

療養病床から転換した介護老人保健施設における 医療サービスの給付調整について

第1 検討の背景

- 1 平成18年の医療制度改革において、患者の状態に即した適切なサービスを提供し、限られた医療保険・介護保険財政を効率的に活用するとともに、医師、看護師など限られた人材の効率的な活用を図るため、療養病床の再編成を行うこととした。
- 2 その受け皿のひとつである「療養病床から転換した介護老人保健施設」において必要となる医療サービスの介護報酬上の評価については、社会保障審議会介護給付費分科会において、現在、検討がなされている。
- 3 診療報酬においては、これまでの介護老人保健施設入所者よりも医療ニーズの高い者を受け入れる「療養病床から転換した介護老人保健施設」に対して、緊急対応的に医療提供が必要となる場合の医療サービスの在り方について、検討が求められている。

<参考>

社会保障審議会介護給付費分科会での主な意見

- ・ 「療養病床から転換した介護老人保健施設」には、これまで療養病床が担ってきた一般病床からの退院者の受け皿としての機能を果たすことが求められており、療養病床に入院していた者のうち、「一定の医療サービスを必要とするものの医療の必要性が比較的低く、状態が安定している者」の医療ニーズに適切に対応する必要がある。
- ・ ただし、「療養病床から転換した介護老人保健施設」の医師（基準上入所者100人に1人）が24時間365日対応することは不可能であり、常勤医がいない時間帯に他の保険医療機関の医師が提供する診療行為につき診療報酬上評価される仕組みが求められる。

第2 課題

- 1 「療養病床から転換した介護老人保健施設」において、新たに必要と見込まれる医療サービスのうち、例えば①平日昼間における医療ニーズの高まりへの対応、②夜間等の対応、③看取りへの対応については、介護報酬においてその評価を行うこととされている。
- 2 しかしながら、介護老人保健施設の常勤医師のいない時間帯において、外部の医師による医療サービスの提供を求められる場合も想定されることから、その場合の診療報酬上の評価の在り方について検討することとしてはどうか。

第3 現行の介護老人保健施設における医療サービスの給付調整について

- 1 介護老人保健施設には常勤医師が配置されているため、入所者の傷病等からみて必要な場合に限って、通院又は往診を行った場合に基本診療料や往診料を算定できることとなっている（併設医療機関を除く）。
- 2 また、往診等の際に保険医療機関の医師が行う処置等のうち、介護老人保健施設で通常行える範囲の処置等については診療報酬上評価がなされておらず、それ以外の処置等については、保険医療機関の医師が実施した場合に診療報酬上の評価を行っている。
(参考資料1頁)
- 3 平成18年度診療報酬改定においては、これら診療報酬上の評価を行っている処置等として、特に専門的な診断技術や機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に関する診療行為につき、拡大を行ったところ。

第4 論点

1 「療養病床から転換した介護老人保健施設」においては、これまでの介護老人保健施設と比べ、一部医療ニーズの高い入所者もいることが想定されることから、緊急時に専門的な診断技術が必要となる処置等について、医療機関の医師が行った場合に診療報酬上算定できる項目を見直すことを検討してはどうか。

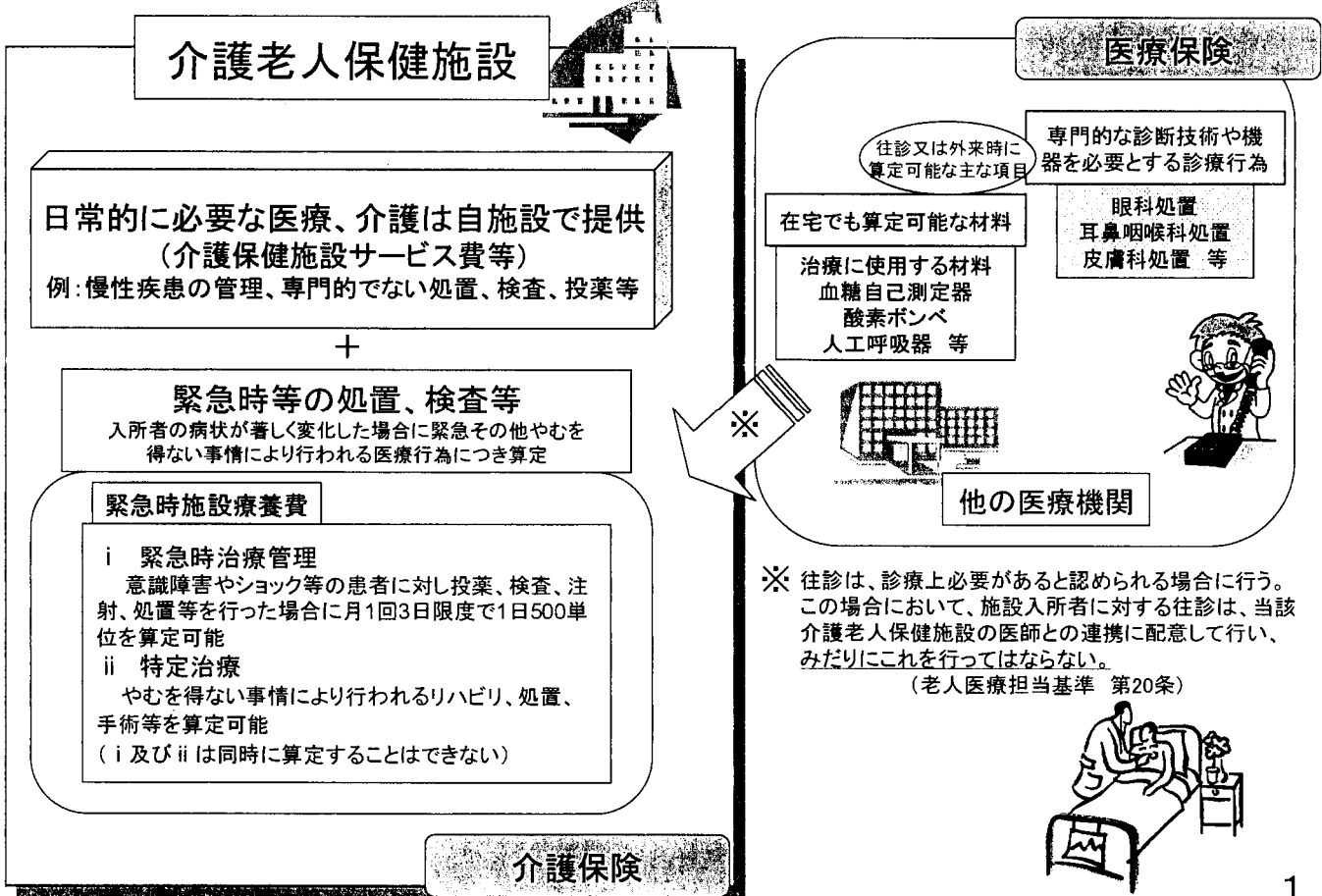
2 現在は、併設の保険医療機関の医師が往診したとしても診療報酬上で評価されていない。

しかしながら、「療養病床から転換した介護老人保健施設」においては、これまでの介護老人保健施設と比べ、急性増悪する患者も多くなると考えられることから、夜間又は休日に施設のオンコール医師が対応できず、医療機関の医師が診療した場合に、併設医療機関の医師であっても、診療報酬上評価することを検討してはどうか。(参考資料2頁)

療養病床が転換した介護老人保健施設における医療サービスの給付調整について

(参考資料)

介護老人保健施設で行われる診療行為について

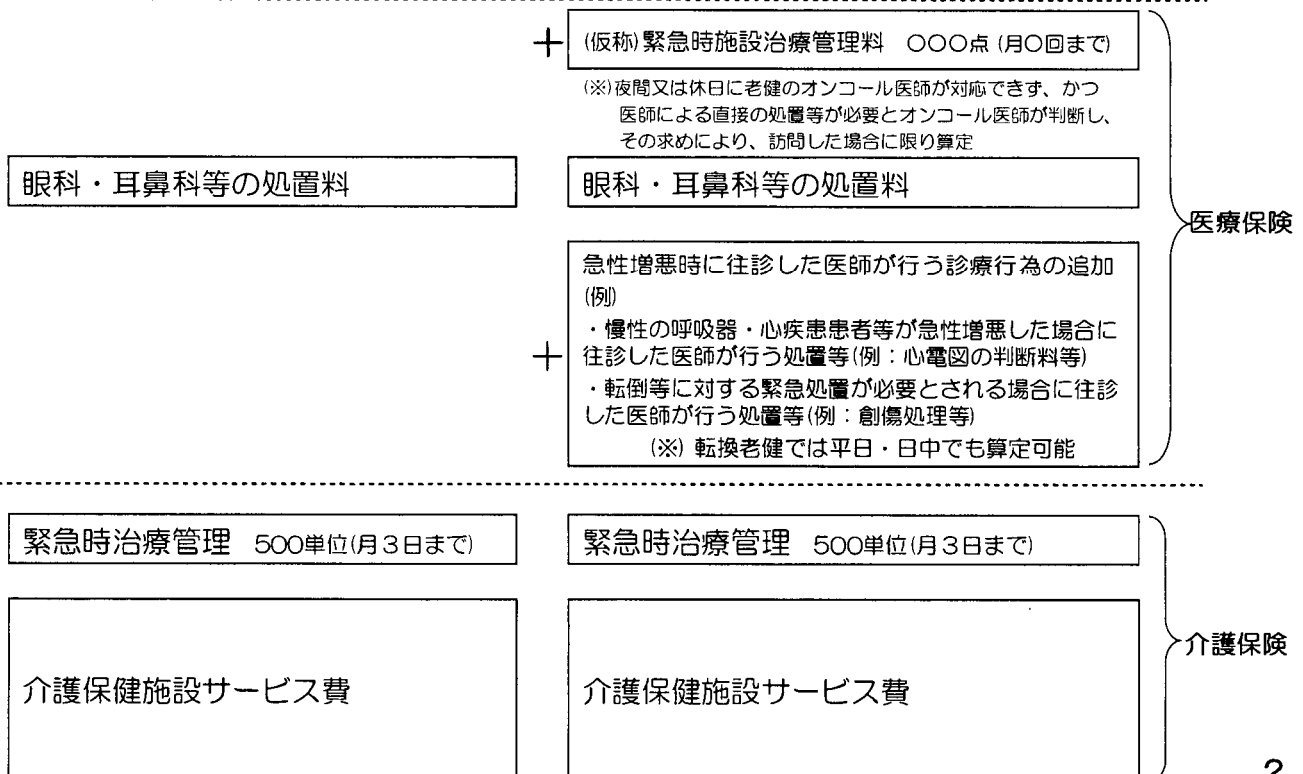


「療養病床から転換した介護老人保健施設」における医療サービスについて (案)

病院・診療所に併設した場合 (イメージ)

【現在】

【平成20年4月～】



(参考)

療養病床から転換した介護老人保健施設について

3

療養病床から転換した老人保健施設について

療養病床から転換した老人保健施設については、入所者に引き続き適切な医療サービスを提供する必要があることから、夜間等の医療体制や看取りへの対応体制を整える。

強化する医療サービス

(1) 夜間や休日(又は平日の日勤帯以外)に必要となる医療

- ・ 急性増悪時の対応(医師による状態の確認、指示の変更等や看護職員による状態の報告等)
(3夜間帯で約1.9人程度存在(60床当たり))
- ・ 日常的な医療処置(喀痰吸引、経管栄養)(1夜間帯で約20.6人程度存在(60床当たり))



老人保健施設の医師のオンコールや他の保険医療機関の医師による往診、看護職員の夜間配置によって対応を図る。

(2) 看取りに際して必要となる医療(療養病床の医療区分1・2の者にも看取りを必要とする者が、約1月で1.4人程度存在(60床当たり))

- ・ 医師による状態の確認、指示の変更、緊急かつ高度な医療処置
- ・ 看護職員による状態の観察、一般的な医療処置



看取りを必要とする者に、緊急的かつ高度な医療処置も含めた必要な医療サービスの提供がなされるよう、医師、看護職員、介護職員等による看取りの体制を整える。

既存の老人保健施設

夜間等の医療提供に係る評価

療養病床から転換した
老人保健施設

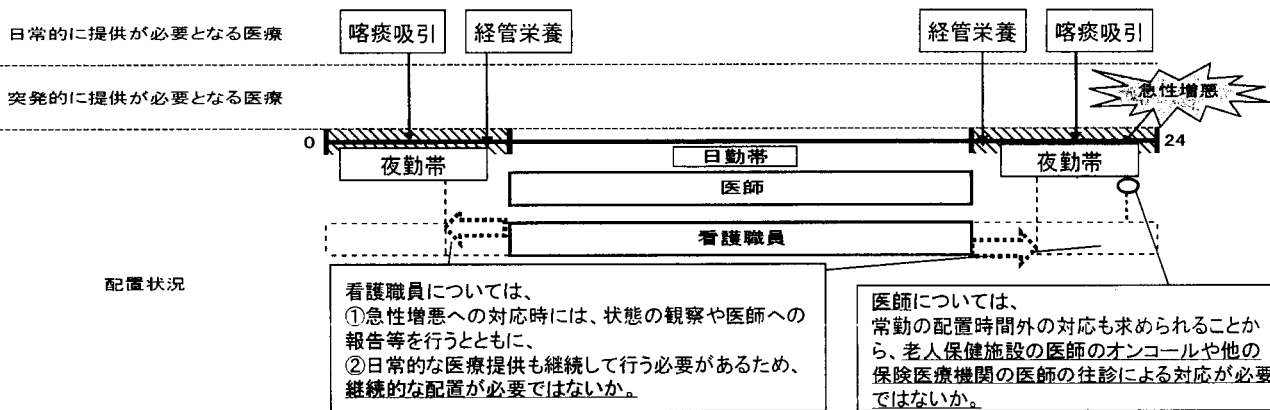
※療養病床より転換した老健施設には、既存の老健施設より高い医療ニーズを有する者が入所している。

看
取
り
に
係
る
評
価

4

療養病床を老人保健施設に転換する際に必要となる医療サービス

夜間や休日に必要となる医療

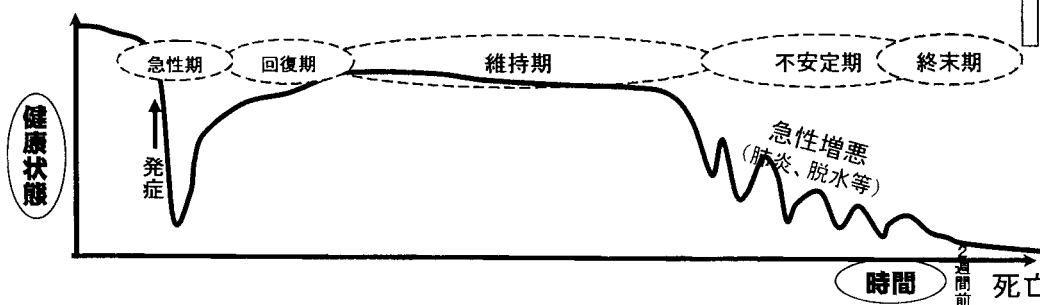


看取りに際して必要となる医療

○状態像の推移（脳血管疾患の場合のイメージ）

療養病床から転換した老人保健施設で必要となる医療サービスを提供できない場合、急性期病院への転院等が行われる可能性がある。

<死亡前2週間以内に実施された医療処置等>



- 酸素投与 (75.2%)
- 点滴 (73.5%)
- 喀痰吸引 (69.2%)
- レントゲン撮影 (51.4%)
- 採血 (51.0%)
- 膀胱カテーテル (43.2%)
- 経管栄養 (23.3%)
- 心臓マッサージ (18.9%)
- 昇圧剤投与 (13.4%)
- 中心静脈栄養 (9.6%)
- 等
- 医師の確認や指示変更等
- 看護職員による観察等

療養病床が転換した老人保健施設において提供される医療サービス及び対象者数の見込みについて

※算定方法については別添の通り。

	予想されるサービス内容	予想される対象者数 療養病床から転換した老人保健施設を定員60人とした場合の人数(医療区分1:47人、医療区分2:13人と仮定)
①夜間・休日の医師による医療提供	夜間・休日の急性増悪対応 (状態の確認、指示の変更等)	1.9人(3夜間当たり)
②夜間・休日の看護職員による医療提供	1)夜間・休日の急性増悪対応 (状態の観察、医師への報告等) 2)夜間・休日の日常的な医療処置(喀痰吸引、経管栄養)	
③看取り時における医療提供	<医師> ・状態の確認・指示の変更、緊急的かつ高度な医療処置 等 <看護職員> ・状態の観察、医師への報告、一般的な医療処置等	1.4人(1月当たり)

<前提>

- 療養病床が転換した老人保健施設においては、医療区分1の者の全て、及び医療区分2の者の3割が入所。
- 医療区分1:2:3の割合は、46:41:13(※「療養病床アンケート調査」(厚生労働省老健局平成19年3月)等より推計)
- 60床の規模の例では、医療区分1の者は47人、医療区分2の者は13人。

①夜間・休日の急性増悪による医療提供

(※1)	過去3日間において急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した
医療区分1に占める割合	2.9%
医療区分2に占める割合	8.7%

(60人定員の場合)
 医療区分1(47人)のうち:47人中1.4人
 医療区分2(13人)のうち:13人中1.1人 } 合計2.5人

- 夜間・休日の時間帯を以下の通り仮定。
- ・1週168時間(24時間×7日)一日勤時間40時間(8時間×5日)=128時間
- ・日勤帯以外の割合:128時間/168時間=76%(※)
- ・急性増悪が全時間帯に均一に発生するものとする、
2.5人×76%=1.9人(3夜間当たり)

(※1)出典:「平成18年度第7回診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会」平成19年3月14日資料(厚生労働省保険局)

②夜間・休日の日常的な医療処置

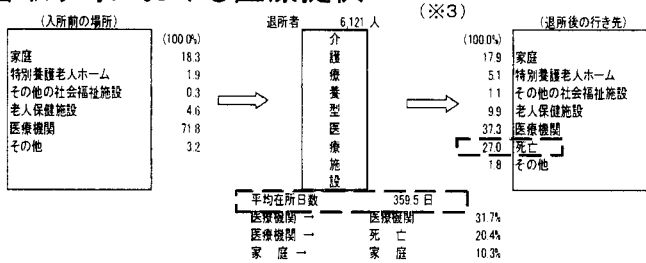
(※2)	喀痰吸引	経管栄養
医療区分1に占める割合	8.3%	17.9%
医療区分2に占める割合	30.2%	33.8%

(60人定員の場合)	喀痰吸引	経管栄養	合計
医療区分1(47人)のうち	3.9人	8.5人	12.4人
医療区分2(13人)のうち	3.9人	4.3人	8.2人
合計	7.8人	12.8人	20.6人

20.6人(1夜間当たり)

(※2)出典:「療養病床アンケート調査」(厚生労働省老健局 平成19年3月)より推計。(夜間の医療処置を喀痰吸引と経管栄養と仮定し、当該割合を合計した。)

③看取り時における医療提供

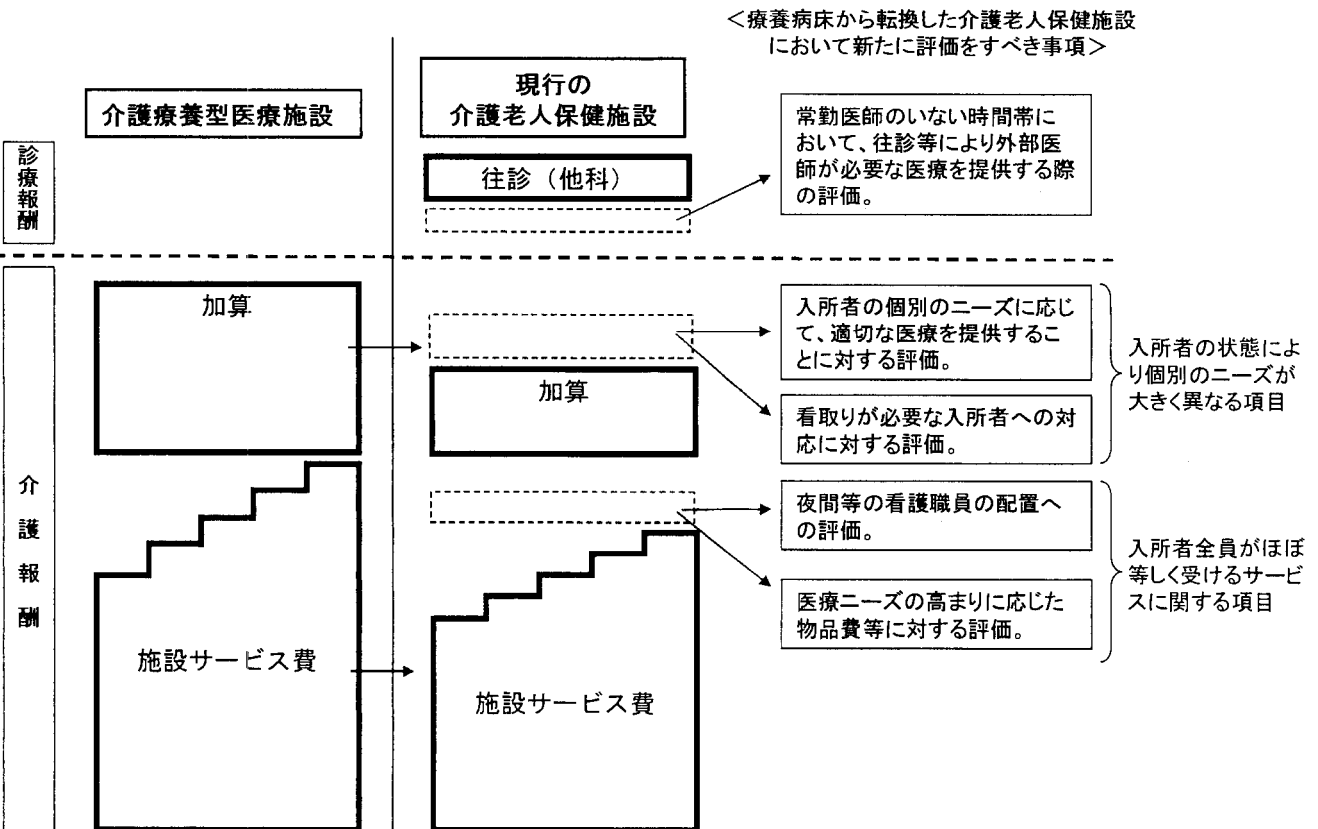


(※6)「平成15年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部、平成15年9月時点)より、1月当たりの死亡者数について推計。

- ①介護療養型医療施設の平均在所期間(359.5日)より、約1年で退所するものとし、1月当たりの退所者数を60人/12月=5人と仮定。
- ②そのうち死亡退所する者は27.0%より、1.4人(1月当たり)が死亡退所と算出。

(※3)出典:「平成15年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省老健局 平成15年9月)

療養病床から転換した介護老人保健施設に係る介護報酬・診療報酬上の評価



療養病棟入院基本料等について

第1 現状

- 1 平成18年度診療報酬改定において、療養病棟入院基本料等に医療の必要性による区分（以下「医療区分」という。）及びADLの状況による区分（以下「ADL区分」という。）が導入され、患者の病態特性に応じた点数設定が行われたところ。
- 2 医療区分等の妥当性及び医療療養病棟の役割については、診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価分科会に付託されて検討が行われ、「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」報告書（以下、単に「報告書」という。）として取りまとめられている。

第2 報告書の概要

- 1 患者1人1日当たり費用は、医療区分及びADL区分の順序と対応しており、患者分類は妥当である。（報告書7頁）
- 2 医療療養病棟全体で見た場合の費用と収入は、ほぼ釣り合っていたが、医療区分で見ると、今回の調査結果から算出された費用に比べ、点数の幅は広がっていた。（報告書6・25頁）
- 3 現行では、毎日医療区分及びADL区分の評価・記録を行う必要があるが、看護業務の軽減のため、評価・記録頻度の見直しを希望する医療機関が多かった。（報告書14頁）
- 4 医療区分の評価項目において、
 - (1) 医療区分3の「酸素療法」については、現在の規定を見直し、適切な要件とすること
 - (2) 医療区分2の「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、適切な治療ケアの方法が必ずしも実施されていない可能性もあること

等から、現在の規定を見直し、適切な要件とすること。また、「脱水」及び「嘔吐」については、「発熱を伴う脱水」及び「発熱の伴う嘔吐」へ見直すこと

との指摘があった。(報告書 23・24 頁)

- 5 医療区分 1 では、認知機能障害の有無によりケア時間及び費用に若干の差が認められたものの、医療区分 2 では両者に差が見られず、現在の認知機能障害加算の見直しが必要である。(報告書 24 頁)
- 6 入院時から継続的に医療療養病棟で実施されている医療の質を評価していくことが重要であり、今後はその取組を進めるための検討が必要である。(報告書 28 頁)

第 3 論点

- 1 看護業務の軽減のため、原則として患者病態の変化時に、医療区分及び A D L 区分の評価・記録を行うことを検討してはどうか。
- 2 医療区分の評価項目において、以下の点を検討してはどうか。
 - (1)「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載を求めること
 - (2)「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載することを要件とすること
 - (3)「脱水」及び「嘔吐」については、「発熱を伴う脱水」及び「発熱の伴う嘔吐」へ見直すこと
- 3 認知機能障害加算については、廃止の方向で検討してはどうか。
- 4 将来的に医療の質の評価を行うことを目的として、ケアの質を反映する褥瘡の発生割合や A D L の低下などを各病棟で継続的に測定・評価し、記録することを義務付けることを検討してはどうか。

- 5 条件が整えば退院することが可能と考えられる患者については、本人の同意のもとに退院支援計画を作成することや計画に基づき退院した場合について診療報酬上の評価を検討してはどうか。

療養病棟入院基本料等について (参考資料)

図表 1 医療区分、ADL区分における入院基本料（概要）

〔病 院〕

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 3	885点	1,344点	1,740点
ADL 2	764点	1,344点	1,740点
ADL 1	764点	1,220点	1,740点

入院基本料A：1,740点、入院基本料B：1,344点、
入院基本料C：1,220点、入院基本料D：885点、
入院基本料E：764点

入院基本料C（医療区分2、ADL区分1）の患者について、認知機能障害の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態である場合については、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算

〔有床診療所〕

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 3	602点	871点	975点
ADL 2	520点	871点	975点
ADL 1	520点	764点	975点

入院基本料A：975点、入院基本料B：871点、
入院基本料C：764点、入院基本料D：602点、
入院基本料E：520点

入院基本料C（医療区分2、ADL区分1）の患者について、認知機能障害の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態である場合については、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算

図表 2 医療区分について（概要）

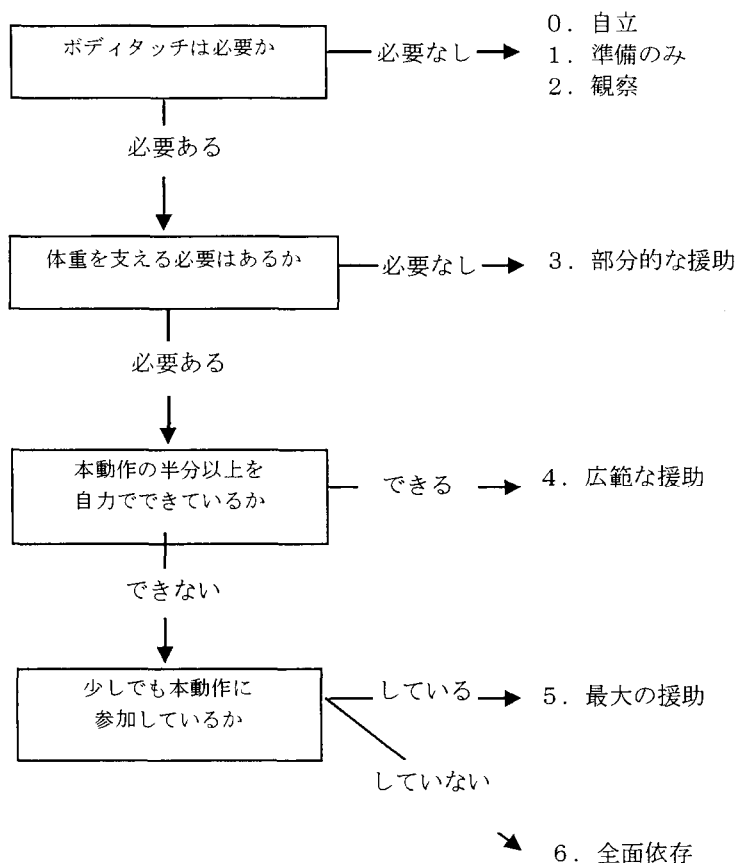
<p>医療区分 3</p>	<p>【疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ スモン <p>【状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師及び看護職員による常時監視及び管理 ・ 中心静脈栄養 ・ 24時間持続点滴 ・ 人工呼吸器使用 ・ ドレーン法又は胸腔若しくは胸腹洗浄 ・ 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う場合） ・ 酸素療法 ・ 感染隔離室での管理
<p>医療区分 2</p>	<p>【疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 筋ジストロフィー症 ・ 多発性硬化症 ・ 筋萎縮性側索硬化症 ・ パーキンソン病関連疾患 ・ その他の難病（スモンを除く） ・ 脊髄損傷（頸椎損傷による四肢麻痺） ・ 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度） ・ 悪性腫瘍（疼痛コントロールが必要な場合） <p>【状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎 ・ 尿路感染症 ・ リハビリテーションが必要な疾患（発症から30日以内） ・ 脱水 ・ 消化管等からの反復継続する出血 ・ 頻回の嘔吐 ・ 褥瘡（皮膚層の部分的喪失又は褥瘡が2箇所以上の場合） ・ 末梢循環障害による下肢末端の開放創 ・ せん妄 ・ うつ症状 ・ 他者に対する毎日の暴行 ・ 人工腎臓 ・ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う場合） ・ 喀痰吸引（1日8回以上） ・ 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く） ・ 頻回の血糖検査 ・ 創傷等
<p>医療区分 1</p>	<p>医療区分 2・3に該当しない者</p>

図表3 ADL区分について

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目（a.～d.）に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 （上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える（移乗は除く）	
(合計点)		

0 自立 : 手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ : 物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助 : 動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存 : まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



ADL得点が	0点～10点＝「ADL区分1」
ADL得点が	11点～22点＝「ADL区分2」
ADL得点が	23点～24点＝「ADL区分3」

図表 4 認知機能障害評価

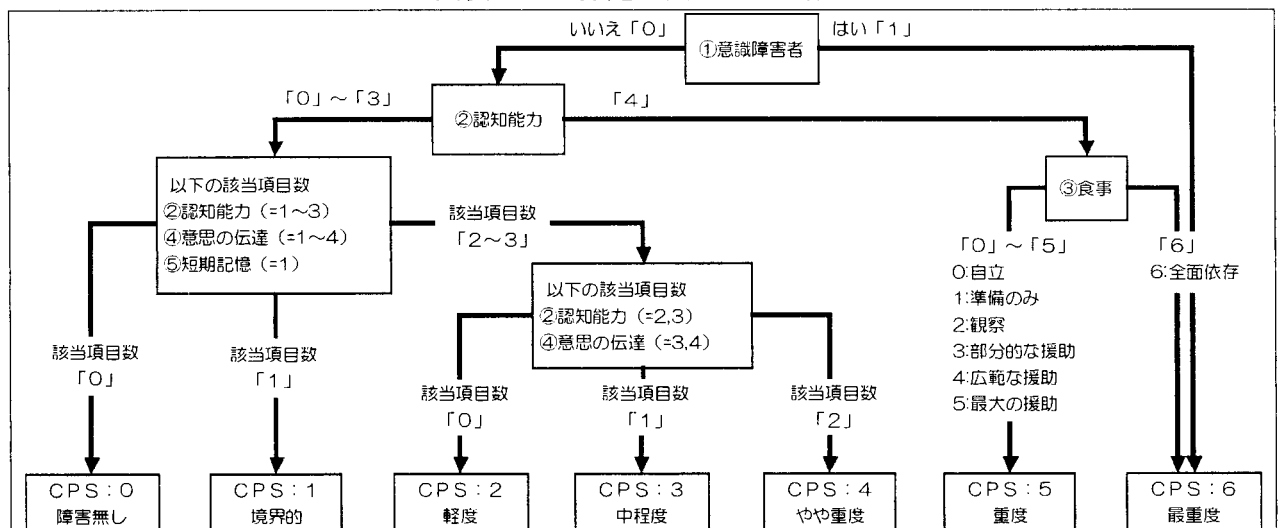
「認知機能障害」を分類する指標としては、CPS (Cognitive Performance Scale) を使い、下記のチャートに従って、「0 (障害なし～6 (最重度)」の7段階に分類する。CPS 3以上で、認知機能障害「あり」の状態と判定する。

なお、「認知機能障害」の加算は、「医療区分2」で「ADL区分1」の場合のみ、対象となる。

下記のフローチャートに従って、CPS得点を算出する。

(CPS算定方法は、「急性期以外の入院患者の支払いに関する調査研究」健康保険組合連合会、平成16年の方式を使用)

図表 CPS算定方法(0～6段階)



【判定項目】

- ①意識障害者 (JCS II-3以上またはGCS 8点以下の状態、無動症の状態。)
 - 0. いいえ / 1. はい
- ②認知能力 (毎日の日課における意思決定。)
 - 0. 自立 / 1. 限定的な自立 / 2. 軽度の障害 / 3. 中程度の障害 / 4. 重度の障害
- ③食事 (どのように食べたり、飲んだりするか。)
 - 0. 自立 / 1. 準備のみ / 2. 観察 / 3. 部分的な援助 / 4. 広範な援助 / 5. 最大の援助 / 6. 全面依存
- ④意思の伝達 (自分を理解させることができる。)
 - 0. 理解させることができる / 1. 通常は理解させることができる / 2. しばしば理解させることができる / 3. 時々理解させることができる / 4. ほとんどまたはまったく理解させることができない
- ⑤短期記憶 (5分前のことが思い出せる。)
 - 0. はい / 1. いいえ

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 Q I) を試行的に算出し、年度比較を行った。

1. Q I 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. Q I の手法と目的

Q I 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、その状態が起こ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。Q I 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 Q I 算出の目的は、施設間や病棟間の質を比較することではなく、包括評価導入前後の質の変化をみることが目的であるので、全体平均を提示した。

今回用いた Q I 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 Q I 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 Q I 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 Q I 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 Q I 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 Q I 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。

まず分母の患者数について、年度間で大きな差がみられたのは、「褥瘡ローリスク」と、「ADLの低下①」および「ADLの低下②」であった。これらの分母の患者数が減少しているということは、除外される褥瘡ハイリスク、昏睡、末期、緩和ケアの患者数が、平成17年度に比べて平成18年度では増加していることを意味している。これは医療療養病床に以前より状態の重い患者が入院していることの傍証となろう。

図表2 平成18年度患者特性調査Q I 算出結果²

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	25%分位点	75%分位点
痛み	39	1,725	8.1%	7.4%	0.0%	35.0%	3.3%	10.5%
褥瘡ハイリスク	34	1,231	19.9%	10.9%	0.0%	41.4%	13.0%	25.0%
褥瘡ローリスク	22	370	2.9%	4.7%	0.0%	15.4%	0.0%	6.7%
身体抑制	38	1,725	30.0%	22.5%	0.0%	95.5%	11.8%	43.1%
留置カテーテル	39	1,725	12.6%	13.2%	0.0%	58.8%	1.3%	18.4%
尿路感染	39	1,725	8.0%	13.9%	0.0%	80.9%	0.0%	11.1%
ADLの低下①	30	961	9.9%	8.8%	0.0%	36.4%	4.3%	14.3%
ADLの低下②	16	274	11.4%	10.8%	0.0%	33.3%	2.5%	19.4%

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	25%分位点	75%分位点
痛み	39	1,799	8.4%	7.5%	0.0%	26.1%	2.9%	11.6%
褥瘡ハイリスク	31	1,103	15.8%	11.4%	0.0%	44.4%	7.1%	24.4%
褥瘡ローリスク	28	564	2.1%	3.3%	0.0%	10.8%	0.0%	4.4%
身体抑制	39	1,799	31.6%	24.4%	0.0%	95.3%	10.5%	50.0%
留置カテーテル	39	1,799	9.3%	8.8%	0.0%	34.8%	2.2%	14.3%
尿路感染	39	1,799	3.5%	3.9%	0.0%	16.7%	0.0%	5.3%
ADLの低下①	29	1,448	8.6%	8.3%	0.0%	29.0%	0.0%	13.6%
ADLの低下②	18	685	5.9%	7.6%	0.0%	23.1%	0.0%	8.3%

² ※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。

次に、平成17年度と18年度のQ1の平均値を比較すると、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いった。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75%分位点を越えている場合については、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。なお、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	8.6%	9.9%
ADLの低下②	5.9%	11.4%