

これは抜粋です

QIP (Quality Indicator/Improvement Project)

NEWSLETTER

<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>

QIP

Quality Indicator/Improvement Project

第7号

(2008年4月30日)

1. QIPワークショップ [輸血・血液製剤]

2. 今月のアウトプット (2008年3月) の紹介

- ・ 診療パフォーマンスの病院間比較
- ・ DPCに基づいた疾患別診療パフォーマンス指標 (I)
- ・ 全DPC10桁基本指標表
[検査・画像・注射・特定入院料]
[血液検査・点滴・画像診断・抗生剤]
- ・ 心筋脳梗塞治療の病院間比較
- ・ 主要手術における抗生剤の使用状況
- ・ 医師数と診療パフォーマンスの指標
「難治性」・「がん」の診療件数から見た
病院診療機能

3. 12月のアウトプットに 対するご意見

QIP報告書やNEWSLETTERに対するご意見ご要望は下記までお願いします。

QIP事務局

TEL: 075-753-4454

FAX: 075-753-4455

qip@pbh.med.kyoto-u.ac.jp

本報告書はQIP事務局の著作物です。この報告書の内容や解析のコンセプトを無断転用したり部外に漏らさない様をお願いします。

1. QIPワークショップ [輸血・血液製剤]

平成20年2月29日(金)に「QIPワークショップ」をメルパルク京都(JR京都駅前)で開催しました。

QIP参加病院より約40名の参加をいただいた今回のワークショップのテーマは、前半がQIPアウトプットの紹介とデータの読み方や解釈について、後半は輸血業務に携わる3人の先生方に御講演いただき、血液製剤の適正使用について考える機会を持ちました。御講演後、血液製剤の使用についてフロアより熱心な質問やディスカッションが繰り広げられました。

本ワークショップの最大の目的は、QIPアウトプットを参加者によりよく理解してもらおうと共に、質の評価を改善に結びつける戦略や方策について参加病院が情報を共有することです。参加者から「ワークショップで得た情報を是非院内の取り組みに活かしたい」という感想をいただき、お蔭様をもちまして当初の目的を概ね達成したことができました。事務局一同より、講師の先生方および参加病院より参加いただきました皆様に、厚くお礼申し上げます。



プログラム概要

13:00~13:30	受付	
第1部		
13:30~14:10	QIPアウトプットの紹介	QIP事務局
	<ul style="list-style-type: none">・ アウトプットの紹介とデータの解釈(診療パフォーマンスと診療報酬)・ 血液製剤の使用に関するQIPアウトプットの説明・ 各病院よりのご要望の紹介	
14:10~14:40	質疑応答・ディスカッション	
14:40~15:00	休憩	
第2部		
15:00~15:45	基調講演「血液製剤の適正使用と診療報酬体系」	
	輸血医療と診療報酬:輸血管理科 血液製剤の適正使用: アルブミン基準値とエビデンス 具体的取り組み	
	質疑応答	
15:45~16:20	倉敷中央病院における輸血管理	
	講演「輸血製剤使用の適正化に向けて」	
16:20~17:00	血液製剤使用の適正化に向けて:ディスカッション	
17:00~17:30	クロージング	

● QIPアウトプットの紹介

最初にQIP事務局より今中(京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野)が、QIPの主要なアウトプットを紹介すると共に、データの解釈について説明しました。またQIP事務局より、12月アウトプット「血液製剤の使用状況」の結果や、QIP参加病院数施設にご協力をお願いして実施した「血液製剤使用適切性の診療録レビュー」について簡単な説明がありました。

● 血液製剤の適正使用

最初に半田 誠先生(慶應義塾大学 輸血・細胞療法部)に「血液製剤の適正使用と診療報酬体系:輸血管理料」というタイトルで基調講演をいただきました。半田先生は日本輸血・細胞治療学会で保険委員長として輸血管理料の導入に取り組んでこられ、講演の前半では管理料が血液製剤使用の適正化に果たす役割について解説いただきました。また後半ではご自身が大学病院でアルブミン使用の適正化に取り組んだ経験をご紹介いただきました。アルブミン製剤の管理を薬剤部から輸血・細胞療法部へと移管し、さらに製剤の病棟・外来ストックの禁止や使用前後のレビューなどを実施した結果、アルブミン製剤使用量の削減に成功したことを報告されました。

上田恭典先生(倉敷中央病院 血液内科・血液治療センター)からは、主に倉敷中央病院での血液製剤管理についてご講演いただきました。倉敷中央病院では、医師11名(血液内科兼務)・臨床検査技師5名・管理薬剤師・専任看護師・専任移植コーディネーター各1名という恵まれた体制の下に、血液治療センターが血液製剤・アルブミン製剤の24時間一元管理を実施しており、輸血教育・輸血指導(適正使用の出庫前チェックや返戻されたレセプトのチェック)・不使用製剤の自動解約・専任看護師によるアフレスス療法や自己血輸血の実施などを行っています。

米川 修先生(聖隷浜松病院臨床検査科 輸血部部長)からは、病院全体で血液製剤の適正化を図るにあたっての課題やその解決方法についてお話いただきました。輸血業務には「安全管理」と「適正使用の促進」という2つの重要な側面があり、医療の質を確保することにより組織を損失から守る重要な業務であることをお話いただきました。さらに聖隷浜松病院での取り組みとして、輸血療法委員会の拡充や認定技師の配属、24時間対応サービスの提供、入植時の医療者の教育やイントラネットを使った教育システムの構築などについてお話いただきました。

3人の先生方のご講演の後、ディスカッションが行われました。参加者より、適正化のための具体的な戦略や輸血医療に関連した診療報酬について、フロアより活発な質問やご意見をいただきました。また医療の質の評価、薬剤や血液製剤の適性使用の評価におけるQIPの役割について、3人の講師の先生方より有意義なご意見を頂きました。

● 今後のワークショップの開催について

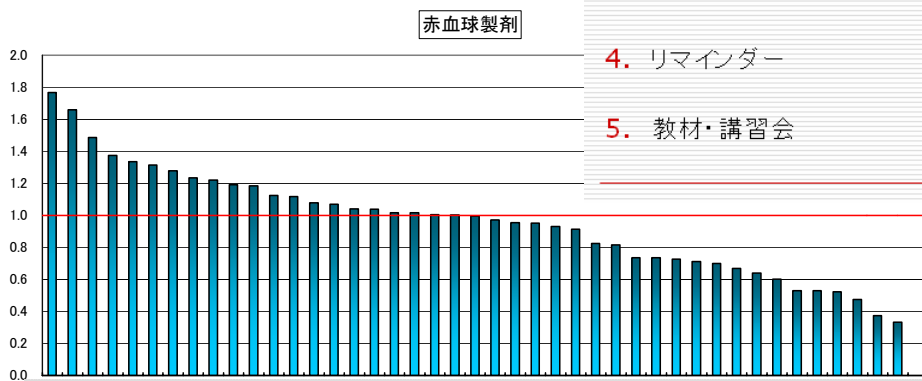
今年から始まったワークショップは、参加者より好評をいただき、盛会のうちに無事終了いたしました。QIPワークショップは医療の質の評価を改善に結びつけるためのきっかけとなる場を提供することを目指しております。今後も定期的にワークショップを開催する予定にしておりますので、QIPの活動にご協力・ご参加をお願いいたします。

血液製剤の使用量 QIP参加44病院(1.9万床)の統計

血液製剤	年間使用量	総額
赤血球製剤 (RBC)	14.6万単位	9.2億円
濃厚血小板 (PLT)	23.4万単位	18億円
新鮮凍結血漿 (FFP)	8.3万単位	4.8億円
アルブミン製剤 (ALB)	925Kg	5.5億円

血液製剤の使用方法を変える介入

1. ガイドライン・輸血アルゴリズム・クリニカルパス
2. 前向き 監査
3. 後ろ向き 監査
4. リマインダー
5. 教材・講習会



2. 今月のアウトプット (2008年3月) の紹介

● 診療パフォーマンスの病院間比較

【ファイル名】 病院間.pdf

● DPCに基づいた疾患別診療パフォーマンス指標 (I)

- ・ MDC1 神経系疾患
- ・ MDC4 呼吸器系疾患
- ・ MDC5 循環器系疾患
- ・ MDC6 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
- ・ MDC8 皮膚・皮下組織の疾患
- ・ MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
- ・ MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
- ・ MDC16 外傷・熱傷・中毒、異物、その他の疾患

【ファイル名】
・疾患別.pdf
・疾患別[箱上げ図].pdf

SAMPLE

● 全DPC(10桁)基本指標表

- ・ 検査・画像・注射・特定入院料
- ・ 血液検査・点滴・画像診断・抗生剤

【ファイル名】
・附表:検査など(全体).pdf
・附表:検査など(貴院).pdf
・附表:点滴など(全体).pdf
・附表:点滴など(貴院).pdf

● 心筋梗塞診療の病院間比較

【ファイル名】 心筋梗塞.pdf

● 主要手術における抗生剤の使用状況

【ファイル名】 抗生剤.pdf

- 医師数と診療パフォーマンスの指標
- ・ 「難治性」「がん」の診療件数から見た病院診療機能

【ファイル名】 医師数&難治性&がん.pdf

NEWSLETTER

<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>

全DPC (10桁) 基本資本表

DPC診断群分類番号毎に医療費の内訳(検査・注射・特定入院料)の統計を取り、全体の分布と比較した結果を表示しております。またDPC診断群分類番号毎に実施日数の内訳(血液検査・点滴・画像診断・抗生剤)の統計を取り、全体の分布と比較した結果を表示しております。これらの統計値は、各病院の医療資源消費を検討するための重要な情報です。

全DPC(10桁)検査・注射・特定入院料の統計値

診断群分類 点數表 (平成 13 年) 別添コード	診断群分類 番号 (10 桁)	病名	手術名	全例数	令和平均点數 [Y 歳]							
					検査		注射		特定入院料		特定入院料	
					上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)	上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)	上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)	上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)
35~36	010040x099	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	なし	61	2790.8 1319	0.91 (0.39)	5239.5 5038.4	1.01 (-)	2235.2 4380.1	0.67 (0.04)	3715.4 22723.1	0.18 (-)
37~39	010040x097	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	その他の手術あり	1	1220	0.49	4090	0.77	555	0.21	16520	1.77
40~41	010040x001	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形出血等	139	5050	(-)	10101.8	(-)	15092.8	(-)	52660.7	(-)
42	010040x199	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30以上)	なし	9	3077	1.02	3134.7	0.92	2299	0.45	-	-
43	010040x197	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30以上)	なし	335	3029.8	(-)	3419.2	(-)	5090.4	(0.42)	18900.3	(0.18)
44	010040x102	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30以上)	その他の手術あり	34	8401.5	(-)	7066.8	(-)	18440.6	(-)	35344.9	(-)
45~46	010040x101	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	穿緑脳室ドレーナージ等	20	5638.4	(-)	5266.7	(-)	24012.5	(-)	68120.4	(-)
47	010050x099	非外傷性硬膜下血腫	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形出血等	1	1259	0.55	3370	0.97	363	0.2	-	-
48~49	010050x002	非外傷性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等	43	1739.5	(-)	3751.3	(-)	1443.3	(-)	6905.3	(-)
50~55	010060x099	脳梗塞 (JCS30未達)	なし	343	3114.6	0.8	4089.1	0.86	8832.4	0.7	565.9	0.06
56~59	010060x097	脳梗塞 (JCS30未達)	その他の手術あり	6615	3946.1	(-)	5090.2	(-)	10575.4	(0.01)	9050.6	(-)
60~62	010060x002	脳梗塞 (JCS30未達)	麻痺的脳血管形成術等	5	9008.8	1.13	6320.4	1.01	10601.8	0.49	-	-
63~66	010060x001	脳梗塞 (JCS30未達)	麻痺的脳血管形成術等	287	7812.3	(-)	6229.4	(-)	16704.4	(-)	18345.5	(0.47)
67	010060x199	脳梗塞 (JCS30以上)	動脈形成術、吻合術 脳室内動脈等	86	3091.5	(-)	6899.2	(-)	12366.6	(-)	10322.5	(-)
				2	2551	0.64	3060	0.39	1670	0.25	-	-
				264	4701.7	(-)	9641	(-)	9728.9	(-)	12760	(-)
				4	8558.3	1.37	3408	0.58	11109	0.58	-	-
				287	5630.7	(0.44)	5376.4	(0.47)	15387.6	(-)	23580.1	(0.39)

全DPC(10桁)血液検査・点滴・画像診断・抗生剤の統計値

診断群分類 点數表 (平成 13 年) 別添コード	診断群分類 番号 (10 桁)	病名	手術名	全例数	平均日數							
					血液検査		点滴		画像診断		抗生剤	
					上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)	上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)	上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)	上段-全例 下段-全例 (P 値)	O/E 値 (P 値)
35~36	010040x099	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	なし	61	4	0.97	8.4	1.12	5	1.16	3.2	0.85
37~39	010040x097	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	その他の手術あり	1	2	0.67	2	0.35	3	0.86	-	-
40~41	010040x001	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形出血等	86	5.3	(-)	10	(-)	5	(-)	4.2	(-)
42	010040x199	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30以上)	なし	9	3	0.81	9	1.01	3.3	0.95	-	-
43	010040x197	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30以上)	なし	335	3.7	(-)	8.9	(-)	3.5	(-)	5	(-)
44	010040x102	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30以上)	その他の手術あり	34	10.4	(-)	28.7	(-)	9.7	(-)	5.9	(-)
45~46	010040x101	非外傷性脳室内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外) (JCS30未達)	穿緑脳室ドレーナージ等	41	10.8	(-)	16.6	(-)	12.3	(-)	2.6	(-)
47	010050x099	非外傷性硬膜下血腫	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形出血等	1	7	0.79	8	0.56	9	0.85	1	0.27
48~49	010050x002	非外傷性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等	120	10.3	(-)	16.8	(-)	10.8	(-)	4.1	(-)
50~55	010060x099	脳梗塞 (JCS30未達)	なし	1	1	0.33	3	0.39	3	0.96	-	-
56~59	010060x097	脳梗塞 (JCS30未達)	その他の手術あり	43	3	(-)	7.7	(-)	3.1	(-)	2.3	(-)
60~62	010060x002	脳梗塞 (JCS30未達)	麻痺的脳血管形成術等	367	2.6	(-)	2.9	(-)	3.5	(-)	2.5	(-)
63~66	010060x001	脳梗塞 (JCS30未達)	麻痺的脳血管形成術等	343	3	0.75	7.7	0.99	3.6	1.08	3.3	0.82
67	010060x199	脳梗塞 (JCS30以上)	動脈形成術、吻合術 脳室内動脈等	6615	4	(-)	7.8	(-)	3.3	(0.2)	4.1	(-)
				5	7.8	0.81	8.2	0.54	8.4	1.21	8	1.21
				287	9.2	(-)	15.8	(0.43)	6.7	(-)	6	(-)
				86	4.1	(-)	7.2	(-)	4.1	(-)	3.9	(-)
				2	2.5	0.58	6.5	1	3	0.59	-	-
				264	5.1	(-)	8	(-)	5.7	(-)	3.8	(-)
				4	7	0.81	6.8	0.42	4.5	0.7	4.5	0.95
				287	7.7	(-)	14.8	(0.45)	5.8	(-)	4.7	(-)

NEWSLETTER

http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/

心筋梗塞診療の病院間比較

わが国の年間死亡原因では、心疾患による死亡が男女とも2位を占め、その年間死亡総数は約17万人と推定されています。また急性心筋梗塞の発症例は年間約25万人、死亡数は約4.5万人で心疾患死亡総数の約1/4を占めています。さらに虚血性心疾患の継続加療対象者は約85万人と推定されます。平成17年度の虚血性心疾患による医療費は6,635億円で、前年度に比べて365億円(約5.5パーセント)減少しました。しかし本疾患は依然として国民の健康を脅かし、社会に大きな経済的負担を与えています。急性冠症候群に対し、近年、迅速なインターベンションとともに、エビデンスに基づく入院中の加療が注目されるようになってきました。今回QIP事務局は、DPCデータを用いて急性冠症候群のなかから急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞を対象に各施設間の診療内容や医療費を解析しました。

28. 急性心筋梗塞治療の内訳：βブロッカーの処方割合と投与量

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15
βブロッカー投与症例数	14	1	2	1	10	1	2	14	15	5	2	6	-	-	8
αβ	47.8%	25.0%	28.6%	-	21.4%	33.3%	-	7.7%	46.7%	35.9%	18.2%	-	-	-	38.1%
β選択	8.7%	-	-	10.0%	-	-	-	7.7%	-	2.6%	4.5%	20.0%	46.2%	-	-
β非選択	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
αβ+β選択	4.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
αβ+β非選択	-	-	-	-	2.4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
β選択+β非選択	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
αβ+β選択+β非選択	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
使用なし	39.1%	75.0%	71.4%	90.0%	76.2%	66.7%	84.6%	33.3%	61.1%	77.3%	80.0%	53.8%	-	-	61.9%

17. 急性心筋梗塞治療の内訳：PCI-CABG

	A16	A17	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13
βブロッカー投与症例数	9	-	45	5	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
αβ	15.2%	-	66.7%	32.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
β選択	4.3%	-	8.9%	7.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
β非選択	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
αβ+β選択	-	-	-	1.5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
αβ+β非選択	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
β選択+β非選択	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
αβ+β選択+β非選択	-	-	1.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
使用なし	80.4%	100.0%	100.0%	22.4%	58.5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	B14	B15	B16	B17	B18	A16	A17	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13
βブロッカー投与症例数	58	60	33	25	19	57	-	-	72	86	72	78	-	79	56	84	65	80	83	-
αβ	46.1%	18.5%	18.6%	65.8%	39.0%	20%	-	-	9%	-	2%	4%	-	6%	-	7%	5%	3%	2%	-
β選択	16.9%	14.4%	6.2%	4.9%	-	20%	-	-	2%	-	2%	-	-	-	-	2%	4%	-	-	-
β非選択	-	2.7%	1.8%	-	-	4%	-	-	2%	-	2%	-	-	-	-	-	2%	4%	-	-
αβ+β選択	1.1%	3.4%	-	-	-	20%	100%	100%	17%	12%	26%	17%	-	16%	44%	9%	27%	13%	15%	-
αβ+β非選択	-	1.4%	1.8%	2.4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
β選択+β非選択	1.1%	-	0.9%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
αβ+β選択+β非選択	-	0.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
使用なし	34.8%	58.9%	70.8%	34.2%	53.7%	75%	57%	59%	87%	68%	65%	-	96%	66%	81%	-	-	93%	-	-

	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22	B23	B24	B25	B26	B27
βブロッカー投与症例数	75	57	59	87	68	65	-	96	66	81	-	-	-	-
αβ	2%	3%	4%	-	5%	-	-	1%	8%	-	-	-	-	-
β選択	1%	1%	3%	-	2%	-	-	-	1%	-	-	-	-	-
β非選択	1%	3%	4%	-	5%	-	-	-	8%	-	-	-	-	-
αβ+β選択	2%	3%	4%	-	5%	-	-	-	9%	-	-	-	-	-
αβ+β非選択	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
使用なし	21%	39%	34%	13%	24%	35%	100%	4%	33%	10%	100%	100%	7%	-

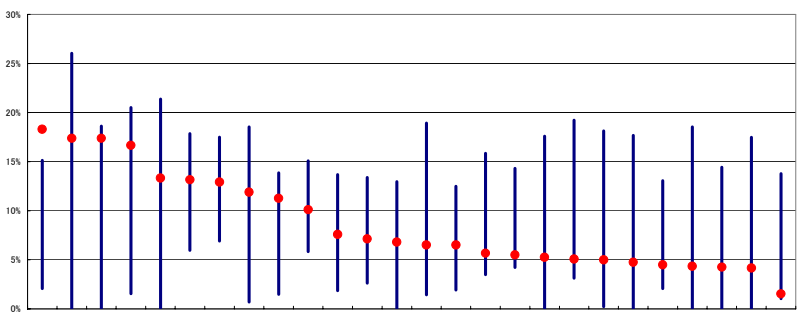


47. 予測死亡率と実測死亡率

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15
観測死亡率	17%	-	-	-	17%	-	-	13%	5%	4%	-	-	-	-	5%
予測死亡率上限	26%	-	-	-	21%	-	-	21%	18%	17%	-	-	-	-	18%
予測死亡率下限	-	-	-	-	2%	-	-	-	0%	-	-	-	-	-	-

	A16	A17	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13
観測死亡率	7%	-	-	5%	2%	6%	7%	-	18%	-	7%	10%	11%	4%	-
予測死亡率上限	19%	-	-	19%	14%	14%	12%	-	15%	-	13%	15%	14%	14%	-
予測死亡率下限	1%	-	-	3%	1%	4%	2%	-	2%	-	6%	1%	-	-	-

	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22	B23	B24	B25	B26	B27
観測死亡率	4%	13%	13%	5%	12%	17%	-	4%	7%	8%	-	-	6%	-
予測死亡率上限	13%	18%	18%	18%	19%	19%	-	18%	13%	14%	-	-	16%	-
予測死亡率下限	2%	7%	6%	-	1%	-	-	3%	2%	-	-	-	3%	-



NEWSLETTER

<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>

● 主要手術における抗生剤の使用状況

抗生剤の適切な使用は、重要な感染対策の一つです。わが国では抗生剤が過剰に使用されていると指摘されてきましたが、近年各学会を中心として、ガイドラインの整備などを通じて抗生剤投与法を見直そうという動きがあります。またDPCによる支払いの包括評価制度も、使用量を制限するインセンティブとして働く傾向があります。

QIPは様々な視点から、抗生剤の使用状況に関する検討を加えてきました。DPC基礎調査レセプトデータダウンロード・データは、各症例において使用された抗生剤の種類・量・投与期間など詳細な情報を含んでいます。QIPは、主要な疾患・術式における抗生剤使用パターンを調査しています。

診断群分類 【手術名】 番号(10桁)	病院	診療科	症例数	抗生剤使用状況		最も多く使用された抗生剤上位3位の内訳				
				抗生剤使用症例数	抗生剤使用割合(%)	順位	抗生剤名	使用された症例数	使用患者1人当たり使用量(中央値)	使用患者1人当たり薬価(中央値)
胃の悪性腫瘍 [胃全摘術, 胃切除 術悪性腫瘍手術等] 060020xx01 060020xx02	外科	71	69	(97.2%)	2	CTM	6	2.5	1,750	2
					3	CMZ	5	6.0	3,822	2
	外科	44	31	(70.5%)	1	CEZ	31	4.0	860	1
					2	CMZ	6	6	1,986	4
	外科	23	23	(100.0%)	3	IPM/CS	2	7.0	31,766	7
					1	CEZ	18	7.5	6,990	4
					2	CMZ	13	9	5,733	4
	外科	56	54	(96.4%)	3	CTM	3	12.0	10,524	6
					1	CEZ	52	8.0	3,936	4
					2	SBT/CPZ	5	11	14,036	6
	外科	109	108	(99.1%)	3	TOB	3	0.1	465	1
					1	CEZ	101	6.0	5,592	3
					2	SBT/ABPC	6	41	30,240	7
	外科	81	79	(97.5%)	3	CMZ	5	6.0	2,220	3
					1	CEZ	79	5.0	730	2
	外科	20	18	(90.0%)	2	CZOP	3	10	17,440	5
					3	MEPM	3	4.5	15,705	5
					1	CEZ	18	7.0	6,524	3
	消化器科	30	25	(83.3%)	2	CMZ	5	10	8,960	5
					3	SBT/CPZ	1	14.0	7,280	7
1					CEZ	21	1.0	146	1	
外科	34	33	(97.1%)	2	CTM	6	3	1,754	1	
				3	PAPM/BP	2	8.8	31,430	9	
				1	CMZ	23	9.0	9,104	4	
外科	20	19	(95.0%)	2	CEZ	10	7	6,524	4	
				3	FMOX	5	8.0	15,713	4	
				1	CEZ	18	3.0	2,427	1	
外科	20	19	(95.0%)	2	MEPM	2	8	27,920	6	
				3	CMZ	1	22.0	8,140	12	

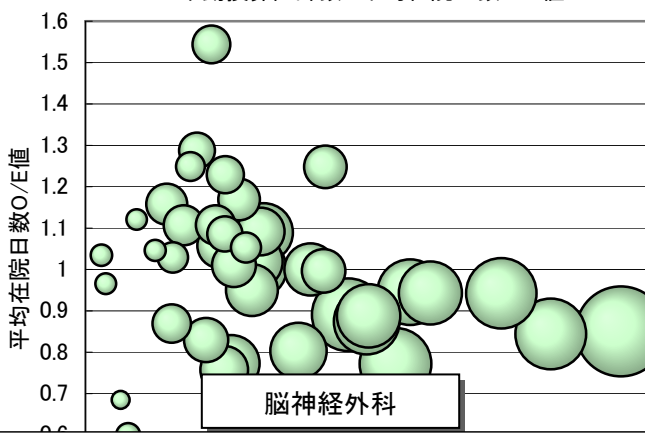
● 医師数と診療パフォーマンス指標

・ 医療の質は「ストラクチャー(人的資源・施設や設備・診療体制など)」、「プロセス(検査や処置・治療の内容)」、「アウトカム(最終的な患者の健康状態)」の3つのディメンジョン(側面)で評価されます。QIPを初めとするDPCベンチマーキングでは、「プロセス」評価や「アウトカム」評価の研究が盛んに行われておりますが、「ストラクチャー」評価に対する学術的関心は依然として低く、特に人的資源やマンパワーが医療の質や患者アウトカムに与える影響については、殆ど検討がされていないのが現状です。しかし高いレベルの医療を提供するには、高い資質を備えたスタッフの配置や十分なマンパワーが不可欠であることは言うまでもありません。

・ 今回QIPは、昨年実施した「施設基本調査」の結果を基にして、医師数と診療パフォーマンスのさまざまな指標(在院日数・医療費など)との関係を検討しました。さらに急性期病院の診療に重要な位置を占める「手術」の実施率を評価しました。この場合「手術」の定義は、診療報酬点数表で「Kコード」が割り当てられており、かつ点数表上の点数が1000点以上のものです。

病院全体

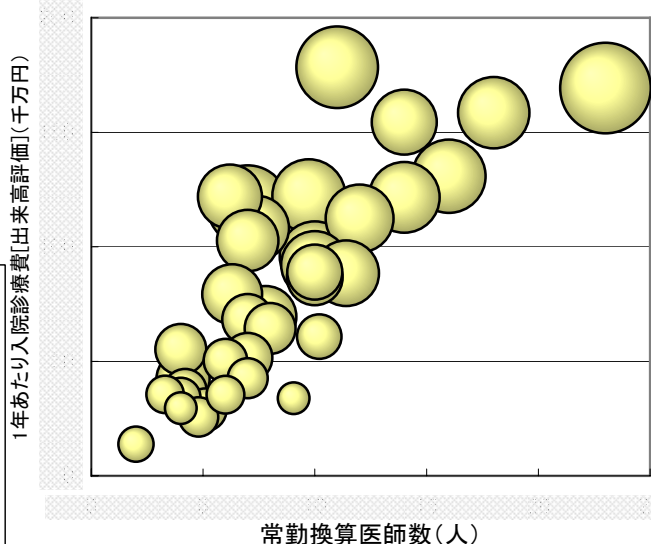
常勤換算医師数と平均在院日数O/E値



脳神経外科

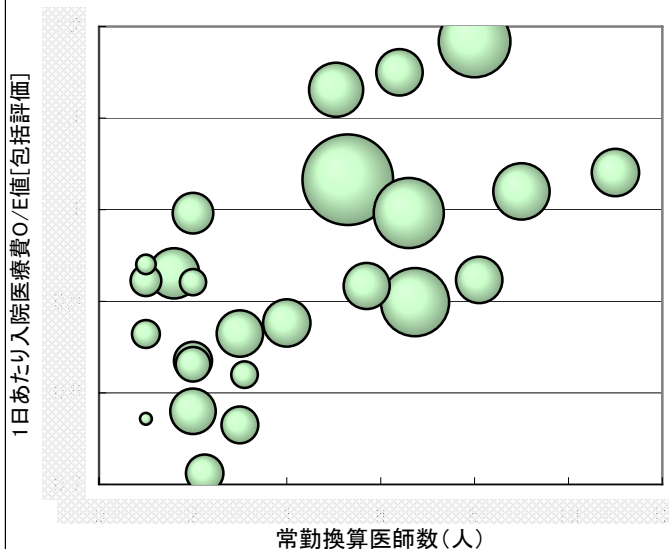
外科・消化器外科

常勤換算医師数と1年あたり入院診療報酬[出来高評価]



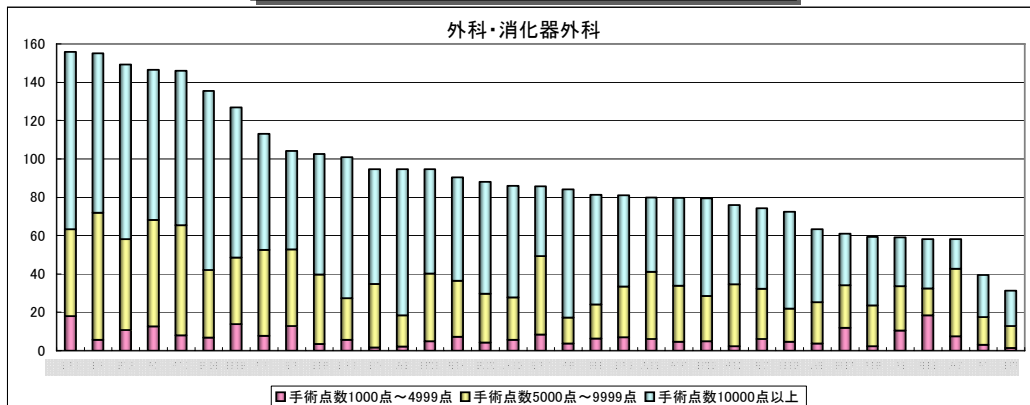
常勤換算医師数(人)

常勤換算医師数と1日あたり入院診療報酬O/E値[包括評価]



常勤換算医師数(人)

医師1人当たり手術件数(診療報酬点数別)

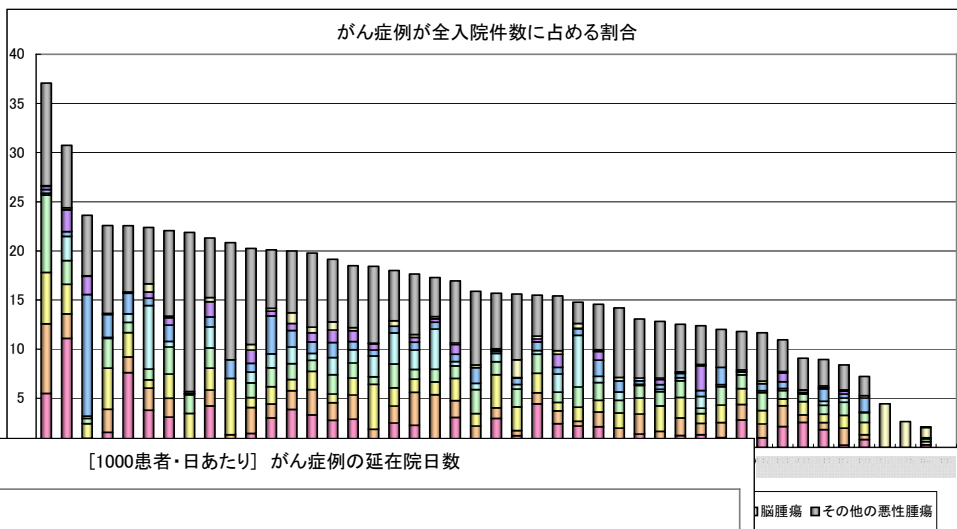


● がんの診療

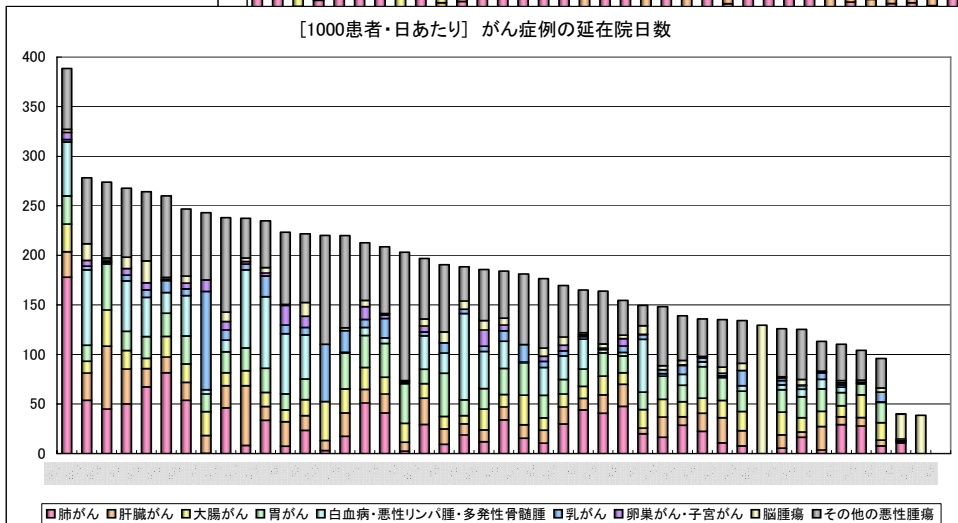
SAMPLE

- ・「がん」や「難治性疾患」症例の診療は「地域がん診療連携拠点病院」や「研修指定病院」など特定の機能を有する病院で重要な位置を占めます。そこでこの報告書では、これらの診療が全体に占める割合を評価しました。

がん症例が全入院件数に占める割合



[1000患者・日あたり] がん症例の延在院日数



3. QIPアウトプットに対するご意見

ご意見

(脳梗塞の感染登録率について)

脳梗塞における感染症の定義は何でしょうか。「入院後発症疾患」に病名がある場合、画一的に感染症とみなされているのでしょうか。肺炎や腸炎なども感染症の範囲に含まれるのでしょうか。感染症サーベイランスを実施している病院では実施していない病院と比較して感染症の登録率が高くなるために、見かけ上の発生率が高くなるのではないのでしょうか？

QIP事務局

脳梗塞の感染症の統計ですが、「入院後合併疾患名」のICD10コードの入力数を集計しております。感染症に分類されているのは、「血流感染症・敗血症」・「肺炎」・「尿路感染症」・「術後感染症」です。腸炎はこれには含まれておりません。またご指摘のように、DPCデータ様式の合併症登録率は、病院により大きく異なります。これは、1)感染症の定義、2)医師の認識、3)DPCデータを入力する情報の収集方法が病院で異なるためです。ですから感染症発生率を病院間で比較する際には、感染症の登録率だけでなく、予防的投与を除く抗生剤が投与された症例の割合も合わせて評価する必要があります。

ご意見

近隣に周産期センターなどを持つ病院がないため、当院の新生児科にはリスクの高い低出生体重児が多く搬送されてきます。また急性期を過ぎても受け渡す病院が遠方のためすぐには転院させられません。よって在院日数は当然長くなりますが、医療の効率性は決して悪くないと思います。

QIP事務局

高次的な医療を担っている地域の中核病院は、後方支援施設の有無が在院日数に大きな影響を与えます。特に新生児医療の場合は、高度な機能を持つほど在院日数が長くなってしまおうというジレンマを抱えています。このような場合、単純な在院日数の比較は、決して医療の質や効率性を反映するものではありません。

ご意見

入院の分析に、差額ベッド代は含まれているのでしょうか？

QIP事務局

入院医療費に、食事代・差額ベッド代は含まれておりません。

NEWSLETTER

<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>

ご意見

アルブミン使用量におけるO/E値の解釈についてお聞かせください。O/E値の解釈を大雑把に言うと「疾患構成を補正した観測値とQIP参加施設平均値との比」と解釈しておりますが、例えば当院のような透析患者の合併症を多く扱う施設では透析患者が多くのDPC分類にまたがるため、疾患構成の補正がされているといえども各DPC分類内で透析患者特性の影響が反映されると考えていますが、いかがでしょうか。

QIP事務局

ご指摘のように、QIPはアルブミン使用量の予測値の算出にDPC10桁分類を用いていますが、透析の有無は予測値の算出の際に殆ど考慮されていません。この問題を解決するには、透析の有無を考慮した予測値を算出する必要があります。ただし、透析患者でもアルブミン製剤の投与が適応になるのは、「循環動態が不安定な場合」と非常に限定されていますので、透析患者の中でもごく限られた患者がアルブミン投与の適応があると考えられます。

ご意見

診療報酬の方で輸血管理料が設定されていますが、赤血球製剤とアルブミン製剤の使用比率が基準となっています。双方の適正使用をめざすも輸血を減らせばより一層アルブミン製剤を減らさねばならないという厳しい状態になっています。それぞれで病床数や患者数等に対しての基準が設定されないことには純粋な適正使用がはかれなように思われますが。

QIP事務局

貴重なご意見、ありがとうございました。ご指摘のように、赤血球製剤とアルブミン製剤の使用比率を使用適正の規準に用いると、双方の使用を減らした場合に却って基準を満たさなくなる恐れが生じます。この問題を解決するには、臨床的な状況をより詳細に加味した基準づくりが必要になると考えます。また適切な基準について、関連学会の保険診療委員会との協力や厚労省に対して提言を行って参りたいと存じますので、ご協力ください。

QIP報告書やNEWSLETTERに対するご意見ご要望は下記までお願いします。

QIP事務局

TEL: 075-753-4454

FAX: 075-753-4455

qip@pbh.med.kyoto-u.ac.jp