

## その他の指標

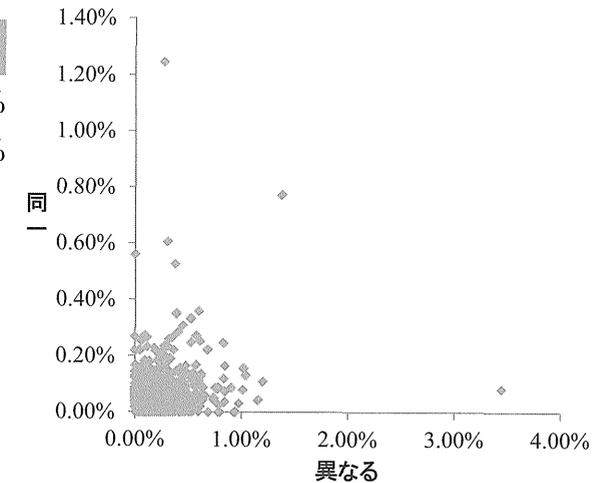
DPC	最も医療資源を投入した傷病名	入院契機	患者数	請求率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一		
		異なる		
180010	敗血症(1才以上)	同一		
		異なる		
180040	手術・処置等の合併症	同一		
		異なる		

続く……

33

## DICの請求率

入院契機	頻度
同一	0.05%
異なる	0.22%



H23伏見班データ

34

## 平成26年度診療報酬改定

- DICでコーディングする場合、以下の三点について、レセプトへの記載が必須となった
  - DICの原因と考えられる基礎疾患
  - 厚生労働省 DIC 診断基準による DIC スコアまたは急性期 DIC 診断基準(日本救急医学会 DIC 特別委員会)による DIC スコア
  - 今回入院中に実施された治療内容および検査値等の推移
- 最も医療資源を投入した傷病名であることの主治医説明が求められる

35

## まとめ

- DPCは単に丸めの支払方式ではなく、比較可能なデータにより自院の機能が明らかとなる。
- 共通定義による病院指標の公開により、市民からの評価も行われる。
- 正しい指標作成には正しいコーディングが行われていることが大前提である。
- DPCの基本である「最も医療資源を投入した傷病名」の考え方をもう一度整理しよう。

36



東北大学



## 事例から学ぶ適正なコーディング —自院のズレを確認しよう—

東北大学 大学院医学系研究科  
社会医学講座 医療管理学分野  
藤森 研司

2014年11月27日 伏見班セミナー in 神戸大

189

### 問い1 コーディングに困っています

- 前回入院で胃体部癌の幽門側胃切除術を施行。
- 7ヶ月後、多発肝転移を認め、化学療法目的で入院。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) 胃体部癌  
B) 転移性肝癌

### 問い2 コーディングに困っています

- 乳癌術後の再建目的で入院。
- 乳房再建術(乳房切除後)施行し退院。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) DPC:090010 C50.9 乳癌  
B) DPC:180040 T88.9 乳癌術後後遺症

### 問い3 コーディングに困っています

- 腰部脊柱管狭窄症に対し、脊髄刺激装置植込術が施行されている患者。
- 今回、電池切れとなり、脊髄刺激装置交換術施行のため手術目的入院。術後、退院となった。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) 脊髄刺激装置電池消耗(T85.1)  
B) 腰部脊柱管狭窄症(M48.06)

問い4

コーディングに困っています

- 外来透析を行っている末期腎不全の患者。
- 今回、シャントトラブルがあり、シャント設置のため、入院、手術(血管結紮術)を行った。
- 入院中の診療点数としては、  
手術料 < 処置料(慢性維持透析)
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) 透析シャント閉塞(T82.8)  
B) 末期腎不全(N18.0)

5

問い5

コーディングに困っています

- 末期腎不全でCAPDを行っていた患者がCAPD腹膜炎にて入院。
- 抗生剤腹腔内注入などにより症状は改善したのだが、当患者は以前にも何回かCAPD腹膜炎を繰り返しており(7日以内再入院もあり)、同入院中にCAPDカテーテルを抜去しHDへ移行した。数回人工腎臓(その他)を実施。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) CAPD腹膜炎  
B) 末期腎不全

6

190

問い6

コーディングに困っています

- 1泊2日の大腸EMR(K721-1)目的で入院。
- 退院日に鮮血血便あり緊急CF施行。活動性出血なかったがEMR部位にクリップ3個追加(内視鏡的止血術K722)。
- その後食事再開され、血便なく5日目に退院。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) S状結腸ポリープ(K635)  
B) 術後出血(T810)

7

問い7

コーディングに困っています

- 閉塞性黄疸で紹介となり緊急入院。
- ERCP施行の結果、胆管癌の診断となり、胆道ステント留置術を施行。
- 減黄できたため入院7日目で退院。手術は次回入院で施行予定とした。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) DPC:060340 閉塞性黄疸(K831)  
B) DPC:060060 胆管癌(C240)

8

問い8

コーディングに困っています

- 妊娠管理で通院中。
- 妊娠18週に絨毛膜下血腫による出血を認め、切迫流産と診断し緊急入院。
- リトドリン点滴、ウテメリン内服により出血は止まり、妊娠23週に退院。

- A) DPC:120150 O208 絨毛膜下血腫  
 B) DPC:120150 O200 切迫流産  
 C) DPC:120170 O470 切迫早産

問い9

コーディングに困っています

- 2型糖尿病の血糖コントロール不良及び胸痛のため入院。血糖は食事療法のみで改善し、薬も減量してコントロール良好。
- 胸部症状は労作時に出現し、ニトロ舌下で消失、増悪傾向あり。
- 心筋シンチ施行したが、明らかな虚血認めず経過観察。入院期間15日間。

- A) DPC:100070 E119 2型糖尿病  
 B) DPC:050050 I208 労作性狭心症

191

問い10

コーディングに困っています

- 糖尿病、網膜症、末梢神経障害、腎症 I 期合併より、血糖コントロール及び教育(本人+家族)のため入院。
- 内分泌内科入院中であるが、進行乳癌もあり、外科の指示に従い、入院中に定期的な化学療法を1クール行う(アバスタン)。
- 入院期間は19日間。

- A) 糖尿病  
 B) 乳癌

問い11

コーディングに困っています

- 前回、胃体部癌にて胃全摘術施行後、退院。
- 退院2週間後、自宅で摂食進まず、脱水、体重減少、不眠、嘔気、嘔吐を訴え再入院。
- 点滴加療にて栄養状態改善し、14日で退院。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) DPC:100330 軽度栄養失調(E441)  
 B) DPC:100380 脱水(E86)  
 C) DPC:060020 胃体部癌術後(C162)

問12

コーディングに困っています

- 高速道路での交通外傷で救急搬送。
- 全身打撲と顔面に挫滅創があり処置施行。
- 急性硬膜下血腫を疑いCT施行するが、問題となる所見はなし。
- 高エネルギー外傷であることから1泊入院し様子を見ることとなる。翌日、新たな症状もないため退院。

- A) DPC:161060 高エネルギー外傷(T148)
- B) DPC:160990 全身打撲(T009)
- C) DPC:160100 急性硬膜下血腫疑い(S0650)
- D) DPC:160200 顔面挫滅創(S070)

13

問13

コーディングに困っています

- 子宮筋腫があり、それにより貧血を起こし入院。
- 子宮筋腫に対する手術はせず、貧血に対して輸血を行い退院。
- いずれの傷病名とすべきでしょうか？

- A) 貧血
- B) 子宮筋腫

14

192

問14

コーディングに困っています

- 直腸癌、腹膜播種の患者。定期的に化学療法入院を繰り返している。
- 今回も化学療法目的で入院したがCTで水腎症が発覚。腹膜播種で閉塞性水腎症を起こしていた。
- 入院後、尿管ステント留置術を行ったが12日後、死亡退院。

- A) 直腸癌
- B) 腹膜播種
- C) 水腎症

15

中央社会保険医療協議会



16

## コーディングテキストの見直し(私案)

- 診断群分類定義表の問題
  - 不適切なICD-10が紛れ込んでいないか？
- 標準病名マスターの問題
  - 日本語病名とICD-10の紐づけは妥当か？
- ICD-10の限界
  - ICD-10では表現しきれしていないコモンな疾患はないか？
- コーディングテキスト v1.0の問題
  - 現場感覚、審査支払の観点と齟齬はないか？

17

## 見直しの方向性(私案)

- コモンなものから対応する
  - 年に数例という希少なものは対応しない
- 原疾患主義か病態主義か
  - 心不全、呼吸不全
  - 抗癌剤治療の副作用
  - 原因の明らかな貧血(特に出血性)
  - 人工関節等の破損、人工物に関連する感染症
  - 原発癌と転移癌、癌から派生した二次的状態
- 大きな手術を行った症例の扱い
  - どのような場合に、術後合併症でのコーディングを認めるか
  - 「手術・処置の合併症」とはどこまでを指すのか？
- MRSA感染症、真菌症等
  - 部位でコーディングすべきか、菌型でコーディングすべきか

# DPCと医療の質

2014年11月29日 DPC神戸セミナー  
京都大学医療経済学分野  
猪飼 宏  
hikai-kyt@umin.net

## 良い医療とは

- ▶ 効果 effectiveness
  - ▶ 効果が期待できる、正しい治療
- ▶ 効率 efficacy
  - ▶ 限られた資源で、より多くの人に医療を
- ▶ 倫理 ethics
  - ▶ 患者の利益を第一に
- ▶ 公平 equity
  - ▶ 患者の命は同列に扱う
- ▶ 安全 safety
  - ▶ 医療で損なわれる命は減らしたい

## 今日のお話

### ▶ 医療の質とは？

- ▶ どう測り、どう改善するか

### ■ データ収集

- 業務統計
- DPCデータ
- 新規収集

### ■ 医療の質指標

(クリニカル・インディケーター)と  
DPCデータの活用

指標の  
見直し  
入れ替え

■ 医療の質評価・改善に向けた  
チーム医療と病院運営の在り方

## 当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐる

## 「医療の質」 Quality of Care

■ *'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'*  
(Lohr KN 1990)

- 個人や社会から見て、医療サービスを受けることにより、
  - 望ましい健康状態にいたる可能性がいかに高まったか？
  - そして、サービスの内容は現状の専門知識に沿っているか？

5

196

## いわゆる「臨床研究」との違いは？

例: 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。

7

## クリニカル・インディケーターとは

(臨床指標 診療指標 医療の質指標  
clinical indicator, quality indicator)

- 特定の治療行為のプロセスや、その結果を測定するもの。  
(Worring AM, 1992)
- 患者への治療結果に影響をおよぼす重要な統制・経営・診療・支援機能の質についての監視・評価に活用できる定量的な指標。  
(JCAHO, 1989)
- 患者への治療結果に影響をおよぼす患者ケア・診療支援機能・組織機能の質を監視・評価・改善するためのガイドとして活用可能な測定ツール・スクリーン・あるいはフラッグとなるもの。  
(Canadian Council on Health Services Accreditation, 1996)

6

## 医療の質指標 測定の目的

- 治療の質を記述する。
- 経時的に多施設と比較(ベンチマーキング)。
- 医療機関が運営上の優先順位を決定する。
- 説明責任・規制・認証を支援する。
- 医療の質の改善を支援する。
- 患者が自分のかかる医療機関や、自分の受ける治療オプションについて、選択・判断の材料にする。

→「見える化」による様々な活用を期待。

8

## 医療の質指標 測定の意義

- 測り始めることで、注意が向く。
- 測ることを意識すると、診療が変わる。
- 他との比較で、励みになる。
- 参加施設全体の診療の質が底上げされる。
- 「いい病院」が増える。
- 人々が健康になる。
- 医療費を効率よく使うことができる。
- 日本の国も元気になる。

9

197

## Clinical indicatorの歴史(2)

- 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Joint Commissionの名で全米で17000を超える医療機関を審査・認証。国際版のJCIも発足。

11

## 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。

10

## 日本でも(1)

- 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。
- 2009年(平成21年) - 病院機能評価 統合版評価項目V6.0

12

## 日本でも(2)

- 厚労省「医療の質評価・公表等推進事業」
- 2013年(平成25年) - 同V7.0へ移行予定
  - 診療プロセスの評価に重点
- 2014年(平成26年) - 労働と看護の質向上のためのデータベース(DiNQLディンクル)

13

## 医療の質と経営の質

- 医療の質が改善すると、
  - 早期回復・早期退院
  - 患者満足度の向上
    - 患者数の増加
    - 手術件数の増加
  - 1日当たり収益の向上
- 適切な情報公開の仕組みがあれば、質改善の取り組みは経営改善と矛盾しない。
- むしろ、行き過ぎた経営管理が医療の質を下げているか、という観点も重要。

14

## 当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐる

15

## 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)

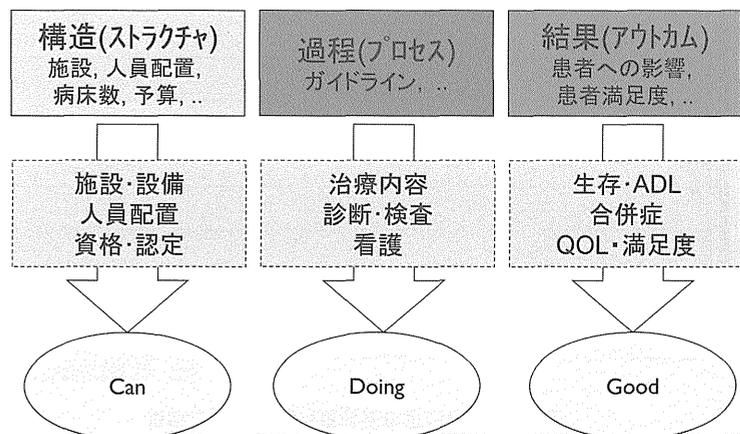
Donabedian A.

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

APHA New York 1969

▶ 16

## 3つの視点から点検 診療体制→診療過程→診療効果



▶ 17

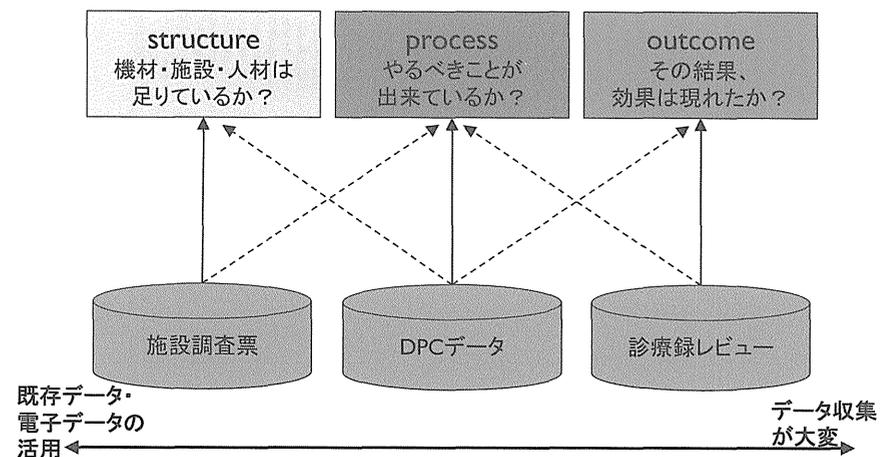
199

## 各指標の例

- ストラクチャー
  - 専門医の有無
  - 24時間CT対応
  - 病棟薬剤師の配置
  - 院内感染対策チームの配置
- プロセス
  - 診療ガイドラインに沿った投薬
  - 救急到着後90分以内の心臓カテーテル実施
- アウトカム
  - 糖尿病コントロール割合
  - 血圧コントロール割合
  - 転倒・転落発生割合
  - 再受診割合
  - 退院時のADL
  - 患者満足度
  - 死亡退院割合

19

## 3つの視点から点検 診療体制→診療過程→診療効果



▶ 18

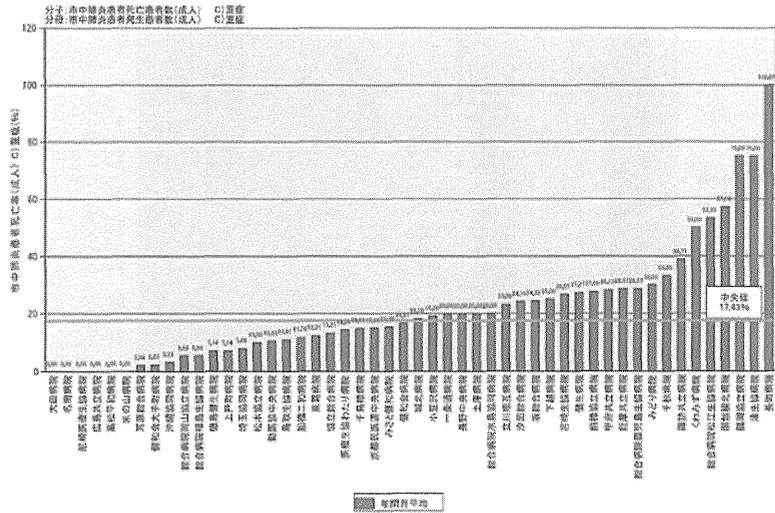
## アウトカム指標の特徴

- 患者や住民には最も関心が高いと考えられる。
- 医療機関同士の比較が難しい。
  - 重症度が違う。
  - 設備やマンパワーが違う。
  - 地理的条件が違う。
 →「リスク調整」が有効だが、わかりにくくなる。
- 改善の方法や、その成果が分かりにくい。

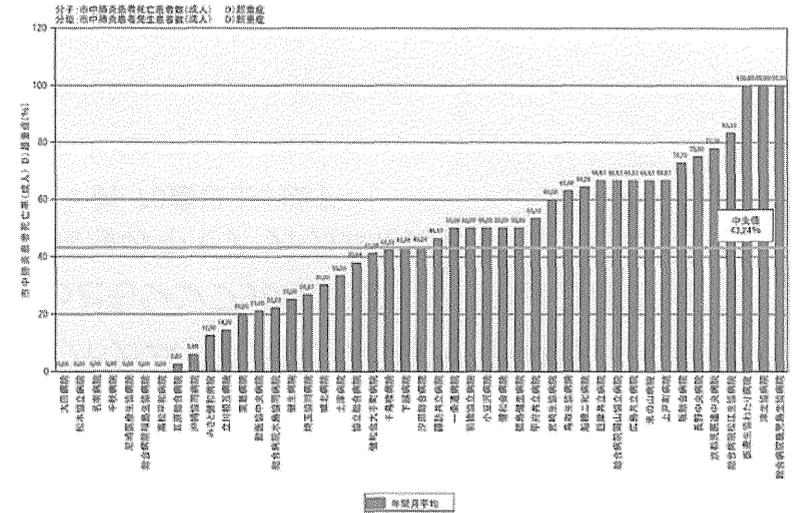
20



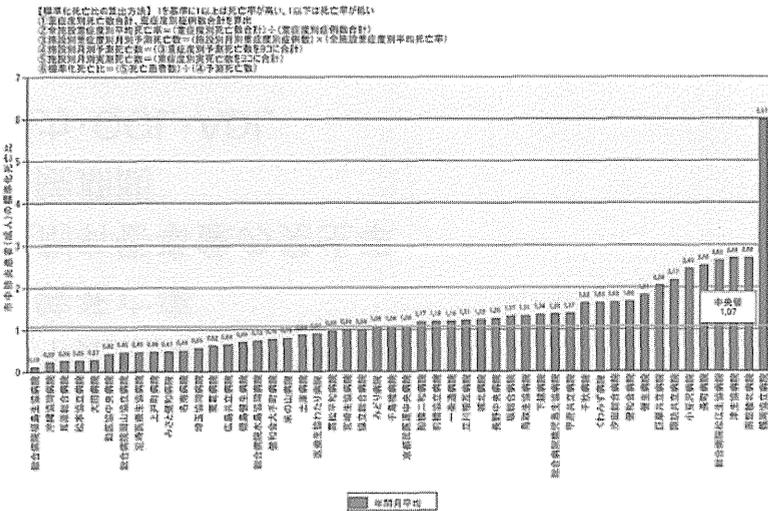
指標18: 市中肺炎患者死亡率(成人) C)重症



指標18: 市中肺炎患者死亡率(成人) D)超重症



指標18: 市中肺炎患者(成人)の標準化死亡比



# 結果(Outcome) - 5 D's

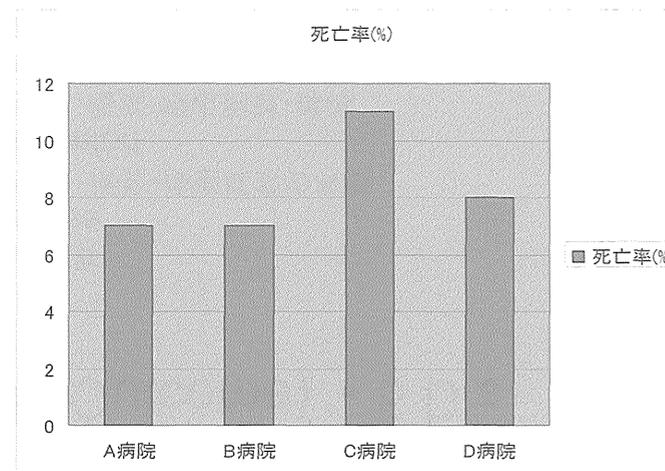
- Death
  - 長生き
- Disease
  - 症状・所見・検査異常の有無
- Discomfort
  - 痛み・嘔気・呼吸困難・痒み
- Disability
  - 職場復帰・家庭復帰
- Dissatisfaction
  - 病期の受容・ケアへの反感

## 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

29

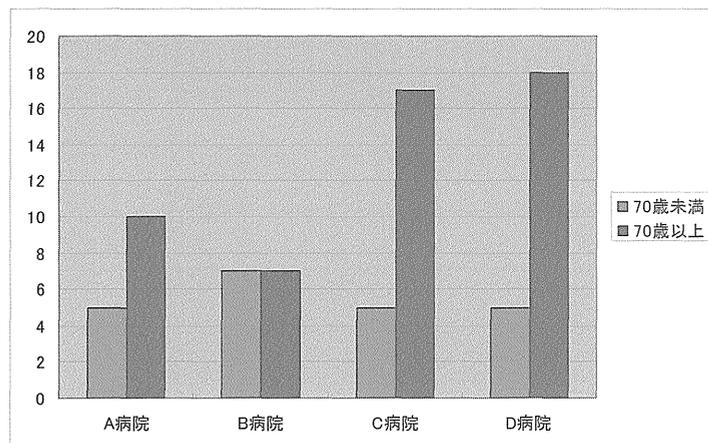
## 冠動脈バイパス手術の死亡率



30

202

## 冠動脈バイパス手術の死亡率



31

## リスク調整

- アウトカムに影響する因子を調整
- もっともシンプルな方法は、患者の層別化
  - 階層の中でアウトカムを比較する。
    - 例: 70歳以上、以下

32

# 血液製剤の使用量

- 輸血療法の実施に関する指針
- 血液製剤の使用指針 (2005年9月 厚生労働省医薬食品局血液対策課)

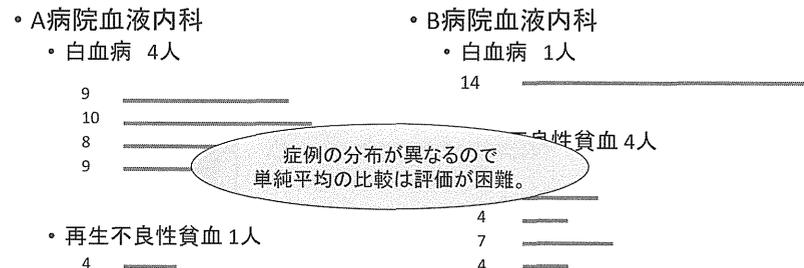
## □ 推奨の例

- 2) 急性出血に対する適応(主として外科的適応)
    - Hb値が10g/dLを超える場合は輸血を必要とすることはないが, 6g/dL以下では輸血はほぼ必須とされている。\* Hb値のみで輸血の開始を決定することは適切ではない。
- 適正かどうかはカルテを点検する必要あり。

→疾患や重症度によって適応は異なる

- QIPでは血液製剤使用量をDPCの14桁コードで調整。

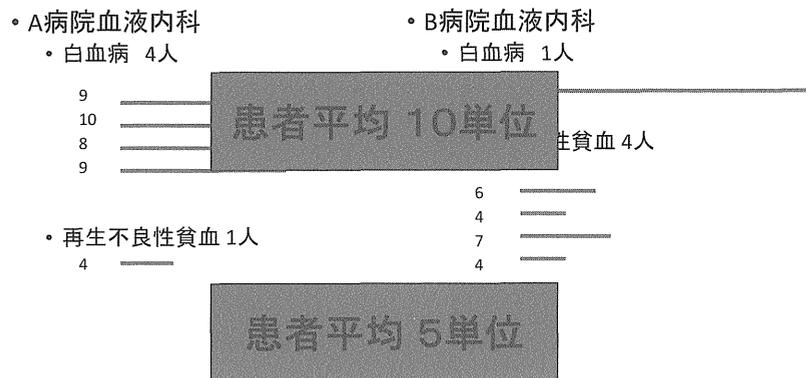
# O/E値を用いた case mix調整 赤血球製剤使用数の比較



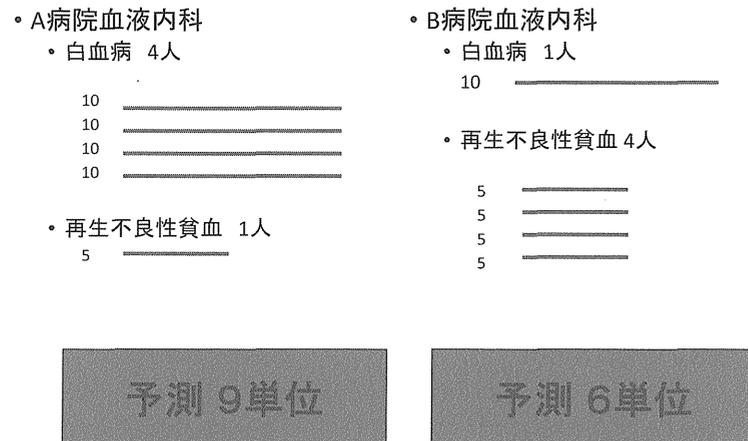
施設平均 8単位 > 施設平均 7単位

203

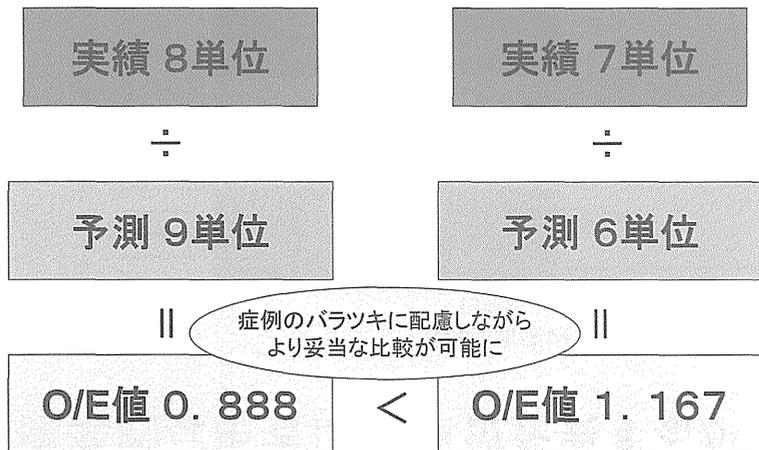
# 標準的な患者は何単位を要するか



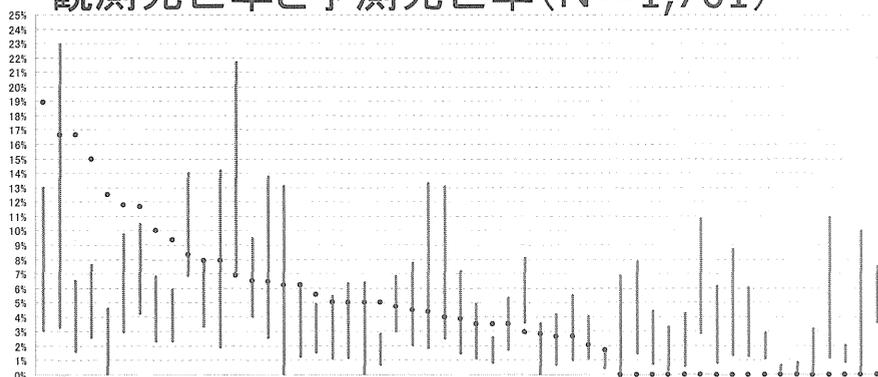
# 標準的な診療なら何単位を要するか



# O/E値を用いた case mix調整



## 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞における観測死亡率と予測死亡率(N=1,701)



● 観測死亡率【死亡件数 / 入院件数】

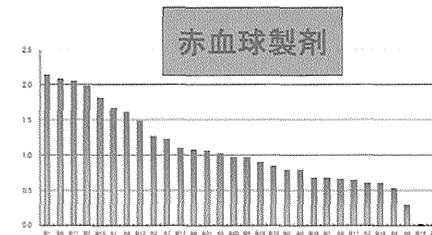
—— 予測死亡率95%信頼区間【予測死亡率±1.96×予測死亡率の標準誤差】

※20件以上の入院件数を有する施設のみ対象(53施設)

(入院の契機となった傷病名がI21、I22のいずれかで入力された症例に限定)

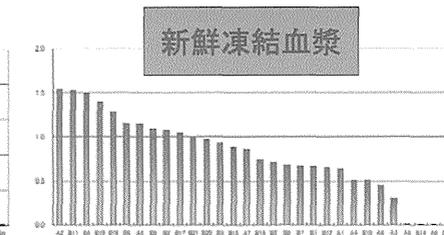
### 病院全体使用量O/E値

※期間:2006年10月~2007年9月

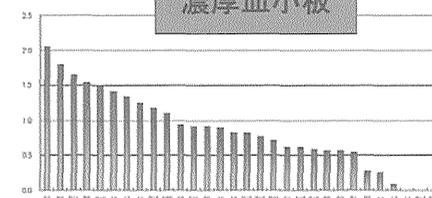


### 病院全体使用量O/E値

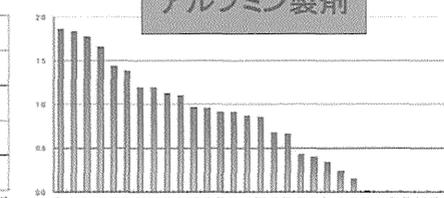
※期間:2006年10月~2007年9月



### 濃厚血小板



### アルブミン製剤



## 聖路加Quality indicator

- 急性期医療に関する指標
- がん診療に関する指標
- 生活習慣病に関する指標
- 医療安全に関する指標
- 救急処置に関する指標

患者満足度 社会貢献人数 外来待ち時間

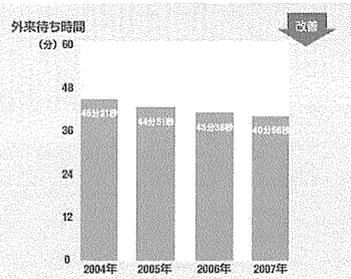
病院経営に関する指標

## 外来待ち時間

01 指標

- 01 指標
- 02 要因分析
- 03 改善策
- 04 結果
- 05 まとめ

### 外来待ち時間



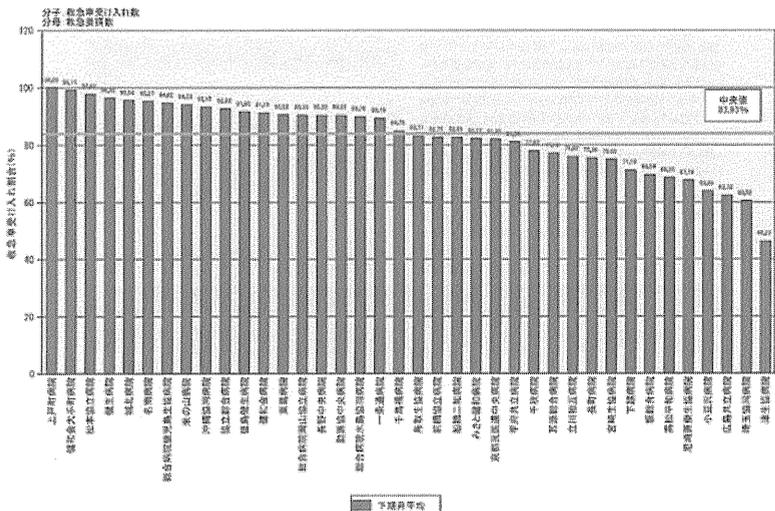
病院の医療の質を評価する際、患者満足度をその基準の1つとすることが一般的になっています。中でも、外来診療での医療の質の指標として、「外来待ち時間」、または「外来待ち時間に対する満足度」がよく用いられます。

外来待ち時間が発生する直接的な原因には、いくつかの要因があります。例えば、患者さんとの会話や診療行為にかかる時間の予期せぬ変動、突如発生する救急患者への緊急対応、予約患者の過剰受け入れ、医師または患者さんの診療への遅延などです。一方、長い外来待ち時間が容認されてきた背景として、予約診療を行っていなかった文化、すべての患者さんを見ようとする医療従事者の誠意、長時間待っても今日中に診てもらいたいという患者さんの焦り感、医療従事者と患者さんの双方が待つ外来待ち時間への慣れが挙げられます。

## プロセス指標の特徴

- アウトカムにつながると分かっており本来行うべき診療内容が対象患者においてどの程度行われているか。
- その根拠は？
  - 診療ガイドライン・学会による推奨、など。
  - 医学的・合理的な判断
- 分母・分子を明確に定義することで、多施設の比較が容易。
- わずかな改善でも、毎回の測定で検知できる。

### 救急車受け入れ割合



急性期医療に関する指標

### 急性心筋梗塞のPCIまでの時間

01 指標

01 指標 02 現状分析 03 改善策 04 結果 05 まとめ

#### 急性心筋梗塞のPCIまでの時間



急性心筋梗塞(STEMI)の治療は発症後可能な限り早期に再灌流療法をこころがけることが生命予後の改善に重要です。現在、発症後120分以内の場合に早期再灌流療法が適応とされています。再灌流療法はdoor-to-balloon(ドアからPCIバルーンまでの時間)が短縮されることで効果が期待されます。

胸痛あるいは胸骨圧迫感が出てから再灌流療法までの時間は、発症から再灌流までの時間と到着してから再灌流までの時間に分けられます。到着には患者さんが救急車での時間や救急車が迅速に再灌流療法を施行できる病院へ搬送する時間がかかります。到着到着(doorからPCIバルーンまでの時間)は、急性心筋梗塞と診断し救急心臓カテーテル設置と治療のためのスタッフとカテーテル室の準備、さらにPCI手技までが含まれる複合的な時間で、door-to-balloon時間としてその施設での急性心筋梗塞治療のqualityを測る指標のひとつです。このdoor-to-balloon時間が90分以内であること、あるいは90分以内に再灌流療法が施行された患者さんの割合が90%以上という指標が急性心筋梗塞の治療の質の向上として期待されています。

当院では、患者さんが救命救急センターに搬送され、心電図上急性心筋梗塞の疑いがある場合は循環器スタッフを呼び出し、心カテーテルの準備が開始されます。患者、家族の同意を得て心カテーテル室に移動しカテーテル室を確保した後、バルーン、ステントを用いて冠動脈を拡張し、再灌流療法が行われます。door-to-balloon時間は、患者さんの重症度や医師の診断能力、治療技術だけでなく救急部門と循環器部門の協力体制やナースを含めたスタッフの勤務体制、カテーテル室の使用状況などにも左右され、総合的な指標として有用です。

## DPCデータによる多施設比較

- 各施設が同じルールでデータを作成。
- 診療報酬データなので入力漏れが少ない。
- 多くの急性期病院をカバー

対象データ期間: 2011年4~10月 Quality Indicator/Improvement Project (QIP) 2011年12月

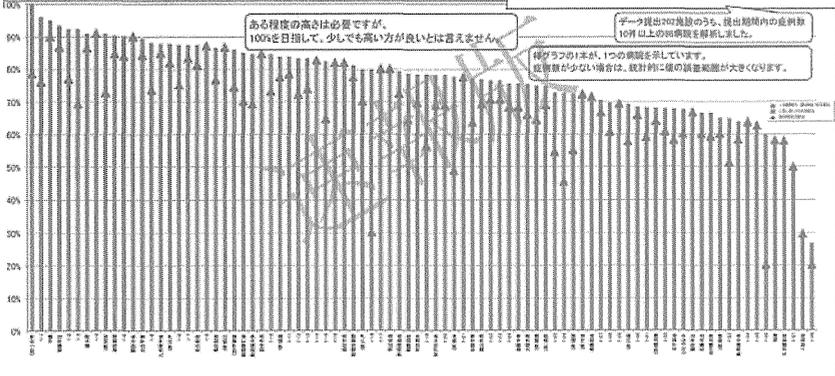
### 1) 急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与の割合

急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与は再発予防に有効です。注意: 禁忌症例(アスピリン喘息、消化性潰瘍、出血予定日12日以内、本剤にアレルギー歴、など)を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設では禁忌症例が偶発的に多いと処方割合が低くなります。

【注】今年度の計算では外来処方を含んでいません。  
【目標設定】: 処方割合が高い(90%)以上かつ一割に満たない場合は、診療内容見直しが必要です。ただし、この指標には、上記のような制限があります。

参考: 『急性心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2009年改訂版)』日本循環器学会ほか

データの定義  
分母: DPCコードが000009(急性心筋梗塞)であり、主病名100-100-01(STEMI)急性心筋梗塞)と診断された患者のうち、入院後2日までに処方された処方箋を抽出した症例数  
分子(黄色): 上記のうち、入院後2日までに1回でもアスピリン(後発品を含む)を処方された症例数  
分子(赤色): 上記のうち、入院中に1回でもアスピリン(後発品を含む)処方された症例数  
分子(茶色): 上記のうち、アスピリン(後発品を含む)を退院時に処方された症例数



2010年度の診療3か月分より月別集計期間が短く7か月分のため、10症例を超える症例数が少なくなっています。

対象データ期間: 2011年4~10月 Quality Indicator/Improvement Project (QIP) 2011年12月

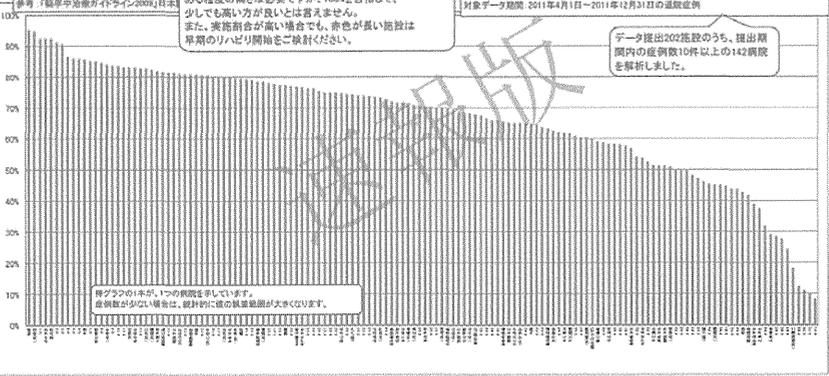
### 2) 脳梗塞におけるリハビリ実施症例の割合

脳梗塞患者において、早期のリハビリ介入は機能予後を改善します。注意: 意識・瞳孔・生命徴象不安定や、重症障害が強い、などによる非実施方法を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設では禁忌症例が偶発的に多いと処方割合が低くなります。

【目標設定】: 処方割合が概ね90%以上かつ一割に満たない場合は、診療内容見直しが必要です。ただし、この指標には、上記のような制限があります。

参考: 『脳卒中治療ガイドライン2009(日本)』ある程度の割合は必要ですが、100%を目指して、少しでも高い方が良いとは言えません。また、実施割合が高い場合でも、黄色が長い施設は早期のリハビリ開始を強く促します。

データの定義  
分母: 下記のすべてを満たす症例  
(1) DPCコードが000009(脳梗塞)の症例数  
(2) 主病名100-100-01(脳梗塞)と診断された症例  
分子(緑色): 分母のうち、入院2日までに1回でも脳血管障害リハビリテーション(1)~(3)を実施された症例数  
分子(赤+黄色): 分母のうち、時期を問わず入院中に1回でも脳血管障害リハビリテーション(1)~(3)を実施された症例数



2010年度の診療3か月分より月別集計期間が短く7か月分のため、10症例を超える症例数が少なくなっています。

## 国立病院機構 臨床評価指標

■急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CT撮影もしくはMRI撮影の施行率

病院名	分母	分子	施行率(%)	病院名	分母	分子	施行率(%)
旭川医療センター	13	10	76.9	南和歌山医療センター	110	105	95.5
仙台医療センター	122	120	98.4	米子医療センター	52	48	92.3
水戸医療センター	65	63	96.9	浜田医療センター	70	68	97.1
高崎総合医療センター	80	88	97.8	岡山医療センター	74	71	95.9
埼玉病院	70	69	98.6	奥医療センター	109	108	100.0
西埼玉中央病院	32	30	93.8	東広島医療センター	78	75	96.2
千葉医療センター	81	80	98.8	岩国医療センター	134	134	100.0
東京医療センター	115	111	96.5	瀬門医療センター	51	49	96.1
災害医療センター	101	99	98.0	福岡東医療センター	60	57	95.0
横浜医療センター	81	69	85.2	九州医療センター	165	159	96.3
金沢医療センター	49	47	95.9	旭野医療センター	60	59	98.3
長野病院	31	30	96.8	長崎医療センター	54	52	96.3
静岡医療センター	53	52	98.1	長崎川棚医療センター	52	51	98.1
名古屋医療センター	185	182	98.4	熊本医療センター	123	122	99.2
三重中央医療センター	71	67	94.4	別府医療センター	54	52	96.3
京都医療センター	30	29	96.7	鹿児島医療センター	109	94	86.2
舞鶴医療センター	88	83	94.3				
大阪医療センター	93	90	96.8	病院ごとの施行率の平均値、標準偏差、中央値			
大阪南医療センター	69	67	97.1	平均値		94.9	
姫路医療センター	66	62	95.3	標準偏差	病院数37施設	6.5	
神戸医療センター	21	14	66.7	中央値	病院数37施設	96.5	

\*分母が10症例未満の病院数：8

## 当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐって

## 指標選択の基準

### 施設が独自に開発する場合

- ▶ 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

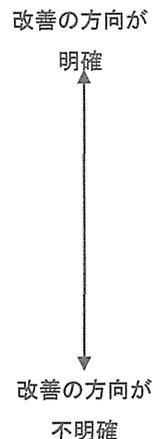
### 共同開発して施設間比較を行う場合

- ▶ 測定の目標が普遍的
- ▶ 測定方法が普遍的
- ▶ 施設間で現状にバラツキがある

## 目標設定(ベンチマーク)

## 適切な点検で、診療が変わる

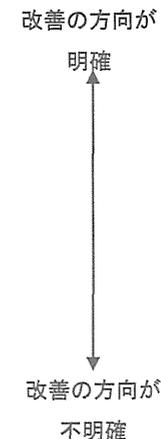
- 診療ガイドラインやエビデンスに沿った治療が  
できているか？  
→プロセス改善の方向が明確で、行動が数字に即  
反映される。
- 根拠は良く分からないが、まずはいろいろと  
測ってみる。  
→プロセス・アウトカムともに、他施設と比較可能。  
→「重大性」を院内で共有し、課題を設定できる。  
→改善のきっかけに。  
(方法は施設による。)



53

## 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



54

208

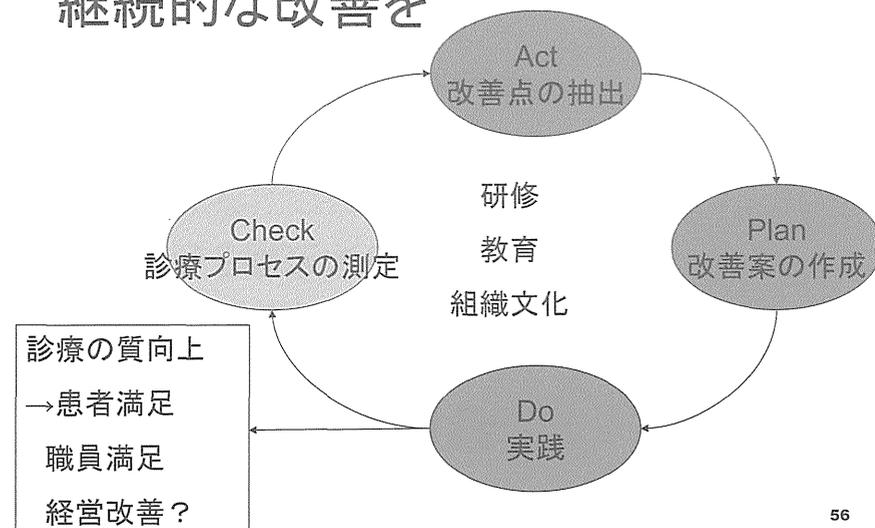
## 多施設データの院内での活用

- 経営会議で活用
- 診療科長会議で活用
- 医局に掲示

「ドクターの反応が読めないので、  
怖くて見せられない」??

55

## 定期的な測定と情報共有で 継続的な改善を



56