

自治医科大学附属さいたま医療センター

病院機能指標

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 百村 伸一

医療の質指標（**QI**：Quality Indicator）は、医療の質を定量的に表現しようとするもので、その指標を分析し改善をしてゆくことによって医療の質の向上を図るとともに、それを公表することによって患者さんに対してもその医療機関の医療の質に関する情報を提供することができるものです。自治医科大学附属さいたま医療センターにおいては昨年**QI**の公表を開始いたしましたが、このたびその更新を行い公表の運びとなりました。この**QI**は今後も定期的に更新し、さらなる分析を加え、医療の質の改善に努めてゆきたい所存です。

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会
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、継続的に業務の改善を行います。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もって取り組んでおり、それぞれ特徴ある**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ます。2018年3月31日に第1版を公表しましたが、今回アップデートして第2版として公表させていただきます。よろしくお願ひ申し上げます。

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	6.6	6.8	6.7	6.7	6.6	6.0	6.5	6.4	6.3	6.2	6.2	6.0	6.4
神経内科	19.0	18.6	15.6	22.6	19.5	16.7	20.2	17.4	13.7	15.5	14.2	13.1	16.8
腎臓内科	14.4	12.6	14.9	14.4	15.1	14.2	16.4	12.4	11.7	14.6	15.1	14.7	14.2
リウマチ膠原病科	36.3	19.9	24.1	27.8	22.4	36.0	25.4	39.1	24.3	29.2	28.8	35.1	28.2
消化器内科	9.5	8.3	9.6	8.9	9.2	9.1	9.3	9.2	9.6	8.8	9.5	8.6	9.1
呼吸器内科	14.6	13.9	16.2	14.5	14.0	13.5	12.4	14.2	13.0	12.6	12.5	13.9	13.7
内分泌代謝科	9.6	10.5	7.8	6.6	7.3	10.3	9.5	6.6	7.8	7.2	7.6	6.0	7.9
血液科	27.3	32.5	30.8	37.5	29.8	30.4	29.4	31.1	27.6	29.8	28.1	34.0	30.5
小児科	10.5	8.1	10.1	8.5	9.1	8.9	9.2	10.5	11.3	8.2	10.9	9.1	9.4
外科	12.7	12.0	11.8	12.2	13.8	12.3	12.1	12.3	11.9	11.1	10.1	11.0	11.9
心臓血管外科	18.5	16.5	15.4	20.5	17.6	21.3	20.8	19.1	19.8	19.1	21.7	19.1	18.9
脳神経外科	25.4	19.3	17.7	25.2	24.3	14.3	18.8	14.4	20.1	23.3	23.0	16.2	19.7
整形外科	11.4	14.3	12.5	13.1	12.9	13.0	10.6	11.6	9.9	12.9	12.8	9.4	11.9
呼吸器外科	11.6	11.6	10.3	10.4	11.6	13.4	12.1	8.9	13.4	12.1	11.7	11.2	11.4
形成外科	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.2	5.6	5.9
皮膚科	11.6	11.6	17.3	10.8	11.2	18.2	14.7	9.9	13.4	10.3	16.5	12.6	12.9
泌尿器科	7.0	8.5	7.6	7.4	5.9	7.4	7.0	7.4	7.6	7.7	7.9	7.4	7.3
眼科	8.8	9.2	9.0	8.1	8.3	9.3	8.2	8.4	7.4	7.7	8.8	8.7	8.5
耳鼻咽喉科	8.6	8.2	7.9	9.0	7.8	7.8	8.1	8.7	8.0	7.9	7.4	8.4	8.1
婦人科	9.8	9.4	7.9	6.7	7.1	10.2	8.4	9.3	12.6	10.7	11.1	11.7	9.5
歯科口腔外科	10.8	12.2	11.0	10.2	9.8	8.8	7.2	8.8	8.5	14.1	16.4	9.4	10.3
産科	12.7	13.9	14.2	12.2	10.1	12.0	11.9	11.9	15.0	12.4	11.1	12.9	12.4
救急科	5.3	5.8	4.9	5.5	5.1	4.5	4.9	5.5	5.7	5.9	5.7	5.0	5.3
総合診療科	14.7	14.9	18.1	13.6	15.4	12.3	10.5	12.5	12.5	9.8	12.7	12.6	13.2
総計	11.5	11.3	11.3	11.3	11.6	11.2	11.3	11.2	11.3	11.0	11.3	10.7	11.2

【総合診療科】

診療実績的な項目	2016年1月～12月	2018年1月～12月
平均在院日数	22.4±21.4 (1-141)	18.4±18.9 (1-148)
入院患者の転帰	死亡率 7.9% 自宅退院 64.5% 転院 19.4% 転科 8.2% ※総入院患者数 355 人	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
剖検率	107%	26.1%

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	2016年1月～12月	2018年1月～12月
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 0.48 ハーシュマン・ハーフィンダール指数 1305	ジニ係数 0.40 ハーシュマン・ハーフィンダール指数 991

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、1500 以下を目標とします。

【循環器内科】

診療実績的な項目	2017年1月～12月	2018年1月～12月
デバイス治療における遠隔モニタリングの施行率	81/128×100=63.2%(2016年)	86/140×100=61.4%
心房細動アブレーションの再セッション施行率	40/147×100=27.2%(2016年)	42/177×100=23.7%
収縮不全心不全患者のβ遮断薬処方率	93/101×100=92.1%(2015年)	228/237×100=96.2%
収縮不全心不全患者のACE/ARB処方率	85/101×100=84.2%(2015年)	197/237×100=83.1%
AMI患者における至的薬物療法処方率 至適薬物処方あり/急性心筋梗塞	157名/237件=66%(2015年)	
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±5.0日 入院日数 11.0±18.2日	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)
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もあるため、バラつき(標準偏差)の大きい分布となっている。	平均 83.7±81.6分(中央値 62.5分)	平均 89.2±41.7分(中央値 73分)
経皮的冠動脈形成術における平均造影剤使用量	115±55ml	121±54 ml
経皮的冠動脈形成術における平均透視時間	23±17分	24±16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	93%(63/38)	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	
<p>・Door to balloon 時間(DTBT)</p> <p>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。</p>	<p>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 分台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。</p>

【消化器内科】

診療実績的な項目	2017年1月～12月	2018年1月～12月
上部消化管内視鏡検査数	3,914件	3,929件
下部消化管内視鏡検査数	2,785件	2,788件
ERCP検査数	526件	496件
超音波内視鏡検査数	587件	660件
EUS-FNA施行数	111件	140件
早期胃がん内視鏡治療数	143件	152件
早期食道がん内視鏡治療数	15件	39件
早期大腸がん内視鏡治療数	107件	137件
経皮的ラジオ焼灼術(RFA)試行数	46件	47件
肝動脈化学塞栓術(TACE)試行数	124件	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	2017年1月～12月	2018年1月～12月
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。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。	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:9.2 難易度スコア:1.7 年間手技到達度:9.2x1.7=15.6	切除スピード:11.1 難易度スコア:1.8 年間手技到達度:11.1x1.8=20.0

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。そのため、難易度が高い症例が集まったために、難易度スコアが前年と比較して上昇したと思われる。難易度が高い症例はどうしても切開剥離を慎重に行わざるを得ず、切除時間が長くなるために、残念ながら切除スピードが前年と比較し低下してしまった。結果として、切除スピード x 難易度スコアから得られる年間手技到達速度は前年よりも低下した。次年度は手技の向上を目指すことはもちろんであるが、大腸穿孔や不完全切除となってしまえば元の子もないので、安全性を担保しながら、手技の向上に尽力したいと考えている。

【呼吸器内科】

診療実績的な項目	2016年4月～2017年3月	2018年4月～2019年3月
疾患別入院数	肺癌 281名、 間質性肺炎 33名、肺炎・胸膜炎 19名、 胸膜中皮腫 3名、気管支喘息 6名、気胸 12名、 COPD 5名、縦隔腫瘍 1名、気管支拡張症 4名、 気道出血 5名、その他 32名	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
気管支鏡件数	333例	318例
外来化学療法数	1,034例	1,142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4月～2019年3月
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）

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	2015年4月～2016年3月	2018年4月～2019年3月
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 84件	糖尿病透析予防外来で指導を受けた延べ患者数 108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	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

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	2015年4月～2016年3月	2018年4月～2019年3月
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	$37 / 84 \times 100 = 44\%$	$41 / 108 \times 100 = 38\%$
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	$6 / 22 \times 100 = 27\%$	$12 / 15 \times 100 = 80\%$

取り組みの成果と次年度の目標

透析予防外来の患者数は年々増加しており、近隣医療機関との病診連携の取り組みの成果が出ていると思われる。但し、糖尿病性腎臓病がかなり重症化してから透析予防の生活習慣の指導を開始する症例も増えており、腎機能の維持はなかなか困難であるという現実を反映してか、腎機能維持症例の割合は前回よりも低下している。今後は腎症 3 期以前の症例も積極的に組み入れて、早期からの腎症重症化予防に努めたい。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増加している。治療は近隣医療機関に逆紹介によって戻る症例も多いが、当科で確定診断して加療中の家族性高コレステロール血症患者については、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	2017年1月～12月	2018年1月～12月
疾患別入院数	急性骨髄性白血病(36例)、急性リンパ性白血病(19例)、骨髄異形成症候群(11例)、慢性骨髄性白血病(8例)、慢性リンパ性白血病(1例)、B細胞性リンパ腫(62例)、T/NKリンパ腫(11例)、多発性骨髄腫(23例)、再生不良性貧血(1例)、自己免疫性溶血性貧血(2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(12例)	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)
ドナー別造血幹細胞移植件数	自家末梢血(23件)、血縁骨髄(2件)、血縁末梢血(15件)、非血縁骨髄移植(22件)、非血縁末梢血(2件)、非血縁臍帯血移植(1件)	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)
造血幹細胞移植後1年生存率	2017年実施移植 65.7%(自家移植79.3%、同種移植58.1%)	2018年実施移植 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	2017年実施移植	2018年実施移植
移植後1年移植関連死亡率	10.4%(自家移植4.3%、同種移植13.5%)	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た。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10.4%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	2016年1月～12月	2018年1月～12月
A) 関節リウマチ患者におけるメトトレキサート処方率	383人／508人＝75.4%	153人／677人＝23%
B) ステロイド服用患者の骨粗鬆症予防率	内服薬 459人／673人＝68.2% 注射薬 16／673人＝3.9%	内服薬 1017人／2244人＝45% 注射薬 49人／2244人＝2%

取り組みの成果と次年度の目標

A) に関して、今回の比率が減少しているように見えますが、この3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来ている傾向があると考えられます。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) に関しては、前回の報告(同期間)と比べ、今回の比率が減少しています。ただし、リウマチ膠原病科の患者は、整形外科あるいは他の内科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。したがって、このような場合も含めて今後は詳細に解析していく必要があるかもしれません。次年度の目標としては、骨粗鬆症の治療の実態を正確に把握すること、および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	2017年9月	2018年12月
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)	Hb 1401.1 (g/dL) / 132 (人) = 10.6 g/dL/人	1732.2 (g/dL) / 174 (人) = 9.95 (g/dL)
維持血液透析の透析効率 維持腹膜透析の透析効率	Kt/V-HD: 82.5 / 79(人) = 1.04, PD: 82.7 / 50 = 1.65	Kt/V = 110.73 / 118 = 0.94 Kt/V = 1009.96 / 56 = 1.80

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): 1732.2 (g/dL) / 174 (人) = 9.95 (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)

2018 年度は目標よりやや下回っていたので、2019 年度は前記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 = 110.73 / 118 = 0.94

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)。2018 年度は 0.94 と目標より低い数字であった。この要因として、血液透析導入直後の患者、循環動態が不安定な患者、合併症で入院中の患者など、安定して十分な血液透析を確保することが困難な患者が多かったことが考えられる。

2019 年度においても個々の患者の状態を評価しながら、安定している維持血液透析患者では Kt/ V 1.4 以上を確保できるようにしていく。

◆維持腹膜透析の透析効率 Kt/V = 1009.96 / 56 = 1.80

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)。2018 年度は 1.80 と目標より高い数字を維持できた。

2019 年度も引き続き Kt/V 1.7 以上を維持できるようにしていく。

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

【小児科】

診療実績的な項目	2016年10月～2017年9月	2018年4月～2019年3月
1) 川崎病の冠動脈罹患率	2.5% (1/40)	1.8% (1/57)
2) 呼吸器疾患の気管挿管率	3.8% (6/157)	0.2% (1/366)
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% (0/78)	0% (0/105)
4) 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

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冠動脈罹患率は1.8%であり、全国平均と同等である。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度評価が重要である。早期診断に関しては、毎日のカンファレンスを通じた複数医師によるチェック、エコー検査による冠動脈径や頸部リンパ節の評価を積極的に行っている。重症度評価は、様々なスコアリング法を用いて冠動脈発症リスクを評価し、リスクに見合った治療を選択している。今後も、罹患率2%以下を目標とし、早期診断、早期治療に努めていく。

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3.8%から0.2%と有意に減少した。RSウイルス感染症における気管挿管率をNasal high flow治療導入前後で比較したところ、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。今後も、さらなる診療の改善に努めていく。

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

前回と同様、アドレナリン使用率は0%であり、安全を第一とした食物負荷試験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。

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。

【脳神経内科】

診療実績的な項目	2017年1月～12月	2018年1月～12月
平均在院日数	19.8日	18.3日
疾患領域別入院数(疾患領域)	患者数	
脳血管障害	58人	94人
免疫関連性中枢神経疾患(MS, NMDA受容体脳炎など)	24人	22人
神経感染症(細菌性・ウイルス性髄膜炎・脳炎など)	4人	7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)	26人	35人
末梢神経疾患(ギラン・バレー症候群, CIDPなど)	17人	8人
筋疾患(筋炎, 皮膚筋炎, ジストロフィーなど)	8人	9人
発作性疾患(てんかん, 片頭痛など)	9人	19人
代謝	33人	31人
外傷, 骨格	1人	2人
先天性	1人	2人
腫瘍	0人	4人
その他	8人	9人
合計	189人	242人
脳波検査判読数	118件	142件
末梢神経伝導検査 実施数	120件	149件
針筋電図検査実施数	43件	52件
誘発電位検査実施数	20件	20件
平衡機能検査実施数	28件	27件
筋生検実施数	1件	6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	482 件	330 件
遺伝子検査実施数	6 例	24 例
小児科からのトランジション受入数	19 例	6 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	5 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	算出方法・数値	期間
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

取り組みの成果と次年度の目標
<p>取り組みを始めたのが 2018 年からなので今回報告の数値には現れてきていないが、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 年に入ってから在院日数短縮がみられるため、一定の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。</p>

【放射線科】

診療実績的な項目	2018年1月～12月
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%
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%
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)
強度変調放射線治療(IMRT)患者数	17症例
体幹部定位放射線治療患者数	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1月～12月
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%
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%
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%

取り組みの成果と次年度の目標
読影依頼のあるCT・MRI検査に対する翌営業日までの読影レポート作成はほぼ達成されている。次年度以降は核医学検査、単純X線検査に関しても翌営業日までの読影完了(読影率100%)を目指す。また、全CT・MRI・核医学検査に対する翌営業日までの読影レポート作成率80%の達成を目指す。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、高精度放射線治療も治療機器の更新に伴い、2018年から開始している。今後も多くの方に、高精度治療を受けていただくように体制の整備を図っていく。

【一般・消化器外科】

診療実績的な項目	2017年1月～12月	2018年1月～12月
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	55.1%	49.5%

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	2017年1月～12月	2018年1月～12月
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	3／16 = 18.8%	3／23 = 13.0%
肝胆膵	29／113 = 25.7%	21／95 = 22.1%
胆嚢	5／54 = 9.3%	5／76 = 6.6%
結腸	30／191 = 15.7%	21／159 = 13.2%
食道	8／21 = 38.1%	4／9 = 44.4%
胃	15／134 = 11.2%	5／89 = 5.6%
ヘルニア	0／81 = 0%	3／95 = 3.2%
直腸	16／73 = 21.9%	12／62 = 19.4%
小腸	16／86 = 18.6%	24／110 = 21.8%
脾臓	1／5 = 20.0%	0／5 = 0.0%
乳腺	0／95 = 0.0%	5／98 = 5.1%
甲状腺	0／67 = 0%	1／81 = 1.2%
その他の腹部	10／58 = 17.2%	7／45 = 15.6%

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	2017年1月～12月	2018年1月～12月
総手術件数	522件	452件
肺癌手術件数	240件	204件
転移性肺腫瘍手術件数	68件	62件
縦隔腫瘍手術件数	34件	37件
気胸手術件数	57件	67件
膿胸手術件数	42件	26件

取り組みの成果と次年度の目標

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、術後合併症を抑制し在院日数の短縮を目指す。

【心臓血管外科】

診療実績的な項目	2017 年度	2018 年度
CABG 患者における平均在院日数	75 件 25.2 日	73 件 30.43 日
小開胸心臓手術患者における平均在院日数	17 件 21.3 日	21 件 16.52 日
急性大動脈症候群の応需率	$40/52=0.769$ 応需率 76.9%	$35/59=0.593$ 応需率 59.3%

取り組みの成果と次年度の目標

急性解離の応需率改善のため、手術室・集中治療室の御協力を仰ぎ、可能な限りの受け入れを目指していきたい。

【脳神経外科】

診療実績的な項目	2016年1月～7月	2018年1月～12月
再手術を要する術後出血[再手術数/総手術数]	1/198 = 0.005 = 0.5%	2/156 = 0.0128 = 1.3%

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	2016年1月～7月	2018年1月～12月
再手術を要する術後創部感染の予防[再手術数(創部感染)/総手術数]	1/198 = 0.005 = 0.5%	1/156 = 0.0064 = 0.6%
再手術を要する術後出血[再手術数/総手術数]	1/198 = 0.005 = 0.5%	2/156 = 0.0128 = 1.3%

取り組みの成果と次年度の目標
<p>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。引き続き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。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きたい。</p>

【整形外科】

診療実績的な項目	算出方法・数値	期間
術後 症候性 DVT・PE の発生率	0 / 368 = 0	5年(2012～2016年)
	0 / 74 = 0	1年(2016年1～12月)
	0 / 80 = 0	2年(2017～2018年)
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）		

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	2017年1月～12月	2018年1月～12月
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]	780/83=9.4日	1123/118=9.5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]	368/37=9.9日	371/37=10.0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]	18/43=41.9%	15/32=46.9%
膀胱癌患者(TURBt)平均在院日数 [全患者の入院日数/手術患者数]	503/82=6.1日	357/65=5.5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]	216/10=21.6日	144/8=18.0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。当院は良好な成績を示している。	pT2 3%,pT3 20%	2015年5月～2016年12月
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	2017年
		2018年

取り組みの成果と次年度の目標
前立腺癌、腎癌、膀胱癌手術いずれも早期退院を目指している。平均在院日数は前立腺癌、腎癌は10日前後、TURBTは5日前後であり、標準的と考えられる。膀胱全摘に関しては、2016年より腹腔鏡手術、2018年よりロボット支援手術を開始し、在院日数が短縮している。

【耳鼻咽喉科】

診療実績的な項目	2016年度	2018年1月～12月
全身麻酔手術件数(術式)	1067件	1081件
局所麻酔手術件数(術式)	14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:271 鼻領域:462 口腔咽頭領域:226 頸部領域:108	耳領域:249 鼻領域:450 口腔咽頭領域:240 頸部領域:127
術後1週間以内の再手術件数・割合	2件/1067 = 0.19%	2/1081件 = 0.19%
<p>《手術件数について》</p> <p>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。</p> <p>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。2件としています。</p> <p>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。</p>		

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、鼻手術はやや減少したが口腔咽頭領域、頸部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、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。起炎菌、感染巣、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の検討課題である。

【眼科】

診療実績的な項目	2017 年度	2018 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]	0／559 件=0%	0／574 件=0%

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および糖尿病黄斑浮腫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。

【産婦人科】

診療実績的な項目

腹腔鏡下子宮全摘の術式の統一化

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	2017年1月～12月	2018年1月～12月
上記術式は、内視鏡技術認定医取得の必須術式であるが高難度である。当科の人員減少のため、外勤医に手術助手をお願いすることになったため、完全定型化し、時間短縮、出血量減少を図った。	術式変更後／全体数 50／60＝83%	術式変更後／全体数 73／73＝100%

取り組みの成果と次年度の目標

産婦人科医師不足から、腹腔鏡下子宮全摘術の術式の統一化をはかり、実践していたが、上記の通り 100%を達成した。今後も、この統一術式で行なっていくため、高い確率となる。したがって、次年度からは、下記のような QI を設定したいと考えている。まずは、婦人科手術数を開腹、腹腔鏡、膣式、その他として件数の把握を行う。また、術後 1 週間以内の再手術件数を把握し、割合を算出する。現在、手術枠と人員の関係で、良性手術は最大で 6 ヶ月待ちとなり、このため 1 月に平均で 40～50 件の紹介患者を他院へ再紹介している。この数を減らし、手術数を増やすためには、婦人科医師の確保、増員が必須である。そう繋げられるように、努力していきたいと考えている。

【皮膚科】

診療実績的な項目	2016年1月～12月	2017年1月～12月
植皮における生着率	個々の植皮術の生着率の合計／植皮術の件数 94.3% 36件	95.8%/25件

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植皮における生着率をあげた。算出方法として個々の植皮の生着率の合計／植皮術の件数とした。2016年1月から12月までの結果は、94.3%/36件であり、すでに公表している。次年度の2017年1月から12月までの結果を算出し、95.8%/25件であった。前年度と比して若干向上している。部位などによっても違ってくる可能性はある。2018年からは形成との合同に手術となったので算定できない。そこで変更する題材は水疱症である。水疱症は、皮膚に水疱を生じる病気をまとめた総称である。ウイルス性、細菌性疾患や熱傷などの物理的刺激による水疱は除く。免疫の異常によって生じる自己免疫性のものと、遺伝子の異常による先天性のもので、病気を引き起こす原因によって2つに大別されるが、ここでは、自己免疫性水疱症を対象とする。自己免疫性水疱症は、自分の皮膚の表皮、あるいは粘膜の上皮にある成分を攻撃する抗体が体内で作られてしまい、その結果、細胞がバラバラに離れて皮膚や粘膜に水疱を生じる病気である。水疱が起こる深さによって天疱瘡群、類天疱瘡群に分かれる。軽症で治療が不要な症例以外では、自己抗体の産生と働きを抑える免疫抑制療法が必要となる。現状では、副腎皮質ホルモン(ステロイド)の内服が中心的な役割を果たしている。通常は入院の上、プレドニゾロン(PSL)換算で1mg/kg/日でステロイド投与が開始される。水疱の新生がなくなり、病勢が落ち着いてきたら、ステロイドの量を徐々に減らしていく。ただし、治療を開始して2週間程度で病勢が制御できない場合、ステロイドパルス療法、血漿交換療法、免疫グロブリン大量静注療法などを、必要に応じて追加することもある。またステロイドを減量しやすくするために、病初期から免疫抑制剤を併用することもある。退院後の再発率を算出する。

【麻酔科】

診療実績的な項目	2018年1月～12月
総手術件数	7,299 件
麻酔科管理件数	5,426 件
全身麻酔件数	4,957 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) 呼吸器外科 : 98.7%(実施:383 件 未実施 5 件) 脳神経外科 : 82.9%(実施:58 件 未実施 12 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) 呼吸器外科 : 99.5%(実施:386 件 未実施 2 件) 脳神経外科 : 15.7%(実施:11 件 実施 59 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) 呼吸器外科 : 99.5%(実施:386 件 記録なし:2 件) 脳神経外科 : 100%(実施:70 件 実施 0 件)
※対象術式と対象者数 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 呼吸器外科・・・対象手術 : 肺・縦隔の手術、対象者:388 名 脳神経外科・・・対象術式 : 開頭術、対象者:70 名	

【歯科口腔外科】

診療実績的な項目	2017年度	2018年度
外来初診患者数	2,574名	2,892名
外来再診患者数	25,612名	26,729名
全身麻酔手術件数	172件	176件
外来局所麻酔手術件数	1,484件	1,523件
疾患別全身麻酔手術件数	口腔癌;31例、良性腫瘍12例 嚢胞:66例、埋伏抜歯:52例	口腔癌:例、良性腫瘍:32例 嚢胞70例、埋伏歯:117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	2017年度	2018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 2/484 = 0.41% 周術期の口腔細菌感染防止、 全身麻酔時の歯牙誤嚥防止、 早期経口摂食開始の支援	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

取り組みの成果と次年度の目標

- 1) 周術期口腔管理の強化: 院内の周術期口腔管理の患者受け入れの努力を行い、前年度よりも多くの患者を受け入れる事ができた。次年度は、さらになん治療患者の周術期口腔管理患者を増加する様努めたい。それに向け、コンサルテーションシステムの構築を行い、より効率よくコンサルテーションを受け多くの患者を受け入れたい。さらに歯科医療者のマンパワーの増強を図り院内における癌医療の質向上に寄与したい。
- 2) 合併疾患を有する患者に対する術後合併症の防止: 高齢化社会を迎え、種々の合併疾患を有する患者に対する外科処置の機会が急増している。臨床他科への病状確認を徹底し、抗血栓療法中の患者は極力休薬せず処置を行い外来手術の術後出血は 0.13%であった。引き続き、術後出血の防止へ向け術前のカンファレンスを密に行うこと。必要に応じ、外来手術の術後合併症を防止するため積極的に入院加療を行いリスクの低減に努めたい。

【周産期科】

診療実績的な項目	2016年1月～12月	2018年1月～12月
分娩数	455件	469件
帝王切開数	162件	203件
帝王切開率	0.356	0.433
母体搬送受入数	94件	86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

【救命救急センター】

診療実績的な項目	2017 年度	2018 年度
救急車受け入れ状況		
2 次救急要請件数	8,137 件	8,129 件
2 次救急応需件数	7,038 件	7,088 件
2 次救急受け入れ率(応需件数/要請件数)	87.3%	87.2%
3 次救急要請件数	2,157 件	2,407 件
3 次救急応需件数	2,108 件	2,351 件
3 次救急受け入れ率(応需件数/要請件数)	97.7%	97.7%
合計救急要請件数	10,294 件	10,536 件
合計救急応需件数	9,146 件	9,439 件
救急受け入れ率(応需件数/要請件数)	88.8%	89.6%

取り組みの成果と次年度の目標

地域の救急医療の安定化を目的に、3 次救急医療体制のみならず 2 次救急医療体制をおろそかにしない救急医療受け入れ実現に力を入れている。その事實は、病院ホームページにも掲載している。3 次救急要請に対する不応需事案に関しては、全例調査を行い院内委員会で報告を行っている。そのうち 60%程度は、現場の医療情報や多職種のコミュニケーション改善が可能であった。次回の不応需例とならないように 1 週間以内の問題解決を救命救急センター長及び救命救急センター師長で行い、救命救急センターの多職種スタッフに周知している。

2 次救急医療においては、救急科医師のみの対応ではないため、内科系医師を中心とした応援医師との連絡体制を強化している。さらには、5 病院以上の病院で不応需となった傷病者を必ず受け入れる埼玉県の「6 号事案」事業にも参画している。2 次救急においても 90%以上の応需率を目標としたい。初期医療救急体制に関しては、院内トリアージを開始する予定である。これにより緊急度を優先した患者中心の医療を実践する予定である。さらには、初期診療室における滞在時間も次年度の検討項目としたい。

【集中治療部】

診療実績的な項目		
APACHE(重症度スコア)(平均)/予測死亡率/実死亡率	予測死亡率:APACHE2 20.3%/ APACHE3 18.2%/ 実死亡率: 3.6% (2016年4月～2017年3月)	*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% (2018年1月～12月)
ベッド数/実働看護師数 比	日勤 0.78 :1、夜勤 1.76 : 1 (2016年1月～12月)	日勤 1 :1 (休日 1.2 :1)、夜勤 2 :1 (2018年1月～12月)
ICU 滞在日数(平均)	3.3 日 (2016年1月～12月)	*4.75 日 (2018年1月～12月)
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 4.16 CCU 1.36 CRBSI (ICU・CCU) 0.8 (2016年1月～12月)	VAP ICU・CCU 2.34 CRBSI (ICU・CCU/EICU) 0.31 (2018年1月～12月)
※ * 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	算出方法・数値 (分子項目/分母項目=数値)
経管栄養目標値達成率 (経管栄養中断プロトコル導入後)	実エネルギー投与量/目標エネルギー投与量 (平均) 2019年12月以降に算出予定

取り組みの成果と次年度の目標
敗血症性ショック患者における ICU 入室から抗菌薬投与までの時間

【病理部】

診療実績的な項目	2017年1月～12月	2018年1月～12月
病理結果報告日数		
病理組織診件数	組織診 10359件	10629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)	全件数 5.03日	5.15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)	生検全体 4.71日	4.82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)	術材全体 5.37日	5.51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)	ファーストレポート 4.40日	4.37日
細胞診件数	細胞診 6,243件	6243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)	全件数 4.51日	4.2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	算出方法・数値	期間
死亡数	666	2018年1月～12月
剖検数(剖検率)	26(26/666=3.9%)	
全組織診平均報告日数	5.15	

取り組みの成果と次年度の目標

病理結果報告日数は、昨年とほぼ同等の日数となった。医局会等で診断の遅延がないように促しており、その成果が表れていると考える。土日や祝日が入るので4日台で安定していれば順調な数値と考える。特に、手術材料が5日台で報告されており、患者さんへの結果説明が早期に安定して行える環境を確保できている。今後はこのレベルを維持しながら、質を高めることを検討する。ただ、診断の質を数値化することは難しい。腫瘍診断に関しては免疫染色件数などが候補にあがる。他の施設の状況を踏まえ、検討していきたい。一方、病理組織診件数、細胞診件数は微増であった。ただ、外注の遺伝子診断件数など今後発展していく診療分野について指標がなく、今後は追加を検討していきたい。なお、剖検数は26であり、剖検率は3.9%であった。一般的には、当センターの規模であれば剖検数30、剖検率5%程度が望まれるのでやや低い数値と考える。内科科長会議などで剖検数の確保の重要性を絶えず提示していきたい。

【臨床検査部】(採血・輸血・血清・細菌)

診療実績的な項目	算出方法・数値・期間	算出方法・数値・期間
採血待ち時間の改善	2016年平均・2017年平均 約13分・約9分=4分短縮 (2016/7/21~27 2017/6/1~6/7の8時~16時)	2018年平均 約9分 (2018/6/18~6/22の8時~16時)
血液培養の2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、Bacillus、Propionibacterium acnes、 α -Streptococcus、Micrococcus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)	汚染セット数/血液培養実施セット数 \times 100=汚染率 387/9506 \times 100=4.1% (2016年1月~2016年12月)	2016年から2018年の小児科を除く血液培養2セット率は、96.2%、96.5%、98.6%であり年々上昇している。2017年の汚染率は3.7%であったが、2018年には3.0%に減少している。Bacillus sp.が著明に減少しており、血液培養採取時の消毒手技の向上によりものであると考えられる。 (2018年1月~2018年12月)
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:63,167/89,813 \times 100=70.3 血液製剤実施率:59,755/74,029 \times 100=80.7 (2016年4月~2017年3月)	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)
幹細胞の管理・準備・持出を行っている。	幹細胞:66/75 \times 100=88.0 (2016年4月~2017年3月)	

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・期間	算出方法・数値・期間
輸血後感染症検査実施率を向上させるため、毎月診療科長に輸血施行患者の情報を渡して、感染症の検査の実施を推進している。	317/(2,132-508) \times 100=19.5 (2016年4月~2017年3月)	84(外来)+336(入院)/2196(総数) \times 100=19.3%(2018年4月~2019年3月)
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。	RBC:990,802/104,584,893 \times 100=0.9 FFP:843,514/59,512,184 \times 100=1.4 PC:1198,108/303,234,801 \times 100=0.4 全体:3,032,424/467,331,878 \times 100=0.6 (2016年4月~2017年3月)	RBC:757377/108581035 \times 100=0.7 FFP:620418/65582515 \times 100=0.9 PC:599050/246470617 \times 100=0.2 全体:1976845/420634167 \times 100=0.5 (2018年4月~2019年3月)

<p>HCV、HBsAg 陽性患者を週末、患者リストを肝臓専門医に渡し、治療がされていないなかったり、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: $406 / 16,634 \times 100 = 2.4$ HBsAg: $753 / 17,780 \times 100 = 4.2$ (2016年10月～2017年9月)</p>	<p>HCV: $1010 / 43673 \times 100 = 2.3(\%)$ HBsAg: $1951 / 38406 \times 100 = 5.1(\%)$ (2018年4月～2019年3月)</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、2019年3月に標準採血法ガイドラインの改定版がだされた。基本を忘れずガイドラインの主旨を理解した上で採血を実施することとした。

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。

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2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。汚染率は、CNS、Bacillus sp.、Corynebacterium sp.、Propionbacterium acnes、Micrococcus sp.の皮膚常在菌が2セット採取した内の1セットから検出された場合とした。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。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た。2019年は小児科を除く2セット採取率を99.0%、汚染率を2.8%にすることを目標にする。

輸血後感染症検査実施率の向上

今年度の目標：輸血後感染症検査実施率が30%を超えるように周知・徹底する。まず、実施率の低い診療科に対しては輸血管理委員会を通して輸血後感染症検査の依頼の実施をお願いしていただく。更に、昨年同様に施行患者情報を渡し実施を推進する。

輸血用血液製剤の廃棄率を1%以内とする

今年度の目標：前年度はすべての血液製剤(RBC・FFP・PC)の廃棄率が1.0%以下になった。今年度も昨年同様廃棄率1.0%以下を目指した。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。

HCV、HBsAg 陽性患者リストを週末に肝臓専門医に渡し、治療が行われていなかったり、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。

【臨床検査部】(生理機能検査室)

生理機能検査室での QI 項目は生理機能検査レポート 24 時間以内作成率を算出しました。

生理機能検査は、循環器に関するもの(心電図・他)脳神経系に関するもの(脳波・筋電図・他)呼吸器に関するもの(肺活量・他)平衡機能に関するもの(重心動揺検査・他)超音波を使用するもの(心エコー・腹部エコー・他)などがあります。これら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付くものと考え、検査結果報告率の目標は 100%としました。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あったが平成 30 年度のレポート作成率はほぼ 100%であった。