# 【附属資料】QI活用事例集(抜粋版)

# 当院におけるQIP活用事例報告

市立岸和田市民病院 事務局医療マネジメント課 井上 聡 平成31年3月2日 Minds-QIPセミナー

# (抜粋版)

### 1.背景・目的

 平成26年度以前 病院独自のクリニカルインディケーター一覧を作成し 診療録管理委員会で各指標の推移を確認していたが、
医療の質の向上につながっていなかった。



・ 平成27年度の病院目標 院内で遅滞しているQIの活用に病院として積極的に 取り組み、**医療の質の向上を目指すこととなった。** 

### 病院の紹介

### 【施設概要】

市立岸和田市民病院(大阪府岸和田市)

病床数:400床

診療科:32診療科



### 【平成29年度実績】

外来患者数: 249,413人(1,022人/日)

入院患者数:117,457人(322人/日)

平均在院日数:11.2日 病床利用率:80.5%

### 2.方法

### ② どのように取り組むか

- (2) 指標の活用方法について検討する
- ・「医療の質の指標」一覧を使ってベンチマーク
- ⇒Q I Pの指標の中で、**他院と比較して乖離のある 指標**をピックアップし調査・分析する。 作業負担はなるべくかからないようにする。
- ·各診療科の医師がQIPを閲覧できるよう周知

4

### 2.方法(事例1)

### ベンチマーク事例1(改善要と最終判断した事例)

#### TOPへ戻る

Quality Indicator/Improvement Project

### 「医療の質の指標」一覧

 2017年度の貴院の値を表示しています (平均よりずれている場合に赤字・緑字で表示されます)

#### 順守率

指標番号	指標名	2017年度の 貴院の順守率	2017年度の 全病院順守率	推移
<u>3012</u>	周術期予防的抗菌薬投与日数-頭蓋内血腫除去術 [定義]	4.3%	51.4%	
<u>3022</u>	周術期予防的抗菌薬投与日数-胃切除 [定義]	96.6%	94.1%	
<u>3032</u>	周術期予防的抗菌薬投与日数-胆嚢摘出 [定義]	87.5%	84.5%	
<u>3042</u>	周術期予防的抗菌薬投与日数-人工股関節置換術 [定義]	100.0%	91.5%	
<u>3052</u>	周術期予防的抗菌薬投与日数-乳房切除 [定義]	100.0%	95.6%	
3062	周術期予防的抗菌薬投与日数-甲状腺手術 [定義]	93.3%	74.8%	
<u>3072</u>	周術期予防的抗菌薬投与日数-前立腺がん [定義]	100.0%	95.2%	
3082	周術期予防的抗菌薬投与日数-子宮筋腫 [定義]	98.2%	95.8%	

14

### 2.方法(事例1)

#### ベンチマーク事例1(改善要と最終判断した事例)



### 2.方法(事例2)

ベンチマーク事例2(改善不要と最終判断した事例)

#### TOPへ戻る

Quality Indicator/Improvement Project

# 「医療の質の指標」一覧

 2017年度の貴院の値を表示しています (平均よりずれている場合に赤字・緑字で表示されます)

2031_1	肺炎に対し、尿中肺炎球菌抗原検査が実施された割合 [定義]	40.1%	39.7%
2031_2	肺炎に対し、血液培養検査が実施された割合 [定義]	40.8%	53.0%
2031_3	肺炎に対し、入院当日からの抗生物質投与が実施された割合 [定義]	73.2%	77.5%
2107	血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合 [定義]	61.9%	56.2%
2108	抗MRSA薬投与症例対して、細菌検査を実施された割合 [定義]	77.3%	92.8%
2124	血液培養の実施 a. 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率 [定義]	32.4%	35.4%

### 2.方法(事例2)

期間症例10例未満の病院を除外し、142/205病院を表示

### ベンチマーク事例2(改善不要と最終判断した事例)

#### 医療の質の指標 貴院のプロファイルは一般(許可)病床数:400床、人口密度:高、設立主体:自治体に含まれます。



#### 【調査方法】

- ・データ調査
- ・現場へのヒアリング
- 診療科別の傾向

自院 平均値 92.8% 77.3%

### 3.結果(事例1)

ベンチマーク事例1 (改善要と最終判断した事例)

### 【調査結果】

- ・死亡症例以外は全て3日連続投与(カルテ確認)
- ・クリニカルパスは手術当日含め術後3日であった
- ・誤嚥の懸念があり、術後抗生剤としてではなく抗生剤 投与が長くなっている(脳神経外科ヒアリング)

## 【改善策】



- ・ガイドライン準拠したクリニカルパスに改訂
- ・呼吸器感染が明らかになった時点で抗菌薬を変更

#### 18

### 3.結果(事例2)

ベンチマーク事例2(改善不要と最終判断した事例) 【調査結果】

- ・データ調査の結果、**整形外科**の症例が検査未実施
- ・人工関節置換術等の手術薬剤としてバンコマイシンを 使用している(カルテ確認と整形外科ヒアリング)



- ・整形外科のバンコマイシン使用例は対象外と考えて よいのではないか
- ・上記以外は全件細菌検査を実施 ⇒ 改善不要とした

1

### 3.結果まとめ

- ・2016年9月~2018年9月の2年間で他院と比較 して乖離のある11指標について調査・分析を 行った。
- ・うち改善要と最終判断とした指標は5つであった。
- ・改善不要と最終判断した主な理由として、 病院の特性によるもの、人的要素によるもの、 DPCデータの精度の問題等があげられる。

### 4.考察

【見解】

- ・QIPの「医療の質の指標」一覧を利用する ことにより、様々な指標のベンチマークが 可能となり、自院の立ち位置の把握や調査分析 ができるようになった。
- ・一方で2ヶ月に1回開催される委員会の中で実施 しており、病院全体として取り組みができて いるか振り返りが必要である。

Minds-QIPセミナー2019年3月2日

# 中小病院でのQI数値収集 から"みえてきた" 評価手法に係る課題

(抜粋版)

本間病院 事務部長室 QI 実務担当 大内広記[ヒロフミ]

[ 2015年4月~ ⇒ 2018年3月で約4年間]

### く 7.0 の割合で測ってみました (民医連QIのWEB公開資料より[2017年実績]) 指標35:糖尿病の患者の血糖コントロール



# 「えつ?」

何年も何年も信頼して 受診を続け、長く元気 に過ごしている患者も 多いはずなのに…

HbA1c

現在の定義では、「分母」には 「検査値なし」の患者[当院の 場合はそのほとんどが「秀析 患者」=かつ当院では近年非 常に多く受け入れている]が含 まれており、 実際の「数値」〔割合〕自体は、 もっと良いはず!

# く 8.0 の割合で測ってみました

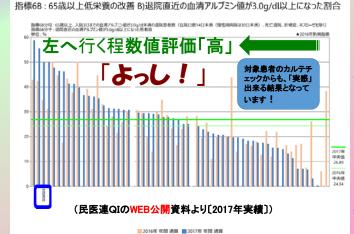
HbA1c

### (民医連QIのWEB公開資料より(2017年実績))に上書き[2018速報値より]



# 自慢[?]になるかもしれませんが...

ALB



### 当院は 民医連QI指標 「低栄養の 改善割合」が、

(定義:

入院時ALB<3.0 ⇒退院直近≥3.0)

比較的高い病院 となっています!

### ALB

## ここで、「早期」「栄養アセスメント」の実施割合ですが...



この間、「改善」〔精度・速度〕 が続いていた当院ですが、 「近況」はやや↓傾向となっ ています。

(ただし、**内容としては、ESD など短期入院**[別にALB値

測定などの事前チェックあり Liotetars bat のる。ナ

!〕**の増加**によるもので、**主** には「実施なし」≒「低リスク

この精度を含め近年改善

とみています。逆に実施対象を絞ることで、「高リスク」患者への対応が強化される面もあるようです。)

### 「栄養アセスメント」の実施「内容」から、みえる。こと

ALB

### [65歳以上]入院時リスク判定「概況」(概算値]

…2018年下期[7~12月退院分]の「近況」から[65歳以上1ヶ月平均退院数約120件]

- ※「栄養ケアアセスメント」の精度・速度が向上した「近況」のデータを採用し、各種数値を「把握」しやすいように「概算値」として表示! ※この2年の中で比べると、この間ALB値25以下が比較的多かったことなどもあり、"若干"「死亡退院」としては多かった時期ではある! (この2年でみれば、死亡退院割合は15%を切り、ALB値1高リスクの死亡退院割合も50%を切っていたのは事実だが、
- 一方で、2015年は死亡退院割合は15%を超え、2016年はALB値「高リスクの死亡退院割合か50%を超えていたので、 "若干"「死亡退院」が多かった〔〈らい〕で、「構成率」や「治療の困難さ」の「複況」は十分示せると考え、「標算値」を測定した!)

#### ●「ALB値」による単純〔単一〕リスク判定

「ALB値」のみでの単 純リスク判定	構成率		死亡退院 「数」/月	死亡退院 割合
「高」リスク ALB値<3.0	10%		6名	50%
「中」リスク (低と高の中間)	30%		8名	23%
「低」リスク ALB値≧3.6	45%	〔合わせて 「低」相当	4名	7%
測定なし 又は入院「前」測定	15% 60%)		2名	9%
合計、又は 合計における割合	10	10%	20名	16.5%

#### ●「栄養ケアアセスメント」によるリスク判定

身体測定など、手間を 掛けてのリスク判定	構成率		死亡退院 「数」/月	死亡退院 割合		
「高」リスク ALB 値+ 他BMI等	31%		11.5名	30%		
「中」リスク ALB 値+他BMI等	30%		5名	14%		
「低」リスク ALB値+他リスクなし	11% [合わせて 「低」相当 28% <b>39%</b> ]		0.5名	3.5%		
入院3日以内、 又はアセスメントなし			3名	9.5%		
合計、又は 合計における割合	100%		20名	16.5%		

### 「栄養アセスメント」の実施「内容」自体は適切ですが…

ALB

### 「栄養」に係るリスクを見逃さない ように、しっかり手間を掛けて、

〔リスクを高めにみて〕

積極的に

**栄養管理**」 ト**入へ!** +各種チェックで!

#### ●「ALB値」による単純〔単一〕リスク判定

「ALB値」のみでの単純 リスク判定			死亡退院 「数」/月	死亡退院制 合
「高」リスク ALB値<3.0			6名 8名	50% 23%
「中」リスク (低と高の中間)				
「低」リスク ALB値≧3.6	45% (合わせて		4名	7%
謝定なし 又は入院「前」測定	15%	15% 60%]		9%
合計、又は	11	00%	20名	16.5%

### ●「栄養ケアアセスメント」によるリスク判定

			andererrhiereren.		
構成率		死亡退院 「数」/月	死亡退院割 合		
31%		11.5名	30%		
30%		5名	14%		
11%	[合わせて	0.5名	3.5%		
28% <b>39</b> %)?		3名	9.5%		
(状態が悪くて3日以内に対応できなかった患者を含む)					
100%		20名	16.5%		
	3 3 11% 28% 3日以内に対	31% 30% 11% [合わせて 「低」相当 28% 39%)? 3日以内に対応できなかった。	<b>31%</b> 11.5名 30% 5名 11% (合わせて 0.5名 「低」相当 28% 39%)? 3名 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33		

表の結果からも、リスク判定&「栄養管理」の介入が適切 に実施されていると推察出来ます

# 一方で、むしろ「ALB値」判定そのものが…

ALB

「死亡退院割合」からも、当院は入院時「高」・「中」リスクが 比較的多いと推察出来る!(標準的な病院では「低」が↑?)

#### ●「ALB値」による単純〔単一〕リスク判定

「ALB値」のみでの単純 リスク判定	構成率		死亡退院 「数」/月	死亡退院割 合
「高」リスク ALB値<3.0	10%		6名	50%
「中」リスク (低と高の中間)	30%		8名	23%
「低」リスク ALB値≧3.6	45% [合わせて 「低」相当 15% <b>60</b> %]		4名	7%
<b>測定なし</b> 又は入院「前」測定			2名	9%
合計、又は合計における割合	10	0%	20名	16.5%

表の結果からも、実は

「ALB値」判定そのもの方が、「死亡 退院」につながってしまうリスクをより ※明にテレアルる

ことが良く分かります。 (**恐らくはどの病院でも似たような**...)

#### ●「栄養ケアアセスメント」によるリスク判定

身体測定など、手間を 掛けてのリスク判定			死亡退院 「数」/月	死亡退院都合
「高」リスク ALB値+他BMI等			11.5名	30%
「中」リスク ALB値+他BMI等				
「低」リスク ALB値+他リスクなし	11%	(合わせて 「低」相当	058	31554
入院3日以内。 又はアセスメントなし	28% 39%)		38	9.5%
合計、又は 合計における割合	10	00%	208	16.5%

|判定基準」にも違いが...した評価であり、

### 【まとめ】ALB値測定から"みえた"こと

- ALB
- ◆実は、「栄養ケアアセスメント」のリスク判定よりも、むしろ、 ALB値判定そのものが、「死亡退院」につながってしまう リスクをより鮮明に示している!
- ◆仮に、上記による判定を『全身状態分類別評価』として、 『診療分析』の要素に加えた場合、ビッグデータを 『複合的』に解析することなどにより、医療従事者や患者 などへ非常に『有益な情報』を提供出来るようになる 可能性が"みえて"きた! ⇒ 非常に困難な条件下で、日々、 軽快退院へ結び付けるべく、頑張っている医師などの「診療支援」 につながるようになれば、それはみんなにとって素晴らしいこと!

### 【本日のまとめ】[再掲] HbA1c&ALB測定から

- ◆<u>単純な数値分析だけでは、『</u>患者層』の違いもあるので、 「医師間」・「病院間」の比較評価は意外と難しい! (むしろ、頑張って「良い対応」をしている可能性もあるので要注意!) ※ただし、『困難さ』は"みえてくる"ので、他病院との『概況』比較自体は有効!
- ◆一方で、<u>『剤数分類別評価』を用いて『経時的』に解析をすすめること</u> によって、『薬剤』の「評価分析」は今後飛躍的に進む可能性がある!
- ◆また、<u>『全身状態分類別評価』を『診療分析』の要素に加えた場合、</u> 上述『条件』の違いをある程度克服出来たり、<u>より『複合的』な解析が</u> すすむことによって、非常に『有益な情報』を得られる可能性がある!

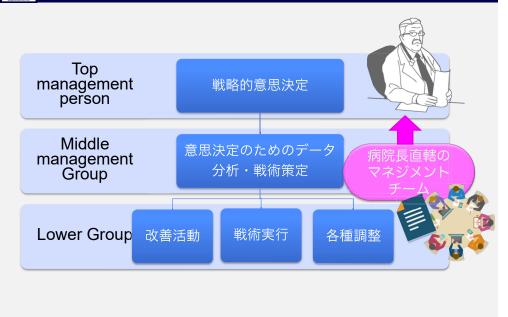


(抜粋版)

埼玉医科大学総合医療センター 診療情報管理室 齋藤 豊 2019.3.2



# **Quality Management Teamの位置づけ**





# 埼玉医科大学総合医療センターの概要

DPO特定病院群 高度数命数急センター 総合周座期母子医療センター ドクターヘリ基地病院 地域がん診療連携拠点病院 等

許可病床数 1050束(家働病床数978束) 1目平均外来患者数 約2065.5名 平均入院患者数 約323.6名 平均在院目数 約13.4目



# **Quality Management Teamの位置づけ**

リーダー 副院長 (医師)

副リーダー 診療情報管理委員会委員長(医師)

その他医師 14名

看護師 2名

藥剤師 1名

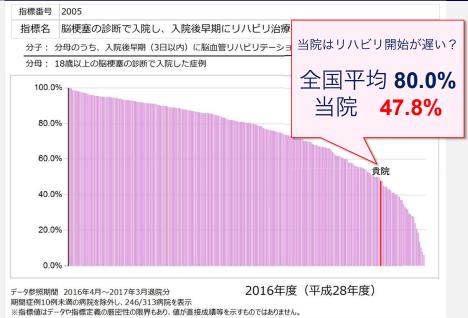
その他コメディカル 3名

医療事務職 3名

診療情報管理士 4名(事務局)



# 脳梗塞早期リハビリ開始率が課題



2019/3/2 Copyright @ Yutaka Saitou HIM, Saitama Med-Univ Saitama Medical Cer



# 必要に応じQMTからレポート

また入院曜日によってリハビリ開始に差がないか検証した。 (図4)



曜日別早期リハビリ開始率と対象患者数 ① 月曜~木曜の開始率は60%~70%であり、平均値に近い。

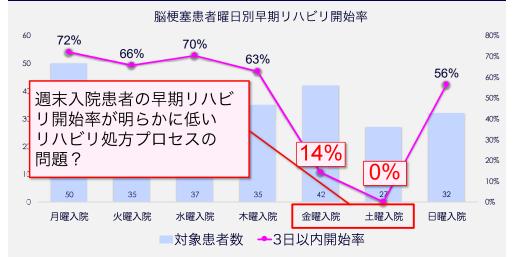
- 日曜日はやや低い。
- ③ 金曜日、土曜日の入院患者について開始率がきわめて低い。

QMTメンバーで作成 データに基づく課題のフィー ドバックと改善案を盛り込む



# SME

# 週末入院患者の開始率が低いことが判明

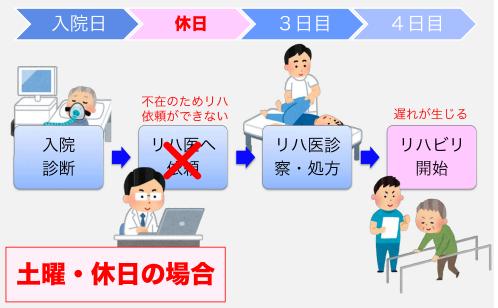


- ①月曜~木曜の開始率は60%~70%であり、平均値に近い
- ②日曜日はやや低い
- ③金曜日、土曜日の入院患者について開始率がきわめて低い

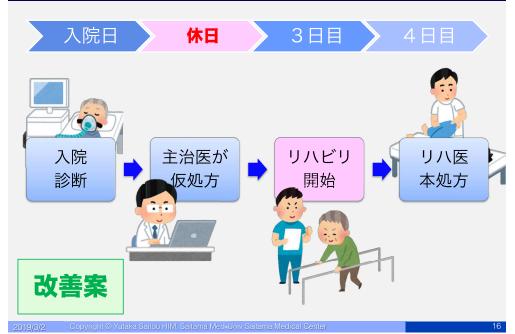
2019/3/2 Copyright © Yutaka Saitou HIM, Saitama Med-Univ Saitama Medical Center

11

# リハビリ開始までのプロセス見直し



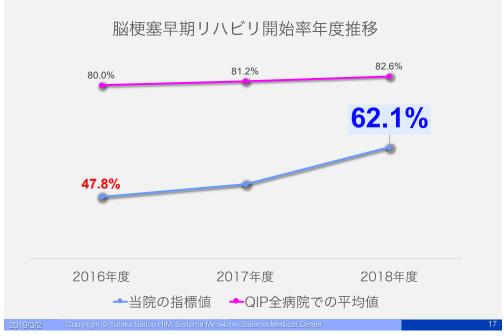
# リハビリ開始までのプロセス見直し



# QIは改善活動のきっかけとなる







# 語

- ●Quality Indicatorは自院の業務改善 に寄与する
- ベンチマークで自院の状況を明らか にすることで現場が動きだす
- 適切なフィードバックが鍵





鹿児島市立病院 since 1940

鹿児島市立病院 since 1940

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

## 概要

開設主体

自治体(地方公営企業法全部適用)

#### 574床

病床数

ICU(特定集中治療室管理料2)16床、NICU:36床、 GCU: 12床、MFICU: 6床、SCU: 3床、救急病床: 24床

小児病棟:44床、新生児一般病床:32床

上記以外の一般病床:401床(感染症6床を含む)

#### 28診療科

標榜科

内科、神経内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、 リウマチ科、小児科、新生児内科、精神科、放射線科、 消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、乳腺外科、 小児外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、 泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、 歯科口腔外科、麻酔科、救急科、病理診断科

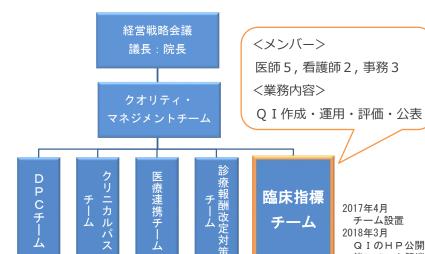
職員数 (2018.4.1) 医師:182人(正職員124人+医員58人)、臨床研修医:36人、 看護師:581人、薬剤師:27人、放射線技師:25人、臨床検査技 師:29人、PT・OT・ST:17人、事務:45人 等



鹿児島市立病院 since 1940

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

# 2-(2)-① プロジェクトチームの設置



3-(1)-② 組織と役割分担

QIの評価・見直し

クオリティ・マネジメ ントチーム

- ・QIの数値評価
- ・院内各部署へのフィード バック
- ・京大〇IPとの窓口
- ※臨床指標チームは解消

### QIの実績更新・公開

### 広報委員会

- 病院HPに掲載するOI の選定
- ・HP掲載QIの更新内容、 公開形式の確認



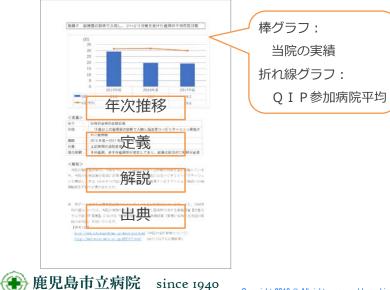
鹿児島市立病院 since 1940

QIのHP公開に 伴いチーム解消

# 3-(1)-④ HPでの公開



3-(1)-⑤ 公開フォーム(QIP指標)



21 Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

# 3-(1)-⑥ Q I P の指標以外の指標



#### 【共通指標セットと同一】

- ・患者満足度
- 医療安全関連指標

#### 【その他】

大腸癌に対する腹腔鏡下 切除術の割合 等

# 3-(1)-⑦ Q I 活用の効果

## 診療 現場

- ・データに 対する意識の 高まり
- ・診療を評価 する際の視 野の拡大

### 管理 事務

- (QIP活用の効果)
- データの抽 出や計測の 際の負担軽減
- 指標に対する 妥当性の 一定の担保

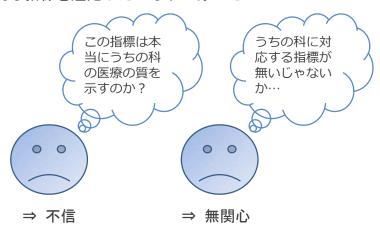
Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital



鹿児島市立病院 since 1940

# 3 - (2)-(1) 課題:指標の妥当性の確保

適切な指標を選定したつもりであったが…



鹿児島市立病院

since 1940

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

24

# 3-(2)-② 課題:QIに対する認知の拡大

### 周知・教育の不足

QIへの認知が各部署 の責任者層にとどまる QIについての定期的 な研修の機会の不在

#### QI活用のモチベーションの低下

運用・公開に対する積 極性の広がりに限界

職員の入れ替わりによ り、知識や熱意に差



● 鹿児島市立病院 since 1940

25

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

# 3-(2)-3 課題:フィードバック体制構築

環元の仕組 みが無い

• 院内への定期的なデータ 提示が確立されていない。

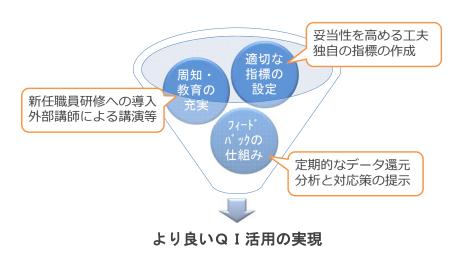


• 資料を配付しようとしても、 分析や対応策を示せない。

現場に環元 されない

フィードバックが 滞る。

# 3一(3) 今後の展望





鹿児島市立病院 since 1940



# NTT東日本関東病院におけるQIについて

 $\sim$ QIP、NCD、および電子カルテデータやDPCを用いた独自のQI $\sim$ 

(抜粋版)

NTT東日本関東病院 品質保証室 医療情報分析担当 副室長 松本聡子

1

### NTT東日本関東病院のQIを

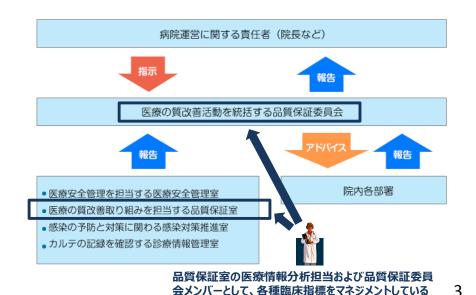
位置づけの面から2種に大別(1)

### 【1】各診療科・部署・チームのQI

各診療科・部署・チームが自らの医療の質を高められるよう、 病院として以下のことを定めている

- 1. 各診療科・部署・チームごとにテーマを定め、PDCAサイクル を回す
- 2. 臨床指標(OI)を用いて、上記1をモニタリングする
- 3. 上記1をモニタリングした結果をガバナンスに報告する

### NTT東日本関東病院におけるQIのマネジメント体制



NTT東日本関東病院のQIを

位置づけの面から2種に大別(2)

### 【2】病院全体のQI

部署横断的なテーマに関する医療の質を高められるよう、 病院として以下のことを定めている

- 1. 病院がモニタリングすることを決定した内容について、臨床指標を用いてモニタリングを行う
- 2. 上記1の結果をガバナンスに報告する
- 3. 上記2の結果、改善の余地があるとされた場合は、改善のための活動を行う

### NTT東日本関東病院におけるQIを、

データ源の面から4種に大別(1)

### 【1】QIP

- 1. 多施設間比較、継時的な比較が可能
- 2. 手間 (a~c) が最小限で済む
  - a. エビデンスがあるQIを考えるための手間
  - b. 分子・分母の定義を定めるための手間
  - c. 数字の算出のための手間
- 3. 全診療科・部署・チームをカバーできない
- 4. 現場側が「今、努力していること」と合致しにくい
- 5. データ源がDPCのみである(テーマの制限多)
- 6. リスク調整が不十分な場合がある
- 7. 数が少なく、テーマの変更がしにくい

- 【利点】

【欠点】

6

-【利点】

8

### NTT東日本関東病院におけるQIを、

データ源の面から4種に大別(2)

### 【2】NCD、がん登録QI調査

- 1. 多施設間比較がある程度可能
- 2. カバーする診療科が極めて狭い
- 3. 内容が極めて狭い(数が少ない)
- 4. 数字がタイムリーに更新されない
- 5. 現場側が「今、努力していること」と合致しにくい



各診療科・部署・チームのQIとしては、 QIPは3つ、NCDは1つ、使用中

7

【利点】

【欠点】

NTT東日本関東病院におけるOIを、

データ源の面から4種に大別(3)

### 【3】独自に作成するQI

- 1. 数字をタイムリーに更新することができる
- 2. カバー可能な範囲(診療科・部署等)が広い
- 3. 現場側が「今、努力していること」と合致させやすい
- 4. カバー可能な内容が広く、テーマ変更も容易
- 1. 多施設間比較が難しい場合がある
- 2. 手間 (a~c) がかかる
  - a. エビデンスがあるQIを考えるための手間
  - b. 分子・分母の定義を定めるための手間
  - c. 数字の算出のための手間

# QI作成時に使用するデータベースシステム(1)

### 主なデータベースシステム

- 1. 電子カルテ
- 2. 部門システム
- 3. DPC

番外編) 各部署で手作業でデータベース作成

### 各データベースシステムに関する課題

- 1. 適切なデータ選択の難しさ
- 2. データの欠損の多さ
- 3. データ結合の煩雑さ
  - a: 異なるデータベースシステム間
  - b:同一データベースシステム内

.

### OI作成時に使用するデータベースシステム(2)

### 適切なデータ選択の難しさの例

DPCの「主傷病名」と「医療資源を最も投入した傷病名」の どちらを選択するか? あるいは電子カルテに登録されている病名を使用するか?

### データの欠損の多さの例

記載率が低いテンプレートの存在



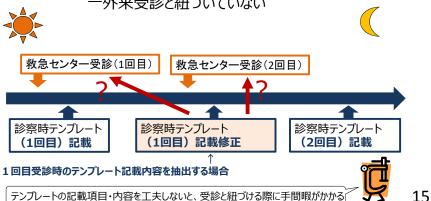
どのデータベースシステムからどのようなデータを採取すると最も精度 が高くなるのかを検証する必要があり、手間がかかる

10

### OI作成時に使用するデータベースシステム(7)

### データ結合の煩雑さの例(同一データベースシステム内)

外来受診において記載されたテンプレートが 一外来受診と紐づいていない



テンプレートの記載項目・内容を工夫しないと、受診と紐づける際に手間暇がかかる

### 現場で活用しやすいOIに必要な要素

- 1. 数字をタイムリーに更新することができる
  - →PDCAサイクルを回す上で重要
- 2. 多施設間比較が可能
  - →似たような特徴(病床数等)を持つ病院と比較できることが望ましい
- 3. (現場を含め院内職員にとって)手間が最小限で済む
- 4. (QIのリストから選ぶ場合、)QIの数が多い →全部署をカバーするため、現場側が「今、努力していること」と合致させ るため、テーマの変更に対応するため、必要
- 5. 十分なリスク調整
  - →これが不十分だと、現場に受け入れて貰えない

### OIPを現場で活用するために今後必要と思われる要素

- 1. 病院幹部が自らの病院の状態を把握する上で有益なツールであ
- 2. 各部署のQIとして使用する(QIを現場で活用する)際、院内職 員の手間が最小限で済むという大きなメリットがある
- 3. 以下の要素を兼ね備えることで、さらに現場で活用しやすくなると 思われる
  - a. QIの数を増やす(できるだけ多くの部署をカバーする、1つの 部署に該当するQIを増やす)
  - b. リスク調整の面を改善する