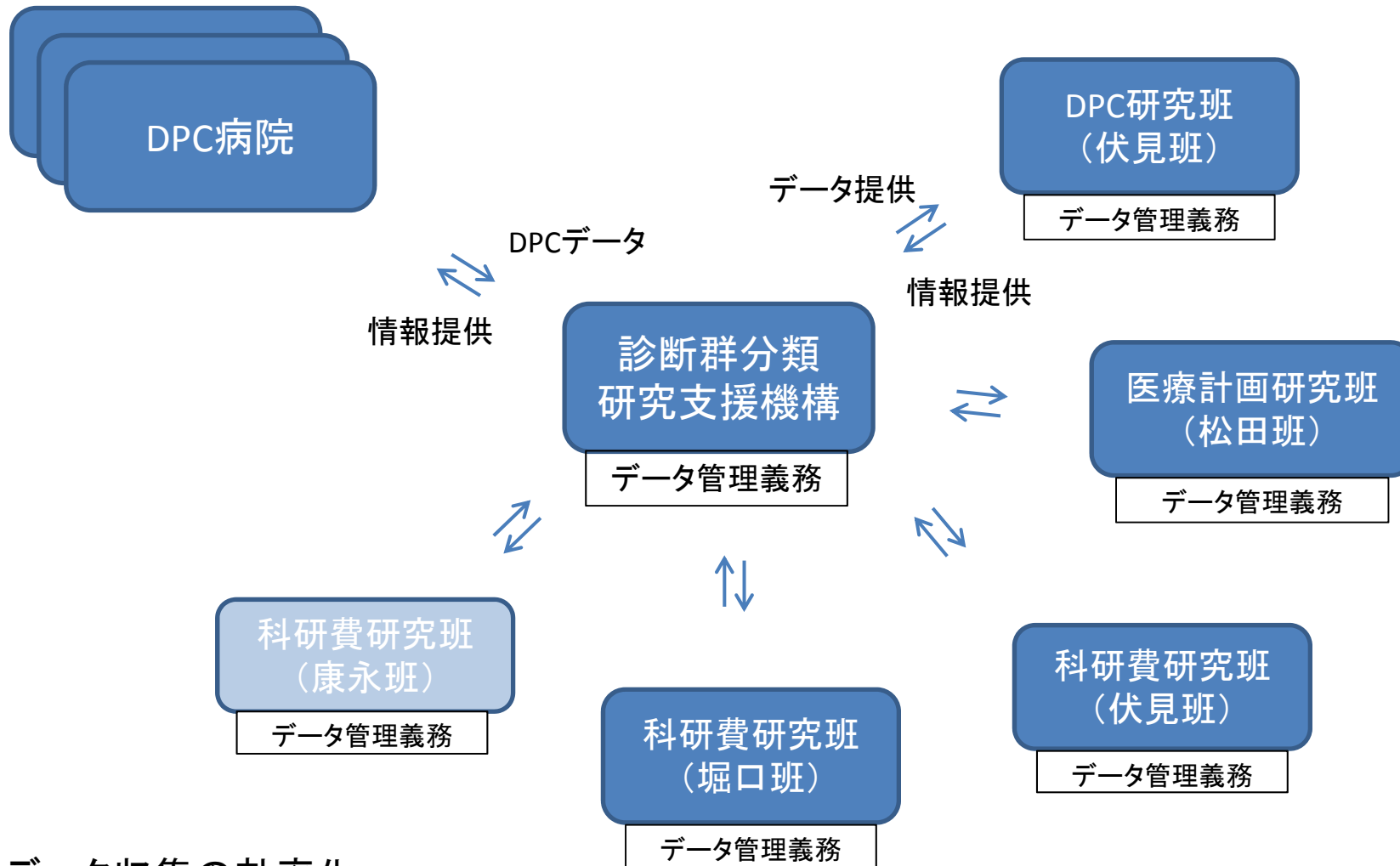


DPC研究班のこれまでの研究

東京医科歯科大学大学院
医療政策学講座医療政策情報学分野
伏見清秀

2012年11月19日

一般社団法人 診断群分類研究支援機構を介した
研究班へのデータ提供について



データ収集の効率化

- 年度を越える通年のデータ収集
- データ提供管理の一元化

一般社団法人 診断群分類研究支援機構 設立の趣意

(英文名称: DPC Research Institute、略称: DPC研究支援機構)

- 我が国で診断群分類Diagnosis Procedure Combination(DPC)が開発され、急性期入院医療の包括評価に用いられるようになってから8年以上が経過し、DPCを用いた医療経営分析、診療の質の分析、地域医療分析等の手法が開発され、DPC医療情報データを活用する可能性が広まっている
- DPC医療情報データの取り扱いには、専門的な知識と技術の蓄積が必要であり、継続的にDPCデータの取り扱いを支援する組織が必要
- 診断群分類に関する医療情報の健全な利用を促進し、関連する研究等の活動について安全・円滑な実施を支援することを目的として、「一般社団法人診断群分類研究支援機構」を設立
- 本法人は、データ収集、分析用データベース作成支援、分析用データベース提供、データ分析に関する支援、データ提供施設に対する支援などの業務を行い、診断群分類に関する医療情報の利用の促進を図る

代表理事
理事
監事

松田晋哉
伏見清秀
西岡清

平成23年度の研究報告

○研究班セミナーの開催

平成23年度
総括研究報告書

DVD
データ

○データ資料の配付

- ・ セミナー等の配付資料
- ・ GIS分析ツール
- ・ 厚労省公表データ分析ツール
- ・ 各種分析用マスター

日時	場所	会場	内容
7月23日(土)	札幌	北海道大学医学部管理棟大講堂	講演
8月8日-9日	北九州	産業医科大学ラマツィーニホール	講演および演習
10月10日(祝)	名古屋	名古屋市立大学病院大ホール	講演
11月19日(土)	東京	日本工学院専門学校ITカレッジ(蒲田)	講演
12月3日(土)	札幌	北海道大学医学部第3講義室	GIS演習のみ
12月10日(土)	京都	京都大学医学部第二臨床講堂	講演及び実習
1月28日(土)	神戸	神戸大学 医学部会館シスメックスホール	講演
2月4日(土)	盛岡	岩手医科大学 循環器医療センター	講演及び実習
2月18日(土)	東京	東京医科歯科大学	GIS関連セミナー
3月24日(土)	福岡	九州大学医学部	GIS演習

平成24年度の予定

○研究班セミナーの開催

日時	場所	内容
2012年6月30日(土)	鹿児島	講演・GIS演習
2012年8月6日、7日	北九州	講演・演習
2012年9月15日(土)	岡山	講演・GIS演習
2012年10月6日(土)	盛岡	演習
2012年10月11日(木)	佐世保	講演(病院マネジメント)
2012年10月27日(土)	高知	講演・GIS演習
2012年11月19日(月)	東京	講演
2012年12月1日(土)	仙台	講演
2012年12月15日(土)	札幌	講演
2013年1月26日(土)	神戸	未定

○データ資料の配付

- ・ マスター類等

平成23年度総括研究報告書別添DVD収載内容

1. 本報告書PDF版(白黒、フルカラー)

2. 研究報告書追加資料

①『あるべき診断群分類』の作成と、それと『平成22年度診断群分類臨床フラグ、支払対応コードに基づく分類』との比較研究の追加資料

・エクセル版CCPマトリックス用フラグ付き平成22年度DPC定義テーブル

②がん入院化学療法ポートフォリオ

③H22保険局DPC調査に基づく運転時間による診療圏ポートフォリオ

④DPCデータに基づく医療の質と効率性の評価・指標化に関する研究

3. DPC 研究班開催「DPC 制度の適正運用とDPC データ活用促進のためのセミナー」配付資料

4. 研究班作成DPCデータ分析用マスターファイル式

①平成23年度レセプト電算コードマスター

②平成23年度手術Kコードマスター

③平成23年度化学療法マスター

④平成23年度血液製剤マスター

⑤平成22年度DPC定義表正規化テーブル

5. 研究班作成配布プログラムとデータ

①平成22年度DPC病院データベースと分析ツール

②QGIS用プラグイン

6. 研究成果刊行物別刷PDF

平成23年度研究報告書

付録参考資料集の使い方(1)

- **DPC診断群分類と包括評価制度をより深く理解したい方**
 - 研究班セミナーのPDF資料を見ていただければ、DPC診断群分類の概要、現在の課題などが理解できます。
 - 付録DVD-ROM内にセミナーでの配付資料
 - 8月8日・9日の産業医大でのセミナーの内容が網羅的

平成23年度研究報告書 付録参考資料集の使い方(2)

- 院内などのDPCデータを使った分析をしてみたい方
 - 研究報告書とセミナー資料から、DPCデータに含まれているデータとその分析例を学んでください。
 - 8月8日・9日の産業医大、10月10日の名古屋、11月19日東京など
 - セミナーの演習資料も活用できます。
 - 8月8日・9日の産業医大、12月10日京都、2月4日盛岡など
 - 分析に必要なマスターデータも活用できます。
 - レセプト電算コード、手術Kコード、化学療法、血液製剤など

データ分析用マスターの例

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	
コード	コードX	名称	カナ	規	規格	識	点数	DP	旧点	告	告	コード表	告示通知	変更年月日	廃止年月日	章	部	区分	枝	項	告	告	告	告	告	告	イン	区分コード	区分コード	コメント	有効期限	H23に追加
111000110	111000110	初診	ショシ	0		3	270	1	270	1	1	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	A000					
111000370	111000370	初診(乳幼児)加算	ショシカ	0		3	75	1	72	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	A000					
111000470	111000470	乳幼児育児栄養指導料	ニウヨク	0		3	130	0	130	1	1	B		20100401	99999999	2	1	1	2	5	0	0	0	0	0	3	B001-25					
111000570	111000570	初診(時間外)加算	ショシカ	0		3	85	1	85	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	A000					
111000670	111000670	初診(休日)加算	ショシカ	0		3	250	1	250	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	A000					
111000770	111000770	初診(深夜)加算	ショシカ	0		3	480	1	480	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	A000					
111000870	111000870	初診(時間外特例)加算	ショシカ	0		3	230	1	230	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	A000					
111003610	111003610	初診(診療所)	ショシ	0		3	274	0	274	1	1	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5395	A0002		過去5年の前	2E+07		
111003770	111003770	初診時(診療所)紹介患者加算	ショシシ	0		3	50	0	50	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5396	A0002		過去5年の前	2E+07		
111009970	111009970	紹介患者加算3	ショウカイ	0		3	250	1	250	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5397	A0002		過去5年の前	2E+07		
111010070	111010070	紹介患者加算4	ショウカイ	0		3	150	1	150	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5398	A0002		過去5年の前	2E+07		
111010170	111010170	紹介患者加算5	ショウカイ	0		3	75	1	75	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5399	A0002		過去5年の前	2E+07		
111010270	111010270	紹介患者加算6	ショウカイ	0		3	40	1	40	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5400	A0002		過去5年の前	2E+07		
111010370	111010370	小児科外来診療料(初診時診	ショウカ	0		3	50	0	50	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5401	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111010470	111010470	小児科外来診療料(初診時診	ショウカ	0		3	85	0	85	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5402	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111010570	111010570	小児科外来診療料(初診時休	ショウカ	0		3	250	0	250	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5403	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111010670	111010670	小児科外来診療料(初診時深	ショウカ	0		3	480	0	480	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5404	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111010770	111010770	小児科外来診療料(初診時時	ショウカ	0		3	230	0	230	1	7	B		20100401	99999999	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	8	B001-23					
111010870	111010870	小児科外来診療料(紹介患者	ショウカ	0		3	250	0	250	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5405	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111010970	111010970	小児科外来診療料(紹介患者	ショウカ	0		3	150	0	150	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5406	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111011070	111011070	小児科外来診療料(紹介患者	ショウカ	0		3	75	0	75	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5407	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111011170	111011170	小児科外来診療料(紹介患者	ショウカ	0		3	40	0	40	1	7	B		20080304	20060331	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	5408	B001-23		過去5年の前	2E+07		
111011270	111011270	紹介患者加算1	ショウカイ	0		3	400	1	400	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5409	A0002		過去5年の前	2E+07		
111011370	111011370	紹介患者加算2	ショウカイ	0		3	300	1	300	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5410	A0002		過去5年の前	2E+07		
111011470	111011470	初診(乳幼児)(時間外等)加算	ショシカ	0		3	115	1	115	7	7	A		20080304	20060331	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5411	A0002		過去5年の前	2E+07		
111011570	111011570	小児科初診(乳幼児夜間)加算	ショウカ	0		3	200	1	200	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	A000					
111011670	111011670	小児科初診(乳幼児休日)加算	ショウカ	0		3	365	1	365	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10	A000					
111011770	111011770	小児科初診(乳幼児深夜)加算	ショウカ	0		3	695	1	695	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	A000					
111011810	111011810	初診(同日複数診療料)	ショシ	0		3	135	1	135	1	1	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12	A000					
111011970	111011970	初診(乳幼児時間外)加算	ショシカ	0		3	200	1	200	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	13	A000					
111012070	111012070	初診(乳幼児休日)加算	ショシカ	0		3	365	1	365	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14	A000					
111012170	111012170	初診(乳幼児深夜)加算	ショシカ	0		3	695	1	695	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	15	A000					
111012270	111012270	初診(乳幼児時間外特例医療	ショシカ	0		3	345	1	345	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	16	A000					
111012370	111012370	電子化加算	デンシカ	0		3	3	1	3	7	7	A		20100401	20100331	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	17	A000		kikin_診療行差	2E+07		
111012470	111012470	初診(夜間・早朝等)加算	ショシカ	0		3	50	0	50	7	7	A		20100401	99999999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	17	A000					
111700110	111700110	初診(病院)	ショシ	0		3	255	1	255	1	1	-		20080304	20060331	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5412	-0001		過去5年の前	2E+07		
111700210	111700210	初診(診療所)	ショシ	0		3	274	0	274	1	1	-		20080304	20060331	7	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5413	-0002		過去5年の前	2E+07		
111700470	111700470	初診(診療所)紹介患者加算	ショシシ	0		3	55	0	55	7	7	-		20080304	20060331	7	1	0	0	7	0	0	0	0	0	5414	-0007		過去5年の前	2E+07		

平成23年度研究報告書 付録参考資料集の使い方(3)

- 厚生労働省のDPC病院公表データを使って、地域医療分析をしてみたい方
 - － 公表されているデータを加工して、データベース化し、エクセルのピボットテーブルで簡単に地域の医療機関の患者数などを集計、可視化するツールを作成し、配布しています。
 - － 都道府県別に病院別、傷病別、手術有無別などの集計、グラフ化
 - 7月23日の札幌、8月8日・9日の産業医大など
 - － より詳細に分析したい場合は、Qlikviewを。
 - 1月28日神戸、2月4日盛岡

DPC公表データのピボットテーブルでの分析

福岡県全数データ - Microsoft Excel

ピボットグラフ ツール

ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 デザイン レイアウト 書式 分析

ピボットテーブル テーブル 図 クリップ アート 図形 SmartArt スクリーン ショット 縦棒 折れ線 円 横棒 面 散布図 その他の グラフ 折れ線 縦棒 棒 棒 スライサー ハイパーリンク テキスト ボックス ヘッダーと フッター テキスト オブジェクト 数式 記号と 特殊文字 記号と特殊文字

グラフ 1

挿入からグラフを選択

5 - 循環器系疾患

病院名

- 久留米大学病院
- 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院
- 社会保険久留米第一病院
- 医療法人天神会新古賀病院
- 医療法人社団高邦会高木病院
- 医療法人天神会古賀病院21
- 医療法人社団シマダ嶋田病院
- 医療法人聖峰会田丸中央病院
- 神代病院
- 医療法人社団高野会くるめ病院
- 医療法人松風海内藤病院

MDCコード MDC名称

ピボットテーブルのフィールド リスト

レポートに追加するフィールドを選択してください

- ☐ 病院ID
- ☐ 都道府県コード
- ☐ 都道府県名
- ☐ 二次医療圏コード
- ☒ 二次医療圏名
- ☒ 病院名
- ☐ DPC傷病名コード
- ☐ DPC傷病名
- ☒ 手術有無
- ☒ MDCコード
- ☒ MDC名称
- ☒ がん
- ☒ 脳卒中

次のボックス間でフィールドをドラッグしてください

レポート フィルター

二次医療圏名

手術有無

がん

脳卒中

凡例フィールド (系...

MDCコード

MDC名称

軸フィールド (項目)

病院名

Σ 値

合計 / 患者数

更新

レイアウトの更新を保留する

コピー先を選択し、Enter キーを押すか、貼り付けを選択します。

スタート 110131 都道府県DPC... Microsoft Excel - 福...

デスクトップの検索

10:12

二次医療圏名	手術有無	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病
合計 / 患者数	列ラベル	5 総計			
行ラベル	循環器系疾患				
久留米大学病院	330	330			
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院	214	214			
社会保険久留米第一病院	0	0			
医療法人天神会新古賀病院	439	439			
医療法人社団高邦会高木病院	241	241			
医療法人天神会古賀病院21	0	0			
医療法人社団シマダ嶋田病院	0	0			
医療法人聖峰会田丸中央病院	46	46			
神代病院	0	0			
医療法人社団高野会くるめ病院	0	0			
医療法人松風海内藤病院	0	0			
総計	1270	1270			

平成23年度研究報告書 付録参考資料集の使い方(4)

- **高度な地理情報GIS分析を行ってみたい方**
 - 地域における自院の役割を認識することはますます重要
 - 無償のGIS地理情報分析システムソフトを活用するためのセミナー
 - 8月8日・9日の産業医大、12月3日札幌、1月28日神戸、2月18日東京、3月24日福岡
 - 無償GIS分析ソフトQGISの基本的な使用方法、地理情報関連のマスターデータの入手方法
 - 「QGIS用プラグイン」のプログラムを使うことで、エクセルなどで用意した患者属性などのデータを地図上に表示

平成24年度以降のDPC関連研究の方向性

- 「診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究」(H24－政策－指定－012)
 - － 急性期医療のみならず亜急性期、慢性期、外来医療を含めた医療提供体制のあり方に関する研究
 - － 医療機能分化、医療連携の促進等に向けた研究
 - － 医療機関機能評価、医療の質の評価の充実に向けた研究

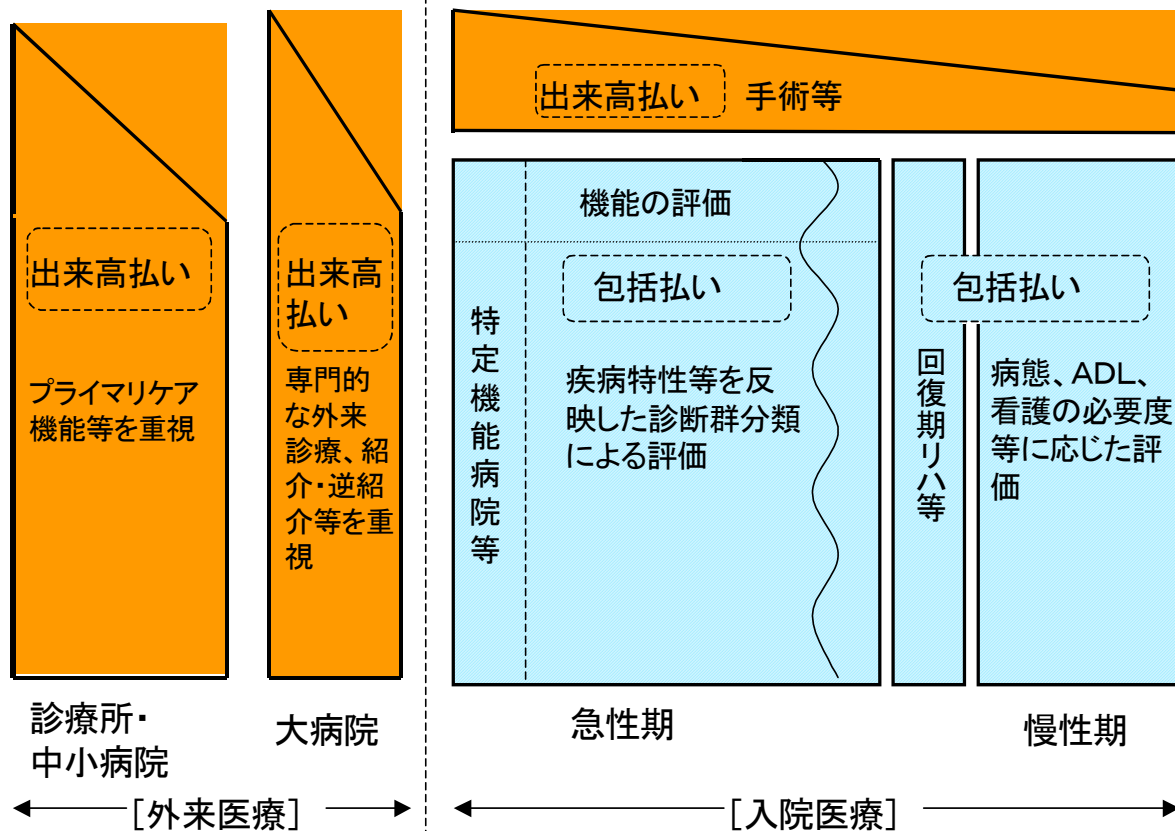
診療報酬体系の見直し

☆医療技術の適正な評価(難易度、時間、技術力を重視)

<ドクターフィー的要素>

☆患者の視点の重視

- ・情報提供の推進
- ・患者の選択の重視

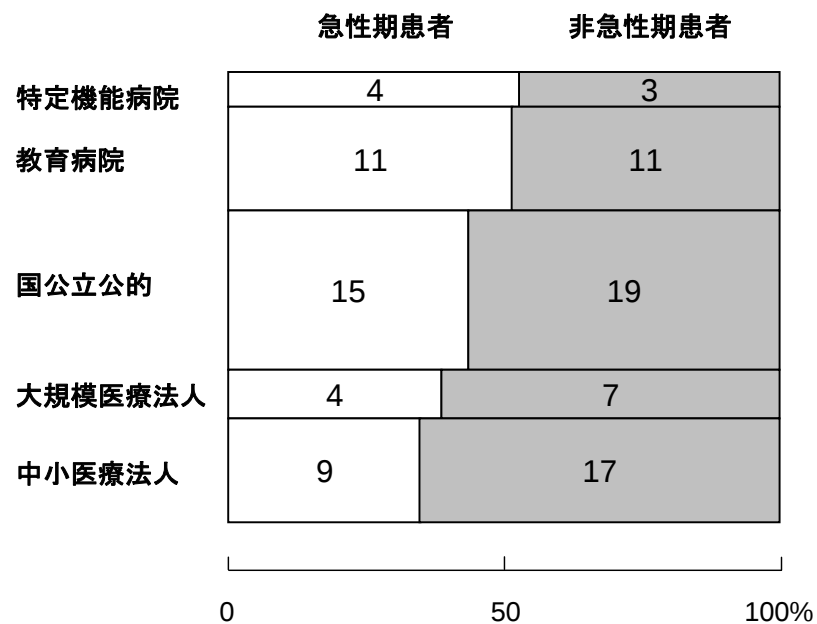


☆医療機関の運営コストや機能を適切に反映した総合的な評価

<ホスピタルフィー的要素>

一般病床の医療機能分化の状況

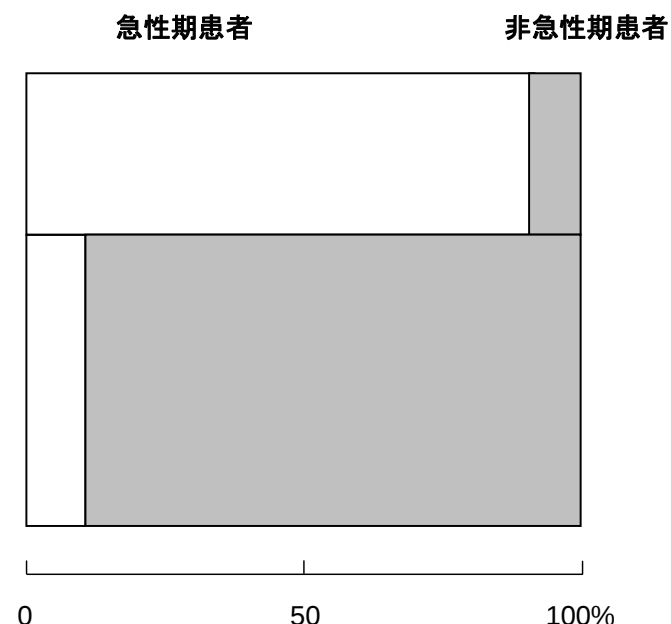
現状



急性期病院

非急性期病院

将来像

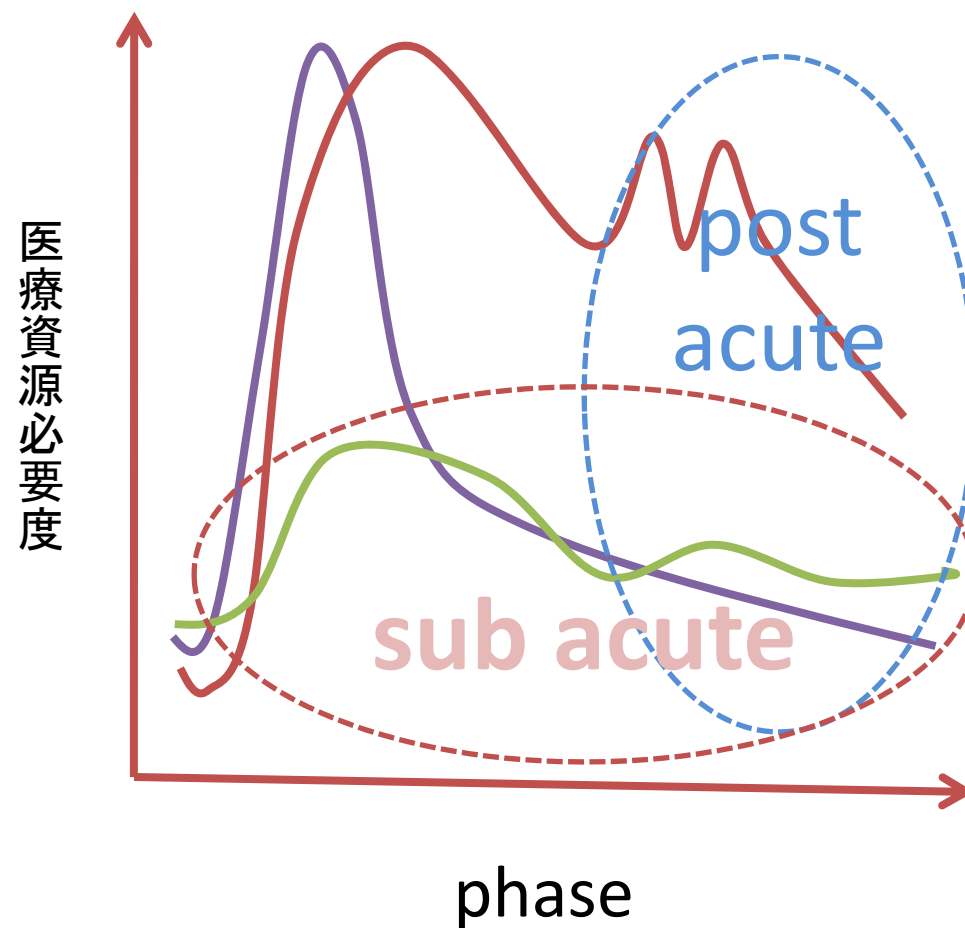


急性期患者:手術を実施、または在院日数30日以下の一般病床退院患者

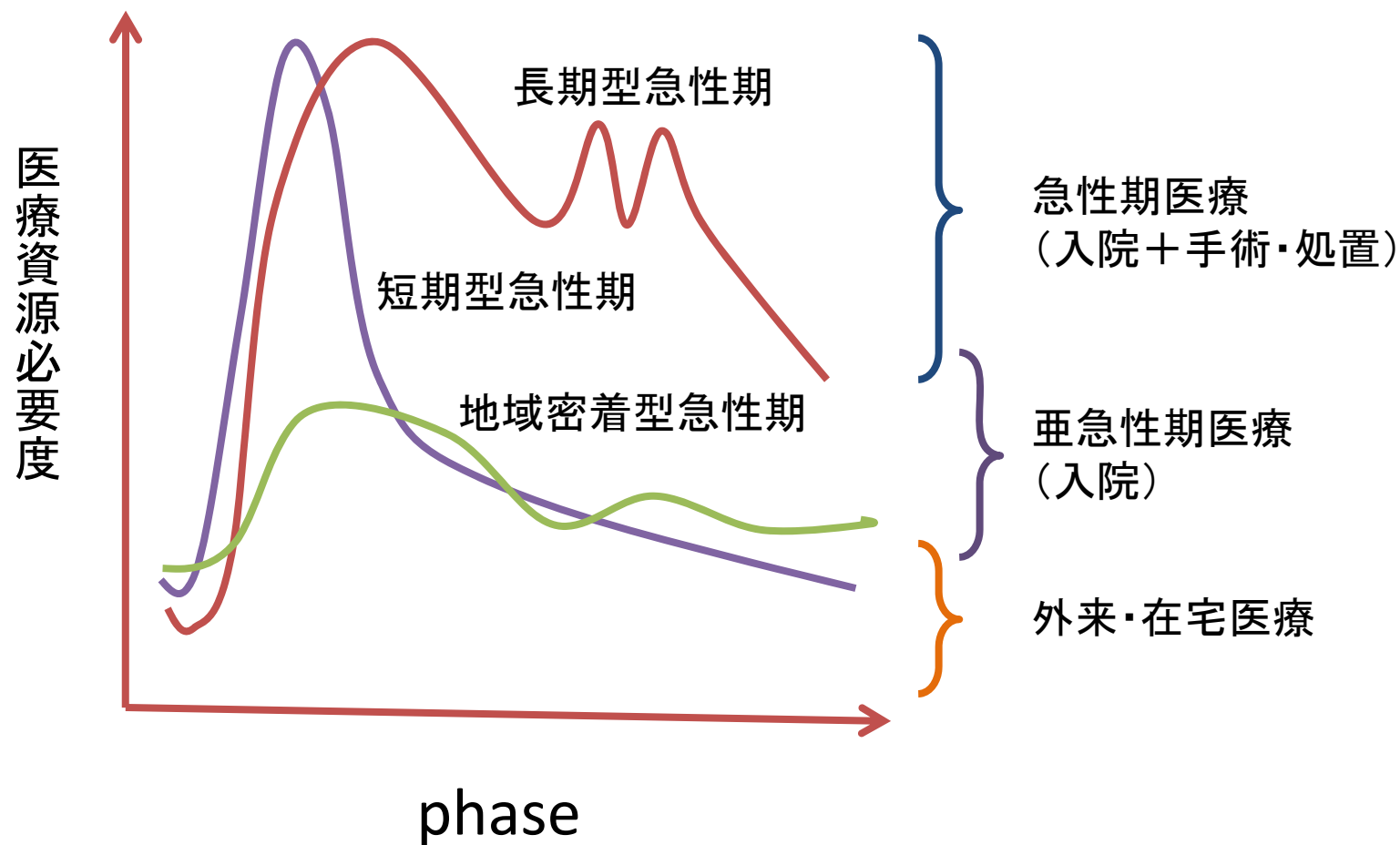
非急性期患者:急性期患者以外の一般病床退院患者

急性期医療と亜急性期医療

- 亜急性期
 - post acute ?
 - sub acute ?



急性期医療と亜急性期医療



医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度	acute
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15 日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75 日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期コース 190 日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度	
亜急性期・ 回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	28万床、91%程度 135日程度	post-acute
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	27万床、90%程度 270日程度	chronic
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者（今後250～300万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

患者調査に基づく病院病床機能区分の推計

病床種別 (病床数・平成17年)	在院日数	1ヶ月 あたりの 退院患者数	平均 在院日数 (日)	必要病床数	区分	平均 在院日数 (日)	必要病床数 (千床)
一般病床 (904千床)	-7	395,200	4	57,400	急性期 acute	13 sub-acute	484 2 : 3
	8-14	229,100	11	93,400			
	15-21	119,000	18	80,500			
	22-30	83,500	25	82,300			
	31-60	104,600	42	170,700			
	61-90	34,700	73	98,600	亜急性期・ 慢性期 post-acute chronic	187	787
	91-120	14,900	103	59,300			
	121-180	9,900	145	55,500			
	181-365	5,600	237	51,400			
	366-	2,800	1,716	187,400			
療養病床 (359千床)	-90	24,300	36	32,400			
	91-120	4,600	104	17,300			
	121-180	5,000	148	27,000			
	181-365	4,700	246	41,900			
	366-	5,300	1,126	216,200			
精神病床 (354千床)					精神科		354

(伏見、2010)

改革シナリオの検証

- 高度急性期＋一般急性期＝「acute」:53万床
- 地域一般病床＝「sub-acute」:24万床
→ 「acute」＋「sub-acute」 ＝ 77万床 -----(A)
- 亜急性期＝「post-acute」:26万床
- 慢性期＝「chronic」:28万床
→ 「post-acute」＋「chronic」 ＝ 54万床 ----(B)

(A) : (B) = 3 : 2 → 本来は2 : 3程度

☆改革シナリオは急性期病床を過剰に推計？

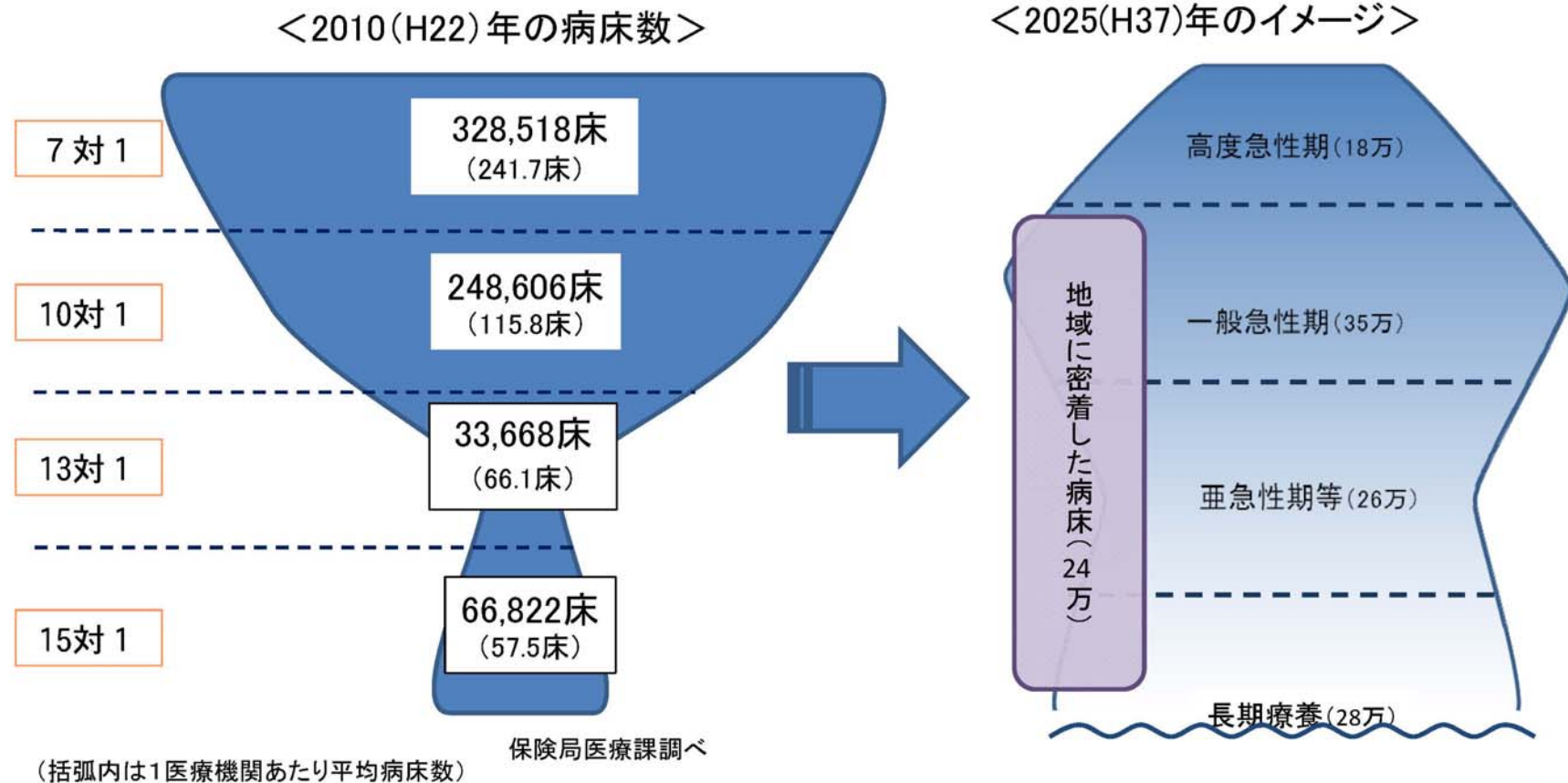
2025年改革シナリオの修正

- 高度急性期病床
 - 約13万床 平均在院日数12日、稼働率80%
 - 一般急性期病床
 - 約31万床 平均在院日数9日、稼働率80%
 - 地域一般病床
 - 約15万床 平均在院日数12日、稼働率80%
 - 亜急性期病床
 - 約52万床 平均在院日数120日、稼働率90%
 - 療養病床
 - 20～30万床
-
- The diagram uses red brackets to group the bed types into two categories. The first bracket groups '高度急性期病床' (Highly Acute Care Beds), '一般急性期病床' (General Acute Care Beds), and '地域一般病床' (Regional General Beds), with a corresponding box indicating a total of '約60万床' (Approximately 600,000 beds). The second bracket groups '亜急性期病床' (Subacute Care Beds) and '療養病床' (Long-term Care Beds), with a corresponding box indicating a total of '約70-80万床' (Approximately 70-800,000 beds).
- 約60万床
- 約70-80万床

☆急性期病床は推計ほど必要では無い。DPC病床は40-50万床程度では。一方、亜急性期病床は明らかに推計以上に必要となる。

現在の一般病棟入院基本料の病床数

【一般病棟入院基本料】



- 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

平成24年度診療報酬改訂について

全体改定率 **+0.00%** (+0.004%)

1 診療報酬改定（本体）

改定率 **+1.38%** (+1.379%) (約5,500億円)

各科改定率 医科 **+1.55%** (約4,700億円)

歯科 **+1.70%** (約500億円)

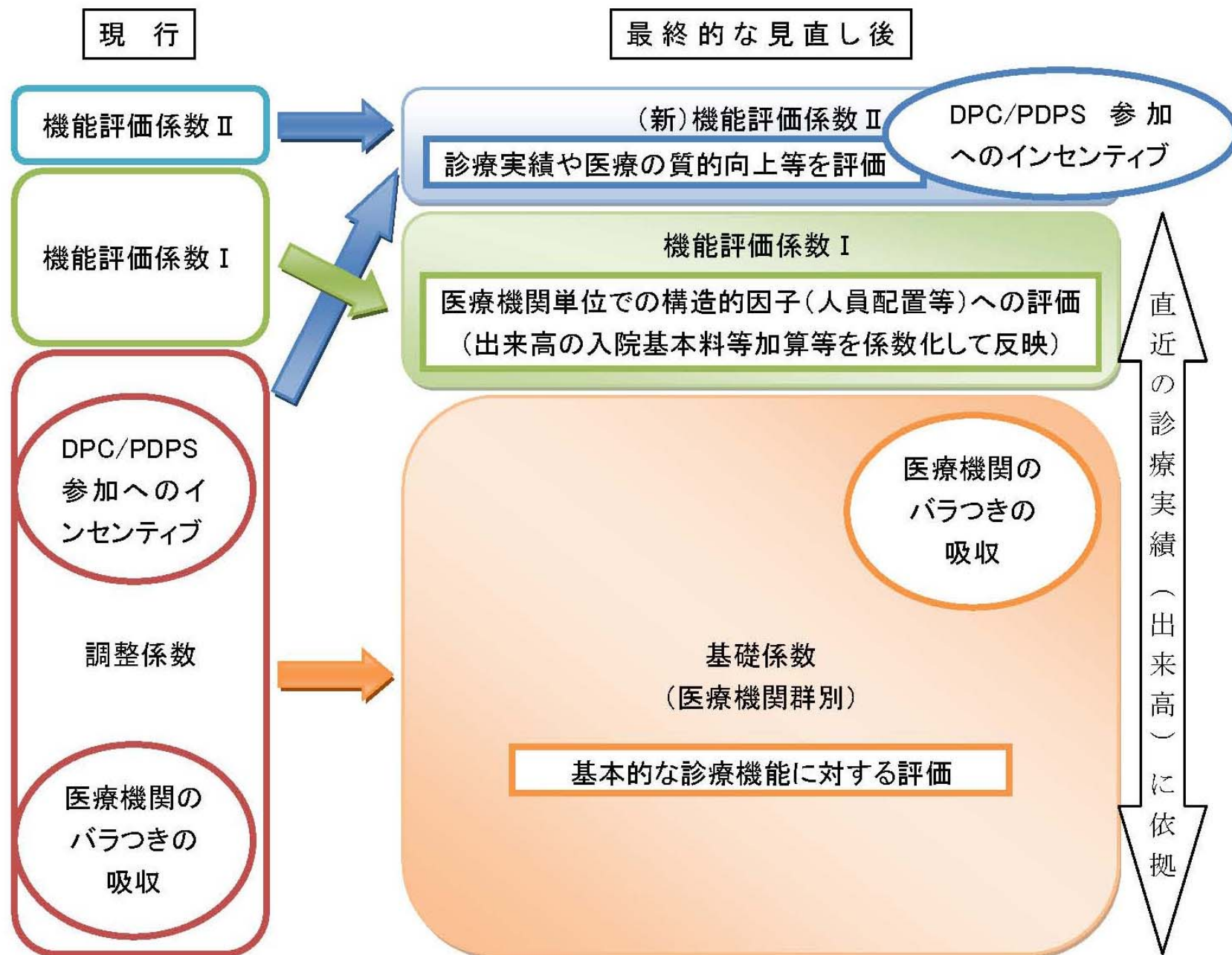
調剤 **+0.46%** (約300億円)

2 薬価改定等

改定率 **▲1.38%** (▲1.375%) (約5,500億円)

薬価改定 **▲1.26%** (薬価ベース **▲6.00%**)
(約5,000億円)

材料価格改定 **▲0.12%** (約500億円)



医療機関別係数

=

基礎係数

+

機能評価係数

+

機能評価係数

基礎係数

- 病院群ごとの基本的な診療機能を評価
- 直近の出来高実績で評価

機能評価係数

- 人員配置、病院全体としての機能を反映
- 医科点数表の項目を換算

機能評価係数

- DPC/PDPS参加による効率改善等へのインセンティブ
- 各病院の診療実績等に応じて配分

- 別途、経過措置(激変緩和措置)を予定

機能評価係数 の見直し

⑥地域医療指数

- ア) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。
- イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下のような見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

<見直しのイメージ>

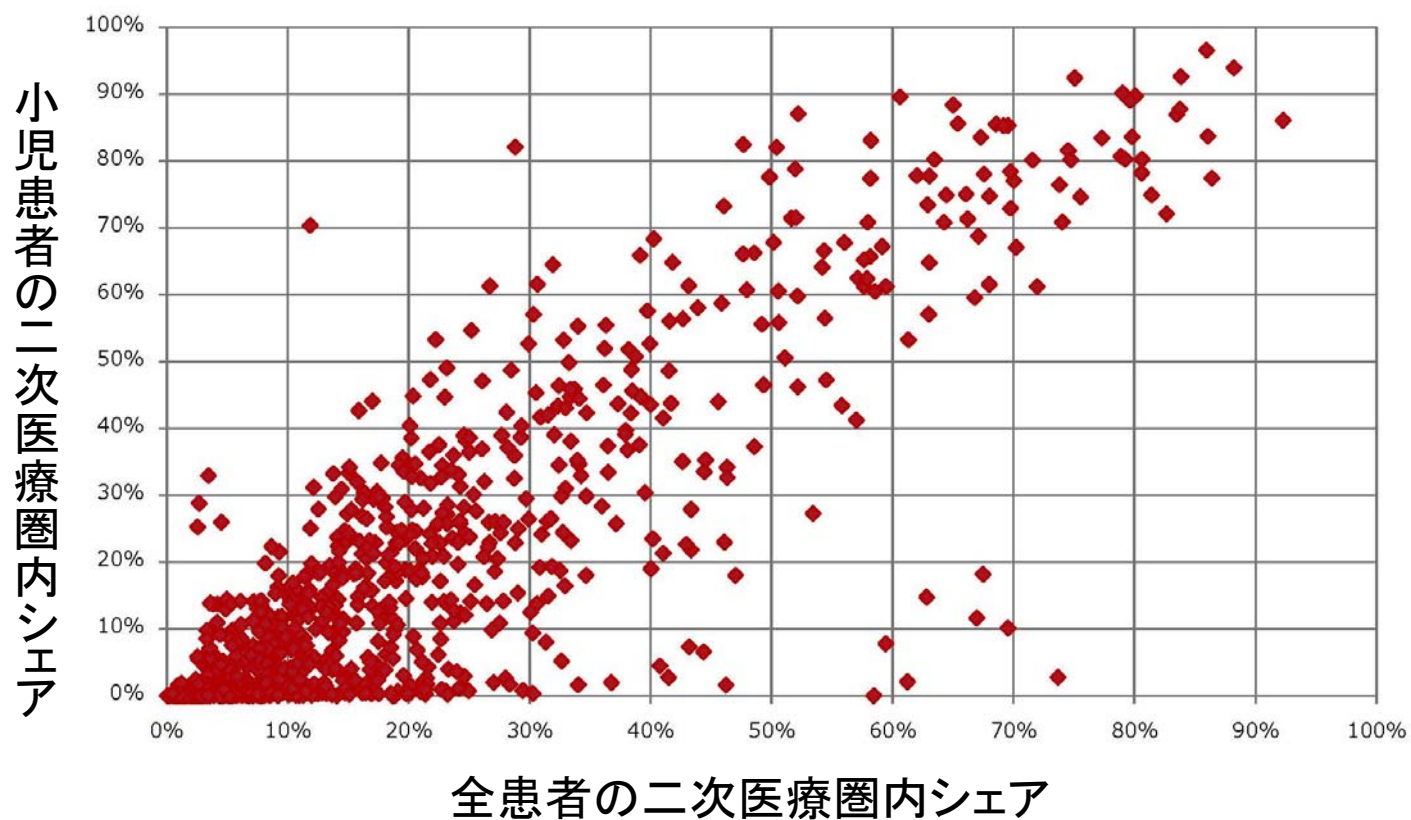
現行	平成 24 改定での対応	
地域医療への貢献 に係る体制評価 (現行 7 項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10 項目、一部実績加味、上限値設定)	
	定量評価指数 (新設)	1) 小児
		2) 上記以外

見直し後の体制評価指数（ポイント制）は以下の 10 項目とし、1 項目最大 1 ポイント、合計 7 ポイントを上限値として設定。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、
⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
⑧がん診療連携拠点病院、⑨24 時間 t-PA 体制、
⑩ E M I S（広域災害・救急医療情報システム）

新たな地域医療評価係数

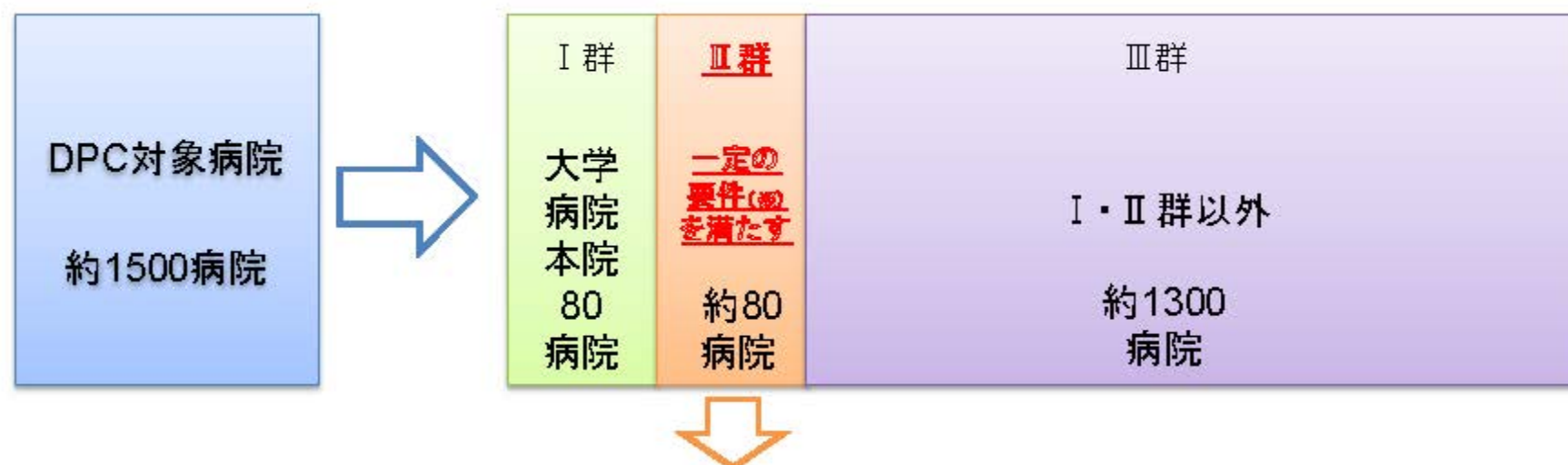
結果グラフ



(平成23年10月14日DPC評価分科会資料・東京大学 堀口)

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

基礎係数の導入と医療機関群の設定(DPC病院Ⅰ群～Ⅲ群)



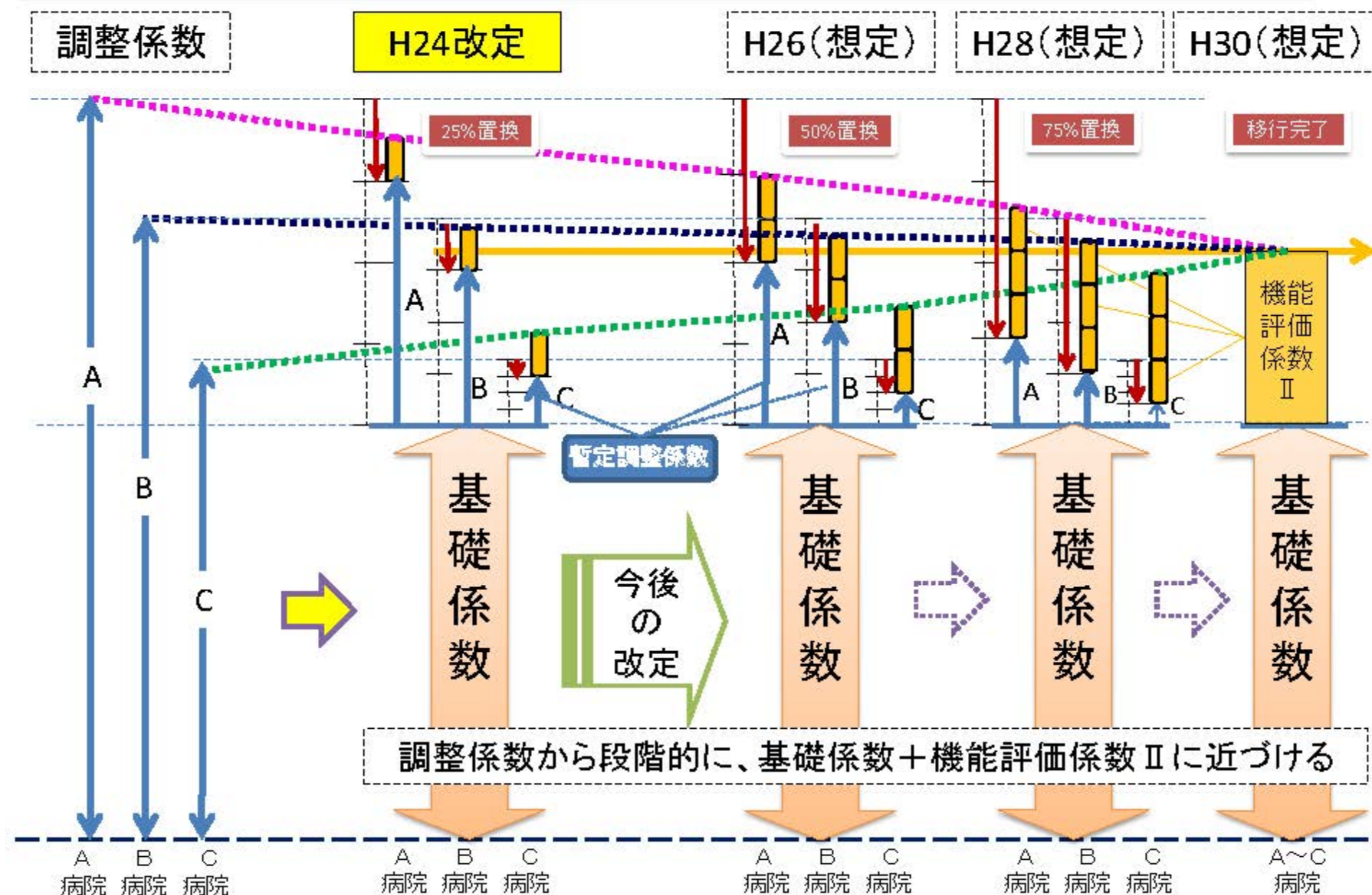
DPC病院Ⅱ群の要件(以下の【実績要件1～4】を全て満たす病院)
(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

実績要件(特定機能病院は実績要件2を除く)	
	各要件の具体的指標
【実績要件1】診療密度	○ 1日当たり包括範囲出来高平均点数(患者数補正後)
【実績要件2】医師研修の実施	○ 届出病床当たりの医師数(免許取得後2年目まで)
【実績要件3】 高度な医療技術の実施 ※右3つを全て満たす	○ 手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後) ○ DPC算定病床当たりの外保連手術指数(協力医師数補正後) ○ 手術実施件数
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	○ 複雑性指数(重症DPC補正後)

基礎係数の決定方法(2)

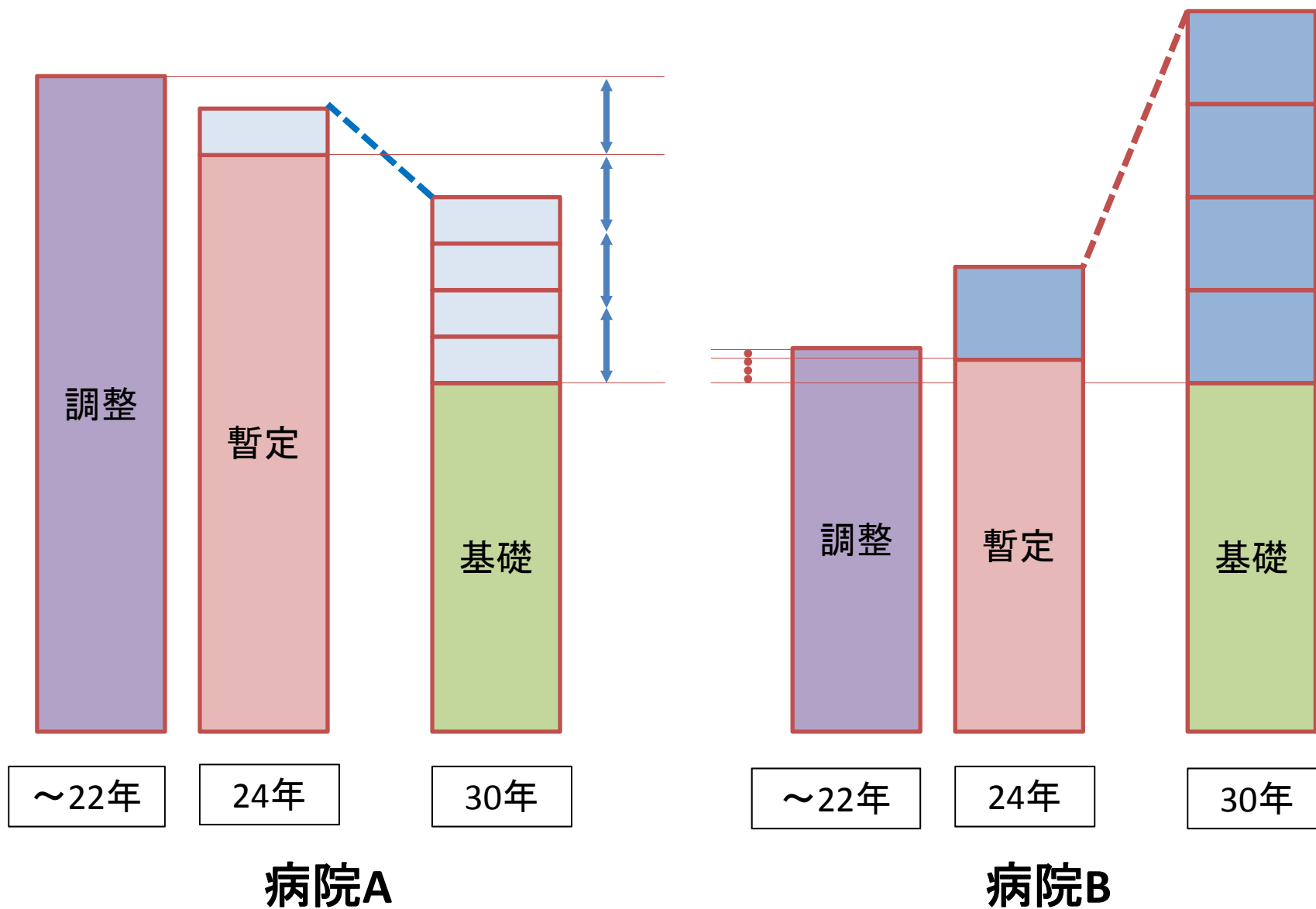
実績要件	指標
1. 診療密度	1日当たり包括範囲出来高平均点数
2. 医師研修	1床当たりの臨床研修医師数
3. 高度な医療技術	次の3つがそれぞれ一定の基準を満たす a. 手術1件当たりの外保連手術指数 b. DPC算定病床当たりの同指数 c. 手術実施件数
4. 重症患者	重症DPC補正後の複雑性指数

【イメージ図】調整係数から基礎係数＋機能評価係数Ⅱへの移行

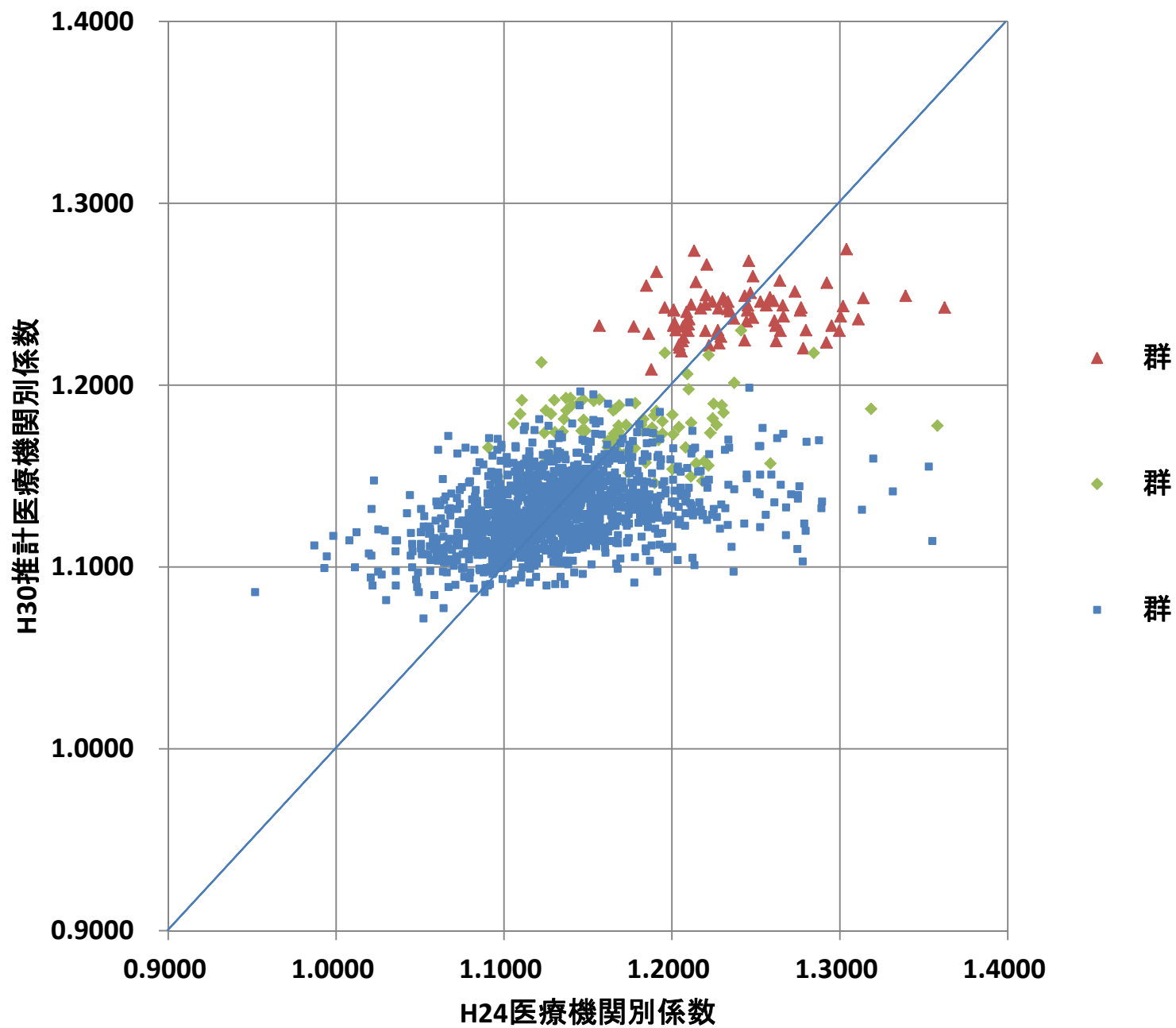


※ 同程度の機能評価係数Ⅱの評価となるA病院～C病院を想定したイメージ

医療機関係数の見直しの暫定措置



医療機関別係数の推移予測



DPC算定ルールの見直し

5. 算定ルールの見直し

(1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

(2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間 I の点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS 対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

(3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

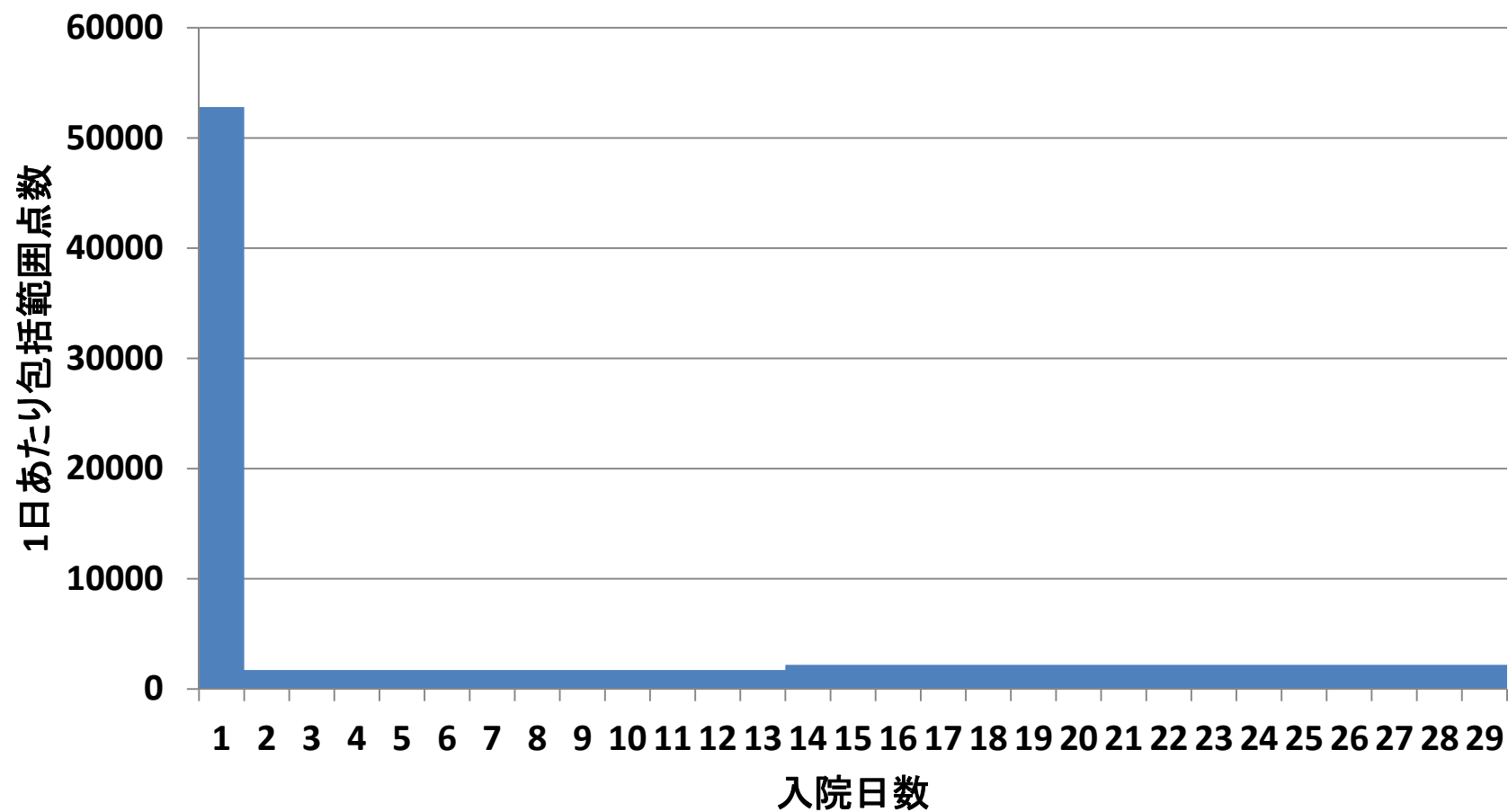
短期入院の評価



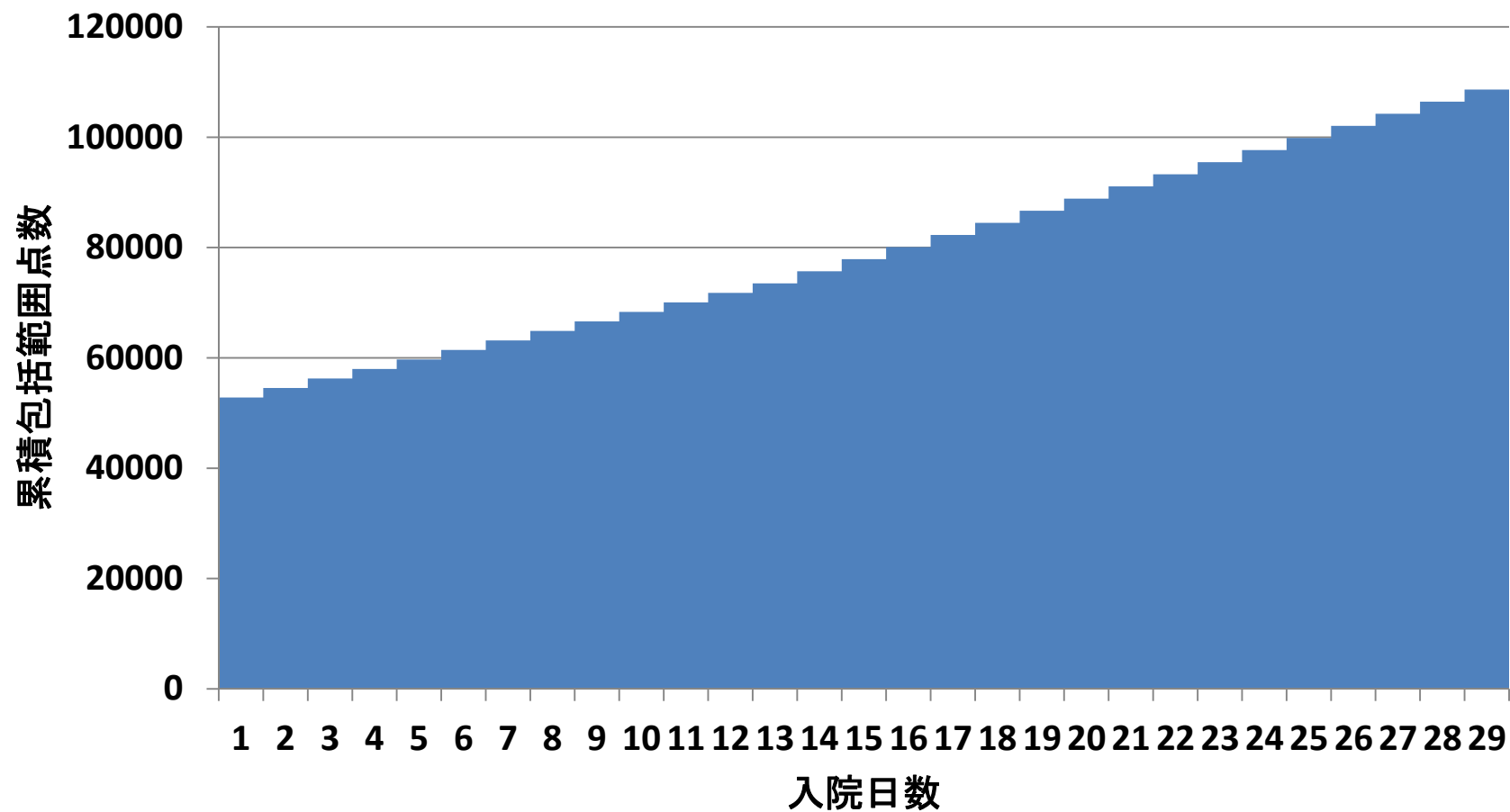
化学療法短期入院の評価

診断群分類番号	傷病名		I	II	III	I	II	III
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍	ペメトレキセドナトリウム水和物	1	14	29	52,276	1,652	1,957
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍	ベバシズマブ	1	12	27	72,208	1,693	2,009
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	ペメトレキセドナトリウム水和物	1	13	29	52,804	1,725	2,196
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍	パクリタキセル又はドセタキセルあり	1	8	23	12,032	1,682	2,302
060035xx99x4xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり	1	4	6	15,245	1,673	1,622
060035xx99x50x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	パニツムマブまたはセツキシマブまたはベバシズマブ	1	4	7	28,072	1,695	1,819
060040xx99x5xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり	1	4	6	15,456	1,632	1,522
060040xx99x60x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	パニツムマブまたはセツキシマブまたはベバシズマブ	1	4	6	28,652	1,665	1,699
070470xx99x3xx	関節リウマチ	エタネルセプト	1	17	43	15,324	1,663	1,876
070470xx99x4xx	関節リウマチ	アダリムマブ、ゴリムマブ	1	14	43	19,948	1,694	2,395
070470xx99x5xx	関節リウマチ	トシリズマブまたはアバタセプト	1	3	10	16,413	1,914	4,014
070470xx99x6xx	関節リウマチ	インフリキシマブ	1	3	4	24,450	1,512	1,337
070470xx99x7xx	関節リウマチ	インフリキシマブ(強直性脊椎炎の場合)	1	4	11	35,909	1,580	2,922
090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍	パクリタキセル又はドセタキセルありまたはシクロホスファミド+塩酸エピルビシンありまたはゲムシタビン塩酸塩	1	5	12	10,985	1,734	2,361
090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍	トラスツズマブ	1	4	10	16,800	1,576	1,799
090010xx99x60x	乳房の悪性腫瘍	パクリタキセル(アルブミン懸濁型)	1	5	14	27,933	1,831	2,617
120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	カルボプラチン+パクリタキセルありまたはカルボプラチン+ドセタキセル水和物あり	1	5	10	14,876	1,655	1,411
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	ドキシソルビシン塩酸塩リポソーム製剤	1	5	10	34,644	1,634	1,169
130030xx99x5xx	非ホジキンリンパ腫	イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウムまたはイブリツモマブチウキセタン塩化インジウム	1	11	17	446,798	1,803	33,467

040040xx9908xx 肺の悪性腫瘍 ベバシズマブ



040040xx9908xx 肺の悪性腫瘍 ベバシズマブ



1入院当たりの包括評価(PPS)とほぼ同様の支払い方法！

H24DPC改訂のポイント

- 機能評価係数 の精緻化
 - ほぼ、これ以上の改善は難しそう？
 - 病院群3つと基礎係数の設定
 - 将来的には各病院の医療機関別係数に決定的影響
 - 現行の3群で良いのか？
 - 1入院包括支払の導入
 - 化学療法等の短期入院治療の効率化に寄与するか？
- 今後のDPC包括支払の姿を決める大きな改訂といえる

DPC診断群分類の今後

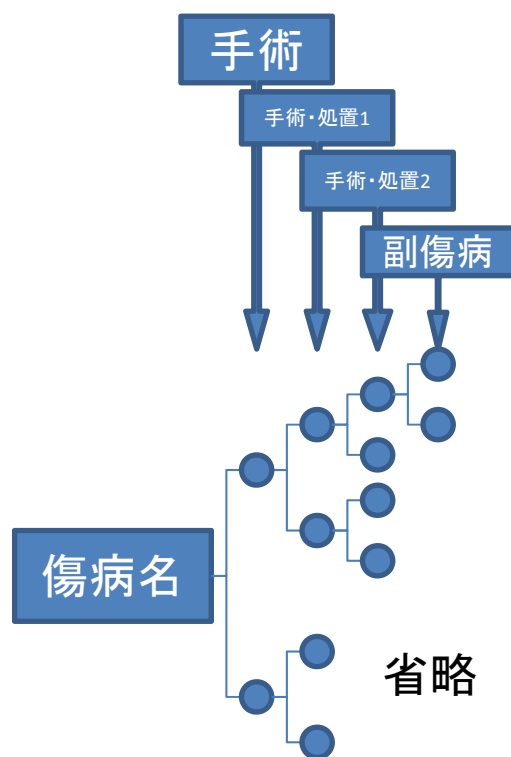
- 調整係数の廃止により、より正確に医療資源必要量を診療報酬支払いに反映させる必要が高まっている。
 - ←調整係数は同一DPC内の医療機関ごとのケースミックスの違いを調整する「DPC調整係数」の役割も担っている。
 - ←例えば、大学病院と中小病院の肺炎患者の病態の違いをDPC分類では十分適切に評価されていない可能性。
- 1入院包括PPS支払の一部導入に対しても、さらなるDPC分類の精緻化が必要。

○課題：

入院患者の重症度等をより詳細に反映させるために、DPC分類の更なる精緻化が必要。ただし、分類数は増やせない。

平成24年度DPCの精緻化に関する検討

○ICD10、手術、処置等に基づく、医療資源必要度のグルーピングから、手術処置等と副傷病の組み合わせに基づく重症度分類であるCCP(Comorbidity Complication Procedure)マトリックスの開発して、今後の分類の精緻化に活用。



現行分類 CCPマトリックス

分類0001 分類p0001
 分類0002 分類p0002
 分類0003 分類p0001
 分類0004 分類p0003
 分類0005 分類p0002
 ...
 分類5000 分類2000

医療資源必要度マトリックス

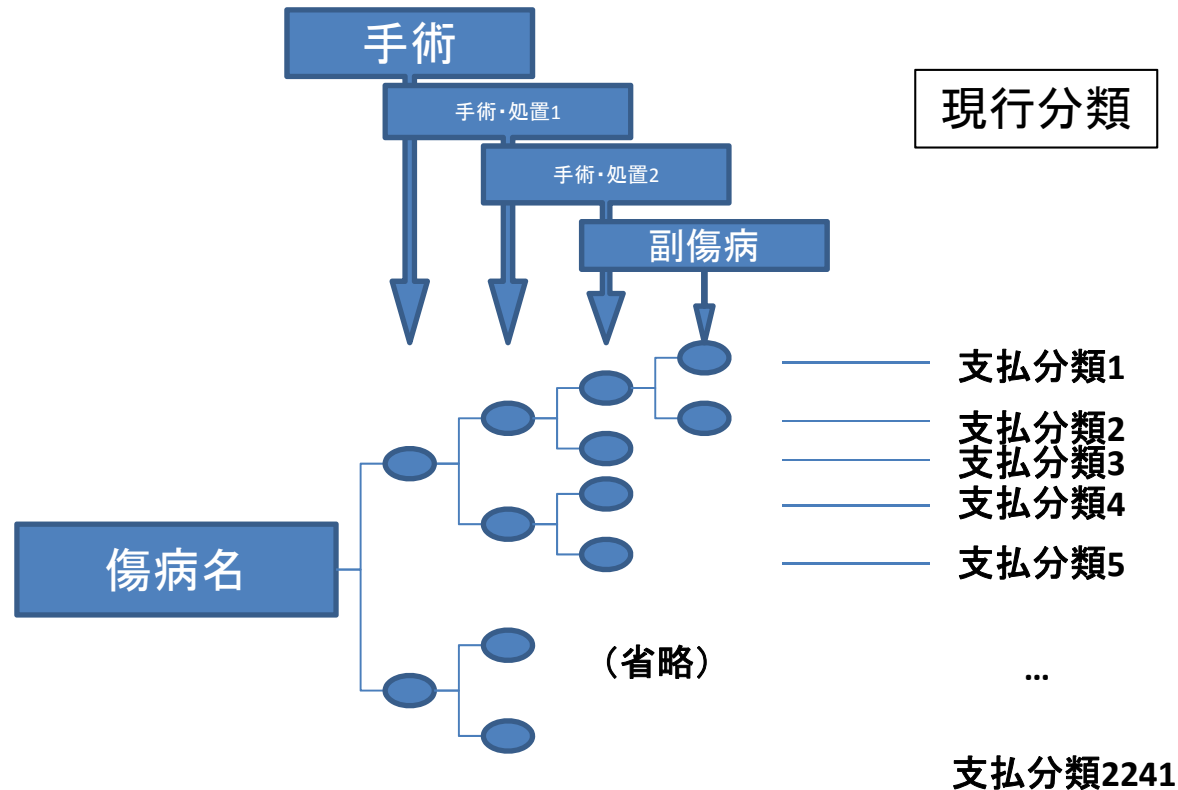
	手術 処置2	なし	中心静 脈栄養	化学 療法
手術処置1				
なし		低	低	中
併存手術		中	中	高
再建術		中	高	高

9区分を3段階に圧縮して分類数を減らすことが可能

CCPマトリックスの必要性

- 調整係数は機能評価係数等で評価されない病院の機能の違いを反映するものとされてきたが、実際には同一DPC内の医療機関ごとのケースミックスの違いを調整する「DPC調整係数」の働きも持つ
 - 大学病院と中小病院では、同じDPC分類の肺炎患者でも病態の違いがあると考えられるが、現在のDPC分類ではそれらが十分適切に評価されていない可能性
- 2018年度の調整係数廃止に向け、より正確に医療資源必要量を反映させるためのDPC診断群分類のさらなる精緻化が必要

樹形図で表された現行のDPC分類



- 分岐条件が枝わかれのどの階層、位置にあるかで分類の作成方法が制限
- 支払分類数の制限から条件設定が見送られる

CCPマトリックスとは

- 手術処置と副傷病等の組み合わせに基づく医療資源必要度分類
- 枝わかれの構造にとらわれずに医療資源必要度が類似したグループをまとめる

		副傷病等		
		なし	糖尿病	尿路感染症
手術・処置等2	なし	低	低	中
	中心静脈栄養	中	中	高
	化学療法	中	高	高

9区分を3段階に圧縮して分類数を減らすことが可能

CCPマトリックスの作成手順

- 現在のDPCの分岐条件となっている項目を整理し、必要な項目を網羅的に追加した上で、統計的な処理によって、支払分類を整理
- 現在の樹形図を用いたDPC支払分類の作り方は、木になったままのリンゴを選別しようとしているのに対して、CCPマトリックス法は、刈り取ったあとのリンゴを細かく吟味して選別する方法
- 分類条件の数には制限がなくなるので、より詳細な医療資源必要度等に関する情報を利用できる
- 支払分類数は、統計的処理によって2000なり2500なりの数に比較的自由にコントロールできる

分類条件に求められること

1. 医療資源必要度を反映するもの
2. DPCデータから情報を得られるもの
 - － 傷病名情報の精度の向上
 - － 様式1診療関連情報の検討
3. 診療を歪める恐れが低いもの
 - － 過剰な診療行為を誘発しにくいもの
 - － 治療手技の選択に影響を与えにくいもの
 - － 必要によりauditの整備

樹形図構造も残る

- 傷病名分類と手術に関する分類は臨床的に意味が大きいので、現行の樹形図分類の考え方を踏襲した方が良い
- 手術・処置等1をCCPマトリックスに含めるか否かは、分類の精緻化を進める過程で検討

CCPマトリックス構築の課題

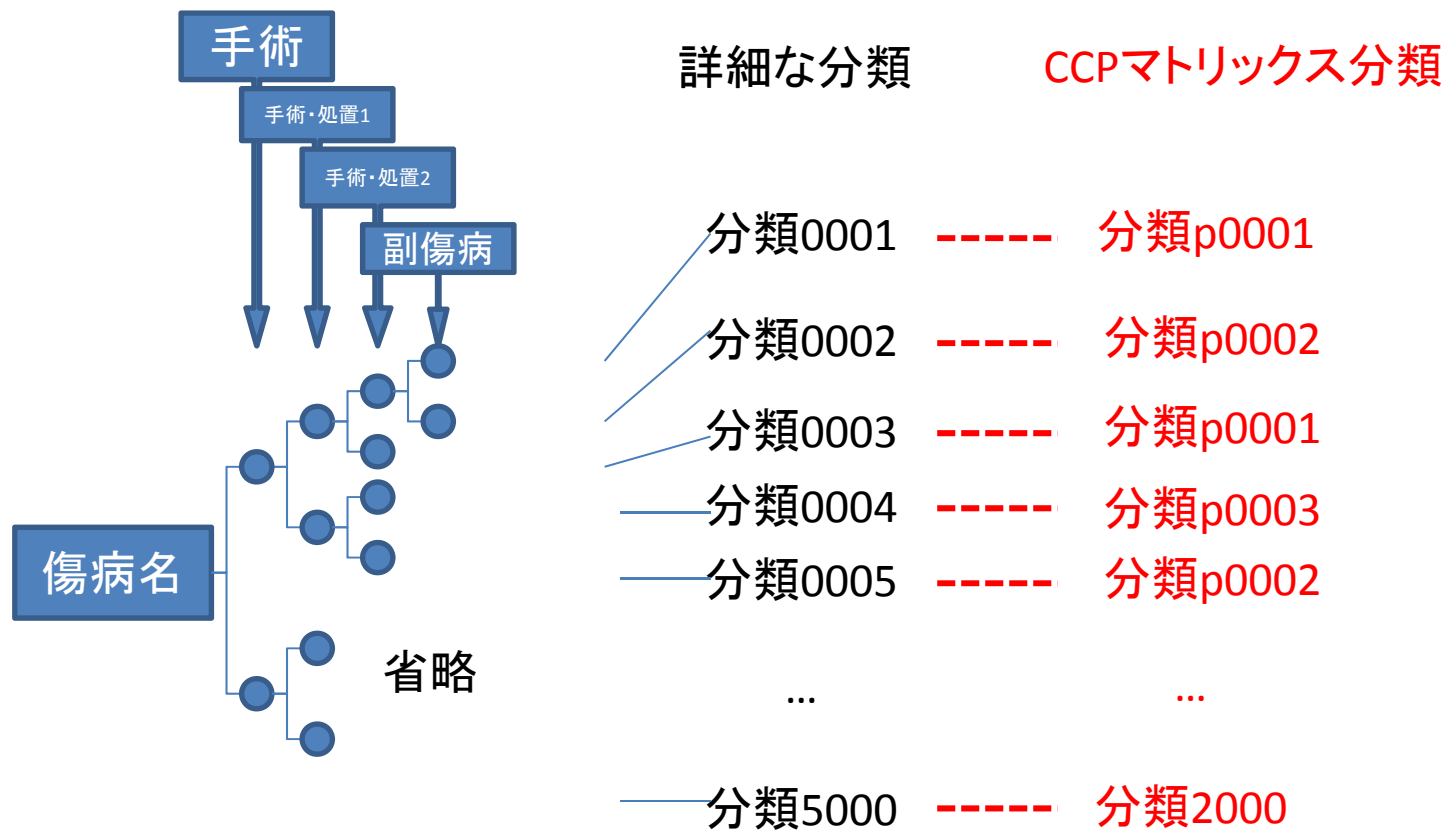
- 手術、手術・処置等1, 手術・処置等2、副傷病等の体系的な整理が必要
- MDC横断的に統一されたコード体系
 - 手術・処置等2では、①リハビリテーション、②中心静脈栄養、③人工呼吸、④血液浄化療法、⑤放射線治療、⑥化学療法、⑦化学療法＋放射線療法、⑧以降明示された高額薬剤など
- 副傷病については、従来と同様にDPC傷病名分類別に整理し、統計的に一定のルールで意味のある副傷病を設定
 - 様式1に実態を反映する副傷病が適切に記録されていることが重要

CCPマトリックスにおける分類集約方法

- 在院日数、包括範囲診療報酬点数の類似性からクラスタ分類などの統計的な方法で分類を集約する方法など
- 統計的に一定のルールを設定して、各分類に適用

CCPマトリックス分類の表記方法

- 詳細な分岐条件に基づいて全ての分類を樹形図に書き下し、その個々の枝と支払分類との対応表を作成



CCPマトリックスと診療情報

1. 副傷病情報の重要性

- － 現行の支払いに影響しない副傷病も分類の精緻化に必要
- － 適正な傷病情報の記録が複雑性係数などの機能評価に影響

2. 正確な診療関連情報の重要性

- － 適正な重症度評価と機能評価につながる

3. DPCコーディングの正確性の確保

- － 根拠となる診療記録の重要性
- － Auditに耐える記録とコーディング

DPCデータとは何か

- 分析可能な全国統一形式の**患者臨床情報**
＋**診療行為**の電子データセット
- **患者臨床情報**
 - －患者基本情報
 - －病名、術式、各種のスコア・ステージ分類
- **診療行為情報**
 - －診療行為、医薬品、医療材料
 - －実施日、回数・数量
 - －診療科、病棟、保険種別

1入院中のプロセス
(いつ、何を、どれだけ
行ったのか)がわかる

DPCの目的の再確認

- 医療情報の標準化と透明化
 - DPCの目的は「支払い方式の改革」ではなく「病院マネジメントの改革」
 - DPCを用いた
 - 収入管理
 - 支出管理
 - 品質管理
 - 診療の最適化と意思決定支援
- が重要となる。

コンサル事業者とDPC研究班の違い

事業者の立場

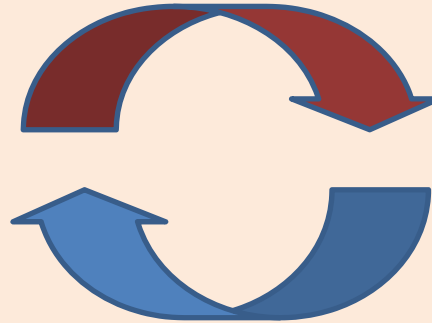
制度に医療を適応させる手法

- コスト削減
- アップコーディング

→ 部分最適化



厚労省



病院

DPC研究班の立場

理想的な医療に
制度を適応させる分析

- 透明化と説明責任
- 標準化、効率化、質の向上

→ 全体最適化

本セミナーの目的

1. DPCの目的の正しい理解
 - 医療制度改革における位置づけ
 - 医療情報の標準化・透明化のツールとしてのDPC
 2. DPC関連データの活用方法の理解
 - 前提としての「正しい」データ作成
 - ICDとDPCコーディングの理解
 - 関連情報の病院マネジメントへの応用
 - 関連情報の医療の質管理への応用
- 主役は皆さんです。
 - せっかくの機会です。講師にたくさん質問して下さい。
 - 学んだことを「やり易いもの」からでいいですから、病院に帰って実践してみてください。
 - 実践しなければ、手法は身につけません。

急性期病院の機能評価とDPCセミナーの講義・実習内容

急性期病院が目指すべき方向

透明化～説明責任



DPCとコーディング

効率化～在院日数の最適化



DPCとパス

標準化～標準的な医療の推進

質の高い医療の評価



DPCと医療の質の評価

DPCと臨床研究

Qlikviewによる
DPC診療プロセス分析

DPCデータ分析
(エクセル・アクセス編)

DPCデータ分析ツール

地域医療の確保

地域医療に必要な機能の充足

医療機能分化と適度な集約化

医療連携の促進



DPCと医療計画

DPCとGIS分析

GIS分析ツール