

自治医科大学附属さいたま医療センター

*病院機能指標

2020年10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

医療の質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ある。心臓や呼吸器などの手術においては、古くから施設ごとの手術成績の情報を学会レベルで集積し解析してきたが、2011年から消化器外科手術なども含めて、全国レベルで手術成績を登録するシステムを運用している(National Clinical Database Japan, <http://www.ncd.or.jp/>)。心臓血管手術分野では得られた情報を分析し、各施設間での手術成績を公正に比較し、問題点を解決することによって手術成績の不良な施設での成績も改善することができた。

さいたま医療センターでの2019年の病院機能指標を公開するにあたって、個々のセンターの医療従事者がその指標をもとに2020年の医療の質を向上できるよう期待する。

クオリティインジケータについて

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クオリティ・インディケータ(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を測定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ると思います。今回、2019年（または2019年度）のデータにアップデートして公表させていただきます。よろしく願い申し上げます。

<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. 7

呼吸器内科 P. 9

内分泌代謝科 P. 10

血液科 P. 11

リウマチ膠原病科 P. 13

腎臓内科 P. 14

神経内科 P. 16

小児科 P. 18

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

耳鼻咽喉科 P. 29

眼科 P. 30

産婦人科 P. 31

皮膚科 P. 32

麻酔科 P. 33

歯科口腔外科 P. 34

周産期科 P. 35

救命救急センター P. 36

集中治療部 P. 37

病理部 P. 38

臨床検査部 P. 39

2019年 診療科別平均在院日数推移表

単位：日

診療科／月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
循環器内科	7.2	6.7	6.8	7.1	7.0	7.2	6.8	7.6	6.8	6.3	6.5	6.9	6.9
神経内科	16.0	14.1	19.3	10.9	15.8	14.8	13.8	16.9	20.6	18.9	16.3	13.4	15.7
腎臓内科	15.9	14.1	14.8	14.3	15.8	14.4	15.6	12.8	17.1	16.5	13.8	11.6	14.6
リウマチ膠原病科	19.9	20.1	36.8	19.1	22.0	22.2	17.5	20.6	29.4	31.1	23.3	15.7	22.5
消化器内科	9.2	8.3	9.1	8.0	9.1	9.0	7.8	9.1	8.7	7.6	7.6	7.2	8.4
呼吸器内科	14.0	13.9	13.5	13.4	14.5	15.5	13.9	14.6	19.4	16.1	18.6	15.3	15.2
内分泌代謝科	5.3	6.6	7.1	6.1	6.9	7.3	7.1	9.9	6.4	5.5	6.4	7.2	6.7
血液科	33.8	27.9	36.8	26.0	28.6	31.2	33.9	30.3	37.1	30.1	28.8	32.9	31.1
小児科	9.0	10.1	9.8	7.9	9.2	8.1	8.8	7.8	8.4	8.4	9.5	9.2	8.8
外科	12.2	12.8	12.9	11.5	12.1	14.8	12.6	12.1	12.4	10.2	11.3	13.4	12.3
心臓血管外科	21.1	23.8	19.2	20.3	18.1	16.7	19.6	20.0	22.2	19.5	22.9	20.2	20.2
脳神経外科	23.3	22.3	22.4	12.8	17.7	15.1	17.0	18.3	17.2	20.8	20.7	16.8	18.2
整形外科	14.3	14.6	14.5	11.4	12.5	10.6	11.3	13.8	15.4	10.3	12.0	11.0	12.4
呼吸器外科	12.3	12.1	12.6	9.8	13.5	13.4	12.8	12.6	13.6	14.0	14.1	12.9	12.8
形成外科	4.0	7.3	7.3	8.9	10.4	8.5	9.1	10.1	10.3	12.8	10.3	9.1	9.5
皮膚科	13.7	12.5	13.1	16.5	21.2	16.4	15.2	16.6	16.2	10.1	13.5	13.1	14.5
泌尿器科	8.2	7.8	8.0	6.6	6.7	8.0	7.2	7.1	7.9	7.5	7.7	6.0	7.4
眼科	7.9	7.2	8.3	9.7	7.8	8.2	7.4	9.0	7.5	7.1	7.2	7.5	7.9
耳鼻咽喉科	8.2	8.9	8.2	8.3	8.1	8.2	6.7	7.5	9.5	7.8	7.3	6.7	7.9
婦人科	10.2	8.8	12.3	8.5	8.6	10.2	9.8	8.4	9.5	8.1	10.1	9.5	9.4
歯科口腔外科	10.8	13.3	9.6	10.7	12.6	11.0	8.1	7.6	9.6	9.4	8.5	6.7	9.6
産科	11.0	11.9	10.1	14.4	12.5	12.6	12.5	13.8	13.9	13.6	13.1	12.3	12.7
救急科	5.0	4.8	4.3	2.5	2.8	3.2	2.8	2.9	3.3	3.1	3.1	2.9	3.4
総合診療科	17.6	24.9	15.9	13.4	13.8	13.3	10.2	12.8	14.1	17.7	13.5	18.5	15.1
総 計	11.9	11.6	11.6	10.4	11.4	11.4	11.0	11.2	12.0	11.0	11.0	10.5	11.2

【総合診療科】

診療実績的な項目	2018年	2019年
平均在院日数	18.4±18.9 (1-148)	20.0±6.45 (1-207)
入院患者の転帰	死亡率 6.7% 自宅退院 61.4% 転院 24.9% 転科 7.0% ※総入院患者数 345人	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
剖検率	26.1%	30.0%

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	2018年	2019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 0.40 ハーシュマン・ハーフィン ダール指数 991	ジニ係数 0.35 ハーシュマン・ハーフィン ダール指数 1,243

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	2018年	2019年
デバイス治療における遠隔モニタリングの施行率	86/140×100 = 61.4%	69/113×100 = 61.1%
心房細動アブレーションの再セッション施行率	42/177×100 = 23.7%	46/171×100 = 26.9%
収縮不全心不全患者のβ遮断薬処方率	228/237×100 = 96.2%	241/244×100 = 98.8%
収縮不全心不全患者のACE/ARB処方率	197/237×100 = 83.1%	216/244×100 = 88.5%
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 2.9±3.1日 (中央値2日) 平均在院日数 10.1±15.2日 (中央値7日)	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)
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89.2±41.7分 (中央値73分)	平均67.3±37.4分 (中央値58.5分)
経皮的冠動脈形成術における平均造影剤使用量	121±54 ml	123.9±54.3ml
経皮的冠動脈形成術における平均透視時間	24±16分	24.2±15.9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	94% (49/52)	96% (65/68)

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。

【消化器内科】

診療実績的な項目	2018年	2019年
上部消化管内視鏡検査数	3,929件	4,737件
下部消化管内視鏡検査数	2,788件	3,005件
ERCP検査数	496件	615件
超音波内視鏡検査数	660件	903件
EUS-FNA施行数	140件	120件
早期胃がん内視鏡治療数	152件	166件
早期食道がん内視鏡治療数	39件	41件
早期大腸がん内視鏡治療数	137件	133件
経皮的ラジオ焼灼術（RFA）施行数	47件	48件
肝動脈化学塞栓術（TACE）施行数	127件	99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	2018年	2019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>	<p>年間手技到達度 = 切除スピードx難易度スコア</p>	
	<p>切除スピード：11.1 難易度スコア：1.8 年間手技到達度： $11.1 \times 1.8 = 20.0$</p>	<p>切除スピード：12.5 難易度スコア：2.3 年間手技到達度： $12.5 \times 2.3 = 28.8$</p>

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。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。難易度が高い症例が集まるために、難易度スコアが年々増加している。にもかかわらず切除スピードは前年と比較して上昇し、切除スピード×難易度スコアからなる年間手技到達速度も前年よりも上昇した。技術の底上げがうまくいっていると考えている。次年度は手技の更なる向上を目指すことはもちろんであるが、新しい医局員を迎えたこともあり、大腸穿孔や不完全切除とならないよう、安全性を担保しながら教育・指導してゆきたいと考えている。

【呼吸器内科】

診療実績的な項目	2018年度	2019年度
疾患別入院数	肺癌（疑いを含む）351名、 間質性肺炎（薬剤性肺障害を含む）41名、 肺炎・肺化膿症34名、急性・慢性呼吸不全13例、 胸腺腫瘍9名、慢性閉塞性肺疾患7名、 気管支喘息7名、気胸6名、動静脈瘻5例、 喀血4例、肺塞栓症2例、その他12例	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
気管支鏡件数	318例	262例
外来化学療法数	1,142例	1,250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	2018年度	2019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。	15例／330例 （気胸3例、低酸素血症12例）	4例／262例 （痙攣1例、低酸素血症3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。これまで、当院では、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計測し、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	2018年度	2019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	108件	38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	20件	22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	2018年度	2019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	$41 / 108 \times 100$ = 38%	$11 / 38 \times 100$ = 29%
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	$12 / 15 \times 100$ = 80%	$15 / 22 \times 100$ = 68%

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当科外来体制の変更の影響もあり対象人数が大幅に落ち込んだ。糖尿病重症化予防外来への紹介患者の場合には糖尿病性腎臓病が既に重症化し透析予防指導が奏効しないケースも多く、腎機能維持症例の割合は前回よりも低下した。今後は糖尿病重症化予防外来に腎症2期など糖尿病性腎臓病の初期の症例を積極的に紹介して頂くよう近隣の医療機関への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、確定診断目的で近隣医療機関からの紹介は引き続き増加している。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	2018年	2019年
疾患別入院数	急性骨髄性白血病（35例） 急性リンパ性白血病（21例） 骨髄異形成症候群（25例） 慢性骨髄性白血病（10例） 慢性リンパ性白血病（1例） B細胞性リンパ腫（53例） T/NKリンパ腫（11例） ホジキンリンパ腫（3例） 多発性骨髄腫（32例） 骨髄増殖性腫瘍（5例） 再生不良性貧血（4例） 自己免疫性溶血性貧血（1例） 骨髄移植ドナー（15例） 末梢血幹細胞移植ドナー（20例） その他（12例）	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）
ドナー別造血幹細胞移植件数	自家末梢血（22件） 血縁骨髄（1件） 血縁末梢血（19件） 非血縁骨髄移植（21件） 非血縁末梢血（6件） 非血縁臍帯血移植（5件） （総移植件数 74件）	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）
造血幹細胞移植後1年生存率	<u>2018年実施移植</u> 75.7% （自家移植 100% 同種移植 66.0%）	<u>2019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
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%)	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、2018年の造血幹細胞移植件数は74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15.1%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	2018年	2019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	153人／677人 = 23%	116人／450人 = 26%
B) ステロイド服用患者の骨粗鬆症予防率	内服薬 1017人／2244人 = 45% 注射薬 49人／2244人 = 2%	内服薬 1145人／2153人 = 53% 注射薬 50人／2153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2018年に比べわずかに増加しているように見えますが依然低い値です。しかし、この4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、今回の比率は増加していますが依然53%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	2018年	2019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)	9.95 (g/dL)	9.91(g/dL)
維持血液透析の透析効率	Kt/V = 0.94	Kt/V = 0.95
維持腹膜透析の透析効率	Kt/V = 1.80	Kt/V = 1.69

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
<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

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）： 9.91 (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）

2019年度は目標よりやや下回っていたので、2020年度は目標値を目指し、適切な治療を提供する。

◆維持血液透析の透析効率 Kt/V = 0.95

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）。2019年度は2018年度とほぼ同等の0.95であった。この要因として、血液透析導入直後の患者が多いことが挙げられる。さらに、循環動態が不安定な患者、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ことが要因となっていると考えられる。2020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診療を継続する。

◆維持腹膜透析の透析効率 $Kt/V = 1.69$

腹膜透析患者の透析量は最低値として 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）。

2019年度は1.69と目標値とほぼ同等であった。

2020年度も引き続き Kt/V 1.7 以上を目標に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	2018年	2019年
平均在院日数	18.3日	17.5日
疾患領域別入院数（疾患領域）		
脳血管障害	94人	119人
免疫関連性中枢神経疾患（MS, NMDA受容体脳炎など）	22人	22人
神経感染症（細菌性・ウイルス性髄膜炎・脳炎など）	7人	11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）	35人	48人
末梢神経疾患（ギラン・バレー症候群、CIDPなど）	8人	20人
筋疾患（筋炎、皮膚筋炎、ジストロフィーなど）	9人	10人
発作性疾患（てんかん, 片頭痛など）	19人	37人
代謝	31人	35人
外傷, 骨格	2人	4人
先天性	2人	2人
腫瘍	4人	7人
その他	9人	26人
合計	242人	341人
脳波検査判読数	142件	126件
末梢神経伝導検査 実施数	149件	158件
針筋電図検査実施数	52件	38件
誘発電位検査実施数	20件	20件
平衡機能検査実施数	27件	24件

診療実績的な項目	2018年	2019年
筋生検実施数	6件	2件
剖検数	1件	1件
rt-PA静注療法実施数（脳梗塞）	4件	3件
コンサルテーション件数	330件	273件
遺伝子検査実施数	24例	19例
小児科からのトランジション受入数	6例	8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	5例	3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	2018年	2019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	31.3日	25.6日

取り組みの成果と次年度の目標

2018年から病病連携強化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年と比較して2019年では明確に在院日数短縮がみられており、成果は出てきていると思われる。早期に方針を定めて転院候補の病院とコミュニケーションをとるよう努めている。

【小児科】

診療実績的な項目	2018年度	2019年度
1) 川崎病の冠動脈罹患率	1.8% (1/57)	3.9% (2/51)
2) 呼吸器疾患の気管挿管率	0.2% (1/366)	0% (0/335)
3) 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% (0/105)	0.7% (1/150)
4) 要鎮静検査の合併症発生率	0%	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	2019年
川崎病に対する層別化治療を行い、その妥当性を検討している。	層別化治療に用いているリスクスコアは概ね妥当であるという結果を得た。

取り組みの成果と次年度の目標

1) 川崎病の冠動脈罹患率

近年の川崎病の冠動脈罹患率は2%である。当センター小児科における2019年度の冠動脈罹患率は3.9%であり、全国平均よりやや高いが、1例の増加により割合が大きく変化するので、概ね良好と考えて良い。川崎病の冠動脈病変出現を予防するためには、川崎病の早期診断と重症例の治療が重要である。早期診断に関しては、今まで用いなかったNT-proBNPを検査に加えることにより早期診断が可能となった症例があった。重症例の治療は、2回のγグロブリン大量療法に不応な症例に対し、速やかにインフリキシマブ治療を加えるようにした。今後も、罹患率2%以下を目標とし、早期診断と適切な治療に努めていく。

2) 呼吸器疾患の気管挿管率

気管挿管率は疾患の重症度に依存するので、他施設のデータと比較することはできない。そのため、当施設での経年的変化を見据える必要がある。今回、気管挿管率は前回0.2%から0%と減少した。一昨年からRSウイルス感染症にNasal high flow治療を導入し、治療導入後で気管挿管率の低下を認めたこともあり、Nasal high flow導入が全体の気管挿管率を低下させた一因と考える。

3) 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

アドレナリン使用率は1例あったが、適切な対応が取られた。

4) 要鎮静検査の合併症発生率

要鎮静検査は、乳幼児におけるABR、脳波、MRIなど多岐にわたって行われており、その全数を把握するのは難しく、率としては提示できない。しかし、前回と同様、合併症例は0であり、安全を第一とした要鎮静検査が行われていることを確認した。今後も、この状態を継続していく。

【放射線科】

診療実績的な項目	2018年	2019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]	31757/46527×100 = 68.3%	36158/46820×100 = 77.2%
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]	1942/2565×100 = 75.7%	2126/2540×100 = 83.7%
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	4.2日（24症例）	6日（15症例）
強度変調放射線治療（IMRT）患者数	17症例	107症例
体幹部定位放射線治療患者数	3症例	3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	2018年	2019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]	31072/32768×100 = 94.8%	34115/34208×100 = 99.7%
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]	1477/1957×100 = 75.5%	1663/1975×100 = 84.2%
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]	1病変/28病変×100 = 3.6%	0病変/20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。

放射線診断：造影CTのルート準備など患者のスループットをあげ、CT検査枠を一日あたり10件ほど増加させ、病院収入増に貢献する。また、引き続き読影依頼のある検査に迅速に対応し、各科のニーズに応えていく。

【一般・消化器外科】

診療実績的な項目	2018年	2019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	49.5%	52.7%

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	2018年	2019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	3／23 = 13.0%	5／23 = 21.7%
肝胆膵	21／95 = 22.1%	37／100 = 37.0%
胆嚢	5／76 = 6.6%	9／73 = 12.3%
結腸	21／159 = 13.2%	28／195 = 12.3%
食道	4／9 = 44.4%	5／11 = 45.5%
胃	5／89 = 5.6%	16／90 = 17.8%
ヘルニア	3／95 = 3.2%	3／110 = 2.7%
直腸	12／62 = 19.4%	18／76 = 23.7%
小腸	24／110 = 21.8%	8／75 = 23.7%
脾臓	0／5 = 0.0%	0／3 = 0.0%
乳腺	5／98 = 5.1%	13／91 = 14.3%
甲状腺	1／81 = 1.2%	4／94 = 4.3%
その他の腹部	7／45 = 15.6%	1／40 = 2.5%

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前年と同様、高い実施率をキープできた。乳癌患者における乳房温存手術の施行割合は前年と比し増加していた。手術部位感染症の発生頻度については一部悪化を認めるも概ね前年と同程度だった。次年度は上記項目の数値改善を目指し、それ以外の項目として平均座員日数、クリニカルパス遵守率についてのデータを算出しQIとして活用していく。

【呼吸器外科】

診療実績的な項目	2018年	2019年
総手術件数	452件	514件
肺癌手術件数	204件	225件
転移性肺腫瘍手術件数	62件	54件
縦隔腫瘍手術件数	37件	41件
気胸手術件数	67件	74件
膿胸手術件数	26件	28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年は手術件数が増加し、目標を達成できた。

2020年は病床と手術枠の有効活用により手術件数の増加に努めるとともに、術後合併症を抑制する。

【心臓血管外科】

診療実績的な項目	2018年度	2019年度
CABG患者における平均在院日数	73件 30.43日	49件 29.85日
小開胸心臓手術患者における平均在院日数	21件 16.52日	21件 15.8日
急性大動脈症候群の応需率	35/59 = 0.593 応需率59.3%	63/72 = 0.875 応需率87.5%

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	2018年	2019年
再手術を要する術後合併症 [再手術数/総手術数]	$2/156 = 0.0128$ = 1.3%	$1/270 = 0.003$ = 0.3%

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	2018年	2019年
予期せぬ重篤な術後感染症 [致命的な感染症/総手術数]	$1/156 = 0.0064$ = 0.6%	$1/270 = 0.003$ = 0.3%
再手術を要する術後合併症 [再手術数/総手術数]	$2/156 = 0.0128$ = 1.3%	$1/270 = 0.003$ = 0.3%

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。術後の再出血症例については、緊急手術に場合には個々の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。2019年は手術件数が飛躍的に増えたが、これらの取り組みにより重篤な周術期合併症を最小限に抑えることができた。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る。

【整形外科】

診療実績的な項目	2018年	2019年
術後 症候性DVT・PEの発生率	0/51 = 0	0/52 = 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

DVT・PE発生高リスク手術である人工股関節置換術、人工膝関節置換術、股関節骨折手術に対して、以前より作成し使用していたクリニカルパスを継続使用し、術後早期のリハビリテーションや抗凝固療法等の発生予防措置を確実に実施することが出来ており、効果を示しているものとする。次年度も現在のクリニカルパスを継続使用し発生予防に取り組む。

【泌尿器科】

診療実績的な項目	2018年	2019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]	1123/118 = 9.5日	1242/132 = 9.4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]	371/37 = 10.0日	484/52 = 9.3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]	15/32 = 46.9%	5/25 = 20%
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]	357/65 = 5.5日	436/71 = 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]	144/8 = 18.0日	339/19 = 17.8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	数値	期間
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 3% , pT3 20%	2015年5月~2016年12月
	pT2 7% , pT3 62%	2019年
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	123件
		170件
		2018年
		2019年

取り組みの成果と次年度の目標

手術症例はいずれも早期退院を目指している。平均在院日数はいずれも標準的と考えられる。膀胱全摘は2018年よりロボット支援手術を導入し在院日数が短縮している。前立腺癌手術は難易度の高い症例が増加しているが、pT2では低い断端陽性率を維持している。ロボット支援手術件数は増加している。引き続き安全な手術を心がけ、在院日数の短縮を目指していく。

【耳鼻咽喉科】

診療実績的な項目	2018年	2019年
全身麻酔手術件数（術式）	1081件	1108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：249 鼻領域：450 口腔咽頭領域：240 頸部領域：127	耳領域：199 鼻領域：598 口腔咽頭領域：192 頸部領域：119
術後1週間以内の再手術件数・割合	2/1081件 = 0.19%	2/1108件 = 0.18%

《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）、局所手術件数(術式)、及び手術件数は耳、口腔、頸部手術はやや減少したが鼻科領域の手術は増加し全体として手術件数は増加した。術後1週間の再手術件数は前回と同様、割合はやや減少した。術後出血による再手術は減少していることは適切な手術操作、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。一方で、頸部、口腔手術術後の出血による再手術があった。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減少に向けた検討を目標としたい。

【眼科】

診療実績的な項目	2018年度	2019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]	0／574件 = 0%	0／664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り、万が一感染が発生した場合はカンファでの最重要検討課題とする。

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。またさらに感染の確率を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すべての症例に使用してゆく予定である。

【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	2018年	2019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 95件 腹腔鏡手術 160件 腔式手術 27件 再手術件数 2/282 (0.7%)	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%)

取り組みの成果と次年度の目標

手術件数は減少したが、これは働き方改革で、手術を時間通りに終了できるよう、無理なく計画しなくてはならなかったことと、悪性腫瘍の長時間手術が増え、件数としては減少したことが挙げられる。次年度は手術枠数の増加により、無理なくこれまで以上の手術を行うことができると考えている。また2019年は再手術件数が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、子宮悪性腫瘍の腹腔鏡手術、子宮頸癌の腹腔鏡手術、ロボット補助下の手術等、高得点の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	2018年	2019年
中等症以上の水疱症の導入期の日数	17.06日	19.25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。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PSL 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。皮膚科では入金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

皮膚科では、診療実績的な項目として2017年までは植皮における生着率をあげていたが、2018年からは形成との合同手術が行われるようになり、皮膚科のQIとして算定が難しくなったので、水疱症の導入期の日数をQIに定めることとした。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。十分な初期治療を行いすみやかに維持期に移行し、さらにはステロイドを適切に漸減し再燃を抑えながら寛解期にもっていくことが水疱症治療には要求される。一般的に導入期間は2～4週間であるが、当科には初期治療導入患者のほか、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の紹介も少なくないため、導入期間が長くなる可能性もある。導入期の日数をQIとし、初期治療の徹底し、導入期間20日以内を目標に治療を行なっていきたい。

【麻酔科】

診療実績的な項目		2018年	2019年
総手術件数		7,299件	7,062件
麻酔科管理件数		5,426件	5,383件
全身麻酔件数		4,957件	4,948件
1時間以内の抗菌薬予防投与率 ※	心臓血管外科	82.6% (実施223件 未実施46件)	100% (実施293件 未実施0件)
	呼吸器外科	98.7% (実施383件 未実施5件)	99.3% (実施405件 未実施3件)
	脳神経外科	82.9% (実施58件 未実施12件)	100% (実施84件 未実施0件)
48時間以内の予防抗菌薬中止率 ※	心臓血管外科	52.4% (実施141件 未実施128件)	58.0% (実施170件 未実施123件)
	呼吸器外科	99.5% (実施386件 未実施2件)	81.4% (実施332件 未実施76件)
	脳神経外科	15.7% (実施11件 実施59件)	61.9% (実施52件 未実施32件)
適切な予防的抗菌薬選択率 ※	心臓血管外科	99.6% (実施268件 未実施1件)	100% (実施293件 未実施123件)
	呼吸器外科	99.5% (実施386件 記録なし2件)	99.3% (実施405件 未実施3件)
	脳神経外科	100% (実施70件 実施0件)	100% (実施84件 未実施0件)

※対象術式と対象者数	2018年	2019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：269名	対象者：293名
呼吸器外科 対象手術：肺・縦隔の手術	対象者：388名	対象者：408名
脳神経外科 対象術式：開頭術	対象者：70名	対象者：84名

【歯科口腔外科】

診療実績的な項目	2018年度	2019年度
外来初診患者数	2,892名	3,614名
外来再診患者数	26,729名	19,950名
全身麻酔手術件数	176件	186件
外来局所麻酔手術件数	1,523件	1,244件
疾患別全身麻酔手術件数	口腔癌：例、良性腫瘍：32例 嚢胞70例、埋伏歯：117例	口腔癌：29例、顎骨嚢胞：44例 埋伏歯：127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	2018年度	2019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 2/1523 = 0.13% 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 2/1244 = 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

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0.16%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	2018年	2019年
分娩数	469件	432件
帝王切開数	203件	202件
帝王切開率	0.433	0.468
母体搬送受入数	86件	103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

2018年 妊娠糖尿病48件、糖尿病合併7件 うち3800g以上巨大児0名

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 ($\frac{3}{63} = 0.05\%$)

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	2018年度	2019年
救急車受け入れ状況		
2次救急要請件数	8,129 件	7,396 件
2次救急応需件数	7,088 件	5,667 件
2次救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	87.2%	76.6%
3次救急要請件数	2,407 件	2,525 件
3次救急応需件数	2,351 件	2,348 件
3次救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	97.7%	93.0%
合計救急要請件数	10,536 件	9,921件
合計救急応需件数	9,439 件	8,015件
救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	89.6%	80.8%

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

地域の信頼される救命救急センターを目指し運営を行っている。
 応需率に関しては、3次救急95%以上、2次救急80%以上を目標とする。
 夜間医師会診療所、地域のクリニック、2次救急施設からの紹介患者の積極的受け入れを行う。
 救急受け入れ患者の入院率を50%とする。
 災害拠点病院として地域の病院と連携を深める（勉強会の実施）。
 地域における救急救命士との連携を深める（勉強会の実施）。

【集中治療部】

診療実績的な項目	2018年	2019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：29.7% 実死亡率：8.2%	*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%
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）	*4.75日	*5.98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 2.34 CRBSI（ICU・CCU/EICU）0.31	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

経管栄養目標値達成率（経管栄養中断プロトコル導入後）

次年のupdateで発表予定

取り組みの成果と次年度の目標

次年度はICU滞在日数の短縮を目指す

診療実績的な項目	2018年	2019年
病理結果報告日数		
病理組織診件数	10,629件	11,132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）	5.15日	6.20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）	4.82日	5.74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）	5.51日	6.73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）	4.37日	5.13日
細胞診件数	6,243件	6,062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）	4.19日	3.38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	2018年	2019年
死亡数	666	670
剖検数（剖検率）	26（26／666 = 3.9%）	31（31／670 = 4.6%）
全組織診平均報告日数	5.15	6.20

取り組みの成果と次年度の目標

2019年度の目標として「業務の安全性の確保と迅速性の改善」を掲げ、成果としては達成と評価する。ただ、生検組織診断報告は遅延傾向を示している。スタッフの高齢化が要因と考えるが、さらなる、検討を要する。

次年度は、病理部全体としては、「業務連携と優先順位の判断 コミュニケーションの重要性と安全な作業効率化」を目標に掲げている。指標の改善にも目配りして業務の効率化を行いたい。

【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	2018年平均 約9分 (2018/6/18～6/22の8時～16時)	2019年平均 約10分 (2019/6/17～6/21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】 10360／(11075－569)×100 = 98.6 %</p> <p>【汚染セット数／血液培養実施セット数×100 = 汚染率】 327／11075×100 = 3.0 % (2018年1月～2018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】 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>
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：12,963単位 血液製剤割付数：18,061単位 血液製剤実施率：71.77 % (2018年4月～2019年3月)	血液製剤使用数：13,167バッグ 血液製剤割付数：18,323バッグ 血液製剤実施率：71.9 % (2019年4月～2020年3月)
幹細胞の管理・準備・持出を行っている。	幹細胞：66/75*100 = 88.0 (2016年4月～2017年3月)	幹細胞：94/98*100 = 95.9 % (2019年4月～2020年3月)
生理機能検査報告書24時間以内作成率	報告書作成率100%(2018年度)	報告書作成率100%(2019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	2018年度	2019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 : $757,377 / 108,581,035 \times 100 = 0.7\%$ FFP : $620,418 / 65,582,515 \times 100 = 0.9\%$ PC : $599,050 / 246,470,617 \times 100 = 0.2\%$ 全体 : $1,976,845 / 420,634,167 \times 100 = 0.5\%$</p>	<p>RBC : $914,647 / 104,474,484 \times 100 = 0.9\%$ FFP : $1,160,041 / 68,632,920 \times 100 = 1.7\%$ PC : $1,227,885 / 255,326,356 \times 100 = 0.5\%$ 全体 : $3,326,627 / 428,433,760 \times 100 = 0.8\%$</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 : $1,010 / 43,673 \times 100 = 2.3\%$ HBsAg : $1,951 / 38,406 \times 100 = 5.1\%$</p>	<p>HCV : $389 / 19,668 \times 100 = 2.0\%$ HBsAg : $807 / 17,749 \times 100 = 4.5\%$</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） $(8752-8183) / 8183 \times 100$ $= 6.9\%$増</p>	<p>検査増加率（前年度との比較） $(8466-8752) / 8752 \times 100$ $= 3.2\%$減</p>

取り組みの成果と次年度の目標

採血待ち時間の改善

今年度の採血室目標は、早朝時間帯（～9：30）の待ち時間の短縮とすることとした。

血液培養の2セット採取率と汚染率を算出

血流感染症の診断精度を高めるために、血液培養を適正化する手段のひとつとして血液培養の2セット採取を推進することが重要である。血液培養複数セット採取の臨床的意義は、血液採取量が増えることによる血液培養の感度向上と、皮膚常在菌が検出された場合のコンタミネーションの判断である。汚染率を低下させるためには、穿刺する皮膚の消毒方法が重要である。2018年ICTニュースで血液培養採取部位の消毒で消毒綿が汚れている場合は、汚れがおちるまで消毒綿を換えて拭くことが掲載されて以降汚染率が減少傾向にある。2020年は小児科を除く複数セット採取率を99.0%、汚染率を2.2%にすることを目標にする。

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80%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。

生理機能検査報告書24時間以内作成率及び心エコー予約待ち日数の軽減

生理機能検査の検査結果を迅速に報告することは、医師が早期に治療方針を決定することができることになり、医療の質の向上に結びつくものと考え、検査報告書の24時間以内作成率を調査した。今年度も睡眠時無呼吸のデータ解析やホルター解析に時間を要する検査が数件認められたが、24時間以内には報告され、2019年度のレポート作成率は100%であった。今後も継続していく。

また、生理機能検査においては、検査の性質上、患者対応や接遇なども同時に要求されている。生理検査室では患者の予約待ち日数の軽減への取り組みを行い、特に心エコー検査の待ちに焦点をあてて対策を行った。当初、心エコーは精密心エコーのみで行っていたが、スクリーニングの心エコーの枠を設け、心エコー全体としての検査数を増加させている。結果、精密心エコーの待ち日数がわずかではあるが軽減されてきた。今後も更に心エコーのできる技師を増やし、更なる改善に努める。