

平成 25 年度特別調査(病院指標の作成と公開)の結果報告について

(案)

1. 概要

- 病院指標の作成と公開については、平成 24 年度診療報酬改定に向けた検討の中で、機能評価係数Ⅱにおける追加導入を検討すべき項目（診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力を評価）として検討が行われ、公表する項目及び様式等について平成 24 年度改定以降引き続き検討することとされた。
- 平成 24 年 12 月 7 日に開催された DPC 評価分科会において、藤森委員が病院指標の作成と公開の公表する項目及び様式等についての素案を報告した。
- 平成 25 年 5 月 22 日に開催された DPC 評価分科会において「病院指標の作成と公開」に関する議論が行われ、実行可能性や効果等について検証するため、病院指標の作成と公開に関する特別調査を実施し、機能評価係数Ⅱの評価項目として導入するかどうかについては、特別調査の結果を踏まえ検討することとされた。
- 平成 25 年 9 月 25 日に開催された中医協総会において、病院指標の作成と公開に係る平成 25 年度特別調査の実施が了承され、同年、調査対象医療機関に対し、特別調査（アンケート形式）が実施された。
- 回収した調査票について、結果のとりまとめを行った。

2. 調査方法

(1) 調査対象となる医療機関等

- 全国の DPC 対象病院（1,493 病院）および DPC 準備病院（244 病院）計 1,737 に対し、別添の調査票（エクセル形式）により、平成 25 年 10 月 24 日に各医療機関に調査を依頼し、同年 11 月 22 日を締め切りとして回収。

(2) 調査目的

- ① 実行可能性について
 - ・ 各医療機関における「DPC データ分析」の実行可能性、「ホームページへの公開」の実行可能性の観点から調査する。
- ② 見込まれる効果について

- ・ 「DPC データの精度の向上」、「医療機関自身の地域における役割の見直しの促進」、「医療機関の DPC データの分析力と説明力の向上」、「一般市民への情報公開の促進」という目的を達成できるかについて調査する。
- ③ より適切な病院指標の項目及び様式の設定に向けた医療機関からの意見聴取
 - ・ より適切な病院指標の項目及び様式等の設定に向けて、全国の医療機関から指標案に対する意見等を調査する。
- ④ 不利益が起こる可能性について
 - ・ 医療機関にかかる負担、患者の受療行動への影響可能性等について調査する。

3. 集計結果

- 詳細については「別紙」を参照。
- 各調査項目について、単純集計に加え「病床規模別」集計、「医療機関群別」集計を行った。

参考：現在提唱されている指標（7項目）

- 1) 年齢階級別退院患者数
- 2) 診療科別症例数トップ3
- 3) 初発の5大癌のUICC病期分類別ならびに再発患者数
- 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5) 脳梗塞のICD10別患者数
- 6) 診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数トップ3
- 7) その他（DICの請求率等）

4. 結果の考察

- ① 実行可能性について
 - (ア) DPC データは病院の運営において約90%が活用しており、そのうちの約80%が自院の担当者によって活用していた。
 - (イ) ホームページは、約99%が保有していた。
 - (ウ) 様式1については、約98%が集計することが可能と回答し、約94%が現在提唱されている7項目を正確に算出できると回答。
 - (エ) もし今後「病院指標の作成と公開」が実施された場合は、約55%が自院分析を実施すると回答した（約42%は未定と回答）。
 - (オ) 約54%の医療機関がデータを自院で解説することが可能と回答した（約39%が分からないと回答）。
- ② 見込まれる効果について
 - (ア) 全国共通の指標で全DPC病院が情報公開を行うことについて、約85%が「賛成」又は「どちらかと言えば賛成」と回答した。

- (イ) 一般市民への情報公開の促進に約 92%が「役に立つ」又は「どちらかと言えば役に立つ」と回答した。
- (ウ) 地域における役割の見直しのきっかけとして約 88%が「役に立つ」又は「どちらかと言えば役に立つ」と回答した。
- (エ) D P Cデータの分析力と説明力の向上に約 90%が「役に立つ」又は「どちらかと言えば役に立つ」と回答した。
- (オ) 適切なD P Cデータ作成のための動機付けに約 87%が「役に立つ」又は「どちらかと言えば役に立つ」と回答した。

③ 適切な指標の項目について

- (ア) 現在提唱されている7指標について、それぞれ概ね 80%程度の病院が「賛成」と回答した。
- (イ) 単に数値を示すだけではなく、その数値の意味等について各医療機関が独自に解説をすることについては、約 70%が賛成と回答した。
- (ウ) 「受診圏の紹介率」、「転帰」、「救急車受入れ件数」、「5疾病5事業にかかる項目」、「1医師あたりの分析」等、現在提唱されている7項目以外の指標について提案があった。

④ 不利益が起こる可能性について

- (ア) デメリットについては、約 80%が「病院ランキング等で数字が独り歩きする可能性」を挙げ、「担当者の教育、人材不足等による人材に関する問題の増加（約 63%）」、「公開されない部分で病院の長所が評価として反映されない点（約 58%）」等が挙げられた。
- (イ) 「病院指標の作成と公開」のためのデータ分析に必要となる追加経費については、約 25%が必要、約 35%がほとんど変わらないと回答した（約 39%はわからないと回答）。
- (ウ) 約 96%が患者への情報提供の方法としてホームページが「重要である」又は「比較的重要だと思う」と回答しており、また患者の受療行動への影響については、約 46%が指標の公開によって来院患者が「増加する」「どちらかといえば増加する」と回答しており、「減少する」「どちらかといえば減少する」と回答したのは約 2%であった。

5. 結論・課題等

- 平成 25 年度特別調査（アンケート調査）の結果、全国の DPC 病院統一の病院指標の作成と公開に向けて、以下のような結論・課題等が示された。

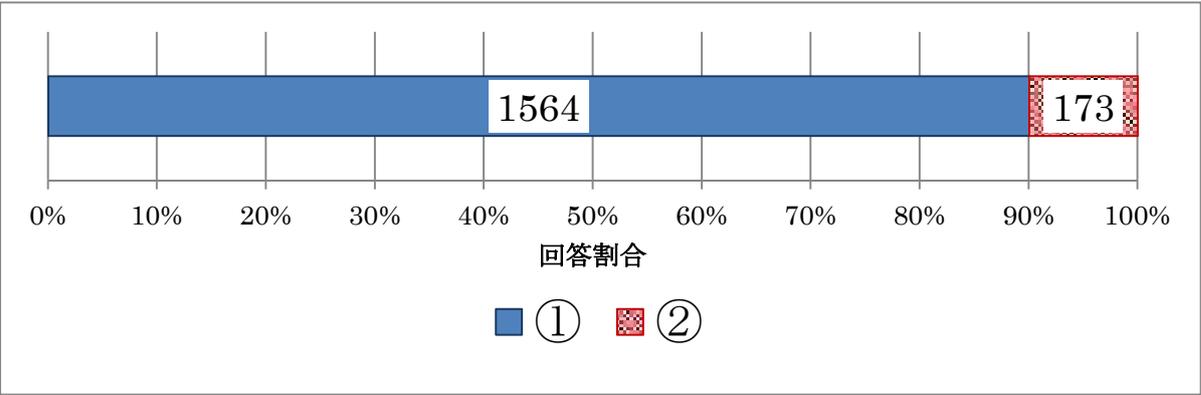
- A) 全国統一の病院指標の作成と公開については、中小病院等で一部反対する意見があるものの、大多数の医療機関が賛成しており、DPC データの質の向上等に一定の効果が期待できるものと考えられる。
- B) ほとんどの医療機関はホームページを保有しており、また DPC データ様式 1（簡易診療録情報）の集計は可能であると回答していることから、現在提案されている 7 項目の指標についてはほとんどの DPC 病院で作成し公開することが可能であると考えられる。
- C) 一方、病院指標の作成と公開に向けて、以下のような検討すべき課題が明らかにされた。
- ・ 自院で指標を解説する際に遵守されるべき指針について
 - ・ 各病院で公表された指標や解説の妥当性をチェックする仕組みについて
 - ・ 病床規模や専門性等によって不平等が生じないような指標の作成・公開方法のあり方について（実施する主体等）
 - ・ 集計結果に誤りが生じないようにするための各指標の詳細な算出方法の公開について
 - ・ わかりやすい指標とするため、全体の中の位置づけが明確となるような公開方法について（比較対象の明確化等）
 - ・ 病院指標の作成と公開に向けたインセンティブのあり方について（機能評価係数Ⅱによる評価等）

1. 貴院における DPC データ分析の実行可能性についてお伺いします。

(1) 貴院は、病院の運営において、DPC データ（厚生労働省から毎年公開されている全国の DPC 集計データを含む）を何らかの形で分析・活用していますか。（データ収集方法・分析方法・活用方法は問いません）

① はい
② いいえ

【図表 1-1】



病床数別	①	②
100 床未満	77.0%	23.0%
100～200 床	83.8%	16.2%
200～300 床	95.1%	4.9%
300～400 床	96.8%	3.2%
400～500 床	96.7%	3.3%
500 床以上	96.7%	3.3%

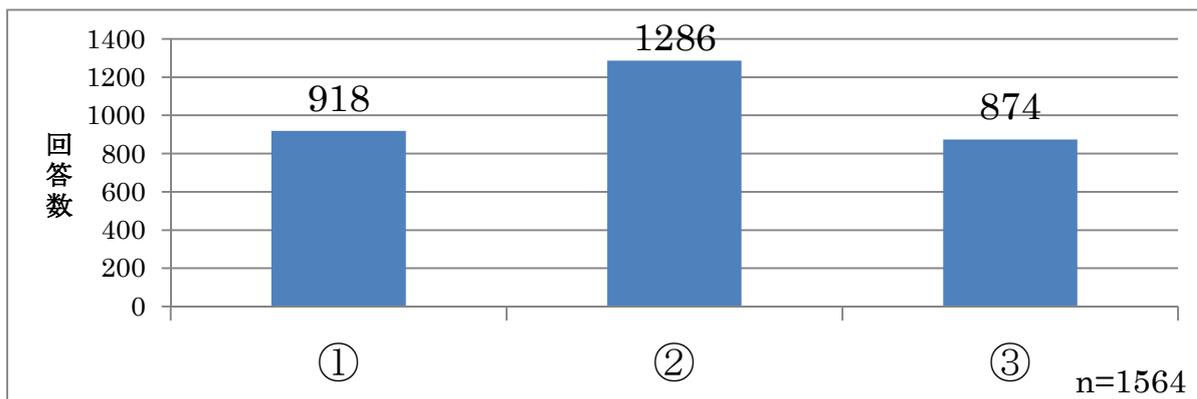
群別	①	②
I 群	92.5%	7.5%
II 群	97.8%	2.2%
III 群	94.3%	5.7%
DPC 準備病院	63.1%	36.9%

(2.1) (1) で「はい (①)」を選択された方にお伺いします。

貴院では下記のうち、いずれかの DPC データを利用していますか。該当する項目をご選択ください (複数選択可)。

- ① 厚生労働省から毎年公開されている全国の DPC 集計データ
- ② 自院で収集した DPC データ
- ③ その他 (外部委託先の業者が所持しているベンチマーク等)

【図表 1-2.1】



病床数別	①	②	③
100 床未満	28.1%	50.7%	21.2%
100～200 床	28.0%	43.3%	28.7%
200～300 床	29.9%	42.2%	27.8%
300～400 床	31.2%	38.8%	30.1%
400～500 床	30.7%	36.7%	32.6%
500 床以上	31.2%	39.8%	29.0%

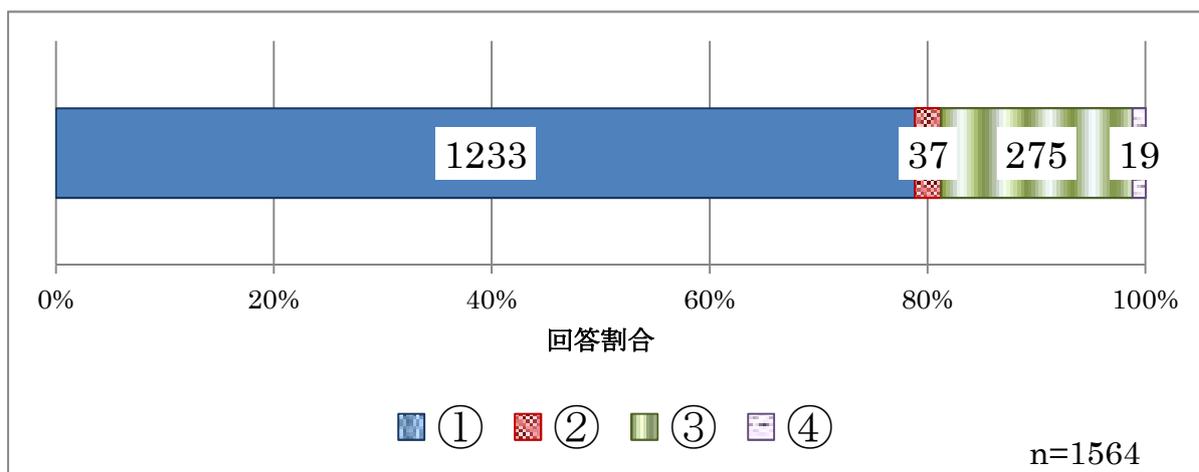
群別	①	②	③
I 群	29.9%	45.6%	24.5%
II 群	30.6%	39.9%	29.5%
III 群	29.9%	41.1%	29.0%
DPC 準備病院	28.4%	48.1%	23.5%

(2.2) (1) で「はい (①)」を選択された方にお伺いします。

DPC データ分析をどなたが実施していますか。

- ① 自院の担当者
- ② 外部委託（コンサルティング会社等に委託）
- ③ 外部委託、自院の双方
- ④ その他（自由記載欄を作成）(50 文字以内)

【図表 1-2.2】



病床数別	①	②	③	④
100 床未満	87.9%	3.3%	8.4%	0.5%
100～200 床	85.0%	3.6%	10.8%	0.6%
200～300 床	76.0%	2.9%	19.2%	1.9%
300～400 床	76.1%	1.1%	21.3%	1.5%
400～500 床	76.7%	0.7%	19.9%	2.7%
500 床以上	70.3%	1.5%	27.4%	0.8%

群別	①	②	③	④
I 群	79.7%	0.0%	18.9%	1.4%
II 群	67.0%	0.0%	31.8%	1.1%
III 群	79.5%	2.2%	17.1%	1.3%
DPC 準 備病院	79.9%	6.5%	13.0%	0.6%

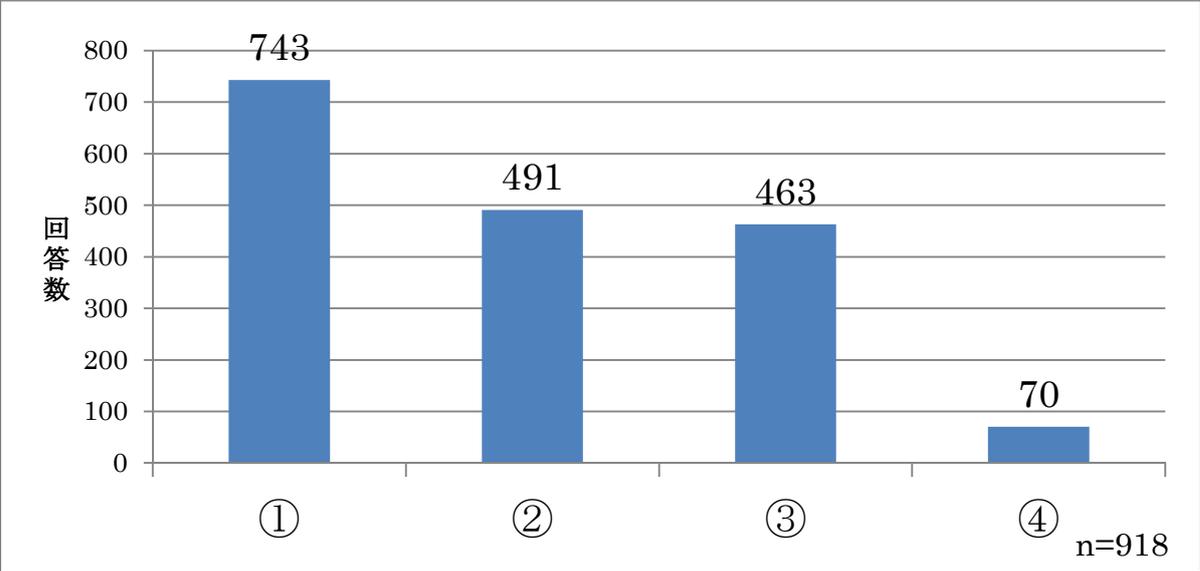
④その他

- ・必要に応じて自院の各自。
- ・グループ病院の本部。

(3.1) (2.1) で「厚生労働省から毎年公開されている全国のDPC集計データ(①)」を選択された方にお伺いします。厚生労働省から毎年公開されている全国のDPC集計データをどのような目的で活用していますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。(複数選択可)

- ① 所属医療圏における患者シェア
- ② 各疾患に対する医療提供内容の見直し(クリティカルパスの見直し、在院日数の見直し、使用する薬剤の見直し等)
- ③ 診療科ごとの経営分析
- ④ その他(自由記載欄を作成)(50文字以内)

【図表 1-3.1】



病床数別	①	②	③	④
100床未満	40.6%	32.9%	19.4%	7.1%
100~200床	41.7%	30.7%	25.0%	2.7%
200~300床	42.4%	25.4%	27.7%	4.5%
300~400床	43.3%	26.7%	25.6%	4.5%
400~500床	42.5%	26.6%	28.5%	2.4%
500床以上	41.3%	26.7%	28.5%	3.5%

群別	①	②	③	④
I群	45.1%	24.4%	29.3%	1.2%
II群	40.4%	28.1%	28.9%	2.6%
III群	42.2%	27.6%	26.0%	4.2%
DPC準備病院	39.6%	31.3%	24.6%	4.5%

④その他

- ・ 医療圏における効率性、複雑性、救急率等比較。
- ・ 近隣病院との比較
- ・ 機能評価係数2の指標。

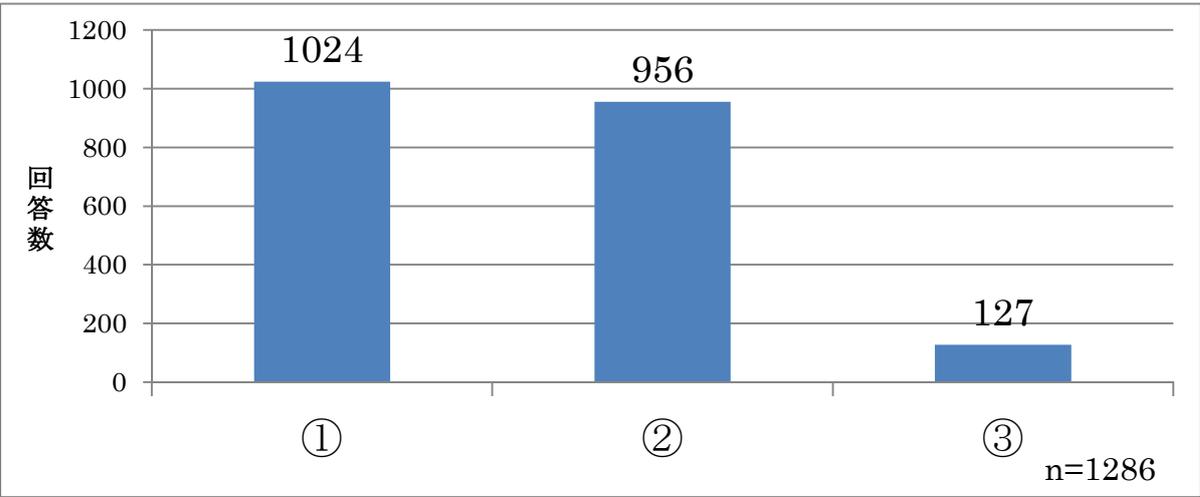
(3.2) (2.1) で「自院で収集した DPC データを用いている (②)」を選択された方
 にお伺いします。貴院で収集した DPC データをどのような目的で活用していま
 すか。該当する項目全てにチェックを付けてください。(複数選択可)

① 各疾患に対する医療提供内容の見直し (クリティカルパスの見直し、
 在院日数の見直し、使用する薬剤の見直し等)

② 診療科ごとの経営分析

③ その他 (自由記載欄を作成) (50 文字以内)

【図表 1-3.2】



病床数別	①	②	③
100 床未満	53.6%	37.7%	8.7%
100～200 床	48.2%	46.9%	4.9%
200～300 床	47.0%	47.7%	5.3%
300～400 床	48.0%	46.9%	5.1%
400～500 床	47.1%	45.7%	7.1%
500 床以上	49.0%	44.1%	6.8%

群別	①	②	③
I 群	49.0%	46.2%	4.8%
II 群	48.5%	43.2%	8.3%
III 群	48.7%	45.5%	5.8%
DPC 準備病院	47.9%	44.9%	7.2%

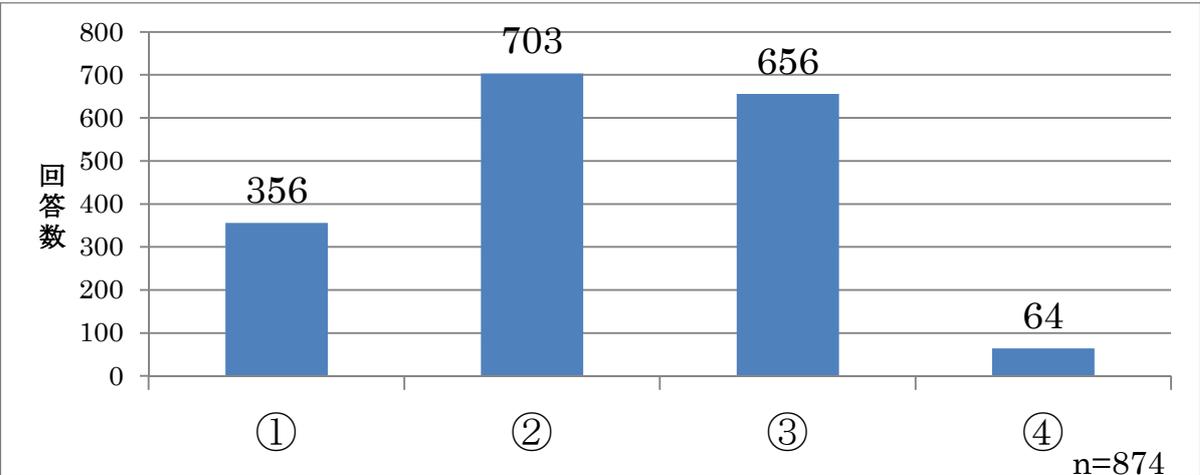
③その他

- ・ 詳細不明コードの分析 適正なコーディングの分析。
- ・ 診療の質指標 (QI)。
- ・ 出来高と包括の比較。

(3.3) (2.1) で「その他 (④)」を選択された方にお伺いします。DPC データをどのような目的で活用していますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。(複数選択可)

- ① 所属医療圏における患者シェア
- ② 各疾患に対する医療提供内容の見直し (クリティカルパスの見直し、在院日数、使用する薬剤等)
- ③ 診療科ごとの経営分析
- ④ その他 (自由記載欄を作成) (50 文字以内)

【図表 1-3.3】



病床数別	①	②	③	④
100 床未満	21.1%	40.8%	31.0%	7.0%
100～200 床	19.0%	40.4%	38.0%	2.6%
200～300 床	17.4%	39.8%	38.7%	4.1%
300～400 床	19.8%	39.0%	37.9%	3.3%
400～500 床	23.1%	39.4%	34.3%	3.2%
500 床以上	21.6%	38.3%	36.8%	3.3%

群別	①	②	③	④
I 群	22.9%	37.1%	38.6%	1.4%
II 群	16.7%	41.7%	38.9%	2.8%
III 群	20.0%	39.7%	36.6%	3.7%
DPC 準備 病院	21.8%	37.1%	37.1%	4.0%

④その他

- ・ ホームページや広報誌に掲載する各種統計に活用。
- ・ 診療の質指標 (QI)。

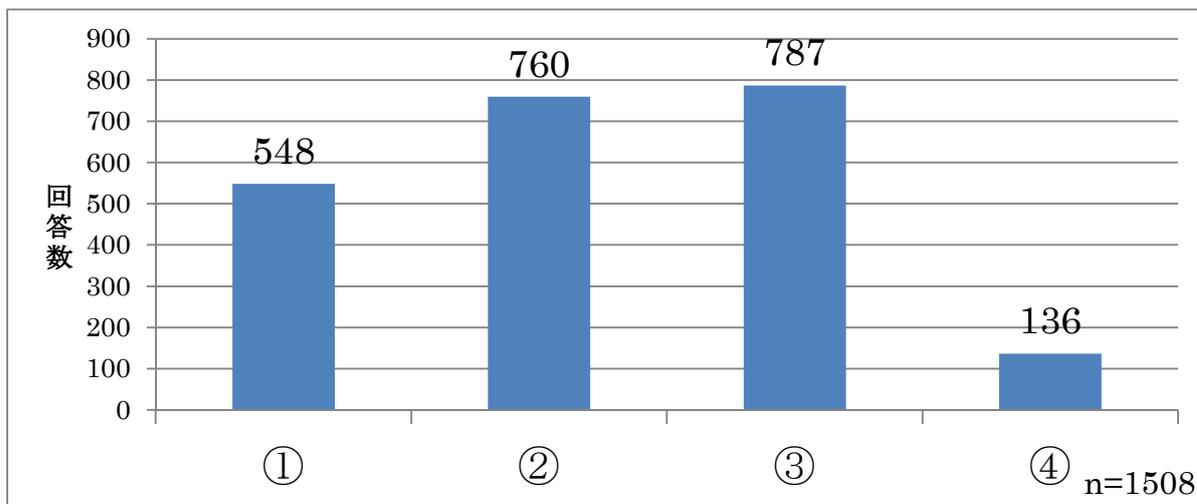
(4.1) (2.2) で「自院の担当者 (①または③)」を選択された方にお伺いします。

現在、どの部門で DPC データの分析を行っていますか。

該当する項目全てにチェックを付けてください。(複数選択可)

- ①診療報酬の請求に関する部門 (例：医事課等)
- ②診療録等の情報管理に関する部門
- ③経営企画を行う部門
- ④診療を行う部門 (例：各診療科、各病棟等)
- ⑤その他 (自由記載欄を作成) (50 文字以内)

【図表 1-4.1】



病床数別	①	②	③	④	⑤
100 床未満	37.0%	46.0%	14.5%	1.9%	0.6%
100~200 床	36.2%	45.6%	15.0%	1.8%	1.4%
200~300 床	39.2%	38.0%	17.8%	2.3%	2.7%
300~400 床	39.6%	32.4%	23.0%	2.8%	2.2%
400~500 床	41.5%	30.9%	24.0%	2.0%	1.6%
500 床以上	39.8%	23.3%	32.0%	2.6%	2.4%

群別	①	②	③	④	⑤
I 群	40.2%	16.2%	40.2%	0.9%	2.6%
II 群	39.6%	28.9%	25.2%	4.4%	1.9%
III 群	39.0%	37.5%	19.4%	2.1%	1.9%
DPC 準備病院	33.9%	40.9%	21.3%	2.6%	1.3%

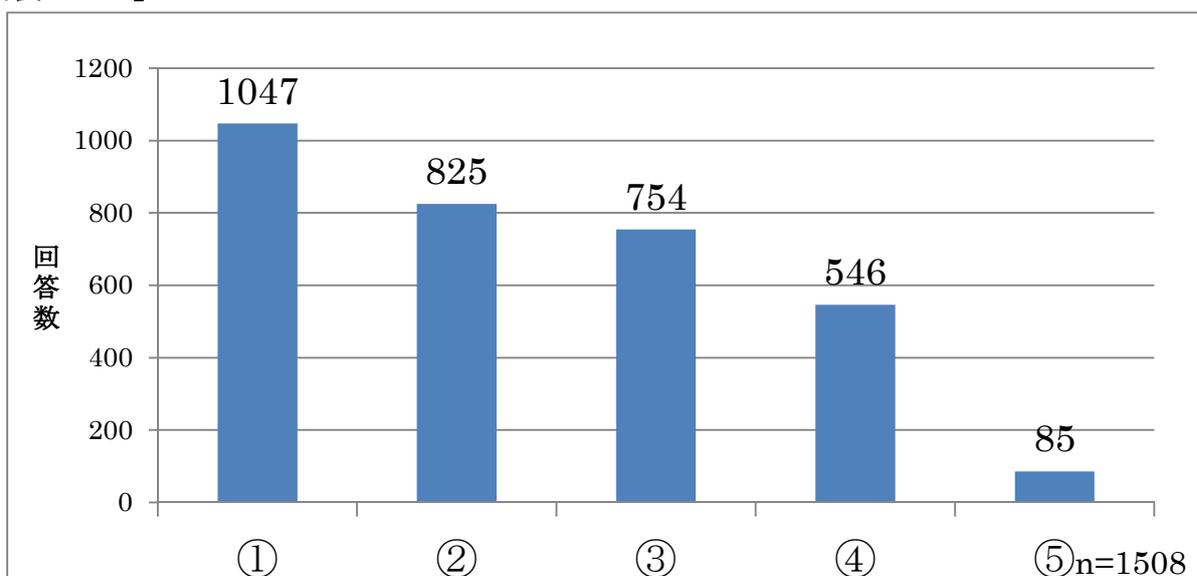
⑤その他

- ・ クリニカルパス委員会。
- ・ 医療の質を管理する部門。

(4.2) (2.2) で「自院の担当者 (①または③)」を選択された方にお伺いします。
 現在、どの部門で分析したDPCデータを活用していますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。(複数選択可)

- ① 診療報酬の請求に関する部門 (例：医事課等)
- ② 診療録等の情報管理に関する部門
- ③ 経営企画を行う部門
- ④ 診療を行う部門 (例：各診療科、各病棟等)
- ⑤ その他 (自由記載欄を作成) (50文字以内)

【図表 1-4.1】



病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	31.4%	32.4%	21.3%	13.2%	1.7%
100～200床	30.8%	30.0%	20.9%	16.5%	1.8%
200～300床	32.2%	26.0%	21.0%	17.3%	3.4%
300～400床	32.5%	23.1%	23.5%	16.3%	4.5%
400～500床	32.8%	20.1%	24.7%	21.2%	1.2%
500床以上	33.4%	19.2%	28.4%	16.7%	2.3%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	33.3%	15.2%	36.2%	13.8%	1.4%
II群	31.2%	23.4%	22.0%	20.5%	2.9%
III群	32.3%	25.3%	22.5%	17.2%	2.7%
DPC準備病院	31.2%	31.9%	24.0%	10.6%	2.3%

⑤その他

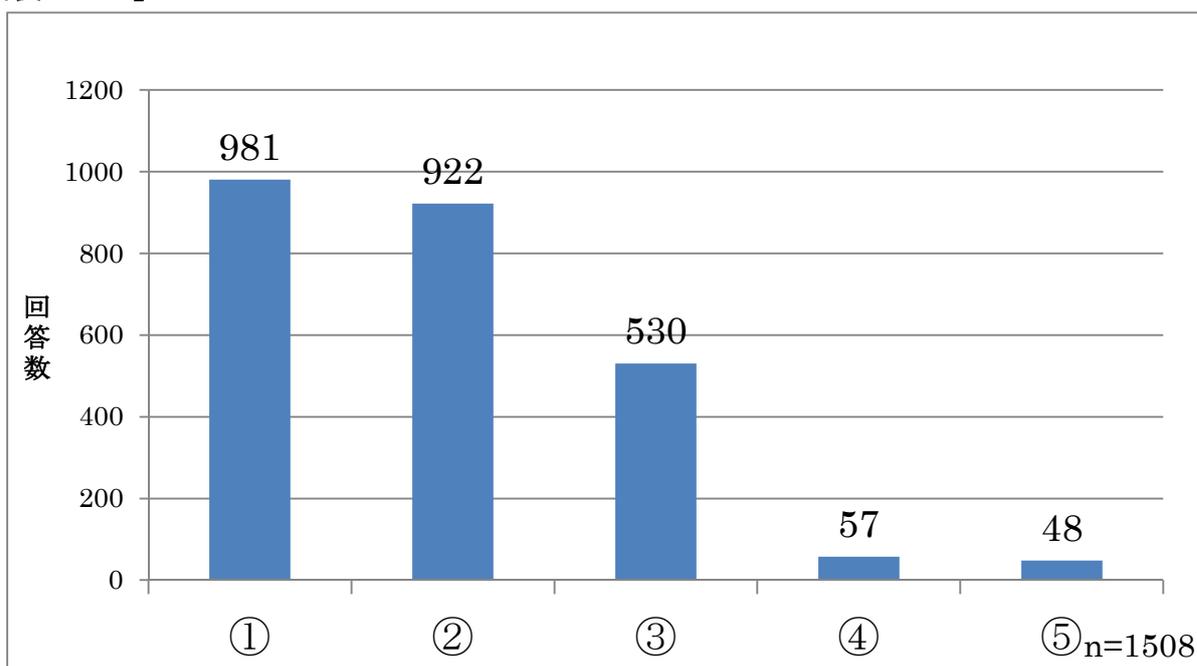
- ・ クリニカルパス委員会。
- ・ 医療の質を管理する部門。
- ・ 退院調整部門、ベッドコントロール部門

(4.3) (2.2) で「自院の担当者 (①または③)」を選択された方にお伺いします。

DPC データ分析のためにどのような取組をしていますか。(複数選択可)

- ① 自院で Access 等の汎用ソフトによりのデータベースを構築している
- ② 自院で商用の DPC 専用分析システム (院内サーバー) を導入している
- ③ 商用の DPC 分析サービス (オンライン) を利用している
- ④ その他 (自由記載欄を作成)

【図表 1-4.3】



病床数別	①	②	③	④
100 床未満	36.4%	22.4%	27.2%	14.0%
100~200 床	26.3%	34.6%	33.2%	5.9%
200~300 床	22.4%	32.9%	39.1%	5.5%
300~400 床	21.2%	36.3%	38.2%	4.3%
400~500 床	20.4%	35.8%	39.4%	4.4%
500 床以上	23.3%	38.2%	33.6%	4.9%

群別	①	②	③	④
I 群	28.2%	38.5%	23.1%	10.3%
II 群	25.5%	40.3%	32.2%	2.0%
III 群	23.6%	33.9%	37.2%	5.3%
DPC 準備病院	31.1%	27.5%	26.3%	15.0%

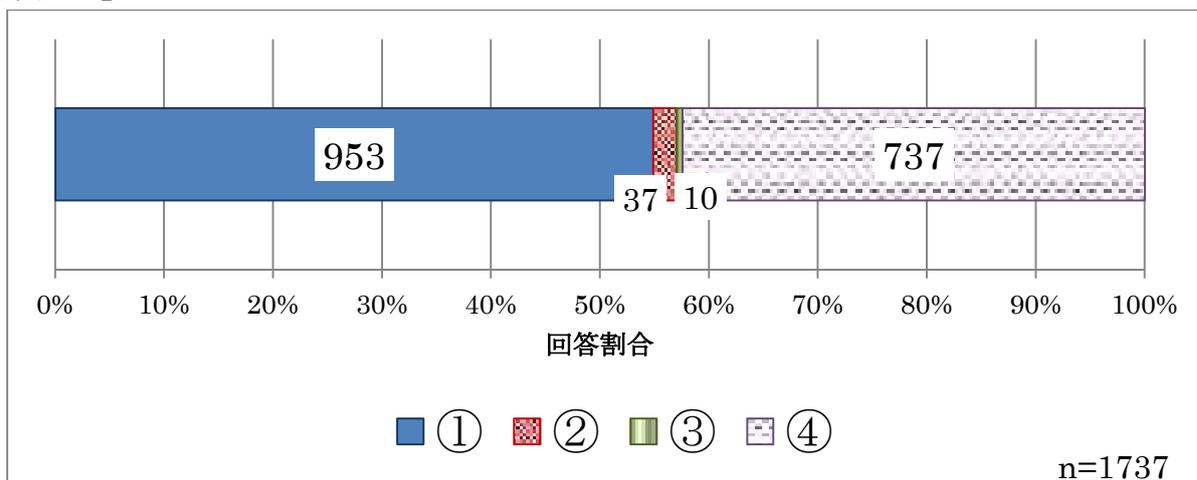
④その他

- ・システムや委託サービスを利用せず、個別に分析を行っている。

(5) 今後、病院指標の公開が実施された場合、新たにデータ分析を実施しますか。

- ① 自院にて実施する予定
- ② 外部委託（コンサルティング会社等に委託）して実施する予定
- ③ 実施しない予定
- ④ 現時点では未定

【図表 1-5】



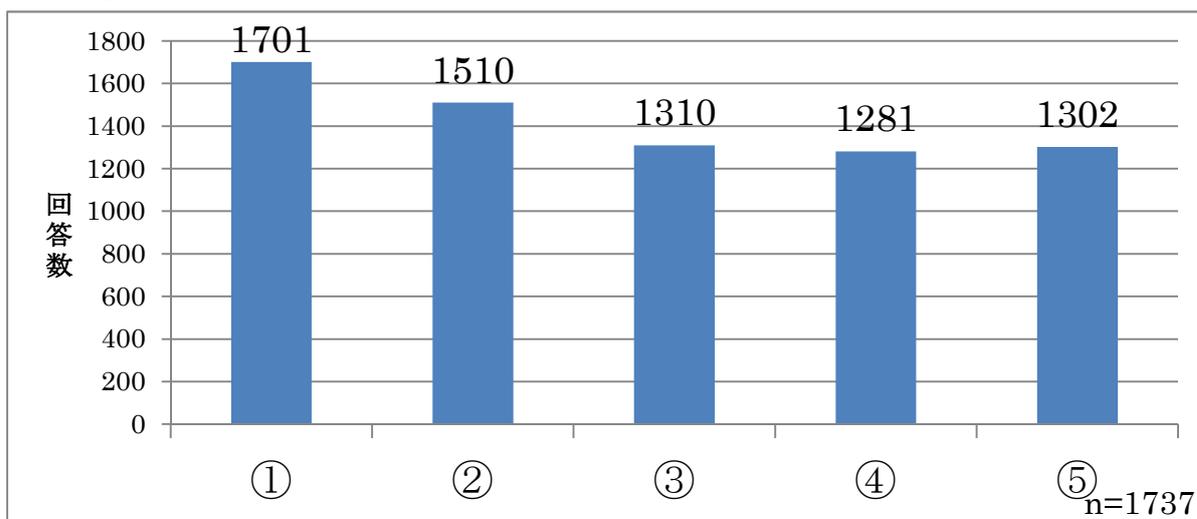
病床数別	①	②	③	④
100床未満	44.6%	1.8%	1.4%	52.2%
100～200床	51.3%	2.3%	0.5%	45.9%
200～300床	57.6%	1.5%	0.3%	40.5%
300～400床	61.4%	2.2%	0.4%	36.1%
400～500床	60.3%	2.0%	1.3%	36.4%
500床以上	58.1%	2.9%	0.0%	39.0%

群別	①	②	③	④
I群	53.8%	0.0%	0.0%	46.3%
II群	62.2%	3.3%	0.0%	34.4%
III群	58.2%	1.9%	0.5%	39.4%
DPC準備病院	34.4%	3.7%	1.2%	60.7%

(6) DPC データの内、自院で集計が可能なデータを全てご選択ください。(複数選択可)

- ① 様式 1
- ② E ファイル、F ファイル
- ③ D ファイル
- ④ 様式 3
- ⑤ 様式 4

【図表 1-6】



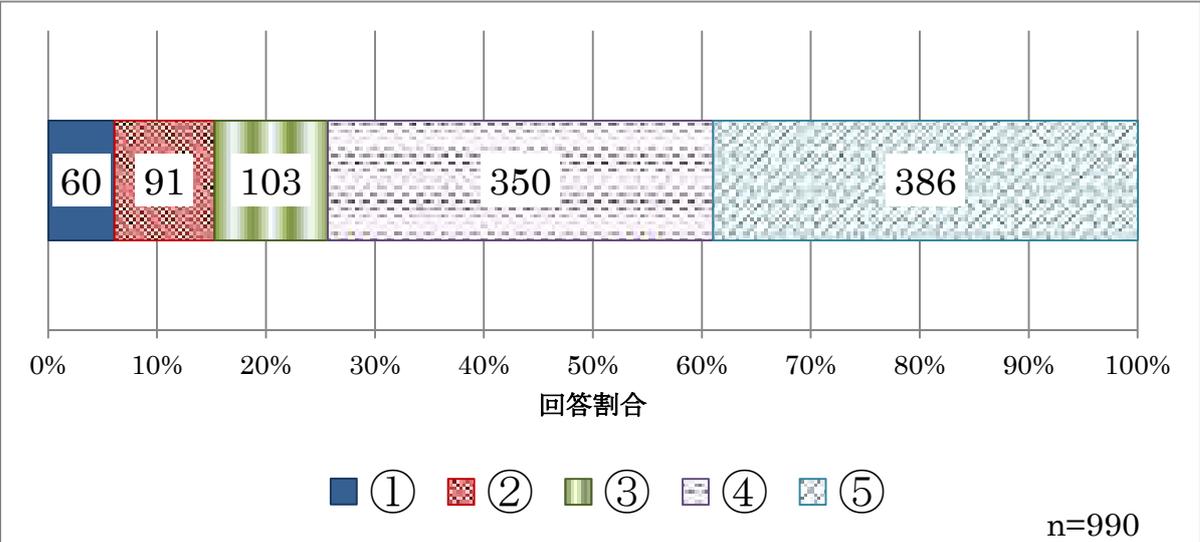
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	26.2%	22.4%	14.6%	18.0%	18.8%
100～200床	24.5%	22.0%	17.6%	17.9%	18.0%
200～300床	23.5%	20.4%	19.0%	18.6%	18.6%
300～400床	23.1%	20.6%	19.6%	18.1%	18.6%
400～500床	23.3%	21.1%	20.3%	17.5%	17.7%
500床以上	23.0%	21.0%	20.1%	17.8%	18.1%

群別	①	②	③	④	⑤
I 群	23.3%	21.5%	20.3%	17.2%	17.7%
II 群	22.3%	20.3%	20.1%	18.8%	18.5%
III 群	23.4%	20.8%	20.2%	17.6%	17.9%
DPC 準備病院	28.4%	24.4%	5.1%	20.9%	21.1%

(7) (5) で「自院にて実施する予定 (①)」または「外部委託して実施する予定 (②)」を選択された方にお伺いします。もし病院指標の公開が実施された場合、DPC データの分析に年間どの程度追加で経費がかかりますか。最も近いものを選択してください。

- ① 300 万円以上
- ② 100 万円以上
- ③ 30 万円以上
- ④ ほとんど変わらない
- ⑤ わからない

【図表 1-7】



病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	5.4%	8.5%	14.0%	34.1%	38.0%
100～200床	4.8%	11.7%	10.0%	33.3%	40.3%
200～300床	6.2%	6.7%	12.4%	37.6%	37.1%
300～400床	4.5%	9.7%	9.7%	36.9%	39.2%
400～500床	6.4%	7.4%	3.2%	38.3%	44.7%
500床以上	9.6%	9.6%	10.8%	33.1%	36.7%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	11.6%	4.7%	9.3%	27.9%	46.5%
II群	13.6%	10.2%	11.9%	37.3%	27.1%
III群	4.9%	8.6%	10.6%	36.1%	39.9%
DPC準備病院	8.6%	16.1%	8.6%	31.2%	35.5%

(8) その他、DPC データ分析についてご意見・不明点等ございましたら、ご入力
ください。(400 文字以内)

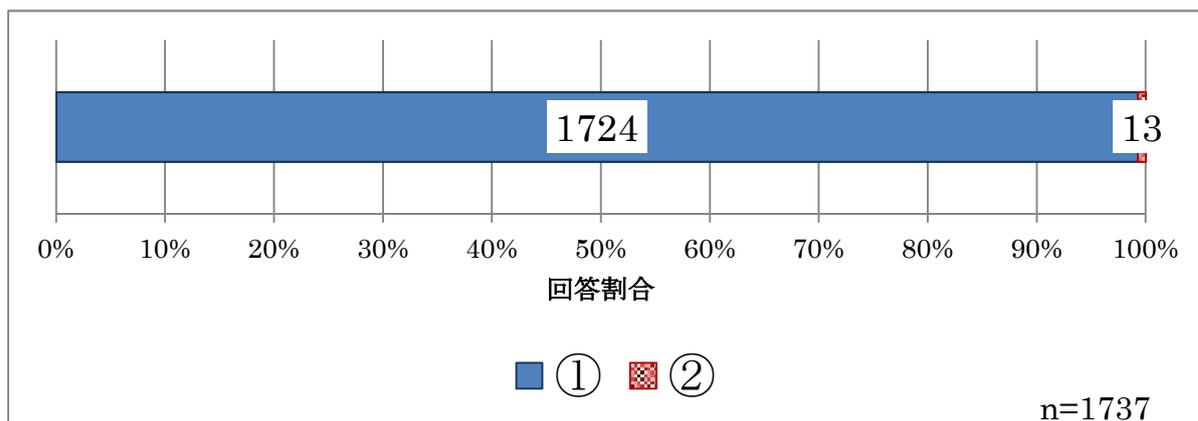
- ・ D P C データの活用の仕方を厚生労働省が示してほしい。
- ・ D P C データの公表をもう少し早く行ってほしい。
- ・ 公表されているデータをもう少し詳しくしてほしい。また 2 次利用しやすい形にしてほしい。
- ・ D P C データの処理にはマンパワー、ハードの面で経費、労力がかかる。
- ・ D P C 分析ソフトを統一できるように取りまとめてほしい。
- ・ 各医療機関に医療機関コードもつけてほしい。

2. 貴院における病院指標のホームページ上での公開についてお伺いします。

(1) 現在、貴院のホームページはありますか。

- ① ある
- ② ない

【図表 2-1】



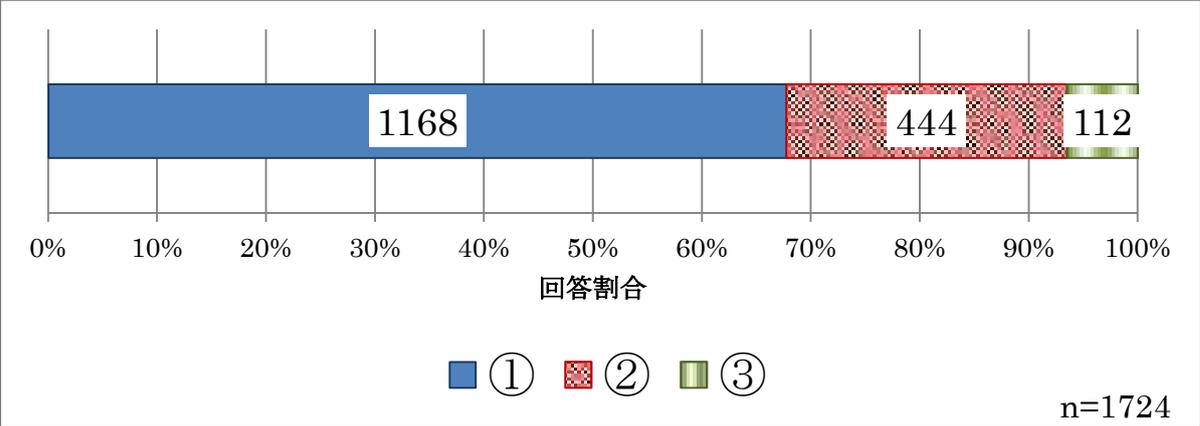
病床数別	①	②
100床未満	98.6%	1.4%
100～200床	99.3%	0.7%
200～300床	99.1%	0.9%
300～400床	99.3%	0.7%
400～500床	100.0%	0.0%
500床以上	99.6%	0.4%

群別	①	②
I群	98.8%	1.3%
II群	98.9%	1.1%
III群	99.3%	0.7%
DPC準備病院	99.2%	0.8%

(2) (1) で「ある (①)」を選択された方にお伺いします。ホームページの運営はどなたが行っていますか。

- ① 自院の担当者
- ② 外部委託（ホームページ制作会社等に委託）
- ③ その他（自由記載欄）（50文字以内）

【図表 2-2】



病床数別	①	②	③
100床未満	66.1%	28.8%	5.1%
100～200床	66.1%	27.8%	6.1%
200～300床	66.2%	28.6%	5.2%
300～400床	67.6%	27.3%	5.1%
400～500床	72.2%	18.5%	9.3%
500床以上	71.6%	18.5%	10.0%

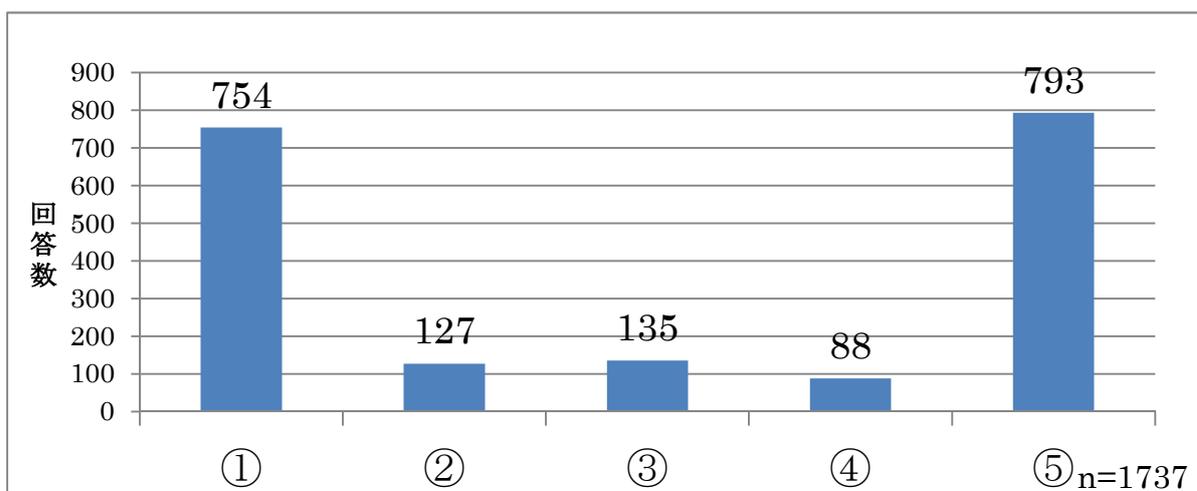
群別	①	②	③
I群	72.2%	13.9%	13.9%
II群	74.2%	18.0%	7.9%
III群	67.1%	26.9%	6.0%
DPC 準備病院	67.4%	26.4%	6.2%

③その他
 ・ 自院の担当者と外部委託を併用。

(3.1) 現在、何らかの病院機能や臨床に関する指標何らかの病院指標を公開していますか。(①と②と③に当てはまる場合は、①と②をご選択ください。)

- ① 自院のホームページにて独自の指標で公開
- ② 自院のホームページにて所属団体等で指定されている指標で公開
- ③ 所属団体等のホームページにて公開
- ④ その他（自由記載欄）（50文字以内）
- ⑤ 公開していない

【図表 2-3.1】



病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	31.8%	2.8%	2.8%	2.8%	59.8%
100～200床	30.9%	3.1%	7.2%	3.9%	54.9%
200～300床	39.4%	4.5%	9.6%	3.7%	42.8%
300～400床	42.2%	8.2%	7.5%	6.5%	35.6%
400～500床	47.5%	8.5%	9.0%	6.2%	28.8%
500床以上	53.5%	15.5%	6.6%	5.7%	18.7%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	40.0%	26.7%	1.1%	4.4%	27.8%
II群	54.2%	13.1%	9.3%	4.7%	18.7%
III群	41.2%	5.4%	7.6%	5.0%	40.8%
DPC準備病院	25.4%	4.3%	5.5%	2.7%	62.1%

④その他

- ・院内掲示
- ・病院年報に記載

(3.2) (3.1)で「病院機能や臨床に関する指標を公開している病院指標を公開している(①～④)」を選択した方にお伺いします。どのような指標を公開していますか。ご自由にご入力ください(「医療の質の評価・公表等推進事業における臨床指標」や各団体独自で公開している指標を含みます。例：再入院率、回復率、患者満足度等)(400文字以内)。

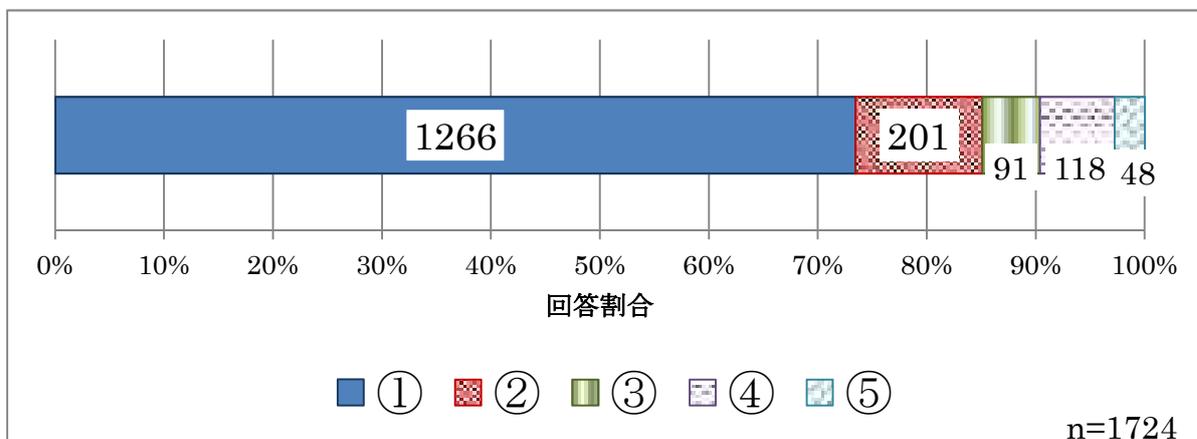
- ・ 診療統計資料(新入院、入院延べ患者数、平均在院日数、科別手術件数、外来患者数、外来新患者数など)
- ・ 国立大学附属病院長会議や自グループ病院が策定した病院評価指標
- ・ (高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率、院内新規褥瘡発生率、手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率、膝・股関節に関する手術における静脈血栓塞栓症発生率、入院患者の死亡率、入院後24時間以内に死亡した患者を除いた入院患者の死亡率、全死亡入院患者のうち入院後24時間以内に死亡した患者の割合、急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率、急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの施行率、急性脳梗塞患者における入院中の死亡率、急性心筋梗塞患者に対する退院時のアスピリン投与率、急性心筋梗塞患者に対する入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率、救急車搬送された入院患者で、入院中にPCI(経皮的冠動脈インターベンション)を受けた患者の死亡率、など)
- ・ 患者満足度
- ・ 安全管理の分野においてヒヤリハットの報告事例を公開
- ・ 病院の職員体制について

(4.1) (1) で「ある (①)」を選択された方にお伺いします。

どの程度の頻度でホームページを更新していますか。(最も近いものを選択してください。ホームページのうちいずれかのページが更新した場合、ホームページを更新したと見なして下さい。)

- ① 1月に1回
- ② 3月に1回
- ③ 半年に1回
- ④ 1年に1回
- ⑤ 更に低い頻度

【図表 2-4.1】



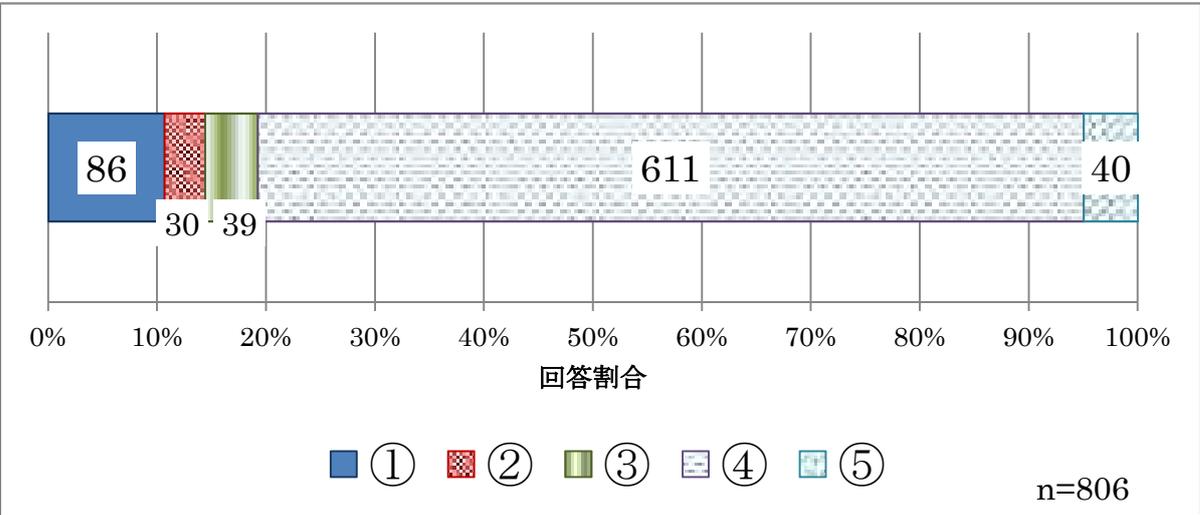
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	59.5%	19.7%	8.8%	7.3%	4.7%
100～200床	69.2%	15.9%	6.1%	6.1%	2.8%
200～300床	76.3%	11.1%	4.9%	7.1%	0.6%
300～400床	75.6%	8.4%	4.0%	7.6%	4.4%
400～500床	84.8%	5.3%	2.6%	5.3%	2.0%
500床以上	82.3%	4.4%	3.7%	7.4%	2.2%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	77.2%	6.3%	2.5%	7.6%	6.3%
II群	86.5%	3.4%	2.2%	5.6%	2.2%
III群	73.7%	10.7%	5.5%	7.5%	2.7%
DPC準備病院	66.1%	21.9%	6.2%	3.7%	2.1%

(4.2) (3) で「自院のホームページにて独自の指標で公開 (①)」または「自院のホームページにて所属団体等で指定されている 指標で公開 (②)」(①、②の両方を選択している場合も含む) を選択された方にお伺いします。病院指標を公開しているページはどの程度の頻度でホームページを更新していますか。最も近いものを選択してください。

- ① 1月に1回
- ② 3月に1回
- ③ 半年に1回
- ④ 1年に1回
- ⑤ 更に低い頻度

【図表 2-4.2】



病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	13.4%	7.2%	3.1%	71.1%	5.2%
100～200床	11.4%	4.0%	7.4%	72.5%	4.7%
200～300床	9.1%	0.7%	4.9%	81.8%	3.5%
300～400床	13.7%	3.6%	2.2%	75.5%	5.0%
400～500床	13.6%	4.5%	4.5%	71.6%	5.7%
500床以上	6.3%	3.7%	5.8%	78.4%	5.8%

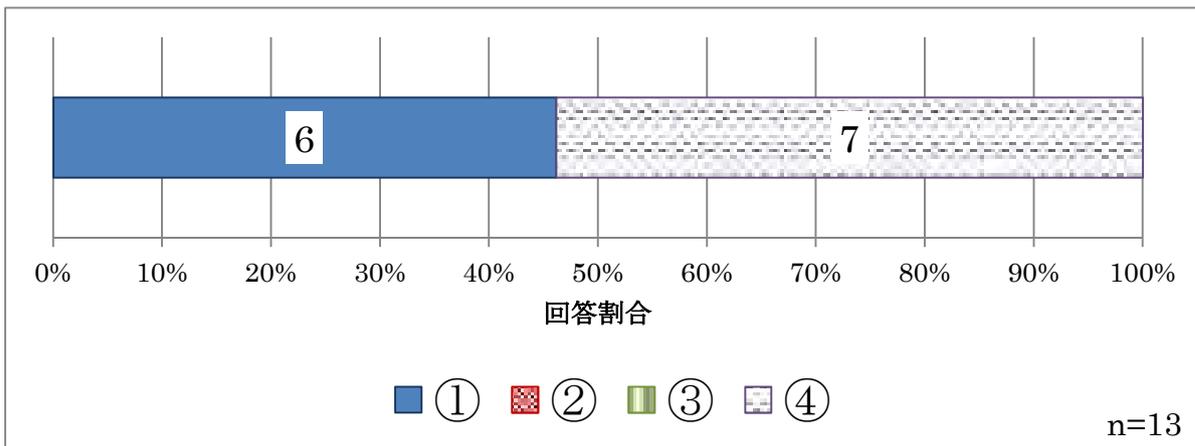
群別	①	②	③	④	⑤
I群	2.0%	2.0%	3.9%	82.4%	9.8%
II群	13.1%	4.9%	1.6%	73.8%	6.6%
III群	10.7%	3.7%	5.4%	76.0%	4.2%
DPC準備病院	14.5%	4.3%	2.9%	71.0%	7.2%

(5) (1) で「ない (②)」を選択された方にお伺いします。

今後、病院指標の公開が実施された場合、ホームページを作成しますか。

- ① 自院にて作成する予定
- ② 外部委託(ホームページ制作会社等に委託)をして作成する予定
- ③ 実施しない予定
- ④ 現時点では未定

【図表 2-5】



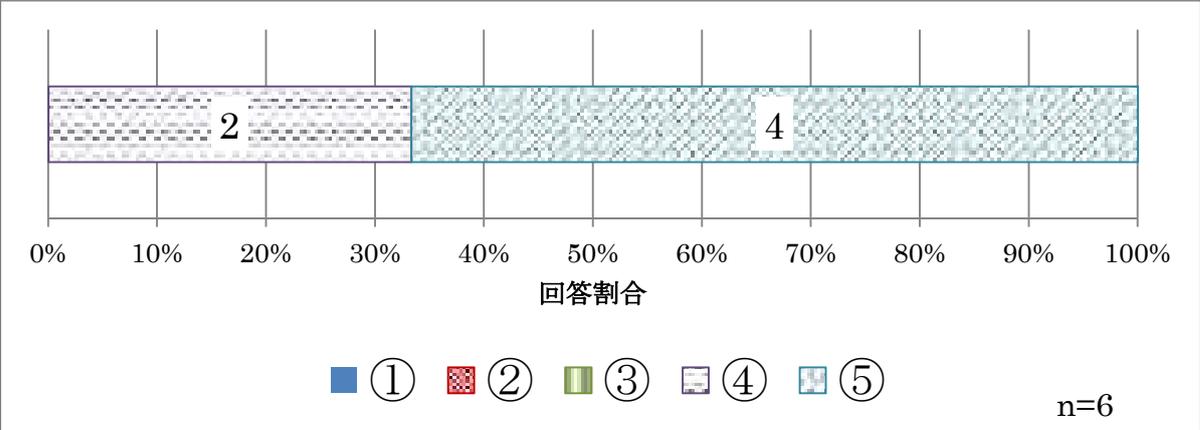
病床数別	①	②	③	④
100床未満	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%
100～200床	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
200～300床	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%
300～400床	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
400～500床	-	-	-	-

群別	①	②	③	④
I群	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
II群	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
III群	55.6%	0.0%	0.0%	44.4%
DPC準備病院	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

(6) 「自院にて作成する予定 (①)」または「外部委託をして作成する予定 (②)」を選択された方にお伺いします。もし病院指標の公開が実施された場合、ホームページの運営に年間どの程度追加で経費がかかりますか。最も近いものを選択してください。

- ① 300 万円以上
- ② 100 万円以上
- ③ 30 万円以上
- ④ ほとんど変わらない
- ⑤ わからない

【図表 2-6】



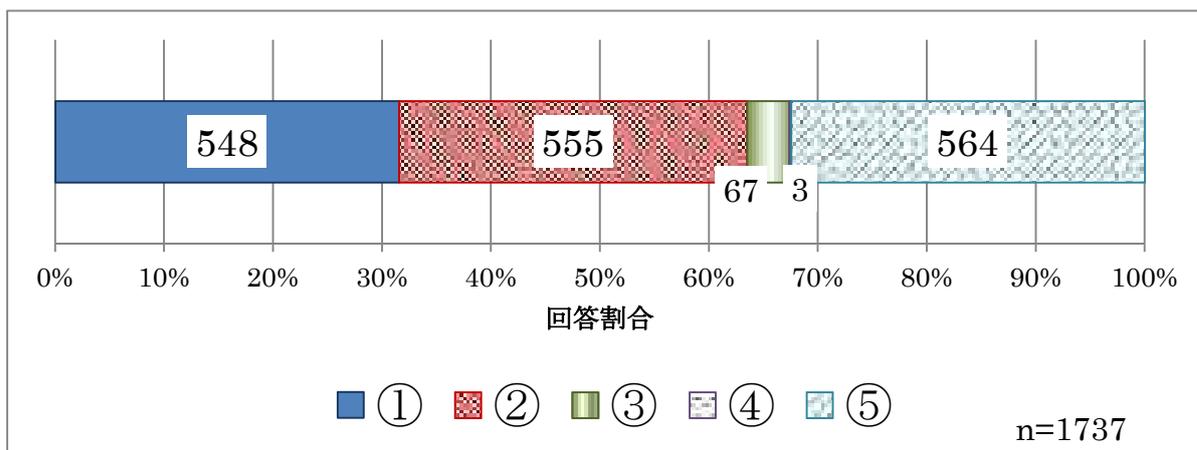
病床数別	①	②	③	④	⑤
100 床未満	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%
100～200 床	-	-	-	-	-
200～300 床	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
300～400 床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
400～500 床	-	-	-	-	-
500 床以上	-	-	-	-	-

群別	①	②	③	④	⑤
I 群	-	-	-	-	-
II 群	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
III 群	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%	60.0%
DPC 準備病院	-	-	-	-	-

(7) 患者がホームページの情報を元に来院することはありますか。以下の中から
 選択して下さい。

- ① よくある（週に1回程度、またはそれ以上）
- ② まれにある（月に1回程度）
- ③ ほとんどない（年に1回程度）
- ④ 全くない
- ⑤ わからない

【図表 2-7】



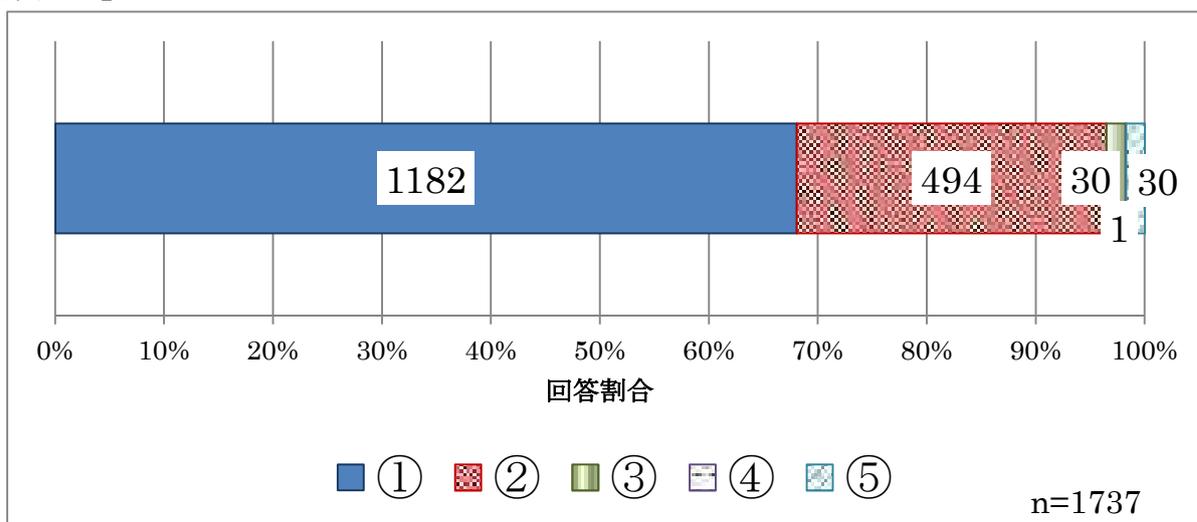
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	26.3%	45.0%	8.6%	0.4%	19.8%
100～200床	30.4%	38.3%	5.1%	0.2%	26.0%
200～300床	28.0%	36.9%	2.4%	0.3%	32.3%
300～400床	34.3%	27.1%	2.9%	0.0%	35.7%
400～500床	42.4%	21.9%	1.3%	0.0%	34.4%
500床以上	34.2%	13.2%	1.1%	0.0%	51.5%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	31.3%	13.8%	1.3%	0.0%	53.8%
II群	42.2%	7.8%	1.1%	0.0%	48.9%
III群	31.9%	33.9%	3.5%	0.2%	30.5%
DPC準備病院	25.8%	36.1%	7.8%	0.4%	29.9%

(8) 患者への情報提供の方法として、ホームページは重要であると考えますか。

- ① 重要だと思う
- ② 比較的重要だと思う
- ③ あまり重要ではないと思う
- ④ 全く重要ではない
- ⑤ わからない

【図表 2-8】



病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	58.6%	36.3%	2.2%	0.0%	2.9%
100～200床	65.2%	31.6%	1.9%	0.2%	1.2%
200～300床	67.1%	30.2%	1.8%	0.0%	0.9%
300～400床	72.6%	23.5%	2.2%	0.0%	1.8%
400～500床	76.2%	23.2%	0.0%	0.0%	0.7%
500床以上	74.3%	21.3%	1.5%	0.0%	2.9%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	81.3%	11.3%	2.5%	0.0%	5.0%
II群	78.9%	21.1%	0.0%	0.0%	0.0%
III群	67.6%	28.8%	1.8%	0.0%	1.7%
DPC準備病院	61.9%	34.8%	1.6%	0.4%	1.2%

(9) その他、ホームページでの公開についてご意見・不明点等がございましたら、
ご入力ください。(400文字以内)

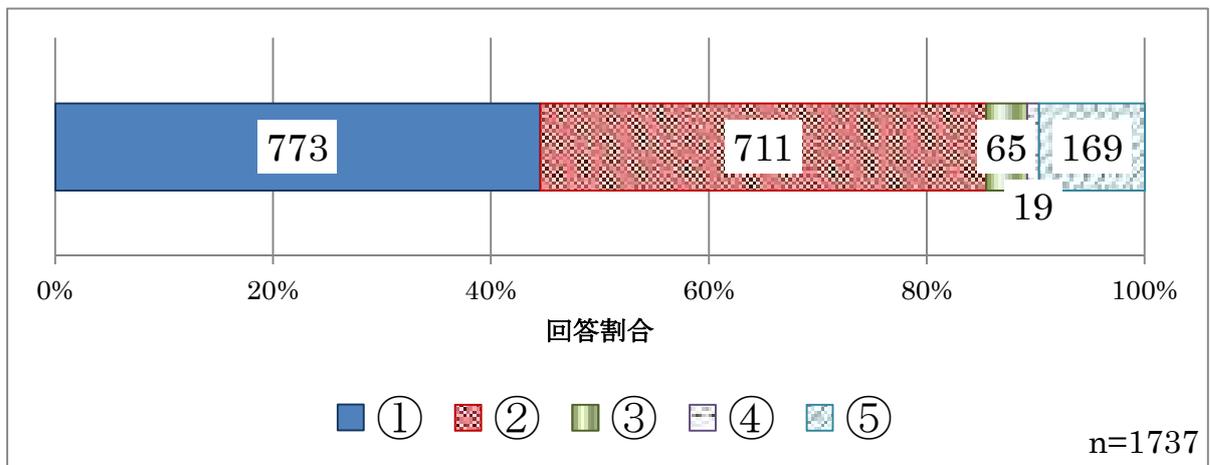
- ・高齢者の患者さんは、パソコンを保持している方が少なく、ホームページの参照は少ないと思われます。
- ・以前は電話での診療時間の問い合わせが多かったが、ホームページを見てきたと言われる方が増加している。
- ・指標となる基本的な項目と算出の定義を全国統一で行ってほしい。
- ・HPによる公開で利益を受けるのが住民と考えるのであれば、費用は施設と住民が公平に負担すべきと考える。
- ・都道府県が開設している病院検索システムを知る人も少なく、ホームページを含めたインターネットツールが医療機関等からの情報発信に有効なのか疑問です。
- ・医療法上許可されている公（広）告との境界が不明瞭である。病院によっても広告に対する考え方が相当程度異なっていることに加えて、病院が所在する地域によっても患者（住民）のインターネット利用状況が全く違うことに配慮してほしい。
- ・病院指標を公開するのにホームページの更新は毎月か提出月と同様に3か月に一回など、どの程度の間隔で更新するかを明確にしてほしい。
- ・現在案として提示されている個別項目について、DIC、敗血症の請求”率”以外の項目（患者数、症例数、診療科別症例数トップ3など）は、絶対数での回答になっています。施設規模（たとえば1000床と300床）では受け入れ患者数も当然違い、取り扱いには注意を要するものと考えられます。
- ・外部委託している場合、更新時に費用が掛かる場合が多い為、自院のホームページで公開する場合の係数評価は必須と考えます。
- ・制度化にあたっては、同時に患者（市民）への啓蒙が必要。
- ・提供する側、利用する側の情報の非対称性を解決する必要がある。

3. 病院指標を作成し公開することについて貴院の考えをお伺いします。

(1) 全国共通の指標で全国のDPC病院が情報公開を行うことについての賛否をご選択ください。

- ① 賛成
- ② どちらかといえば賛成
- ③ どちらかといえば反対
- ④ 反対
- ⑤ わからない

【図表 3-1】



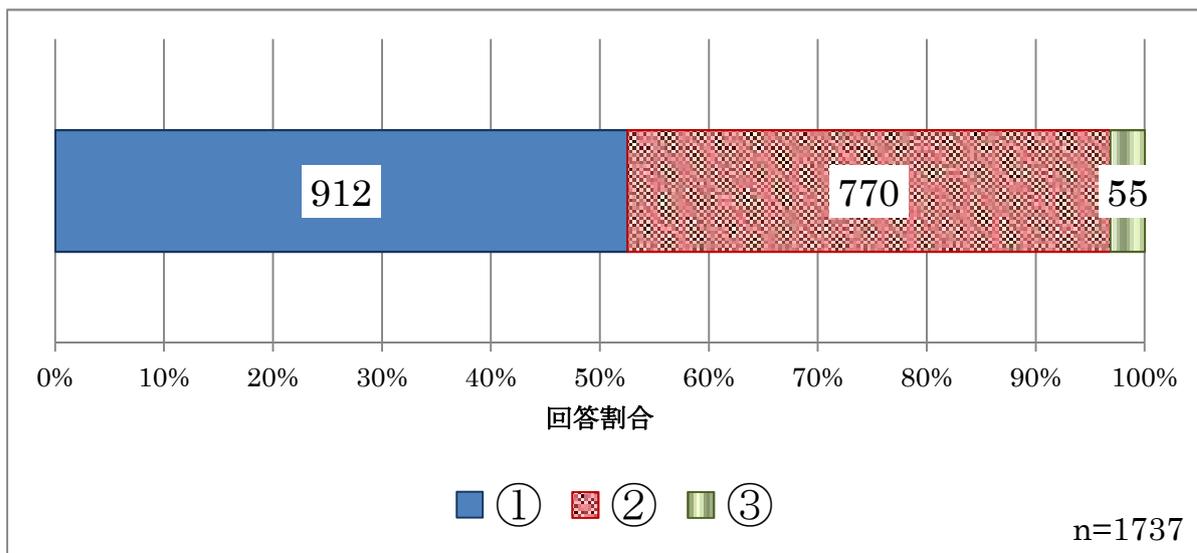
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	38.1%	41.7%	4.3%	2.2%	13.7%
100～200床	41.5%	42.0%	3.5%	1.2%	11.8%
200～300床	41.2%	44.5%	4.0%	0.6%	9.8%
300～400床	46.9%	41.2%	5.4%	0.4%	6.1%
400～500床	53.6%	37.7%	1.3%	2.0%	5.3%
500床以上	52.2%	35.7%	2.9%	0.7%	8.5%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	50.0%	27.5%	2.5%	2.5%	17.5%
II群	62.2%	32.2%	5.6%	0.0%	0.0%
III群	44.3%	42.0%	3.6%	1.2%	8.9%
DPC準備病院	37.3%	43.0%	4.1%	0.4%	15.2%

(2) 一般市民へ貴院の情報を公開することについて、貴院ではどのようにお考えですか。最も当てはまるものをご選択ください。

- ① 診療報酬による評価の有無に係らず、積極的に情報を公開していきたい
- ② 診療報酬による評価がなされるならば情報を公開していきたい
- ③ あまり情報を公開したくない

【図表 3-2】



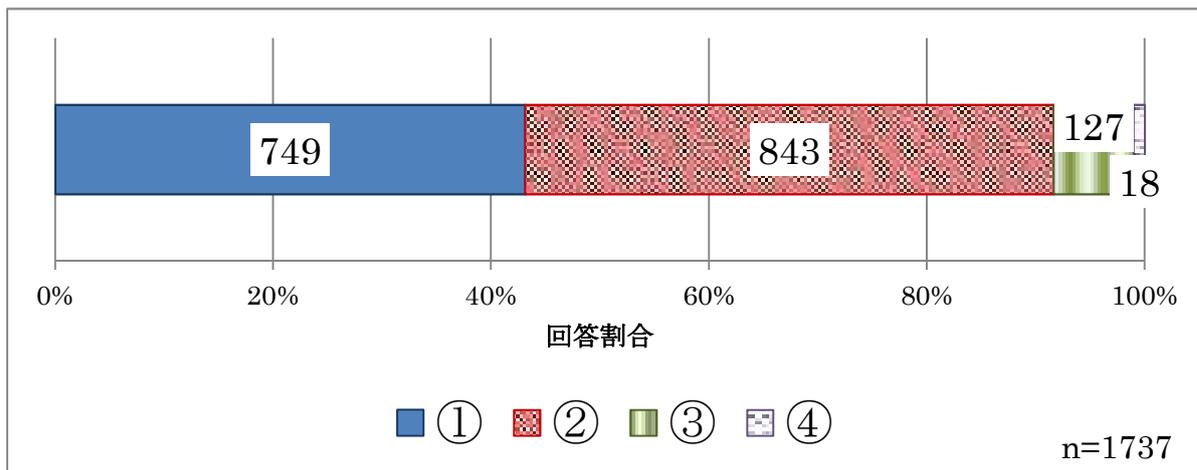
病床数別	①	②	③
100床未満	45.7%	48.6%	5.8%
100～200床	45.2%	51.3%	3.5%
200～300床	52.1%	45.4%	2.4%
300～400床	55.2%	41.9%	2.9%
400～500床	64.2%	34.4%	1.3%
500床以上	62.1%	35.7%	2.2%

群別	①	②	③
I群	52.5%	41.3%	6.3%
II群	73.3%	26.7%	0.0%
III群	52.8%	44.4%	2.7%
DPC 準備病院	43.0%	51.2%	5.7%

(3.1) 病院指標を作成し公開することは、一般市民への情報公開の促進に役に立つと考えますか。最も当てはまるものをご選択ください。

- ① 役に立つ
- ② どちらかといえば役に立つ
- ③ どちらかといえば役に立たない
- ④ 役に立たない

【図表 3-3.1】



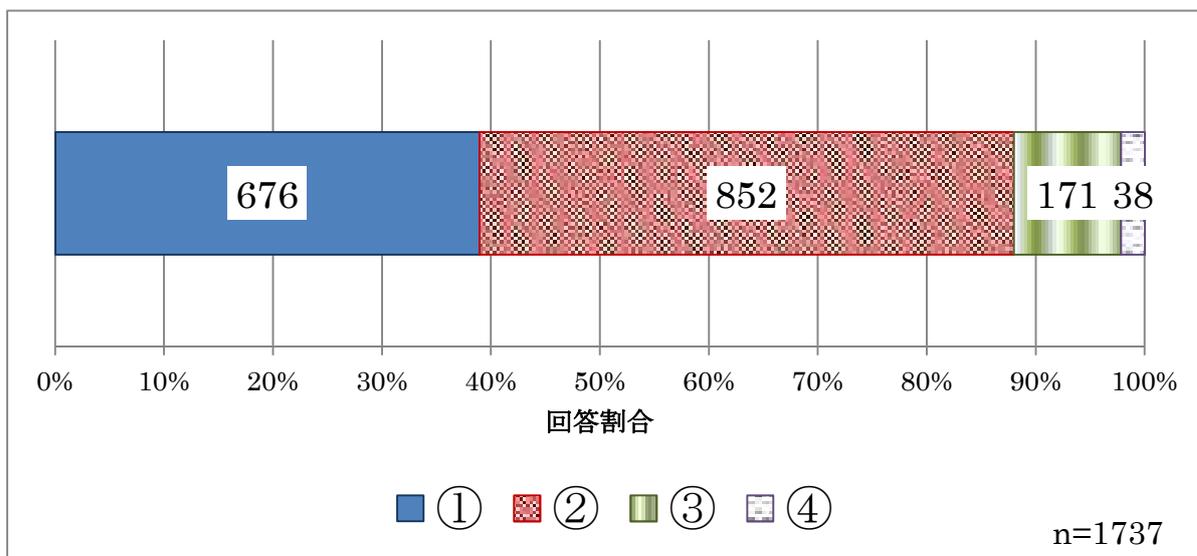
病床数別	①	②	③	④
100床未満	37.8%	48.2%	12.6%	1.4%
100～200床	35.0%	53.8%	9.7%	1.4%
200～300床	43.9%	48.8%	6.1%	1.2%
300～400床	45.5%	48.7%	4.7%	1.1%
400～500床	53.0%	44.4%	2.0%	0.7%
500床以上	52.6%	42.3%	5.1%	0.0%

群別	①	②	③	④
I群	50.0%	41.3%	8.8%	0.0%
II群	57.8%	41.1%	1.1%	0.0%
III群	43.1%	48.4%	7.4%	1.1%
DPC準備病院	35.7%	54.5%	8.6%	1.2%

(3.2) 病院指標を作成し公開することは、貴院の地域における役割の見直しのきっかけとして役に立つと考えますか。最も当てはまるものをご選択ください。

- ① 役に立つ
- ② どちらかといえば役に立つ
- ③ どちらかといえば役に立たない
- ④ 役に立たない

【図表 3-3.2】



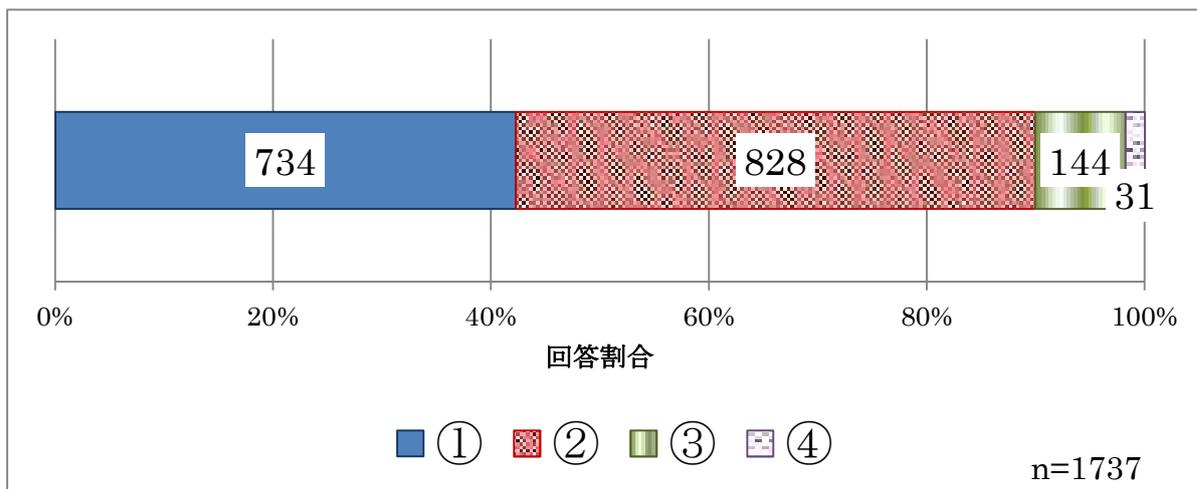
病床数別	①	②	③	④
100床未満	34.5%	53.2%	10.4%	1.8%
100～200床	37.4%	48.7%	11.1%	2.8%
200～300床	35.7%	51.2%	11.9%	1.2%
300～400床	40.8%	50.5%	7.9%	0.7%
400～500床	46.4%	46.4%	4.6%	2.6%
500床以上	43.8%	42.6%	9.6%	4.0%

群別	①	②	③	④
I群	42.5%	42.5%	10.0%	5.0%
II群	46.7%	44.4%	5.6%	3.3%
III群	39.0%	48.5%	10.4%	2.0%
DPC準備病院	34.4%	55.7%	8.2%	1.6%

(3.3) 病院指標を作成し公開することは、医療機関の DPC データの分析力と説明力の向上に役立つと考えますか。最も当てはまるものをご選択ください。

- ① 役に立つ
- ② どちらかといえば役に立つ
- ③ どちらかといえば役に立たない
- ④ 役に立たない

【図表 3-3.3】



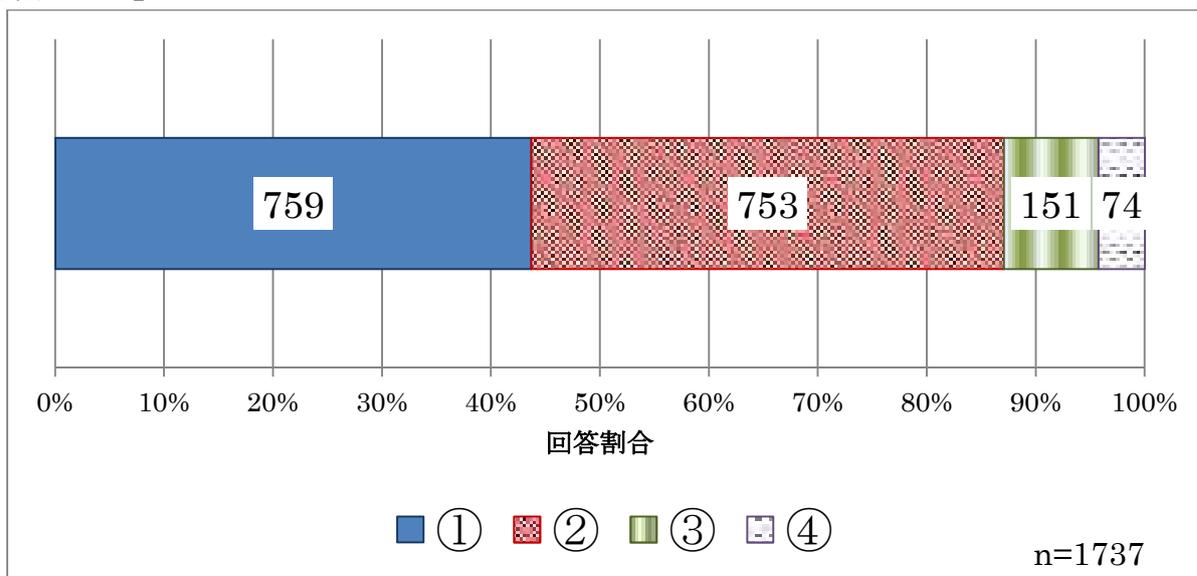
病床数別	①	②	③	④
100 床未満	39.6%	48.6%	10.4%	1.4%
100～200 床	41.3%	47.8%	9.0%	1.9%
200～300 床	40.9%	50.9%	7.0%	1.2%
300～400 床	42.6%	46.2%	9.7%	1.4%
400～500 床	48.3%	43.7%	6.0%	2.0%
500 床以上	44.5%	46.3%	6.3%	2.9%

群別	①	②	③	④
I 群	43.8%	46.3%	6.3%	3.8%
II 群	52.2%	42.2%	3.3%	2.2%
III 群	42.7%	46.7%	8.8%	1.8%
DPC 準備病院	35.7%	55.3%	8.2%	0.8%

(3.4) 病院指標を作成し公開することは、適切なDPCデータ作成のための動機づけになると考えますか。最も当てはまるものをご選択ください。

- ① なる
- ② どちらかといえばなる
- ③ どちらかといえばならない
- ④ ならない

【図表 3-3.4】



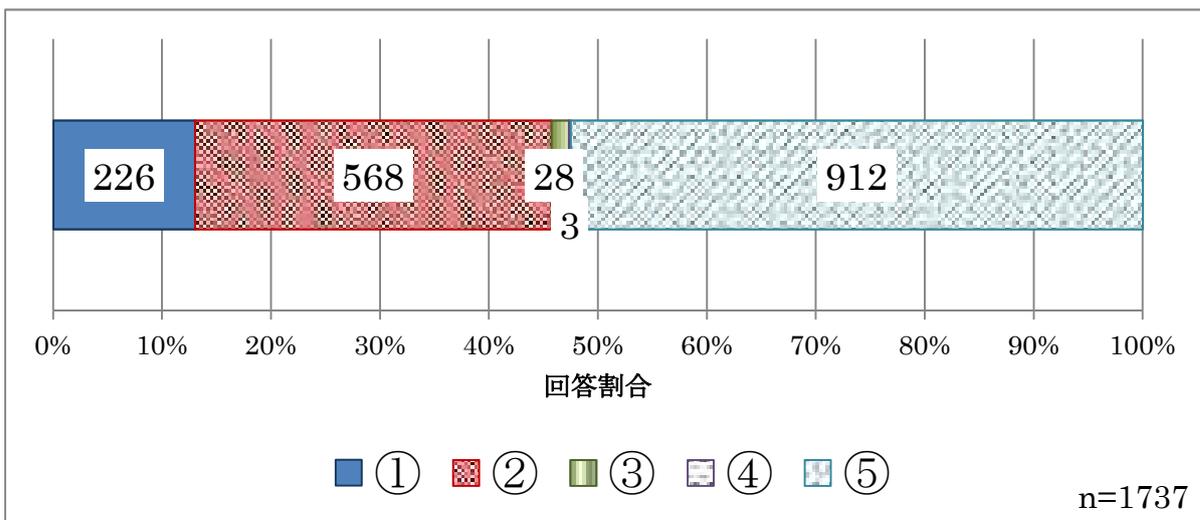
病床数別	①	②	③	④
100床未満	41.7%	42.1%	11.5%	4.7%
100～200床	42.0%	43.4%	10.2%	4.4%
200～300床	42.4%	45.7%	9.1%	2.7%
300～400床	44.0%	44.0%	8.7%	3.2%
400～500床	45.0%	46.4%	5.3%	3.3%
500床以上	48.9%	39.3%	4.8%	7.0%

群別	①	②	③	④
I群	46.3%	36.3%	8.8%	8.8%
II群	57.8%	32.2%	6.7%	3.3%
III群	43.1%	43.9%	8.9%	4.1%
DPC準備病院	41.0%	46.7%	8.2%	4.1%

(3-5) 病院指標を作成し公開することによって、自院の強みを外部に公開することにより、来院患者数がどのように変わるとお考えですか。

- ① 増加すると思う
- ② どちらかと言えば増加すると思う
- ③ どちらかと言えば減少すると思う
- ④ 減少すると思う
- ⑤ わからない

【図表 3-3.5】



病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	14.4%	29.5%	2.5%	0.0%	53.6%
100～200床	10.7%	34.1%	2.8%	0.2%	52.2%
200～300床	11.9%	30.5%	0.9%	0.0%	56.7%
300～400床	11.9%	34.7%	1.8%	0.7%	50.9%
400～500床	14.6%	31.1%	0.0%	0.0%	54.3%
500床以上	16.9%	35.3%	0.4%	0.0%	47.4%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	18.8%	28.8%	0.0%	0.0%	52.5%
II群	24.4%	40.0%	0.0%	0.0%	35.6%
III群	12.1%	32.4%	1.6%	0.2%	53.7%
DPC準備病院	11.9%	32.8%	2.9%	0.0%	52.5%

(3-6) 病院指標のデータを全国のDPC病院が公開することで得られるメリットとして期待されることがございましたら、ご自由にご入力ください(400文字以内)。

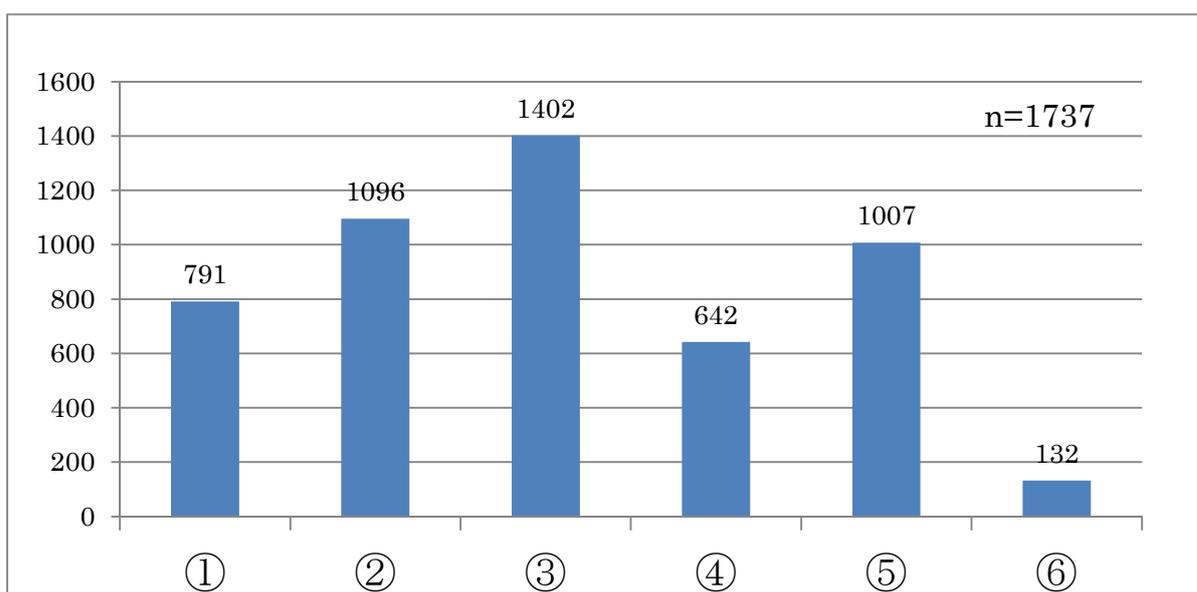
- ・ 国民の病院選択に役立つ。また、ベンチマークの活発化により、日本における自院のポジションを意識し、改善を意識するようになり、結果、医療や経営の質向上に期待が持てる。
- ・ 本来医療機関における報酬の糧は、医療技術やケア内容であるのに、これまでその評価なくして報酬が得られていたことの方が問題でと考えている。何を持ってその評価とするかということがようやく議論され始めたことは非常に有意義であり、重要なことである。今後は診療報酬も含めた公開が望まれる。
- ・ よい数値を出そうとしてバイアスがかかり本来の医療をできるかも心配がある。
- ・ 指標を使って経営コンサルタント、メディア、SNS等で医療機関同士を一方的な視点で評価することもあると思われせつかく公開に協力しても不利益を被る病院も出てくるのではないか。また、競合病院同士の競争を煽るところも出てくるのではないか、そうなれば地域の急性期医療も思わぬ方向に進むことも考えられるので対策があってもいいのではないか。
- ・ 患者(国民)サイドから、地域の基幹病院において取り扱っている疾患構造などを知る事により、自分の罹患している受診先・病院選択の指標にもつながり、各医療機関において一定の効果があると考えられる。
- ・ 臨床研修医の病院選択の際に閲覧するデータとして有効。
- ・ 地域性を考えると、近隣の大きな病院の指標数にはかなわなく、医師数や患者数、設備による疾患に対する治療の限界もあるので、病院指標の公開を病床区分や病床数、医師数、患者数、地域性など考慮して公開して頂ければ、田舎の小さな病院でもメリットがあるのではないかと思う。
- ・ アップコーディングや入院不要な社会的入院の防止にはなる。
- ・ 中小の病院や特色のない病院では、メリットは少ないと思う。大病院であれば、症例数がたくさんあり、正確な診療体制を公開でき、患者の増加につながると思うが。
- ・ 患者はもちろんであるが、救急車による搬送が必要な場合、救急隊が病院を選択する際の有力な情報源となりうる。
- ・ 病床過剰地域において、少なからず疾患の集約化が図られ、医療の質の向上、効率化、標準化が進む可能性がある。
- ・ 指標が質と混合され、十分生かしきれない。
- ・ 診療施設間でのスムーズな患者の移動を目指すためにも、全ての医療機関に対し、今回提案があったような情報も含んだDPCデータから得られる情報を公開し、場合によっては元データの情報共有を行うことの方が望ましいと考えられる。今回提案があるような、患者も含めた社会全体への情報公開では、受診行動への負の影響も大きく懸念され、その負の影響を防ぐために詳細な説明を加える必要と考えられるが、疲弊している個々の医療施設にこうした努力を求めるのは、慎重な検討を要する。
- ・ 診療施設間でのスムーズな患者の移動を目指すためにも、全ての医療機関に対し、今回提案があ

ったような情報も含んだ DPC データから得られる情報を公開し、場合によっては元データの情報共有を行うことの方が望ましいと考えられる。今回提案があるような、患者も含めた社会全体への情報公開では、受診行動への負の影響も大きく懸念され、その負の影響を防ぐために詳細な説明を加える必要と考えられるが、疲弊している個々の医療施設にこうした努力を求めるのは、慎重な検討を要する。

(4) 病院指標のデータを全国のDPC病院が公開することで生じるデメリットとして危惧される項目を全てご選択ください。(複数選択可)

- ① 分析システムの導入や外部委託費用等、金銭面の負担の増加
- ② 担当者の教育、人材不足等の人材に関する問題の増加
- ③ 病院ランキング等で数字が独り歩きする可能性
- ④ 自院の弱い部分（少ない手術件数や再発率等）を外部に公開することによる来院者数の減少
- ⑤ 公開されない部分で病院の長所が評価として反映されない点
- ⑥ その他（自由記載欄を作成）(50文字以内)

【図表 3-4】



病床数別	①	②	③	④	⑤	⑥
100床未満	18.9%	22.5%	24.8%	12.7%	19.0%	2.2%
100～200床	15.4%	20.2%	28.1%	15.1%	18.8%	2.5%
200～300床	15.0%	22.0%	26.9%	13.6%	20.0%	2.5%
300～400床	13.9%	21.6%	28.7%	13.3%	20.1%	2.5%
400～500床	13.1%	21.2%	31.0%	11.7%	20.0%	2.9%
500床以上	16.6%	22.7%	27.8%	7.5%	22.0%	3.4%

群別	①	②	③	④	⑤	⑥
I群	16.0%	21.8%	26.7%	8.2%	22.6%	4.5%
II群	14.3%	24.2%	29.9%	6.1%	22.5%	2.9%
III群	14.9%	21.7%	27.7%	13.2%	19.9%	2.6%
DPC準備病院	19.9%	20.2%	26.7%	13.6%	17.6%	1.9%

⑥その他

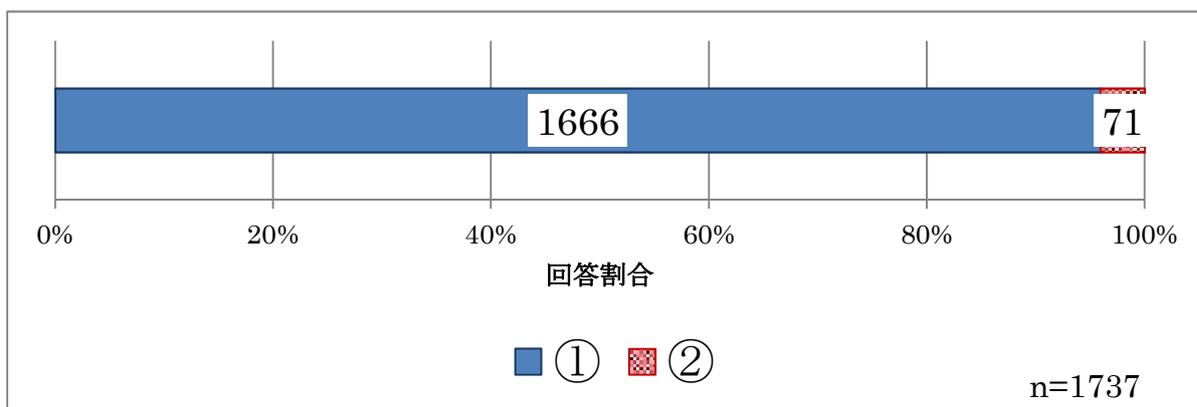
- ・ 特に支障は感じない
- ・ 説明が足りないことで患者に誤解を与える可能性がある
- ・ データのミスリードによる職員のモチベーション低下。
- ・ 大病院に症例が集中しているため、症例数が少なく指標として公開できない。
- ・ 大病院の優位性と中小病院の劣勢が鮮明になる
- ・ 患者選択による受診増加で施設毎の負担の偏りが増加する（予約待ち等）。

4. 病院指標の具体的な項目についてお伺いします。

(1) 現在案として提示されている個別項目についての賛否をご選択ください。また、反対の場合はその理由をご入力ください(200文字以内)。(賛成の場合であっても、ご意見があれば入力して頂いて構いません。)

1) 年齢階級別退院患者数

【図表 4-1.1】 (①賛成②反対)



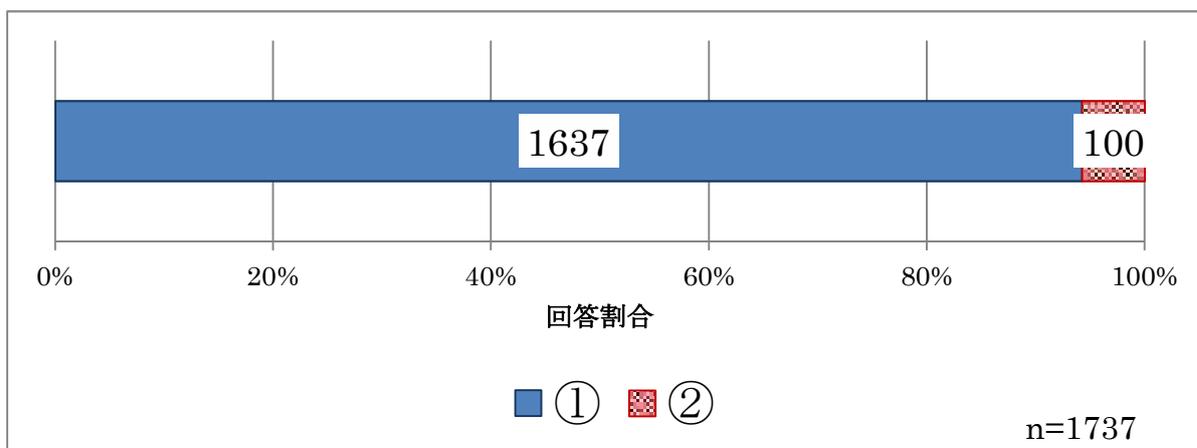
病床数別	①	②
100床未満	95.0%	5.0%
100～200床	95.8%	4.2%
200～300床	95.4%	4.6%
300～400床	96.8%	3.2%
400～500床	96.0%	4.0%
500床以上	96.7%	3.3%

群別	①	②
I群	93.8%	6.3%
II群	97.8%	2.2%
III群	96.4%	3.6%
DPC準備病院	93.4%	6.6%

- ・ 年齢階級は診療科や疾患毎に異なる。入院患者の年齢構成が病院の質を評価する指標となるとは考えにくい。
- ・ 首都圏と地方のへき地近辺の病院ではそもそも年齢階級が偏っている。
- ・ 退院患者の多くが高齢者で構成されているのが数字であからさまになると、若年層の手術目的での入院はよっぽど病院なり医師にお願いしたいという気持ちがなければ、その数字でのみ病院選びの判断材料になってしまうおそれ。

2) 診療科別症例数トップ3

【図表 4-1.2】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	95.0%	5.0%
100～200床	93.7%	6.3%
200～300床	96.0%	4.0%
300～400床	94.2%	5.8%
400～500床	92.1%	7.9%
500床以上	93.4%	6.6%

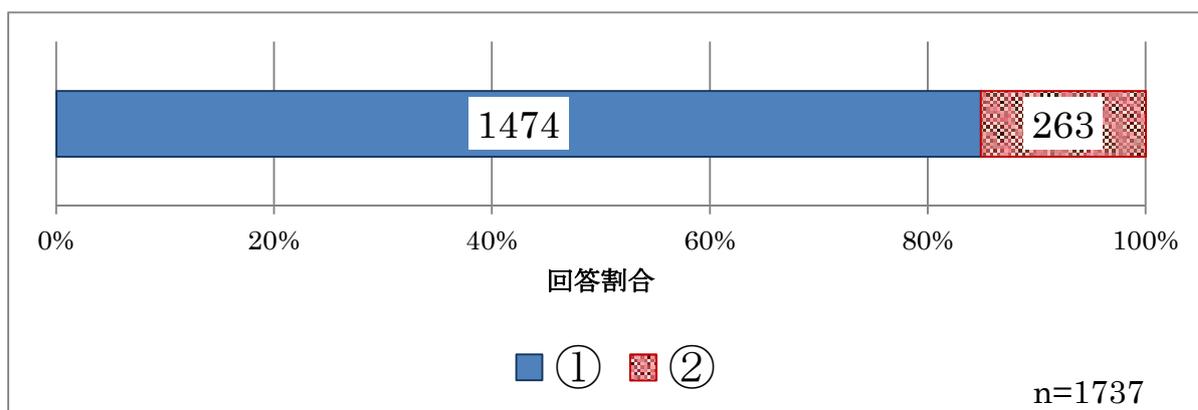
群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	94.3%	5.7%
DPC準備病院	94.3%	5.7%

反対の理由

- ・ トップ3だけでは、限定しすぎだと思われる。診療科別だと、単科病院の特性が消えてしまうと思われる。
- ・ 診療科目の基準が全国の病院で統一されていない。(病院によって診療科が違う傷病がある)
- ・ コーディングの際に調整して特定コードを増加させるために、診療行為の変質が生じる恐れがある。医師数情報がないと解釈困難な指標となる。
- ・ DPCコード全桁で抽出すると同一病名が分散される

3) 初発の5大癌のUICC病分類別並びに再発患者数

【図表 4-1.3】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	87.1%	12.9%
100～200床	84.7%	15.3%
200～300床	86.0%	14.0%
300～400床	85.2%	14.8%
400～500床	82.8%	17.2%
500床以上	82.4%	17.6%

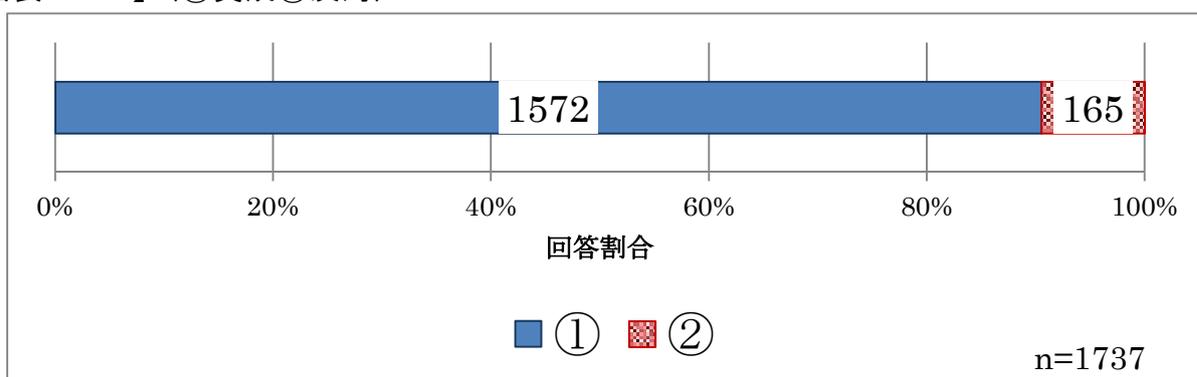
群別	①	②
I群	82.5%	17.5%
II群	81.1%	18.9%
III群	85.3%	14.7%
DPC準備病院	84.8%	15.2%

反対の理由

- ・ がんについては法制化もされ、また、院内・地域がん登録などもあり、DPCで扱わなくても良いのではないかと考える
- ・ 様式1においてStage分類が入力必須項目とされていないため反対。ただし次回改定により必須となれば集計がとれるので賛成。
- ・ 患者からのニーズがあるとは思えない。
- ・ 患者数の多い病院とそうではないへき地近辺の病院では患者1名の比重があまりにも違いすぎる。
- ・ 「再発患者数」と表記することで「病院側が原因で再発させてしまった」というように捉えられてしまう恐れ
- ・ がん登録はデータ作成に3カ月ほど時間を要している。DPCデータは提出締切が早いため、整合が取れない。

4) 成人市中肺炎の重症度別患者数

【図表 4-1.4】(①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	92.4%	7.6%
100～200床	90.7%	9.3%
200～300床	91.8%	8.2%
300～400床	88.8%	11.2%
400～500床	94.0%	6.0%
500床以上	86.4%	13.6%

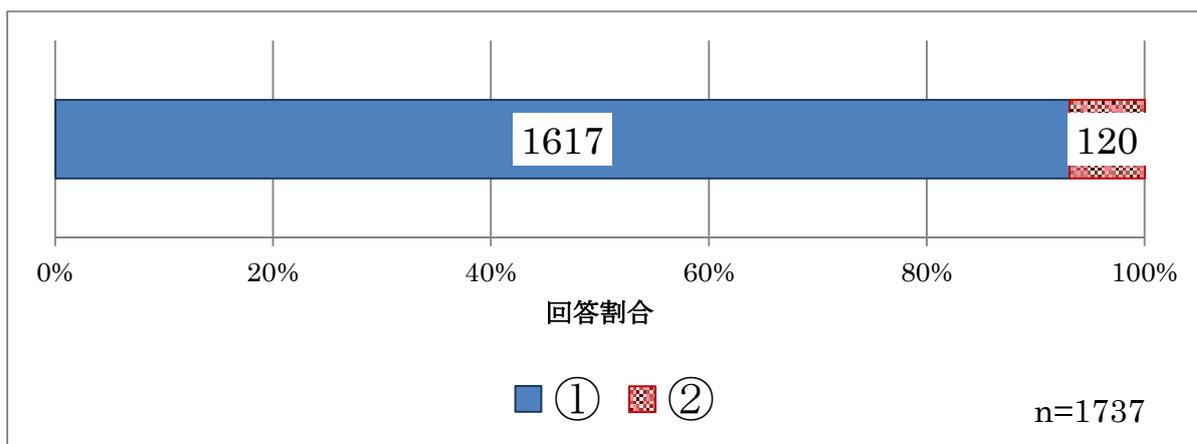
群別	①	②
I群	78.8%	21.3%
II群	90.0%	10.0%
III群	91.3%	8.7%
DPC準備病院	90.2%	9.8%

反対の理由

- ・ 重症度の分類基準は主観によるものが多く、実際の分類基準としては明確なものではないため
- ・ 肺炎患者受け入れは基礎疾患（癌や消化器系慢性疾患）を有している患者に大きく偏っており、他院、たとえば一般急性期内科や呼吸器科との比較は患者のベースが違うためナンセンス
- ・ 地域住民が必要な情報であるか、疑問を感じる
- ・ 一般市民・患者向けに、どのような説明をすればよいのかが不明。算出・分類の基準や、指標のもつ意味が伝わるのかどうか疑問である。
- ・ 様式1に重症度の項目がなく（年齢と指標の数で重症度を判断する必要あり）データの整備に時間がかかる。
- ・ 調査項目に医師の判断によるところがあるため、医師の作業負担が増える。さらに、不明項目が1項目でも合った場合に「不明」に分類されてしまうことから、調査の難度が高すぎる。
- ・ 肺炎を主症状として入院する患者数は少ない
- ・ 常勤の専門医がないため、継続性の点で課題がある。

5) 脳梗塞の ICD10 別患者数

【図表 4-1.5】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100 床未満	93.2%	6.8%
100～200 床	93.7%	6.3%
200～300 床	93.3%	6.7%
300～400 床	92.1%	7.9%
400～500 床	97.4%	2.6%
500 床以上	90.4%	9.6%

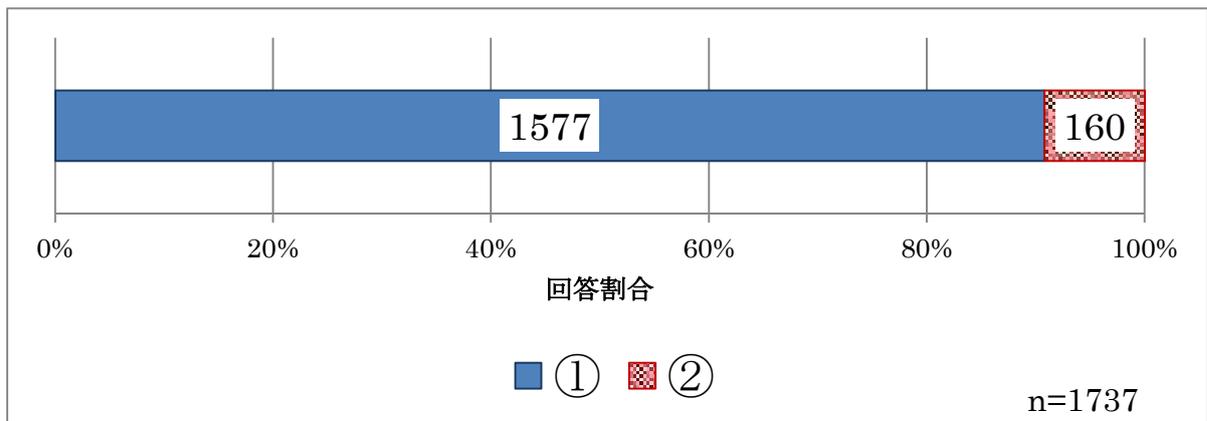
群別	①	②
I 群	87.5%	12.5%
II 群	92.2%	7.8%
III 群	93.8%	6.2%
DPC 準備病院	91.4%	8.6%

反対の理由

- ・ 患者が数値を見ることによるメリットが少ないと考えられるため
- ・ 専門外来ではないため、詳細をわけられない可能性が高い
- ・ 症例が多くない
- ・ I63 脳梗塞(急性期発症)、I65・I66 脳梗塞に至らなかった閉塞および狭窄、I69.3 脳梗塞の続発・後遺症(陳旧性)など、各病院のルールで分類されていると思われます。又、I63.2 脳実質外動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞、I63.5 脳動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞は留意すべき ICD となっています。ICD 別病型分類データの信憑性、統一性が懸念されるところです。
- ・ 脳梗塞の治療に関わる診療科が、脳神経外科・総合診療科・神経内科にわたることから、治療方針等を含めて整合性が取れない
- ・ 脳梗塞に限らず、力をいれていない疾病に対し、市民に対しどのように説明をするのかわからない。「課題」としなければならないのか。
- ・ 病院ランキング等で数字が独り歩きする可能性
- ・ 症例数が多い病院に患者、救急が集中すると、SCU や tPA 体制を取っている病院間の医療提供バランスが崩れる恐れがある

6) 診療科別主要手術の術前、術後日数、症例数トップ3

【図表 4-1.6】 (①賛成②反対)



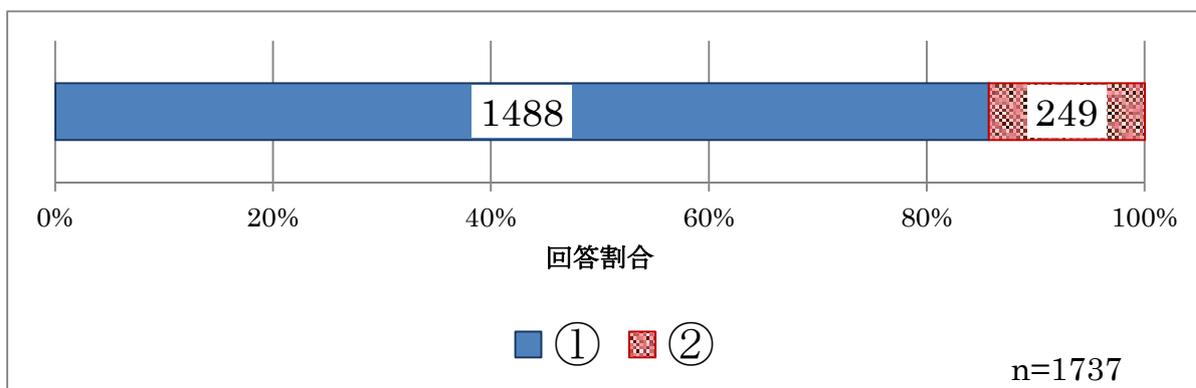
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	91.7%	8.3%	I群	83.8%	16.3%
100～200床	91.4%	8.6%	II群	91.1%	8.9%
200～300床	90.5%	9.5%	III群	91.3%	8.7%
300～400床	89.5%	10.5%	DPC準備病院	90.2%	9.8%
400～500床	92.1%	7.9%			
500床以上	89.7%	10.3%			

反対の理由

- ・ 患者の様態（基礎疾患）により日数は変動があるため、正確な指標とはいえない
- ・ 難治、合併症患者（慢性腎不全など）を受け入れており、全身管理ののちに手術を施行する例がある
- ・ 件数の多い手術のみがクローズアップされかねず、それが特色だとはいきれないため。トップ5ないしトップ10とし単に症例数とするだけでなく傷病や病期などのバックグラウンドが分かるような形であれば賛成の立場。
- ・ 先に提示した日数と実際の日数などに不一致が生じた場合にトラブルになる可能性もあり、病院指標として全てを載せていくのは問題あると感じられる
- ・ 病院の誇大広告に繋がる側面がある
- ・ 解説は各診療科ごとの医師の協力が必要不可欠であり医師の業務負担増が懸念される
- ・ 地域背景が考慮されないことが一点、アメリカの考え方やガイドラインが必ずしも全てにおいて正しいわけではないことが一点（特に術前日数について）
- ・ 手術の術前・術後日数について集計するシステムがなく、手術件数の多さからも集計作業が困難であるため
- ・ 1件の症例数の手術などは、個人が特定できる可能性がある
- ・ 他医療機関と比較して、個々の事例に対しての問い合わせ、苦情等が増加する恐れがある

7) DIC、敗血症等の請求率

【図表 4-1.7】(①賛成②反対)



病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	89.6%	10.4%	I群	78.8%	21.3%
100～200床	85.4%	14.6%	II群	82.2%	17.8%
200～300床	84.8%	15.2%	III群	86.3%	13.7%
300～400床	88.4%	11.6%	DPC準備病院	85.7%	14.3%
400～500床	86.1%	13.9%			
500床以上	80.1%	19.9%			

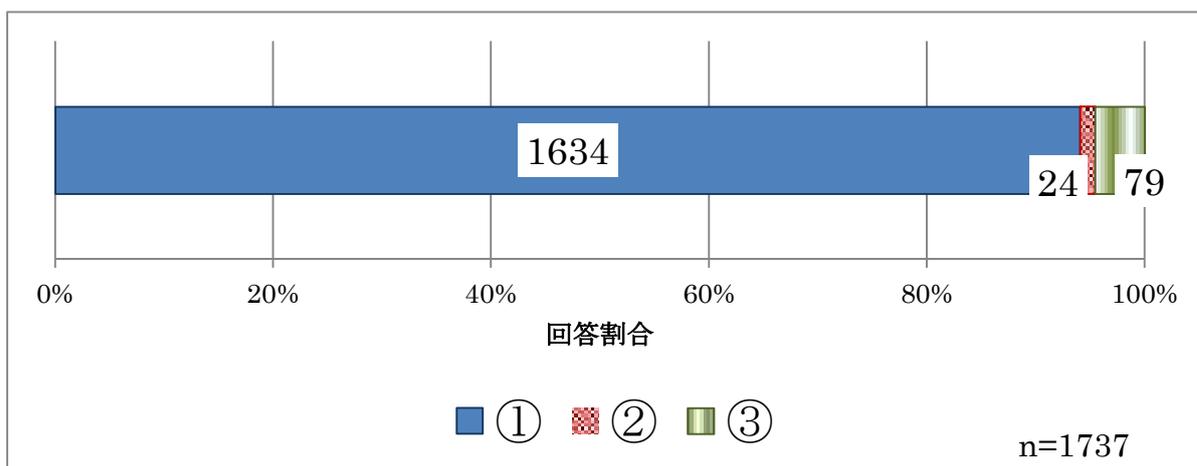
反対の理由

- ・ 「請求率」という語感が金銭に結びつき、違和感を感じます。当初案にあったような「発生率」に院外、院内を付加して、区別した方がよいと思います
- ・ コーディングマニュアルの作成等でコーディング解釈が統一されないままでは、医療機関毎でバラツキがでると思う。
- ・ 市民目線の指標に感じられない
- ・ 臨床的に根拠のある診断がつかずに病名付与(ATⅢなど高額薬剤使用で病名付けのパターンが全国的に多いと思われる)されるケースが多い当該疾患の請求率を選択したところで、有効な指標となるとは考えにくい。
- ・ 「DIC・敗血症⇨アップコーディング」というイメージも強く、この数字が多かれ少なかれ、医療機関にとって公開することはデメリットでしかない。
- ・ いくら解説をつけても、数値はひとり歩きを思う。厚労省データで件数など公開されればそれでよいことで、わざわざ説明させる必要はないのではないか。必要があれば解説すればよいことで、こういうものをペナルティとして出させるという意図があると、この病院指標公開の意義がねじ曲がってとらえられるデメリットの方が大きいと思う。
- ・ 重症感染症の多い病院がアップコーディングと取られる可能性がある。全症例を分母とすると内科系中心の病院が不利になる。
- ・ 他施設で発症して請求する場合も多く、重症患者を多く診ているととられればよいが、当院の治療が悪かったというふうに使われては困る。

(2) 現在案として提示されている個別項目について、貴院で正確なデータを算出することはできますか。できない場合はその理由をご入力ください(200文字内)。(できる場合であっても、ご意見があれば入力して頂いて構いません。)

1) 年齢階級別退院患者数

【図表 4-2.1】 (①できる②できない③わからない)



病床数別	①	②	③
100床未満	91.4%	1.8%	6.8%
100～200床	92.8%	1.2%	6.0%
200～300床	95.4%	2.1%	2.4%
300～400床	95.3%	1.8%	2.9%
400～500床	96.0%	0.0%	4.0%
500床以上	94.9%	0.7%	4.4%

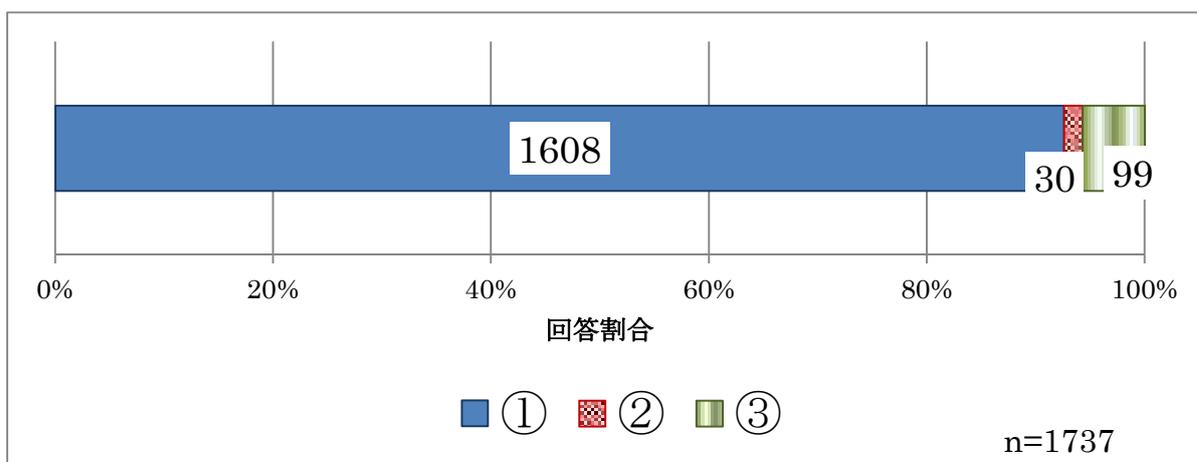
群別	①	②	③
I群	88.8%	2.5%	8.8%
II群	97.8%	0.0%	2.2%
III群	94.9%	1.4%	3.8%
DPC準備病院	90.2%	1.6%	8.2%

できない理由

- ・ 統計・分析ソフトがなく困難
- ・ 各データを抽出し算定は可能であるが、データ加工が必要となる。データによっては、一部、手入力が必要となる項目がある。
- ・ 人材不足、担当者の育成等人材に関する問題あり
- ・ 数字の意味（活用方法）を十分に理解し抽出することが出来ない為
- ・ 様式1の中に年齢がありません。生年月日はありますので年齢も記入項目に入れてほしいです。

2) 診療科別症例数トップ3

【図表 4-2.2】 (①できる②できない③わからない)



病床数別	①	②	③
100床未満	89.6%	1.1%	9.4%
100～200床	91.2%	1.6%	7.2%
200～300床	93.3%	2.7%	4.0%
300～400床	94.2%	2.9%	2.9%
400～500床	94.7%	0.7%	4.6%
500床以上	94.1%	0.7%	5.1%

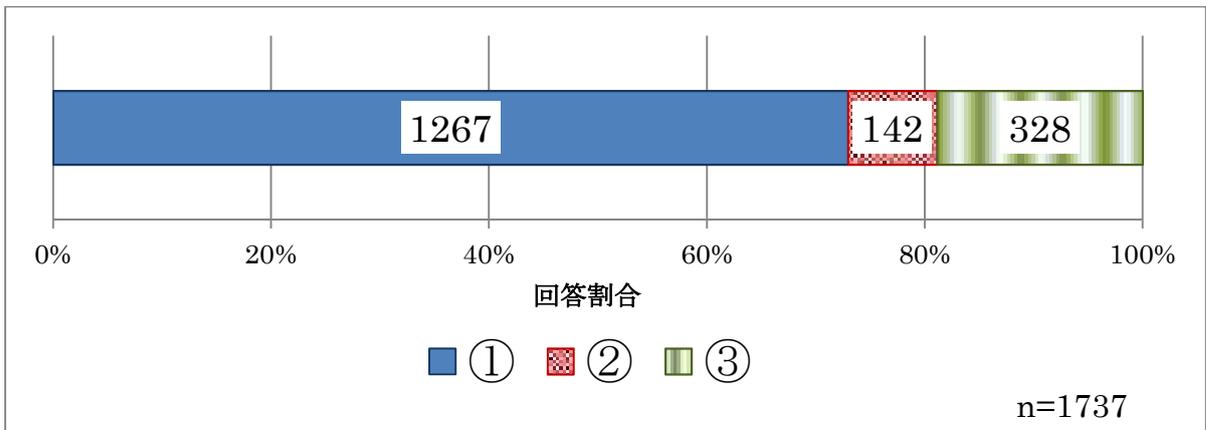
群別	①	②	③
I群	87.5%	2.5%	10.0%
II群	96.7%	0.0%	3.3%
III群	94.0%	1.6%	4.5%
DPC準備病院	85.2%	2.9%	11.9%

できない理由

- ・ データ作成に係る負担が非常に大きい
- ・ 対応ソフトが無く、パソコンに詳しい（SEレベル）職員がいないため
- ・ 診療科とは、標榜診療科目ごとなのか。院内標榜科目ごとなのか。それともレセプト請求診療科なのか。
- ・ 分析ソフトのデータで入院のカウンターの仕方が異なる、在院日数にDPC対象外病棟の在院日数を含んでいない等、示された定義に対応していない。

3) 初発の5大癌のUICC病分類別並びに再発患者数

【図表 4-2.3】 (①できる②できない③わからない)



病床数別	①	②	③
100床未満	54.3%	16.5%	29.1%
100～200床	68.9%	7.2%	23.9%
200～300床	78.7%	6.4%	14.9%
300～400床	80.1%	5.8%	14.1%
400～500床	79.5%	4.6%	15.9%
500床以上	80.5%	7.7%	11.8%

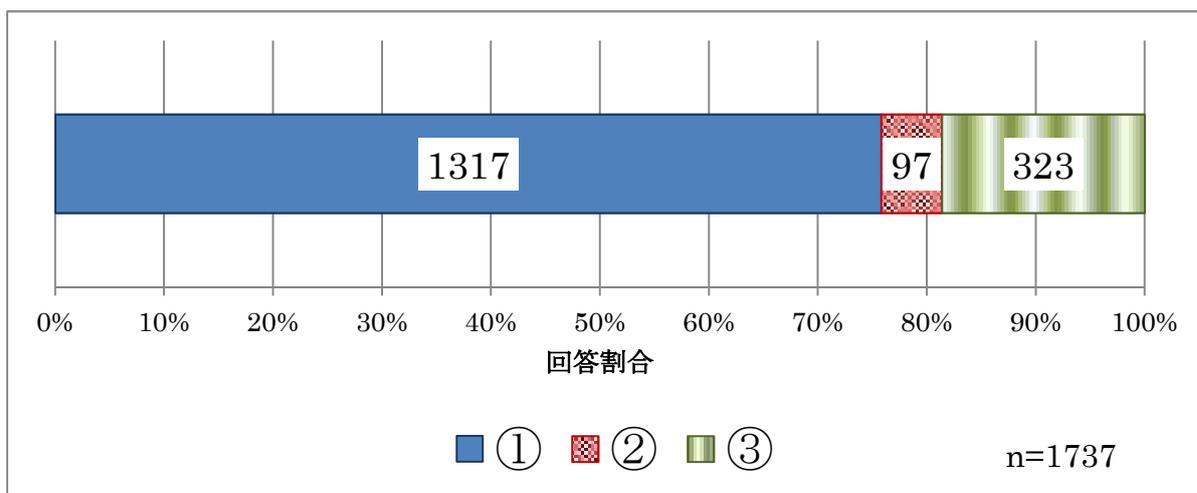
群別	①	②	③
I群	78.8%	8.8%	12.5%
II群	77.8%	8.9%	13.3%
III群	75.5%	6.9%	17.6%
DPC準備病院	55.3%	14.8%	29.9%

できない理由

- ・ 様式1のデータより、がん登録を実施している場合は、そちらからデータを持ってきた方がよいのではないか。
- ・ がん登録情報の更新タイミングが、必ずしも退院時（様式1作成時）と一致していない。
- ・ 様式1で定められている「再発」の定義が曖昧。
- ・ 初発に関してはがん登録システムより算出できるが、再発がん患者数は現在算出していない為、様式1から抽出するシステムの構築が必要
- ・ 現在の様式1は治療前の病期（cTNM）を入力することとなっており、病期が不明となる例も多くあります。取扱い規約による病期を採用してもよいとのことですが、取扱い規約による病期は治療全体でのものを入力することとなっており、指標の中に治療前と治療後が混在してしまいます。
- ・ 「再発」という言葉と「医療の質が低い」の意味を市民（患者）から同意義とされないか。
- ・ DPC調査においてStage分類は「取扱い規約」が指定されており、案通りであれば別途UICCのステージ分類データの作成が必要となる。「Stage分類別」とし、DPC調査項目と一致するものできないか。また、DPC調査におけるTNMは治療前、Stage分類は術後（なければ術前）評価と定義されているため、指標作成マニュアルにおいて混乱しないよう治療前で算出の旨を明記していただきたい

4) 成人市中肺炎の重症度別患者数

【図表 4-2.4】 (①できる②できない③わからない)



病床数別	①	②	③
100床未満	65.8%	9.4%	24.8%
100～200床	72.6%	4.9%	22.5%
200～300床	79.0%	5.5%	15.5%
300～400床	79.4%	5.1%	15.5%
400～500床	82.8%	2.6%	14.6%
500床以上	79.8%	5.1%	15.1%

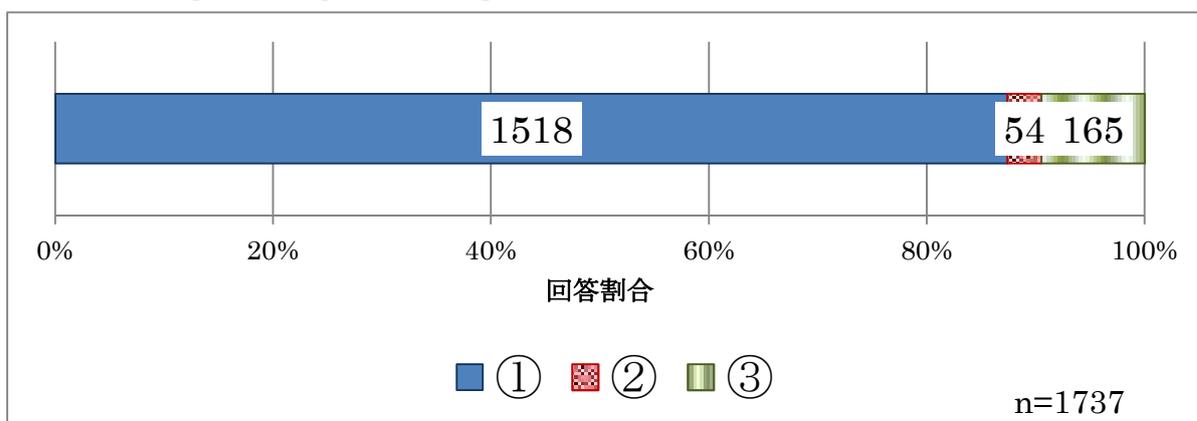
群別	①	②	③
I群	71.3%	7.5%	21.3%
II群	77.8%	7.8%	14.4%
III群	78.5%	4.5%	17.0%
DPC準備病院	62.3%	9.8%	27.9%

できない理由

- ・ 様式1の肺炎重症度分類から、公開指標の重症度1～5への変換の仕方、処理方法が分からないため。
- ・ 重症度の基準が明記されていないため判断できません。
- ・ データ収集や分析を行う能力を持ち合わせた人材を継続的に配置できないため。
- ・ 該当患者がいない、あるいはいたとしても極めて少数。
- ・ 「疑い」もカウントするのか。
- ・ 電子カルテになれば可能。

5) 脳梗塞の ICD10 別患者数

【図表 4-2.5】 (①できる②できない③わからない)



病床数別	①	②	③
100床未満	77.3%	6.5%	16.2%
100～200床	87.9%	2.6%	9.5%
200～300床	88.7%	3.0%	8.2%
300～400床	89.5%	2.9%	7.6%
400～500床	93.4%	0.7%	6.0%
500床以上	89.7%	2.2%	8.1%

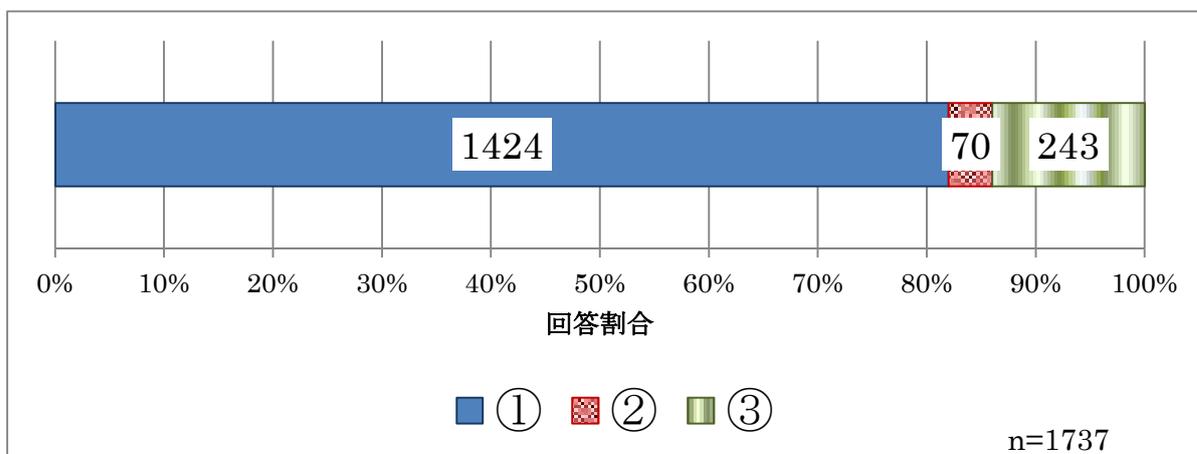
群別	①	②	③
I群	82.5%	5.0%	12.5%
II群	93.3%	0.0%	6.7%
III群	90.0%	2.6%	7.4%
DPC準備病院	72.5%	6.6%	20.9%

できない理由

- ・ 入力データが正確かどうかを確認する人員が不足しているため。
- ・ 医師が脳梗塞の ICD-10 を理解して病名選択しているかに疑問あり。
- ・ 診療科目に脳神経外科・脳神経内科が無い。
- ・ 専門科がないため、ICD-10 の 4 桁分類 (細分類) までではできるか現状では不明。
- ・ 集計、分析ソフトがない。
- ・ 様式 1 と発症から 3 日以内かどうかの把握を医師と調整が必要。
- ・ 平均在院日数や平均年齢よりも、JCS や治療内容 (手術の有無、t-PA やエダラボン) などの、DPC コードで容易に仕分けができる項目のほうが、作成に関して労力も少なく済むし、閲覧した一般の方も理解しやすい。

6) 診療科別主要手術の術前、術後日数、症例数トップ3

【図表 4-2.6】 (①できる②できない③わからない)



病床数別	①	②	③
100床未満	75.5%	7.2%	17.3%
100～200床	77.7%	3.7%	18.6%
200～300床	83.8%	4.6%	11.6%
300～400床	84.1%	4.0%	11.9%
400～500床	88.7%	1.3%	9.9%
500床以上	87.1%	2.2%	10.7%

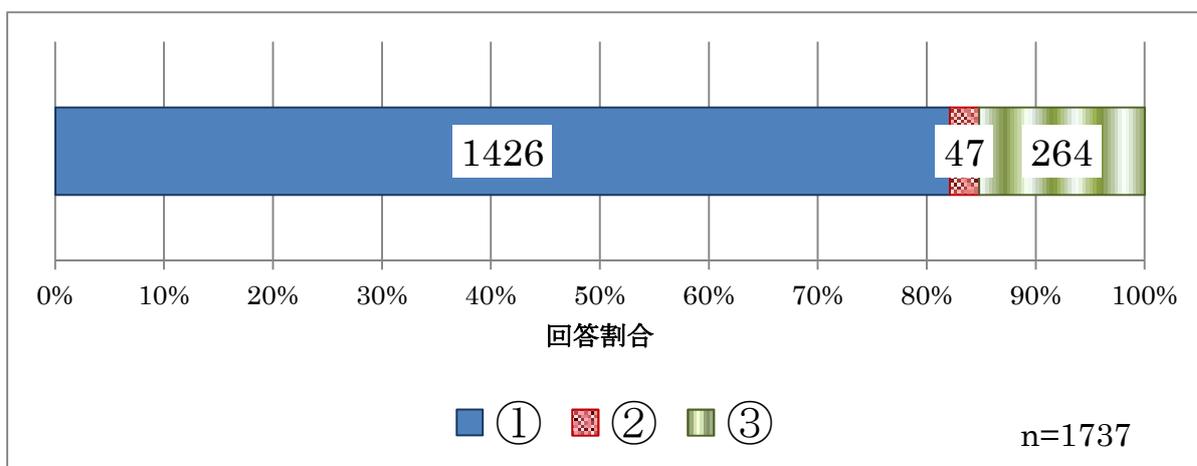
群別	①	②	③
I群	81.3%	5.0%	13.8%
II群	85.6%	2.2%	12.2%
III群	84.0%	3.3%	12.8%
DPC 準備病院	70.1%	8.6%	21.3%

できない理由

- ・ 主要手術の定義、転科等で主要手術が複数ある場合の処理方法などを示してほしい。
- ・ 在のシステムでは術前・術後日数の正確なデータを算出するのが困難。
- ・ 紙カルテ、オーダーリング併用で電子カルテ移行中のためデータを出すのは難しい。
- ・ 正確なデータを抽出する分析ツールが無いため。
- ・ 主要手術について、病名により同じ手術でも入院日数が異なります。例えば、脳動脈瘤頸部クリッピング等は脳動脈瘤の場合と破裂脳動脈瘤によるくも膜下出血等の場合は、入院日数が著しく異なります。このようなケースの場合はどのようにすればよいのでしょうか。手術のみの情報を公開すると病名により誤解を生じる可能性があるのではないのでしょうか。
- ・ 集計、分析ソフトがない。
- ・ できるが、現状の人員配置では業務負荷が大きい。

7) DIC、敗血症等の請求率

【図表 4-2.7】 (①できる②できない③わからない)



病床数別	①	②	③
100床未満	66.5%	6.1%	27.3%
100～200床	78.2%	2.8%	19.0%
200～300床	83.8%	3.0%	13.1%
300～400床	88.8%	1.8%	9.4%
400～500床	91.4%	0.0%	8.6%
500床以上	90.1%	1.1%	8.8%

群別	①	②	③
I群	82.5%	3.8%	13.8%
II群	91.1%	0.0%	8.9%
III群	86.2%	2.0%	11.9%
DPC準備病院	56.6%	7.4%	36.1%

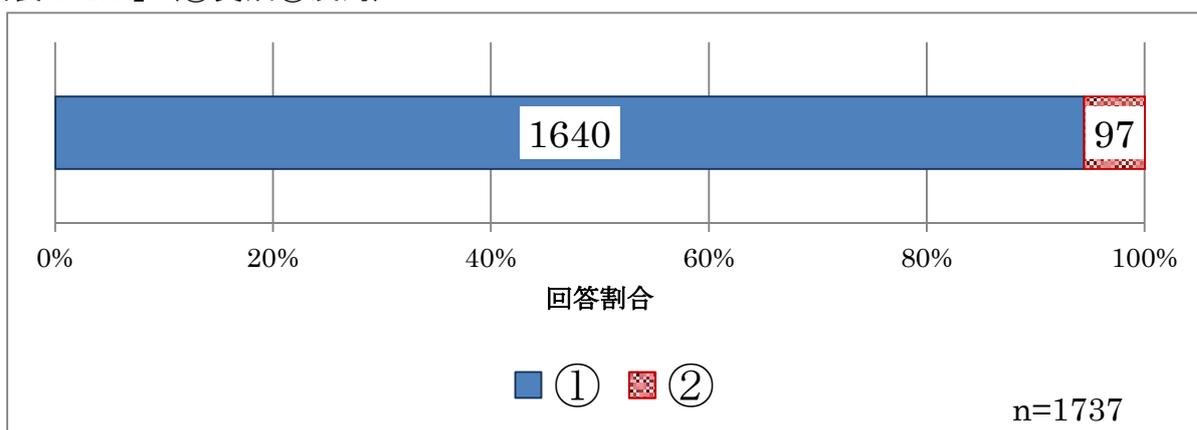
できない理由

- ・ あまり症例数が存在しないため。
- ・ データ抽出等を行うことが非常に大きな負担となり困難を極めるため。
- ・ ガイドラインに沿った診断が行われてるかどうか確認が持てない。
- ・ 作業人員の不足、指導者不在（教育不足）
- ・ 現状では様式1号（DPCコードが出力されない）のデータしかない為。

(3) 医療機関の体制を評価する指標を公開することについての賛否をご選択ください。また、反対の場合はその理由をご入力ください(200文字以内)。(賛成の場合であっても、ご意見があれば入力して頂いて構いません。)

A. 常勤の医師数

【図表 4-3. A】 (①賛成②反対)



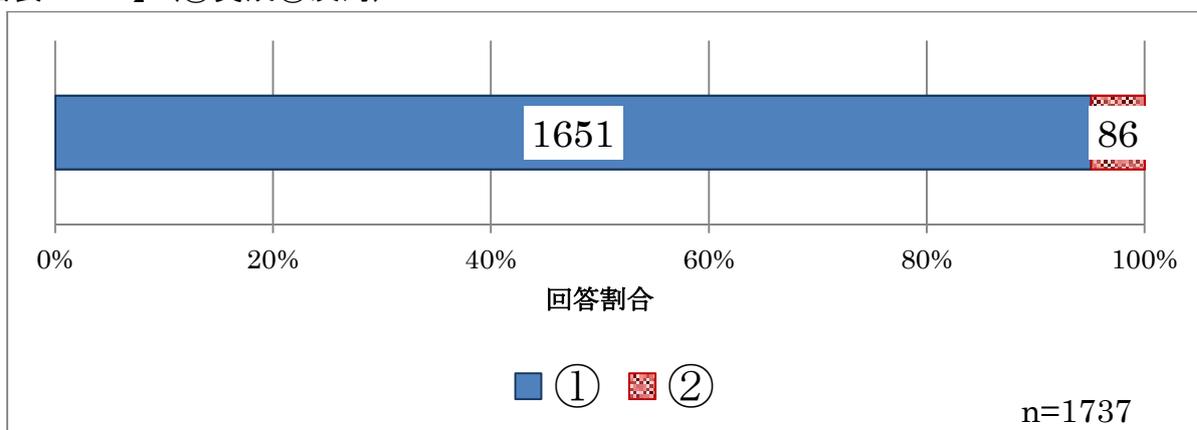
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	95.3%	4.7%	I群	90.0%	10.0%
100～200床	94.2%	5.8%	II群	96.7%	3.3%
200～300床	94.8%	5.2%	III群	94.7%	5.3%
300～400床	92.4%	7.6%	DPC準備病院	93.4%	6.6%
400～500床	97.4%	2.6%			
500床以上	93.8%	6.3%			

反対の理由

- ・ 数値は集計する時期により相違がある。
- ・ 地域の事情や果たしている役割が度外視され、単なる優劣として評価されるのではないか。
- ・ 診療科毎に偏りがあるため、全体数での公開は指標としての意味を持たない。 診療科毎の公開とするならば賛成である。
- ・ 常勤の医師数で病院の質を判断される。
- ・ 医療機関ホームページガイドラインで他の医療機関よりも優良である旨を示す表現として扱われている(「他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの」として取り上げられている項目である)ため、現段階では判断しかねる。
- ・ 医師数だけの問題ではなく、専門医等の偏在などの問題もあるのでは。
- ・ 常勤の定義を明確にする必要がある。特に医師については常勤の医師と研修医や修練医等では診療に対するレベルが違うし、研修医が多い場合は教育病院としての負担もあることを理解できる内容であることが望ましい。

B. 常勤の看護師数

【図表 4-3. B】 (①賛成②反対)



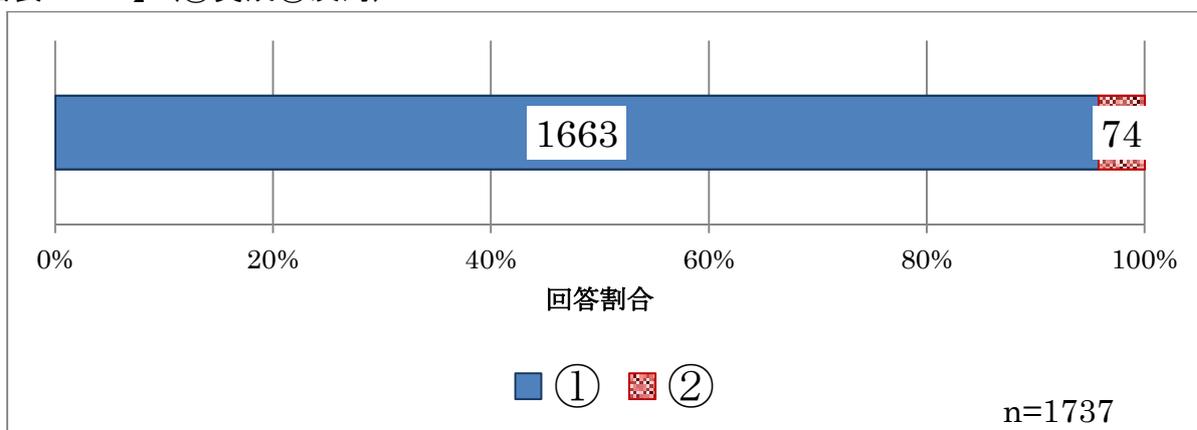
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	96.0%	4.0%	I群	90.0%	10.0%
100～200床	94.7%	5.3%	II群	97.8%	2.2%
200～300床	95.4%	4.6%	III群	95.2%	4.8%
300～400床	93.5%	6.5%	DPC 準備病院	94.7%	5.3%
400～500床	98.0%	2.0%			
500床以上	94.1%	5.9%			

反対の理由

- ・ 数値は集計する時期により相違がある。
- ・ 公開する目的が不明。人員配置を表すためなら「7対1」等の施設基準を示す方が適切と思われる。
- ・ 人材獲得に不利益が生じることが懸念される。
- ・ 医療機関ホームページガイドラインで他の医療機関よりも優良である旨を示す表現として扱われている（「他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの」として取り上げられている項目である）ため、現段階では判断しかねる。
- ・ 仕事量を人数で割った数で評価すべき。
- ・ 変動する情報を、随時変更するにはコストがかかりすぎる。
- ・ 看護師数は必ずしも医療の質を反映していると思わないから。

C. 常勤の薬剤師数

【図表 4-3. C】 (①賛成②反対)



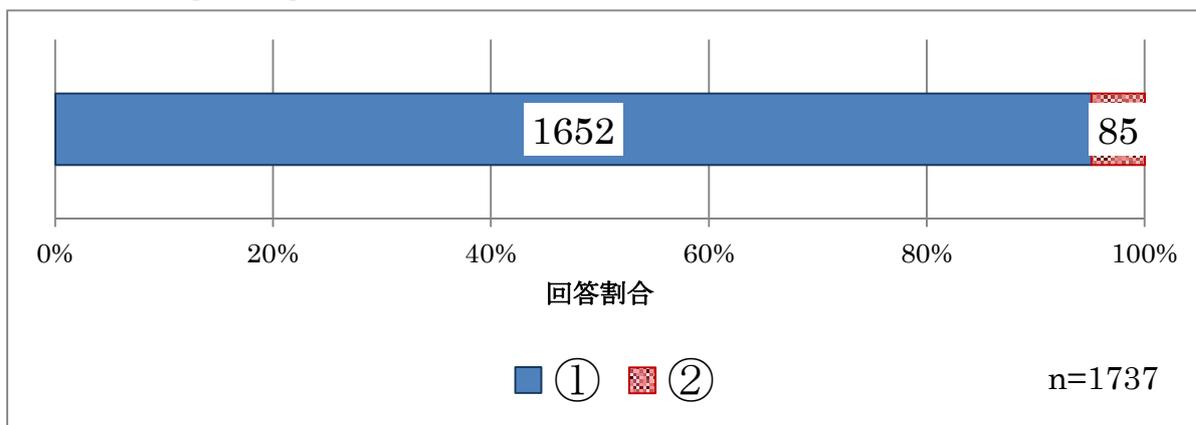
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	96.8%	3.2%	I群	88.8%	11.3%
100～200床	96.5%	3.5%	II群	97.8%	2.2%
200～300床	96.0%	4.0%	III群	95.9%	4.1%
300～400床	93.9%	6.1%	DPC準備病院	96.3%	3.7%
400～500床	98.0%	2.0%			
500床以上	93.8%	6.3%			

反対の理由

- ・ 病院経営に寄与する可能性がある為、診療体制の公開は必要ないとする。
- ・ 薬剤師の数だけでは質の評価はできない。
- ・ 仕事量を人数で割った数で評価すべき。
- ・ 薬剤師が担っている業務が院内、院外処方、病棟薬剤業務の有無、服薬指導の有無など病院ごとに異なっているため単純に比較できない。
- ・ 医療機関ホームページガイドラインで他の医療機関よりも優良である旨を示す表現として扱われている（「他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの」として取り上げられている項目である）ため、現段階では判断しかねる。
- ・ 採用困難職種につき、職員数のみで採用敬遠されかねないため。
- ・ 異動・入退職のたびに、更新することは困難。

D. 常勤の臨床検査技師数

【図表 4-3. D】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	95.3%	4.7%
100～200床	96.3%	3.7%
200～300床	95.1%	4.9%
300～400床	93.9%	6.1%
400～500床	98.0%	2.0%
500床以上	92.6%	7.4%

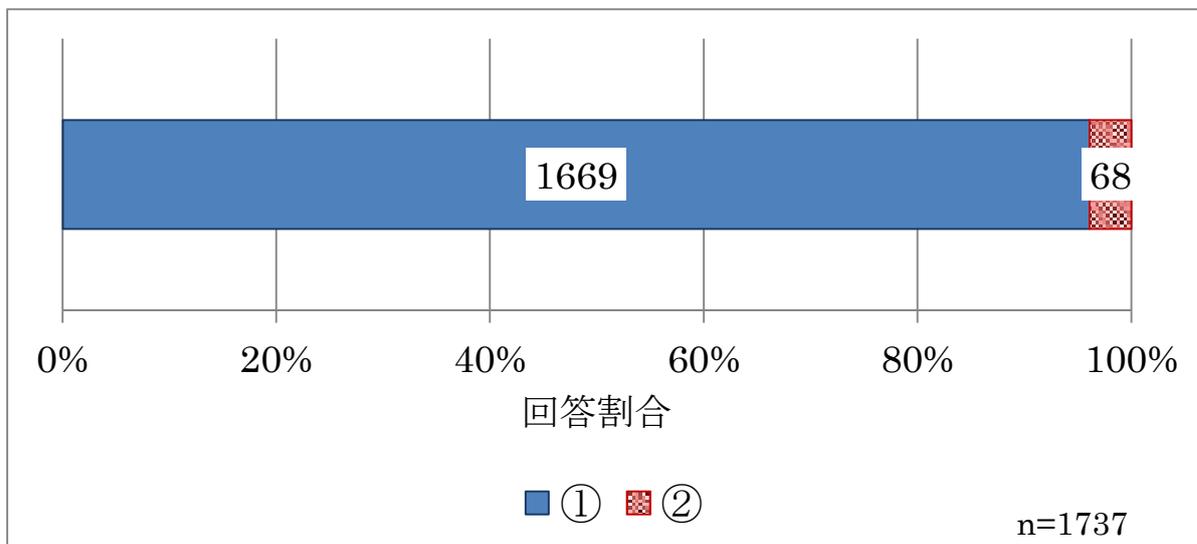
群別	①	②
I群	88.8%	11.3%
II群	96.7%	3.3%
III群	95.4%	4.6%
DPC準備病院	95.1%	4.9%

反対の理由

- ・ 常勤の臨床検査技師数の多寡が病院機能の質に繋がるとは思えないため。
- ・ 地域の事情や果たしている役割が度外視され、単なる優劣として評価されるのではないか。
- ・ 数が病院の医療の質に直結するとは限らないため。
- ・ 臨床検査技師数については何とも言えません。
- ・ 変動する情報を、随時変更するにはコストがかかりすぎる。
- ・ 検体検査を、院内委託している場合に、その表現対応をしていただけるならいい。
- ・ 医療機関ホームページガイドラインで他の医療機関よりも優良である旨を示す表現として扱われている（「他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの」として取り上げられている項目である）ため、現段階では判断しかねる。
- ・ 下限法定数がない為。
- ・ 生理検査、検体検査、病理検査等、それぞれで検査技師の役割、数的な評価が変わります。そのため人数のみでは正しく評価できません。
- ・ 採用困難職種につき、職員数のみで採用を敬遠されかねないため。

E. 常勤の理学療法士数

【図表 4-3. E】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	96.4%	3.6%
100～200床	97.0%	3.0%
200～300床	97.0%	3.0%
300～400床	94.2%	5.8%
400～500床	97.4%	2.6%
500床以上	94.5%	5.5%

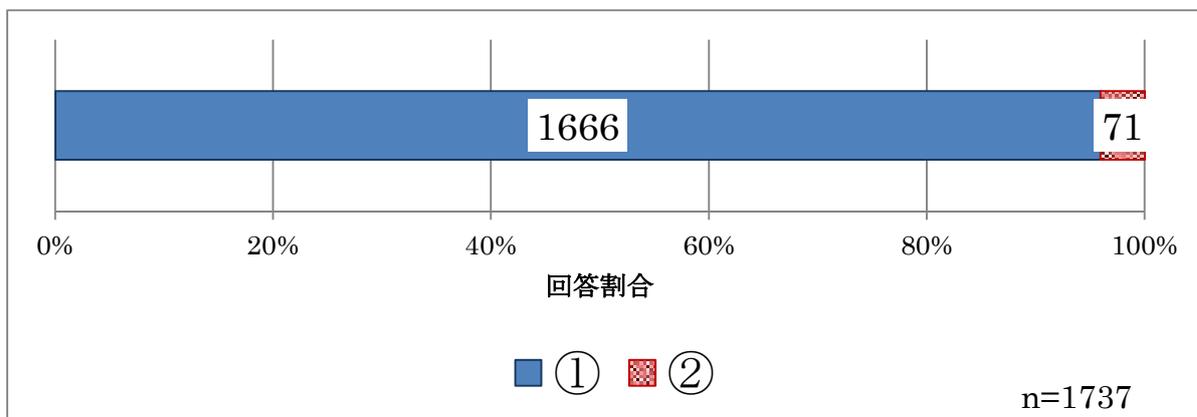
群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	96.4%	3.6%
DPC準備病院	95.9%	4.1%

反対の理由

- ・ 反対ではないが、リハビリはまとめてでよいのではないか。一般の人で理学療法と作業療法の違いはわからないのではないか。
- ・ 医療機関ホームページガイドラインで他の医療機関よりも優良である旨を示す表現として扱われている（「他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの」として取り上げられている項目である）ため、現段階では判断しかねる。
- ・ 理学療法士の数だけでは質の評価はできない。
- ・ 人数の公開は、中小病院にとってマイナスが大きいと考えますので、全て反対です。
- ・ 急性期におけるリハビリを重要視しているか否かの判断にはなりません。しかし、病院機能（総合、単科など）においても評価は異なります。さらに現状では一般病床にて回復期や亜急性期に準じた医療が提供されている場合があり、PT数では正しく評価できません。
- ・ 増員したくても地域性がある。

F. 常勤の作業療法士数

【図表 4-3. F】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	96.0%	4.0%
100～200床	96.8%	3.2%
200～300床	97.0%	3.0%
300～400床	93.9%	6.1%
400～500床	97.4%	2.6%
500床以上	94.5%	5.5%

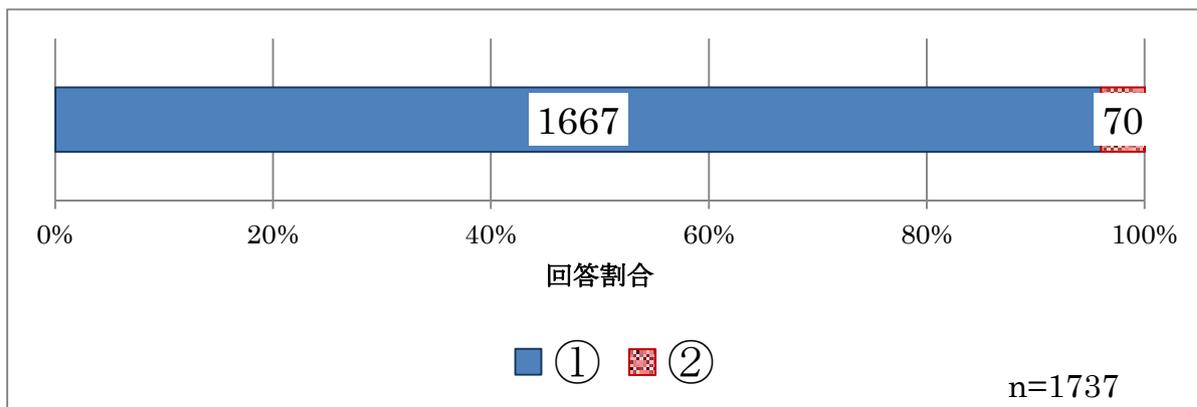
群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	96.2%	3.8%
DPC準備病院	95.5%	4.5%

反対の理由

- ・ 施設基準をクリアしている以上、それを越えた数字で比較するのはどうか。
- ・ 数だけが医療の質を評価するものではないはず。
- ・ 既にあるものとの統合整理が必要になるので、あまり項目を増やさないでほしい。
- ・ 変動する情報を、随時変更するにはコストがかかりすぎる。
- ・ 医療機関ホームページガイドラインで他の医療機関よりも優良である旨を示す表現として扱われている（「他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの」として取り上げられている項目である）ため、現段階では判断しかねる。
- ・ 増員したくても地域性がある。

G. 常勤の管理栄養士数

【図表 4-3. G】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	96.8%	3.2%
100～200床	96.8%	3.2%
200～300床	96.6%	3.4%
300～400床	93.5%	6.5%
400～500床	98.0%	2.0%
500床以上	94.5%	5.5%

群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	96.3%	3.7%
DPC準備病院	95.5%	4.5%

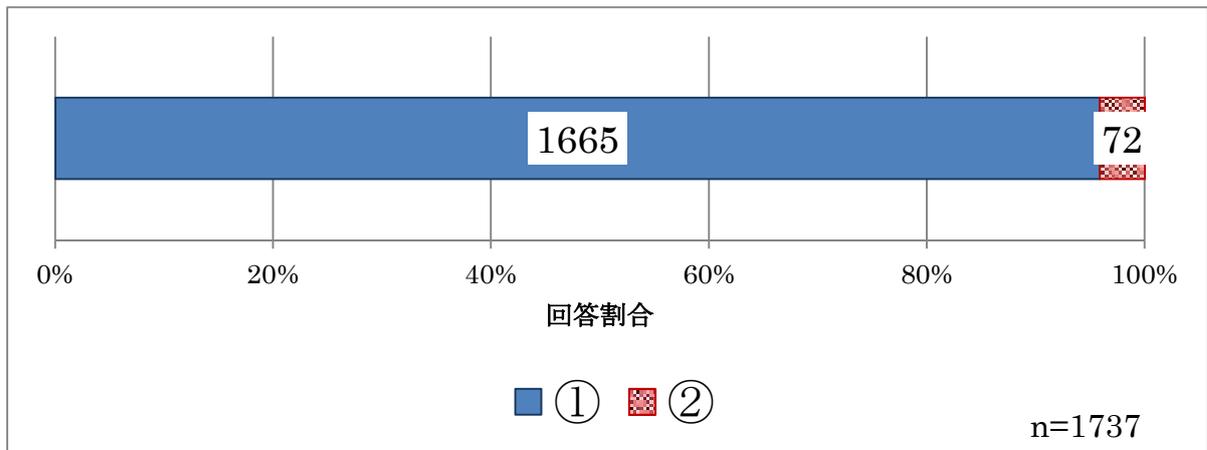
反対の理由

- ・ 地域の事情や果たしている役割が度外視され、単なる優劣として評価されるのではないか。
- ・ 変動する情報を、随時変更するにはコストがかかりすぎる。
- ・ 医療機関に必要な数のしほりが無い事のほうの問題では。

等、前ページ意見と同様のものが多い。

H. 常勤の言語聴覚士数

【図表 4-3. H】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	96.0%	4.0%
100～200床	96.3%	3.7%
200～300床	97.0%	3.0%
300～400床	93.9%	6.1%
400～500床	98.0%	2.0%
500床以上	94.5%	5.5%

群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	96.1%	3.9%
DPC 準備病院	95.5%	4.5%

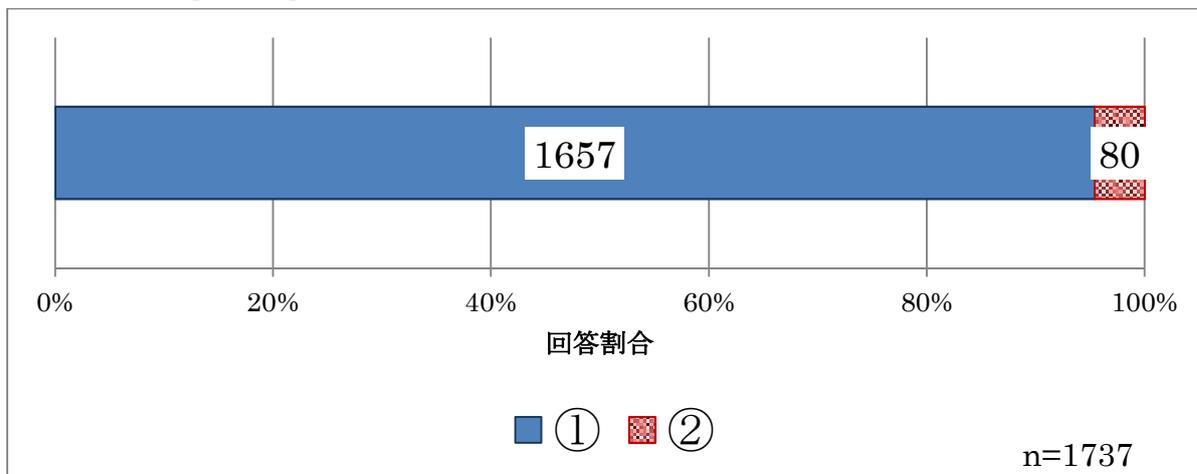
反対の理由

- ・ 条件として公平性が担保されていること。
- ・ 言語聴覚士の数だけでは質の評価はできない。

等、前ページ意見と同様のものが多い。

I. 常勤の視能訓練士数

【図表 4-3. I】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	94.6%	5.4%	I群	90.0%	10.0%
100～200床	95.8%	4.2%	II群	97.8%	2.2%
200～300床	97.0%	3.0%	III群	95.5%	4.5%
300～400床	93.5%	6.5%	DPC準備病院	95.5%	4.5%
400～500床	98.0%	2.0%			
500床以上	94.1%	5.9%			

反対の理由

- ・ 条件として公平性が担保されていること。
- ・ 言語聴覚士の数だけでは質の評価はできない。

等、前ページ意見と同様のものが多い。

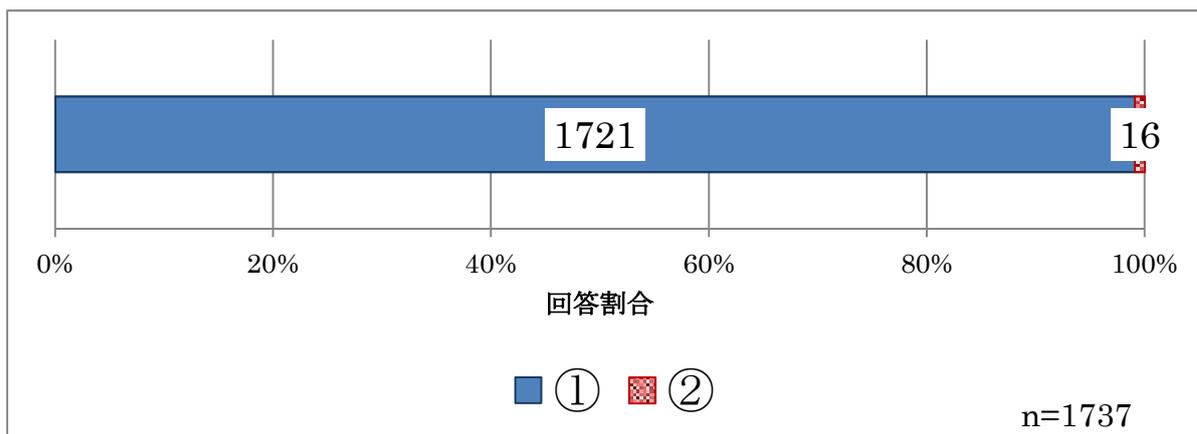
- ・その他の評価すべきと思われるコメディカルについて（自由記載欄）（200文字以内）

診療情報管理士、医療情報管理士、臨床工学技士、放射線技師、臨床心理士、
 医療社会福祉士（MSW）、精神保健福祉士（PSW）、
 医師事務作業補助者、医療安全管理者数、医学物理士、放射線治療品質管理士、
 保健師、助産師、感染管理担当の専任スタッフ数、緩和ケア担当の専任スタッフ数
 歯科衛生士

- ・ 医療機関の体制として、公開するのであれば、全職員を有資格者別に記載することでよいと考える。
- ・ サービス強化のために任意で配置されている職種（臨床心理士、保育士、音楽療法士等）の状況について情報公開すると、市民目線の情報提供の趣旨に沿うのではないか。

J. 病床数

【図表 4-3. J】（①賛成②反対）



病床数別	①	②
100床未満	99.3%	0.7%
100～200床	99.1%	0.9%
200～300床	99.4%	0.6%
300～400床	98.6%	1.4%
400～500床	98.0%	2.0%
500床以上	99.6%	0.4%

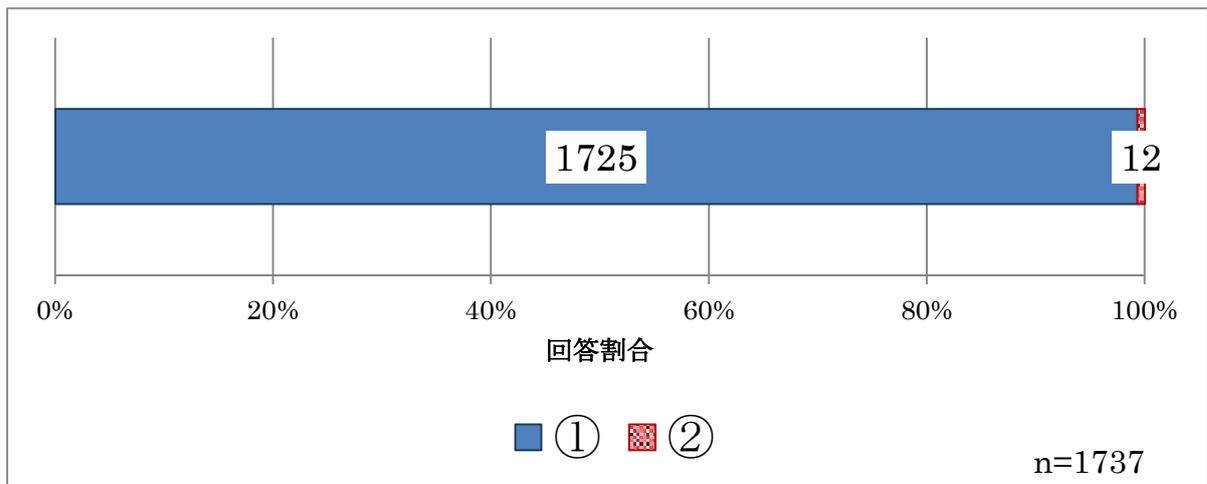
群別	①	②
I群	98.8%	1.3%
II群	98.9%	1.1%
III群	98.9%	1.1%
DPC準備病院	100.0%	0.0%

反対の理由

- ・ 殆どの病院はすでに自院の病床数を公表している。
- ・ 実働病床数も公開しては。
- ・ 病床数で評価するのは適切ではないため。

K. 標榜している診療科

【図表 4-3. K】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	99.6%	0.4%
100～200床	99.3%	0.7%
200～300床	99.7%	0.3%
300～400床	98.6%	1.4%
400～500床	98.7%	1.3%
500床以上	99.6%	0.4%

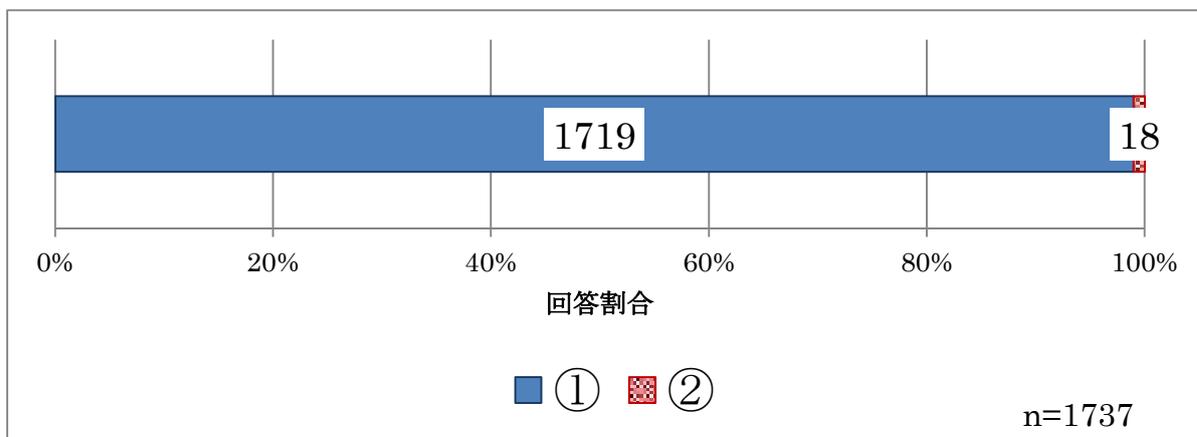
群別	①	②
I群	98.8%	1.3%
II群	100.0%	0.0%
III群	99.2%	0.8%
DPC準備病院	100.0%	0.0%

反対の理由

- ・ すでにホームページで公表している
- ・ 届出診療科名と院内標榜科名が異なる場合があるので、それをどうするかが問題。

L. 入院基本料・入院基本料等加算の届出状況

【図表 4-3.L】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	99.3%	0.7%
100～200床	98.8%	1.2%
200～300床	99.7%	0.3%
300～400床	97.8%	2.2%
400～500床	98.0%	2.0%
500床以上	99.6%	0.4%

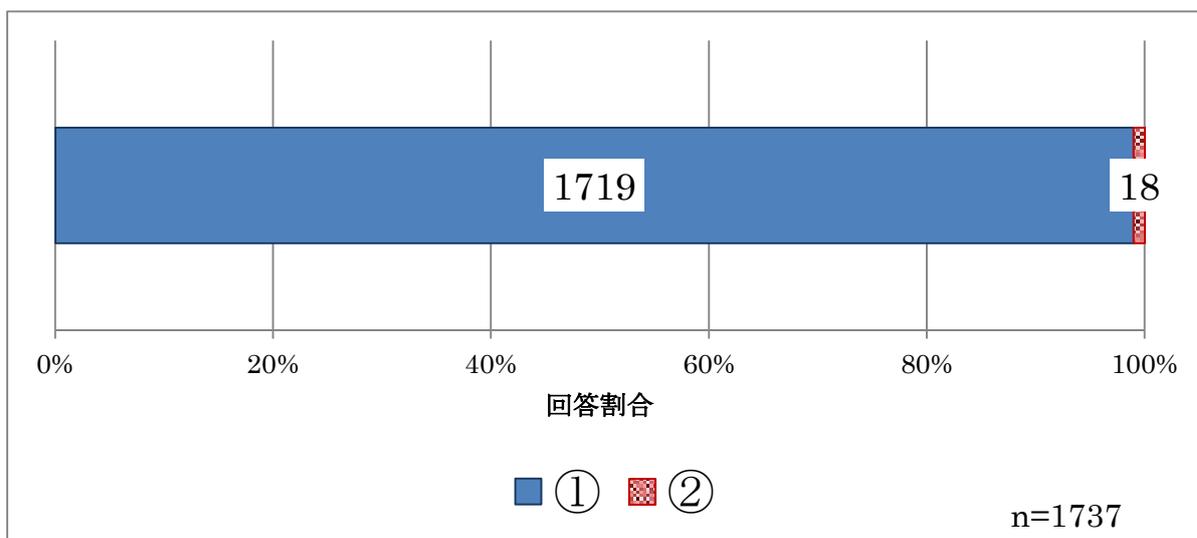
群別	①	②
I群	98.8%	1.3%
II群	100.0%	0.0%
III群	98.8%	1.2%
DPC 準備病院	99.6%	0.4%

反対の理由

- ・ 入院基本料等加算は、変更が頻繁に起こりうる上、その説明をリアルタイムに行うことは難しいため。
- ・ すでに公開している。
- ・ 多岐にわたる為、患者さんが理解できる様に解説するのは、難しいと思う。

M. 都道府県からの指定

【図表 4-3. M】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100床未満	99.3%	0.7%
100～200床	98.4%	1.6%
200～300床	100.0%	0.0%
300～400床	98.2%	1.8%
400～500床	98.7%	1.3%
500床以上	99.3%	0.7%

群別	①	②
I群	97.5%	2.5%
II群	100.0%	0.0%
III群	98.9%	1.1%
DPC準備病院	99.6%	0.4%

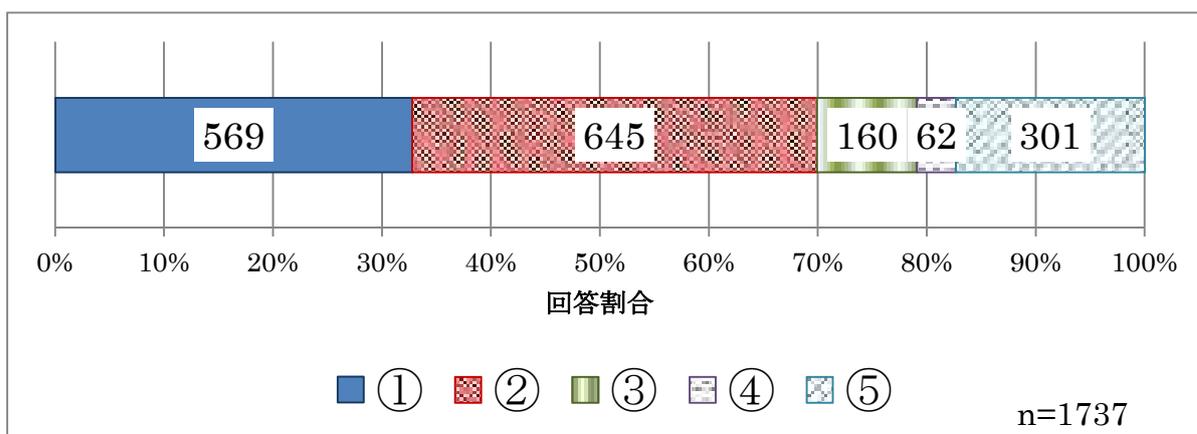
反対の理由

- ・ 都道府県ごとに指定される制度が異なるため、それらの整合性を取るという前提があれば公開に賛成。
- ・ 地域により実情が異なりバラツキが大きすぎる。全国の一般人が見る前提では、これは入れないほうがよいと考えます。
- ・ DPC制度は全国で行っている制度なので、都道府県毎などではなく統一のほうがよいのではないかと考えます。
- ・ すでにホームページで公表している。

(4.1) 現在提案されている病院指標の案では、単に数値を示すだけではなく、その数値の意味、自院の強みや課題等について、各医療機関が市民目線で独自に解説をすることが求められていますが、これに関して賛否をご選択下さい。

- ① 賛成
- ② どちらかと言えば賛成
- ③ どちらかと言えば反対
- ④ 反対
- ⑤ わからない

【図表 4-4.1】



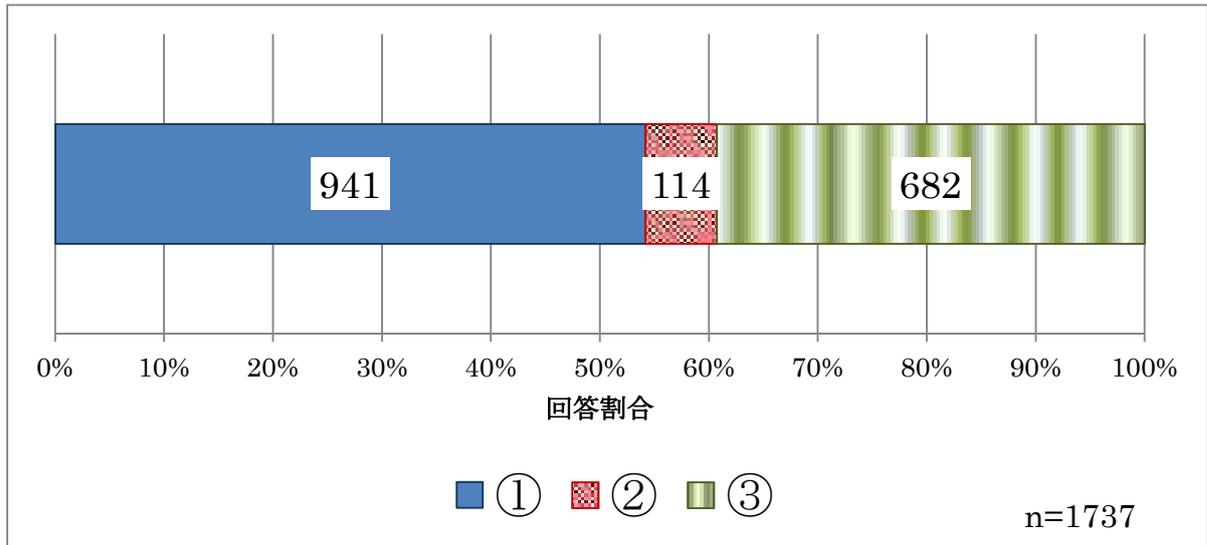
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	27.0%	40.6%	9.7%	2.2%	20.5%
100～200床	29.5%	38.1%	11.6%	3.9%	16.9%
200～300床	31.7%	37.2%	8.5%	4.0%	18.6%
300～400床	34.7%	36.1%	10.5%	3.2%	15.5%
400～500床	35.8%	37.1%	6.6%	4.6%	15.9%
500床以上	41.5%	33.1%	5.9%	3.7%	15.8%

群別	①	②	③	④	⑤
I群	35.0%	33.8%	5.0%	3.8%	22.5%
II群	44.4%	36.7%	4.4%	4.4%	10.0%
III群	32.3%	37.3%	9.8%	3.9%	16.9%
DPC準備病院	30.3%	37.7%	9.4%	1.6%	20.9%

(4.2) 貴院が市民目線で独自に解説をすることについて、その可否をご選択下さい。

- ① 可能だと思う
- ② 不可能だと思う
- ③ わからない

【図表 4-4.2】



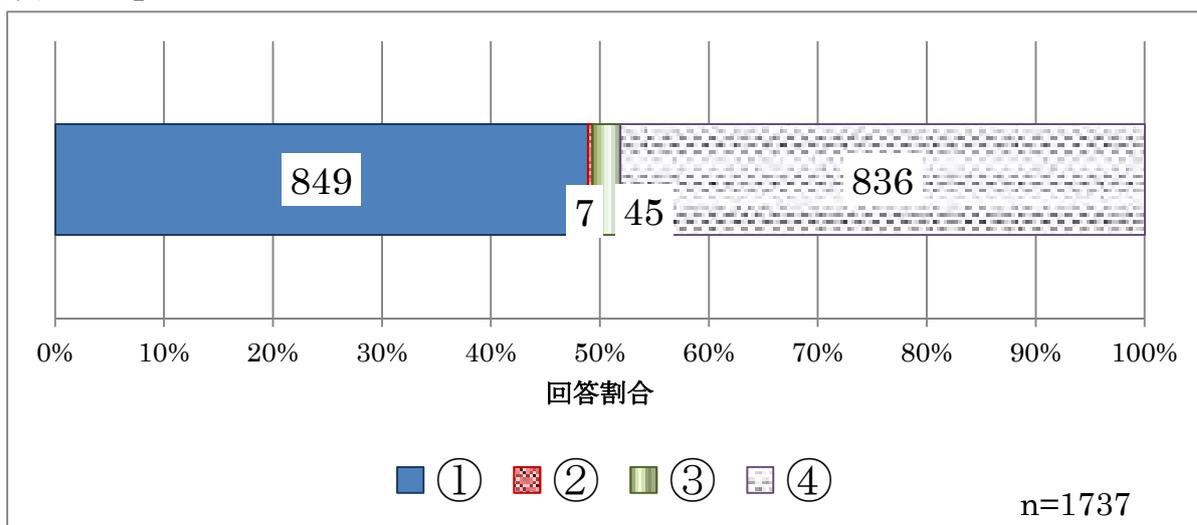
病床数別	①	②	③
100床未満	47.8%	7.9%	44.2%
100～200床	49.0%	7.2%	43.9%
200～300床	59.8%	5.2%	35.1%
300～400床	56.0%	7.6%	36.5%
400～500床	61.6%	2.6%	35.8%
500床以上	56.3%	7.0%	36.8%

群別	①	②	③
I群	47.5%	10.0%	42.5%
II群	61.1%	4.4%	34.4%
III群	55.2%	6.7%	38.2%
DPC準備病院	48.4%	5.7%	45.9%

(4.3) 今後、病院指標の公開が実施された場合、どのように解説文を作成しますか。

- ① 自院にて作成する予定
- ② 外部委託をして作成する予定
- ③ 作成しない予定
- ④ 現時点では未定

【図表 4-4.3】



病床数別	①	②	③	④
100 床未満	43.2%	1.4%	2.5%	52.9%
100～200 床	44.1%	0.5%	3.9%	51.5%
200～300 床	54.0%	0.3%	2.7%	43.0%
300～400 床	49.5%	0.0%	1.1%	49.5%
400～500 床	58.3%	0.0%	2.6%	39.1%
500 床以上	50.4%	0.0%	1.8%	47.8%

群別	①	②	③	④
I 群	48.8%	0.0%	3.8%	47.5%
II 群	54.4%	0.0%	2.2%	43.3%
III 群	50.7%	0.2%	2.8%	46.3%
DPC 準備病院	36.9%	1.6%	1.2%	60.2%

(4.4) 各医療機関が市民目線で独自に解説することについて、ご意見がもしあれば入力して下さい(400文字以内)。

- ・ 各病院が独自の解説を加えると、自院のアピールポイントを誇大に評価したり、逆に矮小に評価するなど、はたして受け手にとって正しい情報が入手できるのか疑問です。個々の項目に対し、統一的な解釈を作成、掲載することの方がよいのではないかと。
- ・ 市民目線の評価（解説）基準のようなものがないと、甘く評価（解説）している医療機関と、厳しく評価（解説）している医療機関に不公平が生じると思う。
- ・ 解説を加えるために医師や看護師等、医学知識に長けた人たちの協力は必須であり、多忙を極める方々に負担がかかる点、専門用語を一般向けに表現し直す等を行ったとして、受診患者の増加に繋がれば、労力は報われるかもしれませんが、軌道に乗せるまでは大変だと思います。
- ・ 術後在院日数が長い場合などや、敗血症、DICの請求率などは、説明しようとするれば、結局は言い訳のようにならざるを得ないのではないかと。
- ・ 中小病院のデータ（手術症例数など）は、解説が困難なことがある。
- ・ DPC提出物等の業務量増加によりデータ管理する専門の職員を増加させなくては業務遂行は難しい。
- ・ 昨今、特定機能病院を中心に大病院では外来の縮小が求められていることもあり、ここで求められている病診連携・病病連携の確立には負の影響が大きいと予想される。厚労省で別途検討中の、「かかりつけ医を経ない大病院受診」を抑制する仕組みが完成された時点で、病院指標の公表については再度検討されることが望ましいと考えられる。また、社会保障国民会議や厚労省が2025年を目指した制度改革の中で求めるように、病院にも役割分担が求められる流れにあるので、紹介診療に徹すべき医療機関とそれ以外の医療機関を分けて丁寧な議論が行われることもさらに望ましいあり方と考えられる。
- ・ 各医療機関が同一視点でのPRが可能となる。

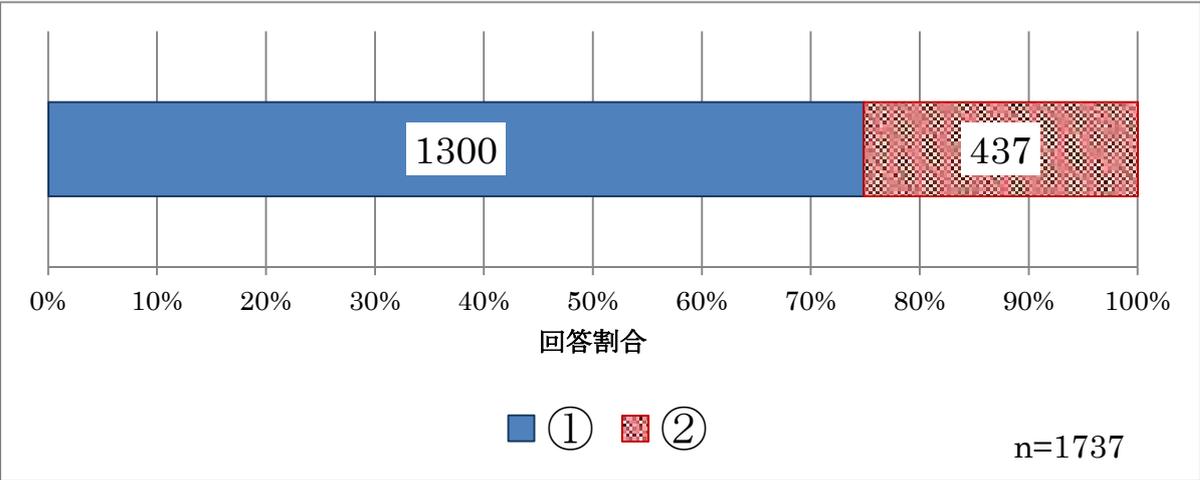
(5) その他、病院指標として公開すべきと考えられる項目がございましたら、ご入力ください(400文字以内)。

- ・ 査定率・返戻率
- ・ 病院機能の役割（特定機能病院、療養病院など）
- ・ 先進医療及び臨床試験の内容と実施件数
- ・ 郵便番号を使用した患者受診圏 紹介率 転帰

- ・ 規模が小さく（100床未満）かつ専門的な診療行っていない病院（例：内科専門で手術件数が少ない）、または在院日数が長いなどの病院は過小評価されると思います、それらは急性期に適していないとの見方もありますが中には地域で必要医療を提供している病院もあり、急性期の役割を果たしている、そのことから市民が公平な視点それぞれの病院をみるため、DPCデータを使用して小規模病院の必要性・重要性をアピールが出来る内容の指標も考えるべきではないでしょうか。（例：様式1 看護必要度を使った指標）
- ・ 紹介率、逆紹介率、入院患者の在宅復帰率等の地域連携に係る指標、インシデント等の医療安全に係る指標等
- ・ 自然分娩等 DPC 対象外の症例についても公表すべきではないか。
- ・ 再入院率、術後感染症発生率。ただし明確な定義づけが必要である。
- ・ 現状考えられている項目に加えて、その病院が得意としている診療科（任意で作成しても良い指標）を標準項目に入れていただきたい。これは、現状の指標ではその病院の得意としているところがよく見えないと考えるからである。
- ・ 自賠償や労災の項目（救急医療の評価）心不全、腎不全の DPC（医療の質の評価）
- ・ 疾患別の入院患者数の経年的推移 疾患別で入院症例数が増加している疾患 疾患別及び総入院患者数と地域分布の推移 疾患別の地域別入院患者の推移 病床数で規格化した救急搬送数 再入院率 入院患者満足度調査結果、外来患者満足度調査、職員満足度調査
- ・ 5 疾病 5 事業及び在宅医療である「周産期医療」、「小児医療（小児救急医療を含む）」に関する項目が必要だと考える。
- ・ 救急車の受け入れ件数
- ・ インシデントレポートやアクシデントレポートの収集率等、特に医師からのインシデントレポートの提出率等は、医療事故対策等の予防策をとっているかどうかの一定の基準になるような気がする。ほとんどの病院で医師の報告は極めて少ないので、市民からの目が注がれることで実施の促進が図られると思われる。
- ・ 医療圏の患者数（シェアではなく） 後発医薬品使用割合 外来院内処方の有無 医療事故の発生件数とそのレベル（様式1にもこの項目があればDPCにどう影響したかの分析が容易になります。）
- ・ 手術の費用（施設基準によって患者負担が変わってくるため） 在院日数 医師の経験年数 医師毎の症例数
- ・ 1 医師あたりの分析（患者数、MDC 比率、手術数、在院日数）
- ・ 差額ベット料の有無と金額、選定医療費
- ・ 医師や看護師の実働労働時間や超過労働時間を示すことで、市民へ重労働環境の中での診療を理解してもらうことで待ち時間に対するクレームや夜間休日のコンビニ受診の抑制になれば良いと思います

(6) 公開データの分析対象となる患者において、DPC 対象の患者以外（24 時間以内死亡、自費や自賠責等の患者）データを含むことについての賛否をご選択ください。また、反対の場合はその理由をご入力ください(200 文字以内)。

【図表 4-6】 (①賛成②反対)



病床数別	①	②
100 床未満	79.9%	20.1%
100～200 床	75.4%	24.6%
200～300 床	75.0%	25.0%
300～400 床	70.4%	29.6%
400～500 床	78.8%	21.2%
500 床以上	71.0%	29.0%

群別	①	②
I 群	57.5%	42.5%
II 群	75.6%	24.4%
III 群	75.0%	25.0%
DPC 準備病院	79.5%	20.5%

反対の理由

- 一部の自費診療（特にお産等）については、地域への貢献度を計る指標となり得るが、その他のものについては（特に都市部以外では）一般的に救急扱いの事例が多いため、医療圏の核となる医療機関へ集中していることから、指標としては成り立たないとするため。
- 今回の指標公開が単純にDPCデータの指標応用を実験するのではなく、その病院の機能を明確にするための活用であれば当然これらのデータも公開すべき。また、これらのデータもきちんと管理できていない施設には データ加算を付与すべきではないと考える。
- 保険外の急性期医療調査に関しては労災・公務災害も不可欠ですのでそちらも合わせてフォーマットを考えて頂きたい。
- 様式1については、自費、自賠責等の提出を行っていない為、公開はしたいが集計にかかる労力が過大。
- 分析対象をDPC対象患者に限定してしまうと正常分娩が除外され分析データに大きく影響す

るが、係数での評価がDPC対象患者を対象としていることを踏まえると分析データにDPC対象外のデータを含むことについて健康保険上の公平性を欠くと考える。

- ・ 自費患者は何らかの要因（保険証がない等）があつて自費となっている場合があり、自費患者数を公開することで誤解を招く恐れがあるため、公開データとしてはメリットが少なく、不利益の方が多いと考えます。
- ・ 24時間以内死亡の症例については、症例の重症度、治療が多岐にわたり集計した場合に外れ値となる可能性が高い。特異的な症例を含むことで平均値が大きく左右されるおそれがあるので対象外としたほうが良いと考える。
- ・ 救急搬送を多く受け入れている病院にとっては、公表の対象としたい。
- ・ ケア・ミックス型の医療機関との在院日数のバラツキが出る可能性があります。
- ・ 24時間以内死亡を考えると、全体の患者数や年齢、重症度などの多くの要因がある。
- ・ 部分的に反対 DPC 対象外であっても、様式1の対象患者は含めるべきだと思う。自費、自賠責等、様式1の対象外患者は全体からみて5%未満なので、除外しても年齢別階級患者数には大きな影響を与えない。また、疾患別においても、肺炎、悪性腫瘍、脳梗塞等が自賠責、労災になることはないので、様式1の対象外患者を除いて分析しても影響がないと考える。
- ・ 24時間以内死亡については、重症救急患者を多く受け入れている病院ほど高い数値です。この数値が公表されることで、重症患者をたくさん受け入れている病院と一般市民が理解していただければよいのですが、この病院に受診すると死亡率が高いと間違つて受け取り方をする一般市民も多く、このデータの公表は反対。

5. 最後に病院指標の公開全般についてご意見、不明点等ございましたら、ご自由にご入力ください。(1000文字以内)

- ・ DPCデータを用いて、情報を公開しているサイトがあるので、改めて病院ごとに作成し公開するよりも、第三者（公的な第三者機関）に作成してもらったほうが、公平性の担保がとれるのではないかと。
- ・ 異論もあるとは思いますが、病院指標の公開については、各病院任せにせず、各医療圏ごと、若しくは都道府県ごとに各病院の指標を比較できるような環境を提供した方が、市民に病院を検討する上で重要な判断材料を提供できると思います。
- ・ 情報の公開も大事ではあるが、非公開にするからこそ経営が成り立っていける部分もある。公開することによって数字だけの判断で患者が分散され偏ることによって、医師・看護師等の医療者不足に拍車に係る可能性と、経営困難による閉鎖等により周辺患者、特に高齢者の生活に悪影響を及ぼす事は避けて頂きたい。公開をするためには医療機関もそのための準備を行う必要もあり、それに係る人件費や設備費用が現在の診療報酬体系でまかなうことができない。
- ・ 市民がDPC/PDPS制度への理解に対してはまだまだだと思えます、公開制度を実施するのであれば病院より先に政府ならびに厚生労働省はその意義を市民へ説明責任があります。
- ・ 病院指標の公開は、決して病院のランキング付けするものではない事を強く示さなければ、計画は進まなくなると思われます。
- ・ 医療の質の向上や改善につなげていくためのスタートラインであり、向上や改善は医療機関のためだけではなく、患者さんやひいては、医療に携わるスタッフのモチベーション向上にも繋がるものと考えている。
- ・ このプランが軌道に乗り、更なる発展(指標公開ではなく医療の質向上)として欧米先進国の診療報酬支払方式に使用されている Pay for Performance (P4P) の日本版にまで発展され、現在のDPC機能係数に替わる位置にまで到達されるところまで視野に入れていただき、Pay for Structureで終わることのないよう切に希望する。
- ・ 公開にあたり全国統一の定義を、共通の形式へ載せることは必要ではないか。
- ・ DPC病院に限らず、一定のルールのもと全ての医療機関が自施設の機能に応じた指標の公開を行う仕組みが望ましいと考えている。DPC病院のDPCデータからの指標のみが先行して公開されていくことについては、若干疑問が残る。
- ・ 病院指標の公開は非常に素晴らしいことであるが、病院間の精度格差や、データに対する意識の違いにより、本来の意図と異なった解釈をされ、データが独り歩きすることが心配である。
- ・ 地方病院は医師も来ず、設備もそれなりであり、人員の確保もままならず、黒字経営とはなかなか行かない状況であります。そういった病院はこれを開示することで不利になるのではないかと考えられる部分もあります。差別化したくても、差別化できない(強みを出せない、作れない)でいる病院がたくさんあることはご存じだと思います。
- ・ 様式1のデータから集計・分析を進めていくとされているが、今後、公開指標が増えていった場合や新たな臨床データを蓄積していかなければ対応出来ない場合等、医療機関にかかる負担が大きくなっていくことが懸念される。

- ・ 様式1は退院時のデータであるが、退院後に病理結果が出た際にTNM分類ステージを入力し直すのかどうか、ルールの統一が必要。
- ・ どのくらいの頻度での公開となるのか。
- ・ ホームページの情報に市民が関心が無いとすれば、病院が人と金をかけて情報を公開しても無駄になるのではと危惧している。
- ・ 仮に病院が公開データを改ざんして公開しても市民は元データとなる様式1等から不正を見抜くことは困難と思われます。病院は不正を行わないと信じていますが、分析ツールの誤作動等による公開データの間違いがあつた場合に見抜くことは病院担当者としても困難と思われます。そこで提案ですが、調査事務局で分析を行いそのデータを用いて病院が解説をしてはいかがでしょうか？国のお墨付きのデータであれば閲覧する市民も納得すると思います。また、病院も分析業務の費用等が軽減され参加がしやすくなると思います。
- ・ 公開されたデータを受け取った者は、どのような行動をとるのかを考えると、必ずしも医療の向上に寄与しない恐れがある。併存疾患や高齢を理由に手術を行わない病院のアウトカムが、その他の病院よりも良好である事を、医療人はバックグラウンドを承知した上で理解しているが、バックグラウンドについての知識のない市民は、単純にすべて良質な医療の結果として受け止めている。
- ・ 公表情報作成の負担を各医療機関に負わせることは、比較的中小の医療機関に対する圧力となりうる。DPCデータを国家が集積する以上、それを整理して公表することは行政（本来的には都道府県でなく国が直轄すべき）が行なうべき事業そのものであって、さらに医療機関への労働負荷圧力、すなわち経営圧力となるべきではない。
- ・ 集計システム（ツール）を厚生労働省から提供してほしい。
- ・ 医療機関の公開すべき情報はDPC制度の枠内に留まるものではないのではない。むしろ、医療法のもと、都道府県の実施する医療機能情報提供制度の枠組みのもとで包括的・網羅的に実施すべきではないか。
- ・ 都心から離れた地域の医療機関は、各医療圏の地域医療を死守している。半径30km圏や半径100km圏に必要とする専門的な急性期医療を提供できる医療機関が無い地域も存在します。やはり、地域医療が崩壊しないためにも公表しない地域もあってよいと思う。もし全国の医療機関の病院指標を公開してしまえば、少子高齢化の加速、過疎地域の拡大や人口の都市集中は避けられないし、医療従事者も都市部へさらに集まってしまう。国民が何処に住んでいても共通の医療が受けられる皆保険は崩壊せざるをえない危険性が高い。
- ・ 公表により各院の評価をみて紹介状も持たず「どうしてもこの診療科にみてほしい」というような患者が増えてしまうのではと危惧され、指標の公開は患者にとっては有益となりうるが、指標の上位となる病院は外来患者の増加が予想され、医師の業務の軽減につながらなくなる事が予想される。
- ・ 7つぐらいの公開指標で病院を一般市民が病院を選ぶことができるのか。まず自院の病棟機能と診療科と対応できる疾患だけを公開するだけで充分だと思うが。手間がかかるだけである。公開したとしても、その公開データの質が保証されるとは限らない。病院のランキングに利用されてしまうだけだと思う。

- ・ 取組みとして行っていただき、機能係数等に反映させてほしい。
- ・ DPC データに関する調査は、DPC 制度開始当初と比べ、医療機関の業務量が大幅に増加しています。このことが鑑みられたこともあり、平成 24 年度より「データ提出加算」が設けられました。しかし、新たに医療機関にデータの公開を義務付けるのであれば、具体的な医療機関の負担軽減となる指針を作成し、実行に移す必要があると考えます。具体的には、DPC 調査項目に関して、医師が担当する義務のある項目、看護師が担当することが適切である項目、診療情報管理士等が担当してもよい項目を明確化することで、結果として医師の負担軽減に繋がるものと思われまます。さらに、DPC を分析するソフトについても、導入している施設と導入していない施設があります。公開するデータの質と医療機関毎のバラつきをなくすためには、中央社会保険医療協議会・DPC 評価分科会において、推奨する DPC 分析ソフトを取り纏めることが必要です。
- ・ 病院の受診者の多くは高齢者でありインターネットに接続できない方も多いかと思えます。その方たちが取り残されない施策が必要かと思えます。
- ・ 例えば、症例の多いものを掲載すると、少ないものはどれかという話になる可能性がある。また、多い症例に含まれない症例については、患者は苦手な症例ではないかと疑うこともあり、十分対応出来る症例だとしても、当該症例の患者は不安になったり、術後に通常の回復状態であっても、医療ミスと思い込むことも考えられる。情報公開にはリスクも考えられることから、公開する情報については、各病院の自主性に委ねるものとし、公開する場合の指針として全国共通の項目等を示していただければ良いのではないかと考える。
- ・ 「厚生労働省から毎年公開されている全国の DPC 集計データ」では、「一般病棟以外の病棟との移動」があった場合のデータは分析対象外となっているが、多くの病院が何かしら一般病棟以外の病床を持ち、総病床のうち 3 割以上が一般病棟以外の病棟である病院も 300 以上あるという現状で、このような公開範囲では、必ずしも現状を正確に反映しているとは言い難いとする（過小評価となる恐れ）。特に専門病院では、より機能的・効率的に院内転棟を実施しているケースも多いと思われ、それは、まさに現在推し進められている機能分化の、ある意味モデルケースとなっている可能性もあると考える。よって、何らかのルール（一般病棟以外の病棟への移動があるもので、そのものが該当する DPC の平均と比べて極端に在院日数が短いものは除く等）は必要と思われるが、現在の分析対象範囲の拡大を求める。
- ・ 公開される指標のアウトカムを気にして診療内容に良くない影響を与える場合にはなんらかの措置を講ずる必要性があると感じる。データの的に不利になる症例を避けるなどの行為があってはならない。
- ・ 臨床指標を公開する前に、様式 1 の精度を高める対策を取ることの方が先決ではないか。「精度の高い様式 1 を作成することは DPC 参加病院の責務」であることは重々承知しているが、精度の高いデータが作成できる体制を整えることが出来るよう、せめて 1 年間猶予期間を与えるなどの措置が必要ではないか
- ・ 一般市民向けの情報公開の推進の観点からすると DPC 対象外の精神科、歯科に対する指標公開も必要になるのではないのでしょうか。
- ・ 国として厚労省が進めている病診連携・病病連携・病院の外来縮小の考え方にはなじまず、むしろデメリットの方が大きい懸念がある。自身が患者なら、公開されたデータをもとに自身の病気

に対する経験が豊富な特定機能病院などをすぐに受診したいと考えられる。本来なら、病期や他の疾患との関連をもとに、判断能力があるかかりつけ医を経て病院を受診する方が良いのではないか。その場合、こうしたデータは医師会などを経由し、かかりつけ医に知らされるだけで十分かと思われる。診療施設間でのスムーズな患者の移動を目指すためにも、全ての医療機関に対し、今回提案があったような情報も含んだ DPC データから得られる情報を公開し、場合によっては元データの情報共有を行うことの方が望ましいと考えられる。

- ・ 自院のサイトでの公開は他院との比較が容易ではないと考えます。とある DPC 情報サイトのよう
に、データを一ヶ所に集約するほうが、病院選びをしようとする方々には便利かもしれません。
そこに病院ホームページのリンクを貼るなりして、病院の詳細を調べるようにするのがスマート
な気がします。
- ・ 公表することにより、当院の理念、患者様に対する思いが、治療方針が見えてくれればありがた
いと思います。

平成 25 年度特別調査（病院指標の作成と公開に関する調査）

の実施（案）について

1. 概要

- 病院指標の作成と公開については、平成 24 年度診療報酬改定に向けた検討の中で、機能評価係数Ⅱにおける追加導入を検討すべき項目（診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力を評価）として検討が行われ、公表する項目及び様式等について平成 24 年度改定以降引き続き検討することとされた。
- 平成 24 年 12 月 7 日に開催された DPC 評価分科会において、藤森委員が病院指標の作成と公開の公表する項目及び様式等についての素案を報告した。
- 平成 25 年 5 月 22 日に開催された DPC 評価分科会において「病院指標の作成と公開」に関する議論が行われ、実行可能性や効果等について検証するため、病院指標の作成と公開に関する特別調査を実施し、機能評価係数Ⅱの評価項目として導入するか否かについては、特別調査の結果を踏まえ検討することとされた。
- 病院指標の作成と公開について、医療機関に対し下記の通り特別調査を実施することとしてはどうか。

2. 調査方法（案）

(1) 調査対象となる医療機関

- 全国の DPC 対象病院および DPC 準備病院

(2) 調査目的

- 実行可能性について
 - ・ 各医療機関における「DPC データ分析」の実行可能性、「ホームページへの公開」の実行可能性の観点から調査する。
- 見込まれる効果について
 - ・ 「一般市民への情報公開の促進」、「医療機関自身の地域における役割の見直しの促進」、「医療機関の DPC データの分析力と説明力の向上」、「DPC データの精度の向上」という目的を達成できそうかについて調査する。
- より適切な病院指標の項目及び様式の設定に向けた医療機関からの意見聴取
 - ・ より適切な病院指標の項目及び様式等の設定に向けて、全国の医療機関から指標案に対する意見等を調査する。
- 不利益が起こる可能性について
 - ・ 医療機関にかかる負担、患者の受療行動への影響可能性等について調査する。

(3) 調査内容

1. DPC データ分析の実行可能性について
 - ・ DPC データの利用状況等
 - ・ 「病院指標の作成と公開」が実施された場合の対応方法 等
2. ホームページへの公開の実行可能性について
 - ・ 医療機関が持っているホームページの現状
 - ・ すでに独自の病院指標を公開しているかについて
 - ・ 「病院指標の作成と公開」が実施された場合の対応方法 等
3. 病院指標の作成と公開に関する医療機関の意見について
 - ・ 考えられるメリットデメリットについて 等
4. 病院指標の具体的な項目について
 - ・ 現在提案されている項目案に対する意見 等

(4) 調査票

- 調査の負担軽減を図るため、データ入力用のエクセルシートを配布する。

(5) その他留意事項

- とりまとめにあたり、医療機関名は非公開とする。
- 中医協総会における了承の後、調査票の配送・収集を実施する。
- 現在提案されている病院指標の項目案の「(7) その他(敗血症、DIC等の発生率)」について、平成25年5月22日のDPC分科会の議論を踏まえ、以下のように修正する。

敗血症、DIC等の発生率

⇒ 敗血症、DIC等の請求率

平成 25 年度 特別調査

「病院指標の作成と公開」のための特別調査

記載要領（案）

この度、DPC/PDPS の「病院指標の作成と公開」について、貴院に対しアンケート調査を実施することとなりました。

「病院指標の作成と公開」とは、一般市民への情報公開の促進、医療機関自身の地域における役割の見直しの促進、医療機関の DPC データの分析力と説明力の向上、DPC データの精度の向上を目的として、**全国統一の定義と形式に基づき、医療機関自らが病院指標を作成し、市民向けに情報公開（ホームページで公開）**することです。

現在、中央社会保険医療協議会 DPC 評価分科会において、「病院指標の作成と公開」について議論が行われており、その中で全国統一の定義と形式について、以下の 7 項目が提案されています。

現在提唱されている 7 項目の案（H24.12.7 DPC 評価分科会 藤森委員提出資料より）

- (1) 年齢階級別退院患者数
- (2) 診療科別症例数トップ 3
- (3) 初発の 5 大癌の UICC 病期分類別ならびに再発患者数
- (4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- (5) 脳梗塞の ICD10 別患者数
- (6) 診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数トップ 3
- (7) その他（DIC、敗血症等の請求率）

以下の記載要領及び DPC 評価分科会藤森委員提出資料（24.12.7）「病院指標の作成と公開（案、2012.12.7）」を参照いただいた上で、調査票にご協力ください。

1. 目的

この調査は、「病院指標の作成と公開」の実行可能性や効果の検証、及びより良い病院指標の作成のための基礎資料として活用することを目的としています。

2. 調査実施期間

調査票の配布 : 平成 25 年〇月△日 (×)

調査票の提出期限 : 平成 25 年〇月△日 (×) 正午必着 (e-mail で提出)

3. 調査票の入手と準備

「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査関連情報」のホームページより、「病院指標の作成公開の調査票 (Excel)」をダウンロードする。

ホームページ URL : <http://www.prrism.com/dpc/13dpc.html>

ファイル名 : 「123456789_byoinshihyo.xls」

ダウンロードした調査票 (Excel) のファイル名を変更する (重要)。

(変更前) ファイル名 「123456789_byoinshihyo.xls」

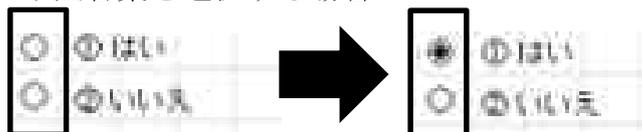
(変更後) ファイル名 「平成 25 年度施設コード (9 桁) _byoinshihyo.xls」

※平成 25 年度施設コード(9 桁)は半角英数で入力する。

4. 記載要領

(1) 記載方法について

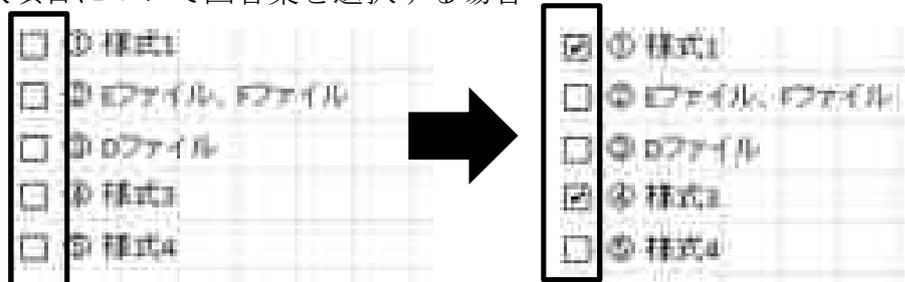
○1 項目のみ回答案を選択する場合



回答の左側にある「オプションボタン」をクリックしてください。一度オプションボタンを押下するとその設問の範囲内における「オプションボタン」の選択は取り消しすることはできませんので、いずれかひと

つの回答を選択してください。

○複数項目について回答案を選択する場合



回答の左側にある「チェックボックス」をクリックしてください。2つ以上の回答の場合も、同様にクリックしてください。取り消しをする際は、「☑」を再度クリックすることにより取り消し可能です。

○自由記載欄についての入力について

自由記載欄は、設問の文字数に従って入力してください。文字数を超えて入力が必要な場合は、書式は問わず別途ファイルをご用意して添付してください。別途ファイルをご用意される場合は、ファイル名の末尾に「_2」を付与（「平成 25 年度施設コード (9 桁) _byoinshihyo_2 (拡張子は作成ファイルに依存します)」) してご提出ください。

(2) 留意事項

- ・ 記載内容についてはできるだけ詳細に記載してください。
- ・ 資料については別途添付してください。
- ・ ご記入いただいた内容は医療機関名が特定できない形で中央社会保険医療協議会及び DPC 評価分科会で公表される可能性があります。
- ・ 記載内容が不明確な場合等、より詳細な情報が必要な場合には別途厚生労働省保険局医療課より連絡をさせていただく場合があります。

5. 調査票提出前の確認事項

(1) 施設コードと施設名の確認

「4. 記載要領 (2) 留意事項」に記載されているとおり、別途連絡をさせていただく場合がございますので、貴院のコードと施設名が正しく入力されていることをご確認ください。

(2) 入力エラーメッセージの確認

調査票の最終ページ下に「未入力の項目があります。内容を今一度ご確認ください。」のメッセージが存在する場合、未入力箇所がございますので、調査票の「AI 列」のエラーメッセージをご参考にして、未入力箇所を入力してください。

※エラーメッセージが存在する場合は、未提出扱いとなる場合がございます。

6. 調査票の送付先及び問い合わせ

DPC 調査事務局 特別調査担当

e-mail アドレス : dpc-tokubetsu13@prrism.com

- ・ 各医療機関へ送付された調査実施連絡のメールに対して返信すること
- ・ DPC 調査事務局のメールアドレスとは異なるため注意すること
- ・ 電話での問い合わせはしないこと（質問はメールで行う）

平成25年度特別調査
「病院指標の公開に向けての状況調査」
調査票

施設コード	
施設名	

1. 貴院におけるDPCデータ分析の実行可能性についてお伺いします。

	(1) 貴院は、病院の運営において、DPCデータ（厚生労働省から毎年公開されている全国のDPC集計データを含む）を何らかの形で分析・活用していますか。（データ収集方法・分析方法・活用方法は問いません）
	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
	(2. 1) (1)で「はい(①)」を選択された方にお伺いします。貴院では下記のうち、いずれかのDPCデータを利用していますか。該当する項目をご選択ください。（複数選択可）
	<input checked="" type="checkbox"/> ① 厚生労働省から毎年公開されている全国のDPC集計データ <input type="checkbox"/> ② 自院で収集したDPCデータ <input type="checkbox"/> ③ その他(外部委託先の業者が所持しているベンチマーク等)
	(2. 2) (1)で「はい(①)」を選択された方にお伺いします。DPCデータ分析をどなたが実施していますか。
	<input type="checkbox"/> ① 自院の担当者 <input type="checkbox"/> ② 外部委託(コンサルティング会社等に委託) <input type="checkbox"/> ③ 外部委託、自院の双方 <input type="checkbox"/> ④ その他(右の欄にご入力ください) <input style="width: 150px;" type="text"/> (50文字以内)
	(3. 1) (2. 1)で「厚生労働省から毎年公開されている全国のDPC集計データ(①)」を選択された方にお伺いします。厚生労働省から毎年公開されている全国のDPC集計データをどのような目的で活用していますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。（複数選択可）
	<input type="checkbox"/> ① 所属医療圏における患者シェア <input type="checkbox"/> ② 各疾患に対する医療提供内容の見直し(クリティカルパスの見直し、在院日数の見直し、使用する薬剤の見直し等) <input type="checkbox"/> ③ 診療科ごとの経営分析 <input type="checkbox"/> ④ その他(右の欄にご入力ください) <input style="width: 150px;" type="text"/> (50文字以内)
	(3. 2) (2. 1)で「自院で収集したDPCデータ(②)」を選択された方にお伺いします。貴院で収集したDPCデータをどのような目的で用いていますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。（複数選択可）
	<input type="checkbox"/> ① 各疾患に対する医療提供内容の見直し(クリティカルパスの見直し、在院日数の見直し、使用する薬剤の見直し等) <input type="checkbox"/> ② 診療科ごとの経営分析 <input type="checkbox"/> ③ その他(右の欄にご入力ください) <input style="width: 150px;" type="text"/> (50文字以内)
	(3. 3) (2. 1)で「その他(③)」を選択された方にお伺いします。DPCデータをどのような目的で活用していますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。（複数選択可）
	<input checked="" type="checkbox"/> ① 所属医療圏における患者シェア <input type="checkbox"/> ② 各疾患に対する医療提供内容の見直し(クリティカルパスの見直し、在院日数の見直し、使用する薬剤の見直し等) <input type="checkbox"/> ③ 診療科ごとの経営分析 <input type="checkbox"/> ④ その他(右の欄にご入力ください) <input style="width: 150px;" type="text"/> (50文字以内)
	(4. 1) (2. 2)で「自院の担当者(①または③)」を選択された方にお伺いします。現在、どの部門でDPC分析を行っていますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。（複数選択可）
	<input type="checkbox"/> ① 診療報酬の請求に関する部門(例:医事課等) <input type="checkbox"/> ② 診療録等の情報管理に関する部門 <input type="checkbox"/> ③ 経営企画を行う部門 <input type="checkbox"/> ④ 診療を行う部門(例:各診療科、各病棟等) <input type="checkbox"/> ⑤ その他(右の欄にご入力ください) <input style="width: 150px;" type="text"/> (50文字以内)
	(4. 2) (2. 2)で「自院の担当者(①または③)」を選択された方にお伺いします。現在、どの部門で分析したDPCデータを活用していますか。該当する項目全てにチェックを付けてください。（複数選択可）
	<input type="checkbox"/> ① 診療報酬の請求に関する部門(例:医事課等) <input type="checkbox"/> ② 診療録等の情報管理に関する部門 <input type="checkbox"/> ③ 経営企画を行う部門 <input type="checkbox"/> ④ 診療を行う部門(例:各診療科、各病棟等) <input type="checkbox"/> ⑤ その他(右の欄にご入力ください) <input style="width: 150px;" type="text"/> (50文字以内)

2. 貴院における病院指標のホームページ上での公開についてお伺いします。

(1) 現在、貴院のホームページはありますか。	
<input type="radio"/> ①ある	
<input type="radio"/> ②ない	
(2) (1) で「ある(①)」を選択された方にお伺いします。ホームページの運営はどなたが行っていますか。	
<input type="radio"/> ①自院の担当者	
<input type="radio"/> ②外部委託(ホームページ制作会社等に委託)	
<input type="radio"/> ③その他(右の欄にご入力ください)	<input type="text"/> (50文字以内)
(3. 1) 現在、何らかの病院機能や臨床に関する指標を公開していますか。 (①と②と③に当てはまる場合は、①と②をご選択ください。)	
<input type="checkbox"/> ①自院のホームページにて独自の指標で公開	
<input type="checkbox"/> ②自院のホームページにて所属団体等で指定されている指標で公開	
<input type="checkbox"/> ③所属団体のホームページにて公開	
<input type="checkbox"/> ④その他(右の欄にご入力ください)	<input type="text"/> (50文字以内)
<input type="checkbox"/> ⑤公開していない	
(3. 2) (3. 1) で「病院機能や臨床に関する指標を公開している(①～④)」を選択した方にお伺いします。 どのような指標を公開していますか。ご自由にご入力ください(「医療の質の評価・公表等推進事業における臨床指標」や各団体独自で公開している指標を含みます。例：再入院率、回復率、患者満足度等) (400文字以内)。	
(4. 1) (1) で「ある(①)」を選択された方にお伺いします。 どの程度の頻度でホームページを更新していますか。(最も近いものを選択してください。 ホームページのうち、いずれかのページを更新した場合、ホームページを更新したと見なしてください。)	
<input type="radio"/> ①1月に1回	
<input type="radio"/> ②3月に1回	
<input type="radio"/> ③半年に1回	
<input type="radio"/> ④1年に1回	
<input type="radio"/> ⑤更に低い頻度	
(4. 2) (3. 1) で「自院のホームページにて独自の指標で公開(①)」または「自院のホームページにて所属団体等で指定されている指標で公開(②)」(①、②の両方を選択している場合も含む)を選択された方にお伺いします。 病院指標を公開しているページはどの程度の頻度でホームページを更新していますか。最も近いものを選択してください。	
<input type="radio"/> ①1月に1回	
<input type="radio"/> ②3月に1回	
<input type="radio"/> ③半年に1回	
<input type="radio"/> ④1年に1回	
<input type="radio"/> ⑤更に低い頻度	
(5) (1) で「ない(②)」を選択された方にお伺いします。 今後、病院指標の公開が実施された場合、ホームページを作成しますか。	
<input type="radio"/> ①自院にて作成する予定	
<input type="radio"/> ②外部委託(ホームページ制作会社等に委託)をして作成する予定	
<input type="radio"/> ③実施しない予定	
<input type="radio"/> ④現時点では未定	
(6) (5) で「自院にて作成する予定(①)」または「外部委託をして作成する予定(②)」を選択された方にお伺いします。 もし病院指標の公開が実施された場合、ホームページの運営に年間どの程度追加で経費がかかりますか。最も近いものを選択してください。	
<input type="radio"/> ①300万円以上	
<input type="radio"/> ②100万以上	
<input type="radio"/> ③30万以上	
<input type="radio"/> ④ほとんど変わらない	
<input type="radio"/> ⑤わからない	

(7) 患者がホームページの情報を元に来院することはありますか。以下の中から選択してください。

- ① よくある(週に1回程度)
- ② まれにある(月に1回程度)
- ③ ほとんどない(年に1回程度)
- ④ 全くない
- ⑤ わからない

(8) 患者への情報提供の方法として、ホームページは重要であると考えますか。

- ① 重要だと思う
- ② 比較的重要だと思う
- ③ あまり重要ではないと思う
- ④ 全く重要ではないと思う
- ⑤ わからない

(9) その他、ホームページでの公開についてご意見・不明点等がございましたら、ご入力ください(400文字以内)。

3. 病院指標を作成し、公開することについて貴院の考えをお伺いします。

<p>(1) 全国共通の指標で全国のDPC病院が情報公開を行うことについての賛否をご選択ください。</p> <p><input type="radio"/> ① 賛成</p> <p><input type="radio"/> ② どちらかといえば賛成</p> <p><input type="radio"/> ③ どちらかといえば反対</p> <p><input type="radio"/> ④ 反対</p> <p><input type="radio"/> ⑤ わからない</p>
<p>(2) 一般市民へ貴院の情報を公開することについて、貴院ではどのようにお考えですか。最もあてはまるものをご選択ください。</p> <p><input type="radio"/> ① 診療報酬による評価の有無に係らず、積極的に情報を公開していきたい</p> <p><input type="radio"/> ② 診療報酬による評価がなされるならば情報を公開していきたい</p> <p><input type="radio"/> ③ あまり情報を公開したくない</p>
<p>(3. 1) 病院指標を作成し公開することは、一般市民への情報公開の促進に役に立つと考えますか。 最も当てはまるものをご選択ください。</p> <p><input type="radio"/> ① 役に立つ</p> <p><input type="radio"/> ② どちらかといえば役に立つ</p> <p><input type="radio"/> ③ どちらかといえば役に立たない</p> <p><input type="radio"/> ④ 役に立たない</p>
<p>(3. 2) 病院指標を作成し公開することは、貴院の地域における役割の見直しのきっかけとして役に立つと考えますか。 最も当てはまるものをご選択ください。</p> <p><input type="radio"/> ① 役に立つ</p> <p><input type="radio"/> ② どちらかといえば役に立つ</p> <p><input type="radio"/> ③ どちらかといえば役に立たない</p> <p><input type="radio"/> ④ 役に立たない</p>
<p>(3. 3) 病院指標を作成し公開することは、医療機関のDPCデータの分析力の説明力の向上に役に立つと考えますか。 最も当てはまるものをご選択ください。</p> <p><input type="radio"/> ① 役に立つ</p> <p><input type="radio"/> ② どちらかといえば役に立つ</p> <p><input type="radio"/> ③ どちらかといえば役に立たない</p> <p><input type="radio"/> ④ 役に立たない</p>
<p>(3. 4) 病院指標を作成し公開することは、適切なDPCデータ作成のための動機づけになると考えますか。 最も当てはまるものをご選択ください。</p> <p><input type="radio"/> ① なる</p> <p><input type="radio"/> ② どちらかといえばなる</p> <p><input type="radio"/> ③ どちらかといえばならない</p> <p><input type="radio"/> ④ ならない</p>
<p>(3. 5) 病院指標を作成し公開することによって、自院の強みを外部に公開することにより、 来院者数がどのように変わるとお考えですか。最も当てはまるものをご選択ください。</p> <p><input type="radio"/> ① 増加すると思う</p> <p><input type="radio"/> ② どちらかといえば増加すると思う</p> <p><input type="radio"/> ③ どちらかといえば減少すると思う</p> <p><input type="radio"/> ④ 減少すると思う</p> <p><input type="radio"/> ⑤ わからない</p>
<p>(3. 6) 病院指標のデータを全国のDPC病院が公開することで得られるメリットとして期待されることがございましたら、 ご自由にご入力ください（400文字以内）。</p>

(4) 病院指標のデータを全国のDPC病院が公開することで生じるデメリットとして危惧される項目を全てご選択ください。
(複数選択可)

- ① 分析システムの導入や外部委託費用等、金銭面の負担の増加
- ② 担当者の教育、人材不足等の人材に関する問題の増加
- ③ 病院ランキング等で数字が独り歩きする可能性
- ④ 自院の弱い部分(少ない手術件数や再発率等)を外部に公開することによる来院者数の減少
- ⑤ 公開されない部分で病院の長所が評価として反映されない点
- ⑥ その他(右の欄にご入力ください) (50文字以内)

4. 病院指標の具体的な項目についてお伺いします。

(1) 現在案として提示されている個別項目についての賛否をご選択ください。また、反対の場合はその理由をご入力ください(200文字以内)。(賛成の場合であっても、ご意見があれば入力して頂いて構いません。)

・年齢階級別退院患者数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・診療科別症例数トップ3

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・初発の5大癌のUICC病気分類並びに再発患者数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・成人市中肺炎の重症度別患者数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・脳梗塞のICD10別患者数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・診療科別主要手術の術前、術後日数、症例数トップ3

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・DIC、敗血症等の請求率

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

(2) 現在案として提示されている個別項目について、貴院で正確なデータを算出することはできますか。また、できない場合はその理由をご入力ください（200文字以内）。（できる場合であっても、ご意見があれば入力して頂いて構いません。）

・年齢階級別退院患者数 ① できる ② できない ③ わからない

できない場合はその理由をご入力ください。

・診療科別症例数トップ3 ① できる ② できない ③ わからない

できない場合はその理由をご入力ください。

・初発の5大癌のUICC病気分類並びに再発患者数 ① できる ② できない ③ わからない

できない場合はその理由をご入力ください。

・成人市中肺炎の重症度別患者数 ① できる ② できない ③ わからない

できない場合はその理由をご入力ください。

・脳梗塞のICD10別患者数 ① できる ② できない ③ わからない

できない場合はその理由をご入力ください。

・診療科別主要手術の術前、術後日数、症例数トップ3 ① できる ② できない ③ わからない

できない場合はその理由をご入力ください。

・DIC、敗血症等の請求率 ① できる ② できない ③ わからない

できない場合はその理由をご入力ください。

(3) 医療機関の体制を評価する指標を公開することについての賛否をご選択ください。また、反対の場合はその理由をご入力ください（200文字以内）。（賛成の場合であっても、ご意見があれば入力して頂いて構いません。）

・常勤の医師数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の看護師数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の薬剤師数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の臨床検査技師数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の理学療法士数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の作業療法士数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の管理栄養士数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の言語聴覚士数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・常勤の視能訓練士数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・その他評価すべきと思われるコメディカルがありましたら下記の空欄にご入力ください。(200文字以内)

・病床数

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・標榜している診療科

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・入院基本料・入院基本料等加算の届出状況

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

・都道府県からの指定

① 賛成

② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

(4. 1) 現在提案されている病院指標の案では、単に数値を示すだけでなく、その数値の意味、自院の強みや課題等について、各医療機関が市民目線で独自に解説することが求められています。これに関して賛否をご選択ください。

- ① 賛成
- ② どちらかといえば賛成
- ③ どちらかといえば反対
- ④ 反対
- ⑤ わからない

(4. 2) 貴院が市民目線で独自に解説をすることについて、その可否をご選択ください。

- ① 可能だと思う
- ② 不可能だと思う
- ③ わからない

(4. 3) 今後、病院指標の公開が実施された場合、どのように解説文を作成しますか。

- ① 自院にて作成する予定
- ② 外部委託をして作成する予定
- ③ 作成しない予定
- ④ 現時点では未定

(4. 4) 各医療機関が市民目線で独自に解説することについて、ご意見があれば入力してください(400文字以内)。

(5) その他、公開すべきと考えられる項目がございましたら、ご入力ください(400文字以内)。

(6) 公開データの分析対象となる患者において、DPC対象の患者以外(24時間以内死亡、自費や自賠償等の患者)のデータを含むことについての賛否をご選択ください。また、反対の場合はその理由をご入力ください(200文字以内)。

- ① 賛成
- ② 反対

反対の場合はその理由をご入力ください。

5. 最後に病院指標の公開全般についてご意見、不明点等ございましたら、ご自由にご入力ください（1000文字以内）。

質問は以上となります。ご回答ありがとうございました。
提出の際は未記入欄がないかをよくご確認の上、ご提出ください。

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

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

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

【在院日数、患者数、年齢の考え方】

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

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

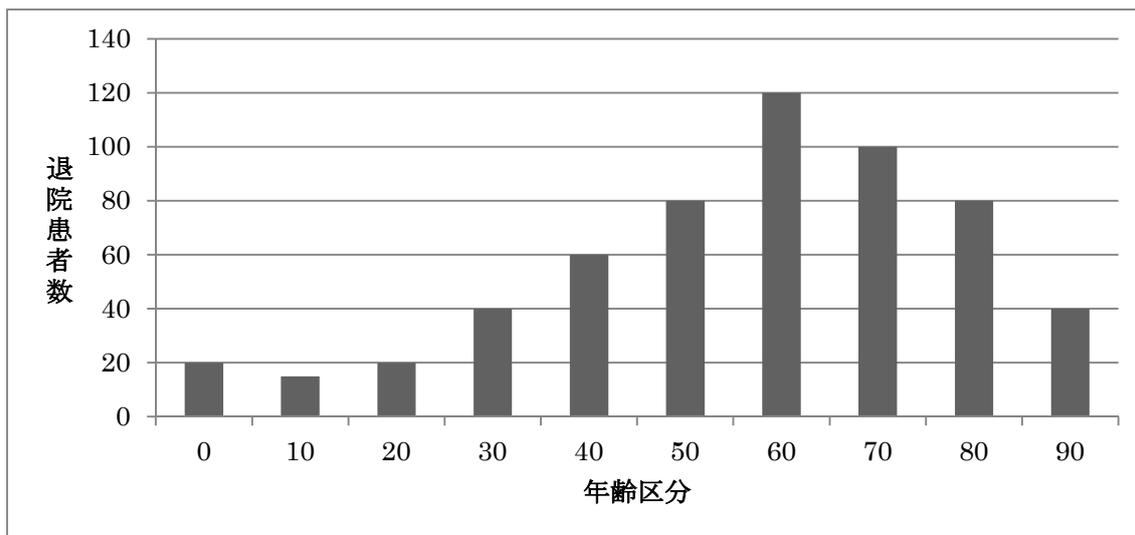
指標1）年齢階級別患者数～6）診療科別腫瘍手術 トップ3までは、一連の入院をもって1とカウントする。すなわち、他病棟との間で何度転棟・転入しても1カウントである。同様に**1）年齢階級別患者数～6）診療科別腫瘍手術 トップ3**の在院日数は、初回の様式1開始日から最終的な退院日までを考える。同一疾患の3日以内再入院も支払いにならない、初回の一般病棟の様式1開始日から最終的な退院日までを考える。これらは一般には統括診療統括番号が0、（A、B等がある場合はアルファベットが最後のもの）の様式1開始日、様式1終了日となる。年齢は初回の一般病棟における様式1開始日時点とする。同様に一般病棟の中における転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

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

数は上記の定義ではなく、別に記す。

1) 年齢階級別退院患者数

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



解説文

2) 診療科別症例数トップ3

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

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

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

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

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

表示例：

【消化器内科】

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

解説文

3) 初発の5大癌の UICC 病期分類別ならびに再発患者数

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

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

が不明な場合は、「不明」として別記する。

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

解説文

4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等

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

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

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

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

重症度 4			
重症度 5			
不明			

解説文

5) 脳梗塞の ICD10 別患者数

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

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

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

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

解説文

6) 診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数トップ3

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

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

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

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

表示例

【消化器外科】

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

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

解説文

7) その他

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

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

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

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

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

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

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

説明文

以上

検討すべき事項

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

わたしたちの診療の足あと (全国統一 臨床指標)

臨床指標とは

年齢階級別
退院患者数

診療科別
症例数TOP3

5大がんの
病期分類別症例数

肺炎の
重症度別症例数

脳梗塞の症例数

診療科別 主要手術の
症例数TOP3

合併症の発生率

年齢階級別退院患者数 (平成23年度)

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



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

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

わたしたちの診療の足あと (全国統一 臨床指標)

臨床指標とは

年齢階級別
退院患者数

診療科別
症例数TOP3

5大がんの
病期分類別症例数

肺炎の
重症度別症例数

脳梗塞の症例数

診療科別 主要手術の
症例数TOP3

合併症の発生率

5大がんの病期分類別 症例数 (平成23年度)

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

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

5大がんの病期分類別 症例数

(単位：人)

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

※平成23年度に退院した患者を対象としています

※集計期間内に何度入院しても1症例を1件として集計しています

※10症例以下は個人情報保護のため表示していません

[集計方法の詳細な定義](#)

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

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

医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針 (医療機関ホームページガイドライン)

1 趣旨

本指針は、美容医療サービス等の自由診療を行う医療機関のホームページに掲載されている情報を契機として発生するトラブルに対して、適切な対応が求められる事態が生じている状況等を踏まえ、インターネット上の医療機関のホームページ（以下「ホームページ」という。）全般の内容に関する規範を定め、関係団体等による自主的な取組を促すものである。

2 基本的な考え方

医療に関する広告は、国民・患者保護の観点から、次のような考え方に基づき、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）により限定的に認められた事項以外は、広告が禁止されてきたところである。

- ①医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しいこと。
- ②医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手は、その文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難であること。

また、国民・患者に正確な情報が提供され、その選択を支援する観点から、上記の考え方は堅持しつつ、客観性・正確性を確保し得る情報については、広告可能とすることとして順次拡大されてきた。

一方、インターネット等を通じた情報の発信・入手が極めて一般的な手法となっている現状において、美容医療サービス等の自由診療を行う医療機関について、例えば、ホームページに掲載されている治療内容や費用と、受診時における医療機関からの説明・対応とが異なるなど、ホームページに掲載されている情報を契機として発生するトラブルに対して、適切な対応が求められる事態が生じている。

このため、引き続き、原則としてホームページを法の規制対象と見なさないこととするものの、ホームページの内容の適切なあり方について、本指針を定めることとしたものである。

具体的には、国民・患者にとって有用な情報源の一つとなっているホームページ特有の性格等も踏まえつつ、

- ・国民・患者の利用者保護の観点から、不当に国民・患者を誘引する虚偽又は誇大な内容等のホームページに掲載すべきでない事項
- ・国民・患者に正確な情報が提供され、その選択を支援する観点から、通常必要とされる治療内容、費用、治療のリスク等のホームページに掲載すべき事項

を示すこととした。なお、ホームページに掲載すべきでない事項については、平成19年3月30日付け医政発第0330014号厚生労働省医政局長通知「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正

化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）について」の別添（以下「医療広告ガイドライン」という。）第四「禁止される広告について」等で示す内容に準じたものとなっている。

本指針を踏まえ、各医療機関においては、営利を目的として、ホームページにより国民・患者を不当に誘引することは厳に慎むべきであり、国民・患者保護の観点も踏まえ、ホームページに掲載されている内容を国民・患者が適切に理解し、治療等を選択できるよう、客観的で正確な情報提供に努めるべきである。

3 本指針の対象

(1) 本指針は、インターネット上の医療機関のホームページ全般を対象とするものであること。

また、本指針は、原則として、当該医療機関に勤務する医師等が個人で開設する、いわゆるブログ等の内容を対象とするものではないが、当該医療機関のホームページにリンクやバナーが張られているなど、当該医療機関のホームページと一体的に運営されている場合等には、本指針の内容を踏まえ、国民・患者を不当に誘引することがないように十分に配慮すべきであること。

(2) なお、次の具体例のようなインターネット上の情報については、従来どおり、実質的に医療広告ガイドライン（第二の1）に示す①誘因性、②特定性及び③認知性のいずれの要件も満たす場合には、法の規制対象となる広告として取り扱うものであること。

(例)

- ・インターネット上のバナー広告
- ・インターネット上に表示されている内容や検索サイトによる検索結果などに連動して表示されるスポンサー等に関する情報
- ・検索サイトの運営会社に費用を支払うことにより上位に表示される検索結果

4 ホームページに掲載すべきでない事項

(1) 内容が虚偽にわたる、又は客観的事実であることを証明することができないもの

ホームページに掲載された内容が虚偽にわたる場合、国民・患者に著しく事実と相違する情報を与え、国民・患者を不当に誘引し、適切な受診機会を喪失させたり、不適切な医療を受けさせたりするおそれがあるため、ホームページに掲載すべきでないこと。

また、虚偽にわたるものをホームページに掲載した場合等には、医療法以外の法令により規制され得ること。

なお、ここで掲げるものは例示であって、他の場合であっても本指針の対象となり得ること（以下同じ。）。

(例)

- ・加工・修正した術前術後の写真等の掲載
あたかも効果があるかのように見せるため加工・修正した術前術後

の写真等については、虚偽にわたるものとして取り扱うべきであること。

- ・「当院では、絶対安全な手術を提供しています」
- ・「どんなに難しい症例でも必ず成功します」
絶対安全な手術を行うこと等は医学的に困難であり、そうした内容の表現については、虚偽にわたるものとして取り扱うべきであること。
- ・「一日で全ての治療が終了します」（治療後の定期的な処置等が必要な場合）
治療後の定期的な処置等が必要であるにもかかわらず、全ての治療が一日で終了するといった内容の表現を掲載している場合には、内容が虚偽にわたるものとして取り扱うべきであること。
- ・「〇%の満足度」（根拠・調査方法の提示がないもの）
データの根拠（具体的な調査の方法等）を明確にせず、データの結果と考えられるもののみを示すものについては、虚偽にわたるものとして取り扱うべきであること。
また、非常に限られた国民・患者を対象に実施された調査や謝金を支払うことにより意図的に誘導された調査の結果など、公正なデータといえないものについても、虚偽にわたるものとして取り扱うべきであること。
- ・「当院は、〇〇研究所を併設しています」（研究の実態がないもの）
法第42条の規定に基づき、当該医療機関を開設する医療法人の定款等において同条第2号に掲げる医学又は歯学に関する研究所の設置を行う旨の定めがある場合等においても、研究している実態がない場合には、虚偽にわたるものとして取り扱うべきであること。

（2）他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの

「日本一」、「No. 1」、「最高」等、特定又は不特定の他の医療機関（複数の場合を含む。）と自らを比較の対象とし、施設の規模、人員配置、提供する医療の内容等について、自らの医療機関が他の医療機関よりも優良である旨を示す表現は、仮に事実であったとしても、優良性について国民・患者を誤認させ、不当に誘引するおそれがあるものであり、ホームページに掲載すべきでないこと。

また、著名人との関連性を強調するなど、国民・患者に対して他の医療機関より著しく優れているとの誤認を与えるおそれがある表現は、国民・患者を不当に誘引するおそれがあることから、ホームページに掲載すべきでないこと。

（例）

- ・「〇〇の治療では、日本有数の実績を有する病院です」
- ・「当院は県内一の医師数を誇ります」
自らの医療機関が他の医療機関よりも優良である旨を示す表現は、

仮に事実であったとしても、優良性について国民・患者を誤認させるおそれがあるものとして取り扱うべきであること。

- ・「芸能プロダクションと提携しています」
- ・「著名人も〇〇医師を推薦しています」
芸能人等が受診している旨等の表現は、仮に事実であったとしても、国民・患者に対して他の医療機関よりも著しく優れているとの誤認を与えるおそれがあるものとして取り扱うべきであること。

(3) 内容が誇大なもの又は医療機関にとって都合が良い情報等の過度な強調

① 任意の専門資格、施設認定等の誇張又は過度な強調

当然の事実等の誇張又は過度な強調や、活動実態のない団体による資格認定の名称、当該医療機関の機能等について国民・患者を誤認させるような任意の名称は、国民・患者を不当に誘引するおそれがあることから、ホームページに掲載すべきでないこと。

(例)

- ・「知事の許可を取得した病院です」
病院が都道府県知事の許可を得て開設することは、法における義務であり、当然のことであるが、知事の許可を得たことを殊更に強調してホームページに掲載し、あたかも特別な許可を得た病院であるかのように誤認させるおそれがある場合には、内容が誇大なものとして取り扱うべきであること。
- ・「医師数〇名」(意図的に古い情報等を掲載しているもの)
掲載された年月の時点では、常勤換算で〇名であることが事実であったが、その後の状況の変化により、実態に比べて医師数が大きく減少しているにもかかわらず、国民・患者を誘引する目的で意図的にホームページに掲載し続けている場合には、内容が誇大なものとして取り扱うべきであること。
この場合、掲載されている文字の大きさ等、強調の程度や医療機関の規模等を総合的に勘案し、不当に国民・患者を誘引するおそれがあるかを判断すべきであり、一律に何名の差をもって誇大とするかを示すことは困難であるが、国民・患者に誤認を与えないよう、少なくとも実態に即した人数に随時更新するよう努めるべきであること。
- ・「〇〇学会認定医」(活動実態のない団体による認定)
- ・「〇〇協会認定施設」(活動実態のない団体による認定)
客観的かつ公正な一定の活動実績が確認される団体によるものを除き、当該医療機関関係者自身が実質上運営している団体や活動実態のない団体などによる資格認定や施設認定を受けた旨については、国民・患者を不当に誘引するおそれがあり、内容が誇大なものとして取り扱うべきであること。
- ・「〇〇センター」(医療機関の名称又は医療機関の名称と併記して掲

載される名称)

医療機関の名称として、又は医療機関の名称と併せて、「〇〇センター」とホームページに掲載することについては、

一法令の規定又は国の定める事業を実施する病院・診療所であるものとして、救命救急センター、休日夜間急患センター、総合周産期母子医療センター等、一定の医療を担う医療機関である場合

又は

一当該医療機関が当該診療について、地域における中核的な機能・役割を担っていると都道府県等が認める場合

に限るものとし、それ以外の場合については、内容が誇大なものとして取り扱うべきであること。

ただし、当該医療機関が提供する医療の一部を担当する部門名として患者向けに院内掲示しているものをそのままホームページに掲載している場合等には、原則として、内容が誇大なものとして取り扱わないこと。

② 手術・処置等の効果・有効性を強調するもの

撮影条件や被写体の状態を変えるなどして撮影した術前術後の写真等をホームページに掲載し、その効果・有効性を強調することは、国民・患者を誤認させ、不当に誘引するおそれがあることから、そうした写真等については内容が誇大なものとして取り扱うべきであること。

また、あたかも効果があるかのように見せるため加工・修正した術前術後の写真等については、上記（１）の虚偽の内容に該当し、医療法以外の法令で規制され得るものであること。（再掲）

③ 医療機関にとって便益を与える体験談の強調

当該医療機関にとって便益を与えるような感想等のみを意図的に取捨選択し掲載するなどして強調することは、国民・患者を誤認させ、国民・患者を不当に誘引するおそれがあるものであり、ホームページに掲載すべきでないこと。

また、国民・患者に謝礼を支払うなどして、当該医療機関にとって便益となるような感想等のみが出されるように誘導し、その結果をホームページに掲載することについても、同様に行うべきでないこと。

④ 提供される医療の内容とは直接関係ない事項による誘引

提供される医療の内容とは直接関係のない情報を強調し、国民・患者を誤認させ、不当に国民・患者を誘引する内容については、ホームページに掲載すべきでないこと。

(例)

- ・「無料相談をされた方全員に〇〇をプレゼント」

物品を贈呈する旨等を誇張することは、提供される医療の内容とは直接関係のない事項として取り扱うべきであること。

(注)「内容が誇大なもの」とは、必ずしも虚偽ではないが、施設の規模、人

員配置、提供する医療の内容等について、事実を不当に誇張して表現していたり、人を誤認させたりするものを意味する。

ここで言う「人を誤認させる」とは、国民・患者がホームページに掲載されている内容から認識する印象・期待感と実際の内容とに相違があることを常識的判断としていえれば足りるものであり、国民・患者が誤認することを証明することや、実際に誤認したという結果までは必要としない。

(4) 早急な受診を過度にあおる表現又は費用の過度な強調

国民・患者に対して早急な受診を過度にあおる表現、費用の安さ等の過度な強調・誇張等については、国民・患者を不当に誘引するおそれがあることから、ホームページに掲載すべきでないこと。

(例)

- ・「ただいまキャンペーンを実施中」
- ・「期間限定で〇〇療法を50%オフで提供しています」
- ・「〇〇~~100,000円~~50,000円」
- ・「〇〇治療し放題プラン」

- ・「顔面の〇〇術 1か所〇〇円」

例えば、ホームページ上に大きく表示された値段は5か所以上同時に実施したときの費用を示しており、1か所の場合等には掲載されている費用を大きく上回る場合等については、費用の安さ等を過度に強調するものとして取り扱うべきであること。

この場合、仮に小さな文字で注釈等が付されていたとしても、注釈を見落とすものと常識的に判断できる場合には、同様の取扱いとすべきであること。

(5) 科学的な根拠が乏しい情報に基づき、国民・患者の不安を過度にあおるなどして、医療機関への受診や特定の手術・処置等の実施を不当に誘導するもの

科学的な根拠が乏しい情報であるにもかかわらず、以下のア)～ウ)のように、国民・患者の不安を過度にあおるなどして不当に誘引することは、厳に慎むべき行為であり、そうした内容については、ホームページに掲載すべきでないこと。

ア) 特定の症状に関するリスクを強調することにより、医療機関への受診を誘導するもの

(例)

- ・「〇〇の症状のある二人に一人が〇〇のリスクがあります」
- ・「こんな症状が出ていれば命に関わりますので、今すぐ受診ください」

イ) 特定の手術・処置等の有効性を強調することにより、有効性が高いと称する手術等の実施へ誘導するもの

(例)

- ・「〇〇手術は効果が高く、おすすめです。」

ウ) 特定の手術・処置等のリスクを強調することにより、リスクが高いと称する手術等以外のものへ誘導するもの

(例)

- ・「〇〇手術は効果が乏しく、リスクも高いので、新たに開発された〇〇手術をおすすめします」

(6) 公序良俗に反するもの

わいせつ・残虐な図画・映像、差別を助長する表現等の公序良俗に反する内容については、ホームページに掲載すべきでないこと。

(7) 医療法以外の法令で禁止されるもの

ホームページへの掲載に当たっては、次の①から④までに例示する規定を含め、関連の他法令等も併せて遵守すること。

① 薬事法（昭和35年法律第145号）

例えば、薬事法第66条第1項の規定により、医薬品・医療機器等の名称や、効能・効果、性能等に関する虚偽・誇大広告が禁止されている。また、同法第68条の規定により、承認前の医薬品・医療機器について、その名称や、効能・効果、性能等についての広告が禁止されており、例えば、そうした情報をホームページに掲載した場合には、当該規定等により規制され得ること。

② 健康増進法（平成14年法律第103号）

例えば、健康増進法第32条の2の規定により、食品として販売に供する物に関して、健康の保持増進の効果等について、著しく事実に相違する表示をし、又は著しく人を誤認させるような表示をすることが禁止されており、例えば、そうした情報をホームページに掲載した場合には、当該規定等により規制され得ること。

③ 不当景品類及び不当表示防止法（昭和37年法律第134号）

例えば、不当景品類及び不当表示防止法第4条第1項の規定により、役務の品質等又は取引条件について、一般消費者に対し、実際のもの又は事実と異なり競争事業者に係るものよりも著しく優良又は有利であると示す表示であって、不当に顧客を誘引し、一般消費者による自主的かつ合理的な選択を阻害するおそれがあると認められる表示等（以下「不当表示」という。）が禁止されており、例えば、不当表示に当たるものをホームページに掲載した場合には、当該規定等により規制され得ること。

④ 不正競争防止法（平成5年法律第47号）

例えば、不正競争防止法第21条第2項の規定により、不正の目的をもって役務の広告等とその役務の質、内容、用途又は数量について誤認させるような表示をする行為等が禁止されている（同項第1号）ほか、虚偽の表示をする行為が禁止されており（同項第5号）、例えば、上記4（1）の虚偽の内容に当たるものをホームページに掲載した場合には、当該規定等

により規制され得ること。

5 ホームページに掲載すべき事項（自由診療を行う医療機関に限る。）

（1）通常必要とされる治療内容、費用等に関する事項

自由診療は保険診療として実施されるものとは異なり、その内容や費用が医療機関ごとに大きく異なり得るため、その内容を明確化し、料金等に関するトラブルを防止する観点から、当該医療機関で実施している治療等を紹介する場合には、治療等の名称や最低限の治療内容・費用だけを紹介することにより国民・患者を誤認させ不当に誘引すべきではなく、通常必要とされる治療内容、平均的な費用や治療期間・回数を掲載し、国民・患者に対して適切かつ十分な情報を分かりやすく提供すること。平均的な費用が明確でない場合には、通常必要とされる治療の最低金額から最高金額までの範囲を示すなどして可能な限り分かりやすく示すこと。

また、当該情報の掲載場所については、当該情報を閲覧する者にとって分かりやすいよう十分に配慮し、例えば、リンクを張った先のページへ掲載したり、利点・長所に関する情報と比べて極端に小さな文字で掲載したりといった形式を採用することは控えること。

（2）治療等のリスク、副作用等に関する事項

自由診療に関しては、その利点や長所のみが強調され、そのリスク等についての情報が乏しい場合には、当該医療機関を受診する者が適切な選択を行えないおそれがあるため、利点等のみを強調することにより、国民・患者を誤認させ不当に誘引すべきではなく、国民・患者による医療の適切な選択を支援する観点から、そのリスクや副作用などの情報に関しても分かりやすく掲載し、国民・患者に対して適切かつ十分な情報を提供すること。

また、当該情報の掲載場所については、上記（1）と同様、当該情報を閲覧する者にとって分かりやすいよう十分に配慮すること。

（注）ここでいう「自由診療」とは、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法及び同法に基づく療養等の給付並びに公費負担医療に係る給付（以下「医療保険各法等の給付」という。）の対象とならない検査、手術その他の治療の方法をいう。

また、「保険診療」とは、例えば、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）に規定する検査、手術その他の治療の方法等、医療保険各法等の給付対象となる検査、手術その他の治療の方法をいう。

今後の検討方針・スケジュール等について

(案)

1. 平成 26 年 4 月 18 日 DPC 評価分科会において上げられた主なご意見について

(1) 診断群分類点数表について

【DPC 分類の精緻化について】

- DPC 分類の精緻化は、非常に重要な仕事であるので、関連の学会等の十分なコンセンサスを得た上で意見が上がってくるように、MDC 毎作業班会議の運営の仕方を工夫すべきではないか。

【短期滞在手術等基本料 3・点数設定方式 D について】

- 点数設定方式 D と短期滞在手術等基本料 3 は、形式的には両方とも 1 入院包括に近いような支払い形式になるが、それを全く別の仕組みでつくっていると医療の評価、機能評価係数による評価の点でかなり難しい課題となるので、DPC 制度との整合性を中長期的に検討すべきではないか。
- 点数設定方式 D の適用を拡大したが、これを導入した影響については今後検討が必要ではないか。

【ICD-10 の 2013 年度版・標準病名マスターについて】

- 標準病名マスターの整備と ICD-10 の 2013 年版への対応については一緒に検討を進めていくべきではないか。

(2) 「医療機関別係数」について

【基礎係数・医療機関群について】

- Ⅲ群にはかなりばらばらな病院が含まれるので、もう少し細かく分けるというようなことも含めて、Ⅲ群のあり方をもう一度検討すべきではないか。
- I 群は大学病院の本院という 1 つのくくりになっているが、都会にある病院と地方の病院では役割が異なる場合もあり、また機能を分院に移しているような病院もあることから、I 群（大学病院本院）の中でもバラつきがあるのではないか。
- 現行の I、II、Ⅲ群の体系のままでよいのかについて、検証が必要ではないか。
- 内科系の重篤な疾患も実績要件の中で今回の次の改定に向けて検討すべきではないか。

【激変緩和措置について】

- 激変緩和措置については、機能評価係数 I、II と基礎係数だけで本当に評価で

きるかどうかはもう一度検証してみる必要があるのではないか。

【救急医療を含む医療圏別の評価】

- 医療圏の外から受診する患者さんがいることも踏まえ、何らかの全国的な指標や、その地域の周辺の住民に貢献しているかどうかを含めた指標を考える必要があるのではないか。
- 医療圏の境にあるような病院などもあるが、原則として2次医療圏単位で考えていくべきではないか。

(3) 退院患者調査について

【退院患者調査について】

- 今のように傷病名の個数の制限が非常に厳しい状態は（調査の観点から）余り好ましくないと考えられるので、少なくともある程度は増やすことが必要なのではないか。
- DPC レセプトの病名の個数については、出来高レセプトの病名の個数が非常に多くなってしまう現状を踏まえると、なかなか無制限にするのは難しいのではないか。
- 副傷病について、当月の診療内容を十分吟味した上で重要なものをきちんと選んで記載すれば、ある一定の数だけで有用なデータには十分なるのではないか。
- 認知症の介護の必要性の有無のことにに関してなのですが、認知症の患者さんだと非常にコストがかかるかについて、きちんとケアをしている時にそれが報われるような評価に向けて、多様な施設が調査対象となることでネガティブデータにならないように配慮しつつ検討すべきではないか。
- 医療看護必要度については、在宅へかなり医療ニーズが高い人が移ってきている現状を踏まえ、どの辺の重症度で（在宅へ）移動しているかということ把握することが重要ではないか。

(4) 算定ルールについて

【持参薬について】

- 今後の持参薬のルールづくりに向けて、退院患者調査の様式1に今度新たに加えられたのは持参薬の有無に関してなので、有無のみならず例えばどういった薬剤がどういった特段の理由で使われているのかという実態を把握していく必要があるのではないか。

(5) その他の中長期的な課題について

【病院指標の作成と公開について】

- 基本的に項目の定義そのものだけではなく、最終的にそれを支払いに結びつけるとすれば、ホームページをつくった正当性ですとか妥当性等を検証するスキ

ームと一緒に議論する必要性があるのではないか。

【DPC データの確認の仕組みについて】

- データの質の向上は非常に大事なことなので、きちんとチェックする仕組みを考えていく必要があるのではないか。

【コストアウトライヤーについて】

- 現在、在院日数のアウトライヤーは2SD を超えた部分は出来高で算定することとされているが、この仕組みは（手続きの）負担が大きい仕組みとなっていること等を踏まえ、コストと日数のアウトライヤーの評価方法と特定入院期間等については、中長期的にしっかりと議論すべきではないか。

【DPC データ・レセプト一本化について】

- 理想的にはDPC データとレセプトが一本化される形が望ましいが、もし実施した場合どういう問題が起こるのかということやデータのクリーニング、調整方法といったもう少し具体的項目が明らかになった方が議論しやすいのではないか。

2. 検討課題の整理（案）

（1） 「診断群分類点数表」に係る検討課題

① 基本方針について

（ア）ICD-10（2013 年度版）に係る対応について

- ・ 現行のDPC 制度はICD-10（2003 年度版）を元に運用されているが、平成26 年度中にICD-10（2013 年度版）が告示される見込みとなっており、DPC 制度における対応について検討が必要。

（イ）重症度を考慮した評価手法（CCP マトリックス）について

- ・ 現在、厚生労働科学研究班（伏見班）で研究が行われている新たな評価手法（CCP マトリックス）について、どのように対応するか検討が必要。

（ウ）点数設定方式D（1 入院あたり包括支払いに近い点数設定）のあり方

- ・ 現在、点数設定方式D は高額な薬剤や材料を使う診断群分類において適用されているが、診療の標準化が進んでいる診断群分類等、現行の他にも点数設定方式D がふさわしい分類があるかについて検討が必要。

（エ）短期滞在手術等基本料3 との整合性

- ・ 平成26 年改定で大幅に拡大された1 入院あたりの包括支払いに近い「短期滞在手術等基本料3」とDPC/PDPS による包括支払いとの整合性について

検討することが必要

② DPC 検討ワーキンググループ（WG）における検討について

[WGにおける検討課題]

- ・ MDC 毎に最新の診療実態を踏まえた適切な診断群分類の検討
- ・ 診断群分類の見直しに合わせた「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」の見直し（コーディングルールの整理）

<今後の検討方針と考え方>

- 適切な診断群分類に関する検討作業を行う前に、診断群分類の基本骨格となる（ア）～（エ）に係る方針を決定する必要がある。
- まず「① 基本方針」について一定程度取りまとめた上で、その方針を踏まえ DPC 検討ワーキンググループ（WG）において「② DPC 検討 WG における検討」において検討を行う。

（２） 「医療機関別係数」に係る検討課題

① 基本方針について

- 適切な医療機関群のあり方に関する検討
- 調整係数の置き換え完了に向けた枠組み
- 激変緩和措置のあり方
平成 30 年（想定）の調整係数の廃止に向けて、平成 24 年医療機関群導入後の診療実態の変化等も踏まえつつ基本方針の検討が必要。

② 各係数の見直し

- 機能評価係数Ⅱの各 7 項目の見直し
 - ・ 後発医薬品指数の導入等平成 26 年改定の検証を踏まえつつ、見直しについて検討が必要。

<今後の検討方針と考え方>

- 平成 26 年度中に「① 基本方針」について一定程度取りまとめた上で、機能評価係数Ⅱの各項目等について、平成 26 年度の調査結果等を踏まえつつ、医療圏別の評価のあり方等の観点も含め検討を行う。

(3) 「算定ルール」等に係る検討課題

① 検討すべき課題

- ・ 同一傷病による7日以内再入院（再転棟）ルール
- ・ 持参薬の使用に関するルール（退院時処方を含む）
- ・ DICでコーディング際の症状詳記の添付
- ・ 特定入院期間越えの化学療法に係る算定方法 等

これらについては、平成26年改定の検証を踏まえ、見直しについて検討必要。

<今後の検討方針と考え方>

- 算定ルール等については、平成26年度退院患者調査の調査結果を踏まえつつ、必要に応じてヒアリング調査等の特別調査を実施しつつ検証を行う。

(4) 「DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」に係る検討課題

① 平成25年度・26年度退院患者調査の取りまとめ

② 調査項目について

- ・ 調査項目の整理（簡素化）
- ・ 新規の追加項目

<今後の検討方針と考え方>

- 退院患者調査の取りまとめにおいては、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「定例報告」する。
- モニタリング項目と重点的また「定例報告」の結果等から、重点的に評価すべき事項が生じた場合は、DPC評価分科会において仮説を明確化した上で追加集計を行う。
- 毎年実施している退院患者調査の結果報告、DPC検討WGからの提言、他の中医協関連組織の議論等を踏まえながら、負担軽減や簡素化の視点も含め、適切な調査設計に向けて検討を行う。

(5) その他、中長期的な検討課題

① 病院指標の作成と公開について

- 各病院が独自に指標を作成し公開することについて、DPCデータの質の向上等の観点から、実現に向けた課題の整理や機能評価係数Ⅱとして評価すべきどうか等も含め、引き続き検討する必要がある。

② 特定入院料の差額加算のあり方について

- ・ 平成22年度診療報酬改定以降DPCデータ（EFファイル）により特定入院料の包括部分のより詳細が把握可能となりつつあり、その結果を踏まえた課題の整理等が必要。

- ③ DPC データの質の向上について
 - DPC データの質の向上に向けて、DPC データの記載内容にかかる確認の方法や評価方法等について、課題の整理等が必要。
- ④ 請求の仕組みについて
 - 請求の仕組みの簡素化やより適切なレセプト請求の実現等に向けて、下記の観点から具体的な対応案について課題の整理等が必要。
 - ・ DPC データ・レセプトの一本化
 - ・ 差額調整の仕組み
 - ・ 特定入院期間越えの出来高算定ルール
 - ・ 「コーディングデータ（包括範囲内の診療情報）」の取り扱い
 - ・ コストアウトライヤーの算定方法 等
- ④ その他（DPC 制度のあり方等）
 - 小規模病院や単科専門病院等、多様な施設が DPC 制度に参加していることを踏まえ、医療提供体制全体の見直しの方針との整合性も踏まえつつ、DPC 制度の対象病院のあり方や対象範囲等について中長期的な課題の整理が必要。

<今後の検討方針と考え方>

- 検討すべき課題について論点の整理を行いつつ、必要に応じて特別調査等を実施しつつ検討を行う。

3. 今後のスケジュール（案）

検討課題		平成 26 年		平成 27 年				平成 28 年
		4月～9月	10月～12月	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	1月～3月
(1)診断群分類に関する検討課題	①診断群分類の基本設計に関する基本方針	基本方針						
	②MDC 毎の診断群分類、コーディングテキストの見直し等	DPC 検討 WG 等						
(2)医療機関別係数に関する検討課題	③医療機関別係数の設定に関する基本方針 ・医療機関群のあり方 等	検証・評価・基本方針の策定						
	④各係数に関する具体的な検討 ・機能評価係数Ⅱ 等							
(3)算定ルール等に関する検討課題								
(4)退院患者調査の調査にかかる検討課題	⑤定例報告	定例報告				定例報告		
	⑥調査項目のあり方に関する検討	必要に応じて適宜						
(5)その他中長期課題 ・病院指標の作成と公開 等		個別課題に応じて適宜整理・検討						

次回診療報酬改定（想定）

今後の検討課題について（案）

1. 中医協総会における議論の整理

(1) 平成26年度診療報酬改定（答申）の附帯意見（DPC 関連部分の抜粋）

DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。

(2) 次回改定に向けた今後のスケジュール(平成26年3月26日中医協総会決定事項)

- DPC/PDPS について今後検討すべき課題等について、DPC 評価分科会において整理を行い、一定の取りまとめを行った上で、中医協基本問題小委員会へ報告する。

2. 今後の検討課題の素案について（たたき台）

(1) 平成26年改定の影響の検証等について

- 平成26年改定の影響に係る検証も含め、次回改定に向けて重点的に検証すべき課題についてどのように考えるか。

(例)

- ・ 同一傷病による7日以内再入院（再転棟）ルールについて
- ・ 持参薬の使用動向について
- ・ DICのコーディング
- ・ 後発医薬品の使用動向 等

(2) 平成26年改定以降、引き続き検討することとされている事項について

① 基礎係数（医療機関群）のあり方

- 現在、病床機能報告制度等、医療提供体制の制度に係る見直しが行われており、病床機能分化と医療機関群のあり方との整合性についてどのように考えるか。
- 外科系以外の技術評価による評価方法についてどのように考えるか。

② 病院指標の作成・公開について

- 平成25年度特別調査（アンケート調査）を実施しており（調査票回収済み）、その調査結果を踏まえ、機能評価係数Ⅱとして評価するかも含め、今後検討することとされている。

③ 重症度を考慮した評価手法（CCPマトリックス）について

- 現行のツリー図と定義テーブルを用いる評価方法の場合、DPCの精緻化を進め

るためには新たな分岐の作成が必要となるため、支払分類数が細分化しすぎる可能性があり、重症度等による医療資源必要度の違いの正確な反映と支払分類数のコントロールの両立を可能とする新たな評価手法（CCP マトリックス）について検討が行われている。

- 平成 25 年 4 月 24 年 DPC 評価分科会において、重症度を考慮した評価手法（CCP マトリックス）について報告され、中長期的な課題として今後も引き続き検討することとされた。

④ DPC データ・レセプトの一本化について

- 平成 25 年 6 月 28 日の DPC 評価分科会において、医療機関における負担軽減や DPC データとレセプトの整合性の向上に向けて、DPC データとレセプトの一本化について引き続き検討することとされた。

⑤ 適切な傷病名コーディングの推進について

(ア) 標準病名マスターの整備等

- ・ 適切な DPC コーディングの推進に向けて、標準病名マスターの整備等も含め、適切なコーディングに柔軟に対応できる電子カルテ、請求システム等を整備することとされている。

(イ) コーディングルールの整理について

- ・ DPC 評価分科会における中長期的検討課題として整理した傷病名コーディングに係る下記の検討課題についてどのように考えるか。
 - i 心不全・呼吸不全等の傷病名の複数の傷病を持った高齢者のコーディングルール
 - ii 小児のコーディングルール
 - iii R コード（症状・徴候等で診断名を明確に表さないコード）の取り扱い 等

⑥ コストアウトライヤーの算定方法について

- 例えば、月あたりの請求が 1000 万円を超えるような超高額な症例については、包括評価になじまないのではないかという指摘があった。

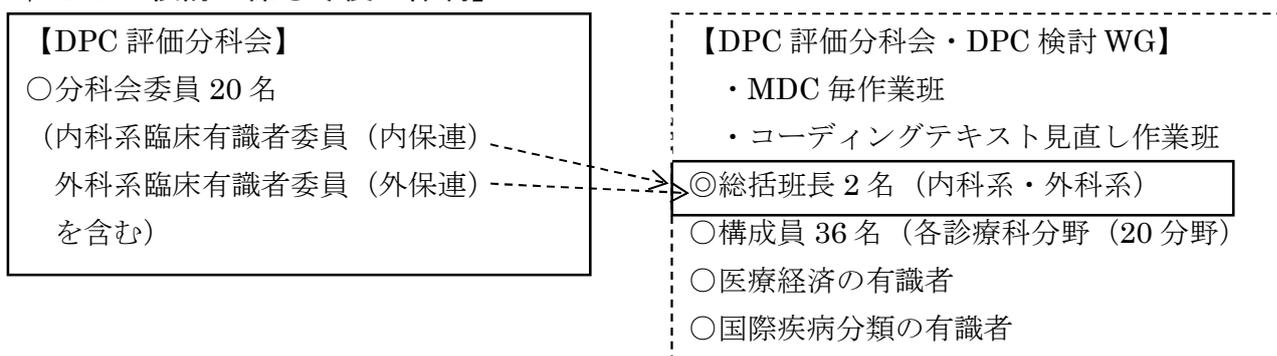
⑦ 退院時処方の方

- 退院時に次回入院分の治療薬を処方している医療機関があり、そのような処方は不適切なのではないかという指摘があった。

(3) DPC 検討 WG における検討課題について

- ① これまで、下記の内容について DPC 検討ワーキンググループ (WG) において見直しを行ってきた。
 - (ア) 診断群分類点数表の見直しについて
 - ・ 最新の DPC データを活用して診療実態に即した診断群分類の見直しを行っている。
 - (イ) 様式 1 (簡易診療録情報) の調査項目の見直し
 - ・ 診断群分岐の分岐に必要となる診療情報等について検討を行っている。
- ② DPC/PDPS 傷病名コーディングテキストの見直しについて
 - 各医療機関における「適切なコーディング委員会」における参考資料として、DPC/PDPS 傷病名コーディングテキストを公開した。
 - DPC/PDPS 傷病名コーディングテキストは、新たに組織する作業班において、今後見直し作業を行い更新することとされている。

【DPC/PDPS の検討に係る今後の体制】



- 今後、WG において検討すべき事項・検討の方針等についてどのように考えるか。

(4) その他の検討課題に係る素案 (たたき台)

- ① 点数設定方式 A~D 設定方法について
 - 高額な薬剤を使用する診断群分類を対象に、平成 24 年改定で導入された点数設定方式 D (1 入院あたり支払いに近い方式) については、平成 26 年改定においては高額な薬剤・材料を用いる検査にも適用を拡大した。
 - DPC 制度が導入されて 10 年が経過し、医療の標準化が特に進んでいる診断群分類について適用を拡大することについてどのように考えるか。
- ② 新しい国際疾病分類 (ICD-10 2013 年度版) への対応について
 - 現在、DPC/PDPS に係る疾病分類は、ICD-10 (2003 年度版) によって作成されて

いる。

- 社会保障審議会統計分科会において、2013年1月のWHOより公表されている勧告内容を基準としてICD-10の一部改正作業が行われており、平成26年度中に告示が行われる見込みとなっている。
- 新たな国際疾病分類のDPC制度への適用についてどのように考えるか。

③ 短期滞在手術等基本料3とDPC/PDPSの整合性に関する整理

- 平成26年改定において、短期滞在手術等基本料3の適用対象となる手術等が大幅に拡大され、短期滞在手術等基本料3を算定する。
- 短期滞在手術等基本料3と、DPC制度による包括支払との整合性についてどのように考えるか。

④ 激変緩和措置のあり方について

- 平成26年改定においては、2.0%を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整した医療機関は、135施設（変動率-2.0%を下回った施設数：53施設、変動率+2.0%を上回った施設数：82施設）であり、平成24年改定の際の激変緩和医療機関数（変動率-2.0%を下回った施設数：8施設、変動率+2.0%を上回った施設数：34施設）と比較し、増加を認めた。
- 平成30年改定（想定）において、調整係数の置き換えが完了し、暫定調整係数がなくなる予定となっている。
- 以上を踏まえ、激変緩和措置のあり方についてどのように考えるか。

⑤ 退院患者調査について

- 各医療機関の負担軽減、簡素化等に向けて、DPC制度における退院患者調査と他の入院基本料等に係る調査項目（看護必要度等）と整合性をとった調査項目とすることについてどのように考えるか。

⑥ DPCデータの質の向上について

- 平成26年改定において、DPCデータの記載においては診療録（カルテ）および明細書（レセプト）と整合性をとった記載内容とすることとされた。
- DPCデータの記載内容にかかる監査の方法等についてどのように考えるか。

⑦ 特定入院料の差額加算について

- 特定入院料の包括範囲について、平成22年度診療報酬改定以降、DPCデータ（EFファイル）により診療の詳細が把握可能となっている。
- 特定入院料の差額加算についてどのように考えるか。

⑧ 請求の仕組みについて

- 簡素化やより適切な審査等に向けて、DPCの請求の仕組みについてどのように考えるか。
 - (ア) 月あたり請求にかかる差額調整
 - (イ) 特定入院期間越えの出来高算定
 - (ウ) 「コーディングデータ（包括範囲内の診療情報）」 等

⑨ その他

- 次回改定に向けて議論すべき事項はあるか。

次期診療報酬改定に向けた検討について(案)

1. 検討事項及び検討の場

(1) 答申附帯意見に関する事項

- ア 次期診療報酬改定(平成28年度改定、消費税率引上げ時の対応)に向けて、答申附帯意見を踏まえ、平成26年度診療報酬改定の影響等について調査・検証・検討を行う必要がある。
- イ 答申附帯意見に関する事項について、まずは、別添1の検討の場で調査・検証・検討を行うこととしてはどうか。

(2) 上記以外の事項

- ア 上記以外の事項について、まずは、次の検討の場で調査・検証・検討を行うこととしてはどうか。
- ① 医療経済実態調査・・・調査実施小委
 - ② 保険医療材料制度・・・材料専門部会
 - ③ 医療技術評価・・・医療技術評価分科会
 - ④ 消費税率引上げ時の対応・・・消費税分科会
 - ⑤ その他の事項・・・具体的な事項が出てきたときに、内容に応じて検討の場を判断

2. 検討スケジュール

- ア 平成26年度診療報酬改定の影響等については、答申附帯意見を踏まえ、検証のための調査を行い、その結果を踏まえて検討する必要がある。このため、別添1の検討の場(検証部会、入院医療等の調査・評価分科会、薬価専門部会、DPC評価分科会、費用対効果評価専門部会)において、まずは、次期診療報酬改定に向けて、調査の進め方、調査項目等の検討に入ることとしてはどうか。
- イ また、検証のための調査を行っている間に、基本問題小委において、初再診料、入院基本料等について、具体的な検討項目をどうするかも含め、検討することとしてはどうか。
- ウ 消費税率引き上げ時の対応については、課税の在り方の検討状況等をみながら、消費税分科会において検討を進めていくこととしてはどうか。
- エ そのほか、調査実施小委、材料専門部会、医療技術評価分科会において、次期診療報酬改定に向けて、検討を進めることとしてはどうか。

答申附帯意見に関する事項の検討

答申附帯意見		検討の場
1	初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価(地域包括診療料・地域包括診療加算)の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。	検証部会
2	入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。 (1) 一般病棟入院基本料(7対1、10 対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等)の見直し (2) 特定集中治療室管理料の見直し (3) 総合入院体制加算の見直し (4) 有床診療所入院基本料の見直し (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設	入院医療等の調査・評価分科会
3	医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。	入院医療等の調査・評価分科会
4	療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。	入院医療等の調査・評価分科会
5	在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。 (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響 (2) 在宅不適切事例の適正化の影響 (3) 歯科訪問診療の診療時間等 (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態 (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制	検証部会
6	適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。	検証部会
7	救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。	検証部会
8	新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。	薬価専門部会

9	DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。	DPC評価分科会
10	明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。	検証部会
11	夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間 72 時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。	検証部会
12	後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。	検証部会
13	残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。	基本問題小委
14	医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成 28 年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。	費用対効果評価専門部会 (薬価専門部会、材料専門部会)
15	ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。	基本問題小委

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6:6:4:3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度