

医療療養病棟におけるケアの質の評価

(患者特性調査における Quality Indicator の試行)

患者特性調査のデータに基づき、平成 17 年度調査と平成 18 年度調査の共通病院について、医療療養病棟の Quality Indicator (以下 QI) を試行的に算出し、年度比較を行った。

1. QI 算出対象

施設：平成 17 年度調査時点で特殊疾患療養病棟を有さない病院で、且つ平成 18 年度調査と共通の病院 (n=41)

患者：平成 17 年調査

療養病棟入院基本料 1・2、療養病棟入院基本料特別 1・2 を算定している患者 (入院後 14 日以内の患者を除く)

平成 18 年調査

療養病棟入院基本料 2 を算定している患者 (入院後 14 日以内の患者を除く)

2. QI の手法と目的

QI は、ケアの内容として問題となる褥創患者の割合などプロセスの評価、およびケアの結果として生じる ADL の低下などアウトカムを評価する指標である。対象病院や病棟ごとに、こうした質の問題のある患者を分子に、その状態が起り得る可能性のある患者全体を分母として、病院や病棟としての割合を算出する指標である。QI の値は 0-1 に分布し、1 に近いほど、当該施設や病棟のケアの質が、悪いことになる。しかしながら、今回の QI 算出の目的は、施設間や病棟間の質を比較することが主な目的ではなく、包括評価導入前後の質の変化をみることにあるので、全体平均を提示した。

今回用いた QI は、わが国の急性期以外の医療保険病棟のケアの質の評価について試行的に行われた QI の定義に準拠しており¹、患者特性調査のデータから算出している。算出された QI 項目と、その定義は図表 1 のとおりである。病院による患者特性の相違を調整するために、分母から必要に応じて患者を除外しており、また、新規入院患者に対して実施したアセスメントは、在宅や転院・転棟してきた病院・病棟のケアを反映する可能性が大きいので、在院日数 14 日以内の患者も分母から除外している。なお、各 QI の分母が 10 名未満の病院・病棟も、データとして安定しないために、対象外とした。

患者特性調査では 1 回のアセスメントデータしか存在しないため、変化の程度を比較するアウトカム評価は、変化を直接評価する調査項目があった「ADL の変化」の QI に限られた。また、提示してあるプロセスの評価については、病院の患者特性による補正は不十分であり、また、データ数は限られていた。しかし、平成 17 年度調査と平成 18 年度調査の共通病院における病院単位での QI を比較することで、包括評価導入前後におけるケアの質の変化を大まかに捉えることができた。

¹ 山田ゆかり 池上直己 (2005) MDS-QI (Minimum Data Set-Quality Indicators)による質の評価 ―急性期以外の医療保険病棟における試行― 病院管理 Vol42, No.4, pp13-23.

図表1 QIの定義

QI	分子	分母（記載のない場合は、入院14日以内の患者を除く、全患者）	患者特性 ※備考1
痛み	中程度の痛みが毎日あるか、耐え難い痛みがある		
褥瘡ハイリスク	I度以上の褥瘡がある患者数	寝返りか移乗の広範な障害、昏睡状態、栄養障害のいずれかに該当する患者に限る	認知機能の自立
褥瘡ローリスク	I度以上の褥瘡がある	褥瘡ハイリスクに該当する患者を除外	
身体抑制	毎日身体抑制している ※備考2		
留置カテーテル	留置カテーテルを挿入している※備考3		便失禁、褥瘡
尿路感染症	尿路感染症である		
ADLの低下①	過去90日間におけるADL自立度の悪化	在院日数90日以上の患者のうち、昏睡、末期、緩和ケアに該当する患者を除外	
ADLの低下②	入院時と比較してのADL自立度の悪化	在院日数15日以上90日未満の患者のうち、昏睡、末期、緩和ケアに該当する患者を除外	

備考)

1. 下記に記載のあるQIを算出するためには、前回アセスメントにおいて、下記に列挙した患者の状態によりリスクを調整する必要があるが、今回は一時点のアセスメントデータのみであったため、こうしたリスク調整を行っていない。
2. 身体抑制については、基準を変更しており、介護保険指定基準において禁止対象となる具体的な行為（「身体拘束ゼロへの手引き」厚生労働省2001年3月7日作成）に準じ、患者特性調査において、下記の項目のいずれかを「毎日使用した」場合に、「毎日身体抑制している」に該当するものとした。
 - A) すべてにベッド柵
 - B) 体幹部の抑制
 - C) 四肢の抑制
 - D) 起き上がれない椅子
3. 患者特性調査において把握可能な「膀胱留置カテーテルの使用」の有無で算出した。

3. Q I の算出結果

図表2および図表3は、平成18年度と17年度におけるQ I の算出結果である。分母に該当する患者数が10名未満の場合には、Q I 算出対象としていないため、病院数・分母の患者数ともにQ I 項目毎に異なっている。

この場合の平均値とは、病院ごとのQ I を計算し、それらQ I の単純平均、以下、最小値、最大値も病院としての値である。また、外れ値病院数とは、その病院における各Q I 項目の平均値が[標本病院全体の平均値+2標準偏差]を超えた病院数を示している。

図表2 平成18年度患者特性調査Q I 算出結果

Q I 項目	平成18年度							
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均+2標準偏差	外れ値病院数
痛み	39	1,725	8.1%	7.4%	0.0%	35.0%	22.9%	3
褥瘡ハイリスク	34	1,231	19.9%	10.9%	0.0%	41.4%	41.6%	0
褥瘡ローリスク	22	370	2.9%	4.7%	0.0%	15.4%	12.3%	2
身体抑制	38	1,725	30.0%	22.5%	0.0%	95.5%	75.0%	2
留置カテーテル	39	1,725	12.6%	13.2%	0.0%	58.8%	38.9%	2
尿路感染	39	1,725	8.0%	13.9%	0.0%	80.9%	35.9%	1
ADLの低下①	30	961	9.9%	8.8%	0.0%	36.4%	27.6%	1
ADLの低下②	16	274	11.4%	10.8%	0.0%	33.3%	32.9%	1

図表3 平成17年度患者特性調査Q I 算出結果

Q I 項目	平成17年度							
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均+2標準偏差	外れ値病院数
痛み	39	1,799	8.4%	7.5%	0.0%	26.1%	23.5%	2
褥瘡ハイリスク	31	1,103	15.8%	11.4%	0.0%	44.4%	38.5%	2
褥瘡ローリスク	28	564	2.1%	3.3%	0.0%	10.8%	8.8%	2
身体抑制	39	1,799	31.6%	24.4%	0.0%	95.3%	80.4%	2
留置カテーテル	39	1,799	9.3%	8.8%	0.0%	34.8%	26.8%	2
尿路感染	39	1,799	3.5%	3.9%	0.0%	16.7%	11.4%	2
ADLの低下①	33	972	9.0%	8.4%	0.0%	33.3%	25.8%	2
ADLの低下②	20	358	8.4%	10.5%	0.0%	40.0%	29.4%	1

次に、平成17年度と18年度のQ1の値を比較すると、図表4が示すように、「痛み」や「身体抑制」の値はやや低下しているが、その他の項目の値は全て高くなっており、ケアの質が低下している傾向を示す結果となっていた。但し、今回はアセスメントのデータ等によるリスク調整が不十分なため、これらQ1の値が高くなったのは、必ずしもケアの質の低下によるものと即断できない。

しかしながら、病院ごとのQ1を分析することは目的でなかったが、Q1の値が外れ値を示す病院については、Q1を算定するために用いた患者データの質、および病院のケアの質の両面から検討する必要があるだろう。たとえば、「身体抑制」の割合が外れ値である75.0%を越える病院、あるいは「尿路感染」について同様に35.9%を超える病院については、両面から確認する必要があるだろう。また、ADLの低下が著しかった病院については、病院の特性を精査する必要があるだろう。いずれにせよ、安定したQ1の指標を算出するためには、入院時から継続的にアセスメントを行い、データベースを構築することが重要である。

図表4 Q1の変化

Q1項目	平成17年度	平成18年度
	平均値	平均値
痛み	8.4%	8.1%
褥瘡ハイリスク	15.8%	19.9%
褥瘡ローリスク	2.1%	2.9%
身体抑制	31.6%	30.0%
留置カテーテル	9.3%	12.6%
尿路感染	3.5%	8.0%
ADLの低下①	9.0%	9.9%
ADLの低下②	8.4%	11.4%