

患者分類に基づく慢性期入院医療の質の評価等に関する調査研究事業（概要）

1．調査研究の目的

医療療養病棟に慢性期包括評価が導入されたが、医療区分をコーディングする際に用いるデータの質と、該当した疾患・状態に対するケアの質を、それぞれ評価する体制は未だ確立されていない。そこで、患者のアセスメントを「医療療養アセスメント表」を使用して適切に行い、疾患・状態に対するケアの指針を提示した「医療療養臨床評価指針（CAP）」の作成・試用を行うとともに、病院におけるケアの質を相対的に評価するために開発された QI（Quality Indicators）指標の適用性を評価し、さらには通常業務として記載している「医療区分・ADL 区分に係る評価票」から QI を試算し、その適用性を評価する。

2．調査の対象

（1）調査施設の概要

本調査の対象施設は、11 病院でスタートしたが、1 病院は回復期リハへ移行したため、10 病院、18 の医療療養病棟を調査対象とした。このうち、5 病院は介護保険病棟を有し、また、1 病院は一般病床をもたない療養病床のみの病院である。看護配置等は 20 対 1 が 15 病棟、25 対 1 が 3 病棟であるが、基準を超えて職員を配置した病棟は半数の 9 病棟となっている。

（2）アセスメント対象者

アセスメントの対象となったのは、第 1 回が 816 人（回復期リハへ移行した病院の 24 人を含む）、第 2 回が 666 人で、第 2 回までに退院したのは 60 人（回復期リハへ移行した病院を除く 792 人のうちの 7.6%）、アセスメントされなかった 81 人のうち、死亡退院は 45 人と半数以上になっている。

3．調査の方法

（1）医療療養アセスメント調査

患者をアセスメントする方法として、高齢者介護の国際的な専門団体である interRAI（インターライ）が作成した MDS（Minimum Data Set）方式のアセスメントの中でも医療的側面を重視した「医療療養アセスメント表（MDS-PAC）」の完成版を使用し、継続して入院している患者に対して 2 回の定時アセスメントを実施した。「医療療養アセスメント表（MDS-PAC）」の記入に際しては「記入要綱」により定義を明確にし、評価者を医師または看護師に定めた。また、患者 25 名を対象に信頼性調査を行った。

（2）「医療療養臨床評価指針（CAP）」調査

医療区分の各項目や患者の状態像のうち、治療ケアを提供する上で重要な分野について、追加的アセスメントや提供の際の留意点をまとめた「医療療養臨床評価指針（CAP：Clinical Assessment Protocols）」を用意し、アセスメント終了時に、医師と看護師がそれぞれ分担して、

「医療療養臨床評価指針（CAP）」に沿って、不足の治療・ケアがないかを確認し、その結果を記録するチェックリストに記入した。また、CAPの該当状況やCAPに関する現場の意見等を取りまとめた。

（３）Q I 調査

医療療養アセスメント表の結果から、現行の治療ケアに問題がある可能性の患者の割合を分野ごとに求め、該当分野における質を示す指標である QI を各病院へフィードバックし、現場の意見を回収・取りまとめた。また、アセスメントによる QI 分子の該当と比較するため当該月の「医療区分・ADL 区分に係る評価票」を収集し、問題状況のある患者数(分子に相当)を把握した。

（４）説明会の開催

調査対象となった病院・病棟の責任者、担当医師、担当看護師等に対して、説明会を 1 回開催した。また、訪問ヒアリングや電話ヒアリングを行い、疑問に対するフォローを行った。

（５）対象者への説明と同意

当該病棟の入院患者および家族に対して調査の趣旨を説明し、個人情報等について十分配慮した上で調査協力を依頼した。

（６）検討委員会の実施

調査研究の推進にあたっては、研究者、医療関係者からなる検討会を開催し、調査の進め方や調査結果等について検討を行った。

4．調査結果

（１）医療療養アセスメント表の調査結果

「医療療養アセスメント表」は、interRAI（インターライ）が作成した MDS 方式のアセスメントの中でも医療的側面を重視した方式（MDS-PAC , Post Acute Care）を翻訳したものである。MDS は報酬評価を判定する「医療区分・ADL 区分に係る評価票」に部分的に利用されており、本調査研究では、その完全版（MDS-PAC）を用いて患者像の把握を行い、今後、医療療養病床における MDS-PAC の適用の可能性を検討することを目的とした。

アセスメント表の信頼性調査の結果

まず、「医療療養アセスメント表」には、項目別に詳細な定義があり、トレーニングをした専門職であれば、誰がつけても同じ評価になるように設計されている。そこで、1 病棟の半分 25 人の入院患者を対象に、信頼性調査を実施したところ、項目ごとの一致率は高く、信頼性は検証された。

次に、アセスメントと同月の評価票を収集し、20 項目にわたり一致率をみた。その結果、一致率は必ずしも高くなかった。評価票とアセスメント表の項目の定義が多少異なっていること、評価票のチェック範囲が病院によって異なっていること（区分が分かる項目の 1 つでもチェックがあればよいなど）が主な要因と考えられる。

調査対象患者の概要

本調査では、基本的に第2回定時アセスメントの対象となった666人の結果を使用した。対象患者の概要（プロフィール）をみると、女性が約6割、64歳未満が2割近く対象となっており、平均年齢は75.5歳となっている。入院理由となった主な疾病は、脳卒中が28%と最も多く、次いで四肢麻痺が16%となっている。

ADLでは、ベッド上の可動性、トイレへの移乗、食事、トイレの使用において、全面依存が5割から7割、日常の意思決定能力がほとんどない状況が5割以上となっている。尿・便とも失禁状態が6割である。一方、うつ症状はほとんど見られず、褥瘡もない。問いかけに対して回答ができない状況にある人が多いため、主観的な健康観を聞くと、5割が回答できないが、3割近くが「普通」と回答している。

薬剤の処方状況は、7剤から10剤で5割近くを占めており、7剤以上で73%となっている。また、抗不安薬または催眠薬を処方されている患者は117人で2割弱となっている。添付された処方箋との対応から、88人に処方箋が添付されており、その半分近くが9剤以上の薬剤を処方されていることがわかった。

アセスメントの実施状況

アセスメントは、6月と9月（または7月と10月）に、看護師と医師が分担して実施しており、アセスメントを実施しての効果や感想についてアンケートを行った。アセスメントに関する事前の勉強会などは18病棟中14病棟で実施されたが、勉強会を行わず、担当者のみでアセスメントした病棟も3つあった。アセスメントにかかった時間は、1回目が平均38分、2回目が平均27分と約10分の短縮になった。

アセスメントの活用状況

医師も看護師もアセスメントの結果を確認しているが、その結果と「評価票」との整合性はあまり確認していなかった。アセスメントに取り組んだ全体的な感想を聞いたところ、「アセスメントにより患者の状態像をより正確に把握することができるようになった」との回答があったが、「情報共有」や「評価票の確認」には結びつかなかったところが多かった。アセスメント自体は、「臨床現場では評価しやすい」との意見があったが、すでに入院している患者にとってはアセスメントだけでは治療ケアの見直しにはならないことが分かった。むしろ「新入院にはアセスメントだけでも効果があるのではないか」との意見もあった。

医療療養アセスメント表（MDS-PAC）の適用可能性

2006年からの医療区分・ADL区分を用いた包括評価の導入により、医療依存度が高く、患者の変化も生じやすい亜急性期への対応が増大する可能性を考え、医療療養病床でのアセスメントには、MDSの中で亜急性期（Post Acute）に焦点をおいたMDS-PACを用いた。

しかし、アセスメント結果を検討すると、現在の医療療養病棟では、長期に要介護状態で入院する患者が多く、また、新入院患者の2週間後のADLはほとんど改善していないことから明らかのように、「亜急性期」を対象とするMDS-PACは適切ではなかった。今後は、医療療養病床

の将来像を視野に入れて MDS-PAC を用いるか、あるいは現状に即して介護保険施設版で使われている MDS2.1 を使うかを検討する必要がある。

(2) 医療療養臨床評価指針 (CAP) 調査の結果

「医療療養臨床評価指針 (CAP)」は、医療区分の各項目や患者像のうち、治療ケアを提供するうえで重要な分野の留意点をまとめたもので、本調査研究では、9 分野を用意した。医療療養臨床評価指針 (CAP) にそった検討をすることで、これまで実施してきた治療ケアに、新たな視点が変わり、その見直しにつながるかを検証した。なお、医療療養臨床評価指針 (CAP) の 9 分野は以下のとおりである。

医療療養臨床評価指針 (CAP)

CAP	対象となる状態	対応するアセスメント項目
1. ADL/リハ	すべて	なし (全員)
2. 褥瘡	発赤 (1 度) 以上の褥瘡の存在	K1 最も重症の褥瘡 = 1, 2, 3, 4, 5
3. せん妄	せん妄状態	C3 思考・意識の一時的な混乱 a, b, c (いずれか) = 2 または、 C4 通常の状態の急激な変化 = 1
4. 気分障害 (うつ症状)	うつ症状のうち、1 つ以上が毎日みられたか、2 つ以上が、過去 3 日間で 1-2 日みられた状態	E1 気分障害 (うつ症状) a ~ g 7 項目の選択した番号の合計 = 3 以上
5. 問題行動	問題行動等のうち、1 つ以上が毎日みられた状態	E3 問題行動 a ~ f (いずれか) = 3
6. 中心静脈栄養 (IVH)	中心静脈栄養を実施	M1 i 中心静脈栄養 = 3
7. 人工呼吸器	人工呼吸器を実施	M1 j 人工呼吸器 = 3
8. 痛み	毎日、痛みがある状態	I6 a 痛みの頻度 = 3
9. 身体抑制	両側のベッドレールを含めての身体抑制	M3 身体抑制 a, b, c (いずれか) = 1, 2, 3, 4

医療療養臨床評価指針 (CAP) の該当状況と見直した治療ケア

まず、9 つの医療療養臨床評価指針 (CAP) のうち、「1. ADL/リハビリテーション」は全員に実施することとし、その他は、選定の条件を設定した。その結果、「4. 気分障害 (うつ症状)」「9. 身体抑制」「3. せん妄」の該当率が比較的高くなった。こうしたアセスメントと医療療養臨床評価指針 (CAP) による見直しを行った患者は、医師で 69 件 (対象患者の 11.9%)、看護師で 276 件 (47.6%) に達した。医師が行った見直しは「処方の変更」「新たな検査の指示」の件数が多く、看護師では「確認した事項の看護師間の共有」「病棟カンファレンスの実施」のほか、「看護計画の変更」「介護職員への留意事項の新たな指示」「療養環境の整備」が多かった。

次に、こうした見直しにつながった契機となった医療療養臨床評価指針 (CAP) としては、「1. ADL/リハビリテーション」における「ターゲット ADL の設定やリハスタッフとの連携強化」「2. 褥瘡」における「チームの情報交換と協力」があげられている。また、「9. 身体抑制」においては、治療や安全性を考慮した抑制の必要性を鑑みた上で「抑制に替わるケア方法の検討」の促しが示唆的に作用したと考えられる。

医療療養臨床評価指針（CAP）の活用方法

さらに、病棟ごとに、以上のような検討結果を踏まえて、医療療養臨床評価指針（CAP）に関する総合的なアンケートを実施したところ、次のような結果が得られた。

医療療養臨床評価指針（CAP）の内容に沿って治療ケアを検討し、チェックリストに記載するためにかかった時間は、第1回目のアセスメントの際は、平均約30分であったのが、第2回目には平均約20分と短縮された。

病棟カンファレンスでアセスメントや医療療養臨床評価指針（CAP）に沿った検討がなされた病棟は、18病棟中14病棟であった。しかしながら、医療療養臨床評価指針（CAP）の本文を読まずに、チェックリストの記載のみを実施して理解が十分ではなかった病棟が14病棟中にも見られ、十分な説明が必要であることが分かった。

全体の感想と今後の課題

全体の感想としては、「アセスメントと医療療養臨床評価指針（CAP）の実施は、ケアの質を改善する上で有効な取組だと思う」「看護計画の見直しにつながった」との声が多かった。以上のようなことから医療療養臨床評価指針（CAP）の活用は、従来から取り組んでいる治療ケアに新たな視点をもたらし、見直しの契機となり、ケアの質の改善につながる可能性がある、との評価を得たといえる。

今後は、医療療養臨床評価指針（CAP）の内容を精査するとともに、現場で活用しやすい仕組みとともに提供することが課題といえる。

（3）QI調査の結果

QIは、現行の治療ケアに問題がある可能性のある患者の割合を分野ごとに求め、当該分野における病棟ごと（または病院ごと）の質を示す指標であり、本調査研究では、アメリカのナーシングホームで義務付けられているQIのうち、「医療療養アセスメント表」から算出可能な23のQIを計算した。QIの結果を活用して、ケアの質の見直しに資することができるか検証した。

QIを現場で導入するにあたっての適切性の評価

まず、23のQIについて、日本の医療療養病床において適切と思うかを尋ねたところ、適切と評価した割合が回答者の6割を超えたのが「12 転倒」「11 新たな骨折」「8 ADLの低下」「23 移動の悪化」であった。転倒や骨折のようなセンチネル・イベント（発生してはならない現象）の有無が質の指標として受け入れられ、またADLの低下や移動の悪化は、医療療養病床においてADLを維持する取り組みの重要性が認識されていることが示唆された。

一方、不適切という評価が3割程度あったのは、「4 脱水」「10 身体抑制（介護保険版）」「3 うつ状態」であった。このうち身体抑制は、適切と不適切とで評価が分かれており、病棟毎の取り組みの差異によって見解が異なっていた。不適切と回答した病棟も含めて、身体抑制に両側のベッド柵を含む（介護保険版）のと、含まないのとどちらが適切かを尋ねたところ、含む方が5割、含まない方が4割であった。

Q I の計算結果（第 2 回アセスメント）

	QI	全体平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値	全米平均 ²⁾
1	褥瘡ハイリスク	10.32%	15.26%	7.29%	66.67%	0.00%	14.20%
2	褥瘡ローリスク	4.58%	9.44%	0.00%	33.33%	0.00%	2.90%
3	うつ状態	8.90%	13.01%	3.90%	41.18%	0.00%	
4	脱水	8.66%	12.53%	5.51%	50.00%	0.00%	0.30%
5	尿路感染症	0.99%	1.91%	0.00%	7.14%	0.00%	9.60%
6	問題行動ハイリスク	2.79%	7.84%	0.00%	31.25%	0.00%	20.50%
7	問題行動ローリスク	2.94%	12.13%	0.00%	50.00%	0.00%	7.50%
8	ADLの低下 ¹⁾	3.80%	4.69%	2.41%	14.71%	0.00%	17.40%
9	痛み	2.69%	2.55%	2.53%	7.69%	0.00%	8.80%
10	身体抑制 (アメリカ原版)	2.31%	4.68%	0.00%	18.18%	0.00%	5.40%
	身体抑制 (介護保険版)	13.25%	19.43%	1.14%	63.64%	0.00%	
11	新たな骨折の発生 ¹⁾	0.10%	0.42%	0.00%	1.79%	0.00%	2.00%
12	転倒	2.84%	3.14%	2.47%	9.38%	0.00%	12.90%
13	うつ状態であり 抗うつ薬を使用していない	6.22%	9.14%	2.44%	32.35%	0.00%	4.80%
14	新たな認知障害の発生 ¹⁾	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	12.70%
15	尿 便失禁ハイリスク	15.94%	17.01%	10.42%	54.55%	0.00%	
16	尿 便失禁ローリスク	29.81%	17.22%	31.67%	57.14%	0.00%	48.40%
17	時々失禁し、排泄計画がない	83.33%	22.93%	100.00%	100.00%	40.00%	45.60%
18	留置カテーテル	11.36%	9.04%	10.94%	30.00%	0.00%	7.80%
19	体重減少	4.75%	5.42%	44.38%	90.48%	0.00%	10.20%
20	経管栄養	45.75%	24.38%	44.38%	86.05%	0.00%	6.80%
21	抗不安薬 催眠薬の使用	28.17%	14.82%	24.81%	60.61%	9.52%	21.00%
22	うつ状態の悪化 ¹⁾	2.52%	5.05%	0.00%	20.59%	0.00%	15.50%
23	移動の悪化 ¹⁾	2.71%	5.48%	0.89%	23.53%	0.00%	16.90%

1) 2回のアセスメントを実施した患者を用いて計算した

2) アメリカCMSのMDS Quality Measure/Indicator report (2007年4月-6月分データ) より転載

各病棟のQ I の値とケアの見直し

1 回目と 2 回目のそれぞれのアセスメントから QI を算出し、値を検討した。上の表は、第 2 回目アセスメントから算出した 23 の QI の全体平均、標準偏差等を示している。

23 の QI は、1 回目と 2 回目の値はいずれも大きな変化はなく、安定した値であった。次に、該当者についてみると、1、2 回目ともに「14 新たな認知障害の発生」にはなく、「7 問題行動ローリスク」「11 新たな骨折の発生」は第 2 回アセスメント時に 1 名いたのみであり、病棟間を相対的に評価するうえで役立たなかった。また、半数近くの病棟で該当者が 0 名(QI = 0.0) の QI が複数あった。これらの QI については、今後さらに対象病棟を増やして改めて検証していく必要がある。

次に、当該病棟の 23 の QI の値を確認したうえで、3 つの QI を選び、ケアの見直しについて検討を依頼した。選択された QI として、「1 褥瘡ハイリスク」「18 留置カテーテル」「17 時々失禁し、排泄計画がない」「20 経管栄養」が多かった。見直しの対象として多かった QI は、「20 経管栄養」「21 抗不安薬・催眠薬の使用」であった。これらは QI の値そのものが比較的高いため、見直される事例が多かったと推測される。また、QI と関連した CAP がある場合は、CAP を参照して治療ケア計画を実際に改善したものが複数あり、QI と CAP を結びつけることの有用性が示唆された。

なお、当初 QI として適切と評価された 4 つの QI は、いずれも実際の値は低く、転倒や骨折にいたっては、ほとんどの病棟でゼロであったので、ケアの見直しに至る事例もほとんどなかった。

評価票から算出した Q I

利便性の観点から、病棟で通常使用している「評価票」から日本におけるデータの制約等の理由により修正した方式で 6 つの QI を試算した。オリジナルの QI と比較すると、「うつ症状」「尿路感染症」では数値が高くでた。病棟からの評価では、評価票の QI は概ね適切と評価された。

全米比較からみる Q I

参考までに、本調査研究で得られた QI の値が妥当なものであるかを判断するために、全米のナースিংホームの平均と比較した。本調査対象の病棟では「5 尿路感染症」「6 問題行動ハイリスク」「12 転倒」「22 うつ状態の悪化」などの QI において全米平均よりも低く、一方、「4 脱水」「17 排泄計画がない」「20 経管栄養」「21 抗不安薬・催眠薬の使用」は日本の方が高かった。また、「1 褥瘡ハイリスク」「2 褥瘡ローリスク」や「18 留置カテーテル」は、ほぼ同等であった。

今回の結果では、「褥瘡」や「留置カテーテル」の割合に近いことから、ナースিংホームと医療療養病床における患者の臨床像は類似している部分が多いと推察される。ナースিংホームの入所者と医療療養病床への入院患者の結果を単純に比較して質を議論するべきでないが、参考とし、今後データが蓄積された段階で再度比較する必要がある。

総括評価・今後の課題

当該病棟の QI の値を確認し、ケアの見直しを検討したうえで、QI に関する総括的な評価を得た。QI の有用性を尋ねたところ、「継続してみることで、病棟のケアの質をモニタリングすることができる」「継続して QI の値を職員に知らせることでケアの質への動機付けが高まる」との意見が多かった。次に、QI 全体に関する感想を求めたところ、「急性状態から状態が改善しても不必要なケアが継続されていることがあり、見直しにつながった」「真のケアの向上のために客観的な評価が必要」といった意見のほか、「もっと簡単に QI を見える方法がほしい」「実際に質を高めるには人手もいるので、報酬に反映できないか」との意見もあった。さらに、「単に説明文のみでは理解が十分ではないので、説明が必要」といった意見もあった。以上のことから、QI の計算を定期的に行うことはケアの質の向上につながり、質のモニタリングとしても有用であると言えよう。

今後は、QI の分野ごとに値を継続的に評価し、問題となる患者の治療・ケアの内容を再点検し、質の向上に直接結びつけていく必要がある。また、外部評価者が QI を用いて質を評価する手法についても確立していく必要がある。