

平成26年度特別調査（ヒアリング）について

I 概要

- 次回診療報酬改定に向けた算定ルール、機能評価係数Ⅱ等の適切な見直しに向けて、合計7医療機関からヒアリングを実施する。

II 調査方法

- 下記の3種類の調査区分ごとに、DPCデータを活用しそれぞれの医療機関を選定して調査票を配布し、その結果に基づきヒアリング対象医療機関を選定した。

【図表1】調査票の配布状況

内容	調査対象	調査票 配布数	回答数	回答率
①分院がⅡ群となった理由について	①大学病院分院がⅡ群となっている大学病院 本院	10	10	100%
②精神病床を備えていない理由について	②精神病床を備えていない大学病院本院	5	5	100%
③手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて	③-1 実際に選択された診断群分類番号と、EFファイル等から抽出しコーディングした診断群分類番号の相違率が高い医療機関	20	20	100%
	③-2 実際に選択された診断群分類番号と、EFファイル等から抽出しコーディングした診断群分類番号の相違率が低い医療機関	10	10	100%
合計		45	45	100%

III 各検討課題について

1. 分院に機能を移しているか

(1) 目的

- DPC評価分科会において、大学病院分院に本院の機能を移すことで、本院はⅠ群にとどまったまま、分院にⅡ群の選定要件を超える機能を意図的に持たせている医療機関があるのではとの指摘があった。
- ヒアリングにおいて、実際に上述の様なことが行われているかを調査する。
- 分院に機能を移している大学病院があった場合には、実態を把握し、大学病院として望まれている適切な機能を果たしているのか把握をする。

(2) ヒアリングの論点

- 大学病院本院と分院の機能分化についてどのように考えるか。
- 本院から分院に機能を移すことで、分院がⅡ群病院となっていた場合にどのように対処するか。 等

(3) 集計値

【図表 2】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	Ⅱ群の分院の医療機関名
1	埼玉医科大学病院	埼玉医科大学 総合医療センター
2	自治医科大学附属病院	自治医科大学附属 さいたま医療センター

(4) 参考

[Ⅱ群病院の選定に係る実績要件] (Ⅰ群の外れ値を除いた最低値を基準値とする)

【実績要件 1】 診療密度	1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）
【実績要件 2】 医師研修の実施	届出病床1床あたりの臨床研修医師の採用数 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、地方厚生（支）局へ届け出ている届出病床総数（許可病床数）により算出。 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。
【実績要件 3】 高度な医療技術の実施	(3a)～(3c)がそれぞれ一定の基準を満たすこと (3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）(3c)：手術実施症例件数（全国平均値）
【実績要件 4】 重症患者に対する診療の実施	複雑性指数（重症 DPC 補正後）

(5) 調査票への回答の概要（調査対象全て）

- 本院と分院の間での人事交流はある。
- 本院から分院への医療提供体制の変更は行っていない。
- 診療密度の変更は意図的には行っていない。
- 地域における医療機関としての役割を担った結果、Ⅱ群となった。

2. 精神病床を備えていない理由

(1) 目的

- 総合的な機能の一部（精神病床など）を備えていない大学病院に関して実態を把握し、大学病院として望まれている適切な機能を果たしているのか把握する。

(2) ヒアリングの論点

- どういった理由で精神病床を備えていないのか。
- 学生・研修医の精神科教育はどのように行っているのか。
- 入院が必要な精神疾患を持つ患者がいた場合に、どの様に対処しているのか。
- 今後、精神病床を整備する予定があるのか。 等

(3) 集計値

※ 様式3の届出病床数から集計

【図表3】集計値

病院類型	精神病床数（平均）
I群病院	42.8床

【図表4】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	精神病床数
3	昭和大学病院	0床
4	関西医科大学附属枚方病院	0床

【調査票への回答の概要】（調査対象全て）

- 分院に精神科を開設しているため、本院には精神科を設置していない。
- 本院の精神科は主に、外来・コンサルテーション・リエゾン診療をおこなっている。
- 学生・研修医教育、入院が必要な精神科患者に関しては、分院で対応をしている。
- 近隣に精神科病院・精神病床が多いため、それらの病院と連携をとっている。

3. 手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて

（1） 目的

- 実際に選択された診断群分類番号と、様式1およびEFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号の乖離率（相違率）が高い理由を把握する。
- ミスコーディングが多い理由を把握した上で、今後、医療機関でのコーディングルールの遵守を求める。

（2） ヒアリングの論点

- どのような手順で診断群分類番号の決定・確認を行っているのか。
- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度、メンバー構成（職種別）、各メンバーの参加頻度はどの程度か。
- どういった理由で乖離率（相違率）が高くなったと考えられるのか。 等

（3） 集計値

※平成25年4月～平成26年3月までのデータ

【図表5】 診断群分類番号の乖離率（相違率）

病院類型	乖離率（相違率）の平均	不一致のものうち、収益がプラスになったものの割合の平均
DPC 対象病院	0.66%	49.9%

ヒアリング対象医療機関

【図表6】 診断群分類番号の乖離率（相違率）の高い医療機関

通番	医療機関名	乖離率（相違率）	不一致のもの のうち、収益がプラス になったもの の割合
5	あさぎり病院	3.7%	98.8%
6	静岡徳洲会病院	2.7%	84.5%

【図表 7】 診断群分類番号の乖離率（相違率）の低い医療機関

通番	医療機関名	乖離率（相違率）
7	稲城市立病院	0.0%

【調査票への回答の概要】

※ 不明なものは集計から除外

診断群分類決定のプロセス・誤りの原因対策

乖離率（相違率）の高い医療機関（調査対象全て）

- 医事課の会計担当者が各種診療オーダー情報や伝票類等と選択された診断群分類番号とを照合し、誤りがある場合は、医師の了解のもと診断群分類番号の修正を行っている。本来であれば、全診療データの細部にわたり、細かく照合するべきですが、目視による検証のため、見落としてしまうケースや大きな誤りの修正が優先されてしまうケースもあるため、誤った診断群分類番号が選択されることがあった。
- 医事のコーディング担当が電子カルテを見ながら原案を作成し、医師に承認してもらっているが、紙伝票でオーダーされた抗がん剤については算定担当しか把握しておらず、コーディングに反映されていない例があった。
- 紙で調査票を配布し、医師・看護師に記入してもらい、回収して医事の DPC 調査担当が入力するという方法を取っていたが、手術中に利用した抗がん剤は化学療法として取り扱わない等 DPC 特有の注意点を周知していなかった。
- 主治医が決定した病名から、院長に最終確認して病名を決定している。オペや中心静脈等でのコード変更以外は主治医に確認をしてからコード変更している。
- 医事課職員が入院中の診療情報を確認し、変更が必要な場合は主治医と協議をする。医事課事務職員の手技の入力ミスにより、ミスコーディングが発生した。
- 複数手術があった場合の選択方法が、樹形図のより下部のコードを選択するというルールが徹底されていなかった。

乖離率（相違率）の低い医療機関（調査対象全て）

- コーディングチェックに従事する診療情報管理士は、入院の医事請求業務＝出来高入院レセプトの作成スキルも備えている職員があたることとしている（薬効はじめ検査等の診療行為に対する適応疾患の知識がある者）。

- 医事会計担当者は常時、E, Fファイルの元となる会計カードの作成及び手術、手術・処置等1, 2に該当する診療行為の抽出を行い、DPCオーダリングへの登録作業を行う。その後、医事システムに反映された傷病名等について、診療情報管理士が傷病名チェックを行う（傷病名の妥当性とその他必要と思われる傷病名について抽出）。その際は診療録の内容、及び会計カードの情報との整合性をとりつつ傷病名チェックを行う。手術、手術・処置等1, 2が適切に登録されているかのチェックも行う。また、退院会計時又は月末締めレセプト作成時期（コーディングの決定が必要なタイミング）において、再び同様にコーディングチェックを行い医師の決定に問題がなければ請求分類を確定。コーディングに疑義が生じた場合（併存病名の不足なども含む）は医師にフィードバックしコーディングの再検討を行うよう依頼し、その上で決定している。
- 医師が病名変更する場合についての連絡は不要であるが、診療内容と病名に不一致があるような場合については入院算定、診療情報管理士より医師へ連絡をする体制となっている。また、診断群分類番号決定のためにシステムを導入しているが、診療情報管理士が診療行為を精査し医師が最終決定をしている。
- 主治医が最も医療資源を投入する病名を決定し、医事課の入院担当が点検を行い、最終的には、診療情報管理士により、退院患者のコーディングに係る検討会を毎日行い、判断の難しい症例を協議している。

【図表8】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度

	開催頻度（年間）
相違率の高い病院 (20 病院)	1 2 回 : 6 施設 (30%)
	6 回 : 1 施設 (5%)
	4 回 : 2 施設 (10%)
	3 回 : 1 施設 (5%)
	2 回 : 1 0 施設 (50%)
相違率の低い病院 (10 病院)	1 2 回 : 6 施設 (60%)
	4 回 : 2 施設 (20%)
	3 回 : 1 施設 (10%)
	2 回 : 1 施設 (10%)

各病院における「適切なコーディングに関する委員会」での取組み
(調査対象全て)

- 診療科ごとに独自の事柄があることから、診療科ごとにコーディング勉強会を開催している。今年度は7つの診療科において1回ずつ行った。

- DPC／PDPS 傷病名コーディングテキストを基に自院でのコーディング事例の検証・検討。
- 「DPC/PCPS 傷病名コーディングテキスト」を中心に委員会の運用を行っている。また、各診療科に直接赴き、各診療科の傾向や注意事項について研修を行い、適切なコーディングについて周知している。

ヒアリング対象医療機関について

通 番	調査 区分	都道 府県	医療機関名	DPC 算定 病床数 (総病床数)	参加年度	医療 機関 群
1	①	埼玉	埼玉医科大学病院	809 (889)	平成 15 年度 DPC 参加病院	I 群
2	①	栃木	自治医科大学附属病院	1,054 (1,128)	平成 15 年度 DPC 参加病院	I 群
3	②	東京	昭和大学病院	815 (815)	平成 15 年度 DPC 参加病院	I 群
4	②	大阪	関西医科大学附属枚方病院	750 (750)	平成 15 年度 DPC 参加病院	I 群
5	③-1	兵庫	あさぎり病院	99 (99)	平成 20 年度 DPC 参加病院	Ⅲ群
6	③-1	静岡	静岡徳洲会病院	137 (292)	平成 23 年度 DPC 参加病院	Ⅲ群
7	③-2	東京	稲城市立病院	290 (290)	平成 21 年度 DPC 参加病院	Ⅲ群

※調査区分

- ① 分院がⅡ群となった理由について
- ② 精神病床を備えていない理由について
- ③ 手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて

大学病院本院と分院の比較

1

基礎係数(医療機関群 I 群～III 群)について

- 医療機関の基本的な診療機能を評価する係数であり、診療機能(施設特性)を反映させるため、医療機関群(I 群～III 群)に分類して評価している。

I 群 (大学病院本院) 80病院	II 群 (大学病院本院に準じる病院) 99病院	III 群 (I 群・II 群以外) 1,406病院
-----------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

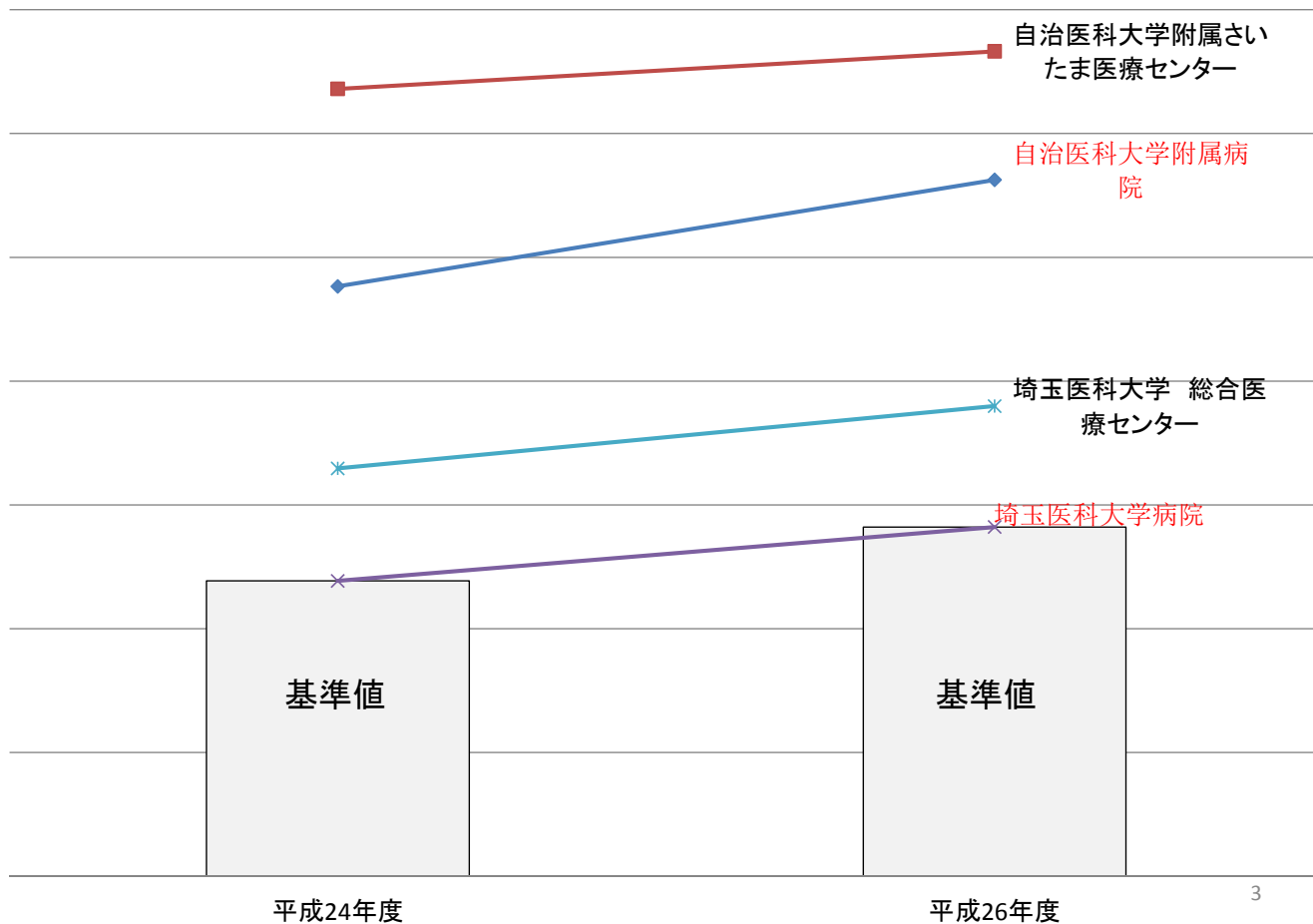


II 群病院の選定にかかる実績要件(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)
・以下の4つの実績要件について、「**I 群の最低値(外れ値を除く)**」をすべて満たす病院を II 群とする。

【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】 高度な医療技術の実施
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

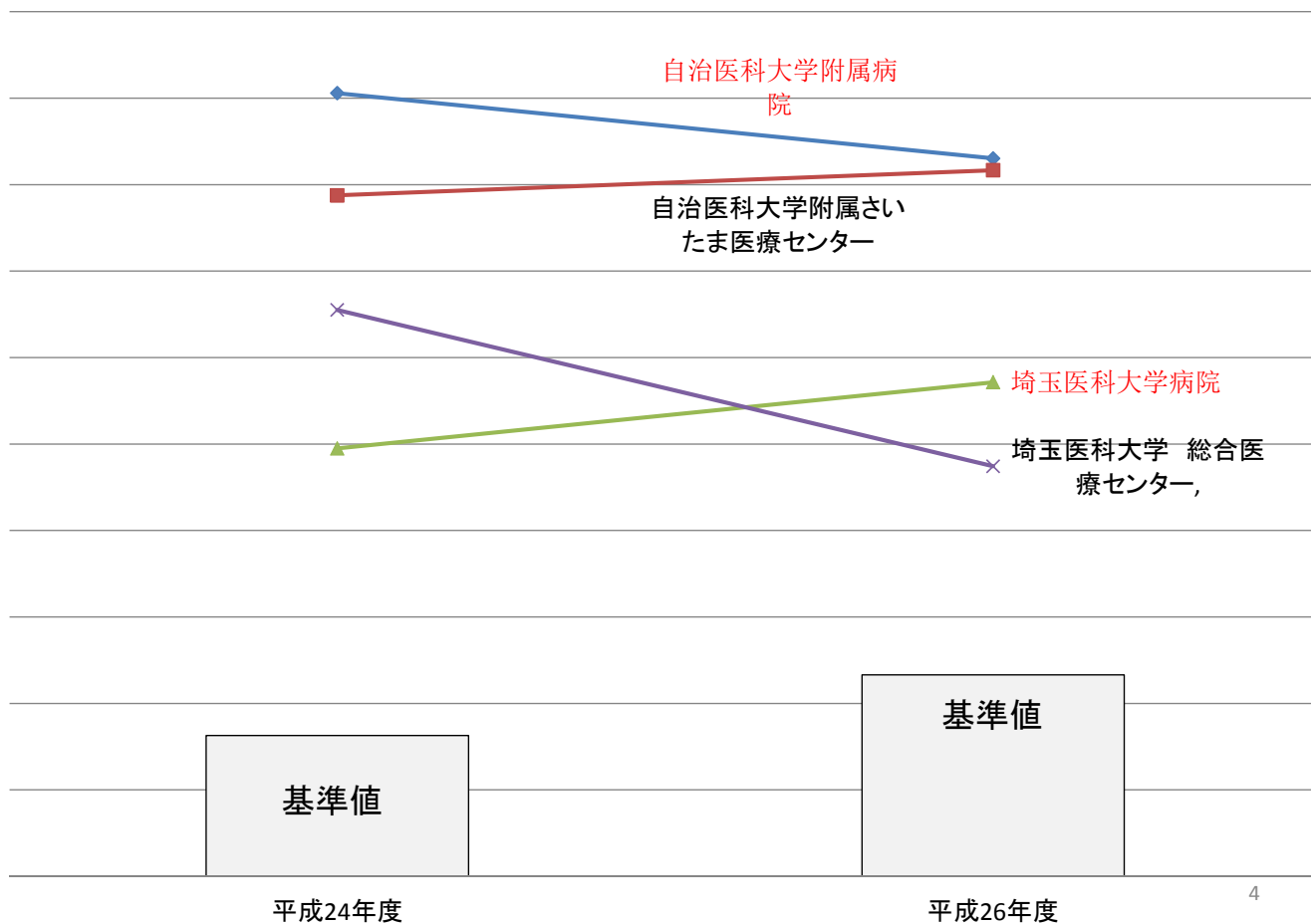
2

1日当たり包括範囲出来高平均点数(患者数補正後)



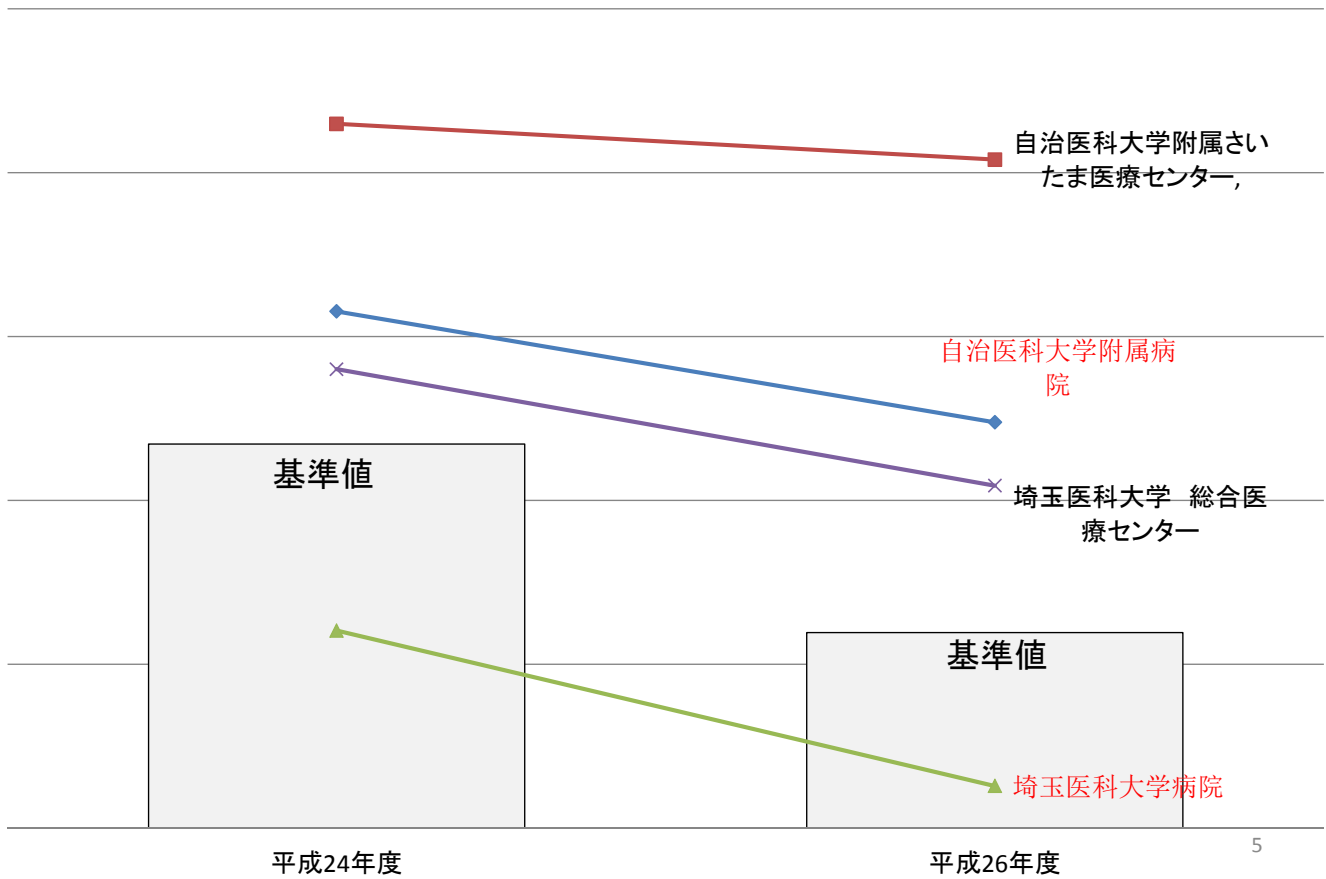
3

医師密度(免許取得後2年目以内)



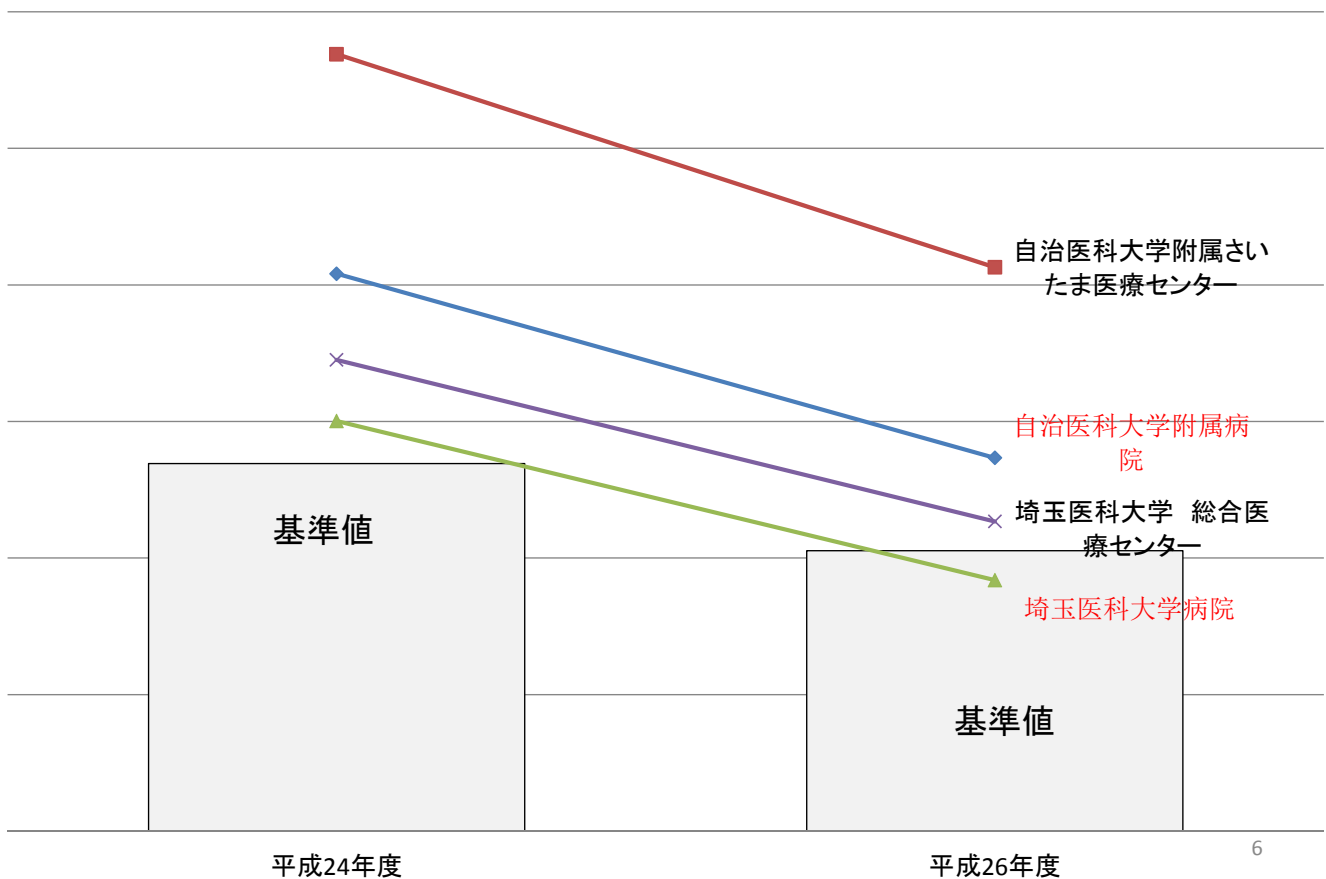
4

手術実施症例一件当たりの外保連手術指数(協力医師数・手術時間数補正後)



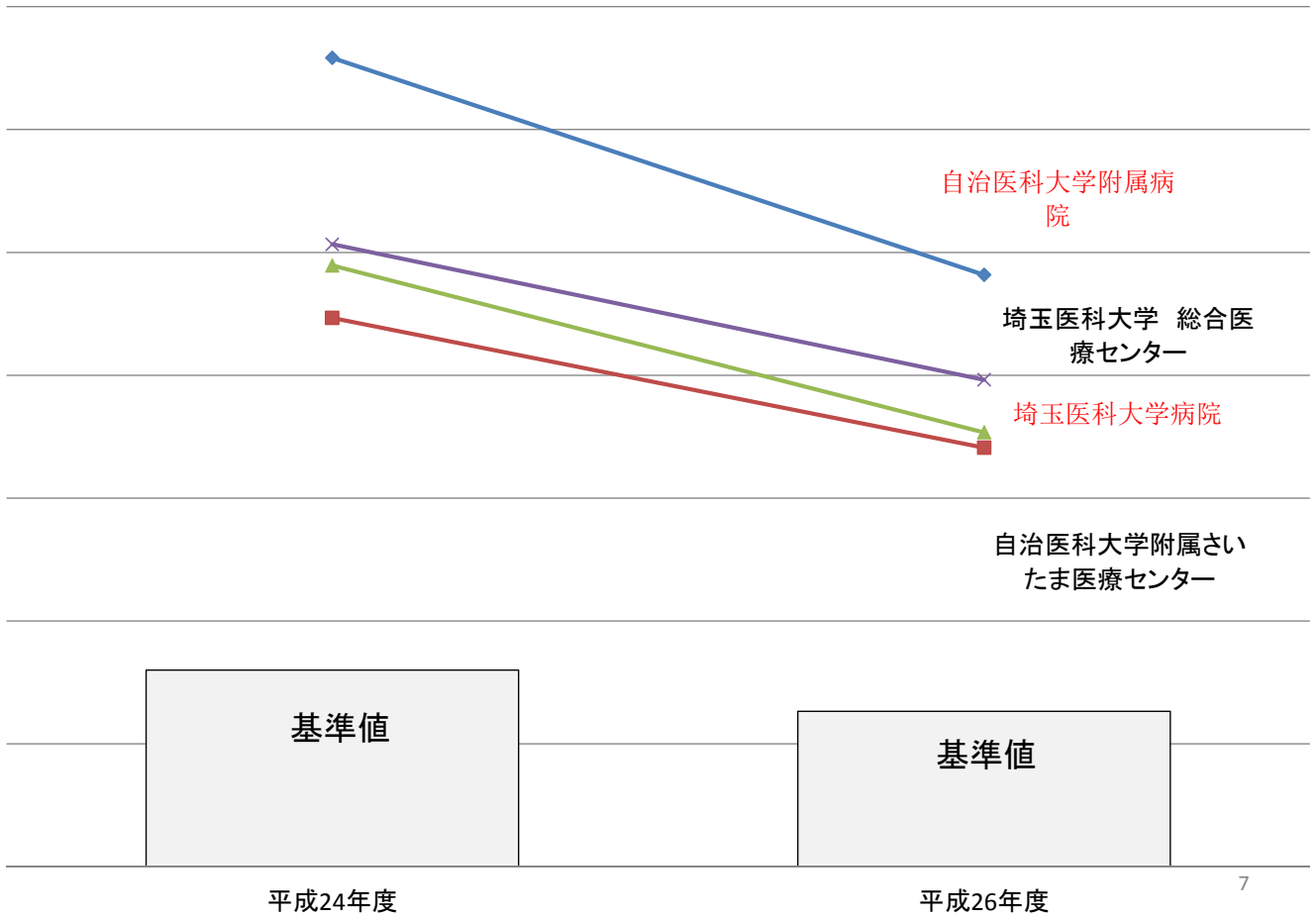
5

DPC算定病床当たりの外保連手術指数(協力医師数・手術時間数補正後)

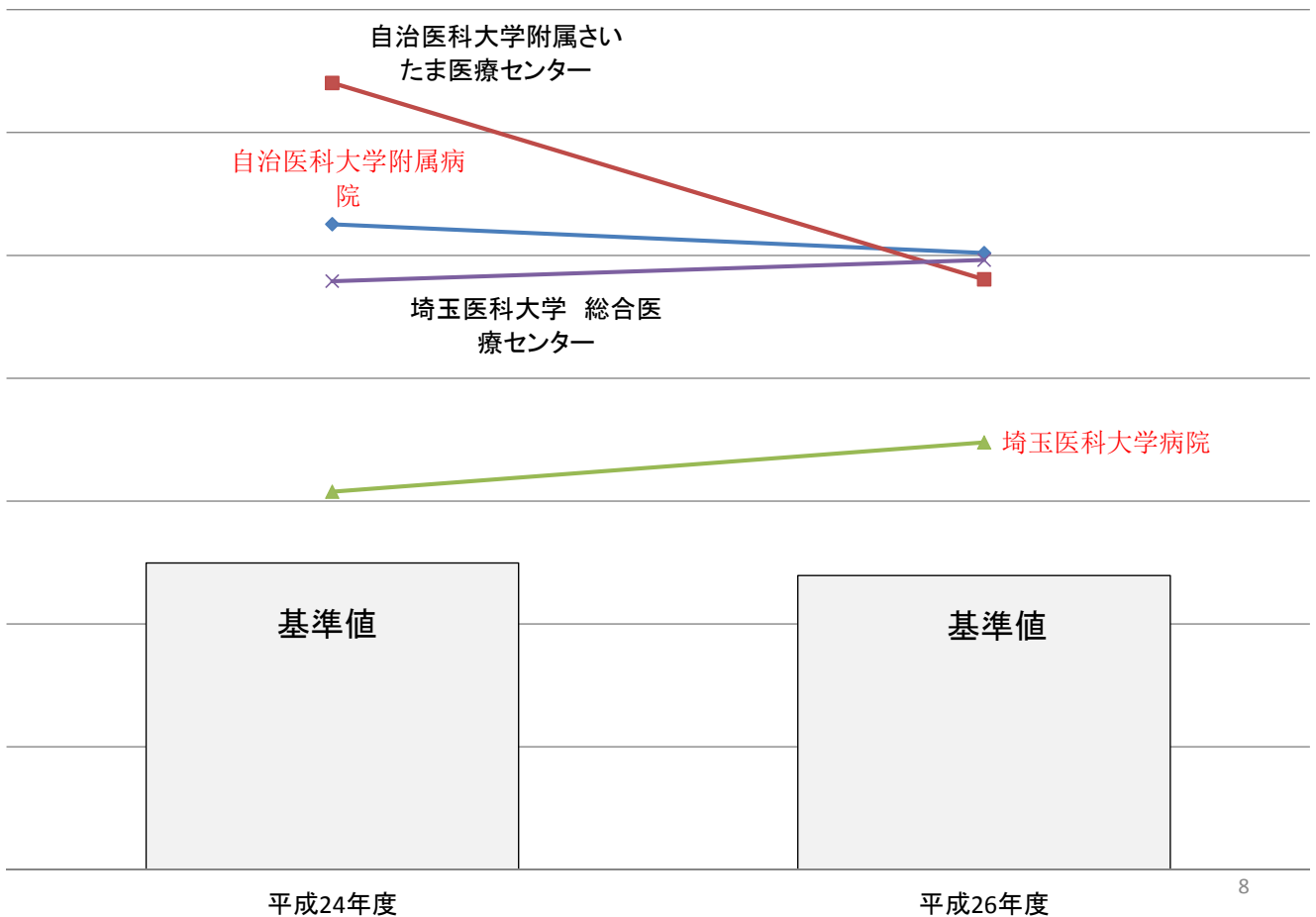


6

手術実施症例件数



複雑性指数(重症DPC補正後)



外科医師数の変遷

	埼玉医科大学病院			埼玉医科大学総合医療センター		
	I 群病院(本院)			II 群病院(分院)		
	平成24年10月	平成25年10月	平成26年10月	平成24年10月	平成25年10月	平成26年10月
消化器・一般外科	11	12	11	19	20	18
肝胆膵外科・小児外科	—	—	—	8	11	12
小児外科	3	4	3	—	—	—
血管外科	—	—	—	5	5	7
乳腺・内分泌外科	—	—	—	4	3	1
呼吸器外科	—	—	—	6	7	6
心臓血管外科	—	—	—	4	5	4
脳神経外科	4	5	5	10	10	10
整形外科	22	22	25	14	15	13
形成外科	12	11	14	7	7	7
合計	52	54	58	77	83	78

(※医療機関提出資料) 9

外科医師数の変遷

(※医療機関提出資料)

	自治医科大学附属病院			附属さいたま医療センター		
	I 群病院(本院)			II 群病院(分院)		
	平成24年10月	平成25年10月	平成26年10月	平成24年10月	平成25年10月	平成26年10月
一般・消化器外科	25	27	21	18	19	20
産婦人科	35	36	35	10	11	11
麻酔科	24	26	22	19	27	23
歯科口腔外科	22	24	22	4	3	4
脳神経外科	12	14	14	6	5	6
皮膚科	13	11	13	6	6	5
耳鼻咽喉科	12	11	14	7	8	8
眼科	11	12	14	6	7	8
泌尿器科	11	12	13	4	5	4
整形外科	11	10	9	5	4	4
心臓血管外科	10	8	9	12	17	16
呼吸器外科	4	5	6	2	3	3
形成外科	7	7	7	—	—	—
乳腺科	5	7	7	—	—	—
小児外科	5	8	6	—	—	—
移植外科	6	5	5	—	—	—
腎臓外科	3	4	5	—	—	—
小児泌尿器科	3	3	3	—	—	—
小児・先天性心臓血管外科	2	2	3	—	—	—
小児整形外科	2	2	3	—	—	—
小児脳神経外科	1	1	1	—	—	—
小児耳鼻咽喉科	1	0	1	—	—	—
合計	225	235	233	99	115	112

ミスコーディング事例

1

あさぎり病院

1. コーディングの不一致率等

施設ID	施設コード	集計用分類	施設名	不一致率	マイナス割合	プラス割合
593	282003487	平成20年度DPC参加病院	あさぎり病院	3.7%	1.2%	98.8%

※「請求DPCコードの請求額」-「本来選択すべきと考えられるDPCコードの請求額」が負のものが「マイナス割合」、正のものが「プラス割合」

2. コーディングの不一致の具体例

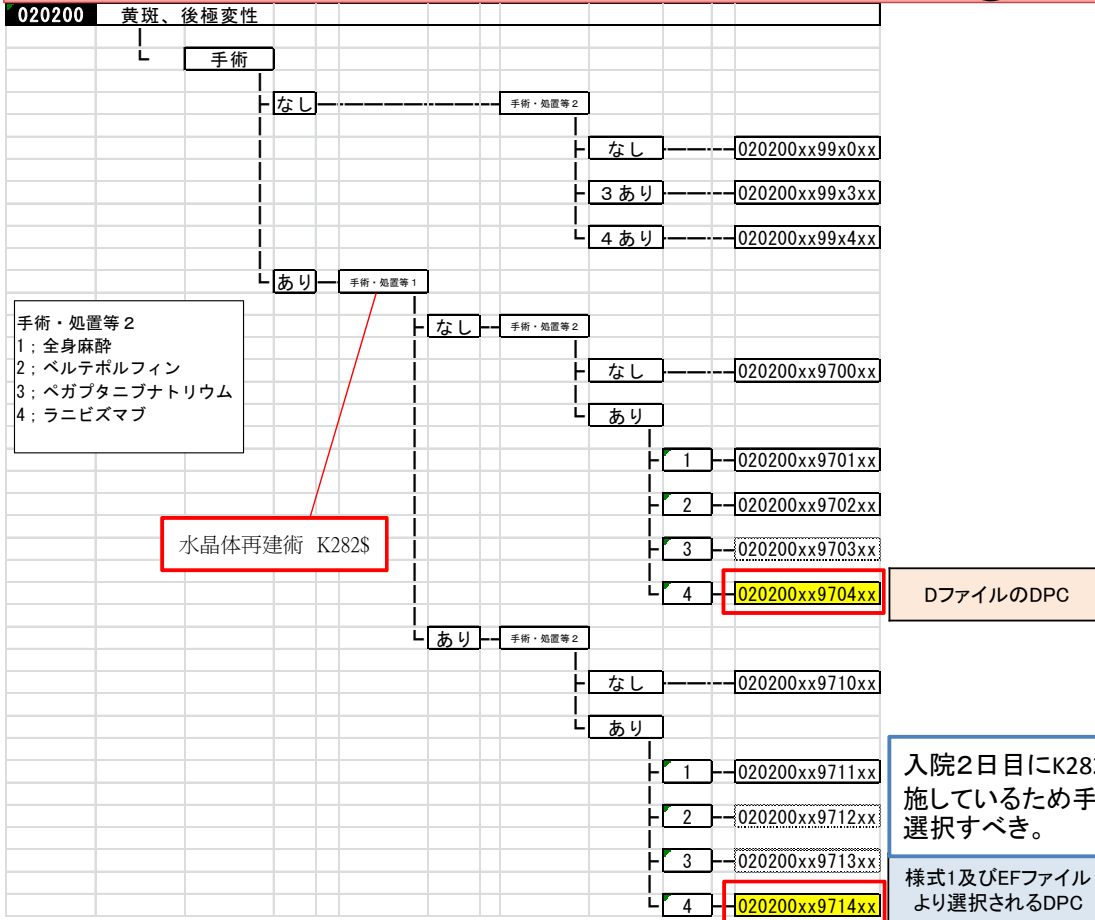
①

様式1及びEFファイルより選択されるDPC	DPC名称	差点
020200xx9714xx	黄斑、後極変性 手術あり 手術・処置等1 あり 手術・処置等2 4あり	
DファイルのDPC	DPC名称	
020200xx9704xx	黄斑、後極変性 手術あり 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 4あり	+6,766

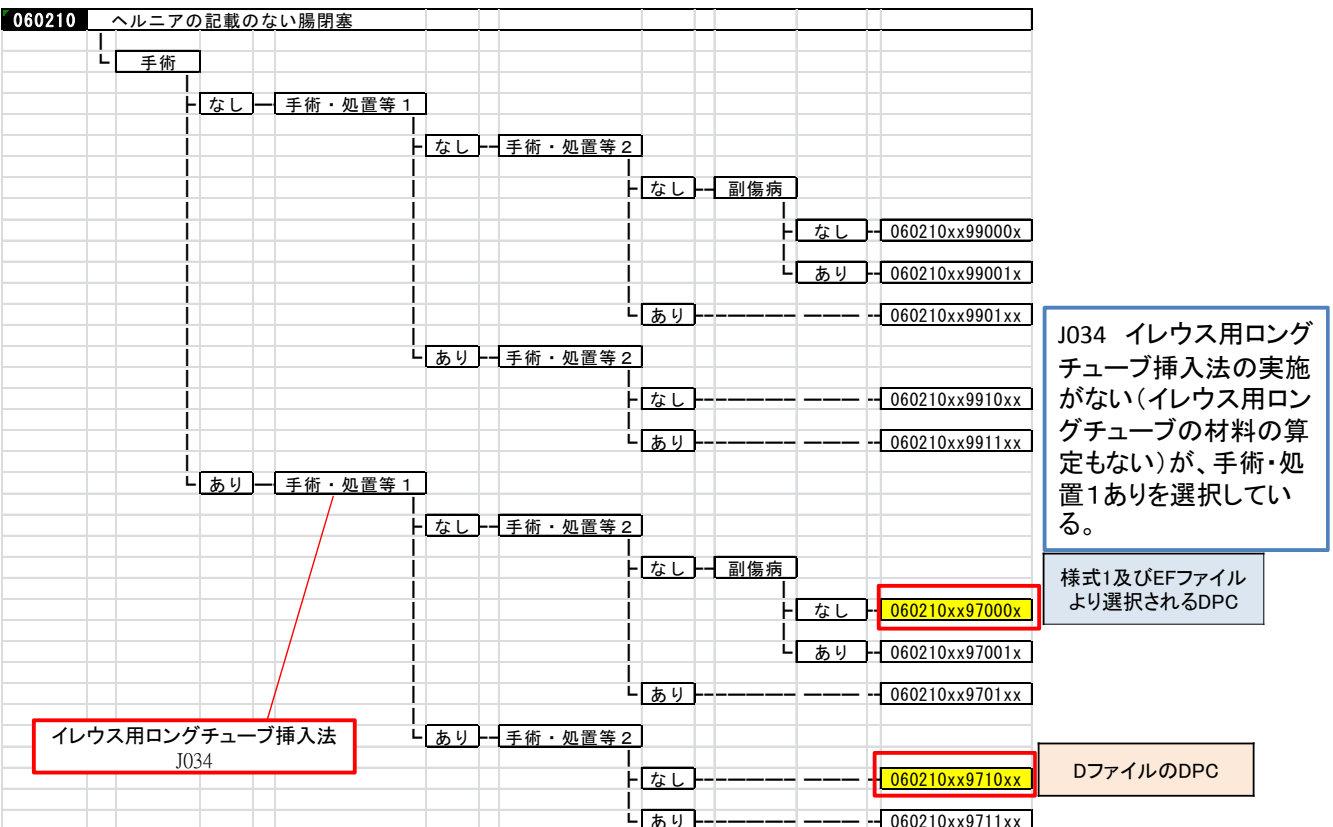
②

様式1及びEFファイルより選択されるDPC	DPC名称	差点
060210xx97000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術あり 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 副傷病 なし	
DファイルのDPC	DPC名称	
060210xx9710xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術あり 手術・処置等1 あり 手術・処置等2 なし	+11,381 2

ミスコーディングの具体例①



ミスコーディングの具体例②



ミスコーディングの具体例④

100380 体液量減少症

I
L

100380xxxxxxxx

様式1及びEFファイル
より選択されるDPC

主要資源病名は「脱水症 E86」でコーディングされており、EFファイル上も出来高算定する理由は見当たらないが、出来高で請求が行われている。

平成26年度特別調査（ヒアリング）の結果報告について

平成26年11月26日DPC評価分科会において、平成26年度特別調査（ヒアリング）が実施された。

1. 分院に機能移しているか

[目的]

- DPC評価分科会において、大学病院分院に本院の機能を移すことで、本院はⅠ群にとどまったまま、分院にⅡ群の選定要件を超える機能を意図的に持たせている医療機関があるのではとの指摘があった。
- ヒアリングにおいて、実際に上述の様なことが行われているかを調査する。
- 分院に機能移している大学病院があった場合には、実態を把握し、大学病院として望まれている適切な機能を果たしているのか把握をする。

[ヒアリング対象医療機関]

- ・ 埼玉医科大学病院
- ・ 自治医科大学附属病院

[医療機関の主な意見]

- 教育・研究を担う本院と、診療面を担う分院に機能的に分かれている。
- 本院に備えられていない診療科は、今後、充実を目指している。
- Ⅱ群となった分院に関しては、地域からの依頼により開設した。
- 分院においても科研費を獲得し、大学病院と共に研究に取り組んでいる。
- Ⅱ群となった分院と本院は医療圏も異なっており、医療提供体制の移動等はない。
- 学生教育、研修医教育においても、分院とともに取り組んでいる。
- Ⅱ群となった分院は本院の機能を補完するためのものではない。
- 分院は循環器を主体とした医療を展開した結果、Ⅱ群としての評価を受けたものであり、選定要件を意識して医療提供体制の変更等はない。
- 心臓血管外科、悪性腫瘍を扱う外科は全て近隣の分院へ機能が移っており、本院には機能を備えていない。
- 本院は一次・二次救急、近隣の分院は三次救急と機能を分けているが、距離が近いので、救急患者の割り振りはしっかりとできている。

[主な指摘事項]

- ・ 本院と分院で比較した場合に分院の方が高機能となっており、基礎係数で画一化された場合には、他の大学病院本院と不公平感が出るのではないかと。

2. 精神病床を備えていない理由

[目的]

- 総合的な機能の一部（精神病床など）を備えていない大学病院に関して実態を把握し、大学病院として望まれている適切な機能を果たしているのか把握する。

[ヒアリング対象医療機関]

- ・ 昭和大学病院
- ・ 関西医科大学附属枚方病院

[医療機関の主な意見]

- 精神科対応が必要な患者は院内の精神科医、もしくは精神病床を備えた分院において適宜対応している。
- 学生教育・研修医教育においても精神病床を備えた分院において研修が行えるため、支障は来していない。
- 内科疾患や外科疾患を合併している精神科の患者についても、初期の対応はそれぞれの科において行って、必要に応じて精神科にコンサルテーションをしてもらっているため、不都合は生じていない。
- 本院の精神科には外来機能があり外来とリエゾン、緩和ケアを主に行っている。また休日、夜間にはオンコールで対応ができるようにしている。
- 近隣に精神病床を備えた医療機関が存在し、その病院と連携体制を整えている。
- 精神科において時間外で緊急で対応が必要な局面というのはほぼないと考えている。
- 精神疾患を抱えた高度急性期の患者対応は、リエゾンで問題ないと考えている。

[主な指摘事項]

- 精神科の医師が夜間・休日に対応しないのは、受け入れ体制、入院機能を夜間・休日も維持している大学病院と比較して差があるのではないのか。
- 学生教育では学生は精神科のある病院まで移動をしなければならないため、負担をかけているのではないのか。
- 精神疾患を抱えた高度急性期の患者への対応はどのようにするのか。

3. 手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて

[目的]

- 実際に選択された診断群分類番号と、様式1およびEFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号の乖離率（相違率）が高い理由を把握する。
- ミスコーディングが多い理由を把握した上で、今後、医療機関でのコーディングルールの遵守を求める。

[ヒアリング対象医療機関]

1 診断群分類番号の乖離率（相違率）の高い医療機関

- ・ あさぎり病院
- ・ 静岡徳洲会病院

2 診断群分類番号の乖離率（相違率）の低い医療機関

- ・ 稲城市立病院

[医療機関の主な意見]

1 診断群分類番号の乖離率（相違率）の高い医療機関

- 病歴等の情報共有ができていなかったために起こった登録誤りがあった。
- 重症度の定義、解釈を把握していなかったために、コーディングミスが起こった。
- ツリー図において下の分岐を優先して選択するというルールを把握していなかったためにコーディングミスが起こった。
- 入力する病名によって、システムエラーが起こったため、様式1の病名を変えてコーディングを行った結果、レセプトとの相違が起こった。
- 時間外に行われた行為の詳細が把握できておらず、コーディングミスを起こした。
- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催は年に2回。
- 「適切なコーディングに関する委員会」に担当医は出席はしていない。
- 診断群分類選択の際に、点数も含めたシミュレーションを医師に示して選択をさせている。

2 診断群分類番号の乖離率（相違率）の低い医療機関

- 診療情報管理士・医事課の入院担当の双方が、電子カルテとレセプトコンピューターの両方を参考にコーディングをおこなっている。
- システム上、電子カルテのデータから様式1とレセプトを作成するため、相違は生じない。
- 分岐が変わる場合や、資源病名と診療行為の整合性がとれなくなるような場合、医事課の入院担当が診療情報管理士と相談の上、医師へ再度確認するシステム

を取っている。

- 医師だけではなく、看護師からも、患者情報の変化に関する情報を入手して、レセプト、様式1の作成を行っている。
- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催は年に12回で、参加できない職種に対しても情報共有をおこなっている。

[主な指摘事項]

- DPC対象病院はコーディングの基本的なルールを理解し、院内でのルールの周知につとめるべきではないか。
- 「適切なコーディングに関する委員会」には、現場の担当医も出席し、DPC全体の事を理解してもらう必要があるのではないか。
- DPCのコーディングにおいて、点数のシミュレーションを行うことは、コーディングをゆがめることにも繋がるため、適切ではないのではないか。

I 群における精神疾患 受け入れ状況の比較

1

DPC制度における精神疾患への対応の現状

- DPC/PDPS制度においては大学病院本院を診療密度や、重症患者への対応、また高度な医療技術の実施などに対して、他の医療機関と分けて評価すべきとのことから I 群病院として基礎係数で評価をしている。
- 精神病床を備えていない I 群病院に対して、求められている機能を果たしているかヒアリングを行い調査を行ったところ。
- ヒアリングの中で、精神病床を備えていない病院からは、診療上、他の医療機関と差がないとの主張があった。



そこで、精神病床のない I 群病院の精神診療が、他の I 群病院の精神診療と差がないかについて検討する。

(H25年データを使用し I 群病院を精神病床あり(75病院)・なし(5病院)別に集計)

2

高機能な医療機関で行われる可能性の高い治療

	精神病床		有意差検定
	あり	なし	(ノンパラメトリック検定 (Mann-Whirhey))
医療資源ICDがF50\$摂食障害平均症例数	12件	6件	-
精神科電気痙攣療法（I000-1マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合）実施症平均例数（※1）	22件	0件	p<0.05
クロザピン使用施設割合（※2）	48%	0%	-

※1 医科点数表 I 0 0 0 精神科電気痙攣療法の通知において、「精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。」とされており、医療機関の体制が要求されている。

※2 クロザピンはジベンゾジアゼピン系の非定型抗精神病薬であり、クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）に登録された医師・薬剤師のいる登録医療機関・薬局においてのみ処方されている。CPMSの施設登録要件として『常に血液内科医のアドバイスが受けられ、必要に応じて治療を受けられる体制』や『個室の確保や抗菌剤の投与等の感染症対策が可能であること』や『糖尿病内科医と連携が可能であること』等の要件が設定されており、高機能な医療体制を求められている。



・各項目において、差が見られている。

3

精神疾患の患者の受け入れ①

		精神病床		有意差検定
		あり	なし	(ノンパラメトリック検定 (Mann-Whirhey))
医療資源病名 がFコード (※)のもの のうち	任意入院	164.8件	42.8件	p<0.05
	医療保護入院	44.9件	0件	p<0.05
	措置入院	1.2件	0件	-
	応急入院	1.9件	0件	-
	入院期間中隔離 1 日以上	17.5件	0件	p<0.05
	入院期間中拘束 1 日以上	17.4件	0.2件	p<0.05

※ Fコード：ICD10コードにおける精神科領域に該当するコード

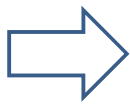


・各項目において差が見られている。

4

精神疾患の患者の受け入れ②

		精神病床		有意差検定
		あり	なし	(ノンパラメトリック検定 (Mann-Whirhey))
医療資源病名が Fコードのもの のうち	入院平均件数	182	48	p<0.05
	GAF40以下平均件数	125	11	p<0.05
	GAF30以下平均件数	97	6	p<0.05



精神患者の重症度の指標であるGAFスコア別の集計においても、大きな差が見られる。

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

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

II. 検討結果の概要

4. 退院患者調査の見直し

(1) 退院患者調査の各様式の見直しについて

- 退院患者調査は、以下の様式により構成されている。

【参考】退院患者調査の様式

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

③ 様式 4 (医科保険診療以外の診療情報)

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