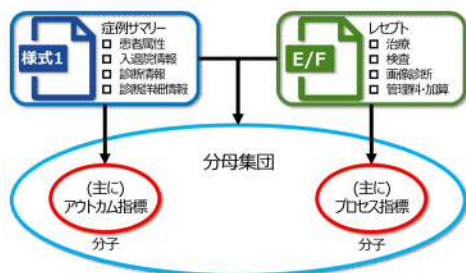


IV. DPC指標測定分析の特徴

1. DPCデータを用いたQI指標(DPC指標)の特徴

QI指標として用いられるDPCデータは①様式1ファイル②EFファイルであり、①は一入院における症例サマリーで主にアウトカム指標として、②はその請求情報で主にプロセス指標として用いられます。また、分母のフィルタリングに頻繁に用いられるのがコーディングデータです。

従って、コーディングの精度が指標精度に直接的な影響を与えます。また、行った医療行為が適切に請求情報に反映されていることも重要です。DPCデータの作成は今日では医療と切り離せないものになっており、その精度を高めることがQI活動では必須です。



また、ここ数年の特徴として、医療の質を診療報酬に反映する目的で、指導料・管理料・加算が設定される傾向が強まってきており、これらの算定の段階で、医療の質を構成するストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標が包含されるようになってきています。

DPCデータはすべての医療機関に対して標準化されたものであり、そこから算出されるQI指標の定義は各病院団体等で統一される傾向が強まってきています。全日本民医連でも、それらに準拠する方向性であり、したがって指標定義の変更が行われたものが少なくありません。さらには前述のように加算等についてはその算出要件は診療報酬改定毎に変更が加えられており、経年比較が困難なものも少なくありません。

2. 2021年DPC指標

1) 指標1：DPC 病院の在院日数(全国平均以内の割合)

昨年に引き続き、COVID-19の影響下での変化としては、①退院症例数の減少(-4.56%)が顕著、②中央値は上昇しているが病院間のばらつきが目立っている、ことが伺えます。

COVID-19患者の受け入れで一般入院病床が減少した度合いと、一般入院患者の入院圧力との関係で、各病院間で差異が見られていると思われる。

2) 指標8：中心静脈カテーテル挿入時の合併症の割合

発生頻度が非常に少なく比較が困難な指標であり、また、CVC挿入に関する有害事象の一面のみを捉えており、算出が終了しますが、各病院では今後もフォローが必要でしょう。

3) 指標16：塩酸バンコマイシンの血中濃度

指標定義上、月跨ぎの算出が漏れる場合がありますが、算出されていない理由(管理料算定漏れ・長期投与で安定している場合等)の確認が必要です。

4) 指標17：血液培養の実施

17A：広域抗菌薬投与開始時の血液培養実施では、治療開始時と抗菌薬変更時とは血液培養採取の目的が異なり、指標設計は後者を意識したものなり、DPCデータでの算出では困難な場合があり得ることを理解したうえで、詳細な投与と採取状況を自院の感染対策で把握しておくことが望ましいと考えます。

17A：2セット採取率は多くの病院で高値が維持できています。

5) 指標20：薬剤師介入までの日数・指標21：薬剤管理指導実施率

入院医療における薬剤師の役割の評価が高まってきている中で、日数の短縮、実施率の向上が進んできていることが伺われます。一方、病床の属性によってこれらの指標値が影響を受けるため、一律な評価は困難です。

6) 指標22：栄養管理実施率

実施率は全体に低下しています。COVID-19による入院患者の変化の影響があるのかも知れません。

7) 指標25・26：再入院

再入院には様々な要因があり、それが前回入院時の医療の質の課題なのかどうかの評価を自院で行う必要があります。他院入院

例は指標値に影響しませんが、同様にとらえる必要があるでしょう。

8) 指標27：手術時大量輸血

全体に低値でありかつ昨年よりも改善が見られます。手術症例数の変化は少ないため、手術管理の向上が伺われます。

9) 指標31：手術時肺塞栓予防

全体に高値が維持できており、ガイドライン順守が進んでいると思われます。一方で発生数は非常に少なくアウトカムとしての評価は困難です。

10) 指標32：急性脳梗塞発症から3日以内のリハビリテーション開始割合

分母規模の大きい病院が高値であり、経年的にも安定していると思われる。ストラクチャーの影響が大きいと考えます。

11) 指標35：Door-to-Balloon<90

急性冠疾患治療の総合体制のアウトカムを表した指標ですが、ショック症例などの患者要件に左右されるため、指標算出は終了となります。

12) 指標36：センチネルリンパ節生検実施率

同手技は加算対象で施設要件を加味しており、手技実施が算定と結びついていない場合と、分母の除外要件と分子の実施要件との乖離があるため、乳がん診療の質の評価は困難です。

13) 指標43：市中肺炎の治療

43C：当日の投与は高値が維持できています。ガイドライン推奨の4時間以内の投与はDPCデータでは評価が困難であり、自院で検討いただく必要があります。

43D：抗緑膿菌薬の投与はあまり変化は見られません。患者状況により医療関連肺炎との区別が明確でなくなっていることがあり、地域要因が大きいかもしれません。また、誤嚥性肺炎とのコーディング精度の影響も危惧されます。

14) 指標44：院内肺炎の治療

44A：抗菌薬投与日数、44B：治癒軽快割合、ともに院内肺炎の治療の指標ではなく、評価は困難です。

15) 指標45：急性心不全におけるリスク調整院内死亡率

半数以上に改善が見られています。多職種協働が求められる分野であり、死亡率の高い病院では要因の精査が必要です。

16) 指標46：急性膵炎 2日以内の造影CT撮影

多くの病院で実施率の低下が見られます。夜間・休日に造影CTが実施できない等のストラクチャーの影響もあるかもしれませんが、造影CT Gradeによる重症度評価は不可欠であり、改善のための要因分析が必要です。

17) 指標48：急性胆嚢炎 2日以内の超音波検査

経年的には病院間のばらつきが大きく、中央値は低下しています。ガイドラインでは、超音波検査は安価、非侵襲的、高い診断能から最も優れているとされていますが、臨床現場の問題からCTが選択されている状況と察します。

18) 指標50：ハイリスク分娩

分母の減少は全体的に見られており、出生数低下の影響が表れています。ハイリスク分娩割合は経年的なばらつきがあり評価が困難です。

19) 指標51：小児の時間外医療

実数には変化は見られませんが、割合は低下が見られており、好ましい傾向と思われます。

指標52：退院支援計画作成

全体に大きな変化は見られていません。コロナ禍の影響で要件を満たすことが困難であった可能性を考えると努力の結果が見られると思います。一方、病院間の差に与える要因の分析が必要です。

20) 指標56：地域連携バス

算出方法が変わっており、経年比較はできませんが、実情にそった算出方法になっていると思います。対象患者の属性を把握し、必要な算定が行われているかどうかご確認ください。

3. まとめ

冒頭で述べたように、算定要件が年々複雑化してきており、指標に影響を与える要因分析も複雑になっています。また、ガイドラインへの準拠の評価も、単一の医療行為の測定のみでなく、「バンドル」としての実施が求められるものも増えてきています。自院での要因分析においては、これらの評価には労力が求められることとなりますが、必要なものに関しては計画的に分析を進めていただく必要があります。