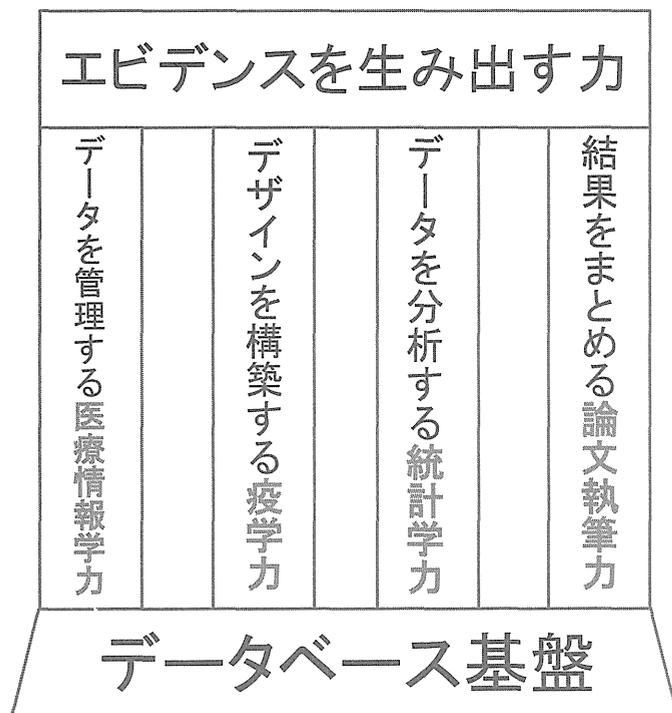
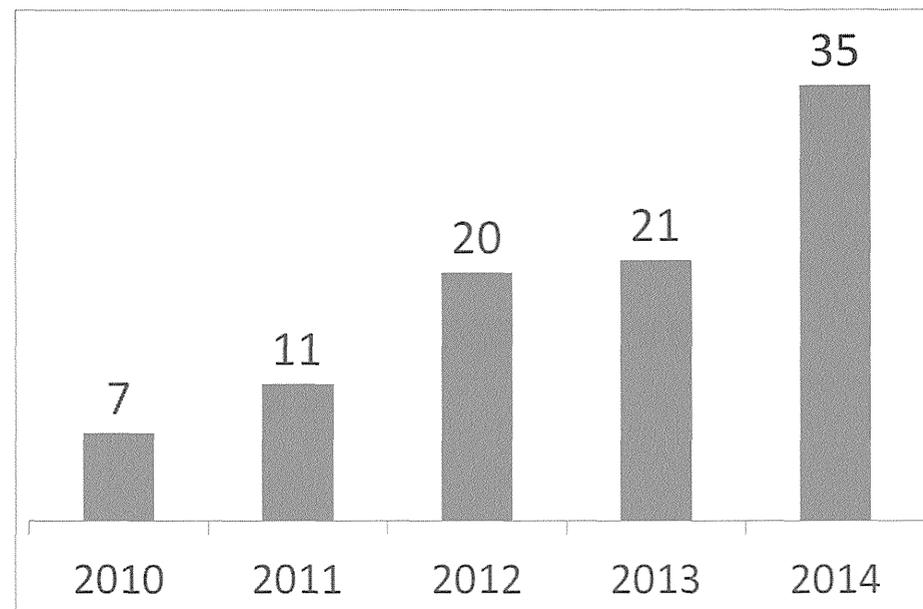


## 結 論

肺塞栓救急入院患者に抗血栓療法に追加してIVCフィルター留置を実施すると在院死亡率は有意に低下する



## DPCデータベース研究 論文(Original Article)出版数



29

## まとめ

DPCデータは明日の医学・医療の進歩に貢献する知を創造します。

31

DPCという物差しで計った  
今の医療、これからの医療  
～ある内科医のDPC説明会からの10年～

名古屋大学医学部附属病院  
メディカルITセンター  
白鳥 義宗

名古屋大学

DPCの説明会に出席することになり、  
そこから人生の歯車が変わってしまいました。

### 診断群分類コードの構成

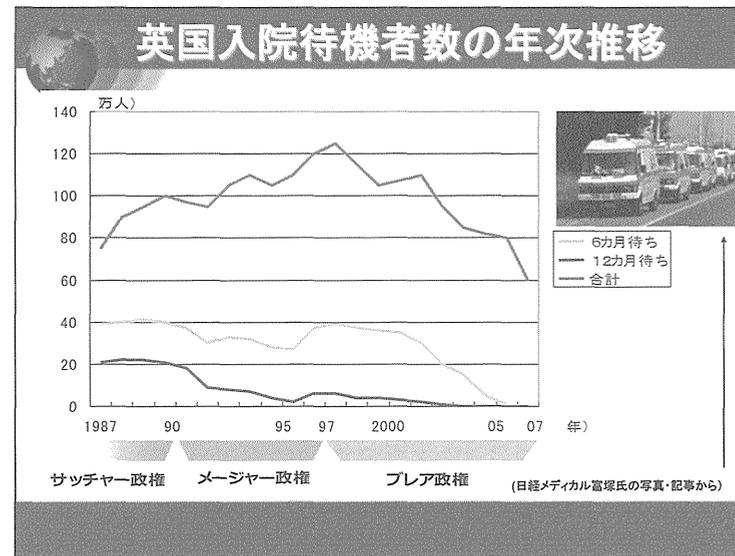
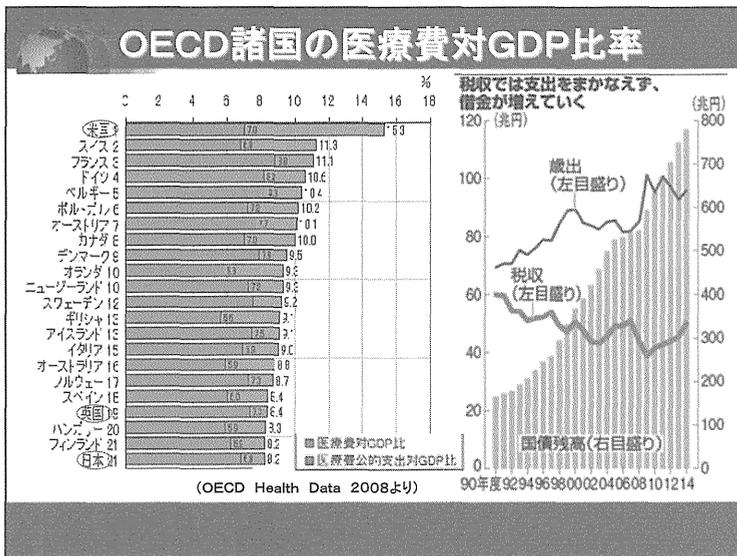
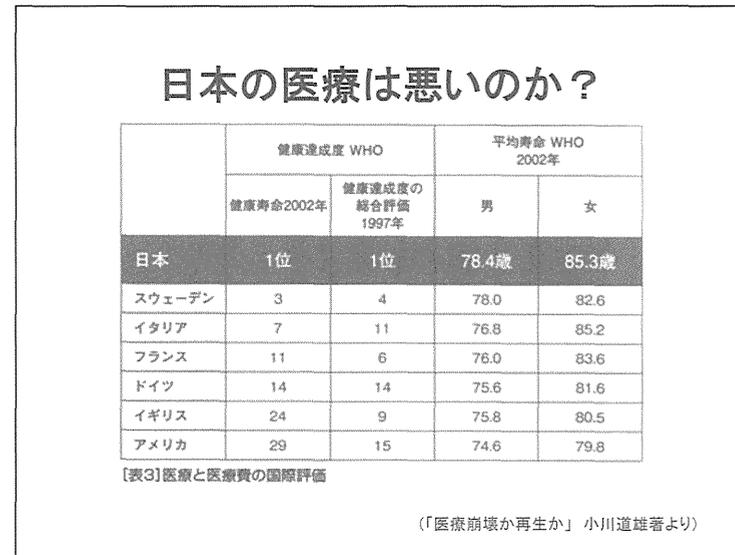
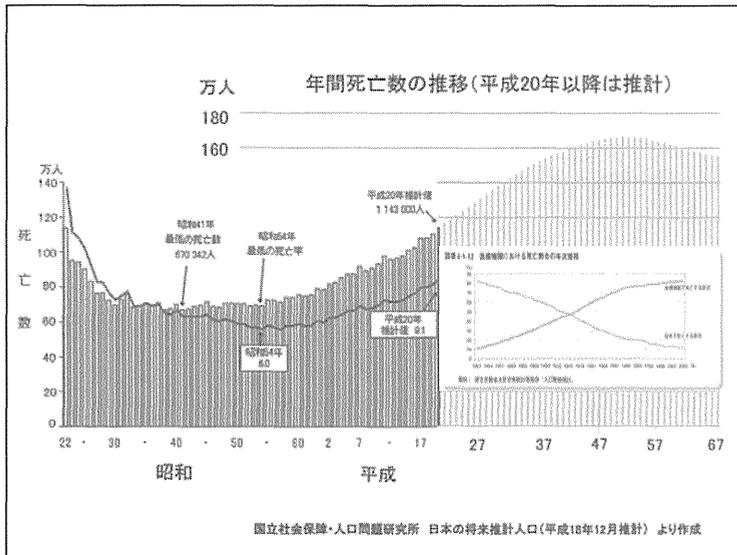
例) **06 0010 3 x 01 x 1 1 x**

主要診断群 (06) → 傷病名 (0010) → 入院種別 (3) → 年齢・体重 (x) → JCS条件 (01) → 手術分類 (x) → 処置等1 (1) → 処置等2 (1) → 副傷病名 (x) → 重傷度等 (x)

**D P C**  
(Diagnosis Procedure Combination)

### DPC と DPC/PPS

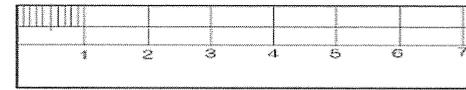
- 本来DPCはPPSのために作られたわけではない。
- DPCに使われているICD-10コードも本来は死亡統計のための国際コード
- DPCは診療の体系化(分類)をとして目的として考案された。
- 厚生労働省はそれぞれのDPCに対する標準治療計画(クリニカルパス)を各特定機能病院に要求
- 厚労省の真の意図は、病院データを厚労省に対してガラス張りにすること？



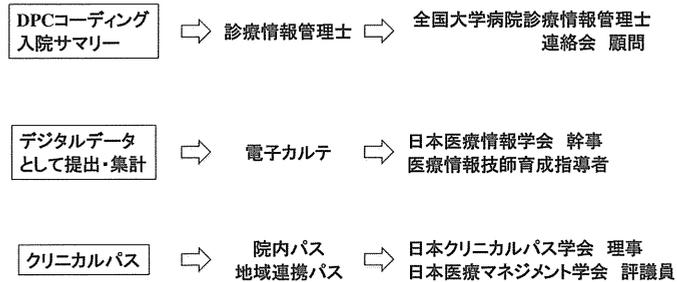
## 今後の医療における課題

- 高齢者の増加
- 複数疾患を有する患者の増加
- 標準医療の高度化
- 医療に対する権利意識の高まり
- 医療費、医療財政の問題  
(ベッド数の削減、医療費抑制)

## DPC という「物差し」

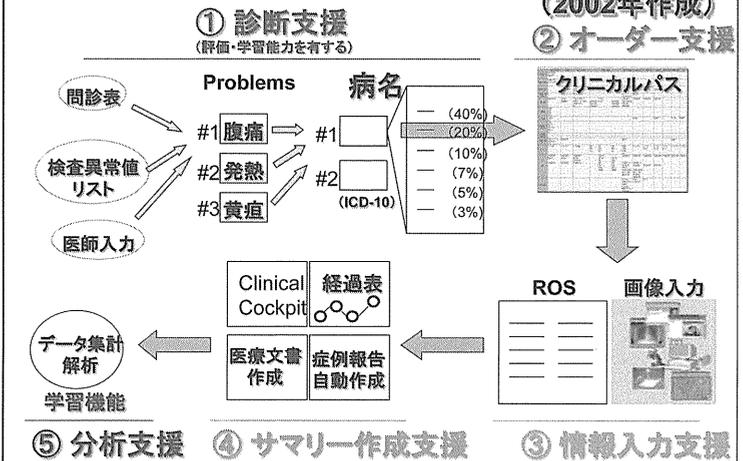


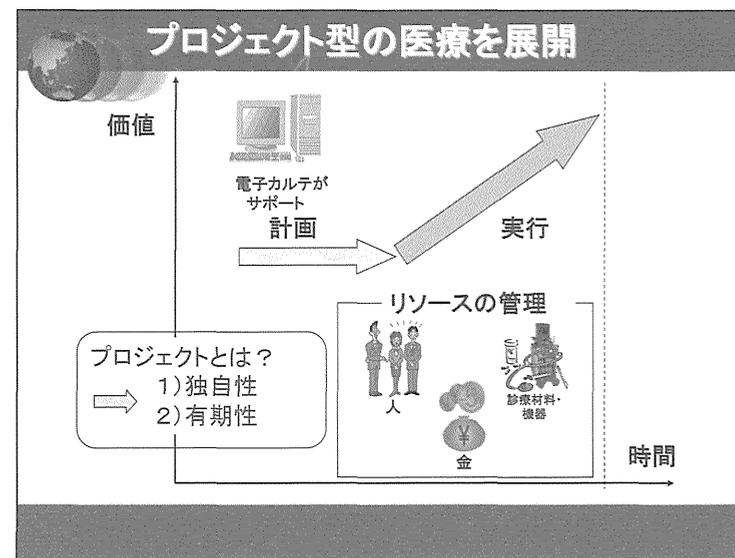
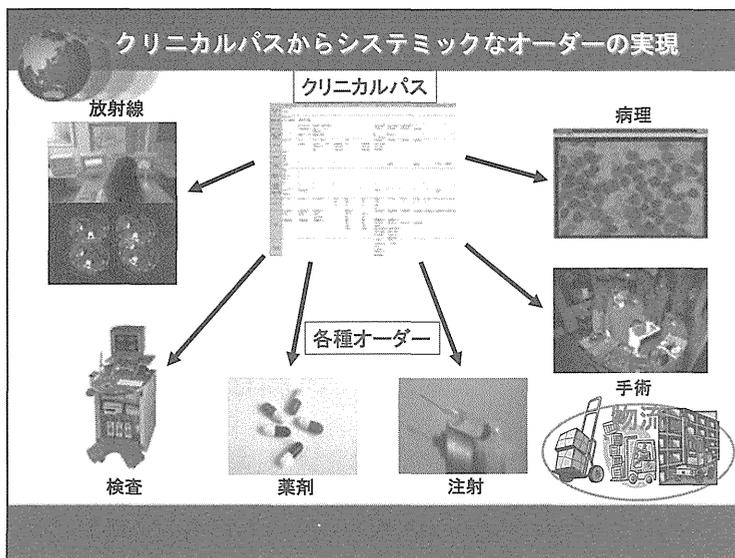
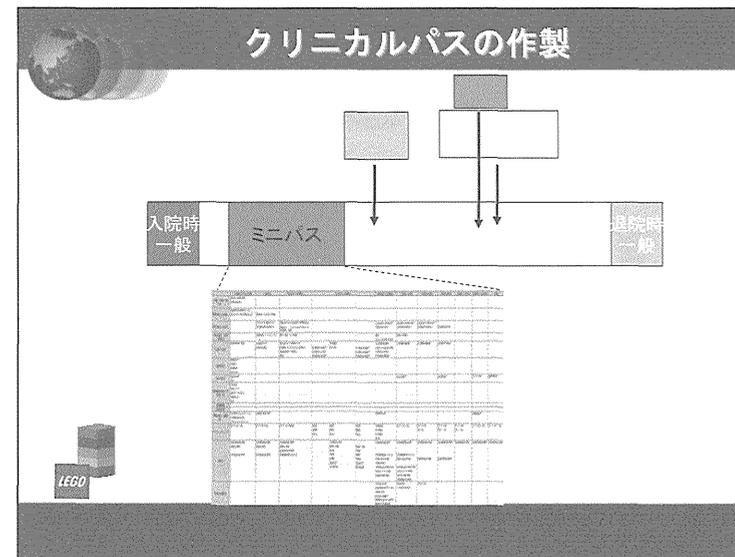
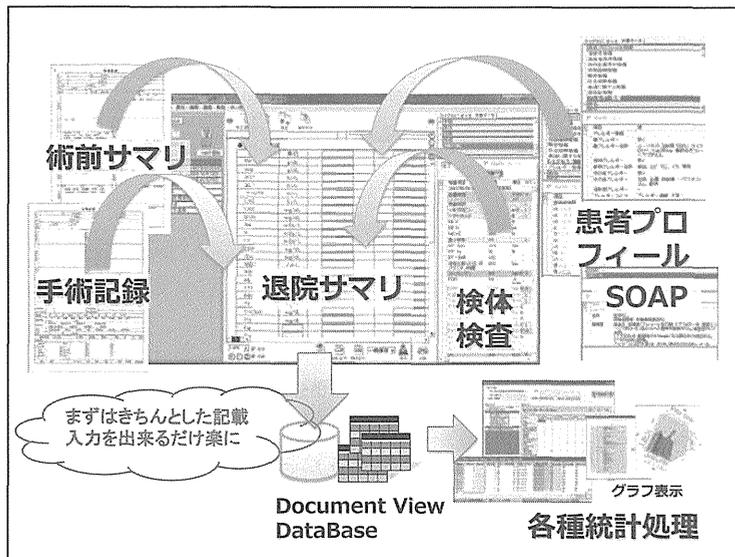
## DPCの説明会で言われた事を きちんとやっていくためには？

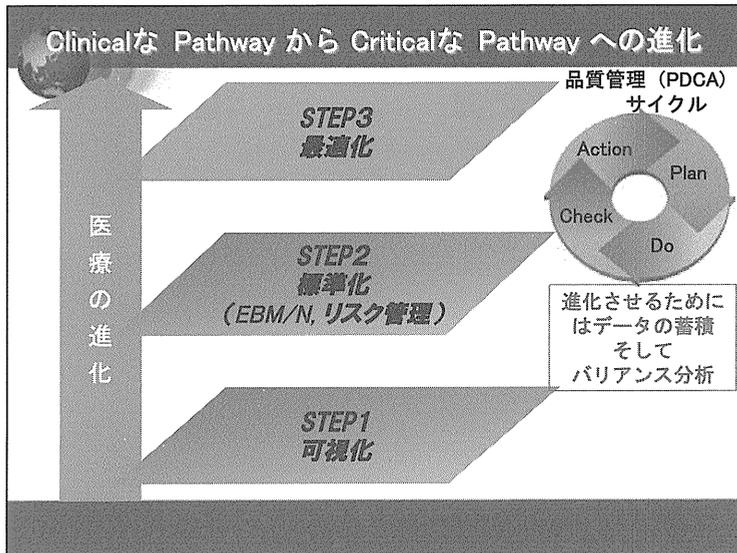
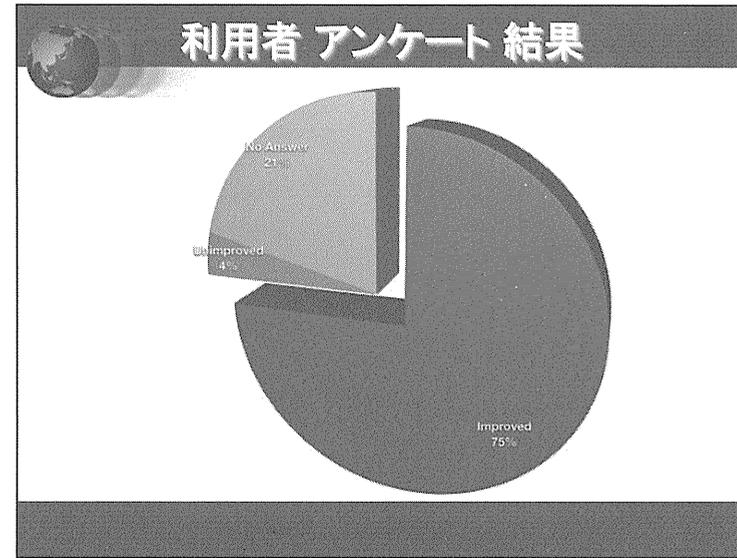
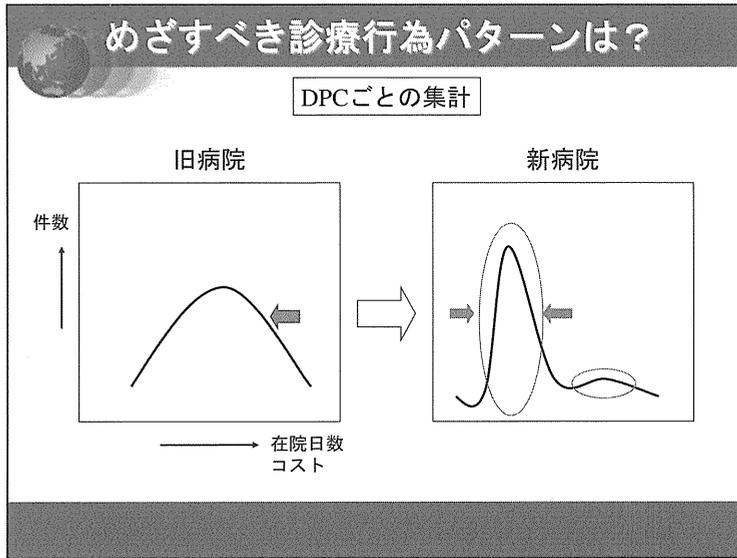


いつもあなたのそばでサマリーをなかなか書いてくれない困った先生は  
実は凄いポテンシャルを秘めているかもしれません！

## 電子カルテシステムを活用した新しい医療提供体制の構築 (2002年作成)







### 診療工程の3ステップ分析法

- どのパスを検討すべきか？  
(分布の比較→レーダーチャートによるカテゴリー分析)
- 診療工程のどこを直すべきか？  
(アウトカム・バリエーションの2つを一覧表示し、個々のばらつきを可視化)

例 1) 在院日数  
2) 収支  
3) アウトカム評価  
4) バリエーション数  
5) 医療の質

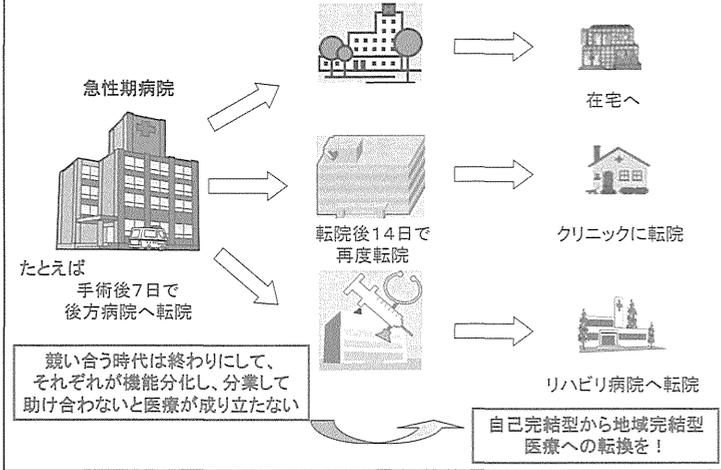
症例	年齢	性別	手術時間	出血量	術前日数	手術日	早期	後期	準備期	術後在院日数	入院期間	退院のズレの理由
基準アウトカム設定												
0334709	61	男	262	140	1	1	2	4	4	14		
0330291	52	女	528	210	1	1	3	3	3	11		
0331016	77	女	386	490	2	1	2	3	4	14		10日以上の超過
0116207	47	男	211	30	4	1	2	2	2	10		
0334494	59	男	205	70	2	1	2	3	3	16		10日以上の超過
0129711	22	女	455	60	2	1	2	3	3	14		23日以上の超過
0334654	65	女	235	70	2	1	2	3	3	14		18日以上の超過
0167517	66	男	439	445	2	1	2	3	3	24		33日以上の超過
0330829	48	男	209	9	1	1	2	2	2	22		2日以上の超過
0331740	76	男	98	15	4	1	2	3	3	10		14日以上の超過
平均	63.0	40V/50	302.7	150.0	2.8	1	2	3	3	15.4	15	18日
SD	24	40V/50	29	62	17	0	0	0	0	4.680001	5.6174316	719783

### クリティカル・インディケータのチェック機能

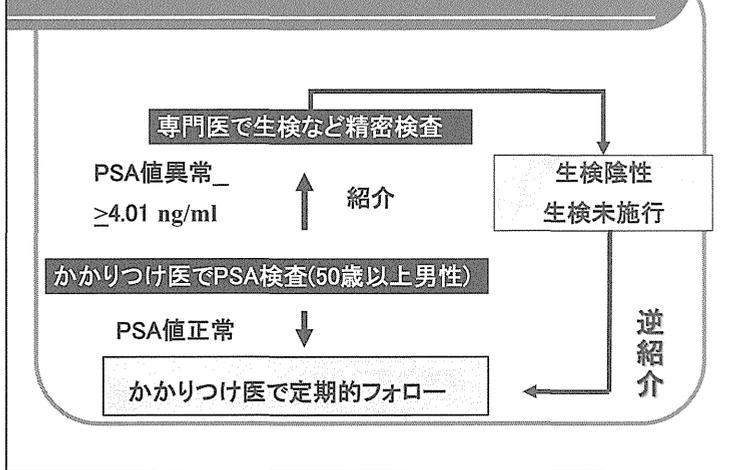
The screenshot shows a software interface for monitoring critical indicators. It features a table with columns for patient ID, name, and various clinical metrics. Below the table, there are three callout boxes:

- ステップ別のゴールとタスク (Goals and tasks for each step)
- 達成率 (Completion rate)
- 達成日の曜日との差異とそのバラつき (Difference from the day of completion and its variability)

### 在院日数数日の時代の病診・病病連携は？



### PSA検査地域連携パス

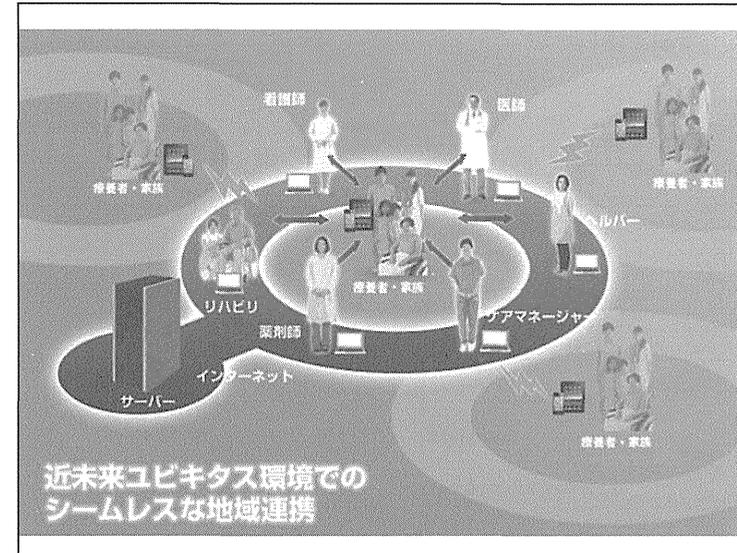


### 地域連携パスの評価

- 1) 診断・治療の標準化ができたか?
  - ・検査・治療はほぼ予定通りに行えている (以前の様に前回のエコーがいつかなどについて考慮しなくてよい) (年に1回の検査などが抜けやすい)
- 2) 肝癌が早期発見できたか?
  - ・進行肝癌は現時点ではない?
- 3) コスト削減ができたか?
  - ・検査の重複が避け得ている

## 地域連携パスへの期待

- (後方クリニック)
- 1 後方病院確保  
地域のレベルアップ → 病院の人的負担軽減  
多くの患者さんに対応
  - 2 統一化 → 切れ目のない療養計画、安心感  
(均てん化)
  - 3 IT化 → 情報の共有化  
情報開示・解析 (安心・効率化)



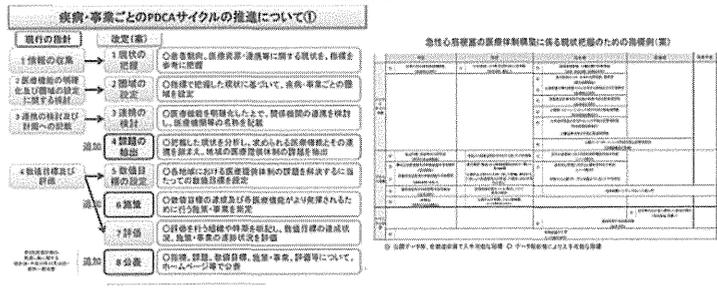
## 医療対策協議会と地域医療支援センターの関係について(イメージ)

医療対策協議会 (医療法第30条の12に基づく)

緊急医療等確保事業<sup>※</sup>に從事する医療従事者の確保をはじめとして、都道府県において必要とされる医療の確保に関する方針などを定めるため、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行う場

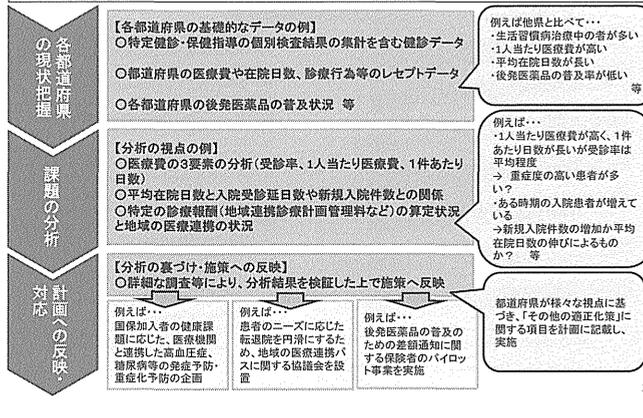
### 構成

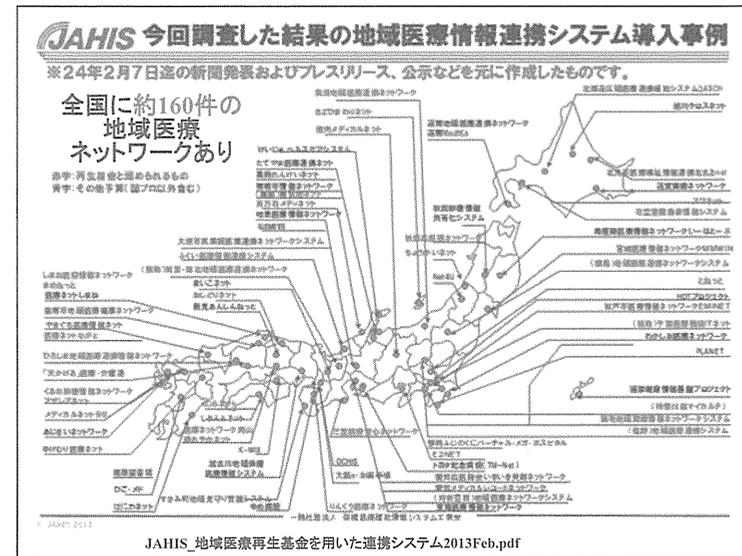
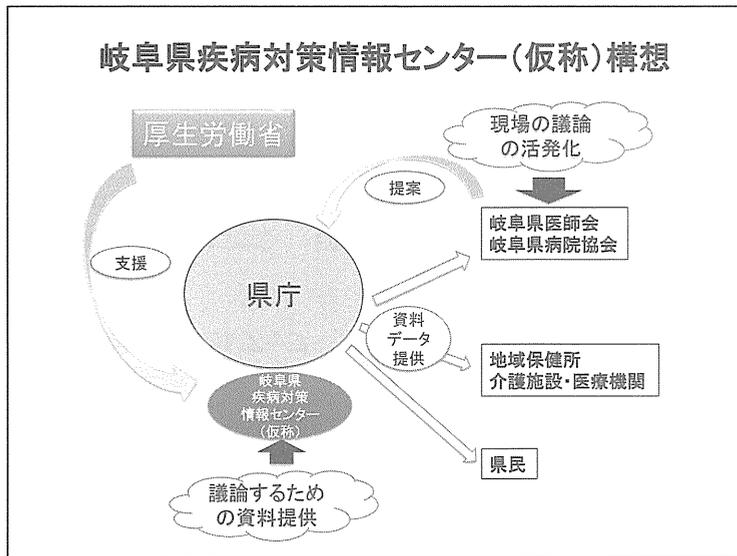
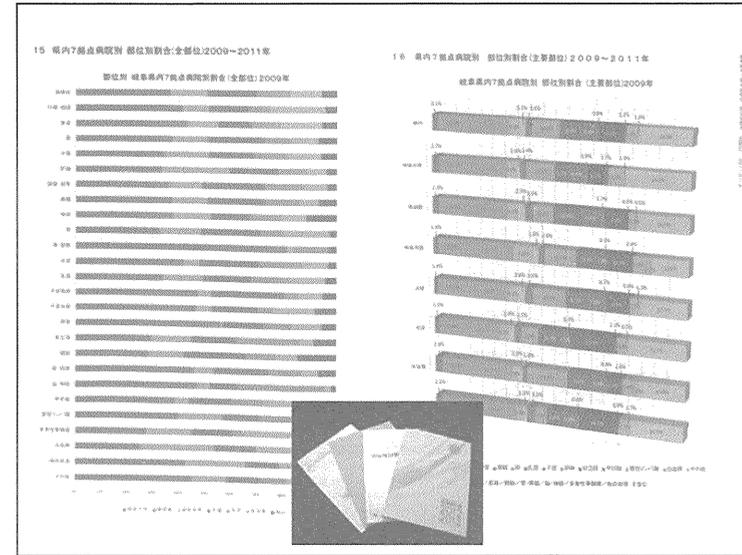
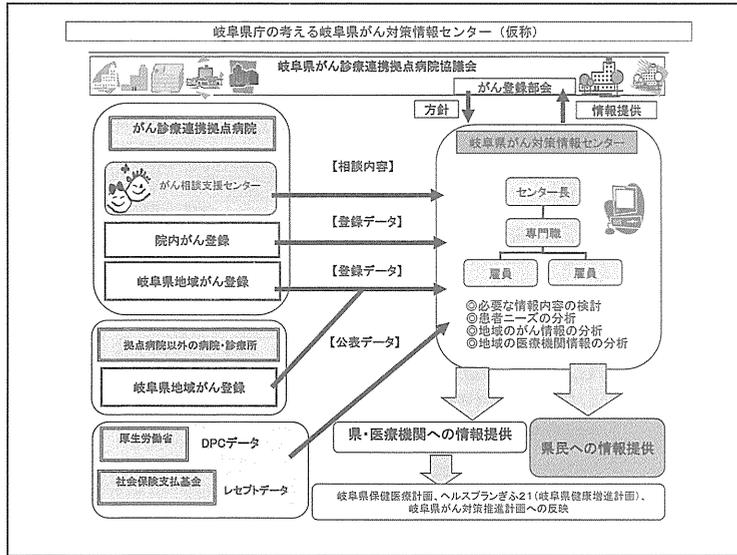
※特定後援病院、地域医療支援センター、当院医療機関等の病院関係者・医療従事者養成関係機関(大学等)  
診療に関する学識経験者の団体・関係者向け・地域住民を代表する団体 など

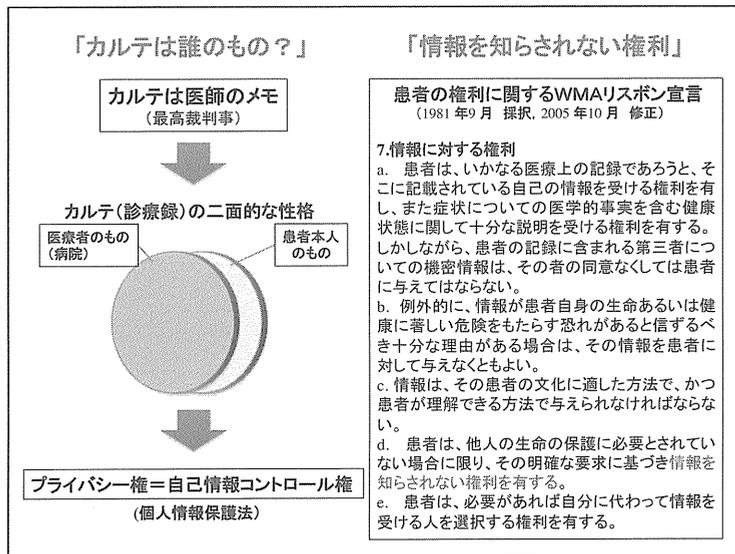
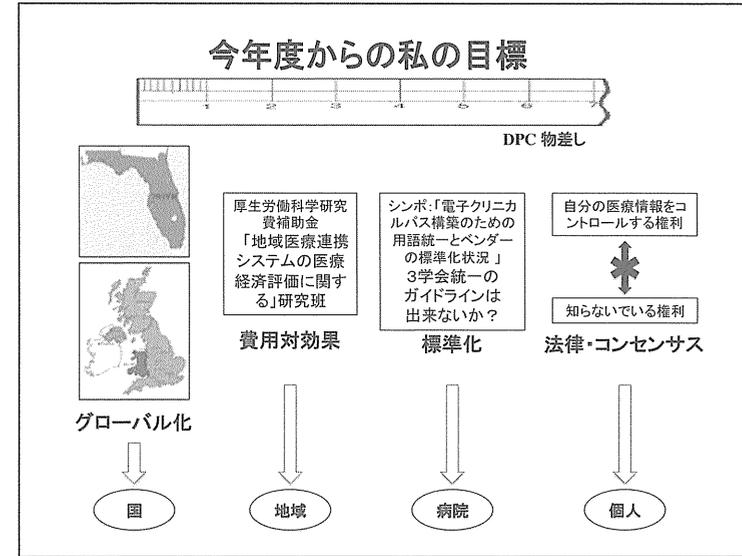
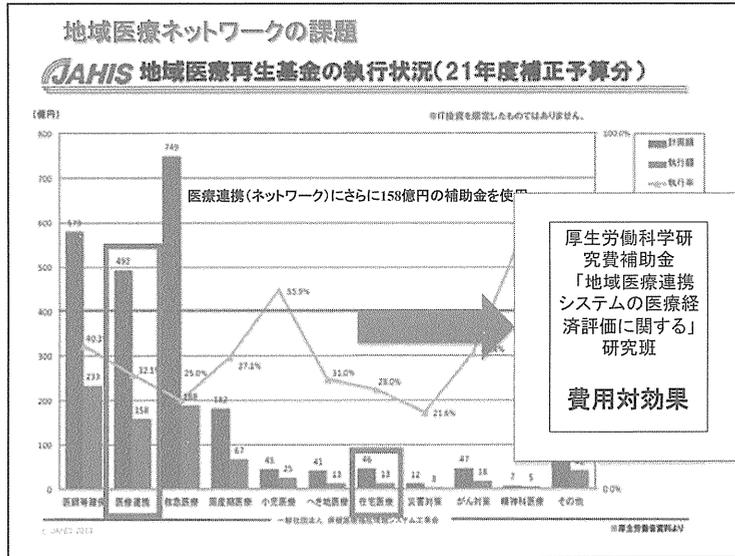


## 都道府県へのデータ提供について

○ 都道府県からは地域の医療費の分析に資するデータの提供なども要望されている。国においては、今後、各都道府県が地域の医療費の状況を分析する際に参考となるデータ提供を行うとともに、説明会等を開催することで分析手法など活用方法についてもできる限り情報提供に努め、都道府県が様々な視点から医療費の適正化に取り組むことを支援していきたい。







### これからの医療のために一緒に考えてみませんか？

DPCをどう活かすことができるのか？  
DPCを使って何をなすべきか？

協力してくれる人がいないと思っている、あなたのそばにいる先生方は大変な潜在的ポテンシャルを秘めているかもしれません。みんなでこれからの医療を考えていくことが大切ではないでしょうか？

# データを活用した経営戦略

北海道厚生農業協同組合連合会  
 病院事業推進部 病院管理課 鈴木 淳

## Contents

### 分析事例 その1

#### 外来分析

### 分析事例 その2

#### 救急医療管理加算分析

### 分析事例 その3

#### 後発医薬品分析

### 分析事例 その1 外来分析

外来の1日当り患者数と単価(平成26年7月末現在)

		Hosp_01	Hosp_02	Hosp_03	Hosp_04	Hosp_05	Hosp_06	合計
1日当り患者数 (人)	7月末実績	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
	計画対比	△ 1.9	+ 21.9	△ 29.7	△ 52.8	+ 10.4	△ 48.8	△ 100.9
	前年度対比	△ 5.3	△ 15.5	△ 0.7	△ 45.3	△ 31.5	+ 2.7	△ 95.7
外来収益単価 (円)	7月末実績	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
	計画対比	+ ****	+ ****	+ ****	△ ****	△ ****	+ ****	+ ****
	前年度対比	+ ****	+ ****	+ ****	+ ****	+ ****	△ ****	+ ****
外来収益 (千円)	7月末実績	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
	計画対比	+ ****	+ ****	△ ****	△ ****	+ ****	△ ****	△ ****
	前年度対比	+ ****	+ ****	+ ****	△ ****	△ ****	△ ****	+ ****
	計画達成率	103.0%	103.9%	98.4%	92.8%	100.3%	89.5%	99.8%
	前年度達成率	102.7%	102.6%	104.5%	94.2%	96.5%	99.2%	101.3%

- ・患者数は5病院で患者数を下回っているが、単価は上昇している。
- ・Hosp\_04~06の減収を3病院でカバーしている。

- ・外来患者数の減少は経営上苦しいという見方もある一方で、単価が上昇している局面においては、効率化が進み入院に注力できる状況にあるとも読み取れる。
- ・紹介率・逆紹介率が進展すると、こうした傾向が出てくると想定される。

### 分析事例 その1

#### 外来分析

分析事例 その1 外来分析

延べ患者数と実患者数の比較

	延べ患者数(4~6月)			実患者数(4~6月)		
	H25	H26	差	H25	H26	差
Hosp_01	****	****	△ 175	****	****	+ 375
Hosp_02	****	****	△ 810	****	****	△ 87
Hosp_03	****	****	△ 206	****	****	+ 529
Hosp_04	****	****	△ 3,529	****	****	△ 1,598
Hosp_05	****	****	△ 1,799	****	****	△ 619
Hosp_06	****	****	+ 897	****	****	+ 243
合計	****	****	△ 5,622	****	****	△ 1,157

- ・Hosp\_04,05は医師体制の影響から患者自体が減少している。
- ・Hosp\_01~03は延べ患者は減少しているが、実患者は微減か上昇。
- ・Hosp\_06は延べ患者、実患者、共に上昇。

分析事例 その1 外来分析

一月あたりの受診回数の比較(6病院合計 4~6月)

		H25	H26	増減数	増減率
延べ患者数		****	****	△ 5,622	△ 1.5%
実患者数		****	****	△ 1,157	△ 0.5%
受診回数 /月	1回	****	****	+ 236	+ 0.2%
	2回	****	****	△ 369	△ 0.8%
	3回	****	****	△ 442	△ 2.7%
	4回	****	****	△ 163	△ 2.4%
	5回以上	****	****	△ 419	△ 5.1%

- ・月2回以上の受診患者が減少し、月1回の受診がやや増加している。

分析事例 その1 外来分析

外来 剤区分別の比較 (6病院合計 4~6月)

	外来診療収益 (単位:千円)				外来単価 (単位:円)			
	H25	H26	増減額	増減率	H25	H26	増減額	増減率
手技料	****	****	+ ****	+ 0.1%	****	****	+ ****	+ 1.6%
薬剤料	****	****	+ ****	+ 2.6%	****	****	+ ****	+ 4.1%
材料料	****	****	△ ****	△ 2.9%	****	****	△ ****	△ 1.4%
合計	****	****	+ ****	+ 1.5%	****	****	+ ****	+ 3.0%

※院内調剤

- ・改定により薬価は引下げられたが、薬剤収益が増加している。
- ・薬剤収益が全体を牽引している。

分析事例 その1 外来分析

外来 薬剤の診区別前年同月対比 (6病院合計 4~6月)

診区	剤	外来診療収益		単価	
		増減額(千円)	増減率	増減額(円)	増減率
10 診察	薬剤	■	+ 12.9%	■	+ 14.6%
20 投薬	薬剤	■	+ 1.5%	■	+ 3.0%
30 注射	薬剤	■	+ 6.0%	■	+ 7.6%
40 処置	薬剤	■	△ 40.9%	■	△ 40.0%
50 手術・麻酔	薬剤	■	+ 29.8%	■	+ 31.7%
60 検査・病理	薬剤	■	+ 7.0%	■	+ 8.6%
70 画像	薬剤	■	△ 5.9%	■	△ 4.5%
80 リハ他	薬剤	■	△ 22.0%	■	△ 20.8%
99 合計	薬剤	+ ****	+ 2.6%	+ ****	+ 4.1%

※院内調剤

- ・10診察の増加率が高く、在宅自己注射に使用される薬剤の影響が考えられる。
- ・20投薬の増加額が大きく、長期投薬の進展が考えられる。
- ・30注射の増加額、増加率が大きく、化学療法など高額注射の増加が考えられる。

分析事例 その1 外来分析

薬価階級別 外来薬剤収益の前年同月対比 (6病院合計 4~6月)

薬価	増減額(千円)	増減率
外用薬		
0円 - 4,999円		+ 3.2%
5,000円 - 9,999円		+ 14.2%
10,000円 - 14,999円		△ 36.9%
15,000円 - 19,999円		△ 30.1%
20,000円 - 24,999円		
25,000円 - 29,999円		△ 100.0%
内服薬		
0円 - 4,999円		+ 0.6%
5,000円 - 9,999円		+ 32.8%
10,000円 - 14,999円		+ 186.5%
15,000円 - 19,999円		+ 12.7%
注射薬		
0円 - 49,999円		+ 0.5%
50,000円 - 99,999円		+ 102.0%
100,000円 - 149,999円		△ 86.9%
150,000円 - 199,999円		+ 18.5%
200,000円以上		+ 102.4%

※院内調剤

・内服、注射薬共に薬価の高い薬剤が増加している。

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その1 外来分析

薬効分類別に見た薬剤収益の前年同月対比 (6病院合計 4~6月)

薬効分類	増減額	代表的な薬剤
4291 その他の抗悪性腫瘍剤		抗悪性腫瘍剤(4万円,5万円,18万円,24万円)
3999 他に分類されないその他の代謝性薬品		関節リウマチ用薬剤(7万円,14万円),乾癬用薬剤(43万円)
6250 抗ウイルス剤		HCV用薬剤(1万円)
3339 その他の血液凝固防止剤		選択的直接作用型Xa因子阻害剤
6399 他に分類されない生物学的製剤		PNH用薬剤(59万円)
2171 冠血管拡張剤		高血圧,狭心症用薬剤
4229 その他の代謝拮抗剤		
4490 その他のアレルギー用薬		
2325 H2遮断剤		胃潰瘍薬
2149 その他の血液降下剤		高血圧用薬剤

・抗悪性腫瘍剤や新規高額薬剤、オーファンドラッグなど高額な注射薬剤を中心に増加しており、単価を押し上げている傾向がある。  
 ・後発医薬品への切り替えも進んでいるが、大きなインパクトはない。

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その1 外来分析

内服薬 処方日数別件数 (6病院合計 4~6月)

処方日数	(単位:件)			
	H25	H26	増減数	増減率
1日 - 14日	155,891	149,817	△ 6,074	△ 3.9%
15日 - 28日	112,158	107,667	△ 4,491	△ 4.0%
29日 - 42日	98,306	99,022	+ 716	+ 0.7%
43日 - 56日	77,558	75,945	△ 1,613	△ 2.1%
57日 - 70日	63,440	63,883	+ 443	+ 0.7%
71日 - 84日	29,746	29,959	+ 213	+ 0.7%
85日 - 98日	40,730	47,691	+ 6,961	+ 17.1%

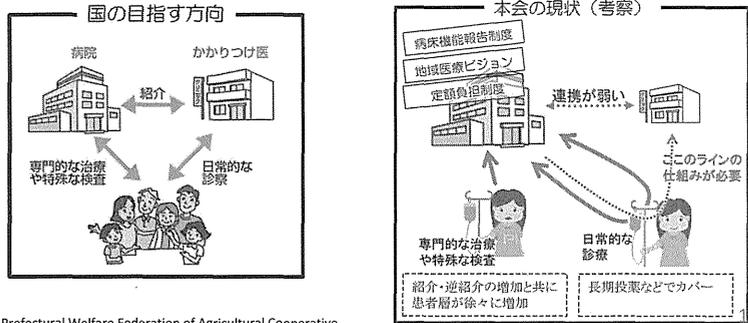
・4週までの処方件数は減少しており、2か月を超える処方が増加しており、受診回数  
 の減少と単価上昇の要因のひとつとなっている。

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

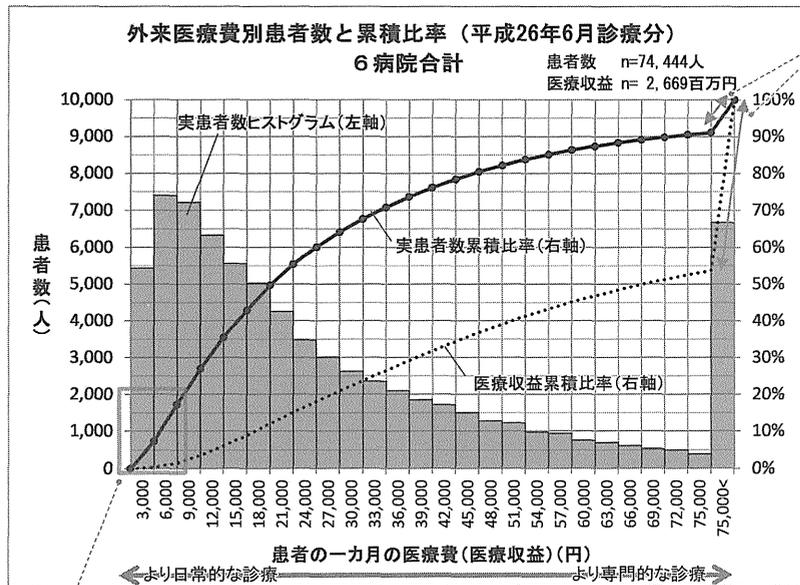
分析事例 その1 外来分析

・外来延べ患者数は減少しているが、単価が上昇しているため収益は前年  
 比で増加している。  
 ・ひと月に複数回受診する患者が減少し、月1回の患者が増加している。  
 ・外来収益、単価上昇の大きな要因は薬剤によるものである。  
 ・薬剤の単価が増加している。  
 ・薬剤単価上昇の要因の一つには注射薬を中心に新規高額薬剤等の増加がある。  
 ・もう一つの要因として、長期投薬が現在も増え続けていることがあげられる。

- ・ 延べ患者数は減少しているが、実患者数は増加し高額薬剤が増加していることから「専門的な治療」を要する患者が増えており、機能分化が進んでいるのではないかと。
- ・ 一方で、専門的な治療を必要としない患者に対しては長期投薬が進んでおり、業務を省力化し多くの患者を診察しようという意識が働いているのではないかと。



- ・ 国の医療政策の方向性を考えると、機能分化が進むほどにこうした傾向は鮮明になるだろう。
- ・ 病床機能報告制度、地域医療構想策定の開始、定額負担導入で機能分化の流れが助長され患者の受療行動は大きく変化していくだろう。
- ・ しかし本会の現状として、「日常的な診療」を必要とする患者を地域に戻す仕組みがないため効率的な診療体制が築けていない状態にある。

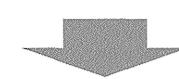


全体の1割の患者で外来収益の45%以上をまかなっている。

一月あたり3,000円以下の患者は全体の7% 外来収益全体に占める割合は0.3%  
 一月あたり6,000円以下の患者は全体の17% 外来収益全体に占める割合は1.6%

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

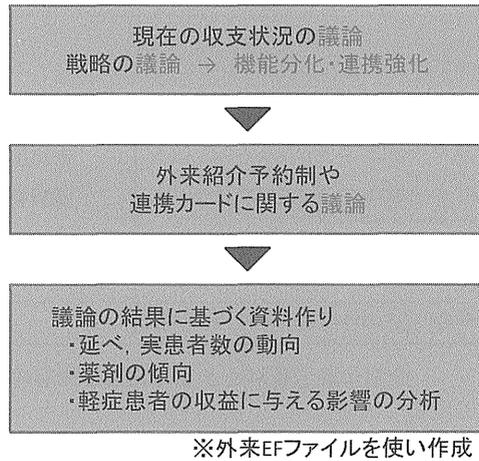
- ・ 国の医療政策の方向性を考えると、機能分化が進むほどにこうした傾向は鮮明になるだろう。
- ・ 病床機能報告制度、知己医療構想策定の開始、定額負担導入で機能分化の流れが助長され患者の受療行動は大きく変化していくだろう。
- ・ しかし本会の現状として、「日常的な診療」を必要とする患者を地域に戻す仕組みがないため効率的な診療体制が築けていない状態にある。



「日常的な診療」を必要とする患者を連携先と協力して診療にあたることで、本来の急性期病院としての機能を波及的に強化できる。

- ・ 外来診療の負担が軽減され入院に注力できる
- ・ 専門的な治療を必要とする患者をより多く診ることができる
- ・ 院内調剤を抱える本会にとっては、薬剤師の調剤業務の負担軽減が図れる

資料作成までの思考プロセス



- ・議論があつて、初めて着眼点  
が生まれる。
- ・データ分析は議論の結果や  
結論に基づいて後付けで作  
成するもの。
- ・議論をせずにデータをこねく  
り回すだけでは何も生まれな  
い。何も結論や方向性を導き  
出すことはできない。

診療報酬 出来高

対象	改定前	改定後
ア 吐血	救急医療管理加算 800点	救急医療管理加算1 800点
イ 意識障害		
ウ 呼吸不全		
エ 急性薬物中毒		
オ ショック		
カ 代謝障害		
キ 広範囲熱傷		
ク 外傷		
ケ 緊急手術		
コ その他上記に 準ずる状態		

救急医療管理加算分析

診療報酬 DPC 救急医療係数(指数)

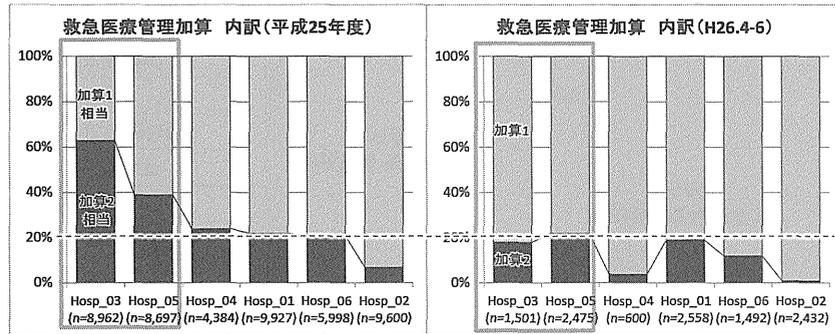
救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価

改定前	救急医療入院患者について 〔入院後二日間までの包括範囲出来高点数〕 - 〔診断群分類の設定点数〕 対象期間の全症例数
改定後	「救急医療入院」かつ「救急医療管理加算」等を算定している患者の 〔入院後二日間までの包括範囲出来高点数〕 - 〔診断群分類の設定点数〕 対象期間の全症例数 ※ 救急医療管理加算2に相当する症例は、加算1に相当する症例の半分の比重に よって評価

- ・救急医療指数は入院二日目までの包括出来高差額が大きいほど指数が高くなる  
仕組み。
- ・これまで、救急医療フラグのみで評価対象患者を絞っていたが、今改定では「救急  
医療入院」かつ「救急に該当する診療報酬を算定している」患者を評価対象とした。

分析事例 その2 救急医療管理加算分析

「その他準ずる」の割合

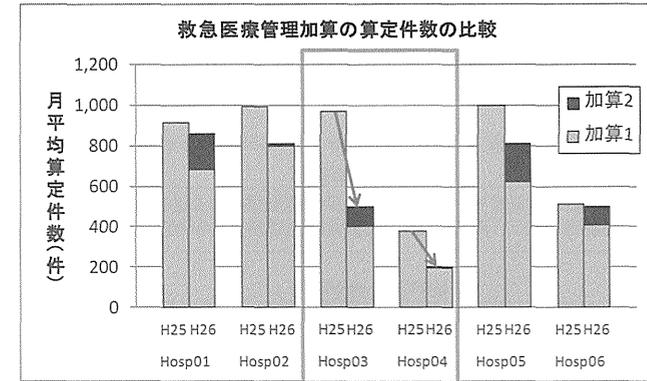


・今回の改定による運用方法の見直しで、加算2にあたる「コ その他準ずる」の割合は減少している。特に割合が多かったHosp03,05は2割台までに減少しており、他の病院と同程度の比率となった。

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その2 救急医療管理加算分析

救急医療管理加算の算定件数



・Hosp\_03,04は算定件数が5割近い減少となった。

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その2 救急医療管理加算分析

救急医療管理加算 月平均算定額の比較

(単位:千円)

	Hosp_01	Hosp_02	Hosp_03	Hosp_04	Hosp_05	Hosp_06	合計
H25月平均	7,457	7,887	7,669	3,016	7,956	4,217	38,202
H26月平均	6,185	6,437	3,636	1,572	5,848	3,729	27,407
増減額	△ 1,272	△ 1,450	△ 4,033	△ 1,444	△ 2,108	△ 488	△ 10,795
増減率	△ 17.1%	△ 18.4%	△ 52.6%	△ 47.9%	△ 26.5%	△ 11.6%	△ 28.3%

※H26は4~6月の3か月平均

・Hosp\_03,04は算定件数が5割近い減少となった。  
・会全体で月10,000千円の年間約120,000千円の減収が予想される。

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その2 救急医療管理加算分析

救急医療管理加算 算定率の比較

	Hosp_01	Hosp_02	Hosp_03	Hosp_04	Hosp_05	Hosp_06	合計
算定件数(件)	11,186	11,831	11,504	4,524	11,934	6,325	57,304
H25 対象日数(日)	65,759	77,981	58,606	29,815	34,290	16,230	282,681
算定率(A)	17%	15%	20%	15%	35%	39%	20%
算定件数(件)	2,558	2,432	1,501	600	2,475	1,492	11,058
H26 対象日数(日)	16,459	19,398	14,606	7,094	8,518	4,160	70,235
算定率(B)	16%	13%	10%	8%	29%	36%	16%
(B)-(A)	△ 1.5%	△ 2.6%	△ 9.4%	△ 6.7%	△ 5.7%	△ 3.1%	△ 4.5%

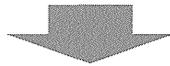
※ 対象日数は全患者の入院から7日目までの日数

・算定率は減少しており、特にHosp\_03,04の算定率は半減している。  
・今改定で算定要件の定義が明確化され、適正化が図られた反面、抑止バイアスも働くようになったと考えられる。

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その2 救急医療管理加算分析

- ・いくつかの病院では「その他準ずる」を多く算定していた。
- ・救急医療管理加算2が新設され、年1回の報告義務ができたことで、算定が適正化され、「その他準ずる」の割合が2割程度となった。
- ・会全体では年間1億円程度の減収が想定されている。
- ・適正化の一方で抑止のバイアスがかかっており、本来算定が可能な症例も算定をしなくなった可能性が考えられる。



- ・過剰な算定は行ってはならないが、何をもって適正であるか客観的な評価が必要である。
- ・救急医療加算は救急医療係数にも影響を与えることから、係数との関連性も考えながら戦略を考える必要がある。

分析事例 その2 救急医療管理加算分析

救急医療指数

$$\frac{\text{「救急医療入院」かつ「救急医療管理加算」等を算定している患者の〔入院後二日間までの包括範囲出来高点数〕}}{\text{〔診断群分類の設定点数〕}} \times \text{対象期間の全症例数}$$

※ 救急医療管理加算2に相当する症例は、加算1に相当する症例の半分の比重によって評価

救急医療指数が高くなる要素

- ① 「入院2日目までの医療資源投入量が多い患者」が救急医療扱いとなっている症例が多い場合。  
(救急医療扱いとする症例を、医療資源投入量の多い症例としている)
- ② 救急医療入院患者の割合が相対的に高く、それ以外の患者の割合が低い場合。  
(医療資源投入量の多い予定外入院は積極的に救急医療扱いとしている)
- ③ 救急医療管理加算2の割合が少ない。
- ④ 機能評価係数 I で評価されているような包括化された加算類が多い場合 ※7対1を除く)

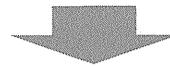
分析事例 その2 救急医療管理加算分析

6総合病院の今年度の救急医療係数

救急医療指数 推定値 (対象期)

救急医療	件数 (件)	A
入院	差額 (円)	B
対象期間症例数 (件)	C	
救急医療指数 (B/C)		
救急入院差額の単価 (円)	B/A	
救急入院の占める割合	A/C	

- ・病院別に比較することでそれぞれの病院の特徴を捉えることができた。
- ・このデータを基に、今年度の状況を分析し各病院のウィークポイントを探った。



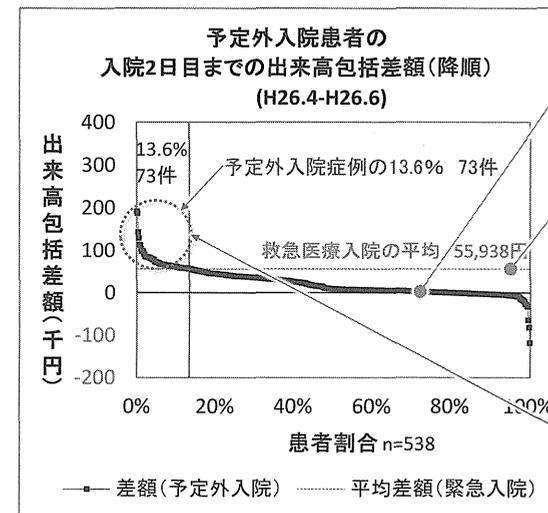
出来高包括差額の高い患者

加算2の割合が多く、差

加算体も

- ・救急医療係数(指数)を落とすことなく、救急医療管理加算の適正な算定を促すための「客観的な評価方法」を検討

分析事例 その2 救急医療管理加算分析

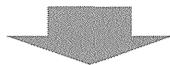


① 予定外入院患者の入院二日目までの出来高包括差額を降順に並べる

② 救急医療入院患者の出来高包括差額の平均にラインを引く

救急医療入院の平均差額よりも差額が大きいこれら症例については、救急医療入院扱いとできる可能性があるのではないかと。

- ・救急医療管理加算は救急医療体制や実績を評価した加算であり、救急医療係数は、包括点数と救急治療に対する資源投入量の乖離を評価した係数であることから、適正かつ積極的に算定すべきである。
- ・救急医療係数は、出来高包括差額がマイナスの症例をより多く算入することで上昇する。
- ・救急医療管理加算の判定は最終的には医師の判断が必須であるが、救急医療指数の指標を活用することにより客観的なアセスメントをすることができる。

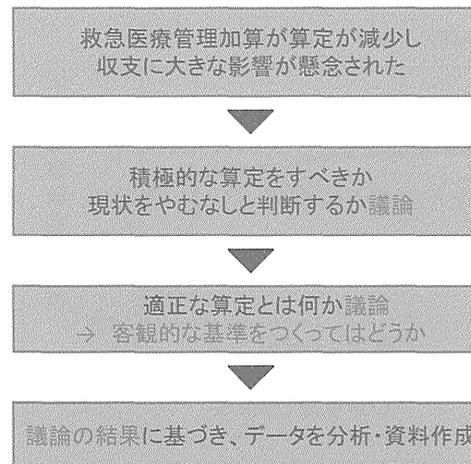


- ・予定外入院の患者のうち、入院二日目までの医療資源投入量が多い患者について、救急医療管理加算の対象となりえる可能性がある。
- ・分析結果からは入院二日目までの出来高包括差額がおおよそ5万円を超える場合は積極的に医師へアプローチをすることができるのではないか。

### 分析事例 その3

### 後発医薬品分析

### 資料作成までの思考プロセス



※入院EFファイルを使い作成

### 分析事例 その3 後発医薬品分析

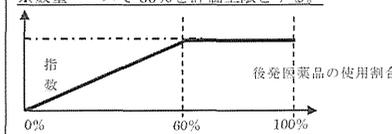
#### 後発医薬品係数(指数)

「各医療機関における入院医療における後発医薬品の使用を評価」

#### ○ 評価指標

$$= \frac{\text{〔後発医薬品の数量〕}}{\text{〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕} + \text{〔後発医薬品の数量〕}}$$

当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）により評価。  
 （※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。）  
 ※数量ベースで60%を評価上限とする。



○ 計算する際におけるポイント

- (a) 医薬品の区分け（準先発品の考え方）
  - ・ 先発品・後発品・準先発品の区分け  
（※厚労省で提示しているサイトでは準先発品は計算対象外）
- (b) 数量の計算（変換係数の考え方）
  - ・ 薬価基準上の 数量 × 回数

薬価基準ではアズノール軟膏のように規格単位が10gとなっているものがあるためレセ電データ上の最小単位を変換する必要がある。

例) レセ電算コード上の規格単位： 1 g ( 2.99円)  
 薬価基準上の規格単位： 10 g (29.90円)

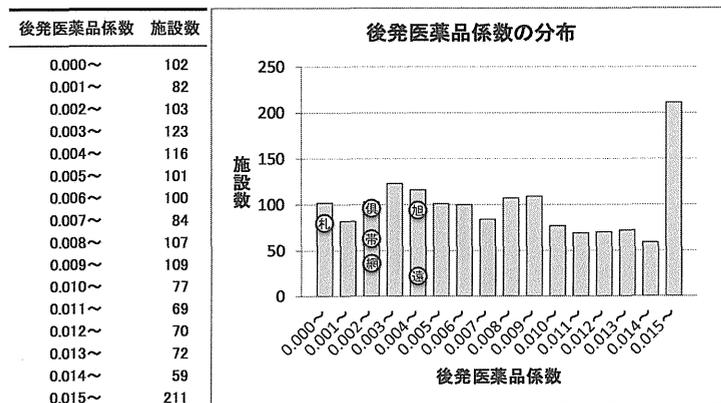
変換係数  $1\text{g} / 10\text{g} = 0.1$   
 数量  $1,000\text{g} \times 0.1 = 100$

ポイントを踏まえた4通りの方法で各病院の後発医薬品指数を計算

		変換係数	
		使わない	使う
準先発品	計算に入れない	①	③
	先発扱い (分母に算入)	②	④

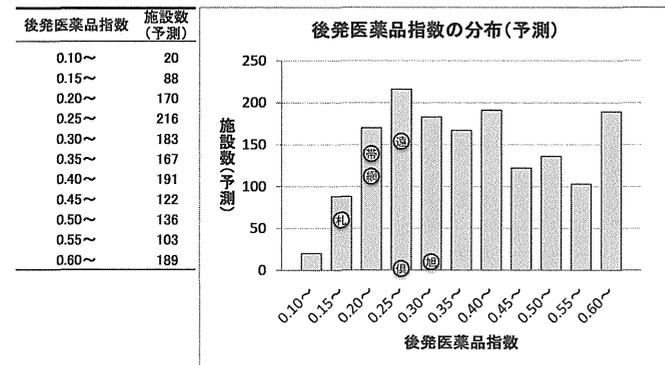
○ 本会の後発医薬品の係数と指数

係数



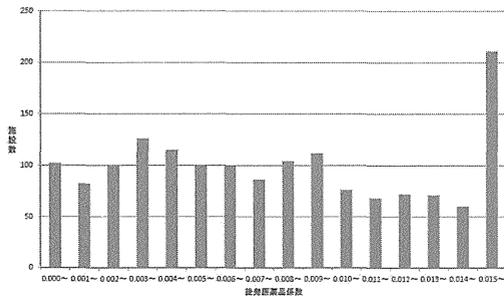
(参考資料：平成26年4月18日中医協DPC評価分科会 資料D-2-1)

指数

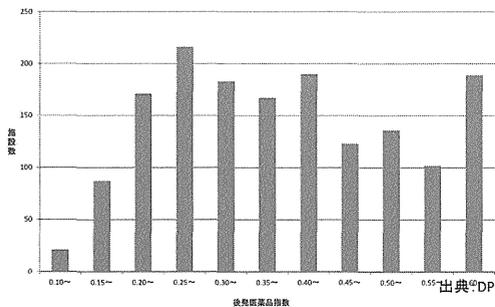


平成26年4月18日のDPC分科会資料D-1-2より、本会6病院の指数を推定したところ、  
 旭川 0.30~0.34 遠軽 0.25~0.29 倶知安 0.25~0.29  
 帯広 0.20~0.24 網走 0.20~0.24 札幌 0.15~0.19 であると推定された。

後発医薬品係数の分布(全病院)



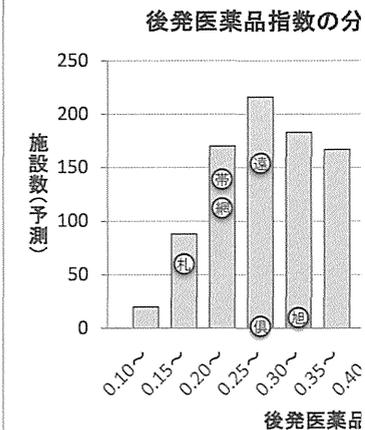
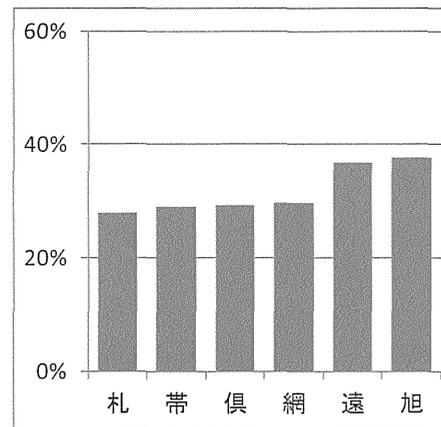
後発医薬品指数の分布(全病院)



出典:DPC分科会 平成26年4月18日 D-1-2参考資料より

分析事例 その3 後発医薬品分析

① 変換係数使わない・準先発品を計算に入れない

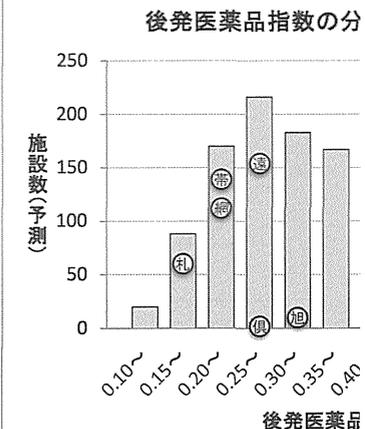
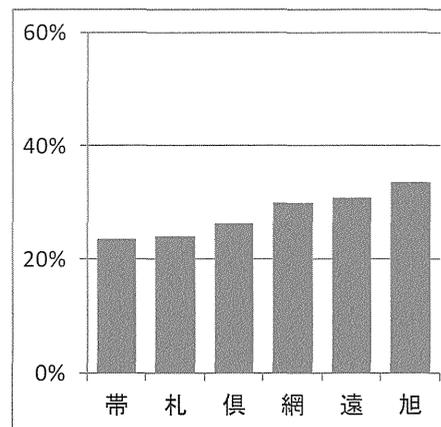


Hokkaido Prefectural Welfare Federation of Agricultural Cooperative

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その3 後発医薬品分析

③ 変換係数使用・準先発品を計算に入れない

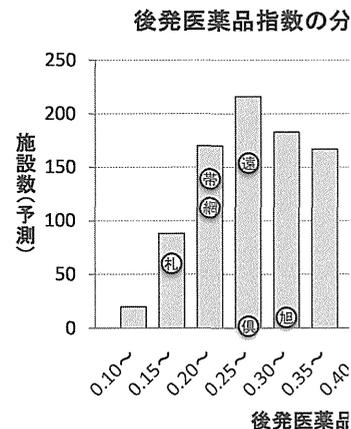
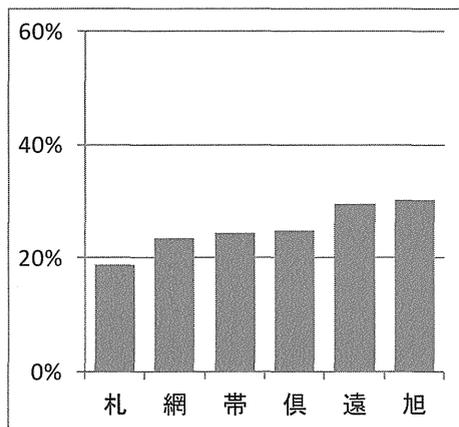


Hokkaido Prefectural Welfare Federation of Agricultural Cooperative

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。

分析事例 その3 後発医薬品分析

② 変換係数使わない・準先発品を計算(分母)に入れる(先発扱い)



Hokkaido Prefectural Welfare Federation of Agricultural Cooperative

※このデータは加工しており、本会の実態を表しているものではありません。