

まとめ

- 少子高齢社会に対応した社会保険制度の再構築が求められている
- 医療の伸び率の設定を単に経済的指標から考えるのではなく、質の高い医療の提供にいくらかかるのかというデータに基づいて議論を行うべき
- そのためには質の評価とコストに関するデータを医療機関側が作成する必要がある
 - DPCはそのような推計の基盤になる
 - 必須レセ電算の採用がマスター→電子レセプトへ

参考文献

- 松田晋哉 編著 (2003): 21世紀の医療と診断群分類、じほう
- 今中雄一 編著 (2003): 医療の原価計算、社会保険研究所
- 松田晋哉 編著 (2005): DPCと病院マネジメント、じほう
- 伏見清秀・松田晋哉 編著 (2005): 民間病院DPC導入事例集、じほう
- 松田晋哉 (2006)、臨床医のためのDPC入門、じほう
- 伏見清秀 (2006): DPCデータブック、じほう
- 松田晋哉 (2007): 基礎から読み解くDPC 第2版、医学書院 (近日発刊)

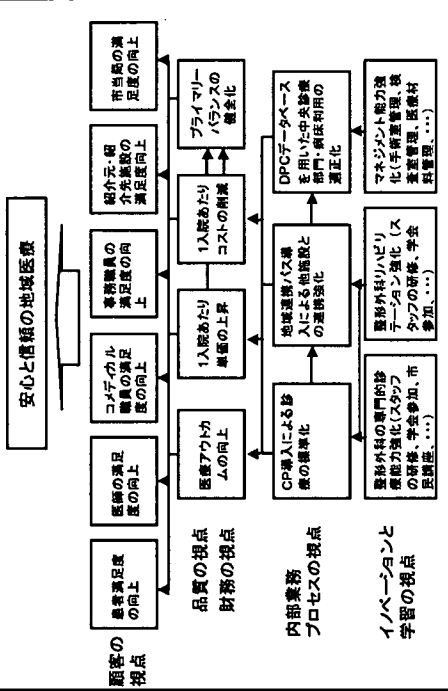
DPCとバランススコアカード

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

バランススコアカードBSCとは

- Balanced Score Card
- 組織のビジョンと戦略を、
 - 4つの視点から具体的なアクションへと変換して計画・管理し、
 - 戦略の立案と実行を支援するとともに
 - 戦略そのものも市場や環境の変化に合わせて柔軟に適合させるための
 - 経営戦略立案・実行評価のフレームワーク

戦略マップの作成



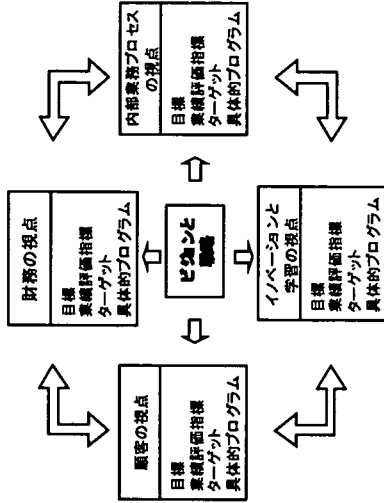
バランススコアカードBSCとは

- 1990年、情報化社会に適合した新たな業績評価システムを検討するため、米国コンサルティング会社KPMGのリサーチ部門であるノーラン・ノートン研究所で行われた研究プロジェクトが起源。
- この研究に参加した米ハーバード大学のロバート・S・キャプラン (Robert S. Kaplan) 教授と経営コンサルタントのデビッド・P・ノートン (David P. Norton) 博士によって体系化 (「ハーバード・ビジネスレビュー」1992年)。

バランススコアカードBSCとは

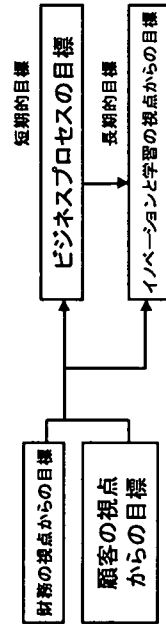
- 4つの視点
 - 「財務の視点(過去)」
 - 「顧客の視点(外部)」
 - 「内部業務プロセスの視点(内部)」
 - 「イノベーションと学習の視点(将来)」
- 4つの視点はそれぞれ独立ではなく、各指標間の因果関係に基づいて設定される。
- これにより、
 - 短期的利益と長期的利益、
 - 全社目標と部門目標、
 - 株主・顧客・従業員などのステークホルダー(利害関係者)間のバランスを取りながら、統一的な戦略策定とその戦略と整合性のある実践が行われるようになる。
- 4つの視点間で一貫性のある戦略を策定するためのツールとして、戦略マップも作成される。

「質」を保証するための経営管理指標の確立 バランススコアカード



バランススコアカードの有用性

財務の視点、顧客の視点、組織内ビジネスプロセスの視点、イノベーションと成長の視点という、4つのバランスのとれた視点に沿って組織の業績を評価する。このような評価指標を用いることにより、財務的な目標を達成すると同時に、将来の可能性や成長の可能性を高めることが可能になる。



なぜ医療界でBSCが注目されているのか？

- 病院を取巻く社会経済状況の変化
 - 社会保障財政の悪化
 - 消費者主権主義的考えの高まり
 - 慢性疾患中心の備病構造
 - 少子高齢化
 - 以上の帰結としての「医療提供体制の構造改革」
- 「財務的目標」と「医療サービスの質に関する目標」のバランスが重要になっている
- 全病的な戦略の立案と全職員のコミットメントが必要となっている
- 顧客に対する説明責任が重要となっている

医療の質とは

- **臨床の質**
 - 治療成果に関連する指標
 - 安全性に関連する指標
- **経営の質**
 - 経営の効率性に関連する指標
 - 経営の安全性に関連する指標
- **制度の質**
 - 公平性
 - アクセシビリティ
 - 効率性
 - 持続可能性

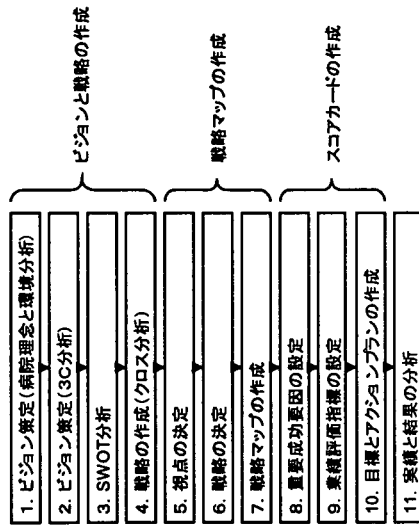
平成17年医療経済実態調査の結果から(健保連分析)

- 一般病院全体の損益分岐点: 103.5%
(平成15年は104.3%)
- 医療法人病院の損益分岐点: 98.1%
(平成15年は97.4%)
- 特定機能病院の損益分岐点: 114.9%
(平成15年は117.5%)

医療制度改革の概要

- 目的は「医療費の適正化」と「質の向上」
- 「構造改革」が中心課題→医療提供体制の改革
 - 機能分化の推進→「選択と集中」による提供体制の効率化
 - 在宅ケアの推進
- 健康づくりの推進による中長期的な視野からの医療費適正化(例: 2015年に2008年に比較して糖尿病患者を25%減少)
 - 生活習慣病対策→保険者の役割が重要になる
 - 介護保険制度との連動が重要になる
- 国民医療費の適正化ではなく「公的給付の適正化」
- 医療・介護・年金の役割分担の明確化
 - 「住」に着目した新しい施設体系

BSC作成の流れ



理念とビジョン

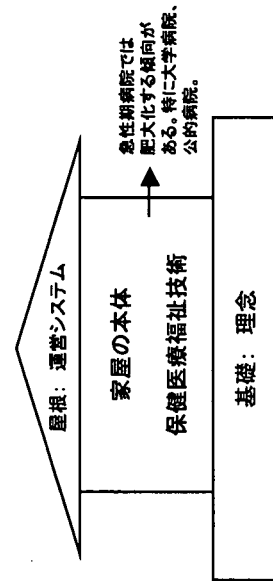
- 理念
 - 病院の使命、地域住民(顧客)に対する姿勢、行動規範
- ビジョン
 - 病院の役割と目標を定めたもの
 - 病院のあるべき姿を明確(具体的に)示したもの
 - 目標が不確かだと「戦略=具体的方法」は決まらない
 - 病院の内部環境分析、外部環境分析の結果を踏まえた上で設定される

戦略とは

- 戦略とは「目標をどのように実現するのか」を具体的に示したものを
 - 一般的には「選択と集中」がその本質
 - 医療機関の場合、必ずしも「選択と集中」が難しい局面もある
- ME ポーター教授の3つの基本戦略
 1. 差別化戦略
 2. コストリーダーシップ
 3. 集中戦略

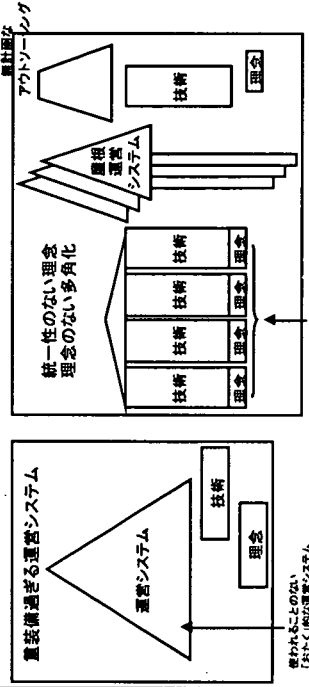
医療制度改革がらみ多くの皆さんの便乗本
危機感をあおり、施設の情報化・重装備化・多機能化の
必要性を強調している。

谷田一久(広島国際大学助教授)のモデルの重要性



所有することのリスク
所有したものは使わなければ意味がない。

DPC時代では、個々の医療材料のコスト削減よりは採働率が問題となる(石川: 2004)



使われなくなった「おたく」的な運営システム
一階層システム自体が専攻対象となつてしまい、他との違いが強調される傾向

医療上の統一された標準ではなく
各診療科の「意思」によるサービス展開

非営利組織の陥りやすい誤謬

「我々は人の役に立つ仕事をしている」という自負が強すぎると
 住々にして、自己中心的で一方的なサービスを提供しがちになり、
 顧客の支持を得られなくなってしまう。



P. F. ドラッカーの5つの質問

1. われわれの使命は何か？
2. われわれの顧客は誰か？
3. 顧客は何を価値があるものと考えているのか？
4. われわれの成果は何か？
5. われわれの計画は何か？

モデルケース

- ・ A病院(公的病院)
 - 看護体制: 10対1
 - 病院機能
 - ・ 管理型臨床研修病院
 - ・ 開放型病院届出施設
 - ・ 救急告示病院
 - ・ DPC支払い対象病院
 - 主な設備
 - ・ CT(ヘリカルCT)
 - ・ MRI(1.5T)
 - ・ 血管造影撮影装置
 - ・ 透析装置
 - ・ 乳房X線撮影装置
 - ・ 生化学自動分析装置
- 診療科(医師 21名):
 - ・ 内科 呼吸器内科 循環器科 胃腸科 外科 整形外科
 - ・ 外科 脳神経外科 麻酔科
 - ・ 泌尿器科 放射線科 リハ
 - ・ ビリヤードクラブ科 眼科(非常勤)
- 医療圏人口: 約50万人
- 病床数: 220床
 - ・ 集中治療室 10床
- 平均在院日数: 15.3日
- 病床利用率: 93.5%
- 診療科(医師 21名):

A病院の財務状況

(単位100万円)

	平成15年度
1. 医療収益	4,443
1-1 入院収益	3,103
1-2 外来収益	1,220
1-3 その他医療収益	120
2. 医療費用	5,230
2-1 給与費	3,060
2-2 材料費	1,102
2-3 経費	723
2-4 減価償却費	333
2-5 資産減耗費	3
2-6 研究開発費	9
3. 医療外収益	987
4. 医療外費用	190
5. 医療収支	-787
6. 経営収支	10

診療単価
 入院 34,900円
 外来 6,980円
 紹介率 21.3%

病院理念

A病院は

生命の尊重と人類愛を基本とし、
 常に医療水準の向上に努め、
 安心と信頼の医療を提供します。

- 1) 安心の医療
- 2) 患者さま中心の医療
- 3) まごころの医療

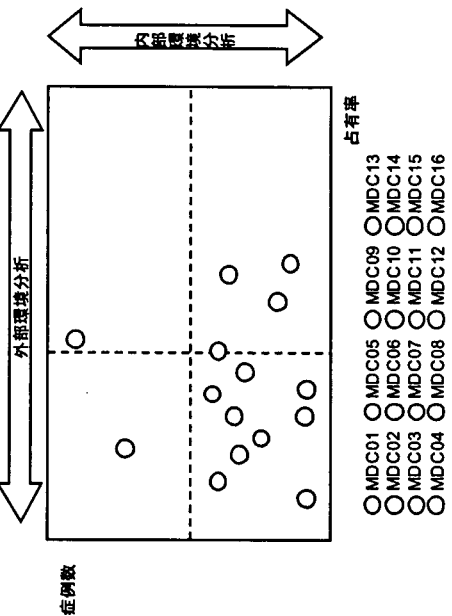
医療圏別傷病構造の把握

医療圏	手術	合計	A病院	合計	手術	A病院占有率
MDC01	2880	300	245	43	8.2%	14.3%
MDC02	1705	1450	188	145	11.6%	10.0%
MDC03	1930	620	189	104	9.8%	16.8%
MDC04	4890	265	890	98	17.8%	37.0%
MDC05	3980	1000	358	132	9.0%	13.2%
MDC06	15430	8708	4563	1453	28.6%	18.7%
MDC07	2720	925	985	563	36.2%	60.9%
MDC08	815	135	33	25	4.0%	18.1%
MDC09	615	345	47	21	7.7%	6.2%
MDC10	1860	215	210	65	11.3%	30.4%
MDC11	3140	321	321	123	10.2%	11.9%
MDC12	3210	2475	320	156	10.0%	6.3%
MDC13	675	25	66	11	9.8%	44.0%
MDC14	1210	225	650	63	53.7%	28.2%
MDC15	1630	35	35	1	28.0%	2.9%
MDC16	6578	2450	2011	752	30.6%	30.7%
合計	53469	20208	11542	3756	21.6%	18.6%

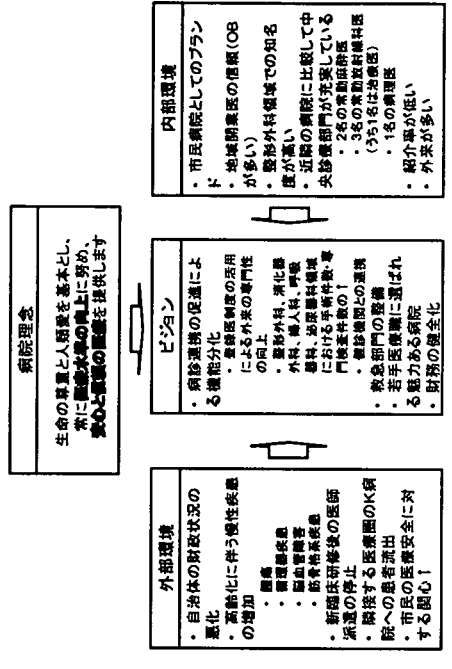
A病院の医療圏における位置づけ

医療圏	手術	合計	A病院	合計	手術	A病院占有率
MDC01	2880	300	245	43	8.2%	14.3%
MDC02	1705	1450	188	145	11.6%	10.0%
MDC03	1930	620	189	104	9.8%	16.8%
MDC04	4890	265	890	98	17.8%	37.0%
MDC05	3980	1000	358	132	9.0%	13.2%
MDC06	15430	8708	4563	1453	28.6%	18.7%
MDC07	2720	925	985	563	36.2%	60.9%
MDC08	815	135	33	25	4.0%	18.1%
MDC09	615	345	47	21	7.7%	6.2%
MDC10	1860	215	210	65	11.3%	30.4%
MDC11	3140	321	321	123	10.2%	11.9%
MDC12	3210	2475	320	156	10.0%	6.3%
MDC13	675	25	66	11	9.8%	44.0%
MDC14	1210	225	650	63	53.7%	28.2%
MDC15	1630	35	35	1	28.0%	2.9%
MDC16	6578	2450	2011	752	30.6%	30.7%
合計	53469	20208	11542	3756	21.6%	18.6%

診療科のポジョニング



病院ビジョンの作成(病院理念と環境分析)



医療機関別難易度別手術件数 (H17)

※H17は前年度実績
※H18は計画実績

医療機関	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H36
0100000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100002	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100011	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DPC支払い対象施設(H18年)の難易度別手術件数が手術の有無別に公開された。

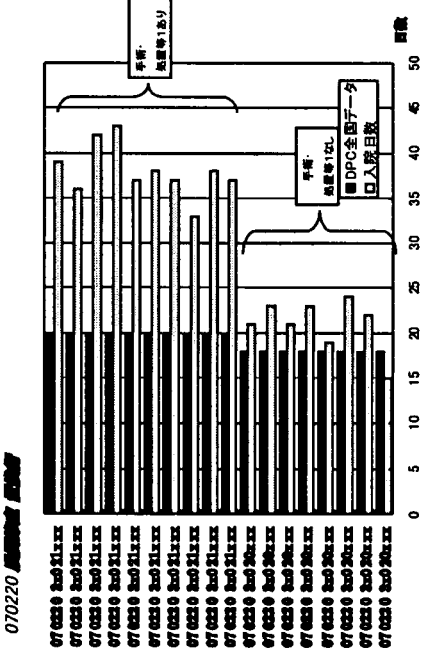
医療機関別MDC別難易度別手術件数 (H17)

※H17は前年度実績
※H18は計画実績

医療機関	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H36
0100000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100002	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100011	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0100020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DPC支払い対象施設(H18年)のMDC別・難易度別手術件数が手術の有無別に公開された。

全国データとの比較



他病院との出来高コストの比較

股関節症(変形性を含む) 手術例

施設	平均値				標準偏差			
	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差
総点数(企業別)	185354	246121	221065	125000	0.57			
臨床合計	3850	13500	6790	2744	0.40			
医療合計	1275	5805	3035	1372	0.45			
医療合計	542	5289	1428	1118	0.78			
注社合計	1204	13141	2684	2781	1.04			
企業合計	370	1860	718	472	0.50			
手術合計	59807	108315	43597	123211	0.86			
手術日数	2	6	5	3	0.60			
手術日数	15	68	32	21	0.66			
入院日数	18	71	38	23	0.61			

施設	平均値				標準偏差			
	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差
総点数(企業別)	3065	20600	5847	22472	0.46			
臨床合計	230	18110	5026	2570	0.46			
医療合計	300	8077	2482	1333	0.46			
医療合計	148	3924	1850	803	0.81			
注社合計	152	2703	2683	4383	0.95			
企業合計	567	17385	8844	81518	0.69			
手術日数	0	28	28	13	1.25			
手術日数	6	84	32	12	0.38			

他病院との出来高コストの比較

股関節症(変形性を含む) 手術例(A病院/N病院)

	平均値	変動係数
総点数(処置料除く)	140	1.23
医療合計	121	0.88
画像合計	123	0.98
処置合計	149	0.86
注射合計	0.38	1.60
手術合計	219	0.70
術前日数	1.61	1.24
術後日数	1.56	0.48
在院日数	1.16	1.41
	1.20	1.59

- 総点数が高く、ばらつきも大きい。
- 検査、画像、処置、手術の点数が高い。
- 手術についてはばらつきも大きい。
- 術前日数、術後日数、平均在院日数が低い。
- 術後日数、平均在院日数についてはばらつきも大きい。

病院ビジョンの作成(3C分析)

3C: company, consumer, competitor

顧客の特徴	
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 市民病院としての認識から、紹介状無しの場合が多い。 休日時間の緊急部門利用者が多い(その多くは1次患者)。 手術患者のほとんどは紹介患者
勤務者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 医師はほとんどは旧大学からの派遣 若年層医師の割合が高い 専科医は診療は市からの出向、現場は総括医者と専科医員 その他のコメディカルは常勤

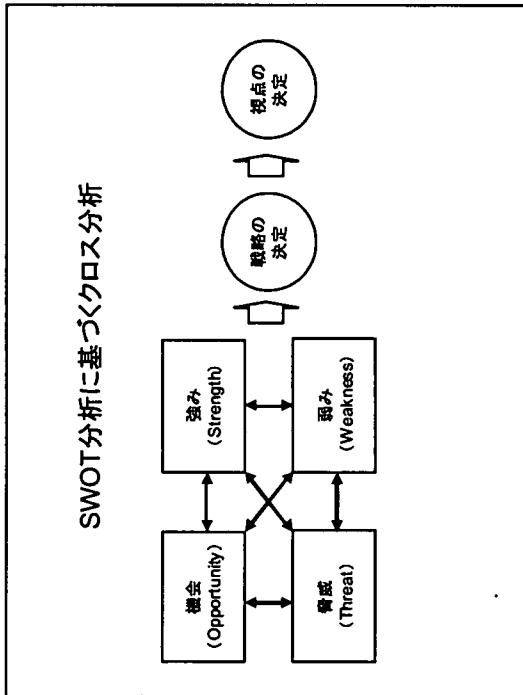
自院の特徴		ビジョン		競合他院の特徴	
<ul style="list-style-type: none"> 市民病院としてのブランド(OBが多い) 地域開業医の信頼(OBが高い) 整形外科領域での知名度 近隣の病院に比較して中央診療部門が充実している 2名の常勤放射線科医(3名を計画) 1名の物理医 紹介率が高い 外来が多い 	<ul style="list-style-type: none"> 病診連携の促進による専門性の向上 整形外科、消化器外科、婦人科、呼吸器科、泌尿器科、皮膚科、泌尿器科、眼科、小児科、救急科、救急前門の連携 救急部門の整備 若手医師層に選ばれ、魅力ある病院 財務の健全化 	<ul style="list-style-type: none"> 同一医療圏 C病院(公的): 急性期医療機関。JPOC併設病院。平均在院日数2.5日、手術利用率99.1%、慢性疾患手のため売却を検討... K病院(民間): 急性期医療機関として全国的に有名。特定医療に依存せず全国から患者が来訪する。JPOC併設病院。平均在院日数1.1日、手術利用率94.5%、年間手術件数8821件、... 			

SWOT分析(整形外科領域)

強み(S)	弱み(W)
<ul style="list-style-type: none"> 4名の常勤整形外科医 骨格、大腿前領域で知名度が高い 2名の常勤放射線科医 3名の放射線科医 1名のリハビリテーション科医 7名のOT・PT 	<ul style="list-style-type: none"> 整形外科医の数がすべて手術件数が少ない。 他施設に比較して医療材料の使用量が多く、またばらつきも大きい。 他施設に比較して在院日数、特に術後日数が長く、またばらつきが大きい。 麻酔科・放射線科の派遣元であるB大手術室から派遣数削減の打診
機会(O)	脅威(T)
<ul style="list-style-type: none"> 高齢化に伴う骨格・関節疾患患者の増加 介護保険制度決定に伴う介護予防療養の創設(滞在型有償の振り起し) 医療圏内に急症性期一層性期の医療を専門とする医療機関が多い(連携先が多い) 当院以上に整形外科手術の能力がある施設は医療圏内に他にない。 	<ul style="list-style-type: none"> 隣接する医療圏のK病院への患者流出が増えている。 隣接する医療圏のK病院への臨床研修医の集中 インプラント等の特定保険医療材料の内外国産品移行による価格低下による患者の減少 包括化の進行

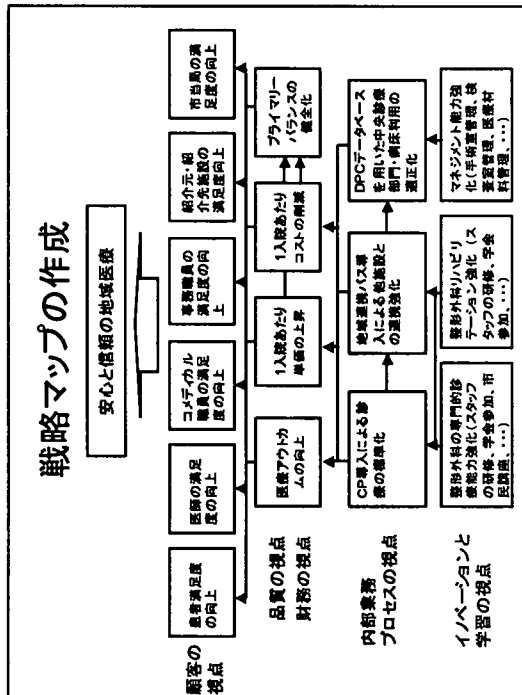
SWOT分析(内部環境分析・外部環境分析)

内部環境分析		外部環境分析	
S	整形外科医は数が多い	S	地域の高齢化に伴い関節疾患患者が増加している
W	整形外科医数に比べて手術件数が少ない	T	地域の患者が関節疾患を受けやすくなるために増える医療費のK病院に流出している
W	手術室の稼働率が低い	O	医療制度改革に伴い他院の一般科医、泌尿器科医、皮膚科医の転入が減少している(一般科医から泌尿器科医への転入)
W	在院日数、特に術後在院日数が長い	T	治療に際しては他院の公費が進んでいく(K病院の公費的負担増)
W	整形の外傷患者が多い、特にリハビリ目的の再診患者が多い	T	公的補助の削減を招き新たな医療法人のあり方が検討されている
W	検査科の稼働率が低く、手術が増えればもとの稼働率を確保する必要がある	T	民間病院で稼働日・稼働時間の短縮が進んでいる(2時以上の検査科、土曜日の一般科、検査科、日曜日の検査科)
S	放射線科が常勤である	S	
S	医療圏内では少ないJPOC併設病院である	W	
W	市の財政悪化に伴い病院経営の効率化が求められている		



クロス分析・戦略立案・KP設定

整形外科	目録にUSWOT		戦略立案	KP設定		
	内強	外強		1	2	3
整形外科は増加している	地域の医師が少ない 競争が激しい	紹介患者の増加による 手術件数の増加	業務プロセスの優 点	紹介患者の増加率 20%以上	医師の満足度 80%以上	
整形外科は増加している	地域の医師が少ない 競争が激しい	紹介患者の増加による 手術件数の増加	業務プロセスの優 点	紹介患者の増加率 20%以上	年間手術台 増設500 台以上	
整形外科手術台の 稼働率が低い	日医の増加による LOSの短縮	CP導入による手術台 稼働率の向上	業務プロセスの優 点	業務プロセスの 改善	LOSを4日 以下に短縮 させる	
整形外科手術台の 稼働率が低い	DS導入による 手術台稼働率の向上	CP導入による手術台 稼働率の向上	財務の強み	財務の強み の維持	財務強みの 維持	
整形外科手術台の 稼働率が低い	医師の増加による 競争の激化	整形外科に特化した サービスの提供	顧客満足度の強 み	顧客満足度の強 みの維持	顧客満足度 を30% 向上させる	
整形外科手術台の 稼働率が低い	HP等による 競争の激化	患者用PDR作成による 患者満足度の向上	顧客満足度の強 み	顧客満足度の強 みの維持	顧客満足度 を10% 向上させる	
整形外科手術台の 稼働率が低い	医師の増加による 競争の激化	先進医療施設との 連携による サービスの向上	手術台稼働率の 向上	手術台稼働率の 向上	手術台稼働 率を30% 向上させる	



DPC時代の病院薬剤師の役割

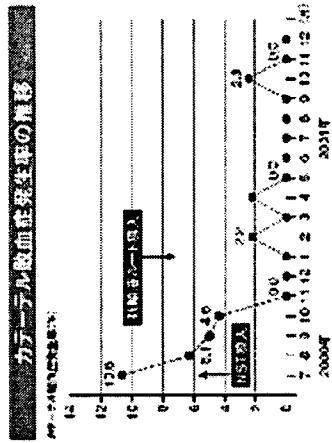
- 副作用対策
 - 副作用回避(プレアポイド)
 - ・ 薬剤師が医師とともに回診するICUでは薬物有害事象が少ない(Laepe LL et al. JAMA, 1999)
 - ・ 薬剤師の医師に対する処方指導
- 感染制御
 - 消毒薬・抗菌薬の適正使用
 - 医療スタッフへの情報提供
- 栄養管理

NST (Nutritional Support Team)

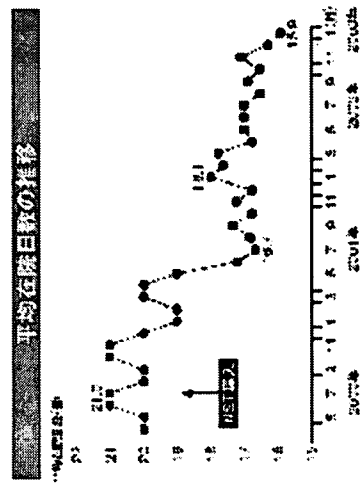
- 栄養管理はすべての治療法の基盤。栄養が不良であればいかなる治療も無効
- 栄養療法の鉄則は「When the gut works, use it.」
- NSTの経済効果 (東口高志: 鈴鹿中央総合病院)
 - 平均在院日数減少による急性期加算取得: 1億2000万円。
 - 薬利管理指導料取得: 1200万円
 - 静脈経腸のルートの統一: 400万円
 - 病院食の工夫: 100万円経費削減
 - その他: 抗生物質使用↓、褥瘡治療剤使用↓

出典: 東口高志: NSTが病院を変えた、医学芸術社 (2003)

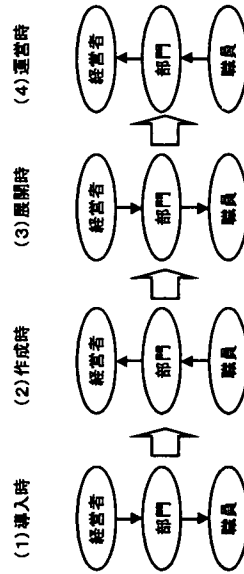
NSTの臨床的効果 (1)



NSTの臨床的効果 (2)



BSCの導入ステップの例



BSCの活用方法

1. 経営戦略の共有
2. 組織間の連携
3. 目標管理制度の導入
4. 経営戦略の検討
5. 組織内でのコミュニケーション
6. 情報公開
7. 投資効果の測定

BSC導入の留意点

- 必ずしも原点の4つの視点にこだわる必要はない(病院の場合、「財務の視点」を戦略マップの最上位に設定することは疑問がある)
- まずは作ってみて、修正を繰り返しながら精緻化するという「漸進主義的」なアプローチが適切
- データによる裏づけをできる限り行う

参考文献

- 荻井耕(2005):医療バランスト・スコアカード、東京:中央経済社。
- 伊藤一彦・上宮克己(2005):バランスト・スコアカードの作り方、東京:同友館。
- NGオルブ、Jロイ、Mウエッター(2000):戦略的バランスト・スコアカード、東京:生産性出版。
- RSキャブラン、DPノートン(1997):バランスト・スコアカード、東京:生産性出版。
- 伏見清秀編著(2006):DPCデータ活用ブック、東京:じほう。
- MEポーター(1995):新訂競争の戦略、東京:ダイヤモンド社。
- 松田晋哉編著(2005):DPCと病院マネジメント、東京:じほう。
- 松田晋哉(2007):基礎から読み解くDPC第2版、東京:医学書院。

DPCによる医療評価と 医療マネジメント

東京医科歯科大学大学院 医療政策学講座医療情報・システム学分野
伏見 清秀

2006年2月23日

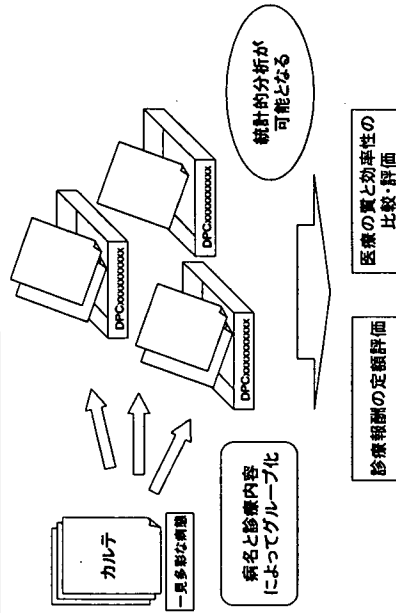
Copyright © 2006, All rights reserved by Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPC包括評価とは何か

DPCの基本知識の整理と今後の見通し

Copyright © 2006, All rights reserved by Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPCの仕組み



Copyright © 2006, All rights reserved by Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPCによる入院医療の包括評価

5つのポイント

1. 診断群分類 (Diagnosis Procedure Combination, DPC) による疾患群別評価 (疾患名 + 手術等)
2. 1日あたり定額
3. 包括点数と出来高点数の混在
4. 大学病院ごとに診療報酬点数が異なる
5. 診療内容が比較・評価される

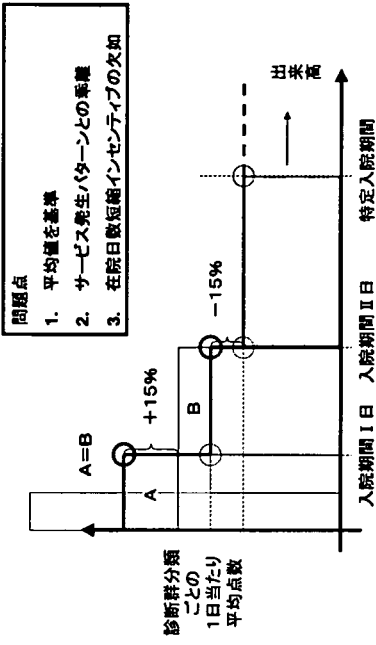
Copyright © 2006, All rights reserved by Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPC包括評価の拡大に向けて

- ・ 在院日数の評価のあり方
- ・ 相対係数の問題
- ・ 医療機関係数の問題

©2021, All rights reserved by Graduate Program, S.U. of G. 363-1-1, School of Medicine and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

在院日数に応じた評価



©2021, All rights reserved by Graduate Program, S.U. of G. 363-1-1, School of Medicine and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPC相対係数の設定

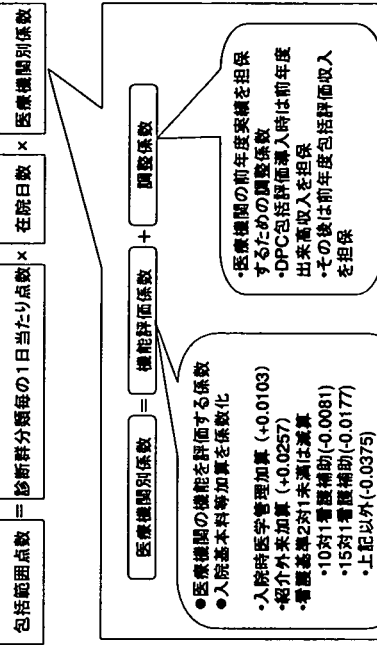
- ・ 決定方法
前年度特定機能病院調査データの平均値

問題点

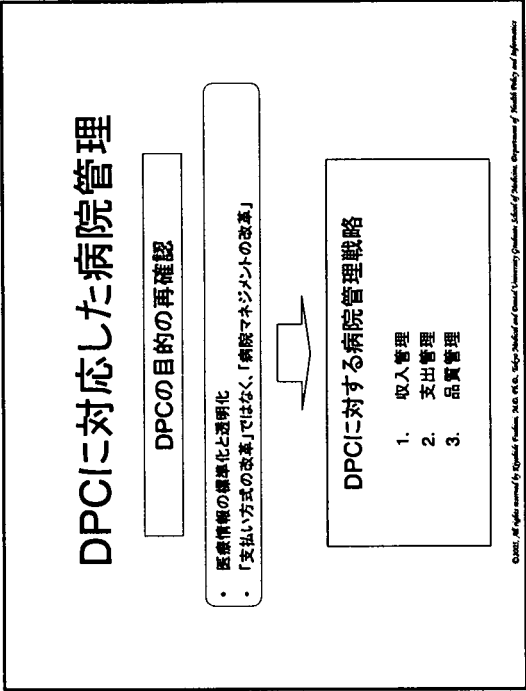
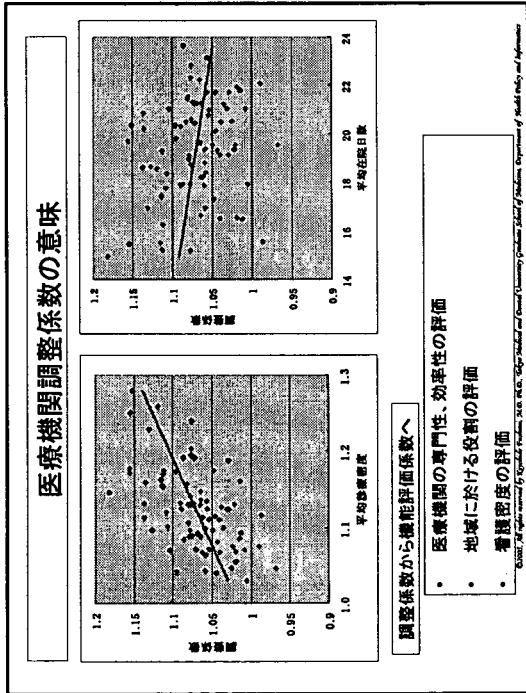
1. 平均値の妥当性～現状追従型
2. 医療機関の診療行動の変化が相対係数を変化させる
3. DPCコーディングの正確性に依存～アップコーディングが相対係数を変化させる
4. 原簿の反映の必要性
5. 一般病棟のケースミックスの違い
6. 調査データの年次変化と季節性

©2021, All rights reserved by Graduate Program, S.U. of G. 363-1-1, School of Medicine and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

医療機関別係数



©2021, All rights reserved by Graduate Program, S.U. of G. 363-1-1, School of Medicine and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics



包括評価に対する戦略

1. 収入管理

- 診療内容に関する情報の集約と管理
 - 収入の確保 + 医療機関の正当な評価に直結する!
- 診療情報管理システム、コーディング技術が重要
 - ← 出来高では診療内容がそのまま収入となったが
- レセプト作成技術、請求漏れ、病名漏れのチェックの意義は低下していく

©2001. All rights reserved by Kyushu Institute of Design, Faculty of Health Science, Department of Health Policy and Informatics

包括評価に対する戦略

2. 支出管理

- 過剰診療 = 医療機関の損失となる
 - ← 「査定」の抑制効果が薄れるため
- 院内審査による適切な診療内容の評価
- 在院日数の短縮、ベッド回転の効率化
- DPC別パスの導入などによる診療の合理化

©2001. All rights reserved by Kyushu Institute of Design, Faculty of Health Science, Department of Health Policy and Informatics

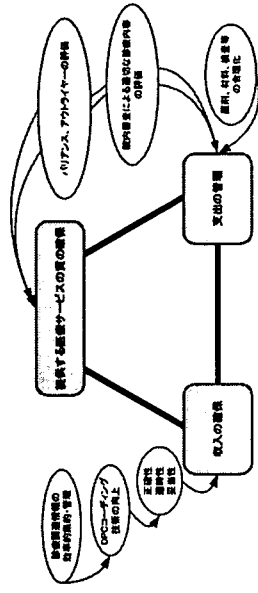
包括評価に対する戦略

3. 品質管理

- 過少診療を防止、アウトカムと安全を確保
 - 診療科単位で収支を評価するのは萎縮診療につながる危険
 - 性急な収支改善よりは長期的な展望を
- アウトカムデータの評価ができるシステムの確立
- バリアンス、アウトライヤーの評価

©2022, All rights reserved by Kyoritsu Publishers, 3-1-1, Chitose, Tokyo 156-8505, Kyoritsu Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPCIに対応する病院マネジメント



©2022, All rights reserved by Kyoritsu Publishers, 3-1-1, Chitose, Tokyo 156-8505, Kyoritsu Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPCコーディングのあり方とその評価

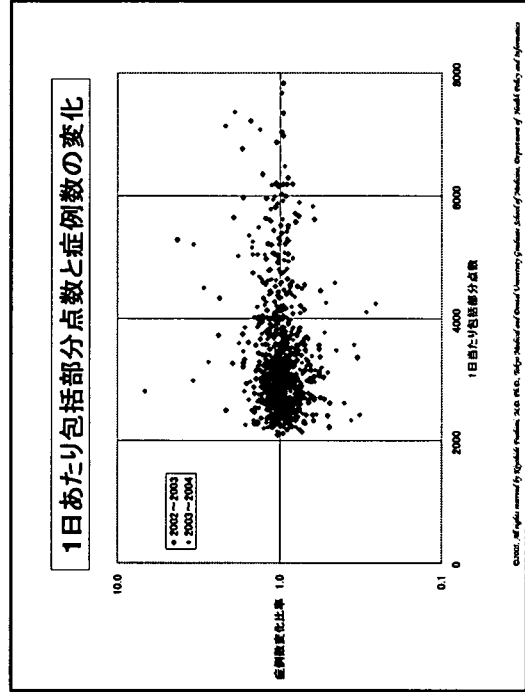
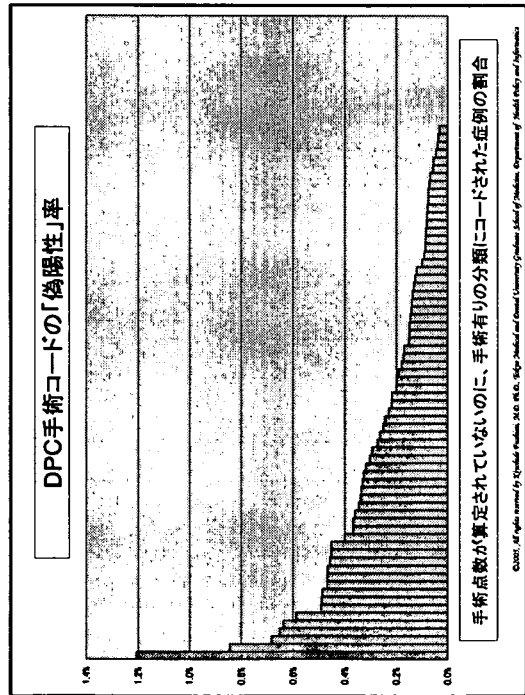
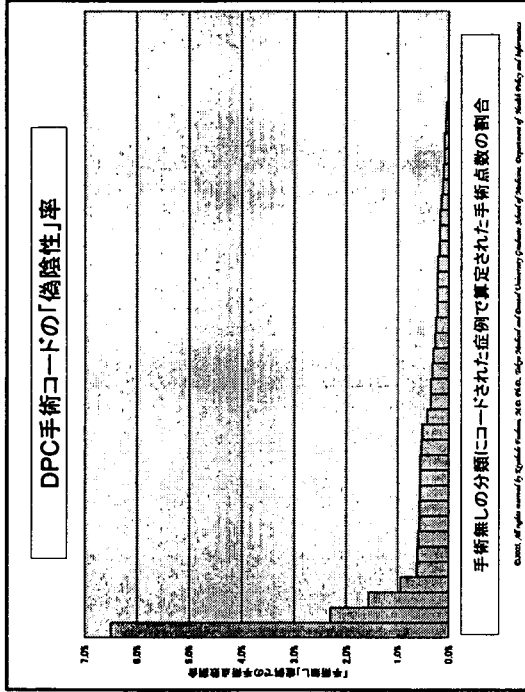
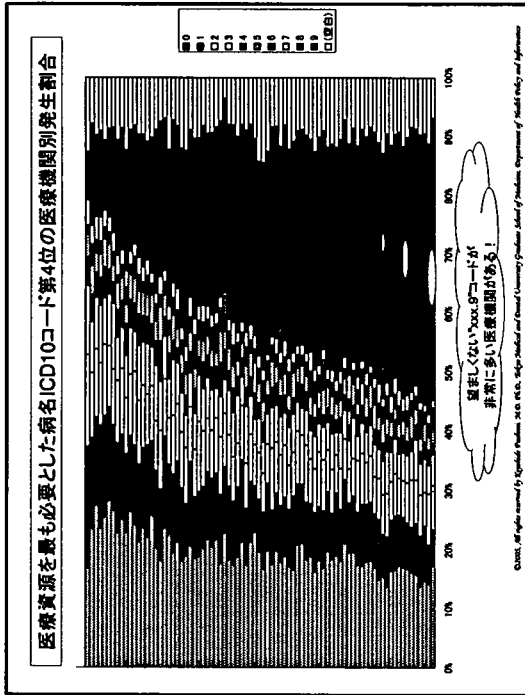
主要診断群 分類コード 入院種別 年齢・性別・手術等 JCS条件 処置等1 処置等2 診療病名 重症度等
 10 0010 3 0 01 1 1 1 0 0

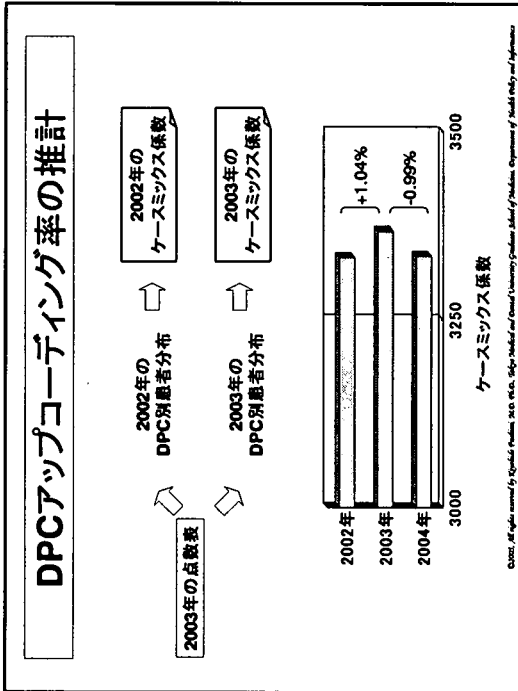
基本DPC(6桁)

- 入院時に医師の責任で決定する
- 変更があればすぐに医事・診療情報管理部門へ連絡する

- 診療の経過と共に決定していく
- 請求時までには確定すればよい

©2022, All rights reserved by Kyoritsu Publishers, 3-1-1, Chitose, Tokyo 156-8505, Kyoritsu Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics





DPCコーディングの現状

- DPCによる医療評価の基礎となるコーディング技術の向上が必要
- ICD10コーディングは裏ソフトのみに頼らずより詳細なコーディングを目指す必要がある
- 一部の医療機関ではDPCコーディングの正確性に問題がある
- ケースミックス分析からはアップコーディングはほとんど認められない

⇓

- 各医療機関はICD10コーディングとDPCコーディングの向上のため専門的なスタッフの充実に必要がある
- コーディングの質を確保するために、その適切な比較評価が必要
- アップコーディングは見かけ上のケースミックス変化で観察していくことが望ましい

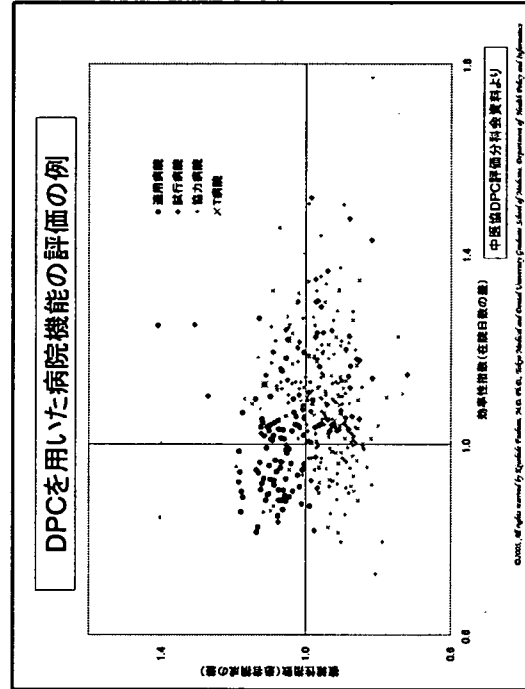
©2005. All rights reserved by Graduate Program, S.U.C. (S.U.C. Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics)

DPCによる医療評価

診断群分類の活用で条件を揃えた比較・評価が可能

1. 効率性 (LOS, コスト等)
2. 複雑性 (重症度)
3. 多様性
4. 診療プロセスの評価
5. アウトカム評価
6. 占有率 (マーケットシェア)
7. 疾病特性、医療機関特性に応じた医療計画と評価

©2005. All rights reserved by Graduate Program, S.U.C. (S.U.C. Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics)

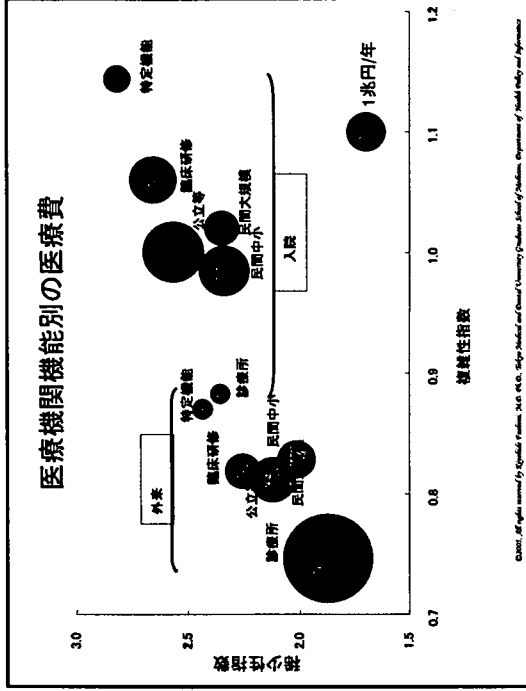


DPCによる傷病の多様性、希少性の評価

- DPC主要分類毎の患者数割合から疾患の希少性を指数化 (Shannon Index)

DPC主要分類名	頻度	希少性指数
100310 腎血管性高血圧症	10 ^{-4.6}	4.6
100370 アミロイドーシス	10 ^{-4.5}	4.5
...		
040010 喘息	10 ^{-1.6}	1.6
010060 脳梗塞	10 ^{-1.0}	1.0

©2017. All rights reserved by Springer Nature. 2017. 株式会社 東京大学大学院医学系研究科 医療政策学 医療政策学 医療政策学



©2017. All rights reserved by Springer Nature. 2017. 株式会社 東京大学大学院医学系研究科 医療政策学 医療政策学 医療政策学

DPCによる診療プロセスの評価

主要な処置がLOS、コストに与える影響
併存症、続発症がLOS、コストに与える影響



診療報酬の評価
診断群分類の精緻化・再評価
医療機関での診療プロセスマネージメント

©2017. All rights reserved by Springer Nature. 2017. 株式会社 東京大学大学院医学系研究科 医療政策学 医療政策学 医療政策学

DPCを用いた診療プロセスの評価

Business Intelligenceの応用

©2017. All rights reserved by Springer Nature. 2017. 株式会社 東京大学大学院医学系研究科 医療政策学 医療政策学 医療政策学