

自治医科大学附属さいたま医療センター

*病院機能指標

2022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。今回、2021年（または2021年度）のデータにアップデートして公表します。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、継続的な業務の改善を行います。

当センターでは、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。今回から相互評価を取り入れました。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。COVID 19の困難な状況が続きますが、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. 39

病理診断科 P. 40

臨床検査部 P. 41

看護部 P. 44

2021年 診療科別平均在院日数推移表

単位：日

診療科／月	2021.1	2021.2	2021.3	2021.4	2021.5	2021.6	2021.7	2021.8	2021.9	2021.10	2021.11	2021.12	平均
循環器内科	8.3	6.9	6.6	6.5	7.4	7.9	8.0	8.7	8.3	6.8	7.2	6.5	7.3
神経内科	20.3	14.7	13.6	13.2	15.5	12.5	15.5	15.8	14.3	14.4	12.7	10.0	14.3
腎臓内科	24.0	14.8	17.5	15.8	18.7	18.6	12.3	15.2	14.6	16.4	15.7	13.2	15.9
リウマチ膠原病科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
消化器内科	7.6	7.9	6.7	7.5	7.1	7.4	6.9	7.3	7.7	7.8	8.2	6.7	7.4
呼吸器内科	14.5	13.9	12.9	13.0	14.5	12.9	17.0	17.8	18.3	15.7	16.0	12.2	14.6
内分泌代謝科	9.7	11.9	8.6	8.5	9.3	13.7	17.2	10.2	8.4	7.8	10.2	6.7	10.1
血液科	25.7	27.8	29.6	30.2	30.6	31.7	41.2	33.3	27.0	31.4	32.1	24.8	30.3
小児科	11.6	8.8	9.2	8.0	8.4	8.4	7.5	7.5	7.3	7.6	8.4	7.5	8.1
外科	10.2	11.6	10.7	9.8	8.5	9.0	10.4	11.8	11.3	11.6	11.7	11.1	10.6
心臓血管外科	19.5	20.9	18.7	23.7	23.0	20.2	21.5	22.2	21.7	18.2	16.6	20.9	20.5
脳神経外科	21.7	14.8	14.4	15.0	10.7	16.1	15.0	16.6	16.9	13.1	11.8	13.0	14.6
整形外科	19.4	16.0	12.3	11.4	13.9	10.3	9.6	10.4	9.9	14.6	9.2	11.8	12.0
呼吸器外科	13.5	10.8	9.7	10.4	12.6	13.4	12.3	9.9	11.7	12.4	10.8	11.8	11.5
形成外科	15.5	11.2	9.6	10.0	10.2	7.9	12.8	10.0	9.3	10.7	9.7	9.8	10.3
皮膚科	16.6	9.9	8.8	10.3	12.4	11.2	9.0	9.5	11.5	12.5	7.8	8.6	10.3
泌尿器科	7.4	8.8	7.0	5.7	5.6	7.0	6.2	6.8	6.7	6.6	6.5	6.1	6.6
眼科	7.9	6.3	5.2	6.0	5.3	5.1	5.2	4.7	4.7	4.3	5.3	5.2	5.3
耳鼻咽喉科	7.1	7.2	6.6	7.2	6.5	7.9	7.0	6.0	7.6	7.1	6.9	6.1	6.9
婦人科	9.0	10.5	7.4	9.3	6.8	6.2	6.0	5.4	6.7	6.4	8.1	6.5	7.2
歯科口腔外科	18.5	11.5	9.4	9.2	8.2	7.9	7.7	5.8	6.1	7.1	9.5	8.7	8.6
産科	14.4	14.6	12.8	11.7	12.8	12.6	11.9	13.1	13.5	11.6	12.8	11.7	12.7
救急科	2.6	2.8	2.9	3.0	2.6	2.3	2.6	2.8	3.2	2.9	3.4	2.8	2.8
総合診療科	13.9	12.2	18.2	17.1	14.4	14.8	12.8	11.5	16.0	20.7	14.6	12.3	14.6
総計	12.3	11.1	10.2	10.5	10.4	10.5	10.5	10.5	10.7	10.3	10.2	9.5	10.5

【総合診療科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
平均在院日数	16.2±18.0 (1-142)	16.2±16.5 (1-144)
入院患者の転帰	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	死亡率 6.8% 自宅退院 61.7% 転院 26.3% 転科 5.2% ※総入院患者数 543人
剖検率	21.4%	8.1%

現在診療科が取り組んでおり、PDCAサイクルを實際に回すために測定している重点項目	2020年	2021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 0.46 ハーシュマン・ハーフィン ダール指数 1,759	ジニ係数 0.56 ハーシュマン・ハーフィン ダール指数 5,088

取り組みの成果と次年度の目標

コロナ禍の中で、例年並みの平均在院日数だった。COVID-19患者が3割を超えたため、ハーシュマン・ハーフィンダール指数2000以上をはじめて記録した。2022年も、引き続き幅広い診療を担っていきたい。

【循環器内科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
デバイス治療における遠隔モニタリングの施行率	77/115 × 100 = 67.0%	53/84 × 100 = 63.1%
心房細動アブレーションの再セッション施行率	30/173 × 100 = 17.3%	60/233 × 100 = 25.8%
収縮不全心不全患者のβ遮断薬処方率	191/202 × 100 = 94.6%	193/205 × 100 = 94.1%
収縮不全心不全患者のACE/ARB処方率	163/202 × 100 = 80.7%	170/205 × 100 = 82.9%
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±3.0日 (中央値 2日) 平均在院日数 11.0±13.0日 (中央値 9日)	CCU平均在院日数 4.5±4.8日 (中央値 3日) 平均在院日数 14.0±24.2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84.0±64.0分 (中央値 65分)	平均95.3±43.2分 (中央値 81分)
経皮的冠動脈形成術における平均造影剤使用量	119.9±51.3ml	136.9±57.0ml
経皮的冠動脈形成術における平均透視時間	24.6±17.2min	28.5±18.0min
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	89% (50/56)	94% (49/52)

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

急性心筋梗塞症例を年間300件前後診療している当科は、地域の循環器救急医療を主として担う施設であり、救急体制の指標として重要である。

COVID-19の感染対策の影響で2021年は更に遅延を招く結果となった。今年度から感染対策との両立を効率化することで再び平均90分以内をめざす。

【消化器内科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
上部消化管内視鏡検査数	3,870件	3,967件
下部消化管内視鏡検査数	2,702件	2,843件
ERCP検査数	571件	542件
超音波内視鏡検査数	772件	650件
EUS-FNA施行数	121件	129件
早期胃がん内視鏡治療数	141件	161件
早期食道がん内視鏡治療数	37件	40件
早期大腸がん内視鏡治療数	136件	110件
経皮的ラジオ焼灼術（RFA）施行数	41件	54件
肝動脈化学塞栓術（TACE）施行数	79件	87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	2020年	2021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×難易度スコア	
	切除スピード：15.1 難易度スコア：1.6 年間手技到達度： $15.1 \times 1.6 = 24.2$	切除スピード：20.8 難易度スコア：1.5 年間手技到達度： $20.8 \times 1.5 = 31.2$

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は当院やさいたま赤十字病院に集まってくる。2020年と比較し切除スピードが大幅に上昇したのは、状況に合わせて牽引デバイスを使用するようになったためと思われる。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。多くの検査数や治療数が2021年は増加したが、まだCOVID-19の影響は残っており、減少した検査や治療もみられる。COVID-19の早期の収束が望まれる。

【呼吸器内科】

診療実績的な項目	2020年度	2021年度
疾患別入院数	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	肺癌（疑いを含む）384名、胸膜中皮腫12名 間質性肺炎35名、肺炎・胸膜炎47名、 急性・慢性呼吸不全1名、 縦隔腫瘍（胸腺腫・胸腺癌）15名、 慢性閉塞性肺疾患15名、気管支喘息6名、 気胸4名、睡眠呼吸障害4名、気道出血6名、 その他17名
気管支鏡件数	206例	180例
外来化学療法数	1,453例	1,562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	2020年度	2021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。	2例／262例 （喘息増悪 1例 低酸素血症 1例）	4例／180例 （低酸素血症 2例 一過性意識消失 1例 迷走神経反射 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。低酸素血症を来した2例は、いずれも腫瘍の進展により、あらかじめ予想された範囲の合併症ではあったが、今後も合併症リスクを事前に十分評価しておくように注意する。

【内分泌代謝科】

診療実績的な項目	2020年度	2021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	47件	133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	10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	2020年度	2021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	$20/47 \times 100$ = 43%	$53/133 \times 100$ = 40%
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	$5/10 \times 100$ = 50%	$4/10 \times 100$ = 40%

取り組みの成果と次年度の目標

糖尿病透析予防外来通院患者は増加したがeGFRが維持又は改善した者の割合は低下している。来年度はこれまで以上に塩分制限の指導と共に腎保護作用の期待できる薬剤の積極的導入などによってeGFRが維持又は改善した者の割合の上昇を目指す。家族性高コレステロール血症患者数は増加も減少もしておらず、来年度は近隣医療機関への働きかけを今まで以上に行うことによって紹介患者増加に努める。

【血液科】

診療実績的な項目	2020年		2021年	
疾患別入院数	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）		急性骨髄性白血病（51例） 急性リンパ性白血病（16例） 骨髄異形成症候群（18例） 慢性骨髄性白血病（5例） 慢性リンパ性白血病（1例） B細胞性リンパ腫（72例） T/NKリンパ腫（13例） ホジキンリンパ腫（4例） 多発性骨髄腫（34例） 骨髄増殖性腫瘍（4例） 再生不良性貧血（7例） 特発性血小板減少性紫斑病（6例） 骨髄移植ドナー（11例） 末梢血幹細胞移植ドナー（16例） その他（18例）	
ドナー別造血幹細胞移植件数	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）		自家末梢血（29件） 血縁骨髄（0件） 血縁末梢血（14件） 非血縁骨髄移植（21件） 非血縁末梢血（5件） 非血縁臍帯血移植（6件） （総移植件数 75件）	
造血幹細胞移植後1年生存率	<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> 73.3% （自家移植 92.2% 同種移植 55.3%）	
			<u>2021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	2019年実施移植	2020年実施移植	2021年実施移植
移植後1年移植関連死亡率	14.0% (自家移植 0% 同種移植 25.3%)	15.4% (自家移植 5.1% 同種移植 25.9%)	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いる。そのため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て、新型コロナウイルス感染症の影響によるベッド制限などもある中で、移植が必要な患者に確実に移植医療を提供し、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15.4%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		2020年	2021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		98人／502人 = 19.5%	374人／1051人 = 35.6%
B) ステロイド服用患者の骨粗鬆症予防率	内服薬	1,433人／2,741人 = 52.3%	535人／920人 = 58.2%
	注射薬	60人／2,741人 = 2.2%	48人／920人 = 5.2%

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

取り組みの成果としてメトトレキサート処方率、骨粗鬆症予防率は上昇した。
次年度引き続きリウマチ膠原病疾患の適正な薬剤使用に努めていきたい。

【腎臓内科】

診療実績的な項目	2020年	2021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)	10.25 (g/dL)	10.62 (g/dL)
維持血液透析の透析効率	Kt/V = 1.20	Kt/V = 1.11
維持腹膜透析の透析効率	Kt/V = 1.63	Kt/V = 1.70

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	2021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>	139 件	120 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）：10.62 (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）

2021年度は目標値をやや下回ったが、2020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）。2021年度は2020年度と比較し、やや低下した。当センターでは、血液透析導入直後の患者が多いこと、循環動態が不安定な重症患者や合併症で入院中の患者が増加していることから、透析量の確保が難しいことが理由として考えられるが、引き続き十分な透析量の確保を目指して、透析治療を継続していく。2022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 = 1.70

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）。2021年度は2020年度からやや改善し、目標とする透析量を確保できており、2022年度も引き続き、現在の治療状況を維持できるよう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. 日本透析医学会「腹膜透析ガイドライン2019」 腹膜透析ガイドライン改訂ワーキンググループ, 医学図書出版

【脳神経内科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
平均在院日数	15.7日	14.3日
疾患領域別入院数（疾患領域）		
脳血管障害	138人	147人
免疫関連性中枢神経疾患（MS, NMDA受容体脳炎など）	14人	13人
神経感染症（細菌性・ウイルス性髄膜炎・脳炎など）	5人	14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）	49人	42人
末梢神経疾患（ギラン・バレー症候群、CIDPなど）	22人	20人
筋疾患（筋炎、皮膚筋炎、ジストロフィーなど）	11人	8人
発作性疾患（てんかん, 片頭痛など）	27人	42人
代謝	39人	28人
外傷, 骨格	3人	2人
先天性	1人	2人
腫瘍	4人	0人
その他	24人	19人
合計	337人	337人
脳波検査判読数	111件	135件
末梢神経伝導検査 実施数	142件	193件
針筋電図検査実施数	38件	43件
誘発電位検査実施数	18件	31件
平衡機能検査実施数	19件	14件

診療実績的な項目	2020年	2021年
筋生検実施数	1件	5件
剖検数	1件	0件
rt-PA静注療法実施数（脳梗塞）	4件	4件
コンサルテーション件数	271件	365件
遺伝子検査実施数	10例	11件
小児科からのトランジション受入数	14例	9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	2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	2020年	2021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	26.1日	23.4日

取り組みの成果と次年度の目標

コロナ禍で入院総数は不変であったが脳卒中、発作性疾患など救急疾患の増加が見られている。一方、その他の疾患数は減少しており本来入院すべき人が入院機会を失ったとも言える。他病院との連携の指標として、転院患者の平均在院日数を測定している。2020年度から2.7日の短縮を達成しており病病連携の向上が伺える。脳卒中患者の増加に伴い業務の煩雑化が生じており疲弊している状況であるため、人員の充実を求めたい。

【小児科】

診療実績的な項目	2020年度	2021年度
1) 外来患者数	7,656	7,784
2) 入院患者数	704	1,097
3) 川崎病入院数	36	30
4) 呼吸器疾患入院数	101	277
5) 食物負荷試験	125	133
6) 内分泌負荷試験	30	41
7) 超音波検査数	3,224	3,434

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	2021年
1) 川崎病の冠動脈罹患率	2.8% (1/36)	0% (0/30)
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	0.8% (1/125)	0% (0/133)
3) 要鎮静検査の合併症発生率	0%	0% (含鎮静MRI 0/34)

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予防対策による感染症患者の激減や検査入院忌避の影響で、2020年度は外来、入院数はともに減少した。2021年度は増加傾向に転じ、特に入院数の回復は顕著であった。
- ・川崎病の冠動脈罹患率は全国平均で2%であるが、今年度は1例も無かった。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例は無かった。今後も、安全を第一に考えた負荷試験を行っていく。
- ・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	2020年	2021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]	36331/48677×100 = 74.6%	39953/53904×100 = 74.1%
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]	2406/2599×100 = 92.6%	2757/2769×100 = 99.6%
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	3.9日（14症例）	4.5日（13症例）
強度変調放射線治療（IMRT）患者数	173症例	161症例
体幹部定位放射線治療患者数	8症例	30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	2020年	2021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]	25974/35788×100 = 72.6%	28006/40663×100 = 68.9%
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]	1587/1967×100 = 80.7%	1912/1960×100 = 97.6%
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/18病変×100 = 0%	0病変/19病変×100 = 0%

取り組みの成果と次年度の目標

CT.MRI検査件数が年間5000件以上、前年度に比して増加したが、スタッフ一丸となって、読影量を維持している。翌日までの読影件数も2000件ほど増加させて対応しているが、母数増加が著しいため、割合で示すと3.7%低下となっている。核医学は検査総数に大きな変化がなく、翌営業日までの読影率を98%にまで上げることができた。尚、一人あたりの読影件数は、全国の大学病院平均の倍以上の業務量である。検査の質と医療安全を担保しつつ、読影率を上げるためには、検査件数増加に見合った人員補填が望まれる

【一般・消化器外科】

診療実績的な項目	2020年	2021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	47.3%	30.4%

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	2020年	2021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	1／17 = 5.9%	5／32 = 15.6%
肝胆膵	29／116 = 25.0%	22／99 = 22.2%
胆嚢	6／87 = 6.9%	2／71 = 2.8%
結腸	23／180 = 12.8%	26／192 = 13.5%
食道	5／11 = 45.5%	4／13 = 30.8%
胃	11／89 = 12.4%	10／75 = 13.3%
ヘルニア	3／106 = 2.8%	0／89 = 0.0%
直腸	1／72 = 1.4%	3／74 = 4.1%
小腸	8／48 = 16.7%	13／89 = 14.6%
脾臓	0	0／1 = 0.0%
乳腺	6／93 = 6.5%	11／97 = 11.3%
甲状腺	0／66 = 0%	2／93 = 2.2%
その他の腹部	5／53 = 9.4%	1／43 = 2.3%

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昨年より減少していた。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	2020年	2021年
総手術件数	507件	575件
肺癌手術件数	236件	282件
転移性肺腫瘍手術件数	41件	38件
縦隔腫瘍手術件数	38件	53件
気胸手術件数	67件	91件
膿胸手術件数	37件	33件
気管支鏡治療件数	14件	12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

2021年はコロナ禍で診療に制約がある中、手術件数は過去最高となり、目標を達成することができた。
2022年は、病床と手術枠の有効活用、および、術後合併症の抑制を行うことにより、手術件数の増加に努める。

【心臓血管外科】

診療実績的な項目	2020年度	2021年度
CABG患者における平均在院日数	59件 21.83日	56件 19.82日（術後在院日数）
小開胸心臓手術患者における平均在院日数	16件 13.93日	28件 13.75日（術後在院日数）
急性大動脈症候群の応需率	76/80 = 0.95 応需率 95.0%	77/85 = 0.905 応需率 90.5%

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

CABG患者・小切開心臓手術患者の術後在院日数は前年よりも少なくなっており、在院日数削減に向けての努力が成果となって表れている。今後も術後合併症を削減し、入院期間の短縮を図り、手術成績向上に努めてゆきたい。

【脳神経外科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
再手術を要する術後合併症 [再手術数/総手術数]	5/301 = 0.0166 = 1.7%	9/351 = 0.0256 = 2.6%

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	2021年
予期せぬ重篤な術後感染症 [致命的な感染症/総手術数]	3/301 = 0.0099 = 1.0%	3/351 = 0.0085 = 0.9%
再手術を要する術後合併症 [再手術数/総手術数]	2/301 = 0.0066 = 0.7%	6/351 = 0.0170 = 1.7%

年間手術症例の急速な増加に伴い、再手術の割合も増加した。ほとんどが術後感染症に起因しており、生命予後に関わるようなものは無かったが、今後はさらなる質の向上を目指していきたい。

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、2021年と手術件数増加に伴い、より難易度の高い腫瘍や重篤な救急患者が増えたが、術後の重篤な感染症の件数は2020年と2021年は同数で、発生率は改善させることができた。これまでの術後感染管理の効果が得られていると思われるが、合併症を来した症例の反省を踏まえ、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は、2020年よりも難易度の高い疾患や、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。幸いにいずれの再手術となった症例も、再手術のタイミングを逃すことなく早期に対応できたため、術後の経過は良好である。2021年は2019年、2020年に続いて症例数が増えており、救急患者においてはCOVID-19に配慮した対応も求められるようになり、今まで以上に個々の症例に対する全身管理の要求度も増している。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	2020年	2021年
術後 症候性DVT・PEの発生率	0/42 = 0	0/53 = 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

取り組みの成果が上がっていることで発生率0%を連続達成している。
次年度も引き続き0%と早期発見に努める。

【泌尿器科】

診療実績的な項目	2020年	2021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]	1300/135 = 9.6日	1118/116 = 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]	717/70 = 10.2日	576/67 = 8.6日
化学療法患者 G-CSF投与率 [GCSF投与患者/全化学療法患者]	5/32 = 16%	4/26 = 15%
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]	485/79 = 6.1日	596/112 = 5.3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]	338/16 = 14.1日	574/16 = 35.9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	2020年	2021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 5% , pT3 70%	pT2 6%, pT3 50%
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	
	183件	167件

《略語について》

G-CSG (顆粒球コロニー形成刺激因子製剤) : 化学療法に伴う白血球減少を改善させる薬です。

pT2 (前立腺に局限), pT3 (被膜外へ進展), TURBt (経尿道的膀胱腫瘍切除術)

取り組みの成果と次年度の目標

ロボット支援手術は全体的に安定した成績を示している。2021年は膀胱全摘患者の在院日数が長期化したため、改善を目指したい。引き続き安全な診療を心掛けたい。

【耳鼻咽喉・頭頸部外科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
全身麻酔手術件数（術式）	941件	1,047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：176 鼻領域：426 口腔咽頭領域：208 頸部領域：131	耳領域：194 鼻領域：475 口腔咽頭領域：185 頸部領域：193
術後1週間以内の再手術件数・割合	2/941件 = 0.21%	2 / 1,047件 = 0.19%

《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

新型コロナウイルス感染症流行下で感染対策に留意しながら周術期の取り組みを行い、前年度と比して手術件数は耳、鼻手術、特に頸部、頭頸部がん領域の手術が大きく増加した。当科入院患者、医療者を含めて手術に関連した新型コロナウイルス感染は認められなかった。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た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。一方で、重症頸部膿瘍術後の膿瘍再形成に対する再手術があった。次年度は、引き続き起炎菌、膿瘍進展範囲など症例の重症度による因子を検討し、初回手術の術式、及びドレーン留置の方法など今後検討したい。また、医師ひとりあたりの手術件数の増加、耳、鼻手術における入院期間の短縮への取り組みを目標としたい。

【眼科】

診療実績的な項目	2020年度	2021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]	0／854件 = 0%	0／1,085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

近年、外来処置室での眼内への硝子体注射治療が増加、多様化しており、当科では硝子体注射の施行件数の統計を取っている。抗VEGF抗体硝子体注射は加齢黄斑変性のみならず、網膜中心静脈閉塞症、糖尿病網膜症、血管新生緑内障などにも施行され、複数の薬剤が認可されておる。また当科での眼内リンパ腫症例の紹介が増加し、眼内リンパ腫に対するメトトレキサート硝子体注射の施行件数も大幅に増加している。硝子体注射後には約0.1%の確率で感染性眼内炎がおこり、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。また硝子体注射後には網膜剥離、白内障の進行、眼圧上昇などの合併症も頻度が低いが起こりうる。対策として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や網膜剥離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

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、薬剤もRanimizumab, Aflibercept, Brolucizumabに加え、2022年5月に faricimabが保険適応となった。また Ranimizumabに加えてAfliberceptのバイシミラーが発売予定である。そのため薬剤選択が複雑化し、患者取り違えのリスクも増大している。当科では硝子体注射前のチェックシートを作成し、医師と看護師のダブルチェックをした上で患者に入室してもらっている。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る硝子体注射後眼内炎の撲滅と、患者取り違えの防止に今後も努力してゆく。

【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	2020年	2021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 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%)	開腹手術 96件 腹腔鏡手術 182件 子宮鏡手術 8件 腔式手術 16件 再手術数 2/302 (0.6%)

取り組みの成果と次年度の目標

高度癒着などの高難度手術症例の紹介が増加しているため、術前に厳しい評価を行い、対策をとったにも関わらず、再手術件数をゼロにするのは困難であった。

今後は、これまでと同様に、外科、泌尿器科と連携し、術前に極力困難例を判別し、安全に手術を行っていきたい。また、次年度も手術数の増加をこころがけていきたいと考えている。

【皮膚科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
中等症以上の水疱症の導入期の日数	13.71 日	12.70 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

2021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入院患者は22人で昨年より一人多く、内訳は水疱性類天疱瘡16人、結節性類天疱瘡1人、粘膜類天疱瘡1人、尋常性天疱瘡2人、落葉症天疱瘡1人、疱疹状天疱瘡1人であった。BPDAI、PDAIを用いた重症度分類では重症は6人、中等症が16人という結果で、昨年に比較して重症の割合が減り、中等症が増加した。PSL初回導入量の平均は42.0mgで、昨年より約3mg増えている。導入期の平均日数は12.7日と昨年にくらべ1日短縮しており、導入期間としてこれ以上の短縮は難しいレベルと思われる。導入期が短縮された理由としては昨年より重症者が減っていること、重症者が減っているにもかかわらずPSL導入量平均が増えていることから、初回投与量が多めだったため改善が早かった可能性がある。PSL初回導入量が多いと速やかな改善は期待できるものの、副作用や、ステロイドがある程度減量するまで退院できないことから入院日数の延長に繋がりがねない。初回導入量を適切に設定することが極めて重要であり、再燃、副作用、入院期間も含め、初回導入量が適切であったか検討することも必要であろう。

【形成外科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
切断四肢再接合術	9 件	11件
リンパ管静脈吻合術	12 件	50件
遊離皮弁など顕微鏡使用下の他科依頼再建術	16 件	15件
足壊疽・難治性潰瘍に対する手術	105 件	106件
眼瞼下垂手術	41 件	77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きた。

切断四肢接合術は安定して件数を維持している。顕微鏡使用下の再建症例は横ばいであったが、再建依頼の件数自体は増えてきており、より低侵襲な有茎穿通枝皮弁での再建術が増えていることが要因の一つと考える。リンパ浮腫に対するリンパ管静脈吻合術は、2020年7月に開始して以降順調に件数を重ねており、前年比で189%増加であった。院内・院外への周知活動の効果があらわれていると考える。

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。眼瞼下垂手術は、2020年に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たが、2019年以上の手術件数の増加が得られた。

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。リンパ浮腫は継続して院内・院外の広報活動を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		2020年	2020年
総手術件数		6,966件	7,506件
麻酔科管理件数		5,316件	5,659件
全身麻酔件数		4,958件	5,276件
1時間以内の抗菌薬予防投与率 ※	心臓血管外科	89.2% (実施297件 未実施36件)	90.7% (実施371件 未実施42件)
	呼吸器外科	95.5% (実施446件 未実施21件)	98.2% (実施482件 未実施9件)
	脳神経外科	78.9% (実施75件 未実施20件)	79.5% (実施66件 未実施17件)
48時間以内の予防抗菌薬中止率 ※	心臓血管外科	38.7% (実施128件 未実施204件)	35.0% (実施143件 未実施265件)
	呼吸器外科	98.5% (実施460件 未実施7件)	75.2% (実施369件 未実施122件)
	脳神経外科	68.4% (実施65件 未実施30件)	52.4% (実施44件 未実施40件)
適切な予防的抗菌薬選択率 ※	心臓血管外科	100% (実施333件 未実施0件)	100% (実施409件 未実施0件)
	呼吸器外科	98.2% (実施459件 未実施8件)	99.2% (実施487件 未実施4件)
	脳神経外科	100% (実施95件 未実施0件)	98.9% (実施519件 未実施4件)

※対象術式と対象者数	2020年	2021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：333名	対象者：409名
呼吸器外科 対象手術：肺・縦隔の手術	対象者：467名	対象者：491名
脳神経外科 対象術式：開頭術	対象者：95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	2020年度	2021年度
外来初診患者数	2,499名	2,763名
外来再診患者数	21,660名	24,589名
全身麻酔手術件数	211件	210件
外来局所麻酔手術件数	1,673件	2,009件
疾患別全身麻酔手術件数	口腔癌：21例、良性腫瘍：54例 嚢胞89例、埋伏歯：167例	口腔癌：33例、良性腫瘍：16例 嚢胞：55例、埋伏歯：101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	2020年度	2021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 2/873 = 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	抜歯後出血 7/960 = 0.73% 周術期の口腔ケアを重視し、 歯性感染の予防および減少、 経口摂取の支持

取り組みの成果と次年度の目標

新型コロナ感染拡大にも関わらず、外来患者は減少することなく、逆に、増加傾向であった。手術件数も前年と同数を維持できたため、一定の成果は得たと思われる。周術期口腔管理の拡充に関しては、引き続き、マンパワーが不足しているため、今年度の課題の一つである。新たに顎変形症の疾患も、対応できるように環境や人員を整備していく。抗血栓療法中の患者の抜歯における、抜歯後出血が7例生じた。

全体としては、0.73%と1%以下のため、目標は達成できていると思う。今年度は更に、減少させるように努力していく。

【周産期科】

診療実績的な項目	2020年	2021年
分娩数	426件	443件
帝王切開数	206件	220件
帝王切開率	0.484 = 48.4%	0.497 = 49.7%
母体搬送受入数	84件	88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

近年の国内の分娩数減少は、埼玉県内にも大きな影響を及ぼしているが、当センターの分娩数は増加していた。これは、近隣のクリニックなどと良好な関係を構築し、頼っていただける施設として認識されてきたためと考えられる。今後は積極的な母体搬送の受け入れを行い、さらに地域に貢献できる周産期センターとして発展させていきたい。

【救命救急センター】

診療実績的な項目	2020年	2021年
救急車受け入れ状況		
2次救急要請件数	6,747件	8,181件
2次救急応需件数	4,689件	5,791件
2次救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	69.5%	70.1%
3次救急要請件数	2,459件	2,620件
3次救急応需件数	2,311件	2,426件
3次救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	94%	92.6%
ドクターカー 出動件数	—	204件
〃 そのうちの自施設搬送件数	—	76件
合計救急要請件数	9,206件	10,801件
合計救急応需件数	7,000件	8,217件
救急受け入れ率（応需件数／要請件数）	76.0%	76.1%
救急車搬送による入院患者数	—	4,852名
救急車搬送による患者入院率	—	58.7 %

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

循環器疾患（急性心筋梗塞）・脳卒中疾患（閉塞性脳血管障害）・大動脈疾患（急性大動脈解離）を中心に全ての領域における救急患者の受け入れ（近隣病院・クリニックからの紹介、救急車経由）に力を入れている。特に、3次救急事案に関して、応需出来なかった事案はその要因を分析し、解決のための方策を救命救急センター運営委員会においてまとめ、PDCAサイクルを回している。

取り組みの成果と次年度の目標

2021年も2020年同様に、新型コロナウイルス感染症の影響による救急患者受け入れ制限、院内ベッド数の制限を頻回に行った。しかしながら、医療従事者の感染対策に対する知識及び技術の向上、検査体制の迅速化などにより救急患者の受け入れを2020年より多少ではあるが円滑に行えるようになった。そのため、応需件数は1000件以上増加した。2022年は、新型コロナウイルス感染症前の救急受け入れ状況に戻し、地域における救急医療の役割を果たせればと考えている。よって3次応需件数は、2000件以上。応需率は95%以上。2次応需件数は6500件以上。応需率は、80%以上を目指す。2021年から、ドクターカーの出動回数と傷病者を自施設に搬送した件数を記載する。当センターの近辺で発生した緊急度や重症度が高いと予想される傷病者に対して、早期に医療従事者が介入し治療することを心がけている。

【集中治療部】

診療実績的な項目	2020年	2021年
APACHE(重症度スコア)(平均)/予測死亡率/実死亡率	APACHE2スコア：16.98 予測死亡率：22.4% 実死亡率：6.72%	APACHE2スコア：16.58 予測死亡率：21.6% 実死亡率：6.97%
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）	5.13日	5.10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: 0.75 （対1000患者・日） CRBSI EICU：1.56 （対1000患者・日）

※ * 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	2021年
24時間以上在室した患者の入室後48時間以内の経管栄養・経口摂取の開始率	54.1%	52.6%

取り組みの成果と次年度の目標

COVID-19重症患者を埼玉県最後の砦として可能な限り受け入れた中で、滞在期間の延長を最低限に抑制し、他の重症患者も可能な限り断らなかった。

診療実績的な項目	2020年	2021年
病理結果報告日数		
病理組織診件数	10,382件	11,289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）	6.14日	7.24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）	5.67日	6.30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）	6.61日	8.23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）	5.41日	6.23日
細胞診件数	5,779件	6,042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）	2.72日	3.15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	2020年	2021年
死亡数	662件	793件
剖検数（剖検率）	26（26／662＝3.9％）	30（30／793＝3.8％）
全組織診平均報告日数	6.14日	7.24日

取り組みの成果と次年度の目標

2021年は、「目標点を踏まえた作業の意味を考える」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、技術の理解度と現実との乖離が感じられた。昨年に比べて検査件数は組織診検査と細胞診検査、剖検数いずれも増加し、検体提出から報告までの日数が軒並み遅延した。遅延の主な原因は病理標本作製後のプロセスにあり、専任の病理専門医が3人（うち1名が育児休暇取得）と不足していたことに起因する。医療の質を支える重要なインフラストラクチャーである病理部門に病理専門医を適性に配置しなければ、この遅延はさらに続き、各診療科に影響が及ぶと思われる。

次年度は、「技術の理解と手技の乖離をなくす」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く。

【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	2020年平均 約9分 (2020/6/1~6/5の8時~16時)	2021年平均 約10分 (2021/5/31~6/4の8時から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 sp.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）	(2020年1月~2020年12月)	(2021年1月~2021年12月)
	【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%	12607/(13253-430)×100 = 98.3%
	【汚染セット数/血液培養実施セット数×100 = 汚染率】	
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	254/11044×100 = 2.3%	297/13253×100 = 2.2%
	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)	血液製剤使用数：56,886単位 血液製剤割付数：65,557単位 血液製剤実施率：86.8% (2021年度)
幹細胞の管理・準備・持出を行っている	幹細胞：66/67×100 = 98.5% (2020年度)	幹細胞：62/65×100 = 95.4% (2021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% (2020年度)	報告書作成率100% (2021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	2020年度	2021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 : $1,034,544 / 112,056,406 \times 100 = 0.9\%$ FFP : $742,682 / 80,056,360 \times 100 = 0.9\%$ PC : $245,564 / 266,071,112 \times 100 = 0.1\%$ 全体 : $2,022,790 / 458,183,878 \times 100 = 0.4\%$</p>	<p>RBC : $453,302 / 125,197,837 \times 100 = 0.4\%$ FFP : $366,440 / 73,485,496 \times 100 = 0.5\%$ PC : $205,625 / 277,451,653 \times 100 = 0.1\%$ 全体 : $1,146,718 / 476,134,986 \times 100 = 0.2\%$</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 : $297 / 17,168 \times 100 = 1.7\%$ HBsAg : $809 / 17,608 \times 100 = 4.6\%$</p>	<p>HCV : $309 / 18,717 \times 100 = 1.7\%$ HBsAg : $828 / 20,096 \times 100 = 4.1\%$</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） $(8752-8138) / 8138 \times 100 = 7.0\%$減</p>	<p>検査増加率（前年度との比較） $(8945-8138) / 8138 \times 100 = 9.9\%$増</p>

取り組みの成果と次年度の目標

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。2022年は小児科を除く複数セット採取率を99.0%、汚染率を2.0%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、脳外科・婦人科は輸血依頼数と輸血使用数の比率が50%を切っていたので、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。

HCV、HBsAg陽性患者リストを週末に肝臓専門医に渡している。その資料を使用して、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。2021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。生理機能検査室では心エコー患者の予約待ち日数の軽減の取り組みを行い、精密心エコー、スクリーニング心エコーの検査数を増加させる取り組みをした。結果、検査数は前年度比9%増の結果で、精密心エコーの待ち日数がわずかではあるが今年度も軽減されてきた。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。

【看護部】

診療実績的な項目	2019年	2020年	2021年
認定看護師数（人）	18	18	21
専門看護師数（人）	1	1	1
特定行為看護師数（人）	9	10	19
認定看護管理者（人）	4	4	2

現在診療科（看護部）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項目	2019年	2020年	2021年
褥瘡発生率（％）	0.56	0.99	0.66
転倒転落発生率（‰） ※ 単位：‰（パーミル）千分率	1.78	1.52	1.84
誤嚥性肺炎発生率（％）	0.17	0.36	0.40
身体拘束率（％）			7.30

取り組みの成果と次年度の目標

COVID-19 に関連した感染制御にかかる業務量の増加、患者の高齢化、重症度、医療・看護必要度基準患者割合の増加、在院日数の短縮を加味すると、マンパワーが増大しない状況下で測定項目に大きな上昇がないことは一定の看護実践力を発揮したと考える。今後も認定看護師等のスペシャリストの増加に努め、測定項目に成果が現れることを目指す。