

DPCデータを用いた 病院マネジメント

産業医科大学
公衆衛生学教室
医療情報部

本日も話すること

1. はじめに
2. BSCを用いた分析
3. 医療の質への対応
4. まとめ

日本の医療制度の特徴

- 国民皆保険
 - しかし、公費(税金)がかなり投入されている
- 自由開業制
 - 民間主体の医療提供体制
- フリーアクセス

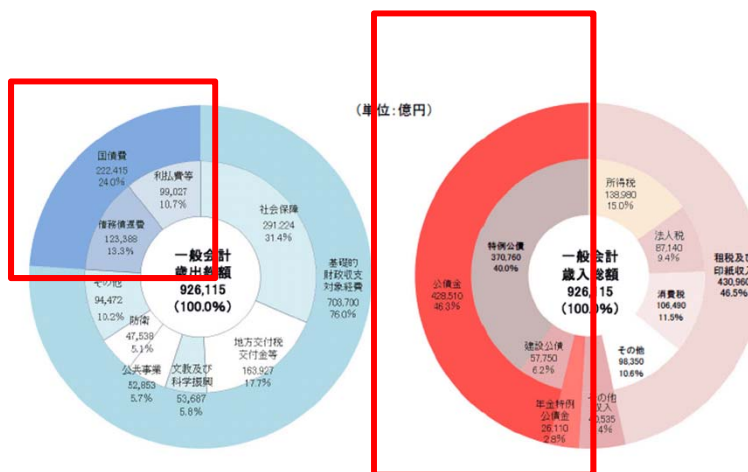
非常に良い仕組みなのだけれど、将来も持続可能なのか？

国民医療費の動向

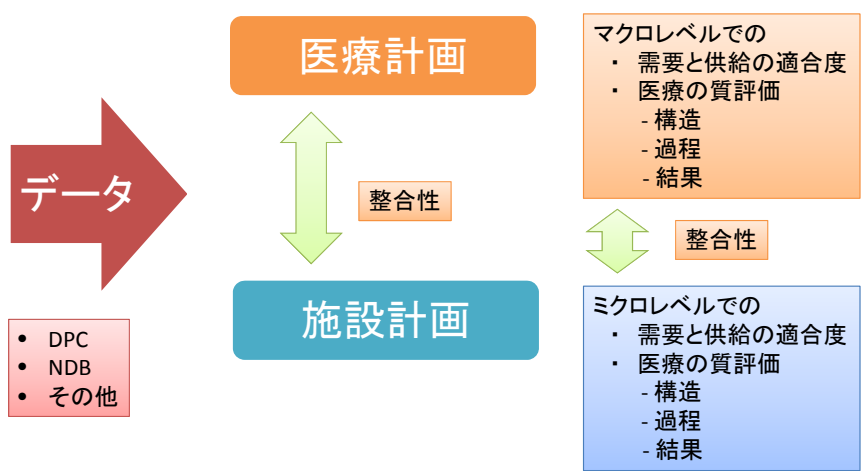
(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費
		70歳未満			70歳以上		国民健康保険	(再掲)未就学者	(再掲)75歳以上	
		被用者保険	本人	家族						
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成22年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
平成23年度①	37.8	18.9	10.5	5.5	5.0	8.4	1.5	17.0	13.3	1.9
(構成割合)	(100%)	(50.1%)	(27.8%)	(14.7%)	(13.1%)	(22.3%)	(3.9%)	(44.9%)	(35.2%)	(5.1%)
平成24年度②	38.4	19.0	10.6	5.6	5.0	8.4	1.5	17.4	13.7	2.0
(構成割合)	(100%)	(49.5%)	(27.7%)	(14.7%)	(13.0%)	(21.9%)	(3.8%)	(45.4%)	(35.6%)	(5.1%)
②-①	0.64	0.12	0.13	0.11	0.02	▲0.01	▲0.01	0.48	0.37	0.05

国の予算にみる社会保障費の大きさと 借金負担の大きさ



データに基づいて医療を計画し、評価し、 そして改善していくことが求められている

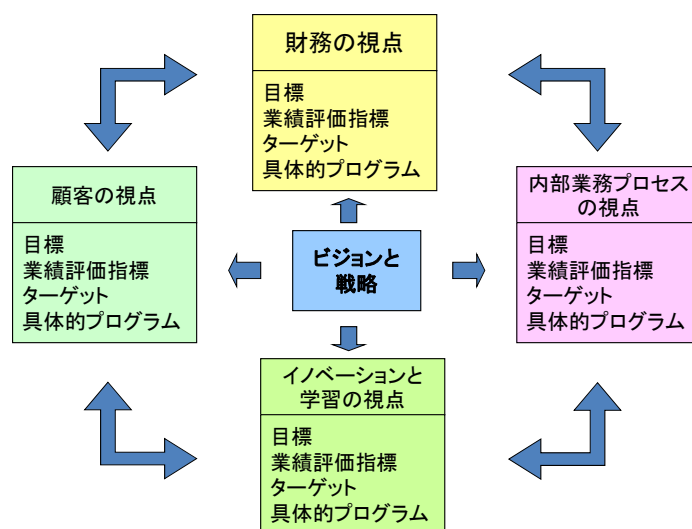


「いつも言っていることだけれど、これからの10年で魅力的な職業は統計分析になるでしょう」
Googleのチーフエコノミスト Hal Varian氏 → 医療界も一緒では？

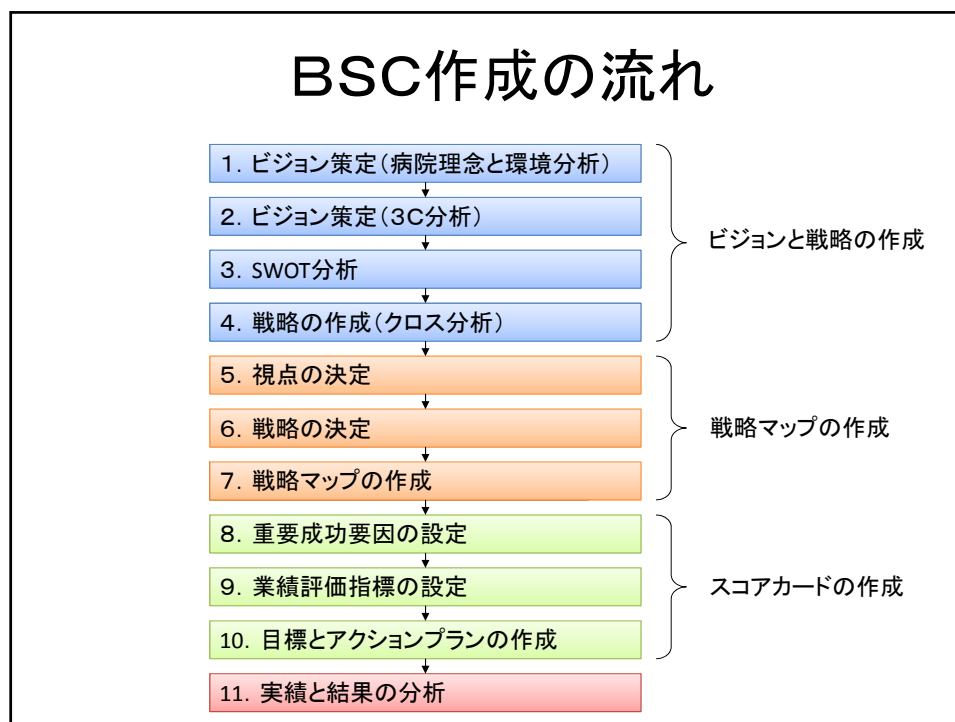
本日お話しすること

1. はじめに
2. BSCを用いた分析
3. 医療の質への対応
4. まとめ

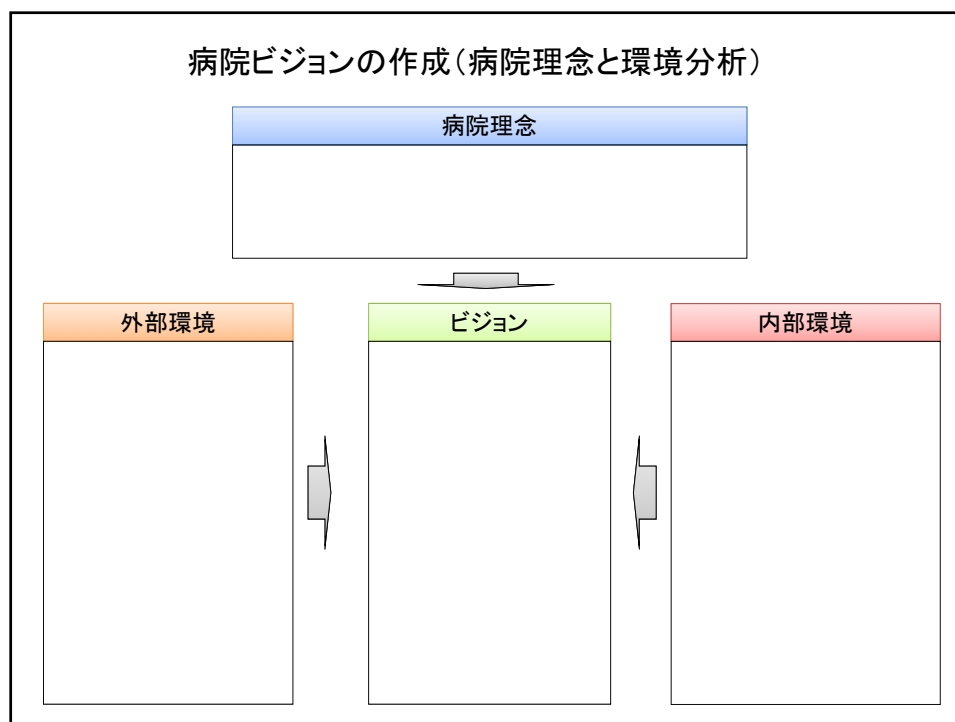
Balanced Score Cardの考え方

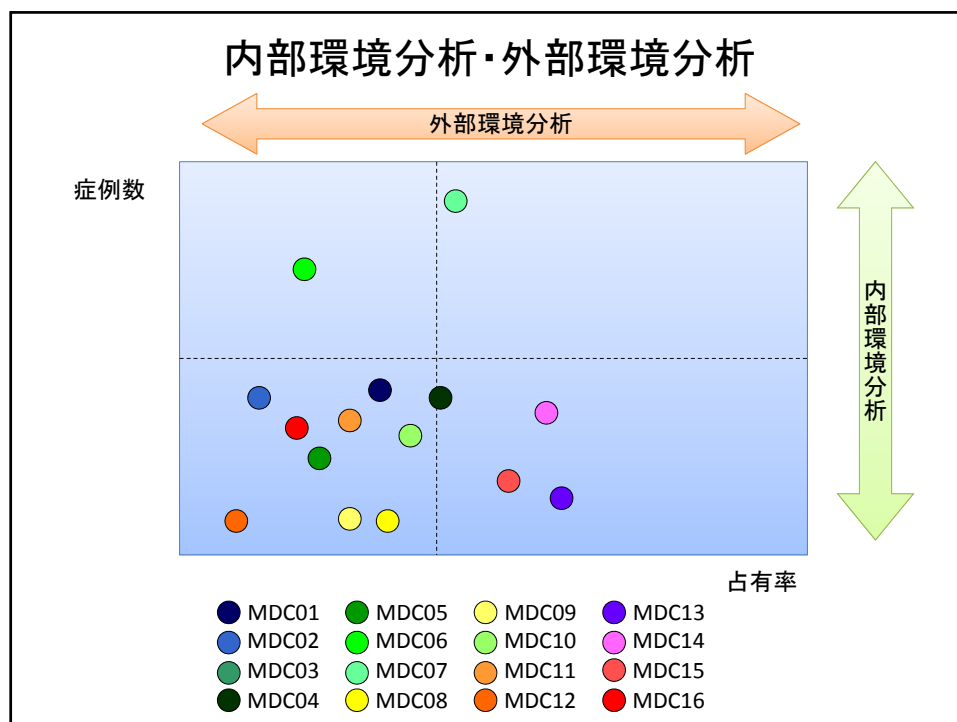


BSC作成の流れ



病院ビジョンの作成(病院理念と環境分析)





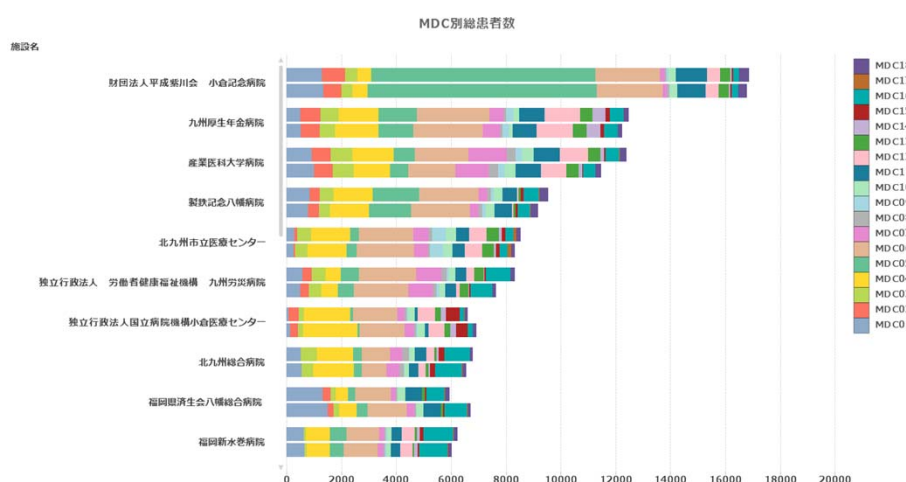
厚生労働省公開データ等を 活用した外部環境分析

DPCだけでなくNational Databaseの情報も徐々に使えるようになっている

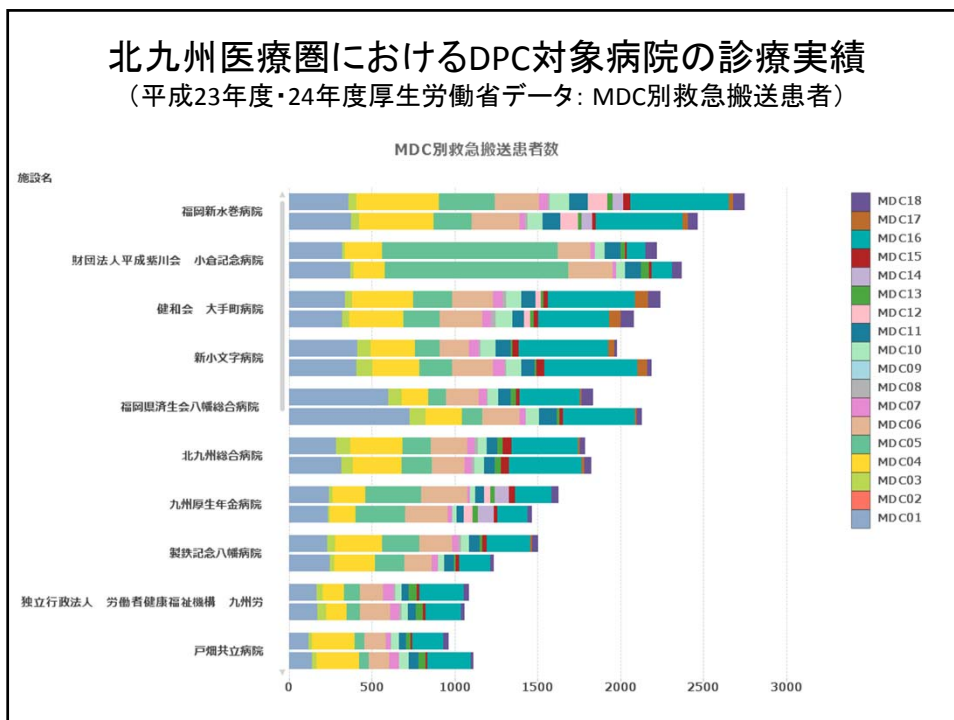
過去～現在の分析

- DPCデータとNDBデータを検討することで、各医療圏の医療提供体制の過去と現在を分析できるようになった。

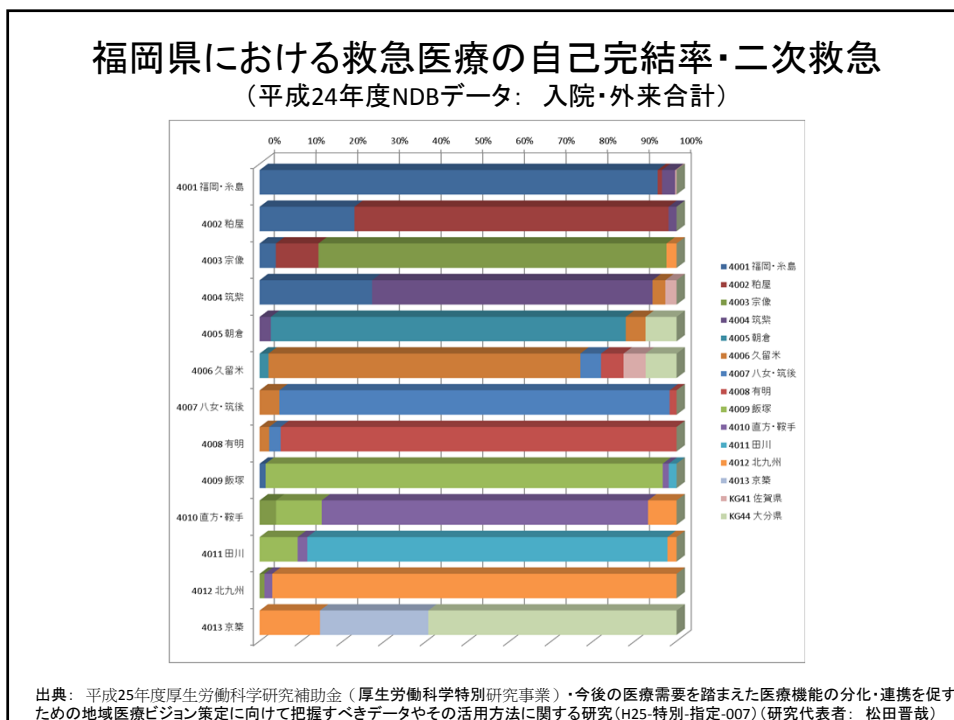
北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23年度・24年度厚生労働省データ:MDC別全患者)



北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23年度・24年度厚生労働省データ: MDC別救急搬送患者)



福岡県における救急医療の自己完結率・二次救急 (平成24年度NDBデータ: 入院・外来合計)



医療圏別にみた平均搬送時間(分)

(平成23年度 消防庁データ 全体)

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	207,498	7.7	21.0	28.2
4001福岡・糸島	60,331	7.2	19.9	26.8
4002粕屋	9,402	8.0	21.6	29.2
4003宗像	5,012	8.1	21.8	29.3
4004筑紫	14,564	7.5	20.5	27.7
4005朝倉	3,710	9.2	24.3	31.8
4006久留米	15,898	7.5	17.9	25.1
4007八女・筑後	5,404	7.0	21.2	27.1
4008有明	9,274	7.3	21.9	28.5
4009飯塚	8,690	8.4	21.6	29.6
4010直方・鞍手	5,570	7.4	25.1	31.7
4011田川	7,722	8.9	25.9	32.8
4012北九州	53,655	8.0	21.3	28.9
4013京築	8,266	7.7	23.0	29.6

医療圏別にみた平均搬送時間(分)

(平成23年度 消防庁データ 新生児・乳幼児)

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	10,784	7.7	20.4	27.7
4001福岡・糸島	3,642	7.1	19.5	26.3
4002粕屋	724	7.8	21.0	28.9
4003宗像	301	7.8	21.8	29.2
4004筑紫	997	7.5	18.3	25.7
4005朝倉	142	8.4	25.9	32.6
4006久留米	910	7.4	17.6	25.0
4007八女・筑後	275	6.6	21.3	27.9
4008有明	319	7.0	21.2	26.1
4009飯塚	312	8.1	18.6	26.3
4010直方・鞍手	249	7.1	25.7	32.3
4011田川	296	8.6	26.8	34.6
4012北九州	2,157	9.0	19.9	28.6
4013京築	460	7.2	27.8	33.9

医療圏別にみた平均搬送時間(分)

(平成23年度 消防庁データ: 7時から19時台)

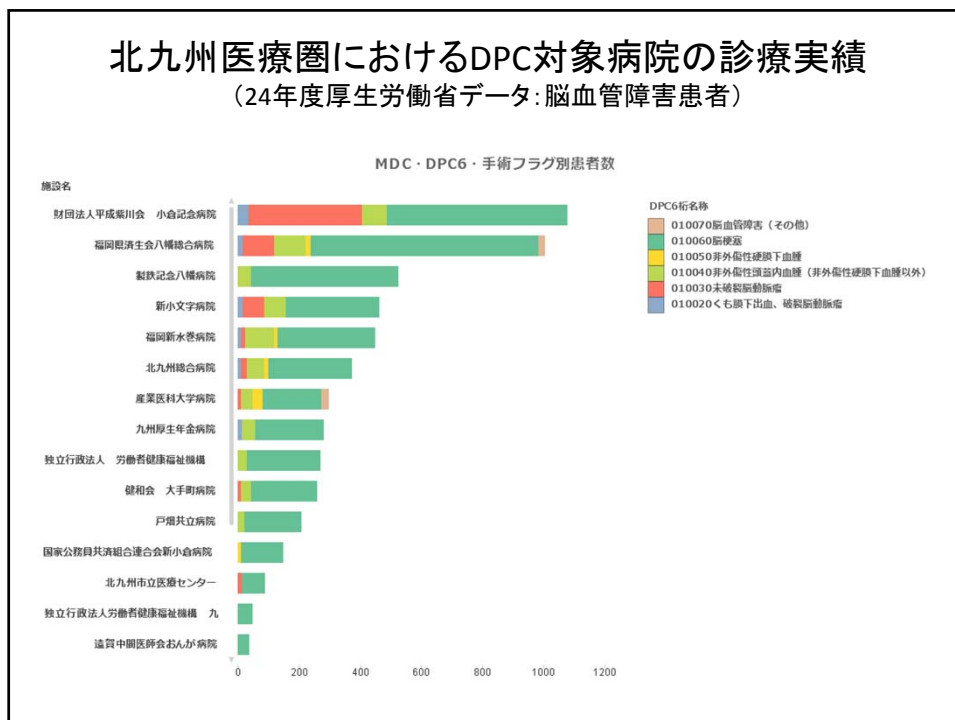
二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	142,241	7.7	20.8	28.0
4001福岡・糸島	39,639	7.3	19.6	26.6
4002粕屋	6,485	7.9	21.4	28.9
4003宗像	3,492	8.1	21.5	28.9
4004筑紫	9,981	7.4	20.3	27.4
4005朝倉	2,675	9.1	23.8	31.4
4006久留米	10,941	7.5	17.8	25.0
4007八女・筑後	3,864	6.9	21.1	27.0
4008有明	6,687	7.2	21.4	28.0
4009飯塚	6,086	8.2	21.2	29.1
4010直方・鞍手	3,946	7.2	24.4	30.9
4011田川	5,444	8.8	25.5	32.3
4012北九州	37,155	8.0	21.0	28.7
4013京築	5,846	7.5	22.9	29.3

医療圏別にみた平均搬送時間(分)

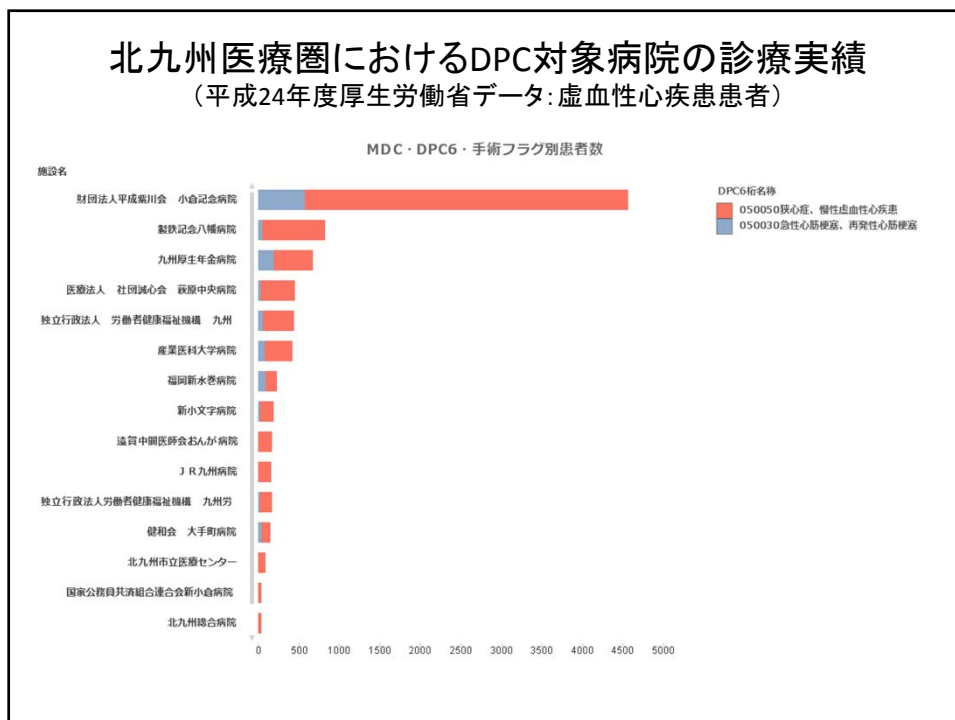
(平成23年度 消防庁データ: 20時から6時台)

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	65,257	7.7	21.6	28.8
4001福岡・糸島	20,692	7.1	20.4	27.2
4002粕屋	2,917	8.1	22.1	30.0
4003宗像	1,520	8.0	22.4	30.1
4004筑紫	4,583	7.8	20.9	28.3
4005朝倉	1,035	9.5	25.3	32.9
4006久留米	4,957	7.5	18.2	25.4
4007八女・筑後	1,540	7.2	21.6	27.4
4008有明	2,587	7.5	23.0	29.8
4009飯塚	2,604	8.9	22.6	30.9
4010直方・鞍手	1,624	7.9	26.8	33.7
4011田川	2,278	9.2	27.0	34.1
4012北九州	16,500	7.9	22.0	29.6
4013京築	2,420	8.2	23.3	30.2

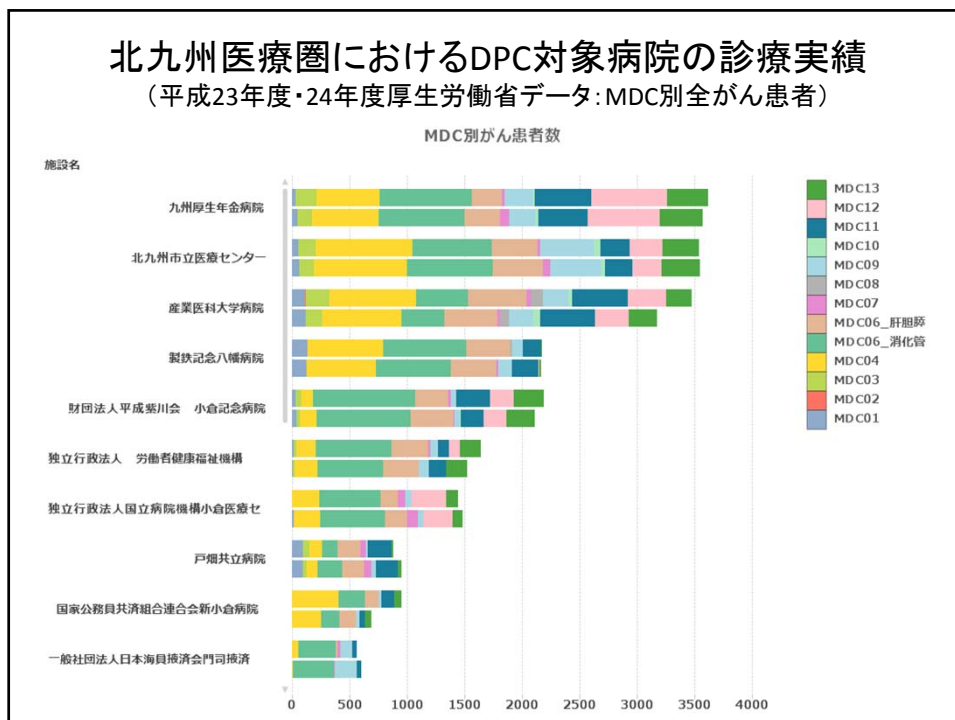
北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (24年度厚生労働省データ:脳血管障害患者)



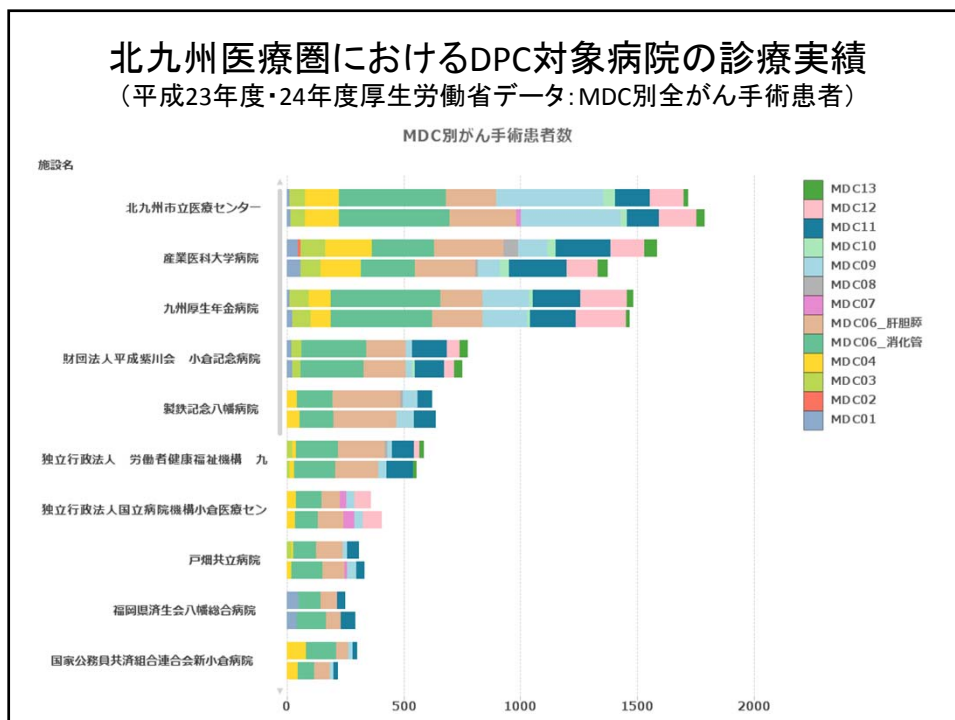
北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成24年度厚生労働省データ:虚血性心疾患患者)



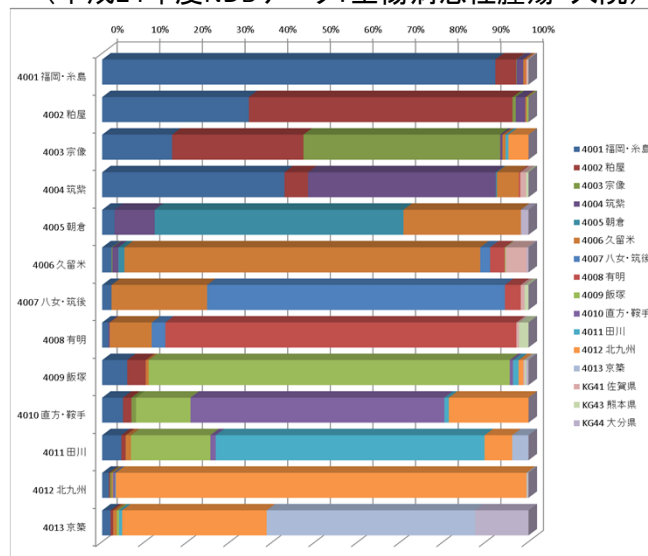
北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23年度・24年度厚生労働省データ:MDC別全がん患者)



北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23年度・24年度厚生労働省データ:MDC別全がん手術患者)

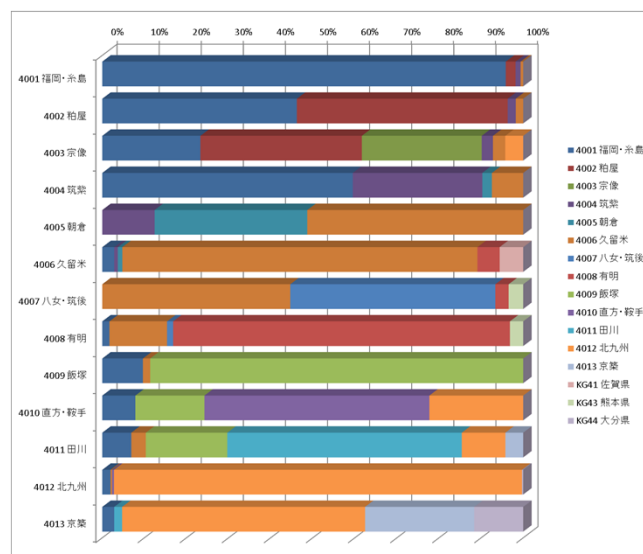


福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病悪性腫瘍・入院)



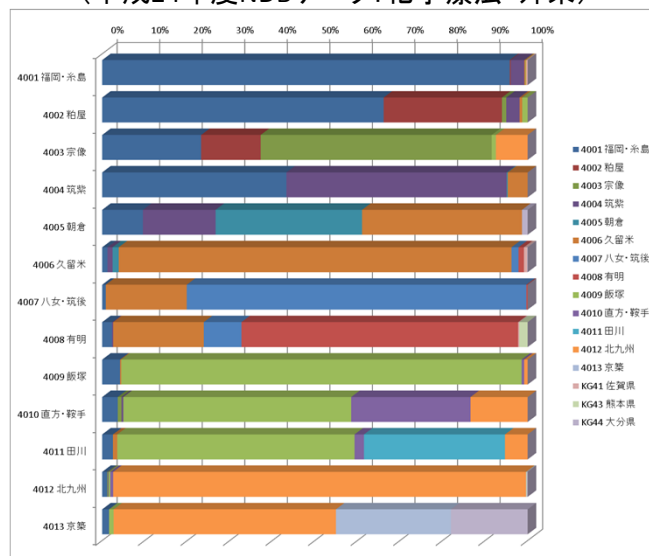
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:化学療法・入院)



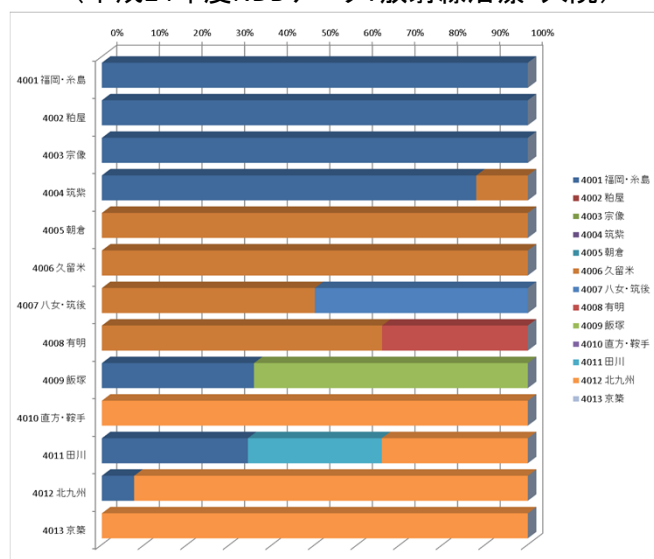
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:化学療法・外来)



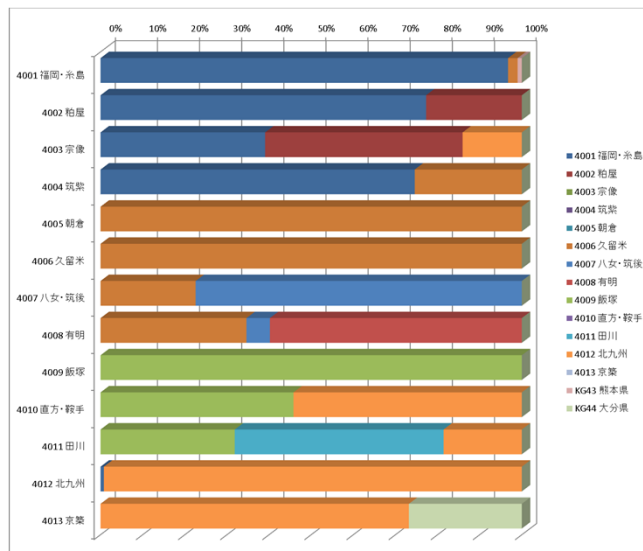
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:放射線治療・入院)



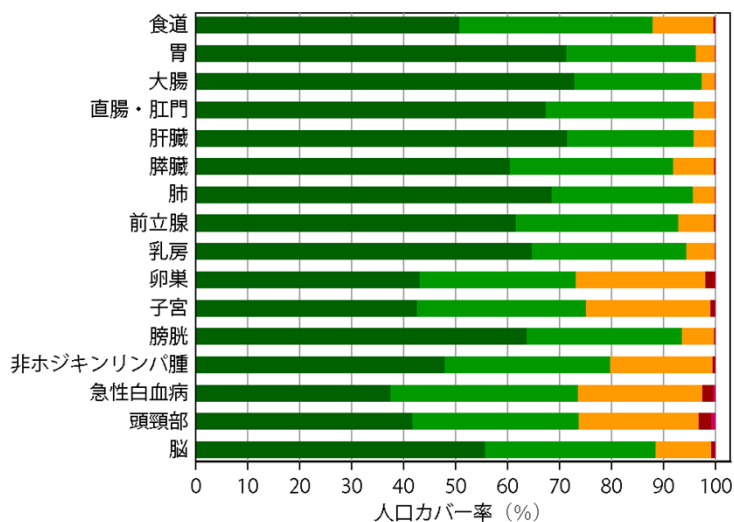
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:放射線治療・外来)



出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

DPC公開データによるがん診療へのアクセシビリティの評価 (H23年:福岡県・がん種別)



40-Fukuoka-ppALL-CancerSites/H23 濃緑: 15分以内/緑: 30分以内/橙: 60分以内/赤: 90分以内/紫: 90分超

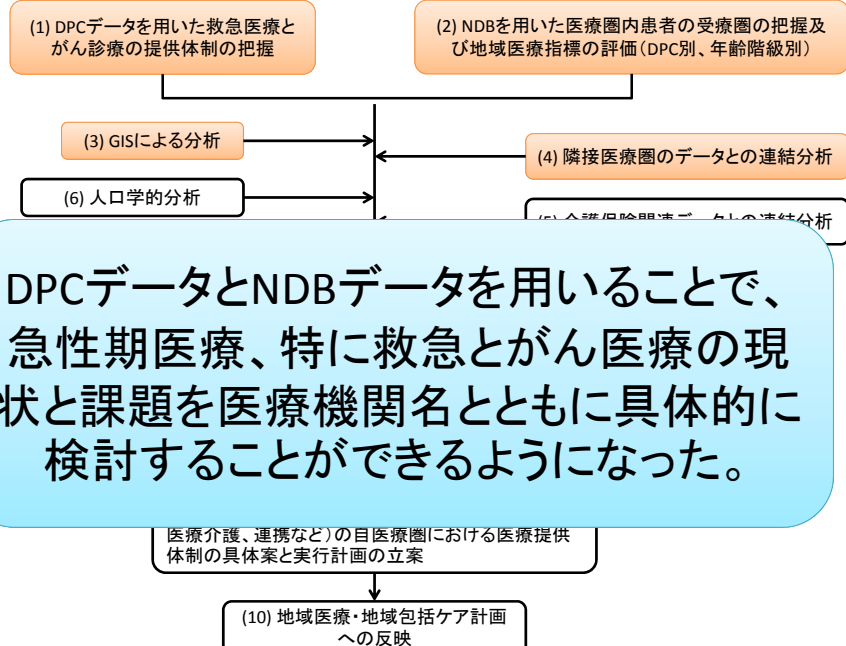
出典: 石川B光一地域病院ポータルフォーラム—厚生労働省平成23年度DPC調査データに基づく(DPCデータボックス)、東京:じほう(2013)

福岡県の二次医療圏におけるMDC別患者流出入 (24年度厚生労働省データを用いて推計)

二次医療圏番号名称併記	MDC01	MDC02	MDC03	MDC04	MDC05	MDC06	MDC07	MDC08	MDC09	MDC10	MDC11	MDC12	MDC13	MDC14	MDC15	MDC16	MDC17	MDC18
	2020	1023	1368	2370	5702	6022	1403	200	757	799	2256	-1424	689	-1743	152	604	388	777
4001福岡・糸島	2089	1759	1797	3115	3858	8227	3341	362	1469	1416	3075	1821	1356	55	156	1361	355	941
4002粕屋	-551	-454	-592	101	-727	-1359	-653	-12	-120	-289	-412	-1069	-85	-441	-27	-600	-24	-156
4003宗像	-457	-154	-301	-998	-827	-1510	-433	-138	-263	-196	-535	-436	-270	-149	-87	-326	-15	-123
4004筑紫	39	-246	-291	-608	260	-1174	-863	-115	-518	-337	-448	-982	-462	-360	36	13	-20	-109
4005筑前	-359	-178	-183	-236	-443	-499	-159	-38	-111	-92	-163	-320	-94	-89	-17	-147	-6	-73
4006久留米	1531	652	1021	1767	1968	4011	461	291	702	706	1432	1136	542	335	286	549	36	366
4007八女・筑後	-206	18	-75	-131	-252	-102	44	-30	-106	19	-95	-157	-45	-148	-48	155	-2	-45
4008有明	-342	-296	-72	-140	-29	-531	-412	-64	-128	-189	-288	-195	-198	-199	-49	-436	-23	-40
4009豊原	247	35	244	399	657	1041	29	46	-15	74	307	36	96	-83	108	270	45	41
4010直方・鞍手	-488	-108	-228	-411	-830	-871	-267	-62	-65	-112	-492	-540	-138	-138	-58	-407	0	-89
4011田川	-291	-194	-266	-466	-698	-1238	-355	-61	-80	-163	-317	-384	-148	-181	-66	-239	-15	-72
4012北九州	1176	540	873	1200	3742	2453	1446	209	216	241	656	548	567	-96	183	876	75	327
4013京筑	-368	-351	-559	-1222	-977	-2426	-776	-188	-224	-279	-463	-882	-432	-249	-265	-475	-18	-191

厚生労働省はMDCごとに患者住所地別の患者数と病院所在地別の患者数を集計し、それを公開している(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002hs9l.html>)。この資料から医療圏及びMDCごとに(病院所在地患者数－患者所在地患者数)/患者所在地患者数を計算し、流出入の指標とした。

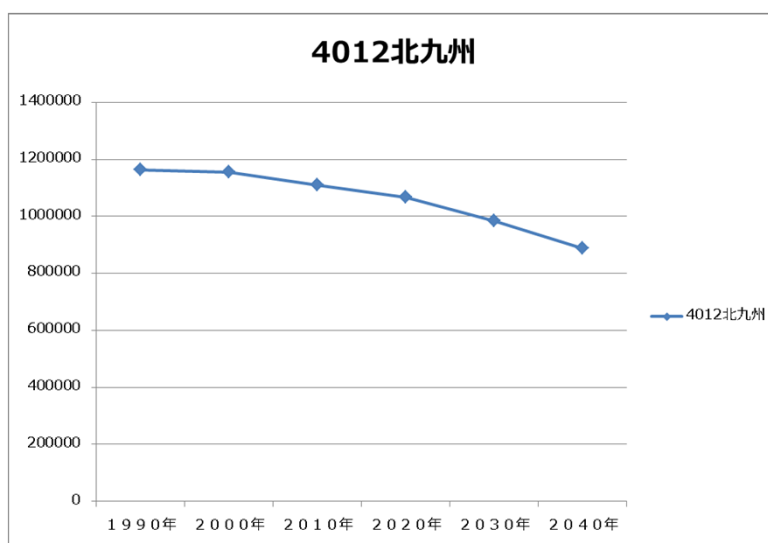
データを活用した地域医療・地域包括ケア計画の策定手順



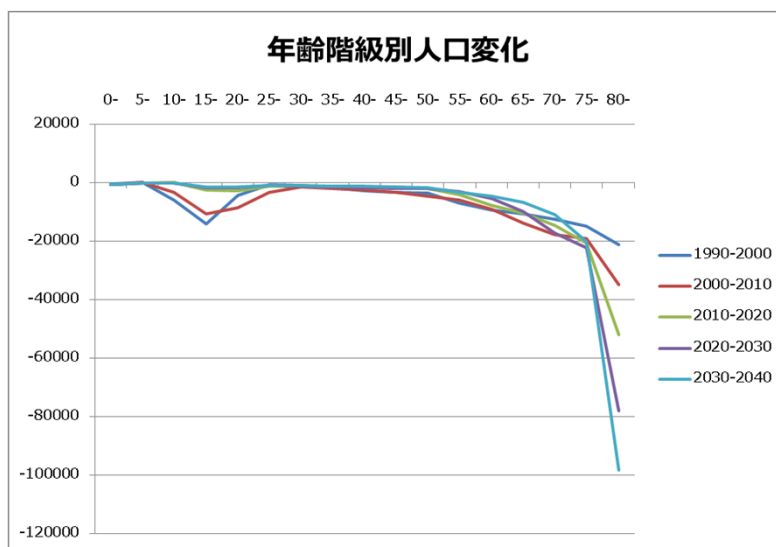
将来の分析(推計)

- 人口の変化は確実な未来(Drucker PF)
- 「計画は未来に備えるもの」であるはず→これまでの医療計画は???

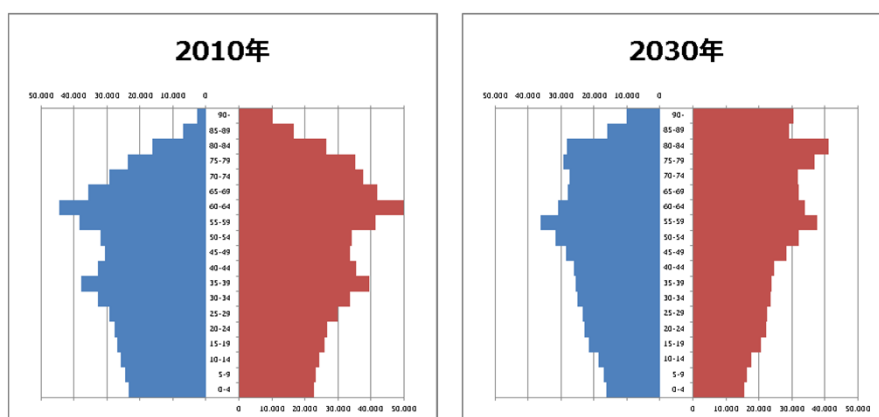
北九州医療圏の人口推移



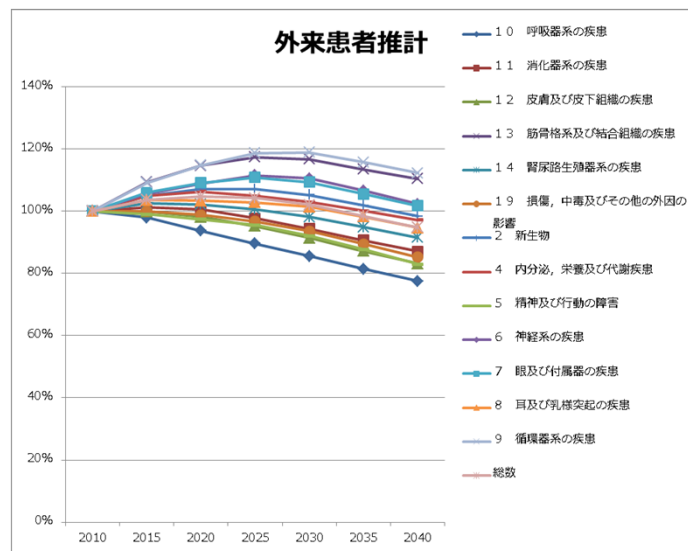
医療圏の人口推移(コホート別)



北九州医療圏の人口ピラミッドの変化

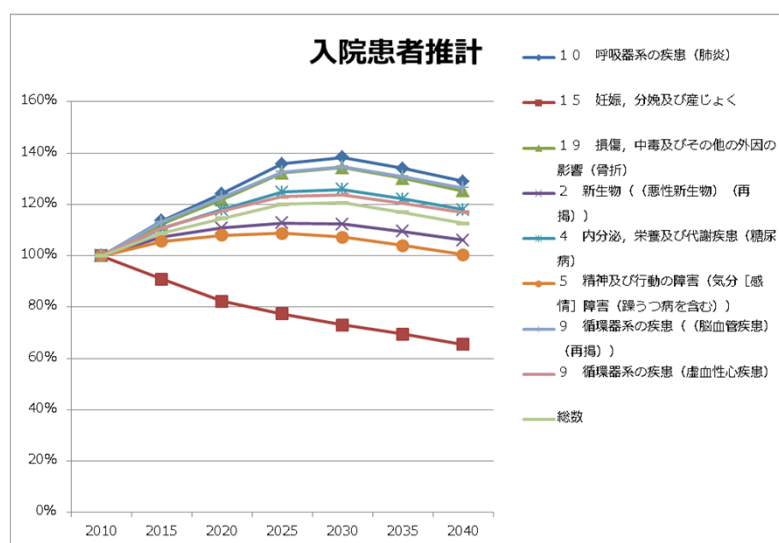


北九州医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

北九州医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

北九州医療圏における必要病床数と 平均在院日数の推計結果 (現在の入院率を前提としたシミュレーション)

各年度推計病床数							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	4,135	4,458	4,657	4,835	4,835	4,690	4,527
一般急性期	10,337	11,145	11,642	12,088	12,088	11,726	11,318
回復期	6,202	6,687	6,985	7,253	7,253	7,035	6,791
医療療養	7,468	8,575	9,431	10,374	10,614	10,315	9,951
介護療養	1,824	2,133	2,382	2,666	2,742	2,662	2,565
精神	8,724	9,113	9,294	9,347	9,245	8,966	8,637
その他	184	201	211	220	220	214	207

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定
一般病床は高度急性期：一般急性期：回復期を20：50：30に分割
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数（現状追認シナリオ）							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	18.1	16.8	16.1	15.5	15.5	16.0	16.5
一般急性期	12.5	11.6	11.1	10.7	10.7	11.0	11.4
回復期	69.5	64.5	61.7	59.4	59.5	61.3	63.5
医療療養	178.3	155.3	141.2	128.3	125.4	129.1	133.8
介護療養	315.4	269.7	241.5	215.7	209.8	216.0	224.2
精神	332.4	318.2	312.0	310.2	313.7	323.4	335.7
その他	70.0	64.1	61.2	58.8	58.5	60.2	62.2

2010年の推計病床数で患者数の変化を踏うために必要な在院日数として推計

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者：松田晋哉)

自院のDPCデータを 活用した内部環境分析

E-fileの構造

必須	データエレメント Data Element	説明
○	施設コード	
○	データ識別番号	様式1と一致する。
○	退院年月日(西暦)	yyyymmdd
○	入院年月日(西暦)	外来症例や未確定時は00000000とする
○	データ区分	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる
○	順序番号	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
○	病院点数マスタコード	
○	レセプト電算処理システム用コード	
	解釈番号(基本)	診療報酬点数上の解釈番号 K600等
○	診療行為名称	
○	行為点数	診療行為(剤単位)での点数計。
○	行為薬剤料	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。薬剤料のみ。
○	行為材料料	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料料のみ。
○	円・点区分	1:円単位 0:点単位
○	行為回数	同日の同一行為は1とカウント
○	保険者番号	
	レセプト種別コード	
○	実施年月日	yyyymmdd
○	レセプト科区分	
○	診療科区分	
	医師コード	
	病棟コード	
○	病棟区分	1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
○	入外区分	1:外来 0:入院

- オーダーごとに1レコード
- 入院日が埋め込まれているので、複数回の入院にも分離できる。
- 順序番号はF-fileとの対応に重要
- 行為名称は代表名称になっており、薬剤ではすべての中身を意味しない。
- 退院時処方のように複数日数分のオーダーは、回数で表現。
- 使用量はF-fileで表現。

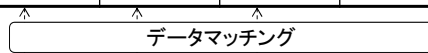
F-fileの構造

必須	データエレメント Data Element	説明
○	施設コード	
○	データ識別番号	
○	退院年月日(西暦)	yyyymmdd
○	入院年月日(西暦)	外来症例や未確定時は00000000とする
○	データ区分	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる
○	順序番号	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
○	行為明細番号	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付番する。
○	病院点数マスタコード	
○	レセプト電算処理システム用コード	
▲	解釈番号(基本)	診療報酬点数上の解釈番号 K600等
○	診療明細名称	
○	使用量	
○	基準単位	診療行為も含めてレセプト電算処理システム用特定器材コードを使用。
○	行為明細点数	行為の点数計
○	行為明細薬剤料	行為の薬剤料(薬価×使用量)。
○	行為明細材料料	行為の材料料(購入価または公示価×数量)。
○	円・点区分	1:円単位 0:点単位
○	出来高実績点数	出来高算定として請求すべき点数。
○	出来高・包括フラグ	1:出来高 0:包括

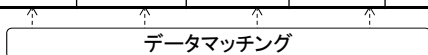
- オーダーの明細
- 一つのE-fileレコードに、複数のF-fileレコードが対応する
- 実施回数、実施年月日はF-fileにはない。
- 出来高実績点数、出来高・包括フラグは、平成18年度から新規追加。

様式1とE/Fファイルの関係

データ識別番号	退院年月日	入院年月日	医療資源病名	...	手術	実施年月日
000000010	20080720	20080710	I510		K282	20080711



データ識別番号	退院年月日	入院年月日	データ区分	診療行為名称	行為点数	実施年月日
000000010	20080720	20080710	33	ソリタT3号 500ml	483点	20080711



データ識別番号	退院年月日	入院年月日	データ区分	診療行為名称	使用量	薬剤料
000000010	20080720	20080710	33	ソリタT3号 50 0ml	2瓶	390円
000000010	20080720	20080710	33	チェナム点滴用 500mgキット	2キット	4300円
000000010	20080720	20080710	33	ビタミン静注 用	1瓶	140円

加工した様式1、Eファイル、Fファイル

加工済様式1

RecID	RecID_1	sex	入院時年齢	adepath	admfrom	urgency	ambul	disto		
*40	3919	40661	18	2	81.672826	2	1	0	1	
*40	7114	40661	14	1	65.423682	2	1	1	0	1
*40	3919	40661	18	2	7939767	2	1	1	0	1
*40	219	40661	19	1	73.900068	2	1	1	0	1
*40	2704	40661	04	1	76.396872	2	1	1	0	1
*40	3912	40661	12	2	70.335386	2	1	1	0	1
*40	204	40661	04	1	80.6872	2	1	1	0	1
*40	3822	40661	22	2	50.072553	2	1	1	0	1
*40	023	40661	23	2	53.363449	2	1	2	0	1
*40	3822	40661	22	2	47.542778	2	1	1	0	1
*40	3806	40661	08	1	93.787816	2	1	1	0	1
*40	3825	40661	25	2	6.653239	2	1	1	0	1
*40	211	40661	11	2	63.167693	2	1	1	0	1

その他マスタ
ファイル



加工済Eファイル

加工済Fファイル

RecID	入院相対日	中診療区分	点数	RecID	中診療区分	入院相対日	レセプト電算コード	薬剤
40	1	10	325	40	90	4	190118610	0
40	1	90	2267	40	90	4	190088970	0
40	2	90	2267	40	90	1	190100770	0
40	3	90	2267	40	90	3	190118610	0
40	1	90	40	40	90	3	190088970	0
40	1	90	30	40	90	2	190118610	0
40	1	90	50	40	90	2	190088970	0
40	1	90	3	40	90	5	190120410	0
40	2	90	3	40	97	1	620002914	1
40	3	90	3	40	97	1	197000110	0
40	1	90	12	40	90	5	197000570	0
40	1	90	12	40	90	5	190118610	0
40	2	90	12	40	90	5	190088970	0
40	3	90	12	40	20	5	661140181	1
40	3	90	12	40	60	3	160178110	0
40	3	97	69	40	60	3	160084510	0
				40	90	5	190120410	0
				40	97	3	197000110	0



QVで可視化

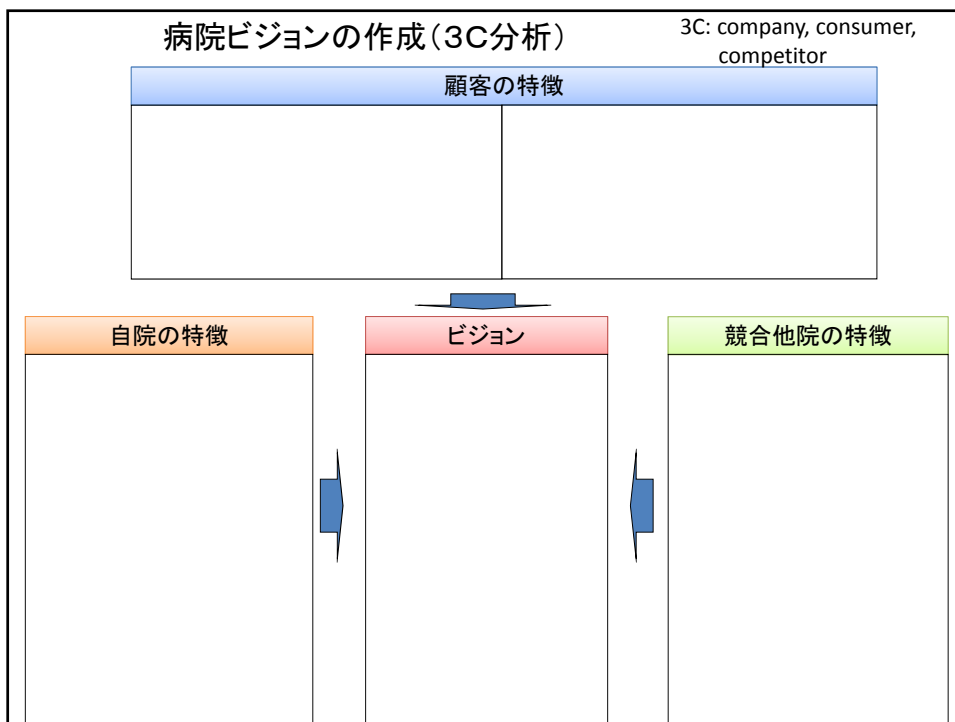
当日供覧

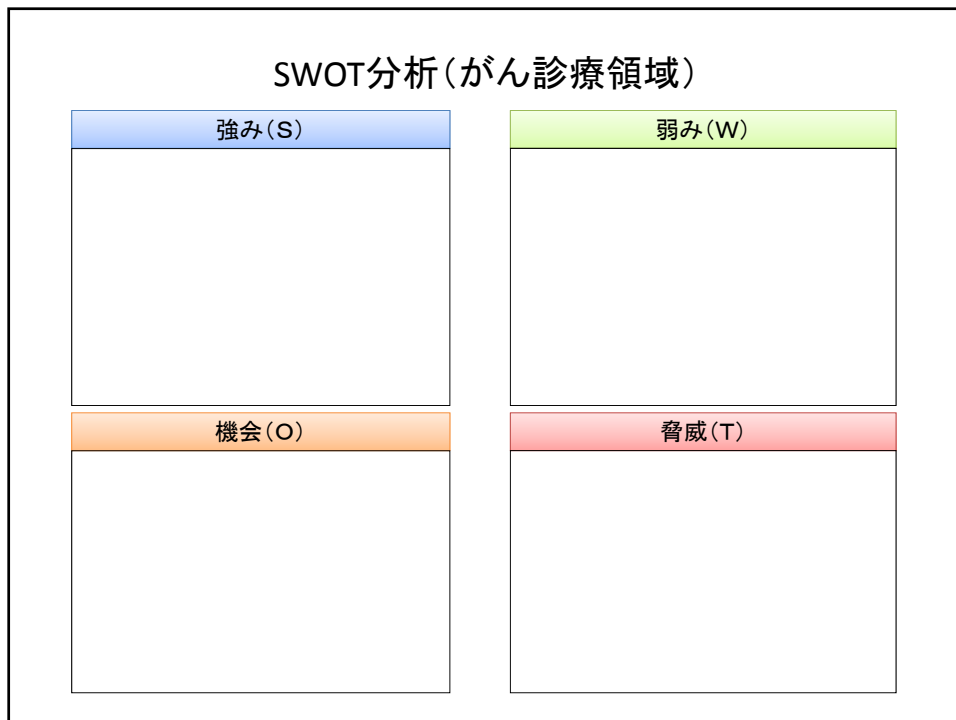
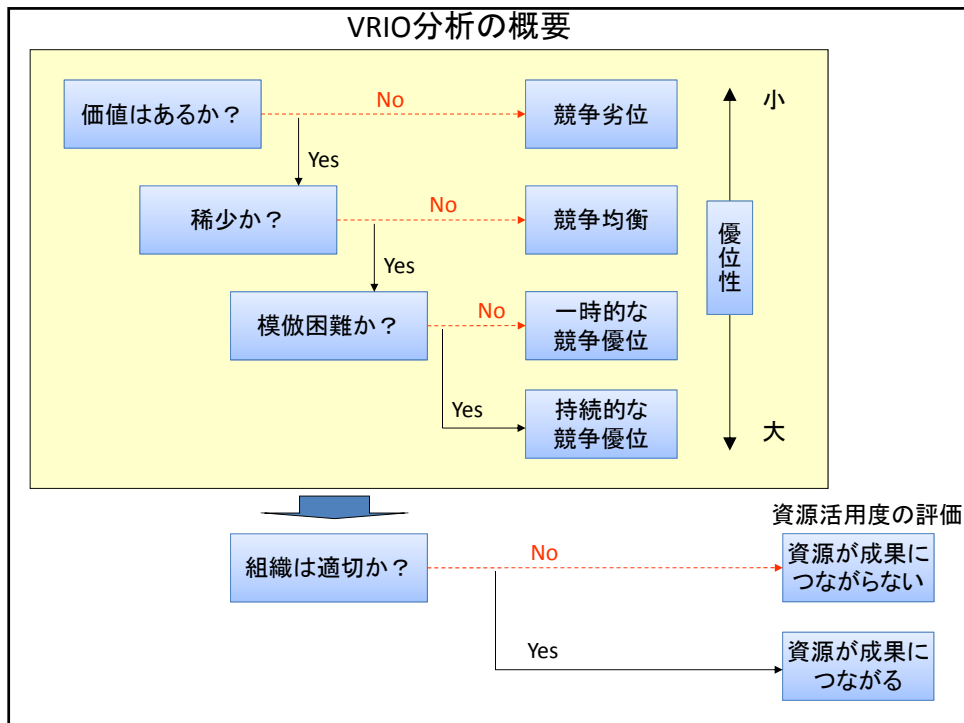
事例供覧

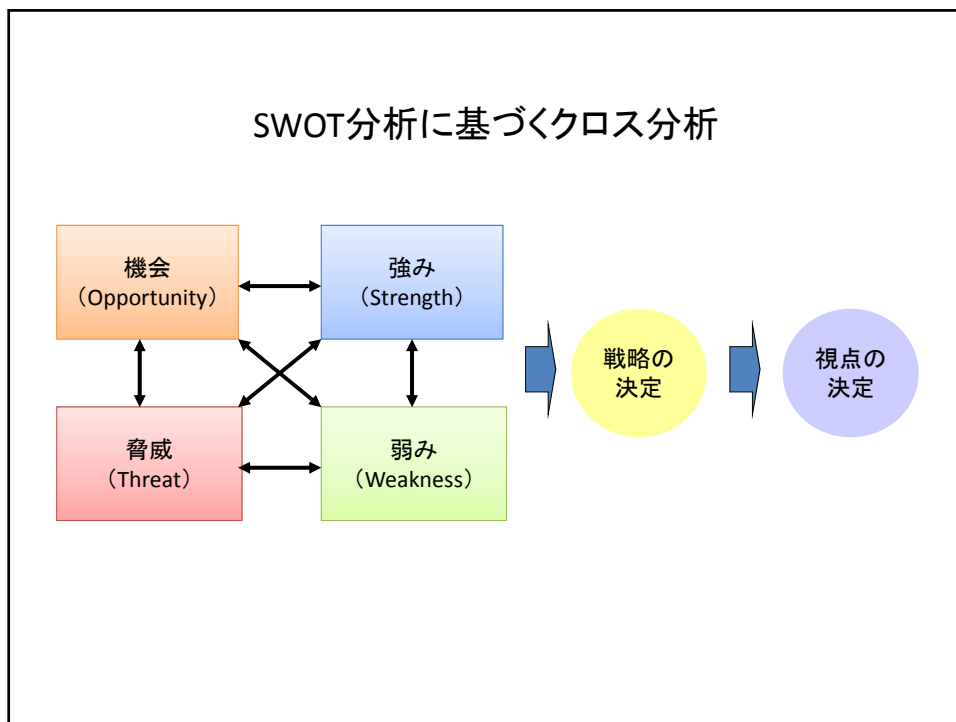


病院ビジョンの作成(3C分析)

3C: company, consumer, competitor

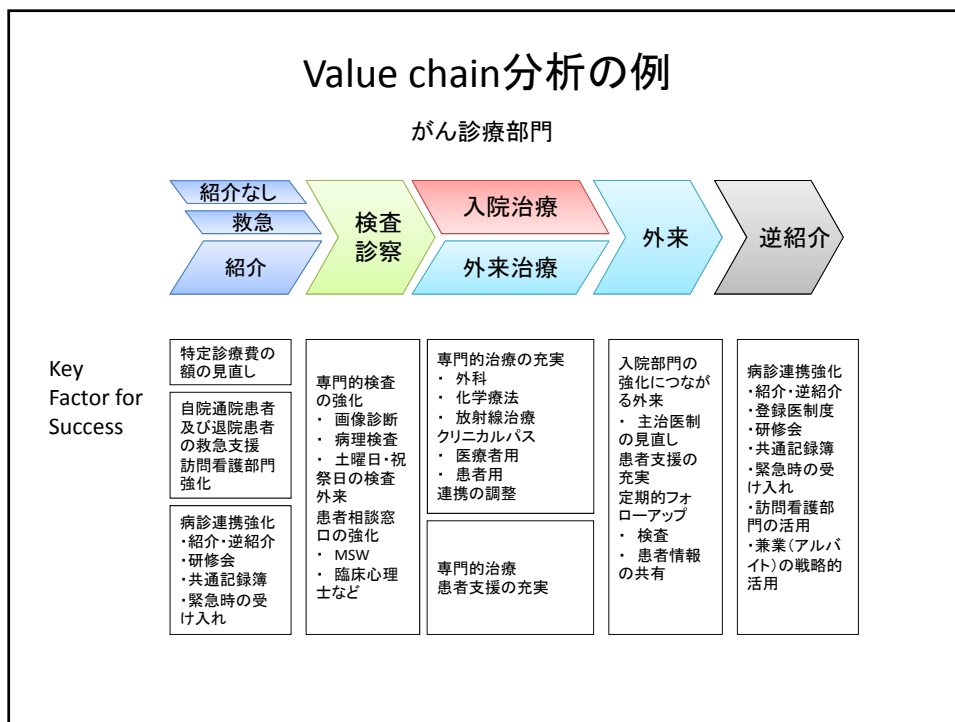
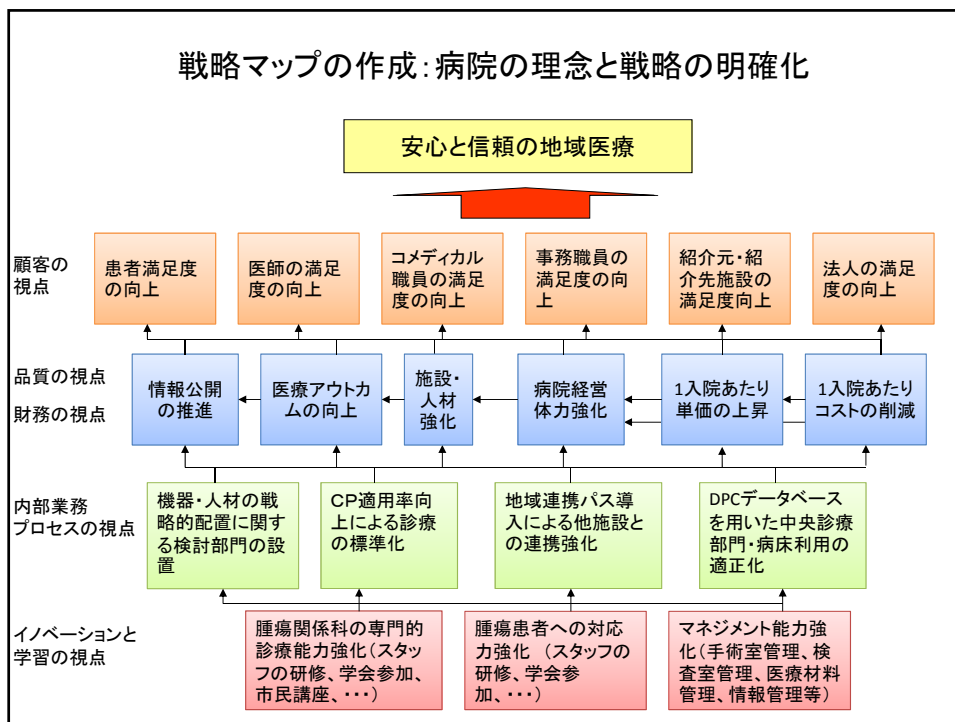






がん診療部門 クロス分析・戦略立案・KPI設定

採用されたSWOT		戦略案	選択された視点	KPI		
内部環境	外部環境			1	2	3



直面する課題への対応

- 先進事例の調査と分析
 - 単なる模倣はだめ
 - そのシステムができてきた歴史的経緯
 - そのシステムが動いている文化的特徴
 - 情報と患者、そしてお金の流れ(どのようにしてWin-Winになっているのか?)
 - 継続性の要因は何か?
 - 上記を踏まえた上での自施設及び自施設のある地域への展開方法を考える

大きな流れへの対応

- 高齢化の進行＋経済状況の厳しさ
 - 国の危機感
- 高度高齢社会の進行
 - 死亡数の増加
 - 2人に1人は「がん」に罹患
 - 80%以上は病院で死亡
- 医療技術の不断の進歩
 - 現行の保険制度で支え切れるのか?
- 医療の質への関心の高まり

本日お話しすること

1. はじめに
2. BSCを用いた分析
3. 医療の質への対応
4. まとめ

病床機能の分化が本格化

[レポート](#) 7対1算定病院、「改定で半数くらいに」 

2014/01/09 20:36

日本慢性期医療協会の武久洋三会長は9日、記者会見し、2014年度診療報酬改定で7対1入院基本料の算定要件が厳格化されることに伴い「7対1入院基本料を算定する病院は半数くらいになる」と述べた。また要件の厳格化によって、7対1入院基本料を算定している急性期病院が慢性期 ...

関連キーワード: 診療報酬改定 7対1 慢性期医療 病院団体

[レポート](#) 消費増税財源で1900億円を医療・介護に

2013/12/24 21:42

厚生労働省は2014年度予算案で、来年4月の消費税率引き上げによる財源から約1900億円を医療・介護の充実に充てる。うち、病床機能の分化や在宅医療の推進などを図るための新たな財政支援制度(基金)の創設額は約900億円を計ける。【松村秀士】 消費税率引き上げによる ...

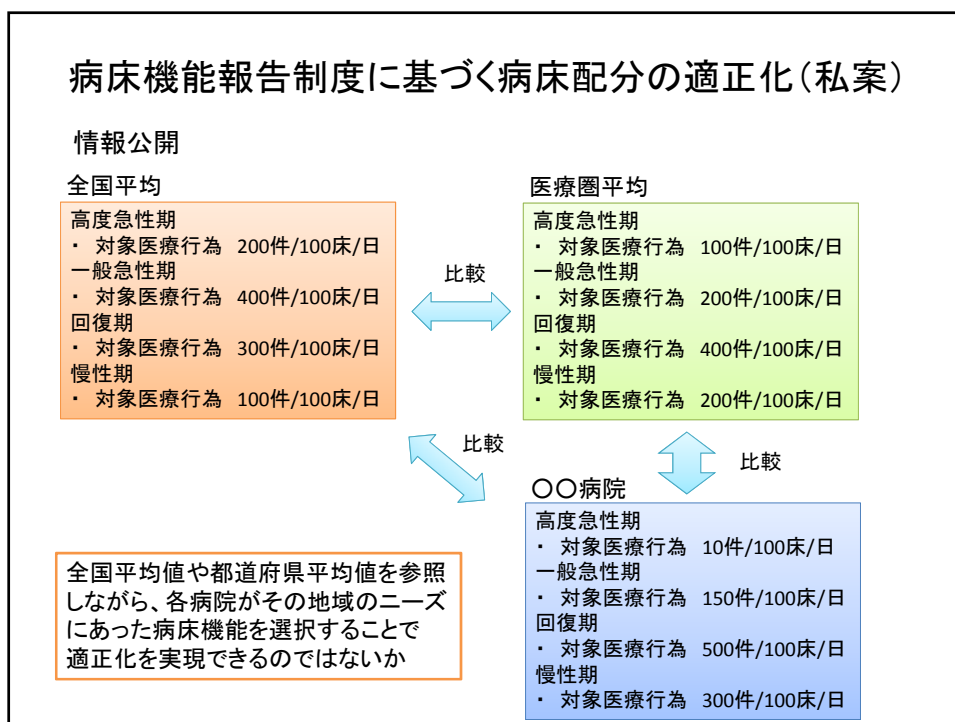
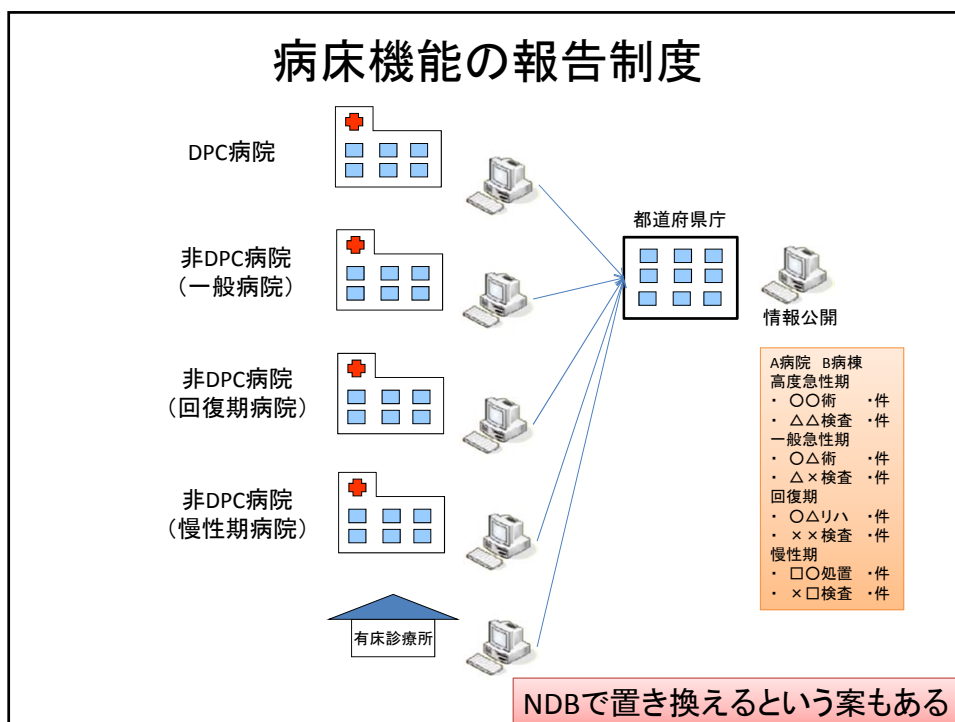
関連キーワード: 7対1 在宅医療 消費税

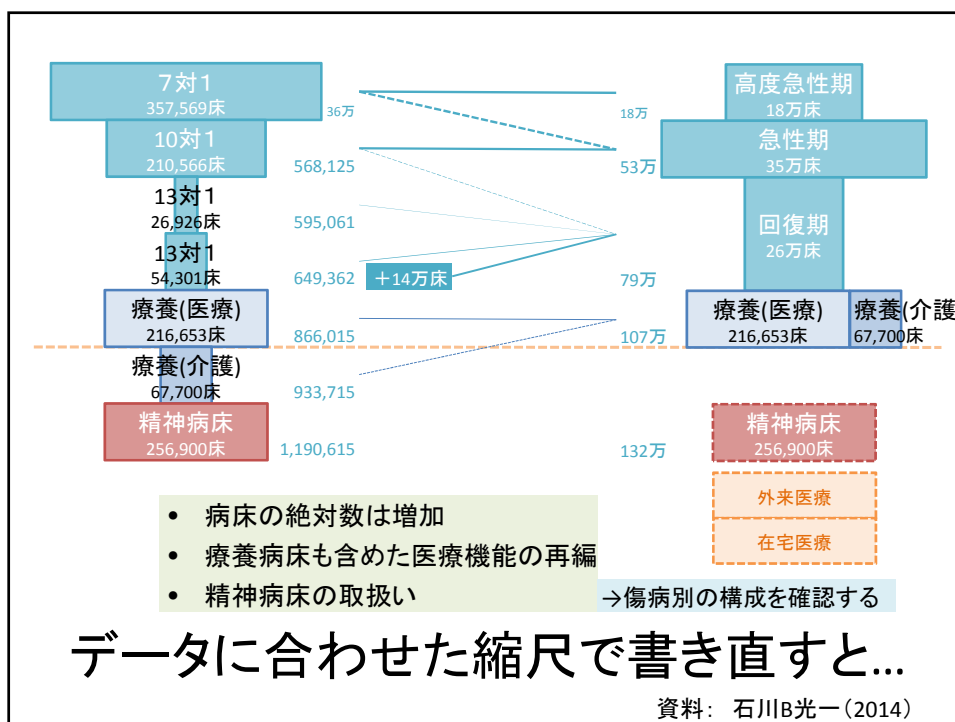
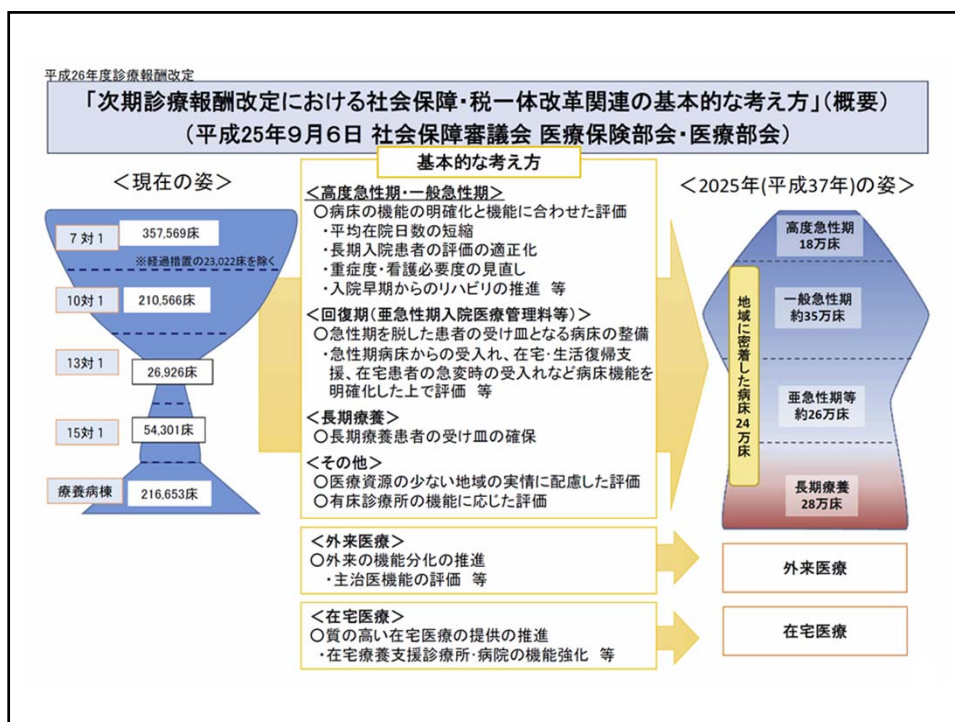
[レポート](#) 【中医協】7対1にDPCデータ提出義務  

2013/12/17 13:30

このニュースは、11月27日にCNewsマネジメントで配信したものです。最新の中医協の記事は[←ここをクリック](#) 厚生労働省は27日、中央社会保険医療協議会の総会に、2014年度の診療報酬改定で一般病棟7対1入院基本料を算定するための施設基準を見直し、DPCデ ...

関連キーワード: 7対1 DPC 中医協





医療の質とは

- 臨床の質
 - 構造 (Structure)
 - 過程 (Process)
 - 結果 (Outcome)
 - 経営の質
 - 制度の質
 - 公平性 (アクセス・負担)
 - 効率性
 - 持続可能性
- BSC的考え方の活用

新たな「機能評価係数」に関する 基本的考え方

1. DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
 2. DPC導入により医療の透明化・効率化・質の向上等、患者の医療の質評価が促進されるが期待できる係数を検討すべきでないか。
 3. DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視すべきではないか。機能分化が促進される
 4. 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。
- (以下省略)

平成20年12月17日 DPC評価分科会 資料

機能評価係数Ⅱの具体的な評価方針

今後の機能評価係数Ⅱの具体的な評価方針

平成22年改定
での設定項目

DPC/PDPS
参加による
医療提供体制
全体としての
効率改善等への
インセンティブ
→(新)
機能評価係数
Ⅱ

1. 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現
 <主な視点>
 ○医療の透明化 ○医療の質的向上
 ○医療の効率化 ○医療の標準化

データ提出指数
効率性指数

2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能
 の実現(地域における医療資源配分の最適化)
 <主な視点>
 ○高度・先進性 ○総合性
 ○重症者診療機能
 ○地域で広範・継続的に求められている機能
 (4疾病等)
 ○地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

複雑性指数
カバー率指数
地域医療指数

医療機関の
バラつき吸収
→基礎係数で評価

基本的な診療機能の評価

救急医療係数

資料：平成22年度第11回診療報酬調査専門組織DPC評価分科会(H23年2月9日)

Hospital compareの臨床指標の例

1. プロセス指標

- 1) 急性心筋梗塞
 入院時のアスピリンの処方
 退院時のアスピリンの処方
 左心室収縮機能障害の患者に対するACEまたはARBの処方
 退院時のβブロッカーの処方
 病院到着後30分以内の血栓溶解剤の投与
 病院到着後120分以内のPCI施行
 禁煙指導の実施
 - 2) 心不全
 左心室収縮機能障害の評価の実施
 左心室収縮機能障害の患者に対するACEまたはARBの処方
 退院指導の実施
 禁煙指導の実施
 - 3) 肺炎
 病院到着後4時間以内に抗菌薬を投与
 肺炎球菌ワクチンの接種状況の確認と接種
 酸素飽和度の評価の実施
 抗菌薬投与前の血液培養実施
 禁煙指導の実施
 インフルエンザワクチンの接種状況の確認と接種
 - 4) 術後管理
 皮膚切開前1時間以内に予防的抗菌薬投与
 術後24時間以内に予防的抗菌薬投与を中止
 適切な予防的抗菌薬の選択
 手術患者に推奨される静脈血栓塞栓症の予防薬投与
 術前24時間以内と術後24時間以内に適切な静脈血栓塞栓症の予防薬投与
 心臓手術患者の術後血糖値を200mg/dl以下にコントロール
 手術患者の適切な除毛の実施
 - 5) 小児喘息
 入院中の発作治療薬の処方
 入院中の全身性ステロイドの処方
 小児の介護者に対して自宅での管理計画書を提供
2. アウトカム指標
- 急性心筋梗塞の30日以内の死亡率
 - 心不全の30日以内の死亡率
 - 肺炎の30日以内の死亡率

	NYU HOSPITALS CENTER	BETH ISRAEL MEDICAL CENTER	MOUNT SINAI HOSPITAL
Heart Failure Patients Given Discharge Instructions	88% 2	69% 2	73% 2
Heart Failure Patients Given an Evaluation of Left Ventricular Systolic (LVS) Function	100% 2	96% 2	98% 2
Heart Failure Patients Given ACE Inhibitor or ARB for Left Ventricular-Systolic Dysfunction (LVSD)	97% 2	96% 2	93% 2
Heart Failure Patients Given Smoking Cessation Advice/Counseling	100% 2	97% 2	100% 2

左記の指標について、上図のように患者が知りたい項目について病院間の比較がweb上でできるようになっている。

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>

2011年度医療の質の評価・公表等推進事業

No.	指標区分	プロセス	アウトカム	臨床指標	DPC、電レセで完結
1	患者満足	1		入院患者の満足度	×
2		2		外来患者の満足度	×
3	病院全体	1	○	公費負担医療患者の割合	○
4		2	○	高齢者における褥瘡対策の実施率	○
5		3	○	高齢者における褥瘡の院内発生率	×
6		4	○	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	○
7		5	○	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の院内発生率	○
8		6	○	術後の大腿骨頭部/転子部骨折の発生率	○
9		7	○	手術難易度分類別の患者割合	○
10	4疾病等の 主な疾患	1	○	急性脳梗塞患者に対する入院翌日までの早期リハビリテーション開始率	△
11		2	○	急性脳梗塞患者に対する入院翌日までの頭部CTもしくはMRIの施行率	△
12		3	○	急性脳梗塞患者における入院死亡率	△
13		4	○	急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率	○
14		5	○	PCIを施行した救急搬送患者の入院死亡率	○
15		6	○	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率	○
16		7	○	人工関節置換手術翌日までの早期リハビリテーション開始率	○
17		8	○	人工関節置換術等の手術部位感染予防のための抗菌薬の1日以内の中止率	○
18		9	○	乳がんの患者に対する乳房温存手術の施行率	○
19		10	○	胃がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の施行率	○
20		11	○	がんのステージ別入院患者割合	○
21		12	○	がん患者に対する緩和ケアの施行率	○
22	回復期 慢性期 地域連携	1	○	脳卒中地域連携バスの使用率	○
23		2	○	大腿骨頭部骨折地域連携バスの使用率	○
24		3	○	急性期病棟における退院調整の実施率	○
25		3	○	救急搬送患者における連携先への転院率	○
26		4	○	退院時共同指導の実施率	○
27		5	○	介護支援連携指導の実施率	○
28	6	○	回復期リハビリテーション病棟退院患者の在宅復帰率	×	

DPCをベースとして質の評価事業も展開していく

済生会における情報公開の例

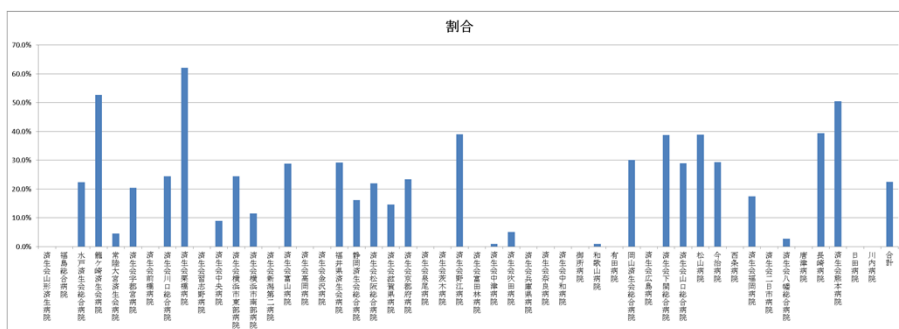
指標 18：乳がんの患者に対する乳房温存手術の施行率

医療機関コード	医療機関名	母数	分子	割合
096210115	済生会宇都宮病院	20	13	65.0%
130314757	済生会中央病院	14	14	100.0%
140105122	済生会横浜市東部病院	26	25	96.2%
143103439	済生会横浜市南部病院	20	15	75.0%
180118909	福井県済生会病院	51	39	76.5%
271607149	済生会千里病院	12	10	83.3%
279600070	済生会中津病院	20	18	90.0%
279600120	済生会野江病院	11		81.8%
290401062	済生会中和病院	11		81.8%
338800012	岡山済生会総合病院	27	25	92.6%
401119189	済生会福岡総合病院	21	17	81.0%
438211911	済生会熊本病院	15	10	66.7%
	合計	248	204	82.3%

*分母が10症例未満の病院数：23

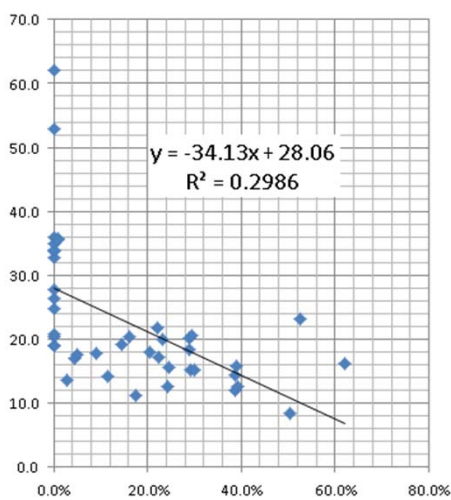
資料： http://www.saiseikai.or.jp/saiseikai_wdm/html/work/shihyou.html

済生会における情報公開の例



資料: http://www.saiseikai.or.jp/saiseikai_wdm/html/work/shihyou.html

脳卒中地域連携パス使用率と平均在院日数の相関



DPC導入は診療情報管理の役割を変えた

- DPC導入前
 - 診療録の事後的な管理
- DPC導入後
 - コーディングが「保険請求」と一体化した。
 - その結果、コーディングはカルテの記載情報との整合性をより強く求められるようになった。
 - アップコーディングは「保険診療」のルールに違反している可能性がある→コーディングがリスクマネジメントの対象となった。

コーディングテキスト作成の目的

- DPCデータの質の確保
 - データ提出係数はデータの質を評価する方向に
 - 機能評価係数における「質評価」の動き
- DPCLレセプト審査への利用
 - 適正なコーディングの確保
 - 診療録・DPCLレセプト等での説明義務への対応

近い将来にDPCをベースとした質評価事業が一般化する

本日お話しすること

1. はじめに

2. BSCを用いた分析

3. 医療の質への対応

4. まとめ

まとめ

- DPCプロジェクトの目的は情報の標準化と透明化
 - 透明化された情報に基づいて医療の評価が可能となった
 - DPCデータを用いることで、急性期入院の現状についてミクロレベル・マクロレベルの両方から検討することが可能
 - DPCの枠組みを用いた病院のマネジメント
 - DPCの枠組みを用いた地域医療のマネジメント
 - 評価の基本は各施設の作成する「情報」
 - 各病院の診療情報管理体制の質
 - 各病院の情報を活用する能力
- } **これが問われる**