

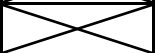






< 現行の機能評価係数 一覧 >

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院基本料	入院基本料(7 対 1)	0.1734	0.1181	0.1007	特定 1,599 点/日、専門 1,591 点/日、一般 1,591 点/日
	入院基本料(10 対 1)	0.0723	0.0174		特定 1,339 点/日、専門 1,332 点/日、一般 1,332 点/日
	入院基本料(注2ただし書に規定する 7 対 1 月平均夜勤時間超過減算を算定する病院)			0.0229	100 分の 20 に相当する点数を減算
	入院基本料(注2ただし書に規定する 10 対 1 月平均夜勤時間超過減算を算定する病院)			0.1034	100 分の 20 に相当する点数を減算
	入院基本料(注2に規定する特別入院基本料を算定する病院)			0.3330	584 点/日
	入院基本料(通則 8 の規定に該当する病院)		0.0156		1 日につき 40 点減算
入院基本料等加算	総合入院体制加算 1			0.0574	240 点/日(14 日まで)
	総合入院体制加算 2			0.0287	120 点/日(14 日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0266	1,000 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0012		40 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0006		20 点(入院初日)
	診療録管理体制加算 1		0.0027		100 点(入院初日)
	診療録管理体制加算 2		0.0008		30 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(15 対 1)			0.0261	860 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(20 対 1)			0.0197	648 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(25 対 1)			0.0158	520 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(30 対 1)			0.0132	435 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(40 対 1)			0.0106	350 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(50 対 1)			0.0082	270 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(75 対 1)			0.0058	190 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 1(100 対 1)			0.0043	143 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 2(15 対 1)			0.0246	810 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 2(20 対 1)			0.0185	610 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 2(25 対 1)			0.0149	490 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 2(30 対 1)			0.0125	410 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 2(40 対 1)			0.0100	330 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 2(50 対 1)			0.0077	255 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算 2(75 対 1)			0.0055	180 点(入院初日)
医師事務作業補助体制加算 2(100 対 1)			0.0042	138 点(入院初日)	
急性期看護補助体制加算 1(25 対 1 看護補助者 5 割以上)		0.0383		160 点/日(14 日まで)	
急性期看護補助体制加算 2(25 対 1 看護補助者 5 割未満)		0.0335		140 点/日(14 日まで)	

	急性期看護補助体制加算3(50対1)		0.0287		120点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算4(75対1)		0.0191		80点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算(注2 夜間25対1)		0.0084		35点/日
	急性期看護補助体制加算(注2 夜間50対1)		0.0060		25点/日
	急性期看護補助体制加算(注2 夜間100対1)		0.0036		15点/日
	看護職員夜間配置加算		0.0120		50点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0396		109点/日
	看護補助加算2		0.0305		84点/日
	看護補助加算3		0.0203		56点/日
	地域加算1		0.0070		18点/日
	地域加算2		0.0058		15点/日
	地域加算3		0.0047		12点/日
	地域加算4		0.0039		10点/日
	地域加算5		0.0023		6点/日
	地域加算6		0.0012		3点/日
	離島加算		0.0070		18点/日
	医療安全対策加算1		0.0026		85点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35点(入院初日)
	感染防止対策加算1		0.0121		400点(入院初日)
	感染防止対策加算2		0.0030		100点(入院初日)
	感染防止対策加算(注2 感染防止対策地域連携加算)		0.0030		100点(入院初日)
	病棟薬剤業務実施加算		0.0064		100点/週
	データ提出加算1(200床以上)		0.0030		100点(退院時)
	データ提出加算1(200床未満)		0.0046		150点(退院時)
	データ提出加算2(200床以上)		0.0033		110点(退院時)
	データ提出加算2(200床未満)		0.0049		160点(退院時)
検査	検体検査管理加算()		0.0010		40点/月
	検体検査管理加算()		0.0025		100点/月
	検体検査管理加算()		0.0075		300点/月
	検体検査管理加算()		0.0124		500点/月
経過措置	入院基本料(13対1)		0.0646	0.0820	専門1,121点/日、一般1,121点/日
	入院基本料(15対1)			0.1446	960点/日
	入院基本料(注2 ただし書に規定する13対1月平均夜勤時間超過減算を算定する病院)			0.1691	100分の20に相当する点数を減算
	入院基本料(注2 ただし書に規定する15対1月平均夜勤時間超過減算を算定する病院)			0.2193	100分の20に相当する点数を減算

< 機能評価係数 の整理 >

		機能評価係数 として評価されているもの			
		患者ごとに条件を満たせば算定可能	(無色)	DPC 病棟では算定しないと考えられるもの	
医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算	A230	精神病棟入院時医学管理加算
		A204	地域医療支援病院入院診療加算	A230-2	精神科地域移行実施加算
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A243	後発医薬品使用体制加算
		A207	診療録管理体制加算		
		A207-2	医師事務作業補助体制加算		
		A234	医療安全対策加算		
		A234-2	感染防止対策加算		
		A244	病棟薬剤業務実施加算		
		A245	データ提出加算		
	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	A213	看護配置加算
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			
特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算	A229	精神科隔離室管理加算	
	A225	放射線治療病室管理加算			
療養環境の評価	A219	療養環境加算	A222	療養病棟療養環境加算	
	A220	HIV感染者療養環境特別加算	A222-2	療養病棟療養環境改善加算	
	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	A223	診療所療養病床療養環境加算	
	A221	重症者等療養環境特別加算	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	
	A221-2	小児療養環境特別加算			
検査	D026	検体検査管理加算()			
	D026	検体検査管理加算()			
	D026	検体検査管理加算()			
	D026	検体検査管理加算()			

入院患者全員に加算

条件を満たす患者個人毎に加算

医療連携の評価	紹介・受入の評価	A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算 A206 在宅患者緊急入院診療加算 A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算 A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算	A227 精神科措置入院診療加算 A228 精神科応急入院施設管理加算 A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 A238-8 地域連携認知症支援加算 A238-9 地域連携認知症集中治療加算	条件を満たす患者個人毎に加算
	退院調整の評価	A238 退院調整加算 A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算 A234-3 患者サポート体制充実加算		
特定の疾患や病態に対する特殊診療の評価等	脳卒中	A205-2 超急性期脳卒中加算		
	救急	A205 救急医療管理加算		
	小児	A208 乳幼児・幼児加算		
		A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算		
	産科	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算 A237 ハイリスク分娩管理加算		
		A231-2 強度行動障害入院医療管理加算 A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算 A231-4 摂食障害入院医療管理加算		
	精神科	A230-4 精神科リエゾンチーム加算	A230-3 精神科身体合併症管理加算	
	褥瘡・重症皮膚潰瘍	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	A226 重症皮膚潰瘍管理加算	
	栄養管理	A233-2 栄養サポートチーム加算		
	人工呼吸器離脱	A242 呼吸ケアチーム加算		
	介護連携	A240 総合評価加算		
	がん	A226-2 緩和ケア診療加算 A232 がん診療連携拠点病院加算	A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算	
A210 難病等特別入院診療加算		A211 特殊疾患入院施設管理加算		

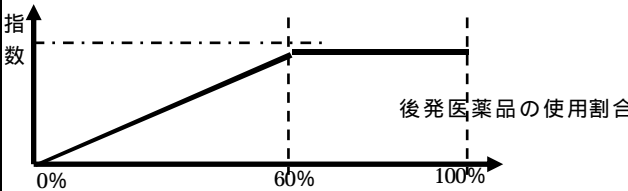
< 機能評価係数 の具体的な評価内容（平成 27 年度） >

評価対象データは 平成 25 年 10 月 1 日～平成 26 年 9 月 30 日（12 ヶ月間）のデータ

< 項目 >	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC 対象病院における、質が遵守された DPC データの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価	<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 データの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価）</p> <p>「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を 0.05 点減算する。</p> <p>適切な DPC データの提出（様式間の記載矛盾による評価）</p> <p>当該医療機関において、以下のいずれかに該当する DPC データの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を 0.05 点減算する。</p> <p>様式 1 の親様式・子様式</p> <p>データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾</p> <p>様式 1 と EF ファイル</p> <p>様式 1 上の入院日数と EF ファイルに出現する入院料の回数の矛盾</p> <p>様式 4 と EF ファイル</p> <p>様式 4 の医科保険情報と EF ファイルに出現する先進医療等の矛盾</p> <p>D ファイルと EF ファイル</p> <p>記入されている入院料等の矛盾</p> <p>適切な傷病名コードによるレセプトの請求</p> <p>当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を 0.05 点減算する。</p> <p>適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（群のみ）</p> <p>毎年 10 月 1 日時点において、当該医療機関において下記を満たす場合、当該評価を 0.05 点加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・規定の手順により、当該医療機関から出向して以降 6 か月以上指導医療官として勤務している者がいる場合（ただし、1 年以上在籍しない場合は実績と見なさない） ・規定の手順により指導医療官として勤務後、大学病院に復帰した日から 1 年以内の者がいる場合（ただし、復帰後に当該医療機関において保険診療の教育に携わっていない場合は実績と見なさない） <p>（平成 27 年度は、募集開始の際に応募し採用された者がいる医療機関を評価対象とする）</p>

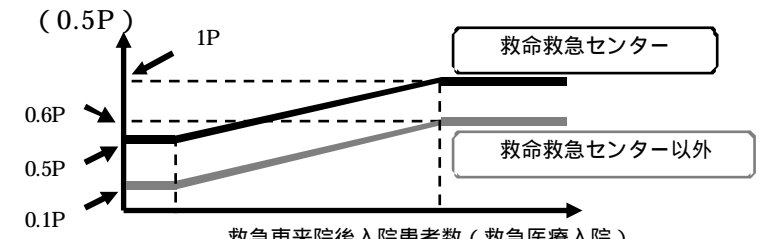
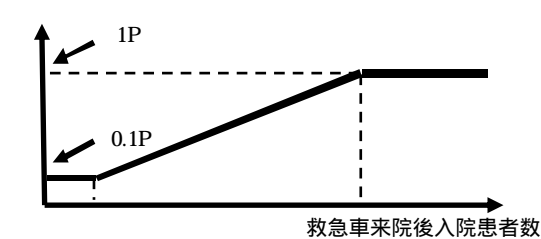
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を 1 入院あたり点数で評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 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。 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。
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕 / 〔全 DPC 数〕 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。 すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和） 救急医療管理加算 2 に相当する症例は、加算 1 に相当する症例の半分の比重によって評価 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「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」 ・「A300 救命救急入院料」 ・「A301 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」 ・「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-4 小児特定集中治療室管理料」 ・「A302 新生児特定集中治療室管理料」 ・「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

6) 地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="824 193 1944 515"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数(内訳)</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>体制評価指数 計 12 項目(各 1 ポイント) ・ 群は評価上限 10 ポイント 群は評価上限 8 ポイント</td> <td></td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>定量評価指数</td> <td>1)小児(15 歳未満) 2)上記以外(15 歳以上)</td> <td>1/4 1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>体制評価指数(評価に占めるシェアは 1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価(計 12 項目、詳細は次ページの別表 2 参照)。一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値を 群は 10 ポイント、 群は 8 ポイントとする。 定量評価指数(評価に占めるシェアは 1) 2)それぞれ 1/4 ずつ) 〔当該医療機関の所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〕 を 1) 小児(15 歳未満)と 2) それ以外(15 歳以上)に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】 DPC 病院 群及び DPC 病院 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院 群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数(内訳)		評価に占めるシェア	体制評価指数 計 12 項目(各 1 ポイント) ・ 群は評価上限 10 ポイント 群は評価上限 8 ポイント		1/2	定量評価指数	1)小児(15 歳未満) 2)上記以外(15 歳以上)	1/4 1/4
地域医療指数(内訳)		評価に占めるシェア									
体制評価指数 計 12 項目(各 1 ポイント) ・ 群は評価上限 10 ポイント 群は評価上限 8 ポイント		1/2									
定量評価指数	1)小児(15 歳未満) 2)上記以外(15 歳以上)	1/4 1/4									

7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	<p>当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア(= [後発医薬品の数量] / [後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量]) により評価。</p> <p>(数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。)</p> <p>数量ベースで 60% を評価上限とする。</p> <p>計算には社会保険診療報酬支払基金の医薬品マスターを利用。</p> 
------------	------------------------------	--

< 地域医療指数・体制評価指数 >

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限は ・ 群は 10 ポイント、 群は 8 ポイント）

評価項目（各 1P）	DPC 病院 群及び DPC 病院 群	DPC 病院 群
脳卒中地域連携 （DPC 病院 群及び DPC 病院 群において 実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
がん地域連携 （DPC 病院 群及び DPC 病院 群において 実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数（同一患者の複数回受診は除いて計算）〕で評価（実績に応じて 0～1P）	
救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる 体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、 それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

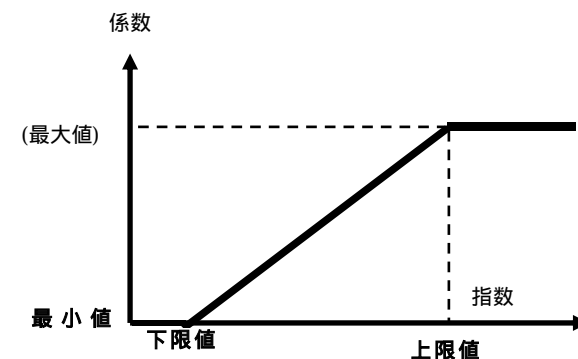
評価項目（各 1P）	DPC 病院 群及び DPC 病院 群	DPC 病院 群
災害時における医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（ ）の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（0.5P ずつ） ()平成 28 年度以降に導入を検討する	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（ ）の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P） ()平成 28 年度以降に導入を検討する
へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
周産期医療	・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
がん拠点病院	・ 「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」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.5P） ・ 「 <u>地域がん診療病院</u> 」、「 <u>特定領域がん診療連携拠点病院</u> 」としての指定は評価対象外（0P）	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「 <u>地域がん診療病院</u> 」及び「 <u>特定領域がん診療連携拠点病院</u> 」もしくはそれに準じた病院（ ）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P） <u>都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認められた病院（平成 28 年度においては評価を置き換え）。</u>
24 時間 tPA 体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	
急性心筋梗塞の 24 時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（実績に応じて 0～1P）	
精神科身体合併症の受入体制	「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価（1P）	

【補足】体制に係る指定要件については、平成 26 年 9 月 30 日までに指定を受けていること（平成 26 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

< 評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値 >

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			各医療機関群で評価
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	各医療機関群で評価
カバー率	1.0	0	0 (1)	各医療機関群で評価
救急医療	97.5%tile 値	0 (2)	0	全群共通で評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	各医療機関群で評価
(体制)	1.0	0	0	
後発医薬品	60%	2.5%tile 値	0	全群共通で評価

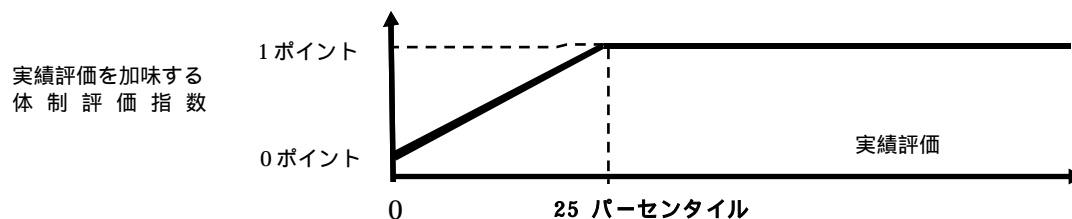
- 1 専門病院・専門診療機能に配慮し、 群では最小値を最大値の 1/2 とする
- 2 報酬差額の評価という趣旨から設定する



< 地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目 >

脳卒中地域連携、 がん地域連携、 地域がん登録、 救急医療、 急性心筋梗塞の 5 項目が該当。

特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント (指数)、実績を有するデータ (評価指標が 0 でないデータ) の 25 パーセントイル値を上限値 1 ポイント (つまり、実績を有する施設の上から 4 分の 3 は満点 (1 ポイント))。



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 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 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

実行可能性について

- ・ 各医療機関における「DPC データ分析」の実行可能性、「ホームページへの公開」の実行可能性の観点から調査する。

見込まれる効果について

- ・ 「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。
より適切な病院指標の項目及び様式の設定に向けた医療機関からの意見聴取
- ・ より適切な病院指標の項目及び様式等の設定に向けて、全国の医療機関から指標案に対する意見等を調査する。
不利益が起こる可能性について
- ・ 医療機関にかかる負担、患者の受療行動への影響可能性等について調査する。

3. 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

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）。

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。

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。

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、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 による評価等）

平成 26 年度特別調査 (アンケート) の結果報告について

1. 概要

DPC対象病院のうち、平成 26 年度激変緩和措置対象となった医療機関 135 施設 (変化率-2.0%以下 53 施設、変化率+2.0%以上 82 施設) に対し特別調査 (アンケート調査) を行った。

2. 集計結果

対象医療機関

・平成 25 年 10 月 1 日時点での状況

項目		変化率 +2% 病院		変化率 -2% 病院	
DPC 算定 病床規模	100 床未満	36	44%	16	30%
	100 床以上 200 床未満	24	29%	5	9%
	200 床以上 300 床未満	12	15%	10	19%
	300 床以上 400 床未満	7	9%	9	17%
	400 床以上 500 床未満	3	4%	6	11%
	500 床以上	0	0%	7	13%
専門病院 (1)	専門病院	8	10%	9	17%
	専門病院以外	74	90%	43	81%
がん専門病 院 (2)	がん専門病院	2	2%	3	6%
	がん専門病院以外	80	98%	49	92%
ケアミック ス (3)	ケアミックス	53	65%	22	42%
	ケアミックス以外	29	35%	31	58%
DPC 制度 参加年度	H15 年度 ~ H16 年度	0	0%	17	32%
	H18 年度 ~ H20 年度	7	9%	20	38%
	H21 年度 ~	75	91%	16	30%
開設者	国立 (独立行政法人含む)	4	5%	13	25%
	公立・公的	25	30%	6	11%
	医療法人	45	55%	27	51%
	個人・その他法人	8	10%	7	13%
臨床研修指 定病院	基幹型	14	17%	29	55%
	協力型	22	27%	4	8%
	なし	46	56%	20	38%
全体		82		53	

- 1 がん専門病院以外の病院であって、入院患者に占める割合が以下に掲げる要件のいずれかを満たすもの
 - ・いずれかの MDC が 60%を超える
 - ・整形外科病院 : MDC07 + MDC16 が 60%を超える
 - ・脳外科病院 : MDC01 + MDC16 が 60%を超える
 - ・小児科病院 : 15 歳未満の小児の割合が 60%を超える
- 2 入院患者に占めるがん患者の割合が 40%以上の病院
- 3 『A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1・2)』、『A308-2 亜急性期入院医療管理料(1・2)』、『A101 療養病棟入院基本料』の届出病床の有無により判定。

回収率(平成 27 年 3 月 1 日時点)

135 施設 (個別の医療機関名は非公表)

	送付数	回収数	回収率
変化率+2.0%以上	82 施設	82 施設	100%
変化率-2.0%以下	53 施設	53 施設	100%

報告内容

- ・ 開設者別の集計 (財務部門)
- ・ 変化率ごとの集計

まとめ

- ・ プラスの激変緩和対象病院（以下、「プラス緩和病院」とする。）はマイナスの激変緩和対象病院（以下、「マイナス緩和病院」とする。）と比較すると、ケアミックス病院の割合が高く、DPC収益の医療機関全体に占める割合が低かった。
- ・ 経常利益率、材料比率、人件費率、委託費率、設備関係費率、経費率などにおいては、プラス緩和病院、マイナス緩和病院で大きな違いは見られなかった。
- ・ 診療単価に関しては全体的にマイナス緩和病院の方がプラス緩和病院よりも高かった。
- ・ プラス緩和病院の方がマイナス緩和病院よりも「救急医療に携わる医師数」、「小児医療に携わる医師数」において100床当たりの配置数が多かった。
- ・ マイナス緩和病院はプラス緩和病院と比較すると、診療行為の外来シフトを行っている傾向が見られた。
- ・ マイナス緩和病院においては、激変緩和措置の対象病院となったことで医療提供体制の見直しが行われていた。
- ・ 激変緩和措置対象の医療機関からは、激変緩和措置が廃止となった場合の経営への影響は大きいとため存続を求める意見も多かった。

3. 結論・課題等

- ・ 今回行ったアンケート結果からは、激変緩和措置対象となった医療機関の特徴は明確には抽出できなかったため、その他のデータとの組み合わせによってさらなる分析を行う。
- ・ 激変緩和措置のあり方に関しては、暫定調整係数や機能評価係数の評価の方法も合わせて、今後も引き続き議論することとしてはどうか。

激変緩和措置対象病院についての分析結果

1 . 背景

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定において予定されている調整係数の廃止に向けて、激変緩和措置対象病院に対して特別調査（アンケート）を行い特徴の抽出を試みた。
- ・ D P C 分科会委員より、アンケート結果の更なる分析やアンケート結果以外からの分析も行うべきとの意見を頂戴したので、事務局において分析を試みた。

【分析結果・DPC 分科会委員より挙げた意見】

(1) 激変緩和アンケートの結果と激変緩和の関係

今回の特別調査（アンケート）の結果を利用した主成分分析からは、5 疾病 5 事業及び在宅事業における、プラス緩和病院グループとマイナス緩和病院グループ病院の取組状況に大きな違いは見られなかった。

(2) 平成 26 年度診療報酬改定前後の係数変化と変化率の関係

暫定調整係数の置き換えに伴う変化が、DPC 対象医療機関の収入の変化率へ最も影響していた。

(3) 機能評価係数 の各項目と合計値の関係

暫定調整係数は機能評価係数 へ置き換えられているところであるが、機能評価係数 の各係数の中でも影響力が異なっていた。

特に平成 26 年度改定においては、後発医薬品係数が機能評価係数 の合計値に対する影響が大きかった。一方で、カバー率係数の影響は非常に小さかった。

機能評価係数 の各係数は等分であるが、影響力という観点で考えた場合には、各係数は等分とは言えないため、今後、各係数の重み付けと共に議論を深めるべき。平成 26 年度改定で導入された『後発医薬品係数』は他の係数と性質が異なる上に、影響力が大きすぎるため、再度、評価の方法を検討すべきではないか。

医療機関の努力が評価されるような形での、各係数の重み付けをすべきではないか。

(5) 包括範囲出来高実績点数 / 診断群分類点数と変化率の関係

激変緩和対象となった理由として、包括範囲出来高実績点数 / 診断群分類点数の大きさと変化率の逆相関の関係が示唆された。

調整係数が表現していた、『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』が、現在の機能評価係数 への置き換えでは吸収しきれっていないのではないか。

CCPマトリックスによる重症度の表現は、対象疾患も限定的であるため、『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』を完全に表現はできない。

『群分類診断点数表で表現しきれない重症度の差』を補正するために、包括範囲出来高実績点数 / 診断群分類点数といった観点の係数も必要ではないか。

平成 27 年度特別調査（ヒアリング）の結果報告について

平成 27 年 7 月 27 日 DPC 評価分科会において、平成 27 年度特別調査（ヒアリング）が実施された。

1 . 治癒に関して

〔目的〕

「治癒」の割合について以下の理由を明らかにする。

医療機関ごとに「治癒」の割合が大きく異なっている理由。

同一の医療機関が調査年度によって「治癒」の割合が大きく異なる理由。

〔ヒアリング対象医療機関〕

- ・ 医療法人鉄蕉会亀田総合病院
- ・ 独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院
- ・ 本荘第一病院
- ・ 独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院

〔医療機関の主な意見〕

治癒率の高い医療機関

癌を切除し退院後にフォローの為に 1 年に 1 回の外来受診をしたとしても、「治癒」でないというのは違和感がある。

医師に対して定義の説明をしていたが、医師の決定した情報は正しいという方針だったために、実際は定義が統一できていなかった。

内分泌糖尿病内科では治癒率は 0 % であり、診療科による大きなバラツキがあった。

「治癒」の定義を徹底した場合には、「治癒」は見かけ上減少するが、診療内容等は変化しないので、アウトカムとしては変化しない。

治癒率の低い医療機関

「治癒」の定義には違和感を覚えるが、保険診療上の定義として正確に入力をしていたためバラツキはでなかった。

治癒率の変化の大きかった医療機関

年度によるバラツキは、定義の解釈を変化させたため。

入力する医師の入れ変わりがあったため、定義の解釈に変化があった。

全ての医療機関

「治癒」と「軽快」の間の数値ではバラツキが出たが、「治癒 + 軽快」では年度による変化はなかった。

そもそも、退院後に一度は外来受診する患者が多く、在院日数などの変化によって（正しい定義の）治癒が減少したということはない。

[治癒・軽快の定義に対する意見]

そもそも、他の調査の中のクリニカルインディケータ―として「治癒」や「軽快」の項目は調査されておらず、「治癒」や「軽快」をアウトカムの評価として調査することの重要性が理解できない。

医師でなければ理解できず、他の職種には理解出来ない定義にした場合、現場の混乱を招くのではないか。

「治癒」を「外来通院治療の必要が全くない」と定義するのであれば、「軽快」を『フォローアップで退院後1度2度通院する場合』と『継続通院が必要な場合』に分けて定義すべき。

[主な指摘事項]

DPC制度の退院患者調査の転帰の「治癒」の定義と、レセプト上の転帰の「治癒」の定義との区別が現場では難しいのではないか。

定義の理解度の差や、入力者の職種によってバラツキが出ることは理解できたが、定義は統一しておかなければ統計的な調査の意味がなくなるため徹底すべき。

レセプト上の運用とは異なる、DPC独自の細かな分類を行ったために、現場で混乱が起こっている可能性が示唆されているので、「治癒」と「軽快」はまとめて評価してもよいのではないか。

諸外国ではアウトカムとして評価されるのは、「死亡」などであり、「治癒」「軽快」を分けて評価する必要はないのではないか。

2. 予期せぬ再入院に関して

〔目的〕

「予期せぬ再入院」の割合について以下の理由を明らかにする。

医療機関ごとに「予期せぬ再入院」の割合が異なっている理由。

「予期せぬ再入院」の割合が上昇した理由。

「再入院」の理由として「分類不能コード」が多い理由。

〔ヒアリング対象医療機関〕

- ・高陽ニュータウン病院
- ・公益財団法人がん研究会 有明病院
- ・国家公務員共済組合連合会 新小倉病院
- ・独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院
- ・社会福祉法人聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院

〔医療機関の主な意見〕

予期せぬ再入院率の高い医療機関

患者への説明内容がカルテに記載されていなかったために、入力者である診療情報管理士が、「予期せぬ」再入院であると勘違いをしていた。実際に見直した結果、「予期せぬ」再入院に該当する事例は非常に低かった。

予期せぬ再入院率の低い医療機関

診療科別に別れた医事課職員がカルテをチェックし入力し、さらに診療情報管理士が再チェックしていた。またクリニカルパスが機能しており、患者に対する説明漏れもなかったために、予期せぬ再入院率は低かった。

予期せぬ再入院率の変化の大きかった医療機関

平成 25 年に入職した入力担当の職員が定義を誤解していたため、予期せぬ再入院の割合が大きく変化した。

予期せぬ再入院の定義を徹底したために、割合が下がった。

予期せぬ再入院の割合に大きな変化はあったが、在院日数にほとんど変化はなかった。

「分類不能コード」が多い医療機関

入院診療計画書に記載された病名を入院契機病名とするはずが、一部担当者の認識誤りにより、状態や症状の記載された入院指示書を参照して入力が行われていた。

正確に入力されていれば、入院契機病名に「分類不能コード」が記載される割合は全国平均と大きくは変わらない。

全ての医療機関

可能性が説明されていたとしても患者がどこまで認識していたかは把握が難しい。

再入院調査は診療情報管理士が主に入力しており、必要に応じて担当医に確認をしている。

[定義に関する意見]

「予期された」というのは、どこまで説明されていたら、「予期された」のかという線引きがあいまいである。重要なのは計画的な入院なのか、そうではないのかという点ではないか。

「予期せぬ」は患者側から見た定義であるが、実際の現場では、医師が意識して再入院の可能性を説明していたかが問題であり、また入力者も医療提供者側なので、医療提供者側から見た定義にするべきではないか。

[主な指摘事項]

「予期せぬ」「予期された」という患者の理解度に影響されるものではなく、「再入院」自体をアウトカムとして評価すべきではないか。

再入院をアウトカムとして評価する場合には国際的な評価方法も参考にしつつ見直すべきではないか。

平成 27 年度特別調査（アンケート）の結果報告について

1. 概要

持参薬は平成 26 年度診療報酬改定において特別な理由がない限り使用不可とされた。
（参考）

入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合には、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

（「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 26 年 3 月 19 日付け保医発 0319 第 4 号） 第 3 の 3（2）より）

次期診療報酬改定（平成 28 年度を予定）に向けて、DPC 対象病院における持参薬の取扱いに関する今後の方向性の検討を行うため、アンケート調査を実施することが平成 27 年 7 月 22 日中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会にて了承された。

2. 目的

平成 26 年度診療報酬改定における新たなルールの導入から 1 年が経過したため、現場での運用を把握する。

調査結果に基づき、DPC 対象病院における持参薬の取扱いに関するルールの見直しを行う。

3. 集計結果

(1) 対象医療機関

平成 27 年度 DPC 対象病院

(2) 回収率

送付数	回収数	回収率
1578 病院	1578 病院	100%

(3) 報告内容

- ・ 総合病院、専門病院別集計
（本調査では 3 つ以上の専門領域を持つ場合に総合病院とした。）
- ・ DPC データを用いた持参薬の分析

(4) まとめ

専門領域・診療科について

- ・ 標榜診療科は多種多様であった。また、精神科（診療科特性が高く持参薬を使用せざるを得ないとの指摘があった）に関しては、約半数の医療機関が標榜していた。
- ・ 専門病院（当該アンケートにおける独自のものであり、医療機関の独自の判断に基づく）は整形外科専門病院、脳神経専門病院、循環器専門病院の順に多かった。

持参薬の使用状況について

- ・ 持参薬は多くの医療機関で使用されており、医療機関ごとの使用される頻度は大きく異なっていた。
- ・ 平成 26 年度診療報酬改定後も「入院の契機となる傷病」の治療に係る持参薬が 6 割以上の医療機関において使用されていた。また、持参薬が使用された理由は「担当医の要請」「自院側の要請（病院の方針）」「患者側の要望」であった。
- ・ 「特別な理由」としては、「薬剤そのものに特性がある麻薬や向精神病薬である為」といった理由や、「入院後の処方に時間がかかる為」という理由であった。
- ・ 「入院の契機となる傷病」以外の治療に係る持参薬を使用した医療機関のうち、院内採用がないという理由で持参薬を使用した医療機関は約 15% であった（その他は担当医・自院・患者の要請による使用）。
- ・ 院内に持参薬と同一の採用薬が存在しない場合には、「臨時採用」や「同種同効能の類似薬へ変更」を行っていた。
- ・ 持参薬として使用された実績のあるものは、使用数量ベースであれば消化性潰瘍剤や血圧降下剤などの入院前より日常的に服用されているものが多かった。

持参薬の管理について

- ・ 持参薬の内容は、ほぼ全ての医療機関において、また、様々な職種によって、用法・用量まで確認がされていた。さらには、服用する場合にはほとんどの医療機関で持参薬の服薬計画が立てられていた。
- ・ ほぼ全ての医療機関において確認された持参薬は、なんらかの形式で記録されていた。
- ・ 持参薬の日々の使用量は60%以上の医療機関において、なんらかの形式で記録されていた。
- ・ 25%の医療機関では薬剤名が電算コード等でシステムに記録されていた。また、一部の医療機関ではEFファイルやコーディングデータに使用した持参薬を出力していた。

DPC 制度における持参薬の取扱いについて

- ・ 使用を認めて欲しい持参薬としては精神神経用剤(約26%の医療機関)が最も多かったが、医療機関によってバラツキが大きく半数を超える医療機関が要望するような薬剤はなかった。
- ・ 持参薬の取扱い対して、特に意見のある医療機関は38%あり、主な意見としては以下のようなものであった。
 - ▶ 採用のない薬剤、使用頻度の低い薬剤、退院後不要になる薬剤、定期的に服用している薬剤の除外を希望
 - ▶ 短期入院の際の処方の手間
- ・ 一方で、以下の通り他の制度やルールと関連した指摘もみられた。
 - ▶ 高額な薬剤の除外を希望
 - ▶ 入院時に薬剤切替えによる服薬コンプライアンス低下
 - ▶ 臨時採用薬のデッドストック
 - ▶ 持参薬を禁止すると残薬が増える

包括範囲における薬剤の使用実態について

- ・ 平成 26 年度データを用いた集計（持参薬あり・なし別）では一日あたり薬剤費は「持参薬なし」の方が少なかった。ただし、「持参薬なし」には、そもそも入院前から薬の服用していない重症度の低い患者が多く含まれている可能性に留意する必要がある。
- ・ 化学療法を行うような、医療資源において薬剤費が多く占める症例においては、持参薬を使用することにより、一日あたり約 170 点の差額が発生しており、持参薬を使用する場合と使用しない場合での医療機関の負担の差について検討が必要であると考えられる。また、持参薬あり・なしによって医療資源投入量の差があった場合、本来設定されるべき診断群分類区分の点数が歪められている可能性もある。

(5) 考察・対応方針(案)

平成 26 年度診療報酬改定において、『入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則』であることが明確化された。持参薬に関する平成 27 年度特別調査(アンケート)を実施したところ、『原則』に対しては一定の理解が示されている一方で、現場の運用上は全面的に持参薬を院内処方へ切替えることは困難であるとの主張が見受けられた。ただし、持参薬の使用割合に関しては医療機関によってバラツキが存在し、医療機関の間で負担に差が生じている現状も明らかになった。

持参薬に関しては、多職種の介入により薬の種類や服用方法の確認が行われた上で入院中の服薬計画の立案まで行われていることが明らかになった。また、多くの病院でなんらかの方法で持参薬の内容は記録が行われていた。

医療機関側で、現行の持参薬制度に特に意見のある医療機関は 3 分の 1 程度であり、その内容として多かったものは、持参薬の使用による『服薬コンプライアンスの低下』や『臨時採用した薬剤のデッドストック増加』であったが、入院中に持参薬が終了した場合にも起こりうる問題である。また、担当医や病院側の方針により持参薬を使用した場合に、診断群分類点数表の基礎となる医療資源投入量のデータが歪められる構造は望ましくないと考えられる。

次回改定以降の持参薬の取扱いとして、入院の契機となる傷病の治療に係る薬剤を持参させることは、引き続き原則禁止とする(特別な理由がある場合には別途記載を求め)。また、特別な理由として『臨時採用薬が使用可能となるまでの入院初期(2 日程度)の持参薬使用』や『退院後不要となる薬剤の使用』等は了解可能であるが、『病院側の方針』や『医師の方針』などの、本来望ましくない理由を特別な理由としての持参薬使用は認められないこととしてはどうか。

加えて、持参薬を使用した場合には使用量も含めたデータ入力を求めることとしてはどうか。また、次々回以降診療報酬改定においては当該データを元に議論を行うこととしてはどうか。

重症度を考慮した評価手法 (CCP Matrix)の検討結果

重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)

- 平成30年度の調整係数廃止に向け、より正確に医療資源必要量を診療報酬支払いに反映させることが必要。
- 例えば、病院毎の肺炎患者の病態・重症度の違いをDPC分類では十分適切に評価されていない可能性。
- DPC分類の更なる精緻化が必要だが、分類数は増やせない。
- 「重症度を考慮した評価手法」CCP(Comorbidity Complication Procedure)マトリックスの設計手法を検討

CCPマトリックスの考え方(1)

- 手術処置と副傷病等の組み合わせに基づく医療資源必要度分類である。
- 枝分かれの構造にとらわれずに医療資源必要度が類似したグループをまとめることができる。

		副傷病等		
		なし	糖尿病	敗血症
手術・処置等2	なし	低	低	中
	中心静脈栄養	中	中	高
	化学療法	中	高	高

- ・この例では9区分を3段階に圧縮して分類数を減らすことが可能
- ・このような2次元の組み合わせに限らず、多次元で集約が可能となる

CCPマトリックス作成手順について

CCPマトリックス作成作業手順案

1. 臨床的観点から定義表を整備
 - 現在、記載されていない臨床情報等の追加も検討
2. 医療資源必要度の観点も含めて項目を集約、優先順位を設定して分岐条件を整理する
 - 項目が多い場合等は、多変量解析等を用いて分析
3. 定義表情報から素樹形図を作成し、医療資源必要度の観点から対応表によって分類を集約してCCPマトリックスを作成
 - 隣接する分岐以外の集約を検討するため、定義表情報をそのまま反映した「素樹形図」を使う
 - 医療資源必要度の類似性で分類を集約する

CCPマトリックス検討結果－糖尿病

○定義表の整備と分岐条件の整理

- － 多変量解析等により、以下の項目が医療資源消費に影響していることが明らかとなった。

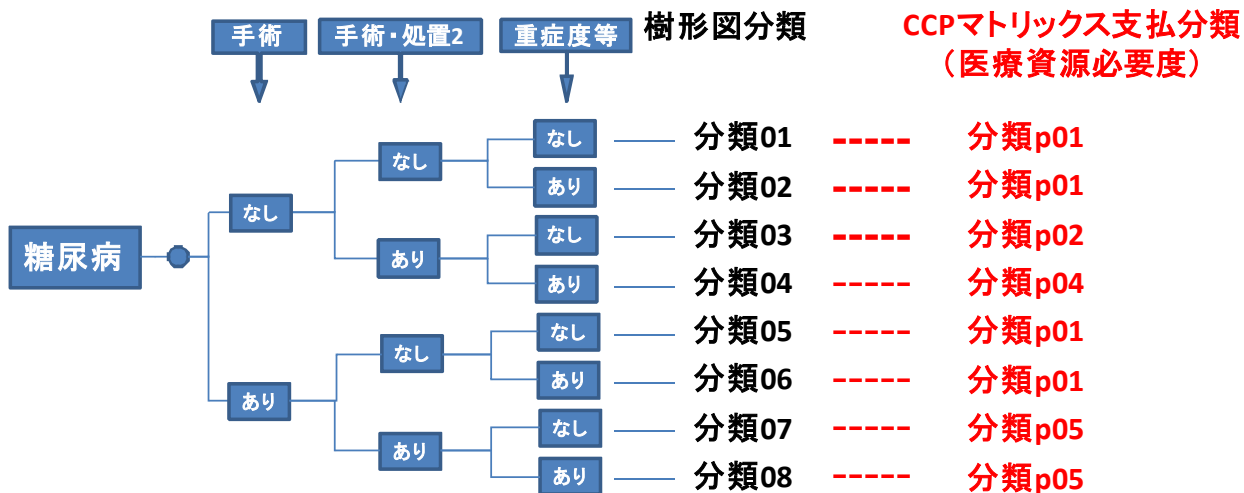
項目	内容
傷病名	医療資源病名の末梢循環合併症と多発合併症 (ICD10コード4桁目が5または7)
手術	手術の有無
手術・処置等2	インスリン使用の有無
合併症	定義副傷病の有無
重症度等	年齢85歳以上等

糖尿病CCPマトリックス分類案

			手術処置2		なし		あり					
			重症度等		なし		あり		なし		あり	
			副傷病		なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
手術	末梢循環合併症	DPC傷病名コード										
なし	なし	100060	1	1	1	1	2	2	4	4		
		100070	1	1	1	1	2	2	4	4		
		100080	1	1	1	1	2	2	4	4		
	あり	100060	1	1	1	1	2	2	4	4		
		100070	1	1	1	1	2	2	4	4		
		100080	1	1	1	1	2	2	4	4		
あり	なし	100060	1	1	1	1	5	5	5	5		
		100070	1	1	1	1	5	5	5	5		
		100080	1	1	1	1	5	5	5	5		
	あり	100060	3	3	3	3	5	5	5	5		
		100070	3	3	3	3	5	5	5	5		
		100080	3	3	3	3	5	5	5	5		

糖尿病CCPマトリックス分類のイメージ

- CCPマトリックスは、分岐条件に基づいて全ての分類を樹形図に書き下した樹形図分類と、医療資源必要度に応じた支払分類との対応表を作成することと同じ意味である。



CCPマトリックス検討結果－肺炎

○定義表の整備と分岐条件の整理

- 多変量解析等により、以下の項目が医療資源消費に影響していることが明らかとなった。

項目	内容
入院種別	予定・救急医療入院等
手術	手術の有無
手術・処置等2	人工呼吸器等
合併症	定義副傷病の有無
重症度等	年齢、重症度等

肺炎CCPマトリックス分類案

			年齢	0歳	1-14歳	15-64歳			65-74歳				75歳以上		
			重症度	x	x	0	1~3	4	0	1~3	4	5	1~3	4	5
手術	手術処置2	副傷病													
99	0	0	10	10	1	2	5	1	2	5	5	4	4	5	
		1	10	10	2	3	5	2	3	5	5	4	4	5	
	1	0	11	11	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7	
		1	11	11	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7	
97	0	0	10	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
		1	10	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	1	0	8	8	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8	
		1	8	8	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8	

肺炎CCPマトリックス分類のイメージ

