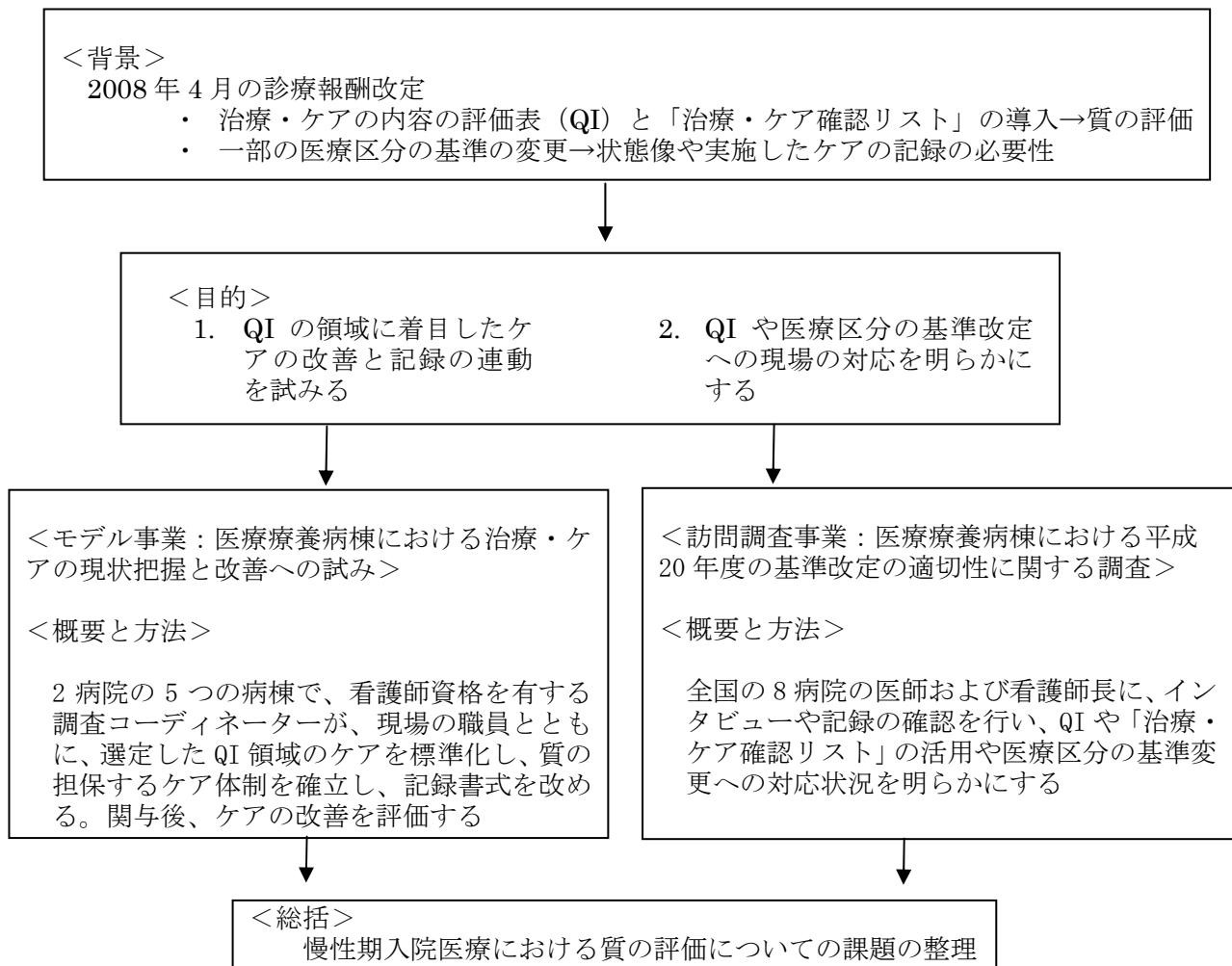


# 患者分類に基づく慢性期入院医療の質の評価等に関する調査研究（概要版）

## ● 研究の全体像



## ● モデル事業：医療療養病棟における治療・ケアの現状把握と改善への試み

### 1. 方法

19年度の調査研究に協力いただいた11病院のうち、同じ地域に所在し、かつコーディネーターが継続的に関与することに同意を得られた2病院（A病院・B病院）を対象とした。延べ関与日数は、A病院が61日間、B病院が32日間であった。

### 2. コーディネーターの役割と関与の内容

- ①各病棟の観察を行い、看護・介護ケア（以後、ケアという）や記録の問題点を整理する
- ② 問題点を解決するための教育・指導を行う
- ③ 現場で活用しやすい書式・記録の開発を行う
- ④ ②③の関与後、当該QI領域における患者のケア及び記録の改善を評価する

### 3. A 病院におけるまとめ

#### < 関与前のケアの現状 >

A 病院では、3 つの医療療養病棟をモデル事業の対象とした。

平成 20 年度の診療報酬改定によって、QI を算定し、確認リストに沿って治療・ケアの内容を確認することが義務付けられたことが院内で十分に周知されていなかった。そのため、QI のうち、褥瘡に対するケアと記録について病院独自の方法で対応することに留まっていた。また、マニュアルはあるものの、スタッフには十分に理解されておらず、遵守もされていなかった。そして、看護計画や経過記録において記載の目的や方法が周知されておらず、実質的に機能していなかった。

#### < 褥瘡ケアと記録への関与 >

ケアと記録の改善を行うにあたり、QI 分野の中から褥瘡に焦点をあて、6 月から開始した。対象となった 3 病棟でいずれも該当者がいたことが主な理由であるが、看護職と介護職で共同して知識・技術を高め、ケアと記録のあり方を変更する取り組みを、最初に行う領域として適切と考えた。

褥瘡における関与の手順としては、コーディネーターは、まず基本的な褥瘡ケア・記録方法について介護職員を含め病棟職員全体にセミナーを実施し、褥瘡ケアの知識を標準化した。次に、治療・ケアの確認リストの項目が確実に実施されるように看護計画を定型化した。さらに、院内の記録委員と協力して、記録マニュアルの改訂作業を実施した。記録マニュアルには、QI 分野における標準的な看護計画と経過記録の具体例を掲載し、現場で利用しやすいよう配慮した。なお、この間、現場においてケアの技術や記録の方法について個別にアドバイスと指導を行った。

関与後は、褥瘡のケアはある程度確立され、観察記録も的確に行われるようになった。また、記録全般として、看護計画は井（問題点）で整理され、経過記録と連動したものに徐々に変わっていった。記録マニュアルで記載すべき内容を整理したため、温度版で対応できる内容が増え、その分、経過記録を記載する負担を減少させることができた。

#### < 褥瘡ケアにおける達成度 >

3 つの病棟で、同じ方法で褥瘡から取り組んだにも関わらず、その成果はばらつきがみられた。最も改善したのは A1 病棟であり、それは看護師長のリーダーシップが高く、介護職を含めて全員に事業に取り組ませる姿勢が明確であったからである。当該病棟では、コーディネーターが指摘した事項を職員全員で共有されており、関与回数を重ねるごとにケアの体制が確立していった。今後、モデル事業で取り組んだことを継続し、次の目標を定めて、ケアの改善に取り組む土壌ができた。

A2 病棟は、A1 に比べると、個々の職員の対応にばらつきがあったが、コーディネーターの指摘には真摯に対応し、一定の成果が上げられた。A3 病棟は、他の 2 病棟よりも進捗が大きく遅れ、時間の制約があったため十分な成果を出せなかった。看護師長のリーダーシップの下に職員が協力して取り組むことができず、コーディネーターの指摘した事項に速やかに対応できなかったことが原因であった。

#### < 次の QI 領域への関与 >

A1 病棟と A2 病棟では、B 病院にならって QI として ADL の改善を選んで、取り組んだ。その成果については褥瘡ケアにおける記録の改訂で記載したような改善がみられたが、詳

細の報告は割愛した。

A3病棟では、身体抑制への取り組みを行った。同病棟は、褥瘡に対して未だ十分に対応できていなかったが、3病棟のうちで身体抑制が多く、早急に取り組むべきQI領域と考えられたため、10月から開始した。治療・ケアの確認リストの項目に準ずるケアと記録を担保するための、看護計画や経過記録の指導を行った。身体抑制委員会の委員を中心となって取り組めるよう支援した結果、身体抑制の期限や手順が看護計画と経過記録に記載されるようになり、身体抑制の解除に向けたカンファレンスが行われるようになった。

<今後の課題>

12月に導入された記録マニュアルに沿った書き方を院内全体に定着させるために、各病棟の記録委員と看護師長が、活動を行っているところでモデル事業は終了した。先に取り組んだ3病棟では記録が改善したことを実感しているため、こうした経験を生かして、他の病棟の看護師長や記録委員とも積極的に連携をとり、病院全体で確立していくことが課題であろう。さらに、次のQI分野にも取り組んでいくことも大きな課題である。どの病棟にも熱心に取り組む職員は必ずいるので、こうした芽を育て、病棟全体に広げていく組織管理のあり方が重要といえよう。

#### 4. B病院におけるまとめ

<関与前のケアの現状>

B病院では、2つの医療療養病棟をモデル事業の対象とした。

4月よりQIが計算されていたが、褥瘡や身体抑制をはじめ、該当患者はほぼ0人であった。こうした指標が示すとおり、職員のケアの質に対する意識は高く、また自信もあった。しかしながら、ADLのケアに着目すると、多くの患者にリハ職員が関わっているにも関わらず、リハにおける取り組みと病棟のケアが必ずしも十分に連動していなかった。そのため、看護計画においても、ADLの向上を目指した目標が明示されていない場合が多かった。援助方法を確認すると、自立と介助部分を明確にアセスメントしていないため、援助者によってケアが異なる、という問題点があった。

<ADLの改善への関与>

ターゲットADL(ADL獲得段階の構造に着目して領域を1つ定め、動作分割して個々の動作を評価し、それに応じて支援する介助)の視点を持った看護計画の策定と評価を行った。同院の看護計画等の記録は看護師が行い、介護職は看護師の指示の下でケアを行うという体制であったので、教育・指導の対象は看護師のみであった。関与の手順としては、まず、ターゲットADLに関するセミナーを実施し、各病棟で認知機能が中程度より軽度の障害で、改善が期待できる患者を看護師長が選んだ。対象となった患者のADLをコーディネーターも観察し、取り組む領域が適切かを判断し、ケアと記録のアドバイスをを行った。同院の経過記録は患者の状況が変化した場合にのみ記載していたため、関与当初は、ターゲットとしたADLの支援の状況と評価をできるだけ毎日記載するよう指導し、介助の方法を共有できるよう留意した。その後、記録の効率化のために、記載を標準化したターゲットADL評価表を開発して、用いた。

<ADL改善における達成度>

2病棟ともに、看護師長のリーダーシップがあり、ターゲットADLへの理解も十分あつ

た。受け持ち看護師は、きめ細かな看護計画を立て、関わる職員が記載した経過記録の内容を評価しながら、ケアを工夫していくことができた。しかしながら、当初より対象者は1~2名で開始していたため、対象患者の受け持ち看護師が取り組みの中心となり、その成果を実感できたが、それ以外の看護師はセミナーで得た知識を実践する機会が限られた。

関与した事例では、当初は変化が期待できないと考えていたが、実際にADL得点が改善した事例も複数あり、また得点の変化はなくても患者の表情の変化がみられたりするなど、関与の効果は大きかった。また、これまでの援助方法では、患者の潜在的な自立能力を見逃し、過剰な援助を行っていた事例もあり、リハビリにおける取り組みと病棟の看護ケアを連動させる重要性を認識でき、大きな学習成果があったといえよう。

<今後の課題>

B病院は、褥瘡や身体抑制というQIの対象となる事象はまったくなく、そのような状態を予防するケアの体制は確立しているといえてよい。しかし、ADLの自立に向けての取り組みは、対応が十分ではなかった。今回のターゲットADLへの取り組みがきっかけとなり、患者の日常に関心をもってケアを行うことで、慢性期医療にあるケアに対するあきらめというマイナスイメージを払拭でき、ケアに取り組む看護・介護職員のモチベーションの向上にもつながっていくことが期待できた。

なお、2病棟での取り組みの後、看護部長の判断で、関与した病棟以外の全ての病棟の看護師長を対象として説明会を行ったところで、関与期間は終了した。しかし、関与終了後に、看護師によりPTへ積極的に訓練内容の希望を伝える状況がみられた。

## ● 訪問調査事業：医療療養病棟における平成20年度の基準改定の適切性に関する調査

### 1. 方法

全日本病院協会よりご紹介いただき了承が得られた8病院に対して、6月初日~10月末日に、医療療養病棟に訪問し、当該病棟の医師・看護師にインタビューするとともに、該当患者の記録および状態を照合した。

### 2. 調査内容

#### ・QIについて

QIの算出方法と、値としての適切性、活用について確認

#### ・「治療・ケアの確認リスト」について

「はい、いいえ」の記載の適切性、および看護計画への記載や経過記録における記録の適切性

#### ・医療区分の基準変更について

基準が変更された「酸素療法」、「他者に対する暴行」、「うつ状態」の各医療区分

### 3. まとめ

QIは記載されていたが、定義の理解が不十分なため、正しく算出されていない場合があった。また、質の評価としてほとんど認識されていなかった。次に、確認リストについては、「あり」に対応したケアの内容が、看護計画や経過記録において明確に記載されてい

なかった。

医療区分の基準変更については、病院間や医師間で基準の解釈に幅があることが明らかになった。例えば、「酸素療法」は、毎月、酸素療法を必要とする病態かどうかの記録が求められているが、実際に記録が確認できたのは2病院のみであった。一方、「うつ症状」や「暴行」は、判断基準や治療・ケアの対応方法について不安があるため、該当する場合もチェックされていない可能性が示唆された。

● **総括：医療療養病棟におけるケアの質および記録についての課題**

- ・ 現状では QI、確認リストは診療報酬のために必要な書類の増加としてしか認識されておらず、質の評価・改善に結びついていない
- ・ モデル事業で行ったような看護・介護職員に対するケアの目的意識および看護計画・経過記録を改めることによって、質の向上に役立たせることができる
- ・ QI の値を病院単位で比較できるようにすれば、病院職員の質向上のモチベーションを高めるうえで役立つ可能性がある