

平成 24 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応について (検討結果)

平成 23 年 12 月 21 日
診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会
分科会長 小山 信彌

概要

平成 24 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応については、平成 23 年 9 月 7 日の中医協総会において了承された検討事項とスケジュールに基づき、以降、中医協総会での中間的な検討 (平成 23 年 11 月 18 日) を踏まえながら、DPC 評価分科会 (平成 23 年 9 月 21 日、同年 10 月 14 日、同年 11 月 7 日、同年 11 月 30 日、同年 12 月 9 日、同年 12 月 14 日の計 6 回) において引き続き検討を行った。

今回、以下の検討について結果を取りまとめ、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数設定のための医療機関群の具体化
2. 機能評価係数 ・ の具体化 (見直しや追加を含む)
3. 算定ルール等の見直し
4. 退院患者調査の見直し

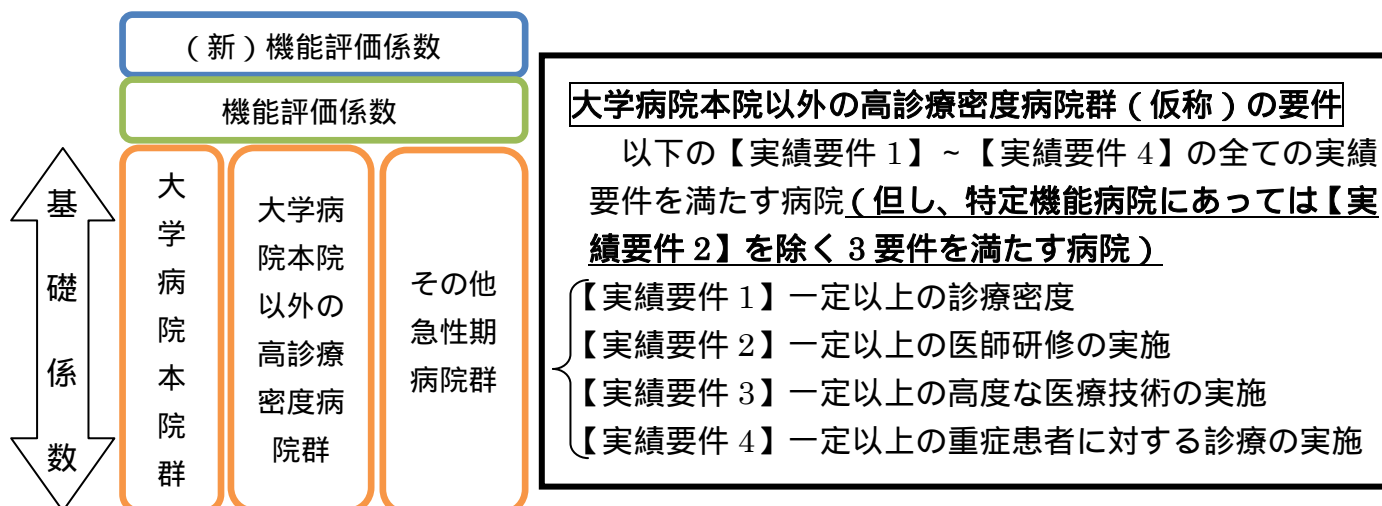
検討結果の概要

1. 基礎係数設定のための医療機関群の具体化

(1) 概要

調整係数の見直しにより設定する基礎係数 (包括範囲・平均出来高点数に相当) については、診療密度 (一日当たり出来高平均点数) 等の分析結果から、機能や役割に応じた医療機関群別に設定することとし、設定する医療機関群を、「大学病院本院」及びそれ以外の病院について大学病院本院に相当するような一定以上の医師密度・診療密度を有する「(仮)高診療密度病院群」と「その他急性期病院群」の3群とする。

「(仮)高診療密度病院群」の要件として、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」を設定する。但し、特定機能病院 (この場合は大学病院本院以外の特定機能病院) については、医療法上の規程により、(仮)高診療密度病院群の「医師研修の実施」に関する実績要件について、一定水準を満たしているものとして、それ以外の3要件 (「診療密度」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」) について満たした場合、(仮)高診療密度病院群とする。



(2) 具体的な要件
設定する指標と考え方

【実績要件 1】：診療密度
 = [1日当たり包括範囲出来高平均点数(全病院患者構成で補正；外的要因補正)]
 大学病院本院に相当するような診療密度の施設を前提。

【実績要件 2】：医師研修の実施
 = [届出病床 1 床あたりの臨床研修医師数(免許取得後 2 年目まで；基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正)]

「届出病床 1 床あたりの臨床研修医師数(免許取得後 2 年目まで)」

単一指標で医師研修機能を表現しつつ、過剰な医師獲得競争を抑制するため、施設単独の判断では採用できない臨床研修医に限定(マッチングシステムによる適正制御)。

DPC 算定病床の入院診療だけに従事する医師の特定は困難。

なお、臨床研修医師数は、入院医療に従事する臨床研修医について常勤換算で調査

「基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正」

基幹型臨床研修指定病院の「採用数」に加えて協力型臨床研修指定病院での研修実績にも配慮。

【実績要件 3】：高度な医療技術の実施

= [次の 3 つ (3a ~ 3c) がそれぞれ一定の基準を満たす]

(3a)：手術 1 件あたりの外保連手術指数 (協力医師数及び手術時間補正後)

(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数 (協力医師数及び手術時間補正後)

(3c)：手術実施件数

「外保連手術指数 (協力医師数及び手術時間補正後) (3a)」

協力医師数及び手術時間を加味することで、より多くの医師配置が必要な手術を高く評価 (実質的な医師配置の代替)。

「DPC 算定病床当たりの同指数 (補正後) (3b)」

手術 1 件あたりの指数は当該施設の平均的な手術難易度が反映されるものの、当該施設における実施頻度の要素が反映できない (少数の高難易度手術を実施すれば高い評価となる恐れ) ことから、「病床当たり」の実施頻度を併せて評価。(手術内容のデータは DPC 算定病床に係るものしか把握できないため、DPC 算定病床当たりとする)

「手術実施件数(3c)」

適切な手術難易度の評価とするため、一定数以上の手術件数の実施を前提 (手術件数が少ないと、一部の極端な事例が過大に反映される恐れがある)。

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

= [複雑性指数 (重症 DPC 補正後)]

「複雑性指数 (重症 DPC 補正後)」

医師配置を前提とするような重症患者を重点的に評価するため、検査や薬剤等の診療密度 (1 日当たり出来高点数) がより高く、かつ、より長期に及び加療 (在院日数が長い) が必要な患者 (DPC) を重点的に評価するよう複雑性指数 (DPC 毎の 1 入院あたり包括範囲出来高平均点数の多寡を反映する指標) を補正。

各要件の基準値

各要件の基準値 (カットオフ値) は大学病院本院群の最低値や 5 % タイル値等により設定 (実際に使用するデータベースが確定した後の分析・検討により算出)。

2. 機能評価係数 ・ の具体化（見直しや追加を含む）

2 - 1 . 機能評価係数

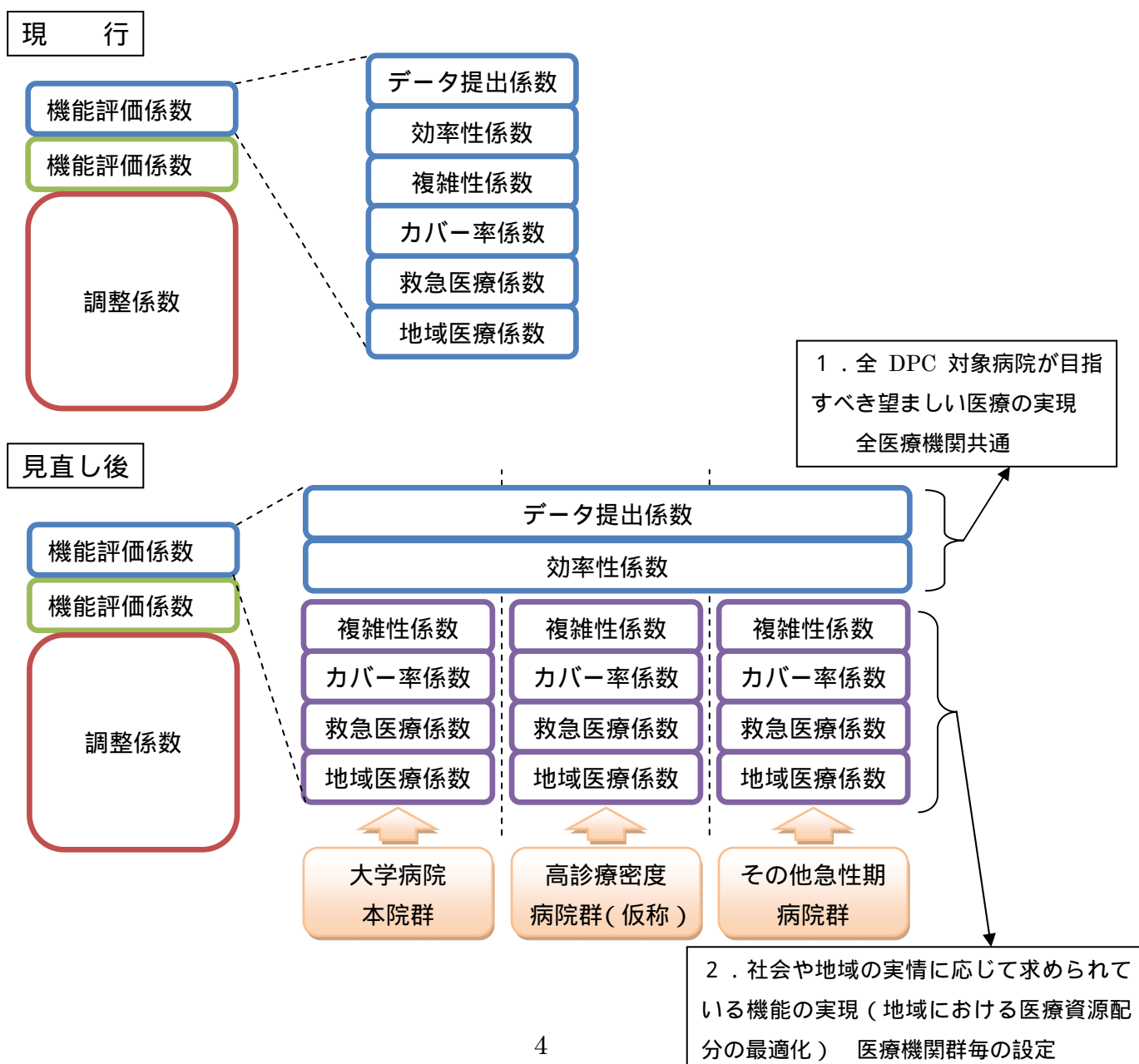
現行の診療報酬項目のうち、「地域加算」及び「離島加算」について、機能評価係数の概念（ ）に合致することから、今後は機能評価係数として評価することが妥当と考えられる。

出来高評価体系において「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を係数として設定。

2 - 2 . 機能評価係数

(1) 概要

平成 24 年改定における機能評価係数の見直し案は次の通り。



1) 見直しの考え方

現行機能評価係数（6項目）について

地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数については必要な見直しを行う。（効率性指数、複雑性指数、カバー率指数については現行の評価方法を基本とする）

追加導入を検討すべき項目について

診療情報活用の評価（データ提出指数とも関連）については今後の検討課題とする。

医療機関群設定との関係について

各医療機関群の特性に対応した評価手法を導入する（複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数）。

2) 見直し内容の骨子

データ提出指数

- i) 現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。
- ii) 更に、ICD-10病名のコーディング以外の提出データについても、今後、質的評価対象の範囲の拡充を図る（平成24年度以降対象項目を選定し、平成25年度からの実施を目指す）。

効率性指数

複雑性指数

カバー率指数

現行の評価方法を継続。

救急医療指数

- i) 「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価（ ）。
報酬となる評価値を直接算出する「係数」としての取扱いを廃止し、「指数」として設定。「指数」から「係数」への具体的な算出方法については、最終的に中医協において決定。
- ii) 救急医療の体制に係る評価は地域医療指数・体制評価指数において対応。

地域医療指数

- i) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。
- ii) 地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下の様な見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

<見直しのイメージ>

現行	平成 24 改定での対応
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行 7 項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る 体制評価指数 (10 項目、一部実績加味、上限値設定)
	定量評価指数 (新設)
	1) 小児 2) 上記以外

<地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ(項目の位置づけ)>

【考え方】 4 疾病 5 事業に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。

		医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
4 疾 病	がん	がん地域連携	<u>がん診療連携 拠点病院</u>	地域がん登録
	脳卒中	脳卒中地域連携	<u>24時間t-PA体制</u>	-
	急性心筋梗塞	-	-	-
	糖尿病	-	-	-
5 事 業	救急医療	-	救急医療	-
	災害時における医療	-	災害時における医療 (+災害拠点病院)	<u>EMIS(広域災害・救急医療情報システム)</u>
	へき地の医療	-	へき地の医療	-
	周産期医療	-	周産期医療	-
	小児医療	-	-	-

赤字(下線): 新規項目

黄色: 実績評価の要素を加味する項目

(2) 具体的な評価内容

別表 1 及び別表 2 の通り。

< 機能評価係数 の具体的な評価内容 >

【機能評価係数（6項目）の具体的な見直し案】（赤字下線部が主要な変更点）

評価対象データは平成 22 年 10 月 1 日～平成 23 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) データ提出指数	DPC 対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点（1点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>手順の遵守 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を 0.5 点・1 ヶ月の間、減じる。</p> <p>データの質の評価 A <u>新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が ___%以上の場合に当該評価を 0.05 点・1 年の間、減じる。（新たな減算基準の ___%はこれまでの実績から改めて設定）</u> B <u>今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成 25 年度から、評価対象とする方向で検討</u></p> <p>【例】・ <u>郵便番号</u> ・ <u>がんの UICC 分類</u> ・ <u>その他疾患特異的な重症度分類</u></p> <p><u>___ なお、その他急性期病院群について、外来診療に係る EF ファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05 点を目安に今後検討）を加算する。</u></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	<p>〔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〕</p> <p>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。</p>
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	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）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〕</p> <p>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。</p>

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	〔救急医療入院患者について、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〕											
6) 地域医療指数	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>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="913 555 2045 775"> <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 colspan="2">体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">定量評価指数（新設）</td> <td>1) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td> <td>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 10 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 7 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。 【評価対象地域の考え方】 大学病院本院及び高診療密度病院群（仮称）については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、その他急性期病院群については 2 次医療圏とする。 【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（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2	定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4	2) 上記以外（15 歳以上）	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（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2											
定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

別表 2

<地域医療指数・体制評価指数別表 2> 地域医療計画等における一定の役割を 10 項目で評価(1項目1ポイント、但し上限は7ポイント)。

評価項目 (各 1P)	大学病院本院群及び(仮)高診療密度病院群	その他の急性期病院群
<p>脳卒中地域連携 (実績評価を加味)</p> <p>(評価対象点数)</p>	<p>当該医療機関を退院した患者について、〔評価対象点数(下記)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)</p> <p>脳卒中を対象とする 「B005-2 地域連携診療計画管理料」に限る</p>	<p>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()」</p>
<p>がん地域連携 (実績評価を加味)</p> <p>(評価対象点数)</p>	<p>当該医療機関を退院した患者について、〔評価対象点数(下記)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)</p> <p>「B005-6 がん治療連携計画策定料」に限る</p>	<p>「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」</p>
<p>地域がん登録 (実績評価を加味)</p>	<p>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〕で評価(実績に応じて0~1P)</p>	
<p>救急医療 (実績評価を加味)</p>	<p>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。</p>	
<p>前提となる体制</p>	<p>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)。</p>	<p>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)</p>
<p>実績評価</p>	<p>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)</p> <p>(0.5P) 1P 0.6P 0.5P 0.1P</p> <p>救命救急センター 救命救急センター以外</p> <p>救急車来院後入院患者数(救急医療入院)</p>	<p>救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P)</p> <p>1P 0.1P</p> <p>救急車来院後入院患者数</p>

評価項目（各 1P）	大学病院本院群及び（仮）高診療密度病院群	その他の急性期病院群
災害時における医療	<u>「災害拠点病院の指定」と「DMATの指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）</u>	<u>「災害拠点病院の指定」又は「DMATの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）</u>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）</u> ・ <u>「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P</u> 	「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）
がん診療連携拠点病院（新規）	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P）</u> ・ <u>「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P</u> ・ <u>準じた病院（右欄 参照）としての指定は評価対象外（0P）</u> 	「がん診療連携拠点病院の指定」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） 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。
24 時間 tPA 体制（新規）	<u>「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）</u>	
EMIS（広域災害・救急医療情報システム）（新規）	<u>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）</u>	

【補足】「P」はポイントを表す。体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

医療機関群設定と各指数の関係について

医療機関群ごとの設定を検討することとされた 4 指数（複雑性・カバー率・救急医療・地域医療）については、各指数の医療機関群毎の分布に従い、それぞれ適切な係数化（評価に分布に応じた上限値・下限値等を設定）を行う。

3. 算定ルール等の見直し

これまで分科会等で指摘された、現行 DPC/PDPS の算定ルール等に係る課題や論点等については以下の通り。これらの課題については、平成 24 年改定に向けて、引き続き中医協総会において検討してはどうか。

(1) 小児入院医療管理料・亜急性期入院医療管理料等の特定入院料の取扱い（評価のあり方）

DPC/PDPS における亜急性期入院医療管理料等の特定入院料の取扱いについては、現在中医協総会において議論されている入院医療の評価のあり方を踏まえながら引き続き検討する必要がある。

(2) 在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方

本来包括点数において評価されている薬剤費が特定入院期間を超える事により、出来高算定できる状況について更に検討する必要がある。

(3) 高額薬剤等に係る対応

高額薬剤に係る在院日数遷延のための点数設定方法等、具体的な対応について、引き続き検討する必要がある。

4. 退院患者調査の見直し

(1) 平成 24 年度退院患者調査に係る具体的な対応事項

これまでの改定に伴う DPC/PDPS 導入影響評価のための調査(以下、「退院患者調査」という。)については、改定対応の終了後(6月頃まで)に対応すべき事項等について検討・実施してきたが、退院患者調査が通年化され、平成 24 年 4 月 1 日退院患者から改定に対応した新たな調査を開始する必要があることから、平成 24 年改定後の対応等については年内に確定させる必要がある(システム変更を伴うため、一定の準備期間が必要)。

このため、平成 24 年度の退院患者調査については、平成 24 年診療報酬改定への対応も踏まえながら以下の様な対応としてはどうか。

平成 24 年改定に伴う変更

診断群分類の見直しや医療機関群の設定、機能評価係数の見直しなどの平成 24 年改定に伴う対応やその他これまでに指摘された技術的事項について対応する。

- ・ 診断群分類の見直し及びその他指摘事項に伴う調査項目の見直し（様式 1）（具体的内容は別紙 1）
- ・ 基礎係数（医療機関群）や機能評価係数 の要件設定に伴う調査項目の追加（様式 3）

新たに対応を検討すべき事項（外来診療に関する調査）

- ・ 外来化学療法と入院医療の関係の整理や救急医療の実態把握など、入院医療と直前直後の外来診療は一連の診療であり、更に今後、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価していくためには、外来医療・入院医療を一体的に分析・評価する必要がある。
- ・ このような対応について、一定の診療データ処理能力を備える施設は、外来診療における EF ファイル（出来高点数情報）を提出できる環境にあるとされていることから、今後、当該施設に対して外来診療に係る EF ファイルの提出を求めることとする（大学病院本院と（仮）高診療密度病院群の施設は必須とし、その他急性期病院群の施設は任意とする）。
- ・ なお、その他急性期病院群の施設が上記のデータ提出に任意で対応する場合については、一定のインセンティブ（データ提出係数の上乘せ）の付与を検討する（2 - 2 . 機能評価係数 「データ提出指数」再掲）。

(2) 今後引き続き検討すべき事項

以下の事項については、今後の更なる具体的な検討が必要であることから、平成 24 年改定以降、引き続き DPC 評価分科会において検討することとしてはどうか。

医療の質に関連する調査

- ・ 特定の疾患・プロセス等に着目した分析や調査項目の追加により、医療の質的な評価（分析）を試行的に実施してはどうかとの指摘があるが、評価（分析）すべき項目について具体化（明確化）する必要があることから、今後、引き続き検討する。

様式 1 のフォーマット拡充に関する検討（技術的事項）

- ・ 現行の様式 1 におけるデータ記録方式が調査の自由度に制約を課している等の指摘がなされている。
- ・ 一方で、拡充するとした場合でも一定の周知期間（準備期間）を経て実施する必要があることから、平成 24 年改定以降、必要性、メリット・デメリットを検討した上で、今後、より拡張性の高い仕様への移行を検討する（詳細は別紙 2）。

(3) その他（中医協総会への提言）

【出来高算定病院に対する DPC フォーマットのデータ提出の枠組み創設】

- ・ DPC 制度は施行から 8 年以上が経過し、提出された DPC フォーマットのデータ（様式 1・EF ファイル等）の分析・評価により様々な角度から対象施設での診療内容の把握・分析が可能となっている。
- ・ このような診療実態が分析可能な急性期入院医療機関の大半は既に DPC/PDPS に参加していると考えられる（一般病床の過半数が DPC/PDPS 対象病床）一方で、それ以外の一般病床に係る診療内容の把握・分析については必ずしも十分に対応できているとは言えない。
- ・ この一つの理由として、退院患者調査に参加していない（DPC 準備病院でもない）出来高算定の病院について、同様なデータを提出し分析する制度（枠組み）が明確でないことが一つの要因とも考えられる。
- ・ この様な観点から、DPC 制度に参加しない前提であっても、DPC フォーマットデータに相当する診療データの提出能力を有する医療機関について、何らかのインセンティブを付与しつつ、DPC フォーマットデータの提出を得て診療の内容について評価・分析できる何らかの枠組みの創設を検討すべきではないか。

診断群分類の見直し及びその他指摘事項に伴う様式1 調査項目の見直し

項目番号	項目名	変更の考え方
3 . (9)	予定・救急医療入院	レセプトの入力内容と調査の入力内容に齟齬があり、わかりにくいとの指摘を踏まえ、相互に互換性のある入力仕様へ変更する。
3 . (11)	退院先	外来（自院）と外来（他院）の定義が紛らわしいとの指摘があることから、入力項目の定義について精緻化を図る。
6 . (12) ~ (14)	がんの UICC 分類	院内がん登録が平成 24 年 1 月から UICC 分類第 7 版を採用（移行）することを踏まえ、6 版と 7 版両方での入力に対応する（移行措置）。
6 . (12) ~ (15)	がんの UICC 分類とがんの Stage 分類	一部の悪性腫瘍について、現行では両方の入力を求めている（UICC 分類への移行にあたっての経過措置）。UICC 分類に移行して良いものについて、がんの Stage 分類の入力条件から除外。
6 . (16)	入院時 modified Rankin Scale	「入院時」ではなく「発症前」に変更
6 . (18)	脳卒中の発症時期	入力簡素化の観点から発症日を入力する方式より選択肢方式に変更。
6 . (23)	肺炎の重症度分類	院内肺炎等の重症度を加味できるように入力様式を変更。
6 . (36)	テモゾロミド（初回治療）の有無	薬剤の適応疾患から、対象 DPC を限定する。
6 . (37) <u>（新設）</u>	分娩時出血量	妊産褥婦の重症度を反映する指標として入力。
7 . (1) ~ (3) <u>（新設）</u>	再入院調査	再入院調査について、入院時に合わせて入力する方式に切り替える。
8 . (1) ~ (3) <u>（新設）</u>	再転棟調査	再転棟調査について、転棟時に合わせて入力する方式に切り替える。

様式1のフォーマット拡充に関する検討(技術的事項)

現行の様式1は患者1名につき1行のデータ記録方式となっている。

この方式は、表で目視しやすい反面、項目の新設や削除の度に、表の位置関係が変わってしまい、システム改修上の負担が大きいことや、調査項目数に上限を設定しなくてはならないなど、調査の自由度に乏しいとの指摘がなされている。(例:入院時併存症は最大4つまでの制限)

これらを踏まえ、今後、より拡張性の高い仕様への移行を検討してはどうか(下記)。

ただし、この対応は調査票の大幅な変更を伴うものであり、現場への影響も極めて大きい事から、平成24年改定以降、必要性やメリット・デメリットを検討するとともに、実施するとした場合でも、一定の周知期間(準備期間)を経て行う事としてはどうか。

<フォーマット変更のイメージ>

