

Ⅲ．全病院指標測定分析の特徴—5つの注目すべき指標—

全日本民医連のQI活動の参加病院は2010年の21病院から2016年の91病院へ、指標も2010年の21指標から2016年の全病院対象35指標、DPC対象26指標へと増加しました。民医連における医療の質に対する関心の広がりが見えます。また厚生労働省からも「着実にデータの集積と分析、発表による情報提供、ニュースレターによる情報発信など、団体の規模を活用した情報の共有が進んでいる」等と評価されています。

一方、指標数が増加するに従い集計し提出する労力も増えます。これらの指標は現場で集計している方々の多くの苦心に基づいて算出されています。せっかく集計したデータを提出するところまで満足せず、いかに活用するかが現在私たちに問われています。それが集計担当者の苦勞に報いることになるでしょう。

今回は指標の活用の意味や活用の仕方を念頭に5つの指標を振り返ります。

1. 指標 4 高齢者の内服定期薬剤7剤以上の割合

2016年から新たに採用された指標です。年1回の断面調査で処方状況を把握することが意図されています。本編の考察に述べられているように、他の集団の統計と比べると民医連は全体に処方薬剤数が多い傾向が際立っています。医療活動の特徴による影響は多少あるかもしれませんが、理論的にはいずれも低い値が望ましいと考えられます。

中には大変低い割合を達成している病院もあります。全体が高い傾向の中で特筆されることです。その病院の取組みを共有できれば、民医連全体の成績も改善するかもしれません。民医連で取組むことのメリットに病院間の交流もあります。全体集会での企画の提案などを寄せて頂くこともよいかもしれません。

採用したばかりの指標ですので、今後この指標がどのように推移していくか注目していく必要があります。

2. 指標 14 黄色ブドウ球菌検出患者の内のMRSA比率

院内感染で問題となる多剤耐性菌の代表であるMRSAの出現状況をみる指標です。感染管理のあり方を振り返るときに参考になります。

全国の中央値が60.3%ですので、多くの病院で検出されるブドウ球菌の大半がすでに耐性化していることがわかります。多くの地域ですでにMRSAは特別な存在ではないことが伺われます。現場に「慣れ」が生じていないか、も気になるところです。

全日本民医連のホームページから分析表をダウンロードできますので、培養件数とMRSA比率との関係や、病床数など病院属性とMRSA比率との関係なども検討できます。これらを踏まえて自院の特徴を考察してみてもよいでしょう。

3. 指標 24 ケアカンファレンス実施割合

この指標はチーム医療の本質である職種間の意思疎通の程度を知るために設けられています。カンファレンス記録を評価していますので、カルテにしっかりと参加者を含めて記載することが求められています。

記録は無いが日常会話で意思疎通をしているからよいという考えもあるかもしれません。逆に表面的にこの指標が高くても実質的な意見交換が伴っていなければなりません。治療プロセスの一環としてしっかりと話合いの場が設けられて

いるかどうか組織として重要という考え方が大事です。

参加者は医師、看護師以外のコメディカルはどの職種でもよいということになっています。想定されるのはMSW、薬剤師、栄養士、リハスタッフ等でしょうか。いずれも高齢患者にとっては大切な専門職です。それぞれの病院の特性に合わせたカンファレンスが設計されることが期待されます。

記録するというハードルがありますので、この指標が実態をもれなく反映しているかどうかについては疑問が残るという指摘はあるかもしれません。正確な算出は大切ですが、より本質的なことはカンファレンスの場をしっかりと作ることです。この指標を意識して院内の業務設計を行うことは意義があると考えます。これも全日本民医連のホームページから分析表を参照して自院の特徴を探ってみてはどうでしょうか。

4. 指標 42 高齢者の認知機能スクリーニングの実施

2014年から採用された指標です。認知症が一般臨床の様々な局面で問題となることを反映して採用されたものと思われます。

この指標はHDSRやMMSEなどを行った患者を数えています。すべての高齢者に自動的にこれらの評価を行うのが適切な医療・看護であるかには議論がありそうです。すなわち明らかに問題がない患者にも行うべきか、100%を目指すべきかという点で議論が分かれそうです。あるいはこれらの評価を行えば認知症を評価として必要十分かという指摘も出てきそうです。

どの程度の値が適切であるのかは、その病院の対象とする患者層によって異なるでしょう。認知症にどう向き合うかという病院レベルでの議論が前提として必要です。それを踏まえてそれぞれの病院にとって妥当な目標値を考察するのがよいと考えます。その際に、ここに集計したデータは一定の目安になると思われます。全日本民医連ホームページで病院の絞り込みができますので、自院と似た病院の傾向なども知ることができます。

スクリーニングの実施率が低すぎることは問題ですし、高い場合には業務の合理化という観点で業務を見直す契機になるかもしれません。これらの検討をするプロセスそのものが、認知症への対策を考察することに繋がるのではと期待します。

5. 指標 57 身体抑制

身体抑制をいつからいつまで行ったかを記録することは意外と難しいものです。実態通りに正確に記録されているかどうか、それを正確に拾い出し算出しているかなど手続き上の課題を抱えている病院は多いのではないのでしょうか。困難ではあっても身体抑制の記録は大切です。病院の医療安全や人権に関する姿勢の根本が問われています。正確な算出を目指し未長く工夫を重ねるべきと考えます。

前述しているように全日本民医連のホームページから各指標の分析表をダウンロードできます。抑制日数と抑制割合、検討回数と抑制割合との関係なども検討できます。さらに統計ソフトなどを使うと、全国の病院を絞り込み吟味することで、自院の傾向を立体的に理解することができるでしょう。

不必要な身体抑制を減らすことがこの指標算出の目的です。各病院でデータに基づく定期的な振り返りを確実に行うことが望ましいと思われます。