

病院にあるデータは宝の山だ！ ～「自院の組織デザイン」から考え直し、 データ活用を想定に組み込みを～

ゴールデンルール株式会社 代表取締役 **芦田弘毅** info@g-rules.co.jp
(DPCマネジメント研究会 理事)

医療機関におけるデータ分析は、1998年に概念が出現して2003年から始まったDPC制度と歩調を合わせて拡大してきました。そこには電子カルテの普及促進や、それらの元になるレセプト電算化といったデジタル化が急速に進み、情報の再生産が実現できてきたことも背景にあります。

当時、私もコンサルタントの1人としてその光景を見ていましたが、さまざまなデータ分析ツールが出現して、まさにデータ革命の幕開けともいえる状況でした。デジタルデータによる「医療の見える化」は、業界で驚きをもって迎えられたのです。そして、私は今でもそれらは素晴らしいツールだと思っています。

半面、その時から20年近い歳月を経て、病院はそこから何か大きく変わったかという点、延長線上の進化はあるにせよ抜本的な改革は進んでおらず、当時からあった問題点をいまだに引きずっているように思うのです。

今回、その問題点の正体についてももう少し具体的に述べるとともに、ゴールデンルールスとして現状批評、ツール開発を通じた取り組みとその考察を紹介します。

「データ活用ツール」の問題

貴院では、DPC分析ツールやデータ活用ツールがおもちゃになっていませんか。

図1をご覧ください。分析ツールの出力結果の一例です。2000年代当初であれば、「このように見えます」でよかったかもしれませんが、しかし、きれいなグラフだけで、そこから「具体的な改善」を図ろうとしても、改善策は見えません。事象として他院より上位に位置していたとしても、それは構造上「致し方ない」という結論になるのです。

世の中は情報革命で一変

いわゆる「情報革命」は1990年代に起こりました。インターネットなどが爆発的に普及した時期です。それによって引き起こされた「情報化社会」とは、①各情報に個人レベルでコストも低くアクセスできる、②デジタルデータによって情報の活用（再生産）ができるようになったのです。

縦割りの患者ケアに 「情報共有」という横串を！

このような状況にある病院では、各部門が自分たちの状況を経営的視点で見ること

図1 分析ツールの結果表示

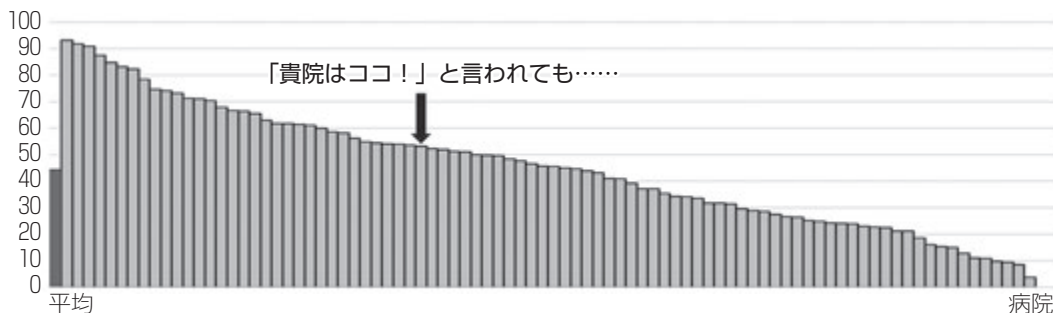
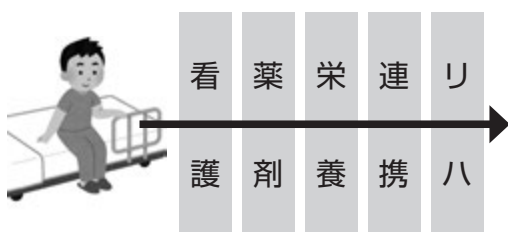


図2 病院経営の基本として情報共有する仕組みが必要



もできないし、データ分析者も各部門の事情が分からないため、業務の片手間ではとても対応できません。また、各部門に介入する権限すらないような状況であり、形骸的なデータ分析から抜け切れないという側面もあります（図2）。

今後、病院経営を良くするために必要なことは、世の中がインターネットによる情報へのアクセスが容易になったのと同じく、データへのアクセスのハードルを低くしていくことです。つまり、院内みんなが情報にアクセスしやすくすることが大切なのです。

データ分析は「作業」であることを忘れてはいけない

例えば、やる気にあふれ、データ分析にも長けている医事課職員が一人いたとします。院内で分析ツールから出される病院経

営情報は、医事課のシステムからでないと排出できず、また、経営会議などで院内状況を把握・共有するために必要なデータは、この職員による集計作業や資料の加工作業が必要だったりします。

ここで忘れてはいけないのは、これらはいくまでデータを集計・加工しているだけの「作業」であり、本来の経営活動を進めるための前処理段階でしかないのです。

データ分析を通じて「病院が良くなる」ために

私自身、ただ無責任な批評家でありたいと思っていませんし、この状況を変えるための社会提案として、弊社で「Mighty Brain™ 加算だポン」というWEBツールをつくりました。

看護師、コ・メディカル、医師、事務部門、経営層といった病院の皆さんが、みんな自分たちの情報にアクセスして、自分たちの病院をより良くするための活動に専念する、各部門が自分たちの業務にコストからサービス品質、収益に至るまで責任を持つ時代（部門別会計という言葉もあります）が、必ず近い将来に来ると確信しています（「加算だポン」（図3）の無償トライ

図3 病院経営をサポートする「加算だポン」



アルや無償チェックアップレポートサービスも用意しているので、ぜひホームページをご覧ください、弊社にお問い合わせいただければと思います。(https://www.g-rules.co.jp/kdp/))。

データ分析を通じて「病院が良くなる」ため、「継続的上昇気流」を組織にもたらすためにやるべきことは下記のとおりです。

- ①状況を分かりやすい形で整理する
- ②各自が何をすべきか（仮説）を、事前に具体的にはっきりさせる
- ③仮説に対する活動の結果を、当事者だけでなく院内で評価・共有することで、次につなげる

これは、企業では当たり前の、いわゆるPDCA（仮説検証）サイクルです。各部署の成果をはっきりさせていくことが、各部署の責任を明確にする部門別会計の進化という世の中の流れにもつながっています。

DPCデータの活用

では、ここから具体的なデータ分析について検討していきましょう。

病院が持つデータはさまざまなものがあ

ります。しかし、分析活用における筆頭は、DPCデータでしょう。

DPCデータとは、患者の退院時につくられるサマリ（診療・患者情報の要約）がもとになっている様式1データ、薬の処方や検査項目一つひとつに紐づいた医事請求データに基づくEFデータなど、複数の種類のデータから構成されています。それらは全国約5,000の病院が、統一フォーマットによるテキストファイル（エクセルでも利用可）で作成しているため、病院間で比較したり、自院内で診療プロセスや経営指標の見直しにも使うことができ、データ分析の1丁目1番地となるような基本データなのです。

ただし基本データと書いたとおり、素地は素地であって、そこから自分の意思と手法によって、もしくは、それを活用するためのツールを使用することによって、データから自分たちの目的に合わせたアウトプットを導き出し、それを実践で生かすことが必要です。

今回は、「データから形だけではない具体的なメッセージを導き出し、それを実践で生かす」というイメージをお伝えするため、前述の「加算だポン」を通じて、データの分析→仮説→改善活動→評価のプロセスをお伝えします。

データ分析手法の一例

「認知症ケア加算1」という看護領域の加算項目について、一例を示します。

施設基準では1から3の3段階に分かれるのですが、例えば、同じ加算1の病院で

図4 認知症ケア加算の分析の一例

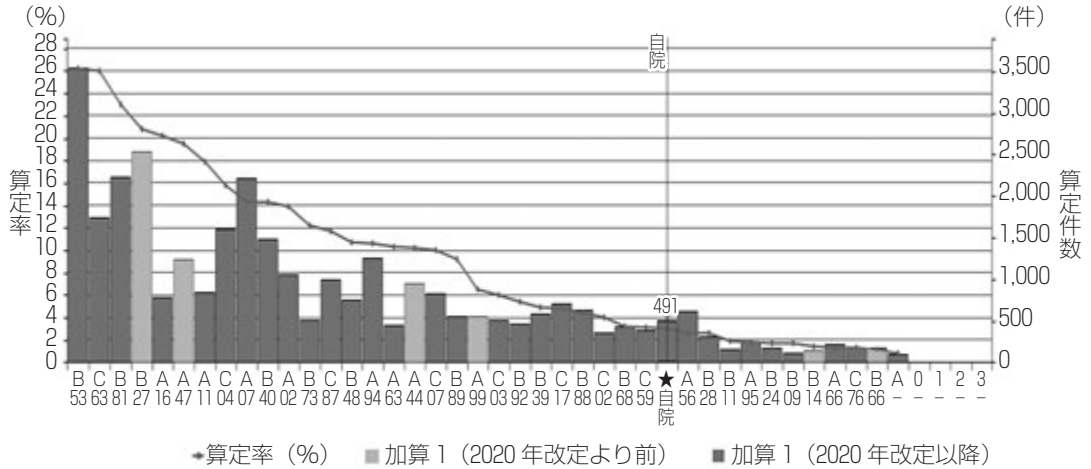
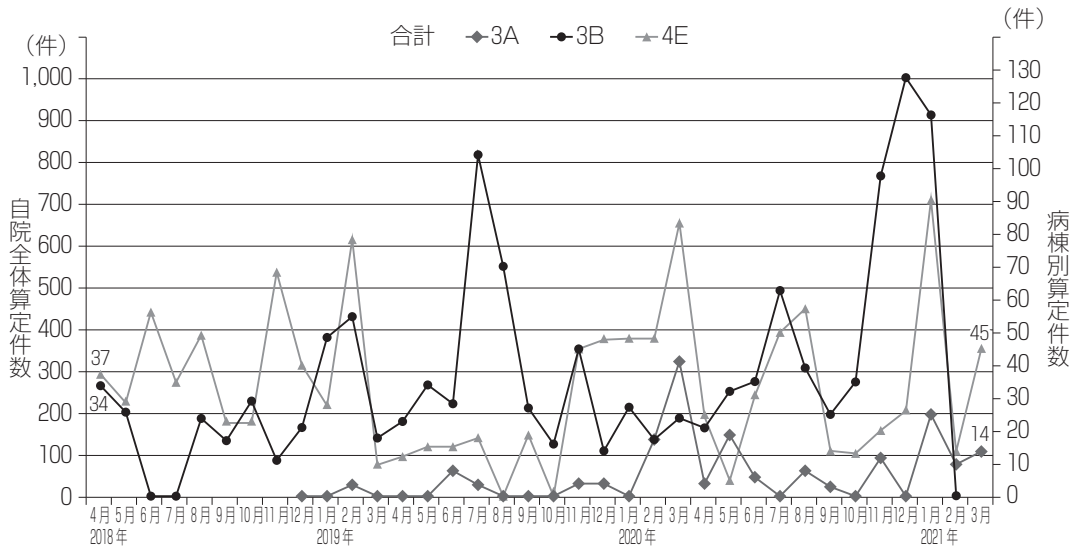


図5 病棟・診療科別でも分析可能



あっても、病院間で全延べ患者の算定件数割合は20%を超えている病院もあれば、0%の病院までバラバラであることが分かります(図4)。これが、他の病院と比較した物差しで見られる1つめのメリットです。

2つめは、病院全体だけでなく、個別の病棟・診療科別でも比較できるということです(図5)。

ただ、病院全体で件数が増えた・減った

というだけでなく、成果が出た時、院内のどこの誰のおかげかというところまで突き詰めることができます。

そして3つめのポイントが問題の可視化、「何を改善すれば、どのくらいの成果が得られるのか」ということを認識できるのです。

自院の認知症ケア加算1の診療報酬は、図6になります。

同じ病棟で同じ認知症患者をケアしたと

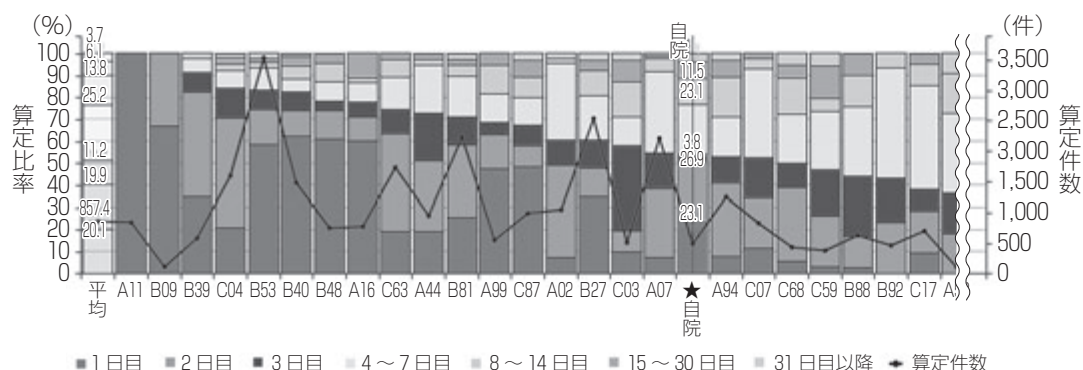
図6 認知症ケア加算1の診療報酬点数

2週間超えると1/5以下（1,600円⇒300円）、
さらに、拘束だと4割引き（300円⇒180円）の理不尽！

1	イ14日以内の期間	1,300円（改定前1,500円）
	ロ15日以上期間	300円
2	イ14日以内の期間	1,000円（新設）
	ロ15日以上期間	250円（新設）
3	イ14日以内の期間	400円（改定前300円）
	ロ15日以上期間	100円

※身体的拘束を実施した日：60/100に相当する点数

図7 認知症ケア加算の病院別介入割合



しても、最初の2週間は1日あたり1,600円、2週間を超えてしまうと5分の1以下の300円になってしまい、さらに身体的拘束を実施していたとすると、さらに60%（40%減）になってしまうという理不尽さを示しています。

この場合、まず、病院がすべきことは、患者の入院後すぐに認知症ケアが必要かどうかを判断して、なるべく早いタイミングでの認知症ケア介入が重要になってきます。

図7は、3日以内に認知症ケアの介入があった割合の高い順に病院を序列しています。

事例の病院では、初回介入が3日以内だった患者割合は53.8%、残りの約半分は14日の算定日のうち4日目以降の算定開始

であったことが分かります。

つまり、この病院の場合は「認知症ケア」の情報共有から介入までの間を早くするために、入退院支援センターや病棟と認知症ケアチームとの連携を密にしたり、より小まめにカンファレンスを実施すれば結果が改善し得ることを示唆しています。そして、そこから患者の具体的な治療情報を見て、本来どのような対応をすべきだったかの気づきの機会になる利点があります。

このほかに、それぞれの加算算定・未算定に該当する症例をリストの中から選ぶと、日ごとのカレンダーの中から、患者プロフィールや病棟、認知症ケア加算の日々の算定状況などを確認できるのです（図8）。

図8を見ると、拘束の日が3日に1回と、

図8 日ごとの算定状況がカレンダー形式で表示できる

1行モードへ ●入院期間1 ●入院期間2 ●入院期間3 xls キャプチャ 詳細表示 全表示へ 未実施項目を表示 入院日								
中分類 ▼	合計金額	03/12(金) 1日目(0) 03E病棟	03/13(土) 2日目(+1) 05G病棟	03/14(日) 3日目(+2) 05G病棟	03/15(月) 4日目(+3) 05G病棟	03/16(火) 5日目(+4) 05G病棟	03/17(水) 6日目(+5) 05G病棟	
入院基本料	¥321,500	⊕ ¥20,000 急性期一般入 救急医療管理	⊕ ¥20,000 急性期一般 救急医療管	⊕ ¥20,000 急性期一般 救急医療管	⊕ ¥20,000 急性期一般 救急医療管	⊕ ¥20,000 急性期一般 救急医療管	⊕ ¥20,000 急性期一般 救急医療管	
症例総額	¥939,895	¥165,070	¥53,766	¥38,947	¥76,999	¥78,253	¥50,418	
可変部分総額	¥345,230	¥88,740	¥18,300	¥4,330	¥38,080	¥42,050	¥16,780	
対象項目★	¥15,880				⊕ ¥1,600 認知症ケア	⊕ ¥1,600 認知症ケア	⊕ ¥960 認知症ケア	
医学管理料	¥7,500	⊕ ¥3,000 院内トリアー						

図9 部門ごとの算定内容、収入も分かりやすい

No.	合計除外	項目タイプ	大分類	項目	差分 (年換算)	差分 (対象月 -比較月)
1	<input type="checkbox"/>	①加算項目	12_薬	薬剤管理指導料	5,004	417
2	<input type="checkbox"/>	①加算項目	14_リハ	疾患別リハビリテーション	3,924	327
3	<input type="checkbox"/>	①加算項目	15_連携	入退院支援加算 1、2	1,296	108
4	<input type="checkbox"/>	①加算項目	14_リハ	退院時リハビリテーション指導料	720	60
5	<input type="checkbox"/>	①加算項目	11_看護	せん妄ハイリスク患者ケア加算	708	59
6	<input type="checkbox"/>	①加算項目	12_薬	退院時薬剤情報管理指導料	540	45
7	<input type="checkbox"/>	①加算項目	15_連携	入院時支援加算	516	43
8	<input type="checkbox"/>	①加算項目	14_リハ	〈入〉リハ総合計画	420	35
9	<input type="checkbox"/>	①加算項目	15_連携	総合機能評価加算	96	8
10	<input type="checkbox"/>	①加算項目	13_食事	〈入・外〉栄養食事指導料(個人 集団)	48	4

少しイレギュラーな対応であったことが分かり、よい振り返りの材料になります。

データ活用のもう一つ大切なこととして、活動の客観的な評価に活用することです。

結論として、自分たちの日々の活動を金額換算してどれだけの成果につながったかを知ることでも大事です。

また、総額がどの部門の何の算定項目によって構成されているのかを客観的な数字でもって評価できることもデータ分析の強

みですし、分かりやすい数字だけに院内に周知することも容易で、院内が目指すベクトルをそろえていくのに有効だと思われます(図9)。

以上のように、「加算だポン」を通じて、データ分析の院内活用のあり方についてのイメージをお伝えしました。

「データ活用」という視点から未来を見たこれからの病院経営の進化が(病院のビッグデータ革命)、楽しみですね!