

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

<委員>

氏名	所属等
相川 直樹	慶應義塾大学名誉教授
池田 俊也	国際医療福祉大学薬学部薬学科教授
伊藤 澄信	独立行政法人国立病院機構 総合研究センター 臨床研究統括部長
井原 裕宣	社会保険診療報酬支払基金 医科専門役
緒方 裕光	国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター長
檜村 暢一	医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院副院長
香月 進	福岡県保健医療介護部医監
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
川上 純一	日本病院薬剤師会常務理事／浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
工藤 翔二	公益財団法人結核予防会 複十字病院長
河野 陽一	千葉大学大学院医学研究院 小児病態学教授
◎ 小山 信彌	東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長・東邦大学医学部外科学講座心臓血管外科教授
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長
瀬戸 泰之	東京大学大学院医学系研究科消化管外科学教授
竹井 和浩	保健医療福祉情報システム工業会 医事コンピュータ部会DPC委員長
藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
○ 松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
三上 裕司	日本医師会常任理事／特定医療法人三上会 総合病院東香里病院理事長
美原 盤	公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院長
渡辺 明良	聖路加看護大学事務局長

◎ 分科会長

○ 分科会長代理

DPC導入の影響評価に関する平成23年度調査結果の 分析・評価について（退院患者調査・特別調査）

<概要>

- DPC 導入の影響評価に関する平成 23 年度調査結果について、平成 24 年 8 月 21 日 DPC 評価分科会で行った一次集計結果を踏まえ、より詳細な分析・評価を実施した。
- 本調査の分析・評価は「医療の質」・「患者の選別」・「効率化の進展」の 3 点について着目し、関連する調査項目における DPC 病院と準備病院の比較、年次推移、DPC 制度参加前後の変化を統計学的有意差の有無等も含めて検証した。
- 分析・評価の結果、DPC 病院が準備病院（出来高算定）と比較して、医療の質が低下している、患者の選別が行われているといった傾向を示唆するデータはなく、効率化については進展を示唆するデータが得られた。

I 背景

- 「DPC 導入の影響評価に係る調査」については、制度導入当初から比較すると項目数が大幅に増加しており、アセスメントの方向性について事務局での取りまとめが困難となっている。
- また、統計学的有意差の有無等についても検証の必要があるとの指摘がされたため、平成 24 年 8 月 21 日 DPC 評価分科会において、調査の方向性についてワーキンググループ（以下 WG）を組織し、検討を行うこととした。
- これを受け、平成 24 年 10 月に WG を開催し、調査結果の取りまとめにあたっては、調査目的を明確化し、その目的に合致した項目について有意差検定を含めた分析・評価を行う方針となった。

Ⅱ 退院患者調査の分析・評価について

1. 目的

平成 23 年度退院患者調査の目的については、本調査の趣旨(DPC 導入による診療内容の変化等の評価)を踏まえて WG で検討を行い、以下の通りとした。

(1) 医療の質の検証について

包括評価の導入により、医療の質に悪影響を及ぼす可能性が指摘されていることから、下記の項目を検証する。

- ① 「治癒」・「軽快」となっていない状態で退院する患者が増えていないか
- ② 十分な治療が行われない状況で退院することで再入院率が増加していないか

(2) 患者の選別について

包括評価の導入により、一般的な入院患者と比較して相対的に医療資源投入量の多い救急患者等を避ける可能性が指摘されていることから、下記の項目を検証する。

- ① 救急車による搬送患者の割合が減少していないか
- ② 緊急入院患者の割合が減少していないか

(3) 効率化の進展について

包括評価の導入により、どの程度医療の効率化が進んでいるか、医療の提供に関する指標として下記の項目について検証を行う。

- ① 平均在院日数の短縮が認められるか
- ② 後発医薬品の使用割合が上昇しているか

2. 調査対象・分析対象データ

○ 平成 23 年 4 月から平成 24 年 3 月までの退院患者について、「診療録情報(診療録に基づく情報)」及び「レセプト情報(診療報酬請求明細書に基づく情報)」等を集計した。

○ 平成 22 年 7 月以降、退院患者調査は通年化されたが、平成 18 年から平成 21 年までは 7~12 月のみの調査であることから、今回の分析・評価においては、経年比較のため 6 か月(7~12 月分)分のデータを用いた(12 か月分の集計については平成 24 年 8 月 21 日 DPC 評価分科会で提出済)。なお、平成 15 年度のデータについては、4 か月分のみの調査であることから、参考として掲載した。

○ 評価・分析を行う際の前提

- ・ 各分析・評価項目における検定は両側検定で有意水準は $\alpha=0.05$ とした。
- ・ 各分析・評価項目について、以下の分析を行う。
 - 1) 平成 23 年度の集計結果に対する DPC 病院と準備病院の比較
 - 2) DPC 病院と準備病院の経年変化
 - 3) DPC 制度参加前後での変化
- ・ 経年変化の比較を行う際は、以下の方針とする。
 - 1) 平成 15 年度参加病院は、全て当時の特定機能病院であることから平成 15 年度参加病院のみの経年変化を集計し、分析・評価を行う。平成 16 年度以降に DPC 制度に参加した病院については、複数年度をまとめて集計し、分析・評価を行う。(参考参照)
 - 2) DPC 準備病院については、適宜 DPC 病院へ移行していくことから、平成 23 年度に DPC 準備病院である病院のみを集計対象とする。
- ・ DPC 制度参加前後での変化については、制度参加前年度のデータが存在している平成 18 年度以降の DPC 病院について、DPC 制度に参加した年度と参加前年度のデータと比較し分析・評価を行う。
- ・ 各分析・評価項目の値は病院ごとに算出した数値の単純平均ではなく、症例データに基づいて算出するものとする。

<参考:経年変化の比較を行う際の施設類型、集計年度>

(病院類型・DPC 病院)

- ・平成 15 年度参加病院
- ・平成 16～18 年度参加病院(平成 17 年度は参加病院なし)
- ・平成 19～21 年度参加病院(平成 19 年度は参加病院なし)
- ・平成 22・23 年度参加病院

(病院類型・準備病院)

- ・平成 16～18 年度準備病院(平成 16・17 年度は準備病院なし)
- ・平成 19～21 年度準備病院
- ・平成 22・23 年度準備病院(平成 23 年度は準備病院なし)

(集計年度)

- ・平成 15 年度(4 か月・参考)
- ・平成 18 年度(6 か月)
- ・平成 21 年度(6 か月)
- ・平成 23 年度(6 か月)

それぞれの分析対象となる施設数は以下の通り。

●対象病院

病院類型	施設数
平成 15 年度 DPC 参加病院	82
平成 16～18 年度 DPC 参加病院	277
平成 19～21 年度 DPC 参加病院	919
平成 22・23 年度 DPC 参加病院	169

●準備病院

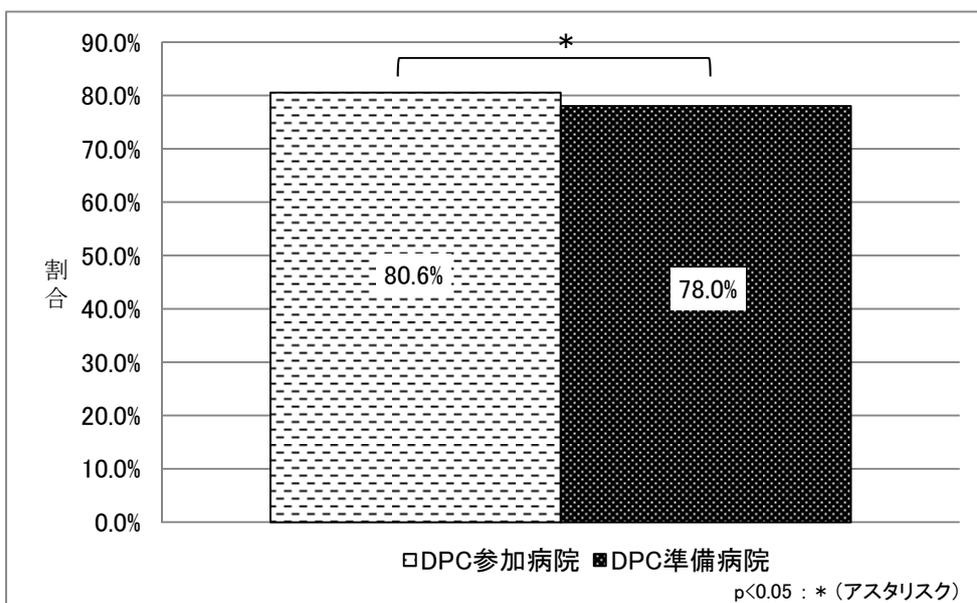
病院類型	施設数
平成 16～18 年度 DPC 準備病院	9
平成 19～21 年度 DPC 準備病院	120
平成 22・23 年度 DPC 準備病院	58

3. 結果

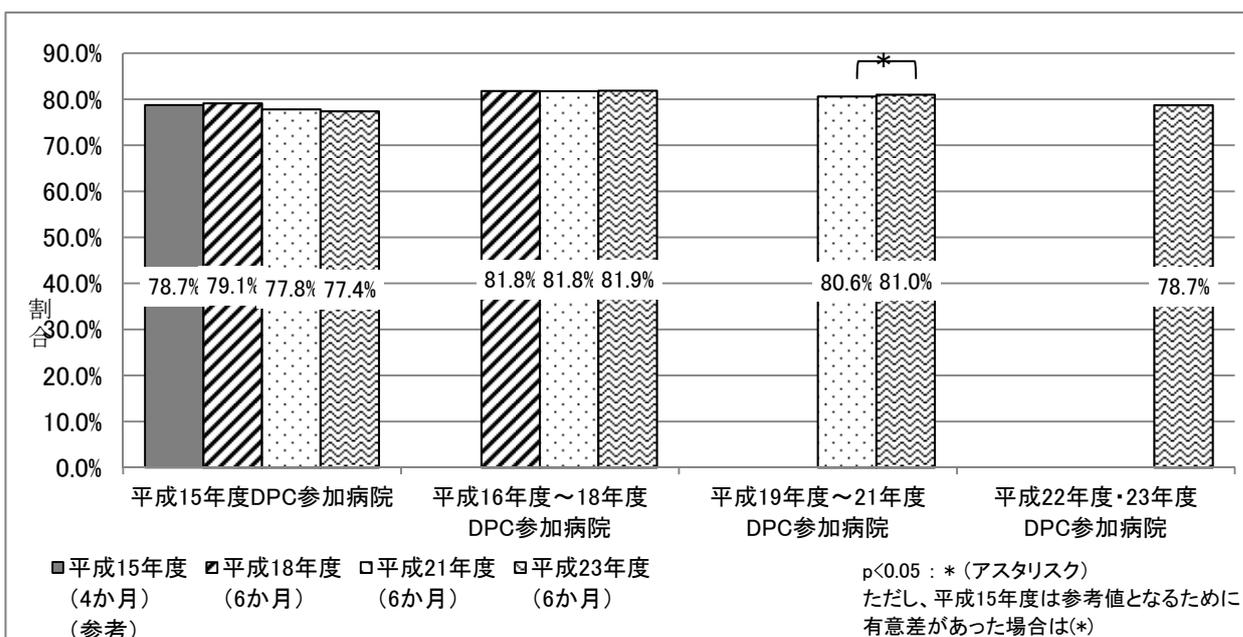
(1) 医療の質の検証について

- ① 患者が「治癒」・「軽快」の状態とならずに退院する患者が増えていないかを検証するために、退院時の状況が「治癒」・「軽快」の患者割合について、平成23年度におけるDPC病院と準備病院の比較及び各病院類型における年次推移について分析・評価を行った。

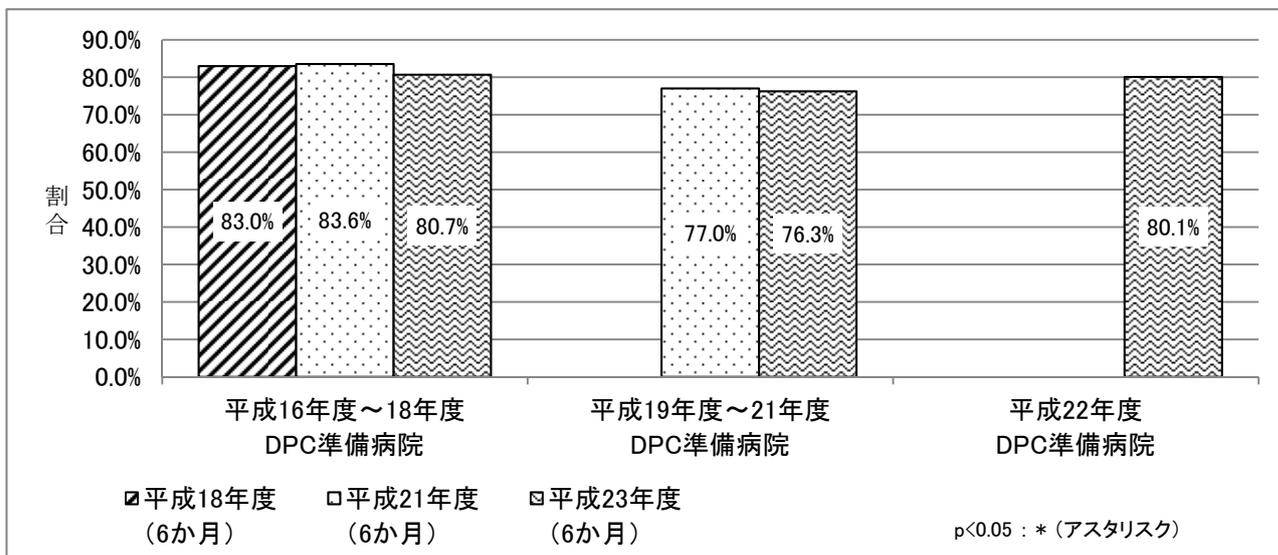
【図表 1-1】 平成23年度における「治癒」・「軽快」退院患者割合のDPC病院と準備病院の比較



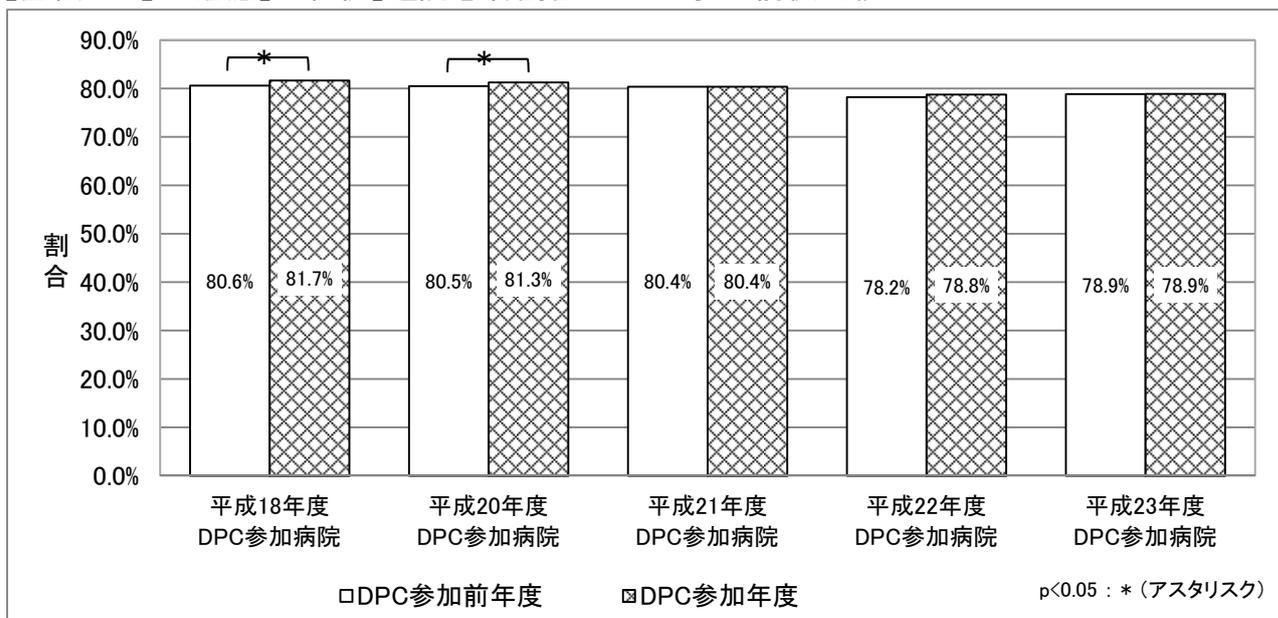
【図表 1-2】 「治癒」・「軽快」退院患者割合の年次推移(DPC病院)



【図表 1-3】 「治癒」・「軽快」退院患者割合の年次推移(DPC 準備病院)



【図表 1-4】 「治癒」・「軽快」退院患者割合の DPC 参加前後比較



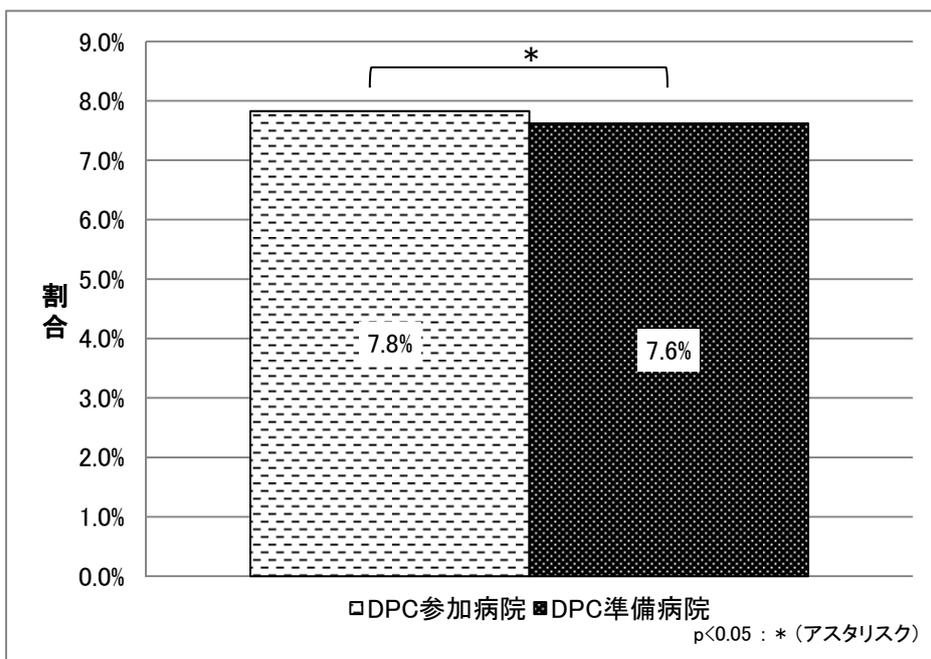
集計の結果、平成 23 年度データについて、DPC 病院と準備病院とを比較すると、参加病院の方が「治癒」・「軽快」で退院した患者の割合が有意に高い(【図表 1-1】参照)。

経年的に見た場合、平成 19 年度～21 年度参加病院については平成 21 年度と平成 23 年度を比較すると平成 23 年度の方が「治癒」・「軽快」で退院した患者の割合が有意に増加している(【図表 1-2】参照)。

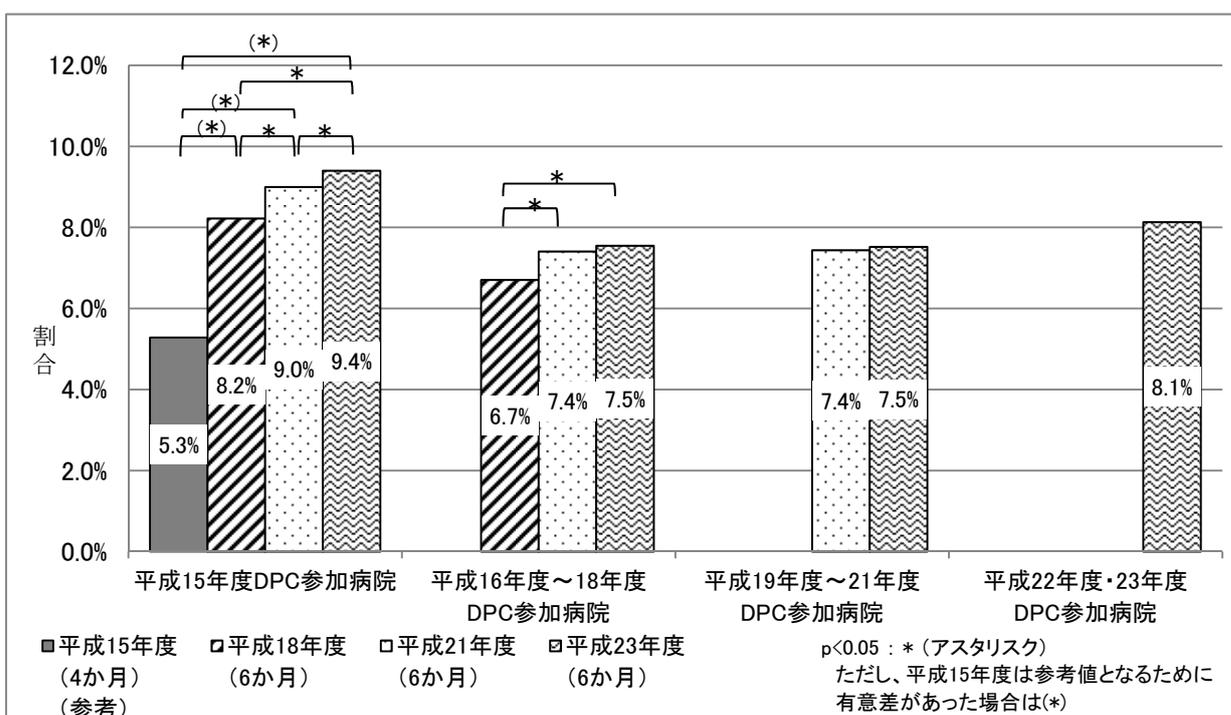
DPC 制度の参加前後で比較すると、制度参加後に「治癒」・「軽快」で退院した患者の割合が有意に低下した類型はなく、一部は有意に上昇している(図表【1-4】参照。)

② 十分な治療が行われない状況で退院することで再入院率が増加していないかを検証するため、「同一疾患での6週間以内の再入院」の割合について、平成23年度におけるDPC病院と準備病院の比較及び各病院類型における年次推移について分析・評価を行った。

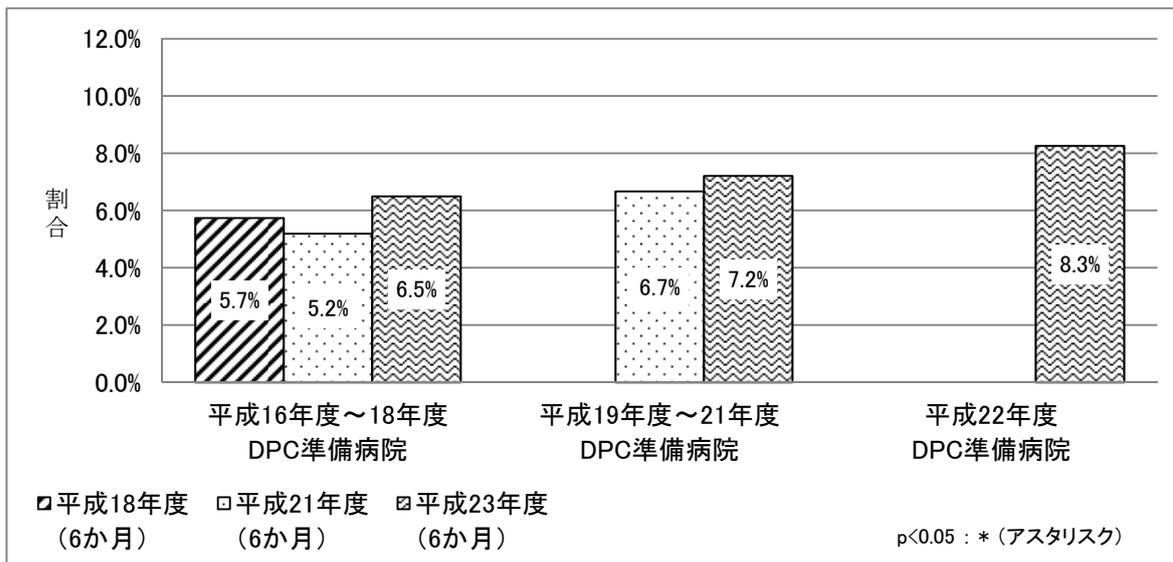
【図表 2-1】「同一疾患での6週間以内の再入院」の割合のDPC病院と準備病院の



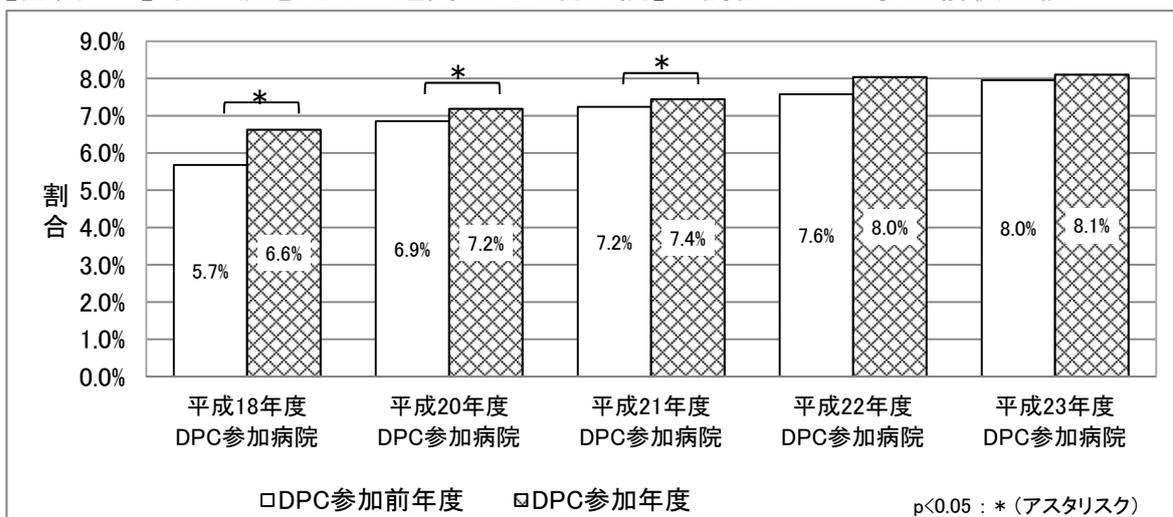
【図表 2-2】「同一疾患での6週間以内の再入院」の割合の年次推移(DPC病院)



【図表 2-3】「同一疾患での 6 週間以内の再入院」の割合の年次推移(準備病院)



【図表 2-4】「同一疾患での 6 週間以内の再入院」の割合の DPC 参加前後比較



集計の結果、平成 23 年度データについて DPC 病院は準備病院と比較して同一疾病での 6 週間の再入院率が有意に高い【図表 2-1】参照)。

経年的に見ると、平成 15 年度 DPC 参加病院は再入院率が毎年有意に上昇している。また、平成 16 年度～18 年度 DPC 参加病院も平成 18 年度と平成 21 年度、平成 18 年度と平成 23 年度との比較において、再入院率が有意に上昇している(【図表 2-2】参照)。

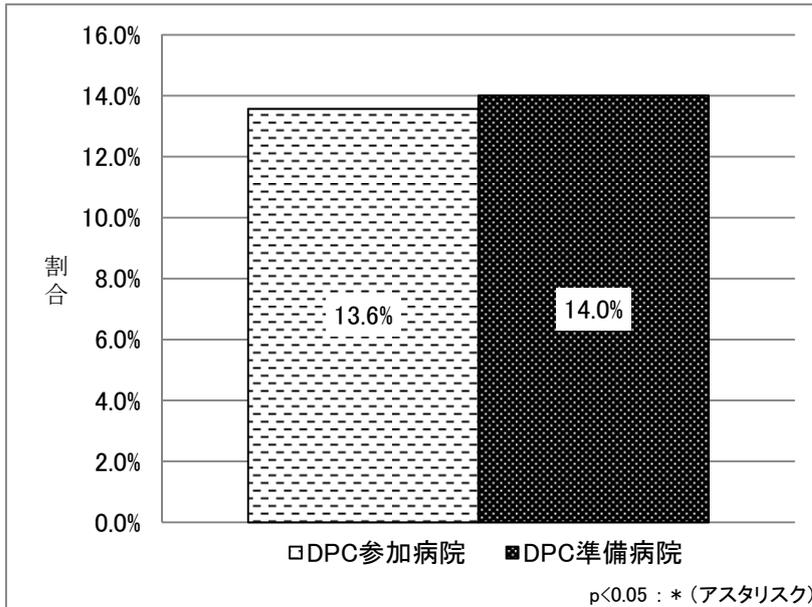
DPC 制度の参加前後で比較すると、平成 19 年度から 21 年度の DPC 病院において、制度参加後に同一疾病での 6 週間の再入院率が有意に上昇している(図表【2-4】参照。)

なお、これらの再入院率の上昇については後述の特別調査(再入院・再転棟調査)でさらなる分析を行う。

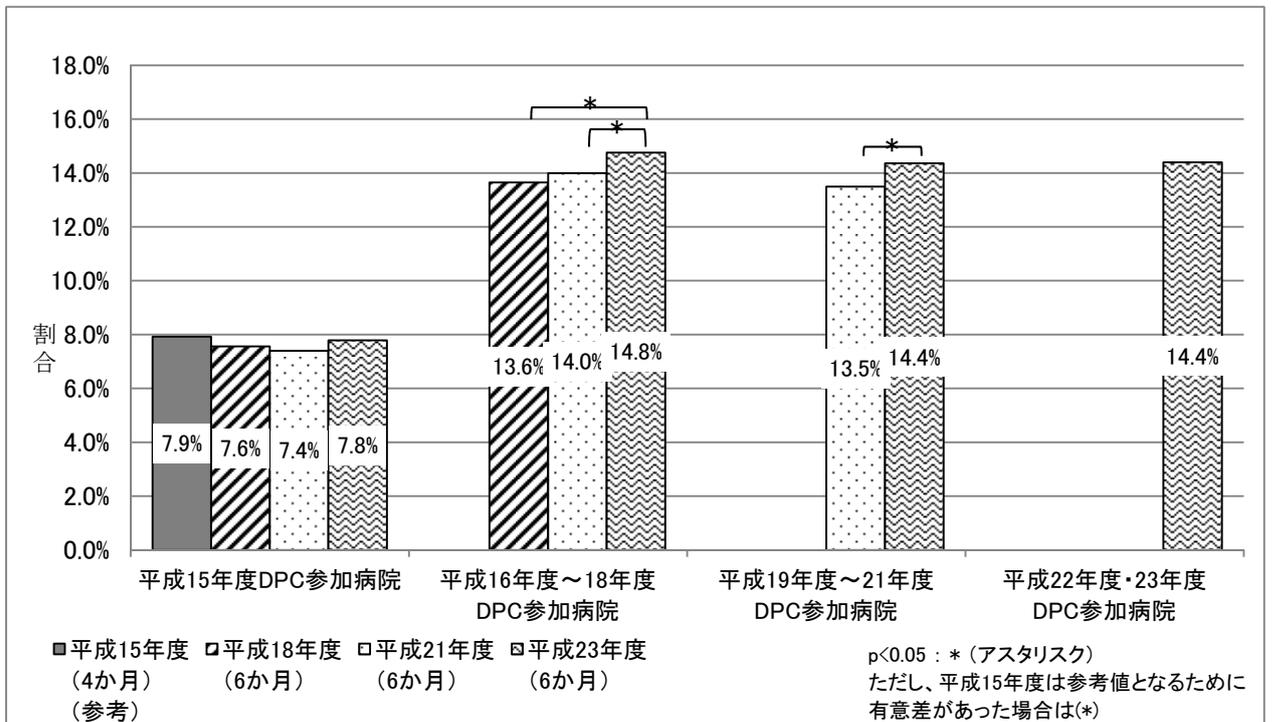
(2) 患者の選別について

① 救急車による搬送患者の割合が減少していないかを検証するため、「救急車による1施設あたり患者割合」について、平成23年度におけるDPC病院と準備病院の比較及び各病院類型における年次推移について分析・評価を行った。

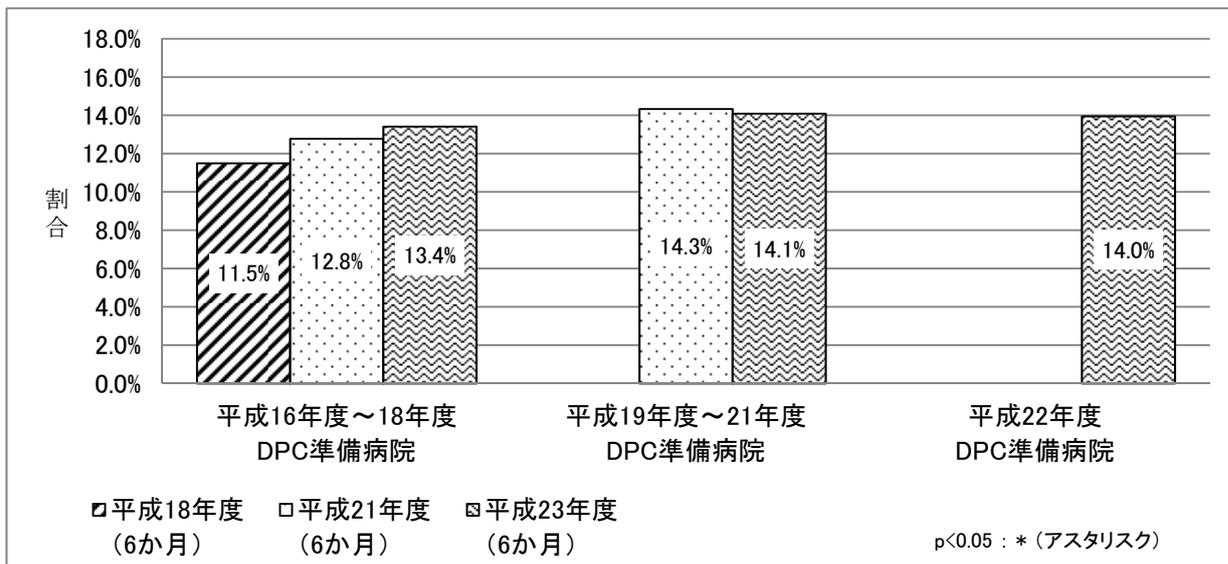
【図表 3-1】「救急車による1施設あたり患者割合」のDPC病院と準備病院の比較



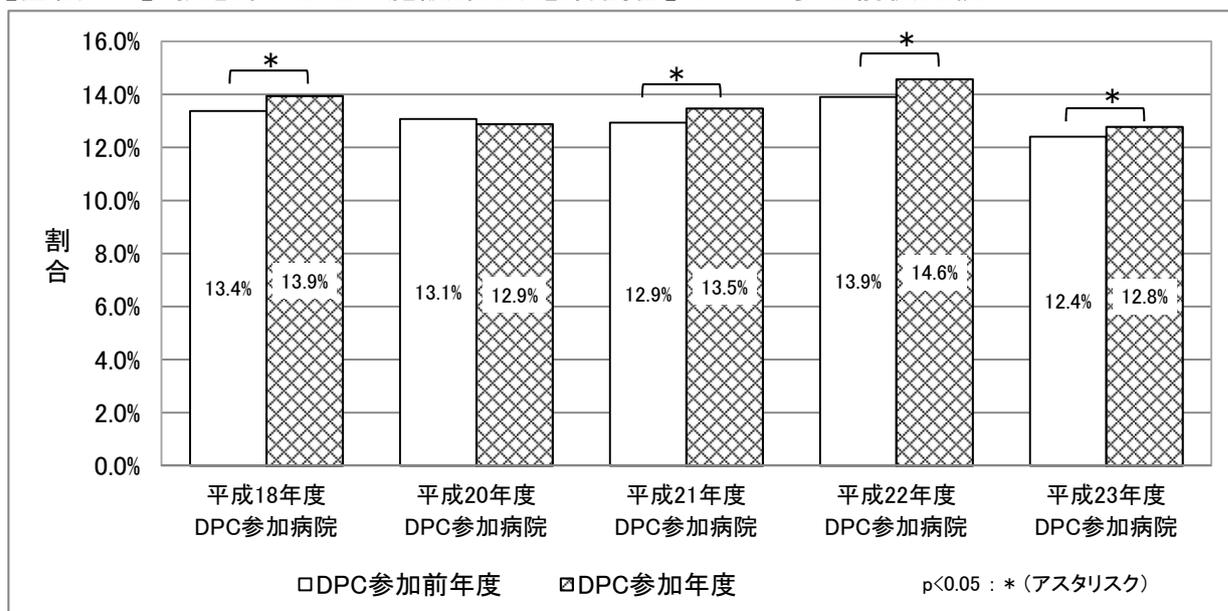
【図表 3-2】「救急車による1施設あたり患者割合」の年次推移(DPC病院)



【図表 3-3】「救急車による 1 施設あたり患者割合」の年次推移(準備病院)



【図表 3-4】「救急車による 1 施設あたり患者割合」の DPC 参加前後比較



集計の結果、平成 23 年度データについて DPC 病院と準備病院との間に、「救急車による 1 施設あたり患者割合」に有意な差はない(【図表 3-1】参照)。

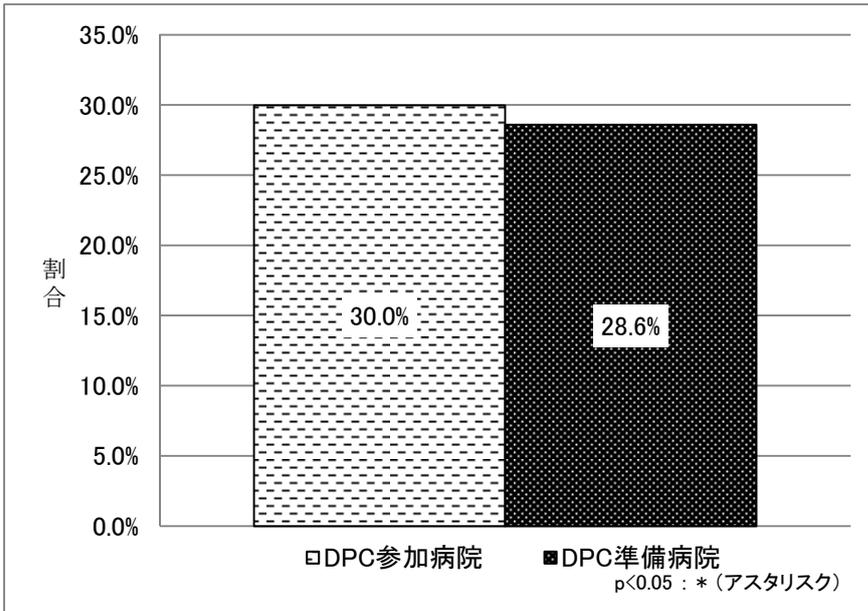
経年的にみた場合、平成 16 年度～18 年度 DPC 参加病院、平成 19 年度～21 年度 DPC 参加病院については平成 21 年度と平成 23 年度とを比較すると平成 23 年度の方が「救急車による 1 施設あたり患者割合」が有意に高い(【図表 3-2】参照)。

DPC 制度の参加前後で比較すると、制度参加後に「救急車による 1 施設あたり患者割合」が有意に低下した類型はなく、一部の類型では有意に上昇している(図表【3-4】参照。)

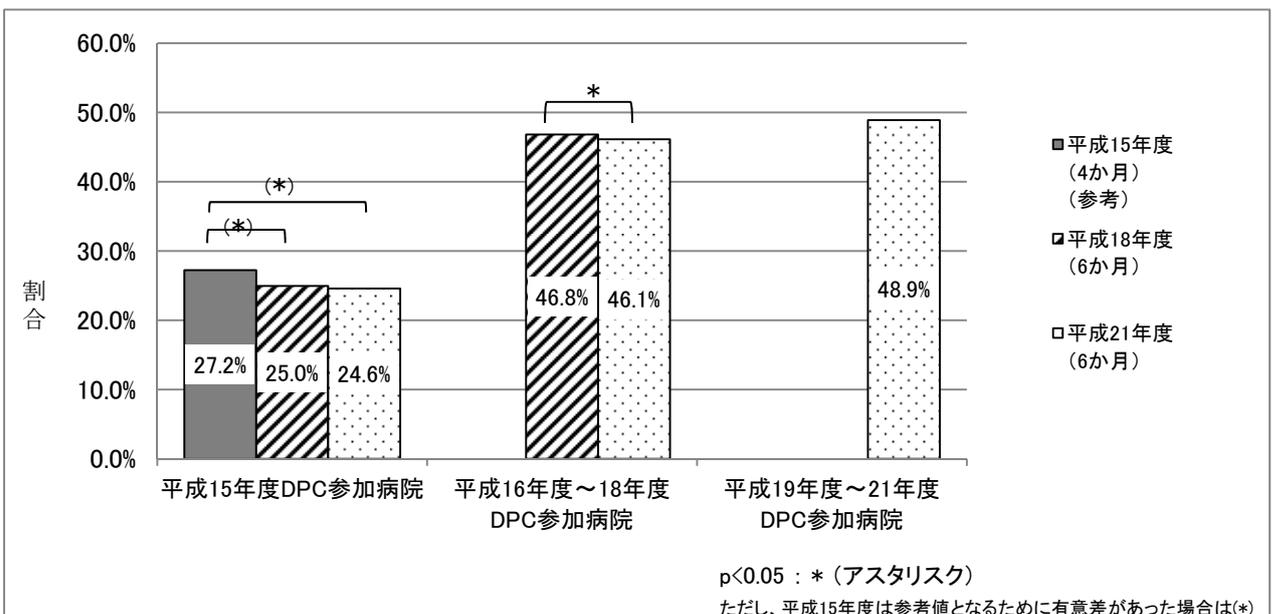
② 緊急入院患者の割合が減少していないかを検証するため、「救急医療入院の1施設当たり患者割合(平成23年度)」について、平成23年度におけるDPC病院と準備病院の比較を行った。また、「緊急入院の率(平成21年度以前)」の各病院類型における年次推移について分析・評価を行った。

当該項目は平成21年度までは「緊急入院」として調査していた項目を平成22年度に「救急医療入院以外の予定外入院」、「救急医療入院」と2つの項目に分割して調査することとなったため、直接の比較は不可能となっている。

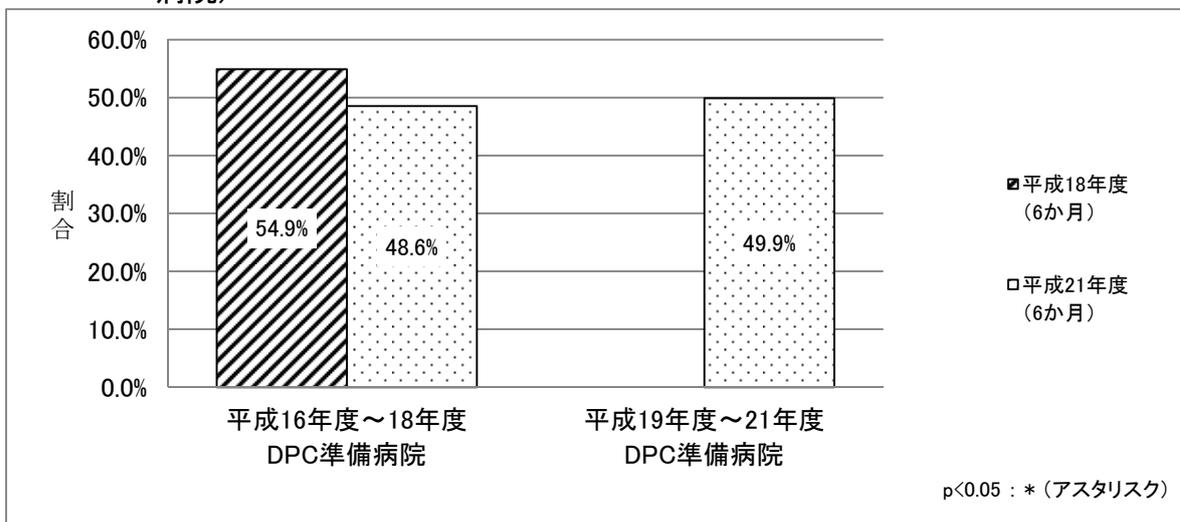
【図表4-1】「救急医療入院の1施設当たり患者割合」のDPC病院と準備病院の比較



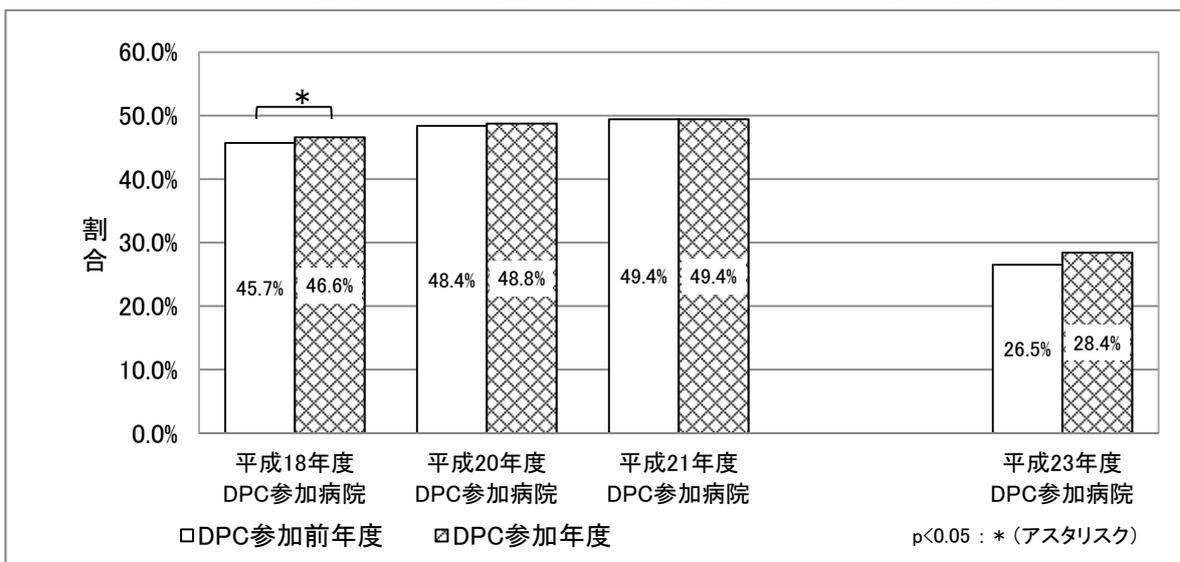
【図表4-2】「緊急入院(平成21年度以前)の1施設当たり患者割合」の年次推移(DPC病院)



【図表 4-3】「緊急入院(平成 21 年度以前)の 1 施設当たり患者割合」の年次推移(準備病院)



【図表 4-4】「緊急入院(平成 21 年度以前)の 1 施設当たり患者割合」・「救急医療入院(平成 22 年度以降)の 1 施設当たり患者割合」の DPC 参加前後比較



集計の結果、平成 23 年度のデータにおいて DPC 病院と準備病院との間に、救急医療入院の 1 施設当たり患者割合に有意な差はない(【図表 4-1】参照)。

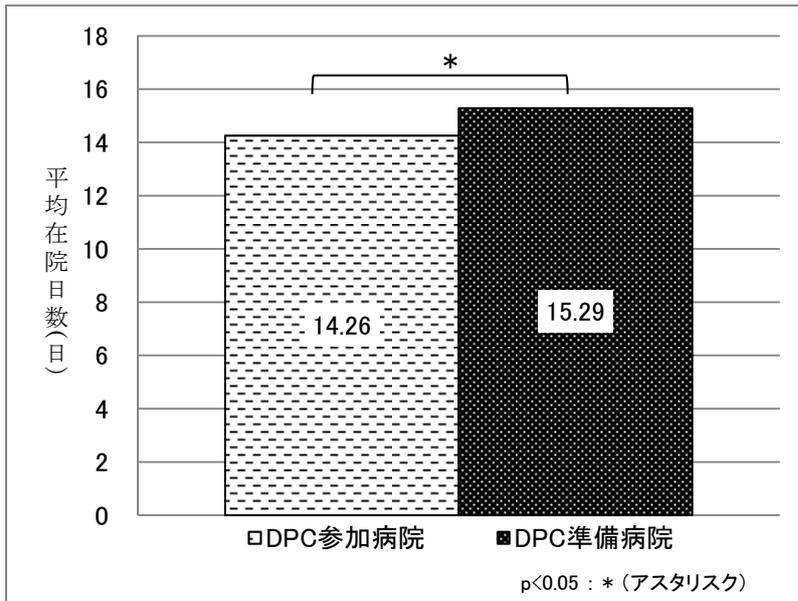
経年的に見ると、平成 16 年度～18 年度 DPC 参加病院は平成 18 年度から 21 年度の間、有意に緊急入院の割合が低下している(【図表 4-2】参照)。

DPC 制度の参加前後で比較すると、制度参加後に救急医療入院の 1 施設当たり患者割合が有意に低下した類型はなく、一部の類型では有意に上昇している(図表【4-4】参照)。なお、平成 22 年度 DPC 参加病院については、平成 22 年度に調査項目が変更された関係上、制度参加前年度との比較ができないため省略している。

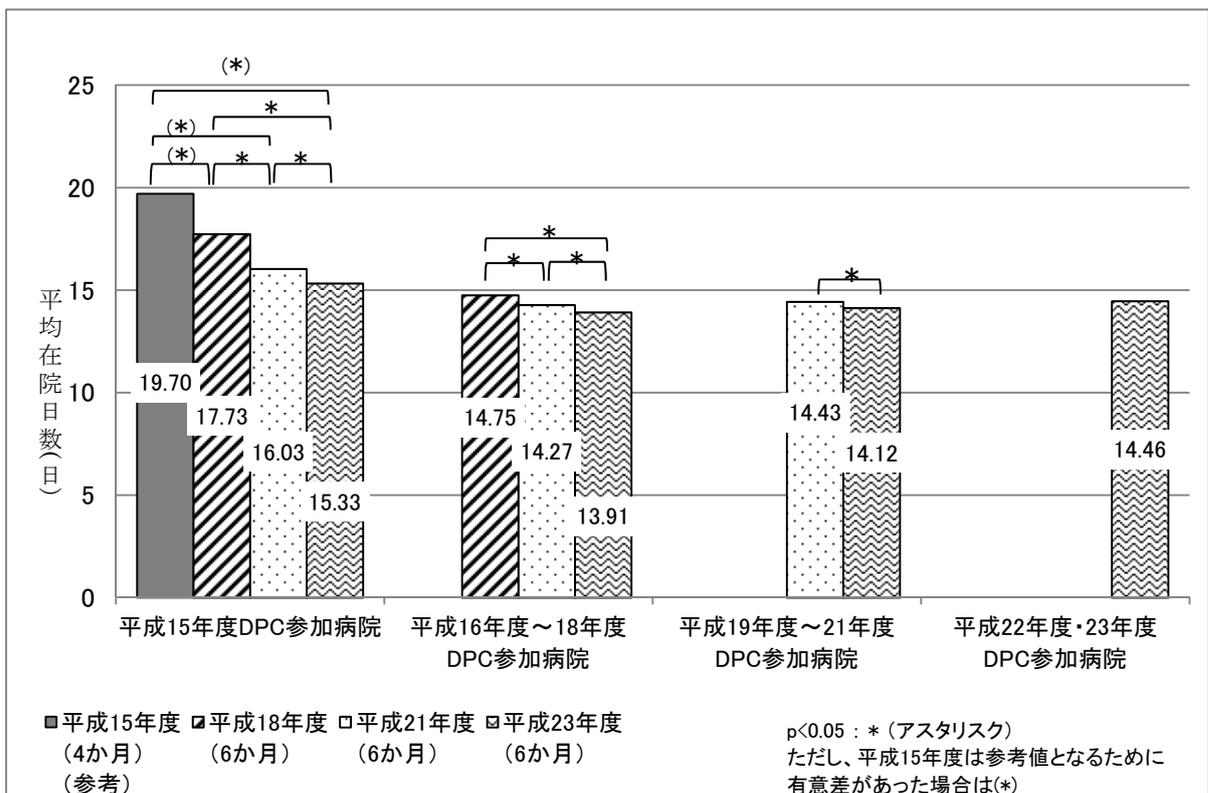
(3) 効率化の進展について

- ① 医療の効率化がどの程度進んでいるかを検証するため、「平均在院日数」について、平成23年度におけるDPC病院と準備病院の比較及び各病院類型における年次推移について分析・評価を行った。

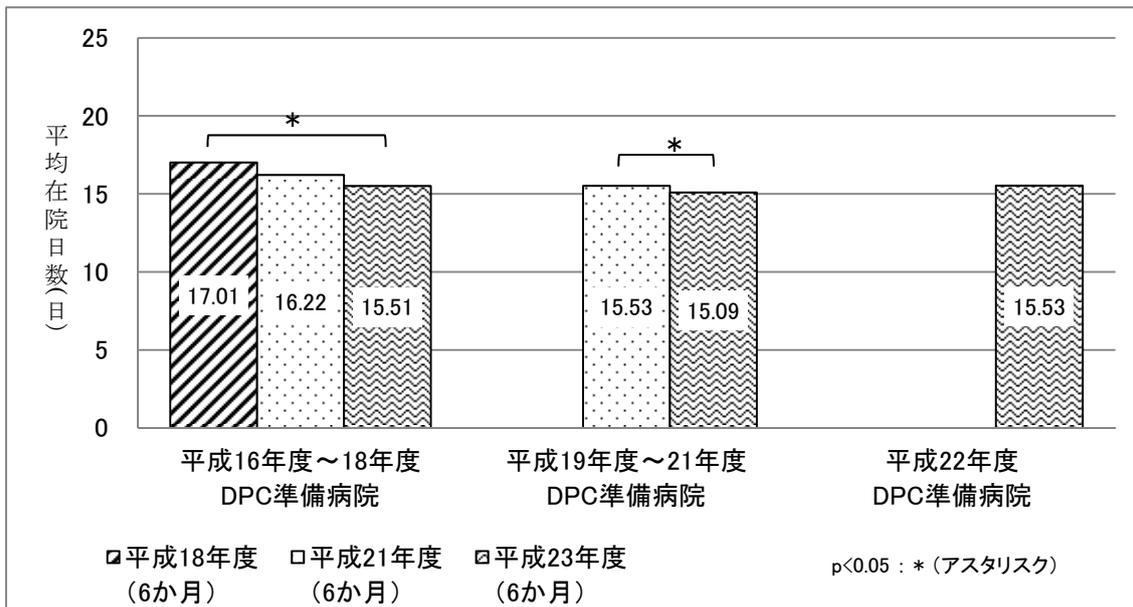
【図表 5-1】「平均在院日数」のDPC病院と準備病院の比較(平成23年度)



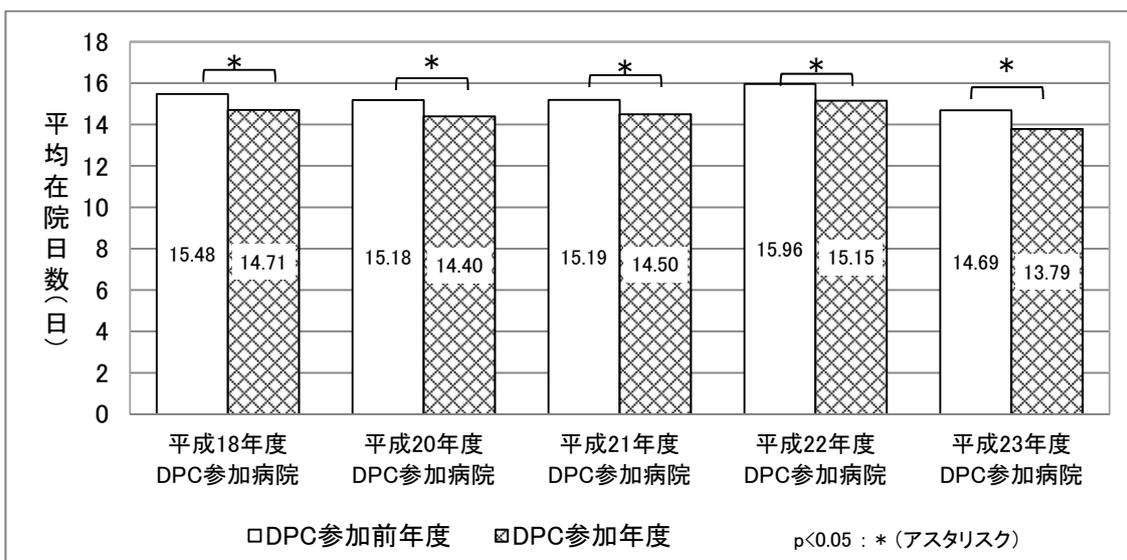
【図表 5-2】「平均在院日数」の年次推移(DPC病院)



【図表 5-3】 「平均在院日数」の年次推移(準備病院)



【図表 5-4】 「平均在院日数」の DPC 参加前後比較



集計の結果、平成 23 年度のデータにおいて DPC 病院は準備病院と比較して平均在院日数が有意に短い【図表 5-1】参照）。

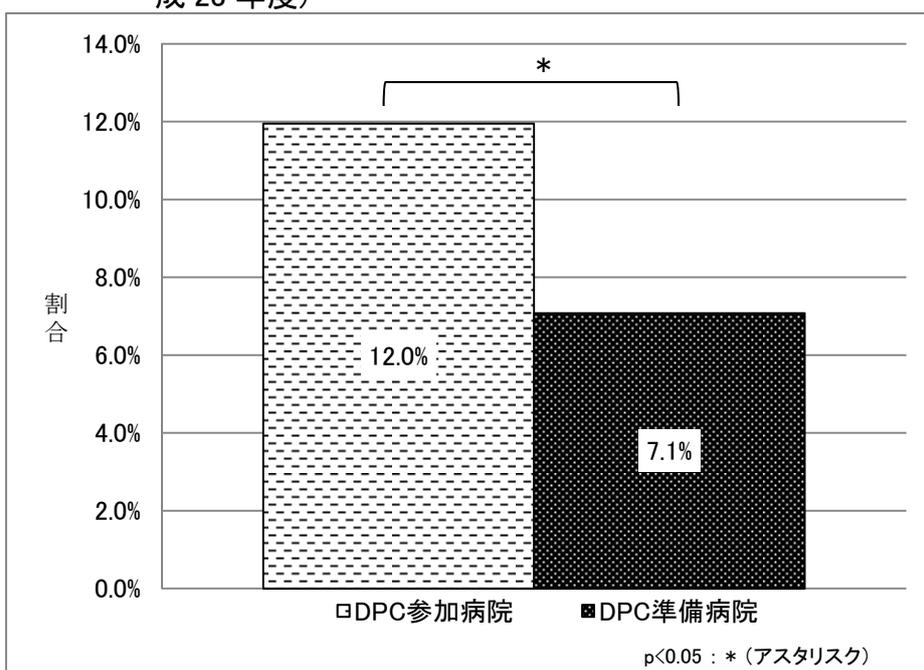
経年的に見ると、平成 15 年度参加病院、18 年度参加病院を含めた全 DPC 病院で平均在院日数は毎年、有意に短縮している（【図表 5-2】参照）。

DPC 制度の参加前後で比較すると、すべての類型で DPC 制度参加後に平均在院日数が有意に低下している（図表【5-4】参照）。

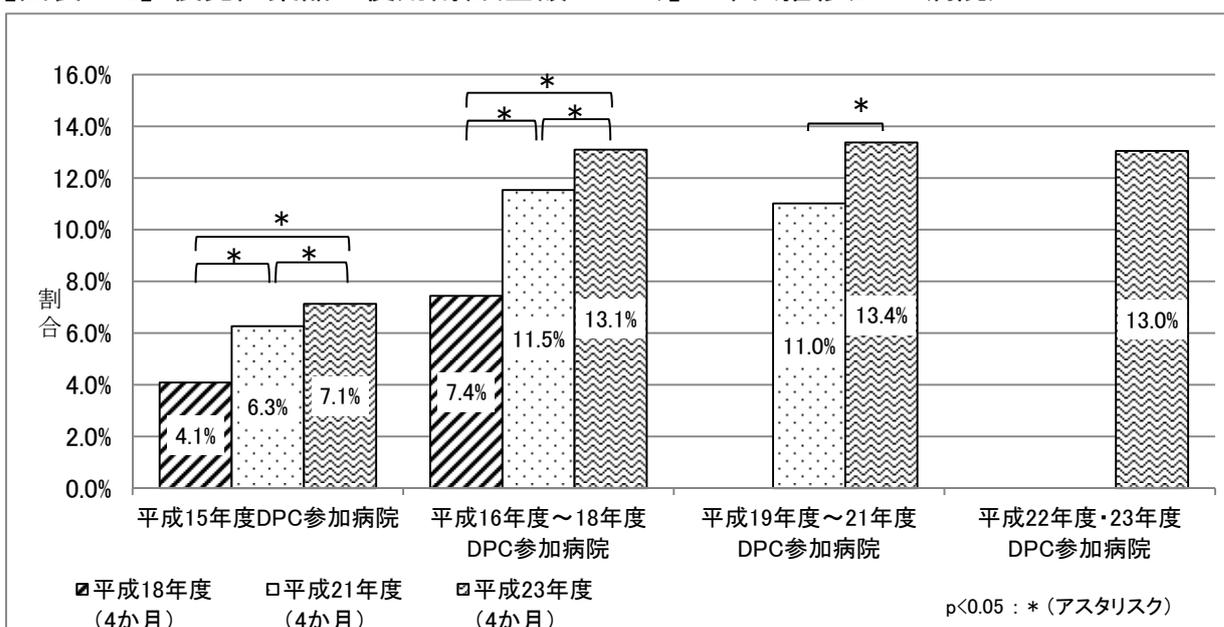
② 医療の効率化がどの程度進んでいるかを検証するため、「後発医薬品の使用割合(金額ベース)」について、平成 23 年度における DPC 病院と準備病院の比較及び各病院類型における年次推移について分析・評価を行った。

なお、後発医薬品の使用割合については、データの仕様上、平成 17 年度以前については集計を行うことができないため平成 18 年度以降のデータのみとなっている。また、7 月～10 月の 4 か月分のみのデータとなっている。

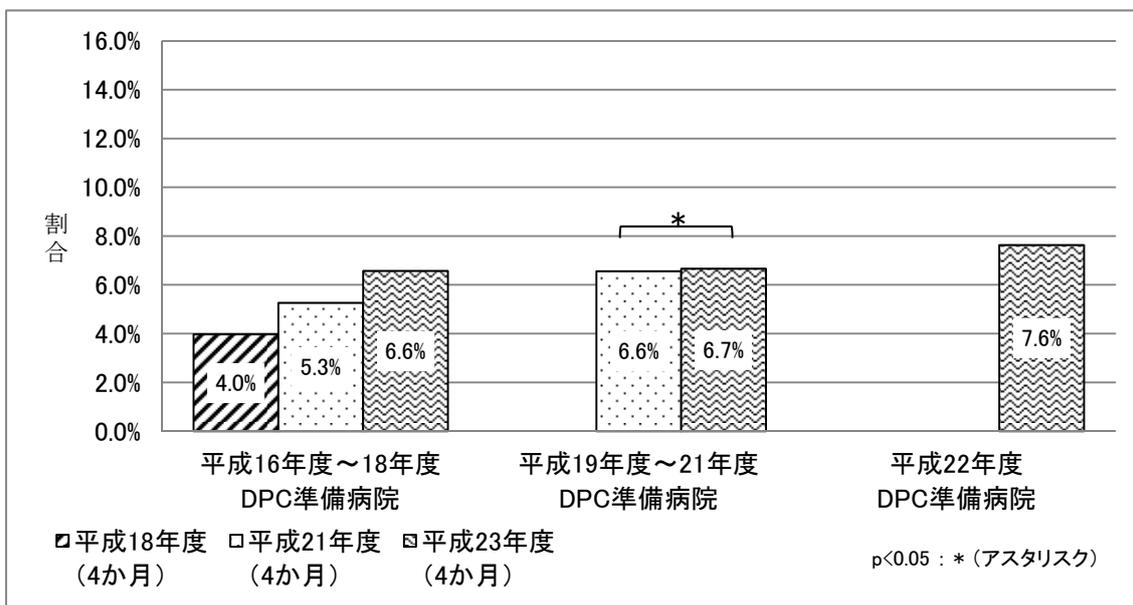
【図表 6-1】後発医薬品の使用割合(金額ベース)の DPC 病院と準備病院の比較(平成 23 年度)



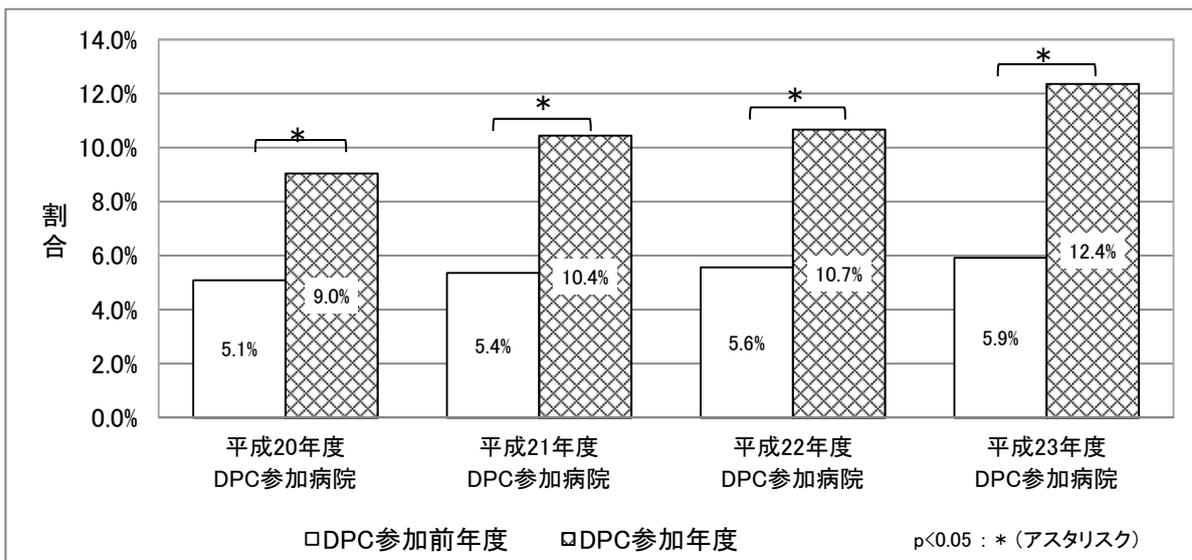
【図表 6-2】「後発医薬品の使用割合(金額ベース)」の年次推移(DPC 病院)



【図表 6-3】 「後発医薬品の使用割合(金額ベース)」の年次推移(準備病院)



【図表 6-4】 「後発医薬品の使用割合(金額ベース)」の DPC 参加前後比較



集計の結果、平成23年度のデータにおいてDPC病院は、準備病院と比較して後発医薬品の使用割合が有意に高い【図表 6-1】参照）。

経年的に見ると、平成15年度参加病院を含め、全DPC病院で後発医薬品の使用割合が毎年有意に上昇している【図表 6-2】参照）。

DPC制度の参加前後で比較すると、すべての類型でDPC制度参加後に後発医薬品の使用割合が有意に上昇している【図表 6-4】参照）。

Ⅲ 平成 23 年度再入院・再転棟調査（特別調査）

1. 目的

- 医療効率化の一つの指標として在院日数が用いられるが、在院日数の短縮が図られているなかで、増加傾向にある再入院率について、特に十分な治療が行われない状況で退院することによる再入院事例の可能性のある「予期せぬ再入院」のうち、

- ・「予期せぬ原疾患の合併症のため」
- ・「予期せぬ併存症の悪化のため」
- ・「予期せぬ原疾患の悪化、再発のため」

等の理由（「新たな他疾患発症のため」、「その他」以外の理由）によるものが増加していないかを検証する。

（平成 21 年度以前は「予期せぬ合併症発症のため」・「予期せぬ疾患の悪化、再発のため」となっていた項目について「予期せぬ原疾患の合併症のため」・「予期せぬ併存症の悪化のため」・「予期せぬ原疾患の悪化、再発のため」と項目の細分化が行われており、これらをまとめて集計することとした。）

2. 調査対象・分析対象データ

（1）調査方法

- DPC 導入の影響評価に係る調査実施期間中に収集されたデータのうち、7 月から 10 月の退院患者について、下記条件で調査対象症例を抽出した。その後、該当する症例について、医療機関に再入院又は再転棟の理由調査を依頼した。

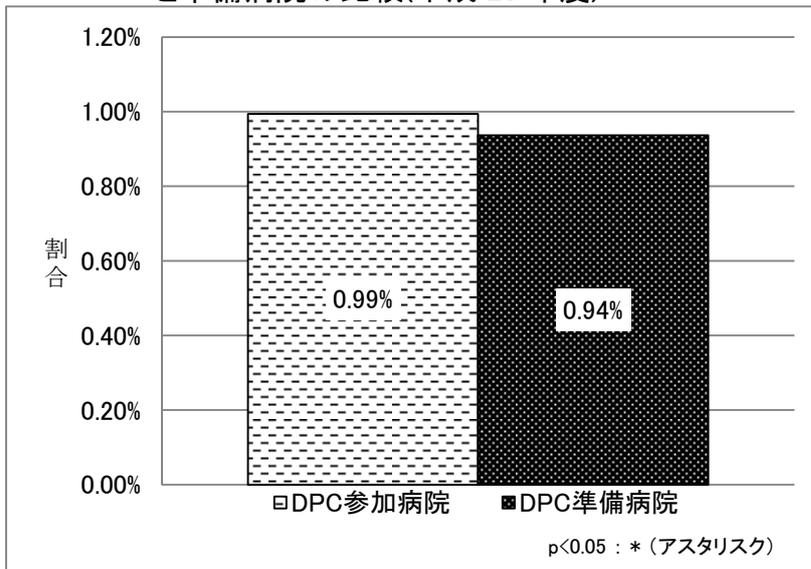
[条件]

- ① 4 月 1 日以降に入院し、退院日が 7 月 1 日から 10 月 31 日の患者
 - ② データ識別番号の重複があり、前回入院から 6 週間以内に再入院があった場合を再入院ありと判定した
 - ③ 一般病棟入院ありの患者を集計対象とした
 - ④ 前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回入院の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号の上 6 桁が一致した場合は同一疾患、不一致の場合は異なる疾患として、両者の再入院率を集計した
- 病院類型、集計年度については退院患者調査に準じて行った。

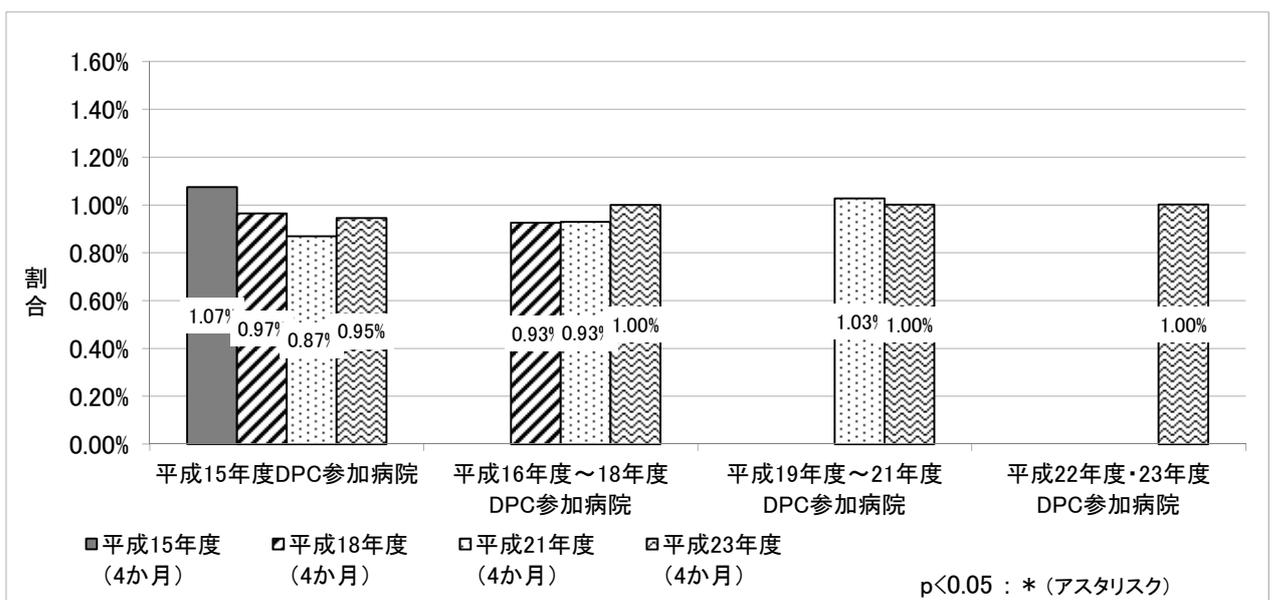
3. 分析・評価の結果

○ 十分な治療が行われない状況で退院することによる再入院事例が増加していないかを検証するため、再入院理由で「予期せぬ再入院」のうち「新たな他疾患発症のため」・「その他」以外の理由によるものを除いた項目（「予期せぬ原疾患の合併症のため」、「予期せぬ併存症の悪化のため」、「予期せぬ原疾患の悪化、再発のため」等）の合計値について、平成23年度におけるDPC病院と準備病院の比較及び各病院類型における年次推移を分析・評価した。

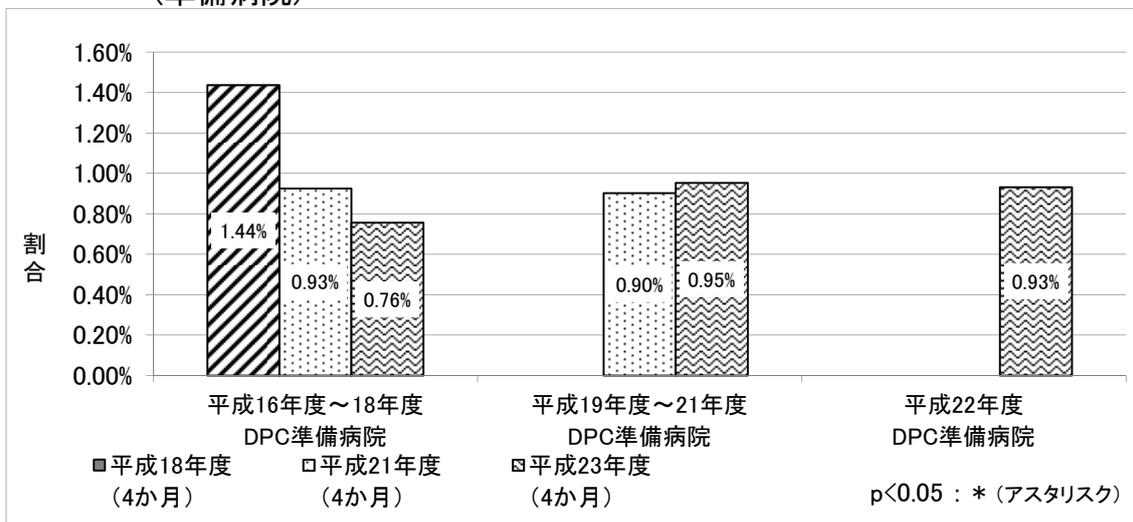
【図表 7-1】「予期せぬ原疾患の合併症のため」等の理由による再入院率のDPC病院と準備病院の比較(平成23年度)



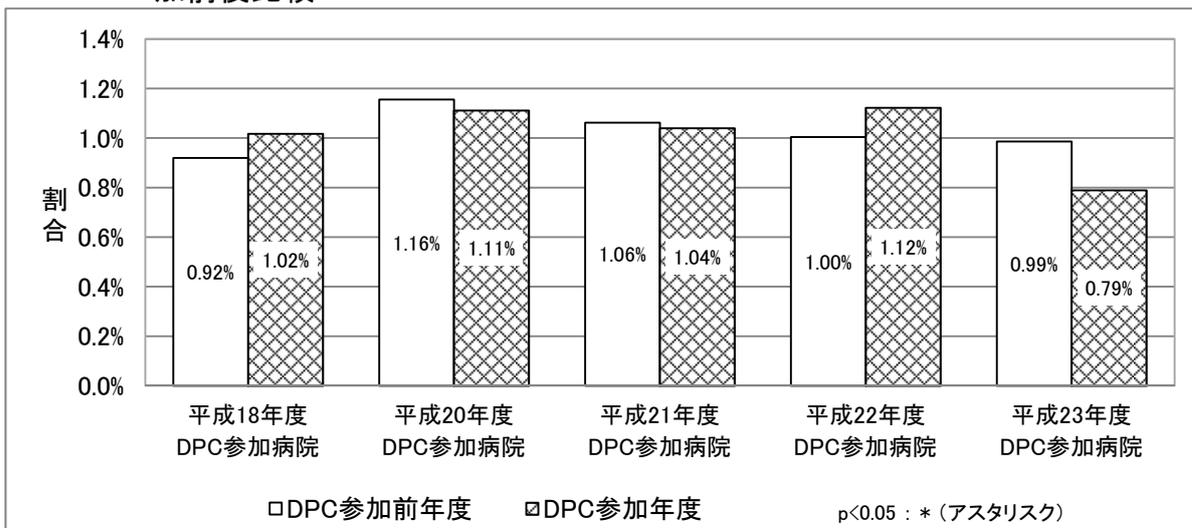
【図表 7-2】「予期せぬ原疾患の合併症のため」等の理由による再入院率の年次推移 (DPC病院)



【図表 7-3】「予期せぬ原疾患の合併症のため」等の理由による再入院率の年次推移
(準備病院)



【図表 7-4】「予期せぬ原疾患の合併症のため」等の理由による再入院率の DPC 参加前後比較



集計の結果、平成23年度のデータにおいて、DPC病院と準備病院は「予期せぬ原疾患の合併症のため」、「予期せぬ併存症の悪化のため」、「予期せぬ原疾患の悪化、再発のため」等の理由による再入院率について有意な差は認められなかった(【図表 7-1】参照)。

また、経年的にみて DPC 病院のこれらの理由による再入院率の有意な増加はみられない(【図表 7-2】)。

DPC 制度の参加前後で比較しても、DPC 制度参加後にこれらの理由による再入院率が有意に上昇した類型は認められない(図表【7-4】参照)。

IV 考察

平成 23 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査結果については、下記 3 点に着目して検証を行った。

- 医療の質
- 患者の選別
- 効率化の進展

医療の質については、DPC 病院と DPC 準備病院で「治癒」・「軽快」の退院患者割合の比較を行ったところ、DPC 病院の方が準備病院と比較して「治癒」・「軽快」の退院患者割合が高いという結果が得られた。また、DPC 病院が経年的に「治癒」・「軽快」の退院患者割合が減少するようなこともなく、制度参加前後で比較しても、「治癒」・「軽快」の退院患者割合が減少している類型は認めなかった。

「同一疾患での 6 週間以内の再入院率」については、再入院率そのものは DPC 病院と準備病院を比較すると DPC 病院の方が有意に再入院率が高いという結果であり、また、経年的にも上昇が認められる類型が存在したため、特別調査で十分な治療が行われない状況で退院している可能性がある再入院理由（「予期せぬ原疾患の合併症のため」・「予期せぬ併存症の悪化のため」・「予期せぬ原疾患の悪化、再発のため」等）について検証を行った。特別調査の結果では、これらの理由による再入院率について DPC 病院と準備病院で有意な差はなく、経年的にも当該理由による再入院率の有意な上昇は認められなかった。また、DPC 制度参加前後でもこれらの理由による再入院率の有意な上昇はなかった。

以上より、今回用いた指標では、DPC 病院が準備病院と比較して医療の質が低下しているという徴候は認められず、また導入後も医療の質は保たれていると考えられる。

患者選別の状況については、「救急車による 1 施設あたり患者割合」では、DPC 病院と DPC 準備病院を比較したところ、両者の間で有意な差は認められず、DPC 参加後に「救急車による 1 施設あたり患者割合」が有意に上昇している病院類型が認められるなど、準備病院と比較して救急車による 1 施設あたり患者割合が低い傾向は認められなかった。

「救急医療入院(平成 23 年度)・緊急入院(平成 21 年度以前)の 1 施設あたり患者割合」についても、DPC 病院と準備病院とで有意な差は認めなかったが、経年的に見た場合、平成 16 年度～18 年度に DPC 参加した病院で平成 18 年から平成 21 年の間において緊急入院の 1 施設あたり患者割合の有意な低下が認められた。これについては、平成 22 年度より前は緊急性が高い「救急医療入院」と一般的な予定外入院である「救急医療入院以外の予定外入院」との双方をあわせて「緊急入院」として調査しており、この推移を見るだけでは緊急性の高い患者の受入状況

が明らかではないという問題があったため、平成 22 年度に「救急医療入院」と「救急医療入院以外の予定外入院」が区別できるよう調査項目を変更している。そのため、今後はより緊急性が高い「救急医療入院」の経年変化を注視する必要があると考える。

以上より、今回用いた指標では DPC 病院において準備病院と比較して救急患者等を避ける傾向は認められなかった。しかし、緊急入院の 1 施設当たり患者割合が経年的に上昇している類型が存在していたため、今後の動向を注視する。

医療の効率化の状況については、「平均在院日数」は DPC 病院と準備病院を比較すると DPC 病院の方が平均在院日数が有意に短い。また、経年的に見ても DPC 病院は平均在院日数が有意に短縮している。DPC 制度参加前後で比較すると全病院類型において DPC 制度に参加後に有意な平均在院日数の短縮が認められており、DPC 制度による影響が示唆される。ただし、本分析・評価で用いた平均在院日数については、患者構成の変化に伴う補正を行っていないことに留意する必要がある。

「後発医薬品の使用割合(金額ベース)」では、DPC 病院は準備病院と比較して後発医薬品使用割合が有意に高い。また、経年的に見ても DPC 病院は後発医薬品の使用割合が有意に上昇している。DPC 制度参加前後で比較すると全病院類型において DPC 制度に参加後に有意な後発医薬品使用割合の大幅な上昇が認められており、DPC 制度による影響が示唆される。

以上より、今回用いた指標では、DPC 病院は準備病院と比較して医療の効率化が進展していると考えられる。

以上の分析・評価の結果、DPC 病院が準備病院(出来高算定)と比較して、医療の質が低下している、患者の選別が行われているといった傾向を示唆するデータはなく、効率化については進展を示唆するデータが得られた。

<参考資料>

本調査における評価・分析に用いた統計方法について

1. 平成 23 年度退院患者調査及び平成 23 年度再入院・再転棟調査

- 各分析・評価項目における平成 23 年度の DPC 病院と準備病院の比較検定については、3 群以上の 2 群間の代表値に差があるかを検定するため、Wilcoxon の符号付き順位和検定(対応のある 2 群データを用いたノンパラメトリック検定)を用いて、Bonferroni 法による補正を行った。
- 各分析・評価項目における DPC 病院及び準備病院の年次推移については、3 群以上の各代表値に差があるかを検定するため、Mann-Whitney 検定(独立した 2 群データを用いたノンパラメトリック検定)を用いた。

2. 統計ソフト

本調査の評価・分析に当たっては、IBM®SPSS®Statistics version20 を用いた

平成 22 年度 DPC 特別調査に関する調査結果の分析・評価について
(化学療法等の外来・入院別実施状況調査、
医師あたりの患者数等の動向調査)

<概要>

- 平成 22 年度に実施された特別調査について、平成 24 年 8 月 21 日の DPC 評価分科会で行った一次集計結果を踏まえ、より詳細な分析・評価を実施した。
- 本調査では、①化学療法等、本来外来で実施できる処置や手術等について、再入院させることで外来での実施が抑制されていないか、また、外来での実施状況に地域特性があるか、②小児科・心臓血管外科・放射線科・麻酔科の医師 1 人あたりの業務量に変化があるか調査することを目的とした。これらの項目について統計学的有意差についても検証した。
- 化学療法等の外来・入院別実施状況調査の分析・評価結果では、DPC 病院が化学療法等の外来実施を抑制していることを示唆するような結果は得られなかった。また、化学療法等の外来での実施状況についての明らかな地域特性等を見いだすことはできなかった。
- 医師 1 人あたりの患者数等の動向調査の分析・評価では、本指標が勤務医の業務すべてを評価するものではないことに留意する必要があるが、DPC 制度において勤務医 1 人あたりの業務量が系統的に増大していることを示唆するデータは得られなかった。

I 背景

- 本調査は、「DPC 制度が外来化学療法等の推進を抑制していないか」、「勤務医 1 人あたりの業務負担が増えたのではないか」等の問題意識を背景として、平成 22 年度に実施された DPC 特別調査の分析・評価である。

<参考:平成 22 年 8 月 25 日 中央社会保険医療協議会総会 総—2(抜粋)>

【番号 3-1-2】 外来における化学療法、放射線療法、短期滞在手術の実施状況（入院実施と合わせた分析・集計）

<評価の視点>

- 再入院による化学療法・放射線療法が、外来での実施を抑制していないか。
- 化学療法・放射線療法・短期滞在手術の入院での実施と外来での実施について、地域や施設特性による違いはないか。

(略)

【番号 3-1-3】 医師あたり患者数等の動向調査（医師数、実施件数、入院患者数等）

<評価の視点>

- 平均在院日数の短縮等に伴い、勤務医一人当たりの業務量が増大しているのではないか。

- 平成 22 年度 DPC 特別調査の一次集計結果を事務局でとりまとめた上で平成 24 年 8 月 21 日の DPC 評価分科会において「平成 23 年度退院患者調査」とともに報告したところ、同分科会で調査結果の検討を専門的に行うワーキンググループ(以下 WG という)を組織する方針となり、「平成 23 年度退院患者調査」とともに一次集計結果に対する分析・評価を行うこととした。
- これを受け、平成 24 年 10 月に WG を開催し、一次集計結果に対する分析・評価(有意差検定も含む)を実施した。

Ⅱ 本調査の目的および実施方法

1. 目的

本調査の目的は平成 24 年 8 月 21 日 DPC 評価分科会で示されたとおり、以下のようになっている。

(1) 化学療法等の外来・入院別実施状況調査

化学療法・放射線療法・短期滞在手術基本料に係る手術等、外来での実施が可能となりつつある治療法について、以下の項目を検証する。

- 化学療法・放射線療法・短期滞在手術基本料に係る手術等の入院での実施と外来での実施について、地域や施設特性による違いはないか。
- 再入院による化学療法・放射線療法が、外来での実施を抑制していないか。

(2) 医師あたりの患者数の動向調査

平均在院日数の短縮等に伴い、勤務医一人あたりの業務量が増大しているか否かについて、小児科、心臓外科、放射線科、麻酔科について検証する。

2. 調査対象・分析対象データ

- 調査対象病院に対し、平成 22 年 10 月 22 日に調査票を送付し、11 月 1 日～30 日を調査期間とし、12 月 10 日を締め切りとし調査票を回収した。
- 調査の対象となった施設数は計 1,654 施設(DPC 対象病院 1,390+準備病院 264)であった。
- 回収率は 99.7%(1,650/1,654 施設)であった。このうち 2 病院から辞退があったため、最終的には 1,648 施設を調査の対象とした。
- 分析・評価を行う際の前提は以下の通りとする。
 - ・ 各分析・評価項目における検定は両側検定で有意水準は $\alpha=0.05$ とする。
 - ・ 年次推移を比較する際は調査対象期間中(平成 20 年度～22 年度)に新たに DPC 病院となった病院、準備病院となった病院を除いて集計する。

Ⅲ 分析・評価の結果について

回収した調査票から得られたデータに加え、平成 20～22 年度の DPC データ及び平成 22 年の再入院(再転棟)に係る特別調査等も利用し、分析・評価を行った。なお、図表については、別添の参考資料を参照のこと。

1. 化学療法等の外来・入院別実施状況調査

(1) 化学療法・放射線療法・短期滞在手術基本料に係る手術等の入院での実施と外来での実施の地域や施設特性による違いについて、①化学療法、②放射線療法、③短期滞在手術基本料に係る手術等ごとに、それぞれ下記の分析・評価を行った。

なお、年度ごとの集計については医療機関ごとに算出した外来実施率の相加平均を用いることとし、医療圏ごとの集計については、当該医療圏に属する医療機関のデータ全体を用いて外来実施率を算出した。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) 平成 22 年度における外来実施率の DPC 病院と準備病院の比較2) DPC 病院、準備病院の平成 20 年度～22 年度外来実施率の推移3) DPC 病院、準備病院の平成 22 年度外来実施率の二次・三次医療圏ごとのばらつき4) DPC 病院の外来実施率と各種指標との相関<ul style="list-style-type: none">・人口(二次医療圏・三次医療圏)・平均在院日数・DPC 算定病床数・DPC 算定病床割合 |
|---|

①化学療法

化学療法の外来実施率を以下のように定義し分析・評価を行った。なお、調査期間中に化学療法が入院・外来通じて 1 件も実施されていない年度が存在する医療機関は集計から除外した。

化学療法の外来実施率

$$= \frac{\text{外来化学療法加算(1+2)算定回数}}{\text{入院化学療法の実施件数(様式 1)+外来化学療法加算(1+2)}}$$

集計の結果、平成 22 年度における化学療法の外来実施率を DPC 病院と準備病院とで比較したところ、DPC 病院の方が有意に外来実施率が高い(【参考資料 図 1-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC 病院は毎年外来実施率が有意に上昇している一方で、準備病院は 2 年間では外来実施率の有意な上昇は見られるが、毎年の比較では有意な上昇は認められない(【参考資料 図 1-2-1】、【参考資料 図 1-2-2】参照)。

医療圏ごとに外来実施率のばらつきを見ると、DPC 病院の方が準備病院と比較してばらつきは少ない傾向にあった(【参考資料 図 1-3-1】～【参考資料 図 1-3-4】参照)。

DPC 病院における化学療法の外来実施率と各種指標との相関は、いずれの項目についてもほとんど相関関係は認められない(【参考資料 図 1-4-1】～【参考資料 図 1-4-4】参照)。

②放射線療法

放射線療法の外来実施率を以下のように定義し分析・評価を行った。なお、調査期間中に放射線療法が入院・外来通じて 1 件も実施されていない年度が存在する医療機関は集計から除外した。

放射線療法の外来実施率

$$= \frac{\text{放射線療法(*1)の外来算定回数}}{\text{放射線療法(*1)の入院算定回数(EF ファイル) + 外来算定回数}}$$

(*1) 放射線療法は以下の項目を合計したものである。

M001 高エネルギー放射線治療 1回目(3 イ 体外照射)

(1) 1門照射又は対向2門照射

(2) 非対向2門照射又は3門照射

(3) 4門以上の照射、運動照射又は現体照射

M001 強度変調放射線治療 1回目(4 イ 体外照射)

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

M001-3 直線加速器による定位放射線治療

集計の結果、平成 22 年度における放射線療法の外来実施率を DPC 病院と準備病院とで比較したところ、DPC 病院の方が有意に外来実施率が高い(【参考資料 図 2-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC 病院は 2 年間では有意に外来実施率が上昇している一方で、準備病院は 2 年間を通じてみても外来実施率の有意な変化は認められない(【参考資料 図 2-2-1】、【参考資料 図 2-2-2】参照)。

医療圏ごとに外来実施率のばらつきを見ると、DPC 病院については比較的ばらつきが認められたが、準備病院については対象となる病院数が少なく評価は困難であった(【参考資料 図 2-3-1】～【参考資料 図 2-3-4】参照)。

DPC 病院における放射線療法の外来実施率と、各種指標との相関については三次医療圏の人口とある程度の正の相関を認める(【参考資料 図 2-4-1】参照)。その他の指標とはほとんど相関関係がない又は弱い相関しか認めない(【参考資料 図 2-4-2】～【参考資料 図 2-4-4】参照)。

③短期滞在手術基本料に係る手術等

短期滞在手術基本料に係る手術等の外来実施率を以下のように定義し分析・評価を行った。
なお、調査期間中に短期滞在手術基本料に係る手術等が入院・外来通じて1件も実施されていない年度が存在する医療機関は集計から除外した。

短期滞在手術基本料に係る手術等の外来実施率

$$= \frac{\text{外来での手術等(*2)算定回数}}{\text{入院での手術等(*2)算定回数(EFファイル)+外来算定回数}}$$

(*2) 短期滞在手術基本料に係る手術等は以下の4つに分類して分析・評価した(各分類に含まれる項目については後述)。

- 消化器・一般外科系の手術・検査
- 心臓カテーテル法による諸検査
- 白内障に関連する手術
- 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術

○ 消化器・一般外科系の手術・検査

消化器・一般外科系の手術・検査は、短期滞在手術基本料に係る手術のうち以下の項目を対象とした。

- ・ K743 痔核手術(脱肛を含む。)
 - 1 硬化療法、2 硬化療法(四段階注射法によるもの)、3 結紮術、焼灼術、血栓摘出術、
 - 4 根治手術、5 PPH
- ・ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
- ・ D308 胃・十二指腸ファイバースコープ
- ・ D313 大腸ファイバースコープ
 - 1 S状結腸、2 下行結腸及び横行結腸、3 上行結腸及び盲腸
- ・ K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ、粘膜切除術
 - 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術、2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術、3 早期悪性腫瘍ポリープ切除術、4 その他のポリープ・粘膜切除術
- ・ K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(全区分の合計)
- ・ K721-2 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(全区分の合計)

集計の結果、平成22年度における短期滞在手術基本料に係る消化器・一般外科系手術等の外来実施率をDPC病院と準備病院とで比較したところ、DPC病院の方が有意に外来実施率が高い(【参考資料 図3-1参照】)。

経年的に見ると、DPC 病院は 2 年間では有意に外来実施率が上昇している一方で、準備病院は 2 年間を通じてみても外来実施率の有意な変化は認められない(【参考資料 図 3-2-1】、【参考資料 図 3-2-2】参照)。

医療圏ごとに外来実施率のばらつきを見ると、DPC 病院、準備病院ともに比較的ばらつきは少ないが、どちらかという DPC 病院の方がばらつきが小さい傾向となっている(【参考資料 図 3-3-1】～【参考資料 図 3-3-4】参照)。

DPC 病院における短期滞在手術基本料に係る消化器・一般外科系手術等の外来実施率と、各種指標との相関については、いずれの項目についてもほとんど相関関係がない又は弱い相関関係しか認めない(【参考資料 図 3-4-1】～【参考資料 図 3-4-4】参照)。

○ 心臓カテーテル法による諸検査

心臓カテーテル法による諸検査は、短期滞在手術基本料に係る手術のうち「D206 心臓カテーテル法による諸検査」を対象とした。

集計の結果、心臓カテーテル法による諸検査の外来実施率は平成 22 年度の DPC 病院で 2.4%、準備病院で 2.5%と低く、一般的には入院で行われていると考えられる。また、両者で有意差は認めない(【参考資料 図 4-1 参照】)。

経年的に見ても、DPC 病院では平成 20 年度から 21 年度の間には有意な上昇は認められるが、2 年間では有意な変化はなく、準備病院も有意な変化は認められない(【参考資料 図 4-2-1】、【参考資料 図 4-2-2】参照)。

医療圏ごとに外来実施率のばらつきを見ると、DPC 病院、準備病院ともに非常にばらつきが大きく、大半の医療圏の外来実施率は 0%であった(【参考資料 図 4-3-1】～【参考資料 図 4-3-4】参照)。

DPC 病院における短期滞在手術基本料に係る心臓カテーテル法による諸検査の外来実施率と、各種指標との相関については、いずれの項目についてもほとんど相関関係がない又は弱い相関関係しか認めない(【参考資料 図 4-4-1】～【参考資料 図 4-4-4】参照)。

○ 白内障関連手術

白内障関連手術は短期滞在手術基本料に係る手術のうち、以下の項目を対象とした。

- ・ K281 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合
- ・ K282-2 後発白内障手術

集計の結果、白内障関連手術の外来実施率は平成 22 年度の DPC 病院で 19.1%、準備病院で 27.9%とあまり高くなく、多くは入院で行われていると考えられる。また、両者で有意差は認めない

(【参考資料 図 5-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC 病院では 2 年間では有意な増加を認めるが、準備病院では有意な変化は認められない(【参考資料 図 5-2-1】、【参考資料 図 5-2-2】参照)。

医療圏ごとに外来実施率のばらつきを見ると、DPC 病院、準備病院ともにばらつきは比較的大きい。DPC 病院と準備病院を比較すると DPC 病院の方が比較的ばらつきは小さい傾向となっている(【参考資料 図 5-3-1】～【参考資料 図 5-3-4】参照)。

DPC 病院における短期滞在手術基本料に係る白内障関連手術の外来実施率と、各種指標との相関については、いずれの項目についてもほとんど相関関係は認めない(【参考資料 図 5-4-1】～【参考資料 図 5-4-4】参照)。

○ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

体外衝撃波腎・尿管結石破砕術は、短期滞在手術基本料に係る手術のうち「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を対象とした。

集計の結果、体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の外来実施率は平成 22 年度の DPC 病院で 39.1%、準備病院で 30.3%とあまり高くなく、半数以上は入院で行われていると考えられる。また、両者で有意差は認めない(【参考資料 図 6-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC 病院では 2 年間を通じてみても有意変化はなく、準備病院も同様に有意な変化は認められない(【参考資料 図 6-2-1】、【参考資料 図 6-2-2】参照)。

医療圏ごとに外来実施率のばらつきを見ると、DPC 病院のばらつきは非常に比較的大きい。準備病院は対象となる医療圏の数が非常に少ないが、DPC 病院と同様の傾向となっている(【参考資料 図 6-3-1】～【参考資料 図 6-3-4】参照)。

DPC 病院における体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の外来実施率と、各種指標との相関については、いずれの項目についてもほとんど相関関係は認めない(【参考資料 図 6-4-1】～【参考資料 図 6-4-4】参照)。

- (2) 再入院による化学療法・放射線療法の外来実施率に対する影響を検証するため、平成 22 年度の①化学療法、②放射線療法について、それぞれ外来実施率と再入院率の散布図を作成し、相関を検定した(外来化学療法、外来放射線療法の実施件数が0件の医療機関を除く)。なお、外来実施率の定義は、(1)①および②と同様とした。

①化学療法

DPC 病院における、平成 22 年度の化学療法外来実施率と再入院率の散布図を作成したところ、相関係数は -0.465 となり、中等度の負の相関が認められる(【参考資料 図 7-1-1】参照)。そのため、平成 22 年度と平成 20 年度の化学療法外来実施率の差と再入院率の差について散布図を作成したところ、相関係数は -0.200 であり弱い相関関係しか認めていない(【参考資料 図 7-1-2】参照)。

②放射線療法

DPC 病院における、平成 22 年度の放射線療法外来実施率と再入院率の散布図を作成したところ、相関係数は -0.124 となり、ほとんど相関関係を認めない(【参考資料 図 7-2】参照)。

(3) 考察

- ① 化学療法・放射線療法・短期滞在手術基本料に係る手術等の入院での実施と外来での実施の地域や施設特性による違いについて

化学療法および放射線療法の外来実施率について DPC 病院と DPC 準備病院で比較したところ、どちらについても DPC 病院の方が有意に外来実施率が高い結果であった。また、経年的にみても、DPC 病院の方が準備病院よりも有意に上昇傾向にある結果であった。

二次医療圏・三次医療圏別に化学療法および放射線療法の外来実施率のばらつきについて検討したところ、化学療法、放射線療法ともに DPC 病院の方がばらつきが小さい傾向であった。化学療法と放射線療法では放射線療法の方がややばらつきが大きい傾向であり、放射線療法の外来実施率は三次医療圏単位で見ると人口と中等度の相関関係を認めているが、二次医療圏単位ではほとんど相関関係はなく、因果関係は明らかではなかった。

短期滞在手術基本料に係る手術等は、4分野(消化器・一般外科系の手術・検査、心臓カテーテル法による諸検査、白内障関連手術、体外衝撃波・尿管結石破碎術)に分けて分析・評価を行った。

これらの外来実施率を DPC 病院と準備病院で比較したところ、消化器・一般外科系の手術・検査については、DPC 病院の方が外来実施率が有意に高い結果であった。その他の分野については、外来実施率自体があまり高くなく、DPC 病院と準備病院との間に有意な差は認めなかった。経年的に見ると、消化器・一般外科系の手術・検査においては、DPC 病院は有意に外来

実施率が上昇している一方、準備病院は有意な変化を認めなかった。その他の分野については、外来実施率があまり高くないため評価が難しいものの、準備病院の外来実施率が有意に増加しているにもかかわらず DPC 病院で増加していないといった事例は認められなかった。

二次医療圏・三次医療圏別に外来実施率のばらつきについて検討したところ、消化器・一般外科系の手術・検査については、DPC 病院、準備病院とも比較的ばらつきは少なく、DPC 病院と準備病院を比較した場合はどちらかという DPC 病院の方がばらつきが小さい傾向が認められた。その他の分野については、外来実施率があまりたかくなく、地域によるばらつきも大きいことから、外来で実施している施設が一部に限られている可能性が示唆された。4 分野それぞれの外来実施率と人口、平均在院日数、DPC 算定病床数等の指標と散布図を作成したが、いずれに項目に対してもほとんど相関関係がない又は弱い相関関係しか認めず、一定の傾向を見いだすことは困難であった。

以上より DPC 病院で準備病院より化学療法・放射線療法・短期滞在手術基本料に係る手術等の外来実施が抑制されていることを示唆するデータは得られなかった。地域間でばらつきのある項目は認められたが、施設の特性による違いは明らかではなかった。

② 再入院による化学療法・放射線療法の外来実施率に対する影響について

化学療法の外来実施率と再入院率の散布図を作成したところ、両者の間には中等度の負の相関関係を認めたため、平成 22 年度と平成 20 年度の化学療法外来実施率の差と再入院率の差について散布図を作成した。その結果、平成 20～22 年にかけての外来実施率の経年変化と再入院率の経年変化との間には弱い相関関係しか認めず、外来実施率と再入院率との間に認めた中等度の相関関係は、実施施設による患者背景の違い等、他の因子の影響によるものとも考えられ、外来実施と再入院の間に直接の因果関係が存在する可能性は低いと考えられた。

放射線療法の外来実施率と再入院率の間の相関関係は弱く、外来実施と再入院率との間に直接の因果関係はないと考えられる。

以上より DPC 病院で再入院による化学療法・放射線療法がこれらの外来実施を抑制していることを示唆するデータは得られなかった。

2. 医師あたりの患者数の動向調査

(1) 具体的分析・評価方法と結果

平均在院日数の短縮等に伴い、勤務医一人あたりの業務量が増大しているか否かについて、①小児科、②心臓血管外科、③放射線科(放射線治療に携わる医師に限る)、④麻酔科ごとに、それぞれ下記の分析・評価を行った。なお、医師の数が0名又は無記入の年度が存在する医療機関は集計から除外した。また、各年度における医師1人あたり症例数は、それぞれの医療機関ごとに算出した医師1人あたり症例数の相加平均となっている。

- 1) 平成22年度における医師1人あたり症例数のDPC病院・準備病院の比較
- 2) DPC病院、準備病院の平成20年度～22年度医師1人あたり症例数の年次推移
- 3) DPC病院、準備病院の平成20年度～22年度1施設あたり医師数の年次推移
- 4) DPC病院、準備病院の平成20年度～22年度1施設あたり症例数の年次推移

① 小児科

小児科の医師1人あたりの症例数を以下のように定義し、分析・評価した。

小児科の医師1人あたりの症例数

$$= \frac{15 \text{ 歳未満の入院症例数(EF ファイル)}}{\text{小児科医師数}}$$

集計の結果、平成22年度における小児科の医師1人あたり症例数をDPC病院と準備病院とで比較したところ、DPC病院の方が有意に症例数が少ない(【参考資料 図8-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC病院は2年間では医師1人あたりの症例数が有意に減少している。一方、準備病院は毎年の比較では有意な変化を認めない(【参考資料 図8-2】参照)。

小児科の1施設あたり医師数、症例数の年次推移では、DPC病院の小児科の医師数が毎年有意に増加し、症例数は2年間では有意な変化がないのに対し、準備病院では医師数、症例数ともに有意な変化を認めない。(【参考資料 図8-3】、【参考資料 図8-4】参照)。

② 心臓血管外科

心臓血管外科の医師1人あたりの症例数を以下のように定義し、分析・評価した。

$$\begin{aligned} & \text{心臓血管外科の医師 1 人あたり症例数} \\ & = \frac{\text{心臓血管外科手術(*3)算定回数(EF ファイル)}}{\text{心臓血管外科医師数}} \end{aligned}$$

(*3) 心臓血管外科手術の対象となる項目は「K538 心膜縫合術」～「K605-4 同種心肺移植術」の全項目とする。

集計の結果、平成 22 年度における心臓血管外科の医師 1 人あたり症例数を DPC 病院と準備病院とで比較したところ、両者の間に有意な差は認めない(【参考資料 図 9-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC 病院は 2 年間では医師 1 人あたりの症例数が増加しているが、平成 20 年度、21 年度間では有意に減少しており、一定の傾向を認めない。一方、準備病院は毎年と比較では有意な変化を認めない(【参考資料 図 9-2】参照)。

心臓血管外科の 1 施設あたり医師数、症例数の年次推移では、DPC 病院の医師数は有意な変化を認めない一方、症例数は毎年有意に増加している。また、準備病院の 1 施設あたり医師数も有意な変化を認めない一方、症例数は 2 年間では有意に増加している(【参考資料 図 9-3】、【参考資料 図 9-4】参照)。

③ 放射線科(放射線治療に携わる医師に限る)

放射線科の医師1人あたりの症例数を以下のように定義し、分析・評価した。

$$\begin{aligned} & \text{放射線科のうち放射線治療に携わる医師の 1 人あたり症例数} \\ & = \frac{\text{放射線療法(*4)の入院算定回数(EF ファイル)}}{\text{放射線科のうち放射線治療に携わる医師数}} \end{aligned}$$

(*4) 放射線療法の対象となる項目は、放射線療法の外来実施に関する調査の際に用いた定義と同様

集計の結果、平成 22 年度の放射線治療に携わる医師 1 人あたり症例数を DPC 病院と準備病院とで比較したところ、DPC 病院の方が有意に症例数が多い(【参考資料 図 10-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC 病院、準備病院ともに医師 1 人あたりの症例数に有意な変化は認めない(【参考資料 図 10-2】参照)。

1 施設あたり放射線治療に携わる医師の数、放射線治療の症例数の年次推移では、DPC 病院、では 2 年間では医師数、症例数ともに増加傾向にある一方、準備病院では医師数、症例数ともに有意な変化を認めない(【参考資料 図 10-3】、【参考資料 図 10-4】参照)。

④ 麻酔科

麻酔科の医師1人あたりの症例数を以下のように定義し、分析・評価した。

麻酔科の医師の1人あたり症例数

$$= \frac{\text{全身麻酔 (*5)の入院算定回数(EF ファイル)}}{\text{麻酔科医師数}}$$

(*5) 全身麻酔の対象となる項目は「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」とする

集計の結果、平成22年度における麻酔科医師1人あたり全身麻酔症例数をDPC病院と準備病院とで比較したところ、両者の間に有意な差は認めない(【参考資料 図11-1 参照】)。

経年的に見ると、DPC病院では医師1人あたりの全身麻酔症例数が年々増加している。一方、準備病院では各年度ごとに有意な変化を認めない(【参考資料 図11-2】参照)。

1施設あたり麻酔科医師の数、全身麻酔の症例数の年次推移では、DPC病院は医師数、症例数ともに毎年有意な増加を認めている。準備病院では医師数は有意な変化を認めないが、症例数は2年間では有意に増加している(【参考資料 図11-3】、【参考資料 図11-4】参照)。

(2) 考察

各科の医師 1 人あたりの症例数を DPC 病院、準備病院で比較したところ、放射線治療に携わる医師を除き、DPC 病院が準備病院と比較して有意に医師 1 人あたり症例数が多いという結果は認めなかった。ただし、準備病院の医療機関の数が少ないことに留意する必要がある。放射線治療に携わる医師の 1 人あたり症例数については、準備病院において非常に小さい値を示しているが、準備病院の 1 医療機関あたり症例数が非常に小さいことから、準備病院では放射線治療の実施件数が少なく、放射線治療に携わる医師であっても、画像診断等、放射線治療以外の業務に携わっていることが多いという可能性が考えられるが、本調査ではこれ以上の分析は困難であった。

DPC 病院について経年的に見ると、小児科では医師 1 人あたり症例数が有意な減少、心臓血管外科では一定の傾向なし、麻酔科では有意な上昇、放射線治療では有意な変化なしと全ての診療科で異なっていた。

そのため、DPC 病院の各科の医師数、症例数の年次推移を見ると、小児科では医師数の増加と症例数の減少の両方が関与していると考えられた。

心臓血管外科では、1 医療機関あたりの医師数には変化がなく症例数が増加しているが、医師 1 人あたり症例数は必ずしも毎年有意な増加を認めていない。このような状況になっている詳細な原因は明らかではないが、医師の少ない医療機関ほど当該医療機関の症例数の変化が当該医療機関の医師 1 人あたり症例数に与える影響が大きいと、例えば医師の少ない医療機関で症例数が減少し、医師の多い医療機関で症例数が増加した場合、各医療機関の医師 1 人あたり症例数を平均すると、必ずしも前年と比較して大きく増加しない可能性がある。

放射線治療では医師数、症例数ともに増加していることから、医師 1 人あたりの症例数は有意な変化がないと考えられた。麻酔科では、医師数、症例数ともに増加しているが、症例数の増加が医師数の増加を上回っている可能性が考えられた。

このように、医師 1 人あたりの症例数の経年変化は各診療科で大きな違いを認めたが、その要因は診療各科によってそれぞれ異なっていることが伺われる。

本調査で分析・評価した医師 1 人あたり症例数は、勤務医の業務すべてを評価するものではないことに留意する必要があるが、勤務医の 1 人あたりの業務量は診療科によって状況や背景が異なるため、DPC 病院と準備病院を比較することで一定の傾向を見いだすことはできず、DPC 病院において勤務医 1 人あたりの業務量が有意かつ系統的に増大していることを示唆するデータは得られなかった。

<参考資料>

本調査における評価・分析に用いた統計方法について

1. 平成 22 年度特別調査

- 各分析・評価項目における DPC 病院と準備病院の比較検定については、3 群以上の 2 群間の代表値に差があるかを検定するため、Wilcoxon の符号付き順位和検定(対応のある 2 群データを用いたノンパラメトリック検定)を用いて、Bonferroni 法による補正を行った。
- 各分析・評価項目における年次推移については、3 群以上の各代表値に差があるかを検定するため、Mann-Whitney 検定(独立した 2 群データを用いたノンパラメトリック検定)を用いた。
- 各分析・評価項目における相関関係については、2 種のノンパラメトリックデータの相関の指標となる Spearman の順位相関係数を用いた。この係数は r_s の値が -1 に近いほど負の相関、1 に近いほど正の相関があるとされる。

$|r| = 1.0 \sim 0.7 \dots$ かなり強い相関がある

$|r| = 0.7 \sim 0.4 \dots$ かなり相関がある

$|r| = 0.4 \sim 0.2 \dots$ やや相関がある

$|r| = 0.2 \sim 0.0 \dots$ ほとんど相関がない

2. 統計ソフト

本調査の評価・分析に当たっては、IBM®SPSS®Statistics version20 を用いた

参考資料2

平成 22 年度特別調査

「化学療法等の外来、入院別実施状況調査」、「医師あたりの患者数等の動向調査」
調査票

施設コード								施設機関名

1 貴院に勤務している医師数(外来専属の医師を除く)についてお伺いします。

問1-1 平成 22 年 11 月、貴院に勤務している医師数(但し外来業務のみに従事している医師を除く)を常勤換算でご記入ください。平成 20 年 11 月、平成 21 年 11 月についても同様にご記入ください。			
	平成 20 年 11 月	平成 21 年 11 月	平成 22 年 11 月
医師数(常勤換算)	人	人	人
<p><注1> 外来業務のみに従事している(入院業務に全く従事していない)医師は数えないでください。</p> <p>例) 週1回、他院より外来診療を行う為に来ている医師 → 数に含めない。 病棟業務を行いつつ、週2回(月・木)外来診療を担当している医師 → 数に含める。</p> <p><注2> 平成 22 年 11 月中の平均的な1週間を選び(どの週を選ぶかは任意)、その勤務実績を踏まえ、計算してください。平成 21 年、平成 20 年も同様です。</p> <p><注3> 非常勤職員の常勤換算の計算方法について 貴院の 1 週間の通常勤務時間を基準として、下記のような計算を行ってください。全て足し合わせた後、小数点第二位を四捨五入し、ご記入ください。</p> <p>例) 1 週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週 3 日(各日 5 時間)勤務の医師数が 4 人いる場合</p> $\text{常勤換算後の医師数} = \frac{3 \text{ 日} \times 5 \text{ 時間} \times 4 \text{ 人}}{40 \text{ 時間}} = 1.5 \text{ 人}$			

問1-2 平成22年11月、貴院に勤務している医師数(但し外来業務のみに従事している医師を除く)を各診療科別に常勤換算でご記入ください。平成20年11月、平成21年11月についても同様に記入ください。

ただし、ここでいう「各診療科」は、特に規定のない限り、「DPC導入の影響評価に係る調査」の様式1における「診療科コード」(1 病院属性等 の(2))に従って分類するものとします。

診療科目	コード番号	平成20年11月	平成21年11月	平成22年11月
小児科	100	人	人	人
心臓血管外科	170	人	人	人
放射線科のうち 放射線治療に携わる医師	270の 一部	人	人	人
麻酔科	490	人	人	人

※ なお、病院で独自にコードを規定している場合は、上2桁が合致する診療科に医師数を振り分けてください。

【参考】診療科コードについて(「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料より)

(2) 診療科コード

医療資源を最も投入した傷病の診療を担当した医師の所属する診療科のコード番号を入力する。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。

また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。(例えば、胸部外科を外科“110”に加えて“111”とする等)

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	耳鼻咽喉科	240	血液科	470
心療内科	020	気管食道科	250	血液内科	480
精神科	030	リハビリテーション科	260	麻酔科	490
神経科	040	放射線科	270	消化器内科	500
呼吸器科	050	神経内科	280	消化器外科	510
消化器科	060	胃腸科	290	肝胆膵外科	520
循環器科	070	皮膚科	300	糖尿内科	530
アレルギー科	080	泌尿器科	310	大腸肛門科	540
リウマチ科	090	産科	320	眼形成眼窩外科	550
小児科	100	婦人科	330	不妊内分泌科	560
外科	110	呼吸器内科	340	膠原病リウマチ内科	570
整形外科	120	循環器内科	350	脳卒中科	580
形成外科	130	歯科	360	腫瘍治療科	590
美容外科	140	歯科矯正科	370	総合診療科	600
脳神経外科	150	小児歯科	380	乳腺甲状腺外科	610
呼吸器外科	160	歯科口腔外科	390	新生児科	620
心臓血管外科	170	糖尿病科	400	小児循環器科	630
小児外科	180	腎臓内科	410	緩和ケア科	640
皮膚泌尿器科	190	腎移植科	420	内分泌リウマチ科	650
性病科	200	血液透析科	430	血液腫瘍内科	660
肛門科	210	代謝内科	440	腎不全科	670
産婦人科	220	内分泌内科	450	精神神経科	680

2 以下の診療報酬項目について貴院の「外来での算定状況」についておたずねします。

問2 以下の診療報酬について、貴院の平成20年11月、平成21年11月、平成22年11月における外来でののべ算定件数をご記入ください。			
	平成20年11月	平成21年11月	平成22年11月
＜外来でののべ算定件数をご記入ください。＞			
外来化学療法加算1 （「注射」通則6 イ）	件	件	件
外来化学療法加算2 （「注射」通則6 ロ）	件	件	件
高エネルギー放射線治療 1回目（M001 体外照射 3 イ）			
（1）1門照射又は対向2門照射	件	件	件
（2）非対向2門照射又は3門照射	件	件	件
（3）4門以上の照射、運動照射又は現体照射	件	件	件
強度変調放射線治療 1回目 （M001 体外照射 4 イ）	件	件	件
ガンマナイフによる定位放射線治療（M001-2）	件	件	件
直線加速器による定位放射線治療（M001-3）	件	件	件
痔核手術（脱肛を含む。）			
1 硬化療法	件	件	件
2 硬化療法（四段階注射法によるもの）	件	件	件
3 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	件	件	件
4 根治手術	件	件	件
5 PPH	件	件	件

ヘルニア手術 鼠径ヘルニア (K633 5)	件	件	件
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (K768)	件	件	件
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合(K282 1)	件	件	件
後発白内障手術 (K282-2)	件	件	件
心臓カテーテル法による諸検査 (D206)	件	件	件
胃・十二指腸ファイバースコープ (D308)	件	件	件
大腸ファイバースコープ(D313)			
1 S状結腸	件	件	件
2 下行結腸及び横行結腸	件	件	件
3 上行結腸及び盲腸	件	件	件
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ、粘膜切除術(K653)			
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	件	件	件
2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	件	件	件
3 早期悪性腫瘍ポリープ切除術	件	件	件
4 その他のポリープ・粘膜切除術	件	件	件
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(K721 全区分の合計※)	件	件	件
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(K721-2 全区分の合計)	件	件	件
※ K721 及び K721-2 は平成22年度診療報酬改定において点数体系が変更となっているため、該当する区分全ての合計件数をお書きください。			

3 貴院で導入されているレセプトコンピューターの統計機能等についてお伺いします。

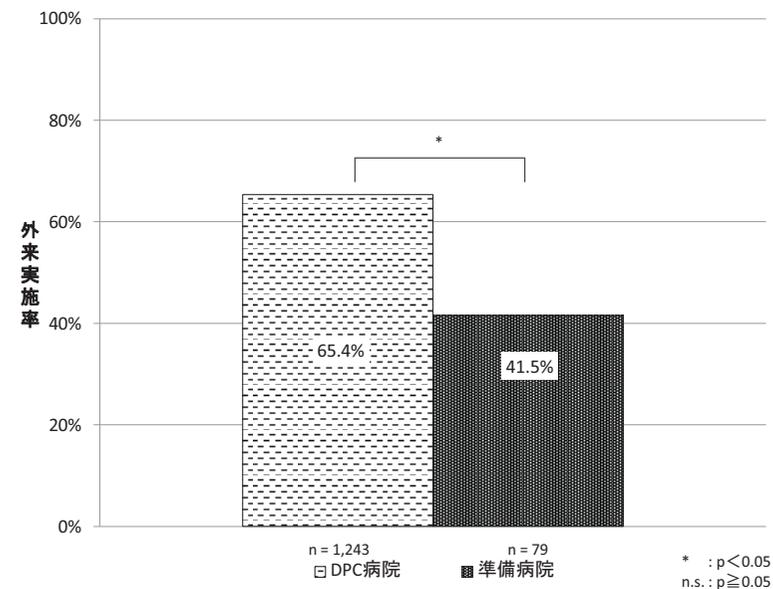
問3-1 貴院で導入されているレセプトコンピューターの会社名、導入時期等について教えてください。		
ソフトメーカー名(自主開発の場合はその旨御記載下さい)	ソフト名及びバージョン等	
販売代理店	導入時期	次回更新予定時期
	年 月	年 月
問3-2 今回の特別調査について、該当するものに○をお付けください。		
<input type="checkbox"/> 事務系の職員等のみで対応可能な内容であった。 <input type="checkbox"/> 院内の情報処理系の専門職員で対応可能な内容であった。 <input type="checkbox"/> 院内の医療従事者(医師、看護師等)に聞かないとわからない内容であった。 <input type="checkbox"/> レセプトコンピューターの開発元(販売元)に依頼しないと対応できない内容であった。		
問3-3 貴院のレセプトコンピューターの統計機能を使用するに当たり、どの程度過去のデータをさかのぼることが可能でしょうか。	過去	か月分まで可能
問3-4 貴院のレセプトコンピューターの統計機能を活用し、以下の集計のうち 実行困難なもの について○をお付けください。 集計は外来レセプトを対象として行うもの とお考えください。		
<input type="checkbox"/> 薬剤の使用状況の集計。 例) 先月の外来患者のうち「パクリタキセル」を使用した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 複数の薬剤の併算定状況の集計。 例) 先月の外来患者のうち「パクリタキセル」及び「カルボプラチン」を使用した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 複数の診療行為の併算定状況の集計。 例) 先月の外来患者のうち「CT撮影」及び「MRI撮影」を算定した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 病名と診療行為のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち病名に「子宮がん」があり、「CT撮影」を算定した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 薬剤と診療行為のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち「尿素呼気試験」を算定し「ランソプラゾール」を処方した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 病名と薬剤のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち病名に「胃潰瘍」があり、「ランソプラゾール」を処方した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 病名と複数薬剤のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち病名に「胃潰瘍」があり、「ランソプラゾール」「アモキシシリン」「クラリスロマイシン」の3剤(ピロリ菌除菌の3剤)を処方した患者の人数。		
<補足>本問は今後の特別調査にあたり、調査を引き受けていただいている皆さまの病院にとって、調査内容が過剰な負担とならないようにするために、現状把握をする目的で記載をお願いさせていただくものです。本来の調査(設問1, 2)に対して付加的なものですが、ご協力のほどよろしくおねがいいたします。		

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

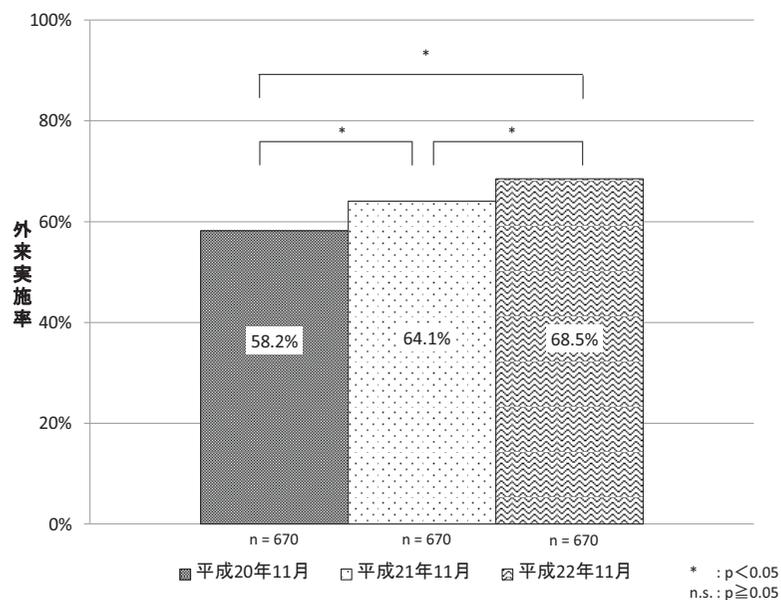
化学療法等の 外来・入院別実施状況調査

化学療法の外来実施率

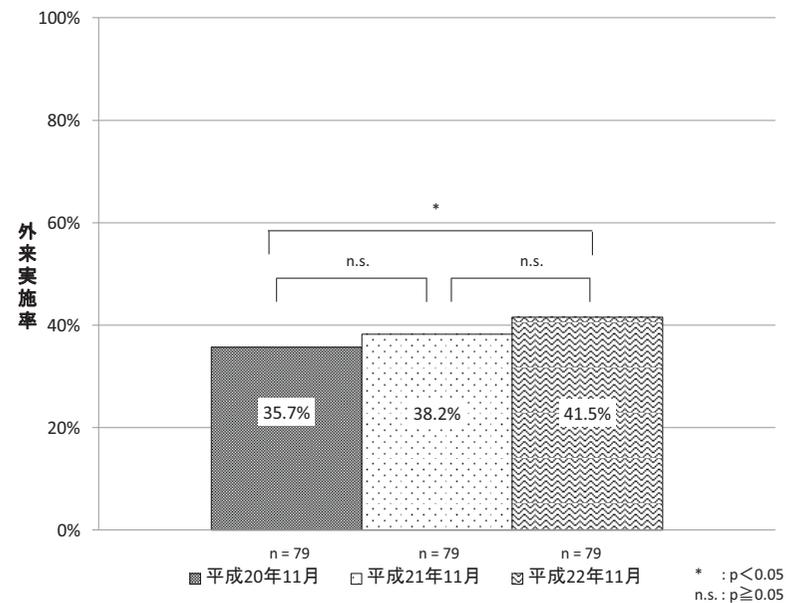
【図1-1】 化学療法の外来実施率比較(平成22年度)



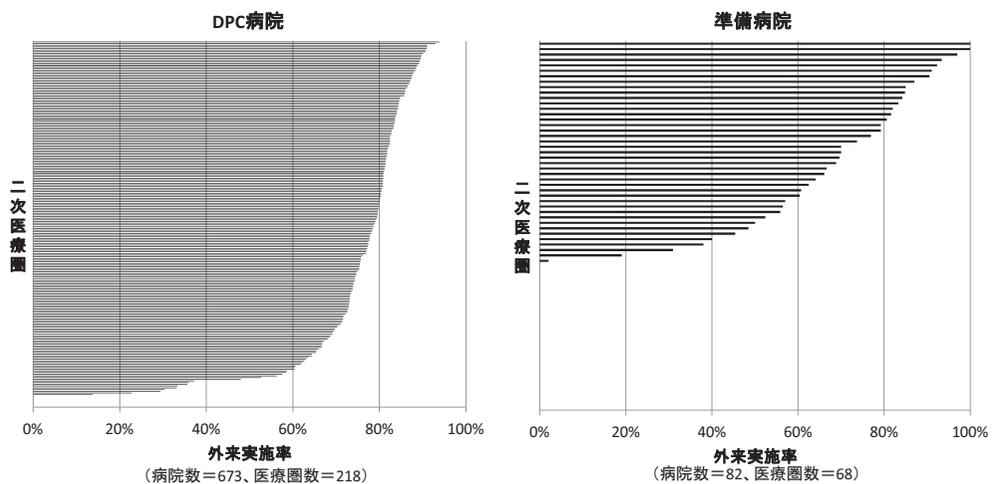
【図1-2-1】化学療法の平成20年度～22年度外来実施率の推移(DPC病院)



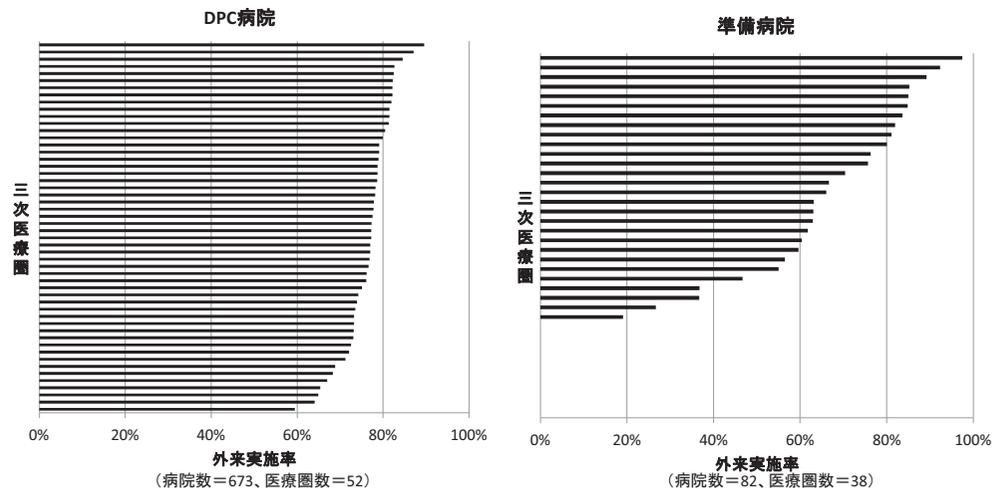
【図1-2-2】化学療法の平成20年度～22年度外来実施率の推移(準備病院)



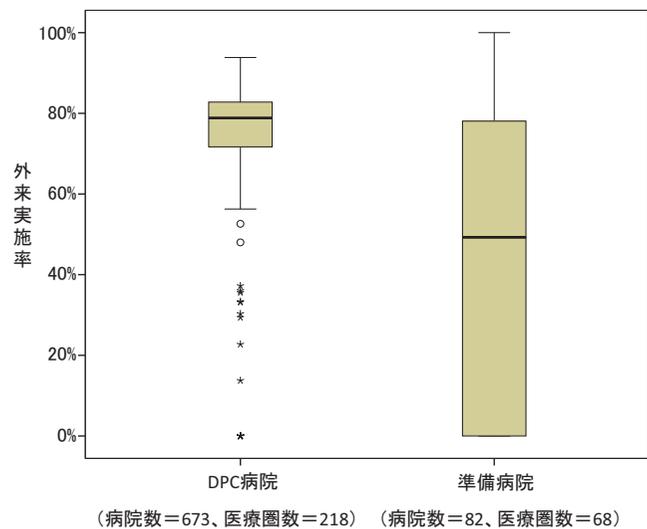
【図1-3-1】二次医療圏ごとの化学療法外来実施率(平成22年度)



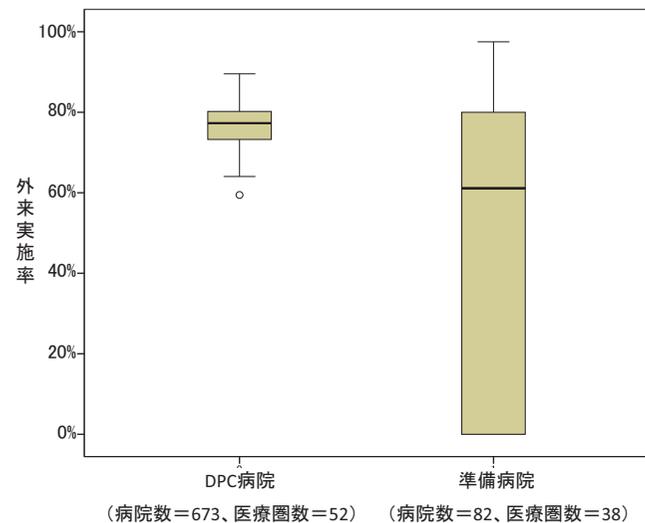
【図1-3-2】三次医療圏ごとの化学療法外来実施率(平成22年度)



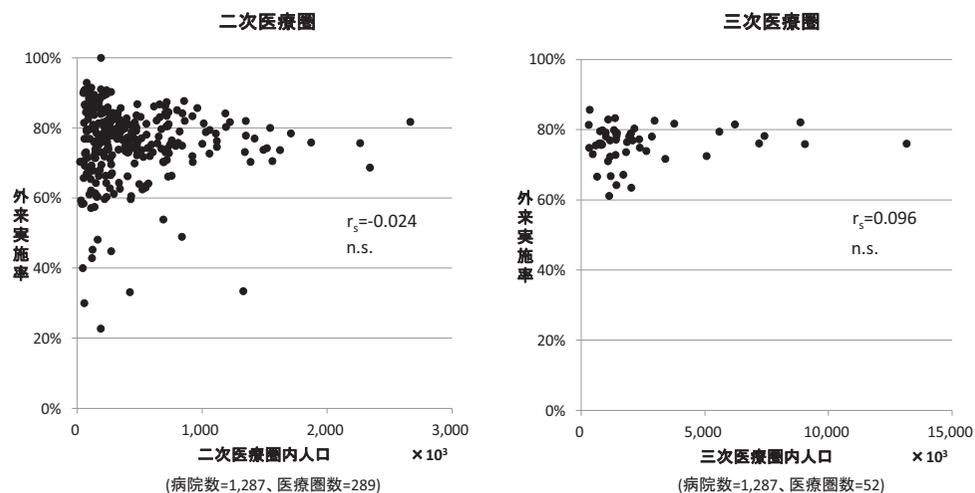
【図1-3-3】二次医療圏ごとの化学療法外来実施率比較(平成22年度)



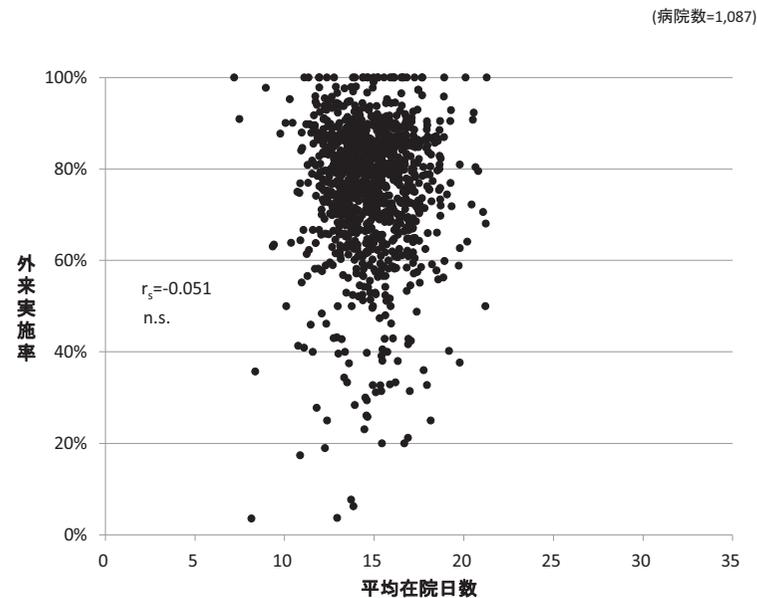
【図1-3-4】三次医療圏ごとの化学療法外来実施率比較(平成22年度)



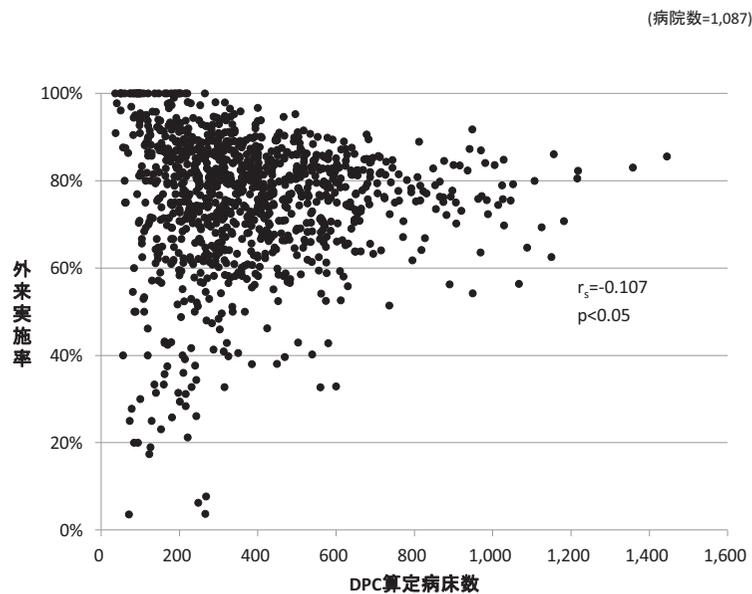
【図1-4-1】DPC病院における化学療法の外来実施率と人口との散布図(平成22年度)



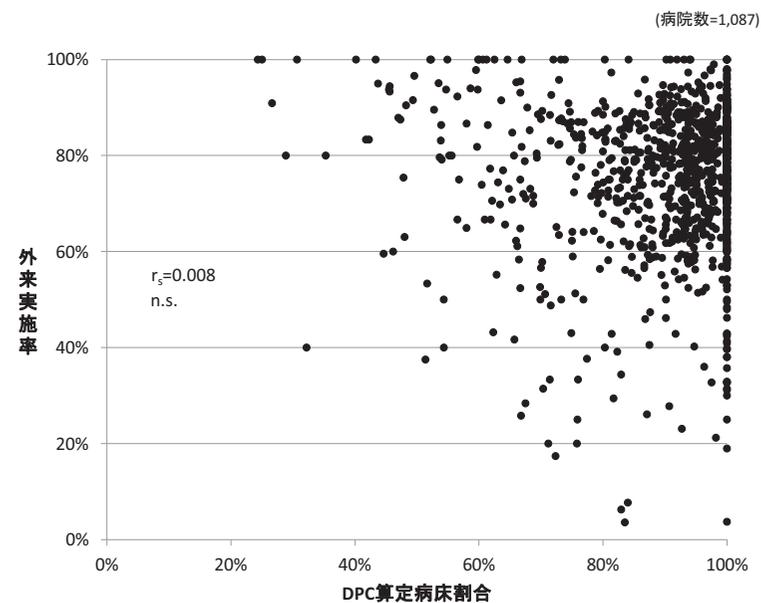
【図1-4-2】DPC病院における化学療法の外来実施率と平均在院日数との散布図(平成22年度)



【図1-4-3】DPC病院における化学療法の外来実施率とDPC算定病床数との散布図(平成22年度)

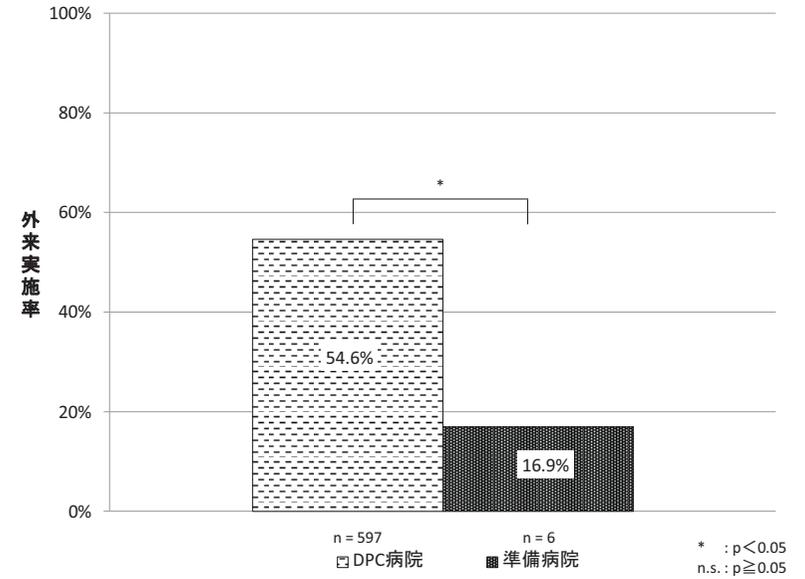


【図1-4-4】DPC病院における化学療法の外来実施率とDPC算定病床割合との散布図(平成22年度)

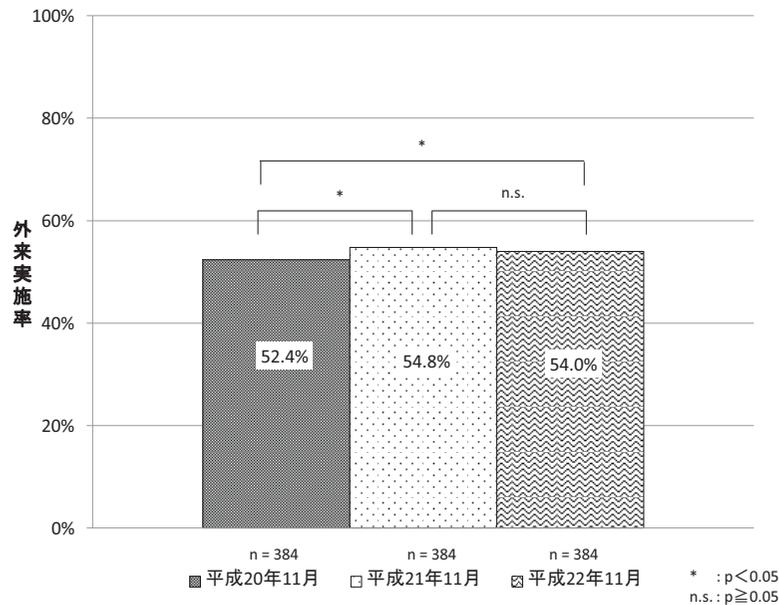


放射線療法の外来実施率

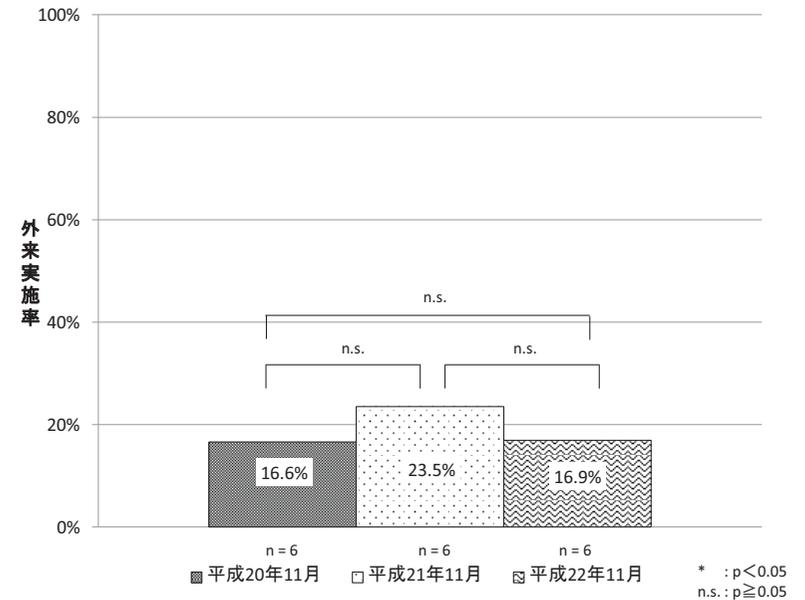
【図2-1】放射線療法の外来実施率比較(平成22年度)



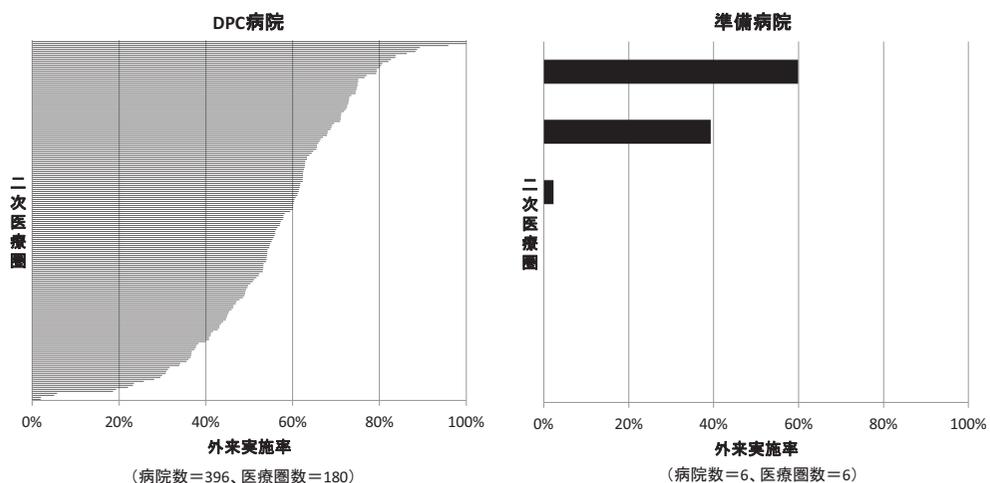
【図2-2-1】放射線療法の平成20年度～22年度外来実施率の推移 (DPC病院)



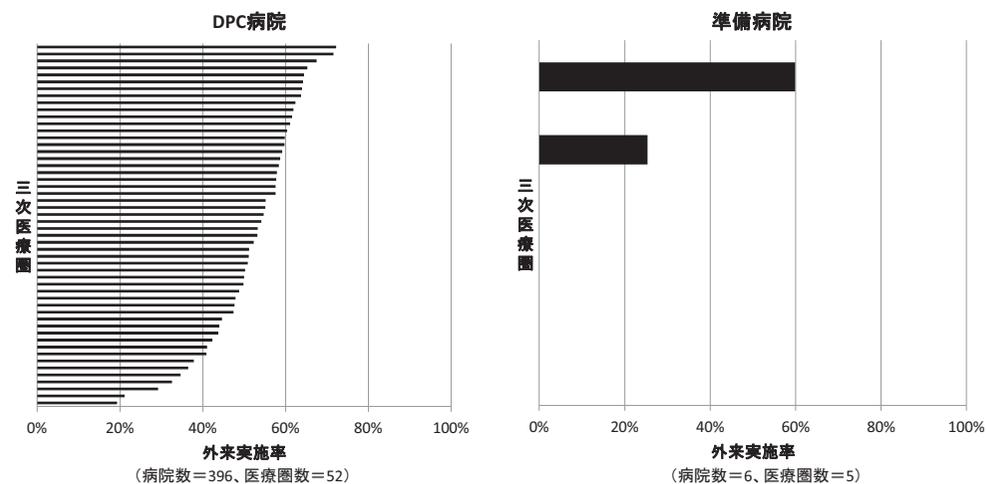
【図2-2-2】放射線療法の平成20年度～22年度外来実施率の推移 (準備病院)



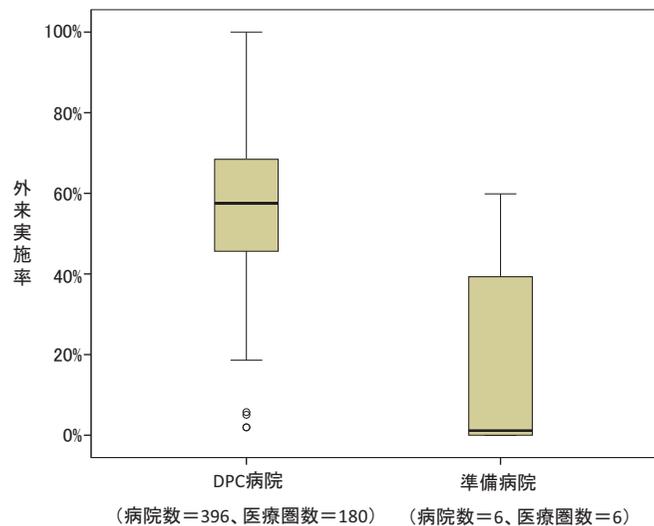
【図2-3-1】二次医療圏ごとの放射線療法外来実施率(平成22年度)



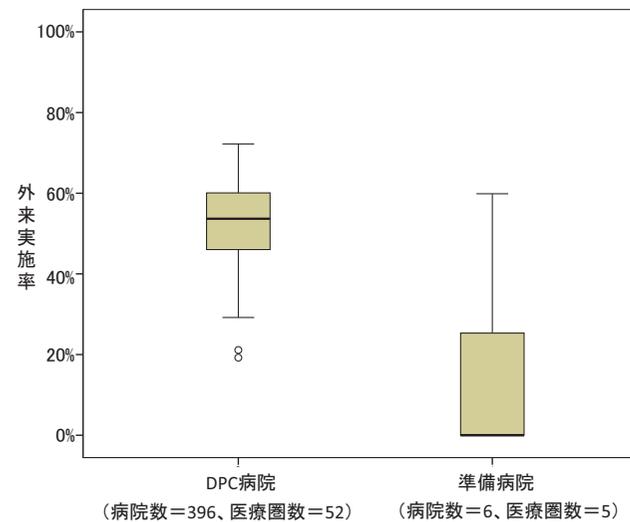
【図2-3-2】三次医療圏ごとの放射線療法外来実施率(平成22年度)



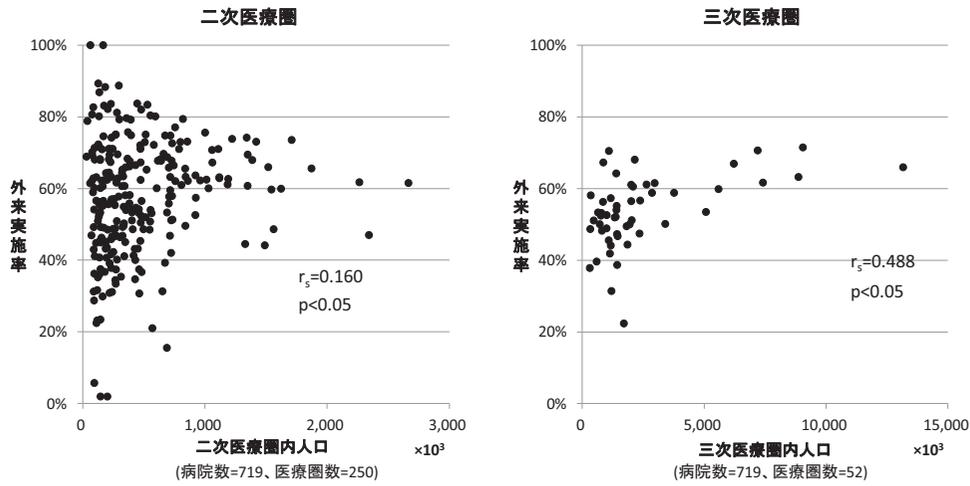
【図2-3-3】二次医療圏ごとの放射線療法外来実施率比較(平成22年度)



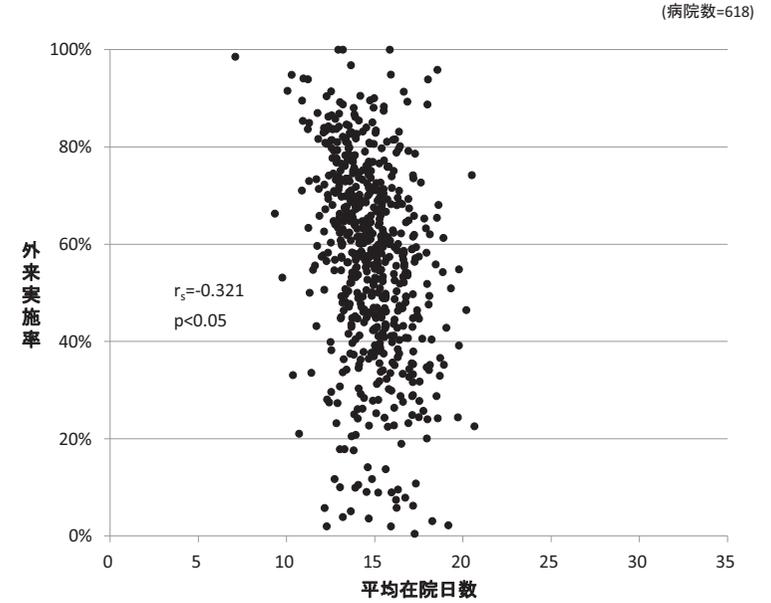
【図2-3-4】三次医療圏ごとの放射線療法外来実施率比較(平成22年度)



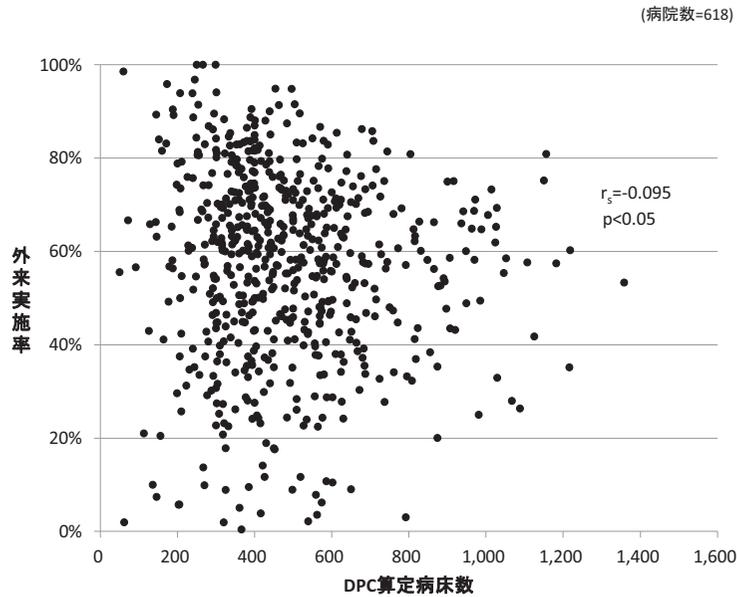
【図2-4-1】DPC病院における放射線療法の外来実施率と人口との散布図(平成22年度)



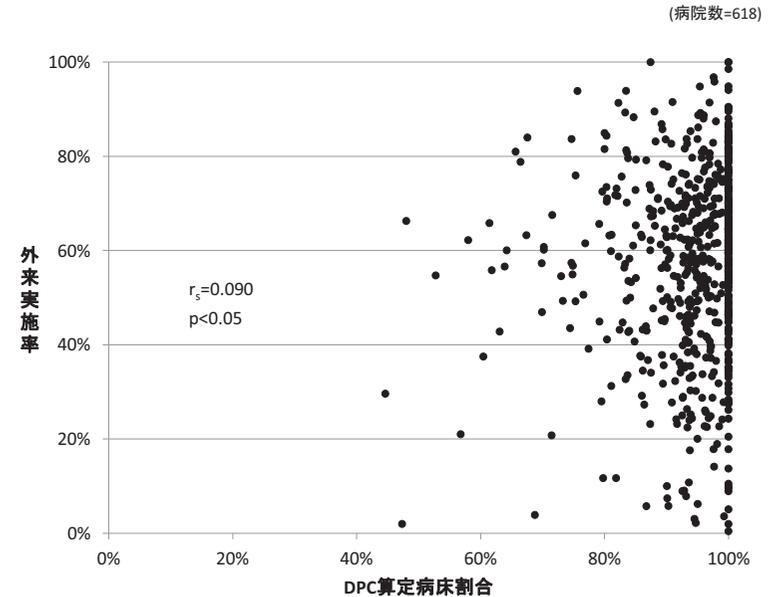
【図2-4-2】DPC病院における放射線療法の外来実施率と平均在院日数との散布図(平成22年度)



【図2-4-3】DPC病院における放射線療法の外来実施率とDPC算定病床数との散布図(平成22年度)

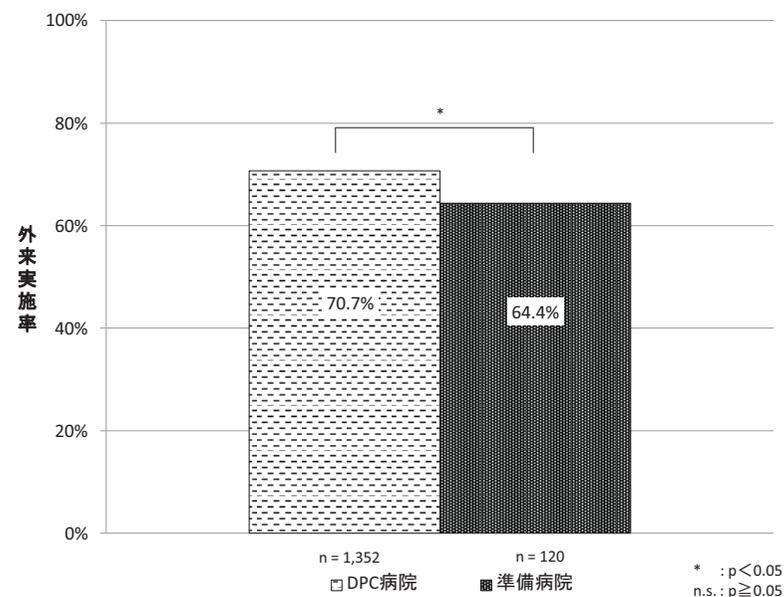


【図2-4-4】DPC病院における放射線療法の外来実施率とDPC算定病床割合との散布図(平成22年度)

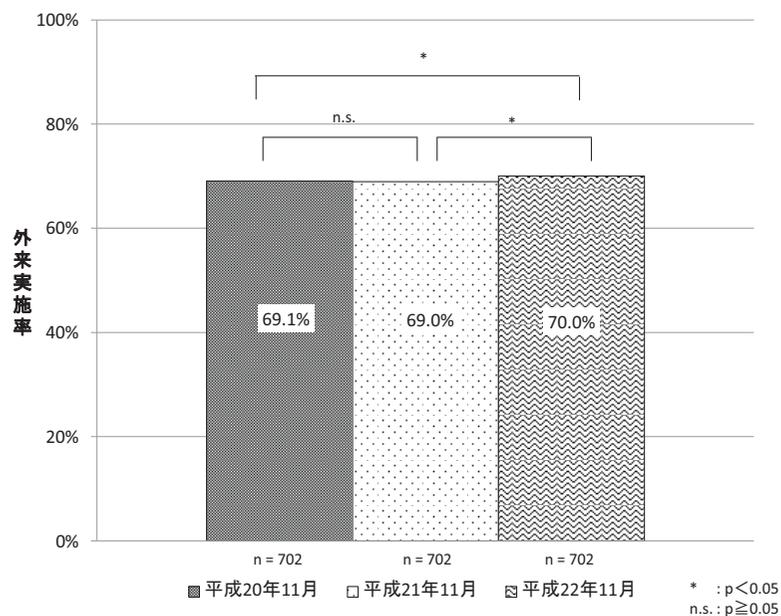


短期滞在手術基本料に係る手術等の 外来実施率(消化器・一般外科系)

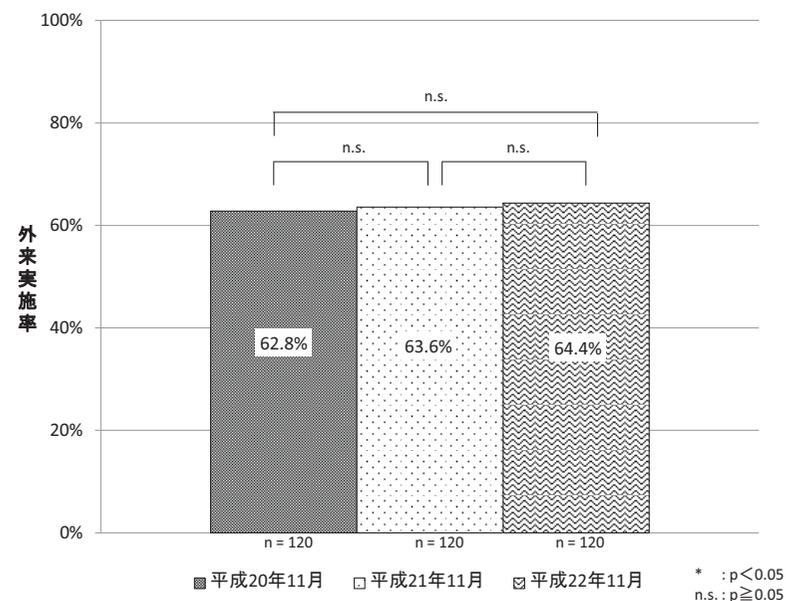
【図3-1】消化器・一般外科系手術等の外来実施率比較(平成22年度)



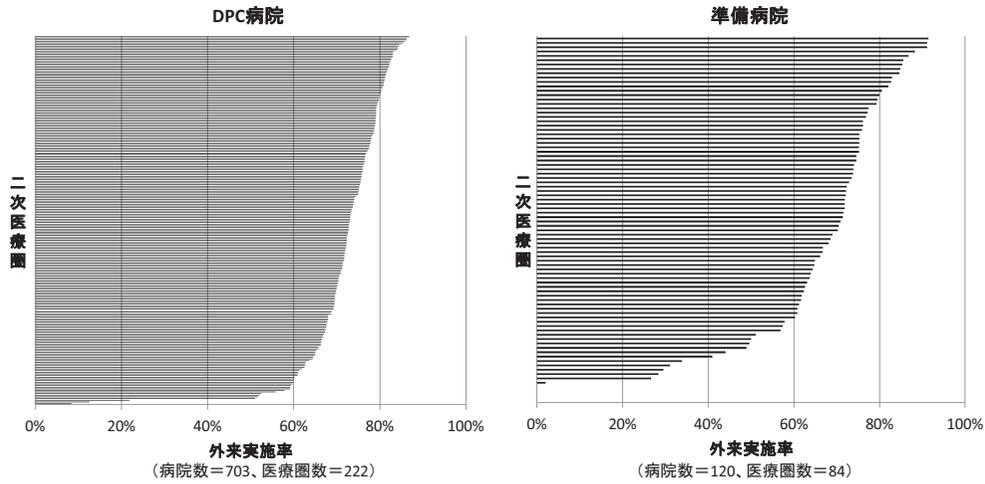
【図3-2-1】消化器・一般外科系手術等の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(DPC病院)



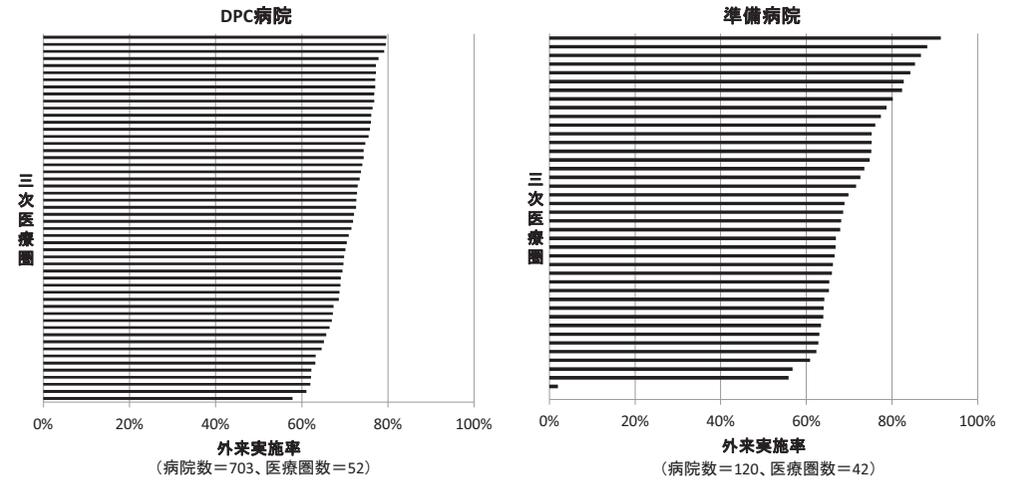
【図3-2-2】消化器・一般外科系手術等の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(準備病院)



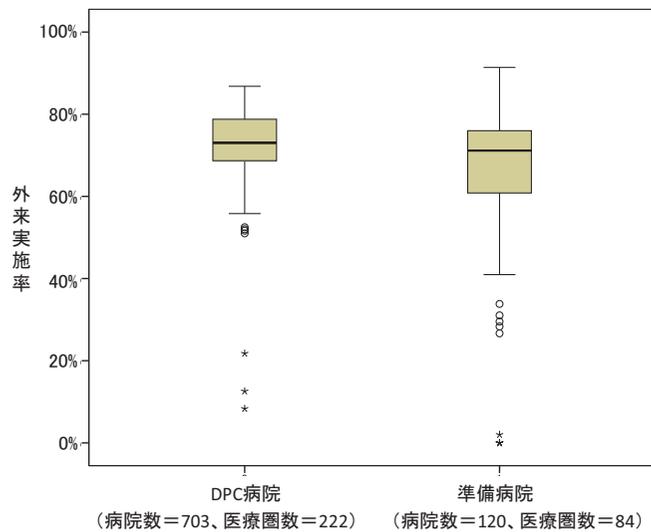
【図3-3-1】二次医療圏ごとの消化器・一般外科系手術等
外来実施率(平成22年度)



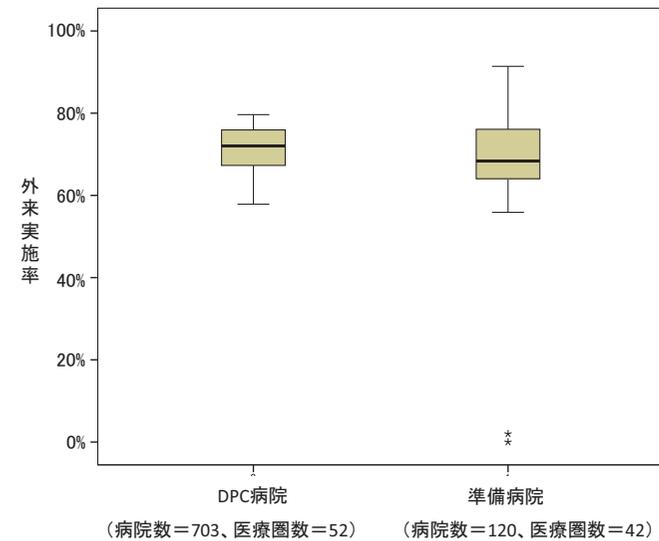
【図3-3-2】三次医療圏ごとの消化器・一般外科系手術等
外来実施率(平成22年度)



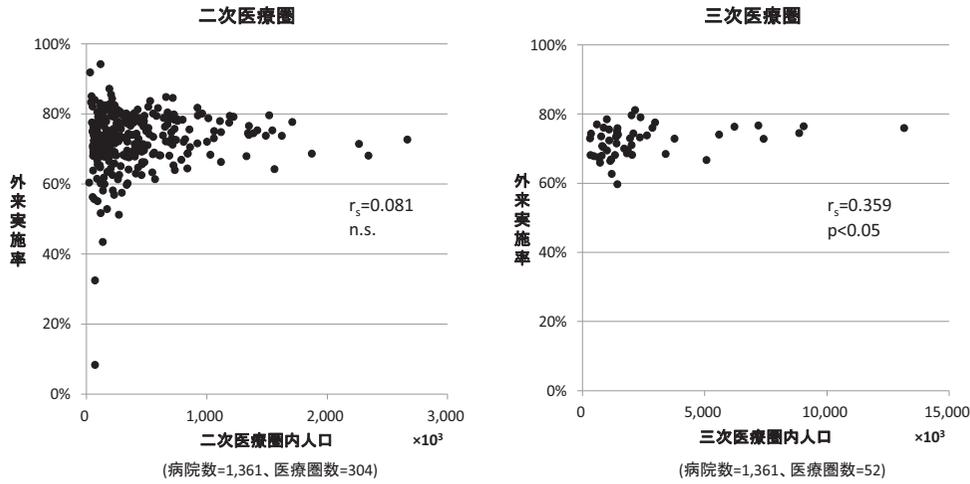
【図3-3-3】二次医療圏ごとの消化器・一般外科系手術等
外来実施率比較(平成22年度)



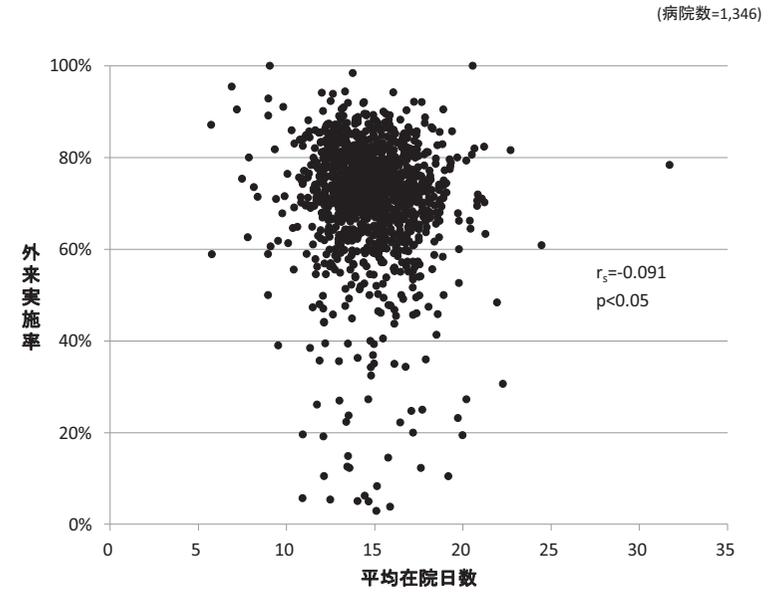
【図3-3-4】三次医療圏ごとの消化器・一般外科系手術等
外来実施率比較(平成22年度)



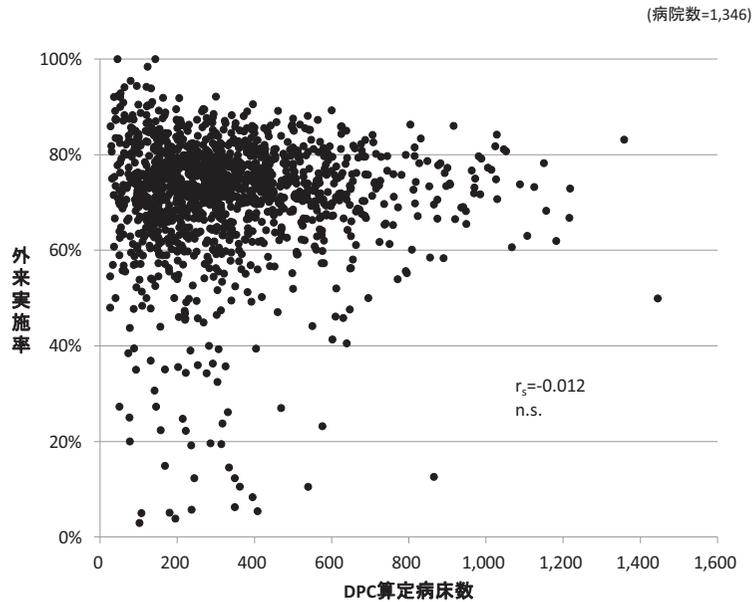
【図3-4-1】DPC病院における消化器・一般外科系手術等の
外来実施率と人口との散布図(平成22年度)



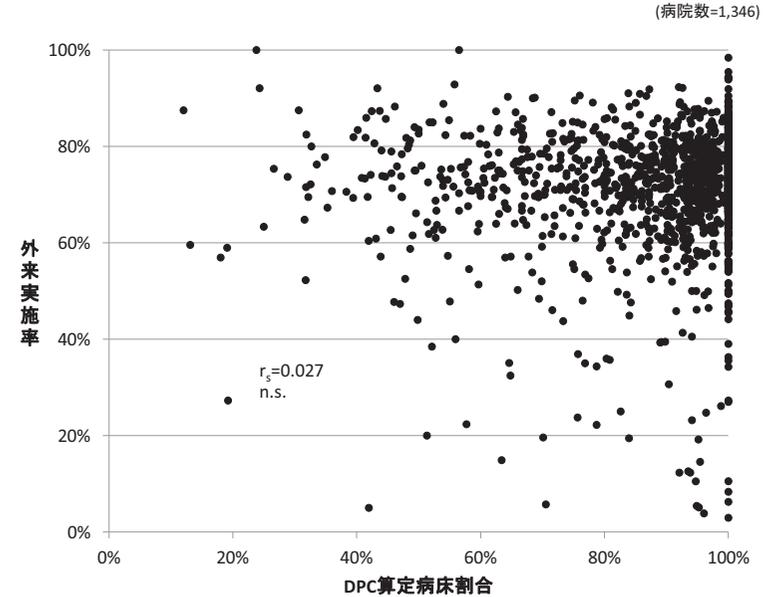
【図3-4-2】DPC病院における消化器・一般外科系手術等の
外来実施率と平均在院日数との散布図(平成22年度)



【図3-4-3】DPC病院における消化器・一般外科系手術等の
外来実施率とDPC算定病床数との散布図(平成22年度)

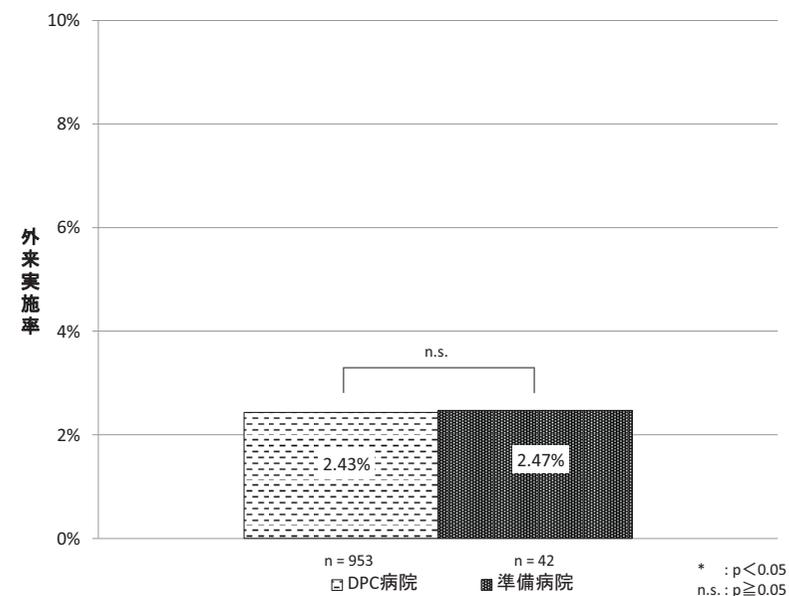


【図3-4-4】DPC病院における消化器・一般外科系手術等の
外来実施率とDPC算定病床割合との散布図(平成22年度)

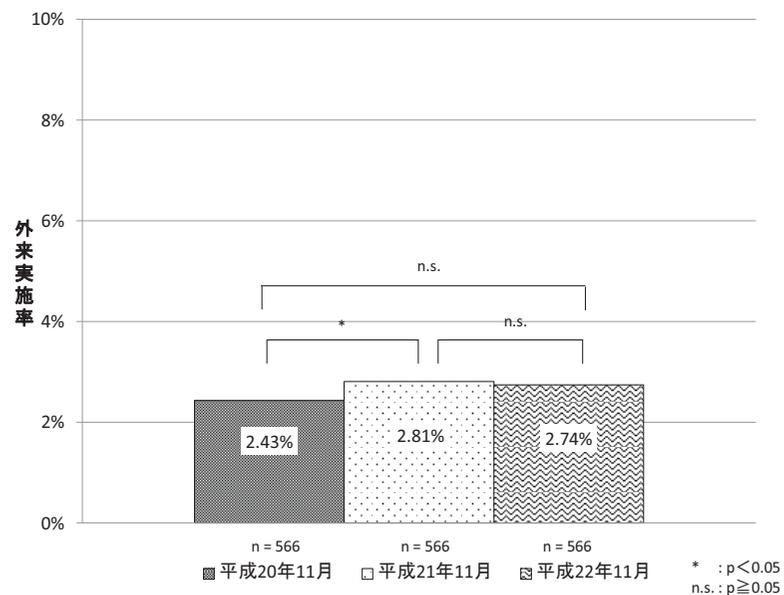


短期滞在手術基本料に係る手術等の 外来実施率(心臓カテーテル法による諸検査)

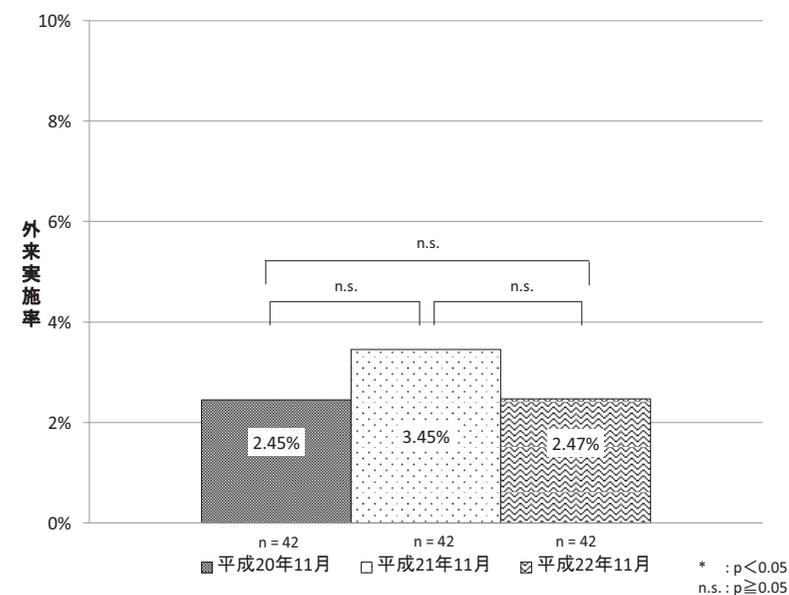
【図4-1】心臓カテーテル法による諸検査の
外来実施率比較(平成22年度)



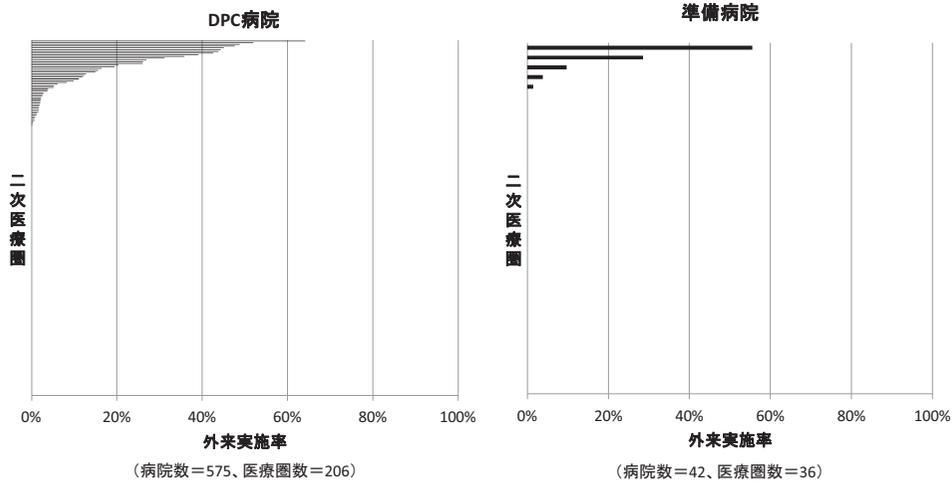
【図4-2-1】心臓カテーテル法による諸検査の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(DPC病院)



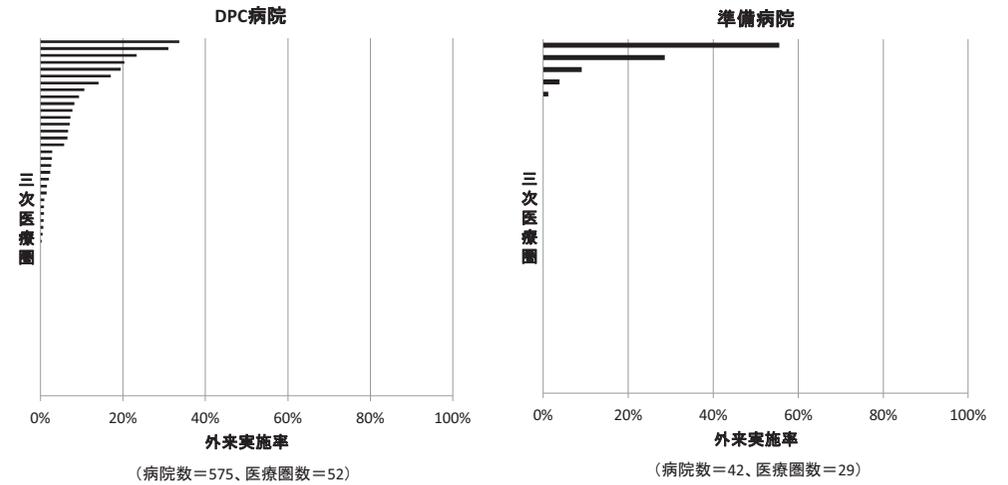
【図4-2-2】心臓カテーテル法による諸検査の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(準備病院)



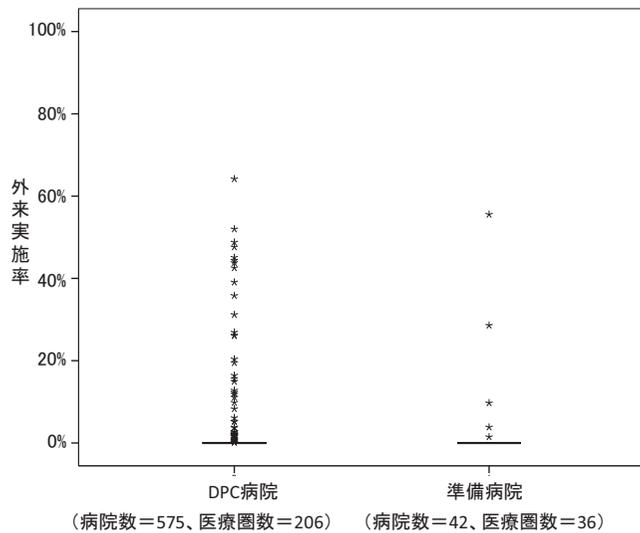
【図4-3-1】二次医療圏ごとの心臓カテーテル法による諸検査
外来実施率(平成22年度)



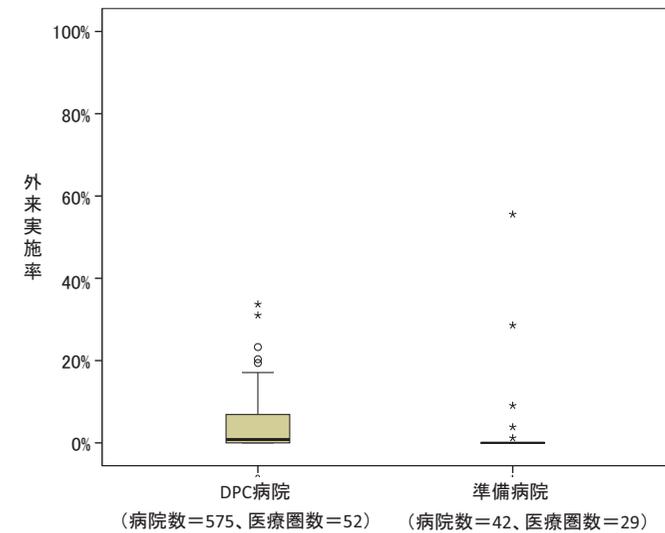
【図4-3-2】三次医療圏ごとの心臓カテーテル法による諸検査
外来実施率(平成22年度)



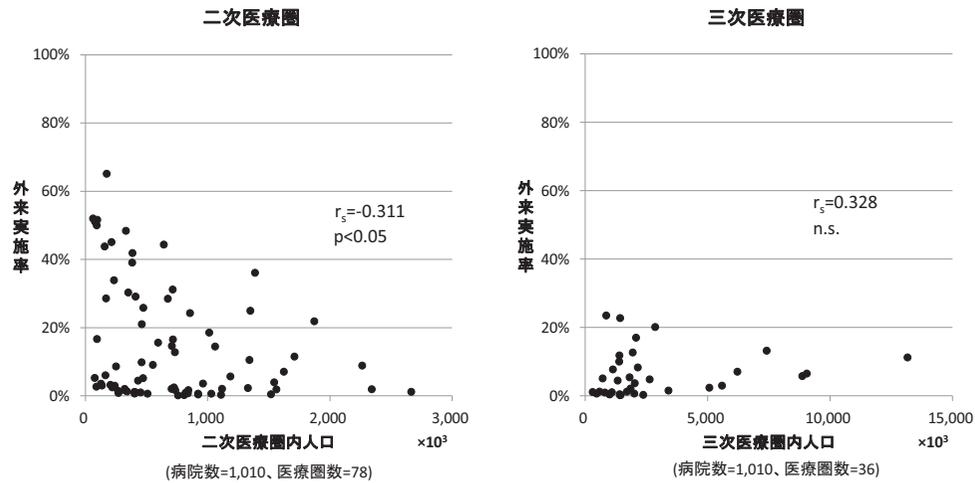
【図4-3-3】二次医療圏ごとの心臓カテーテル法による諸検査
外来実施率比較(平成22年度)



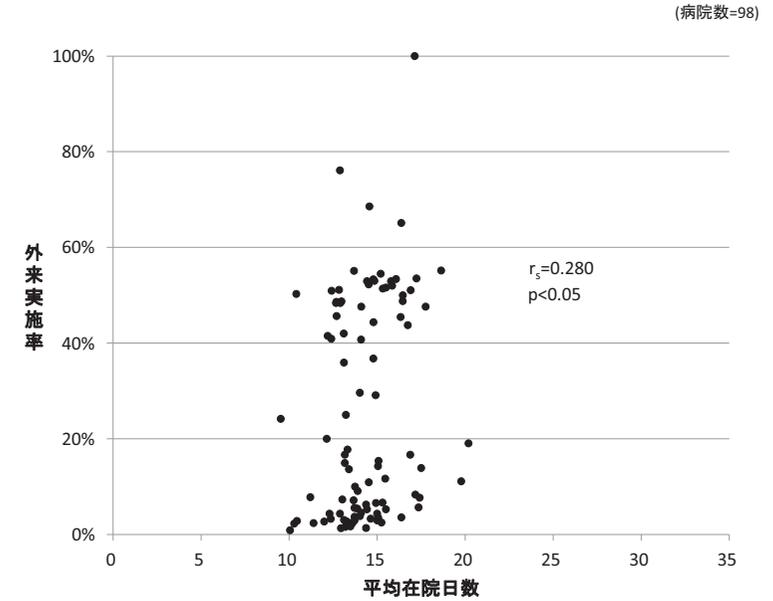
【図4-3-4】三次医療圏ごとの心臓カテーテル法による諸検査
外来実施率比較(平成22年度)



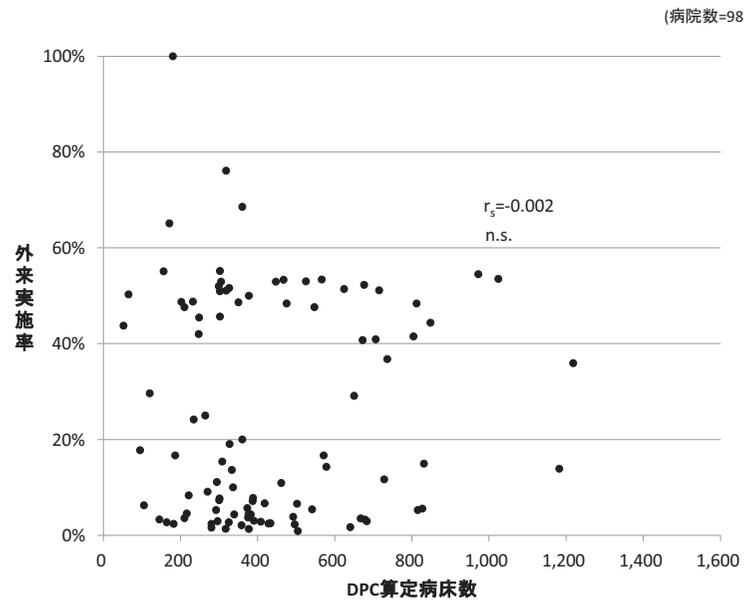
【図4-4-1】DPC病院における心臓カテーテル法による諸検査の
外来実施率と人口との散布図(平成22年度)



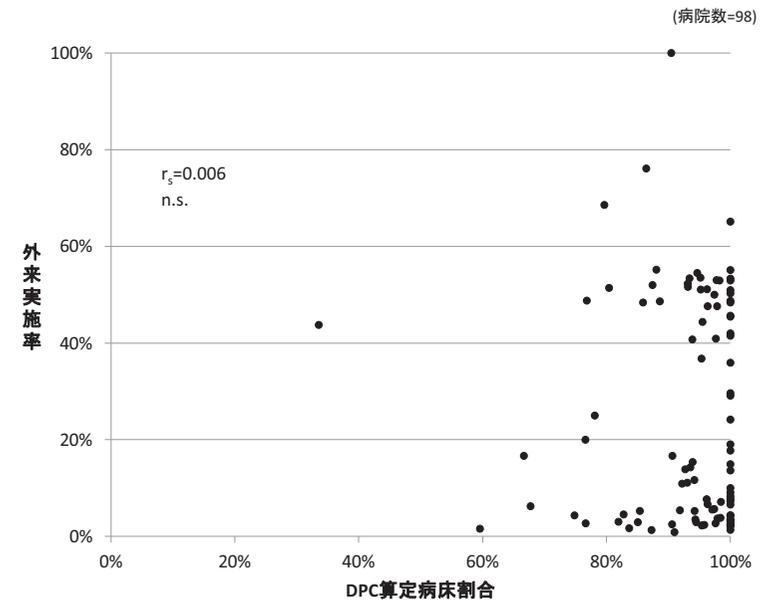
【図4-4-2】DPC病院における心臓カテーテル法による諸検査の
外来実施率と平均在院日数との散布図(平成22年度)



【図4-4-3】DPC病院における心臓カテーテル法による諸検査の
外来実施率とDPC算定病床数との散布図(平成22年度)

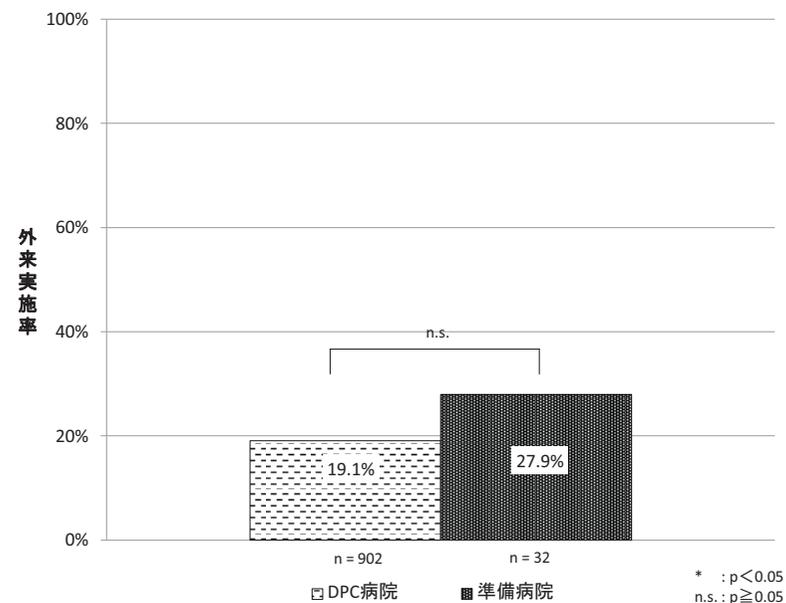


【図4-4-4】DPC病院における心臓カテーテル法による諸検査の
外来実施率とDPC算定病床割合との散布図(平成22年度)

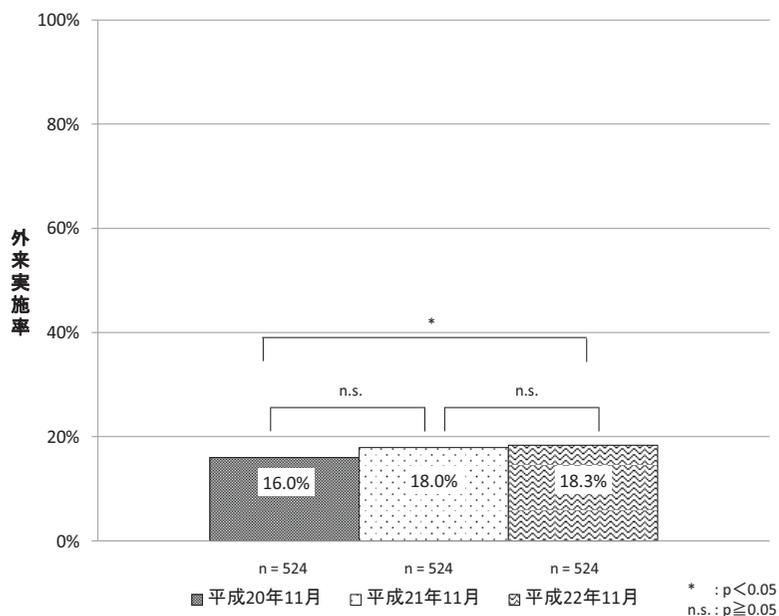


短期滞在手術基本料に係る手術等の 外来実施率(白内障関連手術)

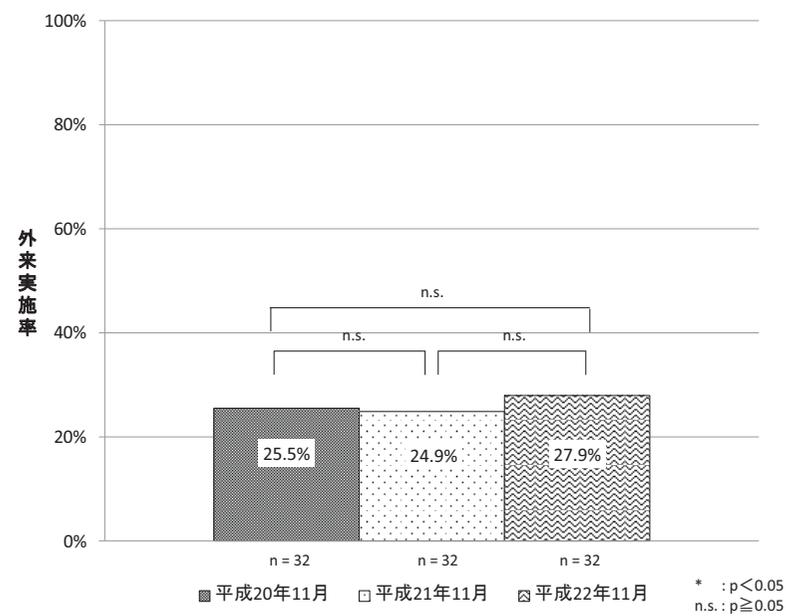
【図5-1】白内障関連手術の外来実施率比較(平成22年度)



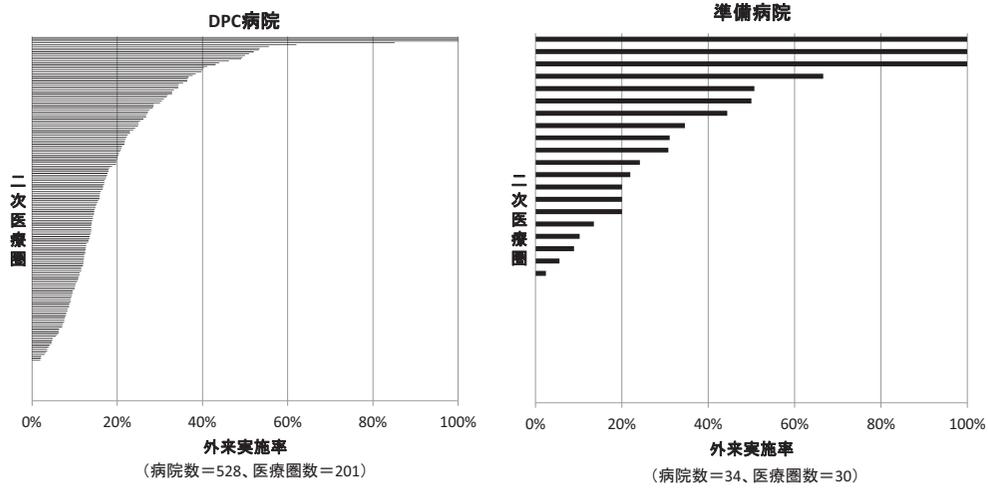
【図5-2-1】白内障関連手術の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(DPC病院)



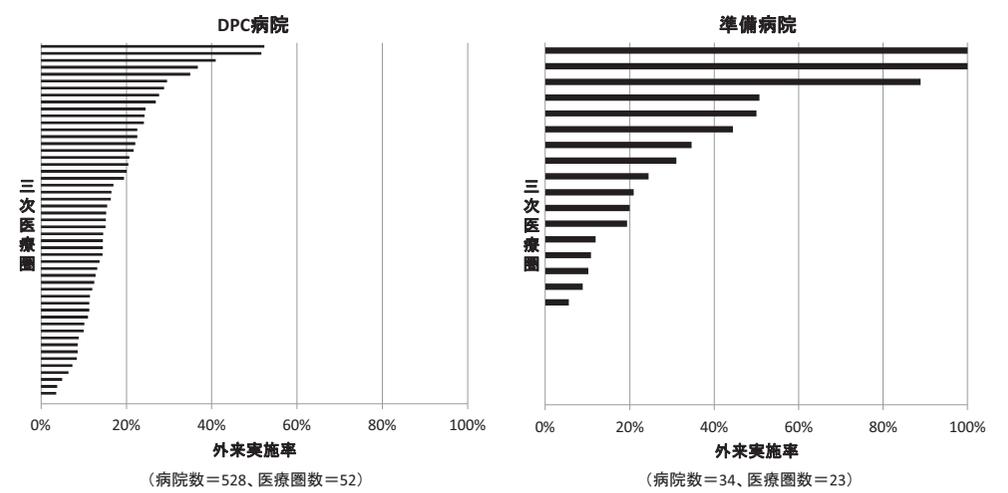
【図5-2-2】白内障関連手術の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(準備病院)



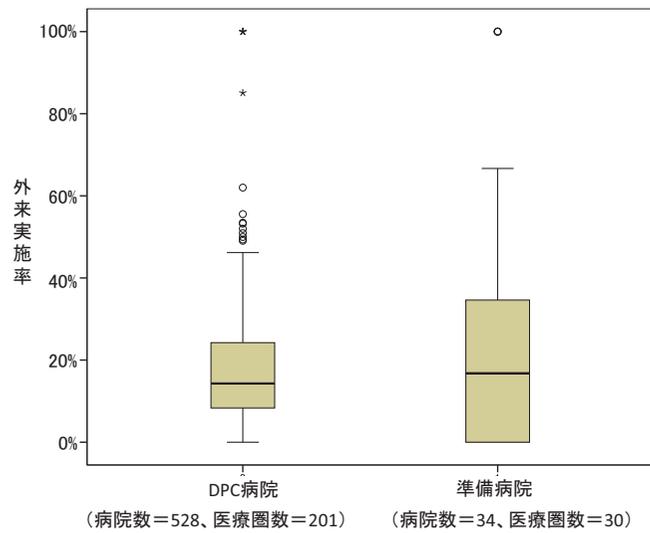
【図5-3-1】二次医療圏ごとの白内障関連手術
外来実施率(平成22年度)



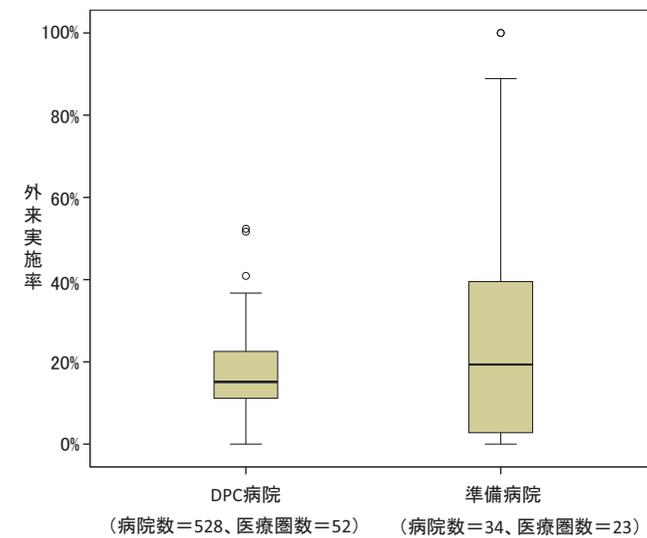
【図5-3-2】三次医療圏ごとの白内障関連手術
外来実施率(平成22年度)



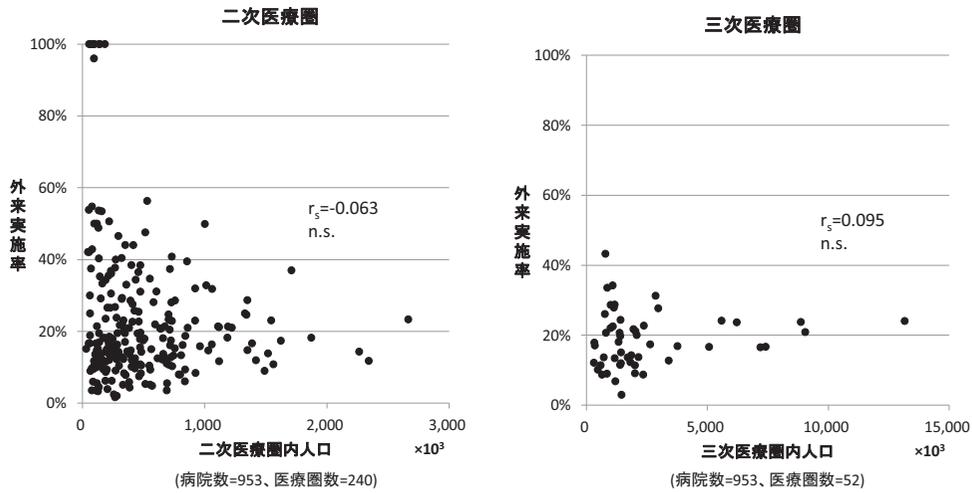
【図5-3-3】二次医療圏ごとの白内障関連手術
外来実施率比較(平成22年度)



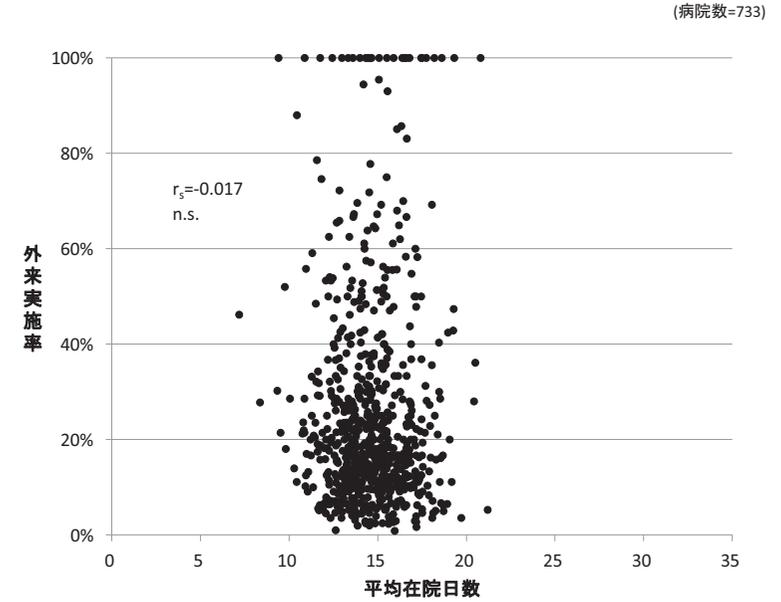
【図5-3-4】三次医療圏ごとの白内障関連手術
外来実施率比較(平成22年度)



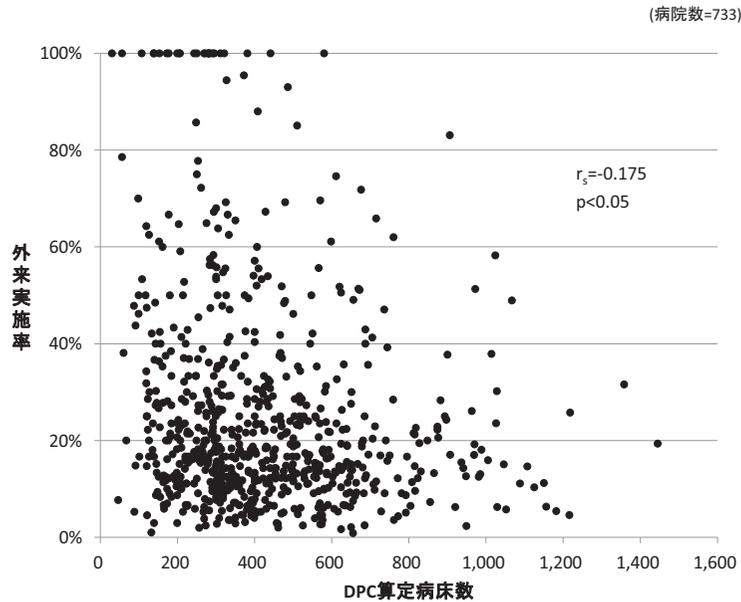
【図5-4-1】DPC病院における白内障関連手術の
外来実施率と人口との散布図(平成22年度)



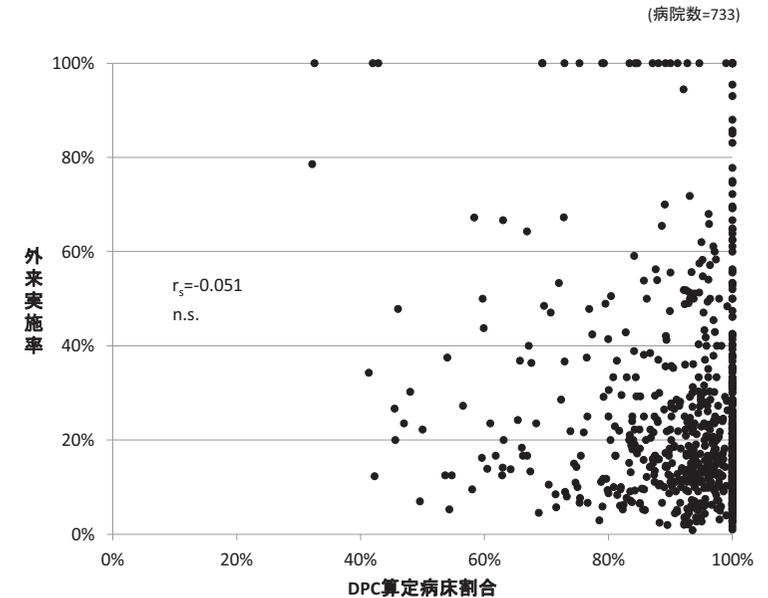
【図5-4-2】DPC病院における白内障関連手術の
外来実施率と平均在院日数との散布図(平成22年度)



【図5-4-3】DPC病院における白内障関連手術の
外来実施率とDPC算定病床数との散布図(平成22年度)

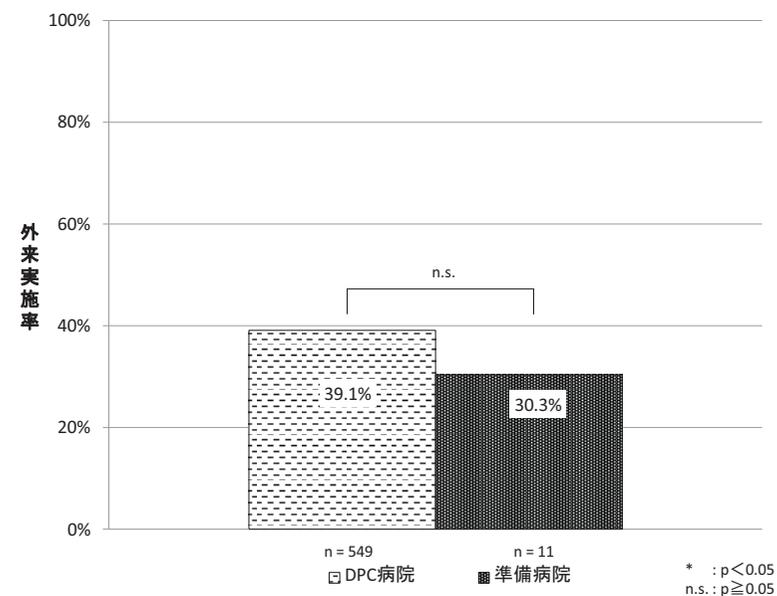


【図5-4-4】DPC病院における白内障関連手術の
外来実施率とDPC算定病床割合との散布図(平成22年度)

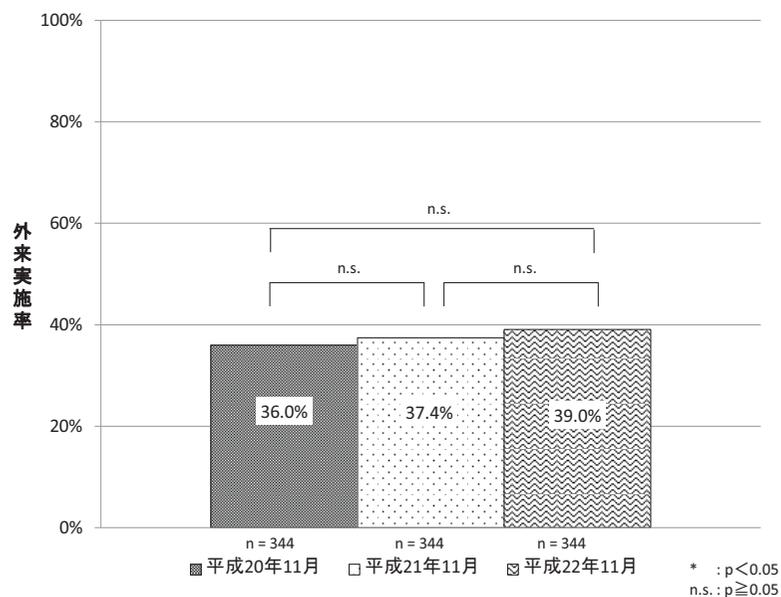


短期滞在手術基本料に係る手術等の 外来実施率(体外衝撃波腎・尿管結石破碎術)

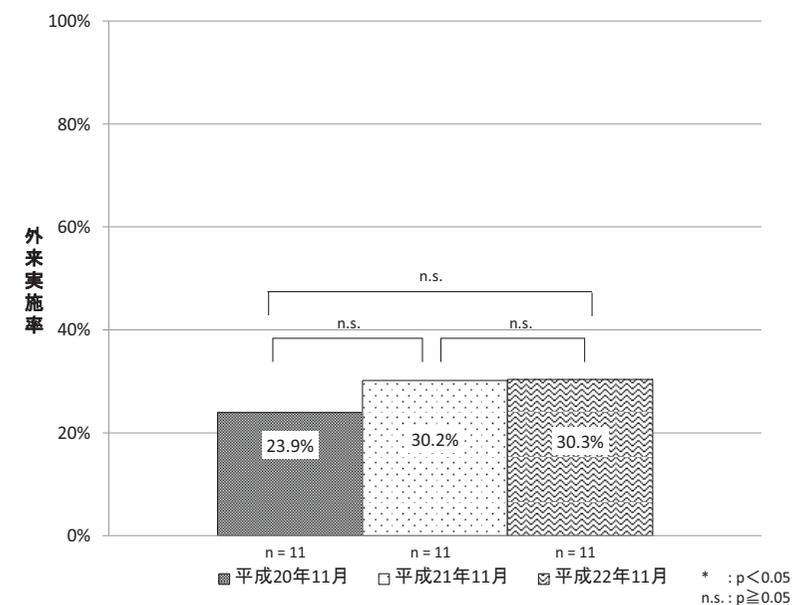
【図6-1】体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の
外来実施率比較(平成22年度)



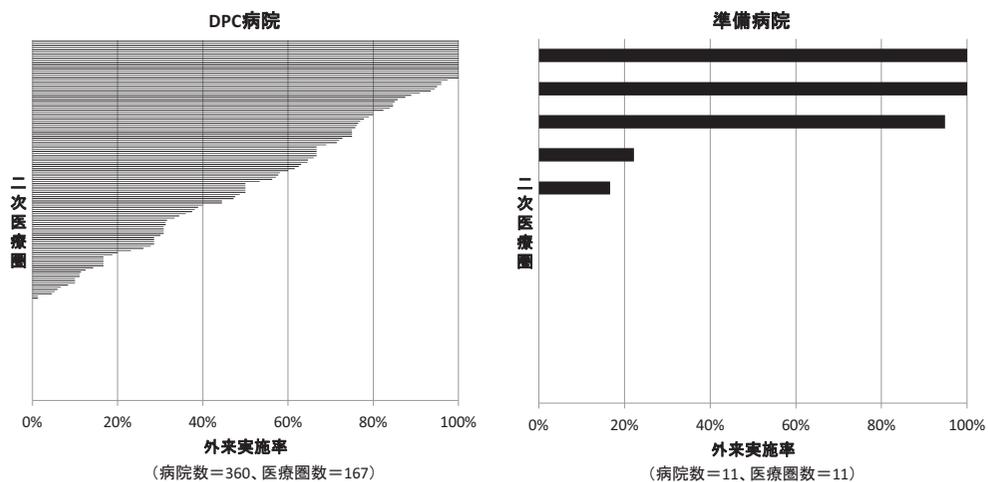
【図6-2-1】体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(DPC病院)



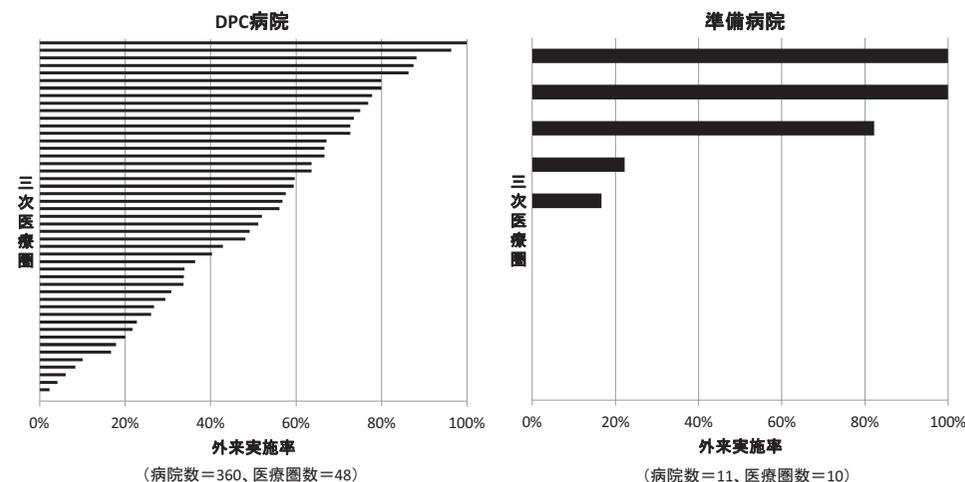
【図6-2-2】体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の平成20年度～22年度
外来実施率の推移(準備病院)



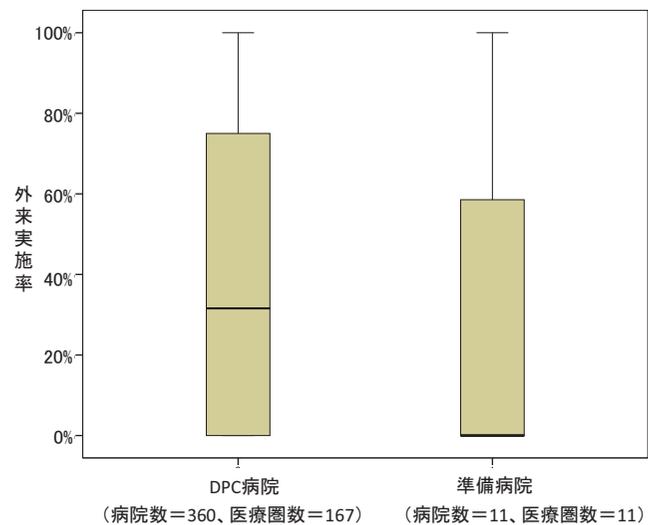
【図6-3-1】二次医療圏ごとの体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
外来実施率(平成22年度)



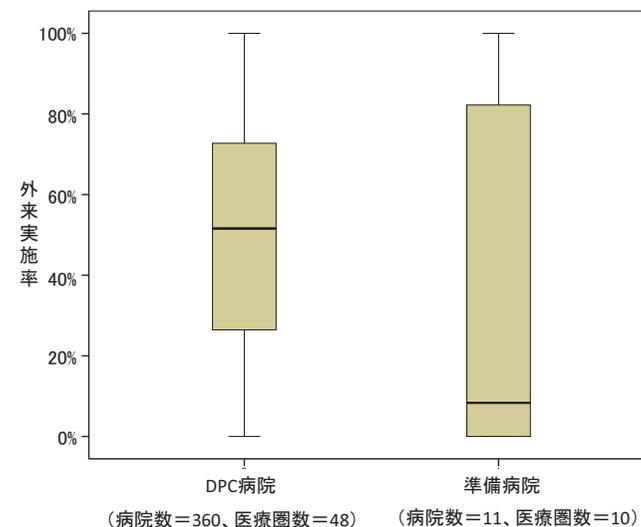
【図6-3-2】三次医療圏ごとの体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
外来実施率(平成22年度)



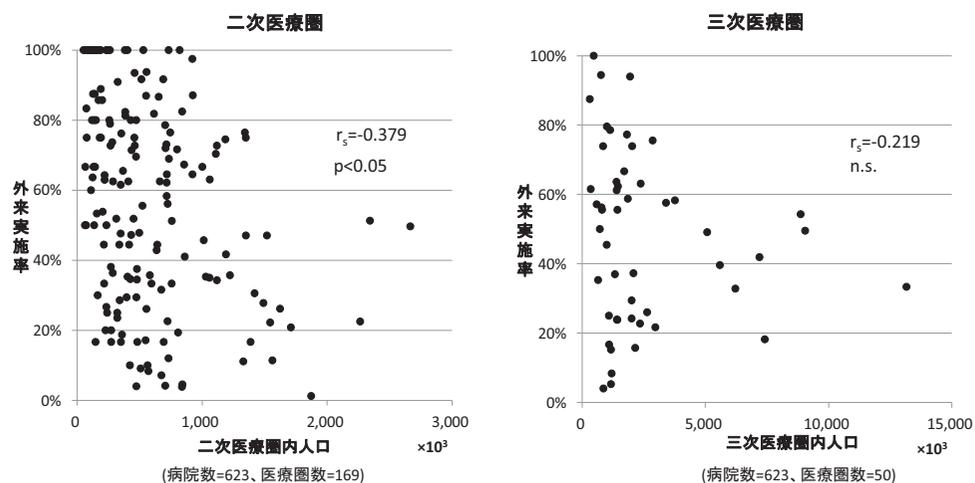
【図6-3-3】二次医療圏ごとの体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
外来実施率比較(平成22年度)



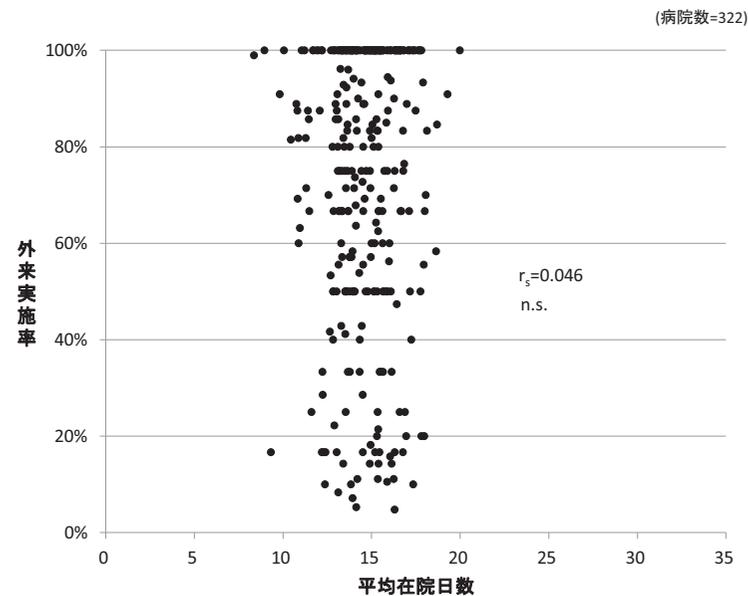
【図6-3-4】三次医療圏ごとの体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
外来実施率比較(平成22年度)



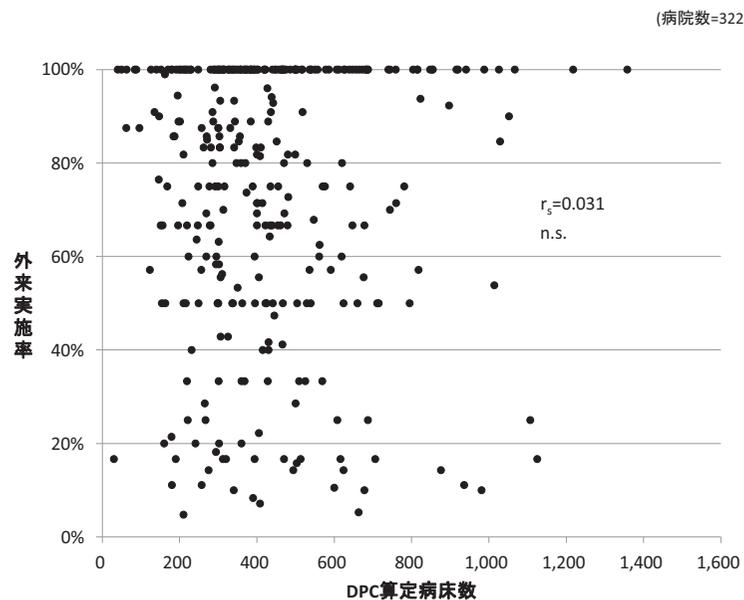
【図6-4-1】DPC病院における体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の
外来実施率と人口との散布図(平成22年度)



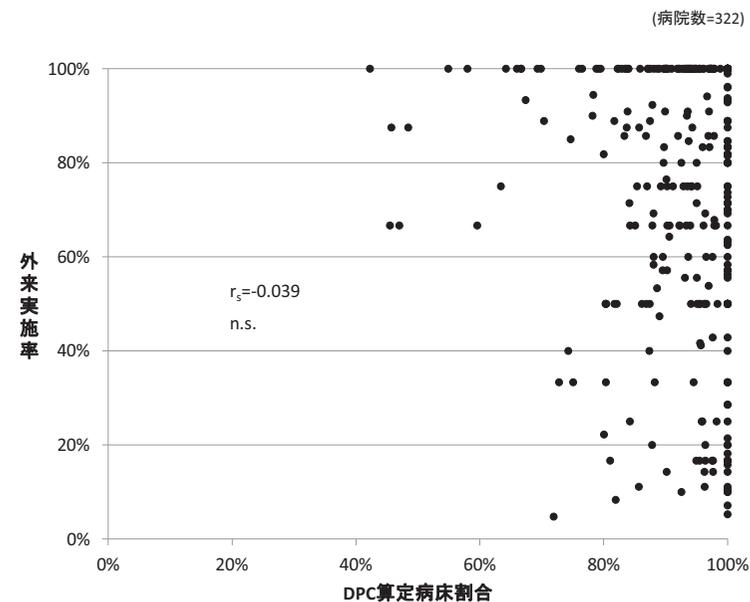
【図6-4-2】DPC病院における体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の
外来実施率と平均在院日数との散布図(平成22年度)



【図6-4-3】DPC病院における体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の
外来実施率とDPC算定病床数との散布図(平成22年度)

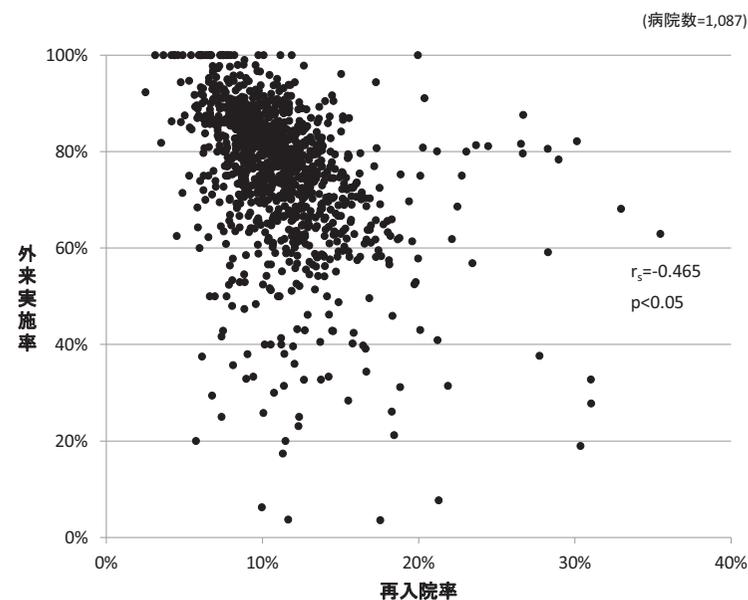


【図6-4-4】DPC病院における体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の
外来実施率とDPC算定病床割合との散布図(平成22年度)

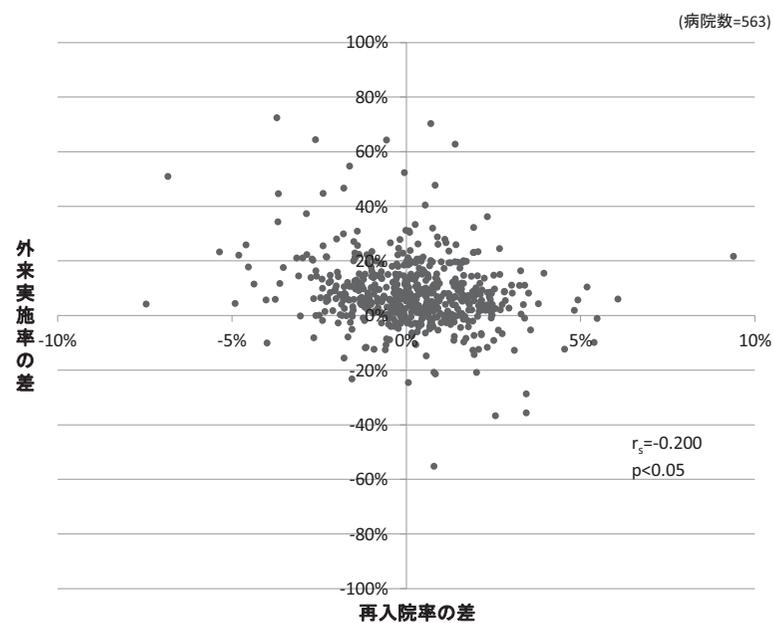


再入院による化学療法・放射線療法の 外来実施率に対する影響

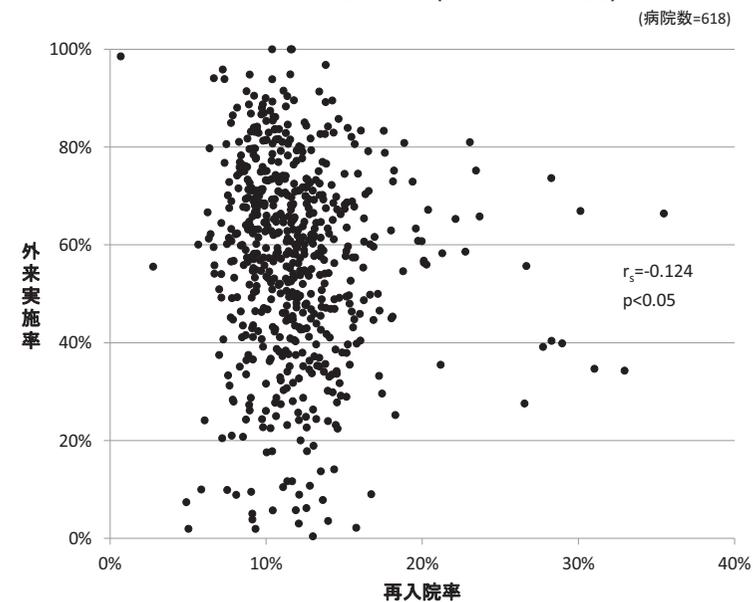
【図7-1-1】DPC病院における化学療法の外来実施率と再入院率の散布図(平成22年度)



【図7-1-2】DPC病院における化学療法の外来実施率の差と再入院率の差散布図(平成22年度と平成20年度)

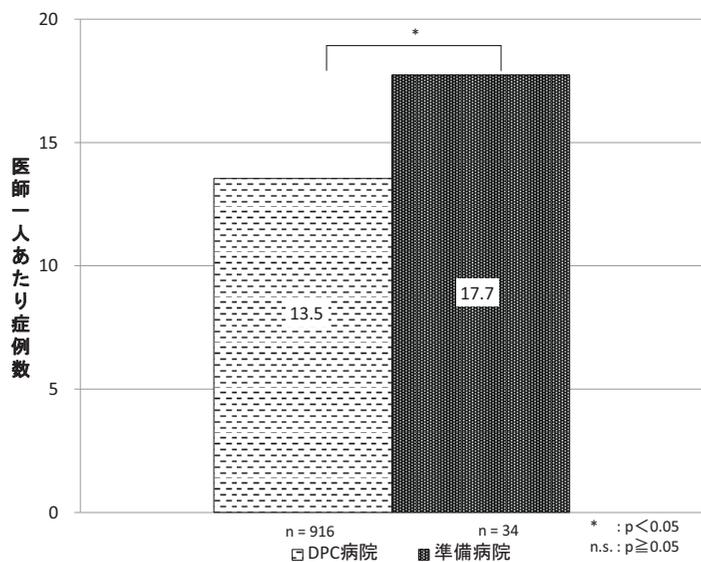


【図7-2】DPC病院における放射線療法の外来実施率と再入院率の散布図(平成22年度)

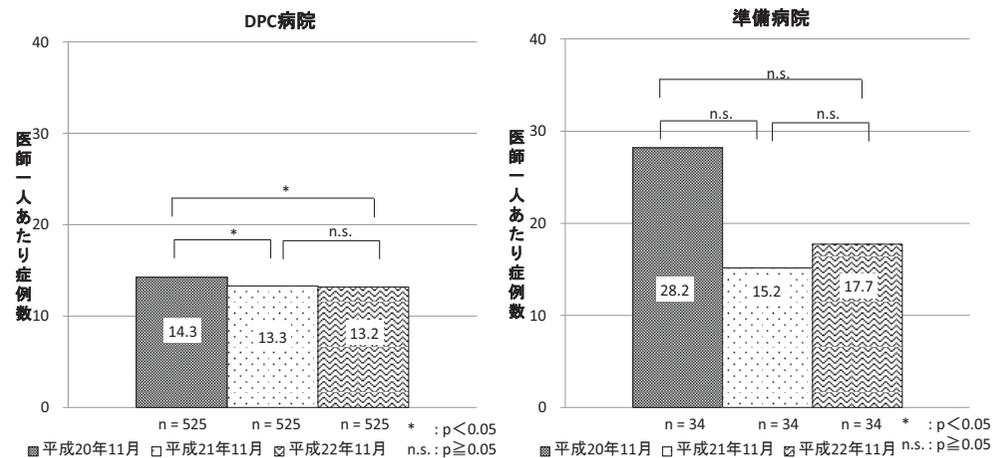


医師あたりの患者数等の動向調査

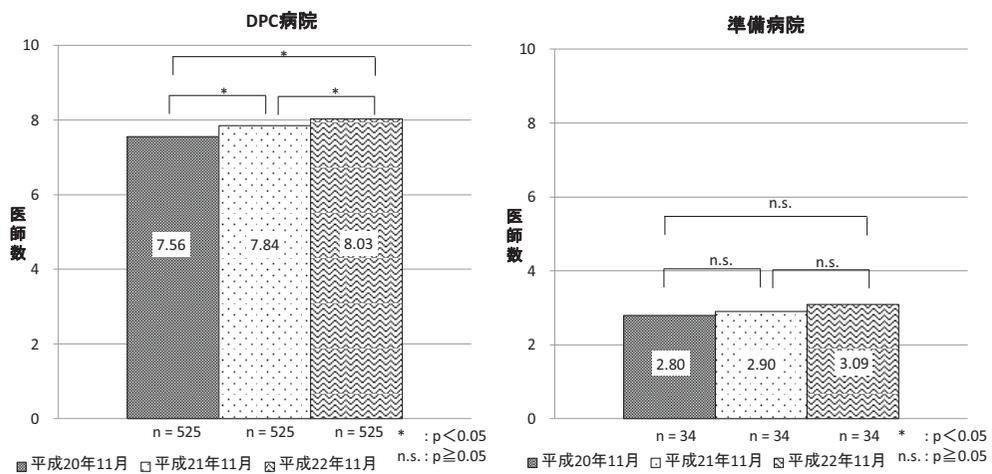
【図8-1】小児科医師1人あたり症例数の比較(平成22年度)



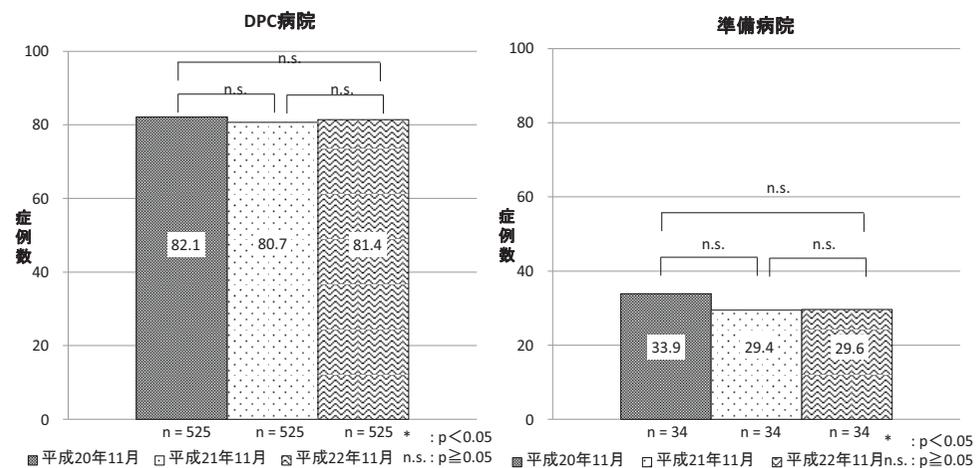
【図8-2】小児科医師1人あたり症例数の年次推移



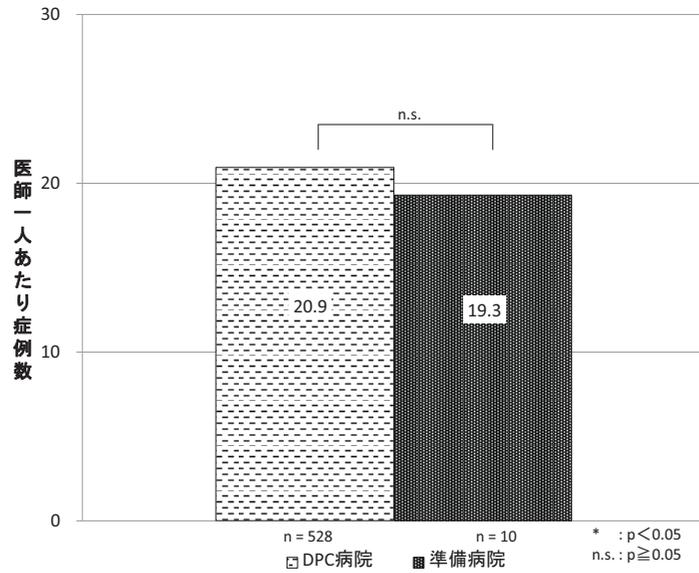
【図8-3】小児科の1施設あたり医師数の年次推移



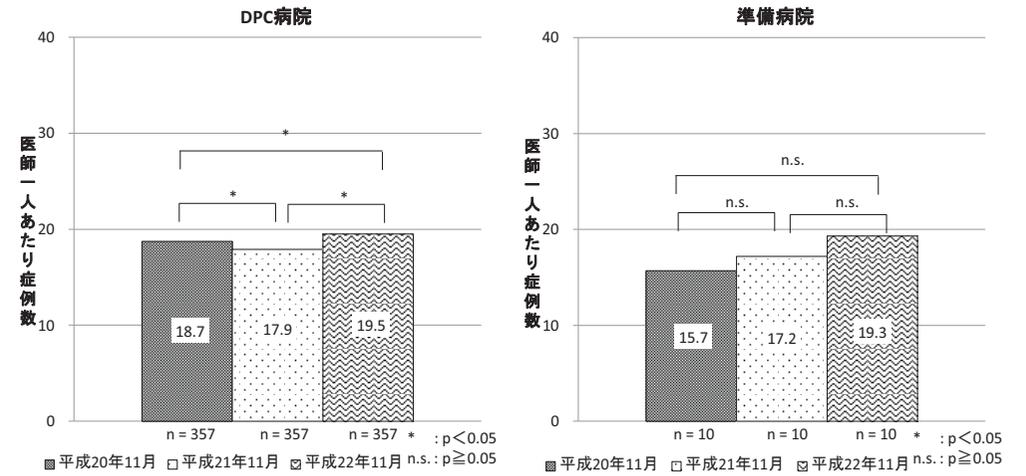
【図8-4】小児科の1施設あたり症例数の年次推移



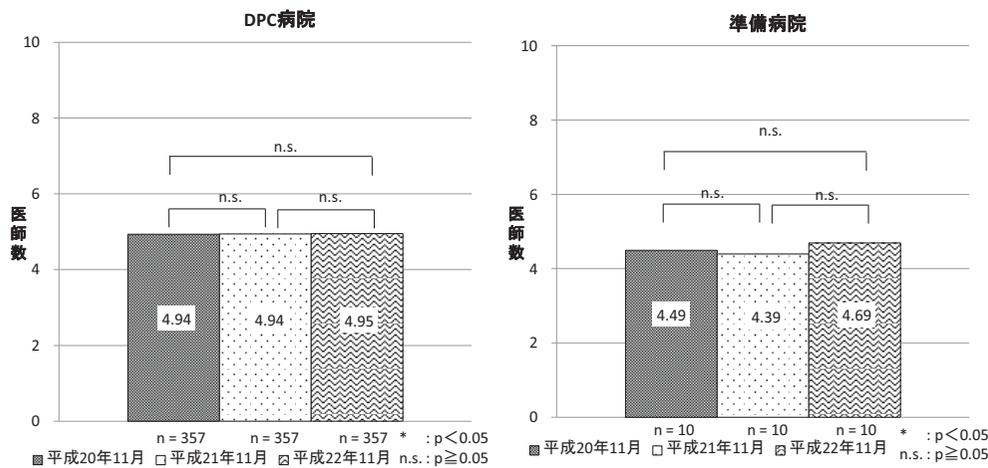
【図9-1】心臓血管外科医師1人あたり症例数の比較(平成22年度)



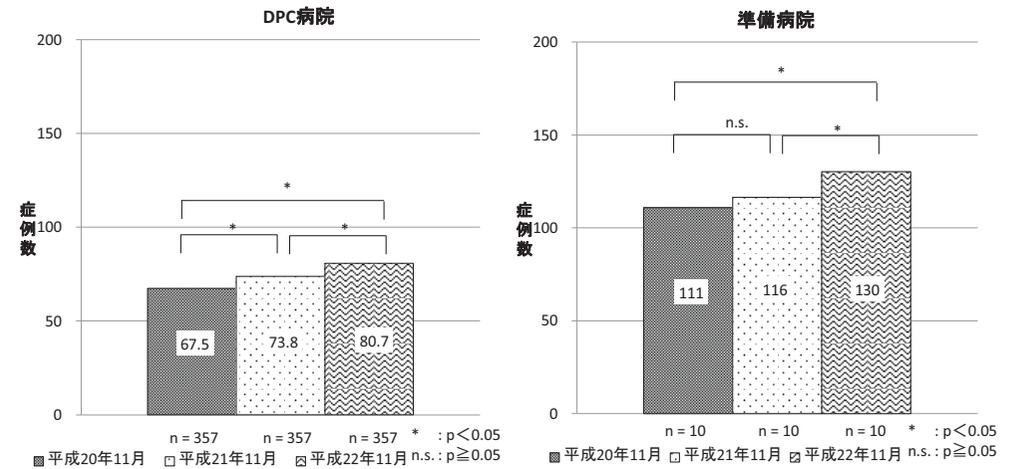
【図9-2】心臓血管外科医師1人あたり症例数の年次推移



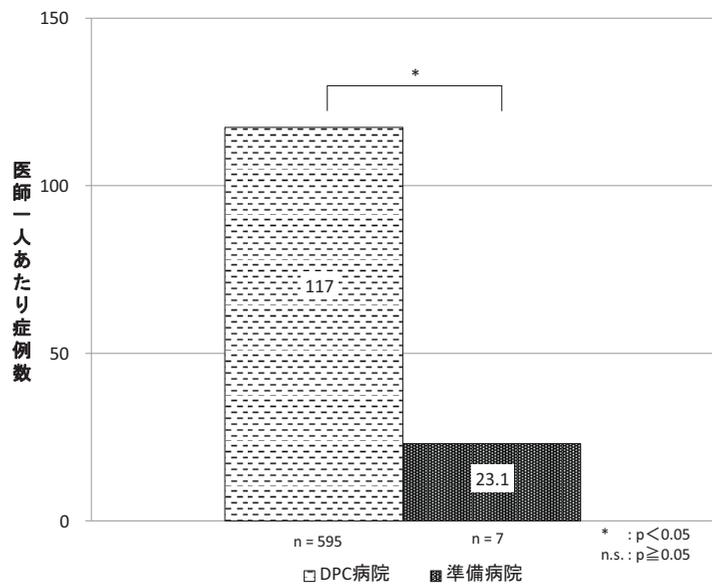
【図9-3】心臓血管外科の1施設あたり医師数の年次推移



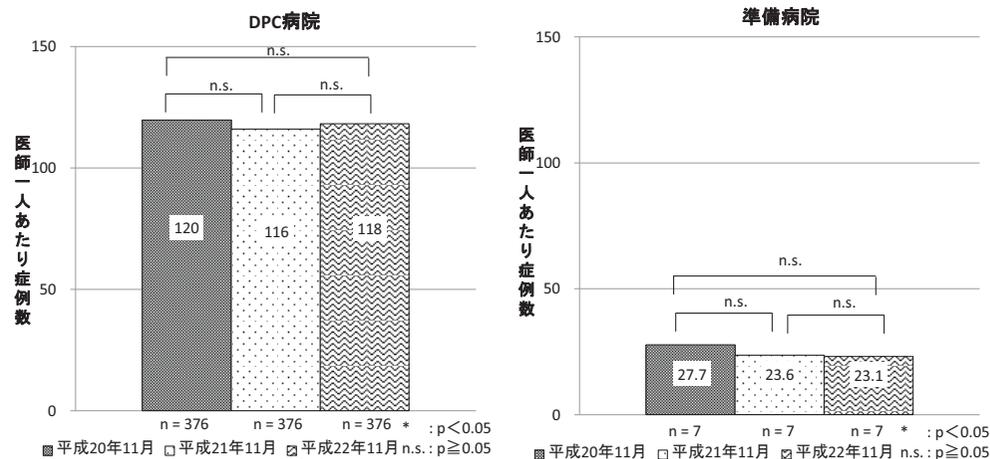
【図9-4】心臓血管外科の1施設あたり症例数の年次推移



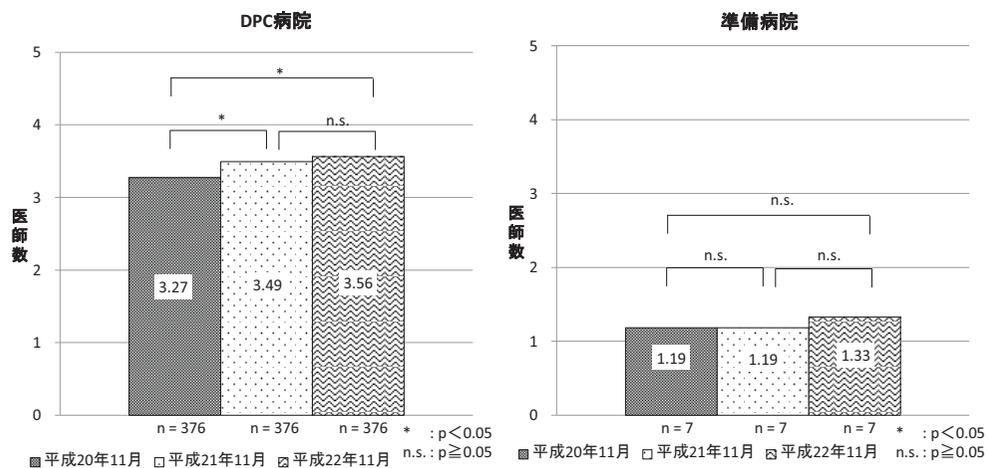
【図10-1】放射線治療医師1人あたり症例数の比較(平成22年度)



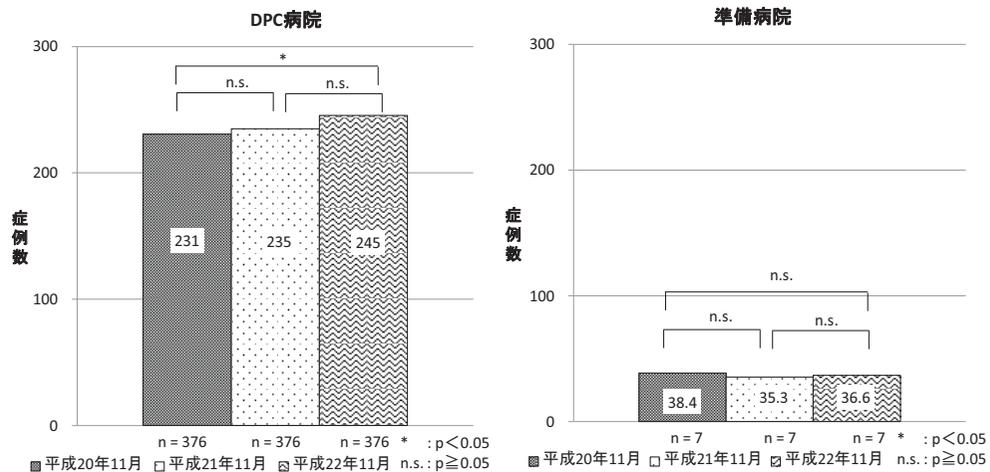
【図10-2】放射線治療に携わる医師1人あたり症例数の年次推移



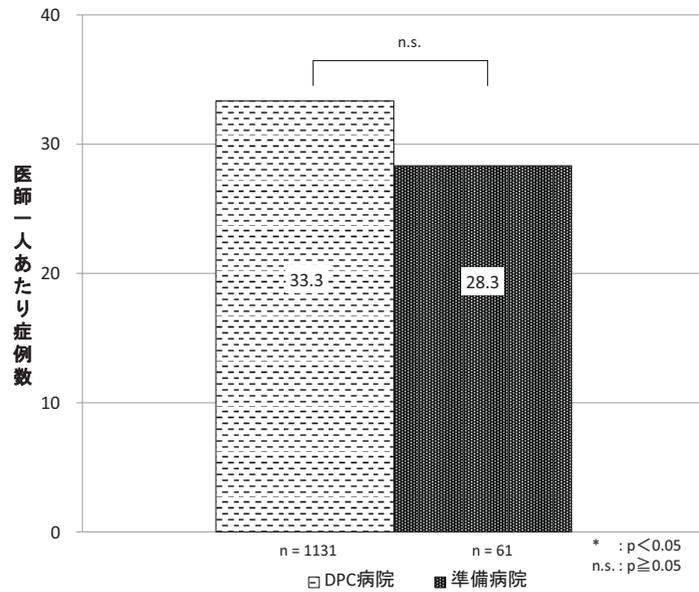
【図10-3】放射線治療に携わる1施設あたり医師数の年次推移



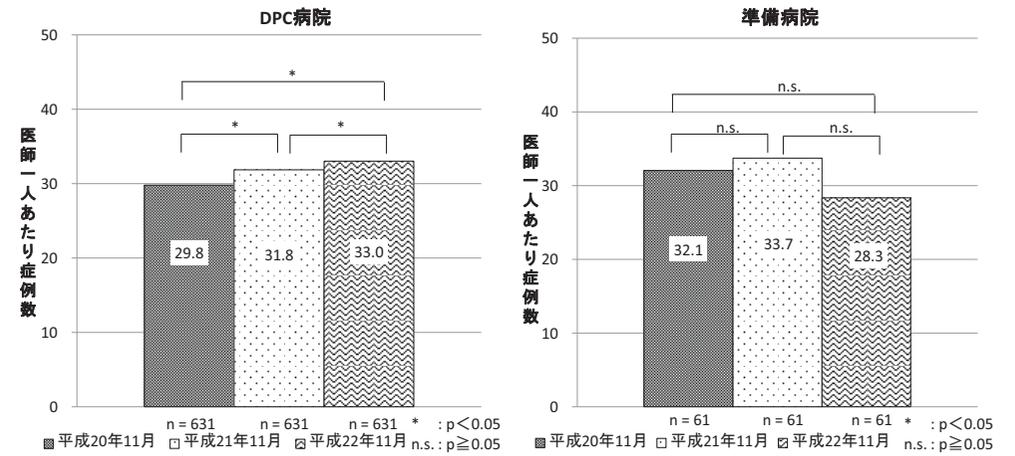
【図10-4】放射線療法の1施設あたり症例数の年次推移



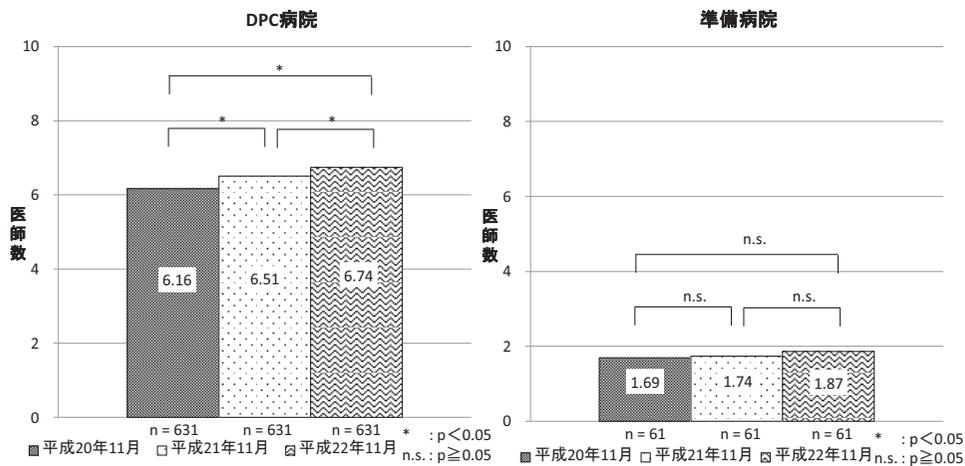
【図11-1】麻酔科医師1人あたり症例数の比較(平成22年度)



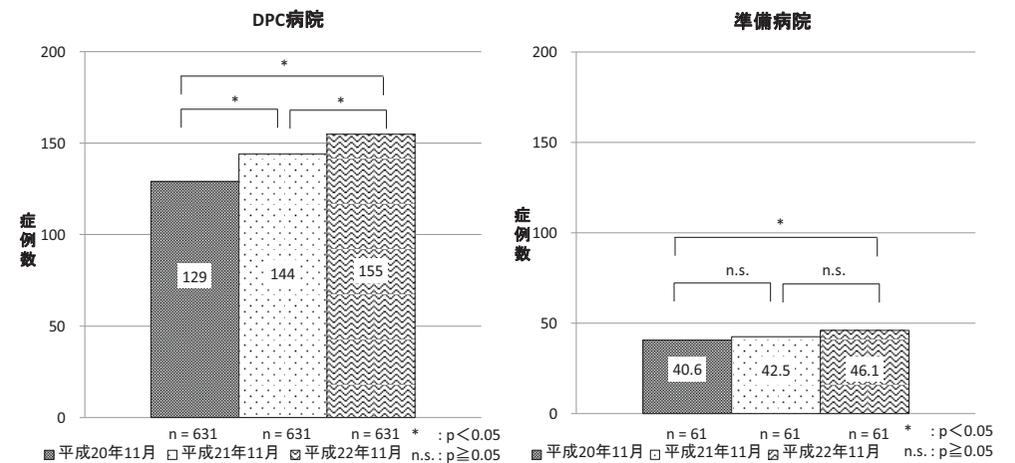
【図11-2】麻酔科医師1人あたり症例数の年次推移



【図11-3】麻酔科の1施設あたり医師数の年次推移



【図11-4】全身麻酔の1施設あたり症例数の年次推移



DPC/PDPS コーディングマニュアルについて

DPC/PDPS は診断群分類に基づいた1日当たり定額報酬算定制度であり、診断群分類のコーディングはその報酬算定の根拠となる重要な役割を担っている。

1. 経緯

- 診断群分類の選択については、一定のルールに基づいて主治医の医学的な判断でコーディングすることとされているが、コーディングに関する詳細な指針等はなく、平成 24 年4月 25 日 DPC 評価分科会において

- ・事例によっては不適切なコーディングが散見される
- ・コーディングの質が医療機関ごとに大きく差がある

といった指摘がなされたところ。

- DPC 評価分科会においてはこの指摘を踏まえ、DPC/PDPS コーディングに関するマニュアルを DPC 研究班で作成してもらうこととした。

<参考:留意事項通知(抜粋)>

第 2 診断群分類区分等について

1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) (前略)入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副症病名等に基づき主治医が判断するものとする。(後略)
- (2) 「傷病名」は、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病(医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう。)について、主治医が ICD10 から選択すること。

(後略)

2. DPC コーディングマニュアルの今後の取扱いについて(案)

現在、DPC コーディングに関するマニュアル案の作成が進んでいるところであるが、当該マニュアル案は引き続きDPC 評価分科会で内容の検討を行った上で、試行版を取りまとめ、DPC 病院へ情報提供を行うこととしてはどうか。

DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド

2012年12月1日:Ver.0.75

◆目次

1. 序文
2. DPC の構造
3. 傷病名の選択について、留意すべき具体例

◇別冊補足資料:「DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本」

1. 序文

本書は、DPC/PDPS に関わる医療機関における傷病名コーディングの参考書となるよう平成 24 年度厚生労働科学研究「診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究」研究班(研究代表者 伏見清秀)が作成した。ただし、本書において述べているのは、臨床現場において発生している多種多様な病態のうち、基本的な事例が基盤であり、全ての事例に対応出来るというものではない。そのため、ICD の分類選択ルールを踏まえつつ、正確な分類選択のプロセスや結果等の情報を伝えるよう注意を払っているが、多様な臨床現場の実態を完全に網羅することは不可能である。したがって、疑義が発生した場合については、適切に関係諸機関に照会する等して適切な情報を得ていただきたい。このように、臨床現場での個別の事例全てを解説することは不可能であり、未知の点多々あり、本書による分類選択についての完全性の保証は不可能である。

なお、本書の著作権は研究班に属する。

※本書の内容は、『平成 24 年度「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料』と併せて活用することを前提としているので当該資料を熟読いただきたい。

2. DPC の構造

1) 基本的な構造

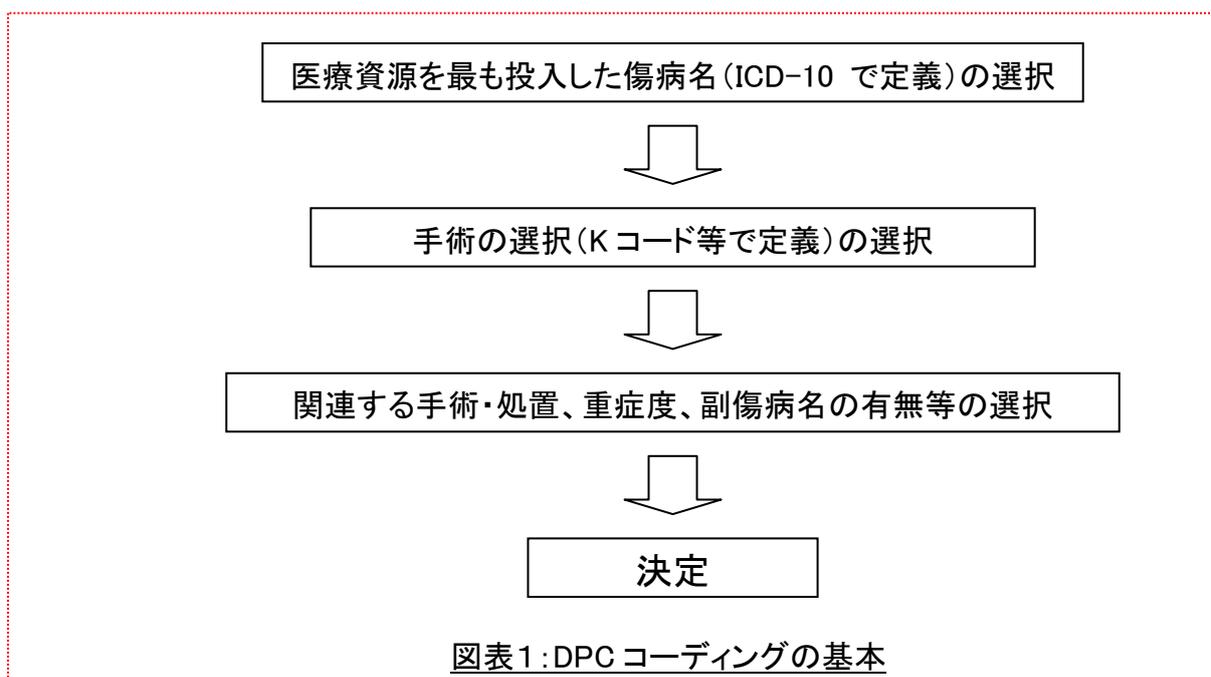
DPC 分類を構成する要素は大別して次の 3 点、①傷病名(主要な傷病名、病態)、②点数表で規定されている主たる手術、③処置、副傷病名(入院時併存症、入院後発症)、重症度等である。

※重要なポイント

本書で述べる、主要な傷病名、病態については、「医療資源を最も投入した傷病名（以下医療資源病名と略す）」とする。

そして、その分類選択の基本構造は、図表 1 に示すとおり「3 層構造」となっている。

3 層に大別される分類選択肢については、ツリー図、定義テーブル、点数表で規定されている。ただし、ここに出現する定義の多くは、一定の幅を持つ、「分類」や「範囲」であることに注意が必要である。つまり、ここでの「分類」は「病名集」や「手術名集」ではなく、あくまでも、ICD や保険診療（処置手術等）のルールにおいてどのグループ（分類）に包含されるか、ということである。したがって、分類粒度の問題はあっても、原則として分類不可能な傷病名や手術名は存在しない。つまり、分類選択にあたって重要なことは、最初に傷病名（医療資源病名や ICD 分類）を決定、次に手術名を確定して、それがこれらの「分類（範囲）」のどれに属するのか詳細に吟味し適切に分類を行う必要があるということである。



2) DPC 分類と ICD 分類

DPC を分類するためのプロセスは、既出の 3 層構造であることを踏まえて、

- ◆1層目：医療資源病名を決定し、その傷病名が ICD-10 のどのグループに属するかを決定。
- ◆2層目：その後、実施した手術を点数表のどのグループに属するかを決定。
- ◆3層目：最後に、定義された手術処置1もしくは手術処置2、副傷病の有無等から適切なグループを決定。

ということになる。また、ここでの副傷病についても、医療資源病名と同様にICD-10のどのグループに属するのか決定する必要がある。

※重要なポイント

(1) 医療資源病名は、一入院で一つを決定する。

併存する複数の病名があった場合でも、一つを選択する。

入院期間中、複数の病態(傷病名)が存在する場合は、どれが医療資源を最も投入したかどうかで判断する。原則として、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を選択する。複数の手術や侵襲的処置を行った場合は、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為を行った傷病を対象とする。転科があった場合には、入院基本料(医療資源の一つである)を含む診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とする。月により病態が変化して、医療資源病名が月によって異なる場合であっても、医療資源病名は、退院時に、1入院期間を通して、最も医療資源を投入した傷病名を一つを選択する。

(2) 医療資源病名と、実施した手術や処置との間に「乖離」がある場合は、その理由を診療録へ記載するとともに、レセプトのコメント欄または症状詳記への記載が望ましい。

(3) 医療資源病名は、病態を最も適切に表すものにすべきである。

※注意:原因疾患がはっきりしている場合は、呼吸不全、循環器不全等の不全病名を選択すべきではない。また、疾患の部分的現象であるアルブミン減少症、貧血、血小板減少症、好中球減少症、カテーテル先感染症等を意図的に選択してはならない。

例:肺炎を「呼吸不全」、心筋梗塞や心筋症を「心不全」、消耗性疾患でアルブミンを投与した場合の「アルブミン減少症」、原因の明確な出血で輸血をしている場合の「貧血」、癌の化学療法中に血小板を輸血した場合の「血小板減少症」、G-CSF等を皮下注した場合の「好中球減少症」等がこれに該当する。

(4) 入院時併存症と入院後発症の副傷病名は適切にもれなく記載すべきである。

※注意:入院時併存症は入院時に存在した傷病であって、入院後発症は入院期間中に発生した傷病であって、入院期間中の患者管理(以下の*を参照)に影響を与えた病態を、最大4つまで記載すべきである。そのような傷病が4つを越える場合は、影響度の大きいものを4つ選択するべきである。

*文中、「患者管理に影響を与えた」とは、単純に在院日数を延長させたというのではなく、副傷病名を対象に、もしくは疑って、診断行為が発生したり、直接的な診療行為がなかったとしても、該当する場合等を含む(例えば、認知症がある等)。

3. 傷病名の選択について、留意すべき具体例

以下、過去に提出されたデータを精査した結果、比較的頻回にみられた例から、傷病名等を選択するにあたって留意すべき点について解説する。

※重要なポイント

以下の個々の例における、「主要病態」については、一入院期間中に医師が診断や治療の結果として診療録への傷病名の記載等、記録として残していることを前提としている。したがって、この段階では、「主要病態」は本来の唯一の医療資源病名ではなく、複数の病態が主要病態として(多発、併発含む)扱われている例があるので注意して欲しい。「その他の病態」についても、同様に医師の診断や治療の記録を前提としている。

1) 医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択のいくつかの例

(1) 例: 「心不全」を医療資源病名とする場合

原疾患として、心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は、心不全として処理せず、原疾患を医療資源病名として選択する。

※最終的に診断が見つからない場合も、原疾患の鑑別のために同様の検査行為等があった場合は、疑診として選択する。

(2) 例: 「呼吸不全(その他)」を医療資源病名とする場合

前例と同様に、原疾患として、肺の悪性新生物や肺炎等が明らかな場合は、原疾患を医療資源病名として選択する。

(3) 例: 「手術・処置等の合併症」を医療資源病名とする場合

IVH カテ先の感染、創部感染等の本来の治療の対象ではない処置に伴う疾患は、原則的に原疾患に優先して、医療資源病名になり得ないので注意したい。「手術・処置等の合併症」を医療資源病名として選択する場合は、相応の理由が必要である。

※同様に、手術の有無が問われる分類において、本来の治療となる外科的処置等がないことは、通常ありえないので注意したい。

※レセプト作成する場合は、その根拠をコメント欄、症状詳記への記載することが望ましい。

※重要なポイント

①「カテーテル先感染症」は、「手術・処置の合併症」ではなく、敗血症とすべきか検討すべきである。

※カテーテル先感染症がそのまま敗血症に直結するわけではない。

②肝癌の拡大切除後等の腹部臓器の手術で皮膚創の離開に対して「縫合不全」や「術創感染」、透析シャントチューブ狭窄の血栓除去目的とした入院で、医療資源病名を「手術・処置の合併症」とする例もみられるが、医療資源病名として適切かどうか、十分に検討すべきである。

(4)例: DIC 等の続発症を医療資源傷病名とする場合

医療資源病名としての選択にあたっては、診療内容からして医療資源の投入量等の根拠に乏しいものであってはならない。選択する場合は、DIC 等を選択するにたる相応の理由が必要である。

※厚生労働省の規定する診断基準に準拠しているか否か。具体的には、出血症状の有無、臓器症状の有無、血清 FDP 値、血小板数、血漿フィブリノゲン濃度、プロトロンビン時間比等の検査結果が基準を満たしているかどうかによる。したがって、通常はこれらの診療行為が一連の診療経過に含まれており、医師の診療記録に適正に記録されている必要がある。

※レセプト作成する場合は、その根拠をコメント欄、症状詳記へ記載することが望ましい。

(5)例: 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの (R コード) の多用について

診断が確定しているにも関わらず、漠然とした兆候による傷病名の選択をしてはならない。例えば、DPC の分類として、それ以上の診断がつかない、もしくは他に原因疾患がない場合を除いて、鼻出血、喀血、出血、等の傷病名の頻用があってはならない。原則として、治療行為として部位や病態が確定している場合は、R コードは使用しない。

2) 医療資源病名が未確定の状態、疑わしい場合、結果的に診断がつかなかった場合への対応

医療資源病名の選択において、確定的な診断が入院期間中になされなかった場合、または、入院中に症状が消失し確定出来なかった場合については、ICD の第 X Ⅷ章の「R」分類、つまり、症状、徴候および異常臨床所見、異常検査所見で他に分類されないもの (R00-R99) を選択せざるを得ないこともあろうが、あくまでも限定的なものである。その場合、主要病態がまだ「疑われる」、「疑わしい」とされた場合、または明確化できないならば、「疑診」を選択することになる。しかし、別冊の補足資料において述べているが、基本原則として、選択は出来るだけ情報源に戻って、記録や発生源すなわち医師へ確認しなければ

ばならない。分類の対象となる患者が院内に現存する以上、出来るだけ確定的な診断に基づいて分類をしなければならない。特に、入院時に選択した傷病名(疑診等)が診断確定している、診断確定のための検査結果が出ているにも関わらず、更新されることなく「疑い」のままにならないようにすべきである。特に、具体的な投薬注射等の治療行為が行われている場合は、なおさらである。

※例えば、不明熱による入院後、白血病が否定された場合においても、「白血病の疑い」とするようなケースが考えられる。

※また、予防投与は原則的に保険診療の対象外であり注意が必要である。

(1)例:主要病態 :急性胆嚢炎の「疑い」、その他特記すべきその他の病態はない場合、医療資源病名として急性胆嚢炎を選択(K81.0)する。

※通常、検査方法が確立していない疾病とは考えにくいので、検査結果等、診療内容を確認の上、「疑診」が必要かどうか判断する。

(2)例:主要病態 :重篤な鼻出血

その他の病態:特になし

このままでは、消去法として、医療資源病名は鼻出血、R040 を選択することになるが、診療を受けた以上、特異的な診断の確定が出来なかったとしても、疑われる疾患としてコードすることが出来ないか、特に鼻出血を引き起こした原疾患に対する治療が行われなかったか、等を確認し判断する。

※外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血等の疾患によるもの等。

(3)例:主要病態 :膵臓癌患者の閉塞性黄疸に対してステント留置を行った

膵臓癌への直接的な診療行為がない前提として、ステント留置という治療のみが入院の対象であったとすると、医療資源病名としては閉塞性黄疸を選択する。また、併存症として膵臓癌を選択する。

(4)例:主要病態 :癌患者のターミナルでの呼吸管理

Rコードの使用が制限されているため、該当する癌の分類を行い、併存症として呼吸管理を選択する。

(5)例:主要病態 :えん下障害による胃瘻造設

Rコードの使用が制限されているため、その状態に至る原因となる病態を医療資源病名として選択する。併存症としてえん下障害を選択する。

3)医療資源病名がICDにおける複合分類項目に該当する場合

ICD の分類では、「二つの病態または一つの病態とそれに引き続く過程とが、単一のコードで表すことができるような分類項目が用意されている。そして、このような複合分類項目は、適切な情報が記録されている場合は、主要病態として用いるべきである」、とされている。

しかし、後述の例をみてもわかるように、この考え方を適用するには、診療記録がそれを裏付けるように適正に記載され、その記録から判断する者はICDの構造やコード体系を十分に理解していることが必要である。また、これらが要件とする傷病名の記載結果と日常的に用いる汎用的な傷病名との乖離はかなり大きい。どちらかという、分類の問題よりもそれ以前の傷病名選択の話であり、傷病名の発生源である医師のICDにおける知識の問題になりかねない。例示すると、「腹膜炎を伴う虫垂炎」等、通常は、「〇〇を伴う〇〇」という傷病名の表現はあまり一般的ではない。したがって、このような分類に該当する場合は、医師への十分な確認が必須であり、診療情報管理士等の監査役は常にこのことに留意し、診療記録の適正な記載とその内容の理解と確認、医師への確認を怠らないことも必要である。

(1)例:主要病態 :腎不全

その他の病態:高血圧性腎疾患

医療資源病名として腎不全を伴う高血圧性腎疾患(I12.0)に分類する。

※他に合併症(ここでは、高血圧性腎疾患であること)、当該病態等の診療記録への正確な記載が適切な分類のために必須であり、または必要に応じて退院時要約などの情報を収集することが必要である。いずれにしても、診療記録への必要な事項の記載を徹底させない限り、このような情報を得ることは困難である。したがって、知識をもった監査役の役割が重要であり、全病的な対応が必須である。

(2)例:主要病態 :眼の炎症に続発する緑内障

その他の病態:—

医療資源病名として眼の炎症に続発する緑内障(H40.4)を選択する。

※まずこのような分類の名称(眼の炎症に続発する緑内障)をそのまま診療録の傷病名欄に記載されることは希であろうから、医師はもちろん、診療情報管理士等の監査役の知識や連携が重要である。もっとも、この場合、明らかに本来の緑内障以前に発症した「他の眼の炎症」、例えばぶどう膜炎等、が主たる傷病名になることもあり得るので、その場合は、医療資源の投入量を判断した上で、ぶどう膜炎等、他の病態を医療資源病名として扱う可能性もある。

※その他にも、糖尿病や外傷等によることもあるので注意が必要である。

(3)例:主要病態 :腸閉塞

その他の病態:左そけい<鼠径>ヘルニア

一側性または患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア、閉塞を伴い、え<壊>疝を伴わないもの(K40.3)、を選択する。

※一般的には診療録の傷病名欄には、ヘルニアの記載しか得られない例であろう。もし、閉塞を伴わず、左そけい<鼠径>ヘルニアのみの診断である場合はK40.9を選択することになるが、適切な選択をするために嵌頓や閉塞等の併発がないか注意すべきである。したがって、医師への確認や必要な情報を診療記録等によって得ることはもちろん、診療情報管理士等の監査役がその疾病や ICD の構造を理解しておく必要がある。

(4)例:主要病態 :白内障、I型糖尿病(インスリン依存性糖尿病)

その他の病態:高血圧(症)

専門科目 :眼科

ICDでは、「主要病態」として眼科的合併症を伴うI型糖尿病(インスリン依存性糖尿病:E10.3+)および糖尿病性白内障(H28.0*)とする、「ダブルコーディング」の典型例である。ここでは、主要病態として医師が複数の病態を記録していたことを例にしているが、DPCでは、ダブルコーディングは適用しないので、このような例ではどちらを優先するのか、医療資源の投入量で判断する。したがって、診療内容を検討し、糖尿病と白内障のどちらかを選択することになる。また、医療資源の投入量とともに、「診療行為と主要病態の乖離」がないようにする。この例は「眼科」診療としているが、必ずしも診療科に依存しないケースも出てくるので注意が必要である(あくまで入院期間の診療内容で判断する)。また、手術を実施した場合は、前述のとおり、手術と傷病名の乖離がないことが原則である。

(5)例:主要病態 :II型糖尿病(インスリン非依存性糖尿病)

その他の病態:高血圧

関節リウマチ

白内障

専門科目 :一般内科

(4)の例と異なり、「主要病態」として合併症を伴わないII型糖尿病(インスリン非依存性糖尿病:E11.9)を選択した例である。この症例では、糖尿病と白内障の両者は関連はなく、独立していることに注意すべきである(糖尿病性白内障ではない)。ただし、関連性がないかどうか、記録にあるか等、確認すべきである。逆に関連性があれば異なる判断をすべきである。例えば、糖尿病と糖尿病性白内障という場合は、前出(4)の結果となる。

※重要なポイント

このように「複数の傷病名」をもつ場合、どの病態、疾患に診療の力点を置いたかということが重要である。単独の診療科で単独の病態に対して診療行為を行った場合は理解も容易であるが、複数診療科を跨ぐ、または対診が頻繁に行われるようなケースでは、一入院期間全体を総合的かつ詳細に判断することが必要であり、情報の発生源たる医師（特に退院時の主治医）の理解や診療情報管理士等の監査役の確認が必須である。

このような複雑な病態を持つ患者については、単なる傷病名だけで判断することなく、診療の内容（診療の記録）についても十分に確認、配慮して分類をしなければならない。

前述の2例では、糖尿病と白内障の関係はともかく、通常は、白内障という傷病名（の記載）には、それ以上の情報を含まないことも普通にあるので、「糖尿病性」に該当するか否か（関連があるか否か）の確認は必須かつ重要なポイントである。特に糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症等は糖尿病に合併する疾患として頻度も高いことから副傷病名として注意すべきである。

4) 病態の続発・後遺症の分類

ICD には、「……の続発・後遺症」という見出しのある一群の分類項目（B90-B94, E64, E68, G09, I69, O97, T90-T98 等）がある。これらは、治療や検査を受けるような現在の問題の原因としては、もはや「存在しない病態」を示すために使用されると ICD のルールで規定されている。したがって、現在の診療についての医療資源の投入量で判断することを前提としている DPC においては医療資源病名として選択することには問題がある。例えば、全く治療の対象となっていない 30 年前発症の脳梗塞歴を医療資源病名として選択する等が考えられる。ただし、2. 2) の(4)にあるとおり、患者管理への影響度を考慮して、必要であれば追加すべきである。

5) 急性および慢性の病態の分類

ICD では、「主要病態が急性（または亜急性）および慢性の両者であると記載され、各々について ICD に複合の項目でない別々の分類項目および細分類項目が用意してある場合は、急性病態に対する分類項目を優先的・主要病態として使用しなければならない」とされている。したがって、病名記載、コーディングに当たっては、必ず、慢性、急性の記載があるか、診療行為と乖離がないか等を明確にしておく必要がある。

※重要なポイント

このような、病名付与について、「条件付」の場合もあるので、併せて、DPC 導入の影響評価に係る調査実施説明資料中の「病名入力の留意点」、「留意すべき ICD コード」等も参照していただきたい。該当す

る例をいくつか次に例示する。

(1)例: 主要病態 : 急性および慢性の胆のう<囊>炎

その他の病態: -

急性胆のう<囊>炎(K81.0)を選択する。慢性胆のう<囊>炎(K81.1)は、ICD のルールでは、任意的追加コードとして使用できるとされているが DPC においてはその診療内容や診断基準等によって判断することが重要である。同様の例として、膵炎(急性及びその記載がない場合も K85、アルコール性の慢性が K86.0、その他の慢性が K86.1)等があるので注意しておきたい。一入院期間で急性から慢性へ移行したという場合(同一入院期間内に同時に二つの病態が存在した場合)は、「急性」として扱うが、慢性膵炎が再燃した場合、「急性」ではなく、「慢性膵炎の急性増悪(K86.1)」として扱う。

(2)例: 主要病態 : 慢性閉塞性気管支炎の急性増悪、その他の病態はなし

ICD には複合のための適当なコードがあるので、「主要病態」として急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患(J44.1)にコードすることとされている。すなわち、慢性疾患の急性増悪は「急性」ではないということである。しかし、複合病態として認知出来る記録があるか、傷病名選択がされているかということが重要であり、注意したい。

6) 処置後病態および合併症のコーディング

ICD-10 では、外科的処置およびその他の処置、たとえば手術創感染症、挿入物の機械的合併症、ショック等に関連する合併症として、T80-T88 として分類項目が記載されている。ここで問題になるのは、特定の処置や手技の影響としての記録があり、そして選択しようとする傷病名にその情報が含まれているかということである。また、この分類を医療資源病名として選択する場合、その合併症に対して、明らかに本来の原疾患に対する外科処置等よりも他の傷病に対して医療資源の投入(すなわち、処置後の病態に対して)があるということ、本来の外科処置等は既に終了している等が条件である。

(1)例: 主要病態 : 1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症

その他の病態: -

専門科目 : 一般内科

術後甲状腺機能低下症(E89.0)を選択する。

※通常、例えば甲状腺切除の原因となった、甲状腺癌術後を医療資源病名として選択することはない。

7) その他の留意すべき傷病名選択について

※さらに詳細なコーディングに対しての情報や注意は、別冊の補足資料を参照のこと。

別冊補足資料:ICD 分類の各章ごとの注意

1. ICD-10 コーディング(分類)とは

本文で述べたようにDPCを分類するための傷病名分類は、ICD分類、正確には、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision)2003年日本語版で定義されている。当該分類資料は、3巻構成で、1巻が総論(いわゆるマニュアル)、2巻が内容例示表(コード体系)、3巻が索引表である。

分類を行う手順の基本は、主たる傷病名を、1巻(総論)に規定された各種のルールや定義に基づき、2巻から分類を検索することである(必要に応じて3巻の索引表を活用)。

手順等の詳細は、当該成書を確認いただきたいが、ここでは、本文に補足して、DPCの分類選択を適正に行うためのICDに係る重要な定義等を記しておく。

1)医療資源とは

傷病名を選択する基本的な問題として、「医療資源」の投入量で判断することがある。ここでは、最初に医療資源を定義しておきたい。

「医療資源」とは「ヒト・モノ・カネ」の総体である。したがって、一部の薬剤や一部の診療行為のみではなく、総合的な判断が必要とされる。特に、医療資源に占める「入院基本料」の割合は高く、なぜこの在院日数が必要だったのかを説明できるような傷病名が選択されるべきである。例えば、何のために入院に至ったのか、を基本と考えるべきである。

※しかしながら、提出データから推察するに、一部の医療機関では、誤解されていると思われるケースがあり、最も高い薬剤料を使った傷病名や包括範囲内の医療費のみを対象とした傷病名等がみられる。手術料等は意識されているが基本料についてはその意識が希薄なケースがみられる。

2)主要病態とは

DPCの分類選択は、主要な病態についての傷病名を選択することが前提である。したがって、一つのエピソード、この場合は、1入院期間で、患者の治療対象として代表する傷病名を選択することが必要である。ICDでは、単一病因分析のために使用される病態として、保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態としている。

主要病態とは、

①主として患者の治療又は検査に対する必要性に基づく保健ケアのエピソードの最後に診断された病態。

②このような病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選ぶべき。

③もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態として選択すべき。

と定義している。

すなわち、主要病態とは、一つの入院期間において、退院時における診断名であり、単一の病態を選択するためには医療資源の投入量で判断すべきということである。つまり、「医療資源病名」が「主要病態」となるということである。

また、どうしても医療資源病名が確定しない場合は、結果として検査入院であり、〇〇疑いというような主要症状や異常所見として選択することになる。

このように、ICD では当該エピソードと表現される、DPC 適用の1入院期間で、どの傷病名を医療資源病名として選択するのか、が基本である。

逆に、過去の傷病名、例えば、今回の診療に無関係な何年も前の〇〇術後等は選択すべきではなく、医療資源病名とはなり得ない。

3) 副病態: 主要病態の他の病態について

ICD のルールにおいては、主要病態に加え、可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態または問題もまた別々に記載せよとされている。すなわち、1入院期間に前述のように複数の病態をもっている場合や並行して発生した病態、すなわち副傷病も把握する必要がある。

この「その他の病態」については、保健ケアのエピソードの間に存在し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義され、さらに、現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は記載してはならないとされていることから、あくまでも今回の1入院期間のことが前提という理解も重要である。

※患者管理に影響を与えたとは、単純に在院日数を延長させたというものではなく、副傷病名を対象に、もしくは疑って、診断行為が発生したり、直接的な診療行為がなかったとしても、該当する場合がある(例えば、認知症がある等)。

4) 傷病名(診断名)の記載について

各傷病名(診断名)は、最適なICD分類、そしてその結果としての適切なDPC分類を行うために、可能な限り情報を多く含んでいる必要がある。つまり、分類するための情報が傷病名表記に含まれていることが必須であり、例えば、解剖学的な部位、原因菌、病態等が明確でなければならない。例として、次に胃の悪性新生物の分類を示すが、4桁目を確定するためには、対象となる部位、この場合は分類を行うにあたって、胃の詳細な部位の把握が必須であり、そして、その詳細な情報を傷病名の表記に含んでいる

必要がある。特に、当該データを利用したり、保険者、行政機関等、第三者的立場の者にも容易に理解出来る傷病名でなければならない。もちろん、この傷病名は医師の診療録にもその診断根拠等とともに記される必要がある。

例： C16 胃の悪性新生物

C16.0 胃の悪性新生物, 噴門

C16.1 胃の悪性新生物, 胃底部

C16.2 胃の悪性新生物, 胃体部

C16.3 胃の悪性新生物, 幽門前庭

C16.4 胃の悪性新生物, 幽門

C16.5 胃の悪性新生物, 胃小弯, 部位不明

C16.6 胃の悪性新生物, 胃大弯, 部位不明

C16.8 胃の悪性新生物, 胃の境界部病巣

C16.9 胃の悪性新生物, 胃, 部位不明

この例では、「胃体部」に治療対象となる部位(この場合は腫瘍の存在)が、内視鏡などの検査や診断方法により確認された場合は、「胃の悪性新生物(胃癌、胃悪性腫瘍等)」では、適切なコーディングは出来ない。明確に部位を明示し、例えば「胃体部癌(C16.2)」等とすべきである。

逆に、診断が確定しているにも関わらず、例えば前述の「胃の悪性新生物」と表記がなされたなら、傷病名の記載(データ)からは、それ以上の明確な診断がなされていない状態、もしくは曖昧な診断であると判断されることになる。通常、有効な検査によって診断が確定し治療に至ったのであれば、このような解剖学的な部位の確認は出来ていたはずであり、前述のように、詳細部位が示されない「胃癌」だけとしか表現されないような場合は、第三者的な視点から考えるに、傷病名の表現に問題がある、もしくは、診断の能力、精度が低いとされてしまう。

5)「詳細不明・部位不明」とは

臨床現場では、診断確定に至らず改善してしまうことや、必要とされている検査を実施しても明確な結果が得られないこともある。また、保険診療という制限もあり、診断確定に至るとは限らず、ICD分類に求められる分類選択が不可能な場合もある。そのような可能性から、「詳細不明・部位不明」という分類が準備されている。しかし、日本語版での「詳細不明・部位不明」とは、実は、「unspecified」(明示されない、それ以上の記載がない)が原典(英語版)の表現である。したがって、「詳細が不明」という意味は、臨床現場の診断不明等という意味ではなく、第三者的にみた時に記録としてそれ以上のことが存在しないとい

う意味である。例えば、死亡診断書の提出を受けて、その傷病名の分類を行う場合、どうしてもそれ以上の情報が死亡診断書に記されていない場合がある。そのような用途のために、「部位不明、詳細不明」等の曖昧な「その他」、「分類不可」もしくは「例外」的な分類が存在する。つまり、あくまでも第三者的な例外と考えるべきであって、通常の臨床現場で確認が出来る場合においては、このような不明確な分類の選択が頻回に発生するとは考えにくい。もしこのような分類選択が結果として頻回に発生するとしたら、その多くは、診療記録の記載不備や主治医や執刀医への確認が不十分なことに起因する。また、このような分類選択の誤りの多くは、ICD に対する理解が不十分であることや監査体制が存在しないことが原因である。もし、診断未確定、一時的にこれらの不明確なコードに分類せざるを得ない場合は、必ず、診療記録の確認、主治医や執刀医等への確認を行うべきである。

※分類選択場面における注意すべき分類については、平成 24 年度「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の「留意すべき ICD コード」として示されているので確認をしておきたい。

2. DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本

本分の「2. DPC の構造」、で述べたとおり、DPC は臨床家による視点からみた「3 層構造」をもち、定義テーブルにより、分類選択の定義や基盤となるコードが規定されている。

基本構造として、対象となる患者は 18 種類の MDC(主要診断群)に分けられ、以下、詳細化された構造をもつが、分類選択で最も大きな課題は、主たる傷病名、すなわち、医療資源病名や副傷病名の選択である。ここでは、「傷病、傷害および死因統計分類提要:ICD-10(2003 年版)準拠、第 1 巻総論」にあるコーディングのルールを基本として、DPC 分類選択、基礎調査に向けて、医療資源病名の選択や ICD に関連したコーディングの留意点を解説する。併せて、本文中で述べた「重要なポイント」等を十分に理解しておきたい。

以下、問題となりそうな分類選択を例示しこの課題を考える。また、分類の詳細なルールや具体例については、本書の他、ICD 第 1 巻～3 巻も必要に応じて参照していただきたい。

※ここでは、DPC のためのコーディングという前提で、ICD 分類で多用される、「一つのエピソード」については 1 入院期間と考える。

※重要なポイント

(1) 本書の中で、主要病態、主傷病名等の表現については、ICD や DPC による規定で様々な使い分けがされているが、本書で扱う、主要病態や主傷病名という表現は、DPC で用いられる「医療資源を最も

投入した傷病名(医療資源病名と略す)」を表す。

DPC の基礎調査(様式1)において、「主病名」は「医師のサマリーに記した傷病名」であるとされているが、本書では「主要な病態」は、臨床家の専門性等に依存する傷病名ではなく、DPC の運用ルールである、一入院期間の医療資源病名を前提としている。

(2)DPC 分類(支払制度)における副傷病名、様式1における入院時併存症、入院後発症について、特に断らない限り、ICD における「その他の病態」等を指す。

1)傷病名選択、ICD コーディングの基本的ルール

(1)主要な傷病名、病態選択の原則

①単一病因分析のために使用される病態は、1 入院期間に治療または検査された「主要病態」である。

例：○月○日から○月○日まで入院し、急性穿孔性虫垂炎のために虫垂切除術等を施行した→主要病態は急性穿孔性虫垂炎 K350

②主要病態とは、主として、患者の治療または検査に対する必要性に基づく、1 入院期間の「最後に診断された病態」である。言い換えると、例えば、投薬、処置手術や特徴的な診断行為があった場合、その行為と処置手術等が対象とした部位や対象とする病態等は一致するのが原則である。

例：○月○日、不明熱のために入院してきた患者が、各種検査を行い、診断の結果、急性骨髄性白血病と診断され、治療後、○日○日退院となった。→主要病態は急性骨髄性白血病 C920

③そのような病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。

例：5 年前に自院にて肝臓癌の診断治療、その後も自院通院。今回はその過程で、マイコプラズマ肺炎を発症し、入院治療。肝臓癌の管理をしつつ抗生剤投与、退院→医療資源を最も投入した傷病名がマイコプラズマ肺炎(J157)、入院時併存症が肝臓癌

④もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態として選択する→入院の契機となった傷病名。

例：発熱にて受診。肺炎を疑い検査。解熱剤、抗生剤等を投与したところ発熱消失。マイコプラズマ肺炎を疑ったが肺炎の原因菌確定以前に退院→マイコプラズマ肺炎(J157)疑い

⑤主要病態に加え、可能な場合はいつでも、1 入院期間に取り扱われるその他の病態または問題もまた、別々に記載するべきである→入院時併存症、入院後発症、いわゆる副傷病名。

例：眼瞼ヘルペスの疑いで入院。当該患者は、幼少の頃からアレルギー性気管支喘息があり、定期的

に受診中。入院治療の過程で帯状疱疹後神経痛出現→医療資源を最も投入した傷病名が眼瞼ヘルペス(B023)、入院時併存症がアレルギー性気管支喘息(J450)、入院後発症は帯状疱疹後神経痛(B022)

⑥その他の病態とは、当該1入院期間に並存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態→DPCでは、入院時併存症、入院後発症がそれに当たる。⑤を参照。

⑦現在のエピソードすなわち今回の入院期間に関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない→いわゆるレセプト病名として使用されそうな過去の〇〇術後等に注意が必要。

以上のように定義されているが、もう少し分かり易く考えてみる。

DPCのルールでは、上記事項の①～④については主たる傷病名、⑤～⑥については、いわゆる副傷病名である。①、②はなじみ深いであろうが、③については日常的な臨床現場では呼び方も含めてあまり意識されていないと思われるが、主たる傷病名が「医師の興味がある病名」、「専門領域だけに偏った病名」等として扱われる恐れがあるので十分にルールを理解しておきたい。

特に、高齢化の進捗や疾病構造の変化によって、急性期の医療の現場であっても、単一傷病名のみで対応出来る患者は多くはない。それ故に、既に診断された傷病名が複数存在する場合は、③の医療資源の投入量で主要病態を決めるという定義が明確化されている。しかし、診療内容とは無関係な傷病名が主たる病態として選択される例が過去には多く見られており十分に理解しておきたい。特に、診療科や医師の専門性に依存する、過去の傷病名や症状がそのままいつまでも主要病態として扱われる例が多くみられるので注意したい。例えば、喘息、リウマチ等の慢性的な疾患を有する患者に対しては、どのような診療行為を行われても主たる傷病名はいつも同じ喘息、リウマチ等を選択してしまうというミスである。

(2) 疑義のある傷病名の確認義務

もともと、このように、誤りが疑われる等の事例が発生した場合、診療情報管理士等の監査役に対して、「可能であるならばいつでも、明らかに不十分であるか不正確に記録された主要病態を含む記録は、発生源に戻し明確にするべきである。」*とICDのルールは規定しており、十分な監査を行い、主治医等に確認することが必要である。

* ICD-10 第1巻、4.4.2、「主要病態」および「その他の病態」のコーディングのためのガイドラインより

すなわち、不十分な「与えられた材料」だけで分類してはならず、確認役、監査役となる診療情報管理士等の役割は非常に重要である。

さて、前述の④の「診断がなされなかった場合」への対応であるが、これはあくまでも、それ以上の「診療記録」という材料がすでに無い等、「例外的な場合」を前提としており、実際の臨床現場では、少数例である。もちろん、実施した診断行為等によっても確定できないケースは存在するが、実際は不十分な傷病名の選択や表記がなされることによって誤るケースが多い。逆にいうと、診断が下されているにも関わらず、傷病名選択やそのコーディングへの理解が不十分、確認不備等で結果的に分類誤りとなってしまうケースもある。前述のとおり、「明らかに不十分であるか不正確に記録された主要病態を含む記録は、発生源に戻し明確にするべきである。」ということを守りたい。また、診断名不明確な場合の対応の詳細は後述する。

(3)入院時併存症、入院後発症について

前述の⑤、⑥についての考え方であるが、主要な傷病名に並んで、それが出現する以前の重篤な他病態が存在することを明示する必要がある、併せて、もしくは、入院後に新たな診断の結果に基づき傷病名が追加されることはごく一般的なことである。したがって、これらの存在は当然のことであり、DPC 制度においては、入院以前から存在する、入院後に発生する、この2つの考え方に分類されている。

DPC 分類の精緻化や妥当性の検証、重症度という視点からも、患者管理に影響を与えた他の病態、すなわち副傷病名の把握や評価は非常に重要であり、その選択のルールについても主要病態と同様に厳格な取り扱いが必要である。

(4)既に存在しない傷病名の取り扱い

前述の⑦は、不正確なデータが発生する要因の一つである。例えば、既に完治されている、治療が終了している、過去に治療対象となった臓器は存在しない(切除後)、等がある。場合によっては、手術により切除された等の病歴を残す必要があるということもあるが、その場合は治療対象とはならず医療資源病名になり得ない。

出来高制度における診療報酬請求の影響、もしくは、後々の検索キーワードは多いほど良いとする考え方があるためか、今回の入院期間には全く無関係な傷病名が選択されることも散見され、特に頻回の入院を繰り返す患者にこのような傷病名選択が見られるので注意したい(いわゆるレセプト病名の存在)。

(5)傷病名表記に必要な情報

患者に対して診断を行い、それに基づき傷病名や病態を選択することは、医師の専決事項であり責任、そして業務独占とされている。さらに、診療報酬請求の根拠とするためには、第三者的にその傷病名に対する診断根拠や検査結果等が明確でなければならない。また、その選択について、ICD のルールでは、「各診断名は、病態を最も特異的な ICD 項目に分類するために可能な限り情報を多く含んでいなければ

ならない。」とされている。すなわち、傷病名を選択するに当たっては、少なくとも ICD 分類を行うための情報が傷病名の表記に含まなければならない。ICD では例として、「そのような診断名の例には下記のものが含まれる。」とある。例えば、ICD の第 1 巻では、以下のような病態が例示されている。

- － 膀胱三角の移行上皮癌
- － 穿孔を伴う急性虫垂炎
- － 糖尿病性白内障、インスリン依存性
- － 髄膜炎菌性心外膜炎
- － 妊娠性高血圧(症)の分娩前管理
- － 処方された抗ヒスタミン剤に対するアレルギー反応による複視
- － 陳旧性股関節部骨折による股関節部の変形性関節症
- － 自宅での転倒による大腿骨頸部骨折
- － 手掌の第3度熱傷

である。

もっとも、傷病名表記について、多忙な我が国の臨床現場の医師に全てに渡ってこのような詳細な表現を期待することは困難であるかもしれない。しかし、医師による詳細な傷病名の表記は無理にしても、第三者が診療記録で確認を行い、医師の支援を行うことは可能である。したがって、診療情報管理士等第三者による監査が重要なポイントとなる。このような現状を改善するために、平成 20 年度の DPC 対象病院の要件として委員会の開催が義務付けられており、その意義を再確認しておきたい。

(6) 傷病名選択の具体例と留意すべき事

適切な傷病名の選択と分類を行うための留意すべきことをまとめてみる。

- ①適切な傷病名の選択を行うためには、その根拠となる記録が適正に行われていること。
- ②監査役となる診療情報管理士等は、適切な分類選択のための材料が十分でない等、疑義がある場合は、診療記録を確認した上で医師に確認すべきである。
- ③必要に応じて、「留意点コード」等、誤り易い分類について確認する。

診療記録の充実、傷病名選択、それに基づく分類とコード化は切り離して考えられないことなので、高い精度を確保するためにも、院内の委員会、診療情報管理士等の監査役の責任は重い。

(7) 不明確な診断または症状について

ICD のルールでは、「もし保健ケアのエピソードの最後までに確定診断がなされないならば、最も特異性の高い情報およびケアまたは検査を必要とした病態についての情報を記録すべきである。」とあり、不確定な診断についての対応が例示されている。しかし、これは、あくまでも「それ以外の対応がない場合」

に限定される。また、不確定な診断とは、単なる病態の選択漏れ、すなわち、診療記録への記載漏れ、記載不備等を想定したものではない。過去の記録や書類に基づく死因統計とは異なり、DPC では、通常は、対象となる患者は院内に現存し、保険診療の範囲で診断をし、治療対象としてその傷病名や病態が明確にされているはずである。したがって、確認の礎となる診療記録の記載が十分でない場合は、情報の発生源の医師への確認が求められる。

(8) 多発病態について

ICD のルールでは、多発病態をもつ患者で、主たる病態がなく(確定できずに)、数多くのそのような病態があるならば、「多発性損傷」または「多発性挫滅損傷」のような用語を単独で用いる、とされている。しかし、通常、DPC では、関連した主要な診療行為が特定出来ないことは、まずあり得ないので、「医療資源の投入量」を判断し、医療資源病名としては主要な部位における病態等を選択すべきである。多発外傷ではあるが、今回の治療はその一部の骨折の治療である等が想定され、例えば、複数の外傷の箇所があっても、今回は〇〇という部位の治療に該当するという例が考えられよう。診療内容との乖離を防ぐためには、漫然と傷病名を選択することなく、診療行為に関連した傷病名が本当に多発的で個々に分類不能であるかということに注意したい。

死因統計等、第三者的に患者を分類する場合には、多発、多臓器、多部位等という患者を分類するルールは非常に便利ではあるが、DPC の基本である、患者個々に、1 入院期間中の、医療資源の投入量や主要な診療行為が確定出来る場合については、安易にこの分類を選択すべきではない。

(9) 続発・後遺症の取り扱い

原疾患に対する治療が存在せず、続発症や後遺症が主要な治療内容である場合は、入院時の併存症として原疾患に対する後遺症等、その旨明示すべきである。通常、DPC 分類においては医療資源の投入量との関係が基本であり、すでに存在しない疾患、すなわち、治療対象になり得ない原疾患を主要病態として選択することはないはずである。

このルールを適切に扱うためには、従前までの診療記録の転帰(転帰の記録)の正確性が求められる。また、それに基づく、傷病名選択(変更を含めて)の迅速、正確な選択や修正も重要である。

(10) 傷病名選択にかかる「粒度」について

病態は適切に診断され診断名も決定されているにも関わらず、DPC/PDPS の分類の名称(傷病名の分類)の粒度が低く見えるため(対象範囲が広い)、傷病名もそれに合わせて非常に曖昧なものを選択するケースがみられる。

一例を示すと、実施手術が S 状結腸切除という場合、傷病名は S 状結腸癌(C18.7)とするのが通常であ

るはずが、DPC を分類するにあたって、曖昧な大腸の悪性新生物(C18.9)を選択しているケース。S 状結腸という手術部位が明白であり、大腸の悪性新生物のさらに詳細な傷病名の選択(S 状結腸癌)が可能なので、S 状結腸癌(C18.7)とするのが正確、かつ当然な分類作業である。

このように、DPC のルールの大原則は、適切な診断に基づく正確な傷病名を選択し、その傷病名が ICD のどの分類に属するのか分類(コーディング)することである。

3. ICD 分類の各章ごとの注意

図表 1に、MDC ごとに出現する ICD 分類の比較を示す。ここでは、ICD-10 第 1 巻に記されている留意すべき事項について、ICD の各章ごとの注釈を提示して解説を加えた。ただし、今までに示した一般的なガイドラインとルールは他に特定の注釈がないかぎり、すべての章に適用される。

ここでは、原則として ICD-10 第 1 巻の各章ごとの例を引用しているが、特に DPC の運用に関してのコーディングで留意すべき点については、引用例示したものに、必要に応じて説明を加えている。

※以下の例の ICD における「主要病態」は DPC の医療資源病名と置き換えて例示している。副傷病名は併存症、後発症を含む。

1) 第 I 章: 感染症および寄生虫症

B90-B94 感染症および寄生虫症の続発・後遺症

遺残病態の性質が明確な場合は、これらのコードは医療資源病名としては使用しない。遺残病態の性質を明示する必要がある時は、副傷病名として B90-B94 を任意的に追加可能。

2) 第 II 章: 新生物

通常、新生物は原発、転移に関らず、治療の中心となる対象疾患であれば医療資源病名として分類する。もっとも、原発性新生物が治療後等により、長期に存在しない場合(以前の治療で除去されているような場合)は、現在の治療において治療や検査の中心となった続発部位の新生物、現在の傷病名を選択する(前出の術後甲状腺機能低下症が例)。また、遺残病態としての以前の新生物の性質や既往などを明示する必要がある時は医療資源病名とせずに副傷病名として任意的に追加可能。

例: 病態 : 前立腺癌(前立腺摘出術実施)、その他の病態: 慢性気管支炎

前立腺の悪性新生物(C61)を医療資源病名としてコードする。副傷病名として慢性気管支炎。

例：病態：乳癌(2年前切除)、肺の続発性癌(腫)、気管支鏡によるバイオプシー(生検)

肺の続発性悪性新生物(C78.0)を医療資源病名とする。

※医療資源の投入量、実施した処置行為から考えても肺の続発性悪性新生物になるはずであるが、担当医師の専門性等から、誤った選択をしがちな例で、一度乳癌の治療をしたために、その後も乳癌患者としてフォローされるというような誤った分類になりがちである。

例：部位の明示されない悪性新生物(C80)の取り扱い

ICD のルールでは、C80 は医療従事者が明確に部位不明と記載しているときのみ「主要病態」として使用すべきである、とあるが、DPC の趣旨や DPC が実際の医療現場で行う分類と考えると、通常はあり得ないことである。すなわち、部位が明示されていない場合は、担当医師への確認等を行い部位の確定が必要である。原発巣不明がん等の場合は、治療や検査の主体となった部位を選ぶことになる。

例：C97 独立した(原発性)多部位の悪性新生物の取り扱い

ICD のルールでは、C97 は、医療従事者が二つまたはそれ以上の独立した原発性の悪性新生物を「主要病態」と記載しており、どちらが主要ともいえないときに使用すべきであり、追加コードは個々の悪性新生物を特定したい場合に使用することができる、とある。しかし、もし、医療資源の投入量で判断可能である、もしくは、治療の対象が限定される場合はそれで判断する。複数の病態がある場合は医療資源の投入量で判断すべきというルールは ICD コーディングでも大きな原則となっているので、担当医師に確認するか医療資源の投入量を考慮して医療資源病名を決定したい。

例：主要病態：癌腫症

ICD のルールでは、部位の明示されない悪性新生物 C80 にコードするとあるがこれも前例のように、DPC の運用から考えると望ましくない。主治医に治療や検査の対象等確認をする。また、それが多発性であれば前述のように主たる病態を選択する。

例：主要病態：多発性骨髄腫および原発性前立腺癌

ICD のルールでは、独立した(原発性)多部位の悪性新生物 C97 にコードする。C90.0(多発性骨髄腫)および C61(前立腺癌)は任意的追加コードとして使用できる、とあるが、これも医療資源の投入量を配慮しつつ正確な医療資源病名の選択を行う必要がある。

3) 第三章：血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害

本章に分類されるある病態は、薬物またはその他の外因によることがある。第 XX 章(V,W,X,Y)のコード

は任意的追加コード(副傷病名)として使用することができる。ただし、DPC では医療資源病名としては選択肢にない。ただし、分類をするにあたって、その外因の記載があるかどうかは正確な分類への分かれ目になるので、担当医師に理解してもらう他、行われた診療行為についても確認が必要となる。例えば何らかの原疾患による貧血であったとした場合、単なる貧血ではないという意識がないと正確な病態の選択は困難である。医療資源病名を選択する医師への理解を求めることはもちろんであるが、適正な記録等、診療内容を迅速に把握出来ることが必要である。

4) 第IV章: 内分泌, 栄養および代謝疾患

本章に分類される病態で、薬物およびその他の外因によるものである場合には、前述の第 III 章と同様に、第 XX 章からのコードは任意的追加コード(副傷病名)として使用することができる。

※前述の3)と同様の注意が必要。

(1) 例: 糖尿病(E10-E14)の取り扱い

ICD のルールでは、細分類項目「.7」は、糖尿病の多発合併症が「主要病態」として記載され、どれか一つを選択できないときのみ、「主要病態」としてコードする。記載された個々の合併症のコードは、任意的追加コードとして使用することができる、とされている。

ただし、ここでも医療資源の投入量や行った診療行為の検討は必要である。DPC はダブルコーディングのルールを採用していないため、一つの医療資源傷病名として限定を行いさらに追加が必要なら副傷病名を選択することになる。

(2) 例: 主要病態 : II 型糖尿病性糸球体ネフローゼによる腎不全

ICD のルールでは、腎合併症を伴う II 型糖尿病(E11.2+および N08.3*)にコードする、とされているが、糖尿病かネフローゼによる腎不全なのか治療内容に応じて医療資源病名を選択する。

※前例と同様に DPC はダブルコーディングのルールを採用していないため。

5) 第V章: 精神および行動の障害

ICD のルールでは、本章における分類項目および細分類項目の定義は、医療従事者が診断名を決定するときに使用する規定であり、コーダーが使用するためのものではない、としている。すなわち、「主要病態」のコードは、たとえ記載された病態と定義との間に矛盾があっても、医師によって記載された診断名にもとづいてつけるべきである、とされている。当該カテゴリーは、医師の考える病態と医療資源を投入した主要病態との乖離が危惧されるものであり、精神科専門病院であれば比較的明確に本病態を選択するであろうから問題はないが、精神疾患であっても合併症の治療を主体にしている医療機関にあって

は、本カテゴリーを医療資源病名として選択することは少ないと思われる。最終的には医療資源の投入量で判断することになるのではあるが、行った診療行為の中に本カテゴリーに関連するようなものが存在するのであれば、必ず、副傷病名、すなわち、併存症や後発症として選択することも重要である。

6) 第VI章: 神経系の疾患

本章に分類される病態で、薬物またはその他の外因によることがある場合には、第XX章からのコードは任意的追加コード(副傷病名)として使用することができる。

※前述の第III章と同様。

(1)例: 中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症(G09)について

ICD のルールでは、もし遺残病態の性質が記載されているならば「主要病態」に対する優先コードとして使用しない、とされており、遺残病態のコーディングにはG09を任意的追加コードとして使用できるとある。さらに、分類項目 G01*、G02*、G05*および G07*の続発・後遺症としては G09 を用いるべきではなく、むしろたとえば B90-B94 のような原因病態の続発・後遺症のために確立された分類項目を使用すべきであることに注意する。もし原因病態に対する続発・後遺症の項目がない場合には、その原因病態自身をコードする、とある。

基本的に遺残病態については、医療資源の投入がないということが前提であり、すなわち、医療資源病名にはなり得ない。あくまで、その病態原因として用いるということである。ただし、遺残病態に対しての医療資源の投入が明らかにあるならば、このカテゴリーに分類することは誤っている可能性がある。

以下の例では、続発・後遺症については任意的追加コードとしているが、DPC の趣旨から考えると併存症としてコーディングする必要がある。

(2)例: 主要病態 : 結核性髄膜炎によるろうく聾>

専門科目 : 言語療法科

明らかに他の傷病名によるものであれば、「その他の明示された難聴」(H91.8)にコードする。B90.0(中枢神経系結核の続発・後遺症)を併存症とする。

※この場合は、結核性髄膜炎の治療がされていないことが前提である。

(3)例: 主要病態 : 陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん

専門科目 : 神経科

明らかに他の傷病名によるものであれば、その他のてんかん (G40.8)にコードする。G09(中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症)を併存症とする。

※この場合は、脳膿瘍の治療がなされていないことが前提である。

(4)例: G81-G83 麻痺性症候群について

もし現在の原因が記載されてあったとしても、治療が主に麻痺自身に対するものでなければ、主要病態に対する優先コードとしては使用しない。すなわち、行った医療行為と関連することが明確にされている。原因のコーディングが必要な場合は当該コードを併存症、後発症として追加コードとする。

(5)例: 主要病態 : 弛緩性片麻痺を伴う脳血管発作

専門科目 : 神経科

「主要病態」として、出血または梗塞と明示されない脳血管発作(I64)にコードする。G81.0(弛緩性片麻痺)は併存症または後発症とする。

※なお、原因病態は合併症として必要なので、片麻痺に該当するコードは必須となる。

(6)例: 主要病態 : 3年前に脳梗塞があり、左下腿麻痺(患者はリハビリ治療のために入院)

「主要病態」として、下肢の単麻痺(G83.1)にコードする。I69.3(脳梗塞の続発・後遺症)は必要に応じて用いる。

※DPC の趣旨からしてその原因病態(この場合、脳梗塞)、合併症としての意味があるので、診療内容に応じて I69.3 を用いる。

7) 第七章: 眼および付属器の疾患

例: H54.\$ 盲<失明>および低視力

もし原因が記載されてあったとしても、治療が主に盲<失明>自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、H54.\$を任意的追加コードとして使用することができる。

※ICD のルールでも、盲<失明>および低視力は主要病態とならないとされており、本来の医療資源投入を勘案しつつ医療資源病名を選択する。また原因として本来の主要病態に関連するならば併存症、後発症として選択する。

8) 第八章: 耳および乳様突起の疾患

例: 難聴 (H90.\$、H91.\$)

第 VII 章と同様に、もし原因が記載されてあったとしても、治療が主に難聴自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、H90.\$または

H91.\$を任意的追加コードとして使用可能。

※これも前述(7)と同様の注意が必要である。

9) 第IX章: 循環器系の疾患

(1) 例: I15.\$ 二次性高血圧(症)

もし原因が記載されてあったとしても、治療が主に高血圧(症)自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、I15.\$を任意的追加コードとして使用可能。

※DPCの趣旨からしてその原因病態や合併症としての意味があるので、追加コードを必須とする。

(2) 例: I69.\$ 脳血管疾患の続発・後遺症

もし遺残病態の性質が記載されてあったならば、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。遺残病態のコーディングの場合は、I69.\$を任意的追加コードとして使用可能。

※続発、後遺症についての詳細は前述したとおり。

10) 第XV章: 妊娠, 分娩および産じょく<褥>

O08.\$ 流産, 子宮外妊娠および胞状奇胎妊娠に続発する合併症

このコードは、たとえば以前の流産の合併症が現在も存在する場合のように、ケアの新しいエピソードが合併症の治療のためだけの場合に主要病態と分類される。関連する合併症を分類するためには、分類項目 O00-O02(O00 子宮外妊娠、O01 胞状奇胎、O02 受胎のその他の異常生成物)、また合併症について詳細に分類するためには、分類項目 O03-O07(O03 自然流産、O04 医学的人工流産、O05 その他の流産、O06 詳細不明の流産、O07 不成功に終わった人工流産)を任意的追加コードとして使用可能。

※O08の細分類項目に示してある包含用語は、O03-O07の4桁細分類項を選択する場合に参照することに注意する。

(1) 例: 主要病態 : ショックを伴う卵管妊娠の破裂

専門科目 : 産婦人科

主要病態として卵管妊娠破裂(O00.1)にコードする。O08.3(流産, 子宮外妊娠および胞状奇胎妊娠に続発するショック)は任意的追加コードとして使用可能。

※DPC の趣旨からしてその原因病態や合併症としての意味があるので、追加コードは必須。

(2)例:主要病態 :子宮穿孔を伴う不全流産

専門科目 :産婦人科

主要病態として、その他および詳細不明の合併症を伴う不全流産(O06.3)にコードする。O08.6(流産, 子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する骨盤臓器または組織の傷害)は任意的追加コードとして使用可能。

※DPC の趣旨からしてその原因病態や合併症としての意味があるので、追加コードは必須。

(3)例:主要病態 :他施設における2日前の流産に続発した播種性血管内凝固

専門科目 :産婦人科

流産, 子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する遅延出血または多量出血(O08.1)にコードする。流産が当該病院での治療の前、すなわち前医のエピソードの経過中に起こっている(他施設におけるエピソードだから)、他のコードは必要がない。

※「現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。」という原則がある。ただし、他施設での流産治療を引き継いだ場合は医療資源の投入量に注意すべき。

(4)例 分娩(O80-O84)について

「主要病態」を記述するためのこれらのコードの使用は、記載されている唯一の情報が分娩の記述または分娩方法である場合に限定される。さらには、O80-O84 のコードは、個別のデータ項目または処置の分類によって分娩の方法または型が示されていない場合にかぎり、分娩の方法または型を示す、任意的追加コードとして使用することができる、とされている。

※我が国では基本的に分娩は保険診療ではないので、保険診療に対する傷病名であることに留意したい。

11)第XⅧ章:症状, 徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

ICD のルールでは、症状、徴候および異常所見が、あきらかにケアの経過中に治療または検査された主要病態であり、医療従事者により記載されたその他の病態と関係が見られない場合以外は、本章の項目は「主要病態」のコードとして使用しないこととされている。前述したように、原則としては、診断が確定しない、それ以外に分類しようがないという場合に限定される。

※診療の結果、その多くは何らかの診断が確定しそれに基づいて治療行為が行われる。したがって、診断が確定した、もしくは限りなくその疑いがある場合、他の診断を優先する。主治医への確認も怠らない

ようにしたい。

12) 第XIX章: 損傷, 中毒およびその他の外因の影響

診療録に多発性の損傷が記載され、そのうちのどれか一つを「主要病態」として選択できない場合は、多発性損傷の記載のために用意された項目の一つにコードする:

— 同じ部位の同じ型(分類項目S00—S99の通常は4桁目. 7):

— 同じ部位の異なる型(各中間分類項目の最後の分類項目、たとえばS09, S19, S29等、の通常は4桁目. 7); および

— 異なる部位の同じ型(T00—T05)

※1. ただし、治療の対象が医療資源の投入量で主たるものを判断出来る場合は、個別にコードする。

※2. 下記の例外について注意する:

① 表在損傷および／または開放創のみを伴う内部損傷については、「主要病態」として内部損傷にコードする

② 関連する頭蓋内外傷を伴う頭蓋骨骨折または顔面骨骨折については、「主要病態」として頭蓋内損傷にコードする

③ 頭蓋内出血で頭部のみに対するその他の損傷を伴うものについては、「主要病態」として頭蓋内出血にコードする; および

④ 同じ部位のみの開放創を伴う骨折については、「主要病態」として骨折にコードする。

※3. ICD では、多発性損傷の項目を使用する場合、個々の損傷はそれぞれ任意的追加コードとして使用することができる、とあるが、前述のように DPC では、治療対象として対象となった病態、部位を主要病態、すなわち医療資源病名として選択する。その他は、副傷病名として扱う。

例: 主要病態 : 膀胱および尿道の損傷、その他の病態なし

ICDでは、「主要病態」としては、骨盤臓器の多発性損傷(S37. 7)にコードする、S37. 2(膀胱の損傷) およびS37. 3(尿道の損傷)は任意的追加コードとして使用することができる、とされているが、前述のように、医療資源の投入量で判断が出来る場合は、個別に選択する。

※4. T90—T98 損傷, 中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症について、これらのコードは、遺残病態の性質が記載されている場合は、「主要病態」として使用しない。遺残病態のコーディング

のときは、T90－T98は任意的追加コードとして使用することができる。

13) その他、希な傷病名の選択や分類をせざるを得ない場合の対応

冒頭でも述べたとおり、DPC や ICD は、「分類」であり、あくまで、患者の各々の傷病名がどの範囲で分類出来るのか、というルールであり構造となっている。したがって、通常、想定していない患者の病態が出現することは希であっても起こりえる。その場合、当該傷病名を選択し、さらに ICD 分類をする場合は、それ相応の理由が必要である。レセプトの場合は、症状詳記やレセプト適応欄にコメントすることになる。さらに、基礎調査の様式1等の場合は、E、F ファイルとの整合性が必要であり、例えば、3. の7) その他の留意すべき傷病名選択についてにあるような場合は、明確に、本来、対象とした治療ではない主たる傷病名となることが示されなければならない。

病院指標の作成と公開について

1. 平成 24 年度診療報酬改定時の検討

- 病院指標の作成と公開については、平成 24 年度診療報酬改定に向けた議論の中で、機能評価係数Ⅱで追加導入を検討すべき項目（診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力の評価）として検討を行った。
- 平成 24 年度診療報酬改定に向けた検討の中では、退院患者調査等のデータを活用し、病院自らがホームページ等を利用して自施設の診療に関する情報を提供することは、
 - ・ 患者や住民が個別施設の診療特性をより簡便に把握できる
 - ・ 診療内容の透明化や改善の促進が期待できる

といったメリットが考えられ、こういった取組みをインセンティブとして評価すべきとの意見があった一方、単に公表されているデータ等を一方的に提示するだけでは評価に値せず、公表の様式（フォーマット）も含めた適切な評価対象の設定が重要との指摘がなされ、公表する項目及び様式等については、次回診療報酬改定に向けて引き続き検討することとなった(参考)。

<参考:平成 23 年 10 月 14 日 DPC 評価分科会 D-2-1 抜粋>

追加導入を検討すべき項目について

- 1) 診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力の評価（新規）
 - A 前回の検討を踏まえた基本的考え方
 - 退院患者調査等のデータを活用し、病院自らが患者や住民に対して積極的に自施設の診療に関する追加的な情報も含めて情報を提供することにより、診療内容の透明化や改善の促進が期待できることから、これらの取組みをインセンティブとして評価すべきとの指摘がある。
 - 一方で、単に公表されているデータ等を一方的に提示するだけでは評価に値しないとの指摘もあることから、公表の様式（フォーマット）も含めた適切な評価対象の設定が重要と考えられる。
 - B 現時点での具体的な対応案
 - 患者や住民にとって、全施設に係る集計等の公表データだけでは個別施設の診療特性が簡単には把握・理解できないことから、各施設において、一定の診療実績に係る情報（公表データに一定の独自

情報を付加)を自施設や厚生労働省のホームページにおいて公表した場合について、一定の評価を行うことを検討してはどうか。

- 公表する項目及び様式等については、引き続き検討し、可能な項目について一定の周知期間を経て試行的に実施してはどうか(例えば平成 25 年度目途に実施)

<項目のイメージ>

様式 1 のみで表計算ソフトを用いて集計可能なもの等

- ・ 症例数トップ 20 の DPC (診断群分類) 及び DPC 毎に平均在院日数、自宅退院率、平均年齢や患者用クリティカルパス
- ・ 肺炎 (040080) の重症度別患者数と平均在院日数
- ・ MDC 別予定・緊急入院の割合
- ・ 主要手術の術前、術後日数 等

2. 次期診療報酬改定に向けた検討

平成 24 年 5 月 29 日の DPC 評価分科会において、病院指標の作成と公開に用いる様式については分科会での議論により藤森委員が素案を作成し、各医療機関における現在の実施状況等を確認した上で検討を行うこととされたところ。

全ての医療機関が対応できるよう、まずは最も産出が容易な様式1から作成する指標とする。時期が成熟すれば、Eファイル、Fファイルも用いた指標に拡大する。

指標の作成に当たってはその定義の明確化が重要であり、ここに定義を詳述する。公表は病院ホームページの中とするが、その形式は一定の仕様に準拠すれば工夫を認めることとする。表示する項目は恣意的に削除してはならず、ここに述べるものは必須とする。該当するものがない場合は「該当無し」と明示すること。

データの期間は直近の1年間とするが、改正年度を挟まないこと（DPCコードが変わるため）。データの期間（開始年月、終了年月）を明示すること。集計には保険のみ（公費、生活保護を含む）を使用した患者を対象とし、自動車賠償責任保険や労災保険、自費等の患者は含めない。そのため様式4を使用する必要がある。保険であれば一般病棟の出来高患者も含めるが、一方で一般病棟を一度も使用しなかった患者は含めない。このことは本院のホームページ内で明記することが推奨される。

【在院日数、患者数、年齢の考え方】

指標の作成に際しては定義の明確化が何よりも重要である。今回の指標は在院日数や患者数に係るものが多いので、以下に各指標に共通する在院日数、患者数の考え方について述べる。

一般病棟以外の病棟を持つ医療機関においては、臨床経過のなかで何度か転棟・転入が起り得る。市民はあくまでもその医療機関への入院から退院までの一入院としての在院日数を意識するが、DPCは一般病棟にのみ適応される仕組みのため、他病棟への転棟の度に様式1が作成される。また同一疾患における三日以内再入院では、入院としては別なものとして考えるものの、支払いとしては一連となる。このように状況によって多様なケースが発生するので、指標作成の前にこれを整理することとする。転棟の多様なパターンについては、平成24年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

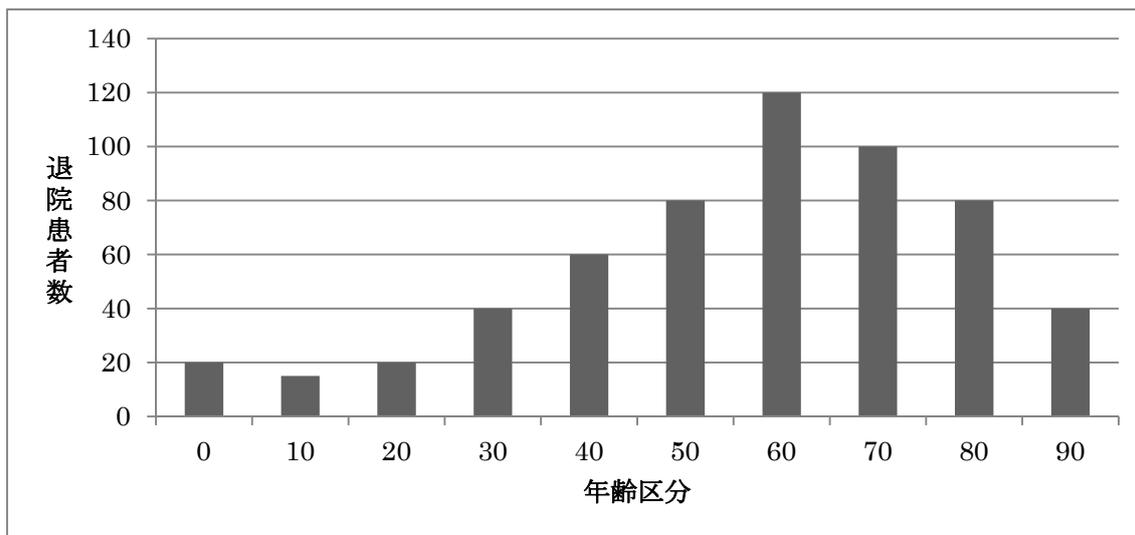
指標1）年齢階級別患者数～6）診療科別腫瘍手術 トップ3までは、一連の入院をもって1とカウントする。すなわち、他病棟との間で何度転棟・転入しても1カウントである。同様に**1）年齢階級別患者数～6）診療科別腫瘍手術 トップ3**の在院日数は、初回の様式1開始日から最終的な退院日までを考える。同一疾患の3日以内再入院も支払いにならない、初回の一般病棟の様式1開始日から最終的な退院日までを考える。これらは一般には統括診療統括番号が0、（A、B等がある場合はアルファベットが最後のもの）の様式1開始日、様式1終了日となる。年齢は初回の一般病棟における様式1開始日時点とする。同様に一般病棟の中における転科についても、主たる診療科は医療資源を最も投入した傷病の診担当師所属する科とし、一症例を複数の診療科でダブルカウントしないこと。

集計期間中に退院しなかった患者は集計に含めない。年齢は初回の様式1開始日時点の年齢を使用する。**指標7「その他」**は支払いにリンクした考え方なので、患者数と在院日

数は上記の定義ではなく、別に記す。

1) 年齢階級別退院患者数

自院の一般病棟の年齢階級別（10才刻み）患者数である。年齢の考え方については前項で示すごとくである。単に数値を示すだけでなく、自院の特性等について必要にして十分な解説を添えること。これは以下の指標にすべて共通である。



解説文

2) 診療科別症例数トップ3

各診療科別に症例数の多いDPC14桁分類についてDPCコード、名称、症例数、自院の平均在院日数、全国の平均在院日数、転院率、平均年齢、患者用パス、解説を示す。ここで診療科は標榜診療科とするが、内科、外科については院内の組織機構による細分化を認め、その名称は院内で使用しているものとする。診療科が小さく、十分な数の退院患者がない場合は、「その他の診療科」として複数の診療科をまとめて集計しても良い（解説文の中に診療科名を記すこと）。一般病棟の中における転科においては、主たる診療科は医療資源を最も投入した傷病の診担当師所属する科で集計する。

定義：最終的な自院の退院を持って1カウントとし、一般病棟以外の転棟・再転棟の有無

は勘案しない。「転院」は最終的な退院先が「4. 転院」「9. その他」「0. 不明」とし、転院症例数／全退院数を転院率とする。最終的な様式1であるので、「6. その他病棟への転棟」は存在しないはずである。

DPC 名称は市民にとって分かりやすいように工夫する。詳細は別記して良い。当該 DPC の全国平均在院日数は厚生労働省が別に示すものを引用する。患者用パスはその URL を埋め込み、クリックにより別ウィンドウに展開・表示できることとする。患者用パスがない場合は「なし」と明記する。パスが一入院全体を対象としない場合は、その旨を記載する。一つの DPC コードに複数のパスが存在する場合は URL を列記する。

解説は診療科ごとに付すのが望ましいが、診療科数の少ない医療機関においては一括しても構わない。

表示例：

【消化器内科】

DPC コード	名称	症例数	平均在院 日数 (自院)	平均在 院日数 (全国)	転院率	平均 年齢	患者用 パス

解説文

3) 初発の5大癌の UICC 病期分類別ならびに再発患者数

5大癌について初発患者は UICC の TNM から示される病期分類による退院患者数を、再発患者（再発部位によらない）は期間内の実患者数とする。

定義：いずれも集計期間内に複数回入院しても1例とカウントする。実患者数であり延べの入院数ではない。初発例としてカウントした患者は再発例にはカウントしないこと。UICC 分類は第6版であるのか7版であるのか明記する。胃癌、大腸癌等は癌取扱い規約による病期分類を採用してもよいが、その旨を明記すること。TNM 分類が不正確等で stage

が不明な場合は、「不明」として別記する。

	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明	再発
胃癌						
大腸癌						
乳癌						
肺癌						
肝癌						

解説文

4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等

成人の市中肺炎（平成 24 年度様式 1 の肺炎重症度分類の 7 桁目＝5 に相当）につき、重症度別に患者数、平均在院日数、平均年齢を示す。

定義：入院契機病名および最も医療資源を投入し傷病名が肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎（DPC 040080 相当）で、さらにその中でも ICD-10 コードが J13～J18 で始まるものに限定する。市中肺炎であるので入院後発症の肺炎、一般病棟外からの転入、他院からの転院は除外する。インフルエンザ等、ウィルス性肺炎（DPC 040070 相当）、誤嚥性肺炎（DPC 040081）も除外する。施設からの入院は対象とする。

重症度分類の各因子が一つでも不明な場合は「不明」と分類する。様式 1 の精度が問われる。重症度の計算には年齢・性別因子を考慮することを忘れないこと。

	患者数	平均在院日数	平均年齢
重症度 0			
重症度 1			
重症度 2			
重症度 3			

重症度 4			
重症度 5			
不明			

解説文

5) 脳梗塞の ICD10 別患者数

脳梗塞（DPC 010060）の病型別の患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率を示す。それぞれ発症 3 日以内とその他に分けて記載する（脳梗塞に至らなかったものやもやもや病は除く）。

定義：統括診療統括番号が 0、（A、B 等がある場合はアルファベットが最後のもの）の最も医療資源を投入した傷病名の脳梗塞 ICD10 の上 3 桁で集計する。院内発症の脳梗塞においては発症日を開始日とする（他疾患によるもともとの入院日ではない）が、この日付けは一般には様式 1 にはないため集計が難しい場合は対象外として症例数等を別記してもよい。

ICD-10	傷病名	発症日から	症例数	平均在院日数	平均年齢	転院率
G45\$	一過性脳虚血発作および関連症候群	3 日以内				
		その他				
G46\$	脳血管疾患における脳の血管（性）症候群	3 日以内				
		その他				
I63\$	脳梗塞	3 日以内				
		その他				
I65\$	脳実質外動脈の閉塞および狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの	3 日以内				
I66\$	脳動脈の閉塞および狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの	3 日以内				

	たもの					
I675	もやもや病<ウイルス 動脈輪閉塞症>	3日以内				
I679	脳血管疾患, 詳細不明	3日以内				
		その他				

解説文

6) 診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数トップ3

診療科別に手術件数の多い順に上位3術式について、症例数、術前日数、術後日数、平均年齢、転院率、患者用パスのURLを示す。

定義：手術術式の点数表コード（Kコード）による集計であるが、輸血関連（K920\$）は除外する。創傷処理などの軽微な手術（要検討）、加算も除外する。同一のKコードで複数の部位が対象となる手術は、DPCコードを使用して部位別に集計すること。

術前日数は初回の様式1開始日から手術日まで（手術日当日は含まない）の日数、術後日数は手術日（手術日当日は含まない）から最終的な退院日までとする。転院の定義は指標2）と同じである。

術式名称は医科点数表の定めるものを用いるが、市民にとって分かりやすいよう別記しても良い。患者用パスはそのURLを埋め込み、クリックにより別ウィンドウに展開・表示できることとする。患者用パスがない場合は「なし」と明記する。パスが一入院全体を対象としない場合は、その旨を記載する。

表示例

【消化器外科】

Kコード	名称 (部位)	症例数	平均術 前日数	平均術後 日数	転院率	平均 年齢	患者用パ ス(URL)

--	--	--	--	--	--	--	--

解説文

7) その他

医療の質の改善に資するため、临床上ゼロにはなりえないものの少しでも改善すべきものとして、あるいは様式1の精度向上を図るため、敗血症（DPC 180010）、播種性血管内凝固（DPC 130100）、手術・術後の合併症（DPC 180040）、その他の真菌症（180035）について、入院契機病名（DPC6 桁レベル）の同一性の有無を区別して患者数と発生率を示す。

定義：個々の様式1（子様式がある場合は子様式）の最も医療資源を投入した傷病名が播種性血管内凝固（DPC 130100）、敗血症（DPC 180010）、その他の真菌症（180035）、手術・術後の合併症（DPC 180040）について患者数をカウントし、全患者に対する発症率を記述する。

一般病棟以外との転棟・再転棟等により一入院に複数の様式1が発生した場合は、個々の様式1（いわゆる子様式1）を1カウントとし（三日以内再入院を除く）、複数の様式1があった場合の統合として存在する統括診療統括番号が0、A、B等の様式1（いわゆる親様式1）はカウントしない。すなわち支払い単位に準じたカウントの仕方である。よって、支払いとして一入院と考える一般病棟における同一DPCの三日以内の再入院は合わせて1カウントとする。また精神病棟の様式1はカウントしない。

発症率は全カウントで対象のカウントを除いて100を掛けたものである。小数は2桁までとする。

入院契機病名が必ずしも同一ではないが、腹膜炎や重症肺炎等の敗血症や播種性血管内凝固症候群に陥りやすい疾患群も存在する。その際にも入院契機は「異なる」と分類されるが、その内訳については解説に十分に述べると良い。また、手術・処置等の合併症についても、誤解を与えないようその内訳を説明に記すことを推奨する。このDPC群は本来の医療と adverse event としての医療が混在している。

DPC	傷病名	入院契機	患者数	発症率 (%)
130100	播種性血管内凝固症候群	同一		

		異なる		
180010	敗血症（1才以上）	同一		
		異なる		
180035	その他の真菌症	同一		
		異なる		
180040	手術・処置等の合併症	同一		
		異なる		

<p>説明文</p>

以上

検討すべき事項

- ① 対象患者から労災、自賠責、自費等併用した場合は除外することによいか。
(ア) 様式4で判断可能。
(イ) 救急部の評価には自賠責や労災も必要ではないか。
- ② 臓器移植や新規の高額薬剤の使用等で、厚生労働大臣が定める患者として DPC 除外となった患者は集計対象にするか。
(ア) 臓器移植は様式1で判断できる。
(イ) 新規の高額薬剤使用は様式1では判断できない。→F ファイル
- ③ 24時間以内の死亡患者は対象とするか(様式1はあるが DPC 除外)。
- ④ 一般病棟から精神病棟に転棟した場合(精神病棟での加療は一連のものとは考えにくい場合がある)、
(ア) 一入院としての在院日数は精神科病棟への転棟日までとするか?
(イ) 精神病棟退院日までとするか?
- ⑤ ④で(ア)精神病棟に転棟した日までを在院日数と考えた場合、精神科病棟への転棟は転院とみなしてよいか。また、一般病棟→精神病棟→一般病棟の転棟があった場合、後半の一般病棟への転棟は別な入院と考えることによいか。
- ⑥ 診療科別手術として除外すべき軽微な手術についての基準をどう考えるか(〇〇点以下は除外とする、など)。
- ⑦ 一入院で複数回の手術があった場合、術前、術後日数はどのように考えるべきか。白内障の両眼手術のように同一手術と異なる手術の場合がある。
(ア) 同一手術の場合は、それぞれを1カウントと考え、術前日数は入院日から初回手術まで、術後日数は最後の手術から退院日までによいか。
(イ) 異なる手術の場合はどう考えるべきか。
- ⑧ 同一手術において複数の手術手技を行った場合、主たるもののみカウントの対象とするか、従たるものもカウントするか。
- ⑨ 「その他」の指標で、医療の質あるいは様式1の精度向上を図る上で有効な DPC は他にないか? 不全系の DPC はどうか(心不全、呼吸不全、腎不全)。

わたしたちの診療の足あと (全国統一 臨床指標)

臨床指標とは

年齢階級別
退院患者数

診療科別
症例数TOP3

5大がんの
病期分類別症例数

肺炎の
重症度別症例数

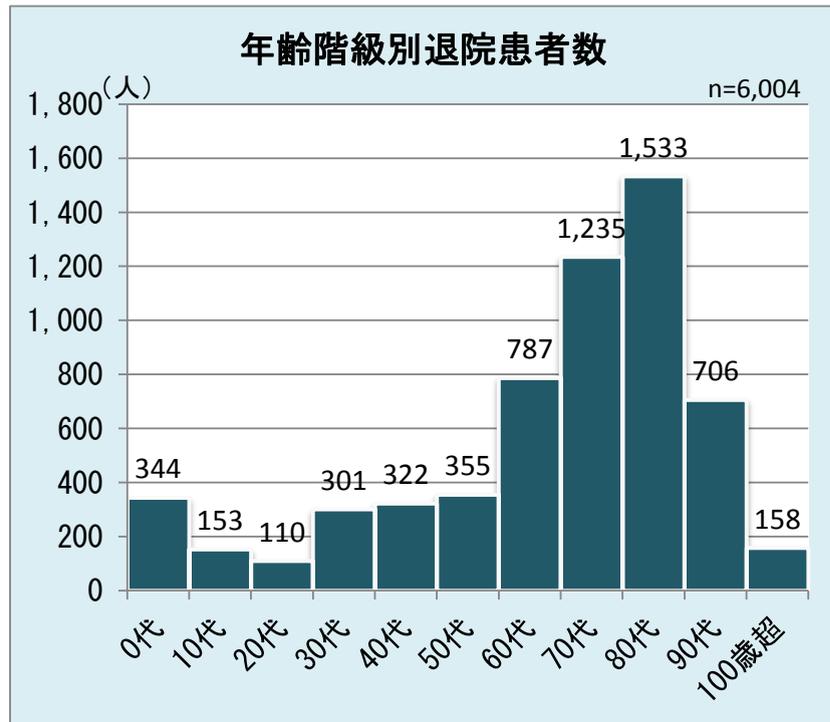
脳梗塞の症例数

診療科別 主要手術の
症例数TOP3

合併症の発生率

年齢階級別退院患者数 (平成23年度)

平成23年度中に当院を退院した患者さんの年齢を10歳刻みで集計しました。退院患者の年齢構成を調べると、その病院の特徴をある程度調べることができます。例えば若い患者さんが多い病院では、入院期間が短かったり病気が重症化しづらいといった傾向があったり、0歳児が多い病院では周産期医療(妊娠後期から新生児早期までの出産に関連する医療)に力をいれているといったことがつかめます。また、他の臨床指標を見る上でのひとつの参考にもなります。



※平成23年度に退院した患者を対象としています
※一般病棟に入院した時点での年齢で集計しています

当院は、地域の中核病院として幅広い年齢層の患者様にご利用いただいております。その中でも特にがん診療を中心とした医療をしていることから60代以上の患者様の割合が多い傾向があります。一方で周産期医療にも力をいれているため、新生児・乳幼児も比較的多く扱っていることがわかります。

わたし達の診療の足あと (全国統一 臨床指標)

臨床指標とは

年齢階級別
退院患者数

診療科別
症例数TOP3

5大がんの
病期分類別症例数

肺炎の
重症度別症例数

脳梗塞の症例数

診療科別 主要手術の
症例数TOP3

合併症の発生率

5大がんの病期分類別 症例数 (平成23年度)

日本で現在最も罹患数の多い5つのがん(肺がん・胃がん・肝がん・乳がん)の**病期(ステージ)**ごとの症例数を集計しました。なお、再発がんは症例数のみを別に集計しています。

がんの症例数をみることで、その病院がどの程度がん治療に積極的に治療をしているかを知ることができます。また、病期分類別にみることによってその病院の診療の幅広さを知ることができます。

5大がんの病期分類別 症例数

(単位：人)

	初 発					再発
	I	II	III	IV	不明	
胃がん	51	36	44	23	--	22
大腸がん	82	51	23	21	11	30
乳がん	62	42	31	30	--	82
肺がん	--	0	0	--	10	--
肝がん	--	--	11	--	--	--

※平成23年度に退院した患者を対象としています

※集計期間内に何度入院しても1症例を1件として集計しています

※10症例以下は個人情報保護のため表示していません

[集計方法の詳細な定義](#)

当院は、胃がん・大腸がん・乳がんに対する治療を積極的に診ています。特に乳がんにおいては地域で唯一の乳腺外科があり、積極的な治療を行なっています。

また緩和ケア病棟を有していることから、手術だけでなく疼痛管理をはじめ終末期の治療についても幅広くカバーし、ステージⅢやⅣといった症例についても積極的に診療をしています。