

山口大学 医学部附属病院 医療情報部 副部長/准教授
猪飼 宏

全日本民医連による医療の質向上・公開推進事業はH22年度に発足以来、毎年報告書を刊行されて今回で7回目に至りました。民医連QI指標Ver.3として61指標82項目が測定・報告され、2年目にあたる今年は93施設が参加しています。また指標セットのうち26指標46項目は46病院からのDPCデータを活用して算出されています。それぞれの病院内では多くの部署が手分け・協力しながらデータを収集され、事務局を中心に集約されたデータはWebシステムを通じて各病院が活用しやすい形でフィードバックされています。収集⇄フィードバックのデータの流れが年を追うごとに洗練されていることが伺えます。

測定と集約はPDCAサイクルのC(heck)に相当し、改善に向けた大切な基盤であることは間違いありません。一つでも多くの指標を少しでも正確に測定できるように、これまで全施設が同じ方向を向いて努めて来られました。一方、データを適切に解釈するAct、改善を計画Planして実行Doにつなげる取り組みは、各施設の状況に沿って個別に進める必要があります。各施設のQIご担当者が中心になってこれまでも様々な取り組みとその成果がQI交流集会で共有され、学会にも報告されてきました。

膨大な指標データの中から自院の課題を見つけ出し、ともに改善に取り組む院内のパートナーを探し出し、改善を形にしていく営みは孤独な暗中模索と感じられるかもしれません。しかし基本的な知識としてデータの扱い方を知り、医療安全を知り、感染管理を知ること、今後はこれらの活動をより機動的かつ体系的に進めることができるようになります。また、他施設での改善活動に学ぶことで、後続く施設は効率的に活動できます。

今年度は第1回民医連QI推進士セミナーが開講されました。データの活用を進め、各病院の診療改善を支える「民医連QIスペシャリスト」の養成を目的に、グループワークや演習を含む密度の高い2日間プログラムでした。各施設での医療の質改善は組織として取り組む必要があり、近い未来には各施設で複数かつ多職種のQIスペシャリストが仲間として活躍されることで、改善活動がより一層進むと期待されます。

現在の指標Ver.3の策定では、「手術前1時間以内抗菌薬投与」のように、既に多くの施設で改善を達成して役割を終えた指標が省かれました。今後も新規にQIプロジェクトに参加される病院、あるいは民医連の外部からこの報告書を参照されている病院では、詳細な定義に沿って各施設単独で指標を算出し、十分な水準に達していない診療内容が見つかれば、過去の改善事例の蓄積を参考に改善に取り組むことで、いつでも追いつくことができます。

多施設によるQIプロジェクトとしての今後を考えると、その時々々の社会の要請を先取りして改善課題を指標に加えていくためには、測定の省力化に加えて指標の棚卸しを積極的に進めるべき段階に来ていると感じます。(1)多くの施設で数値が固定してきたもの、(2)改善事例の集約が進んだもの、(3)診療の実情は分かるが改善の方向性を示さないもの、(4)測定の労力が改善の度合いに見合わないもの など、年次の報告書作成と並行しての作業は大変ですが、作業のルールを決めて体系的に進める必要があるでしょう。

全体として指標値を通覧した時に、指標8(転倒転落)、指標24(ケアカンファ)、指標19(血液培養セット数)、指標20(バンコマイシン血中濃度)、指標25(職業歴記載)、指標31(待機的手術の輸血)など多くのプロセス指標で改善が伺われています。一方で、重要なアウトカム指標である職員満足度が、患者満足度と比較しても全体的に低いようです。対策が必要でしょうか、またどのように課題を掘り下げていくのが良いのでしょうか。