



国立病院機構の臨床指標とPDCA

国立病院機構本部総合研究センター
診療情報分析部
森脇睦子

国立病院機構の概要

病院数 : 143病院 (平成26年4月1日現在)

DPC対象病院 53病院

準備病院 5病院

上記以外の病院 85病院



病床数 : 総病床数 55,053床 (平成26年4月1日現在)

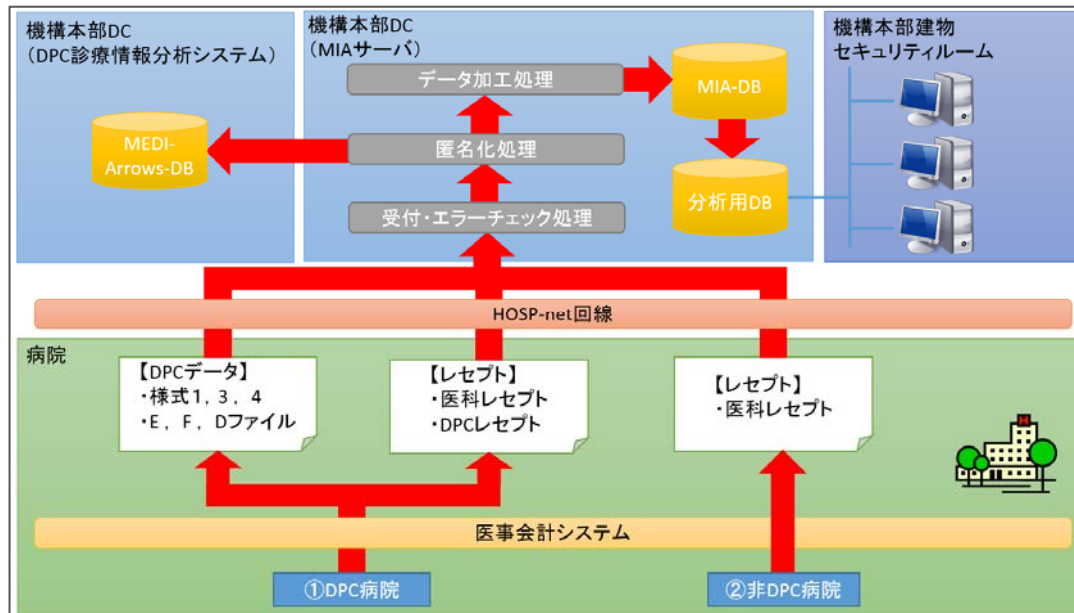
一般病床 48,031床 結核病床 2,236床

精神病床 4,580床 その他 206床

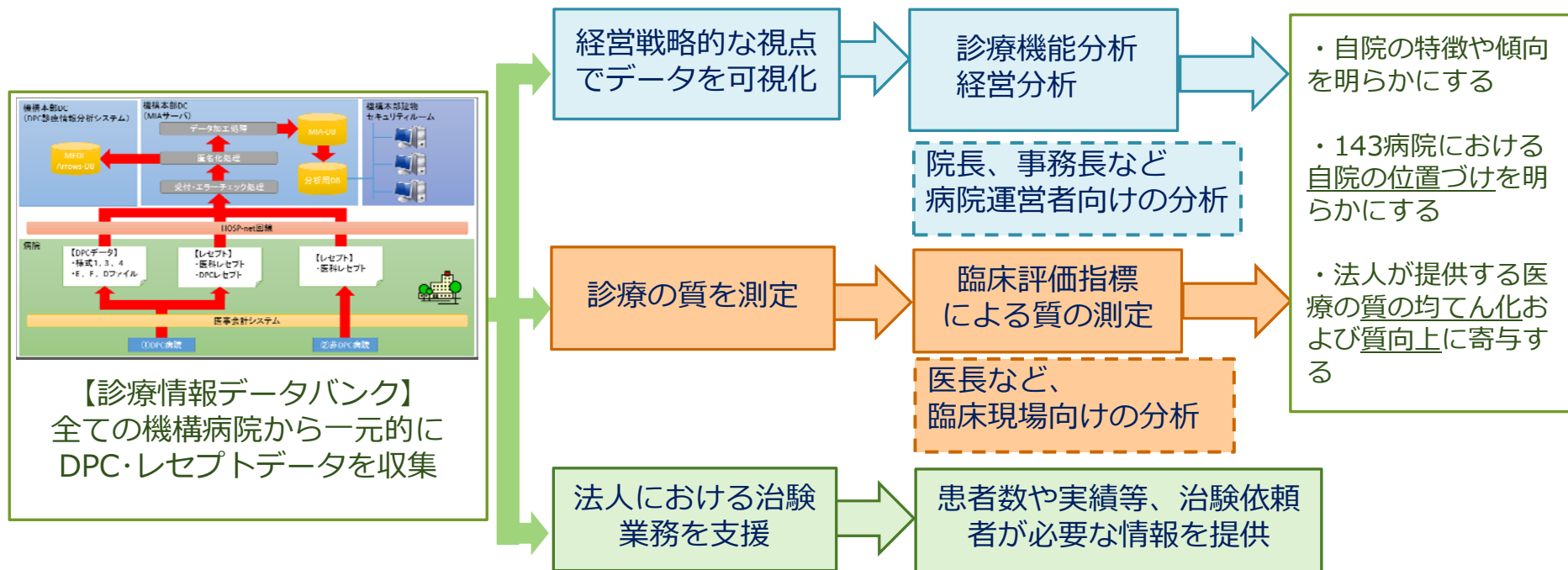
診療分野 : 5疾病5事業を中心に、民間では体制整備が困難な結核、重症心身障害、神経難病等の分野も実施

データベースの概要

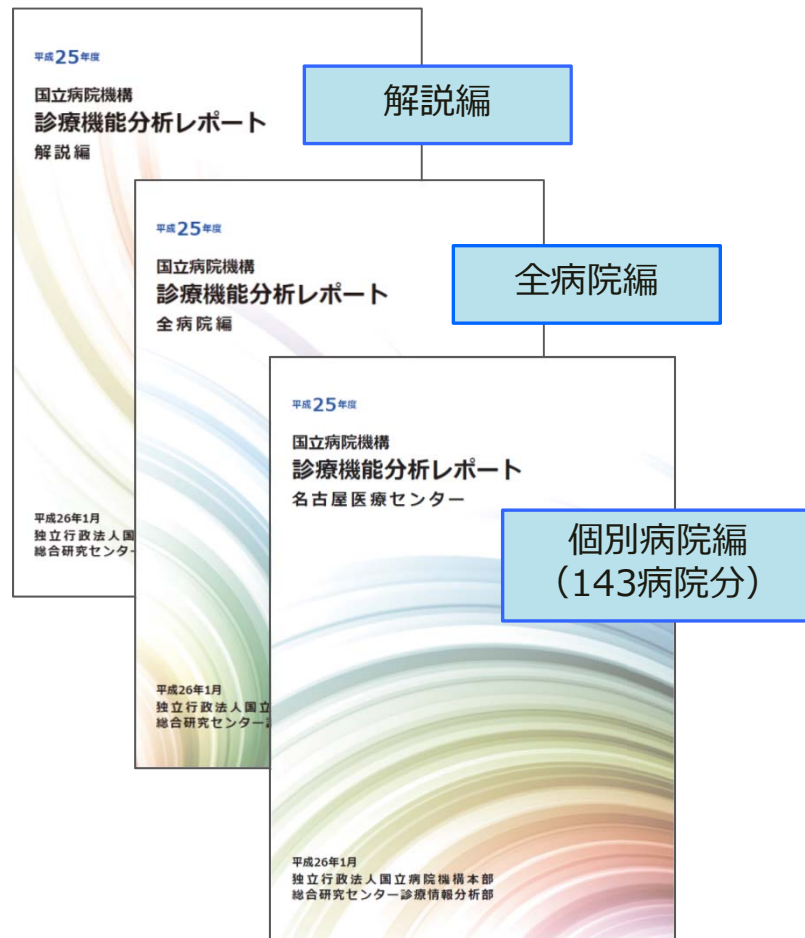
- 平成22年より法人内の全病院（現在143病院）からDPC・レセプトデータを収集。
- 総合研究センター診療情報分析部において、政府統計等のデータと併せた分析により、医療の質の向上と均てん化につながるエビデンスを蓄積。



総合研究センターが担うデータ分析の概要

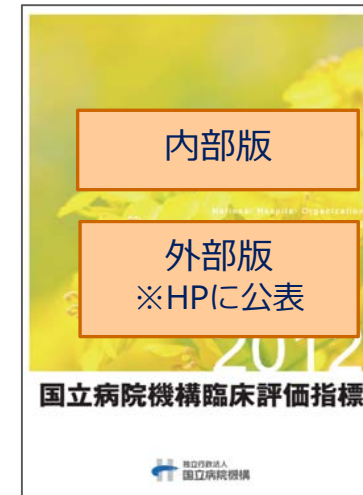


診療機能分析
～診療機能分析レポートの発行～



自院の特徴や傾向、143病院における
自院の位置づけの明示する分析

臨床評価指標による質の測定
～臨床評価指標の発行～



計測マニュアルの
販売



医療の質の均てん化および
質向上に資する分析

国立病院機構における診療機能分析



機構病院との比較により
自院の診療内容や経過、地域連携の状況等から自院の医療提供状況の適正性を評価

地域における自院の役割と位置づけを可視化

診療機能分析（一例）

～入院医療～
 在院日数別、診療区分別に診療行為の実施日の違いを可視化

～外来医療～
 受診患者のその後の受診状況を可視化

図表Ⅶ-2 上位1位の疾患（DPC14桁）の在院日数別診療区分別診療の状況

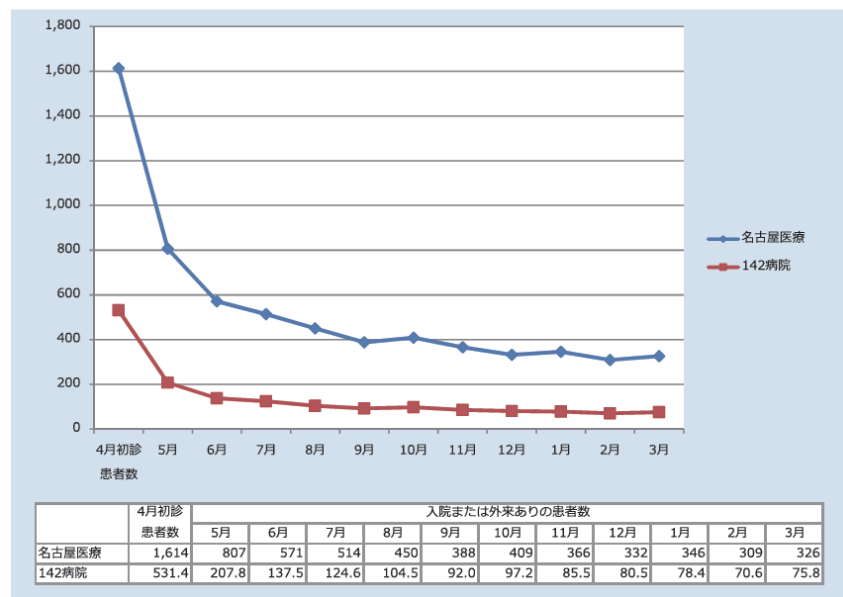
項目	病院名	患者数	実施率	入院日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	～Ⅲの日	Ⅲの日～	手術前平均点数	手術後平均点数
投薬	名古屋医療	149	99.3%	86.0%	14.0%	37.3%	32.7%	30.7%	27.3%	27.3%	27.7%	46.6%	100.0%	19	10
	北海道がん	103	100.0%	13.6%	33.0%	68.9%	77.7%	98.1%	98.1%	99.0%	99.0%	100.0%	100.0%	21	39
	四国がん	96	99.0%	4.1%	23.7%	32.0%	81.4%	46.4%	35.1%	28.9%	28.9%	64.6%	100.0%	9	27
	九州がん	78	100.0%	5.1%	76.9%	50.0%	87.2%	78.2%	70.5%	67.9%	69.2%	88.5%	64.7%	12	13
	110病院	12.2	97.2%	43.6%	37.9%	53.5%	59.2%	57.5%	53.9%	52.7%	49.7%	69.2%	81.1%	16	23
注射	名古屋医療	150	100.0%	2.0%	87.3%	90.0%	18.0%	8.7%	4.7%	3.3%	2.0%	3.0%	100.0%	13	35
	北海道がん	103	100.0%	4.9%	4.9%	59.2%	39.8%	35.0%	14.6%	4.9%	2.0%	2.9%	60.0%	15	21
	四国がん	97	100.0%	1.0%	4.1%	72.2%	21.6%	5.2%	1.0%	5.1%	1.0%	1.0%	1.0%	7	24
	九州がん	78	100.0%	2.6%	3.8%	71.8%	25.6%	25.6%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	7	7
	110病院	12.5	99.9%	3.6%	56.6%	74.5%	29.1%	15.6%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	2	26
処置	名古屋医療	148	98.7%	0.0%	71.3%	75.3%	84.7%	86.0%	70.7%	70.7%	70.7%	70.7%	70.7%	34	34
	北海道がん	103	100.0%	2.9%	4.9%	61.2%	72.8%	97.1%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	69	69
	四国がん	97	100.0%	0.0%	4.1%	69.1%	94.8%	97.9%	97.9%	97.9%	97.9%	97.9%	97.9%	35	35
	九州がん	78	100.0%	0.0%	20.5%	67.9%	74.4%	85.9%	92.3%	92.3%	92.3%	92.3%	92.3%	2	49
	110病院	12.4	99.2%	3.9%	44.0%	76.5%	84.1%	88.3%	84.4%	76.8%	69.0%	69.5%	40.2%	2	46
手術麻酔	名古屋医療	150	100.0%	0.0%	85.3%	4.0%	7.3%	1.3%	2.7%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0	6,451
	北海道がん	103	100.0%	1.0%	3.9%	57.3%	11.7%	25.2%	2.9%	0.0%	1.0%	2.0%	20.0%	0	5,903
	四国がん	97	100.0%	0.0%	2.1%	72.2%	20.6%	4.1%	1.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	0	6,432
	九州がん	78	100.0%	0.0%	21.8%	70.5%	5.1%	19.2%	0.0%	2.6%	1.3%	3.8%	5.9%	0	4,141
	110病院	12.5	99.9%	0.2%	58.9%	29.3%	9.7%	6.7%	1.6%	1.4%	0.7%	2.3%	3.1%	0	5,187
検査病理	名古屋医療	149	99.3%	98.7%	87.3%	82.7%	58.7%	15.3%	13.3%	8.0%	8.8%	9.0%	100.0%	660	801
	北海道がん	103	100.0%	36.9%	16.5%	60.2%	70.9%	37.9%	27.2%	3.9%	4.0%	13.9%	60.0%	73	482
	四国がん	97	100.0%	16.5%	8.2%	72.2%	22.7%	7.2%	3.1%	1.0%	1.0%	6.3%	0.0%	55	614
	九州がん	78	100.0%	88.5%	30.8%	74.4%	57.7%	25.6%	12.8%	2.6%	11.5%	24.4%	23.5%	321	371
	110病院	12.5	99.9%	43.1%	69.4%	72.4%	37.8%	18.3%	14.8%	8.7%	10.4%	24.9%	35.4%	269	500
画像診断	名古屋医療	149	99.3%	6.0%	1.8%	84.7%	5.3%	8.0%	1.3%	2.7%	6.8%	2.3%	0.0%	79	29
	北海道がん	39	37.9%	5.8%	1.0%	17.5%	1.9%	5.8%	2.9%	0.0%	2.0%	4.0%	60.0%	70	61
	四国がん	7	7.2%	1.0%	4.1%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33	3
	九州がん	77	98.7%	5.1%	24.4%	70.5%	6.4%	19.2%	0.0%	2.6%	2.6%	5.1%	0.0%	26	55
	110病院	7.9	63.2%	14.2%	16.9%	36.4%	9.1%	5.2%	1.9%	1.6%	2.1%	6.4%	7.9%	261	37
その他 (リハビリテーション・精神科専門療法・放射線治療)	名古屋医療	1	0.7%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1	0
	北海道がん	101	98.1%	52.4%	68.0%	48.5%	80.6%	57.3%	65.0%	79.6%	91.1%	98.0%	100.0%	54	144
	四国がん	84	96.9%	2.1%	1.0%	2.1%	38.1%	51.5%	50.5%	60.8%	79.4%	81.3%	100.0%	4	215
	九州がん	75	96.2%	26.9%	7.7%	1.3%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	2.6%	83.3%	82.4%	53	68
	110病院	5.6	44.8%	9.7%	7.5%	11.4%	17.3%	19.3%	21.0%	25.9%	30.5%	43.8%	47.2%	20	74

手術前後で診療区分ごとに1患者あたり点数を比較します。

入院中に実施している病院と、していない病院があることがわかります。

手術を実施している患者が、入院初日に多い病院、入院2日に多い病院、入院初日と2日目に分散している病院があることがわかります。

図表Ⅶ-7 4月の初診患者のその後の受診状況



図表Ⅶ-8 4月～6月初診患者の半年後の受療状況

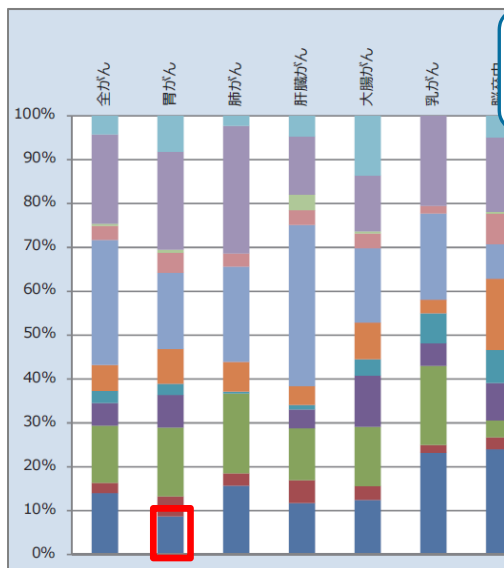
	患者数	入院率	受診回数	外来治療継続率	逆紹介率	不在率
名古屋医療	4,894	14.0%	2.9	15.2%	14.3%	56.5%
142病院	1,633.7	12.8%	2.2	10.2%	19.0%	58.0%

初診患者がどのくらい入院につながっているか、地域の病院に逆紹介されているかがわかる

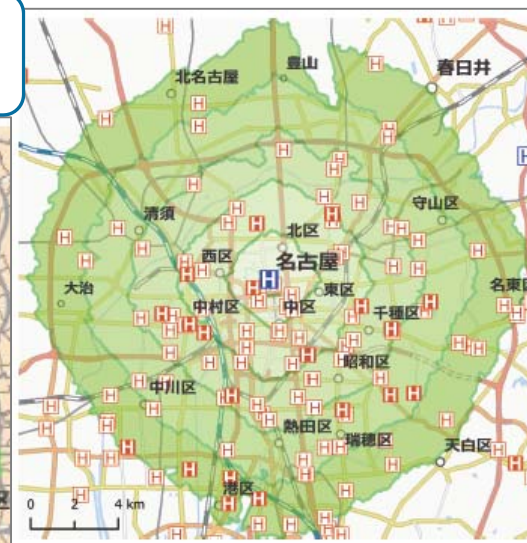
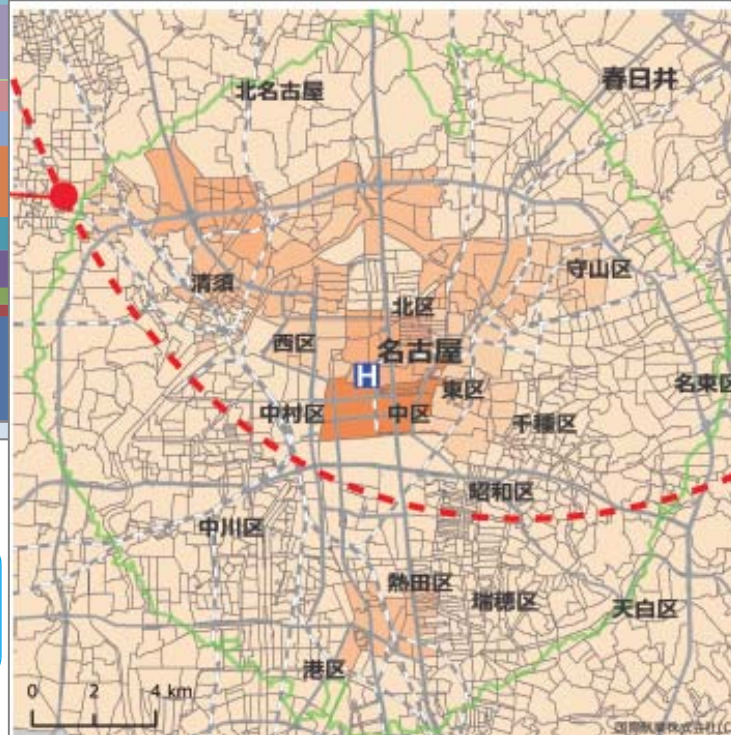
地域分析（名古屋医療センターを例に）

4 疾病別の患者シェア分析 (近距離10病院)

病院周辺の地図と近距離病院



推計患者数における患者シェア (胃の悪性新生物)



胃癌に注目すると
患者シェアは8.7%

6 km圏内に11の
DPC病院が存在

赤色の点線の上方の地域からの患者が多い

医療の質の評価

A. ドナベディアン：ミシガン大学 病院管理学の研究者

- ・ 1965年 医療の評価方法を確立
- ・ ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（成果）の3つの側面で評価することを提唱。

F. ナイチンゲール

- ・ 現代の統計学、公衆衛生、病院管理の礎
- ・ 1800年代に「病院死亡率」という臨床指標を開発。
 - 死亡率 2月 42% → 5月 5%まで低下
 - 円グラフを初めて考案し、死亡率を視覚的に表現。
病院の統計資料を作成し、危険な病院の一早い発見に活用した。



医療におけるばらつき

ウエンバーグの研究

- ・ 小児（15歳まで）に対する扁桃腺摘出術施行率 ある州の
A町：70% B町： 8%
- ・ 85歳までの前立腺摘出術施行率 ある州の
C町：60% その他の地域：15%



このようなばらつきは、

- ・ 医師数や手術件数と相関する
- ・ 医師や患者が治療方針を決定する上での不確実性と関係することが明らかとなった。



Evidence-based Medicine(EBM)へ

臨床指標（QI）とは

医療行為のアウトカムまたは
アウトカムに影響を及ぼす医療プロセスを
定量的に評価する指標



例えば、急性心筋梗塞患者の
救命率→アウトカム指標
心カテ検査を実施するまでの所要時間→プロセス指標

臨床指標（QI）なぜ必要か？

- 医療の質の可視化

【医療の質とは】

プロセスの視点：

個人と集団に提供する医療が、現在の医学・医療の専門的な水準に則っていること

アウトカムの視点：

望ましい成果を生み出す可能性が高いこと

出展：監修今中雄一、「DPCデータにみる医療の質の指標化と改善」

- 患者と医療者間に発生する情報格差（情報の非対称性）の補完
→臨床指標の計測結果は、患者にとって病院選択の一助となる。
- 医療の質の定期的なモニタリング
→臨床指標は、客観的で定量的な計測を実現。
プロセスの視点とアウトカムの視点で計測が可能。

臨床指標（QI）による計測に必要な条件

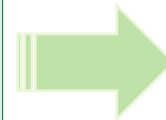
- ・ 評価により改善の余地がある
- ・ 得られた結果で判断できる
- ・ 比較した結果を役立てられる
- ・ アウトカム指標は、プロセス指標で設定した診療・医療行為の成果を総合的に評価できる
- ・ 分母、分子の定義が明確である
- ・ 算出するためのデータ入手が容易である
- ・ 標準化された方法でデータ収集・抽出を行える



プロセス指標とアウトカム指標どうつなげていくか

【プロセス指標】

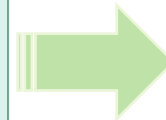
高齢患者（75歳以上）における褥瘡対策実施率



【アウトカム指標】

高齢患者（75歳以上）におけるⅡ度の褥瘡の院内発生率

手術あり患者の弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫装置による肺血栓塞栓症の予防率（リスクレベル中以上）



手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベル中以上）



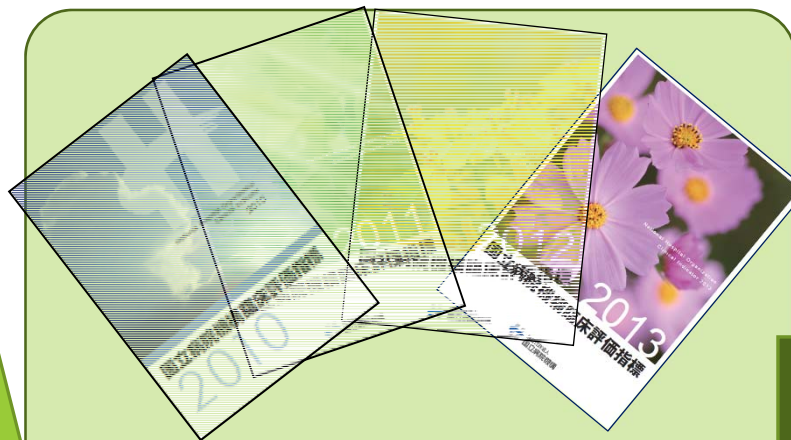
国立病院機構における臨床評価指標事業



平成18年～：26指標

各病院から
データを収集

見直し



平成22年～：87指標
臨床評価指標 70指標
公表事業 17指標

「診療情報バンク」を構築し、
機構の全病院からDPC・レセプト
データを一元的に収集・管理

DPC・レセプトデータを活用した
診療指標を開発

見直し

これまでの実績を
基に見直し

臨床評価指標評価
委員会の下に部会
(WG) を設けて
見直し検討を実施

平成27年度～
新指標による計測
を実施予定

臨床評価指標の特徴

(1) 臨床評価指標 (70指標)


1) 22の医療領域からなる70指標

- ・ 5疾病、個別疾患
- ・ 結核、精神、重症心身障害児(者)、神経難病等の政策医療

2) プロセス指標63、アウトカム指標 7 指標

3) 目標値を設定

(2) 医療の質の評価・公表等推進事業

- ・ 平成22年度に厚生労働省医政局「医療の質の評価・公表等推進事業」に応募し、採択
 - ・ 国立病院機構DPC対象病院の44病院で実施
 - ・ 結果を各病院名を付けて患者・国民に向けて公表
(3種類の死亡率を匿名化して公表)
 - ・ 現在も継続して集計・公表
- 

経年的評価の実施

がん
(消化器)

45

結腸がんに対する腹腔鏡下手術の施行率 (ステージⅡ)

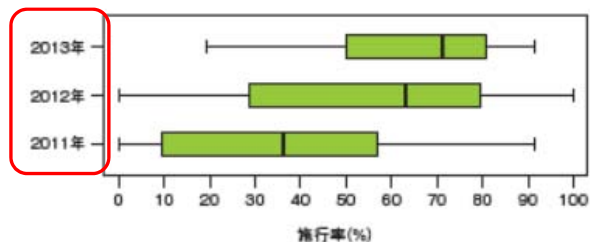
分子

分母のうち、当該入院期間中に腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術を施行した患者数

分母

結腸がん (ステージⅡ) の手術を施行した退院患者数

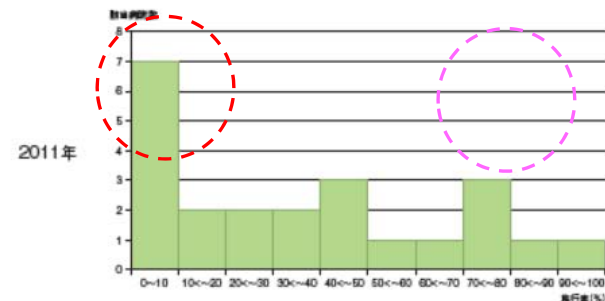
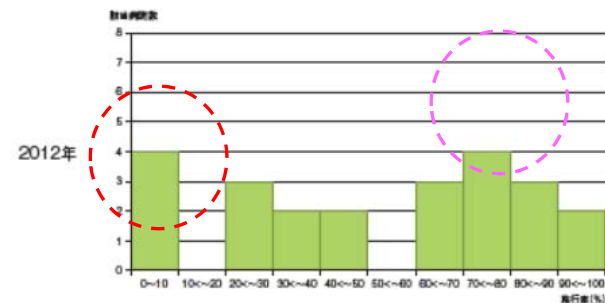
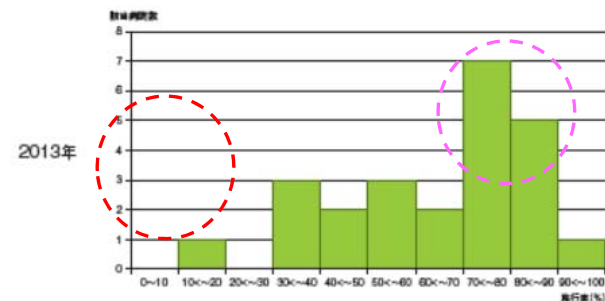
リハ
ケア
検査
診断
投薬
手術
処置



病院集計	2013年	2012年	2011年
対象病院数	24	23	23
平均値±標準偏差(%)	65.1±20.8	52.5±32.4	37.3±29.4
中央値	71.1	63.2	36.0
25パーセンタイル	50.0	28.6	9.5
75パーセンタイル	80.6	79.6	57.1
目標値	25.0%		

- 3年間の経年比較を実施
- 機構病院 (143病院) の中で
自院の位置づけが明確に

DPC病院



臨床評価指標（一例）

【病院全体指標】

【プロセス指標】

- ☆手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
- ☆アルブミン製剤／赤血球濃厚液比

【アウトカム指標】

- ☆手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率
- ☆退院患者の標準化死亡比

【領域別指標】

【プロセス指標】

- ☆急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率
- ☆急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの施行率
- ☆乳癌(ステージI)の患者に対する乳房温存手術の施行率
- ☆人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーション開始率
- ☆出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率

【アウトカム指標】

- ☆急性脳梗塞患者における入院死亡率
- ☆急性心筋梗塞患者におけるPCIを施行した患者の入院死亡率

【疾患特異的指標】

【プロセス指標】

- ☆悪性リンパ腫患者および多発性骨髄腫患者に対する外来通院経静脈的化学療法の施行率
- ☆小細胞肺癌に対する抗がん剤治療の施行率
- ☆破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の施行率
- ☆肺炎患児における喀痰や鼻咽頭培養検査の施行率
- ☆慢性閉塞性肺疾患患者に対する呼吸器リハビリテーションの施行率

【アウトカム指標】

- ☆前立腺生検実施後の感染症の発生率
- ☆新生児治療室におけるMRSAの院内感染の発生率

臨床評価指標の計測に使用するデータ

- ・ 対象病院は、機構病院143施設全て
- ・ 使用するデータ：DPCおよびレセプトデータ
- ・ 入院患者を対象とした計測：
 - ①DPC対象・準備病院のみ
 - ②「DPC対象・準備病院」および「非DPC対象病院」
 - ③その他（例えば、重心を有する病院など）
- ・ 外来患者を対象とした計測：
 - 例えば、HIV患者や緑内障患者を対象とした計測

→DPC・レセプトデータを活用することで、現場にデータ収集の負担をかけることなく測定が可能に

DPC・レセプトデータだけでは計測困難な指標

- ・ 時間による評価が必要なもの
- ・ 診療報酬明細から把握できない診療行為、患者指導や教育
- ・ 検査結果が必要となるもの（病理、培養など）
- ・ 診療録・診療記録から把握するもの
- ・ 正確な診断情報
- ・ 治療目的が必要となるもの
- ・ 複雑なリスク調整が必要になるもの
- ・ 患者の社会的情報



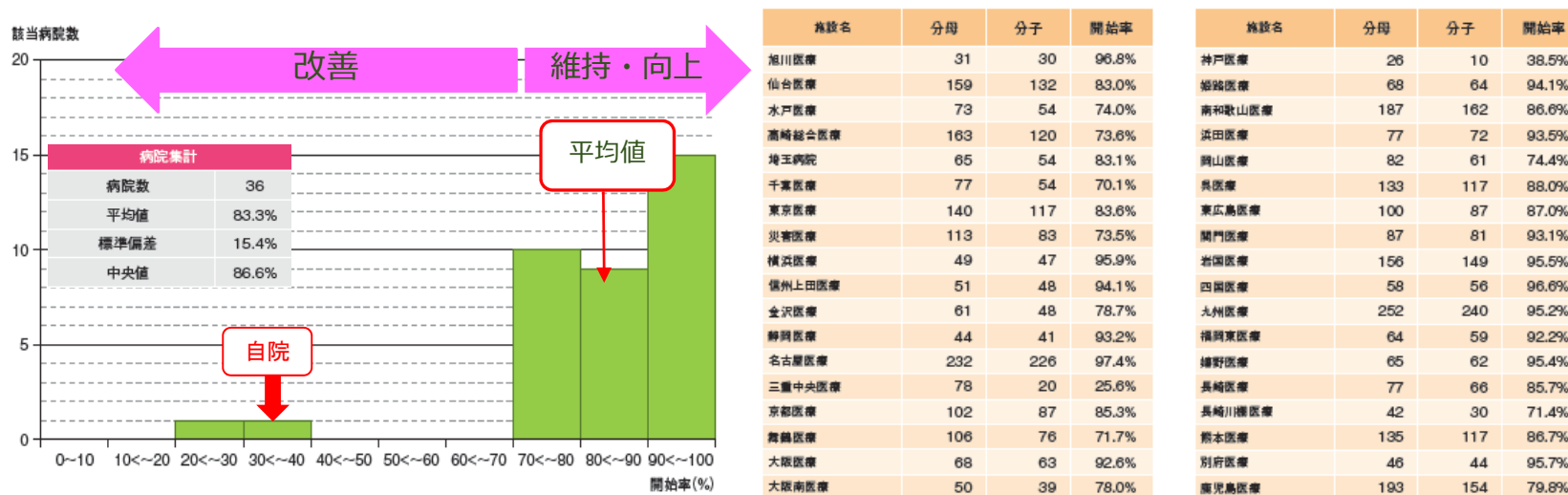
臨床指標の活用

指標：急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率

分子：分母のうち、入院してから4日以内にリハビリテーションが開始された患者数

分母：急性脳梗塞（発症時期が3日以内）の退院患者のうち、
リハビリテーションが施行された退院患者数

①自院の位置づけの確認



②診療内容の確認

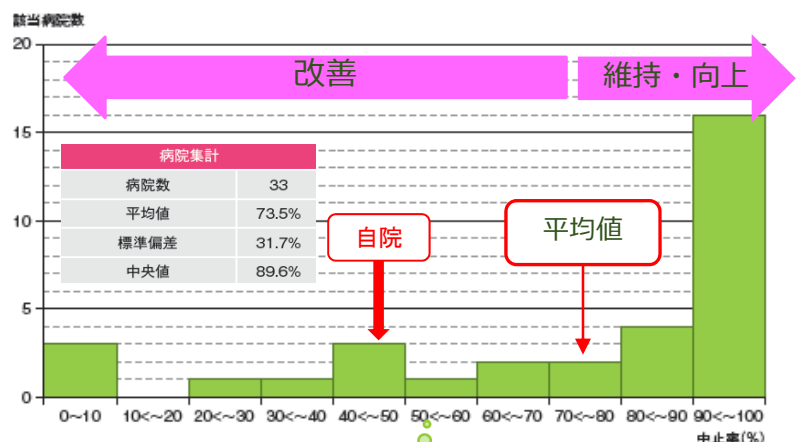
- ・ 医師間での診療プロセスの違いがあるか？
- ・ リハビリのオーダー時期に違いがあるか？
- ・ パスの中に明記されているか？ などなど

指標：人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための 抗菌薬の術後3日以内の中止率

分子：分母のうち、術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて3日以内に
抗菌薬投与が中止された患者数

分母：人工関節置換術/人工骨頭挿入術が施行された退院患者数

① 自院の位置づけの確認



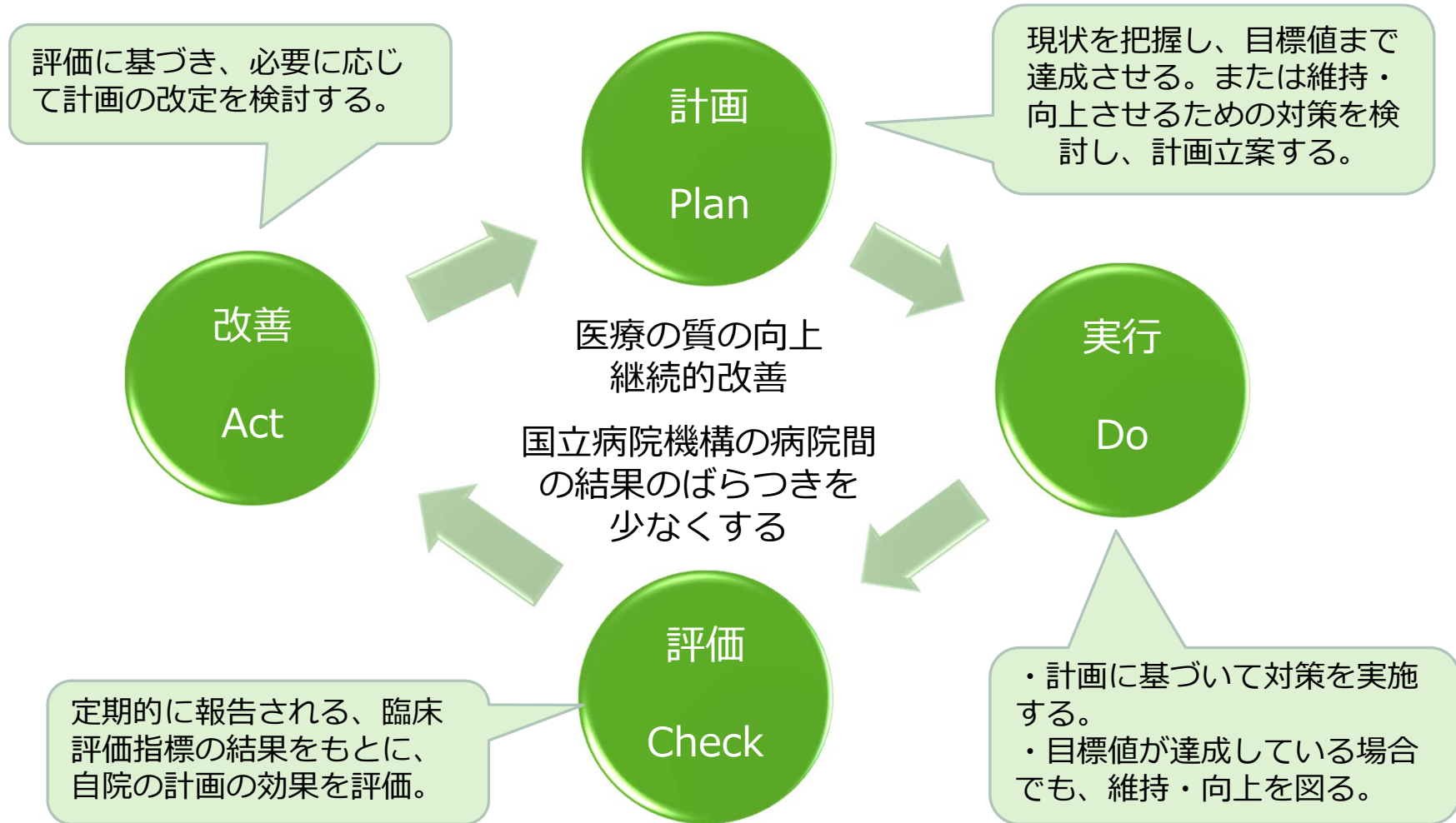
機構病院内でばらついている

施設名	分母	分子	中止率	施設名	分母	分子	中止率
仙台医療	15	15	100.0%	神戸医療	13	8	61.5%
水戸医療	56	26	46.4%	姫路医療	44	2	4.5%
西埼玉中央	50	17	34.0%	米子医療	15	15	100.0%
埼玉病院	63	14	22.2%	岡山医療	226	167	73.9%
千葉医療	65	1	1.5%	呉医療	77	69	89.6%
東京医療	163	155	95.1%	福山医療	208	207	99.5%
災害医療	51	22	43.1%	東広島医療	26	17	65.4%
横浜医療	33	33	100.0%	関門医療	23	11	47.8%
甲府病院	14	14	100.0%	岩国医療	20	11	55.0%
信州上田医療	13	13	100.0%	四国医療	10	0	0.0%
金沢医療	35	34	97.1%	九州医療	174	160	92.0%
静岡医療	15	13	86.7%	福岡東医療	19	14	73.7%
名古屋医療	231	223	96.5%	播磨医療	68	65	95.6%
三重中央医療	79	77	97.5%	長崎医療	146	145	99.3%
京都医療	90	73	81.1%	熊本医療	172	170	98.8%
大阪医療	376	344	91.5%	別府医療	33	31	93.9%
大阪南医療	163	135	82.8%				

② 診療内容の確認

- ・ 医師間での抗菌薬の使用方法に違いがあるか？
- ・ パスの設定がガイドラインに沿っているか？
- ・ パスの中に明記されているか？ などなど

臨床評価指標を用いたPDCAサイクルに基づく 医療の質の改善に向けた取り組み



PDCAサイクルに基づく医療の質の改善実施状況

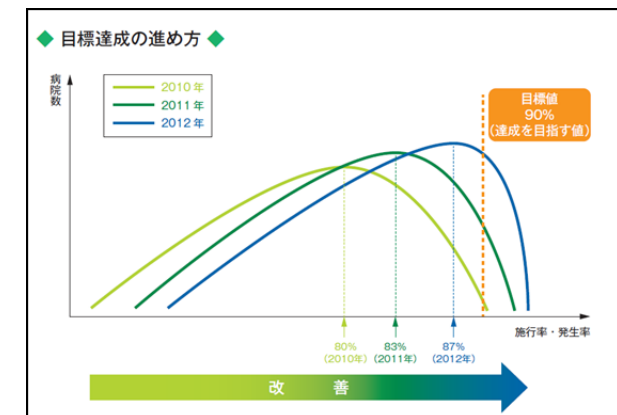
■ 対象病院

- 2病院（平成24年8月～平成26年8月）
- 2病院（平成25年5月～平成27年5月）
- 2病院（平成26年3月～平成28年4月）



■ PDCA実施指標

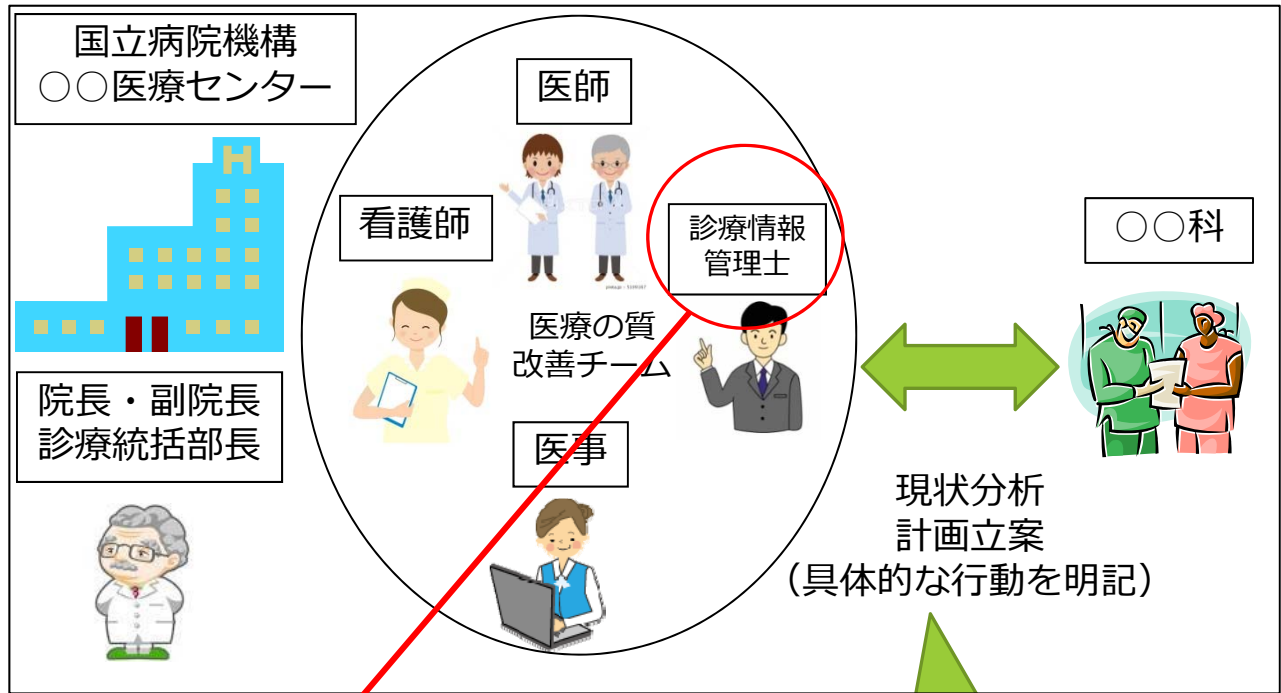
臨床評価指標70指標の中から、4～5指標を選択し2年間で8～10指標程度の医療の質の改善を行う



実施体制

医療の質改善チームの形成 構成メンバー

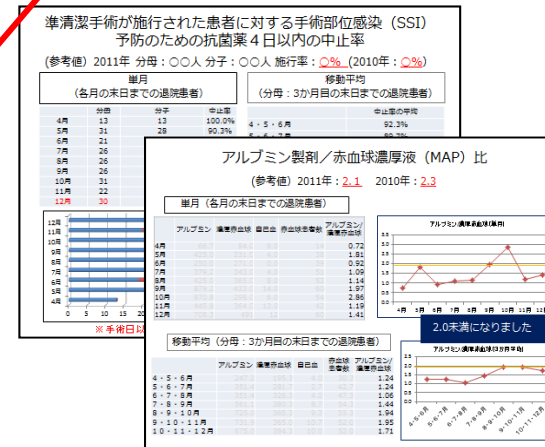
- ・ 医師（2人）
- ・ 看護師（1人）
- ・ 診療情報管理士（1人）
- ・ 医事（1人）



毎月20日までに
データ提出



先月の結果報告



(例) 外来糖尿病患者に対する管理栄養士による
栄養指導の施行率

現状	計画
<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養管理室の、積極的な関与はしていなかった。 ・ 栄養指導を重視するスタッフが少なかった。 ・ 栄養指導のオーダーを出しにくいシステムになっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現状で確保した医師と看護師に対して、栄養指導を実施し、医師の関与を促進し、看護師の関与を促進し、栄養指導のオーダーを出しやすくする (院内システム) を実施し、栄養指導を促進する。 ・ 栄養指導を重視するスタッフを育成し、栄養指導のオーダーを出しやすくする (院内システム) を実施し、栄養指導を促進する。 ・ 栄養指導を重視するスタッフを育成し、栄養指導のオーダーを出しやすくする (院内システム) を実施し、栄養指導を促進する。 ・ 栄養指導を重視するスタッフを育成し、栄養指導のオーダーを出しやすくする (院内システム) を実施し、栄養指導を促進する。

PDCAサイクルの具体的な流れ

■PDCAを実施する指標の決定■

70指標のうち、目標達成指標、未達成指標に分ける。

未達成指標の原因分析後、PDCAを実施する指標を決定。

オリエンテーション

計画
Plan

①現状分析と計画立案

PDCAを実施する指標に関連する医師や看護師、コメディカルと一緒に現状の問題点を抽出し、各問題点に対する具体的な行動計画を立案する。



実行
Do

②計画を実行

具体的な行動計画に基づき、医療の質の改善を目指す。

評価
Check

③評価

毎月、本部から各病院に集計結果の報告書が届く。
臨床現場のスタッフに、結果を必ずフィードバックする。

改善
Act

④改善

評価に基づき、必要に応じて計画の改訂を検討

現状分析と計画 (Plan)

大腿骨近位部骨折患者に対する早期リハビリテーション（術後4日以内）の施行率

現状	計画
<p>1.情報の共有化の問題</p> <ul style="list-style-type: none">■ 職種間の業務について■ 患者状態について■ 進捗状況の把握 <p>2.リハビリ依頼の問題</p> <ul style="list-style-type: none">■ リハ依頼の出し忘れ■ リハ依頼の遅れ <p>3.土日休みによる問題</p> <ul style="list-style-type: none">■ リハ介入の遅れ■ 長期休暇（GW・年末）のリハ介入減少 <p>4.患者さんとの情報共有の問題</p> <ul style="list-style-type: none">■ 患者さんとの情報共有について	<p>【情報の共有化の問題への対応】 <u>電子カルテ上にパスを掲載</u> ※パスの作成時からリハ職も参加 電子カルテの掲示板への情報公開 ※荷重状況・病棟ADL・リハ進捗等 各科の医師カンファレンスへのリハ職の参加 看護カンファレンスへのリハ職の参加 各科の病棟回診のリハ職の同行</p> <p>【リハビリ依頼の問題への対応】 <u>リハ職で手術患者や手術日を確認し依頼を要請</u> <u>リハ部門でも病棟回診</u>を行い、リハ依頼が出ていない患者を発掘</p> <p>【土日休みによる問題への対応】 <u>365日リハの対応</u>（術後を中心に2012年5月～） <u>長期休暇のリハ対応</u> 関節センターの設立（2012年4月～） ※医師・看護・リハ職参加での立ち上げ</p> <p>【患者さんとの情報共有への対応】 <u>患者さんへのパンフレットを作成</u> ※医師・看護師・リハ職の共同作成</p>



実行 (do)と評価(Check)ーPDCA月次報告書の例ー

○△医療センター（呼吸器内科） PDCA報告書【7月号】

2014年度 PDCA取り組み指標
【指標29】 肺炎患者に対する血液や喀痰培養の施行率

Plan (現状分析と計画)

○△医療センター における4年間の経年変化

	2010年	2011年	2012年	2013年	4年間の経年変化
目標値	90%				
○△医療センター	73.9%	74.5%	81.5%	88.3%	
	17/23	41/55	53/65	68/77	

目標
90%以上
全国平均
87.1%

現状分析

- ▶ 昨年度のPDCAの取り組みの成果が出てきている。
- ▶ 肺炎パスを作成したが、まだ導入できていない。バリエーションが多くパスの対応が難しい。
- ▶ 土日は、検査料がやっていないので、投薬が先に開始され、検査に出すことを忘れている。
- ▶ 誤嚥性肺炎などで痰が出ない患者の検査が漏れていることが多い。

計画

- ▶ 入院当日に実施できない場合でも、入院3日間はパスに喀痰検査のスケジュールを入れる。
- ▶ スタッフに喀痰検査の重要性をアピールして喀痰が少ない場合にも吸入で誘発するなどして、喀痰採取の努力を行う。
- ▶ 土日入院患者に対する培養検査の対応について議論する。
- ▶ パスの運用方法について検討する。

Act (改善)

病院
記入

<4・5・6月の結果についての感想>

-
-
-
-

<改善点>

-
-
-
-

Do (実行) & Check (評価)

実行
Do

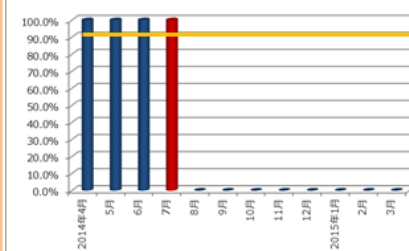
評価
Check

◆報告① 単月の分母・分子と分子の内訳

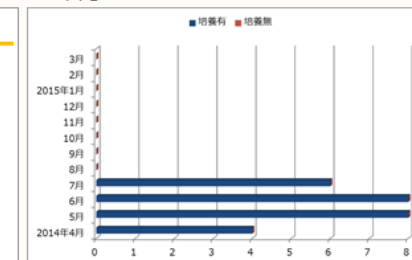
	分母	分子	施行率	分子の内訳			
				D0181 (喀痰)	D0183 (血液)	D01221 (原中肺炎球菌抗原)	D01227 (原中肺炎球菌抗原)
2014年4月	4	4	100%	4	0	0	3
5月	8	8	100%	8	2	0	7
6月	8	8	100%	8	1	0	6
7月	6	6	100%	5	2	0	6
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
2015年1月							
2月							
3月							

素晴らしいです！

◆報告② 単月の施行率



◆報告③ 培養検査の有無の割合



◆報告④ 分子該当者と非該当者の紹介有無

	分子の該当者のうち		分子の該当しない者のうち	
	紹介あり	紹介なし	紹介あり	紹介なし
2014年4月	1	3	0	0
5月	2	6	0	0
6月	4	4	0	0
7月	0	6	0	0
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
2015年1月				
2月				
3月				



改善 (Act) —PDCA月次報告書の例—

○△医療センター（呼吸器内科） PDCA報告書【7月号】

2014年度 PDCA取り組み指標
【指標29】肺炎患者に対する血液や喀痰培養の施行率

Plan (現状分析と計画)

○△医療センターにおける4年間の経年変化

	2010年	2011年	2012年	2013年	4年間の経年変化
目標値	90%				
○△医療センター	73.9%	74.5%	81.5%	88.3%	
	17/23	41/55	53/65	68/77	

現状分析

- ▶ 昨年度のPDCAの取り組みの成果が出てきている。
- ▶ 肺炎パスを作成したが、まだ導入できていない。バリエーションが多くパスの対応が難しい。
- ▶ 土日は、検査料がやっていないので、投薬が先に開始され、検査に出すことになり、誤嚥性肺炎などで痰が出ない患者の検査が漏れていることが多い。

計画

- ▶ 入院当日に実施できない場合でも、入院3日間はパスに喀痰検査のスケジュールを記載し、スタッフに喀痰検査の重要性をアピールして喀痰が少ない場合にも吸入で誘導し、喀痰採取の努力を行う。
- ▶ 土日入院患者に対する培養検査の対応について議論する。
- ▶ パスの運用方法について検討する。

Act (改善)

病院記入

<4・5・6月の結果についての感想>

-
-
-

<改善点>

-
-
-

Copyright © 2014 Motohashi & Nakadera. All Rights Reserved.

Do (実行) & Check (評価)

◆報告① 単位の分母・分子と分子の内訳

Act (改善)

病院記入

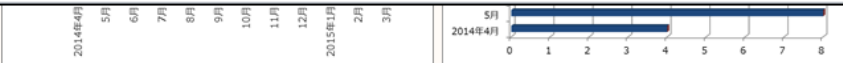
<4・5・6月の結果についての感想>

- 個々の患者さんでは、新規の患者さんでないケースが多い
- 以前から、来ている患者さんも他科受診で入院すれば、他科（内科以外）での糖尿病の診断が新規につき患者さんが分母となってしまう（レセプト審査上、新規病名に加える必要があるため）
- 合併症が多く、食事療法まで十分にできないような患者がいる
- 4、5、6月の結果は低い改善を目指す

<改善点>

- 個々の患者さんの外来受診時に合わせて、主治医へ掲示板で栄養指導に関して依頼を行った。
- 個々の症例に関する部分の連絡と、一般的な部分でのPDCA取り組みについて連絡した。
- 管理栄養士に分母にあがってる患者さんについての情報を提供し、協力を依頼する。

Copyright © 2014 Motohashi & Kawashima. All Rights Reserved.



◆報告④ 分子該当者而非該当者の紹介有無

	分子の該当者の中		分子の該当しない者の中	
	紹介あり	紹介なし	紹介あり	紹介なし
2014年4月	1	3	0	0
5月	2	6	0	0
6月	4	4	0	0
7月	0	6	0	0
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
2015年1月				
2月				
3月				



ご静聴ありがとうございました

