

## 平成 24 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の

## 結果報告について

## &lt;概要&gt;

- 平成 24 年度に実施された DPC 導入の影響評価に関する調査「退院患者調査」について、平成 25 年 5 月 22 日の DPC 評価分科会でのとりまとめ方法に関する議論を踏まえ、ワーキンググループを組織し、集計の方向性や統計学的有意差の検証等も含めワーキンググループの助言を元に、とりまとめを行った。
- 本調査の分析・評価は、「DPC 導入の影響評価」・「外来診療の評価」・「いわゆる総合病院精神科の診療実態に関する評価」の 3 点に着目した。
  - (1) DPC 導入の影響評価
  - (2) 外来診療の実態評価
  - (3) いわゆる総合病院精神科の実態評価

## &lt;考察&gt;

## (1) DPC 導入の影響評価

- ◇ モニタリング項目の集計や再入院・再転棟の状況について集計を行ったが、在院日数の短縮や他院からの紹介の増加等、従来から認めている傾向については引き続き認めたものの、平成 24 年度から新たに生じた変化は認めなかった。
- ◇ DPC 対象病院は、DPC 対象外の病院と比較した場合、「在院日数」については短い傾向、「退院時転帰（治癒・軽快）」、「入院経路（救急車による搬送率、救急医療入院、他院からの紹介）」については多い傾向（いずれも有意差あり）が認められた。

(次ページに続く)

(続き)

## (2) 外来診療の実態評価

- ◇ 術前画像診断と化学療法の外来実施状況について施設や地域特性によって何らかの傾向があるのではないかという仮説のもと集計を行ったが、明らかな傾向を見いだすことは出来なかった。
- ◇ 外来 EF ファイルを用いることで、術前画像診断の外来実施状況の把握や、化学療法の外来実施状況のより詳細な把握が可能であり、今後も引き続き外来 EF ファイルを収集することにより、経年変化を調べることも可能となると考えられる。

## (3) いわゆる総合病院精神科の実態評価

- ◇ いわゆる総合病院において、精神病床を併設する病院と併設しない病院で当該病院の一般病床において精神疾患を有する患者受け入れ状況に違いがあるかを評価することを目的として集計を行ったところ、併設ありの医療機関の方が精神疾患を有する患者の受け入れが活発であることが分かった。
- ◇ 一般病床に入院する患者と精神病床に入院する患者で在院日数に影響を与える要因について評価する目的で集計を行ったところ、それぞれ在院日数に影響を与える要因の傾向は異なっており、同じ ICD-10 コードに該当する場合であっても、一般病床に入院する患者と精神病床に入院する患者で患者像に違いがあるものと考えられた。
- ◇ 但し、精神病床に入院する患者全体のうち、DPC データが提出されている患者数の割合は 1 割程度であり、DPC データによって精神科入院医療全体の診療実態について一定の結論を出すことについては限界があるものと考えられる。

## 1. 背景

- DPC 導入の影響評価等を行うことを目的として、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するための基礎資料を収集するため、平成24年4月から平成25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）」等を収集した。
  
- 平成25年5月22日のDPC評価分科会【D-2】における「平成24年度退院患者調査のとりまとめ方法（案）」の議論を踏まえ、ワーキンググループ（以下「WG」という。）を組織し、集計の方向性や統計学的有意差の検証等も含め、WGの助言を踏まえ、とりまとめを行った。

## 2. 集計の視点

- (1) DPC 導入の影響評価
  - ① モニタリング項目（定例報告）
  - ② DPC 対象病院と DPC 対象外の病院（準備病院・出来高病院）の比較
  - ③ 再入院・再転棟調査
  
- (2) 外来診療の評価
  - ① 術前画像診断検査の外来実施状況について
  - ② レジメン別に見た化学療法の外来実施状況について
  
- (3) いわゆる総合病院精神科の診療実態に関する評価
  - ① 精神病床に入院する患者の DPC データ提出状況
  - ② 急性期病院の精神病床の有無別診療実績の評価
  - ③ MDC17 から見た一般病床・精神病床別の診療実態比較

### ※ 用語について

- 「出来高病院」…出来高で算定する病院のうち、DPC 準備病院でない病院。
- 「総合病院精神科」…DPC 対象病院（一般病床を有する病院）における精神科。

### ※ 有意差検定について

- 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）を使用した。
- 使用統計ソフトは、IBM SPSS Statistics version 20 を使用した。

### 3. 各集計の集計方法・結果・考察

#### (1) DPC 導入の影響評価

##### <結果概要>

##### ①モニタリング項目（定例報告）

- モニタリング項目（定例報告）においては、「在院日数」「病床利用率」「入院経路」「退院時転帰」「退院先の状況」について集計を行った。
- 「在院日数」については平成 24 年度も引き続き短縮傾向を認め、「病床利用率」については経年変化を認めなかった。
- 「入院経路」については、救急車による搬送はほとんどの施設類型で増加傾向、他院からの紹介は全施設類型において増加傾向を認めている。
- 「退院時転帰」「退院先の状況」については、若干の増減を認めるものの経年的な一定の増減傾向は認めない。

##### ②DPC 対象病院と DPC 対象外の病院（準備病院・出来高病院）の比較

- DPC 対象病院と対象外の病院の診療実態を把握するため、「在院日数」「病床利用率」「入院経路」「退院時転帰」「退院先の状況」について集計を行った。
- DPC 対象病院は、DPC 対象外の病院と比較し、「在院日数」については短い傾向、「入院経路（救急車による搬送率、救急医療入院、他院からの紹介）」、「退院時転帰（治癒・軽快）」、「退院先の状況（自院の外来）」の割合は多い傾向があり、いずれも有意差を認めた。
- 一方、「病床利用率」「退院先の状況（転院）」については、有意差を認めない。

##### ③再入院・再転棟調査

- 再入院・再転棟調査においては、「計画的な再入院」および「予期された再入院」は平成 23 年度から 24 年度にかけて減少しているのに対し、「予期せぬ再入院」の増加が認められた他は、若干の変動を認めるものの、概ね経年で見て大きな変化は認めなかった。

##### <考察>

- ◇ モニタリング項目の集計や再入院・再転棟の状況について集計を行ったが、在院日数の短縮や他院からの紹介の増加等、従来から認めている傾向については引き続き認めたものの、平成 24 年度から新たに生じた変化は認めなかった。
- ◇ DPC 対象病院は、DPC 対象外の病院と比較した場合、「在院日数」については短い傾向、「退院時転帰（治癒・軽快）」、「入院経路（救急車による搬送率、救急医療入院、他院からの紹介）」については多い傾向（いずれも有意差あり）が認められたが、どのような背景によってこのような傾向が生じるのかについては引き続き検討が必要であるものと考えられる。

○ 目的と方法

- 平成 25 年 5 月 22 日の DPC 評価分科会の議論に基づき、集計の視点については①モニタリング項目（定例報告）、②DPC 対象病院と対象外の病院（DPC 準備病院、出来高算定病院）別の集計、③再入院・再転棟に係る評価とした（②については、平成 24 年度診療報酬改定の中医協附帯意見に基づき、集計を行うこととした）。
- 平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月）の退院患者に係るデータ（約 1040 万件）のうち、包括払いの対象とならない病棟への移動があった患者等を除外したデータ（約 930 万件）を分析の対象とした。
- 平成 22 年度 7 月以降、当調査は通年化されたが、平成 18 年度から平成 21 年度までは 7 月～12 月のみの調査であったことから、今回の集計においては、①経年比較のための 6 か月（7 月～12 月）集計と②通年化された平成 23 年度から平成 24 年度 12 か月（4 月～3 月）集計の二通りの集計を行った。

○ 調査対象施設数・分析対象データ

病床規模（右） 参加年度（下）	100 床未満	100 床以上 200 床未満	200 床以上 300 床未満	300 床以上 400 床未満	400 床以上 500 床未満	500 床以上
平成 15 年度 DPC 参加病院	-	-	-	-	1	81
平成 16 年度 DPC 参加病院	2	13	12	15	7	12
平成 18 年度 DPC 参加病院	4	14	34	55	42	66
平成 20 年度 DPC 参加病院	32	74	89	64	39	55
平成 21 年度 DPC 参加病院	89	159	131	91	51	43
平成 22 年度 DPC 参加病院	22	38	19	15	10	5
平成 23 年度 DPC 参加病院	12	20	13	6	4	4
平成 24 年度 DPC 参加病院	18	22	6	8	1	3
<b>DPC 対象病院合計値</b>	<b>179</b>	<b>340</b>	<b>304</b>	<b>254</b>	<b>155</b>	<b>269</b>
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	30	24	5	3	-	1
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	18	12	1	1	-	-
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	9	6	-	1	-	-
平成 22 年度新規 DPC 準備病院	11	7	-	-	-	-
平成 24 年度新規 DPC 準備病院	26	48	23	10	-	3
<b>DPC 準備病院合計値</b>	<b>94</b>	<b>97</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
平成 24 年度出来高算定病院	20	10	3	1	-	-
<b>出来高算定病院合計値</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## ①モニタリング項目（定例報告）

モニタリングの集計項目としては、例年の通り、「平均在院日数」、「病床利用率」、「入院経路」、「退院時転帰」、「退院先の状況」とし、【表 1－1】～【表 5－2】まで施設類型別および病床規模別に経年的な推移を集計した。

【表 1－1】在院日数の平均の年次推移

### 1) 施設類型別

施設類型	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院	16.03	15.68	15.33	15.00	14.57	14.29
平成 16 年度 DPC 参加病院	14.44	14.31	14.14	13.85	13.53	13.27
平成 18 年度 DPC 参加病院	14.23	14.13	13.86	13.63	13.31	13.12
平成 20 年度 DPC 参加病院	14.35	14.26	14.06	13.78	13.45	13.24
平成 21 年度 DPC 参加病院	14.50	14.45	14.18	13.86	13.59	13.34
平成 22 年度 DPC 参加病院	15.97	15.17	14.86	14.53	14.26	13.99
平成 23 年度 DPC 参加病院	14.92	14.69	13.79	13.45	13.21	12.95
平成 24 年度 DPC 参加病院	16.56	15.79	15.63	14.58	14.94	14.04
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	15.27	15.18	15.01	14.39	14.44	13.86
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	15.13	14.90	14.41	14.47	13.92	13.92
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	16.35	16.08	15.65	15.31	14.79	14.59
平成 22 年度新規 DPC 準備病院		16.12	15.55	14.66	15.00	14.07
平成 24 年度新規 DPC 準備病院				15.02		14.42
平成 24 年度出来高算定病院				14.58		15.29

### 2) 病床規模別（DPC 対象病院のみ）

病床規模	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満	13.96	13.73	13.45	13.13	13.01	12.72
100 床以上 200 床未満	15.16	15.00	14.78	14.43	14.21	13.92
200 床以上 300 床未満	14.64	14.59	14.25	13.98	13.67	13.47
300 床以上 400 床未満	14.52	14.41	14.15	13.82	13.57	13.27
400 床以上 500 床未満	14.31	14.14	13.92	13.59	13.33	13.07
500 床以上	14.89	14.75	14.44	14.16	13.77	13.55

### [結果]

全ての施設類型および全ての病床規模において毎年短縮傾向が認められている。

【表 2 - 1】病床利用率

1) 施設類型別

施設類型	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院	80.0%	81.7%	81.6%	81.7%	81.5%	81.4%
平成 16 年度 DPC 参加病院	80.7%	82.3%	82.7%	83.6%	83.1%	83.9%
平成 18 年度 DPC 参加病院	82.0%	83.7%	83.6%	83.2%	84.1%	83.5%
平成 20 年度 DPC 参加病院	79.5%	81.8%	81.5%	81.6%	82.0%	82.0%
平成 21 年度 DPC 参加病院	76.4%	78.8%	79.2%	78.9%	79.8%	79.4%
平成 22 年度 DPC 参加病院	78.2%	79.2%	79.3%	79.9%	80.0%	80.3%
平成 23 年度 DPC 参加病院	78.4%	80.9%	77.4%	79.2%	78.3%	79.6%
平成 24 年度 DPC 参加病院	83.5%	81.5%	81.7%	80.3%	82.2%	80.5%
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	76.2%	78.9%	80.0%	78.4%	80.5%	79.1%
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	78.6%	81.5%	79.4%	78.7%	79.8%	78.6%
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	78.7%	82.2%	80.1%	80.1%	81.1%	80.9%
平成 22 年度新規 DPC 準備病院		76.8%	80.2%	83.1%	81.2%	83.5%
平成 24 年度新規 DPC 準備病院				77.5%		77.7%
平成 24 年度出来高算定病院				78.2%		78.6%

2) 病床規模別 (DPC 対象病院のみ)

病床規模	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満	83.1%	85.6%	83.8%	83.8%	84.6%	84.3%
100 床以上 200 床未満	77.1%	79.5%	79.3%	79.8%	80.0%	80.3%
200 床以上 300 床未満	76.2%	78.3%	78.5%	78.2%	79.2%	78.8%
300 床以上 400 床未満	78.1%	80.4%	80.5%	80.3%	81.1%	80.7%
400 床以上 500 床未満	78.9%	81.4%	81.4%	81.1%	82.0%	81.4%
500 床以上	81.0%	82.6%	82.5%	82.6%	82.7%	82.7%

[結果]

各施設類型で若干増減はあるものの全ての施設類型および全ての病床規模において経年的な変化は認められない。

【表 3 - 1】救急車による搬送の率・患者数

1) 施設類型別

施設類型	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院	7.4%	7.5%	7.8%	8.0%	7.9%	8.2%

(1 施設当たり患者数)	83.7	89.4	93.4	98.6	89.6	94.1
平成 16 年度 DPC 参加病院	13.0%	13.3%	13.7%	14.3%	13.7%	14.4%
(1 施設当たり患者数)	75.4	80.0	82.4	87.3	78.2	83.3
平成 18 年度 DPC 参加病院	14.2%	14.6%	15.0%	15.8%	15.2%	15.9%
(1 施設当たり患者数)	93.7	99.2	103.7	111.2	99.4	105.7
平成 20 年度 DPC 参加病院	13.5%	14.1%	14.5%	15.1%	14.6%	15.1%
(1 施設当たり患者数)	63.9	68.4	71.4	75.7	67.9	71.5
平成 21 年度 DPC 参加病院	13.5%	13.8%	14.2%	14.6%	14.4%	14.7%
(1 施設当たり患者数)	49.5	52.4	54.6	57.1	52.4	54.4
平成 22 年度 DPC 参加病院	13.9%	14.6%	15.3%	16.0%	15.5%	16.1%
(1 施設当たり患者数)	42.0	46.1	48.7	52.0	46.5	49.0
平成 23 年度 DPC 参加病院	12.3%	12.4%	12.8%	14.3%	13.1%	14.2%
(1 施設当たり患者数)	38.8	40.8	42.6	49.1	41.4	46.2
平成 24 年度 DPC 参加病院	17.0%	13.7%	14.1%	15.3%	14.2%	15.5%
(1 施設当たり患者数)	30.4	36.2	37.4	42.1	35.7	40.2
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	13.9%	13.7%	13.4%	13.4%	13.4%	13.2%
(1 施設当たり患者数)	21.3	21.8	21.3	21.9	20.2	20.3
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	10.3%	10.3%	10.6%	11.6%	10.6%	12.0%
(1 施設当たり患者数)	13.8	14.0	14.5	15.9	13.6	15.4
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	18.9%	20.0%	18.4%	19.4%	19.1%	19.6%
(1 施設当たり患者数)	26.9	28.6	26.9	28.3	26.5	27.0
平成 22 年度新規 DPC 準備病院		18.2%	19.4%	18.8%	19.6%	19.1%
(1 施設当たり患者数)		18.2	20.1	20.8	19.3	20.1
平成 24 年度新規 DPC 準備病院				13.9%		14.1%
(1 施設当たり患者数)				32.4		30.8
平成 24 年度出来高算定病院				11.6%		11.8%
(1 施設当たり患者数)				14.9		11.1

## 2) 病床規模別 (DPC 対象病院のみ)

病床規模	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満	15.4%	15.7%	16.4%	16.8%	16.6%	17.0%
(1 施設当たり患者数)	14.3	14.6	15.4	16.0	14.9	15.3
100 床以上 200 床未満	15.2%	16.0%	16.3%	16.9%	16.4%	16.9%
(1 施設当たり患者数)	29.9	32.5	33.2	35.0	31.5	32.9
200 床以上 300 床未満	14.6%	15.0%	15.6%	16.1%	15.6%	16.2%
(1 施設当たり患者数)	51.5	54.4	57.3	60.0	54.3	56.7
300 床以上 400 床未満	13.4%	13.9%	14.2%	14.9%	14.4%	15.0%



(1 施設当たり患者数)	69.3	74.3	77.5	83.7	74.3	79.5
400 床以上 500 床未満	12.9%	13.2%	13.8%	14.3%	14.0%	14.4%
(1 施設当たり患者数)	89.6	95.3	100.3	106.5	96.2	101.3
500 床以上	11.1%	11.3%	11.6%	12.1%	11.8%	12.3%
(1 施設当たり患者数)	116.6	122.4	127.5	135.7	122.3	129.3

【表 3 - 2】 予定・救急医療入院の率・患者数（救急医療入院の率・患者数）

1) 施設類型別

施設類型	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院	24.6%	14.9%	14.4%	11.2%	14.6%	11.4%
(1 施設当たり患者数)	278.5	176.6	173.3	138.4	164.1	130.9
平成 16 年度 DPC 参加病院	46.1%	30.3%	31.1%	28.4%	31.0%	28.1%
(1 施設当たり患者数)	267.3	181.7	187.5	174.1	176.9	162.5
平成 18 年度 DPC 参加病院	46.1%	31.3%	31.7%	29.1%	31.9%	29.1%
(1 施設当たり患者数)	303.7	212.5	218.8	204.8	208.3	193.5
平成 20 年度 DPC 参加病院	48.2%	32.7%	33.8%	29.6%	33.8%	29.6%
(1 施設当たり患者数)	227.6	159.2	165.9	148.7	157.1	140.0
平成 21 年度 DPC 参加病院	49.5%	31.1%	31.9%	28.2%	32.1%	28.3%
(1 施設当たり患者数)	181.8	118.3	122.6	110.4	116.7	104.5
平成 22 年度 DPC 参加病院	51.1%	31.3%	35.1%	29.8%	35.3%	30.0%
(1 施設当たり患者数)	154.0	98.5	111.5	96.9	105.9	91.3
平成 23 年度 DPC 参加病院	45.8%	26.5%	28.4%	26.0%	28.7%	25.8%
(1 施設当たり患者数)	144.8	87.3	94.8	89.5	90.8	83.6
平成 24 年度 DPC 参加病院	53.7%	25.3%	28.6%	28.1%	29.0%	28.4%
(1 施設当たり患者数)	95.6	67.2	76.0	77.3	72.9	73.3
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	48.0%	29.3%	28.7%	20.7%	28.7%	20.6%
(1 施設当たり患者数)	73.6	46.4	45.8	33.9	43.1	31.6
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	45.4%	27.6%	25.1%	16.4%	26.0%	16.5%
(1 施設当たり患者数)	60.7	37.4	34.4	22.4	33.3	21.2
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	60.2%	40.2%	37.7%	26.3%	37.5%	26.7%
(1 施設当たり患者数)	85.5	57.6	55.2	38.4	52.2	36.8
平成 22 年度新規 DPC 準備病院		25.1%	25.1%	22.5%	25.0%	22.8%
(1 施設当たり患者数)		25.1	26.0	24.9	24.6	24.0
平成 24 年度新規 DPC 準備病院				23.4%		23.3%
(1 施設当たり患者数)				54.5		50.8
平成 24 年度出来高算定病院				18.9%		19.3%
(1 施設当たり患者数)				24.2		18.2

2) 病床規模別 (DPC 対象病院のみ)

病床規模	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満 (1 施設当たり患者数)	53.5% 49.8	31.4% 29.3	32.0% 30.1	26.9% 25.6	32.1% 28.6	27.2% 24.5
100 床以上 200 床未満 (1 施設当たり患者数)	55.8% 109.8	34.5% 70.1	34.9% 71.0	30.4% 63.0	35.0% 67.4	30.4% 59.4
200 床以上 300 床未満 (1 施設当たり患者数)	52.5% 185.0	34.2% 124.0	34.9% 128.2	30.4% 113.1	35.0% 121.4	30.4% 106.7
300 床以上 400 床未満 (1 施設当たり患者数)	49.2% 254.3	30.8% 165.2	32.4% 176.2	29.7% 166.2	32.4% 167.4	29.6% 156.3
400 床以上 500 床未満 (1 施設当たり患者数)	46.2% 320.3	31.4% 226.1	32.5% 235.8	29.0% 216.1	32.7% 225.1	29.0% 203.9
500 床以上 (1 施設当たり患者数)	36.8% 385.5	24.1% 260.7	24.7% 270.5	21.6% 241.7	24.8% 257.0	21.7% 228.4

【表 3-3】他院より紹介有りの率・患者数

1) 施設類型別

施設類型	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	44.5% 503.6	51.6% 612.0	57.8% 692.9	64.8% 801.2	57.6% 648.9	64.3% 741.8
平成 16 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	43.5% 252.4	44.8% 268.6	48.1% 290.3	51.5% 315.2	47.8% 272.5	51.2% 295.9
平成 18 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	39.1% 257.6	41.3% 280.6	44.3% 306.0	47.8% 337.0	44.3% 289.5	47.5% 316.0
平成 20 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	40.1% 189.2	42.5% 206.6	44.3% 217.8	46.9% 235.5	44.2% 205.8	46.8% 221.2
平成 21 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	41.0% 150.8	42.0% 159.4	44.4% 170.4	46.6% 182.4	44.2% 160.5	46.3% 171.1
平成 22 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	41.1% 124.0	42.2% 133.1	44.5% 141.6	46.9% 152.6	44.3% 133.1	46.9% 142.8
平成 23 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	39.5% 124.9	45.3% 148.9	48.3% 161.1	49.6% 170.9	48.0% 151.9	49.2% 159.5
平成 24 年度 DPC 参加病院 (1 施設当たり患者数)	25.4% 45.3	36.2% 96.0	42.2% 112.3	47.4% 130.7	42.0% 105.4	46.7% 120.8
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	34.3%	35.1%	36.9%	39.1%	36.8%	38.7%

(1 施設当たり患者数)	52.6	55.6	58.8	64.1	55.2	59.4
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	37.7%	38.1%	39.3%	40.6%	38.8%	40.2%
(1 施設当たり患者数)	50.4	51.7	53.7	55.5	49.7	51.7
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	25.4%	27.4%	30.5%	31.3%	29.9%	31.7%
(1 施設当たり患者数)	36.0	39.1	44.7	45.7	41.6	43.7
平成 22 年度新規 DPC 準備病院		26.1%	28.8%	34.4%	29.9%	34.3%
(1 施設当たり患者数)		26.1	29.9	38.0	29.4	36.2
平成 24 年度新規 DPC 準備病院				43.0%		42.8%
(1 施設当たり患者数)				100.4		93.3
平成 24 年度出来高算定病院				40.3%		40.6%
(1 施設当たり患者数)				51.6		38.2

## 2) 病床規模別 (DPC 対象病院のみ)

病床規模	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満	27.9%	27.3%	29.0%	29.8%	28.9%	29.8%
(1 施設当たり患者数)	26.0	25.4	27.3	28.3	25.8	26.8
100 床以上 200 床未満	31.8%	32.4%	34.2%	35.5%	34.2%	35.5%
(1 施設当たり患者数)	62.5	66.0	69.6	73.7	65.7	69.3
200 床以上 300 床未満	36.2%	37.0%	38.8%	41.0%	38.7%	40.9%
(1 施設当たり患者数)	127.7	134.4	142.4	152.4	134.4	143.3
300 床以上 400 床未満	42.4%	44.6%	47.0%	48.8%	46.7%	48.5%
(1 施設当たり患者数)	219.1	239.0	255.8	273.3	241.0	256.3
400 床以上 500 床未満	41.2%	43.2%	46.4%	49.8%	46.1%	49.5%
(1 施設当たり患者数)	285.4	311.4	337.1	371.8	317.1	348.1
500 床以上	44.7%	48.7%	52.9%	57.9%	52.7%	57.4%
(1 施設当たり患者数)	468.1	527.3	578.8	647.6	545.0	603.6

### [結果]

救急車による搬送については、平成 23 年度から 24 年度にかけて、平成 22 年度新規準備病院では減少しているものの、他の施設類型および全ての病床規模においては搬送率および 1 施設当たりの患者や数は増加傾向が認められる。

救急医療入院については、平成 24 年度より「救急医療入院」が「救急医療入院以外の予定外入院」、「救急医療入院」へと分離されたため、救急医療入院としては減少が認められるが、予定外入院を加えることで傾向は年次的な変化は認められない。

他院からの紹介については、全ての施設類型および全ての病床規模において毎年増加傾向が認められる。

【表 4 - 1】退院時転帰の状況「治癒・軽快」

1) 施設類型別

施設類型		平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院	治癒	3.3%	2.4%	2.2%	1.8%	2.2%	1.8%
	軽快	74.5%	75.0%	75.2%	75.3%	75.0%	75.0%
	治癒+軽快	77.8%	77.4%	77.4%	77.1%	77.1%	76.8%
平成 16 年度 DPC 参加病院	治癒	7.6%	7.9%	7.9%	7.5%	7.9%	7.7%
	軽快	74.2%	74.1%	74.7%	76.0%	74.6%	75.5%
	治癒+軽快	81.8%	82.0%	82.6%	83.5%	82.4%	83.1%
平成 18 年度 DPC 参加病院	治癒	6.7%	5.9%	5.9%	5.6%	5.9%	5.6%
	軽快	75.1%	75.6%	75.8%	76.4%	75.6%	76.1%
	治癒+軽快	81.8%	81.4%	81.7%	82.0%	81.5%	81.7%
平成 20 年度 DPC 参加病院	治癒	5.9%	5.4%	4.7%	4.8%	4.9%	4.8%
	軽快	75.1%	75.8%	76.8%	76.9%	76.4%	76.7%
	治癒+軽快	80.9%	81.2%	81.5%	81.7%	81.3%	81.4%
平成 21 年度 DPC 参加病院	治癒	5.0%	4.2%	4.0%	3.8%	4.1%	3.8%
	軽快	75.4%	76.0%	76.6%	77.1%	76.3%	76.7%
	治癒+軽快	80.4%	80.2%	80.6%	80.8%	80.4%	80.5%
平成 22 年度 DPC 参加病院	治癒	4.4%	3.2%	2.7%	2.7%	2.6%	2.6%
	軽快	73.8%	75.5%	75.9%	76.4%	75.8%	76.0%
	治癒+軽快	78.2%	78.7%	78.5%	79.1%	78.4%	78.6%
平成 23 年度 DPC 参加病院	治癒	5.9%	5.3%	4.3%	4.5%	4.4%	4.4%
	軽快	72.0%	73.6%	74.6%	74.4%	74.3%	74.1%
	治癒+軽快	77.9%	78.9%	78.9%	78.9%	78.7%	78.5%
平成 24 年度 DPC 参加病院	治癒	5.2%	3.8%	3.5%	2.3%	3.4%	2.3%
	軽快	75.0%	76.2%	76.5%	78.2%	76.6%	78.0%
	治癒+軽快	80.1%	80.0%	80.0%	80.5%	79.9%	80.3%
平成 18, 19 年度 新規 DPC 準備病院	治癒	3.7%	2.4%	2.3%	1.9%	2.3%	1.9%
	軽快	72.9%	74.0%	73.2%	73.2%	73.0%	72.7%
	治癒+軽快	76.6%	76.4%	75.4%	75.1%	75.3%	74.6%
平成 20 年度 新規 DPC 準備病院	治癒	6.9%	6.9%	4.5%	2.9%	4.5%	3.0%
	軽快	69.2%	68.4%	70.5%	73.9%	70.4%	73.0%
	治癒+軽快	76.0%	75.3%	75.0%	76.8%	75.0%	76.0%
平成 21 年度 新規 DPC 準備病院	治癒	5.5%	4.2%	2.3%	1.9%	2.4%	2.1%
	軽快	74.9%	75.0%	77.1%	79.0%	76.9%	78.1%
	治癒+軽快	80.4%	79.2%	79.4%	80.9%	79.2%	80.2%
平成 22 年度新規	治癒		3.5%	2.4%	2.9%	2.7%	2.6%

DPC 準備病院	軽快		76.9%	78.7%	77.7%	78.5%	77.7%
	治癒+軽快		80.4%	81.0%	80.6%	81.2%	80.3%
平成 24 年度 新規 DPC 準備病院	治癒				3.7%		3.8%
	軽快				75.7%		75.2%
	治癒+軽快				79.4%		79.0%
平成 24 年度 出来高算定病院	治癒				2.4%		2.2%
	軽快				72.7%		72.5%
	治癒+軽快				75.1%		74.7%

## 2) 病床規模別 (DPC 対象病院のみ)

病床規模		平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満	治癒	5.2%	4.2%	4.1%	3.8%	4.1%	3.7%
	軽快	73.2%	73.7%	75.1%	76.2%	74.6%	75.8%
	治癒+軽快	78.4%	77.9%	79.2%	79.9%	78.6%	79.6%
100 床以上 200 床未満	治癒	4.1%	3.7%	3.1%	2.7%	3.2%	2.7%
	軽快	77.3%	77.9%	78.9%	79.6%	78.6%	79.3%
	治癒+軽快	81.4%	81.5%	82.0%	82.3%	81.8%	82.0%
200 床以上 300 床未満	治癒	3.9%	3.2%	3.0%	2.9%	3.1%	2.9%
	軽快	76.3%	77.0%	77.7%	78.3%	77.4%	77.9%
	治癒+軽快	80.3%	80.2%	80.7%	81.2%	80.5%	80.8%
300 床以上 400 床未満	治癒	5.7%	4.9%	4.6%	4.5%	4.7%	4.6%
	軽快	75.9%	76.7%	77.2%	77.4%	76.9%	77.1%
	治癒+軽快	81.6%	81.5%	81.8%	81.9%	81.6%	81.6%
400 床以上 500 床未満	治癒	5.2%	5.1%	5.1%	5.1%	5.2%	5.1%
	軽快	75.3%	75.1%	75.5%	75.5%	75.3%	75.1%
	治癒+軽快	80.5%	80.3%	80.6%	80.6%	80.4%	80.2%
500 床以上	治癒	6.3%	5.4%	4.9%	4.6%	5.0%	4.7%
	軽快	73.3%	74.2%	74.7%	75.2%	74.4%	74.8%
	治癒+軽快	79.6%	79.6%	79.6%	79.8%	79.4%	79.5%

### [結果]

退院時転帰の状況については、「治癒・軽快」に着目した場合、全ての施設類型および全ての病床規模において若干増減は認められるものの経年的な変化の傾向は認められない。

【表 5 - 1】退院先の状況「自院の外来」

#### 1) 施設類型別

施設類型	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

	(6 か月)	(6 か月)	(6 か月)	(6 か月)	(12 か月)	(12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院	83.9%	84.4%	84.1%	84.1%	84.1%	84.1%
平成 16 年度 DPC 参加病院	67.9%	67.4%	66.6%	67.3%	66.5%	67.1%
平成 18 年度 DPC 参加病院	72.7%	71.9%	71.7%	72.1%	71.5%	72.0%
平成 20 年度 DPC 参加病院	74.8%	74.3%	73.7%	73.7%	73.5%	73.6%
平成 21 年度 DPC 参加病院	75.4%	75.0%	74.5%	74.2%	74.3%	74.1%
平成 22 年度 DPC 参加病院	73.4%	73.4%	73.3%	73.4%	73.1%	73.5%
平成 23 年度 DPC 参加病院	77.2%	76.1%	76.4%	75.7%	76.3%	75.6%
平成 24 年度 DPC 参加病院	67.8%	75.1%	74.6%	73.9%	74.5%	73.8%
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	66.9%	67.4%	68.0%	67.1%	67.6%	67.0%
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	63.6%	63.5%	64.6%	66.0%	64.5%	65.5%
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	69.4%	68.7%	69.9%	66.2%	69.4%	66.3%
平成 22 年度新規 DPC 準備病院		64.3%	63.8%	61.9%	63.0%	61.5%
平成 24 年度新規 DPC 準備病院				74.8%		74.7%
平成 24 年度出来高算定病院				73.5%		72.7%

## 2) 病床規模別 (DPC 対象病院のみ)

病床規模	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満	67.7%	66.8%	66.4%	65.6%	66.1%	65.5%
100 床以上 200 床未満	68.9%	68.4%	68.0%	68.1%	67.9%	68.0%
200 床以上 300 床未満	70.0%	70.0%	69.9%	70.1%	69.7%	69.9%
300 床以上 400 床未満	72.7%	72.4%	71.7%	71.6%	71.5%	71.5%
400 床以上 500 床未満	77.2%	76.6%	76.3%	76.1%	76.0%	76.0%
500 床以上	79.8%	79.6%	79.2%	79.3%	79.0%	79.2%

## 【表 5 - 2】退院先の状況「転院」

### 1) 施設類型別

施設類型	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
平成 15 年度 DPC 参加病院	4.4%	4.6%	4.8%	5.0%	4.8%	4.9%
平成 16 年度 DPC 参加病院	5.8%	5.8%	5.8%	6.1%	5.8%	6.0%
平成 18 年度 DPC 参加病院	5.9%	6.1%	6.1%	6.3%	6.1%	6.3%
平成 20 年度 DPC 参加病院	5.1%	5.2%	5.3%	5.4%	5.2%	5.3%
平成 21 年度 DPC 参加病院	5.0%	5.0%	5.2%	5.3%	5.1%	5.2%
平成 22 年度 DPC 参加病院	5.9%	5.6%	5.7%	5.8%	5.6%	5.7%
平成 23 年度 DPC 参加病院	4.2%	4.5%	4.4%	4.7%	4.4%	4.6%

平成 24 年度 DPC 参加病院	7.0%	5.9%	6.0%	6.3%	6.0%	6.2%
平成 18, 19 年度新規 DPC 準備病院	5.9%	5.6%	6.0%	5.8%	5.9%	5.8%
平成 20 年度新規 DPC 準備病院	6.5%	6.8%	6.8%	6.7%	6.8%	6.7%
平成 21 年度新規 DPC 準備病院	7.3%	8.0%	6.7%	7.4%	6.8%	7.6%
平成 22 年度新規 DPC 準備病院		6.0%	6.8%	6.1%	6.7%	6.1%
平成 24 年度新規 DPC 準備病院				4.8%		4.8%
平成 24 年度出来高算定病院				4.5%		4.6%

## 2) 病床規模別 (DPC 対象病院のみ)

病床規模	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
100 床未満	7.1%	6.9%	7.0%	7.4%	7.1%	7.3%
100 床以上 200 床未満	5.6%	5.7%	5.7%	5.7%	5.6%	5.7%
200 床以上 300 床未満	5.5%	5.4%	5.4%	5.4%	5.3%	5.4%
300 床以上 400 床未満	5.6%	5.6%	5.7%	5.9%	5.7%	5.8%
400 床以上 500 床未満	4.9%	5.0%	5.2%	5.5%	5.2%	5.4%
500 床以上	4.8%	5.0%	5.2%	5.4%	5.1%	5.3%

### [結果]

退院先の状況については、「自院の外来」、「転院」とともに、若干の増減を認めるものの経年的な変化の傾向を認めない。

## ②DPC 対象病院と対象外の病院との比較

### ○ 目的

- 平成24年度より DPC 対象病院および DPC 準備病院に加え、出来高病院（出来高算定する病院のうち DPC 準備病院ではない病院）から DPC データの収集を開始した。
- DPC 対象病院および DPC 対象外の病院（DPC 準備病院・出来高病院）で、在院日数や病床利用率等に違いがあるかについて評価することを目的として、①モニタリング項目（定例報告）と同じ項目について集計を行った。

### ○ 結果

#### ・「平均在院日数」について

【表 6－1】在院日数の平均の年次推移

	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院	14.70	14.57	14.29	13.98	13.67	13.43
DPC 準備病院	15.38	15.32	15.01	14.82	14.42	14.24
出来高算定病院				14.58		15.29

	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

#### 【結果】

DPC 対象病院は、DPC 準備病院および出来高算定病院と比較し、平均在院日数は 1 日ほど短く、有意差を認めた。

#### ・「病床利用率」について

【表 7－1】病床利用率

	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院	79.1%	81.1%	81.0%	81.0%	81.5%	81.3%
DPC 準備病院	77.2%	79.7%	79.9%	78.2%	80.5%	78.5%
出来高算定病院				78.2%		78.6%

	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	n.s.	n.s.



[結果]

DPC 対象病院と対象外の病院で差はほぼなく、有意差は認めない。

・「入院経路」について

【表 8-1】救急車による搬送の率・患者数

	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院	12.8%	13.2%	13.6%	14.1%	13.7%	14.2%
(1 施設当たり患者数)	61.3	64.5	67.3	71.5	64.3	67.9
DPC 準備病院	13.7%	14.1%	13.9%	14.0%	14.1%	14.2%
(1 施設当たり患者数)	19.9	20.2	20.1	26.3	19.2	24.9
出来高算定病院				11.6%		11.8%
(1 施設当たり患者数)				14.9		11.1

率	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

1 施設当たり	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

【表 8-2】予定・救急医療入院の率・患者数（救急医療入院の率・患者数）

	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院	45.0%	29.1%	30.0%	26.5%	30.1%	26.5%
(1 施設当たり患者数)	215.2	142.5	148.3	134.0	140.9	126.4
DPC 準備病院	49.1%	29.8%	28.6%	22.2%	28.8%	22.2%
(1 施設当たり患者数)	71.6	42.6	41.4	41.5	39.2	38.8
出来高算定病院				18.9%		19.3%
(1 施設当たり患者数)				24.2		18.2

率	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

1 施設当たり	平成 24 年 (6 か月)	平成 24 年 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院+出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

(注) 救急医療入院については、平成 24 年度より「救急医療入院」が「救急医療入院以外の予定外入院」、「救急医療入院」へと分離された。

【表 8-3】 他院より紹介有りの率・患者数

	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 (1 施設当たり患者数)	40.9% 195.5	43.4% 212.3	46.4% 229.7	49.7% 251.6	46.2% 216.4	49.4% 235.4
DPC 準備病院 (1 施設当たり患者数)	34.0% 49.6	34.0% 48.5	35.9% 51.8	40.9% 76.5	35.7% 48.5	40.6% 71.2
出来高算定病院 (1 施設当たり患者数)				40.3% 51.6		40.6% 38.2

率	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院+出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

1 施設当たり	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院+出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

[結果]

救急車の搬送の率は DPC 対象病院と DPC 準備病院では差は認められないが、出来高算定病院と比べた場合差が認められる。DPC 対象病院と対象外病院で比較した場合、有意差が認められる。

救急医療入院の割合としては、DPC 対象病院が他の群と比較しても高く 1 施設当たりの患者数は多く、有意差が認められる。出来高算定病院については割合が低く DPC 準備病院と比較しても 1 施設当たりの患者数が半数ほど少なく、有意差が認められる。

紹介の率で見た場合、DPC 対象病院の割合が対象外の病院と比較して 10%ほど高く、有意差を認める。

・「退院時転帰（治癒・軽快）」について

【表 9－1】退院時転帰の状況「治癒・軽快」

		平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院	治癒	5.5%	4.7%	4.4%	4.2%	4.5%	4.3%
	軽快	74.9%	75.5%	76.1%	76.5%	75.9%	76.2%
	治癒＋軽快	80.4%	80.3%	80.5%	80.8%	80.3%	80.4%
DPC 準備病院	治癒	4.8%	3.8%	2.8%	3.1%	2.9%	3.2%
	軽快	72.2%	73.1%	73.6%	75.2%	73.5%	74.7%
	治癒＋軽快	77.0%	76.9%	76.4%	78.3%	76.3%	77.8%
出来高算定病院	治癒				2.4%		2.2%
	軽快				72.7%		72.5%
	治癒＋軽快				75.1%		74.7%

治癒＋軽快	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

[結果]

「治癒・軽快」の割合は、DPC 対象病院では対象外の病院と比較して高く、有意差を認める。

・「退院先の状況（自院外来・転院）」について

【表 10－1】退院先の状況「自院の外来」

	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院	75.4%	75.0%	74.7%	74.7%	74.5%	74.5%
DPC 準備病院	66.4%	66.4%	67.0%	71.2%	66.7%	71.0%
出来高算定病院				73.5%		72.7%

自院外来	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	p<0.05	p<0.05

【表 10-2】退院先の状況「転院」

	平成 21 年度 (6 か月)	平成 22 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (6 か月)	平成 23 年度 (12 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院	5.2%	5.3%	5.4%	5.6%	5.3%	5.5%
DPC 準備病院	6.3%	6.2%	6.3%	5.4%	6.3%	5.4%
出来高算定病院				4.5%		4.6%

転院	平成 24 年度 (6 か月)	平成 24 年度 (12 か月)
DPC 対象病院 VS DPC 準備病院＋出来高算定病院	n.s.	n.s.

【結果】

退院先の状況「自院の外来」については DPC 対象病院が対象外の病院よりも高く有意差を認める。また、「転院」の割合については、対象病院と対象外病院との間で有意差を認めない。

③再入院再転棟に係る調査

平成 24 年度 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 月の退院患者データから下記条件で調査対象症例データを抽出し、平成 23 年度までに実施したデータと共に、平成 22 年度から平成 24 年度の 3 年間の変化等を取りまとめた。

なお、平成 23 年度まで特別調査として実施されていた「再入院・再転棟調査」は、平成 24 年度より退院患者調査の様式 1 に統合された。

再入院に係る調査

再入院について下記の 17 項目で施設類型（病床規模別）・年度別に集計を行った。

① 年度別集計
② 前回退院時医療資源病名との関係別、再入院理由別集計
③ (②の内訳) 計画的再入院における理由別集計
⑥ (③の一部) 計画的な化学療法・放射線療法を目的とした患者の集計 (MDC 別)
⑦ (③の一部) 計画的な化学療法・放射線療法を目的とした患者の集計 (上位 15 傷病名抽出)
④ (②の内訳) 予期された再入院における理由別集計
⑤ (②の内訳) 予期せぬ再入院における理由別集計
⑨ (⑤の一部) 新たな他疾患発症のため予期せぬ再入院となった患者の集計 (MDC 別)
⑩ (⑤の一部) 新たな他疾患発症のため予期せぬ再入院となった患者の集計 (上位 15 傷病名抽出)

⑧ (②の一部) 前回退院時医療資源病名との関係別、再入院理由別集計 (計画的な化学療法・放射線療法を目的とした患者を除く。)
⑪ 再入院までの期間別集計
⑫ (⑪の一部) 計画的な化学療法・放射線療法を目的とした患者の再入院までの期間別集計
⑬ (⑪の一部) 計画的な手術等を目的とした患者の再入院までの期間別集計
⑭ (⑬の詳細) 計画的な手術等を目的とした患者の再入院までの期間別集計 (MDC 別)
⑮ (⑬の詳細) 計画的な手術等を目的とした患者の再入院までの期間別集計 (上位 15 傷病名抽出)
⑯ (⑪の一部) 計画的な化学療法・放射線療法を目的とした患者の再入院までの期間別集計 (再入院回数別)
[その他]
⑰ 1 患者あたりの再入院回数集計

再入院率については、全体で見た場合、平成 23 年度から平成 24 年度にかけて 11.5%から 11.6%と微増が認められる。(図表 1 参考)

施設類型別では、増加傾向を認めるのは平成 15 年度 DPC 参加病院、平成 20 年度 DPC 参加病院であるがほぼ横ばいに推移している。平成 16 年度 DPC 参加病院、平成 18 年度 DPC 参加病院、平成 23 年度 DPC 参加病院、平成 24 年度 DPC 参加病院、DPC 準備病院は平成 22 年度から 23 年度にかけて増加したが、平成 23 年度から 24 年度にかけて減少が認められた。

また、病床規模別では、400 床以上の病床規模別グループでは平成 22 年度から 24 年度にかけて再入院率の増加が認められたがほぼ横ばいの推移となっている。100 床未満の病床規模では平成 22 年度から 24 年度にかけて減少している。(図表 2-①参考)

傾向としては、概ね「計画的な再入院」および「予期された再入院」は平成 23 年度から 24 年度にかけて減少しているのに対し、「予期せぬ再入院」が増加していた。(図表 2-③④⑤参考)

計画的再入院については、「計画的な化学療法のため」が大部分を占めており、当該理由が平成 23 年度から 24 年度にかけて減少傾向にある。内訳としては MDC06 (消化器系疾患・肝臓・胆道・膵臓疾患) および MDC12 (女性生殖器系疾患および産褥期疾患・異常妊娠分娩) の領域で減少傾向にある。(図表 2-③⑥参考)

予期された再入院については、「予期された原疾患の悪化、再発のため」が減少傾向を認められる。(図表 2-④参考)

予期せぬ再入院については、「予期せぬ原疾患の悪化、再発のため」および「新たな他疾患の発症のため」の増加傾向が認められる。「新たな他疾患の発症のため」の内訳としては、MDC04 (呼吸器系疾患) 領域の増加が目立ち、疾患としては 040080 (肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎) は平成 23 年度から 24 年度にかけて減少はしているものの、平成 24 年度より肺炎より新たに分離された 040081 (誤嚥性肺炎) の増加によるものが予期せぬ再入院の増加に影響を及ぼしていると考えられる。(図表 2-⑨⑩参考)

#### 再転棟に係る調査

再転棟について下記の 7 項目で施設類型 (病床規模別)・年度別に集計を行った。

① 年度別集計
② 前回退院時医療資源病名との関係別、再転棟理由別集計
③ (②の内訳) 計画的再転棟における理由別集計
④ (②の内訳) 予期された再転棟における理由別集計
⑤ (②の内訳) 予期せぬ再転棟における理由別集計
⑥ MDC (主要診断群) 別集計
⑦ 再転棟までの期間別集計

再転棟率については、全体で見た場合、平成 23 年度から 24 年度にかけて 0.08%から 0.09%と増加傾向は認められる。(図表 3 参考)

施設類型別で見ると、DPC 準備病院の再転棟率が高く、平成 23 年度 DPC 参加病院では経年的に減少が認められた。病床規模別で見ると、100 床未満での再転棟率が高い。(図表 4-①参考)

計画的再転棟については、「計画的な手術・処置・検査のため」が大部分を占めており、再転棟率が上がった類型(病床規模)では当該理由が平成 23 年度から 24 年度にかけての増加が認められる。(図表 4-③参考)

予期された再転棟については減少傾向が認められ、大部分を占めている「予期された原疾患の悪化、再発のため」は概ね減少傾向にある。(図表 4-④参考)

予期せぬ再転棟については、DPC 準備病院においては平成 23 年度から 24 年度にかけて減少しており、他類型(病床規模)において、大部分は「新たな他疾患発症のため」が占めている。(図表 4-⑤参考)

<結果概要>

①術前画像診断の外来実施状況

- 5大がんの予定入院手術症例について、造影CT、MRIの外来実施状況の集計を行ったが、I群（大学病院本院）において外来実施率が低い傾向を認めたものの、その他の施設特性・地域特性において明らかな傾向の違いは認めなかった。

②化学療法の外来実施状況

- 化学療法のレジメン別の外来実施状況の集計を行ったが、施設特性・地域特性において明らかな傾向の違いは認めなかった。

<考察>

- ◇ 術前画像診断と化学療法の外来実施状況について施設や地域の特性によって何らかの傾向があるのではないかという仮説のもと集計を行ったが、明らかな傾向を見いだすことは出来なかった。
- ◇ 外来EFファイルを用いることで、術前画像診断の外来実施状況の把握や、化学療法の外来実施状況のより詳細な把握が可能であり、今後も引き続き外来EFファイルを収集することにより、経年変化を調べることも可能となると考えられる。

○ 背景

平成24年10月診療分より、一部の医療機関において外来EFファイルの提出が開始された。外来EFファイルを用いた調査を結果のとりまとめそれに伴い、外来での術前に行われる画像診断の外来実施状況および外来化学療法の実施状況に着目し集計を行った。

① 術前画像診断の外来での実施状況

予定手術の術前に行われる画像診断の外来実施率について、医療機関特性や地域特性に違いがあるかについて評価を行った。

○ 方法

予定入院あり、かつ5大がんである「肺癌、胃癌、大腸癌、乳癌、子宮癌」それぞれの手術ありの診断群分類の入院症例のうち、入院する4週間前までに行われた造影CTおよびMRIの外来での実施数および入院から初回手術までの期間で行われた造影CTおよびMRIの入院での実施数より、造影CT、MRIの外来実施比率を集計した。

なお、外来EFファイルの提出開始が10月からという点を踏まえ、集計対象症例としてはDPC対象病院かつ外来EFファイル提出医療機関に限定し平成24年11月1日以降入院症例に限定して評価を行った。

なお、二次医療圏人口20万人階層別については、WGより二次医療圏人口のマスタの提供

を受け、集計をおこなった。

注	5大がんにかかる上6桁コード
040040	肺癌
060020	胃癌
060035、060040	大腸癌
(060035: 大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍、060040:直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍)	
090010	乳癌
12002x	子宮癌

○ 集計結果

1) 医療機関群別

医療機関群	外来実施率					
	造影CT					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
I群	51.7%	77.2%	68.2%	72.0%	91.3%	84.3%
II群	76.8%	90.3%	86.2%	90.3%	95.5%	95.5%
III群	82.9%	88.5%	84.0%	86.9%	95.9%	94.1%

医療機関群	外来実施率					
	MRI					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
I群	72.9%	58.7%	54.7%	66.2%	95.7%	88.9%
II群	89.5%	76.8%	69.0%	77.9%	98.7%	95.6%
III群	91.0%	72.7%	71.8%	76.5%	98.3%	95.4%

2) 病床規模別

病床規模	外来実施率					
	造影CT					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
100床未満	86.2%	88.0%	79.8%	86.4%	91.7%	-
100床以上 200床未満	79.5%	90.1%	81.3%	85.4%	95.3%	96.2%
200床以上 300床未満	76.9%	87.8%	81.9%	85.3%	95.0%	96.7%
300床以上	81.2%	90.4%	85.9%	89.6%	95.3%	95.4%



400 床未満						
400 床以上 500 床未満	80.6%	87.9%	84.6%	85.7%	95.5%	94.0%
500 床以上	69.1%	85.3%	80.8%	84.0%	95.3%	90.6%

病床規模	外来実施率					
	MRI					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
100 床未満	77.8%	100.0%	81.8%	100.0%	100.0%	100.0%
100 床以上 200 床未満	92.9%	74.0%	66.0%	69.3%	97.8%	100.0%
200 床以上 300 床未満	88.6%	68.7%	71.4%	74.8%	97.4%	94.3%
300 床以上 400 床未満	90.6%	69.8%	73.8%	78.2%	98.5%	94.8%
400 床以上 500 床未満	90.4%	74.9%	72.7%	75.1%	98.1%	95.5%
500 床以上	85.5%	70.1%	65.0%	74.4%	97.8%	93.6%

3) 二次医療圏人口 20 万人階層別

二次医療圏 人口区分	外来実施率					
	造影 CT					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
20 万人以下	73.0%	88.8%	85.2%	86.6%	96.0%	89.4%
40 万人以下	79.4%	90.4%	84.4%	88.3%	94.4%	93.1%
60 万人以下	70.4%	88.1%	82.6%	84.1%	96.1%	90.8%
80 万人以下	72.6%	87.2%	82.8%	85.2%	97.2%	92.4%
100 万人以下	62.6%	88.3%	85.2%	89.5%	95.0%	95.9%
100 万人超	74.5%	84.4%	80.6%	84.4%	94.1%	92.1%

二次医療圏 人口区分	外来実施率					
	MRI					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
20 万人以下	86.9%	77.1%	76.9%	72.9%	98.6%	94.2%

40 万人以下	90.3%	76.7%	76.6%	78.2%	98.3%	94.4%
60 万人以下	87.2%	70.4%	65.2%	71.6%	98.1%	93.0%
80 万人以下	86.9%	69.7%	67.5%	72.0%	97.5%	95.7%
100 万人以下	88.5%	74.1%	62.2%	76.9%	97.6%	93.5%
100 万人超	86.9%	67.7%	67.5%	77.0%	97.9%	94.0%

#### 4) 二次医療圏都道府県庁所在地あり・なし別

二次医療圏 都道府県庁 所在地	外来実施率					
	造影 CT					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
あり	67.0%	85.8%	81.4%	83.8%	95.0%	92.4%
なし	78.2%	88.2%	83.4%	86.7%	95.5%	92.0%

二次医療圏 都道府県庁 所在地	外来実施率					
	MRI					
	040040	060020	060035	060040	090010	12002x
あり	84.2%	68.5%	65.9%	72.3%	97.6%	92.8%
なし	90.0%	72.6%	70.3%	76.5%	98.1%	95.2%

#### ○ 結果

5 大がん別に比較した場合、造影 CT の外来実施率については乳癌・子宮癌で比較的高く、肺癌で低い傾向が認められ、MRI については乳癌・子宮癌で比較的高く、胃癌・大腸癌で低い傾向が認められた。

医療機関群別（Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群）で見た場合、Ⅰ群の医療機関は造影 CT や MRI の外来実施率がⅡ群・Ⅲ群と比較し低い傾向が認められた。

病床規模別で見た場合、Ⅰ群が含まれる 500 床以上の医療機関において造影 CT の外来実施率が低い。

地域特性について調べるため、二次医療圏人口区分 20 万人階層別で集計したが、大都市部や小都市で傾向の違いは認められなかった。また、都道府県庁所在地での二次医療圏で見た場合であっても傾向は認められなかった。

## ② 化学療法の外来での実施状況

#### ○ 背景

- 平成 22 年特別調査において、化学療法の外来実施の全般的な状況について調査を行ったが、施設特性や地域特性による明らかな傾向の違いは認めなかった。
- 外来 E F ファイルを使用することにより、レジメン別で見たより詳細な化学療法の外来実施

状況について評価を行う事が可能なのではないかという観点から、一部のレジメンを抜粋し医療機関特性や地域特性があるかを評価することを目的として集計を行った。

○ 方法

- 注射剤のみを使用するレジメンの一部例として「カルボプラチン+パクリタキセル」、「シスプラチン+ゲムシタビン」を入院もしくは外来での件数を集計する。
- なお、条件としては同日に該当レジメンを実施した場合を対象として、一入院期間中で複数回同レジメンを行った場合は複数回実施として処理を行った。(入院において別日に該当薬剤を投与した場合は、集計対象から除外している。)
- 外来EFファイルの提出開始が10月からという点を踏まえ、集計対象症例としてはDPC対象病院かつ外来EFファイル提出医療機関に限定し、入院においては平成24年10月1日以降入院症例に限定して評価を行った。
- 二次医療圏人口10万人階層別については、WGより二次医療圏別人口マスタの提供を受け、集計をおこなった。

○ 結果

1) 医療機関群別

医療機関群	カルボプラチン+パクリタキセル	シスプラチン+ゲムシタビン
I 群	39.3%	72.5%
II 群	53.3%	68.9%
III 群	40.8%	66.2%

2) 病床規模別

病床規模	カルボプラチン+パクリタキセル	シスプラチン+ゲムシタビン
100床未満	27.0%	67.9%
100床以上 200床未満	45.5%	53.2%
200床以上 300床未満	35.0%	63.4%
300床以上 400床未満	45.2%	67.7%
400床以上 500床未満	43.0%	64.8%
500床以上	43.1%	70.7%

3) 二次医療圏人口20万人階層別

二次医療圏 人口区分	カルボプラチン ＋ パクリタキセル	シスプラチン ＋ ゲムシタビン
20 万人以下	50.3%	56.5%
40 万人以下	46.0%	69.2%
60 万人以下	38.7%	61.9%
80 万人以下	45.7%	71.4%
100 万人以下	51.4%	69.8%
100 万人超え	38.8%	71.1%

4) 二次医療圏都道府県庁所在地あり・なし別

二次医療圏 都道府県庁 所在地	カルボプラチン＋パクリタキセル	シスプラチン＋ゲムシタビン
あり	41.7%	68.1%
なし	43.7%	68.2%

○ 結果

医療機関群別、病床規模別、二次医療圏人口 10 万人階層別、都道府県庁所在地での二次医療圏別でも、各類型での傾向は認められなかった。

同日実施レジメン別で見た場合、カルボプラチン＋パクリタキセル療法の方がシスプラチン＋ゲムシタビン療法より外来実施率が低い。

### (3) 総合病院精神科の診療実態に関する評価

#### <結果の概要>

- ① 精神病床に入院する患者の DPC データ提出状況
  - 精神科病院全体に対しての DPC データ提出医療機関のシェアは病床数ベースで 4% (一般病院の精神病床では 15%)、退院患者ベースでは 10% (一般病院の精神病床では 31%) となっている。
- ② 急性期病院の精神病床の有無別診療実績の評価
  - 精神合併症ありの症例について、精神病床併設の有無で見た場合、1 病院当たりの患者数、救急車で搬送された患者数いずれも併設ありの医療機関の方が多く、有意差が認められた。
- ③ MDC17 から見た一般病床・精神病床別の診療実態比較
  - 精神科精神療法、GAF スコア、隔離の有無、入院時 ADL スコア別に集計を行ったが、いずれも在院日数との間に一定の関連性が認められたが、一般病床と精神病床でその関連性の傾向の違いが認められた。

#### <考察>

- ◇ いわゆる総合病院において、精神病床を併設する病院と併設しない病院で当該病院の一般病床において精神疾患を有する患者受け入れ状況に違いがあるかを評価することを目的として集計を行ったところ、併設ありの医療機関の方が精神疾患を有する患者の受け入れが活発であることが分かった。
- ◇ 一般病床に入院する患者と精神病床に入院する患者で在院日数に影響を与える要因について評価する目的で集計を行ったところ、それぞれ在院日数に影響を与える要因の傾向は異なっており、同じ ICD-10 コードに該当する場合であっても、一般病床に入院する患者と精神病床に入院する患者で患者像に違いがあるものと考えられた。
- ◇ 但し、精神病床に入院する患者全体のうち、DPC データが提出されている患者数の割合は 1 割程度であり、DPC データによって精神科入院医療全体の診療実態について一定の結論を出すことについては限界があるものと考えられる。

#### ○ 背景

現在、DPC 導入の影響評価に係る調査として DPC フォーマットデータを提出している医療機関については精神科棟に入院する患者の DPC データも提出することとされており、精神科での診療実態の評価と今後の調査のあり方の検討に資するため、集計を行った。

#### ① 精神病床に入院する患者に関する DPC データの提出状況

精神病床に入院する患者の DPC フォーマットデータの提出状況について、病床数のシェア状況を

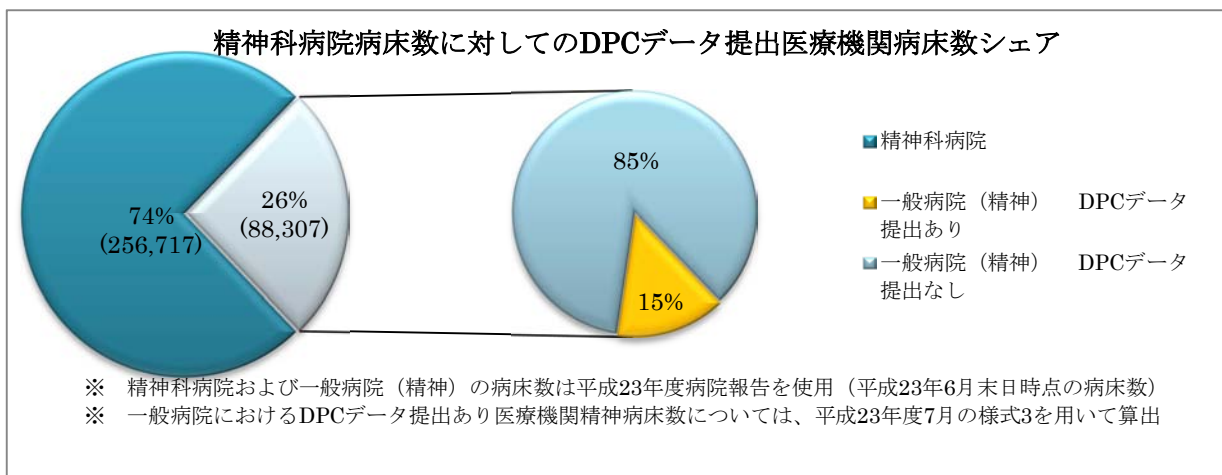
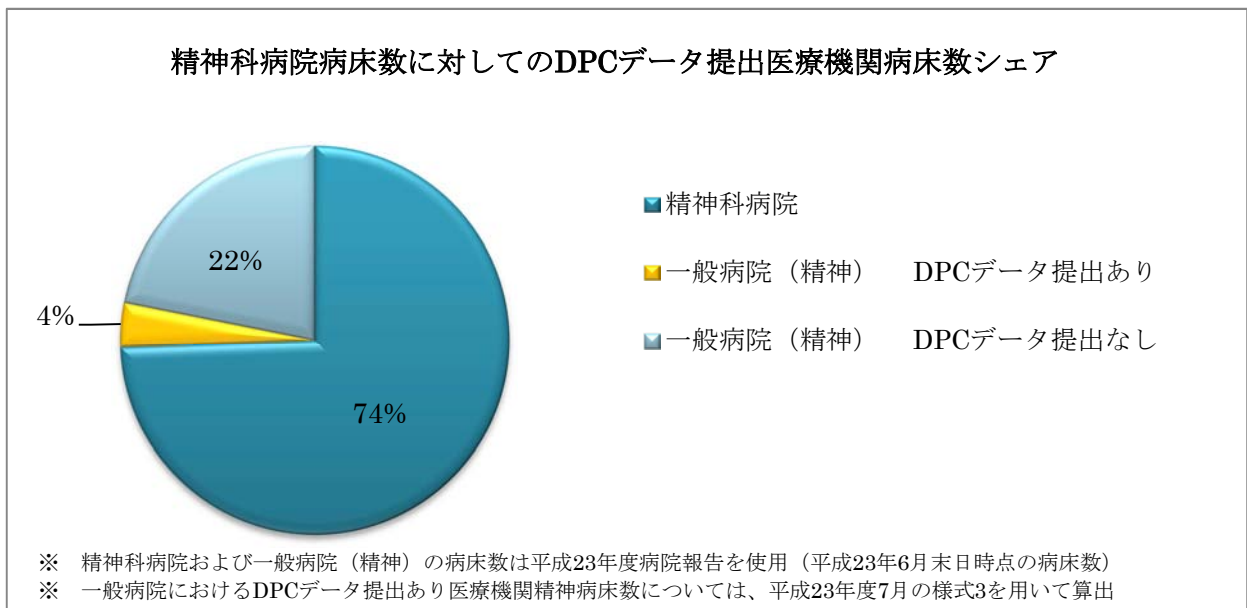
および退院患者数のシェア状況の把握を行う。

○ 方法

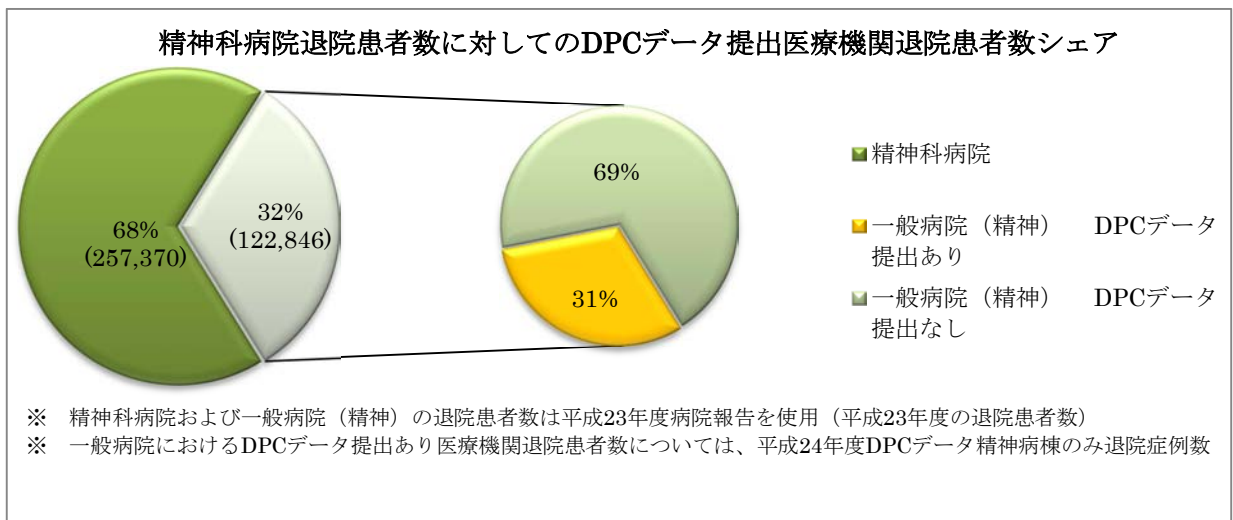
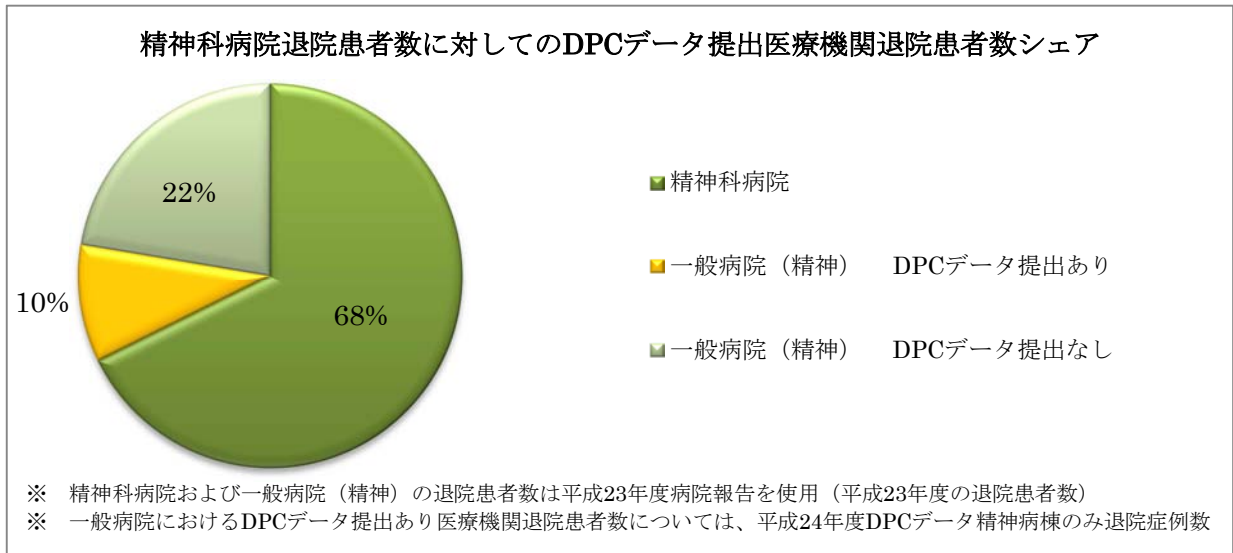
精神科病院における DPC フォーマットデータ提出医療機関のシェアを把握するために統計情報部報告の病院報告を用いて、病床数のシェアおよび退院患者数のシェアを集計した。なお、平成 24 年度病院報告については公表前であるために、参考値として平成 23 年度病院報告の値を母数として用い、かつ DPC フォーマットデータ提出医療機関においては平成 24 年度時点の値を用いているためにあくまでも参考値である。

○ 結果

1) 病床数シェアの状況



2) 退院患者数シェア



○ 考察

精神科病院全体に対するDPCデータ提出医療機関のシェアは病床数ベースで4%（一般病院の精神病床では15%）、退院患者ベースでは10%（一般病院の精神病床では31%）となっている。

② 急性期病院の精神病床の有無別診療実績の評価

○ 目的

精神病床の併設の有無によって、精神疾患の受け入れに違いがあるかについて一般病棟のみ入院症例において、精神疾患合併症を持つ患者の取扱いについて把握を行う。

○ 方法

一般病棟のみで、かつMDC17（精神疾患）の病名をもつ精神疾患合併症入院症例に限定して、精神病床併設ありなし医療機関別に1施設当たりの患者数を集計した。更に、当該症例での救急車で搬送された1施設当たりの患者数を集計した。

精神病床併設ありなしの判定においては、A103 精神病棟入院基本料、A104 特定機能病院入院基本

料（精神の場合）、A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、A311-3 精神科救急・合併症入院料、A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料および A312 精神療養病棟入院料で判定を行っている。

○ 結果

（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 (p<0.05)	111.0 (p<0.05)

（参考）

精神病床併設あり医療機関のうち、一般病棟入院症例数と精神病棟入院症例数の内訳

	症例数	比率
一般病床のみ入院症例数	2,164,840	97.5%
精神病床のみ入院症例数	36,835	1.7%
一般病床と精神病床入院症例数	5,006	0.2%

○ 考察

一般病床のみ症例に限定して精神合併症あり症例を精神病床併設の有無で見た場合、1 病院当たりの患者数は精神病床併設あり医療機関の方が 2 倍以上高く、有意差が認められた。

また、精神合併症症例でかつ救急車で搬送された症例に着目した場合であっても、併設あり医療機関の方が扱う症例数は多く、有意差が認められた。

### ③ 精神疾患領域（MDC17）における在院日数に影響を及ぼす要因

○ 目的

精神疾患領域（MDC17）について、一般病床のみに入院した症例と精神病床のみに入院した症例で平均在院日数等に違いがあるか否かについて、また 070020 から 070060 においてどのような要因が在院日数に違いを与えるかについて評価を行うことを目的として集計を行った。

○ 方法

- 精神疾患領域（MDC17）について、一般病床のみに入院した症例および精神病床のみに入院した症例で DPC 上 6 桁別に在院日数の違いを、「精神科専門療法の有無」「GAF（30 以上、30 未満）」「隔離の有無」「入院時 ADL 区分（10 以上、10 未満）」別に平均在院日数の違いを集計した。その際、長期入院症例の影響を除外するために在院日数を 90 以下のものを対象とし、各指標で不明とされているものについては集計対象より除外した。
- また、170030（統合失調症）および 170040（気分障害）において、各指標を説明変数とし



て在院日数に関連する影響を評価するために重回帰分析を行った。

- なお、精神科専門療法については医科点数表特掲診療料の精神科専門療法（外来のみに適用される行為は除く）を用い、GAF、隔離の有無およびADLについては様式1の項目を使用した。

注 精神科にかかる上6桁コード

170020（精神作用物質使用による精神および行動の障害）

170030（統合失調症）

170040（気分障害）

170050（神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害）

170060（その他の精神及び行動の障害）

○ 集計結果

1) 精神科専門療法の有無別に見た平均在院日数(DPC6桁別)

DPC6桁	精神科 専門療法	一般病棟のみ							精神病棟のみ						
		度数		平均 値	中央 値	標準 偏差	最 小 値	最 大 値	度数		平均 値	中央 値	標準 偏差	最 小 値	最 大 値
170020	なし	4,224	96.8%	2.6	2.0	2.9	2	80	23	4.8%	6.7	3.0	7.6	2	26
	あり	138	3.2%	7.9	4.0	13.1	2	85	453	95.2%	26.5	22.0	22.3	2	89
	合計	4,362		2.7	2.0	3.8	2	85	476		25.6	20.0	22.2	2	89
170030	なし	299	55.9%	8.4	4.0	11.2	2	73	197	2.3%	13.2	8.0	13.9	1	80
	あり	236	44.1%	20.0	14.0	18.6	1	87	8,387	97.7%	32.8	28.0	24.3	1	90
	合計	535		13.5	7.0	16.0	1	87	8,584		32.3	28.0	24.3	1	90
170040	なし	1,140	42.4%	14.9	9.0	15.0	2	90	285	2.8%	14.4	8.0	15.8	2	89
	あり	1,549	57.6%	25.8	23.0	17.5	2	89	9,765	97.2%	34.8	31.0	23.5	2	90
	合計	2,689		21.2	17.0	17.3	2	90	10,050		34.2	30.0	23.6	2	90
170050	なし	4,772	84.1%	6.7	3.0	8.9	1	89	196	6.4%	16.0	9.0	17.4	2	82
	あり	900	15.9%	17.9	13.0	16.3	2	89	2,875	93.6%	29.0	24.0	22.1	2	90
	合計	5,672		8.5	4.0	11.2	1	89	3,071		28.1	23.0	22.0	2	90
170060	なし	1,888	84.5%	10.7	6.0	13.4	2	89	388	13.2%	5.5	2.0	11.1	2	85
	あり	347	15.5%	20.0	15.0	17.6	2	88	2,556	86.8%	29.1	23.0	23.1	1	90
	合計	2,235		12.2	7.0	14.5	2	89	2,944		26.0	19.0	23.3	1	90
合計	なし	12,323	79.5%	6.7	2.0	10.0	1	90	1,089	4.3%	11.2	4.0	14.8	1	89
	あり	3,170	20.5%	21.7	18.0	17.7	1	89	24,036	95.7%	32.6	28.0	23.7	1	90
	合計	15,493		9.8	3.0	13.4	1	90	25,125		31.7	27.0	23.8	1	90

2) GAF スコアのレベル別に見た平均在院日数 (DPC6 桁別)

DPC6 桁	GAF ス コア	一般病棟のみ							精神病棟のみ						
		度数		平 均 値	中 央 値	標 準 偏 差	最 小 値	最 大 値	度数		平 均 値	中 央 値	標 準 偏 差	最 小 値	最 大 値
170020	30 以上	2,457	94.8%	2.7	2.0	3.9	2	85	292	63.6%	25.4	20.0	22.0	2	89
	30 未満	134	5.2%	4.3	2.0	7.9	2	74	167	36.4%	25.7	19.0	22.7	2	88
	合計	2,591		2.8	2.0	4.2	2	85	459		25.5	20.0	22.2	2	89
170030	30 以上	340	87.0%	15.6	9.0	16.8	2	87	5,787	69.5%	31.6	27.0	23.7	2	90
	30 未満	51	13.0%	12.0	5.0	15.4	2	68	2,544	30.5%	34.2	30.0	25.6	1	90
	合計	391		15.1	8.0	16.6	2	87	8,331		32.4	28.0	24.3	1	90
170040	30 以上	2,194	95.0%	22.4	19.0	17.3	2	90	7,681	77.9%	33.1	29.0	23.4	2	90
	30 未満	115	5.0%	18.4	9.0	20.8	2	88	2,176	22.1%	38.3	36.0	23.6	2	90
	合計	2,309		22.2	18.0	17.5	2	90	9,857		34.2	31.0	23.6	2	90
170050	30 以上	3,908	96.9%	9.5	5.0	12.1	2	89	2,513	83.4%	28.4	23.0	22.0	2	90
	30 未満	126	3.1%	8.6	4.0	13.4	1	74	501	16.6%	26.8	21.0	22.1	2	90
	合計	4,034		9.5	5.0	12.2	1	89	3,014		28.1	23.0	22.0	2	90
170060	30 以上	1,392	93.9%	12.9	7.0	14.7	2	89	1,994	69.3%	24.1	17.0	22.5	1	90
	30 未満	90	6.1%	14.9	7.5	18.4	2	89	885	30.7%	30.4	24.0	24.5	2	90
	合計	1,482		13.0	7.0	14.9	2	89	2,879		26.0	19.0	23.3	1	90
合計	30 以上	10,291	95.2%	11.3	5.0	14.4	2	90	18,267	74.4%	30.9	26.0	23.4	1	90
	30 未満	516	4.8%	11.1	4.0	16.3	1	89	6,273	25.6%	34.3	30.0	24.7	1	90
	合計	10,807		11.3	5.0	14.5	1	90	24,540		31.7	27.0	23.8	1	90

3) 隔離の有無別に見た平均在院日数 (DPC6 桁別)

DPC6 桁	隔離	一般病棟のみ							精神病棟のみ						
		度数		平 均 値	中 央 値	標 準 偏 差	最 小 値	最 大 値	度数		平 均 値	中 央 値	標 準 偏 差	最 小 値	最 大 値
170020	なし	4,252	97.5%	2.7	2.0	3.8	2	85	317	66.6%	26.0	21.0	22.2	2	89
	あり	108	2.5%	2.8	2.0	2.6	2	20	159	33.4%	24.6	18.0	22.2	2	89
	合計	4,360		2.7	2.0	3.8	2	85	476		25.6	20.0	22.2	2	89
170030	なし	525	98.1%	13.5	7.0	16.0	1	87	6,721	78.3%	31.4	27.0	23.3	1	90
	あり	10	1.9%	11.1	3.5	13.1	2	32	1,863	21.7%	35.8	33.0	27.3	2	90
	合計	535		13.5	7.0	16.0	1	87	8,584		32.3	28.0	24.3	1	90

170040	なし	2,648	98.5%	21.3	17.0	17.3	2	90	9,230	91.8%	33.7	30.0	23.4	2	90
	あり	39	1.5%	17.0	9.0	20.4	2	88	820	8.2%	40.5	40.0	24.7	2	90
	合計	2,687		21.2	17.0	17.3	2	90	10,050		34.2	30.0	23.6	2	90
170050	なし	5,586	98.6%	8.5	4.0	11.2	1	89	2,865	93.3%	28.2	23.0	21.9	2	90
	あり	82	1.4%	6.0	3.0	9.0	2	75	206	6.7%	27.1	21.0	24.4	2	90
	合計	5,668		8.5	4.0	11.2	1	89	3,071		28.1	23.0	22.0	2	90
170060	なし	2,196	98.3%	12.2	7.0	14.5	2	89	2,427	82.4%	25.0	18.0	22.5	1	90
	あり	38	1.7%	10.3	6.0	11.9	2	56	517	17.6%	30.8	24.0	26.3	2	90
	合計	2,234		12.2	7.0	14.5	2	89	2,944		26.0	19.0	23.3	1	90
合計	なし	15,207	98.2%	9.8	3.0	13.4	1	90	21,560	85.8%	31.1	27.0	23.2	1	90
	あり	277	1.8%	7.1	3.0	11.5	2	88	3,565	14.2%	35.2	32.0	26.5	2	90
	合計	15,484		9.8	3.0	13.4	1	90	25,125		31.7	27.0	23.8	1	90

#### 4) 入院時の ADL レベル別に見た平均在院日数(DPC6 桁別)

DPC6 桁	入院 時 ADL 区分	一般病棟のみ							精神病棟のみ						
		度数	平均 値	中 央 値	標 準 偏 差	最 小 値	最 大 値	度数	平均 値	中 央 値	標 準 偏 差	最 小 値	最 大 値		
170020	10 以上	1,301	37.7%	2.8	2.0	3.8	2	74	305	72.4%	26.4	20.0	22.0	2	89
	10 未満	2,146	62.3%	2.7	2.0	3.6	2	80	116	27.6%	23.0	18.5	22.0	2	88
	合計	3,447		2.7	2.0	3.6	2	80	421		25.5	20.0	22.0	2	89
170030	10 以上	277	59.7%	15.7	9.0	16.6	1	87	7,131	90.0%	32.6	28.0	24.1	1	90
	10 未満	187	40.3%	10.2	5.0	12.5	2	73	795	10.0%	28.4	22.0	25.6	2	90
	合計	464		13.5	7.0	15.3	1	87	7,926		32.2	28.0	24.3	1	90
170040	10 以上	2,204	88.4%	21.9	18.0	17.0	2	90	8,958	94.6%	33.8	30.0	23.4	2	90
	10 未満	289	11.6%	17.7	10.0	18.5	2	88	510	5.4%	36.2	33.0	25.4	2	90
	合計	2,493		21.5	18.0	17.3	2	90	9,468		34.0	30.0	23.5	2	90
170050	10 以上	3,667	80.0%	9.3	5.0	11.8	1	89	2,646	94.6%	28.5	23.0	21.7	2	90
	10 未満	918	20.0%	6.6	3.0	9.7	2	87	150	5.4%	20.8	12.5	21.4	2	85
	合計	4,585		8.8	4.0	11.5	1	89	2,796		28.1	23.0	21.7	2	90
170060	10 以上	1,028	65.3%	13.0	8.0	14.1	2	88	2,313	87.7%	24.6	17.0	22.8	2	90
	10 未満	546	34.7%	13.9	8.0	15.7	2	89	325	12.3%	29.4	25.0	23.9	2	90
	合計	1,574		13.3	8.0	14.7	2	89	2,638		25.2	18.0	23.0	2	90
合計	10 以上	8,477	67.5%	12.3	6.0	14.6	1	90	21,353	91.8%	31.7	27.0	23.5	1	90
	10 未満	4,086	32.5%	6.5	2.0	10.8	2	89	1,896	8.2%	29.8	25.0	25.1	2	90
	合計	12,563		10.4	4.0	13.8	1	90	23,249		31.5	27.0	23.7	1	90

5) 170030 (統合失調症)における在院日数に関連する要因の重回帰分析結果

	一般のみ (R2 = 0.180)					精神のみ (R2 = 0.028)				
	標準化されていない		標準化係	t 値	有意	標準化されていない		標準化係	t 値	有意
	係数	標準誤差	ベータ			係数	標準誤差	ベータ		
(定数)	9.524	1.839		5.179	0.000	11.708	1.941		6.032	0.000
sex	0.694	1.722	0.020	0.403	0.687	1.382	0.562	0.028	2.458	0.014
隔離	1.184	5.035	0.012	0.235	0.814	4.458	0.708	0.075	6.297	0.000
Gaf level	-0.941	2.449	-0.020	-0.384	0.701	2.405	0.635	0.045	3.788	0.000
小児ダミー	-6.986	8.569	-0.041	-0.815	0.415	6.052	4.474	0.015	1.353	0.176
高齢者ダミー	3.625	1.859	0.100	1.950	0.052	3.971	0.835	0.054	4.753	0.000
ADL 前区分	-4.843	1.816	-0.142	-2.667	0.008	-6.478	0.942	-0.080	-6.875	0.000
精神科専門療法	11.536	1.670	0.359	6.909	0.000	18.578	1.929	0.109	9.629	0.000

Sex : 0=男性、1=女性、隔離 : 0=なし、1=あり、

Gaf level : 0=30 以上、1=30 未満、小児ダミー : 0=15 歳未満、1=15 歳以上、

高齢者ダミー : 0=65 歳未満、1=65 歳以上、ADL 前区分 : 0=10 以上、1=10 未満

精神科専門療法 : 0=なし、1=あり

6) 170040 (気分障害)における在院日数に関連する要因の重回帰分析結果

	一般のみ (R2 = 0.099)					精神のみ (R2 = 0.041)				
	標準化されていない		標準化係	t 値	有意	標準化されていない		標準化係	t 値	有意
	係数	標準誤差	ベータ			係数	標準誤差	ベータ		
(定数)	13.501	0.899		15.016	0.000	13.113	1.504	0.000	8.716	0.000
sex	0.827	0.790	0.022	1.047	0.295	-0.802	0.512	-0.016	-1.566	0.117
隔離	2.271	3.277	0.014	0.693	0.488	6.288	0.912	0.072	6.898	0.000
gaf_level	-3.565	1.682	-0.044	-2.119	0.034	4.314	0.604	0.075	7.144	0.000
小児ダミー	-5.010	5.867	-0.018	-0.854	0.393	6.242	4.920	0.013	1.269	0.205
高齢者ダミー	3.893	0.734	0.111	5.302	0.000	5.249	0.518	0.104	10.128	0.000
ADL 前区分	-1.555	1.205	-0.027	-1.290	0.197	-1.317	1.087	-0.013	-1.211	0.226
精神科専門療法	10.864	0.762	0.301	14.252	0.000	18.881	1.484	0.130	12.722	0.000

Sex : 0=男性、1=女性、隔離 : 0=なし、1=あり、

Gaf\_level : 0=30 以上、1=30 未満、小児ダミー : 0=15 歳未満、1=15 歳以上、

高齢者ダミー : 0=65 歳未満、1=65 歳以上、ADL 前区分 : 0=10 以上、1=10 未満

精神科専門療法 : 0=なし、1=あり

○ 結果

一般病床に入院する精神疾患患者と精神病床に入院する精神疾患患者を比較した場合、170020(精神作用物質使用による精神および行動の障害)については一般病床に入院する患者が多く、170030

(統合失調症)、170040 (気分障害)、170060 (その他の精神及び行動の障害)については精神病床上に入院する患者が多い。

精神科専門療法の有無別で平均在院日数を見た場合、精神科専門療法ありの方が、一般病床のみ症例および精神病床のみ症例共に平均在院日数が長期化する傾向が認められた。

G A Fスコアのレベル別で平均在院日数を見た場合、一般病床のみ症例および精神病床のみ症例共にG A Fの区分では明確な平均在院日数の差および一定の傾向はみられなかった。

隔離の有無別で平均在院日数を見た場合、一般病床のみ症例の場合、170020(精神作用物質使用による精神および行動の障害)以外では隔離なし症例の方が在院日数が長期化する傾向が認められた。しかし、精神病床のみ症例とした場合隔離あり症例の方が在院日数が長期化する傾向が認められた(170030 (統合失調症)、170040 (気分障害)、170060 (その他の精神及び行動の障害))。

入院時A D Lスコアのレベル別で平均在院日数を見た場合、A D L 10以上の方が一般病床のみ症例および精神病床のみ症例共に平均在院日数が長期化する傾向が認められた(精神病床のみの170060を除く)。

また、一般病床のみ症例と比べて精神病床のみ症例の方が、平均在院日数が長期化する傾向が認められた。

170030 (統合失調症)における在院日数に影響を及ぼす要因を解析したところ、一般病床のみ症例では、精神科専門療法が在院日数を延伸する有意な変数であるのに対し、精神病床のみ症例では、隔離の有無、G A Fレベル、年齢(65歳以上)、入院時A D L区分および精神科専門療法が在院日数を延伸する有意な変数となっている。

同じく170040 (気分障害)における在院日数の影響を及ぼす要因を解析したところ、一般病床のみ症例では、年齢(65歳以上)および精神科専門療法が在院日数を延伸する有意な変数であるのに対し、精神病床のみ症例では、隔離の有無、G A Fレベル、年齢(65歳以上)および精神科専門療法が在院日数を延伸する有意な変数となっていると考えられた。

(参考：平成 25 年 5 月 22 日 DPC 評価分科会 D-2 より抜粋)

調査対象の一覧表 (○は必須)

	入院データ (※1)	外来データ (※2)
DPC 参加病院 I 群・II 群	○	○
III 群	○	任意
DPC 準備病院	○	任意
出来高病院 (※3)	任意	任意

※1 様式 1、様式 3、様式 4、D ファイル、EF 統合ファイルを含む。

※2 外来 EF 統合ファイルを含む。

※3 平成 24 年 7 月 1 日よりデータの提出を開始。

●外来データのデータ提出状況 (平成 25 年 4 月 1 日時点)

	外来データを提出している施設数	(参考) 全国の施設数
DPC 参加病院 I 群・II 群 (必須)	170	170
III 群 (任意)	1,224	1,326
DPC 準備病院 (任意)	125	244
出来高病院 (任意)	11	34

●出来高病院のデータの提出状況

- 平成 24 年度改定で、出来高病院の DPC データの提出を「A245 データ提出加算」により新たに評価。
- 平成 24 年 7 月よりデータの提出を開始。
- データ提出をしている施設数は、34 施設である (平成 25 年 4 月現在)。

図表1 平成24年度調査対象医療機関数及び分析データ数年次推移

中医協総-1-2参考  
25.10.16

診調組 D-1参考  
25.9.20

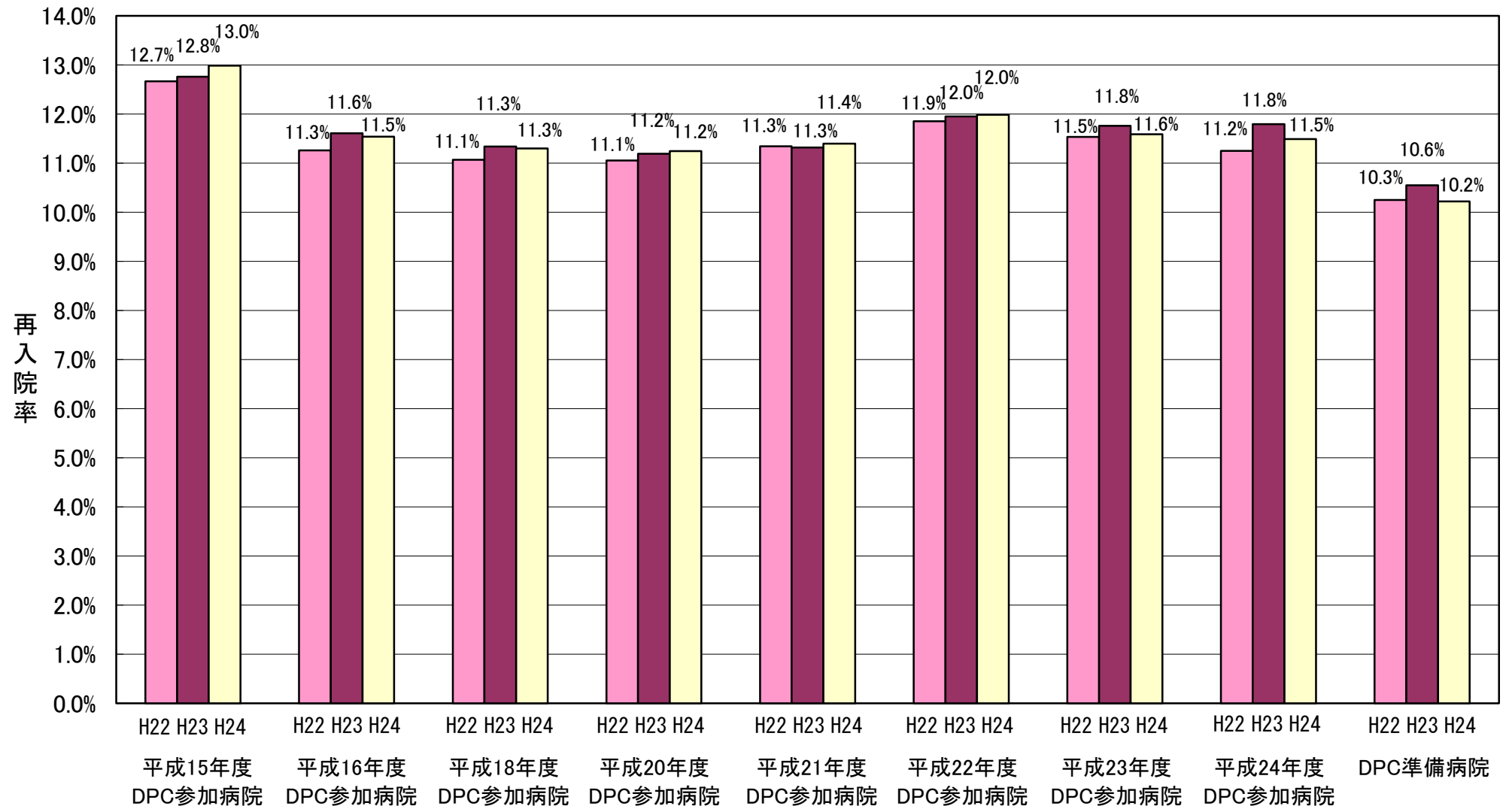
再入院に係る調査

...平成24年度調査データ

施設類型別 分析対象症例数と再入院率

施設類型	再入院調査対象病院数(A)			退院症例数(B)				再入院症例数(C)				再入院率(C/B)			
	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)
平成15年度DPC参加病院	82	82	82	404,829	409,808	423,517	1,204,190	51,290	52,300	55,005	203,959	12.7%	12.8%	13.0%	16.9%
平成16年度DPC参加病院	61	61	61	153,012	154,226	157,213	450,420	17,227	17,904	18,142	66,616	11.3%	11.6%	11.5%	14.8%
平成18年度DPC参加病院	215	215	215	608,500	618,420	630,729	1,818,038	67,358	70,120	71,265	263,841	11.1%	11.3%	11.3%	14.5%
平成20年度DPC参加病院	353	353	353	724,433	733,051	748,671	2,150,544	80,095	82,029	84,177	311,484	11.1%	11.2%	11.2%	14.5%
平成21年度DPC参加病院	564	564	564	904,127	914,909	933,929	2,688,486	102,584	103,578	106,463	393,399	11.3%	11.3%	11.4%	14.6%
平成22年度DPC参加病院	109	109	109	146,108	147,281	150,694	430,869	17,318	17,606	18,065	66,055	11.9%	12.0%	12.0%	15.3%
平成23年度DPC参加病院	59	59	59	82,246	83,845	86,276	248,410	9,487	9,860	9,999	36,647	11.5%	11.8%	11.6%	14.8%
平成24年度DPC参加病院	58	58	58	65,954	66,132	68,849	196,142	7,419	7,800	7,912	28,732	11.2%	11.8%	11.5%	14.6%
平成18.19年度新規DPC準備病院	63	63	61	44,259	44,631	45,967	130,469	4,820	5,028	5,083	18,594	10.9%	11.3%	11.1%	14.3%
平成20年度新規DPC準備病院	32	32	32	19,473	19,944	19,809	55,895	2,225	2,289	2,043	7,800	11.4%	11.5%	10.3%	14.0%
平成21年度新規DPC準備病院	16	16	16	10,192	10,383	10,430	29,985	780	853	871	3,315	7.7%	8.2%	8.4%	11.1%
平成22年度新規DPC準備病院	18	18	18	8,499	8,820	9,320	26,926	624	669	745	2,968	7.3%	7.6%	8.0%	11.0%
平成24年度新規DPC準備病院			110			112,239	319,619			12,502	44,919			11.1%	14.1%
平成24年度出来高算定病院			34			18,677	42,685			2,334	6,878			12.5%	16.1%
総計	1,630	1,630	1,772	3,171,632	3,211,450	3,416,320	9,792,678	361,227	370,036	394,606	1,455,207	11.4%	11.5%	11.6%	14.9%

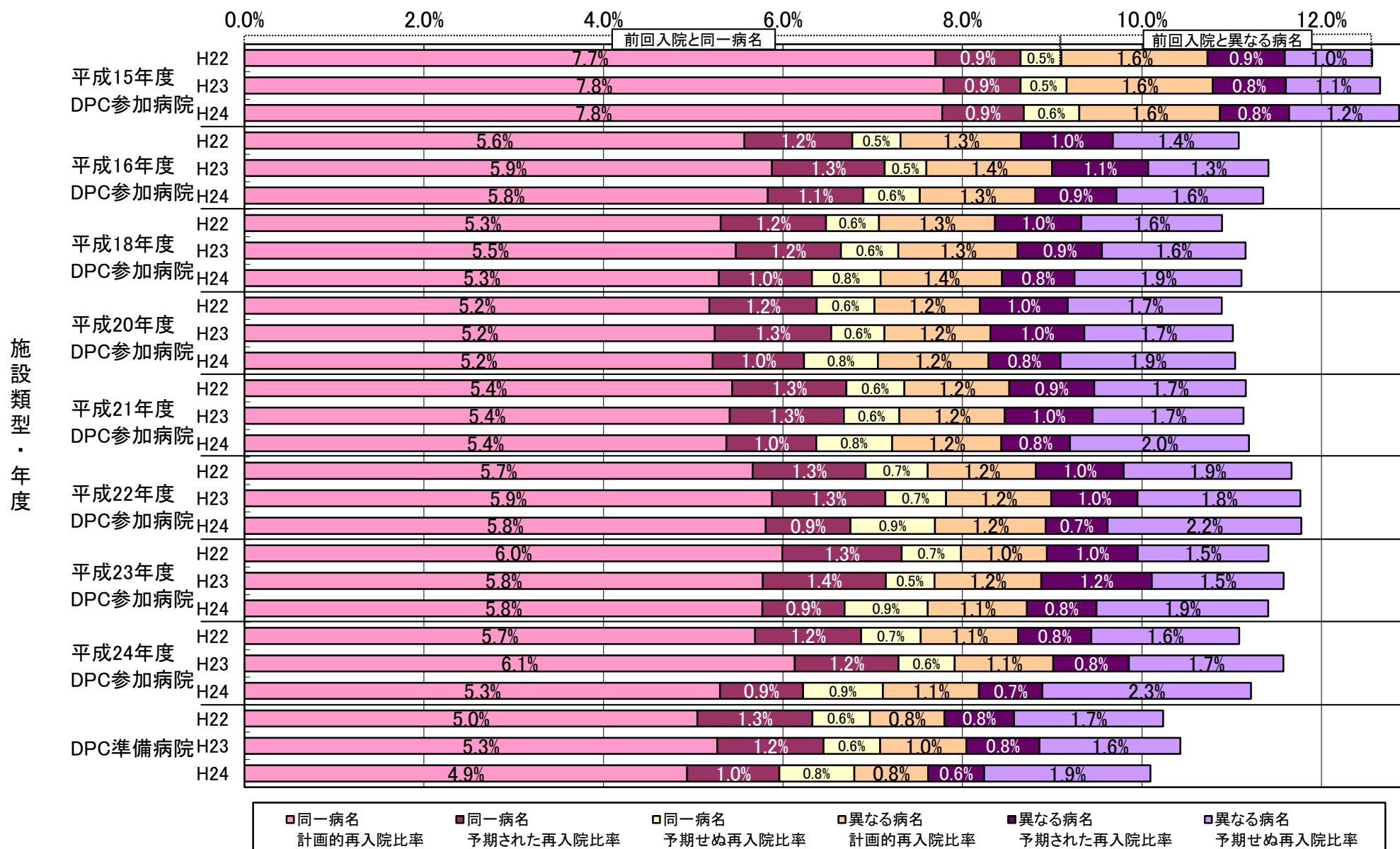
図表2-① 年度別・再入院率



施設類型・年度

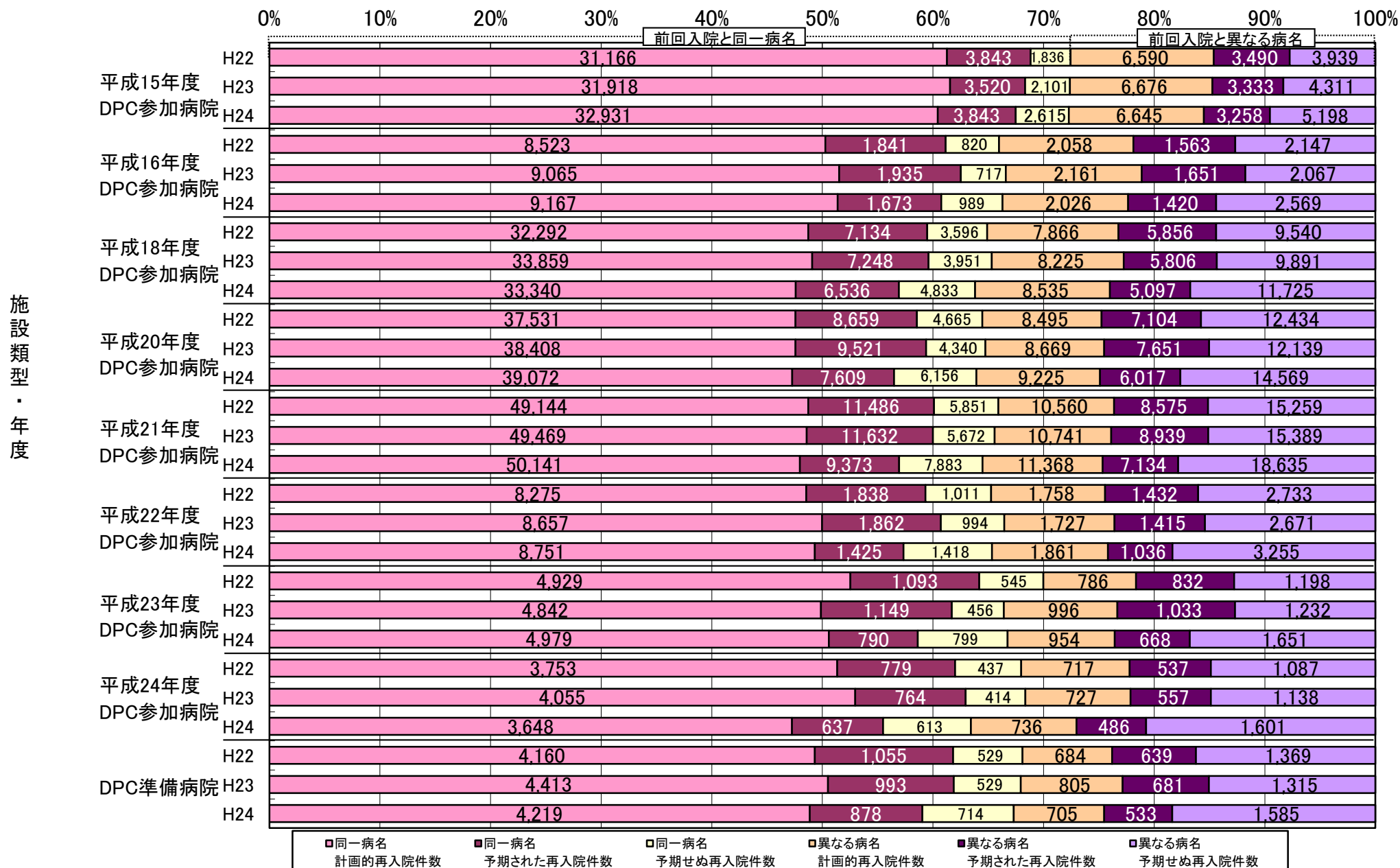


図表2-②-1 前回入院と今回入院の病名同異別・退院症例に対する再入院事由比率



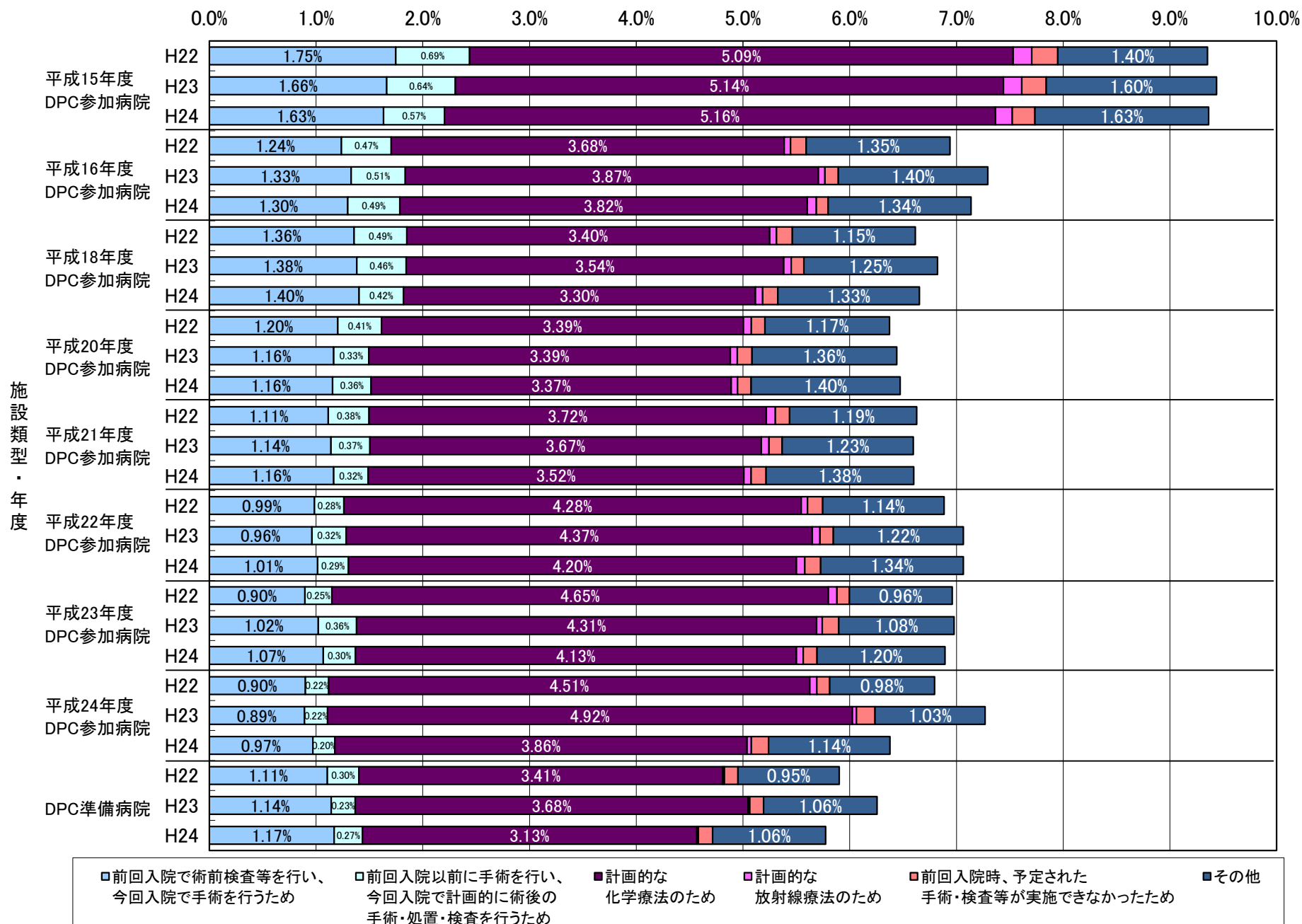
※病名の同異は前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回入院の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した

図表2-②-2 前回入院と今回入院の病名同異別・再入院事由割合

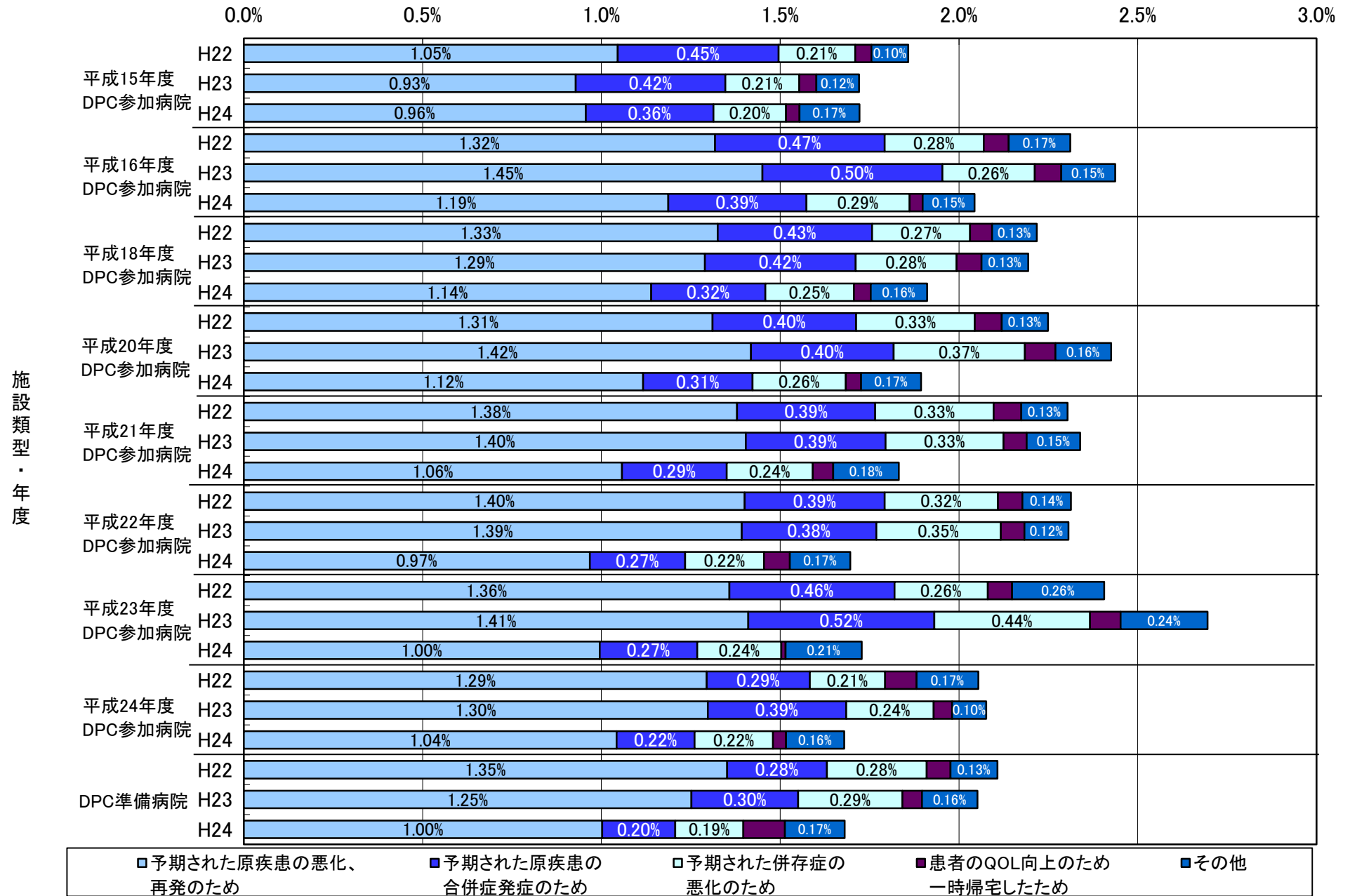


※病名の同異は前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回入院の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した

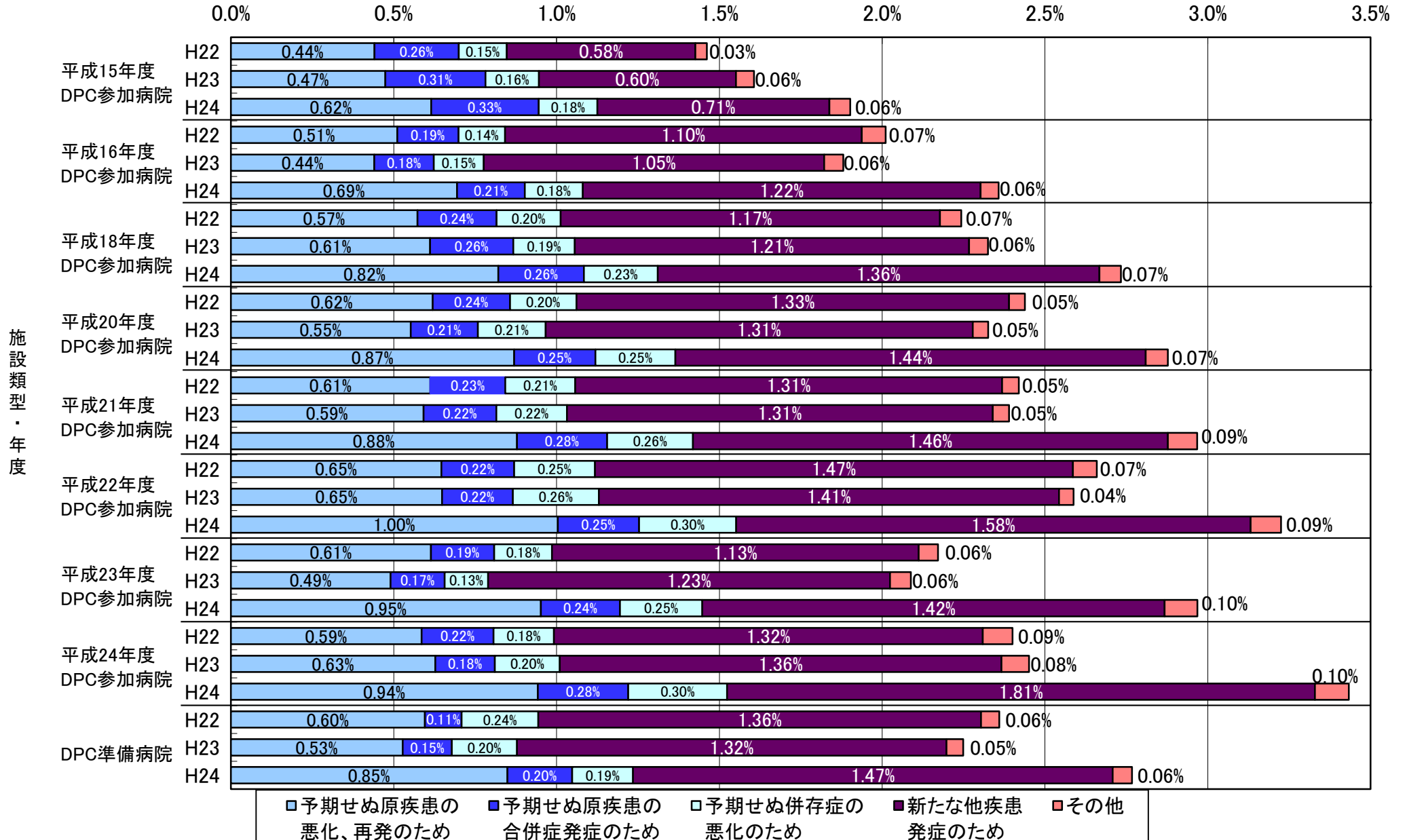
図表2-③ 計画的再入院における理由の内訳(退院症例に対する再入院症例数比率)



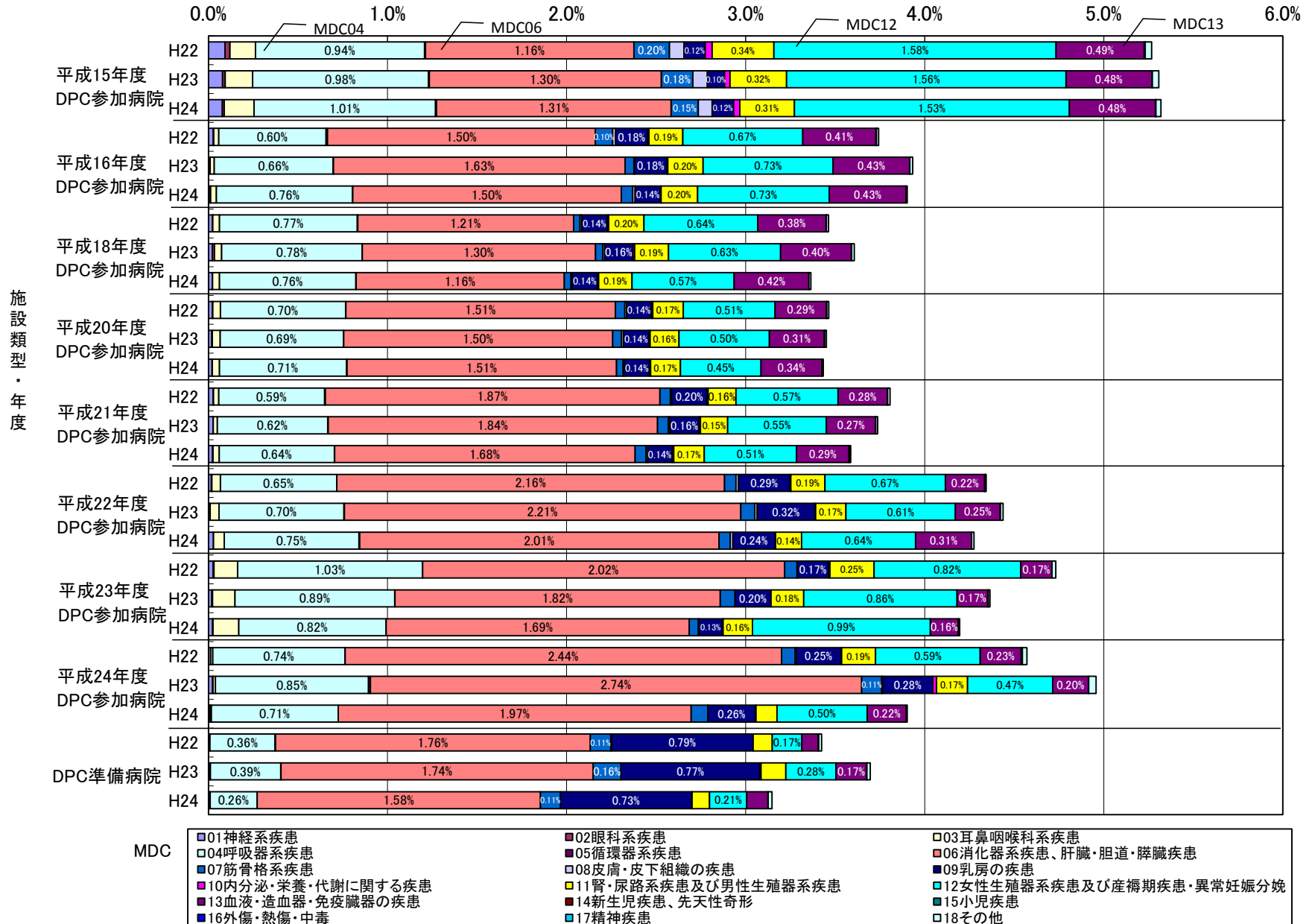
図表2-④ 予期された再入院における理由の内訳(退院症例に対する再入院症例数比率)



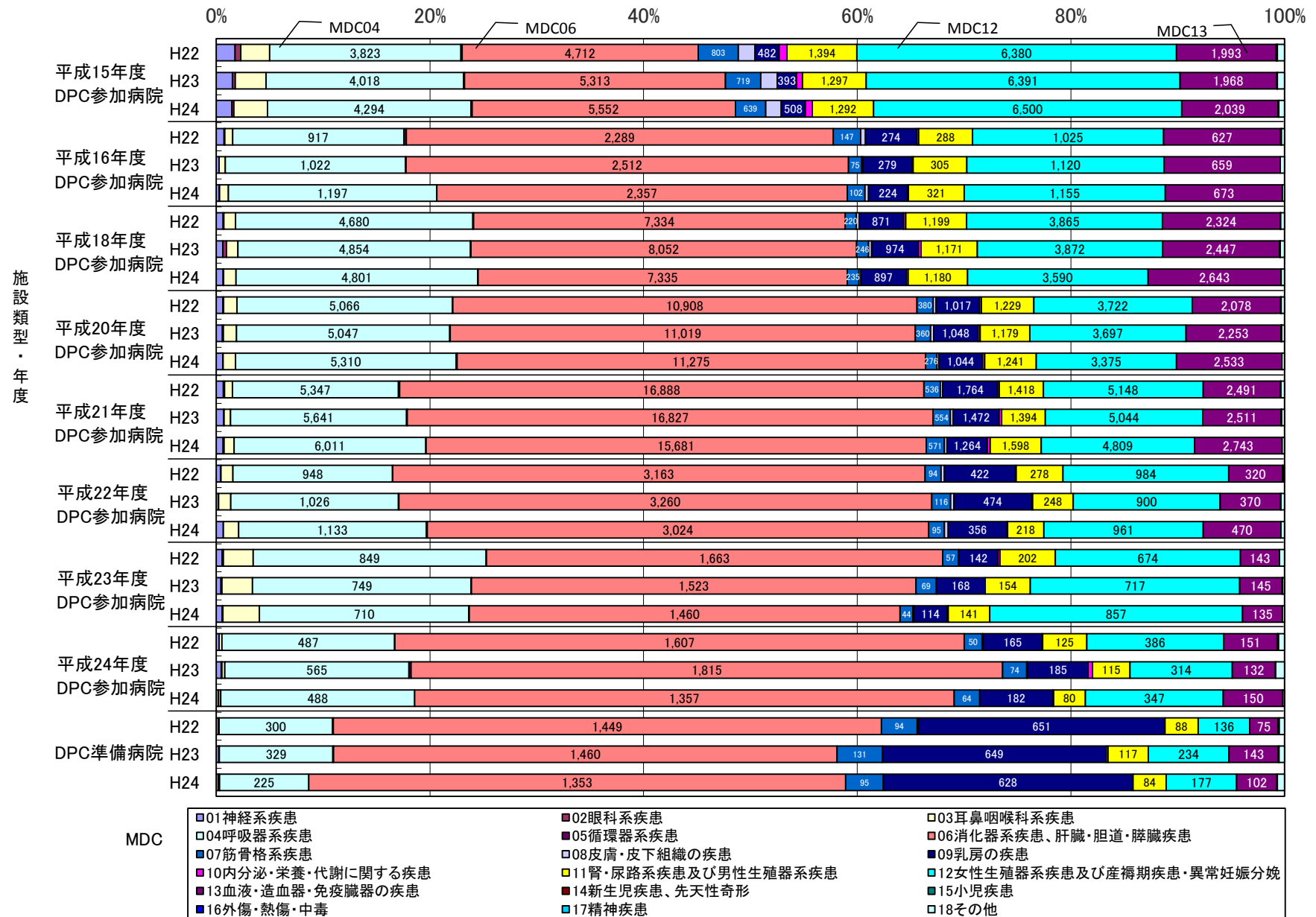
図表2-⑤ 予期せぬ再入院における理由の内訳(退院症例に対する再入院症例数比率)



図表2-⑥-1 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に該当した症例のMDC別・退院症例に対する再入院比率

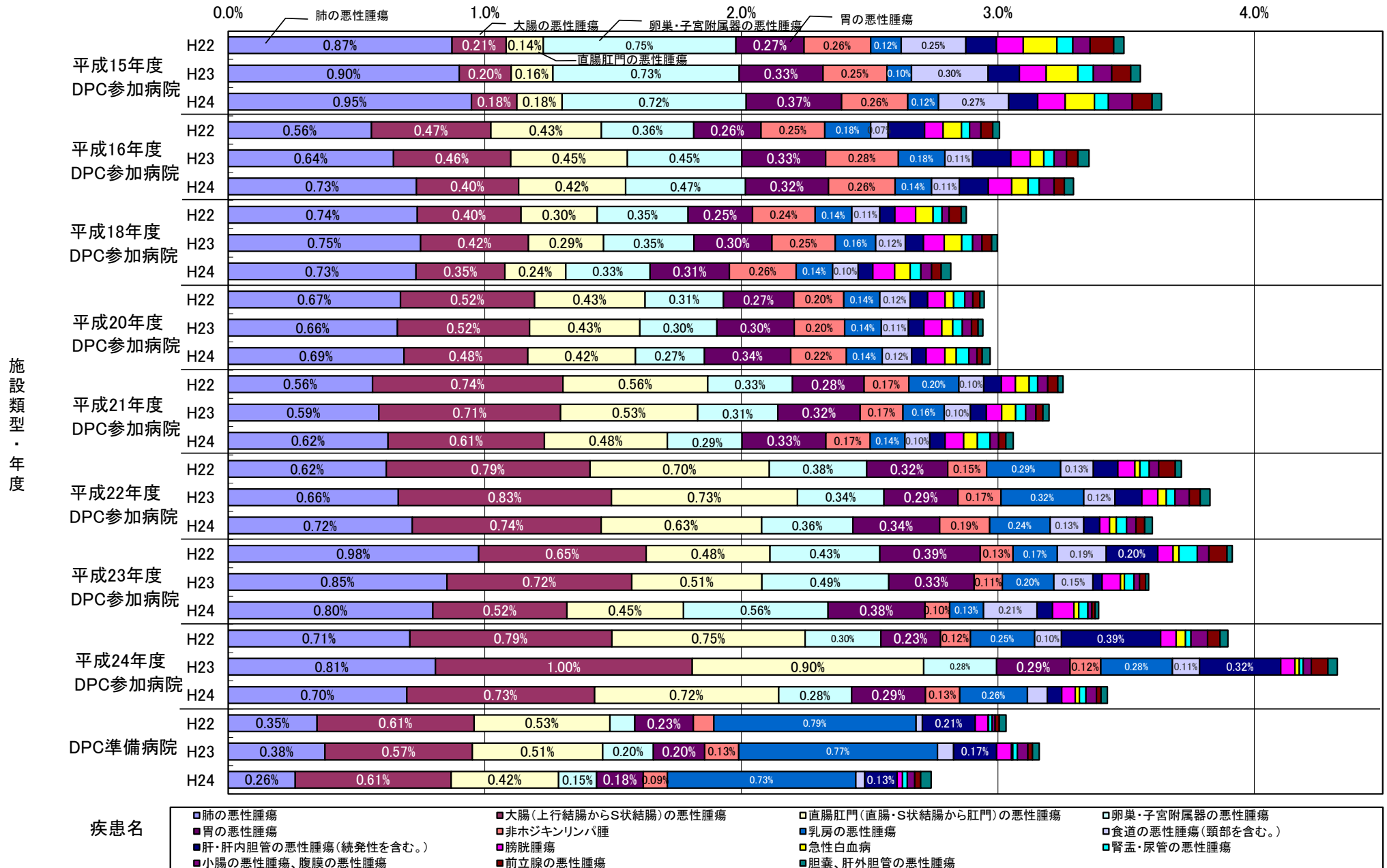


図表2-⑥-2 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に該当した症例のMDC別・再入院割合



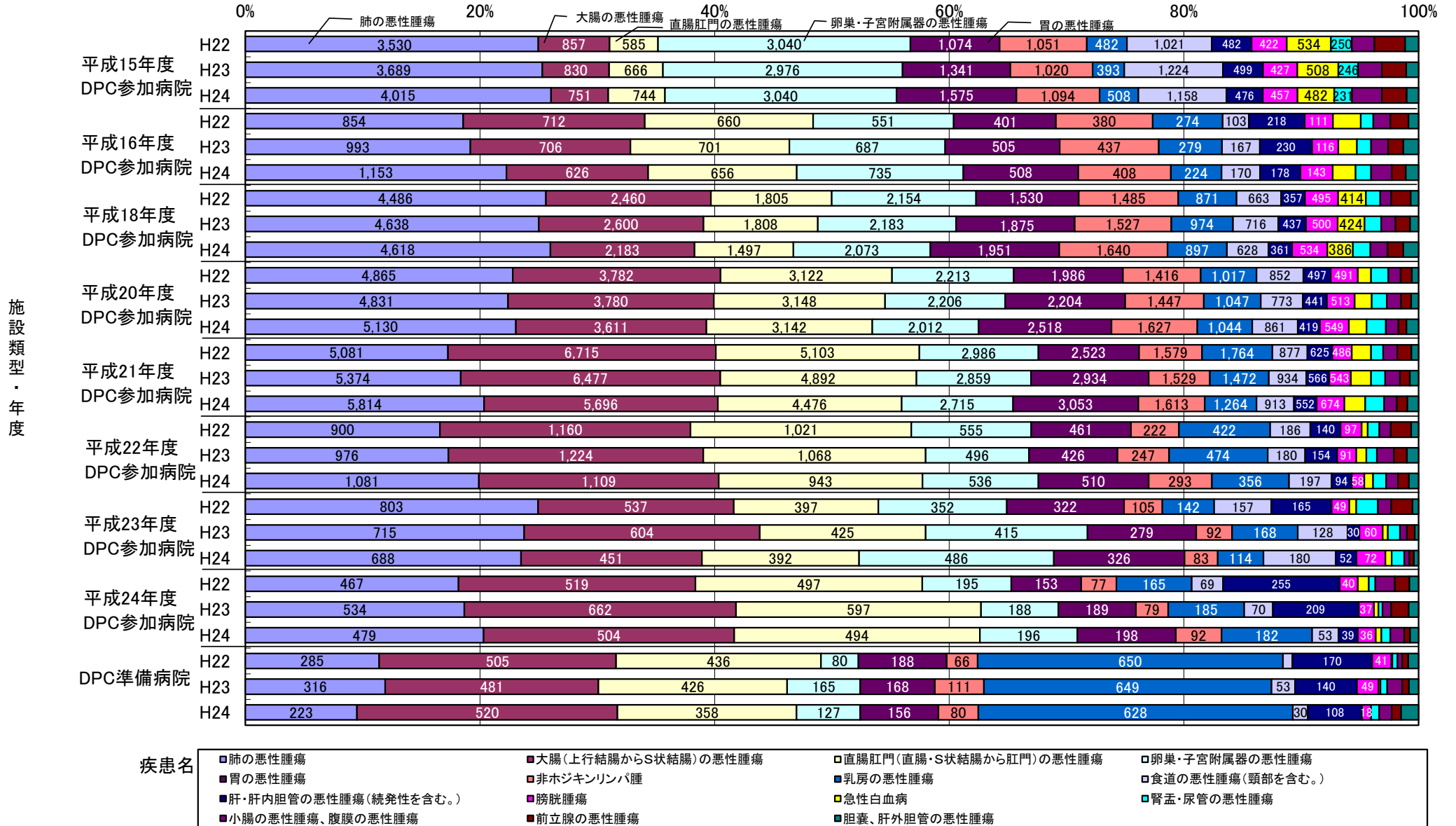


図表2-⑦-1 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に該当した疾患名別(上位15疾患)・退院症例に対する再入院比率

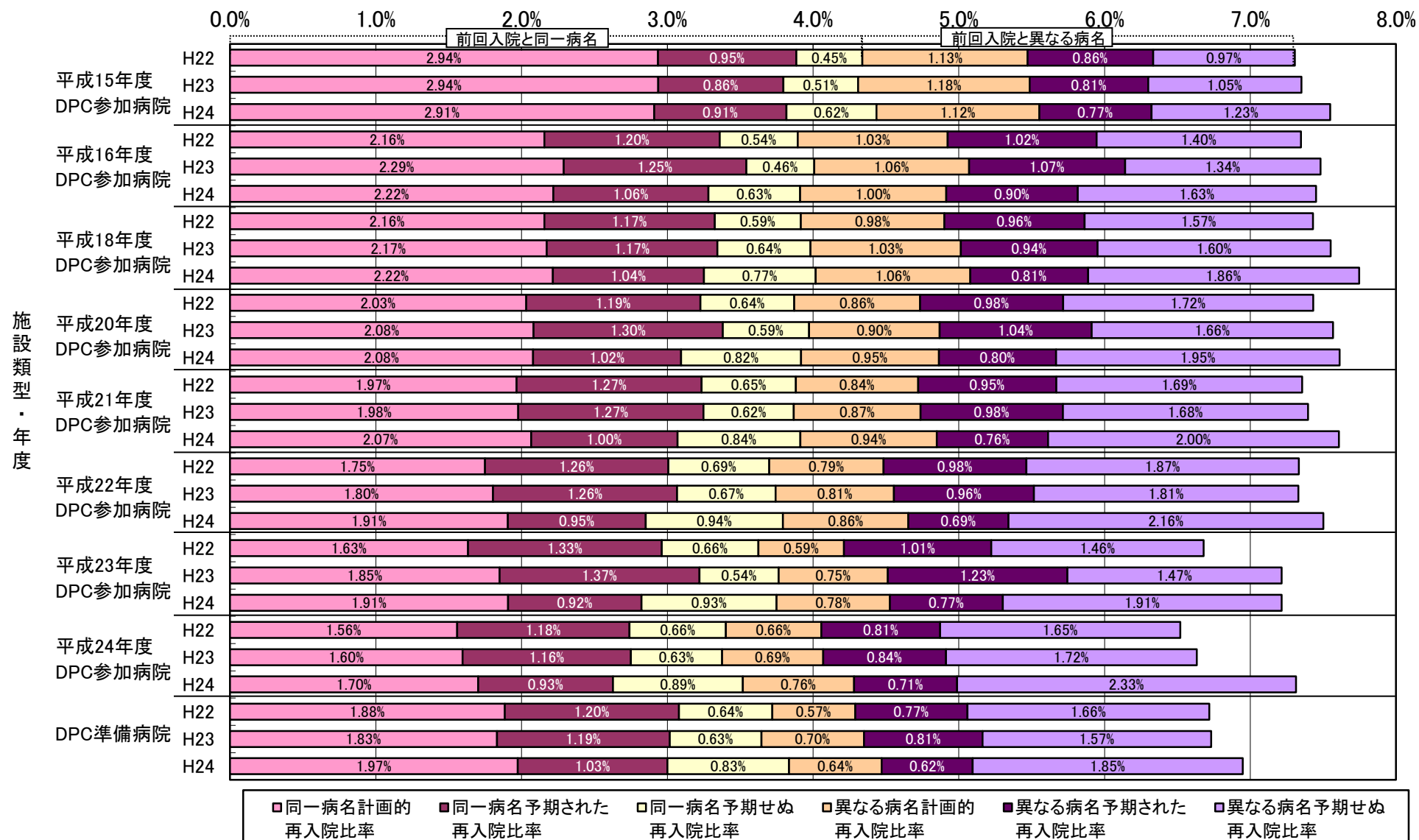




図表2-⑦-2 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に  
該当した疾患名別(上位15疾患)・再入院割合

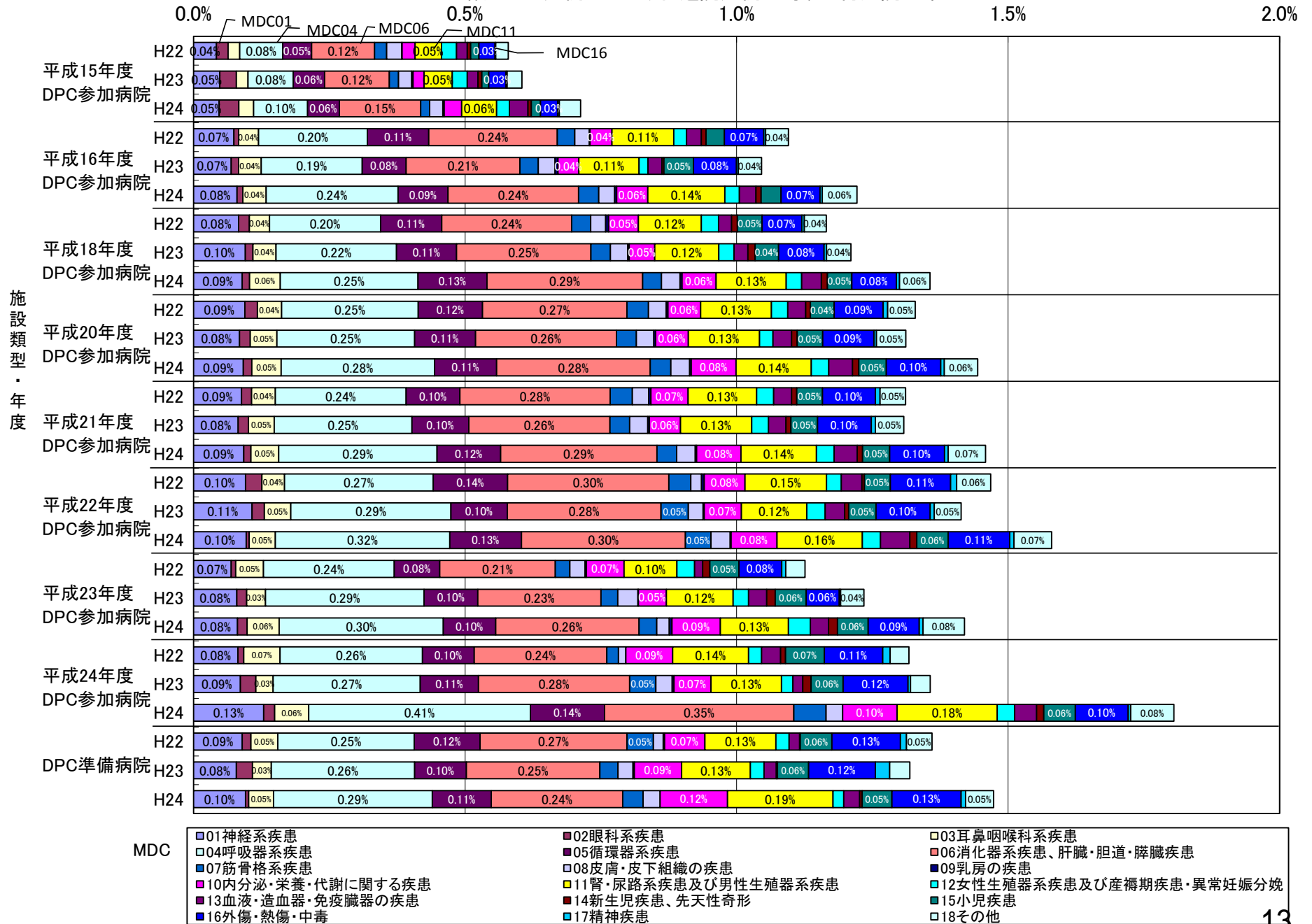


図表2-⑧ 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」を除いた  
 前回入院と今回入院の病名同異別・退院症例に対する再入院事由比率

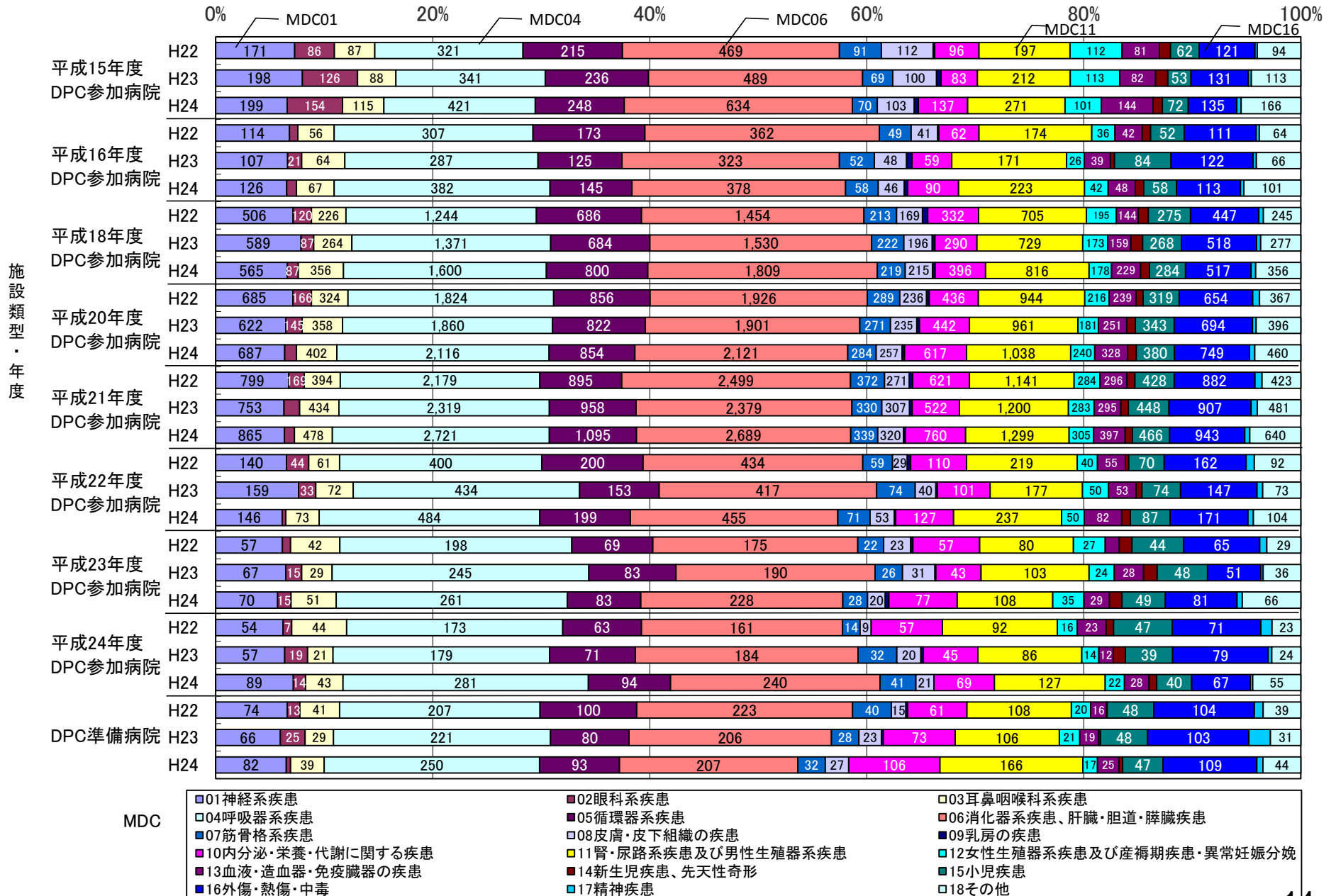


※病名の同異は前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回入院の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した

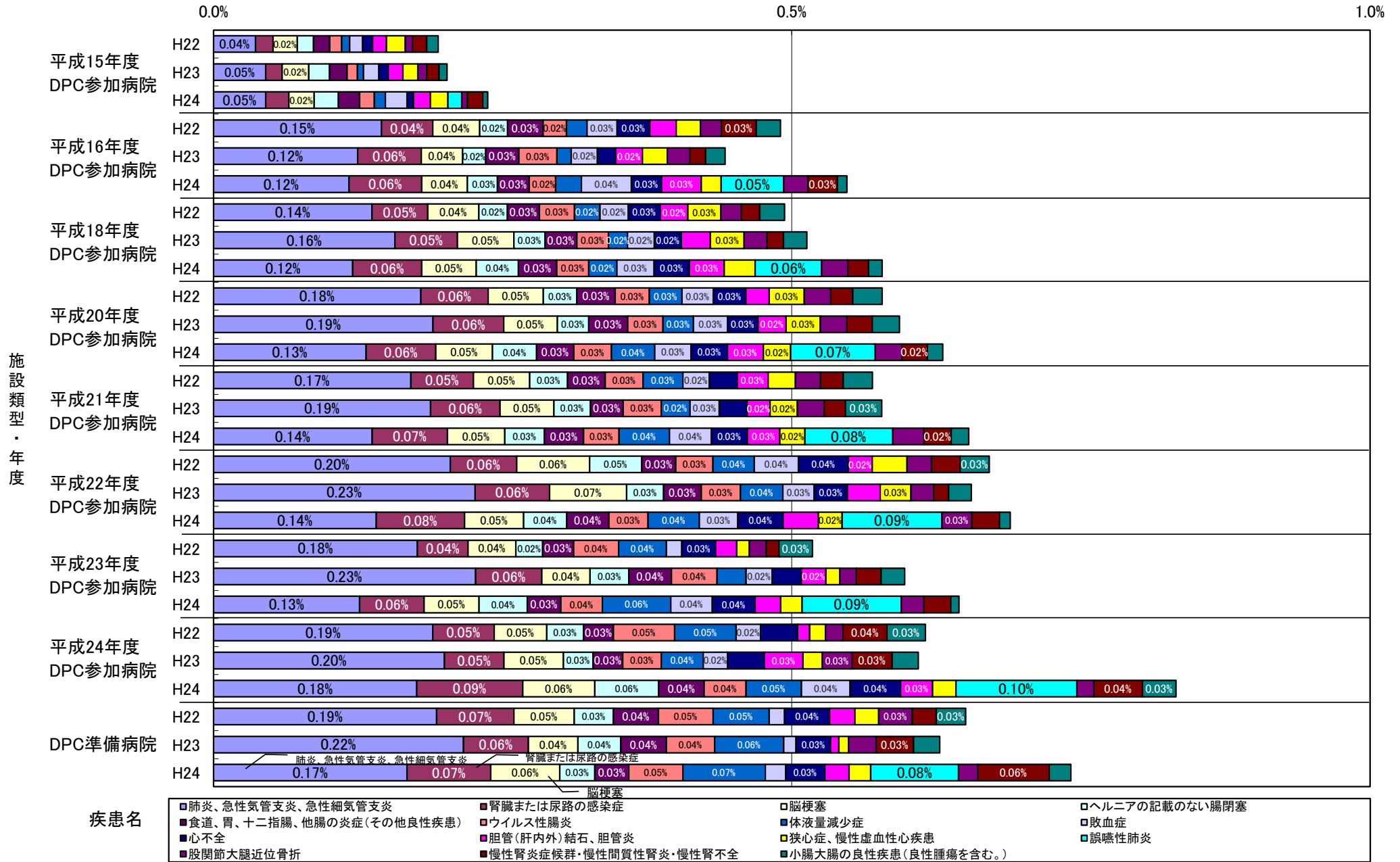
図表2-⑨-1 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に該当した症例のMDC別・退院症例に対する再入院比率



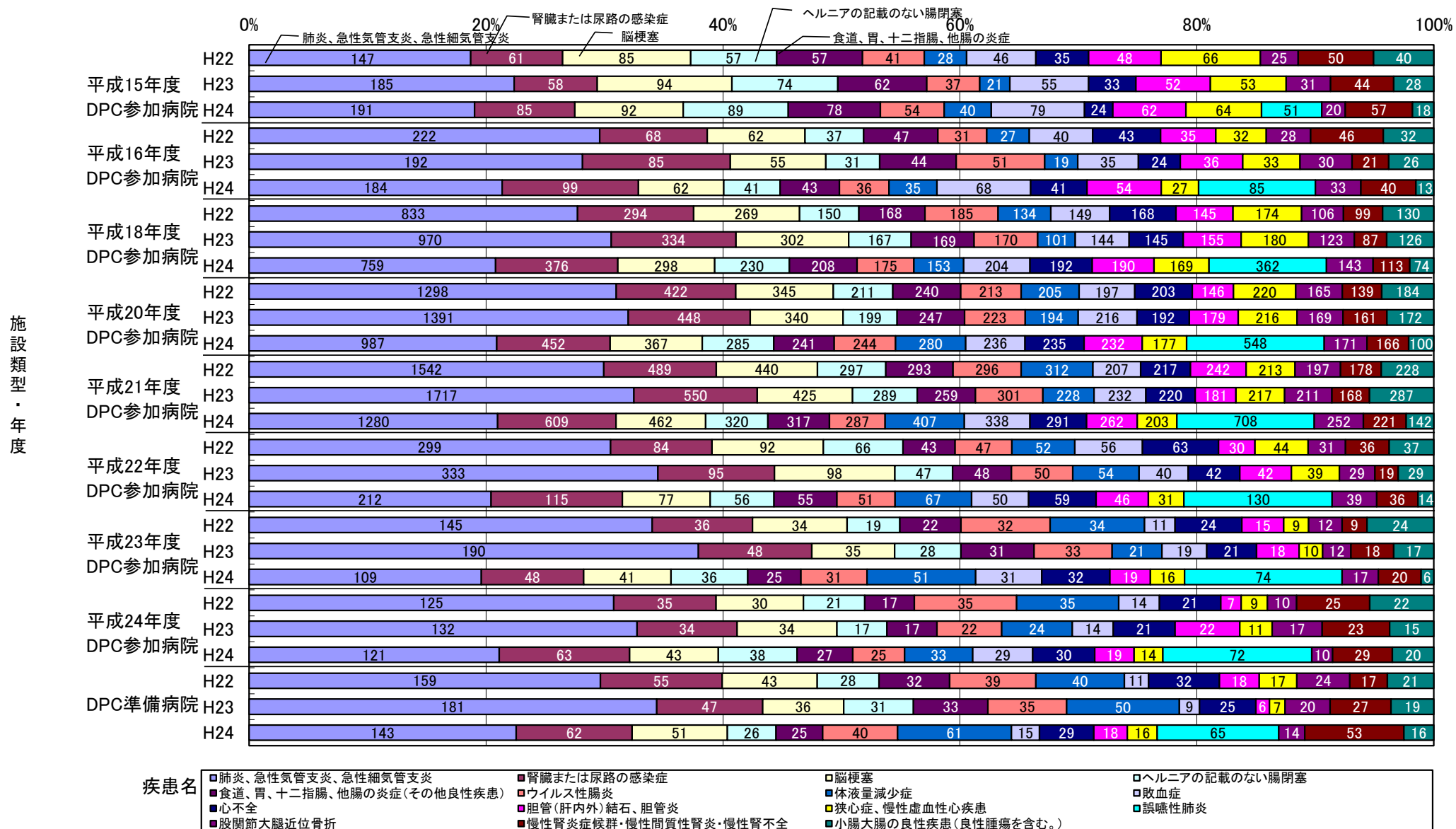
図表2-⑨-2 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に  
該当した症例のMDC別・再入院割合



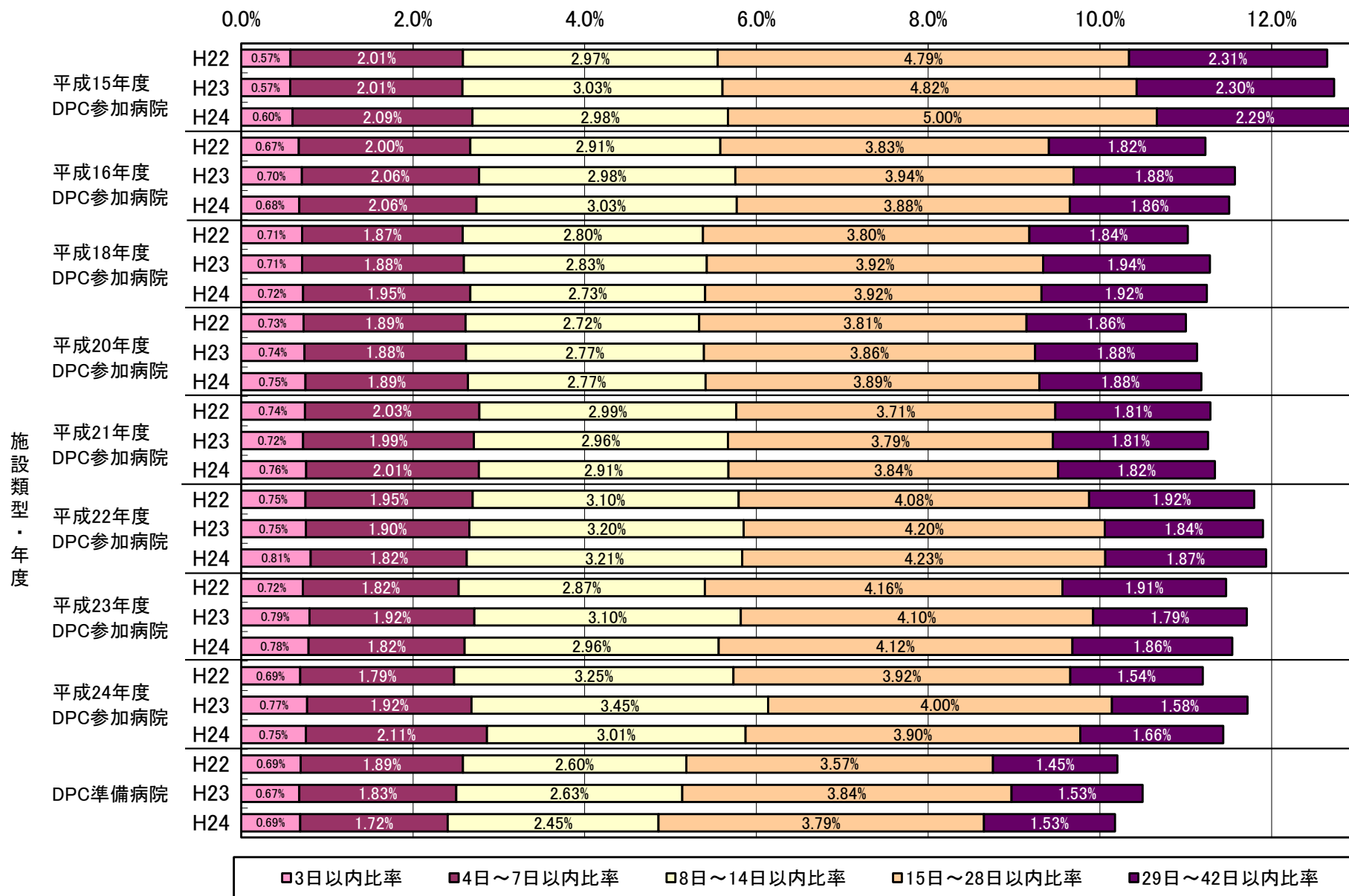
図表2-⑩-1 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に  
該当した疾患名別(上位15疾患)・退院症例に対する再入院比率



図表2-⑩-2 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に  
該当した疾患名別(上位15疾患)・再入院割合

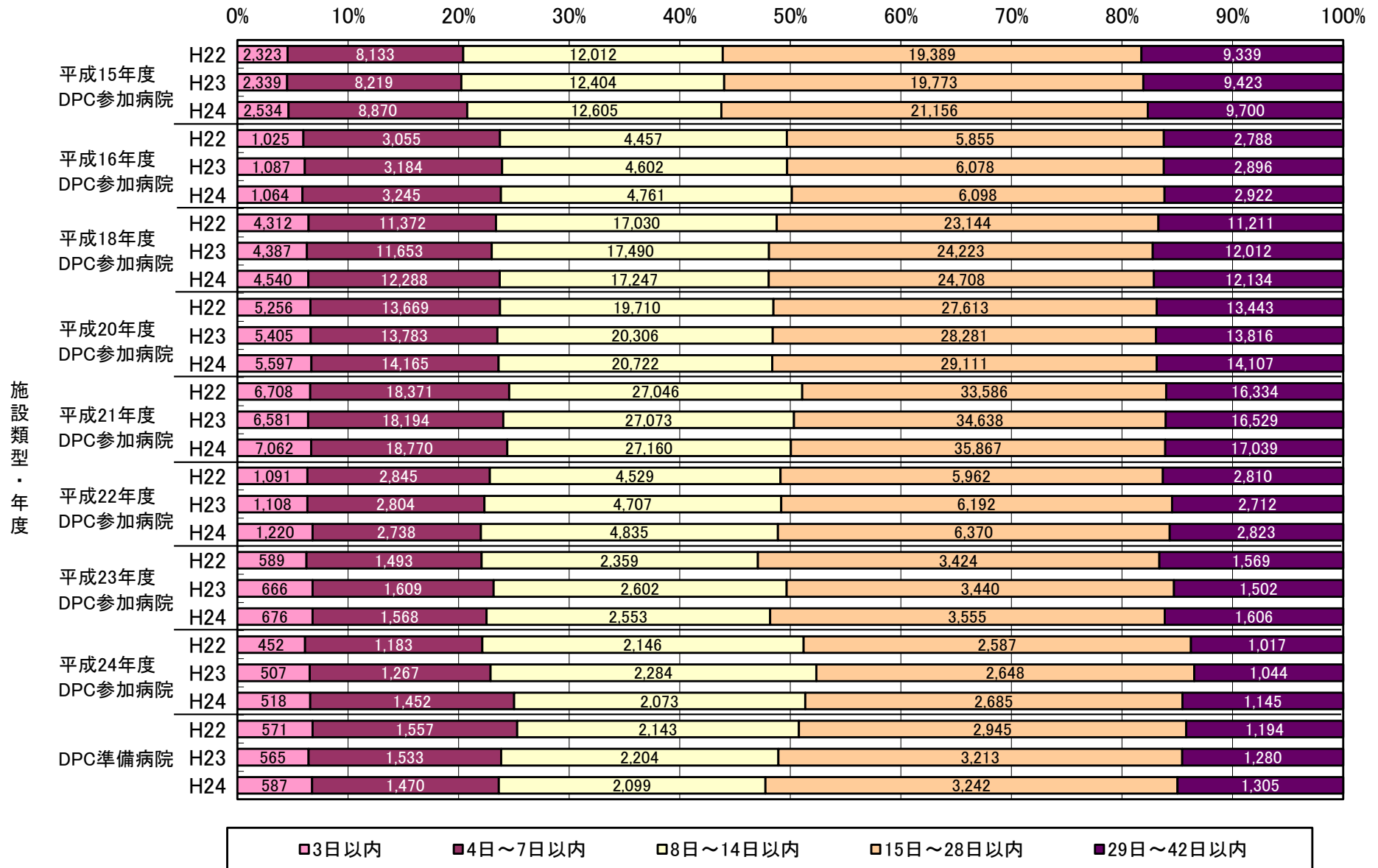


図表2-⑪-1 前回再入院からの期間別・退院症例に対する再入院比率



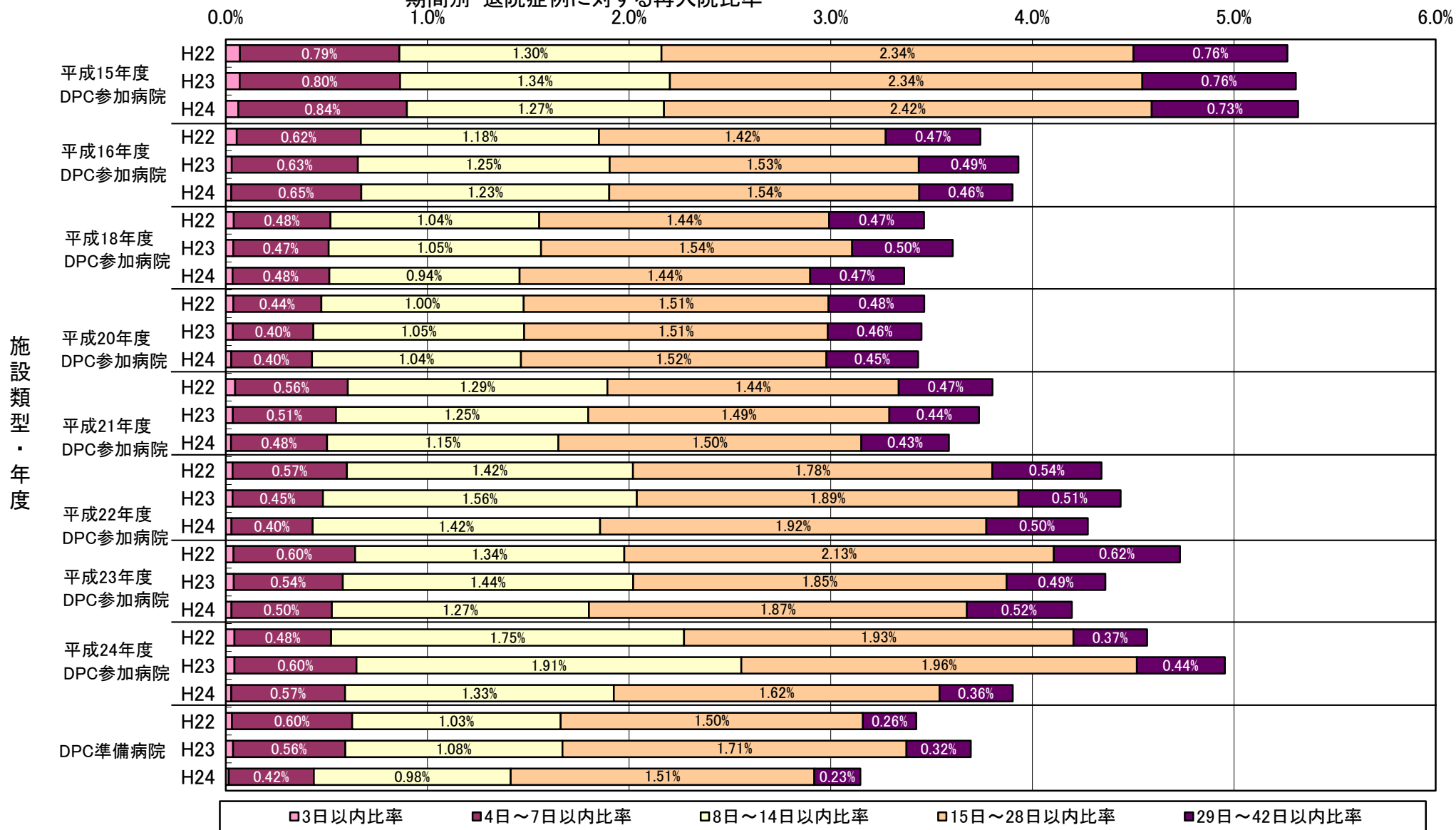


図表2-⑪-2 前回再入院からの期間別・再入院割合





図表2-⑫-1 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」の  
期間別・退院症例に対する再入院比率

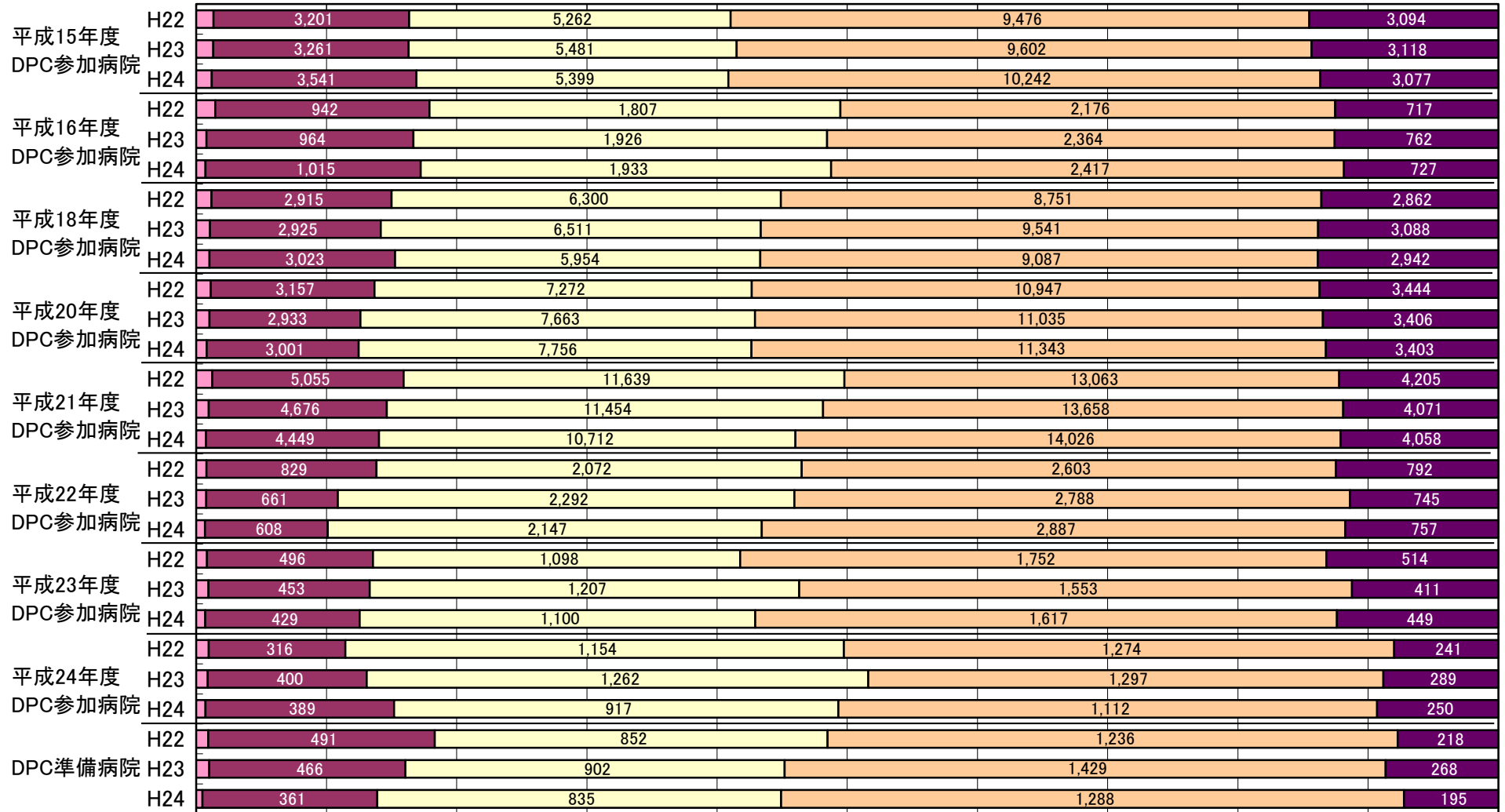


図表2-⑫-2 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」の

期間別・再入院割合

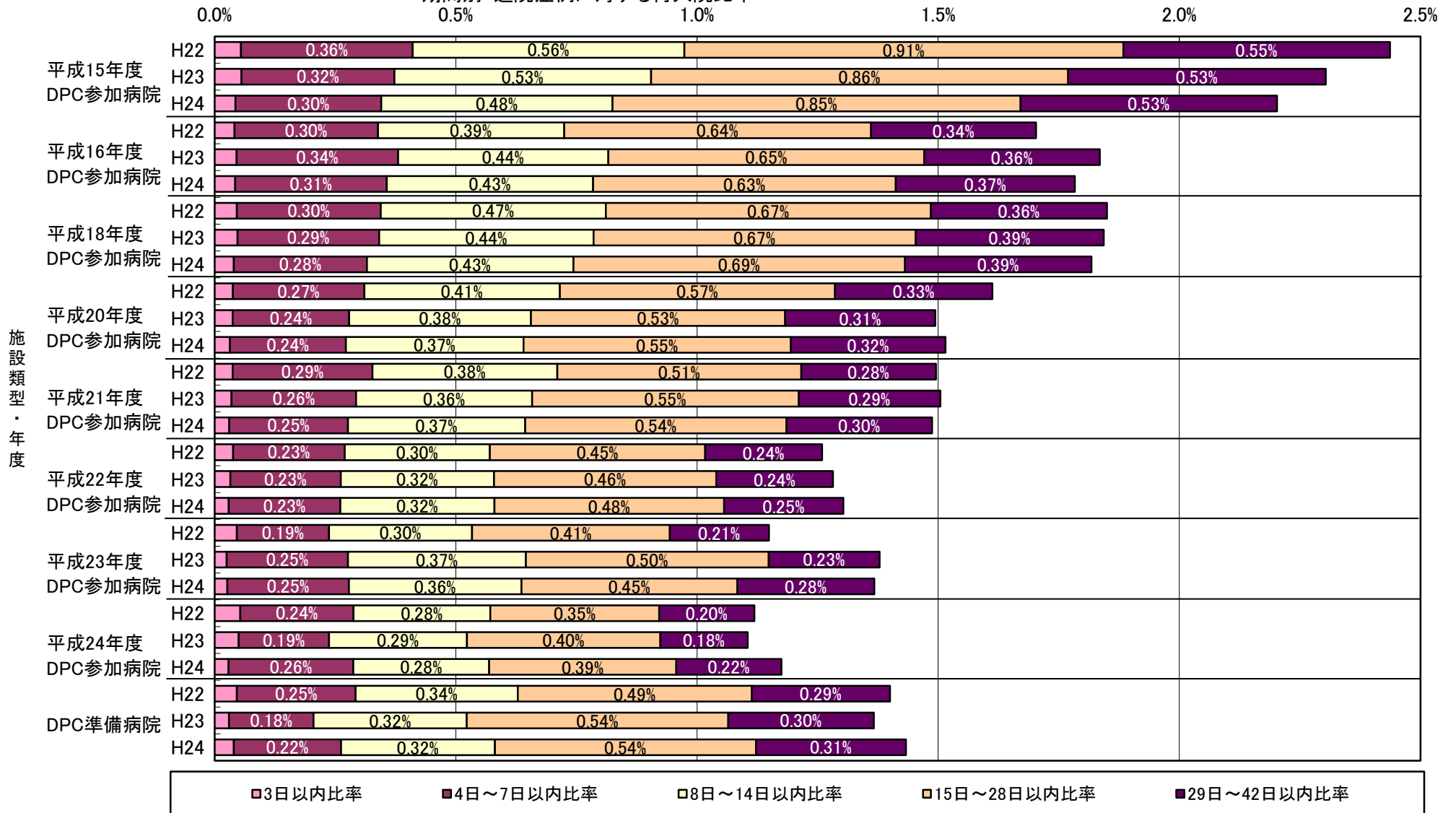
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

施設  
類型  
・  
年度

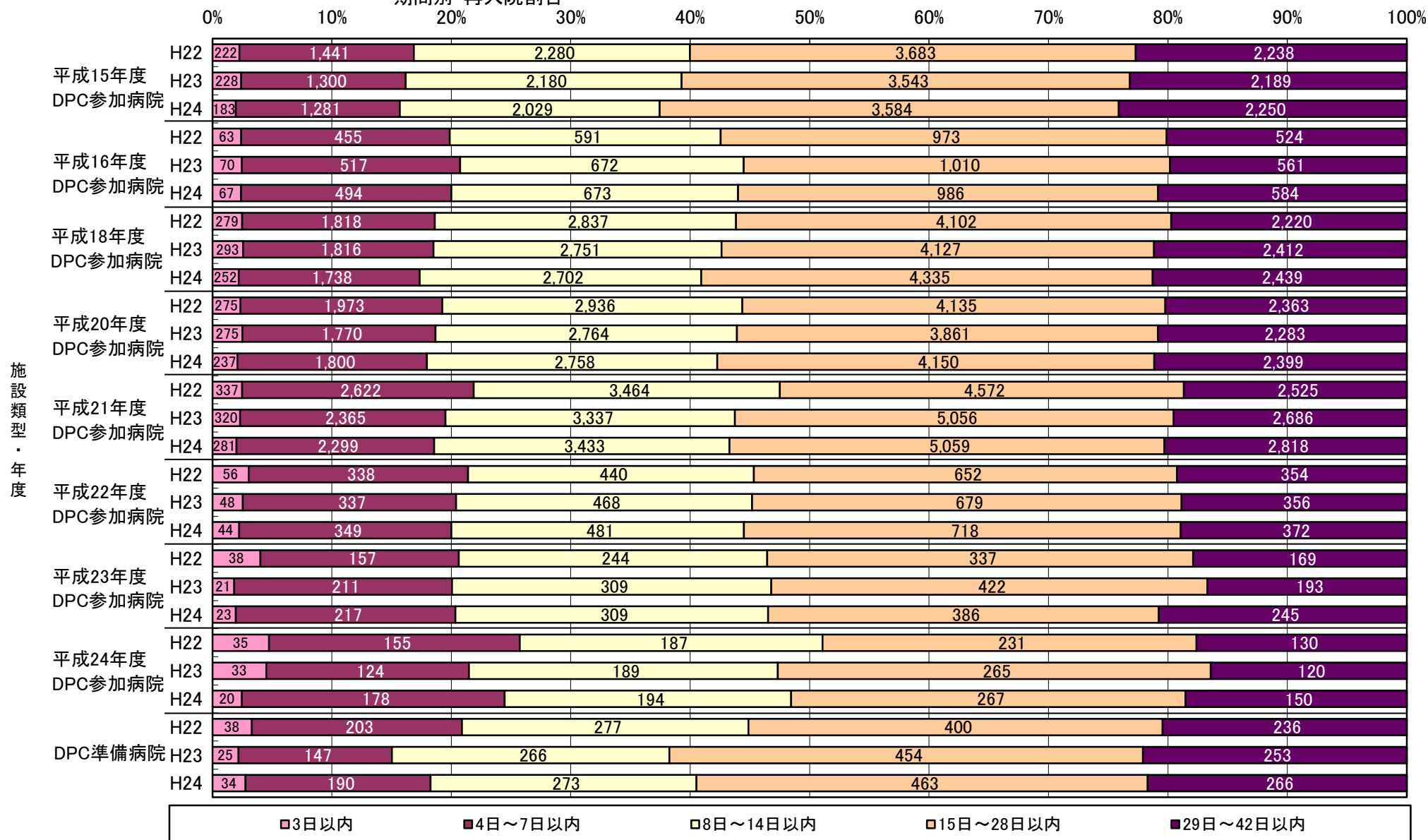


3日以内
  4日～7日以内
  8日～14日以内
  15日～28日以内
  29日～42日以内

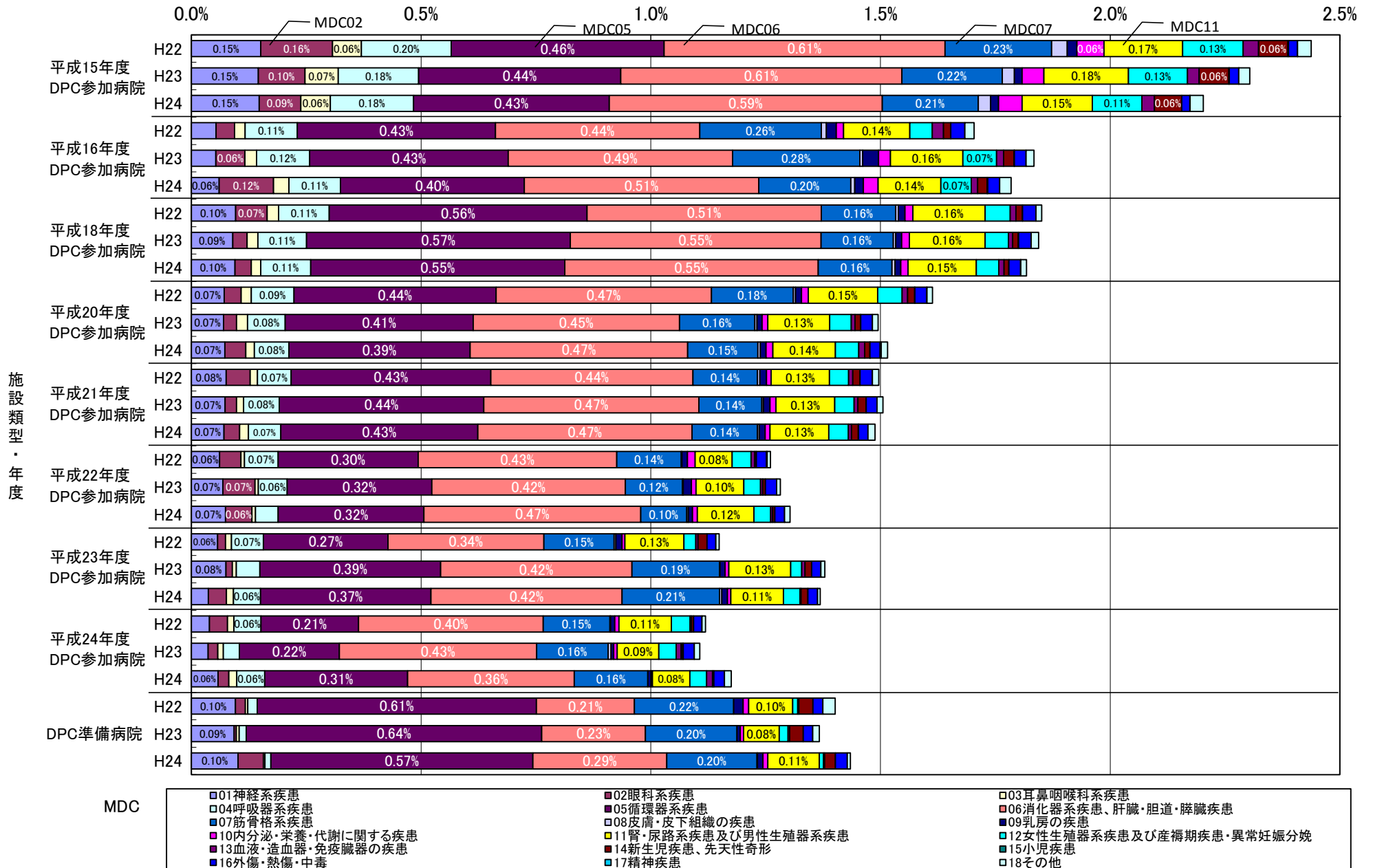
図表2-⑬-1 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」の期間別・退院症例に対する再入院比率



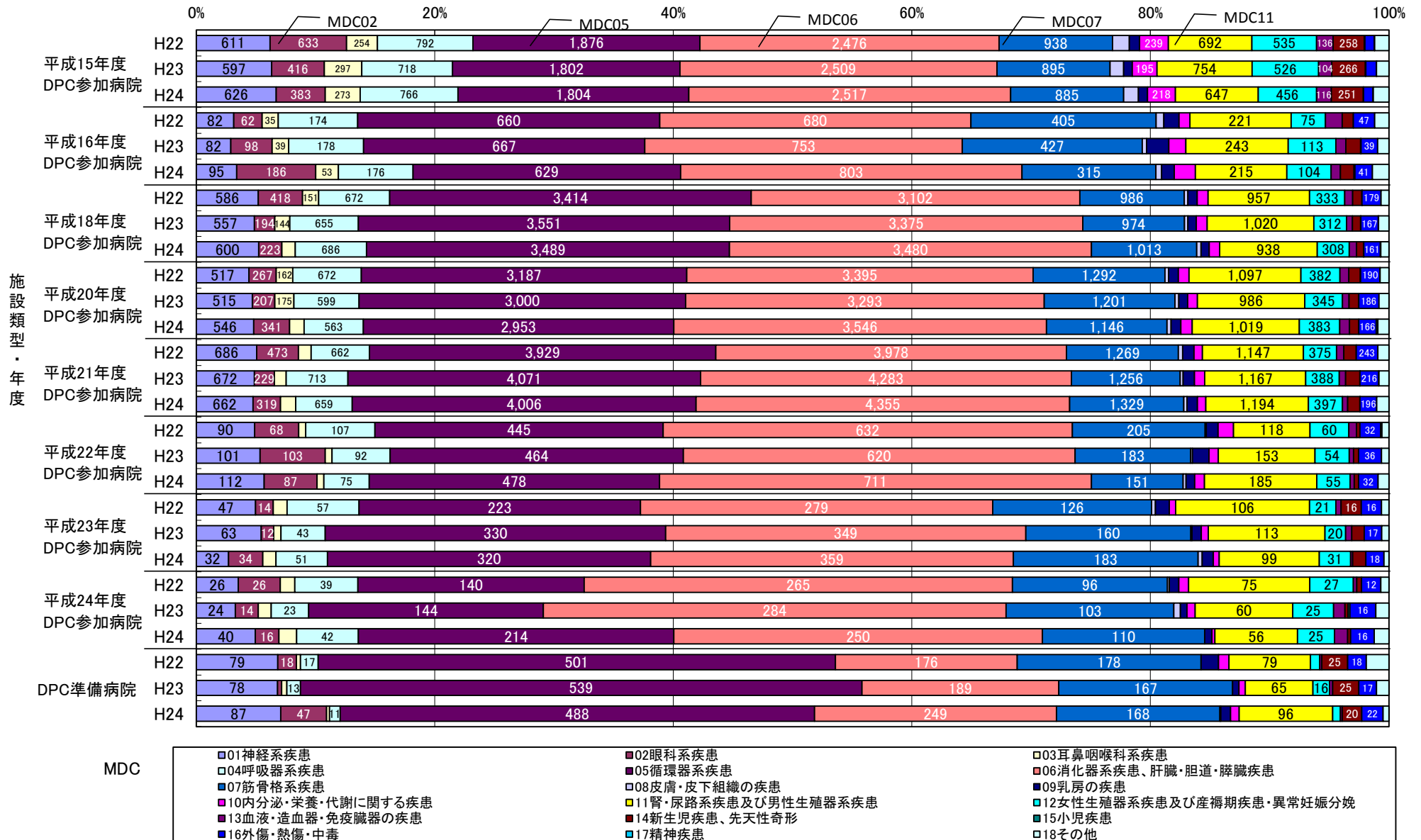
図表2-⑬-2 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」の期間別・再入院割合



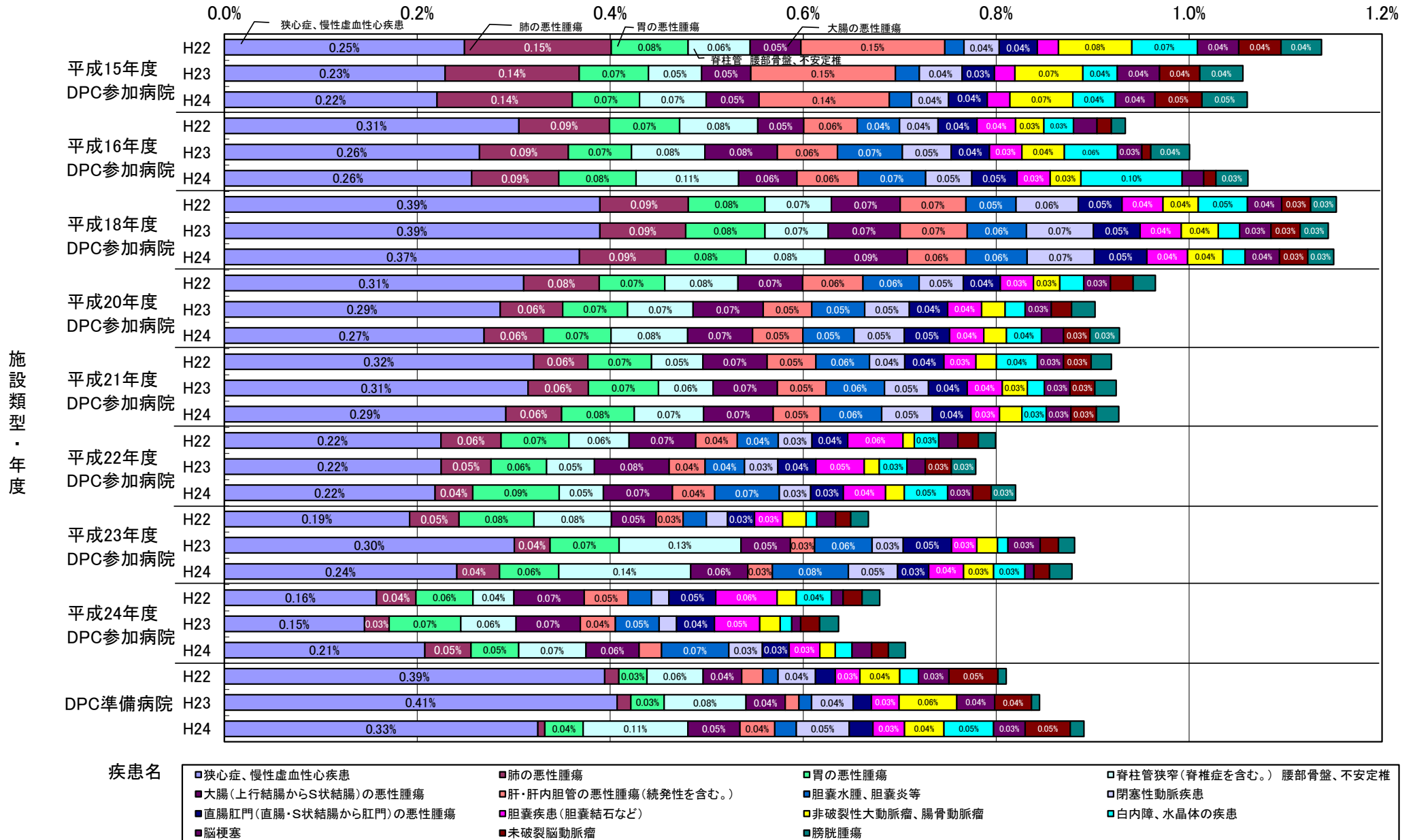
図表2-⑭-1 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」に該当した症例のMDC別・退院症例に対する再入院比率



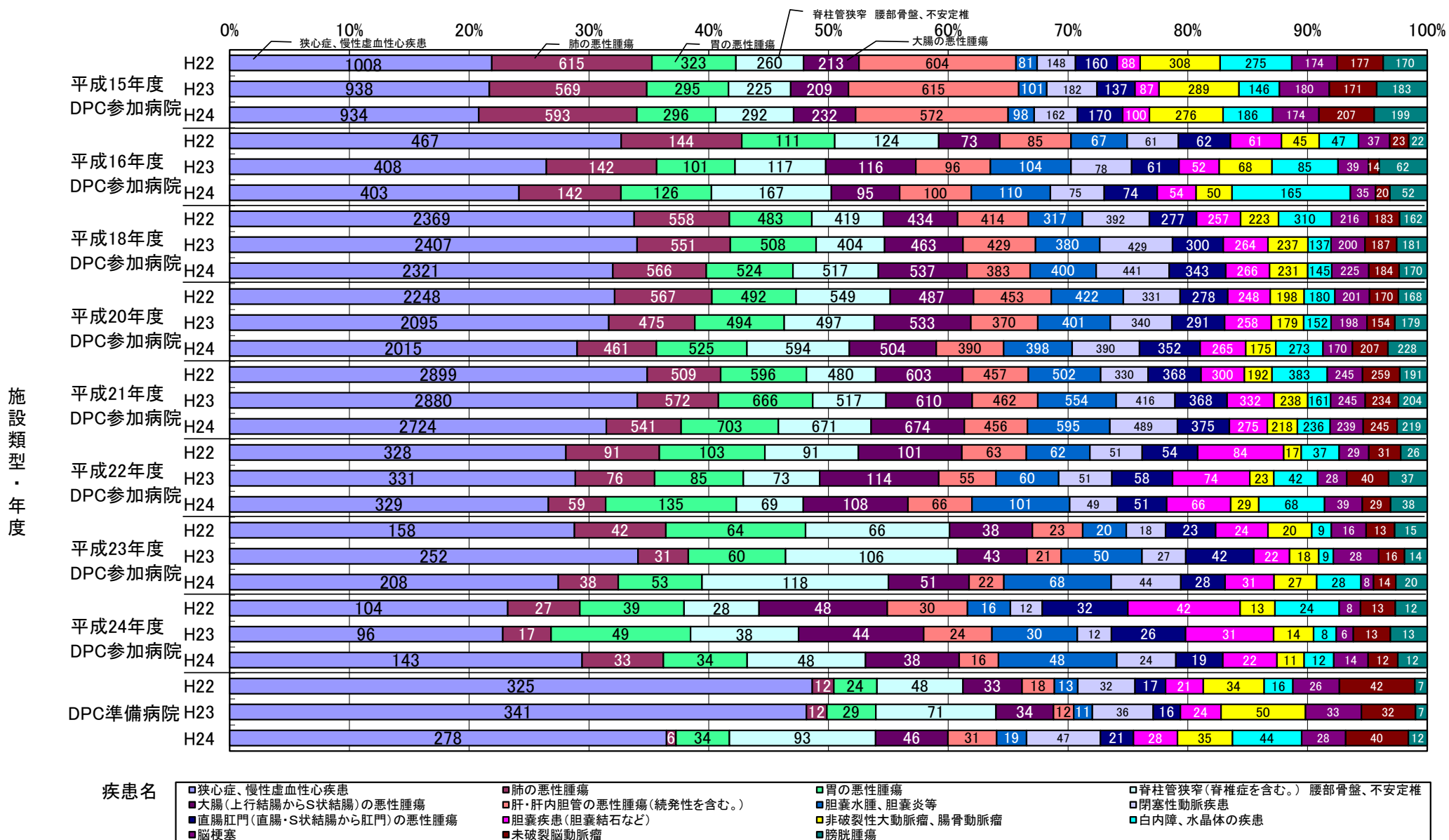
図表2-⑭-2 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」に該当した症例のMDC別・再入院割合



図表2-⑮-1 計画的再入院における理由のうち「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」と「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」に該当した疾患名別(上位15疾患)・退院症例に対する再入院比率

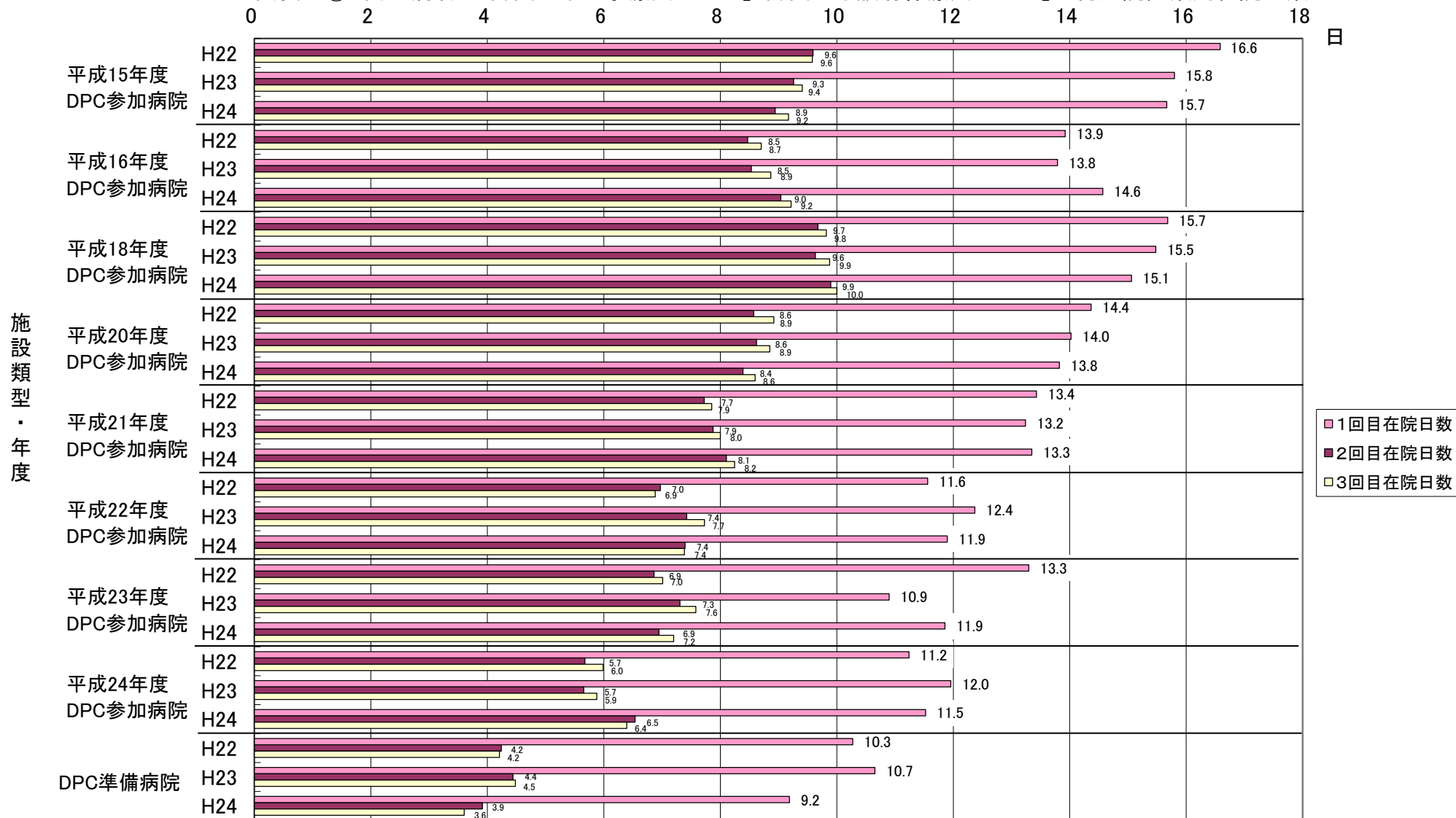


図表2-⑮-2 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」に該当した疾患名別(上位15疾患)・再入院割合



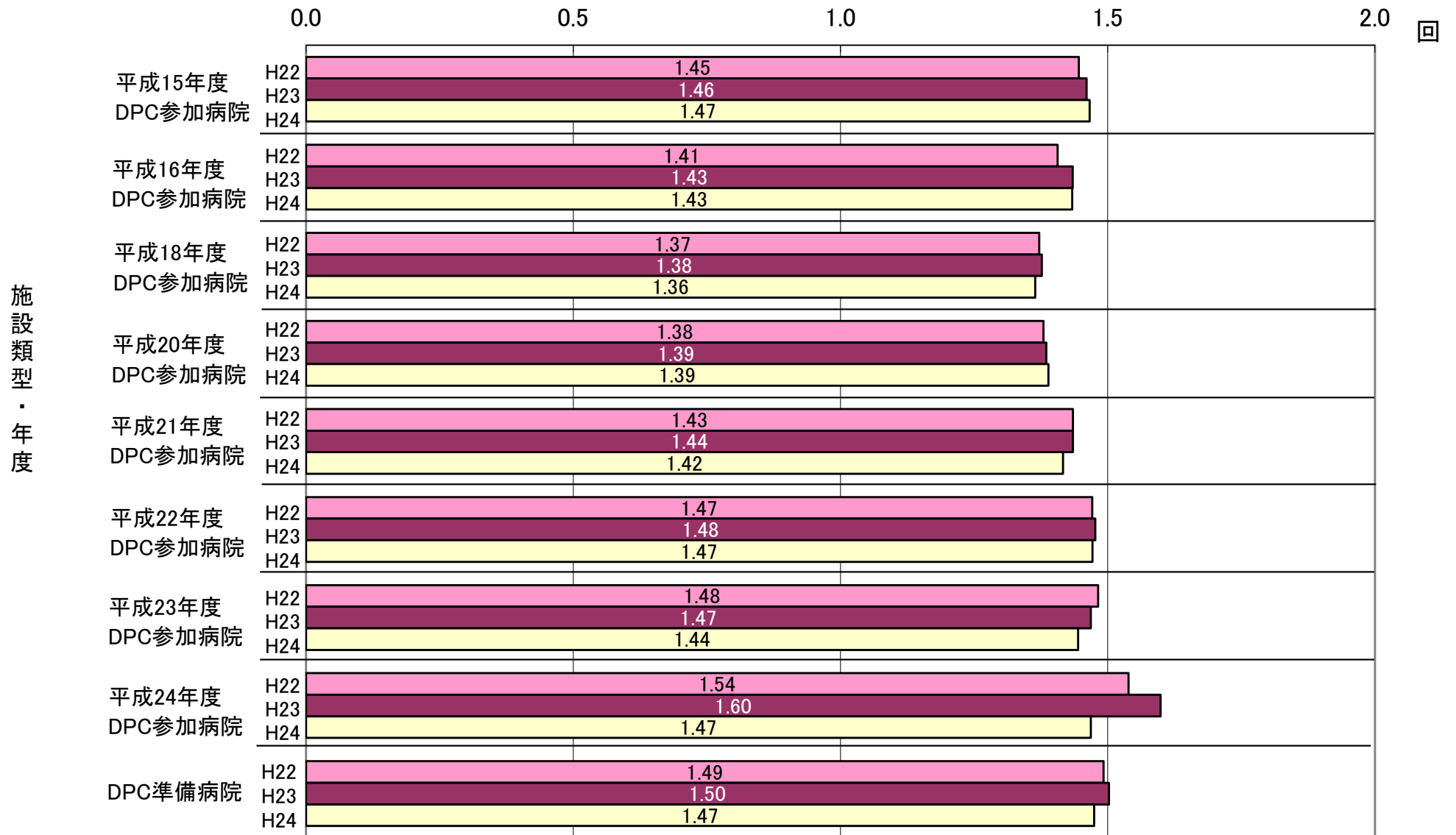


図表2-⑯ 同一病名で「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」の再入院回数別在院日数



※1回目入院は1回目再入院が「化学療法・放射線療法あり」の前入院データのため、再入院理由のデータがなく、様式1から化学療法有無を判別し掲載した  
 ※同一病名の有無は前入院の「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の上6桁の同異にて判別した

図表2-⑰ 1患者あたりの再入院回数(退院症例数/実患者数)



図表3 平成24年度調査対象医療機関数及び分析データ数年次推移

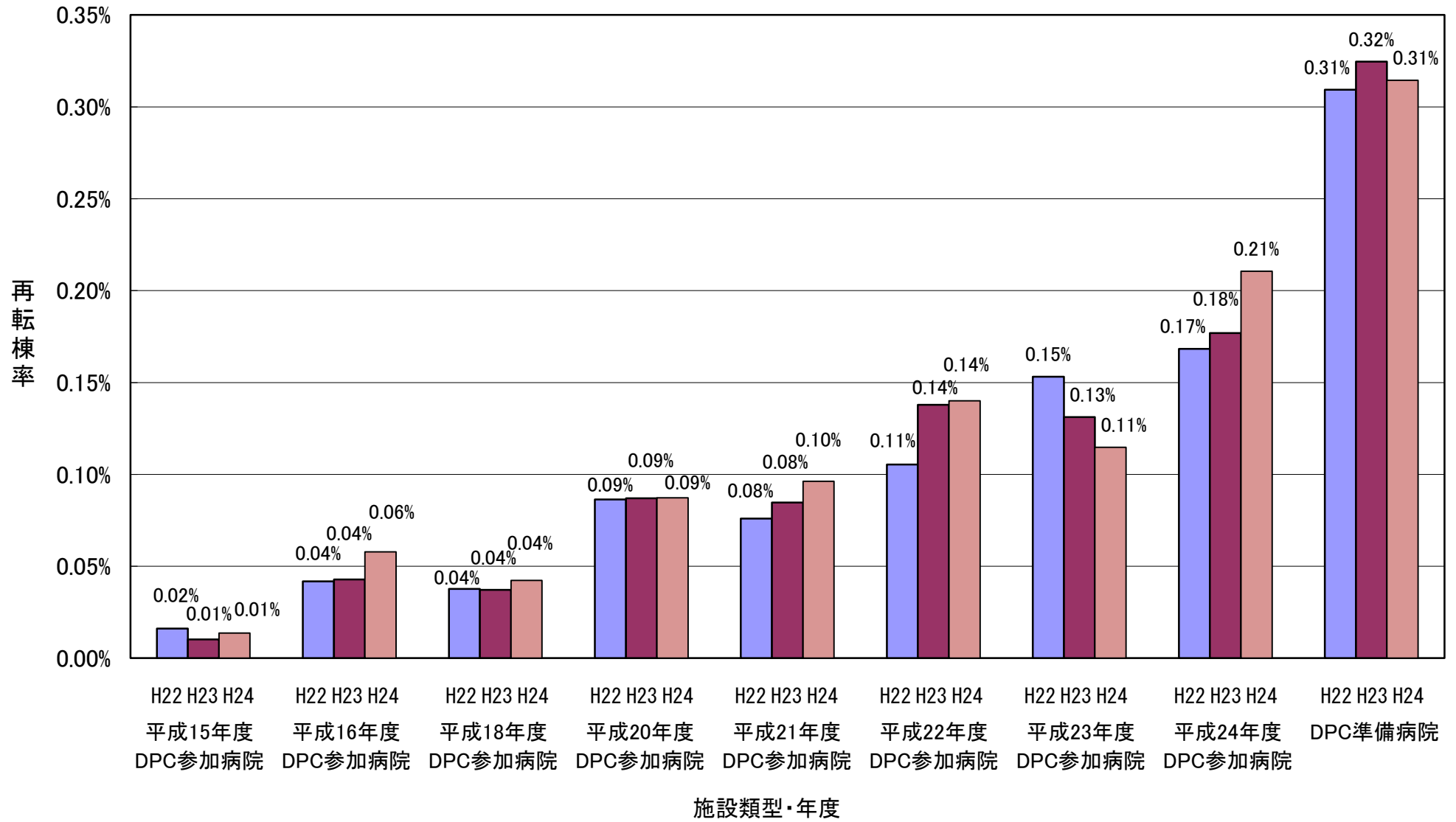
再転棟に係る調査

...平成24年度調査データ

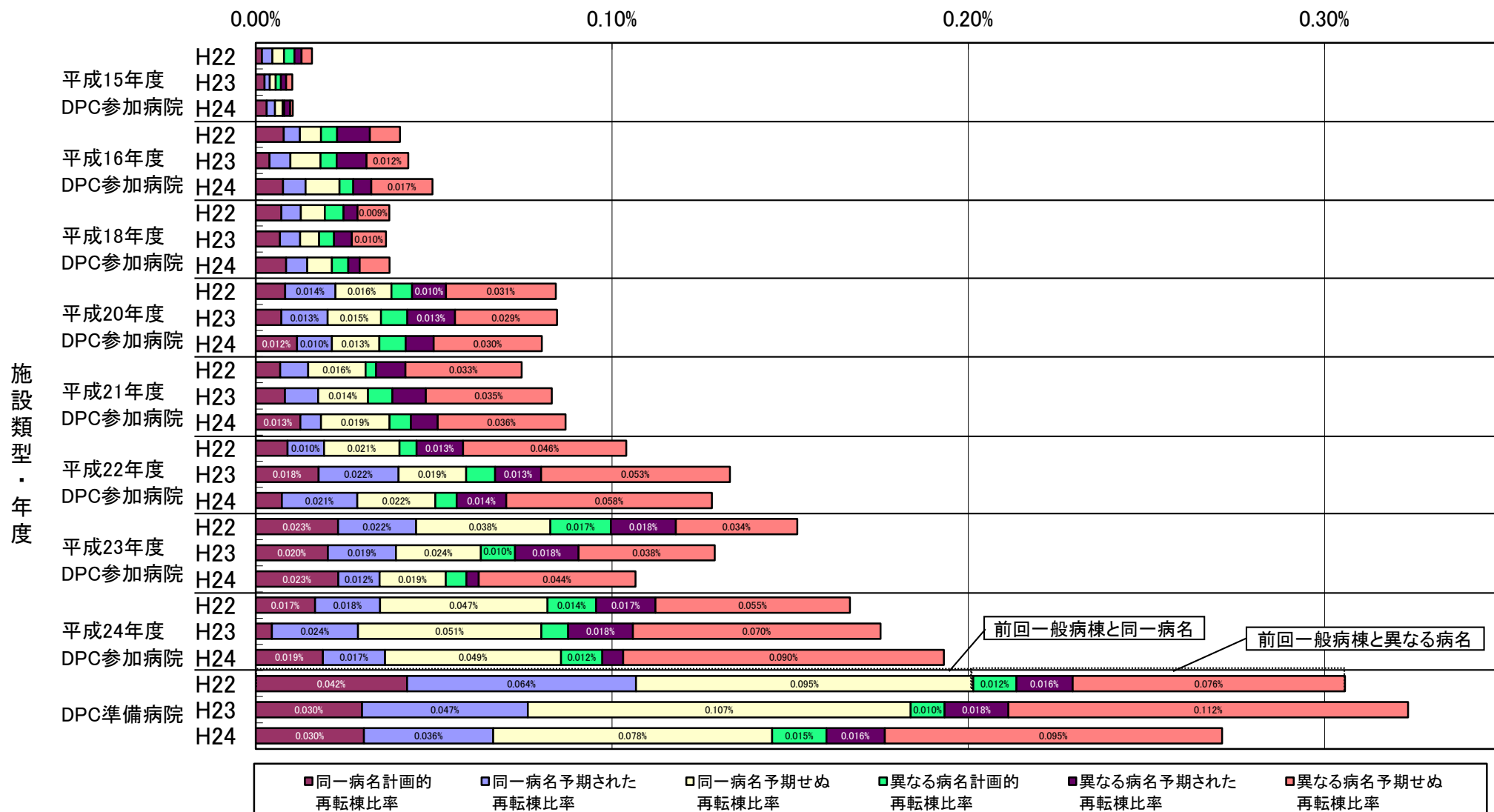
施設類型別 分析対象症例数と再転棟率

施設類型	再転棟調査対象病院数(A)			退院症例数(B)				再転棟症例数(C)				再転棟率(C/B)			
	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)
平成15年度DPC参加病院	30	24	30	404,829	409,808	423,517	1,204,190	65	42	58	217	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
平成16年度DPC参加病院	15	17	25	153,012	154,226	157,213	450,420	64	66	91	408	0.04%	0.04%	0.06%	0.09%
平成18年度DPC参加病院	57	70	73	608,500	618,420	630,729	1,818,038	229	230	267	981	0.04%	0.04%	0.04%	0.05%
平成20年度DPC参加病院	135	135	142	724,433	733,051	748,671	2,150,544	626	638	653	2,818	0.09%	0.09%	0.09%	0.13%
平成21年度DPC参加病院	227	242	249	904,127	914,909	933,929	2,688,486	687	775	899	3,941	0.08%	0.08%	0.10%	0.15%
平成22年度DPC参加病院	54	59	56	146,108	147,281	150,694	430,869	154	203	211	829	0.11%	0.14%	0.14%	0.19%
平成23年度DPC参加病院	27	27	30	82,246	83,845	86,276	248,410	126	110	99	450	0.15%	0.13%	0.11%	0.18%
平成24年度DPC参加病院	30	28	30	65,954	66,132	68,849	196,142	111	117	145	598	0.17%	0.18%	0.21%	0.30%
平成18,19年度新規DPC準備病院	32	28	32	44,259	44,631	45,967	130,469	126	118	126	613	0.28%	0.26%	0.27%	0.47%
平成20年度新規DPC準備病院	14	15	18	19,473	19,944	19,809	55,895	58	75	79	373	0.30%	0.38%	0.40%	0.67%
平成21年度新規DPC準備病院	8	5	8	10,192	10,383	10,430	29,985	19	13	11	83	0.19%	0.13%	0.11%	0.28%
平成22年度新規DPC準備病院	10	10	10	8,499	8,820	9,320	26,926	52	66	53	276	0.61%	0.75%	0.57%	1.03%
平成24年度新規DPC準備病院			52			112,239	319,619				189			0.17%	0.28%
平成24年度出来高算定病院			15			18,677	42,685				61			0.33%	0.49%
総計	639	660	770	3,171,632	3,211,450	3,416,320	9,792,678	2,317	2,453	2,942	12,690	0.07%	0.08%	0.09%	0.13%

図表4-① 年度別・再転棟率

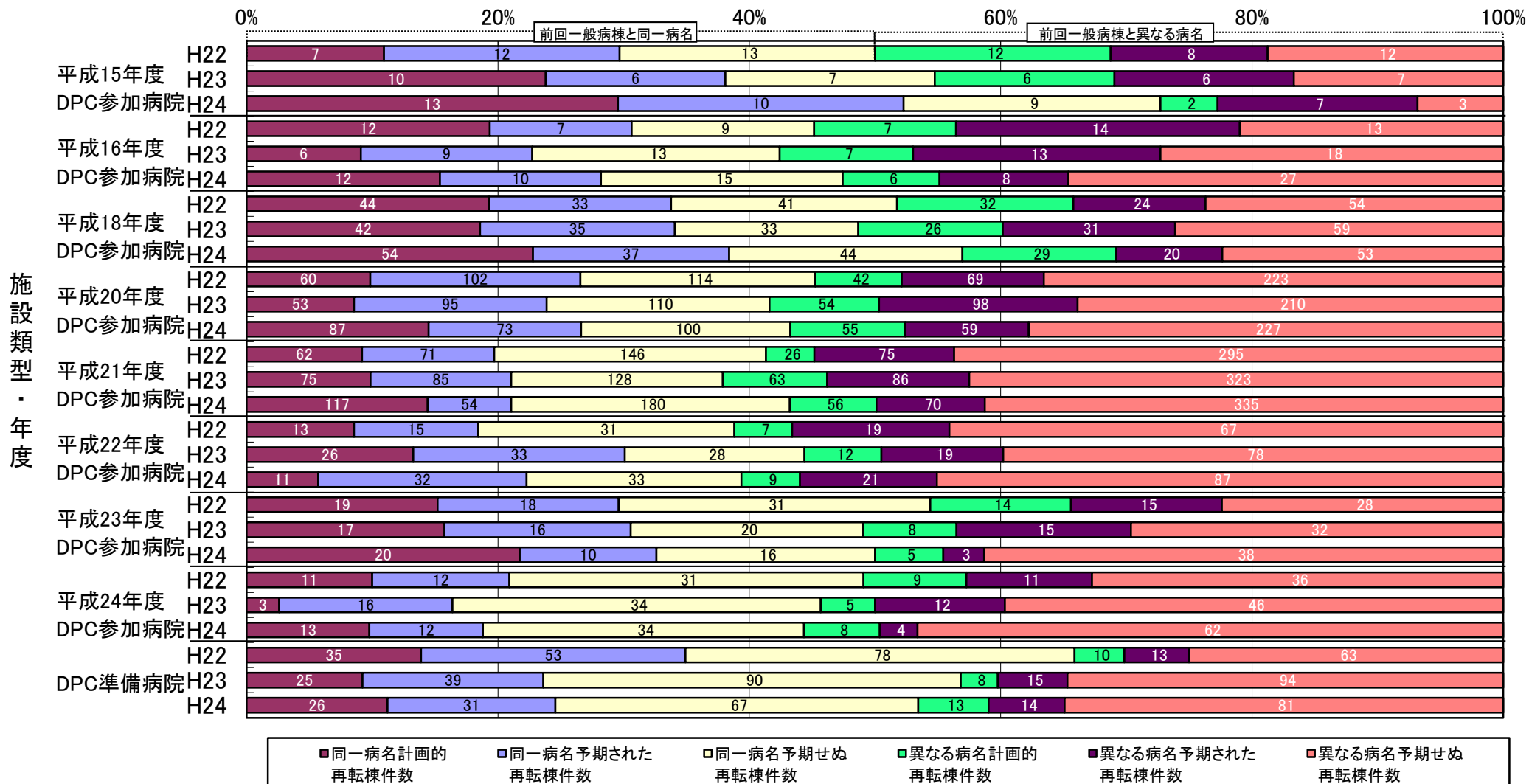


図表4-②-1 前回一般病棟と今回一般病棟の病名同異別・退院症例に対する再転棟事由比率



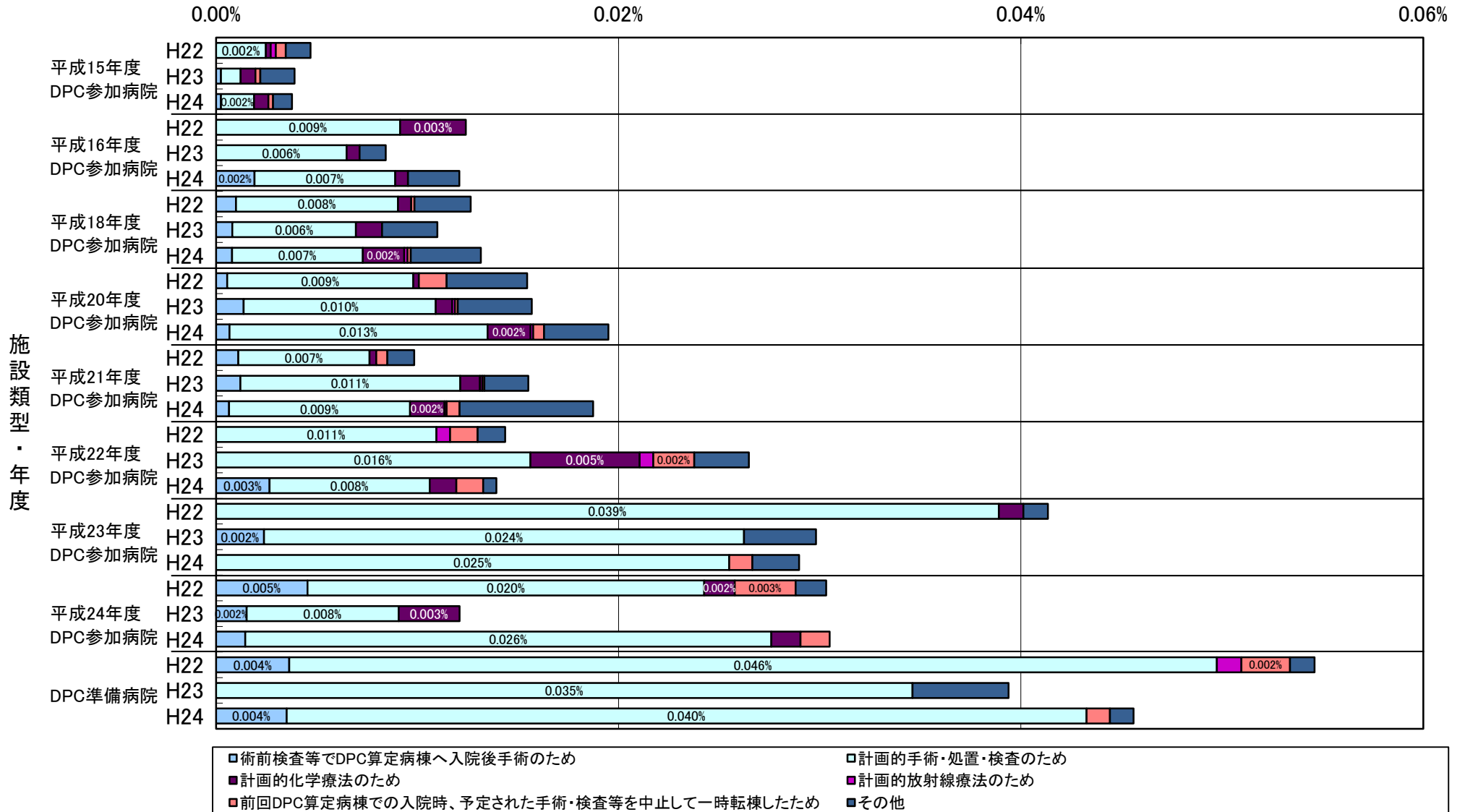
※病名の同異は前回一般病棟子様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回一般病棟子様式1の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した

図表4-②-2 前回一般病棟と今回一般病棟の病名同異別・再転棟事由割合

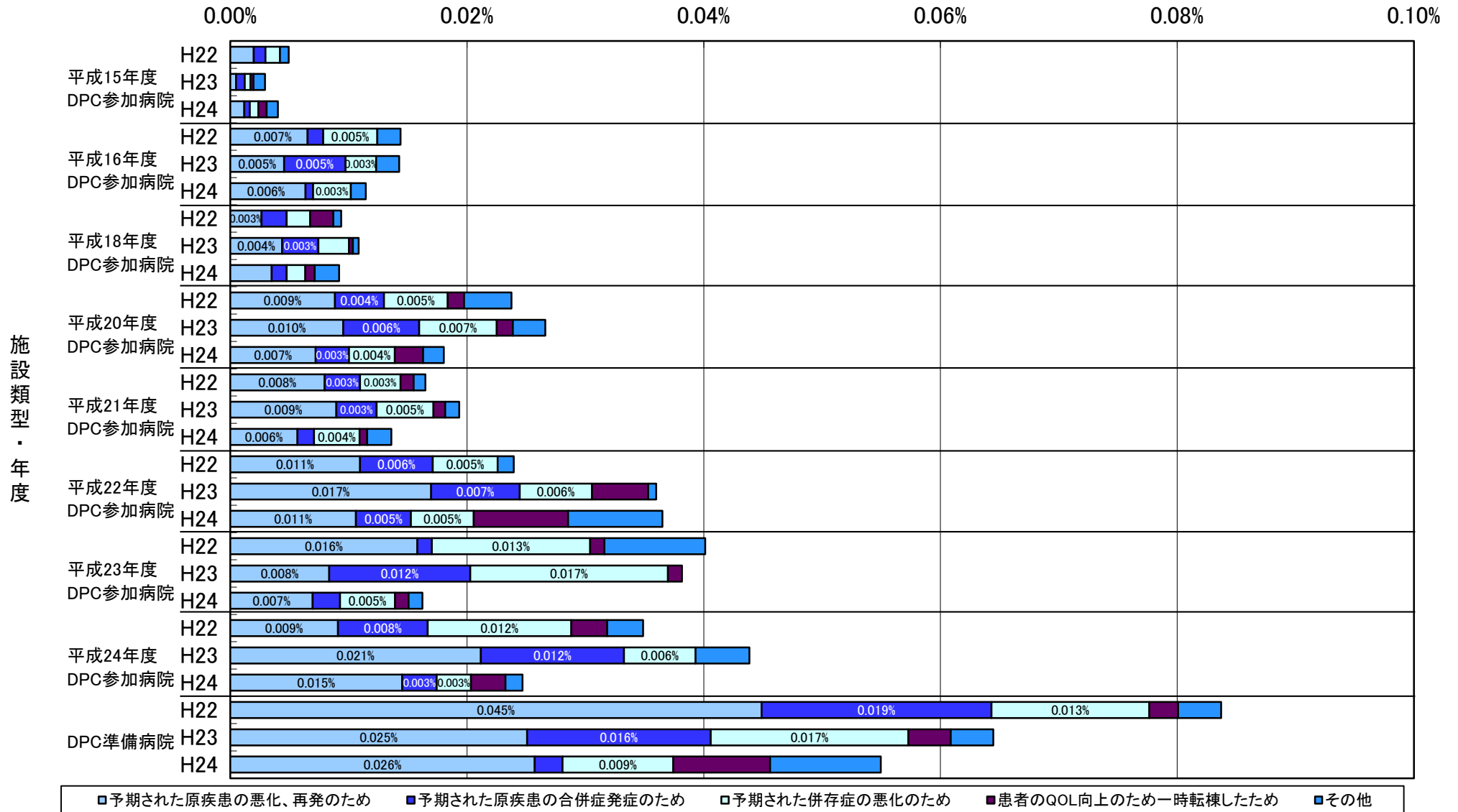


※病名の同異は前回一般病棟様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回一般病棟様式1の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した

図表4-③ 計画的再転棟における理由の内訳(退院症例に対する再転棟数比率)

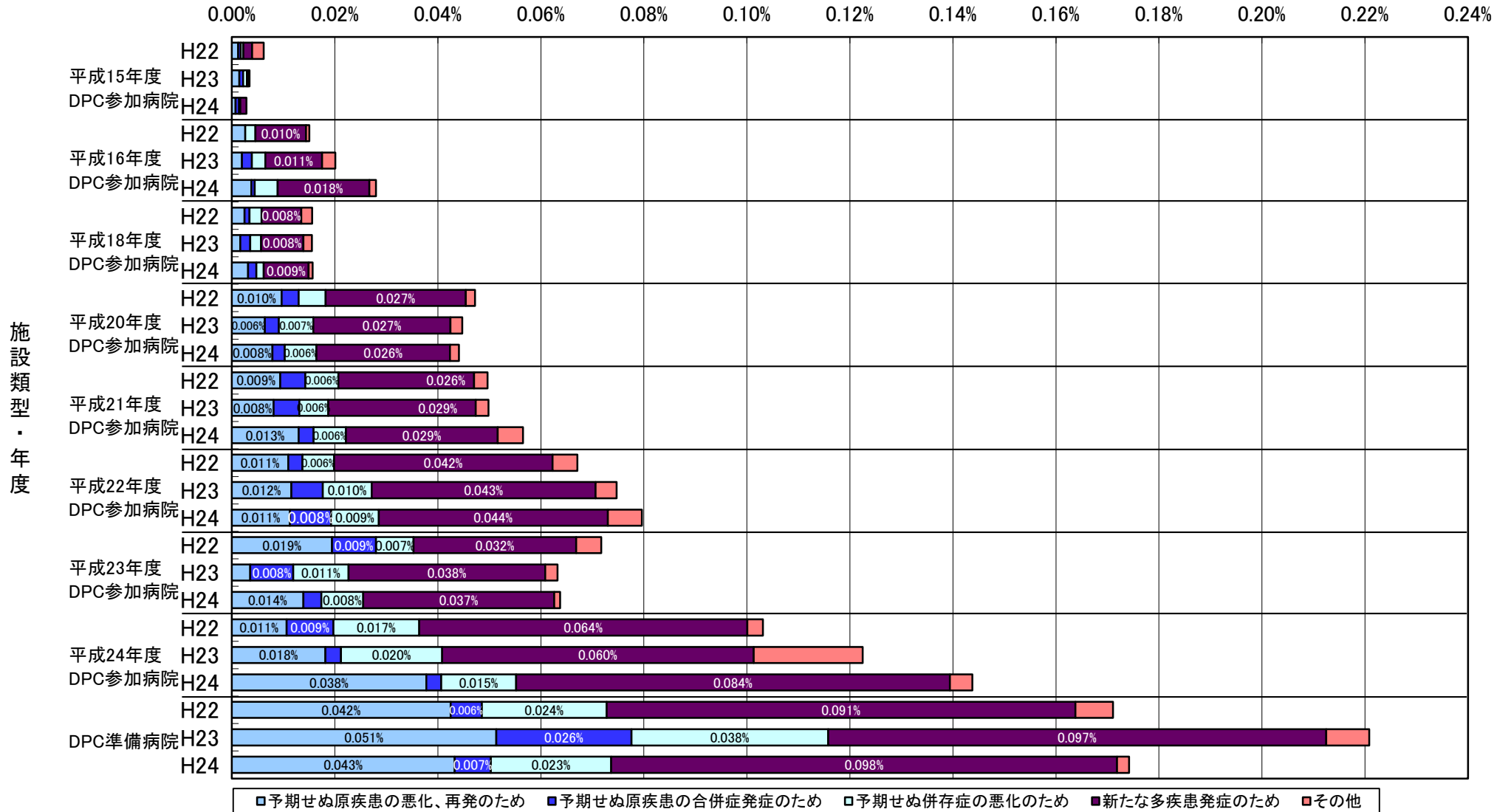


図表4-④ 予期された再転棟における理由の内訳(退院症例に対する再転棟数比率)

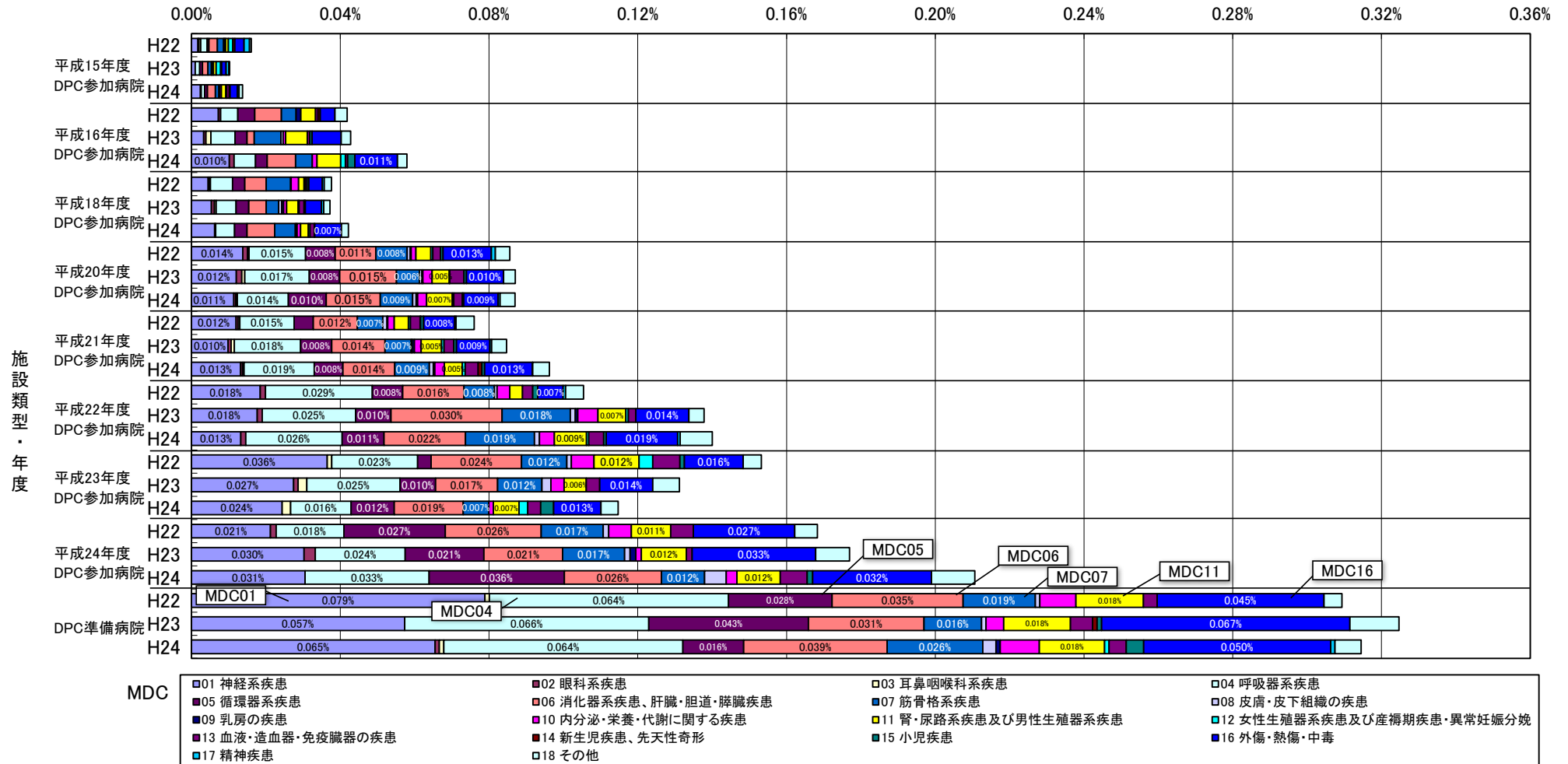




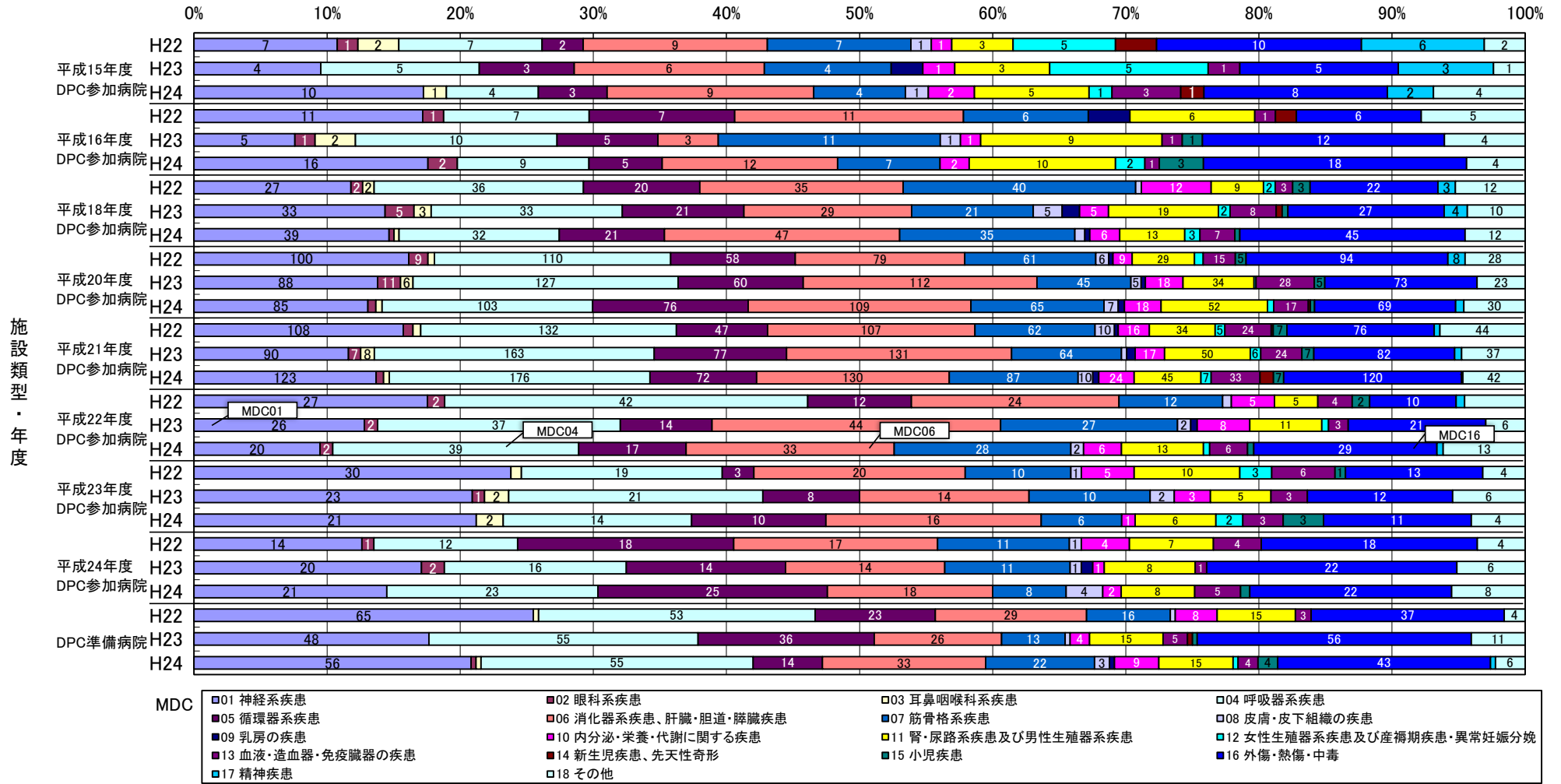
図表4-⑤ 予期せぬ再転棟における理由の内訳(退院症例に対する再転棟数比率)



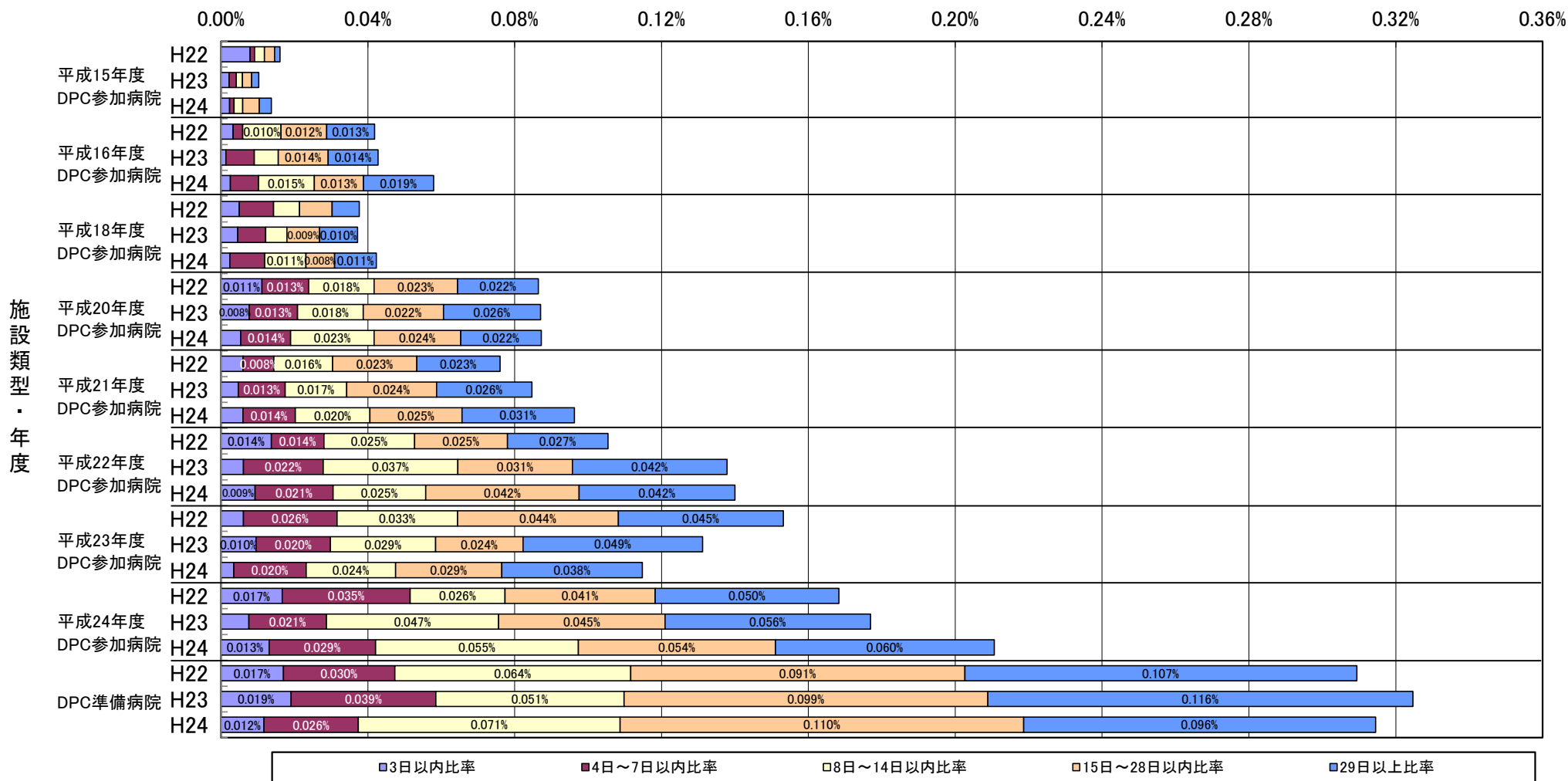
図表4-⑥-1 MDC別・退院症例に対する再転棟比率



図表4-⑥-2 MDC別・再転棟割合



図表4-⑦ 前回一般病棟から今回一般病棟への転棟期間別・退院症例に対する再転棟比率



図表1 平成24年度調査対象医療機関数及び分析データ数年次推移

再入院に係る調査



…平成24年度調査データ

病床規模別 分析対象症例数と再入院率

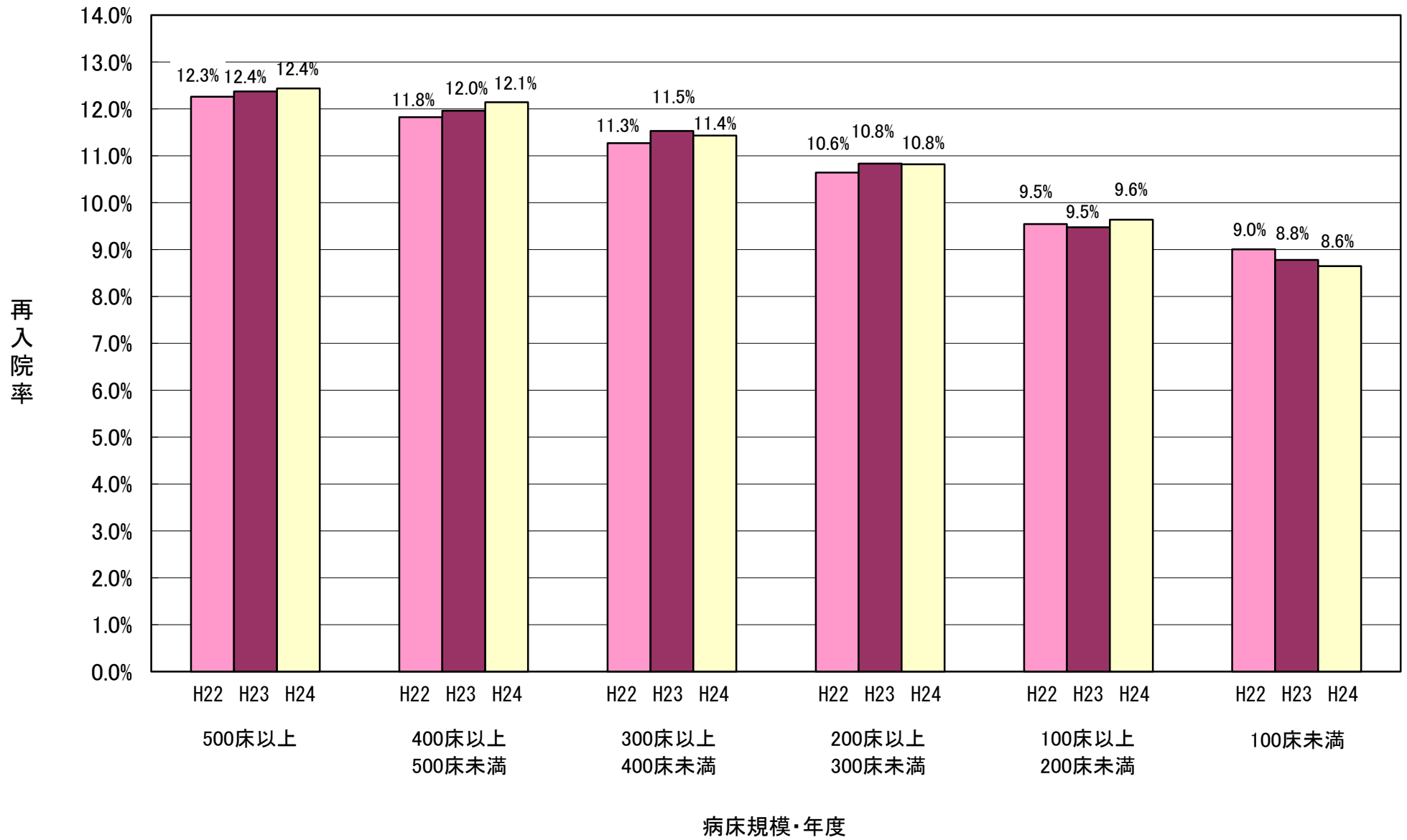
DPC参加病院

病床規模	平成24年度 病床規模別 分析対象病院数	退院症例数(B)				再入院症例数(C)				再入院率(C/B)			
		平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)
500床以上	269	1,210,185	1,225,456	1,255,705	3,600,670	148,389	151,649	156,163	578,205	12.3%	12.4%	12.4%	16.1%
400床以上500床未満	155	464,420	467,369	480,486	1,382,979	54,911	55,896	58,347	213,368	11.8%	12.0%	12.1%	15.4%
300床以上400床未満	254	564,890	575,128	591,265	1,704,666	63,667	66,308	67,588	249,554	11.3%	11.5%	11.4%	14.6%
200床以上300床未満	304	466,730	473,747	479,184	1,378,895	49,677	51,335	51,841	191,836	10.6%	10.8%	10.8%	13.9%
100床以上200床未満	340	304,104	305,489	311,528	887,600	29,030	28,944	30,024	111,115	9.5%	9.5%	9.6%	12.5%
100床未満	179	78,880	80,483	81,710	232,289	7,104	7,065	7,065	26,655	9.0%	8.8%	8.6%	11.5%
総計	1,501	3,089,209	3,127,672	3,199,878	9,187,099	352,778	361,197	371,028	1,370,733	11.4%	11.5%	11.6%	14.9%

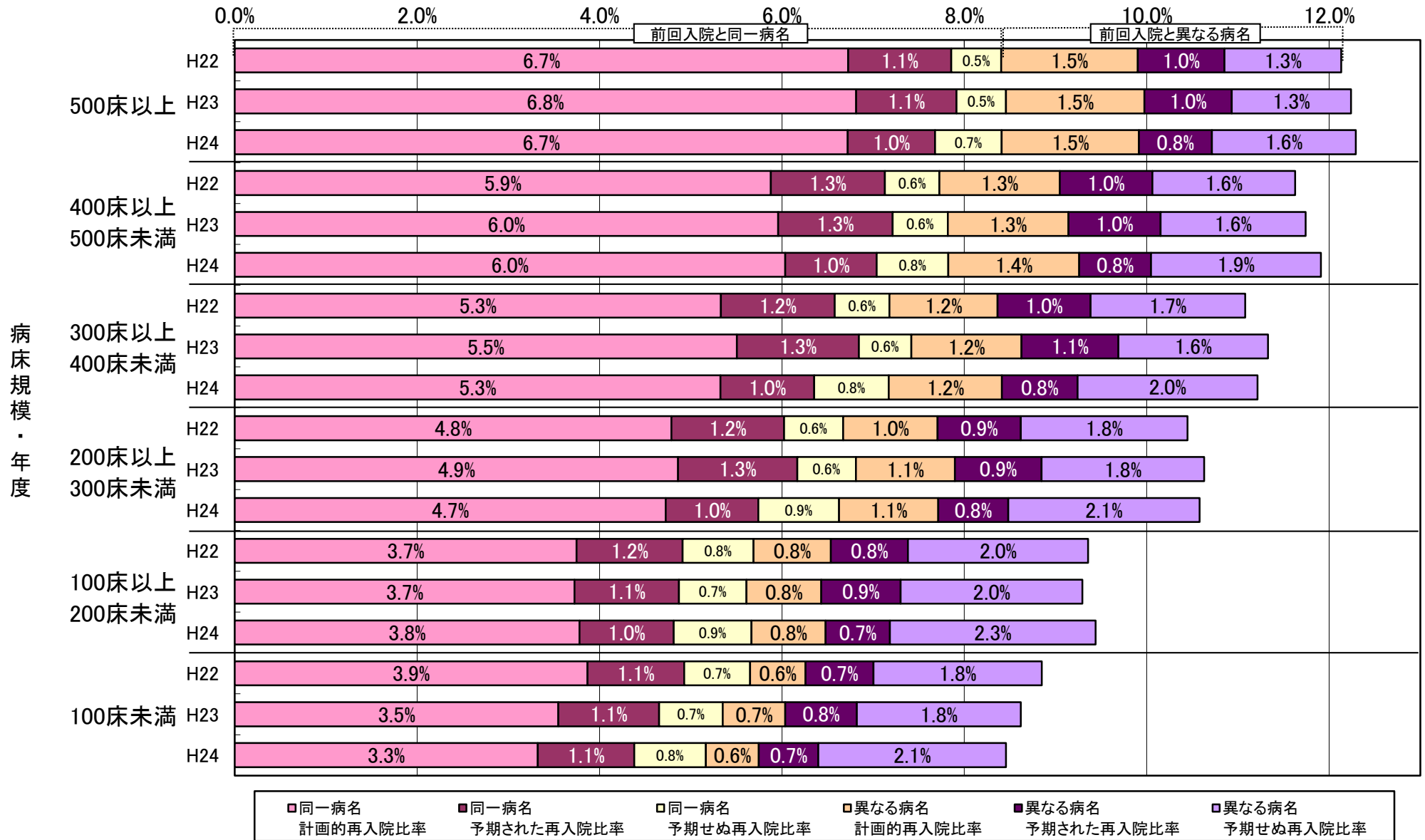
DPC準備病院

病床規模	平成24年度 病床規模別 分析対象病院数	退院症例数(B)				再入院症例数(C)				再入院率(C/B)			
		平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)
500床以上	4	5,348	5,909	15,619	45,006	653	779	2,301	8,169	12.2%	13.2%	14.7%	18.2%
400床以上500床未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
300床以上400床未満	15	10,257	10,016	32,049	91,679	1,529	1,562	4,803	17,383	14.9%	15.6%	15.0%	19.0%
200床以上300床未満	29	6,767	6,842	37,551	106,968	924	962	4,061	14,336	13.7%	14.1%	10.8%	13.4%
100床以上200床未満	97	34,848	35,843	76,506	216,458	2,997	3,278	7,162	26,436	8.6%	9.1%	9.4%	12.2%
100床未満	92	25,203	25,168	36,040	102,783	2,346	2,258	2,917	11,272	9.3%	9.0%	8.1%	11.0%
総計	237	82,423	83,778	197,765	562,894	8,449	8,839	21,244	77,596	10.3%	10.6%	10.7%	13.8%

図表2-① 年度別・再入院率

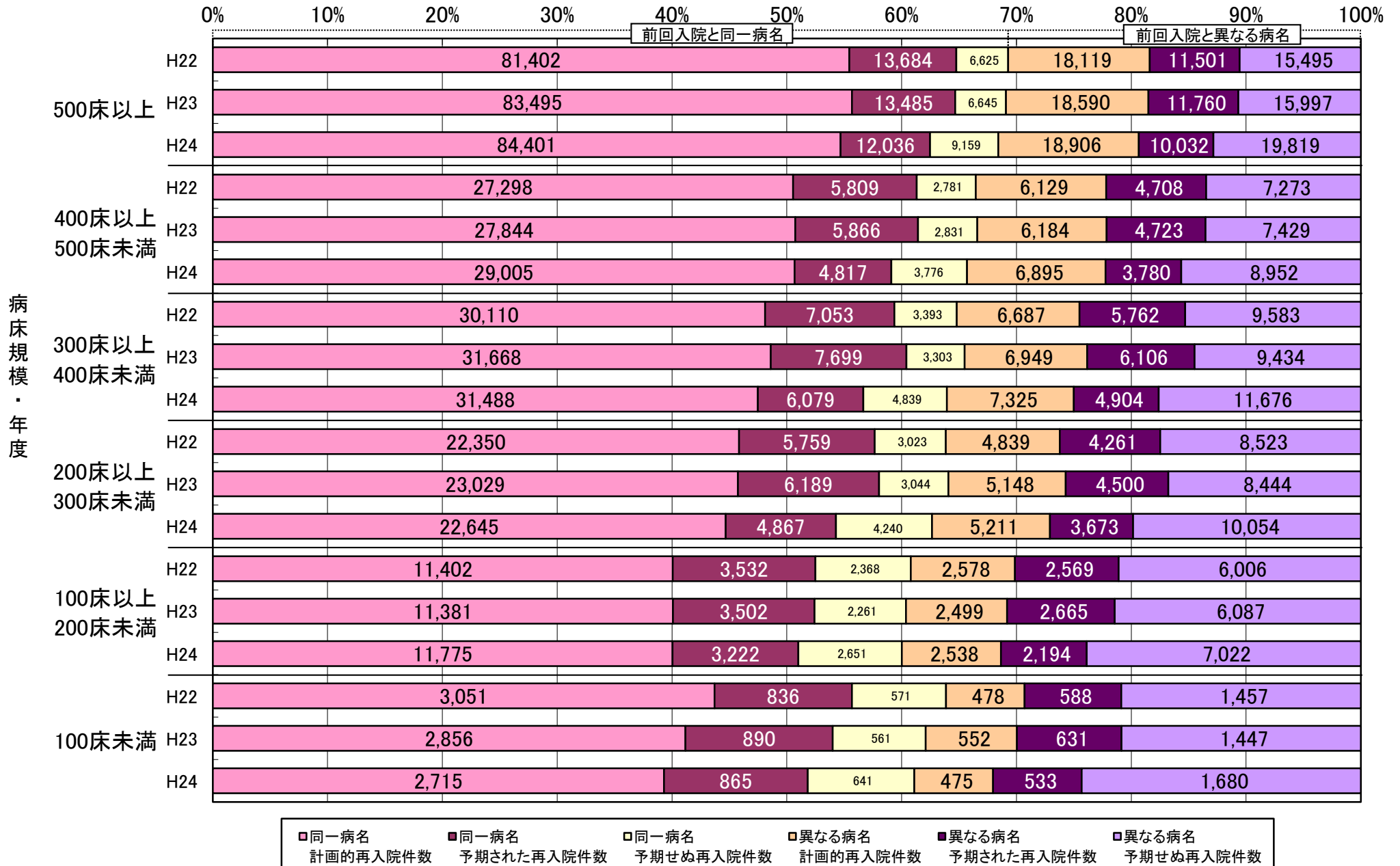


図表2-②-1 前回入院と今回入院の病名同異別・退院症例に対する再入院事由比率



※病名の同異は前回入院の「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の上6桁の同異にて判別した

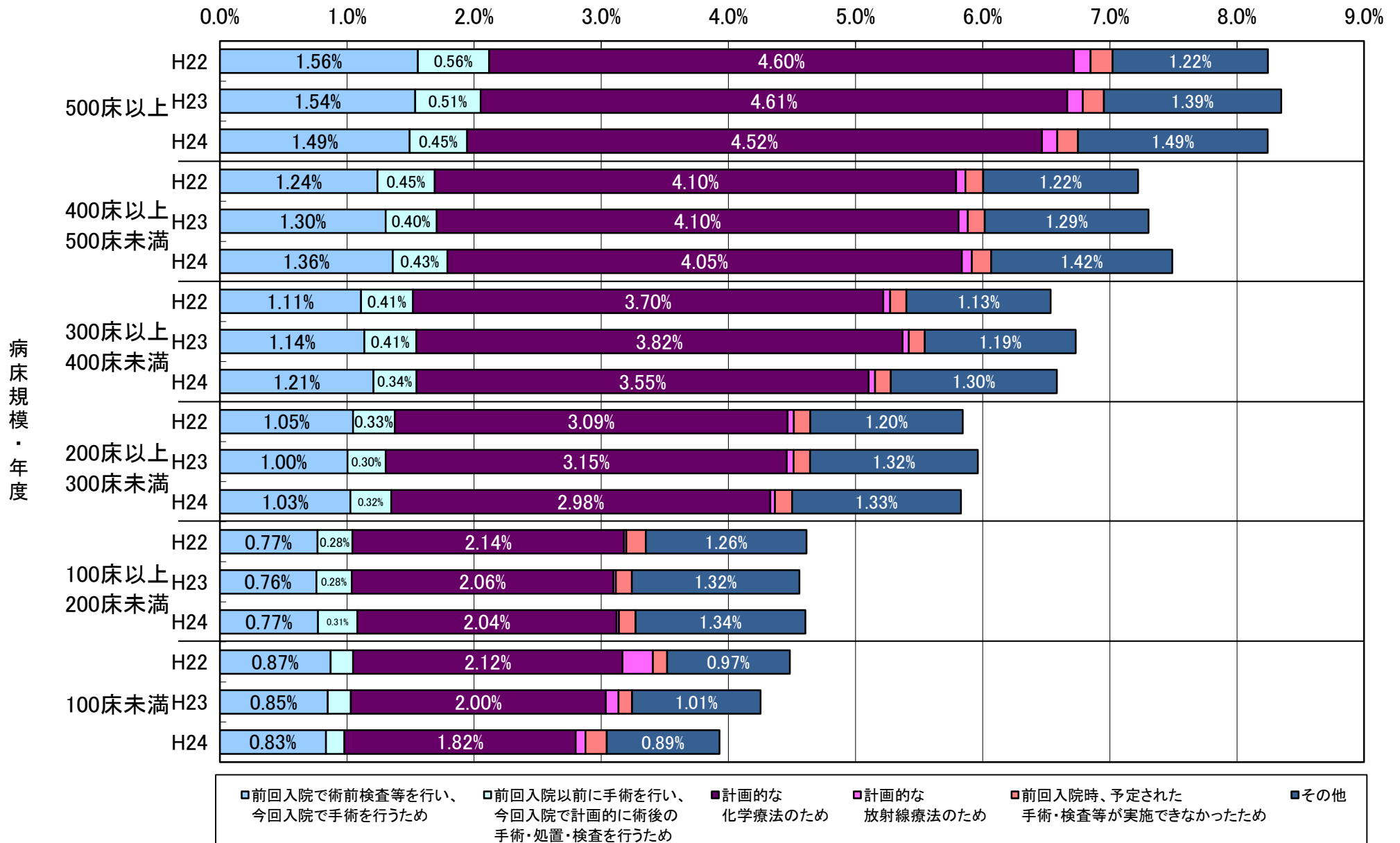
図表2-②-2 前回入院と今回入院の病名同異別・再入院事由割合



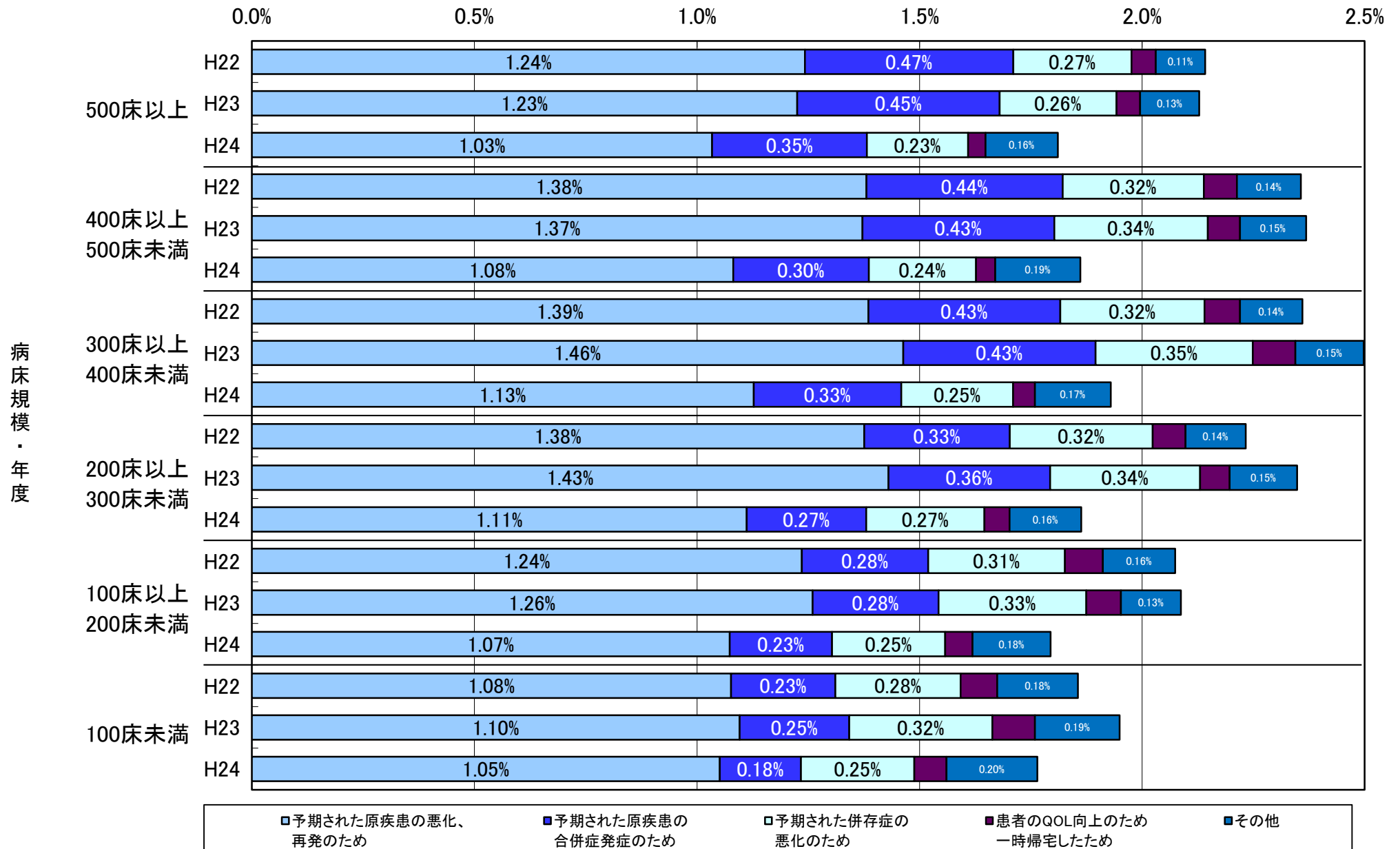
※病名の同異は前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回入院の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した



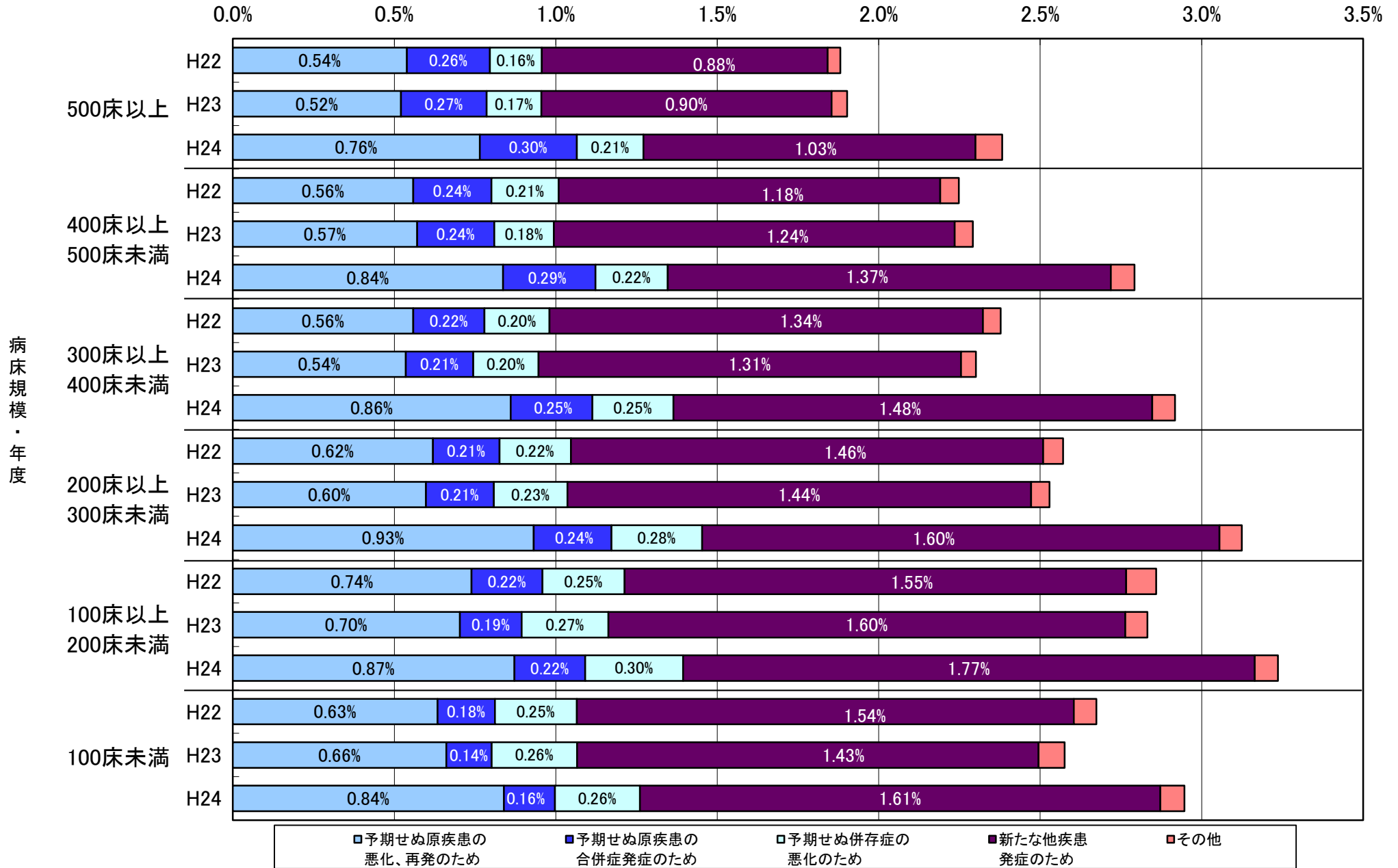
図表2-③ 計画的再入院における理由の内訳(退院症例に対する再入院症例数比率)



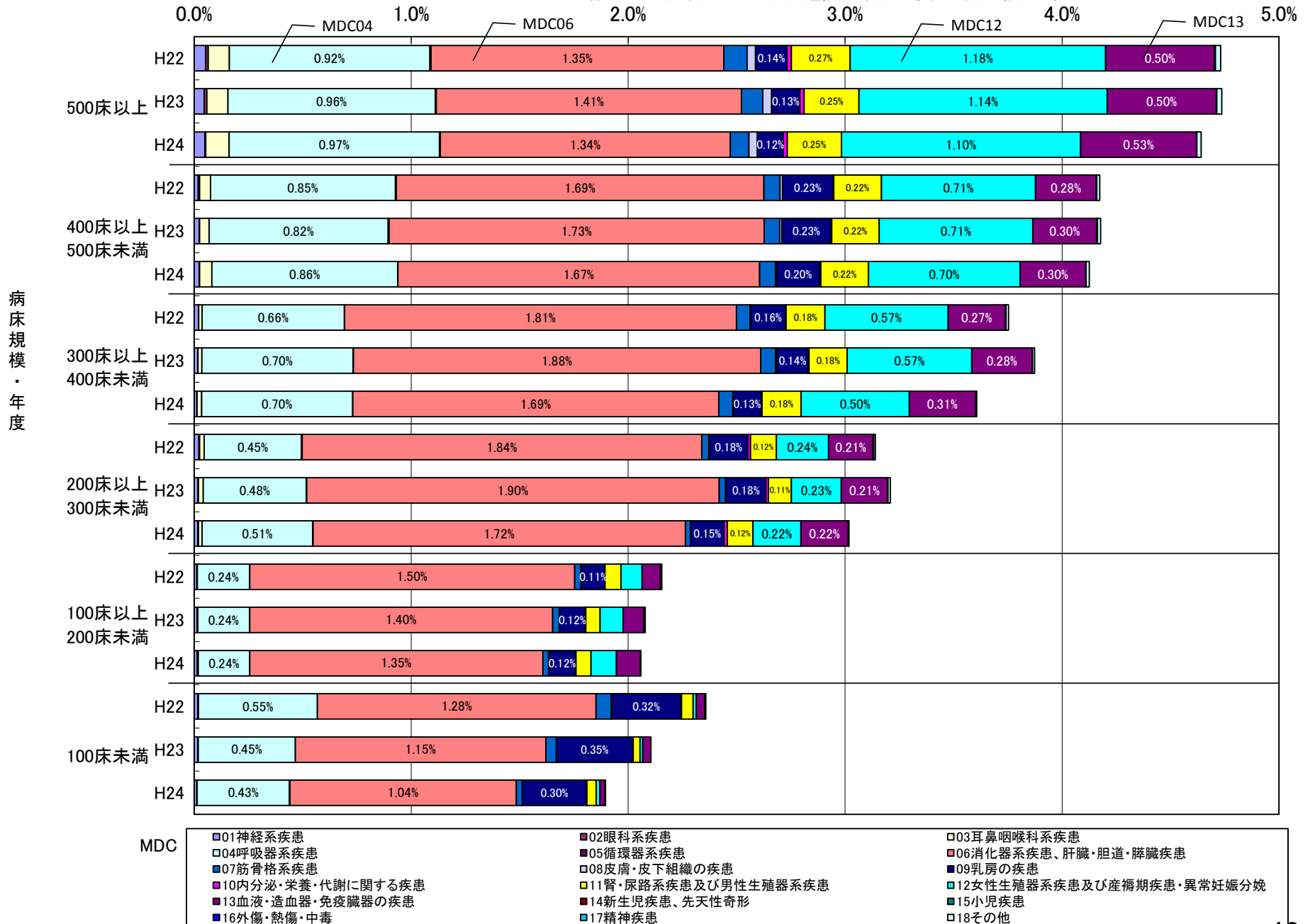
図表2-④ 予期された再入院における理由の内訳(退院症例に対する再入院症例数比率)



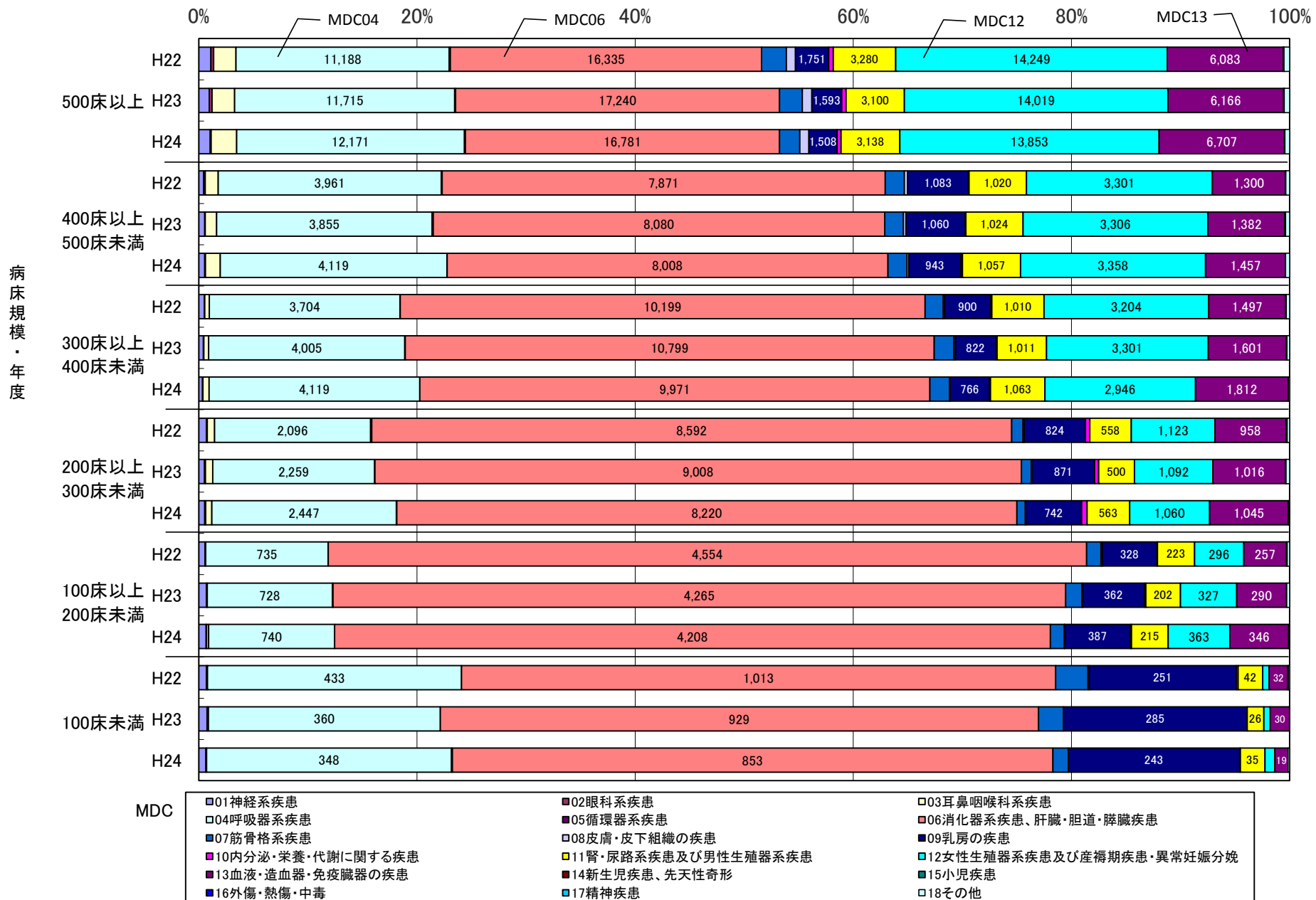
図表2-⑤ 予期せぬ再入院における理由の内訳(退院症例に対する再入院症例数比率)



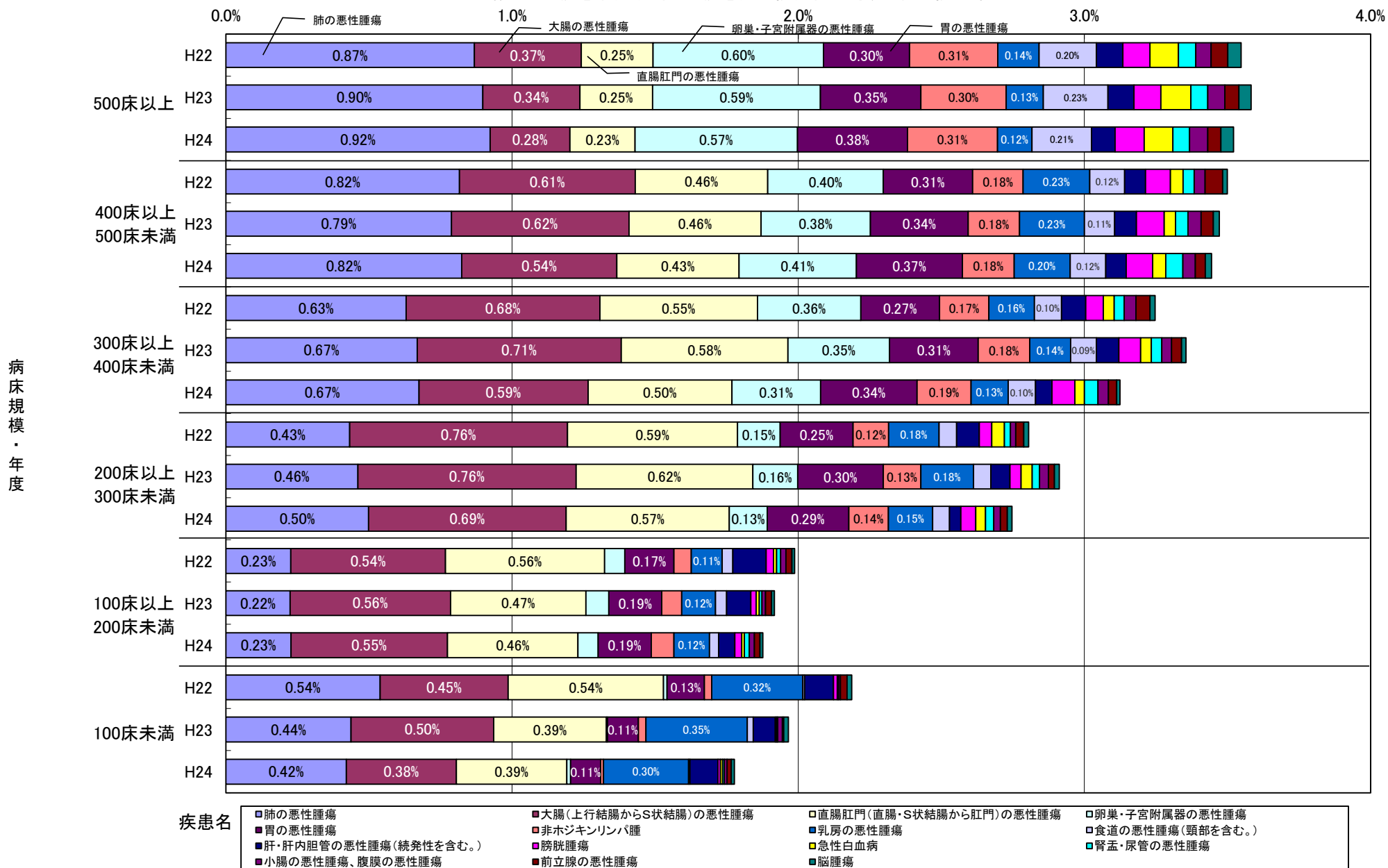
図表2-⑥-1 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に該当した症例のMDC別・退院症例に対する再入院比率



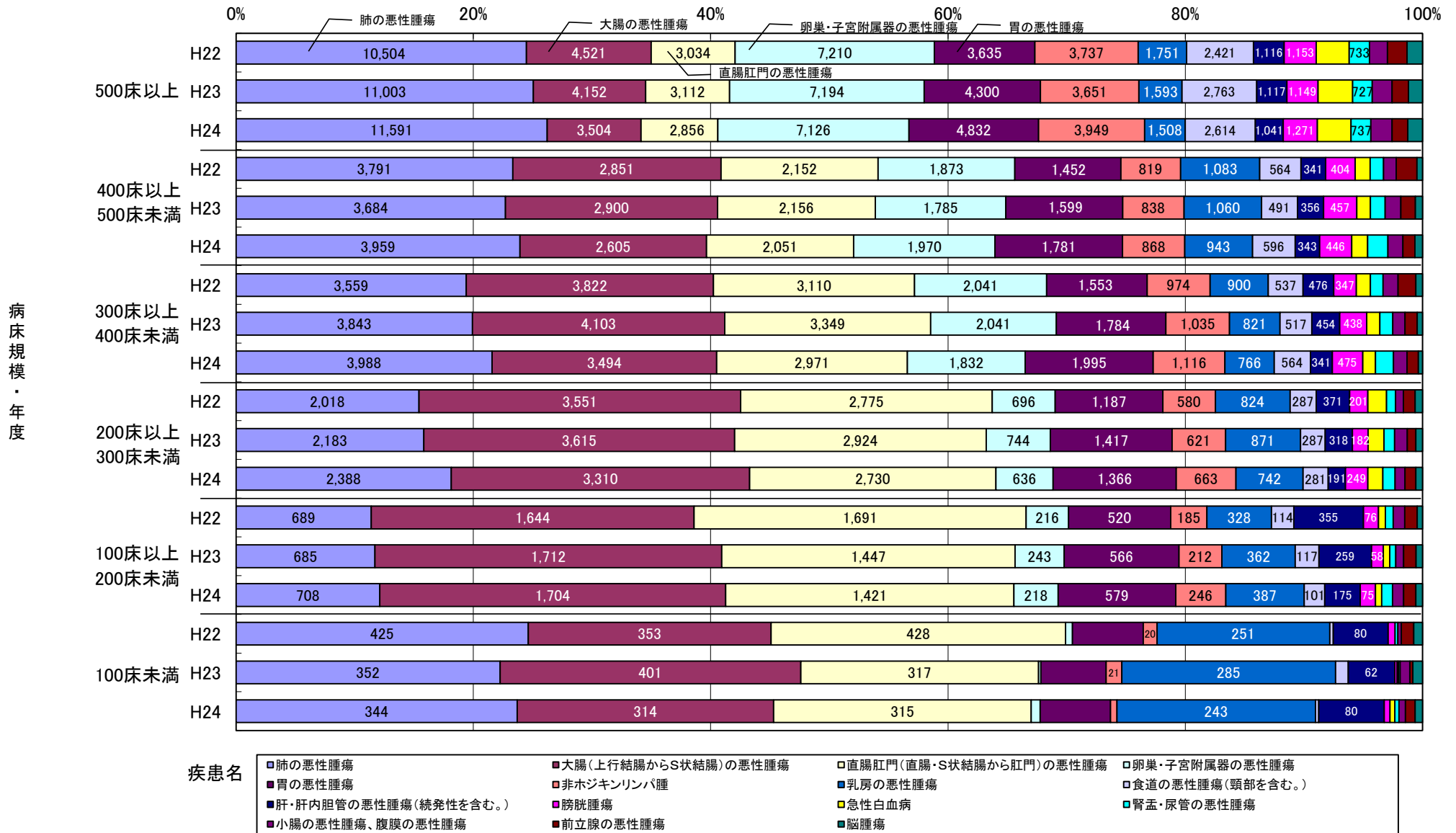
図表2-⑥-2 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に該当した症例のMDC別・再入院割合



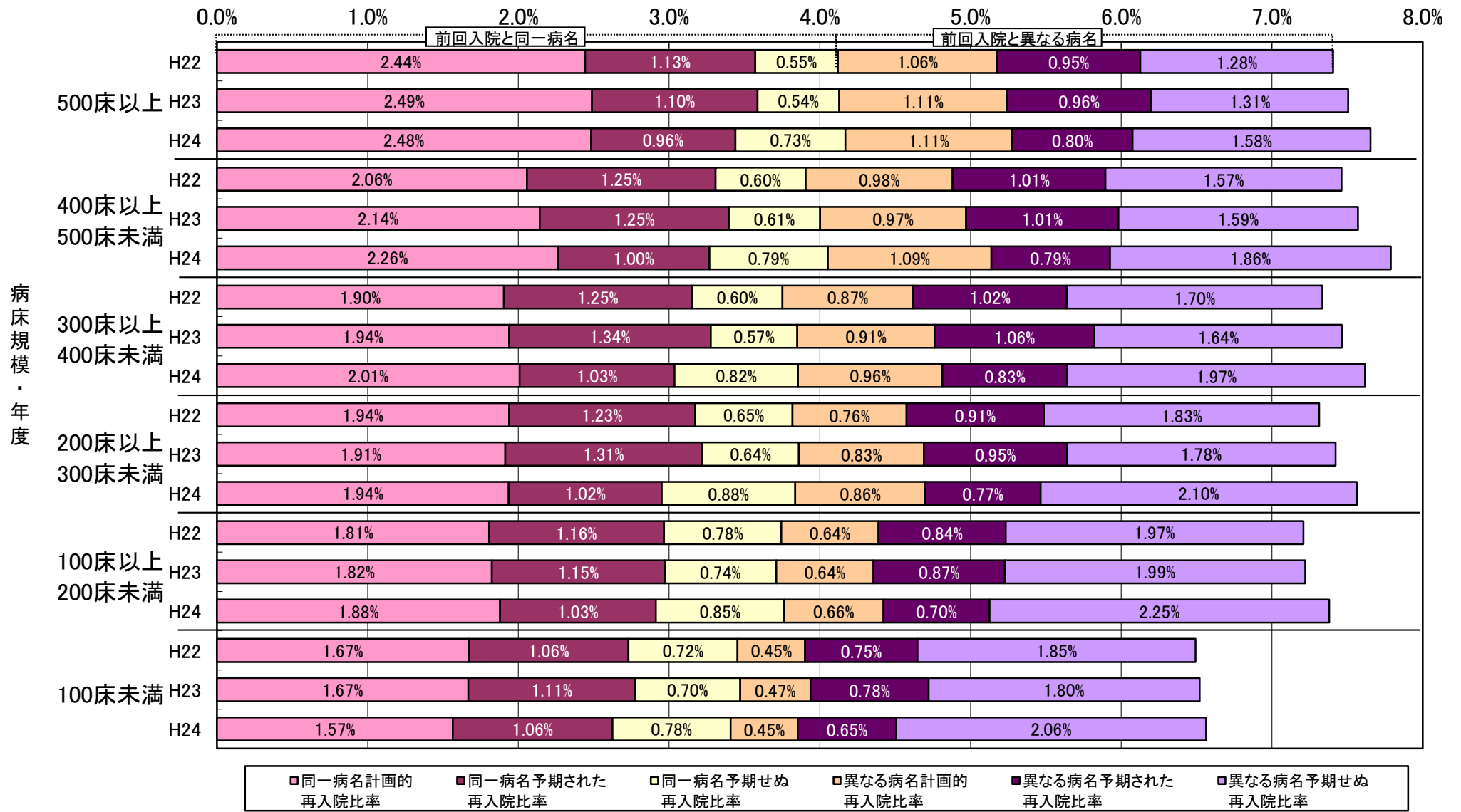
図表2-⑦-1 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に該当した疾患名別(上位15疾患)・退院症例に対する再入院比率



図表2-⑦-2 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」に該当した疾患名別(上位15疾患)・再入院割合



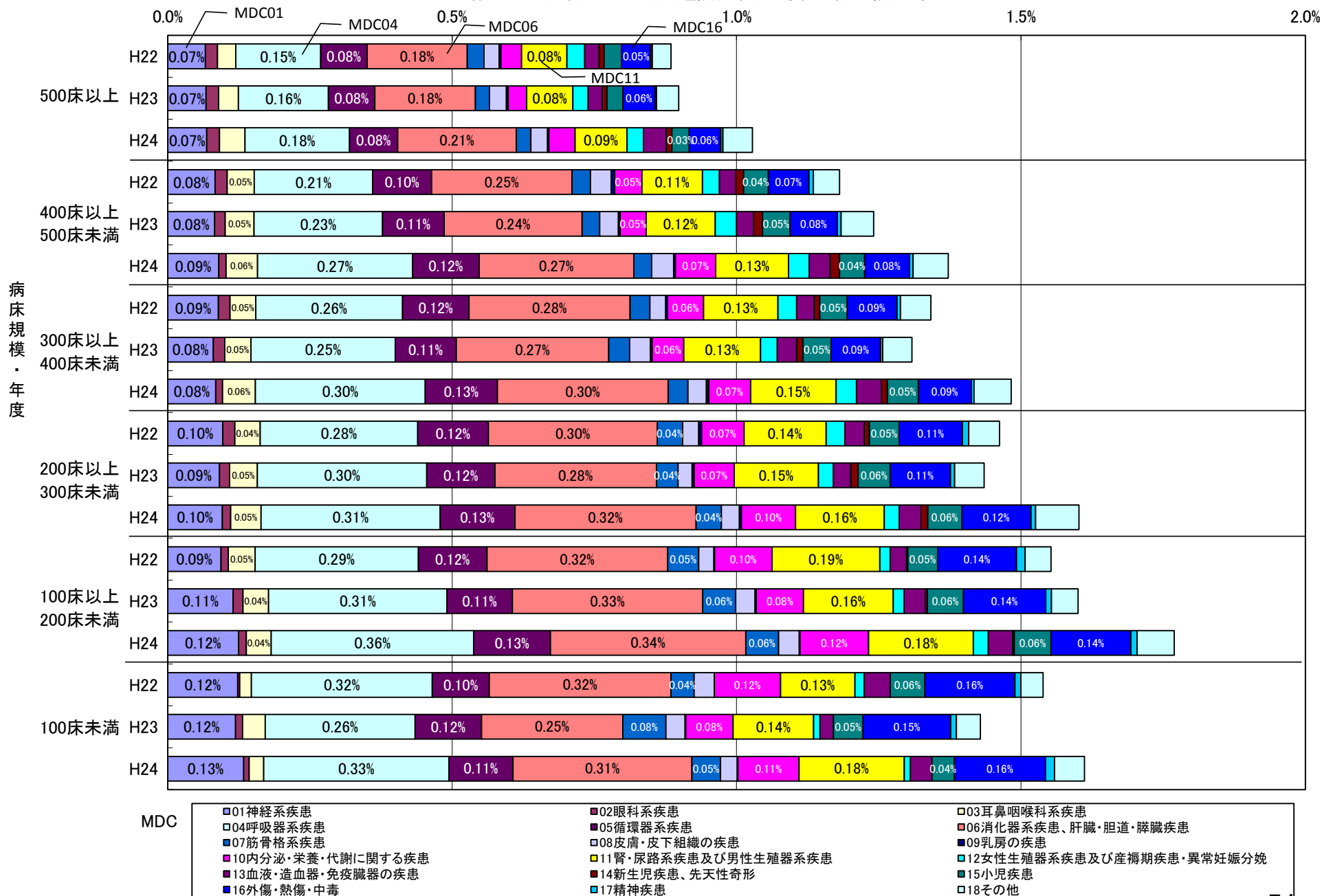
図表2-⑧ 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」を除いた  
 前回入院と今回入院の病名同異別・退院症例に対する再入院事由比率



※病名の同異は前回入院の「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の上6桁の同異にて判別した



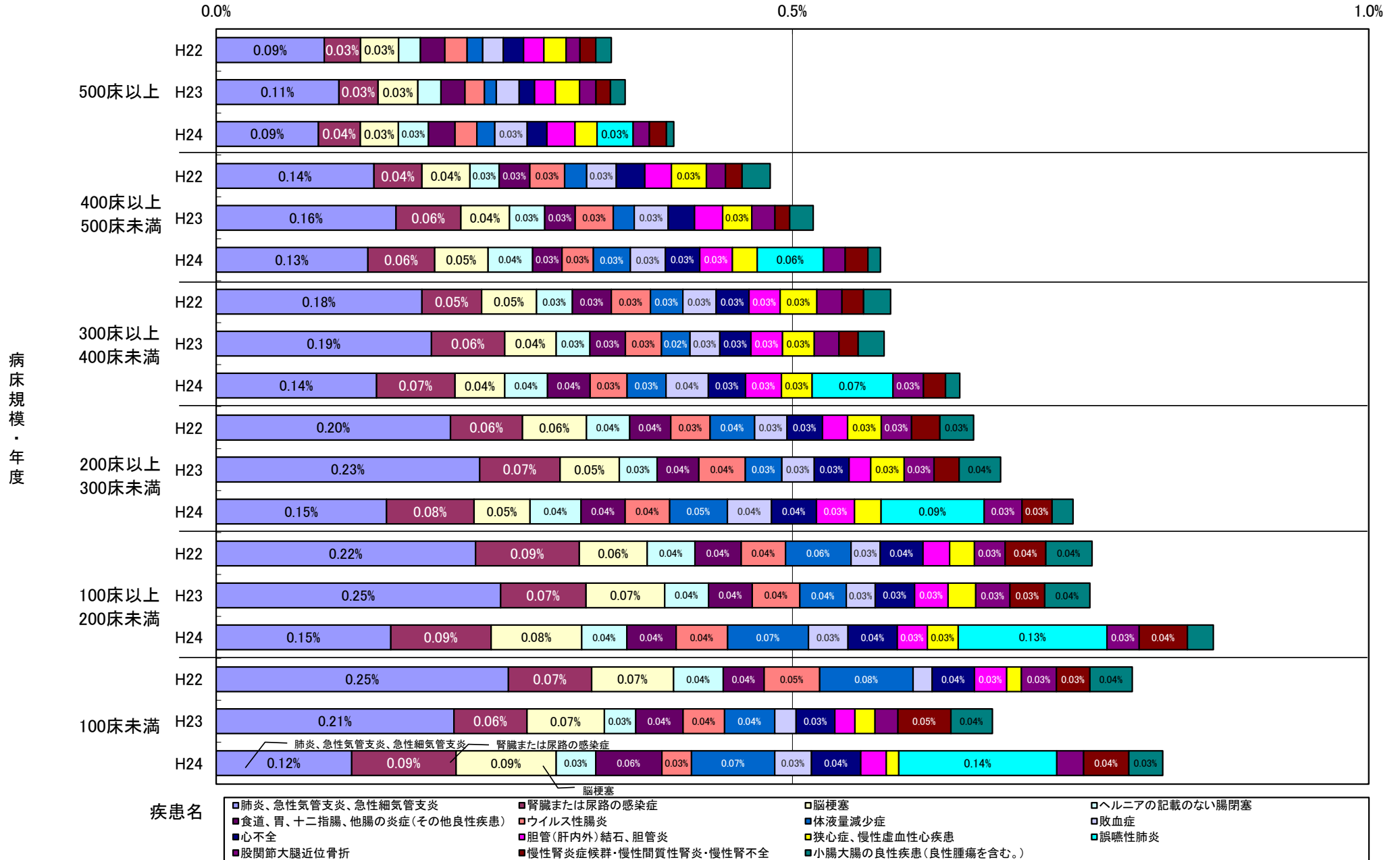
図表2-⑨-1 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に  
該当した症例のMDC別・退院症例に対する再入院比率



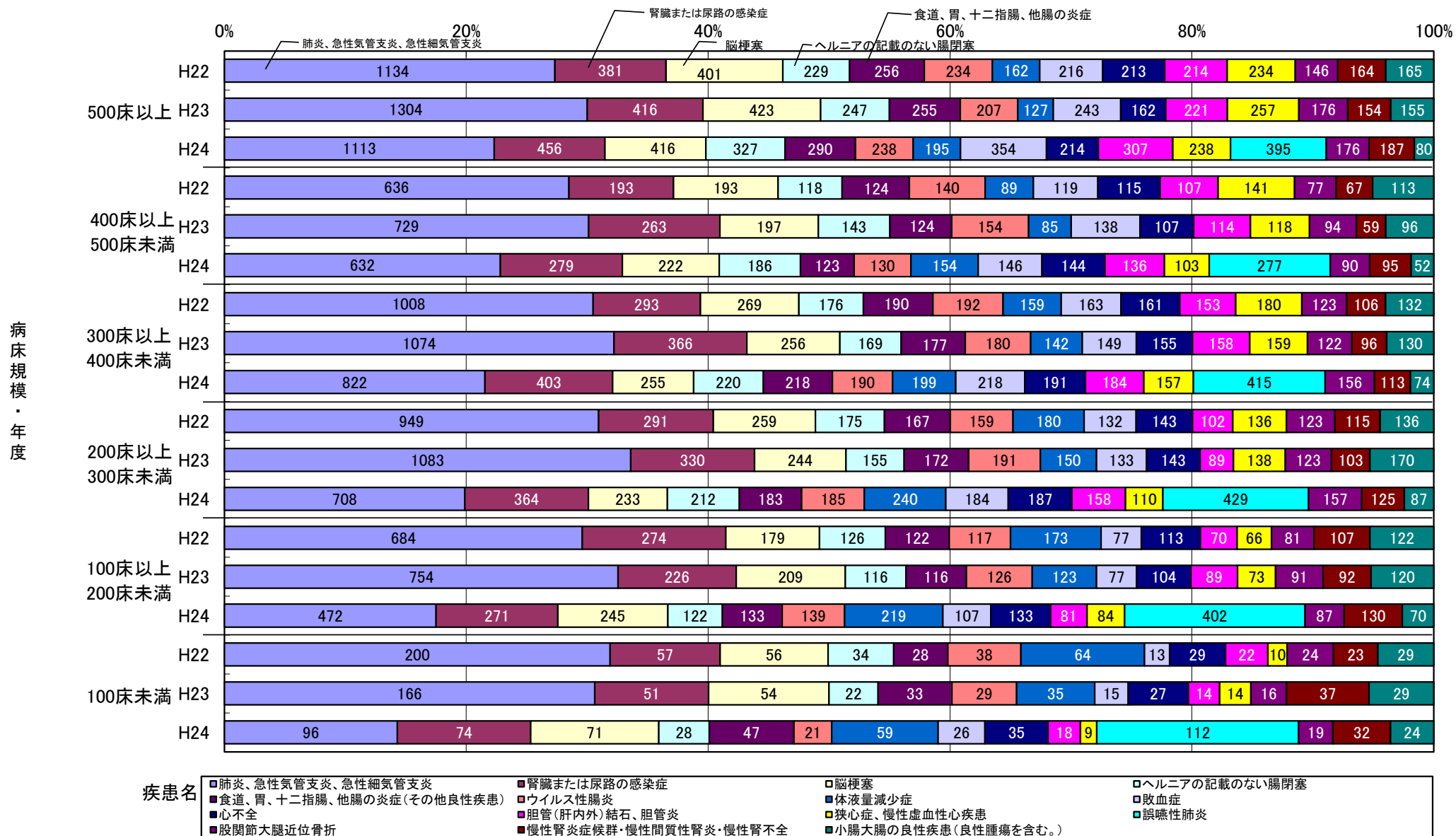
図表2-⑨-2 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に  
該当した症例のMDC別・再入院割合



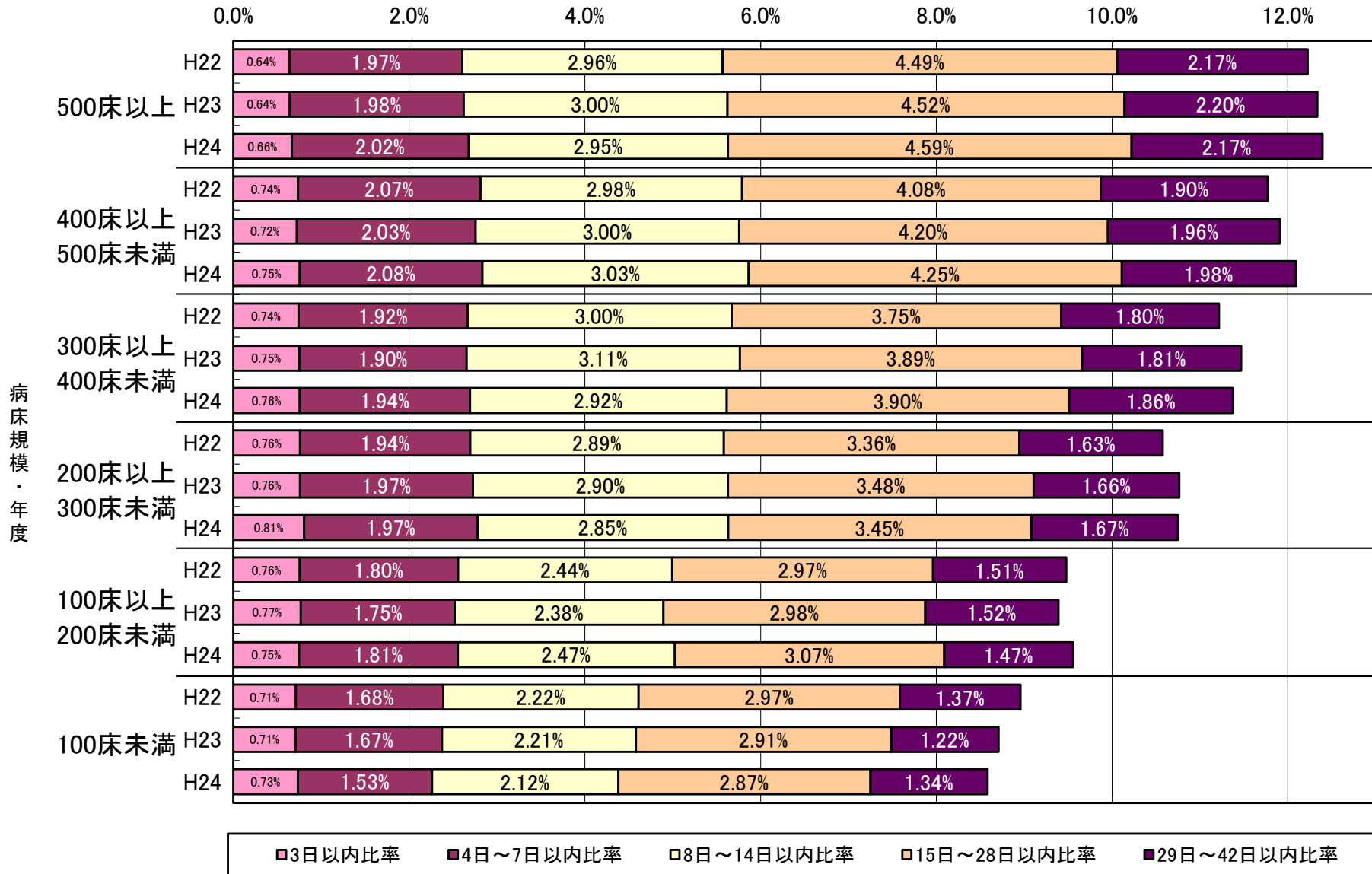
図表2-⑩-1 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に  
該当した疾患名別(上位15疾患)・退院症例に対する再入院比率



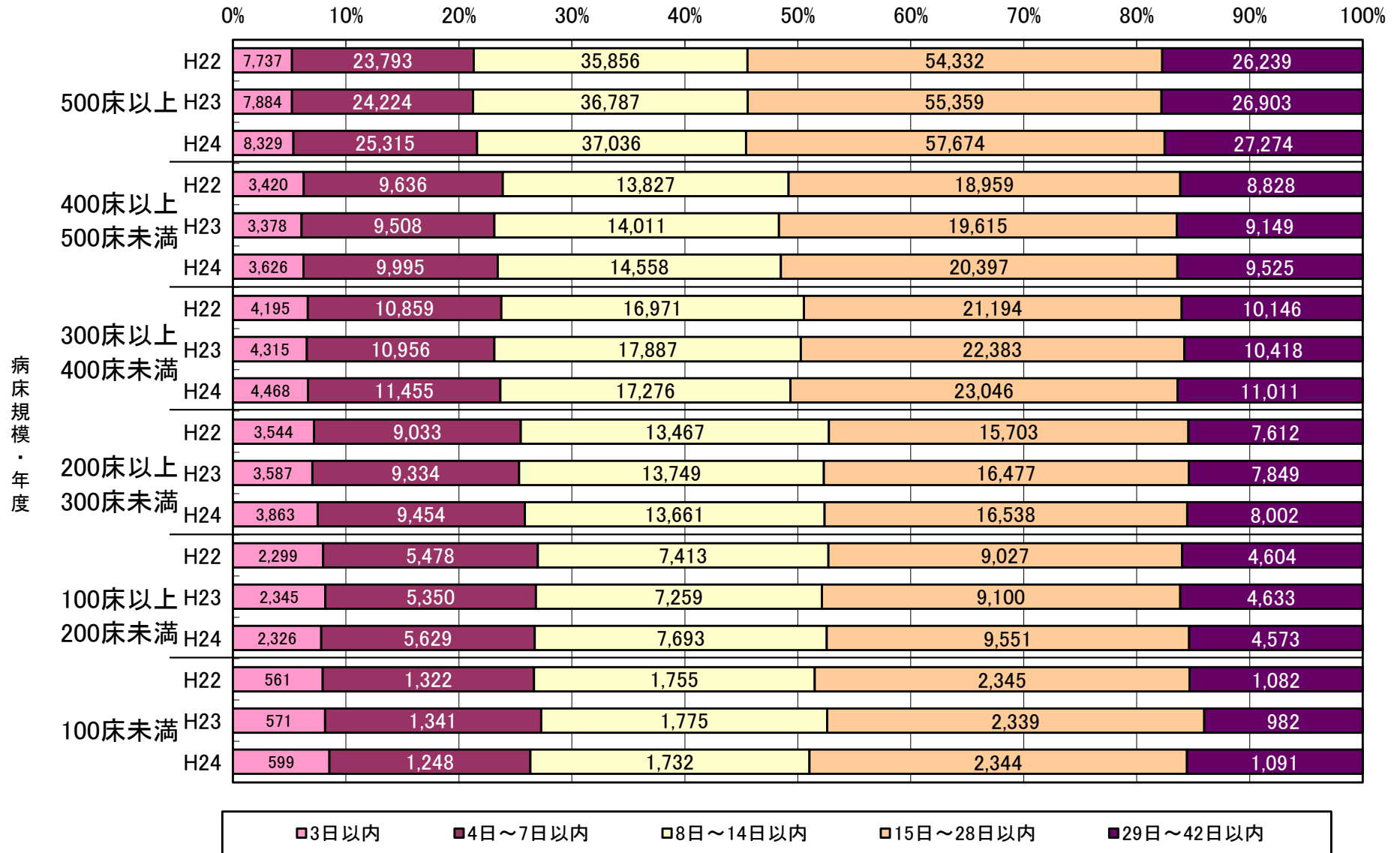
図表2-⑩-2 予期せぬ再入院における理由のうち「新たな他疾患発症のため」に該当した疾患名別(上位15疾患)・再入院割合



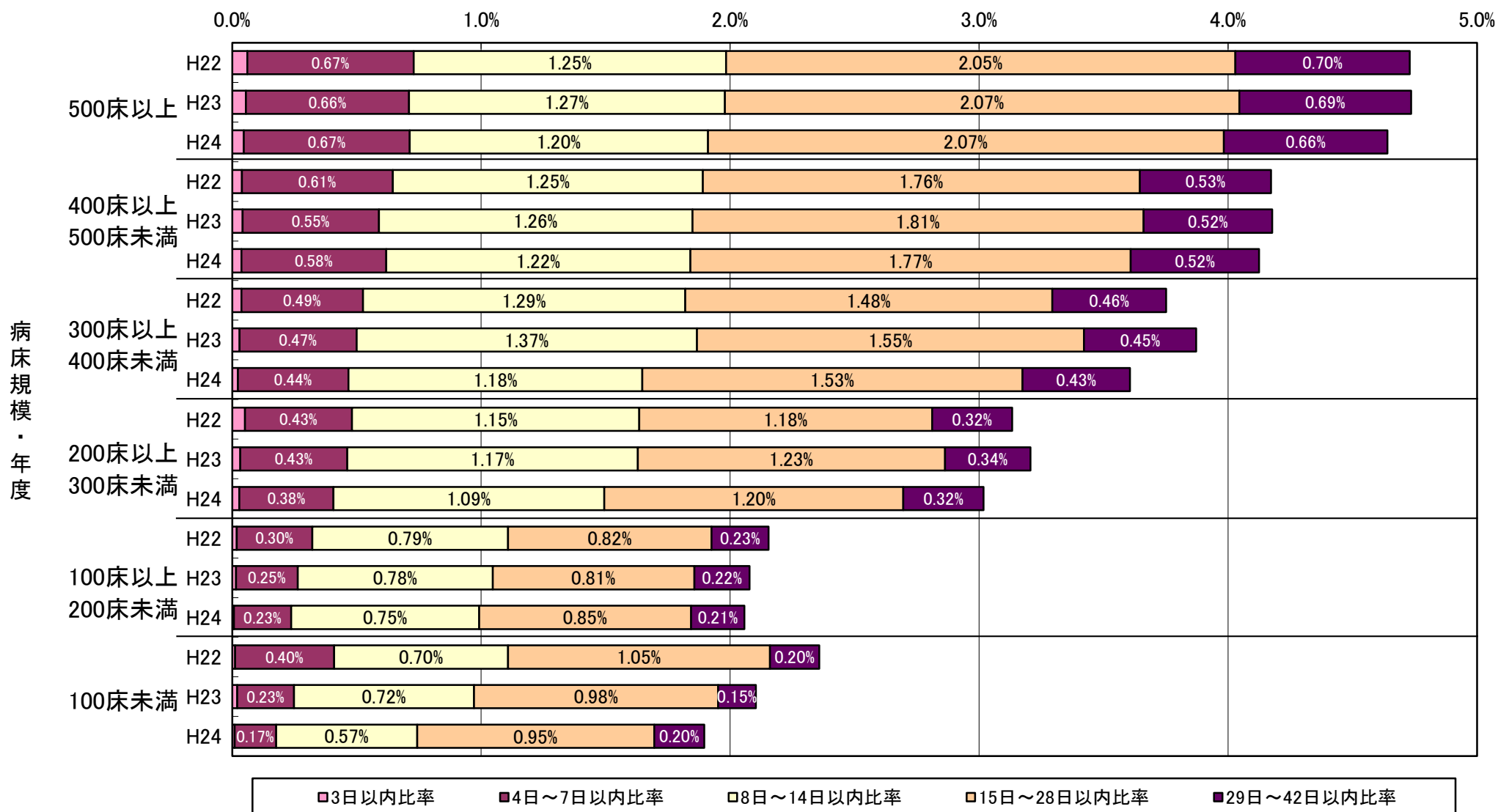
図表2-⑪-1 前回再入院からの期間別・退院症例に対する再入院比率



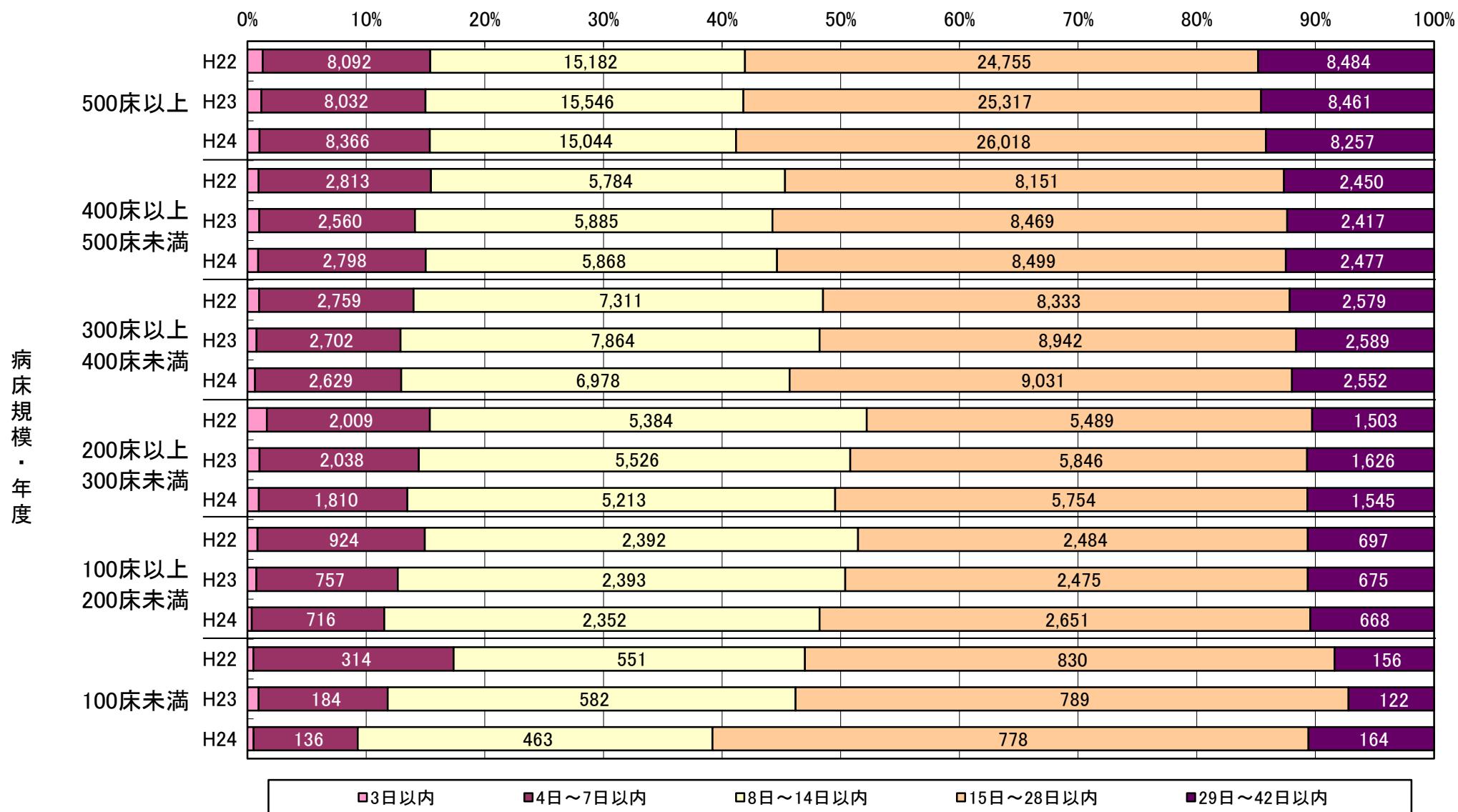
図表2-⑪-2 前回再入院からの期間別・再入院割合



図表2-⑫-1 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」の  
期間別・退院症例に対する再入院比率

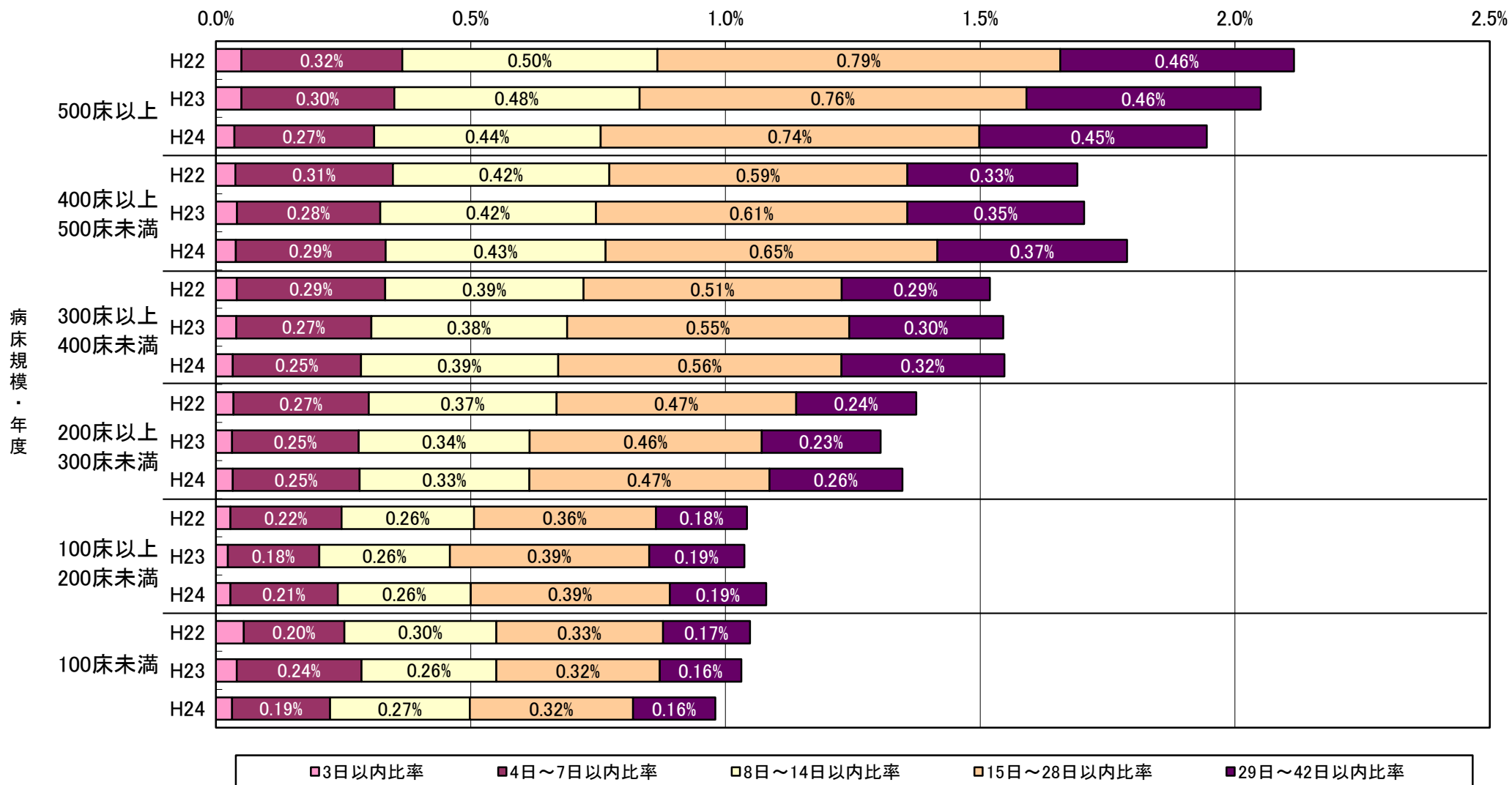


図表2-⑫-2 計画的再入院における理由のうち「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」の  
期間別・再入院割合

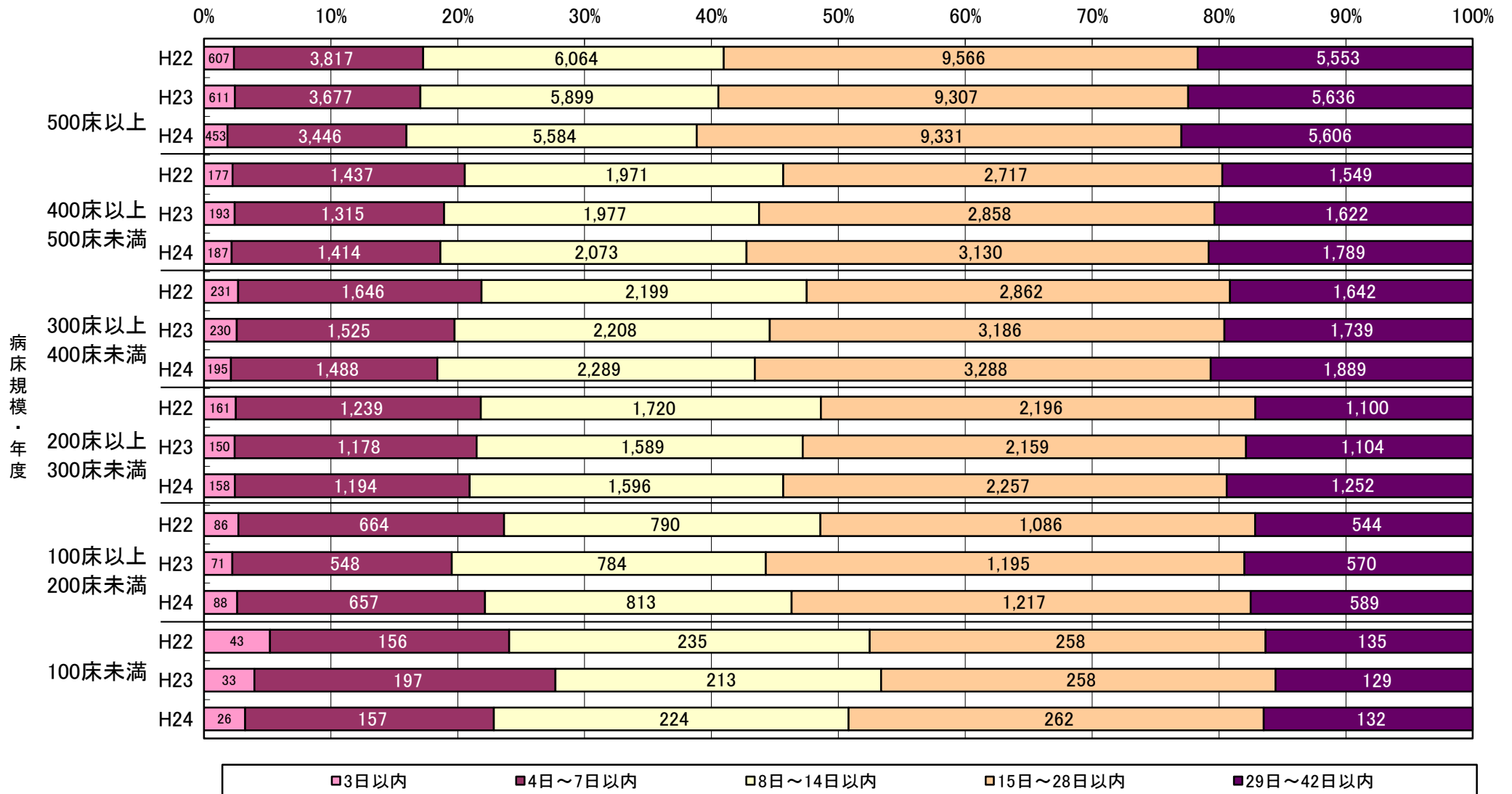




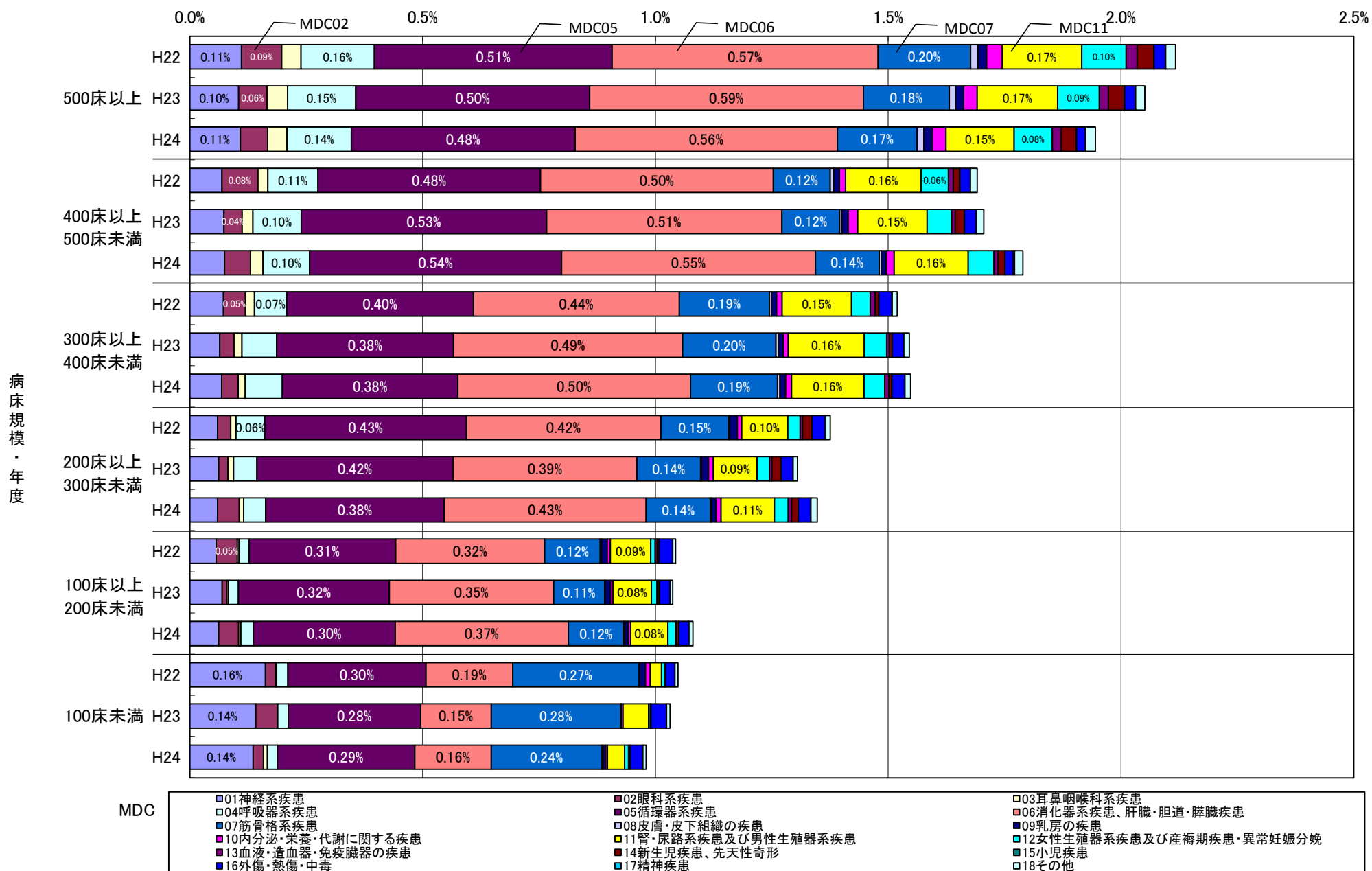
図表2-⑬-1 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」の期間別・退院症例に対する再入院比率



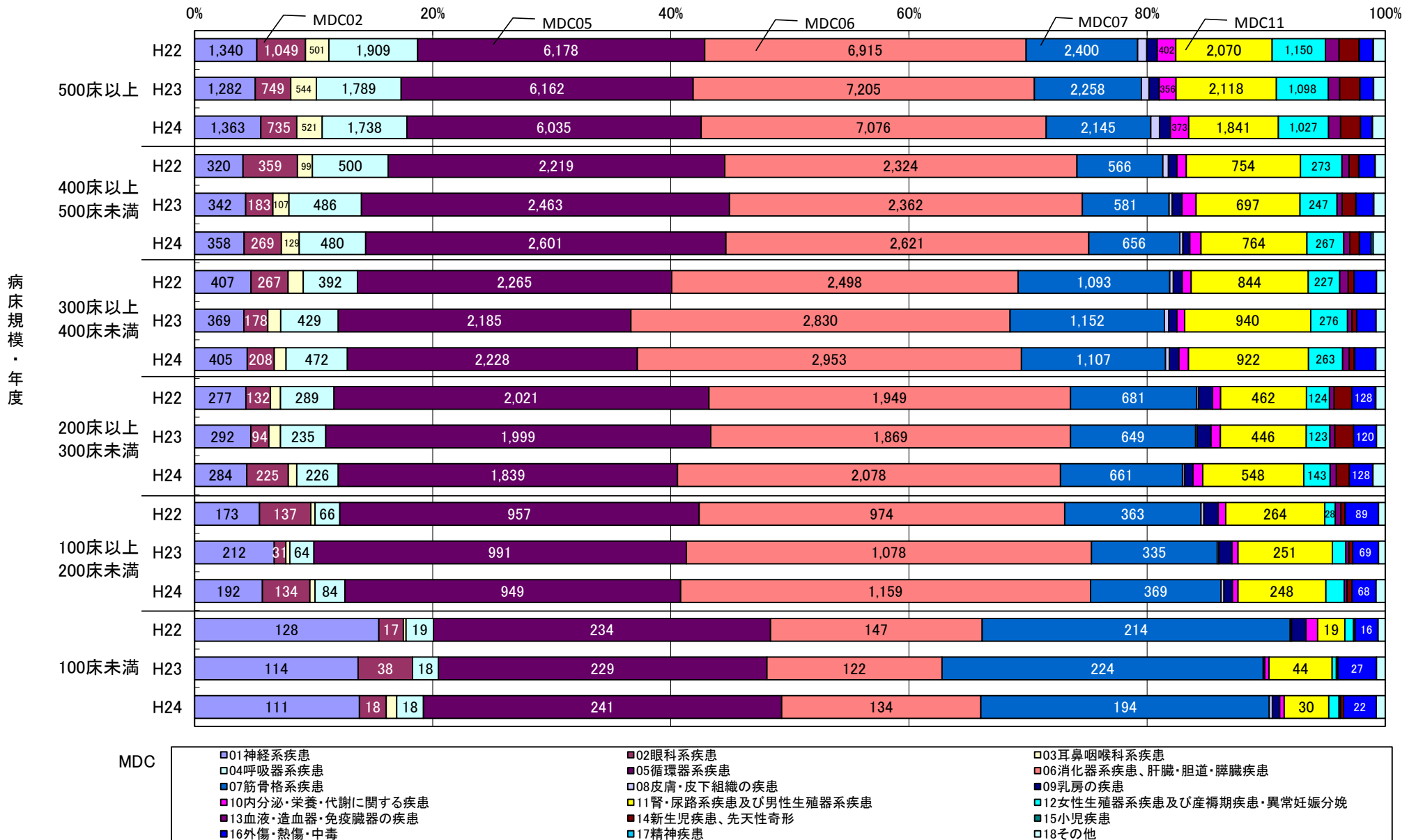
図表2-⑬-2 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」の期間別・再入院割合



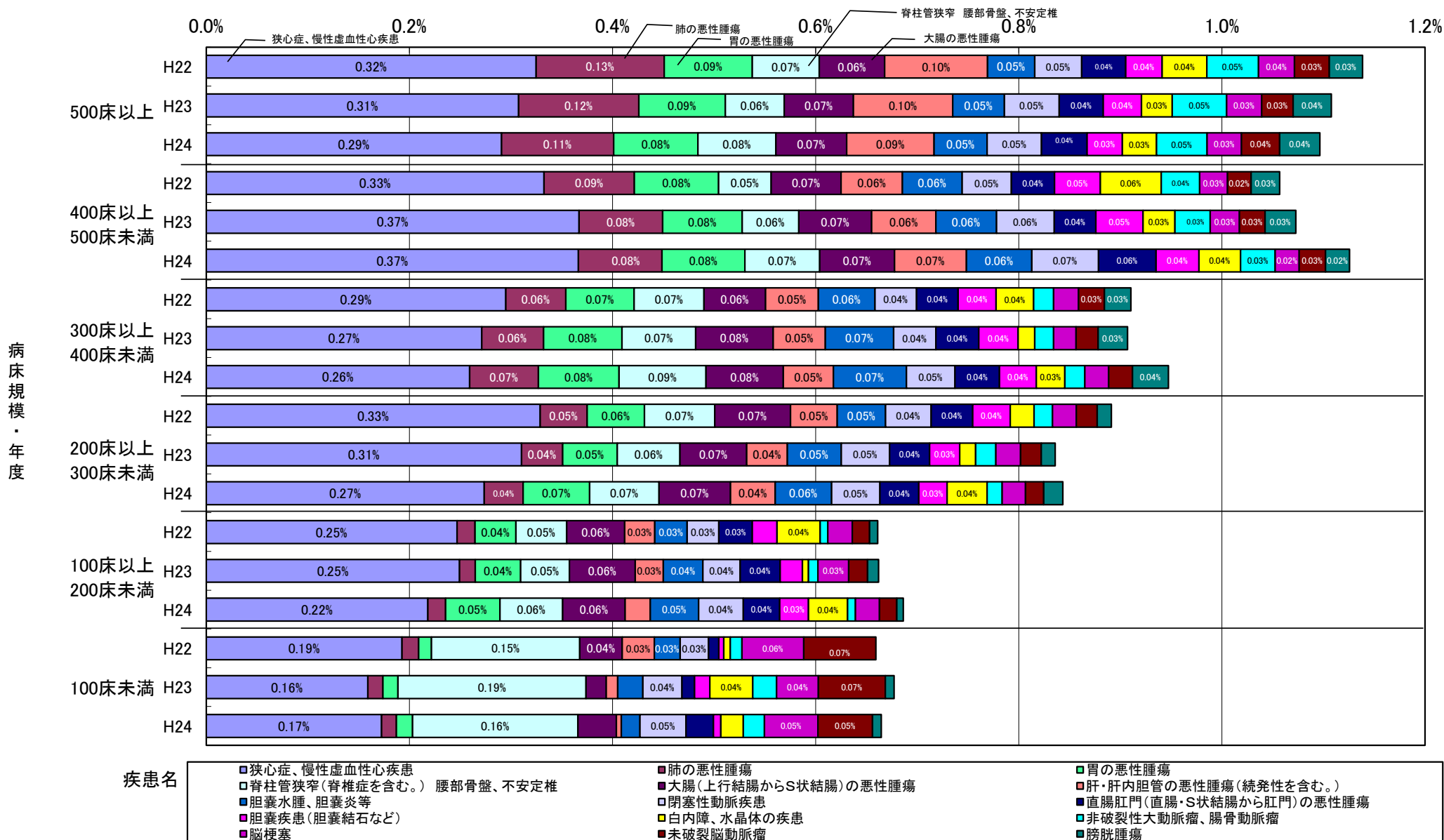
図表2-⑭-1 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」に該当した症例のMDC別・退院症例に対する再入院比率



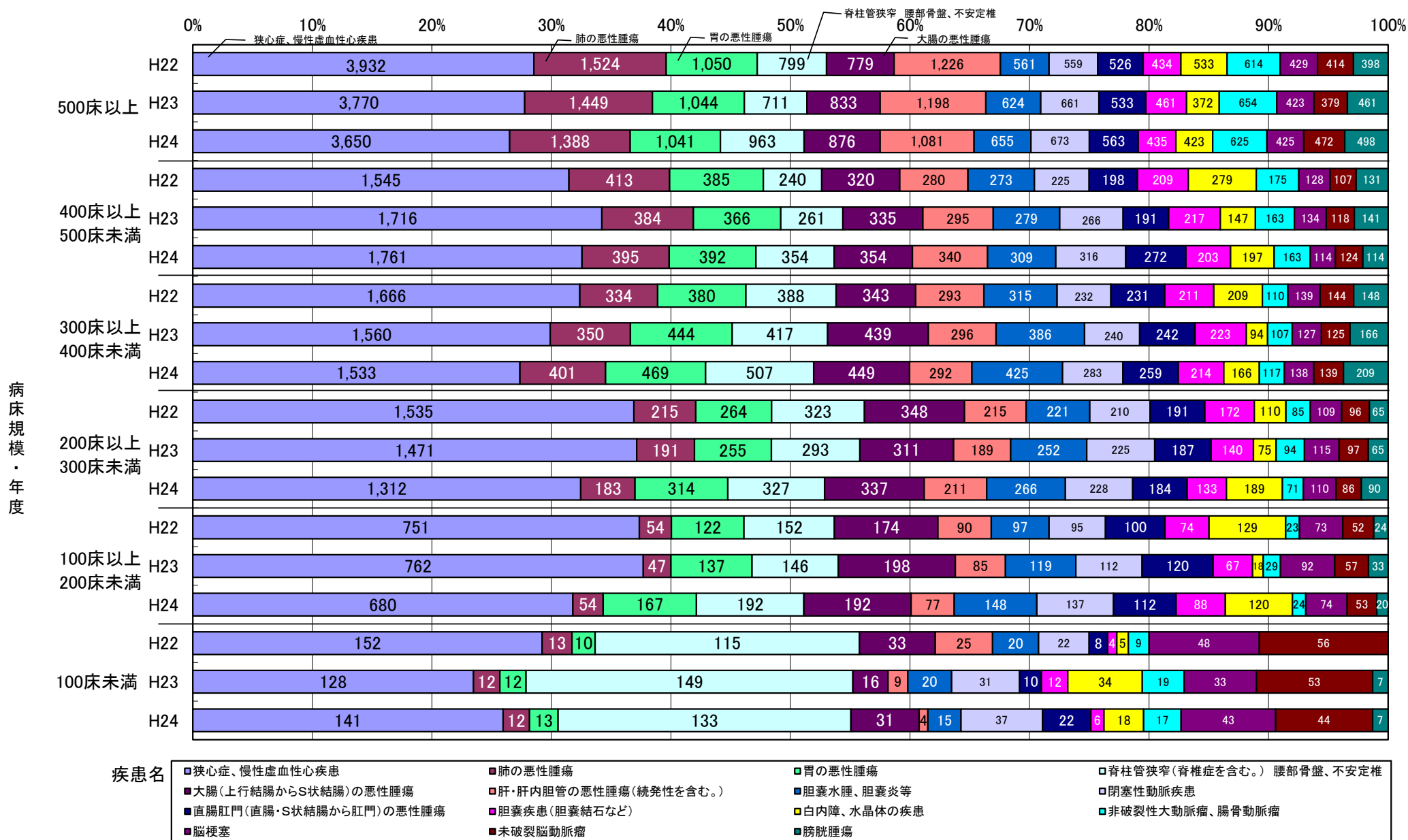
図表2-⑭-2 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」に該当した症例のMDC別・再入院割合



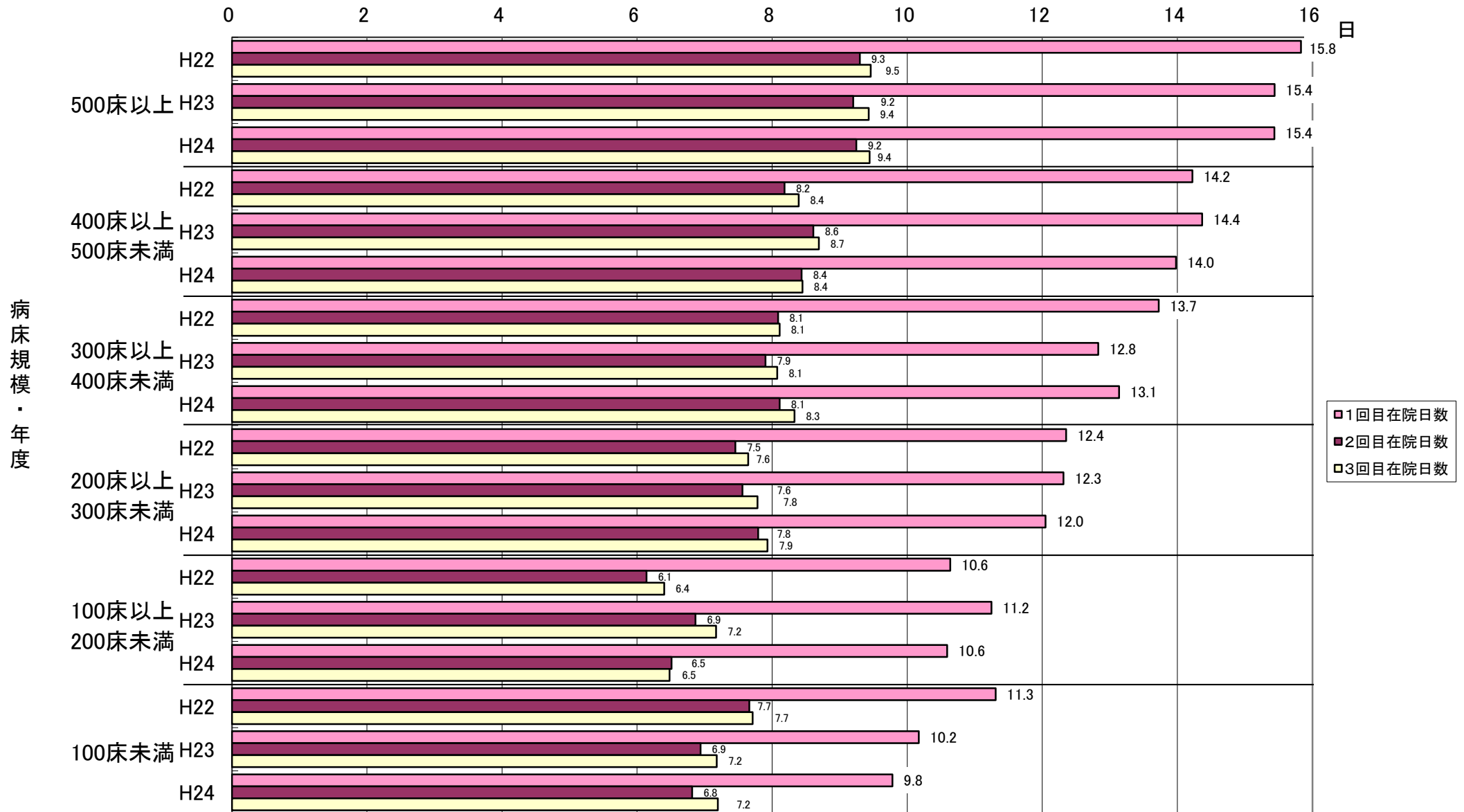
図表2-⑮-1 計画的再入院における理由のうち「前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため」と「前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」に該当した疾患名別(上位15疾患)・退院症例に対する再入院比率



図表2-⑮-2 計画的再入院における理由のうち「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」と「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」に該当した疾患名別(上位15疾患)・再入院割合

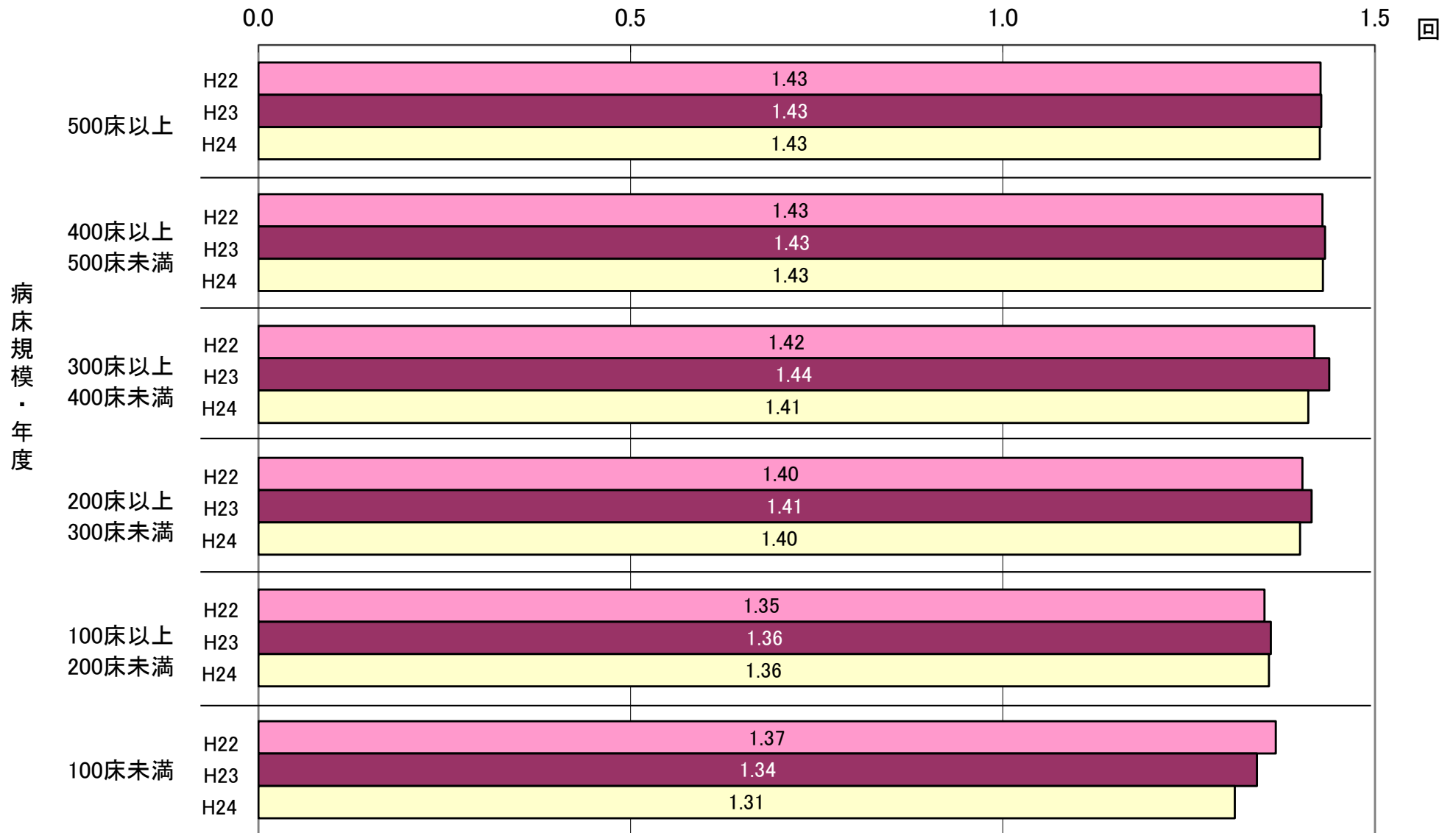


図表2-⑯ 同一病名で「計画的な化学療法のため」「計画的な放射線療法のため」の再入院回数別在院日数



※1回目入院は1回目再入院が「化学療法・放射線療法あり」の前回入院データのため、再入院理由のデータがなく、様式1から化学療法有無を判別し掲載した  
 ※同一病名の有無は前回入院の「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の上6桁の同異にて判別した

図表2-⑰ 1患者あたりの再入院回数(退院症例数/実患者数)





図表3 平成24年度調査対象医療機関数及び分析データ数年次推移

再転棟に係る調査

・・・平成24年度調査データ

病床規模別 分析対象症例数と再転棟率

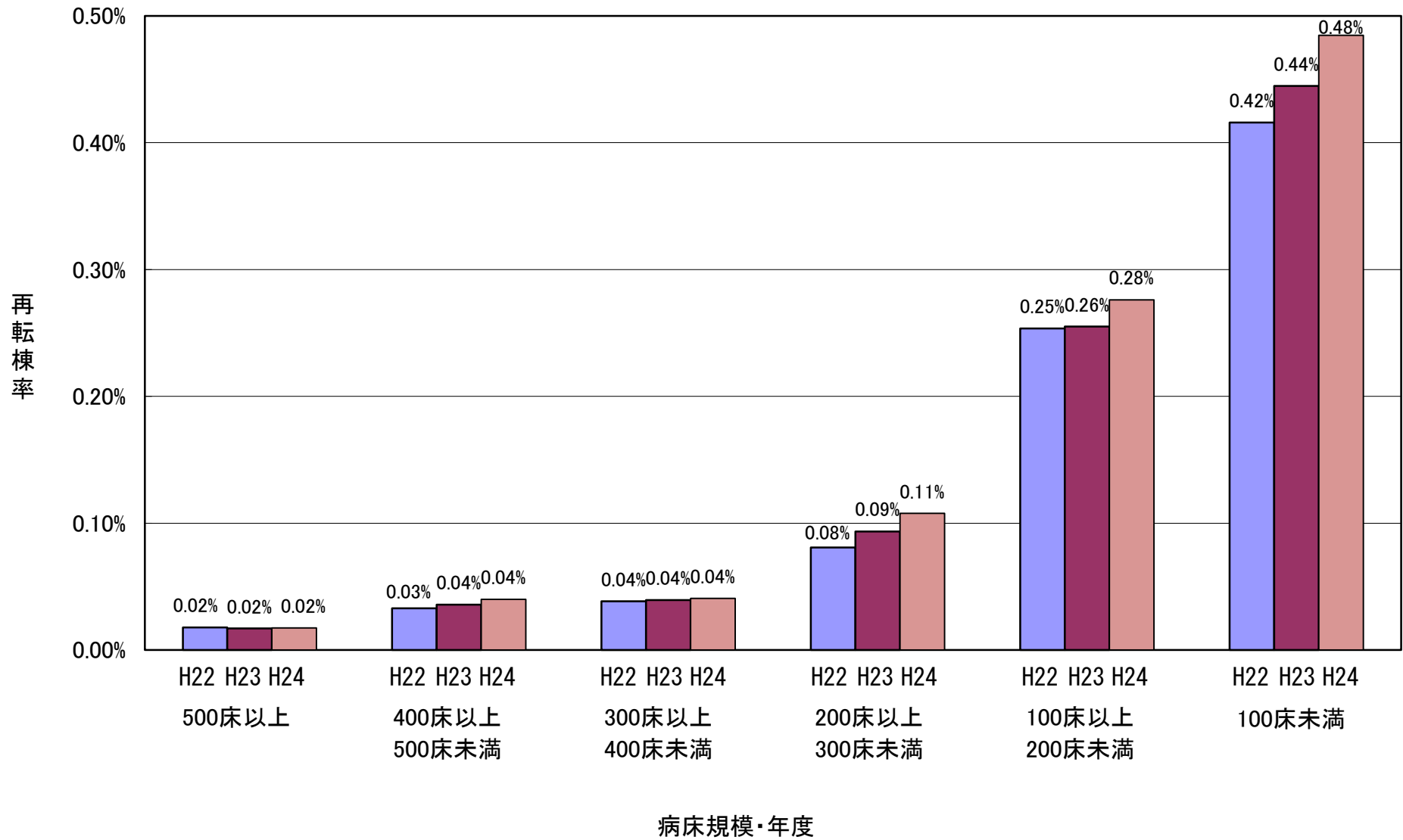
DPC対象病院

病床規模	平成24年度 病床規模別 分析対象病院	退院症例数(B)				再転棟症例数(C)				再転棟率(C/B)			
		平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)
500床以上	81	1,210,185	1,225,456	1,255,705	3,600,670	216	208	218	845	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%
400床以上500床未満	43	464,420	467,369	480,486	1,382,979	153	167	192	737	0.03%	0.04%	0.04%	0.05%
300床以上400床未満	81	564,890	575,128	591,265	1,704,666	217	226	241	1,071	0.04%	0.04%	0.04%	0.06%
200床以上300床未満	151	466,730	473,747	479,184	1,378,895	377	443	516	2,190	0.08%	0.09%	0.11%	0.16%
100床以上200床未満	177	304,104	305,489	311,528	887,600	771	779	860	3,739	0.25%	0.26%	0.28%	0.42%
100床未満	102	78,880	80,483	81,710	232,289	328	358	396	1,660	0.42%	0.44%	0.48%	0.71%
総計	635	3,089,209	3,127,672	3,199,878	9,187,099	2,062	2,181	2,423	10,242	0.07%	0.07%	0.08%	0.11%

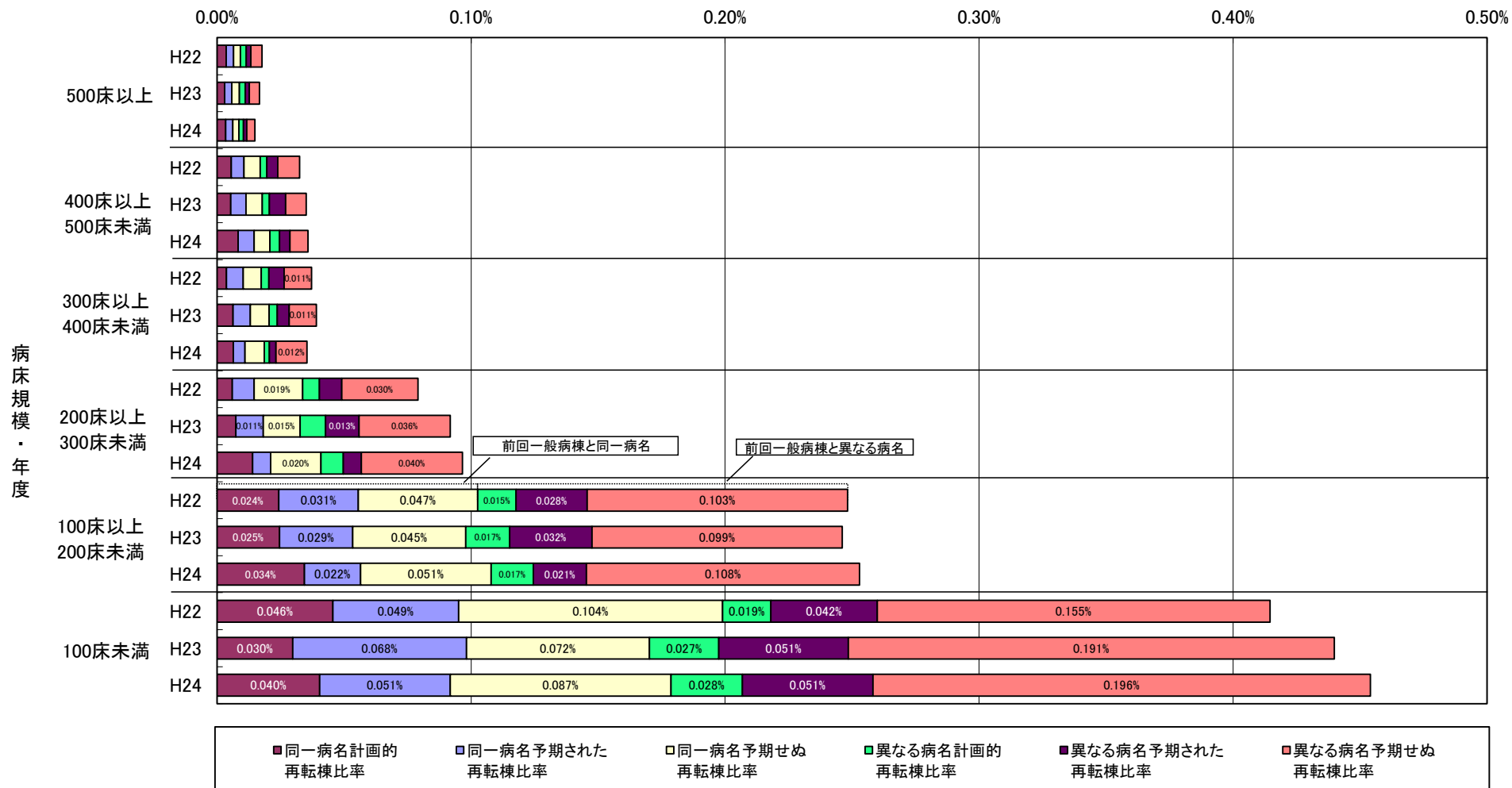
DPC準備病院

病床規模	平成24年度 病床規模別 分析対象病院	退院症例数(B)				再転棟症例数(C)				再転棟率(C/B)			
		平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)	平成22年度 (4カ月)	平成23年度 (4カ月)	平成24年度 (4カ月)	平成24年度 (12カ月)
500床以上													
400床以上500床未満													
300床以上400床未満	6	10,257	10,016	32,049	91,679	4	4	10	74	0.04%	0.04%	0.03%	0.08%
200床以上300床未満	13	6,767	6,842	37,551	106,968	6	6	49	257	0.09%	0.09%	0.13%	0.24%
100床以上200床未満	54	34,848	35,843	76,506	216,458	131	106	204	964	0.38%	0.30%	0.27%	0.45%
100床未満	47	25,203	25,168	36,040	102,783	114	156	195	938	0.45%	0.62%	0.54%	0.91%
総計	120	77,075	77,869	182,146	517,888	255	272	458	2,233	0.33%	0.35%	0.25%	0.43%

図表4-① 病床規模別・再転棟率(DPC参加病院)



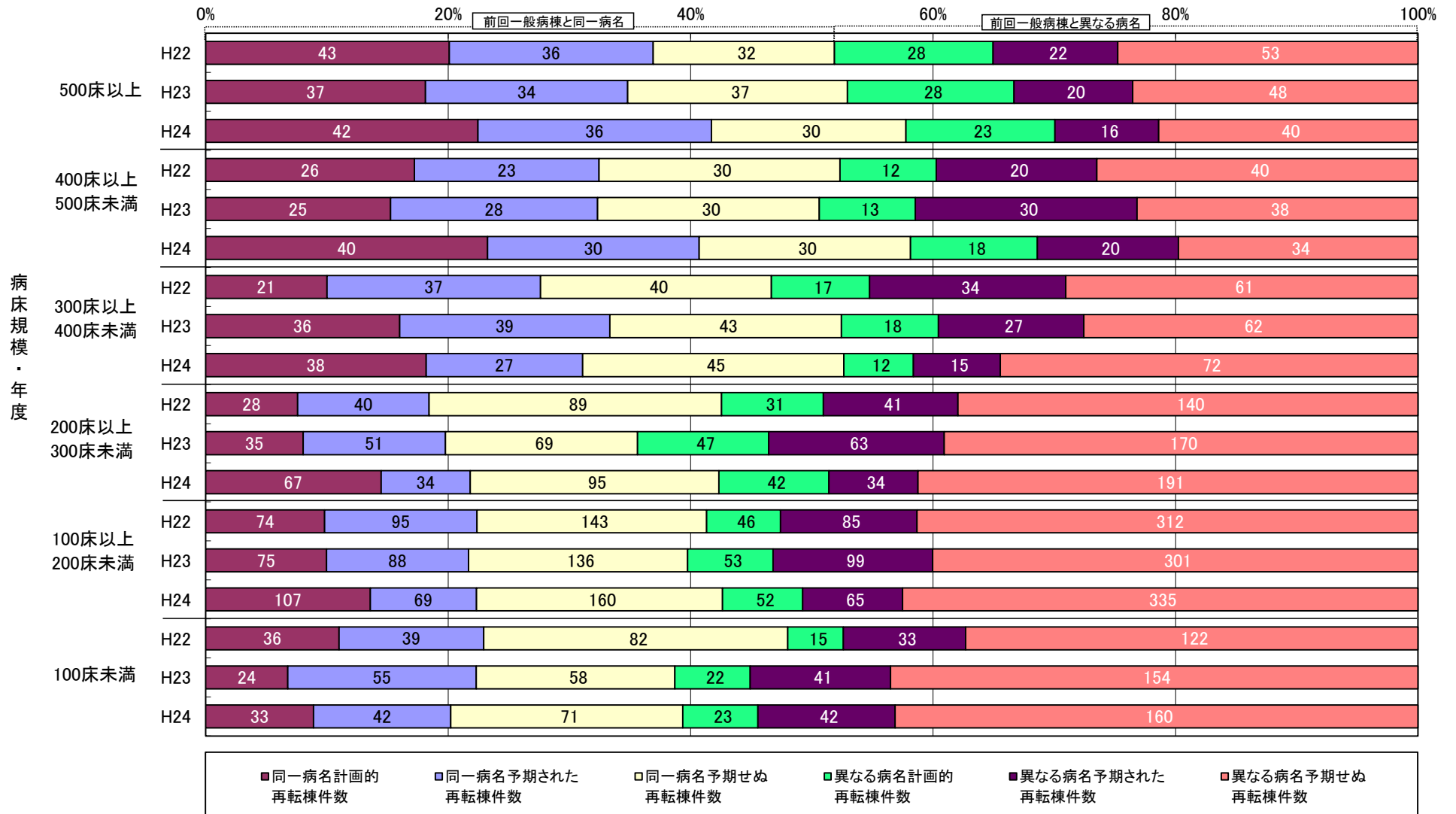
図表4-②-1 前回一般病棟と今回一般病棟の病名同異別・退院症例に対する再転棟事由比率



※病名の同異は前回一般病棟子様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回一般病棟子様式1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の上6桁の同異にて判別した

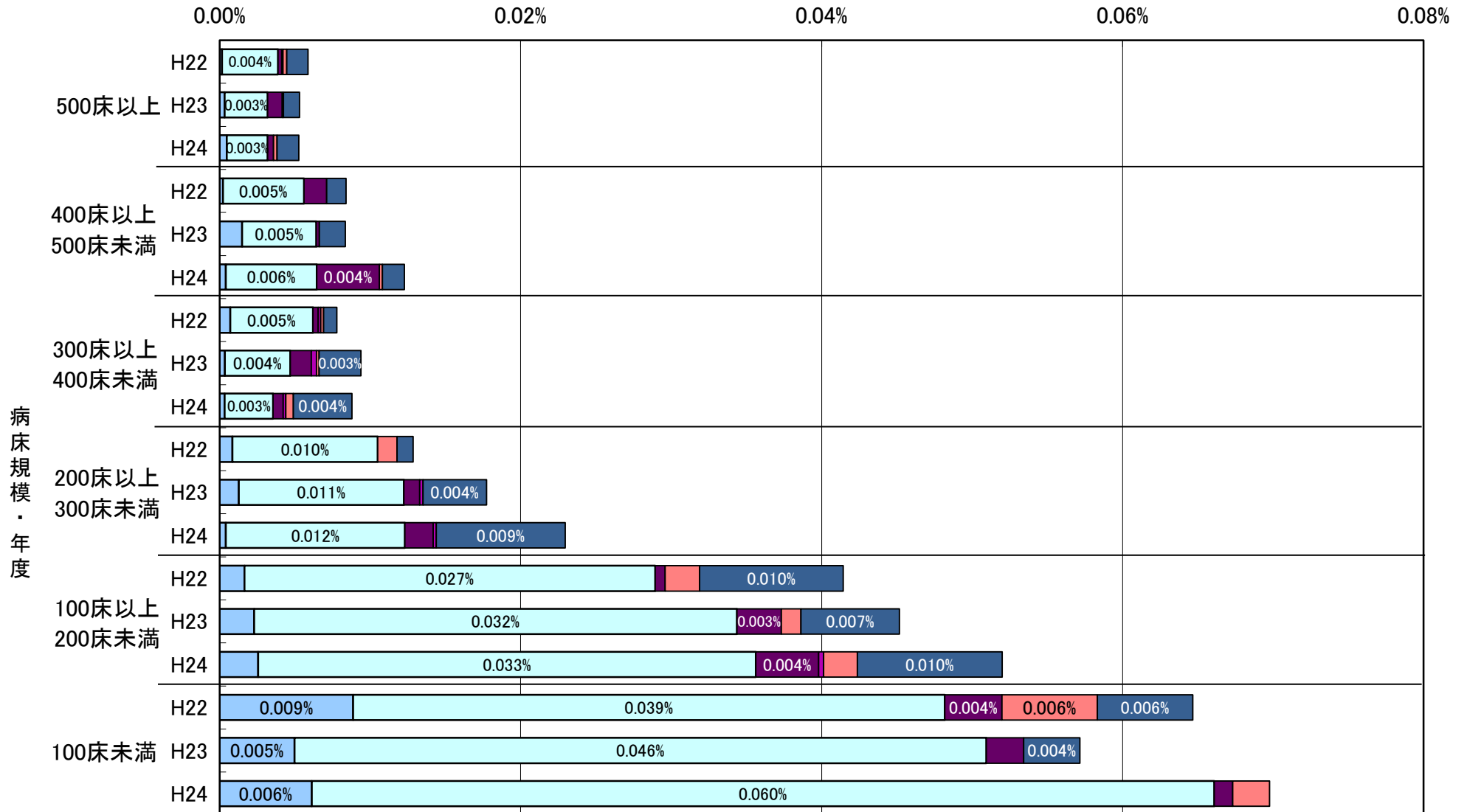
※病名の同異は前回一般病棟子様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回一般病棟子様式1の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した

図表4-②-2 前回一般病棟と今回一般病棟の病名同異別・再転棟事由割合



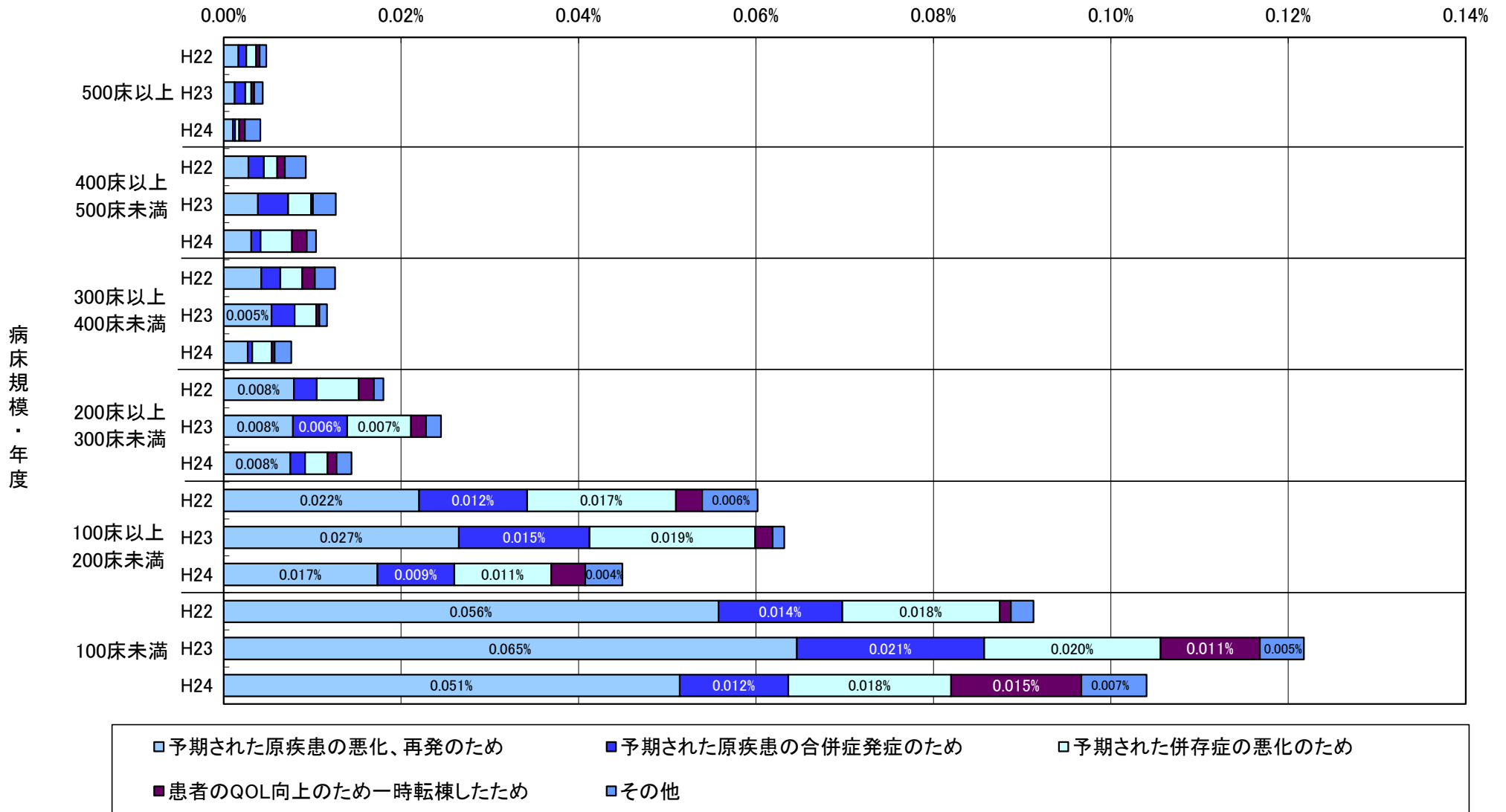
※病名の同異は前回一般病棟子様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回一般病棟子様式1の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上6桁の同異にて判別した

図表4-③ 計画的再転棟における理由の内訳(退院症例に対する再転棟数比率)

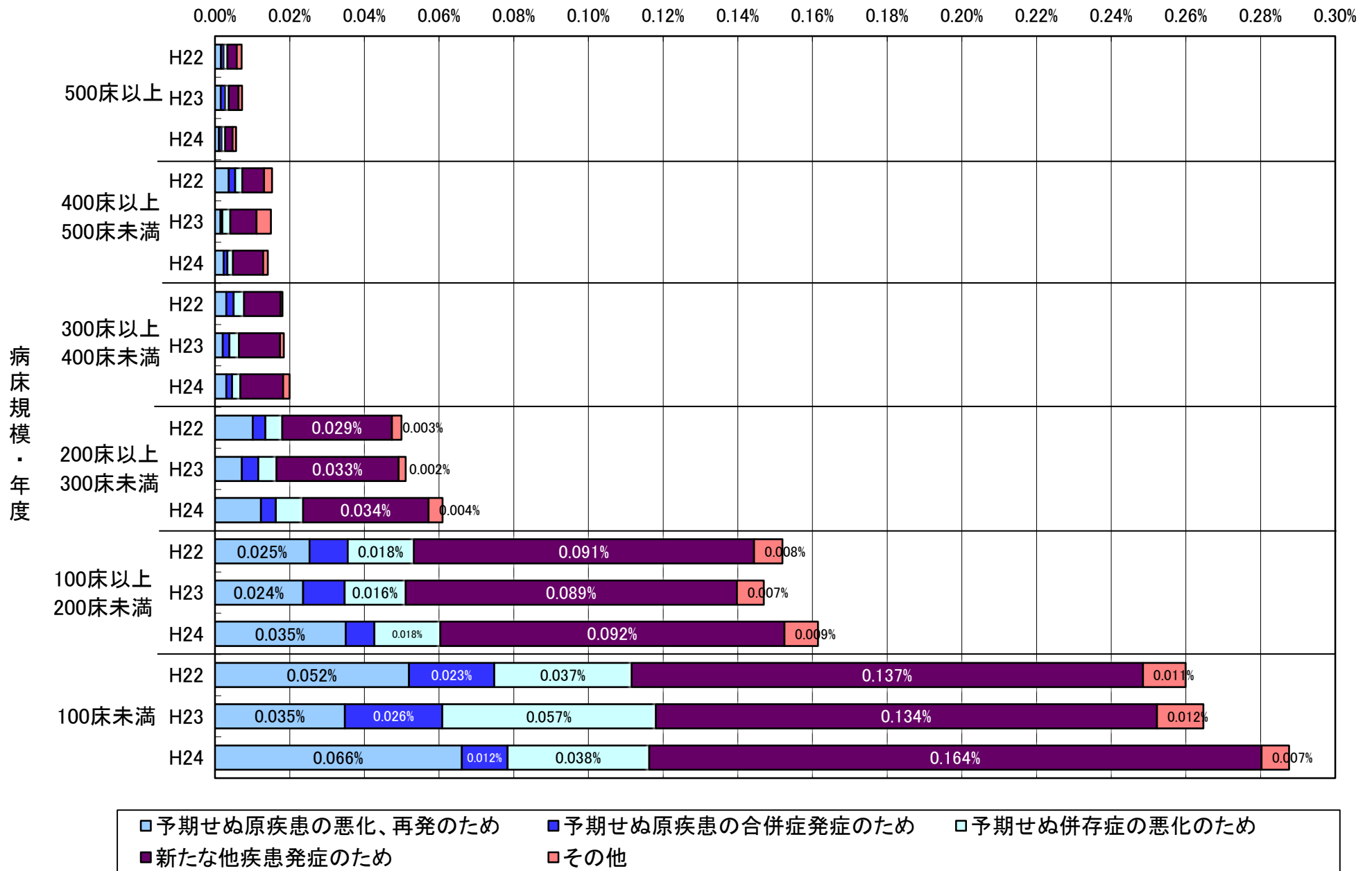


- 術前検査等でDPC算定病棟へ入院後手術のため
- 計画的化学療法のため
- 計画的手術・処置・検査のため
- 計画的放射線療法のため
- 前回DPC算定病棟での入院時、予定された手術・検査等中止して一時転棟したため
- その他

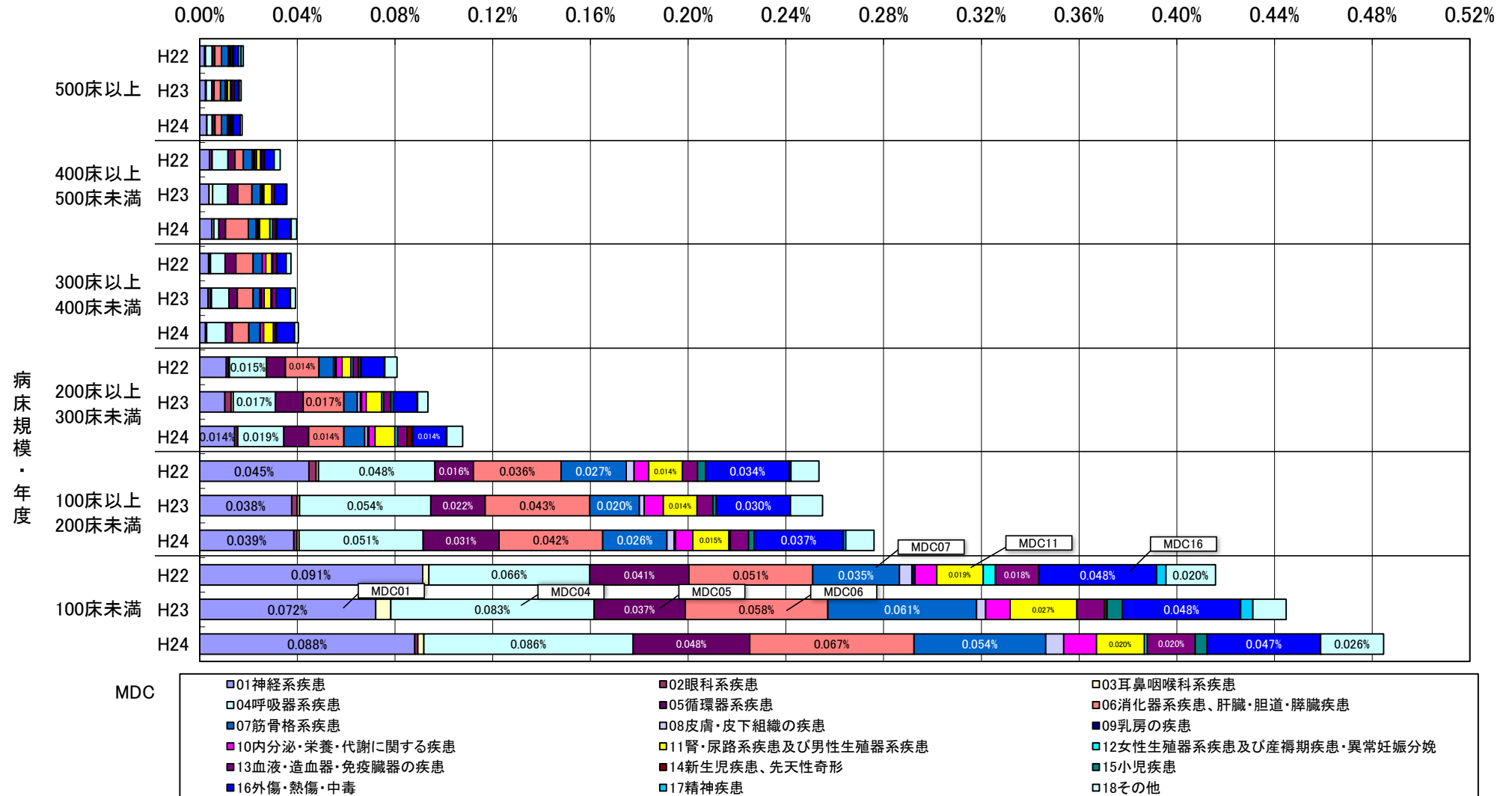
図表4-④ 予期された再転棟における理由の内訳(退院症例に対する再転棟数比率)



図表4-⑤ 予期せぬ再転棟における理由の内訳(退院症例に対する再転棟数比率)

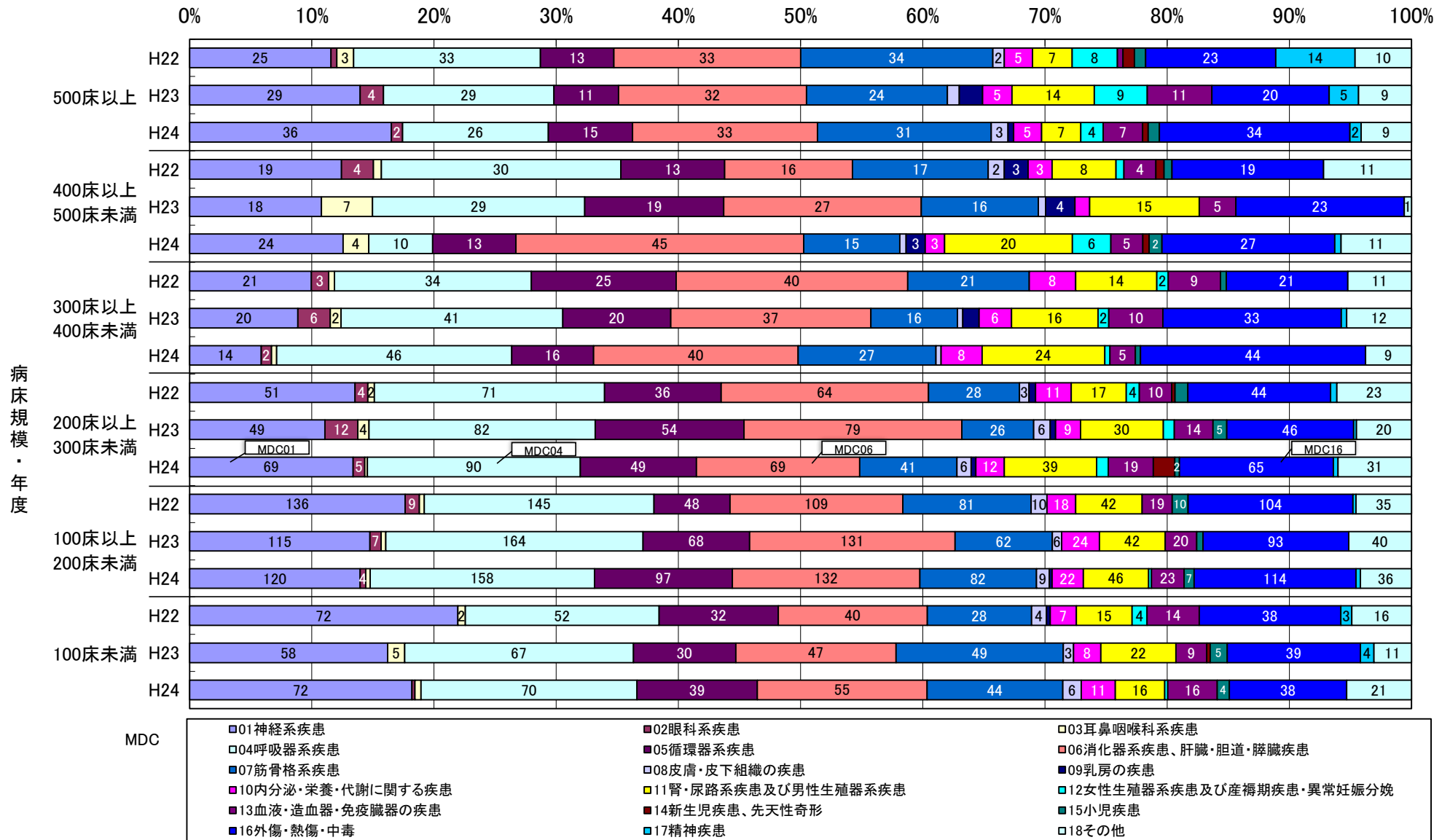


図表4-⑥-1 MDC別・退院症例に対する再転棟比率

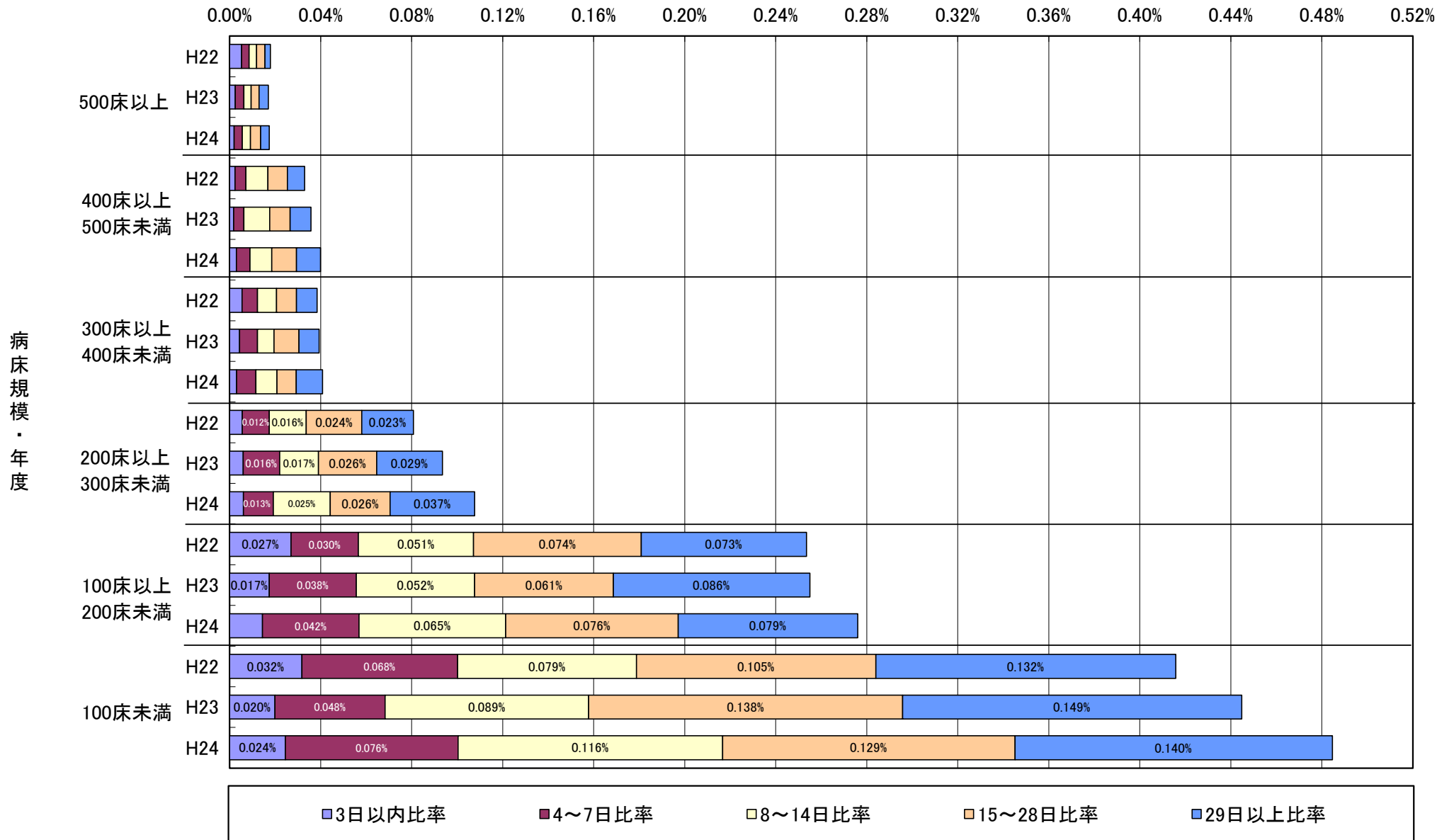




図表4-⑥-2 MDC別・再転棟割合



図表4-⑦ 前回一般病棟から今回一般病棟への転棟期間別・退院症例に対する再転棟比率



## 平成24年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査） の結果報告について（概要版）

### 1. 概要

- 次回診療報酬改定（平成26年度）に向けて適切なコーディングを推進するための体制を検討するにあたり、実際の医療現場におけるコーディングの現状や、現在DPC評価分科会で議論されているコーディングマニュアル案（以下、「コーディングガイド」という。）に対する医療現場の意見を調査することを目的として、平成24年度特別調査（ヒアリング調査及びアンケート調査）を実施した。
- ヒアリング調査では、DPC/PDPSの適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関（5件）を選定し、調査対象とした。
- 一方、アンケート調査では、他の医療機関とコーディングの傾向が著しく異なる医療機関（128件）を選定し、調査対象とした。

### 2. ヒアリング調査・アンケート調査双方の結果を踏まえた考察について

（※「ヒアリング調査」及び「アンケート調査」結果の詳細については、D-1（別紙）を参照すること。）

#### 目次

- ① DPC/PDPSのコーディング手順について
- ② コーディングに係る事務部門の体制
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
- ⑤ その他

#### ① DPC/PDPSのコーディング手順について

- ヒアリング調査では、入院時・退院時に医師によってDPCコードが入力された後に診療情報管理士や医事課職員が内容を確認する体制をとっている医療機関多かったが、診療情報管理士や医事課職員がDPCコーディングを行った後に医師が確認する体制をとっている医療機関も認められた。
- アンケート調査では、退院時にコーディング内容を医師が「要請時のみ確認」する医療機関が27.3%となっており、医師が直接コーディングに関わっていない医療機関も存在することが分かった。
- アンケート調査では、退院時に診療情報管理士や医事課職員によるコーディング内容の確認「あり」が9割程度となっているが、逆に1割程度は医師以外による確認が行われていない医療機関が存在することが分かった。

## ② コーディングに係る事務部門の体制

- 「診療録情報を管理する部門の勤務職員数」は、アンケート調査の対象となった医療機関においては平均 5.3 人、標準偏差 4.7 であり、一方ヒアリング調査の対象となった医療機関においては 3 名～79 名となっており、診療録情報管理部門の体制は医療機関ごとに大きなばらつきがあることが示唆された。
- 「診療情報管理士の数」は、アンケート調査においては平均 2.5 人、最小数 0 人となっており、診療情報管理士の配置体制についても、医療機関ごとに大きなばらつきがあることが示唆された。ヒアリング調査の対象となった医療機関では 2 名～13 名となっていた。
- アンケート調査の対象となった医療機関の「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療情報管理士」の割合については、医療機関によってばらつきがあり、100%の医療機関が 37%となっている一方、0%以上 20%未満も 20%程度認められた。ヒアリング調査の対象となった医療機関では、「診療情報管理士」の割合 0%の医療機関はなかった。
- アンケート調査の対象となった医療機関の「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤・非常勤等」の割合については、以下の通りであった。
  - 「常勤」職員の割合は、「100%」の医療機関が 57%以上を占める一方、「0%」の医療機関も 15%存在していた。
  - 「非常勤」職員の割合は、ほとんどの医療機関で 0%となっていた。
  - 「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の職員の割合は、「0%」となっている医療機関が約 75%となっている一方、「100%」となっている医療機関が 22 件（17%）認められた。

ヒアリング調査の対象となった医療機関では、「非常勤」職員、「請負方式等」の職員はいずれも含まれており、医療機関によって体制は様々であった。

③ 「適切なコーディングに関する委員会」について

- 「開催回数」については、アンケート調査の対象となった医療機関では通知で定められている最低回数である年2回のみ実施している医療機関が49.2%であったのに対し、ヒアリング調査の対象となった医療機関ではほぼ毎月開催されており、適切なコーディングに向けて積極的な取り組みを行っている医療機関においては頻回に委員会を開催していることが示唆された。
- 「検討内容」については、アンケート調査の対象となった医療機関においても、ヒアリング調査の対象となった医療機関においても、コーディングに関する内容が最も多くなっており、特に機能評価係数Ⅱの評価対象となっている「.9」コード（部位不明・詳細不明のICD-10コード）の使用割合をテーマとして取り上げられることが多い傾向がみられた。また、その他の検討内容として、「DPC制度について」、「出来高で算定した場合との差額分析」等があった。
- 「参加人数」については、アンケート調査の対象となった医療機関においては、平均13.9人となっており、その内訳については、診療報酬請求部門（医事課等）の職員、診療情報管理部門の職員はほとんどの医療機関で参加しており、その他院長、診療科長、看護師長等が参加していた。

④ コーディングガイドに対するご意見について

- アンケート調査によれば、コーディングガイドに従って再コーディングした場合、「040130 呼吸不全」、「050130 心不全」とコーディングされた症例の4割以上が変更になると答えた医療機関が大半を占めており、コーディングガイドがより良いコーディングのために有効である可能性が示唆された。
- また、ヒアリング調査およびアンケート調査においては、コーディングガイドに対して下記のような意見があげられた。
  - 医療資源を最も投入した傷病名のコーディング方法については、考え方の優先順位をつける形で原則を示した方が良いのではないか。
  - 医療機関におけるどの職種（診療情報管理士、医師、診療報酬請求担当者等）を対象にしているのかを明確にすべきではないか。
  - 事例を豊富に載せると参考になるのではないか。
  - 文書ではなく、フロー方式等見易さに工夫が凝らせば普及するのではないか。

## ⑤ その他

- アンケート調査において、「調査対象となった5つの診断群分類においてなぜ適切なコーディングがなされていないのか」について集計した結果、理由として「コーディングの理解不足」、「診療行為を優先したコーディングのため」といった内容が最も多く上げられており、コーディングの考え方の医療機関内での周知が重要である可能性が示唆された。
  
- また、アンケート調査において、「小児が多いため」「高齢者が多いため」といった理由も挙げられており、「小児」や「高齢者の不全症」について、コーディングルールの整備が必要であることが示唆された。
  
- 電子カルテで使用されている標準病名マスター（ICD-10 対応の傷病名マスター）において病名自体が収載されていない例、ICD-10 の「.9」コードしか表示されない例等があること、またそれらの問題に対応するための病名マスターのメンテナンスが難しい場合等、適切なコーディングの推進において電子カルテや請求システムが問題となっている場合があるという指摘があった。
  
- 適切なコーディングを行う体制を作るためには、診療情報管理士の役割、位置づけ等の明確化が必要なのではないかという指摘があった。

### 3. 結論

- 平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査、アンケート調査）の結果、適切な DPC コーディングを推進するために、DPC/PDPS において以下のような課題があることが示された。

- DPC コーディングにおいては「医師」、「診療情報管理部門」、「診療報酬請求部門（医事課等）」が中心的に関わるものと考えられるが、役割分担の明確化や意思疎通を行う機会を十分設ける等、医療機関全体として協力しあう体制を構築すること。
- 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。
- コーディングガイドにより、具体的な事例も含め、DPC コーディングの基本的な考え方が示されること。
- 標準病名マスターの整備等も含め、適切なコーディングに柔軟に対応できる電子カルテ、請求システム等を整備すること。

## 平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査） の調査結果（詳細版）

### 1. ヒアリング調査結果について

#### (1) 概要

- DPC/PDPS の適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関に対し、当該医療機関でのコーディング手順や、適切なコーディングを行うための取り組み、及びコーディングマニュアル案（以下、「コーディングガイド」という。）に対する意見等についてヒアリング調査を実施した。
- 関係団体より推薦を受けた下記の全 5 医療機関をヒアリング調査対象として選定し、平成 25 年 4 月 3 日の DPC 評価分科会において、10 分程度のプレゼンテーション及び質疑応答を実施した。

対象施設	所属	名前(敬称略)	役職
専門病院	社会医療法人 医仁会 中村記念病院 <504 床>	中村 博彦	理事長・院長
		門間 俊明	医事課長
大学病院	北里大学病院 <1,033 床>	海野 信也	院長
		荒井 康夫	医療情報管理室診療情報管理課 課長補佐
中小規模総合病院	一般財団法人 操風会 岡山旭東病院 <162 床>	土井 章弘	院長
		海野 博資	診療情報管理室主任
ケアミックス病院	特定医療法人 仁生会 細木病院 <320 床>	橋本 浩三	病院長
		高橋 久夫	情報システム管理課係長
大規模総合病院	国立病院機構 九州医療センター <702 床>	村中 光	院長
		阿南 誠	医療情報管理センター実務統括管理者

#### ヒアリング内容

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
- ② コーディングに係る事務部門の体制
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
- ⑤ その他（DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等）



## (2) 結果の概要

### 1. 社会医療法人仁会 中村記念病院（専門病院・504床）

#### 【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
  - 入院時
    - 医師が DPC コードを入力し、診療情報管理士 2 名が確認する。
  - 退院時
    - 医師が DPC コーディングをした上で、診療情報管理士、医事課入院担当者が DPC コーディングに疑義がある場合は医師との間で意見調整をする。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
  - 診療情報管理士 4 名（常勤）＋ 医事課担当者
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
  - 内容
    - 「.9」コード（部位不明・詳細不明の ICD-10 コード）の発生率
    - 適切なコーディングのための院内のコーディング方法の取り決め（非外傷性硬膜下血腫、特発性てんかん等）とその周知
    - 全国の状況
  - 開催頻度
    - 毎月開催
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
  - 誰を対象にしているのか（診療情報管理士が対象なのか医師が対象なのか等）を明確にすべきではないか。
  - 内容が難しいので、ある程度コーディングの経験がないと理解できないのではないか。
  - 事例を豊富に載せると参考になるのではないか。

#### 【質疑応答の要点】

- 診療情報管理士が充実していること、医師が ICD-10 コーディングについてかなり詳しく理解していること、医師と診療情報管理士が院内で近い場所にありコミュニケーションが取りやすいことが、良いコーディングにつながっているのではないか。

## 2. 北里大学病院（大学病院・1,033床）

### 【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPSのコーディング手順について
  - 入院時
    - 診療情報管理課がDPCコードを入力し、医師が確認する。
  - 退院時
    - 診療情報管理課がDPCコーディングをチェックし、DPC確認票（紙ベース）を起票し、担当医師が確認し署名する。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
  - 診療情報管理課
    - 診療情報管理士（DPC担当） 6名
  - 医事課
    - 入院診療報酬請求担当者 計13名
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
  - 内容
    - 「.9」コード（部位不明・詳細不明のICD-10コード）の留意点について
    - 医療資源病名の選択に係る留意点について
  - 開催
    - 頻度：毎月（コーディングに特化した議題は年2回）
    - 主催：医事課
  - 対象
    - 27診療科、6部署（医師51名、コメディカル3名、診療情報管理士3名、医事課1名）
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
  - 医療資源病名に関するコーディング方法の記載内容が相互矛盾しているように読み取られる可能性があるため、考慮事項に優先順位をつけた形で示した方が分かりやすいのではないかと。
- ⑤ その他
  - A207診療録体制加算における診療情報管理部門や診療情報管理士等の体制に関する規定と、業務内容に関する規定しているコーディングガイドとの関係を整理すべきではないかと。

### 【質疑応答の要点】

- 研修医に対しては、診療報酬のシステムに関する基本的な教育はしているが、DPCコーディングについて教育するのは難しい面がある。
- 独自の仕組みとして、診療情報管理課からDPC確認票を起票して担当医の署名により確認をしている。
- 研修医も含め様々な医師がいるため、診療情報管理士がリードする形でDPCコーディングが行われている。

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
  - 退院前に医師が退院予定を入力し、看護師が処置等実施を入力する。
  - 退院時は、医師が DPC オーダーを確定し、診療情報管理士が全例チェックする。特に難しい DPC コーディングについては診療情報管理室でチェックを行う。
  
- ② コーディングに係る事務部門の体制
  - 診療情報管理室 診療情報管理士 3名
  - 医療秘書課 (入院担当) 6名
  
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
  - 内容
    - 「.9」コードの発生率と例の周知、その対策方法の協議
  - 参加者
    - 院長、診療情報管理室、診療科医師等、計 14 名
  - 開催
    - 年 12 回
    - 主催：診療情報管理室
  
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
  - 手術・処置等のコーディングの方法にも触れた方がいいのではないか。
  
- ⑤ その他 (DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等)
  - 電子カルテで使用されている標準病名マスター (ICD-10 対応の傷病名マスター) において、病名自体が収載されていない例、また ICD-10 の「.9」コードしか表示されない例等があり、適切なコーディングが行いにくい場合がある。
  - 電子カルテ及び医事システムのメンテナンス機能の充実が必要。
  - 中小病院においては診療情報管理士を専従とするのが難しいので、診療録管理体制加算において診療情報管理士の専従配置を評価してほしい。

【質疑応答の要点】

- 中小病院における診療情報管理士に対して診療報酬で適切な手当をすることは重要ではないか。
- 毎週の医師のミーティングで、診療情報管理士からコーディングについてレクチャーしている。

#### 4. 特定医療法人 仁生会 細木病院（ケアミックス病院・320床）

##### 【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
  - 入院時
    - 医師が DPC コードを入力し、電子カルテ掲示板で共有する。病棟請求担当者（情報システム管理課）はその他入院時併存病名等を入力する。
  - 退院時
    - 医師が DPC コードを決定する。レセプト請求時は、診療情報管理士が診療記録情報と DPC コーディングをチェックし不明な点があれば主治医に確認する。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
  - 診療情報管理グループ 常勤 2 名（診療情報管理士）、非常勤 1 名
  - 医事請求グループ 常勤 3 名
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
  - 内容
    - 適正なコーディングに関すること。
    - 診断及び治療方法の適正化に標準化に関すること。
    - 外部の DPC 研究会の内容を院内にフィードバックする。
  - 開催頻度
    - 年 2 回（今後、年 4 回に増やす予定）
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
  - 医師、病棟請求担当者にとって参考となるものになると良いのではないかと。
- ⑤ その他
  - ケアミックス病院では、DPC 対象外の病棟に転棟した場合の DPC データ提出に苦労している。

##### 【質疑応答の要点】

- 「主病名」は患者さんの病態を通じて最も重要な病名であり、「医療資源を最も投入した傷病名」とは異なることがあるので、適切な使い分けが必要なのではないかと。

## 5. 国立病院機構 九州医療センター（大規模総合病院・702床）

### 【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
  - 入院時
    - 医師が DPC コードを入力する。
    - 診療記録（監査）委員会で決定した 11 項目について、毎日監査を行う（一次監査）。
  - 退院時
    - 医師が退院日前々日までに DPC コーディングを確認する。
    - 専任チェック担当者が、DPC 項目（様式 1 等）と診療記録の整合性等について確認する（二次監査）。
    - 診療情報管理士が退院時要約を基準に診療記録と DPC データとの整合性を確認する（三次監査）。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
  - 医療情報管理センター（79 名）
    - 診療情報管理係（DPC 担当）4 名（常勤 1 名、非常勤 3 名）
  - 医事課に専任チェック担当者を 1 名配置
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
  - 内容
    - 院内監査結果報告
    - K コード監査結果報告
    - エラーリストチェックのエラー報告等
  - 開催頻度 月 1 回
  - 出席者 副院長、診療部長、看護部長等
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
  - ICD-10 の中には、〇〇後の障害など曖昧な分類もあるので、このようなコードは用いないようにしているが、対応案として付加コードの使用が考えられるのではないかと（ただし、複雑になってしまう可能性があり難しい点も多いと考えられる）。
- ⑤ その他（DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等）
  - 診療情報の管理（特に DPC）には多大なマンパワーが必要であるので、「診療録管理体制加算」の評価見直しを期待したい。

### 【質疑応答の要点】

- DPC コーディングの際に曖昧な「.9」コード等が表示されないよう、病名メンテナンスを行っている。

## 2. アンケート調査結果について

### (1) 概要

- 厚生労働科学研究班（伏見班）が提出した「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド」において「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」の例としてあげられている下記の5項目について、他の医療機関とコーディングの傾向が著しく異なる医療機関(128件)を選定し、アンケート調査を実施した（医療機関名は非公開）。
  - 1) 「050130 心不全」、 2) 「040130 呼吸不全（その他）」
  - 3) 「180040 手術・処置等の合併症」、 4) 「130100 播種性血管内凝固症候群」
  - 5) 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査等で他に分類されないもの（Rコード）
- 調査票は、平成25年3月11日に厚生労働省調査事務局よりアンケート調査の対象となった医療機関（128件）に対して配送し、3月25日を期限として回収した。
- 調査結果の集計は、松田委員の協力の元行った。

#### アンケート調査の内容

- ・ 調査対象となった理由に関する DPC/PDPS コーディング
- ・ コーディングガイドに対する意見
- ・ DPC/PDPS コーディングの手順、体制
- ・ コーディングの状況が他の医療機関と異なっていた理由
- ・ 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するための取り組み

### (2) 集計結果

#### ① DPC/PDPS コーディングの手順

コーディングの手順については、入院時の医師による確認、退院前の医師による確認、診療情報管理士による内容の確認、医事課職員による内容の確認を回答から把握した。

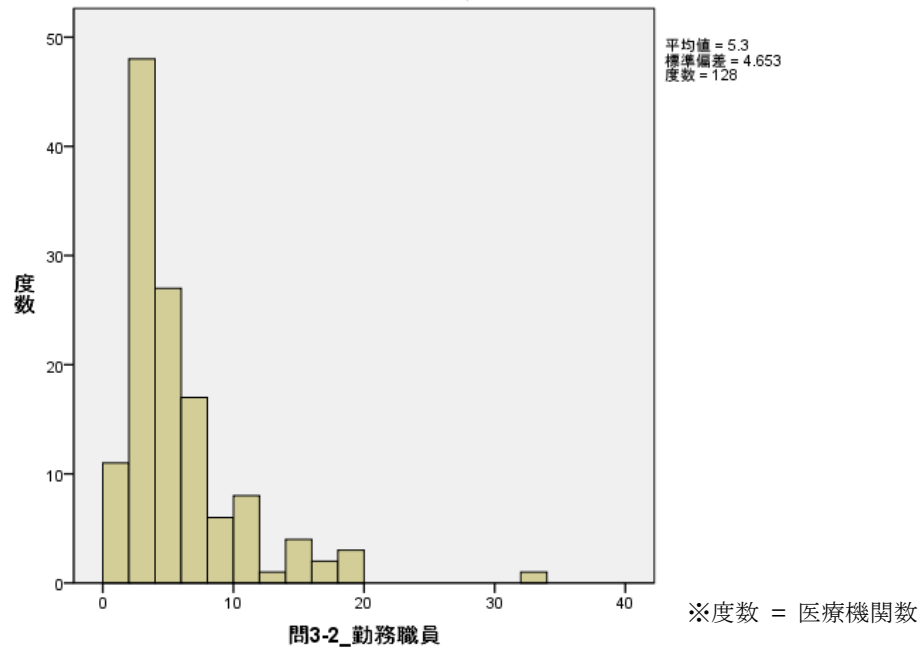
- 入院時の医師による確認は「あり」が110施設（85.9%）、「要請時のみ確認」が12施設（9.4%）であった。
- 退院前の医師による確認は「あり」が87施設（68.0%）、「要請時のみ確認」が35施設（27.3%）であった。
- 診療情報管理士による内容の確認は「あり」が115施設（89.8%）であった。
- 医事課職員による内容の確認は「あり」が114施設（89.1%）であった。

## ② コーディングに係る事務部門の体制

### (1) 診療録情報を管理する部門の勤務職員数

平均 5.3 人、標準偏差 4.7、最少 1 人、最大 32 人

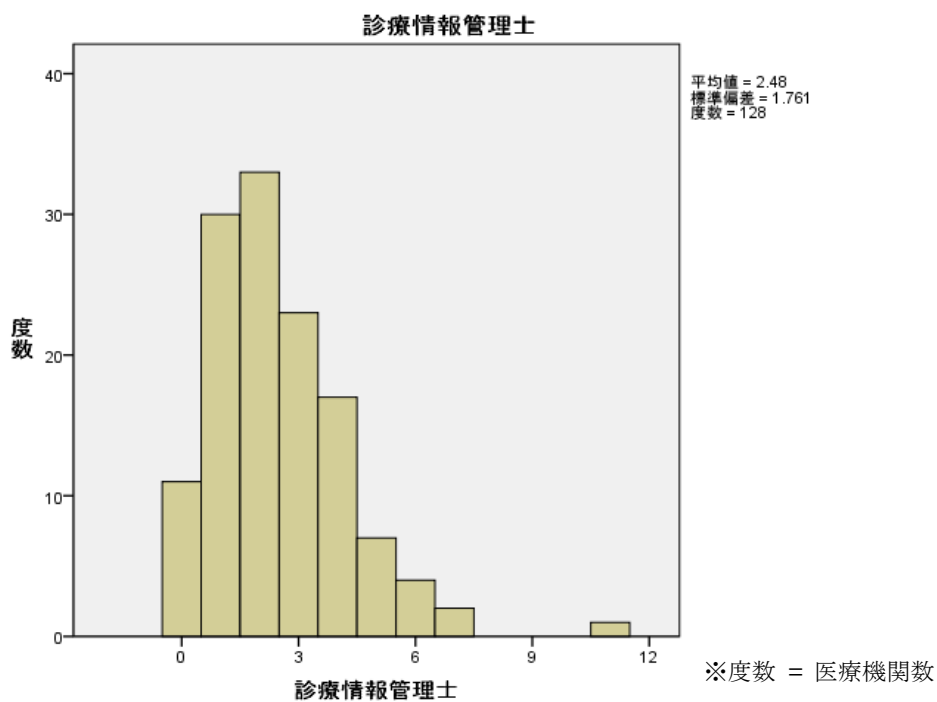
【図表 1】 診療録情報を管理する部門の勤務職員数のヒストグラム  
ヒストグラム



### (2) 診療録情報を管理する部門の診療情報管理士の数（常勤＋非常勤）

平均 2.5 人、標準偏差 1.8、最少 0 人、最大 11 人

【図表 2】 診療録情報を管理する部門の診療情報管理士の職員数のヒストグラム



(3)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療録情報管理士」の割合以下の通りであった。

【図表 3】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療録情報管理士」の割合

診療情報管理士の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%以上 20%未満	15	12%
(うち 0%)	(9)	(7%)
20%以上 40%未満	24	19%
40%以上 60%未満	25	20%
60%以上 80%未満	10	8%
80%以上 100%未満	7	5%
100%	47	37%

「診療情報管理士」の割合は、医療機関によって様々であったが、100%となっている医療機関が37%となっている。

(4)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤」職員の割合は以下の通りであった。

【図表 4】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤」職員の割合

常勤の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%より多く 20%未満	25	20%
(うち 0%)	(23)	(15%)
20%以上 40%未満	3	2%
40%以上 60%未満	9	7%
60%以上 80%未満	12	9%
80%以上 100%未満	6	5%
100%	73	57%

「常勤」職員の割合が「100%」の医療機関が57%を占める一方、「0%」の医療機関も15%存在していた。



(5) 「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「非常勤」の割合は以下の通りであった。

【図表 5】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「非常勤」職員の割合

非常勤の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%以上 20%未満	110	86%
(うち 0%)	(103)	(80%)
20%以上 40%未満	8	6%
40%以上 60%未満	5	4%
60%以上 80%未満	3	2%
80%以上 100%未満	1	1%
100%	1	1%

「非常勤」の診療情報管理士は、ほとんどの医療機関で「0%」となっていた。

(6) 「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の割合は以下の通りであった。

【図表 6】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「その他」の職員の割合

その他の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%以上 20%未満	97	76%
(うち 0%)	(95)	(74%)
20%以上 40%未満	3	2%
40%以上 60%未満	3	2%
60%以上 80%未満	2	2%
80%以上 100%未満	1	1%
100%	22	17%

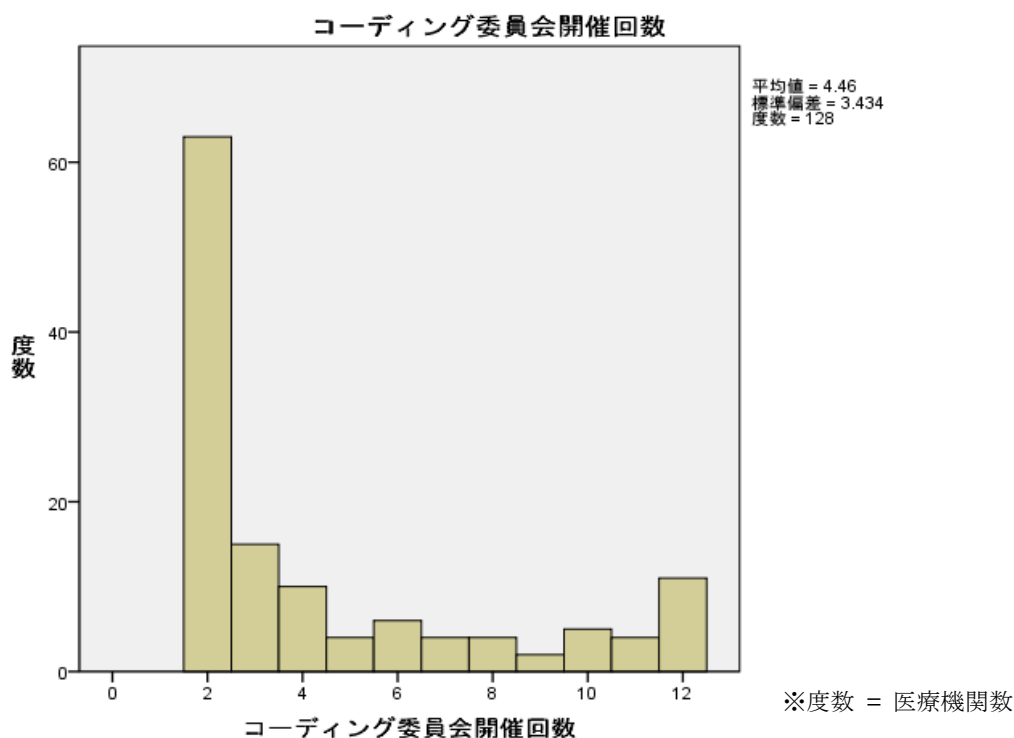
「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の職員の割合は「0%」となっている医療機関が約 75%となっている一方、「100%」となっている医療機関が 22 件（17%）認められた。

③ 「適切なコーディングに関する委員会」について

(1) 適切なコーディングに関する委員会開催回数（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月）

平均 4.5 回、標準偏差 3.4、最少 2 回、最大 12 回

【図表 7】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度のヒストグラム



※ 11 施設 (8.6%) は毎月開催しているが、63 施設 (49.2%) は法定の 2 回しか開催していない。

【図表 8】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度の表

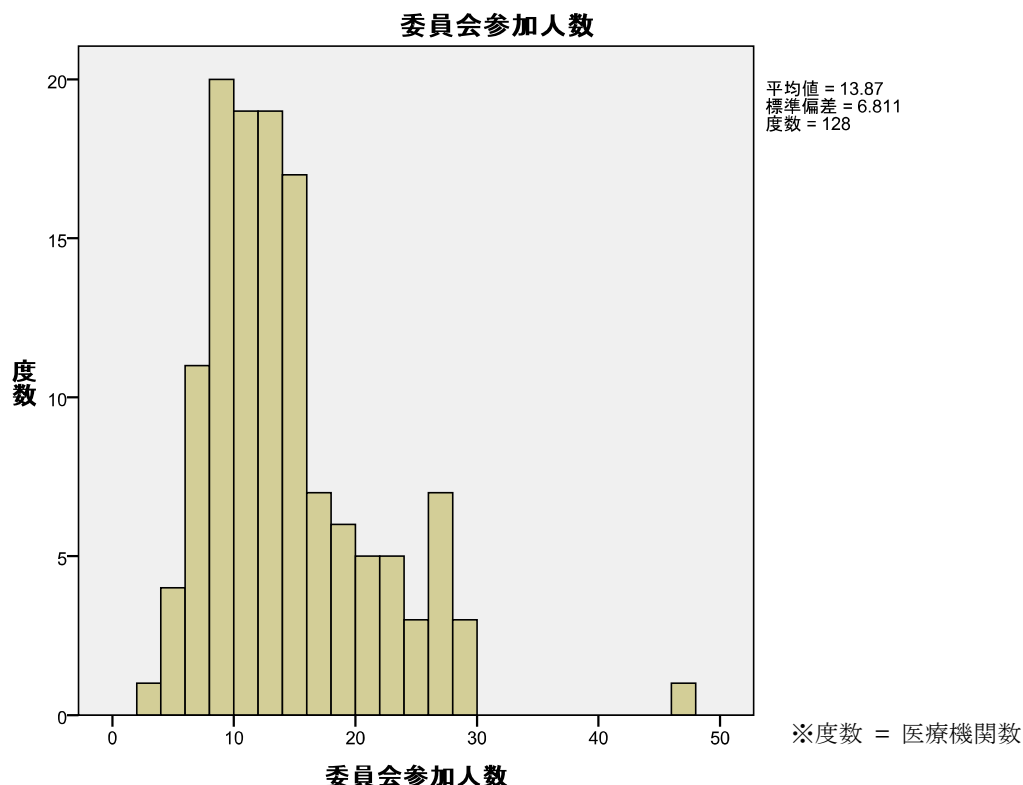
コーディング委員会開催回数

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 2	63	49.2	49.2	49.2
3	15	11.7	11.7	60.9
4	10	7.8	7.8	68.8
5	4	3.1	3.1	71.9
6	6	4.7	4.7	76.6
7	4	3.1	3.1	79.7
8	4	3.1	3.1	82.8
9	2	1.6	1.6	84.4
10	5	3.9	3.9	88.3
11	4	3.1	3.1	91.4
12	11	8.6	8.6	100.0
合計	128	100.0	100.0	

※度数 = 医療機関数

(2) 適切なコーディングに関する委員会の参加人数  
平均 13.9 人、標準偏差 6.8、最少 3 人、最大 46 人

【図表 9】「適切なコーディングに関する委員会」の参加人数のヒストグラム



- 参加者の内訳は、診療報酬請求部門（医事課等）の職員、診療情報管理部門の職員はほとんどの例で参加しており、その他院長、診療科長、看護師長等が参加していた。

(4) コーディング委員会の検討内容

コーディング内容の検討内容としては「コーディング」が 128 施設中 93 施設 (72.7%) ともっとも多くなっていた。

【図表 10】「適切なコーディングに関する委員会」の参加人数に関する表

内容	度数	%
DPC 制度	35	27.3
コーディング	93	72.7
差額分析	38	29.7
統計（自院）	27	21.1
その他	8	6.3

※度数 = 医療機関数  
 ※差額分析：出来高で算定した場合との差額分析等

#### ④ コーディングガイドに対するご意見について

##### (1) コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合

「040130 呼吸不全」で7割以上コーディング変更になるものが43.5%と多くなっている。また、「050130 心不全」についても4割以上コーディング変更になる例が70%となっている。「180040 手術・処置等の合併症」と「130100 播種性血管内凝固症候群」についてはコーディング変更になるものが2割以下になる例が70%以上であった。

【図表 11】 コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合の表

アンケート種別と問2-1\_番号選択のクロス表

アンケート種別	問2-1_番号選択	問2-1_番号選択					合計
		概ね9割以上の症例がコーディング変更となる	概ね7～8割程度の症例がコーディング変更となる	概ね4～6割程度の症例がコーディング変更となる	概ね2～3割程度の症例がコーディング変更となる	コーディングが変更となる症例は概ね2割以下である	
050130	度数	0	1	6	1	2	10
	アンケート種別の%	.0%	10.0%	60.0%	10.0%	20.0%	100.0%
040130	度数	10	17	12	10	13	62
	アンケート種別の%	16.1%	27.4%	19.4%	16.1%	21.0%	100.0%
180040	度数	4	1	3	1	30	39
	アンケート種別の%	10.3%	2.6%	7.7%	2.6%	76.9%	100.0%
130100	度数	0	0	1	2	7	10
	アンケート種別の%	.0%	.0%	10.0%	20.0%	70.0%	100.0%
Rコード	度数	1	0	5	1	5	12
	アンケート種別の%	8.3%	.0%	41.7%	8.3%	41.7%	100.0%
合計	度数	15	19	27	15	57	133
	アンケート種別の%	11.3%	14.3%	20.3%	11.3%	42.9%	100.0%

※度数 = 医療機関数

##### (2) 診療情報管理士の数と変更割合との関連

下表はコーディングの変更割合別に診療情報管理士（常勤＋非常勤）の数を見たものである。統計学的に有意な差はあるが一定の傾向はない（ $p < 0.05$  一元配置分散分析）。なお、コーディング委員会の開催回数及び参加人数には群間で有意の差はなかった。

【図表 12】 コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合の表

	度数	平均値	標準偏差
概ね9割以上の症例がコーディング変更となる	15	2.5	1.7
概ね7～8割程度の症例がコーディング変更となる	19	3.1	2.7
概ね4～6割程度の症例がコーディング変更となる	27	2.3	1.5
概ね2～3割程度の症例がコーディング変更となる	15	3.3	1.9
コーディングが変更となる症例は概ね2割以下である	57	2.0	1.3
合計	133	2.4	1.8

※度数 = 医療機関数

(3) 調査対象となった DPC6 桁が他の医療機関と比べて著しく多くなった理由

必須記載事項の内容をグループ化した結果、①「専門性が高いため」、②「重症度が高いため」、③「診断基準に基づいている」、④「高齢者が多いため」、⑤「コーディングの理解不足」、⑥「診療行為を優先したコーディングのため」、⑦「他施設からの紹介が多いため」、⑧「シャント症例が多いため」、⑨「小児が多いため」、⑩「慢性疾患の急性増悪が多いため」、⑪「救急症例が多いため」の11の理由が抽出された。以下、5つのコーディング例についてその理由を検討した。

【図表 13】調査対象となった DPC6 桁が他の医療機関と比べて著しく多くなった理由の表

	050130		040130		180040		130100		Rコード	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
専門性が高いため	2	20.0%	6	9.7%	13	33.3%	4	40.0%	0	0.0%
重症度が高いため	2	20.0%	4	6.5%	6	15.4%	2	20.0%	0	0.0%
診断基準に基づいている	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%
高齢者が多いため	1	10.0%	19	30.6%	1	2.6%	3	30.0%	0	0.0%
コーディングの理解不足	7	70.0%	23	37.1%	2	5.1%	2	20.0%	5	41.7%
診療行為を優先したコーディングのため	3	30.0%	18	29.0%	4	10.3%	2	20.0%	8	66.7%
他施設からの紹介が多いため	0	0.0%	9	14.5%	14	35.9%	2	20.0%	1	8.3%
シャント症例が多いため	0	0.0%	0	0.0%	27	69.2%	0	0.0%	0	0.0%
小児が多いため	0	0.0%	10	16.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
慢性疾患の急性増悪が多いため	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
救急症例が多いため	0	0.0%	2	3.2%	1	2.6%	1	10.0%	0	0.0%

※度数 = 医療機関数

- 「050130 心不全」については「コーディングの理解不足」が70%と最も多く、次いで「診療行為を優先したコーディングのため」が30%であった。慢性心不全については、原疾患がある場合はそれを医療資源病名とすることが示されているが、このコーディングルールの理解不足が最も多くなっていた。
- 「040130 呼吸不全」については「コーディングの理解不足」が37%、次いで「高齢者が多いため」が30.6%、「診療行為を優先したコーディングのため」が29%となっている。また、小児の入院の場合も、肺炎治療にあたって酸素吸入などの呼吸不全の治療を行うことが多いため、呼吸不全とコーディングする例が多かった(16.1%)。さらに高齢者の場合、他施設で肺炎が悪化し、それが原因の呼吸不全の治療をおこなったためという理由も多かった(14.5%)。ただし、この場合、他施設の中に同一法人の慢性期病棟や介護施設が少なからず含まれていた。
- 「180040 手術・処置等の合併症」についてはシャント症例が69.2%で最も多く、またシャント閉塞のPTA目的の他施設からの紹介も多かった(35.9%)。そして、こうした治療を行う高い専門性をもっていることを理由にあげる例が33.3%となっていた。

- 「I30100 播種性血管内凝固症候群」は血液疾患や救急などの専門性の高い病院での治療例が多く（40%）、重症例が多いこと（20%）、「他施設からの紹介」（20%）など病院の専門性に由来する理由が多かった。しかし、高齢者が多いこと（30%）や「診療行為を優先したコーディングのため」（20%）も挙げられており理由が多岐にわたっていた。
- 「Rコード」については「診療行為を優先したコーディングのため」が66.7%、「コーディングの理解不足」が41.7%であった。

以上の結果より、コーディングルールの周知が重要であることが明らかとなった。他方、「I80040 手術・処置等の合併症」やRコードについては「診療行為を優先したコーディングのため」が多く、これらについては現行の診断名→医療行為といった診断名を優先した分類方式よりも、医療行為を優先した分類方式の方が適切である可能性を示唆している。また、小児や高齢者の不全症についても、コーディングルールの精緻化など検討が必要であると考えられる。

（4）コーディングガイドに関するその他のご意見（自由記載欄に挙げられた主な意見の抜粋）

- 診療情報管理士や医事課職員が適切なコーディングのため努力しているが、臨床の医師にはICD-10やDPC制度があまり浸透していないため、疑義を示しても理解を得ることが容易ではないので、コーディングガイドによって一定の判断基準が示されるのはありがたい。
- 本コーディングガイドによって診療側と審査側の認識が共通化されると思われるので、早期にコーディングガイドが正式リリースされることを望む。
- 今後も疑義を生じる症例や問題視されるコーディングが出てくるのかもしれないが、その都度コーディングガイドに収載され、現場へリリースして頂けると有難い。
- コーディングガイドP18で「レセプト病名」の注意があるが、使用した薬、行った医療行為に要求される病名（単語）がレセプトになれば査定されるため、レセプト審査委員にコーディングガイドを理解して頂かない限り、レセプト病名をなくすことは難しいのではないかと。

- 文書ではなく、フロー方式等見易さに工夫が凝らせば普及するのではないか。
- 正誤それぞれのコーディングの具体例を多く示してほしい。
- 「医療資源をもっとも投入した傷病名」の決定に当り、「人、モノ、カネ」で判断すると定義されているが、漠然としていて判断に困ることがあるので、もう少し具体的な定義をしてほしい。
- 特に以下のような例でコーディングに苦慮するので判断基準を示してほしい。
  - ・ 他医療機関で手術を施行した直後に、フォローの為に転院して来た患者のコーディング（例、癌の術後など）
  - ・ 人工肛門閉鎖術の為に入院のコーディング
  - ・ 急性腹症で観察入院し、確定診断がつかないまま治癒し退院をした患者のコーディング
  - ・ 高齢者のように複数の疾患を持っていて複数疾患を同時に治療を行う場合の医療資源をもっとも投入した傷病名の決定の仕方

⑤ その他の主なご意見（自由記載欄に挙げられた意見）

- 厚労省において、コーディングについて迅速に相談できる部門を作ってほしい。
- 診療録管理体制加算も、医師事務作業補助体制加算のように、人数によって加算が変動することで、医師の負担も減る体制ができるのではないか。
- 自分たちが行っているコーディングが正しいのか分からないので、厚労省が主催するDPCコーディングの研修会を開いてほしい。
- 電子カルテに搭載されているMEDISの標準病名マスターを使用して医師は病名決定を行うが、標準マスターに不備があり、適切にコーディング出来ないことがある。

## 平成 24 年度 DPC 評価分科会における特別調査について(案)

### 1. 背景

- 診断群分類のコーディングは、DPC/PDPS の診療報酬算定の根拠となる重要な役割を担っているにもかかわらず、コーディングの質が医療機関ごとに大きな差があることや、不適切なコーディング例が存在することが指摘されているところ。
- 平成 26 年度診療報酬改定に向けて適切なコーディングを推進するための体制を検討するにあたり、実際の医療現場におけるコーディングの現状や、現在 DPC 評価分科会で議論されている DPC コーディングマニュアル案に対する医療現場の意見について、特別調査を実施することとしてはどうか。

### 2. 調査方法 (案)

調査に当たっては、調査対象とする医療機関の状況を踏まえて、当分科会へ医療機関を招聘して行うヒアリング調査と、対象医療機関へ調査票を配布して行うアンケート調査を組み合わせる行うこととしてはどうか。

#### (1) ヒアリング調査

DPC/PDPS の適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関について、当該医療機関でのコーディング手順や、適切なコーディングを行うための取り組み、及びコーディングマニュアル案に対する意見について、当分科会でヒアリング調査を実施することとしてはどうか。

#### ○ 調査対象となる医療機関について

調査対象となる医療機関については、関係団体より DPC 病院の主な施設特性(大学病院、専門病院、ケアミックス病院、病床規模など)に配慮しつつ、適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関を推薦していただくこととしてはどうか。



## (2) アンケート調査

現時点のコーディングマニュアル案において、「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」の例としてあげられている項目について、平成 23 年度退院患者調査のデータに基づき、他の医療機関と傾向が著しく異なる医療機関に対し、アンケート調査を実施してはどうか。

なお、本アンケート調査の結果については医療機関に不利な情報が含まれる可能性もあることから、医療機関名は非公開としてはどうか。

### ① 調査対象となる医療機関について

コーディングマニュアル案では、医学的に疑問だとされる可能性がある傷病名として下記の 5 項目を掲載している。

- 1) 「050130 心不全」
- 2) 「040130 呼吸不全(その他)」
- 3) 「180040 手術・処置等の合併症」
- 4) 「130100 播種性血管内凝固症候群」
- 5) 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査等で他に分類されないもの(Rコード)

これらの 5 つのコーディングについて、コーディングマニュアル案の記載を踏まえて下記の基準に従って調査対象医療機関(約 130 件)を選定してはどうか。

<参考:平成 24 年 12 月 7 日 DPC 評価分科会\_松田委員提出資料より一部改変>

#### 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。

※最終的に診断がつかない場合も、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。

— 中略 —

(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。

1) 「050130 心不全」について

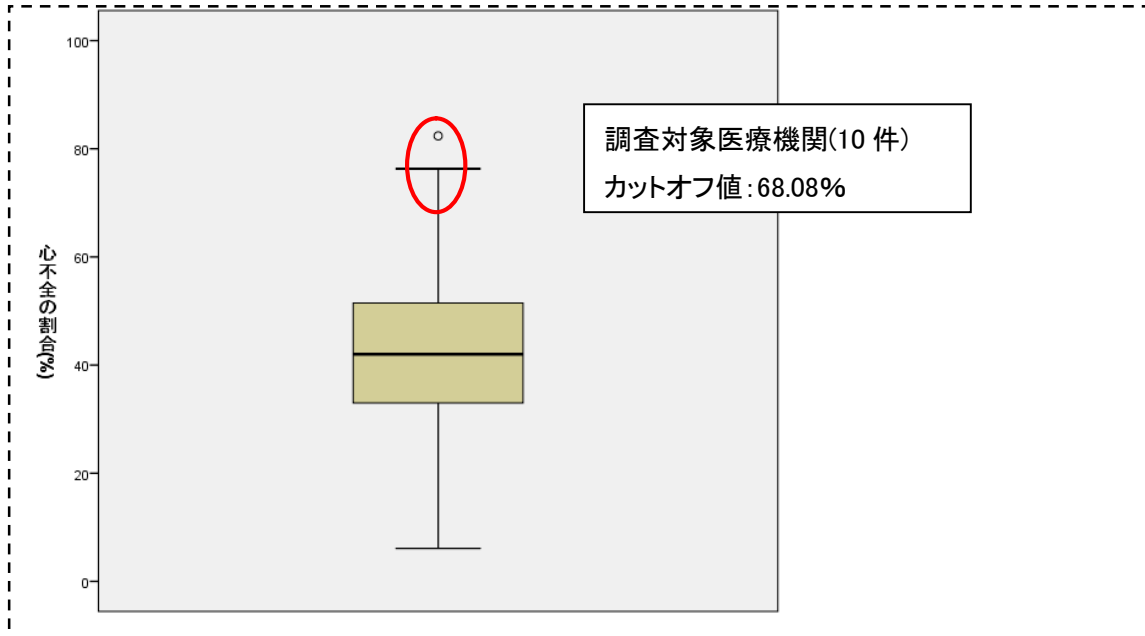
- 心不全は一般的に他の疾患に関連して発生するとともに、循環器疾患の 1 分野としても治療が行われていることから、全 DPC コーディングにおける「心不全」のコーディングが多い医療機関を抽出した場合、単に循環器疾患を多く診療している医療機関が抽出される可能性が高く、よりコーディングマニュアル案に即した方法で医療機関を抽出する必要がある。
- DPC コーディングマニュアル案では、「心不全」のコーディングについて、原疾患として、心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は、原疾患を医療資源病名として選択することとされていることから、下記の双方を満たす医療機関を対象としてはどうか。
  - ・ 「050130 心不全」の症例が 1 年間で 120 症例を超えている医療機関
  - ・ 「050130 心不全」でコーディングされている症例のうち、心筋症、心筋梗塞に関連する病名(注 1)が併存病名(注 2)に含まれている割合が高い 10 医療機関(注 3)

注 1: 心筋症、心筋梗塞に関連する病名については、DPC コーディング上「050030 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」、「050040 急性心筋梗塞の続発性合併症」、「050050 狭心症、虚血性心疾患」、「050060 心筋症」、「050065 拡張型心筋症」に該当する病名とする。

注2: 併存病名とは様式1における病名を記載する項目のうち、医療資源病名以外の項目に記載された病名とする。

注3: 心不全コーディング症例のうち心筋症、心筋梗塞等の病名が併存病名に含まれている割合について箱ひげ図を作成したところ、他の医療機関と比較して極端に割合が高い医療機関が見られなかったため。

<参考:心不全症例のうち心筋症、心筋梗塞等の病名が併存病名に含まれている割合>



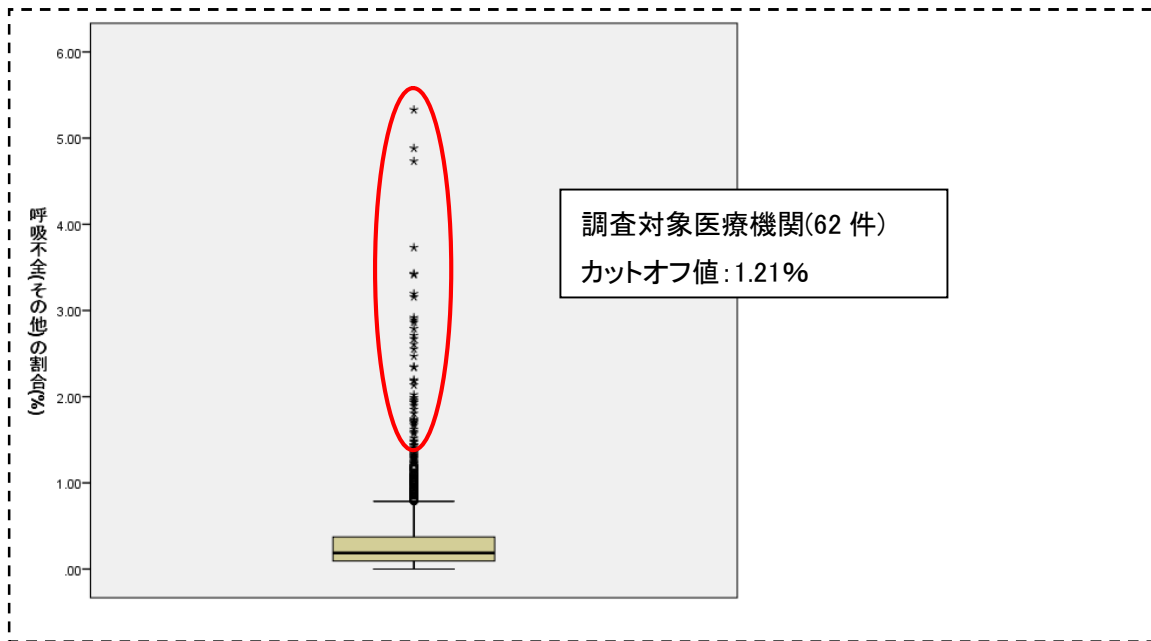
2～4) 「040130 呼吸不全(その他)」、「180040 手術・処置等の合併症」、「130100 播種性血管内凝固症候群」について

○「呼吸不全(その他)」、「手術・処置等の合併症」、「播種性血管内凝固症候群」の各コーディングは、DPC 参加病院全体の全症例に占める割合がそれぞれ 0.26～0.62%と低いことから、これらのコーディングの使用割合が他の医療機関と比較して著しく高い医療機関(箱ひげ図上で極値(箱の上端または下端から箱の長さの3倍を超える値、\*で表示)を示す医療機関)を調査対象としてはどうか。

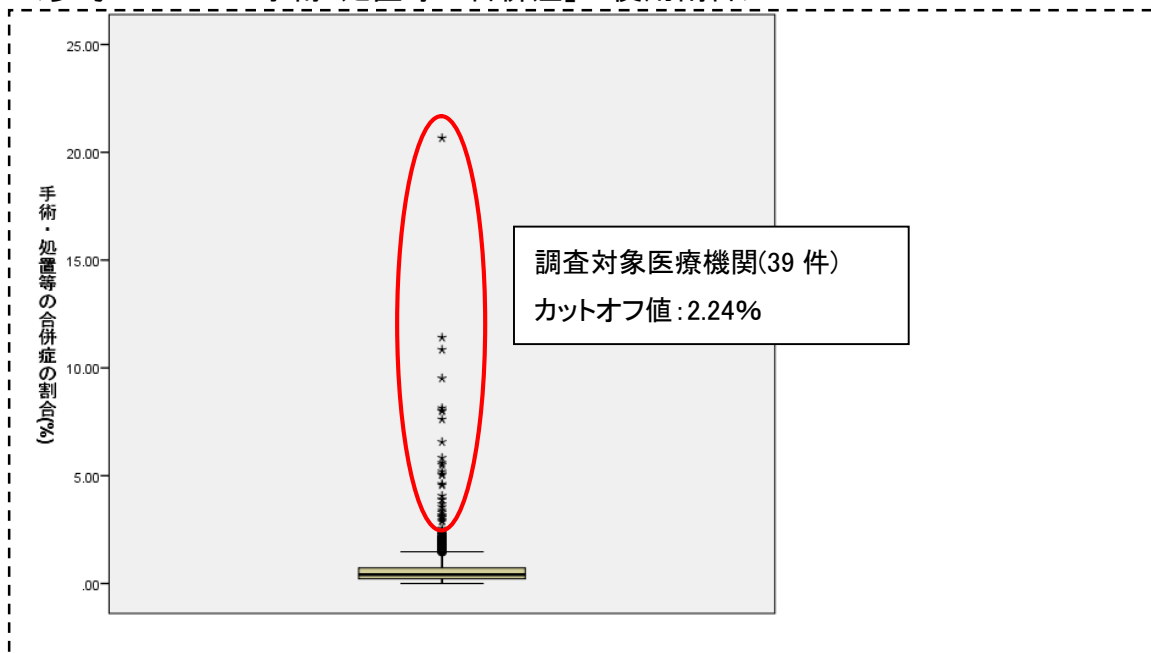
<参考:全 DPC コーディングに占める各 DPC の割合>

	呼吸不全 (その他)	手術・処置等の 合併症	播種性血管内 凝固症候群
DPC 参加病院	0.31%	0.62%	0.26%
DPC 準備病院	0.25%	0.70%	0.10%

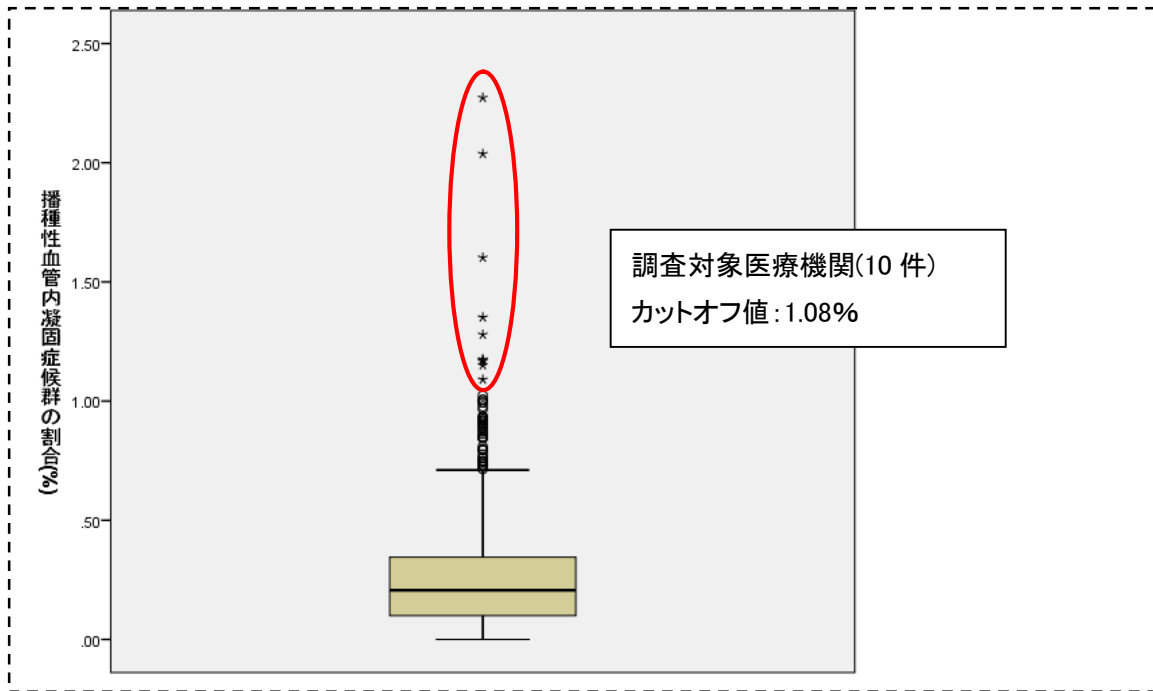
<参考:「040130 呼吸不全(その他)」の使用割合>



<参考:「180040 手術・処置等の合併症」の使用割合>



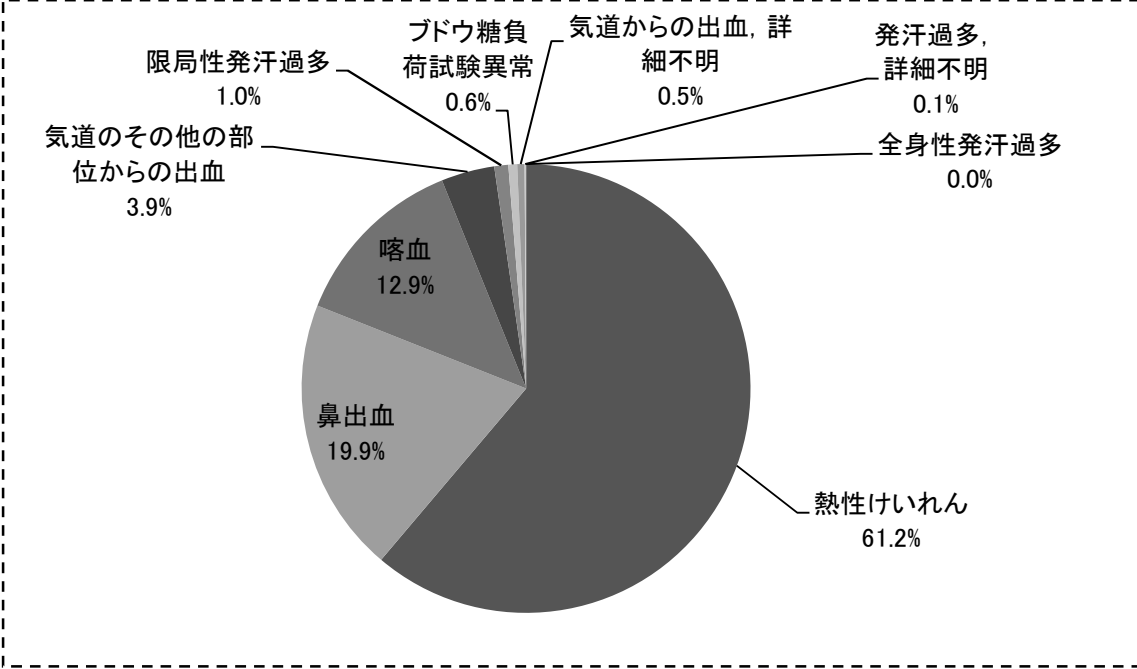
<参考:「130100 播種性血管内凝固症候群」症例の割合>



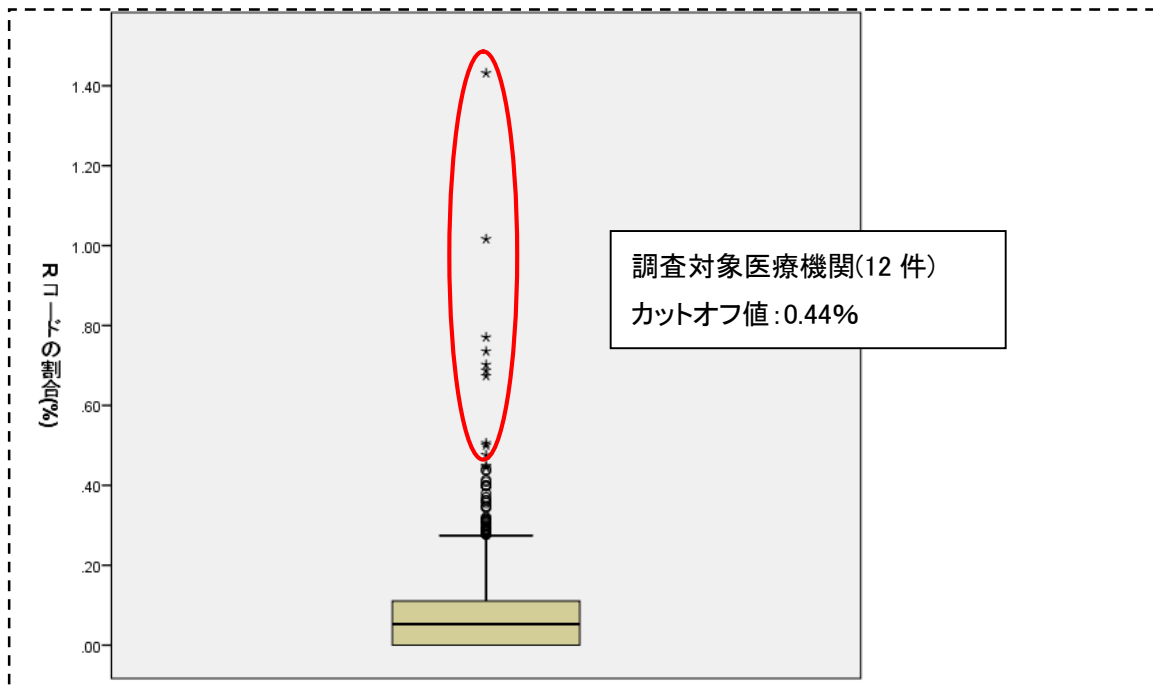
#### 5) Rコードについて

- 現在、Rコードについては、Rコードのほとんどが病名ではなく、徴候や症状であることから、一部のRコードを除き入力を認めていない。
- 入力が認められているRコードの中には、(R560)熱性けいれんのように病名をさすコードも含まれていることから、コーディングマニュアル案の記載を踏まえ、他の原因疾患が存在する可能性がある(R040)鼻出血、(R042)咯血、(R048)気道のその他の部位からの出血、(R049)気道からの出血、詳細不明の割合が著しく高い医療機関(箱ひげ図上で極値を示す医療機関)を調査対象としてはどうか。

<参考:入力が認められているRコードとその割合>



<参考:Rコード症例の割合>



② 調査方法について

該当医療機関については、下記の内容についてアンケート調査を行うこととしてはどうか（アンケートでの回答で詳細が明らかではない場合は事務局から別途、確認を行う）。

- ・ 調査対象となった理由に関する DPC/PDPS コーディング
- ・ コーディングマニュアル案に対する意見
- ・ DPC/PDPS コーディングの手順、体制
- ・ コーディングの状況が他の医療機関と異なっていた理由
- ・ 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するための取り組み

## 平成 24 年度特別調査

### DPC/PDPS コーディングに関する調査票

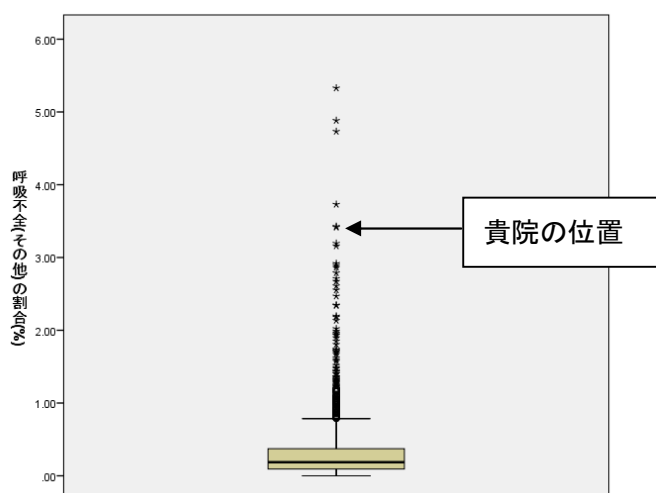
施設コード								施設機関名

この度、DPC/PDPS のコーディングについて、下記の理由により貴院に対しアンケート調査を実施することとなりました。別添のコーディングマニュアル案を参照いただいた上で、貴院の DPC/PDPS コーディングに関する体制や中央社会保険医療協議会 DPC 評価分科会で検討中のコーディングマニュアル案に対するご意見を記入欄にご記入ください。

#### アンケート調査の対象となった理由

コーディングマニュアル案で「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」としてあげられた「〇〇〇〇」が他の医療機関に比べて高いため。

#### 参考データ（例）



#### 記載方法の留意事項

- ・ 記載内容についてはできるだけ詳細に記載してください。
- ・ 記入欄が足りない場合は記入欄を拡大して記載してください。書式は自由です。
- ・ 資料については別途添付してください。
- ・ ご記入いただいた内容は医療機関名が特定できない形で中央社会保険医療協議会及び DPC 評価分科会で公表される可能性があります。
- ・ 本調査表はヒアリング調査を目的としたものではないため、記載内容にかかわらず DPC 評価分科会への出席を求めることはありませんが、記載内容が不明確な場合等、より詳細な情報が必要な場合には別途厚生労働省保険局医療課より連絡をさせていただく場合があります。



1 記載内容のお問い合わせ先をご記入ください。

氏名	役職	連絡先(電話番号)

記載内容が不明確な場合等、別途ご連絡をさせていただく場合があります。

2 調査対象となった理由に関する DPC/PDPS コーディング及びコーディングマニュアル案についてお伺いたします。

<p>問 2-1 貴院が調査対象となった理由となった「〇〇〇〇」の症例について、コーディングマニュアル案の記載を踏まえて、再度コーディングを行った場合にコーディングが変更となる症例について最も近いものを選んでください(概算でかまいません)。(回答必須)</p>	
1	概ね 9 割以上の症例のコーディングが変更となる
2	概ね 7~8 割程度の症例のコーディングが変更となる
3	概ね 4~6 割程度の症例のコーディングが変更となる
4	概ね 2~3 割程度の症例のコーディングが変更となる
5	コーディングが変更となる症例は概ね 2 割以下である
<p>問 2-2 貴院が調査対象となった「〇〇〇〇」のコーディングが他の医療機関と比較して著しく多い結果となった理由について、貴院の診療の特徴や DPC/PDPS コーディングに関する認識等を踏まえて記載してください。(回答必須)</p>	

問 2-3 貴院が調査対象となった「〇〇〇〇」の症例について、コーディングマニュアル案の記載を踏まえて、コーディングを行った場合に生じる問題や疑問等があれば記載してください。(回答任意)

問 2-4 コーディングマニュアル案全体について、ご意見があれば記載してください。(回答任意)

3 貴院の DPC/PDPS コーディングの手順、体制についてお伺いいたします。

問 3-1 貴院の DPC/PDPS コーディング手順について、具体的に記載してください(コーディングを行うタイミング、実際の入力を行う職員の職種、医師の確認方法、チェック体制等)。また、コーディングの際に参考している情報やマニュアル等があれば記載又は添付してください。(回答必須)

問 3-2 平成 25 年 2 月時点での貴院の診療録情報を管理する部門の人員配置及び勤務時間についてご記入ください。(回答必須)					
勤務職員の数	人	うち専任職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
		うち専従職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
		うち常勤職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
		うち非常勤職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
常勤職員全体の 1 週間当たり平均勤務時間			時間		
非常勤職員全体の 1 週間当たり平均勤務時間			時間		
問 3-3 貴院における平成 24 年度の「適切なコーディングに関する委員会」が開催された月及び年間の開催回数についてご記入ください。(回答必須)					
平成 24 年度の開催月を○で 囲んでください(予定を含む)	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3			合計	回
問 3-4 直近に開催された「適切なコーディングに関する委員会」に参加した職員の所属部門、役職、人数についてご記入ください。(回答必須)					
所属部門		役職		人数	
(記入例) 診療部門		診療科責任医師、医師、研修医		5 人	
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	
問 3-5 直近に開催された「適切なコーディングに関する委員会」の内容について記入してください。その際の資料等があれば添付してください。(回答必須)					

4 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するための取り組みについてお伺いいたします。

問 4-1 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するために行っている又は検討している取り組みがあれば自由にご記入ください。(回答任意)

問 4-2 適切な DPC/PDPS コーディングを行う上で、日常にお困りのことや DPC 制度として対応してほしいことがあれば自由にご記入ください。(回答任意)

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

## 平成 24 年度 DPC 評価分科会における 特別調査(ヒアリング調査)について

対象（全5病院、各10分程度のプレゼンテーションを予定）

対象施設等	所属	名前（敬称略）	役職
専門病院	社会医療法人医仁会 中村記念病院 <504床>		
大学病院	北里大学病院<1,033床>		
中小規模総合病院	財団法人 岡山旭東病院<162床>		
ケアミックス病院	特定医療法人仁生会 細木病院<320床>		
大規模総合病院	国立病院機構 九州医療センター<702床>		

(参考) 各出席者をお願いしたヒアリング事項(以下の中から適宜説明)

(1) DPC/PDPSのコーディング手順について

DPC/PDPSのコーディング手順について、患者が入院してから誰がどのタイミングで何を行うか、医師と診療情報管理部門との連携、チェック体制、請求までの流れ等をご説明ください(月末の入院など、時間的余裕がない場合の対応方法等も特別なものがあればご教示ください)。

また、複数の医師の間や、事務部門と医師の間、審査支払機関との間でコーディングが分かれた事例についてどのように対応したかご教示ください。

(2) コーディングに係る事務部門の体制

診療情報管理部門など、コーディングに係る事務作業を行っている部門の体制をご説明ください。例えば、自院で専従の常勤職員を何人配置している、非常勤・派遣職員等を何人配置している、一括で業者に委託している等。

(3) 適切なコーディングに関する委員会について

適切なコーディングに関する委員会について、開催頻度、委員会の構成、内容等についてご説明ください。差し支えなければ、最新の委員会について、具体的にどのようなことが話し合われたのかご教示ください。

また、当該委員会の他に医師や診療情報管理士等のDPC/PDPSコーディングに関する理解を深めるために行っている取り組みや院内で作成しているコーディング指針等があればご教示ください(差し支えなければ提出をお願いいたします)。

(4) コーディングマニュアル案に対するご意見について

現在、DPC評価分科会で取りまとめを行っているDPC/PDPSコーディングマニュアル案に関するご意見を頂戴したいと思います。特に、マニュアル案に従った場合に不具合が発生するケースがないか、他に追加してほしい内容はないか、他にどのような工夫をすればより医療現場で使いやすくなるか等についてご教示ください。

なお、コーディングマニュアルには、現在DPC研究班で取りまとめを行っているDPC/PDPSコーディングガイドに加え、厚生労働省から発出された事務連絡等を追加して取りまとめる予定です。

(5) その他

DPC/PDPSコーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいことがあればご教示ください。