

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

診調組 入-1参考2
5 . 9 . 1 4 改

(令和5年度第7回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編②

令和5年9月14日(木)

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

3-1. DPC対象病院に係る検討について

3-2. 算定ルールに係る検討について

3-3. 診断群分類に係る検討について

3-4. 退院患者調査に係る検討について

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 外来医療について

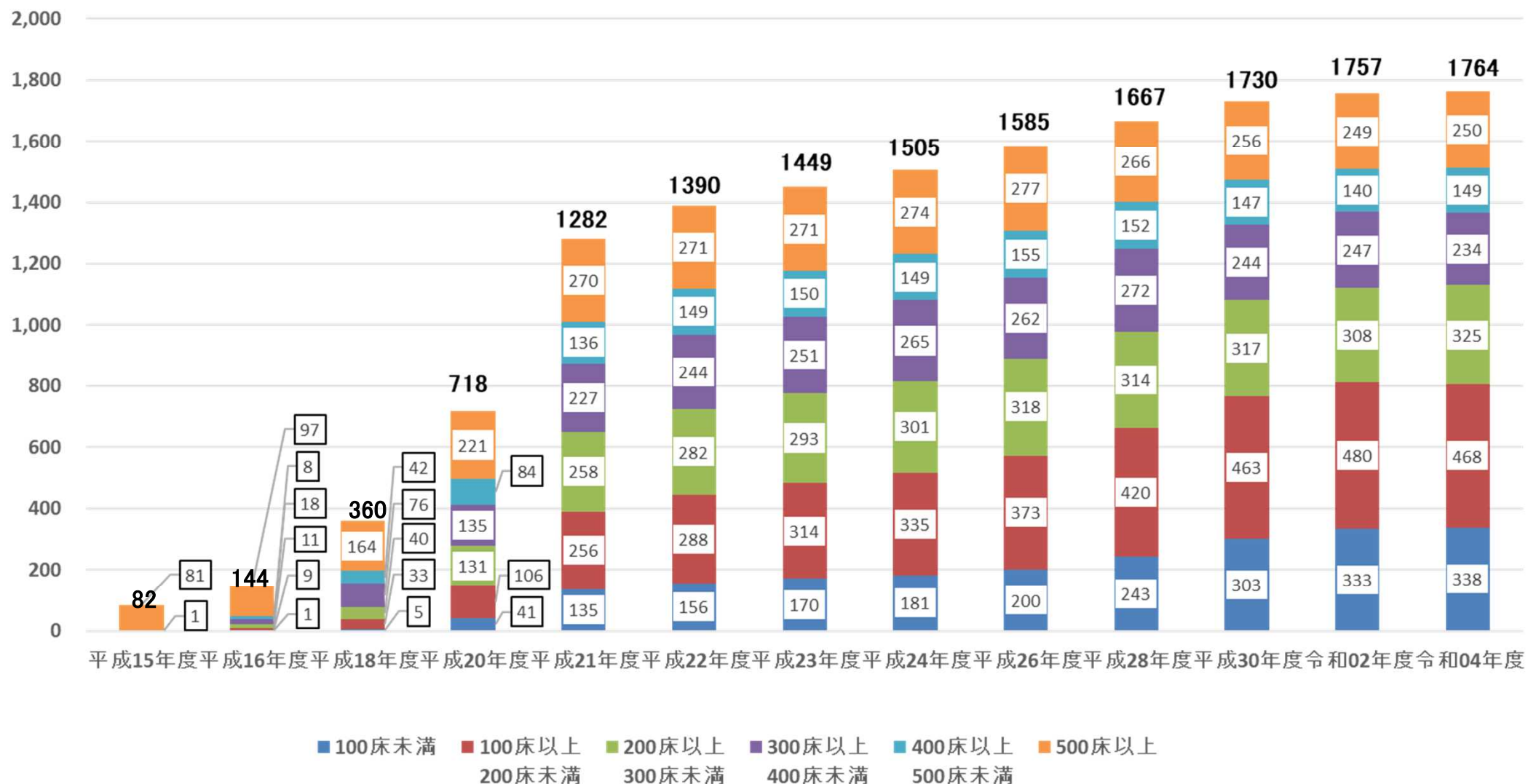
8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 横断的個別事項について

DPC対象病院の規模(DPC算定病床数別)

○ DPC対象病院のうち、特にDPC算定病床数が200床未満である病院が増加傾向にある。

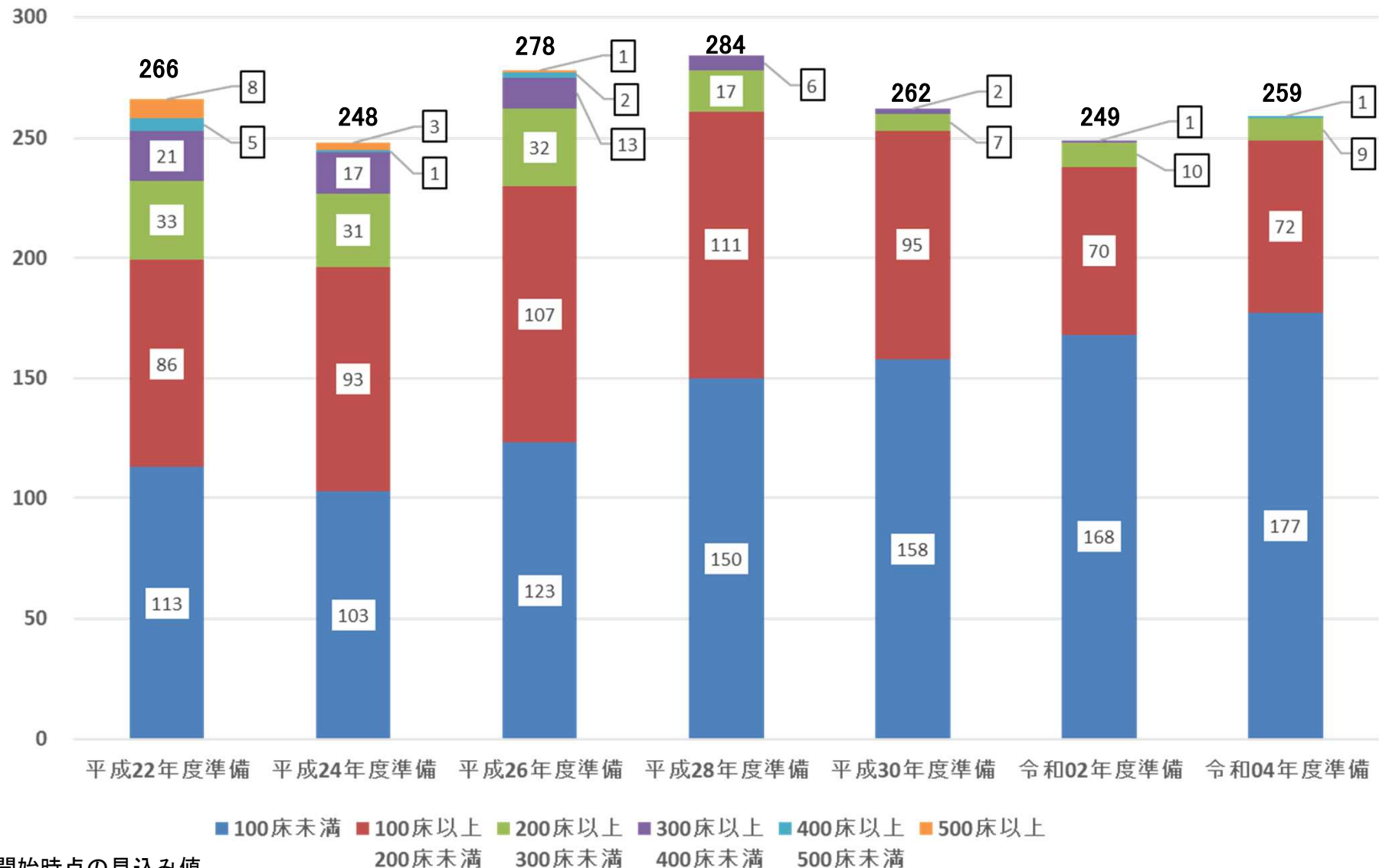


平成15年度 平成16年度 平成18年度 平成20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成24年度 平成26年度 平成28年度 平成30年度 令和2年度 令和4年度

※各年度調査開始時点の見込み値
 ※病床数区分は、DPC算定病床数による

DPC準備病院の規模（一般病床数別）

○ DPC準備病院数は近年250前後で推移しており、令和4年度DPC準備病院においては、一般病床数が200床未満である病院が9割以上を占める。



※各年度調査開始時点の見込み値
 ※病床数区分は、一般病床数による

医療機関別係数

1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの
[基礎係数] = [各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]
÷ [各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]

2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

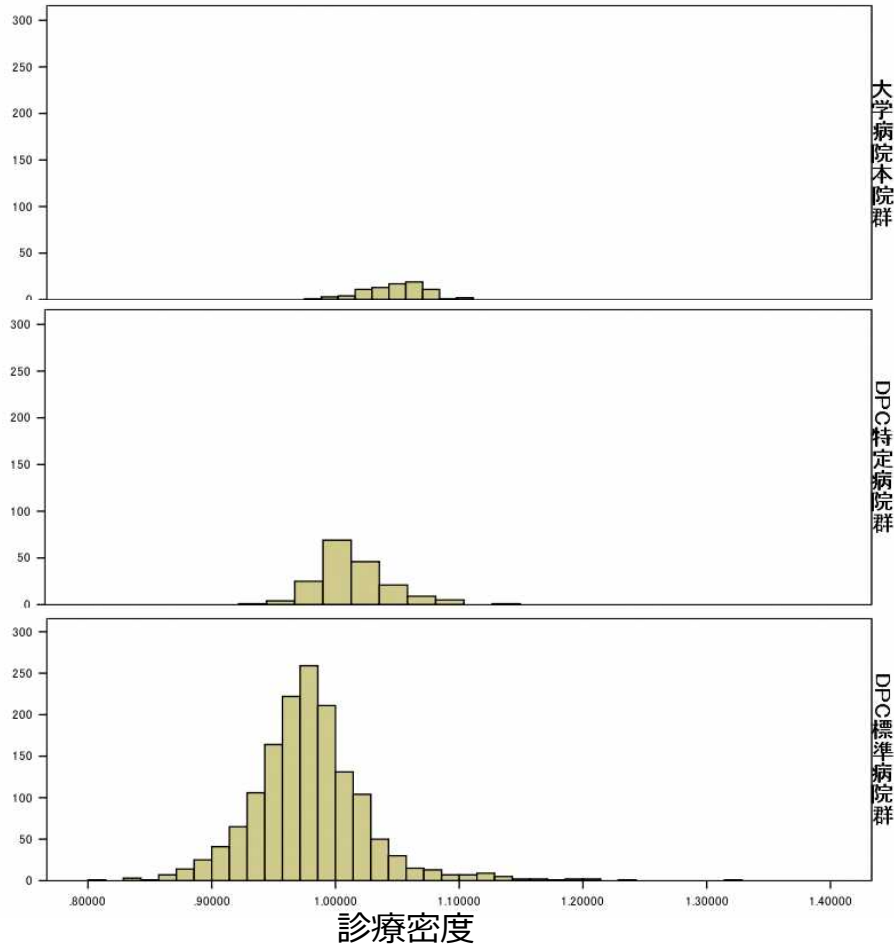
4. 激変緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

基礎係数について

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに係数を設定している。
- 医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」(※1)、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」(※2)、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつきは、群ごとに比較的少なく、医療機関群の設定手法は合理性が確認されている。

医療機関数



令和4年度改定後の状況(令和4年4月1日時点)

医療機関群	施設数	基礎係数
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0680
DPC標準病院群	1,501	1.0395

(※1) 大学病院本院群
DPC/PDPSにおいては、原則として、以下の病院を大学病院本院として取り扱うこととしている。

- ・ 大学設置基準第39条に基づき、医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院
- ・ 上記病院が複数存在する場合には、医学部と同一敷地内にある病院

(※2) DPC特定病院群の設定要件
4つの実績要件の全て(実績要件3は6つのうち5つ)で基準値を満たす。

- 実績要件1 : 診療密度
- 実績要件2 : 医師研修の実施
- 実績要件3 : 医療技術の実施
- 実績要件4 : 補正複雑性指数

機能評価係数 I について

- 機能評価係数 I は、医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算）について係数化したもの。

（機能評価係数 I の評価対象となっている項目の例）

急性期入院料の差額	A100	一般病棟入院料（1のイ 急性期一般入院料1）
病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算
	A204	地域医療支援病院入院診療加算
	A207	診療録管理体制加算
	A207-2	医師事務作業補助体制加算
	A234	医療安全対策加算
	A234-2	感染対策向上加算
	A243	後発医薬品使用体制加算
	A244	病棟薬剤業務実施加算
	A245	データ提出加算
	A252	地域医療体制確保加算
	D026	検体検査管理加算
看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算
	A207-4	看護職員夜間配置加算
	A214	看護補助加算
地域特性の評価	A218	地域加算
	A218-2	離島加算

機能評価係数Ⅱについて

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

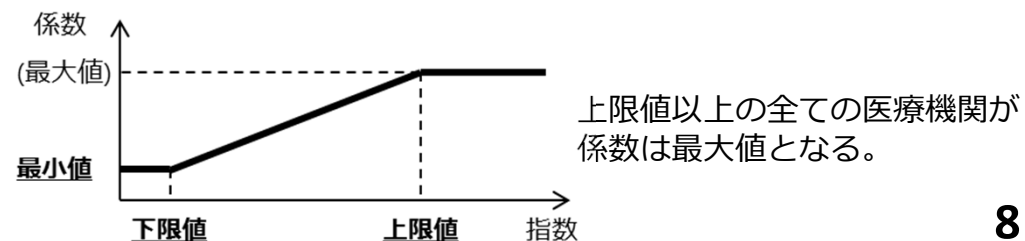
係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

上限値下限値の設定

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方
	上限値	下限値		
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	

指数と係数の関係



機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） <p>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和6年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
効率性指数	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容②

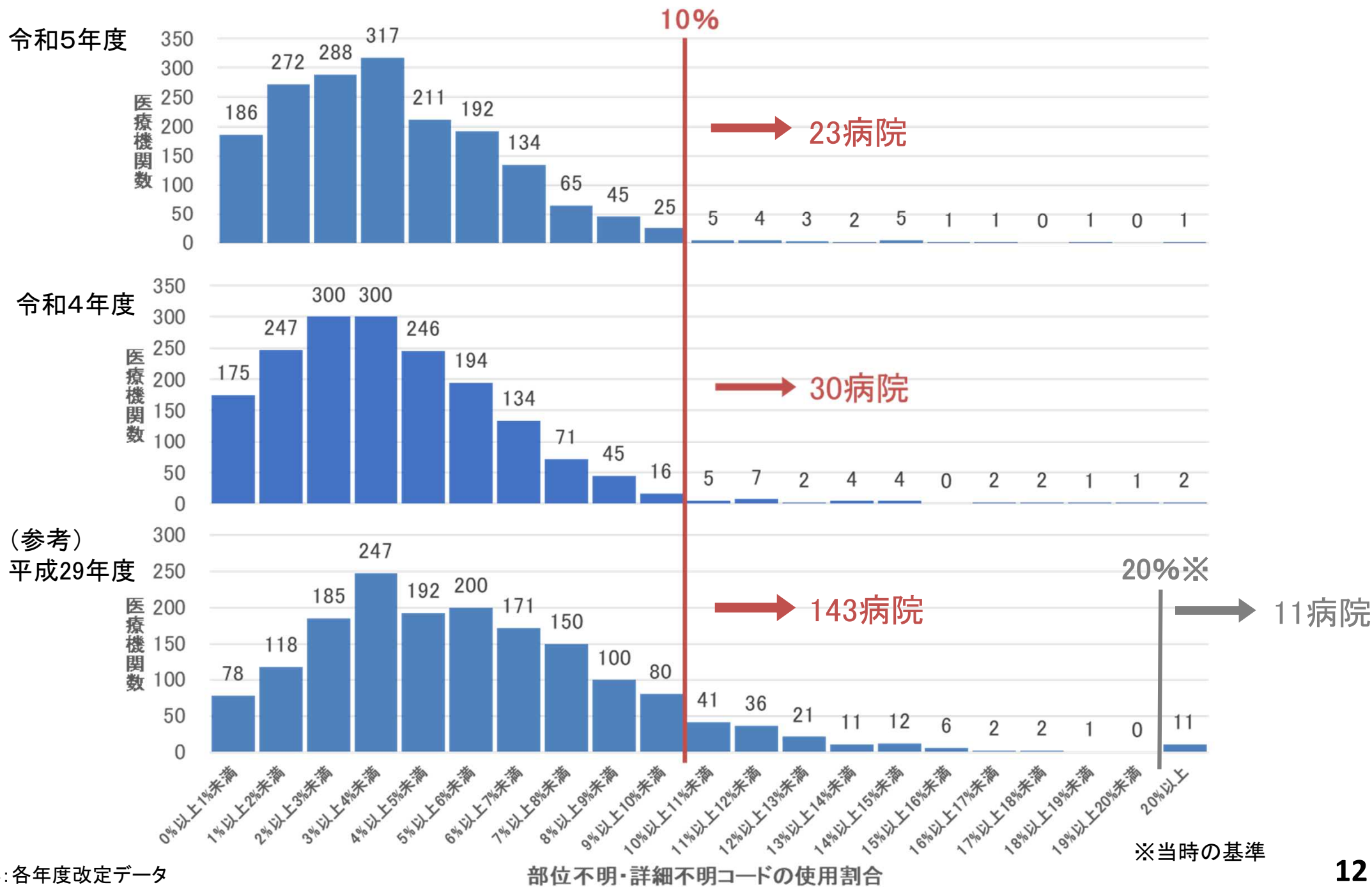
指数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 ／ 〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・ A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

保険診療指数の評価方法

指数	評価内容
保険診療指数	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>【適切なDPCデータの作成】</p> <p>①「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。</p> <p>②DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 様式1の親様式・子様式間(データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)) - 様式1とEFファイル間(入院日数入院料の算定回数の矛盾) - 様式4とEFファイル(医科保険情報と先進医療等情報の矛盾) - DファイルとEFファイル(記入されている入院料等の矛盾) <p>③未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。(様式1で評価)</p> <p>【病院情報の公表】</p> <p>④自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p>

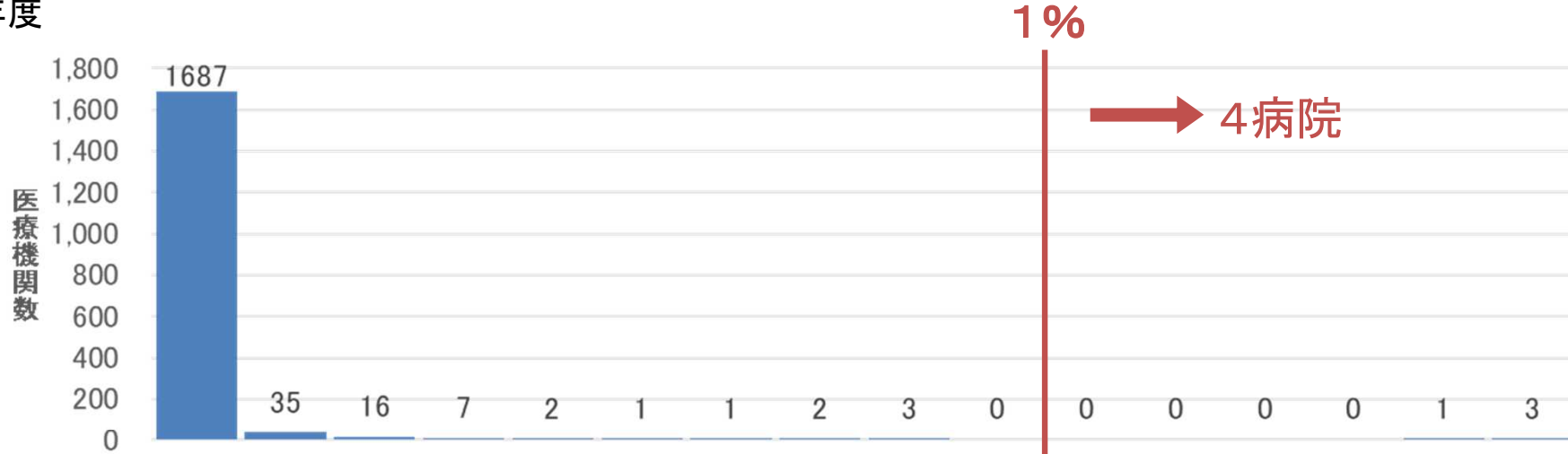
	大学病院本院群 (82)	DPC特定病院群 (181)	DPC標準病院群 (1495)	DPC対象病院 (1758)
①「 部位不明・詳細不明コード 」 10%以上	0(0.0%)	0(0.0%)	23(1.5%)	23(1.3%)
②「 様式間の矛盾 」 1%以上	0(0.0%)	0(0.0%)	4(0.3%)	4(0.2%)
③「 未コード化傷病名 」 2%以上	0(0.0%)	0(0.0%)	6(0.4%)	6(0.3%)
④ 病院情報の公表なし	0(0.0%)	0(0.0%)	10(0.7%)	10(0.6%)

部位不明・詳細不明コードの使用割合

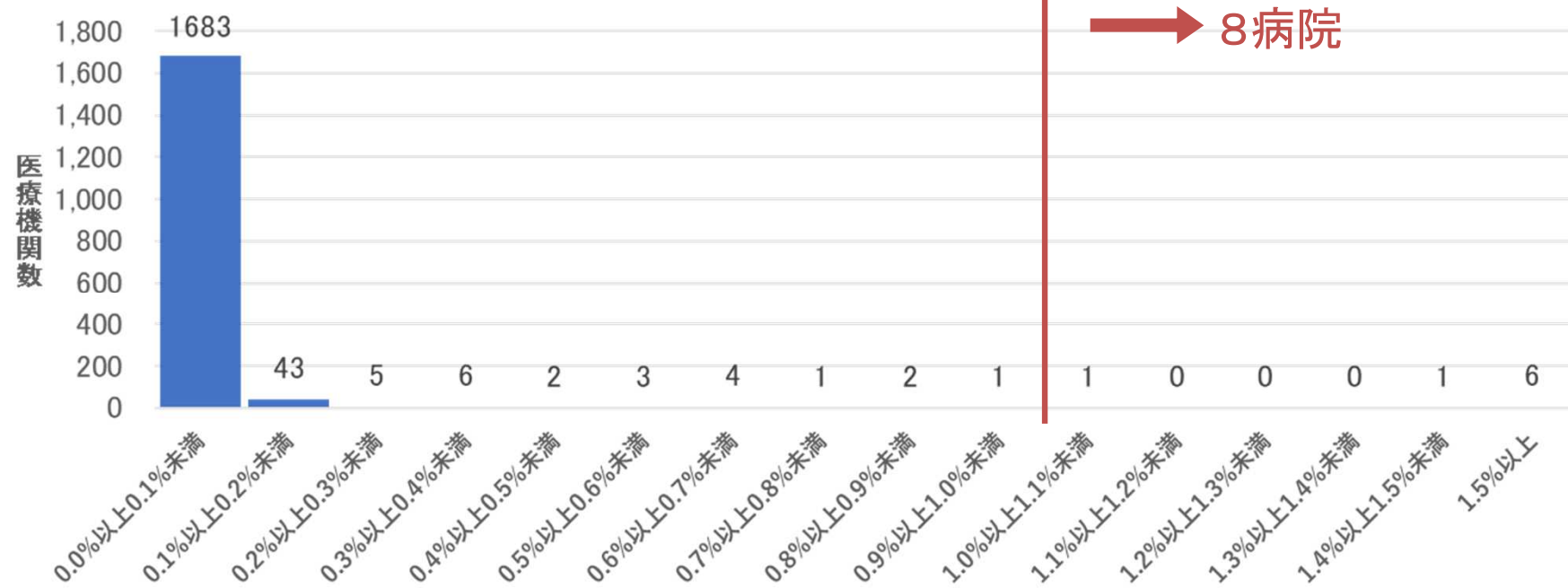


様式間の矛盾割合

令和5年度

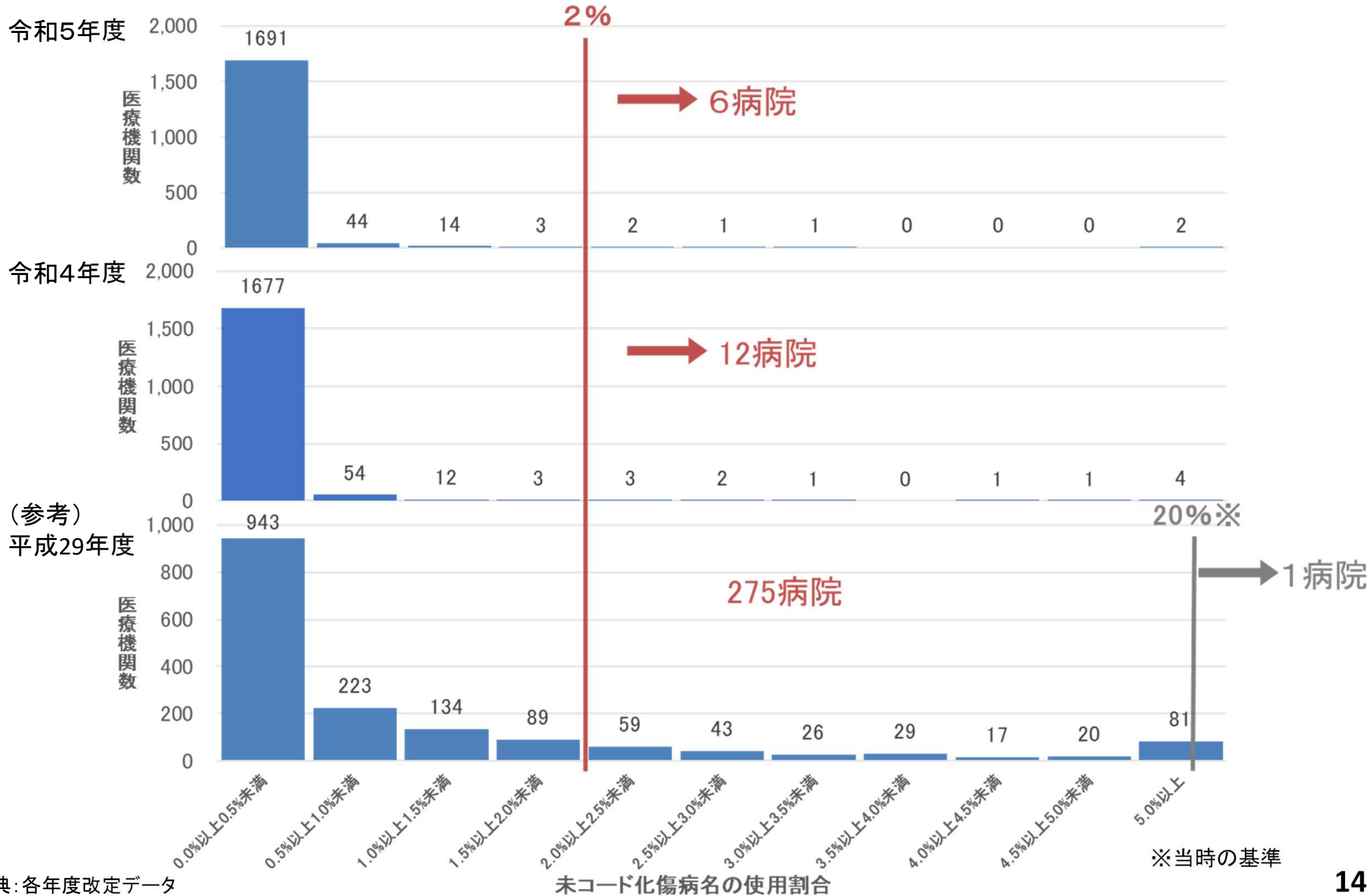


令和4年度



様式間の矛盾割合

未コード化傷病名の使用割合



「部位不明・詳細不明コード」の評価について①

- いわゆる「DPC調査」の実施にあたっては、「医療資源を最も投入した傷病」に付与されうるICDコードのうち、部位や病態等を確認することによって、他のコードに分類される可能性が高いものを「留意すべきICD分類」として例示している。
- このうち一部のICDコードを「部位不明・詳細不明コード」と指定し、「医療資源を最も投入した傷病」において、保険診療係数における評価の対象としている。

例) 「脳梗塞」において使用が想定されるICDコード (参考:「2022年度『DPC導入の影響評価に係る調査』実施説明資料」)

ICDコード	分類名称	DPC6桁コード	DPC6桁分類名	「部位不明・詳細不明コード」の指定
I630	脳実質外動脈の血栓症による脳梗塞	010060	脳梗塞	
I631	脳実質外動脈の塞栓症による脳梗塞			
I632	脳実質外動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞			○
I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞			
I634	脳動脈の塞栓症による脳梗塞			
I635	脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞			○
I636	脳静脈血栓症による脳梗塞、非化膿性			
I638	その他の脳梗塞			
I639	脳梗塞、詳細不明			○
I64	脳卒中、脳出血又は脳梗塞と明示されないもの	010070	脳血管障害	
I659	詳細不明の脳実質外動脈の閉塞及び狭窄			○
I669	詳細不明の脳動脈の閉塞及び狭窄			○
I679	脳血管疾患、詳細不明			○
I694	脳卒中の続発・後遺症、出血または梗塞と明示されないもの	010069	脳卒中の続発症	
I698	その他及び詳細不明の脳血管疾患の続発・後遺症			○

「部位不明・詳細不明コード」の評価について②

- コーディングテキストにおいては、「部位不明・詳細不明コード」の選択は、第三者的に判断ができない場合等の例外的な事例であり、担当医の判断や適切な記録等が確認できる場合には、頻回に発生するとは考えにくい、とされている。

【参考：「部位不明・詳細不明コード」に係るコーディングテキストでの記載について】

(「DPC／PDPS傷病名コーディングテキスト改定版(第5版)」での記載についてより抜粋)

IV. 傷病名の DPC コーディングにあたっての注意点

8. その他、DPCコーディングで留意すべきこと

(5)「部位不明・詳細不明コード」(いわゆる「.9」コード)

- 傷病名の確定に至らない事例や、必要な検査を実施しても明確な結果が得られない事例があり、また、保険診療の範囲では確実な傷病名の確定に至るとは限らず分類の選択が不可能な場合もあることから、ICDにおいて「部位不明・詳細不明」となる4桁細分類項目が設定されている(ただし、ICDの日本語版と原典(英語版)では表現が異なっている)。
- 「部位不明、詳細不明」とは、必ずしも臨床現場における診断において不明という事例ではなく、記録としてそれ以上の必要な傷病に関する情報が存在しない、もしくはそれ以上のことがわからないというような事例も多く存在する場合も考えられるため、そのような場合への対応という意味である。
- 例えば、死亡診断書から傷病名の分類を行う場合、第三者的に判断した時に記録として必要な傷病に関する情報が死亡診断書に記されていない場合があり、そのような場合に限り選択されるべき「部位不明、詳細不明」等の「その他」、「分類不可」等の例外的な分類が存在する。
- 「部位不明・詳細不明コード」を選択する時は、第三者的に判断ができない場合等の例外的な事例であり、担当した医師の判断や適切な記録等が確認できる場合には、不明確なICDコードの選択が頻回に発生するとは考えにくい。
- 従って、「部位不明・詳細不明コード」の選択が結果として頻回に発生する場合は、その多くは診療録の記載不備、主治医や執刀医の確認が不十分であることが原因であると考えられることから、適切な確認体制を構築することが求められる。

令和5年度特別調査について①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の実施について(令和5年6月21日中医協総会了承)

1. 概要

- 令和6年度診療報酬改定に向け、DPC/PDPSについては、令和4年度特別調査の結果等も踏まえ、令和5年度特別調査の実施に向けた調査設計等を行うこととされている(令和5年5月10日中医協総会了承)。
- 令和5年度特別調査の具体的な調査内容等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2. 背景・目的

(1) 適切なコーディングについて

- 機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数においては、適切なコーディングを評価する観点から、様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」のICDコードとして、「部位不明・詳細不明コード」(※1)を使用した割合について評価を行っている。
※1 部位や病態等を確認することにより、他のコードに分類される可能性が高いICDコードのうち一部を、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料において指定している。
- 現在は10%以上を減点対象としており、ほとんどの病院で基準値を下回っている一方で、令和5年度において減点対象となっている病院も23病院存在する。
- 適切なコーディングはDPC/PDPSの安定的な運用の前提であり、令和4年度特別調査を踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要であると考えられたことから、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が高い理由や背景を把握するため、特別調査を実施することとする。

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

- DPC/PDPSにおいては、短期滞在手術等基本料3の対象手術等(以下、「短在3対象手術等」という。)は、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。
- 短在3対象手術等には、全国での外来実施割合が高い短期滞在手術等基本料1の対象手術等(以下、「短在1対象手術等」という。)も含まれるが、そのうち、DPC対象病院における外来実施割合が低い手術等も存在する。
- 令和4年度特別調査において、外来で診療可能な症例を入院で診療している等の意見もみられたこと等も踏まえ、DPC/PDPSにおける短期滞在手術等の評価のあり方を検討するにあたり、入院／入院外での実施状況等を把握するため特別調査を実施することとする。

令和5年度特別調査について②

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

3. 調査の実施方法

○ 下記調査区分に該当する病院に対して調査票の配布・回収を行った。その結果は以下のとおり。

【調査票の回収状況】

区分	調査対象	調査票配布数	回答数	回答率
(1) コーディング に関する調査	①令和5年度機能評価係数Ⅱにおいて、「部位不明・詳細不明コード」を使用した割合が10%以上の病院	23	23	100%
(2) 短期滞在手術等 に関する調査	②短在1対象手術等かつ短在3対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が低い病院	30	30	100%
	③短在1対象手術等かつ短在3対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が高い病院	30	30	100%

※2 令和5年4月時点のDPC対象病院を対象として選定

○ 回収状況等を踏まえ、①～③の類型ごとに2施設ずつヒアリング対象医療機関を選定した。

令和5年度特別調査について③

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

4. ヒアリング対象施設の概要

調査区分	入院外実施割合	通番	主な届出入院料	DPC算定 病床数 (総病床数)	参加年度	医療機関群
(1)	/	①	急性期一般4 地域包括ケア 療養病棟	100 (199)	平成21年度	標準病院群
		②	急性期一般4 地域包括ケア	100 (148)	令和2年度	標準病院群
(2)	低	③	急性期一般1	500 (500)	平成20年度	特定病院群
		④	急性期一般1 回復期リハ	170 (265)	平成16年度	標準病院群
	高	⑤	急性期一般1	405 (405)	平成18年度	特定病院群
		⑥	急性期一般1 地域包括ケア 療養病棟	248 (384)	平成22年度	標準病院群

令和5年度特別調査の結果について (1) ①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(1) 適切なコーディングについて

<「部位不明・詳細不明コード」の使用実態について>

(共通)

- 医師の決定したコーディングについて、確認不足であった。
- 入院時の初期診断で付与した病名をそのまま使ってしまった。
- コーディングの際に特に詳細分類について確認していなかった。
- 原因が多数あり判断がつかない、あるいは、原疾患の特定ができない場合が多い。

(G459 一過性脳虚血発作、詳細不明)

- 画像検査等を実施しても脳出血や脳梗塞が明らかでなく、原因不明のまま軽快し退院するケースが多い。

(I509 心不全、詳細不明)

- 急性期を脱し安定しているものはすべて慢性心不全として当該コードを付与していた。
- 浮腫や胸水貯留のため入院したものの、心不全の精査ができず、詳細な分類ができない場合に付与する。
- 心不全の詳細が不明なまま死亡退院する場合に付与するケースが多い。
- 心肺停止で救急搬送された場合の医療資源病名として選択するケースが多い。

(I639 脳梗塞、詳細不明)

(I635 脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞)

- MRI検査の実施が不可能で、精査が行えない場合がある。
- リハビリテーション目的の入院で使用する。

(K922 胃腸出血、詳細不明)

- 消化管出血を疑い精査を行ったが、出血源が特定できなかった場合に用いる。
- 高齢患者が多く、検査できないことが多い。

令和5年度特別調査の結果について（1）②

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(1)適切なコーディングについて

(M6259 筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの 部位不明)

- 原疾患加療後にADL低下により自宅退院が難しく、リハビリ目的で転入院となったケースに用いる。
- COVID-19の治療後の患者について、急性期病床で受け入れ、リハビリを行った場合に廃用症候群として病名選択を行った。
- 自院で特に発症した疾患なく、脳梗塞後遺症などのADL低下の原因となるような疾患もない場合、付与せざるを得ない。

(C349他 悪性新生物、部位不明)

- 医師が部位不明としてコーディングし、その後部位の確認を行っていなかった。
- 化学療法目的の紹介患者で、紹介状に部位が記載されていない場合に付与する。
- 確定診断がつかないまま退院する場合がある。

<診療情報管理士の関与について>

(適切なICD分類の選択)

- 診療情報管理士がコーディングについて全件チェックを行い、疑義があるものは主治医への確認を行っている。また、不明な事項があった場合の問い合わせに対して対応している。
- 入院当初に付与される病名は詳細でないことが多く、カルテ等から治療経過や内容を把握し、より正確な分類になるような病名を提案している。
- 最近、診療報酬請求部門だけでなく、診療情報管理士が重ねて点検を行う体制へ変更し、医師へ適切なICD分類の検討及び提案を行っている。

(院内での教育・研修)

- 適切なコーディングに関する委員会において、主導的な役割を果たしている。
- コーディング委員会とは別に、主治医との定期的な会議において病名選択の検討を行っている。
- ICD分類の5桁目の選択によって診断群分類が変わるものや、詳細不明コードを選びがちな傷病名については口頭にて指導を行っている。

令和5年度特別調査の結果について（1）③

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(1) 適切なコーディングについて

<コーディングテキストの活用について>

- ICD分類、DPCコードの選択に不明な点がある場合に参照している。
- 医師へ提案、相談をする際に、コーディングテキストの内容を提示している。
- 主に事例集を活用している。
- 検証用途での利用に重宝している。
- コーディング委員会の参加者に配布し、それに基づく検討を行っている。

<その他>

- 適切なコーディングに向け取り組みを進めており、現在は「部位不明・詳細不明コード」の使用割合は10%未満となっている。
- 調査結果を受け、改めて検討し直したところ、多くがミスコーディングあるいは分類不十分であった。

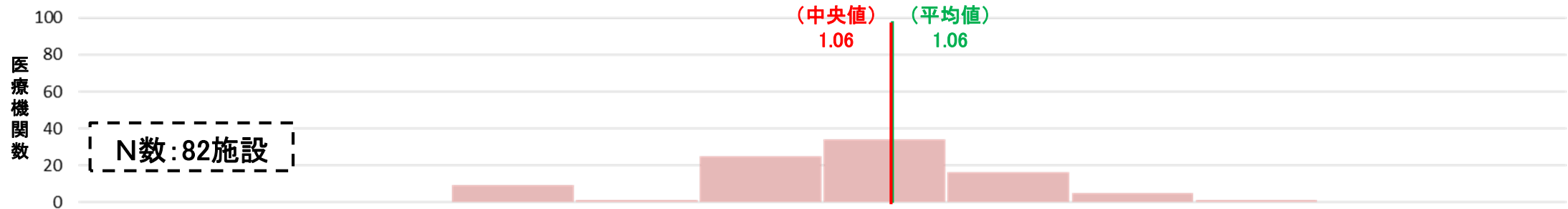
【医療機関からの聴取内容】

- 基本的に医師に病名をつけてもらい、医事部門や診療情報管理部門で確認している。部位不明・詳細不明コードの場合、医師に確認するようにしているが、基本的に医師の判断でコードを選択した結果としてこうなっている。コーディング委員会は医師も参加しているが、若い医師の参加が中心。ベテランの医師の参加は少ない。
- コーディングの確認が不足していたことが主な理由。診療情報管理士は勤務しているものの、配置上指導、管理の立場についており、担当部門の知識、経験が不足していたことも要因。部位不明・詳細不明コードの使用割合は0%になることはないが、10%未満は達成できる見込み。適切なコーディングのためには医師の理解も重要と認識しており、院内で取り組みを進めていきたい。

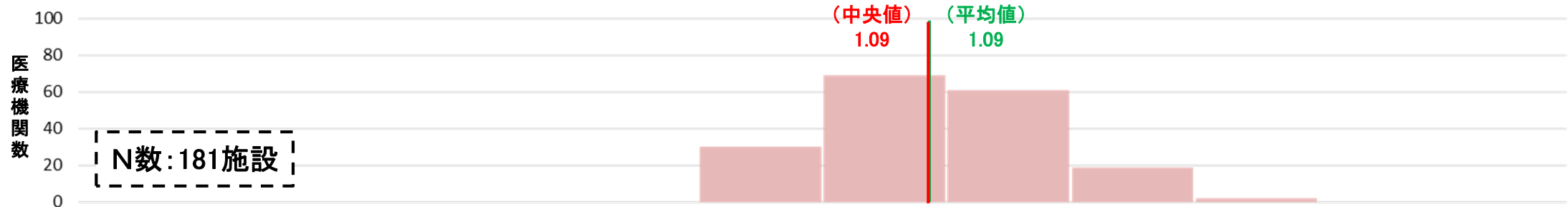
効率性指数の分布状況

○ 効率性指数について、医療機関群別の比較を行ったところ、DPC特定病院群で指数がやや高く、DPC標準病院群でやや低い傾向にあった。

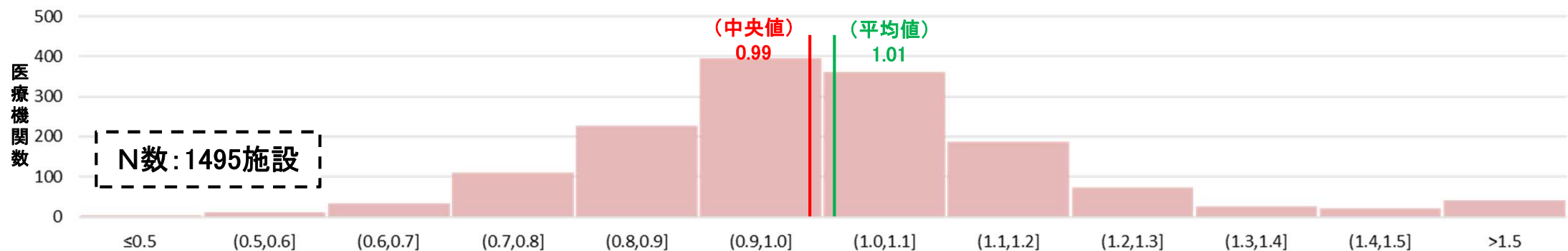
【大学病院本院群】



【DPC特定病院群】



【DPC標準病院群】



効率性指数の評価方法①

指数	評価内容
効率性指数	<p>[全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数] / [当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

○ 効率性指数の計算例(計算対象DPCが少ない場合) ※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	A病院		B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	2	20	3	20	2	2000
②	4	20	6	40	4	2000
③	10	20	-	0	10	2000
④	16	40	-	0	16	2000
⑤	18	100	-	0	18	2000
全DPC	13.8	200	5	60	10	10000
全DPC(患者構成を置き換えた場合)	10	10000	4.5	4000	-	-
効率性指数	$10/10=1.00$		$10/4.5=2.22$			

- ➡
- A病院では、患者構成の置き換えにより、指数(全DPC対象病院の在院日数との相対値)は1となる。
 - B病院では、DPC③～⑤が計算対象とならないため、指数は高い値をとる。

効率性指数の評価方法②

指数	評価内容
効率性指数	<p>[全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数] / [当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

○ 効率性指数の計算例(全国の患者構成による置き換え) ※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	C病院(パターン1)		C病院(パターン2)		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	8	100	10	100	10	4000
②	10	100	10	100	10	2000
③	10	200	10	200	10	2000
④	10	200	10	200	10	1000
⑤	10	400	8	400	10	1000
全DPC	9.8	1000	9.2	1000	10	10000
全DPC(患者構成を置き換えた場合)	9.2	10000	9.8	10000	-	-
効率性指数	$10/9.2 = 1.09$		$10/9.8 = 1.02$			

○ 全DPC対象病院の患者構成への置き換えにより、全DPC対象病院での症例数が多いDPC①の在院日数が短いパターン1がパターン2より高く評価される。

全DPC対象病院で症例数の多い診断群分類

【全DPC対象病院で症例数が上位の診断群分類10個】

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	1入院あたり包括範囲出来高点数	1日あたり包括範囲出来高点数
1	060100xx01xxxx	215,865 (2.44%)	2.35	6,187	2,628
	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術				
2	020110xx97xxx0	191,184 (2.16%)	2.47	5,045	2,045
	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼				
3	160800xx01xxxx	130,288 (1.47%)	22.30	49,745	2,230
	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等				
4	110310xx99xxxx	124,367 (1.40%)	11.68	29,401	2,486
	腎臓又は尿路の感染症 手術なし				
5	040081xx99x0xx	120,599 (1.36%)	18.43	45,380	2,463
	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし				
6	050050xx0200xx	119,807 (1.35%)	3.76	9,357	2,486
	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1 なし、1,2あり 手術・処置等2 なし				
7	050130xx9900x0	112,275 (1.27%)	15.57	38,140	2,449
	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外				
8	050050xx9910x0	106,839 (1.27%)	2.73	7,923	2,899
	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外				
9	060340xx03x00x	102,696 (1.16%)	8.29	21,288	2,569
	胆管(肝内外)結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし				
10	010060xxCCPM04	97,546 (1.10%)	15.98	43,023	2,692
	脳梗塞 CCPMグループ04				
参考:全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

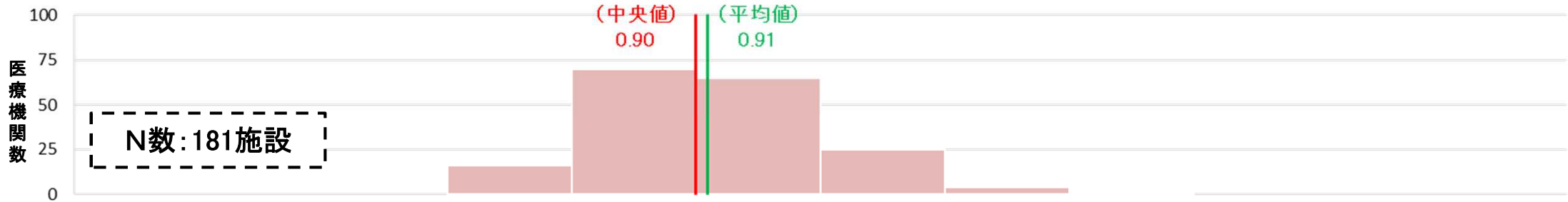
複雑性指数の分布状況

○ 複雑性指数について、医療機関群別の比較を行うと、大学病院本院群で指数がやや低い傾向にある。

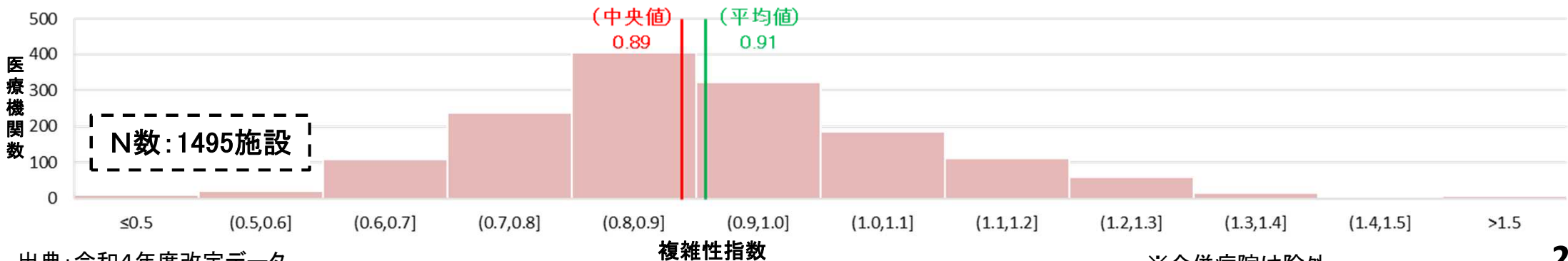
【大学病院本院群】



【DPC特定病院群】



【DPC標準病院群】



出典: 令和4年度改定データ

※合併病院は除外

複雑性指数の評価方法

指数	評価内容
複雑性指数	<p>[当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数]</p> <p>／[全病院の平均一入院あたり包括点数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

○ 複雑性指数の計算例

DPC	C病院		全DPC対象病院		
	包括範囲出来高点数(一入院あたり)	症例比率	包括範囲出来高点数(一入院あたり)	(参考) 平均在院日数	(参考) 包括範囲出来高点数(一日あたり)
040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	52,000	100%	45,380	18.43	2,462
全DPC	52,000	100%	28,730	10.79	2,663
全DPC(点数を置き換えた場合)	45,380	100%	—	—	—
複雑性指数	$45,380 / 28,730 = 1.58$				



○ 誤嚥性肺炎に係る診断群分類は全DPC対象病院における包括範囲出来高点数(一入院あたり)が高いため、症例比率の高いC病院では、指数が高い値をとる。

包括範囲出来高点数(1入院当たり)が高い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数(1入院当たり)が上位の診断群分類10個】

※ 全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る(計205個)

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均1入院あたり包括範囲出来高点数	平均1日あたり包括範囲出来高点数
1	130010xx97x2xx	12,886 (0.15%)	35.28	116,176	3,293
	急性白血病 手術あり 手術・処置等2 2あり				
2	130100xxxxxx40x	10,699 (0.12%)	23.44	105,575	4,504
	播種性血管内凝固症候群 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし				
3	010060xxCCPM06	14,595 (0.16%)	38.44	101,208	2,633
	脳梗塞 CCPMグループ06				
4	180010x0xxx2xx	13,770 (0.16%)	29.80	89,971	3,019
	敗血症(1歳以上) 手術・処置等2 2あり				
5	040081xx97x0xx	15,296 (0.17%)	34.81	82,418	2,368
	誤嚥性肺炎 手術あり 手術・処置等2 なし				
6	010060xxCCPM05	14,447 (0.16%)	28.01	71,191	2,542
	脳梗塞 CCPMグループ05				
7	010060xxCCPM03	10,936 (0.12%)	27.98	67,790	2,423
	脳梗塞 CCPMグループ03				
8	010060xxCCPM07	10,257 (0.12%)	17.91	65,204	3,640
	脳梗塞 CCPMグループ07				
9	050130xx9902xx	17,673 (0.20%)	21.99	62,995	2,865
	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 2あり				
10	130030xx99x5xx	16,614 (0.19%)	18.25	59,644	3,269
	非ホジキンリンパ腫 手術なし 手術・処置等2 5あり				
18	040081xx99x0xx	120,599 (1.36%)	18.43	45,380	2,463
	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし				
参考:全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

包括範囲出来高点数(1入院当たり)が低い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数(1入院当たり)が下位の診断群分類10個】

※ 全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る(計205個)

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均1入院あたり包括範囲出来高点数	平均1日あたり包括範囲出来高点数
196	161060xx99x0xx	14,298 (0.16%)	2.16	5,552	2,575
	詳細不明の損傷等 手術なし 手術・処置等2 なし				
197	060100xx99xxxx	12,998 (0.15%)	2.27	5,161	2,270
	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 手術なし				
198	020230xx97x0xx	10,197 (0.12%)	2.61	5,053	1,938
	眼瞼下垂 手術あり 手術・処置等2 なし				
199	020110xx97xxx0	191,184 (2.16%)	2.47	5,045	2,045
	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼				
200	120140xxxxxxxx	13,676 (0.15%)	1.71	4,662	2,726
	流産				
201	060160x101xxxx	12,224 (0.14%)	2.48	4,624	1,863
	鼠径ヘルニア(15歳未満) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等				
202	050180xx02xxxx	14,201 (0.16%)	2.16	4,567	2,115
	静脈・リンパ管疾患 下肢静脈瘤手術等				
203	11012xxx03xxxx	12,483 (0.14%)	1.97	4,425	2,251
	上部尿路疾患 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)				
204	080270xxxx1xxx	32,542 (0.37%)	1.16	2,222	1,914
	食物アレルギー 手術・処置等1 あり				
205	080270xxxx0xxx	18,755 (0.21%)	1.18	2,195	1,867
	食物アレルギー 手術・処置等1 なし				
参考:全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

包括範囲出来高点数(1日当たり)が高い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数(1日当たり)が上位の診断群分類10個】

※ 全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る(計205個)

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均1入院あたり包括範囲出来高点数	平均1日あたり包括範囲出来高点数
1	050050xx9920x0 狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1 2あり 手術・処置等2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外	47,071 (0.53%)	2.80	22,432	8,020
2	060040xx99x6xx 直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2 6あり	13,605 (0.15%)	3.74	22,022	5,887
3	060035xx99x6xx 結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2 6あり	21,504 (0.24%)	3.75	21,814	5,824
4	130100xxxxx40x 播種性血管内凝固症候群 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし	10,699 (0.12%)	23.44	105,575	4,504
5	130030xx99x4xx 非ホジキンリンパ腫 手術なし 手術・処置等2 4あり	18,092 (0.20%)	9.42	41,005	4,354
6	030250xx991xxx 睡眠時無呼吸 手術なし 手術・処置等1 あり	36,023 (0.41%)	2.00	7,511	3,757
7	010060xxCCPM07 脳梗塞 CCPMグループ07	10,257 (0.12%)	17.91	65,204	3,640
8	090010xx99x40x 乳房の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし	12,934 (0.15%)	3.16	11,268	3,561
9	040040xx99200x 肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 2あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	50,887 (0.57%)	2.52	8,965	3,552
10	050080xx99100x 弁膜症(連合弁膜症を含む。) 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	13,506 (0.15%)	4.55	15,868	3,486
参考:全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

包括範囲出来高点数(1日当たり)が低い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数(1日当たり)が下位の診断群分類10個】

※ 全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る(計205個)

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均1入院あたり包括範囲出来高点数	平均1日あたり包括範囲出来高点数
114	040081xx99x0xx	120,599 (1.36%)	18.43	45,380	2,463
	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし				
196	030230xxxxxxxx	16,102 (0.18%)	7.59	15,542	2,048
	扁桃、アデノイドの慢性疾患				
197	020110xx97xxx0	191,184 (2.16%)	2.47	5,045	2,045
	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼				
198	070230xx01xxxx	48,455 (0.55%)	19.94	40,660	2,040
	膝関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等				
199	160620xx01xxxx	18,513 (0.21%)	12.35	25,148	2,037
	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。) 腱縫合術等				
200	160610xx01xxxx	12,256 (0.14%)	14.96	29,376	1,963
	四肢筋腱損傷 靭帯断裂形成手術等				
201	140010x299x0xx	15,641 (0.18%)	10.03	19,691	1,963
	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(1500g以上2500g未満) 手術なし 手術・処置等2 なし				
202	020230xx97x0xx	10,197 (0.12%)	2.61	5,053	1,938
	眼瞼下垂 手術あり 手術・処置等2 なし				
203	080270xxxx1xxx	32,542 (0.37%)	1.16	2,222	1,914
	食物アレルギー 手術・処置等1 あり				
204	080270xxxx0xxx	18,755 (0.21%)	1.18	2,195	1,867
	食物アレルギー 手術・処置等1 なし				
205	060160x101xxxx	12,224 (0.14%)	2.48	4,624	1,863
	鼠径ヘルニア(15歳未満) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等				
参考:全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

救急医療指数の評価方法①

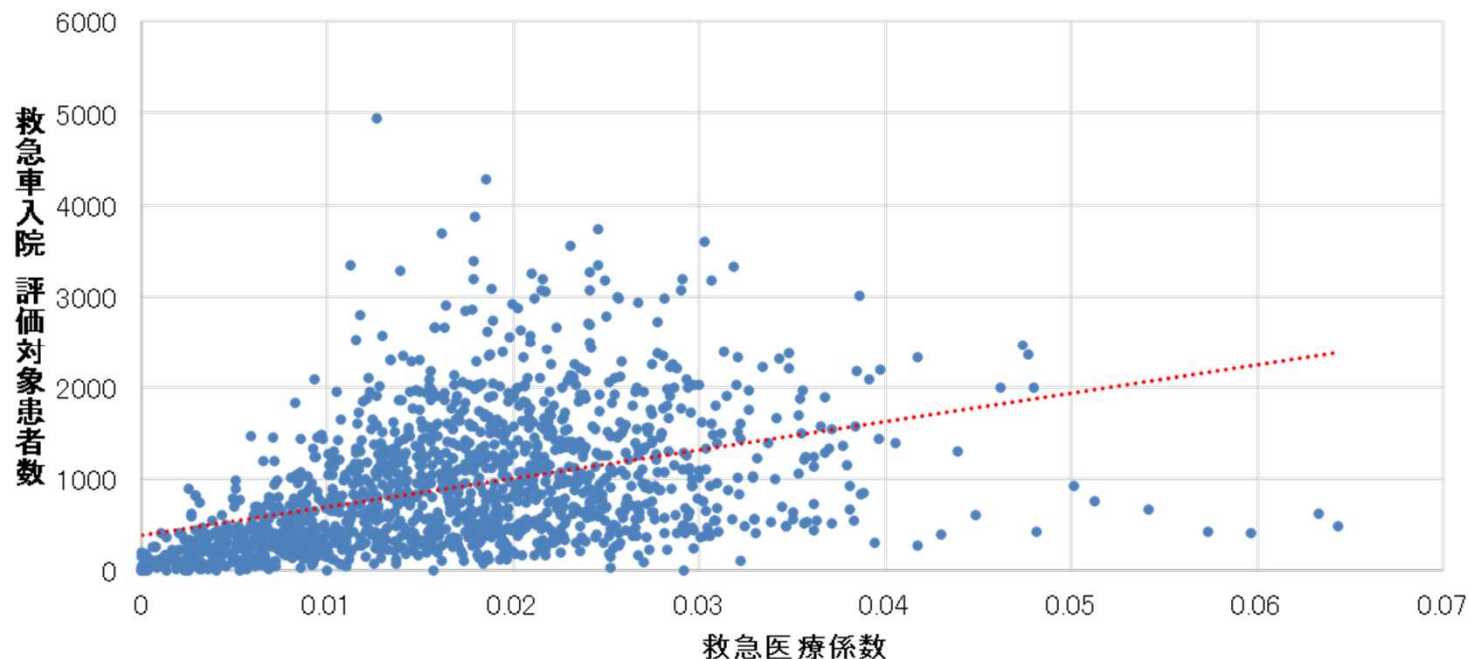
- 救急医療指数は、緊急入院の対象となる患者の治療では、診断が確定していない等により、初期治療や鑑別診断等のために通常の予定入院による診療よりも医療資源投入量が一定程度多くなることを踏まえ、「入院初期の実際の医療資源投入量と診断群分類点数表に基づく点数の乖離」を評価している。

指数	評価内容
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none">・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】: 救急医療入院の患者</p>

救急医療指数の評価方法②

- 救急医療係数について、例えば、体制評価指数の評価項目である「救急車来院による入院患者数」との関連性をDPC標準病院群を対象に分析したところ、相関係数は0.41であった。
- 救急医療係数について、係数値の単純な多寡が、各施設での救急医療実績を必ずしも直接的に反映しない要因として、以下のような点が挙げられる。
 - ① 救急医療入院数自体は少なくとも、当該施設全体の入院患者数に比して、相対的に多くの救急医療入院を受け入れている場合、係数値としては高くなる。
 - ② 救急医療入院となる症例が多い診断群分類では、当該分類の包括点数が救急医療入院となる症例の実績点数をより反映する形で設定されるため、そのような診断群分類の診療実績は係数値としては反映されにくい。

【DPC標準病院群】 相関係数0.41



体制評価指数による現行の評価

- 地域医療指数の体制評価指数においては、医療計画上の5疾病6事業等における急性期入院医療について、各項目ごとの評価を行っている。

【現行の評価項目】

評価項目	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

体制評価指数における評価項目①

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の[「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数]／[医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数](0.5P)		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定(0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価(1P) (血管内治療の実施:入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算(特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等(K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2)のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術(K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612)のいずれかが算定されている症例)の診療実績(25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	<ul style="list-style-type: none"> ・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価(いずれかで1P) ・「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.5P) 		

体制評価指数における評価項目②

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院の指定(0.5P)、DMATの指定(0.25P)、EMISへの参加(0.25P)、<u>BCPの策定(災害拠点病院に指定されている場合を除く)(0.25P)</u> 		
周産期	<ul style="list-style-type: none"> 「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価(いずれかで1P) 	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P) ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
救急	<ul style="list-style-type: none"> 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P) 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P) 	
	<ul style="list-style-type: none"> 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P) 	<ul style="list-style-type: none"> 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P) 	
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) ・<u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P)</u> ※ <u>上記のいずれも満たした場合(0.75P)</u> ・<u>GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で評価)(最大0.25P)</u> 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> 右記のいずれか1項目を満たした場合(0.1P) 	<ul style="list-style-type: none"> 治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P) ・20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)(※)協力施設としての治験の実施を含む。 	

病院群別の体制評価指数の分布

- 令和5年度機能評価係数Ⅱにおいて、体制評価指数の上限値に達する病院の割合は、大学病院本院群で11.0%（9病院）、DPC特定病院群で5.0%（9病院）、DPC標準病院群で10.0%（150病院）であった。
- また、体制評価指数の上限値の5割以上を取得する病院の割合は、大学病院本院群で100%（82病院）、DPC特定病院群で88.4%（160病院）、DPC標準病院群で56.4%（845病院）であった。



体制評価指数における評価の手法について

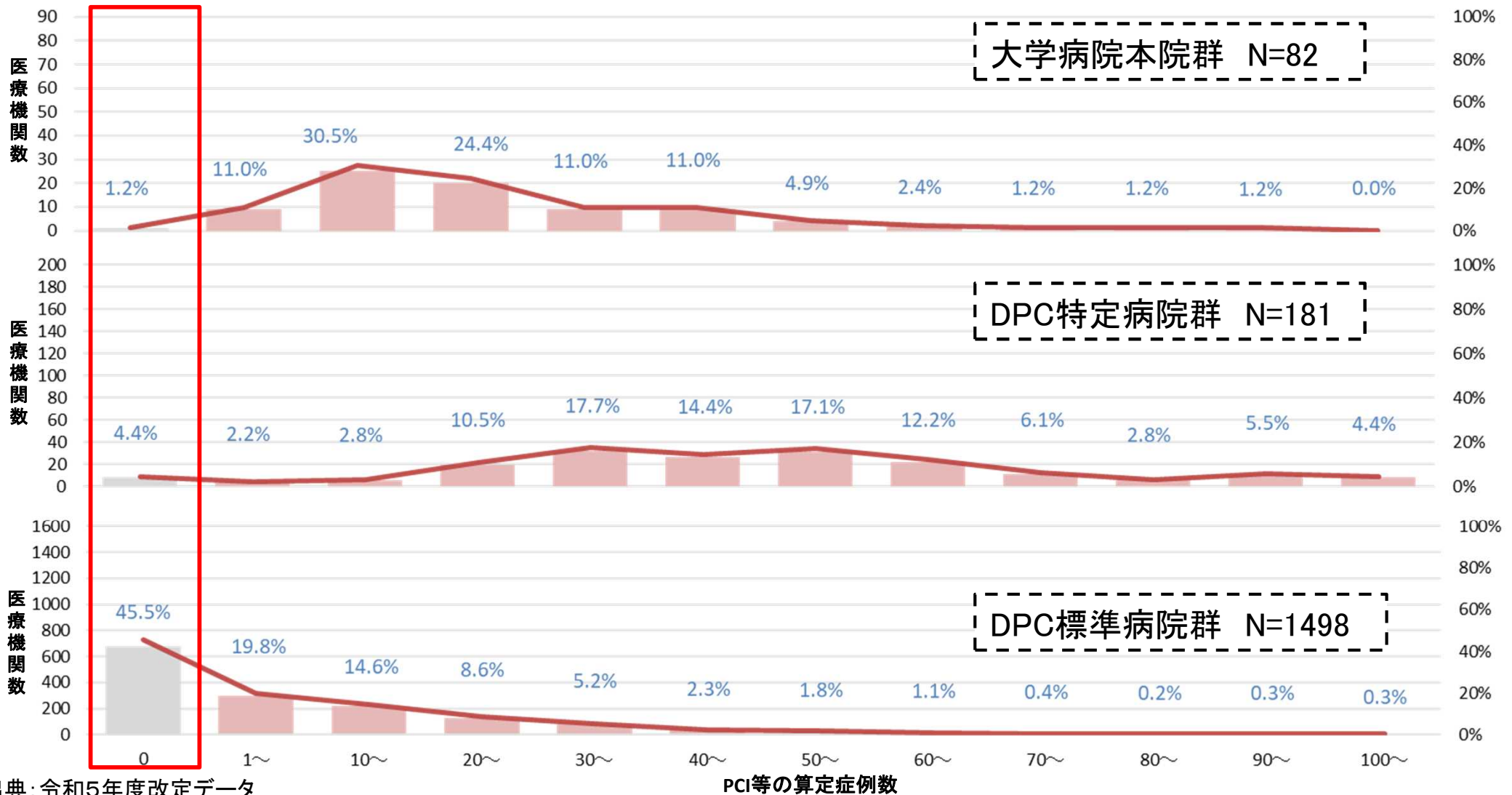
- 5疾病5事業等に係る体制評価指数における評価にあたっては、医療機関の体制への評価と診療実績への評価がともに用いられている。
- 実績評価については、原則として実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25%tile値を上限値として設定している。

評価項目	評価内容	上限値	上限値未満の評価
がん	・ <u>がん地域連携</u>	<u>25%tile値</u>	線形評価
	・がん診療連携拠点病院等の指定		
脳卒中	・ <u>血管内治療の実施等</u>	<u>25%tile値</u>	0
心血管疾患	・ <u>緊急時の心筋梗塞に対するPCI等の実施</u>	<u>25%tile値</u>	線形評価
	・ <u>大動脈解離に対する手術の実施</u>		0
精神疾患	・ <u>精神科身体合併症管理加算等の算定実績</u>	<u>25%tile値</u> <small>※精神科救急・合併症入院料については、1件以上の算定実績を評価</small>	線形評価
災害	・災害拠点病院の指定等		
周産期	・総合周産期母子医療センター等の指定		
へき地	・へき地医療拠点病院等の指定		
救急	・救命救急センター等の体制		
	・ <u>救急車来院による入院患者数</u>	<u>25%tile値</u>	線形評価
感染症	・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保等		
	・ <u>GMISへの参加割合</u>	<u>25%tile値</u>	線形評価

診療実績への評価の現状について

- 診療実績に係る評価項目の多くについて、大学病院本院群及びDPC特定病院群においては一定の算定実績がみられ(指標データが0より大きい)、多くの病院が上限値又は上限値に近い値を取得することとなっている。

【例：緊急時の急性心筋梗塞に対するPCI等の実施】



出典：令和5年度改定データ

DPC対象病院の要件について

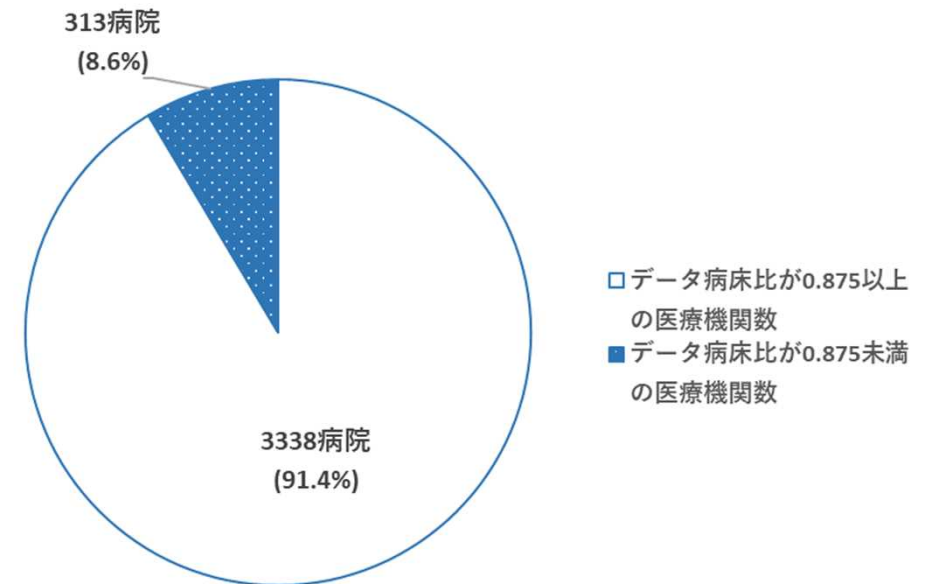
○ DPC対象病院の要件の1つである、1月あたりのデータ/病床比(※)の基準は、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関の大半が満たしている。

※ データ/病床比 = 対象期間においてDPC算定病床を退院した患者の全データ数(エラーデータ等を除く) / DPC算定病床数

DPC対象病院の要件

- ①急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- ②A207診療録管理体制加算の届出
- ③以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- ④調査期間1月あたりのデータ/病床比が0.875以上
- ⑤適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

急性期一般入院基本料の届出医療機関のデータ病床比の状況



※令和4年9月時点の病院(合併病院等は除く)

※データ/病床比の算出にあたりコロナ対応期間の補正は行っていない

データ/病床比について

- データ/病床比は、DPC対象病院が満たすべき要件の1つとされており、病床あたりのデータ数について一定の基準を求めている。
- 現行の基準値(1月あたり0.875)は、平成17年医療施設調査の一般病床の病床利用率(79.4%)及び特定機能病院入院基本料(一般病棟10:1)の基準在院日数(28日)に基づき設定されている。

【平成19年11月21日 診療報酬基本問題小委員会 診-2-2(抜粋)】

中医協 診-2-2
19.11.21

診調組 D-1-2
19.11.12

(データ/病床)比に係る整理

1 (データ/病床)比の考え方

ア 対象期間において退院した患者の全データ数/病床のこと。

イ 全データ数を病床利用率や在院日数等を用いて算出する場合には、

$$\text{全データ数} = \{ \text{対象期間 (A)} \times \text{病床数 (B)} \times \text{病床利用率 (C)} \} / \text{在院日数 (D)}$$
となる。

ウ 従って、

$$\begin{aligned} \text{(データ/病床)比} &= \text{全データ数} / \text{病床数 (B)} \\ &= \{ \text{対象期間 (A)} \times \text{病床利用率 (C)} \} / \text{在院日数 (D)} \end{aligned}$$

となり、病床利用率が高く、在院日数が短ければ、(データ/病床)比は大きくなる。

2 具体例について

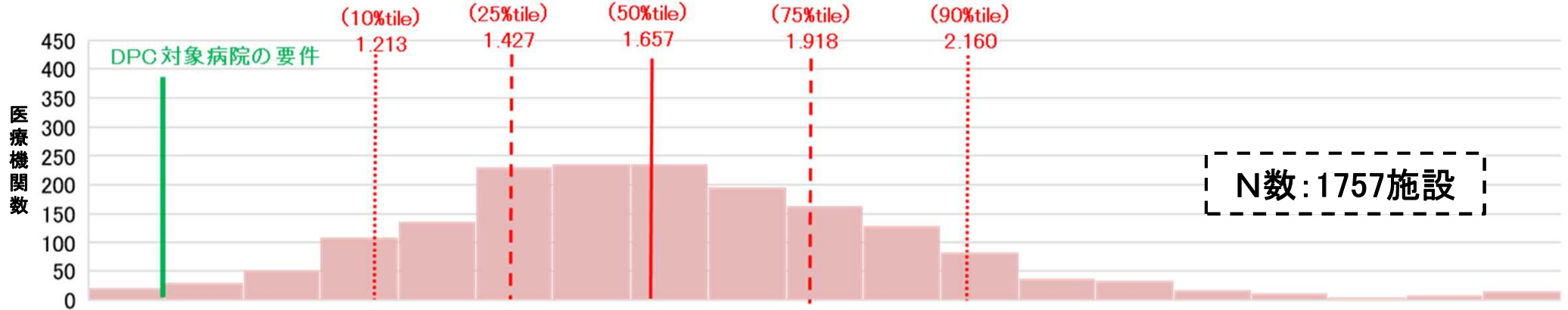
- ・ 対象期間 = 7月～10月 (123日)
- ・ 一般病床の病床利用率 = 79.4% (平成17年医療施設調査)
- ・ 平均在院日数 = 28日 (10:1入院基本料における特定機能病院の基準在院日数) とした場合

$$\begin{aligned} \text{(データ/病床)比} &= (\text{対象期間 } 123 \text{日} \times \text{病床利用率 } 79.4\%) / \text{平均在院日数 } 28 \text{日} \\ &= 3.49 \end{aligned}$$

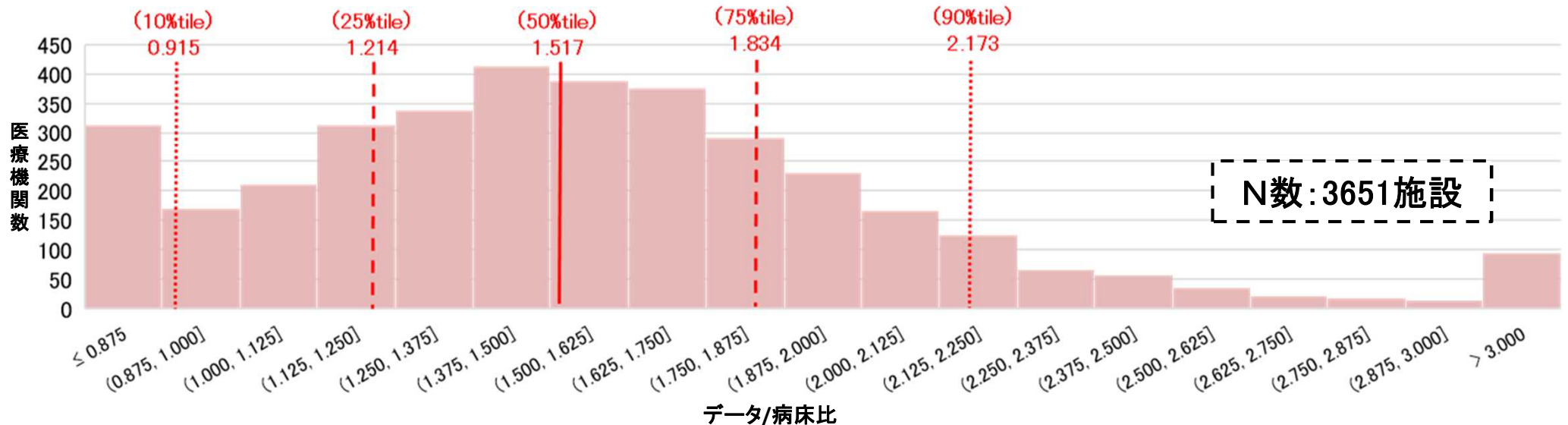
DPC対象病院におけるデータ/病床比(1月あたり)の分布

○ 令和3年10月～令和4年9月データに基づく、DPC対象病院及び急性期一般入院基本料の届出を行う病院のデータ/病床比(1月あたり)の分布は以下のとおり。

【DPC対象病院】



【急性期一般入院基本料の届出を行う病院】

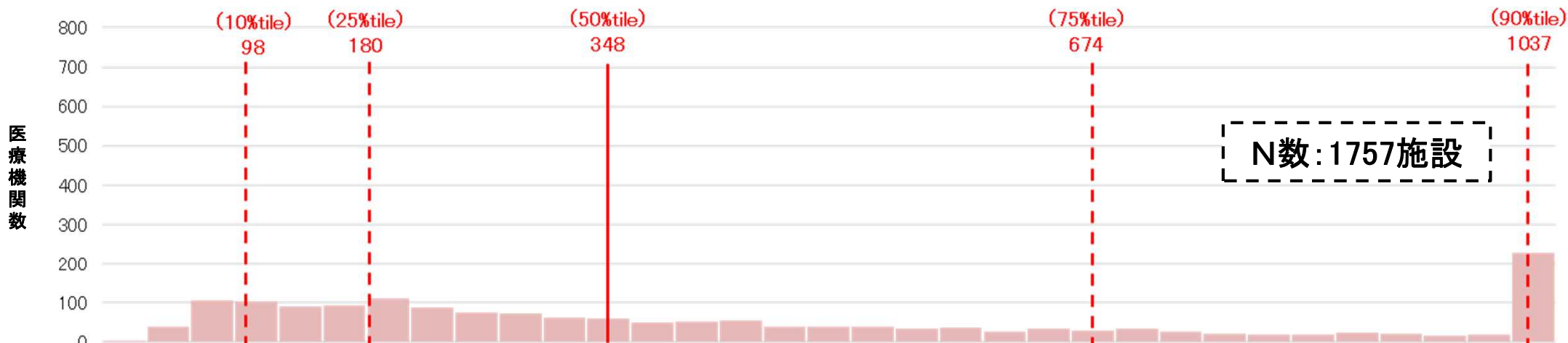


※令和4年9月時点のDPC対象病院(合併病院等は除く)
 ※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正は行っていない

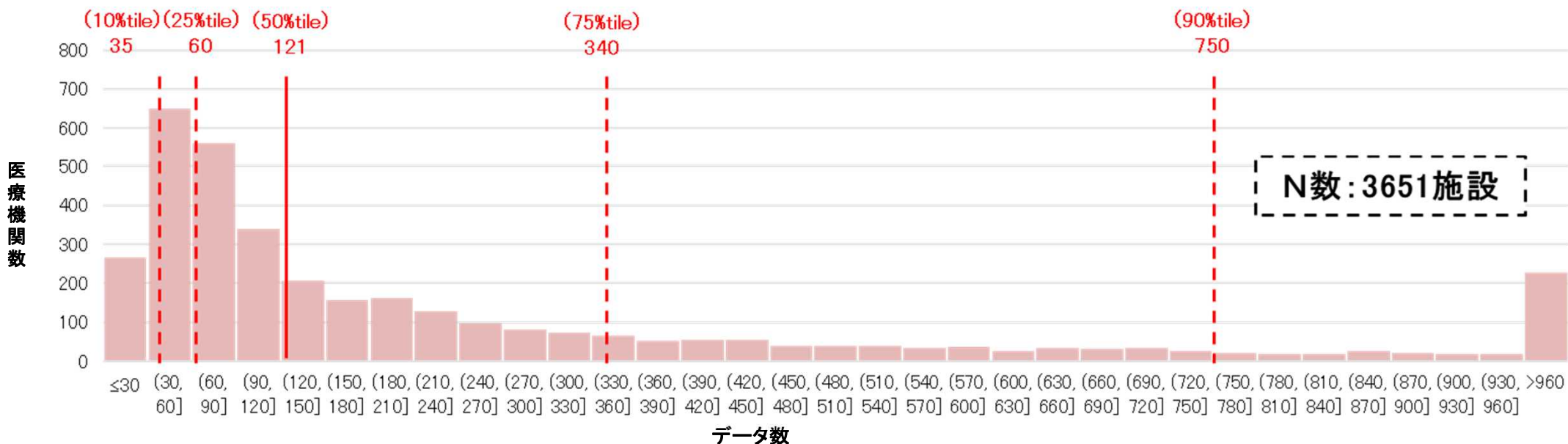
DPC対象病院におけるデータ数(1月あたり)の分布

- 令和3年10月～令和4年9月データに基づく、データ数(1月あたり)の分布は以下のとおり。
- データ数(1月あたり)が少ないDPC対象病院も存在する。

【DPC対象病院】



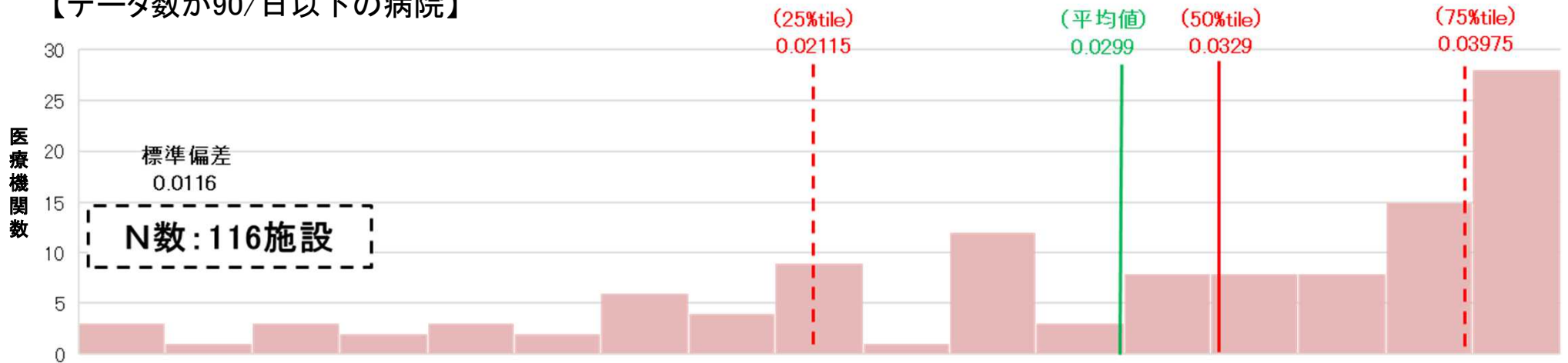
【急性期一般入院基本料の届出を行う病院】



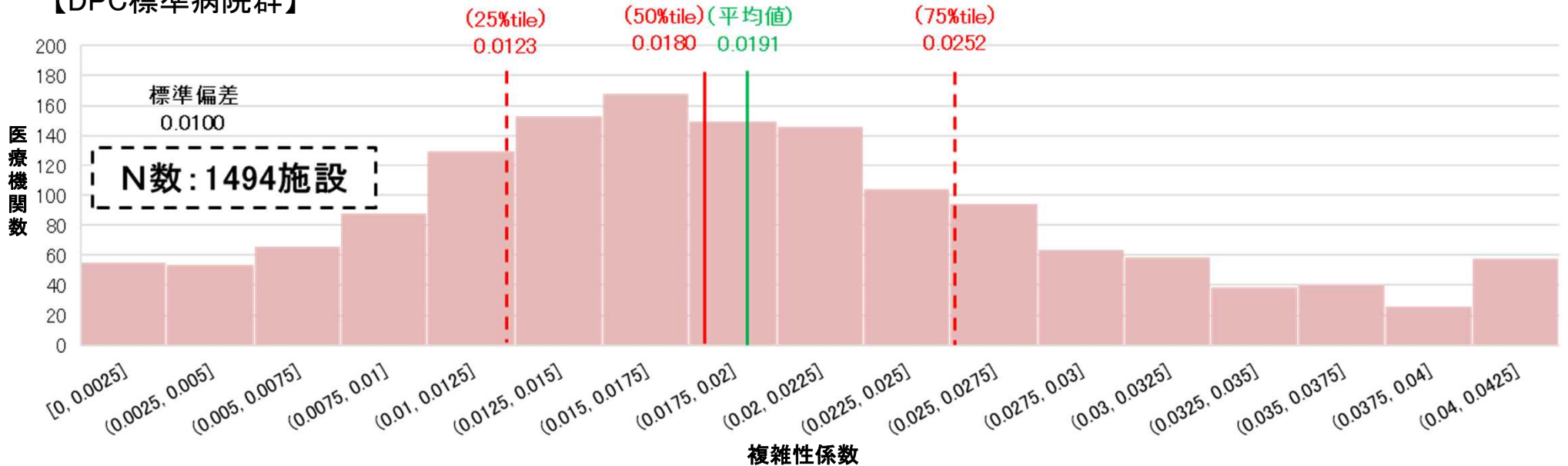
データ数が少ない病院の複雑性係数

○ 1月あたりのデータ数が90(DPC対象病院の約10%tile値)以下のDPC対象病院の現行の複雑性係数は、標準病院群全体と比較して高い傾向にある。

【データ数が90/日以下の病院】

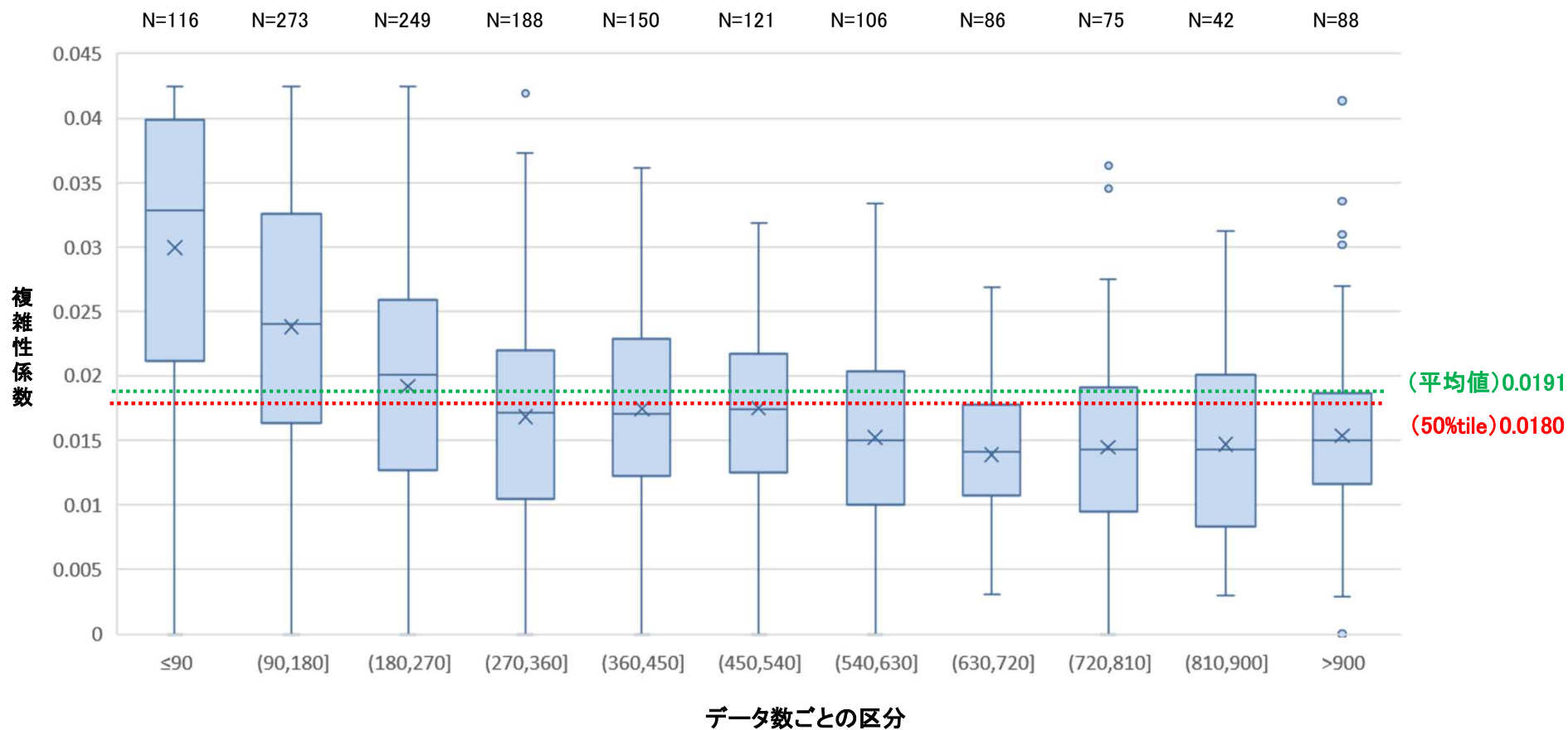


【DPC標準病院群】



データ数の規模別の複雑性係数の分布

- DPC標準病院群について、1月あたりのデータ数を90ごとに区分した場合の複雑性係数の分布は以下のとおり。
- 1月あたりのデータ数が少ない区分に該当する病院では複雑性係数が高い傾向にある。

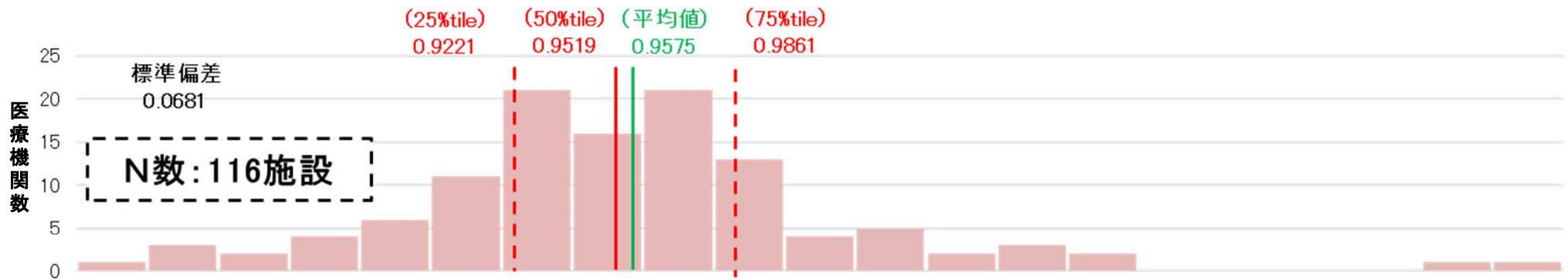


※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院(合併病院等は除く)
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

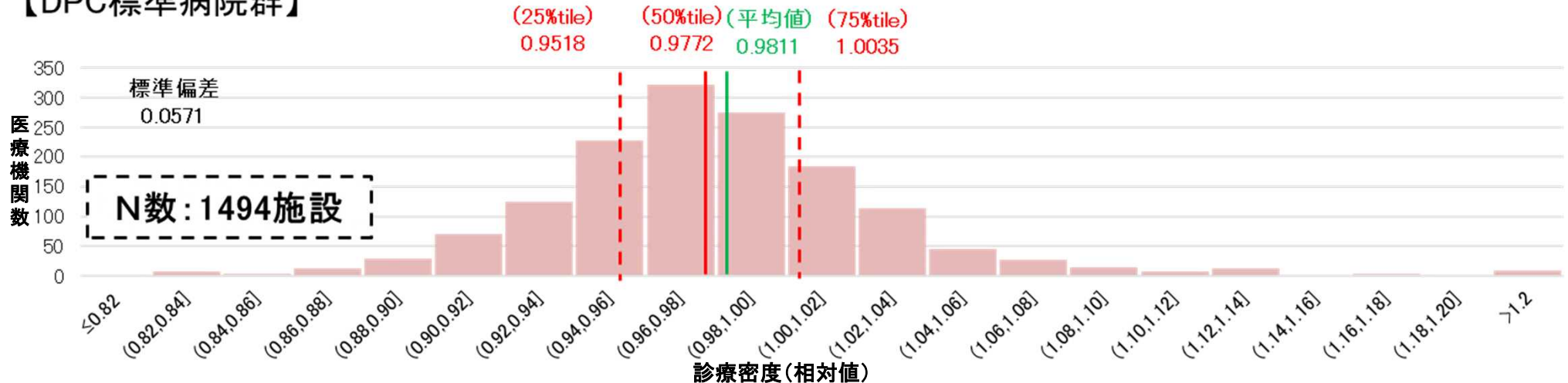
データ数が少ない病院の診療密度(相対値)

○ 1月あたりのデータ数が90以下のDPC対象病院の診療密度(相対値)は、標準病院群全体と比較して低い傾向にある。

【データ数(1月あたり)が90を下回る病院】



【DPC標準病院群】



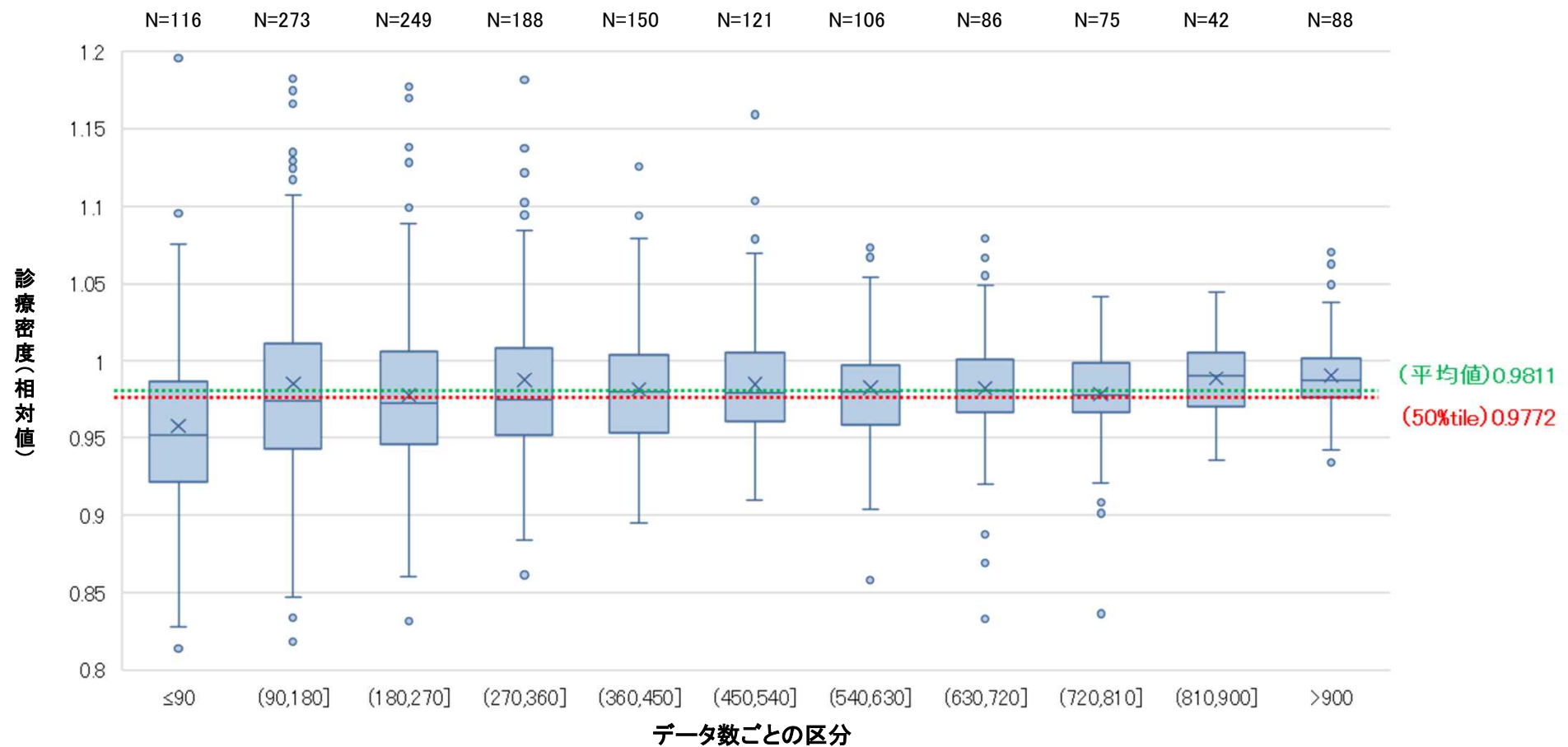
※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院(合併病院等は除く)

※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

※診療密度(相対値): 1日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値(当該病院の症例構成による補正後)

データ数の規模別の診療密度(相対値)の分布

- DPC標準病院群について、1月あたりのデータ数を90ごとに区分した場合の診療密度(相対値)の分布は以下のとおり。
- 1月あたりのデータ数が90以下の区分に該当する病院は他の区分に該当する病院と比較して、診療密度(相対値)が低い傾向にある。



※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院(合併病院等は除く)

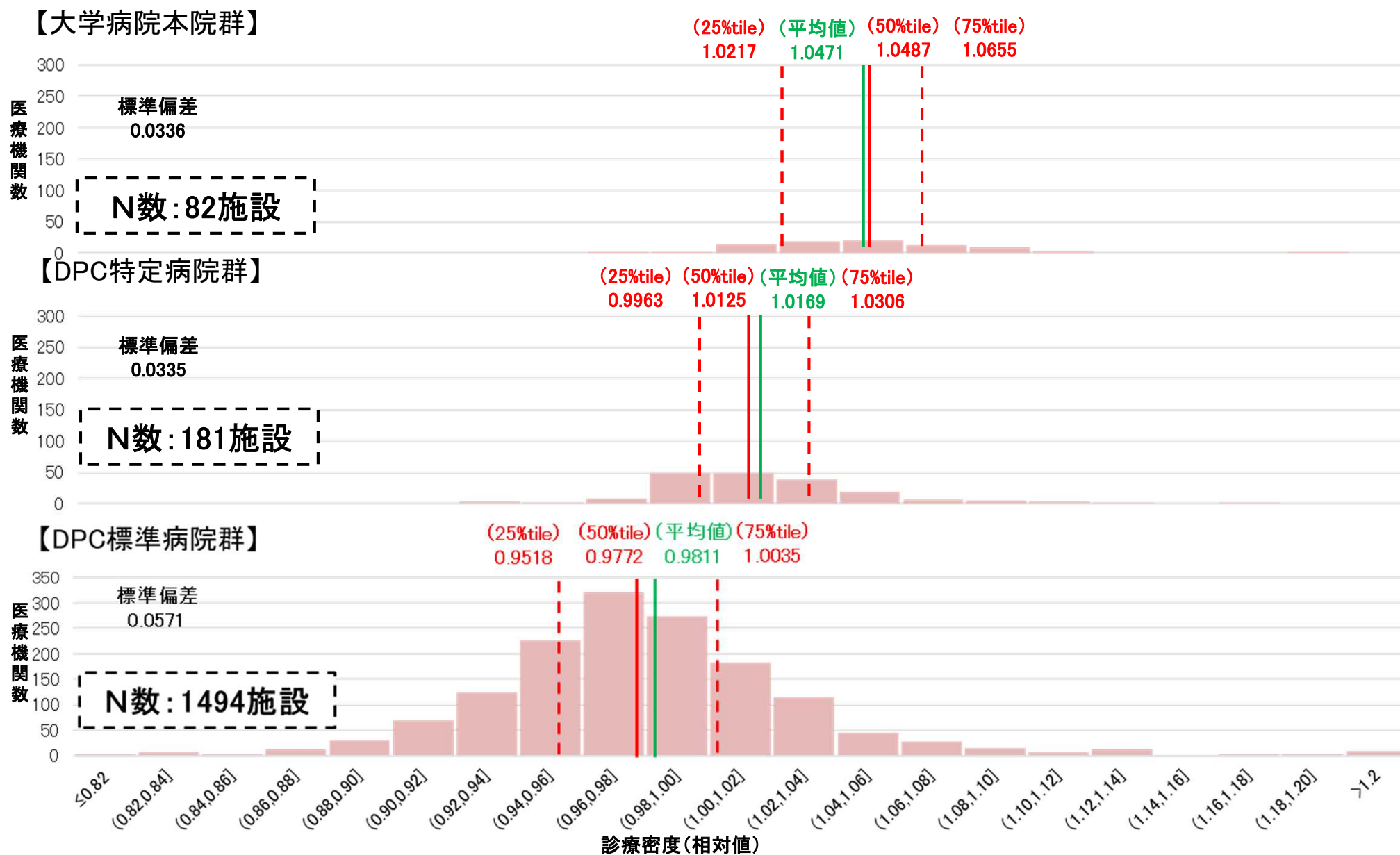
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

※診療密度(相対値): 1日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値(当該病院の症例構成による補正後)

※診療密度(相対値)が1.2を超える5施設、0.8を下回る1施設は表示していない

(参考) DPC対象病院における診療密度(相対値)の分布

○ 全DPC対象病院の医療機関群別の診療密度(相対値)の分布は以下のとおり。



出典: 令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※令和4年9月時点のDPC対象病院(合併病院等は除く)

※診療密度(相対値): 1日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値(当該病院の症例構成による補正後)

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

3-1. DPC対象病院に係る検討について

3-2. 算定ルールに係る検討について

3-3. 診断群分類に係る検討について

3-4. 退院患者調査に係る検討について

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 外来医療について

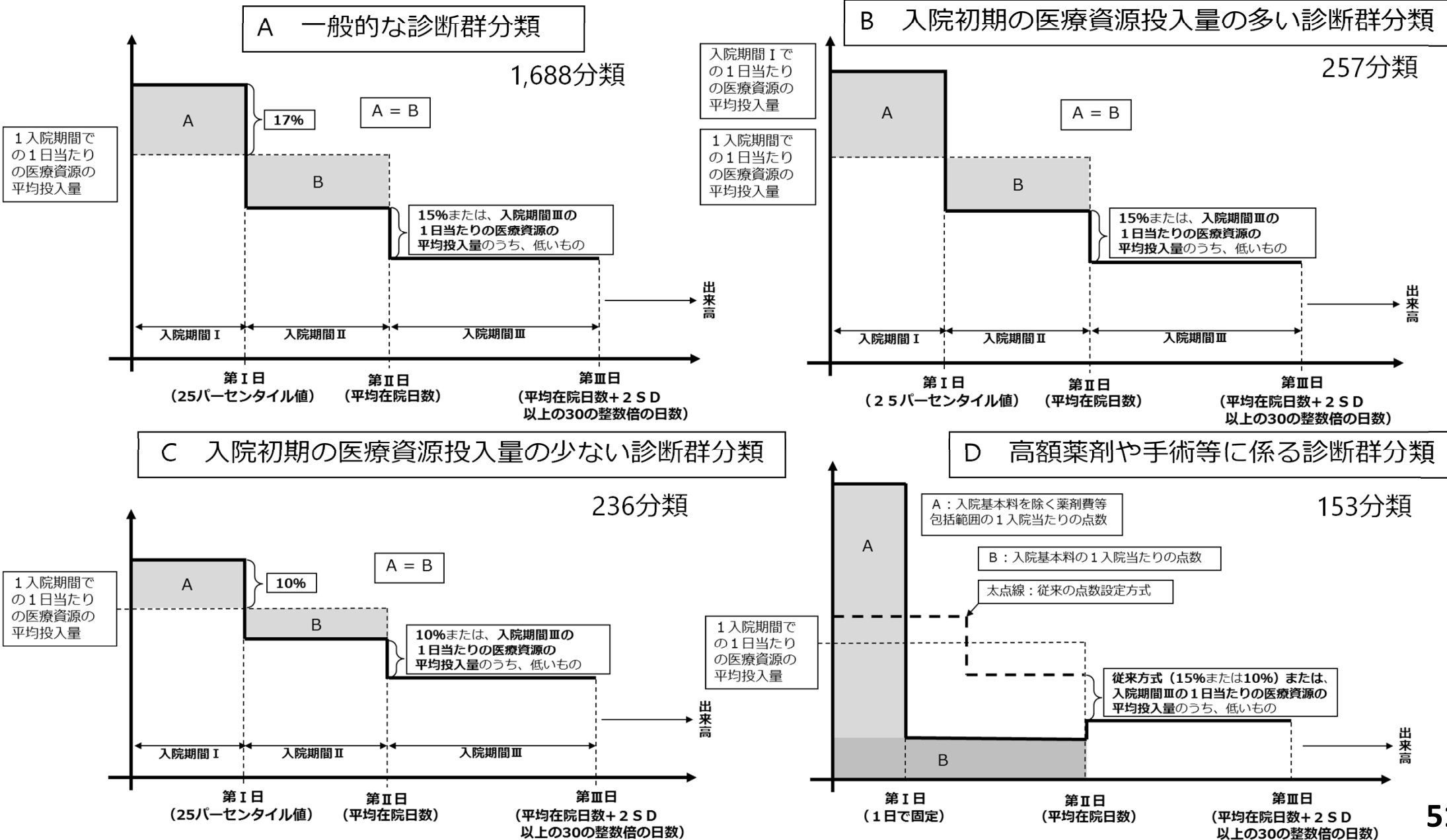
8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 横断的個別事項について

1日あたり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

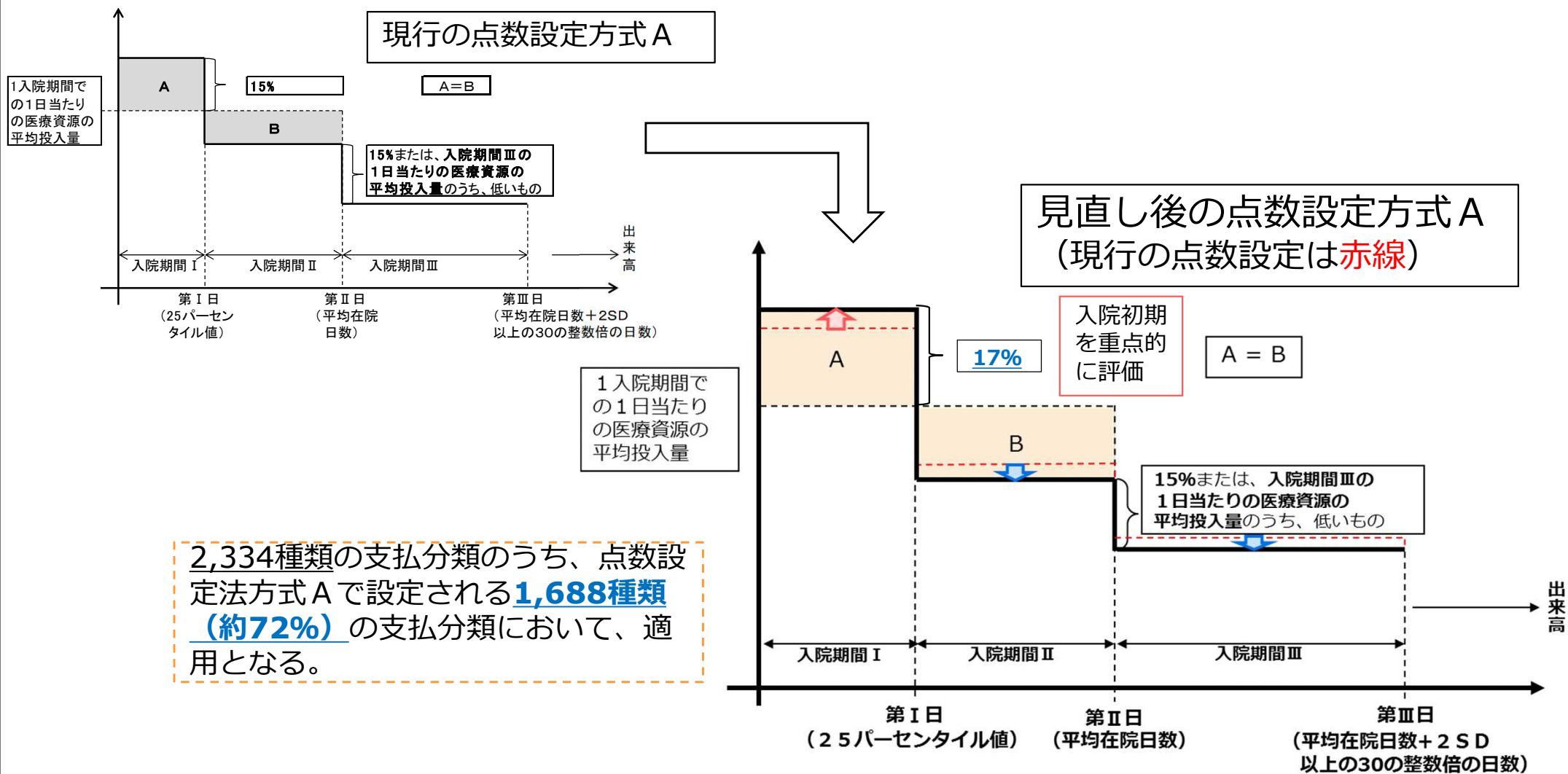
➤ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの点数設定方式により点数が設定される。



診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

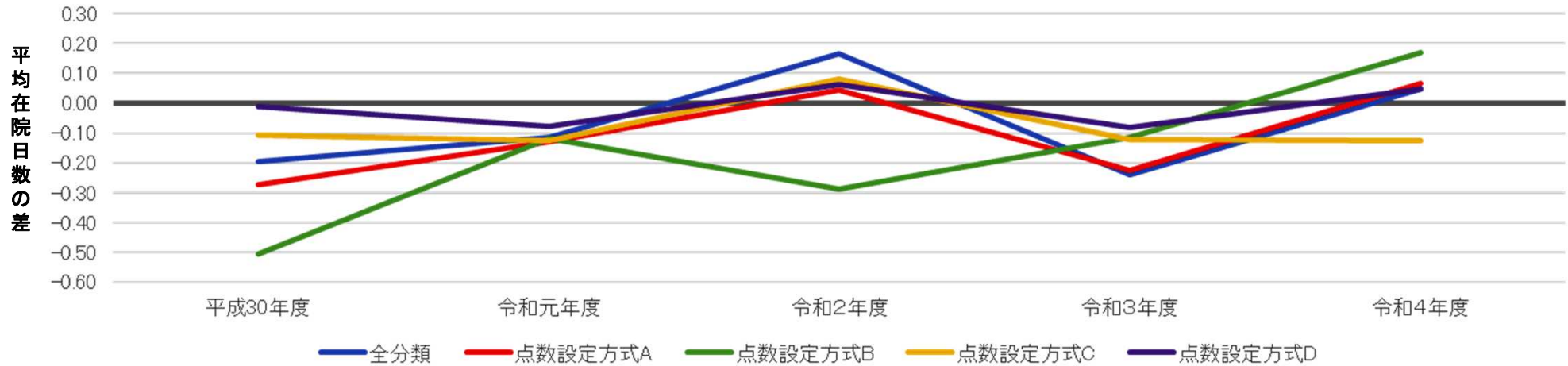
- 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間I）をより重点的に評価する体系に見直す。



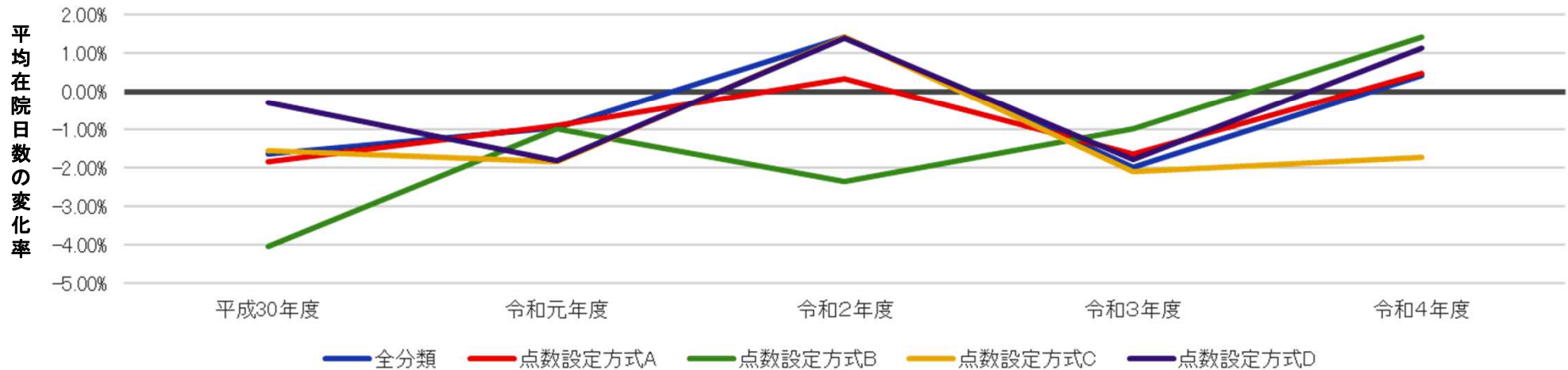
点数設定方式別の在院日数の変化の推移

○ 点数設定方式別の平均在院日数の差及び変化率(対前年度)の経年的な推移は以下のとおり。

【平均在院日数の差(対前年度)】



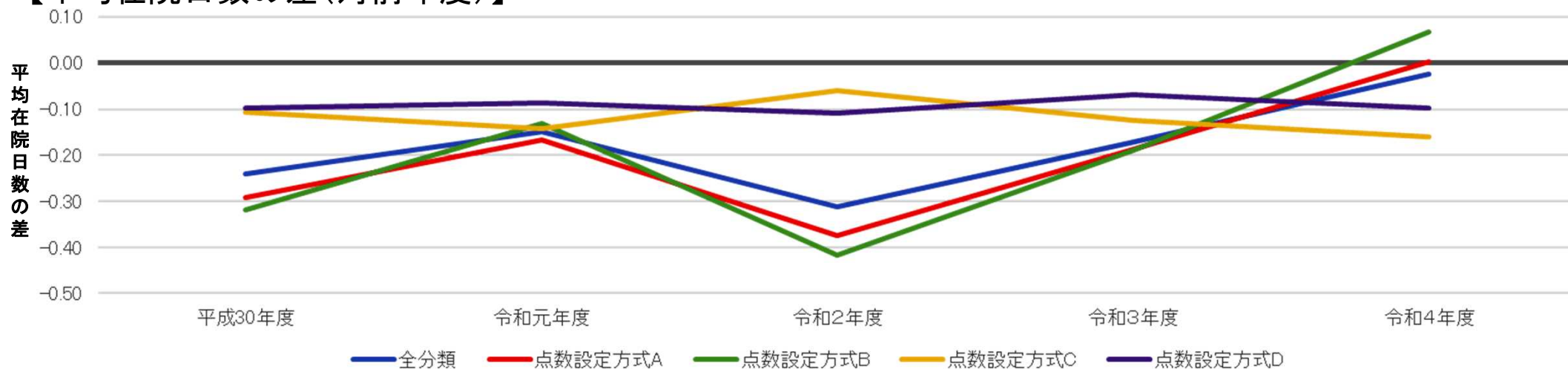
【平均在院日数の変化率(対前年度)】



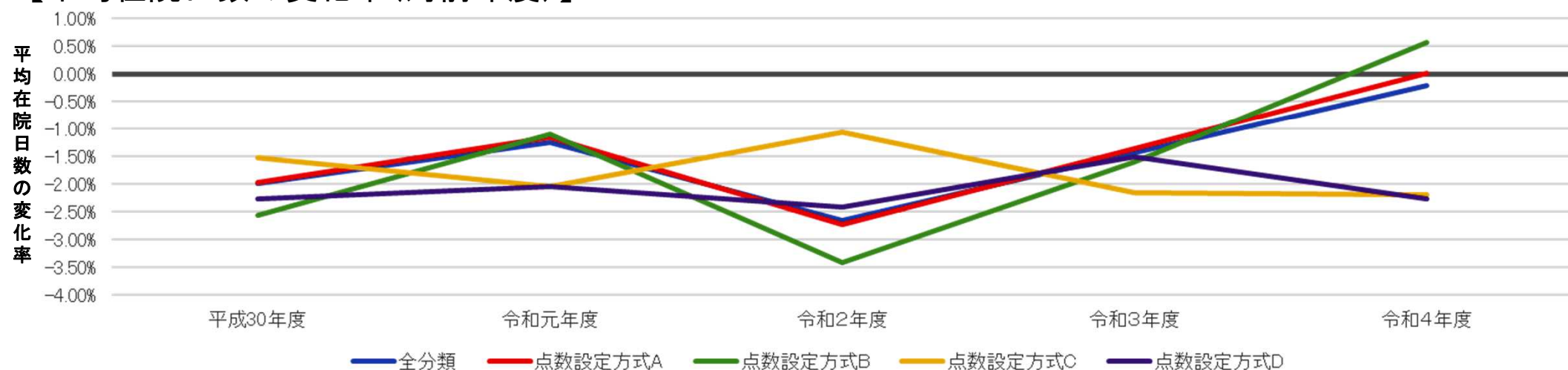
点数設定方式別の在院日数の変化(症例構成の補正後)の推移

- 点数設定方式別の平均在院日数の差及び変化率(対前年度)について、症例構成を前年度に合わせて算出した場合の経年的な推移は以下のとおり。
- 令和4年度において、点数設定方式Aで設定される診断群分類について、在院日数の明らかな延長・短縮はみられていない。

【平均在院日数の差(対前年度)】



【平均在院日数の変化率(対前年度)】



現行の点数設定方式の適用条件について

- 現行の点数設定方式A～Cについては、入院期間 I での1日当たり医療資源投入量と1入院期間での1日当たり医療資源投入量の比率(以下、「入院期間 I / 1入院比率」という。)に基づき設定されている。

<平成22年2月12日 中医協総会資料より抜粋>

診調組 D - 1
22. 04. 22

平成22年度診療報酬改定について (DPC 部分)

第2 具体的な内容

3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

- ② (2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

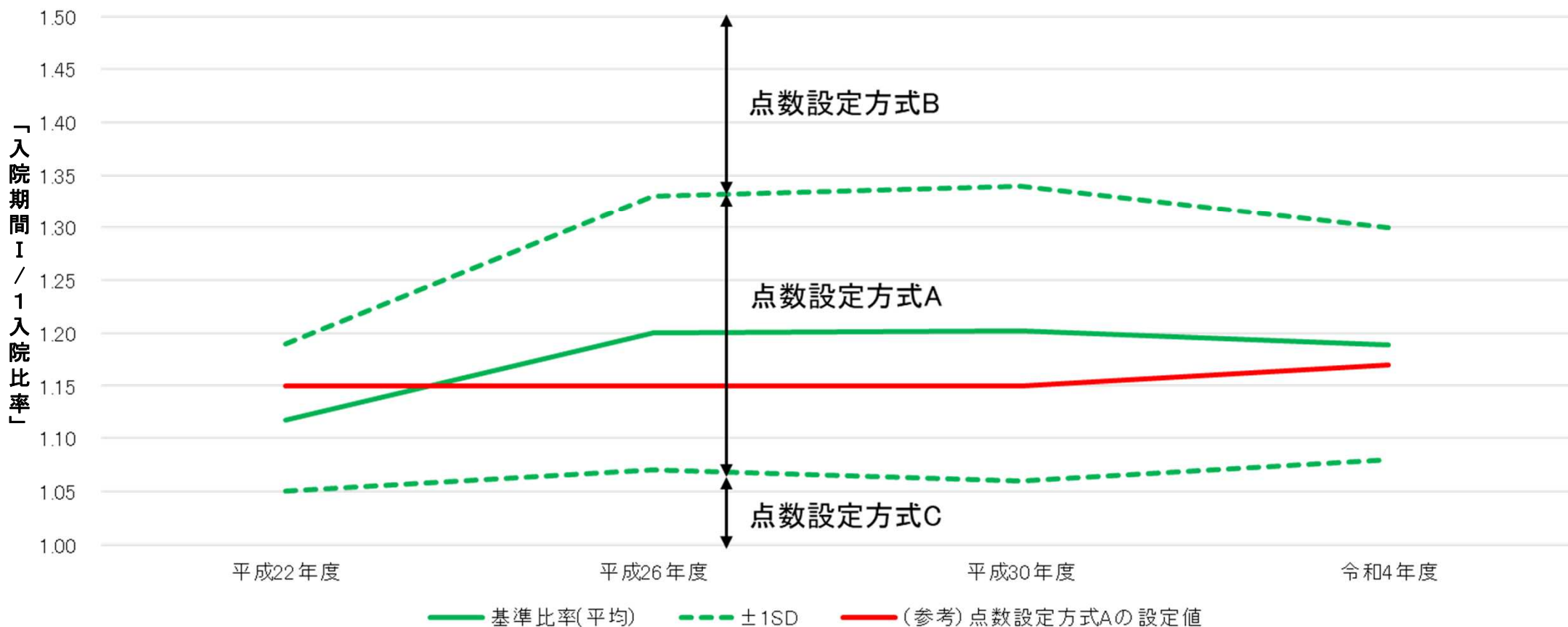
(基準)

「入院期間 I での1日当たり包括範囲点数 / 1入院期間での1日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差 (SD) が

- ① 平均 - 1SD から平均 + 1SD の間の場合 : 設定 A
- ② 平均 + 1SD 以上の場合 : 設定 B
- ③ 平均 - 1SD 以下の場合 : 設定 C

「入院期間 I / 1 入院比率」の経年的な推移

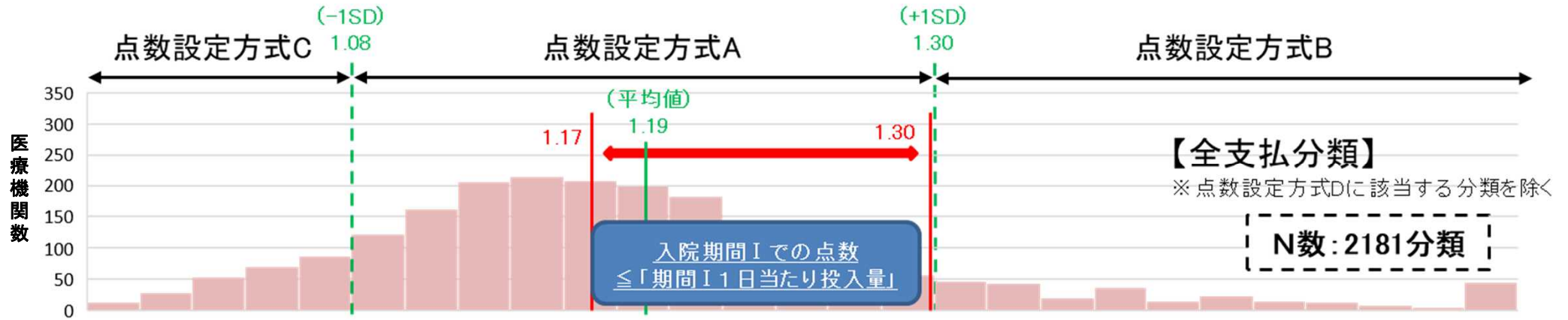
○ 「入院期間 I / 1 入院比率」の平均値及び±1SD値の経年的な推移は以下のとおり。



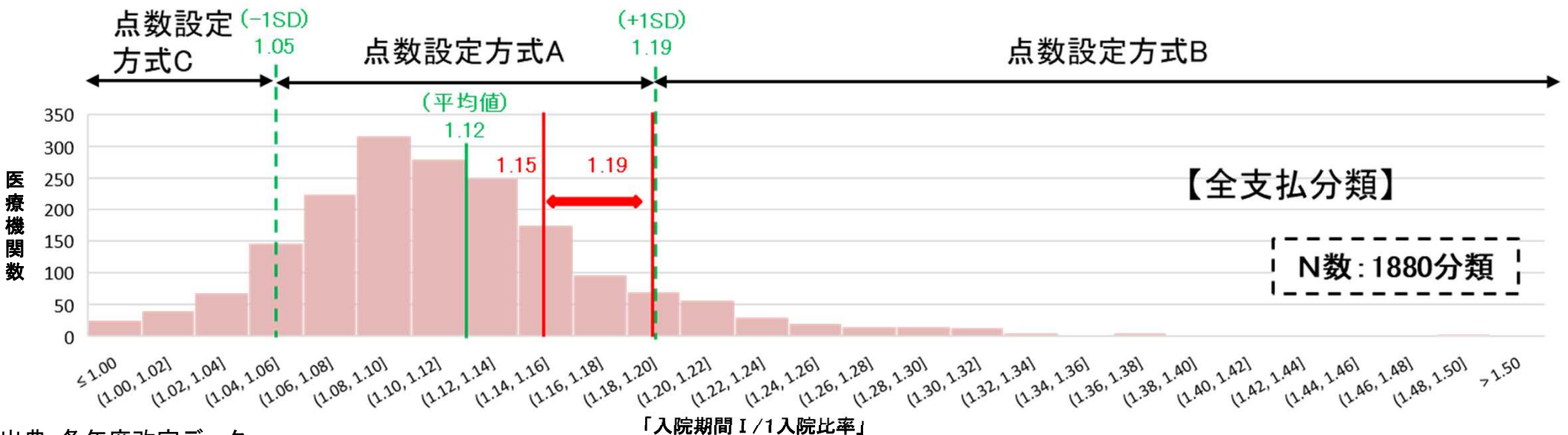
診断群分類ごとの「入院期間 I / 1 入院比率」の分布

- 令和4年度改定における、診断群分類ごとの「入院期間 I / 1 入院比率」の分布は以下のとおり。
- 点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、「入院期間 I / 1 入院比率」が1.17を超える(=入院期間 I において、医療資源投入量が設定点数を上回る)分類は805分類存在した。

【令和4年度改定時】



【(参考)平成22年度改定時】



入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を上回る例

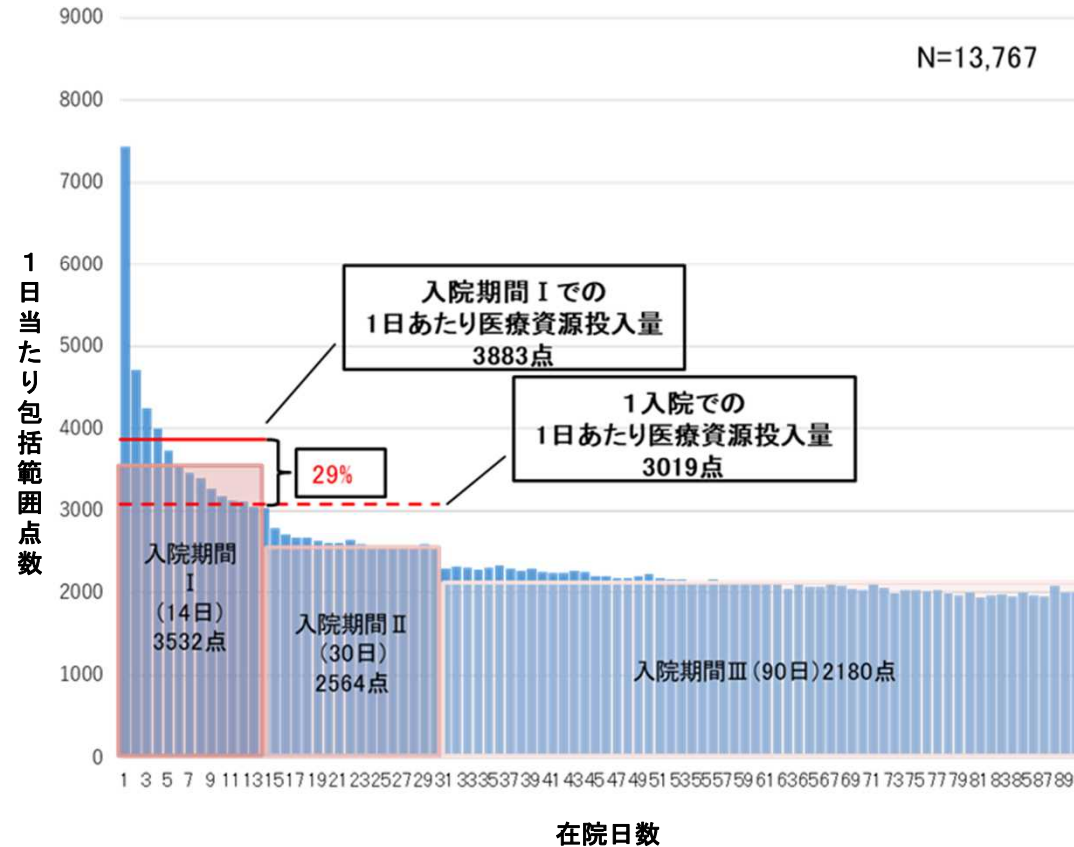
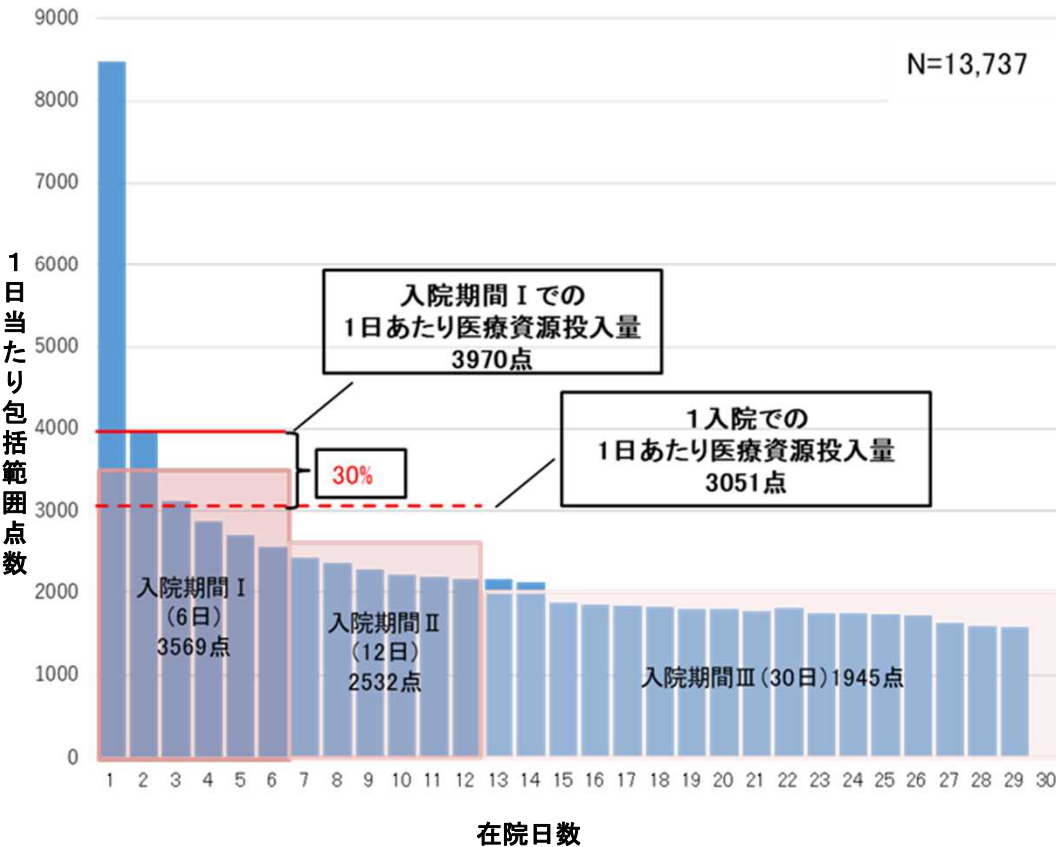
○ 点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、入院期間 I において、医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在する。

060210xx9910xx

ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし
イレウス用ロングチューブ挿入法あり 手術・処置等2 なし

180010x0xxx2xx

敗血症(1歳以上) 人工呼吸等あり



短期滞在手術等基本料の概要

○ 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。（共通の要件）

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出	届出が必要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要
<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと
<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっている。

手術

日帰り

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術
等基本料1

短期滞在手術等基本料3

入院外(出来高)

【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC対象病院以外(病院)	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	×

○:算定可能、×:算定不可

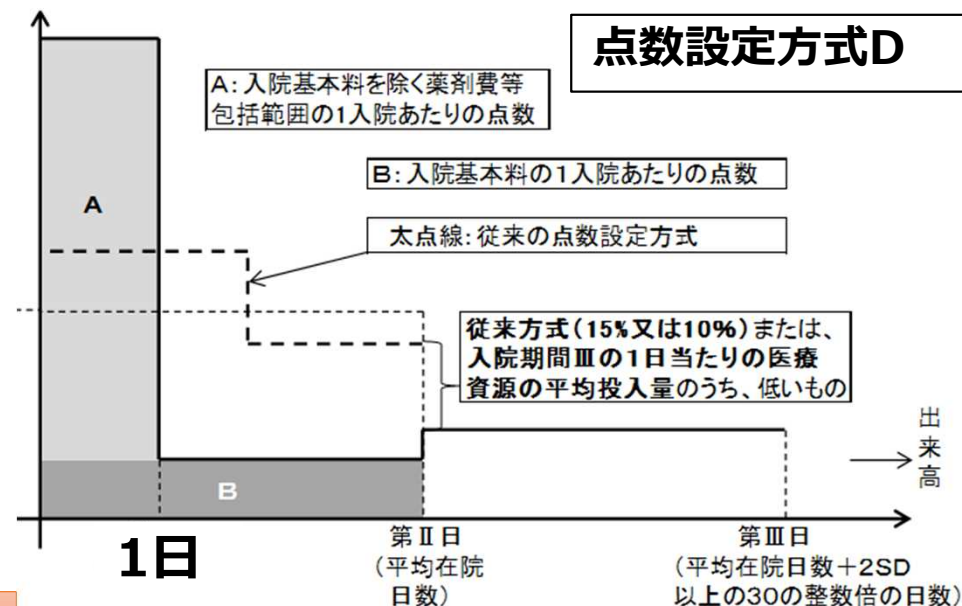
短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

➤ DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。

➤ DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。

➤ ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

➤ 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

➤ 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

短期滞在手術等基本料1の対象手術等（15項目（R2改定後）→ 38項目（R4改定後））

[D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン\(GH\)\(一連として\)](#)

[D291-2 小児食物アレルギー負荷検査](#)

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径4センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径12センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K008 腋臭症手術 1 皮弁法

K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術

K008 腋臭症手術 3 その他のもの

[K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足\(手に限る。\)](#)

[K048 骨内異物\(挿入物を含む。\)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指\(手、足\)その他\(手に限る。\)](#)

K068 半月板切除術

K068-2 関節鏡下半月板切除術

[K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指\(手、足\)\(手に限る。\)](#)

K093 手根管開放手術

[K093-2 関節鏡下手根管開放手術](#)

[K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの](#)

[K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの](#)

[K224 翼状片手術\(弁の移植を要するもの\)](#)

[K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの\(角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る。\)](#)

[K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術](#)

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの

[K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの](#)

[K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合](#)

K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合

[K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満](#)

[K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上](#)

K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)

K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)

[K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回](#)

[K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法\(一連として\)](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術](#)

[K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術](#)

[K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術](#)

K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

[K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満](#)

[K743 痔核手術\(脱肛を含む。\) 2 硬化療法\(四段階注射法によるもの\)](#)

[K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術\(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。\)](#)

[K823-6 尿失禁手術\(ボツリヌス毒素によるもの\)](#)

[K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術](#)

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（19項目(R2改定後) → 57項目(R4改定後)）

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの

D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

D413 前立腺針生検法 2 その他のもの

K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ一留置術

K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)

K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)

K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)

K093-2 関節鏡下手根管開放手術

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)

K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの

K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法

K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの

K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)

K242 斜視手術 2 後転法

K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施

K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る。)

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)、(両側)

K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)

K318 鼓膜形成手術

K333 鼻骨骨折整復固定術

K389 喉頭・声帯ポリ一ブ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上

K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回

K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者

K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術

K617-2 大伏在静脈抜去術

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K721 内視鏡的大腸ポリ一ブ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

K721 内視鏡的大腸ポリ一ブ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)

K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリ一ブ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリ一ブ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)

K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

K867 子宮頸部(腔部)切除術

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリ一ブ切除術 1 電解質溶液利用のもの

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリ一ブ切除術 2 その他のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの

K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

DPC対象病院における短期滞在手術等の入院外別の算定回数①

- DPC対象病院における短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。
※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。
- そのうち、一部の対象手術等では、DPC対象病院での入院外での実施割合が低くなっている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定以前から対象となっていたものに限る。)

手術等名称	DPC対象病院における算定回数		DPC対象病院における入院外での実施割合	(参考) 全国での入院外での実施割合
	入院	入院外		
前立腺針生検法 その他のもの	79,227	7,459	8.6%	11.7%
関節鏡下手根管開放手術	1,725	2,465	58.8%	58.5%
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	257	0	0.0%	9.0%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	322,791	85,746	21.0%	56.5%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満	2,739	2,143	43.9%	48.9%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	23,500	41,252	63.7%	75.1%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	5,148	8,183	61.4%	73.5%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	1,424	238	14.3%	39.2%
下肢静脈瘤手術 硬化療法	298	2,151	87.8%	96.6%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	948	689	42.1%	52.1%
ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	42,314	103	0.2%	6.7%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	47,904	28	0.1%	5.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	185,787	334,334	64.3%	75.1%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm以上	24,856	7,213	22.5%	35.1%
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	1,999	403	16.8%	62.5%
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	7,867	8,478	51.9%	45.4%
子宮頸部(腔部)切除術	18,369	156	0.8%	3.3%
ガンマナイフによる定位放射線治療	7,085	1,421	16.7%	10.9%

出典: 令和4年4月～12月DPCデータ(DPC対象病院)、令和4年4月～9月NDBデータ(全国)

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

DPC対象病院における短期滞在手術等の入院外別の算定回数②

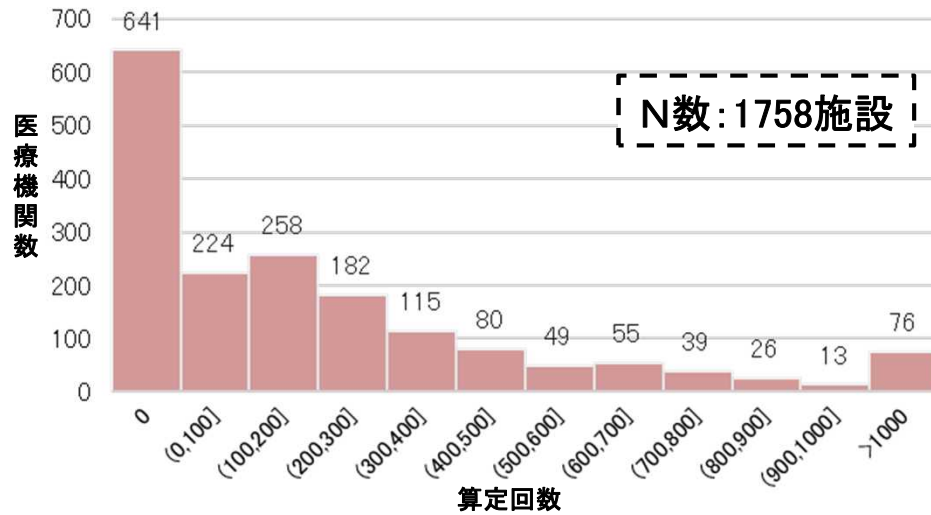
短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。)

手術等名称	DPC対象病院における算定回数		DPC対象病院における入院外での実施割合	(参考)全国での入院外での実施割合
	入院	入院外		
経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	4,303	582	11.9%	14.6%
<u>四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(手)</u>	<u>1,373</u>	<u>1,316</u>	<u>48.9%</u>	<u>52.0%</u>
骨折観血の手術(手舟状骨)	872	269	23.6%	22.6%
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(前腕)	13,916	3,430	19.8%	18.1%
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(鎖骨)	5,142	358	6.5%	6.6%
<u>骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)</u>	<u>758</u>	<u>809</u>	<u>51.6%</u>	<u>50.3%</u>
<u>ガングリオン摘出術(手)</u>	<u>413</u>	<u>742</u>	<u>64.2%</u>	<u>75.4%</u>
<u>涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの</u>	<u>718</u>	<u>3,153</u>	<u>81.5%</u>	<u>91.2%</u>
<u>眼瞼内反症手術 皮膚切開法</u>	<u>4,058</u>	<u>2,900</u>	<u>41.7%</u>	<u>72.4%</u>
<u>眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法</u>	<u>12,331</u>	<u>7,265</u>	<u>37.1%</u>	<u>79.4%</u>
<u>眼瞼下垂症手術 その他のもの</u>	<u>5,620</u>	<u>6,530</u>	<u>53.7%</u>	<u>80.8%</u>
<u>翼状片手術 弁の移植を要するもの</u>	<u>1,907</u>	<u>3,246</u>	<u>63.0%</u>	<u>82.1%</u>
斜視手術 後転法	4,689	399	7.8%	20.5%
斜視手術 前転法及び後転法の併施	2,733	380	12.2%	25.8%
<u>治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)</u>	<u>217</u>	<u>230</u>	<u>51.5%</u>	<u>76.4%</u>
<u>緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術</u>	<u>3,402</u>	<u>783</u>	<u>18.7%</u>	<u>48.7%</u>
<u>水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合</u>	<u>2,507</u>	<u>361</u>	<u>12.6%</u>	<u>41.2%</u>
鼓膜形成手術	1,119	237	17.5%	27.0%
鼻骨骨折整復固定術	2,612	1,648	38.7%	45.1%
喉頭・声帯ポリープ切除術 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	2,775	88	3.1%	5.1%
<u>乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上</u>	<u>2,209</u>	<u>282</u>	<u>11.3%</u>	<u>14.1%</u>
大伏在静脈抜去術	772	42	5.2%	27.2%
<u>下肢静脈瘤血管内焼灼術</u>	<u>10,051</u>	<u>3,480</u>	<u>25.7%</u>	<u>75.8%</u>
<u>下肢静脈瘤血管内塞栓術</u>	<u>2,488</u>	<u>1,372</u>	<u>35.5%</u>	<u>68.2%</u>
<u>肛門ポリープ切除術</u>	<u>886</u>	<u>177</u>	<u>16.7%</u>	<u>56.6%</u>
<u>肛門尖圭コンジローム切除術</u>	<u>172</u>	<u>123</u>	<u>41.7%</u>	<u>81.2%</u>
<u>尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)</u>	<u>422</u>	<u>388</u>	<u>47.9%</u>	<u>60.5%</u>
<u>顕微鏡下精索静脈瘤手術</u>	<u>1,193</u>	<u>25</u>	<u>2.1%</u>	<u>49.5%</u>
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 電解質溶液利用のもの	5,973	308	4.9%	17.2%
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 その他のもの	5,207	396	7.1%	31.5%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 電解質溶液利用のもの	2,141	7	0.3%	1.7%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 その他のもの	1,771	3	0.2%	4.5%
腹腔鏡下卵管形成術	46	0	0.0%	11.4%

DPC対象病院における短期滞在手術等の実施状況①

(例)K282 1口 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの

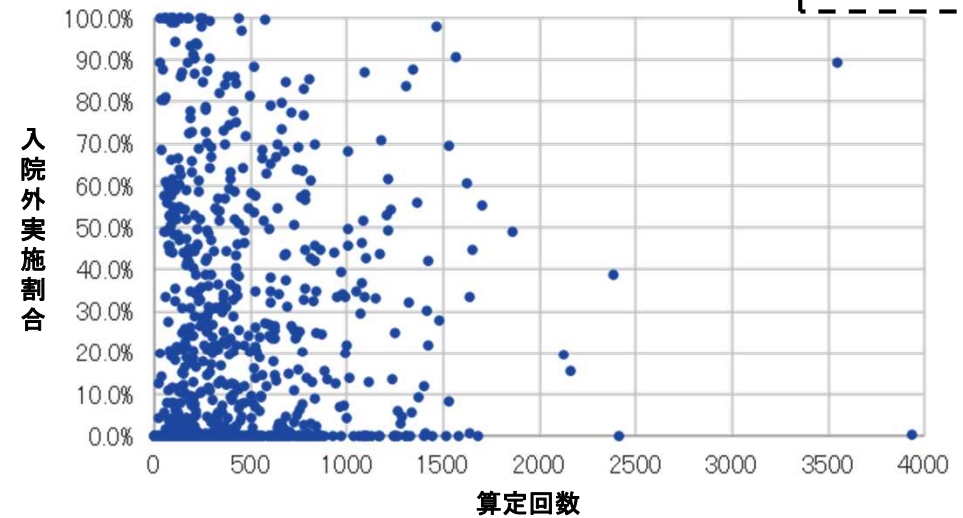
【DPC対象病院における算定回数】



【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】

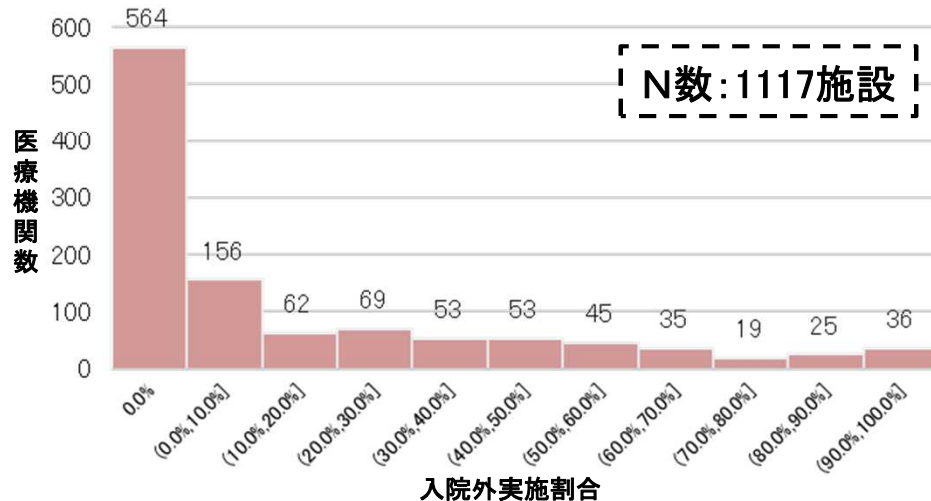
＜全病院＞※ 算定回数が1以上の病院に限る

N数:1117施設



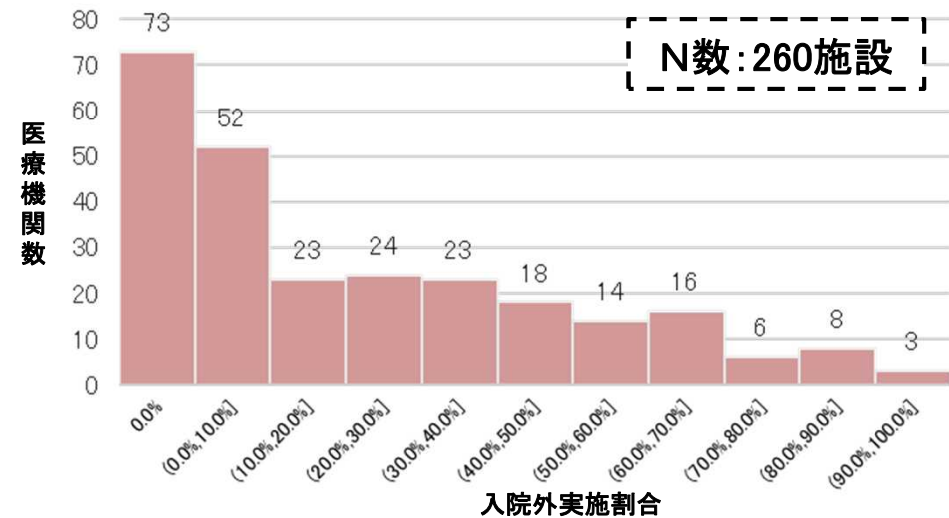
【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※ 算定回数が1以上の病院に限る



【DPC対象病院における入院外での実施割合】

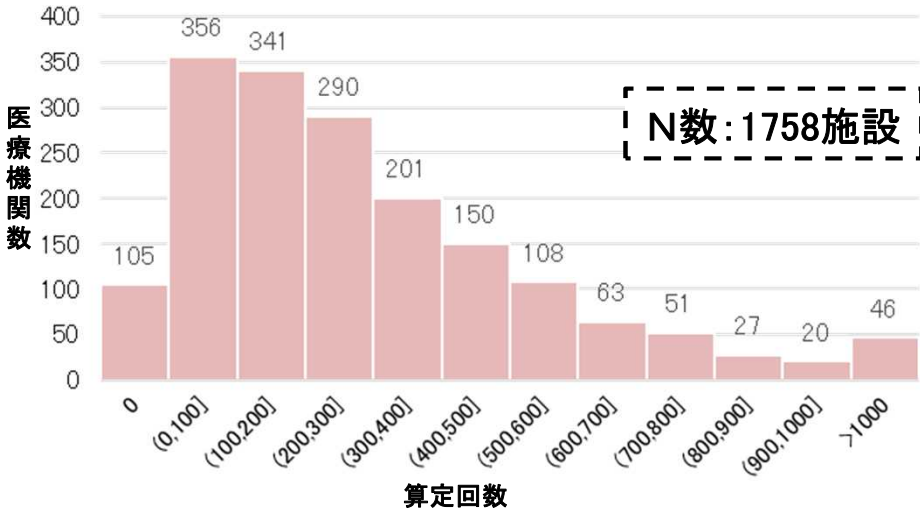
※ 算定回数が500以上の病院に限る



DPC対象病院における短期滞在手術等の実施状況②

(例)K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満

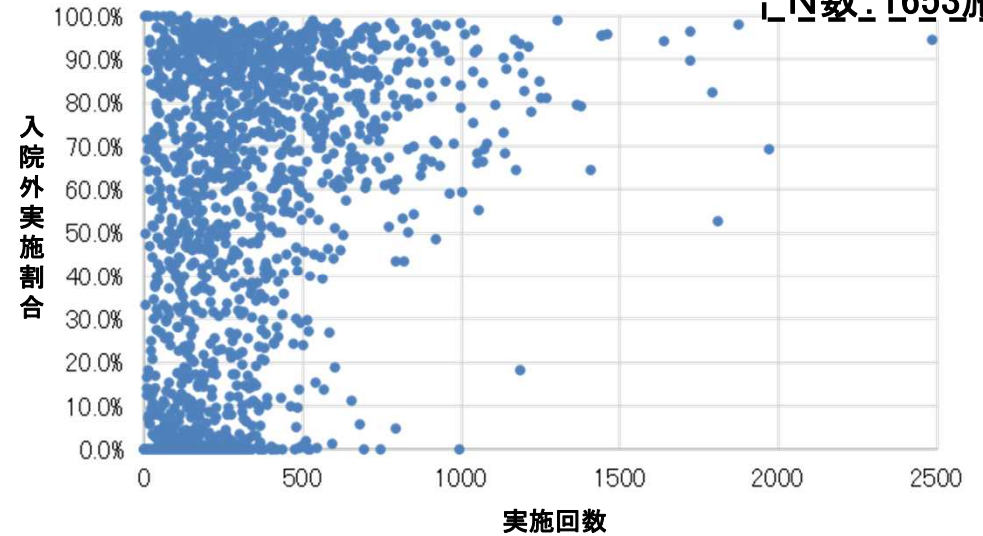
【DPC対象病院における算定回数】



【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】

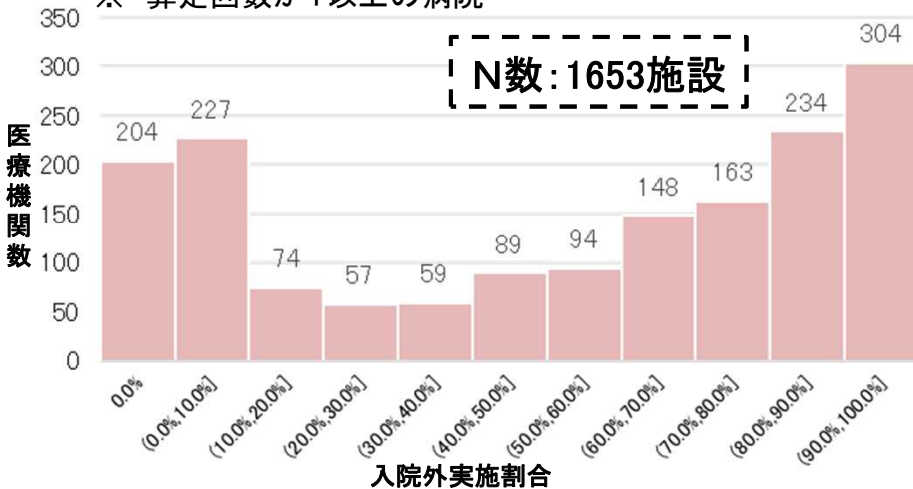
※ 算定回数が1以上の病院に限る

N数: 1653施設



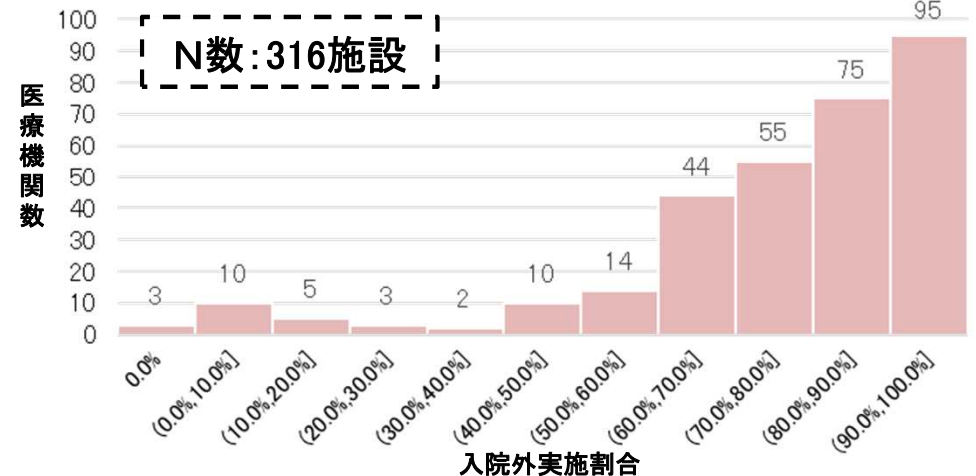
【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※ 算定回数が1以上の病院



【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※ 算定回数が500以上の病院に限る



令和5年度特別調査の結果について（2）①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 患者数に比して、外来や日帰りで対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
- 外来看護師等のスタッフが不足している。
- 術後の夜間等に緊急で対応する体制が整っていない。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
- 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
- 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準>

- 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
- 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
- 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
- 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

- 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。
- 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するスペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

令和5年度特別調査の結果について（2）②

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

② 入院外での実施割合が高い病院

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 日帰り手術センターを設置しており、手術実施後は当該センター内の専用ベッドで経過観察している。
- 入院、入院外を問わず、手術実施場所については、中央手術室で実施しており、中央手術室内に回復室を整備している。
- 内視鏡センター内に「回復室」の設置がある。
- 手術実施後は、外来ブースにおいて術後の経過観察を行っており、看護師も配置している。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 手術施設のない近隣からの紹介患者が多い。
- 近隣医院で実施できないような困難症例を紹介で受けている。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準>

- 手術の難易度や合併症のリスク評価を行ったうえで、患者・家族の希望を考慮した上で総合的に判断している。
- 基本的に入院外での実施としており、年齢や全身状態等を考慮して一部の患者について入院での実施としている。
- 遠方の在住等により有事の受診が困難な場合については入院で実施としている。
- 社会背景や交通手段等の問題により手術実施後翌日の来院が困難な場合には入院で実施としている。
- 新型コロナウイルス感染症の影響による病床制限や、一般病棟看護師の不足のため、結果として入院外での実施割合が増加した。

【医療機関からの聴取内容】

- 病床稼働率が高く、救急搬送による入院症例の病床を確保するため、外来や日帰りで実施可能な症例は日帰り手術センターで診療する体制を整えた。いずれの手術も基本的に日帰りで実施し、リスクや通院等の社会状況を踏まえて必要に応じて入院対応とすることとしている。
- 比較的ゆとりのある回復室を備えている。コロナの影響により外来に移行した部分も大きい。高齢者の場合は患者、家族が入院を希望されることがある。

令和5年度特別調査の結果について（2）③

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

③ 共通

<短期滞在手術等基本料1の届出を行っていない理由>

- 術後の患者の回復のための回復室が確保できないため。
- 看護師を患者4人に1人の割合で回復室に配置できないため。
- 入院加療を必要とする症例の加療のみ行っているため。
- 算定要件である「退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいる」を満たせない症例(遠方から来院する患者)が多いため。

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

3-1. DPC対象病院に係る検討について

3-2. 算定ルールに係る検討について

3-3. 診断群分類に係る検討について

3-4. 退院患者調査に係る検討について

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 外来医療について

8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 横断的個別事項について

診断群分類点数表の見直し①

- 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和4年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和4年4月	18	502	4,726	4,064	2,334

※1 MDC : Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 包括対象となるDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

令和4年度診療報酬改定に向けた入院分科会における指摘事項③

中医協 総 - 2
3 . 1 1 . 2 4

- 回復期リハビリテーション病棟について、他院からDPC対象病棟に転院してきた群と、自院に直接入院してきた群とを比べ、他院から転院してきた群において、転棟までの日数が極端に短く、回復期病棟への転棟前に、一時的にDPC対象病棟を利用している実態があることは、DPC制度になじまない側面があるのではないかと、「リハビリ目的」で他院から転院してきた症例について、治療目的で入院してきた症例と同様の診断群分類はなじまないのではないかと。
- 治療目的での手術が定義されている診断群分類(160800xx01xxxx)の場合に、他院からの転院と自院への直接入院とで医療資源投入量の傾向に違いが見られなかったが、これは、明確に手術という治療目的での転院・入院が行われていることによると想定される一方で、それ以外の診断群分類の場合には、入院元によって医療資源投入量の傾向に違いが見られたことを踏まえると、例えば、診断群分類を医療資源投入量の実態も捉えた上で区別することも考えられるのではないかと。
- コーディングについては、DPC対象病院は、コーディングについて適切に理解することが求められることから、「コーディングテキスト」は、全てのDPC対象病院において、確実に認知・活用いただくことが重要ではないかと。
- コーディングの適切性を高める観点から、中長期的に、「コーディングテキスト」における事例の追加なども検討すべきではないかと。
- 例えば、急性心筋梗塞のように、発症からの日数によって病態が変わる疾患については、今後、発症日からの日数で、さらに診断群分類を区別できるよう検討することも考えられるのではないかと。
- これらを踏まえ、今後の対応については、DPC制度においてどのように急性期入院医療を評価するのかというこれまでの視点に加え、医療の標準化を通じて、医療の質を高める取組につなげる視点もあわせて議論していくことが必要ではないかと。

退院患者調査の見直し①

様式1の見直し

項目名	見直しの内容
【新】 <u>P/F比、呼吸補助の有無</u>	救急医療入院の場合であって、医療資源病名が040130（呼吸不全）に定義される傷病名になる場合、「 <u>救急受診時</u> 」及び「 <u>治療室又は病棟入室時</u> 」の入力を必須とする。
【新】 <u>急性心筋梗塞患者情報</u>	医療資源病名が050030（急性心筋梗塞）に定義される傷病名になる場合、発症の時期を入力する。
【新】 <u>左室駆出率</u>	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名になる場合、左室駆出率を入力する。
【新】 <u>解離性大動脈瘤情報</u>	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、スタンフォード分類を入力する。
NYHA	救急医療入院の場合であって、主傷病等が心不全等の場合、「 <u>救急受診時</u> 」及び「 <u>治療室又は病棟入室時</u> 」の入力を必須とする。
JCS	救急医療入院の場合であって、意識障害がある場合、「 <u>救急受診時</u> 」及び「 <u>治療室又は病棟入室時</u> 」の入力を必須とする。
FIM	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に加え、 <u>特定機能病院リハビリテーション入院料</u> を算定する患者についても、入力必須とする。
自傷行為・自殺企図の有無	医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に定義する傷病名の場合を入力対象に追加する。 <u>入力項目を見直す</u> 。
【新】 <u>過去の自傷行為・自殺企図</u>	「自傷行為・自殺企図の有無」が「無」以外の場合に入力する。
【簡】 要介護度	60歳未満の患者又は40歳未満の介護保険が適用されていない患者は <u>入力不要とする</u> 。

CCPマトリックスを導入している診断群分類について

- 脳梗塞及び肺炎に係る診断群分類については、重症度を考慮した評価手法（CCPマトリックス）を導入しており、重症度等によりきめ細かく分類を設定した上で、医療資源投入の類似性に基づく支払い分類の集約を行っている。
- CCPマトリックスの導入により、臨床指標による精緻な分類設定が可能となっている一方で、脳梗塞において実施した手術等と支払い分類の関係性が不明瞭になる等、その複雑性も指摘されている。

<参考> CCPマトリックスのイメージ図（ツリー図）



傷病名	診断群分類数	支払い分類数
010060 脳梗塞	1584分類	7分類
040080 肺炎	168分類	15分類

例) 脳梗塞における手術コードと支払い分類の対応関係

手術コード/支払い分類	CCPM1	CCPM2	CCPM3	CCPM4	CCPM5	CCPM6	CCPM7
99 手術なし	○	○	○	○	○	○	○
97 その他の手術	×	○	○	×	○	○	×
02 経皮的脳血管形成術等	○	×	×	○	×	○	○
01 動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等	×	○	×	○	×	○	×

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

3-1. DPC対象病院に係る検討について

3-2. 算定ルールに係る検討について

3-3. 診断群分類に係る検討について

3-4. 退院患者調査に係る検討について

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 外来医療について

8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 横断的個別事項について

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

- ・退院患者調査
診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。
- ・特別調査
中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和3年6～8月に実施）

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通IDに関する情報等	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID、 被保険者番号等

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

▶ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数	200床以上	200床未満
急性期一般入院料 1～ 6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟 5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料 1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置③、④）	

[経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては**令和5年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては**令和6年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

退院患者調査の結果報告について

- 退院患者調査の結果については、DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることを目的として、直近5年分のデータに基づく在院日数や病床利用率等の基本的な情報に係る集計結果を中医協総会へ「定例報告」している。

【令和5年3月22日中医協総会 資料総-7 令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(抜粋)】

・ 在院日数の平均

施設類型	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	12.79	12.43	12.21	12.25	11.84
DPC特定病院群	11.66	11.46	11.37	11.46	11.23
DPC標準病院群	12.04	11.87	11.77	11.99	11.78
DPC準備病院	12.91	12.70	12.63	12.46	12.14
出来高算定病院	13.80	13.59	13.57	13.35	13.17

・ 退院時転帰

施設類型	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	77.6%	77.3%	77.3%	76.9%	76.8%
DPC特定病院群	81.1%	81.0%	80.6%	80.3%	80.5%
DPC標準病院群	81.8%	81.7%	81.7%	81.2%	81.5%
DPC準備病院	79.0%	79.2%	79.9%	79.2%	79.4%
出来高算定病院	77.0%	77.2%	78.3%	78.5%	78.5%

・ 再入院種別

施設類型		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	計画的	10.3%	10.6%	10.7%	11.4%	10.8%
	計画外	3.3%	3.3%	3.3%	3.4%	3.3%
DPC特定病院群	計画的	8.3%	8.3%	8.4%	8.9%	8.3%
	計画外	4.3%	4.2%	4.2%	4.2%	4.0%
DPC標準病院群	計画的	7.0%	6.8%	6.9%	7.3%	6.9%
	計画外	4.4%	4.4%	4.4%	4.4%	4.1%
DPC準備病院	計画的	6.2%	6.1%	5.9%	6.4%	6.1%
	計画外	4.0%	4.0%	3.8%	3.8%	3.5%
出来高算定病院	計画的	5.0%	5.1%	5.1%	5.5%	5.2%
	計画外	4.3%	4.0%	4.0%	3.9%	3.6%

退院患者調査の結果の公開について

○ 退院患者調査の結果については、医療機関ごと・診断群分類ごとの各種集計データの他、データの入力状況等について、ホームページ上で広く公開することとしている。

【公開データの例】

・（医療機関ごとの）在院日数の状況

告示番号	通番	施設名	平成29年度							～	令和3年度								
			件数	平均値	変動係数	最小値	パーセンタイル				最大値	件数	平均値	変動係数	最小値	パーセンタイル			最大値
							25	50	75							25	50	75	
XXXXX	YYYYY	〇〇病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

・ 診断群分類ごとの集計

診断群分類番号	診断群分類名称	包括	MDC	MDC名称	当該MDCに含まれるDPCの数	当該MDCの症例数	件数	当該MDCに対する当該DPCの比率	全症例に対する当該DPCの比率	性別				年齢分布		入院情報		退院時転帰		在院日数	
										男性		女性		0～2歳		他院よりの紹介		治癒・軽快		～	
										件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率
XXXXXXXXXXXXXXXX	〇〇	○	〇〇	〇〇疾患	○	○	○	○%	○%	○	○%	○	○%	○	○%	○	○%	○	○	○	○

・ 要介護度の入力状況

告示番号	通番	施設名	療養病床数	入院患者に占める要介護度の入力対象割合	要介護度入力対象の平均年齢	無	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	不明
XXXXX	YYYYY	〇〇病院	○	○%	○	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%

様式1における入力項目の例について

○ 退院患者調査の様式1においては、患者属性や病態等の情報の入力を求めており、身長・体重等の基本的な情報の他、患者の状態に係る情報(ADLスコア等)や診断群分類の設定に必要な臨床情報等(脳卒中患者の発症前Rankin Scale等)の入力を求めている。

【様式1での入力項目の例】

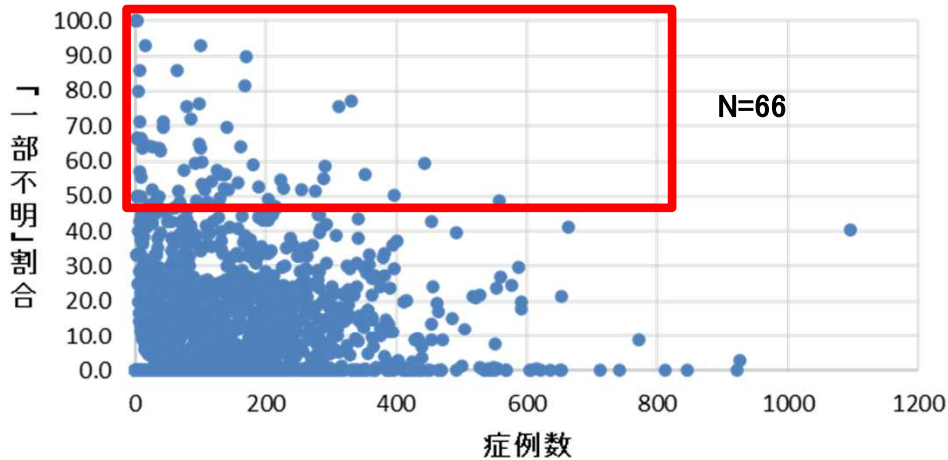
コード	大項目	項目名	入力条件	入力内容
A001010	患者プロフィール/身長・体重	身長	必須	センチメートル単位入力 例 156 ※不明の場合は「000」を入力
		体重		キログラム単位入力(小数点第一位まで) 例 52.5 ※不明の場合は「000」を入力
ADL0010	ADLスコア/入院時	入院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字10桁で記入 ※不明の場合「9」を入力する
ADL0020	ADLスコア/退院時	退院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、死亡退院・産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字10桁で記入 ※不明の場合「9」を入力する
M010010	脳卒中患者/入院前	発症前 Rankin Scale	医療資源を最も投入した傷病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する。	発症前概ね一週間のADLを病歴等から推測して入力 0. まったく症候がない 1. 明らかな障害はない: 日常の勤めや活動は行える 2. 軽度の障害: 自分の身の回りのことは介助なしで行える 3. 中等度の障害: 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える 4. 中等度から重度の障害: 歩行や身体的要求には介助が必要である 5. 重度の障害: 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする 6. 死亡 9. 不明
		脳卒中の発症時期		1. 発症3日目以内 2. 発症4日目以降7日目以内 3. 発症8日目以降 4. 無症候性(発症日なし)
M010020	脳卒中患者/退院時	退院時 modified Rankin Scale		発症前RankinScaleと同じ値より選択

様式1の入力状況について 例)ADLスコア

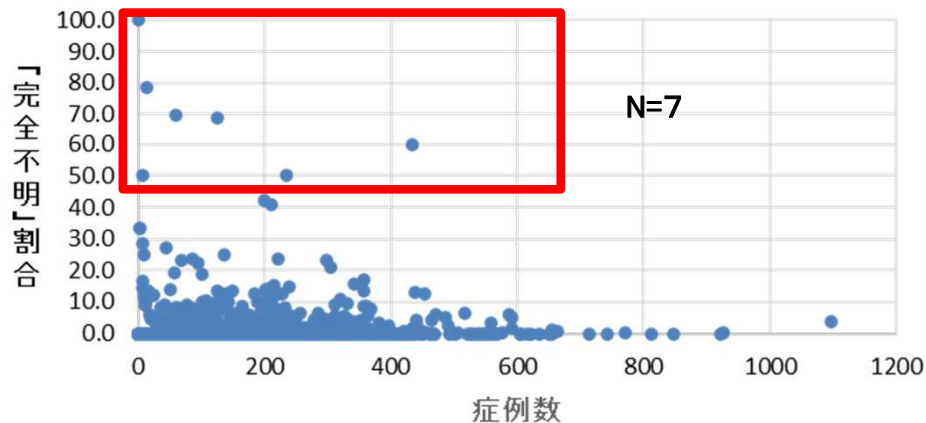
- 該当症例において、ADLスコア(入院時)の一部が「9」(不明)となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で3.8%(66施設)、全病院で14.8%(760施設)存在する。
- 該当症例において、ADLスコア(入院時)の全てが「9」(不明)となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で0.4%(7施設)、全病院で1.1%(55施設)存在する。

【DPC対象病院 N=1,715】

- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「一部不明」割合

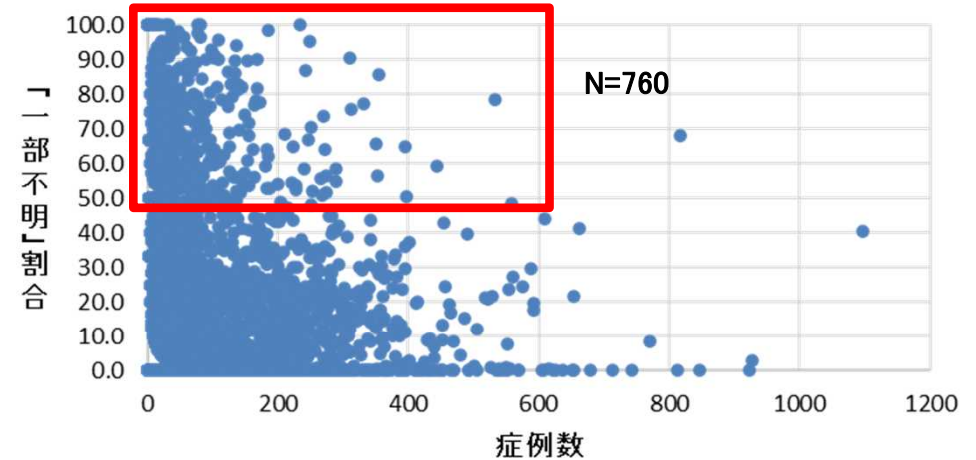


- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「完全不明」割合

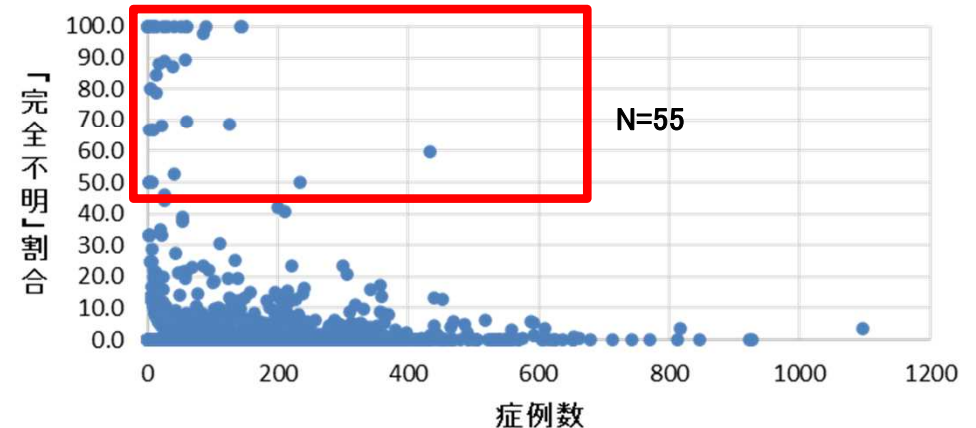


【全病院 N=5,138】

- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「一部不明」割合



- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「完全不明」割合

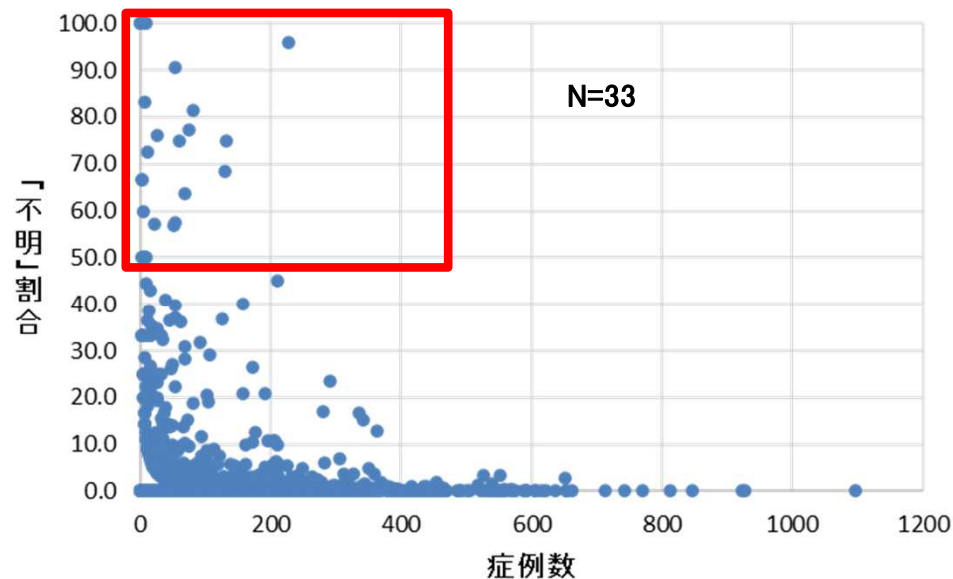


様式1の入力状況について 例)発症前Rankin Scale

○ 該当症例において、発症前 Rankin Scaleが「9」(不明)となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で1.9%(33施設)、全病院で14.9%(764施設)存在する。

【DPC対象病院 N=1,715】

- 医療機関ごとの発症前 Rankin Scaleの「不明」割合



【全病院 N=5,138】

- 医療機関ごとの発症前 Rankin Scaleの「不明」割合

