



コラム

DPC データの活用について

坂総合病院 QI 委員 診療サービス課 菅原 朋美

当院では2006年4月よりDPC(診断群別定额払い方式)が開始され、DPCレセプトに基づいて、診療報酬の請求を行っています。DPC病院では、3カ月に1回、退院患者についての以下のデータを定められた期日までに提出することが求められています。

- ① 患者単位で把握する診療報酬情報で、主に診療録からの情報(様式1)
- ② 患者単位で把握するレセプトデータ情報で主にレセプトからの情報(D、E、Fファイル、様式4)
- ③ 医療機関単位で把握する情報(様式3)

これらの診療情報を基に全国統一形式の指標を病院ごとに作成し、一般市民に対しホームページ等で公開することにより、診療報酬で評価していくという動きがあります。平成26年度の診療報酬改定で評価していく予定でしたが、評価に係る課題も多いため見送りとなりました。今後、全国統一形式の指標を病院ごと作成・公開することにより、患者は同じ治療を受ける場合、他院と比較し、『データを基にした病院選び』が可能になります。医療機関においては、DPCデータの分析力と説明力の向上が求められます。

≪現在提唱されている指標の案≫

- (1) 年齢階級別退院患者数
- (2) 診療科別症例数トップ3
- (3) 初発の5大癌のUICC病期分類別ならびに再発患者数
- (4) 成人市中肺炎の重症度別患者数
- (5) 脳梗塞のICD10別患者数
- (6) 診療科別主要手術の術前、術後の日数、症例数トップ3
- (7) その他(DIC、敗血症等の発生率)



シリーズ“統計のはなし” No.8

突然ですが、目の前の大量のデータについて説明を求められたらみなさんはどうしますか?合計してみたり、一番大きい値を見つけたり、「平均*」を求めてみたり、何か一つにまとめてしまえたら説明が楽になりますよね。

このように、データを少ない情報にまとめて特徴を説明してしまおう!というのが統計の出発点です。統計学では、集めたデータを説明する値を「記述統計量(要約統計量)」といいます。

今回はそのなかでも「平均値」と「中央値」を取り上げます。まずはそれぞれの求め方の復習から。

平均値：すべての値を足して件数で割った値
 中央値：値を大きさ順に並べて真ん中の順番の値(偶数の場合は真ん中2つ値の平均値)

(例) A小学校1年3組の身長

平均値 ⇒ 全員の身長を足して人数で割った値

中央値 ⇒ 身長順に並んで真ん中の人の身長

なにか違うの?

平均値は全ての値を足し算するため、大きい(小さい)値に影響を受けやすいです。例えば、とある会社紹介に「社員の平均年収は780万円!」とあったとします。一見良さそうな会社に見えますが…従業員9人の年収が一律200万円、経営者の年収が6,000万円、と極端な場合でも平均780万円です(計算してみてください)。

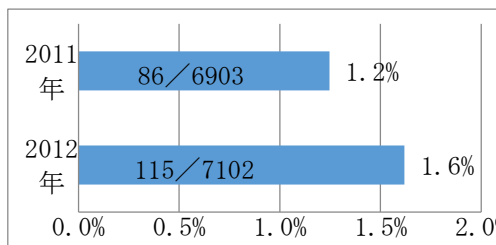
医療では検査結果などは平常値と異常値が大きく異なる場合があります。並び替えるだけの中央値は極端な値が含まれていても、真ん中に並び値には影響がありません。そのため、医療では中央値を良く用いるようです。裏を返せば、中央値だけでは極端な値が混ざっていることがわかりにくくなります。

このように2つの値それぞれに一長一短があるわけです。また、どちらの値も「真ん中辺り」は分かっても、どれくらいの範囲の値が含まれているのかわかりません。今回はその「範囲」についてはなしをお届けします。

※平均値は幾つか種類があるのですが、ここでは「算術平均」を「平均」と呼んでいます。

医療情報企画センター SE 佐藤洋之

指標紹介 褥創新規発生率



褥瘡とは、一般的には“床ずれ”とも言われています。これは、一定の部位に一定以上の力が加わることによって生じる皮膚損傷の総称です。褥瘡は活動が低下した方に、皮膚の摩擦・ずれ・圧迫といった局所的要因や栄養状態の低下、基礎疾患などの全身的要因が複雑に絡み合って発症します。

また、創の状態も一人ひとり異なっており、個性のある褥瘡の治療法やケア方法が必要となります。いったん褥瘡が発生すると、患者さんのQOLが低下し苦痛を与えるばかりでなく、感染等の合併症を起こす懸念もあります。また入院期間が長期化することで廃用症候群をおこしたり、在院日数・医療費も増加する問題があり、新規発生率を低下させることは重要です。仰臥位の場合体圧の44%が仙骨部に集中すると言われていますが当院での部位別発生でも最も多いのは仙骨部です。これらは体位変換時のずれ・長時間のベッドアップ(頭部拳上)・座位時の圧迫・ずれも要因のひとつと考えられ、褥瘡対策チームとしても圧迫・ずれの解除やポジショニングの重要性を痛感し、12月に学習会を開催しております。中でも緩和ケアや超重症患者は予防や治療に難渋することも多々あります。症状コントロールが困難であったり循環動態が不安定で脆弱な皮膚に、尿や便失禁、圧迫・ずれなどの負荷が加わるなど褥瘡の要因も複雑です。よって、褥瘡対策には創の治療だけでなく、疾患の治療、圧迫・ずれの予防、スキンケア、栄養管理、リハビリテーションなど総合的なアプローチが必要です。そのため、専門性の高い多職種から構成される褥瘡対策チームが、それぞれの専門性を活かして共同で褥瘡予防・管理に取り組んでいます。当院では、まず担当看護師が患者入院時に褥瘡リスクアセスメントスケールを用いて危険因子を評価し適切な体圧分散寝具を選択し、患者にあったポジショニング、スキンケアなどの看護計画を立案・実行しています。また、寝たきり予防やポジショニング改善のためのリハビリセラピストの介入・栄養状態の改善のためNSTの介入など各チームを機能させていけるよう取り組んでいます。

皮膚・排泄ケア認定看護師 中川明子

次号(第9号・2月発行予定)のご案内
次回は引き続き指標紹介「退院後2週間以内のサマリー記載率」シリーズ“統計のはなし” No.9を予定しています。

