**DPC施設 疾患別患者動態　2019年版**

**解　説　書**

**DPCとは、DPC対象病院の現状について**

1. **本データ解析にあたり（厚労省2019年2月開示 最新版）**
2. **疾患別／手術あり・なし含む 患者動態 ( 2017年度 )**

**03.疾患別／手術あり・なし別 患者動態 ( 2017年度 )**

**04.疾患別／手術あり・なし別 患者動態　対前年度比較表**

**( 2016年度 対　2017年度 )**

**05.疾患別／手術あり・なし別、手術処置1・2での患者動態表**

**( 2017年度 )**

**06.疾患別　患者動態５年間推移グラフ作成用ソフト**

**( 2013年度 ～ 2017年度までの5年間 )**

**07.特大附録 MDC分類別バブルチャート図作成用ソフト**

**( 2017年度 )**

**08-A.機能評価係数Ⅱレーダーチャート図作成用ソフト**

**( 2019年6月開示 )**

**08-B.地域医療係数グラフ作成用ソフト**

**( 2019年6月開示 )**

**患者動態（疾患ごとの年間退院患者数および、平均在院日数）**

**「DPC対象病院別、疾患別 手術あり・なし別患者動態表」**

**Ⅰ、DPCとは**

DPCはDiagnosis Procedure Combinationの頭文字で、直訳すると「診断」と「治療方法・処置」などの「組み合わせ」を表し、患者の傷病名や年齢、意識や症状のレベル、手術や処置の有無などの治療行為を組み合わせたもので、これらの診断群分類を意味するものです。

　　また、DPCに基づいて評価される「入院1日あたりの定額支払い制度」のことを

　DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination /Per-Diem Payment System）＝「診断群分類包括評価」と呼ばれています。

　　我が国で、この診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度は、2003年より全国82の特定機能病院などで開始されました。

　　2006年からDPCに基づき定額支払い制度を導入している病院の名称をDPC対象病院と呼ぶようになりました。

**Ⅱ、DPC報酬について**

　　DPCにおける総報酬額は、「診断群分類による包括評価」＋「出来高評価」＋「入院時食事療養費」で、診断群分類による包括評価は、「診断群分類点数表」と呼ばれる包括範囲点数表をもとに下記の式で算定し、出来高部分は従来からの診療報酬点数表をもとに算出します。

　　診断群分類による包括評価＝診断群分類ごとの1日当りの点数×医療機関別係数×入院日数×10円

　　医療機関別係数は、①基礎係数（医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価したもの）、②機能評価係数Ⅰ（出来高報酬体系における、入院基本料の差額と入院基本料等加算などを係数化したもの）③機能評価係数Ⅱ（DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善などへのインセンティブおよび地域において、医療機関が担うべき役割や機能などを評価したもの）④暫定調整係数（従来の調整係数の段階的廃止家庭において、暫定的に設定された係数）の四つの係数で計算されます（Wikipediaより）

　　DPCを導入した医療機関では、同じ疾患であればより低い点数に収まる治療法を選択したり、効率的な治療を行うことで、出来高払いよりも高い収益が上げられます。

　　また、患者側からは治療期間の短縮や、過剰な検査や投薬の削減などのメリットが生まれます。

この様なことから、厚労省は医療費削減の点からも、DPC対象病院への参入による包括的な点数評価を推進しています。

　　また、③の機能評価係数Ⅱについては、別添の「機能評価係数Ⅱの作成ソフト」にて、2019年度の各医療機関の評価を、分り易くレーダーチャート図で表示できる、グラフ化ソフトも添付しておりますので、併せてご利用願います。

**Ⅲ、DPC対象病院の現状について**

　　2019年6月に厚労省より開示された資料によりますと、一般病床を有する全国の病院（5,835病院）に対し、DPC病院（1,986病院）の占有率は34%を占めています。

　　また200床以上の病院での施設数割合では、約半数の病院がDPC対象施設となっております。

　一方、病床数でみるとDPC病院の占める割合は56.8%と約6割を占め、また急性期一般入院基本料等に該当する病床での割合では、8割を超えているとの報告もあります。



**01、本データ解析にあたり**

　　DPCのデータは、厚労省の「中央社会保険医療協議会」の診療報酬調査専門組織（DPC評価分科会）から、毎年開示される資料を基に解析ならびに作成したものです。

　　DPC対象病院には、それぞれの持つ機能での群分けがされており、大学病院本院（大）・特定の要件を満たす医療機関（特）・標準医療機関（標）及び、DPC準備病院（準）に分けられています。

またこれらDPC対象病院以外に、出来高算定病院（準備病院予備群・将来DPC病院への参入を希望する施設等）も併せて掲載しております。

　　弊社では、各病院の所在を表わす都道府県名・二次医療圏名・所在地も併せて付記し、医療圏や所在地ごとに絞り込むことで、周辺の医療機関をはじめ、疾患別の地域医療連携の情報ツールとしても活用できるようにしました。

疾患は、01「神経系」～18「その他」までのMDC(Major Diagnostic Categories)18種での傷病名（疾患）別、および診療行為（手術あり・なし）別に、医療機関ごとの

患者動態（年間退院患者数ならびに平均在院日数）を提示しました。

　　これら患者動態のデータは、厚労省DPC分科会の2019年2月に開示された2017年度（2017年4月～2018年3月まで）のものであり、また機能評価係数Ⅱおよび地域医療指数に関しては、2019年6月に開示された最新資料での作表としました。

**02、疾患別／手術あり・なし含む患者動態表**

対象期間2017年度（2017年4月～’18年3月）

　　　各医療機関での疾患別の単純な（手術あり・なしを含んだ）年間退院患者数および、平均在院日数を表にしたものです。

　　　医療圏や所在地を絞り込むことで、疾患別にどの医療機関がその患者を多く診ているか、地域内での大まかな患者の流れが分り、病院個々の特色（疾患別の強み・弱みなど）を知る上で参考となる表です。

尚、この数値を使い、過去５年間（2013年度～2017年度まで）の疾患別年間退院患者数を縦棒グラフに表わした「疾患別・患者動態5年間推移作成用ソフト」を、別版にて収めましたので併せてご利用願います。

下表は福岡県 福岡・糸島医療圏内の病院の一部で、「直腸肛門」および「肝・肝内胆管」の悪性腫瘍の患者動態表です。



**03、疾患別／手術あり・なし別患者動態表**

対象期間2017年度（2017年4月～’18年3月）

　　　02の表をより詳細に、手術あり・なしに分けて、それぞれの年間退院患者数と平均在院日数を表にしました。

　　　また、他の施設（とりわけ同じ二次医療圏内の医療機関）との比較では、手術件数の多少によりその病院の専門分野が分る点と、手術ありの平均在院日数の比較により、医療スタッフ（専門医・チーム医療・リハビリなど）の充実度や、後方支援病院との連携による在院日数短縮への取り組みなども見えてきます。

表は、北九州医療圏での「子宮頸がんの」手術あり・なし別の患者動態表です。

JCHO九州病院の平均在院日数が一桁代であることや、全体的に手術あり・なしの件数がほぼ同数に対し、国立小倉医療Cの手術ありの件数が少ないなど興味深い表です。



**04、疾患別／手術あり・なし別患者動態 対前年度比較表**

対象期間（2017年度 対 2016年度との比較）

03の疾患別／手術あり・なし別の患者動態表を使って、前年度との年間退院患者数と平均在院日数を比較化し、その増減を表にしたものです。

　　　前年度との比較により、疾患別の患者数の増減は勿論のこと、平均在院日数の短縮が図られたかなど、その病院の取り組み状況が分ります。

　　　また対前年比増減のセルでは、患者増や在院日数の短縮が図られた場合は「青字」

で、患者数の減少や在院日数が延びた場合は「赤字」でより分かり易く表現しました。

下表は、愛知県 名古屋医療圏での「急性心筋梗塞」の患者動態表です。

手術ありの場合、名古屋市立大学病院が31件増加、他の施設が減少しています。

また、名古屋大学病院の在院日数が12.7日と更なる短縮を図ったことなどが判ります。



**05、疾患別、手術あり／なし別、手術処置1・2別での患者動態表**

対象期間2017年度（2017年4月～’18年3月）

前述の疾患ごとの手術あり／なし別の表からさらに詳しく、「手術ありの処置1・2別」及び「手術なしの処置1・2別」の各医療機関の患者動態を表にしました。

　　処置1とは、血管塞栓術、体外ペースメーキング術、心臓カテーテル法による諸検査等、補完的な手術・処置や、侵襲性の高い検査などを指します。

処置2とは、中心静脈注射、人工腎臓、放射線療法、化学療法等、生命維持的な治療やがんの集学的治療などを指します。

　　尚、医薬品の適応疾患での処方例数を見る場合は、「処置2あり」の件数を参考頂き、

　併せて処置2ありの下段には処方薬剤名（一般名）を明記しました。

別添の「手術 処置2で使用される医薬品名一覧」を参照願います。

下表は、手術あり／なし別、処置1・２別の北海道の「直腸がん」での患者動態表です。



**06、疾患別／患者動態5年間推移 作成用ソフト**

　　　対象期間（2013年度～2017年度の５年間の実績推移）

02でも述べましたが、今回別ファイルにて医療機関ごとの、各疾患（348疾患）の過去5年間の年間退院患者数（縦棒グラフ）および平均在院日数（折れ線グラフ）を作表できるソフトを収納しました。

疾患ごとの5年間の患者数の増減をプロットすることで、病院としてどの疾患を積極的に集患しているか、また周辺の病院を同じように検索することで、どの病院にその疾患が移動したかなど、疾患ごとの患者の流れが見えてきます。

**作表手順**

1. 「06-疾患別患者動態5年間推移グラフ作成用ソフト」を開き、循環器・消化器など

調べたい診断群分類を選びます。

②　都道府県・二次医療圏の順にソートし、最後に医療機関名を選択すると2013年度

～2017年度まで（医療機関によっては2016年度～2017年度の2年間だけの

場合もある）の各疾患の実績値が表示されます。

1. 選んだ医療機関の5年間の実績値を、左端Ａから右端まで全ての疾患を選択し、次の「貼付けシート」に貼り付けると、別のシートに各疾患別のグラフが表示されます。

尚、「貼付けシート」内には、上段には5年間のデータがある先（5施設分）、次に4年間のデータのみの先など、医療機関によって過去データの件数が異なりますので、貼付先の指示に従って貼付願います。

出来れば周辺の医療機関を同様に検索しグラフ化することで、疾患別の患者の流れが見えてきます。

　　また、掲載疾患名については、別添の「疾患名一覧表」を参照願います。

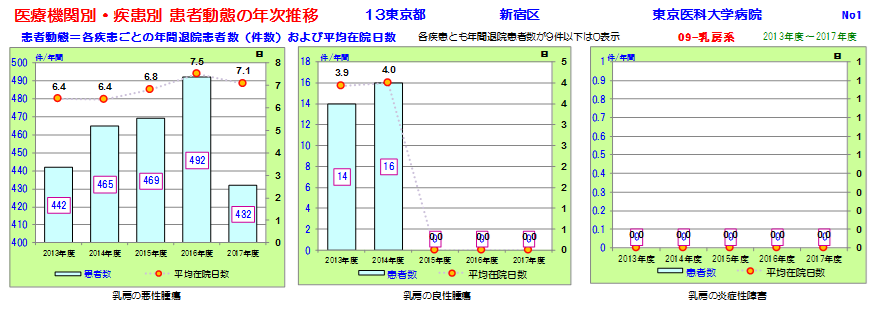
下表は、同じ医療圏（東京都 新宿区）の東京医科大学病院・東京女子医科大学および慶応義塾大学病院での、「乳房の悪性腫瘍」（左端のグラフ）の5年間の患者動態表です。

　東京医科大学の患者数は2013年度(442件)・・・→2016年度(492件)→2017年度(432件)と2016年度まで増加傾向だったが、2017年度は減少しました。

　東京女子医大の患者数は2013年度(406件)・・・→2016年度(332件)→2017年度(286件)と減少傾向にあります。

　慶応義塾病院の患者数は2013年度(214件)・・・→2016年度(269件)→2017年度(345件)と増加しています。　　（同様に中央の乳房の良性腫瘍も参照）

このように周辺の病院も併せて作表することで、疾患ごとの患者の流れが見えて、大変興味深い資料となります。







**07、特大附録 MDC（主要診断群）別の患者動態バブルチャート図の作成ソフト**

　対象期間2017年度（2017年4月～’18年3月）

MDC（Major Diagnostic Category）とは、WHOが制定しているICD-分類「疾患および関連保健問題の国際統計分類第10回修正」に基づく18の主要診断群のことで、「01神経系」、「02眼科」、「03耳鼻咽喉」、「04呼吸器」、「05循環器」、「06消化器」、「07筋骨格」、「08皮膚」、「09乳房」、「10内分」、「11腎・尿路」、「12女性系」、「13血液系」、「14新生児」、「15小児」、「16外傷」、「17精神」、「18その他」に分類されています。

　　これら18主要診断群の医療機関ごとの患者構成を、全国平均値に合わせた際の「年間退院患者数」と「患者構成の指標」および、「在院日数の指標」に関するデータを厚労省が開示しており、それをグラフによって可視化することで病院の実態が見えてきます。

　　尚、データには以下の「在院日数の平均の差の理由の検討」ならびに「手法」について表記されており、特に「患者構成の指標」および「在院日数の指標」について、ここではご理解願います。

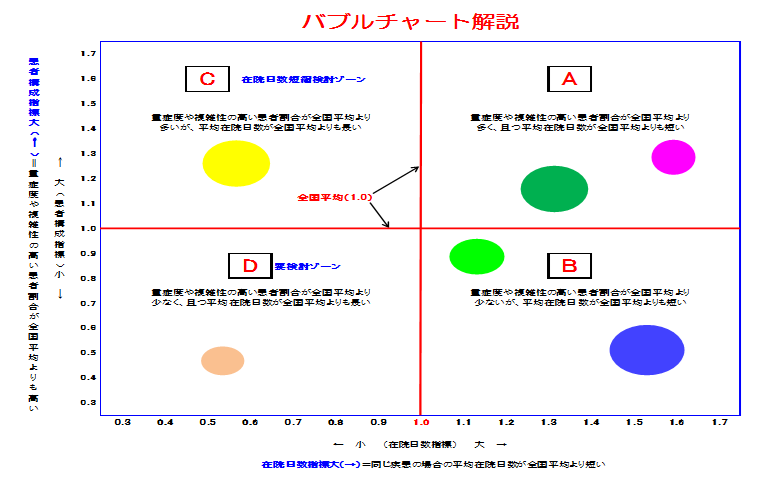


バブルチャート作成用ソフトでは、既に各都道府県・二次医療圏・所在地が付記されています。

また「件数」、「患者構成の指標」、「在院日数の指標」も掲載されていますので、調べたい医療機関を最大20施設選択ソートし（絞りだし）、別のシートに貼付けるだけで、バブルチャートが出来上がります。

「患者構成の指標」を縦軸に、「在院日数の指標」を横軸にし、「件数」（月間退院患者数）をバブル（円）の大きさで表しています。

　以下バブルチャートの解説



上記の表はある医療機関のバブルチャート図です。（縦横軸とも1.0が全国平均値）

ピンク色や緑色・黄色・紺色などの円は、それぞれ18診断群分類を表し、円の大きさは月間退院患者数を表しています。

Aゾーンの診断群は、特に縦軸の「患者構成指標」が高いことは、全国平均よりも重症度の高い複雑な疾患を抱えており、なお且つ在院日数も全国平均よりも短いことから、恐らく専門スタッフ（専門医、専任看護師、専門薬剤師、リハビリテーションなどのチーム医療）が充実していると思われます。

A・Bゾーンは、在院日数の指標が高いことから、全国平均よりも在院日数が短い状況にあります。このことはリハビリテーションや、後方連携（回復期の受入れ先）との関係が充実しているものと考えられます。

　Cゾーンにある診断群は、重症度の高い患者が多いため、結果的に在院日数が長いと思われますが、今後は如何に在院日数の短縮を図るか、後方連携病院との関係づくりや、専門スタッフの更なる充実を図る必要があると思われます。

　Dゾーンにプロットされた診断群は、在院日数の短縮が僅々の課題と考えます。

**バブルチャート図「みほん」**

「みほん」を参照しながら、対象病院および・二次医療圏など最大20施設まで選び、②の「選んだ施設の貼付け」のシートに貼付けて実行してみましょう。

バブルチャート図「みほん」の作成手順

1. 先ず ①「基データ」から都道府県と二次医療圏（大阪府・豊能医療圏）を選択し、所在地（吹田市）を選びソート（絞り込む）し、A列～CZ列までの全てのデータを、 ②「選んだ施設の貼付け」のシートの赤枠内のA列～CZ列まで貼り付けます。
2. 次に ③「データのソート」のシートに貼り付けたデータが、各所定の箇所に納まっているかを確認します。
3. ③のシートの中央に書かれている「作業手順」を参照しながら、各データの赤枠内の全てをフィルターに掛けて、赤地の「月間退院患者数」の降順の列を選び、↓（降順）にして、患者数の多い順に入れ替えます。（円の大きいものが背面に移動します）
4. シート④「施設バブルグラフ」に入れ替えたデータが反映されます。
5. 同様にシート⑤ 「MDC分類別グラフ」にも反映されます。
6. 縦軸と横軸の範囲が広いので、分り易いように軸の目盛りの部分にカーソルを持っていき、右クリックし「軸の書式設定」をクリックし、軸の範囲指定（最小値と最大値の設定）を行います。
7. 縦・横軸の赤い線を1.0（全国平均値）の位置に合わせます。
8. 併せて、各診断群の色も自身の好みの色で変色してみましょう。

先ず色を替えたい円にカーソルを当て、右クリックして「データ系列の書式設定」を選び、次に系列のオプションの「塗りつぶし」を選びます、塗りつぶしの（単色）を押して、塗りつぶしの色を押すと色の設定が出来ます。

また、その下の透過性を調節することで背景の円が表れ、より見やすくなります。

1. 下表は大阪府・豊能医療圏の市立吹田市民病院のバブルチャート図です。



1. 併せてプロットした近隣の病院との、MDC分類別比較用のチャートグラフも、別シートに表示されます。
2. 下表は「呼吸器系」の豊能医療圏の各施設を表したチャート図です。
3. 四つに仕切られたゾーンに位置する医療機関を検証してみる（8ページ参照）



1. 別シートに病院内の月間退院患者数と平均在院日数のグラフも表示されます。

下表は市立吹田市民病院の例です。



**08-A、機能評価係数Ⅱ レーダーチャート図作成用ソフト**

機能評価係数Ⅱとは、DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算

定制度）の医療機関が担うべき役割や、機能に対するインセンティブとして、つぎのような項目を考慮しています。

1）全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

a)医療の透明化、b)医療の質的向上、c)医療の効率化、d)医療の標準化、

２）社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配

分の最適化）

a)度先進的な医療の提供機能（高度・先進性）、b)総合的な医療の提供機能（総合

性）、c)重症者への対応機能（重症者対応）、d)地域で広範・継続的に求められてい

る機能（4疾病等）、e)地域の医療確保に必要な機能（5事業等）

　　3）具体的な評価内容としては（2018年4月からの評価項目）

①.保険診療係数

DPC対象病院における、質が尊重されたDPCデータの提出を含めた適切な保

険診療実施・取組・公表を評価、また医療機関群（大学病院群・特定病院群・

標準病院群）における総合的な機能を評価

②.効率性係数

　　　 各医療機関における、在院日数短縮の努力を評価

③.複雑性係数

　　　 各医療機関における患者構成の差を１入院あたり点数で評価

　 ④.カバー率係数

　　　　様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価

　　 ⑤.救急医療係数

　　　　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の乖離を評価

　 　⑥.地域医療係数

　　　　地域医療への貢献を評価（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能果

たしている施設を主として評価）

尚、「後発医薬品係数」は導入した結果、その使用促進に有効であったと考えられ、係数も上限値が、ほぼ平均値となっていることから、機能評価係数Ⅰへ移行しました。

　　 　また「重症度係数」については、重症者の診療を評価するという名称と評価の実態

が一致しておらず、効率化が不十分な診療自体も評価されるなど、係数を設定した

趣旨にあった評価になっていないとのことから廃止となりました。

　　 　これら6項目を、各医療機関群別の平均値（中央値）と比較したレーダーチャート

図を作成することで、その医療機関の医療提供体制への取組度合が判ります。

作成ソフトに従って、医療機関群を選択し、次に二次医療圏、医療機関名を選択（最大5施設まで）し、B列からQ列までのデータ全てを選び、②のシートに貼り付けると、各医療機関群のシートに表示されます。

下表は東京都内の大学病院群のレーダーチャート図です。

赤色線は全国の大学病院群の中央値で、それとの比較で各病院の取り組み状況が判ります。





**08-B、地域医療係数グラフ作成ソフト**

地域医療係数は、地域医療への貢献を評価するものとして、5疾患5事業などに係る診療体制を評価する「体制評価指数」と、地域で発生する患者に対する各病院の患者シェアを評価する「定量評価指数」の2つの指数の合計で評価しています。

また2018年度からは、

1)各領域の整合性の観点から、領域ごとに複数ある項目（がん、脳卒中、災害）はそれぞれ1項目に整理されました。※下段注釈を参照

2)指数値の上限値は、大学病院群およびDPC特定病院群は8点、DPC標準病院群は6点、となりました。

3)医療計画の見直しに沿って、各領域で診療実績に応じた評価となるよう見直されました。

体制評価項目および概要

1. がん・・・・　がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
2. 脳卒中・・・　脳卒中の急性期の診療実績を評価
3. 心血管疾患・　緊急時の心筋梗塞のPC Iや外科治療の実績及び、急性大動脈解離に

　対する手術実績を評価

1. 精神疾患・・　精神科入院医療の診療実績を評価
2. 災害・・・・　災害時における医療への体制を評価
3. 周産期・・・　周産期医療への体制評価
4. へき地・・・　へき地の医療への体制を評価
5. 救急・・・・　救急車等の受け入れ実績および救急医療の体制を評価
6. その他・・・　その他重要な分野への貢献を評価

※注釈：従来あった、「がん地域連携」と「がん拠点病院」を整理して「がん」の1項目となりました。また、「脳卒中地域連携」と「24時間tPA体制」を「脳卒中」の一つに、「災害時における医療」および「EMIS(広域災害・救急医療情報システム)」を「災害」の1項目にそれぞれ整理されました。

作表手順

これら9項目を、作表手順に従って行うことにより、図表が表れます。

先ず、B-地域医療指数 グラフ作成用ソフトを開き、「2019地域医療指数」のシートより、調べたい医療機関群→都道府県・二次医療圏→医療機関を絞り込み、各医療機関群別に最大5施設までを選択し、A列からP列までの項目すべてを②のシートに貼り付けることで、病院群ごとのシートにその評価項目が帯グラフとして表示されます。

併せて各医療機関群の平均値（中央値）や、近隣病院と比較することで、各病院の取り組み状況が判ります。

尚、②の貼付けシートには、それぞれの医療機関群別に貼付け箇所が異なるので要注意。

次表は、特定病院群での北海道の地域医療係数（体制評価指数）表です。

全国の特定病院群の中央値（最上部）との比較で、病院の取組状況（積極度）が判ります。



下表は標準病院群での高知県の医療機関の地域医療係数（体制評価指数）表です。



　　　以上

**お問い合わせ先**

**制作・著作　㈱エムシンク**

**〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-43-7 光ビル**

**☎ 03-5358-4788 FAX 03-5358-4787**

**地域医療研究班　担当　森澤 隆久 ☎ 080-5338-3309**