

一般口演

一般口演6

DPC・地理情報・地域連携

2017年11月21日(火) 08:30 ～ 10:00 H会場 (10F 会議室1008)

[2-H-1-OP6-5] DPCデータの分析による救急医療係数低下要因の検証と改善のための取り組み

一瀬 貴宏, 服部 奈美子, 白井 伸恵, 山本 剛, 上村 幸司, 平松 治彦（国立循環器病研究センター）

【背景と目的】

病院経営上、DPCの機能評価係数は重要な要素であるが、当院は重篤な循環器系疾患に特化した病院であり、効率性・カバー率など高い評価を得ることが難しい係数がある。しかし、高い評価を得られると想定される救急医療係数が2017年度係数公示により30%程度減少したことから、機能評価係数も大きく下がるなど、適切に病院の状況を分析し対策を立案することが求められている。

すなわち、当院の医療上の特性や状況を把握し、各係数の評価を適切に行い、病院収益向上を図ることを目的に、救急医療係数の低下要因を検証のためDPCデータの分析・評価を行った。

【方法】

まず、救急医療管理体制加算の現状を評価するために、2014年10月～2016年9月の救急医療管理体制加算の加算1と加算2の算定割合を評価した。次に、経過観察目的の入院を救急医療管理体制加算の対象から除外し、DPC分析ソフトを用いて2015年10月～2016年9月と2016年10月以降で救急医療指数の比較検討を行った。

【結果と考察】

救急医療管理体制加算の加算1と加算2の算定割合は、2014年10月～2015年9月期；加算1__60.0%、加算2__40.0%だったのに対し、2015年10月～2016年9月期；加算1__42.9%、加算2__57.1%と加算1と加算2の算定割合が逆転していた。経過観察目的の入院を救急医療管理体制加算の対象から除外した結果、救急医療指数が2015年10月～2016年9月；1031から2016年10月～2017年4月；1151と11.6%改善した。

救急医療指数は、経過観察目的の入院ではDPCコーディングによってはマイナスになること、同様の症例が多いほど救急医療指数が低値になることが確認できた。これらのことから、症例毎に加算の算定可否について、診療情報管理士が症例を把握し医師と相談し判断することが効果的であると考えられる。

【まとめ】

救急医療指数の減少要因について検証し、加算の対象を把握することで、一定の効果があることがわかった。今後、機能評価係数を構成する各係数についてリアルタイムに把握しながら対策を立案・実施する体制について整備する予定である。

DPC データの分析による救急医療指数低下要因の検証と改善のための取り組み

一瀬 貴宏^{*1}、服部 奈美子^{*1}、白井 伸恵^{*1}、山本 剛^{*1}、上村 幸司^{*1}、平松 治彦^{*1}

^{*1} 国立循環器病研究センター

Improvement Approaches of the Emergency Medical index based on Verification by Analysis of DPC data

Takahiro Ichinose^{*1}, Namiko Hattori^{*1}, Nobue Shirai^{*1}, Tsuyoshi Yamamoto^{*1}, Koji Uemura^{*1}, Haruhiko Hiramatsu^{*1}

^{*1} National Cerebral and CardioVascular Center

Abstract in English comes here.

Function evaluation coefficients of DPC / PDPS are important elements of hospital management, but our hospital is a special hospital specialized in cardiovascular disease, so it is difficult to obtain high evaluation with many function evaluation factors. However, as there are many emergency patients as features of cardiovascular disease, we believe that it is possible to obtain high evaluation of emergency medical factors. In our hospital, the emergency medical coefficient decreased by about 30% in 2017. Therefore, we analyzed and evaluated the DPC data and examined the factor of decreasing emergency medical index, which are the basis of emergency medical coefficient; Regarding emergency medical index of our hospital, "assessment of current status of emergency medical management addition", "evaluation of emergency medical management addition", "correlation between emergency medical index and DPC coding". As a result of the verification, it was confirmed that the emergency medical index rises by excluding cases that are not appropriate for calculation of emergency medical care addition such as follow up observation. Also, we could confirm the DPC that the emergency medical index is a negative value. In order to solve these problems, we had an improvement effect by checking inpatients who are the factors of declining emergency medical indices every day and carrying out appropriate DPC coding.

Keywords: emergency medical index, DPC, PDPS

1. はじめに

病院経営上、診断群分類別包括支払制度(DPC/PDPS)における機能評価係数は重要な要素であり、その維持・向上のために全国の病院では様々な取り組みがなされている。

しかし、当センター病院は、循環器系疾患に特化した病院であり、2016年10月～2017年7月における退院症例データでは、MDC2 別で循環器系疾患と神経系疾患で合わせて約70%を占めているため、機能評価係数の一つであるカバー率では高い評価を得ることが難しい病院であり、また、研究センターであることから、効率性指数においても高い評価を得ることは難しい。

一方で、救急医療係数は急性心筋梗塞や脳梗塞等の循環器系疾患の救急入院を多数受け入れている当院にとって、救急医療係数の求める機能を考えると高い評価を得ることができる機能評価係数である。しかし、2017年度の係数公示では、救急入院患者数に大きな変化が見られないにもかかわらず、2016年度の係数0.01180から0.00788と、約30%減少したことから、機能評価係数も大きく下がることとなり、病院経営上にも大きな影響を及ぼしていることが問題視されている。

本稿では、上記問題点を解決するために、DPC データの分析による救急医療係数の基となる救急医療指数の低下要因の検証と改善のための取り組みについて報告を行う。

2. 救急医療指数に関する検証

当院の救急医療指数に関して、DPC データを用いて以下

の3点の検証を行った。

(1) 救急医療管理加算の現状評価

救急医療管理体制加算の現状を評価するために、2014年10月～2016年9月の救急医療管理体制加算の加算1と加算2の算定割合を評価した。次に、経過観察目的の入院を救急医療管理体制加算の対象から除外し、DPC分析ソフトを用いて2015年10月～2016年9月と2016年10月以降で救急医療係数の比較検討を行った。

救急医療管理体制加算の加算1と加算2の算定割合は、2014年10月～2015年9月期では加算1が60.0%、加算2が40.0%だったのに対し、2015年10月～2016年9月期では加算1が42.9%、加算2が57.1%と、加算1と加算2の算定割合が逆転していた。2016年10月より、経過観察目的の入院を救急医療管理体制加算の対象から除外した結果、2016年10月～2017年7月期は加算1が57.5%、加算2が42.5%と改善が見られた。救急医療指数においても2015年10月～2016年9月期での1031から、2016年10月～2017年4月期は1151と11.6%改善していたが、2017年6月:852.0、7月:997.9と低い値となった。

(2) 救急医療管理加算に関する評価

2016年4月改定の前後で救急医療管理体制加算の加算1と加算2の比率および救急医療指数の相関に変化があるか検証した。

2016年4月改定以前は救急医療管理体制加算2の比率

が低い時に救急医療指数が高い値を示していた(図1)。これに対し2016年4月改定以降は加算1加算2の比率と救急医療指数の相関はあまりみられなかった(図2)。

(3) 救急医療指数とDPCコーディングの相関に関する検証

MDC別、DPC別に救急医療指数とコーディングに相関がないか検証した。

最初に、MDC2別に件数の多い循環器系疾患と神経系疾患と「その他」に分けて救急医療指数を比較した(図5)。

神経系疾患が687.9だったのに対し、循環器系疾患は215.1とその他の189.5と同程度であった。

次に、MDC6別で比較した。神経系疾患の中では【010060_脳梗塞】が603件と最も多く、救急医療指数も442.4と最も高い指数であった。また、救急医療指数がマイナスとなるMDC6は無かった。一方、循環器系の中では症例数は【050130_心不全】が最も多く、救急医療指数は【050161_解離性大動脈瘤】が最も高く54.9であった。しかし、【050050_狭心症、慢性虚血性心疾患】の救急医療指数が-6.0とマイナスの数値であった(表1)。

さらにMDC6別救急医療指数においてマイナスであった【050050_狭心症、慢性虚血性心疾患】について、DPC別に検証すると、DPC分析ソフトを用いた分析の結果、【050050xx99200x_狭心症、慢性虚血性心疾患;心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等】および【050050xx9923xx_狭心症、慢性虚血性心疾患;心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等;シンチグラム等】の平均救急医療指数が、-1点以下で極度に低値であった。

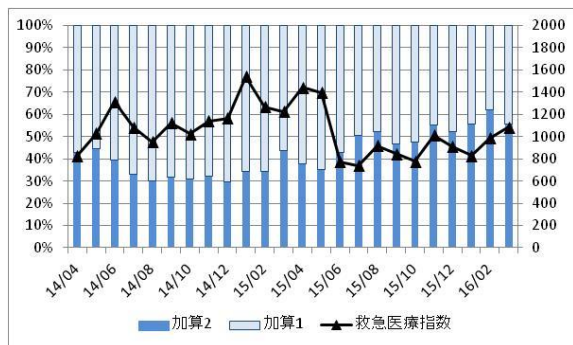


図1 救急医療管理体制加算と救急医療指数の相関
(2014年4月～2016年3月)

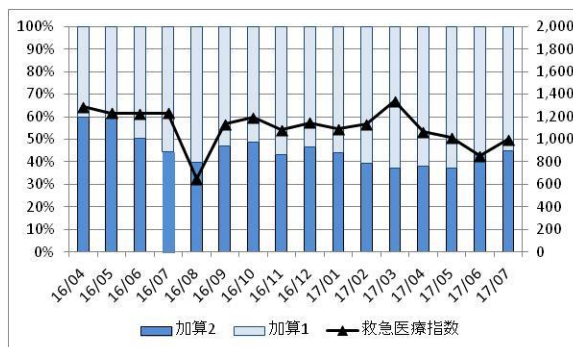


図2 救急医療管理体制加算と救急医療指数の相関
(2016年4月～2017年7月)

表1 MDC6別救急医療症例数、救急医療指数
(神経系、循環器系それぞれ症例数上位5件)

MDC6	症例数	救急医療指数
010060_脳梗塞	603	442.4
010040_非外傷性頭蓋内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外)	198	78.6
010230_てんかん	143	83.3
010061_一過性脳虚血発作	74	23.9
010290_自律神経系の障害	62	24.0
050130_心不全	312	35.4
050030_急性心筋梗塞(続発性合併症を含む。)、再発性心筋梗塞	187	13.0
050050_狭心症、慢性虚血性心疾患	183	-6.0
050070_頻脈性不整脈	142	8.7
050161_解離性大動脈瘤	93	54.9

3. 改善策の検討

2016年4月診療報酬改定後の救急医療指数の定義は「1症例あたり[救急医療入院について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数(出来高診療実績)と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和)」と定義されている。

これにより、救急医療指数は、出来高診療実績がわずと少ない経過観察目的の入院ではDPCコーディングによってはマイナスになること、同様の症例が多いほど救急医療指数が低値になることが確認できた。

したがって、症例毎に加算の算定可否について、診療情報管理士が症例を把握し医師と相談し判断することが効果的である。

また、先に列挙した【050050xx99200x_狭心症、慢性虚血性心疾患;心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等】および【050050xx9923xx_狭心症、慢性虚血性心疾患;心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等;シンチグラム等】は、入院2日間の包括点数が2万点以上である。このようなDPC症例が増加するほど救急医療指数を押し下げる大きな要因となることが確認できた。そこで、管理者および医療者にフィードバックし、このような救急医療指数を低下させる要因を理解してもらい、共同で対策を練ることで改善できる。

4. おわりに

DPCデータを用いた分析により、救急医療指数の減少要因について検証し、加算の対象を把握することで、一定の効果があることがわかった。今後、機能評価係数を構成する各係数についてリアルタイムに把握しながら対策を立案・実施する体制について整備する予定である。

参考文献

- 1) 一般社団法人 診断群分類研究支援機構 DPC セミナー札幌会場資料(2015)
[http://www.dpcr.or.jp/index.php?plugin=attach&refer=SeminarsPage%E2%80%8B2F2015_01_24%E6%9C%AD%E5%B9%8C%E3%82%BB%E3%83%9F%E3%83%8A%E3%83%BC&openfile=20150124%E9%88%B4%E6%9C%A8.pdf]