

平成 26 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応について 検討結果 (中間とりまとめ)

平成 25 年 12 月 13 日
診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会
分科会長 小山 信彌

I. 概要

平成 26 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応については、平成 25 年 10 月 16 日の中医協総会において了承された検討事項とスケジュールに基づき、DPC 評価分科会 (平成 25 年 10 月 30 日、同年 11 月 13 日、同年 11 月 27 日、同年 12 月 9 日の計 4 回) において引き続き検討を行った。

今回、以下の検討について一定の結果を取りまとめ、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し
2. 機能評価係数 I・II の具体化 (見直しや追加を含む)
3. 算定ルール等の見直し
4. 退院患者調査の見直し

II. 検討結果の概要

1. 基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し

- II 群の要件のうち【実績要件 3】の算出においては、現時点で最新の外保連試案 (第 8.2 版) を活用することとする。

(考え方)

- II 群の要件【実績要件 1 : 診療密度】について、当該要件をクリアするために後発医薬品から先発医薬品に置き換えるインセンティブがあるのではないかという指摘があったが、機能評価係数 II において後発医薬品の使用割合を評価する指数を導入することになれば後発医薬品を使用する一定のインセンティブが期待されることから、【実績要件 1 : 診療密度】は引き続き現行の評価方法を継続することとし、次回改定以降、後発医薬品の使用割合の動向等を検証しつつ必要に応じて算出方法の見直し等の対応を検討することが妥当である。
- II 群の要件【実績要件 3 : 高度な医療技術の実施】については、最新の医療技術評価を反映させる観点から、現時点で最新の外保連試案 (第 8.2 版) を活用することが妥当である。

- 医療機関群のあり方については、今後の各医療機関の診療実態や医療提供体制のあり方に関する全体の議論を踏まえつつ、次回改定（平成26年度）以降も引き続き検討していくこととしてはどうか。

（考え方）

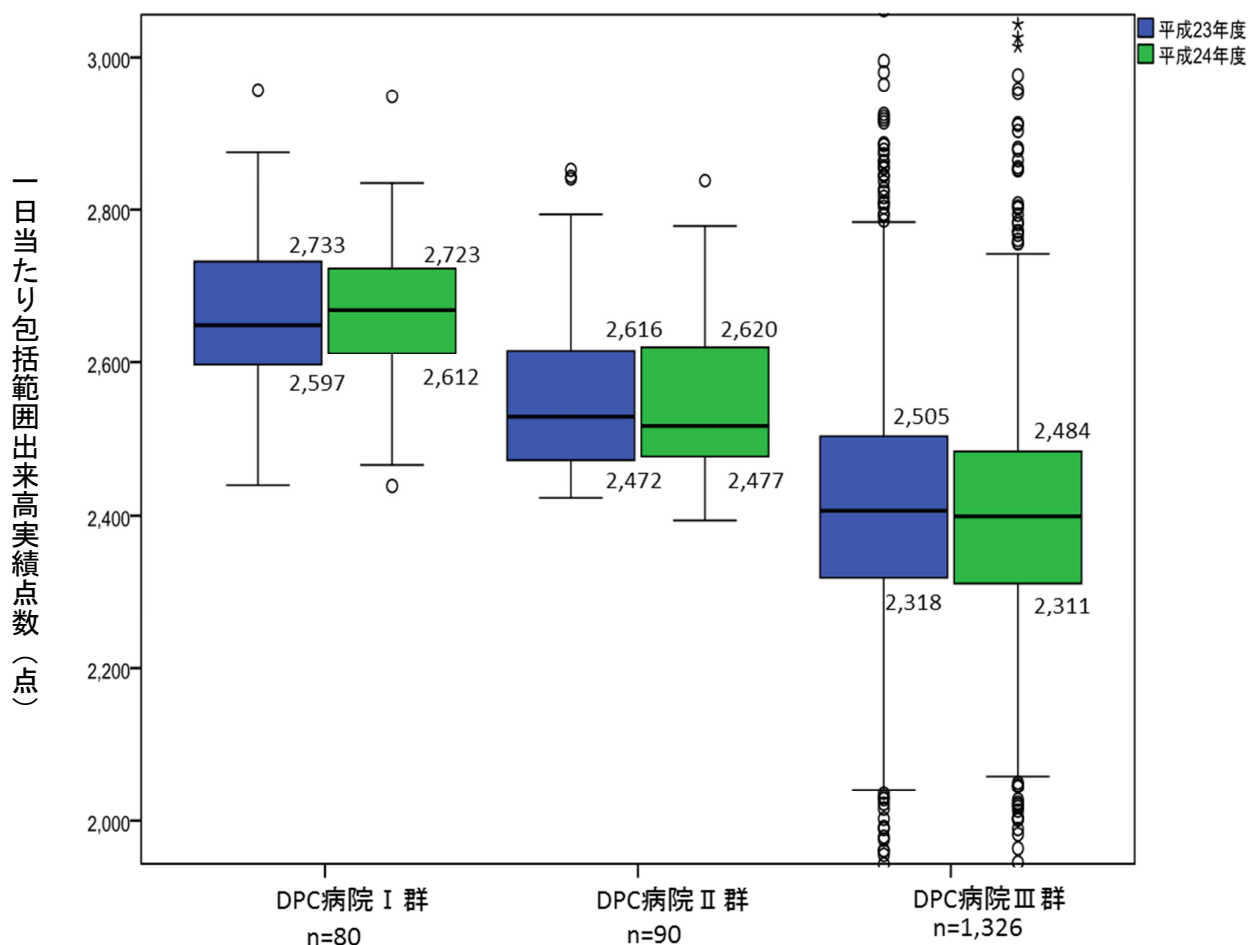
- 平成24年度診療報酬改定において、調整係数の廃止に向けて基礎係数が導入され、基礎係数は医療機関群に分けて設定することとされた。
- 中長期的には、同一基礎係数の対象医療機関について、一定の診療機能や診療密度に収斂していくことが期待される。

（参考：平成23年11月18日 中医協 総-2-2より）

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

- 医療機関群別に診療密度の平成23年度から平成24年度にかけての経年変化について集計を行ったところ、I群においては一定の収束傾向が認められているが、II群・III群においては明らかな収束傾向は認めていない。

【一日当たり包括範囲出来高実績点数（患者数補正後・医療機関群別）】



＜Ⅱ群の実績要件（平成26年度）＞（太字は平成26年改定の修正内容）

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

【実績要件1】：診療密度

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

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

【実績要件2】：医師研修の実施

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

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、地方厚生（支）局へ届け出ている病床数（「医療保険」総数（届出病床総数））により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものと取り扱う。

【実績要件3】：高度な医療技術の実施

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

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

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

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

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

（※）外保連手術指数の算出方法

- **外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。**

（以下続く）

(続き)

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

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

外科医師数	1	2	3	4	5	6	7
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.25	3.25	3.52	3.79	4.06		
D	3.76	6.01	7.01	7.28	7.55	7.82	
E	5.64	9.41	11.66	12.66	12.93	13.20	13.46

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

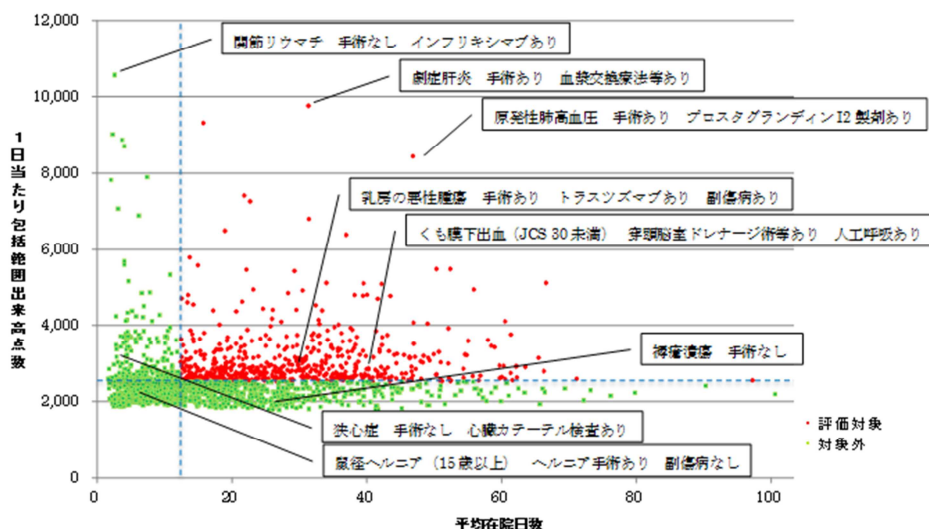
- 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数（重症 DPC 補正後）]

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

重症補正対象DPC



※ 平成 24 年 8 月 24 日、平成 25 年 10 月 16 日の中医協総会における決定事項を反映している。

2. 機能評価係数 I・II について

2-1. 機能評価係数 I

- 機能評価係数 I については、現行の評価方法を継続することとしてはどうか。
(改定全体の方針を踏まえた対応については、今後中医協総会において議論する)

(現行評価の考え方)

- 機能評価係数 I は、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子 (Structure) を係数として評価している。
- 具体的には、出来高評価体系において当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を係数として設定したものであり、対象となる出来高報酬項目は以下の通り。
- ① 入院基本料の補正值
「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基準として、看護配置や病院類型が異なる入院基本料の差額について、機能評価係数 I の加算・減算により対応。
 - ② 入院患者全員に算定できる入院基本料等加算
 - ・ 総合入院体制加算
 - ・ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ・ 臨床研修病院入院診療加算
 - ・ 診療録管理体制加算
 - ・ 医師事務作業補助体制加算
 - ・ 急性期看護補助体制加算
 - ・ 看護補助加算
 - ・ 医療安全対策加算、感染防止対策加算
 - ・ 地域加算
 - ・ 離島加算
 - ・ 病棟薬剤業務実施加算
 - ・ データ提出加算
 - ③ その他 (医療機関毎の機能の違いを評価)
 - ・ 検体検査管理加算 (該当する施設では検査を実施する患者全員に算定)

<現行の機能評価係数 I 一覧>

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院 基本料	入院基本料(7対1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566点/日
	入院基本料(7対1特別)			▲ 0.0689	1,244点/日
	入院基本料(10対1)	0.0701	0.0175		1,311点/日
	入院基本料(10対1特別)			▲ 0.1494	1,040点/日
入院 基本料等 加算	総合入院体制加算			0.0291	120点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0012		40点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0006		20点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0008		30点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0253		810点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0190		610点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0153		490点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0080		255点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0056		180点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0043		138点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0387		160点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0339		140点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0404		109点/日
	看護補助加算2		0.0311		84点/日
	看護補助加算3		0.0207		56点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35点(入院初日)
感染防止対策加算1		0.0125		400点(入院初日)	
感染防止対策加算2		0.0031		100点(入院初日)	
検査	検体検査管理加算(I)		0.0010		40点/月
	検体検査管理加算(II)		0.0024		100点/月
	検体検査管理加算(III)		0.0071		300点/月
	検体検査管理加算(IV)		0.0119		500点/月
経過 措置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

2-2. 機能評価係数Ⅱ

(1) 見直しの概要

- 現行6項目によって評価されている機能評価係数Ⅱについては、下記のとおり見直すこととする。

現行		平成26年改定
① データ提出指数	→見直し	① 保険診療指数(仮)
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	新設	⑦ 後発医薬品指数(仮)

(2) 見直しの内容(案)

① データ提出指数

見直しの概要

- ・ 名称・指数の考え方の見直しについて
- ・ 部位不明・詳細不明コードの使用割合について
- ・ DPCデータの質を評価する新たな評価方法について
- ・ 適切な傷病名を用いたレセプトによる請求
- ・ 適切な保険診療の普及のため取組の評価

【名称・指数の考え方の見直しについて】

- 名称は「データ提出指数」から「保険診療指数」に変更することとし、DPC対象病院における質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・普及のための取組を評価することとする。

(考え方)

- 適切なDPCデータを提出できる医療機関が大半を占めるようになってきたこと、また適切なDPCデータの提出はDPC制度への参加要件となっており、適切な保険診療の一部であることを踏まえ、データ提出指数は適切なDPC調査への参加データの提出も含めた、適切な保険診療の実施や推進を評価する指数に概念を拡大する。

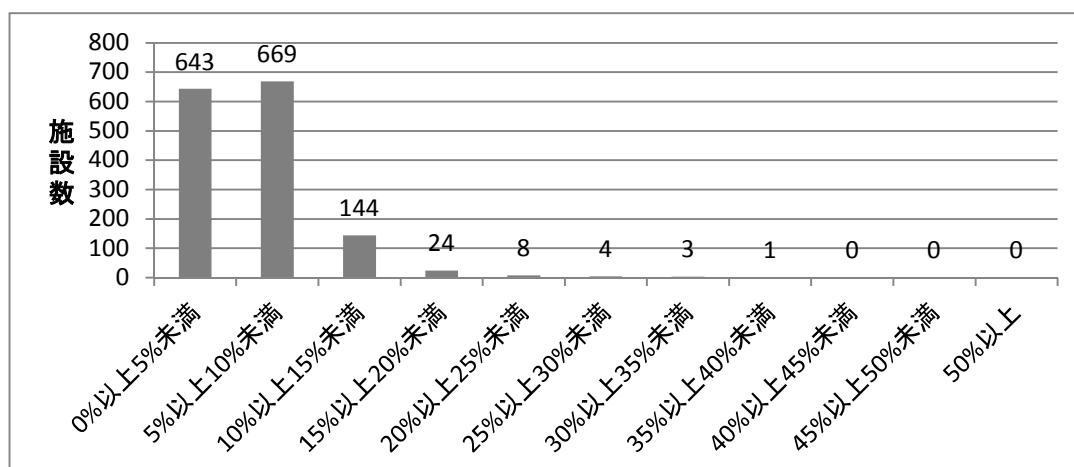
【部位不明・詳細不明コードの使用割合について】

- 現行の通り、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が「20%」以上の場合減算する評価方法を継続する。

(考え方)

- 平成24年度特別調査の結果、当該評価方法によって改善へのインセンティブを認めていることから、当該評価を継続することが妥当であり、減算幅については現行の評価方法のままで良いと考えられる。
- 「部位不明・詳細不明のコード」は、標準病名マスターが対応していないことが原因で一定程度発生してしまう可能性があり、現時点では医療機関の努力のみで解決が難しい点もあることから、現在の「20%以上」という基準をより厳しく設定するのは妥当ではない。
- 「部位不明・詳細不明のコード」の使用をさらに減らしていくためには、標準病名マスターの整備が必要であり、今後対応を検討する必要がある。

(参考：部位不明・詳細不明コードの使用割合による医療機関ヒストグラム)



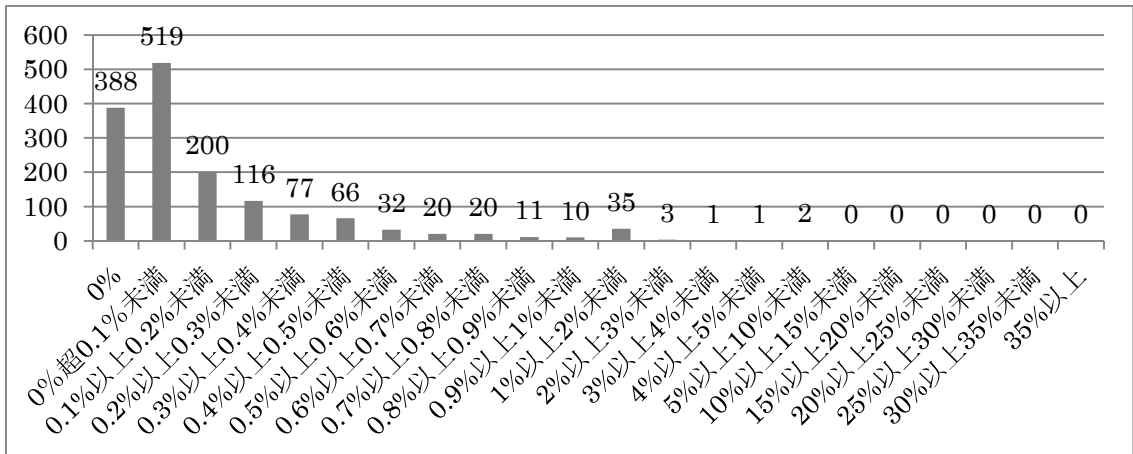
【DPCデータの質を評価する新たな評価方法について】

- DPCデータの質に関して、「様式間の記載矛盾」があるデータの割合が「1%」以上ある場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入することとする。

(考え方)

- 様式間の記載矛盾があるデータは、分析対象として取り扱うことが難しく、DPCデータの質としては低いと考えられることから、提出されたデータのうちそのようなデータが1%以上ある場合は減点する評価方法を導入することが妥当であると考えられる。

(参考：様式間の記載矛盾が認められるデータの割合のヒストグラム)



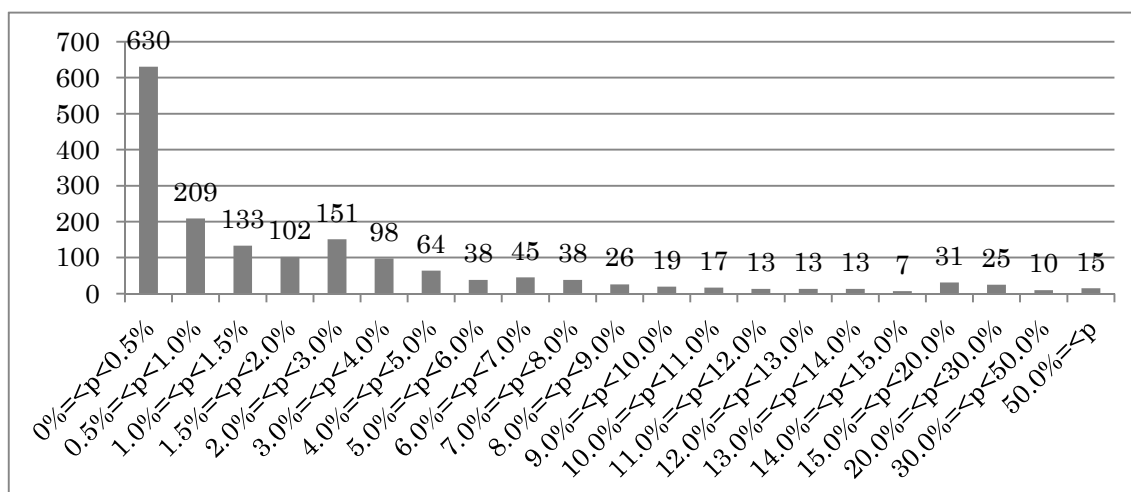
【適切な傷病名を用いたレセプトによる請求】

- 未コード化傷病名の割合が「20%以上」である場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入することとする。
- 未コード化傷病名の使用割合は、DPC データでは算出することができないことから、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用することとする。

(考え方)

- 「規制改革推進のための3カ年計画（平成21年3月31日閣議決定）」に基づき、厚生労働省は原則として傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトにより請求をするよう周知しているが、傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率は、全体としては減少傾向であるものの、依然として非常に高い医療機関がある。
- ICD-10 コードの「部位不明・詳細不明コード」の使用割合の基準をクリアするために、あえて未コード化傷病名を用いて病名を入力する事例が存在することも指摘されていることから、適切な ICD コーディングを推進する上でも、未コード化傷病名の使用割合による評価方法を導入することが妥当である。
- DPC データにはレセプト電算の傷病名コードは含まれておらず、未コード化傷病名の使用割合を把握することはできないため、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用する必要がある。

(参考: 全国の DPC 対象病院+準備病院の未コード化傷病名率のヒストグラム)



【適切な保険診療の普及のため取組の評価】

- I 群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した（出向させた）場合、指数を一定程度加算する評価方法を導入することとする。

※ 厚生労働省指導医療官について

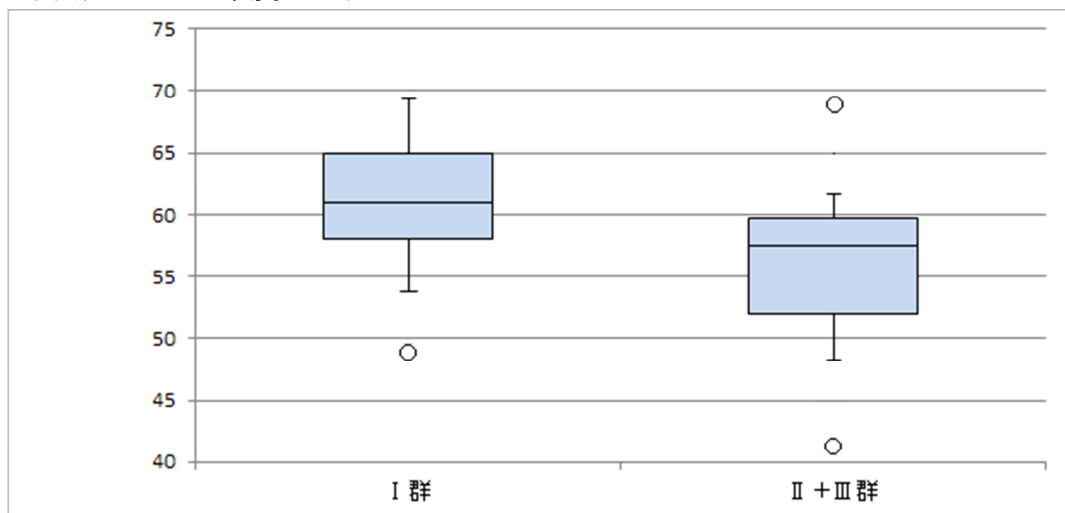
厚生労働省職員として、保険診療に関する指導（保険者、審査支払機関、保険医療機関等に対する診療報酬の疑義解釈、点数表解釈等に関する指導や助言）、指導監査業務を行う。

(考え方)

- 医療保険制度を熟知した医師を養成し適切な保険診療に関する教育の普及を図る必要があるが、日常的な診療を行うのみでは一定の限界があると考えられることから、一定期間保険行政にたずさわることが望ましいと考えられる。
- 過去3年間の特定共同指導・共同指導における主な指摘の件数群別に比較した結果、I 群病院（大学病院本院）は研修医数が多く教育的機能が期待されているにもかかわらず指摘事項が比較的多いことから、特に I 群病院（大学病院本院）において適切な保険診療の実現が必要であると考えられる。
- I 群病院のうち、保険指導医を派遣している医療機関は DPC データの質が高い傾向が認められており、保険行政に協力することは保険診療の質を高める上で有効であることが示唆されている。
- DPC 評価分科会においては、病院の中には自分が保険医であることを知らな

い医師もおり適切な保険診療を普及するための取組を評価すべきであるという意見、実行性のある形で評価するには派遣された後に当該病院で研修に携わることを義務づける必要であるという意見、適切な保険診療の普及のためには研修制度などの直接的な取組を評価するべきではないかという意見があった。

(特定共同指導・共同指導における平均指摘事項数の分布・医療機関群別※1)
(平成23～25年度※2)



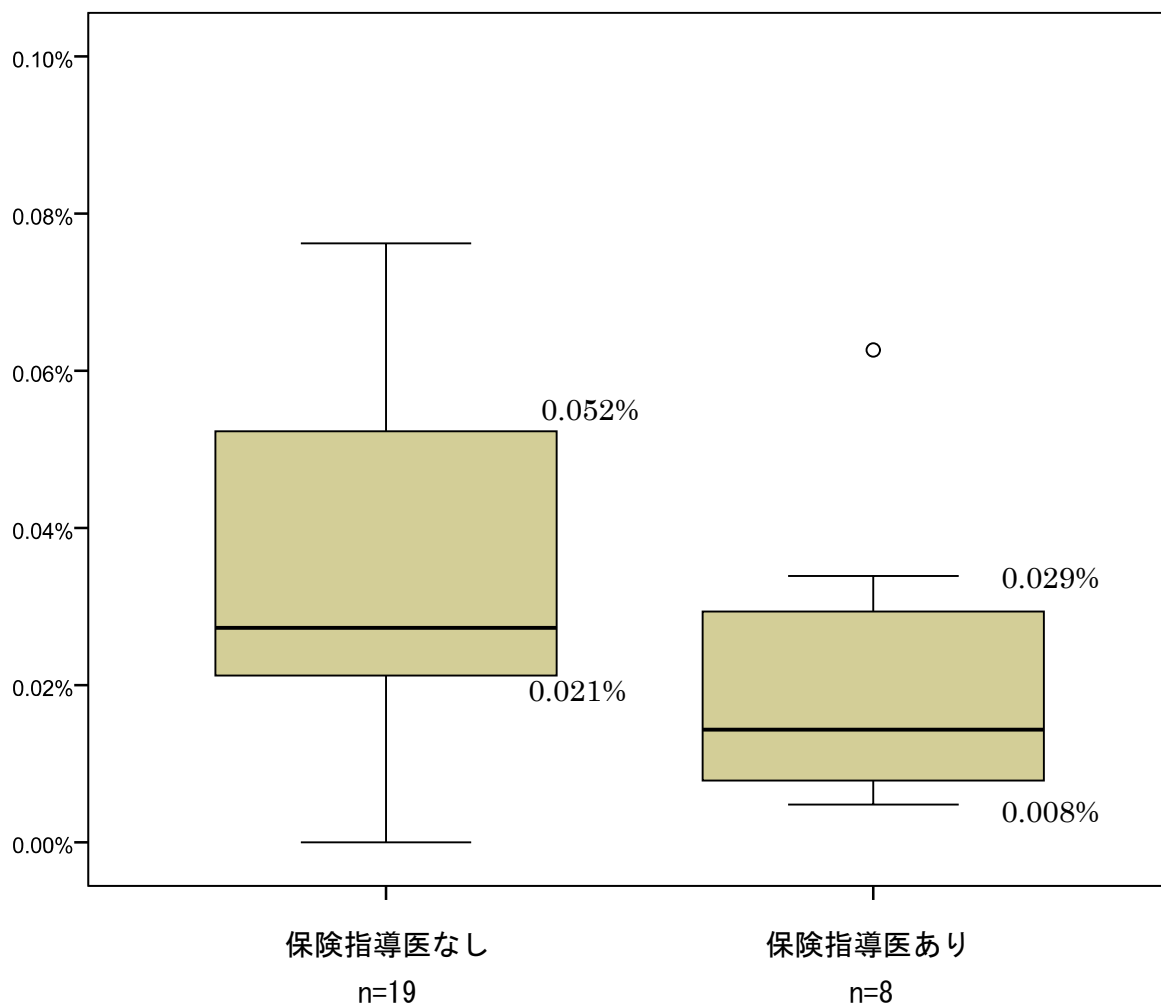
※1 I 群 II + III 群共に n=14

※2 25 年度は指導が終了し指摘内容確定したもののみ含む。

※3 ベッド数と医師数の平均値・医療機関群別

	I 群	II 群 + III 群
平均ベッド数	804	590
平均常勤医師数	417	157
非常勤	202	35
研修医	66 ○	26

(保険指導医有無別様式間の矛盾割合比較 (DPC病院 I 群))



(※ 関東信越厚生局管内の DPC 病院 I 群で集計)

(※ 保険指導医は「非常勤」で採用される職員である)

(3) その他の検討結果について

【副傷病名の適切な記載について】

(考え方)

- 副傷病名については、より精緻な DPC 点数表の設計に向けて、質の高い傷病名（医療資源投入量や在院日数に影響を与える傷病名）の記入が求められるため、機能評価係数による評価の導入について検討を行ったが、質を担保する適切な指標がない限り質の低い傷病名の記入が増えるだけの結果となってしまう可能性があることから、次回改定での機能評価係数による評価は見送ることとし、まずは医療機関に副傷病名の適切な記載を周知していくことが妥当であると考えられる。
- 様式 1 において記入可能な傷病名の個数が制限されていること（現行では「入院時併存傷病名（4つ）」「入院後発症傷病名（4つ）」）が適

切な副傷病名の記載を妨げている可能性があり、記載可能な傷病名の個数を増やすことについても検討する必要があると考えられる。

⑤ 救急医療指数

- ヒアリング調査の結果を踏まえ、救急医療指数の評価の対象となるような重症症例をより公平に評価するため、レセプト審査との整合性を高めることを目的とし、評価対象患者の選定において、現行の「様式1の救急医療入院の有無」に加え、「重症な患者が算定すると考えられる入院料（A205 救急医療管理加算、A300 救命救急入院料等）を入院初日から算定していること」を追加する。

（考え方）

- 救急医療指数は、救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価する指数であるが、平成25年度特別調査（ヒアリング調査）において、予定外入院の患者の重症度の判断は医療機関によって大きなばらつきがあると考えられたことから、当該指数の評価対象となる患者の選定に係る公平性を高める観点から、現行の様式1の「救急医療入院」ありに加えて、重症な患者が算定すると考えられる入院料を入院初日から算定している患者に対象を限定して評価する。

⑥ 地域医療指数

見直しの概要

- ・ 体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について
- ・ 「⑧がん拠点病院」における小児がん拠点病院の追加
- ・ 「⑧がん拠点病院」における地域がん診療病院、特定領域がん診療病院（平成27年度からの導入を検討）
- ・ 「⑤災害時における医療」新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定（平成27年度からの導入を検討）
- ・ 評価上限ポイントの群別設定

【体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について】

- 都道府県へアンケート結果等に基づき、現行の10項目による評価方法に加え、「急性心筋梗塞の24時間診療体制」と、「精神科身体合併症の受入体制」の評価項目を追加し、計12項目で評価することとする。

(考え方)

- 体制評価指数については、現行の評価対象（4 疾病・5 事業）に「精神疾患」「在宅医療」を加えた「5 疾病・5 事業＋在宅医療」を評価対象として、入院医療において客観的な評価が可能な評価方法の導入について検討した。
- 「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について（医政局指導課）」において、急性心筋梗塞を 24 時間専門的な診療を行う体制を構築することとされていることから、時間外で急性心筋梗塞の治療を行った実績が一定以上ある医療機関を評価することとする。
- 「精神科救急医療体制に関する検討会報告書」において、精神科を有する救急対応可能な総合病院は、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患の患者等の受け入れが期待されていること、また平成 24 年度退院患者調査の結果報告において精神病床を併設する病院と併設しない病院を比較した場合、併設あり病院の方が当該病院の一般病床における精神疾患を有する患者の受け入れが活発である傾向が示されていることから、「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価する。

(参考：平成 24 年度退院患者調査の結果報告より)

※ 一般病床に入院する精神合併症ありの患者数を集計。

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

【「⑧がん拠点病院」における小児がん拠点病院の追加】

【「⑧がん拠点病院」における地域がん診療病院、特定領域がん診療病院（平成 27 年度からの導入を検討）】

- 現行の 10 項目については、「小児がん拠点病院」の評価の追加の見直しを行う。
- 平成 26 年度以降に「地域がん診療病院」および「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを今後検討することとする。

(考え方)

- 「小児がん拠点病院」は、平成 25 年 2 月に指定されたことから新たに評価対象とすることとする。また現行の評価方法においては、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院を評価対象（Ⅲ群に限る）としているが、平成 26 年度以降に「地域がん診療病院」および「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを今後検討することとしてはどうか。

【「⑤災害時における医療」新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定（平成 27 年度からの導入を検討）】

- 体制評価指数の「⑤災害時における医療」において、災害拠点病院に加え、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき都道府県から指定地方公共機関に指定された医療機関を評価することとする（平成 27 年度からの導入について平成 26 年度以降に検討）。

(考え方)

- 災害対策基本法に基づく災害対策と同様に、新型インフルエンザ等対策特別措置法においては、都道府県は指定地方公共機関（医療機関を含む）の指定等により新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備することとされていることから、現行の災害拠点病院に加え、新型インフルエンザ等の対応のために都道府県から指定地方公共機関として指定された医療機関についても評価対象とする。

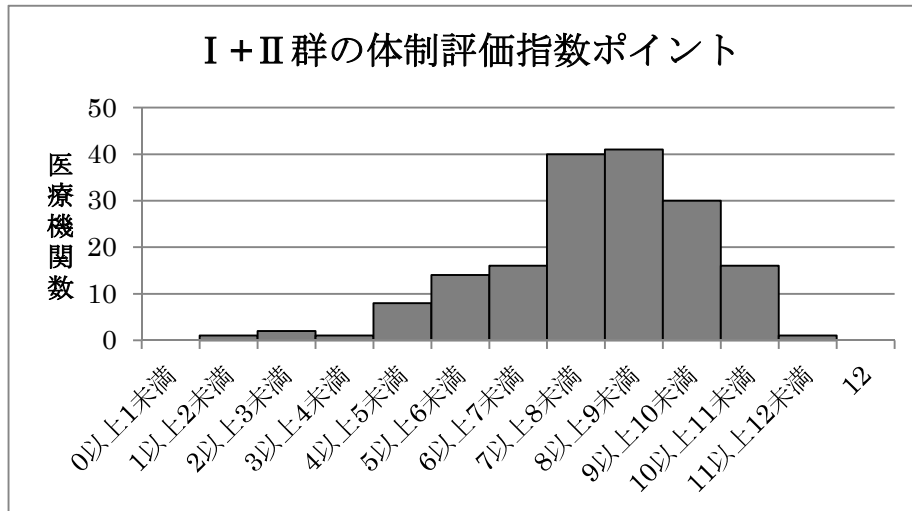
【評価上限ポイントの群別設定】

- 体制評価指数の評価上限ポイント（現行は 10 項目中 7 ポイント）は、医療機関群別に設定する。
（例：Ⅰ群・Ⅱ群は 12 項目中 10 ポイント、Ⅲ群は 12 項目中 8 ポイントとする）

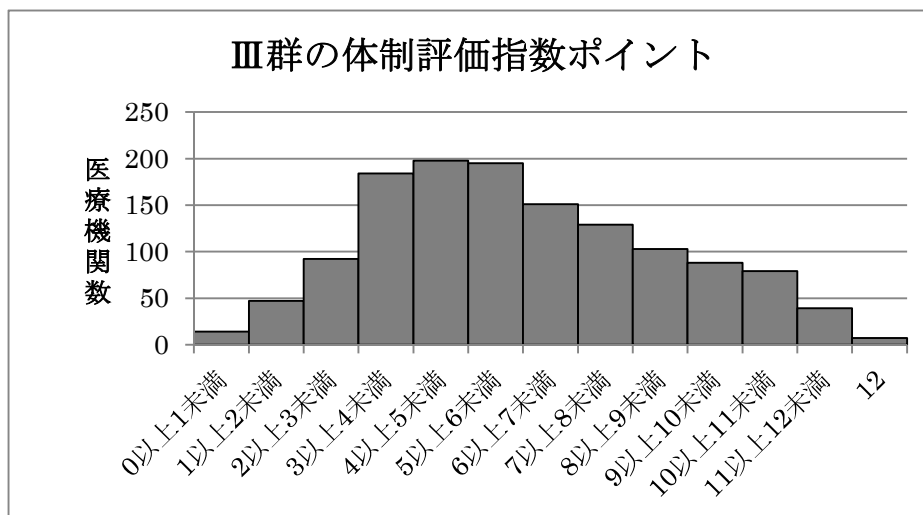
(考え方)

- 体制評価指数については、各 DPC 病院が「5 疾病・5 事業」全てに係る体制を構築する必要はないと考えられることから、ポイントの評価上限を設定することが妥当であると考えられるが、地域において中核的な役割を果たすと考えられるⅠ群・Ⅱ群病院については、Ⅲ群より高い評価上限を設定することが妥当であると考えられる。

(平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション(上限 12 ポイント))



	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00



	III 群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

<⑥地域医療指数 見直しのイメージ>

現行		平成 26 年改定	
体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計 10 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 評価上限値を設定 	体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>計 12 項目</u> ・ 一部実績を加味 ・ <u>群別に</u>評価上限値を設定
定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外	定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外

<地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ（項目の位置づけ）>

【考え方】5 疾病・5 事業＋在宅医療に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。

		医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
● 5 疾 病	がん	②がん地域連携	⑧がん拠点病院	③地域がん登録
	脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24時間t-PA体制	—
	急性心筋梗塞	—	⑪24時間診療体制	—
	糖尿病	—	—	—
	<u>精神疾患</u>	—	⑫精神身体合併症の受入体制	—
● 5 事 業	救急医療	—	④救急医療	—
	災害時における医療	—	⑤災害時における医療（＋災害拠点病院）	⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）
	へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
	周産期医療	—	⑦周産期医療	—
	小児医療	—	—	—
<u>在宅医療</u>				

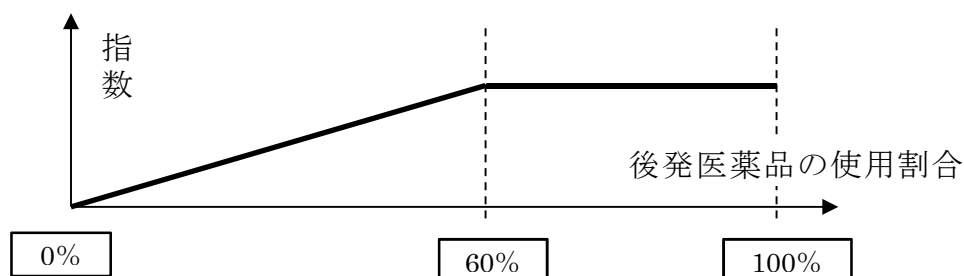
赤字（下線）：新規項目

黄色：実績評価の要素を加味する項目

⑦ 後発医薬品指数

- 後発医薬品の使用割合による評価方法を、7項目の新たな指数として導入する。
- 評価対象となる薬剤の範囲は、ヒアリング調査等に基づき、当該医療機関の入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分(※)）とする。
（※出来高部分：DPC 包括対象外となる退院時処方、手術中に使用される薬剤等。）
- DPC データを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かし、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である 60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価する。

〔評価のイメージ（案）〕



（考え方）

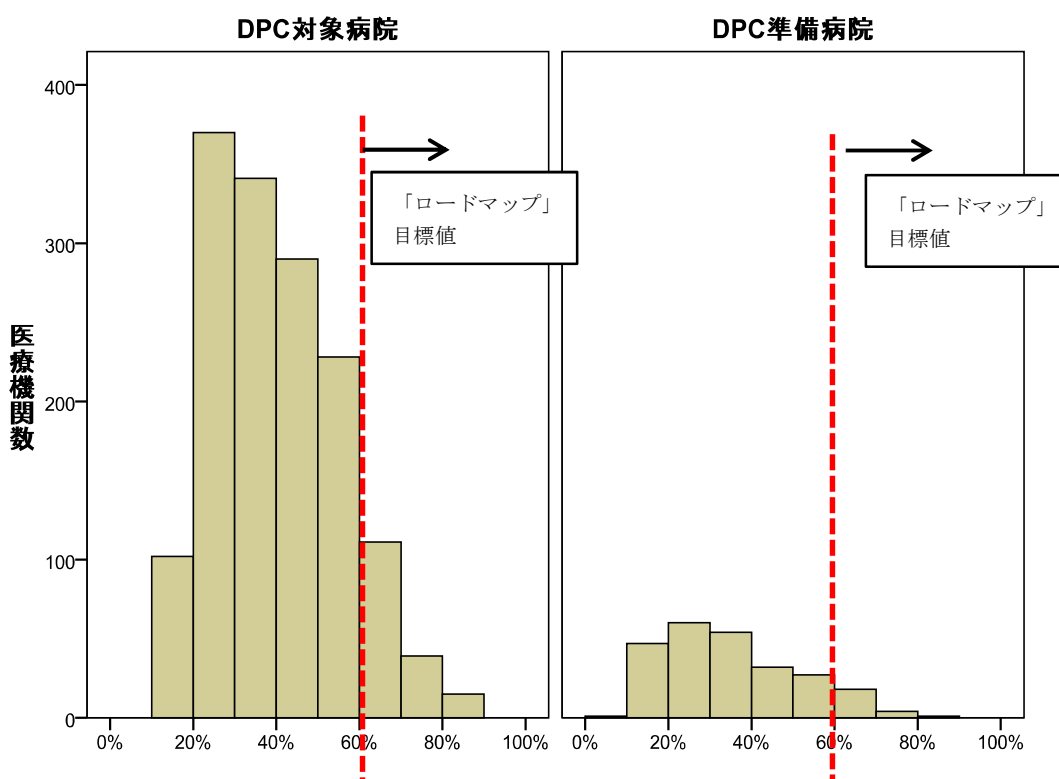
- 後発医薬品の使用割合による評価方法については、当初は「効率性指数」に含める形で提案されたが、効率性指数は平均在院日数を評価する重要な指数であり、また後発医薬品を使用することは「効率性」という概念とは違うのではないかという指摘があったこと等に基づき、別建ての指数として評価することが妥当であると考えられる。
- DPC 包括部分の後発医薬品の使用割合を係数で評価するのは二重評価ではないかという指摘があり、出来高部分に評価対象を限定するという提案があったが、包括部分・出来高部分に限らず国全体として後発医薬品の使用割合 60% を目指すというロードマップが示されていること、また、ヒアリング調査の結果、後発医薬品の使用割合が高い病院では包括になるのか別途出来高算定可能なのかということの特を意識せずに切り替えていることが判明したことから、包括部分・出来高部分を合わせた入院医療で使用される全薬剤を対象とすることが適切であると考えられる。

【参考：後発医薬品使用割合（新指標）に関する基礎集計】

	包括部分後発医薬品使用割合	出来高部分後発医薬品使用割合	全体
DPC 対象病院	40.7%	30.1%	37.2%
DPC 準備病院	34.2%	28.3%	32.5%
全体	40.3%	30.0%	36.9%

【包括部分と出来高部分の薬剤の数量比】

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



<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）>（赤字は平成26年改定の修正内容）

評価対象データは※平成●年●月●日～平成●年●月●日（●ヶ月間）のデータ

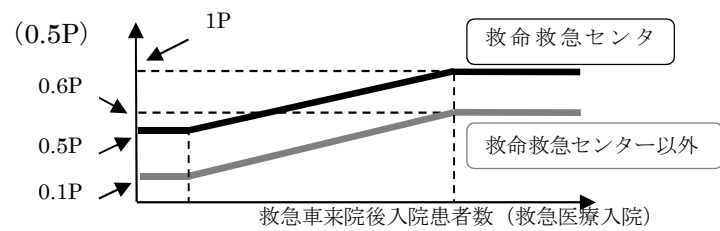
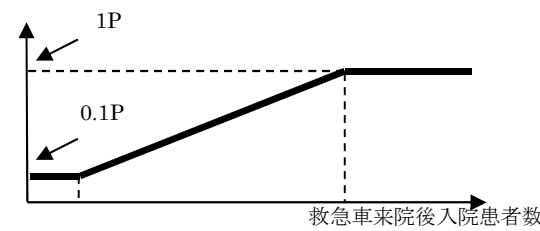
<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) データ提出指数 ⇒ <u>保険診療指数（仮）</u>	<u>DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価</u>	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① <u>適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価）</u> 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減じる。</p> <p>② <u>適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価）</u> <u>当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を●●点減算する。</u></p> <p><u>i 様式1の親様式・子様式</u> <u>データ属性等（郵便番号、性別、生年月日）の矛盾</u></p> <p><u>ii 様式1とEFファイル</u> <u>様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾</u></p> <p><u>iii 様式4とEFファイル</u> <u>様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾</u></p> <p><u>iv DファイルとEFファイル</u> <u>記入されている入院料等の矛盾</u></p> <p>③ <u>適切な傷病名コードによるレセプトの請求</u> <u>当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を●●点減算する。</u></p> <p>④ <u>適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（I群のみ）</u> <u>I群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一年間派遣した場合、当該評価を●●点加算する。</u> <u>（保険指導医、審査支払機関の審査員の派遣については今後検討する）</u></p>

2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を 1 入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕 / 〔全 DPC 数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</p>
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	<p><u>1 症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕</u></p> <p><u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</u></p> <p><u>「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>「A205 救急医療管理加算」</u> ・ <u>「A300 救命救急入院料」</u> ・ <u>「A301 特定集中治療室管理料」</u> ・ <u>「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」</u> ・ <u>「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」</u> ・ <u>「A301-4 小児特定集中治療室管理料」</u> ・ <u>「A302 新生児特定集中治療室管理料」</u> ・ <u>「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」</u> <p><u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</u></p> <p><u>「救急医療入院」の患者</u></p>

<p>6) 地域医療指数</p>	<p>地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="869 215 1998 561"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数 (内訳)</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 体制評価指数</td> <td></td> <td rowspan="2">1/2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <u>計 12 項目 (各 1 ポイント)</u> <u>I・II 群は評価上限●ポイント</u> <u>III 群は評価上限●ポイント</u> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数</td> <td>1) 小児 (15 歳未満)</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外 (15 歳以上)</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数 (評価に占めるシェアは 1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価 (計 <u>12</u> 項目、詳細は次ページの別表 2 参照)。一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値を <u>I 群は●ポイント、II 群は●ポイント</u> とする。</p> <p>② 定量評価指数 (評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ) 〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕 を 1) 小児 (15 歳未満) と 2) それ以外 (15 歳以上) に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】 DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院 III 群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数 (内訳)		評価に占めるシェア	① 体制評価指数		1/2	<u>計 12 項目 (各 1 ポイント)</u> <u>I・II 群は評価上限●ポイント</u> <u>III 群は評価上限●ポイント</u>		② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4	2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4
地域医療指数 (内訳)		評価に占めるシェア													
① 体制評価指数		1/2													
<u>計 12 項目 (各 1 ポイント)</u> <u>I・II 群は評価上限●ポイント</u> <u>III 群は評価上限●ポイント</u>															
② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4													
	2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4													
<p><u>7) 後発医薬品指数 (仮)</u></p>	<p>各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価</p>	<p><u>当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア (= [後発医薬品の数量] / [後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量]) により評価。</u> (※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。)</p>													

別表 2

＜地域医療指数・体制評価指数別表 2＞地域医療計画等における一定の役割を 12 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限は●ポイント）。

評価項目 (各 1P)	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
①脳卒中地域連携 (DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味)	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名 (例：脳梗塞等) である患者数〕 で評価 (実績に応じて 0~1P)	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 (I)」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料 (II)」のいずれかの施設基準を取得していることを評価 (1P)
②がん地域連携 (DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名 (例：胃の悪性腫瘍等) である患者数〕 で評価 (実績に応じて 0~1P)	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価 (1P)
③地域がん登録 (実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数 (当該都道府県内の患者分に限る)〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名 (例：胃の悪性腫瘍等) である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕 で評価 (実績に応じて 0~1P)	
④救急医療 (実績評価を加味)	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価 (0.5P)、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価 (0.1P)。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価 (0.1P)
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数 (救急医療入院に限る) 	救急車で来院し、入院となった患者数 (0.9P) 

評価項目 (各 1P)	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関 (※)</u> の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価 (0.5P ずつ) <u>(※) 平成 27 年度以降に導入すること平成 26 年度以降検討する</u>	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関 (※)</u> の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価 (いずれかで 1P) <u>(※) 平成 27 年度以降に導入することを平成 26 年度以降検討する</u>
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価 (いずれかで 1P)	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価 (1P) 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価 (いずれかで 1P)
⑧がん拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> 「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「<u>小児がん拠点病院の指定</u>」を重点的に評価 (1P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.5P) 準じた病院 (右欄※参照) としての指定は評価対象外 (0P) 	「がん診療連携拠点病院の指定」、 <u>「小児がん拠点病院の指定」</u> もしくはそれに準じた病院 (※) としての指定を受けていることを評価 (いずれかで 1P) ※都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。 <u>(今後「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを平成 26 年度以降検討する。)</u>
⑨24 時間 tPA 体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価 (1P)	
⑩EMIS (広域災害・救急医療情報システム)	EMIS (広域災害・救急医療情報システム) への参加の有無を評価 (1P)	
<u>⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制</u>	<u>医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算 (特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等 (K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2) のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価 (実績に応じて 0~1P)</u>	
<u>⑫精神科身体合併症の受入体制</u>	<u>「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価 (1P)</u>	

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

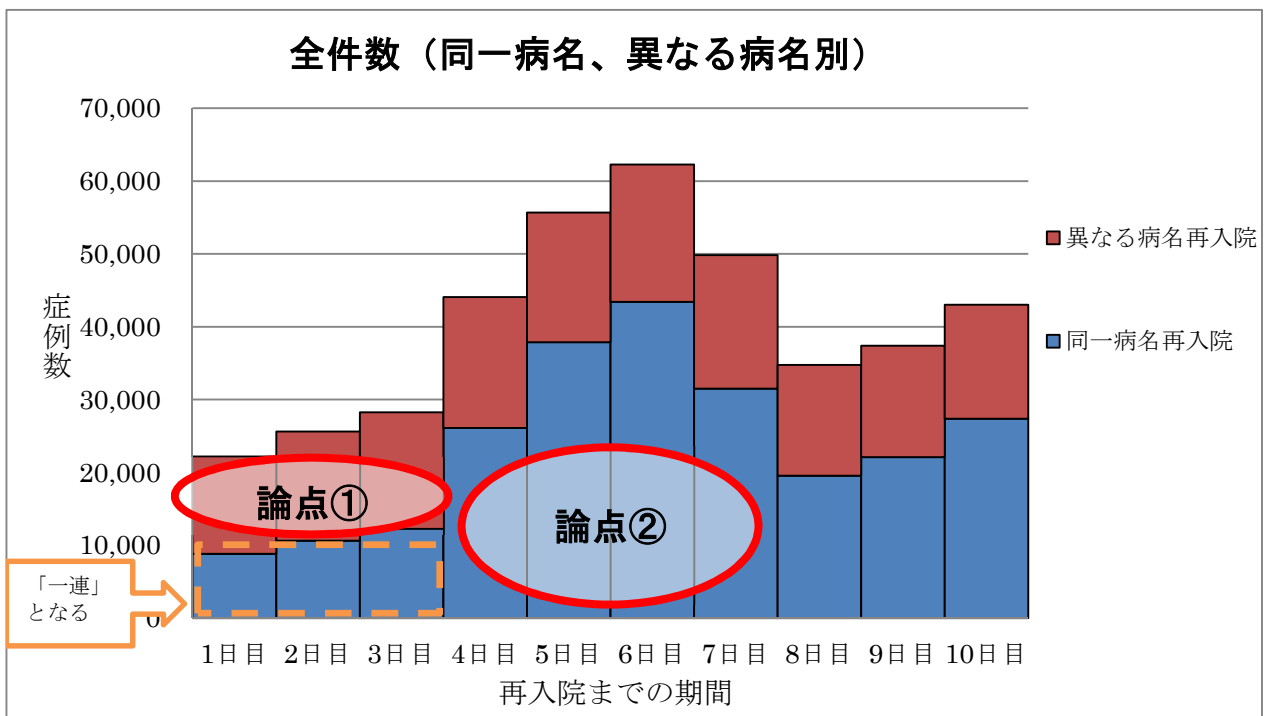
3. 算定ルール等の見直し

(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」のDPC上2桁コード（MDC：主要診断群）が一致するものについて、「一連」と見なすこととする。（現行は上6桁コードで判断している）
- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載する。
- 「7日」以内の同一病名の再入院は、「一連」として取り扱うこととする（現行は「3日」以内）。
- 再入院時に悪性腫瘍にかかる化学療法を実施する症例については、当該ルールの適用を除外することとする。なお、その場合は化学療法を実施した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。
- 「一連」と見なされる再入院における退院期間の日数は、入院期間とはみなさない。
- 「7日」に延ばすことによる8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に検証することとする。

(考え方)

- 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルール（いわゆる「3日以内再入院ルール」）については、平成20年改定の際に、患者を短期間退院させ単価の高い特定入院期間Iを繰り返し算定する事例に対応するために導入された。
- 以下の観点から、3日以内再入院ルールに関する見直しの検討を行った。
 - 論点①：1～3日目に再入院した際の傷病名の意図的な操作によるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか
 - 論点②：同一病名で4日目以降に再入院した患者について、再入院の時期を意図的に操作することによるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか



- 1～3日の再入院のうち、異なる病名の再入院は、平成20年以降増加傾向を認めており、また4～7日の同一病名の再入院については1～3日、8～10日の同一病名再入院と比較し件数が突出して多くなっている。

[論点①に関して]

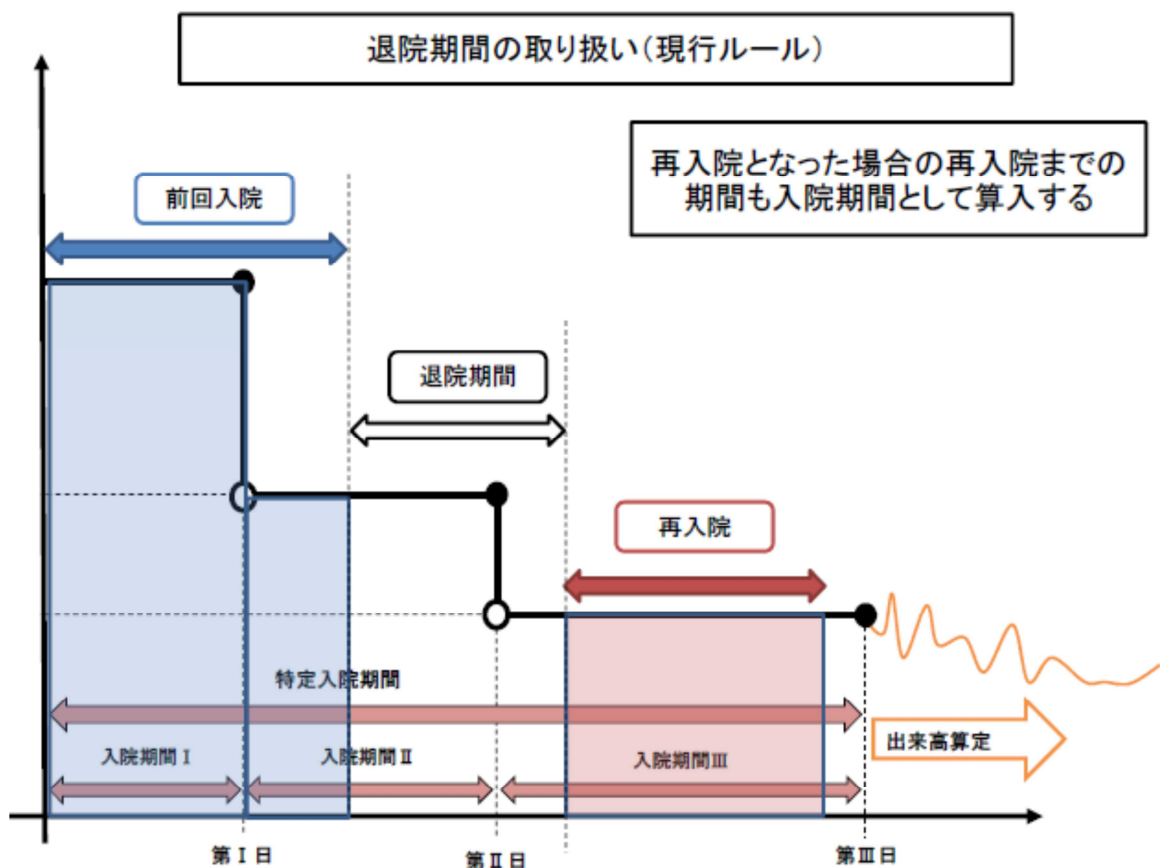
- 再入院時の「最も医療資源を投入した病名」によって「一連」であるか否かを判断することについて検討を行ったが、退院時まで「一連」と判断されるか否かが確定しないことにより、差額調整が困難になる事例（一連と見なされることで特定入院期間が短くなり、前月分のDPCレセプトの請求を出来高レセプトに変更する必要がある場合等）が多く発生すると考えられることから、再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって判断する現行の考え方を維持することが妥当であると考えられる。
- 傷病名の意図的な操作による入院期間のリセットに対応するため、一連とみなされるか否かについては現行のDPC上6桁からDPC上2桁コードが同一であるかによって判断することとし、前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載することが妥当である。

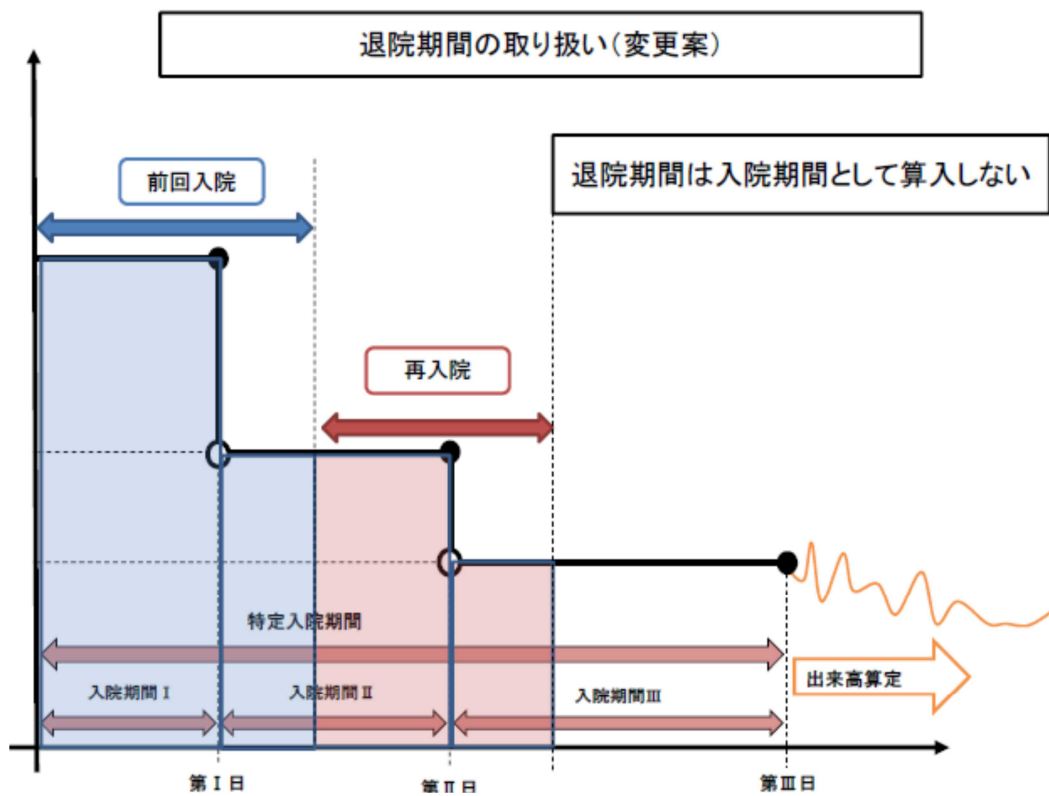
[論点②に関して]

- 退院患者調査の「再入院調査」によると4～7日以内の再入院のうち「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」、「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」といった理由による再入院が2割以上を占めており、これらについては一連の入院とみなして差し支えないと考えられることから、当該算定ルール適用は現行の「3日」から「7日」に延長することが妥当であると考えられる。

- 悪性腫瘍にかかる症例のうち、「手術」や「放射線治療」を実施する入院については、技術料がDPC 包括対象外であり出来高算定可能であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことによる影響は比較的小さいと考えられるが、「化学療法」については薬剤料がDPC 包括対象であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことで適切な化学療法の費用が償還されない事例も多く発生すると考えられることから、当該ルールの適用から除外する必要がある。
- 再入院ルールの適用を7日に延長することで、短期間（数日間）退院可能な患者を退院させるインセンティブがなくなってしまう可能性に配慮し、退院期間の日数は入院期間として算入しないことが妥当であると考えられる。





- 「7日」に延ばすことによる在院日数への影響や、8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に評価することが必要であると考えられる。

(2) 持参薬について

- 入院の契機となる疾患に対して使用する薬剤を患者に持参させて使用することが望ましくないことを DPC/PDPS として明確化するため、下記のような規定を設けることとする。

DPC 対象病院は、当該病院に入院することが予め決まっている患者に対し、当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方すること等によって患者に持参させ入院中に使用してはならない（特段の理由がある場合は診療録に記載すること）。

（例：がんの治療を目的に予定入院する患者に対し、内服の抗がん剤や制吐薬を外来で処方し患者に持参させ、入院中に使用してはならない。）

- 持参薬の使用に関する医療機関ごとの状況についてより正確に把握するため、退院患者調査の様式 1 によって調査することとし、必要に応じてナショナルデータベース等のレセプト情報の活用を今後検討することとする。

(考え方)

- 平成 25 年度特別調査（ヒアリング調査）の結果、以下の持参薬は院内採用薬以外の治療を可能にする側面があり、例えば大学病院のように総合的な診療体制が整っている医療機関においては問題となりにくいが、専門病院等では当該病院にない診療科の治療を入院中も継続する際には持参薬が必要となる場合があるという意見があった。
- 入院の契機とは直接関係のない疾患に対する薬剤については、特に中小病院の場合院内採用がされていないこと等により持参薬が必要となる事例も多いと考えられるが、入院の契機となる疾患に対する薬剤については通常は院内処方が可能であると考えられる。
- 院内処方が可能な薬剤を外来で処方すること等によって患者に持参させることは、患者の負担を増加させ、またそのような処方を行わない他の DPC 病院と比較し診療報酬上不平等であり、不適切であると考えられることから、DPC/PDPS の運用上望ましくない行為であると考えられる。

(3) その他の検討結果について

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

- 心臓カテーテル検査や内分泌検査は高額な薬剤や材料を用いる検査であり、診療報酬上のメリットから特定入院期間を超え出来高算定期間となってから実施する事例があるのではないかという指摘があったが、DPC データ上、平均的な施設であっても一定程度は特定入院期間を超えてから初めて行われており、一律に算定を禁止することは妥当ではないと考えられること、また悪性腫瘍患者に対する化学療法に適用されている現行の当該ルールについても一定程度請求や審査に負荷がかかっており、これ以上の複雑化はデメリットが大きいと考えられたことから、次回改定（平成 26 年度）で心臓カテーテル検査等に同ルールを導入するのは見送ることとし、引き続き動向を注視していくこととする。

4. 退院患者調査の見直し

- DPC/PDPS の導入の評価・影響の検証等を行うため、(1) 診断群分類の妥当性の検証、(2) 診療内容の変化等及び(3) 医療機関の機能の変化、を評価するため、退院患者毎の診療情報及び診療報酬請求情報からなる退院患者提出データに基づく分析調査（いわゆる「退院患者調査」）を実施しており、退院患者調査では把握が困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。

【参考】「DPC 導入の影響評価に係る調査」について

	調査内容
「退院患者調査」	当該病院で診療している患者に関する病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査
「特別調査」	中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

(1) 退院患者調査の各様式の見直しについて

- 退院患者調査は、以下の様式により構成されている。

【参考】退院患者調査の様式

様式名	内容
様式 1	簡易診療録情報
様式 3	施設情報
様式 4	医科保険診療以外の診療情報
D ファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報
EF 統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報
外来 EF 統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報

① 様式 1（簡易診療録情報）

- 下記の表の通り見直しを行うこととする。

【既存項目の見直し】

項目名	内容	考え方
3. 入退院情報 (6) 入院経路	下記の通り変更する 0 院内の他病棟からの転棟 1 家庭からの入院 4 他の病院・診療所の病棟からの転院 5 介護施設・福祉施設に入所中	・厚生労働省統計情報部が実施している「患者調査」と整合性をとり、入院経路をより精緻に調査する。 ・また、肺炎の診断群分類において医療・介護関連肺炎（NHCAP）が区別できるようになるため、重症度分

	8 院内で出生 9 その他	類に活用できる可能性がある。
(11) 退院先	下記の通り変更する 0 院内の他病棟への転棟 1 家庭への退院（当院に通院） 2 家庭への退院（他院に通院） 3 家庭への退院（その他） 4 他の病院・診療所の病棟への転院 5 介護老人保健施設への入所 6 介護老人福祉施設への入所 7 社会福祉施設への入所 8 終了（死亡等） 9 その他	上記に同じ
5. 手術情報 (7) (14) (21) (28) (35)) 麻酔	「脊椎麻酔＋硬膜外麻酔」を追加	・脊椎麻酔と硬膜外麻酔を同時に行う症例に対応するため。
5. 手術情報 (33) 手術側数	「左右の区別のないもの」を追加する	・現行では、胃等左右の区別のない臓器に対する手術に対応するため。
6. 診療情報 (19) Hugh-Jones 分類 (20) NYHA 分類	肺高血圧症の重症度調査は(19)から(20)に変更する	・肺高血圧症ガイドライン（日本循環器学会）の2012年改訂版に基づき、肺高血圧症の重症度分類の調査をNYHA分類に変更する。

【新規項目の提案】

項目名	内容	考え方
3. 入退院情報	入院前と退院後の在宅医療の有無 0 無 1 当院が提供 2 他施設が提供 9 不明	・DPC病院における在宅医療の実施の有無と、DPC病院以外における在宅医療に係る連携の状況を明らかにするため、入院の前後における在宅医療の実施状況について調査する。 【参考：患者調査における在宅医療】 以下の①～③に該当するものを指す。 ①往診 ②訪問診療 ③医師・歯科医師以外の訪問
6. 診療情報	抗リウマチ分子標的薬の初回治療の有無	・初回と2回目以降で投与量が大幅に異なるため、初回治療の有無で医療資源投入量が異なるか否かについて調査し、必要に応じて当該調査項目に基づき分岐を設定する。

6. 診療情報	介護保険の主治医意見書に活用されている「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」 0 無し 1 I～II 2 III～IV・M	・認知症による介護が必要な患者については医療資源投入量や在院日数が異なるか否かについて調査する。 ・65歳以上の患者又は40歳以上の介護保険が適用されている患者で、疾患による一時的な変化を除外した入院時の患者の平素の状態を調査する。
6. 診療情報	入院時と退院時の褥瘡の深さ（DESIGN分類のD0～D5を入力）	・入院前の褥瘡（いわゆる持ち込み褥瘡）の有無、及び急性期病棟における褥瘡の発生率等に関する基礎データを収集する。
6. 診療情報	持参薬の使用の有無 0 持参薬を使用していない 1 自院で処方された持参薬を使用 2 他院で処方された持参薬を使用 3 自院・他院で処方された持参薬両方を使用	・予定入院の症例について、持参薬の使用状況を調査する。

② 様式3（施設情報）

- 現行の調査項目となっている「保険診療として地方厚生（支）局に届けられた病床数（届出病床数）」に加え、医療法上の「許可病床数」及び「休止病床」について調査項目に加える。

（※「休止病床」の定義）

医師・看護師等の職員の不足やノロウイルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受入を休止している病床であって、地方厚生支局に休止を届ける予定のない病床。

（考え方）

- DPC対象病院の基準となっている「データ／病床比」のあり方の適切な見直し等に向けて、届け出されている病床数と実際に稼働している病床数の乖離等を適切に把握する。

③ 様式4（医科保険診療以外の診療情報）

- 調査様式の簡素化の観点から、平成27年度以降から様式4を様式1に統合することとする。

(2) 退院患者調査の結果報告のあり方について

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることを目的とし、DPC/ PDPS に係る基本的な情報について、直近5年分のデータを下記の集計方法により毎年中医協総会に「定例報告」する。
- 「定例報告に係る集計方法」は、毎年の「定例報告」の度ごとに見直しを行うこととする。
- また「定例報告」の結果等から、重点的に評価すべき事項が生じ、退院患者調査の追加集計の必要が生じた場合については、追加集計を行う前に DPC 評価分科会において仮説を明確化する。
- なお、退院患者調査による集計によって検証することが難しい場合は、適宜特別調査を実施する（従前の通り）。

「定例報告に係る集計方法」

1. 集計の際の施設類型の考え方

- ・「DPC 対象病院（Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群別）・DPC 準備病院・その他の病院別」

2. 集計項目

- ・在院日数
- ・病床利用率
- ・救急車による搬送（率・1施設あたり患者数）
- ・予定・救急医療入院（率・患者数）
- ・退院時転帰
- ・入院経路
- ・退院先の状況
- ・再入院種別
- ・再転棟種別

(考え方)

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることは重要であり、モニタリングを目的とした際の適切な集計方法について検討を行った。
- 重点的に何かを評価する場合は、詳細な集計に入る前に何らかの仮説を立てない限り、意義がある結果を得ることは難しいため、予め仮説を明確化する。

(3) 退院患者調査様式1の調査項目に関する次回改定以降の対応について

- 様式1の調査項目の基本的な考え方については下記の通りに整理することとし、平成26年改定以降、新たに調査項目に加える際には下記の基本的な考え方に従い検討を行うこととし、また活用されない調査項目等については、必要に応じて調査対象となる患者の範囲の見直しや調査項目の削除等の対応について検討する。

【様式1の基本的な考え方】

- ① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報（生年月日、性別等）に関する調査項目であること
- ② 急性期医療を担う病院（DPC対象病院）の機能や役割の分析のための調査項目であること
- ③ 手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名（DPC上6桁）の診断群分類を検討するための調査項目であること

(考え方)

- 医療機関の調査負担の軽減に配慮する観点から、様式1に係る基本的な考え方を整理し、平成26年改定以降は基本的な考え方に従って調査項目の見直しを行う。

(4) 外来EF統合ファイルの提出について

- 外来EF統合ファイルは、I群・II群に加え、III群のDPC対象病院も提出を必須化する。

(考え方)

- 平成24年度診療報酬改定後、外来EF統合ファイルの受付を開始した（I群・II群病院の提出は必須、III群病院の提出は任意とされている）。
- 平成25年4月1日時点で、外来EF統合ファイルの提出が任意となっているIII群病院のうち、92%（1,224/1,326）の病院が提出している。
- 平成24年度退院患者調査の結果報告で、化学療法等の外来と入院の診療内容のあり方を検証する上で、外来EF統合ファイルの一定の有用性が示されている。

(5) その他（中医協総会への提言）

- DPC/PDPS に関する調査を、診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

(考え方)

- 平成 15 年の DPC 制度導入時より、「DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」を実施しており、その調査結果（以下「DPC データ」という。）は診療報酬制度の見直し（診断群分類点数表、医療機関別係数の設定等）に活用されている。
- 退院患者調査の対象となる病床数は、平成 15 年の DPC 制度導入時は約 7% であったが、平成 24 年では急性期医療を提供する病床（7:1、10:1）の約 53% を占めており、診療報酬制度の見直しにおける急性期入院医療を受ける患者の病態や医療行為の内容等に関する調査として、一定程度確立してきている。
- 現在、DPC フォーマットデータの提出は「A245 データ提出加算」として診療報酬で評価されており、また DPC/PDPS に係る調査への適切な参加は DPC 対象病院・準備病院の施設基準となっている。
- 以上のような背景を踏まえ、DPC に関する調査を診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

平成 26 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS） の対応について（参考資料）

1. 平成 26 年改定に向けた DPC 制度に係る今後の対応について（中間報告）

〔平成 25 年 10 月 16 日中医協総会 総-1-1（一部抜粋）〕・・・P 2

2. 機能評価係数 I について

〔平成 25 年 12 月 9 日 DPC 評価分科会 D-1（一部抜粋）〕・・・P 4

3. 機能評価係数 II について

〔平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-1（一部修正）〕・・・P 6

- ① 地域医療指数に関する都道府県アンケートの結果について
- ② 参考集計等

4. 算定ルール等について

〔平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-2（一部追加）〕・・・P 27

5. 退院患者調査の見直しについて

〔平成 25 年 10 月 30 日 DPC 評価分科会 D-2（一部修正）〕・・・P 35

- ① 退院患者調査の様式集
- ② その他の参考資料

DPC制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について

（中間報告）

4. 今後の検討事項とスケジュール

- 今回の中間報告の結果を踏まえ、次回改定に向けた下記の検討課題について引き続き DPC 評価分科会において具体的整理・検討を進め、平成 25 年 12 月を目途に検討結果を中医協総会へ報告することとしてはどうか（整理・検討を進める中で、中医協総会に諮るべき事項等が生じた場合は、適宜中医協総会へ中間報告する）。
- 激変緩和措置等、改定全体の影響を考慮する必要性がある事項については、改定全体の方針が定まってから中医協総会で議論することとしてはどうか。

・ 次回改定（平成 26 年度）に向けて中医協総会及び DPC 評価分科会において検討を要する事項について

- (1) 基礎係数（医療機関群のあり方）について
 - II 群要件の具体的な算出方法について 等
- (2) 機能評価係数 II について
 - 現行の 6 項目の評価方法について
 - 医療機関別群別評価のあり方について
 - 指数から係数への変換方法 等
 - 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方 等
- (3) 診断群分類の見直し
 - 新たな技術に対応した見直し
 - 副傷病の見直し 等
- (4) 算定ルール等の見直し
 - 3 日以内再入院ルールの見直しについて
 - 点数設定方法 D（高額薬剤に対応するために導入した点数設定方式）の適用のあり方について
 - 特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて 等
- (5) その他
 - 暫定調整係数の計画的な置き換えのための検証について
 - 激変緩和措置のあり方
 - DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の見直しについて
様式 1 の見直し 等
 - 適切なコーディングの推進について 等

< 現行の機能評価係数 I 一覧 >

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566 点/日
	入院基本料(7対1 特別)			▲ 0.0689	1,244 点/日
	入院基本料(10対1)	0.0701	0.0175		1,311 点/日
	入院基本料(10対1 特別)			▲ 0.1494	1,040 点/日
入院基本料等加算	総合入院体制加算			0.0291	120 点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0012		40 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0006		20 点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0008		30 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0253		810 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0190		610 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0153		490 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0080		255 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0056		180 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0043		138 点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0387		160 点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0339		140 点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0404		109 点/日
	看護補助加算2		0.0311		84 点/日
	看護補助加算3		0.0207		56 点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85 点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35 点(入院初日)
感染防止対策加算1		0.0125		400 点(入院初日)	
感染防止対策加算2		0.0031		100 点(入院初日)	
検査	検体検査管理加算(I)		0.0010		40 点/月
	検体検査管理加算(II)		0.0024		100 点/月
	検体検査管理加算(III)		0.0071		300 点/月
	検体検査管理加算(IV)		0.0119		500 点/月
経過措置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

<機能評価係数 I の整理>

		機能評価係数 I として評価されているもの		DPC 病棟では算定しないと考えられるもの		
		患者ごとに条件を満たせば算定可能	(無色)			
		入院基本料等加算				
①医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算	A230	精神病棟入院時医学管理加算	入院患者全員に 加算
		A204	地域医療支援病院入院診療加算	A230-2	精神科地域移行実施加算	
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A243	後発医薬品使用体制加算	
		A207	診療録管理体制加算			
		A207-2	医師事務作業補助体制加算			
		A234	医療安全対策加算			
		A234-2	感染防止対策加算			
		A234-3	患者サポート体制充実加算			
		A244	病棟薬剤業務実施加算			
		A245	データ提出加算			
①医療機関の評価	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	A213	看護配置加算	入院患者全員に 加算
		A214	看護補助加算			
①医療機関の評価	地域特性の評価	A218	地域加算			入院患者全員に 加算
		A218-2	離島加算			
①医療機関の評価	特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算	A229	精神科隔離室管理加算	条件を満たす 患者個
		A225	放射線治療病室管理加算			
①医療機関の評価	療養環境の評価	A219	療養環境加算	A222	療養病棟療養環境加算	条件を満たす 患者個
		A220	HIV感染者療養環境特別加算	A222-2	療養病棟療養環境改善加算	
		A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	A223	診療所療養病床療養環境加算	
		A221	重症者等療養環境特別加算	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	
		A221-2	小児療養環境特別加算			
②医療連携の評価	紹介・受入の評価	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	A227	精神科措置入院診療加算	条件を満たす 患者個
		A206	在宅患者緊急入院診療加算	A228	精神科応急入院施設管理加算	
		A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	A236-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	
		A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	A236-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	
				A236-8	地域連携認知症支援加算	

			A236-9 地域連携認知症集中治療加算	人 毎 に 加 算
退院調整の評価	A238	退院調整加算		
	A238-3	新生児特定集中治療室退院調整加算		
脳卒中	A205-2	超急性期脳卒中加算		
救急	A205	救急医療管理加算		
小児	A208	乳幼児・幼児加算		
	A212	超重症児(者)入院診療加算・ 準超重症児(者)入院診療加算		
産科	A236-2	ハイリスク妊娠管理加算		
	A237	ハイリスク分娩管理加算		
精神科	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算		
	A231-3	重度アルコール依存症入院医療管理加算		
	A231-4	摂食障害入院医療管理加算		
精神疾患と 身体疾患の合併			A230-3 精神科身体合併症管理加算 A230-4 精神科リエゾンチーム加算	
	小児精神	A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算	
褥瘡・ 重症皮膚潰瘍	A235	褥瘡患者管理加算	A226 重症皮膚潰瘍管理加算	
	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算		
栄養管理	A233	栄養管理実施加算		
	A233-2	栄養サポートチーム加算		
人工呼吸器離脱	A242	呼吸ケアチーム加算		
介護連携	A240	総合評価加算		
がん	A226-2	緩和ケア診療加算	A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算	
	A232	がん診療連携拠点病院加算		
難病等	A210	難病等特別入院診療加算	A211 特殊疾患入院施設管理加算	

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

1. アンケート調査の概要

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

2. アンケート調査結果

(1) 回収状況

評価項目		照会内容	当該事業が評価されたことで当該事業の推進に貢献していると考えますか。				機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。				
			貢献している	貢献していない	どちらともいえない	回答数	継続すべき	廃止すべき	見直しが必要	その他	回答数
がん	がん地域連携		38	0	5	43	39	0	1	4	44
	地域がん登録		39	0	5	44	38	0	2	4	44
	がん拠点病院		39	0	5	44	39	0	2	3	44
脳卒中	脳卒中地域連携		39	0	4	43	39	0	0	4	43
	24時間t-PA体制		34	0	9	43	36	0	0	7	43
救急医療	救命救急センター		39	1	4	44	41	0	0	3	44
	病院群輪番制		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	共同利用型施設		16	1	25	42	22	0	1	20	43
	救急車で来院し入院となった患者		36	1	7	44	37	0	0	7	44
へき地医療	へき地医療拠点病院		35	0	7	42	37	0	0	5	42
	社会医療法人認可におけるへき地医療の要件		23	0	19	42	30	0	0	12	42
災害医療	災害拠点病院		38	1	5	44	41	0	0	3	44
	DMATの指定		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	EMISへの参加		35	1	8	44	37	0	4	3	44
周産期医療	総合周産期母子医療センター		39	0	5	44	40	0	1	3	44
	地域周産期母子医療センター		36	0	8	44	39	0	1	4	44

(2) 都道府県からの主な意見

①現行の評価方法の見直しについて】

がん（がん地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・総体的にがん医療の推進に寄与していると思われるが、地域連携事業推進について明確な効果は確認できない。 ・評価されることで医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・地域連携の推進に寄与している。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援においては、「がん治療連携計画策定料」の対象とならない在宅緩和ケアのがん地域連携クリティカルパスに対する取組みの評価。
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携の運用実態について詳細について把握していない。 ・医療計画策定の際に参考としていない。

がん（地域がん登録）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・地域がん登録参加医療機関の増加につながっているため。 ・届出数の増加が、がんの罹患数等、がんの実態把握に貢献しているため。 ・近年その精度が向上しており、各種施策への活用が期待される。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・地域医療指数として評価されることは、医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべき	継続すべき	38	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・がん対策に関する必要なデータ集積に重要な事業であり継続すべきである。 ・地域医療を確保していくための診療報酬上の評価が必要なため。

べきと考え ますか。			・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む
	廃止 すべき	0	
	見直し が必要	2	・がんと診断する医療機関が初回の治療を行うと考えられるが、必ずしもそうだとは限らないため。 ・数量的な判断は必要ない（①がん登録を行うのは診断された医療機関であり、実際に治療している医療機関ではない場合がある。②病院の規模・専門性により登録数の違いは出る。）。
その他	4	・医療計画策定の際に参考としていない。 ・今後がん登録の法制化により、全ての病院へのがん登録届出の義務化が見込まれていることから、むしろ院内がん登録の導入を評価することについて検討すべきと考える。 ・評価は必要であるが、登録件数について、良性・悪性、疑診、転院、再発等の届出の要否など、取扱が各都道府県で異なり、数値の客観性には疑問がある。	

がん（がん拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・がん治療の均てん化に貢献している。 ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・がん医療水準の向上のための中心施設として機能するために評価することは妥当であると考えられる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・「がん拠点病院等」のポイント加算は納得できるが、医療計画に係る事業の推進に寄与しているかどうか分からない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・がんの集学的治療や緩和ケアの提供、地域のがん医療に係る人材の育成、相談支援、がん登録など、がん拠点病院やこれに準じる病院を中心とした質の高いがん医療提供体制を整備していくために継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	2	・現行制度は、がん診療連携拠点病院の指定の有無で評価に差がつく仕組みになっていること、また、拠点病院の指定期間が4年間であることも合わせて、各病院が地域医療において果たしている役割を一層きめ細やかに評価する必要がある。

	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。
--	-----	---	---------------------

脳卒中（脳卒中地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・県が推進する地域医療連携体制の構築上、急性期対応医療機関等の有する機能の例示として「地域連携診療計画管理料」等を掲げているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	4	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考え。 ・脳卒中の治療、再発予防にあたっては、多職種協働による医療連携体制の確立が不可欠であるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・長年にわたる治療・予後対策が重要となり、その連携状況を把握するためには重要な指標となるため。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	4	・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（24時間t-PA体制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	34	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・当該評価項目による事業推進の効果の個別検証はしていないが、当該項目は地域医療体制強化へのインセンティブを有するものと思料される。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	9	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・脳卒中に係る地域医療連携体制において、超急性期対応医療機関の位置付けはないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。

			・体制を整備している医療機関数を把握していないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	36	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であるとする。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療機関にとって大きな経費負担となることから評価の継続が必要である。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・t-PA の指標は採用後間もないため判定が困難であり、引き続き指標として扱い経過を見るべき。

救急医療（救命救急センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・項目があることが指定の動機づけになっている。 ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・救命救急センターによる三次救急医療の推進との関連性の評価は困難。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	41	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・救急搬送患者の最終的な受け皿として救急医療体制に貢献しており継続すべき。 ・救急医療の推進のためのインセンティブとして、地域における医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが	0	

	必要		
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（病院群輪番制）

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

救急医療（共同利用型施設）

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

機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	22	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。
	廃すべき	0	
	見直しが必要	1	・県側で把握していないため。
	その他	20	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・該当医療機関が無いため判断できない。

救急医療（救命車で来院し入院となった患者）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・入院を要する患者の受入を評価することで救急患者受入拒否の抑制につながると考えられるから。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらとも言いえない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・救急搬送件数は近年増加しており、二次救急医療機関の役割を評価するため必要。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤患者の受入に寄与するよう期待。 ・実績評価は必要だが患者数とポイントとの関連が不明。

へき地医療（へき地医療拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業	貢献している	35	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・代診や情報ネットワークを利用した診療のサポート等へき地診療所の支援

業の推進に貢献していると考えますか。	貢献していない	0	につながっているため。
	どちらでもない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃すべき	0	
	見直が必要	0	
	その他	5	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

へき地医療（社会医療法人認可におけるへき地医療の要件）

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

	き		
	見直しが 必要	0	
	その他	12	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

災害医療（災害拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	41	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害拠点病院の機能維持のためには相当の経費を要するため。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため評価は継続すべき。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが 必要	0	
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（DMATの指定）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・不採算部門である災害医療を担う病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらとも	4	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画

	も え い な い		に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	
	見 直 し が 必 要	1	・評価項目がDMATの能力強化に結びついていないかは不明。訓練や研修への参加実績等を踏まえた見直しが必要。
	そ の 他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（EMISへの参加）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	35	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢 献 し て い な い	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	ど ち ら も い な い	8	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・EMISの参加登録だけでは災害時の医療体制における貢献が不明のため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	

	見直しが 必要	4	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院の場合、EMISへの参加はとしては当然のことであり評価する必要はない。 ・定期的に操作研修をしている等の災害時の実効性を加味してはどうか。 ・EMISへの参加についてはすでに一定の水準が達成されており、参加を既定のものとして取り扱うことが望ましいこと、また、参加に当たって多くの費用負担が発生しているものではないことから、診療報酬面にあつては、機能評価係数による加算でなく、減算対象として取り扱うべき。
	その他	3	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。

周産期医療（総合周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・周産期の乳児等の死亡率低下に貢献している。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考ええる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが 必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・他病院で診られない症例の患者などの入院受入を積極的に行っており、限られた病床と人員の中取り組んでいることについて評価が必要。
	その他	3	<ul style="list-style-type: none"> ・総合周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

周産期医療（地域周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・病院のインセンティブにつながると考えられるため。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを

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

② 5 疾病・5 事業＋在宅医療の評価方法】

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

がん

都道府県からの主な回答

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

脳卒中

都道府県からの主な回答

- ・365日24時間の脳卒中に対応する体制を整備している病院の評価

急性心筋梗塞

都道府県からの主な回答

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

糖尿病

都道府県からの主な回答

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

精神疾患

都道府県からの主な回答

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

救急医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・ドクターヘリ基地病院、配備病院（ヘリポートの設置等）・輪番時の救急患者受入件数・診療所等の要請に応じて病院所有の救急車等により患者受入・搬送等を行う病院に対する評価・救急医療対策事業実施要綱「受入困難事案患者受入医療機関支援事業」への参加・受入実績・救急車で来院し入院となった患者の新入院に対する割合・救急車で来院し入院となった患者以外の評価

へき地医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・過疎地域自立促進特別措置法対象市町村所在病院への派遣・緊急時（災害時、常勤の急病時など）の代診医派遣の可否

災害医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院の評価に差をつける・原子力災害時に重要な役割を担う「被ばく医療機関」の評価・災害訓練等の評価 （災害訓練・研修への参加、地域の防災訓練への救護班としての参加）・DMATの評価 （実災害への出動件数、訓練への参加実績の評価） （保有数による評価）・EMISへの入力状況や研修実施状況の有無を評価する。

周産期医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・周産期母子医療センターを除く休日全夜間入院診療体制の整備・在宅移行支援病床を有する病院、小児中核病院、地域小児医療センター・指定の有無にかかわらず、MFICU・NICUの稼働病床を有していること・指定の有無のみの評価ではなくハイリスク妊産婦、ハイリスク児の受入等の実績も評価すべき

小児医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・小児救急病院群輪番制・小児救命救急センター、小児救急医療拠点病院の指定、小児がん拠点病院・小児集中治療室（PICU）・「地域小児科センター」登録病院（日本小児科学会事業）・児童虐待予防に係る「妊娠・出産・育児期の養育支援依頼書」の市町への提供件数・小児救急患者の受け入れ実績を加味した、小児救急医療拠点病院及び小児救急医療支援事業への参加医療機関

在宅医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・在宅医療連携拠点事業実施病院、在宅療養支援病院・入院患者の在宅移行を行うために退院調整を行う体制の整備・在宅療養支援診療所への逆紹介率、在宅療養支援診療所からの急変患者の受入件数・「在宅患者緊急入院診療加算」、「在宅療養指導料」の施設基準の届出・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携及び後方支援

- ・へき地への対応（特に24時間対応）の有無

③DPC制度へのその他の意見

都道府県からの主な回答

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

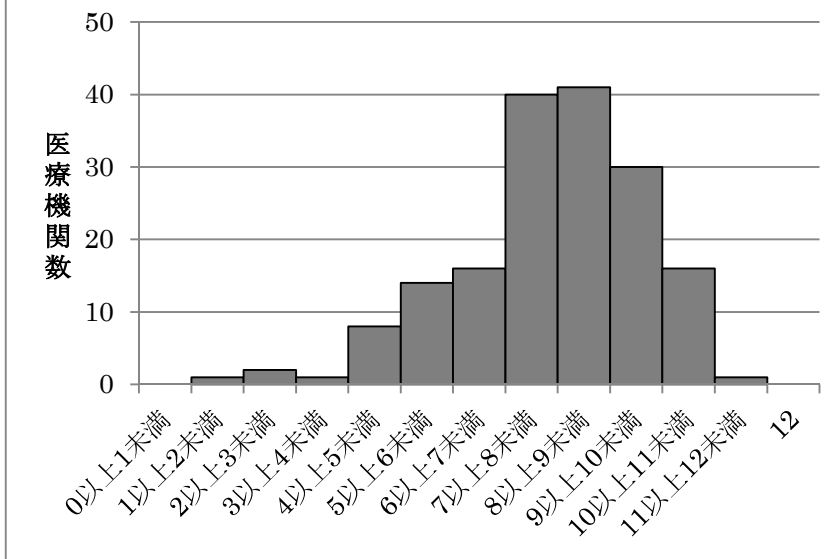
機能評価係数Ⅱの見直しのための参考集計

【地域医療指数体制評価指数の取得件数の一覧】

		DPC 病院 I 群	DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群	DPC 準備病院
医療機関数		80	90	1,326	244
脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理料（脳卒中に限る）	59	84	577	23
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（脳卒中に限る）	4	7	311	79
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）（脳卒中に限る）	0	4	33	8
がん地域連携	がん治療連携計画策定料	79	74	440	7
がん地域連携	がん治療連携指導料	4	5	480	104
救急医療	① 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	30	56	1,054	160
救急医療	② 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	5	10	161	21
救急医療	③ 救命救急センターである。	51	58	145	1
災害時における医療	① 災害拠点病院の指定を受けている。	65	69	409	28
災害時における医療	② 災害派遣医療チーム（DMAT）にかかる指定を受けている。	72	59	366	13
へき地の医療	① へき地医療拠点病院の指定を受けている。	4	12	136	16
へき地の医療	② 社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	3	0	36	5
周産期医療	① 総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	32	20	37	4
周産期医療	② 地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	37	32	199	8
がん診療連携拠点病院	① 都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	29	9	40	2
がん診療連携拠点病院	② 地域がん診療連携病院の指定を受けている。	51	57	252	4
がん診療連携拠点病院	③ 都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	6	14	218	4
24 時間 tPA 体制	超急性期脳卒中加算	73	84	536	17
EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）へ参加している。	76	80	899	52

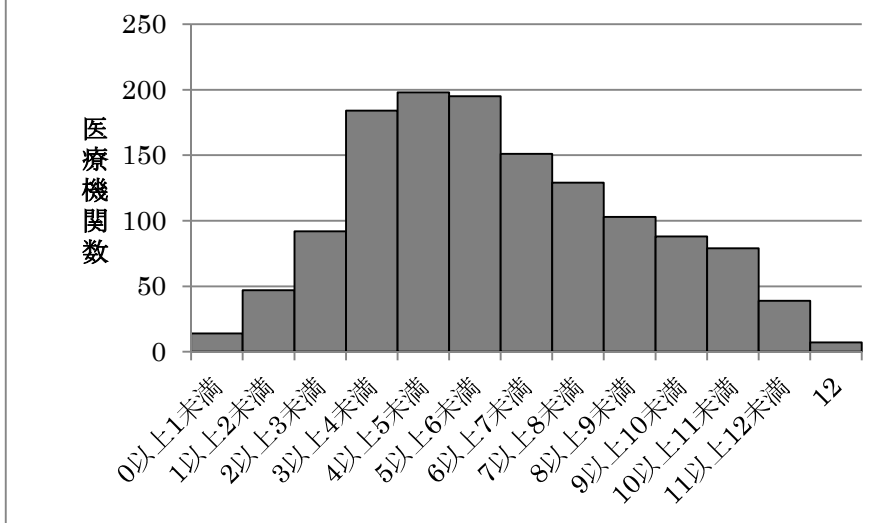
【平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション（上限 12 ポイント）】

I + II 群の体制評価指数ポイント



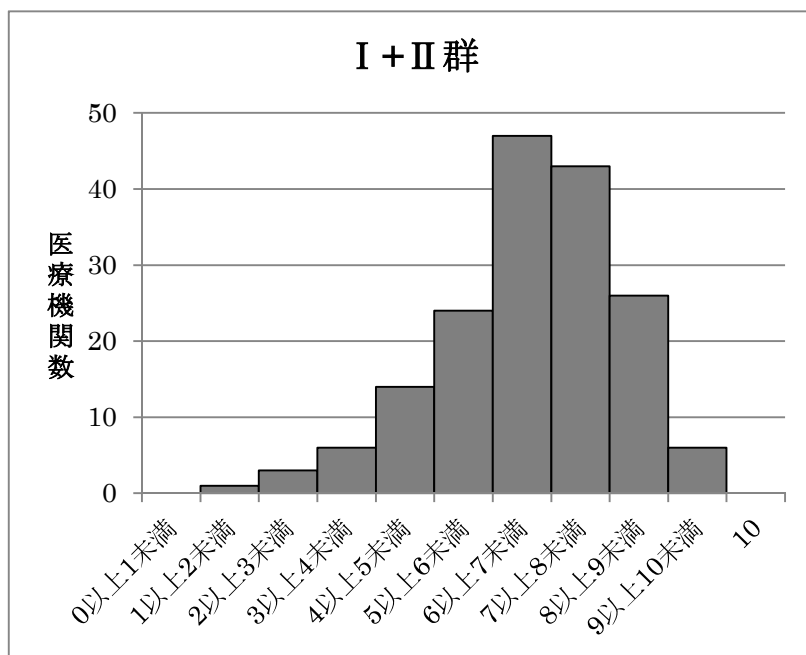
	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00

III群の体制評価指数ポイント

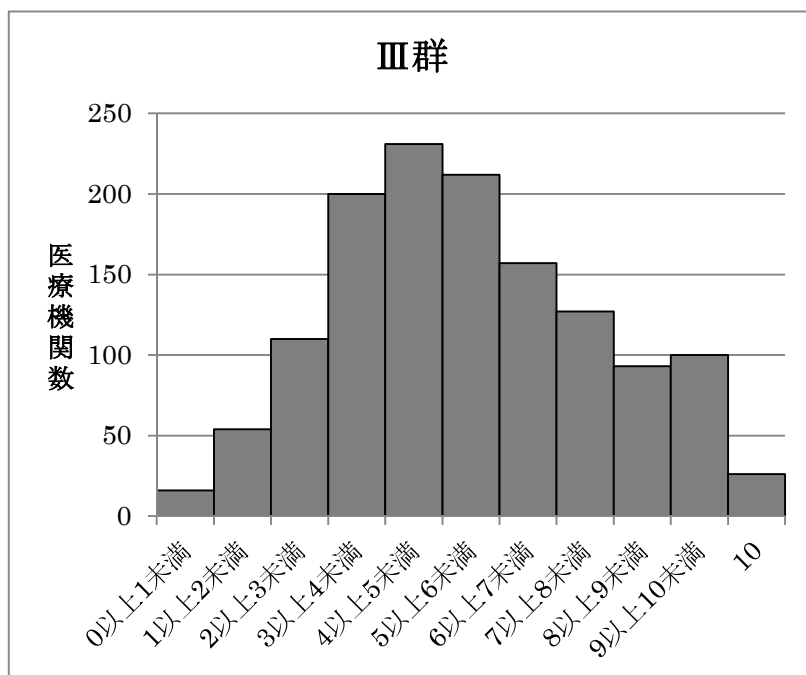


	III 群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

【平成 25 年度の体制評価指数ポイント（上限 10 ポイント）】



	I + II 群
75%tile 値	7.53
90%tile 値	8.50



	III 群
75%tile 値	7.00
90%tile 値	8.30

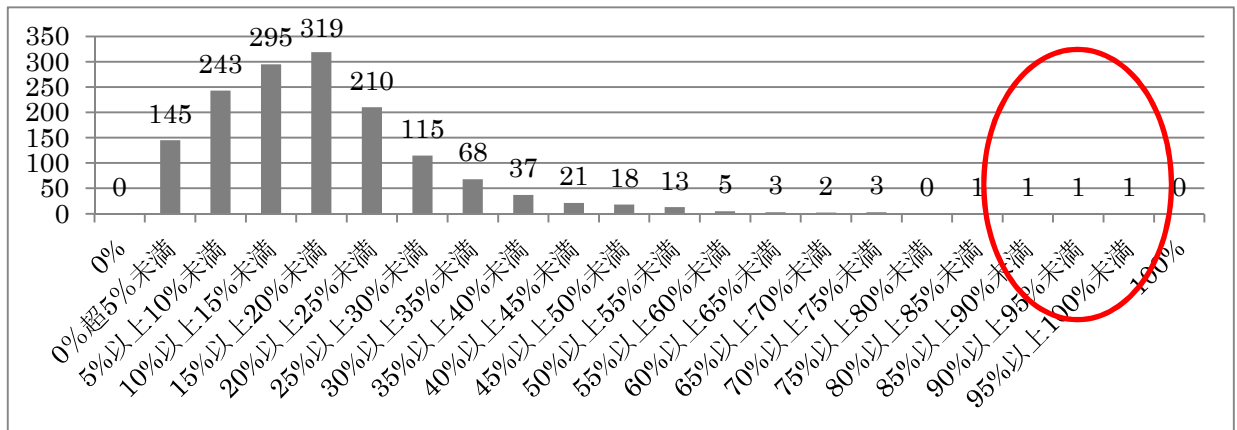
【DPC 調査様式 1（簡易診療録情報）の入力要領】

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

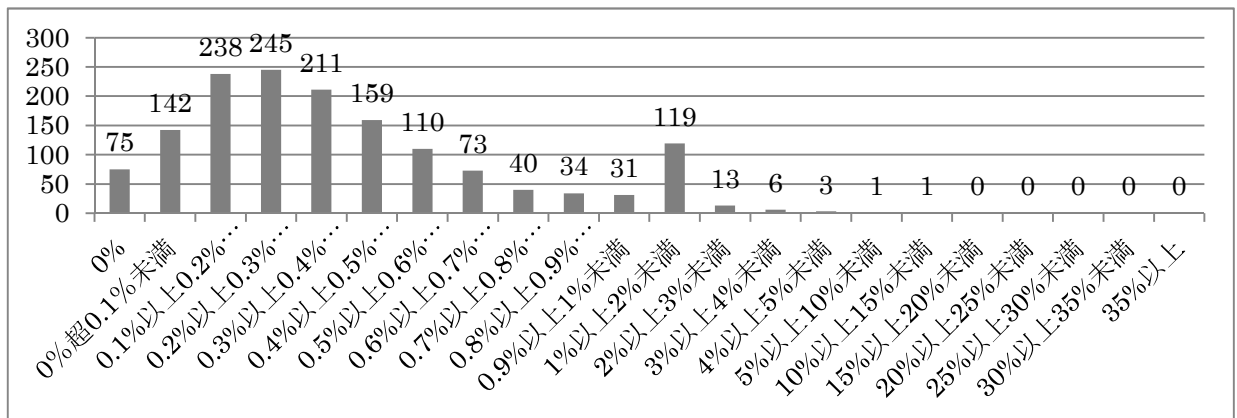
【DPC レセプトの記載要領】

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

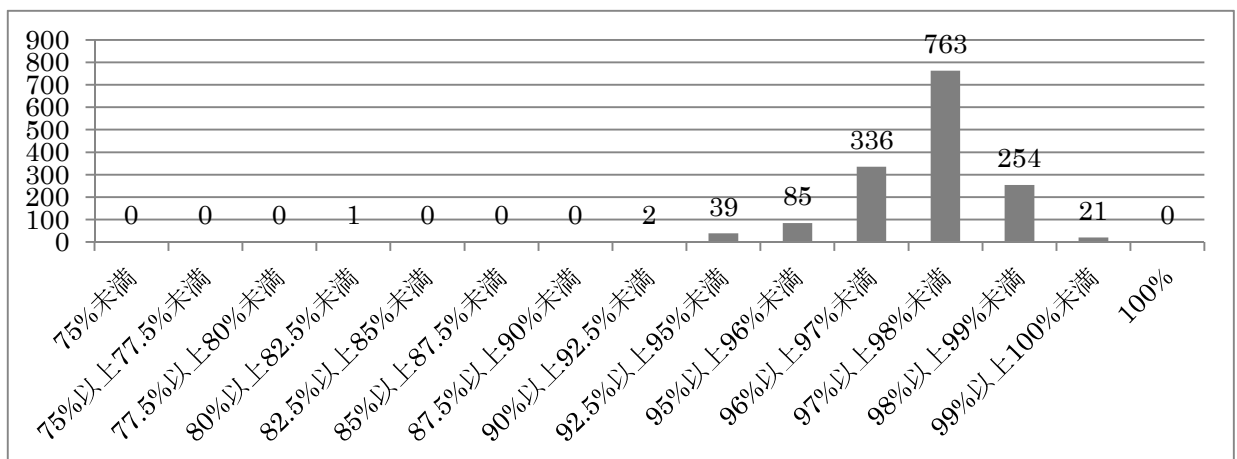
副傷病名の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



② 支払いに関係ない副傷病の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



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



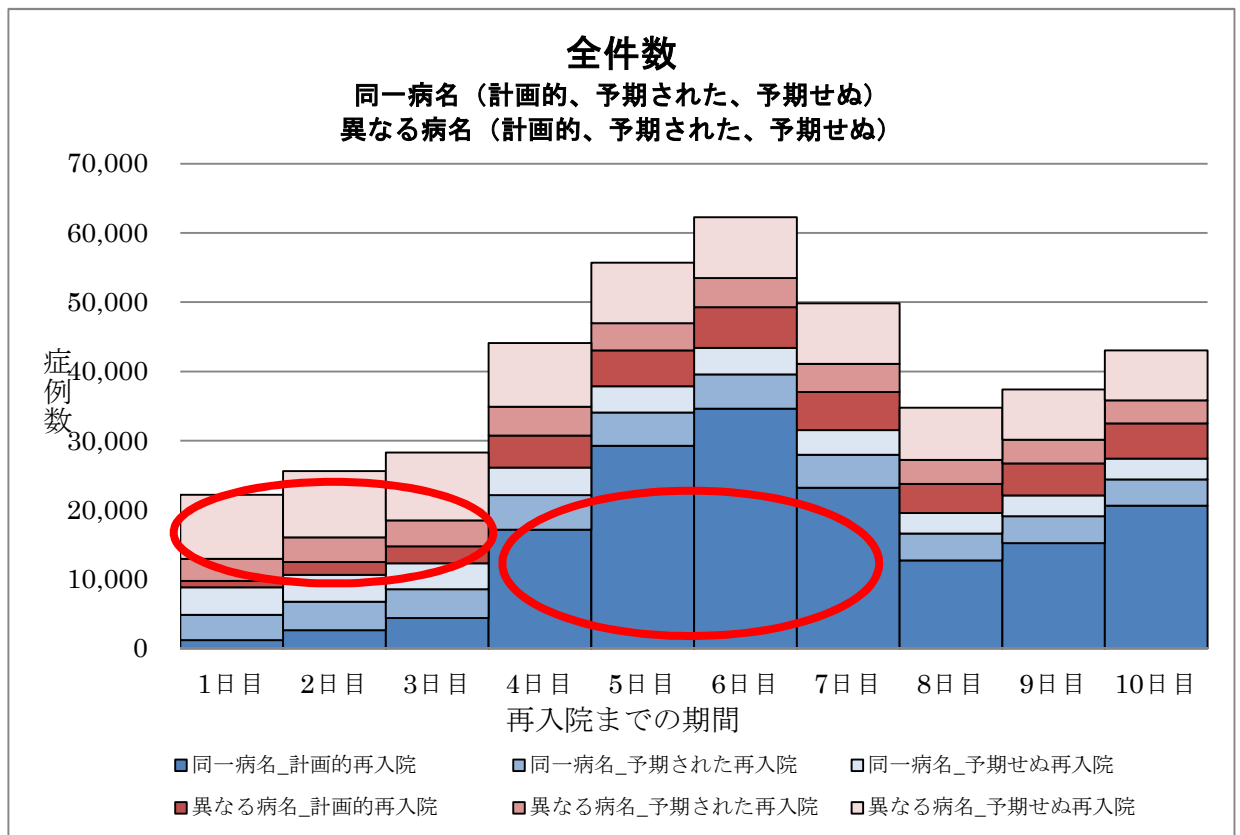
救急医療にかかる入院料等	救急医療入院 の全症例に占 める算定割合	施設基準取得 医療機関数 (全 1496 病院)
A205 救急医療管理加算	84.28%	1424
A300 救命救急入院料	6.18%	233
A301 特定集中治療室管理料	4.20%	587
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	2.44%	260
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0.94%	87
A301-4 小児特定集中治療室管理料	0.00%	1
A302 新生児特定集中治療室管理料	0.58%	192
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	1.38%	96

算定ルール等の見直しのための参考資料

【平成 20～24 年度において再入院において前回入院と異なる病名の割合】

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

【様式 1 「再入院調査」における理由の内訳】



【再入院となった症例の内訳】

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

【様式1「再入院調査」の集計結果】

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

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

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

4 異なる病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	27.58%	29.04%	27.90%
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	6.90%	7.06%	8.38%
3	計画的な化学療法のため	16.50%	25.03%	27.83%
4	計画的な放射線療法のため	1.51%	1.66%	1.54%
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	5.78%	5.37%	4.70%
6	その他	41.73%	31.84%	29.65%

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

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

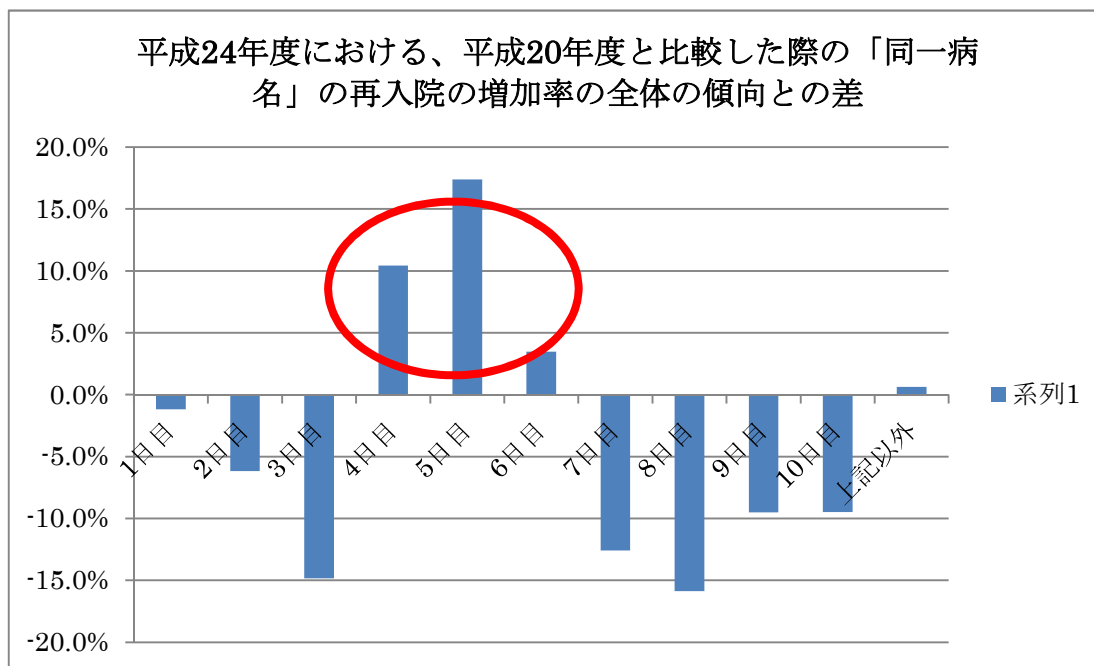
4	新たな他疾患発症のため	61.68%	60.19%	62.30%
5	その他	2.07%	2.01%	2.06%

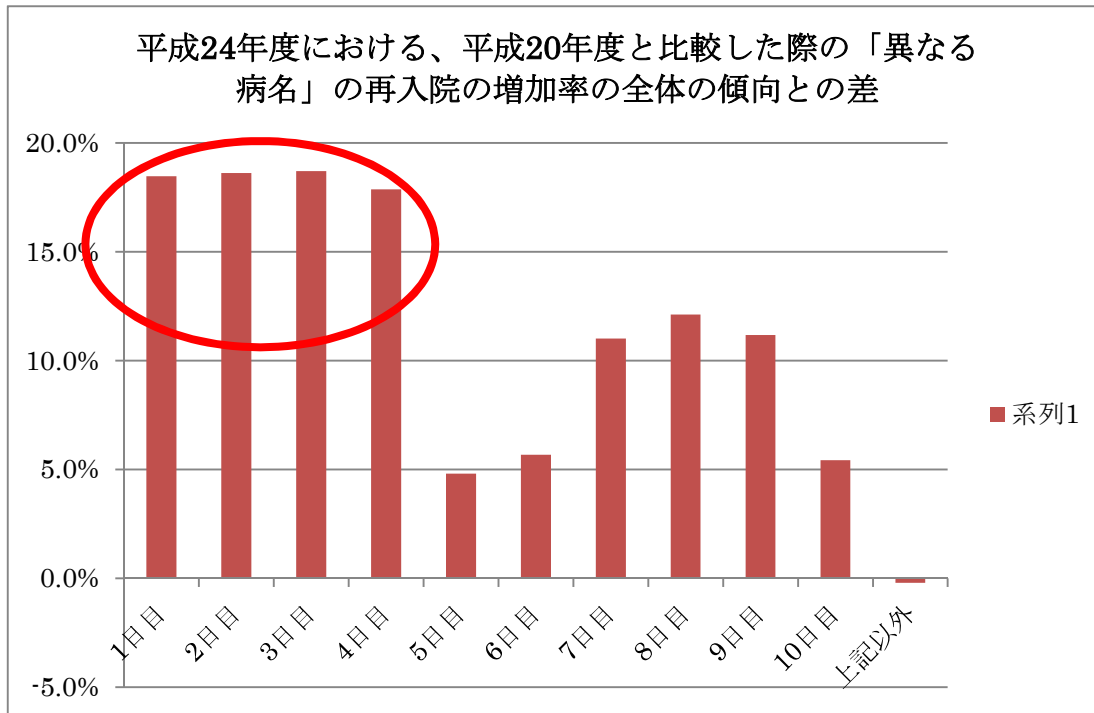
【前回入院時「医療資源病名 6 桁」と今回入院時「入院契機病名 6 桁」の一致しない症例のうち、MDC が同一（DPC 上 2 桁のコードが同一）の割合】

	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
件数	3,991	4,468	4,836	5,806	5,843	6,216	6,228
割合	2.3%	2.6%	2.8%	3.3%	3.4%	3.6%	3.6%

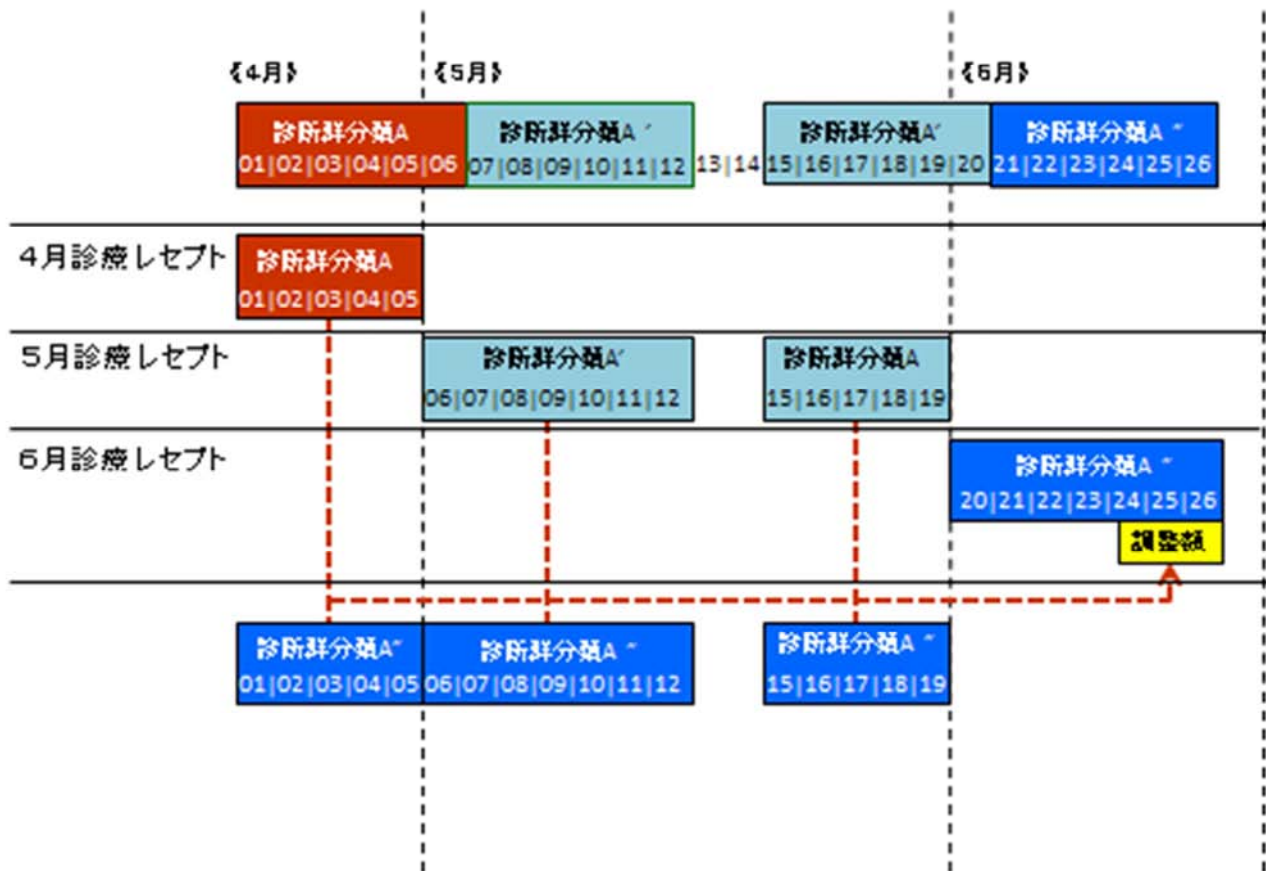
8 日目	9 日目	10 日目	11 日目	12 日目	13 日目	14 日目	15 日目以上
5,234	5,216	5,381	5,530	5,831	5,495	5,006	98,378
3.0%	3.0%	3.1%	3.2%	3.4%	3.2%	2.9%	56.7%

【平成 20 年度と比較した日数別の再入院の傾向】





【3日以内再入院ルールにおける差額調整（複数月に及ぶ入院の場合）】



【4～7日再入院件数上位DPC上6桁別】

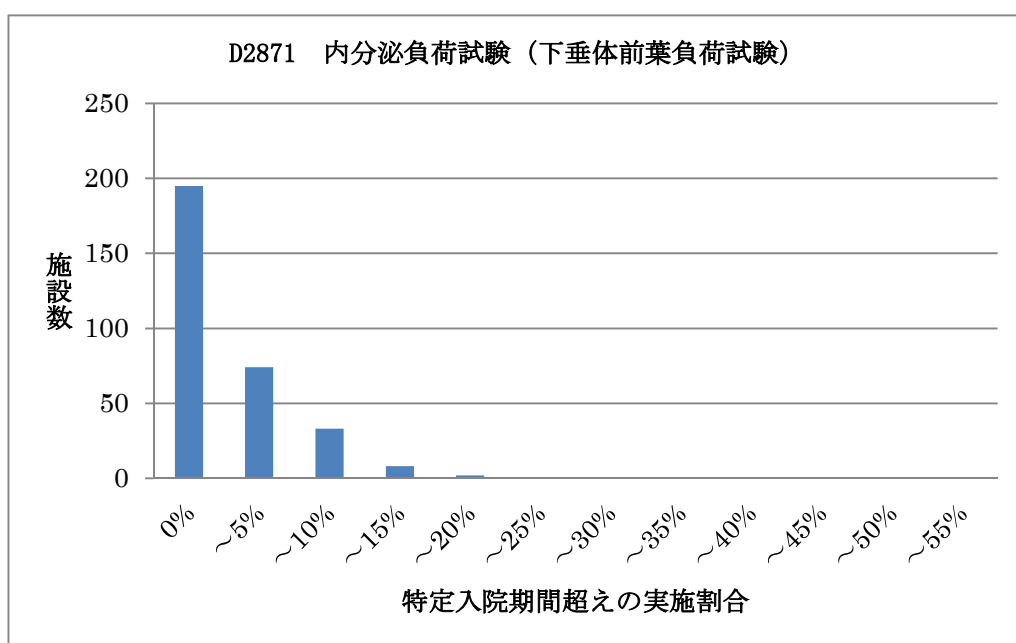
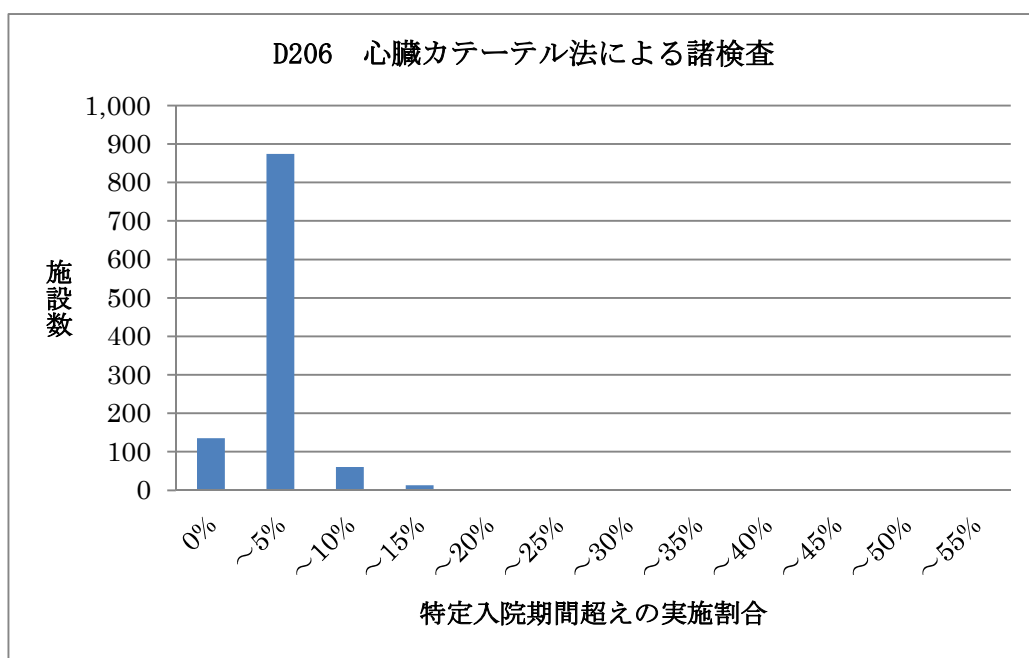
DPC6桁	DPC6桁名称	退院期間			(参考)
		1～3日	4～7日	8～14日	総件数
020110	白内障、水晶体の疾患	1,010	23,570	8,058	43,653
040040	肺の悪性腫瘍	2,524	15,297	31,797	118,312
120010	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	857	9,040	8,866	45,247
130030	非ホジキンリンパ腫	760	8,072	9,653	31,240
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	1,173	7,443	12,439	53,028
060020	胃の悪性腫瘍	1,714	6,602	12,010	65,339
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	1,245	5,732	29,051	70,827
12002x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	799	5,582	6,664	40,191
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	3,324	4,328	6,055	29,245
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	884	4,018	22,794	54,181
060050	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	983	3,673	7,114	31,624
130010	急性白血病	562	3,418	3,403	11,131
040081	誤嚥性肺炎	3,355	3,394	4,288	21,027
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	1,010	3,354	5,190	18,464
180040	手術・処置等の合併症	2,836	3,181	3,561	16,294
050130	心不全	1,643	3,084	5,570	26,256
090010	乳房の悪性腫瘍	457	3,032	3,918	21,455
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	2,569	2,966	3,474	16,785
110280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	1,529	2,698	4,174	19,965
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	675	2,576	4,028	13,589
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	1,589	2,522	4,041	18,639
130070	白血球疾患(その他)	652	2,251	2,493	8,788
110070	膀胱腫瘍	374	2,249	3,755	19,159
010060	脳梗塞	1,724	2,199	3,157	16,115
060010	食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)	571	2,018	4,482	24,387
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	835	1,941	2,912	13,223
110310	腎臓または尿路の感染症	1,514	1,938	2,697	12,185
03001x	頭頸部悪性腫瘍	340	1,873	3,599	13,039

【1～3日以内の再入院で病名が異なる症例のうち、上2桁コードに変更することによって新たに一連と見なされる病名の組み合わせのTOP20】

前回医療資源		今回入院契機		件数
DPC6 桁	DPC6 桁名称	DPC6 桁	DPC6 桁名称	
060100	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	356
120170	早産、切迫早産	120180	胎児及び胎児付属物の異常	331
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040081	誤嚥性肺炎	324
120170	早産、切迫早産	120260	分娩の異常	305
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	276
040040	肺の悪性腫瘍	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	189
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	177
110080	前立腺の悪性腫瘍	11022x	男性生殖器疾患	168
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	167
040081	誤嚥性肺炎	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	146
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	144
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	131
040100	喘息	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	130
060020	胃の悪性腫瘍	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	123
060020	胃の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	111
120180	胎児及び胎児付属物の異常	120260	分娩の異常	111
040081	誤嚥性肺炎	040130	呼吸不全(その他)	110
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	106
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040130	呼吸不全(その他)	101
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040100	喘息	98

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

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



出典：平成 25 年度調査実施説明資料より

様式 1

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
1. 病院属性等	○	(1) 施設コード	都道府県番号（2 桁）＋医療機関コード（7 桁） 例 011234567 ※前ゼロ必須
	○	(2) 診療科コード	「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入 ※前ゼロ必須
	○	(3) 統括診療情報番号	1 入院サマリは 0。転棟の度に 1、2、3 とする、同一疾患での 3 日以内の再入院は A とする。
2. データ属性等	○	(1) データ識別番号	0～9 からなる 10 桁の数字 例 0123456789 ※前ゼロ必須
	○	(2) 性別	1. 男 2. 女
	○	(3) 生年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 1970 年 5 月 1 日→19700501
	○	(4) 患者住所地域の郵便番号	0～9 からなる 7 桁の数字 例 〒100-8916→1008916 ※前ゼロ必須
3. 入退院情報	○	(1) 入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の繰り返し（化学療法、放射線療法、抜釘） 4. その他の加療
	○	(2) 治験実施の有無	0. 無 1. 有
	○	(3) 入院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(4) 退院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(5) 転科の有無	0. 無 1. 有
	○	(6) 入院経路	1. 院内出生 2. 一般入院 3. その他病棟からの転棟
	※1	(7) 他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有
	※1	(8) 自院の外来からの入院	0. 無 1. 有
	※1	(9) 予定・救急医療入院	入力要領を参照
	※1	(10) 救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有

○：必須 ▲：ある場合必須

※1：3(6)入院経路が 2. 一般入院の場合のみ入力する

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
3. 入退院情報	○	(11) 退院先	1. 外来（自院） 2. 外来（他院） 4. 転院 5. 終了 6. その他病棟への転棟 7. 介護施設 9. その他 0. 不明
	○	(12) 退院時転帰	入力要領を参照

	○	(13) 24 時間以内の死亡の有無	0. 入院後 24 時間以内の死亡無し 1. 入院後 24 時間以内の死亡有り 2. 救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り
	○	(14) 前回退院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(15) 前回同一疾病で自院入院の有無	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(16) 調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(17) 調査対象となる精神病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(18) その他の病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(19) 様式 1 開始日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(20) 様式 1 終了日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
4. 診断情報	○	(1) 主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名
	○	(2) ICD10 コード	4(1)主傷病に対する ICD10
	○	(3) 入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名
	○	(4) ICD10 コード	4(3)入院の契機となった傷病名に対する ICD10
	○	(5) 医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名
	○	(6) ICD10 コード	4(5)医療資源を最も投入した傷病名に対する ICD10
	▲	(7) 医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名
	▲	(8) ICD10 コード	4(7)医療資源を 2 番目に投入した傷病名に対する ICD10
	▲	(9) 入院時併存症名 1	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(10) ICD10 コード	4(9)入院時併存症名 1 に対する ICD10
	▲	(11) 入院時併存症名 2	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(12) ICD10 コード	4(11)入院時併存症名 2 に対する ICD10
	▲	(13) 入院時併存症名 3	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(14) ICD10 コード	4(13)入院時併存症名 3 に対する ICD10

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

4. 診断情報	▲	(15) 入院時併存症名 4	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(16) ICD10 コード	4(15)入院時併存症名 4 に対する ICD10
	▲	(17) 入院後発症疾患名 1	入院中に発生した傷病名

	▲	(18) ICD10 コード	4(17)入院後発症疾患名1に対するICD10
	▲	(19) 入院後発症疾患2	入院中に発生した傷病名
	▲	(20) ICD10 コード	4(19)入院後発症疾患名2に対するICD10
	▲	(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した傷病名
	▲	(22) ICD10 コード	4(21)入院後発症疾患名3に対するICD10
	▲	(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した傷病名
	▲	(24) ICD10 コード	4(23)入院後発症疾患名4に対するICD10
5. 手術情報	▲	(1) 手術名1	名称
	▲	(2) 空欄	空欄
	▲	(3) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(4) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(5) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(6) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(7) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(8) 手術名2	名称
	▲	(9) 空欄	空欄
	▲	(10) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(11) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(12) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(13) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(14) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(15) 手術名3	名称
	▲	(16) 空欄	空欄
	▲	(17) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(18) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(19) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(20) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(21) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(22) 手術名4	名称
	▲	(23) 空欄	空欄

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

5. 手術情報	▲	(24) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(25) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(26) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(27) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701

	▲	(28) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無
	▲	(29) 手術名 5	名称
	▲	(30) 空欄	空欄
	▲	(31) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(32) 手術回数	1.初回 2.再手術
	▲	(33) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右
	▲	(34) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701
	▲	(35) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無
6. 診療情報	○	(1) 現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明
	※2	(2) 出生時体重	グラム単位入力 例 3000
	※2	(3) 出生時妊娠週数	0~9 からなる 2 桁の数字
	○	(4) 身長	センチメートル単位入力 例 156
	○	(5) 体重	キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例 52.5, 53.0
	○	(6) 喫煙指数	喫煙指数=1 日の喫煙本数×喫煙年数
	○	(7) 入院時意識障害がある場合の JCS	0.無 1.有（1~300）R.不穏 I.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
	※3	(8) 退院時意識障害がある場合の JCS	0.無 1.有（1~300）R.不穏 I.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
	○	(9) 入院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
	※3	(10) 退院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
	※4	(11) がんの初発、再発	0.初発 1.再発
	※5	(12) UICC 病期分類(T)	入力要領を参照
	※5	(13) UICC 病期分類(N)	入力要領を参照
	※5	(14) UICC 病期分類(M)	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合は必須

※2：新生児疾患の場合は入力する

※3：死亡退院以外の場合は入力する

※4：医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合は入力する

※5：(11)が初発で有る場合は入力する。但し造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍を除く

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

6. 診療情報	※6	(15) 癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類	入力要領を参照
	※7	(16) 発症前 Rankin Scale	入力要領を参照
	※7	(17) 退院時 modified Rankin Scale	入力要領を参照
	※8	(18) 脳卒中中の発症時期	入力要領を参照
	※9	(19) Hugh-Jones 分類	入力要領を参照
	※10	(20) 心不全のNYHA心機能分類	1. レベルⅠ 2. レベルⅡ 3. レベルⅢ 4. レベルⅣ
	※11	(21) 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類 入院時における重症度	入力要領を参照
	※12	(22) 急性心筋梗塞（050030、050040）における入院時の重症度：Killip分類入院時における重症度	入力要領を参照
	※13	(23) 肺炎の重症度分類	入力要領を参照
	※14	(24) 肝硬変のChild-Pugh分類	Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合は”12132”と記入
※15	(25) 急性膵炎の重症度分類	入力要領を参照	

○：必須 ▲：ある場合は必須

※6：(11)が初発で有る場合は入力する。但し消化器系癌*、骨腫瘍、悪性リンパ腫、副腎に限る。*食道癌、大腸癌、肝癌、胆道癌、膵臓癌を指す

※7：入院契機病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※8：医療資源を最も投入した傷病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※9：医療資源を最も投入した傷病名がMDC04に定義される傷病名の場合（6歳未満の小児で分類不能な場合は除く）は入力する

※10：主傷病名あるいは医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名のいずれかが心不全に関係するICD10を入力した場合に入力する

※11：医療資源を最も投入した傷病名が050050に定義される傷病名の場合は入力する

※12：医療資源を最も投入した傷病名が050030、050040に定義される傷病名の場合は入力する

※13：15歳以上で、医療資源を最も投入した傷病名が040070、040080に定義される傷病名の場合は入力する

※14：4.診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に定義される傷病名の場合は入力する

※15：医療資源を最も投入した傷病名が060350に定義される傷病名の場合は入力する

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

6. 診療情報	※16	(26) Burn index	0～100の数字
	▲	(27) その他の重症度分類・名称	空欄
	▲	(28) その他の重症度分類・分類番号または記号	空欄
	※17	(29) 入院時の妊娠週数	2桁の数字
	※18	(30) 精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院
	※18	(31) 精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入(単位 日)
	※18	(32) 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入(単位 日)
	※18	(33) 入院時 GAF 尺度	入力要領を参照
	※19	(34) 病名付加コード	入力要領を参照
	○	(35) 化学療法の有無	0. 無 1. 有(経口) 2. 有(経静脈又は経動脈) 3. 有(その他)
	※20	(36) テモゾロミド(初回治療)の有無	0. 無 1. 有
	※21	(37) 入院周辺の分娩の有無	1. 入院前1週間以内に分娩あり 2. 入院中に分娩あり 3. その他
	※22	(38) 分娩時出血量	分娩時出血量をミリリットル単位で記入
	※5	(39) UICC 病期分類(版)	6. 第6版 7. 第7版
7. 再入院調査	※23	(1) 再入院種別	1. 計画的再入院 2. 予期された再入院 3. 予期せぬ再入院
	※23	(2) 理由の種別	入力要領を参照
	※24	(3) 自由記載欄	
8. 再転棟調査	※25	(1) 再転棟種別	1. 計画的再転棟 2. 予期された再転棟 3. 予期せぬ再転棟
	※25	(2) 理由の種別	入力要領を参照
	※26	(3) 自由記載欄	

○：必須 ▲：ある場合は必須

※16：4. 診断情報で入力した傷病名のいずれかが161000に定義される場合入力。ない場合は空欄(Null)とする

※17：6. (1) 現在の妊娠の有無が有の場合必須

※18：医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに定義される傷病名の場合又は精神病床への入院がある場合は入力する

※19：医療資源を最も投入した傷病名が、C340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C73、C783、C788、C792、C795、C798、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、I50、S364、S368、S378に定義される傷病名の場合は入力する

※20：医療資源を最も投入した傷病名が010010に定義される傷病名の場合は入力する

※21：医療資源を最も投入した傷病名が120130、120140、120160、120170、120180、120200、120210、120260、120270に定義される傷病名の場合は入力する

※22：(37) 入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合入力する

※23：前回退院年月日より6週間以内の再入院の場合に入力する

※24：7. (2) 理由の種別が“その他”の場合に入力する(全角100文字以内)

※25：1 入院内でDPC算定病棟からDPC算定病棟以外へ転棟しており、その後DPC算定病棟へ再転棟した場合に入力する

※26：8. (2) 理由の種別が“その他”の場合に入力する(全角100文字以内)

様式 3

様式3は「施設調査票」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等加算の算定状況等・地域医療指数における指定状況等を把握するために必要なデータである。

1. 入力方法

- * 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイルを後日厚生労働省から配布する。
- * 様式3は電子媒体での提出を基本とするので、「記憶媒体」、「ファイル」についても、要領に従って提出すること。

(1) 届出病床数

各月1日における「届出病床数」及び「入院基本料等加算」の算定状況を、エクセルの記載要領に従って記載。「届出病床数」は、保険診療として**地方厚生（支）局**に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。

- ※1 病床総数：医療保険届出病床数＋介護保険届出病床数＋その他病床数の合計
- ※2 医療保険総数：医療保険届出病床数の総計
- ※3 介護保険総数：届出病床数のうち、老人性痴呆疾患療養病棟を除いたもの
- ※4 その他病床数：健診ベッド等※2、※3に含まれない病床数

(2) 入院基本料加算

算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。

(3) 開設者コード

該当するコードを入力する。

コード	類型	説明
1	国立（独立行政法人含む）	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人及び独立行政法人労働者健康福祉機構が開設する病院、国立病院（ナショナルセンター）、通信病院、その他の独立行政法人
2	公立	都道府県立、市町村立病院
3	公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
4	社会保険関係	社会保険関係、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合
5	医療法人	医療法人
6	個人	個人
7	その他の法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協会社、1～6に該当しない法人

様式3-1		=入力必要箇所											
施設コード:													
施設名:													
調査年月:		25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	26年	26年	26年
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日
届出病床数を記入して下さい。													
届出入院料 種別		届出病床数											
病床総数	※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療保険	総数 ※2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護保険	総数 ※3												
うち老人性認知症疾患療養病床を除く介護療養(再掲)													
その他病床数	※4												
A100 一般病棟入院基本料													
1	7対1入院基本料												
	7対1入院基本料(経過措置)												
	7対1特別入院基本料												
2	10対1入院基本料												
	10対1特別入院基本料												
3	13対1入院基本料												
4	15対1入院基本料												
A101 療養病棟入院基本料													
1	療養病棟入院基本料1												
2	療養病棟入院基本料2												
A102 結核病棟入院基本料													
1	7対1入院基本料												
	7対1特別入院基本料												
2	10対1入院基本料												
	10対1特別入院基本料												
3	13対1入院基本料												
4	15対1入院基本料												
5	18対1入院基本料												
6	20対1入院基本料												
A103 精神病棟入院基本料													
1	10対1入院基本料												
	10対1特別入院基本料												
2	13対1入院基本料												
3	15対1入院基本料												
4	18対1入院基本料												
5	20対1入院基本料												
A104 特定機能病院入院基本料													
1 一般病棟の場合													
	イ 7対1入院基本料												
	7対1入院基本料(経過措置)												
	ロ 10対1入院基本料												
2 結核病棟の場合													
	イ 7対1入院基本料												
	ロ 10対1入院基本料												
	ハ 13対1入院基本料												
	ニ 15対1入院基本料												
3 精神病棟の場合													
	イ 7対1入院基本料												
	ロ 10対1入院基本料												
	ハ 13対1入院基本料												
	ニ 15対1入院基本料												
A105 専門病院入院基本料													
1	7対1入院基本料												
	7対1入院基本料(経過措置)												
2	10対1入院基本料												
3	13対1入院基本料												
A106 障害者施設等入院基本料													
1	7対1入院基本料												
2	10対1入院基本料												
3	13対1入院基本料												
4	15対1入院基本料												
A300 救命救急入院料													
1	救命救急入院料1												
2	救命救急入院料2												
3	救命救急入院料3												
4	救命救急入院料4												
	充実段階A加算												
	充実段階B加算												
	高度医療体制加算												
	小児加算(救命救急入院料)												

A300救命救急入院料の加算は「○」か「×」を入力のこと。

様式3-2

 =入力必要箇所

施設コード:

開業コード:

施設名:

調査年月:	25年 4月 1日	25年 5月 1日	25年 6月 1日	25年 7月 1日	25年 8月 1日	25年 9月 1日	25年 10月 1日	25年 11月 1日	25年 12月 1日	26年 1月 1日	26年 2月 1日	26年 3月 1日
-------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------	-----------------

算定している入院基本料加算等に該当する場合は「○」を該当しない場合は「×」を選択して下さい。

入院基本料加算等		算定状況											
A200	総合入院体制加算(1日につき)												
A204	地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)												
A204-2	臨床研修病院入院診療加算(入院初日)												
	1 基幹型												
	2 協力型												
A205	救急医療管理加算(1日につき)												
A205-2	超急性期脳卒中加算(入院初日)												
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)												
A206	在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)												
	1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所(区分番号B004に掲げる退院時共同指導科1に規定する在宅療養支援診療所をいう。)又は在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる住診科の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。)(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合												
	2 連携医療機関である場合(1の場合を除く。)												
	3 1及び2以外の場合												
A207	診療経管理体制加算(入院初日)												
A207-2	医師事務作業補助体制加算(入院初日)												
	1 15対1補助体制加算												
	2 20対1補助体制加算												
	3 25対1補助体制加算												
	4 30対1補助体制加算												
	5 40対1補助体制加算												
	6 50対1補助体制加算												
	7 75対1補助体制加算												
	8 100対1補助体制加算												
A207-3	急性期看護補助体制加算(1日につき)												
	1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)												
	2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)												
	3 50対1急性期看護補助体制加算												
	4 75対1急性期看護補助体制加算												
	夜間50対1急性期看護補助体制加算												
	夜間100対1急性期看護補助体制加算												
	看護職員夜間配置加算												
A208	乳幼児加算・幼児加算(1日につき)												
	1 乳幼児加算												
	イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)												
	ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)												
	2 幼児加算												
	イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)												
	ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)												
A210	難病等特別入院診療加算(1日につき)												
	1 難病患者等入院診療加算												
	2 二難病併発患者入院診療加算												
A211	特殊疾患入院施設管理加算(1日につき)												
A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)												
	1 超重症児(者)入院診療加算												
	イ 6歳未満の場合												
	ロ 6歳以上の場合												
	2 準超重症児(者)入院診療加算												
	イ 6歳未満の場合												
	ロ 6歳以上の場合												
A213	看護配置加算(1日につき)												
	注: A213は一般病棟入院基本料15対1を算定している場合に限る。												
A214	看護補助加算(1日につき)												
	1 看護補助加算1												
	2 看護補助加算2												
	3 看護補助加算3												
A218	地域加算(1日につき)												
	1 1級地												
	2 2級地												
	3 3級地												
	4 4級地												
	5 5級地												
	6 6級地												
A218-2	離島加算(1日につき)												
A219	療養環境加算(1日につき)												
A220	HIV感染者療養環境特別加算(1日につき)												
	1 個室の場合												
	2 2人部屋の場合												

様式3-3

■ =入力必要箇所

施設コード:

施設名:

「地域医療への貢献に係る評価」

評価項目	評価要件	施設基準取得日
1 脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理科(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導科(Ⅰ)(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導科(Ⅱ)(脳卒中に限る)	
2 がん地域連携	がん治療連携計画策定科	
	がん治療連携指導科	
4 救急医療	① 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	
	② 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	
	③ 救命救急センターである。	
5 災害時における医療	① 災害拠点病院の指定を受けている。	
	② 災害派遣医療チーム(DMAT)にかかる指定を受けている。	
	日本DMATの研修終了日	
6 へき地の医療	① へき地医療拠点病院の指定を受けている。	
	② 社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	
7 周産期医療	① 総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	
	② 地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	
8 がん診療連携拠点病院	① 都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	
	② 地域がん診療連携病院の指定を受けている。	
	③ 都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	
9 24時間IPAF体制	超急性期脳卒中加算	
10 EMIS(広域災害・救急医療情報システム)	EMIS(広域災害・救急医療情報システム)へ参加している。	

入力方法

(1)施設コード

「様式3-1」シートに入力のこと。

(2)黄色の欄を入力のこと。該当しない場合は必ず「×」を入力のこと。空白(Null)不可。

(3)1. 脳卒中地域連携

(4)2. がん地域連携

(5)9. 24時間IPAF体制

施設基準の算定開始時期を記載すること。

施設基準を取得していない場合、又は、施設基準を取得後辞退している場合は、「×」を記載すること。

(6)4. 救急医療

①②③のいずれも、「救急医療対策実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)の要件を満たす病院に限る。

(7)5. 災害時における医療

①については、「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)の別添「災害拠点病院の指定要件」を満たす病院に限る。

②については、医療計画における5 疾病・5 事業及び在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制)について(平成24年3月30日厚生労働省医政局指導課長通知)の要件を満たす病院に限る。

③に該当する場合は、都道府県にDMAT指定医療機関として指定された日及び、日本DMATの研修終了日を記載すること。

(8)6. へき地の医療

①については、「へき地保健医療対策実施要綱」(平成13年5月16日医政発第529号)に基づき、都道府県により指定された病院に限る。

②については、「社会医療法人の認定について」(平成20年9月1日医政発第031008号)の別添1の規定される要件を満たす病院に限る。

(9)7. 周産期医療

①②のいずれも、「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知医政発0126第1号)別添2「周産期医療体制整備指針」に基づき、都道府県により指定又は認定された病院に限る。

(10)8. がん診療連携拠点病院

①②については、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年9月1日健発第0301001号)に基づき、厚生労働大臣が指定した病院に限る。

③については、都道府県が当該地域において、がん診療の中核的な役割を担うと認めた病院に限る。

(11)10. EMIS(広域災害・救急医療情報システム)

厚生労働省が運営する広域災害救急医療情報システム(<http://www.wds.emigo.jp>)へ参加している病院に限る。

* 都道府県が運営する救急医療情報システムのみに参加している場合は、「×」を記載すること。

(注)医療計画上の位置付けが不明な医療機関は、各都道府県の医療計画担当部局へ確認すること。

(注)提出するデータに関しては、不備を最小限にするとともに、事務局等からの照会に対応する体制を整えておくこと。

様式 4

分娩など他の支払方法に基づいた診療との併用や、歯科診療との組み合わせ等がある入院症例の場合に、在院日数や診療報酬などが特異値となってしまうことが考えられる。

様式4としてこのような症例を識別するデータを収集することにより、より精度の高いデータ収集を図り、分析精度を高めることを目的とする。

なお、様式4は、下記要領に従って提出すること。

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	退院年月日	医療保険外との組合せ
010000001	0000001256	20130405	20130706	1
010000001	0000005438	20130412	20130704	2
010000001	0000004524	20130507	20130714	1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

1. 調査対象

すべての退院症例（自費のみの症例を含む。）が原則として対象となる。

入院を通してどのような支払いがなされたのかの実績について、退院時点での確定情報で、データを作成する。

2. 入力方法

すべて半角数字でデータを入力すること。

施設コード	9桁の半角数字（都道府県番号＋医療機関コード）		
データ識別番号	10桁の半角数字（満たない場合は前ゼロ追加）		
入院年月日	yyyymmdd		
退院年月日	yyyymmdd		
医療保険外との組合せ	該当するものを下記のコードにより入力		
	コード	区 分	内 容
	1	医科レセプトのみ	医科レセプトのみの場合、市販後調査、保険優先公費と医科レセプトの併用
	2	歯科レセプトあり	歯科レセプトのみ、医科レセプトと歯科レセプトの併用
	3	保険請求なし	100%企業負担の治験、学用100%、他制度（公害レセ、労災レセ、自賠責）のみ。正常分娩、人間ドック等の自費のみ
	4	保険と他制度の併用	公害レセ、労災レセ、自賠責と医科レセプトの組み合わせ療養費のうち、治験、先進医療
	5	その他	臓器提供者等、上記"1"～"4"以外の症例

Dファイル

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
D-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
D-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
D-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101。未確定時は00000000
D-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
D-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
D-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
D-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
D-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		レセプト電算処理システム用コード無い場合、材料777770000とする。
D-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
D-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
D-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計
D-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。
D-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。
D-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
D-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
D-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
D-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
D-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
D-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
D-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。厚生労働省様式のコードを使用。
D-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
D-22	△	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
D-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
D-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
D-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不用。タブでフィールドのみ作成。
D-26	◎	算定開始日	8	410		DPC適用開始日
D-27	◎	算定終了日	8	418		DPC適用終了日
D-28	◎	算定起算日	8	426		算定起算日
D-29	◎	分類番号	14	440		DPCコード(14桁)
D-30	◎	医療機関係数	6	446		診療年月に対応する医療機関調整係数 例) 1.1234(小数点も1桁として設定)

○: 必須 △: 出来高の時必須 ◎: DPC 包括算定期間のみ必須 ▲: 必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 93, 94, 97のいずれかが入る

EF統合ファイル

EF統合ファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	E ファイル	F ファイル	備 考
EF-1	○	施設コード	9	9	必須	E1 施設コード	F1 施設コード	
EF-2	○	データ識別番号	10	19	必須	E2 データ識別番号	F2 データ識別番号	
EF-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		E3 退院年月日	F3 退院年月日	
EF-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		E4 入院年月日	F4 入院年月日	
EF-5	○	データ区分	2	37	必須	E5 データ区分	F5 データ区分	
EF-6	○	順序番号	4	41	必須	E6 順序番号	F6 順序番号	
EF-7	○	行為明細番号	3	44	必須		F7 行為明細番号	
EF-8	○	病院点数マスタコード	12	56		(E7 病院点数マスタ コード)	F8 病院点数マスタ コード	
EF-9	○	レセプト電算処理シス テム用コード	9	65		(E8 レセプト電算コ ード)	F9 レセプト電算コード	
EF-10	▲	解釈番号	8	73		(E9 解釈番号)	F10 解釈番号	
EF-11	○	診療明細名称	254	327		(E10 診療行為名称)	F11 診療明細名称	
EF-12	○	使用量	11	338	必須		F12 使用量	
EF-13	○	基準単位	3	341			F13 基準単位	
EF-14	○	明細点数	8	349	必須	}	F14 行為明細点数 F15 行為明細薬剤料 F16 行為明細材料料	
EF-15	○	円・点区分	1	350			(E14 円点区分)	F17 円点区分
EF-16	○	出来高実績点数	8	358	必須		F18 出来高実績点数	
EF-17	○	出来高・包括フラグ	1	359	必須		F19 出来高包括フラグ	
EF-18	○	行為点数	8	367	必須	E11 行為点数		
EF-19	○	行為薬剤料	8	375	必須	E12 行為薬剤料		
EF-20	○	行為材料料	8	383	必須	E13 行為材料料		
EF-21	○	行為回数	3	386	必須	E15 行為回数		全レコード
EF-22	○	保険者番号	8	394		E16 保険者番号		
EF-23	△	レセプト種別コード	4	398		E17 レセプト種別コ ード		
EF-24	○	実施年月日	8	406		E18 実施年月日		全レコード
EF-25	○	レセプト科区分	2	408	必須	E19 レセプト科区分		
EF-26	○	診療科区分	3	411	必須	E20 診療科区分		全レコード
EF-27	△	医師コード	10	421		E21 医師コード		全レコード
EF-28	△	病棟コード	10	431		E22 病棟コード		全レコード
EF-29	○	病棟区分	1	432		E23 病棟区分		全レコード
EF-30	○	入外区分	1	433		E24 入外区分		
EF-31	○	施設タイプ	3	436		E25 施設タイプ		

○：必須 △：出来高の時必須 ◎：DPC 包括算定期間のみ必須 ▲：必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

【統計情報部「患者調査」の仕様】

入院前の場所

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院していたものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院していたものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けていたものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院していたものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院していたものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院していたものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所していたものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所していたものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所していたものをいう。
- 11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

退院後の行き先

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院するものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院するものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けるものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院するものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院するものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院するものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所するものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所するものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所するものをいう。
- 11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

【「患者調査」における在宅医療】

以下の①～③に該当するものを指す。

①往診

患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。

②訪問診療

医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。

③医師・歯科医師以外の訪問

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者が訪問して実施されるものをいう。

【患者調査とDPC調査の対応一覧】

[入院経路]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟からの転棟
1 当院に通院	1 家庭からの入院
2 他の病院・診療所に通院	1 家庭からの入院
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	1 家庭からの入院
4 その他：上記「1～3」以外の場合	1 家庭からの入院
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
9 介護老人福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
10 社会福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 院内で出生 9 その他

[退院先]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟への転棟
1 当院に通院	1 家庭への退院（当院に通院）
2 他の病院・診療所に通院	2 家庭への退院（他の病院・診療所に通院）
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	3 家庭への退院（その他）
4 その他：上記「1～3」以外の場合	3 家庭への退院（その他）
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟への転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護老人保健施設に入所
9 介護老人福祉施設に入所	6 介護老人福祉施設に入所
10 社会福祉施設に入所	7 社会福祉施設に入所
11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 終了（死亡等） 9 その他

【介護保険にかかる主治医意見書に活用されている「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」】

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

事 務 連 絡
平成24年3月26日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

傷病名コードの統一の推進について

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

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

事 務 連 絡
平成 22 年 3 月 26 日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

傷病名コードの統一の推進について

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

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

後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ

平成25年4月5日
厚生労働省

I. さらなる使用促進の必要性

- 後発医薬品（ジェネリック医薬品とも言う。）は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品である。
- 一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっており、後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであるが、後発医薬品を普及させることの本来的意義は、こうした医療費の効率化を通じて限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることにある。
- したがって、平成19年に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づいて、平成24年度までに後発医薬品の数量シェア30%以上にすることを目標に、後発医薬品の普及を図ってきた。
- しかし、後発医薬品の数量シェアについては、平成23年9月の薬価調査では22.8%と低い水準にあったが、平成25年3月末の後発医薬品の数量シェアについて、薬価調査の実績ベース（低位推計）、調剤メディアス（「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）の実績ベース（高位推計）、及び両者の按分（中位推計）により試算すると、低位推計で24.8%、中位推計で25.6%であり、高位推計でも26.3%にとどまり、いずれも目標には到達していない。

* 推計方法の詳細については、別添参考資料を参照。

- こうした状況もあり、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）の中においても、「後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る」ことが盛り込まれたところである。
- 以上のことから、後発医薬品のさらなる使用を促進するため、現在の使用促進策に係る課題を明らかにするとともに、新たな目標を設定して、今後、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取り組む施策として「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定する。

II 新たな目標の設定の考え方とモニタリングの強化

<新たな目標の設定について>

- 新たな目標の設定にあたっては、国際的な比較が容易にできることも踏まえ、後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアとすることとする。
 - * 後発医薬品の数量シェア（= $\frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])}$ ）
 - * 以下、数量シェアについては上記の方法に用いた数値を用いることとし、アクションプログラムにおけるすべての医薬品をベースとした数量シェアの数値については旧指標と言う。
- 欧米諸国は我が国に比べて後発医薬品の使用が遥かに進んでいるが、相対的に我が国に近い水準であるフランスやスペイン並みの数量シェアである 60%について、前述の平成 25 年 3 月末の数量シェアを試算した手法で到達時点を推計すると、低位推計では平成 25 年 4 月から約 7 年 3 ヶ月後、中位推計で同じく約 5 年後、高位推計で同じく約 4 年 1 ヶ月後となる。

- また、アクションプログラムにおいては、平成 17 年 9 月時点における数量シェアである 16.8%（旧指標）を平成 25 年 3 月末までに 30%（旧指標）にすることを目標として掲げていたが、この伸び率を前提に 60%に到達する時期を推計すると、平成 25 年 4 月から約 5 年後となる（推計の出発点は、平成 23 年 9 月の薬価調査における後発医薬品の数量シェア）。
- 上記を踏まえ、後発医薬品の数量シェアの新たな目標については、平成 30 年 3 月末までに 60%以上とする。

<モニタリングの強化>

- ロードマップについては、適宜、モニタリングを行い、使用促進策に係る現状と課題を把握し、その課題を解決することにより効果的・効率的な実施を図ることとする。
- 後発医薬品の品質の信頼性を確保するための施策、医療保険制度におけるインセンティブ方策など今後の更なる促進策については、モニタリングの結果等を踏まえ、適宜追加し、実施する。また、新たな目標についても同様にモニタリングするとともに、その結果や参考としたフランスを始めとする諸外国の動向をもとに、例えば新たな促進策の効果や薬価調査の結果などを踏まえ、見直しを行う。
- なお、これまでのアクションプログラムでの取組も継続するとともに、当該取組のモニタリングも引き続き行う。

精神科救急医療体制に関する検討会

報告書

平成23年9月30日

はじめに

精神疾患患者数は、患者調査によると、平成11年に約204万人であったものが、平成20年には約323万人に増加しており、疾患別にみると、うつ病を含む気分障害や認知症が増加している。

精神科救急医療体制の整備については、精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するため、平成7年度に「精神科救急システム整備事業」を創設し、精神科救急情報センター機能の整備等を行ってきたが、さらに、幻覚・妄想・興奮など激しい症状を有する精神疾患患者を24時間365日の診療体制で受け入れることができるよう、平成17年度には「精神科救急医療センター事業」を創設し、初期から三次までの精神科救急医療体制の整備を図ってきた。

平成20年度からは、身体疾患を合併する精神疾患患者等の受け入れ体制について、未整備の地域があることや、夜間・休日の相談対応等について、地域による差が大きいこと等から、身体疾患を合併する精神疾患患者を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設等の地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化するため、前述の二つの事業を再編し、「精神科救急医療体制整備事業」を創設して精神科救急医療体制の一層の整備を進めてきた。

診療報酬では、平成8年度に精神科急性期入院料が、精神科救急医療に関する入院料として創設され、さらに近年では、平成14年度に精神科救急入院料が、手厚い人員配置を有する常時対応の精神科救急医療施設を対象とした入院料として創設され、平成20年度には精神科救急・合併症入院料が、身体疾患を合併した精神疾患患者を受け入れる精神科救急病棟の入院料として創設されるなど、精神科救急医療体制の充実が進められた。

精神科救急医療体制では、緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず患者本人が入院の必要性を理解できないために、結果的に入院

が遅れるといったことが想定され、そのような患者を医療機関に搬送する手段の確保も重要となる。措置入院等の場合に、患者を医療機関へ搬送する（移送）制度については、平成11年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）の一部改正において、医療保護入院のための移送の規定が新設されるとともに、措置入院に付随して行われる移送についても法律上明記され、制度化された。しかし、医療保護入院の場合に行われる移送（第34条移送）については、搬送まで事前調査等の手続きが必要であること等から、実際の救急事例への対応には適していない等が指摘されている。

精神科救急医療体制の状況については、平成22年度で、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069施設（常時対応、輪番対応及び外来対応を含む。）となっている。

夜間・休日における精神科救急情報センターへの電話相談件数は、平成17年度約8万件であったが、平成22年度（暫定値）は約15万件であり、約2倍弱に増加している。また、夜間・休日の受診件数、入院件数については、平成17年度はそれぞれ約3万件、約1万2千件であったが、平成22年度（暫定値）はそれぞれ約3万6千件、約1万5千件で、いずれも増加しており、精神科救急医療体制の充実・強化が課題となっている。

以上のような課題を踏まえ、平成22年、精神保健福祉法の一部改正により、都道府県による精神科救急医療体制の努力義務（精神保健福祉法第19条の11）が法律上位置づけられ、平成24年4月から施行されることとなっている。

法律の施行にあたっては、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の具体的な内容や、自治体、精神科医療機関、精神保健指定医のそれぞれの役割等について、一定の方針を示す必要があることや、近年、うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加しており、その受入体制を確保する必要があること等から、本年5月に、精神科救急医療の有識者や自治体関係者からなる本検討会が設置された。

本検討会では、精神科救急医療の内容について、以下の二つに分けて、必要となる医療体制の具体的内容や、自治体や精神保健指定医の役割等について、有識者からのヒアリングを踏まえながら議論を行った。

- (1) 精神障害者の緊急時における精神保健福祉法に基づく公的機能としての精神科救急医療体制
- (2) 身体疾患を合併している精神疾患患者に対する一般医療との連携を踏まえた医療機能としての精神科救急医療体制

これまで計4回の議論を重ね、今後整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等について、以下にまとめたので報告する。

1. 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

(1) 基本的考え方

○ 精神科救急医療体制は、

- 1) 重症の救急患者に良質な医療を提供する
- 2) 精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止する
- 3) 在宅患者の地域生活維持を支援する (※)

ことを目標に、各都道府県において、これらが達成できるような精神科救急医療体制を整備する必要がある。

※外来や相談・訪問による対応など、症状の再燃による重症化を防止し早期に医療に繋げる取り組み等が含まれる

○ 精神科救急医療体制を継続的・安定的に提供していくためには、行政機関、病院・診療所を含む精神科医療機関、一般医療機関、患者、家族、地域住民等の関係者が、協力・連携していく必要がある。このため、精神科救急医療に関する連絡調整委員会を、全県的又は精神科救急医療圏ごとに開催し、地域の精神科医療機関の医療機能や搬送受入の判断基準、具体的な事例に関する情報共有を図る必要がある。

○ また併せて、精神科の救急患者、精神科救急医療機関、身体疾患の合併等の認識が、関係者の立場によって異なるとの指摘があることから、精神科救急医療に関する連絡調整委員会等において、それらの定義を明確化し、共有していく必要がある。

(2) 各論

1) 精神科救急医療システムの確保・維持

精神科救急医療システムは、地域において、幻覚・妄想・興奮などの激しい精神症状を有する患者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するためのシステムであり、都道府県は、24時間365日、搬送や入院が可能な体制を確保する必要がある。

当該システムを確保・維持するため、一部の精神科医療機関だけでなく、常時対応、輪番対応、後方支援、外来対応、自院の患者への夜間・休日の対応等のそれぞれの立場で、すべての精神科医療機関が参加・協力すべきである。

また、外来対応については、大都市圏のように夜間・休日の患者数が多い地域では、常時型外来対応施設を設置すべきである。

なお、精神科救急医療システムへの精神科医療機関の参加・協力に関しては、輪番への参加頻度などの対応状況について評価を行う必要があると考えられる（関連：3.（2）3））。

2）精神医療相談窓口、精神科救急情報センターの整備

精神科救急医療システムを、継続的・安定的に維持するためには、できるだけシステムに負担をかけないように、患者の緊急性に応じて適切なサービスにつなげることが重要である。

このため、夜間・休日の相談窓口を設置し、必要な対処法や救急受診の要否等について助言することや、救急情報センターを設置し、患者の状態に応じて対応可能な機関（医療機関、保健所等）につなぐこと等が有用と考えられることから、都道府県は、24時間365日（夜間・休日に）対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置する必要がある（平成22年度の実施都道府県数：相談窓口34カ所、情報センター37カ所、両方設置29カ所、両方未設置5カ所）。

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

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

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

3）精神科医療機関の役割

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

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

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

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

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

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

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

4) 精神保健指定医の役割

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

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

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

2. 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

(1) 基本的考え方

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（２）各論

１）精神科医療機関と一般医療機関の連携強化

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

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

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

診療支援を行いつつ、精神科医療機関が対応することを原則とすべきである。

このため、精神科医療機関は、地域の救急医療機関と連携体制を構築し、連携先の医療機関との間では、転院の判断基準や患者情報の共有、必要な手続き等についてあらかじめ調整しておく必要がある。

しかし、精神科医療機関と一般医療機関では、医療機関が有する診療体制が異なるため、受け入れ可能な患者の状態の判断等についても、現状では異なる場合が多いと考えられる。

したがって、連携体制の構築にあたっては、身体疾患の治療後の精神疾患患者の受入れや転院の判断基準について、各地域において、精神科医療機関と一般医療機関間でそれぞれの診療体制や医療機能を確認し合いながら事例を積み重ねていくことが重要である。

また併せて、精神科医療機関は、必要に応じて連携先の救急医療機関への診療支援を行う（精神科医の訪問等による診療協力）とともに、身体疾患の治療後は精神疾患患者を円滑に受け入れる必要がある。

なお、精神科医療機関での受け入れ後に、身体症状が再び重症化する可能性がある場合には、精神科医療機関と一般医療機関は診療連携を一層強化して、個々の事例に応じた最適な医療環境を提供できるよう努めるべきである。

以上のような、精神科医療機関と一般医療機関との間で、患者紹介、診療支援、転院等が円滑に行われるための対応策を検討すべきである。

都道府県は、医療機関間での有機的な連携体制構築のため、地域又は連携医療機関間において、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取り組み（GP連携事業等）、事例検討会等の従事者の研修、精神科と身体科との連携のためのクリティカルパス作成等の取り組みを推進すべきである。

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

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

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

2) 総合病院精神科の役割の明確化

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

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

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

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

3) 従事者の対応力向上

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

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

3. 評価指標の導入

(1) 基本的考え方

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

個別事項 (その1:がん対策等について)

平成25年11月15日

1

がん診療提供体制に関する課題と論点

【課題】

- がん診療連携拠点病院は、がん医療の均てん化を図るため、2次医療圏に原則1つ整備することを目指し、平成14年から整備を開始した。現在、その数は397であるが、拠点病院の無い2次医療圏は減少傾向であるものの下げ止まっていることや(現在107医療圏)、拠点病院間に大きな診療実績等の格差が存在しているなどの課題がある。
- これらの課題の解決のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」では、拠点病院の要件を厳格化するとともに、拠点病院のない2次医療圏でもがん医療の均てん化(特に高度な技術を要さない手術、化学療法、緩和ケア、相談支援等)を進めるため、「地域がん診療病院」を整備すること、さらに、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有する医療機関を「特定領域がん診療病院」として指定する方向性がとりまとめられた。
- 今後、報告書をもとに指針を改正し、平成26年度早期に新制度を運用する予定としている。
- また、小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないことが懸念される。

このため、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化するため、平成25年2月に全国15カ所の「小児がん拠点病院」が指定された。

【論点】

- がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における高度な診療機能を有する医療機関の評価のため、今後整備が予定されている「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。
- 小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件に加えて、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。

2

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

3

がん診療連携拠点病院のあゆみ

- 平成13年8月 地域がん診療拠点病院の整備に関する指針
- 平成14年3月 地域がん診療拠点病院の指定開始(5施設)
- 平成17年4月 がん医療水準均てん化に関する検討会報告書
拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。
- 平成18年2月 がん診療連携拠点病院の整備について(旧指針)
- 平成18年6月 がん対策基本法 成立
- 平成19年4月 がん対策基本法施行
- 平成19年6月 がん対策推進基本計画の閣議決定
- 平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について(現在の指針)
- 平成24年6月 (新)がん対策推進基本計画の閣議決定
- 平成24年12月～ がん診療提供体制のあり方に関する検討会
平成25年11月現在 397施設が指定

4

②がん診療連携拠点病院の見直し

5

基本計画における「地域の医療・介護サービス提供体制の構築」に関する記載

拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等）について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

6

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

【現状】

全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目指し、がん診療連携拠点病院を2次医療圏(344箇所)に原則1つを目指して整備した結果、現在397箇所(都道府県拠点51箇所、地域拠点344箇所、国立がんセンター2箇所)の医療機関が指定されている(一部医療圏では人口や医療機関の配置等を加味して複数指定)。

【課題】

拠点病院間の格差が大きいこと、未だに107の医療圏で拠点病院が整備されていないこと、特定の領域に高度な診療機能を持つ医療機関をどう位置づけるかといった課題がある。

【構成員】

伊藤 朋子	声を聴きあう患者たち&ネットワーク「VOL-Net」代表	田村 和夫	学校法人福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
今村 聡	社団法人日本医師会副会長	中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
緒方 真子	神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」世話人代表	西山 正彦	国立大学法人群馬大学医学系研究科医科学専攻病態腫瘍制御学講座病態腫瘍薬理学分野教授
神野 正博	社団法人全日本病院協会副会長	平岡 真寛	国立大学法人京都大学放射線腫瘍学・画像応用治療学教授
○北島 政樹	学校法人国際医療福祉大学学長	堀田 知光	独立行政法人国立がん研究センター理事長
佐々木 淳	宮城県健康福祉部次長	松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
篠 道弘	静岡県立がんセンター薬剤部長	横山 晶	新潟県立がんセンター新潟病院院長
		吉川 幸伸	独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター外科系診療部長

【設置】平成24年12月

(五十音順・敬称略 ○は座長)

【報告書】

平成25年7月がん診療提供体制に関するワーキンググループ報告書を受け、最終報告書を平成25年9月にまとめた。

7

新たながん診療提供体制の概要 (平成25年7月がん診療提供体制に関するWG報告書概要)

【課題と対応案】

①拠点病院間の格差の存在

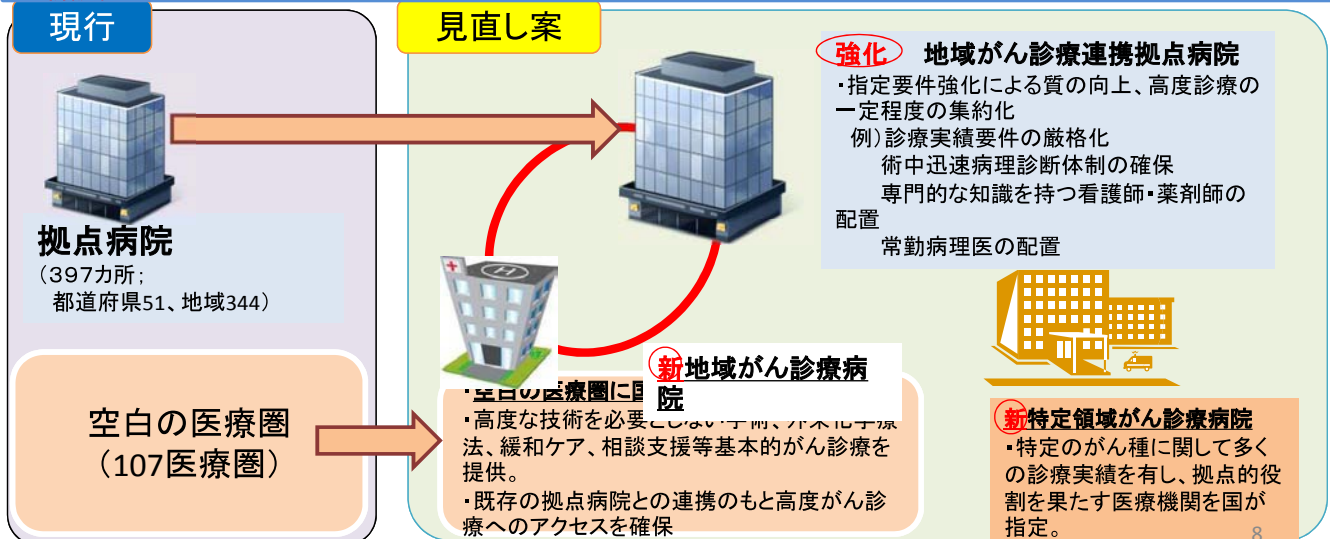
→人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化

②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在

→緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「**地域がん診療病院(仮称)**」の新設。

③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在

→特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的作用を果たす「**特定領域がん診療病院(仮称)**」の新設。



がん診療連携拠点病院の要件案概要(変更点を中心に)

要件		
集学的治療	がん診療連携	<ul style="list-style-type: none"> ・その実施主体を明らかにし、月1回以上の開催を求める。 ・構成員は放射線診断、放射線治療、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師の参加を必須化。
	手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な手術については術中迅速病理診断が可能な体制を確保することを求める。(当該体制は遠隔病理診断でも可)
	化学療法	<ul style="list-style-type: none"> ・グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援する体制を確保することを求める。
	放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・高度な技術と設備等による放射線治療を必要とする患者を当該設備を有する施設との連携により提供できることを求める。 ・放射線治療装置から出力される線量の適切な管理を求める。
	緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・インフォームドコンセントやセカンドオピニオンの提供体制等意思決定環境の整備 ・苦痛のスクリーニングの徹底 ・院内クリティカルパスや服薬指導等基本的緩和ケア提供体制の整備 ・緩和ケアチームへの紹介手順の明確化等専門的緩和ケアへのアクセスの改善 ・病棟ラウンド、カンファレンス、外来診療等緩和ケアチームの診療の充実 ・地域連携パスや連携マップ、退院時カンファレンスの開催等地域連携の充実 ・緩和ケアに関するPDCAサイクルの確保 等を求める。
診療実績	<ul style="list-style-type: none"> ・年間入院がん患者数による評価を廃し、「院内がん登録数500件以上」、「悪性腫瘍の手術件数400件以上」、「化学療法のべ患者数100人以上」、「放射線治療のべ患者数200人以上」等による絶対数の評価と、地域の2次医療圏等におけるがん患者の診療割合等による相対数の評価を導入。 	
医療施設	<ul style="list-style-type: none"> ・術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。 	
医師	手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の医師の配置を求める。
	放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・専従の医師の配置を求める。
	化学療法	<ul style="list-style-type: none"> ・専任で常勤の医師の配置を求める。
	病理診断	<ul style="list-style-type: none"> ・専任で常勤の医師の配置を求める。
医師以外	看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求める。 ・がん看護専門看護師や認定看護師をはじめとするがん看護に関する一定の教育を受けた看護師の専従配置を求める。
相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ・相談員のうち少なくとも2名が国立がん研究センターの「相談支援センターの相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了していることを求める。 ・「就労相談」、「患者活動の支援」、「相談支援センターの広報・周知活動/地域連携の強化」、「相談員教育と支援サービス向上に向けた取り組み」を追加。 	
がん登録	<ul style="list-style-type: none"> ・登録実務者には、常勤かつ専従を求める。 	

1

地域がん診療病院の要件案概要

要件		
集学的治療	がん診療連携	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療連携拠点病院と同等の緩和ケアの提供を求める。
	手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・提供が困難である手術や術中迅速病理診断が必要な手術についてはグループとなる拠点病院と連携し提供できる体制を確保。 ・当該体制は遠隔病理診断でも可とする。
	化学療法	<ul style="list-style-type: none"> ・グループとなる拠点病院との連携のもとレジメンを審査し、標準的な化学療法を施行できる体制を確保。
	放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・設備や人材配置の点から施設で放射線治療の提供が困難である場合にはグループ指定となる拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を確保。
	緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療連携拠点病院と同等の緩和ケアの提供を求める。
診療実績	<ul style="list-style-type: none"> ・当該2次医療圏のがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、指定に当たり個別に判断。 	
医療施設	<ul style="list-style-type: none"> ・外来化学療法室、集中治療室(※)、白血病を専門とする分野に掲げる場合は無菌病室、がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場(※)に加え、下記の要件を求める。(※)必須ではない。 ・放射線治療を行う場合には、放射線治療機器を設置すること。 ・術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。 	
医師	手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の配置を求める。
	放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を行う場合には、専従の医師の配置を求める。
	化学療法	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤かつ原則専任の医師の配置を求める。
	病理診断	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師を配置することが望ましい。
医師以外の従事者	診療放射線技師	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を行う場合は、専従かつ常勤の診療放射線技師の配置を求める。
	放射線治療に携わる看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を行う場合は、放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置することが望ましい。
	化学療法に携わる看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求める。
	化学療法に携わる薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・専任かつ常勤の薬剤師を1人以上配置することが望ましい。
細胞診断	<ul style="list-style-type: none"> ・細胞診断に係る業務に携わる者の配置を求める。 	
相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ・国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること 	
院内がん登録	<ul style="list-style-type: none"> ・国立がん研究センターによる研修を受講した専従かつ常勤の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置。 	

2

特定領域がん診療病院の要件案概要

- ① 特定のがん種について、当該都道府県内の多くの患者を診療し、所属する都道府県が推薦。
- ② 診療機能や人材配置等については拠点病院の要件を課すこととする。ただし、がん種に応じて 治療法が異なるため、指定にあたっては個別に判断することとする。
- ③ 圏域を超えて都道府県内全体での実績が求められることから、患者の状態(緊急性や合併症の有無)により、拠点病院等と連携した適切ながん医療の提供を求める。
- ④ 特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、拠点病院等との人材交流、技術提携、合同のカンファレンス、相談支援センター間の情報共有等を行うことが望ましい。

拠点病院単独でがん医療を完結するのではなく、一定の要件を満たす「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」を指定し、拠点病院との役割分担や連携を進めることにより、がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における診療機能の集約化の推進が期待される。

11

がん診療提供体制に関するWG報告書の概要 (機能・実績・施設)

参考	機能	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院 (案)	地域がん診療病院 (新設)
		集学的治療	<p>・がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がん診療連携拠点病院を設置し、定期的に開催すること。</p> <p>新 手術療法</p> <p>ア 急変時等の緊急時に外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。 イ 化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、がん診療連携拠点病院と連携協力すること。</p> <p>新 放射線治療</p>	<p>・その実施主体を明らかにし、月1回以上の開催を求め、構成員には放射線診断、放射線治療及び病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の参加を必須化する。</p> <p>新 ・必要な手術については術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。</p> <p>・現行の要件に加え、グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援する体制を確保することを求める。</p> <p>新 ・高度な技術と設備等による放射線治療を必要とする患者を当該設備を有する施設との連携により提供できることを求める。 ・放射線治療装置から出力される線量の適切な管理を求める。</p>
診療実績	<p>・年間入院がん患者数が1200人以上であることが望ましい。</p>	<p>下記1または2を満たすことが望ましい。</p> <p>1. 絶対数での評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内がん登録数 500件以上 ・悪性腫瘍の手術件数の総数 400件以上 ・がんに係る化学療法のべ患者数 1000人以上 ・放射線治療のべ患者数 200人以上 <p>以上の数値をそれぞれ満たすことが望ましい。</p> <p>2. 相対的な評価</p> <p>患者数が少ない地域の2次医療圏において、当該2次医療圏、場合によっては隣接する医療圏に居住するがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、実績を考慮する。</p>	<p>・当該2次医療圏のがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、指定に当たり個別に判断することとする。</p>	
医療施設	<p>ア 放射線治療機器を設置すること。 イ 外来化学療法室を設置すること ウ 集中治療室を設置することが望ましい。 エ 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。 オ がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。</p>	<p>現行の要件から下記の様に要件を厳格化、追加する。</p> <p>ウ 原則として集中治療室を設置することとする。</p> <p>新 術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。</p>	<p>現行の要件イ～オに加え、下記の要件を求める。</p> <p>ア 放射線治療を行う場合には、放射線治療機器を設置すること。</p> <p>術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。</p>	

がん診療提供体制に関するWG報告書の概要（診療従事者）

参考	診療従事者 知識及び技能 を有する者	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院(案)	地域がん診療病院(新設)
		<p>医師</p> <p>手術療法</p> <p>放射線治療</p> <p>放射線診断</p> <p>化学療法</p> <p>病理診断</p>	<p>地域がん診療連携拠点病院(現行の要件)</p> <p>・専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。</p> <p>・専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。</p> <p>・専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。</p> <p>・専任の病理診断に携わる医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。</p>	<p>地域がん診療連携拠点病院(案)</p> <p>・常勤の医師の配置を求める。</p> <p>・専任から専従へ厳格化。</p> <p>・専任の医師の配置を求め、原則として常勤とする。</p> <p>・常勤を必須とし、原則として専従を求める。</p> <p>・常勤を必須とし、専任とする。当該医師は専従であることが望ましいとする。</p>
<p>医師以外の従事者</p>	診療放射線技師	・専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を1人以上配置すること。	・現行の要件に加え、以下を追記する。当該技師は放射線治療専門放射線技師であることが望ましい。	・放射線治療を行う場合は、専従かつ常勤の診療放射線技師の配置を求め、当該技師は放射線治療専門放射線技師であることが望ましいとする。
	放射線治療に携わる技術者	・専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を1人以上配置すること。	・現行の要件に加え、以下を追記する。当該技術者は医学物理士であることが望ましい。	
	放射線治療に携わる看護師		・ 放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置すること。	・放射線治療を行う場合は、放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置することが望ましいとする。
	化学療法に携わる看護師	・外来化学療法室に専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。当該看護師は専従であることが望ましい。	・原則として専従を求め、以下を追記する。当該看護師はがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師であることが望ましい。	・外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求め、専従であることが望ましいとし、当該看護師はがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師であることが望ましいとする。
	化学療法に携わる薬剤師	・専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。	・現行の要件に加え、以下を追記する。当該薬剤師はがん薬物療法認定薬剤師、またはがん専門薬剤師であることが望ましい。	・専任かつ常勤の薬剤師を1人以上配置することが望ましいとする。
	細胞診断	・細胞診断に係る業務に携わる者を1人以上配置することが望ましい。	・専任かつ配置することを求め、以下を追記する。当該者は細胞検査士であることが望ましい。	・細胞診断に係る業務に携わる者の配置を求め、当該者は細胞検査士であることが望ましいとする。

がん診療提供体制に関するWG報告書案の概要（相談支援等）

参考	相談支援	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院(案)	地域がん診療病院(新設)
		<p>名称</p> <p>相談員</p> <p>業務</p>	<p>地域がん診療連携拠点病院(現行の要件)</p> <p>・国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること。</p> <p>ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供 イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供 ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介 エ がん患者の療養上の相談 オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供 カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談 キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談 ク その他相談支援に関すること</p>	<p>地域がん診療連携拠点病院(案)</p> <p>・病院固有の名称との併記を認めた上で、「がん相談支援センター」との表記を求める。</p> <p>・現行の要件に相談員のうち少なくとも2名が国立がん研究センターの「相談支援センターの相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了していることを求めることを追加。</p> <p>・エ「がん患者の療養上の相談」の内容の具体例として、就労に関する相談を追加。</p> <p>・また、以下を追加 ①患者活動の支援(患者会への支援、患者サロン、ピアサポートなど) ②相談支援センターの広報・周知活動/地域連携の強化 ③相談員教育と支援サービス向上に向けた取り組み</p> <p>※業務内容については相談支援センターと別部門で実施されることもあることから、その場合は明示すること。</p>
院内がん登録	登録実務者	・国立がん研究センターによる研修を受講した専任の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置すること。	・常勤かつ専従を求める。	・新しい拠点病院の要件と同様。
その他	情報の可視化等		・施設で提供するがん種別の医療の情報を病院ホームページ等でわかりやすく公表することを求める。	
			・施設で提供可能な医療及び施設で提供困難であるものの拠点病院との連携により提供される医療についてわかりやすく明示することを求める。	
		・拠点病院と自治体指定のがん診療施設等との区別を容易にするため、例えば看板の形状や同一のマークの掲示等を求める。		

③小児がん拠点病院の整備

小児がん拠点病院の整備の背景

・日本においてがんは小児の病死原因の第1位。小児がん患者は治療後の経過が成人に比べて長いことに加えて、晩期合併症や、患者の発育・教育に関する問題等、成人のがん患者とは異なる問題を抱えている。

・小児がんの年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され(※)、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。 ※平成23年8月25日がん対策推進協議会小児がん専門委員会「今後の小児がん対策のあり方について」参考資料

・平成24年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」で、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの全国の中核的な機関の整備を開始することが目標に定められた。

・小児がん拠点病院等について「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」で検討し、検討結果を踏まえ、拠点病院の要件等を定める「小児がん拠点病院の整備について」(平成24年9月7日健康局長通知)を策定した。

(参考) <子どもの年齢階級別死因順位(カッコは死亡率(人口10万対))>

	1-4歳	5-9歳	10-14歳
1位	先天奇形、変形及び染色体異常(4.3)	不慮の事故(1.9)	悪性新生物(1.9)
2位	不慮の事故(2.9)	悪性新生物(1.6)	不慮の事故(1.6)
3位	悪性新生物(2.4)	先天奇形、変形及び染色体異常(0.7)	自殺(1.3)

小児がん拠点病院の指定

小児がん拠点病院の指定:

「小児がん拠点病院の指定に関する検討会」の議論の結果を踏まえ、**小児がんの診療機能を集約化**するため、平成25年2月に、**応募のあった37医療機関から、厚生労働大臣が以下15医療機関を小児がん拠点病院として指定。**

ブロック	都道府県名	医療機関名	ブロック	都道府県名	医療機関名
北海道	北海道	北海道大学病院	近畿	京都	京都大学医学部附属病院
東北	宮城	東北大学病院		京都	京都府立医科大学附属病院
関東	埼玉	埼玉県立小児医療センター		大阪	大阪府立母子保健総合医療センター
	東京	国立成育医療研究センター		大阪	大阪市立総合医療センター
	東京	東京都立小児総合医療センター	兵庫	兵庫県立こども病院	
	神奈川	神奈川県立こども医療センター	中国・四国	広島	広島大学病院
東海・北	愛知	名古屋大学医学部附属病院			

小児がん拠点病院の今後の予定:

各小児がん拠点病院は、地域の小児がん医療提供体制に関する計画を平成25年8月に厚生労働省に提出。平成26年2-3月目途に、その進捗状況等を把握するための検討会を開催する予定。また、小児がんの全国の中核的な機関も平成25年度中に整備する予定。

17

小児がん拠点病院の要件概要

(1) 拠点病院の役割

地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、地域全体の小児がん医療及び支援の質の向上に資すること、地域医療機関との連携、長期フォローアップの体制整備等の役割を担う。

(2) 拠点病院の要件

- ① 診療機能（集学的治療の提供、カンサーボードの開催、**長期フォローアップ体制(※1)**、緩和ケアチームの整備、地域医療機関との連携、セカンドオピニオンの実施等）
- ② 診療従事者（放射線治療医師・診療放射線技師・薬剤師・認定看護師等の配置等）
- ③ 医療施設（放射線治療機器の設置、集中治療室の設置※等）
- ④ 診療実績（**造血器腫瘍年間10例程度以上、固形腫瘍年間10例程度以上(うち脳・脊髄腫瘍が2例程度以上)**）
- ⑤ **日本小児血液・がん学会の「研修施設」及び日本小児外科学会の「認定施設」であること。**
- ⑥ 相談支援センターの設置
- ⑦ 院内がん登録の実施
- ⑧ **臨床研究（臨床研究専門部署の設置※2、CRCの配置※2等）**
- ⑨ **療育環境の整備（保育士の配置、教育支援、プレイルームの整備、長期滞在施設の整備等(※3)）**

※1 小児がん患者の場合、成長期の治療により、治療後も発達障害、内分泌障害、二次がん等の晩期合併症の問題があり、治療後も、長期フォローアップ外来等で健康管理、晩期合併症の予防、早期発見、早期治療が必要とされている。

※2 必須要件ではない。

※3 患者の発育及び教育等に関して必要な環境整備として、(1)保育士を配置していること、(2)病弱の特別支援学校又は小中学校の病弱・身体虚弱の特別支援学級による教育支援(特別支援学校による訪問教育を含む。)が行われていること、(3)退院時の復園及び復学支援が行われていること、(4)子どもの発達段階に応じた遊戯室等を設置していること、(5)家族等が利用できる長期滞在施設又はこれに準じる施設が整備されていること、(6)家族等の希望により、24時間面会又は患者の付き添いができる体制を構築していること等が要件となっている。

小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件を基本に、小児がん医療の診療実績と必要な機能・体制(長期フォローアップ体制、臨床研究、療育環境等)を追加した要件を策定。

18

【課題】

- がん診療連携拠点病院は、がん医療の均てん化を図るため、2次医療圏に原則1つ整備することを目指し、平成14年から整備を開始した。現在、その数は397であるが、拠点病院の無い2次医療圏は減少傾向であるものの下げ止まっていることや（現在107医療圏）、拠点病院間に大きな診療実績等の格差が存在しているなどの課題がある。
 - これらの課題の解決のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」では、拠点病院の要件を厳格化するとともに、拠点病院のない2次医療圏でもがん医療の均てん化（特に高度な技術を要さない手術、化学療法、緩和ケア、相談支援等）を進めるため、「地域がん診療病院」を整備すること、さらに、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有する医療機関を「特定領域がん診療病院」として指定する方向性がとりまとめられた。
 - 今後、報告書をもとに指針を改正し、平成26年度早期に新制度を運用する予定としている。
 - また、小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないことが懸念される。
- このため、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化するため、平成25年2月に全国15カ所の「小児がん拠点病院」が指定された。

【論点】

- がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における高度な診療機能を有する医療機関の評価のため、今後整備が予定されている「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。
- 小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件に加えて、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。

3

新型インフルエンザ等対策特別措置法案について

診調組 D-2(参考)

25.12.9

～危機管理としての新型インフルエンザ及び全国かつ急速なまん延のおそれのある新感染症対策のために～

新型インフルエンザ及び全国かつ急速なまん延のおそれのある新感染症に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにする。

1. 体制整備等

- 行動計画等の作成
 - 国、地方公共団体の行動計画の作成
 - 指定公共機関（医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人）の指定・業務計画の作成
- 権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとすること
- 発生時に国、都道府県の対策本部を設置、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置
- 発生時における特定接種（医療関係者、社会機能維持事業者の従業員等に対する先行的予防接種）の実施
- 海外発生時の水際対策の的確な実施

「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」

新型インフルエンザ等（国民の生命・健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものに限る）が国内で発生し、全国かつ急速なまん延により、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあると認められるとき

2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」発生の際の措置

- 外出自粛要請、興行場、催物等の制限等の要請・指示（潜伏期間、治癒するまでの期間等を考慮）
- 住民に対する予防接種の実施（国による必要な財政負担）
- 医療提供体制の確保（臨時的医療施設等）
- 緊急物資の運送の要請・指示
- 政令で定める特定物資の売渡しの要請・取用
- 埋葬・火葬の特例
- 生活関連物資等の価格の安定（国民生活安定緊急措置法等の的確な運用）
- 行政上の申請期限の延長等
- 政府関係金融機関等による融資



79等

○ 施行日：平成25年4月13日

指定(地方)公共機関について

行政機関だけでは新型インフルエンザ等対策の確かな実施は困難



指定(地方)公共機関による協力が必要

指定公共機関・指定地方公共機関とは

- **指定公共機関** (法第2条第6号)
独立行政法人等の公共的機関及び医療、医薬品又は医療機器の製造又は販売、電気等の供給、輸送その他の公益的事業を営む法人で、政令で定めるもの
- **指定地方公共機関** (法第2条第7号)
都道府県の区域において医療、医薬品又は医療機器の製造又は販売、電気等の供給、輸送その他の公益的事業を営む法人、地方道路会社等の公共的施設を管理する法人及び地方独立行政法人のうち、指定公共機関以外のもので、あらかじめ当該法人の意見を聴いて都道府県知事が指定するもの
- **義務等**
 - ① **責務** (法第3条第5項、6項)
 - ・ 新型インフルエンザ等が発生したときは、その業務について対策を実施する責務を有する。
 - ・ 国、地方公共団体並びに指定公共機関及び指定地方公共機関は、**新型インフルエンザ等対策を実施するに当たり、相互に連携協力し、その的確かつ迅速な実施に万全を期さなければならない。**
 - ② 業務計画の作成及び国(都道府県)への報告、関係地方公共団体への通知、要旨の公表 (法第9条)
 - ③ 業務に係る対策の実施に必要な物資・資材の備蓄・整備・点検、施設・設備の整備・点検 (法第10条)
 - ④ 政府対策本部長による総合調整、指示(指定公共機関のみ) (法第20条第1項、法第33条第1項)
都道府県対策本部長による総合調整、指示 (法第24条第1項、法第33条第2項)
※ 「総合調整」とは、指定(地方)公共機関の新型インフルエンザ等対策に関する業務が、その目的、手段、手続等の見地から相互に調和して行われるように、助言、要請、勧告等により調整を行うもの。
「指示」とは、方針、基準、手続等を示して一定の行為を実施させるものであり、「総合調整」に基づく所要の措置が実施されない場合で特に必要があるときに行う。
 - ⑤ 国(都道府県)に対し、労務、施設、設備、物資の確保について応援を求めることができる (法第27条)

21

○ 指定地方公共機関の指定に係る留意事項について(平成25年5月20日付け閣副第277号内閣審議官通知)

- ① 感染症対応に専門的な知見及び施設をもつ感染症指定医療機関(特定、第一種、第二種)
- ② 重症患者の治療が特に重要であるという観点から、相当数の入院病床があり、救命対応が可能な医療機器等が整備されている医療機関
 - ※ 感染症指定医療機関以外の医療機関であっても、飛沫及び飛沫接触による感染が中心となると推測される場合には、陰圧装置付きの感染症専用ベッドを不可欠とするものではないから、当該地域における新型インフルエンザ等医療における重要性の程度を踏まえ、指定地方公共機関として指定することが適当。
 - ※ 指定(地方)公共機関は、国、地方公共団体以外の法人を指定するものであり、国又は地方公共団体の開設する医療機関は対象外である。また、国において指定公共機関に指定している独立行政法人、日本赤十字社の地方病院は指定地方公共機関の対象外である。

指定公共機関・指定地方公共機関の指定状況

- **指定公共機関(医療機関)**
 - ・ 独立行政法人労働者健康福祉機構
 - ・ 独立行政法人国立病院機構
 - ・ 独立行政法人国立国際医療研究センター
 - ・ 日本赤十字社
- **指定地方公共機関**
 - ・ 随時、都道府県知事が指定する予定

褥瘡の評価: DESIGN-R®

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 6

Depth 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する			
d	0	皮膚損傷・発赤なし	3 皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤	4 皮下組織を越える損傷
	2	真皮までの損傷	5 関節腔、体腔に至る損傷
			U 深さ判定が不能の場合
Exudate 滲出液			
e	0	なし	6 多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない	
	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)]			
s	0	皮膚損傷なし	15 100以上
	3	4未満	
	6	4以上 16未満	
	8	16以上 36未満	
	9	36以上 64未満	
	12	64以上 100未満	
Inflammation/Infection 炎症/感染			
i	0	局所の炎症徴候なし	3 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	9 全身的影響あり(発熱など)
Granulation 肉芽組織			
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	4 良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める	5 良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	6 良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する			
n	0	壊死組織なし	3 柔らかい壊死組織あり
			6 硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)[長径(cm)×短径(cm)]から潰瘍の大きさを差し引いたもの			
p	0	ポケットなし	6 4未満
			9 4以上16未満
			12 16以上36未満
			24 36以上
部位(仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他 ())			合 計

滲出液多量



感染+黄色壊死



肉芽+ポケット



黒色壊死



出典: 日本褥瘡学会

平成 25 年度特別調査（ヒアリング）の結果報告について

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

1. 救急医療入院について

[概要]

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

[ヒアリング対象医療機関]

1 様式 1 の救急医療入院の割合が「高い」

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

[医療機関の主な意見]

1 様式 1 の救急医療入院の割合が「高い」

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

[主な指摘事項]

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

2. 後発医薬品の使用について

[概要]

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

[ヒアリング対象医療機関]

1 後発医薬品の使用割合が「高い」

- ・ 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター

2 後発医薬品の使用割合が「低い」

- ・ 順天堂大学医学部附属静岡病院

[医療機関の主な意見]

1 後発医薬品の使用割合が「高い」

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

2 後発医薬品の使用割合が「低い」

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

3. 入院時の持参薬について

[概要]

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

[ヒアリング対象医療機関]

1 持参薬の使用が「多い」と考えられる医療機関

- ・ 医療法人豊仁会三井病院
- ・ 独立行政法人国立病院機構弘前病院

2 持参薬の使用が「少ない」と考えられる医療機関

- ・ 山梨大学医学部附属病院

[医療機関の主な意見]

1 持参薬の使用が「多い」と考えられる医療機関

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

2 持参薬の使用が「少ない」と考えられる医療機関

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

[主な指摘事項]

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

平成 25 年度特別調査（ヒアリング）について

I 概要

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

II 調査方法

- 下記の計 6 の調査区分ごとに、DPC データを活用しそれぞれ 20 の医療機関を選定して調査票を配布し、その結果に基づきヒアリング対象医療機関を選定した。
- なお、調査区分①-2については、「入力ルールを理解していなかった」、「救急医療入院に該当する入院患者が実際にいない」等の回答で占められており、ヒアリングに招聘しても「救急医療入院」の見直しに資するヒアリングができる可能性が低いと考えられたため、ヒアリングに招聘しないこととした。

【図表 1】調査票の配布状況

内容	調査区分	調査票 配布数	回答数	回答率
①様式 1「救急医療入院」の入力について	①-1 全入院患者に占める様式 1 の「救急医療入院あり」の割合が高い医療機関	20	20	100%
	①-2 全入院患者に占める様式 1 の「救急医療入院あり」の割合が低い医療機関	20	20	100%
②後発医薬品の使用について	②-1 全入院患者において後発医薬品の使用割合（新指標による）（包括部分・出来高部分両方含む）の割合が高い医療機関	20	20	100%
	②-2 全入院患者において後発医薬品の使用割合（新指標による）（包括部分・出来高部分両方含む）の割合が低い医療機関	20	20	100%
③入院時の持参薬のあり方について	③-1 予定入院症例において、包括範囲の内服薬の処方量が少ない（5%マイル値以下）症例の割合が高い医療機関	20	20	100%
	③-2 予定入院症例において、包括範囲の内服薬の処方量が多い（95%マイル値以上）症例の割合が高い医療機関	20	20	100%
合計		120	120	100%
(いずれかの調査の対象となった医療機関数)		(113)		

Ⅲ 各検討課題について

1. 様式1「救急医療入院」について

(1) 目的

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

(2) ヒアリングの論点（案）

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

(3) 集計値

※（DPC対象病院＋準備病院）平成24年4月～平成25年3月までのデータ

【図表2】全国集計値

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

【図表3】ヒアリング対象医療機関

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

(4) 参考

○様式1 3. 入退院情報 (9) 予定・救急医療入院

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

<補足>

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

○「救急医療指数」の具体的な評価方法

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

【調査票への回答の概要】

調査区分	結果 [※ () 内は該当する医療機関数]
①-1 救急医療入院が「高い」医療機関 (20 件)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 近隣に救急の受入病院が無い (5) ・ 救急患者を 365 日 24 時間受け入れている (2 次救急指定) (4) ・ 救急患者を受け入れることが周知されている (2) ・ 予定入院が少ない (4) ・ 高齢者が多い (3) ・ 様式 1 の入力方法の認識誤り <ul style="list-style-type: none"> - A 205「救急医療管理加算」の算定した場合のみとしている (2 医療機関) - 救急車の来院は全て「救急医療入院」としている など
①-2 救急医療入院が「低い」医療機関 (20 件)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予定入院がほとんど (専門病院等) (7) ・ 救急には対応していない (がん診療連携拠点病院) (2) ・ 近隣に 2 次救急指定病院、救命救急センターがあり救急搬送が少ない ・ 労災・自賠責等の医科保険以外の症例が多い (様式 1 の件数が少ない) ・ 様式 1 の入力方法の認識誤り <ul style="list-style-type: none"> - 「A 205 救急医療管理加算」の算定した場合のみとしている (6) - 「A 205 救急医療管理加算」の施設基準を届出していない - 「予定入院」以外を全て「予定外入院」としていた (2)

○診療報酬請求書等の記載要領について (平 24. 3. 26 保医発 0326 2)

「入退院情報」②「予定入院・緊急入院区分」について

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

2. 後発医薬品の使用割合について

(1) 目的

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

(2) ヒアリングの論点（案）

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

(2) 集計値

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

【図表 4】後発医薬品の使用割合の平均値

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

【図表 5】ヒアリング対象医療機関

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

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

【調査票への回答の概要】

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

3. 入院時の持参薬について

(1) 目的

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

(2) ヒアリングの論点（案）

- 入院中に使用する内服薬を当該病院の外来で処方することについてどのように考えるか。
- 入院中に使用する内服薬を他院で処方させ患者に持参させることについてどのように考えるか。
- 入院中に原則として持参薬を使用しないことについてどのように考えるか。
- 予定入院がある際の外来での適正な処方日数についてどのように考えるか。

(3) 集計値

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

【図表 6】入院中に処方された内服薬の処方量が少ない症例の割合の平均値

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

【図表 7】ヒアリング対象医療機関

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

【図表 8】入院中に処方された内服薬の処方量が多い症例の割合の平均値

病院類型	包括範囲内服薬の処方割合 が多い症例割合
DPC 対象病院	4.78%
DPC 準備病院	8.71%
全体	4.97%

【図表 9】ヒアリング対象医療機関

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

【調査票への回答の概要】

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

ヒアリング対象医療機関について

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

※調査区分

- ①-1 「救急医療入院あり」の割合が高い医療機関
- ①-2 「救急医療入院あり」の割合が低い医療機関
- ②-1 後発品の使用割合の割合が高い医療機関
- ②-2 後発品の使用割合の割合が低い医療機関
- ③-1 包括範囲の内服薬の使用量が少ない症例の割合が高い医療機関
- ③-2 包括範囲の内服薬の使用量が多い症例の割合が高い医療機関

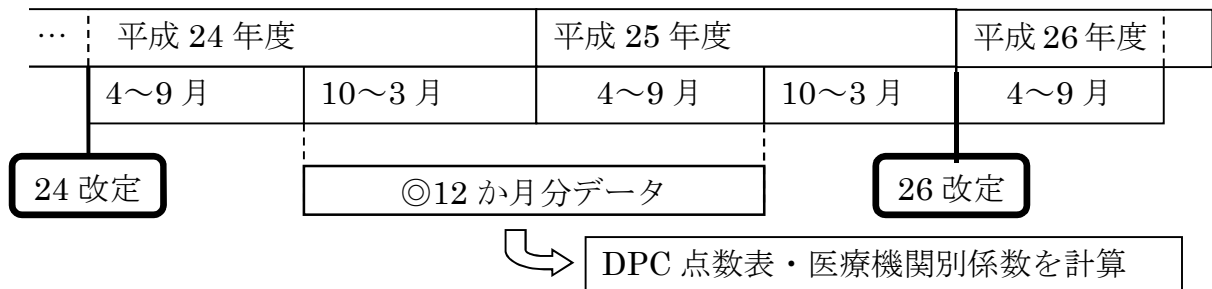
平成 26 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）に係る

今後の対応について（案）

1. 平成 26 年改定で使用する退院患者調査データの期間等について（案）

- DPC/PDPS に係る診療報酬改定（診断群分類点数表や医療機関別係数の設定等）については、退院患者調査の集計結果、各医療機関が都道府県から受ける指定、地方厚生（支）局への施設基準の届出状況等に基づき行っている。
- 診療報酬改定に活用するこれらのデータについては、医療機関からのデータ提出後、データ・クリーニングや集計等の統計処理を行った後にデータベースを構築し、更にその後の告示事務処理等に一定期間を要することから、平成 26 年改定において使用する退院患者調査データは平成 24 年 10 月 1 日から平成 25 年 9 月末日までの退院患者分を活用することとし、係数の設定に使用する都道府県の指定や厚生局へ届出等の状況については平成 25 年 10 月 1 日時点の状況を活用することとしてはどうか（前回改定と同様の対応）。

<診療報酬改定に活用するデータのイメージ>



2. 平成 26 年改定に向けた DPC/PDPS に係る今後の検討事項とスケジュールについて（案）

- DPC/PDPS に係る今後の検討事項およびスケジュールについては、下記の通りとしてはどうか。

【平成 25 年 12 月 18 日 DPC 評価分科会】

- ・ 本日の中医協総会の議論を踏まえた検討結果のとりまとめ
- ・ 適切な DPC コーディングの推進について
- ・ 診断群分類点数表の検討
- ・ その他

【平成 25 年 12 月 25 日 中医協総会】

- ・ 検討結果の報告

【平成 26 年 1 月 中医協総会】

- ・ 改定全体の方針を踏まえた DPC/PDPS の対応にかかる検討

DPC 病院の合併・分割への対応について（案）

[概要]

- DPC 制度導入後 10 年以上が経過し、DPC 制度への参加病院は増加しており、病院の統廃合が進んでいることから、今後 DPC 病院に係る合併等の事例が増加することが予想される。
- これまで合併事例については事務局の審査により DPC 対象病院としての継続の取り扱いを判断してきたが、複数の病院に係る合併の事例や病院の分割の事例等、事務局のみでは DPC 病院としての継続の可否の判断が難しいような事例に関する問い合わせがある。
- また、医療機関の病院合併・分割における経営的な観点からの予見性を確保するためにも、DPC 制度における病院合併・分割の際の対応について予め一定程度明確化することが望ましい。
- DPC 病院の合併・分割への対応については、下記の通りとしてはどうか。

[対応案]

- 合併・分割をする医療機関であって、DPC 制度への継続参加を希望する医療機関は、厚生労働省保険局医療課へ別添の様式により届出することとする。
- 合併・分割後の病院の DPC 制度における取り扱い（DPC 対象病院・DPC 準備病院・それ以外）について、「DPC 退出審査会」において非公開で審査することとし、審査結果を中医協総会に報告する。
（非公開とする理由）
 - ① 当該医療機関の機微な情報を取り扱うため。
 - ② 公平かつ中立な審議に支障を及ぼすおそれがあるため。

審査の観点（案）

- 合併・分割前の病院と後の病院で、入院している患者や勤務している職員等の引き継ぎ状況の観点から、病院の機能・診療実態等について一定の連続性が認められること。
- 合併・分割後の病院が DPC 対象病院の基準を継続的に満たすことが期待されること。
 - ① 7 対 1 又は 10 対 1 入院基本料の届出
 - ② A207 診療録管理体制加算の届出
 - ③ DPC 調査への適切な参加が可能
 - ④ データ／病床比が 1 月あたり 0.875 以上

- 合併・分割にかかる基準は下記の通りとする。

合併・分割に係る基準（案）

- 合併前の主たる病院が DPC 対象病院であること。
- 合併・分割の前に、直近 1 年間以上にわたり継続して DPC データが提出されていること（DPC 準備病院・出来高算定病院を問わない）。
- 合併・分割前の DPC 対象病院が合併・分割前の直近の 1 年間のデータ／病床比が 1 月あたり 0.875 以上であること。

- 合併・分割後に DPC 制度への参加基準③・④を満たすか否かについて、下記の基準により判定を行う。

合併・分割後の病院の参加基準③・④のフォローアップ基準（案）

- 合併・分割後の病院が下記の基準をみたすこと。
 - ③ DPC 調査への適切な参加
 - 合併・分割直後の 6 か月分のデータが遅延なく提出されること（データ提出加算の遅延の基準に基づく）
 - ④ データ／病床比
 - 合併・分割直後の 6 か月分の当該医療機関におけるデータ／病床比が 1 月あたり 0.875 以上
- （なお、当該基準を満たさない場合は退出となる）
（DPC 制度から退出した場合は、次々回診療報酬改定までの間、データを提出することとする）

- 「DPC 退出審査会」は「DPC 退出等審査会（仮）」とし、別添の通り運営要綱を見直すこととする。
- DPC 準備病院にかかる合併・分割等についても同様に取り扱うこととする。

(※ 医療機関別係数の取り扱いについて)

○ 原則として、次に予定する見直しまでの間暫定的に下記を適用する。

※ 機能評価係数Ⅱは1年ごと、それ以外は診療報酬改定時に見直す。

(1) 合併事例について

●機能評価係数Ⅰ

合併後の病院が満たす施設基準に応じて適用する。

●基礎係数（医療機関群）

合併後の病院の医療機関群は、合併前の主たる病院の医療機関群を適用する。

●機能評価係数Ⅱ

合併前の病院の機能評価係数Ⅱの加重平均値（症例数ベース）を適用する。（合併前の従たる病院がDPC対象病院でない場合は、合併前の主たる病院の機能評価係数Ⅱを適用する。）

●暫定調整係数

[合併前の病院の従来の方法で計算した調整係数の加重平均値（症例数ベース）]
－ [合併後の病院の基礎係数] － [合併後の病院の機能評価係数Ⅱ] を適用する。
（合併前の従たる病院がDPC対象病院でない場合は、合併前の主たる病院の従来
の方法で計算した調整係数を元に算出する。）

(2) 分割事例について

●機能評価係数Ⅰ

分割後の病院が満たす施設基準に応じて適用する。

●基礎係数（医療機関群）

分割後の病院の医療機関群は、Ⅲ群を適用する。

●機能評価係数Ⅱ

分割後の病院の機能評価係数Ⅱは、分割前の病院の機能評価係数Ⅱを適用する。

●暫定調整係数

[分割前の病院の従来の方法で計算した調整係数] － [分割後の病院の基礎係数]
－ [分割後の病院の機能評価係数Ⅱ] を適用する。

(※ 合併・分割後の診療報酬改定に係るデータの取り扱いについて)

○ 合併後の医療機関の診療報酬改定に係る対応については、合併前のデータを加味して算出することとし、分割後については当該診療報酬改定で用いるデータの対象期間において、分割前後で提出されている期間が長い方のデータに基づいて算出することとする。

(別紙 11)

D P C 対象病院の合併に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院 _____ は、

(保険医療機関名称)

次の _____ と、

平成 年 月 日

_____ に合併を予定しています。

合併後も D P C 対象病院の基準を満たす予定であり、D P C 制度に継続参加を希望しています。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本申請書は、合併（予定）年月日の●ヶ月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙12「DPC対象病院の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の合併に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 DPC制度継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査・決定することとする。
- ※5 審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙5「不服意見書」を提出することができる。
- ※6 審査の内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙 12)

D P C 対象病院の合併に係る申請書 (別紙)

	合併前病院① (※1)	合併前病院② (※1)	合併後病院 (※1)
保険医療機関コード			変更 有 ・ 無 ・ 不明
保険医療機関名称(予定)			
開設者(予定)			
保険医療機関の所在地(予定)			
医療圏(予定)			
総病床数(予定)			
D P C 算定病床数(予定)			
届出(予定)入院基本料			
診療科目数 (予定)			
主たる診療科目 (予定)			
入院中の患者の引き継ぎ			有 ・ 無
病院職員(医師、看護師、を含む)の引き継ぎ			有 ・ 無
届出(予定)入院基本料			
診療録管理体制加算の届出(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
適切なコーディングに係る委員会の設置(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

※1 病院における状況（予定）について記入、該当する項目に○を付けること。

「合併前病院①」・・・合併にあたり主となる病院

「合併前病院②」・・・合併にあたり従となる病院

「合併後病院」・・・合併後の病院

(別紙 13)

D P C 対象病院の分割に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院 _____ は、

平成 年 月 日

_____ に、

(保険医療機関名称 (予定))

_____ と、

(保険医療機関名称 (予定))

_____ に分割を予定しています。

分割後も D P C 対象病院の基準を満たす予定であり、D P C 制度に継続参加を希望しています。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本申請書は、分割（予定）年月日の●ヶ月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙14「DPC対象病院の分割に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の分割に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 DPC制度の継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査・決定することとする。
- ※5 審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙5に定める不服意見書を提出することができる。
- ※6 審査の内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

D P C 対象病院の分割に係る申請書 (別紙)

	分割前病院 (※1)	分割後病院① (※1)	分科後病院② (※1)
保険医療機関コード		変更 有 ・ 無 ・ 不明	変更 有 ・ 無 ・ 不明
保険医療機関名称(予定)			
開設者 (予定)			
保険医療機関の所在地(予定)			
医療圏 (予定)			
総病床数 (予定)			
D P C 算定病床数(予定)			
診療科目数 (予定)			
主たる診療科目 (予定)			
入院中の患者の引き継ぎ		有 ・ 無	有 ・ 無
病院職員(医師、看護師、を含む)の引き継ぎ		有 ・ 無	有 ・ 無
届出(予定)入院基本料			
診療録管理体制加算の届出(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
適切なコーディングに係る委員会の設置(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
分割後の DPC 制度継続参加の希望の有無		有 ・ 無	有 ・ 無

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

※1 病院における状況（予定）について記入、該当する項目に○を付けること。

「分割前病院」・・・分割前の病院

「分割後病院①」・・・分割後に主となる病院

「分割後病院②」・・・分割後に従となる病院

D P C退出等審査会運営要綱

(所掌事務)

第1条 D P C退出等審査会（以下「審査会」という。）は、D P C制度に参加する医療機関の~~が~~、合併、分割以降のD P C制度への継続参加の申請及び特別の理由により緊急に退出する必要がある場合に、中央社会保険医療協議会基本問題小委員会の委任を受け、D P C制度への継続参加及び退出の可否について、審査・決定を行う。

(組織)

第2条 審査会は、次に掲げる委員7名をもって組織する。

- 一 社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第三条第1項第一号に掲げる委員のうち2名
 - 二 社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第三条第1項第二号に掲げる委員のうち2名
 - 三 社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第三条第1項第三号に掲げる委員のうち3名
- 2 委員長は前項第三号に掲げる委員の中から互選により選出する。
 - 3 委員長はD P C退出審査会を総理し、D P C退出審査会を代表する。
 - 4 委員長に事故があるときは、予め委員長が指名する委員が、その職務を代行する。

(定足数)

第3条 審査会は、第2条第一項各号に掲げる委員各1名以上を含む委員の2分の1以上の出席がなければ会議を開き、意見の確認を行うことができない。ただし、第5条に規定する意見書の提出があった委員は出席したものとみなす。

(審査の議決)

第4条 審査会の議事は、委員の過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(欠席委員の意見提出)

第5条 委員は、やむを得ない理由により出席できない場合は、当該議題について、予め意見書を提出することができる。

(開催)

第6条 審査会は、必要に応じて開催するものとする。

(審議の公開)

第7条 審査会は非公開とする。

(審査結果の通知、不服意見書)

第8条 審査結果は、申請のあった医療機関に通知するものとする。

2 当該医療機関は、審査会の審査結果に不服がある場合は、1回に限り不服意見書を提出することができる。

(再審査)

第9条 不服意見書が提出された場合は、再審査を行うこととし、審査結果を当該医療機関に通知するものとする。

(報告)

第10条 委員長は、審査結果を中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告することとする。

(庶務)

第11条 D P C退出等審査会の庶務は保険局医療課において処理する。

(補足)

第12条 この要綱に定めるもののほか、審査会の議事運営に必要な事項は委員長が定める。

附 則

この要綱は平成23年12月16日から施行する。

附 則 (定足数の変更)

この要綱は平成25年〇月〇日から施行する。