**DPC施設 疾患別患者動態　2022年出版CD**

**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2022年開示 最新版）**

**以下は医療機関別のデータおよび図表**

1. **疾患別／手術あり・なし含む 患者動態 ( 2020年度 )**

**03.疾患別／手術あり・なし別 患者動態 ( 2020年度 )**

**04.疾患別／手術あり・なし別 患者動態　対前年度比較表**

**( 2020年度 対　2019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**

**( 2020年度 )**

**06.疾患別 患者動態５年間推移グラフ作成用ソフト**

**（2016年度～2020年度の5年間実績）**

**07.特大附録 MDC分類別バブルチャート図作成用ソフト**

**( 2020年度 )**

**08-.機能評価係数Ⅱレーダーチャート図作成用ソフト**

**09-.地域医療係数グラフ作成用ソフト**

**（08. 09は2022年4月1日現在の資料を使用）**

**2020年度とは (2020年4月～2021年3月末実績)**

**患者動態とは（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、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、2022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**

　　2022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5,765病院に対し、DPC対象病院(DPC準備病院含む施設)は2,023病院で、その割合は35.1%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57.0%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）**に分けられています。

またこれらDPC対象病院以外に、将来DPC病院への参入を希望する**準備病院予備群（準）**や、一部**出来高算定病院(出算)**=3,313施設も、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で厚労省は、各医療機関での医療資源投入量の観点から、年間10症例未満の件数については空白として表示していますので、ゼロではありません。

**02、疾患別／手術あり・なし含む患者動態表**

対象期間2020年度（2020年4月～’21年3月末）

　　　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疾患を多く診ているか、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。

下表は、消化器系疾患の東京都 区中央部医療圏での、「直腸がん」および「肝・肝内胆管の悪性腫瘍」の患者動態（年間退院患者数および平均在院日数）表です。



手術あり・なしを含んだ退院患者数や平均在院日数なので、ここでは同じ医療圏内での大まかな患者の流れ、つまりその疾患はどの医療機関が多く診ているかに留め、実際には次の手術あり・なし別の患者動態表にて、深く掘り下げていきましょう。

**03、疾患別／手術あり・なし別患者動態表**

対象期間2020年度（2020年4月～’2021年3月末）

　　　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・リハビリテーションなど）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、前表の東京都区中央圏の「直腸がん」を更に手術あり・なし別に分けた患者動態表です。

前表で虎ノ門病院の直腸がんの年間退院患者数は665人、平均在院日数は9.5日でした。それを手術あり・なしに分けると、下表のように手術ありが302人で在院日数は14.6日、手術なしの件数は363人の5.3日でした。

このように、手術件数の多さや他の医療施設との比較、平均在院日数の長短など様々な情報がみえてきます。



**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（2020年度 対 2019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。

　　　年間退院患者数の表では、対前年度よりも患者数の増加は「青字」で、減少は「赤字」で示しています。平均在院日数に於いても、対前年度よりも短縮された場合は「赤字」で、増加は「青字」で表示しています。

下表は、前表と同じく東京都区中央医療圏の「直腸がん」での、前年度との実績を比較した患者動態表です。

同じく虎の門病院で見てみますと、2020年度の手術ありの年間退院患者数は302人で、前年度(2019年度)が265人と37人の増加、平均在院日数は前年度と変わらないことが判ります。

このように前年度との比較により、同じ医療圏で他の医療機関の患者数の増減や、平均在院日数の長短も見えてきます。また、直腸がんの手術ありでの平均在院日数は、どの施設でも14日前後ですが、東京医科歯科大学病院の平均在院日数は10日と比較的短い退院日数で転棟されています。DPCの場合、在院日数を短くし病床利用率を上げていくことも重要ですが、一方で、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は、DPC制度になじまない可能性があるとの指摘もあり、今後の行方が注目されます。



**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2020年度（2020年4月～’21年3月末）

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、手術ありには、具体的な手術・手技例および処置例・定義副病傷も記しておりますので、医学知識の習得や、傷病ごとの研修資料としても活用できます。

下表は、手術あり／なし別、処置1・２別の東京都 区中央医療圏の「直腸がん」での患者動態表です。

ここでも同じく虎の門病院での手術あり・なし別、処置1・2別の患者動態を見てみますと、手術あり302例の内、処置1ありが85例、処置1なしが217例で、がんの集学的治療を必要とする処置2ありが43例、処置2なしが259例となっています。

手術なしの363例の内訳も同じように見ることが出来ます。

また、手術あり・なしで処置2の合わせた例数は328例(43例＋285例)で、虎の門病院の直腸がん患者の年間患者数665人の約半数の症例に、がんの集学的治療(放射線療法や抗がん剤など)が施されたことになります。

また処置2ありには、包括で処方される医薬品名(一般名)も赤字で記しています。



**06、医療機関別　疾患別／患者動態5年間推移グラフ作成用ソフト**

　　　対象期間（2016年度～2020年度の５年間の実績推移）

02でも述べましたが、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、また周辺の病院も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る点と、将来予想にもつながる資料であり、大変興味深いものです。

**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。

1. 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2016年度

から2020年度まで（医療機関によっては2019年度～2020年度の2年間だけ）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。

次表は、同じ医療圏（横浜北部）の済生会横浜市東部病院、横浜労災病院、昭和大学・北部病院及び藤が丘病院での、「呼吸器系疾患」のそれぞれの年間退院患者数および平均在院日数の過去5年間での患者推移を現したグラフです。

特に表の左側「肺の悪性腫瘍」を参照願います。

　横浜市東部病院の年間患者数は2016年度514人でしたが、2020年度は350人と減少傾向にあります。逆に横浜労災病院は2016年度304人・2020年度433人と増加しております。同じ医療圏の昭和大学・北部病院及び藤が丘病院も減少傾向にあります。

このように同じ医療圏内で、疾患別の患者数の増減を5年間でtrend比較することで、患者の流れが見えてきます。

2020年度は新型コロナの影響もあり、コロナ感染者以外の患者受け入れ態勢が充分でなく、通年の患者の流れが大きく変わったことも大きな要因とも言えましょう。

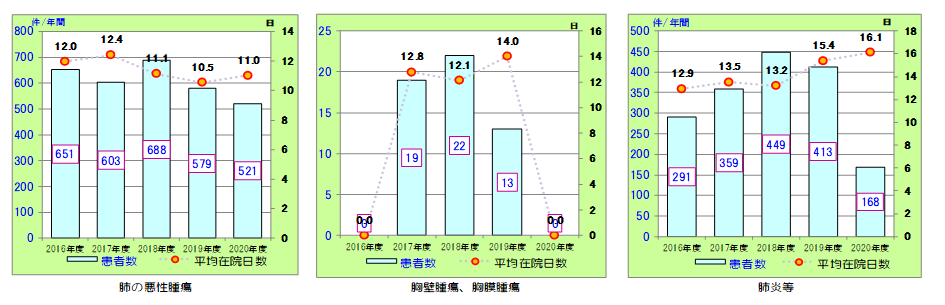
　　済生会横浜市東部病院



　横浜労災病院



　　昭和大学 横浜市北部病院

****

昭和大学 藤が丘病院



また、平均在院日数（折線グラフ）の年次変化も大変興味深いです

**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2020年度（2020年4月～’21年3月末）

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。

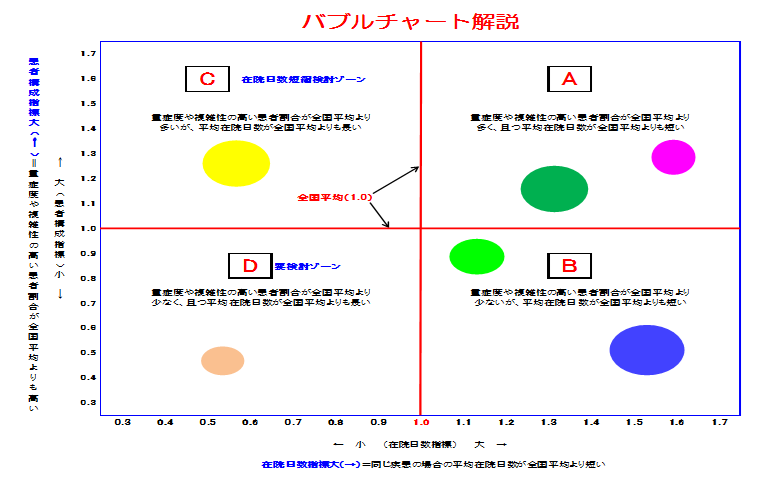
　　尚、データには以下の「在院日数の平均の差の理由の検討」ならびに「手法」について表記されており、特に「患者構成の指標」および「在院日数の指標」については、下記をご参照願います。



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



上の表はある医療機関のバブルチャート図です。（赤い縦・横軸線の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、比較的早期の転棟（DPC対象病棟以外の病棟への転棟）や、専門スタッフ（専門医、専任看護師、専門薬剤師、リハビリなどのチーム医療）が充実していると思われます。

Bゾーンは、縦軸の「患者構成指標」が全国平均より低い、つまり医療資源投入量が平均より低い患者割合が多く、結果的に在院日数が平均より短い状況にあるといえます。在院日数の短縮を図り病床利用率を上げることは重要ですが、これに留まらず、更なるAゾーンへの試みも大事と考えます。

　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、転棟時期の検討や後方連携施設との関係づくり、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、選んだ施設を貼り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（大阪市北部医療圏）を選択し、所在地（大阪市北区）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. 下表は大阪市北部医療圏の淀川キリスト教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. 次表は「循環器系」の大阪北部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（11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「淀川キリスト教病院」の例です。



**08、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。

全国の大学病院群の中央値(赤線)との比較で各病院の取り組み状況が判ります。





**09、地域医療係数グラフ作成ソフト**

　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、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

　また新たに2022年度は、新型コロナ感染拡大に伴い、新型コロナウイルス感染症対策に係る要件を新設し、評価項目を9項目から10項目に増やしました。

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. 感染症・・・　感染症に係る病床確保、G-MIS(下段注釈参照)参加
7. 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。

※注釈 : G-M IS=新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システムで、医療機関の稼働状況、病床スタッフの状況、新型コロナウイルス感染症に係る受診者数・検査数・人工呼吸器やマスク防護服の確保状況を一元的に把握・支援していくシステムです。

作表手順

これら10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、「2022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Q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、特定病院群での福岡県・福岡 糸島医療圏での 地域医療指数の表です。

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北海道 札幌市豊平区の地域医療指数の表です。



　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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2-4-1 THビル4F**

**☎ 03-5358-4788 FAX 03-5358-4787**

**地域医療研究班　担当　森澤 隆久 ☎ 080-5338-3309**