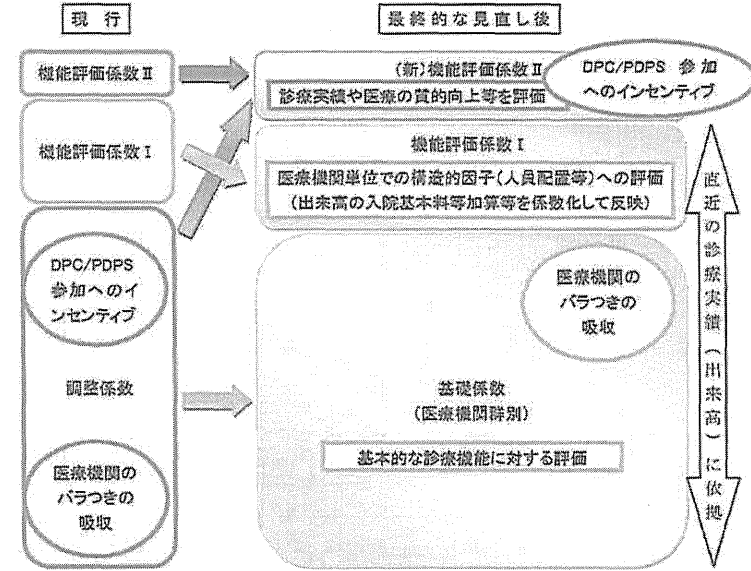


2025年B1シナリオ修正

- 病院の急性期病床
 - 約60万床 平均在院日数12日、稼働率80%
 - 病院の亜急性期病床
 - 約60万床 平均在院日数120日、稼働率90%
- 亜急性期病床に医療資源必要度の低い急性期患者を入院させる場合は、さらにその必要数が増大する。



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% (+1.373%) (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)

$$\text{医療機関別係数} = \text{基礎係数} + \text{機能評価係数I} + \text{機能評価係数II}$$

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I

- 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II

- 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II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様な見直しを行う(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ポイントを上限值として設定。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産産期医療、
- ⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間t-PA体制、
- ⑩EMIS(広域災害・救急医療情報システム)

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)

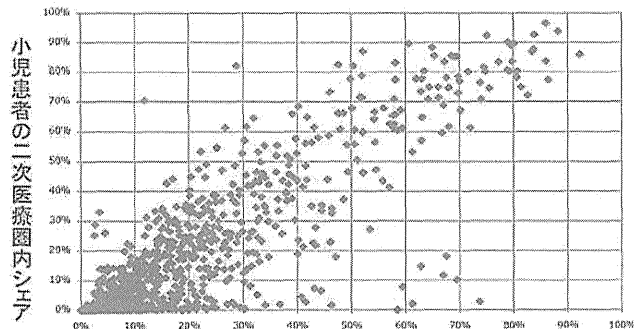


DPC病院II群の要件(以下の【実績要件1~4】を全て満たす病院) (大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

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	○ 手術1件当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) ※右3つを全て満たす
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	○ 手術実施件数 ○ 複雑性指数(重症DPC補正後)

新たな地域医療評価係数

結果グラフ



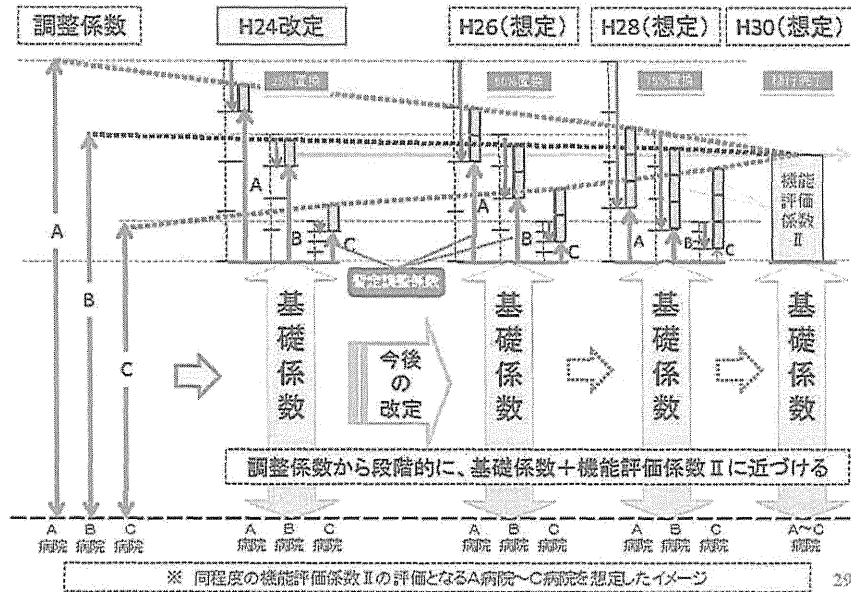
全患者の二次医療圏内シェア

(平成23年10月14日DPC評価分科会資料・東京大学 堀口)

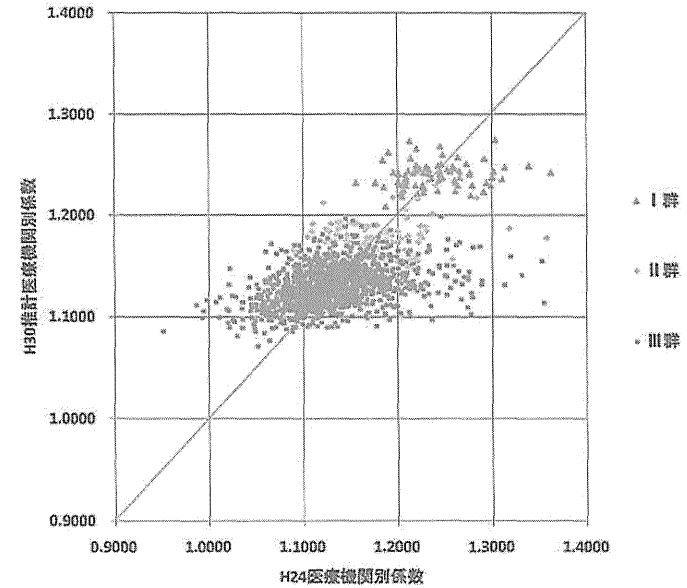
基礎係数の決定方法(2)

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

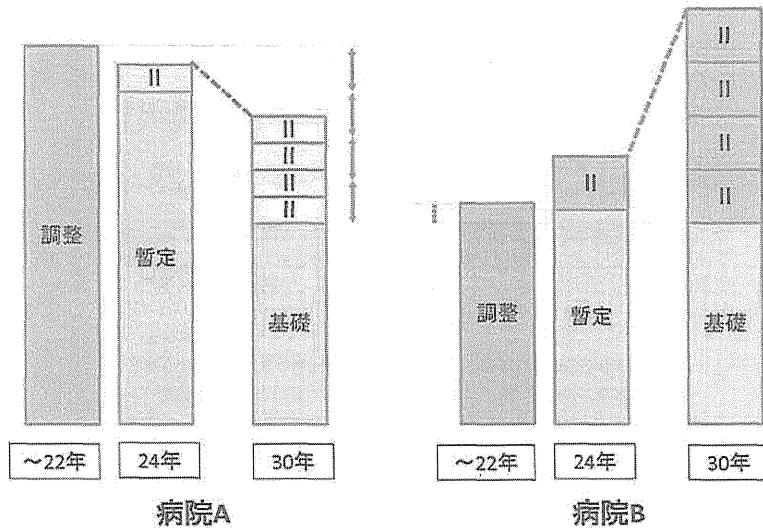
【イメージ図】調整係数から基礎係数+機能評価係数Ⅱへの移行



医療機関別係数の推移予測



医療機関係数の見直しの暫定措置



DPC算定ルールの見直し

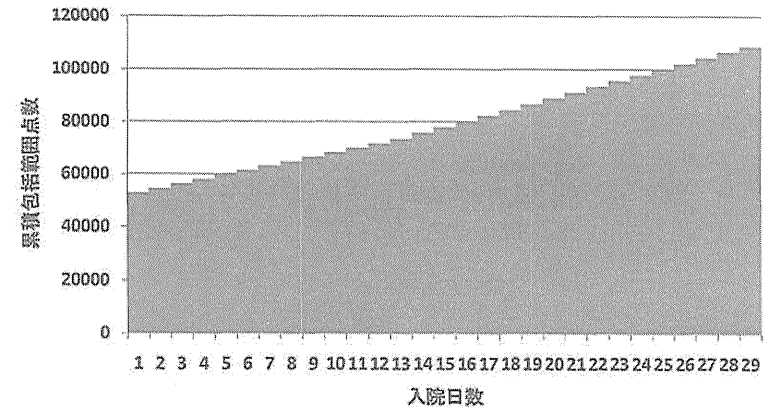
- (1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール
 化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。
- (2) 診断群分類点数表の点数設定方法
 特定の診断群分類について、在院日数遅延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に紐込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の過年度によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。
- (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

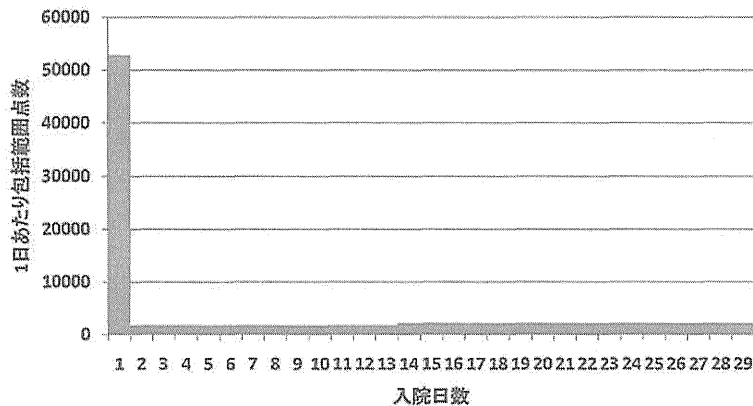
診断分類番号	病名		I	II	III	I	II	III
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍	ベムトレキセドナトリウム水和物	1	14	29	52,276	1,652	1,957
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍	ベバシズマブ	1	12	27	72,208	1,693	2,009
040050xx99x4xx	胸腺腫瘍、胸腺腫瘍	ベムトレキセドナトリウム水和物	1	13	29	52,804	1,725	2,196
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍	パクリタキセル又はドセタキセルあり	1	8	23	12,032	1,682	2,302
060035xx99x4xx	大腸(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	16,600	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	27,938	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	ドキシソルビン塩酸塩+ボゾーム製剤	1	5	10	34,844	1,634	1,189
130030xx99x5xx	非ホジキンリンパ腫	イブリツモマブ+テウキセタン塩化イットリウムまたはイブリツモマブ+テ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



1入院当たりの包括評価(PPS)とほぼ同様の支払い方法!

040040xx9908xx 肺の悪性腫瘍 ベバシズマブ



H24DPC改訂のポイント

- 機能評価係数II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:

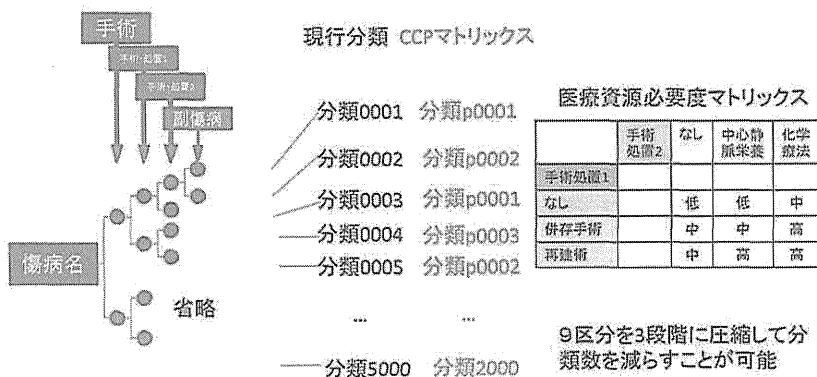
入院患者の重症度等をより詳細に反映させるために、DPC分類の更なる精緻化が必要。ただし、分類数は増やせない。

CCPマトリックスの必要性

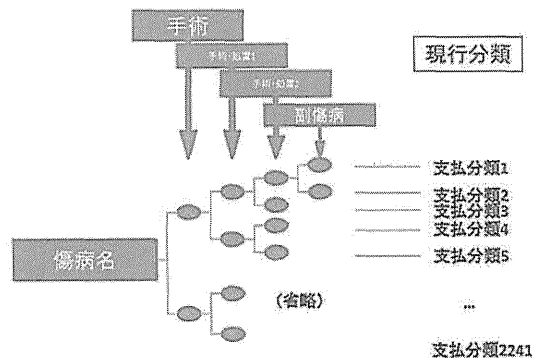
- 調整係数は機能評価係数等で評価されない病院の機能の違いを反映するものとされてきたが、実際には同一DPC内の医療機関ごとのケースミックスの違いを調整する「DPC調整係数」の働きも持つ
 - 大学病院と中小病院では、同じDPC分類の肺炎患者でも病態の違いがあると考えられるが、現在のDPC分類ではそれらが十分適切に評価されていない可能性
- 2018年度の調整係数廃止に向け、より正確に医療資源必要量を反映させるためのDPC診断群分類のさらなる精緻化が必要

平成24年度DPCの精緻化に関する検討

OIGD10、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。



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

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

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グ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グ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

樹形図構造も残る

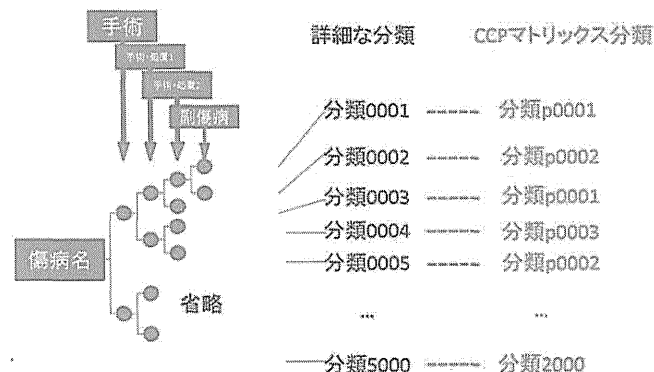
- 傷病名分類と手術に関する分類は臨床的に意味が大きいので、現行の樹形図分類の考え方を踏襲した方がよい
- 手術・処置等1をCCPマトリックスに含めるか否かは、分類の精緻化を進める過程で検討

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

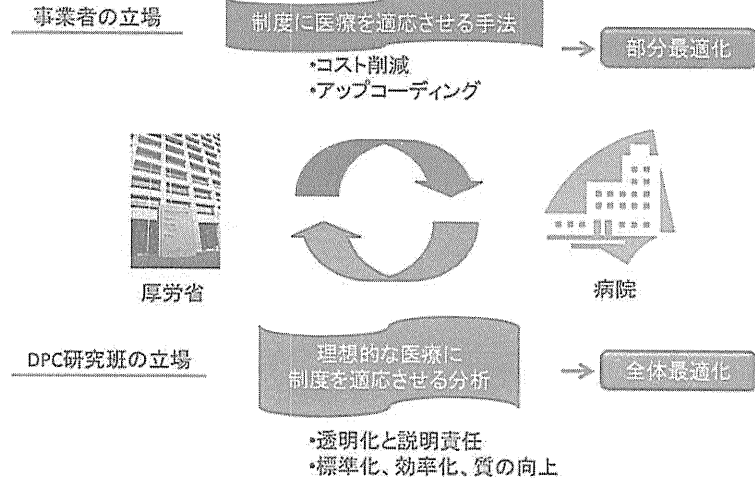
DPCデータとは何か

- 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

(北海道大学 藤森)

コンサル事業者とDPC研究班の違い



DPCの目的の再確認

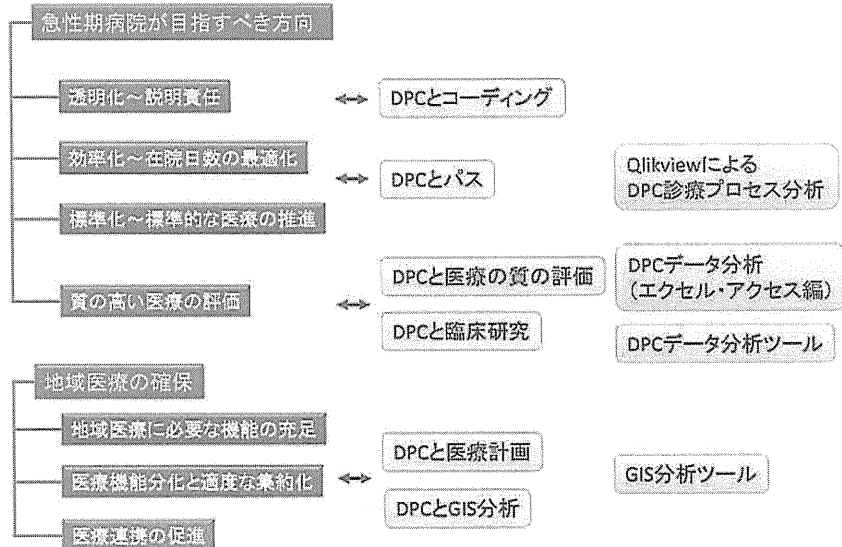
- 医療情報の標準化と透明化
 - DPCの目的は「支払い方式の改革」ではなく
「病院マネジメントの改革」
 - DPCを用いた
 - 収入管理
 - 支出管理
 - 品質管理
 - 診療の最適化と意思決定支援
- が重要となる。

(松田)

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



DPC病院の今後

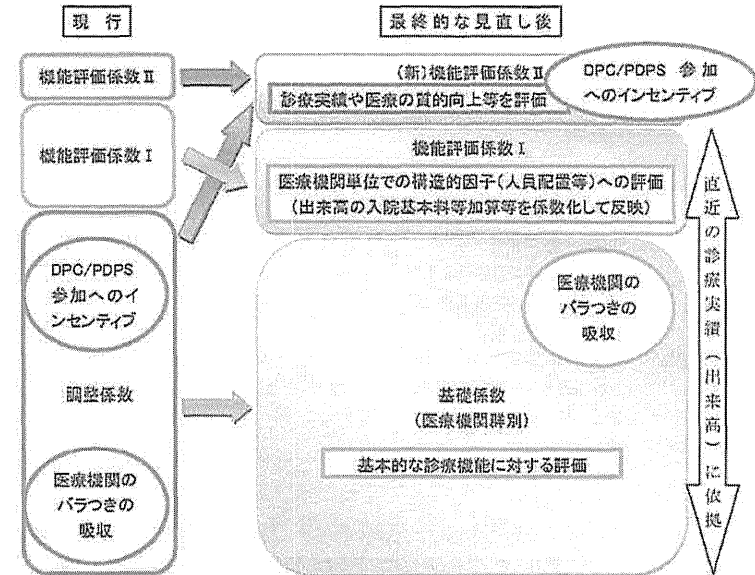
～地域における医療機関機能の評価の方向性～

東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野

厚生労働科学研究指定研究「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」研究代表者

伏見 清秀

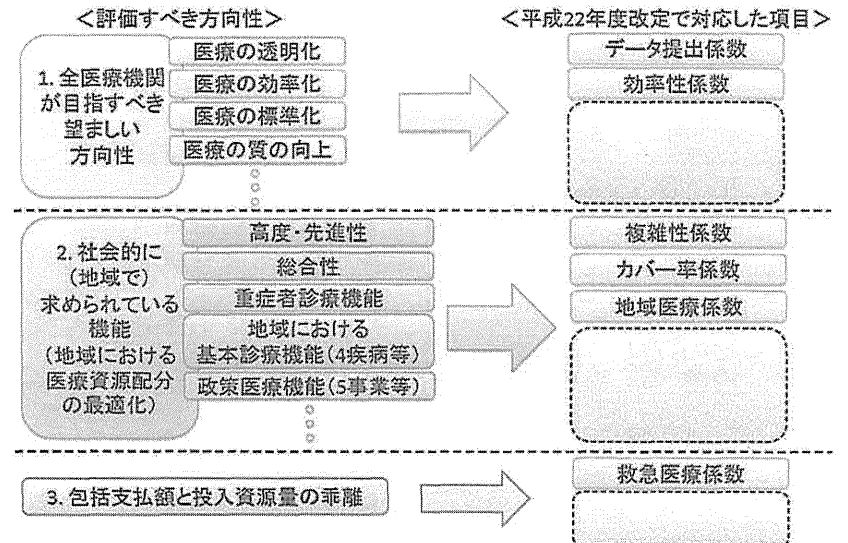
2012年10月11日



H24DPC改訂のポイント

- 機能評価係数II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

機能評価係数IIの考え方の整理



医療機関機能評価のあり方

評価の視点	評価方法	機能評価係数II					補助点数	データ公表	医療計画との連携	分類の種別七
		データ提出	効率性	複雑性	カバー率	救急医療				
目指すべき方向	透明化～説明責任	○								
	効率化～在院日数の最適化		○							
	標準化～標準的な医療の推進							★		
	質の高い医療の評価							★		
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		△			△			★	
診断群分類評価の補正	救急医療の評価					△	△	△	★	
	重症患者の評価			△					★	
	高度医療の評価			△		△			★	
	教育研修機能の評価						△			

○:対応する項目、△ほぼ対応する項目、▲対応する可能性があるが改善が必要な項目、★:今後検討すべき項目

医療機関評価係数の課題

調整係数の役割について

調整係数の役割に係るこれまでの議論の中で、調整係数はDPC制度の円滑導入という観点から設定されたものであり、

- (1) 前年度並の収入確保
- (2) 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価

という役割を含んでいると考えられる。

$$\text{医療機関係数} = \text{基礎係数} + \text{機能評価係数I} + \text{機能評価係数II}$$

基礎係数

- ・ 病院群ごとの基本的な診療機能の評価
- ・ 直近の出来高実績で評価

機能評価係数I

- ・ 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

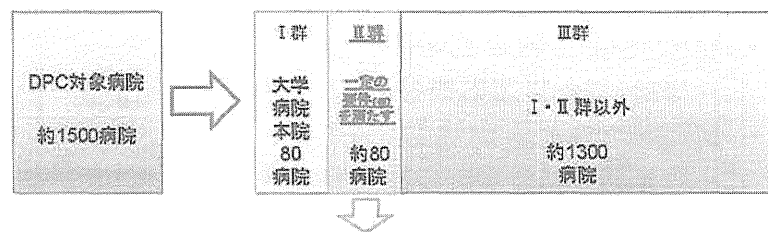
機能評価係数II

- ・ 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

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)



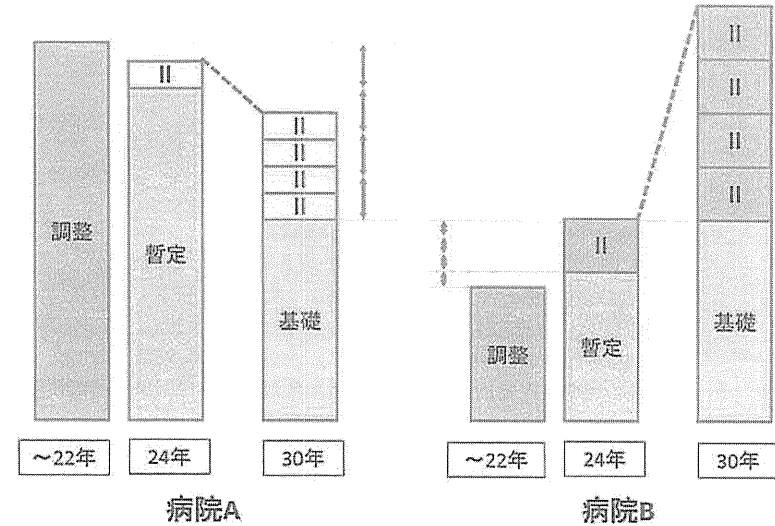
DPC病院II群の要件(以下の【実績要件1～4】を全て満たす病院) (大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

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)

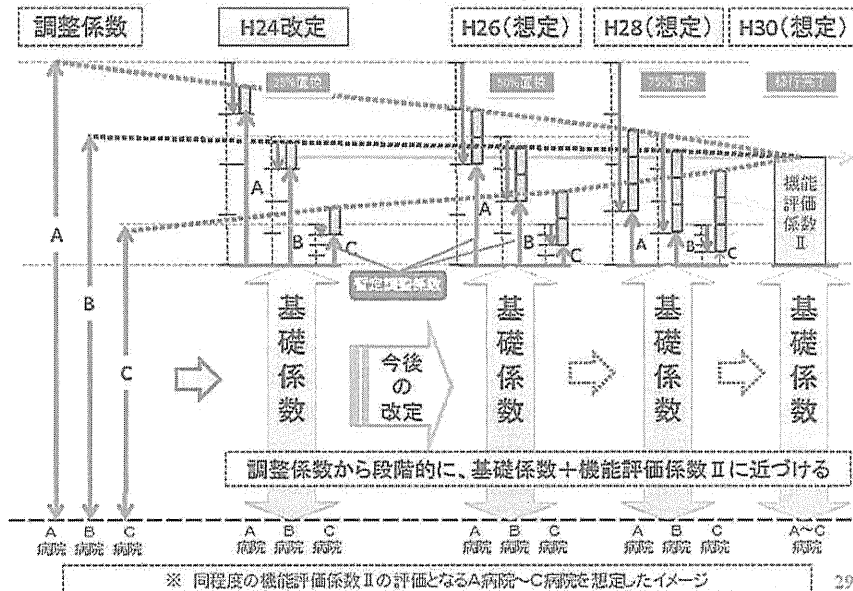
基礎係数の決定方法(2)

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

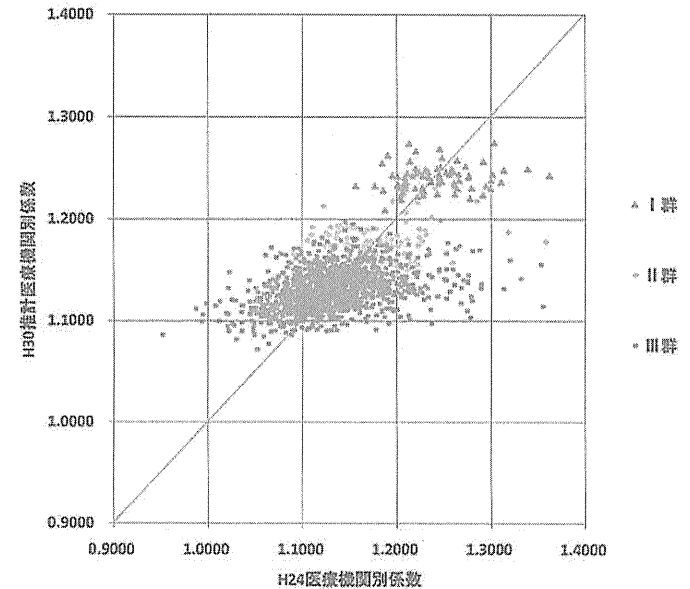
医療機関係数の見直しの暫定措置(3)



【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



医療機関別係数の推移予測



DPC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

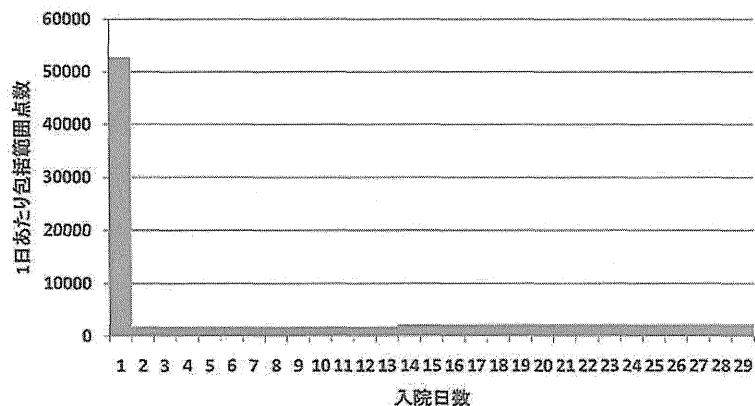
診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

短期入院の評価

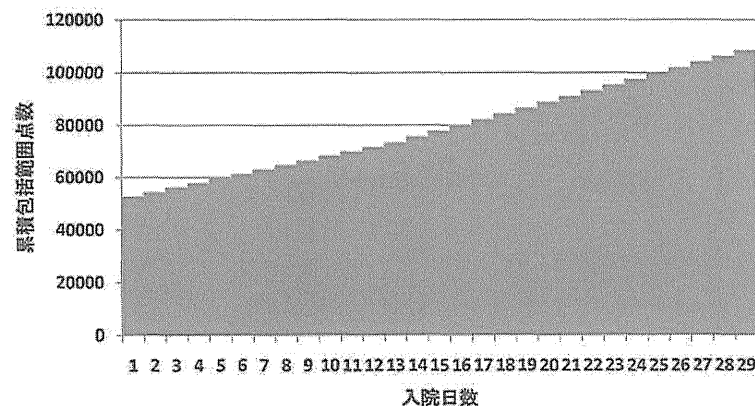
化学療法短期入院の評価

診断群分類番号	病名		I	II	III	I	II	III
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍	ベムトレキセドナトリウム水和物	1	14	29	52,276	1,652	1,967
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍	ベバシズマブ	1	12	27	72,208	1,693	2,009
040050xx99x4xx	胸腺腫瘍・胸腺腫瘍	ベムトレキセドナトリウム水和物	1	13	29	52,804	1,725	2,196
050020xx99x40x	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	1,662	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	9	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+塩酸エビルピシンありまたはゲムシタピン塩酸塩	1	5	12	10,995	1,734	2,361
090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍	トラスツズマブ	1	4	10	16,800	1,676	1,799
090010xx99x60x	乳房の悪性腫瘍	パクリタキセル(アルブミン懸濁液)	1	5	14	27,933	1,831	2,617
120010xx99x50x	膵臓・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	膵臓・子宮附属器の悪性腫瘍	ドキソルピシン塩酸塩リボソーム製剤	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!

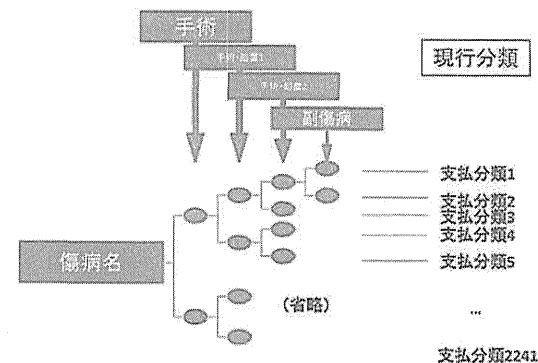
DPC診断群分類の今後

- 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。

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

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

分類条件に求められること

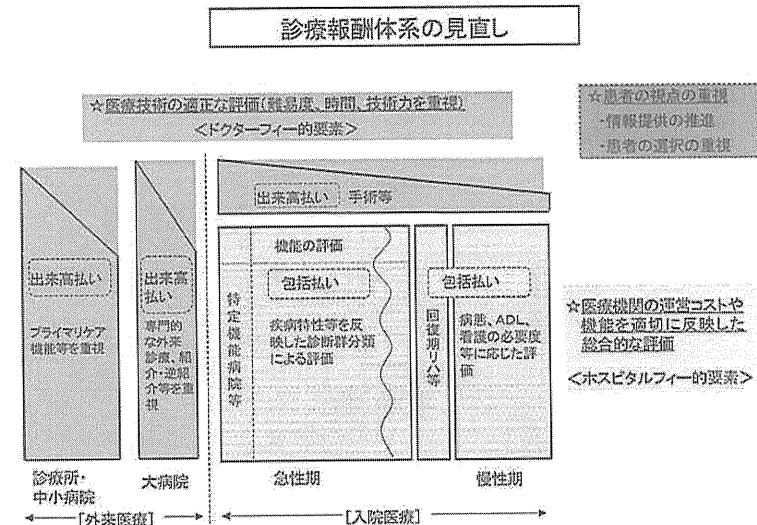
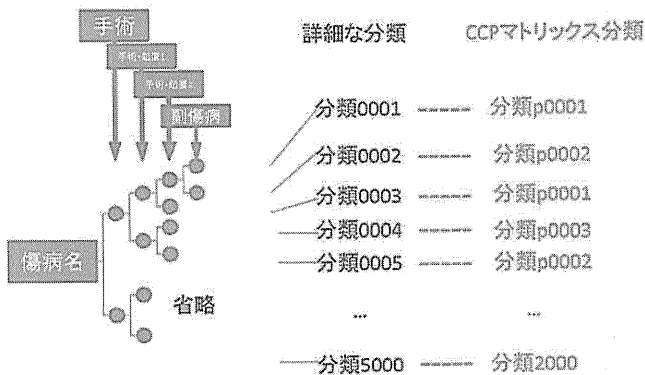
1. 医療資源必要度を反映するもの
2. DPCデータから情報を得られるもの
 - 傷病名情報の精度の向上
 - 様式1診療関連情報の検討
3. 診療を歪める恐れが低いもの
 - 過剰な診療行為を誘発しにくいもの
 - 治療手技の選択に影響を与えにくいもの
 - 必要によりauditの整備

CCPマトリックスと診療情報

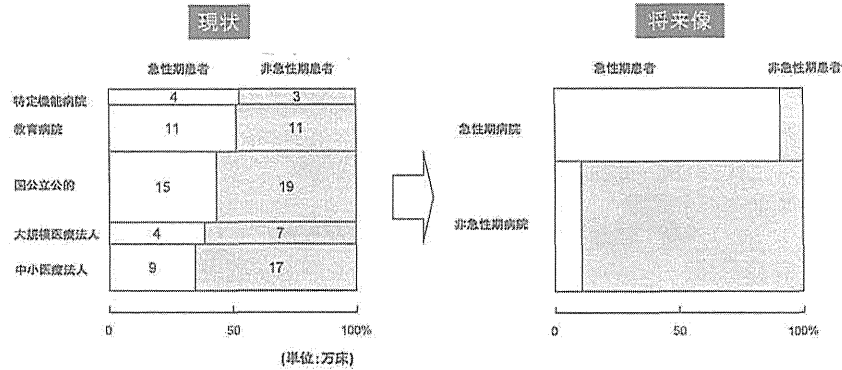
1. 副傷病情報の重要性
 - 現行の支払いに影響しない副傷病も分類の精緻化に必要
 - 適正な傷病情報の記録が複雑性係数などの機能評価に影響
2. 正確な診療関連情報の重要性
 - 適正な重症度評価と機能評価につながる
3. DPCコーディングの正確性の確保
 - 根拠となる診療記録の重要性
 - Auditに耐える記録とコーディング

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



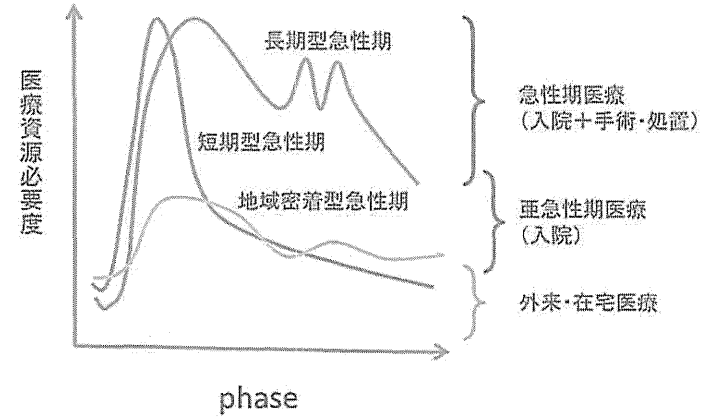
一般病床の医療機能分化の状況



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

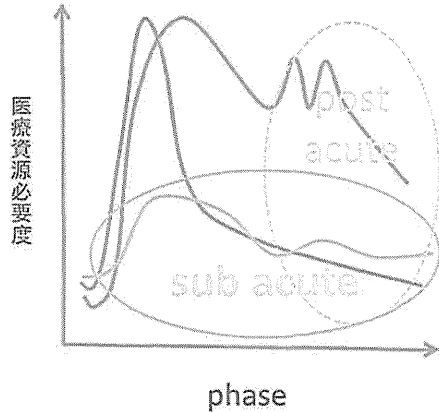
(週刊エコノミスト2009、伏見)

急性期医療と亜急性期医療



急性期医療と亜急性期医療

- 重症急性期
 - post acute ?
 - sub acute ?



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)	現状投影シナリオ	平成37 (2025)年度	
			改革シナリオ	改革シナリオ
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 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度
一般急性期	【一般急性期】 107万床	【一般急性期】 107万床	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度
重症急性期・回復期リハ等	【重症急性期等】 107万床	【重症急性期等】 107万床	【重症急性期等】 35万床 90%程度 60日程度	【重症急性期等】 26万床 90%程度 19~20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	25万床、91%程度 135日程度
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
(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	92万人分 特養 48万人分 老健 (老健+介護等) 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	31万人分 特定施設 15万人分 グループホーム 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」は月当たりの供給量を示す。介護については、利用者数を示す。
 (注2) 「一般急性期」は、重症急性期(14)と一般急性期(93)の合計で107万床で構成し、高齢者施設が平均減少し平均在院日数は若干長くなるものと仮定。ここでは、地域一般病床、現在人口1万人未満の自治体を含む(49)後20~30万人未満で(後)100人当たり116病床の供給量を仮定。

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	484
	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			
	91-120	14,900	103	59,300			
	121-180	9,900	145	55,500			
	181-365	5,600	237	51,400			
療養病床 (359千床)	366-	2,800	1,716	187,400	亜急性期・ 慢性期 post-acute chronic	187	787
	-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			
精神病床 (354千床)	366-	5,300	1,126	216,200	精神科		354
	-90						

(伏見、2010)

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

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。

246

改革シナリオの検証

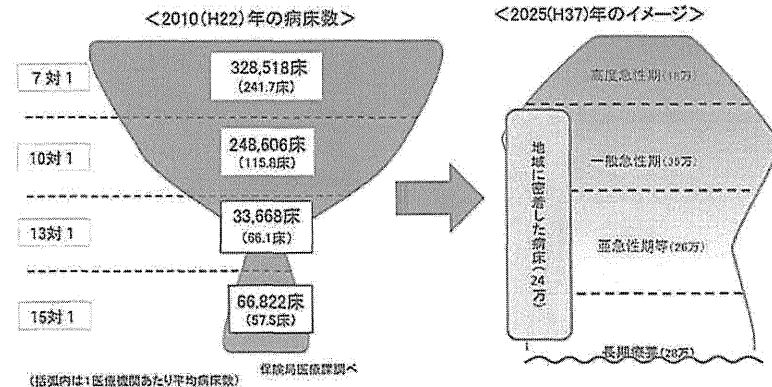
- 高度急性期+一般急性期=「acute」:53万床
- 地域一般病床=「sub-acute」:24万床
→「acute」+「sub-acute」= 77万床 -----(A)
- 亜急性期=「post-acute」:26万床
- 慢性期=「chronic」:28万床
→「post-acute」+「chronic」= 54万床 ---(B)

(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？

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。

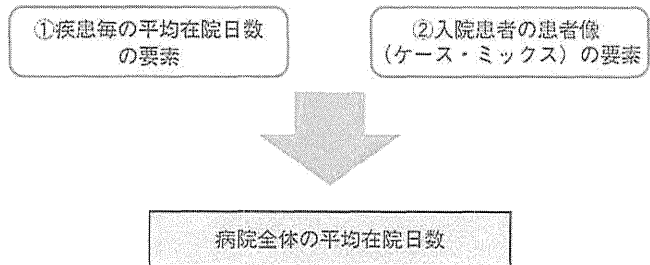
DPCデータ分析の意義

- 限られた医療資源を有効に活用するためには、医療を適切に評価していくことが重要
- 医療の質の評価は非常に難しい。
 - 患者の病態は一人一人異なり(生物学的多様性)、治療への反応も異なる(生体反応の不確実性)。
- 医療機関の経営の問題も重要
 - 医療収益の確保と、無駄なコストの削減
 - 患者の確保
 - 医療従事者の確保
- DPCデータは「全国共通診療情報電子データセット」

➤DPCデータ分析

→ 医療の質の評価、医療経営に関する課題の解決へ

DPCデータ分析と医療の評価 ケースミックス分析



DPCを用いた平均在院日数評価の意義

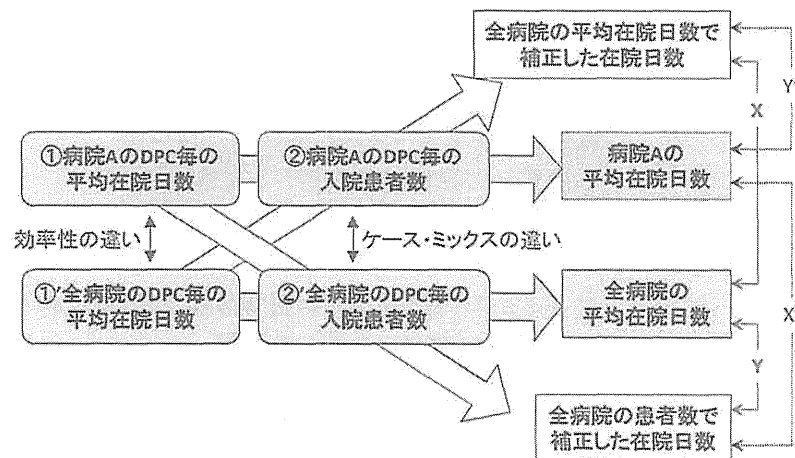
- わが国の平均在院日数はOECD平均の2倍以上
- 医療の効率化はまだまだ途上

35

医療機関マネジメントのためのDPCデータ分析

1. ケースミックス分析 ~DPCで調整した比較分析
2. 診療プロセス分析 ~詳細な診療実態の可視化と比較
3. アウトカム分析 ~医療の質の評価の可能性
4. 地域での役割の分析 ~機能分化と連携推進の基礎データ

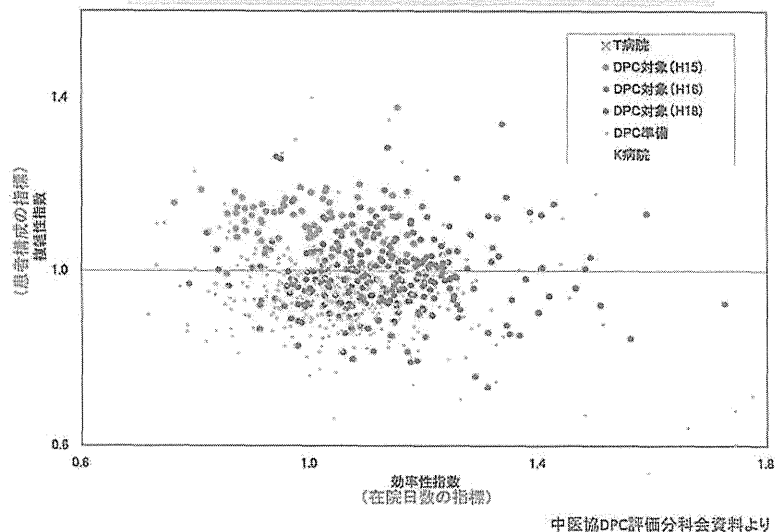
DPCを用いた効率性・複雑性の評価



X: 患者構成の指標, Y: 在院日数の指標

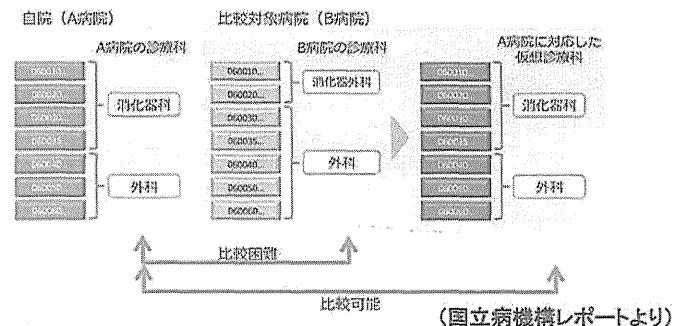
X': 患者構成の指標(変法), Y': 在院日数の指標(変法)

DPCを用いた病院機能の評価の例



仮想診療科分析

- MDC単位の分析では、自院での診療科別の評価に活用しにくい。
- 自院の診療科の名称及び診療範囲に沿った仮想診療科を設定し、他院のデータと直接比較する方法を考案
- 他院と診療科別の比較分析が可能に。



患者構成と在院日数の指標の評価

- 右上方向にある病院ほど良い病院
- 在院日数の指標を用いた病院マネジメント
 - 診療部門別、疾患別に具体的に対策を立てる
 - 短期入院の患者を増やしても改善されないことに注意
- 患者構成の指標を用いた病院マネジメント
 - 入院患者を選ぶことはできないので、簡単には改善できない
 - 専門的な手術や検査の患者を増やして改善
 - 地域連携を強化し、自院の特徴をより明確化する
 - 病床稼働率が下がり、軽症患者の入院が増えると低下する
 - 患者構成の指標は地域における病院の役割を反映

診療科別病院機能ダッシュボード(1)

図表 2-37 病院評価ダッシュボード (診療科別) (1/2)

	患者数	構成比		効率的指数	指標性指数
		自院	41病院平均 平均との比		
外科	870	17.0%	15.3%	1.11	1.05
消化器科	598	11.7%	13.1%	0.89	0.99
循環器科	447	8.7%	9.7%	0.90	1.16
呼吸器科	430	8.4%	8.5%	0.99	1.14
神経内科	377	7.4%	6.1%	1.21	1.25
整形外科	339	6.6%	5.6%	1.19	1.29
眼科	324	6.3%	4.6%	1.38	0.78
耳鼻咽喉科	289	5.6%	3.7%	1.54	1.00
小児科	251	4.9%	7.3%	0.67	1.43
脳神経外科	223	4.4%	4.5%	0.97	1.17
血液内科	186	3.6%	3.0%	1.22	1.19
泌尿器科	184	3.6%	4.9%	0.74	0.86
内分科	159	3.1%	2.6%	1.20	1.28
腎臓内科	94	1.8%	1.4%	1.33	1.05
内科	63	1.2%	0.7%	1.81	0.77
膠原病リウマチ内科	55	1.1%	0.9%	1.19	1.38
皮膚科	53	1.0%	1.1%	0.93	0.84
総合診療科	50	1.0%	0.8%	1.24	0.78
心臓血管外科	47	0.9%	1.2%	0.76	1.33
婦人科	43	0.8%	2.6%	0.32	0.95
産婦人科	26	0.5%	2.3%	0.22	1.03
放射線科	9	0.2%	0.2%	0.87	1.04

(国立病機構レポートより)

診療科別複雑性・効率性分析の計算方法

診療科	DPCコード	患者数	自院の平均在院日数	全国の患者数 ^{*1}	全国の平均在院日数 ^{*2}
消化器科	060010xx99x0xx	3	14.7	3653	13.3
	060010xx99x1xx	1	25.0	614	27.8
...
	060040xx0115xx	0		85	61.7

自院診療科別平均在院日数	全国の疾患構成に補正した場合 ^{*2}	全国の在院日数の平均を使用した場合 ^{*3}
17.5	18.1	17.0

在院日数の指標 ^{*4}	患者構成の指標 ^{*5}
0.97	0.94

*1DPC評価分科会データ

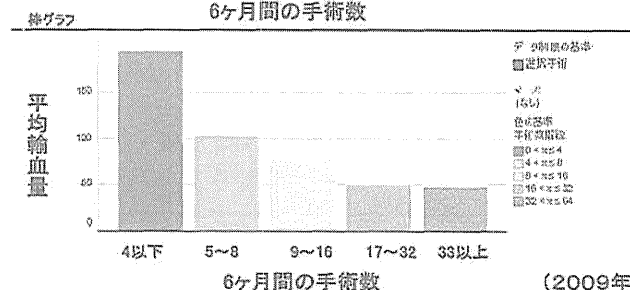
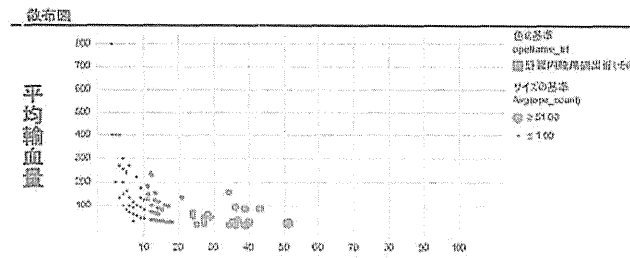
*2全国の疾患構成に補正した場合: 自院のDPC別の平均在院日数を全国の患者数で加重平均した値

*3全国の在院日数の平均を使用した場合: 全国のDPC別の平均在院日数を自院の患者数で加重平均した値

*4在院日数の指標: 全国の在院日数の平均を使用した場合 ÷ 自院の診療科別平均在院日数

*5患者構成の指標: 自院の診療科別平均在院日数 ÷ 全国の疾患構成に補正した場合

頭蓋内腫瘍摘出術の病院当たり手術数と平均MAP輸血量



(2009年研究班データ)

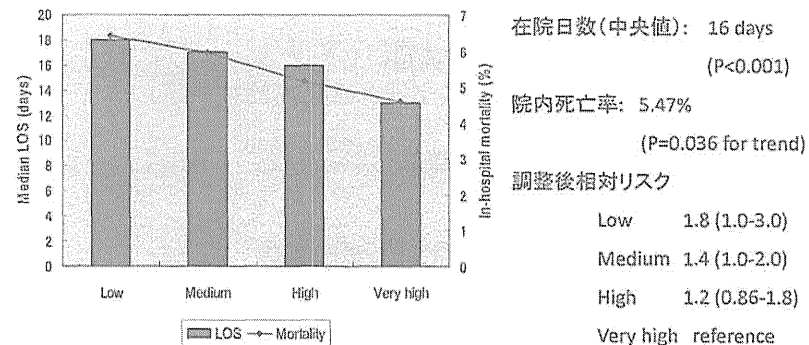
DPCデータ分析と医療の評価 診療プロセス分析

•医療の標準化や医療の質と効率性の向上のために
診療内容とその経過を可視化する手法

•DPC データのE,F ファイルは、個々の患者の日々の
診療内容が記録された診療明細電子データの活用

•従来、得ることが非常に難しかった医療現場のデータを
を簡単に集めることが可能

心筋梗塞患者におけるPCI施行後の院内死亡率と 医療機関のPCI実施数の関係



Low: <9 PCI, Medium: 9<PCI<35,
High: 35<PCI<70, Very High: >70 PCI
70PCIは年間に換算すると約400PCI

MIIによるPCI 1/3
AnginaによるPCI 2/3