

# 診療プロセスの可視化

## ここからエクセルです Pivot(軸転換)は便利です

Excel ピボットテーブル

行為区分	行為分類1	手術相対日							
		-1	0	1	2	3	4	5	6
注射	輸液	2	41	37					
	抗菌薬	2	41	4	3				
検査	採血	5	8	41	3	2	1		
画像	画像	2	3	2	1				
食事	食事	37		41	41	39	37	6	1

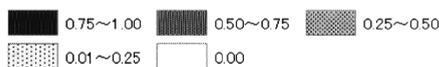
診療行為別・日別の患者数

行為区分	行為分類1	手術相対日							
		-1	0	1	2	3	4	5	6
注射	輸液	0.05	1.00	0.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	抗菌薬	0.05	1.00	0.10	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00
検査	採血	0.12	0.20	1.00	0.07	0.05	0.02	0.00	0.00
画像	画像	0.05	0.07	0.05	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00
食事	食事	0.90	0.00	1.00	1.00	0.95	0.90	0.15	0.02

診療行為実施割合へ変換

行為区分	行為分類1	手術相対日							
		-1	0	1	2	3	4	5	6
注射	輸液	■	■	■	□	□	□	□	□
	抗菌薬	■	■	■	■	□	□	□	□
検査	採血	■	■	■	■	■	■	□	□
画像	画像	■	■	■	■	□	□	□	□
食事	食事	■	□	■	■	■	■	■	■

色で視覚化



29

## 演習； まとめ

- E,Fファイルから時系列に診療行為を捉えることができる
- 変数名称を各年度毎に統一すれば、年度別の時系列分析が可能になる(前出)
  - クエリ文の年度を置換すればいいだけ (テキスト上)
  - H21→H20 →H19 →H18
- しかし年度毎に診療行為や使用医薬品の変更はあるので、これらマスタを一元管理する必要がある
- DPCデータの基本構造を理解し、分析スキルを身につけることで、誰でも、医療の質向上を支援する貴重な資料を作成することができる
- DPCは医療情報の標準化であるという意味
  - 皆の医療の質の向上につながるようなオリジナルな分析を、皆が共有・分析できるということ
- 自分でやってみようという気持ちが大切！
  - 人任せでは問題点分からない、任せられた人はあなた方のしてほしいことがわかりにくい、時間・コストがかかる・・・

30  
329

## DPCとCP

小林美亜<sup>1)</sup>、池田俊也<sup>2)</sup>  
 1) 国立病院機構本部総合研究センター 診療情報分析部  
 2) 国際医療福祉大学

## CPの定義(米国)

DRGが決めている入院期間内で標準的な結果を得るために、患者に対して最も関わる医師および看護職が行うべき手順と時間のリスト  
 (McKenzieら, 1989)

特定の診断名を有する患者が達成すべき成果のための医療チームの資源投入の集積であり、事前に定められた時間枠を持つ  
 (Goodwin, 1992)

医療チームが共同で作成した、患者の最良のマネジメントと信じた仮説  
 (Spath, 1994)

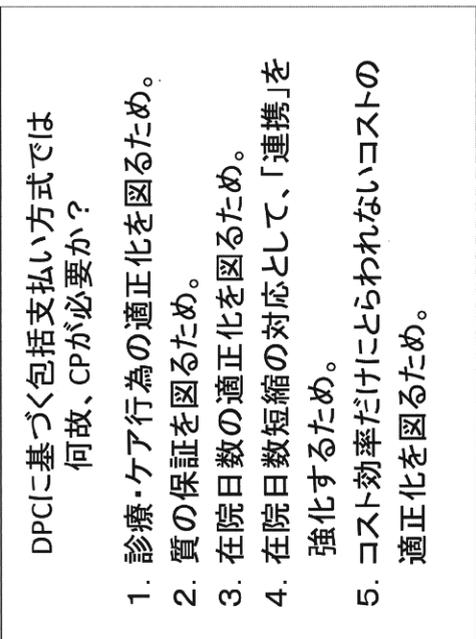
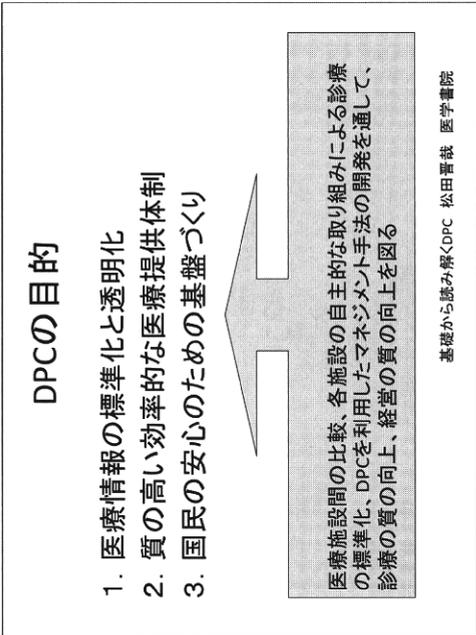
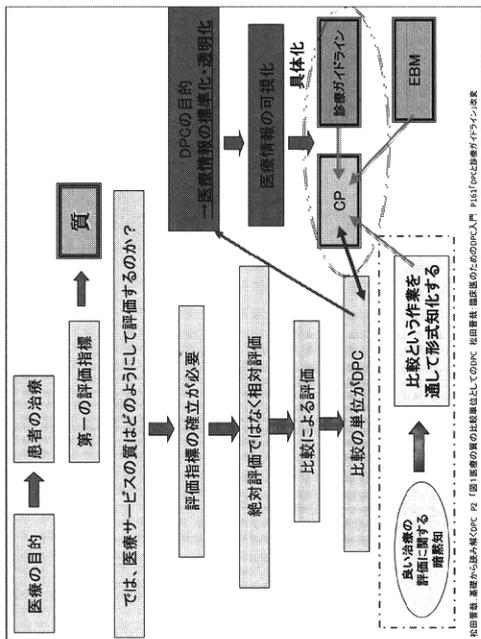
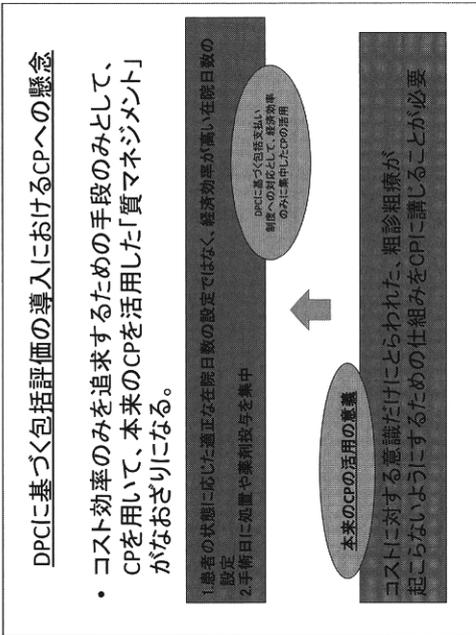
患者の達成目標を明確化し、効率的に目標を達成するための各職種の実践的行動の理想的な手順とタイミングを示した、マネジメント・プラン  
 (Pearson, 1995)

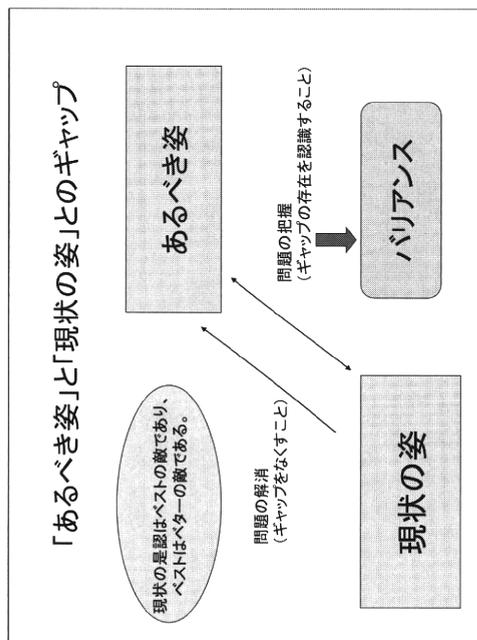
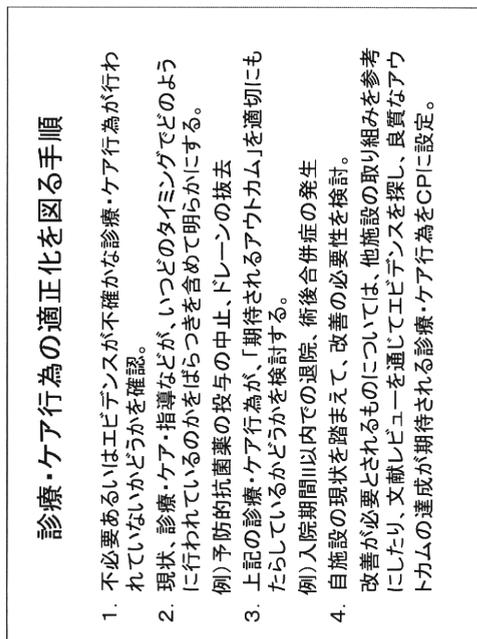
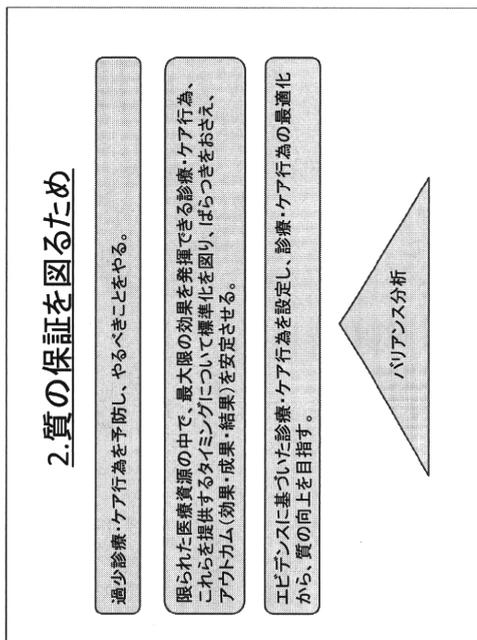
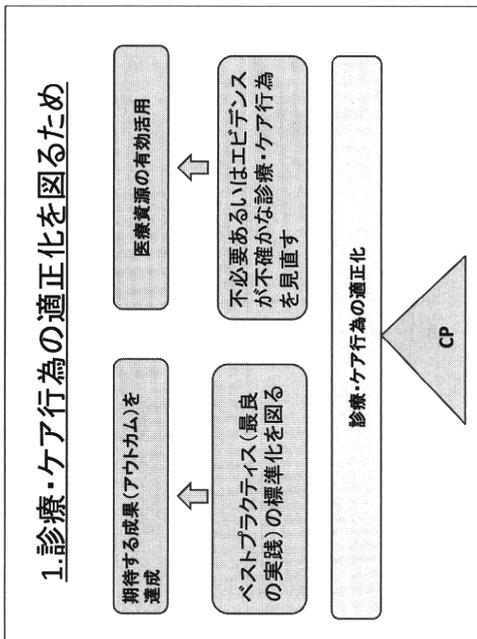
## CP(パス)とは？

- CP(パス)は、ある種の疾患をもつ患者に対する治療・検査・ケア・処置・指導などの内容やタイミング、患者の状態などを時間軸に沿ってまとめたもの。
- クリティカルパス、クリニカルパス、クリパス、ケアマップ、など、さまざまな呼称がある。
- 工程管理技法から派生・発展

## CPの意義

- 業務の可視化と、標準化
- 業務の可視化⇒医療者同士、患者、事務職との情報の共有と連携
- 標準化・最適化⇒仕事のばらつき削減と効率化、不具合の解消、質保証、医療費適正化





### バリアンスとは？

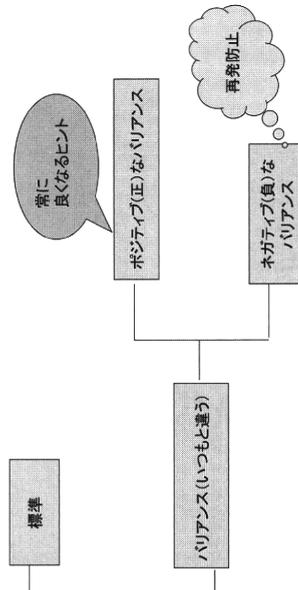
- 予測した時間の枠で期待される成果を達成することができなかつたこと
- 定めた診療・ケアを提供する上で、その過程の内容において、「延期」、「中断」、「追加」、「省略」のいずれかが生じたこと

### バリアンスの分類

- ポジティブなバリアンス
  - 予測された患者の経過より早くなったり、また予測された治療やケアが不要になった場合に発生
    - ・ リハビリの進捗が早く進んだ
    - ・ 痛み止めの投与が不要になった
    - ・ すでに知識や受け入れ体制があり、教育的指導が不要となった
- ネガティブなバリアンス
  - 予測していた経過やアウトカム達成の遅れ、成果到達ができなかつた場合に発生
    - ・ 合併症を発生した
    - ・ 病院のシステム上、検査の予約がとれなかつた
    - ・ 医師の診断が遅れた
    - ・ 看護師の検査・処置伝票の忘れがあった
    - ・ 患者・家族が退院の受け入れを拒否した

[阿部ら, 2005]

### バリアンス(変化・変動・相違・不一致)



### バリアンスの定義

- 逸脱→CPから完全に外れてしまい、CPの適用不可
- 変動→バリアンスが発生したが、CPを適用し続けることはできた。

バリアンスには全国共通の定義は存在していない。このため、施設でバリアンスを定義し、職員にその定義を周知し、共通理解のもとで収集・評価していくことが重要。また、「逸脱」「変動」とみならず基準を明確にしておくことが必要。

### バリエアンス分析の目的

**【医療の標準化の視点←医療の質の底上げ・医療の質保証】**

- ・ 判断ロジックの標準化を図る
  - ドレーンやバルーン除去、輸液等の中止のタイミング
  - 食事開始のタイミング
  - リハビリ開始のタイミング
  - 術後安静度の見直し
- ・ 治療やケアの内容・投入量に関して標準化を図る
  - 抗菌薬の投与日数・種類の統一

**【医療の質向上の視点】**

- ・ バリエアンスが発生した要因を分析し、その要因に基づいて、どのような治療・ケア内容がよいかを検討し、現段階では最良と思われるものをCPIに設定し直し、運用。

### 医療の標準化の視点からのバリエアンス分析

エビデンスや診療ガイドラインに基づいた診療行為を「指標」として、CPIに設定し、実際の実施率を評価。

↑  
バリエアンス分析

➔

医療者はCPIに設定された診療行為を遵守すれば、診療・行為のばらつきがなくなり、ベストプラクティスが患者に提供されるようになる。

### バリエアンス分析

P・CIP作成 → D医療の実施 ← Cバリエアンス分析 → A手順の見直しなど → P・CPの改訂

**Check:** 診療計画の改訂、患者の状態変化、重要ポイントを明らかにする。

**Do:** 診療計画を実施することにも、診療行為の選択状況やその結果の記録を活用して、設定した診療・ケア行為に照る指標を測定。

指標を活用してバリエアンスを集積し、医療の標準化、質保証に向けたバリエアンス分析に役立てる

### 医療の標準化の視点からのバリエアンス分析

- ・ 大腿骨頸部/転子部骨折の周術期管理

**Grade A**

手術0～2時間前および術後24時間までの経静脈的抗菌薬投与を推奨する。

日本整形外科学会編診療書GL/医療-GI(05年)/ガイドライン [http://minds.iqhc.or.jp/atc/0016/7/0016\\_0000042\\_0102.html](http://minds.iqhc.or.jp/atc/0016/7/0016_0000042_0102.html)

抗菌薬の全身予防投与について、どのように投与されているのかをバリエアンス分析で把握。

- ・ CPIに「手術0～2時間前の抗菌薬の全身予防投与」「術後24時間以内に抗菌薬の予防投与の中止」を設定。
- ・ この通りに実行されていない症例については、バリエアンスとし、その投与の実態について検討し、プロセスの標準化を図る。

※そのほか、CPを適用した患者のDPCデータを用いて、統合EFファイルから、「ドレーンの挿入日数」、「リハビリの開始日」等の診療プロセスに関するばらつきについて把握することが可能。

## 推奨Grade

推奨Grade	内容	内容解説
A	十分に検証されている 強、確信に基づいている	質の高いエビデンスが豊富ある
B	十分に検証されている 中程度の確信に基づいている	質の高いエビデンスが中々、または中程度の質のエビデンスが豊富ある
C	十分に検証されていない 低、確信に基づいている	中程度のエビデンスが中々ある
D	十分に検証されていない 低度または相対的である	質定でも確信が低く、質定でも中程度のエビデンスが中々ある
I	各員からの意見が一致せずエビデンスが 少ない、明確なエビデンスが中々あるが結論が一致していない	

日本整形外科学会編診療GL/医療-GL(05年)/ガイドライン <http://minds4.jqchc.or.jp/minds/grade.html>

## 評価方法

- 日々の目標  
「深部静脈血栓症・肺塞栓症の発生無」
- ★ プロセス指標：アウトカムに影響を与える要因としての診療・ケア行為に係る指標の設定
  - 弾力サポート・ストッキングの着用の有無
  - その他の血栓予防に関する治療・ケア行為の実施の有無
- ★ アウトカム指標：診療・ケア行為の効果を検討するための指標
  - 深部静脈血栓症・肺塞栓症の発生の有無

プロセス指標



アウトカム指標

## 医療の質向上の視点からのバリエーション分析

- 診療・ケア行為に係る指標と、それらの効果（結果・成果）を示す指標との関連を検討し、診療・ケア行為の内容について見直す。

例) 深部静脈血栓症や肺塞栓症を発症した患者について、予防行為の実施状況は、どのようであったかを評価する。

## バリエーションの対処のコツ

適用基準・除外基準を設定する。

バリエーションの定義を明確にし、判定基準を示す。

すべてのバリエーションを機械的に収集することは、非効率。→ 目的を明らかにし、目的を達成するために必要なバリエーションを収集。

バリエーション発生は、悪い問題として捉えるのではなく、「改善のための信号」と捉える。

**適用基準・除外基準の設定が必要な理由**

- CPIは「標準的な経過」をたどる患者を対象にするものであり、標準的な経過をたどらない患者をあらかじめ対象者から除外することが必要。



**適用基準・除外基準を設定することで、患者の個別性を奪ったり、不必要なバリエーションを発生することを防ぐ。**

CPを適用できる患者は70~80%  
適用基準・除外基準が設定されて  
いないとバリエーションが多く発生

**例**

**■創部感染症**

アウトカム指標を「創部感染症」とし、CP上に設定された「Jainの基準」に則り、観察した結果の得点で判定。

Jainの基準(創部感染)		1	2	3	4
発赤	なし	直径<5mm	直径6~10mm	直径11~15mm	直径>15mm
滲出液	なし	膿液	膿液血液状	血性	膿性
壊結	なし	直径<10mm	直径11~20mm	直径>20mm	
観察項目	発赤	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	滲出液	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	壊結	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

**バリエーションの判定基準**

- 逸脱: 指標化した観察・検査・ケア/処置項目の基準範囲外。CP継続不可。
- 変動: 指標化した観察・検査・ケア/処置項目の基準範囲外であるがCP継続可。
- 無: 指標化した観察・検査・ケア/処置項目の基準範囲で経過。

**バリエーションの基準**

- 基準: Jainの基準スコアが7点以上で創部感染症
- A. 逸脱(脱落): 7点以上(手術部位感染症)でCP使用不可
- B. 変動: 7点以上(手術部位感染症)であるがCP継続可
- C. 無: 0~6点

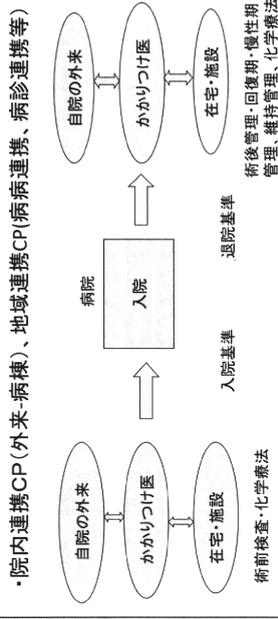
**■四半期ごとに創感染の発生率を評価**

### 3. 在院日数の適正化を図るため

- 退院基準を明確にし、最適な入院期間を設定し、「入院期間Ⅱ」の範囲内を目指す。
- 「入院期間Ⅱ」よりも在院日数が長いCPについては、(診療・ケアの質低下を招かず、病床稼働率が極端に低下しない範囲で)在院日数を短縮し、「入院期間Ⅱ」を目指す。
- ただし、短期間で集中的な医療資源投入を要する症例については、(臨床的に可能で、患者にとって有意義と考えられる場合には)在院日数を延ばすか、外来移行を検討する。

### 4. 在院日数短縮の対応として「連携」を強化するため

- 連携CPを活用して、患者の疾病・回復経過に応じて、各期(手術準備期、急性期、回復期、維持期等)の役割分担(検査・治療・指導等)を明確にし、各期における達成目標を共有し、連携を図る。
- 院内連携CP(外来-病棟)、地域連携CP(病病連携、病診連携等)



### CPIにおける在院日数短縮のポイント

- 適切なタイミングで適切なケアを提供するためには、
  - 一日々の達成目標ならびに退院基準を明確化
  - NST、リハビリテーションなど、チーム医療を重視
  - 費用削減よりも費用対効果を重視

### 5. コスト効率だけにとらわれないコストの適正化を図るため

#### 使用薬剤・医療材料の適正化

コスト効率だけを考えるのではなく、質を考慮した薬剤・医療材料を選択し、標準化を図る

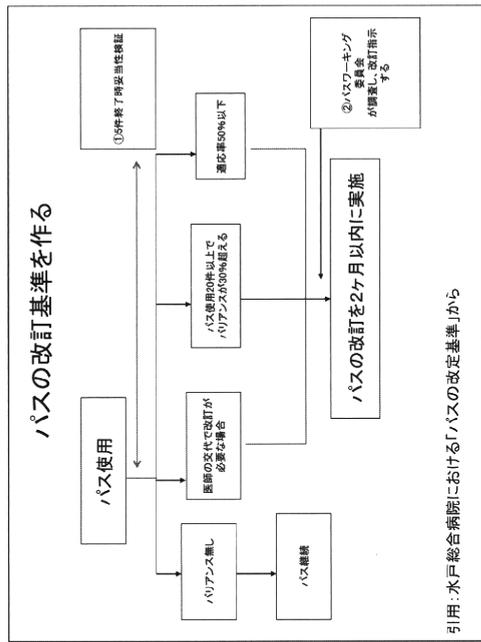
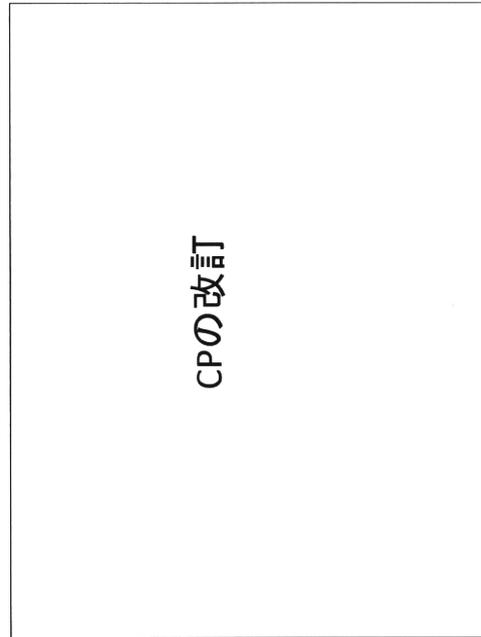
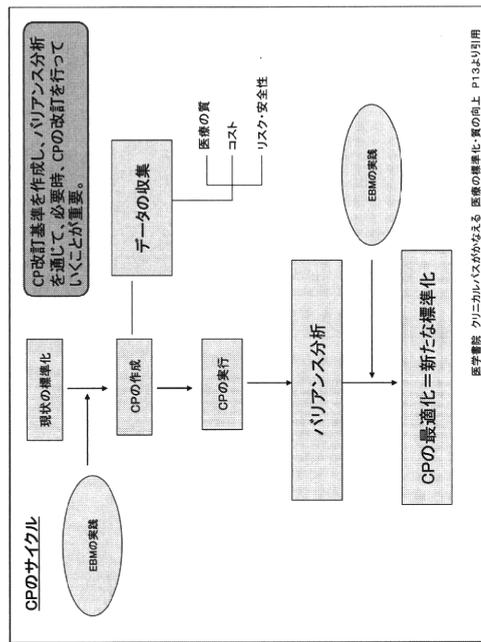
医薬品や医療材料の選択基準を明確にすること

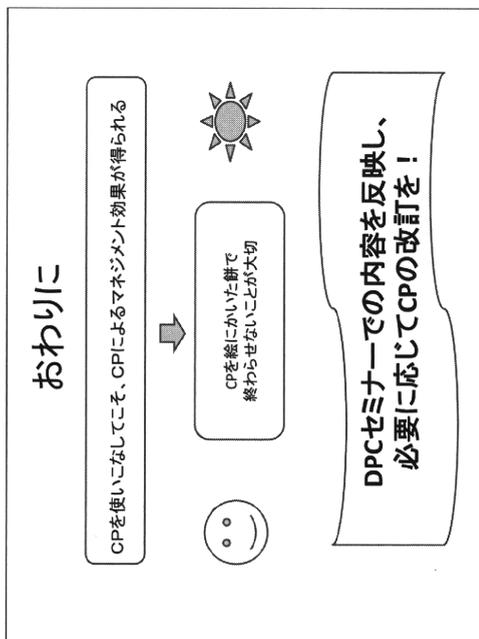
臨床エビデンスの活用

経済エビデンスの活用

### コストの適正化を図る視点

- 不必要、あるいはエビデンスが不確かな薬剤・医療材料などに無駄なお金をかけていないかどうか。
- 効果が同じであるにもかかわらず、検査・治療を過剰に提供していないかどうか。
- 外来対応でも可能なものについて、入院で不必要に実施しているものはないかどうか。





## Clinical indicatorとは

- 病院・診療所など医療機関の設置目的に照らして、
- 施設やマンパワーの充実度、標準的な診療の実施割合、治療成績など様々な側面から「医療の質」の評価を行い、
- より良く機能を発揮するための手がかりを与えてくれるツール。

## 診療の質指標を改善につなげよう ～測定のコツとDPCデータの活用～

京都大学 医療経済学分野  
猪飼 宏  
hikai-kyt@umin.net

平成22年11月20日  
2010年DPC研究班セミナー

## 本日の目的

- 医療の質を測る試みについて、その種別・方法や限界など、枠組みをご紹介します。
- DPC支払いデータを用いた指標の例をご紹介します。

## 脳塞栓症の急性期治療

- 血栓溶解薬t-PAによって、脳血流の再開通が見られた。  
↓
- 発症後3時間以内にt-PAを投与すると、3カ月後のADLが有意に改善。早ければ早いほど有効。  
(Hacke W, Lancet 2004;363:768)  
↓
- 当院ではt-PAを適切に使用できる体制を整えたので、以前よりも退院時ADLが改善した。

よい薬剤(効能)

基礎研究や前臨床試験で評価。

よい治療(効果)

臨床試験や観察研究で評価。

よい診療(成果)

実際の診療内容に即して評価。

## なぜ「医療の質」なのか？

- 医療を提供する者の共通の願い
    - 最善の治療を提供したい。
    - 患者の満足を実現したい。
  - しかし、資源は限られているので
    - 運営の効率化は必要。
    - ただし、診療の質も向上させたい。
    - 時には、新たな投資による成果を測りたい。
- 組織運営の改善の過程では、経営指標のみならず診療の質のモニターが欠かせない。

## Joint Commission (旧JCAHO)

- 1951年 - 外科医会の試みに米内科医会・米病院協会・米医師会・カナダ医師会が合流、NPO設立。
- 1964年 - 有料のサーベイを開始する。
- 1965年 - メディケア法案が可決。JCAHOの認定病院が、メディケア適用医療機関とみなされる。
- 1966年 - 長期ケアのための認定を開始。
- 1975年 - 外来医療施設の認定を開始。
- 1983年 - ホスピスケア認定を開始。
- 現在では全米で17000を超える医療機関を審査・認証。国際版のJCIも発足。

## Clinical indicatorの歴史(1)

- 19世紀にはクリミア戦争の英国群においてナイチンゲールが病院内死亡率を分析。
- 1910年に米国のCodmanがEnd result systemを発表。外科術後患者の追跡調査による治療成績の評価をするシステムとして1912年米外科医会が採用。しかし、手間・費用・厳格すぎる基準・公開義務などに同僚が反発、Codmanは追放される。
- 1918年 - 米外科医会が1ページの基準書に沿って692病院を調査、合格はわずか89病院、調査結果は破棄された。
- 1926年 - 米外科医会が18ページの基準書を作成。
- 1950年 - 3200以上の病院が、基準書をクリアする。

## 日本医療機能評価機構

- 1976年(昭和51年) - 日本医師会内に病院委員会を設置し病院機能評価の手法について検討を開始。
- 1985年(昭和60年) - 日本医師会と厚生省(当時)が合同で病院機能評価研究会を設置。
- 1987年(昭和62年) - 同研究会が「病院機能評価マニュアル」を作成公表。
- 1995年(平成7年) - 「財団法人日本医療機能評価機構」が発足。
- 1997年(平成9年) - 本審査開始。

# 聖路加Quality indicator

聖路加国際病院は、Quality Indicatorを採り用いております。

**Quality Indicator**  
聖路加国際病院の先進的試み

**Quality Indicator**  
聖路加国際病院の先進的試み

【医師】聖路加国際病院  
院長 福井次夫  
【職員】聖路加国際病院  
QI委員長  
【患者】QIアンケートへの協力

**「医療の質」を測る**

聖路加国際病院の先進的試み

本アンケートでは、当院の診療に携わっている約100名のQuality Indicator (QI)から、QI委員が選定した10項目のQIを採り用いております。

**Quality Indicator (QI)とは**

A. Dorevidence (1919-2000)は1960年に発表し、以来、「医療の質」は、(1)ストラクチャー 構造:施設、医療体制、スタッフの研修や教育など (2)プロセス 過程:実際に実行された診療や看護の内容 (3)アウトカム 結果:診療や看護の結果としての患者の健康状態

03720「期間」について評価することを推奨しました。

現在は、「医療の質」を測るためには、プロセスの評価が最も重要とされています。国際 聖路加では「患者」や「患者」を対象に行われる医療が、良い健康状態をもたらす可能性の高さを、その時点での「期間」に照らして評価し、QI委員が選定した10項目のQIを採り用いております。

「良い」健康状態をもたらす可能性の高い「診療」や「看護」の専門家による「医療」は、1900年代以降、世界の医療界で最も重要なトピックとなってきました。1990年代後半には、EBM(Evidence-based Medicine: EBM)が主流となりました。EBMは、EBMに拠る医療を指しているのではなく、EBMに拠る医療を指しているのです。

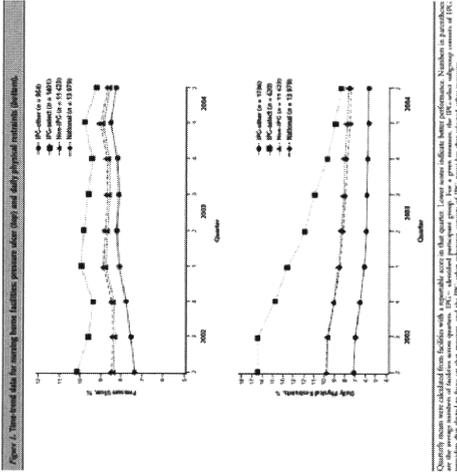
当アンケートの結果は、QI委員の選定した10項目のQIを採り用いております。

## 単施設での測定の限界

- 経年比較はできるが、わが国における相対的な位置付けはわからない。
- 他施設との比較が質の改善を生む。

## 米国の例

- 指標公開施設では、2002→2004年で
  - 老人施設における身体拘束が半分に以下に減少。
  - 肺炎への適時の抗菌薬投与が61.8%→69%と改善。
  - 病院での手術直前の抗菌薬投与が46.2%→68.5%と改善。



Rollow W, 2006

## Clinical Indicatorと Pay for Performance(P4P)

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

### Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement

Peter K. Lindenauer, M.D., M.Sc., Denise Remus, Ph.D., R.N.,  
Sheila Roman, M.D., M.P.H., Michael B. Rothberg, M.D., M.P.H.,  
Evan M. Benjamin, M.D., Allen Ma, Ph.D., and Dale W. Bratzler, D.O., M.P.H.

N Engl J Med 2007;356:486-96.  
Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

# 臨床指標の公開化

## • H22年度診療報酬改定

- DPCデータによる臨床指標の公開を明記。
- 目的1: 情報公開による競争の促進
- 目的2: データ入力力の質向上を促す

Table 1. Quality Measures Shared by the Hospital Quality Alliance and Hospital Quality Incentive Demonstration.*	
<b>Acute myocardial infarction</b>	Percentage of patients who were given aspirin on arrival
	Percentage of patients who were given an ACE inhibitor or ARB for left ventricular systolic dysfunction
	Percentage of patients for whom aspirin was prescribed at discharge
	Percentage of patients who were given a beta-blocker on arrival
	Percentage of patients for whom a beta-blocker was prescribed at discharge
<b>Heart failure</b>	Percentage of patients who were assessed for left ventricular function
	Percentage of patients who were given an ACE inhibitor or ARB for left ventricular systolic dysfunction
<b>Pneumonia</b>	Percentage of patients who were assessed for oxygenation
	Percentage of patients who were given initial antibiotics within 4 hours after arrival
	Percentage of patients who were assessed and given pneumococcal vaccination

\* ACE denotes angiotensin-converting enzyme, and ARB angiotensin-receptor blocker.

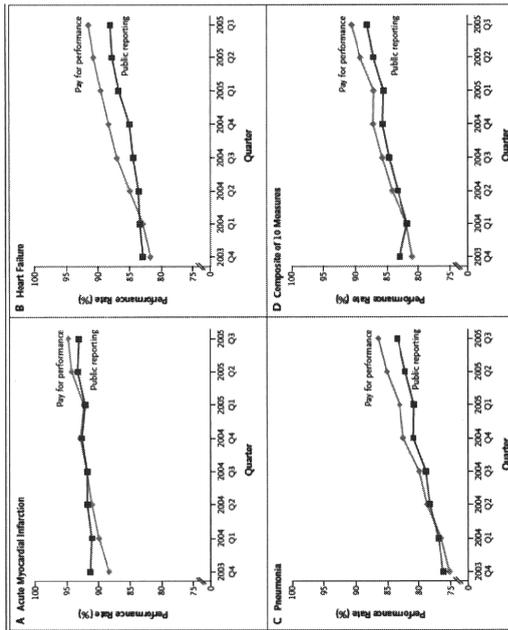


Figure 1. Improvement in Composite Process Measures among Hospitals Engaged in Both Pay for Performance and Public Reporting and Those Engaged Only in Public Reporting. In an analysis matched for hospital characteristics, pay for performance was associated with improvements in composite process measures ranging from 4.1 to 2.2% over 2 years, including those in four key areas: acute myocardial infarction (Panel A), heart failure (Panel B), pneumonia (Panel C), and a composite of 10 measures (Panel D). The performance rate is the percentage of patients who were given the specified care for the condition. Q: Quarters.

# 公開CIへ向けた新たな流れ

## 3団体が「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加 国立病院機構、全日経、日経が「臨床評価指標」の分析・公表に取り組む。

2010年7月19日 日本経済新聞(医療系)

この記事に対する医師のコメント数: 5件

厚生労働省はこのほど2010年度実施の「医療の質の評価・公表等推進事業」の対象団体を決定した。独立行政法人国立病院機構、全日本病院協会、日本病院会の3団体だ(事業の担当等は厚労省①ホームページを参照)。

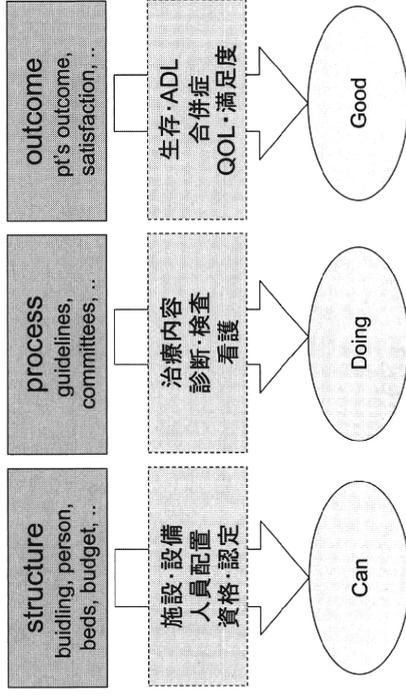
国立病院機構は、144病院のうち、DPC連動の45病院が参加。計180の臨床指標の分析・公表等に取り組む。7月から12月までのデータを集計・分析、来年3月に各病院のデータを公表する予定だ。

全日本病院協会は、27病院が参加予定で、患者満足度(患者調査による)病院満足度、平均在院日数、予定しない再入院率、肺炎に起因する死生体質使用など、分析・公表等を行う臨床指標は10種類(文末を参照)。大半の指標は37カ月に1回、公表する。

これに対し、日本病院協会は現時点では参加病院等は未定であるなど、事業への取り組みには各団体に開きがある。

厚生労働省は、臨床指標の収集・分析・公表等に取り組む団体に対し、厚労省がその運営費を補助するもの。参加する病院が5以上確保できる団体が対象で、(1)10以上の臨床指標を選定(プロセスまたはアウトカム指標)、患者満足度に関するアウトカム指標を少なくとも1つ以上含む、(2)5以上の臨床指標について各病院のデータを公表——などが条件。医療の質は、「構造」、「プロセス」、「アウトカム」の

### 3 major domains of quality assessment



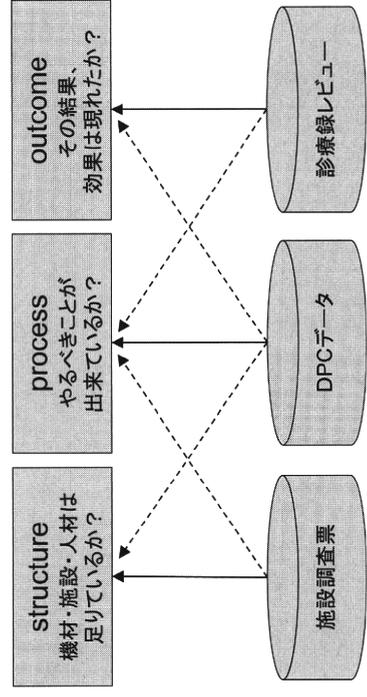
### 指標の作成と選択

### 医療の質の評価軸 Donabedian model

• 医療の質の評価軸は、3つに大別できる。

- 構造 (structure)
- 過程 (process)
- 結果 (outcome)

### 3つの視点から点検 診療体制→診療過程→診療効果



Donabedian A.

A guide to medical care administration. Vol. II:  
Medical care appraisal – quality and utilization.

APHA New York 1969

## 構造(structure)

- 医療機関の機関を構成する固定要素
  - 施設のタイプ・施設認定
  - 病床数・機材
  - 職員数・医師の資格
  - 提供する医療のレベル
- 測定は比較的容易。
- 改善はしばしば困難or時間がかかる。

## 構造指標の例

- 各種の施設認定基準
  - 7:1看護
  - 臨床研修指定病院
  - 感染防止対策加算の施設基準など

## 構造指標の例

- 例1: Open ICUとClosed ICU
- 例2: 看護師の配置・ケア提供モデル
  - 患者(人・日)あたりの看護師数
  - スキルミックス
  - 患者中心の看護
  - マグネット病院

## 結果(Outcome) - 5 D's

- Death
  - 長生き
- Disease
  - 症状・所見・検査異常の有無
- Discomfort
  - 痛み・嘔気・呼吸困難・痒み
- Disability
  - 職場復帰・家庭復帰
- Dissatisfaction
  - 病期の受容・ケアへの反感

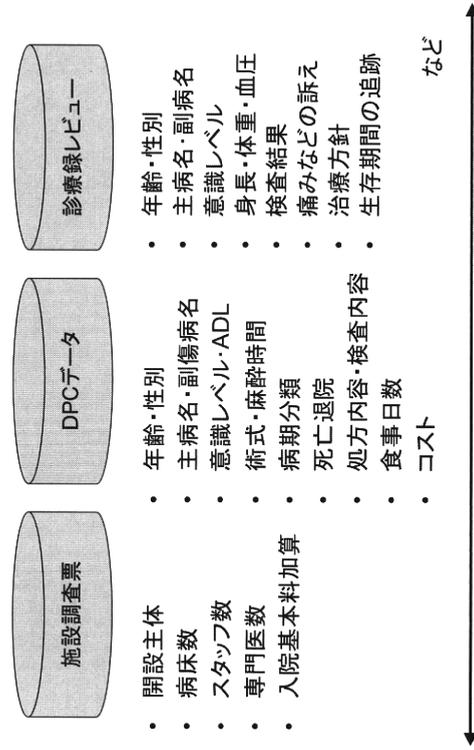
## 結果指標の例

- 術中死亡率
- 入院死亡率
- 薬剤有害事象の発生率
- 入院期間
- 視力・QOL・ADL

## DPCデータとは

- 入院患者の診療報酬データ
- 主に急性期病院から提出
- 患者情報・病名・診療行為明細・医療費
- 病名・資源利用に応じて14桁のコードに分類
  - 標準的医療費用を算出して定額支払制度に利用
  - 診療の質や量を共通のデータ基盤で比較可能

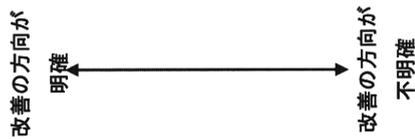
## 3者それぞれの特性がある。



## DPCデータの活用

## 目標設定 (ベンチマーク)

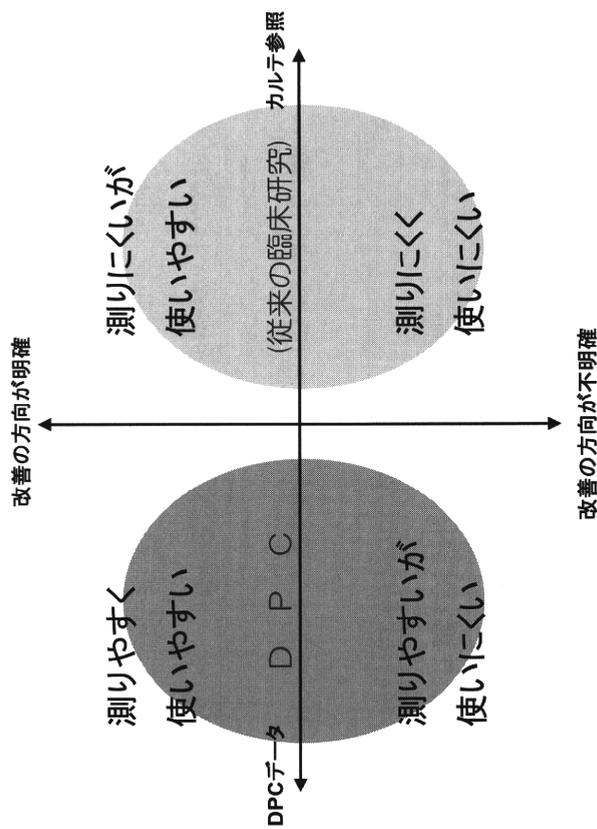
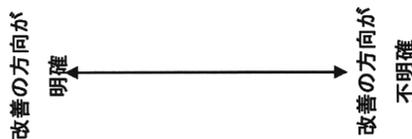
- 根拠のある目標
- Best practiceとの比較
- 全国平均との比較
- 院内での診療科間比較



## 目標設定(ベンチマーク)

### 適切な点検で、診療が変わる

- 診療ガイドラインやエビデンスに沿った治療ができているか？  
→ プロセス改善の方向が明確で、行動が数字に即反映される。
- 根拠は良く分からないが、まずはいろいろと測ってみる。  
→ プロセス・アウトカムともに、他施設と比較可能。  
→ 「重大性」を院内で共有し、課題を設定できる。  
→ 改善のきっかけに。  
(方法は施設による。)



## 指標選択の基準

- 測定の根拠がある
  - 測ってどうする？
- 測定方法が明確
  - 分母・分子の定義
- データ収集が容易
  - 業務統計の活用
- 現状と目標の関係
  - まだ合格点でないもの
- 現場の改善が見える
  - 努力が反映される
- 変化がすぐに見える

## QIPとは？

- 1995年度に発足。
- 目的  
有力な病院同志でデータを比較し、医療の質と効率をさらに高めよう。  
そして、わが国の医療をリードしよう。

35

## 医療の質指標のプロジェクト

当研究室のQIPプロジェクト  
(発足1995)

# QIP

Quality Indicator/Improvement Project

349

## 包括評価・DPCへの流れ

- 平成7年度(1995)有力病院の協力により**診断群分類**毎のパフォーマンスの比較を開始(QIP)
- 平成10年度、診断群分類を用いた国立病院等10施設での**定額払い試行**
- 平成13年度からは厚労省の研究事業として民間病院で診断群分類のための**データ収集開始**
- 平成15年度から特定機能病院に診断群分類を用いた**包括評価の導入**、その後拡大。

36