

平成 27 年度特別調査（ヒアリング）の実施について

1. 概要

平成 26 年 12 月 3 日中医協基本問題小委員会において、委員より指摘を受けた点に関して、DPC 評価分科会において平成 27 年 1 月 26 日、3 月 23 日に再度議論を行った。

中医協指摘事項

- ・ 全ての病院種別について「治癒」が減少していることに着目し議論すべきではないか。
- ・ 「予期せぬ再入院」が経年的に増加傾向にあることに関して議論すべきではないか。

挙げた意見を元に、更なる DPC データの分析を行い議論を行ったところ以下の点が明らかになった。

「治癒」の割合について

- ・ 「治癒」の割合は医療機関ごとに大きく異なる。
- ・ 同一の医療機関であっても、「治癒」の割合が調査年度ごとに大きく異なる場合がある。

「予期せぬ再入院」の割合について

- ・ 「予期せぬ再入院」の割合が医療機関ごとに異なる。
- ・ 「予期せぬ再入院」の割合が経年的に上昇している
- ・ 「再入院」の中で「分類不能コード」が「予期せぬ再入院」割合の上昇の一因であったが、内容が不明確である。

各事項に関して、これ以上の原因の把握は DPC データからは不可能であったため、特別調査（ヒアリング）を行うこととしてはどうか。

2. 調査の目的について

- (1) 「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。
- (2) 「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。

3 . 調査対象医療機関の選定について

全国の DPC 対象病院及び DPC 準備病院を対象とする。

平成 25 年度の DPC データを集計し、調査の目的を達成するために、必要な医療機関に対し、調査票を配布する。

ヒアリング対象となる医療機関については、調査票を取りまとめた結果等を踏まえて、数医療機関を当該分科会に招集する。

平成 27 年度特別調査（ヒアリング）について

概要

平成 26 年 12 月 3 日中医協基本問題小委員会において、委員より指摘を受けた点に関して、DPC 評価分科会において平成 27 年 1 月 26 日、3 月 23 日に再度議論を行った。

中医協指摘事項

- ・ 全ての病院種別について「治癒」が減少していることに着目し議論すべきではないか。
- ・ 「予期せぬ再入院」が経年的に増加傾向にあることに関して議論すべきではないか。

挙げた意見を元に、更なる DPC データの分析を行い、議論を行ったところ以下の点が明らかになった。

「治癒」の割合について

- ・ 「治癒」の割合は医療機関ごとに大きく異なる。
- ・ 同一の医療機関であっても、「治癒」の割合が調査年度ごとに大きく異なる場合がある。

「予期せぬ再入院」の割合について

- ・ 「予期せぬ再入院」の割合が医療機関ごとに異なる。
- ・ 「予期せぬ再入院」の割合が経年的に上昇している
- ・ 「再入院」の中で「分類不能コード」が「予期せぬ再入院」割合の上昇の一因であったが、内容が不明確である。

各事項に関して、これ以上の原因の把握は DPC データからは不可能であったため、特別調査（ヒアリング）を行い、原因を把握する。

調査方法

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、その結果に基づきヒアリング対象医療機関を選定した。

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
(A) 「治癒」に関して	H25 年度の治癒割合が高い病院	10	10	100%
	H25 年度の治癒割合が低い病院	10	10	100%
	H24 年度と H25 年度を比較し、治癒割合の上昇率が大きい病院	10	10	100%
	H24 年度と H25 年度を比較し、治癒割合の減少率が大きい病院	10	10	100%
(B) 「予期せぬ再入院」に関して	H25 年度の予期せぬ再入院割合が高い病院	10	10	100%
	H25 年度の予期せぬ再入院割合が低い病院	10	10	100%
	H24 年度と H25 年度を比較し、予期せぬ再入院の上昇率が大きい病院	10	10	100%
	H24 年度と H25 年度を比較し、予期せぬ再入院の減少率が大きい病院	10	10	100%
	H25 年度の分類不能コードの割合が高い病院	10	10	100%
合計		84	84	100%

ヒアリング対象医療機関

調査区分	通番	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
(A)		千葉	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	865 (917)	平成 16 年度	群
		大阪	独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院	678 (678)	平成 20 年度	群
		秋田	本荘第一病院	160 (160)	平成 18 年度	群
		滋賀	独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院	247 (325)	平成 20 年度	群
(B)		広島	高陽ニュータウン病院	82 (140)	平成 23 年度	群
		東京	公益財団法人 がん研究会 有明病院	665 (700)	平成 23 年度	群
		福岡	国家公務員共済組合連合会 新小倉病院	214 (300)	平成 21 年度	群
		福岡	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院	134 (195)	平成 16 年度	群
		千葉	社会福祉法人聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院	248 (400)	平成 21 年度	群

各検討課題について

1. 治癒に関して

(1) 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。

(2) ヒアリングの論点

「治癒」の定義について正しく理解していたか。

「治癒」の定義は院内で統一されていたか。

退院時転帰の入力のプロセスは。

退院時転帰の入力後の確認を行っていたか。

(3) 集計値

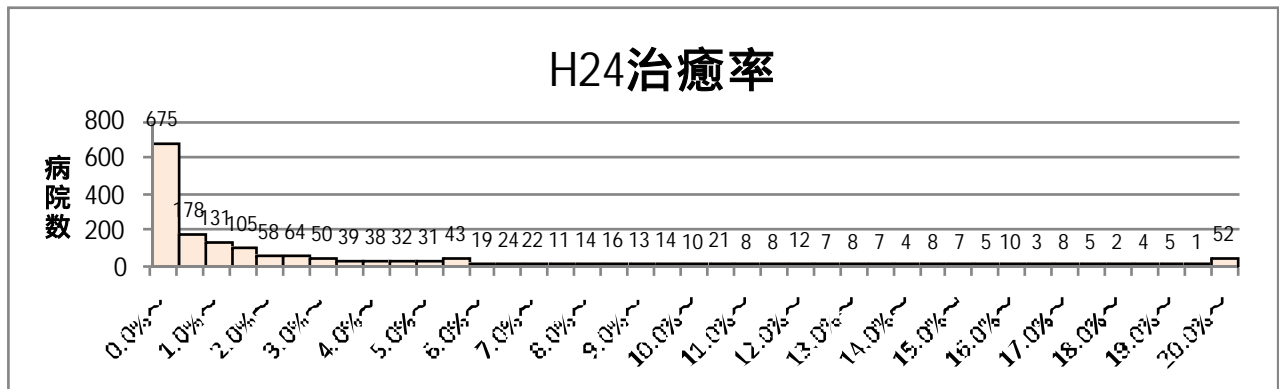
ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	「治癒」割合	
		平成 24 年度	平成 25 年度
1	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	35.8%	37.5%
2	独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院	0.0%	0.0%
3	本荘第一病院	12.2%	37.2%
4	独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院	20.1%	7.8%

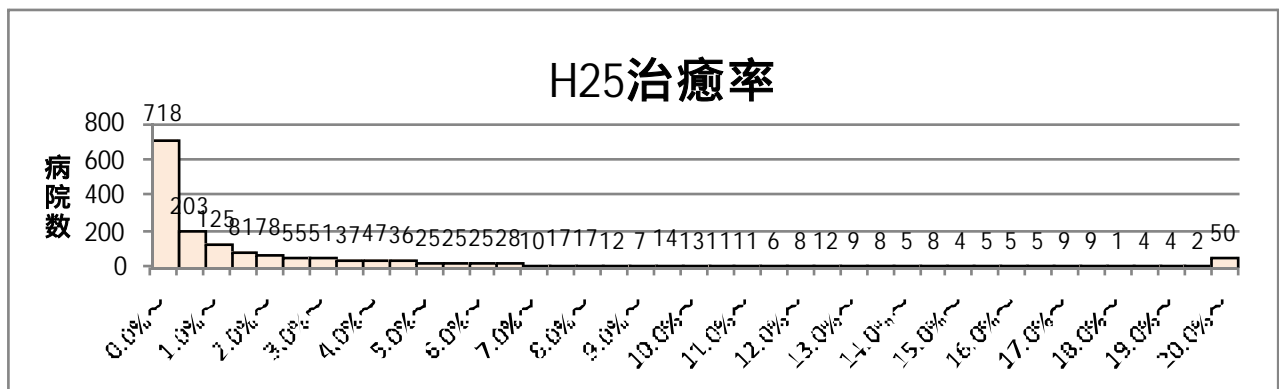
(集計対象は、7~12月の6ヶ月データ)

(4) 参考

平成 24 年度 全国平均値 4.18% 1772 病院 (出来高算定病院を含む)



平成 25 年度 全国平均値 3.92% 1800 病院 (出来高算定病院を含む)



(5) 調査票への回答の概要 (事前調査票より抜粋)

退院時転帰の入力のプロセス

情報管理課職員が医師の記載した退院時サマリーをもとに入力を行っている。確認作業も同職員が様式 1 作成完了後に行っている。

担当医が決めた転帰を病歴管理室職員が都度調査様式に入力します。必要に応じて病歴管理室職員が担当医に確認する場合があります。

診療情報管理士が退院時に入力。特に確認をする者はいない。

担当医が、退院時の病名決定を行った時点で転帰を決定する。

「治癒」「軽快」の定義は統一されていたか

「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を基に医局や院内に周知し統一を図った。

統一はしておらず、医師の裁量に任せていた。

死亡以外の転帰項目の重要性があまり高くなかった為、院内でも意識が低かったと考えられる。

各医師の判断に委ねており、定義の統一は図られていない。

入力担当者が 1 名のため、周知の必要がなかった

担当医の新規採用・退職による勤務交替の頻度が多く、定義についての周知が不十分で、統一されていなかった。

診療科によって「治癒・軽快」の考え方が異なっており、「こういう定義で判断してほしい」と依頼していたとしても、遵守されなかった。

平成 24・25 年度時点での「治癒・軽快」の定義

問 1：胆石等の手術を受けた患者が退院後、一度だけ外来受診し、抜糸等も合わせて受ける場合

問 2：腎結石で入院した患者が排石後に退院。定期的にエコー検査を受けるため通院する場合等、定期的に通院して検査等のフォローアップを受ける場合

問 3：骨折や脳梗塞の患者が退院後、リハビリのため通院する場合等、当該疾患に当然付随する処置等のため通院する場合

問 4：心筋梗塞の患者が退院後、アスピリン処方のため継続的に通院する場合等、入院の原因となった疾患により必要となった治療のため通院する場合

正答：全て『軽快』（問の症例は『調査実施説明資料』より抜粋）

医療機関の回答はほぼ全てが『治癒』もしくは『軽快』であった。

欄内の数字は『軽快』を入力した医療機関数

	問 1		問 2		問 3		問 4	
	H24	H25	H24	H25	H24	H25	H24	H25
H25 年度の治癒割合が高い病院	7	7	7	8	10	10	8	8
H25 年度の治癒割合が低い病院	10	10	9	9	10	10	10	9
H24 年度と H25 年度を比較し、治癒割合の上昇率が大きい病院	10	8	8	7	10	10	10	10
H24 年度と H25 年度を比較し、治癒割合の減少率が大きい病院	6	9	9	10	9	10	10	10

「治癒」の転帰をつけた具体的な症例

定期的な通院の必要がないと担当医が判断したため。もしくは検査入院でポリープを完全切除できたため。

腹腔鏡下手術または胸腔鏡下手術症例については吸収性縫合糸を使用する場合、外来での継続治療を必要としないため「治癒」を選択した。

急性アルコール中毒、脱水症のように、病態として一過性であり、退院後には外来受診をする必要がない症例や、季節的に流行する疾患で入院し、その後通院がなかった症例。大腸ポリープ、鼠径ヘルニア、急性虫垂炎等他医からの紹介で手術、術後來院なし。転倒等他医、他施設からの紹介で手術、リハビリ等にて「治癒」退院後來院なし。

間違っ「治癒」と判断したのは、同病名の大腸ポリープ、鼠径ヘルニア、急性虫垂炎等で後日経過観察、病理結果を聞くため来院していた。1日位の経過観察は「治癒」だと思っていたようです。同じく骨折等で「治癒」と転帰していても整形外科等では、医療資源傷病以外の病名にて診察している為、退院後初の診察日には医療資源傷病名の部位を経過観察している。

新生児退院、小児退院、産科（帝王切開等）退院、退院後來院無の場合。

退院時転帰をつけるのに悩んだ症例

急性上気道炎での入院などでこちらはとしては治癒と説明しても不安があり退院後の通院を望む場合

小児科の患者さまで気管支炎、急性扁桃炎、急性胃腸炎などの急性症状で、退院時に症状が治まり「治癒」と判断するが、短期間に同じような症状を繰り返すことがあり、治癒後來院される可能性が高まる傾向にあるため判断に悩むことがある。

平成 24 年度と比較し平成 25 年度の治癒率が大きく変化した理由

治癒割合が増加した医療機関

平成 24 年度までは、白内障と大腸ポリープの手術患者は退院後の受診があったため「軽快」としていたが、手術により原因を取り除いたとして平成 25 年度より「治癒」として取り扱うこととした。白内障と大腸ポリープは 1, 2 位疾患のため、治癒率の上昇に繋がった。

小児科医師の転帰の定義と、調査実施説明資料で示されている転帰の定義とが一致しなかった。調査実施説明資料には「主治医の判断したものに基づく区分を入力する」とも示されていたため、これに従って入力していた。小児科以外の診療科では、同資料で示されている転帰の定義に従って入力していた。その後（平成 25 年）、改めて調査実施説明資料で示されている転帰の定義を確認し、退院時点で退院後に外来受診の必要がないとされた患者の転帰を「治癒」と統一した。

平成 25 年度から小児科を中心に「退院時転帰」を見直したことが大きな要因と思われる。

総合入院体制加算の取得に向け、治癒の定義を明確にして医師への説明を行った。さらに、診療情報管理士間でも確認を行い、定義の徹底を行った為に治癒率が高くなった。

転帰の入力は、主治医の判断に委ねていた為、医師の入退職によって治癒率が変化すると推測される。

前任の入力担当者が担当医の退院サマリーのみを参考に退院時転帰を付けていたため、退院時処方を読みきれば終了となるが、退院時点では治癒していないと考えていたため「軽快」にしていた。定義を再確認し「治癒」にするようにしたため増えたと考える。良性腫瘍に対する根治的手術実施症例について、術後外来診療がある場合、定義上の「外来等において継続的な治療を必要とするもの」に含まれるものと解釈し、転帰を『軽快』としていた。しかし術後外来診療では、処置や検査も無く、またその後は継続的な観察も無いため、軽快の定義には当てはまらないものと考え、治癒の定義にある「それに準じるもの」と解釈を変更し『治癒』にした。その結果、治癒率が大きく変化したと考えられる。

呼吸器疾患（主に肺炎、急性化膿性扁桃炎等）において、平成24年度に比べ平成25年度の年齢、在院日数が短縮傾向にあり、Hugh-Jones分類や重症度分類からも重症度の低い患者が多かったため、治癒率が上昇したのではないかと考えられる。

治癒割合が減少した医療機関

DPC担当者が変更になり、治癒を選択する定義の再認識が出来たため。

24年度は各医師への定義の周知がある程度浸透していて、指導もしていたが、24年度から25年度にかけて勤務交替で医師への定義の周知および新規事務職員によるチェックがより充足してきたため年度による治癒率に大きな変化が生じた。

平成25年度以降は入力の仕事や定義について院内に説明資料を配布し周知を行っているが、平成24年度以前は定義が統一されていなかったと思われるため

平成24年度は退院後1度だけ外来通院する場合等、治癒を選択していた

消化器内科の医師で、大腸ポリープ切除目的入院の転帰を、切除後の結果が良好で問題なく退院できた場合「治癒」とつける医師と「軽快」とつける医師にわかれており、平成25年12月および平成26年3月末で退職した医師は「治癒」とつけていたが、平成26年4月および6月から新たに赴任した医師は「軽快」とつけているため「軽快」が増えました。なお、大腸ポリープ切除の入院件数が入院症例の大半を占めており、前述の内容への影響が大きいと考えられます。

平成24年度当時においては、担当していた者があまり理解をせずに「治癒」を選択していたと予想されます（退職し既に当時を知る職員が居ないので推測です）。平成25年度からは、疑義解釈も含めた調査実施説明資料を熟読し、診療情報管理室内にて統一した定義で選択を行った為に、大きく治癒率が減少する結果となりました。

平成24年度と平成25年度で入院内容に変化があった。特に分娩（保険適用）が医師の関係で大幅に減少（分娩0件の月もあり）それに伴って新生児入院も比例し減少、小児科の医師の病欠等も重なったため小児患者も減少したため

委託から職員化に伴う入力担当者の変更（委託の時はDPC導入の影響評価に係ると調査において記載されている定義について理解していなかった可能性あり。）

早期がんの治療など、医学的に治癒と判断されるようなものについては、退院後の通院歴と関係なく治癒と判定しても良いのではないのでしょうか。

入院医療において、医療の効率性と経済性（医療資源の有効活用）の見地から、外科手術後順調な経過をたどり、抜糸を待たず退院し、外来でこれを行う現状については、退院時転帰を治癒としてもよいのではないか

医師それぞれによる治癒に対する判断基準、小児や産科など診療科特性があるもの等が実際には一定程度存在してしまうことを考慮すると、「外来通院治療の必要が全くない」という定義自体、なかなか臨床の現場で解釈を統一することが難しいと思われます。DPCのアウトカムとして治癒率を採用していくならば、より客観的な視点で評価できる項目である必要性を感じます。よって、調査結果の精緻化には、診療科ごと、より具体的な事例集の提示など、定義が統一されるような工夫が不可欠であると考えます。

基本的に在宅医療促進に向けての施策と考えられるので、在宅あるいはかかりつけ医に逆紹介する患者に関しては治癒（急性期病院に入院するべき理由は治癒したと考える）という判断をさせてほしい。退院後一回程度外来に顔を見せることで、治癒と判断しないのは、残念なことである。

定義されている内容が曖昧。特に軽快の「必ずしもその後の外来通院の有無については問わない」など判断を迷わせる文言がある。他院への通院など含め分けて定義するのであれば詳細にもう少し細かく定義して欲しい。（判断に迷いそうなケースの事例についてQ&Aで対応するなど）

2. 予期せぬ再入院に関して

(1) 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。

() 分類不能コードとは

ICD-10 コードと DPC 上 6 桁コードの対応が存在しないもの(入院の契機となった傷病としては選択可)

- ・ 詳細不明の寄生虫症 (B89)
- ・ 他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌及びブドウ球菌 (B95) からその他及び詳細不明の感染症 (B99)
- ・ 心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡 (R99) まで (ただし、鼻出血 (R040)、喀血 (R042)、気道のその他の部位からの出血 (R048)、気道からの出血、詳細不明 (R049)、熱性けいれん (R560)、限局性発汗過多 (R610)、全身性発汗過多 (R611)、発汗過多、詳細不明 (R619) 及びブドウ糖負荷試験異常 (R730) を除く。)

(2) ヒアリングの論点

「予期せぬ再入院」の定義について正しく理解していたか。

「予期せぬ再入院」の定義は院内で統一されていたか。

再入院調査の入力のプロセスは。

再入院調査の入力後の確認を行っていたか。

再入院の際の入院の契機となった病名として、なぜ「分類不能コード」が付与されたか。

(3) 集計値

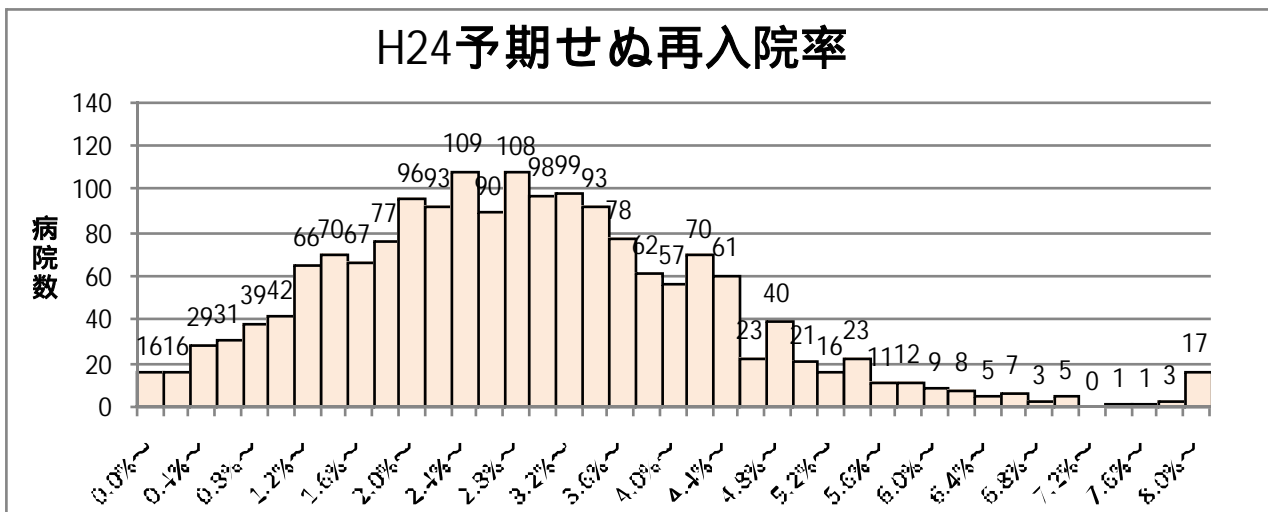
ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	「予期せぬ再入院」割合	
		平成 24 年度	平成 25 年度
5	高陽ニュータウン病院	11.9%	10.6%
6	公益財団法人 がん研究会 有明病院	0.2%	0.2%
7	国家公務員共済組合連合会 新小倉病院	3.1%	7.0%
8	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院	8.8%	4.1%

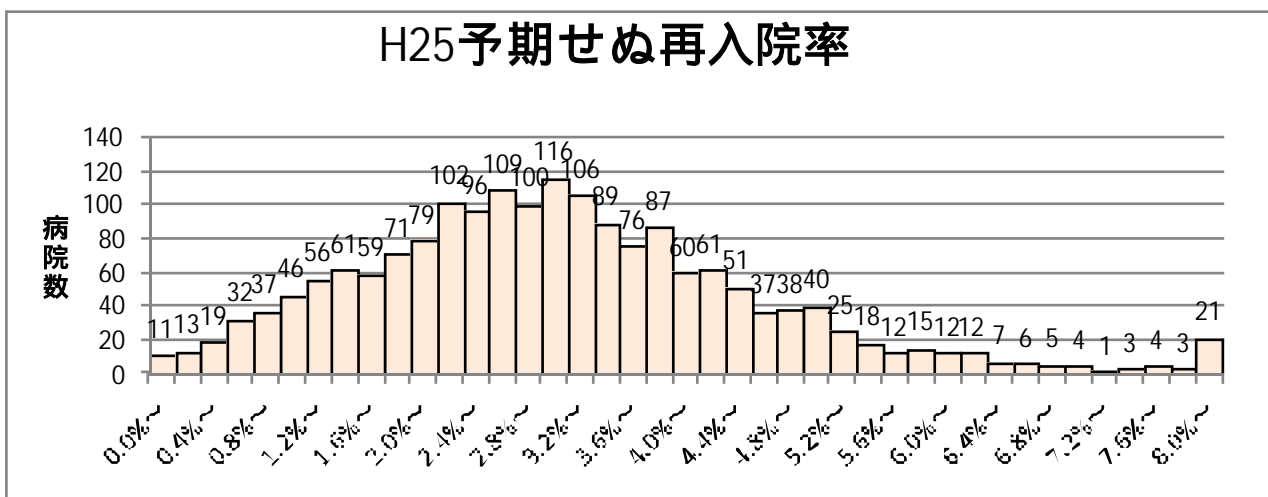
			平成 25 年度
9	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院	入院契機病名が 「分類不能コード」の割合	7.5%
		再入院契機病名が 「分類不能コード」の割合	11.2%
		3日以内の再入院のうち、 再入院契機病名が「分類不能コード」	43.2%
		3日以内の再入院の契機病名が「分 類不能コード」のものうち、 医療資源を最も投入した DPC6 桁が 前回入院と同じもの。	68.8%

(4) 参考

平成 24 年度 全国平均値 2.77% 1772 病院 (出来高算定病院を含む)



平成 25 年度 全国平均値 2.94% 1800 病院 (出来高算定病院を含む)



		平成 25 年度
全国平均値 (1800 病院)	入院契機病名が 「分類不能コード」の割合	1.83%
	再入院契機病名が 「分類不能コード」の割合	1.61%
	3 日以内の再入院のうち、 再入院契機病名が「分類不能コード」	3.42%
	3 日以内の再入院の契機病名が「分 類不能コード」のものうち、 医療資源を最も投入した DPC6 桁が 前回入院と同じもの。	35.2%

(5) 調査票への回答の概要 (事前調査票より抜粋)

再入院調査の入力のプロセス

入院時のDPCコード仮登録時、再入院調査に該当する患者については、当院独自で作成した「再入院調査票」を診療情報管理士により、カルテにはさみこみ、主治医が調査票を記入します。その後、退院時および転棟時に診療情報管理士により入力し、様式1作成時に再度内容を確認しています。

診療情報管理士が入院した日に担当医に確認して入力をしている。

医事の入院算定担当者が入力を行っていた。

入院時に診療情報管理士が入力、退院時に主治医が確認。

入力は主治医 (担当医) が入院時に入力。確認者はいない。

平成24年度は退院時に担当医が入力し、退院後に診療情報管理士がカルテと確認を実施していた。平成25年度より医師業務軽減と考え、退院後に診療情報管理士 (3人) が入力を行い、カルテ上読み取れない場合のみ主治医に確認を行っていた。

入力者は委託事務員。入力のタイミングは仮様式制作後、診療情報管理士による確認作業終了後。確認者は委託事務員。確認のタイミングは、全ての入力終了後に確認。

入力に当たり、独自の判断基準などを設けていたか

シャント再建術の再入院については、患者への説明の有無や内容が不明確のものは「予期せぬ再入院」としている。

以前は喘息等の繰り返す疾病での再入院時は、患者・家族に説明が行われていなくとも予期された再入院としていた。

「予期せぬ再入院」の定義を理解し、入力時の定義は統一されていたか

(平成 25 年度時点)	はい	いいえ
H25 年度の予期せぬ再入院率が高い病院	6	4
H25 年度の予期せぬ再入院率が低い病院	8	2
H24 年度と H25 年度を比較し、予期せぬ再入院の上昇率が大きい病院	6	4
H24 年度と H25 年度を比較し、予期せぬ再入院の減少率が大きい病院	8	2
分類不能コードの割合が高い病院	7	3

平成 24・25 年度時点での「予期せぬ再入院」の定義

問に対する回答を以下から選択、

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| A: 予期された原疾患の悪化、再発のため | B: 予期された原疾患の合併症発症のため |
| C: 予期された併存症の悪化のため | D: 患者の QOL 向上のため一時帰宅したため |
| E: 予期せぬ原疾患の悪化、再発のため | F: 予期せぬ原疾患の合併症発症のため |
| G: 予期せぬ併存症の悪化のため | H: 新たな他疾患発症のため |

(問の症例は『調査実施説明資料』より抜粋)

問 1 : 胃がん再発で入院し治療を受けた患者が退院。自宅療養中であったが腹水貯留が著しく、嘔吐を繰り返すようになったため再入院。

正答 : A: 予期された原疾患の悪化、再発のため
 もしくは E: 予期せぬ原疾患の悪化、再発のため

問 2 : 虚血性心疾患で入院し治療を受けた患者が軽快退院。退院時風邪をひかないようにとの注意をしていたが、心不全になるとの説明はしていなかった。退院 1 ヶ月後風邪をひき、心不全になったため再入院。

正答 : E: 予期せぬ原疾患の悪化、再発のため
 もしくは、F: 予期せぬ原疾患の合併症発症のため

問 3 : 食道がん治療のため入院し治療を受けた患者が退院。患者の希望で胃瘻は造設しなかったが、退院時に誤嚥性肺炎を発症することもあるとの説明をしていた。退院 1 週間後誤嚥性肺炎を発症したため再入院。

正答 : B: 予期された原疾患の合併症発症のため

問 4 : 腸閉塞のため入院し治療を受けた患者が退院。併存症として閉塞性肺疾患があったが、呼吸状態は良好で、悪化の可能性は低いと判断していた。しかしながら退院 2 週間後の外来受診で労作時の呼吸困難の訴えが強く、再入院。

正答 : G: 予期せぬ併存症の悪化のため

		問 1		問 2		問 3		問 4	
		H24	H25	H24	H25	H24	H25	H24	H25
H25 年度の予期せぬ再入院率が高い病院	予期された	<u>4</u>	<u>4</u>	0	0	<u>8</u>	<u>8</u>	0	0
	予期せぬ	<u>6</u>	<u>6</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	2	2	<u>10</u>	<u>10</u>
	正答数	5	5	9	9	8	8	8	9
H25 年度の予期せぬ再入院率が低い病院	予期された	<u>8</u>	<u>8</u>	1	1	<u>10</u>	<u>10</u>	3	3
	予期せぬ	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>9</u>	<u>9</u>	0	0	<u>7</u>	<u>7</u>
	正答数	7	7	9	9	10	10	7	7
H24 年度と H25 年度を比較し、予期せぬ再入院の上昇率が大きい病院	予期された	<u>7</u>	<u>6</u>	0	0	<u>8</u>	<u>8</u>	0	0
	予期せぬ	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	2	2	<u>10</u>	<u>10</u>
	正答数	5	5	8	8	8	8	9	10
H24 年度と H25 年度を比較し、予期せぬ再入院の減少率が大きい病院	予期された	<u>6</u>	<u>6</u>	1	1	<u>7</u>	<u>8</u>	1	1
	予期せぬ	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>9</u>	<u>9</u>	3	2	<u>9</u>	<u>9</u>
	正答数	6	4	8	8	7	8	9	9
分類不能コードの割合が高い病院	予期された	<u>8</u>	<u>8</u>	0	0	<u>7</u>	<u>7</u>	0	0
	予期せぬ	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	3	3	<u>10</u>	<u>10</u>
	正答数	8	8	9	9	7	7	9	9

(注: 「予期された」「予期せぬ」のうち、下線をひいたものが正答に該当)

再入院調査の回答に悩んだ具体的症例

患者への説明の有無が、診療録の記録から判断が難しい。長期的に治療をされている場合、過去に説明をされていることもあるので、説明の有無がわからない。

入退院を繰り返す、気管支喘息患者における「予期された」、「予期せぬ」の判断基準再入院の可能性についてカルテ記載はあるが、患者・家族への説明がなされているかの確認が明確でない時。

高次医療機関に転院し、急性期の途中で当院に再転院となった場合、「予期せぬ再入院」を選択していました。

病理の結果が退院後に出て、追加切除が必要となり再入院したケースは、「原疾患の悪化、再発のため」なのか。

平成 24 年度と比較し平成 25 年度の予期せぬ再入院割合が大きく変化した理由

予期せぬ再入院の上昇率が大きい病院

地域から高齢者が多く、入院患者もリピーターが多い。また、院内に再入院の定義がなく、判断が医師によりまちまちであったこと。

患者が高齢化し、患者の病態が複雑化かつ重篤化することが多くなったため。

患者平均年齢は大きく変化していないが、狭心症、心不全による循環器疾患の再入院が増加していた。

平成 25 年度より入力を開始した入力者が、「予期せぬ再入院」に対する定義の理解していなかったため。

「新たな他疾患発症」による再入院が増加しており、原因として新たに血液内科医が赴任してきたために MDC13 が約 8 倍に増加している。

予期された再入院も全て予期せぬ再入院とみなしていた為。また再入院の全体数も増加した。

全体の平均年齢は 78 歳から 80 歳と 1 年間で 2 歳上昇し、脱水症・心不全・誤嚥性肺炎・胸膜炎・急性腎盂腎炎で再入院した患者が上昇の約 70% を占めていました。在宅医療を推進するため近隣の開業医や施設等と連携を図り、へき地医療を継続していますが、患者の高齢化により、予期せぬ再入院が増えています。また、診療記録のインフォームドコンセントに予期されると記載がない場合には「予期されぬ再入院」としていましたが、精査したところ、誤嚥性肺炎や急性腎盂腎炎は「予期された再入院」としても良いのではという症例があった。

各担当医へ判断を任せていたため。

予期せぬ再入院の減少率が大きい病院

24 年度については、入力者の定義についての周知および理解度にばらつきがありましたが、25 年度になり DPC 影響度調査担当が変わり、入力者へ影響度調査の説明の強化、および入力事項の確認さらにシステム改善も行い、より定義に関する周知、理解度の向上と統一が促されたため。

「新たな他疾患発症」として登録していたため。

24 年度と比較して変化した主な理由は次の 2 点が考えられます。

1. 24年度は透析シャントトラブル等を「予期せぬ再入院」で計上していたが、実際はトラブルがおり得ることを患者に説明しており、25年度より「予期された再入院」として計上しております。

2. 24年度は化学療法による好中球減少症を「予期せぬ再入院」で計上していたが、患者には併存症（好中球減少症）があることを説明しており、25年度より「予期された再入院」として計上しております。

特に判断基準を変えた分けではないので分からないが、一人一人の判断基準の差がこの結果につながったように思います。

24年度の再入院は予定外・救急入院の割合が多く、急変する可能性があることが分かっていたかどうかという観点で入力した場合「予期せぬ～」となり、25年度は予定入院が多かったため減少したと思われる。

医師確保によるインフォームドコンセントの充実が図られ、患者や家族へのより細かな説明が実施されるようになったため。

入院の契機となった傷病名を確定出来ず、詳細不明コードを入力した理由

主病・最病以外は詳細に分類したコーディングが必要ないと認識していた為診療情報管理士が入力し、担当医に入院中、または退院後に確認を行うが、その時点で傷病名の確定が難しいものは症状のままにしている。

システムベンダーが提供する傷病名に頼ることが多くなったことが病名付与の精度を下げた要因と考える。

対象の状態が不良のため疾患の精査ができないケースや検査しても診断が確定できないケース、また入院日数が短く確定診断が出る前に退院されたなどの理由から詳細不明コードを入力した。

各入力担当者が（再）入院契機の傷病名を受診時の症状と混同し、診断（傷病）名ではなく、症状（名）を優位に傷病情報に入力していたことが原因。

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。

諸外国における 急性期入院医療のアウトカム指標

国際医療福祉大学
池田俊也

諸外国で利用されている 急性期入院医療のアウトカム指標の例

	米国	英国(イングランド)	オーストラリア
分析・公開者	Medicare Hospital Compare	Health & Social Care Information Centre	Australian Institute of Health and Welfare
合併症	重症合併症発生率(医原性気胸、周術期肺塞栓症、深部静脈血栓症など)	静脈血栓塞栓症に関連した事象による死亡	入院中に発生した有害事象
感染・安全	中心静脈カテーテル関連血流感染 カテーテル関連尿路感染 結腸癌の手術部位感染	医療関連感染の発生(MRSA, ディフィシル菌)	転倒転落
①治癒・軽快		大腿骨頸部骨折の患者で30日あるいは120日の時点で歩行能力が骨折前の状態まで改善している患者の割合	
死亡率	COPD、急性心筋梗塞等の疾患での入院後30日以内の死亡率 心臓バイパス手術での術後30日以内死亡率	入院中または退院後30日以内の死亡率	
②再入院	COPD、急性心筋梗塞等の疾患での退院後30日以内の計画外再入院率 病院全体での退院後30日以内の計画外再入院率	退院後30日以内の緊急再入院	膝関節置換術等の外科手術で退院後28日以内の計画外再入院

①退院時転帰（治癒・軽快）の評価にあたって

- 諸外国において、「治癒・軽快」がアウトカム指標として用いられる範囲は非常に限定的である。
- 「治癒」のみをアウトカム指標として用いる場合には、疾患を限定する必要がある。



- DPC制度には専門病院やケアミックス型の病院も存在するため、疾患を限定することは公平な評価方法とは言えないのではないか。
- 疾患ごとに「治癒」の概念にバラツキがある現状を考えると、DPC制度全体のアウトカム指標としては、「治癒＋軽快」の割合をモニタリングしてはどうか。

②諸外国におけるアウトカム指標としての再入院の取扱い（詳細）

	米国	英国（イングランド）	オーストラリア
退院後日数	30日以内	30日以内	28日以内
疾病別・手術別の再入院率の対象患者	急性心筋梗塞、心不全、肺炎、COPD、脳卒中、心臓バイパス手術、膝関節・股関節置換術（65歳以上）		膝関節置換術、股関節置換術、扁桃腺摘出術・アデノイド切除術、子宮摘出術、前立腺切除術、白内障手術、虫垂切除術
病院全体の再入院率の対象患者	精神疾患・リハビリテーション・悪性腫瘍の内科的治療以外の全入院患者（65歳以上）	悪性腫瘍と産科以外の全入院患者	
再入院の定義	計画外の再入院患者。但し、骨髄移植・臓器移植、リハビリテーション、正常分娩等による再入院は除外。	緊急再入院の患者。	計画外の再入院患者。（再入院の主傷病が合併症病名である患者に限定）
リスク調整・標準化	年齢、初回入院前の併存症などを考慮。	性別、年齢、初回入院が緊急入院か否か、診断名・手術名などを考慮。	実施しない。

DPC制度における再入院の見直し

現状

値	区分
1	計画的再入院
2	予期された再入院
3	予期せぬ再入院

改訂案

1	計画的再入院
2	計画外の再入院

理由の種別

現状

値	1. 計画的再入院	2. 予期された再入院	3. 予期せぬ再入院
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	予期された原疾患(※1)の悪化、再発のため	予期せぬ原疾患(※1)の悪化、再発のため
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	予期された原疾患(※1)の合併症発症のため	予期せぬ原疾患(※1)の合併症発症のため
3	計画的な化学療法のため	予期された併存症(※2)の悪化のため	予期せぬ併存症(※2)の悪化のため
4	計画的な放射線療法のため	患者のQOL向上のため一時帰宅したため	新たな他疾患発症のため
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	その他	その他
6	その他	入力不可	入力不可

※1: 前回入院時に医療資源を最も投入した傷病を指す

※2: 前回入院時の入院時併存症及び入院後発症疾患を指す

改訂案

値	1. 計画的再入院	2. 計画外の再入院
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	原疾患の悪化、再発のため
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	原疾患の合併症発症のため
3	計画的な化学療法のため	前回入院時の入院時併存症の悪化のため
4	計画的な放射線療法のため	前回入院時の入院後発症疾患の悪化のため
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	前回入院時の手術・処置や治療の合併症が退院後に発症したため
6	患者のQOL向上のため一時帰宅したため	新たな他疾患発症のため
7	その他	その他

再入院率の評価にあたって

- 対象患者
 - 産科は除外。悪性腫瘍患者の取扱いは従来通りとしてはどうか。
 - 病院全体の再入院率を評価する場合にはリスク調整・標準化を行ってはどうか。
- 計画的再入院の取り扱い
 - 原則として、計画外の再入院を評価対象としてはどうか。
 - 評価対象期間は4週間あるいは30日としてはどうか。
- 手術・処置の合併症による再入院の場合の病名記載
 - 再入院時の入院契機病名として初回入院時の原疾患を記載し、入院時併存症に「手術・処置の合併症」等を記載することを原則としてはどうか。