

DPC/PDPS等作業グループにおける 検討内容について

- 1 DPC対象病院に係る検討について
- 2 医療機関別係数のフォローアップについて

1 DPC対象病院に係る検討について

(1) 前回改定までにおける検討について

(2) 実施した分析について

(3) 令和3年度特別調査について

DPC評価分科会報告書(抄)(平成29年12月6日中医協総会了承)

1-3-3 平均的な診療実態から外れる医療機関

- ・ 一般に、包括報酬が適用される医療機関について、診療密度(包括点数に対する包括範囲出来高点数の比)が相対的に著しく低い場合、診療内容の適切性について検討が必要である(粗診粗療の懸念がある)。
- ・ 現行のDPC/PDPSは、参加医療機関の実績から診断群分類の平均的な医療資源投入量や在院日数を設定することにより包括報酬を支払うシステムであり、平均から大きく外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い、等の診療実態がある医療機関がDPC/PDPSの対象施設としては適切ではないと考えられることから、今後、何らかの対応を検討する必要性が示唆された(制度になじまない可能性がある)。

令和2年度診療報酬改定に向けた入院分科会における検討結果①

入院医療の調査・評価分科会報告書(抄)(令和元年11月6日中医協総会了承)

8-1. DPC 対象病院の要件

- ・平成30年度診療報酬改定において、調整係数の置換え完了に伴い、基礎係数(病院群)や機能評価係数Ⅱについての考え方の再整理を行った。その際に、平均から乖離した診療実態の病院の存在が確認され、これらの病院は制度運用の妨げとなる可能性が指摘された。
- ・その後の中医協や入院分科会においても、粗診粗療の懸念がある場合の診療内容の適切性について検討する必要性や、平均から外れて医療資源投入量が少ない、在院日数が長い等の診療実態がある病院はDPC/PDPSになじまない可能性があるため、何らかの対応について検討する必要性を指摘された。
- ・また、すぐに要件への追加やDPC/PDPSから退出させるのではなく、まずは急性期の医療の標準化をすすめるという観点から、そのような診療実態となっている理由について分析が必要ではないかという指摘もあった。
- ・以上を踏まえ、DPC/PDPSの対象病院の要件を検討するに当たって、制度導入時から変わったDPC対象病院の現況について分析し、医療資源投入量や在院日数を指標とし、それぞれの病院の分布の傾向や診療内容等の状況を評価・分析することを通じて、急性期の医療の標準化をすすめるという観点と、粗診粗療の懸念のある病院や制度になじまない可能性のある病院、という観点について分析・検討を行った。

(医療資源投入量が平均から外れた病院)

- ・診療する疾患群の補正を行った上で算出された病院別の医療資源投入量については、一定の幅は存在するものの、平均に収れんすることが望ましい。
- ・医療資源投入量の少ない病院については、必要な医療が十分に提供されていない可能性が考えられる一方で、必要かつ効率的な医療を実施している可能性もあること、単に医療資源投入量が少ないことでもって評価・分析した場合、不要な医療の実施を招く危険性もあることに留意が必要であるという指摘があった。
- ・これらを踏まえ、DPC/PDPSの対象病院において、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患(急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全)について、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高く、在院日数が平均から外れて長い、という病院の分布等について評価分析を行い、制度になじまない可能性のある病院の状況等について分析を行った。
- ・医療資源投入量の多い病院については、必要な医療が実施されていないとは考えにくい一方で、効率的な医療の提供というDPC/PDPS制度の趣旨に照らし、それらの病院における具体的な医療内容などについて、引き続き精査が必要と考えられた。

令和2年度診療報酬改定に向けた入院分科会における検討結果②

入院医療の調査・評価分科会報告書(抄)(令和元年11月6日中医協総会了承)

(在院日数が平均から外れた病院)

- ・診療する疾患群の補正を行った上で算出された**病院別の在院日数**については、一定の幅は存在するものの、**平均に収れんすることが望ましい**。また、在院日数については、効率的な医療提供の観点から、結果として、経年的に短縮化の傾向が見られている。
- ・在院日数が平均から外れて短い病院については、必要な医療が提供されかつ在院日数が短い病院がある一方で、**急性期医療が必要な状態である患者への医療が、他の病棟において提供されている可能性もある**と考えられる。
- ・今回の評価分析において、自院の他の病棟種別へ転棟した患者の割合は全体としては4%であったが、その割合が30%を超える病院もあったことから、それらの病院における医療の提供状況等について分析を行った。
- ・在院日数が平均から外れて長い病院については、医療資源投入量が少ないことや、前述の、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い、という視点を加え、DPC/PDPS になじまない可能性のある病院の状況等について分析を行った。

(今後のDPC/PDPS 等作業グループにおける作業の方向性について)

- ・次に該当する病院について、書面調査や個別のヒアリングなどを通じて、それらの病院で提供されている診療の状況等について、引き続き評価分析を行うこととなった。
 - ア)医療資源投入量の少ない病院であって、急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院
 - イ)在院日数の短い病院であって、自院他病棟への転棟割合が高い病院
- ・医療資源投入量の多い病院や在院日数が長い病院についても、制度の趣旨に鑑み、提供されている医療の実態の把握を行い、評価分析を行うこととなった。

令和2年度診療報酬改定に向けた入院分科会における検討結果③

入院医療の調査・評価分科会報告書(抄)(令和元年11月6日中医協総会了承)

(その他)

- ・医療の質に関する指標についてDPC データを用いて分析を行ったところ、DPC 対象病院が実施する診療内容にばらつきがあることが分かった。しかし、指標で評価できる内容が限定的であることや評価方法について課題があることから、DPC 対象病院の要件に使用することは慎重に検討する必要があるという指摘があった。
- ・特定の診療領域に特化した診療を行う病院については、医療資源投入量や在院日数と明らかな相関は認められなかった。
- ・主として小児を対象としている病院について、全症例の50%以上が15 歳以下の小児の診療を行う病院の傾向をみたところ、医療資源投入量が少なく、在院日数が短い傾向が見られたため、DPC/PDPS の対象病院の要件について検討する際は配慮してはどうかという指摘があった。

1 DPC対象病院に係る検討について

(1) 前回改定までにおける検討について

(2) 実施した分析について

① 医療資源投入量の少ない病院

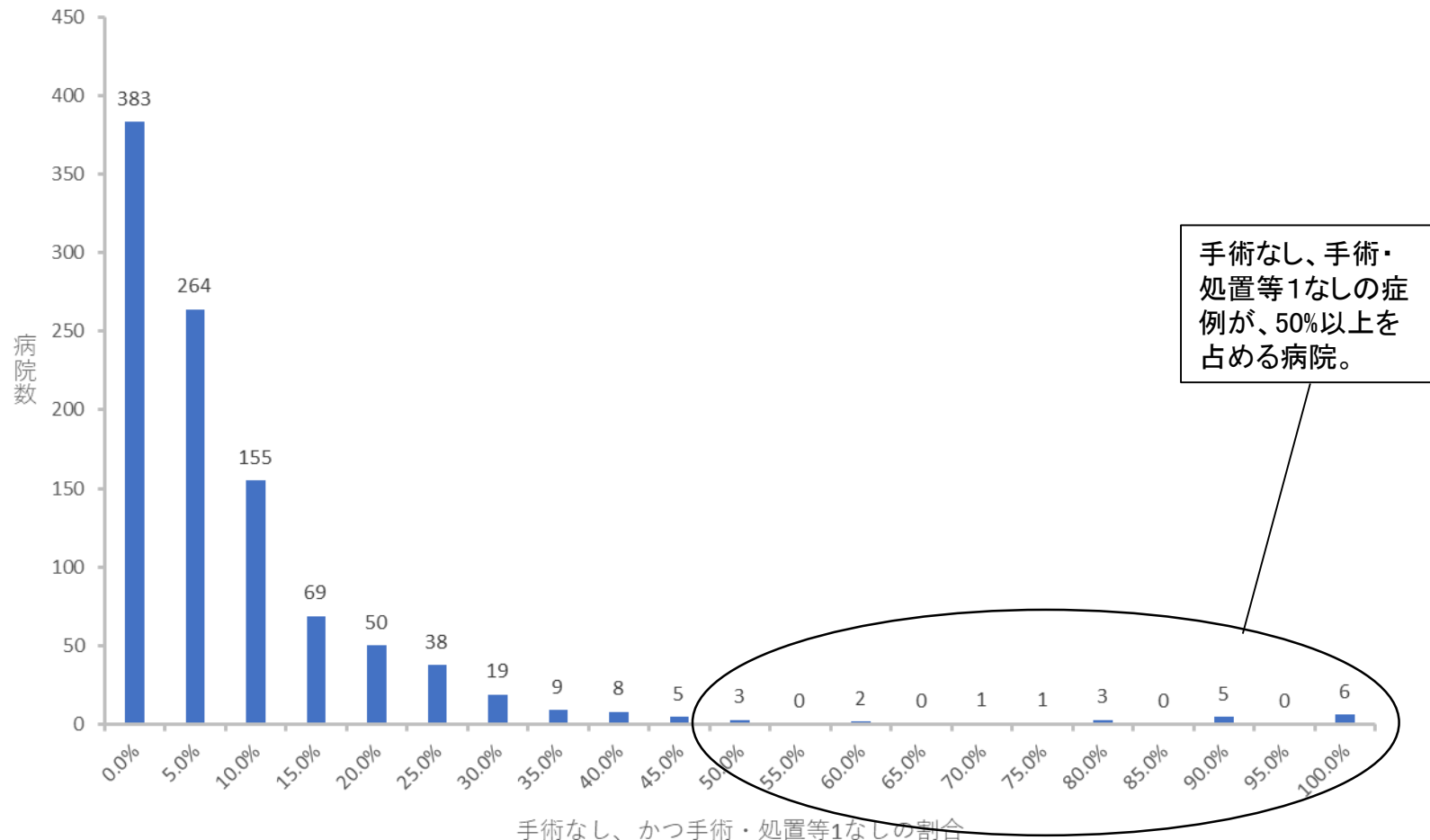
- 「手術なし」「手術・処置等なし」の割合の高い病院の分析
- 「手術あり」の分析

② 在院日数の短い病院

(3) 令和3年度特別調査について

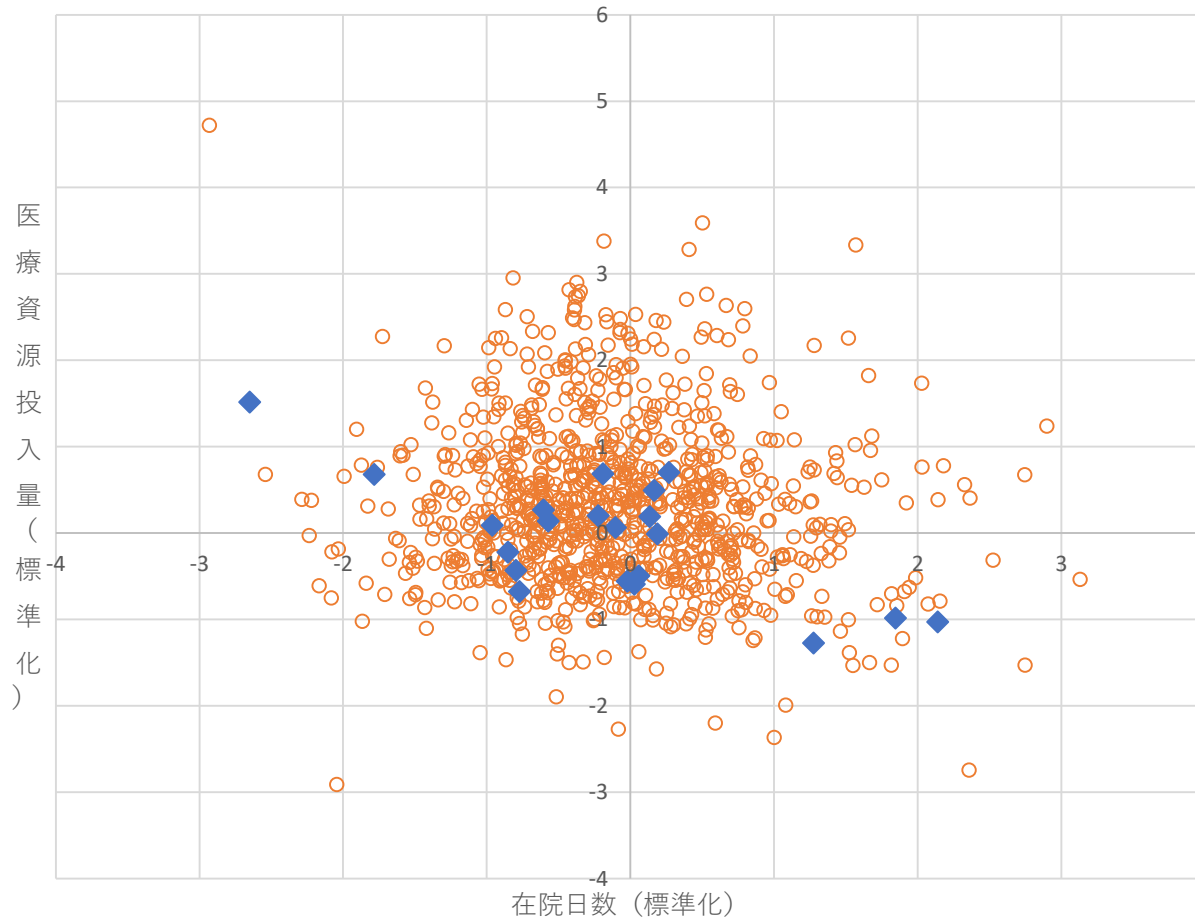
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の病院数の分布:急性心筋梗塞

- 令和2年のデータにおいても、急性心筋梗塞(050030)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞(050030)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院について、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)にはばらつきが見られる。在院日数は、平均から外れて長い病院が存在する。



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術等
 - ・左室形成術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法等

※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。

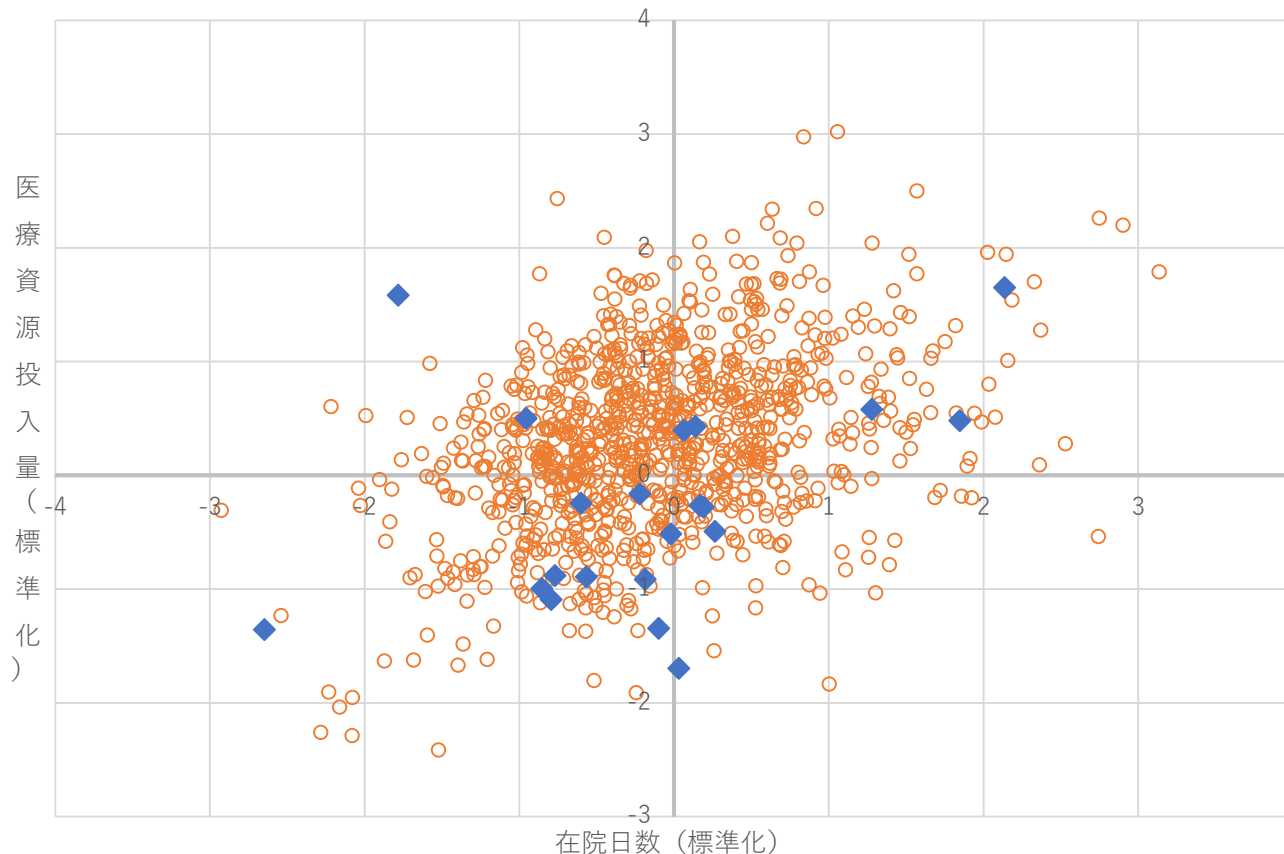
(n=1,021)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

- 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、ばらつきが見られたが、多くは医療資源投入量の少ない群に分布している。

出来高総点数での医療資源標投入量



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術 等
- 手術処置等 1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法 等

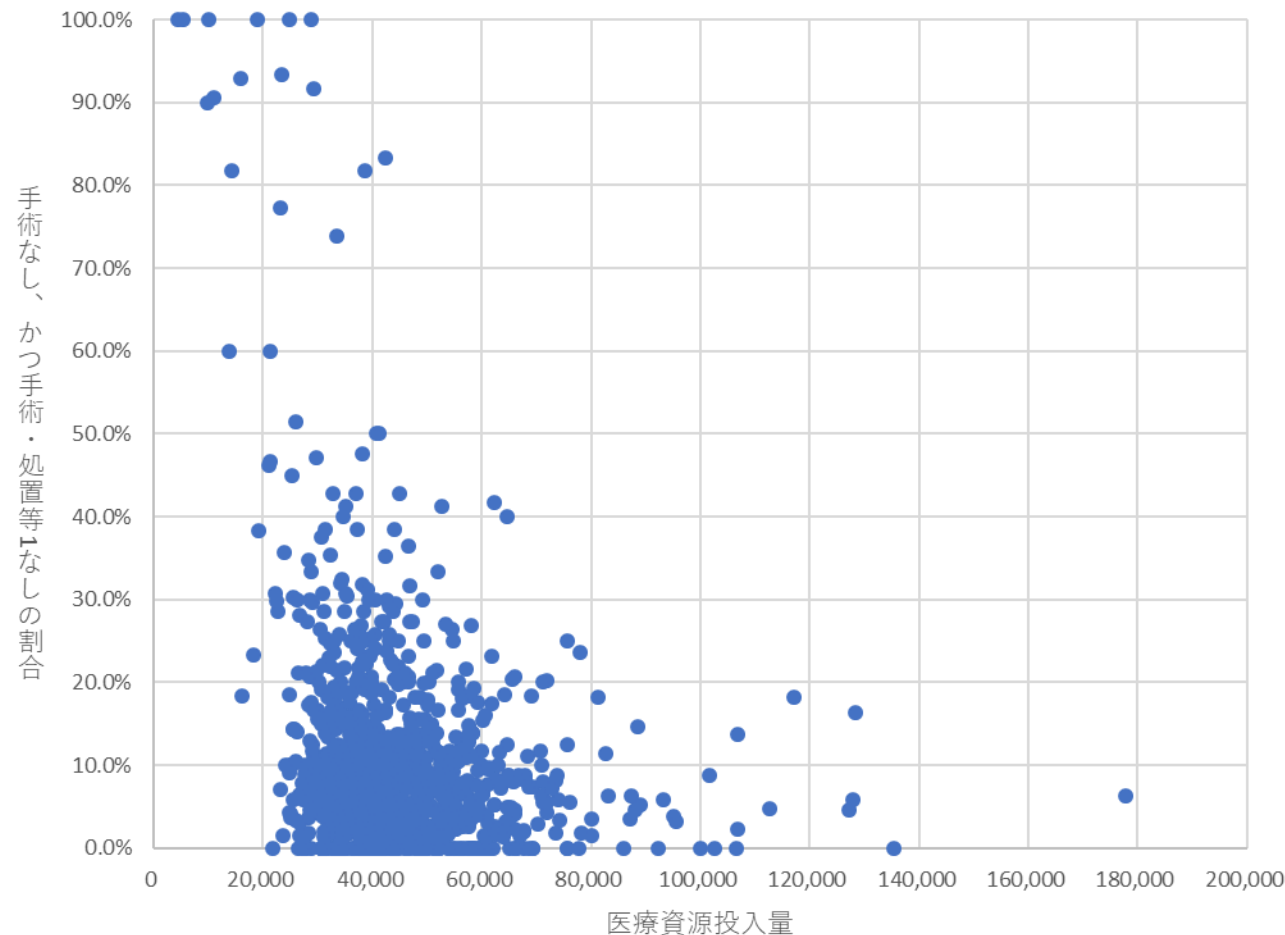
※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。

(n=1,021)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

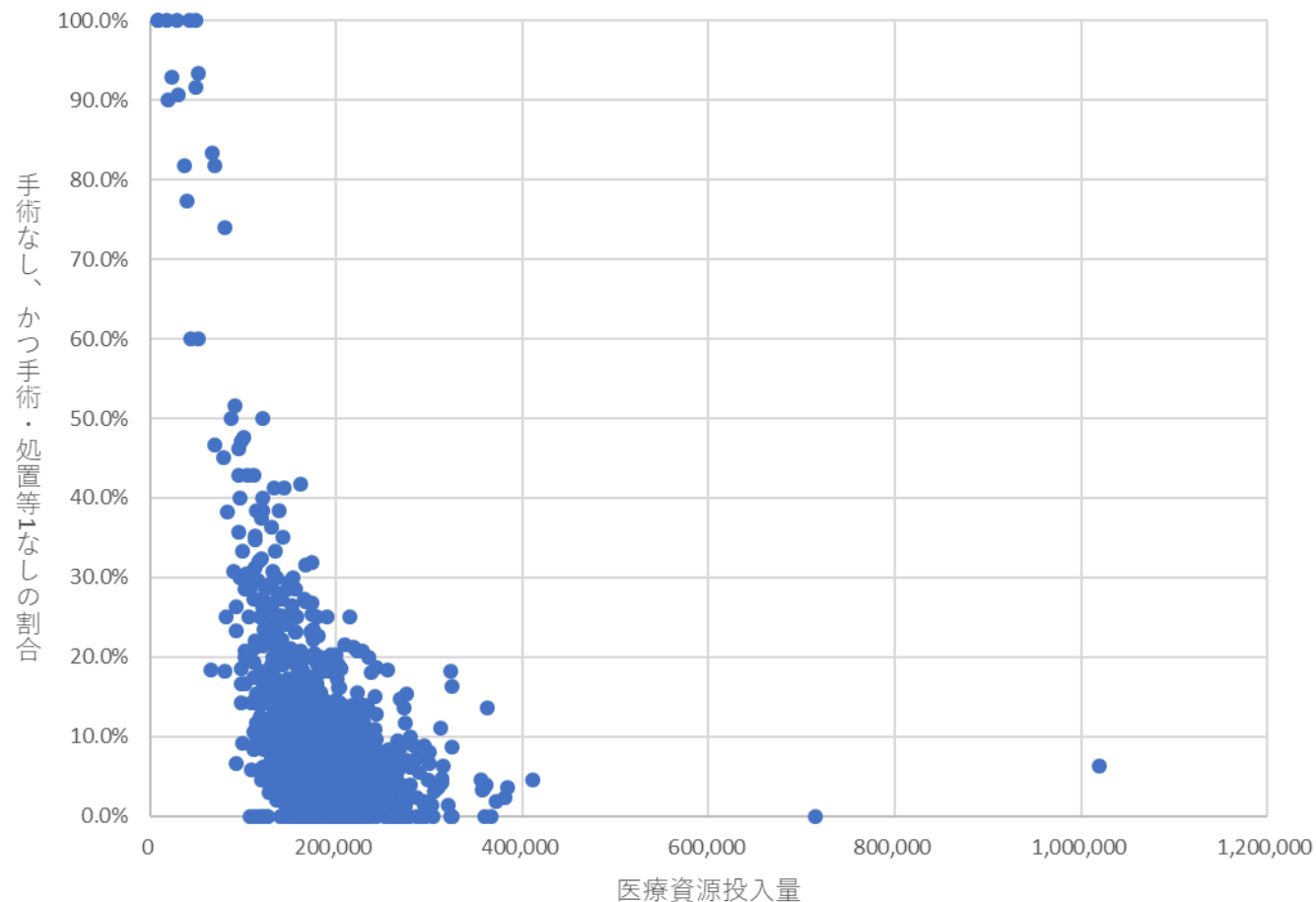
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と 医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:急性心筋梗塞

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)が少ない傾向が見られた。



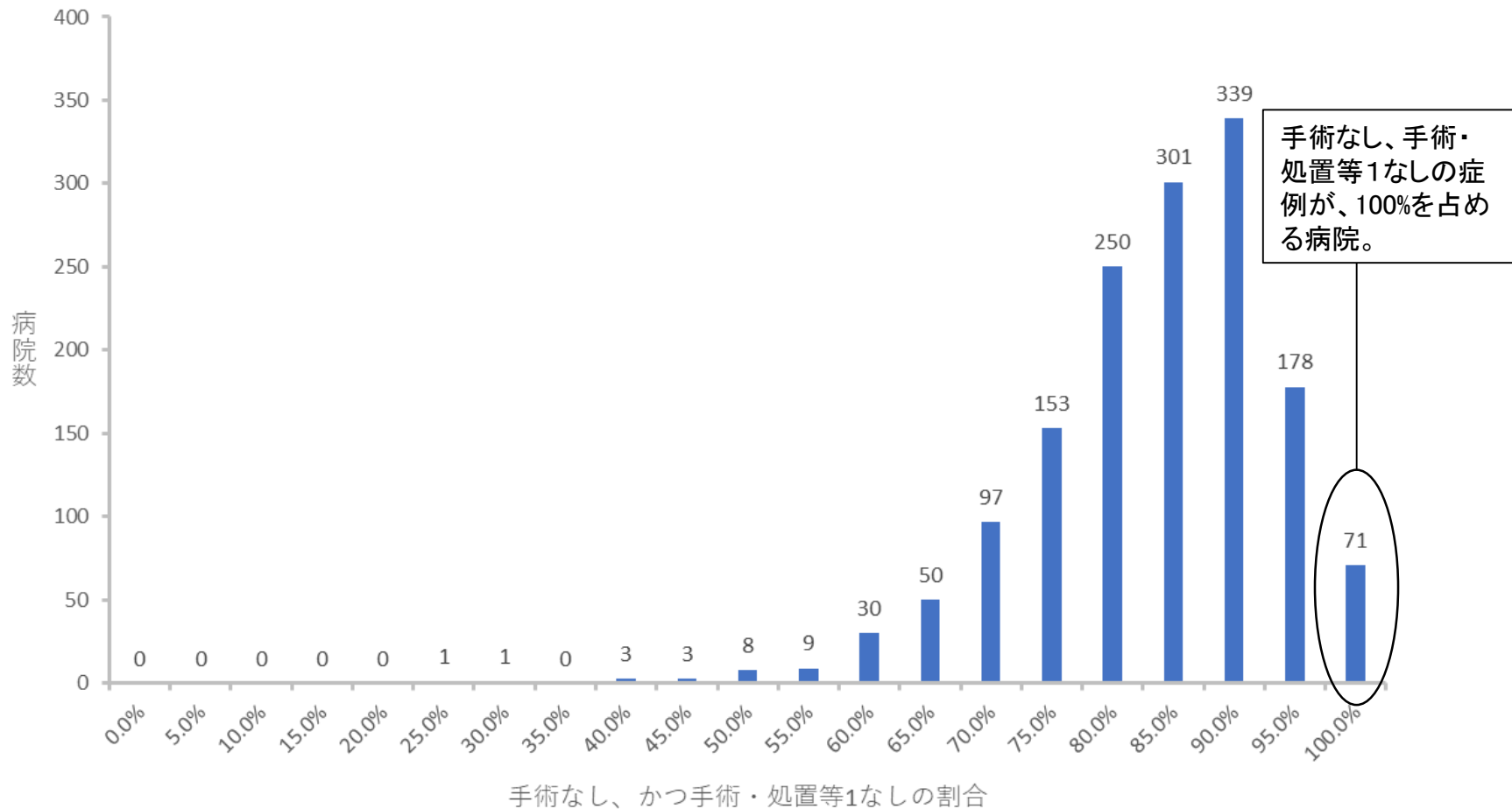
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:急性心筋梗塞

○「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(出来高換算総点数)も少ない傾向が見られた。



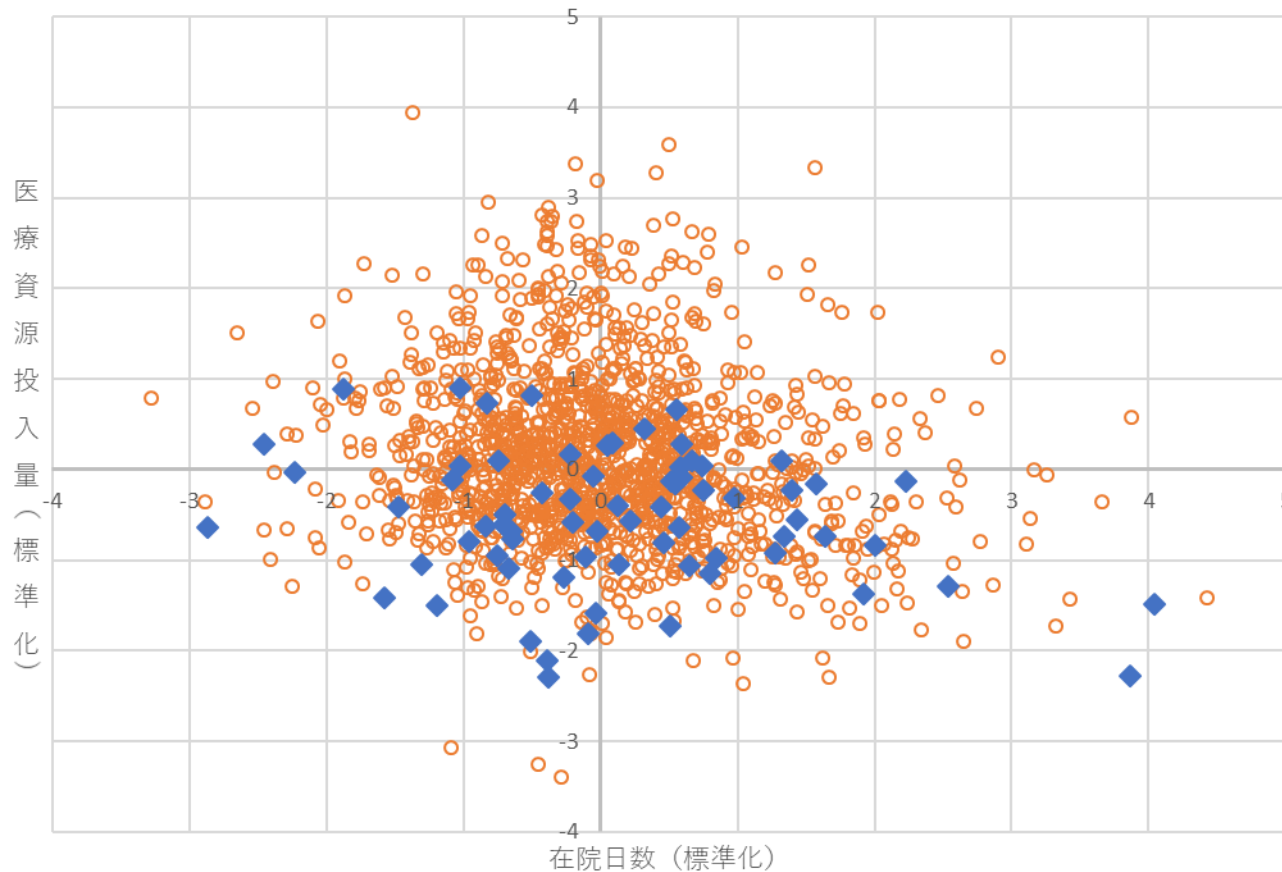
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

- 令和2年のデータにおいても、脳梗塞(010060)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

○ 脳梗塞(010060)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院について、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)及び在院日数には、明らかな傾向は見られなかった。



脳梗塞(010060)の診断群分類

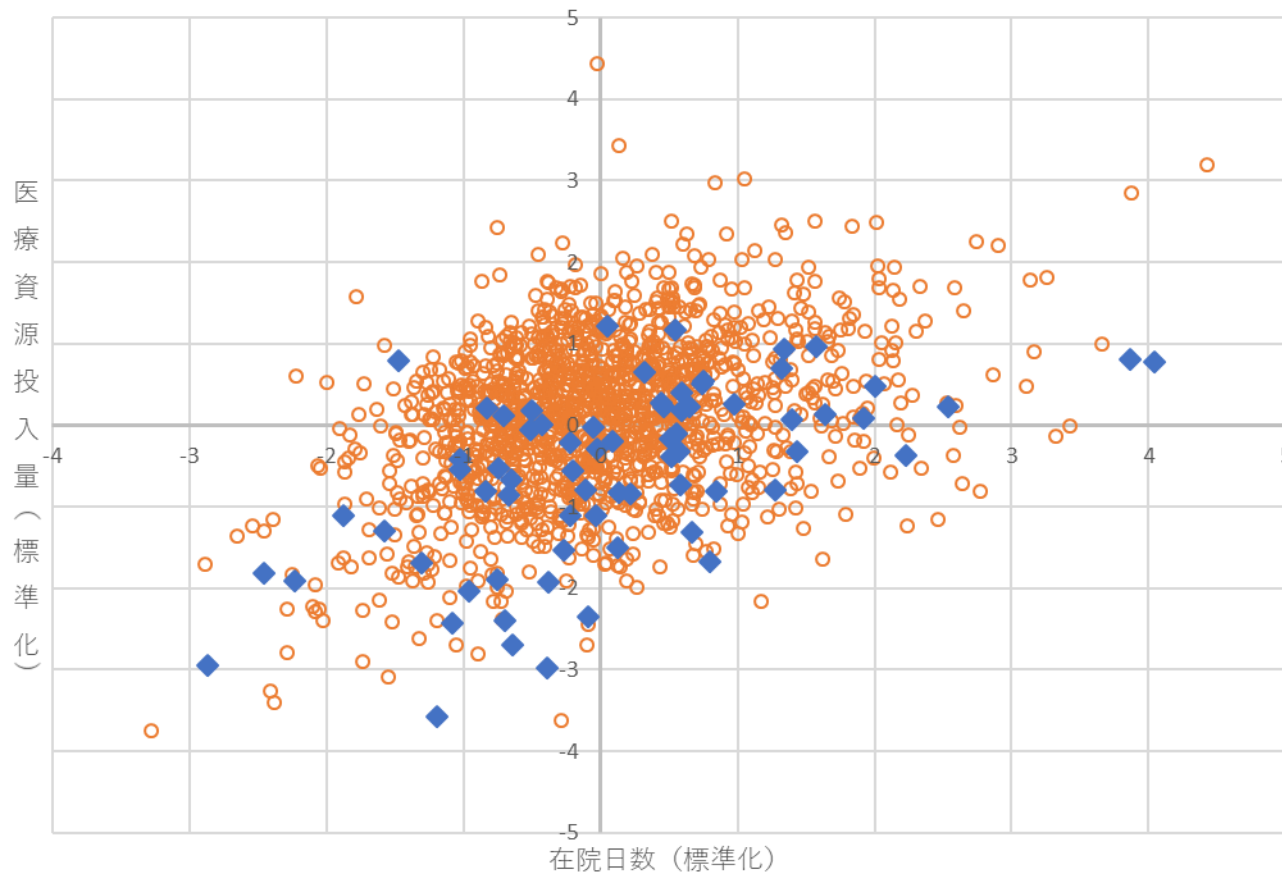
- 手術
 - ・経皮的脳血栓回収術
 - ・動脈血栓内膜摘出術 等
- 手術処置等1
 - ・造影剤注入手技 等

※ 脳梗塞(010060)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,494)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

○ 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、特定の傾向は見られなかった。



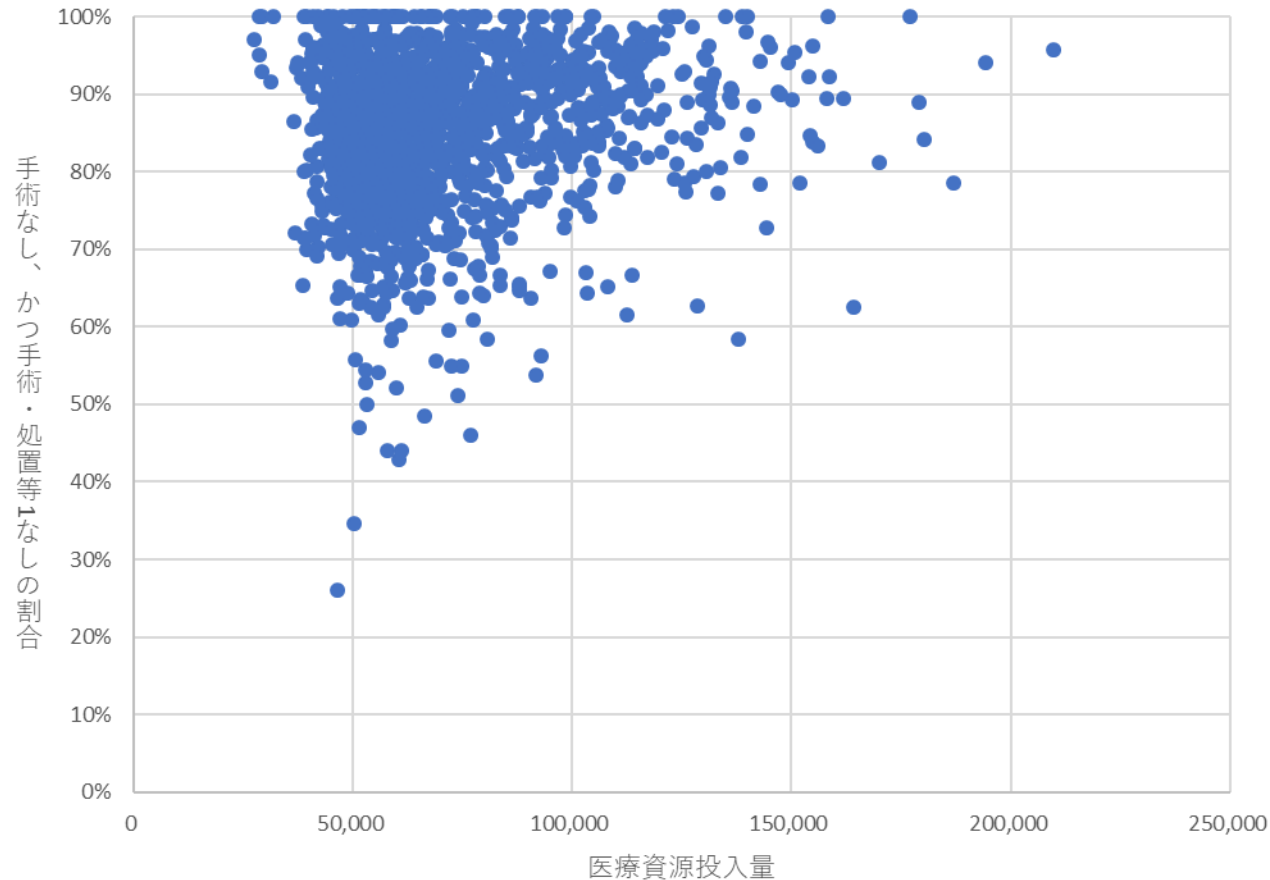
脳梗塞(010060)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的脳血栓回収術
 - ・動脈血栓内膜摘出術 等
- 手術処置等1
 - ・造影剤注入手技 等

※ 脳梗塞(010060)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,494)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

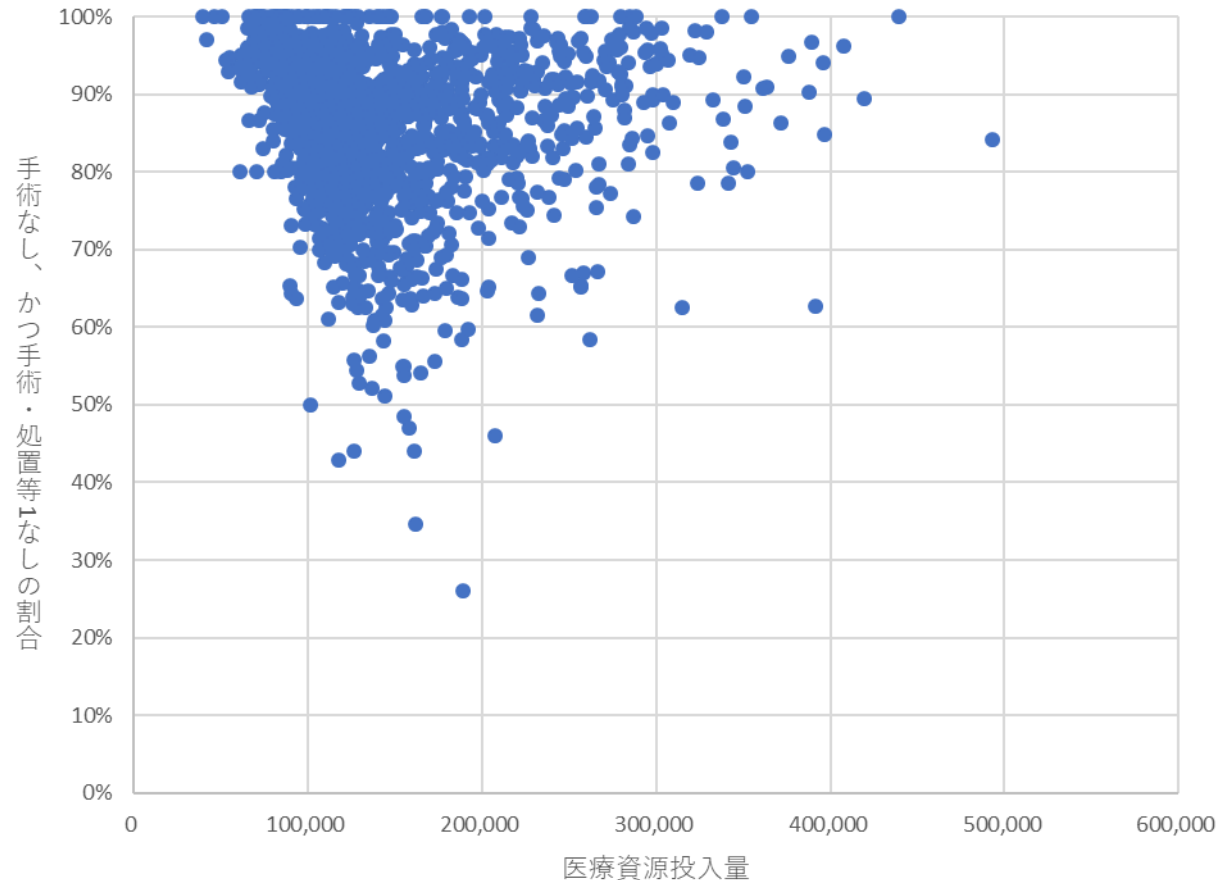
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:脳梗塞

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



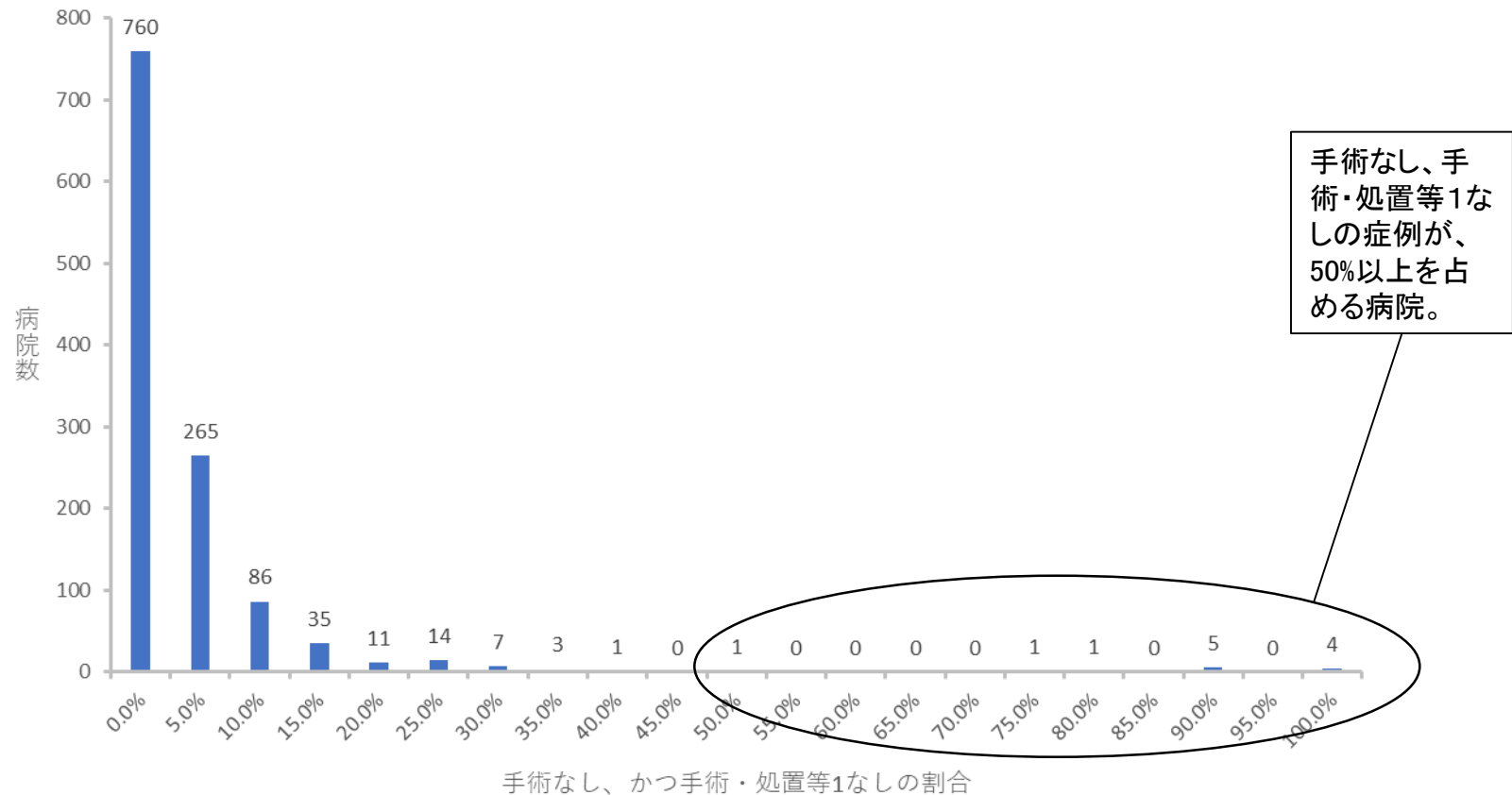
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:脳梗塞

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算総点数)にも、明らかな傾向は見られなかった。



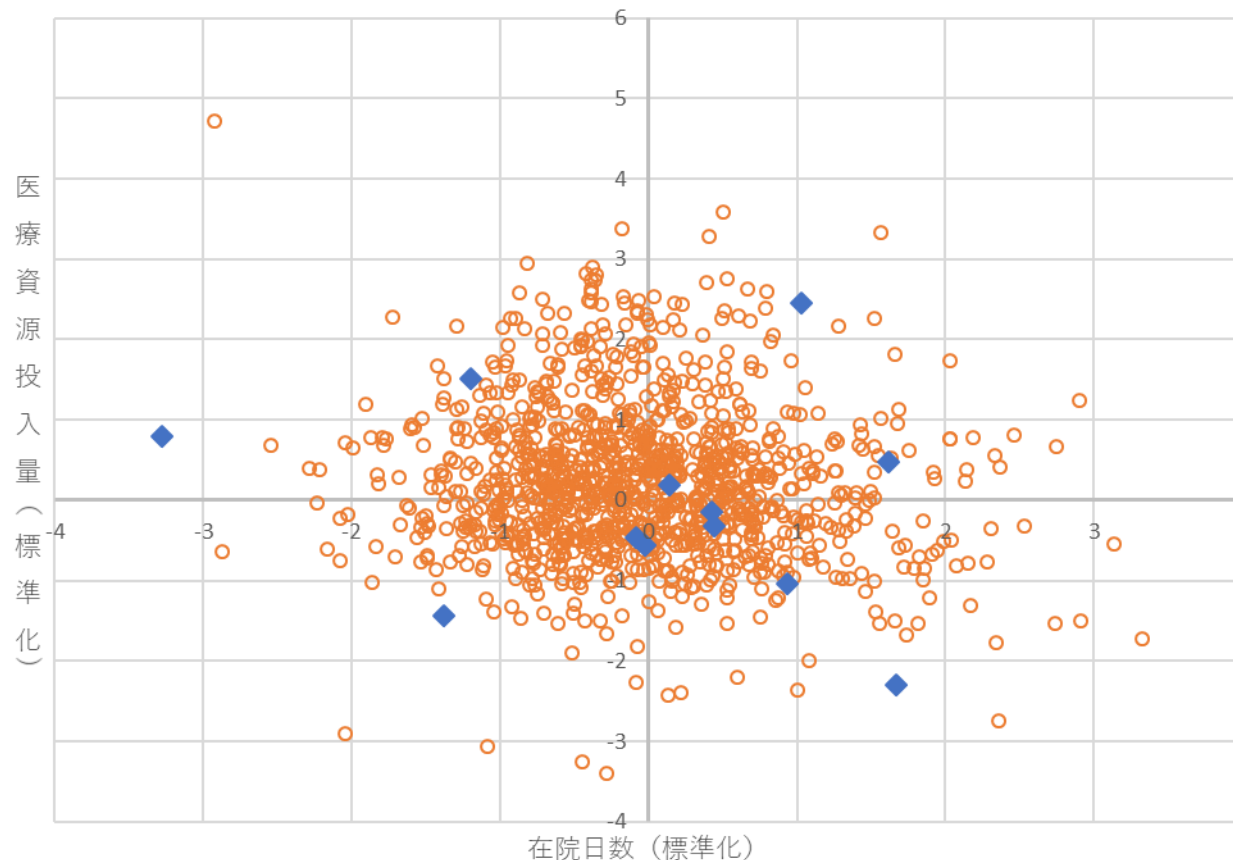
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

- 令和2年データにおいても、狭心症(050050)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

- 狭心症(050050)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院について、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)及び在院日数には特定の傾向は見られなかった。



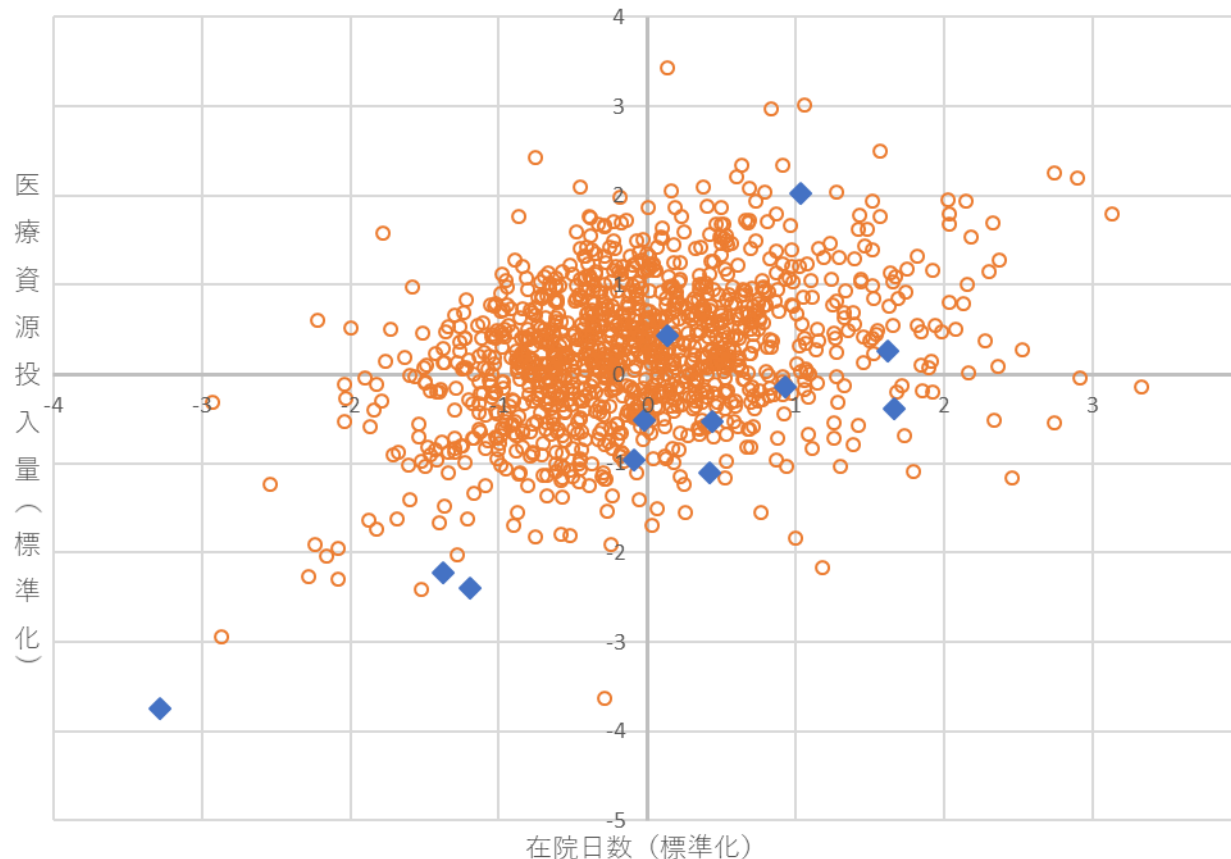
狭心症(050050)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法 等

※ 狭心症(050050)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,194)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

○ 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、特定の傾向は見られなかった。



狭心症(050050)の診断群分類

○手術

- ・経皮的冠動脈ステント留置術
- ・冠動脈大動脈バイパス移植術等

○手術処置等 1

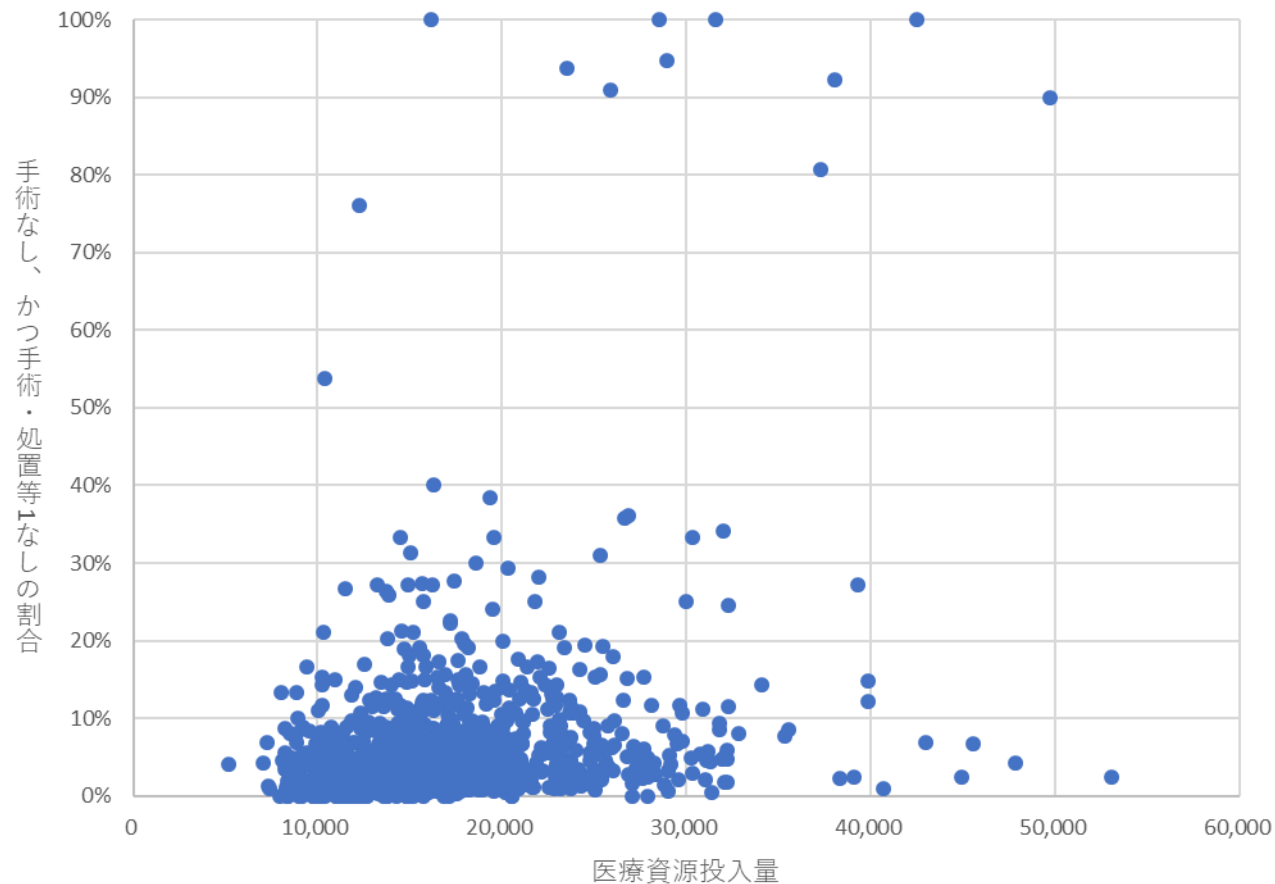
- ・大動脈バルーンパンピング法
- ・心臓カテーテル法 等

※ 狭心症(050050)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,194)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

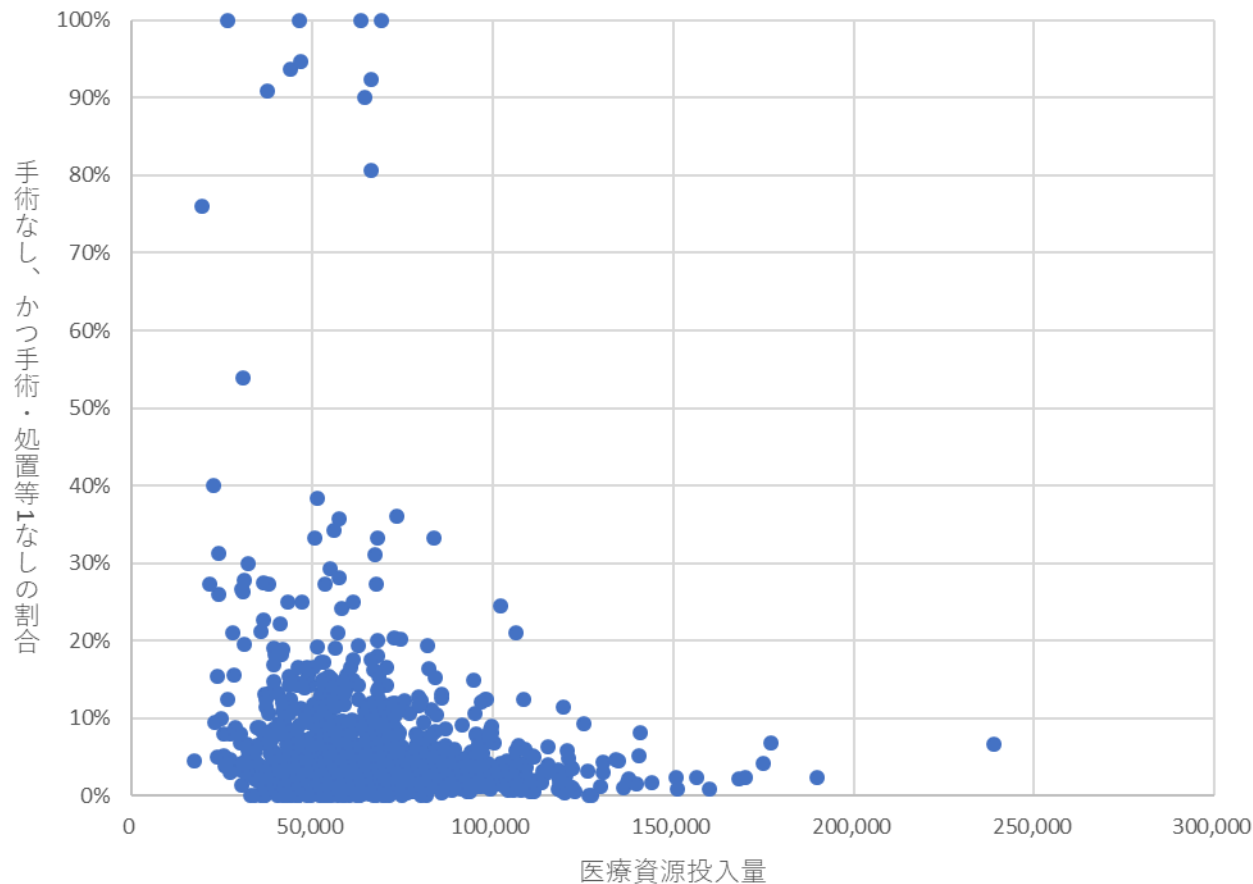
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:狭心症

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



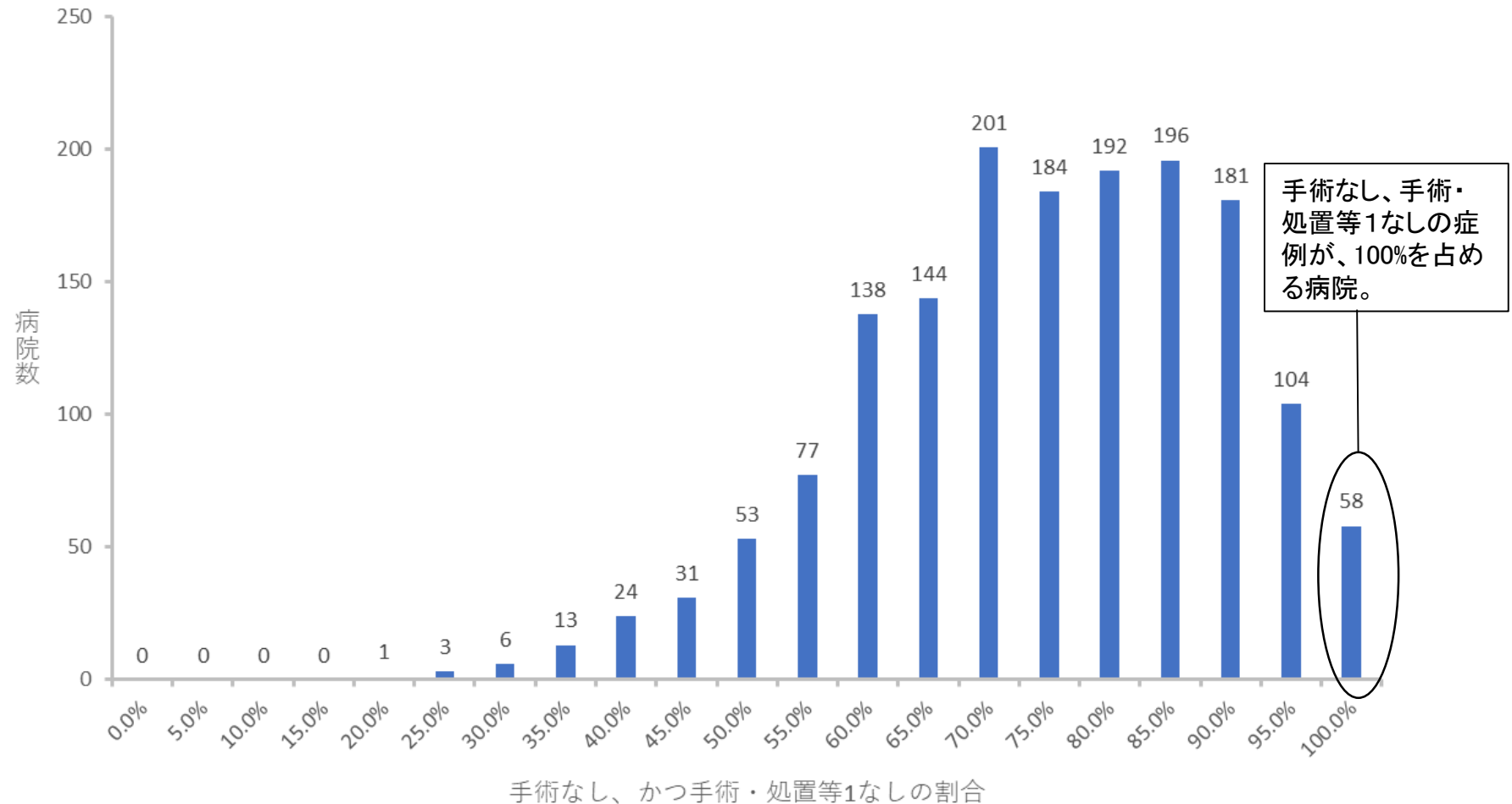
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係: 狭心症

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算総点数)にも明らかな傾向は見られなかった。



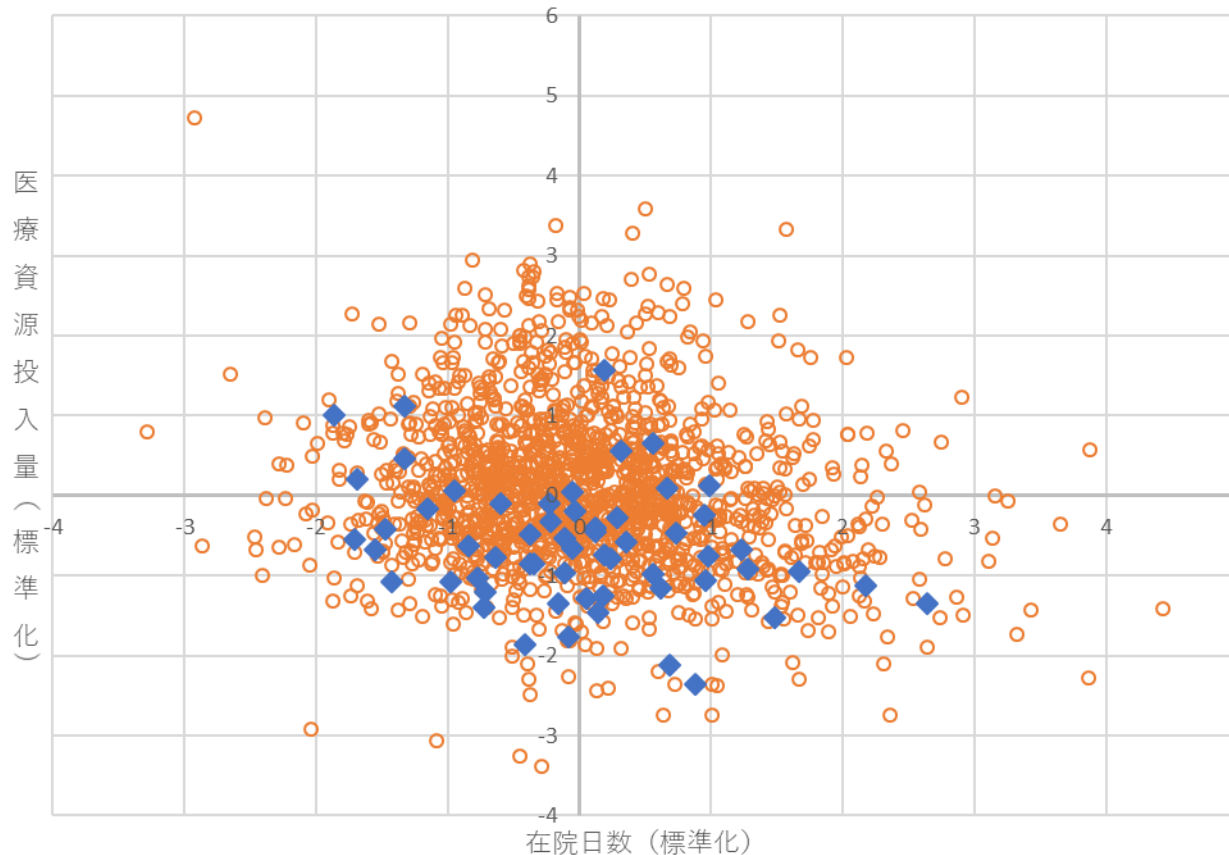
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

- 令和2年データにおいても、心不全(050130)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

○ 心不全(050130)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院について、多くは医療資源投入量が少ない群に分布している。在院日数にはばらつきが見られる。



心不全(050130)の診断群分類

○手術

- ・経皮的冠動脈ステント留置術
- ・冠動脈大動脈バイパス移植術等

○手術処置等1

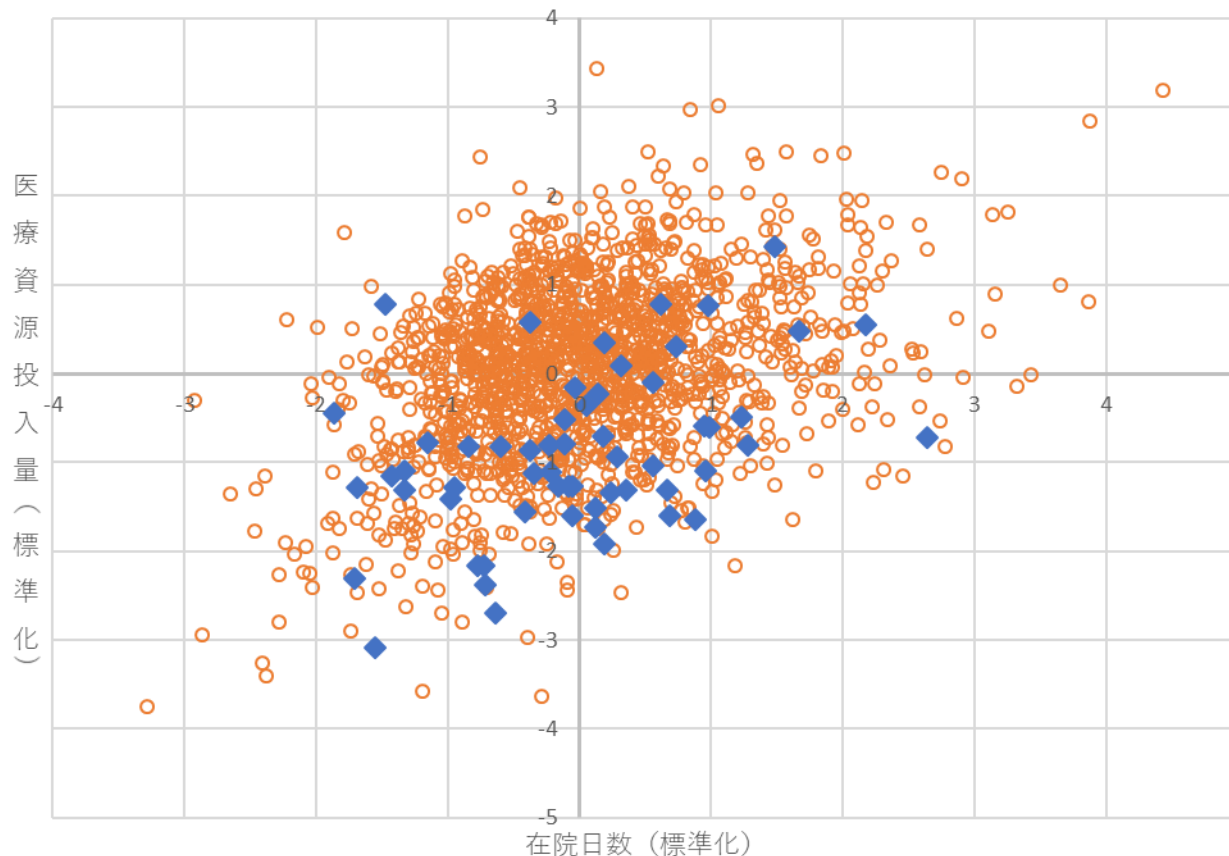
- ・大動脈バルーンパンピング法
- ・心臓カテーテル法 等

※ 心不全(050130)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,606)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

- 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、多くは医療資源投入量が少ない群に分布している。



心不全(050130)の診断群分類

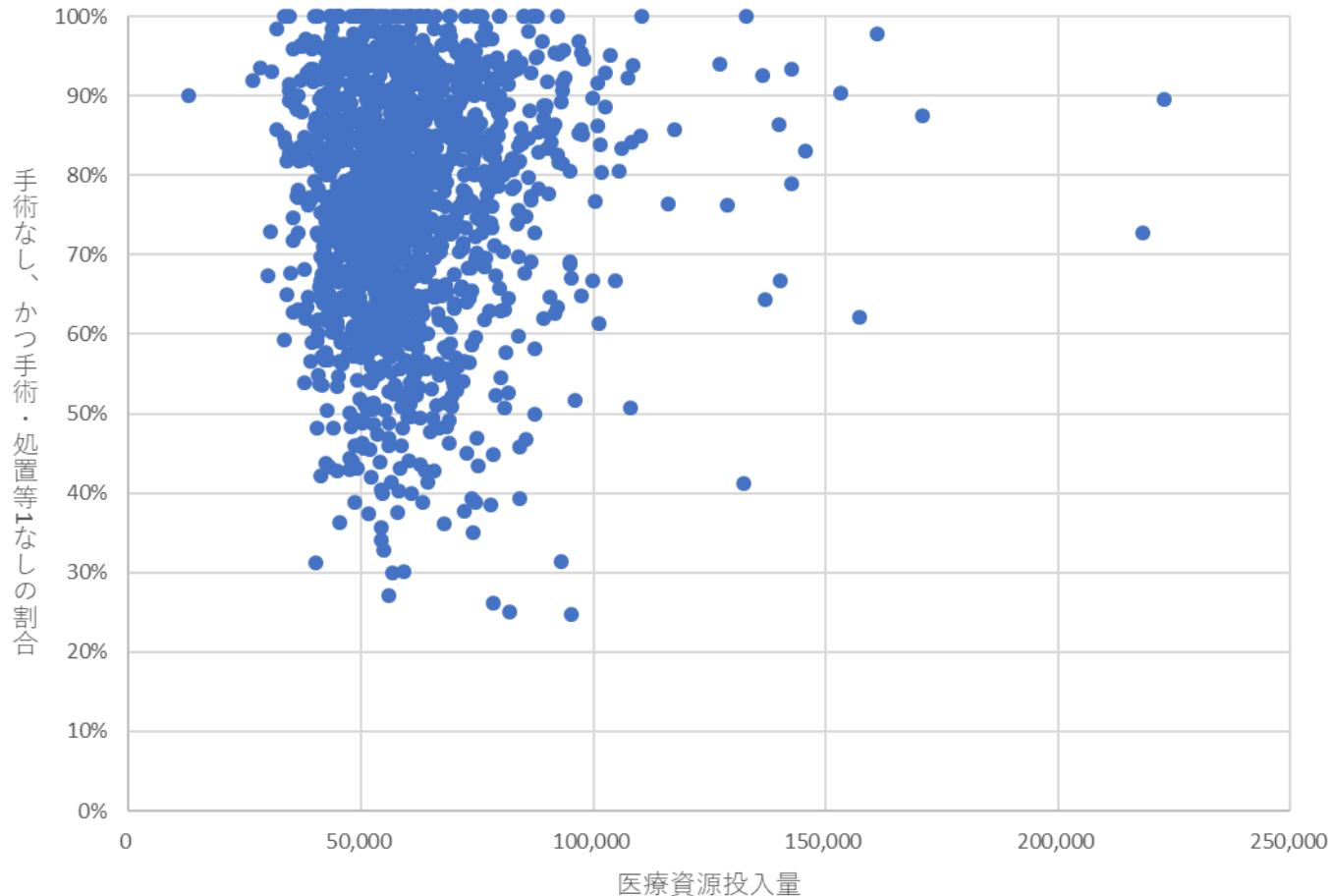
- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法 等

※ 心不全(050130)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,606)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

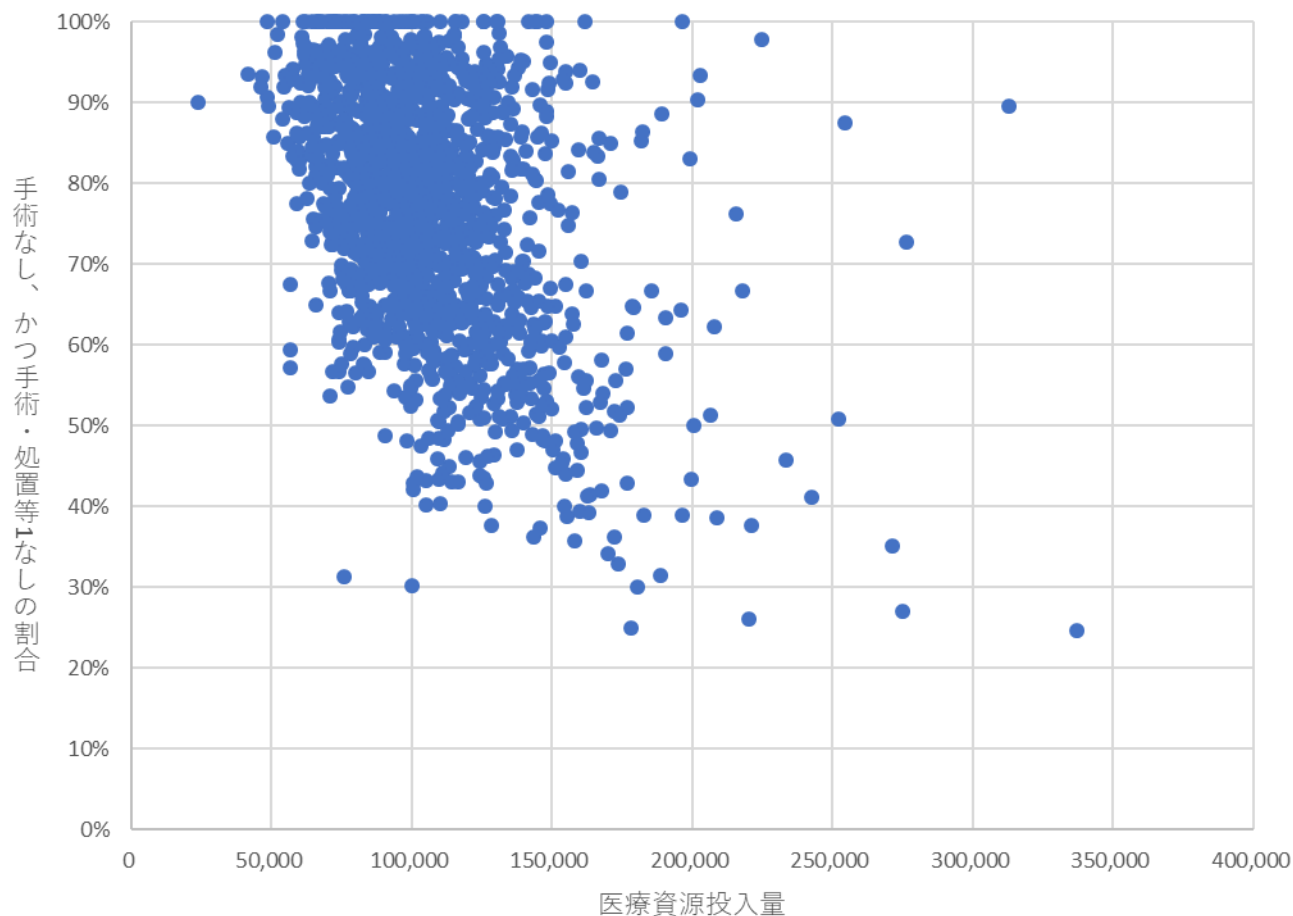
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:心不全

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



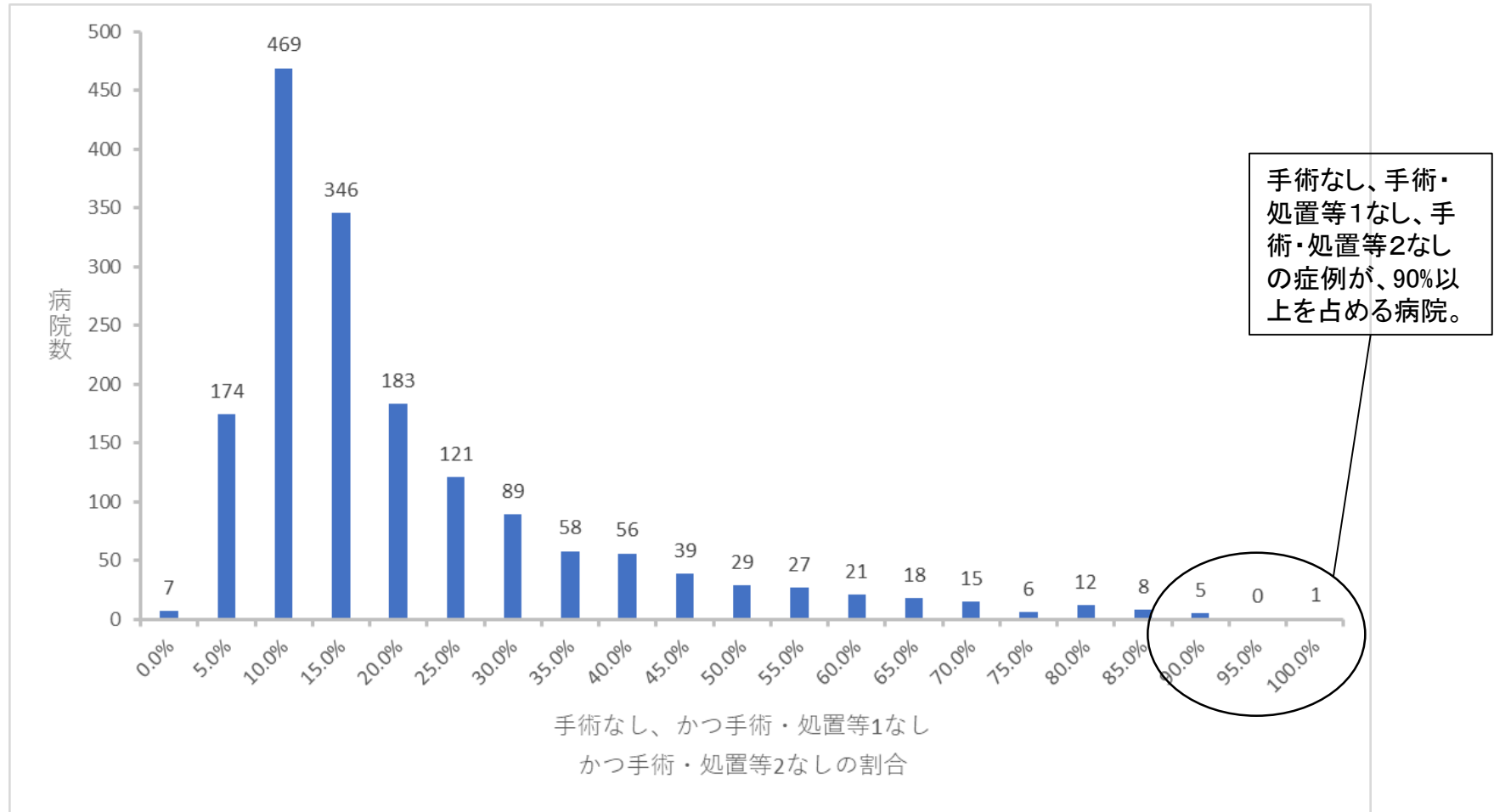
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:心不全

- 医療資源投入量（出来高換算点数）では、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合が高いほど、少ない傾向が見られた。



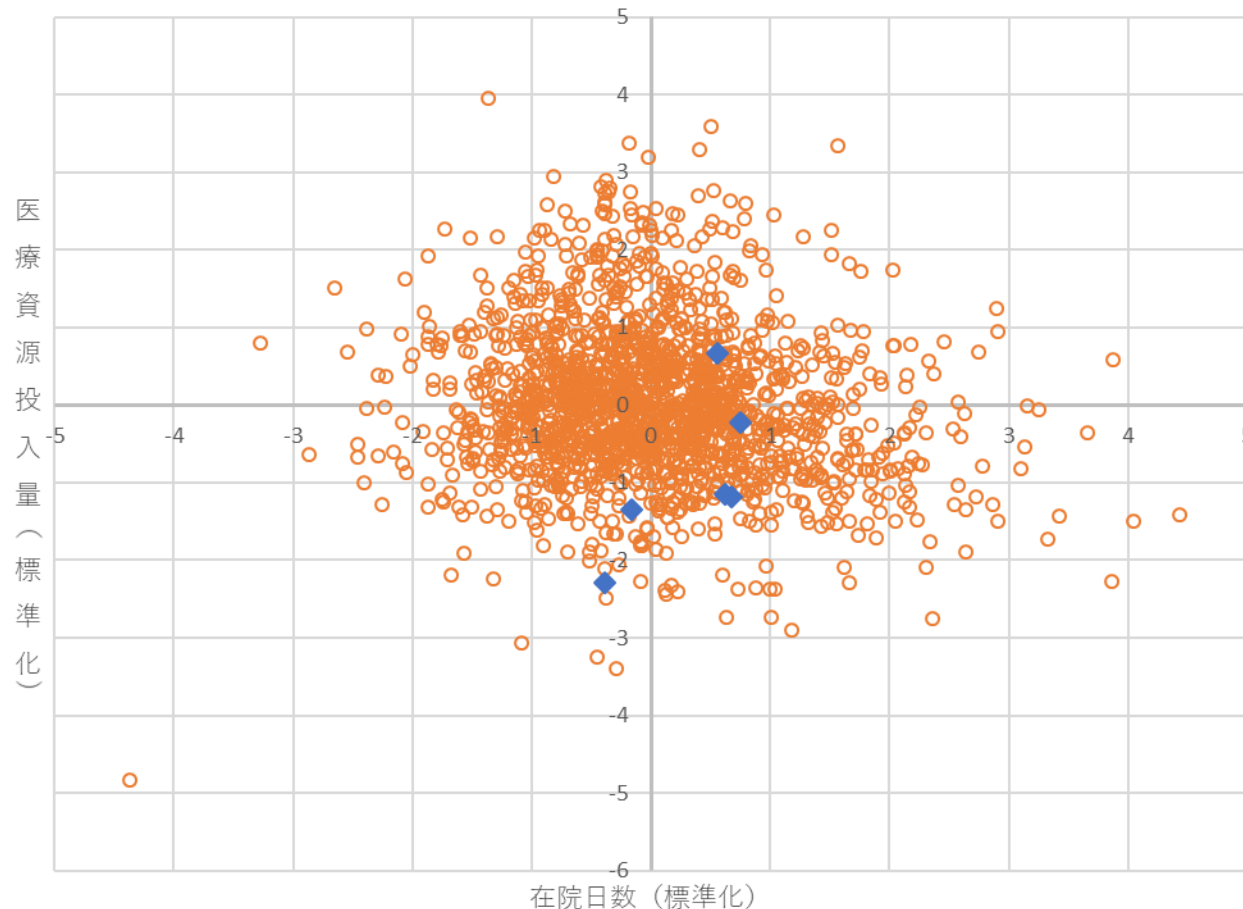
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

- 悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

- 悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院について、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）が少ない傾向にあったが、平均在院日数に特定の傾向は見られなかった。



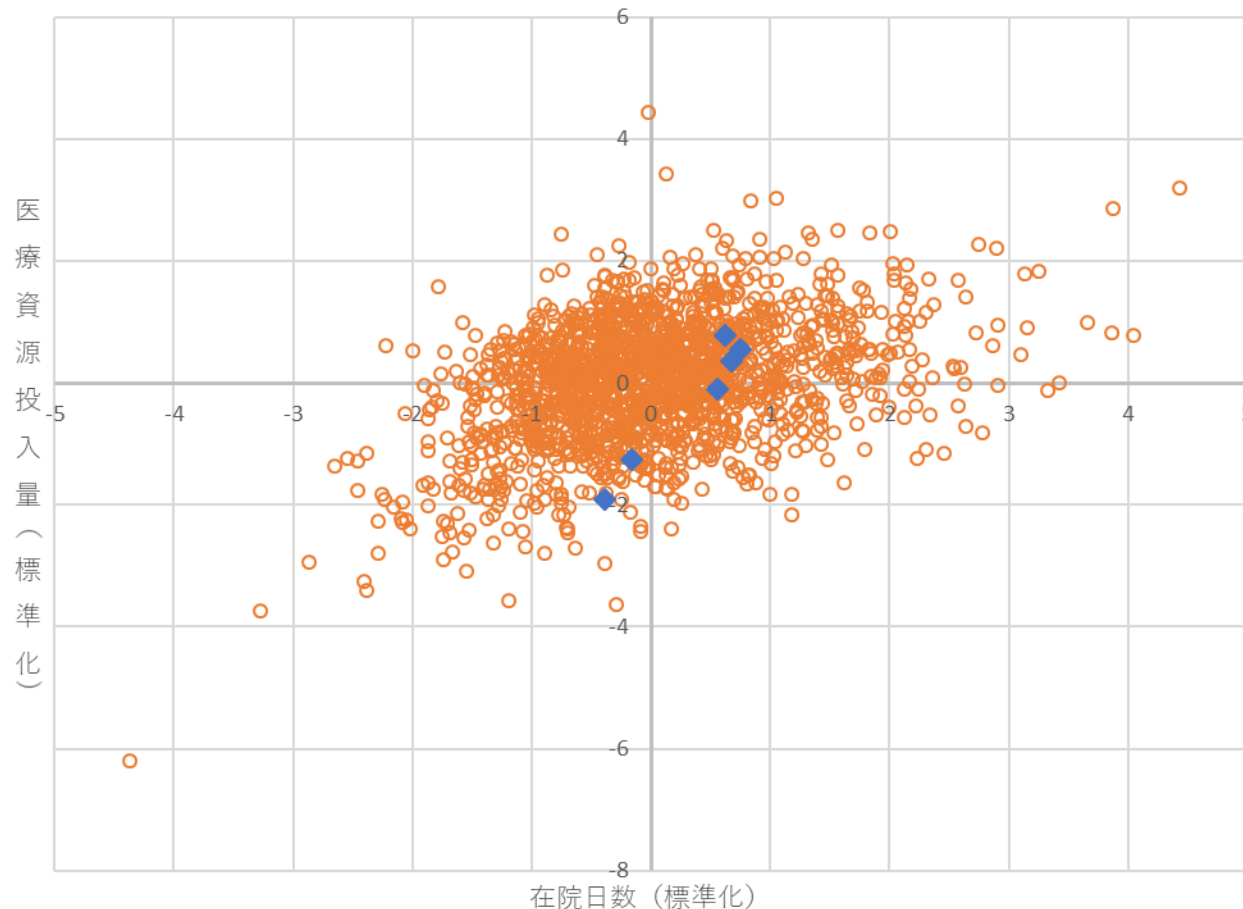
悪性腫瘍(ICD-10がC\$もしくはD0\$)の診断群分類

- 手術
・悪性腫瘍摘出術 等
- 手術処置等2
・化学療法 等
・放射線療法 等

※ 悪性腫瘍の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。（n=1,684）
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしかつ手術処置等2なしの症例が90%以上を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

- 悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院について、医療資源投入量（出来高換算総点数）、平均在院日数ともに特定の傾向は見られなかった。



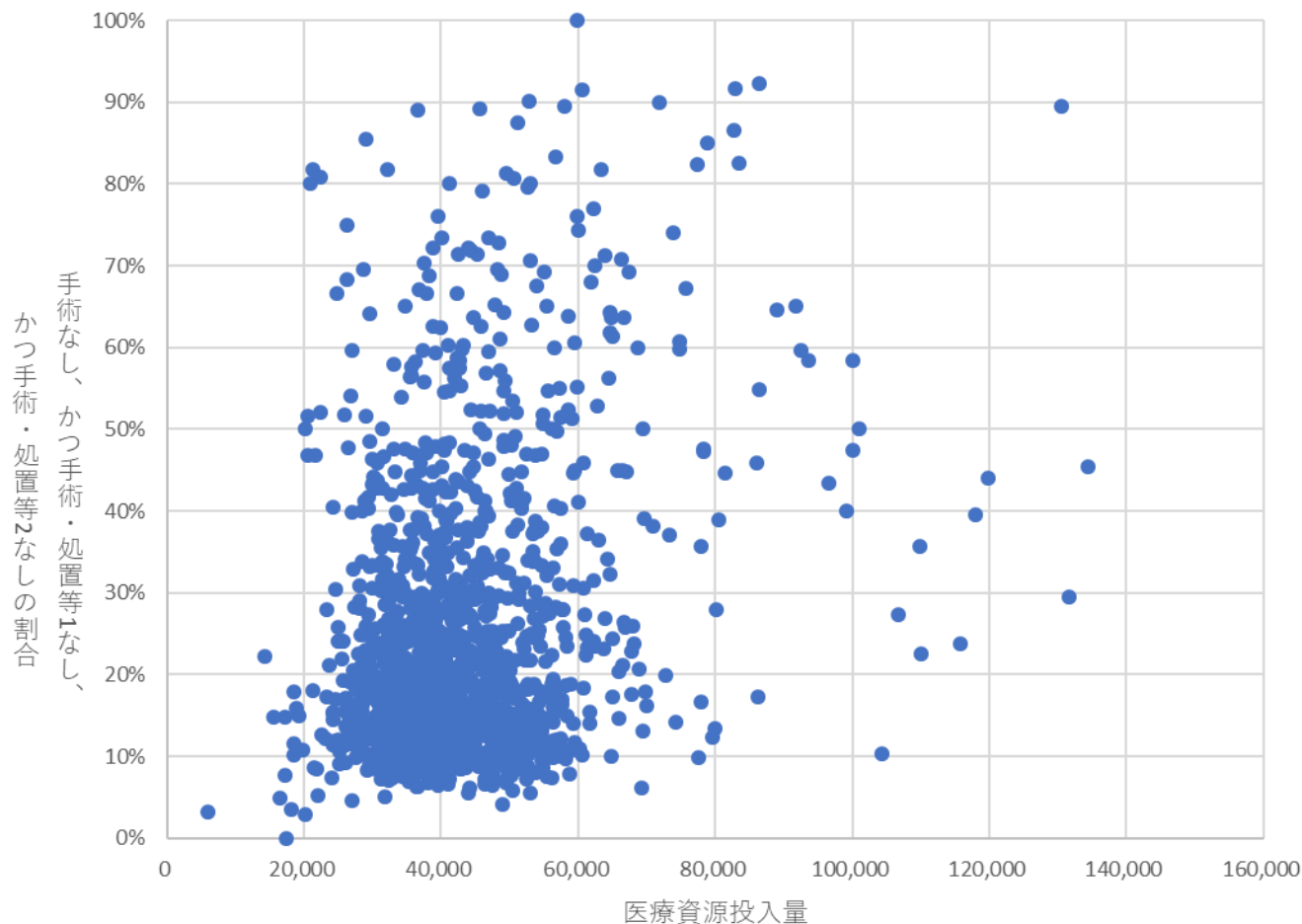
悪性腫瘍(ICD-10がC\$もしくはD0\$)の診断群分類

- 手術
・悪性腫瘍摘出術 等
- 手術処置等2
・化学療法 等
・放射線療法 等

※ 悪性腫瘍の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。（n=1,684）
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしかつ手術処置等2なしの症例が90%以上を占める病院

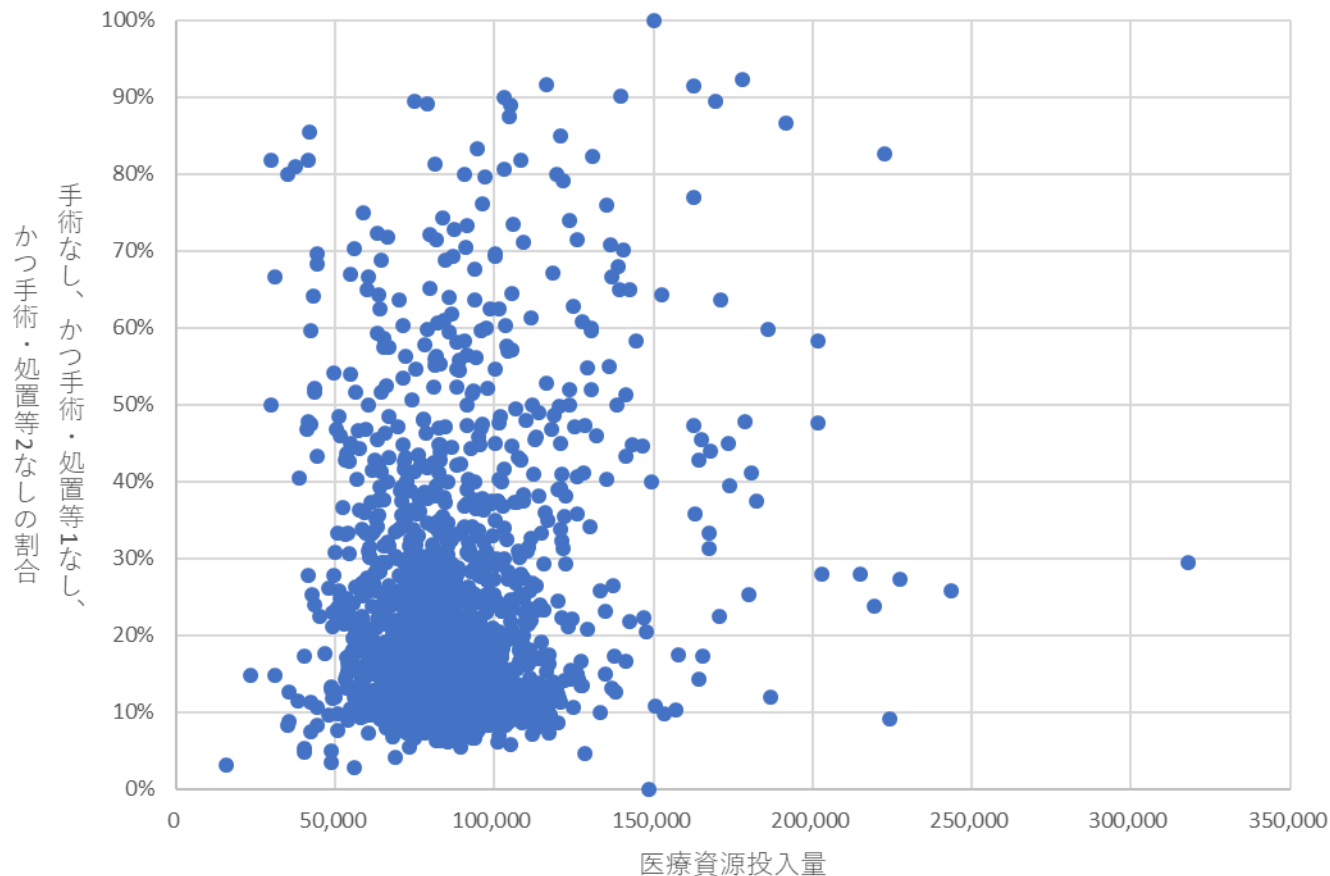
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:悪性腫瘍

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



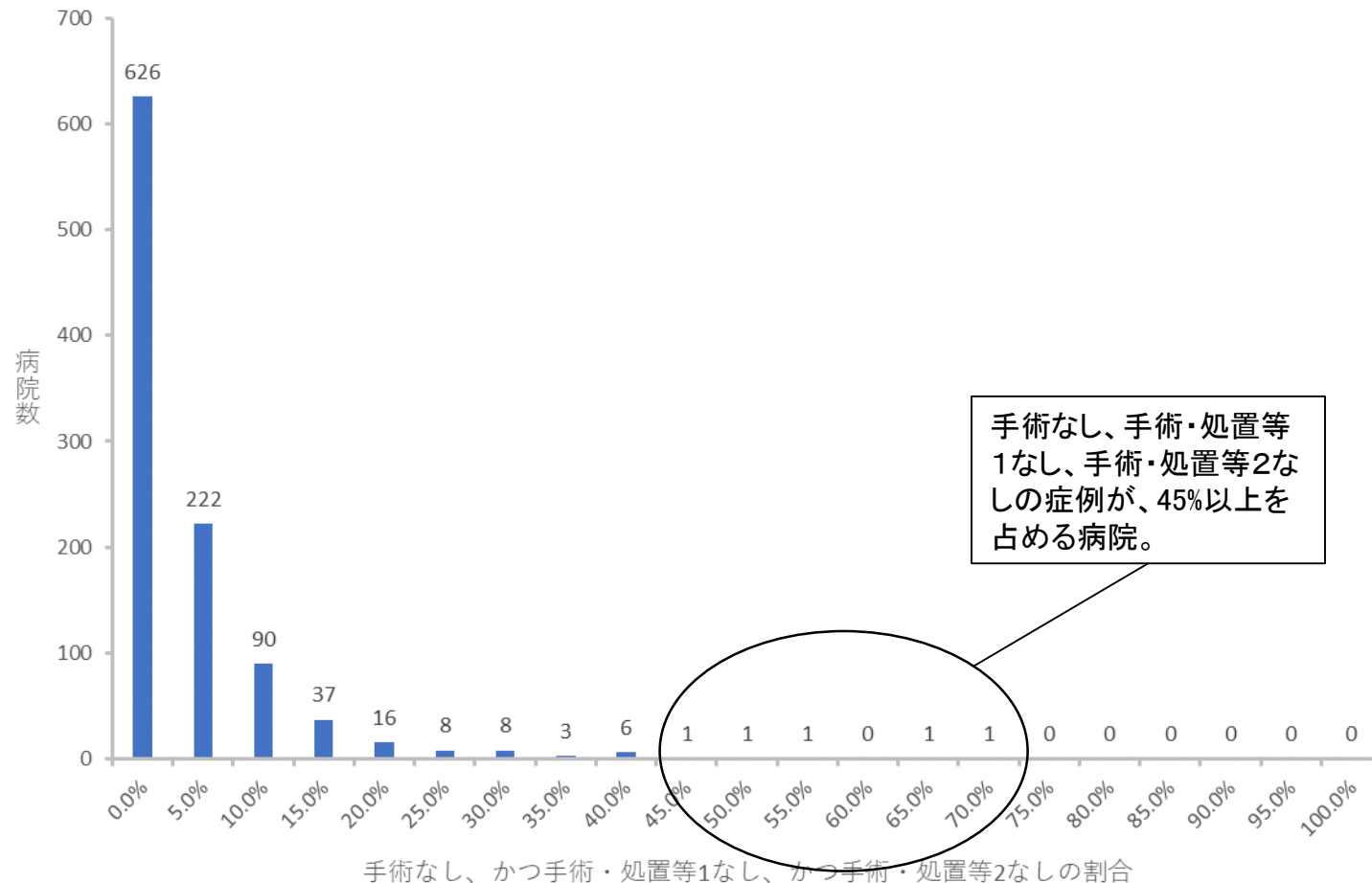
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:悪性腫瘍

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算総点数)にも明らかな傾向は見られなかった。



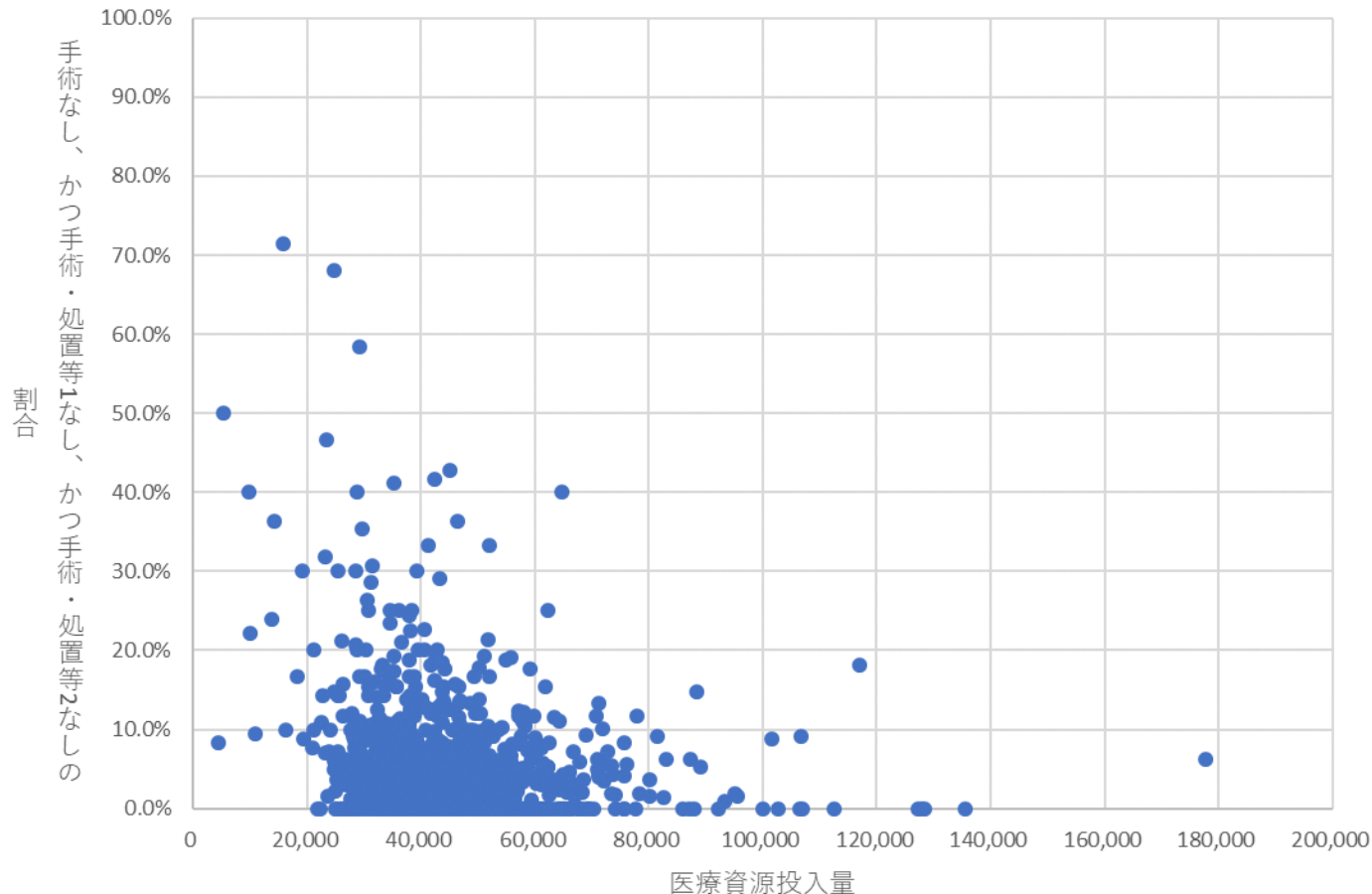
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050030xx99000x)の病院数の分布:急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞（050030）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050030xx99000x）の症例が45%以上を占める病院が一定数存在する。



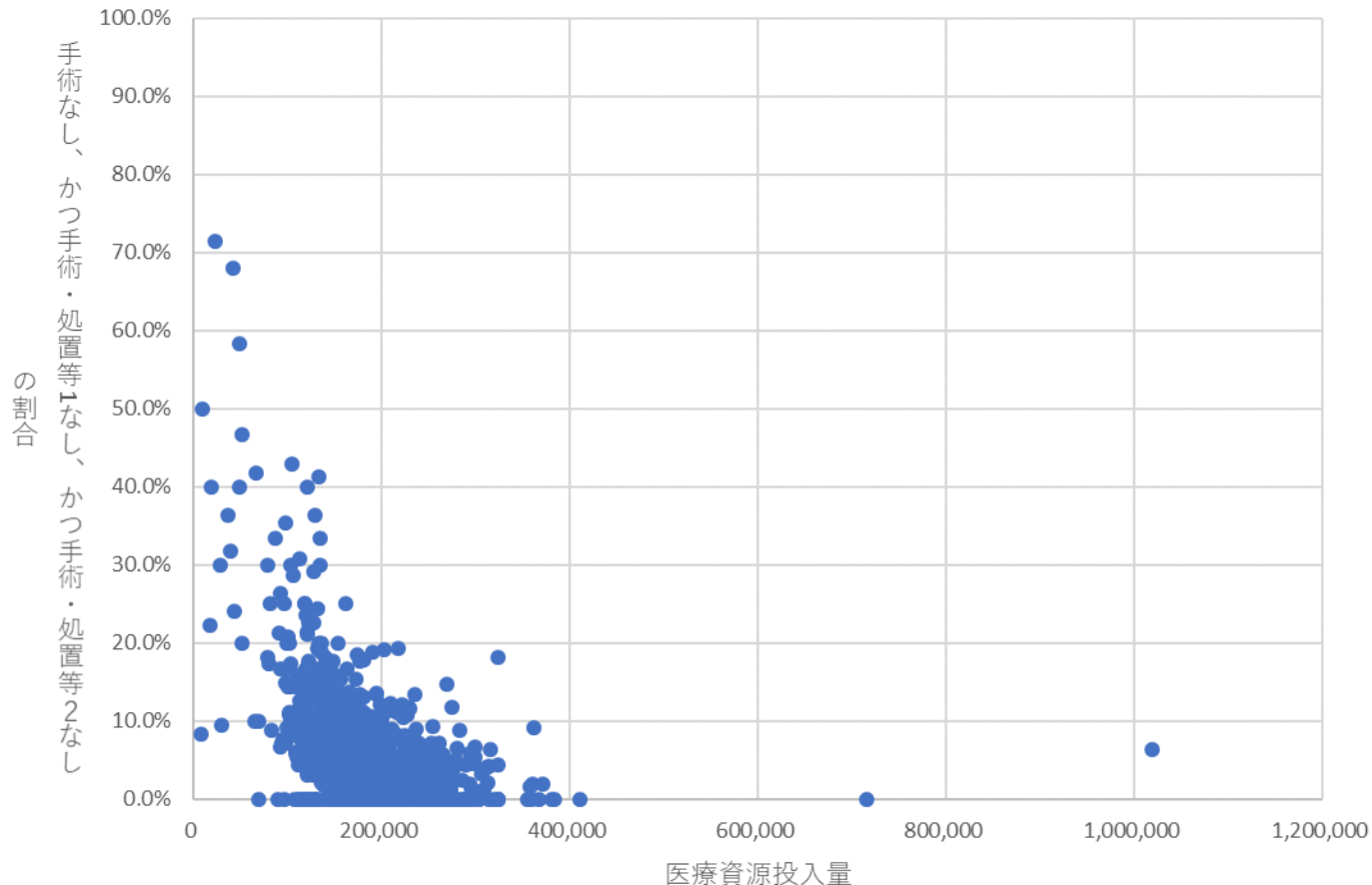
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050030xx99000x)の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:急性心筋梗塞

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050030xx99000x)の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)が少ない傾向が見られた。



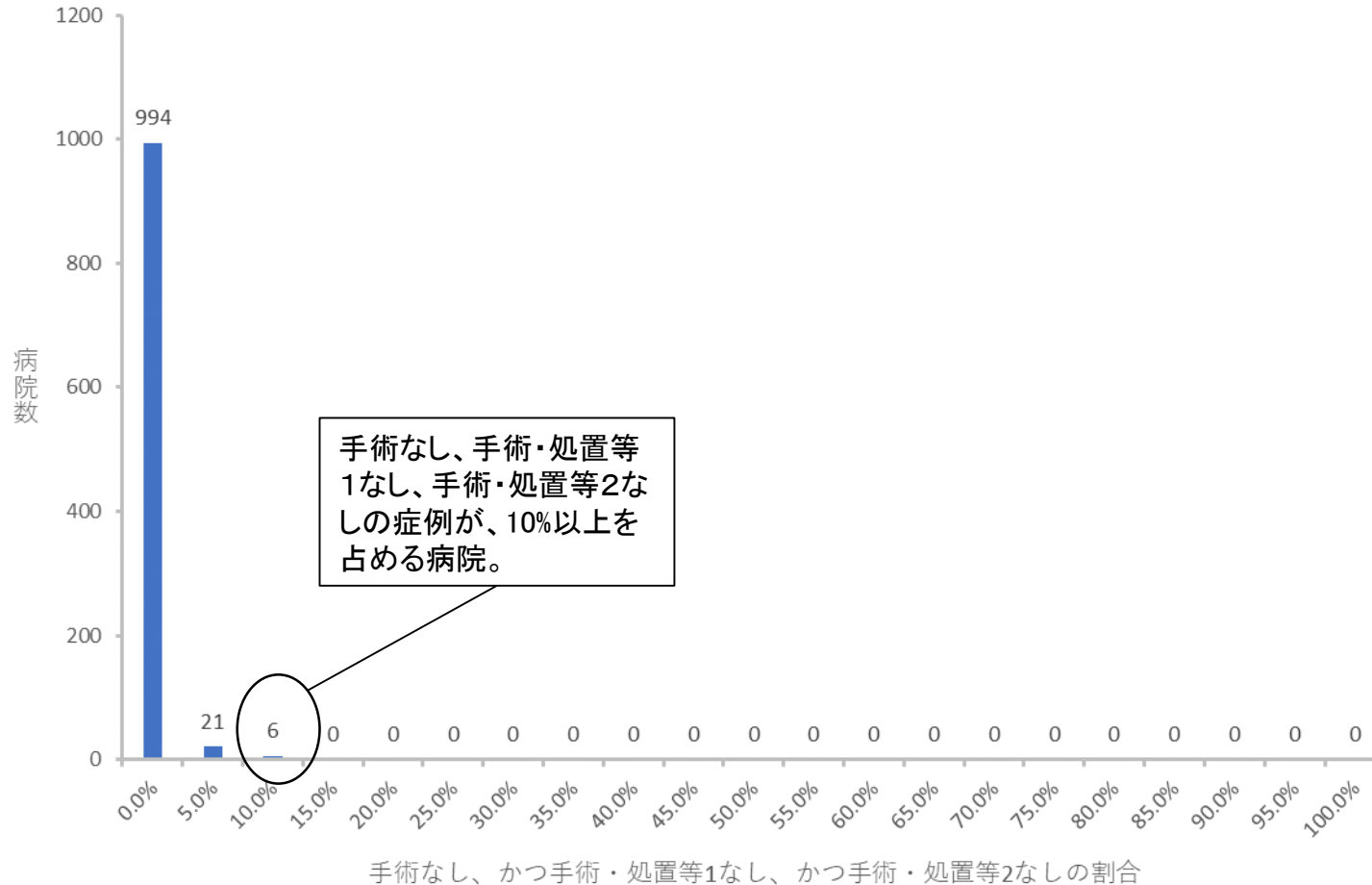
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050030xx99000x)の割合と医療資源投入量(出来高換算点数)の関係:急性心筋梗塞

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050030xx99000x)の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(出来高換算総点数)も少ない傾向が見られた。



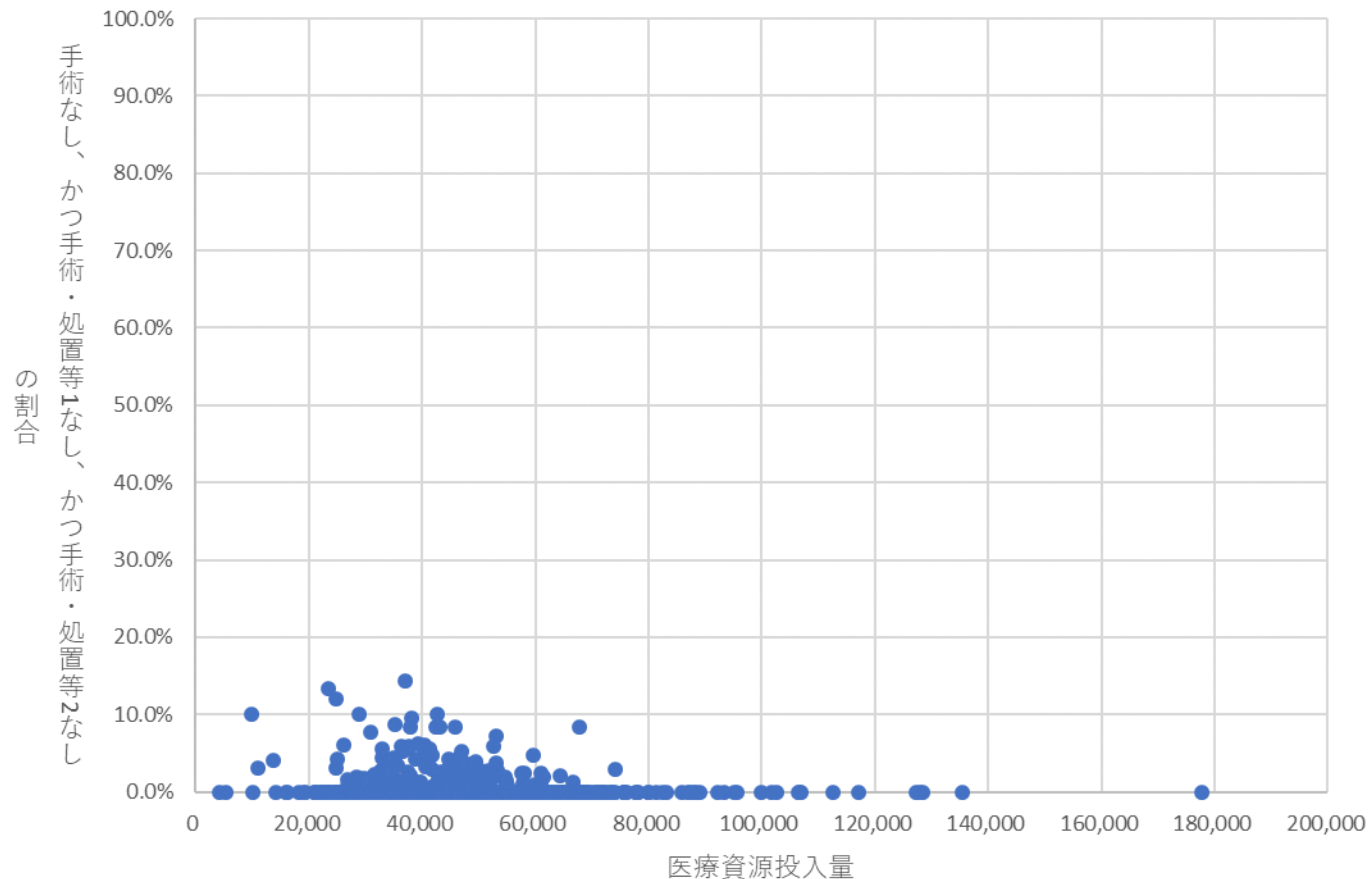
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050030xx99001x)の病院数の分布:急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞（050030）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050030xx99001x）の症例が10%以上を占める病院が一定数存在する。



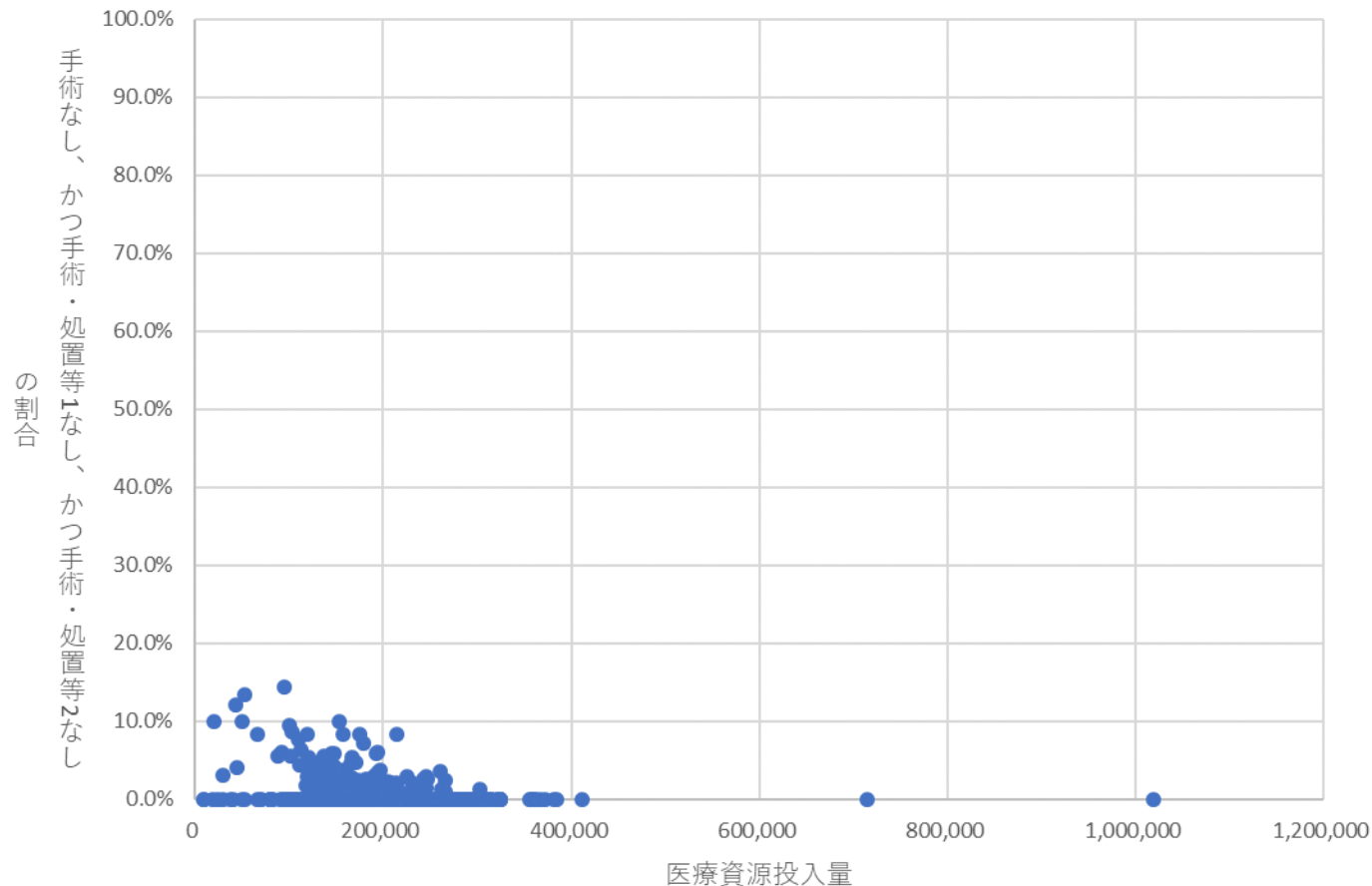
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050030xx99001x)の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:急性心筋梗塞

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050030xx99001x)の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には、明らかな傾向は見られなかった。



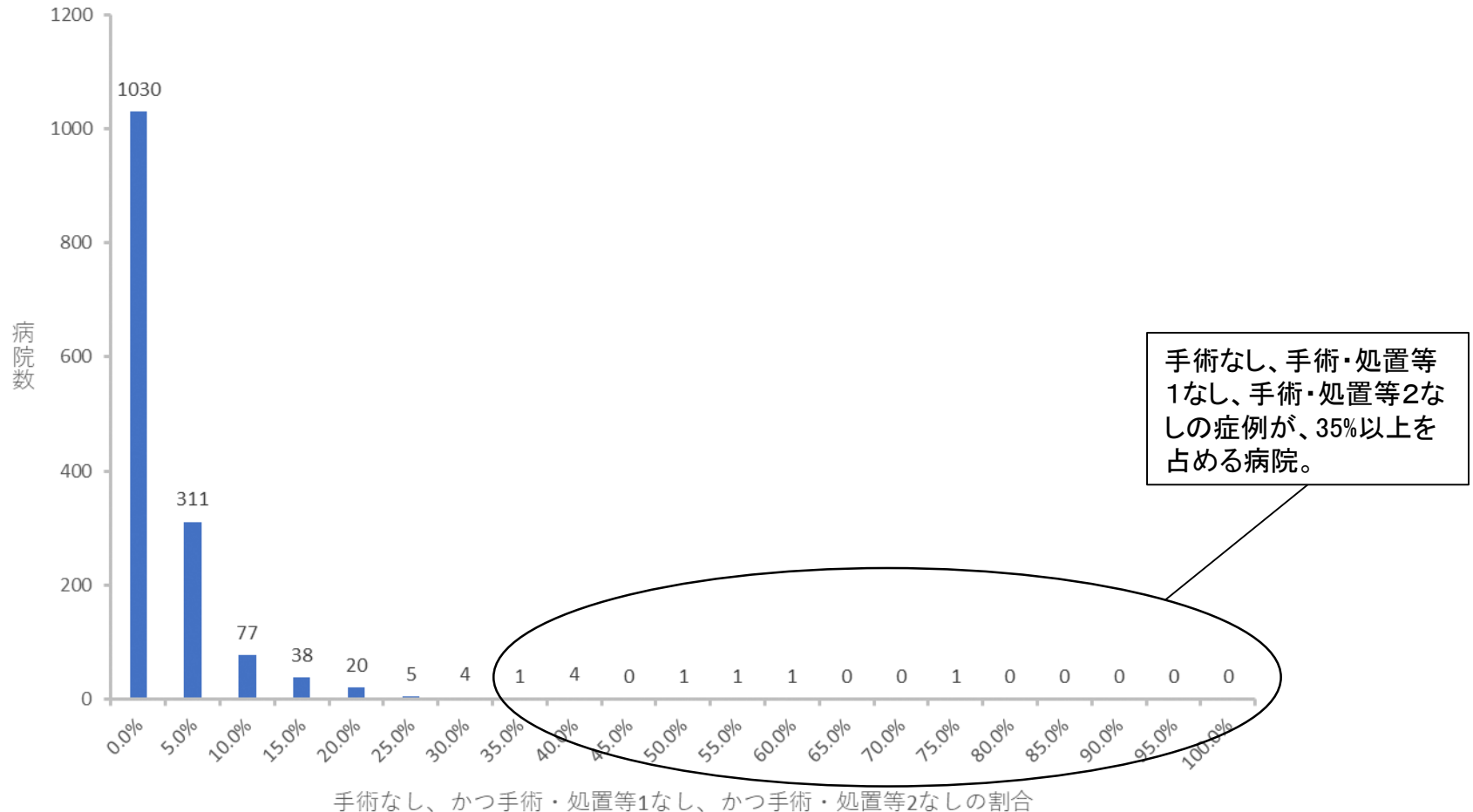
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050030xx99000x)の割合と医療資源投入量(出来高換算点数)の関係:急性心筋梗塞

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050030xx99001x)の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(出来高換算総点数)は少ない傾向が見られた。



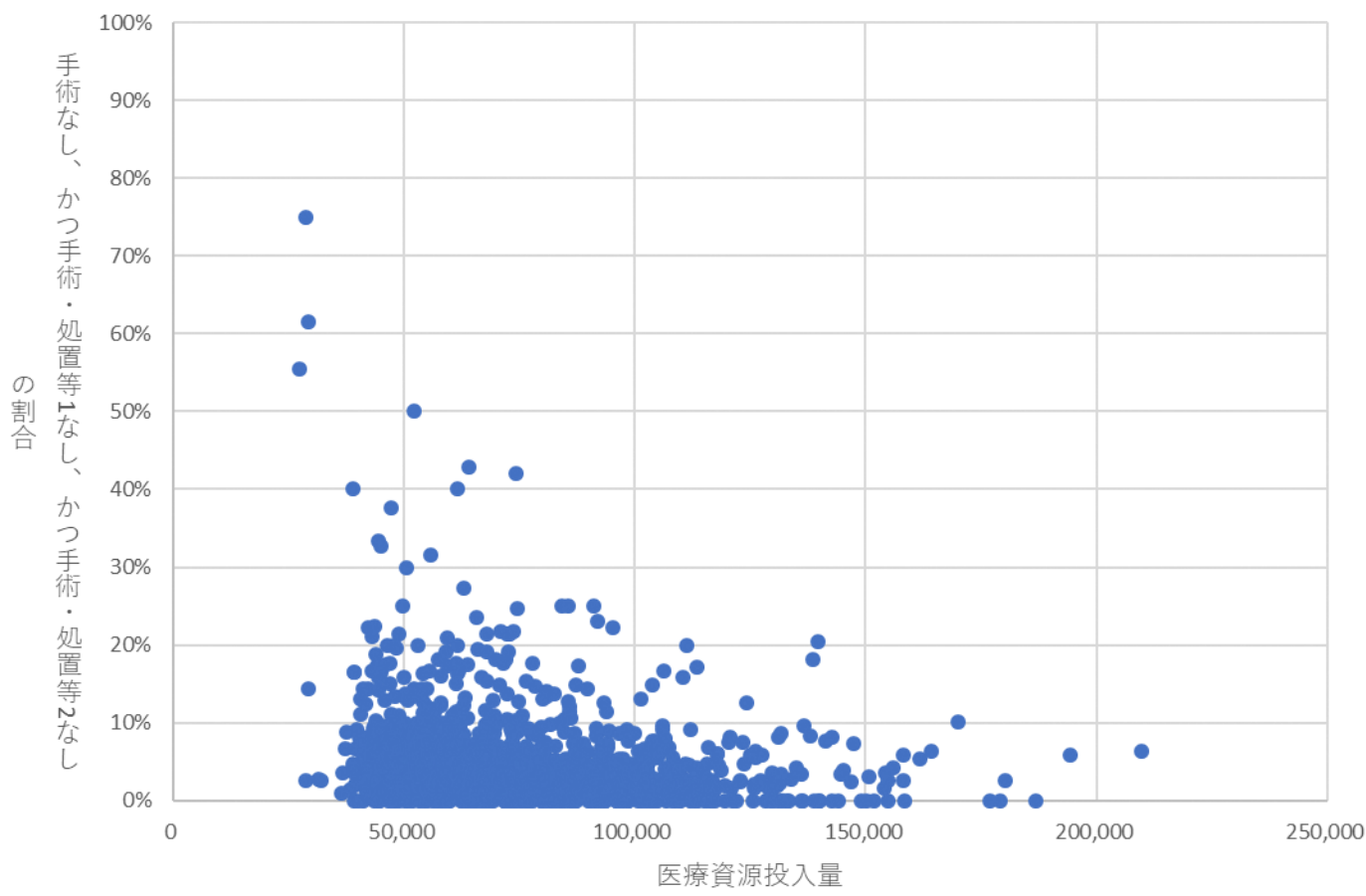
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の病院数の分布： 脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病なし)

- 脳梗塞(010060)のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(010060xxCCPM01_定義副傷病なし)の症例が35%以上を占める病院が一定数存在する。



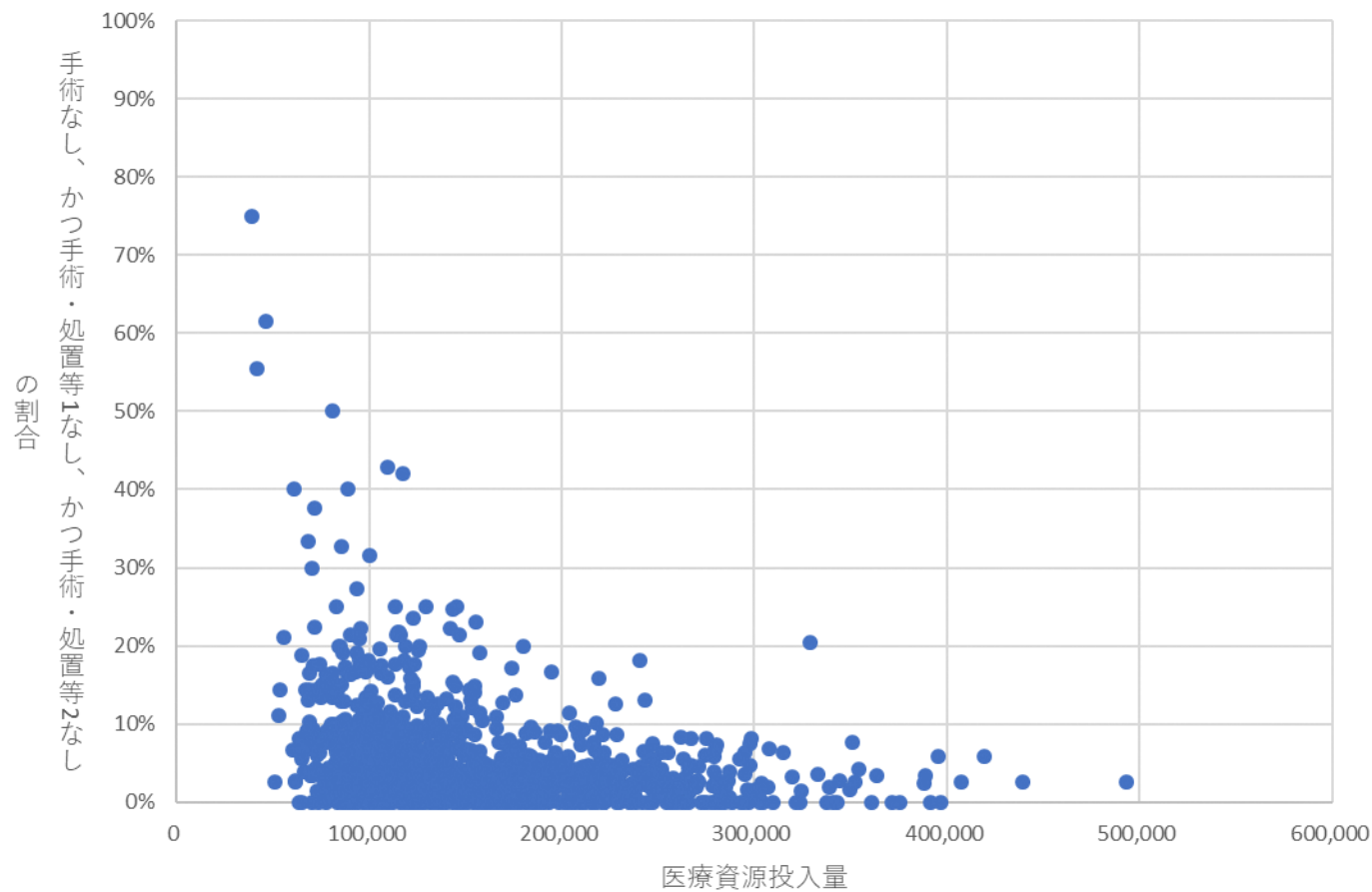
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病なし)

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(010060xxCCPM01_定義副傷病なし)の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)が少ない傾向が見られた。



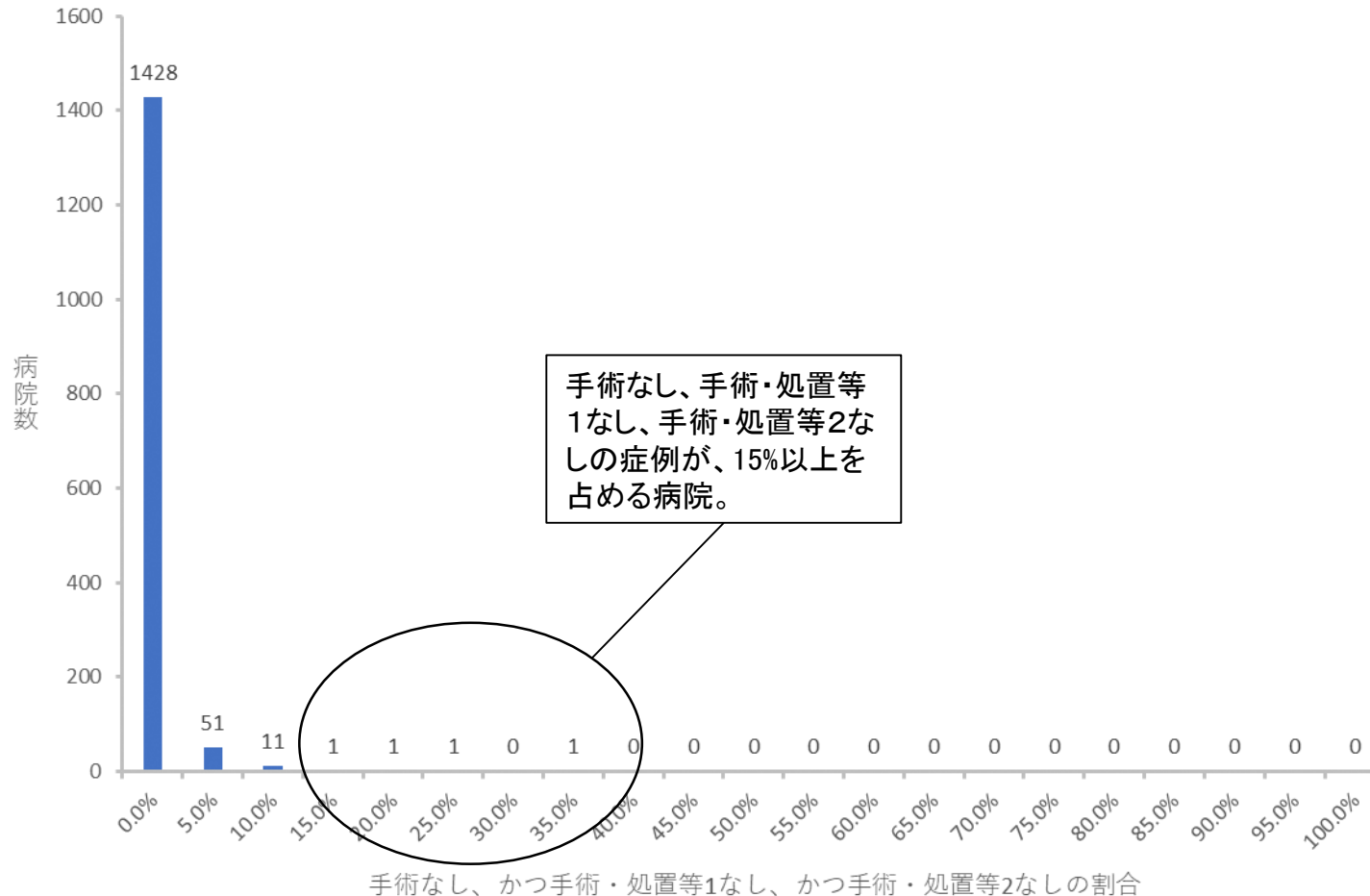
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病なし)

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病なし）の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(出来高換算総点数)も少ない傾向が見られた。



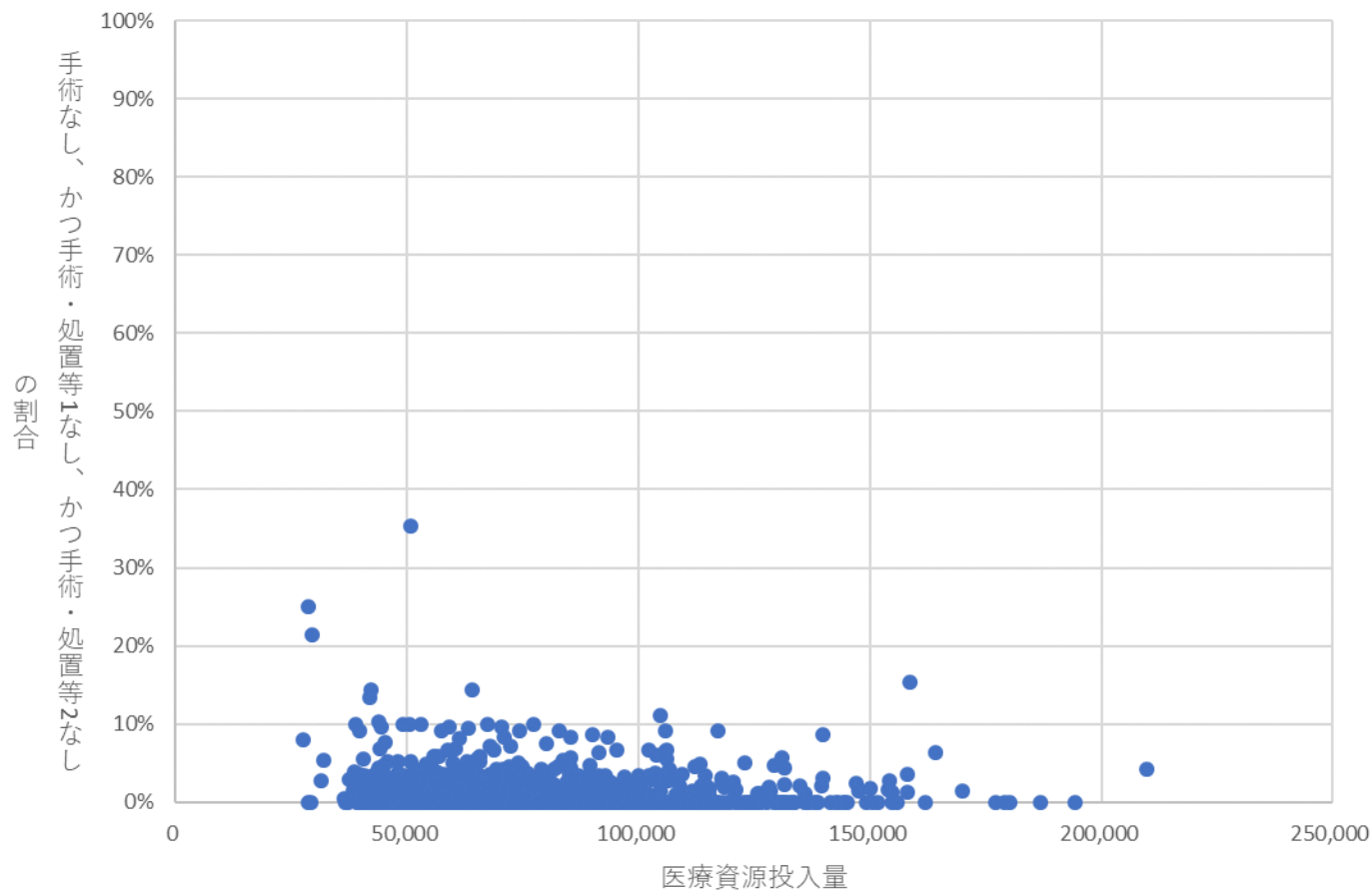
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の病院数の分布： 脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病1あり)

- 脳梗塞（010060）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病1あり）の症例が15%以上を占める病院が一定数存在する。



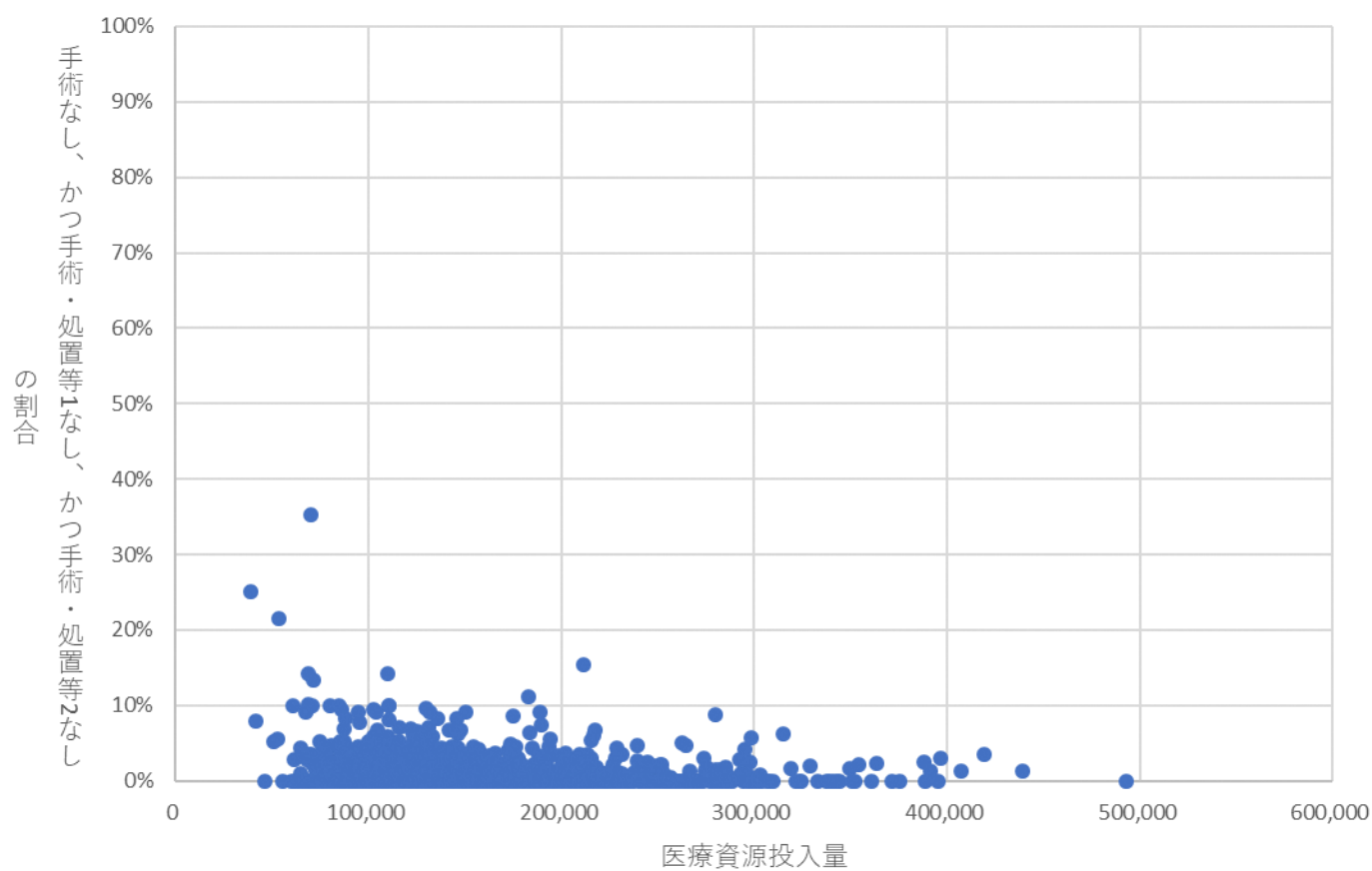
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病1あり)

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(010060xxCCPM01_定義副傷病1あり)の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には、明らかな傾向は見られなかった。



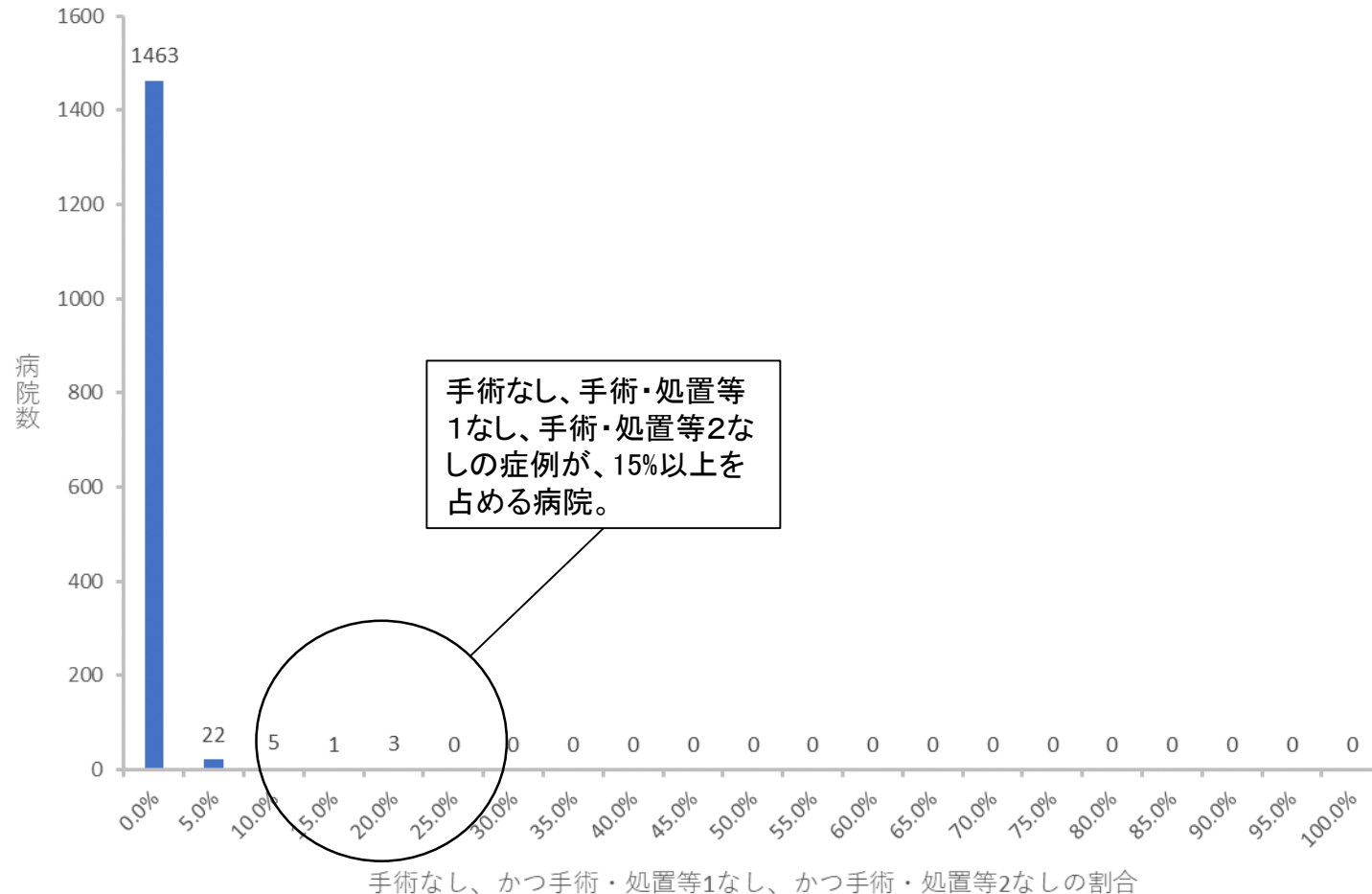
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病1あり)

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(010060xxCCPM01_定義副傷病1あり)の症例の割合と、医療資源投入量（出来高換算総点数）にも、明らかな傾向は見られなかった。



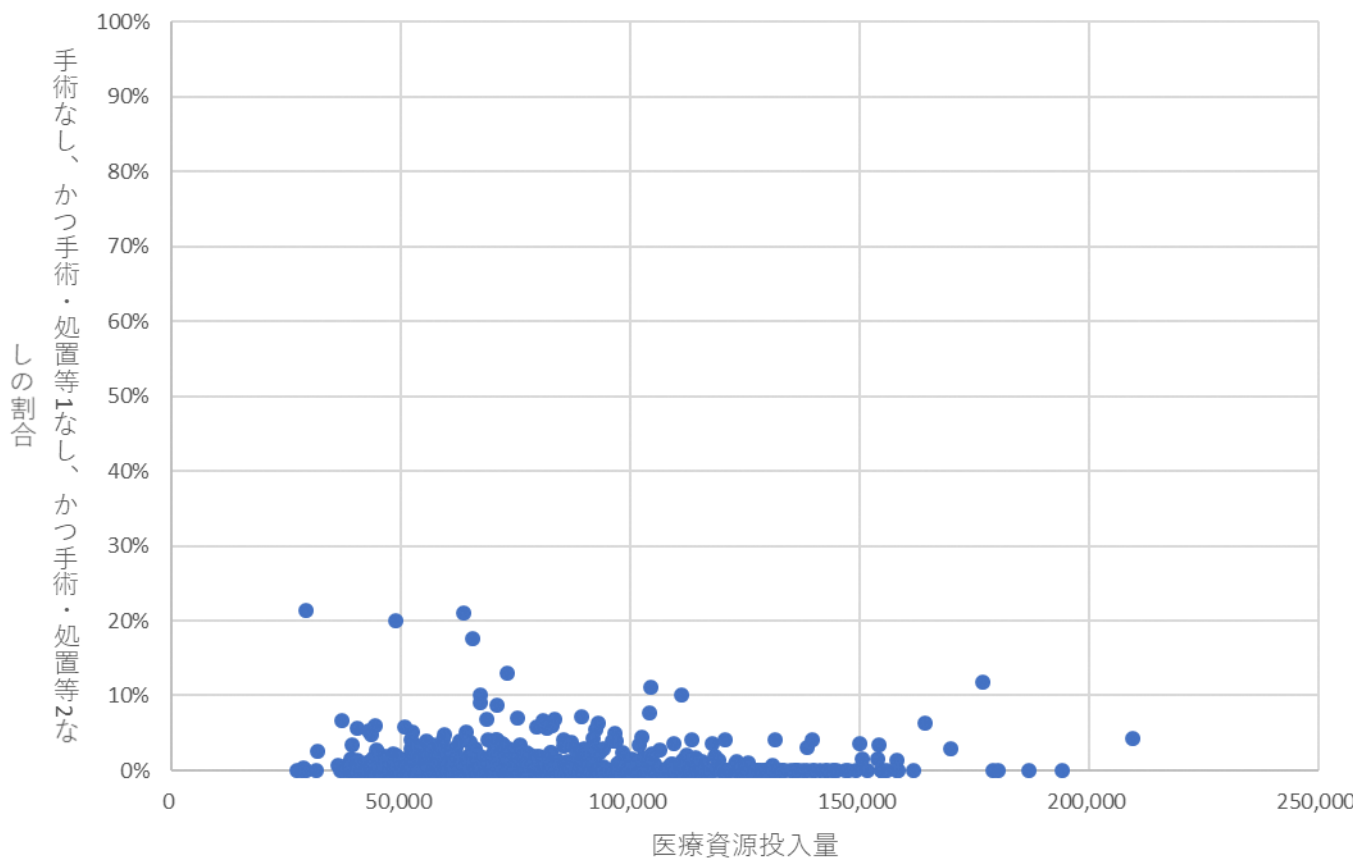
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の病院数の分布： 脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病2あり)

- 脳梗塞（010060）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病2あり）の症例が15%以上を占める病院が一定数存在する。



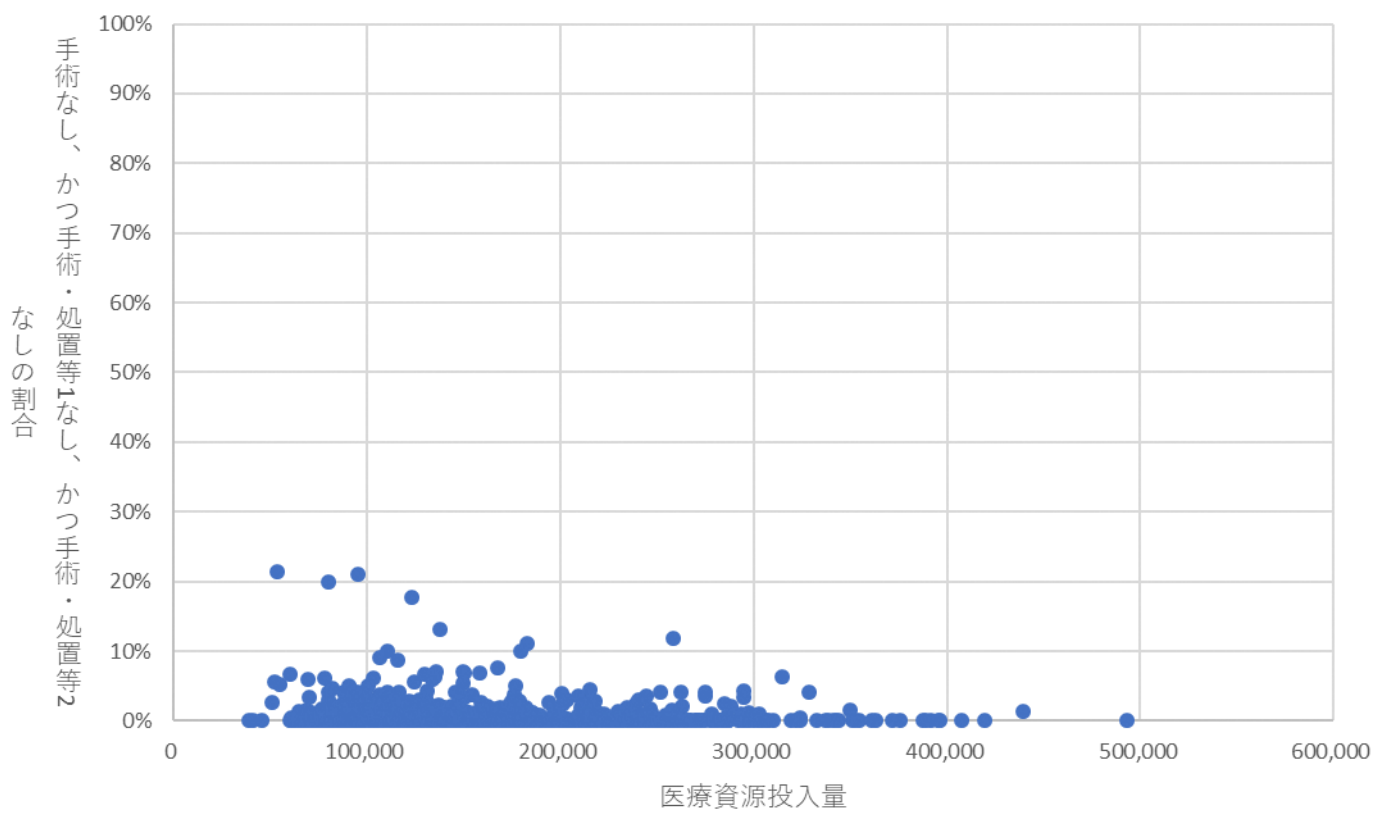
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病2あり)

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(010060xxCCPM01_定義副傷病2あり)の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には、明らかな傾向は見られなかった。



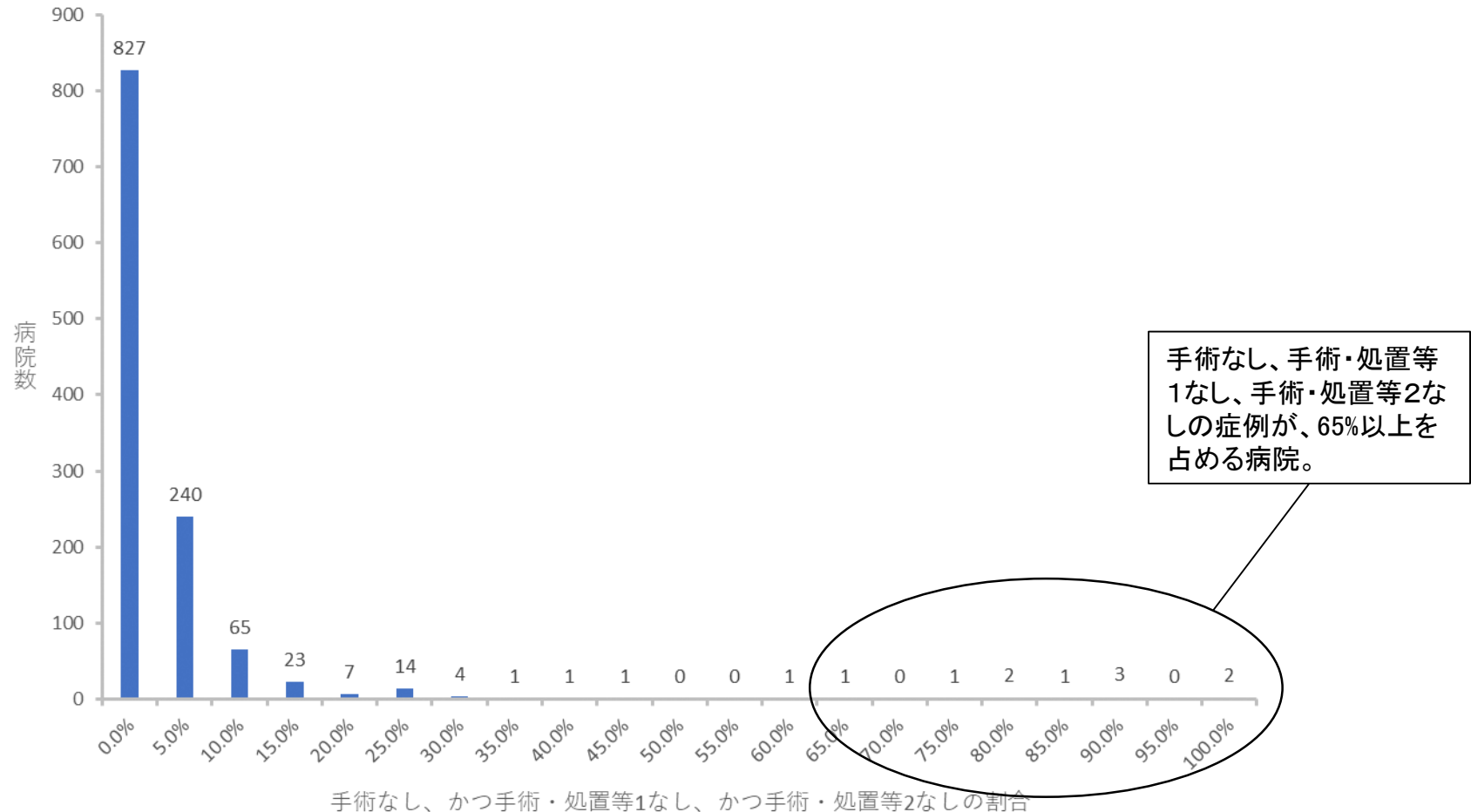
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:脳梗塞(010060xxCCPM01_定義副傷病2あり)

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(010060xxCCPM01_定義副傷病2あり)の症例の割合と、医療資源投入量（出来高換算総点数）には、明らかな傾向は見られなかった。



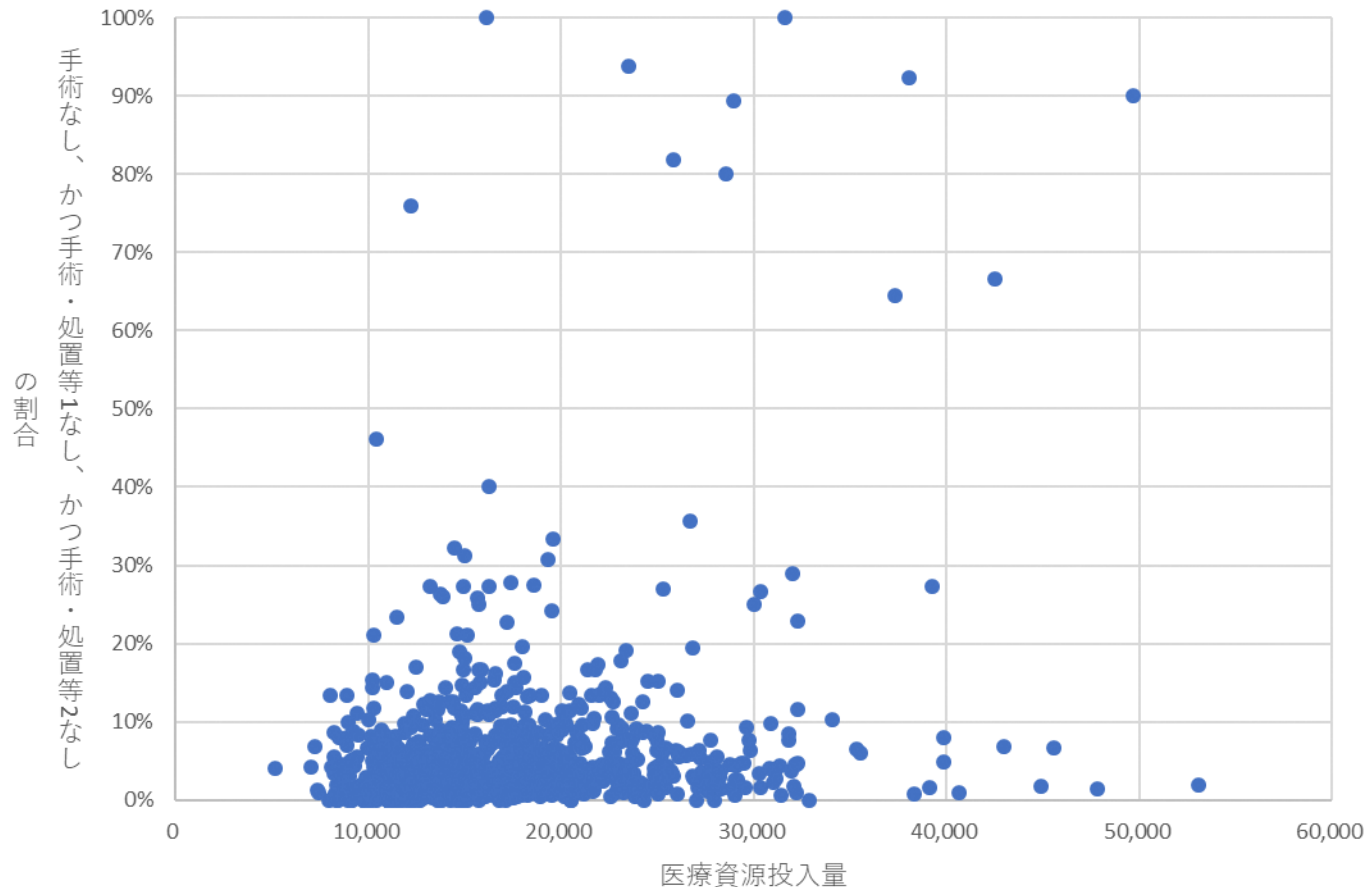
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050050xx9900xx)の病院数の分布: 狭心症

- 狭心症（050050）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050050xx9900xx）の症例が65%以上を占める病院が一定数存在する。



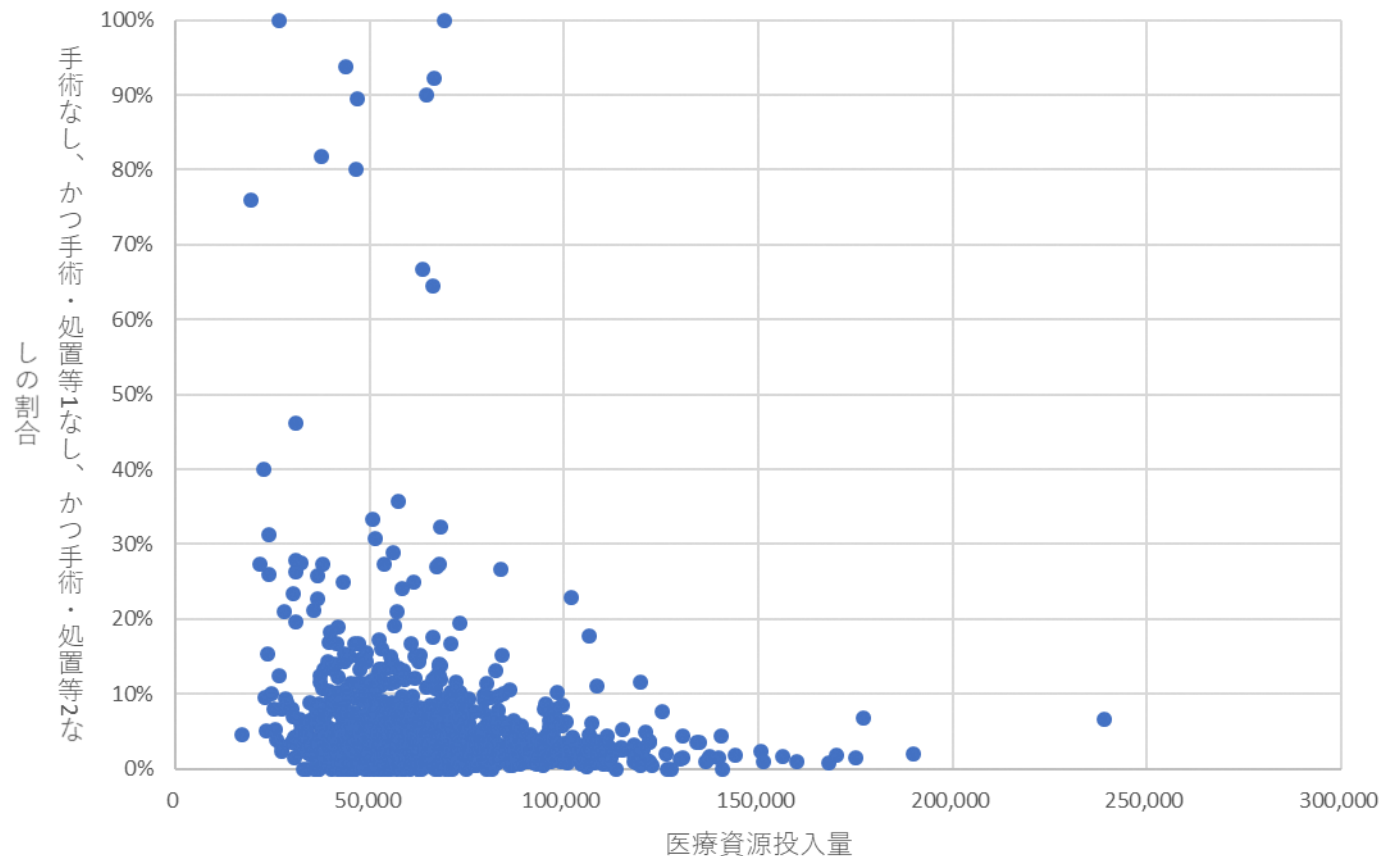
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050050xx9900xx)の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:狭心症

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050050xx9900xx)の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には、明らかな傾向は見られなかった。



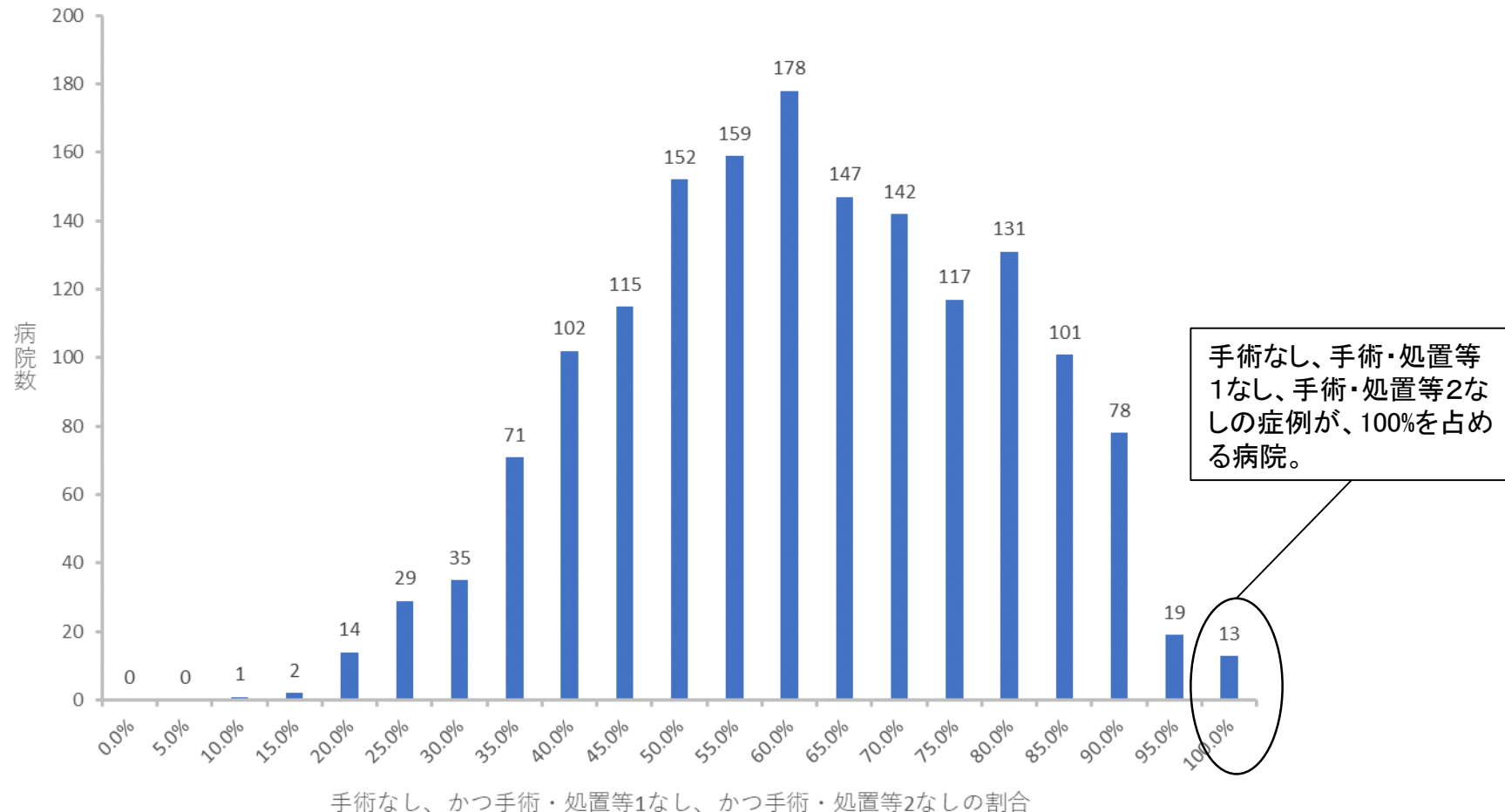
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050050xx9900xx)の割合と医療資源投入量(出来高換算点数)の関係: 狭心症

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050050xx9900xx)の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算点数)にも、明らかな傾向は見られなかった。



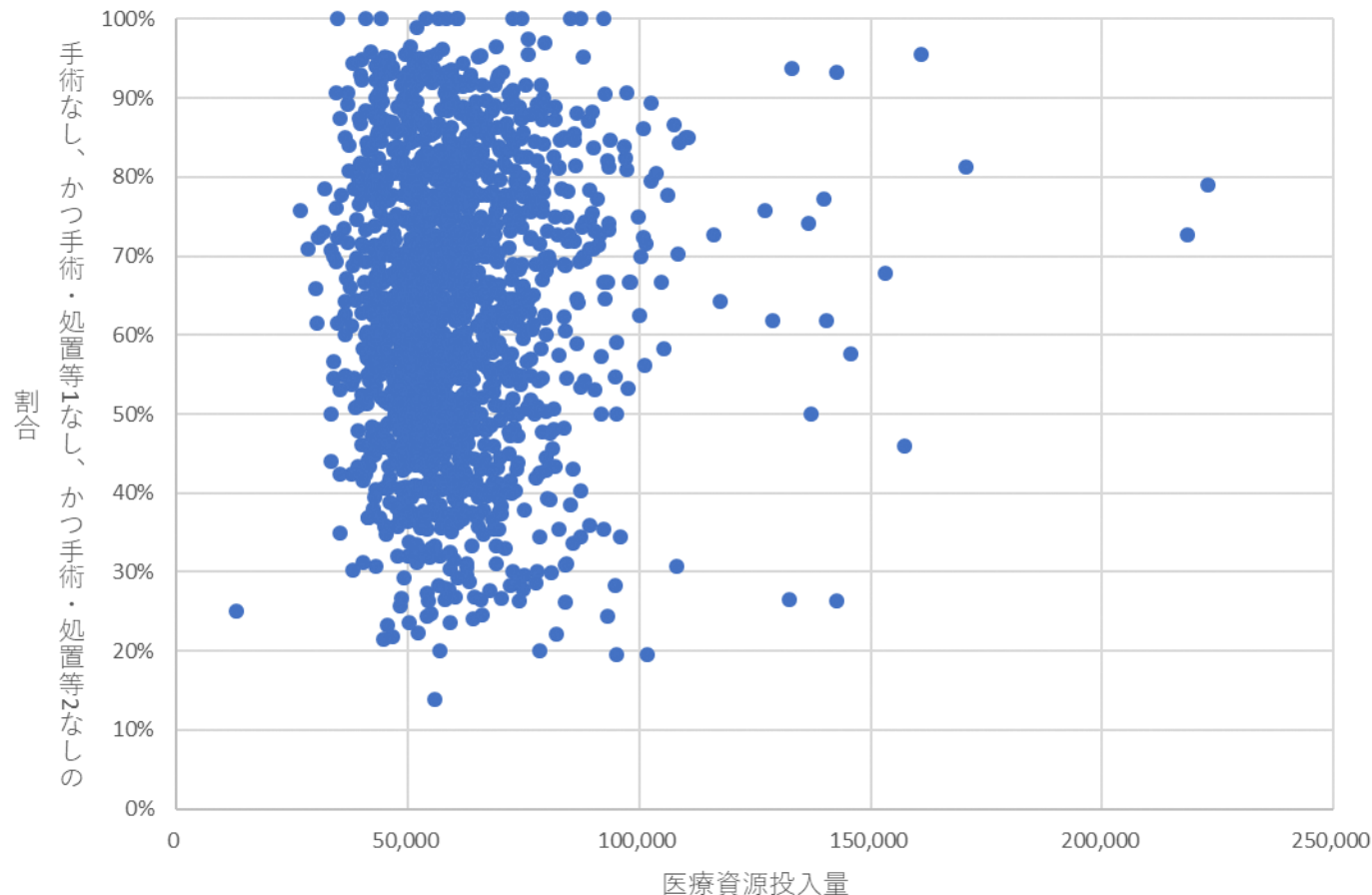
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050130xx9900xx)の病院数の分布:心不全

○ 心不全（050130）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050130xx9900xx）の症例が100%を占める病院が一定数存在する。



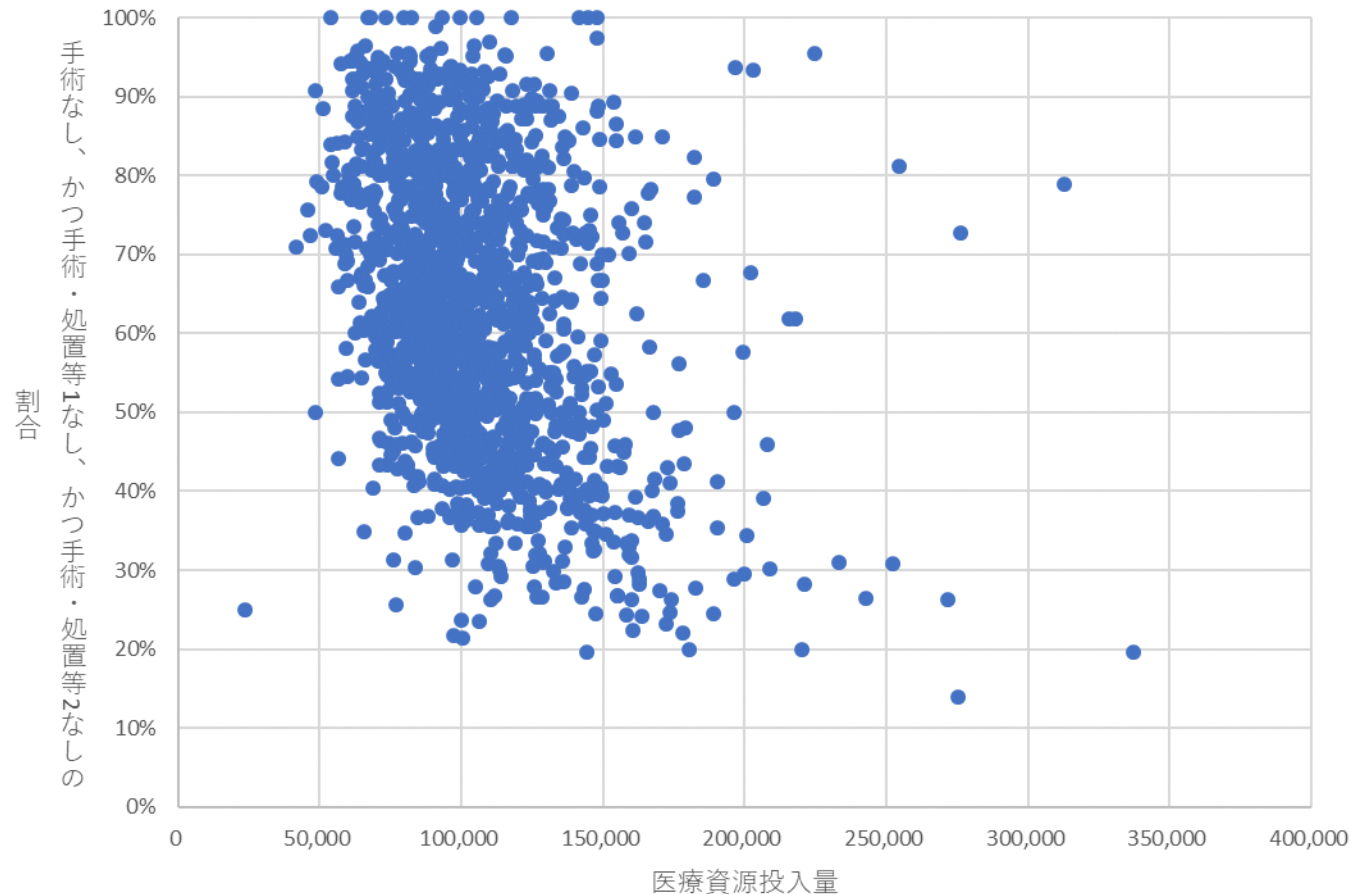
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と 医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:心不全(050130xx9900xx)

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050130xx9900xx)の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には、明らかな傾向は見られなかった。



特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と 医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:心不全(050130xx9900xx)

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」(050130xx9900xx)の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算総点数)にも、明らかな傾向は見られなかった。



1 DPC対象病院に係る検討について

(1) 前回改定までにおける検討について

(2) 実施した分析について

① 医療資源投入量の少ない病院

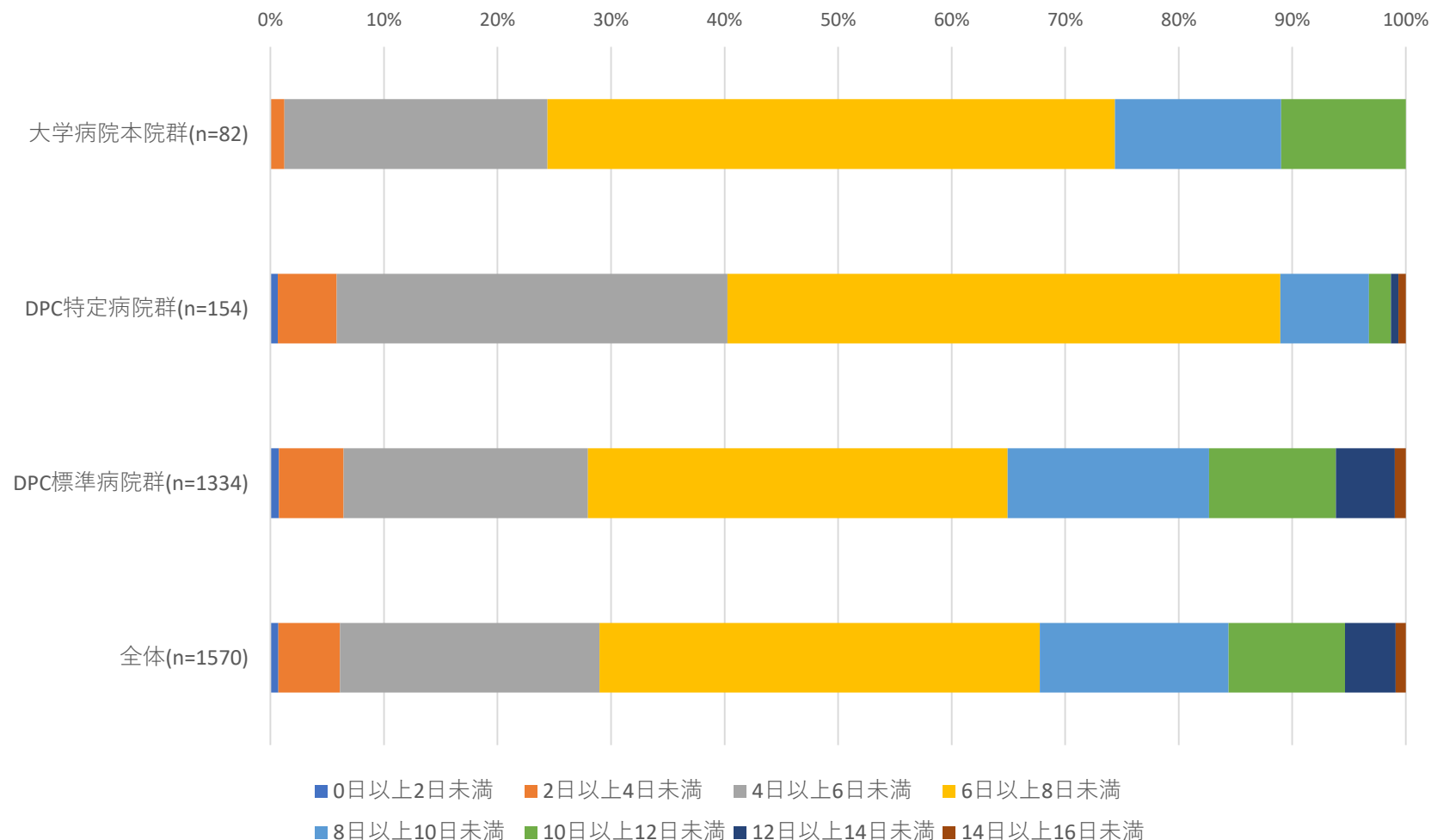
- ・ 「手術なし」「手術・処置等なし」の割合の高い病院の分析
- ・ 「手術あり」の分析

② 在院日数の短い病院

(3) 令和3年度特別調査について

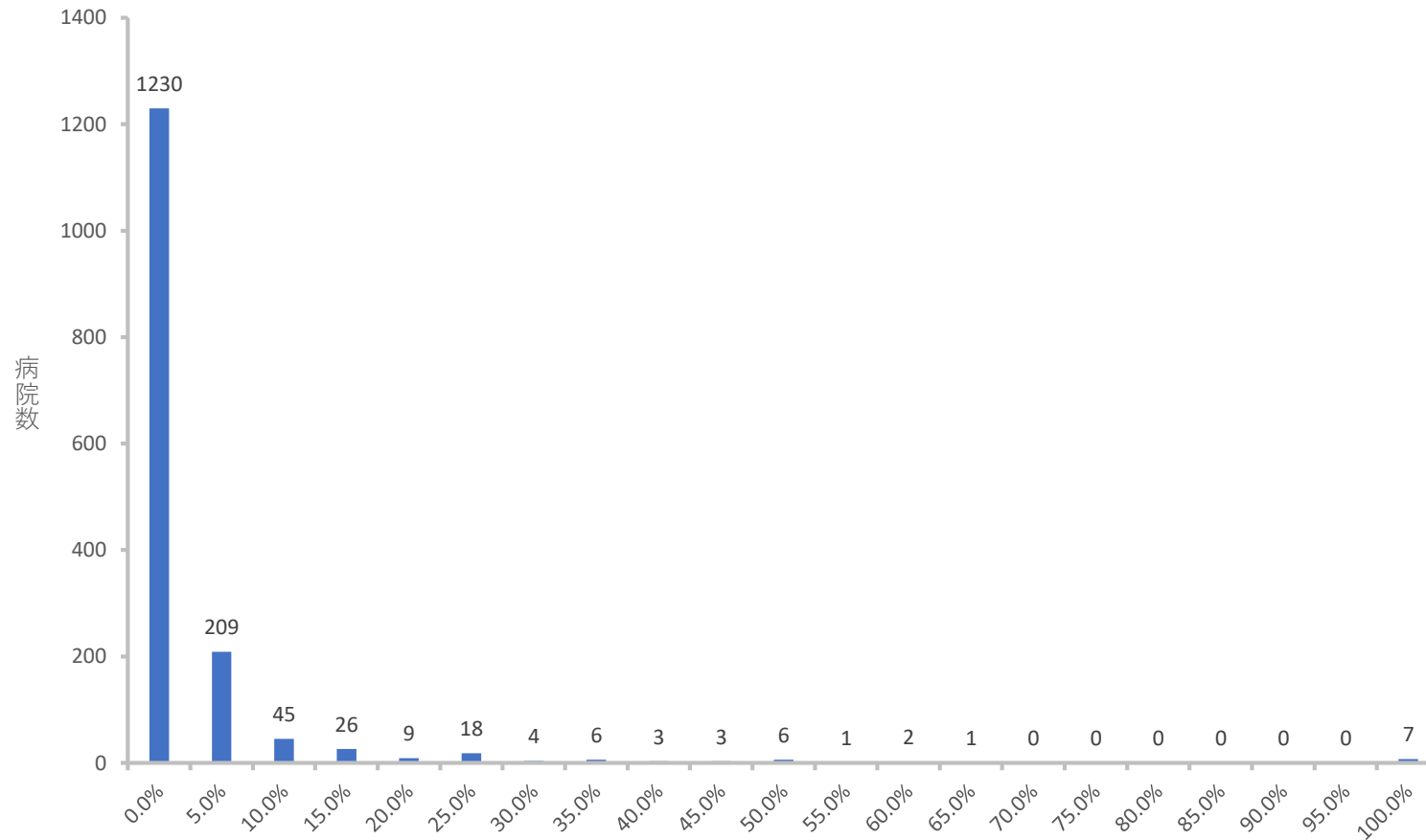
脳梗塞におけるエダラボンの平均使用日数の分布

○ 脳梗塞において、エダラボンを使用している症例の、病院当たりの平均使用日数の分布は以下のとおりであった。DPC特定病院群やDPC標準病院群においては、平均使用日数が2日未満の病院も存在した。



脳梗塞におけるエダラボンの使用日数が2日未満の患者割合ごとの病院数の分布

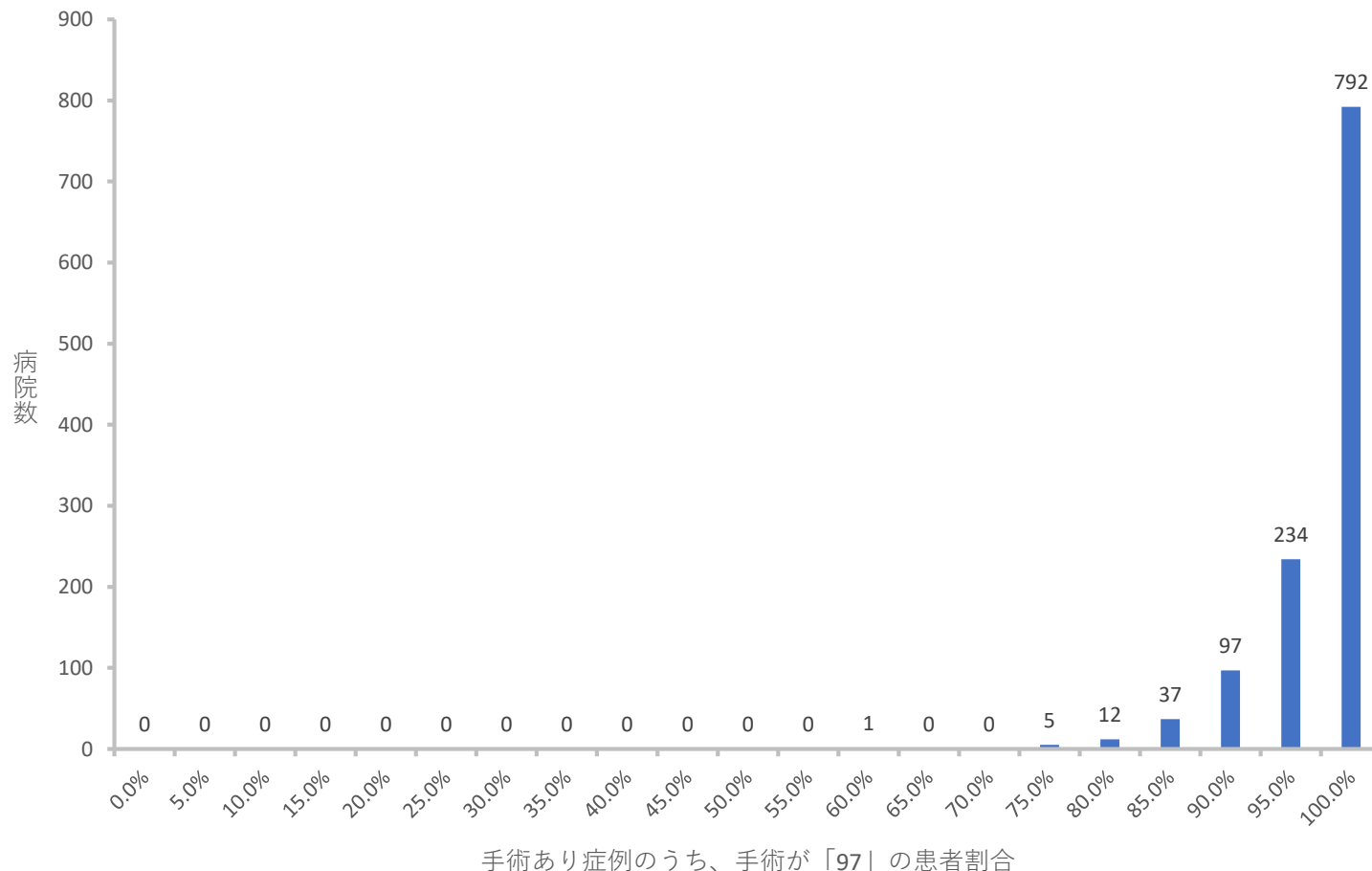
○ 脳梗塞におけるエダラボンの使用日数が2日未満の患者割合ごとの病院数の分布は、以下のとおりであった。



脳梗塞におけるエダラボン使用あり症例のうち、エダラボン使用日数が2日未満の患者割合

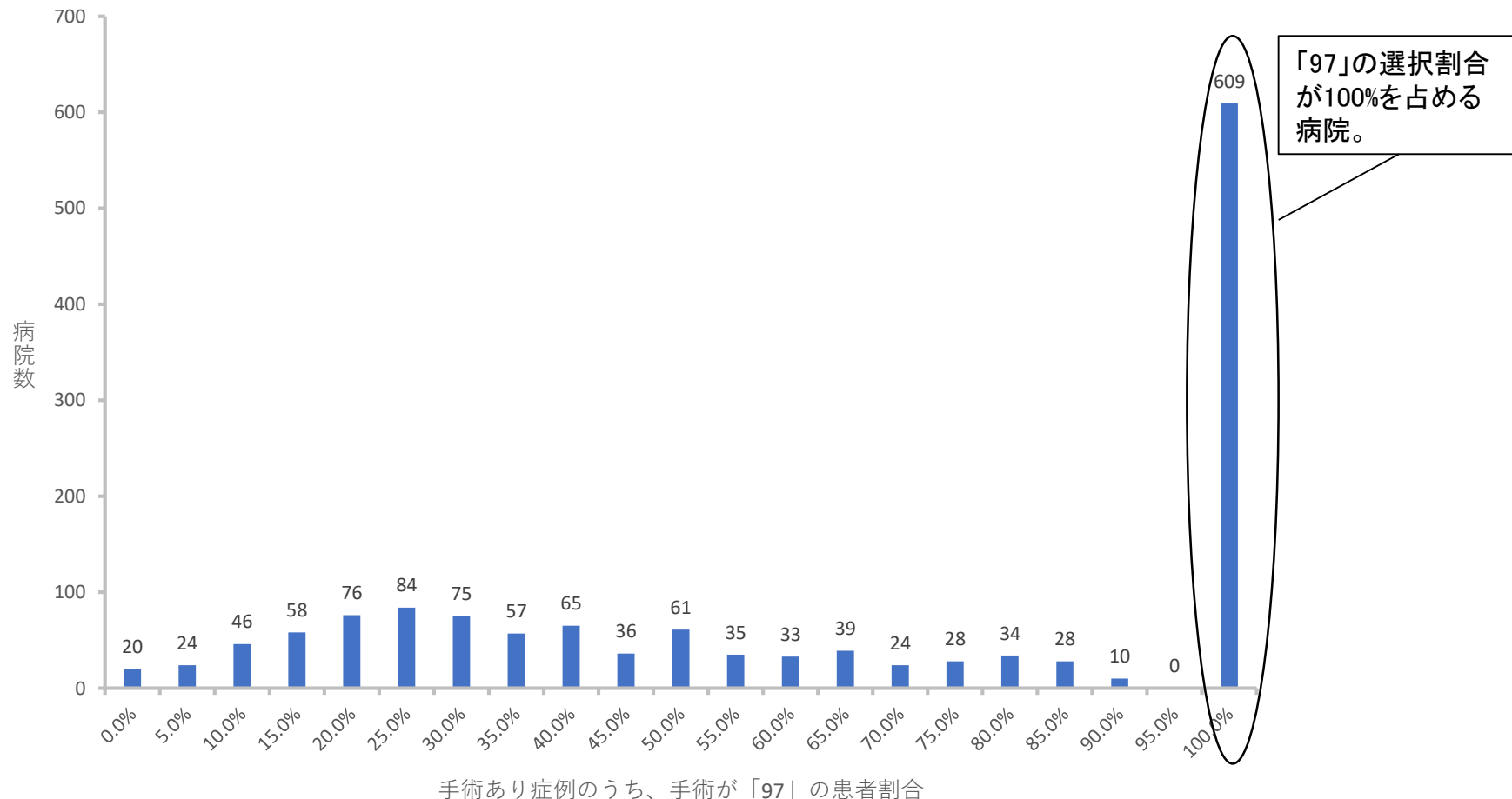
特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布：急性心筋梗塞(050030)

○ 急性心筋梗塞（050030）で、「手術あり」症例のうち、「97 その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。多くの病院で「97 その他のKコード」の患者割合が100%を占めていた。



特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布：脳梗塞(010060)

- 脳梗塞(010060)で、「手術あり」症例のうち、「97 その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。「97 その他のKコード」の患者割合にはばらつきがあるが、100%を占める病院も多く存在していた。



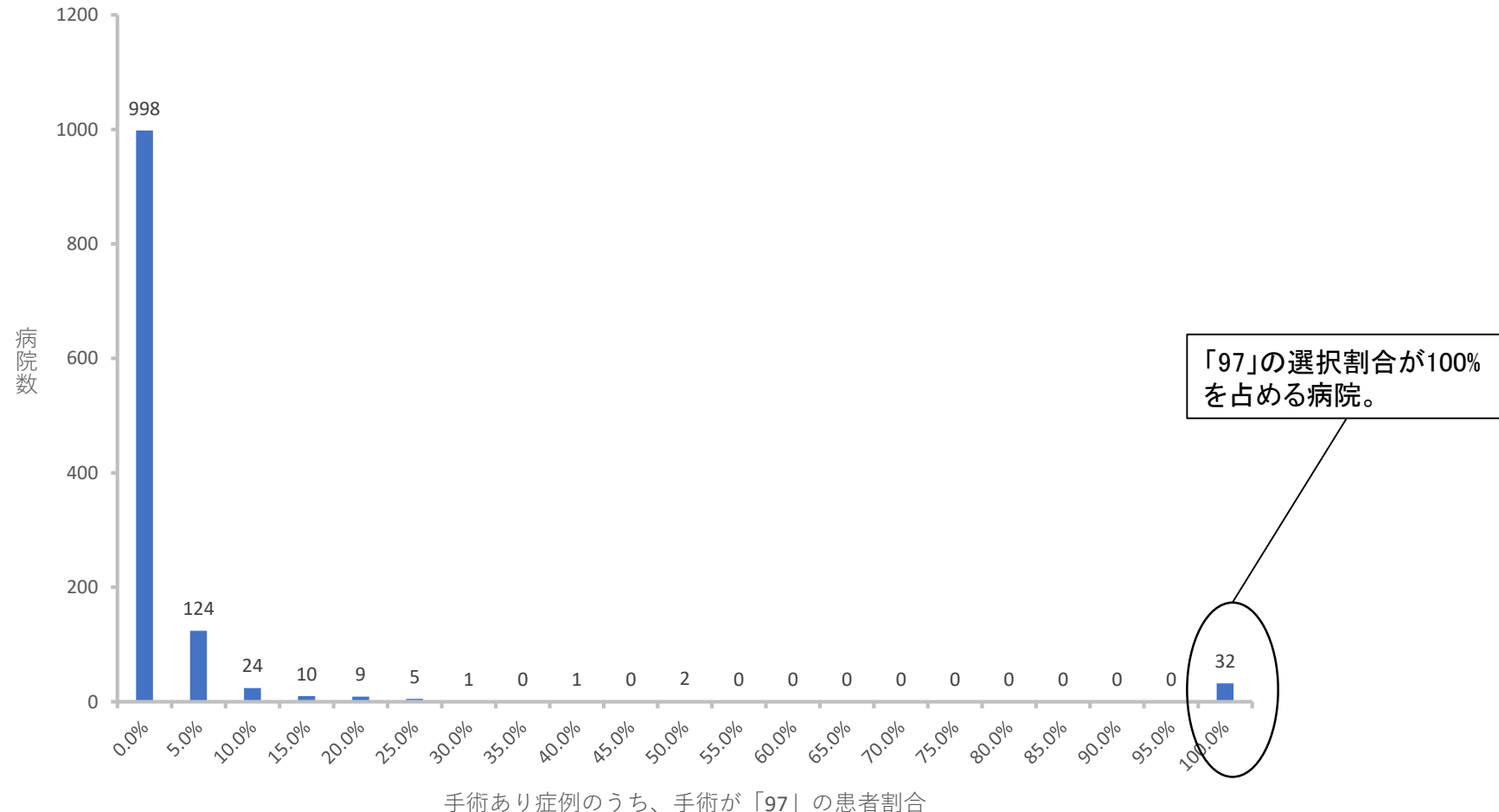
特定の症例の「手術あり」「97」の内訳:脳梗塞(010060)

○ 脳梗塞（010060）で、「手術あり」症例のうち、「97 その他のKコード」が選択されている割合が100%を占める医療機関における、「97 その他のKコード」の内訳は、以下のとおりであった。

点数表コード	診療行為名称	患者数
K9202イ	輸血 保存血液輸血(200mLごとに) 1回目	563
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)	553
K9202ロ	輸血 保存血液輸血(200mLごとに) 2回目以降	312
K6182	中心静脈注射用植込型カテーテル設置 頭頸部その他に設置した場合	82
K654	内視鏡的消化管止血術	77
K0004	創傷処理 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	75
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	48
K0011	皮膚切開術 長径10センチメートル未満	47
K0461	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	47
K616-41	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	37
K0811	人工骨頭挿入術 肩、股	30
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	30
K2762	網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき)	27
K0005	創傷処理 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	26
K386	気管切開術	25
K5972	ペースメーカー移植術 経静脈電極の場合	24
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	23
K5493	経皮的冠動脈ステント留置術 その他のもの	22
K597-3	植込型心電図記録計移植術	21
K0001	創傷処理 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	18
K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	18
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	17
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	14
K0462	骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	13
K596	体外ペースメーカー移植術	13
K681	胆嚢外瘻造設術	13
K430	顎関節脱臼非観血的整復術	12
K0006	創傷処理 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	11
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	11
K6121イ	末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの	11
K6335	ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	10

特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布：狭心症（050050）

- 狭心症（050050）で、「手術あり」症例のうち、「97 その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。多くの病院では、0%であったが、「97 その他のKコード」の患者割合が100%を占める病院も一定数存在していた。



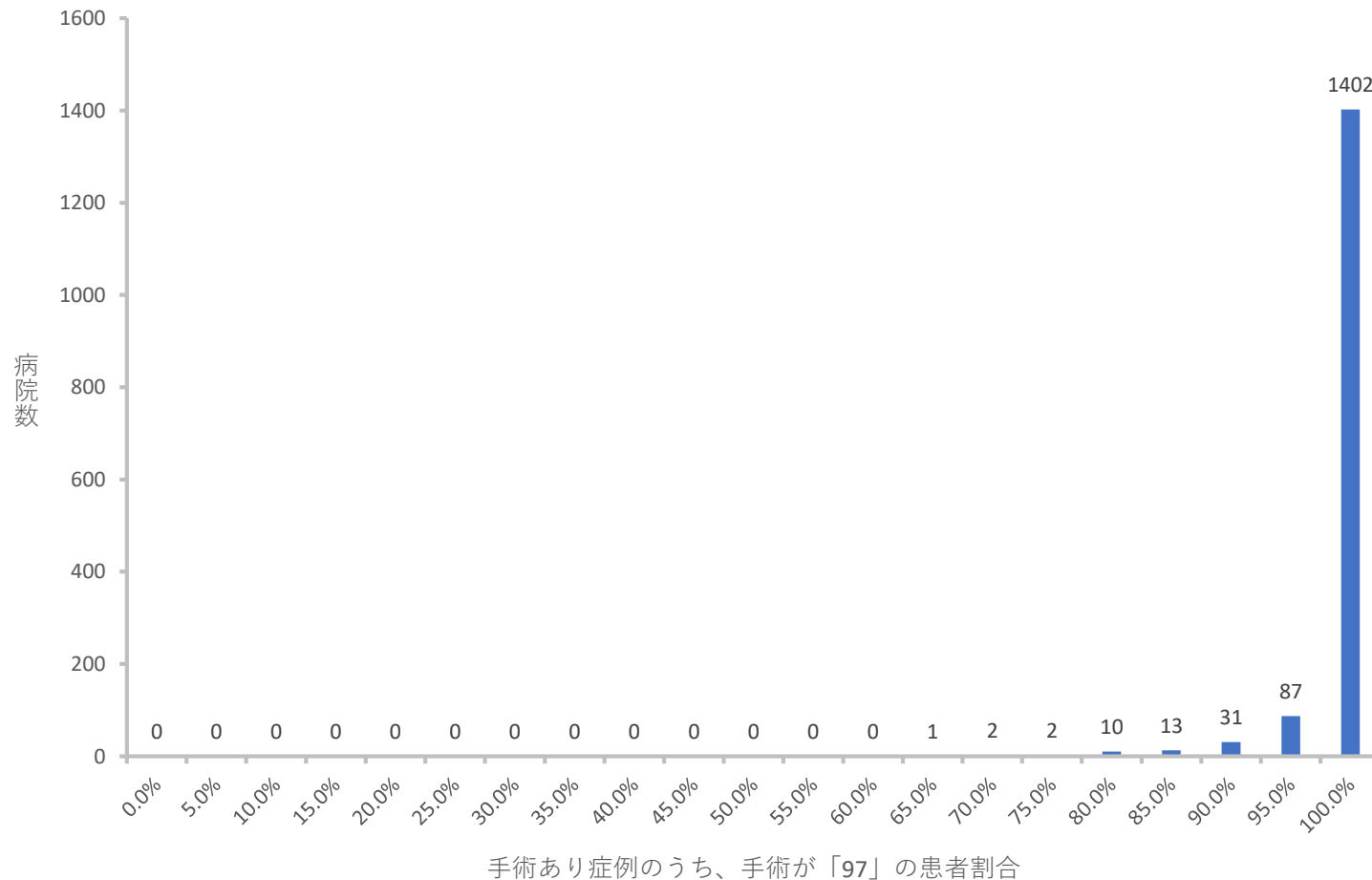
特定の症例の「手術あり」「97」の内訳：狭心症（050050）

○ 狭心症（050050）で、「手術あり」症例のうち、「97 その他のKコード」が選択されている割合が100%を占める医療機関における、「97 その他のKコード」の内訳は、以下のとおりであった。

点数表コード	診療行為名称	患者数
K9202イ	輸血 保存血液輸血（200mLごとに） 1回目	11
K9202ロ	輸血 保存血液輸血（200mLごとに） 2回目以降	8
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	4
K596	体外ペースメーカー術	2
K0004	創傷処理 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	1
K5223	食道狭窄拡張術 拡張用バルーンによるもの	1
K597-2	ペースメーカー交換術	1
K6105	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	1
K6121イ	末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの	1
K616-41	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	1
K6335	ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	1
K6572	胃全摘術 悪性腫瘍手術	1
K664	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	1
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	1
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	1
K8282	包茎手術 環状切除術	1
K8411	経尿道的前立腺手術 電解質溶液利用のもの	1

特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布:心不全(050130)

○ 心不全(050130)で、「手術あり」症例のうち、「97 その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。多くの病院で「97 その他のKコード」の患者割合が100%を占めていた。



1 DPC対象病院に係る検討について

(1) 前回改定までにおける検討について

(2) 実施した分析について

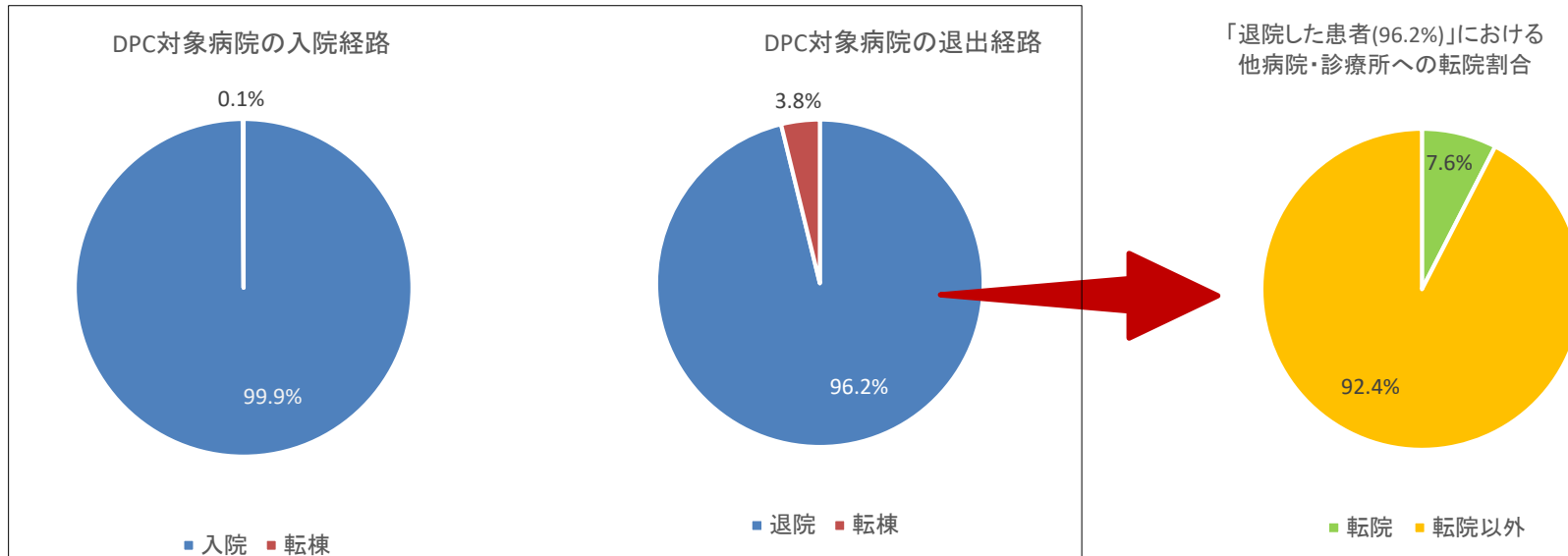
① 医療資源投入量の少ない病院

② 在院日数の短い病院

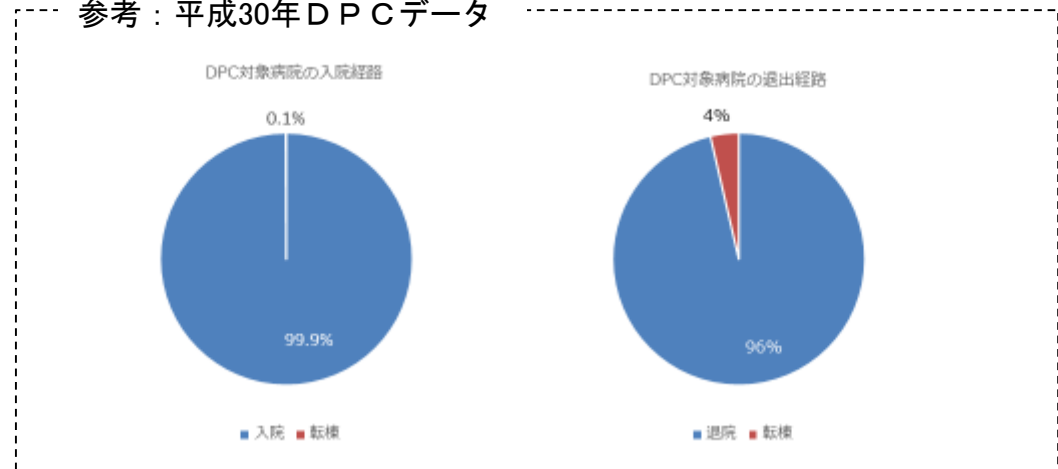
(3) 令和3年度特別調査について

DPC対象病棟の入院患者の入退棟経路

- 令和2年DPCデータにおける入院経路、退出経路の割合は、以下のとおりであった。平成30年データから大きな変化は見られなかった。なお、退出経路が「退院」のうち、他病院等に転院した割合は、約8%であった。

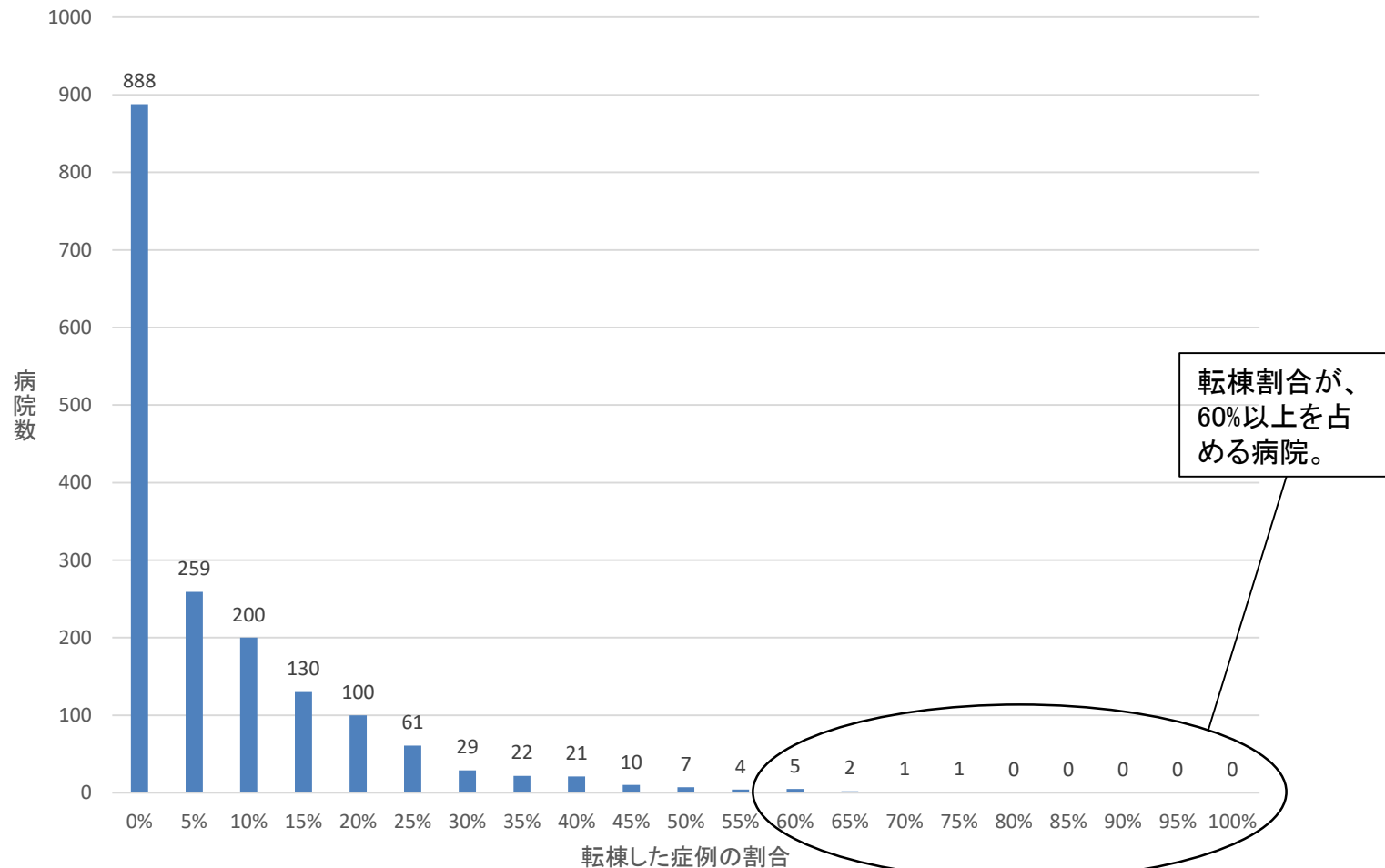


参考：平成30年D P Cデータ



転棟した症例の割合別の病院数

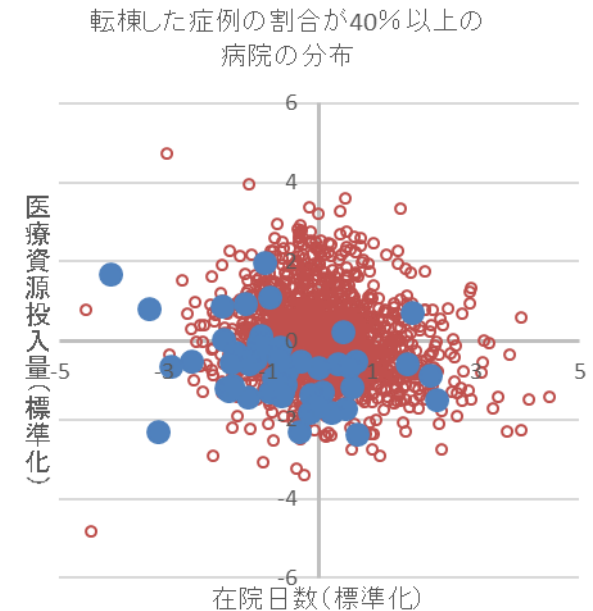
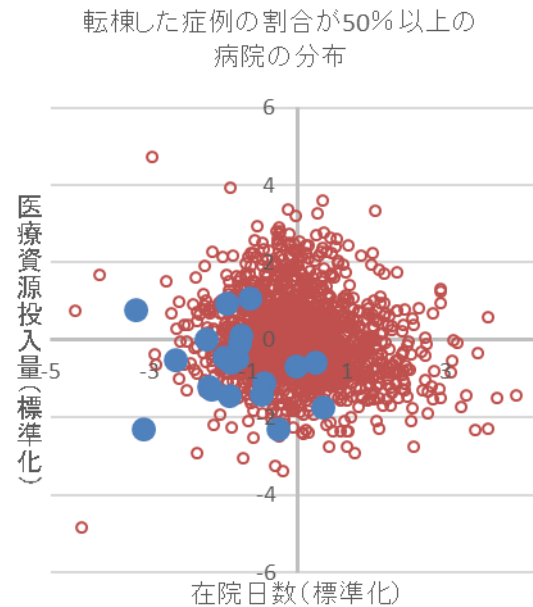
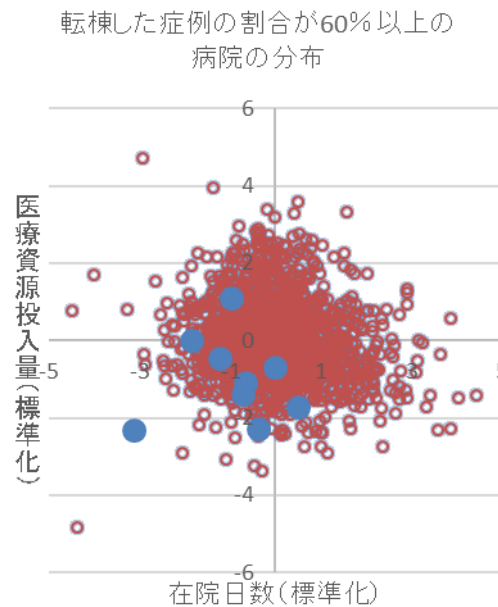
○「一般病棟(DPC対象病棟)」から「その他病棟(DPC対象病棟以外の病棟)」へ転棟した症例の割合別の病院数は、以下のとおりであった。転棟した症例の割合が60%を超える病院も存在する。



出典：令和2年DPCデータ（4月～12月分）

医療資源投入量及び在院日数と転棟の関係

- 転棟した症例が40%・50%・60%を超える病院のうち、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布するのはそれぞれ59%(30/51)、65%(13/20)、67%(6/9)、であった。
- 転棟割合が60%を超える病院の多くは、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布している。



※医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
※標準化（実測値－平均値）/標準偏差

出典：令和2年DPCデータ（4月～12月分）

※青は、転棟する症例が40%または50%または60%を超える病院

1 DPC対象病院に係る検討について

(1) 前回改定までにおける検討について

(2) 実施した分析について

(3) 令和3年度特別調査について

① 特別調査の概要・結果について

② 特別調査を踏まえた分析について

令和3年度特別調査について①

令和3年度特別調査（ヒアリング）の実施について（令和3年6月23日中医協総会了承）

1. 概要

- 平成30年度診療報酬改定に向けた「DPC評価分科会報告書」において、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は、DPC制度になじまない可能性がある」と指摘があったことを踏まえ、令和2年度診療報酬改定に向けて、
 - ・ 医療資源投入量が平均から外れた病院
 - ・ 在院日数が平均から外れた病院について着目することとなり、以下のとおり分析を行った。
 - ・ 「医療資源投入量が平均から外れた病院」のうち、「医療資源投入量の少ない病院」について、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患において、「手術なし」「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院の分析
 - ・ 「在院日数が平均から外れた病院」のうち、「在院日数の短い病院」について、自院他病棟への転棟割合が高い病院の分析
- さらに、令和4年度診療報酬改定に向けては、引き続き適切なDPC制度の運用を図る観点から、「医療資源投入量の少ない病院」と「在院日数の短い病院」に対し、個別調査やヒアリングを実施することとなっている（令和3年5月12日中医協総会了承）
- 具体的な調査項目等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2. 調査の目的について（案）

- (1)「医療資源投入量の少ない病院」について、以下の内容を聴取する。
 - ・ 同じ診断群分類の症例でも、医療資源投入量が平均から外れている背景
 - ・ コーディングに関する理解度
- (2)「在院日数の短い病院」について、以下の内容を聴取する。
 - ・ 転棟割合がDPC対象病院全体と比べて高くなっていることの背景
 - ・ 調査対象施設内における転棟に関する考え方
- (3)全てのDPC対象病院について、以下の内容を調査する。
 - ・ コーディングテキストやコーディングの方法に関し、DPC制度の運用にあたっての不明点等

令和3年度特別調査について②

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

3. 調査の実施方法

○ 下記の調査区分ごとに、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、回収した。その結果は以下のとおり。

【調査の回収状況】

区分	調査対象	調査票 配布数	回答数	回答率
(A) 医療資源投入量の少ない病院 (※1)	①急性心筋梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院	5	5	100%
	②脳梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院	7	7	100%
	③狭心症の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院	6	6	100%
	④心不全の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院	8	8	100%
	⑤悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院	6	6	100%
(B) 在院日数の短い病院 (※2)	⑥自院他病棟への転棟割合が高い病院	9	9	100%
(C) コーディングに関する調査	⑦全てのDPC対象病院	1,754 (※3)	1,754	100%

※1 「特定の症例(急性心筋梗塞等)」について、「手術なし」「手術・処置等なし」の症例の占める割合が高い病院のうち、医療資源投入量、在院日数が平均から外れている病院を対象とする。

※2 転棟割合が著しく高い病院を対象とする。

※3 令和3年6月時点

○ 回収状況を踏まえ、①～⑥の類型ごとに2施設ずつ選定し、ヒアリングを実施した。

令和3年度特別調査について③

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

4. ヒアリング対象施設の概要

調査区分	疾患	通番	地域	DPC算定病床数 (総病床数)	主な届出入院料	参加年度	医療機関群
(A)	急性心筋 梗塞	①	関東地方	112 (197)	・急性期一般 1 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成21年度	標準 病院群
		②	北海道地方	202 (300)	・急性期一般 4 ・地域包括ケア病棟	平成21年度	標準 病院群
	脳梗塞	③	近畿地方	11 (199)	・急性期一般 5 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成28年度	標準 病院群
		④	近畿地方	107 (107)	・急性期一般 1	平成26年度	標準 病院群
	狭心症	⑤	近畿地方	34 (198)	・急性期一般 2 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成20年度	標準 病院群
		⑥	関東地方	164 (350)	・急性期一般 2 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成26年度	標準 病院群
	心不全	⑦	九州地方	60 (160)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成26年度	標準 病院群
		⑧	中部地方	205 (499)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成21年度	標準 病院群
	悪性腫瘍	⑨	九州地方	45 (248)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成20年度	標準 病院群
		⑩	九州地方	43 (152)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟	平成28年度	標準 病院群
(B)		⑪	中部地方	54 (199)	・急性期一般 5 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成28年度	標準 病院群
		⑫	中国地方	46 (178)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成24年度	標準 病院群

令和3年度特別調査について④

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(1) 医療資源投入量の少ない病院

[医療機関からの主な聴取内容]

〈医療機関での疾患への対応状況〉

- 脳梗塞を主体に対応しているため、急性心筋梗塞の治療はあまり実施していない。
- 外傷、循環器疾患といった急性期医療は対応しているが、脳梗塞は対応していない。
- 呼吸器を主体に対応しているため、循環器疾患の急性期の治療はあまり実施していない。

〈症例の受入れ方針について〉

- 地域で唯一の急性期病院だが、緊急患者の受入はリスクが大きく、高度な治療を要する患者は、他病院へ搬送するようにしている。
- 積極的治療の適応がない症例の受入れを行っている。
- 回復期を中心とした医療を提供しているが、直接回復期病棟で受入れが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受入れを行っている。
- 緩和ケアも提供しているが、直接緩和ケア病棟で受入れが困難な場合には、DPC対象病棟で受入れを行う場合がある。
- 在宅酸素療法の教育入院や、糖尿病の教育入院などはパスを作って、対応している。

〈スタッフ・設備について〉

- 夜間に常勤の専門医がいなかったため、脳梗塞への対応ができない。
- 心臓カテーテルを実施できる設備がない。

〈治療方針について〉

- 冠動脈CTで病変の評価を行い、必要な症例だけにカテーテルを実施しているため、手術・処置等が少ないと考えられる。

〈コーディングについて〉

- 他の急性期病院から患者を受け入れる場合であっても、自院で最も医療資源を投入した傷病名でコーディングを行っている。
- 自院で治療できない症例を転院させ、その後急性期の治療が終わった後戻ってきた場合、急性心筋梗塞としてコーディングしている。
- FFR-CTや冠動脈CTを実施した場合に、治療が必要でない方もいるため、定義テーブルがより細分化されていた方がコーディングしやすい。
- 心臓リハビリ目的に入院させる場合の、適切なコーディングが存在しない。

令和3年度特別調査について⑤

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

(2) 在院日数の短い病院

[医療機関からの主な聴取内容]

〈症例の受入れ方針について〉

- 他の病院からの転院患者で、直接回復期病棟で受けることが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受入れを行い、必要な検査を行ってから適した病棟へ転棟している。そのため、直接回復期病棟へ転院してくる例は少ない。
- 主に整形外科疾患をDPC対象病棟で受け入れている。DPC対象病棟で手術を行い、その後回復期病棟に転棟するような症例が多い。

〈転棟の方針について〉

- 手術を行った患者については、抜糸が終わるまでDPC対象病棟に入院し、その後回復期病棟に移ることが多い。
- 急性期での治療が落ち着いた後に、退院のためにリハビリテーションを行う場合などに回復期病棟に転棟している。

〈コーディングについて〉

- 基本的には原疾患でコーディングしている。
- 回復期病棟へ受け入れる前の、精査入院は、コーディングは様々。

なお、全てのDPC対象病院を対象としたコーディングに関する調査結果の概要は以下のとおりであった。

【「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」について】

	認知/活用している	認知/活用していない	認知/活用の割合
コーディングテキストの認知	1,728	26	98.5%
コーディングテキストの活用	1,652	102	94.2%
コーディングテキストの活用 (ICDコーディング)	1,435	319	81.8%
コーディングテキストの活用 (DPCコーディング)	1,617	137	92.2%
コーディングテキストの活用 (教育資料)	1,439	315	82.0%

令和3年度特別調査について⑥

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

急性心筋梗塞

- ・事例をもっと多く記載して欲しい。
- ・急性心筋梗塞、心不全のコーディングの区別(原疾患コーディング)の記載の内容やコーディングの仕方が不明瞭(心不全の治療がメイン)。わかりづらい。
- ・救急搬送後の来院時心停止等の場合の取扱いが急性心不全なのか。検査値は急性心筋梗塞ではある状態。
- ・DPC/PDPS傷病名コーディングテキストのP44「陳旧性心筋梗塞の場合は(I252)を選択すること」の記載とP26に示される原疾患コーディングを兼ね合わせた解釈が難しい。
- ・急性か陳旧性か判断に迷う(急性心筋梗塞か狭心症か)。
- ・責任血管と障害部位(ICDコード)が1対1になっていないので、コーディングする時に迷う。
- ・他院で急性心筋梗塞治療後にリハビリや検査目的で当院に来た場合は、急性心筋梗塞として良いのか。
- ・「急性」「亜急性」「慢性」といった時間の定義がない。
- ・梗塞部位が複数あった場合、傷病名(部位)の優先はあるのか。

脳梗塞

- ・事例を多く追加してほしい(010060 or 010061の分類の判断。脳動脈奇形破裂による脳出血(I619)は医療資源病名とはなりえないのか)。
- ・JCSとGCSの対応表があると良い。BADの概念。
- ・脳梗塞後遺症の考え方(胃ろう増設のみ目的入院とかの場合)。
- ・I63\$のコーディングの判読句が難しい。
- ・MCA(中大脳動脈領域)が詰まった時の事例。
- ・治療開始日が脳卒中発症日後何日に該当するのか分からない。前医での治療開始日にするのか? 当院での治療開始日にするのか?
- ・ICDには無い表現のアテローム血栓・心原性・ラクナ、何れの概念も定義されておらず、詳細不明コードを選択せざるを得ない。
- ・脳アンギオ検査選択的血管検査を実施した場合の考え方。
- ・発症時期、JCS,発症前RankinScaleを明確化する理由がわからない。
- ・一過性脳虚血発作と脳梗塞の両者を疑い、脳梗塞に準じた治療が行われた場合の判断に迷う。
- ・続発・後遺症のケースが分かりにくい。
- ・どの時点のJCSスコアを用いて判別すればよいか分からない。

令和3年度特別調査について⑦

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

狭心症

- ・事例を多く記載してほしい。(冠動脈CTの検査入院の症例。疑診で検査入院をし、狭窄部位なしとの結果の場合。
- ・ステント留置を行う症例では冠動脈狭窄症の可能性が考えられるが、触れられていない(ステント内再狭窄の場合はT828等の偶発的に発見された場合)。
- ・狭窄部位3枝病変のような多枝狭窄による疾患の傷病名は？症状に合わせて不安定／労作性として良いか？
- ・急性心筋梗塞の既往歴がない場合のフォローアップ心カテ検査の際のICD10選択。
- ・PCI施行後、経過観察のためCAG施行目的入院。有意狭窄を認めない場合のCCS分類について、一旦治療を終え症状も落ち着いている場合は分類不能か症状のない場合の「9」どちらを選んでよいのか。
- ・過去に心筋梗塞の既往(どのくらいの期間を遡るのか)があり、陳旧性心筋梗塞の検査のために入院した場合について。この場合、陳旧性心筋梗塞を選択することとなっているが、検査と同時に他疾患の加療を行った場合でも、陳旧性心筋梗塞を選択すべきなのか。
- ・陳旧性心筋梗塞は、独立した診断群分類がなく、狭心症と同じ診断群分類となる。
- ・コーディングテキスト(43ページ)の050050 狭心症、慢性虚血性心疾患の分類では【過去の既往を根拠にI21 \$、I22 \$、I23 \$は他分類(050030)となり選択しないこと】の記載もありますが、具体的にどういう事例で選択すべきなのか分からない点がある。
- ・検査入院に関する病名・大動脈弁狭窄症など手術予定患者が、冠動脈の虚血が疑われ、術前検査のため心臓カテーテル検査で入院することになった場合、医療資源病名は「I20\$ 狭心症」や「I25\$ 虚血性心疾患」(疑いも含む)か、それとも主手術の対象となる「I350大動脈弁狭窄症」のどちらを選択すべきでしょうか。
- ・ここ数年でよく見かけるようになった慢性冠症候群、という新しい傷病名について。

心不全

- ・事例を多く載せてほしい(使用してよい事例も載せてほしい。原疾患を特定するのに時間がかかる。どの場合まで原疾患なのか。疑診とは？)。
- ・原因疾患が多岐にわたる場合、PCIや心筋焼灼や弁置換を行った際に原疾患を特定するのは困難。原疾患ルールを認識していない医療機関もある。
- ・うっ血性心不全で入院した後に心カテ検査を実施した場合のコーディング。
- ・急性期増悪と通常の入院が同じ評価としているのに違和感。
- ・高齢化による心機能低下による心不全であった場合はどうコーディングすればよいか。
- ・ICDがI509以外になる心不全(例えば、I500うっ血性心不全)であれば選択して良いか。
- ・コーディングテキストで「心不全ICD50.9」は選択すべきではないと記載がある。最終的に診断がつかない原疾患や原疾患での治療が主でない場合も心不全以外なのか。どのような場合が心不全なのか。心不全を確立した病名として認めてほしい。

令和3年度特別調査について⑧

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

【診断群分類のコーディングをする上で、分かりづらいと感じる点や判断に迷う点】

急性心筋梗塞

- ・直ぐに治療を要しない亜急性期の心筋梗塞は050030で良いのか。
- ・心不全がメインの病名の場合であっても原疾患コーディングでよいのか。
- ・冠動脈ステント留置後のフォローでの病名選択。新たな狭窄等があった場合の病名選択。
- ・急性心筋梗塞の定義(発症後〇日や手術後〇日等具体的なもの)。狭心症との線引き。
- ・心電図では異常が見られないが血液検査等で明らかに心筋梗塞だと思われる場合、梗塞部位が特定できない場合がある。
- ・I249急性冠症候群、非ST上昇型心筋梗塞やST上昇型心筋梗塞を医療資源病名に使用したいが部位不明・詳細不明コードに該当し使用できないのはなぜか。
- ・陳旧性も急性と同じく前壁／後壁とICDを細分化してほしい。
- ・JCS・年齢などの重症度の区分を設定し、全身管理が難渋である病態が詳細に分類できる様にして欲しい。
- ・急性心筋梗塞と狭心症の処置2-2(透析:J0384、J038-2)と処置2-3(シンチグラム、SPECT、tPA)を逆にしてほしい。これらを両方行ってしまった場合、透析ありの評価(高点数)がうけられず、大幅なマイナス例がしばしばある。
- ・心臓カテーテル検査+血管内超音波検査等(加算有り)について 狭心症以外の病名でも加算有りの検査を実施することがある。
- ・救急搬送を受け高次医療機関へ搬送するまでの間に合致した医療資源最投入傷病ICD1-10コードの選択が難しい。
- ・リハビリ目的の転棟や来院であっても原疾患コーディングでよいのか。
- ・副傷病名が少ない。

脳梗塞

- ・閉塞血管で分類するか、アテローム・心原で分類するか統一をしてほしい。複数梗塞が存在した場合や塞栓性／血栓性脳梗塞の優先順位。分枝粥腫型梗塞(BAD)のICD-10がない。
- ・脳梗塞後遺症で胃ろう造設した場合の医療資源病名(陳旧性脳梗塞(I693)慢性期(I639))。
- ・脳梗塞発症後何日目までが脳梗塞でコーディングしてよいか。
- ・脳梗塞に対して術中tPA投与時の診断群分類の選択方法を明確に記載してほしい(術中に使用した場合の診断群分類区分の選択方法)。
- ・脳梗塞については診断群分類の詳細の数が多すぎて、時間がかかる。わかりづらい。副傷病の選択の優先順位がわからない。
- ・発症前Rankin Scaleであるが、おおむね1週間のADLを病歴等から推定することは難しい為、推定するものでなく明確にわかるものを診断群分類に用いた方がよいのではないか。

令和3年度特別調査について⑨

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

脳梗塞(続き)

- ・エダラボン以外の薬剤分岐がない(アルガトロバン、オザグレル等)。
- ・詳細不明コードになりやすい(一過性脳虚血発作等)。
- ・悪性腫瘍が原因で血栓傾向が強くなり脳塞栓を起こした場合、塞栓性脳梗塞(I634)を選択するか、トルソー症候群に基づくもの(D688,I639)を選択するか、原疾患の悪性腫瘍を選択するか、迷うことがある。
- ・内頸動脈狭窄による脳梗塞で入院し、抗凝固薬の治療を行い、退院した後に、内頸動脈狭窄症に対する動脈血栓内膜摘出術目的で入院した場合、内頸動脈狭窄症は「010060脳梗塞」または、「010070脳血管障害」どちらか。
- ・I638とG467のダブルコードである「ラクナ梗塞」のコード選択が難しい。
- ・BADタイプの場合のコード選択が難しい。
- ・リハビリ目的で転院してきた場合のコード選択が難しい。
- ・頭蓋内における内頸動脈瘤(未破裂脳動脈瘤)については診断群分類上、I720(閉塞性動脈疾患)になっているが、医学的診断においてはI671(未破裂脳動脈瘤)に該当するので、判断に迷う。
- ・脳梗塞、脳梗塞後遺症、陳旧性脳梗塞の定義が明確でなく、判別が難しい。
- ・脳梗塞後遺症に麻痺を含めてよいのか判断に迷う。
- ・超急性期の治療が重要となる疾患は、退院時の確定診断までに行われた診療内容も評価して欲しい(脳梗塞の診断確定前のエダラボン投与等)。

狭心症

- ・狭心症3枝病変がI20.9の詳細不明のコーディング。
- ・冠攣縮誘発物負荷試験加算に対するDPCの評価。
- ・不安定狭心症に対するコーディング(治療はAMIに近い。I249急性冠症候群は050030)。労作性狭心症と同じになる。
- ・冠動脈ステント留置後再狭窄と狭心症の両方が該当する場合に、どちらを選択するのか判断が難しい。
- ・亜急性心筋梗塞病態の場合に、合致した医療資源再投入傷病ICD-10が存在しない(陳旧性心筋梗塞や狭心症で置き換えている)。
- ・狭心症の既往歴がある場合で、新規の狭心症病変を疑い検査をした場合、『既往の狭心症』/『新規病変の狭心症疑い』としてのコーディングが適切なのか迷う。
- ・CAG入院で退院せずPCI施行となった場合。CAGの血管内超音波が評価されない。
- ・リハビリの評価があると良い。

令和3年度特別調査について⑩

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

狭心症(続き)

- ・手術あり(K546 \$ 等)→手術・処置等1の分岐選択で、「なし」と「1,2あり」が同じ分岐になっている。分岐を定義してほしい。
- ・心臓カテーテル検査が手術・処置等に定義されておらず、点数に反映されない。
- ・狭心症の疑いで検査入院した患者が、検査の結果、狭心症が否定された場合、医療資源を「狭心症の疑い」とするのか、「狭心症」とするのか明記されていないため、判断に迷う。

心不全

- ・原因疾患が多岐にわたる場合、治療との組み合わせも考慮しての一つに絞るのは困難(原疾患コーディングルール通りにすべきか)。
- ・心不全は選択すべきではないとテキストに書いてあるが心不全の分類はある。ハンプや利尿剤、サムスカ、ドブタミンを投与し心不全が改善された場合でも不可か？心不全でコーディングしてよい基準は？
- ・心不全の多くは高齢者が多く合併症も複数あり詳細なコードの明示が難しい。両心不全はI509となる。心不全は部位不明・詳細不明から除外してほしい。
- ・慢性・急性・慢性の急性増悪で急性と慢性の急性増悪の区別も難しい。
- ・原因疾患の方が期間Ⅱが短くなりコーディングテキスト通りにやると評価が下がる。
- ・心不全と腎不全(透析患者)がある症例、I110高血圧性心不全とI509心不全のコーディングは難しい。
- ・心不全のリハビリ目的入院(心不全の治療のみ入院)の場合のコーディング(原疾患 or 心不全)。
- ・「原疾患を資源病名とするが、原疾患が不明の場合や対症療法のみの場合はI50 \$ の心不全を使用」といったような指針についてもご検討いただきたい。
- ・副傷病において肺炎を定義してほしい。
- ・「原疾患が判明しない、明らかな基礎疾患が診断されない場合については、心不全を選択することもやむを得ない」とあるが、どの程度を想定されているのかが分からない。
- ・心臓カテーテル法による諸検査と血管内超音波検査等を実施した場合の分岐が手術・処置1に定義されていない。
- ・心不全にて治療中の患者に緊急PCIを施行した場合、心不全ではなくAMIでコーディングしなくてはならず、長期入院中に手技料の高い手術等をした場合のコーディングが難しい。
- ・重症度別の診断群分類区分を設定してほしい。

令和3年度特別調査について⑪

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

【診断群分類のコーディングをする上で、分かりづらいと感じる点や判断に迷う点、改善を求めたい点、ご意見等】

- ・MEDIS標準病名マスタにないものが多い(とりわけ、整形外科系の部位コード等)ので改善してほしい。
 - ・コーディングテキストの事例を増やしてほしい(外傷系、DICや敗血症、廃用症候群、稀少な事例、ダブルコーディングの医療資源投入量の判別、老衰、C800原発不明癌 等)。
 - ・皮膚潰瘍(L98、L97)が100100糖尿病足病変のDPCIになるが、糖尿病が無い人でも皮膚潰瘍になりうる。また、足だけでなくいろいろな部位へと発症される患者もいる。分類名の変更等をすべきではないか。
 - ・110280慢性腎炎症候群慢性間質性腎炎慢性腎不全の「手術処置1」にD412経皮的針生検法はあるが、D412-2経皮的腎生検法が定義されていない。
 - ・部位不明・詳細不明のコードについて、どうしても使用しなければいけないコードがあるので改定してほしい。(医師から相談を受けてそれのみになってしまう場合やCPAや短期間(入院時から48時間以内)で専門病院への転院や死亡。関節リウマチ、鉄欠乏性貧血、小腸イレウス、虚血性腸炎、膝関節滑膜炎、廃用症候群など代替コードがあるか。
 - ・Rコードに該当するものしかコーディングしがたい場合に判断が迷う(どうしても原因がわからない不明熱、老衰等)。
 - ・原疾患をどのあたりまで考慮すればよいのか迷う(原疾患と合併症が複数あった場合の選択の基準)。
 - ・入院期間Ⅲを超え翌月に手術等を行い包括に戻った場合やDPC/出来高変更の際の運用等。一度前月分を請求しているのに、取り下げを行わなければならない、煩雑化し事務処理(患者への説明含めて)に手間がかかる。
 - ・アルコール肝硬変による肝不全に対して治療を行った場合に、アルコール性肝疾患(K70\$)と肝硬変(K746)のどちらでコーディングするのが適切か判断に迷う。
 - ・化学療法と放射線療法の併用時、病名によって分岐が異なるため、統一してほしい。
 - ・診断群分類が複雑なので簡素化していただきたい(脳梗塞や肺炎)。
 - ・転移性脊椎腫瘍(C795)に対して治療を行った場合(原発に対する治療なし)、C795では「070040 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く)」となり、脊椎を除くとなっています。「070030 脊椎・脊髄腫瘍」では原発のICDしか該当しないため、コーディングに迷う。
 - ・アブラキサン点滴静注を使用した場合は手術・処置等2での対応薬剤は「パクリタキセル(アルブミン懸濁液)」のみが該当薬剤なのか判断が難しい。
 - ・「腹膜炎を伴う虫垂炎」の分類が存在しないため、判断に迷う。
 - ・180040の手術の合併症に資源病名として選択していいのか定義が曖昧。
- 特別な治療をしていない場合(看取り状態含む)の医療資源病名の選択が困難な場合がある。合併症か、原疾患かを選ぶ場合の基準が曖昧で迷う事がある(リハビリ目的や終末期やその緩和ケアの場合)。
- ・臨床に沿った医師向けのコーディングテキストを作成してほしい(診療ガイドライン等を考慮した医師を納得させるためのマニュアル)。
 - ・コーディングに特化した窓口開設をしていただきたい(SNSを利用したQA対応や窓口や厚生局で受け付けたコーディングに関する疑義や回答の公開と共有)。

令和3年度特別調査について⑫

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

【機能評価係数Ⅱの保険診療指数における「病院情報の公表」以外に、医療の質の評価に関する取組みを行っているか】

- ・QIプロジェクトに参加
- ・病院ホームページにおける医療の質を示す指標の公開
- ・医療の質の評価・公表等推進事業への参加
- ・委員会活動の実施
- ・病院機能評価の認定
- ・グループ病院内で統一した評価の実施
- ・部位不明・詳細不明コードの調査
- ・クリニカルパスの活用
- ・PDCAサイクルの実践
- ・ISOの認証の取得

1 DPC対象病院に係る検討について

(1) 前回改定までにおける検討について

(2) 実施した分析について

(3) 令和3年度特別調査について

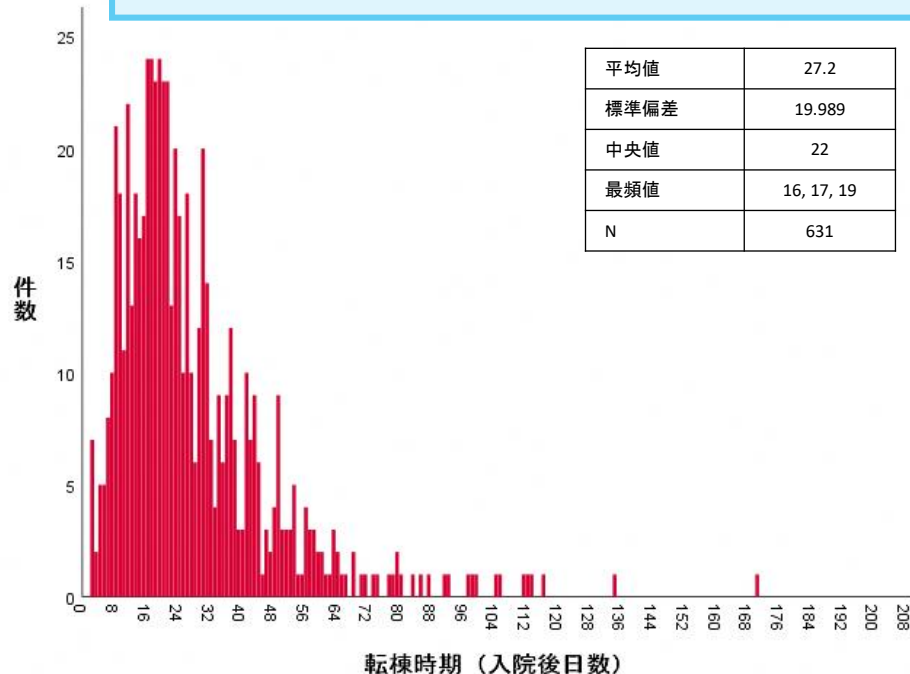
① 特別調査の概要・結果について

② 特別調査を踏まえた分析について

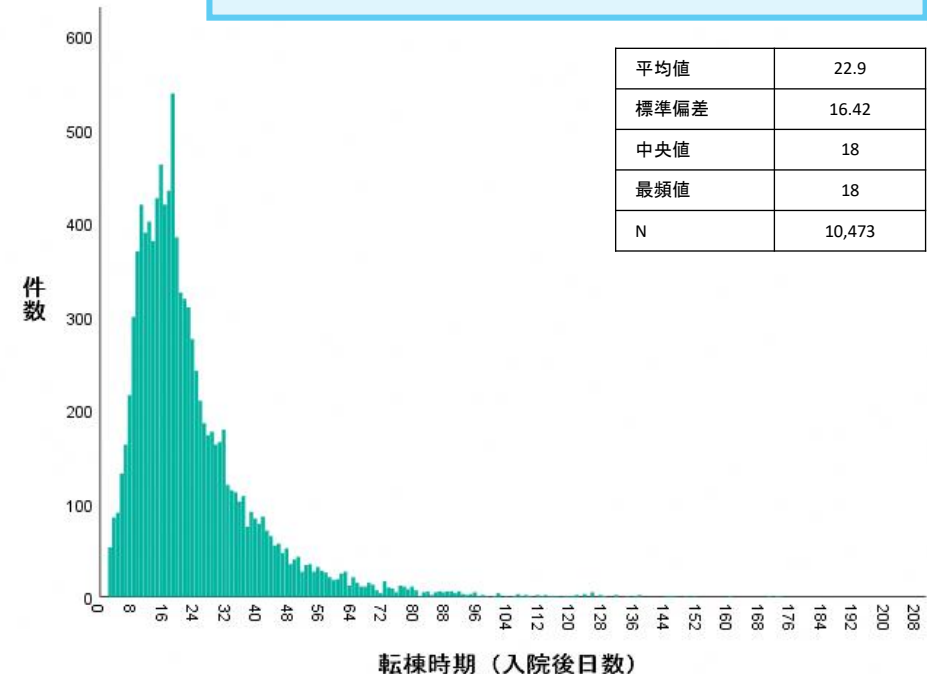
脳梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）

- 脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



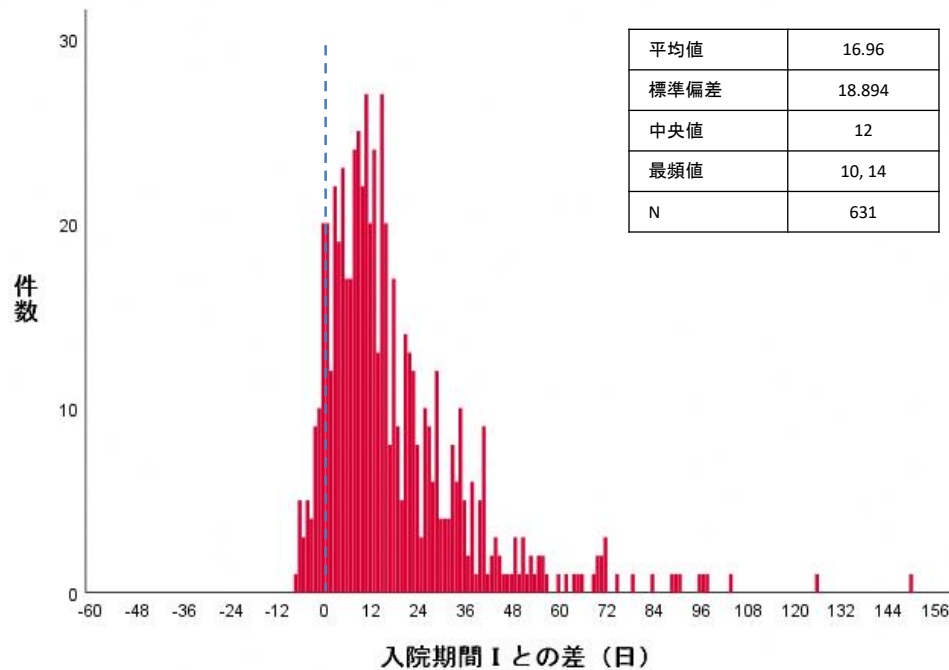
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



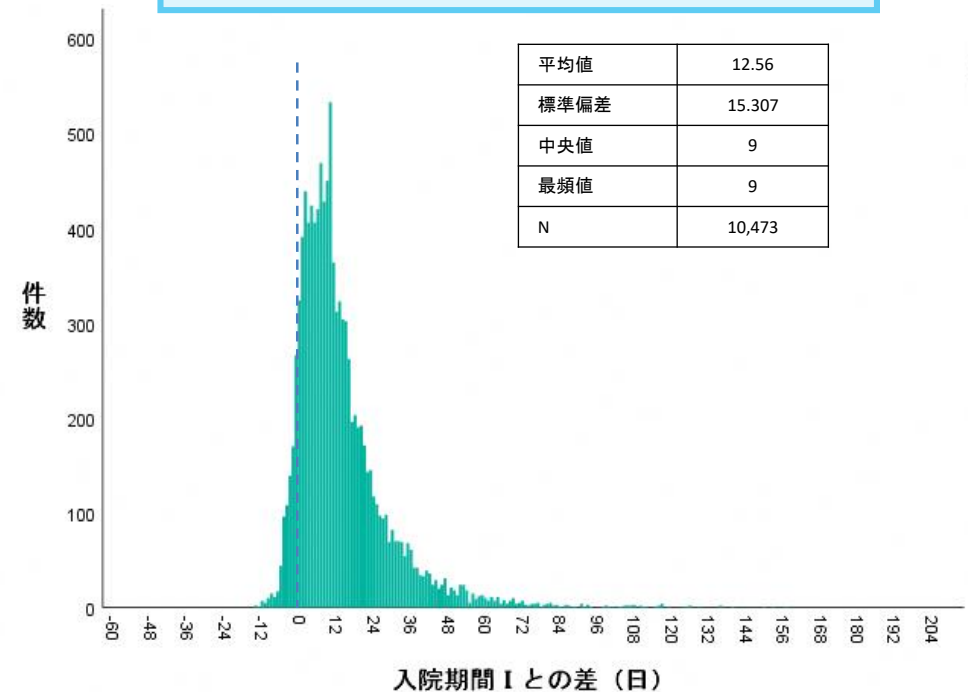
脳梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

- 脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



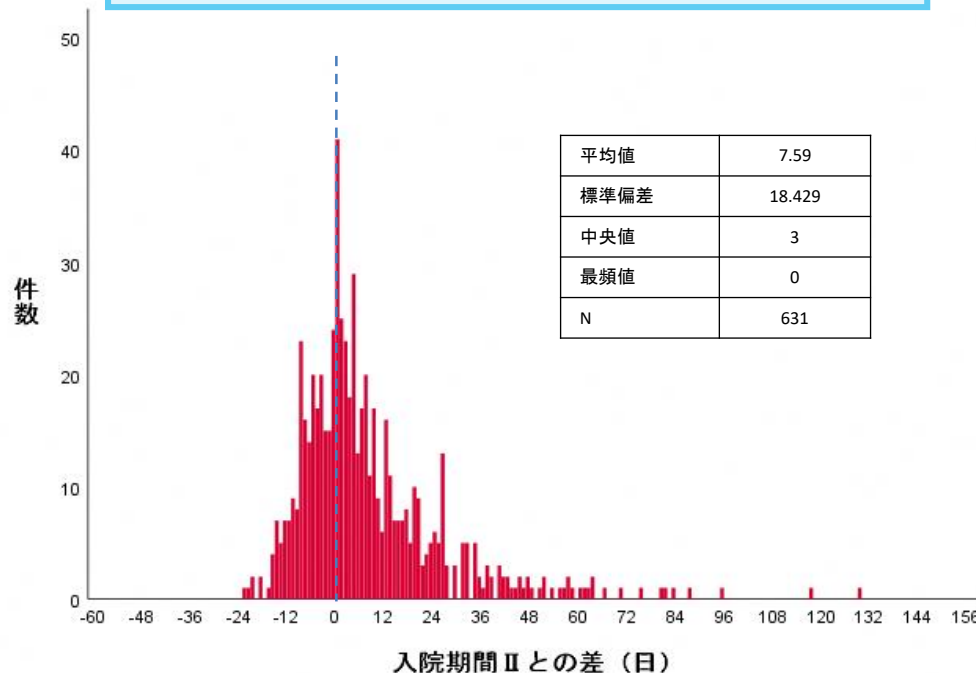
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



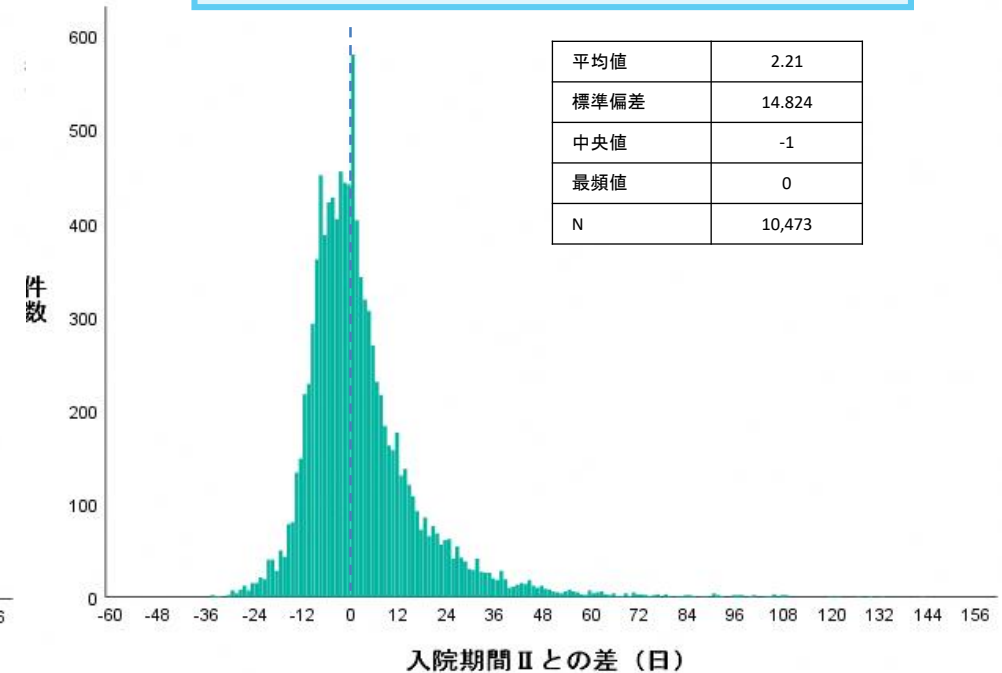
脳梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

- 脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



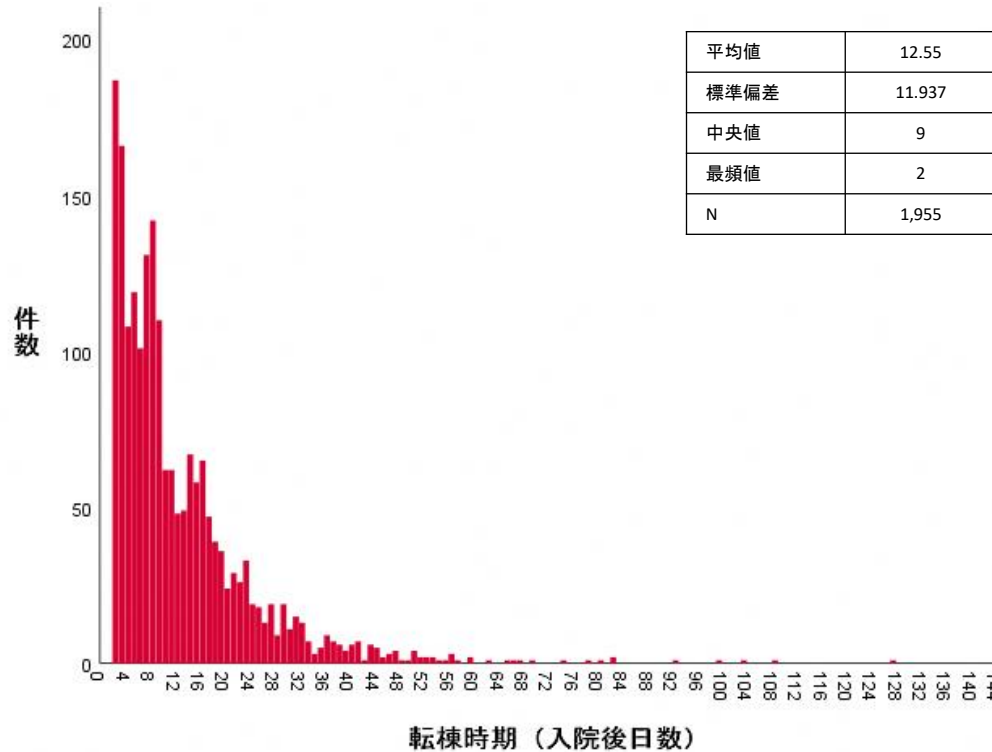
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



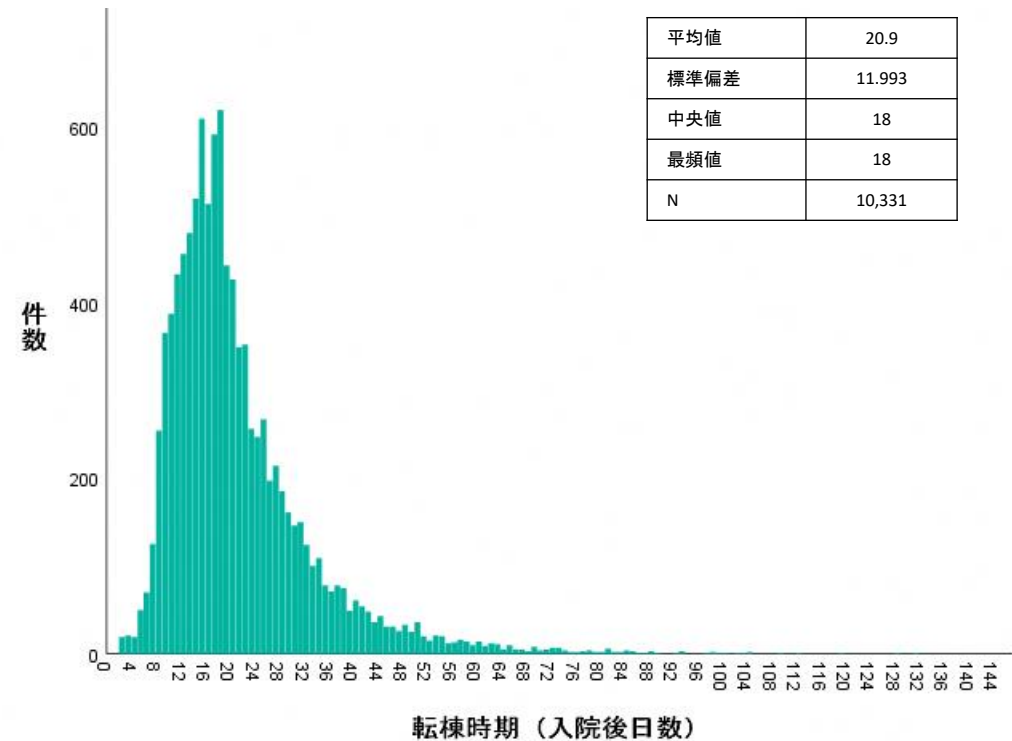
脳梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）

- 脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。
- 他院から転院してきた症例では、転棟時期が短い症例が多かった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期

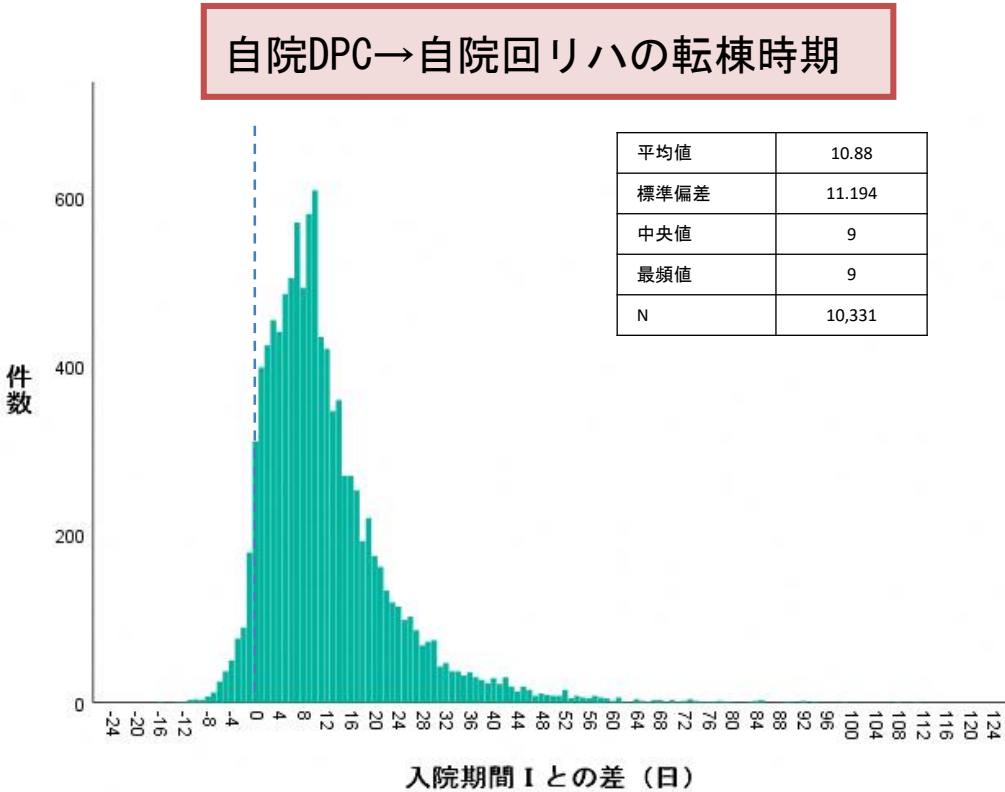
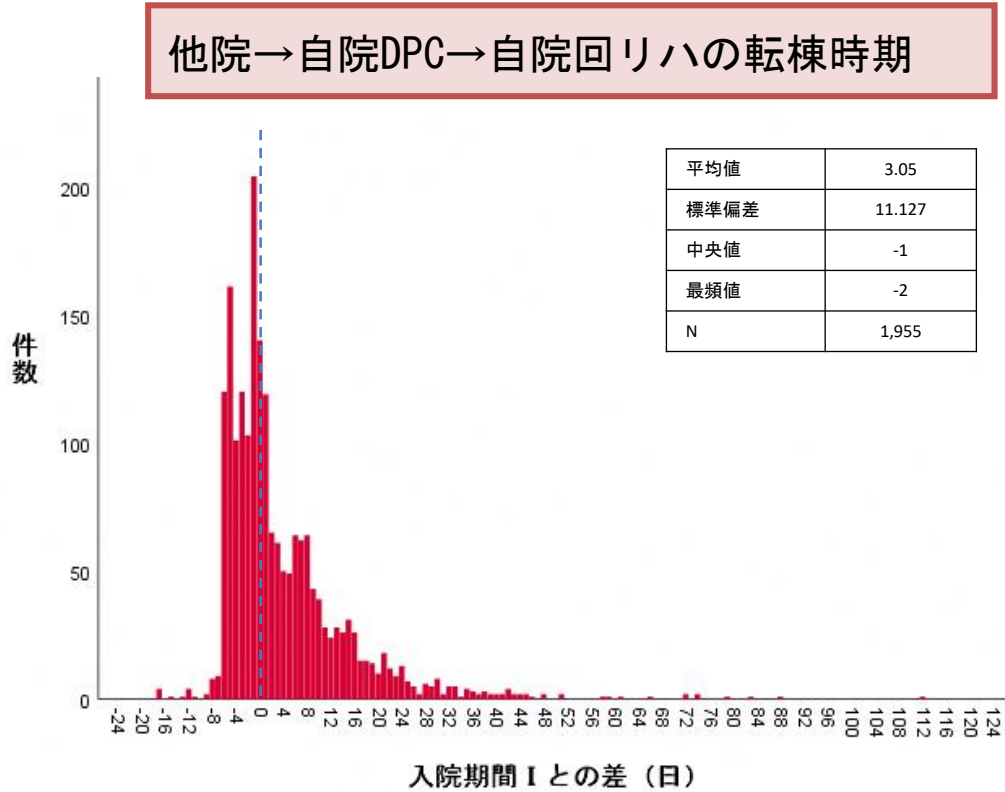


自院DPC→自院回リハの転棟時期



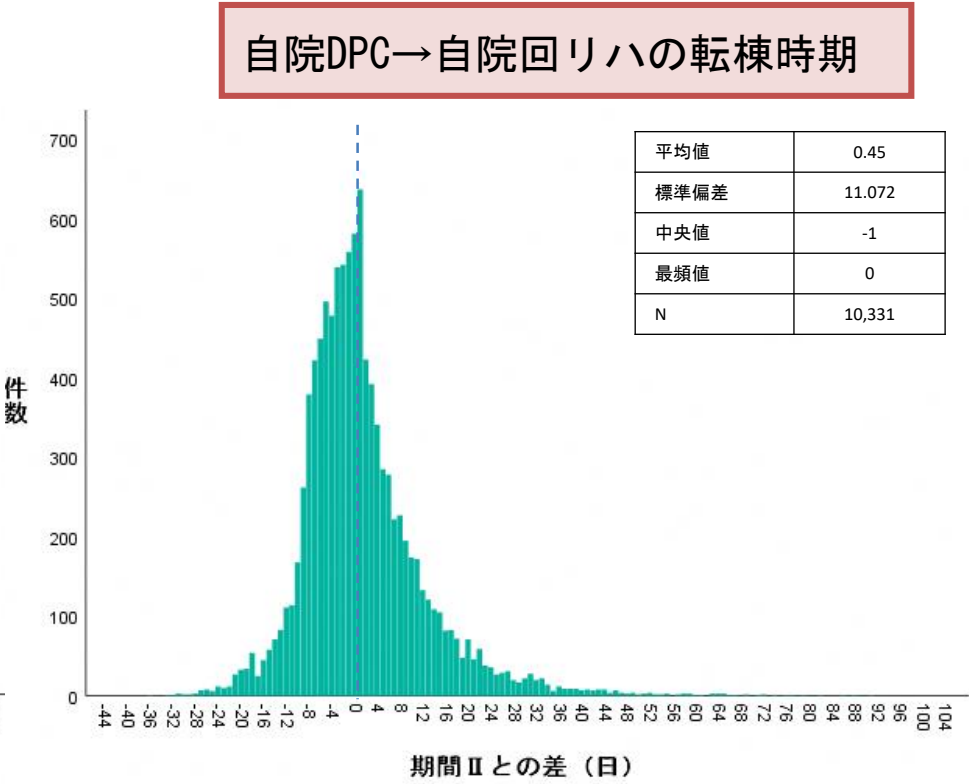
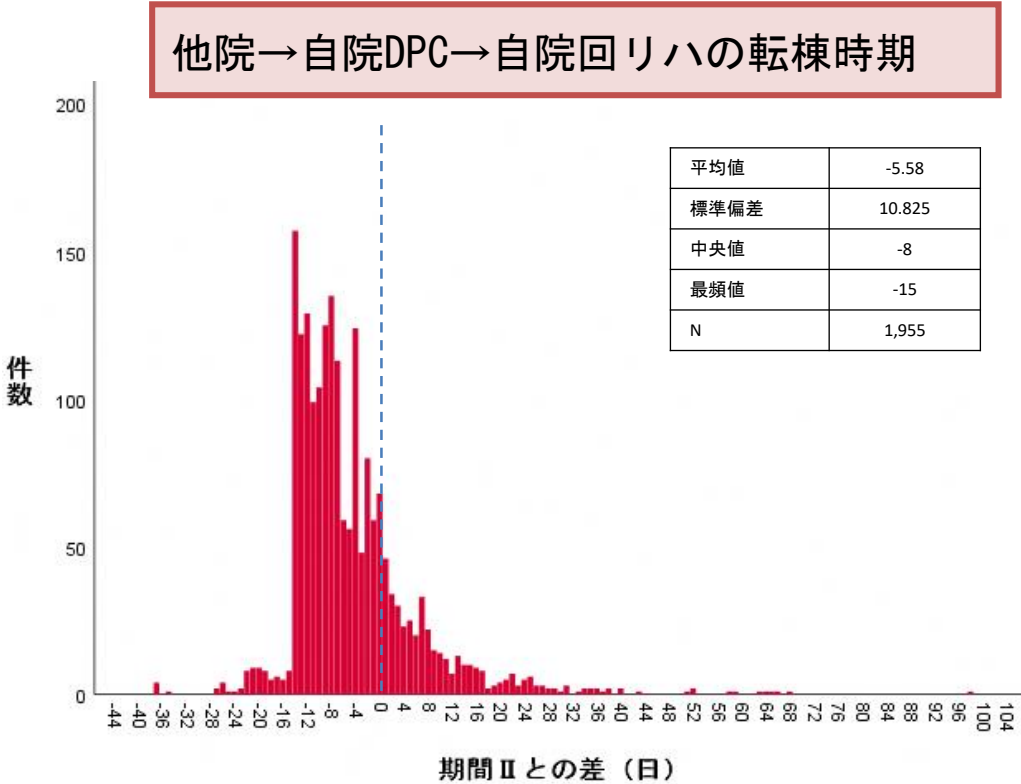
脳梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

- 脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。
- 他院から転院してきた症例では、入院期間Ⅰとの差が小さい症例が多かった。



脳梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

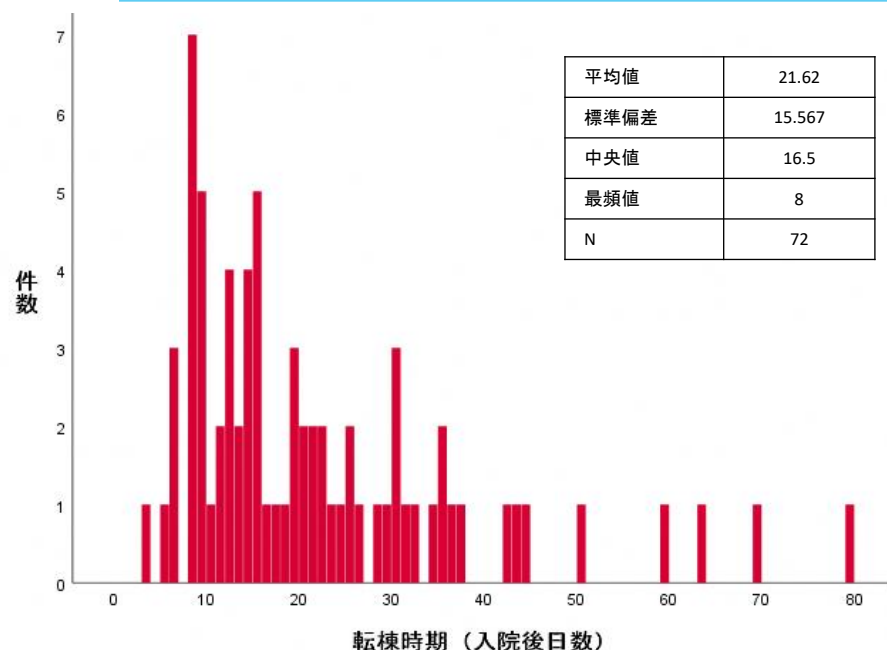
○ 脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。



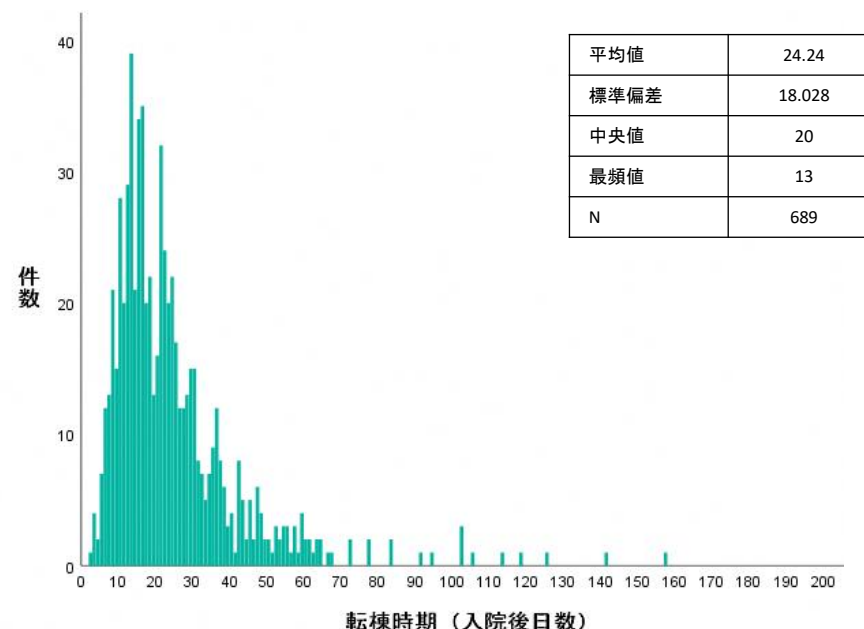
急性心筋梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）

- 急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



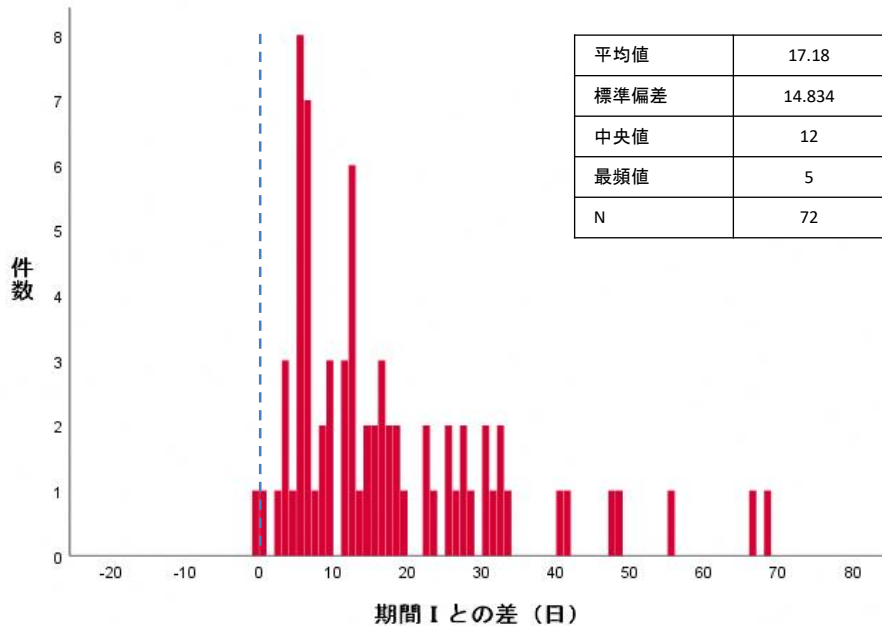
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



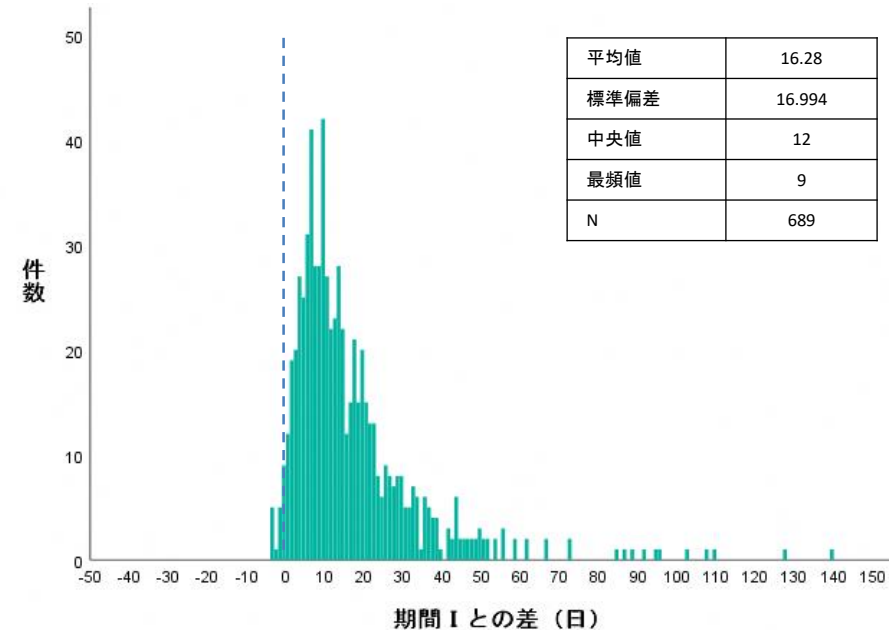
急性心筋梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への 転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

- 急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



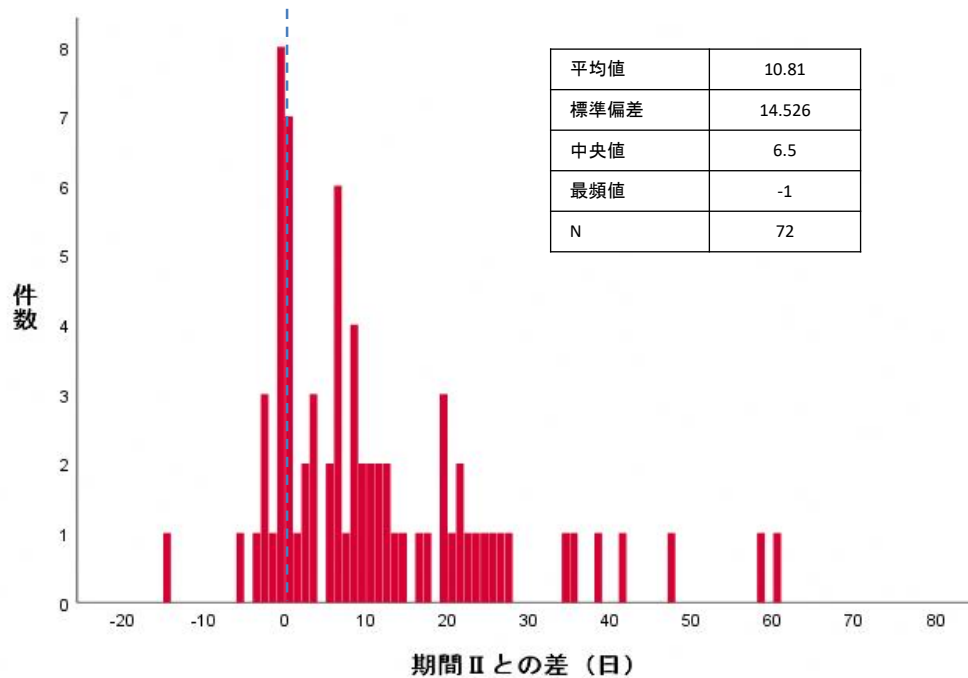
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



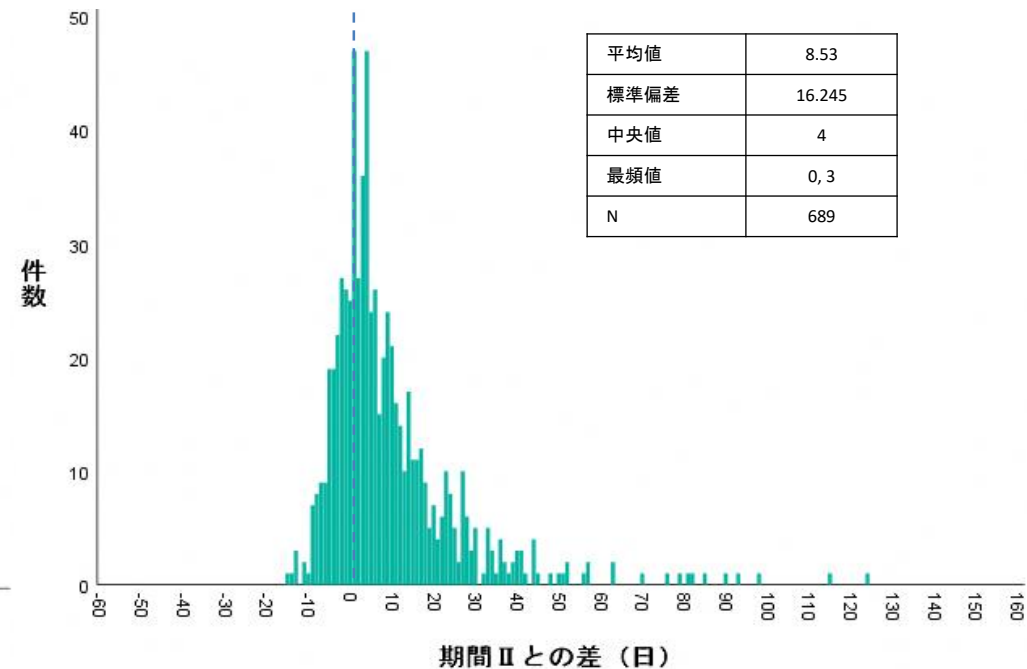
急性心筋梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への 転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

- 急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



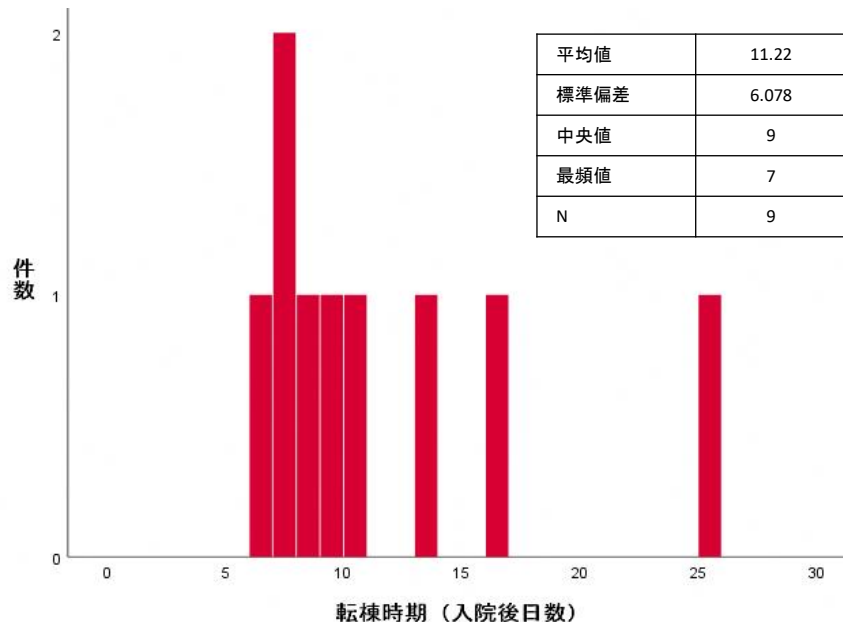
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



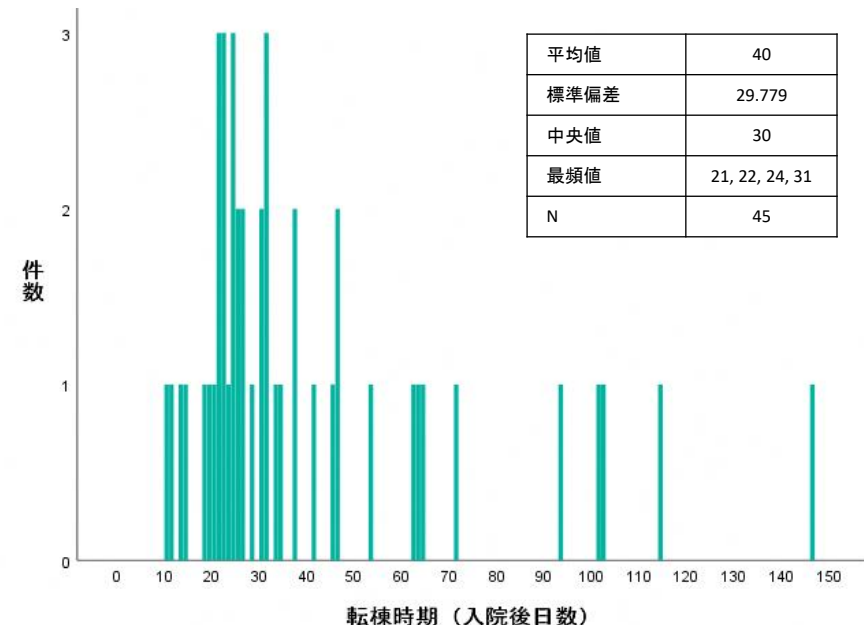
急性心筋梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）

- 急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



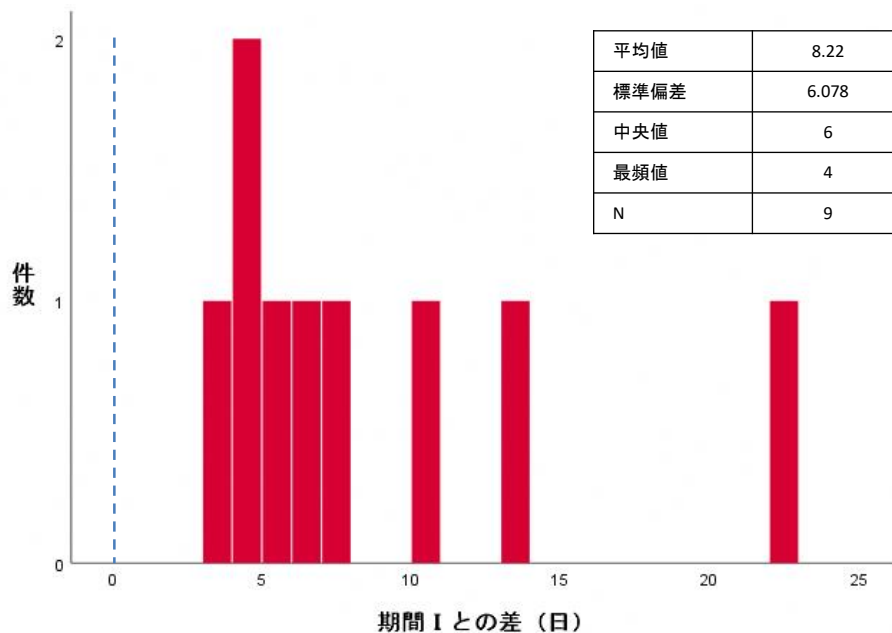
自院DPC→自院回リハの転棟時期



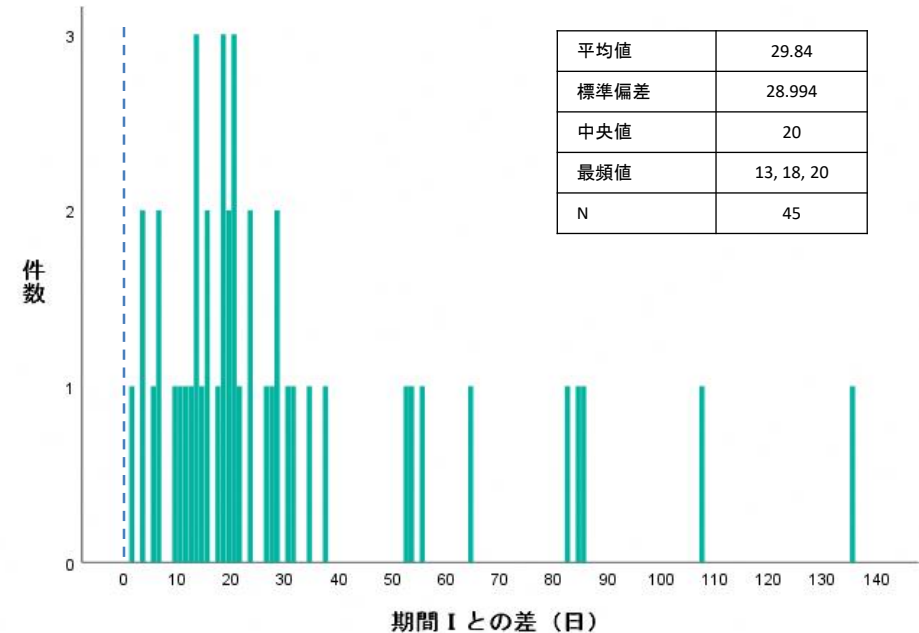
急性心筋梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への 転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

- 急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



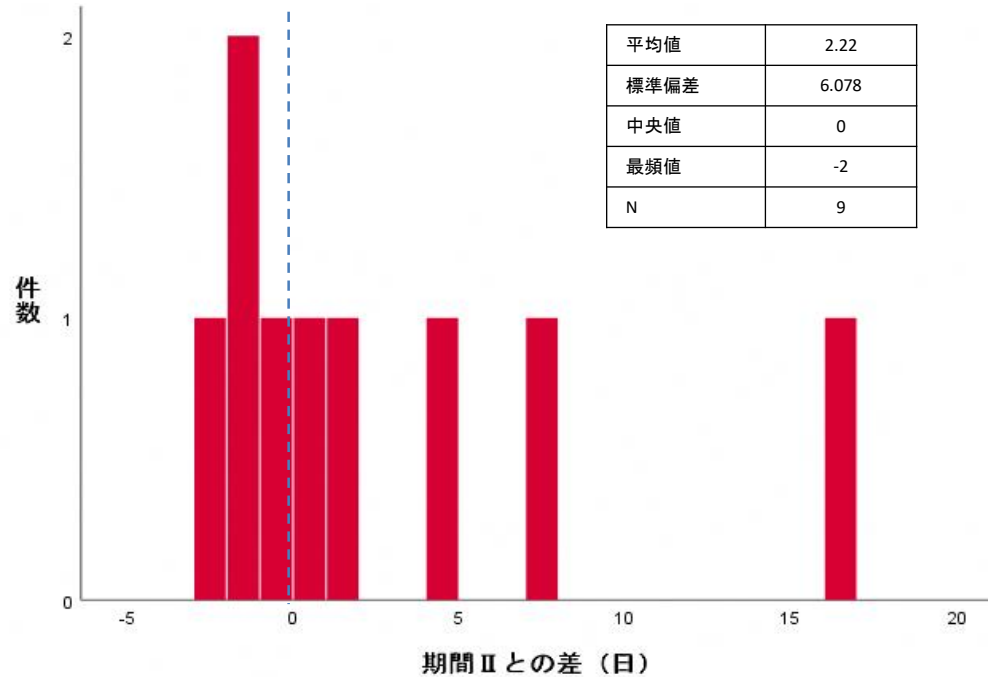
自院DPC→自院回リハの転棟時期



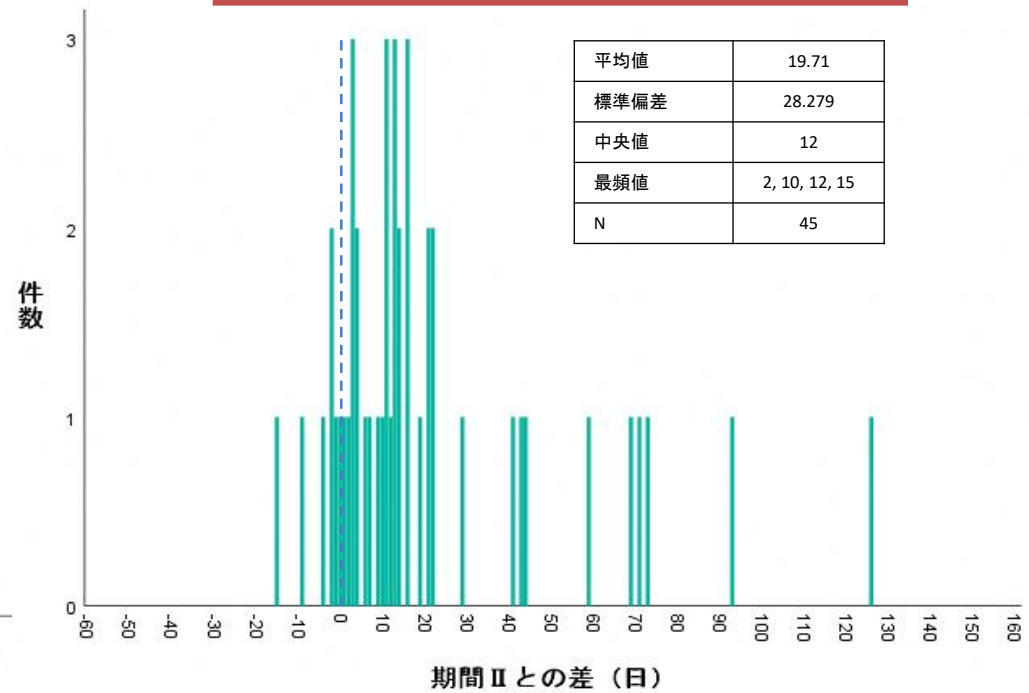
急性心筋梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への 転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

○ 急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



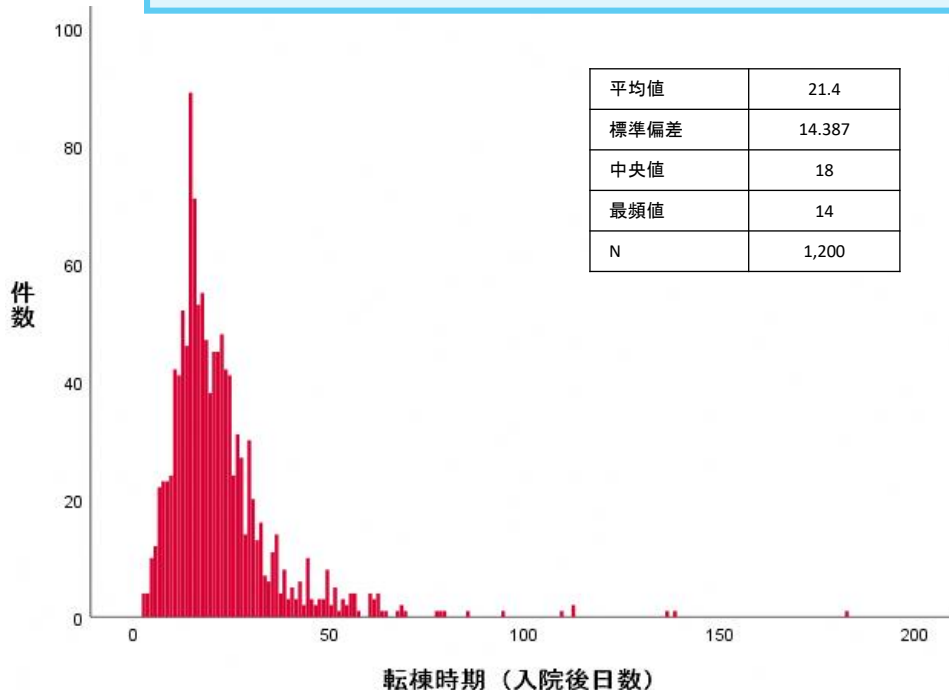
自院DPC→自院回リハの転棟時期



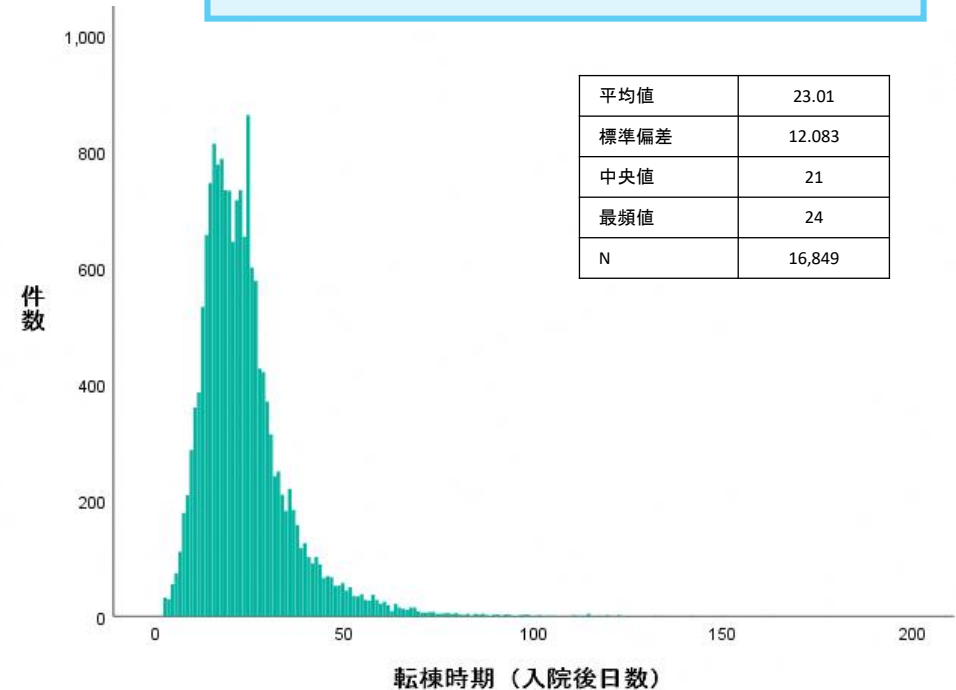
股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期(入院後日数)

- 股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期(入院後日数)と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期(入院後日数)は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



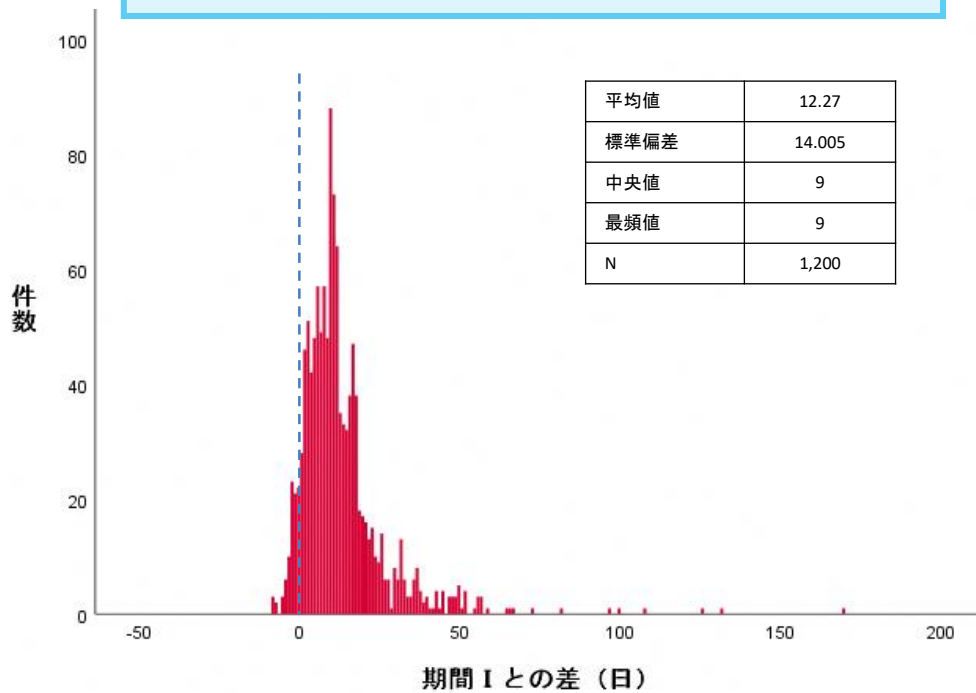
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



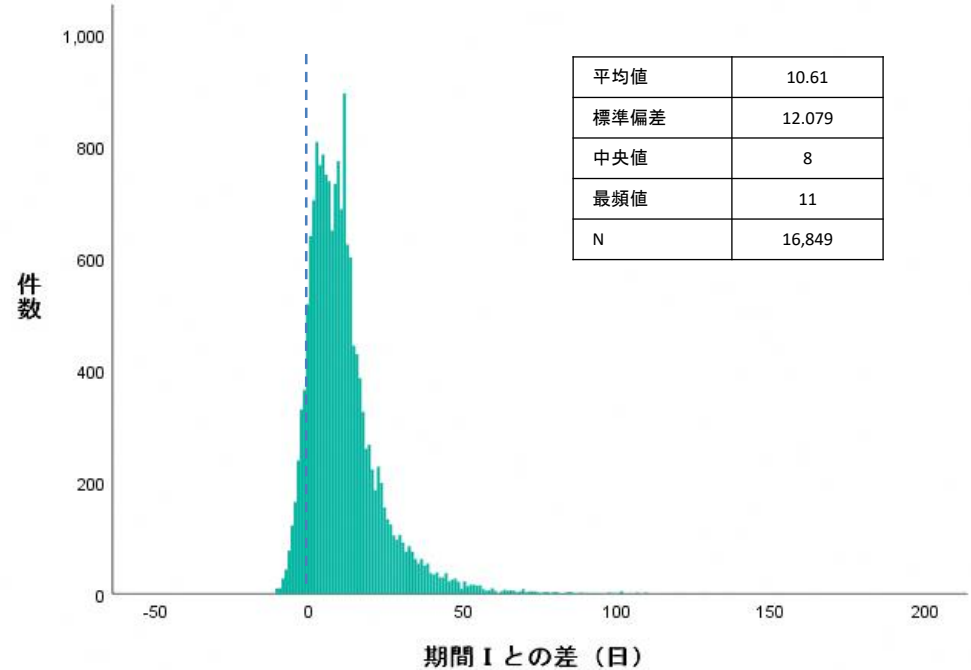
股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間 I との差）

- 股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間 I との差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間 I との差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



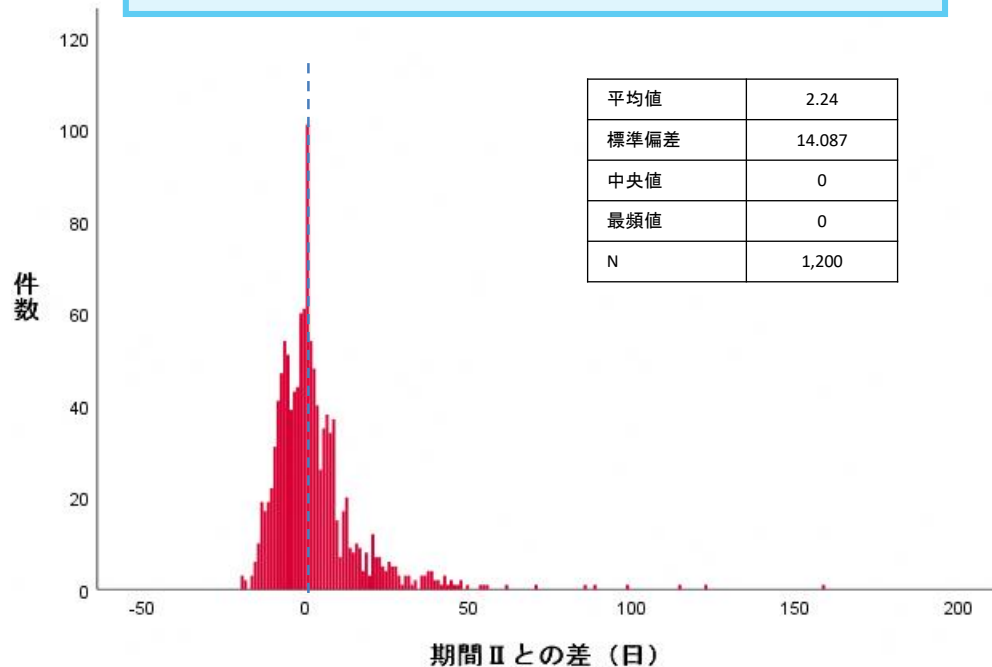
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



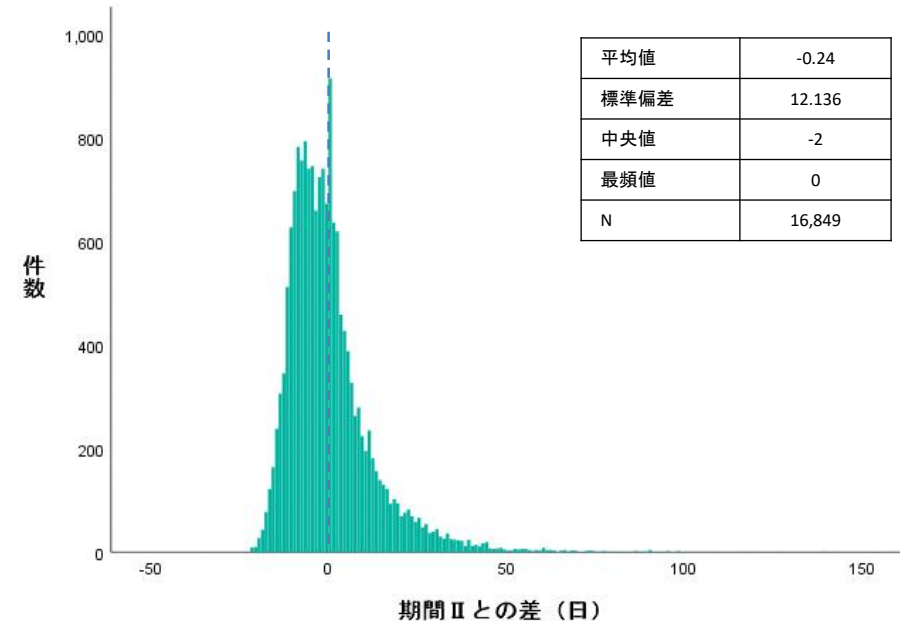
股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

- 股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



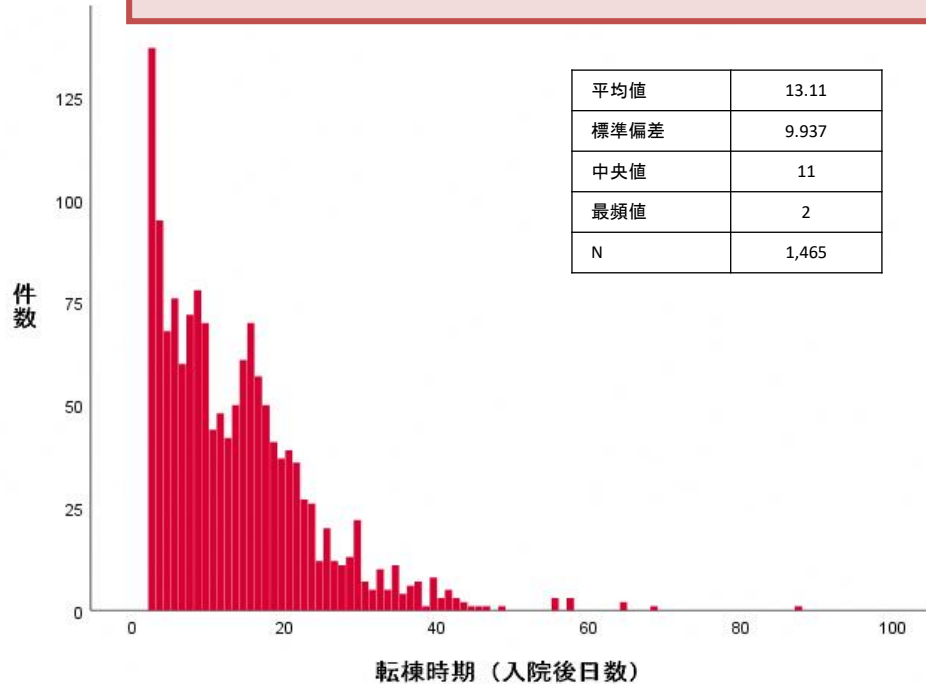
自院DPC→自院地ケアの転棟時期



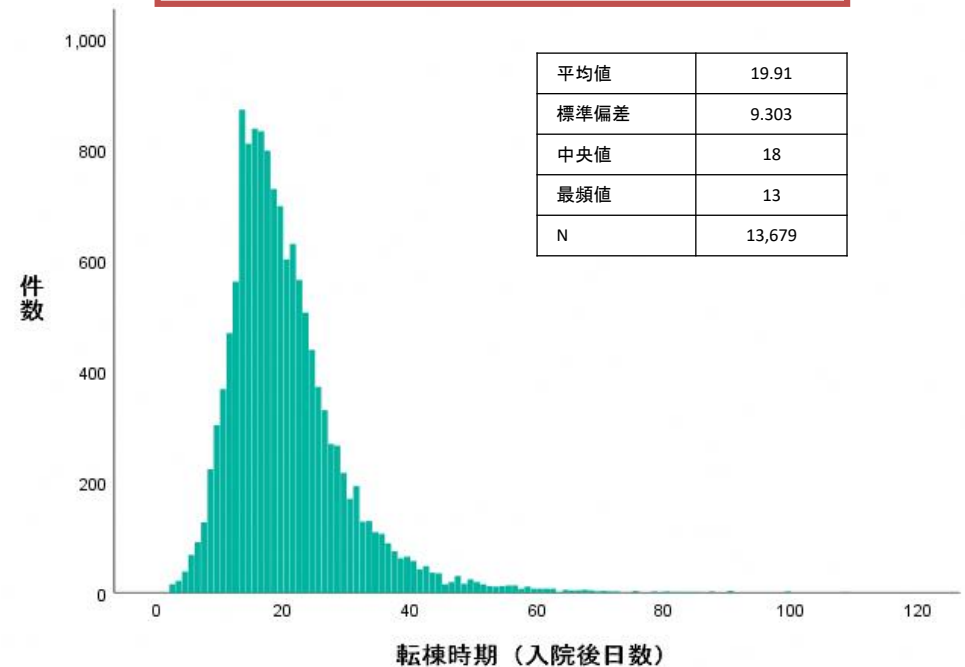
股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）

- 股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



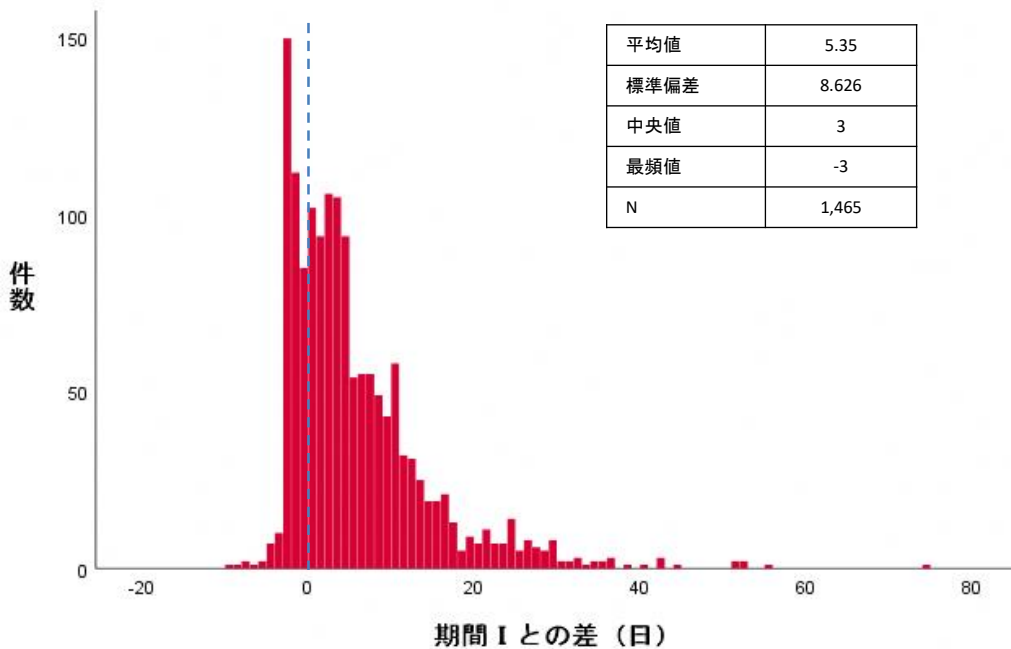
自院DPC→自院回リハの転棟時期



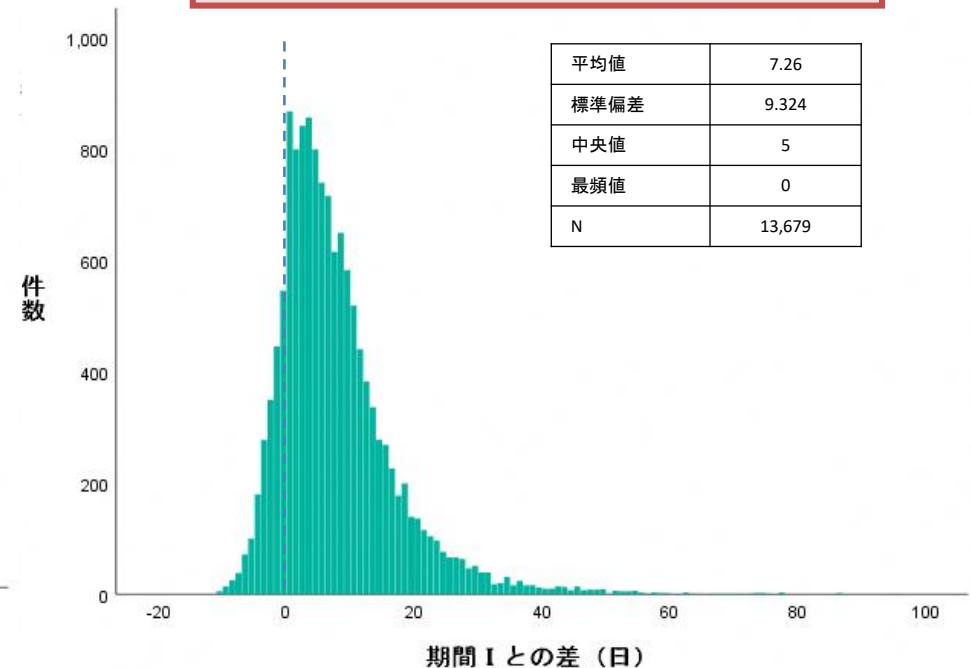
股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

○ 股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



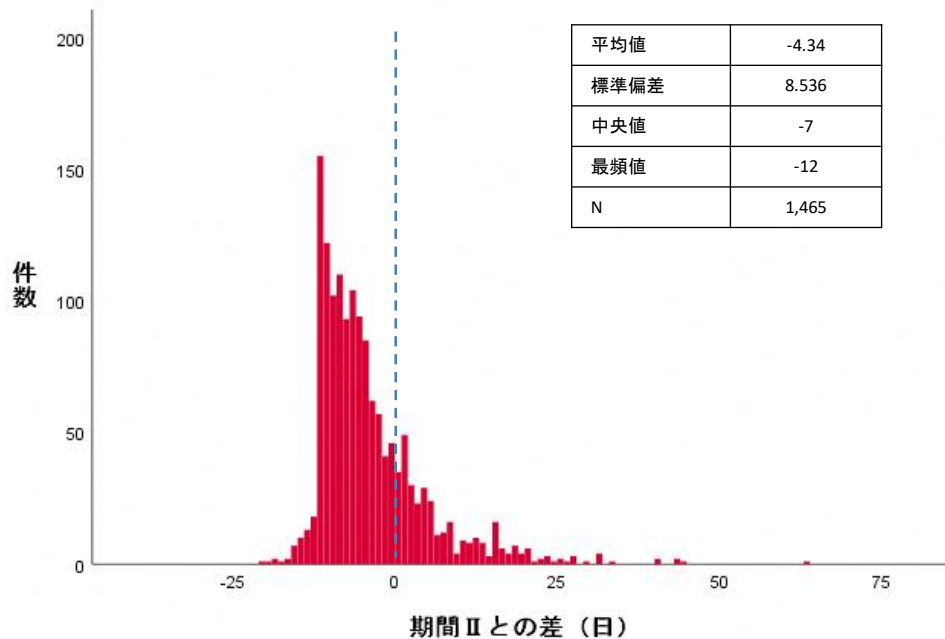
自院DPC→自院回リハの転棟時期



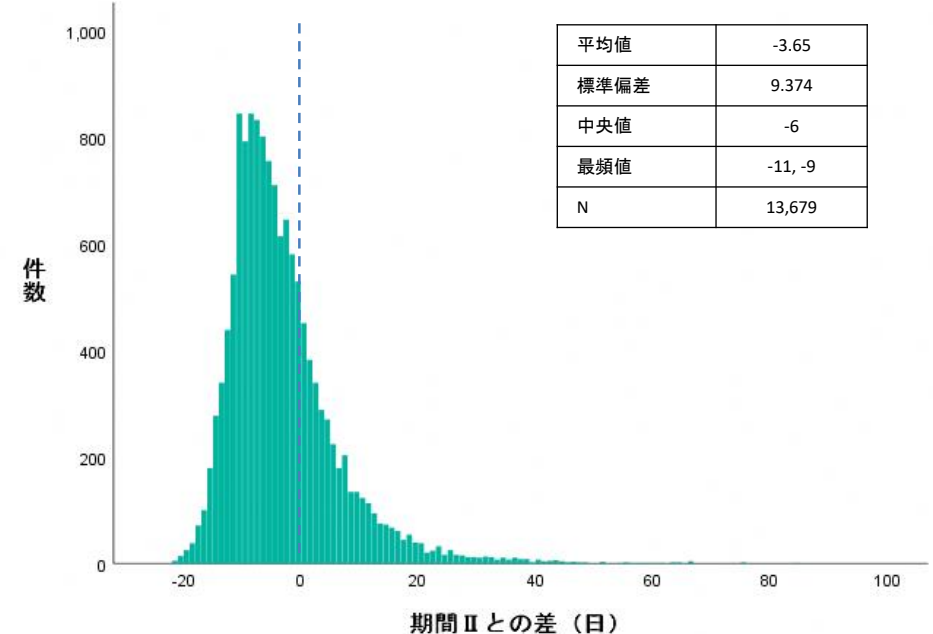
股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

- 股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期

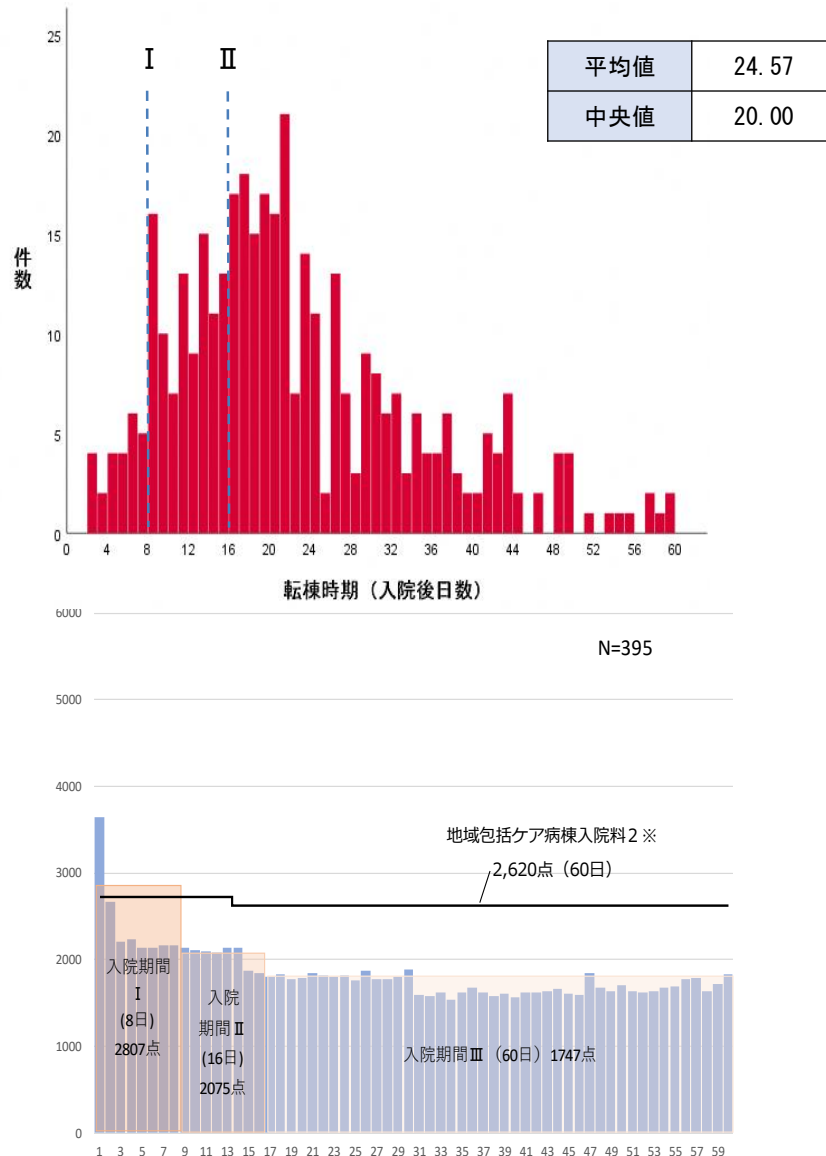


自院DPC→自院回リハの転棟時期



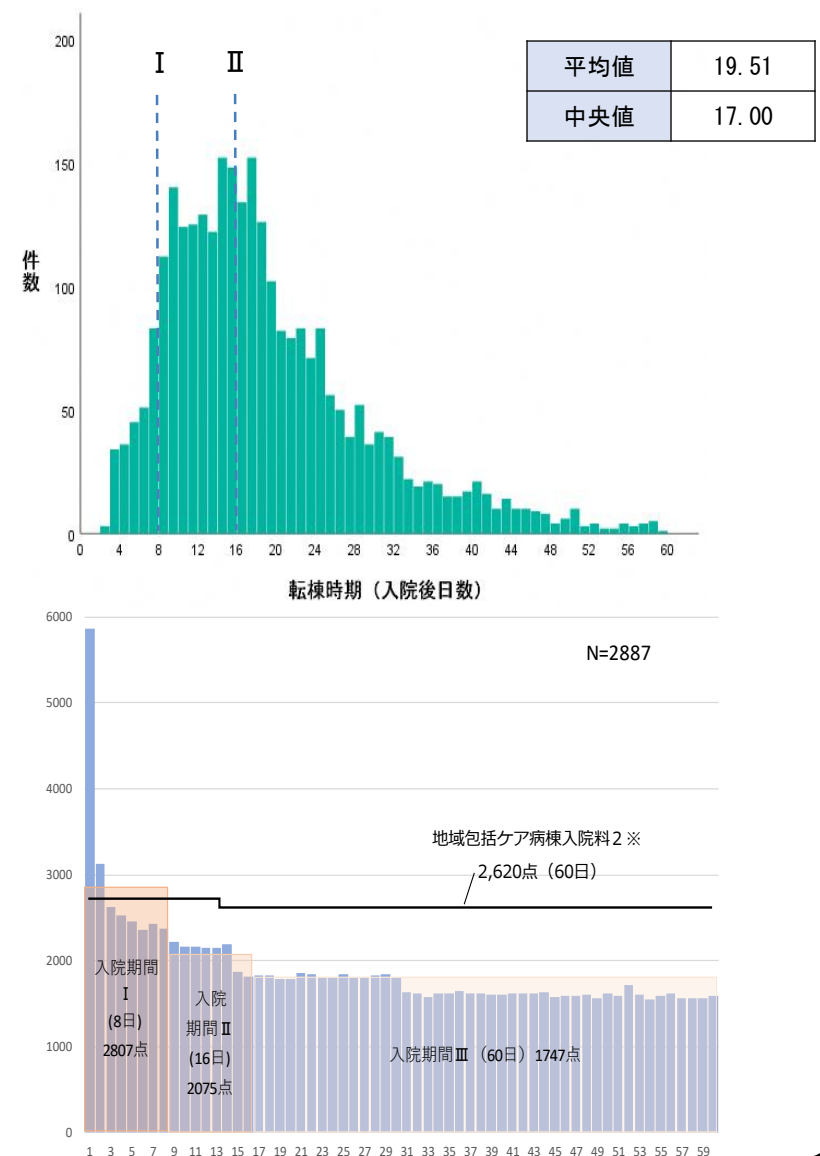
脳梗塞において症例数の多い診断群分類(010060xxCCPM02)の分析

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



出典：令和2年度DPCデータ

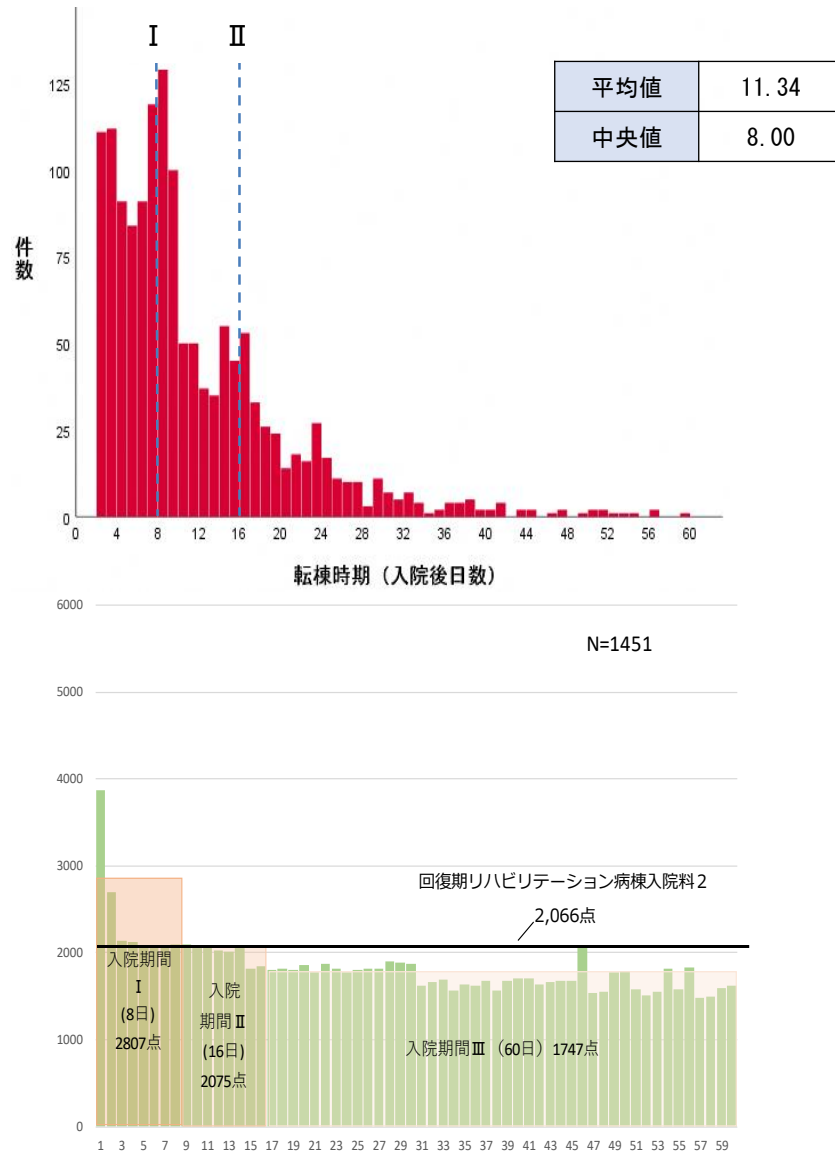
自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



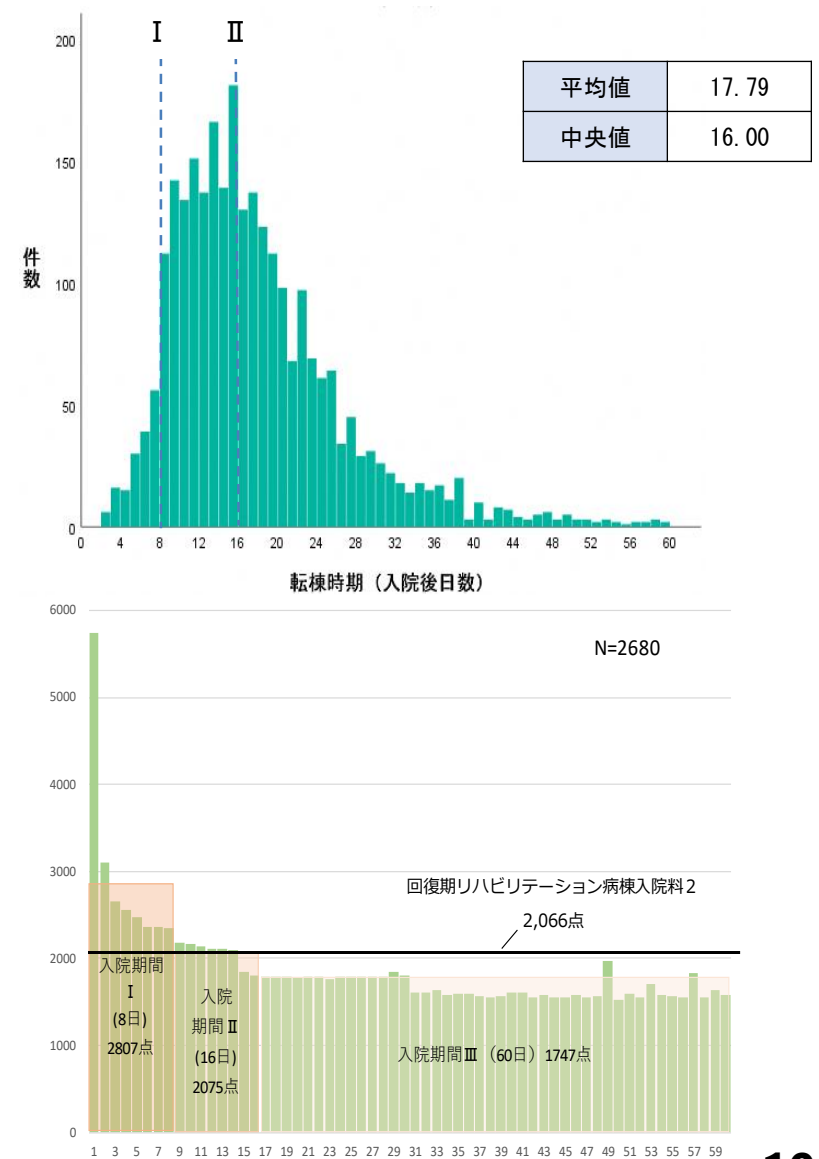
※ 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)

脳梗塞において症例数の多い診断群分類(010060xxCCPM02)の分析

他院→自院DPC→自院回りハの転棟時期、医療資源投入量

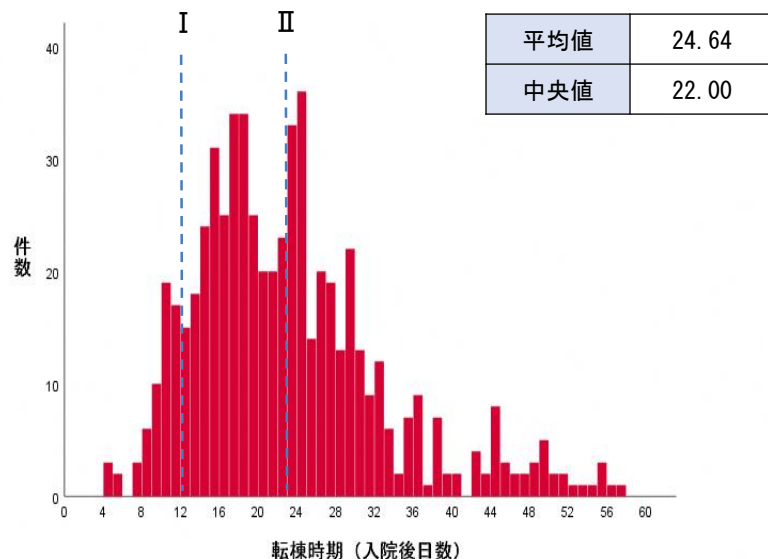


自院DPC→自院回りハの転棟時期、医療資源投入量

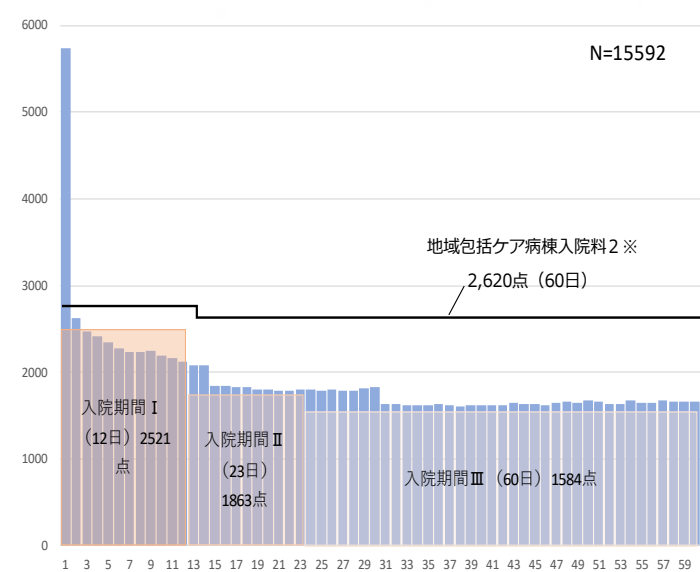
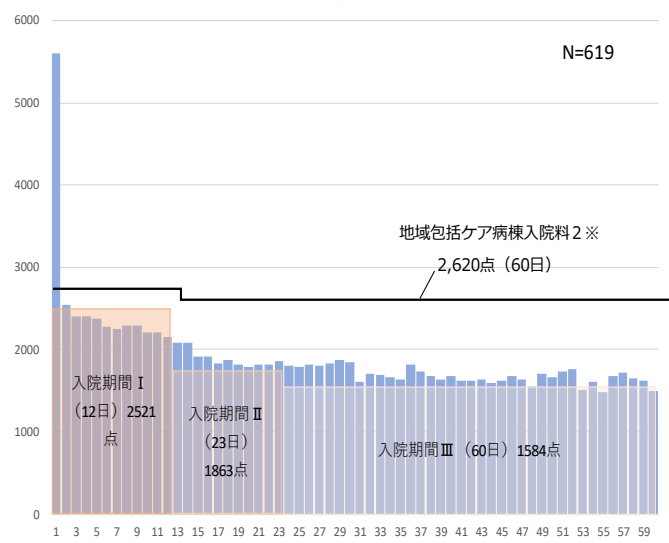
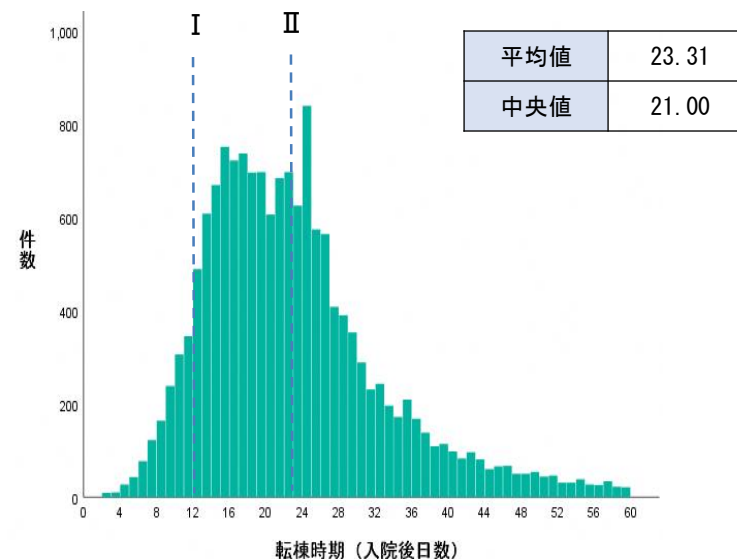


股関節・大腿近位の骨折において症例数の多い診断群分類(160800xx01xxxx)の分析

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量

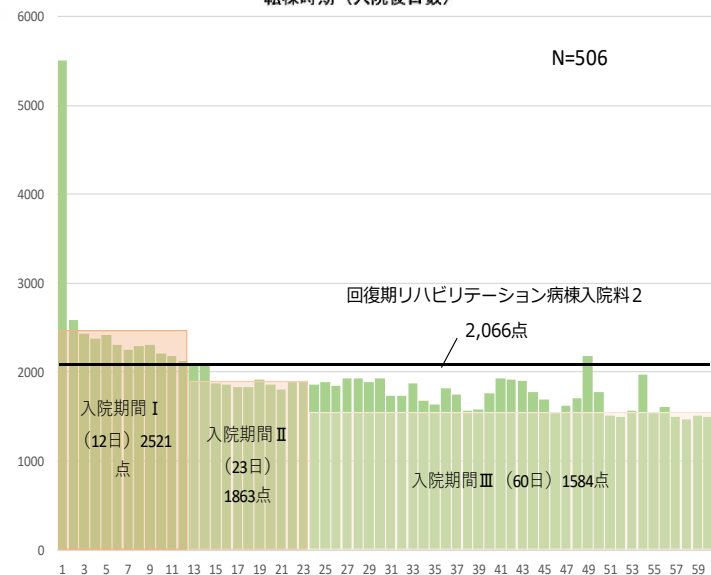
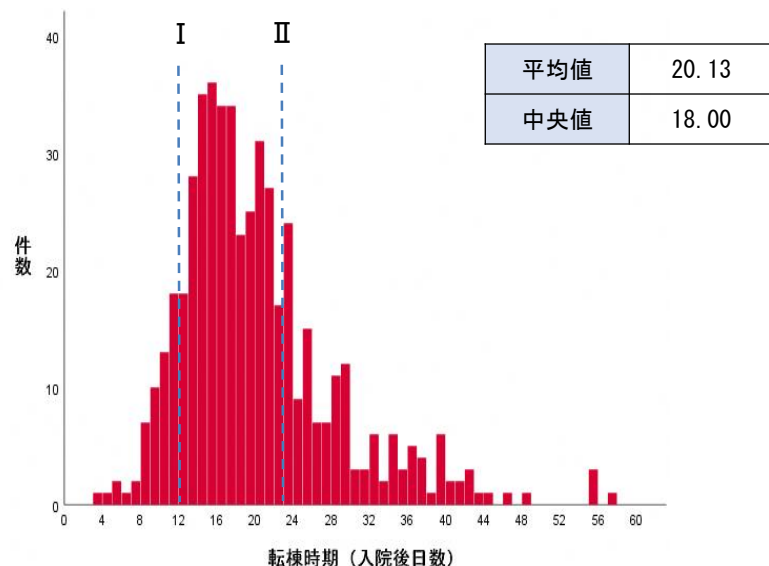


出典：令和2年度DPCデータ

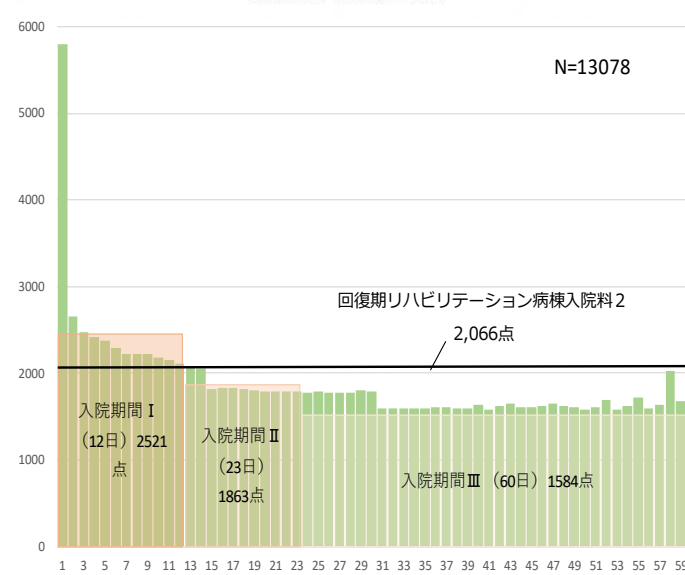
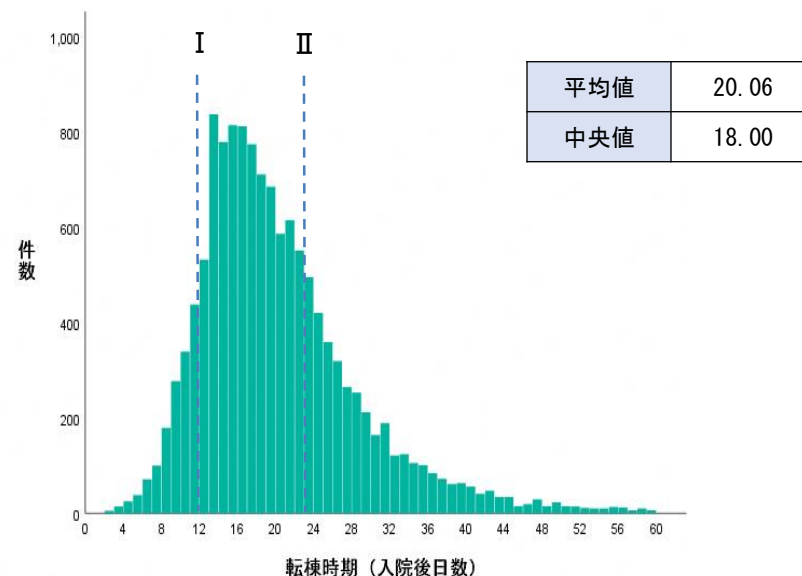
※ 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)

股関節・大腿近位の骨折において症例数の多い診断群分類(160800xx01xxxx)の分析

他院→自院DPC→自院回りハの転棟時期、医療資源投入量



自院DPC→自院回りハの転棟時期、医療資源投入量



- 1 DPC対象病院に係る検討について
- 2 医療機関別係数のフォローアップについて

2 医療機関別係数のフォローアップについて

- (1) 令和2年度診療報酬改定における対応と現状
- (2) 令和4年度診療報酬改定に向けた検討について

DPC/PDPSの見直し(概要)

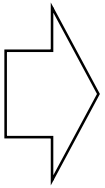
➤ **医療機関別係数**

平成30年度診療報酬改定において暫定調整係数の置き換えが完了し、医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、Ⅱ及び激変緩和係数の4項目となった。令和2年度診療報酬改定においては、基礎係数、機能評価係数Ⅰは従来の考え方を踏襲し、診療報酬改定を踏まえた見直しを行う。機能評価係数Ⅱについては、評価の実態等を踏まえ項目を見直す。

1. **基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続する。

2. **機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続する。

3. **機能評価係数Ⅱ**: 地域医療指数(体制評価指数)について、以下の見直しを行う。

現行		改定後
[地域医療指数の評価項目] ◆ 治験等の実施 ・10件以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成 ・20例以上の治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施		[地域医療指数の評価項目] ◆ 治験等の実施 ・<u>過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上</u> ・20例以上の治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施 ◆ 新型インフルエンザ対策(新設) ・<u>新型インフルエンザ患者入院医療機関</u>に該当

4. **激変緩和係数**: 診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度の1年間のみ)

➤ **診療実績等を踏まえた診断群分類点数表等の見直し**

直近の診療実績データや医科点数表の改定を踏まえ、診断群分類点数表等の見直しを行う。

➤ **DPC/PDPSの安定的な運用**

急性期の医療の標準化という観点とDPC/PDPSになじまない可能性のある病院の診療内容を分析するため、医療資源投入量等の指標について検討するとともに、書面調査やヒアリング等を通じて診療内容の実態についての分析を引き続き行う。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） 【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 （【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和4年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数：〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	〔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。

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 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。
カバー率指数	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕 ※ 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）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・ 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、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者

機能評価係数Ⅱの評価内容③(地域医療係数)

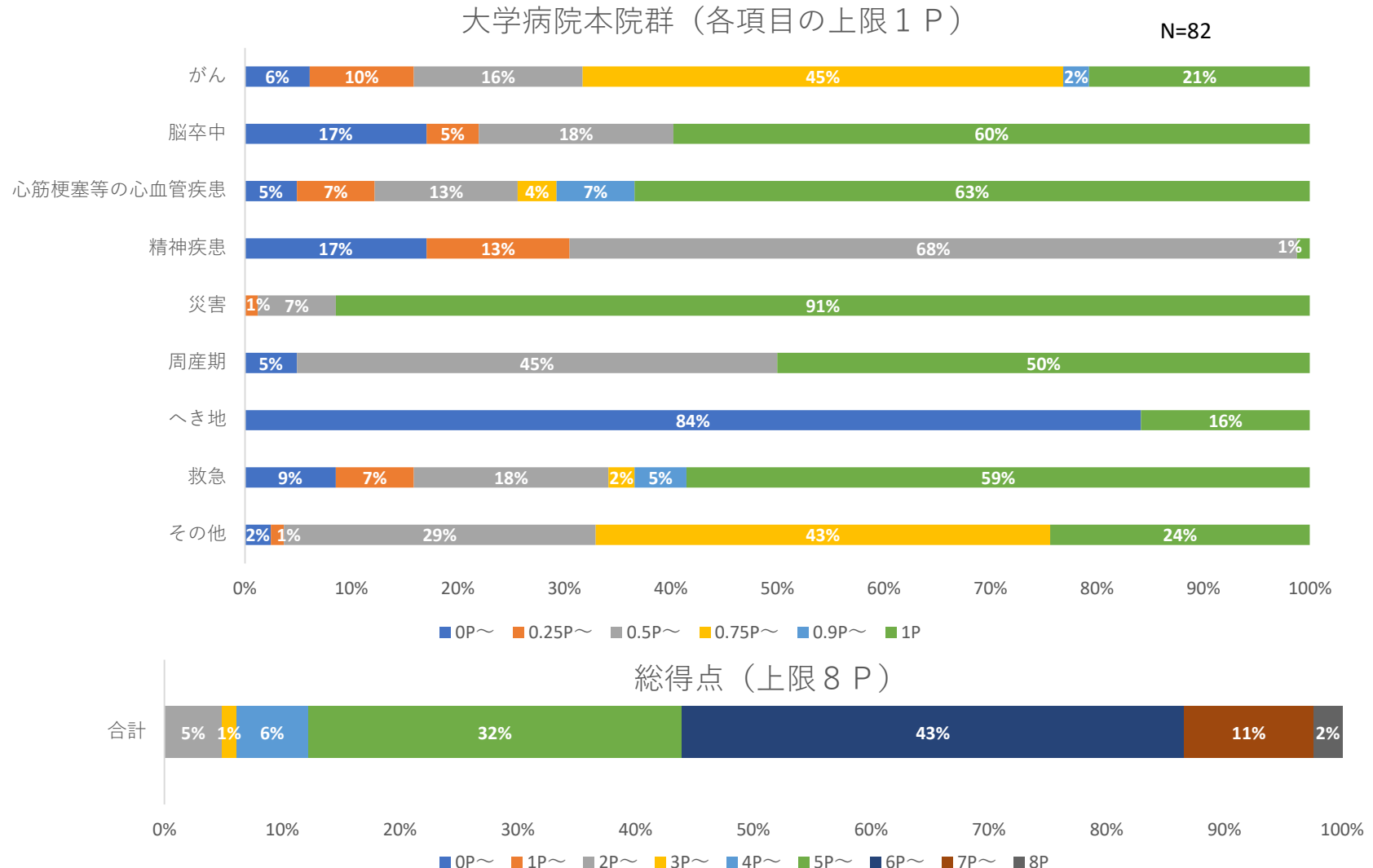
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612のいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	「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）		

機能評価係数Ⅱの評価内容④(地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・ BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P）		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）		・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P
救急	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)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合 1 P		①治験等の実施 ・ <u>過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）</u> ・ 20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。
	②新型インフルエンザ対策 ・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u>		

体制評価指数の状況(大学病院本院群)①

○ 大学病院本院群における、体制評価指数のポイントの取得状況及び総点数の状況は以下のとおりであった。総得点が、上限の8ポイントに達している割合は、2%であった。

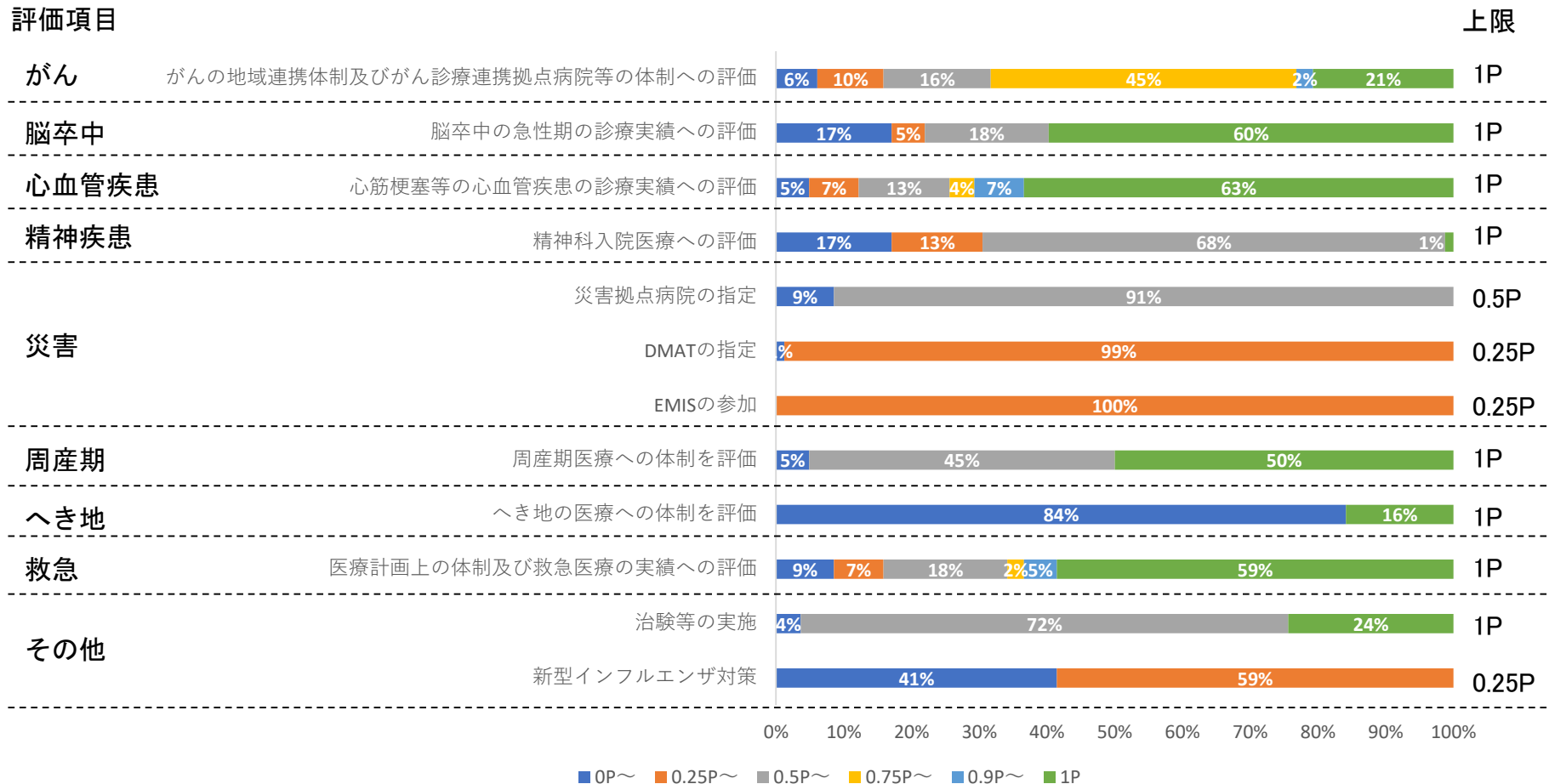


体制評価指数の状況(大学病院本院群)②

○ 各評価項目内の評価の状況は以下のとおりであった。

大学病院本院群

N=82

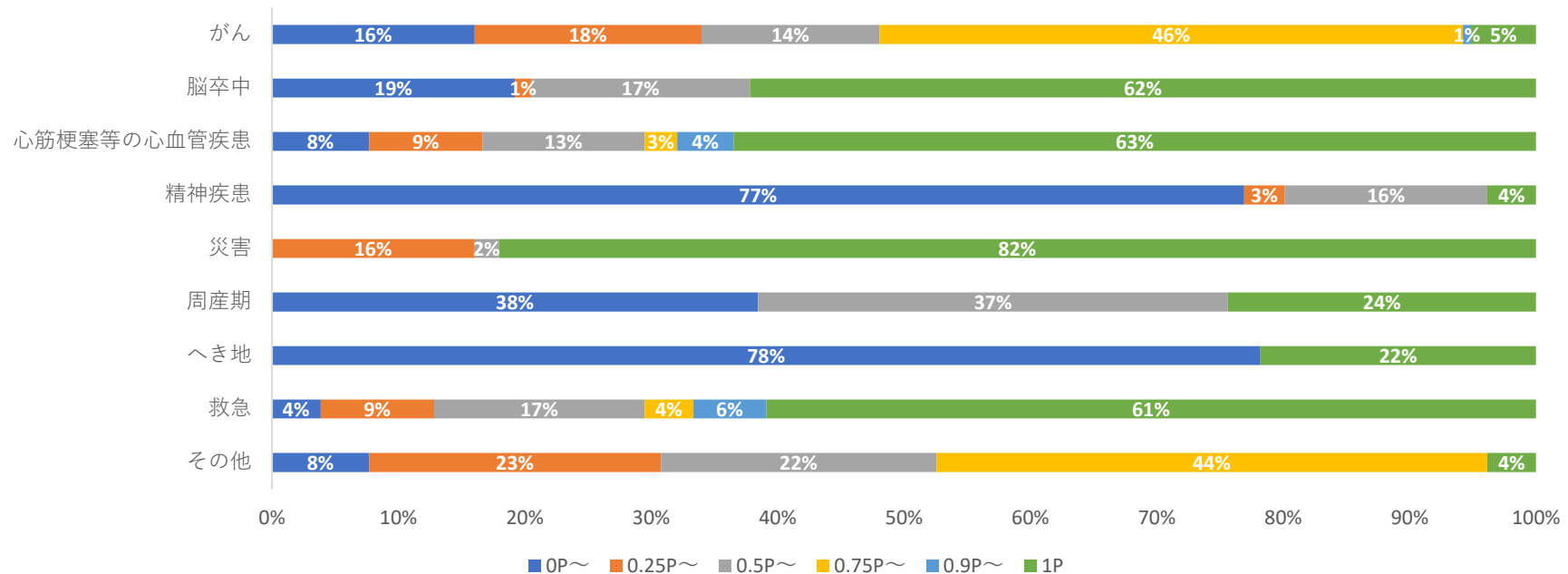


体制評価指数の状況(特定病院群)①

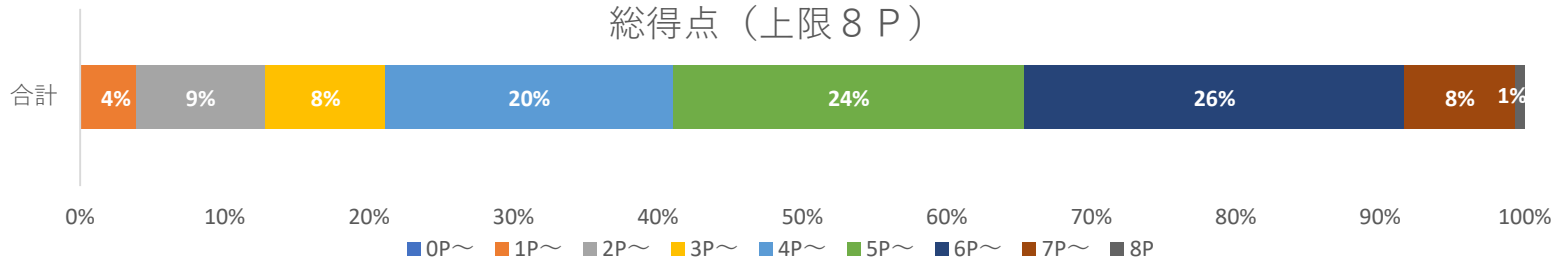
○ 特定病院群における、体制評価指数のポイントの取得状況及び総点数の状況は以下のとおりであった。総得点が、上限の8ポイントに達している割合は、1%であった。

DPC特定病院群（各項目の上限1 P）

N=156

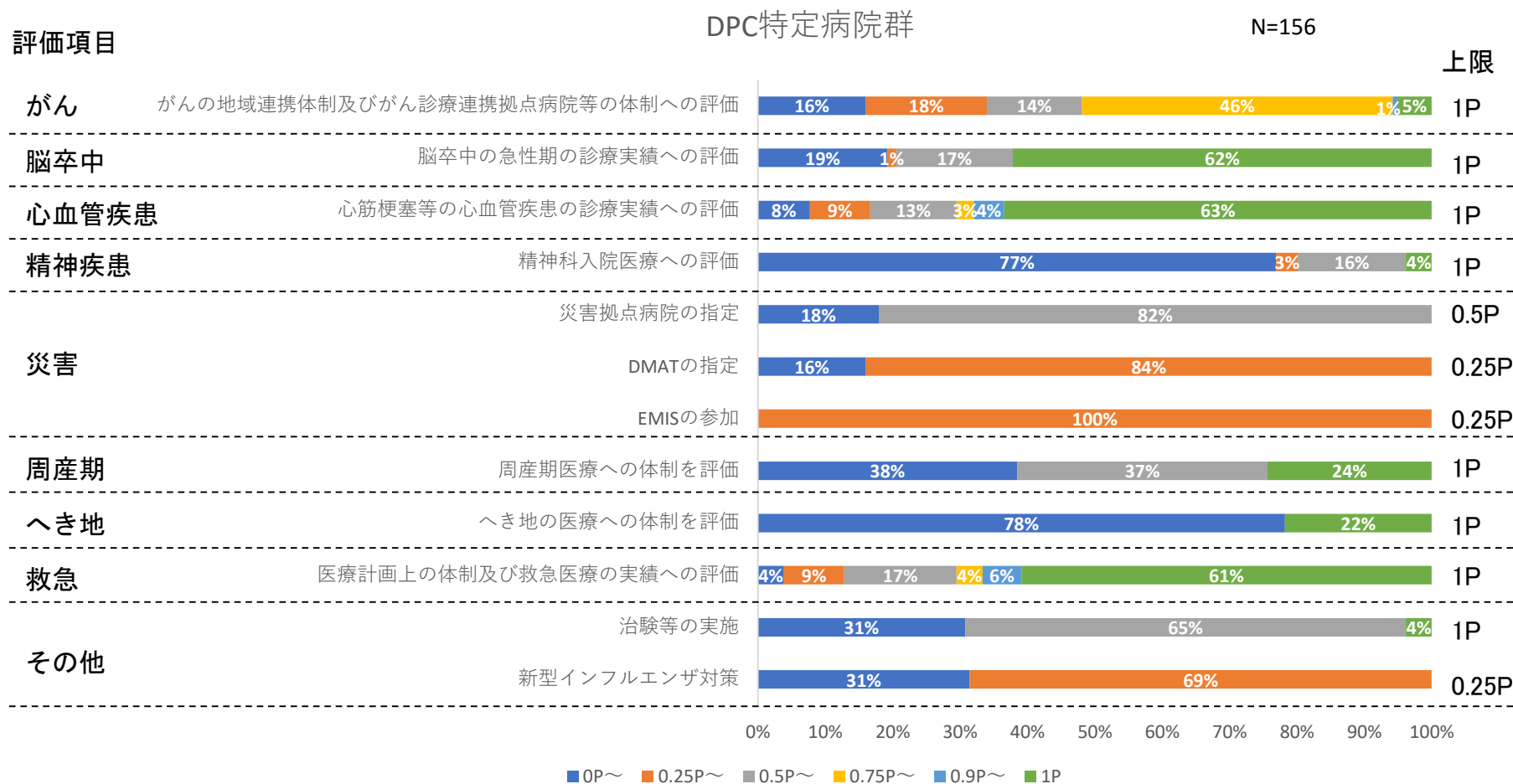


総得点（上限8 P）



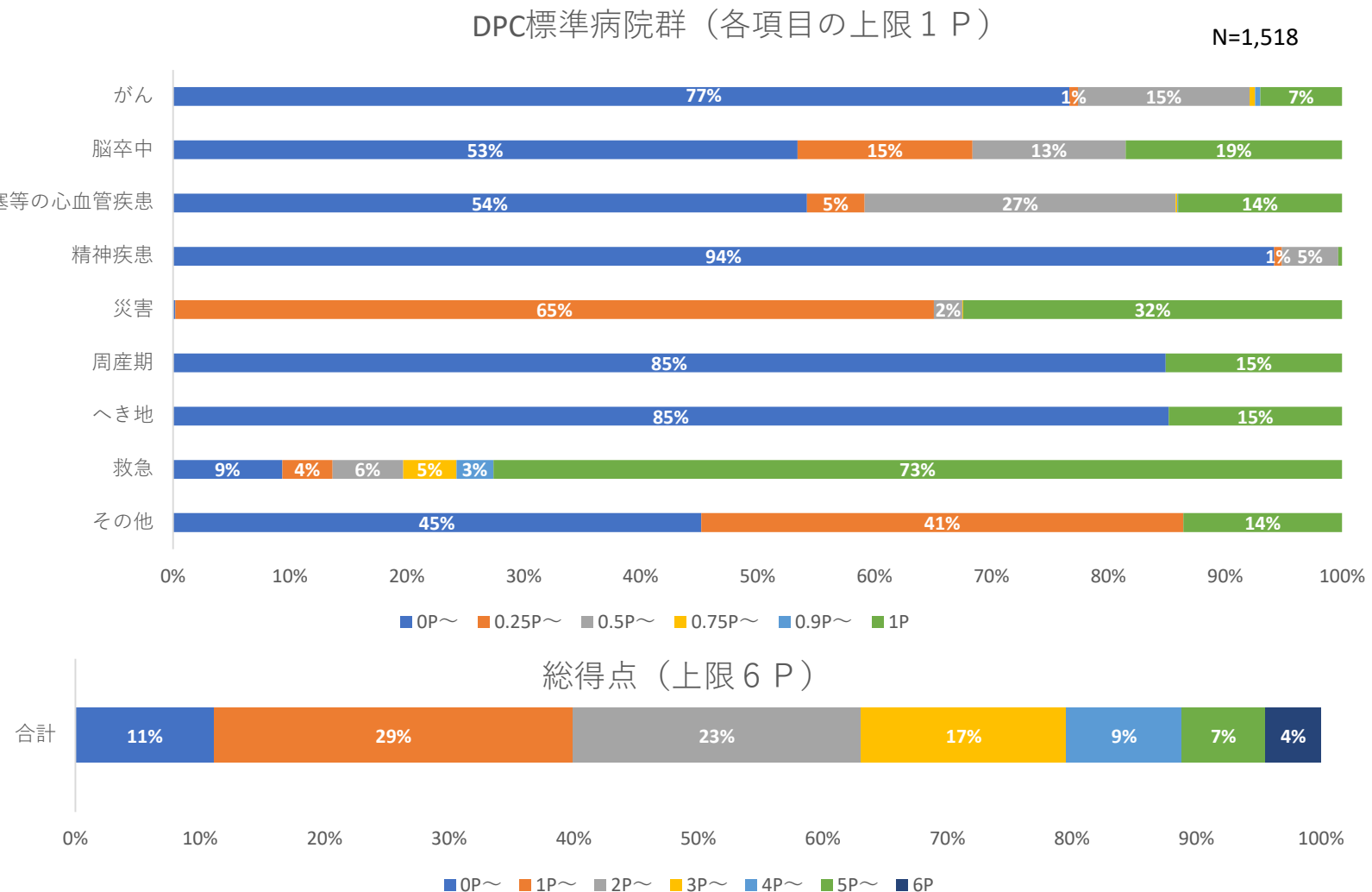
体制評価指数の状況(特定病院群)②

○ 各評価項目内の評価の状況は以下のとおりであった。



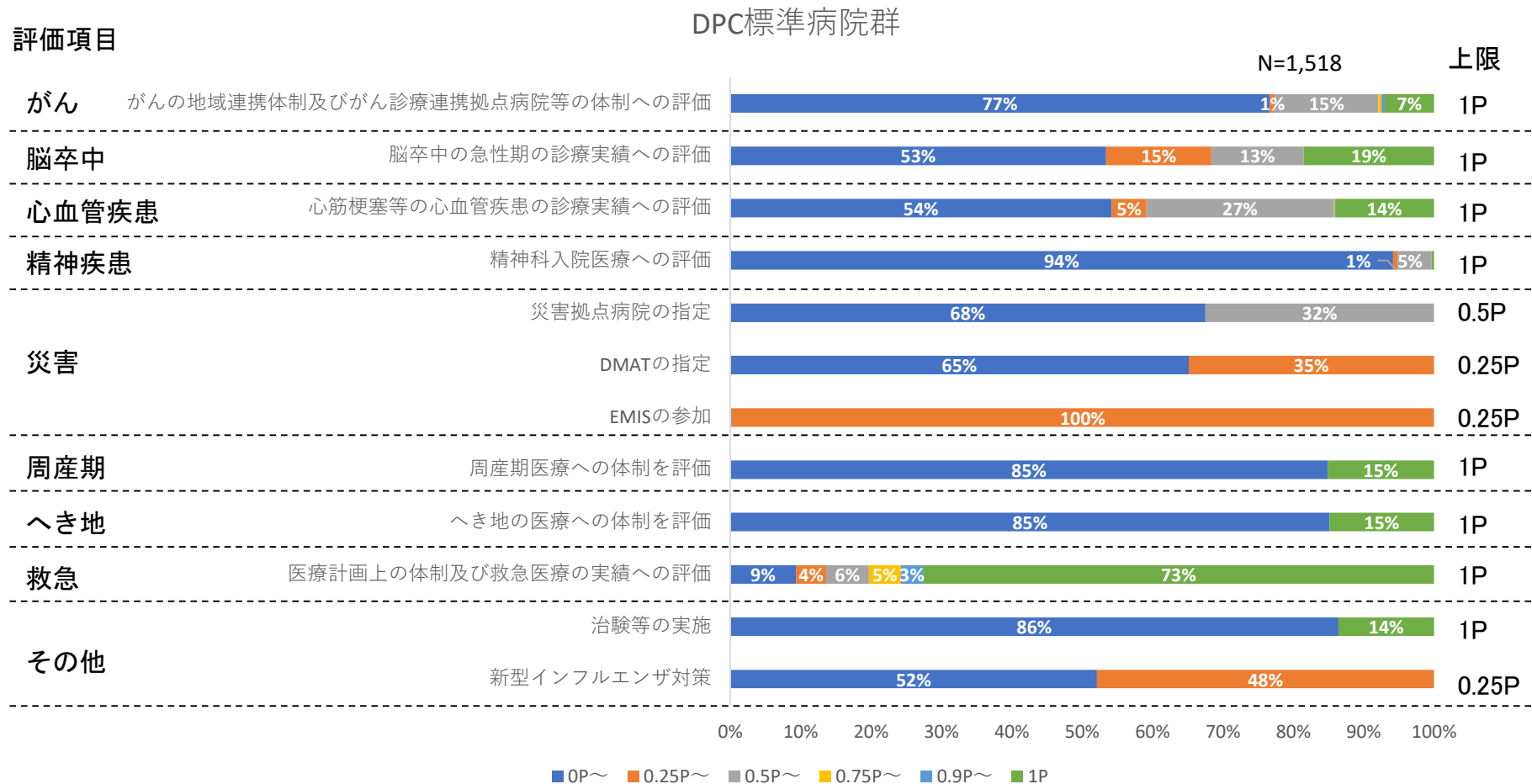
体制評価指数の状況(標準病院群)①

○ 標準病院群における、体制評価指数のポイントの取得状況及び総点数の状況は以下のとおりであった。総得点が、上限の6ポイントに達している割合は、4%であった。



体制評価指数の状況(標準病院群)②

○ 各評価項目内の評価の状況は以下のとおりであった。



2 医療機関別係数のフォローアップについて

- (1) 令和2年度診療報酬改定における対応と現状
- (2) 令和4年度診療報酬改定に向けた検討について
 - ① 「感染症」の医療について
 - ② 「へき地」の医療について
 - ③ 「災害」の医療について

体制評価指数

- 地域医療指数の体制評価指数においては、医療計画 5 疾病 5 事業等における急性期入院医療について、各項目毎の評価を行っている。
- 令和 3 年通常国会において成立した改正医療法においては、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を盛り込むこととしており、第 8 次医療計画（2024 年度～2029 年度）から「5 疾病 6 事業」となる見込みとなっている。

< 現行の評価項目 >

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

新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け

<改正の背景>

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

<改正の概要>

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
※ 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
クラスター発生時の対応方針の共有 など

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担 など
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

医療機関等情報支援システム(G-MIS*)について

*Gathering Medical Information System

全国の医療機関（病院、診療所）から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器（人工呼吸器等）や医療資材（マスクや防護服等）の確保状況等を一元的に把握・支援

必要な医療提供体制を確保

- 政府CIOポータルにおいて、各病院の稼働状況を可視化
- マスク等の物資の供給に活用
- 空床確保状況を、患者搬送調整に活用 等

【システム導入のメリット】

国民

【医療機関情報】

電話で確認する以外情報を得る方法はなかった

⇒ 政府CIOポータルから病院の稼働状況の閲覧が可能に

医療従事者

【報告】保健所へ電話等で報告

【支援】支援を得るのに時間を要した

⇒ パソコン等での報告により保健所への照会対応不要に

⇒ 医療資材等の支援を迅速に受けることが可能に

保健所・
都道府県・国

【保健所業務】

保健所が、医療機関に電話等で照会し、都道府県を通じて国に報告

⇒ 医療機関が直接入力することで、即時に集計され、自治体、国で共有可能に（保健所業務の省力化）

【情報共有】

情報共有に時間を要した

⇒ 迅速な入院調整、医療機器や医療資材の配布調整等が可能に

【医療機関の登録状況】

（令和3年9月24日現在）

登録医療機関数		
	病院	8,249
	診療所	30,381

【G-MIS入力画面イメージ】



【政府CIOポータル】



2 医療機関別係数のフォローアップについて

- (1) 令和2年度診療報酬改定における対応と現状
- (2) 令和4年度診療報酬改定に向けた検討について
 - ① 「感染症」の医療について
 - ② 「へき地」の医療について
 - ③ 「災害」の医療について

体制評価指数(へき地)

- 「へき地」は、現在の評価項目の1つであり、「へき地拠点病院の指定」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」に対し評価を行っている。

＜現行＞

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
へき地	「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）		

- 「へき地医療拠点病院」の目的、事業内容等については、「へき地保健医療対策等実施要綱」（令和3年4月26日医政発第26号医政局長通知）において、以下のとおり定められている。

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整の下に次に掲げる事業を行うものとする。

ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。

イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。

ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。

エ 派遣医師等の確保に関すること。

オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。

カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。

ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。

※ア、イ又はカのいずれかの事業は必須。

- また、「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件」は、以下のとおりとなっている。

【社会医療法人の認定について（「へき地医療」当該業務の実績に係る要件）】（指定要件）

へき地医療施設が病院の場合、1、2又は3の基準に該当すること。この場合において、医師の延べ派遣日数及び巡回診療の延べ診療日数について、同日同場所に派遣され又は巡回する医師が複数の場合には、複数の派遣又は巡回が適切な状況で行われているかどうかについて確認し、短時間である等必要と判断する場合には、単数による派遣又は巡回として取り扱うこと。

1. へき地に所在する診療所に対する医師の延べ派遣日数が53人日以上であること。

2. へき地における巡回診療の延べ診療日数が53人日以上であること。

3. へき地医療拠点病院に対する医師の延べ派遣日数が106人日以上であること、

かつ、当該へき地医療拠点病院からへき地診療所に対する医師の延べ派遣日数（当該病院から医師の派遣を受けて行われた当該へき地医療拠点病院から当該へき地診療所に対する医師の延べ派遣日数に限る。）が106人日以上であること、

又は当該へき地医療拠点病院のへき地における巡回診療の延べ診療日数（当該病院から医師の派遣を受けて行われた当該へき地医療拠点病院の当該へき地における巡回診療の延べ診療日数に限る。）が106人日以上であること。

体制評価指数の見直し(へき地)

- へき地医療拠点病院については、第7次医療計画の際に、へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要3事業）の回数については、年12回以上と数値目標が通知
(※) されている。 ※ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）
- また、数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要3事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在していることを踏まえ、「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を100%とする数値目標を設定するなど、更なる事業の推進について議論されている。

(1) - 1へき地医療拠点病院の主要3事業について

背景・現状

○へき地医療拠点病院の目的、事業内容等については「へき地保健医療対策等実施要綱」（平成30年3月29日医政発0329第12号医政局長通知）により、以下のとおり定められている。

へき地保健医療対策等実施要綱（抄）

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整の下に次に掲げる事業を行うものとする。

- ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
 - イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
 - ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。
 - エ 派遣医師等の確保に関すること。
 - オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
 - カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
 - キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。
 - ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。
- ※ア、イ又はカのいずれかの事業は必須（以下必須事業とする）。

- 第7次医療計画の際にへき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要3事業）の回数については、年12回と数値目標を通知※で示している。
- ※ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）別表11
- 第13回医療計画の見直し等に関する検討会にて、「へき地医療拠点病院の主要3事業を推進するためにどのような対応が必要か」と論点を出されているところ。
- 数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要3事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在している。

へき地医療拠点病院の3事業の実施状況（現況調査における平成29年度実績）

	主要3事業				参考	
	巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	主要3事業合計 (年12回以上) 【A】	ICTによるへき地医療の診療支援【B】	【A】又は【B】
実施 施設数	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	206(65.2%)	94(29.7%)	234(74.1%)
未実施 施設数	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	110(34.8%)	222(70.3%)	82(25.9%)
計	316	316	316	316	316	316

※「主要3事業の実施回数が年0回」かつ「ICTによるへき地医療の診療支援を実施していない」施設数は、50施設（15.8%）となっている。

(1) - 2 ヘき地医療拠点病院の主要3事業について

基本的な考え方

- 良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、へき地医療拠点病院の中で主要3事業※の年間実績が合算で12回以上の医療機関を増やして行くことが望ましい。
- 少なくともへき地医療拠点病院の必須事業※の実施回数が年間1回以上の医療機関を増やしていくことが望ましい。

見直しの方向性(案)

- 「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標として提示し、まずはへき地医療拠点病院の主要3事業の推進を促してはどうか。
- 現況調査における平成29年度実績で、必須事業のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が直近の現状を確認するよう指針に明示してはどうか。

※主要3事業：へき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣

※必須事業：へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている事業（下記）

ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。

イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。

カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

2 医療機関別係数のフォローアップについて

- (1) 令和2年度診療報酬改定における対応と現状
- (2) 令和4年度診療報酬改定に向けた検討について
 - ① 「感染症」の医療について
 - ② 「へき地」の医療について
 - ③ 「災害」の医療について

体制評価指数(災害)

- 「災害」は、現在の評価項目の1つであり、「BCPの策定有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定」、「DMATの指定」及び「EMISへの参加」に対し評価を行っている。

<現行>

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・ BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P）		

- このうち、「災害拠点病院の指定」については、平成30年度診療報酬改定に向けたDPC評価分科会において検討されたが、災害拠点病院においてもBCPの策定率が100%ではないことから、評価を「BCPの策定有無別」によって評価の差を設けることについて議論が行われた。
- その際、災害拠点病院の要件には既に「BCP策定」が組み込まれていることを踏まえるべきといったご意見があったことも踏まえ、「平成31年以降の評価導入を検討」という条件のもと、現行の評価項目となった。
- その後、令和元年の調査において、災害拠点病院におけるBCPの策定率は100%となったことが確認されている。
- 災害拠点病院において、BCP策定率が100%となっている一方、災害拠点病院以外の病院においても、全ての医療機関において、「BCPの策定に努めること」とされているが、平成30年の調査において、全医療機関におけるBCP策定率は約25%に留まっており、「将来的には全医療機関において策定されることが望ましい」とされ、更なる策定率向上が求められている。

医療機関におけるBCP策定の現状①

第23回救急・災害医療提供体制
等の在り方に関する検討会
令和3年2月3日

資料
2

- 平成24年3月の通知において、災害時における医療体制の充実強化として、全医療機関及び都道府県に対して以下のように依頼。（平成24年3月21日 医政発0321第2号）

「医療機関は自ら被災することを想定して**災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたい**こと。また、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。なお、**都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。**」

- 平成25年9月の通知において、「病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル」について、情報提供するとともに周知を依頼。（平成25年9月4日 医政指発0904第2号）
- 平成29年3月の通知において、災害拠点病院の指定要件として、「被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行っていること」を追加。（平成29年3月31日 医政発0331第33号）
- 令和元年6月の通知において、災害拠点精神科病院の指定要件として、「被災後に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）が整備されていること」と規定。（令和元年6月20日 医政発0620第8号 障発0620第1号）
- 令和2年4月の通知の周産期医療の体制構築に係る指針において、総合・地域周産期母子医療センターの指定要件として、「（令和4年3月までに）被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）を策定していること」を追加。（令和2年4月13日 医政地発0413第1号）

医療機関におけるBCP策定の現状②

第23回救急・災害医療提供体制
等の在り方に関する検討会
令和3年2月3日

資料
2

- 近年の大規模災害や、今般の新型コロナウイルス感染症のクラスターの発生により、病院機能の低下が見られることから、医療機関におけるBCPの重要性はさらに増しているところ。
- 災害対応BCPと感染症対応BCPでは、「事業継続方針」、「被害の対象」、「地理的な影響範囲」、「被害の期間」、「災害発生と被害制御」及び「事業への影響」が異なっていることから、別途、「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」（新型インフルエンザ等及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議（平成30年6月21日一部改正））並びに「新型インフルエンザ等発生時診療継続計画作りの手引き」及び「平成25年政府行動計画・ガイドラインを踏まえた「医療機関における新型インフルエンザ等対策立案のための手引き」（平成25年9月暫定1.1版）」が示されているところ。
- 災害対応BCPについては、平成25年に「BCPの考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き」を作成し周知を図っている。
平成30年12月1日時点の全病院における策定率については、25.0%となっているが、将来的には全医療機関において策定されることが望ましいところである。
- 厚生労働省として、BCP策定率の向上のため平成29年度より、BCP策定研修を実施。（これまでに、合計20回開催、599医療機関、1169名受講、令和2年4月現在）