

小児がん拠点病院 現況報告書

令和6年9月1日時点について記載

病院名	名古屋大学医学部附属病院											
よみがな	なごやだいがくいがくぶふぞくびょういん											
郵便番号	〒	466-8560										
住所	愛知県	名古屋市昭和区鶴舞町65番地										
よみがな	なごやししょうわくつるまいちょう65ばんち											
電話(代表)	052-741-2111											
FAX(代表)	052-744-2785											
e-mail(代表)												
HPアドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/											
診療科	開設診療科数	35										
診療科名(具体的に記載)	血液内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、腎臓内科、精神科、親と子どもの心療科、小児科、放射線科、老年内科、脳神経内科、総合診療科、救急科、血管外科、移植外科、消化器・腫瘍外科(肝胆膵)、消化器・腫瘍外科(消化管)、乳腺・内分泌外科、整形外科、リウマチ科、手の外科、産科婦人科、眼科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻いんこう科、麻酔科、歯科口腔外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓外科、形成外科、小児外科、リハビリテーション科											
外来診療受付時間	曜日	月曜日～金曜日	時間	8	時	30	分	～	11	時	00	分
	曜日		時間		時		分	～		時		分
	曜日		時間		時		分	～		時		分
	曜日		時間		時		分	～		時		分
	曜日		時間		時		分	～		時		分
	曜日		時間		時		分	～		時		分
休診日	毎週 土・日曜日、その他(祝日・年末年始)											
初診時の予約	すべての診療科で必要			(すべての診療科で必要／一部の診療科で必要／不要)								
初診時の紹介状の要否	すべての診療科で必要			(すべての診療科で必要／一部の診療科で必要／不要)								
病床数	総病床数	1,080	床									

診療実績（令和5年1月1日～12月31日）

施設全体の入院患者延べ数（18歳以下）※1	3,095	人
施設全体の入院患者実数（18歳以下）※1	1,957	人
小児がん入院患者延べ数 ※2	761	人
小児がん入院患者実数 ※2	201	人
小児がん入院患者在院延べ日数 ※3	14,893	日
外来小児がん患者数 ※4	12,337	人
緩和ケアチームが新規で診療を実施した小児がん患者数 ※5	6	人
セカンドオピニオンの対応を行った小児がん患者数 ※6	13	人
他施設から紹介され受け入れた小児がん患者数 ※7	97	人
小児がん患者の紹介を受けた医療機関数 ※8	55	機関
小児がん患者の他施設への紹介患者数 ※9	16	人
小児がん患者を紹介した医療機関数 ※8	10	機関

※1 当該医療機関で入院加療を行う入院時18歳以下の患者の延べ数と実数をそれぞれ計上する。令和5年1月1日以降に入院した患者を数える。
入院した患者がその日のうちに退院あるいは死亡した場合も1人と計上する。
入院患者延べ数については、当該年に同一患者が2回入院した場合は2人とする。（入院日数によらず、1回の入院あたり1人を計上する。）

※2 当該医療機関で入院加療を行う入院時18歳以下の患者のうち、小児がん患者（「診断時18歳以下のがん患者」と定義する）の延べ数と実数をそれぞれ計上する。令和5年1月1日以降にがんの診療を目的として入院した患者を数える。
骨折での入院のような他疾患の治療目的での入院は除外するが、フォローアップ検査等での入院は含む。
入院した患者がその日のうちに退院あるいは死亡した場合も1人と計上する。
入院患者延べ数については、当該年に同一患者が2回入院した場合は2人とする。（入院日数によらず、1回の入院あたり1人を計上する。）

※3 当該医療機関で入院加療を行う入院時18歳以下の患者のうち、小児がん患者（「診断時18歳以下のがん患者」と定義する）の在院延べ日数を計上する。
前年から入院している症例は、1月1日を起算日とする。翌年まで入院している場合は12月31日を退院日としてカウントする。
当該期間内のがんの診療目的での入院を数える。（他疾患の治療目的(例:骨折にて入院)での入院は除外、フォローアップ検査等は含む）
（入院した患者がその日のうちに退院あるいは死亡した場合も1日と計上する。）
（入院時点で診断がなされていない場合は、がんの診断日を入院初日とする。）

※4 診断時18歳以下を対象とする。初診料もしくは再診料を算定した小児がん患者の延べ数を記入する。
同一患者が2つ以上の診療科を受診した場合は、それぞれの患者として計上する。

※5 診断時18歳以下を対象とし、総数(実数)を計上する。終末期の患者だけではなく、緩和ケアチームが検討した結果、診察・薬剤・リハビリなど診療行為の対象となった患者を含むが、カンファレンスのみを行い、実際の診療行為が行われていない患者は含まない。

※6 診断時18歳以下を対象とし、延べ数を計上する。なお、当該年に2回セカンドオピニオンを行った患者は、2人と計上する。

※7 診断時18歳以下を対象とし、延べ数を計上する。なお、フォローアップ目的の紹介を含む。

※8 重複のない実数を計上する。

※9 診断時18歳以下を対象とし、延べ数を計上する。なお、紹介時には18歳を超えていても構わないが、がんに関連しない疾患での紹介(齲歯に対する歯科診療など)は含めない。転院目的での紹介は含むが、同時期に複数病院へ同一内容で紹介した場合は1人と計上する(同時期に異なる内容で紹介または異なる時期に同一内容で紹介の場合は別で計上する)。

小児がんに関する専門外来の名称

小児科外来、長期フォローアップ外来、外来化学療法室

職員数

総数(事務職員を含む)

3,220 人	
人数	うち常勤(※)
医師	485
歯科医師	19
薬剤師	87
保健師	0
看護師	1,132
准看護師	1
理学療法士	38
作業療法士	8
視能訓練士	10
言語聴覚士	6
義肢装具士	0
診療放射線技師	76
臨床検査技師	74
衛生検査技師	0
臨床工学技士	43
管理栄養士	10
栄養士	0
社会福祉士	12
精神保健福祉士	1
公認心理師	5
介護福祉士	0
保育士	5
その他の職種	329

※常勤とは当該医療機関で定めている1週間の就業時間すべてを勤務している者をいい、正規・非正規は問わないものとする。ただし、当該医療機関で定めている就業時間が32時間に満たない場合は、常勤とはみなさない。

	人数	うち常勤(※)
一般社団法人日本小児血液・がん学会 小児血液・がん専門医	5	5
一般社団法人日本小児血液・がん学会 小児がん認定外科医	3	3
一般社団法人日本小児外科学会 小児外科専門医	5	5
公益社団法人日本小児科学会 小児科専門医	48	48
一般社団法人日本小児神経学会 小児神経専門医	5	5
一般社団法人日本脳神経外科学会 脳神経外科専門	49	18
一般社団法人日本病理学会 病理専門医	7	6
公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診専門医	9	7
一般社団法人日本血液学会 血液専門医	30	19
一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会 造血細胞移植認定医	7	7
公益社団法人日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医	15	11
一般社団法人がん治療認定医機構 がん治療認定医	58	43
公益社団法人日本放射線腫瘍学会・公益社団法人日本医学放射線学会 共同 放射線治療専門医	8	5
公益社団法人日本医学放射線学会 放射線診断専門医	24	22
特定非営利活動法人日本緩和医療学会 緩和医療専門医	1	0
特定非営利活動法人日本緩和医療学会 緩和医療認定医	1	0
一般社団法人日本内分泌学会 内分泌代謝科(小児科)専門医	0	0
特定非営利活動法人日本小児循環器学会 小児循環器専門医	5	5
一般社団法人日本小児麻酔学会 認定医	5	5
公益社団法人日本看護協会 がん看護専門看護師	3	3
公益社団法人日本看護協会 小児看護専門看護師	2	2
公益社団法人日本看護協会 地域看護専門看護師	0	0
公益社団法人日本看護協会 がん化学療法看護認定看護師 または がん薬物療法認定看護師	3	2
公益社団法人日本看護協会 緩和ケア認定看護師 または がん性疼痛看護認定看護師	1	1
公益社団法人日本看護協会 がん放射線療法看護認定看護師	0	0
公益社団法人日本看護協会 摂食・嚥下障害看護認定看護師	3	3
公益社団法人日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師	4	4
特定非営利活動法人日本小児がん看護学会 小児がん看護師	0	0
一般社団法人日本輸血・細胞治療学会 臨床輸血看護師	0	0
一般社団法人日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師	1	1
一般社団法人日本医療薬学会 がん専門薬剤師	6	6
公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞検査士	6	6
一般財団法人 医学物理士認定機構 医学物理士	6	6
一般社団法人日本放射線治療専門放射線技師認定機構 放射線治療専門放射線技師	3	3
公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会 臨床心理士	9	5

※常勤とは当該医療機関で定めている1週間の就業時間すべてを勤務している者をいい、正規・非正規は問わないものとする。ただし、当該医療機関で定めている就業時間が32時間に満たない場合は、常勤とはみなさない。

一般社団法人 日本病態栄養学会/
 公益社団法人 日本栄養士会 がん病態栄養専門管理栄養士

一般社団法人日本人類遺伝学会
 /一般社団法人日本遺伝カウンセリング学会 認定遺伝カウンセラー

特定非営利活動法人子ども療養支援協会 子ども療養支援士

一般社団法人日本チャイルド・ライフ・スペシャリスト 認定チャイルド・ライフ・スペシャリスト

特定非営利活動法人日本ホスピタル・プレイ協会 ホスピタル・プレイ・スペシャリスト
 (日本でカリキュラム受講・資格を取得した者)

ホスピタル・プレイ・スペシャリスト
 (英国でカリキュラム受講・資格取得をした者、health play specialistを含む)

1	1
3	3
0	0
3	3
0	0
0	0

1 診療体制		A	必須 原則 望ましい 参考	はい:記載内容を満たしている いいえ:記載内容を満たしていない
(1) 診療機能				
① 集学的治療の提供体制および標準的治療等の提供				
ア	小児がんについて、手術療法、放射線療法および薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療および緩和ケアを提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等小児がん患者の状態に応じた適切な治療を提供している。 専門とするがんについて別紙1に記載すること。	A	はい	(はい/いいえ)
			別紙1	
イ	小児がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、以下のカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的開催している。また、検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有している。 i 個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス ii 個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた、症例への対応方針を検討するカンファレンス iii 手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師とその他の専門に異なる医師等による、骨転移・原発不明がん・希少がんなどに関して臓器横断的に小児がん患者の診断及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンス iv 臨床倫理的、社会的な問題を解決するための、具体的な事例に則した、患者支援の充実や多職種間の連携強化を目的とした院内全体の多職種によるカンファレンス iv のカンファレンスの開催回数（令和5年1月1日～12月31日）	A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
		-	51	回
ウ	院内の他診療科や、小児がん連携病院、がん診療連携拠点病院等、地域の医療機関と協力し、小児がん患者に対して、移行期医療や成人後の晩期合併症対応等も含めた長期フォローアップ体制を構築している。 自ら病歴を確保・保存することや疾病理解、健康管理などに関する患者教育、患者啓発に努めている。 長期フォローアップ外来（小児がん経験者の健康管理、晩期合併症の予防、疾病の早期発見・早期治療のための外来）を開設している。	A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
		-	はい	(はい/いいえ)
エ	AYA世代にあるがん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築している。	A	はい	(はい/いいえ)
オ	急変時等の緊急時に小児がん患者が入院できる体制を確保している。	A	はい	(はい/いいえ)
カ	地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画している。 対象となりうる患者および家族には必ずがん治療開始前に適切な情報提供を行い、患者等の希望も踏まえた妊孕性（注5）温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供・意思決定支援を行う体制を整備している。 自施設において、がん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成に努めている。 がんの治療に際する妊孕性温存治療を自施設で実施できる。 生殖機能の温存の支援を行った患者数やその体制について別紙2に記載すること。	A	はい	(はい/いいえ)
		-	はい	(はい/いいえ)
			別紙2	
キ	保険適用外の免疫療法等について、治験、先進医療、臨床研究法（平成29年法律第16号）で定める特定臨床研究または再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号）に基づき提供される再生医療等の枠組み以外の形では、実施・推奨していない。	A	はい	(はい/いいえ)
② 薬物療法の提供体制				
	薬物療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置している。	A	はい	(はい/いいえ)
③ 緩和ケアの提供体制				
ア	小児がん診療に携わる全ての診療従事者により、全ての小児がん患者に対し適切な緩和ケアが提供される体制を整備している。 上記を支援するために、組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームを整備している。 自施設で対応できない場合には地域のがん診療連携拠点病院等との連携体制を整備している。 (30.31がともに"はい"の場合には、"いいえ"を選択してください) 緩和ケアチームの組織・体制について別紙3に記載すること。	A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
		-	いいえ	(はい/いいえ)
			別紙3	
イ	外来において専門的な小児の緩和ケアを提供できる体制を整備している。 緩和ケア外来について別紙4に記載すること。	B	はい	(はい/いいえ)
			別紙4	
ウ	緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医および看護師等が参加する症状緩和に関するカンファレンスを定期的開催している。 緩和ケアチームによるカンファレンスを開催した回数（令和5年1月1日～12月31日）	A	はい	(はい/いいえ)
		-	54	回
エ	院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、小児がん患者およびその家族等に対し必要な情報提供を行っている。 情報提供の手段について簡潔に記載すること（例：医療機関のwebサイトに掲載）	A	はい	(はい/いいえ)
		-	院内掲示、医療機関のWEBサイトに掲載	
オ	小児がん連携病院やかかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医および看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明および指導を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
カ	小児の緩和ケアに関する要請および相談に関する受付窓口を設けるなど、小児がん連携病院や地域の医療機関および在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備している。 緩和ケア病棟について別紙5に記載すること。	A	はい	(はい/いいえ)
			別紙5	
④ 地域連携の推進体制				
ア	小児がん連携病院や地域の医療機関から紹介された小児がん患者の受け入れを行っている。 また、小児がん患者の状態に応じ、小児がん連携病院や地域の医療機関等へ小児がん患者の紹介を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
イ	小児がんの病理診断又は画像診断に関する依頼や手術療法、放射線療法又は薬物療法に関する相談など、小児がん連携病院や地域の医療機関等の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備している。 なお、がんゲノム医療中核拠点病院等と連携して、がん遺伝子パネル検査等に試料を提出するための体制も整備している。	A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
⑤ セカンドオピニオンの提示体制				
ア	医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべての小児がん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明している。 その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意している。	A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
イ	小児がんについて、手術療法、放射線療法又は薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示する体制を有している。 また、小児がん連携病院がセカンドオピニオンを提示する体制を構築できるよう適切な指導を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
		A	はい	(はい/いいえ)
ウ	セカンドオピニオンを提示する場合に、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している。 セカンドオピニオンの提示体制、問い合わせ窓口について別紙6に記載すること。	B	はい	(はい/いいえ)
			別紙6	

(2) 診療従事者

用語の定義:

専任: 当該診療の実施担当で、その他の診療を兼任していても差し支えないが、就業時間の少なくとも5割以上、当該診療に従事しているもの。

専従: 就業時間の少なくとも8割以上、当該診療に専ら従事しているもの。

※専任の人数には、専従も含めて記載すること。

① 専門的な知識および技能を有する医師の配置			
ア	小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数。	-	15 人
	上記アの医師のうち専任の人数	A	10 人 1人以上
	上記アの医師のうち専任かつ常勤の人数	A'	8 人 1人以上
	上記アの医師のうち専従の人数	B	13 人
	上記アの医師のうち専従かつ常勤の人数	B	11 人
イ	小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技能を有する医師の人数。	-	13 人
	上記イの医師のうち専任の人数	A	9 人 1人以上
	上記イの医師のうち専任かつ常勤の人数	A'	6 人 1人以上
	上記イの医師のうち専従の人数	B	11 人
	上記イの医師のうち専従かつ常勤の人数	B	9 人
ウ	小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数。	A	7 人 1人以上
	上記ウの医師のうち常勤の人数	-	7 人
エ	緩和ケアチームの、身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数。	A	3 人 1人以上
	上記エのうち常勤の人数	B	2 人
	上記エのうち常勤の医師の人数のうち、小児がん診療に携わる人数	-	1 人
エ'	緩和ケアチームの、精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数。	A	2 人 1人以上
	上記エ'のうち常勤の人数	B	2 人
	上記エ'のうち常勤の医師の人数のうち、小児がん診療に携わる人数	-	1 人
	院内の小児がん診療に携わる医師のうち、PEACE(成人の緩和ケア研修会)修了者数	-	17 人
	院内の小児がん診療に携わる医師のうち、CLIC(小児の緩和ケア研修会)修了者数	-	9 人
オ	病理診断に携わる医師の人数。	-	12 人
	病理診断に携わる医師のうち専従の人数	A	6 人 1人以上
	病理診断に携わる医師のうち専従かつ常勤の人数	A'	6 人 1人以上
カ	長期フォローアップに携わる部門に配置されている、厚生労働省委託事業小児・AYA世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業による「小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会」を受講済みの医師の人数。	A	6 人 1人以上
② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置			
ア	小児がんに係る放射線療法に携わる診療放射線技師の人数。	A	16 人 1人以上
	放射線療法に携わる診療放射線技師のうち常勤の人数	-	16 人
	小児がんに係る放射線療法における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる技術者等の人数。	A	16 人 1人以上
	放射線療法における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる技術者等のうち常勤の人数	-	16 人
イ	小児がんに係る薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する薬剤師の人数。	-	5 人
	薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する薬剤師のうち常勤の人数	A	5 人 1人以上
ウ	小児がんに係る緩和ケアチームの、緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する看護師の人数。	-	7 人
	緩和ケアチームの、緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する看護師の常勤の人数	A	3 人 1人以上
	緩和ケアチームに協力する薬剤師の人数	B	4 人
	緩和ケアチームに協力する公認心理師の人数	B	1 人
エ	小児がんに係る細胞診断に関する業務に携わる者の人数。	B	6 人
オ	小児看護やがん看護に関する専門的な知識および技能を有する小児がんに係る業務に携わる専門看護師または認定看護師の人数。	A	13 人 1人以上
	うち小児がん看護に関する知識や技能を習得している者の人数	B	0 人
カ	小児がんに係る療養支援等を行う者の人数について		
	小児科領域に関する専門的な知識及び技能を有する公認心理師等の医療心理に携わる者の人数	A	4 人 1人以上
	医療心理に携わる者の内訳を記載してください。(公認心理師と臨床心理士の両方の資格を有する者は両方に計上してください。)		
	小児科領域に関する専門的な知識及び技能を有する医療心理に携わる者のうち、公認心理師の人数	-	4 人
	小児科領域に関する専門的な知識及び技能を有する医療心理に携わる者のうち、臨床心理士の人数	-	4 人
	小児科領域に関する専門的な知識及び技能を有する保育士の人数	A	5 人 1人以上
	小児科領域に関する専門的な知識及び技能を有する社会福祉士もしくは精神保健福祉士の人数	A	3 人 1人以上
	うち社会福祉士の人数	-	2 人
	うち精神保健福祉士の人数	-	1 人
	医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者の人数	A	3 人 1人以上
	小児がんの患者及び家族の療育を支援する、チャイルド・ライフ・スペシャリストの人数	-	3 人
	小児がんの患者及び家族の療育を支援する、ホスピタル・プレイ・スペシャリストの人数(日本、英国での資格取得者合計)	-	0 人
	小児がんの患者及び家族の療育を支援する、子ども療養支援士の人数	-	0 人
キ	長期フォローアップに携わる部門に配置されている、厚生労働省委託事業小児・AYA世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業による「小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会」を受講済みの看護師等診療従事者の人数。	A	9 人 1人以上
(3) その他の環境整備等			
①	放射線療法に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。	A	はい (はい/いいえ)
②	小児患者に対応できる集中治療室を設置している。	A	はい (はい/いいえ)
	集中治療室を設置している場合、一般向けの特集集中治療室(ICU)の数	-	40 床
	集中治療室を設置している場合、小児専門の特集集中治療室(PICU)の数	-	0 床
③	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備している。	B	はい (はい/いいえ)
	患者とその家族が病室でインターネット使用可能である。	-	はい (はい/いいえ)
	上記は無料で使用可能である。	-	はい (はい/いいえ)
(4) 診療実績			
①	小児がんについて年間(令和5年1月1日～12月31日)新規症例数が30例以上である(18歳以下の初回治療例を対象とする)。	A	はい (はい/いいえ)
②	固形腫瘍について年間(令和5年1月1日～12月31日)新規症例数が少なくとも10例程度以上である(18歳以下の初回治療例を対象とする)。	A	はい (はい/いいえ)
③	造血器腫瘍について年間(令和5年1月1日～12月31日)新規症例数が少なくとも10例程度以上である(18歳以下の初回治療例を対象とする)。	A	はい (はい/いいえ)
	診療実績等について別紙1および別紙7に記載すること。		別紙1 別紙7

2 人材育成等			
(1) 自施設において、1に掲げる診療体制その他要件に関連する取組のために必要な人材の確保や育成に積極的に取り組んでいる。	A	はい	(はい/いいえ)
特に、診療の質を高めるために必要な学会が認定する資格等の取得についても積極的に支援している。	A	はい	(はい/いいえ)
学会・教育・研修活動のための予算が計上されている。	-	はい	(はい/いいえ)
論文発表、学会発表等を病院業績集等で報告している。	-	はい	(はい/いいえ)
(2) 拠点病院の長は、当該拠点病院においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師等がその専門性を十分に発揮できる体制を整備している。	A	はい	(はい/いいえ)
(3) 自施設の診療従事者等を中心に、小児がん対策の目的や意義、患者やその家族が利用できる制度や関係機関との連携体制、自施設で提供している診療・患者支援の体制について学ぶ機会を年1回以上確保している。	A	はい	(はい/いいえ)
自施設のがん診療に携わる全ての診療従事者が受講している。	B	はい	(はい/いいえ)
(4) 小児がん連携病院や地域の医療機関等の多職種診療従事者も参加する小児がんの診療、相談支援、がん登録及び臨床試験等に関する研修会等を毎年定期的に開催し、人材育成等に努めている。	A	はい	(はい/いいえ)
小児がんに関する研修等の回数および研修プログラムの状況について別紙8に記載すること。		別紙8	
3 相談支援及び情報の収集提供			
(1) がん相談支援センター			
①から⑤に掲げる相談支援を行う機能を有する部門(以下「がん相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、「がん相談支援センター」と表記すること。)を設置している。	A	はい	(はい/いいえ)
院内の見やすい場所にごがん相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、がん相談支援センターについて積極的に広報している。	A	はい	(はい/いいえ)
小児がん患者及びAYA世代にあるがん患者に対しては、小児・AYA世代のがんに関する一般的な情報提供、療育・発達への支援等に加えて、ライフステージに応じた長期的な視点から、他の医療機関や行政機関、教育機関等と連携し、就学・就労・生殖医療等への相談対応や患者活動への支援等の幅広い相談支援が必要となることに十分に留意している。	A	はい	(はい/いいえ)
患者のみならず、患者のきょうだいを含めその家族に対する支援も行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
広報の手段について簡潔に記載すること(例: 医療機関のWebサイトに掲載)	-		相談センターの案内チラシに記載/相談センターの前に掲示
がん相談支援センターの体制について別紙9に記載すること。		別紙9	
がん相談支援センターの問い合わせ窓口について別紙10に記載すること。		別紙10	
① 国立研究開発法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)による「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した専任の相談支援に携わる者を1人以上配置している。	A	はい	(はい/いいえ)
国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の人数	-	2	人
相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、「小児がん拠点病院相談員継続研修」等により定期的な知識の更新に努めている。	A	はい	(はい/いいえ)
小児がんに関する相談支援に携わる、看護師等の診療従事者の人数	-	1	人
小児がんに関する相談支援に携わる、社会福祉士の資格を有する者の人数	-	2	人
小児がんに関する相談支援に携わる、精神保健福祉士の資格を有する者の人数	-	1	人
② 患者やその家族に対し、必要に応じて院内の診療従事者が対応できるように、①に規定する者と医療従事者が協働できる体制を整備している。	A	はい	(はい/いいえ)
③ 院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内内外の小児がん患者・AYA世代にある患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備している。	A	はい	(はい/いいえ)
相談支援に関し十分な経験を有する小児がん患者団体等との連携協力体制の構築に積極的に取り組んでいる。	B	はい	(はい/いいえ)
④ 小児がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けている。	A	はい	(はい/いいえ)
その際には、十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めている。	A	はい	(はい/いいえ)
オンライン環境でも開催できる体制を整備している。	B	はい	(はい/いいえ)
小児がん患者およびその家族が語り合うための場の一覧を別紙11に記載すること。		別紙11	
小児がん患者およびその家族を対象とした小児がんの医療・支援に関する勉強会等を開催した回数(令和5年1月1日～12月31日)	-	8	回
⑤ がん相談支援センターについて、診療の経過の中で患者が必要とするときに確実に利用できるよう繰り返し案内を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
がん治療の終了後も長期的に利用可能な旨も併せて説明している。	A	はい	(はい/いいえ)
相談支援センターにおいて、以下の業務を行っている。(相談件数については、1回の相談で複数の内容について相談された場合は、それぞれの項目に計上して良い。)			
ア 小児がんの病態、標準的治療法等小児がん診療等に関する一般的な情報の提供をしている。	A	はい	(はい/いいえ)
アの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	5	件
上記アのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	5	件
イ 領域別の小児がん診療機能、診療実績および医療従事者の専門とする分野・経歴など、小児がん連携病院等および医療従事者に関する情報の収集、提供をしている。	A	はい	(はい/いいえ)
イの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	2	件
上記イのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	2	件
ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介をしている。	A	はい	(はい/いいえ)
ウの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	1	件
上記ウのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	1	件
エ 小児・AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談に対応し支援をしている。	A	はい	(はい/いいえ)
エの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	263	件
上記エのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	262	件
エのうち、発育に関する相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	15	件
上記発育に関する相談件数のうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	15	件
エのうち、教育に関する相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	109	件
上記教育に関する相談件数のうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	109	件
エのうち、就労に関する相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	10	件
上記就労に関する相談件数のうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	9	件
エのうち、がん診療連携拠点病院等のがん相談支援センター等と連携し対応した相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	18	件
上記の「がん診療連携拠点病院等のがん相談支援センター等と連携し対応した相談件数」のうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	18	件
オ がん・生殖医療に関する相談に対応し支援を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
オの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	12	件
上記オのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	12	件
カ 長期フォローアップに関する相談に対応し支援を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
カの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	15	件
上記カのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	14	件
キ がんゲノム医療に関する相談に対応し支援を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
キの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	1	件
上記キのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	1	件
ク アピアランスケアに関する相談に対応し支援を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
クの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	19	件
上記クのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	19	件

ケ	患者のきょうだいを含む家族に対する支援を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
	ケの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	4	件
	上記ケのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	4	件
コ	医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援をしている。	A	はい	(はい/いいえ)
	コの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	3	件
	上記コのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	3	件
サ	必要に応じて、小児がん連携病院や地域の医療機関等に対して相談支援に関する支援を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
	サの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	12	件
	上記サのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	11	件
シ	その他相談支援に関することをやっている。	A	はい	(はい/いいえ)
	シの相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	269	件
	上記シのうち、患者が相談時に20歳未満の相談件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	269	件
(2)院内がん登録				
①	がん登録等の推進に関する法律(平成25年法律第111号)第44条第1項の規定に基づき定められた、院内がん登録の実施に係る指針(平成27年厚生労働省告示第470号)に即して院内がん登録を実施している。	A	はい	(はい/いいえ)
②	院内がん登録の指針に基づき国立がん研究センターが提供する研修で認定を受けており、かつ中級認定者相当の技能を有する院内がん登録の実務を担う者の人数。	A	1	人 1人以上
	うち専従者の人数	-	1	人
	配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟している。	A	はい	(はい/いいえ)
③	毎年、最新の登録情報や、予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供している。	A	はい	(はい/いいえ)
④	院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供している。	A	はい	(はい/いいえ)
(3)診療実績、診療機能等の情報提供				
	小児がん及びAYA世代で発症するがんについて、自施設及び自らが指定した小児がん連携病院の診療実績、診療機能及び医療従事者の専門とする分野・経歴などを、わかりやすく情報提供している。	A	はい	(はい/いいえ)
	大規模災害や感染症の流行などにより自院の診療状況に変化が生じた場合には、速やかに情報公開をするよう努めている。	A	はい	(はい/いいえ)
	情報提供の手段について簡潔に記載すること(例:医療機関のwebサイトに掲載)	-		院内掲示、医療機関のwebサイトに掲載、チラシの配布
4 患者の発育及び教育等に関して必要な環境整備				
(1)	保育士を配置している。	A	はい	(はい/いいえ)
	小児がん患者の保育に携わる保育士の人数	-	5	人
	小児がん患者の保育に携わる保育士のうち常勤の人数	-	5	人
(2)	病弱等の特別支援学校または小中学校の病弱・身体虚弱等の特別支援学級による教育支援(特別支援学校による訪問教育を含む。)が行われている。	A	はい	(はい/いいえ)
	義務教育段階だけではなく、高等学校段階においても必要な教育支援を行っている。	A	はい	(はい/いいえ)
	特別支援学校(養護学校)の分校・分教室がある。	-	はい	(はい/いいえ)
	特別支援学校(養護学校)による訪問教育を行っている。	-	はい	(はい/いいえ)
	病院内に特別支援学級が設置されている。	-	はい	(はい/いいえ)
(3)	退院時の復園および復学支援が行われている。	A	はい	(はい/いいえ)
(4)	子どもの発達段階に応じた遊戯室等を設置している。	A	はい	(はい/いいえ)
	AYA世代(思春期および若年成人)のための場所を確保している。	-	はい	(はい/いいえ)
(5)	家族等が利用できる長期滞在施設またはこれに準じる施設が整備されている。	A	はい	(はい/いいえ)
	部屋数	-	12	部屋
	長期滞在施設が自施設内に設置されている。	-	はい	(はい/いいえ)
	長期滞在施設またはこれに準じる施設について別紙12に記載すること。	-		別紙12
(6)	家族等の希望により、24時間面会または患者の付き添いのできる体制を構築している。	A	はい	(はい/いいえ)
	この体制の質の向上についても積極的に取り組んでいる。	A	はい	(はい/いいえ)
(7)	患者のきょうだいに対する保育の体制整備を行っている。	B	はい	(はい/いいえ)
(8)	教育課程によらず、切れ目のない教育支援のためにICT(情報通信技術)等を活用した学習活動を含めた学習環境の整備を進めている。	A	はい	(はい/いいえ)
(9)	小児がん患者の精神的なケアに関して、対応方法や関係機関との連携について明確にしている。	A	はい	(はい/いいえ)
	関係職種に情報共有を行う体制を構築している。	A	はい	(はい/いいえ)
	自施設に精神科、心療内科等があり、自施設で対応できる体制を整備している。	A	はい	(はい/いいえ)
	自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保している。	-	はい	(はい/いいえ)
	(自施設に精神科・心療内科等があり、自施設で小児がん患者の精神的なケアができる場合には"いいえ"を選択してください。)	-	いいえ	(はい/いいえ)
5 臨床研究等に関すること				
	他の拠点病院や小児がん連携病院とも連携し、オールジャパン体制で臨床研究を推進している。	A	はい	(はい/いいえ)
(1)	治験を除く臨床研究を行うに当たっては、臨床研究法(平成29年法律第16号)に則った体制を整備している。	A	はい	(はい/いいえ)
(2)	進行中の治験を除く臨床研究の概要および過去の治験を除く臨床研究の成果を広報している。	A	はい	(はい/いいえ)
	広報の手段について、簡潔に記載すること(例:医療機関のwebサイトに掲載)	-		医療機関のwebサイトに掲載
(3)	自施設で参加可能な治験について、その対象であるがんの種類および薬剤名等を広報している。	A	はい	(はい/いいえ)
	広報の手段について、簡潔に記載すること(例:医療機関のwebサイトに掲載)	-		医療機関のwebサイトに掲載
(4)	臨床研究を支援する専門の部署を設置している。	B	はい	(はい/いいえ)
	設置していない場合は設置の予定時期	-	年 月	(西暦XXXX年XX月)
(5)	臨床研究コーディネーター(CRC)を配置している。	B	はい	(はい/いいえ)
	臨床研究コーディネーターを配置している場合、その人数(設置していない場合は0と記入)	-	16	人
(6)	小児がん中央機関等と連携して、治験に関して患者に対する情報提供に努め、国内の連携体制を構築している。	A	はい	(はい/いいえ)
	臨床研究の問い合わせ窓口について別紙13に記載すること。	-		別紙13
	小児がんに関する、臨床研究の実施総件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	24	件
	小児がんに関する、臨床試験以外の臨床研究実施総件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	17	件
	小児がんに関する、治験の実施総件数(令和5年1月1日～12月31日)	-	2	件

6 医療の質の継続的な評価改善の取組及び安全管理			
(1)	自施設及び小児がん連携病院の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を関係者で共有した上で、適切な改善策を講じている。 把握・評価の方法、改善策等について別紙14に記載すること。	A	はい (はい/いいえ) 別紙14
(2)	これらの実施状況につき、地域ブロック協議会において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報を行っている。 地域への広報の手段について簡潔に記載すること(例:医療機関のwebサイトに掲載)	A -	はい (はい/いいえ) 院内掲示、医療機関のwebサイトに掲載
(3)	小児がん医療について、外部機関による技術能力についての施設認定(以下「第三者認定」という。)を受けた医療施設である。 一般社団法人日本小児血液・がん学会が認定する「日本小児血液・がん専門医研修施設」である。 一般社団法人日本小児外科学会が認定する「認定施設」である。	A - -	はい (はい/いいえ) はい (はい/いいえ) はい (はい/いいえ)
(4)	小児がんに係る骨髄・さい帯血等の移植医療について、第三者認定を受けた医療施設である。 一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会の非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定カテゴリーについてご回答ください。	A -	はい (はい/いいえ) 1 (1/2/3)
(5)	医療法(昭和23年法律第205号)に基づく医療安全にかかる適切な体制を確保している。 日本医療機能評価機構の審査等の第三者による評価を受けている。	A A	はい (はい/いいえ) はい (はい/いいえ)
その他 医療安全体制			
(1)	組織上明確に位置づけられた医療に係る安全管理を行う部門(以下「医療安全管理部門」という。)を設置し、病院一体として医療安全対策を講じている。また、当該部門の長として常勤の医師を配置している。	-	はい (はい/いいえ)
(2)	医療に係る安全管理を行う者(以下「医療安全管理者」という。)として(1)に規定する医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置している。	-	はい (はい/いいえ)
(3)	医療安全管理者は、医療安全対策に係る研修を受講している。	-	はい (はい/いいえ)
(4)	当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用や高難度新規医療技術を用いた医療の提供を実施している。 当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用や高難度新規医療技術を用いた医療の提供を実施する場合は、以下の体制を整備している。※上段で「いいえ」の場合、以下の3つの項目は、「-」を選択してください。 ① 当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織(倫理審査委員会、薬事委員会等。なお当該組織は既設の組織であっても構わない。)において、病院として事前に検討を行っている。 ② 事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供している。 ③ 提供した医療について、事後評価を行っている。	- - - -	はい (はい/いいえ/-) はい (はい/いいえ/-) はい (はい/いいえ/-) はい (はい/いいえ)
(5)	医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられる体制を確保している。 医療安全体制について別紙15に記載すること。	-	はい (はい/いいえ) 別紙15
未充足の要件			
	必須要件のうち、令和6年9月1日時点で充足していないものについて、別紙16に記載すること。		別紙16

各種小児がんの情報

記載の有無: 入力済 / 未入力あり

入力済

小児がんについての対応状況を記載してください。

※ 各医療機関において「専門とするがん」とは、集学的治療および緩和ケアを提供する体制が整備されているとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療等のがん患者の状態に応じた適切な治療を提供する体制が整備されているがんのことをさします。

※ 診療を実施していないがんについて、表の記載は不要です。

小児脳腫瘍

○ (○: 専門とするがん / ×: 診療を実施していないがん)

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在(実績は令和5年1月1日～12月31日)

当該疾患の診療を担当している診療科名と医師数											当該疾患の治療に関する内容が掲載されているページ							
主な診療科名 (3診療科まで)	医師数	当該疾患を専門としている医師数	手術	化学療法	放射線療法				陽子線治療	その他の治療法があれば記載 ※下記のその他の治療法欄と合わせてください			各診療科における当該疾患の治療の 特色・患者さんへのメッセージなど	※アドレスは、手入力せずにホームページから コピーしてください		掲載されている内容		
					体外照射	定位放射線療法	IMRT	小線源治療		他の治療(1)	他の治療(2)	他の治療(3)		見出し	アドレス	治療内容	治療実績	医師の専門分野
1 小児科	62	11	×	○	×	×	×	×	×					脳神経外科の先生と協力して大量化学療法、自家末梢血幹細胞移植を含む集学的治療を行っております。	名古屋大学医学部・大学院 医学系研究科 小児科学	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medical_J/laboratory/clinical-med/growth-aging/pediatrics/	掲載なし	掲載なし
2 脳神経外科	50	4	○	○	○	○	○	○	×				治療困難な悪性脳腫瘍に対しては、分子診断結果も考慮して診断と治療を進めています。臨床(手術、化学療法、放射線治療等)、基礎研究の両面から小児脳腫瘍の治療成績の向上に貢献できるように尽力しています。	脳腫瘍	https://med-nagoya-neurosurgery.jp/malignant-brain-tumor/	掲載あり	掲載あり	掲載あり
3 化学療法部	12	8	×	○	×	×	×	×	×				がん薬物療法を専門とする医師が臓器別の診療科と協力して質の高い治療を行っています。	名古屋大学医学部附属病院 化学療法部 独自HP「外来化学療法室」	https://med-nagoya-u-chemo.com/	掲載あり	掲載あり	掲載あり
その他の治療法 ※上記の実施状況・実績欄と合わせて記載してください											治療名				治療内容			
他の治療(1)																		
他の治療(2)																		
他の治療(3)																		
治療実績のある疾患名 ※(令和5年1月1日～12月31日)																		

小児の眼・眼高腫瘍

○ (○:専門とするがん/×:診療を実施していないがん)

当該疾患の診療を担当している診療科名と医師数													各診療科における当該疾患の治療の特色・患者さんへのメッセージなど	当該疾患の治療に関する内容が掲載されているページ							
主な診療科名 (3診療科まで)	医師数	当該疾患を専門としている医師数	手術	冷凍凝固術	光凝固術	化学療法	眼動注	放射線療法			陽子線治療	その他の治療法があれば記載※下記のその他の治療法欄と合わせてください			※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください	掲載されている内容					
								体外照射	IMRT	小線源治療		他の治療(1)	他の治療(2)	他の治療(3)		見出し	アドレス	治療内容	治療実績	医師の専門分野	
1 放射線科	9	1	×	×	×	×	×	○	○	×	×				粒子線治療の適否を判断し、必要時には粒子線センターへのご紹介を行っています。	名古屋大学・大学院医学系研究科 量子医学・量子介入治療学(放射線医学)	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medical_J/laboratory/clinical-med/high-technology/radiology/	掲載なし	掲載なし	掲載なし	
2																					
3																					
その他の治療法 ※上記の実施状況・実績欄と合わせて記載してください			治療名					治療内容													
他の治療(1)																					
他の治療(2)																					
他の治療(3)																					
治療実績のある疾患名 ※(令和5年1月1日～12月31日)																					

小児悪性骨軟部腫瘍

○ (○:専門とするがん/×:診療を実施していないがん)

当該疾患の診療を担当している診療科名と医師数													当該疾患の治療に関する内容が掲載されているページ							
主な診療科名 (3診療科まで)	医師数	当該疾患を専門としている医師数					化学療法	放射線療法		陽子線治療	重粒子線治療	その他の治療法があれば記載※下記のその他の治療法欄と合わせてください			各診療科における当該疾患の治療の特色・患者さんへのメッセージなど	※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		掲載されている内容		
			切・離断術	患肢温存術	再建術	骨移植術		体外照射	小線源治療			他の治療(1)	他の治療(2)	他の治療(3)		見出し	アドレス	治療内容	治療実績	医師の専門分野
1 小児科	62	11	×	×	×	×	○	×	×	×	×				整形外科の先生と協力して、大量化学療法、自家末梢血幹細胞移植など集学的治療を行っています。	名古屋大学医学部・大学院 医学系研究科 小児科学	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medical_j/laboratory/clinical-med/growth-aging/pediatrics/	掲載なし	掲載なし	掲載あり
2 整形外科	40	5	○	○	○	○	○	○	×	×	×				各科と連携して高度な集学的治療を実施しています。患肢温存手術の実施、関節機能温存をめざした生物学的再建、脚長差補正のための脚延長術などにより	名古屋大学大学院医学系研究科 整形外科学／手の外科学／リウマチ学	http://meidai-seikeijp/	掲載あり	掲載なし	掲載あり
3 化学療法部	12	8	×	×	×	×	○	×	×	×	×				がん薬物療法を専門とする医師が臓器別の診療科と協力して質の高い治療を行っています。	名古屋大学医学部附属病院 診療科のご紹介 化学療法部	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/departments/chemo/	掲載あり	掲載あり	掲載あり
その他の治療法 ※上記の実施状況・実績欄と合わせて記載してください			治療名											治療内容						
他の治療(1)																				
他の治療(2)																				
他の治療(3)																				
治療実績のある疾患名 ※(令和5年1月1日～12月31日)			胚細胞腫																	

その他の小児固形腫瘍

○ (○: 専門とするがん/ ×: 診療を実施していないがん)

当該疾患の診療を担当している診療科名と医師数											当該疾患の治療に関する内容が掲載されているページ					
主な診療科名 (3診療科まで)	医師数	当該疾患を専門としている医師数	手術	化学療法	放射線療法		陽子線治療	その他の治療法があれば記載 ※下記のその他の治療法欄と合わせてください			各診療科における当該疾患の治療の特色・患者さんへのメッセージなど	※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		掲載されている内容		
					体外照射	小線源治療		他の治療(1)	他の治療(2)	他の治療(3)		見出し	アドレス	治療内容	治療実績	医師の専門分野
1 小児科	62	11	×	○	×	×	×	○	○		小児外科、放射線科の先生と協力して、大量化学療法、自家末梢血幹細胞移植など集学的治療を行っています。	名古屋大学医学部・大学院 医学系研究科 小児科学	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medical_J/laboratory/clinical-med/growth-aging/pediatrics/	掲載なし	掲載なし	掲載あり
2 小児外科	10	10	○	×	×	×	×				他科との連携をとり、集学的な治療を行っています。	名古屋大学医学部附属病院 小児外科	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/departments/pediatric-s/	掲載なし	掲載なし	掲載あり
3 化学療法部	12	8	×	○	×	×	×				がん薬物療法を専門とする医師が臓器別の診療科と協力して質の高い治療を行っています。	名古屋大学医学部附属病院 診療科のご紹介 化学療法部	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/departments/chemo/	掲載あり	掲載あり	掲載あり
その他の治療法 ※上記の実施状況・実績欄と合わせて記載してください					治療名					治療内容						
他の治療(1)					GD2抗体療法					神経芽腫に対して、GD2抗体の投与を行っている。						
他の治療(2)					同種KIR-L不一致臍帯血移植					神経芽腫に対して、同種KIR-L不一致ドナーからの臍帯血移植をがん免疫療法として行っている。						
他の治療(3)																
治療実績のある疾患名 ※(令和5年1月1日～12月31日)					神経芽腫、肝芽腫											

小児血液腫瘍

○：専門とするがん/×：診療を実施していないがん

当該疾患の診療を担当している診療科名と医師数												当該疾患の治療に関する内容が掲載されているページ					
主な診療科名 (3診療科まで)	医師数	当該疾患を専門としている医師数	化学療法	移植			放射線療法		その他の治療法があれば記載 ※下記のその他の治療法欄と合わせてください			各診療科における当該疾患の治療の特色・患者さんへのメッセージなど	※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		掲載されている内容		
				自家末梢血幹細胞移植	血縁者間同種造血幹細胞移植	非血縁者間同種造血幹細胞移植	体外照射	全身照射	他の治療(1)	他の治療(2)	他の治療(3)		見出し	アドレス	治療内容	治療実績	医師の専門分野
1 小児科	62	11	○	○	○	○	×	×	○	○		大量化学療法、同種造血幹細胞移植、CAR-T細胞療法もふくめ治療が可能です。	名古屋大学医学部・大学院 医学系研究科 小児科学	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medical_J/laboratory/clinical-med/growth-aging/pediatrics/	掲載なし	掲載なし	掲載あり
2 放射線科	9	1	×	×	×	×	○	○				放射線治療室には通常の外照射装置、放射線治療計画専用CTがあります。小児科・小児外科とのカンファレンスも実施しています。	名古屋大学医学部附属病院 放射線部	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/departments/radiology/	掲載あり	掲載なし	掲載なし
3 化学療法部	16	12	○	×	×	×	×	×				がん薬物療法を専門とする医師が臓器別の診療科と協力して質の高い治療を行っています。	名古屋大学医学部附属病院 診療科のご紹介 化学療法部	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/departments/chemo/	掲載あり	掲載あり	掲載あり
その他の治療法 ※上記の実績欄と合わせて記載してください			治療名									治療内容					
他の治療(1)			CAR-T細胞療法									再発・難治性の急性リンパ性白血病に対し、承認されているCAR-T細胞(キムリア)のみならず、キムリア対象外の患者さんに対しても病院内で製造したCAR-T細胞療法の臨床試験も実施している。					
他の治療(2)			ウイルス特異的CTL療法									同種移植後の治療抵抗性EBウイルスリンパ増殖症に対して、移植ドナー以外の第3者より製造したEBウイルス特異的細胞傷害性T細胞を投与する臨床試験を実施している。					
他の治療(3)																	
治療実績のある疾患名 ※(令和5年1月1日～12月31日)			骨髄異形成症候群、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病、若年性骨髄単球性白血病(JMML)														

生殖機能の温存の支援を行う体制

記載の有無: 入力済 / 未入力あり 入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在(実績は令和5年1月1日～12月31日)

■ 令和5年1月1日～12月31日の期間に生殖機能の温存の支援を行った患者数について記載すること。

	がん治療に際して以下にかかる治療を自施設で行った患者数	がん治療に際して以下にかかる治療を他施設へ紹介して行った患者数
がんの治療に際する妊孕性温存目的で精子凍結を行った患者の数	15	0
上記のうち、がんの治療に際する妊孕性温存目的で精巣内精子採取術(Onco-TESE)を行った患者の数	0	0
がんの治療に際する妊孕性温存目的で未受精卵子の凍結保存を行った患者の数	4	0
がんの治療に際する妊孕性温存目的で受精卵(胚)の凍結保存を行った患者の数	4	1
がんの治療に際する妊孕性温存目的で卵巣組織の凍結保存を行った患者の数	0	1

上記のうち、温存療法施行時に【20歳未満】である患者数について内数を以下に記載すること。

	がん治療に際して以下にかかる治療を自施設で行った患者数	がん治療に際して以下にかかる治療を他施設へ紹介して行った患者数
がんの治療に際する妊孕性温存目的で精子凍結を行った患者の数	5	0
上記のうち、がんの治療に際する妊孕性温存目的で精巣内精子採取術(Onco-TESE)を行った患者の数	0	0
がんの治療に際する妊孕性温存目的で未受精卵子の凍結保存を行った患者の数	0	0
がんの治療に際する妊孕性温存目的で受精卵(胚)の凍結保存を行った患者の数	0	0
がんの治療に際する妊孕性温存目的で卵巣組織の凍結保存を行った患者の数	0	0

■ がん患者の妊孕性温存に関する連携協力体制について記載すること。

① 相談に対応している部署

- がん相談支援センター
- 化学療法室
- 各診療科外来
- その他部署

② 他施設に紹介する場合の施設名

はい	(はい/いいえ)	
はい	(はい/いいえ)	
はい	(はい/いいえ)	
がん・生殖医療相談外来		(複数回答可)
三重大学、日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院		(複数回答可)

■生殖機能の温存の支援を行う体制について記載すること。(他施設との連携がある場合は、その連携についても記載すること)

このシートに貼付することが難しい場合、**ファイル名の頭に別紙2を付けた**電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無

あり

(あり/なし)

ファイル形式

パワーポイント

(ワード/エクセル/パワーポイント/その他)

その他の場合ファイル形式を記載してください。

当院における妊孕性温存の手順

①自院例

主治医より妊孕性温存についての情報提供

②他院例

主治医より妊孕性温存についての情報提供

※次ページに説明文書

主治医より産婦人科コンサルテーション

がん生殖医療・相談外来受診

- ・治療に伴う妊孕能低下リスク
- ・妊孕能温存方法
- ・妊孕能温存を行わない場合

行う

行わない

A.卵子・胚凍結

B.卵巣組織凍結

C.精子凍結

当院産婦人科にて

- ・卵巣機能フォローアップ
(ホルモン値採血 超音波エコー)
- ・ホルモン補充療法
- ・精液所見フォローアップ

紹介元産婦人科医にて

- ・卵巣機能フォローアップ
(ホルモン値採血 超音波エコー)
- ・ホルモン補充療法
- ・精液所見フォローアップ

<小児がん患者家族への説明文書を入院時に渡して説明している>

妊孕性温存について



近年、小児がんに対する治療成績が向上し、がんを克服する方が増えていきます。小児がんと診断され、今、第一に優先することは、生命を救うための治療です。

しかし、この治療のために、将来の妊孕性(妊娠をして出産まで至れる能力のこと)が、低下したり失われることがあります。

化学療法では卵巣や精巣組織のみならず、卵子や精子そのものを障害する可能性があり、頭部や骨盤、腹部、全身への放射線照射でも妊孕性へ影響がでる可能性があります。

しかし、将来の妊孕性を保護するために「妊孕性温存」を行える場合があります。

男の子であれば、思春期を迎えていれば、精子凍結保存が可能です。また、病気によっては放射線照射の際に精巣を遮蔽して防護することも検討できます。

女の子であれば、12歳以上で卵子・卵巣凍結保存が行えることがあります。

小児がんの治療を受けた方全員が、妊孕性が障害されるわけではありません。どの程度リスクがあるの

かは、がんができた部位や手術の内容、化学療法の種類、放射線照射の方法等によって異なります。

妊孕性温存は診断後、治療開始前までに行える場合もありますが、病気によっては、まずは治療を優先し、治療の合間の可能な時期に行うこともあります。

がんやがん治療によって、妊孕性に影響が出ると考えられる場合には、治療終了後も定期的に性腺ホルモンの検査を行ってフォローし、適切なタイミングで専門家へご紹介することがあります。

妊孕性温存に関して詳しい説明を希望される方は、主治医までご相談ください。

下記からも妊孕性についての情報を知ることができます

→がんや「妊娠、出産」について知りたいあなたへ
(特定非営利活動法人 日本がん・生殖医療学会)
<http://www.cancer.net.jp/jsfp/>



→小児・若年がんや妊娠
(長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究)
<http://www.j-sfp.org/ped/>



< 当院での運用の実際 >

A. 卵子・胚凍結 卵巣組織凍結

・対象年齢

<凍結時> 12歳以上43歳以下（卵巣組織凍結は下限なし）

<移植時> 18歳以上50歳未満

※20歳未満の場合、病名の告知を受けていることとし、保護者・代諾者からの同意が必要

※卵子・胚凍結の場合は初経後であること

※移植時には妊娠・分娩が可能と判断・許可されていること

・対象疾患

乳癌 白血病 リンパ腫（ホジキン・非ホジキン）

その他造血器腫瘍・疾患（再生不良性貧血、MDS、myeloma）

肉腫 全身性エリテマトーデス 関節リウマチ

その他の疾患で、アルキル化剤投与または放射線治療症例で原疾患担当医の依頼があり主治医が必要とみとめた症例

< 当院での運用の実際 >

B. 卵巣組織凍結実施手順

術前日までに主科で輸血やG-CSF投与を実施

術当日朝に産婦人科転科
(他院症例は術前日に転院)

2日間
(3日間)

腹腔鏡下片側卵巣切除術施行
卵巣摘出術後直ちに組織凍結を開始

術後2日目より主科転科・婦人科は副科フォローアップ
(他院症例は転院先婦人科で副科フォローアップ)

※当院で妊孕性温存を行った実例

頭蓋内胚細胞腫瘍の12歳女児

化学療法開始時の説明により、妊孕性温存の希望があり、当院産婦人科と連携して日程調整開始

化学療法1コース後の休薬期に、全身麻酔下に腹腔鏡下片側卵巣切除術を行い、直ちに卵巣組織凍結を施行

周術期の問題はなく、術後5日目に化学療法2コース目を開始した

< 当院での運用の実際 >

C.精子凍結

- ・対象年齢

<凍結時> 思春期以降（射精可能であること）

<使用時> 生殖年齢を超えない

※20歳未満の場合、病名の告知を受けていることとし、保護者・
代諾者からの同意が必要

- ・対象疾患

悪性腫瘍全般

その他造血器腫瘍・疾患（再生不良性貧血、MDS、myeloma）

その他の疾患で、アルキル化剤投与または放射線治療症例で原疾患
担当医の依頼があり主治医が必要とみとめた症例

緩和ケアチームの組織・体制

記載の有無：入力済／未入力あり

入力済

病院名：名古屋大学医学部附属病院

時期・期間：令和6年9月1日現在

緩和ケアチームの総人数：

25

上記のうち、小児がん診療に携わる人数：

25

緩和ケアチームの名称、メンバー等を記載すること。個人情報を記載しないよう注意すること。なお、身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師（常勤であることが望ましい）、精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師（常勤であることが望ましい）、緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する常勤の看護師は指定要件に含まれることに留意して記載すること。

緩和ケアチームの名称		緩和ケアチーム		
職種		常勤／非常勤	専門分野	資格等
例	医師、看護師、薬剤師	常勤／非常勤	麻酔科、精神科、がん看護	緩和ケアに関するものを3つまで記載してください。
1	身体症状の緩和に携わる医師	常勤	化学療法部	認知症専門医 内科認定医 老年内科専門医
2	精神症状の緩和に携わる医師	常勤	化学療法部(精神科)	精神科専門医/指導医 日本老年精神医学会指導医/専門医 日本認知症学会指導医/専門医
3	身体症状の緩和に携わる医師	常勤	小児科	小児医療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(CLIC)修了 Education in Palliative & End-of-Life Care (EPEC) for Pediatrics修了 CLIC/CLIC-Tプログラム検討WG WG員 日本小児科学会専門医
4	身体症状の緩和に携わる医師	非常勤	化学療法部	日本呼吸器学会呼吸器専門医 日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医 日本緩和医療学会専門医
5	身体症状の緩和に携わる医師	常勤	化学療法部	日本緩和医療学会認定医 日本呼吸器学会専門医
6	精神症状の緩和に携わる医師	常勤	精神科	
7	精神症状の緩和に携わる医師	常勤	精神科	緩和ケア研修会修了 日本精神神経医学会専門医 日本睡眠学会専門医
8	精神症状の緩和に携わる医師	常勤	化学療法部(精神科)	精神科専門医 子どものこころ専門医 児童青年精神科認定医
9	精神症状の緩和に携わる医師	常勤	老年科	日本緩和医療学会認定医
10	身体症状の緩和に携わる医師	常勤	小児科	小児医療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(CLIC)修了
11	看護師	常勤	がん看護	がん看護専門看護師
12	薬剤師	常勤	がん・緩和薬物療法	緩和薬物療法認定薬剤師
13	看護師	常勤	小児看護	小児看護専門看護師
14	作業療法士	常勤	がん・小児・新生児リハビリ	がんリハビリテーション/緩和ケア研修
15	社会福祉士	常勤	がん相談全般	

緩和ケア外来の状況

記載の有無: 入力済 / 未入力あり 入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

1	緩和ケア外来が設定されている (はい/いいえ)				はい	
2	緩和ケア外来の名称	緩和ケア外来				
3	担当診療科名	化学療法部				
4	主な診療内容・特色	主科から依頼があれば、タイムリーに診療ができる。				
5	緩和ケア外来の説明が掲載されているページ	見出し	化学療法部 緩和ケアチーム			
		アドレス	https://med-nagoya-u-chemo.com/care			
6	他施設でがんの診療を受けている、または、診療を受けていた患者さんを受け入れている (はい/いいえ)				いいえ	
■地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口が設定されている (はい/いいえ)					はい	
7	窓口の名称	地域連携・患者相談センター				
	電話	代表	052-741-2111	(内線)	<input type="text"/>	直通
■地域の医療機関向けの問い合わせ窓口が設定されている (はい/いいえ)					はい	
8	窓口の名称	地域連携・患者相談センター				
	電話	代表	052-741-2111	(内線)	<input type="text"/>	直通

緩和ケア病棟の状況

記載の有無: 入力済 / 未入力あり

入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

※緩和ケア病棟が設定されている場合に限り、「2」以降を記載してください。

1	緩和ケア病棟を有している	病棟がありません			
2	緩和ケア病棟入院料の届出・受理				
3	小児の入院可否				
4	緩和ケア病棟の形式				
5	緩和ケア病棟の病床数		床		
6	緩和ケア病棟の説明が掲載されているページの見出しとアドレス ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください。	見出し			
		アドレス			
7	他施設でがんの診療を受けている、または、診療を受けていた患者さんを受け入れている (はい/いいえ)				
8	入院予約後の入院までの待機期間 ※転棟、緊急入院を除く				
9	緩和ケア病棟を担当するスタッフの職種・人数(人) ※常勤・非常勤、専従・専任・兼任などに関わらず、緩和ケア病棟の診療に携わっているスタッフについて記載してください。	(例) 医師	2	(例) 精神保健福祉士	1

■地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口が設定されている（はい/いいえ）										
10	窓口の名称									
	電話	代表		(内線)				直通		
	問い合わせ窓口について掲載しているホームページ	見出し				アドレス				
■地域の医療機関向けの問い合わせ窓口が設定されている（はい/いいえ）										
11	窓口の名称									
	電話	代表		(内線)				直通		
	問い合わせ窓口について掲載しているホームページ	見出し				アドレス				
12	緩和ケア病棟の設備		例: 家族用キッチン、家族室、談話室、ランドリー、デイルーム(食事や面会者との談話、ボランティアによるティーサービスがある)、特殊入浴室							
13	訪問看護ケアの有無		例: 自施設で実施している、同一医療法人の施設で実施している、連携している訪問看護ケアステーションを紹介している、など							

**小児がんに対して、手術、放射線療法または化学療法に携わる専門的な知識
および技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示する体制**

記載の有無: 入力済 / 未入力あり

入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在(実績は令和5年1月1日～12月31日)

■ 病院のホームページで「セカンドオピニオン」の説明が掲載されているページの内容

ホームページ	見出し	セカンドオピニオン外来について	アドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/guide/outpatient/secondopinion/		
問い合わせ先の電話など	対応可能な疾患名	対応した患者数(実績)	担当する医師の情報			保険診療、または保険外診療である旨
			医師名	診療科	専門分野	
掲載あり	掲載あり	掲載なし	掲載なし	掲載なし	掲載なし	掲載あり

疾患ごとに、セカンドオピニオンを担当する医師に関する情報を5名まで記載してください。

※対応状況で「対応不可」を選択した場合は、「セカンドオピニオンを担当している医師」に関する表への記載は不要です。

小児脳腫瘍

○	※別紙1を反映 ○: 専門とするがん ×: 診療を実施していないがん	対応状況 (対応可 / 対応不可)	対応可	昨年の実績 ※令和5年1月1日～12月31日まで	2		件
セカンドオピニオンを担当している医師	所属している診療科	当該疾患に対する専門性 (専門: ○ / 専門外: ×)	当該疾患の専門分野(専門: ○ / 専門外: ×)				
			手術	化学療法	放射線療法	その他※具体的に記載してください	
1人目	小児科	○	×	○	×		
2人目	脳神経外科	○	○	○	○		
3人目	脳神経外科	○	○	○	○		

小児の眼・眼窩腫瘍

○	※別紙1を反映 ○: 専門とするがん ×: 診療を実施していないがん	対応状況 (対応可 / 対応不可)	対応可	昨年の実績 ※令和5年1月1日～12月31日まで	0		件
セカンドオピニオンを担当している医師	所属している診療科	当該疾患に対する専門性 (専門: ○ / 専門外: ×)	当該疾患の専門分野(専門: ○ / 専門外: ×)				
			手術	化学療法	放射線療法	その他※具体的に記載してください	
1人目	放射線科	○	×	×	○		
2人目							
3人目							

小児悪性骨軟部腫瘍

○	※別紙1を反映 ○:専門とするがん ×:診療を実施していないがん	対応状況 (対応可/対応不可)	対応可	昨年の実績 ※令和5年1月1日~12月31日まで	1	件
セカンドオピニオンを 担当している医師	所属している診療科	当該疾患に対する専門性 (専門:○/専門外:×)	当該疾患の専門分野(専門:○/専門外:×)			
			手術	化学療法	放射線療法	その他※具体的に記載してください
1人目	小児科	○	×	○	×	
2人目						
3人目						

その他の小児固形腫瘍

○	※別紙1を反映 ○:専門とするがん ×:診療を実施していないがん	対応状況 (対応可/対応不可)	対応可	昨年の実績 ※令和5年1月1日~12月31日まで	8	件
セカンドオピニオンを 担当している医師	所属している診療科	当該疾患に対する専門性 (専門:○/専門外:×)	当該疾患の専門分野(専門:○/専門外:×)			
			手術	化学療法	放射線療法	その他※具体的に記載してください
1人目	小児科	○	×	○	×	GD2抗体療法
2人目	小児外科	○	○	×	×	
3人目	放射線科	○	×	×	○	

小児血液腫瘍

○	※別紙1を反映 ○:専門とするがん ×:診療を実施していないがん	対応状況 (対応可/対応不可)	対応可	昨年の実績 ※令和5年1月1日~12月31日まで	2	件
セカンドオピニオンを 担当している医師	所属している診療科	当該疾患に対する専門性 (専門:○/専門外:×)	当該疾患の専門分野(専門:○/専門外:×)			
			手術	化学療法	放射線療法	その他※具体的に記載してください
1人目	小児科	○	×	○	×	造血幹細胞移植、CAR-T細胞療法
2人目	小児科	○	×	○	×	造血幹細胞移植
3人目	放射線科	○	×	×	○	

小児がんに関する研修の状況

記載の有無: 入力済 / 未入力あり

入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和5年4月1日～令和6年3月31日

■令和5年4月1日～令和6年3月31日の期間で開催した、小児がん連携病院や地域の医療機関等の多職種の診療従事者も参加する研修会等の回数について記載すること

研修会等の総回数(実数)(重複カウント不可 例:診療と臨床試験に関する講義を1つずつ行った研修→1回でカウント)	16
研修会等の総回数(重複カウント可 例:診療と臨床試験に関する講義を1つずつ行った研修→診療と臨床試験にそれぞれ1回ずつカウント)	
うち小児がんの診療に関する研修会等の回数	8
うち小児がんの相談支援に関する研修会等の回数	2
うち小児がんのがん登録に関する研修会等の回数	0
うち小児がんの臨床試験に関する研修会等の回数	0
うち小児がんに関するその他の研修会等の回数	6

■研修の内容について最大5つ、以下に記載すること

※ただし、参加人数については、自施設・自施設以外の内訳が不明である場合には、総数の欄にのみ記載し、自施設・自施設以外の欄は0を記入すること。

研修の名称	研修の内容・特徴	参加人数				総数	実施形態 ①実地開催のみ ②実地+オンラインのハイブリッド開催 ③オンライン開催のみ	他地域ブロックからの参加の可否 ①他の地域ブロックからの参加が可能である。 ②同一地域ブロック内の施設のみ参加可能である。	
		自施設	自施設以外						
			小児がん拠点病院	小児がん連携病院	その他				
1	第83回東海小児がん研究会 (2023年9月2日)	小児がんに関する講演や症例検討を行う。	14	17	45	9	85	③	①
2	第84回東海小児がん研究会 (2024年2月3日)	小児がんに関する講演や症例検討を行う。	18	20	44	4	86	③	①
3	第12回小児血液・がん症例検討会 in中部 (2023年7月11日)	小児がんに関する症例検討を行う。	17	18	39	2	76	③	①
4	第8回東海北陸ブロック小児がん診療病院相談支援部会 (2023年10月7日)	「こどもホスピスってなあに？」をテーマに、実際のこどもホスピスについてのお話や、当事者家族の講演会を行い、その後は各グループワークに分かれて情報交換を行う。	6	7	28	1	42	③	①
5	第6回東海北陸ブロック小児がん診療病院小児がん看護検討会 (2023年11月2日)	小児がん看護に関する検討を行う。	6	14	8	0	28	③	①

がん相談支援センターの体制、相談件数と相談支援内容

記載の有無: 入力済 / 未入力あり

入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

No.	職種	常勤／非常勤	専従/専任/その他※1	相談業務の 経験年数(年)	相談員基礎研修の受講状況			小児がん相談員 専門研修	小児がん相談員 継続研修
					基礎研修 (1)	基礎研修 (2)	基礎研修 (3)※2		
1	社会福祉士	常勤	専従(8割以上)	19	受講	受講	受講	受講	受講
2	社会福祉士	常勤	専任(5割以上8割未満)	15	受講	受講	受講	受講	受講
3	看護師	常勤	その他	7	受講	受講	受講	未受講	未受講
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

※1 「その他」については、相談支援に関する業務に従事する時間が就業時間の5割未満である者について、選択してください。

※2 相談員基礎研修(3)については、小児がん拠点病院および小児がん連携病院の指定にあたり必須の要件ではありません。

相談件数について以下留意の上でご回答ください。

「自施設の患者・家族」とは、貴院で診療を受けている患者・家族、および以前に貴院で診療を受けた患者・家族のことをさしています。

「他施設の患者・家族」とは、貴院以外の医療機関で診療を受けている患者・家族、および以前に貴院以外の医療機関で診療を受けていた患者・家族のことをさしています。

なお、自施設と他施設のいずれでも診療を受けている患者・家族については、「自施設の患者・家族」に含めてください。

本設問は相談支援センターでの相談件数及び小児がんに係る相談支援内容についてお伺いしております。

●年間ののべ相談件数(令和5年1月1日～12月31日)

559

 件

相談件数 ※新規相談件数に限る (令和5年1月1日～12月31日)

	相談者	計
1	自施設の患者・家族	543
2	他施設の患者・家族	7
3	小児がん連携病院や地域の医療機関の医療従事者	9
	合計	559

●上記年間のべ相談件数のうち、患者が相談時に【20歳未満】である件数(令和5年1月1日～12月31日) 558 件
 患者が相談時に【20歳未満】である相談件数 ※新規相談件数に限る (令和5年1月1日～12月31日)

	相談者	計
1	自施設の患者・家族	542
2	他施設の患者・家族	7
3	小児がん連携病院や地域の医療機関の医療従事者	9
	合計	558

小児がんに係る相談支援内容 ※がん相談支援センターで最も力を注いでいる小児がんに係る相談支援の内容について下記に5つあげてください。国立がん研究センターのサイト「がん情報サービス」の相談支援センターの紹介欄で掲載する予定です。なお、該当が無い場合は、「なし」とご回答ください。		相談支援の対象者
例	がんの診療を行っている医療機関の紹介(70施設を対象に調査を行い、その資料をもとに医療機関の情報を提供しています。)	他施設の患者・家族
1	長期入院を経た後でも進学・復学しやすいように学校との連携に力を入れています。	自施設の患者・家族
2	様々な利用可能な制度の案内を行っています。小児慢性特定疾病等の公的制度のみならず、NPO法人が行っている助成制度等も案内します。	自施設の患者・家族
3	退院後の療養環境調整(訪問診療・訪問看護・リハビリ先の紹介・福祉用具の案内等)。	自施設の患者・家族
4	小児がんに関する一般的な情報提供。	自施設の患者・家族
5	治療終了後や退院後でも相談しやすいように、長期フォローアップ外来にも参加しています。	自施設の患者・家族

がん相談支援センターの問い合わせ窓口

記載の有無: 入力済 / 未入力あり 入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院
 時期・期間: 令和6年9月1日現在

1	がん相談支援センターの名称	地域連携・患者相談センター			
2	問い合わせ先電話番号	052-741-2111	(内線)	1976	
3	■ 対面相談の実施 (実施/未実施)	実施			
	予約の要否 (必要/不要)	不要			
	■ 電話相談の実施 (実施/未実施)	実施			
	電話番号	052-741-2111	(内線)	1976	
4	予約の要否 (必要/不要)	不要			
	■ FAX相談の実施 (実施/未実施)	未実施			
	FAX番号				
4	■ 電子メール相談の実施 (実施/未実施)	未実施			
	メールアドレス ※個人のメールアドレスは記載しないでください				
	■ Web会議ツールを活用した遠隔相談の実施 (実施/未実施)	未実施			

小児がん患者およびその家族が語り合うための場の設定状況

記載の有無:入力済/未入力あり

入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

自施設と連携している、小児がんに関する患者団体の数

6

語り合うための場総実施回数(期間: 令和5年1月1日~12月31日):

8

1. 患者の交流会・勉強会・相談支援・講演会等で連携している小児がん患者団体と、小児がん患者およびその家族が語り合うための場について主なものを5つまで記載してください。

連携している小児がん患者団体について			当該団体が主催する小児がん患者およびその家族が語り合うための場について								
連携している団体の名称	団体の参加対象者	具体的な連携内容	上段: 語り合う場の名称	病院 職員 の 関与	活動状況		参加対象者			参加対象者向けの 院内の問い合わせ窓口 (窓口の名称・電話番号)	
			下段: 主な活動内容		定期 /不定期	頻度 (回)	病名	院外からの 参加可否	患者のみ /家族のみ /患者・家族		
例 ○○○会	小児血液腫瘍の患者およびその 家族	・月1回患者交流会を開催して いる。 ・市民講演会に演者として参加 してもらっている。	○○○会 小児がん患者の親の交流 会を開催している。	なし	定期	週	1	小児がん	参加可	患者・家族	名称 相談支援センター 電話 XXX-XXX-XXXX直通
1 ネリネの会	患者遺族	・定期的に遺族会を開催。 病棟スタッフも参加し、とも に語り合う場としている。 ・新規ご家族への案内、情 報共有。	ネリネの会定例会 遺族の交流会を開催し、 グリーンケアの場としてい る。	あり	定期	年	3	小児がん・血液疾 患	参加可	家族のみ	名称 小児科医局 電話 052-744-2298
2 とまり木	患者家族	・定期的に患者家族会を開 催。病棟スタッフも参加し、 ともに語り合う場としてい る。 ・新規ご家族への案内、情 報共有。	とまり木定例会 患者家族の交流会を開催 している。	あり	定期	年	2	小児がん・血液疾 患	参加不可	家族のみ	名称 小児科医局 電話 052-744-2298
3 クロワッサンス	小児がん患者および経験 者	・定期的に、勉強会や交流 会を開催。病棟スタッフも参 加している。 ・病棟の思春期患者との交 流、連携協力。	クロワッサンス定例会 中高生の会 AYA世代患者の交流、ピ アサポートの場を提供して いる	あり	不定期			小児がん・血液疾 患	参加可	患者のみ	名称 小児科医局 電話 052-744-2298
4 STAND UP!	小児がん患者および経験 者	・患者家族へ活動紹介して いる。 ・STAND UPとクロワッサン スの交流、勉強会への参加 など。	STAND UP!交流会 交流会の開催、AYA世代 患者の支援、情報発信を している	なし	不定期			がん	参加可	患者のみ	名称 小児科医局 電話 052-744-2298
5 NPO法人しぶたね	患者のきょうだい	・きょうだい支援に関する情 報共有。 ・きょうだいの会開催時の連 携協力。 ・研修会の講師として参加し て頂いた。	きょうだいの会(思春期対 象、遺族対象など含める) きょうだいのためのレクリ エーション、交流会を開催 している	あり	定期	年	4	小児がん・血液疾 患	参加不可	患者・家族	名称 小児科医局 電話 052-744-2298

2. 患者および家族向けの図書室の設置状況を記載してください。

※院内のがん相談支援センターなどの図書室について記載してください。院内図書室以外は3ページ目に記載してください。

1	患者および家族向けの図書室の設置	設置あり	※「設置あり」の場合に限り、以下を記載してください。				
2	図書室の名称	院内患者図書館					
3	図書室の説明が掲載されているページの見出しとアドレス ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください	見出し	院内患者図書館(つくし文庫)				
		アドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/guide/facilities/library/				
4	利用者の制限 ※「その他」を選択する場合は、その他欄に詳細を記載すること。	制限なし	その他	新型コロナウイルス感染症予防のため、現在は利用中止			
5	医療系の資料 有無について	図 書		雑 誌		医療系のビデオ・DVD	医療系の冊子
		医学専門書	一般向け医療系図書	医学専門雑誌	一般向け医療系雑誌		
		なし	あり	なし	なし	なし	なし
6	利用可能な機器	インターネット接続可能なパソコン		プリンター		コピー機	
		設置なし		設置なし		設置なし	
7	問い合わせ先電話番号 ※電話番号は半角英数で「-」を用いて記載 ※内線は、設置されている場合のみ記載	代表	052-741-2111		(内線)	5710	
		直通1			直通2		
9	ピアサポーターによる対応(実施/未実施)	未実施					

3. 院内のがん相談支援センターなどの図書室以外の場所に図書等が設置されている場合を記載してください。

1	院内図書室以外の場所に図書等の設置	設置あり	※「設置あり」の場合に限り、以下を記載してください。				
2	図書等が設置されている場の名称	患者情報センター(ナディック)					
3	図書室の説明が掲載されているページの見出しとアドレス ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください	見出し	患者情報センター(ナディック)				
		アドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/guide/facilities/nadic/				
4	利用者の制限 ※「その他」を選択する場合は、その他欄に詳細を記載すること。	入院中・通院中の方のみ	その他	曜日により、入院患者と外来患者とで利用可能日を限定。			
5	医療系の資料 有無について	図 書		雑 誌		医療系のビデオ・DVD	医療系の冊子
		医学専門書	一般向け医療系図書	医学専門雑誌	一般向け医療系雑誌		
		あり	あり	あり	あり	あり	あり
6	利用可能な機器	インターネット接続可能なパソコン		プリンター		コピー機	
		設置なし		設置なし		設置なし	
7	問い合わせ先電話番号 ※電話番号は半角英数で「-」を用いて記載 ※内線は、設置されている場合のみ記載	代表	052-741-2111		(内線)	7529	
9	ピアサポーターによる対応(実施/未実施)	未実施					

長期滞在施設またはこれに準じる施設

記載の有無: 入力済 / 未入力あり 入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

病院からの距離、施設内の設備(調理スペース、ランドリー、プレイルーム等)、人の配置等について記載すること。必要に応じて写真を貼付することも可。**1枚におさめること。**

このシートに貼付することが難しい場合、**ファイル名の頭に別紙12を付けた**電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無 あり (あり/なし)

ファイル形式 パワーポイント (ワード/エクセル/パワーポイント/その他)

その他の場合ファイル形式を記載してください。

小児患者および家族専用滞在施設：ドナルド・マクドナルド・ハウス なごや

2013年11月名古屋大学医学部附属病院敷地内にオープンした『ドナルド・マクドナルド・ハウス なごや』は、自宅と同じように過ごせるよう、ベッドルーム（27.0㎡×10室、45.9㎡×2室）、キッチン（2室合計41.12㎡）、リビング（23.71㎡）、ダイニング（63.92㎡）、ランドリー（14㎡）、プレイルーム（11.73㎡）、図書等完備の多目的室（57.27㎡）を備える。ハウス内はWi-Fi（無線LAN）が設置されており、病気の子どもの持つご家族同士のコミュニケーションの場を提供する環境を備えている。名古屋大学医学部附属病院敷地内に設置されているが、近隣病院の小児患者及び家族等も利用可能となっており、地域の財産として活用する施設となっている。公益財団法人ドナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティーズ・ジャパンが運営しており約150人のボランティアにより支えられている。

『ドナルド・マクドナルド・ハウス なごや』見取り図



『ドナルド・マクドナルド・ハウス なごや』施設内設備



(ベッドルーム)



(ランドリー)



(プレイルーム)



1 (多目的室)



(リビング)



(ダイニング)

臨床研究の問い合わせ窓口

記載の有無: 入力済 / 未入力あり 入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

【 臨床研究(治験を除く) 】の問い合わせ窓口						
■ 臨床試験(治験を除く)に参加していない、地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口の有無について					臨床試験(治験を除く)専用の窓口がある	
1	窓口の名称		先端医療開発部 先端医療・臨床研究支援センター 臨床研究支援部門			
	上記の窓口の説明が掲載されているページ ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		見出し	臨床研究中核病院について		
			アドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/guide/others/clinical-research/ccrh/		
	電話		代表	052-741-2111	(内線)	1956
			直通	052-744-1956		
■ 臨床試験(治験を除く)に参加していない、地域の医療機関向けの問い合わせ窓口について					臨床試験(治験を除く)専用の窓口がある	
2	窓口の名称		先端医療開発部 先端医療・臨床研究支援センター 臨床研究支援部門			
	上記の窓口の説明が掲載されているページ ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		見出し	臨床研究中核病院について		
			アドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/guide/others/clinical-research/ccrh/		
	電話		代表	052-741-2111	(内線)	1956
			直通	052-744-1956		

【臨床試験以外の小児がんに関連する臨床研究】の問い合わせ窓口						
1	■臨床試験以外の小児がんに関する臨床研究に参加していない、地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口の有無について					相談支援センターが窓口となっている
	窓口の名称		-			
	上記の窓口の説明が掲載されているページ ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		見出し	-		
			アドレス	-		
	電話		代表	-	(内線)	
		直通	-			
2	■臨床試験以外の小児がんに関する臨床研究に参加していない、地域の医療機関向けの問い合わせ窓口について					相談支援センターが窓口となっている
	窓口の名称		-			
	上記の窓口の説明が掲載されているページ ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		見出し	-		
			アドレス	-		
	電話		代表	-	(内線)	
		直通	-			

【治験】の問い合わせ窓口						
1	■治験に参加していない、地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口について					治験専用の窓口がある
	窓口の名称		先端医療開発部 先端医療・臨床研究支援センター 臨床研究支援部門			
	上記の窓口の説明が掲載されているページ ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		見出し	臨床研究中核病院について		
			アドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/guide/others/clinical-research/ccrh/		
	電話		代表	052-741-2111	(内線)	1956
		直通	052-744-1956			
2	■治験に参加していない、地域の医療機関向けの問い合わせ窓口について					治験専用の窓口がある
	窓口の名称		先端医療開発部 先端医療・臨床研究支援センター 臨床研究支援部門			
	上記の窓口の説明が掲載されているページ ※アドレスは、手入力せずにホームページからコピーしてください		見出し	臨床研究中核病院について		
			アドレス	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/guide/others/clinical-research/ccrh/		
	電話		代表	052-744-2111	(内線)	1956
		直通	052-744-1956			

医療の質の継続的な評価改善の取組について

記載の有無: 入力済 / 未入力あり

入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

■ 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、地域に対して行っている情報提供を記載してください。

- ① 院内の見やすい場所に掲示している はい (はい/いいえ)
- ② 院内誌、チラシ等で広報している はい (はい/いいえ)
- ③ ホームページに掲載している はい (はい/いいえ)
- ④ ホームページに掲載している場合、該当するページのアドレスを記載してください

https://www.med.nagoya-u.ac.jp/kyoten/cancer/medical_pro/pdca.php

- ⑤ 地域の広報誌等で広報している はい (はい/いいえ)
- ⑥ その他の方法で掲載している はい (はい/いいえ)
- ⑦ その他の方法がある場合、内容を記載してください

https://www.med.nagoya-u.ac.jp/kyoten/cancer/medical_pro/pdca.php

■ 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、必要に応じて図表などを活用し、具体的に記載すること。

PDCAを使って改善することを想定している課題(いくつでも可)

課題の内容	目標	目標達成の検証方法(データ源)
例) 患者満足度の向上	退院患者の80%が入院治療環境に満足する	3か月おきに日を設定して患者アンケートを行う。
1 患者感染予防(5E・小児科)	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率85%以上	3か月ごとに、ICTスタッフが直接観察法により測定を行う。
2 安全文化(化学療法部)	在籍する医師の災害シミュレーション参加率100%	災害シミュレーションに参加した医師数を評価する。
3 診療の質向上(小児科)	7日以内に確認された画像診断報告書確認率 90%以上	毎月、電子カルテ情報から自動計算を行う。
4 診療の質向上(小児外科)	Clavien-dindo分類III以上の合併症発生率 5%未満	毎月、電子カルテ情報から計算を行う。
5		(その他、上記を含めて院内全体で合計215の目標を設定して医療の質の継続的な評価改善に取り組んでいる。別添資料参照)

上記の目標に向けた活動計画の予定(未定の場合には、未定と記入)

1	部署内の直接観察の実施、毎月の手指衛生功労者の表彰
2	災害シミュレーションの実施に先立ち、医師に声掛けを行う。
3	引き続き、検査オーダーした医師が迅速に確認するよう、呼びかけていく。
4	カンファレンスで症例を精密に検討して、起こりうる事態を想定して対策を行う。
5	

このシートに貼付することが難しい場合、**ファイル名の頭に別紙14を付けた**電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無

(あり/なし)

ファイル形式

(ワード/エクセル/パワーポイント/その他)

その他の場合ファイル形式を記載してください。

国際的な医療施設評価認証機関であるJCIの認証

名古屋大学医学部附属病院は、令和4年3月5日付けで、国際的な医療施設評価認証機関であるJCI（Joint Commission International）の認証を更新しました。

JCIとは、1994年に米国の病院評価機構の国際部門として設立された非営利組織で、「医療の質」と「患者安全」を国際的な基準で評価することを目的とした機関です。厳格な審査基準を有し、世界で最も難易度の高い認証機関として知られており、エビデンスに基づいた**国際基準の医療の質の担保と安全性の追求**をし、常にPDCA（Plan→Do→Check→Act）サイクルを回していくことを組織に求めています。

現在、全世界で983施設（国内27施設を含む）が認定されており、**現在の小児がん拠点病院15施設の中では、名古屋大学医学部附属病院が唯一の認証施設**となります。

本院は、令和4年2月28日から3月4日の5日間、5名の外国人審査員によるバーチャル審査を受け、国際患者安全目標、患者の評価とケア、感染の予防と管理、ガバナンスとリーダーシップ等、実に15領域1,265項目に及ぶ評価項目について厳正に審査されました。

改善活動を継続し、より高い水準の医療を提供できるよう、日々改善に取り組んでいます。

Nagoya University Hospital

Nagoya, Japan

has been

accredited

as an

Academic Medical Center

by



JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

which has evaluated this Academic Medical Center Hospital and found it to meet the international health care quality standards for patient care, medical education and human subject research, and organization management.

Effective 05 March 2022 through 04 March 2025

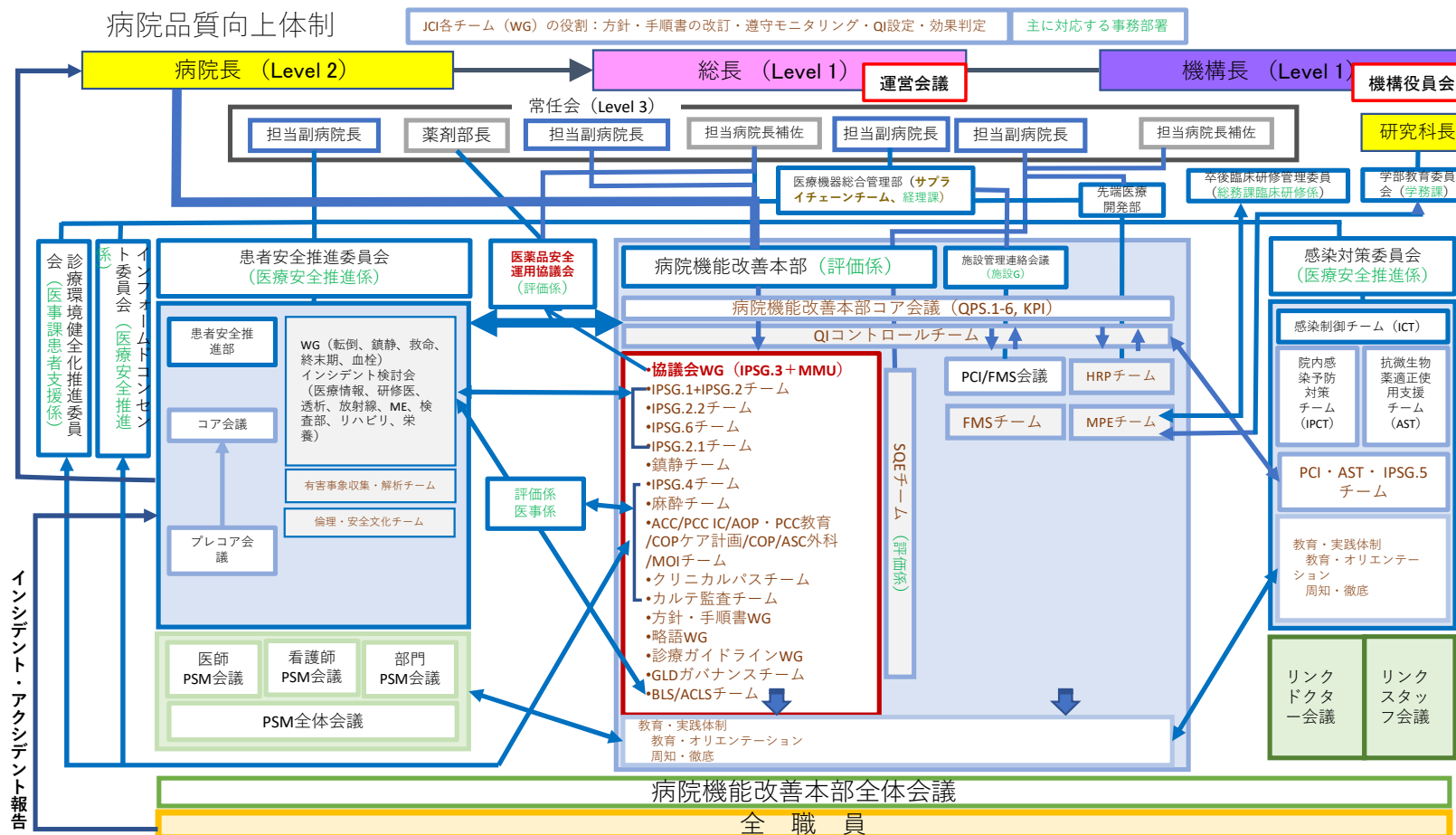
Jacob Thomas, MD
Chair

Jean E. Courtney
Interim President and
Chief Executive Officer

Joint Commission International is a division of
Joint Commission Resources Inc., an affiliate of The Joint Commission

IHCO ID 60006795

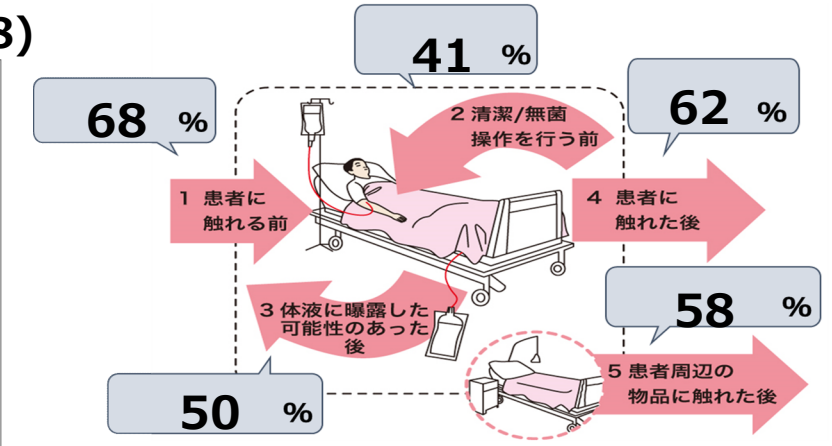
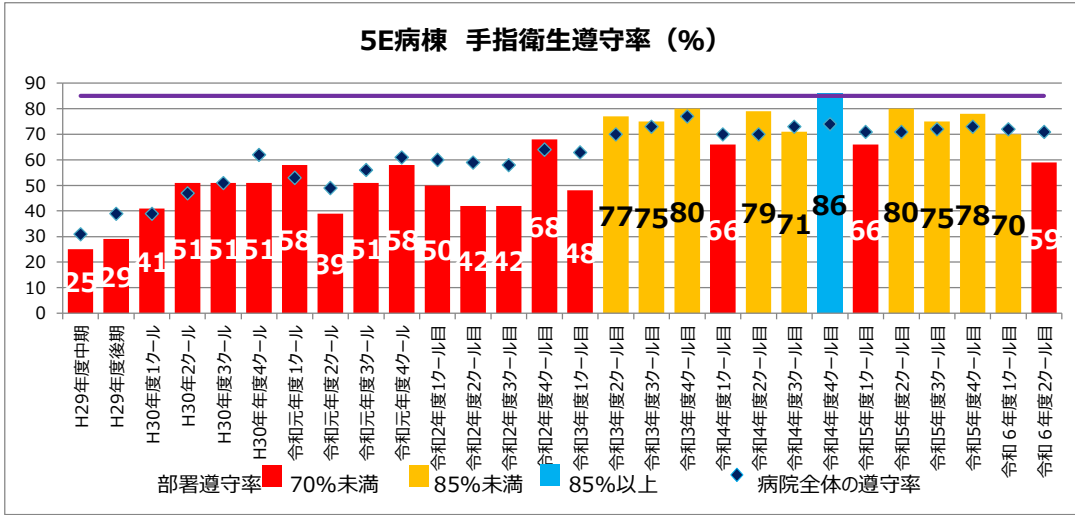
病院品質向上体制図 (2024年4月1日現在)



5E病棟 ICTによる手指衛生モニタリング結果

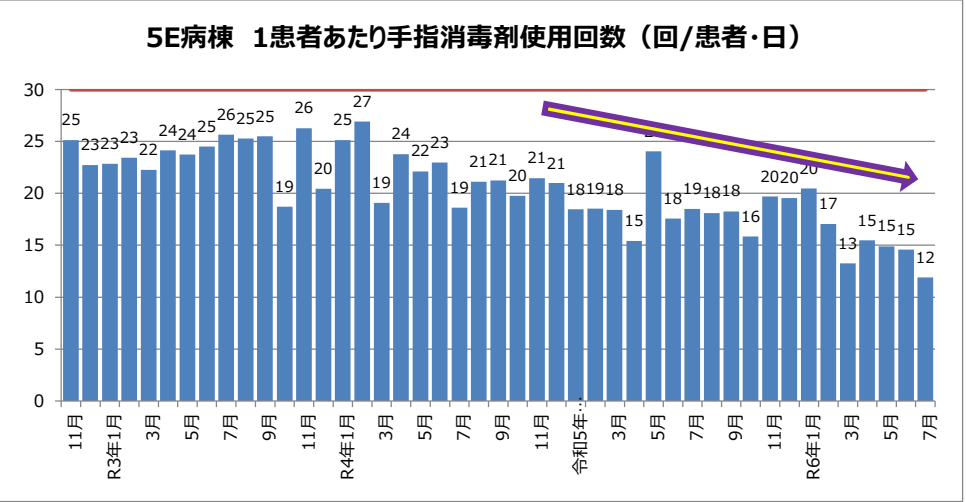
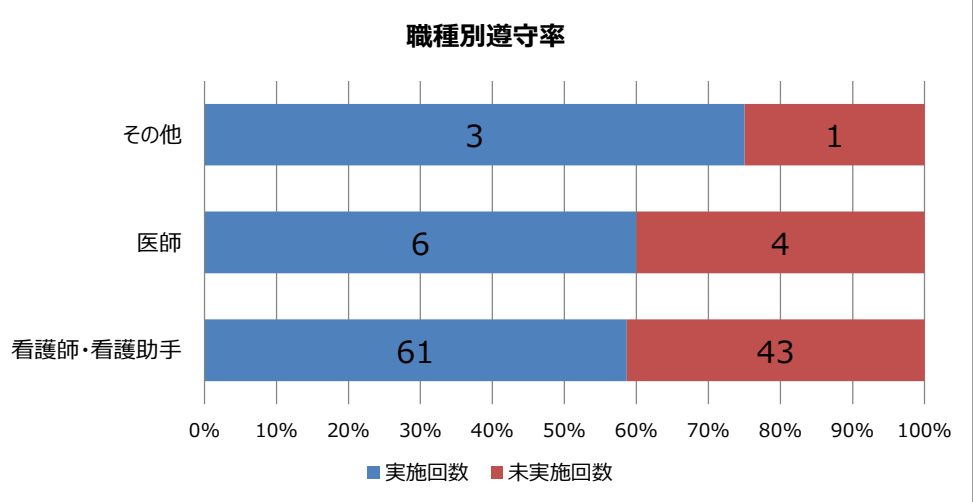
2024年9月24日 ICT

■ 令和6年度 2クール目報告：部署遵守率は59%(70/118)



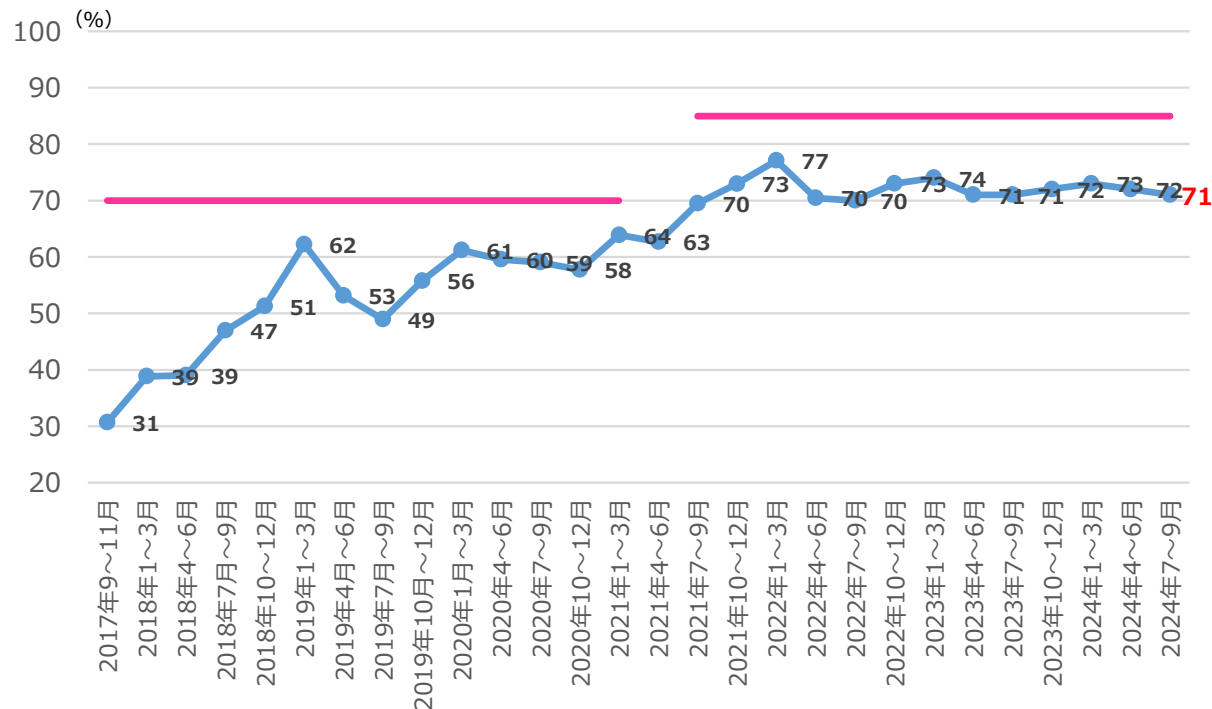
タイミング別観察回数

	患者接触前	清潔操作前	体液曝露後	患者接触後	物品接触後	合計
必要回数	32	12	16	24	34	118
実施回数	22	5	8	15	20	70

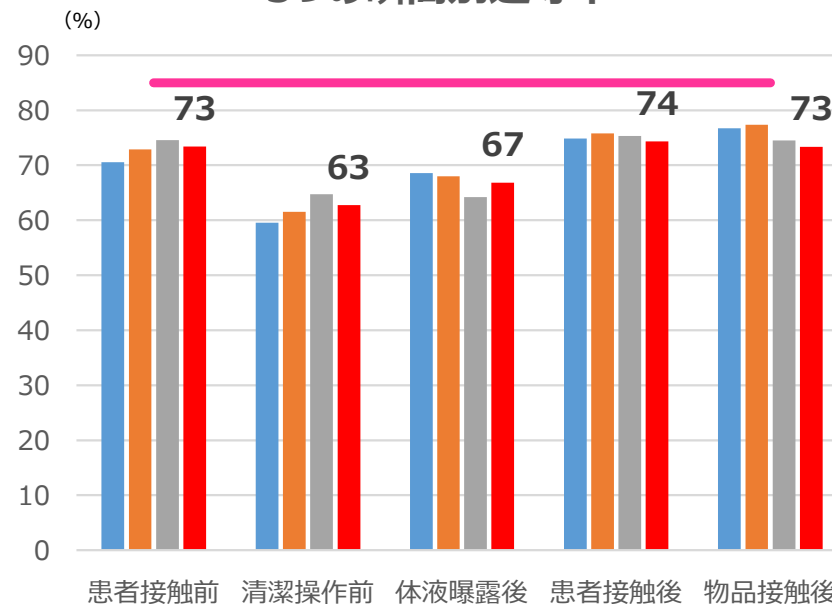


	令和4年度合計	令和5年度合計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2025年1月	2月	3月
中心カテーテル関連血流感染症	6	2	0	0	0	0	0	0						
末梢カテーテル関連血流感染症	0	0	0	0	0	0	0	0						
カテーテル関連尿路感染症	1	0	0	0	0	0	0	0						

手指衛生遵守率

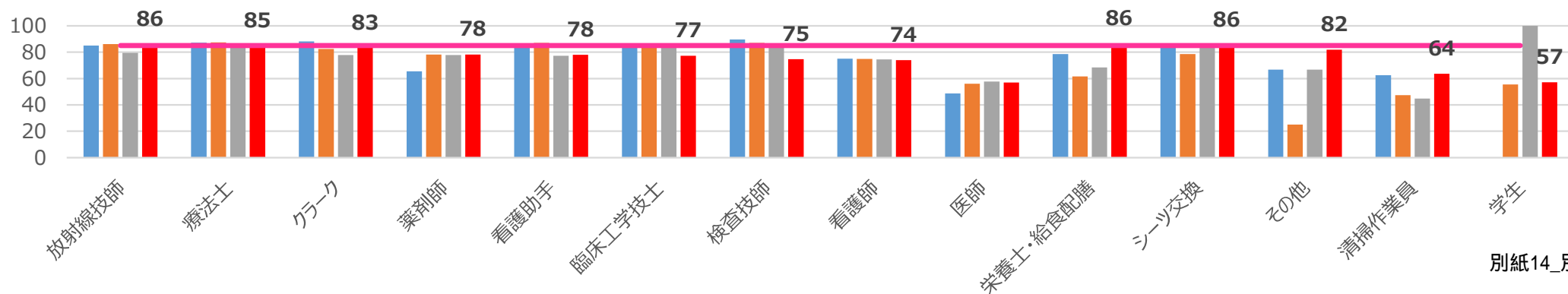


5つの瞬間別遵守率



	患者接触前	清潔操作前	体液曝露後	患者接触後	物品接触後
必要回数	1041	518	582	888	852
実施回数	764	325	389	660	625

職種別遵守率



別紙14_別添

	放射線技師	療法士	クラーク	薬剤師	看護助手	臨床工学技士	検査技師	看護師	医師	栄養士・給食配膳	シーツ交換	その他	清掃作業員	学生
必要回数	72	94	18	23	77	79	95	2517	805	22	28	11	33	7
実施回数	62	80	15	18	60	61	71	1861	458	19	24	9	21	4

2024年度QI一覧 (R6.9.30現在)

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式 (分子)	計算式 (分母)	目標値
1	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	患者安全推進部	1-1	患者誤認に関する無害事象 (レベル1) 以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事象」(レベル1) 以上発生件数	なし	昨年度比90%以下
2	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	患者安全推進部	1-2	患者確認手順遵守率 (直接観察法)	IPSG.1	直接観察法で調査した「患者確認手順遵守場面数」	直接観察法で調査した「患者確認手順調査場面数」	100%
3	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	患者安全推進部	1-3	パニック値報告相手の「読み返し」を確認しての承認の実施率	IPSG.2	報告相手の「読み返し」を確認しての承認を実施した数 (テンプレート使用数)	パニック値報告数 (テンプレート使用数)	100%
4	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	患者安全推進部	1-4	患者ケアの引継ぎが必要な場面においてテンプレートが用いられておらず発生した無害事象 (レベル1) 以上発生件数	IPSG.2	患者ケアの引継ぎが必要な場面においてテンプレートが用いられておらず発生した無害事象 (レベル1) 以上発生件数	なし	昨年度比80%以下
5	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	医薬品安全運用協議会WG/ 薬剤部/患者安全推進部	1-5	ハイアラート薬における無害事象 (レベル1) 以上発生件数	IPSG.3	ハイアラート薬における無害事象 (レベル1) 以上発生件数	なし	昨年度比90%以下 108件/年 (9件/月) 以下
6	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	手術部、材料部及び外科系集中治療部運営協議会/中央放射線部/光学医療診療部/病院機能改善本部/患者安全推進部	1-6	手術室以外における侵襲的処置 (治療・検査) における安全チェック (術前確認 (サインイン)・タイムアウト・サインアウト) 直接観察法遵守率	IPSG.4	直接観察相互チェックにて遵守できていた件数	直接観察相互チェックを行った件数 *チェック項目ごとに算出し、その平均を見る	100%
7	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	1-7	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%以上
8	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	1-8	集中治療部門における中心静脈カテーテル関連血流感染症 (CLABSI) 発生率	IPSG.5.1	集中治療部門における中心静脈カテーテル関連血流感染症 (CLABSI) 発生件数	集中治療部門における中心静脈カテーテル留置総日数	0.138%以下
9	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	1-9	一般病棟における中心静脈カテーテル関連血流感染症 (CLABSI) 発生率	IPSG.5.1	一般病棟における中心静脈カテーテル関連血流感染症 (CLABSI) 発生件数	一般病棟における中心静脈カテーテル留置総日数	0.06%以下
10	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	1-10	集中治療部門におけるカテーテル関連尿路感染症 (CAUTI) 発生率	IPSG.5.1	集中治療部門におけるカテーテル関連尿路感染症 (CAUTI) 発生件数	集中治療部門における尿道カテーテル留置総日数	0.15%以下
11	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	1-11	一般病棟におけるカテーテル関連尿路感染症 (CAUTI) 発生率	IPSG.5.1	一般病棟におけるカテーテル関連尿路感染症 (CAUTI) 発生件数	一般病棟における尿道カテーテル留置総日数	0.107%以下

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
12	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	1-12	集中治療部門における人工呼吸器関連事象(VAE)発生率	IPSG.5.1	集中治療部門における人工呼吸器関連事象（VAE）発生件数	集中治療部門における人工呼吸器総装着日数	0.19%以下
13	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	1-13	手術部位感染(SSI)サーベイランス実施診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療科におけるサーベイランス対象手術件数	1.332%以下
14	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	患者安全推進部	1-14	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落発生件数	入院のべ患者数	昨年度比95%以下
15	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	患者安全推進部	1-15	外来患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	外来における転倒・転落発生件数	外来のべ患者数	昨年度比95%以下
16	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	クリニカルパス委員会	1-16	入院患者におけるクリニカルパス適用率	診療の安全	クリニカルパス適用患者数	退院患者数	40%以上
17	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	患者安全推進部	1-17	全職員におけるTeamSTEPS導入コース受講率	コミュニケーション・安全文化	TeamSTEPS導入コース受講者数	全職員数	100%
18	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	外来医長連絡協議会	1-18	外来診察待ち90分以上の患者数割合	患者満足度	外来再診患者における診察待ち90分以上の患者数	外来再診患者における全患者数	10%以下
19	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	総務課	1-19	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	年間110%以上
20	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	医事課	1-20	指導料・管理料の算定率（悪性腫瘍特異物質治療管理料）	経営・財務	算定患者数	算定可能な患者数	昨年度比103%以上（60.3%以上）
21	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	医事課	1-21	指導料・管理料の算定率（特定薬剤治療管理料）	経営・財務	算定患者数	算定可能な患者数	昨年度比103%以上（53.7%以上）
22	共同QI	03-中央診療施設・運営協等	医事課	1-22	指導料・管理料の算定率（難病外来指導管理料）	経営・財務	算定患者数	算定可能な患者数	昨年度比103%以上（75.1%以上）
23	選択共同QI	01-診療科	消化器内科	2-1	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	100%
24	選択共同QI	01-診療科	呼吸器内科	2-2	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
25	選択共同 QI	01-診療科	腎臓内科	2-3	外来診察待ち90分以上の患者数割合	患者満足度	外来再診患者における診察待ち90分以上の患者数	外来再診患者における全患者数	10%以下
26	選択共同 QI	01-診療科	消化器・腫瘍外科（肝胆脾）	2-4	手術部位感染（SSI）サーベイランス実施診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療科におけるサーベイランス対象手術件数	6%
27	選択共同 QI	01-診療科	血管外科	2-5	手術室以外における侵襲的処置（治療・検査）における安全チェック（術前確認（サインイン）・タイムアウト・サインアウト）直接観察法遵守率	IPSG.4	直接観察相互チェックにて遵守できていた件数	直接観察相互チェックを行った件数 *チェック項目ごとに算出し、その平均を見る	100%
28	選択共同 QI	01-診療科	消化器・腫瘍外科（消化管）	2-6	指導料・管理料の算定率（悪性腫瘍特異物質治療管理料）	経営・財務	算定患者数	算定可能な患者数	80%
29	選択共同 QI	01-診療科	乳腺・内分泌外科	2-7	患者確認手順遵守率（直接観察法）	IPSG.1	直接観察法で調査した「患者確認手順遵守場面数」	直接観察法で調査した「患者確認手順調査場面数」	100%
30	選択共同 QI	01-診療科	乳腺・内分泌外科	2-8	患者誤認に関する無害事象（レベル1）以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事象」（レベル1）以上発生件数	なし	0件
31	選択共同 QI	01-診療科	整形外科	2-9	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落発生件数	入院のべ患者数	昨年度比95%以下
32	選択共同 QI	01-診療科	産科婦人科・総合周産期母子医療センター（生殖周産期部門）	2-10	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度と比較し、年間110%以上
33	選択共同 QI	01-診療科	眼科	2-11	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	前年比110%以上
34	選択共同 QI	01-診療科	精神科・親と子どもの診療科	2-12	指導料・管理料の算定率（特定薬剤治療管理料）	経営・財務	算定患者数	算定可能な患者数	60%以上
35	選択共同 QI	01-診療科	皮膚科	2-13	外来患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	外来における転倒・転落発生件数	外来のべ患者数	0%
36	選択共同 QI	01-診療科	耳鼻いんこう科	2-14	外来患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	外来における転倒・転落発生件数	外来のべ患者数	0.5%

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
37	選択共同 QI	01-診療科	放射線科	2-15	外来患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	外来における転倒・転落発生 発生件数	外来のへ患者数	0%
38	選択共同 QI	01-診療科	歯科口腔外科	2-16	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察 法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生必要回数	90%
39	選択共同 QI	01-診療科	脳神経外科	2-17	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察 法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生必要回数	75%
40	選択共同 QI	01-診療科	老年内科	2-18	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落 発生件数	入院のへ患者数	0.4%以下
41	選択共同 QI	01-診療科	脳神経内科	2-19	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落 発生件数	入院のへ患者数	0.4%
42	選択共同 QI	01-診療科	呼吸器外科	2-20	手術部位感染(SSI)サーベイランス実施 診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療 科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療 科におけるサーベイランス対 象手術件数	2%
43	選択共同 QI	01-診療科	心臓外科	2-21	手術部位感染(SSI)サーベイランス実施 診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療 科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療 科におけるサーベイランス対 象手術件数	5%未満
44	選択共同 QI	01-診療科	形成外科	2-22	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落 発生件数	入院のへ患者数	0%
45	選択共同 QI	01-診療科	小児外科	2-23	手術部位感染(SSI)サーベイランス実施 診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療 科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療 科におけるサーベイランス対 象手術件数	全手術症例の5%未満
46	選択共同 QI	01-診療科	総合診療科	2-24	患者確認手順遵守率（直接観察法）	IPSG.1	直接観察法で調査した「患者 確認手順遵守場面数」	直接観察法で調査した「患者 確認手順調査場面数」	100%
47	選択共同 QI	03-中央診療施 設・運営協等	検査部・輸血部	2-25	患者誤認に関する無害事象（レベル1） 以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事 象」（レベル1）以上発生件 数	なし	0件
48	選択共同 QI	03-中央診療施 設・運営協等	放射線部・放射線科	2-26	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察 法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生必要回数	85%以上
49	選択共同 QI	03-中央診療施 設・運営協等	病理部	2-27	患者誤認に関する無害事象（レベル1） 以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事 象」（レベル1）以上発生件 数	なし	0件

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
50	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	2-28	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%以上
51	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	光学医療診療部	2-29	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
52	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	リハビリテーション部	2-30	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落発生件数	入院のべ患者数	0.020%以下
53	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	化学療法部	2-31	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	90%
54	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	臨床工学技術部	2-32	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	年間110%以上
55	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	栄養管理部	2-33	患者誤認に関する無害事象（レベル1）以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事象」（レベル1）以上発生件数	なし	0件
56	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	地域連携・患者相談センター	2-34	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	センター3職種（医師、看護師、MSW）で前年度比110%
57	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	メディカルITセンター	2-35	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	年間110%以上
58	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	電子カルテ管理室	2-36	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	年間110%以上
59	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	先端医療開発部	2-37	全職員におけるTeamSTEPPS導入コース受講率	コミュニケーション・安全文化	TeamSTEPPS導入コース受講者数	全職員数	100%
60	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	卒後臨床研修・キャリア形成支援センター	2-38	全職員におけるTeamSTEPPS導入コース受講率	コミュニケーション・安全文化	TeamSTEPPS導入コース受講者数	全職員数	100%
61	選択共同 QI	03-中央診療施設・運営協等	薬剤部	2-39	患者確認手順遵守率（直接観察法）	IPSG.1	直接観察法で調査した「患者確認手順遵守場面数」	直接観察法で調査した「患者確認手順調査場面数」	100%
62	選択共同 QI	02-看護部	看護部	2-40	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	110%以上（13.3日以上）

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
63	選択共同QI	02-看護部	看護部（教育）	2-41	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日数（平均値）	年間110%以上（昨年度19.3回/年）
64	選択共同QI	02-看護部	看護部（13階）	2-42	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
65	選択共同QI	02-看護部	看護部（11W）	2-43	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
66	選択共同QI	02-看護部	看護部（10W）	2-44	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	5つの場面の直接観察法での遵守率85%
67	選択共同QI	02-看護部	看護部（9W）	2-45	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%以上
68	選択共同QI	02-看護部	看護部（8W）	2-46	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
69	選択共同QI	02-看護部	看護部（7W）・移植外科	2-47	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
70	選択共同QI	02-看護部	看護部（6W）	2-48	患者誤認に関する無害事象（レベル1）以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事象」（レベル1）以上発生件数	なし	患者誤認に関する無害事象（レベル1）以上発生50%減
71	選択共同QI	02-看護部	看護部（5W）	2-49	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%以上
72	選択共同QI	02-看護部	看護部（4W）	2-50	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
73	選択共同QI	02-看護部	看護部（3W）・血液内科	2-51	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
74	選択共同QI	02-看護部	看護部（12E）・循環器内科 ・糖尿病・内分泌内科	2-52	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
75	選択共同QI	02-看護部	看護部（10E）・泌尿器科	2-53	一般病棟におけるカテーテル関連尿路感染症（CAUTI）発生率	IPSG.5.1	一般病棟におけるカテーテル関連尿路感染症（CAUTI）発生件数	一般病棟における尿道カテーテル留置総日数	0.085%以下

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
76	選択共同 QI	02-看護部	看護部（9E）	2-54	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
77	選択共同 QI	02-看護部	看護部（7E）	2-55	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落発生件数	入院のべ患者数	0.44%以下（前年度の10%減）
78	選択共同 QI	02-看護部	看護部（6E）	2-56	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%以上
79	選択共同 QI	02-看護部	看護部（5E）・小児科	2-57	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%以上
80	選択共同 QI	02-看護部	看護部（4E/MFICU）	2-58	患者確認手順遵守率（直接観察法）	IPSG.1	直接観察法で調査した「患者確認手順遵守場面数」	直接観察法で調査した「患者確認手順調査場面数」	100%
81	選択共同 QI	02-看護部	看護部（3E）・手の外科	2-59	患者確認手順遵守率（直接観察法）	IPSG.1	直接観察法で調査した「患者確認手順遵守場面数」	直接観察法で調査した「患者確認手順調査場面数」	患者確認手順遵守率（直接観察法）100%遵守
82	選択共同 QI	02-看護部	看護部（2E）	2-60	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落発生件数	入院のべ患者数	0.16%（昨年度比95%以下）
83	選択共同 QI	02-看護部	看護部（3N）	2-61	入院患者における転倒・転落発生率	IPSG.6	入院患者における転倒・転落発生件数	入院のべ患者数	0.19%
84	選択共同 QI	02-看護部	看護部（SICU）・外科系集中治療部	2-62	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	85%
85	選択共同 QI	02-看護部	看護部（EMICU）・内科系集中治療部	2-63	集中治療部門における中心静脈カテーテル関連血流感染症（CLABSI）発生率	IPSG.5.1	集中治療部門における中心静脈カテーテル関連血流感染症（CLABSI）発生件数	集中治療部門における中心静脈カテーテル留置総日数	0.31%（昨年度0.41%の25%減）
86	選択共同 QI	02-看護部	看護部（NICU）・総合周産期母子医療センター（新生児部門）	2-64	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	90%を維持
87	選択共同 QI	02-看護部	看護部（GCU）	2-65	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面における手指衛生必要回数	90%を維持

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
88	選択共同 QI	02-看護部	看護部（中央放射線部）	2-66	患者誤認に関する無害事象（レベル1） 以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事 象」（レベル1）以上発生件 数	なし	0件
89	選択共同 QI	02-看護部	看護部（光学医療診療部）	2-67	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察 法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生必要回数	85%以上
90	選択共同 QI	02-看護部	看護部（手術室）	2-68	手術部位感染（SSI）サーベイランス実施 診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療 科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療 科におけるサーベイランス対 象手術件数	2.5%以下
91	選択共同 QI	02-看護部	看護部（中央材料部）	2-69	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察 法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生必要回数	滅菌ラップを使用した滅菌包 装時のベストプラクティス遵 守率100%
92	選択共同 QI	02-看護部	看護部（血液浄化部）	2-70	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察 法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生必要回数	85%
93	選択共同 QI	02-看護部	看護部（救急外来）・救急科	2-71	患者誤認に関する無害事象（レベル1） 以上発生件数	IPSG.1	患者誤認に関する「無害事 象」（レベル1）以上発生件 数	なし	0件
94	選択共同 QI	02-看護部	看護部（移植連携室）	2-72	患者確認手順遵守率（直接観察法）	IPSG.1	直接観察法で調査した「患者 確認手順遵守場面数」	直接観察法で調査した「患者 確認手順調査場面数」	100%
95	選択共同 QI	02-看護部	看護部（外来）	2-73	手指衛生の必要な5つの場面の直接観察 法での遵守率	IPSG.5	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生実施回数	手指衛生の必要な5つの場面 における手指衛生必要回数	85%
96	選択共同 QI	04-事務部	総務課	2-74	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得 日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日 数（平均値）	年間110%以上
97	選択共同 QI	04-事務部	人事労務課	2-75	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得 日数（平均値）	昨年度の年次有給休暇取得日 数（平均値）	年間110%以上（12日）
98	選択共同 QI	04-事務部	経営企画課	2-76	全職員におけるTeamSTEPPS導入コー ス受講率	コミュニケー ション・安全文 化	TeamSTEPPS導入コース受 講者数	全職員数	100%
99	選択共同 QI	04-事務部	経理課	2-77	全職員におけるTeamSTEPPS導入コー ス受講率	コミュニケー ション・安全文 化	TeamSTEPPS導入コース受 講者数	全職員数	90%

2024年度QI一覧 (R6.9.30現在)

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式 (分子)	計算式 (分母)	目標値
100	選択共同QI	04-事務部	施設管理グループ	2-78	年次有給休暇取得の変化率	健康・働き方	当該年度の年次有給休暇取得日数 (平均値)	昨年度の年次有給休暇取得日数 (平均値)	年間110%以上
101	部署QI	01-診療科	血液内科	3-1	抗菌薬開始/変更時の血液培養採取率	治療介入	血液培養採取患者	広域抗菌剤開始患者	100%
102	部署QI	01-診療科	循環器内科	3-2	日勤帯に受診したST上昇型心筋梗塞症例に対するdoor to balloon time 90分以内達成率	治療成績	Door to balloon timeが90分以内達成された患者数	期間内に日勤帯で当院に受診したSTEMI患者で緊急カテーテル検査を行った数	100%の達成を目指す
103	部署QI	01-診療科	消化器内科	3-3	前日正午までの退院決定率	AOP	各月の一週間における前日の正午までに退院決定した患者数	各月の一週間における退院患者数	100%
104	部署QI	01-診療科	呼吸器内科	3-4	初回肺癌抗癌剤投与患者でHBs抗原陰性者であった者に対するHBc抗体、HBs抗体測定	治療介入	初回肺癌抗癌剤投与患者でHBs抗原陰性者かつHBc抗体、HBs抗体測定者の数	初回肺癌抗癌剤投与患者かつHBs抗原陰性者数	100%
105	部署QI	01-診療科	糖尿病・内分泌内科	3-5	インスリンを使用した患者におけるインスリン関連インシデントレベル3以上の割合	診療の安全	院内で報告されたレベル3以上のインスリン関連インシデント数	入院中にインスリンを処方もしくは注射指示された患者数	1.5%以下
106	部署QI	01-診療科	腎臓内科	3-6	維持血液透析導入時にブラッドアクセスをカテーテル留置にて開始した割合	治療介入	カテーテル留置にて維持透析導入となった患者の数	維持透析導入患者の総数	10%未満
107	部署QI	01-診療科	消化器・腫瘍外科 (肝胆膵)	3-7	多剤耐性菌の発生状況	PCI/AST	多剤耐性菌の発生数	延べ入院患者日数	発生率の低下 (指標 \leq 0.25)
108	部署QI	01-診療科	血管外科	3-8	手術部位マーキング実施率	IPSG.4	マーキングを実施した手術患者数	手術患者数	100%
109	部署QI	01-診療科	消化器・腫瘍外科 (消化管)	3-9	清潔操作「直前」の手指衛生遵守率 (直接観察法による)	IPSG.5	6W・7W病棟の清潔操作「直前」における手指衛生実施回数 (医師・看護師)	6W・7W病棟の清潔操作「直前」における手指衛生必要回数 (医師・看護師)	80%
110	部署QI	01-診療科	移植外科	3-10	外来初診時記録率の向上	カルテ記載	移植外科外来初診時記録記載数	移植外科外来初診受診患者数	80%
111	部署QI	01-診療科	乳腺・内分泌外科	3-11	手術前に術式を執刀医と助手で再確認してカルテに記載する	カルテ記載	手術前に術式をカルテ記載されている数	すべての手術	80%
112	部署QI	01-診療科	整形外科	3-12	手術部位感染 (SSI) サーベイランス実施診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療科におけるサーベイランス対象手術件数	1.332%以下

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
113	部署QI	01-診療科	手の外科	3-13	小児手外科手術における感染の防止	IPSG.5.1	小児手外科手術の術後感染症の件数	小児手外科手術の術後感染症の総数	0%
114	部署QI	01-診療科	産科婦人科	3-14	婦人科における手術時間の2時間以上の超過症例数	治療成績	婦人科における手術時間の2時間以上の超過症例数		月1件以内
115	部署QI	01-診療科	IVF	3-15	クリニカルパス適応率	診療の安全	クリニカルパス適応患者数	採卵・胚移植実施患者数	80%以上
116	部署QI	01-診療科	眼科	3-16	レーザーのサインイン・タイムアウトの実施率	IPSG.4	レーザーのサインイン・サインアウト件数	レーザーのコスト件数	100%
117	部署QI	01-診療科	精神科・親と子どもの診療科	3-17	脳波所見の記載率	カルテ記載	所見記載済み患者数	脳波検査患者数	60%以上
118	部署QI	01-診療科	小児科	3-18	7日以内に確認された画像診断報告書確認率	IPSG.2	小児科オーダーの毎月の画像診断報告書の報告日（承認日）から確認日が7日以内のもの件数	小児科オーダーの毎月の画像診断報告書の件数	95%
119	部署QI	01-診療科	皮膚科	3-19	手術部位マーキング実施率	IPSG.4	マーキングが実施された件数	オペ件数	100%
120	部署QI	01-診療科	泌尿器科	3-20	前立腺針生検後の感染症の非発症率	IPSG.5.1	前立腺生検後の感染症の非発症数	前立腺生検施行数	95%以上
121	部署QI	01-診療科	耳鼻いんこう科	3-21	耳鼻いんこう科入院患者におけるMRSA感染症の罹患率	PCI/AST	MRSA感染している耳鼻咽喉科入院患者	耳鼻咽喉科全入院患者	0%
122	部署QI	01-診療科	放射線科	3-22	外部照射における高精度治療割合	治療成績	高精度治療（IMRT・SRT）実施患者数	外部照射実施患者数	50%
123	部署QI	01-診療科	放射線科	3-23	パニック値認識から10分以内の医師への報告率	IPSG.2	パニック値認識から10分以内の医師への報告数	パニック値報告数（テンプレート数）	100%
124	部署QI	01-診療科	歯科口腔外科	3-24	周術期口腔ケアを受けた患者の割合	治療介入	全身麻酔手術症例で周術期口腔機能管理が算定された患者数	全身麻酔手術症例数	25%

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
125	部署QI	01-診療科	脳神経外科	3-25	手術部位感染(SSI)サーベイランス実施診療科におけるSSI発生率	IPSG.5.1	SSIサーベイランス実施診療科におけるSSI発生件数	SSIサーベイランス実施診療科におけるサーベイランス対象手術件数	1.0%以下
126	部署QI	01-診療科	老年内科	3-26	入院患者の週間サマリの作成率	カルテ記載	金曜日の17時時点で、その週の水曜日～金曜日に週間サマリが記載されている入院患者数	金曜日の17時時点での入院患者数	100%
127	部署QI	01-診療科	脳神経内科	3-27	虚血性脳卒中患者における退院時の抗血小板薬処方率	治療介入	虚血性脳卒中による入院患者で抗血小板薬が処方された患者数	虚血性脳卒中による入院患者数	100%
128	部署QI	01-診療科	呼吸器外科	3-28	手術時間を予定より1時間以上超過しない	治療成績	手術時間を予定より1時間以上超過しなかった手術数	総手術数	80%
129	部署QI	01-診療科	心臓外科	3-29	サニサーラの使用量	IPSG.5	サニサーラ量	手術患者数	20g
130	部署QI	01-診療科	形成外科	3-30	レーザー使用時の始業・終業時点検票記載率	診療の安全	レーザー使用日の点検票記載済み数	レーザー使用日数	100%
131	部署QI	01-診療科	小児外科	3-31	Clavien-Dindo分類Ⅲ以上の合併症を減らす	合併症	全手術症例のうちClavien-Dindo分類Ⅲ以上の合併症を発生した患者	全手術症例	5%未満
132	部署QI	01-診療科	総合診療科	3-32	入院患者の多職種カンファレンス実施率	コミュニケーション・安全文化	1ヶ月の9Wの総合診療科入院患者のうち8日以上入院した患者の多職種カンファレンス実施の延べ数	1ヶ月の9Wの総合診療科入院患者のうち8日以上入院した患者の入院延べ日数を7で割ったもの	100%
133	部署QI	01-診療科	救急科	3-33	救急外来における職員の針刺し・切創、体液暴露の件数	PCI/AST	救急外来における職員の針刺し・切創、体液暴露の件数	なし	0件
134	部署QI	01-診療科	麻酔科・手術部	3-101	中心静脈カテーテル挿入術後の重篤合併症発生率	合併症	中心静脈カテーテル挿入術後の重篤合併症の発生件数	中心静脈カテーテル挿入数	0%
135	部署QI	01-診療科	麻酔科・手術部	3-102	手術中の心停止、高度低血圧、高度低酸素などの重大イベント発生率	IPSG.4	重大イベント発生数	麻酔科管理の総手術件数	0%
136	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	検査部・輸血部	3-34	受け入れ不可検体数を前年度に比べて20%減少させる。	治療成績	受け入れ不可検体数		受け入れ不可検体数20%減(前年度比)

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
137	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	放射線部	3-35	インシデント報告の指導目標に該当する事例数	診療の安全	インシデント報告のうち、医師の検査指示に対し、指示と異なった検査を実施した事例		40件以内
138	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	放射線部（血管造影部門）	3-36	検査終了後に画像の転送確認を行う	診療の安全	画像の転送確認を行った検査数	総検査数	100%
139	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	放射線部（RI部門）	3-37	FDG/PET検査の前処置の不備により、検査延期または時間変更した件数の低減	診療の安全	指標に該当するインシデント報告件数		22件以内
140	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	放射線部（MRI部門・放射線治療部門）	3-38	MRI検査室における職員による磁性体持ち込み数の低減	診療の安全	指標に該当するインシデント報告件数		5件以内
141	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	放射線部（画像診断I）	3-39	一般撮影およびポータブル撮影時の患者誤認数0を目指す	IPSG.1	一般撮影およびポータブル撮影時の患者誤認のインシデント報告数		3件以下（前年度比50%以下）
142	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	輸血部	3-40	全血液製剤の廃棄率	診療の安全	全血液製剤廃棄単位数	全血液製剤購入単位数	0%
143	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	病理部	3-41	受付後3週間以上経過した未診断の件数	診療の安全	受付後3週間以上経過した未診断の件数		0件
144	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	外科系集中治療部（SICU）	3-42	SICU死亡率	治療成績	SICU入室中死亡患者数	SICU入床患者数	1.6%
145	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	内科系集中治療部（EMICU）	3-43	EMICUにおけるCPE、MDRP、MDRA、VREの水平感染ゼロ	PCI/AST	EMICUにおけるCPE、MDRP、MDRA、VREの水平感染の件数	なし	0件
146	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	3-44	黄色ブドウ球菌血液培養陽性例の30日死亡率	PCI/AST	黄色ブドウ球菌血液培養陽性で30日以内の死亡例数(移動年計)	黄色ブドウ球菌血液培養陽性例数(移動年計)	10%以下
147	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	3-45	血液培養の汚染(コンタミネーション)率	診療の安全	陽性化した血液培養のうち、中央感染制御部医師が総合的に汚染(コンタミネーション)と判断したセット数	提出された血液培養のセット数	1%以下
148	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	中央感染制御部	3-46	広域抗菌薬投与前の培養検査提出率	診療の安全	広域抗菌薬投与前に培養検査が提出されたエピソード数(移動年計)	広域抗菌薬が投与されたエピソード数(移動年計)	95%以上

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
149	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	光学医療診療部	3-47	災害訓練時の医師参加数	コミュニケーション・安全文化	参加した医師の数	目標参加者数3名	100%
150	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	リハビリテーション部	3-48	脳梗塞の早期リハビリテーション実施率	治療介入	入院4日以内にリハビリテーションが開始された患者数	最も医療資源を投入した病名が脳梗塞の患者で、発症から4日以内、且つ緊急入院した患者数。再梗塞を含む。院内発症した脳梗塞症例は除外。4日以内退院と転帰が死亡である場合は除外	100%
151	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	化学療法部	3-49	災害シミュレーション実施率	コミュニケーション・安全文化	災害シミュレーションに参加した累積参加医師数	化学療法部に在籍している全医師数	年間の累積参加率100%
152	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	臨床工学技術部	3-50	年間インシデント報告件数の更新	診療の安全	インシデント報告件数		年間380件(月あたり32件)
153	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	栄養管理部	3-51	外来化学療法室における栄養指導件数の増加	COP	外来化学療法患者への栄養指導実施件数（2024年度）	外来化学療法患者への栄養指導実施件数（2023年度）	前年度と比べて40%増（140%）
154	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	総合周産期母子医療センター（生殖周産期部門）	3-52	月あたりの患者アンケート回答率	患者満足度	月あたり患者アンケートに答えた人数	月あたりの分娩数	20パーセント
155	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	総合周産期母子医療センター（新生児部門）	3-53	超低出生体重児・極低出生体重児の生存退院率	治療成績	超低出生体重児・極低出生体重児の生存退院数	超低出生体重児・極低出生体重児の入院数	95%以上
156	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	地域連携・患者相談センター	3-54	入院から退院支援依頼までの日数中央値	AOP	入院から退院支援依頼までの日数中央値 日数		前年度比マイナス1日
157	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	ゲノム医療センター	3-55	他部門・他施設・一般からの問い合わせへの早期対応率	コミュニケーション・安全文化	問い合わせに対して1週間以内に回答した件数	口頭・電話・メールでの問い合わせ受付件数	90%以上
158	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	メディカルITセンター	3-56	デジタルヘルス研究支援件数	その他	デジタルヘルスに関する研究を支援した件数		15件/年
159	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	電子カルテ管理室	3-57	外部ベンダー来室時の手指衛生遵守率	IPSG.5	手指衛生遵守した人数	外部ベンダー来室人数	100%

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
160	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	先端医療開発部	3-58	名古屋大学が臨床研究法下で実施する臨床研究の支援件数	その他	先端医療開発部が支援する臨床研究法下で実施する試験のうち、jRCTに新規公開された件数		四半期ごとに3件
161	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	卒後臨床研修・キャリア形成支援センター	3-59	研修振り返りの記載率（100%）（ローテート終了後1週間後までに記載）	MPE	ローテート終了後1週間後までに提出された研修振り返りの提出件数	各研修医に依頼された研修振り返りの件数	100%
162	部署QI	03-中央診療施設・運営協等	薬剤部	3-60	レベル1以上の調剤過誤発生率	診療の安全	レベル1以上の調剤過誤発生件数	処方箋枚数	0%
163	部署QI	02-看護部	看護部	3-61	看護職員の退職率	健康・働き方	退職者数（中途退職＋年度未退職）	看護職員数	11.8%以下 ※2022年日本看護協会調査による看護職員離職率：11.8%
164	部署QI	02-看護部	看護部（教育）	3-62	救急シミュレーション実施部署数	コミュニケーション・安全文化	70%以上の看護職が救急シミュレーションに参加した部署数		31部署
165	部署QI	02-看護部	看護部（13階）	3-63	消化器外科手術後患者の褥瘡発生件数	治療成績	消化器外科手術後患者の褥瘡d2以上の発生件数		3件以下（前年比5割減）
166	部署QI	02-看護部	看護部（11W）	3-64	倫理カンファレンス開催件数	コミュニケーション・安全文化	病棟内で倫理カンファレンスを開催した件数		1回/月以上
167	部署QI	02-看護部	看護部（10W）	3-65	新規褥瘡発生件数	治療成績	入院患者における新規褥瘡発生部位数	なし	昨年度比-10%（昨年度15件であったため13件以下目標）
168	部署QI	02-看護部	看護部（9W）	3-66	災害シミュレーション実施率	コミュニケーション・安全文化	災害シミュレーション参加数	9Wスタッフ数（クラーク、助手含む）	100%
169	部署QI	02-看護部	看護部（8W）	3-67	新規褥瘡発生部位数（d1含む）	治療成績	調査月の新規褥瘡発生部位数（d1含む）		20件（昨年度の20%減）
170	部署QI	02-看護部	看護部（7W）	3-68	心理・社会的側面に関するアナムネ聴取	COP	アナムネ聴取件数	再発に対する抗癌剤導入患者数と移植手術患者数	100%

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
171	部署QI	02-看護部	看護部（6W）	3-69	ストーマラダー I 取得率	健康・働き方	ストーマラダー I 取得数	看護師長を除く看護師数	ストーマラダー I 取得100%
172	部署QI	02-看護部	看護部（5W）	3-70	一般病棟における中心静脈カテーテル関連血流感染症（CLABSI）発生率	IPSG.5.1	血流感染判定数	中心静脈カテーテル留置延べ日数	0.47%
173	部署QI	02-看護部	看護部（4W）	3-71	超過勤務時間の変化率	健康・働き方	超過勤務時間総数	スタッフ数	平均超過勤務時間10%減少 (平均12.3時間以下)
174	部署QI	02-看護部	看護部（3W）	3-72	入院後新規褥瘡発生件数（d2以上）	治療成績	d2以上の入院後新規褥瘡発生件数（部位別）		11件以内
175	部署QI	02-看護部	看護部（12E）	3-73	d2以上の新規褥瘡発生件数減少	治療成績	d2以上の新規褥瘡発生数	なし	9件（10%減）
176	部署QI	02-看護部	看護部（10E）	3-74	転倒転落レベル4 発生0件	IPSG.6	転倒転落レベル4発生件数		0件
177	部署QI	02-看護部	看護部（9E）	3-75	災害シミュレーション実施率	コミュニケーション・安全文化	災害シミュレーションに参加した人数	9E病棟の全看護職員数（看護師・看護助手・クラーク・夜間助手）	100%
178	部署QI	02-看護部	看護部（7E）	3-76	超過勤務時間が30時間以上/月の看護師数	健康・働き方	超過勤務時間が30時間以上/月の看護師数		年間50人以下（昨年度の10%減）
179	部署QI	02-看護部	看護部（6E）	3-77	超過勤務時間の削減	健康・働き方	看護管理者を除く看護師の超過勤務時間30時間以上の看護師数	看護師数	0%
180	部署QI	02-看護部	看護部（5E）	3-78	正しいリストバンドの装着	IPSG.1	調査日の「正しいリストバンド装着患者数」	調査日の「入院患者数」	100%
181	部署QI	02-看護部	看護部（4E/MFICU）	3-79	内服インシデントの低減 看護師の確認不足により発生した内服薬インシデントの発生数	MMU	内服薬インシデントの発生数 看護師の確認不足により発生した内服薬インシデントの発生数		16件（昨年度より3割減）

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
182	部署QI	02-看護部	看護部（3E）	3-80	感染性廃棄物の詰所への持ち込み率	PCI/AST	持ち込み件数	直接観察件数	0%
183	部署QI	02-看護部	看護部（2E）	3-81	薬剤関連誤投与発生件数	MMU	発生件数のため、分子・分母はない	発生件数のため、分子・分母はない	0件
184	部署QI	02-看護部	看護部（3N）	3-82	災害訓練のメンバーセルフチェック合格率	コミュニケーション・安全文化	災害訓練のメンバーセルフチェック合格数	光学スタッフの中で3N病棟で勤務しているスタッフ数9名	100%
185	部署QI	02-看護部	看護部（SICU）	3-83	事故除去件数	PCI/AST	事故除去件数		14件/年以下
186	部署QI	02-看護部	看護部（EMICU）	3-84	d2以上の新規褥瘡発生件数	治療成績	入院中に新規発生した褥瘡のうち、d2以上の褥瘡とアセスメントした部位数		22件（昨年度25件の10%減）
187	部署QI	02-看護部	看護部（NICU）	3-85	個人情報漏洩に関する事象の発生件数	MOI	個人情報漏洩に関する事象発生件数	なし	0件
188	部署QI	02-看護部	看護部（GCU）	3-86	個人情報漏洩に関する事象の発生件数	MOI	個人情報漏洩に関する事象発生件数	なし	0件
189	部署QI	02-看護部	看護部（中央放射線部）	3-87	中材機材の不適切な提出件数	FMS	中材機材の不適切な提出件数	なし	0件
190	部署QI	02-看護部	看護部（光学医療診療部）	3-88	災害訓練のメンバーセルフチェック合格率	コミュニケーション・安全文化	災害訓練のメンバーセルフチェック合格数	3Nスタッフの中で光学で勤務するスタッフ数16名	100%
191	部署QI	02-看護部	看護部（手術室）	3-89	手指衛生が必要な5つの場面の直接観察法での遵守率	IPSG.5	直接観察法で手指衛生が必要な場面で実施できた回数	直接観察法で手指衛生が必要であった回数	85%
192	部署QI	02-看護部	看護部（中央材料部）	3-90	PPE着脱の手順遵守率	PCI/AST	直接観察法で調査した「PPE着脱の手順が遵守できた人数」	直接観察法で調査した「PPE着脱時の人数」	遵守率100%

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
193	部署QI	02-看護部	看護部（血液浄化部）	3-91	血液浄化部における侵襲的処置における安全チェック（サインイン・タイムアウト・サインアウト）テンプレート記載率	IPSG.4	安全チェック（サインイン・タイムアウト・サインアウト）テンプレートすべてが完全に記載されている患者数 （定点調査で選ばれた患者）	血液浄化部で血液透析を施行した患者（定点調査で選ばれた患者）	100%
194	部署QI	02-看護部	看護部（救急外来）	3-92	アンダートリアージ件数	IPSG.5	アンダートリアージ件数		5件（前年度7件の20%減）
195	部署QI	02-看護部	看護部（移植連携室）	3-93	生体腎移植前説明実施率	治療介入	生体腎移植前に移植コーディネーターから説明が実施された人数	生体腎移植目的で紹介された初診患者数	100%
196	部署QI	02-看護部	看護部（外来）	3-94	災害シミュレーション実施率	コミュニケーション・安全文化	災害シミュレーションを1回/月以上実施したセクション数	10セクション（①外科/麻酔科②皮膚/形成/口外③泌尿器④産婦人科⑤内科/総診⑥耳鼻/眼科⑦小児科⑧整形/脳外⑨化学療法室⑩入院案内センター） 〔言葉の定義〕 セクション：副看護師長の担当する診療科のまとまり	100%
197	部署QI	04-事務部	総務課	3-95	入職時オリエンテーション受講率	コミュニケーション・安全文化	受講済数	各月の新規入職者数（一部対象者除く）	100%
198	部署QI	04-事務部	人事労務課	3-96	職員健康診断受診率	健康・働き方	受診した病院勤務職員	職員健康診断受診対象となる全ての病院勤務職員	受診率100%
199	部署QI	04-事務部	経営企画課	3-97	公的資金不正使用防止研修受講率	経営・財務	研修を受講した研究費使用に関係する職員	研究費使用に関係する職員	100%
200	部署QI	04-事務部	経理課	3-98	支払期限遵守達成率	経営・財務	支払期限を遵守した支払件数	支払総件数	100%
201	部署QI	04-事務部	施設管理グループ	3-99	患者満足度委員会提案書の改善率（建築・電気設備・機械設備分）	コミュニケーション・安全文化	今年度の提案書の改善数（建築・電気設備・機械設備分）	今年度の提案書数（建築・電気設備・機械設備分）	改善率80%以上
202	部署QI	04-事務部	医事課	3-100	未収金回収率	経営・財務	今年度における昨年度回収困難債権の徴収額	昨年度末 回収困難債権額	13.81%

2024年度QI一覧（R6.9.30現在）

※共同設定のQIについては、報告部署の方に記載しています

通番	QI区分	担当区分	担当部門等	指標番号	指標名 (QI名称)	指標分類	計算式（分子）	計算式（分母）	目標値
203	ベンダーQI	05-業者	株式会社日本ビジネスデータプロセッシングセンター	4-1	入職時オリエンテーション受講率	コミュニケーション・安全文化	当月の受講済入職者数	当月の新規入職者数	100%
204	ベンダーQI	05-業者	エス・ディ・ロジ 八神製作所	4-2	物品期限切れ廃棄件数	診療の安全	2024年度の医薬品+材料期限切れ廃棄の合算件数	2023年度の医薬品+材料期限切れ廃棄の合算件数	物品(診療材料・医薬品)期限切れ廃棄件数を前年度実績比▲3%とする
205	ベンダーQI	05-業者	サンメンテナンス	4-3	患者満足度委員会提案書数を減らす	患者満足度	今年度の提案書数	前年度の提案書数（38件）	R6年度提案書数/R5年度提案書数=100%未満（38件未満）
206	ベンダーQI	05-業者	トーテックアメニティ	4-4	交換機データ入力間違いをなくす	コミュニケーション・安全文化	入力間違いが生じたデータ入力件数	全データ入力件数	0%
207	ベンダーQI	05-業者	共済団（ローソン, ドトール, 花の木）	4-5	患者満足度委員会提案書数を減らす	患者満足度	今年度の提案書数	前年度の提案書数（2件）	R6年度提案書数/R5年度提案書数=100%未満（2件未満）
208	ベンダーQI	05-業者	名古屋大学病院内郵便局	4-6	患者満足度委員会提案書数0件	患者満足度	今年度の提案書数	なし	患者満足度委員会提案書数0件
209	ベンダーQI	05-業者	大府特別支援学校	4-7	手指衛生の実践	IPSG.5	手指衛生の実施回数	手指衛生の必要回数	手指衛生の遵守率85%
210	ベンダーQI	05-業者	ファミリーマート（病棟1階）	4-8	患者満足度委員会提案書数を減らす	患者満足度	今年度の提案書数	前年度の提案書数（2件）	R6年度提案書数/R5年度提案書数=100%未満（2件未満）
211	ベンダーQI	05-業者	加藤理容店	4-9	手指衛生の実践	IPSG.5	手指衛生の実施回数	手指衛生の必要回数	手指衛生の遵守率85%
212	ベンダーQI	05-業者	松本義肢	4-10	手指衛生の実践	IPSG.5	手指衛生の実施回数	手指衛生の必要回数	手指衛生の遵守率85%
213	ベンダーQI	05-業者	防災センター（セクダム）	4-11	患者満足度委員会提案書数を減らす	患者満足度	今年度の提案書数	前年度の提案書数（3件）	R6年度提案書数/R5年度提案書数=100%未満（3件未満）
214	ベンダーQI	05-業者	エネルギーセンター（トヨタエンタプライズ）	4-12	労働災害件数0件	コミュニケーション・安全文化	今年度の発生件数		0件
215	ベンダーQI	05-業者	富士通Japan株式会社	4-13	電子カルテのシステムダウンをなくす	その他	電子カルテのシステムダウン件数	なし	0件

医療安全体制

記載の有無: 入力済 / 未入力あり

入力済

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日現在

● 医療に係る安全管理を行う部門の名称、メンバーについて記載すること。個人情報に記載しないよう注意すること。

注1) 研修医は除いてください。

注2) 常勤とは、当該医療機関が定める1週間の就業時間のすべてを勤務している者をいいます。ただし、当該医療機関が定める就業時間が32時間に満たない場合は常勤とみなしません。(「医療法第21条の規定に基づく人員の算出に当たっての取扱い等について」(平成10年6月26日付け健政発第777号・医薬発第574号、厚生省健康政策局長・医薬安全局長連名通知)の別添「常勤医師等の取扱いについて」を参照)

注3) 「専従」および「専任」とは、当該医療機関における当該診療従事者が「専従」については「8割以上」、「専任」については「5割以上」、当該業務に従事している者をいいます。「その他」については、「5割未満」の場合に選択してください。

注4) 「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」(平成19年3月30日付け医政発0330019号厚生労働省医政局長通知及び薬食発第0330009号厚生労働省医薬食品局長通知)に基づく研修を想定しています。

医療に係る安全管理を行う部門の名称		患者安全推進部					
医療に係る安全管理を行う部門のメンバー							
	職種(注1)	常勤/非常勤(注2)	専従/専任/その他(注3)	医療安全に関する研修の受講状況(注4)			
				受講した研修名	研修主催者名	修了日	
1	部門長	医師	常勤	専従(8割以上)	なし	なし	なし
2		医師	常勤	専従(8割以上)	2021年度 長期研修専門課程I 地域医療安全管理専攻科	国立保健医療科学院	2021年12月
3		医師	常勤	専従(8割以上)	最高質安全責任者CQSOプロジェクト	名古屋大学	2020年 8月
4		薬剤師	常勤	専従(8割以上)	平成30年度第1回医療安全管理者養成研修会	一般社団法人医療の質・安全学会	2018年 9月
5		看護師	常勤	専従(8割以上)	2022年度 医療安全管理者養成研修	一般社団法人医療の質安全学会	2022年 7月
6		看護師	常勤	専従(8割以上)	2023年度 医療安全管理者養成研修	一般社団法人 医療の質・安全学会	2023年 9月
7		看護師	常勤	専従(8割以上)	平成30年度 第2回医療安全管理者養成研修会	一般社団法人医療の質安全学会	2018年11月
8		看護師	常勤	専従(8割以上)	2023年度 医療安全管理者養成研修	一般社団法人 医療の質・安全学会	2023年 9月
9		その他	常勤	専従(8割以上)	なし	なし	なし
10		その他	常勤	専従(8割以上)	なし	なし	なし

11	その他	常勤	その他(5割未満)	なし	なし	なし
12						年月
13						年月
14						年月
15						年月
16						年月
17						年月
18						年月
19						年月
20						年月

●医療安全のための患者窓口

窓口の名称	地域連携・患者相談センター				
電話	直通				
	代表	052-744-2111	(内線)		

様式3(病院機能)の該当指定要件のAのうち満たしていない項目について

記載の有無: 未充足あり/不要

不要

病院名: 名古屋大学医学部附属病院

時期・期間: 令和6年9月1日時点

※様式3(病院機能)の該当指定要件のAのうち満たしていない項目について、満たしていない項目とその理由と今後の見通し等について具体的に記載してください。

※通し番号については、様式3(病院機能)シートのL列の番号を記入してください。

※令和6年9月2日以降に、要件の充足状況に変動があった場合には、別途、文書で厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課へ届け出てください。

※右上について、最初は「不要」と表示されます。様式3(病院機能)を入力後に、上部にある「様式3(病院機能)シート」の入力後、クリックしてください。」ボタンを押下ください。未充足要件が抽出されます。

通し番号 ※自動反映	令和6年9月1日時点で満たしていない要件 ※自動反映	現状の説明	充足見込み時期
例 68	小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数。	〇月〇日付けで該当医師が退職し、9月1日時点で配置できていない状況である。	令和〇年〇月〇日に、該当医師を新規採用予定である。
例 111	放射線療法に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。	9月1日時点で、リニアックを導入していない。	令和〇年〇月〇日に、リニアックを導入し、放射線療法を開始予定である。
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			