

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。

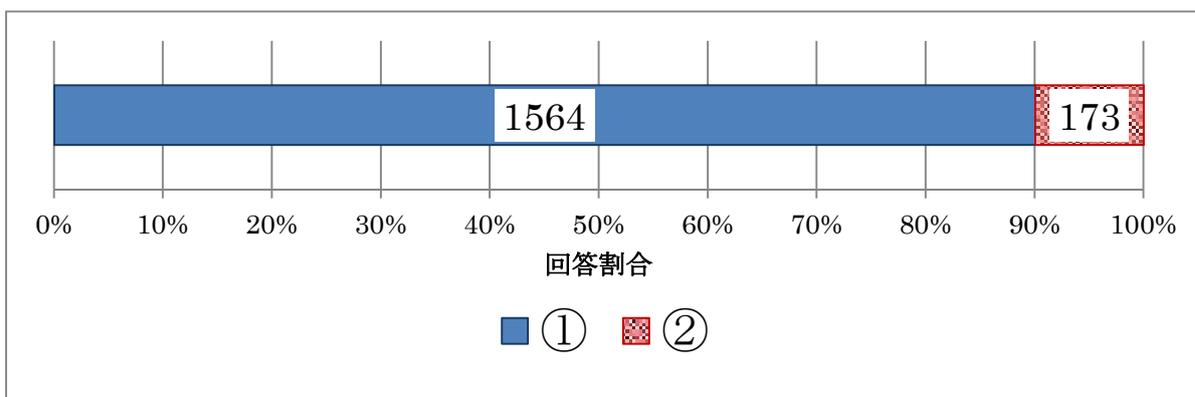
- A) 全国統一の病院指標の作成と公開については、中小病院等で一部反対する意見があるものの、大多数の医療機関が賛成しており、DPC データの質の向上等に一定の効果が期待できるものと考えられる。
- B) ほとんどの医療機関はホームページを保有しており、また DPC データ様式 1（簡易診療録情報）の集計は可能であると回答していることから、現在提案されている 7 項目の指標についてはほとんどの DPC 病院で作成し公開することが可能であると考えられる。
- C) 一方、病院指標の作成と公開に向けて、以下のような検討すべき課題が明らかにされた。
- ・ 自院で指標を解説する際に遵守されるべき指針について
 - ・ 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%

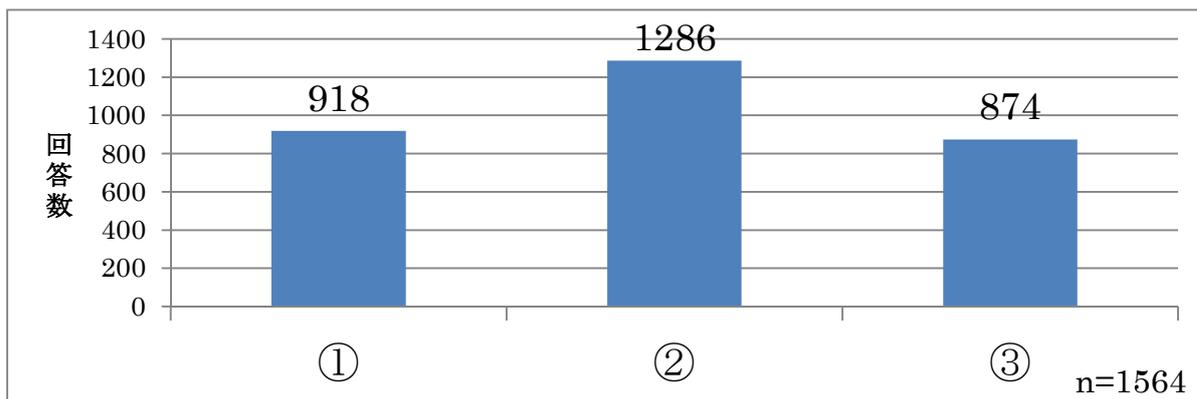
群別	①	②
I 群	92.5%	7.5%
II 群	97.8%	2.2%
III 群	94.3%	5.7%
DPC 準備病院	63.1%	36.9%

(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%

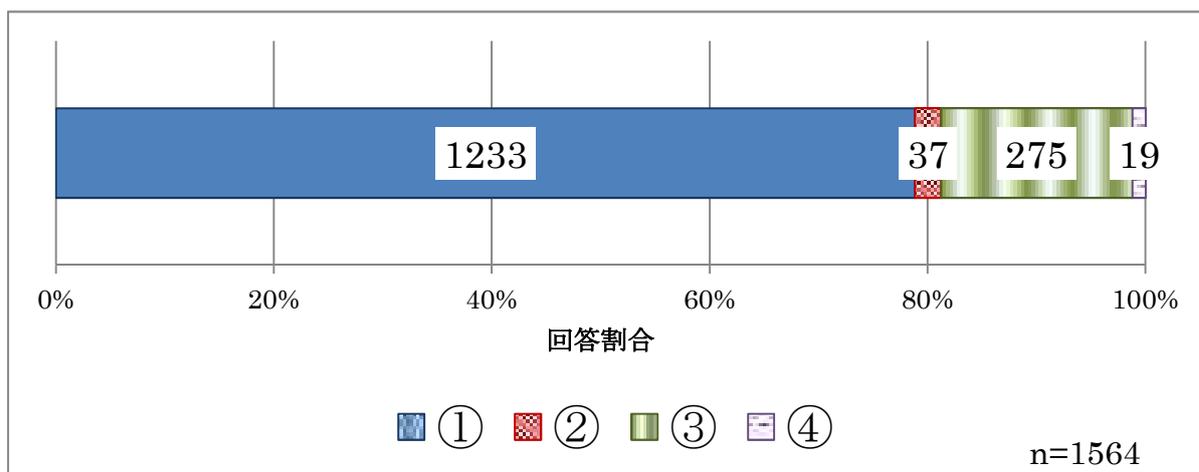
群別	①	②	③
I 群	29.9%	45.6%	24.5%
II 群	30.6%	39.9%	29.5%
III 群	29.9%	41.1%	29.0%
DPC 準備病院	28.4%	48.1%	23.5%

(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%

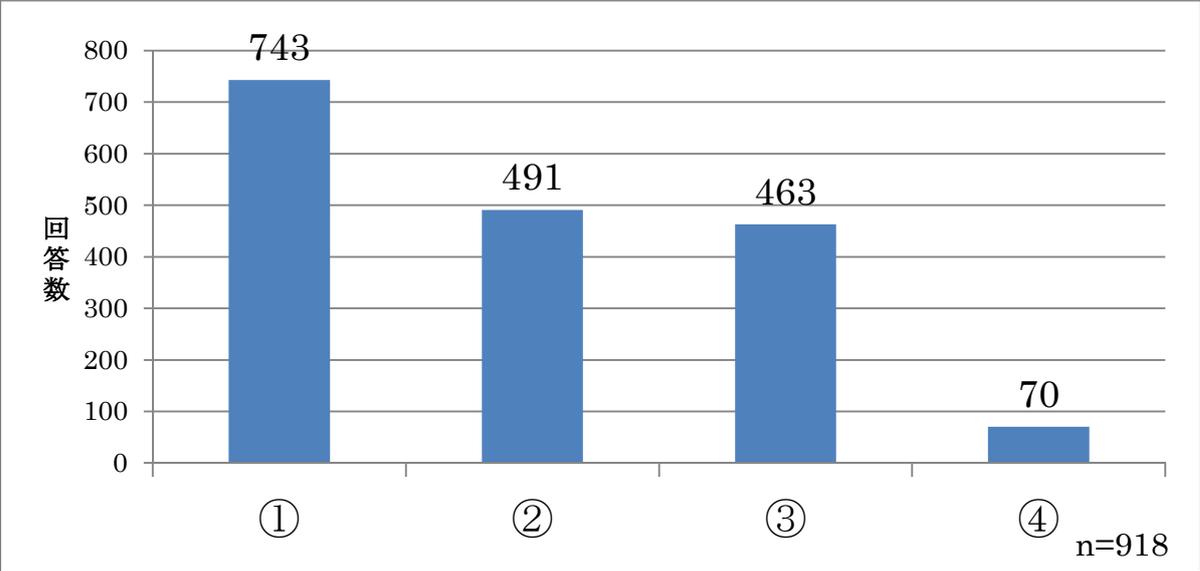
④その他

- ・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%

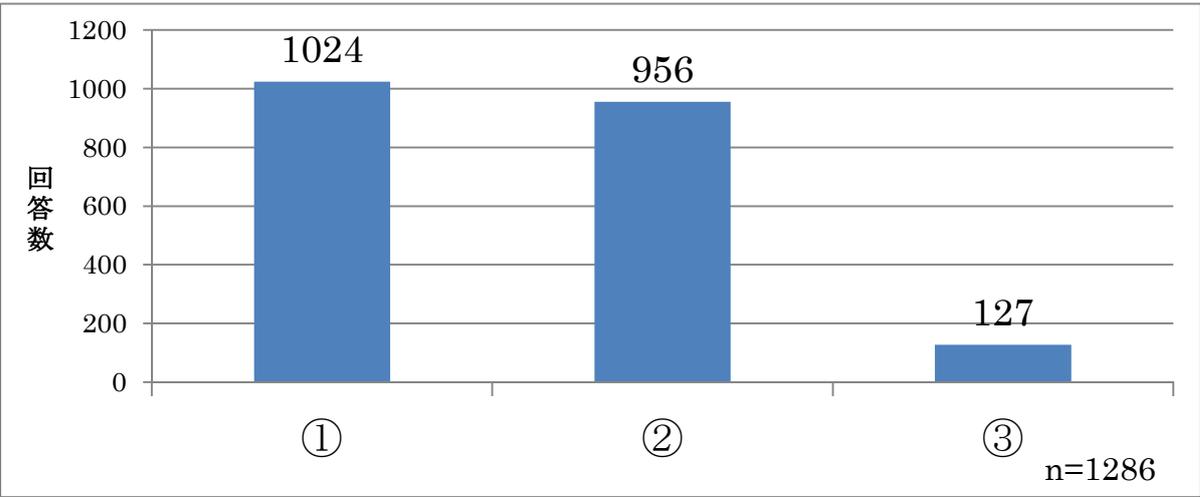
④その他

- ・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%

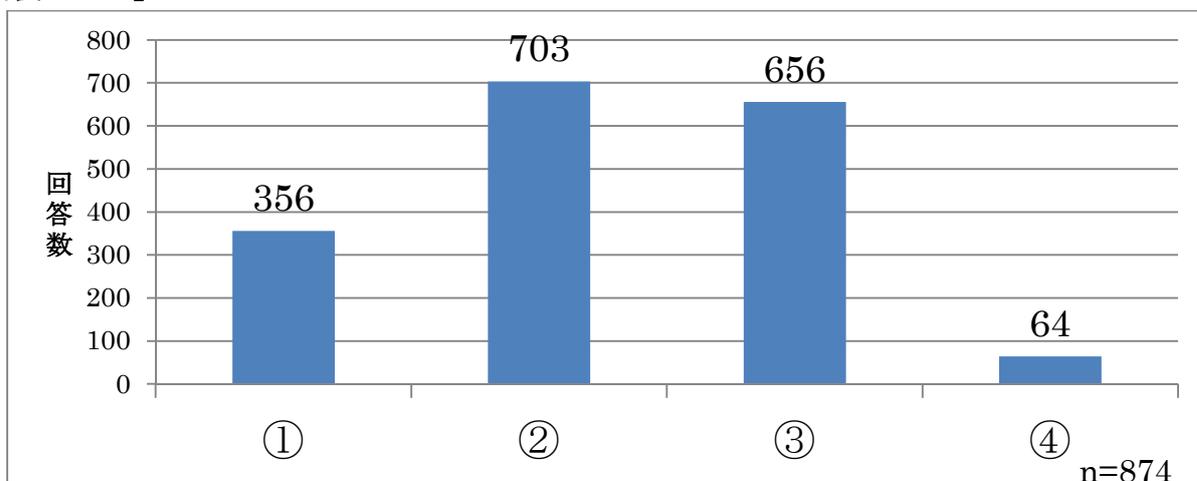
③その他

- ・ 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)。

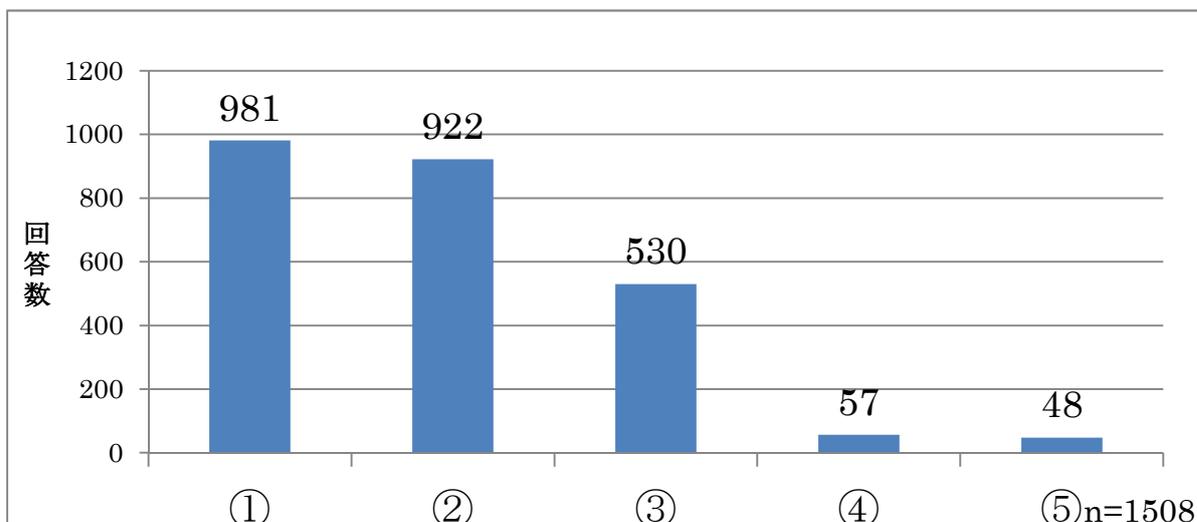
(4.1) (2.2) で「自院の担当者 (①または③)」を選択された方にお伺いします。

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%

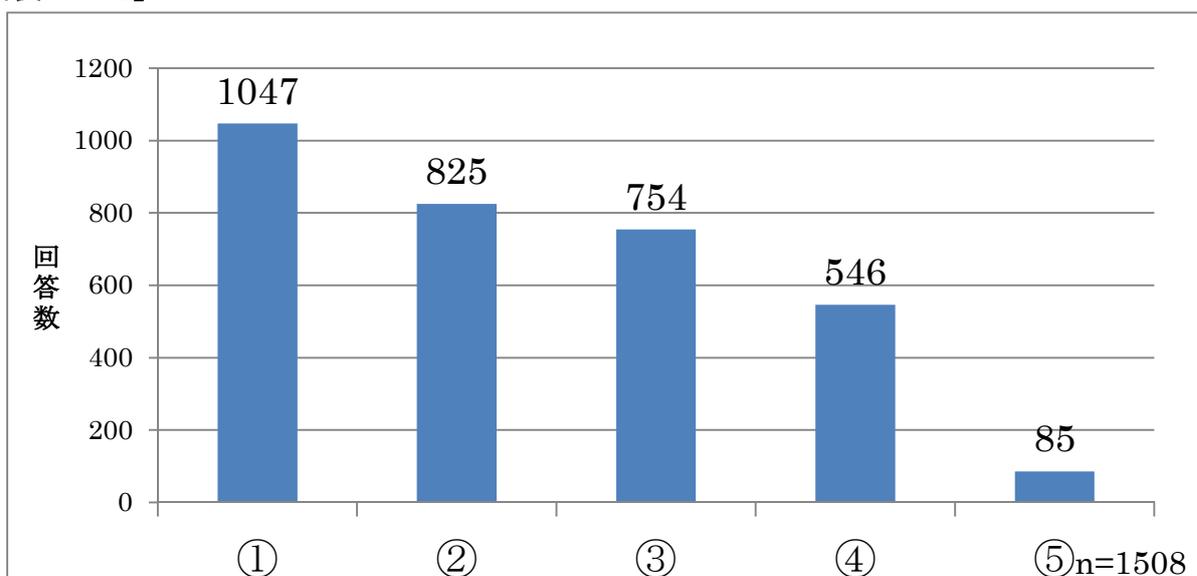
⑤その他

- ・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 1-4.2】



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

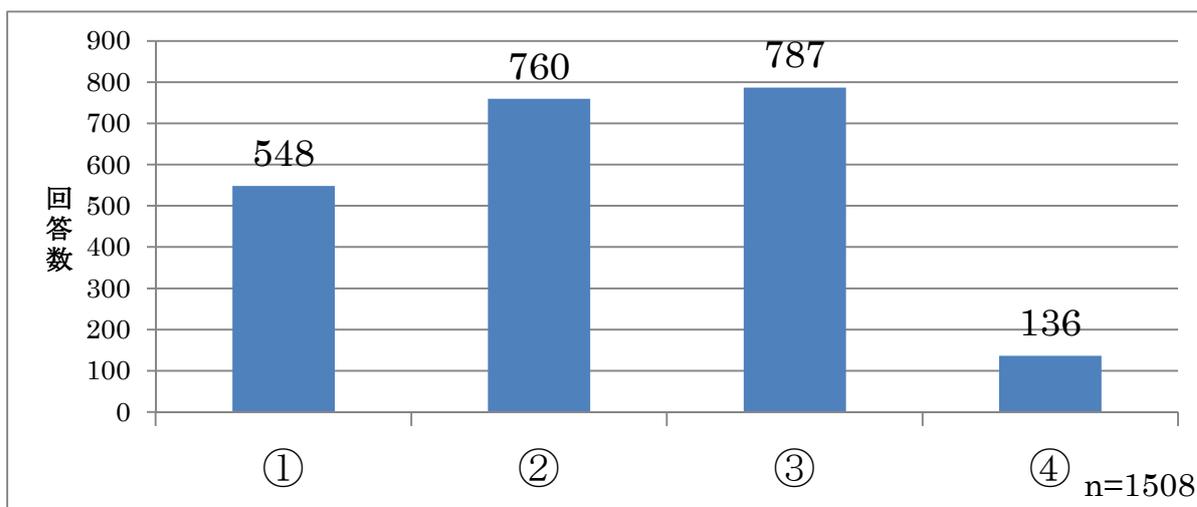
- ・ クリニカルパス委員会。
- ・ 医療の質を管理する部門。
- ・ 退院調整部門、ベッドコントロール部門

(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%

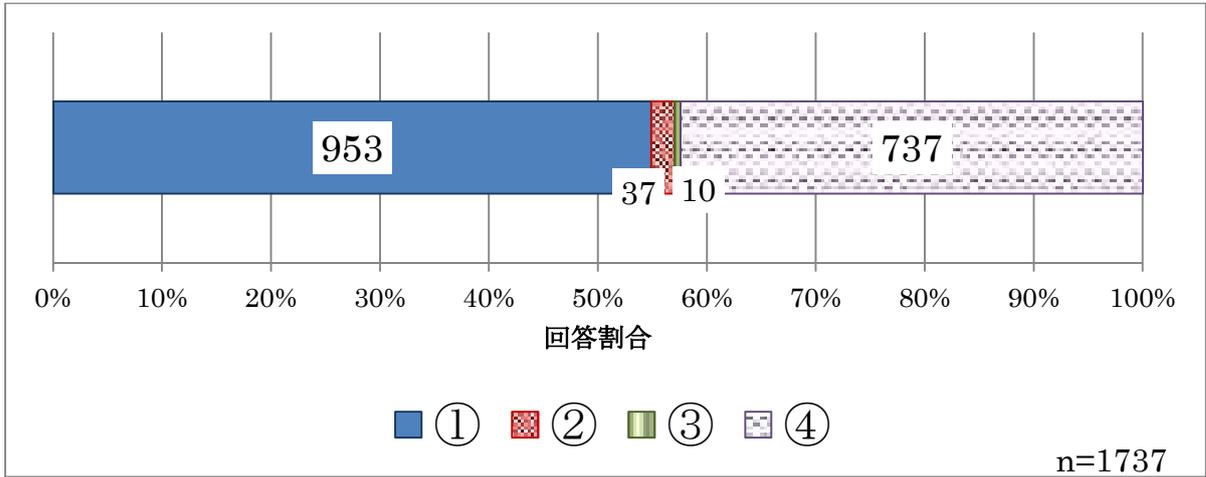
④その他

- ・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】



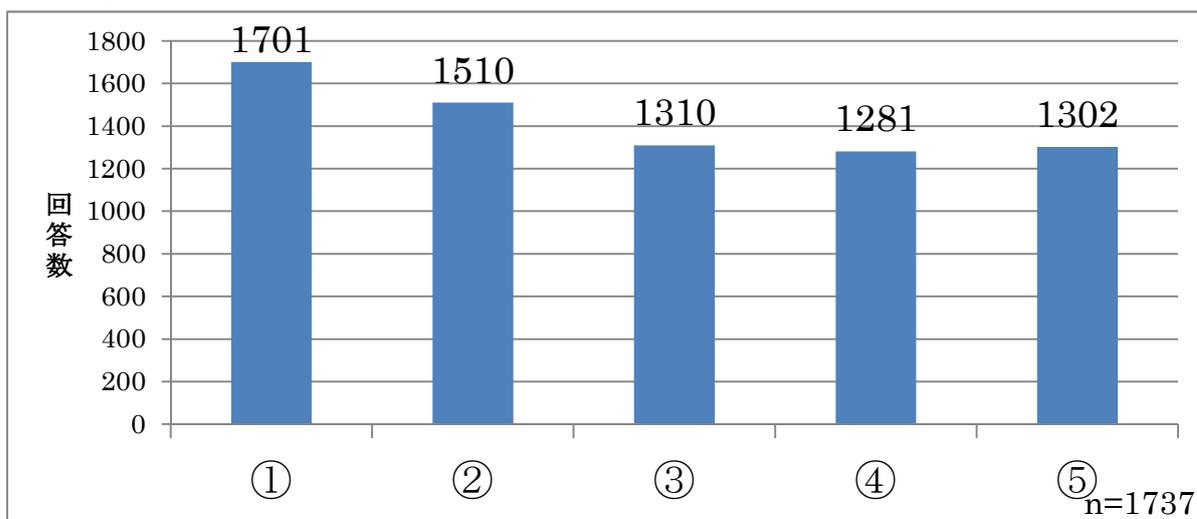
病床数別	①	②	③	④
100床未満	44.6%	1.8%	1.4%	52.2%
100～200床	51.3%	2.3%	0.5%	45.9%
200～300床	57.6%	1.5%	0.3%	40.5%
300～400床	61.4%	2.2%	0.4%	36.1%
400～500床	60.3%	2.0%	1.3%	36.4%
500床以上	58.1%	2.9%	0.0%	39.0%

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】



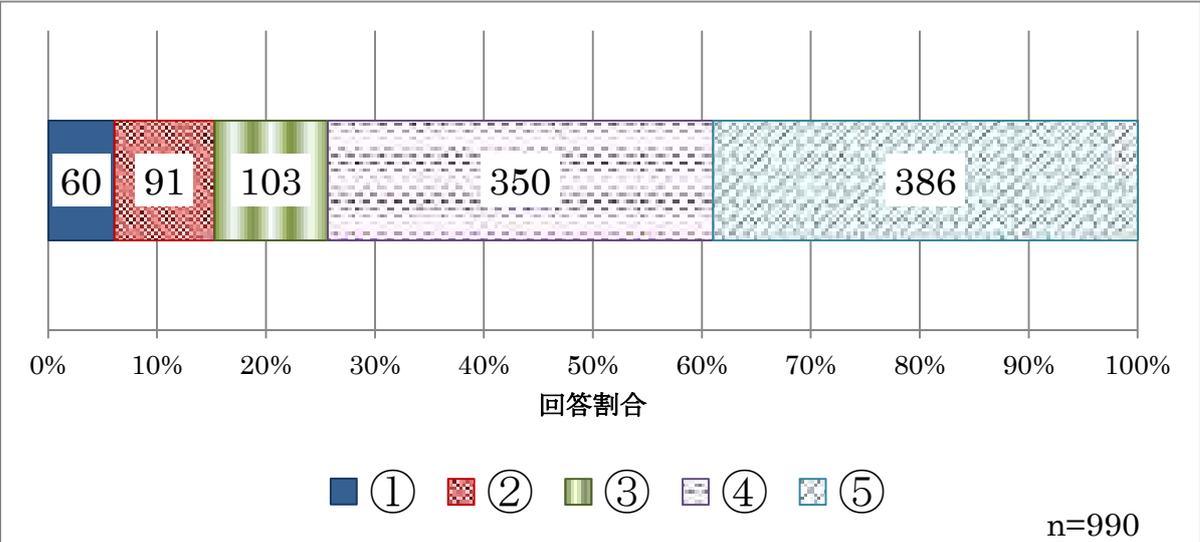
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	26.2%	22.4%	14.6%	18.0%	18.8%
100～200床	24.5%	22.0%	17.6%	17.9%	18.0%
200～300床	23.5%	20.4%	19.0%	18.6%	18.6%
300～400床	23.1%	20.6%	19.6%	18.1%	18.6%
400～500床	23.3%	21.1%	20.3%	17.5%	17.7%
500床以上	23.0%	21.0%	20.1%	17.8%	18.1%

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)

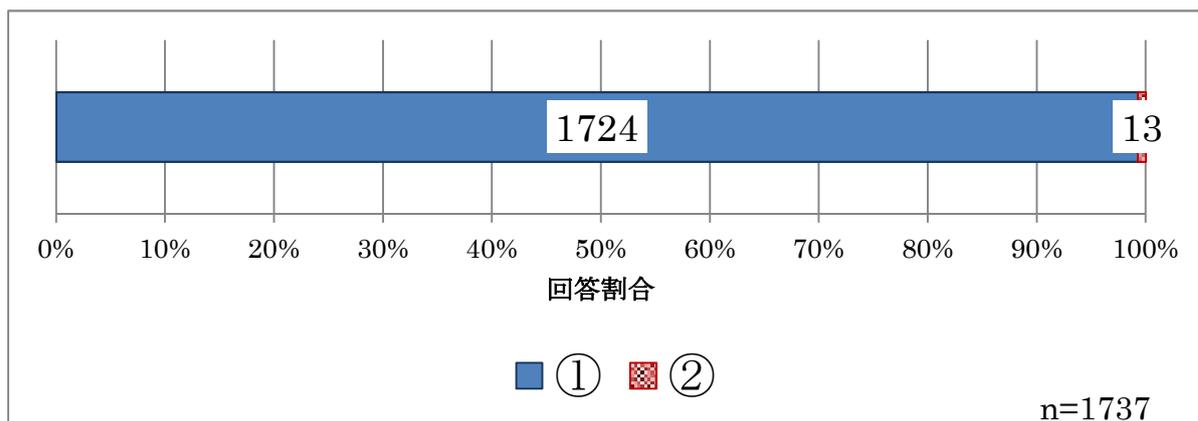
- ・ D P C データの活用の仕方を厚生労働省が示してほしい。
- ・ D P C データの公表をもう少し早く行ってほしい。
- ・ 公表されているデータをもう少し詳しくしてほしい。また 2 次利用しやすい形にしてほしい。
- ・ D P C データの処理にはマンパワー、ハードの面で経費、労力がかかる。
- ・ D P C 分析ソフトを統一できるように取りまとめてほしい。
- ・ 各医療機関に医療機関コードもつけてほしい。

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】



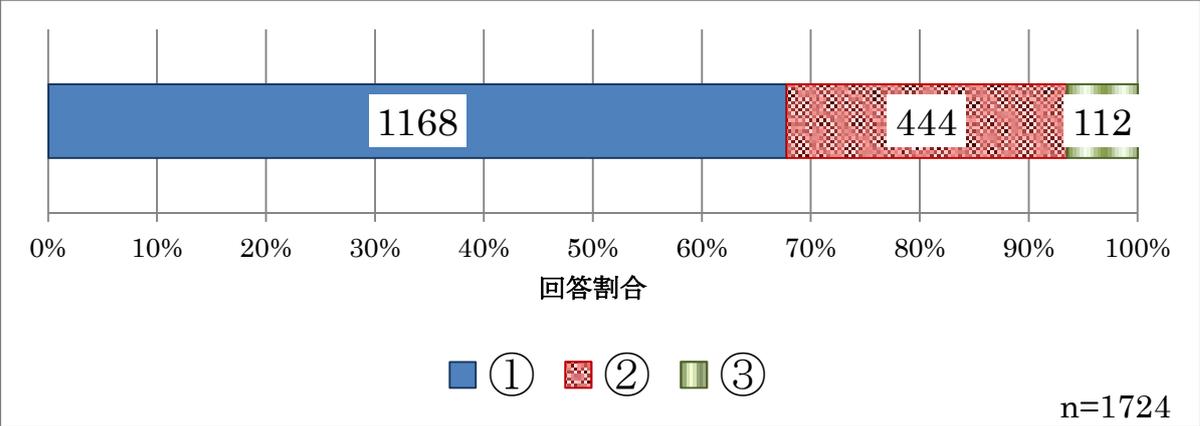
病床数別	①	②
100床未満	98.6%	1.4%
100～200床	99.3%	0.7%
200～300床	99.1%	0.9%
300～400床	99.3%	0.7%
400～500床	100.0%	0.0%
500床以上	99.6%	0.4%

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%

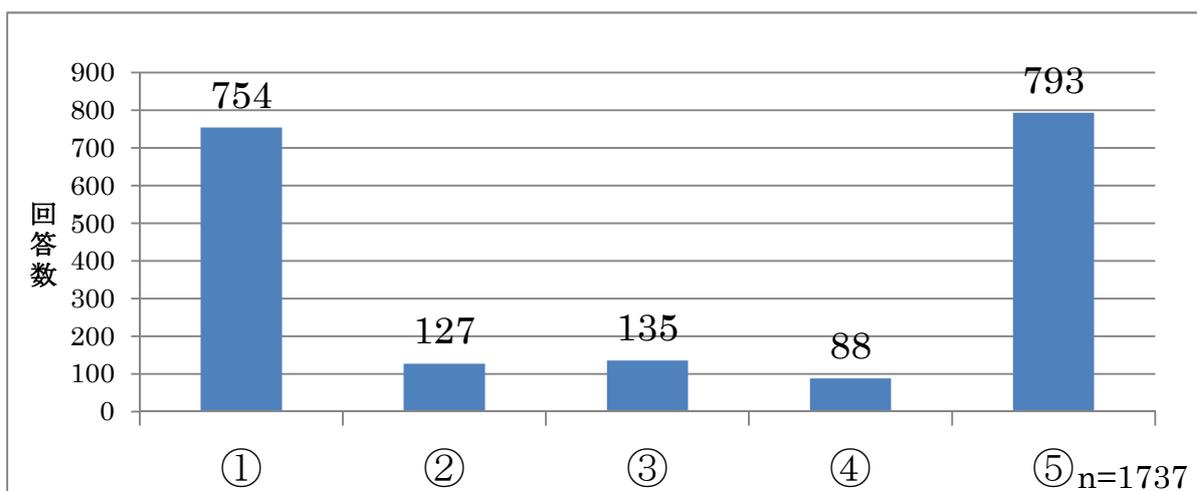
群別	①	②	③
I群	72.2%	13.9%	13.9%
II群	74.2%	18.0%	7.9%
III群	67.1%	26.9%	6.0%
DPC準備病院	67.4%	26.4%	6.2%

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)。

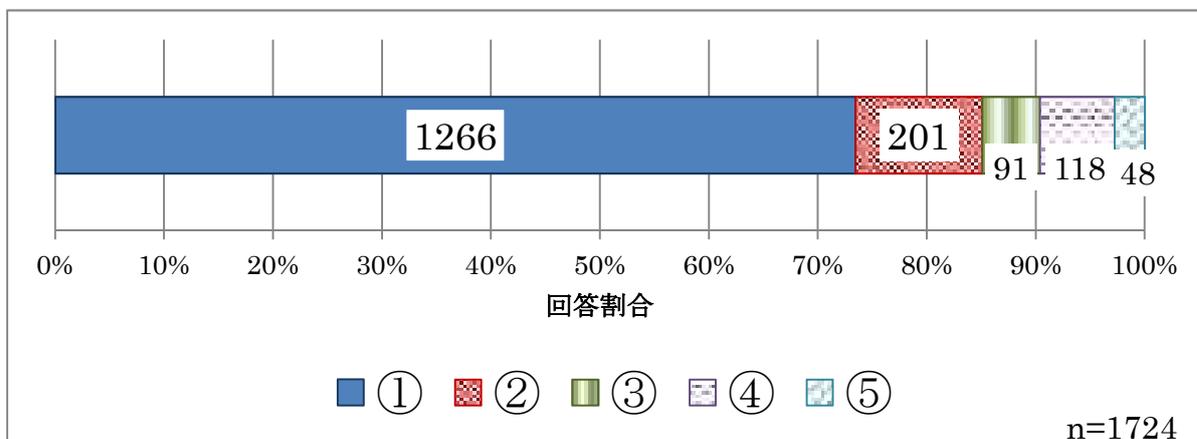
- ・ 診療統計資料(新入院、入院延べ患者数、平均在院日数、科別手術件数、外来患者数、外来新患者数など)
- ・ 国立大学附属病院長会議や自グループ病院が策定した病院評価指標
- ・ (高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率、院内新規褥瘡発生率、手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率、膝・股関節に関する手術における静脈血栓塞栓症発生率、入院患者の死亡率、入院後24時間以内に死亡した患者を除いた入院患者の死亡率、全死亡入院患者のうち入院後24時間以内に死亡した患者の割合、急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率、急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRI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】



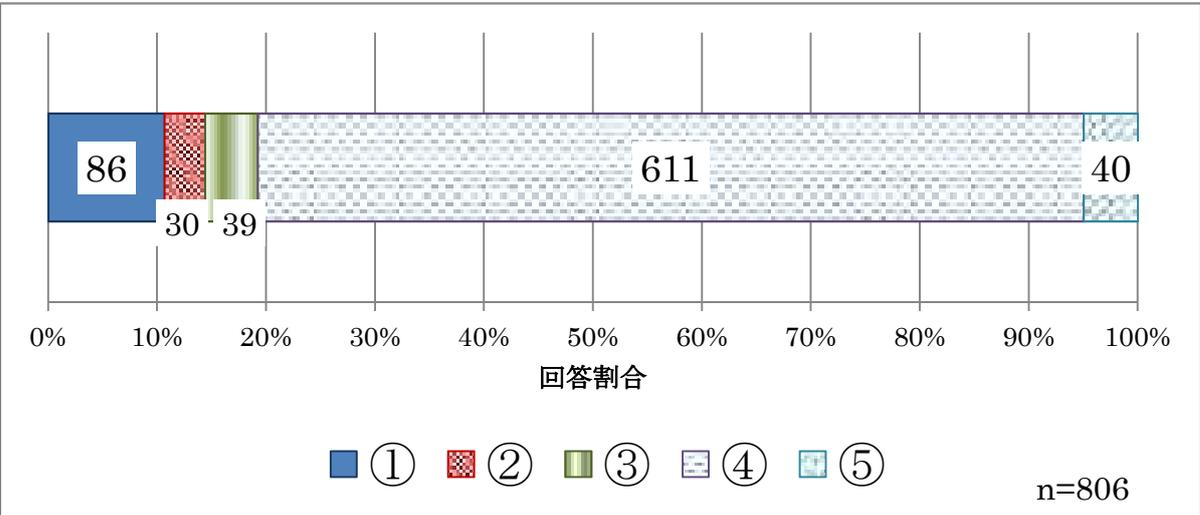
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	59.5%	19.7%	8.8%	7.3%	4.7%
100～200床	69.2%	15.9%	6.1%	6.1%	2.8%
200～300床	76.3%	11.1%	4.9%	7.1%	0.6%
300～400床	75.6%	8.4%	4.0%	7.6%	4.4%
400～500床	84.8%	5.3%	2.6%	5.3%	2.0%
500床以上	82.3%	4.4%	3.7%	7.4%	2.2%

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%

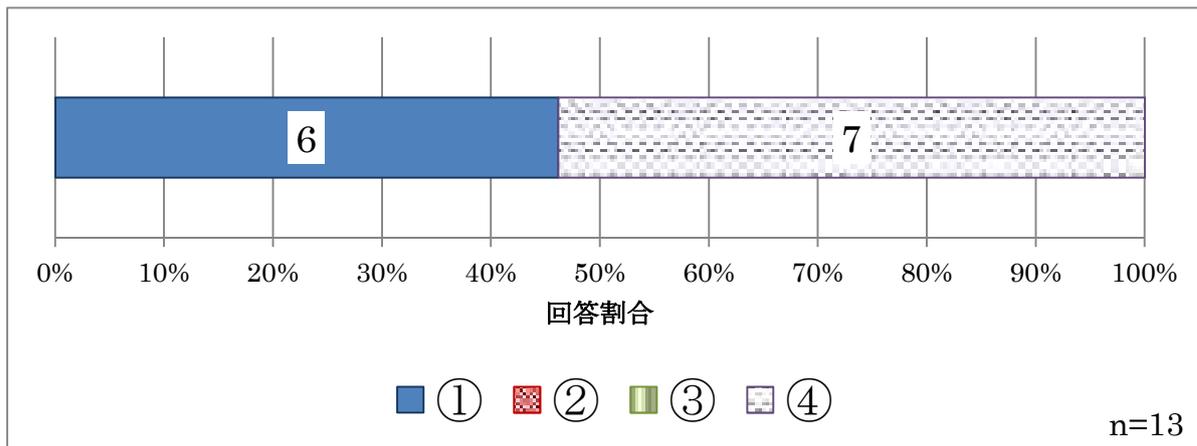
群別	①	②	③	④	⑤
I群	2.0%	2.0%	3.9%	82.4%	9.8%
II群	13.1%	4.9%	1.6%	73.8%	6.6%
III群	10.7%	3.7%	5.4%	76.0%	4.2%
DPC準備病院	14.5%	4.3%	2.9%	71.0%	7.2%

(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】



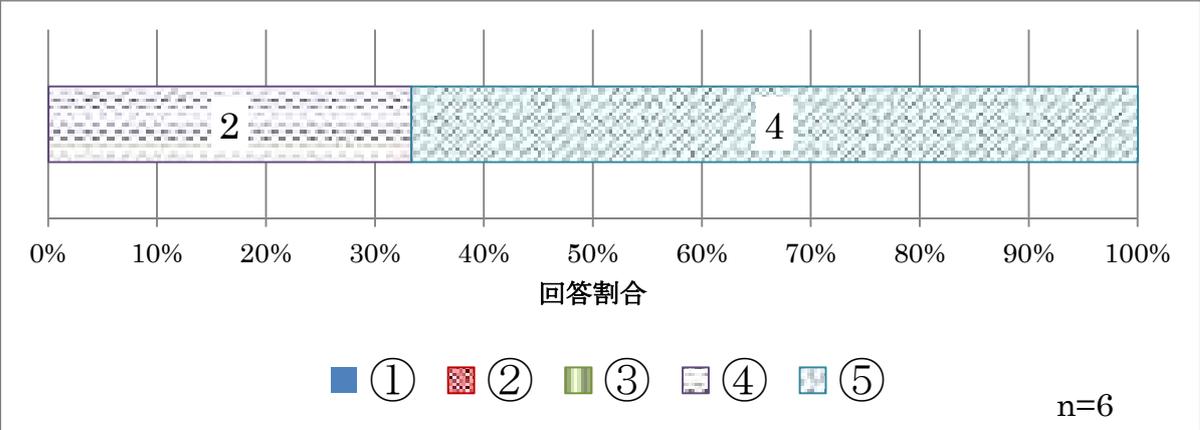
病床数別	①	②	③	④
100床未満	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%
100～200床	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
200～300床	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%
300～400床	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
400～500床	-	-	-	-

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】



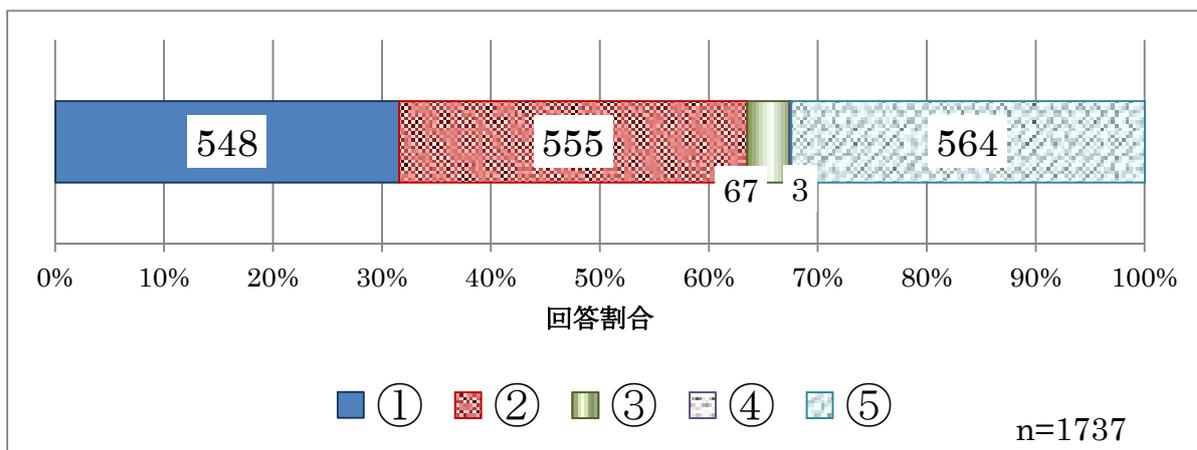
病床数別	①	②	③	④	⑤
100 床未 満	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%
100～ 200 床	-	-	-	-	-
200～ 300 床	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
300～ 400 床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
400～ 500 床	-	-	-	-	-
500 床以 上	-	-	-	-	-

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】



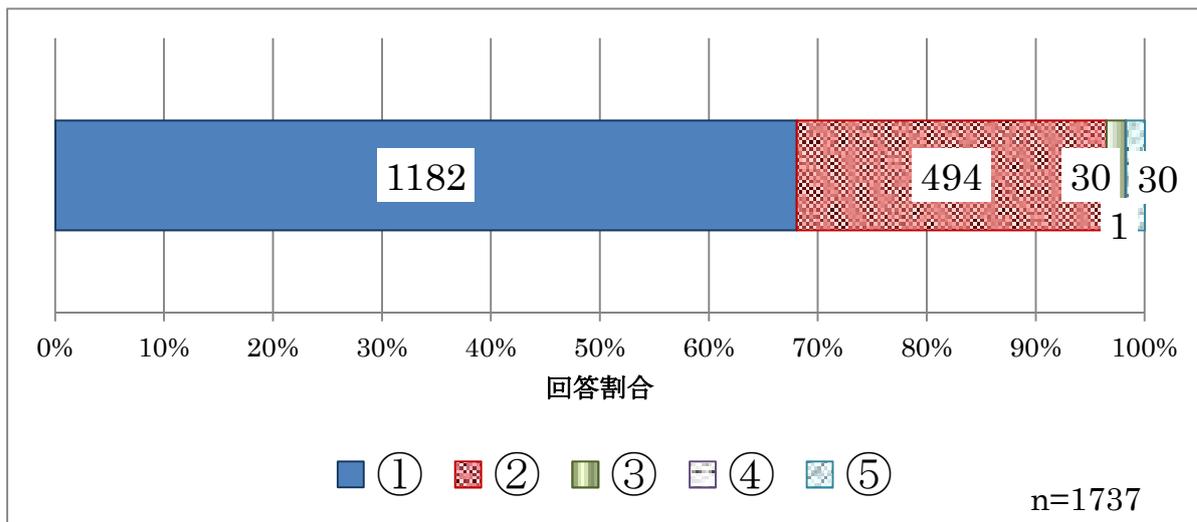
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	26.3%	45.0%	8.6%	0.4%	19.8%
100～200床	30.4%	38.3%	5.1%	0.2%	26.0%
200～300床	28.0%	36.9%	2.4%	0.3%	32.3%
300～400床	34.3%	27.1%	2.9%	0.0%	35.7%
400～500床	42.4%	21.9%	1.3%	0.0%	34.4%
500床以上	34.2%	13.2%	1.1%	0.0%	51.5%

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)

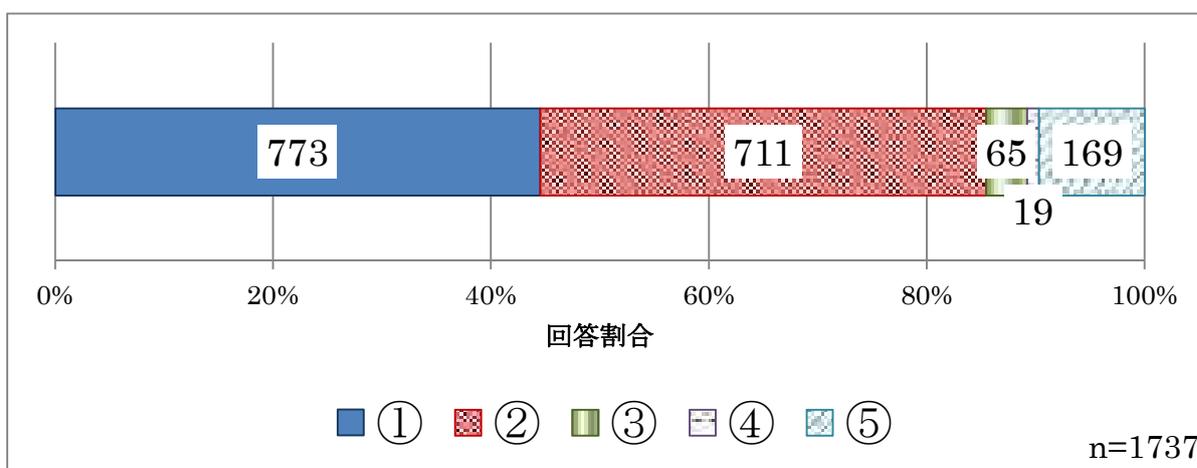
- ・高齢者の患者さんは、パソコンを保持している方が少なく、ホームページの参照は少ないと思われます。
- ・以前は電話での診療時間の問い合わせが多かったが、ホームページを見てきたと言われる方が増加している。
- ・指標となる基本的な項目と算出の定義を全国統一で行ってほしい。
- ・HPによる公開で利益を受けるのが住民と考えるのであれば、費用は施設と住民が公平に負担すべきと考える。
- ・都道府県が開設している病院検索システムを知る人も少なく、ホームページを含めたインターネットツールが医療機関等からの情報発信に有効なのか疑問です。
- ・医療法上許可されている公（広）告との境界が不明瞭である。病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】



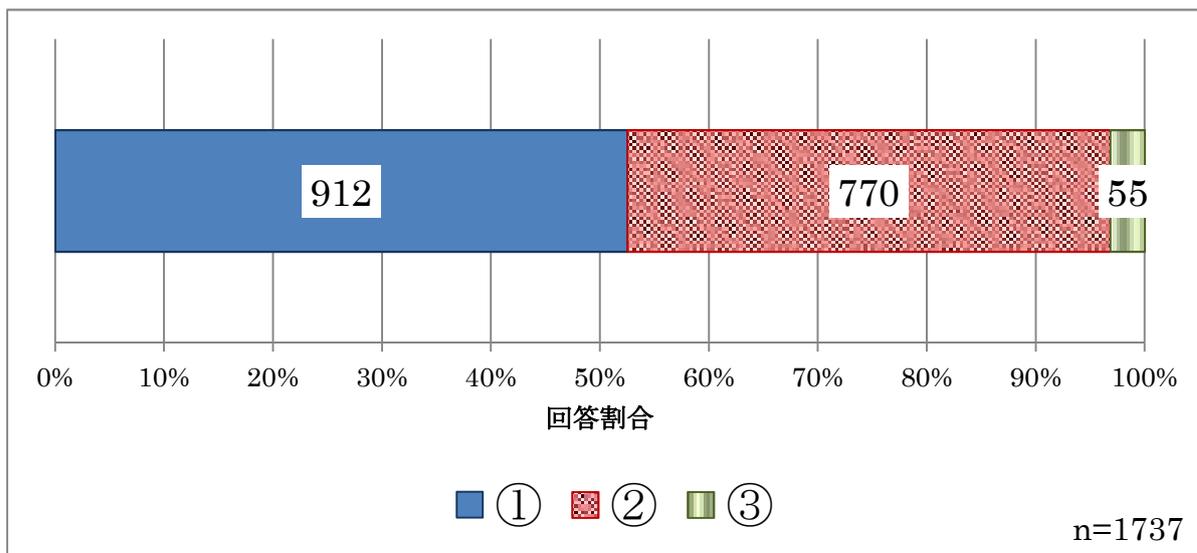
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	38.1%	41.7%	4.3%	2.2%	13.7%
100～200床	41.5%	42.0%	3.5%	1.2%	11.8%
200～300床	41.2%	44.5%	4.0%	0.6%	9.8%
300～400床	46.9%	41.2%	5.4%	0.4%	6.1%
400～500床	53.6%	37.7%	1.3%	2.0%	5.3%
500床以上	52.2%	35.7%	2.9%	0.7%	8.5%

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】



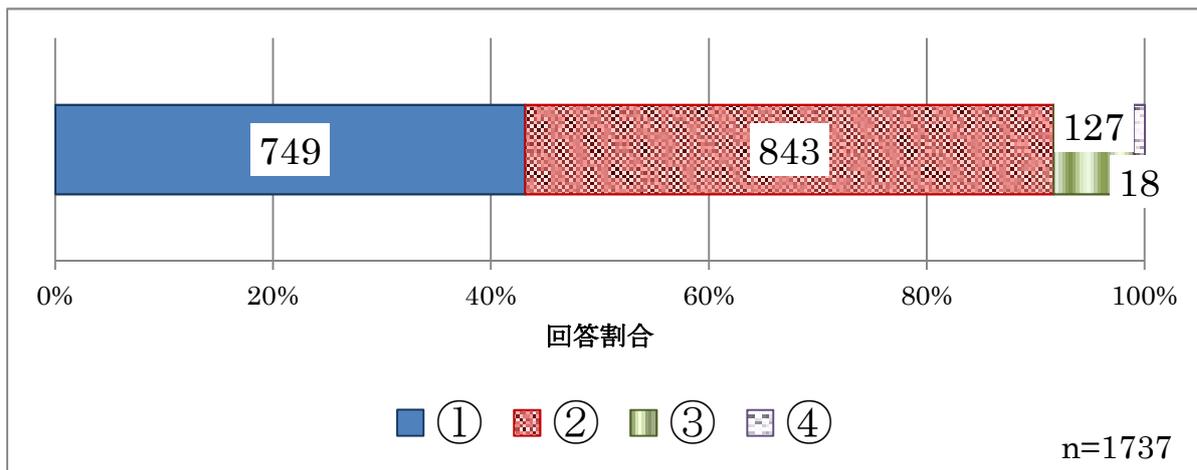
病床数別	①	②	③
100床未満	45.7%	48.6%	5.8%
100～200床	45.2%	51.3%	3.5%
200～300床	52.1%	45.4%	2.4%
300～400床	55.2%	41.9%	2.9%
400～500床	64.2%	34.4%	1.3%
500床以上	62.1%	35.7%	2.2%

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】



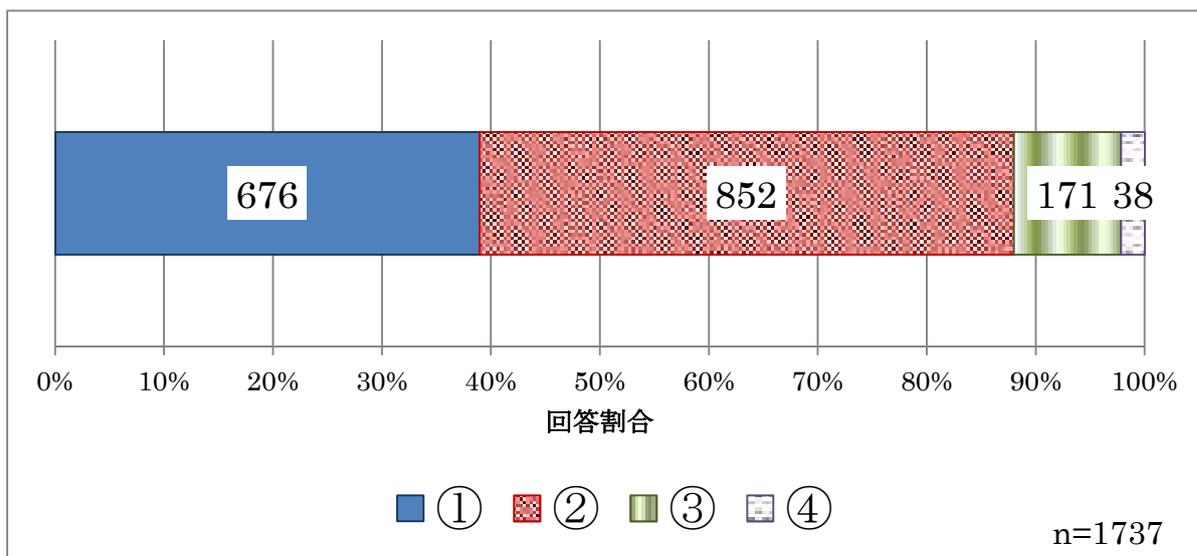
病床数別	①	②	③	④
100床未満	37.8%	48.2%	12.6%	1.4%
100～200床	35.0%	53.8%	9.7%	1.4%
200～300床	43.9%	48.8%	6.1%	1.2%
300～400床	45.5%	48.7%	4.7%	1.1%
400～500床	53.0%	44.4%	2.0%	0.7%
500床以上	52.6%	42.3%	5.1%	0.0%

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】



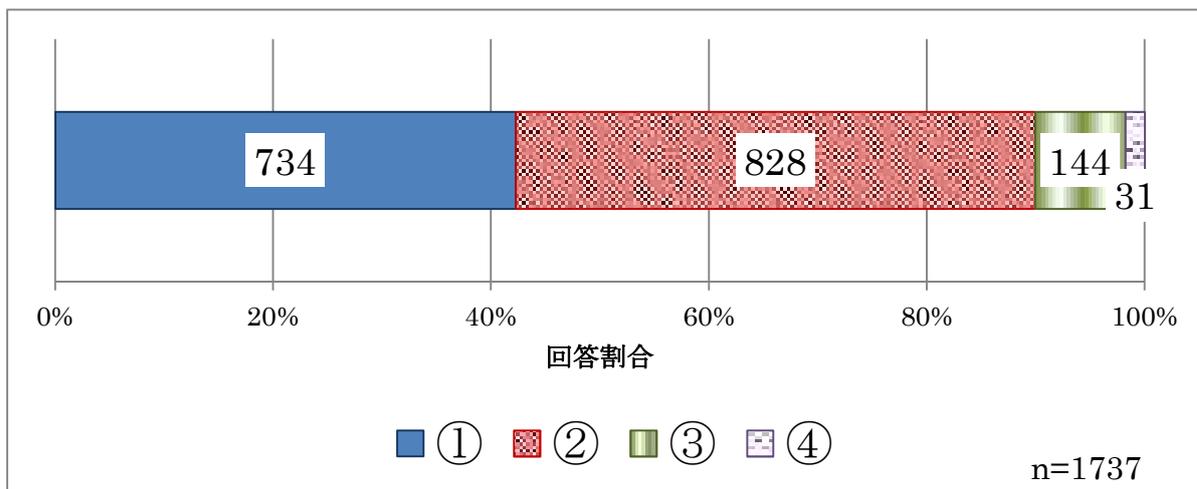
病床数別	①	②	③	④
100 床未満	34.5%	53.2%	10.4%	1.8%
100～200 床	37.4%	48.7%	11.1%	2.8%
200～300 床	35.7%	51.2%	11.9%	1.2%
300～400 床	40.8%	50.5%	7.9%	0.7%
400～500 床	46.4%	46.4%	4.6%	2.6%
500 床以上	43.8%	42.6%	9.6%	4.0%

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】



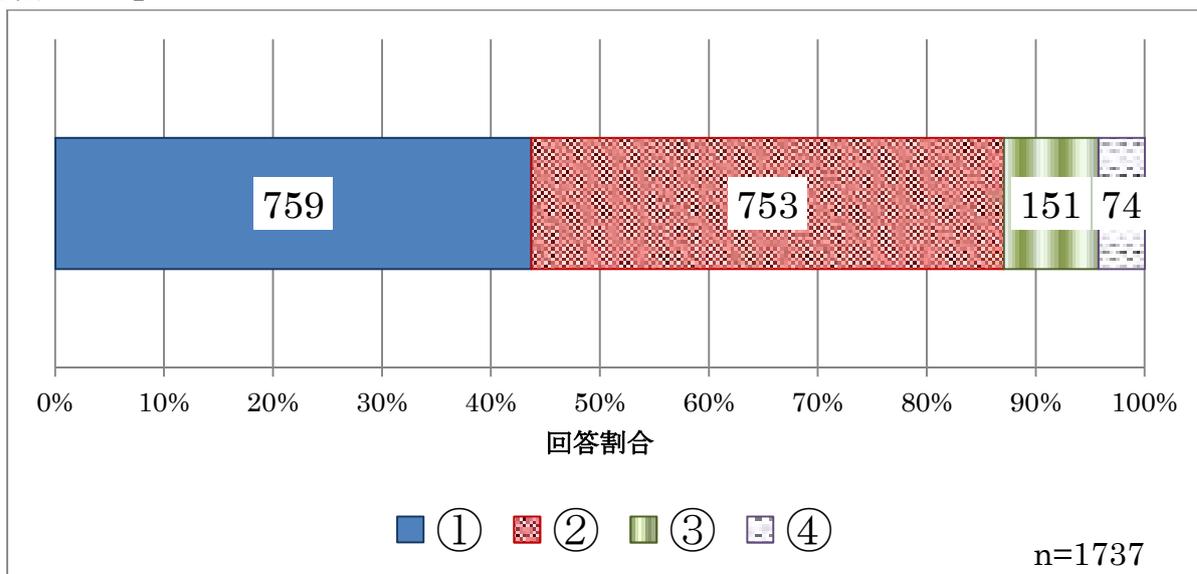
病床数別	①	②	③	④
100 床未満	39.6%	48.6%	10.4%	1.4%
100～200 床	41.3%	47.8%	9.0%	1.9%
200～300 床	40.9%	50.9%	7.0%	1.2%
300～400 床	42.6%	46.2%	9.7%	1.4%
400～500 床	48.3%	43.7%	6.0%	2.0%
500 床以上	44.5%	46.3%	6.3%	2.9%

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】



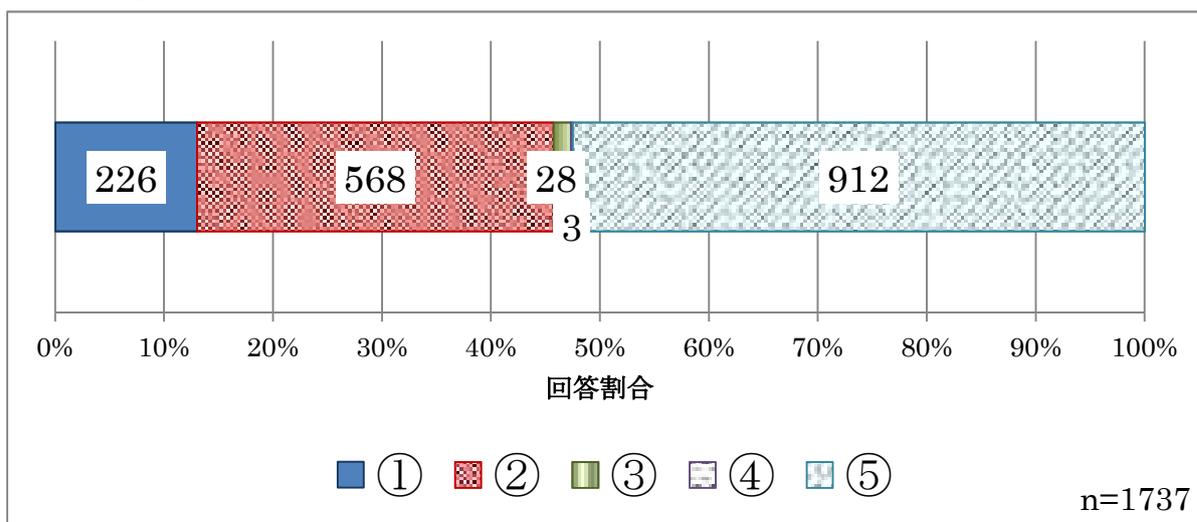
病床数別	①	②	③	④
100床未満	41.7%	42.1%	11.5%	4.7%
100～200床	42.0%	43.4%	10.2%	4.4%
200～300床	42.4%	45.7%	9.1%	2.7%
300～400床	44.0%	44.0%	8.7%	3.2%
400～500床	45.0%	46.4%	5.3%	3.3%
500床以上	48.9%	39.3%	4.8%	7.0%

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)。

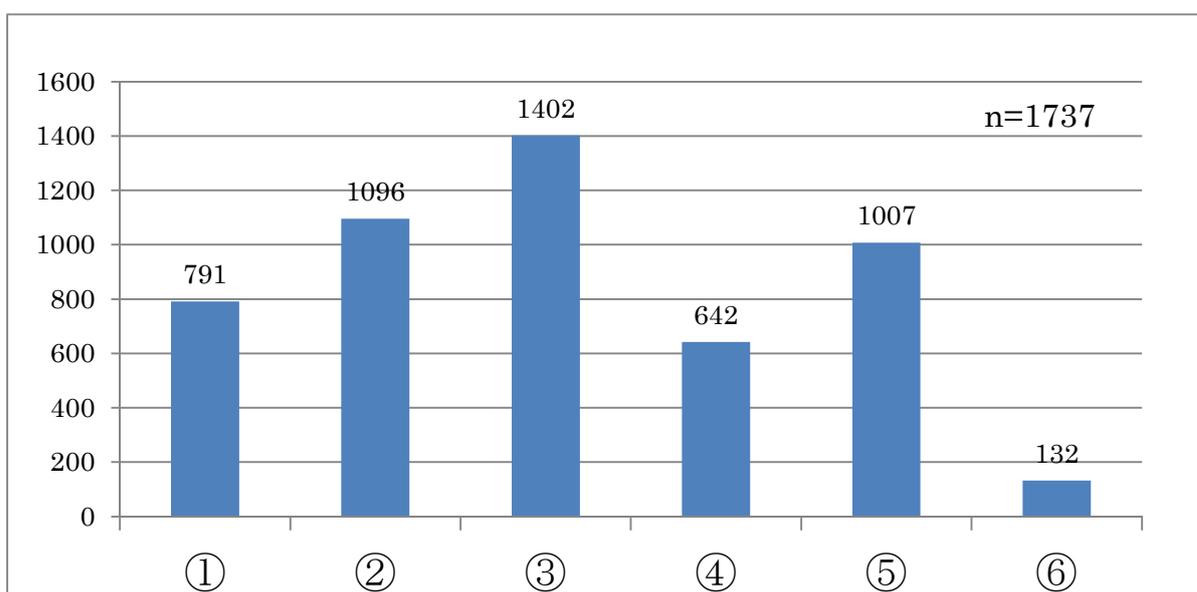
- ・ 国民の病院選択に役立つ。また、ベンチマークの活発化により、日本における自院のポジションを意識し、改善を意識するようになり、結果、医療や経営の質向上に期待が持てる。
- ・ 本来医療機関における報酬の糧は、医療技術やケア内容であるのに、これまでその評価なくして報酬が得られていたことの方が問題でと考えている。何を持ってその評価とするかということがようやく議論され始めたことは非常に有意義であり、重要なことである。今後は診療報酬も含めた公開が望まれる。
- ・ よい数値を出そうとしてバイアスがかかり本来の医療をできるかも心配がある。
- ・ 指標を使って経営コンサルタント、メディア、SNS等で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

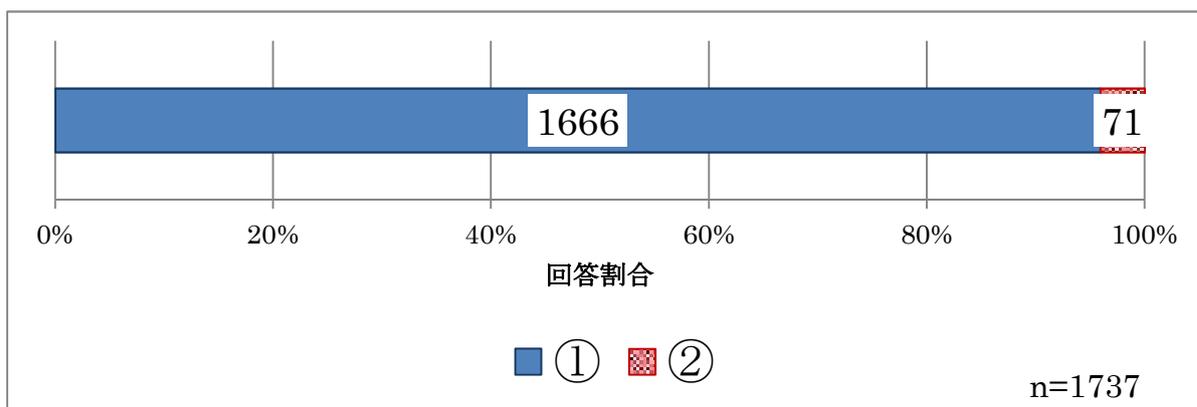
- ・ 特に支障は感じない
- ・ 説明が足りないことで患者に誤解を与える可能性がある
- ・ データのミスリードによる職員のモチベーション低下。
- ・ 大病院に症例が集中しているため、症例数が少なく指標として公開できない。
- ・ 大病院の優位性と中小病院の劣勢が鮮明になる
- ・ 患者選択による受診増加で施設毎の負担の偏りが増加する（予約待ち等）。

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)



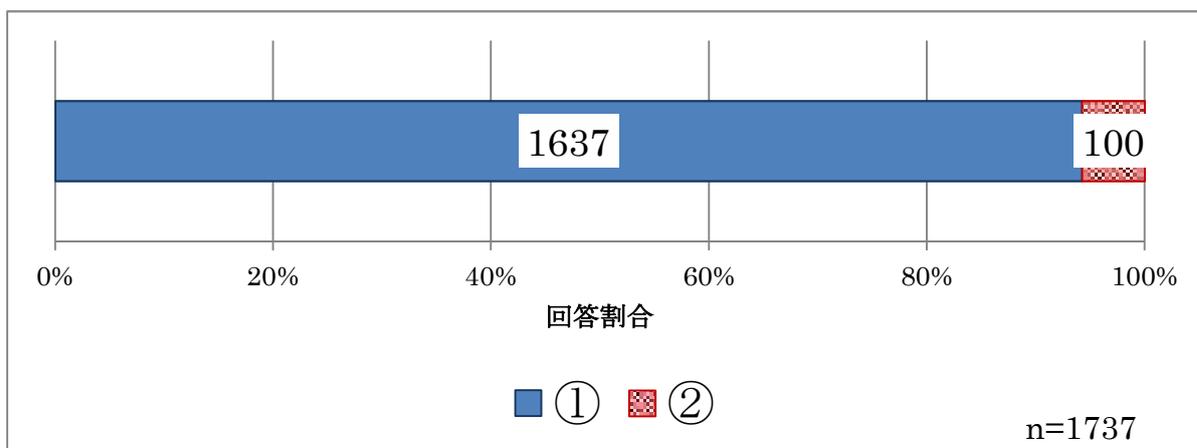
病床数別	①	②
100床未満	95.0%	5.0%
100～200床	95.8%	4.2%
200～300床	95.4%	4.6%
300～400床	96.8%	3.2%
400～500床	96.0%	4.0%
500床以上	96.7%	3.3%

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%

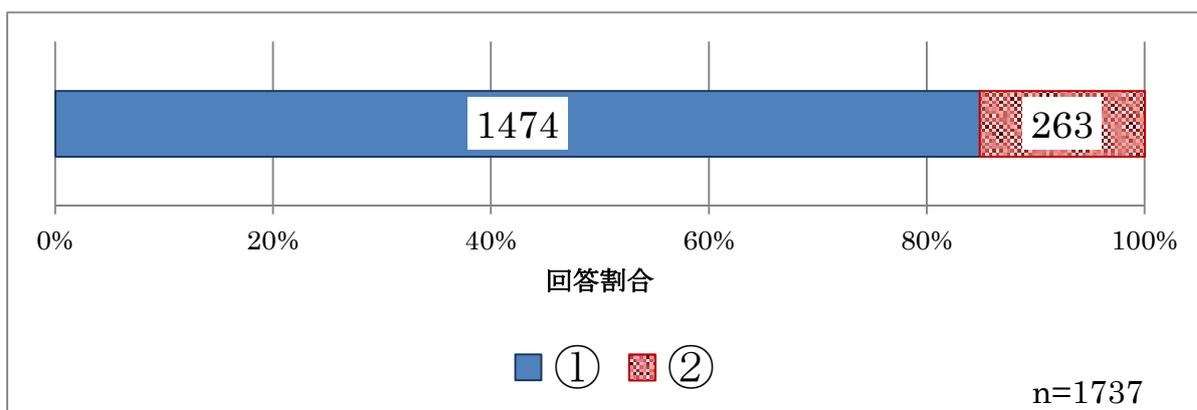
群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	94.3%	5.7%
DPC準備病院	94.3%	5.7%

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病期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%

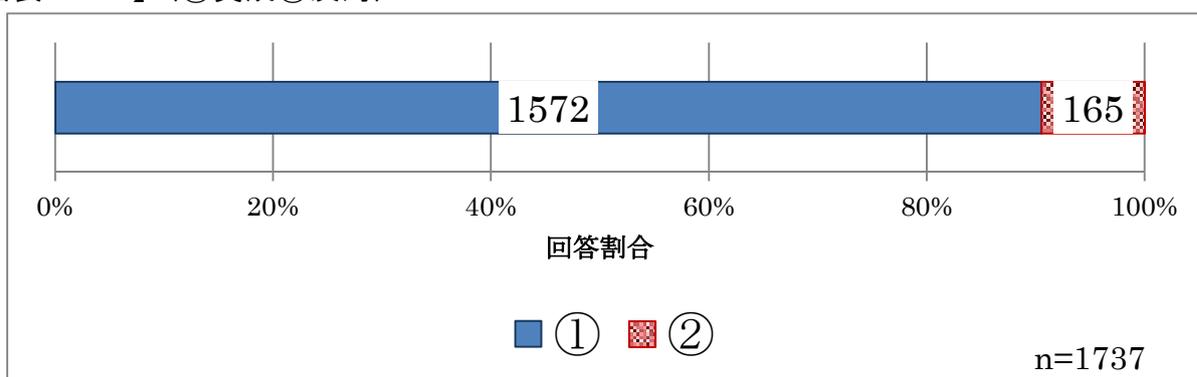
群別	①	②
I群	82.5%	17.5%
II群	81.1%	18.9%
III群	85.3%	14.7%
DPC準備病院	84.8%	15.2%

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%

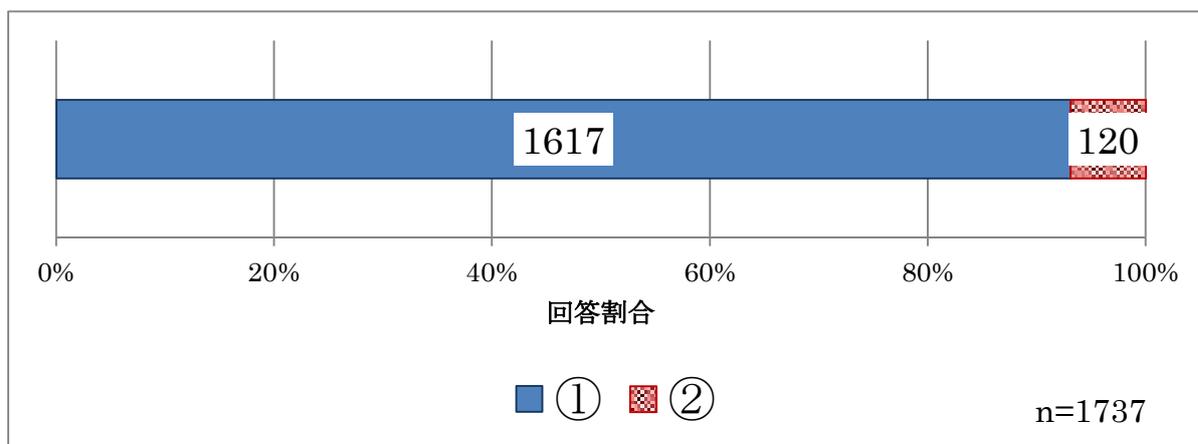
群別	①	②
I群	78.8%	21.3%
II群	90.0%	10.0%
III群	91.3%	8.7%
DPC準備病院	90.2%	9.8%

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%

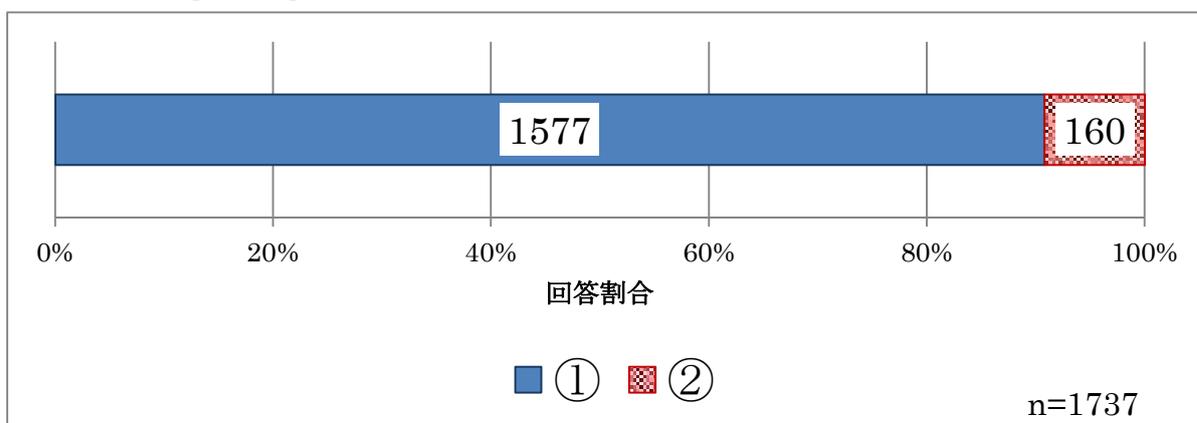
群別	①	②
I 群	87.5%	12.5%
II 群	92.2%	7.8%
III 群	93.8%	6.2%
DPC 準備病院	91.4%	8.6%

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)



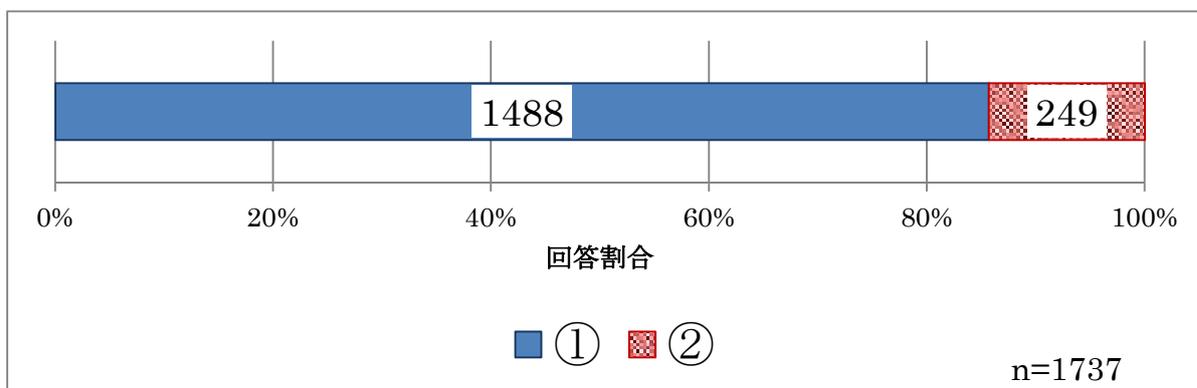
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	91.7%	8.3%	I群	83.8%	16.3%
100～200床	91.4%	8.6%	II群	91.1%	8.9%
200～300床	90.5%	9.5%	III群	91.3%	8.7%
300～400床	89.5%	10.5%	DPC準備病院	90.2%	9.8%
400～500床	92.1%	7.9%			
500床以上	89.7%	10.3%			

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%			

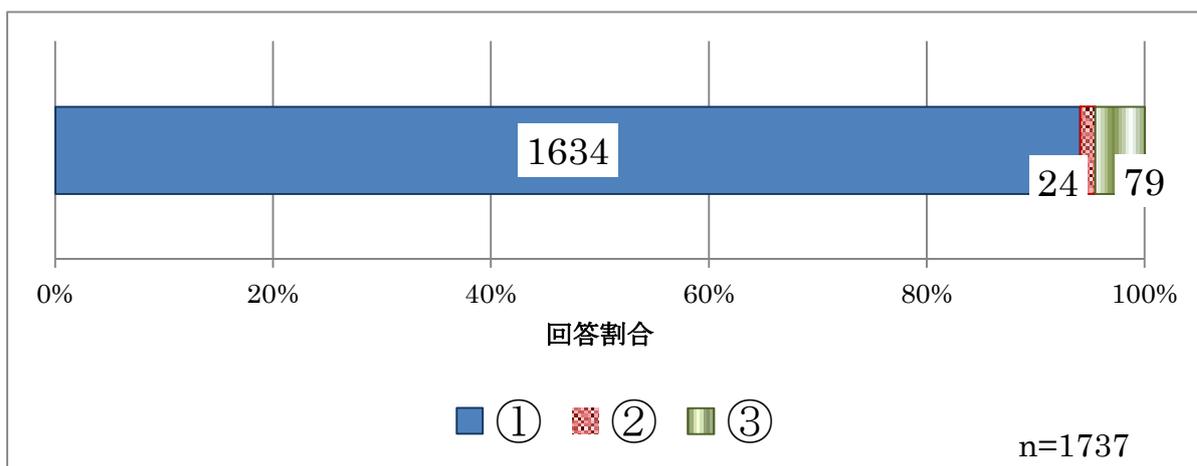
反対の理由

- ・ 「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思われては困る。

(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%

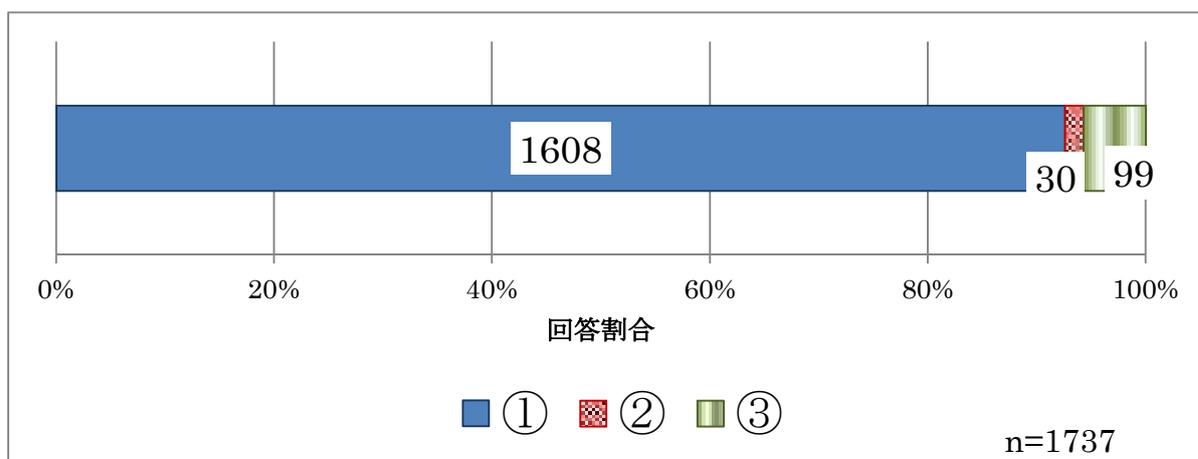
群別	①	②	③
I群	88.8%	2.5%	8.8%
II群	97.8%	0.0%	2.2%
III群	94.9%	1.4%	3.8%
DPC準備病院	90.2%	1.6%	8.2%

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%

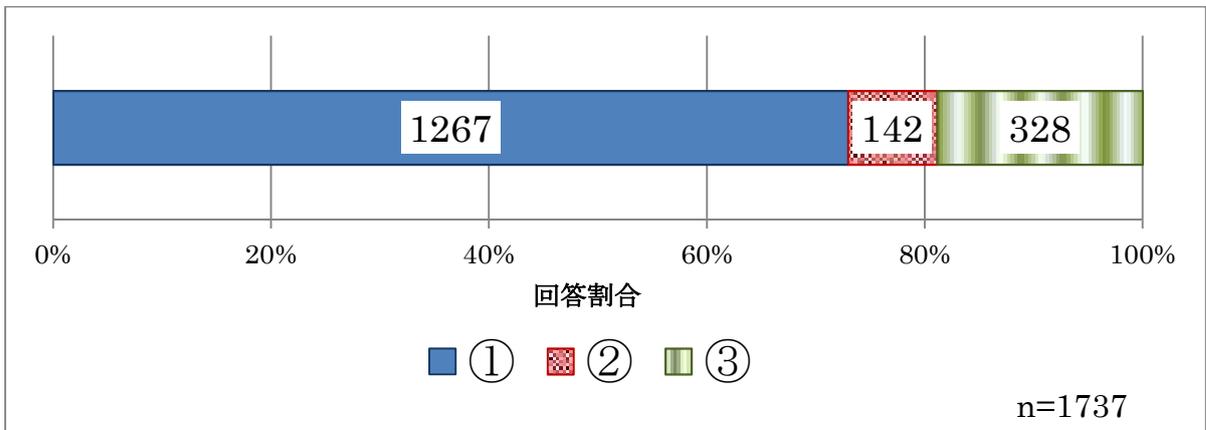
群別	①	②	③
I群	87.5%	2.5%	10.0%
II群	96.7%	0.0%	3.3%
III群	94.0%	1.6%	4.5%
DPC準備病院	85.2%	2.9%	11.9%

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トの仕方が異なる、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%

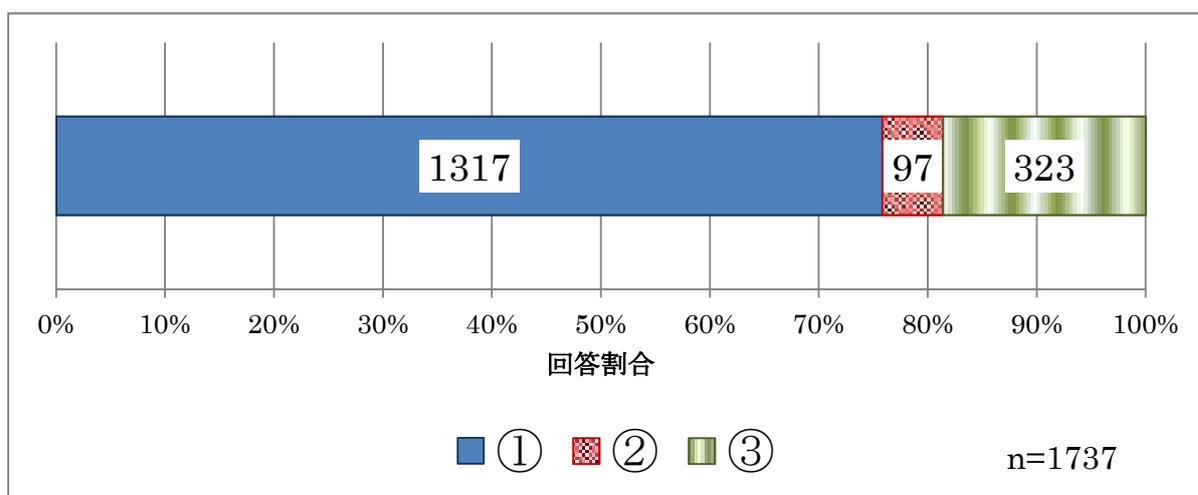
群別	①	②	③
I群	78.8%	8.8%	12.5%
II群	77.8%	8.9%	13.3%
III群	75.5%	6.9%	17.6%
DPC準備病院	55.3%	14.8%	29.9%

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%

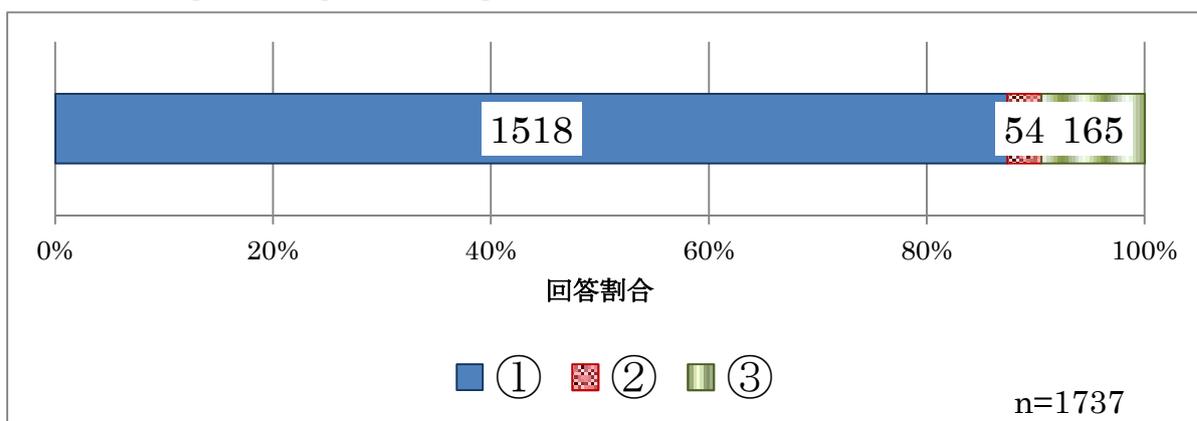
群別	①	②	③
I群	71.3%	7.5%	21.3%
II群	77.8%	7.8%	14.4%
III群	78.5%	4.5%	17.0%
DPC準備病院	62.3%	9.8%	27.9%

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%

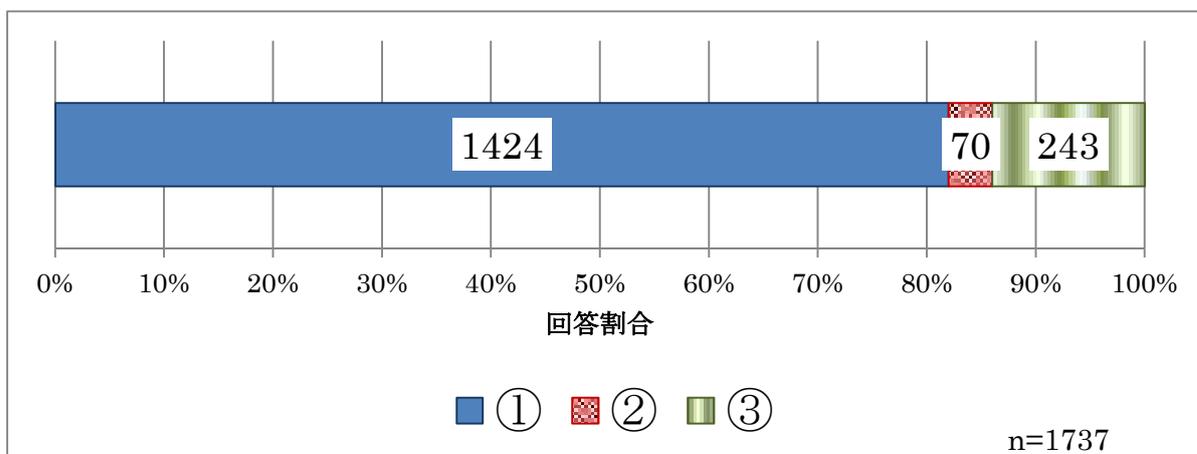
群別	①	②	③
I群	82.5%	5.0%	12.5%
II群	93.3%	0.0%	6.7%
III群	90.0%	2.6%	7.4%
DPC準備病院	72.5%	6.6%	20.9%

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%

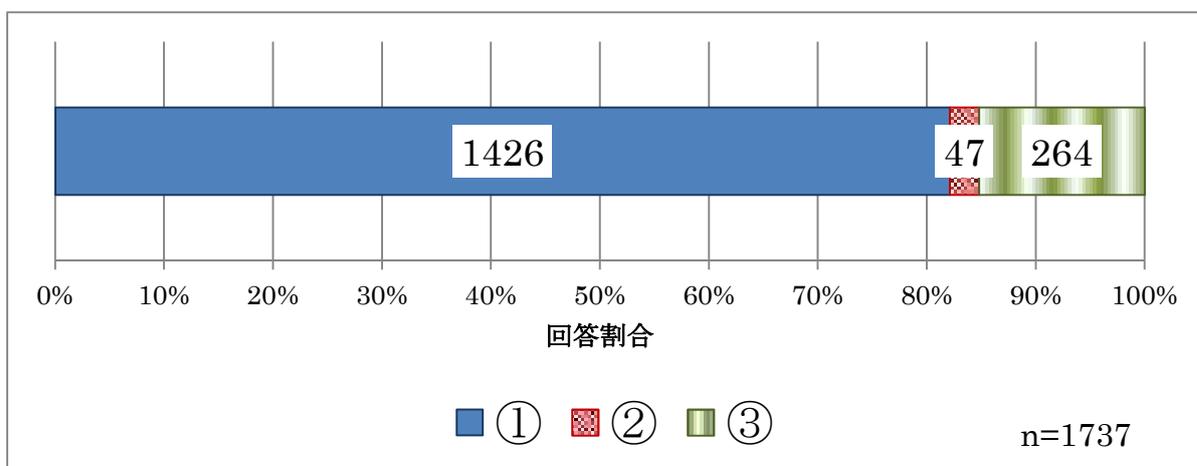
群別	①	②	③
I群	81.3%	5.0%	13.8%
II群	85.6%	2.2%	12.2%
III群	84.0%	3.3%	12.8%
DPC 準備病院	70.1%	8.6%	21.3%

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%

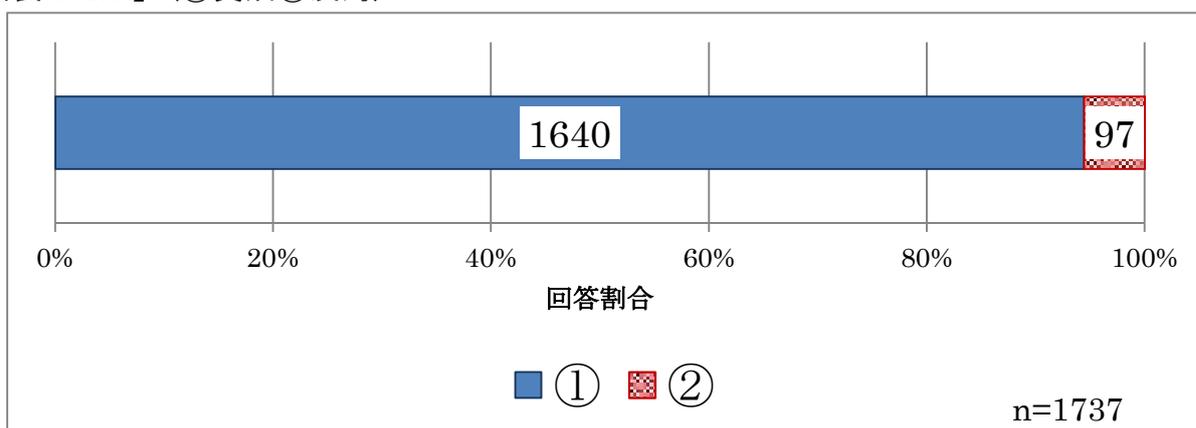
できない理由

- ・ 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)



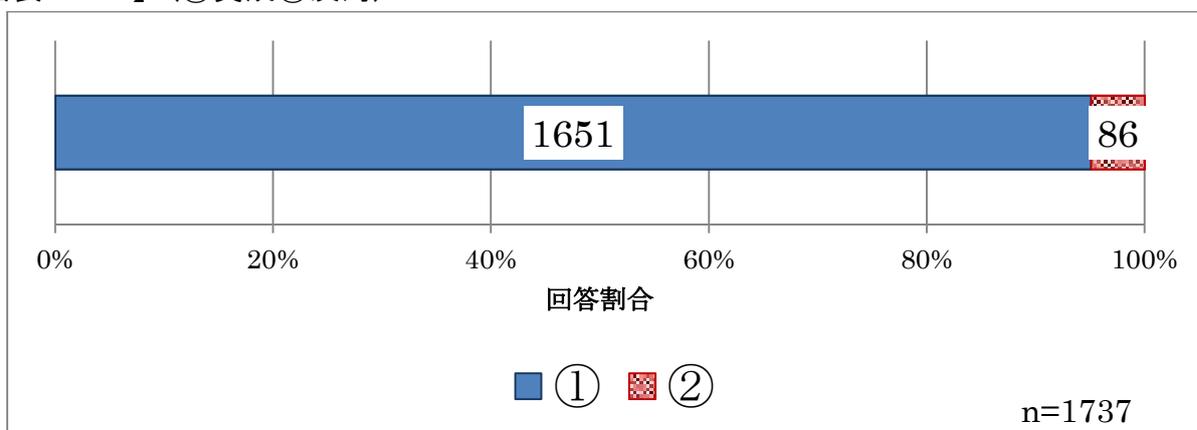
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	95.3%	4.7%	I群	90.0%	10.0%
100～200床	94.2%	5.8%	II群	96.7%	3.3%
200～300床	94.8%	5.2%	III群	94.7%	5.3%
300～400床	92.4%	7.6%	DPC準備病院	93.4%	6.6%
400～500床	97.4%	2.6%			
500床以上	93.8%	6.3%			

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)



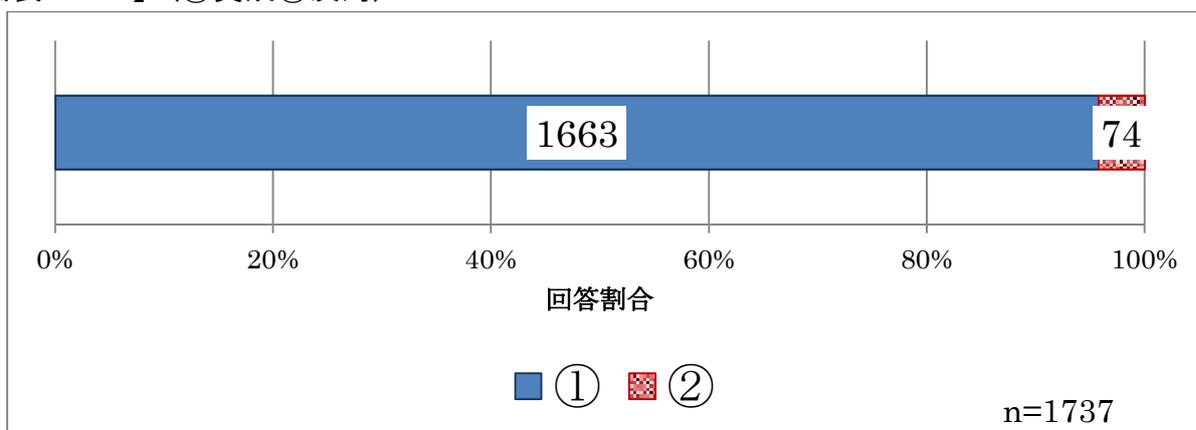
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	96.0%	4.0%	I群	90.0%	10.0%
100～200床	94.7%	5.3%	II群	97.8%	2.2%
200～300床	95.4%	4.6%	III群	95.2%	4.8%
300～400床	93.5%	6.5%	DPC 準備病院	94.7%	5.3%
400～500床	98.0%	2.0%			
500床以上	94.1%	5.9%			

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)



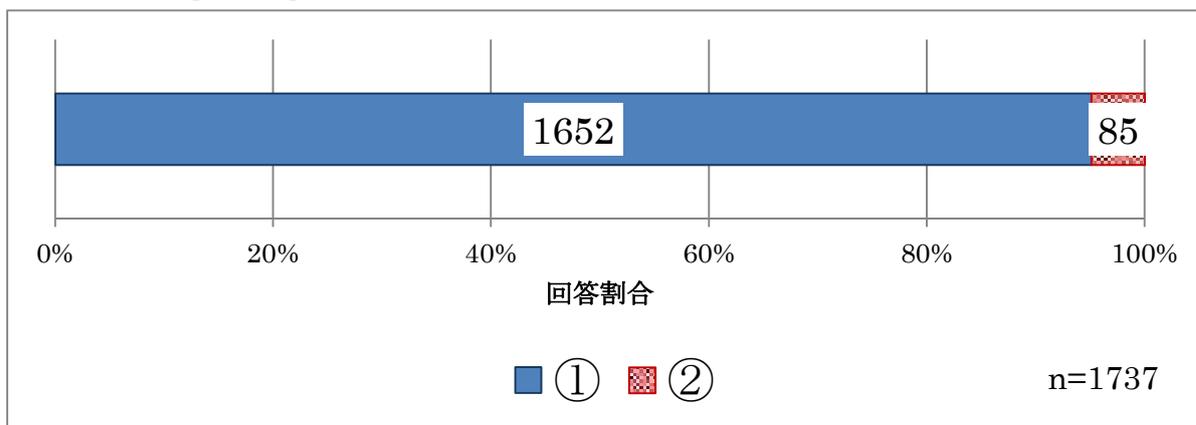
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	96.8%	3.2%	I群	88.8%	11.3%
100～200床	96.5%	3.5%	II群	97.8%	2.2%
200～300床	96.0%	4.0%	III群	95.9%	4.1%
300～400床	93.9%	6.1%	DPC準備病院	96.3%	3.7%
400～500床	98.0%	2.0%			
500床以上	93.8%	6.3%			

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、現段階では判断し兼ねる。
- ・ 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)



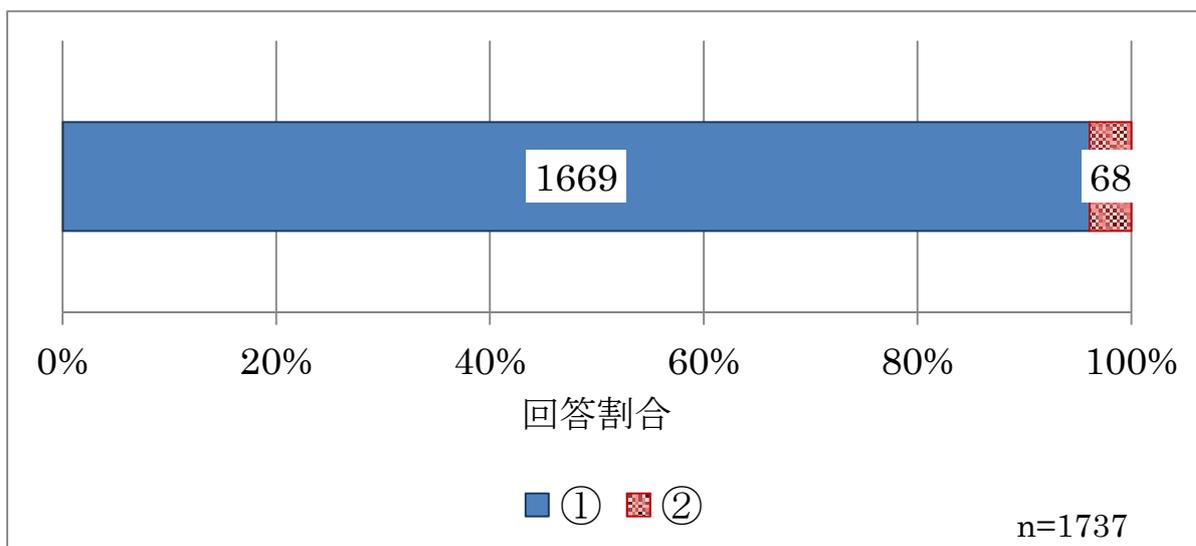
病床数別	①	②	群別	①	②
100床未満	95.3%	4.7%	I群	88.8%	11.3%
100～200床	96.3%	3.7%	II群	96.7%	3.3%
200～300床	95.1%	4.9%	III群	95.4%	4.6%
300～400床	93.9%	6.1%	DPC準備病院	95.1%	4.9%
400～500床	98.0%	2.0%			
500床以上	92.6%	7.4%			

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%

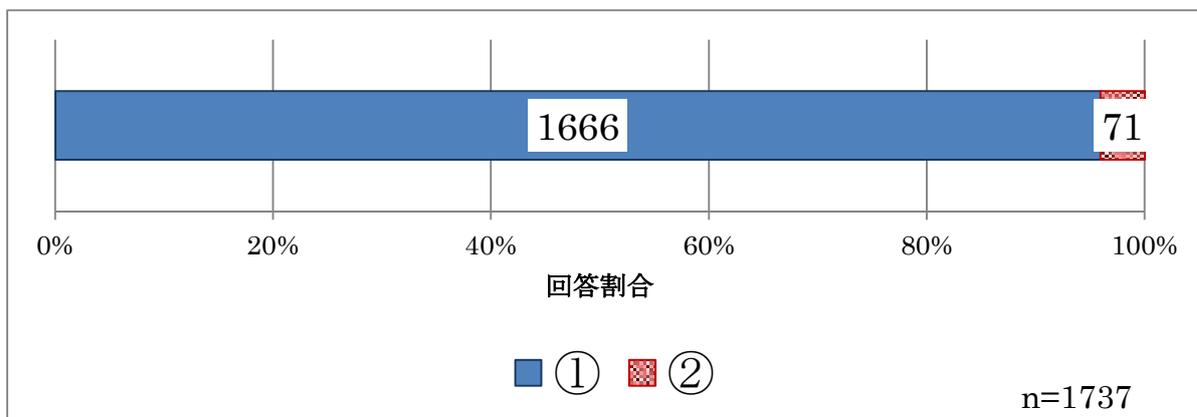
群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	96.4%	3.6%
DPC準備病院	95.9%	4.1%

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%

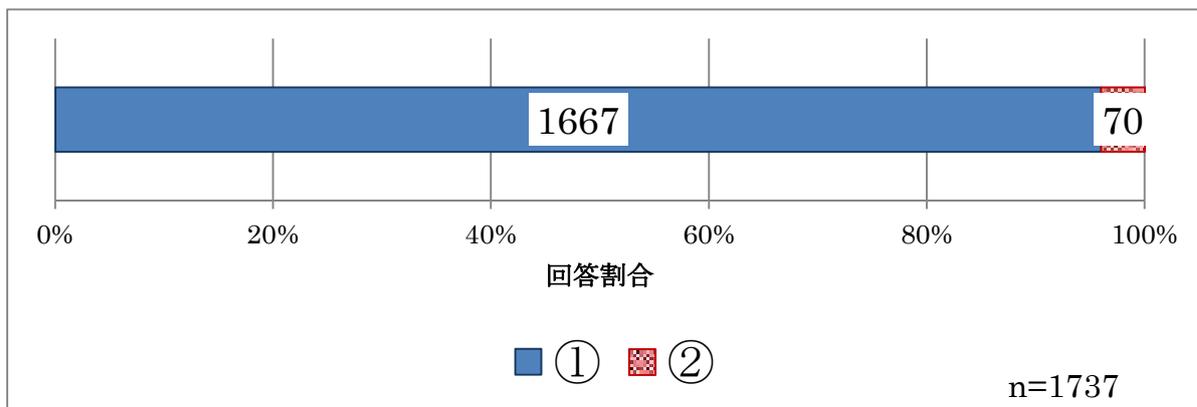
群別	①	②
I群	90.0%	10.0%
II群	97.8%	2.2%
III群	96.2%	3.8%
DPC準備病院	95.5%	4.5%

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%

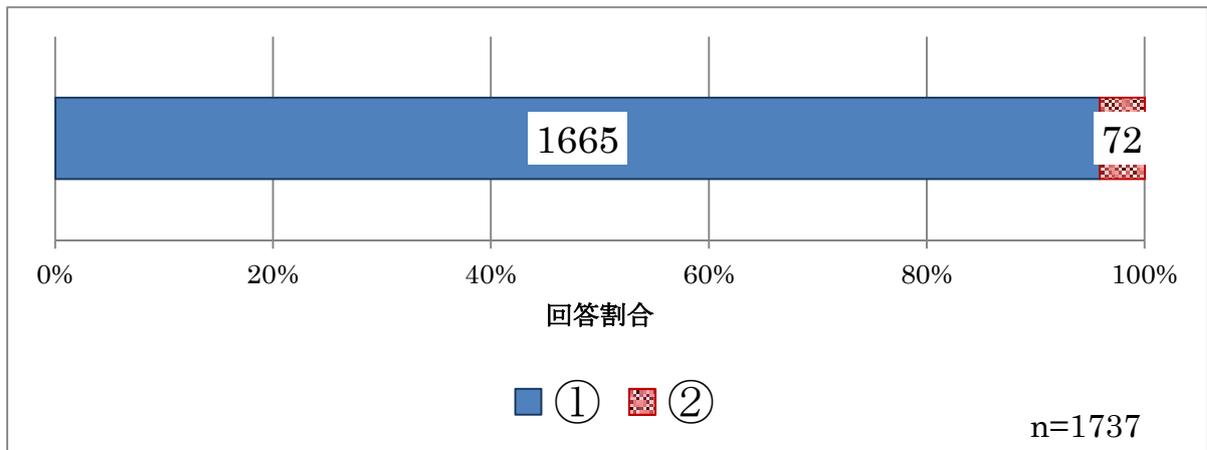
反対の理由

- ・ 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ぼりが無い事のほうが問題では。

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%

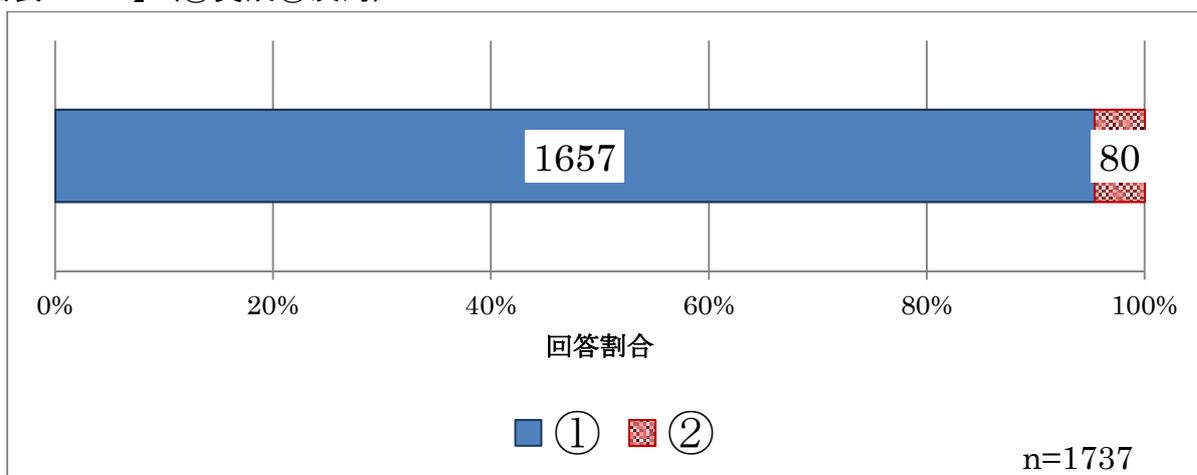
反対の理由

- ・ 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。

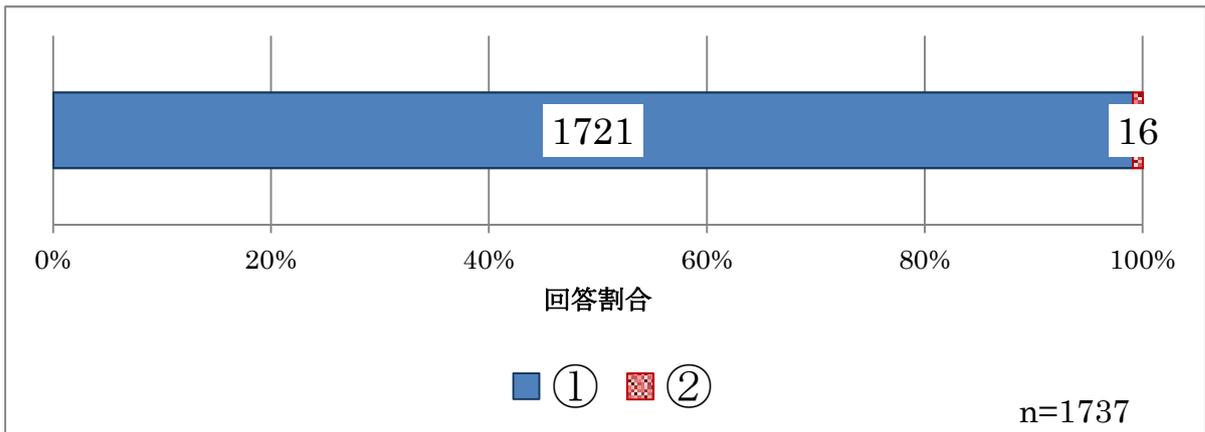
- ・その他の評価すべきと思われるコメディカルについて（自由記載欄）（200文字以内）

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%

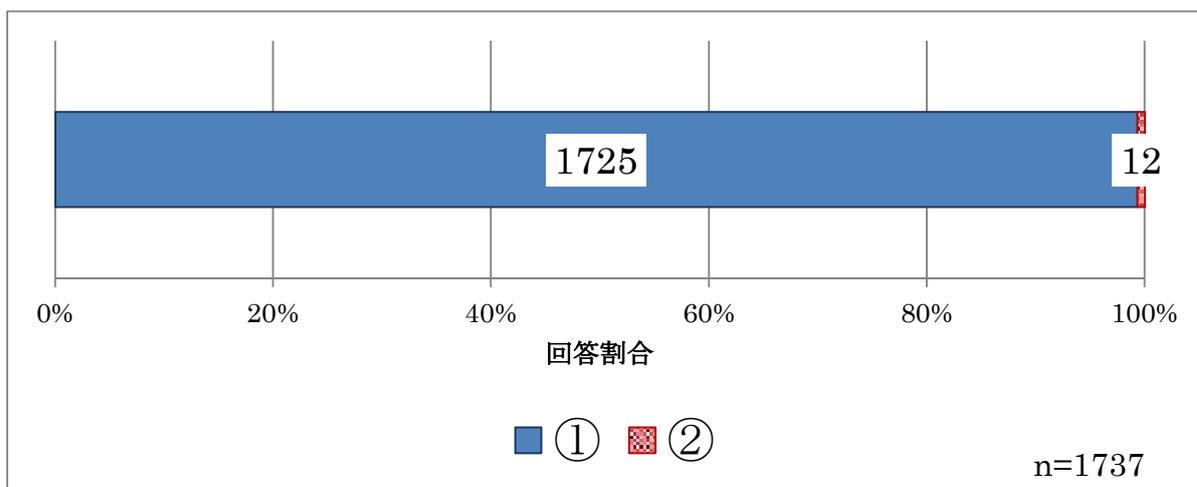
群別	①	②
I群	98.8%	1.3%
II群	98.9%	1.1%
III群	98.9%	1.1%
DPC準備病院	100.0%	0.0%

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%

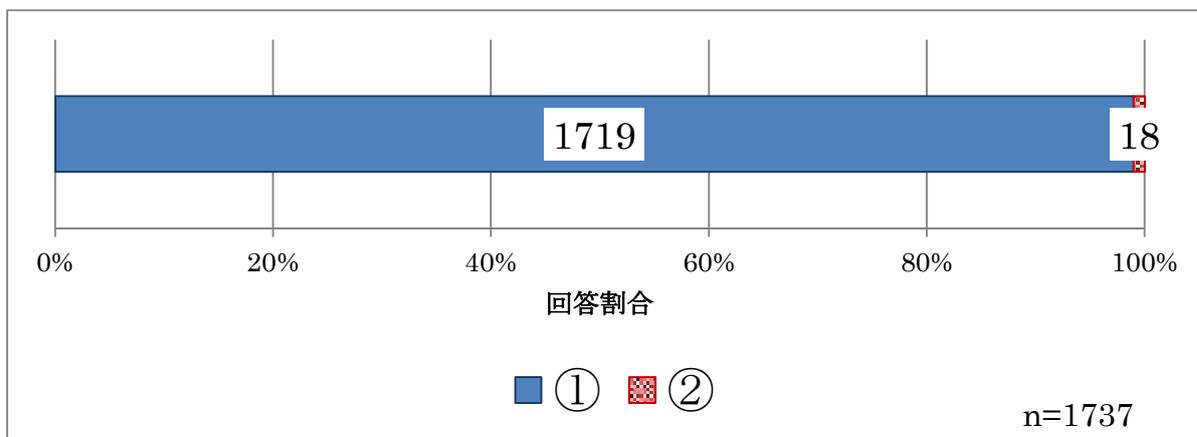
群別	①	②
I群	98.8%	1.3%
II群	100.0%	0.0%
III群	99.2%	0.8%
DPC準備病院	100.0%	0.0%

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%

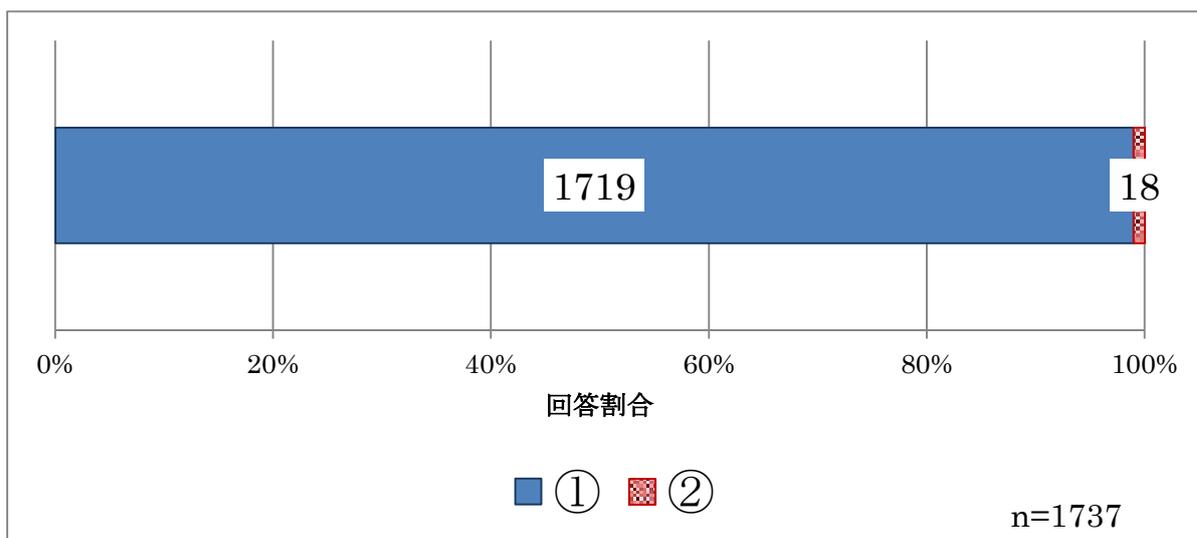
群別	①	②
I群	98.8%	1.3%
II群	100.0%	0.0%
III群	98.8%	1.2%
DPC 準備病院	99.6%	0.4%

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%

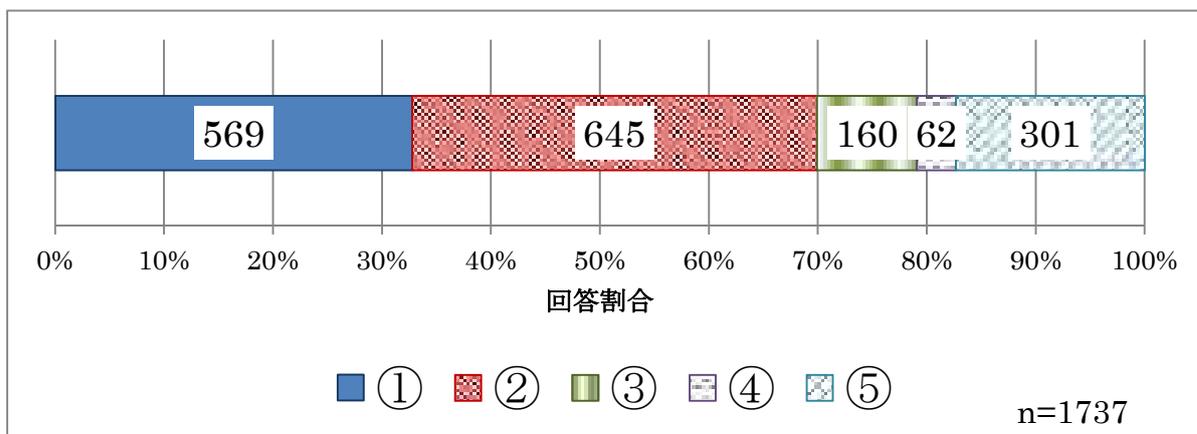
反対の理由

- ・ 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】



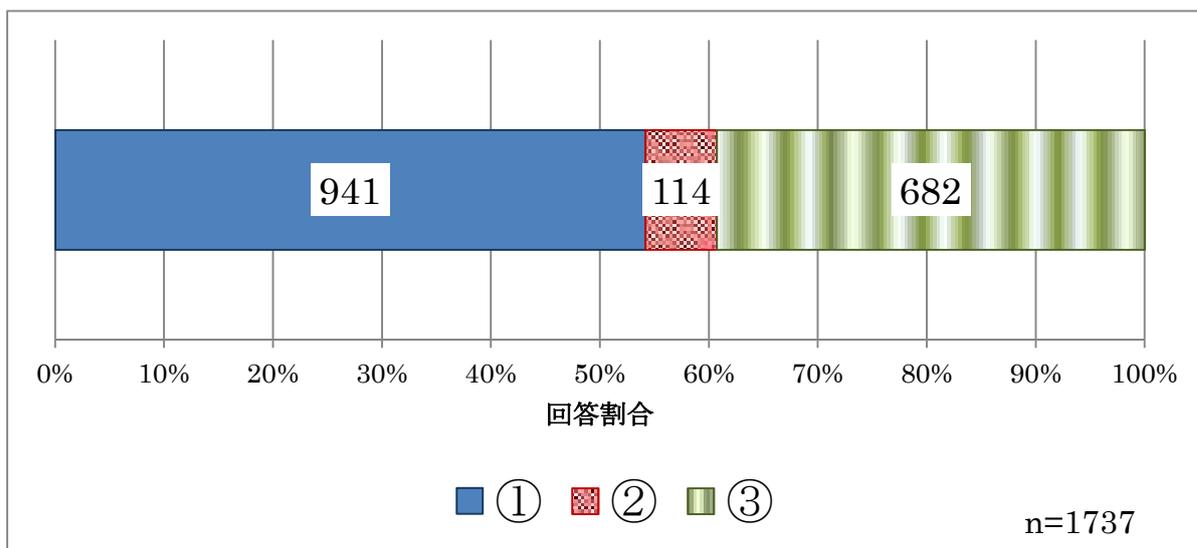
病床数別	①	②	③	④	⑤
100床未満	27.0%	40.6%	9.7%	2.2%	20.5%
100～200床	29.5%	38.1%	11.6%	3.9%	16.9%
200～300床	31.7%	37.2%	8.5%	4.0%	18.6%
300～400床	34.7%	36.1%	10.5%	3.2%	15.5%
400～500床	35.8%	37.1%	6.6%	4.6%	15.9%
500床以上	41.5%	33.1%	5.9%	3.7%	15.8%

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】



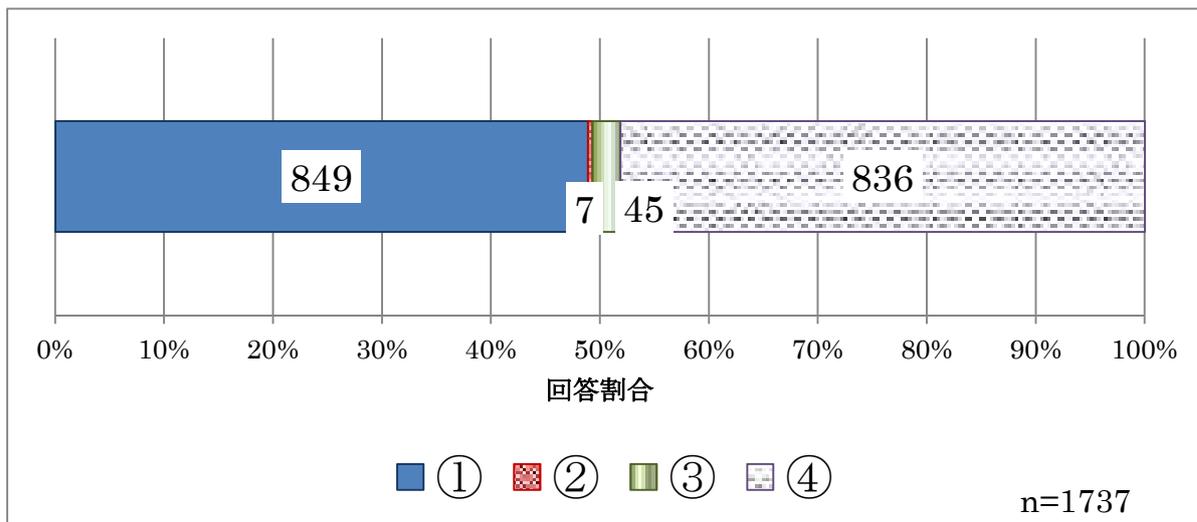
病床数別	①	②	③
100床未満	47.8%	7.9%	44.2%
100～200床	49.0%	7.2%	43.9%
200～300床	59.8%	5.2%	35.1%
300～400床	56.0%	7.6%	36.5%
400～500床	61.6%	2.6%	35.8%
500床以上	56.3%	7.0%	36.8%

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。

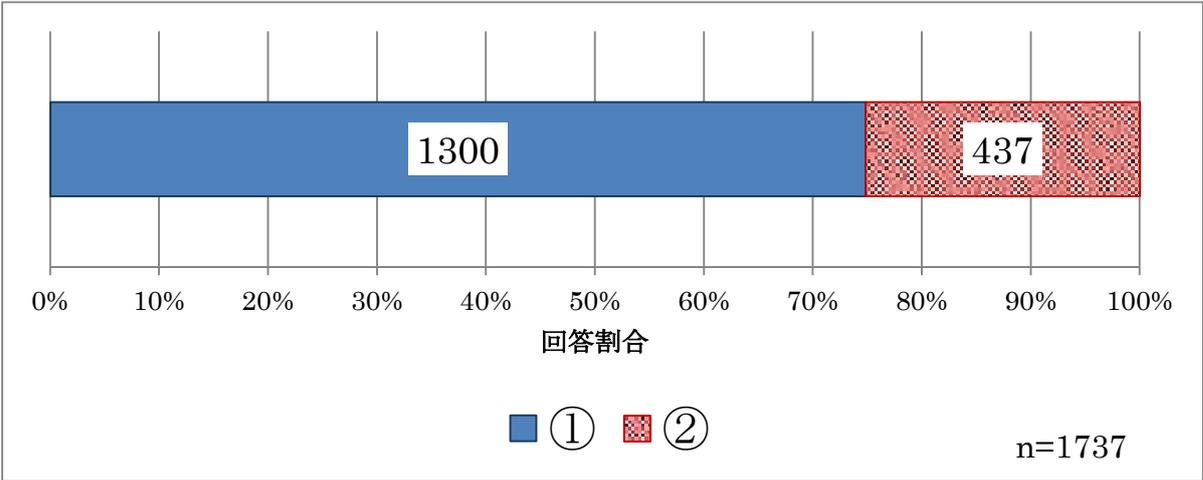
(5) その他、病院指標として公開すべきと考えられる項目がございましたら、ご入力ください(400文字以内)。

- ・ 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と。
- ・ 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っ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おい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を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、医療ミスと思いつ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。