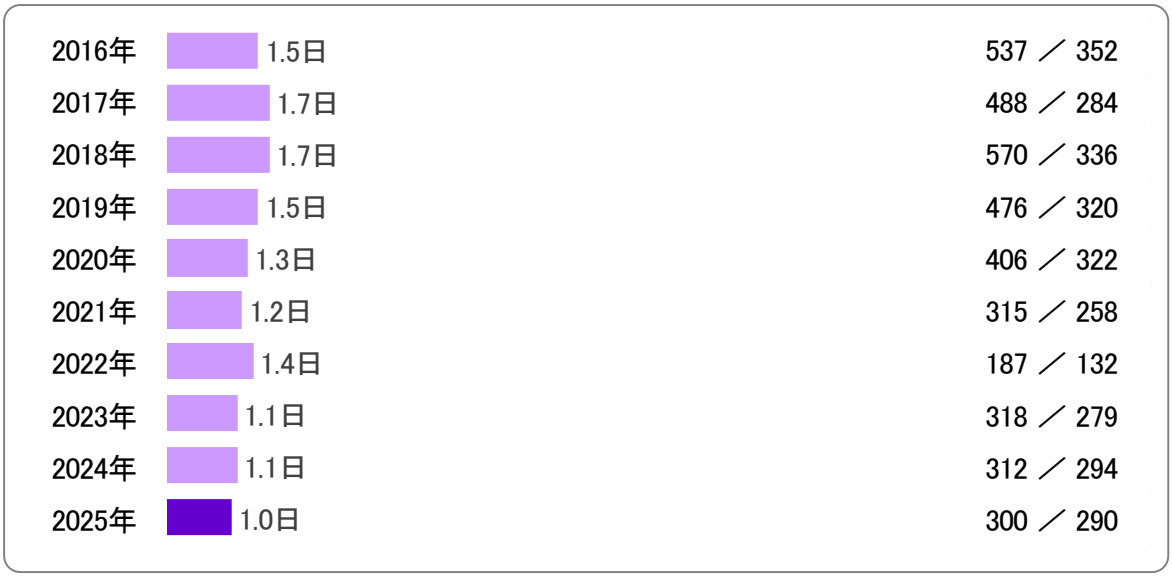
36. 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む）（060100）内視鏡的切除術　術後平均在院日数

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む）（060100）である患者さんのうち、内視鏡的切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

DPC・診断群分類ついて、大腸の悪性腫瘍は病変が発生した部位によってDPCの6桁コードがわかれています（060035、060040）が、良性腫瘍（腺腫、ポリープ等）は病変の発生した部位が小腸から肛門のどこにあっても一緒の分類（060100）となっています。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む）（060100）内視鏡的切除術、術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：内視鏡的切除術施行患者数

2025年度の小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む）（060100）内視鏡的切除術の術後平均在院日数は1.0日でした。経年的に大きな変化はありません。

良性腫瘍の術後平均在院日数は、悪性腫瘍の術後平均在院日数に比べて、短い傾向にあります。

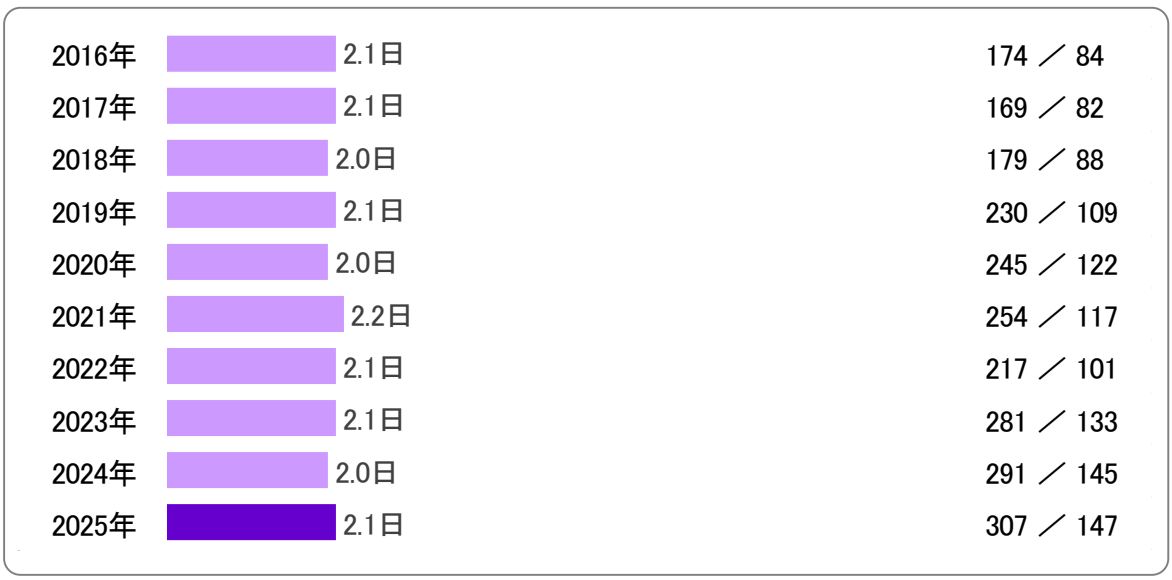
37. 乳房の悪性腫瘍（090010）
乳房部分切除術　術後平均在院日数
（腋窩郭清なし・あり）

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が乳房の悪性腫瘍（090010）である患者さんのうち、乳房部分切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

乳房の手術では、術中にセンチネルリンパ節生検を行い、腋窩リンパ節への転移を確認してから、腋窩郭清を行うかを決定していますが、腋窩郭清の有無が、術後の在院日数に影響を及ぼすため、両者を分けて集計しています。

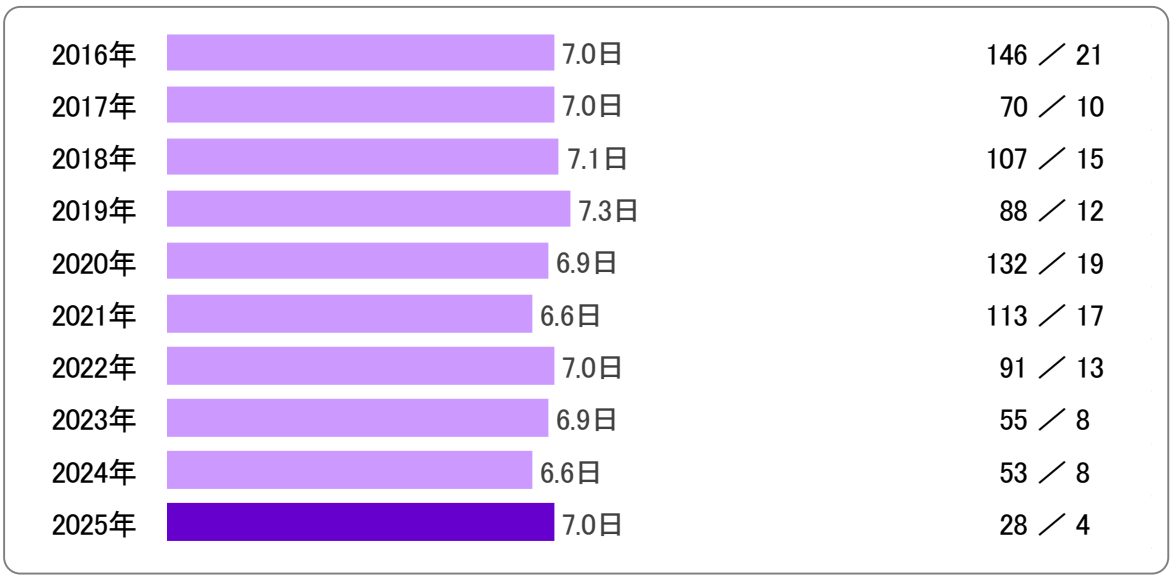
なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

乳房の悪性腫瘍（090010）乳房部分切除術
術後平均在院日数（腋窩郭清なし）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：乳房部分切除術（郭清なし）施行患者数

乳房の悪性腫瘍（090010）乳房部分切除術
術後平均在院日数（腋窩郭清あり）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：乳房部分切除術（郭清あり）施行患者数

2025年度の乳房の悪性腫瘍（090010）乳房部分切除術の術後平均在院日数は腋窩郭清なしが2.1日、腋窩郭清ありが7.0日でした。腋窩郭清がない場合は術後在院日数は2日、腋窩郭清がある場合は術後在院日数は7日前後で推移しています。

乳房部分切除術では、腋窩郭清の有無によって、術後の在院日数が約5日変わってくることが見てとれます。

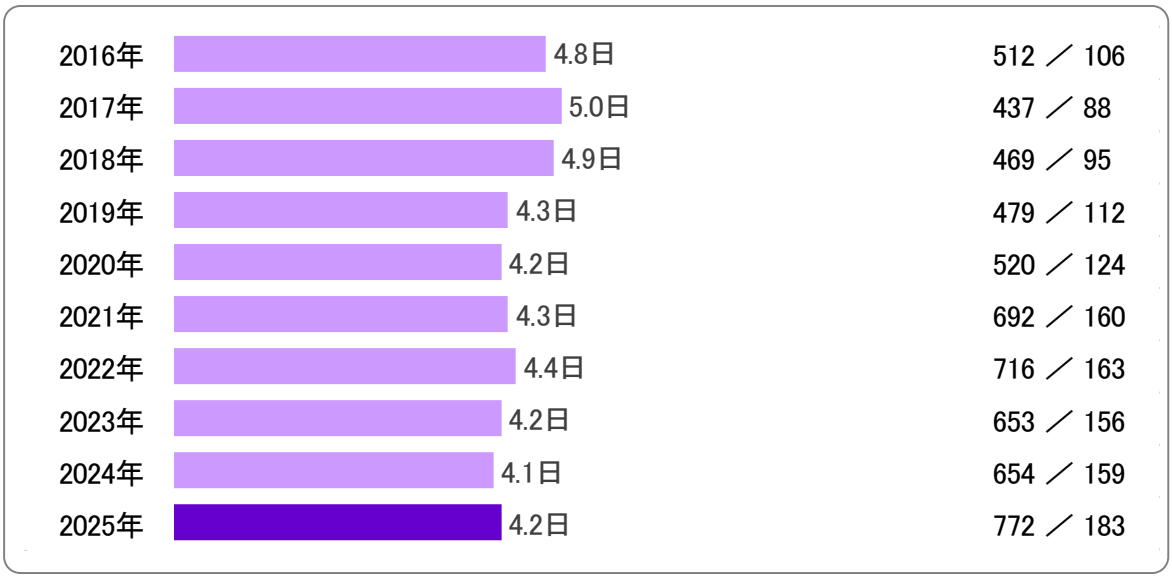
38. 乳房の悪性腫瘍（090010）乳房全摘術 術後平均在院日数（腋窩郭清なし・あり）

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が乳房の悪性腫瘍（090010）である患者さんのうち、乳房全摘術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

こちらの指標についても、腋窩郭清の有無が、術後の在院日数に影響を及ぼすため、両者を分けて集計しています。

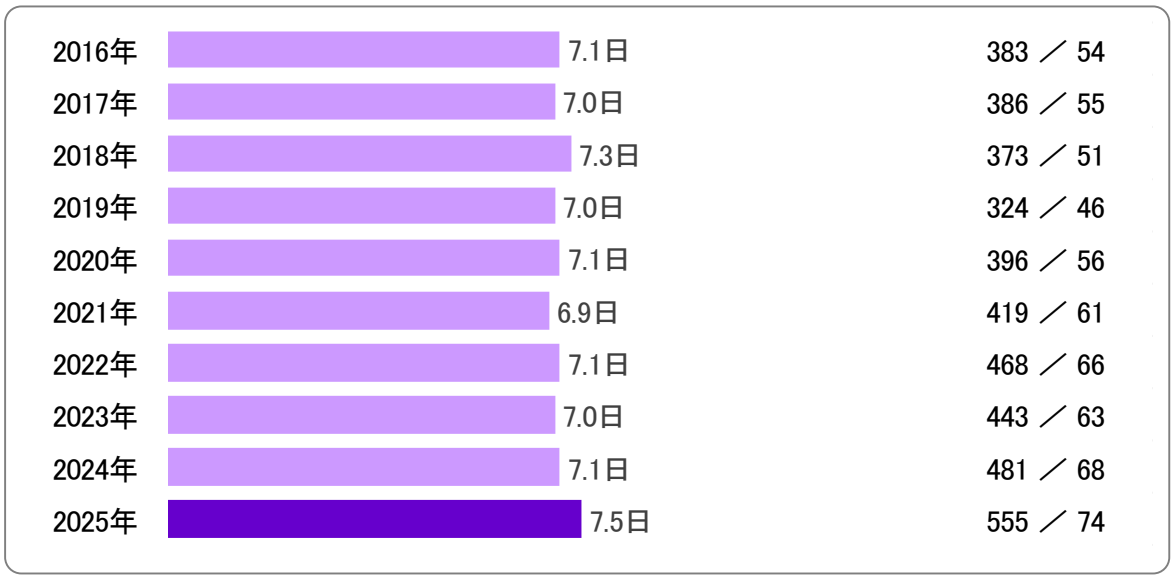
なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

乳房の悪性腫瘍（090010）乳房全摘術 術後平均在院日数（腋窩郭清なし）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：乳房全摘術（郭清なし）施行患者数

乳房の悪性腫瘍（090010）乳房全摘術 術後平均在院日数（腋窩郭清あり）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：乳房全摘術（郭清あり）施行患者数

2025年度の乳房の悪性腫瘍（090010）乳房全摘術の術後平均在院日数は腋窩郭清なしが4.2日、腋窩郭清ありが7.5日でした。

前出の「37.乳房の悪性腫瘍（090010）乳房部分切除術術後平均在院日数（腋窩郭清なし・あり）」と比べると、腋窩郭清のない場合では切除範囲の違いで術後の在院日数が2～3日変わるのに対し、腋窩郭清のある場合では切除範囲が変わっても術後の在院日数に違いはありませんでした。

当センターでは2013年度より形成外科が新設され、乳房切除術と同時に乳房再建術が可能となりました。

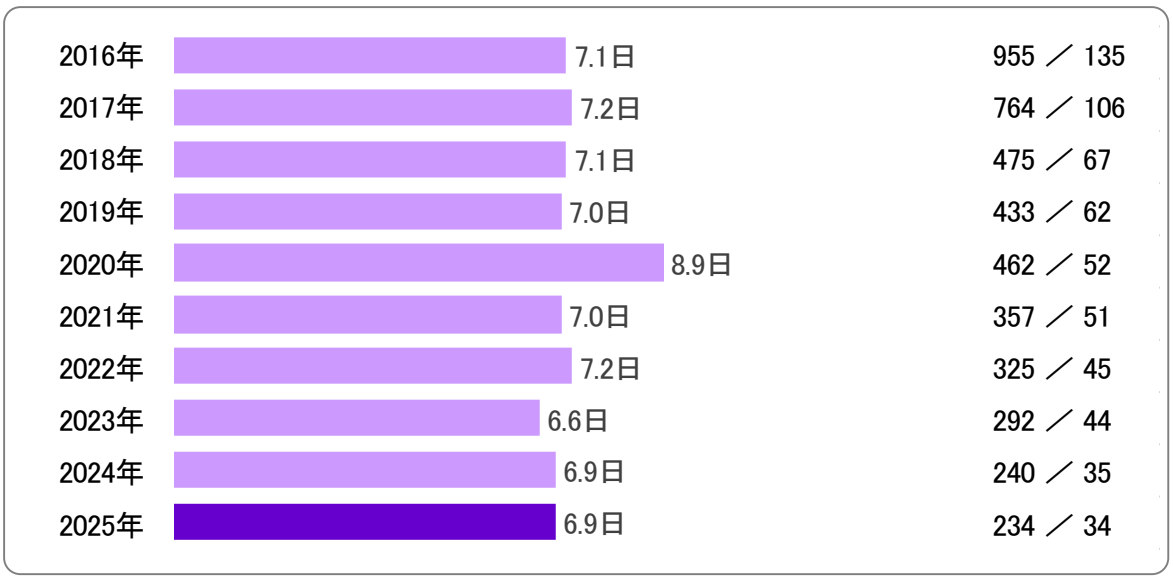
39. 膀胱腫瘍(110070)
経尿道的手術　術後平均在院日数

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が膀胱腫瘍（110070）である患者さんのうち、経尿道的手術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

経尿道的手術とは、尿道から内視鏡を挿入して、膀胱内にある腫瘍を切除する治療のことです。略称でTUR-Btともいいます。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

膀胱腫瘍(110070)経尿道的手術、術後平均在院日数



分子:対象患者の術後日数総計／分母:経尿道的手術施行患者数

2025年度の膀胱腫瘍（110070）経尿道的手術の術後平均在院日数は6.9日でした。長期間入院していた患者さんがいた2020年度を除き、術後平均在院日数は毎年7日前後で推移しています。

膀胱がんではTUR-Btを行い、その結果により、再発リスクが高い場合やTUR-Btでの根治が難しいと判断される場合は、BCG膀胱内注入療法や膀胱全摘+尿路変更術などの追加治療を提案する場合があります。

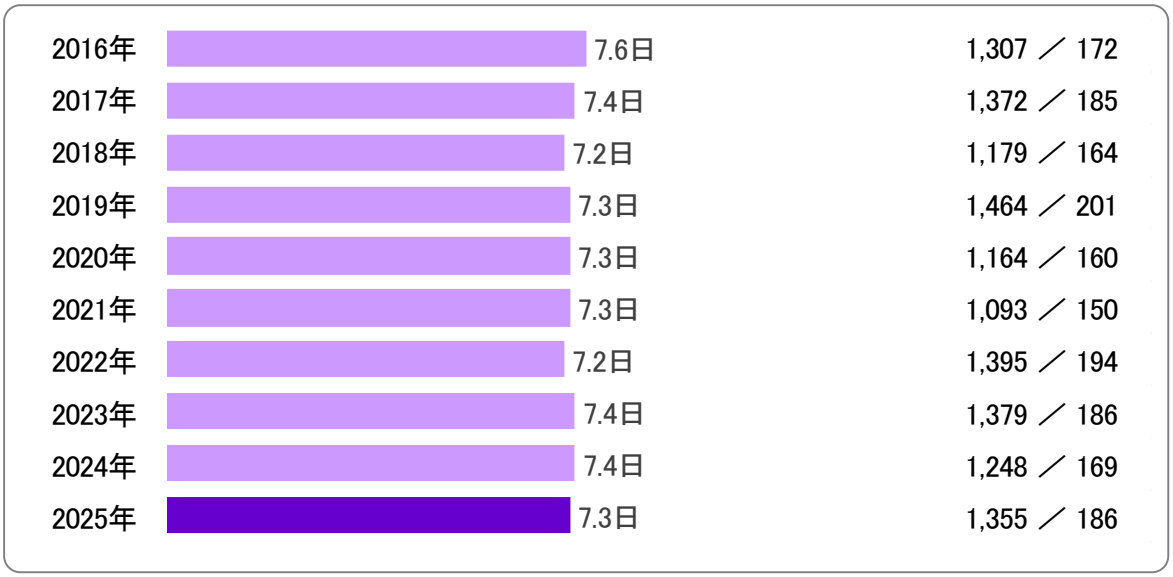
40. 前立腺の悪性腫瘍(110080) 前立腺悪性腫瘍手術 術後平均在院日数

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が前立腺の悪性腫瘍（110080）である患者さんのうち、前立腺悪性腫瘍手術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

当センターでは2011年9月からロボット支援腹腔鏡下手術を導入しており、2012年に保険収載された以降は、開腹手術よりも手術件数が多くなっています。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

前立腺の悪性腫瘍(110080)前立腺悪性腫瘍手術 術後平均在院日数



分子:対象患者の術後日数総計／分母:前立腺悪性腫瘍手術施行患者数

2025年度の前立腺の悪性腫瘍（110080）前立腺悪性腫瘍手術の術後平均在院日数は7.3日でした。経年的に大きな変化は見られません。

当センターでは前立腺がんや膀胱がんに対して、地域連携クリティカルパスを用いて、近隣医療機関との連携を進めています。

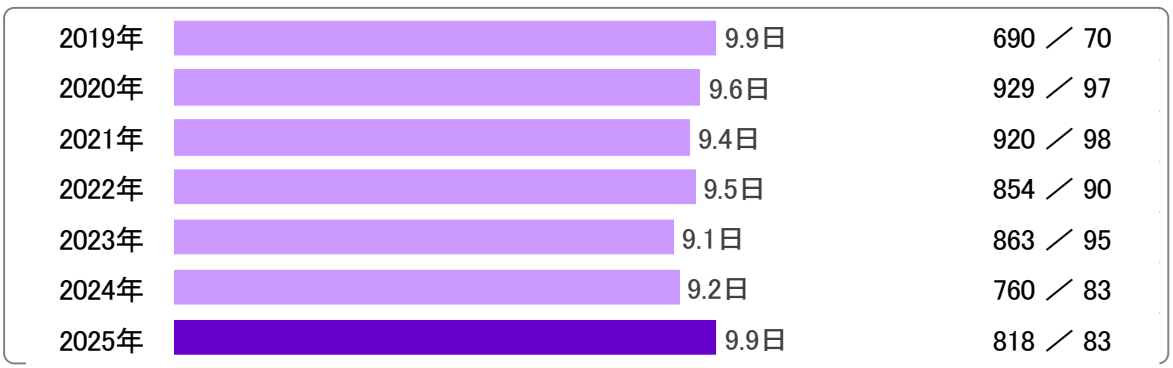
41. 子宮頸・体部の悪性腫瘍（12002x）子宮全摘術　術後平均在院日数（開腹・腹腔鏡）

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が子宮頸・体部の悪性腫瘍（12002ｘ）である患者さんのうち、子宮全摘術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。

子宮がんは、がんの発生する部位によって子宮頸がんと子宮体がんに分けられますが、DPCの分類では、一緒になっています。

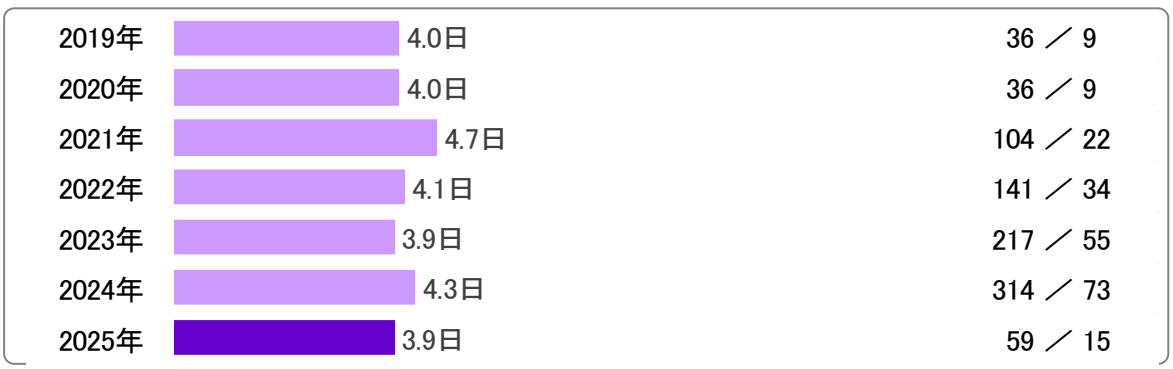
なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

子宮頸・体部の悪性腫瘍（12002x）子宮全摘術 術後平均在院日数（開腹）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：子宮全摘術施行患者数

子宮頸・体部の悪性腫瘍（12002x）子宮全摘術 術後平均在院日数（腹腔鏡）



分子：対象患者の術後日数総計／分母：子宮全摘術施行患者数

2025年度の子宮頸・体部の悪性腫瘍（12002ｘ）子宮全摘術の術後平均在院日数は開腹が9.9日、腹腔鏡が3.9日でした。2024年度に比べて、開腹では0.7日延長、腹腔鏡では0.4日短縮しました。子宮がんの腹腔鏡手術は適応が早期のがんに限られているため、進行がんの患者さんに対しても行われる開腹手術に比べて、術後平均在院日数が短くなっています。

婦人科では、どの治療の患者さんに対しても、可能な限り低侵襲治療を行い、機能温存につとめています。

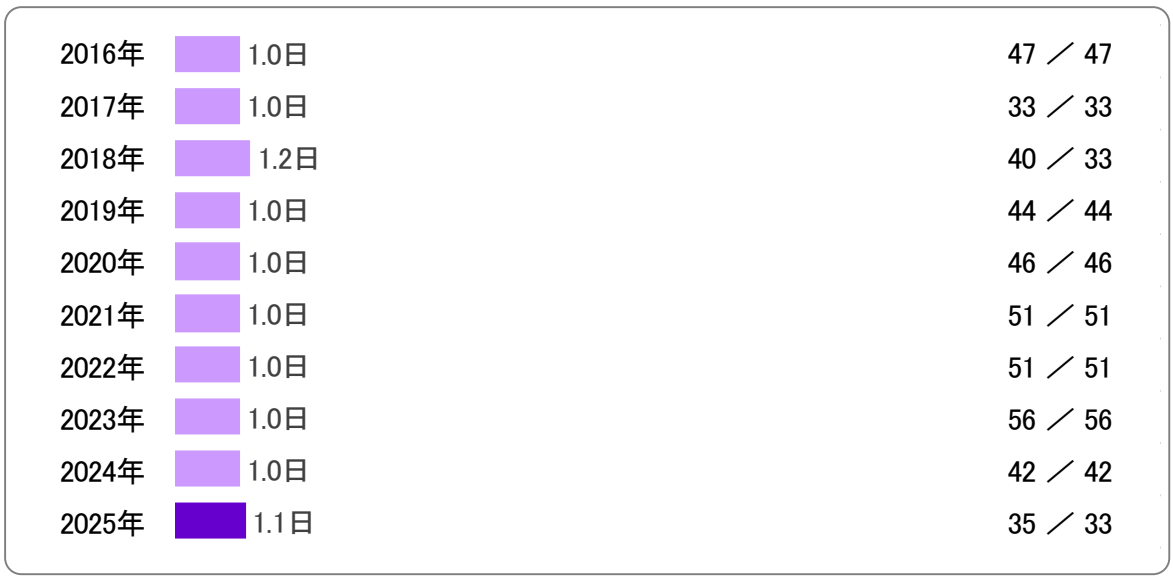
42. 子宮頸･体部の悪性腫瘍（12002x又は120020）子宮頸部切除術　術後平均在院日数

ここでは、 DPC・診断群分類の傷病名が子宮頸・体部の悪性腫瘍（12002ｘ又は120020）である患者さんのうち、子宮頸部切除術を行った患者さんの術後の平均在院日数について見ることができます。ちなみに、2011年度の診断群分類では120020、2012年度以降の分類では12002ｘが子宮がんを表しています。

当センターでは子宮頸部の初期病変（高度異形成、上皮内癌、微小浸潤癌）に対しては、高周波ループ型レーザーメスを用いた子宮頸部円錐切除術（LEEP）を行っています。

なお、診断群分類は治療内容によって変わるため、手術のみを実施した場合と、術後に化学療法や放射線治療を実施した場合では異なってきます。この指標では手術前後に追加の治療を行っておらず、入院期間に影響する合併症もない診断群分類に該当する患者さんを集計の対象としています。

子宮頸･体部の悪性腫瘍（12002x又は120020）子宮頸部切除術、術後平均在院日数



分子：対象患者の術後日数総計／分母：子宮頸部切除術施行患者数

2025年度の子宮頸・体部の悪性腫瘍（12002ｘ又は120020）子宮頸部切除術の術後平均在院日数は1.1日でした。経年的に大きな変化はありません。

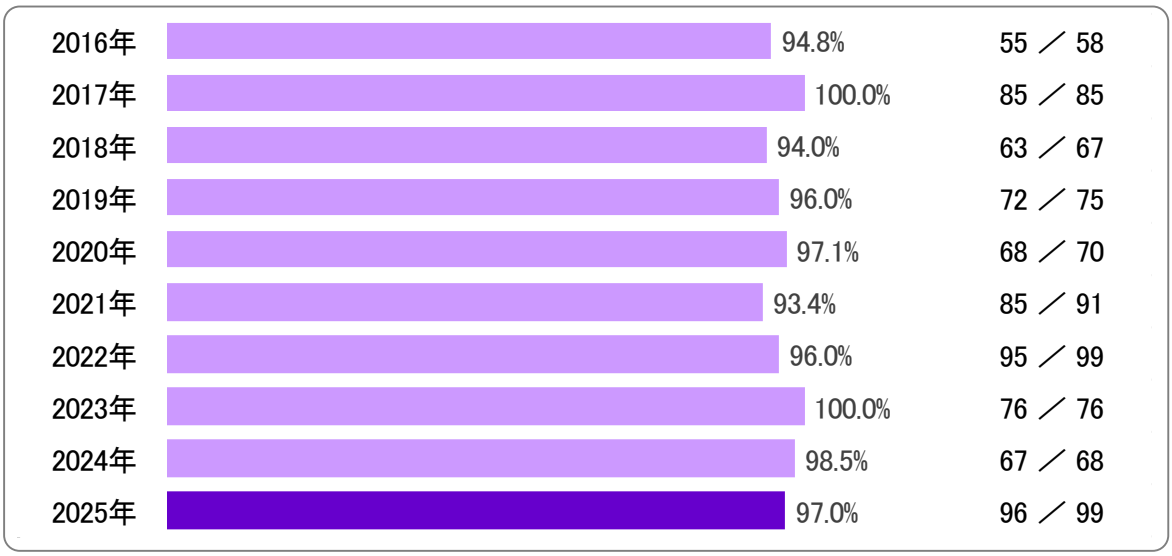
当センターは1泊2日入院でLEEPを行っています。

43.　ESD（食道・胃・大腸）の完全一括切除率

ここでは、消化管の早期がんの患者さんに対して行われたESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）のうち、術後の病理診断の結果、完全一括切除と診断された割合について見ることができます。

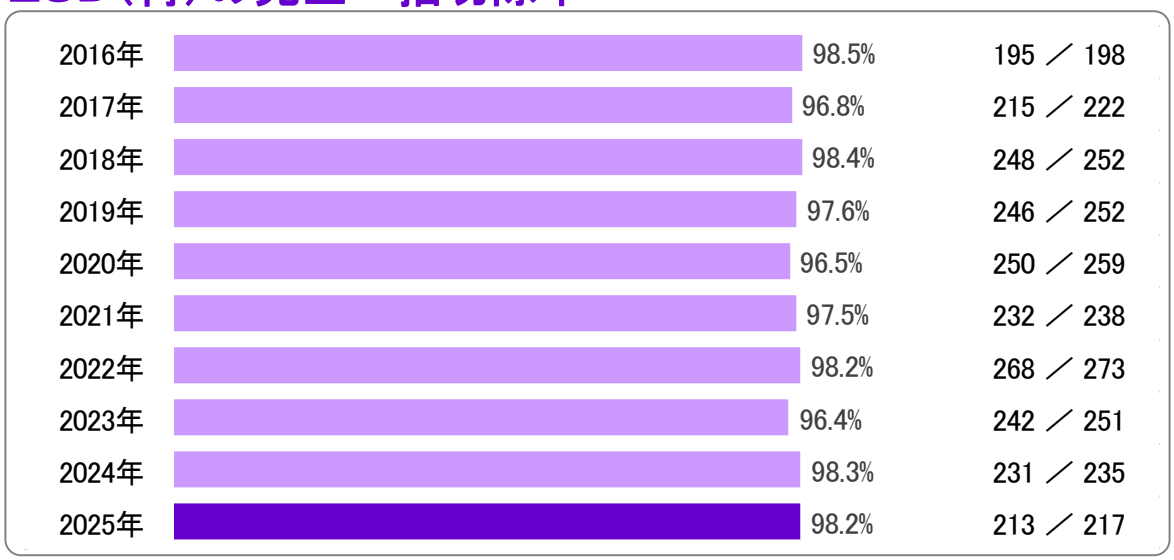
ESDはEMR（内視鏡的粘膜切除術）に比べて大きな病変を分割せずに一括で切除できる手法ですが、完全一括切除とは、病変が一括で切除されており、かつ、切除された組織の断面に病変が見えていないものを指します。完全一括切除率はESDの治療成績を示す指標となります。

ESD（食道）の完全一括切除率



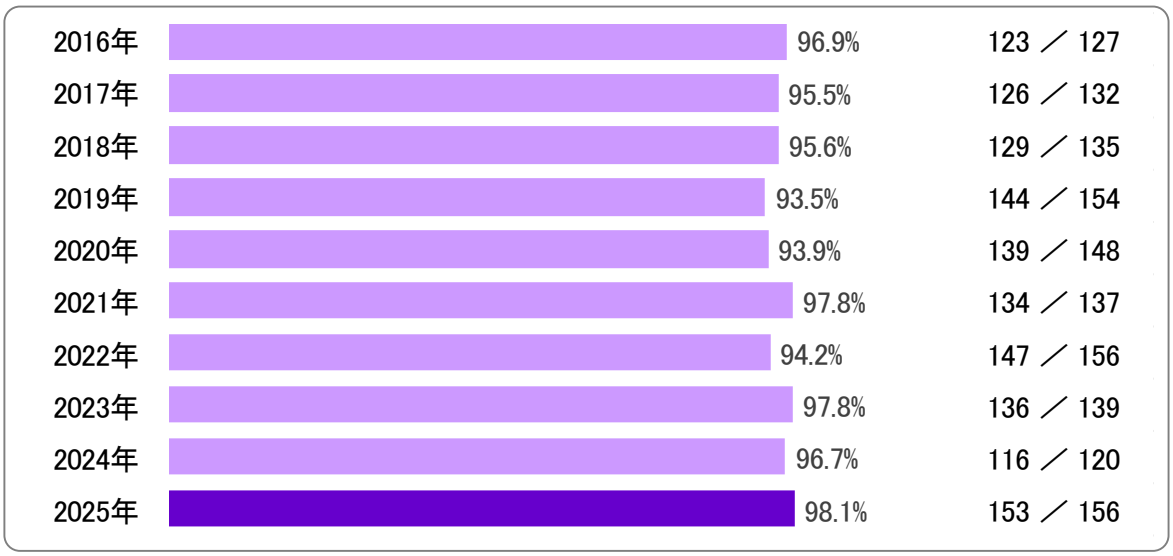
分子：分母のうち、完全一括切除と診断された患者数／分母：ESDを実施した患者数

ESD（胃）の完全一括切除率



分子：分母のうち、完全一括切除と診断された患者数／分母：ESDを実施した患者数

ESD（大腸）の完全一括切除率



分子：分母のうち、完全一括切除と診断された患者数／分母：ESDを実施した患者数

2025年度のESDの完全一括切除率は食道のESDで97.0%、胃のESDで98.2%、大腸のESDで98.1%でした。

技術の進歩により内視鏡治療の適応となる患者さんは増えましたが、ESD後の病理診断により、内視鏡治療ではがんが取り切れなかったと診断されることもあります。さらなる完全一括切除率の向上を目指すためには、正確な治療前の診断と質の高い治療が重要になります。

千葉県がんセンター
医療の質指標　2025年
編　集：医療の質・安全管理委員会　医療の質検討部会
発行元：千葉県がんセンター
発行日：2026年10月


CHIBA CANCER CENTER