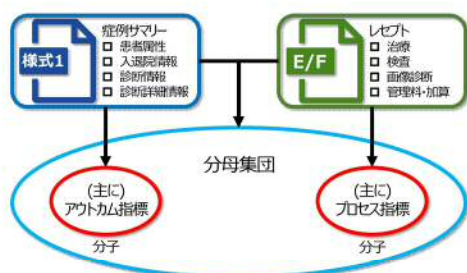


IV. DPC指標測定分析の特徴

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かも重要です。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。



DPCデータから算出される指標の構造

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で考えており、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. 2022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)

第6波、第7波の期間の退院数が減少しており、コロナ禍における病床確保によりベッドコントロールが難渋していることが想像されます。

2) 指標16：塩酸バンコマイシンの血中濃度

月跨ぎの算出が漏れる、指導料と薬剤がDPCファイル上は結び付いていない、算定漏れ等、DPCデータによる算出は近似的であることの認識が必要です。自院では要管理薬剤としてTDMが要求される薬剤の使用プロセスのフォローが必要でしょう。指標自体は高値で安定しています。

3) 指標17：血液培養の実施

17A：経験的治療時と標的治療時の血液培養の必要性は大きく変わりますので、指標設計としては不十分である指標です。重要なプロセスですので、広域抗菌薬の投与についてはきっちりとフォローできることが重要です。

17B：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ので終了指標とします。

4) 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

病棟薬剤師業務が複雑化し、指導料算定までの日数のが薬剤師介入までの日数とは言えなくなってきています。薬剤師業務の評価方法を自院で設定し評価する必要があります。中止指標とします。

5) 指標22：栄養管理実施率

一昨年は指標値が低下しましたが、昨年は更なる低下は見られませんでした。

6) 指標25・26：再入院

当指標は、再入院要請時に入院が出来ずに他院に入院した場合は算出できないため、コロナ禍でベッドコントロールに難渋している場合は見た目上の指標値の改善があり得ますので注意が必要です。

7) 指標31：手術時肺塞栓予防

手術症例の選択のための外保連マスタの使用ができないため算出が困難であり中止指標となります。31Aは高値を維持できています。31Bがアウトカムになりますが、小規模が小さく評価できません。

8) 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

昨年と変わらず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ます。ストラクチャーの影響が大きいと考えます。

9) 指標36：センチネルリンパ節生検実施率

対象となる医療機関が少なく測定中止とします。

10) 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増加しています。コロナ禍の影響、コーディング精度の問題等、自院で検討が必要です。

11) 指標44：院内肺炎の治療

指標の定義が院内肺炎の治療プロセスを表しておらず、中止します。

12) 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。

13) 指標46：急性膵炎 2日以内の造影CT撮影

指標値の低下によりやく歯止めがかかった状況です。必要性は理解しているが造影を行うハードルが高い状況があると思われる。

14) 指標48：急性胆嚢炎 2日以内の超音波検査

USは施行者の技術に左右されることや情報の再現性の問題からCTが選択される傾向にあるようですが、指標値の改善が見られており、ガイドラインの推奨度への認識が深まったと言えます。

15) 指標50：ハイリスク分娩

指標値としての評価は困難ですが、データソースとして活用します。

16) 指標51：小児の時間外医療

時間外入院を受け入れる機能の評価と時間外入院を減らす活動の評価の両面性を持ち、評価が困難な指標です。データソースとして持つことが良いのかも知れません。

17) 指標52：退院支援計画作成

中央値としてはやや改善が見られています。病院間の値の差が、プロセスの差なのか、加算の算定の差なのか、区別が必要でしょう。

18) 指標56：地域連携バス

算定要件が変更になり、多くの病院で算定がすすんでいます。プロセスが改善されたのか算定要件の影響かははっきりしませんが、大半の病院で改善していることから要件変更の影響でしょう。

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。

DPCから算定される指標も一定の整理が進んでいます。DPCでは算定が実は困難である指標がいくつかありますが、自院での測定を検討してみることも必要かも知れません。

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。