

【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

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

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Q I 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。

4

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Q I Pを閲覧できるよう周知

12

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](#)



「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
3012	周術期予防的抗菌薬投与日数-頭蓋内血腫除去術 <small>【定義】</small>	4.3%	51.4%	
3022	周術期予防的抗菌薬投与日数-胃切除 <small>【定義】</small>	96.6%	94.1%	
3032	周術期予防的抗菌薬投与日数-胆嚢摘出 <small>【定義】</small>	87.5%	84.5%	
3042	周術期予防的抗菌薬投与日数-人工股関節置換術 <small>【定義】</small>	100.0%	91.5%	
3052	周術期予防的抗菌薬投与日数-乳房切除 <small>【定義】</small>	100.0%	95.6%	
3062	周術期予防的抗菌薬投与日数-甲状腺手術 <small>【定義】</small>	93.3%	74.8%	
3072	周術期予防的抗菌薬投与日数-前立腺がん <small>【定義】</small>	100.0%	95.2%	
3082	周術期予防的抗菌薬投与日数-子宮筋腫 <small>【定義】</small>	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）

医療の質の指標

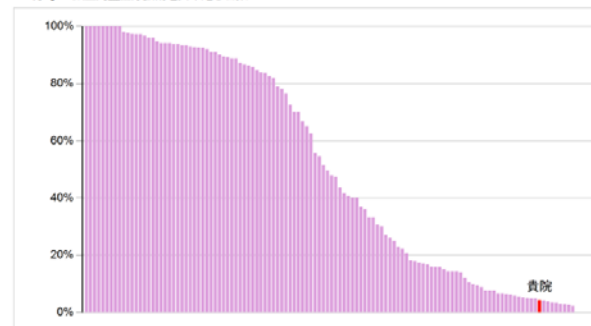
貴院のプロファイルは一般（許可）病床数：400床、人口密度：高、設立主体：自治体に含まれます。

指標番号 3012

指標名 周術期予防的抗菌薬のガイドライン順守率-頭蓋内血腫除去術

分子： 抗菌薬の投与日数が2日以内の症例数

分母： 頭蓋内血腫除去術を受けた患者数



データ参照期間 2017年4月～2018年3月退院分
期間症例10例未満の病院を除外し、122/249病院を表示

【定義】

頭蓋内血腫除去術に対して、予防的抗菌薬投与が手術日に開始されておりかつ投与日数が2日以内の症例割合

【調査方法】

- データ調査
- 現場へのヒアリング
- パスの確認

全病院 平均値	自院
51.4%	4.3%

15

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](#)



「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)

指標番号	指標名	2017年度の 貴院の割合	2017年度の 全病院割合	推移
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 <small>【定義】</small>	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 <small>【定義】</small>	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 <small>【定義】</small>	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 <small>【定義】</small>	61.9%	56.2%	
2108	抗MRSA薬投与症例に対して、細菌検査を実施された割合 <small>【定義】</small>	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 <small>【定義】</small>	32.4%	35.4%	

16

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）

医療の質の指標

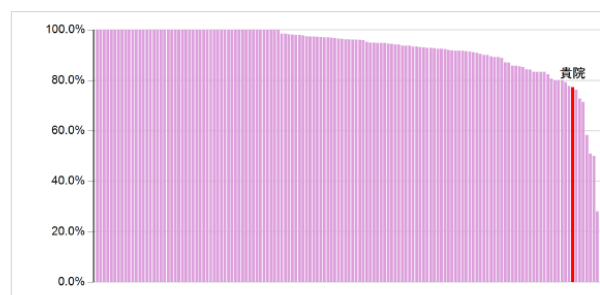
貴院のプロファイルは一般（許可）病床数：400床、人口密度：高、設立主体：自治体に含まれます。

指標番号 2108

指標名 抗MRSA薬投与症例に対して、細菌検査を実施された割合

分子： 分母のうち、細菌検査を測定された症例

分母： 抗MRSA薬を投与された症例数



データ参照期間 2017年4月～2018年3月退院分
期間症例10例未満の病院を除外し、142/205病院を表示

【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

全病院 平均値	自院
92.8%	77.3%

17

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）



【見解】

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

19

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。

20

4.考察

- ・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ないか振り返りが必要である。

22