

# DPC超入門-経営分析に向けて

(今更、聞けないDPCシリーズ)

産業医科大学  
公衆衛生学・医療情報部  
久保達彦 村松圭司

当日参加できなかった方のためにコメントを挿入しています。適宜、参照ください。  
また資料へのインターネット・リンクを張っております。(マーク:)

# 今更、聞けないDPC

- まったくの初心者を対象に超入門としてお話しします。
  - 背景： キャリア組と新規参入組のスキル差  
新規参入組の支援への要望
  - 内容： DPC/PDPSの超基礎的事項の整理
    - DPC/PDPSの本質
    - DPC/PDPSのインセンティブ
    - DPC分類の発展
    - データ分析、取りかかりのために

✓資料は持ち帰り学習可能の設計を心がけています。院内の初心者教育などにもご利用ください。

# DPCの本質

## ● 医療情報の標準化と透明化

電子フォーマットの統一

様式1: 診療録情報  
様式3: 施設調査票  
様式4: 医科保険診療以外の症例調査票  
EFファイル: 医科点数表による出来高情報  
Dファイル: 診断群分類点数表により算定した診療報酬

情報公開

公的枠組み

1. 厚生労働省HPデータ公開
2. DPC研究班(伏見班)

各方面での自律的な動き  
病院グループや企業等

声:「DPCは支払い方式の改革？」

Ans:「いいえ、DPCは病院マネジメントの改革で、その本質は上記です。参考:DPC/[PDPS\(中医協資料\)](#)」



Q:「医療情報処理の技術は？」

A:「診断群分類(case mix)です。」

# 診断群分類(case mix)

- 「**臨床的な類似性と医療資源の均質性**に着目した**患者分類**」のこと
  - 米国DRG、英国HRG、スウェーデンNord-DRG……
  - 比較を可能にするための患者群
    - 例1) × 胃がんstage1 vs 胃がんstage4
    - 例2) × すべての患者は一人一人異なり比較はそもそも不能

日本版診断群分類DPC(平成15年～)

Diagnosis Procedure Combination

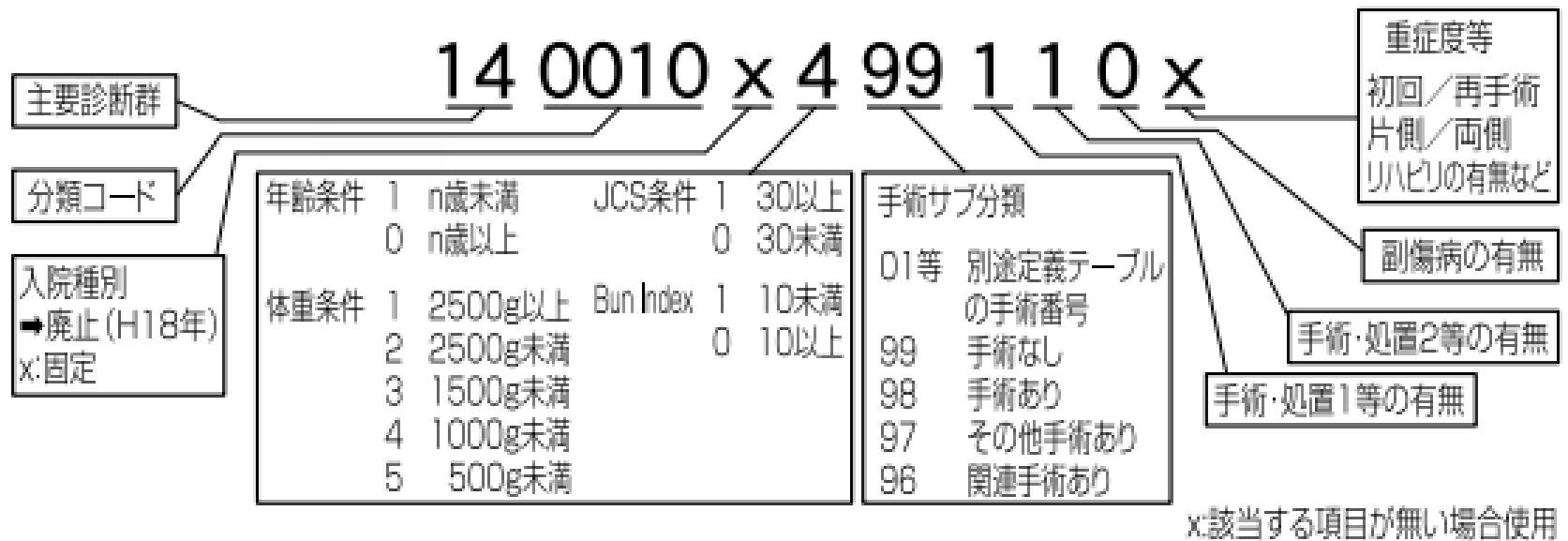
診断(Diagnosis)と治療(Procedure)の組み合わせ(Combination)による患者分類

(DPCコード具体例)

「(診断)急性肺炎で(治療)抗生剤投与等の内科的治療を受けた患者」

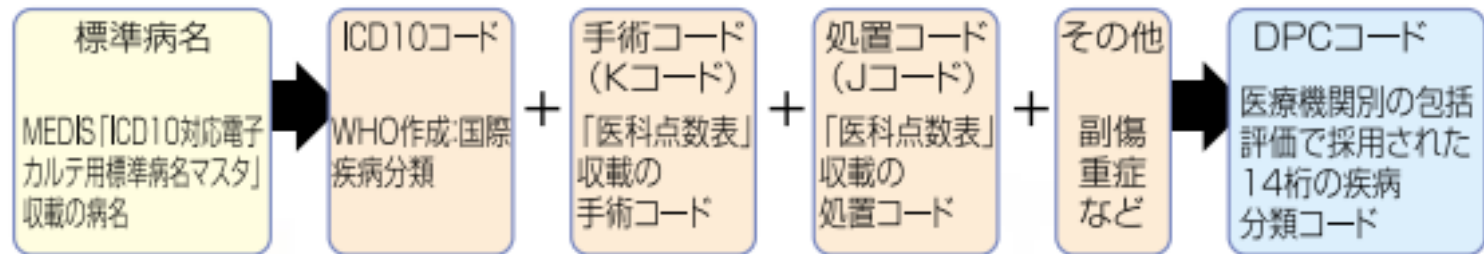
「(診断)胃癌で(治療)胃全摘手術を受けた患者」

# DPC分類コードの例(14桁)



既存のレセプト電算処理システムを発展的に利用することで現実的・効率的に制度導入

(図:ニッセイITレポートより)



Q:「そのような医療情報改革が成功した技術的な理由は？」  
A:「臨床医の診療プロセスに沿った整理と、レセコンという既存システムの活用があります。」

# 「DPC制度」の3要素

- ① “DPC”という**患者分類手法**(診断群分類・casemix分類)
  - DPC = **D**iagnosis **P**rocedure **C**ombination
- ② 分類ごとの資源投入量の分析に基づいて設計される**包括支払のルール**(PDPS = **P**er **D**iem **P**ayment **S**ystem)
  - (入院1日あたり額 × 日数 × 調整係数) + 出来高払い
- ③ “DPC調査”で収集される、**標準化された診療電子データ**
  - 様式1 ..... 退院サマリ=傷病名(副傷病)、入院日数、重傷度
  - E/Fファイル ... 入院中の診療行為・資源投入量

これら3つの要素から構成される複合体(DPC/PDPS)

Q:「制度を構成する要素は？」  
A:「3つの要素がコアになっています。」

※ 「DPC/PDPS」について Q:「PDPSって何ですか？」

「DPC; Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」

Diagnosis 診断

Procedure 処置(手術、検査等)

Combination 組み合わせ

「PDPS; Per-Diem Payment System 1日当たり包括支払い制度」

Per-Diem 1日当たり

Payment System 支払い制度

※ 「DPC」という呼称については、

① 診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度 PDPS

② 患者分類としての診断群分類 DPC

本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

Q:「DPCの和文表記は？」 Ans:「公式には設定・命名されていません。“（日本版）診断群分類”が使われることがあります。診断群分類はCase Mixのことです。（対訳はJapanese Case-mix）」

Q:「DPC/PDPS参加病院数は？」  
 A:「増加傾向にあります。」

# DPC／PDPS参加病院数・病床数

- 平成26年4月1,585病院・約49万床
- 全一般病院の**21%**、全一般病床の**55%**

※一般病院:精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院のこと(医療施設調査)

【DPC対象病院数の変遷】		
年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	1,585	492,206
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	7,493	898,116

平成15年

82病院

平成26年

1,585病院

平成15年

66,497床

平成26年

492,206床  
(約55%)

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。



Q:「参加病院はなぜ増えるのですか？」  
A:「強力な理由のひとつはインセンティブです。」

## PDPSによる支払のポイント

# 病院単位での支払額の調整について

- 包括払いの導入時
  - **調整係数**.....DPC/PDPS参加前後での報酬金額差を反映(継続適応)  
→現在も出来高算定よりも高い報酬が維持(インセンティブ)  
→医療機関毎の重症患者割合/地域性等も反映する役割
  - **機能評価係数**.....出来高評価との整合性・入院基本料等加算を係数化
- 調整係数の段階的廃止に向けての取り組み
  - **機能評価係数Ⅱ**の導入(H22/2010)
    - 機能評価係数Ⅰ... **出来高評価**との整合性(入院基本料、看護配置、地域特性)
    - 機能評価係数Ⅱ...DPC/PDPSにおける独自の評価(7指標)
  - **病院群と基礎係数**の導入(H24/2012)
    - 病院群.....大学病院本院(Ⅰ) / 大学病院本院に準じる施設(Ⅱ) / その他(Ⅲ群)
    - 基礎係数.....各群の包括範囲出来高点数と包括点数(DPC)の比
    - 暫定調整係数.....各病院の調整係数と基礎係数の差の  
0.75倍(H24)、0.5倍(H26)、0.25倍(H28)→0(H30)

# 機能評価係数 I

出来高評価との整合性

「入院基本料等加算」と「機能評価係数 I」の関係

機能評価係数 I として評価

医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算
		A204	地域医療支援病院入院診療加算
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算
		A207	診療録管理体制加算
		A207-2	医師事務作業補助体制加算
		A234	医療安全対策加算
		A234-2	感染防止対策加算
		A244	病棟薬剤業務実施加算
		A245	データ提出加算
		A230	精神病棟入院時医学管理加算
	A230-2	精神科地域移行実施加算	
	A243	後発医薬品使用体制加算	
	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算
		A207-4	看護職員夜間配置加算
		A213	看護配置加算
		A214	看護補助加算
	地域特性の評価	A218	地域加算
		A218-2	
	特殊病室の評価	A224	
		A225	
A229			
療養環境の評価	A219		
	A220	HIV感染者療養環境特別加算	
	A220-2		
	A221		
	A221-2		
	A222		

項目: [告示別表](#)

1. 「入院基本料の差額」を評価  
DPC/PDPS点数表は「一般病棟10対1入院基本料」に基づき作成。7対1等の差額を評価。

2. 加算を評価  
「入院基本料等加算」「診療録管理体制加算」等の全DPC入院患者が算定する加算を評価

Q: 「機能評価係数 I の狙いを一言でいうと？」

A: 「出来高評価との整合性をとるための係数です。」

# 機能評価係数Ⅱ

DPC/PDPSにおける独自の評価

- ✓ DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等(医療機関が担うべき役割や機能)の評価(インセンティブ)

名称	評価の考え方
1) 保険診療係数	質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価
2) 効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
3) 複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
4) カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
5) 救急医療係数	救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
6) 地域医療係数	地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)
7) 後発医薬品係数	入院医療における後発医薬品の使用を評価。

Q:「機能評価係数Ⅱの狙いを一言でいうと？」

A:「DPC/PDPSのデータを活用した参加病院評価(インセンティブ)です。」

H24 [機能評価係数Ⅱについて](#)

H26 [機能評価係数Ⅱの見直し](#)



# 基礎係数

- ✓ 調整係数には**一定の効用**があった(重症患者の多寡や地域特性の反映)
- ✓ 調整は制度参加時点ではなく、**直近の診療実績データ**に基づくべき
- ✓ 廃止が決定している調整係数の**効用の全て**を機能評価係数Ⅱで評価することは不可能
  - ⇒ 包括範囲の診療報酬のうち、**機能評価係数**で評価されない**基本的な診療機能**を評価
  - ⇒ **直近診療実績データ**における包括部分出来高点数と包括点数平均値の比率
  - ⇒ 診療特性を踏まえて医療機関毎ではなく**医療機関群毎**に設定

[各病院群の基礎係数(平成26年度)]  
= [[各病院群の包括範囲出来高点数<sup>\*1</sup>の平均値<sup>\*2</sup>] × [改定率<sup>\*3</sup>]  
+ [消費税増税にかかる対応分]] / [各病院群のDPC点数表<sup>\*4</sup>に基づく  
包括点数<sup>\*5</sup>の平均値<sup>\*2</sup>]

\*1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(退院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。

\*2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。

\*3 平成26年度改定では(1-0.0126)となる。

\*4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。

\*5 医療機関別係数  
を乗じる前のDPC点  
数表に基づく1入院



H24基礎係数について

H26基礎係数(医療機関群Ⅰ群～Ⅲ群)

Q:「基礎係数の狙いを一言でいうと？」

A:「廃止される調整係数の効用をカバーする医療機関や地域の特性を踏まえた係数です。」

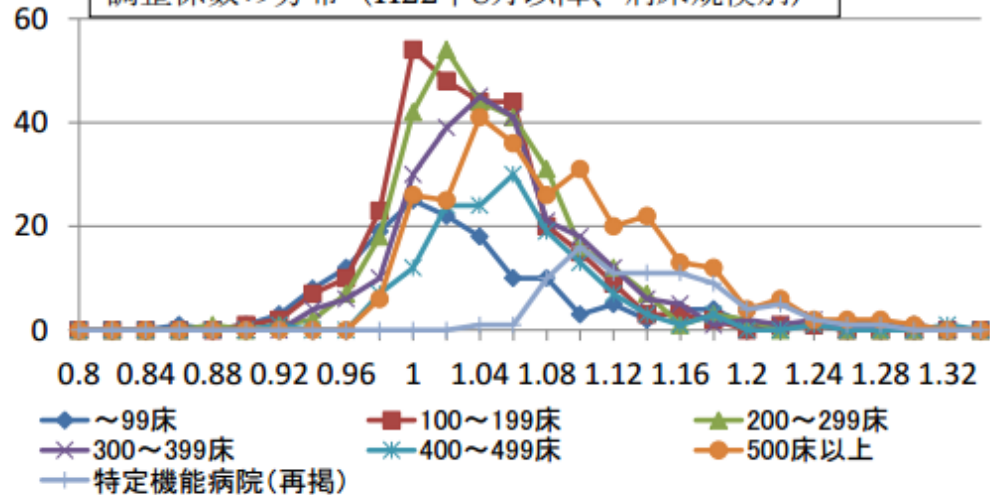


# 調整係数の効用

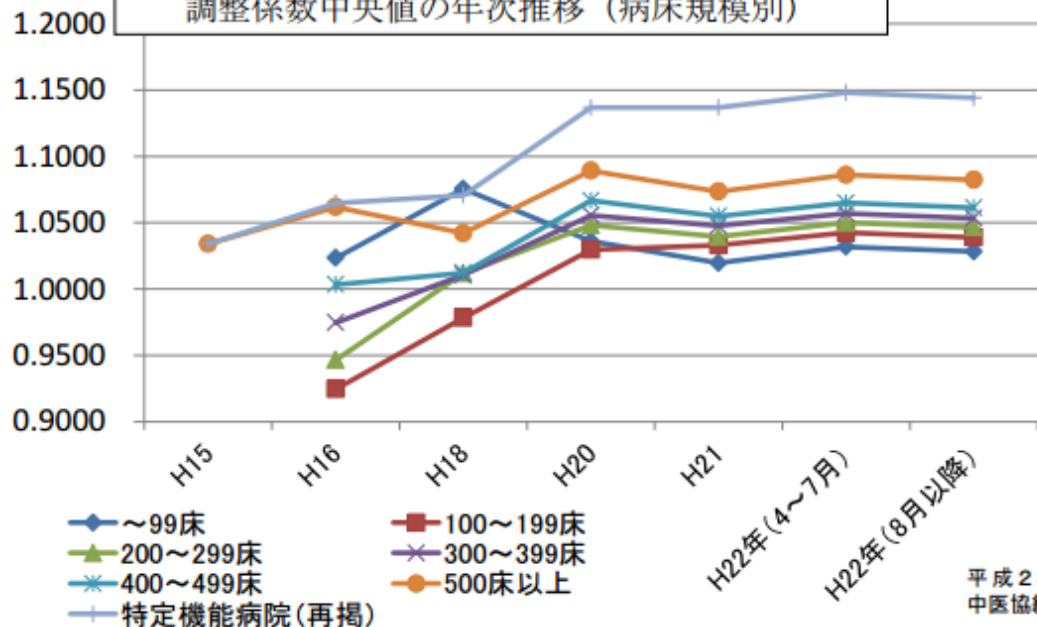
## 施設特性の反映

- 診療内容のバラつきが、施設の規模や施設の持つ診療特性との間で、一定の関連のあることが示唆されている。  
例えば、特定機能病院は他の病院との比較で施設ごと調整係数が高い傾向にあり、これは概ね、平均的な診療密度（＝包括範囲に該当する出来高相当の平均診療報酬点数）の多寡に相当すると考えられる。
- 同様に、施設の病床規模に応じて調整係数の大きさが影響を受けていることから、施設のもつ体制や診療特性がこれらに何らかの形で反映されていることが示唆されている。

調整係数の分布（H22年8月以降、病床規模別）



調整係数中央値の年次推移（病床規模別）

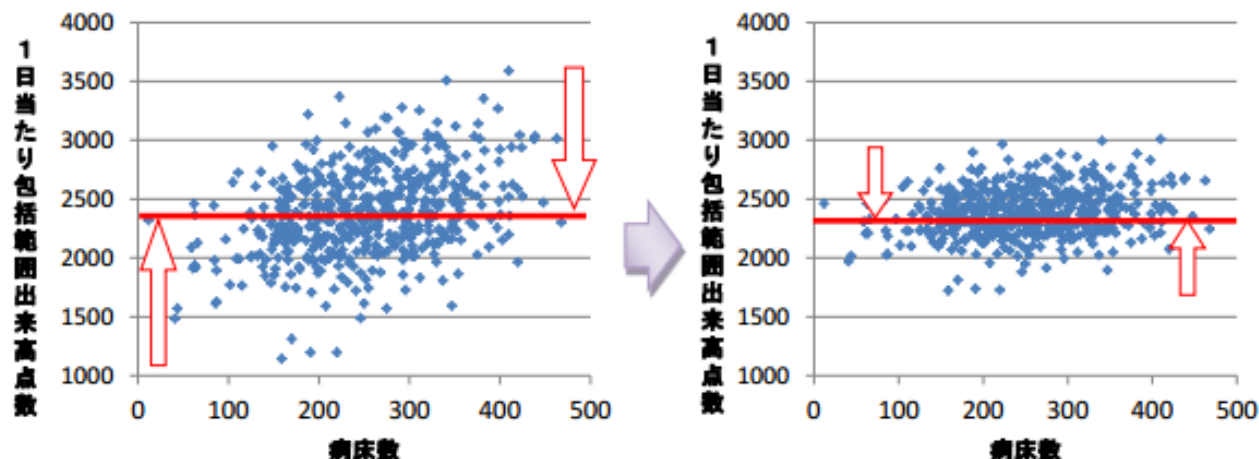


同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

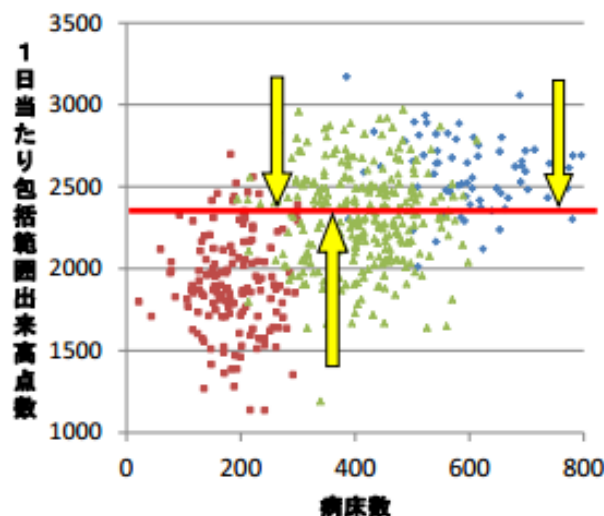
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

### <効率化・標準化の進展のイメージ>

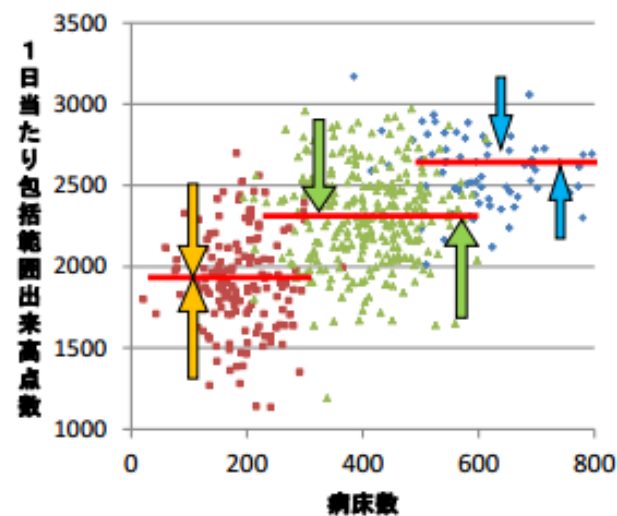


### <基礎係数設定のイメージ>

#### 【単一医療機関群】



#### 【医療機関群ごと】



・医療機関タイプA ・医療機関タイプB ・医療機関タイプC ・医療機関タイプA ・医療機関タイプB ・医療機関タイプC

# 現行の医療機関別係数

## 基礎係数（医療機関群別）

医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価したもの。

## 機能評価係数Ⅰ

包括範囲における、「入院基本料の差額」、「入院基本料等加算」等々を評価したもの。

## 機能評価係数Ⅱ

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（医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ）を評価したもの。

## 暫定調整係数

従来の調整係数の段階的廃止過程において暫定的に設定される係数。

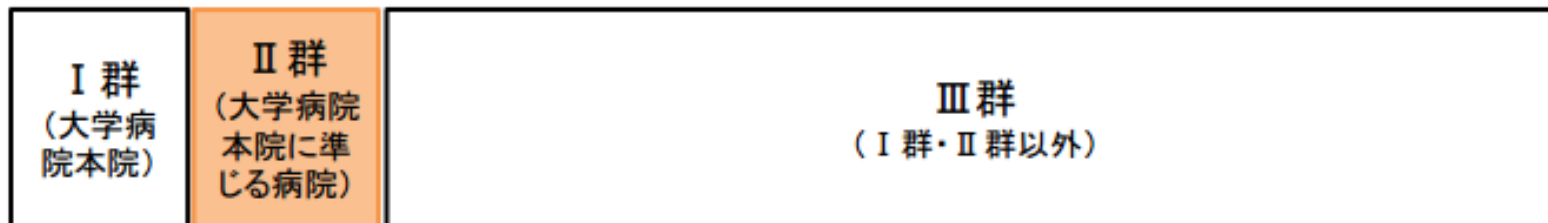


# 基礎係数(医療機関群 I 群～Ⅲ群)

平成26年2月12日  
 中医協総会 総-1

(2) 基礎係数(医療機関群の設定等)に係る対応

医療機関群については、「DPC病院 I 群」～「DPC病院Ⅲ群」の **3 群による構成** を引き続き維持することとし、「DPC病院Ⅱ群」の選定に係る **実績要件について必要な見直し** を行う。なお、各要件の基準値(カットオフ値)は、前年度のDPC病院 I 群の実績値に基づき設定する。



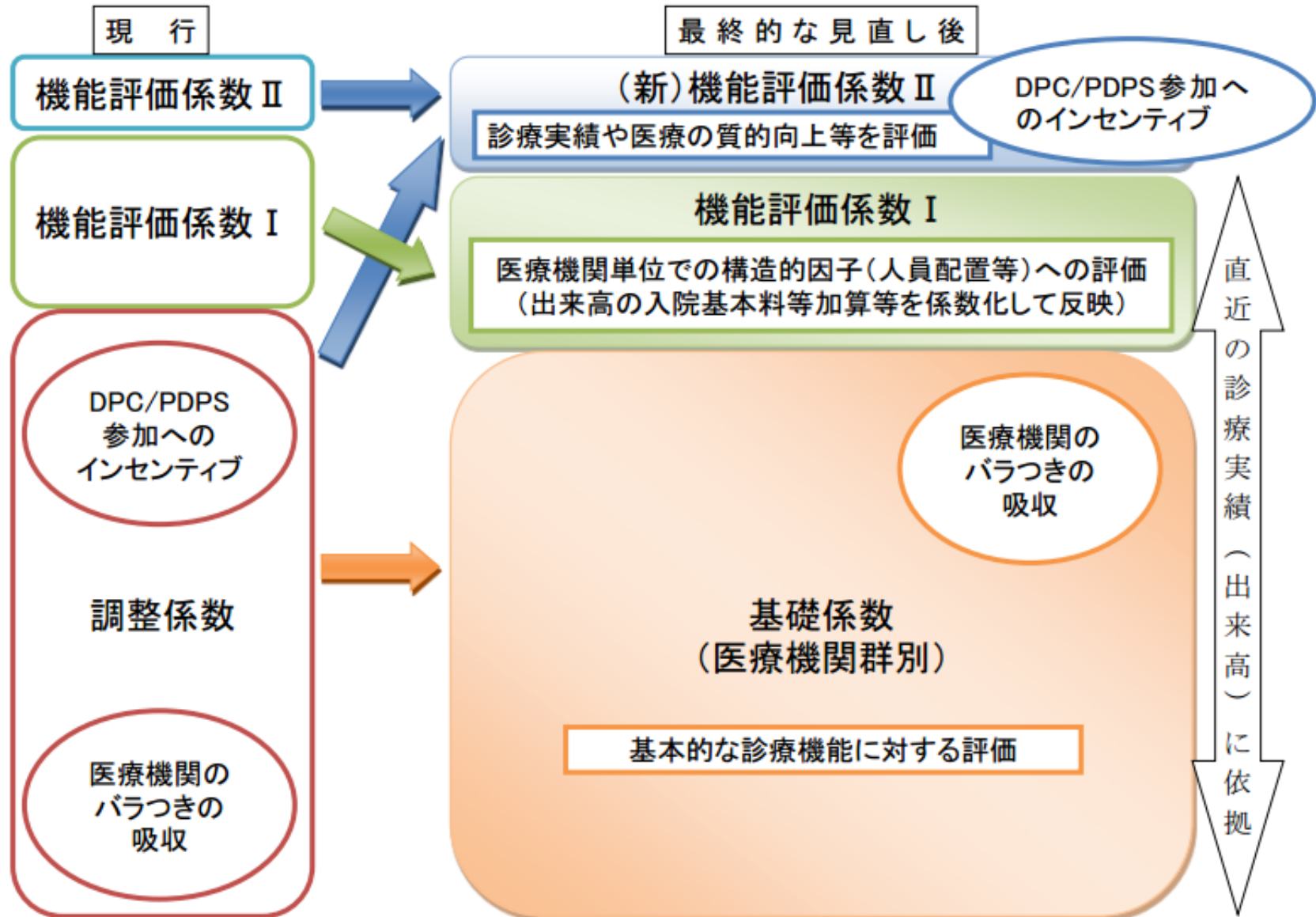
※ 病院数・病床数は現在集計中

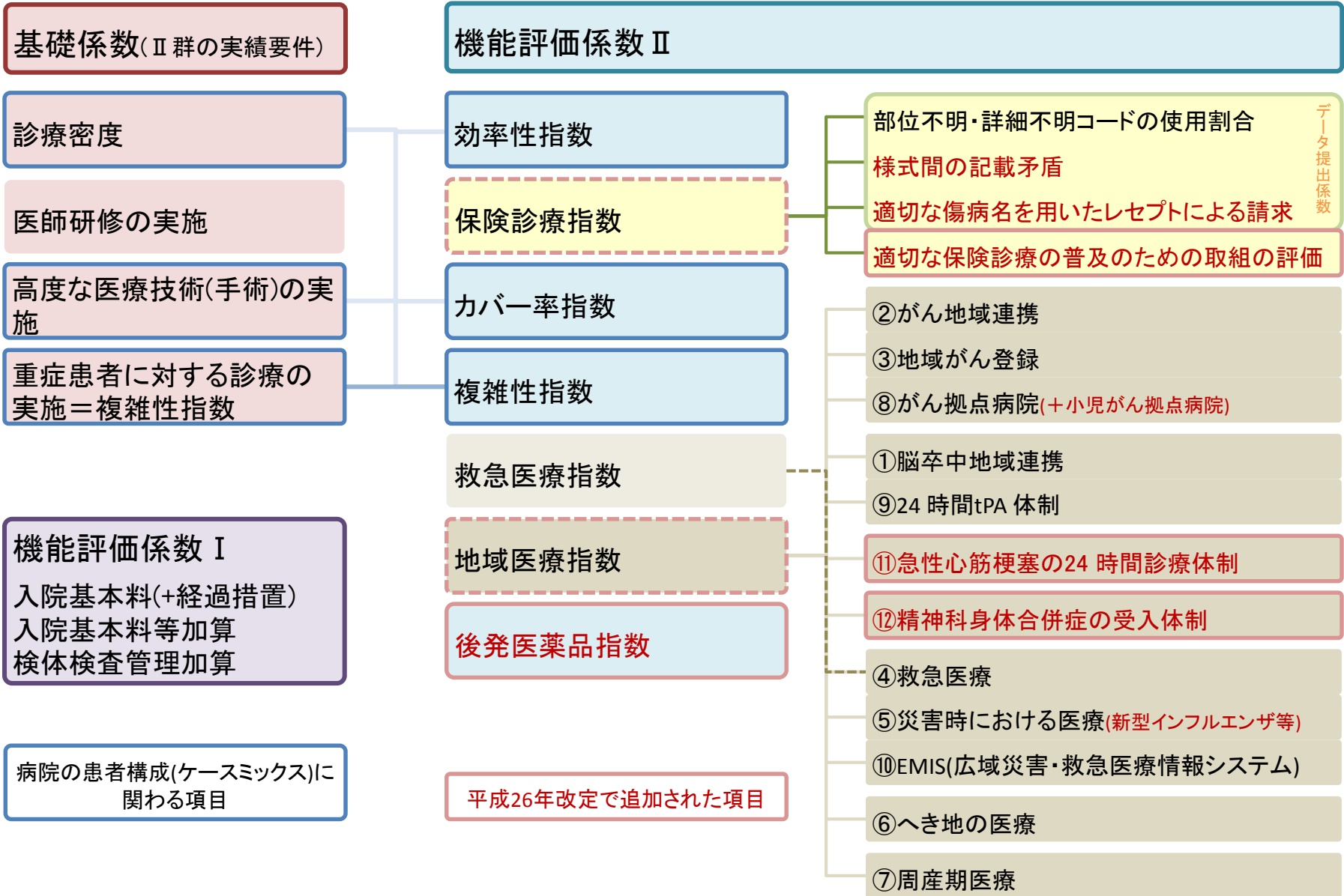
**II 群病院の選定にかかる実績要件**(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)  
 ・以下の4つの実績要件について、「I 群の最低値(外れ値を除く)」をすべて満たす病院を II 群とする。

	見直しの概要
【実績要件1】 診療密度	変更なし
【実績要件2】 医師研修の実施	基幹型臨床研修病院の採用実績によって算出する。
【実績要件3】 高度な医療技術の実施	外保連試案(第8.2版)を用いて算出する。 複数手術が実施された場合は、最も難度が高い手術で算出する。
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	変更なし



【イメージ図】DPC/PDPS調整係数見直し後の医療機関係数のあり方





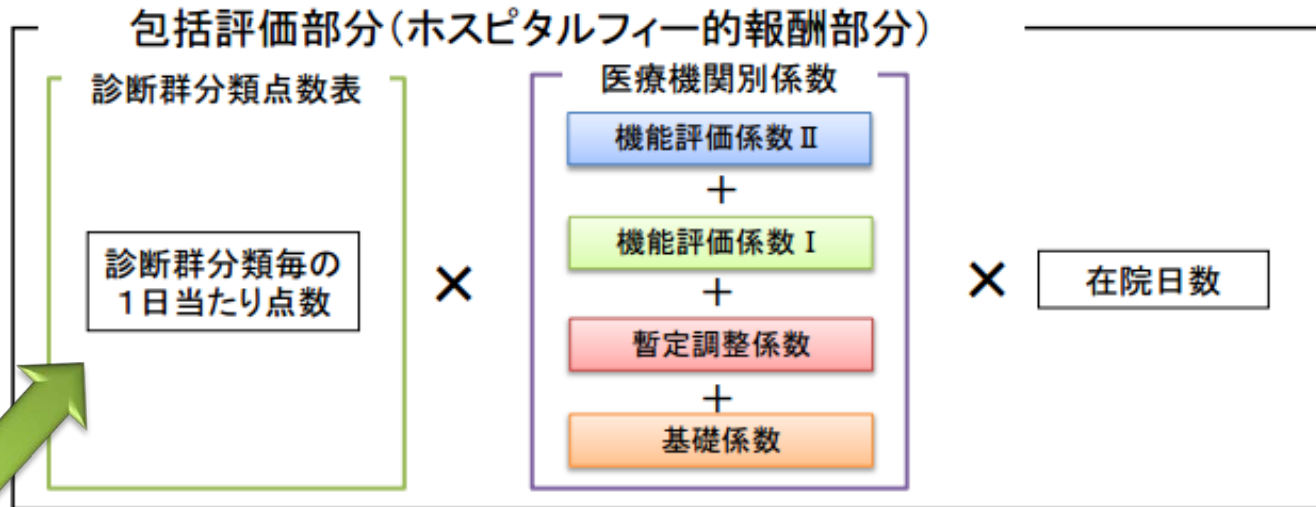
## 平成26年改定での医療機関機能評価における項目

# DPC対象病院が注目すべきポイント

- “調整係数” から “基礎係数 + 機能評価係数Ⅱ” への移行
  - － 自院が所属する医療機関群の基礎係数と機能評価係数Ⅱをセットにして考えることが重要...ただし、
    - 基礎係数は所与のもの～自院で変えられるものではない
    - 病院群の変化 = 抜本的な機能の変更が必要 = コストがかかる
  - － 機能評価係数Ⅱは、  
自院の機能とケースミックス(患者構成)・診療密度、  
近隣の医療機関との相対的な役割分担(シェア)  
によって変化する  
↓
    - 自院の戦略、地域の医療計画に従って変化させることのできる  
自己決定可能な係数

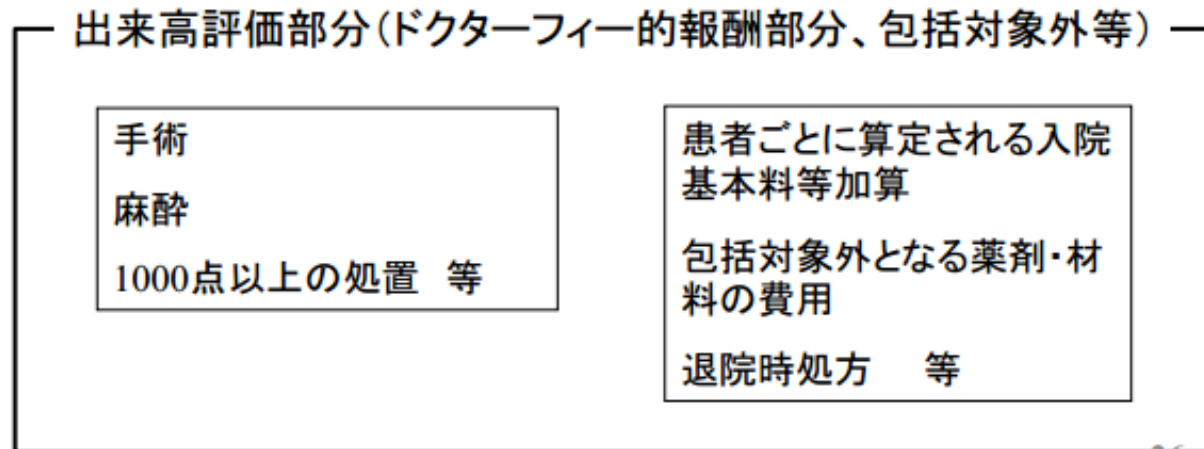
→ マネジメントの視点から計画的に対応

# DPC／PDPSにおける診療報酬の算定方法



DPCのコア技術

+



# DPCにおける患者毎診療報酬

## 包括評価の基本的考え方①

### (包括評価の基本原則)

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性(類似性・代替性)のある診療行為又は患者群とする。

### 前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬(点数)を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目(包括範囲)全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが、個別的には許容する必要がある(出来高算定ではない)。
- 一方、現実の医療の中では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウトライヤー(外れ値)処理として除外等の対応を行う(後述)。



# DPCにおける患者毎診療報酬

## 包括評価の基本的考え方②

前提② 包括評価(定額点数)の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出

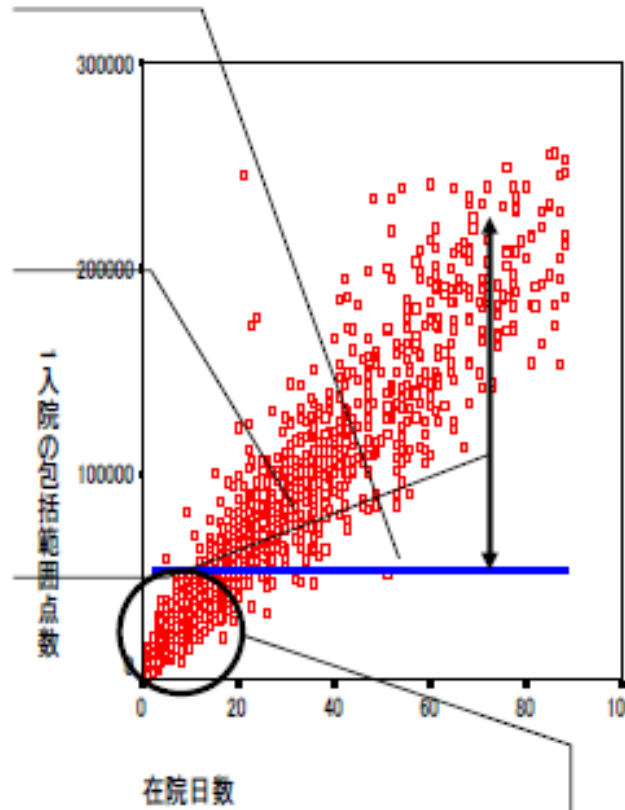
- 制度設計に際し、包括評価(定額点数)のあり方や具体的な手法については様々な議論や検討がなされたが、
  1. 既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたこと、
  2. 既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難なこと(データや評価体制が不十分)、等から、包括評価(定額点数)の範囲に相当する出来高点数体系での評価(点数)を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

(※ 包括評価の設定は医療資源投入量を評価して設定すべき、という考え方から逆に見れば、出来高報酬制度における点数を医療資源投入量の近似値として使用(準用)している、と見ることもできるが、制度設計としては、出来高見合いの報酬(点数)設定が基本となっている。)
- このことから、包括評価(定額点数)の水準の是非についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

# 1入院当たり包括評価と1日当たり包括評価の比較

「肺がん→手術なし→副傷病なし」の場合

1入院当たり包括評価



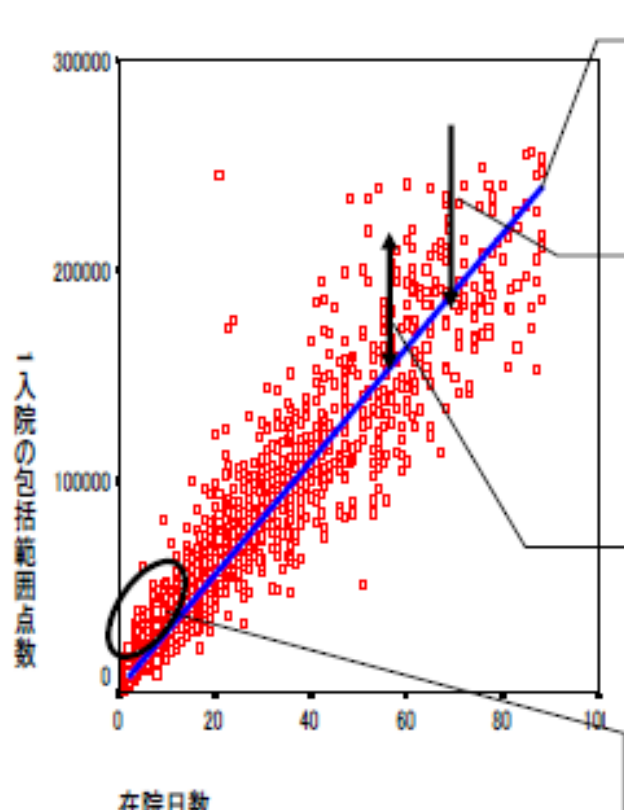
支払額は、  
在院日数  
に関係なく  
一定。

在院日数  
を短くする  
強いイン  
センティブ  
が存在。

在院日数  
がばらつ  
いている  
現状では、  
非常に大  
きな差額  
が発生。

在院日数が短ければ、  
黒字

1日当たり包括評価



支払額は、  
在院日数に  
比例。

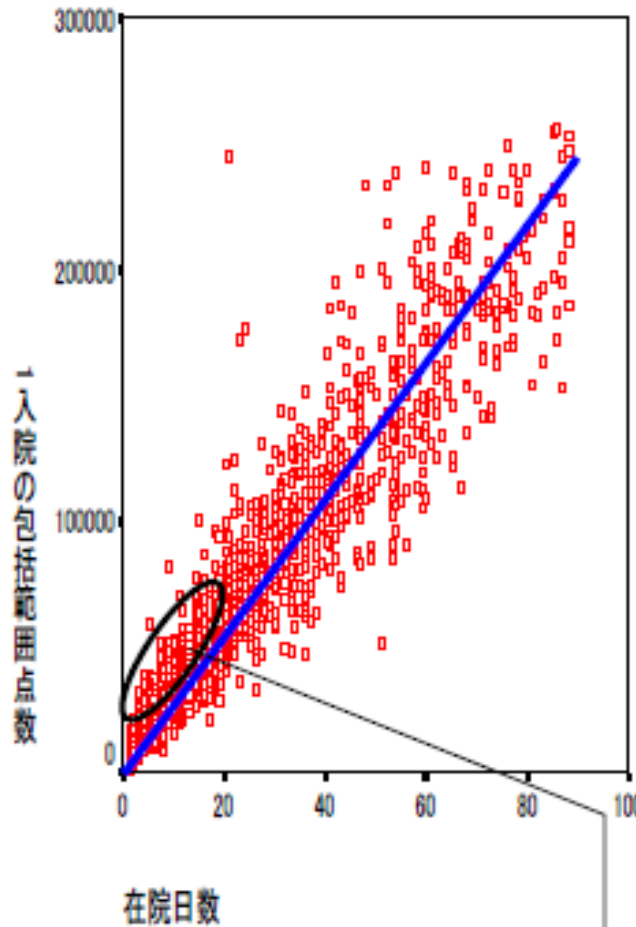
1日単価を  
下げる強い  
インセンティ  
ブが存在。

在院日数が  
ばらついて  
いても、差額  
は比較的小  
さい。

在院日数が短くても、1  
日単価が高ければ赤字

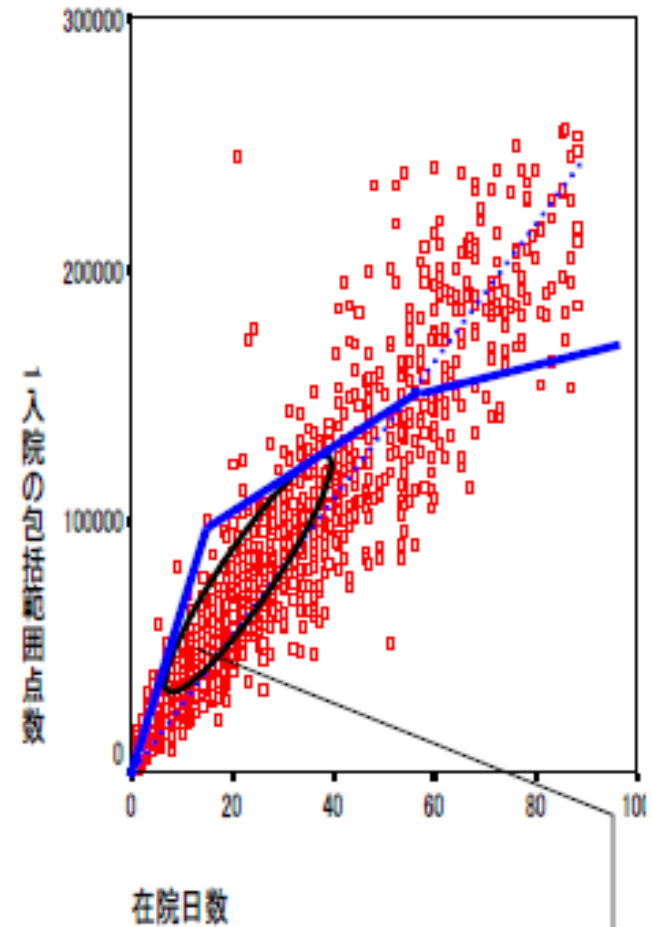
# 1日当たり包括評価の方法

【基本形】



在院日数が短くても、1日単価が高ければ赤字

【在院日数を加味した形】



在院日数が短く1日単価が高くても黒字



# 個別症例の支払額の設定について

- 包括払いの対象とする範囲

- 手術料等ドクターフィー的な要素の除外
- 慢性的な病態に係わる費用の除外(H22/2010)
  - 血友病、HIV、慢性腎不全

出来高点数×件数で管理可能

副傷病への資源投入

→CCPmatrixで再度検討

- 1日あたりの点数設定の方法

- 入院初期の資源投入が多い分類 / 短期入院 への対応
  - 当初:入院期間 I (25パーセンタイル)の点数は、平均値+15%
  - H20/2008:5パーセンタイルルール(入院初期に重点的に支払)
  - H22/2010:入院期間 I (25パーセンタイル)の平均費用を支払
  - H24/2012:入院初日に1入院あたりの平均費用を支払

→点数設定方式D

- 制度を適切に運用するためのルール

- 特定入院期間超えの化学療法
- 3日以内の再入院

外来も含めたエピソード単位での分析

## ● 従来

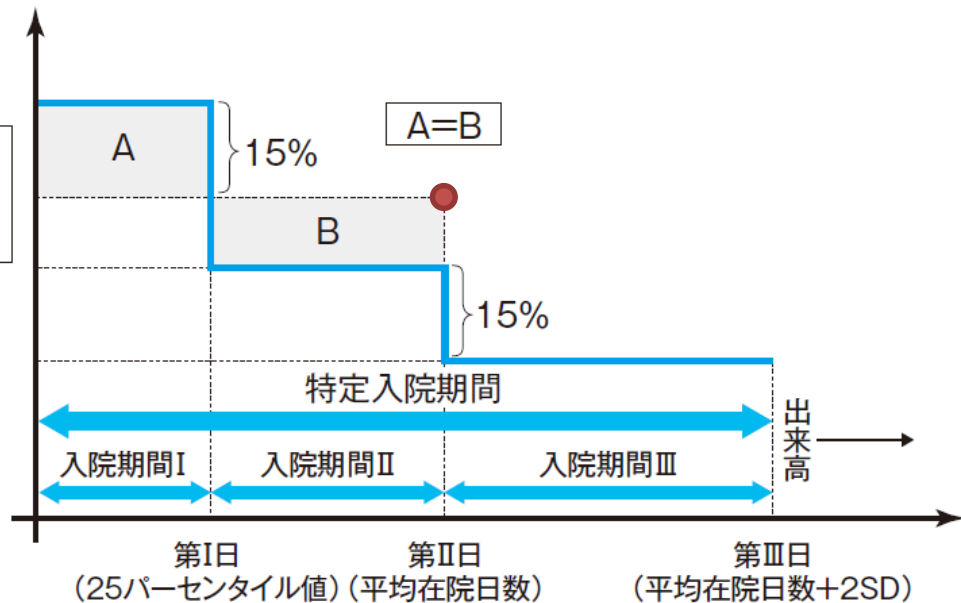
- 1日あたりの平均資源投入量を基準として、
- 入院期間Ⅱまでに支払額を適正化

## ● 点数設定方式(D)

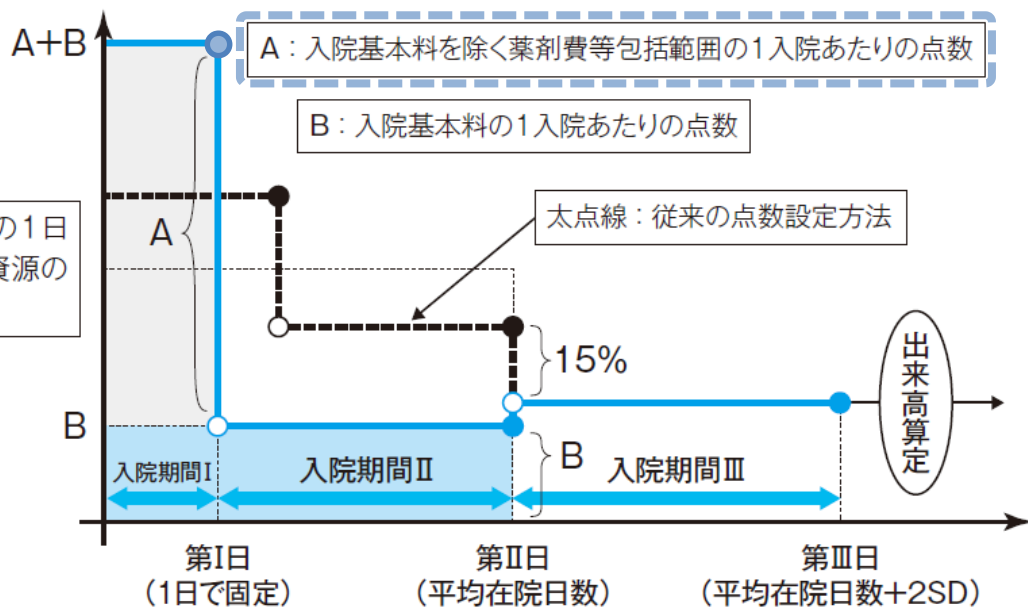
- 1入院あたりの資源投入(総量) (入院基本料を除く) を基準として、
- 入院初日までに支払額を適正化

# 高額薬剤に対応した新たな点数設定方式

1入院期間での1日あたりの医療資源の平均投入量



1入院期間での1日あたりの医療資源の平均投入量



# 点数設定方式Dが 適用される分類 (悪性腫瘍の化学療法)

傷病分類	処置等2
肺(040040)	7 ペメトレキセド
	8 ベバシズマブ
胸壁・胸膜(040050)	4 ペメトレキセド
胃(060020)	4 パクリタキセル or ドセタキセル
	5 トラスツズマブ
小腸・腹膜(060030)	4 カルボプラチン+(パクリタキセル or ドセタキセル)
大腸(060035) 直腸・肛門(060040)	3/4 FOLFIRI
	4/5 FOLFOX
	5/6 ベバシズマブ、セツキシマブ、パニツムマブ、レゴラフェニブ
乳房(090010)	4 ゲムシタビン、シクロホスファミド+エピルビシン、パクリタキセル、ドセタキセル
	6 トラスツズマブ、ペルツズマブ
	7 パクリタキセル(アルブミン懸濁型)
卵巣・子宮附属器(120010)	5 カルボプラチン+(パクリタキセル or ドセタキセル)
	6 ドキソルビシン塩酸塩リポソーム製剤
子宮頸・体部(12002x)	4 化学療法ありかつ放射線療法なし
非ホジキンリンパ腫(130030)	5 イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウム

# H26年DPC/PDPS改定のポイント

## 点数設定方式(D)

- 入院初日に、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の1入院当たり点数を支払う方法(28分類)
  - 条件1: 短期間で退院する症例が多い
    - 24の分類で、入院日Ⅱが7日以内 他にも172分類ある
    - 20の分類で、入院日Ⅲが10日以内 →次回改定での検討候補
  - 条件2: 1入院中に投入される資源量のばらつきが少ない
    - 薬物療法の場⃗: 繰り返し治療の間隔は3~4週間
      - 入院中の治療は1回のみ
      - H26改定で従来の方法に戻った薬剤...070470: 関節リウマチ
        - » 手術・処置等2=4 アダリムマブ/ゴリムマブ  
/セルトリズマブペゴル/トファシチニブクエン酸塩
        - » 手術・処置等2=3 エタネルセプト
    - 検査: 3種類
      - » 050050心臓カテーテル検査、110250下垂体前葉負荷試験、110200前立腺肥大症等(手術なし)

# 短期滞在手術等基本料3

入院後5日以内に  
実施された場合は出来高

手術・検査	診断群分類番号
1 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合	030250xx991xxx
2 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	030250xx991xxx
3 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合	030250xx991xxx
3 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合	010300xxxxxxxx
3 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合	170040xxxxxxxx
3 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合	010230xx99x00x
4 D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査	080270xxxx1xxx
5 D 4 1 3 前立腺針生検法	110080xx991xxx
5 D 4 1 3 前立腺針生検法	110200xx99xxxx
6 K 0 0 8 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術	全ての診断群分類
7 K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術	全ての診断群分類
8 K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	全ての診断群分類
9 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの	全ての診断群分類
10 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	全ての診断群分類
11 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	全ての診断群分類
12 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	全ての診断群分類
13 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）	全ての診断群分類
14 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	全ての診断群分類
15 K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア	全ての診断群分類
16 K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）	全ての診断群分類
17 K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満	全ての診断群分類
18 K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上	全ての診断群分類
19 K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）	全ての診断群分類
20 K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術	全ての診断群分類
21 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	全ての診断群分類

# 診断群分類数の変遷

	H26 2014 第9版	H25 2012 第8版	H22 2010 第7版	H20 2008 第6版	H18 2006 第5版	H16 2004 第4版	H15 2003 第3版
支払分類の数	2,873	2,927	2,658	2,451	2,347	3,074	2,552
包括	2,309	2,241	1,875 (1,880)	1,572	1,438	1,717	1,860
出来高	564	686	783 (778)	879	909	1,357	692
包括分類の割合	80.3%	76.6%	70.5% (70.7%)	64.1%	61.3%	55.9%	72.9%
主要診断群(MDC)の数	18	18	18	18	16	16	16
傷病分類数	504	516	507	506	516	591	575

H22改定では、卵巣がん:ドキシソルビシンを6/1から出来高に変更、( )内は4/1時点

# 調整係数の廃止

= インセンティブのあり方改革

- 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適切に評価できていない可能性がある



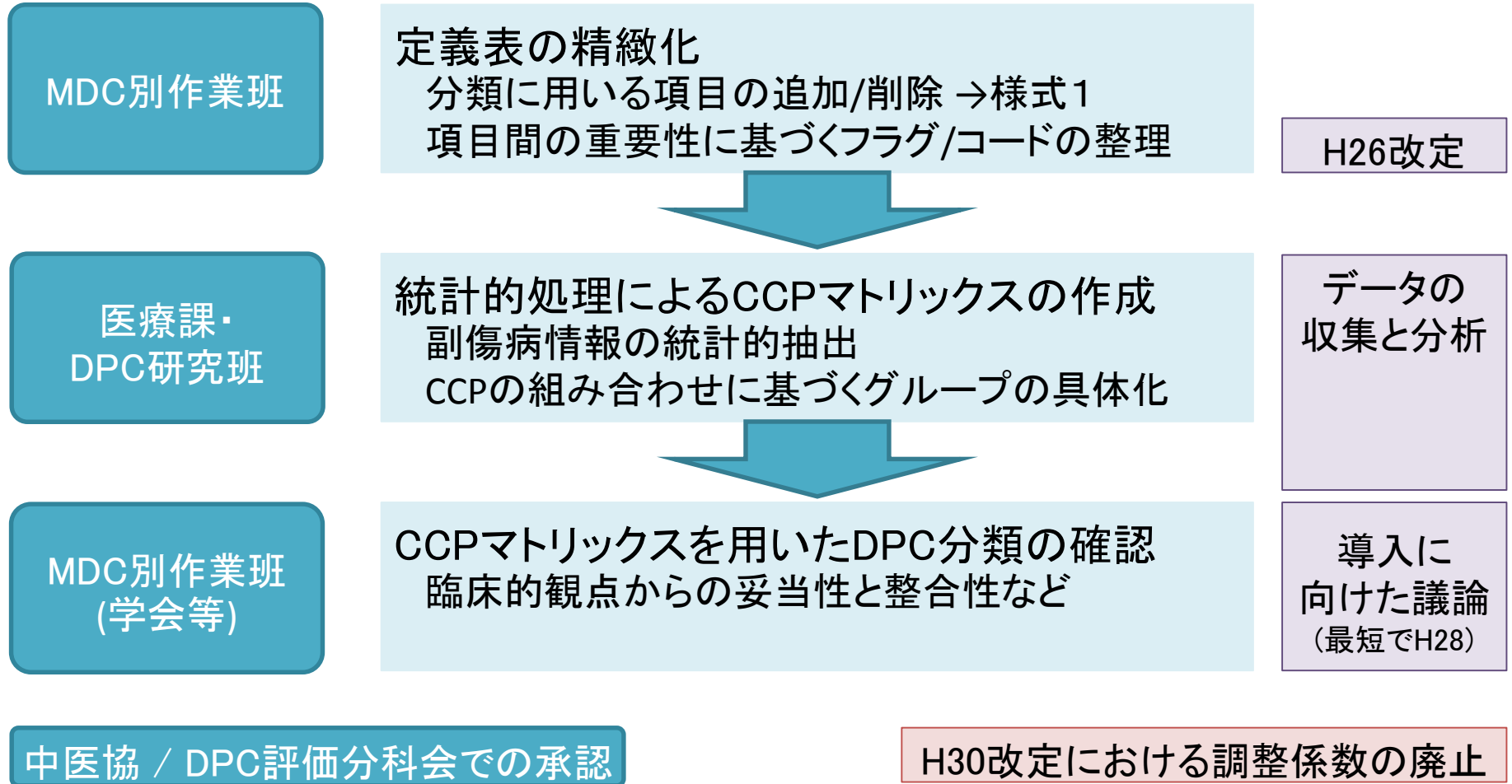
- 入院患者の重症度等をより詳細に反映させるために、DPC分類の更なる精緻化が必要。  
ただし、分類数は増やせない。  
→ 複雑性係数等による入院患者の病態の評価も改善される

# DPC分類の見直しにおけるポイント

- 入院目的(検査入院/教育入院)による分岐の廃止
  - 診療行為の組み合わせに基づく評価への切り替え(H18/2006)
- DPC分類の対象の拡大
  - 精神疾患(MDC17)/その他(MDC18)の追加(H18/2006)
- 入院中の診療行為の組み合わせによる分岐の精緻化
  - 手術・処置等2による分岐の多値化(H16/2004)
  - がん化学療法レジメンによる分岐の導入(H20/2008)
  - 手術・処置等1による分岐の多値化(H24/2010)
- 副傷病名も考慮した分岐の精緻化
  - CCP Matrix (H2?/201?)



# DPC分類精緻化の流れ図(案)



# MDC

## 主要診断群 (Major Diagnostic Category)

MDC01: 神経系疾患

MDC02: 眼科系疾患

MDC03: 耳鼻咽喉科系疾患

MDC04: 呼吸器系疾患

MDC05: 循環器系疾患

MDC06: 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患

MDC07: 筋骨格系疾患

MDC08: 皮膚・皮下組織の疾患

MDC09: 乳房の疾患

MDC10: 内分泌・栄養・代謝に関する疾患

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

MDC13: 血液・造血器・免疫臓器の疾患

MDC14: 新生児疾患、先天性奇形

MDC15: 小児疾患

MDC16: 外傷・熱傷・中毒

MDC17: 精神疾患

MDC18: その他

声: 「MDCとは？」

Ans: 「診断群分類(DPC)を臓器別にまとめた大分類(当初13分類)で、現在は診療科の観点も踏まえ18分類あります。DPC分類の精緻化(臨床実態に即した改善)は各MDC毎に関連専門医学会が参加して不断の取り組みが進められています。」

# DPC／PDPSにおける調査

1. 「退院患者調査」: 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。
2. 「特別調査」: 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

様式名	内容	説明
様式1	簡易診療録情報	カルテのサマリーのような情報。
様式3	施設情報(月1回提出)	届出されている入院基本料等に関する情報。
様式4 (※)	医科保険診療以外の診療情報	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報。
Dファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	DPCLレセプトの情報。
EF統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報	出来高レセプトの情報。
外来EF統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報	外来の出来高レセプトの情報。

(※ 平成27年度以降、様式4は様式1に統合される予定。)

# DPC退院患者調査の変遷

年度	主なイベント	診療情報	プロセスデータ	包括請求の額	施設調査	保険外との併用
H14	2002 初回のデータ収集	様式1	様式2		様式3	様式4
H15	2003 <b>RDDSの導入</b> + 必須レセ電算コード	↑	様式2 or E/F	様式5 or G	↑	↑
H16	2004 必須レセ電算コードの追加	↑	E/F	↑	↑	↑
H17	2005 レセプト電算コード対応テーブルの追加	↑	E/F+I	↑	様式3 + 様式6	↑
H18	2006 <b>レセ電算コードへの対応を必須化</b> H18/2006～研究班 外来データ収集開始	↑	E/F	D	様式3に統合	↑
H19	2007	↑	↑	↑	↑	↑
H20	2008	↑	↑	↑	↑	↑
H21	2009	↑	↑	↑	↑	↑
H22	2010 <b>患者住所地の郵便番号の追加</b>	↑	↑	↑	↑	↑
H23	2011 入院E/Fファイルの統合化	↑	E/F統合ファイル	↑	↑	↑
H24	2012 <b>外来データの収集</b> 出来高病院からのデータ収集	↑	↑	↑	↑	↑
H25	2013	↑	↑	↑	↑	↑
H26	2014 様式1の縦持ち化	形式変更	↑	↑	↑	様式1に統合

年度		期間 /月数	病院数			退院数(万件)			実名入り 公開対象
			DPC対象	準備	小計	提出	分析対象	年換算	
H14	2002	7-10月 / 4	82	0	82	30	30	89	DPC対象のみ
H15	2003	7-10月 / 4	82	91	173	49	45	135	DPC対象のみ
H16	2004	7-10月 / 4	164	51	215	59	56	168	DPC対象のみ
H17	2005	7-10月 / 4	164	228	392	109	100	300	DPC対象のみ
H18	2006	7-12月 / 6	360	371	731	279	258	516	DPC対象のみ
H19	2007	7-12月 / 6	360	1,068	1,428	430	394	788	全施設
H20	2008	7-12月 / 6	718	841	1,559	460	423	846	全施設
H21	2009	7-12月 / 6	1,282	325	1,607	487	438	876	全施設
H22	2010	7-3月 / 9	1,390	258	1,648	732	677	903	全施設
H23	2011	4-3月 / 12	1,447	187	1,634	987	878	987	全施設
H24	2012	4-3月 / 12	1,501	239+34	1,774	1,039	925	1,039	全施設
H25	2013	4-3月 / 12	1,497	244+63	1,804	1,059	940	1,059	診調組D-2 / 25.5.22
H26	2014	4-3月 / 12	1,585	278	1,863	地域包括ケア病棟等からも収集			診調組D-2-2 / 26.4.18

### 一般病院/一般病床に占める割合(H26/2014)

病院数	21.2%	3.7%	24.9%
病床数	54.8%	4.0%	58.9%
病床数(実数)	492,206	36,458	528,664

### 全国

7,474  
897,380  
(H25)

### 厚生労働省DPC調査:

一般病院からの退院患者  
(1,496万件/ H25病院報告)の  
71%をカバー

項目	追加・修正の内容	従来の内容
3. 入退院情報 (6)入院経路	0 院内の他病棟からの転棟 1 家庭からの入院 4 他の病院・診療所の病棟からの転院 5 介護施設・福祉施設に入所中 8 院内で出生 9 その他	3.その他病棟からの転棟 2.一般入院  1.院内出生
3. 入退院情報 (11)退院先	0 院内の他病棟への転棟 1 家庭への退院(当院に通院) 2 家庭への退院(他院に通院) 3 家庭への退院(その他) 4 他の病院・診療所の病棟への転院 5 介護老人保健施設への入所 6 介護老人福祉施設への入所 7 社会福祉施設への入所 8 終了(死亡等) 9 その他	6.その他病棟への転棟 1.外来(自院) 2.外来(他院)  4.転院 7.介護施設  5.終了 9.その他 / 0.不明
入院前と退院後の在宅医療の有無	0 無 1 当院が提供 2 他施設が提供 9 不明	H26からの追加項目
介護保険の主治医意見書に活用されている「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」	0 無し 1 I～II 2 III～IV・M	H26からの追加項目

患者調査と  
ほぼ互換の内容

項目	追加・修正の内容	従来の内容
(7)(14)(21)(28)(35)麻酔	「脊椎麻酔＋硬膜外麻酔」を追加	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻＋硬膜外 7.その他 9.無
(33)手術側数	「左右の区別のないもの」を追加する	1.右側 2.左側 3.左右
(19)Hugh-Jones 分類	対象患者の変更: MDC04(肺高血圧症を除く)	MDC04
(20)NYHA 分類	対象患者の変更: 肺高血圧症の重症度調査は(19)から(20)に変更する	心不全
抗リウマチ分子標的薬の初回・治療の有無	あり/なし	H26からの追加項目
入院時と退院時の褥瘡の深さ	(DESIGN 分類のD0～D5 を入力)	H26からの追加項目
持参薬の使用の有無	0 持参薬を使用していない 1 自院で処方された持参薬を使用 2 他院で処方された持参薬を使用 3 自院・他院で処方された持参薬両方を使用	H26からの追加項目

## 様式1の変更 (その他のもの)

# 様式1ファイル形式の変更

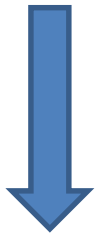
DPC評価分科会(25.9.20)  
資料D-6/D-6(別紙)

- 平成26年度調査から...
    - “横持ち(1サマリ=1行)” から “縦持ち(複数行で1サマリ)” へ
    - ヘッダ + ペイロード という構造
      - ヘッダ(キー項目のセット)  
施設コード／データ識別番号／入院年月日／回数管理番号／統括診療情報番号 を各行の先頭に記載
      - ペイロード(具体的な診療情報)  
患者属性、入院情報、退院情報、診療科、病棟、診療目的・経過...  
診断情報(傷病名)、手術情報、ADLスコア、重症度等 を分けて記載
- ↑
- 調査項目の追加・削除に柔軟に対処できるようにする
    - CCPマトリックスで必要とされる追加の診療情報の収集への対応
    - Just-In-Timeな診療記録への対応 × 退院後に一括入力
    - 長期的には、外来患者に係わる診療情報の収集も視野に



# ここまでの話題

- DPC/PDPSの本質は医療情報の標準化と透明化
  - 支払い方式ではなく病院マネジメントの改革
- 医療機関別係数によるインセンティブの変遷
- 分類・患者毎支払方式の発展
- DPC調査の発展



社会保障制度改革の中で  
DPCデータ活用の拡大

# 健康・医療戦略 / 平成26(2014)年7月22日閣議決定

- 2) 医療・介護・健康分野のデジタル基盤の利活用  
既に分析、結果の利用が始まっているレセプトデータに係る事業の拡充に加え、まだ利活用が進んでいない検査データに関して大規模な収集・分析を行い、利活用を図る事業の創出、ICT 及びデジタル基盤の利活用による質の高い効率的な医療サービス及び公的保険外のヘルスケアサービスの創出を推進する。

## ○ 医療適正化と国民の健康の増進の総合的な推進(p.30)

- レセプトデータに関しては、厚生労働省による標準化が完了しており、収集、分析、結果の利用が開始されている。レセプトに含まれる情報に加え、医療資源を最も投入した傷病名、一定の診療情報等が追加されている診断群分類(DPC)データは、主に急性期病院を対象として、厚生労働省が収集し、分析を行っているが、現状は、厚生労働省への提出がオンラインではないため、今後、医療機関の負担を軽減することなどを目指して、DPC データをレセプトと同時にオンラインで審査支払機関を經由して厚生労働省に提出できるように検討する。また、急性期病院に加え、慢性期病院等からのDPC データの提出が診療報酬上、評価されたため、慢性期病院等についてもDPC データによる集計・分析を試みる。

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 病床機能報告

**健康・医療** **病床機能報告**

[重要なお知らせ](#) [施策紹介](#) [関連情報](#)

政策について

分野別の政策一覧

医療機関による病床機能報告制度が始まります。

- 一般病床・療養病床を有する病院が対象となります。
- 病棟単位で医療機能等を平成26年11月14日(金)まで(※)に報告してください(10月1日(水)から受付開始)。(※)今年度のみ延長措置です。来年以降は10月31日までとなります。
- 本ページから、報告様式(Excelファイル)ダウンロードを行い、ご入力の上、CD-R等の郵送又は本ページからのアよりご提出ください。  
(インターネット環境にない等の医療機関は、別紙の様式の郵送によってもご提出いただけます)

○ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進す(法律第205号)第30条の12に基づく病床機能報告制度が始ま

○ 病床機能報告制度とは、一般病床・療養病床を有する「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」及び「リハビリテーション機能」等を通じて都道府県に報告する仕組みです。  
(※)厚生労働省がみずほ情報総研株式会社に委託し並び及び都道府県の負担を軽減するため、厚生労働省が整備

○ 本報告の集計結果を基に各都道府県は地域医療機

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</li> <li>○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>




# DPCデータ解析

# DPCデータ解析・必携品リスト





## 利用するDPCデータ

- 厚生労働省公開データ

## ソフト

- マイクロソフトオフィスプロフェッショナル2010(エクセル・アクセス)
  - QlikView (集計可視化ツール・[無料版あり](#)) 
  - Tableau (集計可視化ツール・[無料版あり](#)) 
  - Quantum GIS (地理情報処理ツール・[無料版あり](#)) 

## 書籍

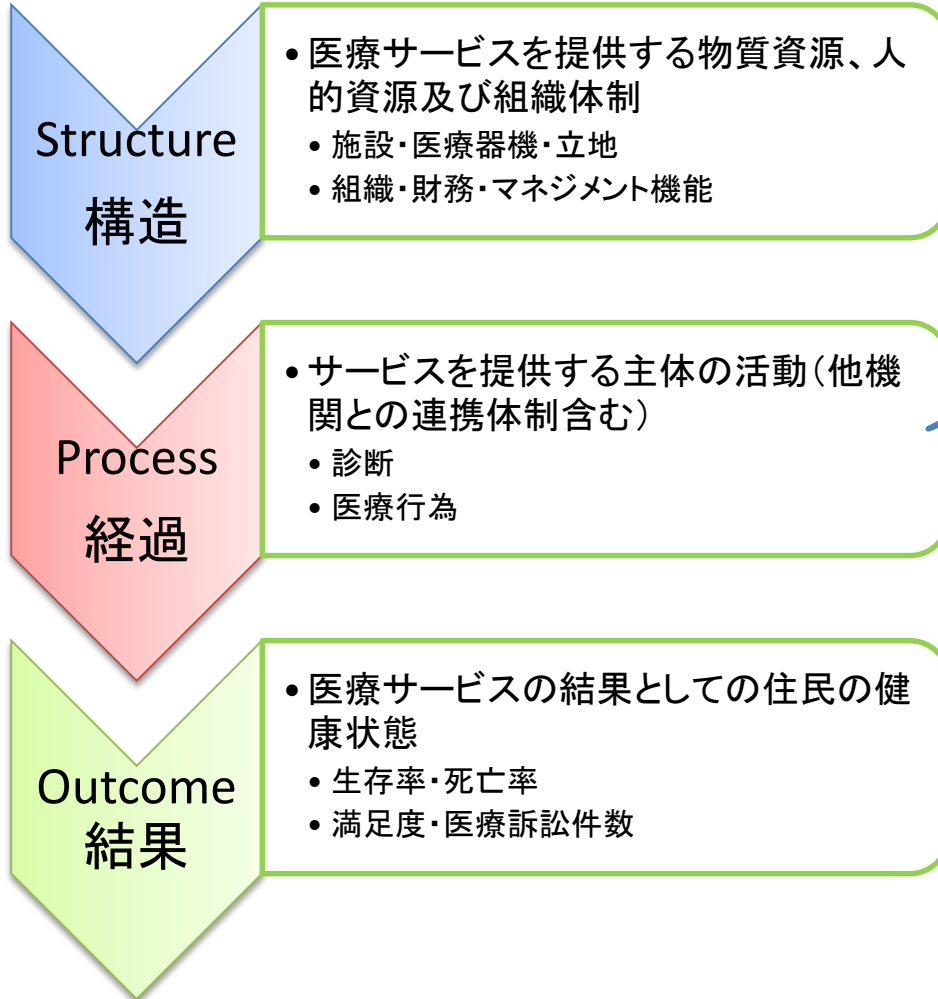
- 伏見班 総括・分担研究報告書(付録DVD)
- 基礎から読み解くDPC第三版 [松田晋哉](#) (3,570円) 
- DPCデータ分析アクセスSQL活用編 [藤森研司](#) (4,410円) 
- 保健医療分野におけるビジネスインテリジェンス入門 [藤野善久](#) (2,000円) 
- DPC調査データに基づく地域病院ポートフォリオ [石川ベンジャミン光一](#) (4,104円) 

声:「職場のオフィスは2007でupdateが停止しています。」

Ans:「買ってください。DPCデータ管理分析のためにupdateは必須です。また今後、分析力は経営力に直結します。」

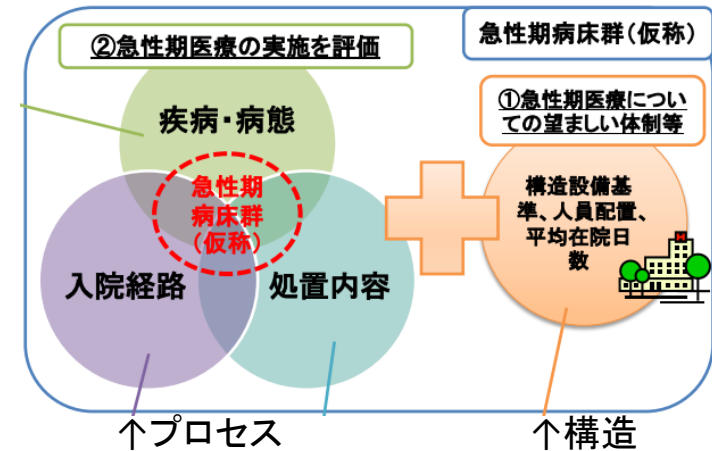
# 医療の質

## ドナベジアン・モデル(1968)



EFファイルにより評価可能  
(DPCの強み)

急性期病床群(仮称)の議論でも利用



声:「症例数の比較のみで、医療は評価できるか?そもそも医療の質はどのように捉えて評価するのか?」  
Ans:「代表的な考え方にドナベジモデルがあります」



# 「DPCデータ」とは...

医療施設情報 + 患者情報 + 診療行為情報の複合体

- 医療施設: 機能、基準... → structure
  - 様式3/様式6
- 患者: 「入院」についての要約... → case mix
  - 様式1 = 入退院情報、傷病名、手術 ← 「退院サマリ」
    - DPCを決定するため(コーディング)に必要な情報 + 補足情報
- 診療: いつ、どこで、誰が、誰に、何を... → process
  - 患者に提供したサービスを(全て)リストアップ → E/Fファイル  
(出来高払いの請求範囲で...)
  - DPCで請求した通りに記述 → Dファイル (DPC対象病院のみ)  
→ 「レセプトデータダウンロード方式」

医療機関から  
提出の時点で  
匿名化済み

一般病床の過半数、  
入院件数の6割以上をカバーするデータ

声:「公開データのページが見つけない」  
 Ans:この順で辿れば必ず見つかります。

# 公開データ入手

- 平成26年度 第5回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会(資料)
  - <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000056344.html>

- ホーム



- [政策について](#)
- [審議会・研究会等](#)
- [中央社会保険医療協議会](#)
- [中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織\(DPC評価分科会\)](#)
- 平成26年度 第5回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 ([資料](#))



中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会))

回数	開催日	議題等	議事録 / 議事要旨	資料等	開催案内
平成26年 第5回	2014年9月5日 (平成26年9月5日)	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">           1. 平成25年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(案)         </div> 2. 医療機関群のあり方等について 3. 平成26年度特別調査(ヒアリング等)の実施について(案) 4. 医療機関別係数に係る検討課題について 5. DPC制度(DPC/PDPS)に係るこれまでの検討状況について(検討結果(中間))	-	資料 New 9月5日	開催案内



# 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (DPC評価分科会)

第30回	2011年1月21日	1 第18回医療経済実態調査について	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第29回	2010年11月26日	1 第18回医療経済実態調査について	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第28回	2009年3月18日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第27回	2009年2月18日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第26回	2008年1月28日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第25回	2008年11月19日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第24回	2008年7月9日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第23回	2007年10月26日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第22回	2007年2月28日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第21回	2007年1月17日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第20回	2006年11月22日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第19回	2006年9月21日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第18回	2006年11月2日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第17回	2006年3月16日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第16回	2006年3月9日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第15回	2006年2月16日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第14回	2006年2月9日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
第13回	2006年1月26日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-

[ページの先頭へ戻る](#)

## 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(手術に係る施設基準等調査分科会)

回数	開催日	議題等	議事録/ 議事要旨	資料等	開催案内
-	2007年7月26日	-	-	<a href="#">資料</a>	<a href="#">開催案内</a>
-	2007年2月21日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
-	2006年9月13日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-
-	2006年7月31日	-	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	-

[ページの先頭へ戻る](#)

## 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)

回数	開催日	議題等	議事録/ 議事要旨	資料等	開催案内
平成24年度 第6回	2012年11月6日	-	-	-	<a href="#">開催案内</a> New 10月23日
平成24年度 第5回	2012年8月21日	1. 地域医療指標・体制評価指標の検証手順について(案) 2. 基礎係数・機能評価係数①の次回改定に係る基本方針と今後の検討課題(案) 3. DPC導入の影響評価に関する調査結果について	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	<a href="#">開催案内</a>
平成24年度 第4回	2012年7月27日	1. 外来診療に係るデータの提出について 2. 基礎係数・機能評価係数①の次回改定対応に係る基本方針と今後の検討課題について(案)	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	<a href="#">開催案内</a>
平成24年度 第3回	2012年6月20日	1. DPC制度に関する今後の検討方針について(検討課題とスケジュールの整理)(案) 2. DPC/PPSの基礎係数について 3. 基礎係数・機能評価係数①の次回改定に向けた評価手法等に係る論点(案)	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	<a href="#">開催案内</a>
平成24年度 第2回	2012年5月29日	1. DPC制度に係る今後の検討について(案) 2. 平成24年度におけるDPCに関する調査(案) 3. DPCデータ提出の現状について	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	<a href="#">開催案内</a>
平成24年度 第1回	2012年4月25日	1. 平成24年度診療報酬におけるDPC制度(DPC/PPS)の対応について ・DPC/PPS(急性期入院医療の診断群分類)に基づく定額報酬算定制度の見直し ・平成24年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分) ・平成24年度診療報酬改定におけるDPC制度(DPC/PPS)の対応について(概要) ・DPC制度(DPC/PPS)に係る医療機関の手続き等について(案) ・平成24年度におけるDPC制度(DPC/PPS)の対応について(補足事項) 2. 今後の検討課題について	<a href="#">議事録</a>	<a href="#">資料</a>	<a href="#">開催案内</a>

会議録は膨大で、第何回資料に公開データがあるか一目ではわからない。

# 公開データ一覧

(会議資料:「DPC導入の影響評価に関する調査結果」)

回数	開催日	URL	公開期間	
平成26年度 第9回	2014年9月5日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000056344.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000056344.html</a>	平成25年4月～	12ヶ月間
平成25年度 第7回	2013年9月20日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000023522.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000023522.html</a>	平成24年4月～	12ヶ月間
平成24年度 第5回	2012年8月21日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l.html</a>	平成23年4月～	12ヶ月間
平成23年度 第9回	2011年11月7日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a.html</a>	平成22年7月～	9ヶ月間
平成22年度 第3回	2010年6月30日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html</a>	平成21年7月～	6ヶ月間
平成21年度 第3回	2009年5月14日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0514-6.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0514-6.html</a>	平成20年7月～	6ヶ月間
平成20年度 第1回	2008年5月9日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html</a>	平成19年7月～	6ヶ月間
平成19年度 第1回	2007年6月22日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0622-7.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0622-7.html</a>	平成18年7月～	6ヶ月間
平成18年度 第3回	2006年12月6日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/s1206-6.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/s1206-6.html</a>	平成18年7月～	2ヶ月間
平成18年度 第1回	2006年4月27日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/s0427-3.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/s0427-3.html</a>	平成17年7月～	4ヶ月間
平成17年度 第3回	2005年11月4日	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1104-4.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1104-4.html</a>	平成17年7月～	2ヶ月間

声:「公開データが第何回資料にあるかわかりにくい。  
また公開期間はいつからどのように変わったのか？」  
Ans: 資料は確かに見つけにくいです。公開期間は上記です。

# DPC導入の影響評価に関する調査：集計結果

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/sinryo/dpc\\_b.html#link02](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/sinryo/dpc_b.html#link02)



## ホーム

- > [政策について](#)
- > [分野別の政策一覧](#)
- > [健康・医療](#)
- > [医療保険](#)
- > [医療保険データベース](#)
- > [DPC導入の影響評価に関する調査](#)
- > [集計結果](#)

7層

厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大 🔍 調べたい語句を

ご意見募集やパブリックコメントはこ

テーマ別を探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の法令等

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 医療保険データベース > DPC導入の影響評価に関する調査 > 集計結果

### DPC導入の影響評価に関する調査：集計結果

- 集計結果
- 利用上の注意  
各年次報告に調査方法等の記載有り
- 統計表一覧
- 【年次報告】  
「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告概要
  - [平成23年度](#)
  - [平成22年度](#)
  - [平成21年度](#)
  - [平成20年度](#)
  - [平成19年度](#)
  - [平成18年度](#)

声：「まとめて掲載しているサイトはありませんか？」

Ans：「最近はありません。平成18年度以降の調査公開ページへのリンクがはられているページがあります。（16、17、24、25年調査へのリンクは掲載されていません。）」

# H24年度公開データの内容

## [DPC導入の影響評価に関する調査結果\(参考資料\)](#)

1. 一次集計結果について(退院患者調査・再入院調査)
2. 特別調査の一次集計結果について
3. 施設概要表
4. 参考資料1
  - (1)分析対象データについて(PDF:94KB)
  - (2)分析対象外としたデータの状況(Excel:690KB)
  - (3)在院日数の状況(Excel:856KB)
  - ...
  - (18)医療圏別MDC患者数(PDF:102KB)
5. 参考資料2
  - (1)集計条件について(PDF1)
  - (2)MDC別・医療機関別件数(割合)(Excel1)
  - (3)予定・救急医療入院 医療機関別・MDC別集計(Excel1)
  - (4)救急車による搬送の有無 医療機関別・MDC別集計(Excel1)
  - (5)24時間以内の死亡の有無 医療機関別・MDC別集計(Excel1)
  - (6)診断群分類毎の集計(PDFファイル18)
  - (7)疾患別・手術別集計:施設類型別(Excel1)・病床規模別(PDF)・MDC別(Excel22)
  - (8)化学療法レジメン(PDF)
  - (9)疾患別・手術有無別・処置1有無別集計:施設類型別(Excel)・病床規模別(Excel)・MDC別(Excel20)
  - (10)疾患別・手術有無別・処置2有無別集計:施設類型別(Excel)・病床規模別(Excel)・MDC別(Excel23)
  - (11)MDC別・手術有無別・処置2有無別集計(Excel3)
6. 再入院・再転棟医療機関別集計(Excel)

公開データの場所はわかったものの・・・

100ファイル  
PDF 3, Excel 97

声:「公開データのファイルが多すぎてDLしているヒマがありません。」  
Ans:「手始めにDLするとよいファイルを紹介します。」

# まず分析に用いるファイル

(最も分析しやすいファイル)

## 参考資料2

- (4)救急車による搬送の有無 医療機関別・MDC別集計(Excel1)



	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
2			01		02		03		
3	告示 番号	施設名	よ 救 急 搬 車 送 に	合 計	よ 救 急 搬 車 送 に	合 計	よ 救 急 搬 車 送 に	合 計	よ 救 急 搬 車 送 に
4	1	札幌医科大学附属病院	116	635	-	1,217	10	470	4
5	2	北海道大学病院	105	727	-	1,188	11	615	5
6	3	旭川医科大学病院	137	565	-	1,191	-	520	5
7	4	弘前大学医学部附属病院	189	561	-	713	10	492	3
8	5	岩手医科大学附属病院	290	1,011	-	1,728	23	763	11
9	6	東北大学病院	141	1,195	-	1,654	12	780	5

声:「まずは手始めにDLすべきファイルは？」

Ans:「このファイルです。是非、厚労省HPからもダウンロードしてみてください。」

# データを開いてみましょう。

## 参考資料2

### (4)救急車による搬送の有無 医療機関別・MDC別集計(Excel1)

声:「DLLしました。データの内容は？」

Ans:「この公開ファイルの内容は上記のようになっています。」

施設ID

救急車搬送による  
DPC対象入院件数

救急搬送以外も含めた  
全DPC対象入院件数

MDC  
(Major Diagnostic Category)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	MDC									
																								01	02	03	04	05	06	07	08	09	よ
告示 番号	通番	施設名	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計	よ 救急 搬送 に	合 計									
10001	10001	札幌医科大学附属病院	73	717	-	1,434	-	533	53	773	459	1,406	34	1,890	-	1,019	-	553	-	288													
10002	10002	北海道大学病院	66	652	-	1,248	-	585	43	986	273	901	28	2,195	-	1,200	-	550	-	157													
10003	10003	旭川医科大学病院	149	586	71	1,206	13	547	119	638	208	1,043	221	1,990	30	729	-	245	-	251													
10004	10004	弘前大学医学部附属病院	228	556	-	566	-	495	37	622	436	1,802	52	1,378	12	457	-	273	-	94													
10005	10005	岩手医科大学附属病院	280	1,066	18	1,930	24	936	110	1,088	432	2,184	195	2,781	27	934	-	485	-	228													
10006	10006	東北大学病院	109	1,229	-	2,021	10	894	87	1,467	241	1,684	89	2,816	16	757	11	454	-	274													
10007	10007	秋田大学医学部附属病院	105	494	-	771	12	528	64	610	154	600	87	1,507	20	632	14	252	-	77													
10008	10008	国立大学法人山形大学医学部附属病院	130	504	-	1,074	12	564	114	915	234	1,372	130	1,628	17	684	-	223	-	218													
10009	10009	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	104	484	-	1,199	17	559	90	908	225	1,143	149	2,027	18	1,005	-	276	-	220													
10010	10010	筑波大学附属病院	91	865	-	1,094	14	577	94	884	121	1,568	98	1,769	28	937	-	244	-	224													
10011	10011	自治医科大学附属病院	439	1,303	-	1,410	30	723	250	1,791	613	2,172	345	3,492	60	1,029	14	306	-	340													
10012	10012	獨協医科大学病院	452	1,719	-	1,766	23	1,175	189	1,797	505	2,187	274	4,825	37	1,166	11	400	-	141													
10013	10013	国立大学法人群馬大学医学部附属病院	150	533	-	1,859	27	594	78	867	195	913	101	1,950	18	722	10	332	-	321													
10014	10014	埼玉医科大学病院	107	566	10	1,693	36	1,136	153	1,191	45	236	419	3,068	27	1,154	14	316	-	-													
10015	10015	防衛医科大学校病院	76	623	-	872	11	518	42	516	161	807	85	2,019	-	479	-	208	-	81													
10016	10016	千葉大学医学部附属病院	149	734	-	1,747	15	519	151	1,264	292	1,760	259	3,372	30	804	-	467	-	305													
10017	10017	東京慈恵会医科大学附属病院	249	1,274	-	2,095	59	2,062	163	1,089	169	1,799	286	4,781	43	1,275	24	452	-	254													
10018	10018	東京医科大学病院	251	1,020	-	2,266	67	1,332	238	2,038	642	2,061	284	3,178	33	1,209	18	418	-	465													
10019	10019	東京女子医科大学病院	214	1,552	-	1,372	12	650	165	1,822	278	2,942	267	4,471	31	1,399	11	511	-	429													
10020	10020	慶應義塾大学病院	130	931	-	1,641	-	1,080	99	2,112	208	2,100	99	3,045	-	1,973	-	404	-	230													
10021	10021	日本医科大学付属病院	498	1,062	12	854	48	596	189	1,298	529	2,097	319	2,840	32	801	11	325	-	228													

※H25ファイルから告示番号に加えて“通番”も振られるようになりました。

声:「告示番号と通番の違いは？毎年かわると面倒なんですけど。」

Ans:「以下が説明です。毎年かわるといのは面倒、といのは全くその通りだと思います・・・。」

告示番号＝最新データの告示番号。DPC準備病院は「9」、出来高算定病院「0」始まりの施設コード順。

通番＝昨年度調査の告示番号。



# 公開データの特徴

適切な解釈のために

## 平成24年データ

- 対象： 新規 DPC 準備病院を含む1774病院
- 期間： 平成 24年 4 月から翌 3 月までの退院患者
  - 平成23年度データより通年化
- 集計項目当たり症例数<10は非公開
  - 自院の症例数が少なければ解析不能
  - 最初は個別疾病よりもMDCなど大きなくりで概観把握を行うとよい

公開対象症例数： 集計項目当たり10例未満

・4ヶ月： 10例/4ヶ月 =30例/年 =2.5例/月

・6ヶ月： 10例/6ヶ月 =20例/年 =1.7例/月

・通年： 10例/12ヶ月=10例/年 =0.8例/月

**※月に1例診療していれば公開基準**

声：「DPC厚労省公開データで全国の医療状況を網羅して記述できるのか？」

Ans：「いいえ。データがカバーしてる範囲はすべての医療ではありません。施設はDPC対象病院のみです。」



# DPC対象外の入院

## DPC対象外となるケース：

外来患者：対象は入院患者のみ

DPCに参加していない施設への入院：一般的に入院期間はDPC施設より長くなる

DPC対象疾患(診断群分類)以外の患者：平成22年は1,881の診断群分類が対象

精神病棟、結核病棟、療養病棟等の入院患者：対象は一般病床のみ

労災保険・自費診療：健康保険による入院が対象

治験・臓器移植・高度先進医療

入院後24時間以内死亡患者

入院期間Ⅲ日を超えた入院患者：DPCからはずれ診療報酬は出来高換算となる

声：「DPC対象病院の患者診療実績が全て公開されているのか？」

Ans：「DPC対象病院に入院した患者であっても上記患者は含みません。」

# 公開データ分析対象外項目

## 参考資料1

- ✓ 診療録情報の重複提出
- ✓ 在院日数1日以下(外泊日数含む)
- ✓ 外泊>=在院日数
- ✓ 年齢0歳未満120歳超
- ✓ 入退院年月日、生年月日の誤り
- ✓ 一般病棟以外の病棟との移動あり
- ✓ 24時間以内の死亡
- ✓ 移植手術あり
- ✓ 自費のみ
- ✓ DPC該当せず
- ✓ 4月1日以前入院、4月から翌年3月退院以外のもの
- ✓ 治験の実施
- ✓ 生後7日以内の死亡
- ✓ 厚生労働大臣が定めるもの

## 参考資料2

- ✓ レセプトデータの不足
- ✓ 1日当りの点数が1200点未満
- ✓ 特定入院料なしで入院基本料0点以下

# 公開データに掲載がない施設(H23調査の例)

0382	石巻市立病院	宮城	平成20年度DPC参加病院
0556	東山武田病院	京都	平成20年度DPC参加病院
1453	社会保険高浜病院	福井	平成18年度新規DPC準備病院
1465	西岡第一病院	北海道	平成19年度新規DPC準備病院
1477	関越中央病院	群馬	平成19年度新規DPC準備病院
1522	医療法人社団蘭友会札幌里塚病院	北海道	平成20年度新規DPC準備病院
1533	医療法人社団若林会湘南中央病院	神奈川	平成20年度新規DPC準備病院
1536	常滑市民病院	愛知	平成20年度新規DPC準備病院
1572	独立行政法人国立病院機構神奈川病院	神奈川	平成21年度新規DPC準備病院
1575	公立南砺中央病院	富山	平成21年度新規DPC準備病院
1585	社会医療法人真泉会今治第一病院	愛媛	平成21年度新規DPC準備病院
1586	福岡県済生会大牟田病院	福岡	平成21年度新規DPC準備病院
1606	豊島中央病院	東京	平成22年度新規DPC準備病院
1630	医療法人須佐病院	和歌山	平成22年度新規DPC準備病院

声:「全てのDPC対象病院のデータが公開されているのか？」

Ans:「告示番号を付与されている施設で公開データがない施設が14あります。DPC対象入院でも網羅されていない場合があります。」

# 急性期とは

## 現状

### 医療法


- 医療施設体系： 病院(>20床)、設診療所(<19床) (第1条の5)  
特定機能病院、地域医療支援病院 (第4条)
- 病床の区分： 精神、感染症、結核、療養、**一般**(90.3万床※) (第7条第2項)

- 急性期とは： **主に一般病床で提供されるが制度的に明記された区分は現状ない**
  - 「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」(中  
医協DPC評価分科会から同基本問題小委への提案(平成19年11月21日))
  - 「急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、  
一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療」全日本病院  
協会「病院のあり方に関する報告書(2007年版)」
  - 急性期病棟の対応する入院医療は急性疾患だけではない。重度の急性疾患(心筋梗塞、脳動脈瘤破  
裂等)はもちろんであるが、悪性腫瘍、高度な専門的手術・治療等も、急性期病棟の提供する入院医療  
である。 四病院団体協議会「厚生労働省『医療提供体制の改革の基本的方向』に対する意見」(平成15年3月14日)

○一般病床の機能分化：「急性期病床群(仮称)の認定制度」検討中

機能(体制と医療実績)の視点から評価

従来からの診療報酬での誘導に加え、医療法で考え方の明確にして促進(未定・検討段階)

- (資料) [社会保障審議会医療部会](#) 
- (資料) 医政局 [急性期医療に関する作業グループ](#) 

声：「急性期病院を対象にした結果と理解してよいか？」  
Ans：「より正確には“DPC準備・参加施設”における解析」

※[平成22年医療施設\(動態\)調査・病院報告の概況](#) による病院一般病床数

# 医療圏

なぜ二次医療圏で評価するか？

- 都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位
- 一次医療圏：市町村
  - 日常的な健康づくりやプライマリ・ケアに関する保健医療サービスを提供する圏域
- 二次医療圏：複数の市町村
  - 都市と周辺地域を一体とした広域的な日常社会生活圏で、高度・特殊な医療を除く入院医療や包括的な保健医療サービスが行われる区域
  - 医療法第30条の4第2項第10号による
- 三次医療圏：都道府県
  - 専門性の高い高度・特殊な保健医療サービスが行われる区域
    - ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
    - ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
    - ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
    - ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療
  - 医療法第30条の4第2項第10号による

関連資料：[医療計画について](#)

(平成24年3月30日局長通達)



声：「なぜ二次医療圏で評価するのですか？」

Ans：「入院医療を包括的に提供する行政単位だからです。」

# 医療圏データベース

<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>


(株)ウェルネスによる無償提供

- (1)行政、研究、教育等における利用を許可（著作権表記不要）
- (2)本システムならびにデータベースの販売は禁止
- (3)上記以外では、弊社の著作権を表記しての利用を許可

著作権表記: Copyright© WELLNESS All rights reserved

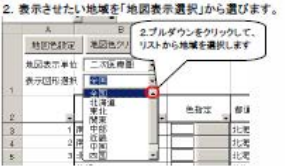
2次医療圏データベースシステム 操作説明書

**【色指定】**  
 1. まず、ファイルを開いたら「総合詳細」シートを表示させます。




1. 「総合詳細」を選択します

2. 表示させたい地域を「地図表示選択」から選びます。




2. プルダウンをクリックして、リストから地域を選択します

3. ここでは北海道を選択しました。以下の様に表示が北海道の2次医療圏のみが表示されます。

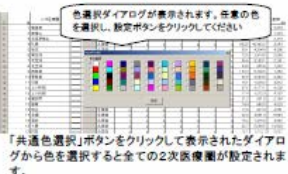


3. 表示が北海道のみになります

4. 次に2次医療圏ごとに色を設定します。「共通色設定」ボタンまたは2次医療圏ごとの「色指定」項目のボタンを押すと色選択ダイアログが表示されます。




4. 「共通色設定」ボタンをクリックします  
 または2次医療圏ごとの「色指定」項目のボタンをクリックします




色選択ダイアログが表示されます。希望の色を選択し、設定ボタンをクリックしてください

「共通色選択」ボタンをクリックして表示されたダイアログから色を選択すると全ての2次医療圏が設定されます。




「共通色設定」ボタンから色設定したの  
 で全2次医療圏の設定となります


5. 「地図色設定」ボタンをクリックすると、「表示図形選択」に表示されている地域を同じ名前のシートが表示されます。



「色指定」から色設定すると、選択した2次医療圏にみの色が設定されます



5. 「地図色設定」ボタンをクリックします  
 「表示図形選択」に表示されている地域の地図に指定した色が表示されます



※ 2次医療圏ごとの色設定項目のボタンを表示されたダイアログから色を選択する  
 2次医療圏のみの設定となります。

Last update 2014/04/08版

# 診療件数解釈上の留意点

## 医療の質の観点から

- 当該疾病の診療症例数が多い医療機関ほど
  - － 当該疾病治療に係る在院日数が短縮
  - － 術後合併症が少ない
  - － 診療ガイドラインを遵守している割合が高い(but)
  - － 周術期死亡率と有意な関連はない
  - － 術後合併症の発生率に影響はするがその差はごくわずか(1%未満)で臨床的意義は乏しい
  - － 術後合併症の発生率に影響しない
- ✓ 症例数の多寡が医療の質に影響を及ぼすメカニズムは未だ不詳ではあるが、国内DPCデータを用いた研究ではポジティブな関連が報告されている

声:「症例数が多ければすべてよいのか？」

Ans:「症例数の多寡が医療の質の絶対的指標であるかのような主張はいきすぎです。」



# 伏見班提供DVD資料

- 二次医療圏・4疾病別症例数表示ツール

	二次医療圏名
1	二次医療圏名
2	がん
3	脳卒中
4	急性心筋梗塞
5	糖尿病
6	
7	
8	
9	
10	行ラベル
11	JR東京総合病院
12	せんば東京高輪病院
13	綾瀬循環器病院
14	杏林大学医学部附属病院
15	伊藤病院
16	医療法人 徳洲会 東京西徳洲会病院
17	医療法人 柏堤会(財団) 奥沢病院
18	医療法人財団 荻窪病院
19	医療法人財団 健貢会 東京病院
20	医療法人財団 明理会 明理会中央総合病院
21	医療法人財団 明理会 明理会中央総合病院

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:

- 病院告示番号
- 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
- 手術あり患者数
- 手術なし患者数
- MDCコード
- MDC名称

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 フィールド 行ラベル

# Tableau Publicでのデータ分析公開

<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>



石川 ベンジャミン光一先生  
国立がん研究センター がん対策情報センター  
がん統計研究部 がん医療費調査室長

# 患者動向推計アプリケーションの提供 産業医大公衆衛生学のウェブサイト

産業医科大学 公衆衛生学教室

このサイトを検索

HOME / ホーム  
▼ ACTIVITIES / 活動  
健康×農業プロジェクト  
統計コンサルティング  
▼ FILES / 公開資料

FILES / 公開資料 >  
DPC analyses / DPC分析関連

+ ファイルを追加   + リンクを追加   ドライブから追加   移動 ▼   削除   変更通知を受け取る

<input type="checkbox"/>	AJAPA4(link) 表示				2014/07/01 2:05	産業医科大学公衆衛生学教室
<input type="checkbox"/>	h23qq_121030.xlsx 表示 ダウンロード	491KB	v. 1		2013/05/07 3:15	産業医科大学公衆衛生学教室
<input type="checkbox"/>	h23tumor_121105.xlsx 表示 ダウンロード	388KB	v. 1		2013/05/07 3:15	産業医科大学公衆衛生学教室
<input type="checkbox"/>	H24ad-smd.xlsx 表示 ダウンロード	232KB	v. 1		2013/12/13 22:34	産業医科大学公衆衛生学教室
<input type="checkbox"/>	h24qq_二次医療圏情報あり.xlsx 表示 ダウンロード	638KB	v. 1		1 分前	産業医科大学公衆衛生学教室
<input type="checkbox"/>	h24悪性腫瘍_二次医療圏情報あり.xlsx 表示 ダウンロード	496KB	v. 1		1 分前	産業医科大学公衆衛生学教室

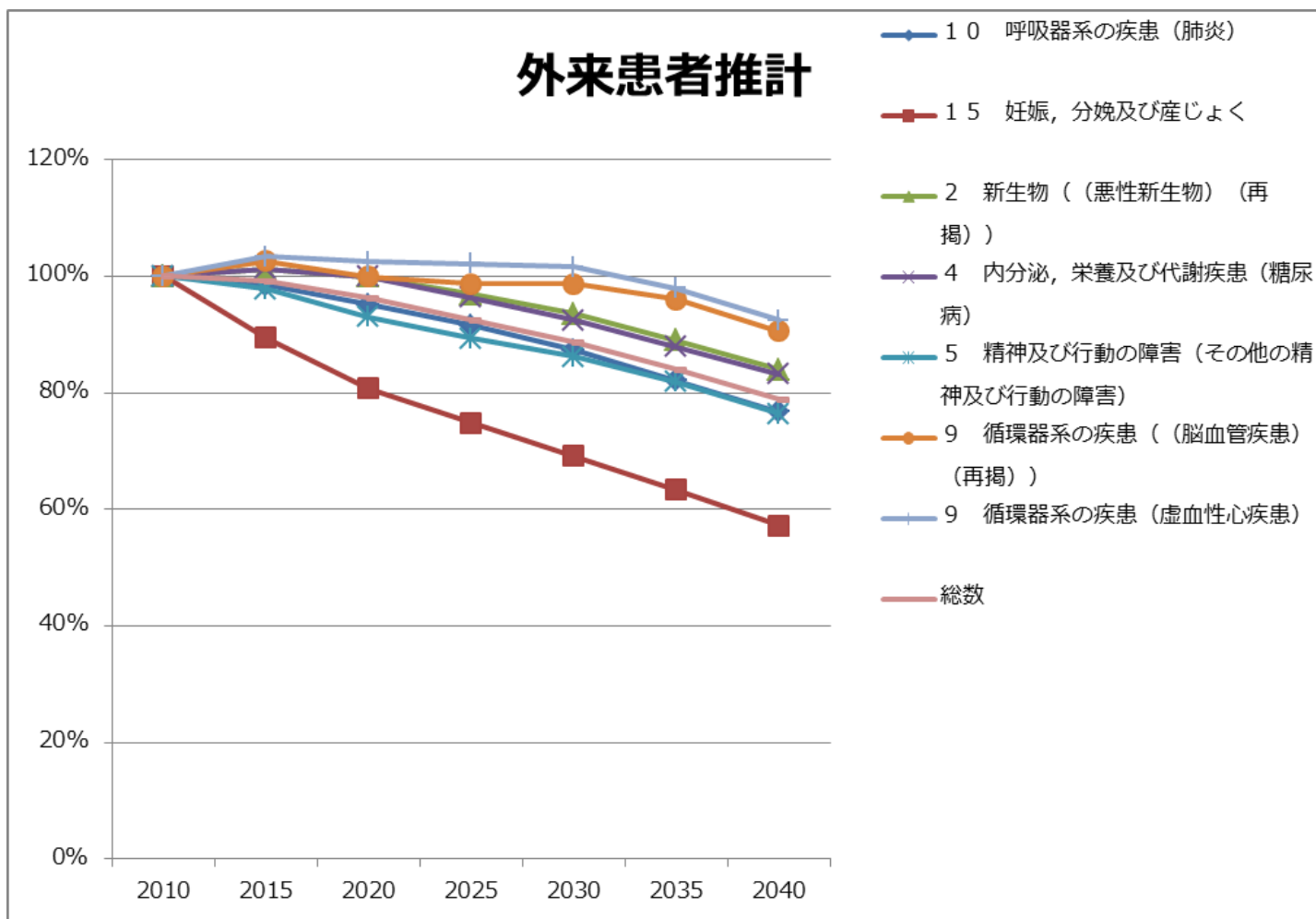
サブページ (1): DPCセミナー青森会場 予習・復習用動画

コメント

産業医科大学公衆衛生学教室  
コメントを追加

▼ DPC analyses / DPC分析関連  
Lecture / 講義資料  
▼ NEWS / お知らせ  
about this website /  
ウェブサイトについて  
DPCセミナー 仙台  
会場について  
(FY2014)  
DPCセミナー青森会  
場について  
DPC夏季セミナーin  
北九州について  
ICU特別調査に關す  
るお知らせ  
ICU特別調査に關す  
る情報  
地域別人口変化分析  
ツール  
地域別人口変化分析  
ツールAJAPA公開  
について

# 大崎・栗原医療圏の将来患者推計



# DPCデータを用いた患者流出入推計

二次医療圏	MDC01	MDC02	MDC03	MDC04	MDC05	MDC06	MDC07	MDC08	MDC09
	<b>110</b>	<b>143</b>	<b>184</b>	<b>274</b>	<b>456</b>	<b>641</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>101</b>
0401仙南	-167	-201	-317	-532	-741	-1138	-377	-68	-228
0403仙台	690	977	992	1645	2581	4566	1265	212	668
0411大崎…	-129	-120	-82	-414	-602	-961	-301	-48	-163
0412石巻…	-284	-513	-409	-425	-782	-1826	-569	-81	-176

二次医療圏	MDC10	MDC11	MDC12	MDC13	MDC14	MDC15	MDC16	MDC17	MDC18
	<b>75</b>	<b>96</b>	<b>-218</b>	<b>66</b>	<b>-169</b>	<b>3</b>	<b>-273</b>	<b>17</b>	<b>170</b>
0401仙南	-164	-290	-280	-210	-101	-30	-161	-7	-136
0403仙台	514	1004	751	435	127	98	185	28	759
0411大崎…	-67	-189	-146	-40	-104	-35	-89	1	-180
0412石巻…	-208	-429	-543	-119	-91	-30	-208	-5	-273

# 未来医療人材育成事業（文科省）

- 未来医療人材育成事業（文科省）
  - DPC等医療データ分析コース（1ヶ月間）
  - 本年度は2回開催（スクーリング＋通信）
    - ①6月19～21日
    - ②11月13～15日
  - 公開データ・自院データを用いたツールの作成と分析レポートの作成



# 自前解析のメリット

(なぜ自前解析をやるべきか?)

- 大きな流れへの対応
  - － 政策誘導への対応
  - － 臨床指標の公開等に向けての基礎体力
- 自院の経営判断支援
  - － 地域における自院のポジショニングを視覚化・裏付け(公開データで可能)
    - 興味のある疾患について、興味のある視点で、
    - ちまたに情報は溢れているが、視点は画一的で自院の課題に合っていないことも
- 現場の視点の医療計画等への反映・持ち込み
  - － 現場の実態・視点をデータによって把握・裏付け、議論へ
  - － (注意): データの限界も踏まえた正しい解釈を  
(橋本2011第70回日本公衆衛生学会メインシンポ)
    - データの公開(情報公開)は民主主義の根幹
    - 時にデータは暴力的である、多様な視点による解析・結果の公開・議論が不可欠

データ分析スキルを修得して、地域医療のあるべき姿への議論に参加していきましょう。