

# クロス分析・戦略立案・KPI設定

## がん診療領域

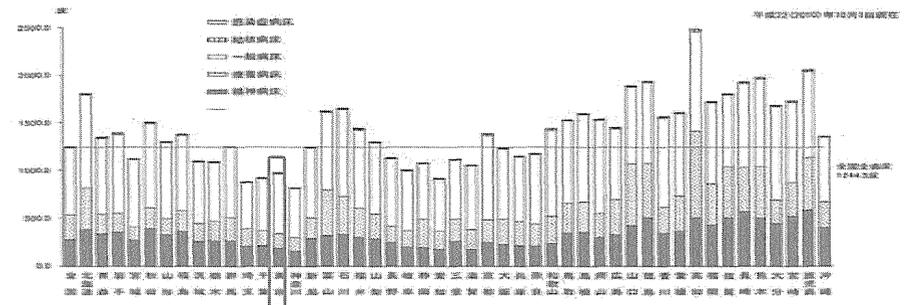
採用されたSWOT		戦略案	選択された視点	KPI		
				1	2	3
外来化学療法センターが充実	地域の高齢化に伴いがん患者が増加している	がんの化学療法に関する方針を一元化する	内部プロセスの視点	外来化学療法部門の患者を50%増	化学療法に関する院外医療者を対象とした研修会の開催(1回/月)	化学療法に関する協力医療機関の増加(20施設)
腫瘍を対象とした外科部門が強い	中堅医師が残りにくい構造	学部と病院の組織構造を見直し、中堅医師が残りやすい環境を作る	内部プロセスの視点	大学病院の講師・助教ポストを20増加	研修医・修練医を20名増やす	中堅医師の満足度の向上
社会医学系の教室が自治体の健診事業を支援	がん検診受診率が低い	自治体と一緒に地域住民を対象とした啓発事業の展開	顧客の視点	地域のがん検診受診率増(30%)	専門的検査(マンモ、CFなど)で受診する患者の増加(30%)	
市内にある唯一の大学病院	がんに対する高度医療ニーズの高まり	先進的がん診療に対する全学的取り組み	イノベーションと学習の視点	総合的ながん研究のための学内委員会設立	全学的な治験の実施(3件)	市民向けがん教室の開催(4回)

## 東京都医療圏の特徴

## 東京都医療圏の特徴

- 人口の集積
  - 国土の0.6%に、1300万人(総人口の約1割)が居住
- 医療の集積
  - 大学病院等の特定機能病院が14病院
  - 高度先進医療機関が多く、一般病院総数及び医師総数は全国1位
- 人口当たりで見ると、病院数などは全国平均を下回る
  - 区中央部医療圏を除くと、人口あたり一般病院数40位、医師数21位
  - 取り分け多摩地域及び区東部地域は、病院や医師等が少ない
    - 小児人口(0歳から14歳まで)は53万人ほどで微減に止まるが、小児科医師、および小児科標榜医療機関数が10年で約1割減

## 都道府県別にみた人口10万対病院病床数



- ✓ 最も多い県と最も少ない県の比:「全病床」は3.0倍、「精神病床」は3.8倍、「療養病床」は6.5倍、「一般病床」は2.1倍
- ✓ 東京は病床数自体は多いが人口10万対では全国平均を下回る

# 東京都医療圏(23区)

- 国土の0.16%に895 万人在住
  - (1)日本最大の医療集積地
    - 医学部本院12施設、全国の手術の1割を実施
  - (2)高齢者ベッドの極度の不足
    - 高齢者住居系サービスが突出して不足(特に区西部・区南部)
  - (3)多い医師、少ない看護師
    - 医師とは逆に看護師配置は全国平均を大きく下回る
  - (4)特別区内でも医療提供水準に大きな差
    - 区中央部: 医学部本院5施設
    - 区東北部: 全麻手術 >1000 件/年は2施設のみ

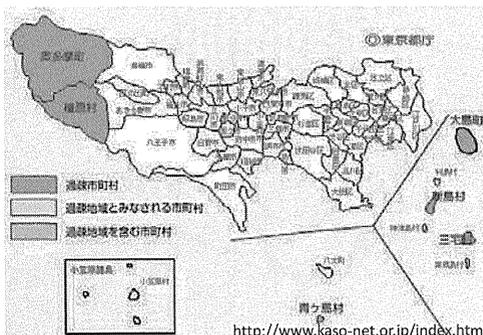
<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/prefs/>

# 東京都医療圏(23区外)

- 422 万人(福岡や静岡の県人口相当)
  - (1)基幹病院の数は全国平均下回る
    - 人口が多い割に、基幹病院の数は少ない
  - (2)特別区や他の医療圏への流入
    - 交通の便も良く、東京都内へ通勤する人も多い
  - (3)特別区からの長期療養や介護を必要とする高齢者の受け入れ
    - 一般病床数は少なく、高齢者病床数が多い

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

# 東京都の過疎市町村



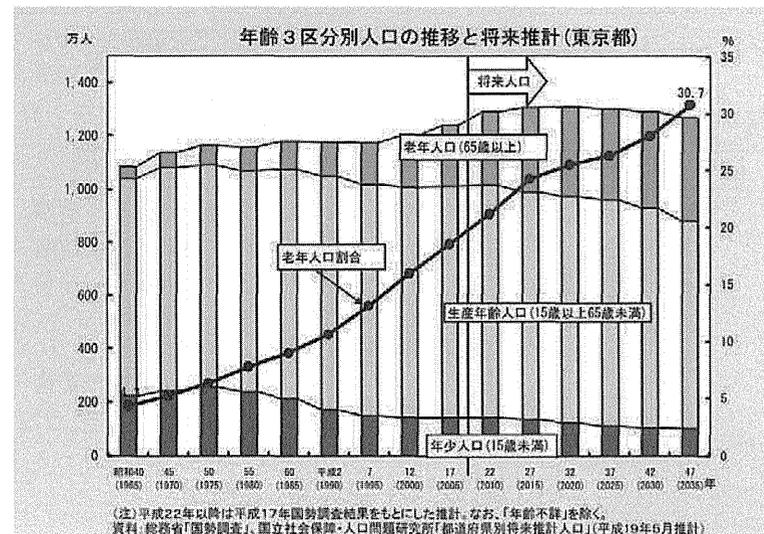
<http://www.kaso-net.or.jp/index.htm>

- 過疎地域市町村:
  - 過疎法第2条第1項及び第32条の要件に該当する市町村

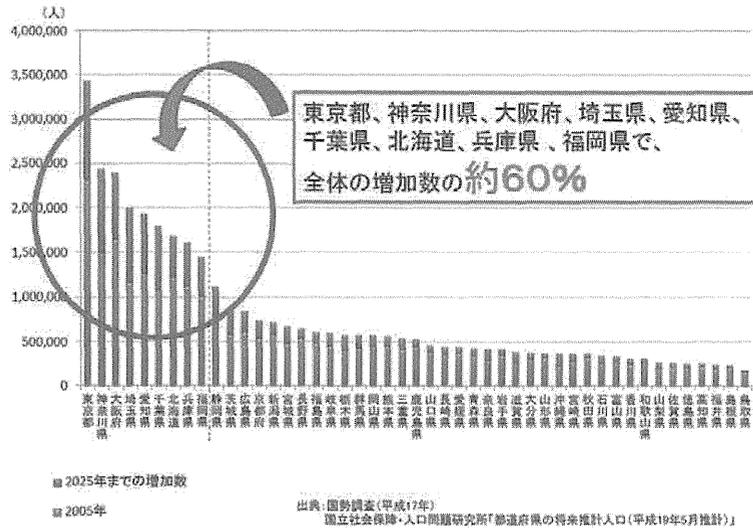
**人口要件:**  
 A、B、C、Dのいずれか  
 昭和35年～平成17年までの45年間の人口減少率  
 A 人口減少率が33%以上  
 B 人口減少率が28%以上で、平成17年の高齢者(65歳以上)比率が29%以上  
 C 人口減少率が28%以上で、平成17年の若年者(15歳以上30歳未満)比率が14%以下  
 昭和55年～平成17年までの25年間の人口減少率  
 D 人口減少率が17%以上

**財政力要件:**  
 平成18年度から平成20年度までの平均の財政力指数(行政経費に対する税金などの自己財源割合)が0.56以下

# 東京都における高齢化予測



## 世界で最も高齢者がいる・増加する都市



## 持続可能な日本の医療 向かうべき将来像は？

- 様々な視点：立場によって視点は異なる
  - 医療従事者
    - 都市部病院：「他地区のカバーを評価すべき」
    - 周辺地域病院：「流出を減らすための資源投入を」
  - 患者：近くで安心の医療を(人口からは都市部を優先？)
  - 経済学：最大多数の最大幸福(最大集団は高齢者。小児医療は？)
  - 政治：有権者(高齢者が多い)の強い意向と地域の将来のバランス

持続可能性・あるべき姿は？立場を超えて共有できる議論が必要

- 急速に進む急性期医療の誘導の枠組み
  - 政策：診療報酬
  - 法令：医療法改正(急性期病床群(仮称))の議論

現場や患者の実状・声・視点は？それを伝えられるのは現場にいる皆さんののでは？  
現場の視点に基づく、データによる裏付けのある提案・議論を

480  
まために変えて

## 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。

# 本日のアジェンダ

- 目標 ; 自院データを自力で分析する  
(ために必要な技術や道具を知る)
- 内容 1 ; 自院データから分析用データ作成
- 内容 2 ; 分析用データを用いて分析

## Eファイル分析実習

産業医科大学 公衆衛生学教室  
村松 圭司

2013/06/15 青森会場

481

## 必要なもの

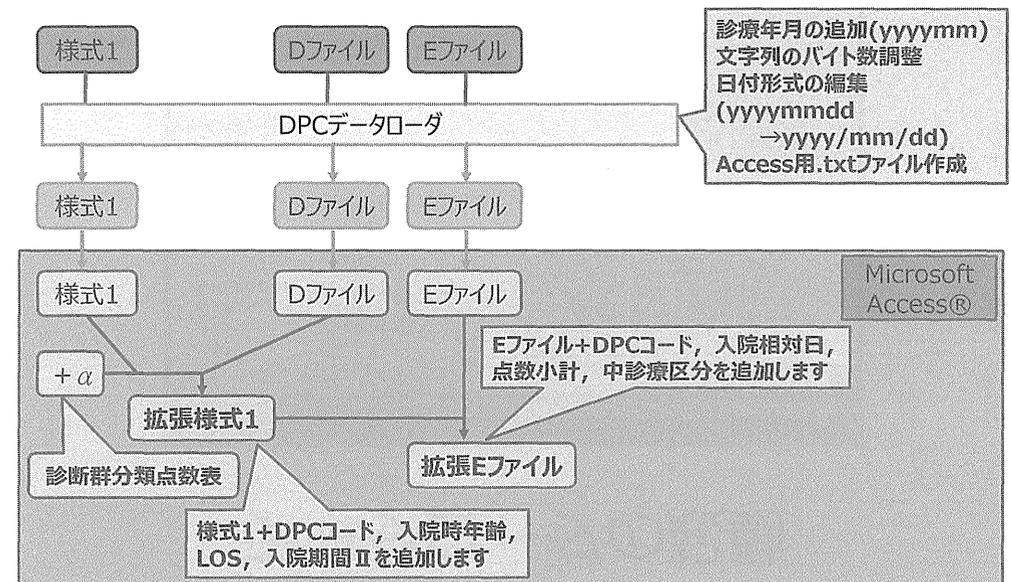
- DPCデータローダ (配布)
- Microsoft Office® Access® (ファイルは配布・アプリケーションはご準備ください※ 1 )
- QlikView® (ご準備ください※ 1)
- 自院データ (今回はダミーデータ使用・配布※ 2)

### 予習用動画

[https://sites.google.com/site/pmchuoe/files/dpcfiles/aomori\\_130615\\_movie](https://sites.google.com/site/pmchuoe/files/dpcfiles/aomori_130615_movie)

※ 1 <http://bit.ly/11saUN6>  
※ 2 パスワードは当日配布

## 分析用のファイルが出来るまで

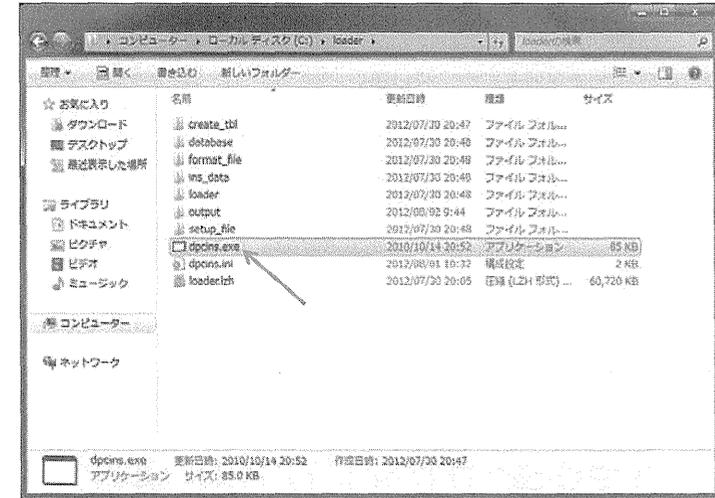


# DPCデータローダのインストール

# データローダの起動



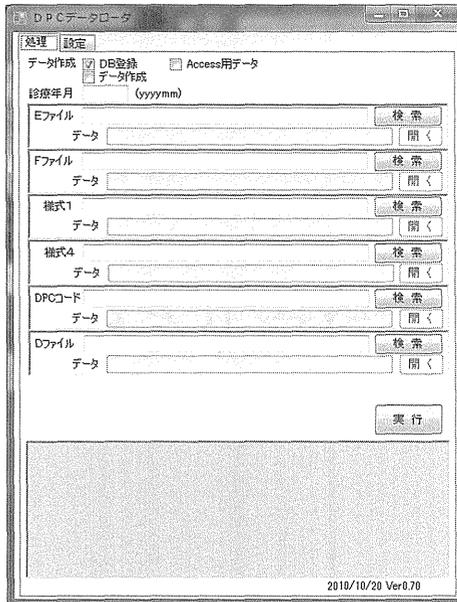
フォルダごとコピーするだけです



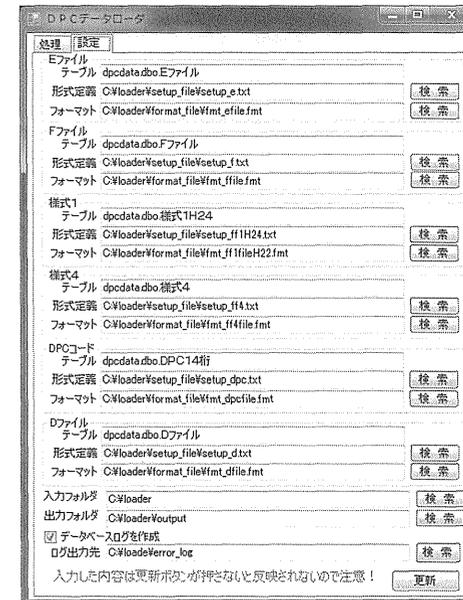
dpcins.exe をダブルクリックして起動します (アイコンはVer.によって違います)

482

## 起動後の状態



## 起動後の状態 (設定タブ)



Cドライブ直下に保存をした場合はこのまま[更新] それ以外であれば指定し直します

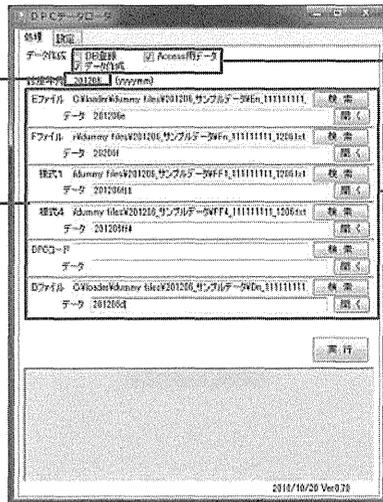
初回起動時にエラーメッセージがたくさん出ることがありますが一旦全てOKにすると起動します

※「テーブル」欄は、SQL用の記述のため変更不要です

# 各ファイルの指定

診療年月を入力  
(yyyy-mm)  
e.g. 201306

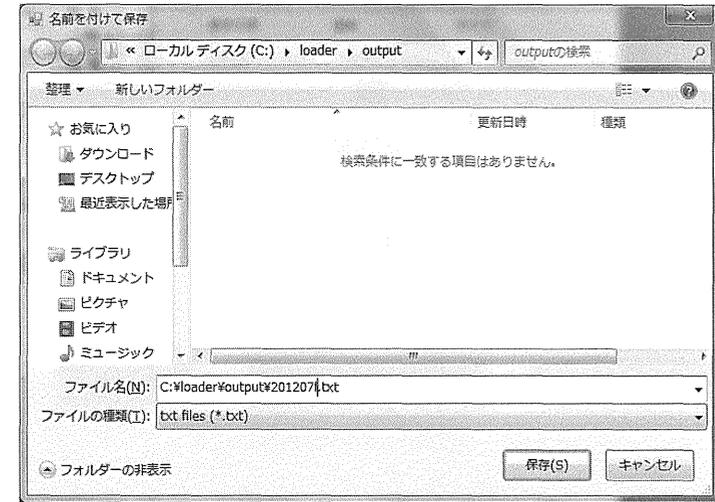
E,F,FF1,Dそれぞれの  
元ファイルを指定する



Access用データをチェック  
すると、自動的にデータ  
作成にもチェックが入る

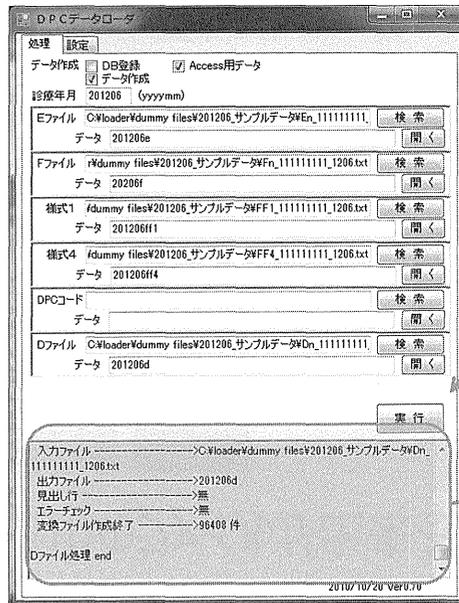
「データ」には、新たに  
作成されるファイルを  
指定します (次頁)

# データ作成ファイルの指定



新しいファイルの保存場所は任意(outputフォルダが無難)  
ファイル名も(ご自身でおわかりになれば)任意

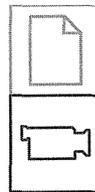
# 処理終了後



「実行」を押すと  
変換開始されます

上から順番に  
変換していきます

どれか一つだけでも  
変換可能です

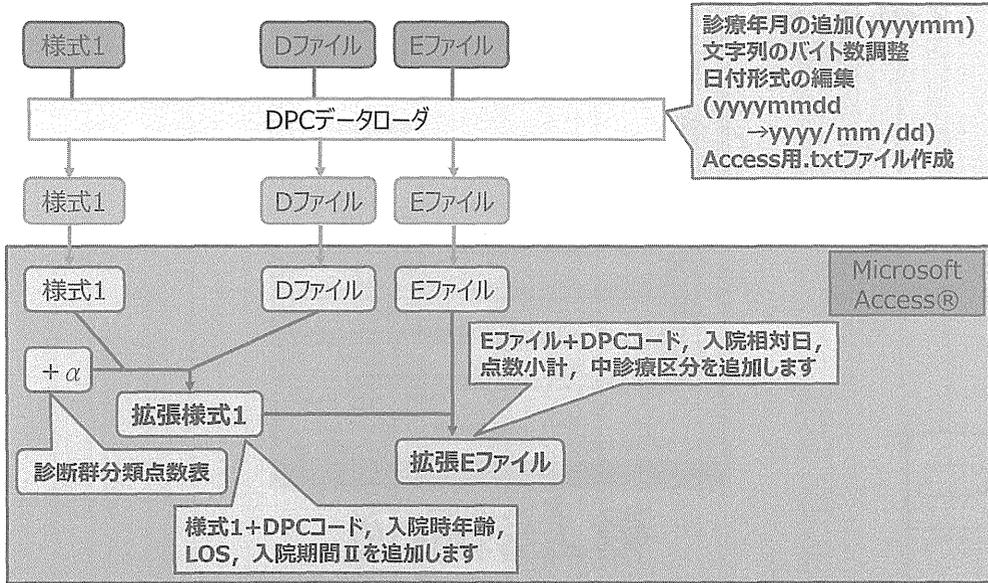


# 作業 1 ; ローダ処理

- 様式 1 とDファイルは一か月分
- Eファイルは二か月分
  - それぞれローダ処理してください
- ヒント
  - 診療年月は201307もしくは201308
  - 7月のFF1/D/Eは一度に処理可能

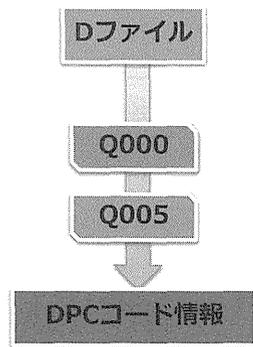


# 分析用のファイルが出来るまで



484

# それぞれのテーブルとクエリの関係



凡例



# 配布ファイル概説

- 「テーブル」と「クエリ」でできています
- 「テーブル」 = 表
- 「クエリ」 = 表に対しての質問 (≒命令)
- 配布したAccessファイルを開きましょう

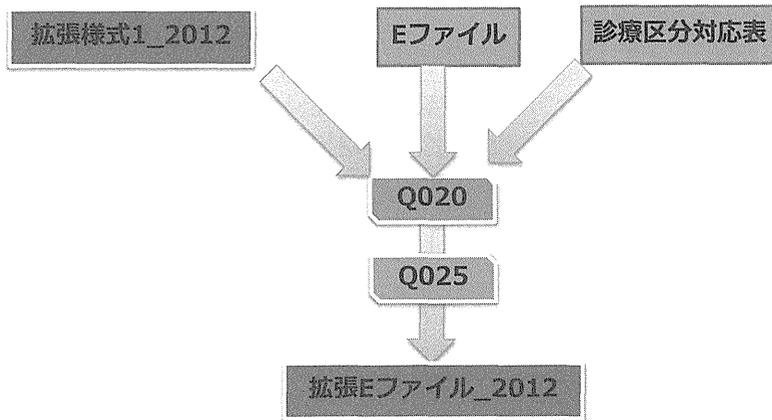
# それぞれのテーブルとクエリの関係



凡例



# それぞれのテーブルとクエリの関係

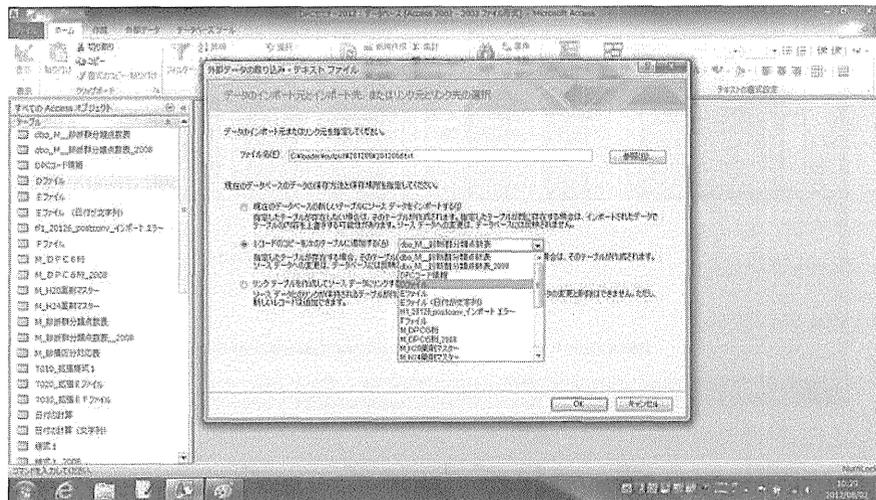


凡例

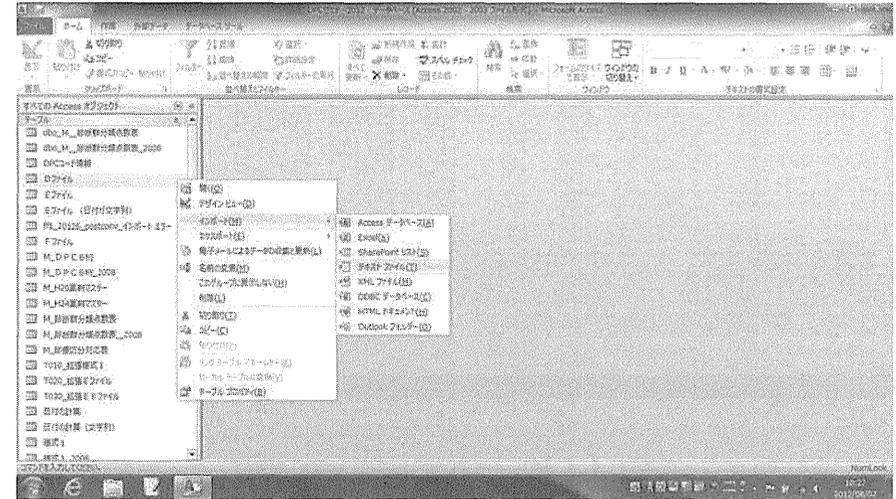
- インポートしたテーブル
- 追加クエリ(Qxx5)
- 新規作成テーブル
- 選択クエリ(Qxx0)

485

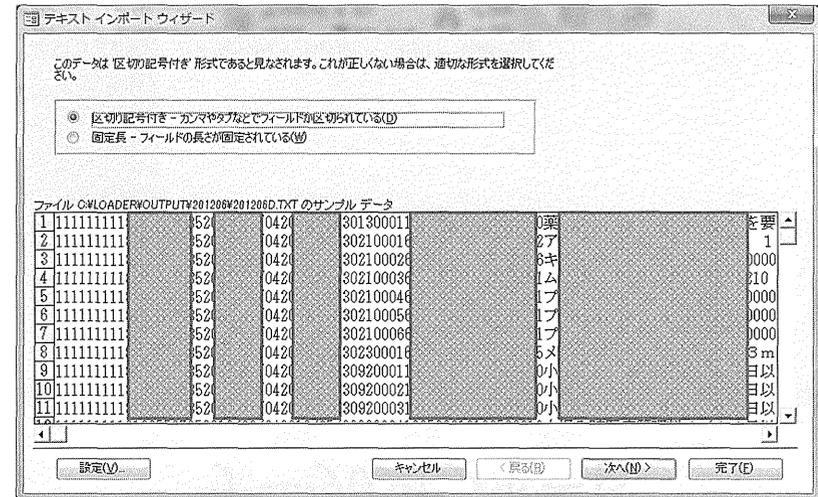
# データのインポート



# データのインポート

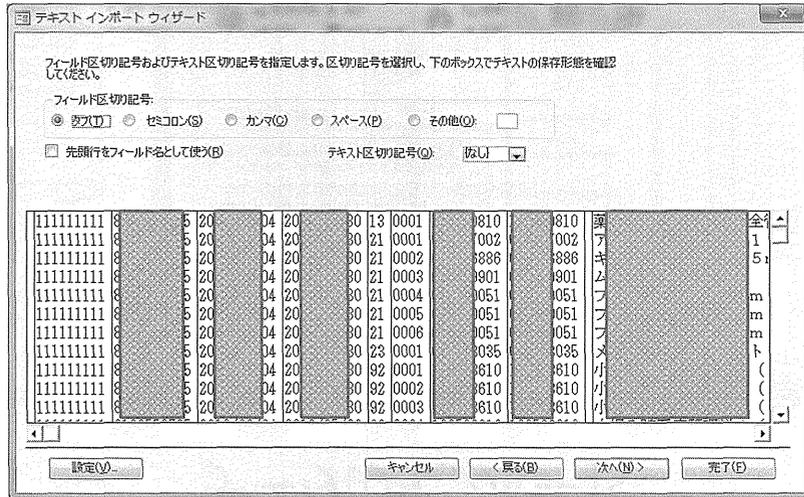


# データのインポート



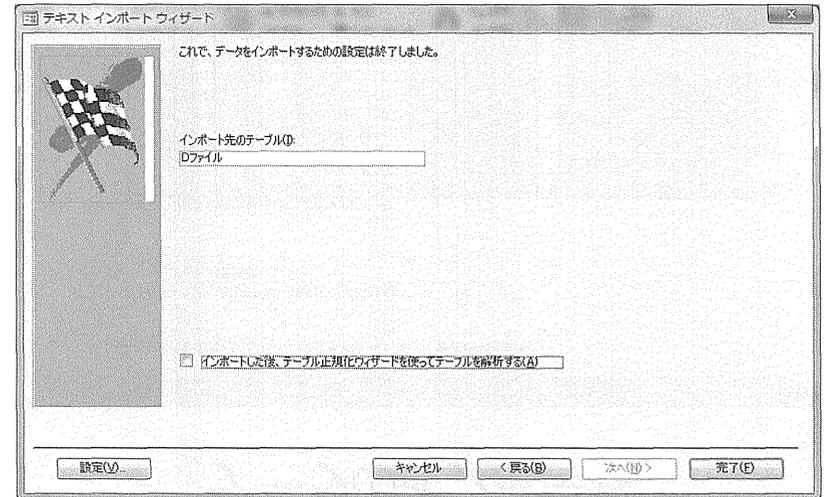
※一部マスクしてあります

# データのインポート



※一部マスクしてあります

# データのインポート



この作業を作成したすべてのファイルに対して行います。  
ファイルの追加も全く同じ手順です

## 作業2 ; データのインポート

- 様式1とDファイルは一か月分
- Eファイルは二か月分
  - それぞれインポートしてください
- ヒント
  - インポートするテーブルの名前をよく確認
  - インポートエラーが出てても気にしない (分析に使用しないエラーは無視)

## 拡張様式1の作成



ダブルクリックすると... もう「拡張様式1」の完成!

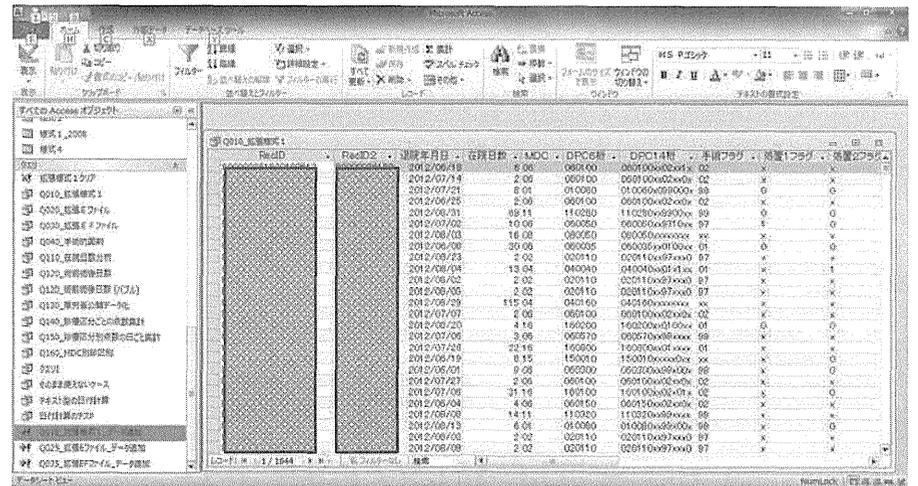
※一部マスクしてあります

# 拡張様式1の作成

- RecID
- RecID\_1
- データ識別番号
- 性別
- 入院年月日
- 退院年月日
- 在院日数
- MDC
- DPC 6桁
- DPC 14桁
- 手術フラグ
- 処置1フラグ
- 処置2フラグ
- 副傷病
- 入院時年齢
- I C D 10
- 主傷病名
- 手術有無
- 手術日
- 化学療法有無
- 入院期間II



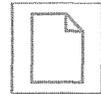
# 拡張様式1の作成



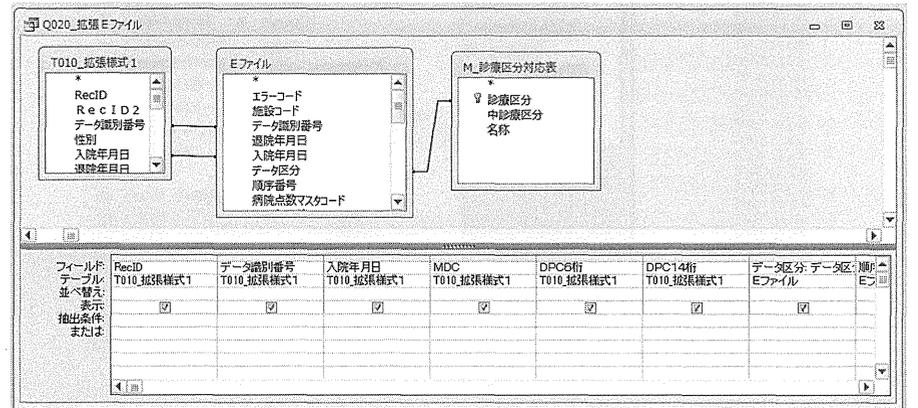
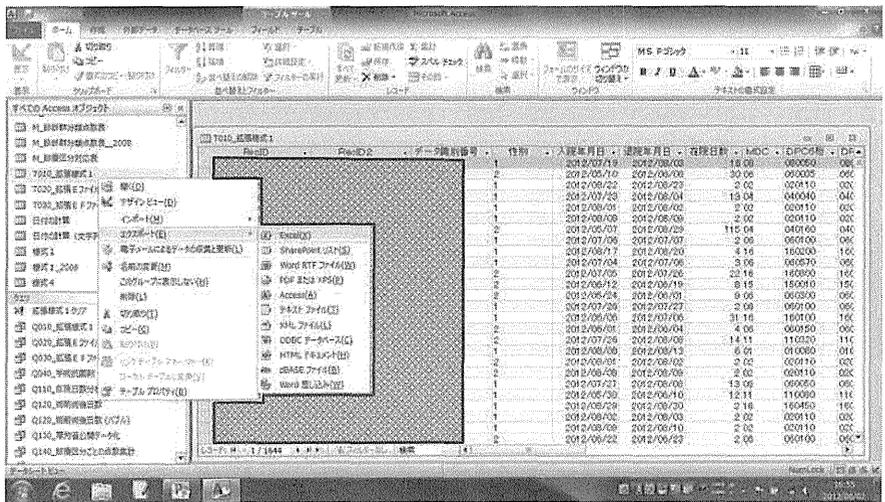
※一部マスクしてあります

487

# 拡張様式1の作成



# 拡張Eファイルの作成



※一部マスクしてあります