

III. 2020年全病院指標測定分析の特徴

はじめに

2020年度の参加病院は95病院、全指標数は61指標（共通項目含む）、全病院指標31指標、DPC指標30指標となっています。これらの中に厚労省共通指標21指標を含んでいます。

全病院指標は、DPC指標のように一度入力された診療報酬関連の情報を再利用するのではなく、個々の病院の担当者が計算する必要があるものです。この全病院指標はDPCに反映しない医療活動の側面を見ることができます。関連する複数の指標を他院のデータと比較しながら分析し、自院の医療活動の傾向を探ることは意義があります。

一方で、提出率の課題もあります。カルテを一つずつチェックしながら算出する指標もありますが多くの病院で提出してこそQI指標の有用性は高まります。それぞれの病院で、人員態勢など課題を抱えながら取り組まれていると思われます。データ収集の技能や分析手法の獲得は実務者にとって必要です。そのために全日本民医連QI委員会で企画しているQI推進士セミナー受講なども有効な手立てと思われます。

指標へのコメント

指標の定義に変更のあったいくつかの指標について簡単にコメントしたいと思います。

指標3 高齢者の内服定期薬剤6剤以上の割合

従来は内服定期薬7剤以上でしたが、今回から6剤以上に変更されました。そのため前年との比較は困難ですが、考察では厚労省の調査に比し民医連病院での処方数は多い傾向にあると指摘しています。中央値で65歳から74歳までが57%、75歳以上が59%であり、高齢者の半数以上の患者に6剤以上の内服薬を投与している病院が、半数以上に上るということになります。民医連ならではの何らかの傾向（バイアス）を考慮すべきと思われますが、医療の質の観点からそれぞれの病院で振り返る必要がありそうです。

指標5褥瘡発生率

考察では、従来から変更し褥瘡発生率の指標を一本化いたため、回答病院数は倍増したと指摘しています。それでも中央値は大きく動かなかったという点が興味深いと思われました。箱ひげ図の形も昨年と大きな変化がありません。民医連の病院群の傾向がよく反映しているのでしょうか。

散布図も示されていますが、延べ患者数が少ないと散布図で回帰直線より下に来る病院が多く、延べ患者が多いと回帰直線を上回る病院が増えている印象があります。急性期医療をどの程度行っているかといった医療活動が褥瘡発生に影響しているのかもしれません。

指標18リハビリテーション実施率

今回から新たに指標が追加され大幅に変更されています。

従来からのリハビリテーション実施率はアウトカム指標ですが、個々の医療機関にとってどの程度の値が望ましいのか判然としない側面があります。医療活動によっては実施率が少なくとも何ら問題がない病院もあることでしょう。

疾患別リハビリテーション総単位数を患者総数で割った

値は患者一人当たりの単位数の平均となります。また疾患別リハビリテーション総単位数を職員数で割った値はセラピスト一人当たりの単位数を示します。この二つの指標を組み合わせることで、個々の病院のリハビリテーションの提供状況を推測できる、すなわちプロセス指標として活用できると思われます。

患者当たりの単位数が少なく、セラピスト当たりの単位数が多いのは一人で多くの患者を抱える急性期病院の多忙なセラピストを想起させます。人を増やし患者当たりの単位数を増やすことでリハビリテーションの質を上げができるかもしれません。逆に患者当たりの単位数が多く、セラピスト当たりの単位数が少ない場合には、業務改善等を行うことで、それまで提供できていなかった患者にリハビリテーションを提供できるようになるかもしれません。自院のリハビリテーション提供プロセスを振り返る指標として活用されることが期待されます。

回復期リハビリテーションのFIMを在棟日数で割った値は、FIM効率と言われる値です。この値が高い程より効率的と言われますが、当然疾患の影響を受けます。それも含めて自院の傾向を民医連全体のデータの中で考察する一助になることが期待されます。

まとめ

今回は定義の変更のあったいくつかの指標を取り上げましたが、今年は新型コロナウィルス感染症の影響を忘れるわけにはいきません。

今回、新型コロナ感染症の影響に言及している考察がいくつありました。実際の医療活動に大きく影響があったことは多くの方が実感していることでしょう。コロナ病棟を作るなどして、医療提供の体制そのものを変更した病院もあることでしょう。患者数の減少が最も目につく影響ですが、QIにこれらの事態がどのように影響しているか興味深い課題です。

さらに2021年度の指標も参考にしながら考察されることを来します。