

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

平成20年度第2回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成20年7月30日（水）10:00～12:00  
 場所：厚生労働省専用第18～20会議室

議事次第

- 1 調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等の検討について
  - 松田研究班からの報告
  
- 2 平成20年度DPC評価分科会における特別調査（ヒアリング）（案）について
  
- 3 その他

<委員>

氏名	所属等
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 澄信	独立行政法人 国立病院機構本部医療部研究課長
木下 勝之	医療法人社団九折会 成城木下病院理事長
熊本 一朗	鹿児島大学医療情報管理学教授
小山 信彌	東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長
齋藤 壽一	社会保険中央総合病院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
佐藤 博	新潟大学教授・医歯学総合病院薬剤部長
嶋森 好子	慶應義塾大学看護医療学部教授
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
◎ 西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院院長
○ 原 正道	横浜市病院事業管理者病院経営局長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
山口 俊晴	癌研究会有明病院消化器外科部長
山口 直人	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授
吉田 英機	昭和大学医学部名誉教授

◎ 分科会長      ○ 分科会長代理

<オブザーバー>

氏名	所属等
西澤 寛俊	全日本病院協会会長

平成20年度DPC評価分科会における特別調査（ヒアリング）（案）について

本年5月21日の中医協基本問題小委員会において、DPCに関する調査を補完し、適切な算定ルールの構築等について検討するため、平成19年度と同様にDPC評価分科会において、調査内容に基づいた意見交換（ヒアリング）を行うこととした。

#### 第1 再入院について

昨年度のヒアリングの結果をふまえて、本年度より、同一疾患での3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行ったところ。

ただし、4～7日以内の再入院や本来であれば外来で実施できる治療を入院医療で実施している例については、本年度も引き続き調査することとされた。

#### 【調査方法】

平成20年度調査により得られたデータから、以下に該当する医療機関に調査票を配布する。

なお、ヒアリング対象医療機関は、調査票を取りまとめた結果等もふまえて、以下の区分に応じて、数医療機関を当該分科会に招集することとする。

#### ア 3日以内の再入院について

本年度より同一疾患による3日以内の再入院については、1入院として取り扱うこととしたが、その影響等について検証するために、3日以内再入院率が高い医療機関を対象とする。その際には、がん化学療法・放射線療法の場合とそれ以外の場合に区別して考慮する。

#### イ 4～7日以内の再入院について

4～7日以内の再入院については、今後の算定ルールの見直しに向けて、4～7日以内再入院率が高い医療機関を対象とする。その際には、上記と同様に、がん化学療法・放射線療法の場合とそれ以外の場合に区別して考慮する。

#### 第2 適切な診療報酬の請求について

DPCにおいては、医療資源を最も投入した傷病名から、実施した手術や処置、また副傷病や重症度によって1つの診断群分類を決定して診療報酬の請求を行うが、診断群分類の決定が正しく行われるために、本年度より以下のとおり、算定ルールの見直しを行っている。

- ・ DPCにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加えること
- ・ 院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディング（適切な診断を含めた診断群分類の決定をいう。）を行う体制を確保するため、責任者を定めるとともに、診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び診療記録管理者等から構成される委員会を設置し、少なくとも年に2回は当該委員会を開催すること

#### 【調査方法】

平成20年度調査により得られたデータから、以下に該当する医療機関に調査票を配布する。

なお、ヒアリング対象医療機関は、調査票を取りまとめた結果等もふまえて、以下の区分に応じて、数医療機関を当該分科会に招集することとする。

ア 主要な診断群分類について、1日当たりの包括範囲出来高点数の当該医療機関平均が全体の平均に比べて著しく高い又は低い医療機関

イ 主要な診断群分類について、当該医療機関の平均在院日数が全体の平均より著しく長い又は短い医療機関

ウ 正しく診断群分類が選択されていない（部位不明コード、いわゆる「.9」コード）症例の割合が高い医療機関

エ 平成20年度より導入されたがん化学療法の主要な標準レジメンによる診断群分類の分岐及び薬剤の投与期間に応じた診断群分類の分岐（IFN-β7日間以上投与した場合）の効果を検証するために、当該分類を選択する割合が高い医療機関

オ その他、必要に応じてデータの質が適切ではないと考えられる医療機関

### 第3 その他

平成20年度より、DPC対象病院において慢性期の病床を併設している病院（いわゆる「ケアミックス型病院」）も多く含まれていることが示唆されていることを踏まえ、当該医療機関におけるDPCの運用の状況等について、ヒアリングを実施してはどうか。

## DPCの在り方について

### 第1 DPCについて

#### (1) DPCの対象及び導入に係る経緯等について(別紙1)

DPC制度(1日当たりの包括評価制度)とは、平成15年閣議決定された急性期入院医療を対象とした包括評価のことである。

(参考)平成15年3月28日閣議決定

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

DPCの導入に先立って、平成10年11月から10国立病院等において1入院当たりの包括評価制度の試行を実施した。

その後の検討において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等があった。

各医療機関の特性を守りつつ、良質な医療を効率的に提供していく観点から、DPC制度として実施することとした。(別紙2)

よって、平成15年度より急性期入院医療を実施している病院を対象とするものとして特定機能病院等の82病院にDPCが導入され、平成16年度は、DPC調査協力病院におけるDPCの試行的適用として新たに62病院が参加し、平成18年度は、DPC対象病院として更に216病院が参加することとなった。

なお、平成20年度にはDPC対象病院として、新たに358病院が参加することにより、DPC対象病院として718病院、平成19年度DPC準備病院も含めると1,428病院となり、全一般病床(約91万床)の約50.2%(約46万床)を占めるに至っている。(別紙3)

※平成20年度DPC準備病院については集計中。

#### (2) 平成19年度のDPC対象病院の基準に係る検討の概要

平成19年度の中医協におけるDPC対象病院の拡大に係る議論において、「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とした。なお、DPCの対象の範囲としては、ある程度以上の重症な急性期に限定せず、全ての急性期を対象とするべきとされた。

また、DPC対象病院において、急性期入院医療における入院から退院までの1入院に係る適切なデータを提出できること等、データの質を確保することが重要であるとされ、2年間の適切なデータの提出及び(データ/病床)比として10ヶ月で8.75以上であることとした。

### 第2 平成19年度中医協の取りまとめ事項

平成19年度の中医協では、

- (1) 平成19年度DPC準備病院については、平成21年度にDPCの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるDPC対象病院に適用される基準と同じものとする
- (2) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討することについて取りまとめられたところであり、平成20年度以降速やかにDPCの在り方を含めて検討する必要がある。(別紙4)

<出典：平成20年2月13日中医協総会資料>

### 第3 今後の検討課題について

#### (1) DPCの評価等について(別紙5)

DPC導入の影響評価を行うために、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するため、平成15年度より、DPC対象病院・準備病院で行われる診療に係る詳細なデータの集積・解析を行ってきた。

これまでの結果からは、平均在院日数の短縮や後発医薬品への置換え等の医療の効率化が進んでおり、救急車による搬送、緊急入院及び他院からの紹介の患者数は増加傾向であったことから、重症度の高い患者を避けるような患者選別の傾向が見られておらず、診療内容に悪影響は認められないものと考えられる。

また、退院時転帰の状況においては、治癒及び軽快を合計した割合が一定であるものの、治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えら

れる。

なお、DPC対象病院は再入院率が増加する傾向にあるが、主な原因は計画的再入院の増加であり、特に化学療法・放射線療法の理由による再入院の増加が原因と考えられる。

以上のことから、DPCにより、質の確保はされつつ医療の効率化が進んでいるものと考えられるが、治癒・軽快のうち、軽快の割合が増えていることや、再入院率が増加していることについては、患者に十分な療養が提供されていないのではないかと懸念や、不適切なコーディング等の懸念も指摘されている。

(参考1)

治癒…退院時に、退院後に外来通院治療の必要性がまったくない、または、それに準ずると判断されたもの。

軽快…疾患に対して治療を行い改善がみられたもの。原則として、退院時点では外来などで継続的な治療を必要とするが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない。

<出典：平成20年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料>

(参考2) 指導監査で明らかとなった適切でない請求例

- 1) 包括評価部分を最大化する
  - A 不適切なコーディング（いわゆるアップ・コーディングによって、診療報酬点数が高くなるものを選択する）
    - 「医療資源を最も投入した」とはいえない傷病名でコーディングしている。
    - 特定入院期間超過後の手術による「手術あり」コーディングしている。
  - B 入院期間のリセット（より点数の高い入院期間1の入院に戻す）
    - 退院後、極めて短期間で予定入院としている。
    - 包括評価対象外の病床との間で転棟を繰り返している。
    - 医育機関と関連病院、本院と分院との間で転院を繰り返している。
- 2) 包括評価されている項目の出来高請求
  - C 一連の入院中に他医療機関で実施
    - DPC入院当日に他院でMRI、PETを実施している。
    - 入院中の他院受診を対診扱いせず、他院から出来高請求している。
  - D 出来高評価される算定項目として取り扱う
    - 術後に病棟で行った点滴等、手術にあたって使用された薬剤以外の薬剤を手術で使用した薬剤として出来高請求する。

<出典：平成19年8月8日中医協基本小委資料より抜粋>

【論点1】

これまでのDPCの評価についてどのように考えるべきか。

(2) DPCの対象病院について

急性期入院医療を対象としてDPC対象病院の拡大がなされてきてお

り、今後も拡大が見込まれている。

平成19年度中医協の議論では、「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とし、DPCの対象の範囲としては、ある程度以上の重症な急性期に限定せず、全ての急性期を対象とするべきとされた。

その検討を踏まえて、今年度からDPCに参加した平成20年度DPC対象病院、及び平成19年度DPC準備病院は、他年度のDPC対象病院と比較して病床規模が小さい病院の割合が高く、その中には専門病院だけでなく、慢性期の病床を併設している病院（いわゆる「ケアミックス型病院」）も多く含まれていることが示唆される。（別紙6）

【論点2】

急性期を担うDPC対象病院の中でも、ケアミックス型病院を含めた様々な特徴のある病院が参加しており、今後も同様な傾向となると考えられる。DPCの適用がふさわしい病院についてどのように考えるべきか。

(3) DPC制度の運用に係る見直しについて

平成20年度改定時までは、調整係数は存続することとしているが、それ以降については、調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

【論点3-1】新たな機能評価係数の設定について

○ 新たな機能評価係数について、どのような観点から評価するべきものか。

例) 平成19年度の論点

- ・ 救急、産科、小児科などの、いわゆる社会的に重要であるが、不採算となりやすい診療科の評価
- ・ 救急医療体制の整備など、高度な医療を提供できる体制を確保していることの評価
- ・ 高度な医療を備えることについて、地域の必要性を踏まえた評価

○ 例えば、医療計画で定めているように、その地域における医療の必要性を踏まえた病院機能の役割を評価することについてどのように考

## DPC対象病院に関する考え方の経緯について

えるべきか。

## 【論点3-2】調整係数の廃止について

- 平成20年度改定時までは、調整係数は存続することとしているが、具体的に廃止する時期についてどのように考えるべきか。
- 廃止するに当たり、段階的に廃止する等の経過措置の必要性についてどのように考えるべきか。

## 1 平成15年度改定時

## 【平成15年2月26日 中医協総会資料より】

- 平成15年度におけるDPC対象医療機関  
大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター（合計82医療機関）

## 2 平成16年度改定時

## 【平成16年2月13日 中医協総会資料より】

- DPC試行的適用の対象医療機関の考え方
  - (1) 調査協力医療機関（92医療機関）のうち一定の基準を満たすもの。  
一定の基準：DPCに対して協力する意思のある医療機関  
（データ/病床）比が概ね3.5以上  
データの質が確保されていること
  - (2) データの質について  
データの質に求められるもの
    - ① 臨床病名とICD10の傷病名との照合、コーディングの正確さ
    - ② 包括評価の見直しに必要な診療行為詳細情報（E,Fファイル）の提出など
  - (3)（データ/病床）比の考え方  
ある一定期間に退院した患者から得られる1病床当たりのデータ数  
（例）  
400床の病院において、7月から10月の4ヶ月間に収集されたデータのうち分析可能なデータ数は1830件であった場合、（データ/病床）比は、次のとおりとなる。  
（データ/病床）比： $1830 \div 400 \approx 4.6$
- 平成16年度におけるDPC対象医療機関（合計144医療機関）

### 3 平成18年度改定時

【平成18年1月11日 中医協基本小委資料より】

- DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする。
  - ・ 看護配置基準 10:1以上であること
  - \* 現在、10:1を満たしていない病院については、平成20年度までに満たすべく計画を策定すること
  - ・ 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること
  - ・ 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
- 上記に加え、下記の基準を満たすことが望ましい。
  - ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
  - ・ 救命救急入院料を算定していること
  - ・ 病理診断料を算定していること
  - ・ 麻酔管理料を算定していること
  - ・ 画像診断管理加算を算定していること
- 平成18年度におけるDPC対象医療機関 (合計360医療機関)

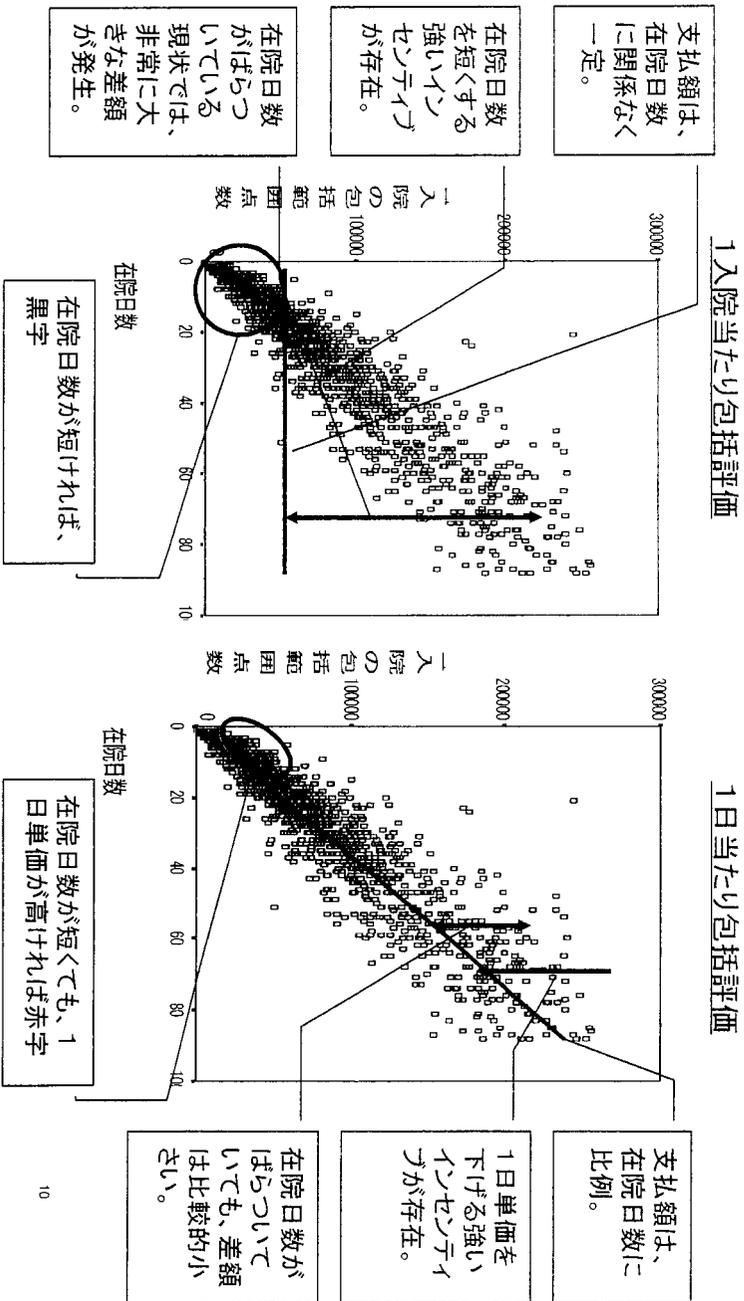
### 4 平成20年度改定時

【平成19年12月7日 中医協基本小委資料より】

- 平成18年度基準の取扱いについて  
平成18年度の基準については、平成20年度以降のDPC対象病院も満たさなければならないこととする。
- 一定期間のデータ提出について  
「2年間(合計で10ヶ月分のデータ)」とする。
- 適切なデータ提出について
  - イ 提出期限の厳守及びデータの正確性(適切に診断群分類が決定されていることや薬剤の使用量の入力ミスがないこと等)が確保できること。
  - ロ 既にDPC対象病院となっている医療機関に対しても、同様に適切なデータの提出を求めるとともに、データの質に重大な疑問等があった場合には、分科会でその原因等について調査し、改善を求めることとする。
- (データ/病床)比について  
(データ/病床)比=8.75とする。  
※ 平成16年度に要件としていた「3.5(7~10ヶ月の4ヶ月の期間で算定した場合)」に相当
- 軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする。  
※ 急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする。
- 既にDPCの対象となっている病院が、平成20年度DPC対象病院の基準のうち、新たに設けられた事項を満たしていない場合の取扱いについては、一定の経過措置を設けた上で、その事項を満たすことを求めることとする。
- 平成20年度におけるDPC対象医療機関 (合計718医療機関)  
※ 718医療機関には、平成20年7月参加病院を含む。

# 1入院当たり包括評価と1日当たり包括評価の比較

「肺がん→手術なし→副傷病なし」の場合



## 5 調整係数の廃止及び新たな機能評価係数の設定について

【平成19年11月21日 中医協基本小委資料より】

平成20年度改定時までは、調整係数は存続することとしているが、それ以降については、調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

平成20年度以降速やかに、以下の点を踏まえながら係数の具体案の作成に向けた検討を行う必要がある。

- 1 「望ましい要件」については、要件としてではなく、むしろ、係数として評価することを検討するべきではないか。
- 2 医療機関の機能を反映することのできる係数等について、例えば以下の点を含めて検討するべきではないか。
  - ・ 救急、産科、小児科などの、いわゆる社会的に重要であるが、不採算となりやすい診療科について評価できる係数について検討するべきではないか。
  - ・ 救急医療体制の整備など、高度な医療を提供できる体制を確保していることを評価できる係数について検討するべきではないか。
  - ・ なお、高度な医療を備えることについては、地域においてその必要性を踏まえた評価を反映できる係数について検討するべきではないか。

DPC病院数(準備病院を含む)

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	82	82
平成16年度DPC対象病院	2	12	10	17	7	54	62
平成18年度DPC対象病院	4	18	34	57	36	67	216
平成20年度DPC対象病院	35	77	80	65	42	59	358
<b>DPC対象病院小計</b>	<b>41</b>	<b>107</b>	<b>124</b>	<b>139</b>	<b>85</b>	<b>222</b>	<b>718</b>
平成19年度準備病院	145	207	140	106	56	56	710
<b>準備病院小計</b>	<b>145</b>	<b>207</b>	<b>140</b>	<b>106</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>710</b>
<b>計</b>	<b>186</b>	<b>314</b>	<b>264</b>	<b>245</b>	<b>141</b>	<b>278</b>	<b>1,428</b>
(参考)全病院数 (平成18年医療施設調査)	3,482	2,709	1,153	758	362	479	8,943

全国病床規模別病院数とDPC病院数の割合

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	17.12%	0.92%
平成16年度DPC対象病院	0.06%	0.44%	0.87%	2.24%	1.93%	2.91%	0.69%
平成18年度DPC対象病院	0.11%	0.66%	2.95%	7.52%	9.94%	13.99%	2.42%
平成20年度DPC対象病院	1.01%	2.84%	6.94%	8.58%	11.60%	12.32%	4.00%
<b>DPC対象病院小計</b>	<b>1.18%</b>	<b>3.95%</b>	<b>10.75%</b>	<b>18.34%</b>	<b>23.48%</b>	<b>46.35%</b>	<b>8.03%</b>
平成19年度準備病院	4.16%	7.64%	12.14%	13.98%	15.47%	11.69%	7.94%
<b>準備病院小計</b>	<b>4.16%</b>	<b>7.64%</b>	<b>12.14%</b>	<b>13.98%</b>	<b>15.47%</b>	<b>11.69%</b>	<b>7.94%</b>
<b>計</b>	<b>5.34%</b>	<b>11.59%</b>	<b>22.90%</b>	<b>32.32%</b>	<b>38.95%</b>	<b>58.04%</b>	<b>15.97%</b>

DPC算定病床数(準備病院を含む)

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	66,910	66,910
平成16年度DPC対象病院	160	1,906	2,478	5,519	2,994	10,109	23,166
平成18年度DPC対象病院	252	2,822	8,536	19,646	15,965	39,809	87,030
平成20年度DPC対象病院	2,566	11,795	19,507	22,317	18,496	36,823	111,504
<b>DPC対象病院小計</b>	<b>2,978</b>	<b>16,523</b>	<b>30,521</b>	<b>47,482</b>	<b>37,455</b>	<b>153,651</b>	<b>288,610</b>
平成19年度準備病院	9,027	30,122	34,488	36,094	24,627	34,333	168,691
<b>準備病院小計</b>	<b>9,027</b>	<b>30,122</b>	<b>34,488</b>	<b>36,094</b>	<b>24,627</b>	<b>34,333</b>	<b>168,691</b>
<b>計</b>	<b>12,005</b>	<b>46,645</b>	<b>65,009</b>	<b>83,576</b>	<b>62,082</b>	<b>187,984</b>	<b>457,301</b>
(参考)全一般病床数 (平成18年医療施設調査)	121,445	185,292	116,010	143,577	98,465	246,225	911,114

全国病床規模別一般病床数とDPC算定病床数割合

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	27.17%	7.34%
平成16年度DPC対象病院	0.13%	1.03%	2.14%	3.84%	3.04%	4.11%	2.54%
平成18年度DPC対象病院	0.21%	1.52%	7.36%	13.68%	16.21%	16.17%	9.55%
平成20年度DPC対象病院	2.11%	6.37%	16.81%	15.54%	18.78%	14.96%	12.24%
<b>DPC対象病院小計</b>	<b>2.45%</b>	<b>8.92%</b>	<b>26.31%</b>	<b>33.07%</b>	<b>38.04%</b>	<b>62.40%</b>	<b>31.68%</b>
平成19年度準備病院	7.43%	16.26%	29.73%	25.14%	25.01%	13.94%	18.52%
<b>準備病院小計</b>	<b>7.43%</b>	<b>16.26%</b>	<b>29.73%</b>	<b>25.14%</b>	<b>25.01%</b>	<b>13.94%</b>	<b>18.52%</b>
<b>計</b>	<b>8.88%</b>	<b>25.17%</b>	<b>56.04%</b>	<b>58.21%</b>	<b>63.05%</b>	<b>76.35%</b>	<b>50.20%</b>

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

※全病院数の病床数区分は、総病床数による。

※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成19年12月分DPC調査データより集計

※割合は、病院区分毎における全一般病院数に占めるDPC対象・準備病院数、病院区分毎における全一般病床数に占めるDPC対象・準備病床数である。

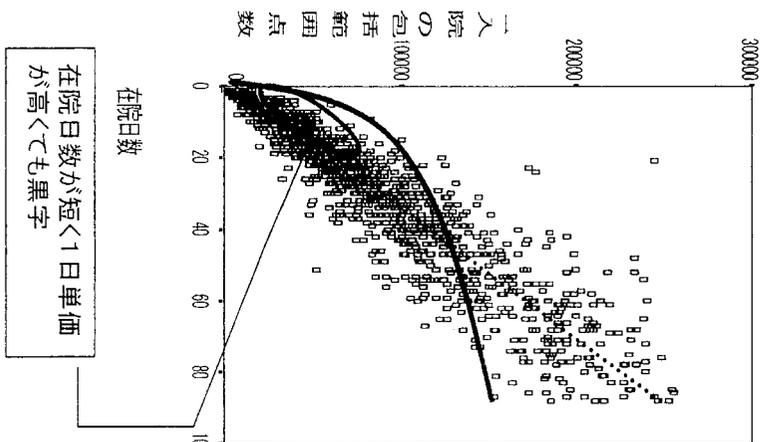
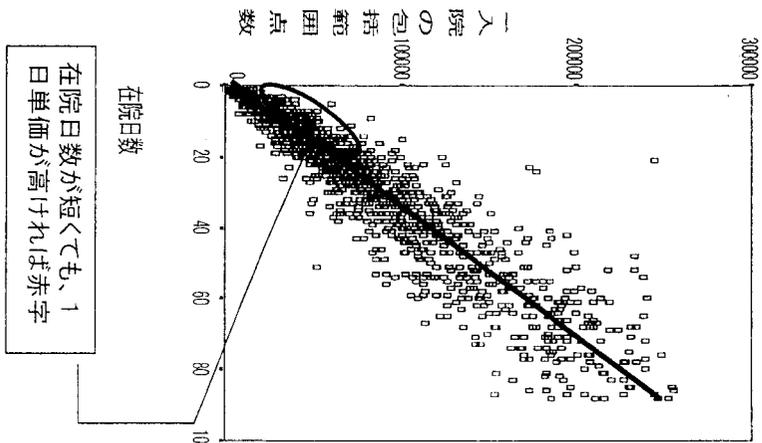
\*平成19年度準備病院には、平成20年度対象病院に参加しなかった平成18年度準備病院13病院を含む。

別紙2-2

【基本形】

1日当たり包括評価の方法

【在院日数を加味した形】



～平成20年2月13日 中医協総会資料より～

【Ⅱ-1（質の高い効率的な入院医療の推進について）-①】

## DPCに係る制度運用の改善

骨子【Ⅱ-1-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

DPCに関しては、現在360病院が対象となっているが、平成18年度DPC準備病院のうち、平成18年度基準及び新たな基準を満たした病院についてDPCの対象とする。

また、DPCの診療報酬については、適切な算定ルール等を導入すること等の制度運用の改善を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1 DPC対象病院の拡大について

- (1) 平成19年度DPC対象病院の基準として、平成18年度基準のほか、2年間の適切なデータの提出及び（データ／病床）比が10ヶ月で8.75以上という要件を加える。
- (2) 平成20年度に新たにDPCの対象となる医療機関は平成18年度DPC準備病院（371病院）のうち、基準を満たしたものとする。
- (3) 平成19年度DPC準備病院については、平成21年度にDPCの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるDPC対象病院に適用される基準と同じものとする。

#### 2 算定ルール及び診断群分類の見直しについて

- (1) 算定ルールの見直しについて
  - ア 3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行う。
  - イ DPCにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。
- (2) 診断群分類の見直し等について
  - ア MDC16（外傷・熱傷・中毒、精神、その他）をMDC16（外傷・熱傷・中毒）、MDC17（精神疾患）及びMDC18（その他）に分割する。
  - イ 診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行う。

ウ 診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入する。

エ 短期入院が相当程度存在する診断群分類（悪性腫瘍に対する化学療法など）については、前回改定と同様に、より短期の入院を高く評価する仕組（入院日数の25パーセントイル値（I日）までの点数の15%加算を、5パーセントイル値までに繰り上げて設定する見直し）を適用する。

#### 3 調整係数について

- (1) 調整係数の算出については、2年間（10か月分）のデータを用いることとする。
- (2) 平成20年度診療報酬改定率をDPCの包括部分についても適切に反映するため、DPCの包括部分に係る収入が全体改定率の▲0.82%となるよう、調整係数を設定する。ただし、10:1入院基本料及び特定機能病院・専門病院における14日以内の加算の見直しに伴う係数については、適切に反映されるよう図ることとする。

#### 4 平成20年度以降のDPC制度運用の留意事項について

- (1) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準（望ましい基準を除く。）を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- (2) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、1(1)の基準は適用しない。
- (3) 平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- (4) DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。
- (5) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

最終報告概要

平成20年5月9日

診療報酬調査専門組織DPC評価分科会

分科会長 西岡 清

第1 調査の目的

DPC導入の影響評価を行うために、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するための基礎資料を収集することを目的とする。

第2 調査方法

平成19年7月から12月までの退院患者について、「診療録情報（診療録に基づく情報）」及び「レセプト情報（診療報酬請求明細書に基づく情報）」等を収集する。

第3 調査対象病院

- 平成15年度DPC対象病院 82病院
- 平成16年度DPC対象病院 62病院
- 平成18年度DPC対象病院 216病院
- 平成18年度DPC準備病院 371病院
- 平成19年度DPC準備病院 697病院

第4 分析対象データについて

厚生労働省が受領した7月から12月の退院患者に係るデータ（約430万件）のうち、包括払いの対象とならない病棟への移動があった者等を除外したデータ（約394万件）を分析の対象とした。また、平成15年度～18年度の調査データについても同時期のデータを用いて比較対象とした。

第5 主な結果

1 平均在院日数

(1) 平均在院日数の年次推移（表1 参考資料1 p.19～p.37）  
全ての病院類型において、平均在院日数は減少傾向にあった。

【表1】在院日数の平均の年次推移

病院類型	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度 DPC対象病院	19.13	18.31	17.35	16.70
平成16年度 DPC対象病院	15.54	15.15	14.74	14.58
平成18年度 DPC対象病院	.	15.48	14.52	14.48
平成18年度 DPC準備病院	.	.	15.36	14.97
平成19年度 DPC準備病院	.	.	.	15.40

(2) 平均在院日数の減少の要因（参考資料1 p.38～p.48）

平均在院日数の減少の要因を「診断群分類毎の在院日数の変化による影響」と「患者構成の変化による影響」とに分けて分析すると、主に診断群分類毎の在院日数の減少によるものと考えられた。

2 入院経路

(1) 救急車による搬送の率・患者数の年次推移（表2 参考資料1 p.49）

救急車による搬送の率は、平成15年度DPC対象病院及び平成18年度DPC準備病院は横ばい傾向であり、それ以外の病院類型では、増加から横ばい傾向であった。

1施設1ヶ月あたりの救急搬送患者数は平成18年度DPC準備病院は横ばい傾向であり、それ以外の病院類型では、増加傾向であった。

【表2】救急車による搬送の率・患者数

病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院（割合）	7.9%	8.3%	7.5%	7.4%	7.4%
（1施設当たり患者数）	71.7	78.8	74.3	79.2	79.2
平成16年度DPC 対象病院（割合）	11.8%	12.7%	12.2%	12.4%	12.7%
（1施設当たり患者数）	60.5	70.5	67.0	69.6	71.2
平成18年度DPC 対象病院（割合）	・	・	13.3%	13.7%	14.1%
（1施設当たり患者数）	・	・	78.4	85.5	88.9
平成18年度DPC 準備病院（割合）	・	・	・	13.3%	13.1%
（1施設当たり患者数）	・	・	・	57.8	57.5
平成19年度DPC 準備病院（割合）	・	・	・	・	13.3%
（1施設当たり患者数）	・	・	・	・	41.6

(2) 緊急入院の率・患者数の年次推移（表3 参考資料1 p.50）

緊急入院の率は、平成15年度DPC対象病院は減少傾向であり、平成18年度DPC準備病院は横ばい傾向であるが、それ以外の病院類型では増加から横ばい傾向であった。

1施設1ヶ月あたりの緊急入院の患者数は、平成18年度DPC準備病院は横ばい傾向であるが、それ以外の病院類型では増加傾向であった。

【表3】緊急入院の率・患者数

病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院（割合）	27.5%	27.3%	25.8%	25.2%	25.5%
（1施設当たり患者数）	250.1	259.8	253.7	265.9	273.8
平成16年度DPC 対象病院（割合）	46.9%	46.2%	46.0%	47.6%	47.3%
（1施設当たり患者数）	243.5	256.2	252.9	268.2	264.2
平成18年度DPC 対象病院（割合）	・	・	45.8%	46.4%	46.7%
（1施設当たり患者数）	・	・	268.9	289.2	293.7

平成18年度DPC 準備病院（割合）	・	・	・	48.8%	48.6%
（1施設当たり患者数）	・	・	・	213.0	213.1
平成19年度DPC 準備病院（割合）	・	・	・	・	49.6%
（1施設当たり患者数）	・	・	・	・	155.5

(3) 他院より紹介有りの率・患者数の年次推移（表4 参考資料1 p.51）

他院より紹介有りの率及び1施設当たりの患者数は、平成18年度DPC対象病院を除いた病院類型では増加傾向であった。

【表4】他院より紹介有りの率・患者数

病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院（割合）	40.0%	41.2%	41.4%	42.5%	43.6%
（1施設当たり患者数）	364.2	392.6	407.8	448.4	468.7
平成16年度DPC 対象病院（割合）	36.0%	32.4%	36.2%	36.2%	38.1%
（1施設当たり患者数）	184.2	179.7	199.3	203.9	212.7
平成18年度DPC 対象病院（割合）	・	・	37.4%	34.7%	35.1%
（1施設当たり患者数）	・	・	219.9	216.1	220.8
平成18年度DPC 準備病院（割合）	・	・	・	35.5%	37.1%
（1施設当たり患者数）	・	・	・	154.9	162.6
平成19年度DPC 準備病院（割合）	・	・	・	・	36.9%
（1施設当たり患者数）	・	・	・	・	115.7

3 退院先の状況（表5、6 参考資料1 p.52）

(1) 自院の外来の割合の年次推移

自院の外来の割合は、平成15年度DPC対象病院は増加傾向であるが、平成16年度DPC対象病院は減少傾向であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向であった。

【表5】退院先の状況「自院の外来」

病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院(割合)	81.52%	82.59%	83.55%	84.16%	84.63%
平成16年度DPC 対象病院(割合)	73.56%	74.59%	74.10%	72.13%	71.63%
平成18年度DPC 対象病院(割合)	.	.	74.97%	75.41%	75.00%
平成18年度DPC 準備病院(割合)	.	.	.	74.24%	74.71%
平成19年度DPC 準備病院(割合)	.	.	.	.	74.91%

(2) 転院の割合の年次推移

転院の割合については、平成15年度DPC対象病院は減少傾向であるが、平成16年度DPC対象病院は増加傾向であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向であった。

【表6】退院先の状況「転院」

病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院(割合)	4.80%	4.73%	4.39%	4.26%	4.38%
平成16年度DPC 対象病院(割合)	5.12%	4.74%	4.91%	5.31%	5.29%
平成18年度DPC 対象病院(割合)	.	.	5.31%	5.40%	5.44%
平成18年度DPC 準備病院(割合)	.	.	.	4.94%	5.03%
平成19年度DPC 準備病院(割合)	.	.	.	.	5.02%

4 退院時転帰の状況(表7 参考資料1 p.53)

(1) 治癒・軽快の割合

治癒及び軽快を合計した割合は全ての病院類型においてほぼ横ばい傾向であった。なお、治癒の割合は全ての病院類型で減少傾向であり、軽

快の割合は全ての病院類型で増加傾向であった。

【表7】退院時転帰の状況「治癒・軽快」

病院類型		平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院(割合)	治癒	8.08%	6.52%	6.56%	5.05%	5.00%
	軽快	70.65%	73.08%	72.45%	74.07%	74.17%
	治癒+軽快	78.73%	79.60%	79.01%	79.12%	79.17%
平成16年度DPC 対象病院(割合)	治癒	9.62%	8.03%	5.47%	4.26%	3.63%
	軽快	70.57%	73.70%	76.14%	77.86%	76.92%
	治癒+軽快	80.19%	81.73%	81.61%	82.12%	82.55%
平成18年度DPC 対象病院(割合)	治癒	.	.	8.85%	6.88%	4.60%
	軽快	.	.	71.72%	74.67%	77.24%
	治癒+軽快	.	.	80.57%	81.55%	82.04%
平成18年度DPC 準備病院(割合)	治癒	.	.	.	8.70%	6.99%
	軽快	.	.	.	71.50%	73.40%
	治癒+軽快	.	.	.	80.20%	80.39%
平成19年度DPC 準備病院(割合)	治癒	.	.	.	.	7.49%
	軽快	.	.	.	.	72.55%
	治癒+軽快	.	.	.	.	80.04%

5 再入院率(表8、9 参考資料1 p.54~p.72)

(1) 再入院の割合の年次推移

再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向であった。

【表8】再入院率「再入院の割合」

病院類型	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院(割合)	11.87%	13.03%	13.62%	13.86%
平成16年度DPC 対象病院(割合)	11.55%	12.38%	12.87%	13.09%
平成18年度DPC 対象病院(割合)	.	11.98%	12.51%	12.63%
平成18年度DPC 準備病院(割合)	.	.	12.02%	12.46%
平成19年度DPC 準備病院(割合)	.	.	.	12.22%

(2) 同一疾患での6週間以内の再入院の割合の年次推移

同一疾患での6週間以内の再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向であった。

【表9】再入院率「同一疾患での6週間以内の再入院」

病院類型	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院(割合)	6.04%	6.83%	7.26%	7.39%
平成16年度DPC 対象病院(割合)	5.01%	5.92%	6.32%	6.49%
平成18年度DPC 対象病院(割合)	・	5.68%	5.88%	6.07%
平成18年度DPC 準備病院(割合)	・	・	5.58%	6.02%
平成19年度DPC 準備病院(割合)	・	・	・	5.95%

6 患者構成(表10 参考資料1 p.73)

MDC別の患者の構成割合は、全ての病院類型でMDC06「消化器疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」が最も高い割合を占めており、近年の患者構成の割合には大きな変化は見られなかった。

【表10】患者構成

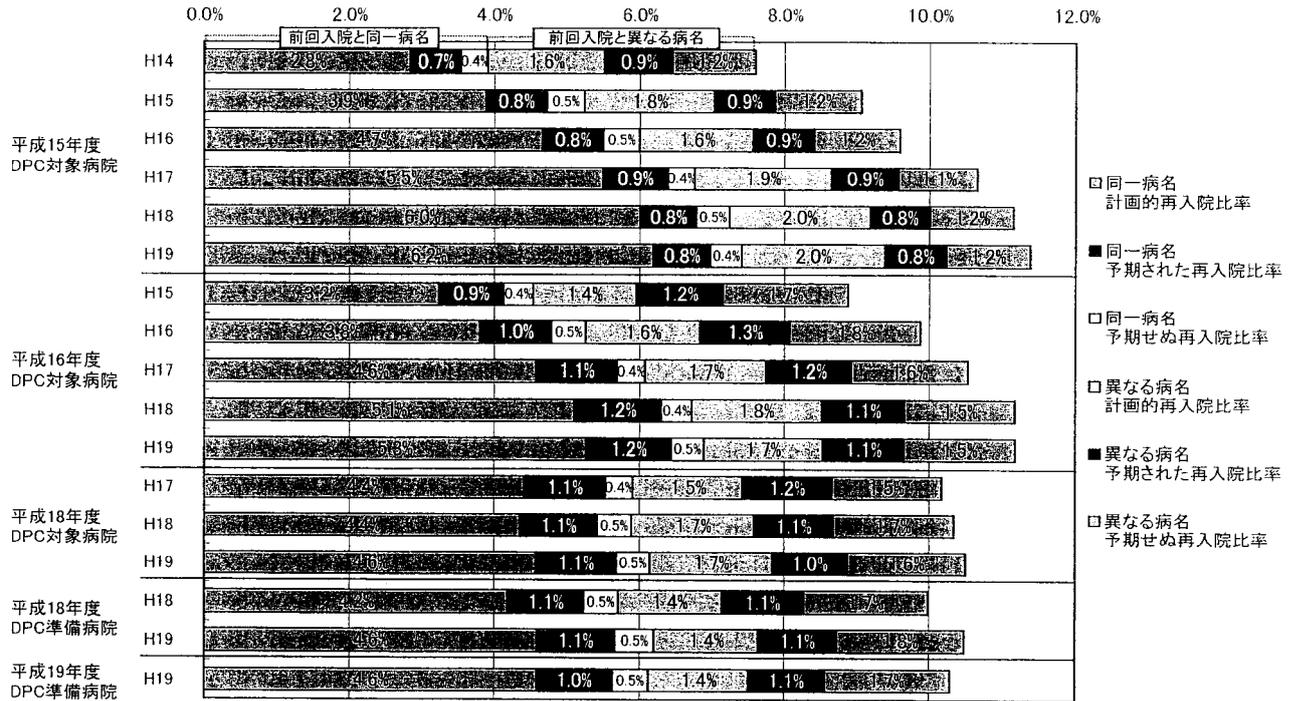
MDC	平成15年度 DPC対象病院		平成16年度 DPC対象病院		平成18年度 DPC対象病院		平成18年度 DPC準備病院		平成19年度 DPC準備病院	
	平成18年	平成19年								
01	6.60%	6.42%	6.77%	6.30%	6.98%	6.82%	6.41%	6.31%	・	6.74%
02	8.16%	8.50%	3.94%	4.07%	3.85%	3.84%	3.98%	4.29%	・	3.87%
03	5.26%	5.21%	4.29%	4.08%	4.50%	4.25%	4.68%	4.42%	・	4.01%
04	8.05%	8.07%	11.77%	11.87%	11.82%	11.96%	12.67%	12.48%	・	12.49%
05	9.14%	9.18%	10.37%	10.35%	10.87%	11.21%	9.51%	9.83%	・	9.82%
06	18.56%	18.64%	22.16%	22.06%	22.15%	22.38%	22.29%	22.67%	・	23.53%
07	7.69%	7.71%	4.89%	5.24%	4.98%	5.00%	5.05%	5.08%	・	5.09%
08	1.41%	1.31%	1.18%	1.14%	1.15%	1.09%	1.28%	1.25%	・	1.17%
09	1.47%	1.61%	1.18%	1.35%	1.22%	1.30%	1.14%	1.22%	・	1.30%
10	4.10%	3.97%	3.22%	2.99%	3.08%	2.96%	3.34%	3.26%	・	3.20%
11	7.49%	7.39%	8.41%	8.46%	7.96%	7.87%	8.16%	8.18%	・	7.61%
12	8.95%	9.07%	7.00%	7.35%	7.00%	7.06%	6.24%	6.21%	・	6.08%
13	2.99%	2.94%	2.43%	2.62%	2.24%	2.34%	1.91%	1.93%	・	1.75%
14	3.47%	3.52%	2.11%	2.08%	1.90%	1.95%	1.94%	1.95%	・	1.90%
15	0.79%	0.69%	2.29%	1.83%	2.15%	1.80%	2.72%	2.22%	・	2.31%
16	5.87%	5.77%	8.01%	8.20%	8.16%	8.20%	8.70%	8.70%	・	9.13%

参考

MDC01	神経系疾患	MDC09	乳房の疾患
MDC02	眼科系疾患	MDC10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC03	耳鼻咽喉科系疾患	MDC11	腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患
MDC04	呼吸器系疾患	MDC12	女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC05	循環器系疾患	MDC13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	MDC14	新生児疾患、先天性奇形
MDC07	筋骨格系疾患	MDC15	小児疾患
MDC08	皮膚・皮下組織の疾患	MDC16	外傷・熱傷・中毒・異物、その他の疾患

図表2-②-1 前回入院と今回入院の病名同異別・退院症例に対する再入院事由比率

施設類型・年度



〈出典：平成20年5月21日基本問題小委員会資料〉

第6 まとめ

全ての病院類型において、平成18年度までと同様に、平均在院日数は減少傾向であり、その要因としては、診断群分類毎の平均在院日数が減少することによるものであった。

一方、救急車による搬送、緊急入院及び他院からの紹介の患者数は増加傾向であったことから、重症度の高い患者を選けるような患者選別の傾向が見られておらず、診療内容に悪影響は認められないものと考えられる。

加えて、退院時転帰の状況においては、治癒及び軽快を合計した割合が一定であるものの、治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えられる。

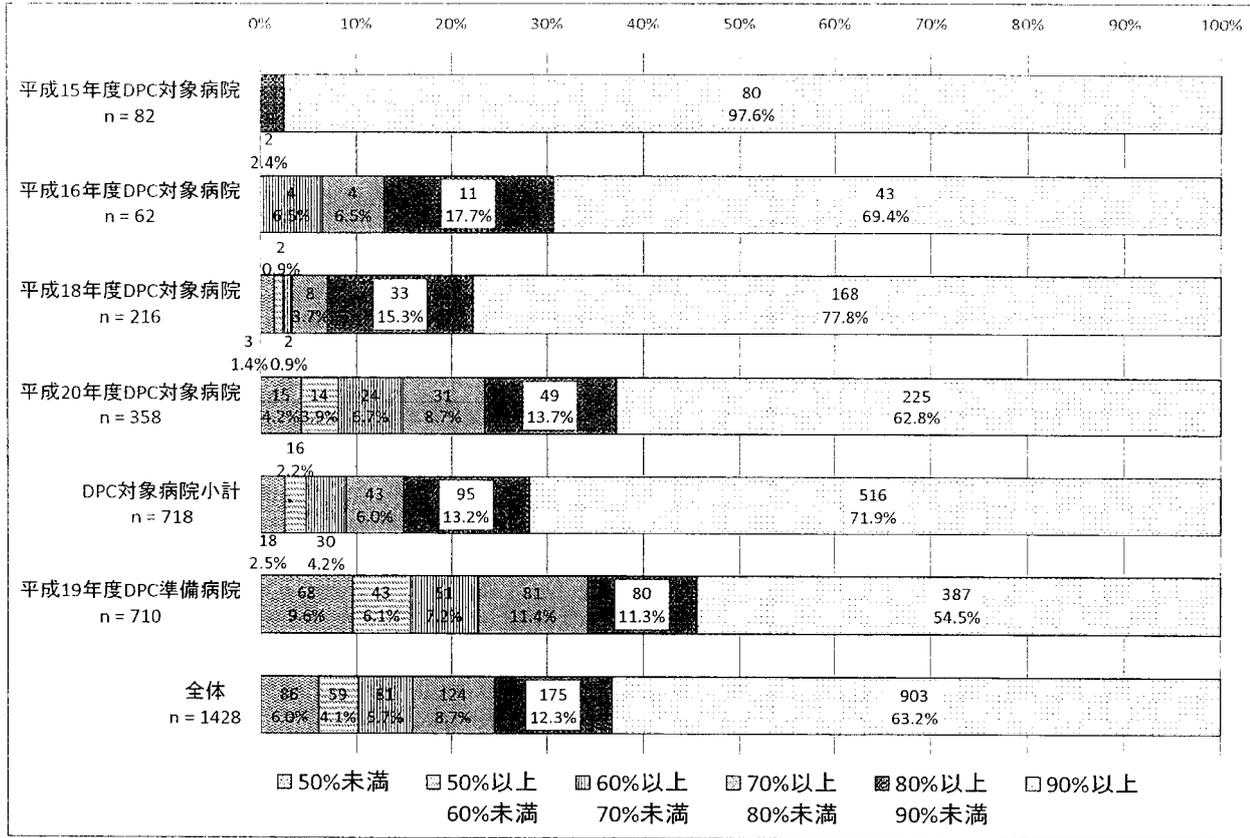
以上のことから、DPCにより、質の確保はされつつ医療の効率化が進んでいるものと考えられる。

また、これまで増加傾向であった再入院率については、平成19年度も引き続き増加傾向がみられた。

この問題については、DPC特別調査（ヒアリング）を行い、その結果を受けての中医協・基本問題小委員会、DPC分科会での議論を踏まえ、平成20年度からは、同一疾患での3日以内の再入院（病棟間の転棟に伴う再転棟も含む）については、臨床現場の実態として、実質的に一連の療養として支障がないものとして、1入院として扱うように算定ルールを見直した。今後は、この効果を見るために、引き続き再入院率の動態を確認していく必要がある。また、4～7日以内の再入院の例や本来であれば外来で実施できると思われる治療でも入院医療で行われている例については、今後も実態の調査・検討を行うこととされている。

なお、平成15年度DPC対象病院においては、退院先の状況として、自院の外来の割合が増加傾向であり、転院の割合が減少傾向であったことから、退院患者が同じ医療機関の外来へ通院している傾向が示唆される。しかし、当該医療機関では、専門外来（外来化学療法・外来放射線療法等）を実施している場合が多いことも考えられ、その実態について今後調査を行うっていく必要があると考えられる。

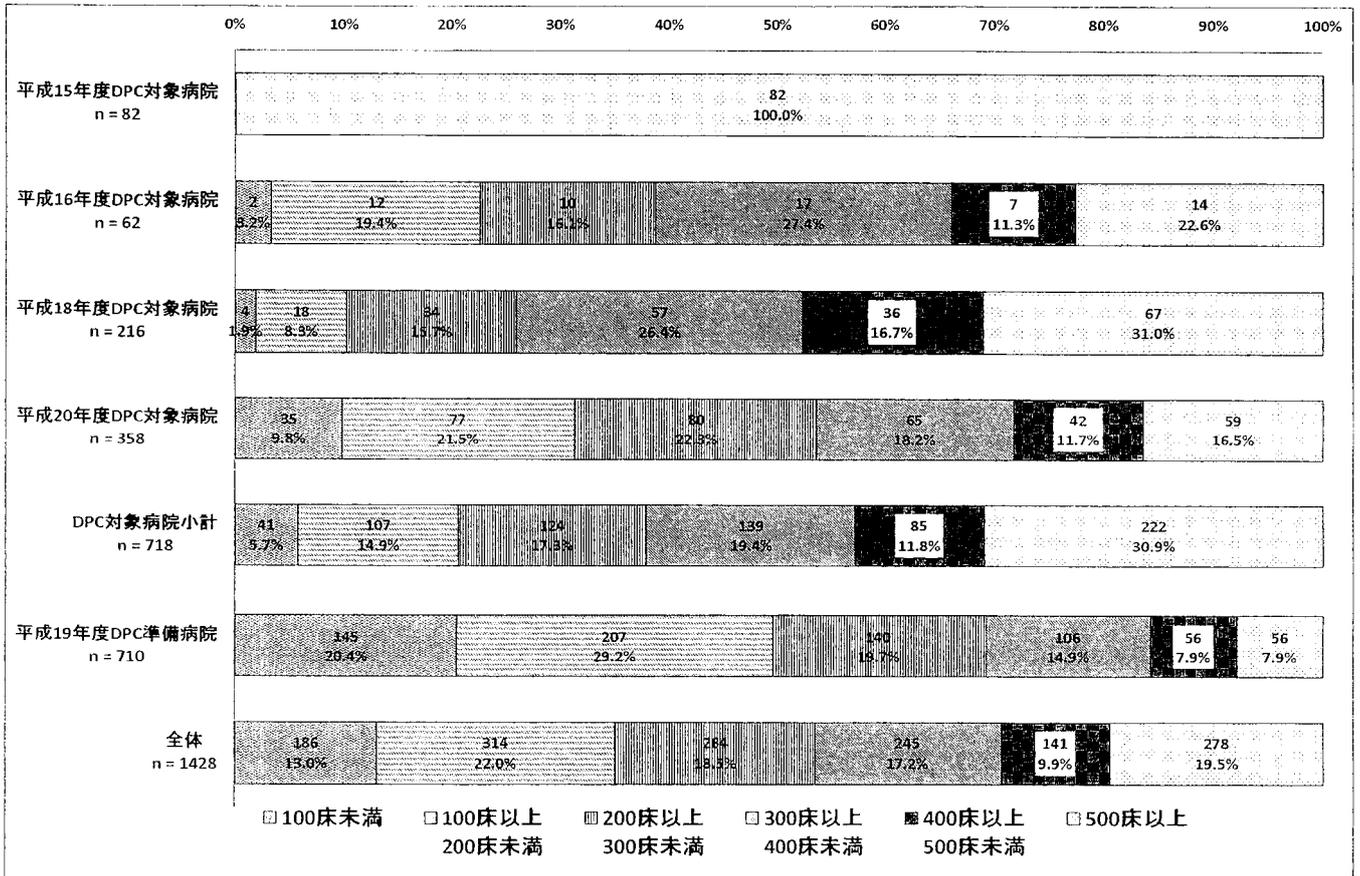
DPC算定病床数割合別病院数割合

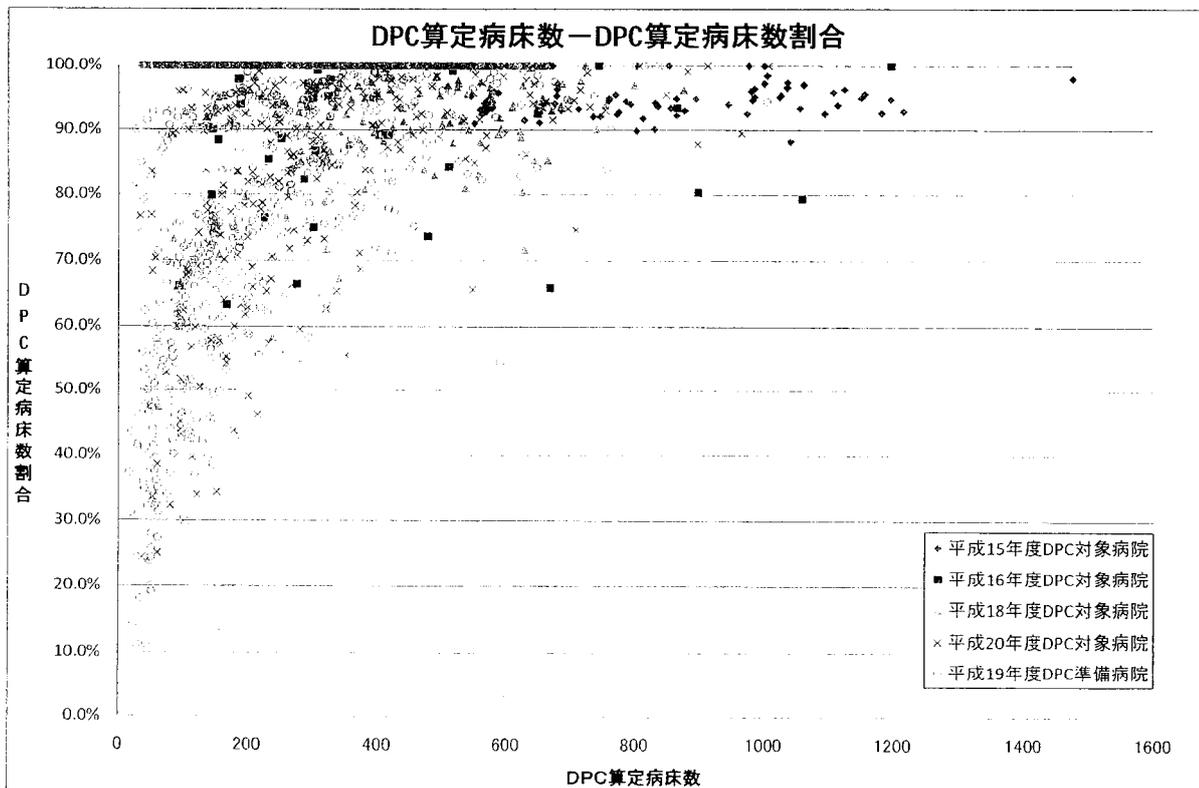


DPC算定病床数割合：DPCを算定するA100一般病棟入院基本料、A300救命救急入院料等の病床数を医療保険病床数で除したものの。  
 例：A100一般病棟入院基本料を算定する病床数180床、A101療養病棟入院基本料20床の場合、  
 $180 \div (180 + 20) \times 100 = 90\%$

別紙7

DPC算定病床数規模別病院数





DPC算定病床数割合 DPCを算定するA100一般病棟入院基本料、A300救命救急入院料等の病床数を医療保険病床数で除したもの。  
 例：A100一般病棟入院基本料を算定する病床数180床、A101療養病棟入院基本料20床の場合、  
 $180 \div (180 + 20) \times 100 = 90\%$

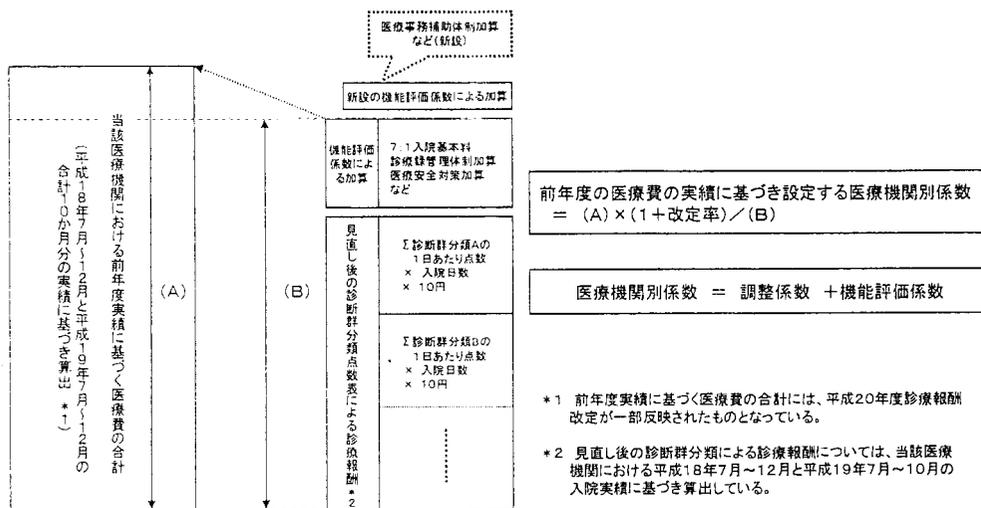
## 医療機関別係数による評価・調整

医療機関別係数は、機能評価係数と調整係数から構成されている。

$$\text{医療機関別係数} = \text{機能評価係数} + \text{調整係数}$$

- 機能評価係数
  - ◇ 医療機関の機能を評価するための係数であり、入院基本料等加算等を係数にしたものである。
    - ・ 入院時医学管理加算 0.0299
    - ・ 医療安全対策加算 0.0015
    - ・ 地域医療支援病院入院診療加算 0.0321 等
- 調整係数
  - ◇ 医療機関の前年度実績を担保するための調整係数であり、診断群分類による包括評価に係る医療費が平成18年7月～12月と平成19年7月～10月の医療費の実績に平成20年度診療報酬改定を一部反映させたものと等しくなるように、医療機関ごとに設定されている。

### 【平成20年度診療報酬改定における医療機関別係数について】

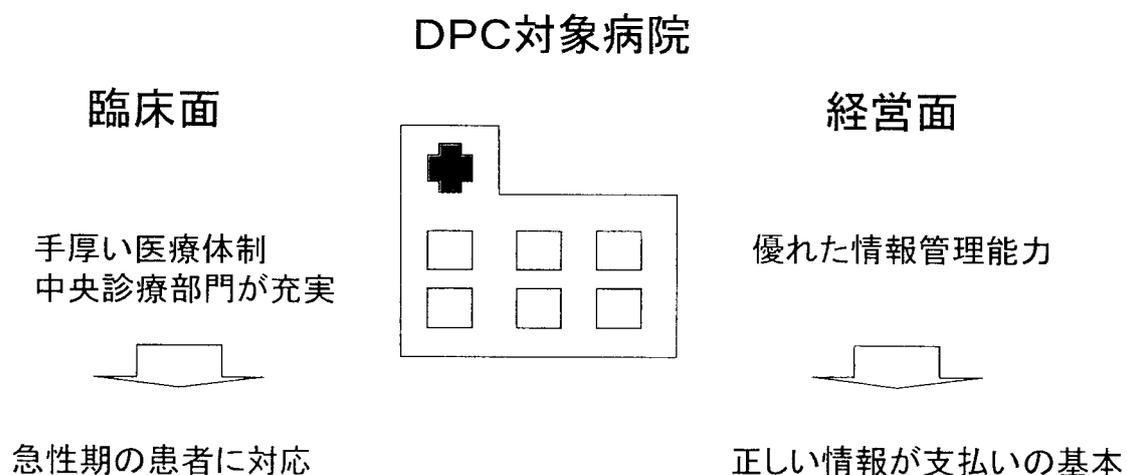


# 病院機能係数の考え方について

「包括払い方式が医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響に関する研究」班  
(H19-政策-指定-001)

1

## DPC対象病院の基準



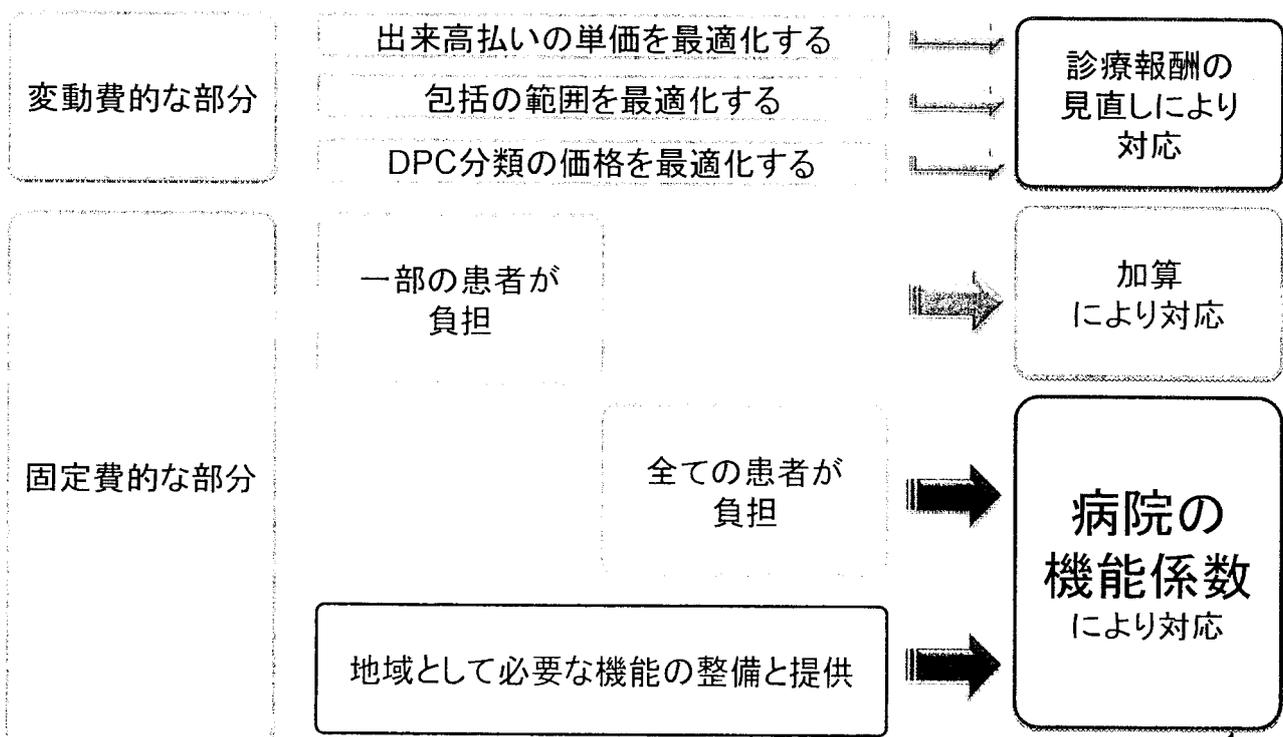
2

# 機能係数の考え方

- 各施設の持つ機能に関連する固定費的な部分を評価するもの
  - その病院を利用する患者すべてが等しく負担することが適切なものは係数で評価するのが妥当
  - その病院の特定の機能を利用する患者のみが負担することが適切なものは加算で評価することが妥当
  - 支払いのもととなる診療報酬の見直しで評価することが妥当なものもある
  - 当該施設がその地域で果たしている機能を評価するという視点も検討する必要性がある。

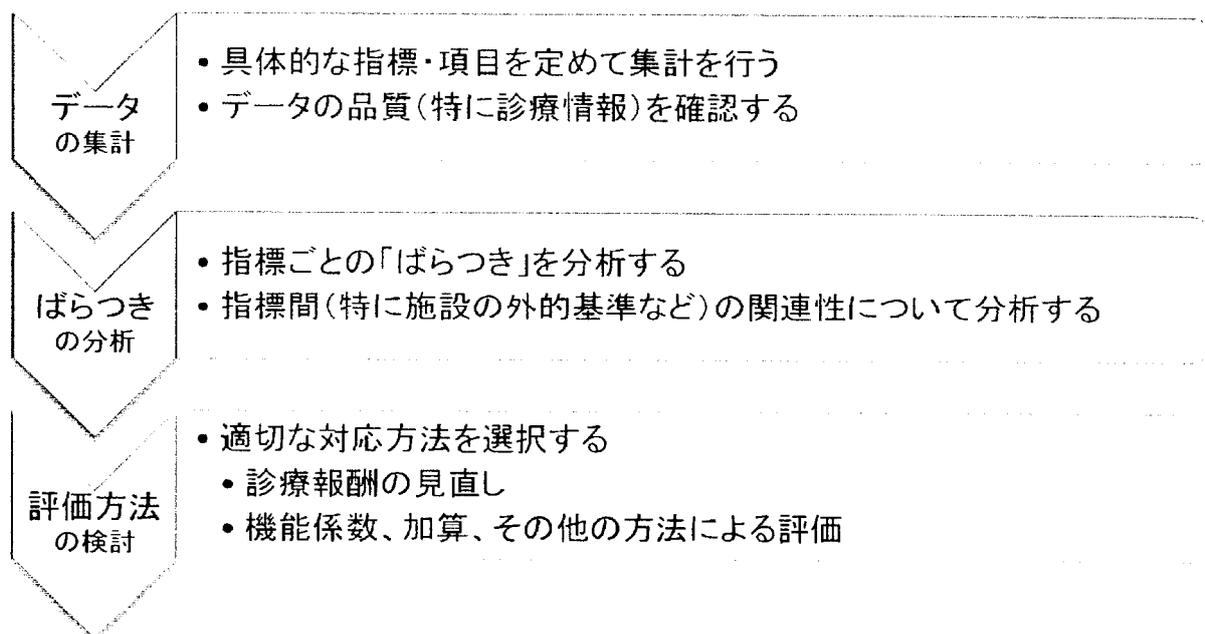
3

## 支払いを最適化するための方策



4

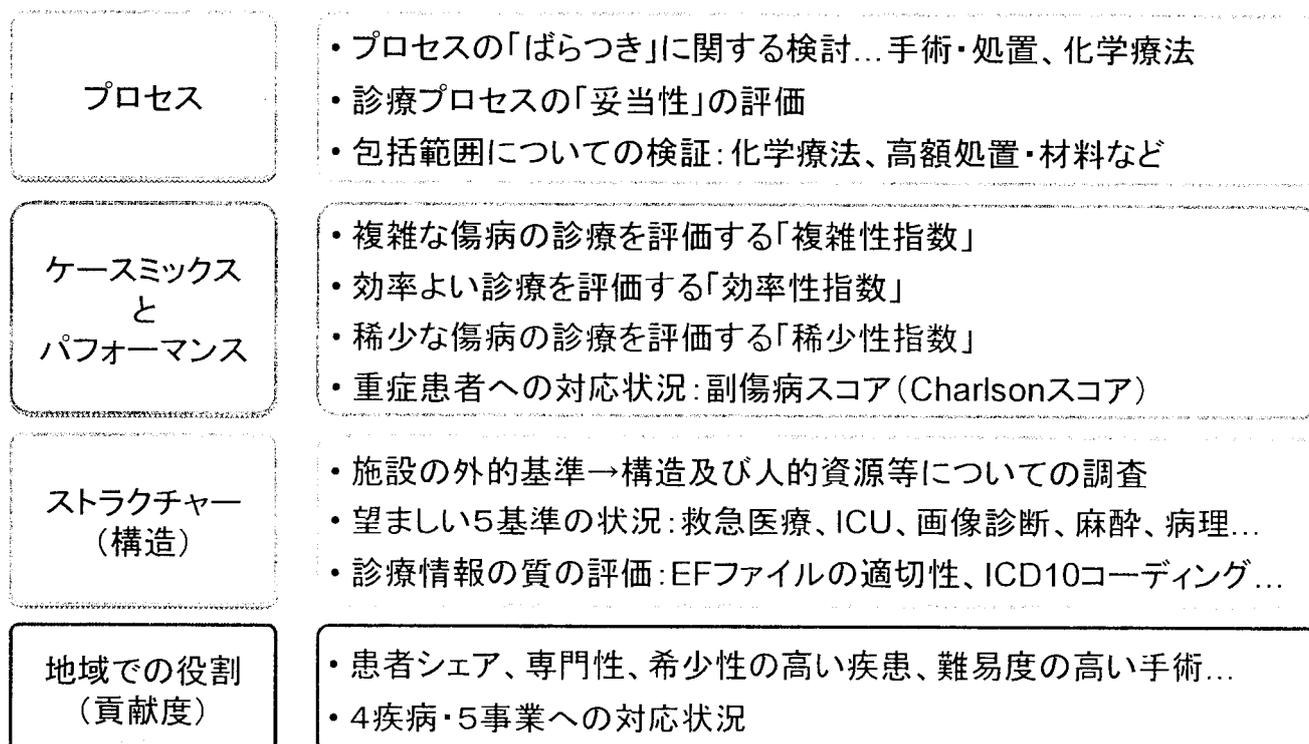
# 機能評価係数検討の具体的作業



コストをどう反映するのか？ベースとなる財務諸表の精度向上が鍵

5

## 現在研究班で検討している項目の例



6

# 松田研究班の分析対象データ

入院調査	調査 期間	病院数			退院数(万)			
		厚労省	松田班	←%	厚労省	松田班	←%	
H14	2002	7-10月	83	83	100	30	26	87
H15	2003	7-10月	173	185*		45	44	
H16	2004	7-10月	215	174	81	56	45	80
H17	2005	7-10月	392	249	64	100	73	73
H18	2006	7-12月	731	262	36	258	108	42
H19	2007	7-12月	1,428	926	65	394	299	76

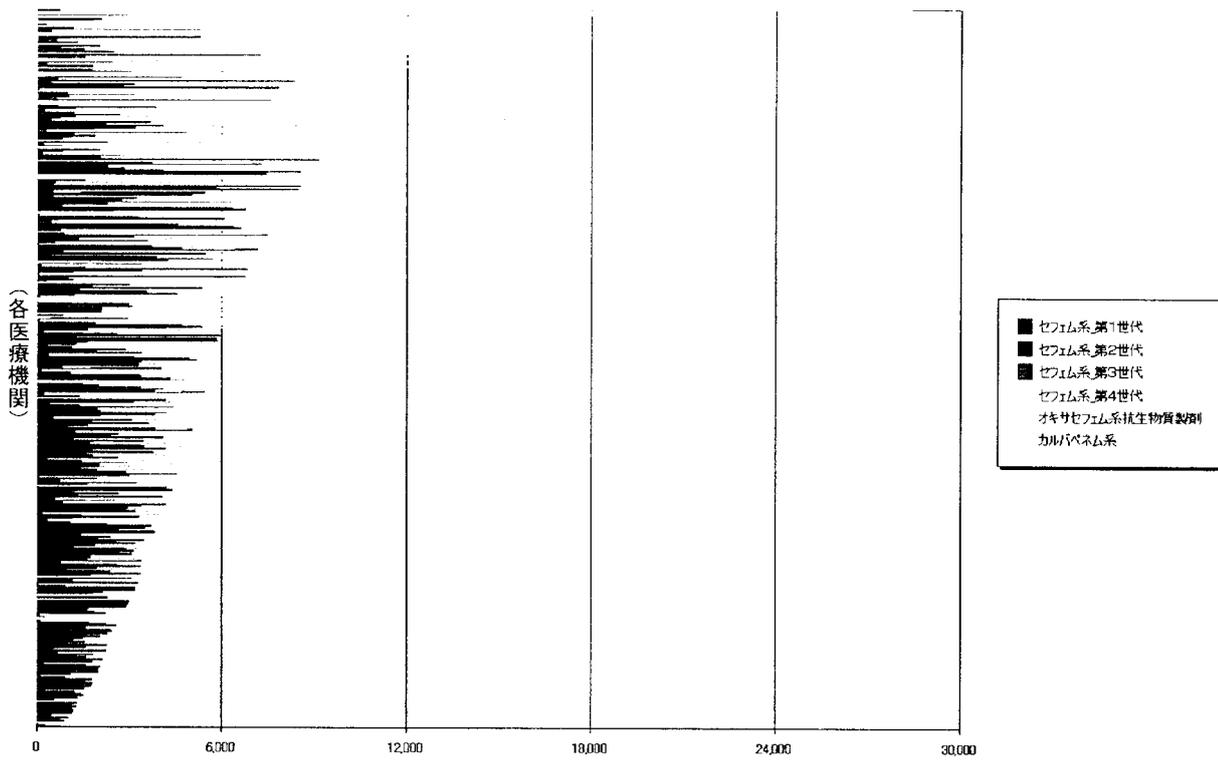
注: \*には、厚労省調査に不参加の施設を含む

7

## ばらつきの検討

8

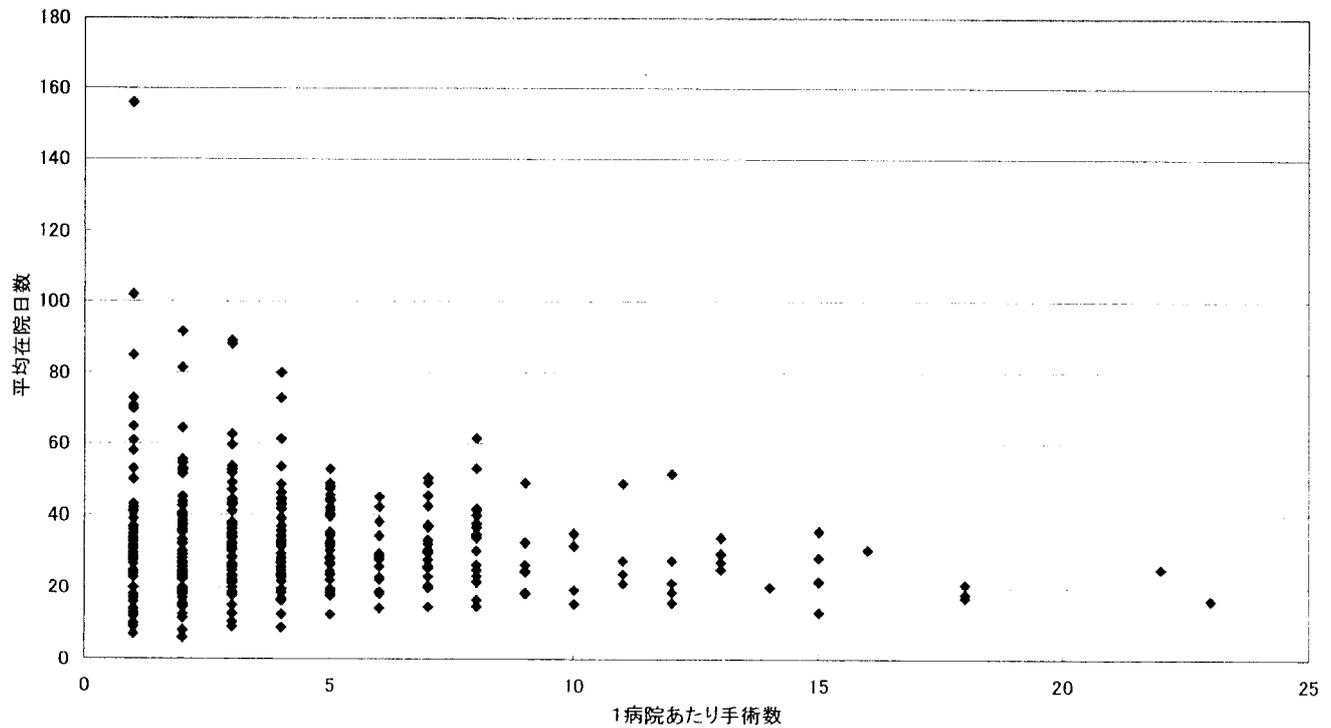
G60190sxC2.cofc: 虫歯炎・虫歯切除術等・副傷病なし	#明細合計/入院	4:ICU在室日数	C6 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
AI:OUTCOME	AI:予-区分	AI:開院者	AI:後死品
AI:手術J-コード	AI:	AI:都道府県	AI:入院経路日
AI:入院目的			



(円)

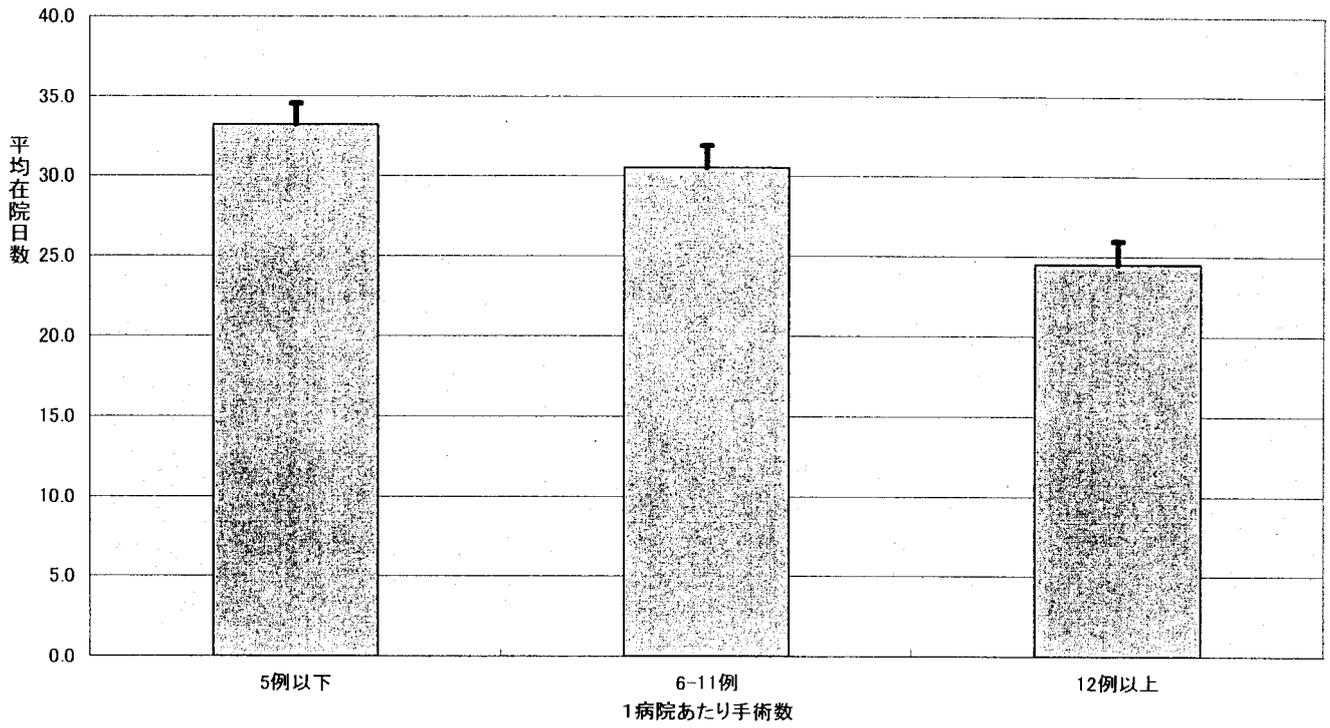
9

### 手術数と平均在院日数(腹腔鏡下胆嚢摘出術)

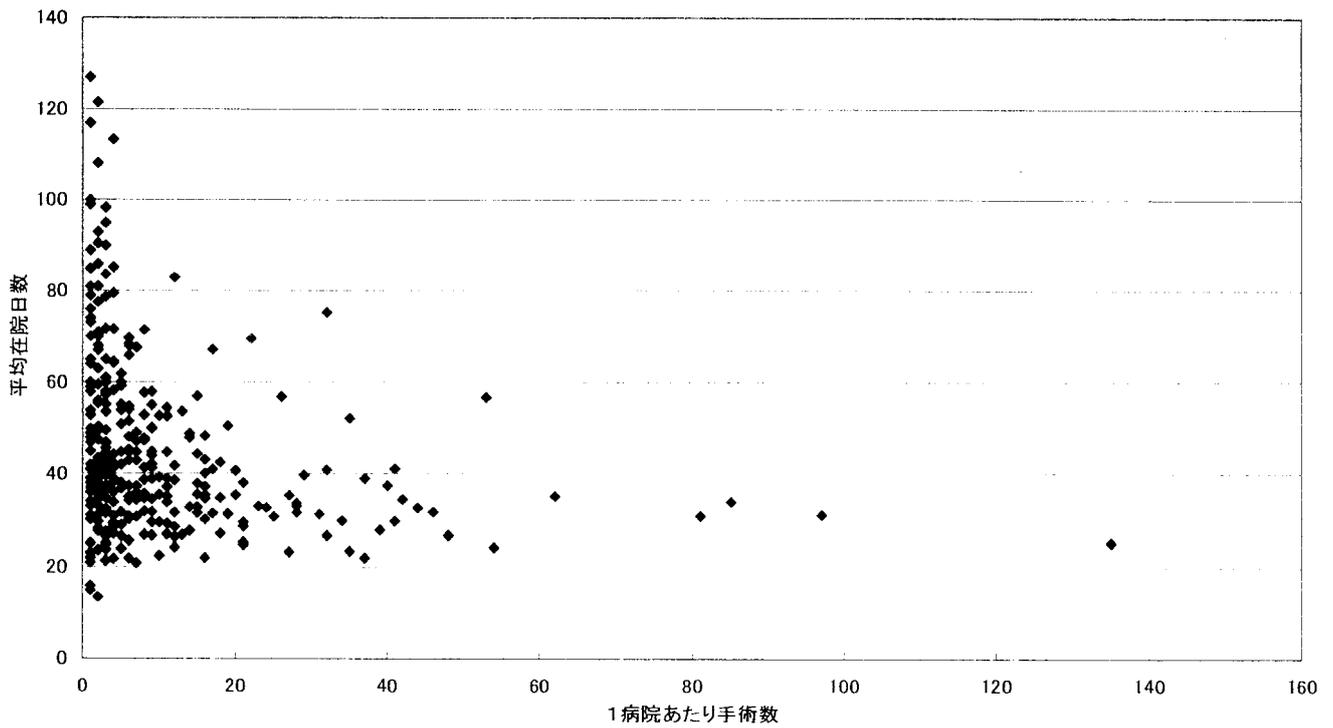


10

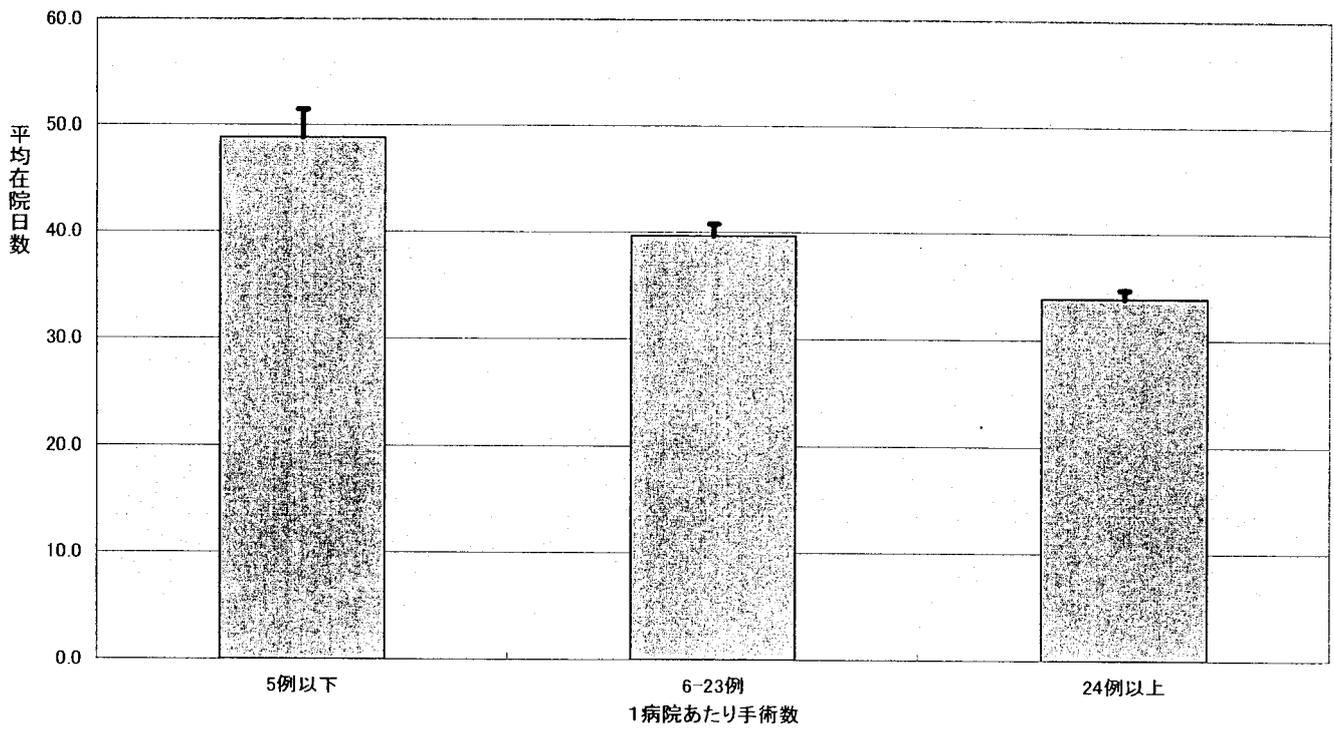
### 手術数と平均在院日数の集計



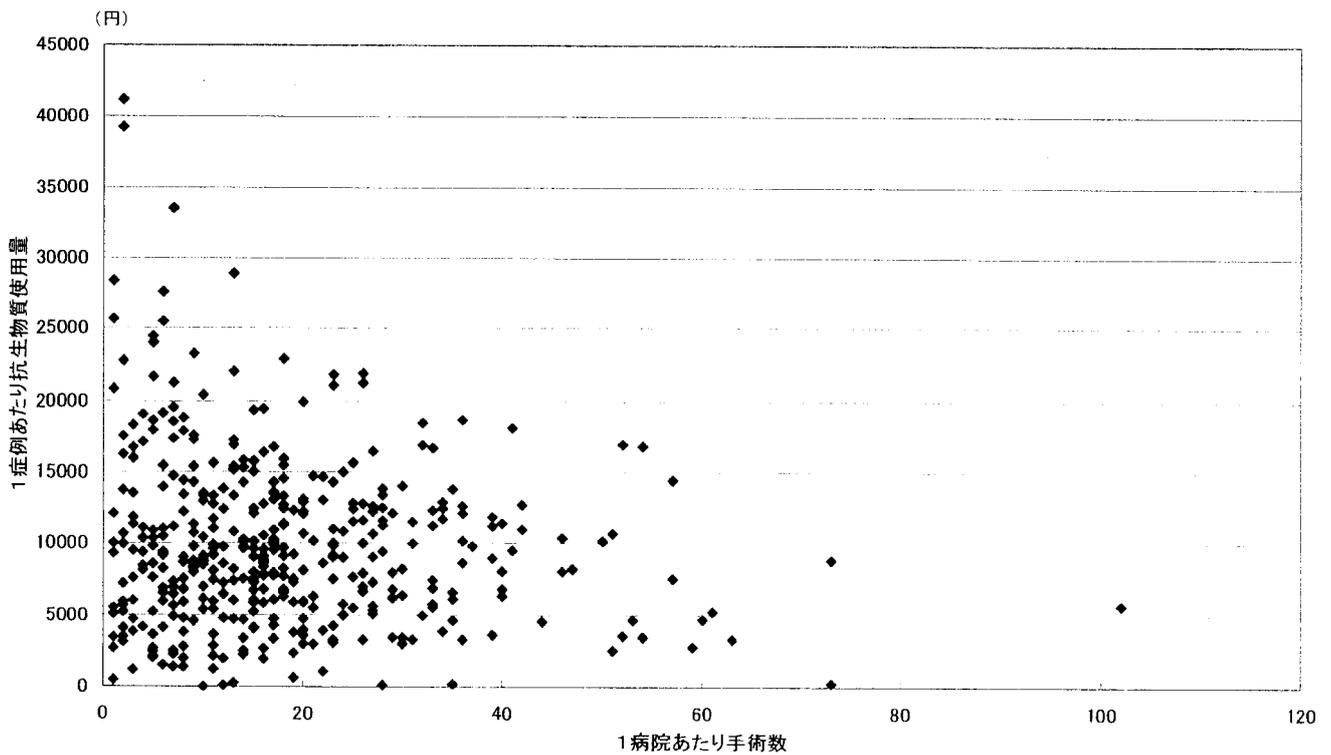
### 手術数と平均在院日数(大腿骨頭再置換術等手術処置等1なし)



手術数と平均在院日数の集計

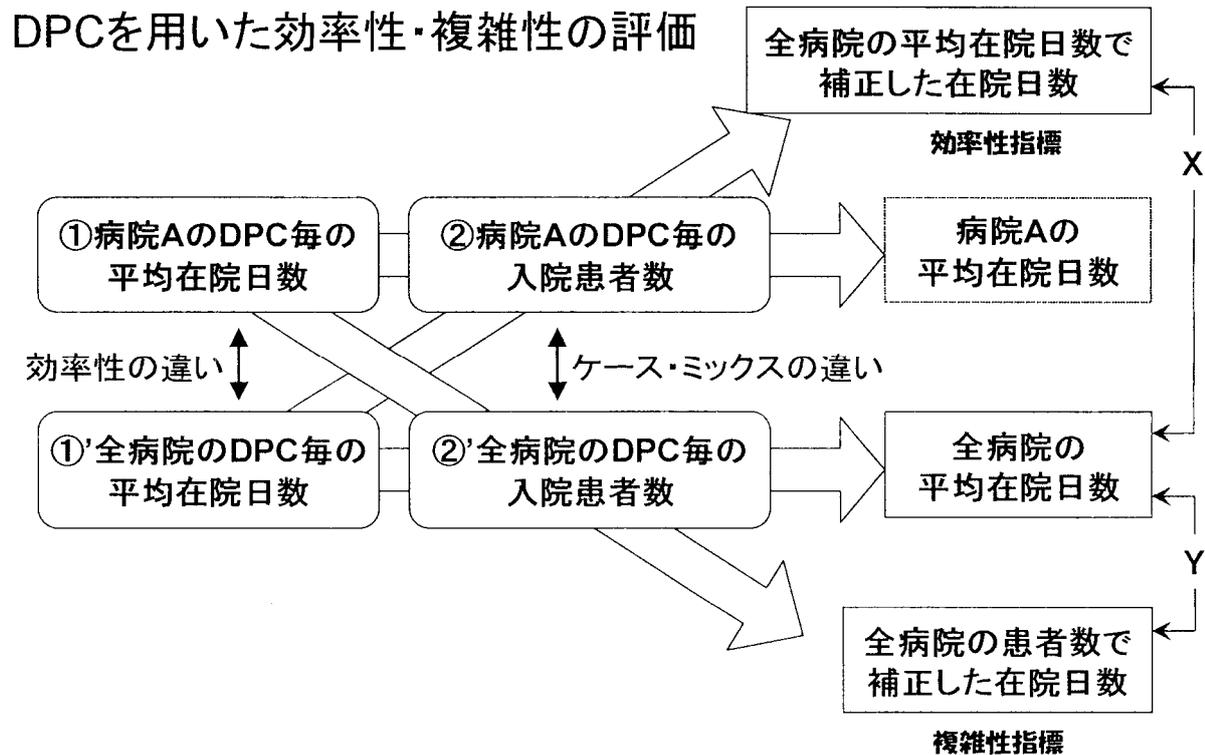


手術数と抗生物質使用量(虫垂炎単純切除術・合併症なし)



# ケースミックスの違いの検討

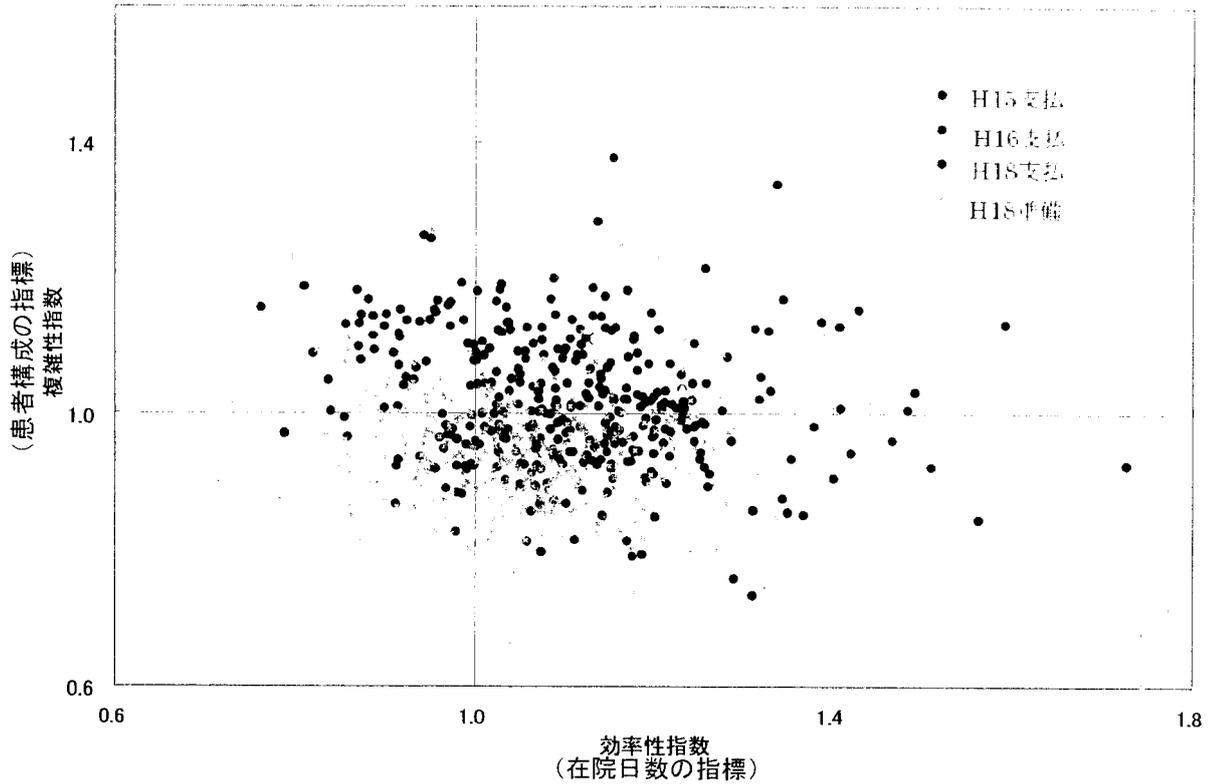
15



X: 患者構成の指標, Y: 在院日数の指標

16

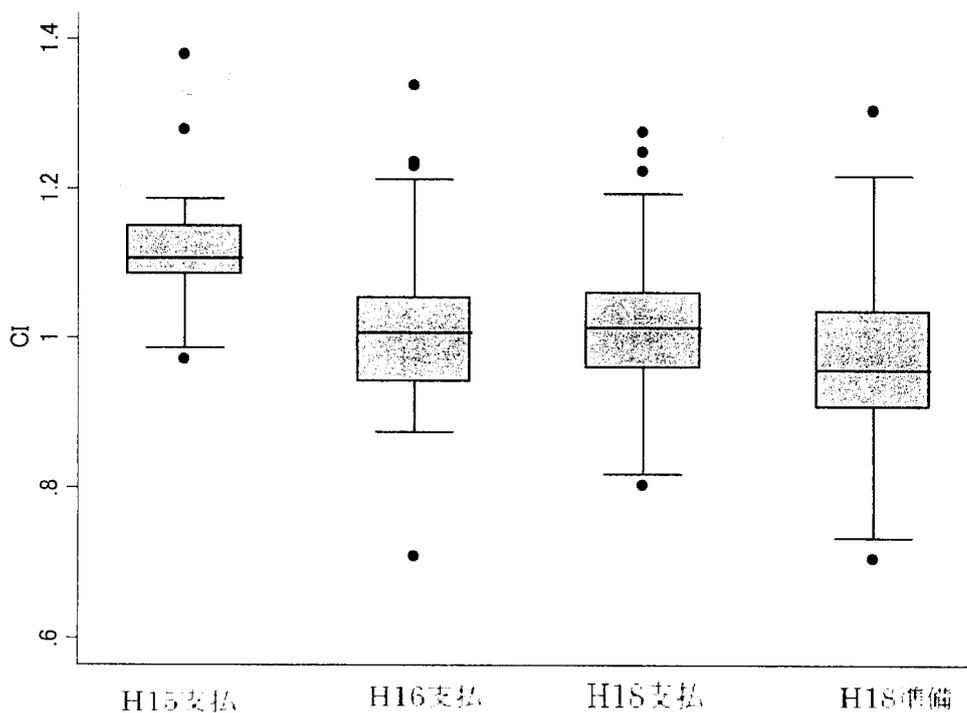
## DPCを用いた病院機能の評価の例



複雑性指数 = 全病院の平均在院日数で補正した在院日数 / 全病院の平均在院日数  
 効率性指数 = 全病院の平均在院日数 / 全病院の患者数で補正した在院日数

17

## 医療機関別の患者構成の指標(CI)



18

## 医療機関の機能を評価するための指標の候補

### □ 傷病の稀少性を評価する指標

#### ○ 意義

地域の基幹的医療機関は、地域の一般医療機関で診療することの難しい特殊な疾患、難病等の診療を受け持っていることが多い。このような医療機関は、多様な疾病や特殊な傷病を持つ患者へ専門的医療を提供できるように、人員、設備等の面で充実した体制をとっていると考えられる。そこで、これらの稀少な疾患の診療に対応している医療機関の機能を評価するための指標として、受療患者の傷病の稀少性を評価する「稀少性指数」を考案した。

#### ○ 定義

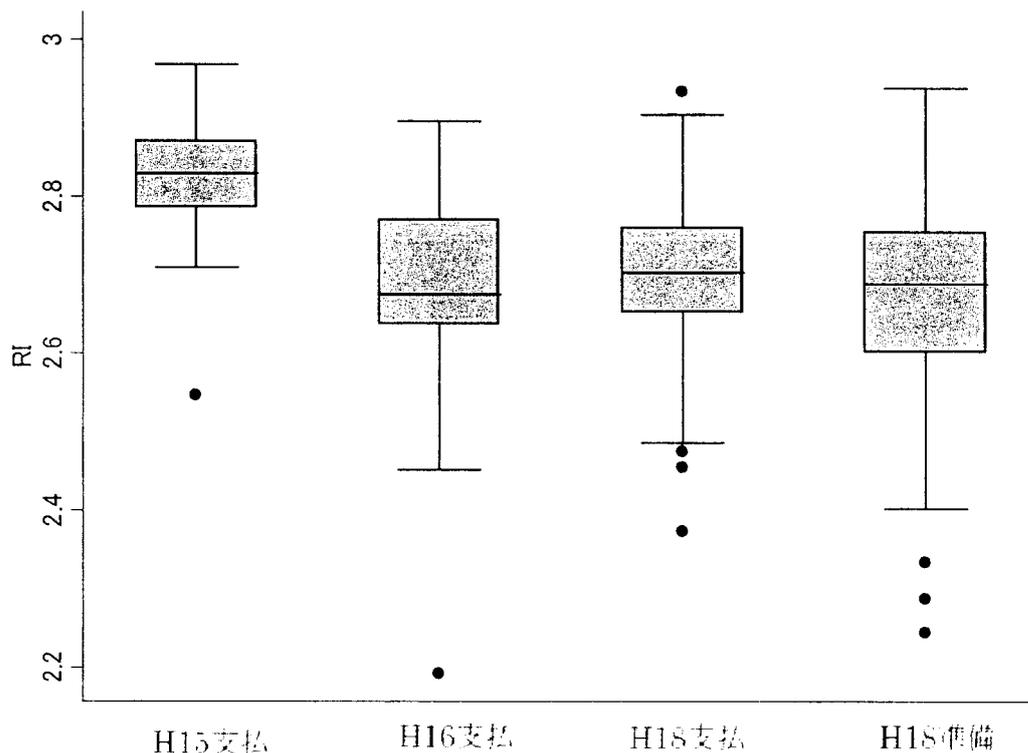
傷病の稀少性の指標は、生物の種の稀少性を示すために用いられる Shannon の稀少性指数を応用して、DPC 傷病名分類毎の稀少性指数を

$$-1 \circ \log (\text{患者調査より求めた DPC 傷病名分類毎の総受療患者数割合})$$

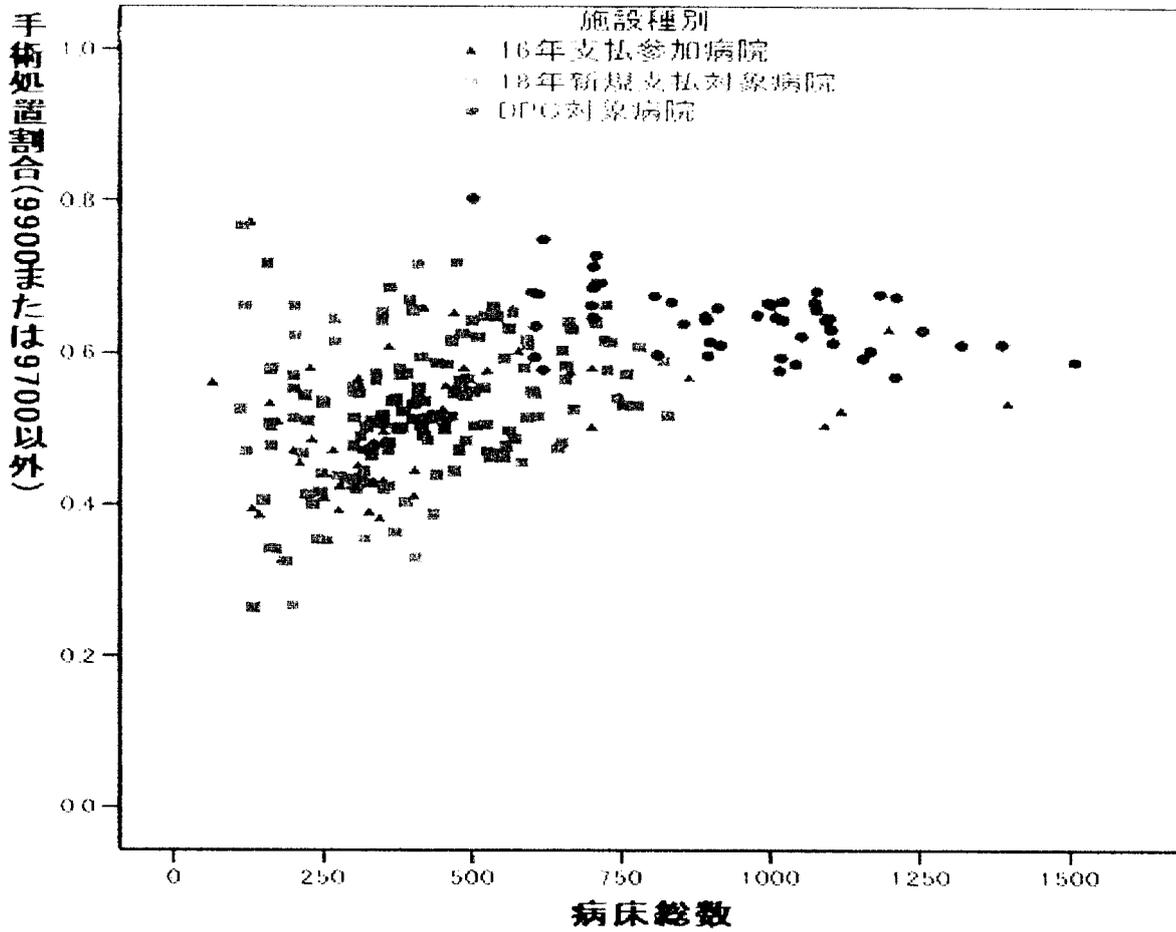
と、定義した。医療機関の稀少性指標は、受療患者の稀少性指数の平均値として求めた。

19

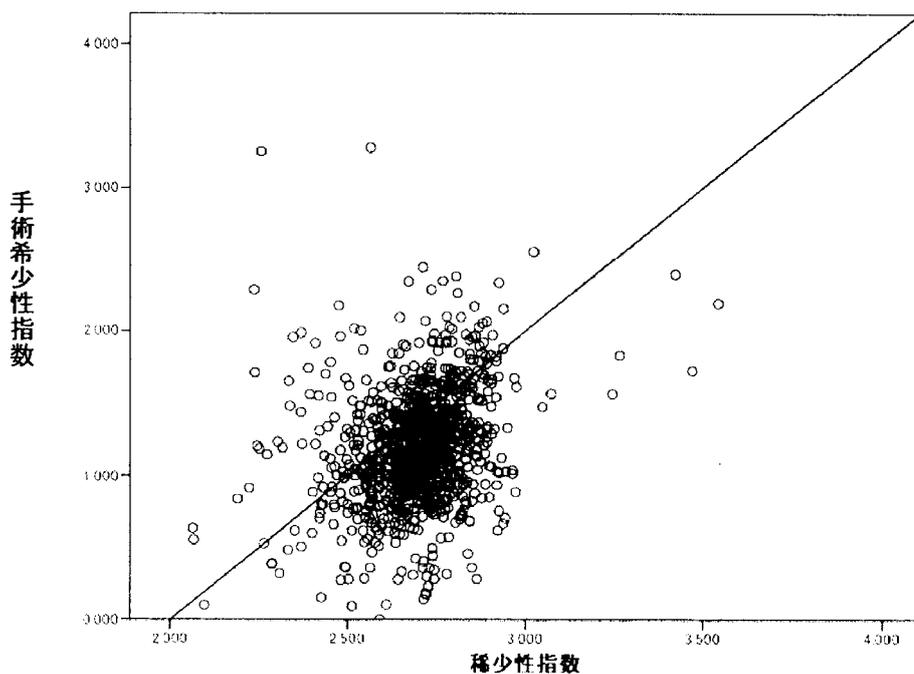
## 医療機関別の稀少性指数 (RI)



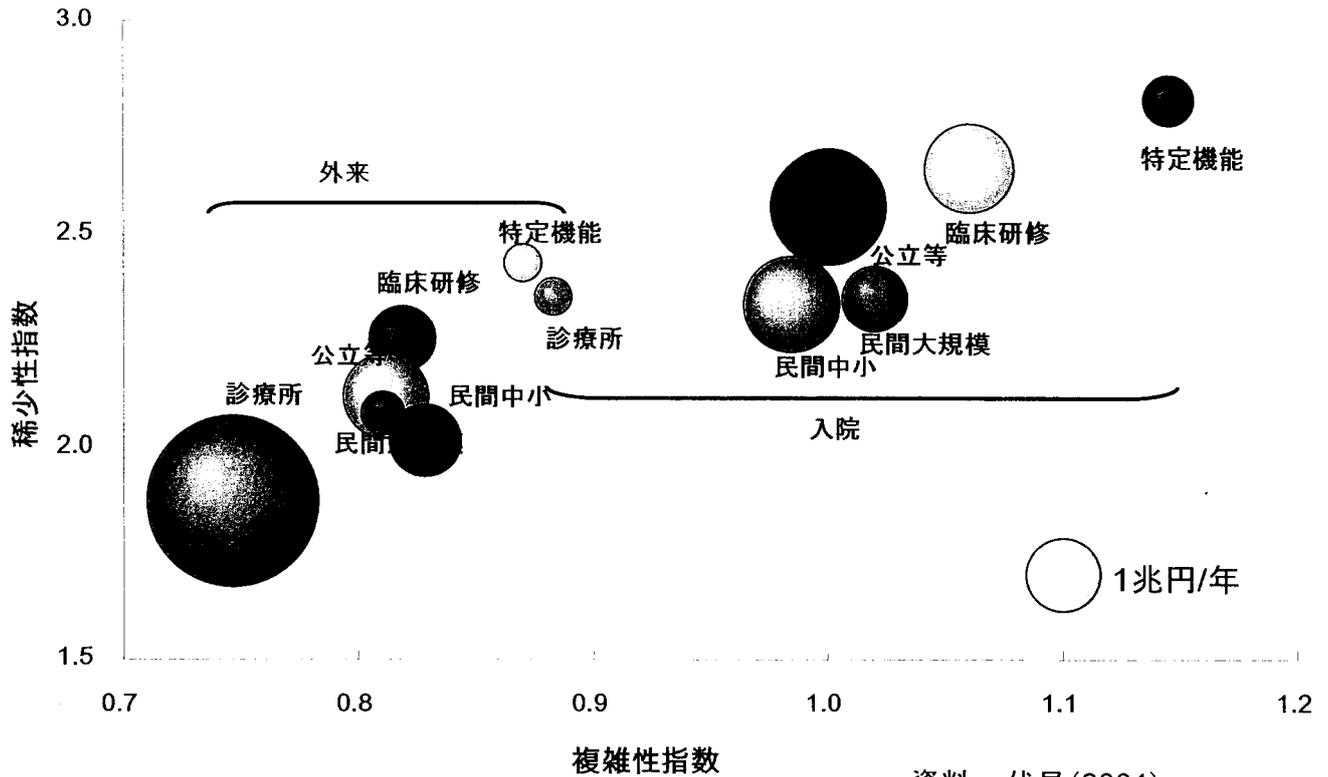
20



手術症例の稀少性指数と全症例稀少性指数



# 医療機関機能別の診療内容の評価



23

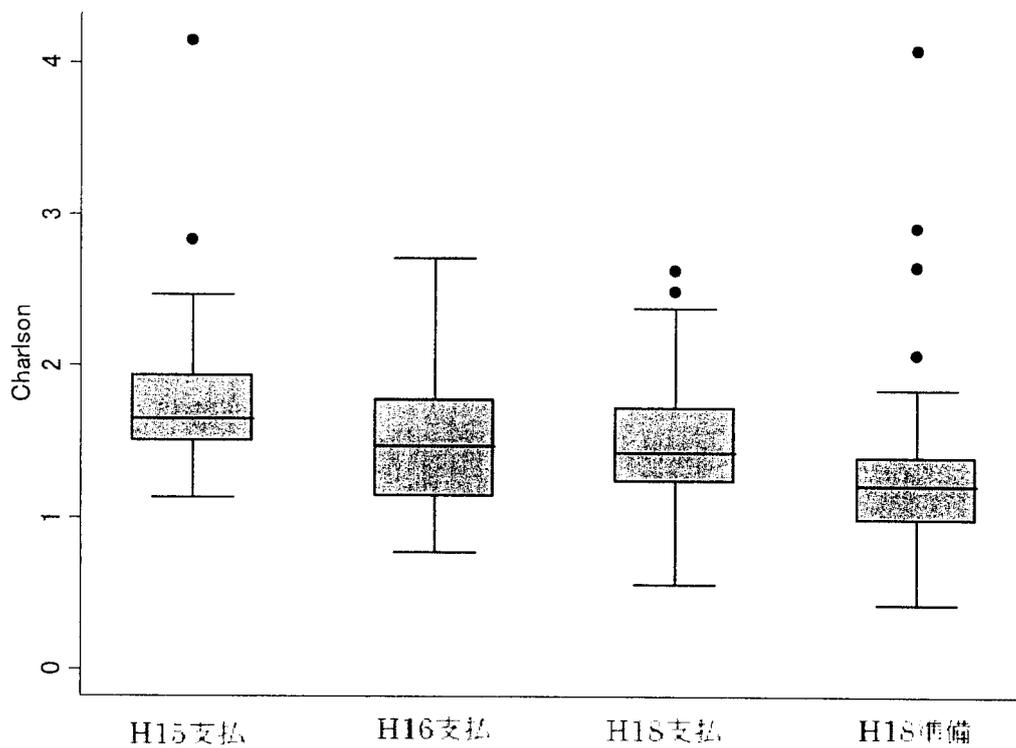
## Charlson's score (副傷病スコア)

Table 1

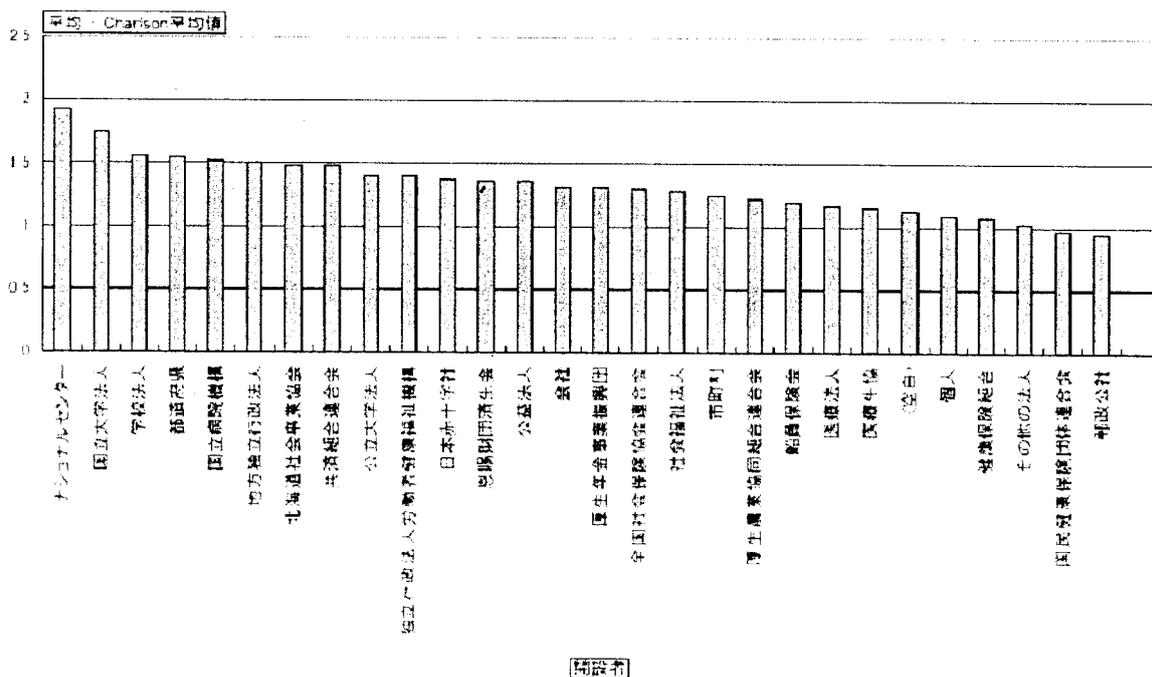
Weights of clinical conditions referring to secondary diagnosis, considered in the Charlson comorbidity index.

Weights	Clinical conditions
1	Myocardial infarct; congestive heart failure; peripheral vascular disease; dementia; cerebrovascular disease; chronic lung disease; connective tissue disease; ulcer; chronic liver disease
2	Hemiplegia; moderate or severe kidney disease; diabetes; diabetes with complication; tumor; leukemia; lymphoma
3	Moderate or severe liver disease
6	Malignant tumor; metastasis; AIDS

# 医療機関別Charlson's score(副傷病スコア)



# 医療機関別Charlson's score(副傷病スコア)



# 望ましい5基準の妥当性の検討

27

急性心筋梗塞(治療目的)退室時死亡に関連する要因の分析結果  
(ロジスティック回帰分析、強制投入法: 2006年調査)

	回帰係数	標準誤差	自由度	有意確率	Odds比
平均占有率	-0.011	0.011	1	0.343	0.989
平均在室日数	-0.032	0.092	1	0.729	0.969
性別	-1.668	0.732	1	0.023	0.189
年齢階級	1.227	0.415	1	0.003	3.409
呼吸不全	0.857	0.829	1	0.301	2.357
心不全	0.415	0.504	1	0.410	1.514
腎不全	-4.415	8.688	1	0.611	0.012
ショック	2.011	0.639	1	0.002	7.470
RES日数割合	0.007	0.003	1	0.015	1.007
HD日数割合	0.081	0.031	1	0.010	1.085
Closed	-0.521	0.673	1	0.439	0.594
Open	0.419	0.606	1	0.489	1.521
定数	-3.313	1.487	1	0.026	0.036

説明変数: 平均占有率・平均在室日数(平成17年度実績)、性(男=1、女=2)、  
年齢階級(60歳未満=1、65歳~74歳=2、75歳以上=3)、呼吸不全、心不全、肝不全、腎不全、ショック、敗血症(あり=1、なし=0)  
RES日数割合(入室期間における人工呼吸器装着日数割合)、HD日数割合(入室期間における人工透析日数割合)、  
運用形態(Open, Closed はSemi-closedをリファレンスとしたダミー変数)

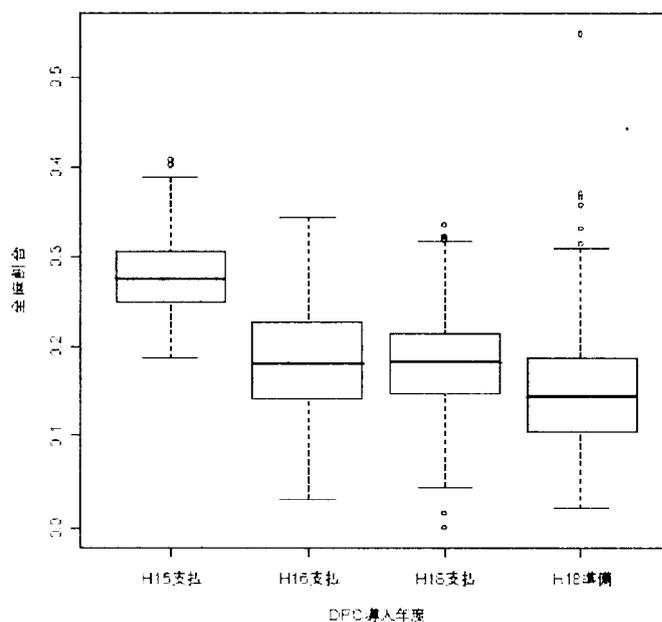
28

# ICUの評価

- 医師を含めた専従医療職の配置が医療の質に関連している可能性がある
- 患者の重症度が施設によって異なる
- 医療職の配置及び受入れ患者の重症度をICUの機能評価に反映させることはできないか

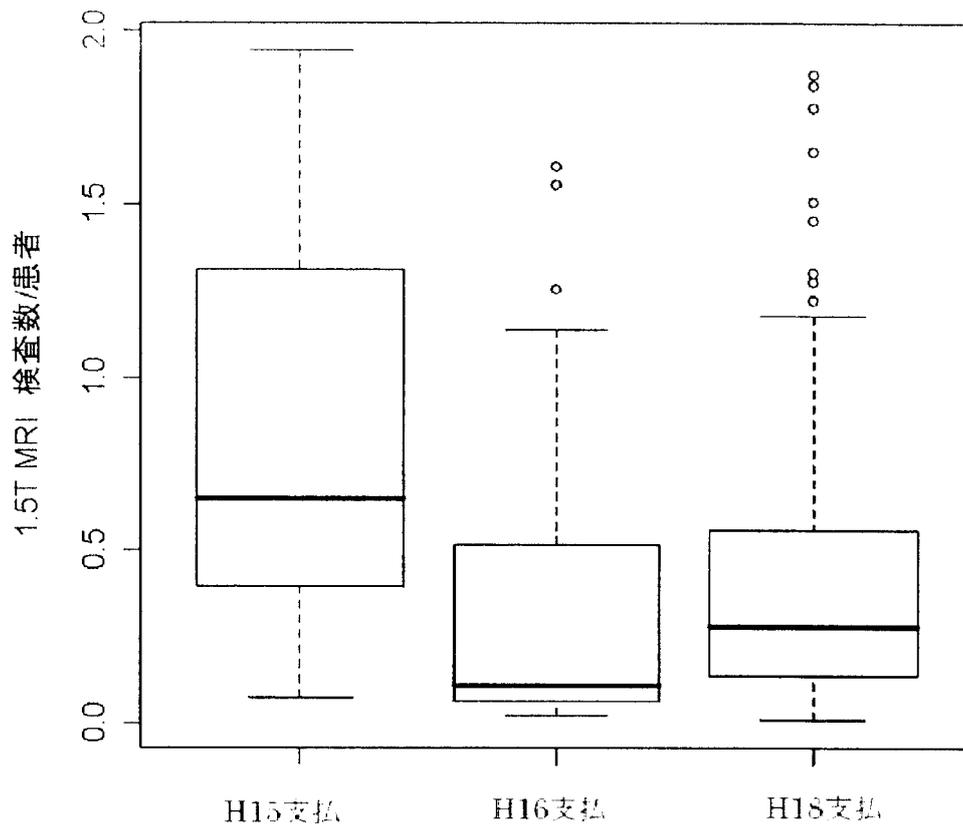
29

## 全患者数に対する全麻の割合



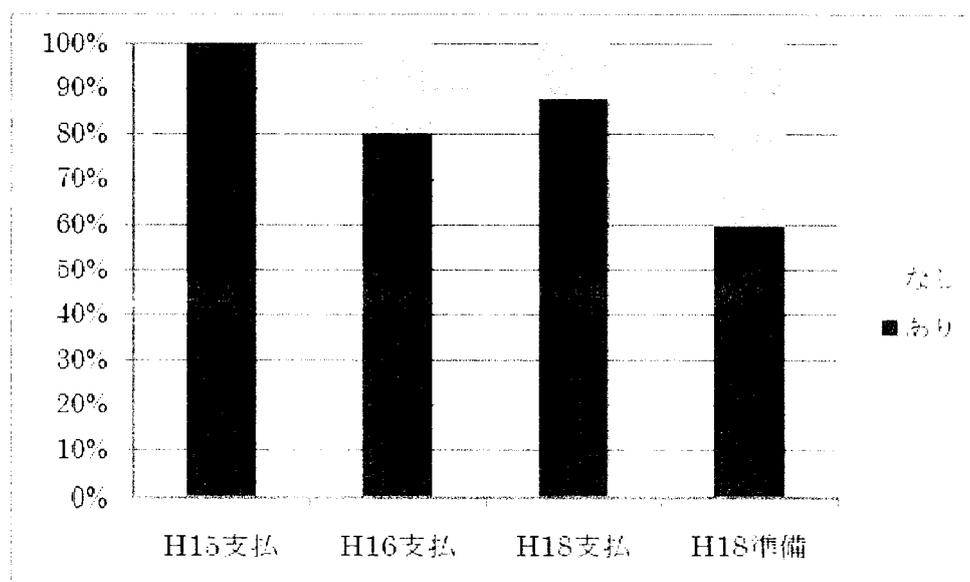
30

### 010060x099x3xx (脳梗塞)



31

### 病理専門医の存在割合



32

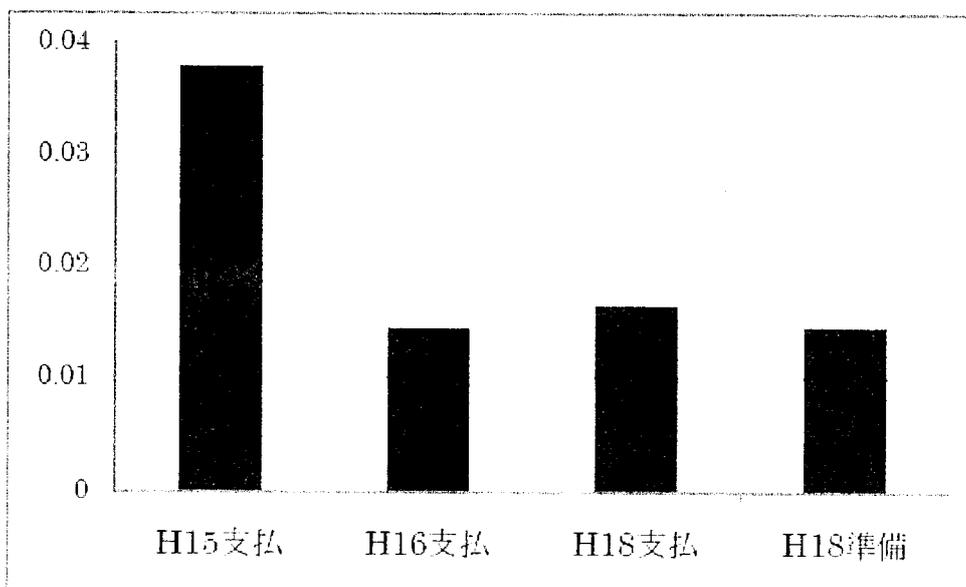
## 病理専門医の有無によるパフォーマンスの違い

専門医	変数	N	平均値	標準偏差	p value*
なし	全患者数	100	1421.9	903.6	0.000
あり		369	4199.8	2123.9	
なし	組織診数	100	281.7	264.2	0.000
あり		369	1202.3	793.8	
なし	組織診検査率(対全患者)	100	0.18	0.10	0.000
あり		369	0.27	0.09	
なし	迅速病理検査率(対全患者)	100	0.02	0.05	0.000
あり		369	0.06	0.05	
なし	迅速病理検査率(対組織診検査)	100	0.00	0.01	0.000
あり		369	0.02	0.02	
なし	免疫染色計(対全患者)	100	0.01	0.01	0.000
あり		369	0.02	0.02	
なし	免疫染色計(対組織診検査)	100	0.03	0.05	0.000
あり		369	0.06	0.05	

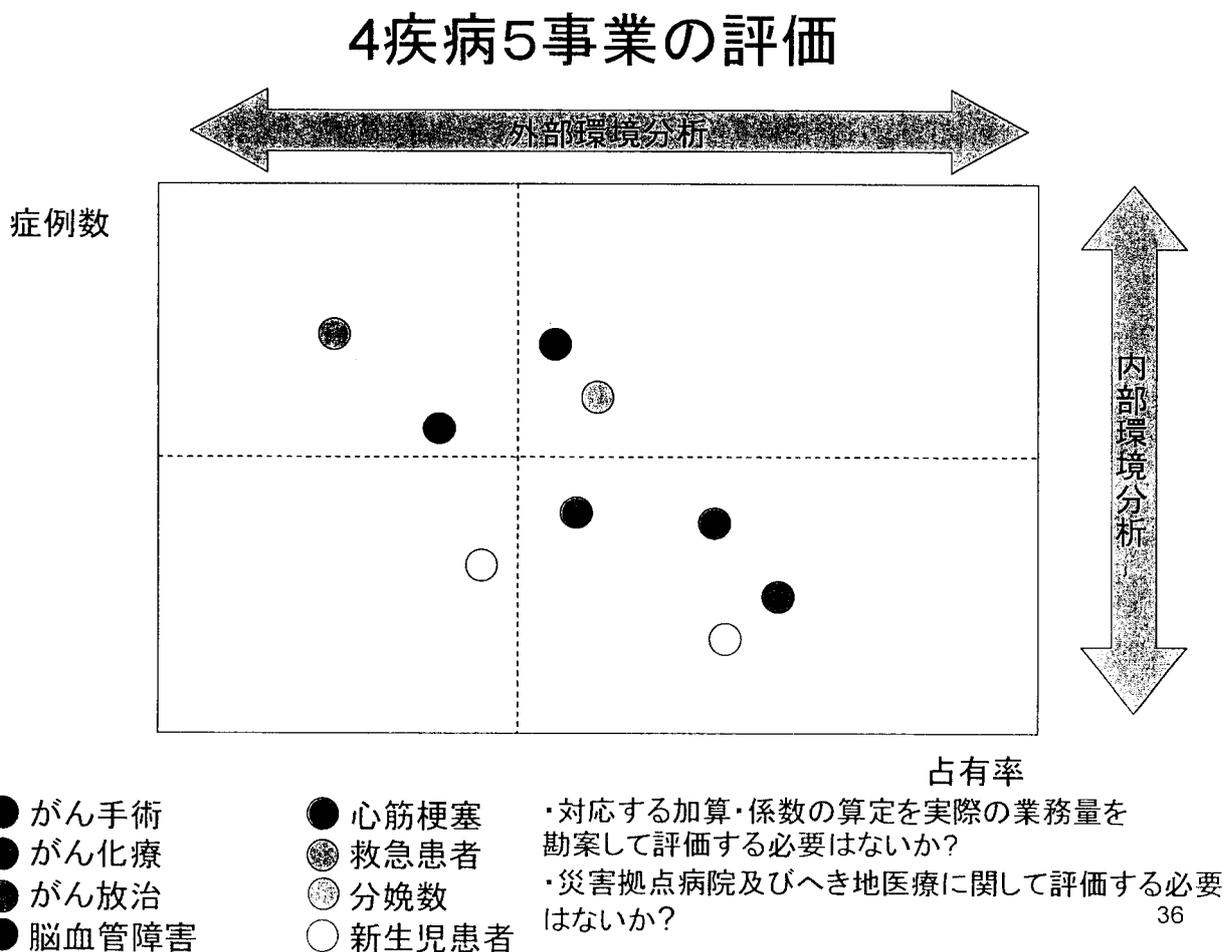
p value: t検定による有意確率

全項目で病理専門医がいる方がパフォーマンスが高い 33

## 全患者に対する迅速検査の割合



# 地域での役割の評価方法の検討



## 諸外国の例

37

### オーストリアにおける1病床あたり看護師数及び TISS 28スコアを基準としたICU区分と加算方式

分類基準	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
パフォーマンス基準 I 1日あたり平均TISS28スコア	≥18	≥22	≥27	≥32	≥37	≥40
パフォーマンス基準 II 最低TISS28スコア 最低TISS28スコアの割合	20 30%	24 30%	29 30%	34 30%	39 30%	42 30%
パフォーマンス基準 III 最低TISS28スコア 最低TISS28スコアの割合					45 5%	50 2%
評価基準 1床あたり看護師数	≥1.5	≥2.0	≥2.5	≥3.0	≥3.5	≥4.0
1日あたり加算点数	365	477	663	940	1145	1412

38

Victoria州における病院の規模別・機能別標準支払額  
(1WIESあたりの支払額)

	標準レート	地方加算	調整後レート
大病院	\$2,515	\$0	\$2,515
地方病院・Bグループ・>13,000WIES	\$2,515	\$114	\$2,629
地方病院・Bグループ・7,500 - 13,000WIES	\$2,515	\$192	\$2,707
地方病院・Bグループ・5,000 - 7,500WIES	\$2,515	\$258	\$2,773
地方病院・Bグループ・<5,000WIES	\$2,515	\$273	\$2,788
地方病院・Cグループ	\$2,515	\$110	\$2,625
地方病院・D及びEグループ	\$2,515	\$144	\$2,659

(単位は豪州ドル: 1\$=73円, 平成15年4月10日現在)

出典: Victorian Government Department of Human Services (2002)

39

Victoria州における病院の教育・研修費用

職種	フルタイム換算レート
Medical Postgraduate Years 1, 2 and 3	\$34,500
Accrediated Registrars	\$34,500
Clinical Academic Staffs	\$40,200
Grade 1 Registered Nurses	\$12,600
Postgraduate Certificated Nurses	\$7,600
Postgraduate Diploma Nurses	\$15,300
Postgraduate Midwifery Nurses	\$15,300
Midwifery Nurses	\$3,000
Pharmacy Trainees	\$24,700
Medical Radiation Interns	\$24,400
Medical Biophysics Trainees	\$13,800
Physiotherapists Grade 1, Year 2	\$14,400
Occupational Therapists Grade 1, Year 2	\$14,400
Speech Pathologists Grade 1, Year 2	\$14,400
OT, ST & PT Grade 1, Year 3 (entry level, rural)	\$14,700
Medical Laboratory Scientists	\$11,900

(単位は豪州ドル: 1\$=73円, 平成15年4月10日現在)

出典: Victorian Government Department of Human Services (2002)

40