

DPC研究班の今までの研究

東京医科歯科大学大学院医療政策情報学分野

伏見清秀

2018年8月20日

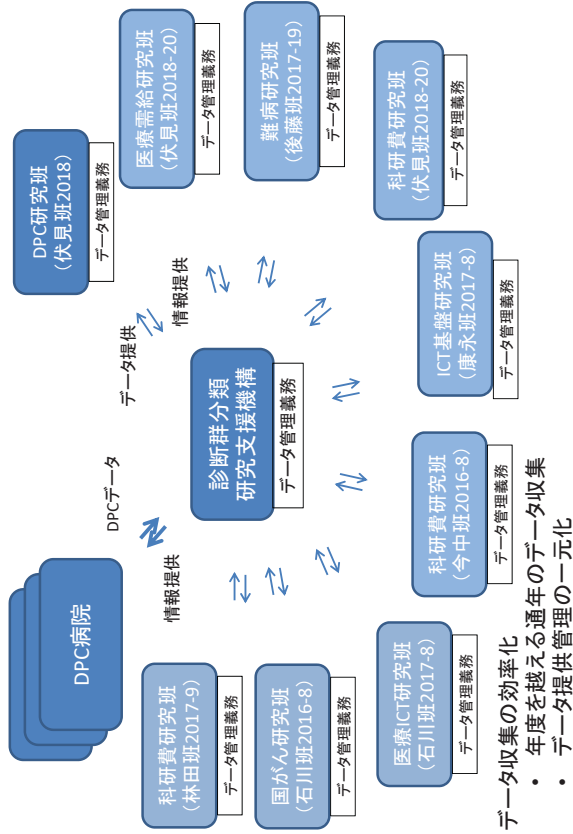
一般社団法人 診断群分類研究支援機構 設立の趣意

(英文名称: DPC Research Institute、略称: DPC研究支援機構)

- 我が国で診断群分類Diagnosis Procedure Combination(DPC)が開発され、急性期入院医療の包括評価に用いられるようになってから8年以上が経過し、DPCを用いた医療経営分析、診療の質の分析、地域医療分析等の手法が開発され、DPC医療情報データを活用する可能性が広がっている
- DPC医療情報データの取り扱いには、専門的な知識と技術の蓄積が必要であり、継続的にDPCデータの取り扱いを支援する組織が必要
- 診断群分類に関する医療情報の健全な利用を促進し、関連する研究等の活動について安全・円滑な実施を支援することを目的として、「一般社団法人診断群分類研究支援機構」を設立
- 本法人は、データ収集、分析用データベース作成支援、分析用データベース提供、データ分析に関する支援、データ提供施設に対する支援などの業務を行い、診断群分類に関する医療情報の利用の促進を図る

代表理事 松田晋哉
理事 伏見清秀
監事 西岡清

一般社団法人 診断群分類研究支援機構を介した
研究班へのデータ提供について



平成29年度の研究報告

「診断群分類を用いた病院機能評価手法とデータベース活用手法の開発に関する研究 (H29-政策-指定-009)」



○ 研究班セミナーの開催

日時	場所	内容
2017年6月24日(土)	東京	講演
2017年8月21-22日	北九州	講演・演習
2017年10月7日(土)	札幌	講演
2017年10月28日(土)	山形	講演・演習
2017年11月18日(土)	鳥取	講演
2017年12月9日(土)	敦賀	講演・演習
2018年1月20日(土)	沖縄	講演・演習
2018年2月3日(土)	鹿児島	講演・演習
2018年3月3日(土)	神戸	講演・演習
2018年3月17日(土)	岡山	講演・演習

- データ資料の配付
- ・ セミナー等の配付資料
 - ・ 厚労省公表データ分析ツール
 - ・ 各種分析用マスター

平成29年度総括研究報告書別添DVD収録内容

1. 本報告書PDF版（白黒、フルカラー）
2. 研究報告書追加資料
 - ①分担研究報告書「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト改定版（追加資料）」
阿南誠
 - ②分担研究報告書「病院の標準化を促す仕組みについての考察～DPC/PDPSを中心に～（追加資料）」
今中雄一、國澤進
 - ③分担研究報告書「病院の標準化を促す仕組みについての考察～DPC/PDPSを中心に～（臨床指標追加資料）」
今中雄一、國澤進
3. DPC 研究班「DPC 制度の適正運用とDPC データ活用促進のためのセミナー」配付資料
4. 研究班作成DPCデータ分
析用マスターファイル一式
 - ①平成29年度レセプト電算コードマスター
 - ②平成29年度手術Kコードマスター
 - ③平成29年度化学療法マスター
 - ④平成29年度血液製剤マスター
 - ①平成28年度厚生省公表データDPC病院データベース
5. 研究班作成プログラムとデータ

平成29年度研究報告書

付録参考資料集の使い方(1)

- DPC診断群分類と包括評価制度をより深く理解したい方
 - － 研究班セミナーのPDF資料を見ていただければ、DPC診断群分類の概要、現在の課題などが理解できます。
 - － 付録DVD-ROM内にセミナーでの配付資料
 - － 8月21日・22日の産業医大大ホールでのセミナーの内容が網羅的

平成28年度研究報告書

付録参考資料集の使い方(2)

- 院内などのDPCデータを使った分析をしてみたい方
 - － 研究報告書とセミナー資料から、DPCデータに含まれているデータとその分析例を学んでください。
 - 8月21日・22日の産業医大小ホール演習
 - 分析に必要なマスターデータも活用できます。
 - － レセプト・電算コード、手術コード、化学療法、血液製剤など
- 公開用の病院指標を作るための分析を行ってみたい方
 - － 自院のデータを集計、分析して、基本的な指標を公表
 - 8月21日・22日の産業医大

平成28年度研究報告書

付録参考資料集の使い方(3)

- 厚生労働省のDPC病院公表データを使って、地域医療分析をしてみたい方
 - － 都道府県・二次医療圏別に病院別、傷病別、手術有無別などの集計、グラフ化のためのExcel[®]分析やTableau Public[®]を利用
 - 8月21日・22日の産業医大など
 - － より詳細に分析したい場合は、Qlikview[®]等を。
 - 8月21日・22日の産業医大など

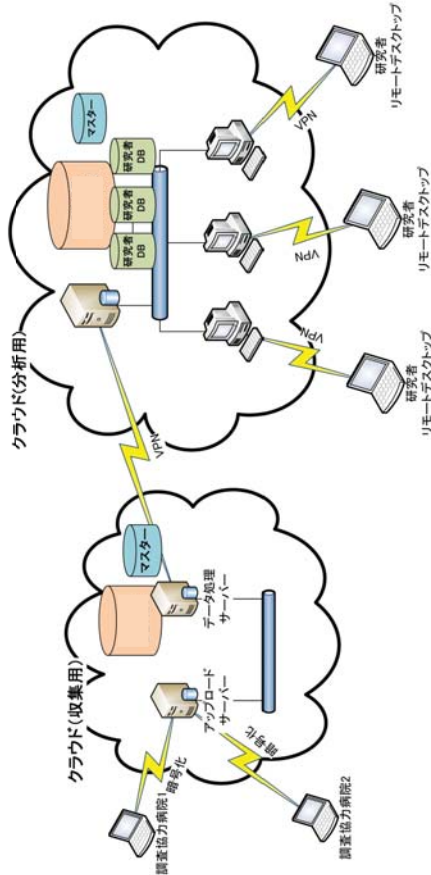
研究班DPCデータベース

調査年	調査病院数	退院患者数	詳細レコード数	詳細データ容量 (MB)
2016	1198	7,154,224	2,661,110,663	620,233
2015	1262	8,019,107	3,006,287,914	632,586
2014	1189	7,794,606	2,714,675,459	610,627
2013	1098	7,776,984	2,739,646,459	771,661
2012	1109	6,861,581	2,394,039,790	388,074
2011	933	6,366,855	2,577,049,236	404,021
2010	980	5,041,157	1,753,363,842	272,200
2009	902	2,833,233	852,145,981	168,239
2008	855	2,863,402	933,114,541	201,314
2007	966	2,970,331	868,842,211	334,366
2006	449	1,757,038	568,050,981	270,361
2005	250	695,083	226,178,052	104,700
2004	197	482,562	164,472,378	33,482

平成30年度以降のDPC関連研究の方向性

- 診断群分類を用いた急性期等の入院医療の評価とデータベース活用に関する研究（平成30-31年度、H30-政策-指定-004）
 - 適切な診断群分類作成のための研究
 - DPCデータの第三者提供に関する研究
 - DPCデータを活用した入院医療の評価に関する研究

DPC研究班データ収集・分析システム



平成30年度のセミナー等予定

○ 研究班セミナーの開催

日時	場所	内容
2018年5月26日(土)	山口	講演・演習
2018年6月16日(土)	高知	講演・演習
2018年8月20日、21日	北九州	講演・演習
2018年9月15日(土)	名古屋	講演・演習
2018年10月13日(土)	札幌	講演
2018年11月17日(土)	福井	講演・演習
2018年12月1日(土)	未定	未定
2019年1月26日(土)	別府	講演・演習
2019年2月9日(土)	東京	講演・演習
2019年3月9日(土)	未定	未定

- データ資料の配付
- ・ マスター類等

平成30年度DPC夏季セミナープログラム

平成30年度DPC改定の概要（1）

8月20日(月)	大ホール	講師	小ホール	講師
11:15-12:15	今までの研究班の成果	伏見		
	屋食			
13:30-14:30	地域医療分析	石川	ExcelでDPCデータ分析①	清水
14:45-15:45	コーディングと病院指標	藤森	BIツールTableau入門	石川
16:00-17:00	ICD10コーディング	阿南	アクセスでDPCデータ分析	村松
8月21日(火)	大ホール	講師	小ホール	講師
10:00-11:00	臨床疫学研究	山名	QlikSense入門	大谷
11:15-12:15	医療の質	國澤	ExcelでDPCデータ分析②	清水
	屋食			
13:30-14:30	DPCと医療マネジメント	松田	BIツールTableau入門	石川

- 病院群、基礎係数、暫定調整係数
- 医療機関群の選択制は見送り
 - 暫定調整係数は廃止
 - 激変緩和措置は2%、1年間とする

(場所：福岡県北九州市産業医科大学)

平成30年度DPC改定の概要（2）

- 機能評価係数Ⅱ
- 機能評価係数ⅡはⅠ、Ⅱ群の重み付けなし
 - 後発医薬品係数は廃止
 - 重症度係数は廃止
 - DPCデータ評価は厳格化
 - ・ 部位不明コード等：10%以上で減算
 - ・ 未コード化傷病名：2%以上で減算
 - 病院情報の公表は微修正
 - ・ 疾患数上位3疾患→5疾患
 - ・ 臨床指標等は平成31年度導入を検討

平成29年度研究報告書の概要

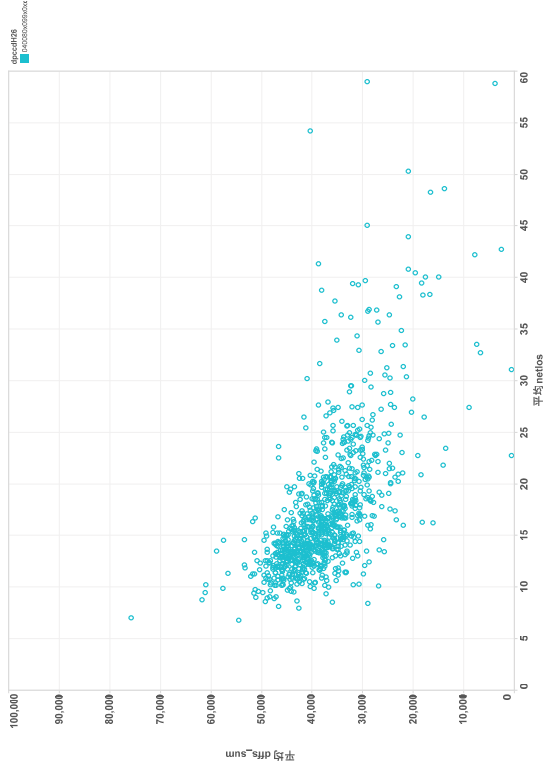
1. DPC/PDPS制度に関する検討 (1) CCPマトリックスの検証

市中肺炎 (成人) のCCPマトリックス

手術	手術・処置等2	年齢	定義 併発病	A-DROPスコア						
				0	1	2	3	4	5	
なし	なし	15歳以上65歳未満	なし	02	04					
		65歳以上75歳未満	なし	04	05			08		
	あり	75歳以上	なし	04	05				08	
		15歳以上65歳未満	なし			06				
		65歳以上75歳未満	なし			09				
		75歳以上	なし			11			09	
あり	なし	15歳以上65歳未満	なし			12				
		65歳以上75歳未満	なし			12				
	あり	75歳以上	なし			12				
		15歳以上65歳未満	なし			14				
		65歳以上75歳未満	なし			14				
		75歳以上	なし			12				

在院日数と1日あたり包括範囲点数の分布 (肺炎)

15歳以上、手術なし、旧分類別、病院毎集計
(H28年、10例/病院以上)



在院日数と1日あたり包括範囲点数の分布 (肺炎)

15歳以上、手術なし、CCPマトリックス別、病院毎集計
(H28年、10例/病院以上)



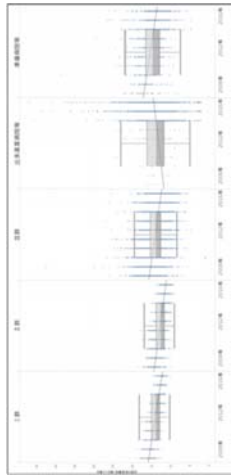
統計的な解析

決定係数： 大きいほうが優良	
脳梗塞	0.1660
肺炎	0.2684
糖尿病	0.2088

AIC (赤池情報量基準)：小さいほうが優良	
脳梗塞	1,168,764
肺炎	1,380,000
糖尿病	383,599

1. DPC/PDPS制度に関する検討（2）

- 平均在院日数のトレンド分析で I 群、II 群、III 群病院で有意な減少を認めた



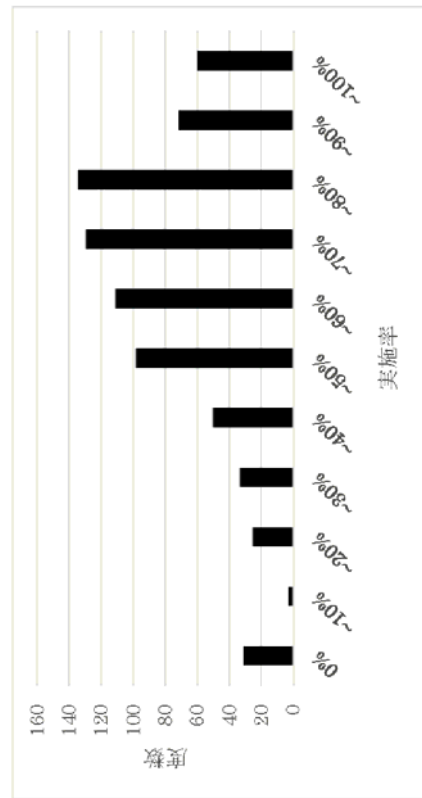
- DPC傷病名コーディングガイドの改定を行い、従来からの課題に対する方向性を示した

2. DPCデータを活用した医療評価（1）

- 病院情報の公開について、厚労科研福井班で共通指標の開発が進められているので、その成果に基づき臨床指標の導入を検討予定
- 検討されている指標の例
 - ・ 急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与率
 - ・ 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与率
 - ・ 急性心筋梗塞で病院に到着後PCI まで90 分以内の患者の割合
 - ・ 脳卒中早期リハビリテーション開始率
 - ・ 誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープ/嚥下造影実施率
 - ・ 糖尿病薬物治療患者の適正血糖コントロール率
 - ・ 手術開始前1 時間以内の予防的抗菌薬投与率
 - ・ 術後24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率

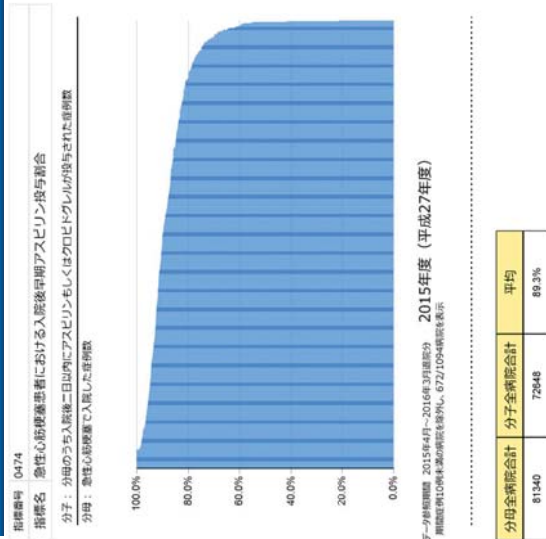
2. DPCデータを活用した医療評価（1）

図7 Door to Balloon 実施率



（藤森研司、分担研究報告書『「病院情報の公表」の課題整理と新たな指標作成についての考察』より）

2. DPCデータを活用した医療評価（2）



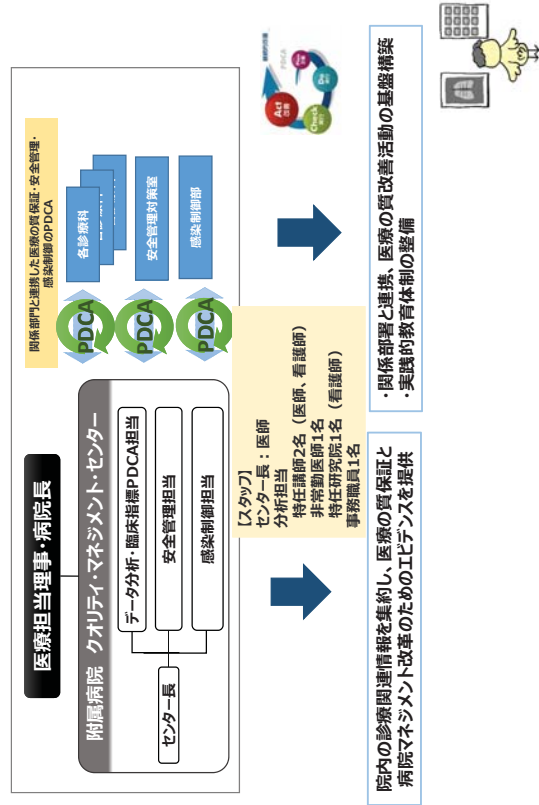
（今中、國澤、分担研究報告書『DPCデータを活用した医療の質と効率性・医療費の評価』より）

2. DPCデータを活用した医療評価

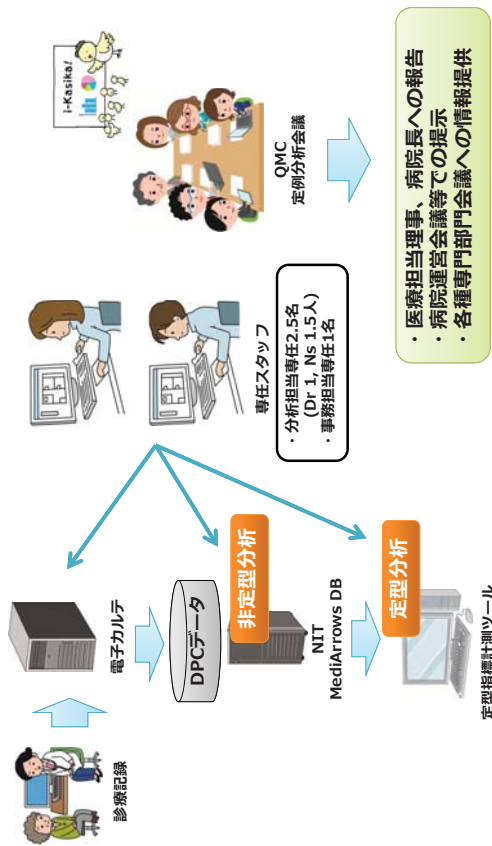
- 現場負担軽減のため既存データを活用
 - ・ DPC、レセプト等の医療データの活用が広がっている

	DPCデータ等	カルテ調査
臨床情報の抽出	<ul style="list-style-type: none"> ・データの制限がある ・除外基準等を細かく決める必要がある ・同一基準でデータを集めやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要なデータを詳細に得ることができる ・データのばらつきが生じやすい
調査の負担とコスト	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への負担は最小 ・データ収集コストは少ない ・非常に多くの症例のデータを収集できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に大きな負担となる場合がある ・大きな人件費コストがかかる ・多くの症例のデータを集めることは困難

東京医科歯科大学病院クリティカルマネジメントセンターの体制

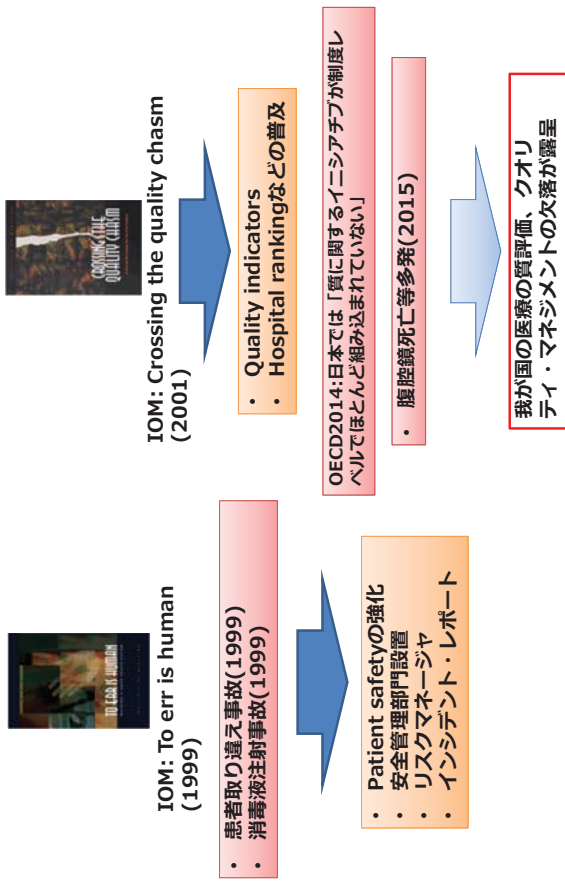


東京医科歯科大学病院での医療データ活用事例

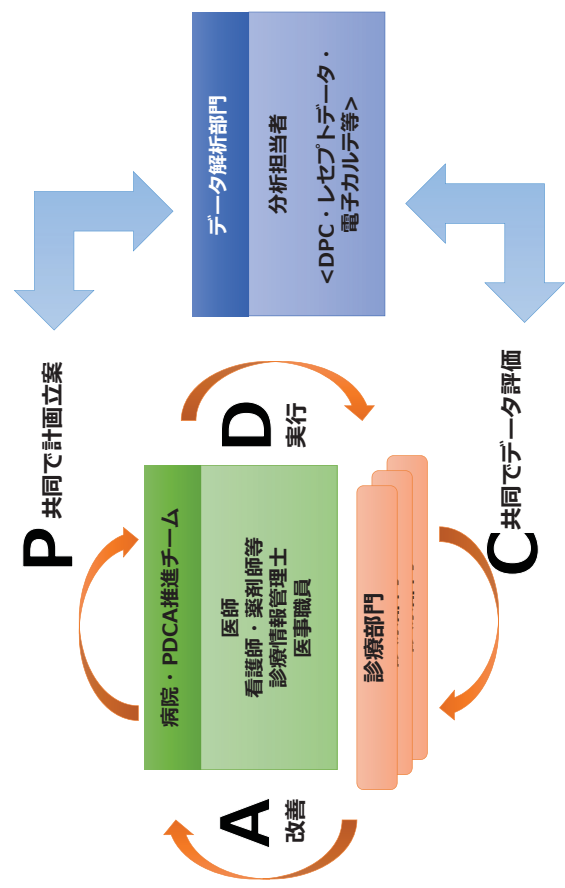


東京医科歯科大学病院クリティカルマネジメントセンターで実施する分析





PDCA推進のためのデータ解析部門の重要性



臨床指標活用の考え方

- 医療の質のランキングではない
 - 結果が悪かった病院の医療の質が低いことを示しているわけではない
 - 測定手法には一定の限界がある
- 診療内容の改善（行動変容）の取組に結びつけることが最大の目的
 - 個々の職員が分析結果を検証し、診療内容を継続的に改善していくことが重要
- 多職種参加の質改善運動が職員満足度・患者満足度向上に結びつく

PDCA活動の実際～周産女性診療科を例に～

パスの見直しを検討している診療科と協同し
PDCAサイクルに基づく改善活動を実施

本格稼働のためのパイロットケース
(改善活動の対象ではない診療科)

当該診療科をはじめとしたWGの構成

診療科 : 医師、病棟看護師、病棟薬剤師
感染制御部門 : 看護師、薬剤師
QMC(分析部門) : 医師、薬剤師
合計10名のWG

PLAN

- 対象術式決定 (7術式)
- DPCデータを用いた現状の可視化
- アウトカム評価指標作成
(1) K8981 緊急帝王切開術
(2) K8982 選択帝王切開術
(3) K877 子宮全摘術
(4) K877-2 腹腔鏡下腹式子宮全摘術
(5) K879 子宮悪性腫瘍手術
(6) K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
(7) K889 子宮内臓器悪性腫瘍手術

DO

- 2016年4月術後抗菌薬投与方法変更

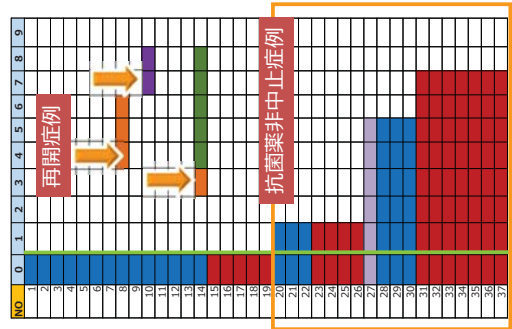
CHECK

- 活動開始後3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月、術後抗菌薬使用状況とアウトカムを評価

ACTION

- 活動継続
クリエカルパスの本格導入
術前インフォームド・コンセント充実

DPCデータを用いたPDCA活動の可視化



除外条件：術前3日以内に抗菌薬が投与された患者

抗菌薬投与期間、使用抗菌薬の種類を可視化

投与期間・使用抗菌薬が標準化されているか

再開症例・抗菌薬非中止症例
診療録調査

- ◆ 抗菌薬再開理由
手術部位感染、尿路感染症など
予防的投与か治療的投与か

PDCA活動 評価指標

DPCデータと診療録調査からアウトカム計測

指標名称
ガイドラインに準じた投与が実施されているかを評価する指標
1) 中止率 (%)
2) 抗菌薬適正選択率
術後抗菌薬投与変更に伴うアウトカムを評価する指標
3) 再開率
4) 手術部位感染 (SSI) 発生率
5) 術後入院日数
6) 術後3日目以降の体温38.5℃以上の症例割合
その他
7) 術後1日目 WBC ($10^3/\mu\text{l}$)
8) 術後1日目 CRP (mg/dl)
9) 尿路感染症発生率

■ : DPCデータを用いて集計
□ : 診療録調査を実施して集計

【指標作成のポイント】

ガイドライン作成目的が達成されているかを評価できる
できるだけDPC等で機械的に計測できる
活動によるアウトカムを評価できる

副次的効果

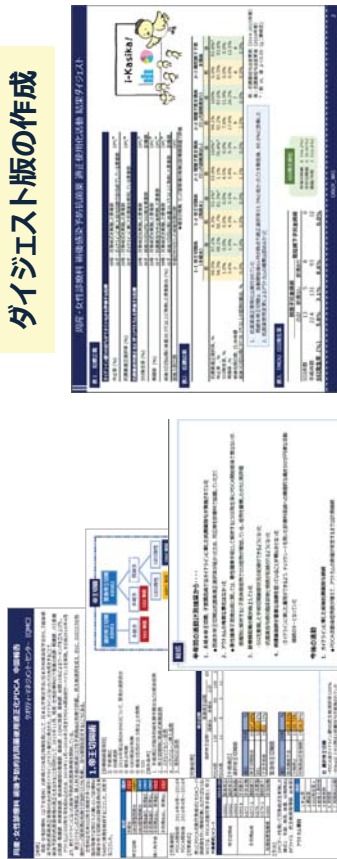
1. 質管理部門による分析データに基づいた意思決定
多職チームがデータに基づいて課題解決
分析部門があることで現場医療者の活動負担軽減

2. 診療録の質の向上

3. 術前インフォームド・コンセントの質の向上

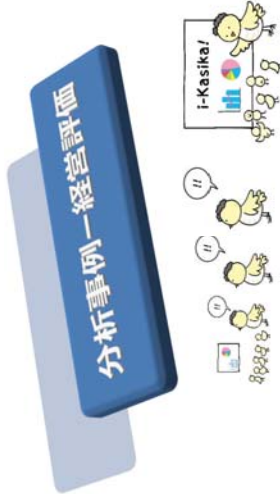


ダイジェスト版の作成



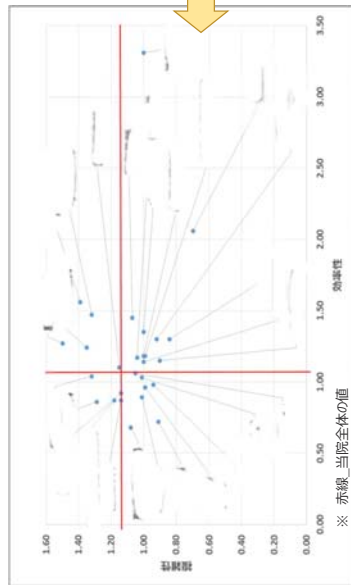
中間報告

わかりやすく結果を周知



QMCによる質評価に関する分析例 (効率性・複雑性)

複雑性：効率性の結果が含まれる機能評価係数IIは病院収益に直結する値（1.0が平均）
効率性：在院日数の短縮の努力を評価
複雑性：患者構成の差を1入院当りの点数で評価



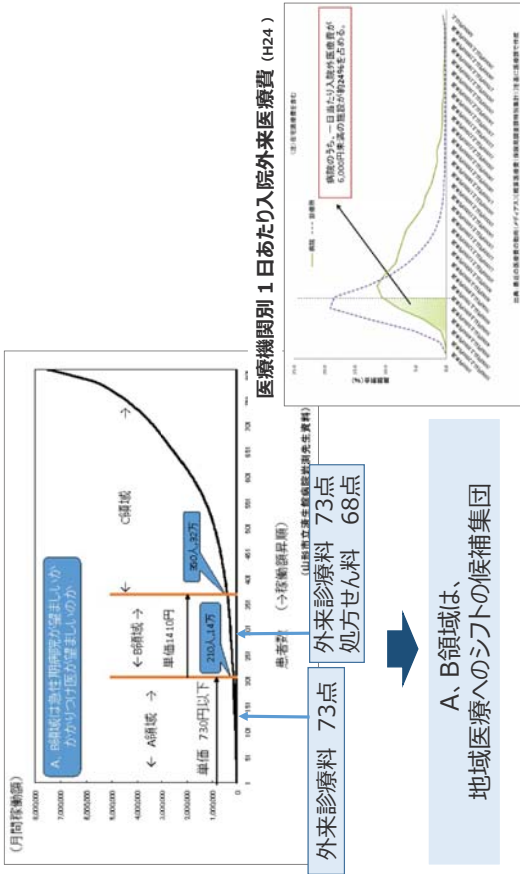
診療科単位で患者単位、診断群分類単位の分析状況を提示

ケースミックス分析による病院機能評価

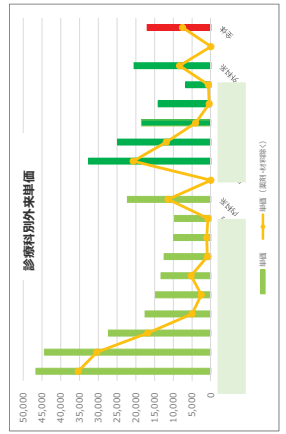
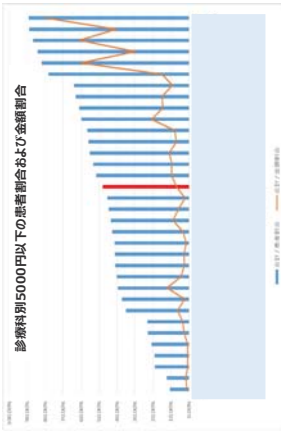
- **効率性指標**の継続的改善は急性期病院の「義務」
 - ・ 診療部門別、疾患別に具体的に対策を立てる
 - ・ 短期入院の患者を増やしても改善されないことに注意
 - ・ 後方医療連携の重要性
- **複雑性指標**は病院機能を反映する重要な指標となる
 - ・ 入院患者を選ぶことはできないので、簡単には改善できない
 - ・ 専門的な手術や検査の患者を増やして改善
 - ・ 前方医療連携を強化し、自院の特徴をより明確化する
 - ・ 病床稼働率が下がり、軽症患者の入院が増えると低下する
 - ・ 患者構成の指標は地域における病院の役割を反映

ナイガラ分析

外来患者の受療状況を診療報酬点数で概観する分析として用いられる



診療科別



- 診療科によって、結果は様々。
- 患者像も診療科によって異なる。

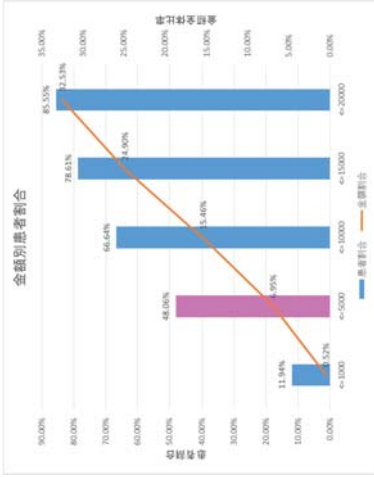


ARROWでは
自由分析→外来診療情報
からデータを取得

- 薬剤料や材料費 (いわゆるコスト) を除いた単価と比較。
- 単価で見ると高額薬剤を使う診療科が上位に。
- 当院の平均単価は全体で16,995円と低い (特定機能病院はH26年で20,360円)
- 一部の内科系は外来単価が高い。
- 慢性疾患の専門外来??
- 外科系は比較的外来単価が低い
- 手術が終わった外来では比較的提供する医療資源投入が少ない?

5000円以下の患者割合

ある3ヶ月分の1日あたり5000円の診療報酬に注目した分析

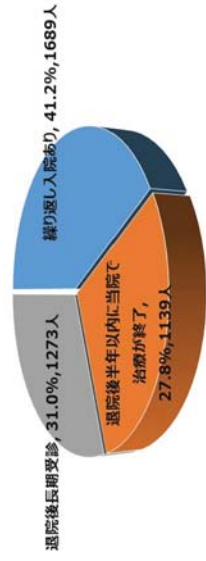


- 患者の割合は約半分→稼働額に占める割合はわずか7%
- 患者が減っても稼働額の影響は少ない→病診連携が構築されていれば縮小可能
- 医療資源の投入量が低い患者は、病状が安定していると考えられる
- 地域医療へのシフト可能な集団

退院患者の半年後の受診状況

【データ】

2013年9月~11月の退院患者4101人
うち、退院後継続的に(半年以上)受診している患者1273人を分析
診療科ベース : 2,798件 (1患者が3科受診した場合は3ヒカウント)
受診回数ベース : 11,249件



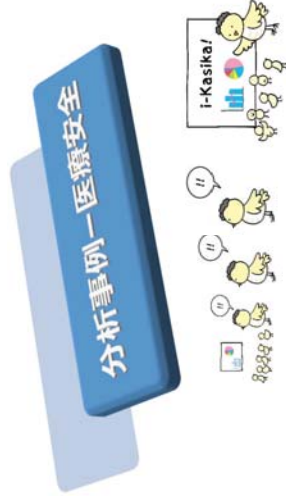
退院後の逆紹介119人

課題：地域連携が進んでいない





- ・医療安全ガバナンスにおける内部監査機能 (P)
- ・病院長のリーダー・シッパのもと、安全管理部・QMCと関係部署が共同して改善活動を実行 (D)
- ・改善活動が機能しているかをモニタリング、評価しフィードバック (C) しさらなる改善に繋げる (A)



医療安全推進への医療データの活用事例

1. モニタリング
 - ・ 医療安全関連の臨床指標の例
 - ・ 静脈血栓塞栓症予防対策実施率
 - ・ 肺血栓塞栓症発生率
 - ・ CVカテーテル挿入による合併症の発生率
 - ・ 75歳以上患者の入院中の骨折発症率
 - ・ 経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率
2. インシデントレポート検証
 - ・ 入院中の転倒・転落に伴う骨折のレポート提出率等
3. インフォームド・コンセントへの活用
 - ・ 輸血率、合併症発生率、死亡率等



質評価指標（一般42指標）



表1-1 質評価指標（一般）

領域	指標番号	指標名称	目標値	目標値と 比較	
がん（肺がん）	1	肺がん手術患者に対する癌前期の病理診断の実施率	95%以上		
	2	小細胞肺癌に対する抗がん剤治療の実施率	80%以上		
	がん（胃がん）	3	胃がん患者の術前病理学的診断の実施率	80%以上	
		4	胃がん患者に対する手術時の脱水検査の実施率	50%以上	
	がん（肝がん）	5	リポドール肝動脈（化学）薬投療法（TA（C）E）実施率	90%以上	
		6	結腸がんに対する腹腔鏡下手術の実施率（ステージⅠ）	50%以上	
	がん（結腸がん）	7	結腸がんに対する腹腔鏡下手術の実施率（ステージⅡ）	50%以上	
		8	浸潤性乳がん（ステージⅠ）に対するセンチネルリンパ節生検の実施率	70%以上	
急性心筋梗塞	10	PCI施行前のアスプリンおよび硝酸グロブドレール処方率	95%以上		
	11	心大血管手術後の心臓リハビリテーション実施率	80%以上		
急性心筋梗塞	12	急性心筋梗塞患者に対する退院時のスタチンの処方率	80%以上		

質評価指標（安全18指標）

表2-1 医療安全関連QI（国立病院機構）

番号	指標名称	目標値	2014年度 NHO	2015年度 NHO	2015年度 臨床院
13	PCIを施行した患者の入院死亡率	設定なし	—	—	—
19	脳卒中患者に対する静脈血栓症の予防処置の実施率	60%以上	○	○	○
20	急性脳梗塞患者における入院死亡率	設定なし	—	—	—
78	胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する手術ありの患者の術後経過観察の予防処置の実施率（リスクレベルが中リスク以上）	90%以上	○	○	○
79	手術ありの患者の術後経過観察の発生率（リスクレベルが中リスク以上）	95%以上	○	○	○
80	手術ありの患者の術後経過観察の発生率（リスクレベルが中リスク以上）	0.2%以下	×	×	×
81	退院患者の転倒発生率	設定なし	—	—	—
84	75歳以上退院患者の入院中の予防せめ骨折発生率	0.2%以下	○	○	○
85	中心静脈注射用カテーテル挿入による重症気管炎、血腫の発生率	1%以下	○	○	○
86	骨髄移植における腸管外からの身体採取率	95%以上	○	○	○

表2-2 医療安全関連QI（医科歯科オリエント）

番号	指標名称	目標値	2014年度	2015年度
120	入院中の予防せめ骨折発生率	設定無し		
121	入院中の予防せめ骨折の安全管理レポート提出率	設定無し		
122	経皮的な動脈造影検査に伴う造影剤による腎臓機能低下発生率	設定無し		
123	経皮的な動脈造影検査に伴う造影剤による腎臓機能低下発生率に関する安全管理レポート提出率	設定無し		
124	小児科病棟に併用する外科的処置を必要とする消化器穿孔発生率	設定無し		
125	小児科病棟に併用する外科的処置を必要とする消化器穿孔症例の安全管理レポート提出率	設定無し		
126	入院中の転倒転落に起因した頭部内出血発生率	設定無し		
127	入院中の転倒転落に起因した頭部内出血発生に関する安全管理レポート提出率	設定無し		

医療データ分析に基づく病院マネジメント

院内ビッグデータ分析による病院機能高度化

「医療ビッグデータ」の活用が、地域医療構想への転換を促す！

院内ビッグデータ分析による病院機能高度化

「医療ビッグデータ」の活用が、地域医療構想への転換を促す！

ゼロから病院のPDCA

How to start PDCA for total quality management in hospitals

医療の質の見える化と改善

伏見秀秀 監修 本橋 隆子 監修 金子 裕子 監修

はじめてでも うまくいく！
手順どおりにPDCAサイクルを回して、
医療の質の改善につなげよう。

→ 自院のデータで医療指標を算出できる！
→ 医療機能分析システム(MEDI-ARROWS)を活用！
→ Excelのみでも分析可能！

医療安全出版株式会社



「これ以上やさくしてきないレベル」を実現！

伏見秀秀 監修・今井志乃 著
目録ヘルステア編
価格：本体12,000円＋税
●A4変型、●約200ページ
●書籍＋CD-ROM1枚

平成29年5月刊行

本書の主な内容

DPCに関する基礎知識
～DPCについて知ろう

自院のDPCデータを活用する
～まずは自院の特徴を知ろう
Section1 データを用意して集計・分析にトライ
Section2 基礎・応用で分かる集計・分析の実際

厚生労働省のDPC公開データ
を活用する
～自院の実力・地域での位置づけを知ろう
Section1 データを用意して集計・分析にトライ
Section2 基礎・応用で分かる集計・分析の実際

増補改訂版では病院情報の公表、Hファイルにも対応！



平成31年度受講生募集予定

- 日曜日12回を中心とするプログラム
 - ・ 医師や遠方の受講者等への配慮
 - ・ 週末にデータ分析実習を高密度に提供
 - ・ 病院実習を含むPDCA実践授業を含む
 - ・ MMA選択受講可
- 分析成果発表と総合ディスカッションを実施
- 合計約80時間（授業料12万円）のプログラム

社会保障改革と急性期病院のあり方

社会保障国民会議
 ・ データに基づく政策の推進
 ・ 地域医療ビジョン策定

経済財政諮問会議
 ・ データ分析による支出目標設定

社会保障制度改革関連法案

医療計画と地域医療構想
 地域包括ケアシステム

内閣府社会保障制度改革推進本部

医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(7.1)

医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ

ICTによる医療介護情報の活用
 地域医療構想の策定

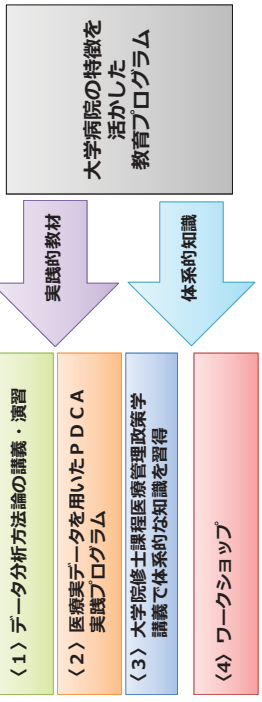
NDBデータ
 病床機能報告
 DPCデータ
 官庁統計等

クオリティ・マネージャークラス養成プログラムの概要

PDCA医療クオリティ・マネージャークラスに求められる能力

- ① 医療の質評価に必要な医療データ分析能力
- ② 継続的に診療内容の改善を図るPDCAプログラム実行能力
- ③ 有機的な組織連携を構築するリーダーシップ

養成プログラムの構成



東京医科歯科大学課題解決型高度医療人材養成プログラムPDCA医療クオリティ・マネージャークラス養成 http://www.tmd.ac.jp/koudoiryou_med/index.html

地域医療構想策定・運用の流れ

1. 需要推計
 - ・ 医療ビッグデータを活用して、医療機能別の標準的な病床数（医療需要）を国、都道府県、二次医療圏（構想区域）別に推計
2. 供給実態評価
 - ・ 病床機能報告制度のデータを集計し、実際の医療供給量を明かして、必要量との差異「需給ギャップ」を可視化
3. 調整会議
 - ・ 「協議の場」において、地域医療データブック等の様々なデータを分析し、供給ギャップの解消を進める

「地域医療構想」の実態評価

- 全地域で国の指針に沿って「必要病床数」の推計あり
- 病床機能報告データの取り扱いで顕著な差異を認める
 - ✓ 11地域で必要病床数と病床機能報告集計数との対比なし
 - ✓ 東京都等では両データの比較が困難となるように提示
- 具体的な機能分化の方向性を明確に確認できたのは4地域のみ
 - ✓ 青森県などでは、さらに踏み込んで、自治体病院等の再編の必要性等も明示

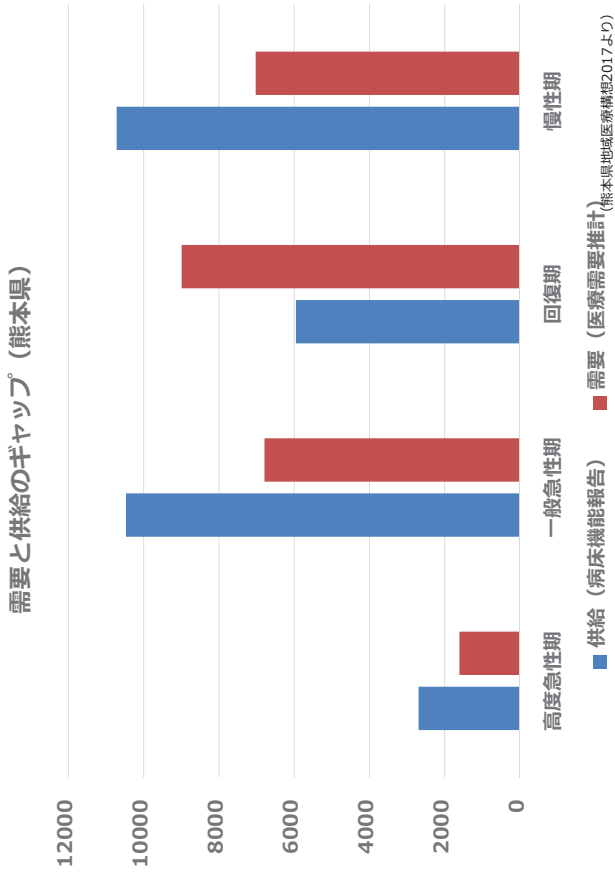
- 将来の需給ギャップを埋めるための具体的な施策が示されない構想が過半数
- 地域病院は、地域医療構想に頼らず、自ら地域医療の実態を分析、対応する必要

都道府県ごとの基準設定

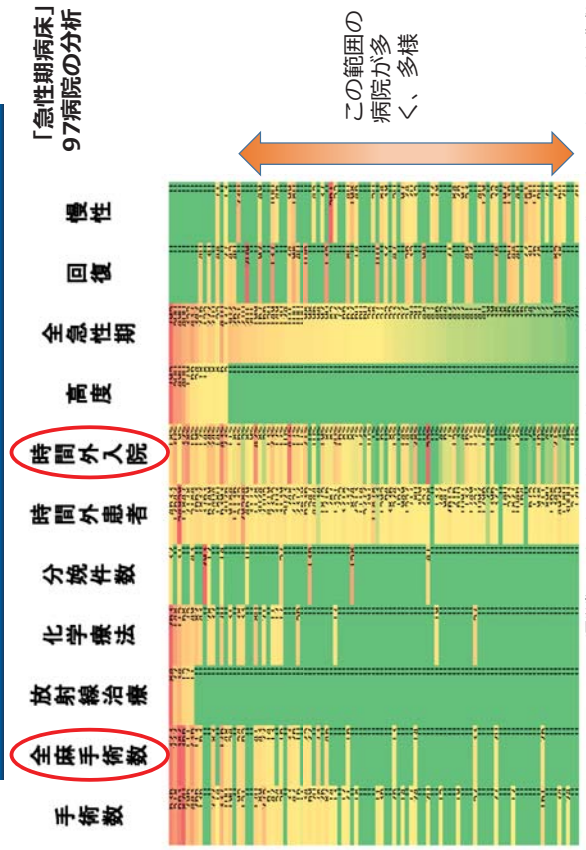
- 大阪方式
1日50床当たり手術orケモor救急医療or呼吸心拍監視(2回)を重症急性期
- 奈良方式
1日50床当たり手術+救急医療>=2を重症急性期
- 佐賀方式
在院日数<=22を重症急性期



- 病院ごとの機能評価は病院管理の観点から問題があるのでは
- 細分化された機能評価は単なる「数合わせ」や「レッテル貼り」となるのでは
- 医療機関としての機能を評価する視点が必要なのは

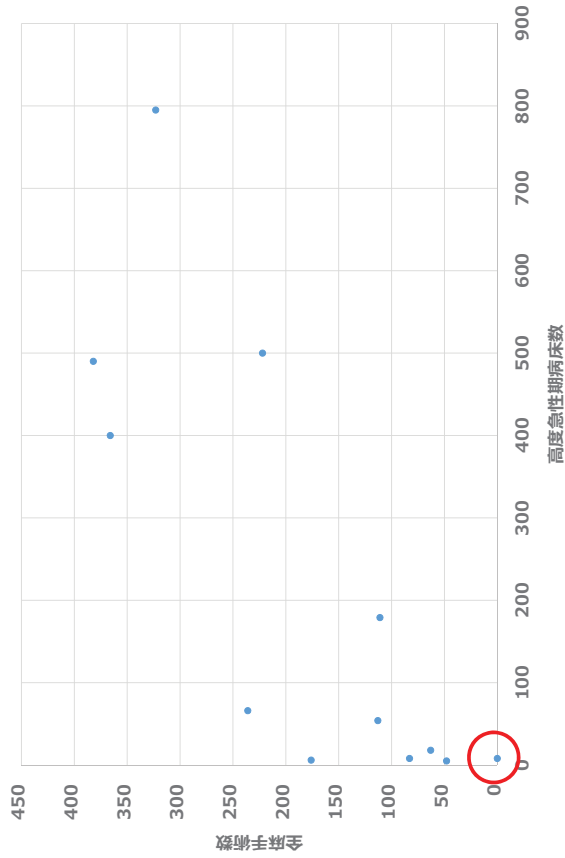


熊本県病床機能報告データの分析

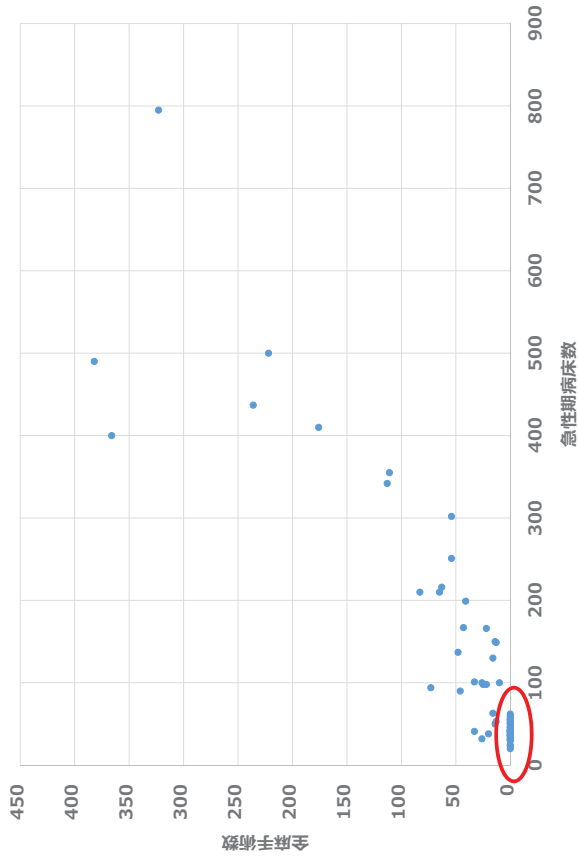


(厚労省open data https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/buny9/open_data.htmlより作成)

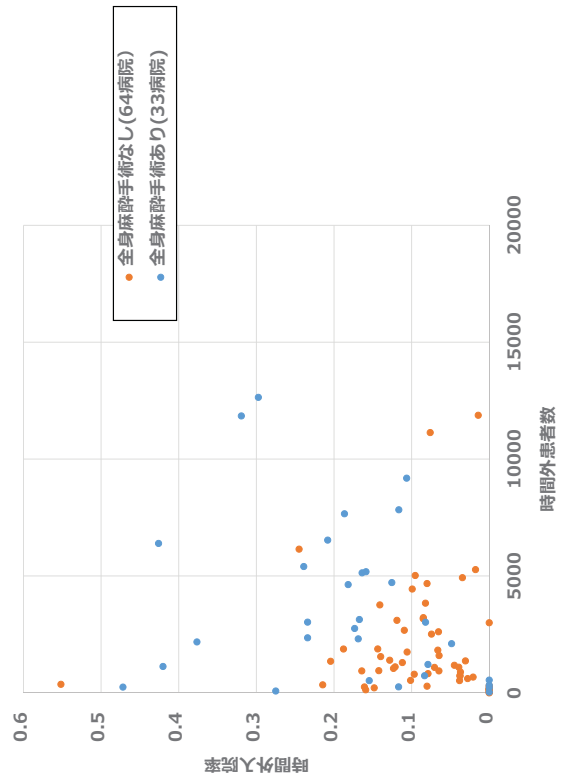
全身麻酔の手術件数



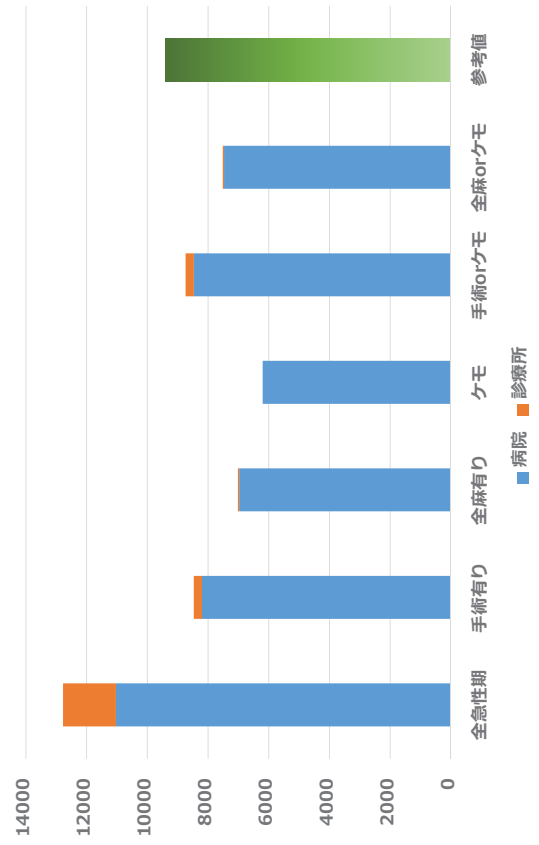
全身麻酔の手術件数



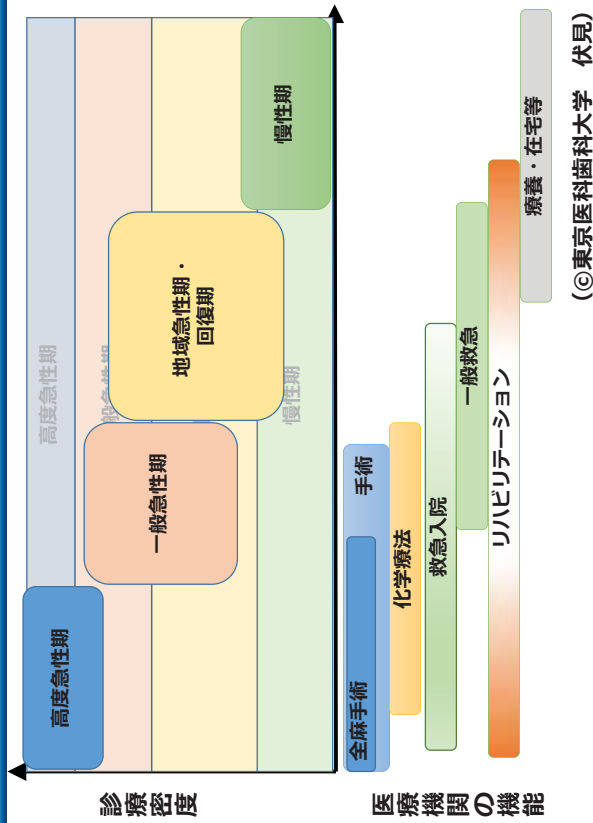
時間外患者数と入院率 (全身麻酔手術有無別)



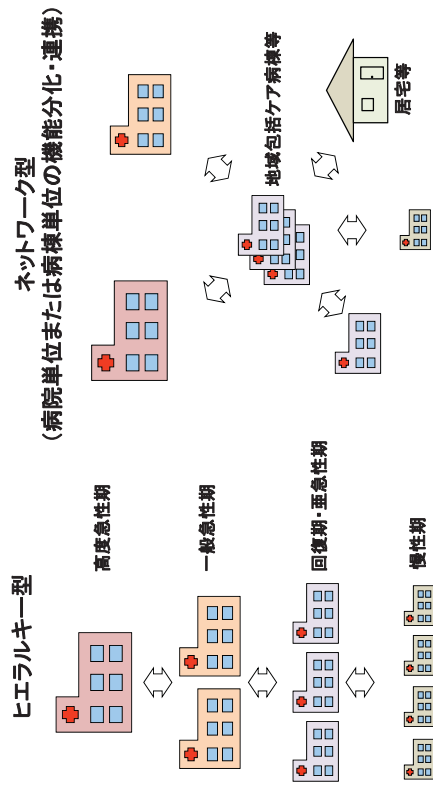
医療機関の機能別の急性期病床数集計 (熊本県)



医療機関の機能を反映した病床機能分化の可能性

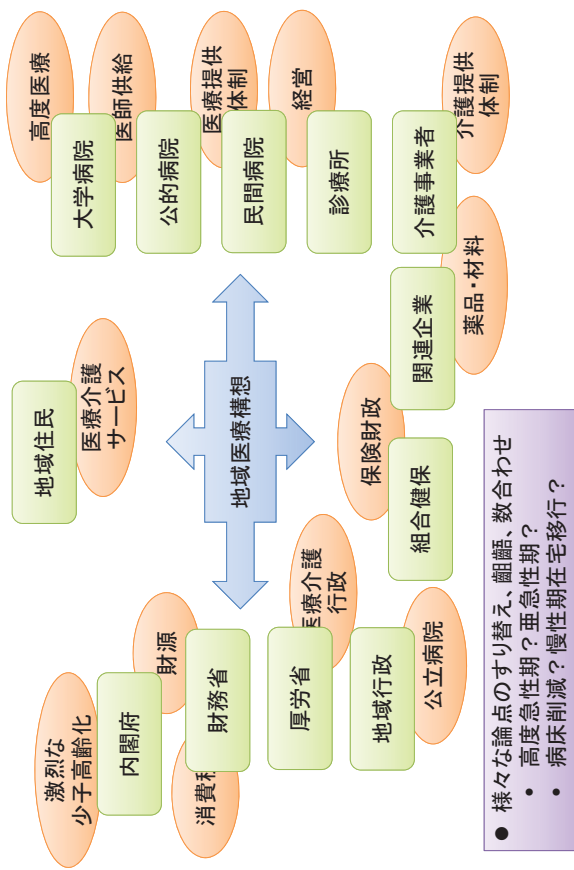


病院機能のパラダイム・シフトの必要性



- 急性期偏重モデルから、ネットワーク型モデルへの、関係者（医師、医療従事者、行政、患者等）の意識改革が必要
- 各プレーヤーそれぞれ役割を明確化

地域医療構想をめぐるステークホルダー



本セミナーの目的

- 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
 - 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
 - DPC関連情報の病院マネジメントへの応用
 - DPC関連情報の医療の質管理への応用
- 主役は皆さんです。
- せつかくの機会です。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。

