

〇〇医療圏の現状と課題

- 入院医療全般
 - 急性期
 - 回復期
 - 慢性期
- 外来医療全般
- 救急
- 周産期医療
- 在宅医療
- 連携
- 急性心筋梗塞
- 脳血管障害
- 悪性腫瘍
- 糖尿病
- 精神科

病床機能別病床数の議論のための基礎資料(仮想例)

構想圏域人口: 100,000人

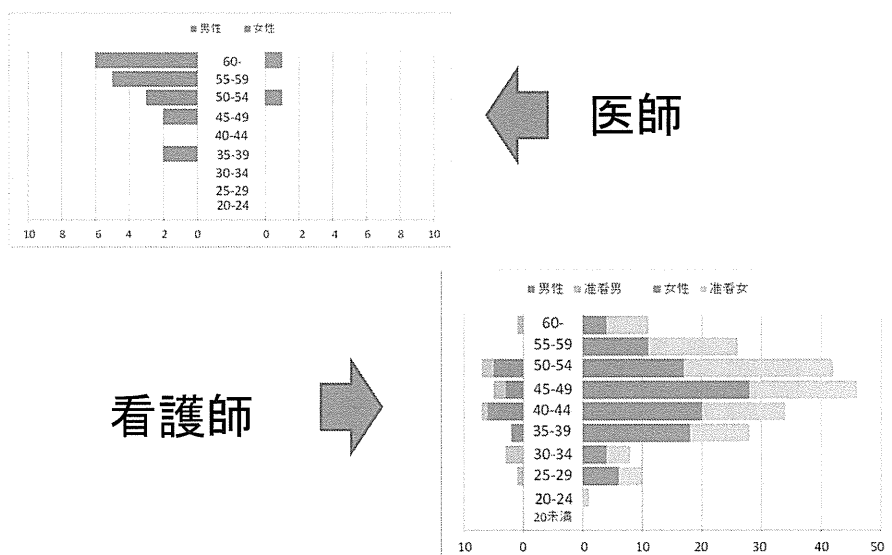
医療機関名 (病床数)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計		
〇〇市民病院		DPC対象病院	100	260	0	0	360
社会医療法人 △山総合病院		DPC対象病院	40	100	0	0	140
医療法人 □□会 凸凹病院			0	40	40	0	80
医療法人 △□会 ○×病院			0	40	40	0	80
医療法人 ○○会記念病院		地域包括ケア病棟	0	20	40	40	100
医療法人 □▽脳神経外科病院			20	20	20	20	80
医療法人 ○○会 ◎◎病院			0	0	0	80	80
医療法人 ○○会 ◎◎記念病院			0	0	0	80	80
病床数合計(構想圏域)	160	480	140	220	1000		
	16%	48%	14%	22%	100%		
人口10万対病床数(構想圏域)	160	480	140	220			
人口10万対病床数(県)	145	355	210	300			
人口10万対病床数(全国)	140	360	220	270			
参酌標準値(2015年: 構想圏域)	80	320	200	300	900		
	9%	36%	22%	33%	100%		
参酌標準値(2025年: 構想圏域)	60	250	220	320	850		
	7%	29%	26%	38%	100%		
(該当医療行為: 100床・1日当たり)							
〇〇市民病院		DPC対象病院	120	180	0	0	
社会医療法人 △山総合病院		DPC対象病院	90	140	0	0	
医療法人 □□会 凸凹病院			0	140	120	0	
医療法人 △□会 ○×病院			0	120	140	0	
医療法人 ○○会記念病院		地域包括ケア病棟	0	40	200	100	
医療法人 □▽脳神経外科病院			50	160	140	80	
医療法人 ○○会 ◎◎病院			0	20	0	130	
医療法人 ○○会 ◎◎記念病院			0	20	0	120	
構想圏域平均	104	157	151	116			
県平均	150	180	120	70			
全国平均	180	200	80	60			

機能別病床数の考え方

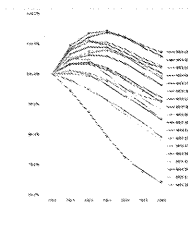
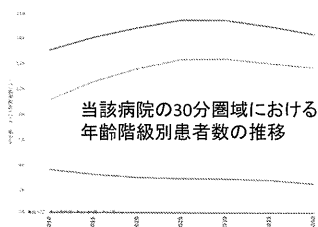
- 高度急性期・急性期は専門医の研修指定施設との関係を考える必要がある
 - 大学医学部との調整
- 回復期病床(地域包括ケア病床)の配置は、急性期病院及び診療所・介護施設との連携のしやすさを考慮
 - 診療所の先生、介護関係者の意見聴取
- 療養病床数は介護及び在宅医療の状況に依存
 - 在宅医療の提供量の現実的推計
 - 看護師・介護職の確保可能性
- 高度急性期＋急性期、急性期＋回復期の重なりを考慮した推計

医療職の平均年齢

(病院・有床診療所：〇〇医療圏)



各病院の環境を推計するためのツール

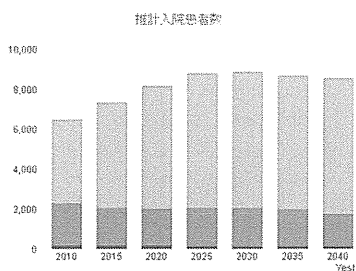


現在の地域の傷病別入院
受療率を前提とした場合の
児施設のMDC別患者数の
推移

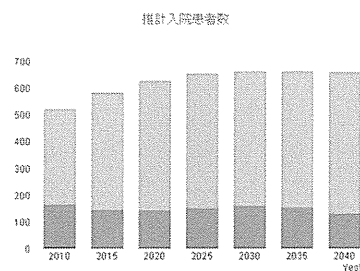
- 現在と同じ性年齢階級別・傷病別入院受療率だったとすると
 - 自施設のある地域の患者数はどうなるのか？
 - 自施設の入院患者の構成はどうなるのか？

30分圏域の入院患者数の将来推計 (〇〇大学病院)

全入院患者

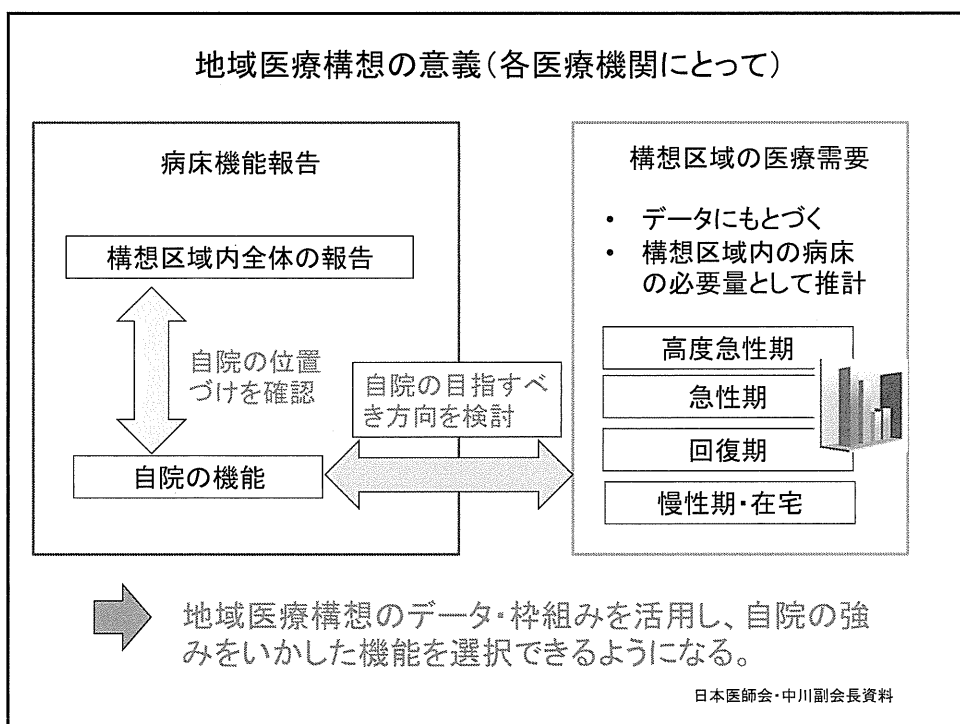
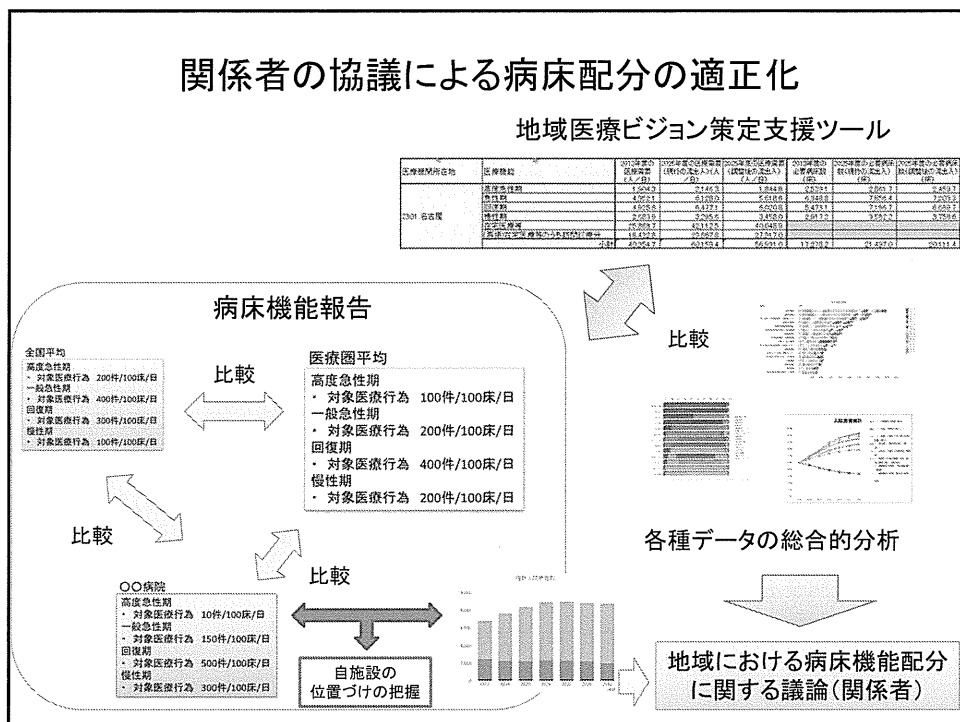


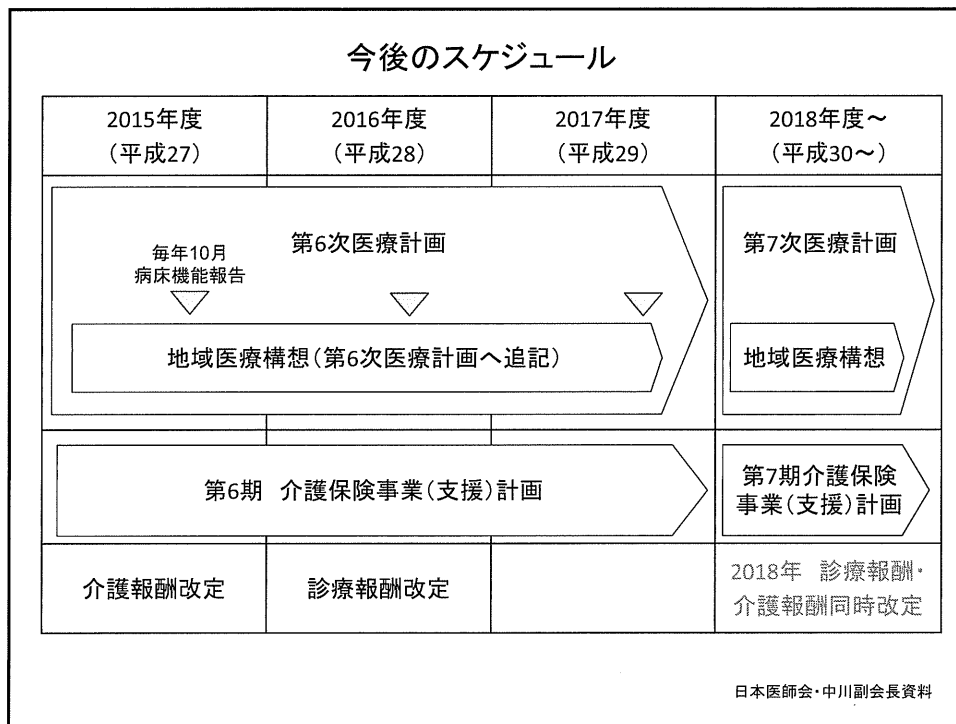
全入院がん患者



資料: 石川B光一

青: 15歳未満、緑: 15-64歳、橙: 65歳以上





本日お話しすること

- 1. 地域医療構想の概要
- 2. 診療報酬改定の概要
- 3. まとめ

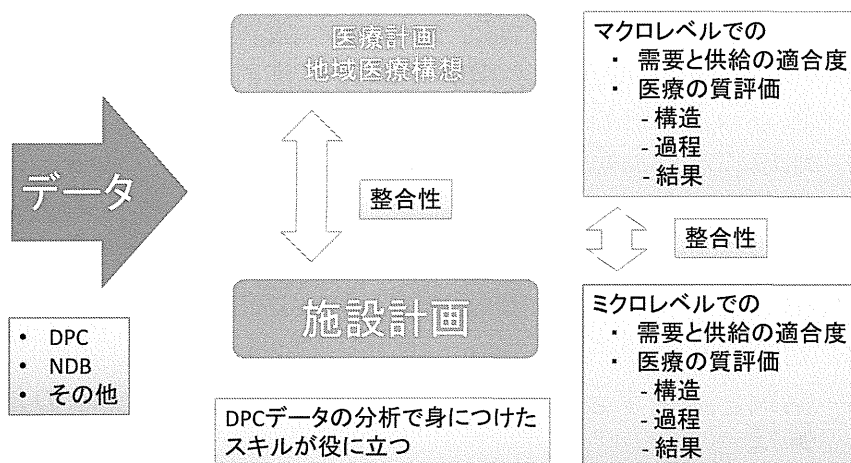
まとめ

- DPCおよびNDBのデータを用いることで、医療の現状についてミクロレベル・マクロレベルの両方から検討することが可能になった→+病床機能報告制度
 - DPCとNDBの枠組みを用いた地域医療計画・地域医療構想の策定と評価
 - 地域における需給関係の適合度評価
 - 高齢化に伴って著増する肺炎、脳卒中、骨折等への対応
 - 在宅医療の体系化(←医療介護ニーズの複合化)
- 今後、各地域・各医療機関の情報活用力が問われる
 - 競争から協調へ
 - 協調を調整する組織としての医師会・病院会の役割の重要性
 - データ分析を支援する「地域のシンクタンク」の必要性

間違えてはいけないこと

- 病床削減が地域医療構想の目的ではない
- 「地域の医療介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考えることが第一の目標
 - ただし、その実現のための制約条件についてきちんと検討することが必要
 - 複数のシナリオを持つことの重要性

データに基づいて医療を計画し、評価し、
そして改善していくことが求められている

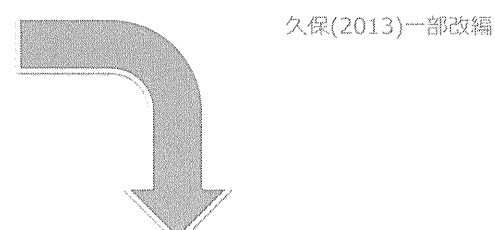


いくつかの有用な情報源

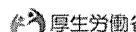
- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 病床数推計ソフト
 - 各種講演資料
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>
- 日本医師会日医総研 日医総研ワーキングペーパー No.323「地域の医療提供体制の現状と将来- 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2014 年度版)」
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/no_553.html
- 「病院」誌： 医学書院

年度	診療報酬	支払額	診療内容
2015年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2016年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2017年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2018年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2019年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2020年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2021年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2022年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2023年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2024年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000
2025年度	29,300,000,000	29,300,000,000	29,300,000,000

久保(2013)一部改編



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10回資料公開データがあるか一目ではわからない。



厚生労働省

ホームページ

- > 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

声：「みつけるのが面倒です。まとめて掲載しているサイトはありませんか？」
 Ans：「データのみをまとめた厚労省サイトはありませんが、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年、17年調査へのリンクは掲載されていません。）」

298

データの収集

- 加工するのは大変？
 - 研究班報告書DVDの活用
 - 産業医科大学公衆衛生学教室ウェブサイト
- <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>



当教室ウェブサイト 配布しているデータ（一例）

- 過去～現在の分析
 - 加工済み厚生労働省DPC公開データ
 - H23~25年度参加病院一覧
 - ・ 毎年変更される告示番号の突合・二次医療圏情報
 - ・ 平成23-25年度患者総数及び救急搬送患者数
 - 将来の分析
 - 地域別人口変化分析ツール
 - 各年度平均在院日数分析ツール
- <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>

過去～現在の分析



⊕厚生労働省公開データ等を活用した外部環境分析

- MDC別患者数分析
- MDC別二次医療圏内シェア分析
- MDC・分類コード・手術コード別分析
 - 患者数
 - 在院日数
- 二次医療圏別患者流出入分析

Limitation →

- 1つのセルが10症例未満の場合は公開されません
- 年度によって集計期間が異なります (H23以降12カ月)

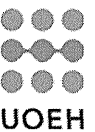
2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

9

299

医療マネジメントへの応用



- データを読む
 - グラフを見て、自院・他院の特徴を見つける
 - 特徴を整理する
 - SWOT分析
 - クロス分析(TOWS分析)
 - バランススコアカード(BSC)

大谷(2015)一部改編

2015/12/05

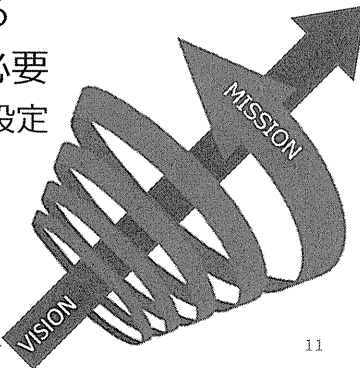
DPCデータと医療マネジメント

10

ビジョンとミッション



- ビジョン：病院運営の根幹を成す考え
- ミッション：ビジョンをもって戦略的に決められた中長期的目標
 - 時代や状況によって変化する
 - それぞれは継続性・連携が必要
 - ミッション内には中間目標を設定
 - 配置・時限・評価方法を決定



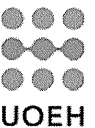
※参考図書 ジャン ドゥーソップ, 産業保健マーケティング, 2002
ジャン ドゥーソップ, 元気に働くための3つの基本, 2003

2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

11

SWOT分析とは



- 強み(Strengths)：目標達成に貢献する組織（個人）の特質。
- 弱み(Weaknesses)：目標達成の障害となる組織（個人）の特質。
- 機会(Opportunities)：目標達成に貢献する外部の特質。
- 脅威(Threats)：目標達成の障害となる外部の特質。

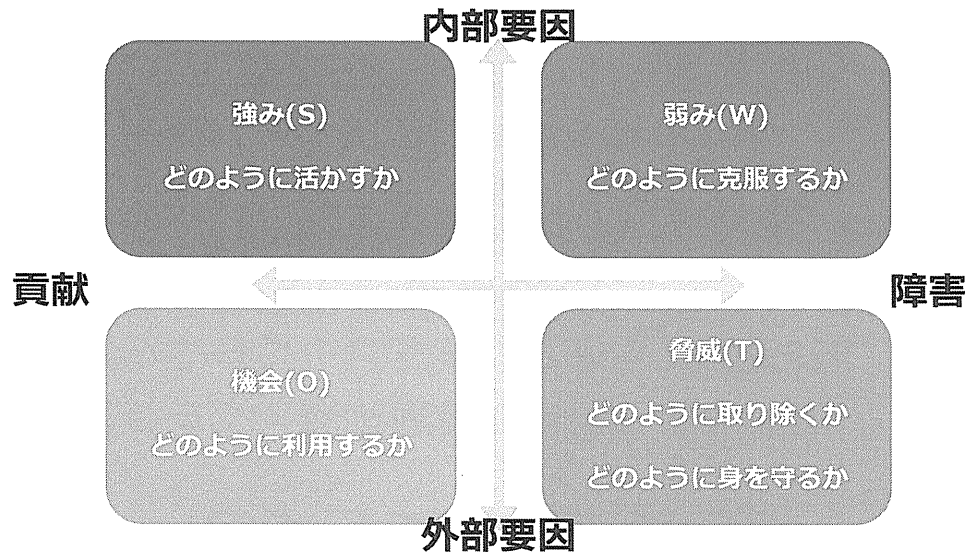
村松・酒井(2013) DPC北九州セミナー資料

2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

12

SWOT分析



2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

13

300

Cross分析 (TOWS分析)



- S×O、S×T、W×O、W×Tを考える
 - 各中身を戦略と呼んでいる
 - Sから2つ、Oから1つを組み合わせて戦略を作っても良い

TOWSマトリクス

	強み (S)	弱み (W)
機会 (O)	S×O 強みと機会の最大化	W×O 弱みの最小化のために機会を最大化
脅威 (T)	S×T 強みによる脅威への対処	W×T 弱みと脅威の最小化

※参考文献 H. Wehrich et al, The TOWS Matrix --- A Tool for Situational Analysis, Long Range Planning, 1982

大谷(2015)改変

2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

14

DPCデータを用いた経営指標



- バランス・スコアカードの考え方を採用
- 戦略から経営指標へのブレイクダウン
 - 中間方法の配置と評価方法の決定

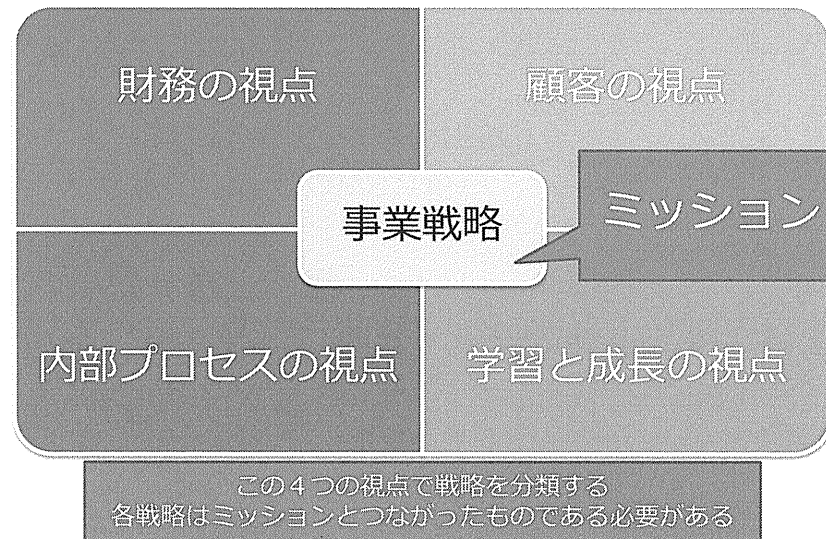


2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

15

バランス・スコアカードの「4つの視点」



2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

16

バランススコアカード



- TOWS分析で考えた各戦略を4つの視点で分類する

- 財務
- 顧客（ステークホルダー）
- 内部業務プロセス
- イノベーションと学習

戦略	視点
戦略1	財務
戦略2	顧客
戦略3	内部
戦略4	学習
戦略5	内部
戦略6	顧客
戦略7	財務

※参考図書
柴山慎一ら, 実践 バランス・スコアカード, 2001

2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

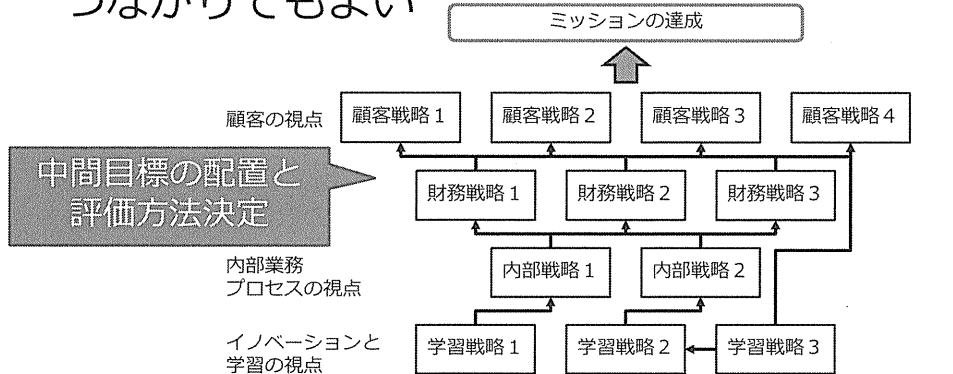
17
大谷(2015)改変

301

戦略マップ



- 下から全部つなげなくてもよい
- 視点を飛び越してもよいし、横だけのつながりでもよい

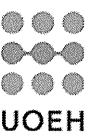


2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

19

バランススコアカード



- 各戦略の評価項目と評価基準を決める
 - Key Performance Indicator (KPI) の決定
- 財務の視点
 - 成長戦略と効率化戦略 = 収益増加とコスト削減
 - 病院経営管理指標*
- 顧客の視点
 - 満足度やシェア率
 - 患者満足度や紹介率等
- 内部業務プロセスの視点
 - イノベーション・オペレーション・アフターサービス = 何を提供するか・どう効率よく提供するか・提供後どうするか
 - 手術や処置等の種類・クリニカルパス数・再来院率
- イノベーションと学習の視点
 - 人的スキル・ITインフラ・組織風土
 - 専門資格保有率・ITシステム利用率

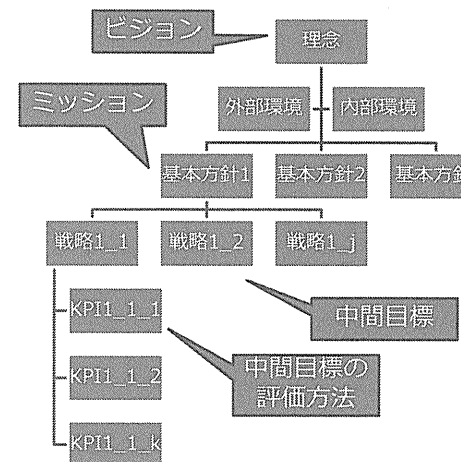
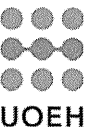
※参考URL <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyouseikei/kannri.html>, 2月18日現在

2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

18
大谷(2015)改変

ビジョンからミッションへ



- ビジョン = 理念
 - 最終的にいきつくのは「健全な医療の提供」
- ミッション = 基本方針
 - 各医療機関のコンテキストに即して決める
 - 各地域や医療機関での分析を推奨する主たる理由

2015/12/05

DPCデータと医療マネジメント

20

病院経営とDPCデータ

学校法人 産業医科大学病院

医療情報部 本野勝己

村松圭司・大谷 誠

●●● 2015年度
●●● 診断群分類研究支援機構
●●● DPCセミナー
●●● 平成28年1月30日
UOEH 岩手医科大学

303

1.Introduction : 本日の課題

何のためにデータを収集し、
分析を行うのか？



本日のお話し

テーマ：自施設の現状を把握する

- 1.Introduction : 本日の課題
- 2.データの収集方法
- 3.データの分析方法
- 4.データの活用方法



ラマディー ©産業医科大学
産業医科大学 公式キャラクター

病院を末永く存続させるため



1. 従業員にとっては働く場であり
2. 社会的には地域の重要なインフラである。



倒産すると困る

安定した病院経営

病院経営とは

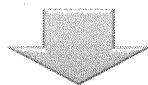
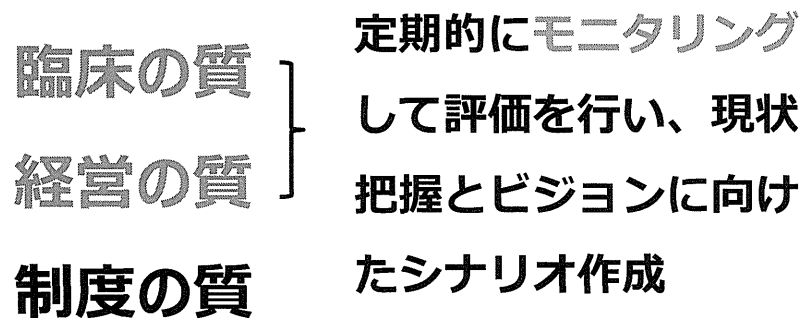
- 病院の経営目的
良質な医療を適切かつ効率的に提供する



「医療の質」とは

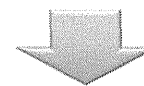
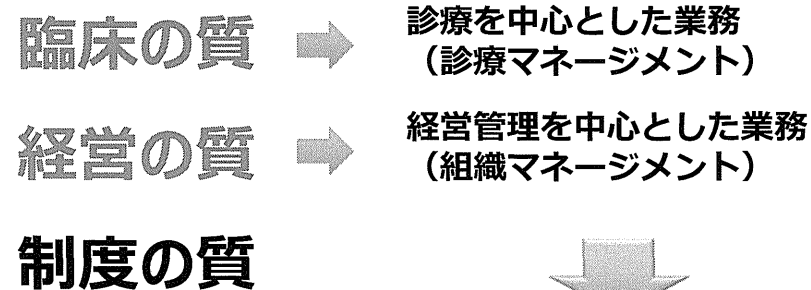
- 臨床の質
 - 治療成果に関連する指標
 - 安全性に関連する指標
- 経営の質
 - 経営の効率性に関連する指標
 - 経営の安全性に関連する指標
- 制度の質
 - 公平性
 - アクセスのしやすさ
 - 効率性
 - 持続可能性

「医療の質」の議論



データに基づいた情報共有

モニタリングの内容



自院データ

モニタリングの視点

現場の今の状況

将来のための今

日常の業務が滞りなく実行されて成果を上げられるよう組織が動いているか？

理念を実行するためのビジョンに基づいて組織が発展できる環境か？

運営情報

経営情報

診断群分類研究支援機構 2015年度DPCセミナー 平成28年1月30日 岩手医科大学

定期的なモニタリング

基本となるデータと数字のルールを決める

単一データベースによる漏れのない収集

固定フォーマットによる月報
(医事会計・病院報告など)

数字の切り口を変化させても合計値は同じになる

安心 (信頼できる)

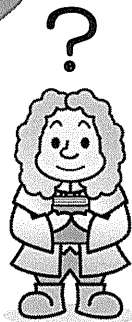
この数字の根拠をきちんと説明できることが重要

診断群分類研究支援機構 2015年度DPCセミナー 平成28年1月30日 岩手医科大学

305

2. データ収集方法

どんなデータを収集すればいいの？



診断群分類研究支援機構 2015年度DPCセミナー 平成28年1月30日 岩手医科大学

固定フォーマットによる月報 (医事月報)

○の社票社	年月	2014年4月	2014年5月	2014年6月	2014年7月
人 員	総解社	392,590			
	総出社	2,945,277			
	総常務社員	9			
	総医社	548,073			
	総技社	286,434			
	総医社	244,279			
	手取社	32,242,228			
	総医社	11,942,810			
	総医社	694,279			
	総医社	1,165,209			
	総医社	20,919,200			
	総医社	6,219,968			
	総医社	21,649,220			
	総医社	48,938,889			
総医社	3,593,000				
科 室	総医社	2,293,809,072			
	総医社	6,156,536			
	総医社	2,696,097			
	総医社	3,207,703			
	総医社	897,200			
	総医社	292,444			
	総医社	633,405			
	総医社	148,793			
	総医社	644,233			
	総医社	614,459			
	総医社	7,645,004			
	総医社	27,527,717			
	総医社	2,403,623			
	総医社	5,513,712			
その 他	総医社	6,592,004			
	総医社	5,328,811			
	総医社	2,433,400			
	総医社	304			
	総医社	6,099			
	総医社	5,313			
	総医社	10,104	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	総医社	101			
	総医社	177			
	総医社	3,413			
	総医社	112	0/0	0/0	0/0
	総医社	88	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	総医社	88	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	総医社	69,126	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
その 他	総医社	104			
	総医社	104			
	総医社	14			
	総医社	26			
	総医社	21,511			

年月	2014年4月	2014年5月	2014年6月	2014年7月
総医社	3,413			
総医社	112			
総医社	69,676			
総医社	296			
総医社	192			
総医社	169			
総医社	5			
総医社	4			
総医社	0			
総医社	14			
総医社	106			
総医社	86			
総医社	137			
総医社	177			
総医社	135			
総医社	11			
総医社	3			
総医社	4			
総医社	7			
総医社	11			
総医社	3			
総医社	4,737			
総医社	235,238,976			
総医社	69,126			
総医社	242			
総医社	81,676			
総医社	13			
総医社	5,776			
総医社	0			
総医社	0,000			
総医社	48,376			
総医社	113			
総医社	59,976			
総医社	101			
総医社	34,176			
総医社	24			
総医社	11			
総医社	3			
総医社	1,000			
総医社	79			

診断群分類研究支援機構 2015年度DPCセミナー 平成28年1月30日 岩手医科大学

例えばある患者さんの受診状況

ある患者さんは、



循環器内科	1人	診察料	
脳神経外科	1人	診察料	
リハビリ科	1人	×	
リハビリ PT	1人		(PT×1単位)
OT	1人		(OT×2単位)
実人数 1人	部署別では5人	診療報上2人	

この場合、単純に診察料だけを抽出し、集計すると
リハビリテーション科の診察にはカウントされない。

収集データの精度を決めて揃える

ダミーコードを作る



診察しました	診察料	
循環器内科	12345	11201
脳神経外科	12345	11201
リハビリ科	12345	×
リハビリ PT		
OT		(PT×1単位) (OT×2単位)
実人数 1人	診療科別3人	診療報上2人

ダミーコード「診察しました」を抽出することで「リハビリ科」の受診も
カウントされる。また、リハビリ科が算定できていないことも判る。

例えば来院患者さんの状況

その患者さんは、



- 初めて来院した患者さんか？
- 久しぶりに来院した患者さんか？
- いつも来ている患者さんか？

純新患
再来新患
再来患者

- 紹介状を持って来た患者さんか？
- 救急車で来た患者さんか？

紹介
救急隊

- 受付時間内に来た患者さんか？
- 受付時間外に来院した患者さんか？

時間内
時間外

知りたい情報は何か？

その情報は既に収集されているか？

その情報はどこにあるか？

その情報は同一条件で収集されているか？

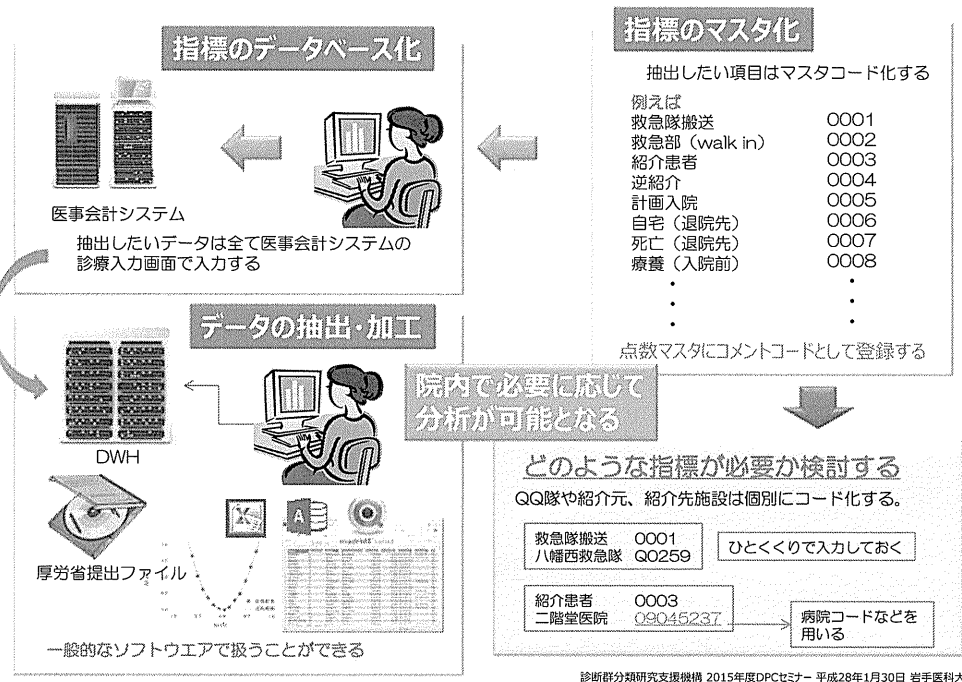
その情報は洩れなく収集されているか？

これらの条件が必要



無ければ作る

医学会計システムを利用したデータ収集方法



紹介患者データの収集

✓ どのような数字が欲しいのか？

✓ 収集後の利用イメージを明確にして収集カテゴリを作る

先頭行 (算定区分)	2行目 (紹介)	3行目 (返事)
0001 紹介状 (算定あり)	S00011 折尾内科	B00010 無し
0002 紹介状 (算定無し)	S00012 折尾整形外科	B00011 あり
	S00012 本城眼科	
	〇〇クリニック	

307

救急搬送患者データの収集

先頭行 (来院区分)	2行目 (来院手段)	3行目 (受付科)
0001 時間内救急隊	Q00010 Walk in	K00010 救急科
0002 時間外救急隊	Q00011 折尾救急隊	K00011 第一内科
0003 時間内救急部	Q00012 水巻救急隊	K00012 第一外科
0004 時間外救急部	〇〇救急隊	〇〇〇科

実際にFファイルに出力したデータ

行番号	行為明細番号	病院点数マ	レセプト電算	解釈番号	診療明細名称	円点区分
1	1 91001	810000000	810000000		時間外救急隊	
1	2 92013	810000000	810000000		若松消防署島郷出張所	
1	3 92058	810000000			救急科受付	

救急搬送時間が必要であればコードを作って入力する

当院のQQ部受診状況

病院点数マスタコード	診療明細名称	外来件数	入院件数	合計
91000	時間内救急隊	51	72	123
91001	時間外救急隊	117	85	202
91002	救急部 (Walk in) 時間内	3	2	5
92057	救急部 (Walk in) 時間外	59	7	66
		230	166	396
92019	八幡西消防署折尾分署	43	38	81
92013	若松消防署島郷出張所	32	29	61
92018	八幡西消防署	17	9	26
92030	遠賀郡消防本部 (署)	17	7	24
92056	中間市消防本部	11	12	23
92022	八幡西消防署上津役出張所	10	10	20
92012	若松消防署	7	9	16
92032	遠賀郡消防本部 (署) 阿垣出張所	7	5	12
92031	遠賀郡消防本部 (署) 戸屋分署	5	6	11
92020	八幡西消防署黒崎分署	4	6	10
92052	鞍手郡消防本部及び消防署鞍手消防出張所	3	6	9
92005	小倉北消防署浅野分署	2	4	6
92015	八幡東消防署	3	3	6
92004	小倉北消防署	2	2	4
92054	直方市消防本部	1	3	4
92023	戸畑消防署	1	2	3
92021	八幡西消防署榑橋出張所	1	1	2
92000	門司消防署		1	1
92006	小倉北消防署井堀出張所		1	1
92008	小倉南消防署	1		1
92010	小倉南消防署臨空出張所		1	1
92017	八幡東消防署高見出張所		1	1
92041	宗像市消防本部福岡分署		1	1
92042	宗像市消防本部赤間出張所		1	1
		124	120	244

2. データ収集方法

1. どんなデータを収集すればよいか？

- 院内で必要な指標を検討する
 - ・ 取りあえず患者がどこから入院してどこに退院したか

2. どのように収集すればよいか？

- 基本はDPC及び医事会計データ
- 必要に応じて医事会計にコメントマスタを登録し入力する



3. データの分析方法

抽出したデータを
どのように見せれば
良いのか？



私達が扱うデータ分析とは？

1. 定例月報（基本数字の推移）

2. ピンポイントで知りたい情報

- 問題点を見つけるための分析
- 何かを証明するための分析

グラフの見せ方

1. 定点的な見せ方（1年間の入院患者数）
2. 時系列的な見せ方（入院単価と平均在院日数）
3. バラツキと大きさを見せる（1日単価と平均在院日数）
4. データの幅を見せる（病棟別入院患者年齢）
5. 2つのデータの割合を見る（疾患別延べ入院日数とその割合）
6. 累計の人数と金額を見る（通称：ナイアガラ分析 岩淵先生）

DPC情報を用いた診療分析

- プロセスアプローチ
 - 医療プロセスの標準化
 - 診療ガイドライン
 - クリニカルパス
 → 単独では必ずしも最良のアウトカムが保証されない
- アウトカムアプローチ
 - 医療の結果を事後的に検証
 - いわゆる臨床指標（統計処理が可能な数値データ）
 → 単独では結果が劣っていた場合の原因解析ができない

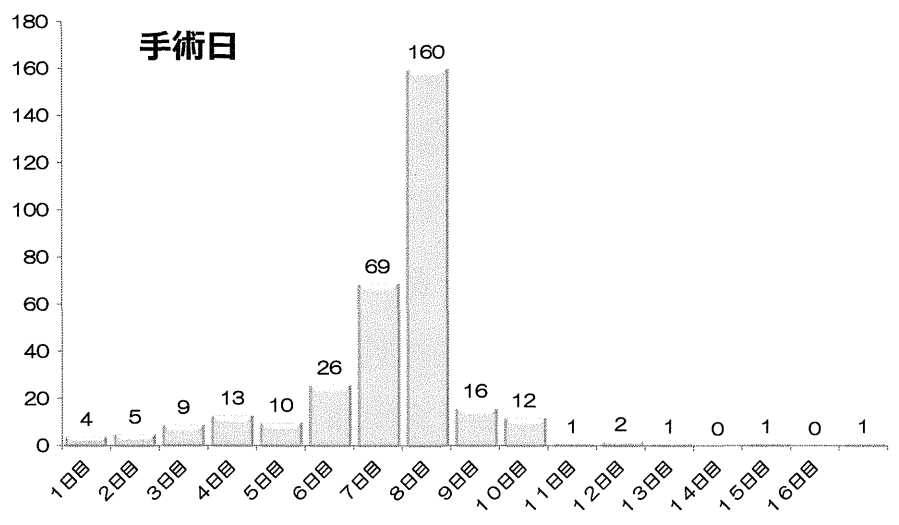
DPCデータを使用した診療プロセスのマトリックス

診断群分類 (010030xx01x00x : 未破裂脳動脈瘤のクリッピング手術、副傷病なし)

入院日数	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目
投薬	8%	19%	26%	33%	37%	38%	41%	62%	72%	73%	74%	77%	77%	82%	75%
点滴注射	10%	56%	38%	26%	21%	23%	20%	22%	69%	72%	73%	49%	28%	18%	15%
手術	1%	5%	3%	4%	3%	3%	10%	54%	9%	8%	1%	2%	1%	0%	0%
血液学的検査	12%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	3%	2%	2%	3%	5%
生化学的検査(1)	10%	1%	0%	0%	2%	0%	1%	2%	0%	0%	3%	2%	2%	3%	5%
生化学的検査(2)	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
尿・糞便等検査	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%	0%	1%
微生物学的検査	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	1%
免疫学的検査	15%	0%	0%	0%	1%	0%	3%	0%	2%	2%	3%	2%	2%	3%	5%
病理検査	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
呼吸機能検査等	70%	7%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ECG12	15%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ホルター型心電図(8時間超)	16%	23%	11%	3%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
超音波(UCG)	37%	37%	9%	3%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
EEG	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
眼底カメラ	2%	1%	0%	0%	2%	0%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
発達及び知能(複雑)	0%	9%	20%	13%	12%	16%	5%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
AG	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CT	24%	136%	52%	28%	18%	17%	29%	120%	54%	43%	31%	20%	10%	8%	13%
MRI	231%	61%	17%	16%	18%	21%	34%	75%	124%	49%	52%	27%	29%	27%	99%
SPECT	0%	2%	2%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
単純撮影	151%	17%	7%	19%	12%	8%	9%	39%	81%	19%	9%	5%	7%	1%	0%

入院日から手術日までの待機日数と実施症例数

診断群分類 (010030xx01x00x : 未破裂脳動脈瘤のクリッピング手術、副傷病なし)



DPCデータを使用した術後抗菌薬投与のマトリックス

診断群分類 (010030xx01x00x : 未破裂脳動脈瘤のクリッピング手術、副傷病なし)

薬効名	術後当日	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日
投与患者数	369	196	95	73	35	27	20	13	15	14	17	18	14	12	12	11	12	11	9
カアマイシン類						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
カルバペナム類			2	2	2	2	2	2	3	5	6	6	6	4	4	5	5	5	5
ゲンタマイシン類	7	1	1	2			1												1
ペニシリン類	20	20	27	22	23	23	20	17	10	9	6	7	6	5	4	3	3	4	3
ホスホマイシン	2	2	1																
ポリペプチド類			1	1	1		1	1	3	5	5	5	6	4	3	4	4	5	5
第一世代	352	353	172	70	47	10	5	2		2	2	2	4	3	3	2	2	2	2
第二世代	1	1	1	2	2														
第三世代	2	3	3	2	1	1													
第四世代											1	2	2	2	1	2	1	1	1
計	384	380	208	101	76	38	30	23	17	22	21	23	25	19	16	17	16	18	18