

## DPC 調査様式 1 の見直し (案) について

### 1 現状

「DPC 導入の影響評価に係る調査」は、三つに大別されるデータの提出を求めている。

- (1) 患者単位で把握する診療録情報 …様式 1
- (2) 患者単位で把握する診療報酬請求関連情報  
…様式 4、D ファイル、EF ファイル (統合予定※)
- (3) 医療機関単位で把握する情報 …様式 3

※ EF ファイルの統合については、平成 21 年 1 月 24 日当分科会にて了承済。

これらの中で様式 1 については、従来、主として診断群分類の妥当性の検証に用いられてきたが、平成 22 年度以降実施している調整係数の新たな機能評価係数の置換えにも対応するため、様式 1 の見直しを検討する必要がある。また、既存の入力項目の一部には「必須ではない」とされる項目があり、現場の入力負担がある中で、十分に役立てられていないという指摘もある。検討に際しては、これらの取扱いについても合わせて検討する。

平成 22 年度調査に向けて、MDC 班会議及び松田研究班に項目原案を御議論いただいたところである。これらの提案を踏まえて、以下の点に留意しつつ、様式 1 の調査項目について、検討してはどうか。

### 2 様式 1 の見直しに係る論点

#### (1) 項目の追加 (参考 1)

MDC 班会議、松田研究班からの提案を踏まえて、以下の点に留意しつつ、新規項目の追加を検討してはどうか。

<検討に当たっての視点>

- 平成 22 年度以降実施している段階的な、調整係数の新機能評価係数への置換えにおいて、医療の質的評価に基づく機能評価にも対応できるような調査項目 (一例: 脳卒中の入院時重症度と退院時 ADL、介護保険等級等とのクロス集計) も必要。
- 入力する医療施設関係者の作業負担も考慮し、負担に見合う妥当性が必要。

#### (2) 必須項目/非必須項目などの条件付き項目の整理

- ① 現在の項目の中には、入力が必要とされる項目と、必須でないとされる項目 (非必須) が混在しているが、必須とされていない項目はデータの信頼性等の評価が困難であり、原則として全て必須とすべきである。

② その際、一律に全ての施設や患者に対して入力を求める必要性の乏しいものについては、対象を限定して必須とする項目も設定すべきではないか。

※ 現在でも採用されている、場面を限定した必須の例

- a 対象疾患を限定する …心不全に限る、MDC01に限る 等
- b 施設類型を限定する …精神病棟に入院した場合に限る

(3) 不必要と考えられる項目の削除

(2) で非必須とされたものを見直しを中心に、必要性の低い項目については、削除することも検討する。

様式1見直し項目(案)

下線付太字は入力条件の提案

2行目以降は付随するコメント

欄に網かけしてあるものは優先度が高いものとして提案されたもの

整理番号	項目	現状	MDC班長会議意見	松田研究班意見
1	患者住所地域の郵便番号	なし		<b>全患者必須</b> 地域ごとの疾病の分布、医療資源投入量があり、地域医療計画に役立つ分析や、疾患の疫学的分析にも極めて有用である。
2	要介護状態の有無 身体障害者認定の有無	なし	<b>新規</b> 外科治療の管理面からみて患者の術後体位保持、病識理解度、要介護程度などが患者の適切な評価に必要であり治療成績に影響する因子として妥当性が高いと考える。患者視力自体も治療効果評価や治療選択の視点に含まれることが望ましいと考える。	
3	一度他院へ入院後、24時間以内の転院の有無	3(6) 入院経路(必須)	<b>内容の追加(他院入院後24時間以内の転院)</b> 救急車で搬送されとりあえず入院させ、すぐに転院させる病院があり、転院してくる患者の方が重症であり、より高度な医療が必要である場合が多い。	
4	介護保険等級	なし	<b>新規</b> 患者背景の中で入院期間が長くなりやすい要因は、認知症、運動機能の低下、在宅での生活である。これらの背景を有した患者を多数診療している医療機関においては入院期間の短縮のために多大な労力が必要となる。患者背景を簡単に認識できる項目として介護保険等級を提案する。 大腿骨頸部骨折のデータでは介護保険の等級を有して、かつ老健施設などに入所していない患者において入院期間が有意に長いことが示されている。	
5	退院先	3(11) 退院先(必須)	<b>内容の追加(老健施設への入所と独居であるか否か)</b> 医療機関へ入院する患者背景の傾向を知る上で、社会的背景である老健施設への入所の有無や、独居であるか否かが影響していることは臨床現場では明らかである。	
6	手術後合併症の有無と合併症病名	なし	<b>新規(入院時併存症、入院後発症病名と区別すべき)</b> 同一疾患でも、術後合併症の有無、合併症病名により医療資源の投入量が異なる。 症例の主病名、併存疾患、重症度、進行度によって、その術後合併症発症率は変わり、その施設の診療機能の指標になる。	
7	術後創感染	なし	<b>新規</b> 術後創感染を併発した場合、入院期間の延長が認められ、医療資源も多く投入される。判定基準も確立しており、厚生労働省のサーベイランス項目となっている。	

整理番号	項目	現状	MDC班長会議意見	松田研究班意見
8	待機手術、緊急手術の別	なし	<b>新規</b> 手術の緊急性は病態の安定性に大きく依存するため。一般的に、緊急手術を必要とする患者の病態は不安定であり、待機手術に比べると術後合併症の発生率は高く、予後も不良であることが知られている。	
9	身長、体重	なし	<b>化学療法に限定し必須</b>	<b>全患者必須</b> BMIが分かり、肥満と疾病リスクや医療費の関連が分析可能となる。体重当たりの薬剤投与量等が推計可能となる。
10	喫煙指数	非必須		<b>全患者必須</b> 喫煙と疾病リスクや医療費の関連が分析可能となる。
11	喫煙歴並びに飲酒歴	喫煙歴 →喫煙指数(非必須) 飲酒歴 なし	<b>新規</b> 頭頸部悪性腫瘍の多くは喫煙歴と飲酒歴に依存することが報告されている、進行度、治療計画やその完遂にこれらの発症因子がどう影響しているかは重要である。医療費増加の予防策につながる。	
12	がんの初発、再発	非必須 (悪性腫瘍の場合のみ入力)		<b>手術・化学療法・放射線療法患者は必須</b> 癌ステージ別の治療内容・早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
13	UICC病期分類(T,N,M)	非必須 (悪性腫瘍の場合のみ入力)		<b>手術・化学療法・放射線療法患者は必須(初発患者のみ)</b> 癌ステージ別の治療内容・早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
14	病理診断、バイオマーカー (ホルモン感受性 HER2)	なし	<b>一部の疾患で必須</b> 白血病、リンパ腫など造血器腫瘍では病理組織別・分子生物学的に治療法、医療資源の投入などが大きく異なる。乳がんにおいてもバイオマーカー(ホルモン感受性、HER2)などの状況により大きく治療法や薬剤が変わる可能性がある。	
15	入院時および退院時 modified Rankin Scale (mRS)	なし	<b>新規</b> 脳神経疾患の診療において、患者のADLの状態を評価するためのfunctional scaleの中で、国際的に最もよく使われている。mRSは他のfunctional scaleより比較的簡便であり、信頼性、再現性、妥当性に優れている。	<b>MDC01は必須</b> 脳神経疾患の診療において国際的にもよく利用されている。比較的簡便であり、妥当性・信頼性も実証されている。この指標を用いることにより、脳神経疾患の機能分類別の治療内容・早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
16	脳卒中の発症時期	なし		<b>010020-010070は必須</b> 発症直後の急性期診療の入院か、その後の診療の入院かを区分する必要があるため。

整理番号	項目	現状	MDC班長会議意見	松田研究班意見
17	NIH Stroke Scale	なし	<b>新規</b> 現在、脳卒中急性期の患者の神経学的重症度評価の中で、国際的に最もよく使われているスケールである。NIHSSは比較的簡便であり、信頼性、再現性、妥当性に優れている	<b>010020-010070は必須</b> 脳卒中の診療において国際的によく利用されており、比較的簡便であり、妥当性・信頼性も実証されている。同疾患の重症度別の治療内容・早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
18	救急脳血管障害患者の入院が発症3時間未満か否か。 tPA登録医の診察があったか否か。		<b>新規</b> tPA適応症例か否かによって、医療資源の量に違いが出る。	
19	FDP、血小板数、PT-INR、AtⅢを追加。	なし	<b>新規</b> DIC(播種性血管内凝固症候群)の指標として、これらの検査結果が重要である。	
20	肺炎の重症度分類	なし	<b>MDC040080のみ</b> 医療の質を評価する際に、肺炎の治療プロセス、アウトカムの評価が代表的な使用となる。これを評価するにあたり、重症度の調査はあらかじめ必要と考えられる 日本呼吸器学会が出している「成人市中肺炎診療ガイドライン」および「成人院内肺炎診療ガイドライン」に重症度分類と治療の場、検査、治療が検討され、明確に記載されている。	<b>040070、040080は必須</b> 左は最も簡便な重症度判定であり、妥当性・信頼性も実証されている。肺炎の重症度別の治療内容・早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
21	退院時・入院時心拍数 退院時・入院時SpO2 動脈血酸素飽和度	なし	<b>心疾患・呼吸器疾患は必須</b> 呼吸循環器系患者の重症度を示す独立した指標となる。 予後とも関連があり、酸素療法の適応を判断する材料ともなる。	
22	入院時のKillip分類	050030,050040 は入力(非必須)	<b>心不全(050130)を入力対象に追加</b> NYHA分類のみを用いた解析では、心不全の重症度における医療資源の使用度の違いが明らかとはならなかった。医学的妥当性のあるKillip分類とNYHA分類をクロスすることで、重症度によってHANP等の医療資源の使用に差が出てくるのではないかと考える。既に入力項目として存在しているため、入力対象者を拡大するだけでよい。	
23	入院時収縮期血圧	非必須 (160100～ 161060に限る)	<b>外傷患者で必須化</b> 救急患者である外傷患者のバイタルサイン測定は常識である。必須項目であれば機能評価の対象を絞り込むのに活用できる。非必須のままにするのであれば、記入率を診療機能評価の対象項目にする。	
24	急性膵炎の重症度分類	非必須	<b>必須化</b> 膵炎の重症度に応じて、医療資源の投入量が変わると考えられる。	

整理番号	項目	現状	MDC班長会議意見	松田研究班意見
25	長管骨開放骨折におけるGustiloの分類	なし	<b>新規</b> 診療の機能評価として「長管骨開放骨折即時内固定率」が重要であり、この評価のためにはGustiloの分類を記載する必要がある。	
26	入院時における破水の有無	なし	<b>新規</b> 破水の有無により医療資源の投入量が変わると考えられる。	
27	入院時FBS(空腹時血糖値) HbA1c	なし		<b>10040-100100の全症例、手術患者</b> HbA1cは糖尿病の診断等に必須かつ有用であり、本指標を用いることにより糖尿病の病態別の治療内容・早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
28	入院時併存精神疾患	なし	<b>入院時併存症と区別する。</b> 精神疾患の合併を評価すべき。	
29	入院後発症精神疾患	なし	<b>入院後発症疾患と区別する。</b> 精神疾患の合併を評価すべき。	
30	精神保健福祉法における入院形態	非必須 (精神病床入院がある場合のみ)	<b>①内容の追加「5・その他」</b> 1～4以外の入院がある	
31	精神保健福祉法における入院形態・ 精神保健福祉法に基づく隔離日数・ 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	非必須 (精神病床入院がある場合のみ)	<b>MDC17に該当する場合と精神病床への入院がある場合必修に変更</b> 入力条件を入院時GAF尺度と揃え、分析を可能にする。	

## 様式1 削除項目(案)

下線付太字は「削除」以外で入力条件の提案

2行目以降は付随するコメント

欄に網かけしてあるものは優先度が高いものとして提案されたもの

整理番号	項目名	MDC班長会議からの意見(※松田研究班からは削除意見なし)
1	入院時のADLスコア、退院時のADLスコア	主に看護師が記入している項目であるが、少なくとも入院時のADLは内因性疾患であれ外因性疾患であれ著しく低下していて、治療によりADLは改善するだけのことであり、この点数は患者背景の情報にはならないので削除を提案する。
2	入院時併存症名、入院後発症疾患名	重複しているので、まとめて記載する方向でよいのではないか。
3	退院先	外来は他院と自院と双方にかかる場合が多い。
4	24時間以内の死亡の有無	救急以外で24時間以内の死亡は少なく、意味が無いと考える。
5	がんの初発、再発	悪性腫瘍の初発、再発による診療の質の違いは一般的にはないと考えられ、診断群分類の見直しや、制度導入の影響評価には不必要と思われる。 初回入院と加療のための計画された再入院では診療の質が大きく異なるが、3入退院情報の(1)入院中の主な診療目的、で把握可能と考えられる。
6	救急脳血管障害検査実施時間(外来受診-CT、MRI開始までの時間(実数))	緊急性の度合いから診断群分類の分岐を判断するのであれば、救急搬送され緊急入院した患者を対象にEFファイル上のCT、MRI検査を2日以内(日跨り)に実施したか否かで判断する方が見直した後の実施評価が明確に行えると考ええる。基本的に必須でない項目は削除すべきで、機能評価係数の評価項目にすべきではない。
7	救急カテ実施時間(外来受診-カテ開始までの時間(実数))	緊急性の度合いから診断群分類の分岐を判断するのであれば、緊急入院患者を対象にEFファイル上の心臓カテーテル検査を2日以内(日跨り)に実施したか否かで判断する方が見直した後の実施評価が明確に行えると考ええる。
8	喫煙指数	DPCの評価に患者の喫煙状況が必要とは思えない。
9	がんのStage分類	TNM分類と悪性腫瘍のstage分類が重複している。大まかな進行程度を把握するだけの目的であればTNMのみで十分対応可能である。Stage分類は、がんの種類とTNM分類を記入すれば自然に決定される項目なので、そのようなプログラムを組み込む。

整理番号	項目名	MDC班長会議からの意見(※松田研究班からは削除意見なし)
10	UICC病期分類(T)、UICC病期分類(N)、UICC病期分類(M)	実臨床はTNMそれぞれの病期を必要とするが、これ以外の臨床情報(バイオマーカー、腫瘍径、患者情報(閉経前・後)など)と併せて治療方針が決定される。ここでは大きな枠組みであるStage分類だけを取り扱うのが臨床の現場の労力からみても適切と考える。
11	多発性骨髄腫の病期分類、急性白血病の病型分類(FAB分類)、非ホジキン病の病期分類	造血器腫瘍における病理診断や病期であるがCML、CLL、ホジキンリンパ腫など抜けている疾患もある。がんのStage分類と診断情報の(1)~(4)までの組み合わせで把握できると考え、すべて「がんのstage分類」としてはどうか。
12	外傷の受傷機転	DPCの評価に直接関連はないと思われる。
13	がん患者のPerformance Status	入院時および退院時ADLで代用できる。
14	外傷の受傷機転、入院時Glasgow Coma Scala、入院時収縮期血圧、入院時呼吸回数、頭頸部最大AIS、顔面最大AIS、胸部最大AIS、腹部最大AIS、四肢最大AIS、体表最大AIS	<b>「160100-161060」にて入力する」を「160100-160099」に修正する。</b> AISの評価対象は外傷のみであるため、気道熱傷、熱傷、体温異常、後遺症などを対象から除外する。また、部位などの詳細不明ではAISの入力ができないため、これも除外する。