

Ⅳ．2017年DPC指標測定分析の特徴

1.はじめに

2017年のQI事業では、DPC対象病院35、準備病院+データ提出病院18の計53病院が参加しており、2016年からは6病院の増加となっています。

DPC支払い制度ではその当初より、人員配置等の要件から機能評価係数Ⅰを、病名・請求の視点からの医療行為や在院日数の視点からDPCの機能評価係数Ⅱを定め、それを支払制度に反映してきました。2018年度からは医療・看護必要度ⅡをDPCデータを用いて算出するようになりました。更なるデータの精緻化が医療経営の視点からも高まってきています。

2.各指標の評価

DPC指標は前述のように、機能評価係数や診療報酬上の加算に係わるものが含まれます。言わば、診療の質が診療報酬に反映されていると言えます。指標2では、DPCにおける入院期間管理を評価しています。指標2Bは期間の設定が2016年度より変更となったことから経年的な比較はできませんが、指標2A>50%かつ入院数増加で、指標2Bも全DPC病院の標準よりかなり低くなっており、民医連DPC参加病院の入院退院管理が適切に行われていることを表しています。指標54:退院支援加算では診療報酬上のインセンティブを反映して数値が大きく上がっています。民医連DPC参加病院では診療報酬と関連した質管理は一定対応できていると言えます。

請求と関連した医療行為からは、いわゆる標準的治療の実施状況が評価可能です。指標38～40は乳がん関連の指標で、症例数が多いほど良好な傾向が見られます。施設認定との関連が伺われますが、施設認定と医療の質がマッチしていると言えるでしょう。指標43:市中肺炎では、血液培養の実施率は症例数の多い病院の方が良好な結果が出ています。急性期病院、教育病院としての機能が関連しているかも知れません。尿中抗原の実施率はばらつきが大きく、誤嚥性肺炎や、市中から入院する医療関連肺炎が影響している可能性があります。

一方、一般的な疾患で症例数も一定あるにもかかわらず、指標の改善が不十分なものもあります。指標47:重症肺炎に対する早期経腸栄養の開始は全国的なデータと比較して著しく低いと言わざるを得ません。ガイドラインにおいて、直接的な治療と比較して疾患管理対しての認識が低いのかも知れません。指標48急性胆嚢炎のUS施行割合でも同様のことが言えます。指標19:血液培養の2セット割合や指標20VCMのTDM実施割合は全体的には改善が見られていますが、指標値の低い病院での改善があまり大きくないことが気になります。クリニカルパスなどを用いた標準化が難しい分野ではありますが、意識改革が容易ではないことが伺われます。

その他、特徴的なものとしては、指標23:薬剤師介入までの日数では、二分化されてきた傾向が見られます。2日以内の群はいわゆる急性期病棟、一方回復期・慢性期では10日以上が増加して来ています。病床機能が端的に表れているものでしょう。

データの精度が大きく影響しているのが、以前より指摘している指標18:CAUTIです。報告数は増加していますが、データ精度の改善を表しているだけであり、まだまだ感染対策のパフォーマンスを評価できるところまでは至っていません。また、前述の指標47:急性肺炎の早期経腸栄養開始も、経腸栄養の実施が、鼻腔栄養のオーダとして反映されているか、確認が必要です。

3.おわりに

症例の少ない疾患や複合した要因のあるアウトカム指標は経年的評価や、施設間の評価は困難です。可能であれば標準化が望まれますが、これも症例数が少なければ不可能です。しかし、各病院内で、関連するデータを収集し、これらの指標を評価することは重要です。是非ともアウトカム指標に関してはそのようなロジックを構築されることを望みます。

DPCデータから導かれる指標であっても、コーディングをはじめとする様々なバイアスが存在することは明らかです。最初に述べたように診療報酬に直結することもあり、出来る限りの精緻化がこれまで以上に求められる医療情勢と言えます。また、加算として診療報酬に反映されたものも、質評価として監視することが重要でしょう。