

自治医科大学附属さいたま医療センター

# \*病院機能指標

2021年9月

クオリティマネジメント委員会

## 病院機能指標の公表にあたって

センター長 遠藤 俊輔

医療の機能指標を公開することは、病院を受診する患者様に貴重な情報を提供するだけでなく、診療に携わる医療従事者にとっても重要です。なぜなら、このような様々な指標をもとに、医療従事者自身の励みとなったり、逆に反省し医療の質改善に努めるようになるからです。

我々の病院は全国150病院あるDPC特定病院群の一つであり、今回示したデータだけでなく、様々な指標をDPCデータから抽出することができます。今後はこのような指標を他院のものと比較し、自院の長所・短所を明らかにすることによって、地域の皆様により良い医療を提供できることを期待しております。

## クオリティ・インディケーター (QI)について

クオリティマネジメント委員長 眞嶋 浩聡

自治医科大学附属さいたま医療センターは、医療の質を示す指標としてQIを2018年より公表しています。QIは医療の質を向上させるために継続的に用いられる医療の構造・過程・アウトカムに関する指標です。客観的な指標に基づいて業務を振り返り、PDCA (Plan, Do, Check, Act)サイクルを回すことで、継続的に業務の改善を行うことができます。当センターでは、さいたま医療圏の地域医療ニーズに応えるために、各診療科・部署ごとに特化した目標を掲げて取り組み、それぞれが特徴あるQIを選定しています。継続的にQIを評価し、可視化することで業務改善、ひいては医療の質向上に繋げることができます。今回、2020年（または2020年度）のデータにアップデートして公表します。COVID-19の困難な状況下にありますますが、医療の質改善のために、弛まぬ努力を続けています。

## <統一項目>

診療科別平均在院日数推移表 P. 4

## <診療科>

総合診療科 P. 5

循環器内科 P. 6

消化器内科 P. 8

呼吸器内科 P. 10

内分泌代謝科 P. 11

血液科 P. 12

リウマチ膠原病科 P. 14

腎臓内科 P. 15

脳神経内科 P. 17

小児科 P. 19

放射線科 P. 20

一般・消化器外科 P. 22

呼吸器外科 P. 24

心臓血管外科 P. 25

脳神経外科 P. 26

整形外科 P. 27

泌尿器科 P. 28

耳鼻咽喉・頭頸部外科 P. 29

眼科 P. 30

産婦人科 P. 31

皮膚科 P. 32

形成外科 P. 33

麻酔科 P. 34

歯科口腔外科 P. 35

周産期科 P. 36

救命救急センター P. 37

集中治療部 P. 38

病理診断科 P. 39

臨床検査部 P. 40

## QI統一項目

## 2020年 診療科別平均在院日数推移表

単位：日

診療科／月	2020.1	2020.2	2020.3	2020.4	2020.5	2020.6	2020.7	2020.8	2020.9	2020.10	2020.11	2020.12	平均
循環器内科	6.7	7.0	6.5	6.3	8.0	7.9	6.9	7.0	6.7	6.7	7.8	7.7	7.0
神経内科	16.2	17.8	14.0	16.0	12.7	16.0	14.4	22.1	15.3	16.6	17.5	11.5	15.7
腎臓内科	13.1	17.0	13.3	17.2	15.5	17.7	15.7	11.8	12.5	14.8	18.1	19.8	15.5
リウマチ膠原病科	22.8	16.2	17.6	22.2	22.5	22.5	29.9	19.7	15.9	-	1.0	-	20.3
消化器内科	7.2	8.6	7.2	8.4	9.4	7.9	7.0	7.2	7.3	7.8	7.7	7.1	7.7
呼吸器内科	16.6	18.0	18.3	13.7	14.2	15.5	14.0	17.4	16.2	15.0	11.6	12.7	15.1
内分泌代謝科	9.2	7.9	6.3	6.4	5.4	7.1	8.0	7.0	6.0	6.6	7.4	8.1	7.1
血液科	37.1	37.0	32.8	34.8	33.2	35.6	35.6	35.8	36.0	36.6	32.5	36.9	35.3
小児科	9.2	8.9	7.9	8.4	11.2	12.1	10.9	10.5	10.2	10.8	7.7	8.7	9.6
外科	13.0	12.6	11.1	11.6	15.1	11.4	11.6	10.4	12.0	12.0	11.3	11.9	11.9
心臓血管外科	22.0	19.9	21.3	20.1	23.2	20.8	19.6	18.2	15.6	17.1	23.4	18.2	19.7
脳神経外科	15.3	15.4	16.9	18.5	17.6	13.0	15.9	14.5	17.7	13.6	15.5	14.3	15.5
整形外科	12.0	11.8	10.8	10.0	9.0	8.7	10.7	9.8	15.1	8.5	10.9	10.7	10.6
呼吸器外科	11.9	9.7	13.1	11.2	11.8	11.4	12.8	15.3	13.0	15.2	13.6	12.0	12.6
形成外科	8.5	8.4	11.1	12.5	27.9	19.1	14.5	9.1	12.3	11.7	12.2	10.8	12.1
皮膚科	19.5	17.3	11.1	11.5	12.9	17.0	16.8	13.1	13.9	13.4	13.6	16.0	14.4
泌尿器科	6.9	7.6	6.8	7.8	7.3	6.9	8.0	8.1	6.9	6.9	7.0	8.0	7.3
眼科	6.6	8.7	6.6	7.1	8.7	8.0	7.8	6.1	6.6	7.5	6.2	7.4	7.1
耳鼻咽喉科	7.3	8.0	7.7	7.8	6.0	6.7	7.0	8.9	7.7	7.3	7.2	7.1	7.5
婦人科	9.2	6.4	6.7	9.4	13.3	9.0	9.2	8.6	10.4	9.6	8.3	8.7	9.0
歯科口腔外科	6.3	8.1	7.1	7.9	10.6	9.2	7.2	7.3	7.3	6.6	7.0	9.7	7.6
産科	17.0	11.4	15.8	13.5	12.3	11.1	13.7	11.5	11.6	10.9	10.6	13.4	12.6
救急科	3.3	4.0	3.6	13.4	2.9	2.6	2.3	2.8	3.0	2.4	2.3	2.2	3.0
総合診療科	14.5	15.1	15.2	2.8	19.3	17.4	17.0	13.6	15.8	15.3	12.9	13.6	11.3
総計	11.3	11.2	10.4	10.7	12.2	11.6	11.1	10.8	10.9	10.6	10.7	10.8	11.0

## 【総合診療科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
平均在院日数	20.0±6.45 (1-207)	16.2±18.0 (1-142)
入院患者の転帰	死亡率 5.2% 自宅退院 54.6% 転院 36.4% 転科 3.7% ※総入院患者数 401人	死亡率 3.3% 自宅退院 59.0% 転院 29.7% 転科 8.0% ※総入院患者数 424人
剖検率	30.0%	21.4%

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
入院患者MDCからみたジニ係数と ハーシュマン・ハーフィンダール指数 これらの指数が低値である程、総合診療科の対象疾患が 多様であることを示している。	ジニ係数 0.35 ハーシュマン・ハーフィン ダール指数 1,243	ジニ係数 0.46 ハーシュマン・ハーフィン ダール指数 1,759

### 取り組みの成果と次年度の目標

総合診療科の対象疾患が多様であることを示す「ジニ係数」と「ハーシュマン・ハーフィンダール指数」とが、それぞれ0.60以下、1,500以下を目標とします。

## 【循環器内科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
デバイス治療における遠隔モニタリングの施行率	69/113×100 = 61.1%	77/115×100 = 67.0%
心房細動アブレーションの再セッション施行率	46/171×100 = 26.9%	30/173×100 = 17.3%
収縮不全心不全患者のβ遮断薬処方率	241/244×100 = 98.8%	191/202×100 = 94.6%
収縮不全心不全患者のACE/ARB処方率	216/244×100 = 88.5%	163/202×100 = 80.7%
AMI患者における平均CCU在室日数および平均在院日数	CCU平均在院日数 3.0±4.0日 (中央値2日) 平均在院日数 10.0±8.0日 (中央値8日)	CCU平均在院日数 3.0±3.0日 (中央値2日) 平均在院日数 11.0±13.0日 (中央値9日)
ST上昇型急性心筋梗塞患者におけるDoor to balloon time (分) ※20-30分台の症例がある一方でWalk in入院など大幅に遅くなることがあるため、バラつき(標準偏差)の大きい分布となっている。	平均67.3±37.4分 (中央値58.5分)	平均84.0±64.0分 (中央値65分)
経皮的冠動脈形成術における平均造影剤使用量	123.9±54.3ml	119.9±51.3ml
経皮的冠動脈形成術における平均透視時間	24.2±15.9分	24.6±17.2分
冠動脈慢性完全閉塞病変に対する経皮的冠動脈形成術の成功率	96% (65/68)	89% (50/56)

## 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

## ・ Door to balloon時間 (DTBT)

急性心筋梗塞特にST上昇型心筋梗塞は発症から再灌流までの時間が急性期および慢性期予後に大きく影響し、DTBTは施設内で測定可能なサブセットである(10分短縮ごとに死亡率HR 0.92 : Lancet 2015:385, 1114)。当科ではDTBTを短縮するため医師・コメディカル全体で取り組むチーム医療体制を敷き、現在では30-60分とかつての60分以上を大きく改善することに成功した。予後改善を目指した診療の質に加えてチーム医療の成果としてのインジケータとしてDTBTを採用したい。

患者の来院時間から初回PCIにおける初回バルーン拡張もしくは血栓吸引施行までに要した時間を計算して平均値を出している。結果は83.62分であった。20-30分代の症例がある一方で、Walk inで来院した症例などではどうしてもDoor to balloon timeが大きく遅れるのが、原因と考えられる。



## 取り組みの成果と次年度の目標

2020年はCOVID-19の除外等を行うために、緊急カテーテル前に抗原検査等のスクリーニングや胸部CTのスクリーニングを行っていたため、Door to balloon timeは2019年と比較して長くなっている。しかし、これはCOVID-19禍でもST上昇型急性心筋梗塞に対してカテーテル治療を感染対策に注意しながら行っていたという事実を反映しているものであり、妥当な結果と考えている。2021年もCOVID-19に対する感染対策を十分に行いつつ、Door to balloon timeの短縮化を図りたいと考えている。

## 【消化器内科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
上部消化管内視鏡検査数	4,737件	3,870件
下部消化管内視鏡検査数	3,005件	2,702件
ERCP検査数	615件	571件
超音波内視鏡検査数	903件	772件
EUS-FNA施行数	120件	121件
早期胃がん内視鏡治療数	166件	141件
早期食道がん内視鏡治療数	41件	37件
早期大腸がん内視鏡治療数	133件	136件
経皮的ラジオ焼灼術（RFA）施行数	48件	41件
肝動脈化学塞栓術（TACE）施行数	99件	79件

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
<p>大腸ESDは技術的難易度が高く、偶発症のリスクも高い。これまで術者は難易度に応じて適当に割りふられてきた。各医師のlearning curveに応じた適応症例の割り振りを目的として、ESDの難易度に関連する術前因子を解析し、スコアリングシステムを構築した(PLoS One 2019;14(6):e0219096)。1年間の平均切除スピード/平均難易度スコアを年間の到達度とし、これを測定項目とした。処置時間の短縮および一括切除率の向上などにつながると予想され、患者にとってのmeritも大と考える。</p>	年間手技到達度 = 切除スピードx難易度スコア	
	切除スピード：12.5 難易度スコア：2.3 年間手技到達度： $12.5 \times 2.3 = 28.8$	切除スピード：15.1 難易度スコア：1.6 年間手技到達度： $15.1 \times 1.6 = 24.2$



## 取り組みの成果と次年度の目標

大腸ESDは胃ESDと比較して難易度が高い手技である。その中でも特に難易度が高い病変（サイズ、場所等）の大腸ESDをさいたま市で施行できるのは当院とさいたま赤十字病院のみである。そのような症例が集まるために、症例数や難易度スコアは年々増加してきた。しかし、2020年はCOVID-19の影響のためか、症例数は微増に留まり、難易度は低下した。その結果、切除スピードは上昇したが、切除スピード×難易度スコアからなる年間手技到達速度は前年よりも低下した。表に示す如く多くの検査数や治療数が2020年は減少した。2021年に入り、これらは徐々に戻りつつあるが、COVID-19の早期の収束が望まれる。技術の更なる向上を目指すとともに、後期研修医が増えたこともあり、大腸穿孔などの偶発症や切除率の低下などを起こさないよう、安全性を担保しながら教育・指導・治療にあたりたいと考えている。

## 【呼吸器内科】

診療実績的な項目	2019年度	2020年度
疾患別入院数	肺癌（疑いを含む）345名、 間質性肺炎（薬剤性肺障害を含む）45名、 肺炎・肺化膿症19名、急性・慢性呼吸不全9例、 胸腺腫瘍9名、慢性閉塞性肺疾患7名、 気管支喘息5名、気胸4名、動静脈瘻2例、 喀血6例、その他26例	肺癌（疑いを含む）399名、胸膜中皮腫9名 間質性肺炎（薬剤性肺障害を含む）40名、 肺炎・肺化膿症35名、急性・慢性呼吸不全4例、 胸腺腫瘍17名、慢性閉塞性肺疾患2名、 気管支喘息2名、睡眠呼吸障害5名、気胸4名、 喀血6例、その他4例
気管支鏡件数	262例	206例
外来化学療法数	1,250例	1,453例

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年度	2020年度
気管支鏡検査は、呼吸器科の中でも侵襲の大きい検査であり、合併症を起こさずに安全に施行することが肝要である。検査に伴う合併症の頻度、種類を把握し、改善できるようにする。	4例／262例 (痙攣1例、低酸素血症3例)	2例／262例 (喘息増悪1例、低酸素血症1例)

### 取り組みの成果と次年度の目標

気管支鏡検査は、呼吸器科の中でも侵襲の大きい検査であり、合併症を起こさずに安全に施行することが肝要である。検査に伴う合併症の頻度、種類に関して検討した。これまでに本邦の全国調査で報告されている合併症の頻度と比較しても、当院で行った気管支鏡検査での合併症頻度は比較的低頻度であった。一方、冒頭に述べた通り、気管支鏡検査に関しては侵襲の大きな検査であることから、手術同様、検査にかかる時間は短い方が理想である。一人にかかる検査時間に関して、前投薬開始から、検査終了までにかかる時間を改善してゆくことを検討する。

## 【内分泌代謝科】

診療実績的な項目	2019年度	2020年度
糖尿病透析予防外来通院患者数 糖尿病透析予防外来で指導を受けた延べ患者数	38件	47件
家族性高コレステロール血症と診断した患者数 内分泌代謝科に通院中で家族性高コレステロール血症と診断した延べ患者数	22件	10件

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年度	2020年度
糖尿病透析予防外来通院患者で年間でeGFRが維持又は改善した者の割合 分母中、1年間でeGFRが維持又は改善した者／上記の糖尿病透析予防外来通院患者数	$11/38 \times 100 = 29\%$	$20/47 \times 100 = 43\%$
家族性高コレステロール血症患者におけるLDL-C値100mg/dL未満の者の割合 分母中、直近でLDL-C値100mg/dL未満の者／上記の家族性高コレステロール血症患者数	$15/22 \times 100 = 68\%$	$5/10 \times 100 = 50\%$

### 取り組みの成果と次年度の目標

本年度の透析予防外来は新型コロナウイルス感染拡大下の影響もあり対象人数の大幅増加には至らなかった。しかしながら多職種による集学的治療による糖尿病重症化予防の効果は現れており、腎機能維持症例の割合は前回よりも改善した。今後も近隣の医療機関から腎症2期を含めた糖尿病性腎臓病の症例を積極的に紹介して頂くよう周知をしていきたい。家族性高コレステロール血症については、新型コロナウイルス感染拡大下の影響もあり近隣医療機関からの紹介は減少した。当科で加療中の家族性高コレステロール血症患者については注射剤の導入もあり動脈硬化性疾患予防ガイドラインで推奨される1次予防のためのLDL-C値管理目標は概ね遵守されている。来年度以降は遵守率を100%に近づくように努力していく。

## 【血液科】

診療実績的な項目	2019年	2020年	
疾患別入院数	急性骨髄性白血病（39例） 急性リンパ性白血病（17例） 骨髄異形成症候群（21例） 慢性骨髄性白血病（7例） 慢性リンパ性白血病（2例） B細胞性リンパ腫（60例） T/NKリンパ腫（7例） ホジキンリンパ腫（2例） 多発性骨髄腫（38例） 骨髄増殖性腫瘍（3例） 再生不良性貧血（2例） 自己免疫性溶血性貧血（3例） 骨髄移植ドナー（12例） 末梢血幹細胞移植ドナー（5例） その他（13例）	急性骨髄性白血病（43例） 急性リンパ性白血病（14例） 骨髄異形成症候群（12例） 慢性骨髄性白血病（5例） 慢性リンパ性白血病（2例） B細胞性リンパ腫（45例） T/NKリンパ腫（7例） ホジキンリンパ腫（3例） 多発性骨髄腫（39例） 骨髄増殖性腫瘍（1例） 再生不良性貧血（3例） 自己免疫性溶血性貧血（1例） 骨髄移植ドナー（13例） 末梢血幹細胞移植ドナー（11例） その他（21例）	
ドナー別造血幹細胞移植件数	自家末梢血（44件） 血縁骨髄（2件） 血縁末梢血（8件） 非血縁骨髄移植（29件） 非血縁末梢血（4件） 非血縁臍帯血移植（5件） （総移植件数 92件）	自家末梢血（39件） 血縁骨髄（0件） 血縁末梢血（6件） 非血縁骨髄移植（22件） 非血縁末梢血（4件） 非血縁臍帯血移植（9件） （総移植件数 80件）	
造血幹細胞移植後1年生存率	<u>2018年実施移植</u> 15.1% （自家移植 0%、同種移植 21.2%）	<u>2019年実施移植</u> 68.4% （自家移植 88.6%、同種移植 52.3%）	<u>2020年実施移植</u> 観察期間中のため 未解析

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2018年実施移植	2019年実施移植	2020年実施移植
移植後1年移植関連死亡率	15.1% (自家移植 0%、同種移植 21.2%)	14.0% (自家移植 0%、同種移植 25.3%)	観察期間中のため未解析

### 取り組みの成果と次年度の目標

近隣の施設に複数名の常勤医師を継続的に派遣することによって、診療連携が確立し、より効率的に数多くの血液疾患の患者さんの診療を行なうことができるようになってきている。造血器腫瘍を中心として、数多くの血液疾患患者を受け入れるとともに、2019年の造血幹細胞移植件数は92件と、地域の基幹病院としての責任を果たすことができた。また、他の病院で治療ができないような重篤な状態の血液疾患患者を積極的に引き受けている中で、移植後1年移植関連死亡率は14.0%と安全な移植診療を提供できている。臨床研究に基づく緻密な治療計画や、常に全身をみわたした入念な管理に加えて、他科医師、薬剤師、放射線技師など様々な部門の協力、そして病棟看護師の献身的かつ繊細な看護によって好成績がもたらされていると考えている。次年度も引き続き地域の期待に応える高度診療を提供するとともに、まだ十分な治療成績が得られていない非寛解期急性白血病に対する移植成績の向上のための試みを継続する。

## 【リウマチ膠原病科】

診療実績的な項目		2019年	2020年
A) 関節リウマチ患者におけるメトトレキサート処方率		116人／450人 = 26%	98人／502人 = 20%
B) ステロイド服用患者の骨粗鬆症予防率	内服薬	1,145人／2,153人 = 53%	1,433人／2,741人 = 52%
	注射薬	50人／2,153人 = 2%	60人／2,741人 = 2%

### 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

メトトレキサート処方  
骨粗鬆症予防  
生物学的製剤の使用

### 取り組みの成果と次年度の目標

A)に関して、今回の比率は2019年に比べわずかに減少しており依然低い値です。しかし、この5年間で生物学的製剤が普及して来ており、メトトレキサートの重要性が以前よりも相対的に低下しています。次年度の目標としては、今後は生物学的製剤の使用頻度も QI として採用する必要があるかもしれません。

B)に関して内服薬は、前回の報告(同期間)と比べ、今回の比率はほぼ同じで依然52%です。ただし、リウマチ膠原病科の患者は、整形外科、他の内科、産婦人科なども受診している場合も多く、これらの診療科において骨粗鬆症の治療をしている場合も多くあります。このような場合はリウマチ膠原病科では骨粗鬆症の治療は行いません。次年度の目標としては、注射薬の使用を増加させることを目標とします。



## 【腎臓内科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
慢性腎臓病患者での貧血コントロール (ヘモグロビン(Hb)値)	9.91 (g/dL)	10.25 (g/dL)
維持血液透析の透析効率	Kt/V = 0.95	Kt/V = 1.20
維持腹膜透析の透析効率	Kt/V = 1.69	Kt/V = 1.63

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している 重点項目	2019年	2020年
<p>◆透析室看護師による保存期腎不全患者における指導数</p> <p>腎不全患者における腎代替療法の選択や保存期腎不全の教育として、看護師による腎不全保存期教室を実施している。末期腎不全患者における適切、かつスムーズな療法選択に繋げるため継続している。</p>	134 件	139 件

### 取り組みの成果と次年度の目標

- ◆慢性腎臓病患者の貧血コントロール（ヘモグロビン(Hb)値）： 10.25 (g/dL)

慢性腎臓病患者の貧血コントロールで維持すべき目標Hb値 は以下のように設定されている。  
 保存期慢性腎臓病患者：11 g/dL以上13 g/dL未満（参考文献1）、成人血液透析（HD）患者：週初めの採血で10g/dL以上12g/dL未満（参考文献2）、成人腹膜透析（PD）患者：11g/dL以上13g/dL未満（参考文献2）  
 2020年度は目標値をやや下回ったが、2019年度と比較し改善した。更なる改善により、目標値を目指し、引き続き適切な治療を提供する。
- ◆維持血液透析の透析効率 Kt/V = 1.20

維持血液透析の透析効率はKt/ V 1.4以上が望ましいとされている（参考文献3）。2020年度は2019年度と比較し、改善した。当センターでは、血液透析導入直後の患者が多く、循環動態が不安定な患者や合併症で入院中の患者など、安定して十分な透析量を確保することが困難な患者が多いものの、引き続き十分な透析量の確保を目指して、治療を継続していく。2021年度も、個々の患者の状態を評価しつつ、安定維持血液透析患者でのKt/ V 1.4以上を確保できるよう、血液透析診療を継続する。

◆維持腹膜透析の透析効率  $Kt/V = 1.63$

腹膜透析患者の透析量は 1.7 を維持することが望ましいとされている（参考文献4）。2020年度は2019年度をやや下回ったが、目標値に近い透析量を確保できており、2021年度も、引き続き $Kt/V$  1.7 以上を目標に腹膜透析診療を継続していく。

参考文献1. 日本腎臓学会: エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018, 東京医学社

参考文献2. 2015年版 日本透析医学会 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン. 透析会誌 49: 89-158, 2016

参考文献3. 一般社団法人 日本透析医学会 維持血液透析ガイドライン: 血液透析処方. 透析会誌 46: 587-632, 2013

参考文献4. 2009年版 日本透析医学会 「腹膜透析ガイドライン」 透析会誌 42: 285-315, 2009

## 【脳神経内科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
平均在院日数	17.5日	15.7日
疾患領域別入院数（疾患領域）		
脳血管障害	119人	138人
免疫関連性中枢神経疾患（MS, NMDA受容体脳炎など）	22人	14人
神経感染症（細菌性・ウイルス性髄膜炎・脳炎など）	11人	5人
神経変性疾患（パーキンソン病, 筋萎縮性側索硬化症など）	48人	49人
末梢神経疾患（ギラン・バレー症候群、CIDPなど）	20人	22人
筋疾患（筋炎、皮膚筋炎、ジストロフィーなど）	10人	11人
発作性疾患（てんかん, 片頭痛など）	37人	27人
代謝	35人	39人
外傷, 骨格	4人	3人
先天性	2人	1人
腫瘍	7人	4人
その他	26人	24人
<b>合計</b>	<b>341人</b>	<b>337人</b>
脳波検査判読数	126件	111件
末梢神経伝導検査 実施数	158件	142件
針筋電図検査実施数	38件	38件
誘発電位検査実施数	20件	18件
平衡機能検査実施数	24件	19件

診療実績的な項目	2019年	2020年
筋生検実施数	2件	1件
剖検数	1件	1件
rt-PA静注療法実施数（脳梗塞）	3件	4件
コンサルテーション件数	273件	271件
遺伝子検査実施数	19例	10例
小児科からのトランジション受入数	8例	14例
パーキンソン病への経胃瘻空腸内レボドパ持続療法（LCIG）導入	3例	2例

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
転院患者の平均在院日数 転帰が転院の患者の在院日数合計/転帰が転院の患者数	25.6日	26.1日

## 取り組みの成果と次年度の目標

2018年から病病連携を目的として転院患者の平均在院日数を測定し始めた（2018年31.3日）。2020年はコロナ禍に伴う病棟閉鎖があり、これまでの入院数増加に歯止めがかかり、転院患者の平均在院日数も前年度よりは延長下ものの、2018年よりは短い水準を保っており、転院候補の病院とのコミュニケーションを取ることができていると思われる。

## 【小児科】

診療実績的な項目	2019年度	2020年度
1) 外来患者数	8,940	7,656
2) 入院患者数	1,107	602
3) 川崎病入院数	51	36
4) 呼吸器疾患入院数	335	101
5) 食物負荷試験	150	125
6) 内分泌負荷試験	41	30
7) 超音波検査数	3,192	3,224

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを 実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
1) 川崎病の冠動脈罹患率	3.9% (2/51)	2.8% (1/36)
2) 食物負荷試験後のアレルギー反応に対するアドレナリン使用率	0.7% (1/150)	0.8% (1/125)
3) 要鎮静検査の合併症発生率	0%	0%

### 取り組みの成果と次年度の目標

- ・ 新型コロナウイルス感染に対する飛沫感染予防の徹底により、他の呼吸器感染も激減した影響で、外来、入院数ともに減少した。検査入院も、病院へ行くと感染のリスクがあると考え、控えが生じたと考えられる。
- ・ 川崎病の冠動脈罹患率は、全国平均の2%と同様であった。今後も、早期診断・早期治療を心がけて後遺症を減らす努力を続けていく。
- ・ 食物負荷試験におけるアドレナリン使用が前年同様1例あったが、適切な対応がとられた。今後も、アナフィラキシー時の適切な対応を行っていく。
- ・ 要鎮静検査の合併症は昨年と同様1例もなく、安全に検査が行われている。これからも、安全な検査を進めていく。

## 【放射線科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
放射線科医がCT・MRI検査の読影レポートを作成した割合 [読影レポート作成数/総検査件数×100]	36158/46820×100 = 77.2%	36331/48677×100 =74.6%
放射線科医が核医学検査（心臓核医学検査を除く）の読影レポートを作成した割合 [読影レポート作成数/総検査数×100]	2126/2540×100 = 83.7%	2406/2599×100 =92.6%
体幹部動脈瘤・血管奇形の治療患者における平均在院日数	6日（15症例）	3.9日（14症例）
強度変調放射線治療（IMRT）患者数	107症例	173症例
体幹部定位放射線治療患者数	3症例	8症例

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
放射線科医が読影依頼のあるCT・MRI検査の読影レポート作成を翌営業日までに終えた割合 [読影レポート作成率/読影依頼のある検査総数×100]	34115/34208×100 = 99.7%	25974/35788×100 =72.6%
放射線科医が読影依頼のある核医学検査（心臓核医学検査を除く）の読影レポート作成を翌営業日までに終えた割合 [読影レポート作成率/読影依頼のある検査総数×100]	1663/1975×100 = 84.2%	1587/1967×100 =80.7%
体幹部動脈瘤・血管奇形の治療患者における再治療率 [再治療病変数/総治療病変×100]	0病変/20病変×100 = 0%	0病変/18病変×100 = 0%



## 取り組みの成果と次年度の目標

放射線治療：治療機器の更新に伴い2018年より強度変調放射線治療（IMRT）や体幹部定位放射線治療といった高精度放射線治療を開始している。引き続き安全を第一としながらも、多くの患者さんに高精度放射線治療が提供できるよう体制の整備を図っていく。

放射線診療：アミロイドPETの施設認証を申請しアミロイドPET検査枠を定期的に設けることで新規患者開拓をめざす。

## 【一般・消化器外科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
各術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率 待機手術の各手術時予防的抗菌薬投与数／待機手術の各術式における手術患者数	100.0%	100.0%
乳癌手術における乳房温存手術の割合 乳癌部分切除件数／乳癌手術件数	52.7%	47.3%

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
一般・消化器外科手術実施患者の術後手術部位感染発症率 [ 各疾患術後手術部位感染人数／各疾患手術患者数 ]		
虫垂	5／23 = 21.7%	1／17 = 5.9%
肝胆膵	37／100 = 37.0%	29／116 = 25.0%
胆嚢	9／73 = 12.3%	6／87 = 6.9%
結腸	28／195 = 12.3%	23／180 = 12.8%
食道	5／11 = 45.5%	5／11 = 45.5%
胃	16／90 = 17.8%	11／89 = 12.4%
ヘルニア	3／110 = 2.7%	3／106 = 2.8%
直腸	18／76 = 23.7%	1／72 = 1.4%
小腸	8／75 = 23.7%	8／48 = 16.7%
脾臓	0／3 = 0.0%	0
乳腺	13／91 = 14.3%	6／93 = 6.5%
甲状腺	4／94 = 4.3%	0／66 = 0%
その他の腹部	1／40 = 2.5%	5／53 = 9.4%

## 取り組みの成果と次年度の目標

待機手術の術前抗菌薬投与はガイドライン等の変更がなければ継続していく方針である。乳癌患者における乳房温存手術の施行割合は半数程度。手術部位感染症の発生頻度に関してはJANISに報告してフィードバックすることが重要なので今後も継続する。

## 【呼吸器外科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
総手術件数	514件	507件
肺癌手術件数	225件	236件
転移性肺腫瘍手術件数	54件	41件
縦隔腫瘍手術件数	41件	38件
気胸手術件数	74件	67件
膿胸手術件数	28件	37件

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

手術件数

### 取り組みの成果と次年度の目標

2019年度は新型コロナウイルス感染症の影響で手術を自粛せざるを得ない期間があったが、手術件数の減少は限定的であった。  
2020年度は術後合併症や在院日数の減少、手術時間の短縮に積極的に取り組むことで手術件数の増加を目指す。

## 【心臓血管外科】

診療実績的な項目	2019年度	2020年度
CABG患者における平均在院日数	49件 29.85日	59件 21.83日
小開胸心臓手術患者における平均在院日数	21件 15.8日	16件 13.93日
急性大動脈症候群の応需率	63/72 = 0.875 応需率 87.5%	76/80 = 0.95 応需率 95.0%

### 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

大動脈弁狭窄症の症例に対するAVR手術における手術死亡率ゼロを目指し、手術時間・入院後在院日数などの短縮を図る。

### 取り組みの成果と次年度の目標

術後平均在院日数は、いずれの手術群においても短縮傾向にあった。  
急性大動脈症候群に対する応需率は改善し、病院としての緊急対応時の行動が浸透しつつある。

## 【脳神経外科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
再手術を要する術後合併症 [再手術数/総手術数]	$1/270 = 0.003$ = 0.3%	$5/301 = 0.0166$ = 1.7%

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
予期せぬ重篤な術後感染症 [致命的な感染症/総手術数]	$1/270 = 0.003$ = 0.3%	$3/301 = 0.0099$ = 1.0%
再手術を要する術後合併症 [再手術数/総手術数]	$1/270 = 0.003$ = 0.3%	$2/301 = 0.0066$ = 0.7%

### 取り組みの成果と次年度の目標

術後の創部感染症において、予定手術の場合はSSIサーベイランスワークシートを利用し管理している。予定手術患者についてはSSIサーベイランスワークシートを継続し、今後も術後感染ゼロを目指していく。2020年は手術件数増加に伴い、より難易度の高い腫瘍が増えた結果、手術時間も長時間に及び術後の感染症の発生率が前年よりも高くなってしまった。今回の反省を踏まえ、次年度は感染症ゼロを目指して取り組んでいきたい。

術後の再手術を要する症例についても、前年よりも緊急症例が増え、より重篤な症例が増えたことが一因として挙げられる。各症例に対する緊急度により、術前の十分な検討が限られてくるが、可能な時間のなかで合併症を予防するように努めていきたい。合併症を来した症例については、診療科を超えて詳細な検討を行い、再発や予防に取り組んでいる。

2020年は2019年に続いて症例数が増え、より重篤で緊急性の高い症例や難易度の高い症例も増えてきている。これまでの取り組みにより重篤な周術期合併症は最小限に抑えることができているが、合併症を来した症例については十分に検証し、引き続き術後合併症ゼロを目指し、より優れた手術技術の修得と、感染症ゼロのための手術時間の短縮を目指していく。



## 【整形外科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
術後 症候性DVT・PEの発生率	0/52 = 0	0/42 = 0

分母 = 整形外科領域における高リスク手術件数（人工股関節全置換術、人工膝関節全置換術、股関節骨折手術）

### 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

D-ダイマーが10をカットオフとしてエコーもしくは造影CTを行い、DVTとPEの検出を行っているが、今後は此までの知見を元にカットオフ値を見直しより少ない労力で検出率を上げたいと考えている。

### 取り組みの成果と次年度の目標

このまま引き続き発生数0を目指したいと思っている。

## 【泌尿器科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
前立腺癌手術患者 平均在院日数 [全患者の入院日数/手術患者数]	1242/132 = 9.4日	1300/135 = 9.6日
腎癌手術患者 平均在院日数 [全患者の入院日数/手術患者数]	484/52 = 9.3日	717/70 = 10.2日
化学療法患者 G-CSF投与率 [G-CSF投与患者/全化学療法患者]	5/25 = 20%	5/32 = 16%
膀胱癌患者 (TURB t) 平均在院日数 [全患者の入院日数/手術患者数]	436/71 = 6.1日	485/79 = 6.1日
膀胱癌患者 (膀胱全摘) 平均在院日数 [全患者の入院日数/手術患者数]	339/19 = 17.8日	338/16 = 14.1日

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
前立腺癌手術の病理結果としての断端陽性率 前立腺癌手術の断端陽性率は、20～40%程度の報告が一般的。	pT2 7% , pT3 62%	pT2 5% , pT3 70%
ロボット支援手術施行件数 (ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術, ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘除術, ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術の合計)	全手術件数の合計	
	170件	183件

### 取り組みの成果と次年度の目標

新規ロボット支援手術として、ロボット支援腎盂形成術を2件施行した。  
ロボット支援前立腺全摘除術の術者教育を進めているが、pT2の切除断端陽性率は維持されている、pT3の成績改善が望まれる。

## 【耳鼻咽喉・頭頸部外科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
全身麻酔手術件数（術式）	1108件	941件
局所麻酔手術件数（術式）	15件	15件
手術件数（術式）, 耳領域, 鼻領域, 咽頭・喉頭領域, 頸部領域	耳領域：199 鼻領域：598 口腔咽頭領域：192 頸部領域：119	耳領域：176 鼻領域：426 口腔咽頭領域：208 頸部領域：131
術後1週間以内の再手術件数・割合	2/1108件 = 0.18%	2/941件 = 0.21%

### 《手術件数について》

手術件数は手術術式によるもので、専門医機構の耳鼻咽喉科領域の手術件数算定、保険点数算定に準じて算出。例えば、真珠腫性中耳炎手術の一例では鼓室形成術と乳突削開術を同時に行う場合があります。また、鼻の手術で同時に施行した内視鏡下副鼻腔手術と鼻中隔矯正術、粘膜下鼻甲介切除術では3件としています。

### 取り組みの成果と次年度の目標

全身麻酔手術件数（術式）、及び手術件数はCOVID-19の流行により大きく鼻領域の手術は減少したが、頭頸部腫瘍関連の手術は増加した。術後1週間の再手術件数の割合はやや増加した。頭頸部手術の増加による要因もあるが、低率であり適切な手術操作、術後管理が行われていると評価できる。次年度も、引き続き手術件数の維持さらに増加を目標としたい。頸部、口腔の術後出血は気道閉塞の危険性があるため注意が必要である。術後出血の要因、咽頭手術後の疼痛管理、また各領域の手術予定患者について在院日数短縮をよりすすめることを目標としたい。

## 【眼科】

診療実績的な項目	2019年度	2020年度
抗VEGF硝子体注射後の眼内炎発症頻度について [眼内炎の発生頻度／硝子体注射施行数]	0／664件 = 0%	0／854件 = 0%

### 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

外来および日帰り手術室での抗VEGF硝子体注射の統計を確実にとっている。抗VEGF硝子体注射の眼内炎には感染性のものと、非感染性のものがあると考えられている。感染性の眼内炎は0.1%程度に起こり、注射後数日以内に発症し、重篤な眼内炎を引き起こし、失明に至る可能性がある。注射前に患者に異常を感じたら早めに連絡するように説明している。万が一感染性眼内炎が発生した場合はカンファでの最重要検討課題とする。また新規に発売された抗VEGF硝子体注射では、感染性眼内炎ではなく、非感染性の網膜血管炎が1-2%程度起きることが報告されている。網膜血管炎は注射後1-4週後に起きるとされている。今後、非感染性の眼内炎（網膜血管炎）についても注意していく。

### 取り組みの成果と次年度の目標

抗VEGF硝子体注射の適応は加齢黄斑変性症だけではなく網膜血管閉塞症、糖尿病黄斑浮腫、血管新生緑内障にも適応が拡大されている。したがって今後益々抗VEGF硝子体注射の症例が増加してゆくものと推測される。来年も周術期の抗菌薬点眼および注射時の眼瞼消毒、イソジン点眼の徹底の続行により硝子体注射後眼内炎の撲滅に今後も努力してゆく。また感染性眼内炎の確率をより少なくするために薬剤がシリンジに入っているプリロードタイプの製剤を2020年から採用し、現在は主にそれを使っている。今後は非感染性の眼内炎（網膜血管炎）についても注意していく。

## 【産婦人科】

### 診療実績的な項目

婦人科手術数と術後1週間の再手術件数

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを  
実際に回すために測定している重点項目

2019年

2020年

婦人科手術件数を手術別に把握し、また術後1週間の再手術件数を把握することで、安全かつ確実に手術に取り組んでいる状況を把握するとともに、手術数の増加、人員獲得につなげていく

開腹手術 79件  
腹腔鏡手術 127件  
腔式手術 36件  
再手術件数 0/242  
(0%)

開腹手術 93件  
腹腔鏡手術 163件  
子宮鏡手術 13件  
腔式手術 17件  
再手術件数 0/286  
(0%)

### 取り組みの成果と次年度の目標

手術枠の数の増加に伴い、手術件数は増加したが、特に鏡視下手術の増加が大きかった。子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘出術は県内で実施可能な施設が現在実質当センターだけのため、紹介患者数も増加した。次年度以降も引き続き患者の獲得に努め、手術件数の増加に取り組んでいきたいと考える。また2020年も再手術件数が0%と安全かつ確実に手術を行うことができた。今後も同様に安全かつ確実な手術を心がけるとともに、ロボット補助下の婦人科手術等、新しい手術を増やしていきたい。



## 【皮膚科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
中等症以上の水疱症の導入期の日数	19.25日	13.71日

### 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

水疱性類天疱瘡、尋常性天疱瘡を代表とする自己免疫性水疱症は広範囲の水疱、びらん、難治性粘膜潰瘍を生じ、ステロイド全身投与など免疫を抑制する治療を長期に行うため、感染症など全身管理も必要とする疾患である。自己免疫性水疱症は皮膚科医が注意深く皮疹を観察しながら治療を行わなければ適切な管理ができない皮膚科独特の疾患である。治療は導入期と維持期に分けて計画を立てるよう推奨されている。十分な初期治療を行うことは、病勢をコントロールし、再燃なくステロイド減量するために重要である。多くの中等症～重症患者はプレドニゾロン（PSL）換算1mg/kg/dayでステロイドを導入するが、病勢がコントロールできなければ、ステロイドパルス療法、免疫抑制剤、免疫グロブリン大量療法、血漿交換など追加治療を行う。ステロイド内服による治療を開始されてから、水疱、びらんの新生がほぼなくなり、もともとあった病変がほぼ上皮化するまでの期間を治療導入期、その後ステロイドを減量していく期間が維持期となる。一般的に導入期間は2～4週間である。皮膚科では入院加療を要した中等症以上の水疱症の導入期の日数をQIに定める。

### 取り組みの成果と次年度の目標

2020年に中等症以上の自己免疫性水疱症で初期治療としてステロイド導入を行なった患者数は21人で、中等症が7人、重症が14人、初回導入量は39.05mgであった。2020年の導入期の日数は13.71と昨年、一昨年に比べ著明に短縮した。原因として、2020年は水疱性類天疱瘡が21人中19人あったことが挙げられる。水疱性類天疱瘡は自己免疫性水疱症の中で最も頻度が高く、治療法も確立されており、当科にとっては比較的コントロールしやすい疾患である。また残りの2名も尋常性天疱瘡で、水疱性類天疱瘡よりは難治であるが、治療法は確立されている。昨年、一昨年はコントロール不良の後天性表皮水疱症、妊娠性類天疱瘡といった、手探りで治療をおこなわざるえない希少疾患がいたことが導入期の日数を長くしていたと考えられる。当科には今後も治療法が確立されていない水疱症や、他院で初期治療を失敗し病勢のコントロールが難しくなった患者が紹介されてくるため、導入期間が長くなる可能性もある。初期治療の徹底し、引き続き導入期間20日以内を目標に治療を行なっていきたい。



## 【形成外科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
切断四肢再接合術	5件	9件
リンパ管静脈吻合術	0件	12件
遊離皮弁など顕微鏡使用下の他科依頼再建術	7件	16件
足壊疽・難治性潰瘍に対する手術	66件	105件
眼瞼下垂手術	31件	23件

### 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

#### 手術件数

リンパ管静脈吻合術は下肢片側につき3箇所保険算定が可能のため3箇所で算定

### 取り組みの成果と次年度の目標

2018年の当診療科開設以降、診療スタッフの増加や顕微鏡の購入などにより、顕微鏡を用いた切断四肢再接合術・他科依頼の再建症例が飛躍的に伸びている。切断四肢再接合術は前年比180%、顕微鏡使用下の他科依頼再建症例は前年比229%であった。またPDE機器を購入した後、リンパ浮腫外来を開設しリンパ浮腫の診療を本格的に開始した。院内コンサルテーションもあり、リンパ浮腫の主な手術であるリンパ管静脈吻合術の手術件数は12件に上った。開設当初からの軸となっている足壊疽・難治性潰瘍や眼瞼下垂手術も安定して行っている。なお、眼瞼下垂手術は新型コロナウイルス感染症拡大での待機手術延期の影響がでているが、引き続き重点的に取り組んでいる。今後も他科との風通しの良い関係を維持し、連携することで再建術や足壊疽・難治性潰瘍の手術件数や精度を向上させていく。また、各地救急隊へ外傷体制が取れていることを周知させ、外傷の手術件数も増やしていく。リンパ浮腫も院内では周知されてきたので、院外活動含めて周辺施設との連携を充実させていく。

## 【麻酔科】

診療実績的な項目		2019年	2020年
総手術件数		7,062件	6,966件
麻酔科管理件数		5,383件	5,316件
全身麻酔件数		4,948件	4,958件
1時間以内の抗菌薬予防投与率 ※	心臓血管外科	100% (実施293件 未実施0件)	89.2% (実施297件 未実施36件)
	呼吸器外科	99.3% (実施405件 未実施3件)	95.5% (実施446件 未実施21件)
	脳神経外科	100% (実施84件 未実施0件)	78.9% (実施75件 未実施20件)
48時間以内の予防抗菌薬中止率 ※	心臓血管外科	58.0% (実施170件 未実施123件)	38.7% (実施128件 未実施204件)
	呼吸器外科	81.4% (実施332件 未実施76件)	98.5% (実施460件 未実施7件)
	脳神経外科	61.9% (実施52件 未実施32件)	68.4% (実施65件 未実施30件)
適切な予防的抗菌薬選択率 ※	心臓血管外科	100% (実施293件 未実施0件)	100% (実施333件 未実施0件)
	呼吸器外科	99.3% (実施405件 未実施3件)	98.2% (実施459件 未実施8件)
	脳神経外科	100% (実施84件 未実施0件)	100% (実施95件 未実施0件)

※対象術式と対象者数	2019年	2020年
心臓血管外科 対象術式：開心術・冠動脈バイパス・胸部大動脈手術・胸部大動脈血管内手術	対象者：293名	対象者：333名
呼吸器外科 対象手術：肺・縦隔の手術	対象者：408名	対象者：467名
脳神経外科 対象術式：開頭術	対象者：84名	対象者：95名

## 取り組みの成果と次年度の目標

指導医の業務負担を改善すべく、マンパワーの増強に努めたい。

## 【歯科口腔外科】

診療実績的な項目	2019年度	2020年度
外来初診患者数	3,614名	2,499名
外来再診患者数	19,950名	21,660名
全身麻酔手術件数	186件	211件
外来局所麻酔手術件数	1,244件	1,673件
疾患別全身麻酔手術件数	口腔癌：29例、顎骨嚢胞：44例 埋伏歯：127件	口腔癌：21例、良性腫瘍：54例 嚢胞89例、埋伏歯：167例

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを 実際に回すために測定している重点項目	2019年度	2020年度
抗血栓療法中患者の外来手術後術後出血 周術期口腔管理の強化	術後出血 2 / 1244 = 0.16% 周術期の口腔細菌感染防止、 周術期の口腔機能の改善、 早期経口摂食開始の支援	術後出血 2 / 873 = 0.22% 周術期の口腔細菌感染防止、 周術期の口腔機能の改善、 早期経口摂食開始の支援

### 取り組みの成果と次年度の目標

抗血栓療法中患者の術後出血については、昨年度に引き続き慎重に対応した結果 0.22% と概ね良好な結果と考えられた。今後も、術後出血の防止のため周術期の抗菌薬の適切な投与や、局所止血処置の適正化に努める。

周術期口腔管理については、症例は増加傾向にあり、周術期の口腔細菌感染症による手術に悪影響を及ぼしたと考える症例は認められなかった。今後も入院期間の短縮や、周術期患者のQOL維持増進のため口腔機能の改善に努める予定である。また、今後院内の癌手術、その他全身麻酔での手術予定患者に口腔管理を拡大する予定があり、初診患者獲得増加に努めるとともに、口腔管理システムの改善と、口腔管理方法の質向上に向け努力を続ける予定である。

## 【周産期科】

診療実績的な項目	2019年	2020年
分娩数	432件	426件
帝王切開数	202件	206件
帝王切開率	0.468	0.484
母体搬送受入数	103件	84件

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	算出方法・数値
妊娠糖尿病・糖尿病合併への積極的介入による新生児予後改善への取り組み	新生児予後 巨大児、低血糖等の発生頻度

### 取り組みの成果と次年度の目標

#### 取り組みの成果

2019年 妊娠糖尿病60件、糖尿病合併3件 うち3800g以上巨大児3名 ( 3 / 63 = 0.05% )

2020年 妊娠糖尿病41件、糖尿病合併0件 うち3800g以上巨大児1名 ( 1 / 41 = 0.02% )

#### 次年度の目標

妊娠中の高血圧の診断方法と管理への取り組み

## 【救命救急センター】

診療実績的な項目	2019年	2020年
救急車受け入れ状況		
2次救急要請件数	7,396 件	6,747件
2次救急応需件数	5,667 件	4,689件
2次救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	76.6%	69.5%
3次救急要請件数	2,525 件	2,459件
3次救急応需件数	2,348 件	2,311件
3次救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	93.0%	94%
合計救急要請件数	9,921件	9,206件
合計救急応需件数	8,015件	7,000件
救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	80.8%	76.0%

### 現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目

循環器疾患・脳卒中疾患を中心に全ての領域における救急病態の傷病者受け入れに力を入れている。特に3次救急事案に関しては、応需出来なかった事案はその要因を分析し、解決できる問題を分類（短期的に解決可能、長期的に解決可能、解決困難）し、円滑な受け入れができるように対応する。

### 取り組みの成果と次年度の目標

2020年は新型コロナウイルス感染症による患者受け入れ制限を頻回に行った。そのため2次救急患者数は減少し、受け入れ率も低下した。その一方で、3次の患者対応に関しては埼玉県から要請もあり受け入れの制限をかけずに例年通りの受け入れを実行できた。地域救急医療を支えるためにその担い手である救急救命士との勉強会により連携を図る。受け入れ率は3次救急95%以上、2次救急80%以上を目標とする。救急車受け入れ件数は8000台以上を目指す。

## 【集中治療部】

診療実績的な項目	2019年	2020年
APACHE(重症度スコア)(平均)/予測死亡率/実死亡率	*APACHE2スコア：19.35ポイント 平均予測死亡率：22.9% 実死亡率：6.4%	*APACHE2スコア：16.98ポイント 予測死亡率：22.4% 実死亡率：6.72%
ベッド数/実働看護師数 比	日勤 1：1 (休日1.2：1) 夜勤 2：1	日勤 1：1 (休日1.2：1) 夜勤 2：1
ICU滞在日数 (平均)	*5.98日	*5.13日
人工呼吸器関連肺炎 (VAP)、カテーテル関連血流感染 (CRBSI) 発生率 (1,000デバイス当たり)	VAP ICU・CCU 1.3 CRBSI (ICU・CCU/EICU) 0.6	VAP ICU・CCU 1.3 CRBSI (ICU・CCU/EICU) 0.6
※ *CCU (循環器内科) 患者を除いたデータである		

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2020年
経管栄養目標値達成率 (経管栄養中断プロトコル導入後)	54.1%

### 取り組みの成果と次年度の目標

次年度もICU滞在日数の短縮を目指す。



診療実績的な項目	2019年	2020年
病理結果報告日数		
病理組織診件数	11,132件	10,382件
全組織診平均報告日数（組織診のべ報告日数／全組織診件数）	6.20日	6.14日
そのうち生検材料の平均報告日数（生検のべ報告日数／生検件数）	5.74日	5.67日
そのうち手術材料の平均報告日数 （手術材料のべ報告日数／手術材料件数）	6.73日	6.61日
ファーストレポート報告日数 （ファーストレポートのべ報告日数／全組織診件数）	5.13日	5.41日
細胞診件数	6,062件	5,779件
全細胞診平均報告日数（全細胞診のべ報告日数／全細胞診数）	3.38日	2.72日

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年	2020年
死亡数	670	662
剖検数（剖検率）	31（31／670 = 4.6%）	26（26／662 = 3.9%）
全組織診平均報告日数	6.20	6.14

### 取り組みの成果と次年度の目標

2020年度は、「業務連携と優先順位の判断」という目標を掲げた。目標は概ね達成できたが、その一方で、スタッフ内で認識を共有することの難しさや、目標を達成する意識を継続することの難しさも浮き彫りになった。検査報告日数も昨年と比べて横ばいであるが、専任病理専門医によるダブルチェック体制にて報告しており、ダブルチェック率は99.2%となっている。次年度は、「目標点を踏まえて作業の意味を考える」を目標に掲げ、安全で正確、かつ質の高い業務の遂行を目指している。

## 【臨床検査部】（採血・輸血・血清・細菌・生理機能）

診療実績的な項目	算出方法・数値・期間	
採血待ち時間の改善	2019年平均 約10分 (2019/6/17～6/21の8時～16時)	2020年平均 約9分 (2020/6/1～6/5の8時～16時)
血液培養の複数セット採取率と汚染率を算出している。（皮膚常在菌であるCNS、Corynebacterium sp.、Bacillus sp.、Propionibacterium acnes、α-Streptococcus、Micrococcus s p.が1セットから検出されたものを汚染菌と考え、汚染率を算出）	<p>【血液培養複数セット数／（血液培養実施セット数－小児科血液培養実施数）×100＝複数セット率】 9815／(10525－531)×100＝98.2％</p> <p>【汚染セット数／血液培養実施セット数×100＝汚染率】 254／10525×100＝2.4％ (2019年1月～2019年12月)</p>	<p>【血液培養複数セット数／（血液培養実施セット数－小児科血液培養実施数）×100＝複数セット率】 10470／(11044－348)×100＝97.9％</p> <p>【汚染セット数／血液培養実施セット数×100＝汚染率】 254／11044×100＝2.3％ (2020年1月～2020年12月)</p>
血液製剤の使用数、実施率の管理、適正使用の推進を行っている。	血液製剤使用数：56,666単位 血液製剤割付数：74,960単位 血液製剤実施率：75.6％ (2019年度)	血液製剤使用数：60,520単位 血液製剤割付数：75,764単位 血液製剤実施率：79.9％ (2020年度)
幹細胞の管理・準備・持出を行っている。	幹細胞：94/98*100＝95.9％ (2019年度)	幹細胞：66/67*100＝98.5％ (2020年度)
生理機能検査報告書24時間以内作成率	報告書作成率100％（2019年度）	報告書作成率100％（2020年度）

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを実際に回すために測定している重点項目	2019年度	2020年度
<p>輸血用血液製剤の廃棄率を1%以内にする。RBC、FFP、PC製剤個々についても1%を切るように取り組んでいる。</p>	<p>RBC :  <math>914,647 / 104,474,484 \times 100 = 0.9\%</math>            FFP :  <math>1,160,041 / 68,632,920 \times 100 = 1.7\%</math>            PC :  <math>1,227,885 / 255,326,356 \times 100 = 0.5\%</math>            全体 :  <math>3,326,627 / 428,433,760 \times 100 = 0.8\%</math></p>	<p>RBC :  <math>1,034,544 / 112,056,406 \times 100 = 0.9\%</math>            FFP :  <math>742,682 / 80,056,360 \times 100 = 0.9\%</math>            PC :  <math>245,564 / 266,071,112 \times 100 = 0.1\%</math>            全体 :  <math>2,022,790 / 458,183,878 \times 100 = 0.4\%</math></p>
<p>HCV、HBsAg陽性患者を週末、患者リストを肝臓専門医に渡し、患者自身や担当医が感染を知らない場合は治療を促す。</p>	<p>HCV :  <math>389 / 19,668 \times 100 = 2.0\%</math>            HBsAg :  <math>807 / 17,749 \times 100 = 4.5\%</math></p>	<p>HCV :  <math>297 / 17,168 \times 100 = 1.7\%</math>            HBsAg :  <math>809 / 17,608 \times 100 = 4.6\%</math></p>
<p>心エコー予約待ち日数の軽減させるため検査数を増加させる。</p>	<p>検査増加率（前年度との比較）  <math>(8466-8752) / 8752 * 100 = 3.2\%</math>減</p>	<p>検査増加率（前年度との比較）  <math>(8752-8138) / 8752 * 100 = 7.0\%</math>減</p>

## 取り組みの成果と次年度の目標

### 血液製剤の使用数、実施率の管理、適正使用の推進

今年度の目標は、輸血実施率が全診療科の平均90%を超えるように各診療科の先生に協力していただく。特に、外科系で輸血依頼数と輸血使用数の比率が50%を切っている診療科に適正な依頼単位数をお願いする。

### 輸血用血液製剤の廃棄率を1%以内とする

今年度の目標：前年度は血液製剤(RBC・PC)の廃棄率が1.0%以下になった。しかし、FFP製剤は1%を切ることができなかった。今年度は全ての製剤の廃棄率1.0%以下を目指したい。そのための取り組みは、T&S待機を積極的に取り入れ適正な輸血依頼を推奨して頂くために輸血依頼単位数の上限を4単位までとして統一する。また、診療側に不要な血液製剤の依頼をしないように周知徹底したい。

HCV、HBsAg陽性患者リストを週末に肝臓専門医に渡し、治療が行われなかった、患者自身や担当医が感染を知らない場合には治療を促す。

今年度も前年同様にHCV、HBsAg陽性患者リストを肝臓専門医に渡すことにより、感染症陽性患者が一人でも多く適切な治療が受けられるように、診療科の先生に協力する。