

診療報酬調査専門組織・D P C 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
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
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
櫻村 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	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	独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院長
小山 信彌	東邦大学医学部特任教授
嶋森 好子	公益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 D P C 委員長
福岡 敏雄	公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 総合診療科主任部長
伏見 清秀	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学講座 医療政策情報分野教授
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
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

平成 25 年度特別調査（ヒアリング）の結果報告について（案）

平成 25 年 10 月 30 日 DPC 評価分科会において、平成 25 年度特別調査（ヒアリング）が実施された。

1. 救急医療入院について

[概要]

様式 1 「救急医療入院あり」の割合が「高い」医療機関をヒアリングに招聘した。

[ヒアリング対象医療機関]

1 様式 1 の救急医療入院の割合が「高い」

- ・ 医療法人社団徳成会八王子山王病院
- ・ 公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター

[医療機関の主な意見]

1 様式 1 の救急医療入院の割合が「高い」

- ・ 予定外の入院患者のほとんどを救急医療入院として取り扱っている。
- ・ 救急車で来た患者、施設の自家用車で来た患者全員を救急医療入院として取り扱っている。
- ・ 高齢者の肺炎、骨折等を救急医療入院として取り扱っている。
- ・ 呼吸不全に関しては、サチュレーションが 90% を切っている患者を救急医療入院として取り扱っている。
- ・ 最初に患者を診た医師が救急医療入院に該当するかを判断し、レセプトを作成する際に医事課がチェックしている。
- ・ 救急医療入院で入院した小児患者の平均在院日数は 4 ～ 5 日である。
- ・ 発熱、呼吸不全、代謝障害、脱水の患者等を「310 その他上記の要件に準ずるような重篤な状態」として取り扱っている。

[主な指摘事項]

- ・ 「救急医療入院あり」の割合が、出来高で算定される「A205 救急医療管理加算」の算定割合とあまりにも大きな乖離があるのは不適切なのではないか。
- ・ 小児患者はオーバートリートメントになりやすいのは理解できるが、4 ～ 5 日で退院できる患者が「救急医療入院」に該当するような重篤な状態であるかについては疑問がある。

2. 後発医薬品の使用について

[概要]

後発医薬品の使用割合が「高い」医療機関と「低い」医療機関をヒアリングに招聘した。

[ヒアリング対象医療機関]

1 後発医薬品の使用割合が「高い」

- ・独立行政法人国立病院機構九州がんセンター

2 後発医薬品の使用割合が「低い」

- ・順天堂大学医学部附属静岡病院

[医療機関の主な意見]

1 後発医薬品の使用割合が「高い」

- ・ 国立病院機構の後発品導入の目標値があるため、薬剤課が主導して積極的に後発医薬品を導入している。
- ・ 後発品の適応が先発品と違う場合は先発品と併用して採用し、適応が全く同じである場合は後発品のみで切り替えている。
- ・ 後発医薬品に切り替える際、DPC で包括になる薬剤なのか出来高算定となる薬剤なのかは特に意識はしておらず、包括部分と出来高部分での先発・後発の割合にそれほど違いはない。

2 後発医薬品の使用割合が「低い」

- ・ 経営の観点からは後発医薬品を導入したいが、後発医薬品の採用は各診療科の判断に任せられているため、導入が進んでいない。
- ・ 群病院であるが、経営の観点から後発医薬品への置き換えは進めたいと考えている。
- ・ 後発医薬品に切り替えるのは有効性・安全性の観点から非常に心配であるが、後発医薬品を使用した場合であっても特に問題は起きていない。
- ・ 薬価と購入価の差が経営上問題になっており、実際に購入するときどのぐらい薬価と購入価に差があるかを調べ、後発品を採用した場合どの程度損が出るのかをチェックしている。

3. 入院時の持参薬について

[概要]

持参薬の使用割合が「多い」と考えられる医療機関と「少ない」と考えられる医療機関をヒアリングに招聘した。

[ヒアリング対象医療機関]

1. 持参薬の使用が「多い」と考えられる医療機関

- ・ 医療法人豊仁会三井病院
- ・ 独立行政法人国立病院機構弘前病院

2. 持参薬の使用が「少ない」と考えられる医療機関

- ・ 山梨大学医学部附属病院

[医療機関の主な意見]

1. 持参薬の使用が「多い」と考えられる医療機関

- ・ 入院時持参薬のある患者の割合は約 63.4%であった。
- ・ 病棟薬剤業務実施加算を算定し、病棟薬剤師の配置等の体制を構築することで、持参薬の安全な取り扱いができています。
- ・ 持参薬の使用を進めている一番の理由は、新たに処方するのが煩雑なことである。
- ・ 外科に入院する患者が内科の薬を飲んでいる場合、その内科の薬は持参してもらい、外科の薬は外科の医師が入院中に処方している。
- ・ 入院が予定されている場合は多少長目に処方することもある。
- ・ 予定入院で他院から転院してくる患者については、特に精神科の薬は院内の薬局に置いていない場合があるため、持参してもらうようにしている。

2. 持参薬の使用が「少ない」と考えられる医療機関

- ・ 持参薬の使用はインシデントの原因になりうるため、原則として用いない体制をとっている。
- ・ 病棟に薬剤師がいないので、持参薬の使用を増やすことが難しい。
- ・ 使われなかった持参薬は、退院後に継続して使用してもらうようにしている。
- ・ 持参薬を使用しないことによる病院の持ち出し分が年間約 8000 万円あると試算されるが、安全管理を最優先に考えているため、原則として持参薬を使用しない方針としている。
- ・ 剤形によっては、患者さんが院内採用品に切り替えるのを拒否する場合もあるので、そのような場合は持参薬を継続する。

[主な指摘事項]

- ・ 入院の目的とする疾患のための薬と、それとは異なるふだん飲んでいる高血圧のような薬では考え方が多少違うのではないか。
- ・ 持参薬を使用しないのは DPC 病院として理想的な体制ではないか。
- ・ 患者が普段飲んでいる薬を入院中に処方すべきか否かという観点よりも、患者が普段飲んでいる薬を入院時にきちんと把握すること自体が（適切な医療の提供のために）が最も重要なことではないか。
- ・ DPC 制度では「医療資源を最も投入した傷病名」1 つに基づいて支払いが行われるが、それ以外の傷病に対する薬剤等も包括された額の支払いが行われており、DPC 制度が「医療資源を最も投入した傷病名」以外の疾患に対する治療を入院中に行わないことを推奨しているものではなく、また「医療資源を最も投入した傷病名」以外の疾患に対する治療を持参薬で行うことを推奨しているわけではない。
- ・ 多くの病院では、外来処方薬と入院処方薬のカテゴリーを設けて管理しており、入院で使う採用薬品を絞ることによってかなり薬剤管理をスリム化させる例も考えられるが、外来でよく使われる慢性期で使われるような薬剤を入院中も全部処方するとなると、薬剤部門は管理が大変になるのではないか。
- ・ 医療安全という意味では、病棟に薬剤師を配置した方が良いのではないか。

平成 25 年度特別調査（ヒアリング）について

概要

次回診療報酬改定（平成 26 年度）に向けた算定ルール、機能評価係数 等の適切な見直しに向けて、合計 7 医療機関により意見交換（ヒアリング）を実施する。平成 25 年 9 月 20 日の DPC 評価分科会において、よりよいヒアリング調査を実施するためには、ヒアリングの目的やヒアリング後の対応等について明確にすべきではないかという意見があったため、目的・論点等について事務局で整理した。

調査方法

下記の計 6 の調査区分ごとに、DPC データを活用しそれぞれ 20 の医療機関を選定して調査票を配布し、その結果に基づきヒアリング対象医療機関を選定した。なお、調査区分 -2 については、「入力ルールを理解していなかった」、「救急医療入院に該当する入院患者が実際にいない」等の回答で占められており、ヒアリングに招聘しても「救急医療入院」の見直しに資するヒアリングができる可能性が低いと考えられたため、ヒアリングに招聘しないこととした。

【図表 1】調査票の配布状況

内容	調査区分	調査票 配布数	回答数	回答率
様式 1「救急医療入院」の入力について	-1 全入院患者に占める様式 1 の「救急医療入院あり」の割合が高い医療機関	20	20	100%
	-2 全入院患者に占める様式 1 の「救急医療入院あり」の割合が低い医療機関	20	20	100%
後発医薬品の使用について	-1 全入院患者において後発医薬品の使用割合（新指標による）（包括部分・出来高部分両方含む）の割合が高い医療機関	20	20	100%
	-2 全入院患者において後発医薬品の使用割合（新指標による）（包括部分・出来高部分両方含む）の割合が低い医療機関	20	20	100%
入院時の持参薬のあり方について	-1 予定入院症例において、包括範囲の内服薬の処方量が少ない（5%タイル値以下）症例の割合が高い医療機関	20	20	100%
	-2 予定入院症例において、包括範囲の内服薬の処方量が多い（95%タイル値以上）症例の割合が高い医療機関	20	20	100%
合計		120	120	100%
(いずれかの調査の対象となった医療機関数)		(113)		

各検討課題について

1. 様式1「救急医療入院」について

(1) 目的

様式1の「救急医療入院」の仕様、「救急医療指数」の算出方法等の適切な見直しに向けて、ヒアリング調査を行う。

(2) ヒアリングの論点(案)

現行の様式1の「(9)予定・救急医療入院」の仕様について、「310 その他上記の要件に準ずるような重篤な状態」も含め、どのように考えるか。
現行の「救急医療指数」の算出方法の仕様について、どのように考えるか。

(3) 集計値

(DPC対象病院+準備病院)平成24年4月~平成25年3月までのデータ

【図表2】全国集計値

	救急車による搬送ありの割合	310番の300番台に占める割合	A205救急医療管理加算の算定割合	救急医療入院の割合
DPC対象病院	15.10%	36.49%	16.1%	27.16%
DPC準備病院	14.67%	33.20%	15.3%	22.38%
全体	15.07%	36.33%	16.0%	26.89%

【図表3】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	救急医療入院の割合
1	医療法人社団 徳成会八王子山王病院	75.23%
2	公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター	73.93%

(4) 参考

様式1 3.入退院情報 (9) 予定・救急医療入院

- 「予定入院」の場合は“100”を、
「救急医療入院以外の予定外入院」の場合の入院は“200”を、
「救急医療入院」の場合は“3**”を入力する。
- 「予定入院」とは、予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まっていた場合の入院である。
- 「救急医療入院」とは、次に掲げる状態にある患者に対して、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたものを指す。
(参考：これらはA205 救急医療管理加算の患者要件と同一である。)
- 「救急医療入院」に該当する場合は、以下の数字を入力する。
 - 301 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
 - 302 意識障害又は昏睡
 - 303 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
 - 304 急性薬物中毒
 - 305 ショック
 - 306 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
 - 307 広範囲熱傷
 - 308 外傷、破傷風等で重篤な状態
 - 309 緊急手術を必要とする状態
 - 310 その他上記の要件に準ずるような重篤な状態

< 補足 >

本項は患者の状態像のみで「救急医療入院」に該当するかを判断する。すなわち、医療機関が施設基準を満たしていない若しくは医療機関が施設基準を満たしているが、輪番制の担当日でなく体制が整っていないため、A205の算定要件を満たさない等の理由により「A205 救急医療管理加算」が算定出来ない場合であっても、患者が要件を満たしている場合は「救急医療入院」とする。

「救急医療指数」の具体的な評価方法

1 症例あたり〔「救急医療入院」患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕

【調査票への回答の概要】

調査区分	結果 [()内は該当する医療機関数]
<p>-1 救急医療入院が「高い」医療機関 (20件)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣に救急の受入病院が無い(5) ・救急患者を365日24時間受け入れている(2次救急指定)(4) ・救急患者を受け入れることが周知されている(2) ・予定入院が少ない(4) ・高齢者が多い(3) ・様式1の入力方法の認識誤り <ul style="list-style-type: none"> - A205「救急医療管理加算」の算定した場合のみとしている(2医療機関) - 救急車の来院は全て「救急医療入院」としている など
<p>-2 救急医療入院が「低い」医療機関 (20件)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予定入院がほとんど(専門病院等)(7) ・救急には対応していない(がん診療連携拠点病院)(2) ・近隣に2次救急指定病院、救命救急センターがあり救急搬送が少ない ・労災・自賠責等の医科保険以外の症例が多い(様式1の件数が少ない) ・様式1の入力方法の認識誤り <ul style="list-style-type: none"> - 「A205 救急医療管理加算」の算定した場合のみとしている(6) - 「A205 救急医療管理加算」の施設基準を届出していない - 「予定入院」以外を全て「予定外入院」としていた(2)

診療報酬請求書等の記載要領について(平24.3.26保医発0326 2)

「入退院情報」「予定入院・緊急入院区分」について

予め当該医療機関に入院すること(入院日)が決まっていた場合は「1 予定入院」、それ以外の場合は「2 緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3 緊急入院(2以外の場合)」と記載すること。

2. 後発医薬品の使用割合について

(1) 目的

後発医薬品の使用割合による評価指数の適切な機能評価係数 への導入に向けて、ヒアリング調査を行う。

(2) ヒアリングの論点(案)

DPC 包括範囲で使用される薬剤と出来高範囲で使用される薬剤で、医療機関にとっての後発医薬品への置き換えのインセンティブはどのように異なるのか。
DPC/PDPS において、後発医薬品の使用を抑制する要因(調整係数等)はないか。

(2) 集計値

(DPC 対象病院 + 準備病院) 平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 3 月までのデータ

【図表 4】後発医薬品の使用割合の平均値

病院類型	包括範囲後発医薬品使用割合	出来高範囲後発医薬品使用割合	後発品使用割合全体
DPC 対象病院	43.4%	23.6%	39.9%
DPC 準備病院	36.4%	23.7%	34.2%
全体	43.0%	23.6%	39.6%

【図表 5】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	後発品使用割合全体
3	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	80.51%
4	順天堂大学医学部附属静岡病院	12.34%

なお、後発医薬品の使用割合は、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ(平成 25 年 4 月 5 日)」に基づき、後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェア(新指標)によって算出している。

【調査票への回答の概要】

調査区分	結果 [()内は該当する医療機関数]
<p>-1 後発医薬品の使用割合が「高い」医療機関 (20件)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ D P C 導入前から積極的である (6) ・ D P C 導入を契機に後発医薬品を促進した (4) ・ 患者負担や医療費の削減に努めている (3) ・ 国の施策等により後発医薬品を促進した (4) ・ その他 (6) <ul style="list-style-type: none"> -後発医薬品が存在する医薬品は後発医薬品を採用している -医局医師が後発医薬品の使用には積極的 -使用頻度の高い医薬品を後発医薬品に置き換えている など
<p>-2 後発医薬品の使用割合が「低い」医療機関 (20件)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品を使用する理由がない (12) ・ 後発医薬品が原因と思われる副作用があった (5) ・ その他 (5) <ul style="list-style-type: none"> -主に使用する医薬品のほとんどが先発品 -製造元などに在庫がなく急配に対応できない後発医薬品がある -後発医薬品の臨床データが少なく信用できない など

3. 入院時の持参薬について

(1) 目的

入院時の持参薬について、入院前の外来での処方等の実態についてヒアリング調査を行い、必要に応じて新たな規定を設ける等の対応を検討する。

(2) ヒアリングの論点(案)

入院中に使用する内服薬を当該病院の外来で処方することについてどのように考えるか。

入院中に使用する内服薬を他院で処方させ患者に持参させることについてどのように考えるか。

入院中に原則として持参薬を使用しないことについてどのように考えるか。

予定入院がある際の外来での適正な処方日数についてどのように考えるか。

(3) 集計値

(DPC 対象病院 + 準備病院) 平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 3 月までのデータ

【図表 6】入院中に処方された内服薬の処方量が少ない症例の割合の平均値

病院類型	包括範囲内服薬の処方割合が <u>少ない</u> 症例の割合
DPC 対象病院	2.26%
DPC 準備病院	1.53%
全体	2.22%

【図表 7】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	包括範囲内服薬の処方割合が <u>少ない</u> 症例の割合
5	医療法人 豊仁会 三井病院	15.46%
6	独立行政法人国立病院機構 弘前病院	13.39%

【図表 8】入院中に処方された内服薬の処方量が多い症例の割合の平均値

病院類型	包括範囲内服薬の処方割合 が <u>多い</u> 症例割合
DPC 対象病院	4.78%
DPC 準備病院	8.71%
全体	4.97%

【図表 9】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	包括範囲内服薬の処方割合 が <u>多い</u> 症例の割合
7	山梨大学医学部附属病院	19.95%

【調査票への回答の概要】

調査区分	結果 [() 内は該当する医療機関数]
-1 包括範囲の内服薬の使用割合が「低い」症例が多い医療機関 (20 件)	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬が少ない、使用量が少ない疾患を診療 (10) ・内服薬の持参を依頼している (5) ・他院又は他課から処方された内服薬を管理している (14) ・その他 (6) <ul style="list-style-type: none"> -内科的治療を多く行う診療科が少ない -入院前外来投与日数が長期投与 (30~60 日) である -医薬品の切り替えは患者の不満が生みやすい など
-2 包括範囲の内服薬の使用割合が「高い」症例が多い医療機関 (20 件)	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬を認めていない (5) ・後発医薬品の使用割合が高い (7) ・長期入院患者が多い (3) ・その他 (8) <ul style="list-style-type: none"> -退院時の内服薬を入院中に処方している -他院にて服用中の薬剤について処方できるものは処方している -入院期間を考慮しないで処方している など

ヒアリング対象医療機関について

通 番	調査 区分	都道 府県	医療機関名	DPC 算定 病床数 (総病床数)	参加年度	医療 機関 群
1	-1	東京	医療法人社団 徳成会八王子 山王病院	117 (157)	平成 21 年度 DPC 参加病院	群
2	-1	東京	公益社団法人地域医療振興協 会 東京ベイ・浦安市川医療 センター	170 (344)	平成 23 年度 DPC 参加病院	群
3	-1	福岡	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	411 (411)	平成 22 年度 DPC 参加病院	群
4	-2	静岡	順天堂大学医学部附属 静岡 病院	552 (552)	平成 23 年度 DPC 参加病院	群
5	-1	埼玉	医療法人 豊仁会 三井病院	77 (77)	平成 21 年度 DPC 参加病院	群
6	-1	青森	独立行政法人国立病院機構 弘前病院	342 (342)	平成 24 年度 DPC 参加病院	群
7	-2	山梨	山梨大学医学部附属病院	566 (606)	平成 15 年度 DPC 参加病院	群

調査区分

- 1 「救急医療入院あり」の割合が高い医療機関
- 2 「救急医療入院あり」の割合が低い医療機関
- 1 後発品の使用割合の割合が高い医療機関
- 2 後発品の使用割合の割合が低い医療機関
- 1 包括範囲の内服薬の使用量が少ない症例の割合が高い医療機関
- 2 包括範囲の内服薬の使用量が多い症例の割合が高い医療機関

機能評価係数Ⅱの見直しについて（その3）

平成26年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論を踏まえ、機能評価係数Ⅱの現行6項目の見直しについて具体的な検討を行う。

1. データ提出指数

(1) これまでの主なご意見等

【適切な副傷病名の記載】

- ツリー図の中で支払いに関係のある副傷病名はレセプトの中には全部記載することとされており、様式1にも書くことになっているにもかかわらず、様式1には必ずしも記載されていないので様式1に書くことを評価すべきではないか。
- 支払いにかかわりのない副傷病名であっても、医療資源投入量を評価する観点から、治療経過に大きく影響を与えるような重要な副傷病名があり、そういった副傷病名の情報が今後の制度設計に必要なのではないか。
- 副傷病名はDPC分類の精緻化において重要な情報であり、病名の質を高めていくことは大きな課題であるが、単純に副傷病名の記載の数だけの評価すると、いわゆるレセプト病名の復活のような形でとにかく数さえ入れればいいということになってしまい、データの質が落ちる懸念があるため、質を確保する方法を考えるべきではないか。
- 副傷病名の質を保つ方策として、例えば支払いに関係する病名と関係しない病名の数をそれぞれ集計してその比率を見るという方法が考えられるが、その比率によっていきなり減点の対象にするのではなくて、そういうものをきちんと集計し公表して、時間をかけて改善を図っていくのが良いのではないか。

【データ属性等の適切な記載】

- 郵便番号については、入院時の郵便番号を記載することになっており、入院の最初に注意して入れるよう周知することが必要なのではないか。

【様式間の矛盾のない記載適切な記載】

- 様式1においては入院期間が10日だが、EFファイル上の入院基本料は9日しか出ていないようなデータが数パーセント発生している医療機関があり、そのような分析対象とならないデータは提出していることにならないと考えられるので、例えばそのようなデータが1%以上出現する場合減点するというような評価方法をとるべきではないか。

【データ提出指数の概念に関する意見】

- 「データ提出指数」はできた当初は意義があったと考えられるが、適切なデータを提

出できる医療機関が大半を占めるようになってきたこと、また適切な DPC データを提出するということは DPC 病院の施設基準であり、「A245 データ提出加算」の算定要件となっていることから、DPC データを正しく提出することは適切な保険診療という観点から当然のことであることも踏まえ、単に DPC データの提出に関する内容だけで評価指数をつくるということよりも、適切な保険診療全般を評価する指数に概念を拡大し、保険診療指数に名称を変更することを考慮しても良いのではないか。

- 各 DPC 病院が自院の保険診療の質を高めようと努力するのは当然として、例えば、行政が行うさまざまなことに対して指導医や指導医療官などの医師を派遣することといった、日本全体の適切な保険診療に対する貢献・協力というものも評価してもよいのではないか。

(2) データ提出指数の評価の考え方・名称の見直しについて (案)

① 現行の考え方

- データ提出指数は、提出された DPC データの質を評価する指数となっている。

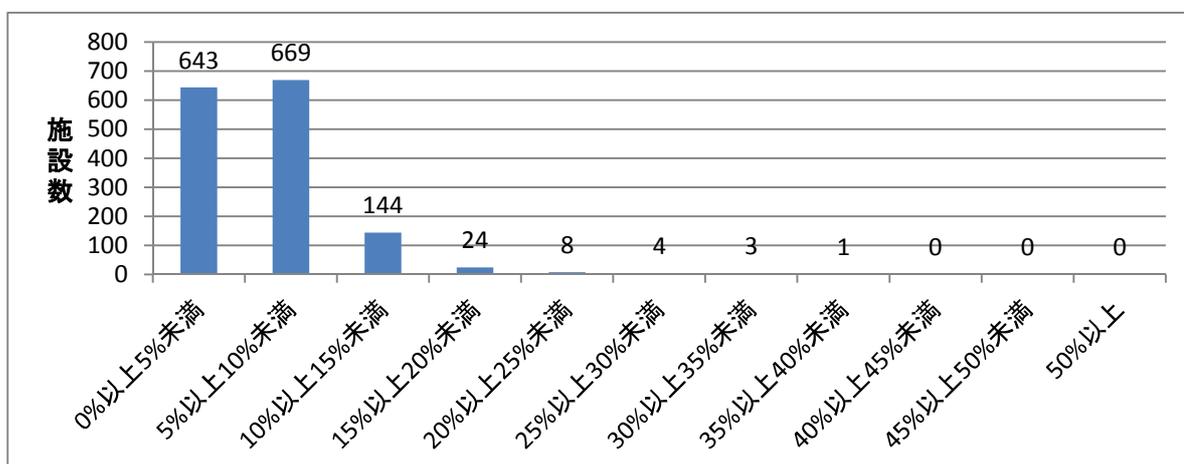
[論点]

- 適切な DPC データを提出できる医療機関が大半を占めるようになってきたこと、また適切な DPC データの提出は DPC 制度への参加要件となっており、適切な保険診療の一部であることを踏まえ、データ提出指数は適切な保険診療の実施や推進を評価する指数に概念を拡大することとし、名称について「データ提出指数」から例えば「保険診療指数」に名称を変更することとしてはどうか。

(3) 「部位不明・詳細不明コード」(いわゆる「.9コード」)の使用割合について

- ① 現在、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が 20%以上の医療機関の指数を 5%減点している。

○ 部位不明・詳細不明コードの使用割合による医療機関ヒストグラム



- 平成 25 年 7 月 26 日の DPC 評価分科会で報告された平成 24 年度特別調査（アンケート調査・ヒアリング調査）において、各医療機関で年 2 回開催することとされている「適切なコーディングに関する委員会」で「部位不明・詳細不明コード」の使用割合がテーマとして取り上げられることが多い傾向が認められる等、当該評価方法が適切なコーディングを進めるための有効なインセンティブとなっていることが示されている。

[論点]

- 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価方法は、引き続き継続することとしてはどうか。
- 現在カットオフ値となっている「20%」という現在の基準について、どのように考えるか。
- 「5%」という指数の減算幅を「10%」にすることについてどのように考えるか。

(4) 新規評価項目（案）

- これまでの議論に基づき、以下の新規評価項目（案）について基礎集計等を行った。

- (ア) 適切な副傷病名の記載について
- (イ) データ属性等の適切な記載
- (ウ) 様式間の矛盾のない記載
- (エ) 未コード化傷病名率
- (オ) 適切な保険診療の普及のための取組の評価

(ア) 適切な副傷病名の記載

いわゆる副傷病名とは、「入院時併存傷病名（４つ）」と「入院後発症疾患名（４つ）」を指す。

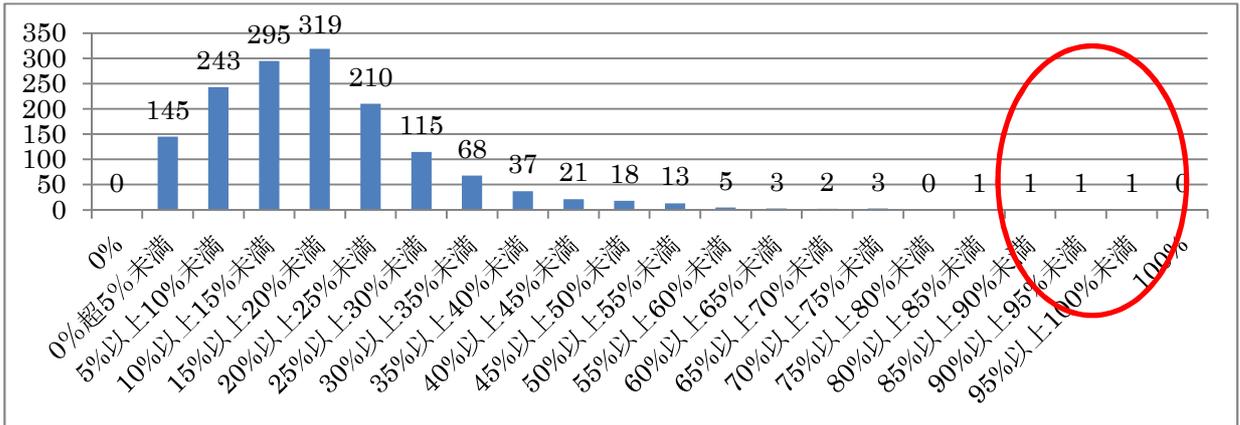
【DPC 調査様式 1（簡易診療録情報）の入力要領】

調査項目	留意事項
主傷病名	退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。
入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名を入力する。
医療資源を最も投入した傷病名	入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。
医療資源を２番目に投入した傷病名	医療資源を２番目に投入した傷病名は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
入院時併存症名（最大４つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>慢性腎不全</u> 3. <u>血友病・HIV 感染症</u> 4. <u>併存精神疾患</u>
入院後発症疾患名（最大４つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>術後合併症</u>

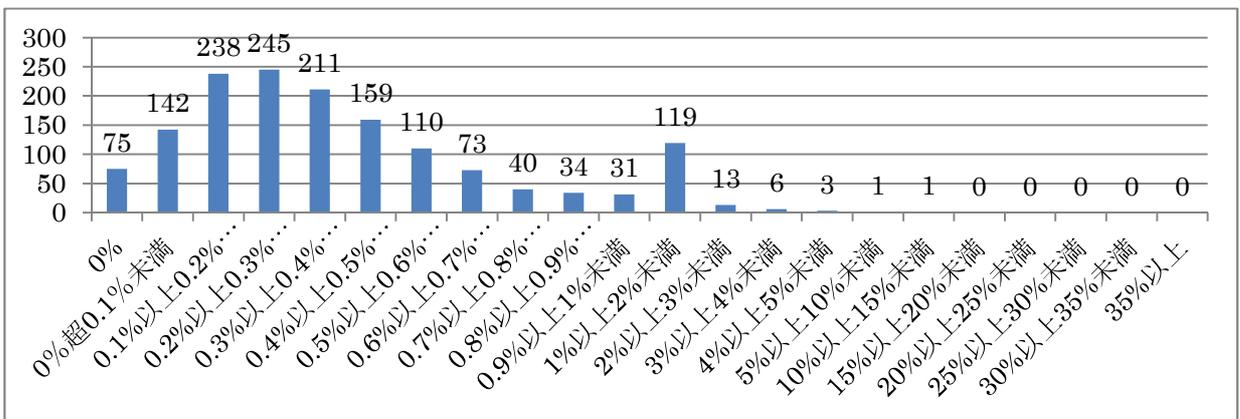
【DPC レセプトの記載要領】

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	医療資源を最も投入した傷病名を記載する。
②「副傷病名」欄	（診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。）
③「傷病情報」欄	・退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。
・主傷病名	医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として１つ記載する。
・入院の契機となった傷病名	今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を１つ記載する。
・医療資源を２番目に投入した傷病名	医療資源を２番目に投入した傷病名を１つ記載する。
・入院時併存傷病名（最大４つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大４つまで記載する。
・入院後発症傷病名（最大４つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大４つまで記載する。

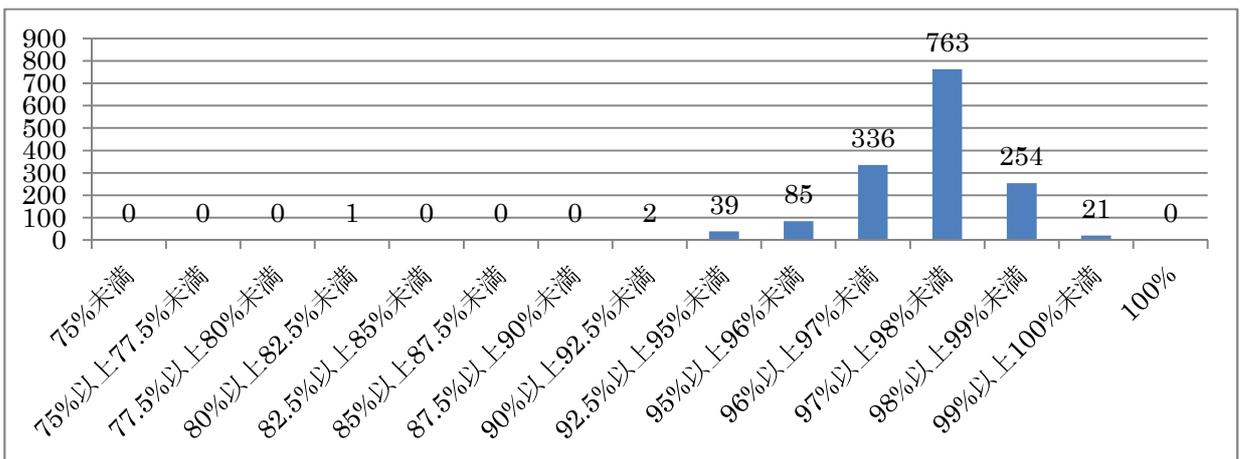
① 副傷病名の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



② 支払いに関係ない副傷病の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



③ 支払いに関係のない副傷病名 / (支払いに関係のある副傷病名 + 支払いに関係のない副傷病名) の医療機関ヒストグラム



[論点]

- 上記のような集計結果を踏まえ、副傷病名の記載に関する評価手法の導入についてどのように考えるか。
- 副傷病名の記載に関する医療現場の実態については、今後ヒアリング調査の実施等を検討することとしてはどうか。

(イ) データ属性等の適切な記載

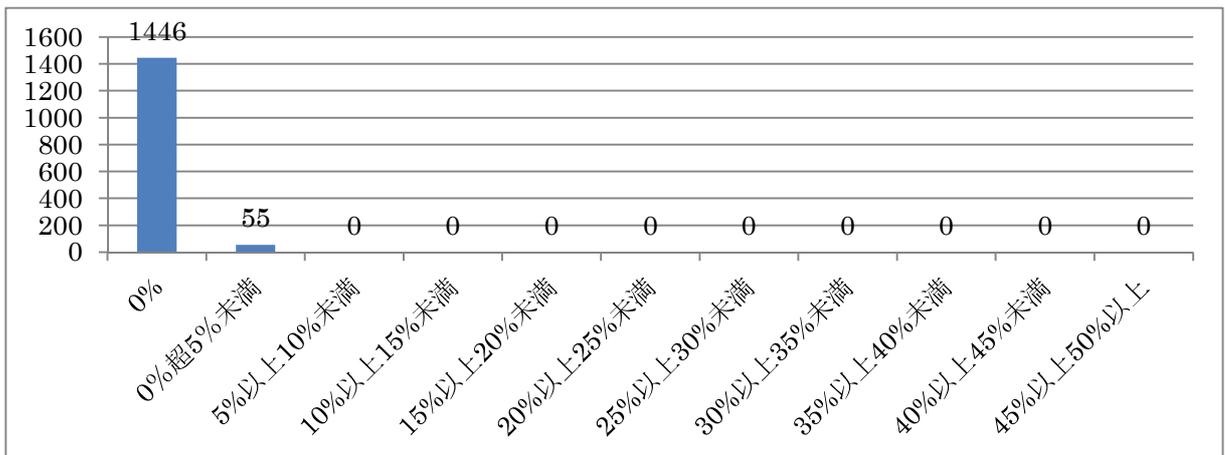
- 一連の入院（転棟時を含む）で提出される様式1（親様式、子様式）においてデータ属性等の記載が異なる症例をカウント。

割合	医療機関数
0%	1497
0%超 5%未満	4
5%以上	0

割合	医療機関数
0%	1458
0%超 5%未満	43
5%以上	0

割合	医療機関数
0%	1492
0%超 5%未満	9
5%以上 10%未満	0

④ ①～③いずれかが異なる場合の医療機関ヒストグラム



[論点]

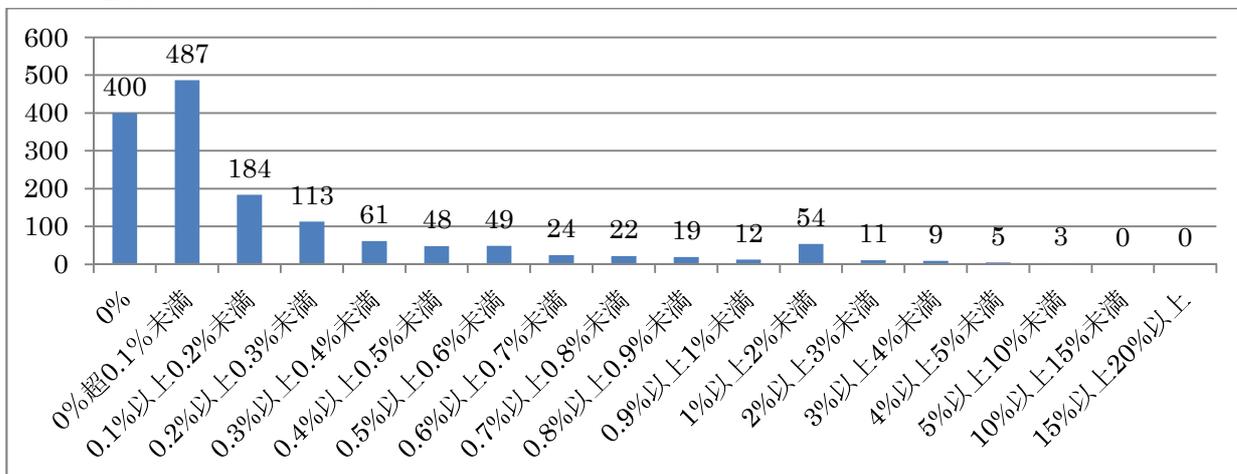
- ①～③のいずれか矛盾があるデータが一定以上ある場合指数を減点する評価方法を導入することとしてはどうか。

(ウ) 様式間の矛盾のない記載

① 様式 1 と EF ファイルの矛盾

・様式 1 における入院期間と、EF ファイルにおける入院基本料の算定回数に違いがあるデータをカウント。

(※「医科保険分のみ」以外の症例、入院 180 日超えの症例、短期滞在手術基本料を算定する症例は除外している)



② 様式 4 と EF ファイルの矛盾

・様式 4 で医科保険のみとなっているにも関わらず、EF ファイルにおいて先進医療の実施がレコードされているデータをカウント。

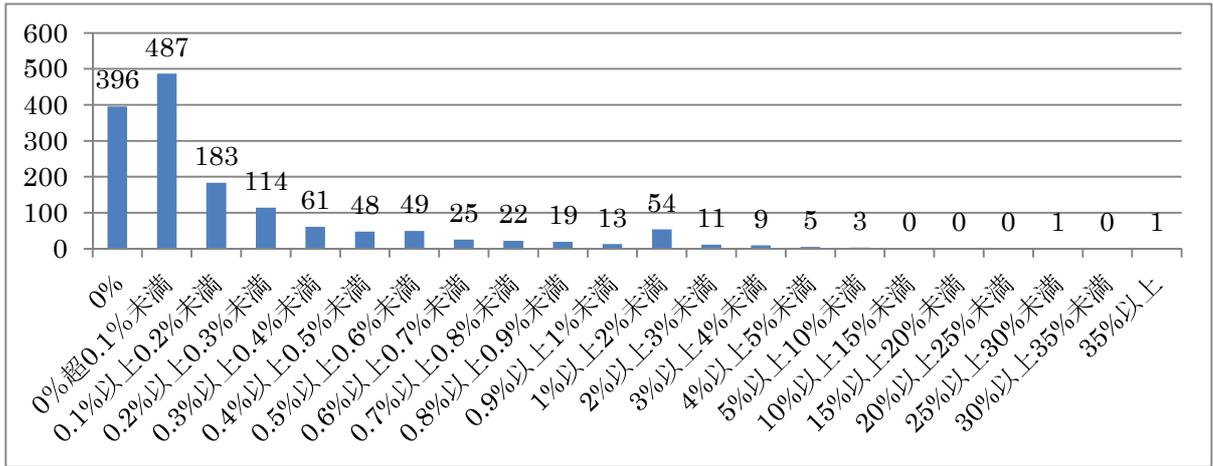
②様式 4 と EF ファイル	
割合	医療機関数
0%	1493
0%超 5%未満	8
5%以上	0

③ D ファイルと EF ファイルの矛盾

・D ファイルと EF ファイルで算定されている入院基本料が異なるデータをカウント。

③D ファイルと EF ファイル	
割合	医療機関数
0%	1491
0%超 5%未満	8
5%以上	2

④ ①～③のいずれかに該当する場合



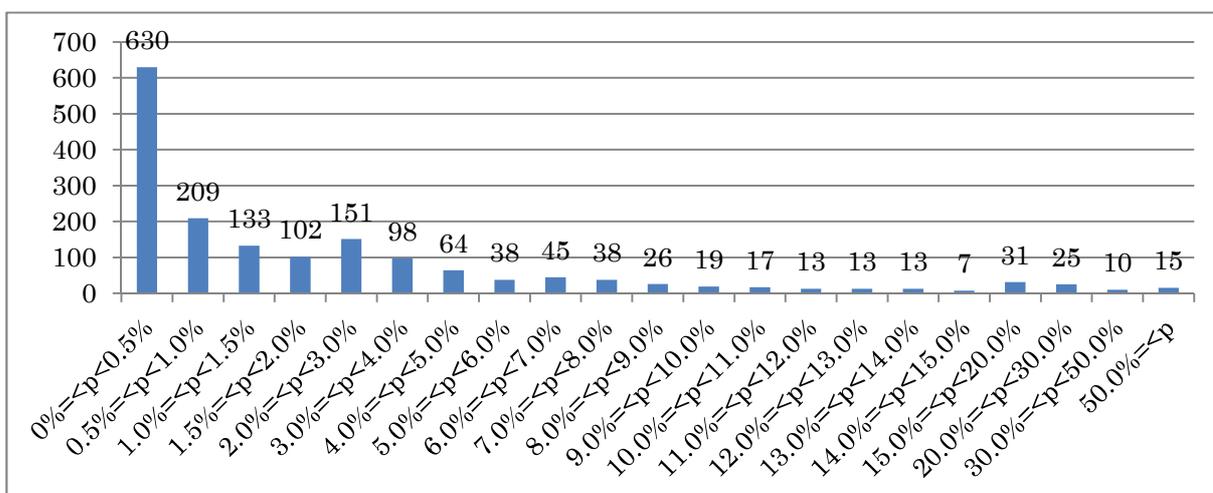
[論点]

- ①～③のいずれか矛盾があるデータが一定以上ある場合指数を減点する評価方法を導入することとしてはどうか。

(エ) 傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトによる請求

- 「規制改革推進のための3カ年計画（平成21年3月31日閣議決定）」において、定められた傷病名コードにない名称がレセプトの病名に使用され、蓄積されたデータの有効な活用の妨げとなっていることが指摘されたことに基づき、厚生労働省は原則として傷病名コードに記載されたものを用いるよう周知している。
- 傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率は、全体としては減少傾向であるものの、依然として非常に高い医療機関がある。

【参考：全国のDPC対象病院+準備病院の未コード化傷病名率のヒストグラム】



[論点]

- 適切な傷病名を用いたレセプトで請求することは、適切な保険診療の一部であることから、傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率が一定の割合より多い場合、指数を一定割合減点する評価方法を導入することとしてはどうか。
- 各医療機関のレセプトの未コード化傷病名率の算出においては、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用することとしてはどうか。

(オ) 適切な保険診療の普及のため取組の評価

- 平成 24 年 7 月 26 日の DPC 評価分科会で報告された適切なコーディングに関する平成 24 年度特別調査において、適切なコーディングに推進のために、
 - 特にコーディングの最終的な決定者である医師が、ICD（国際疾病分類）を含め、DPC/PDPS について理解を深めること。
 - 「適切なコーディングに関する委員会」を規定で定められている年 2 回だけでなく頻回に（可能であれば毎月）開催し、より適切なコーディングを議論する場として有効に活用すること。
- が課題として示された。

[論点]

- 以下の評価方法を導入することについてどのように考えるか。
 - ① 「適切なコーディングに関する委員会」の毎月の実施の評価
 - 全医師を対象とする DPC コーディングを含む保険診療に関する研修を年 2 回程度実施している医療機関や、「適切なコーディングに関する委員会」を毎月開催している医療機関等について、指数を加算する評価方法を導入することとしてはどうか。
 - ② 厚生労働省指導医療官の交流等の評価
 - 医師の教育機能を担うと考えられる I 群病院（大学病院本院）において、医療保険制度を熟知した医師を養成し適切な保険診療に関する教育の普及を図る必要があるが、日常的な診療を行うのみでは一定の限界があると考えられることから、医療機関が厚生労働省指導医療官又は保険指導医を一定期間派遣した場合等について、指数を加算する評価方法を I 群（群別評価）に導入することとしてはどうか。
- ※ 厚生労働省指導医療官について
厚生労働省職員として、保険診療に関する指導（保険者、審査支払機関、保険医療機関等に対する診療報酬の疑義解釈、点数表解釈等に関する指導や助言）、指導監査業務を行う。

2. 効率性指数

(1) これまでの主なご意見等

① DPC 評価分科会、中医協で上がった意見

- 効率性指数はいわゆるケースミックス分析に基づいて重症度とあわせて退院日数の短縮を図る重要な指数であるので、後発医薬品の評価をするのであれば別立ての指数とした方が良いのではないかと。
- 仮に後発品の使用割合による評価指標を機能評価係数Ⅱに導入する場合であっても、「効率性」という言葉の意味から考えて、現行の効率性指数の中に入れるのは妥当ではないのではないかと。
- 入院の薬剤全部を評価対象としてしまうと、入院の包括部分が含まれることになり二重評価であるという指摘が出る可能性もあるので、出来高部分だけに限定するほうが国民の理解が得られやすいのではないかと。

(2) 現状

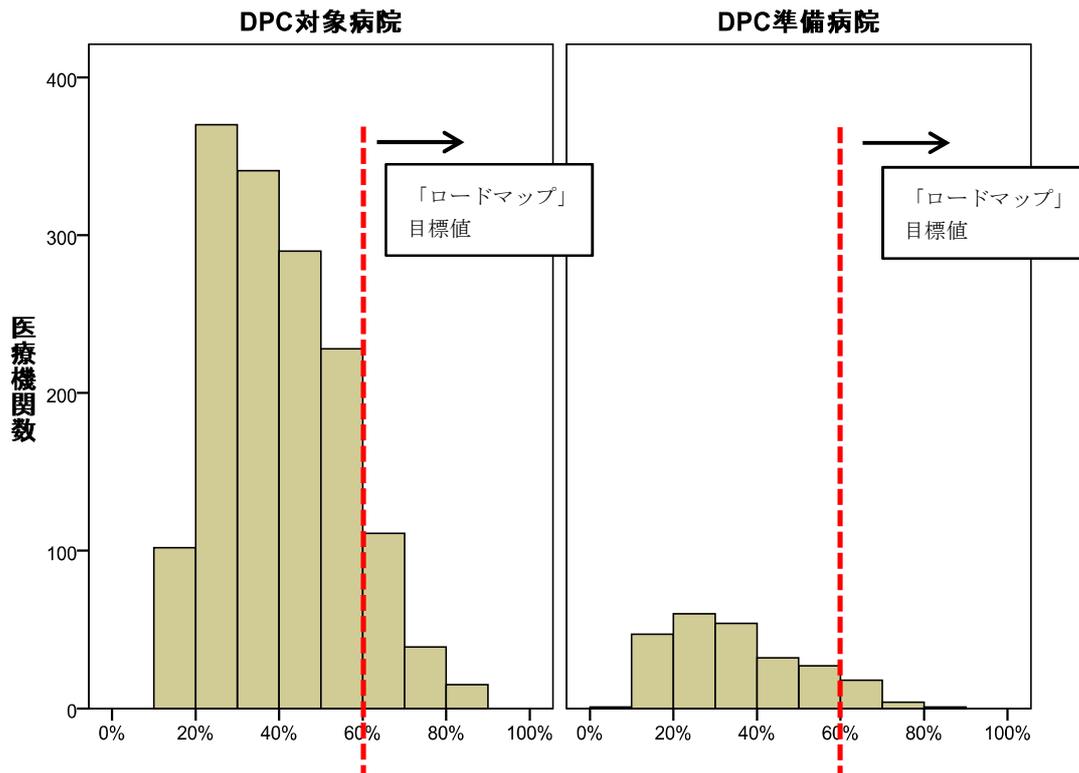
【参考：後発医薬品使用割合（新指標）に関する基礎集計】

	包括範囲後発医薬品使用割合	出来高範囲後発医薬品使用割合	全体
DPC 対象病院	40.7%	30.1%	37.2%
DPC 準備病院	34.2%	28.3%	32.5%
全体	40.3%	30.0%	36.9%

(※平成 25 年 10 月 30 日 DPC 評価分科会の際に後発医薬品の数量を算出した仕様から修正している)

【包括部分と出来高部分の薬剤の数量比】

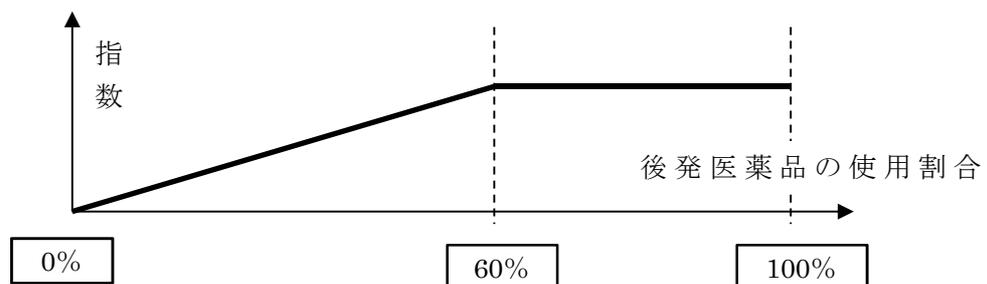
	包括部分数量割合	出来高部分数量割合	全体
DPC 対象病院	73.4%	26.6%	100.0%
DPC 準備病院	73.8%	26.2%	100.0%
全体	73.4%	26.6%	100.0%



[論点]

- 後発医薬品の使用割合による評価方法は、効率性指数の中に導入するのではなく、7項目の新規項目として別建てで評価することとしてはどうか。
- 評価対象とする薬剤の範囲についてどのように考えるか。
 [案1] 入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分）を対象とする
 [案2] 出来高部分（退院時処方、手術中に用いられる薬剤等）のみ対象とする
 [案3] 包括部分と出来高部分は1：1の重みで評価する
- DPC データを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かし、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価することとしてはどうか。

[評価のイメージ（案）]



5. 救急医療指数

(1) ヒアリング調査からの考察

- 様式1の「救急医療入院」に該当するか否かの判断については、医療機関によって解釈に差があるものと考えられる。

[論点]

- 救急医療指数の評価対象となる「救急医療入院」の有無について、医療機関ごとの患者重症度の判断のばらつきを抑えるため、救急医療指数の評価対象についてレセプト審査との整合性を高める観点から、下記の通り算定方式を見直すこととしてはどうか。

[現行]

1 症例あたり〔「救急医療入院」患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕

⇒ [変更案]

1 症例あたり〔下記の①または②の要件を満たす患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕

- ① 「救急医療入院」かつ「A205 救急医療管理加算」を1日以上算定している症例
(但し、「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得してない施設は「救急医療入院」の症例とする)
- ② 「救急医療入院」かつ以下のいずれかの特定入院料（もしくは差額加算）を入院初日から1日以上算定している症例
 - ・「A300 救命救急入院料」
 - ・「A301 特定集中治療室管理料」
 - ・「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」
 - ・「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」
 - ・「A301-4 小児特定集中治療室管理料」
 - ・「A302 新生児特定集中治療室管理料」
 - ・「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」

【参考集計】

救急医療にかかる入院料等	救急医療入院 の全症例に占 める算定割合	施設基準取得 医療機関数 (全 1496 病院)
A205 救急医療管理加算	84.28%	1424
A300 救命救急入院料	6.18%	233
A301 特定集中治療室管理料	4.20%	587
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	2.44%	260
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0.94%	87
A301-4 小児特定集中治療室管理料	0.00%	1
A302 新生児特定集中治療室管理料	0.58%	192
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	1.38%	96

6. 地域医療指数

(1) これまでの主な意見等

- 死亡順位第2位のいわゆる心疾患、急性心筋梗塞の評価の導入を検討すべきではないか。
- 疾病別の定量評価について、例えばがんについては実態として治療が2次医療圏で完結するとは限らないので、所属医療圏におけるシェアによって評価するのは難しいのではないか。
- 現行の定量評価指数は、特別な医療機関を評価するような意味の定量評価になっており、疾患別の評価に変えると矛盾が生じる可能性があるため、定量評価自体は現状維持で良いのではないか。

(2) 定量評価指数について

① 現行の評価方法

定量評価指数		
	所属医療圏における患者シェア (Ⅰ・Ⅱ群) 3次医療圏 (Ⅲ群) 2次医療圏	評価に占めるシェア
①	小児 (15歳未満)	1/4
②	上記以外 (15歳以上)	1/4

シェアの考え方：

[当該医療機関の所属地域における担当患者数] / [当該医療機関の所属地域における発生患者数]

[論点]

- 現行通りの評価方法を継続することとしてはどうか。

(3) 体制評価指数について

① 体制評価指数の新規項目(案)について

(ア) 急性心筋梗塞の実績評価

- 「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について(医政局指導課)」において、急性心筋梗塞が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応可能であり、ST上昇型心筋梗塞の場合、90分以内に心臓カテーテル検査や経皮的冠動脈形成術等が開始できる体制を構築することとされている。

[論点]

- 医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外入院であって時間外対応加算が算定され、入院同日に経皮的冠動脈形成術等が一定程度実施されている医療機関を評価することとしてはどうか。

(イ) 精神疾患の評価

- 「精神科救急医療体制に関する検討会報告書」において、身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とが考えられ、精神科を有する救急対応可能な総合病院（並列モデルの病院）は、精神症状及び身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患患者等の受け入れが期待されている。
- また、「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について（医政局指導課）」において、身体疾患を合併した患者を治療する場合には、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を得ることとされている。
- 平成 24 年度退院患者調査の結果報告において、精神病床を併設する病院と併設しない病院を比較した場合、併設あり病院の方が当該病院の一般病床における精神疾患を有する患者の受け入れが活発である傾向が示されている。

[論点]

- 以上のような背景を踏まえ、「A230-3 精神科身体合併症管理加算」の施設基準を取得している医療機関を評価する項目を追加することとしてはどうか。

【参考：平成 24 年度退院患者調査の結果報告より】

※ 一般病床に入院する精神合併症ありの患者数を集計した。

(一般病床の入院患者)	施設数	1病院当たりの精神合併症あり症例数	1病院当たりの精神合併症あり、救急車搬送あり症例数
精神病床併設なし	1,560	202.3	55.6
精神病床併設あり	214	505.7	111.0
		($p < 0.05$)	($p < 0.05$)

② 体制評価指数の具体的な算出方法の見直しについて

[論点]

- 都道府県アンケートの結果等を踏まえつつ、具体的な算出方法について見直すこととしてはどうか。

【参考：地域医療指数（体制評価指数）の概要】

	現行で評価されている項目	新たな評価項目（案）
1. がん	②がん地域連携（実績評価） ③地域がん登録（実績評価） ⑧がん診療連携拠点病院	
2. 脳卒中	①脳卒中地域連携（実績評価） ⑨24時間tPA体制	
3. 急性心筋梗塞	なし	⑪急性心筋梗塞の実績評価
4. 糖尿病	なし	
5. 精神疾患	なし	⑫精神科身体合併症の診療体制
6. 救急医療	④救命救急センター ④輪番制、共同利用型 ④救急車来院患者数（実績評価）	
7. 災害医療	⑤災害拠点病院 ⑤DMATの指定 ⑩EMISへの参加	
8. へき地医療	⑥へき地医療拠点病院の指定 ⑥社会医療法人におけるへき地医療の要件	
9. 周産期医療	⑦総合周産期母子医療センター ⑦地域周産期母子医療センター	
10. 小児医療 （在宅医療）	なし なし	

【現行の体制評価指数（4疾病・5事業）】

	医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
がん	②がん地域連携	⑧がん診療連携 拠点病院	③地域がん登録
脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24時間t-PA体制	—
急性心筋梗塞	—	—	—
糖尿病	—	—	—
救急医療	—	④救急医療	—
災害時における医療	—	⑤災害時における 医療 （+災害拠点病院）	⑩EMIS（広域災害・救急医 療情報システム）
へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
周産期医療	—	⑦周産期医療	—
小児医療	—	—	—

診調組 D - 2 参考
2 5 . 1 1 . 1 3

中医協 総 - 3 - 1 (抜粋)
2 4 . 1 . 3 0

別表 1

< 機能評価係数 の具体的な評価内容 >

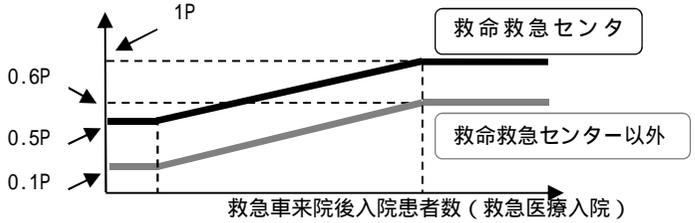
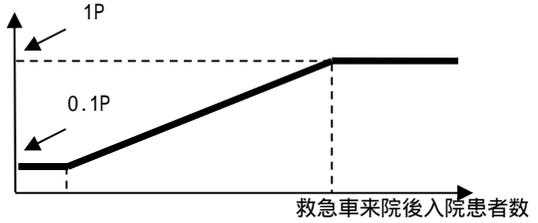
評価対象データは平成 22 年 10 月 1 日～平成 23 年 9 月 30 日 (12 ヶ月間) のデータ

< 項目 >	評価の考え方	評価指標 (指数)
1) データ提出指数	DPC 対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点 (1 点) だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>手順の遵守</p> <p>データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を 0.5 点・1 ヶ月の間、減じる (出来高算定病院におけるデータ提出に係る評価が新設される場合は、機能評価係数 として整理)。</p> <p>データの質の評価</p> <p>A 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が 20% 以上の場合に当該評価を 0.05 点・1 年の間、減じる。(新たな減算基準の 20% はこれまでの実績から改めて設定)</p> <p>B 今後の実績 (提出データ) に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成 25 年度から、評価対象とする方向で検討</p> <p>【例】・ 郵便番号 ・ がんの UICC 分類 ・ その他疾患特異的な重症度分類</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>当該医療機関において、12 症例 (1 症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を 1 入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数 (一入院あたり) を、DPC (診断群分類) ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>当該医療機関において、12 症例 (1 症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕 / 〔全 DPC 数〕</p> <p>当該医療機関において、12 症例 (1 症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>すべて (包括評価の対象・対象外の両方を含む) の診断群分類を計算対象とする。</p>

5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔救急医療入院患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕											
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="904 352 2036 572"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">定量評価指数（新設）</td> <td>1) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2）</p> <p>地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計 10 項目、詳細は次ページの別表 2 参照）。一部の項目において実績評価を加味する。また、評価上限値を 7 ポイントとする。</p> <p>定量評価指数（評価に占めるシェアは 1）2）それぞれ 1/4 ずつ）</p> <p>〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>を 1) 小児（15 歳未満）と 2) それ以外（15 歳以上）に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】</p> <p>DPC 病院 群及び DPC 病院 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院 群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】</p> <p>DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2	定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2											
定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

別表 2

< 地域医療指数・体制評価指数別表 2 > 地域医療計画等における一定の役割を 10 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限は 7 ポイント）。

評価項目（各 1P）	DPC 病院 群及び DPC 病院 群	DPC 病院 群
脳卒中地域連携 （DPC 病院 群及び DPC 病院 群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
がん地域連携 （DPC 病院 群及び DPC 病院 群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	
救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

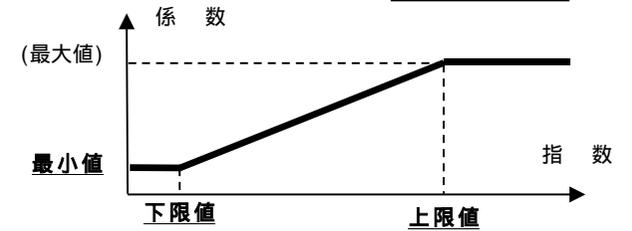
評価項目（各 1P）	DPC 病院 群及び DPC 病院 群	DPC 病院 群
災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
がん診療連携拠点病院（新）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P ・ 準じた病院（右欄 参照）としての指定は評価対象外（0P） 	「がん診療連携拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院（ ）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P） 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認められた病院。
24 時間 tPA 体制（新）	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
EMIS（広域災害・救急医療情報システム）（新）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	

【補足】体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

別表3

< 評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値 >

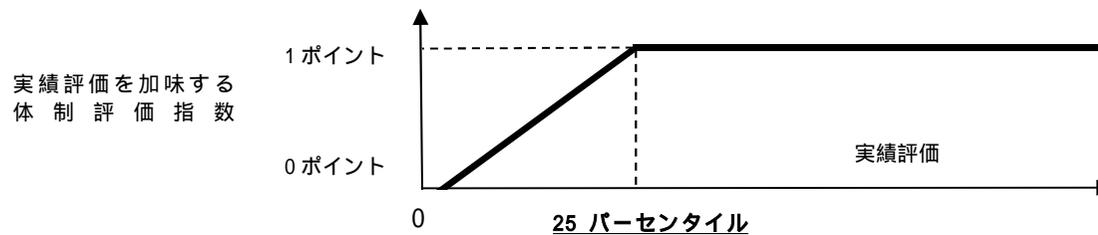
原則	指数の 上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。		
	係数の最小値	0 に設定。		
具体的な設定	指数		係数	備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)			1 専門病院・専門診療機能に配慮し、群では最小値を最大値の1/2とする 2 報酬差額の評価という趣旨から設定
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0 (1)	
救急医療	97.5%tile 値	0 (2)	0	
地域医療（定量評価）	1.0	0	0	



< 地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目 >

脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の4項目が該当。

特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の 25パーセントイル値を上限値1ポイント（つまり、実績を有する施設の上から4分の3は満点（1ポイント））。



事 務 連 絡
平成24年3月26日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

傷病名コードの統一の推進について

診療報酬明細書に記載する傷病名については、原則として「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成22年4月27日付保発0427第1号）別添3に規定する傷病名を用いることとされているところであるが、定められた傷病名コードにならない名称が使われていることが多い状況にあることから、「傷病名コードの統一の推進について」（平成22年3月26日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）を取りまとめたところである。

今般、傷病名コードの整備を行ったことに伴い、同義語の追加・変更があることから、傷病名コードで規定する傷病名と同一の傷病でありながら、異なる傷病名を用いて請求がなされているケースについて改めて取りまとめたので、傷病名の記載及び傷病名コードの記録の際にはこれを参照の上、原則として傷病名コードに記載されたものを用いるよう関係者に周知願いたい。

事 務 連 絡
平成 22 年 3 月 26 日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

傷病名コードの統一の推進について

診療報酬明細書に記載する傷病名については、原則として「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日付保発0730第8号）別添3に規定する傷病名を用いることとされているところであるが、「規制改革推進のための3カ年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定。別添1参照。）でも指摘されているように、定められた傷病名コードにない名称が使われていることが多い状況にある。

このような状況を踏まえ、今般、傷病名コードで規定する傷病名と同一の傷病でありながら、異なる傷病名を用いて請求がなされているケースについて、別添2のとおり取りまとめたので、傷病名の記載及び傷病名コードの記録の際にはこれを参照の上、原則として傷病名コードに記載されたものを用いるよう関係者に周知願いたい。

機能評価係数（地域医療指数）に関する 各都道府県へのアンケート調査結果について

1. アンケート調査の概要

地域医療指数の評価項目のうち、各都道府県の医療計画（5 疾病・5 事業 + 在宅医療）に基づく取り組みについて、各都道府県の事業推進への貢献や、当該評価項目の今後のあり方について、47 都道府県に対してアンケート調査を実施した。

2. アンケート調査結果

(1) 回収状況

評価項目		照会内容	当該事業が評価されたことで当該事業の推進に貢献していると考えますか。				機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。				
			貢献している	貢献していない	どちらともいえない	回答数	継続すべき	廃止すべき	見直しが必要	その他	回答数
がん	がん地域連携		3 8	0	5	4 3	3 9	0	1	4	4 4
	地域がん登録		3 9	0	5	4 4	3 8	0	2	4	4 4
	がん拠点病院		3 9	0	5	4 4	3 9	0	2	3	4 4
脳卒中	脳卒中地域連携		3 9	0	4	4 3	3 9	0	0	4	4 3
	24 時間 t -PA 体制		3 4	0	9	4 3	3 6	0	0	7	4 3
救急医療	救命救急センター		3 9	1	4	4 4	4 1	0	0	3	4 4
	病院群輪番制		3 9	1	4	4 4	4 0	0	1	3	4 4
	共同利用型施設		1 6	1	2 5	4 2	2 2	0	1	2 0	4 3
	救急車で来院し入院となった患者		3 6	1	7	4 4	3 7	0	0	7	4 4
へき地医療	へき地医療拠点病院		3 5	0	7	4 2	3 7	0	0	5	4 2
	社会医療法人認可におけるへき地医療の要件		2 3	0	1 9	4 2	3 0	0	0	1 2	4 2
災害医療	災害拠点病院		3 8	1	5	4 4	4 1	0	0	3	4 4
	D M A T の指定		3 9	1	4	4 4	4 0	0	1	3	4 4
	E M I S への参加		3 5	1	8	4 4	3 7	0	4	3	4 4
周産期医療	総合周産期母子医療センター		3 9	0	5	4 4	4 0	0	1	3	4 4
	地域周産期母子医療センター		3 6	0	8	4 4	3 9	0	1	4	4 4

(2) 都道府県からの主な意見

【現行の評価方法の見直しについて】

がん（がん地域連携）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・総体的にがん医療の推進に寄与していると思われるが、地域連携事業推進について明確な効果は確認できない。 ・評価されることで医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・地域連携の推進に寄与している。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・退院支援においては、「がん治療連携計画策定料」の対象とならない在宅緩和ケアのがん地域連携クリティカルパスに対する取組みの評価。
	その他	4	・地域連携の運用実態について詳細について把握していない。 ・医療計画策定の際に参考としていない。

がん（地域がん登録）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・地域がん登録参加医療機関の増加につながっているため。 ・届出数の増加が、がんの罹患数等、がんの実態把握に貢献しているため。 ・近年その精度が向上しており、各種施策への活用が期待される。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・地域医療指数として評価されることは、医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	38	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・がん対策に関する必要なデータ集積に重要な事業であり継続すべきである。 ・地域医療を確保していくための診療報酬上の評価が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	2	・がんと診断する医療機関が初回の治療を行うと考えられるが、必ずしもそうだとは限らないため。 ・数量的な判断は必要ない（がん登録を行うのは診断された医療機関であり、実際に治療している医療機関ではない場合がある。 病院の規模・専門性に

			より登録数の違いは出る。)
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・今後がん登録の法制化により、全ての病院へのがん登録届出の義務化が見込まれていることから、むしろ院内がん登録の導入を評価することについて検討すべきと考える。 ・評価は必要であるが、登録件数について、良性・悪性、疑診、転院、再発等の届出の要否など、取扱が各都道府県で異なり、数値の客観性には疑問がある。

がん（がん拠点病院）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・がん医療水準の向上のための中心施設として機能するために評価することは妥当であると考えられる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・「がん拠点病院等」のポイント加算は納得できるが、医療計画に係る事業の推進に寄与しているかどうか分からない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・がんの集学的治療や緩和ケアの提供、地域のがん医療に係る人材の育成、相談支援、がん登録など、がん拠点病院やこれに準じる病院を中心とした質の高いがん医療提供体制を整備していくために継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	2	<ul style="list-style-type: none"> ・現行制度は、がん診療連携拠点病院の指定の有無で評価に差がつく仕組みになっていること、また、拠点病院の指定期間が4年間であることも合わせて、各病院が地域医療において果たしている役割を一層きめ細やかに評価する必要がある。
	その他	3	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（脳卒中地域連携）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・県が推進する地域医療連携体制の構築上、急性期対応医療機関等の有する機能の例示として「地域連携診療計画管理料」等を掲げているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、ど	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考えられる。 ・脳卒中の治療、再発予防にあたっては、多職種協働による医療連携体制の確

のようにすべきと考えますか。			<p>立が不可欠であるため。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・長期にわたる治療・予後対策が重要となり、その連携状況を把握するためには重要な指標となるため。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	4	・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（24時間t-PA体制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	3 4	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・当該評価項目による事業推進の効果の個別検証はしていないが、当該項目は地域医療体制強化へのインセンティブを有するものと思料される。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	9	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・脳卒中に係る地域医療連携体制において、超急性期対応医療機関の位置付けはないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。 ・体制を整備している医療機関数を把握していないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	3 6	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考え。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療機関にとって大きな経費負担となることから評価の継続が必要である。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・t-PAの指標は採用後間もないため判定が困難であり、引き続き指標として扱い経過を見るべき。

救急医療（救命救急センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	3 9	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・項目があることが指定の動機づけになっている。 ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・救命救急センターによる三次救急医療の推進との関連性の評価は困難。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係	継続す	4 1	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。

数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	べき		<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・救急搬送患者の最終的な受け皿として救急医療体制に貢献しており継続すべき。 ・救急医療の推進のためのインセンティブとして、地域における医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（病院群輪番制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・評価項目となっていることで制度の継続的運用に寄与していると考えられる。 ・三次救急医療施設への患者集中を防ぐため、二次救急患者を受け入れる体制として貢献している ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・前年度より該当する医療機関が減少しており貢献しているとは言えないため。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（共同利用型施設）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	16	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	25	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・救急医療への貢献が不明なため。 ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画

			に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	2 2	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・県側で把握していないため。
	その他	2 0	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・該当医療機関が無いため判断できない。

救急医療（救命車で来院し入院となった患者）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	3 6	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・入院を要する患者の受入を評価することで救急患者受入拒否の抑制につながると考えられるから。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	3 7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・救急搬送件数は近年増加しており、二次救急医療機関の役割を評価するため必要。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤患者の受入に寄与するよう期待。 ・実績評価は必要だが患者数とポイントとの関連が不明。

へき地医療（へき地医療拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	3 5	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・代診や情報ネットワークを利用した診療のサポート等へき地診療所の支援につながっているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における	継続すべき	3 7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。

評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。			<ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	5	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

へき地医療（社会医療法人認可におけるへき地医療の要件）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	23	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	19	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	30	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	12	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

災害医療（災害拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	41	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害拠点病院の機能維持のためには相当の経費を要するため。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため評価は継続すべき。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の

			実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（DMATの指定）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・不採算部門である災害医療を担う病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・評価項目がDMATの能力強化に結びついているかは不明。訓練や研修への参加実績等を踏まえた見直しが必要。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（EMISへの参加）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	35	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	1	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらともいえない	8	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・EMISの参加登録だけでは災害時の医療体制における貢献が不明のため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考え	継続すべき	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度

ますか。			はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	4	・災害拠点病院の場合、EMISへの参加はとしては当然のことであり評価する必要はない。 ・定期的に操作研修をしている等の災害時の実効性を加味してはどうか。 ・EMISへの参加についてはすでに一定の水準が達成されており、参加を既定のものとして取り扱うことが望ましいこと、また、参加に当たって多くの費用負担が発生しているものではないことから、診療報酬面にあつては、機能評価係数による加算でなく、減算対象として取り扱うべき。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

周産期医療（総合周産期母子医療センター）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・周産期の乳児等の死亡率低下に貢献している。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考える。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・他病院で診られない症例の患者などの入院受入を積極的に行っており、限られた病床と人員の中取り組んでいることについて評価が必要。
	その他	3	・総合周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

周産期医療（地域周産期母子医療センター）

照会内容		都道府県からの主な回答	
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	36	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・病院のインセンティブにつながると考えられるため。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考える。
	貢献していな	0	

	い		
	どちらともいえない	8	<ul style="list-style-type: none"> ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・当県では設置していないため、どちらともいえない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・県内における地域周産期母子医療センター間において、整備状況や運営体制には差があるため。
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

5 疾病・5 事業 + 在宅医療の評価方法】

各疾病・事業において現在の評価方法に加え、新たに「地域医療指数」によって評価すべき事項

がん

都道府県からの主な回答

- ・拠点病院以外の地域連携クリティカルパスの中核病院
- ・今度、導入が予定されている「地域がん診療病院（仮称）」（がん拠点病院の無い2次医療圏において地域連携のがん医療を担う）指定の評価の検討
- ・緩和ケアの評価
（がんに関する相談体制（がんサロン等）の整備及び相談実績、「緩和ケア病棟」、「緩和ケアセンター」、「がん相談支援センター」の整備、緩和ケアパスの導入実績、緩和ケア研修者を有する緩和ケアチーム体制の有無と稼働実績）
- ・院内がん登録の導入実績
- ・病院内外のがん医療に従事者を対象とした研修会等の開催及び市民公開講座等の情報発信に関する取組み
- ・「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出
- ・在宅医療との連携

脳卒中

都道府県からの主な回答

- ・365日24時間の脳卒中に対応する体制を整備している病院の評価

急性心筋梗塞

都道府県からの主な回答

- ・多職種や地域間の連携が不可欠な疾病であり、脳卒中と同等の評価が行われるべき
- ・365日24時間の急性心筋梗塞に対応する体制を整備している病院の評価
- ・24時間心臓カテーテル法による検査体制の評価
- ・地域連携パスへの参加

糖尿病

都道府県からの主な回答

- ・一般社団法人日本糖尿病学会認定教育施設、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医数、日本糖尿病療養指導士会認定の糖尿病療養指導士数、公益社団法人日本看護協会認定看護師（糖尿病）、専門看護師数
- ・初期・安定期治療を担う地域のかかりつけ医と専門治療や慢性合併症治療を担う医療機関との連携
- ・糖尿病合併症管理料・糖尿病透析予防指導管理料の届出
- ・地域連携パスへの参加
- ・急性増悪時患者の受入れ数

精神疾患

都道府県からの主な回答

- ・精神科病床を併設する（総合）病院
- ・精神科救急医療体制への参加（夜間休日精神科救急対応（精神科救急情報センター）等）
- ・認知症疾患医療センターの指定
- ・身体疾患を合併する精神疾患患者への対応（精神科身体合併症管理加算）
- ・災害派遣精神医療チーム（DPAT）の指定
- ・精神科リエゾンチーム体制
- ・措置入院患者の受入れ数
- ・精神科急性期治療病棟・救命救急入院料加算（自殺企図等に対する）

救急医療

都道府県からの主な回答

- ・ドクターヘリ基地病院、配備病院（ヘリポートの設置等）
- ・輪番時の救急患者受入件数
- ・診療所等の要請に応じて病院所有の救急車等により患者受入・搬送等を行う病院に対する評価
- ・救急医療対策事業実施要綱「受入困難事案患者受入医療機関支援事業」への参加・受入実績
- ・救急車で来院し入院となった患者の新入院に対する割合
- ・救急車で来院し入院となった患者以外の評価

へき地医療

都道府県からの主な回答

- ・過疎地域自立促進特別措置法対象市町村所在病院への派遣
- ・緊急時（災害時、常勤の急病時など）の代診医派遣の可否

災害医療

都道府県からの主な回答

- ・基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院の評価に差をつける
- ・原子力災害時に重要な役割を担う「被ばく医療機関」の評価
- ・災害訓練等の評価
（災害訓練・研修への参加、地域の防災訓練への救護班としての参加）
- ・D M A T の評価
（実災害への出動件数、訓練への参加実績の評価）
（保有数による評価）
- ・E M I S への入力状況や研修実施状況の有無を評価する。

周産期医療

都道府県からの主な回答

- ・周産期母子医療センターを除く休日全夜間入院診療体制の整備
- ・在宅移行支援病床を有する病院、小児中核病院、地域小児医療センター
- ・指定の有無にかかわらず、M F I C U ・ N I C U の稼働病床を有していること
- ・指定の有無のみの評価ではなくハイリスク妊産婦、ハイリスク児の受入等の実績も評価すべき

小児医療

都道府県からの主な回答

- ・小児救急病院群輪番制
- ・小児救命救急センター、小児救急医療拠点病院の指定、小児がん拠点病院
- ・小児集中治療室（P I C U）
- ・「地域小児科センター」登録病院（日本小児科学会事業）
- ・児童虐待予防に係る「妊娠・出産・育児期の養育支援依頼書」の市町への提供件数
- ・小児救急患者の受け入れ実績を加味した、小児救急医療拠点病院及び小児救急医療支援事業への参加医療機関

在宅医療

都道府県からの主な回答

- ・在宅医療連携拠点事業実施病院、在宅療養支援病院
- ・入院患者の在宅移行を行うために退院調整を行う体制の整備
- ・在宅療養支援診療所への逆紹介率、在宅療養支援診療所からの急変患者の受入件数
- ・「在宅患者緊急入院診療加算」、「在宅療養指導料」の施設基準の届出
- ・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携及び後方支援
- ・へき地への対応（特に24時間対応）の有無

その他（DPC制度への意見等）

都道府県からの主な回答

- ・ 5 疾病 5 事業及び在宅医療はすべて評価すべき。
- ・ 事業の推進を一層図るため、制度の見直しにあたっては、DPC制度における診療報酬を増額するなどの検討を図られたい。
- ・ 急性心筋梗塞及び糖尿病について地域連携の評価を追加していただきたい。
- ・ 電子カルテ情報の共有化事業への参画について評価する。
- ・ 看護学生の実習の受入れ人数を評価する。
- ・ 臓器移植院内コーディネーターの配置を評価。
- ・ 精神疾患についてはDPCを採用している施設が少ないので、DPC制度による評価が医療計画の推進に結びつきにくいのではないかと感じる。
- ・ 地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき。
- ・ 評価項目が診療報酬にどのような影響を与えているかが不明。
- ・ 評価項目を同列に扱うことに疑問を感じる。
- ・ 体制評価指数の評価指標は 10 項目あるが、7 ポイントが上限であるため 8 ポイント以上該当しても正當に評価されていない。そのため、各項目の診療報酬への影響度合いが分からない。
- ・ 都道府県による参加状況の確認が必要かどうか再度議論していただきたい。
- ・ 地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき

精神科救急医療体制に関する検討会

報告書

平成23年9月30日

また、精神医療相談窓口と精神科救急情報センターとは機能が異なるため、同一の組織で対応する場合には、相談窓口の機能が一般の精神疾患患者からの医療相談を受けるものであることを明確にした上で、相談窓口の開設時間等の情報について、関係機関だけではなく、幅広く周知を図り、一般の精神疾患患者が安心して相談できるような体制の構築を目指すべきである。

都道府県は、精神医療相談窓口や精神科救急情報センターが必要な機能を果たせるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置、対応マニュアルの整備、相談員の質の向上のための研修等の取り組みを推進すべきである。

精神科の医師は、精神医療相談の中で、医師の判断が必要になった場合に、速やかに対応できるよう、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの対応体制（オンコール体制を含む。）に積極的に協力すべきである。また、都道府県等の要請に応じて行うこれらの業務は、精神保健福祉法に定める業務の一環（改正後の法第19条の11第2項）としてみなされるものと考えられる。（関連：1.（2）4）

3）精神科医療機関の役割

長期間・継続的に診療が必要となる精神疾患患者については、日常診療においてはもとより、救急患者においては、より患者の経過や治療に関する情報が必要であり、主治医の役割が重要となる。

このため、各精神科病院は、継続して診療している自院の患者やその関係者等からの相談等について、夜間・休日においても対応できる体制を確保し、必要に応じ、診療できる体制を確保すべきである（**ミクログル救急体制の確保**）。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携

医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

各精神科診療所については、継続して診療している自院の患者やその関係者からの相談等について、少なくとも準夜帯に関しては、精神科医やスタッフ等によるオンコール体制等により対応できる体制を、地域の実情に応じて、可能な限り確保することが望まれるが、少なくとも、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携（※）しつつ、継続して診療している自院の患者に関する情報センター等からの問合せについては、夜間・休日においても対応できる体制を確保すべきである。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

※ 連携の取組事例：あらかじめ情報センターに連絡先を登録しておき、自院の患者から情報センターに連絡が来た場合には主治医に連絡できるようにしておく取組（静岡県）、夜間・休日急患センターの外来診療に協力する取組（大阪市）等が考えられる。

その他、救急受診の際に役立てるため、救急受診に必要な診療情報を患者本人や主治医等が記載したノートを普段から患者や家族に保持してもらう取組（東京都のメンタルケア協議会によるオレンジノート）なども行われている。

常時対応、輪番対応及び外来対応を行う精神科救急医療機関は、自院の患者に加え、初診の精神疾患患者にも、適切に対応する必要がある。また、救急医療体制の継続的な確保のため、その他の精神科医療機関は、後方支援医療機関として精神科救急医療機関と連携し、急性期後の精神疾患患者の受け入れに協力する必要がある（精神科医療機関間の縦列モデル）。

4) 精神保健指定医の役割

精神保健指定医は、平成22年度13,374名いるが、そのうち、常勤の病院勤務医である指定医は、6,300名余りとなっている。

精神科救急医療体制の確保にあたり、精神保健指定医の果たすべき役割として、病院勤務医については措置入院等の業務に、診療所の医師については措置診察等のオンコール体制等の業務に、公務員としての職務(法第19条の4第2項)として積極的に協力すべきである。

加えて、精神保健指定医である診療所の医師については、地域の精神科救急医療システムにも参画し、精神科救急医療体制の確保に協力すべきである。具体的には、地域の精神科救急病院の当直体制への協力、精神医療相談窓口への協力、夜間・休日における外来対応施設への協力、精神科のない救急医療機関への協力等が考えられ、都道府県等の要請に応じて、これらの業務を行う場合については、精神保健指定医の業務の一環(改正後の法第19条の11第2項)としてみなされると考えられる。

2. 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

(1) 基本的考え方

- 身体疾患を合併する精神疾患患者については、医療機関への受け入れまでに、通常の場合に比べて長時間を要している状況にあり、この要因としては、精神科救急医療機関では身体疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであること、一般救急医療機関では精神疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであることや、昏睡状態など意識障害が顕著で身体症状が重症の場合は受入先の選択は比較的容易であるが、どちらも中程度である場合などはどちらを優先するかルールがないため受入先の選択が困難となること等が指摘されている。

- 身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とが考えられる。

- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、それぞれのモデルの機能の違いおよび地域性を勘案しながら、実現可能な連携体制を整備することによって、各都道府県において身体疾患を合併する精神疾患患者にも対応できる体制を全医療圏で確保する必要がある。

なお、どちらかの連携モデルを選択するということではなく、両者の併存で体制を整備する方法も選択し得るものであることに留意して、各医療圏での整備を進める。また、連携モデルは確保すべき精神科救急医療体制についての概念であり、個々の事例において必ず適用すべきものではない。

- なお、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保は、精神科救急医療体制の充実だけでなく、一般の救急医療体制の後方支援として、精神疾患患者を受け入れる役割を果たす上でも重要である。

- **縦列モデル**：精神疾患患者については、長期的・継続的な診療が必要となる。そのため、すでに精神科医療機関を受診している患者については、当該精神科医療機関が、主治医として支援することを前提に、身体疾患の治療が必要になった場合には、精神症状及び身体症状の程度に応じて、連携医療機関と調整を行い、受入先の確保等を行う必要がある。

また、身体疾患で救急医療機関を受診した患者が、精神科医療が必要と考えられる場合には、救急医療機関での身体疾患の治療後に患者を円滑に受け入れられるよう、精神科医療機関は、日頃から、地域の救急医療機関との情報共有や連携を図る必要がある。

- **並列モデル**：精神症状及び身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患患者、特殊な疾患により専門医療が必要な精神疾患患者については、精神科を有する救急対応可能な総合病院（救急病棟の患者に対する精神科の診療協力が可能な総合病院）において受け入れることを原則とすべきである。

なお、総合病院精神科については、地域の実情に応じて、救急医療機関から急性期後の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる後方支援医療機関としての役割を担う必要がある。

（２）各論

１）精神科医療機関と一般医療機関の連携強化

身体疾患を合併する精神疾患患者への救急対応については、身体症状及び精神症状の状態を評価した上で、治療を優先すべき症状に対応できる一般又は精神科の救急医療機関が患者を受け入れるとともに、他方（精神科又は一般）の医療機関がその診療を支援する体制を構築する必要がある。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体疾患の治療を優先させる必要がある患者（入院医療が必要な患者等）の場合は、身体疾患の状態に応じて対応可能な救急医療機関が受け入れを行い、精神症状の状態に応じて精神科医療機関が診療支援を行うことや、精神科の入院医療が必要な場合には、後方支援医療機関として、身体疾患の治療後の患者を受け入れることを原則とすべきである。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体症状が軽症であり、精神症状の治療を優先させる必要が有る患者は、必要に応じて一般医療機関が

※ GP連携事業とは、一般診療医と精神科医との間での情報交換等や、紹介・相談・連絡の仕組みを作り患者紹介を円滑にする取組（大阪府）、精神医療の情報センターを設置し、一般診療科等からの相談に応じて、精神科の専門医を紹介する取組（神戸市）などの取組を指す。

地域の連絡調整委員会等においては、「精神科救急患者」、「身体疾患の合併」、身体症状や精神症状の「重症度」等に関する定義を明確にしつつ、受入れや転院の判断基準について、精神科医療機関だけでなく、一般医療機関、警察、消防、保健所等の救急医療関係者と認識を共有する取り組みが必要である。

なお現在でも、都道府県は、消防法第35条の5第1項による「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」において、地域の実情に応じて、精神疾患の基準を策定できる取り扱いとなっている。（平成23年9月現在の各都道府県の策定状況：基準策定済45カ所、うち、精神疾患の基準有り32カ所）。

2) 総合病院精神科の役割の明確化

総合病院精神科が徐々に減少しているという状況を踏まえ、総合病院精神科がその役割を十分発揮できるよう、精神科を有する救急対応可能な総合病院で受け入れる救急患者は、精神症状と身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者や、複合的な専門治療等が必要な患者等が優先されることを明確にする必要がある。また、総合病院精神科での治療後は、地域の精神科医療機関がその後方支援医療機関として円滑に患者を受け入れ、長期的・継続的な視点から患者の診療を担うべきである。なおその際、身体疾患の状態によっては、必要な診療を継続できるよう調整する必要がある。

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、精神疾患患者の退院調整等を円滑に行えるよう救急病棟等に精神保健福祉士等の配置を推進し、また、精神科病棟以外の精神疾患患者への診療について、精神症状の評

価や治療、退院調整等で積極的に協力できるよう精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等からなる精神科専門チームの配置についても検討すべきである。

総合病院精神科である大学病院等は、重症の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる精神科救急医療機関として、地域の精神科救急医療システムに協力し、一定の役割を担うべきであり、そのための対応策を検討すべきである。

3) 従事者の対応力向上

身体疾患を合併した精神疾患患者の受け入れを促進するためには、精神科と身体科の両方の従事者の対応力の向上が求められる。このため、精神科の医療従事者向けの身体疾患への対応力向上の取り組み、及び身体科の医療従事者向けの精神疾患への対応力向上の取り組みを推進する必要がある。

例えば、すでに救命救急センター等における自殺未遂者への対応マニュアルが作成されているが、その他の領域についても、研究等を通じてマニュアルや研修カリキュラム等の作成を検討すべきである。

3. 評価指標の導入

(1) 基本的考え方

- 精神科救急医療は、地域の実情に応じて、ニーズは様々であり、求められる医療機能も多様であるが、どの地域においても、患者・家族や地域住民が安心して生活を送れるような体制を整備する必要がある。そのため、一定の目安となる指標を開発・導入し、各地域において指

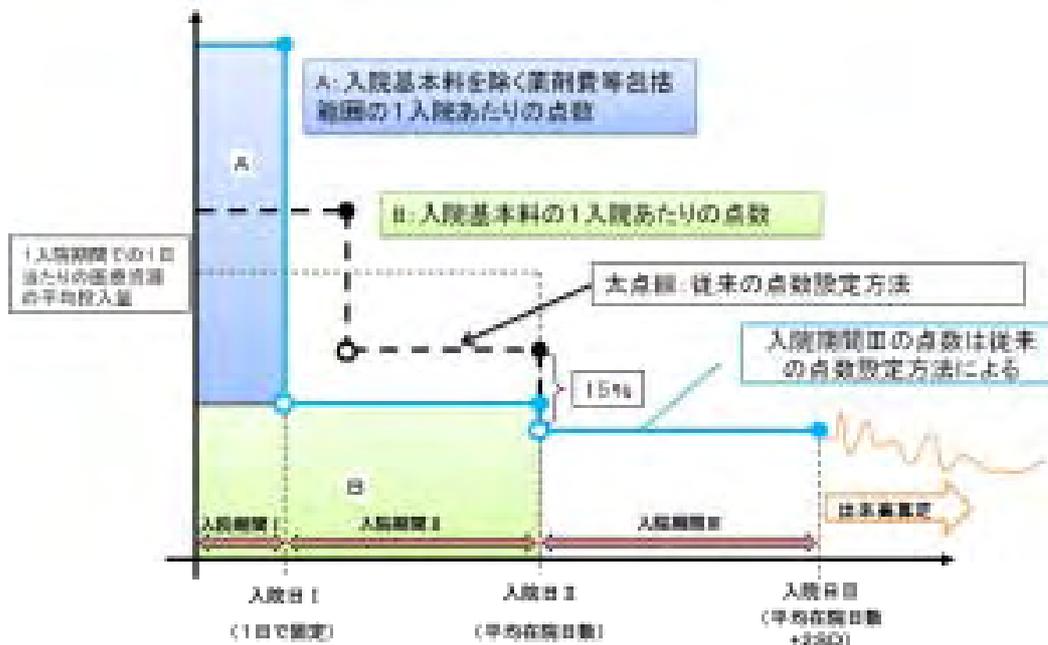
算定ルール等の見直しについて（その2）

1. 高額薬剤に対応するために導入した新たな点数設定方式（点数設定方式D）について

（1） 概要

平成24年度改定で試行的に導入した点数設定方式Dについて、適用された診断群分類で在院日数の短縮傾向が認められたことから、次回改定に向けて、現在適用されている診断群分類へ継続的な適用の妥当性の検証および新たな診断群分類（高額な材料を用いる検査が実施されるもの等）への適用の拡大についても検討することとされた。

【高額薬剤に対応するために試行的に導入された点数設定方式D】



（2） 平成24年度通年データを用いた在院日数の変化に関する集計結果

平成24年度 診断群分類	分類名等	H23		H24	
		在院日数	在院日数	差	変化率
020200xx99x3xx	黄斑、後極変性 ベガブタニブナトリウムあり	2.22	2.16	-0.06	-2.7%
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性 ラニズマブあり	2.51	2.49	-0.02	-0.7%
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍 ペムトレキセドナトリウム水和物あり	15.39	14.16	-1.23	-8.0%
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍 ペバシズマブあり	13.35	12.70	-0.65	-4.9%
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸腺腫瘍 ペムトレキセドナトリウム水和物あり	15.66	14.62	-1.03	-6.6%
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルあり	9.89	9.11	-0.78	-7.9%
060035xx99x4xx	大腸の悪性腫瘍 FOLFIRI療法あり	4.42	4.39	-0.03	-0.7%

060035xx99x50x	大腸の悪性腫瘍 ベバシズマブなどあり	4.69	4.54	-0.15	-3.2%
060040xx99x5xx	直腸肛門の悪性腫瘍 FOLFOX 療法あり	4.36	4.31	-0.05	-1.1%
060040xx99x60x	直腸肛門の悪性腫瘍 ベバシズマブなどあり	4.58	4.34	-0.24	-5.1%
070470xx99x3xx	関節リウマチ エタネルセプトあり	19.84	20.00	+0.15	+0.8%
070470xx99x4xx	関節リウマチ アダリムマブ、ゴリムマブあり	13.96	14.46	+0.50	+3.6%
070470xx99x5xx	関節リウマチ アバタセプト、トシリズマブあり	4.81	4.96	+0.14	+3.0%
070470xx99x6xx	関節リウマチ インフリキシマブあり	3.36	2.98	-0.39	-11.5%
070470xx99x7xx	関節リウマチ インフリキシマブ(強直性脊椎炎の場合)あり	5.07	3.99	-1.08	-21.3%
080140xxxxx2xx	炎症性角化症 インフリキシマブあり	3.02	2.69	-0.33	-11.0%
090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルありなど	6.39	5.80	-0.60	-9.3%
090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍 トラスツズマブあり	5.38	5.04	-0.35	-6.4%
090010xx99x60x	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセル(アルブミン懸濁型)あり	6.77	4.96	-1.81	-26.8%
120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 カルボプラチン+パクリタキセルありなど	5.63	5.42	-0.21	-3.6%
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 ドキソルピシン塩酸塩リボゾーム製剤あり	5.33	6.02	+0.69	+12.9%
130030xx99x5xx	非ホジキンリンパ腫 イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウム あり	12.35	12.31	-0.04	-0.3%

[論点]

試行的に導入した 22 の診断群分類のうち、短縮が認められている 18 つの診断群分類については、引き続き継続することとしてはどうか。

試行的に導入した 22 の診断群分類のうち短縮が認められなかった 4 つの診断群分類への適用の継続の是非については、専門家の意見を踏まえつつ詳細な検討を行うこととしてはどうか。

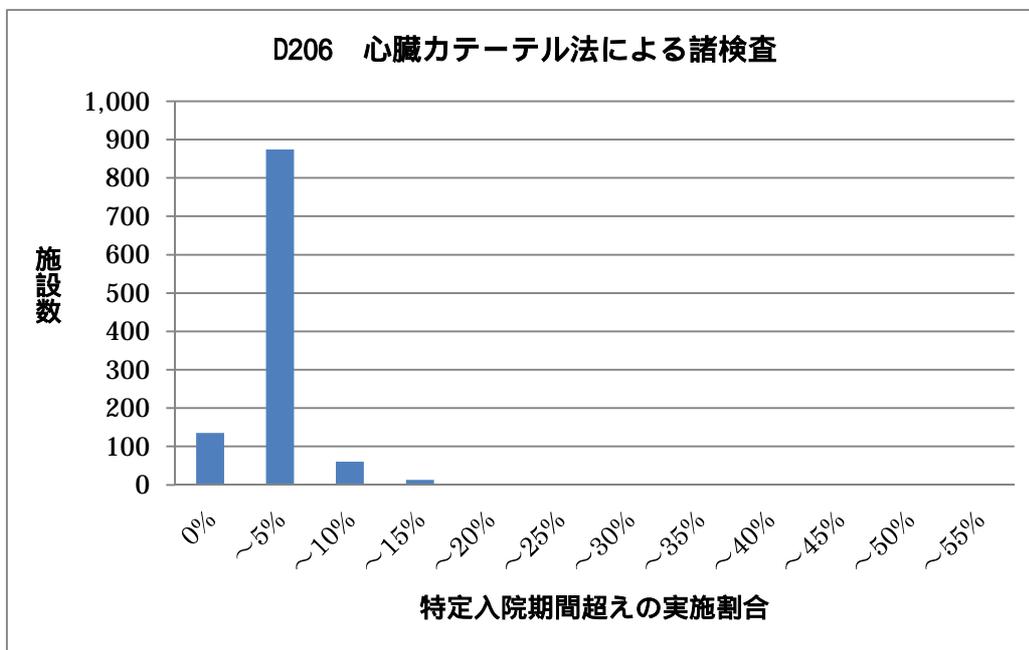
新たに適用を検討する診断群分類の選定については、現在行われている診断群分類点数表の見直し作業が終了してから、専門家の意見を踏まえつつ適用する診断群分類を検討することとしてはどうか。

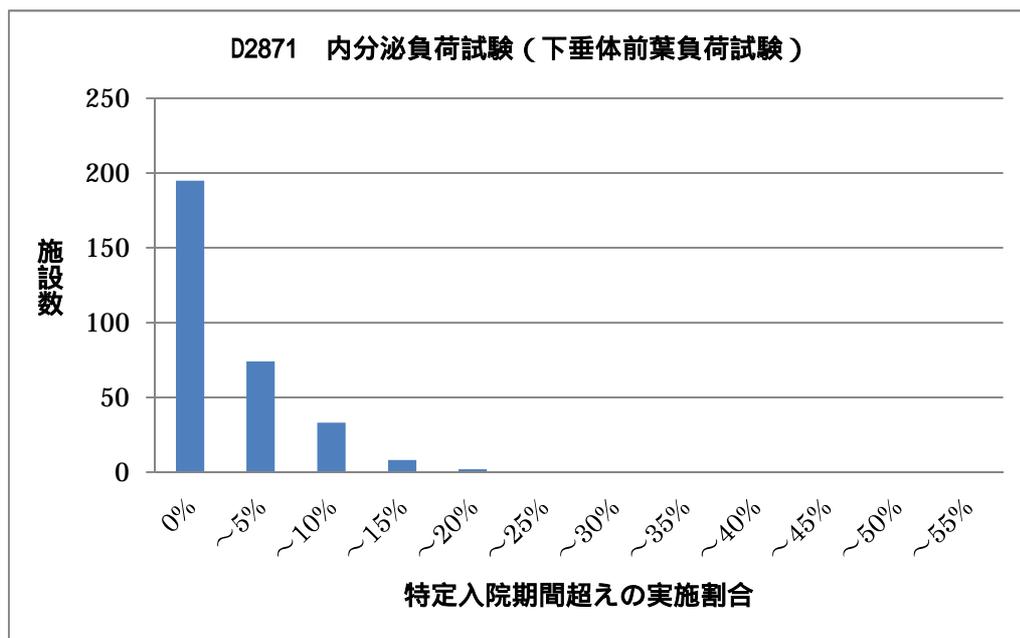
2. 特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて

高額な薬剤・材料を用いる検査（心臓カテーテル検査、内分泌負荷検査等）が行われる診断群分類について、現行の算定ルールにおいては、入院期間 までに検査が実施されず出来高算定期間に検査が実施された場合、検査に係る材料・薬材料が別途出来高算定可能となるため、入院期間 を過ぎるまで入院を延長し、出来高算定期間に入ってから検査を実施する事例があるという指摘がある。

【特定入院期間内に実施されず、特定入院期間を超えてから初めて実施される症例に関する集計】

点数表コード	検査種別	特定入院期間を超えてから初めて検査が実施される症例のうち、当該検査が実施される症例に占める割合
D206	心臓カテーテル検査	1.3%
D287	内分泌負荷試験 全体	2.0%





[論点]

心臓カテーテル検査・内分泌負荷検査に係る診断群分類について、「入院日までに当該検査が実施されなかった場合、入院期間を超えた日以降に実施された当該検査に用いる薬剤費、材料費は算定できない」という算定ルールを導入することについてどのように考えるか。（悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類においては同様のルールを適用済み）

3. 3日以内再入院ルールについて

(1) 概要

退院後3日以内に再入院した場合一連の入院として扱うルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)は、特定入院期間を繰り返し請求する事例に対応するため、平成20年度診療報酬改定時に導入された。

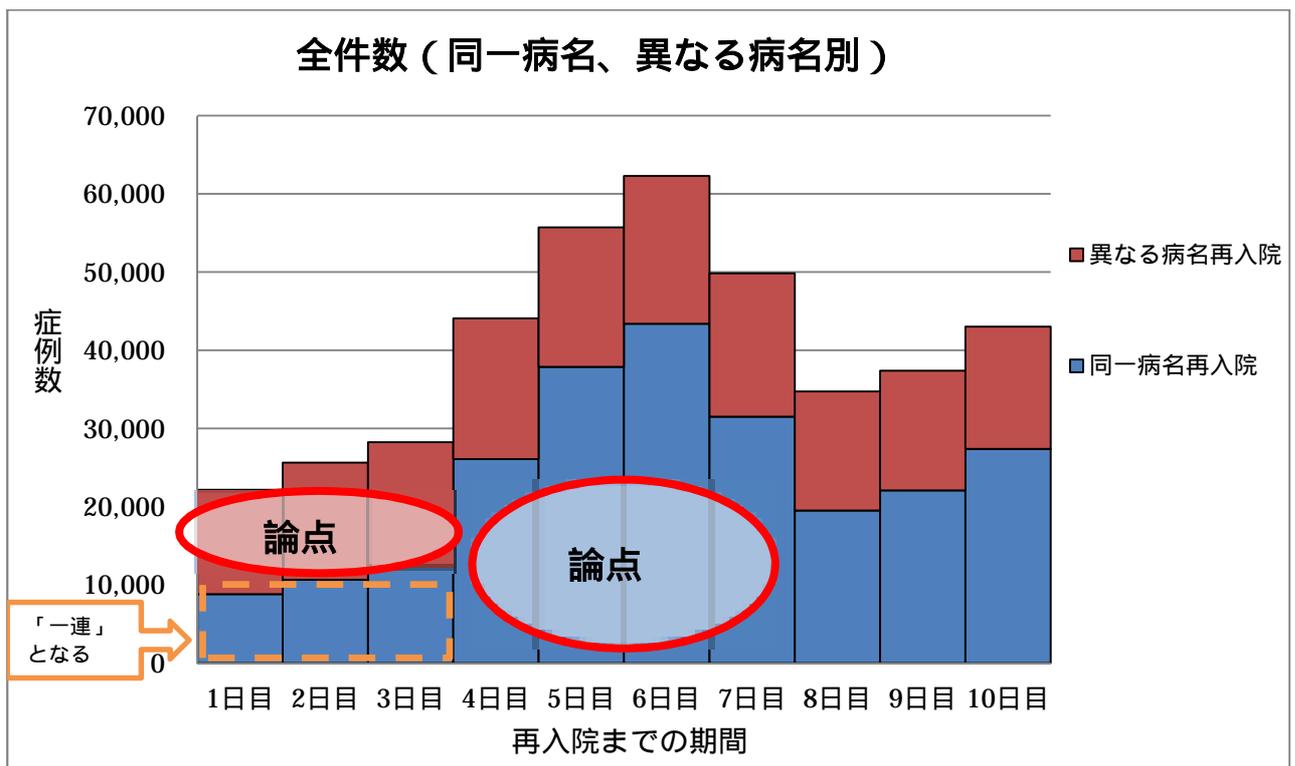
(2) 論点

1～3日目に再入院した際の傷病名の意図的な操作によるリセット

1～3日目に再入院した症例で病名が異なる症例のうち、本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか(傷病名の意図的な操作によって入院期間をリセットしている例はないか)。

4日目以降に計画的に再入院させることによるリセット

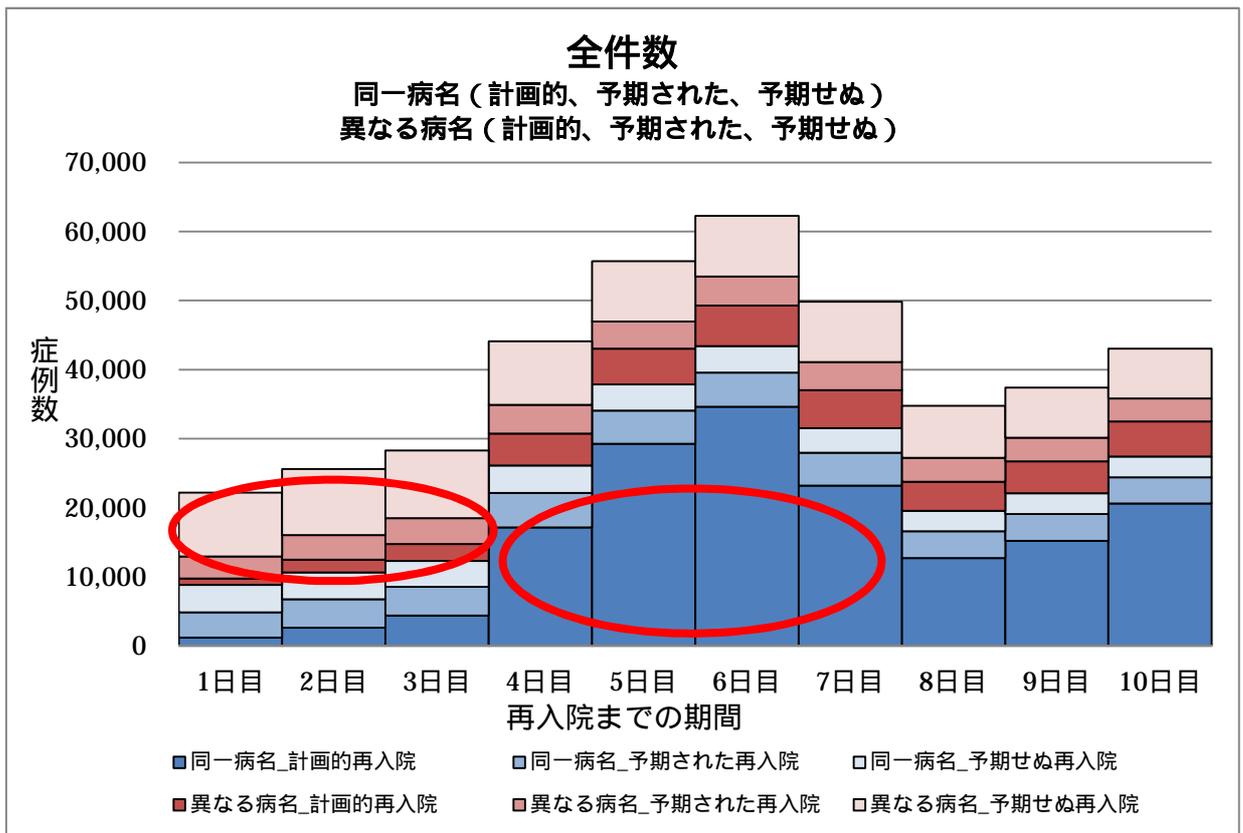
同一病名のうち、4日目以降に再入院した患者で本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか(計画的な再入院の時期を意図的に操作することによって入院期間をリセットしている例はないか)。



【平成 20～24 年度において再入院において前回入院と異なる病名の割合】

再入院 までの日数	H20	H21	H22	H23	H24
1	58.76%	58.42%	58.08%	59.08%	61.10%
2	55.22%	54.41%	56.13%	56.32%	58.33%
3	52.22%	53.55%	53.82%	54.28%	56.65%
4	40.41%	40.54%	41.20%	40.67%	41.14%
5	33.40%	32.17%	31.95%	32.04%	31.74%
6	29.74%	28.17%	30.09%	28.97%	29.81%
7	33.55%	34.07%	35.76%	35.39%	36.39%
8	40.34%	40.75%	41.27%	41.82%	44.01%
9	38.45%	38.65%	39.47%	38.99%	41.02%
10	34.48%	33.48%	34.90%	34.82%	36.22%
11 日以上	91.77%	91.66%	91.66%	91.57%	91.66%

【様式 1 「再入院調査」における理由の内訳】



【再入院となった症例の内訳】

	1 同一病名 _計画的再 入院	2 同一病名 _予期され た再入院	3 同一病名 _予期せぬ 再入院	4 異なる病 名_計画的 再入院	5 異なる病 名_予期さ れた再入院	6 異なる病 名_予期せ ぬ再入院
1～3日目	10.8%	15.6%	15.4%	6.8%	13.8%	37.6%
4～7日目	49.2%	9.2%	7.2%	10.0%	7.8%	16.7%
8～14日目	52.0%	8.2%	6.3%	11.3%	7.0%	15.2%

【論点】

「入院の契機となった傷病名」又は「最も医療資源を投入した傷病名」が同一病名である場合「一連」と見なすこととしてはどうか。

「7日」以内の同一病名の再入院は、一連として取り扱うこととしてはどうか（現行は「3日」以内）。

化学療法に係る分類については、抗がん剤等の薬剤の費用がDPC 包括範囲に含まれており、一連と見なされる期間を「7日」に拡大することによって必要な費用が償還されない事例も存在すると考えられるが、その取り扱いについてどのように考えるか。

4. 持参薬について

(1) 背景

入院中に処方されるとDPCで包括扱いとなる薬剤を外来で処方し患者に持参させることで、不適切に利益を得ている医療機関があるのではないかという意見がある。

また、持参薬を作り出すような処方が増加することで、患者にとって薬を持参する負担が増えているのではないかといった懸念がある。

また、持参薬を持たない患者の入院を受けつけない医療機関があるのではないかという指摘がある。

(2) 平成25年特別調査（ヒアリング）等で上がった意見・指摘事項等

持参薬は院内採用薬以外の治療を可能にする側面があり、例えば大学病院のように総合的な診療体制が整っている医療機関においては問題となりにくいですが、専門病院等では当該病院にない診療科の治療を入院中も継続する際には持参薬が必要となるという意見があった。

持参薬の使用はインシデントの原因になりうるので原則として用いない体制をとっているという意見がある一方、病棟薬剤師の配置等の体制を構築することで、持参薬の安全な取り扱いができるという意見もあった。

DPC/PDPSでは「医療資源を最も投入した傷病名」1つに基づいて支払いが行われるが、それ以外の傷病に対する薬剤等も包括された額の支払いが行われているのであり、「医療資源を最も投入した傷病名」以外の疾患に対する治療を入院中に行わないことを推奨しているものではなく、また「医療資源を最も投入した傷病名」以外の疾患に対する治療を持参薬で行うことを推奨しているわけではない。

[論点]

DPC 病院において当該予定入院中に療養を行う疾患に対して用いる薬剤を患者に持参させることを制限する規定を設けることについてどのように考えるか。

(例：がんの治療を目的に予定入院する際に、内服の抗がん剤や制吐薬を外来で処方し患者に持参させる。)

予定入院がある際に、外来において、入院期間中も含む日数分を処方することに規定を設けることについてどのように考えるか。

(例：3日後に当該病院に入院が予定されている際、外来で30日分処方する。)

持参薬の使用の有無について退院患者調査の様式1で調査することについてどのように考えるか。

平成19年度DPC評価分科会における特別調査
ヒアリング結果の概要

第1 目的

中医協診療報酬基本問題小委員会においては、DPC導入による医療の質等について継続的に注視することが必要であると指摘がなされてきたところ、中医協診療報酬調査専門組織DPC評価分科会において、再入院率及び診断群分類の決定方法について2回の意見交換（ヒアリング）を実施した。その中で指摘のあった事項等について概要を取りまとめた。

第2 ヒアリング対象医療機関

別紙1のとおり。

第3 ヒアリング結果の概要

1 再入院率について

(1) 退院後3日以内の再入院に係る理由については、治療に関するものとして、化学療法等の予期されたもの、検査入院後に一旦退院し手術を行うもの、前回入院時の病態が急変したものなど、その多くのが計画的又は前回の入院時の病態から予期される再入院であった。

なお、それ以外に、週末の救急搬送用の為の空床確保や患者のQOL向上を目的としたものもあり、臨床の実態としては一連の入院であると考えることができるのではないかと考えることができるのではないかと。

(2) ただし、再入院率を下げる為に、本来は一旦退院すべき場合にも退院とせず、例えば外泊としてしまうことは、不必要な入院は行わないという保険医療機関及び保険医療養担当規則に反する。そこで、ある期間に退院していた場合でも、DPCでの取扱いでは一連の入院と扱うなど工夫が必要ではないかと。

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 提案書 (案)

平成19年度に中医協基本問題小委員会よりDPCに関して付託された事項について検討した結果、以下のとおり当分科会から中医協基本問題小委員会へ提案する。

第1 適切な算定ルール等の構築について

再入院率及び診断群分類の決定方法について特別調査及び関係医療機関との意見交換（ヒアリング）を実施し、適切な算定ルール等に関して検討を行った結果を踏まえて、以下のとおり取り扱うこととしてはどうか。

1 同一疾患での再入院に係る取扱いについて

- (1) 3日以内の再入院（病棟間の転棟に伴う再転棟も含む）については、臨床現場の実態として、実質的に一連の療養として支障がないものと考えられることから、1入院として取り扱うこと。
- (2) 4～7日以内の再入院については、今後引き続き調査・検討を継続すること。
- (3) 本来であれば外来で実施できると思われる治療でも、入院医療で行われている例については、今後、実態の調査・検討をしていくこと。

平成20年度DPC評価分科会における特別調査（ヒアリング）（案）について

本年5月21日の中医協基本問題小委員会において、DPCに関する調査を補完し、適切な算定ルールの構築等について検討するため、平成19年度と同様にDPC評価分科会において、調査内容に基づいた意見交換（ヒアリング）を行うこととした。

第1 再入院について

昨年度のヒアリングの結果をふまえて、本年度より、同一疾患での3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行ったところ。

ただし、4～7日以内の再入院や本来であれば外来で実施できる治療を入院医療で実施している例については、本年度も引き続き調査することとされた。

【調査方法】

平成20年度調査により得られたデータから、以下に該当する医療機関に調査票を配布する。

なお、ヒアリング対象医療機関は、調査票を取りまとめた結果等もふまえて、以下の区分に応じて、数医療機関を当該分科会に招集することとする。

ア 3日以内の再入院について

本年度より同一疾患による3日以内の再入院については、1入院として取り扱うこととしたが、その影響等について検証するために、3日以内再入院率が高い医療機関を対象とする。その際には、がん化学療法・放射線療法の場合とそれ以外の場合に区別して考慮する。

イ 4～7日以内の再入院について

4～7日以内の再入院については、今後の算定ルールの見直しに向けて、4～7日以内再入院率が高い医療機関を対象とする。その際には、上記と同様に、がん化学療法・放射線療法の場合とそれ以外の場合に区別して考慮する。

平成20年度DPC評価分科会における 特別調査結果について

本年5月21日の中医協基本問題小委員会の決定に基づき、DPCに関する調査を補完し、適切な算定ルール of 構築等について検討するため、DPC評価分科会において特別調査を実施したところ、その結果等について以下にまとめた。

第1 再入院について

- ア 3日以内の再入院について
- イ 4～7日以内の再入院について

【ヒアリング】

〔対象医療機関〕

- ・佐賀県立病院好生館
- ・医療法人社団平成会 藤枝平成記念病院
- ・医療法人蒼龍会 井上病院

同一傷病名による4～7日以内の再入院や、同一傷病名による3日以内の再入院が依然として多い医療機関があった。

また、同一傷病名による3日以内の再入院が減少する一方で、同一傷病名による4～7日以内再入院が増加している医療機関もあった。

※ 同一傷病とは診断群分類番号の上6桁が同一である傷病をいう。

〔医療機関の主な意見〕

- i 化学療法を繰り返している患者について、退院して自宅で過ごせる期間を少しでも長くする努力してきた結果、3日以内の再入院が減って、4～7日の再入院が増えた。
- ii 術前に侵襲的な検査を行うために入院する場合、必要のない入院を減らすためには検査と手術の間に一度退院する必要がある、短期間で再入院となる。
- iii 慢性腎不全等の基礎疾患がある患者では、合併症等により再入院が多くなる。

〔ヒアリングでの主な指摘事項〕

- i 入院期間の短縮により、必要な入院医療が提供されず早期に退院したために再入院となることが多いのであれば問題である。
- ii 検査日又は手術日を調整し、術前検査から手術までを1入院で行うべきではないか。
- iii 検査のみを目的とした入院と治療を目的とした入院が、同一の診断群分類で評価されることは適切ではないのではないか。
- iv 入院の目的が他の疾病であっても、人工腎臓を実施すると、最も医療資源を投入した傷病名が慢性腎不全となることについて、違和感がある。

【アンケート調査の結果】（平成20年12月1日DPC評価分科会資料 再掲）

- ① 前回入院と同一傷病による3日以内の再入院の割合が、昨年度と比べ大幅に減少した理由
 - i 化学療法を外来へ移行した。
 - ii 両眼の白内障手術を行う場合に、片眼ずつ2度に分けて手術を行っており、各手術毎に入退院を行っているが、これまでは手術日が月・木曜日の週2回あったため、3日以内の再入院となることがあったが、本年から、手術日が月曜日のみとなり、3日以内の再入院となることが少なくなった。
 - iii 入院診療の効率化のため、手術予定患者等の術前検査をなるべく外来で行うこととし、検査目的の入院が減少したため。
 - iv これまで、化学療法・放射線療法中の短期一時帰宅をすべて退院として取り扱っていたが、考え方を改め、QOL向上のための一時退院については外泊として取り扱うこととしたため。

- ② 前回入院と同一傷病による4～7日以内の再入院の割合が、昨年度と比べ大幅に増加した理由
 - i 化学療法の患者が増加したため。
 - ii 両眼の白内障手術を行う場合に、片眼ずつ2度に分けて手術を行っているが、以前は2度の手術が行われるまで入院していたが、今年度より片眼の手術が行われる毎に一度退院することとしたため。
 - iii 膀胱癌に対するBCG膀胱内注入療法（通常週1回8週間のBCG投与）を行う患者が増えたため。

- ③ 前回入院と同一傷病による3日以内の再入院の割合が高い理由
- i 血液悪性腫瘍等の長期間化学療法を行う患者について、気分転換・精神的安定確保のため、一時的にであっても帰宅するようにしているため。
 - ii 病状の急変により再入院となる症例があるため。
 - iii 両眼の白内障手術を行う場合に、片眼ずつ2度に分けて手術を行っており、各手術毎に入退院を行うため。
 - iv 退院後てんかん発作が再発し、救急入院となった事例が多くあったため。
- ④ 化学療法及び放射線療法を実施していない患者の4～7日以内の再入院の割合が高い理由
- i 脊椎関連疾患の患者について、術前に侵襲性の高い検査を入院で行った後、一度退院し、検査結果から手術適応と判断された患者については、再度入院し手術を行うため。
 - ii 両眼の白内障手術を行うにあたり、片眼ずつ施行しており、各手術毎に入退院となるため。2次救急指定病院でありベッドの確保をする観点から、このように短期間でも退院としている。
 - iii 肝細胞癌に対し経皮的エタノール注入療法を多く実施しているが、この治療法は安全性は高いが、複数の肝細胞癌を治療するためには頻回に繰り返す必要があり、治療毎に入退院を繰り返すため。
- ⑤ 化学療法及び放射線療法を実施していない患者の7日以内の再入院の割合が高い理由
- i 入院患者の60%超が透析を実施している患者であるが、このような患者では様々な合併症を有しており、再入院を繰り返すことも多いため。
 - ii 白内障の手術を両眼に行う場合に、1泊2日で片眼を手術した後一旦退院し、後日、再度入院し残りの片眼の手術を行うため。
 - iii 高齢者及び施設入所者の肺炎では、治療終了後の急性増悪や続発症の発症が多いため。

参考資料 3日以内再入院ルール見直しのための集計結果

【様式1「再入院調査」の集計結果】

1 同一病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	19.56%	16.18%	15.63%
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	5.85%	4.15%	3.45%
3	計画的な化学療法のため	29.13%	45.60%	65.68%
4	計画的な放射線療法のため	3.82%	1.64%	1.19%
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	5.04%	1.98%	1.51%
6	その他	36.60%	30.45%	12.55%

2 同一病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	80.85%	77.74%	80.56%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	6.93%	7.18%	6.77%
3	予期された併存症の悪化のため	3.01%	3.49%	3.44%
4	患者の QOL 向上のため一時帰宅したため	3.78%	5.35%	2.85%
5	その他	5.43%	6.23%	6.38%

3 同一病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	77.37%	73.51%	74.62%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	6.65%	7.89%	6.89%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	4.12%	4.41%	4.35%
4	新たな他疾患発症のため	8.57%	11.11%	10.74%
5	その他	3.29%	3.08%	3.41%

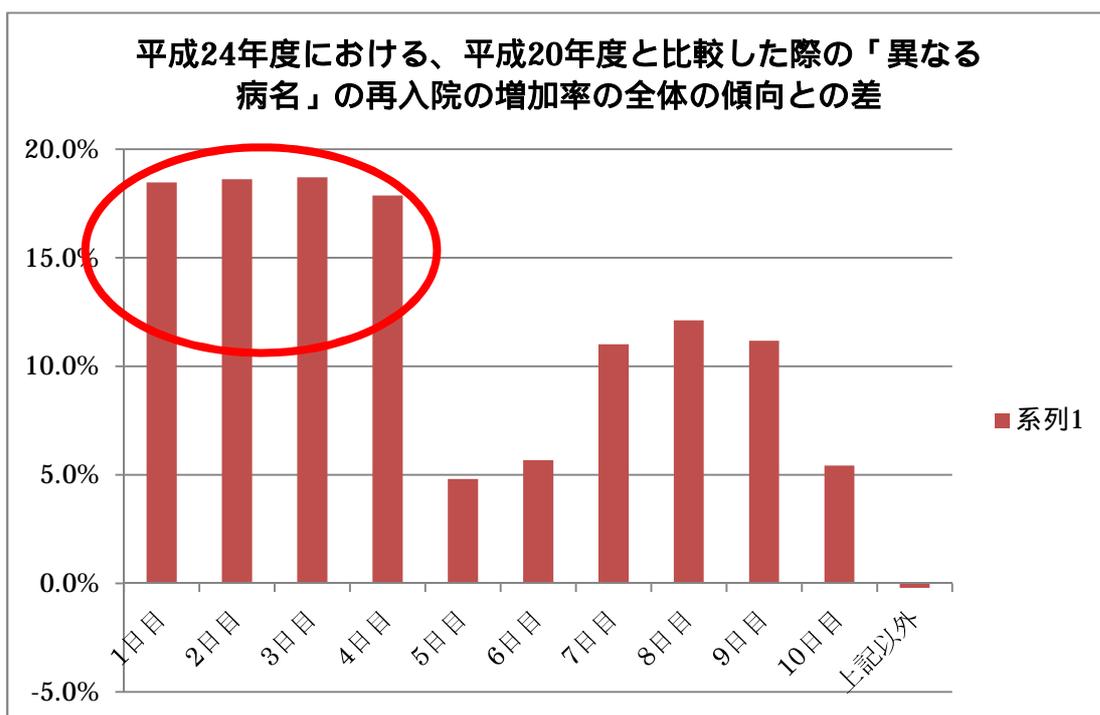
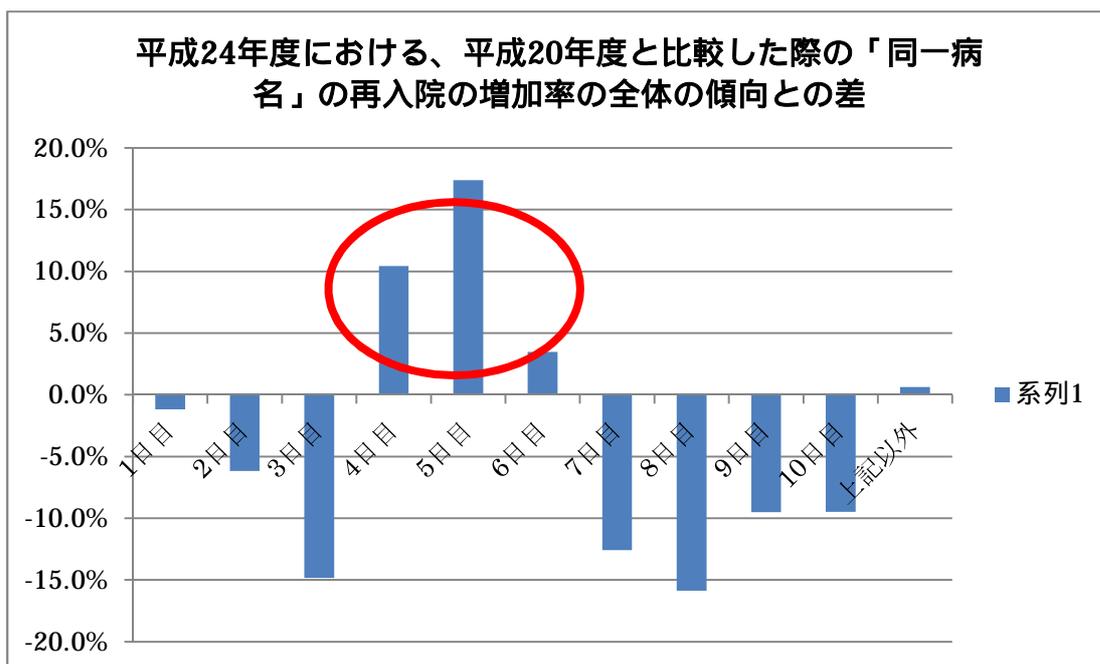
4 異なる病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術	27.58%	29.04%	27.90%

	を行うため			
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	6.90%	7.06%	8.38%
3	計画的な化学療法のため	16.50%	25.03%	27.83%
4	計画的な放射線療法のため	1.51%	1.66%	1.54%
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	5.78%	5.37%	4.70%
6	その他	41.73%	31.84%	29.65%

5 異なる病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	30.56%	33.59%	34.73%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	33.18%	31.29%	27.69%
3	予期された併存症の悪化のため	22.80%	23.56%	25.84%
4	患者の QOL 向上のため一時帰宅したため	2.72%	2.84%	2.24%
5	その他	10.73%	8.73%	9.49%

6 異なる病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	12.01%	13.84%	13.34%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	13.70%	13.37%	11.43%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	10.54%	10.59%	10.87%
4	新たな他疾患発症のため	61.68%	60.19%	62.30%
5	その他	2.07%	2.01%	2.06%

【平成 20 年度と比較した日数別の再入院の傾向】



【前回入院時「医療資源病名 6 桁」と今回入院時「入院契機病名 6 桁」の一致しない症例のうち、MDC が同一（DPC 上 2 桁のコードが同一）の割合】

	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
件数	3,991	4,468	4,836	5,806	5,843	6,216	6,228
割合	10.7%	12.0%	12.9%	15.5%	15.6%	16.6%	16.7%

8 日目	9 日目	10 日目	11 日目	12 日目	13 日目	14 日目	15 日目以上
5,234	5,216	5,381	5,530	5,831	5,495	5,006	98,378
14.0%	14.0%	14.4%	14.8%	15.6%	14.7%	13.4%	263.1%

群の要件の見直しについて（その2）

[対応案]

【実績要件3】の算出においては、現時点で最新の外保連試案（第8.2版）を活用することとしてはどうか。

平成26年度診療報酬改定における 群の実績要件は、「別紙」の通りとしてはどうか。

群の最低値（外れ値の取り扱い）については、改定全体の方針が決定した後、中医協総会で議論することとする。

（考え方）

【実績要件1：診療密度】について、当該要件をクリアするため後発医薬品から先発医薬品に置き換えるインセンティブがあるのではないかという指摘があったが、機能評価係数 において後発医薬品の使用割合を評価する指数の導入することになれば後発医薬品を使用する一定のインセンティブが期待されることから、現行の評価方法を継続することとし、次回改定以降の後発医薬品の使用割合の動向を検証しつつ必要に応じて算出方法の見直し等の対応を検討することとしてはどうか。

【実績要件3：高度な医療技術の実施】について、最新の医療技術評価を反映させる観点から、現時点で最新の外保連試案（第8.2版）を活用することとしてはどうか。

平成 26 年度診療報酬改定における 群の要件の考え方

下記の【実績要件 1】～【実績要件 4】のそれぞれについて、 群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）より高い医療機関を 群（大学病院本院に準じる病院）とする。

【実績要件 1】：診療密度

診療密度 = [1 日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）]

当該医療機関において症例数が一定以上の（1 症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の 1 日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件 2】：医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床 1 床あたりの臨床研修医師数（基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）]

各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医数と、地方厚生（支）局へ届け出ている病床数（様式 3 の「医療保険」総数（届出病床総数））により算出する。

特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件3】：高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の3つ(3a~3c)がそれぞれ一定の基準を満たす]

- (3a)：手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)
- (3b)：DPC算定病床当たりの同指数(協力医師数及び手術時間補正後)
- (3c)：手術実施件数

「(3a)：手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数()を「(3c)：手術件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術件数」については、外保連試案(第8.2版)において技術難易度が設定されている手術を集計対象手術とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

() 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数は、外保連試案(第8.2版)に記載されている、協力医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値(下表参照。難易度B、協力医師数0人を1としてそれぞれ相対化)に手術時間を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度D、協力医師数2、手術時間数3の手術は $7.43 \times 3 = 22.29$

協力医師数	0	1	2	3	4	5	6
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.36	3.36	3.63	3.90	4.17		
D	4.07	6.43	7.43	7.70	7.97	8.24	
E	6.11	10.18	12.54	13.54	13.81	14.08	14.35

難易度、協力医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード(医科点数表の手術コード)の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、協力医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り混んで対応関係を作成する(協力医師数を最優先)。
- 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

【実績要件4】: 重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施 = [複雑性指数(重症 DPC 補正後)]

全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出する。

