

## 令和4年度特別調査の結果報告について

### 1. 概要

- DPC/PDPS について、令和6年度診療報酬改定に向けては、答申書附帯意見も踏まえつつ、令和4年度及び5年度特別調査を実施することとして、調査設計等を進めることとされている（令和4年7月27日中医協総会了承）。

（参考）「中医協答申書附帯意見」（抜粋）

DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

- 令和4年度においては、DPC対象病院の診療実態について検討を進めるにあたり、ヒアリングも含めた特別調査を行うこととされた（令和4年10月26日中医協総会了承）。

### 2. 調査の目的

- 適切なDPC制度の運用を図る観点から、DPC/PDPSになじまない可能性のある病院も含めたDPC対象病院の診療実態について検討を進めるにあたり、医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブを評価するものである機能評価係数Ⅱに着目し、特別調査を実施した。

### 3. 調査の実施方法

- DPC標準病院群に該当する病院（※1）に対して、調査票を送付し、機能評価係数Ⅱの各項目に対応する取組の状況やその背景等について回答を求めた。  
※1 令和4年度5月以降に合併した病院は含めない。

- さらに、機能評価係数Ⅱの各項目の分布等を踏まえ、下記区分に対応する病院については、対応する係数値等を通知するとともに、当該係数値を取る理由や背景を問う追加的な調査項目を設定した。

(A) 保険診療係数について、最大値となっていない62病院（※2）

※2 区分(A)については、大学病院本院群及びDPC特定病院群に該当する病院も含む。

- (B) 効率性係数の上位50病院及び下位50病院
- (C) 複雑性係数の上位50病院及び下位50病院
- (D) 救急医療係数の上位50病院及び下位50病院
- (E) 地域医療係数の上位50病院及び下位50病院

- 調査票の回答状況や各病院の機能評価係数Ⅱの取得状況を踏まえて、10施設程度ヒアリング対象となる病院を選定し、DPC/PDPS等作業グループに招集した。

#### 4. 調査票の回収状況について

- 下記調査区分に該当する病院に対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。

##### 【調査票の回収状況】

調査区分	調査対象	調査票配布数	回答数	回答率
I	DPC 標準病院群に該当する病院※3	1,495 (※3)	1,495	100%
II-A	保険診療係数について、最大値となっていない病院	67	67	100%
II-B	DPC 標準病院群における、効率性係数の上位 50 病院	51	51	100%
	DPC 標準病院群における、効率性係数の下位 50 病院	50	50	100%
II-C	DPC 標準病院群における、複雑性係数の上位 65 病院	65	65	100%
	DPC 標準病院群における、複雑性係数の下位 65 病院	65	65	100%
II-D	DPC 標準病院群における、救急医療係数の上位 50 病院	50	50	100%
	DPC 標準病院群における、救急医療係数の下位 50 病院	50	50	100%
II-E	DPC 標準病院群における、地域医療係数の上位 50 病院	50	50	100%
	DPC 標準病院群における、地域医療係数の下位 50 病院	50	50	100%

※3 令和4年10月時点。令和4年度5月以降に合併した病院は含めない。

5. ヒアリング対象医療機関

調査区分	上位/ 下位	通番	主な届出入院料	DPC 算定 病床数 (総病床数)	参加年度	医療機関群
II-A (保険診療 係数)		①	急性期一般1 回復期リハ 療養病棟	50 (260)	平成21年度	標準病院群
		②	急性期一般4 地域包括ケア 療養病棟	86 (139)	平成21年度	標準病院群
II-B (効率性係数)	上位	③	急性期一般1 地域包括ケア	40 (99)	平成21年度	標準病院群
		④	急性期一般4 地域包括ケア	12 (36)	平成21年度	標準病院群
	下位	⑤	急性期一般4 地域包括ケア	52 (199)	平成30年度	標準病院群
II-C (複雑性係数)	上位	⑥	急性期一般5 療養病棟	60 (385)	平成24年度	標準病院群
	下位	⑦	急性期一般4 小児入管3 地域包括ケア	150 (220)	平成20年度	標準病院群
		⑧	急性期一般2 地域包括ケア	46 (131)	令和4年度	標準病院群
II-D (救急医療係 数)	上位	⑨	急性期一般1	131 (131)	平成21年度	標準病院群
	下位	⑩	急性期一般1 地域包括ケア 回復期リハ	129 (194)	平成20年度	標準病院群
II-E (地域医療係 数)	上位 下	⑪	急性期一般1 地域包括ケア 精神病棟	248 (489)	平成21年度	標準病院群

	位	⑫	急性期一般2	48 (70)	平成 21 年度	標準病院群
--	---	---	--------	------------	----------	-------

※ 複数の調査区分に該当する病院も存在する。

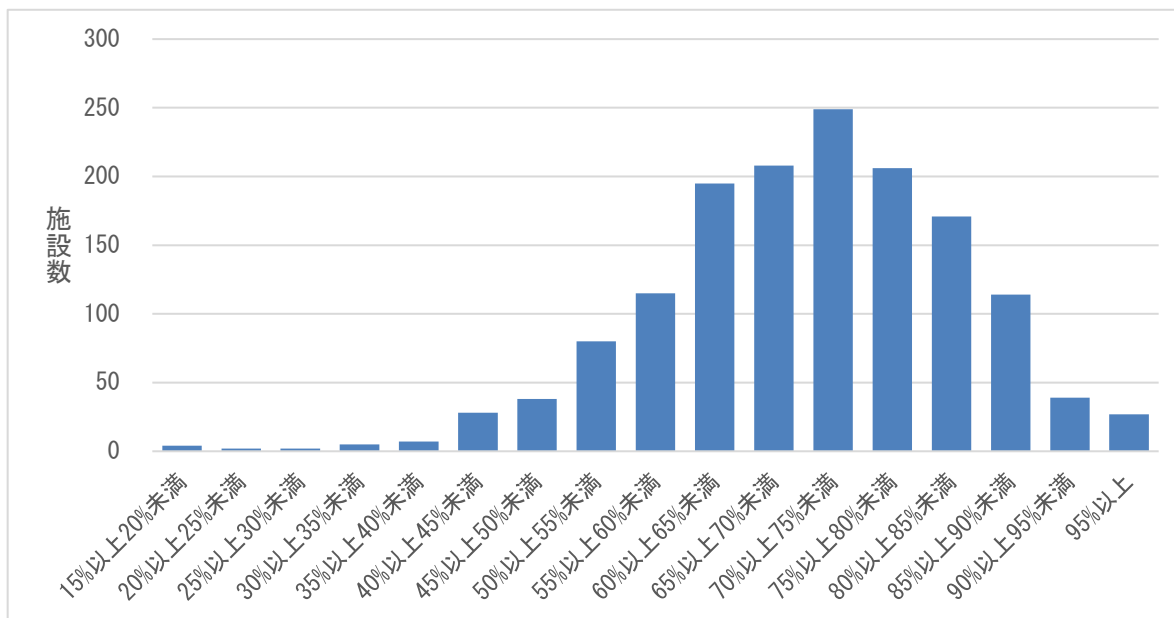
## 6. 調査結果の概要

### I DPC 標準病院群に該当する全ての病院を対象とした調査項目

※ 集計にあたって、エラー値や明らかな入力ミスと思われる値は除外した

#### (1) DPC 算定病床の運用状況とその背景について

【令和4年8月～令和4年10月におけるDPC算定病床の病床利用率】

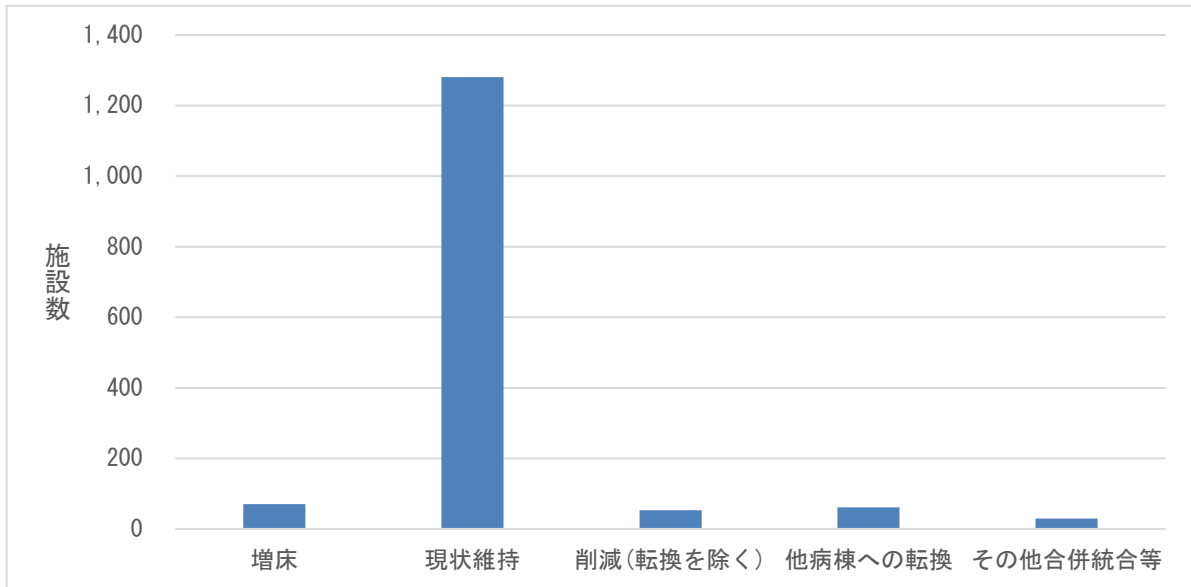


- ・ 令和4年8月～令和4年10月におけるDPC算定病床の病床利用率について、最小値は15.1%、最大値100.0%であった。

【DPC/PDPSへの参加により得られたメリットについて】

- ・ 在院日数の短縮、コスト意識の向上。
- ・ 医薬品の後発品採用や同種薬剤の整理が進んだ。
- ・ 他院とのベンチマークを行い、クリニカルパスの作成に活用することで医療の質の向上が図れるようになった。
- ・ 経営や治療の指標となるデータが得られるようになった。
- ・ データの活用が可能になり、医療の透明化が進んだ。
- ・ 医事課等職員のモチベーションが上がった。知識が深まった。
- ・ チーム医療の重要性をDPC導入にあたり職員一同理解できた。
- ・ 機能評価係数Ⅱによって病院の取り組みが診療報酬に反映される。
- ・ 外来と入院の役割が明確化された。
- ・ カルテ記載・傷病名の詳細な記載につながった。
- ・ 請求事務の簡素化。
- ・ レセプト点検の負担減。

### 【DPC 算定病床の今後の運用方針について】



- ・ 「現状維持」と回答した病院は 1281 病院（85.7%）であった。
- ・ 「増床」と回答した病院は 70 病院（4.7%）であった。
- ・ 「削減」または「他病棟への転換」と回答した病院は 115 病院（7.7%）であった。

### 【運用方針の背景について】

#### <増床>

- ・ 人員増や診療科の拡大に対応。
- ・ 感染管理の観点から病棟の拡大（他病棟からの転換）を考えている。
- ・ 高齢化に伴う退院調整等の難航による在院日数の延長が見込まれるため。
- ・ 救急患者の受け入れ率向上等、地域の医療ニーズに応えるため。

#### <削減（転換を除く）>

- ・ 一般病棟を縮小し、回復期医療を強化することで、地域のニーズに応える。
- ・ 地域の少子高齢化を踏まえ、地域医療構想により削減となる見込み。
- ・ 在院日数の短縮や病床稼働率の低下のため。
- ・ 職員の人員確保や労働環境改善のため。
- ・ 外来機能強化のため。

#### <他病棟への転換>

- ・ 地域内での人口減少に伴う急性期患者の減少のため。
- ・ 高齢患者の増加等に伴う回復期病棟の需要増加のため。

#### <その他合併統合等>

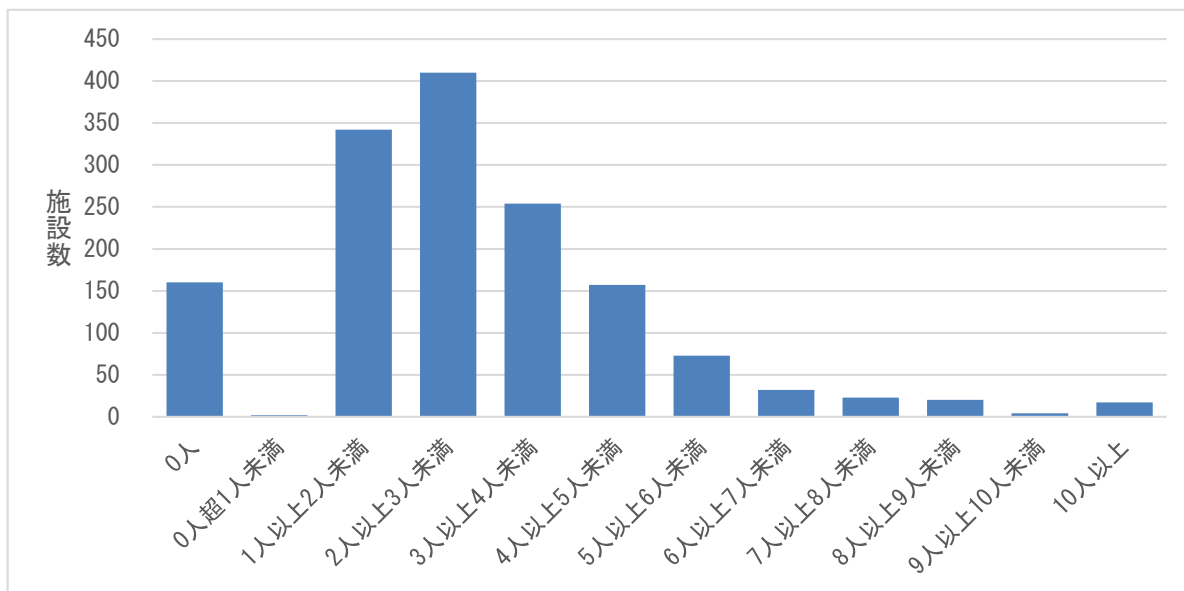
- ・ 患者、設備の分散の解消。

- ・ 医師不足の解消。
- ・ 経営の効率化。

(2) データの質向上に向けた取組及びコーディングに係る体制について

【DPC コーディングに係る部門の人員配置について】

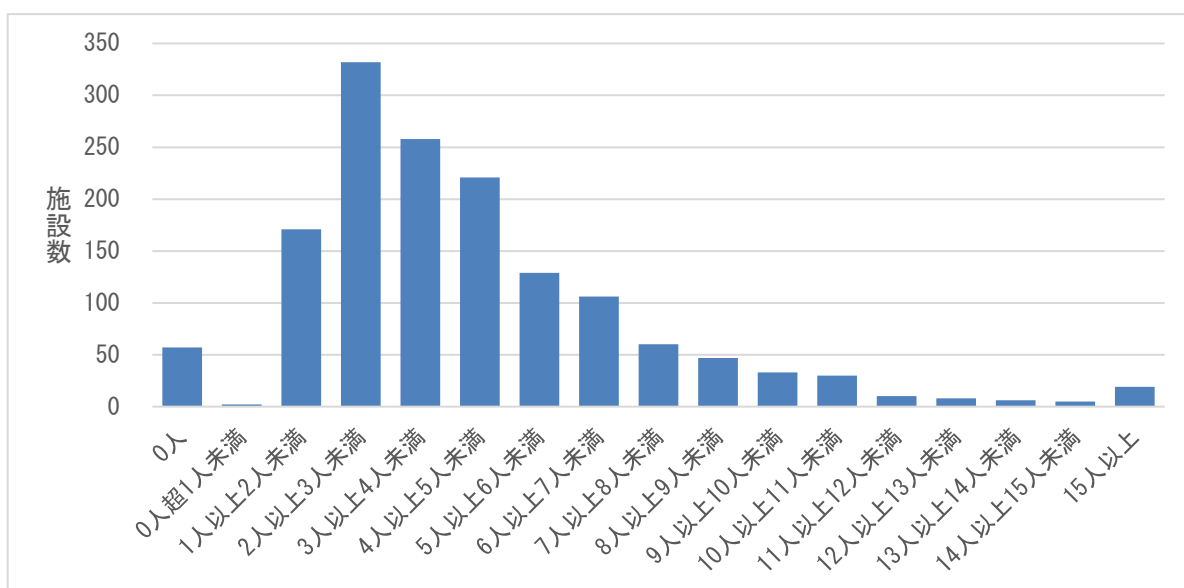
＜診療情報管理部門における診療情報管理士の配置状況＞



- ・ 診療情報管理部門において、診療情報管理士が配置されていない病院は 160 病院 (10.7%) であった。

＜コーディングに係る部門全体における診療情報管理士の配置状況＞

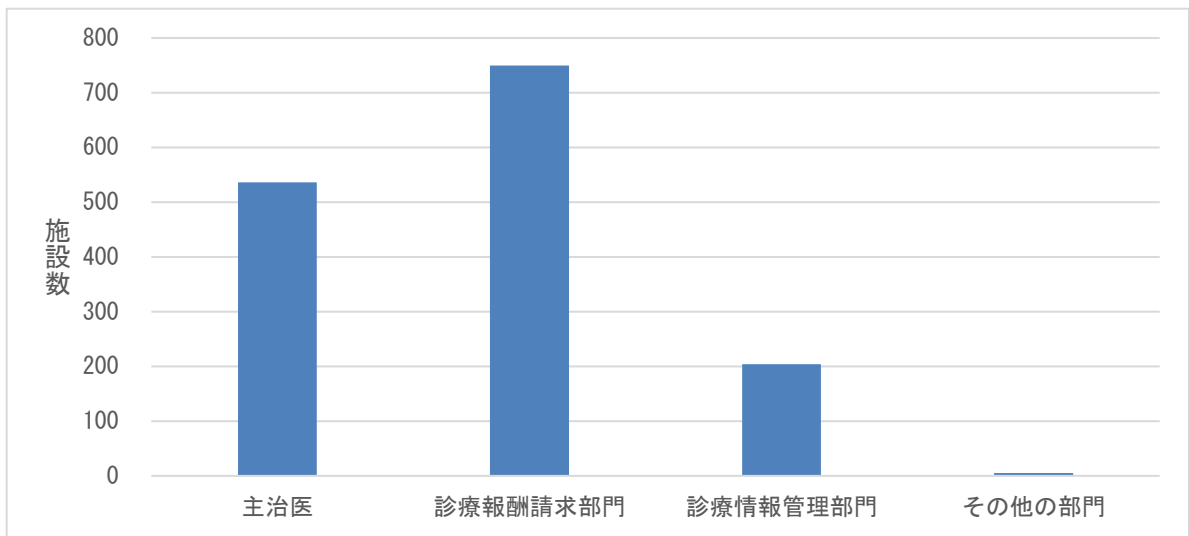
※診療情報管理部門以外に診療報酬請求部門（医事部門）等を含む



- ・ コーディングに係る部門全体において、診療情報管理士が配置されていない病院は 57 病院 (3.8%) であった。

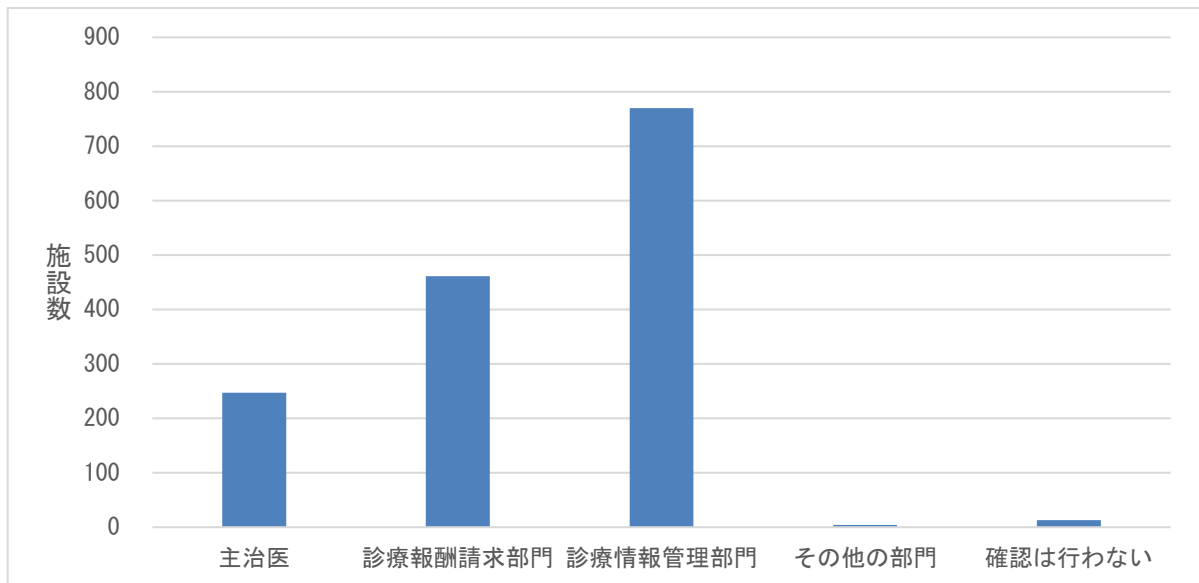
## 【DPC コーディングの手順について】

### <DPC（14 桁分類）コーディングの主たる入力者>



- ・ DPC コーディング（14 桁分類）の入力は、診療報酬請求部門が担う病院が 750 病院（50.2%）と最も多く、主治医が担う病院は 536 病院（35.9%）であった。
- ・ その他の部門として、「診療部門」、「委託事業者」などの回答がみられた。

### <DPC（14 桁分類）コーディングの主たる確認者>



- ・ DPC コーディング（14 桁分類）の確認は、診療報酬請求部門が担う病院が 770 病院（51.5%）と最も多かった。
- ・ DPC コーディング（14 桁分類）の入力後の確認作業について、「確認は行わない」と回答した病院が 13 病院（0.9%）存在した。



<DPC（14桁分類）コーディングの入力者及び確認者の組合せ>

入力者	確認者	施設数	施設割合
主治医	主治医	8	0.5%
	主治医以外	527	35.3%
	確認は行わない	1	0.1%
主治医以外	主治医	239	16.0%
	主治医以外	708	47.4%
	確認は行わない	12	0.8%
合計		1495	100.0%

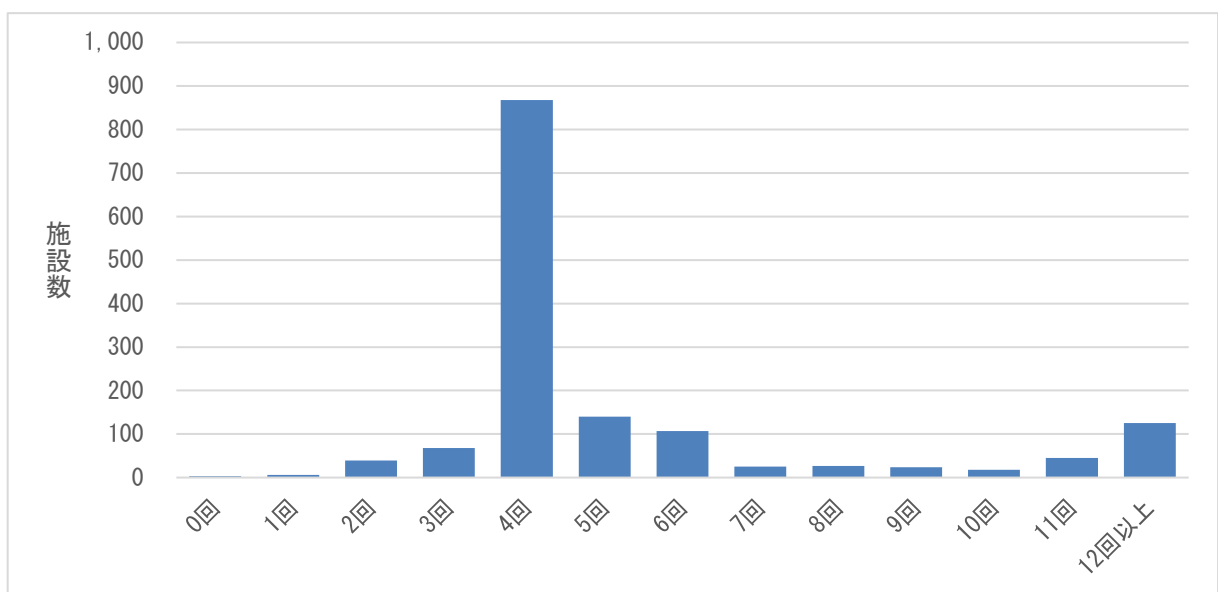
- ・ DPC コーディング（14桁分類）の主たる入力者及び主たる確認者の組合せとしては、「主治医以外」×「主治医以外」の組合せが708病院（47.4%）と最も多かった。

【様式1の作成に係る確認プロセスについて】

- ・ 電子カルテ、医事会計システム等を活用し、不明な点は診療情報管理士や主治医・看護師等に確認している。
- ・ 電子カルテ等に様式1作成の仕組みが組み込まれており、必須項目についてチェックがかかり、目視等で確認している。
- ・ チェック用のツールを独自に作成、活用している。
- ・ 確認者（事務担当者、主治医等）が目視で確認している。
- ・ 委託業者が確認を行う。
- ・ 入力者以外の担当でダブルチェックしている。

【コーディング委員会について】

<コーディング委員会の開催頻度について>※令和3年11月～令和4年10月



- ・ 令和3年11月～令和4年10月でのコーディング委員会の開催が4回未満であった病院が116病院（7.8%）存在した。

#### <コーディング委員会の内容について>

- ・医療資源病名の選択に係る留意点。
- ・部位不明・詳細不明コードについて。
- ・未コード化傷病名について。
- ・他院からの転院の有無に応じた評価の見直しについて。
- ・敗血症、DIC、術後合併症病名について。
- ・様式1作成における電子カルテ記載について。
- ・アウトライヤー症例検討。
- ・ベンチマーク分析について。
- ・診断群分類、在院日数からみる医療資源の投入比較について。
- ・査定・返戻の検討。

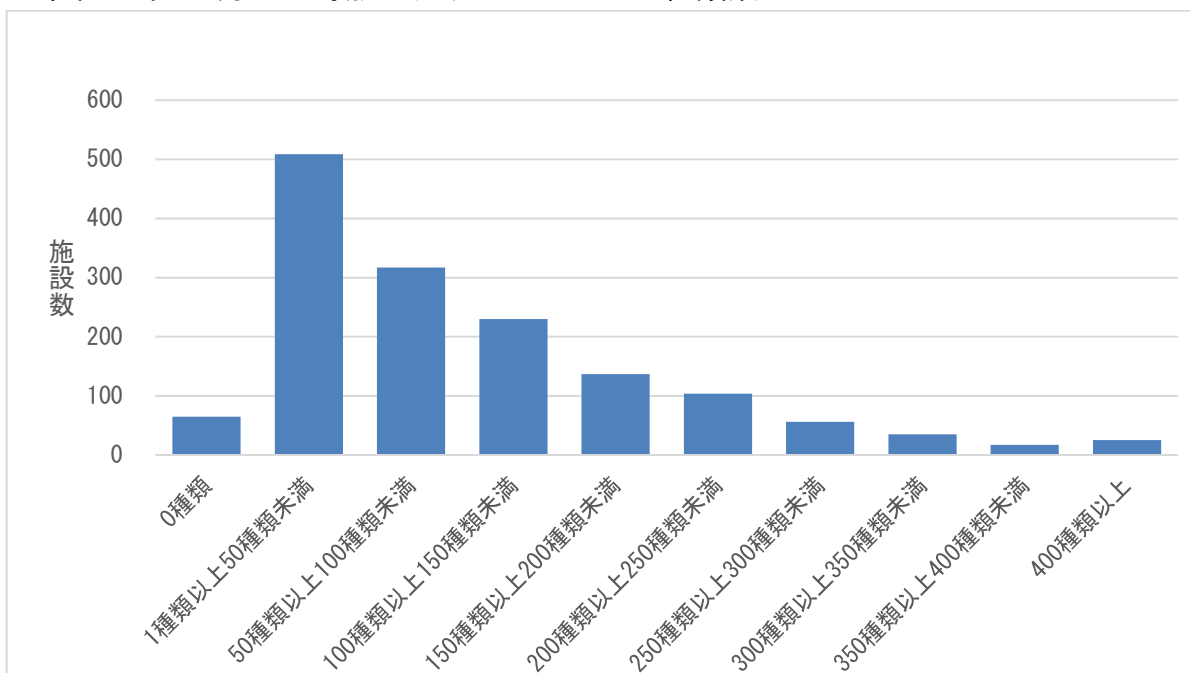
#### <コーディングを含むデータの質向上に向けた取り組みについて>

- ・コーディングにおける主治医と診療情報管理部門の連携（例：主治医が詳細不明コードを選択している場合に、診療情報管理部門が代替リストを提示する等）。
- ・コーディング委員会における情報共有（例：病名選択を注意した方がよい事例、未コード化病名の割合等）。
- ・コーディング委員会に他部署の責任者を参加させることで、病院全体でDPCに対する理解を深めるよう努めている。
- ・コーディングテキスト等を用いたコーディングのチェック
- ・院内でのDPCコーディングマニュアルの作成。
- ・データの相互チェック等、二段階の点検を実施。
- ・データ提出で、院内独自の仕組みに則った点検を行い、提出支援ツールでは補えていない範囲の項目の確認を行っている。
- ・グループ内の別施設の人材による監査。
- ・対出来高の点数で乖離が大きいデータの抽出とコーディング内容の確認。
- ・査定、返戻症例の検証。

(3) 急性期医療の標準化・効率化に向けた取組について

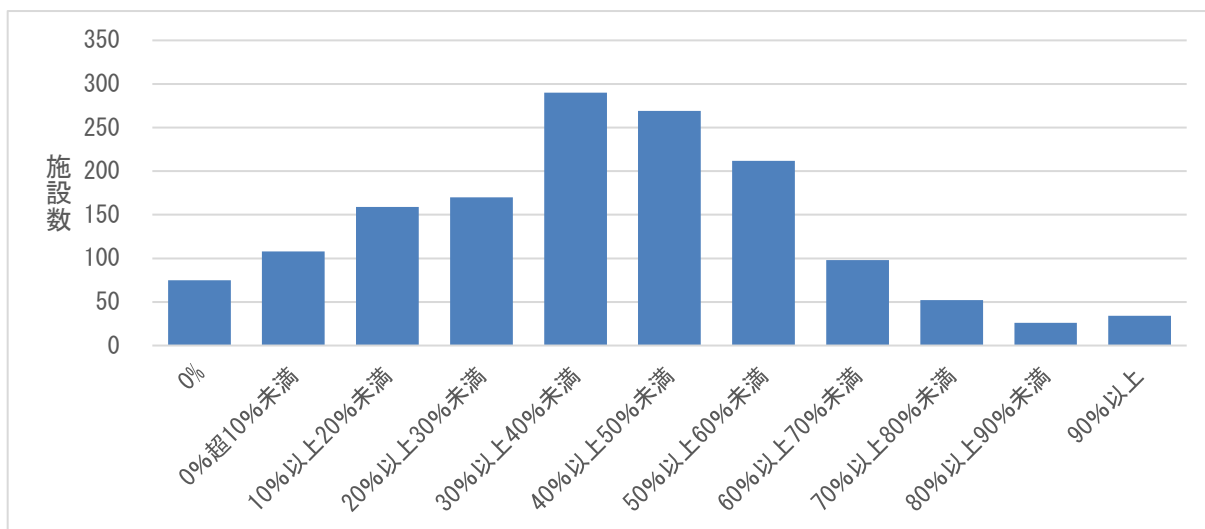
【クリニカルパスの導入・運用状況について】

〈令和4年11月1日時点のクリニカルパスの種類数〉



・クリニカルパスの導入を行っていない病院は65病院（4.4%）であった。

〈令和3年度におけるクリニカルパス使用率〉



・クリニカルパスの使用率が0%である病院は75病院（5.3%）であった。

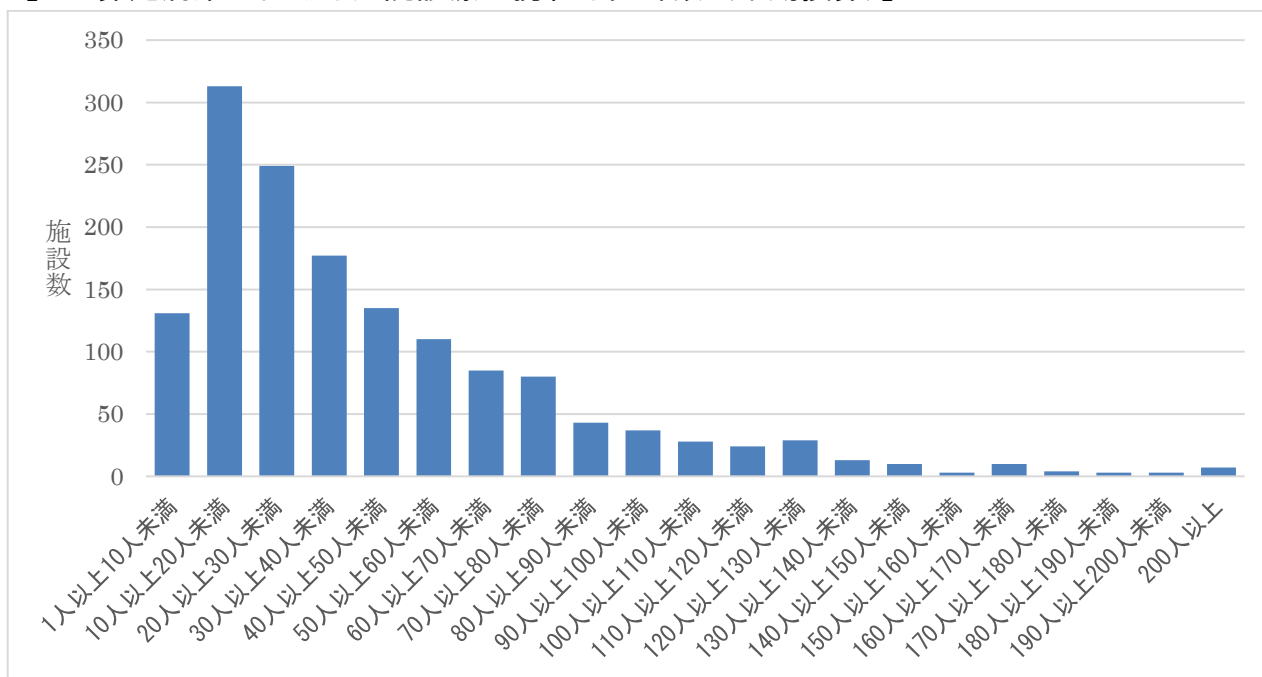
【在院日数の短縮に向けた取組について】

- ・クリニカルパスにおける入院期間の適正化。
- ・電子カルテへのDPC期間の表示。
- ・DPC分析ソフトを用いて不必要な医療行為の分析と削減。
- ・他医療機関と比較したベンチマークの実施。
- ・内視鏡治療等侵襲性の低い治療の推進。
- ・早期リハビリや術後せん妄予防、疼痛管理に関する積極的な取組。

- ・院内感染、合併症、転倒、褥瘡等の予防に向けた取組。
- ・病床状況、患者の入退院情報、医師の治療方針等の部門間における情報共有。
- ・退院支援部門の設置や早期介入による早期退院、転院に向けた取組。
- ・地域連携に向けた他院、他施設との関係強化。

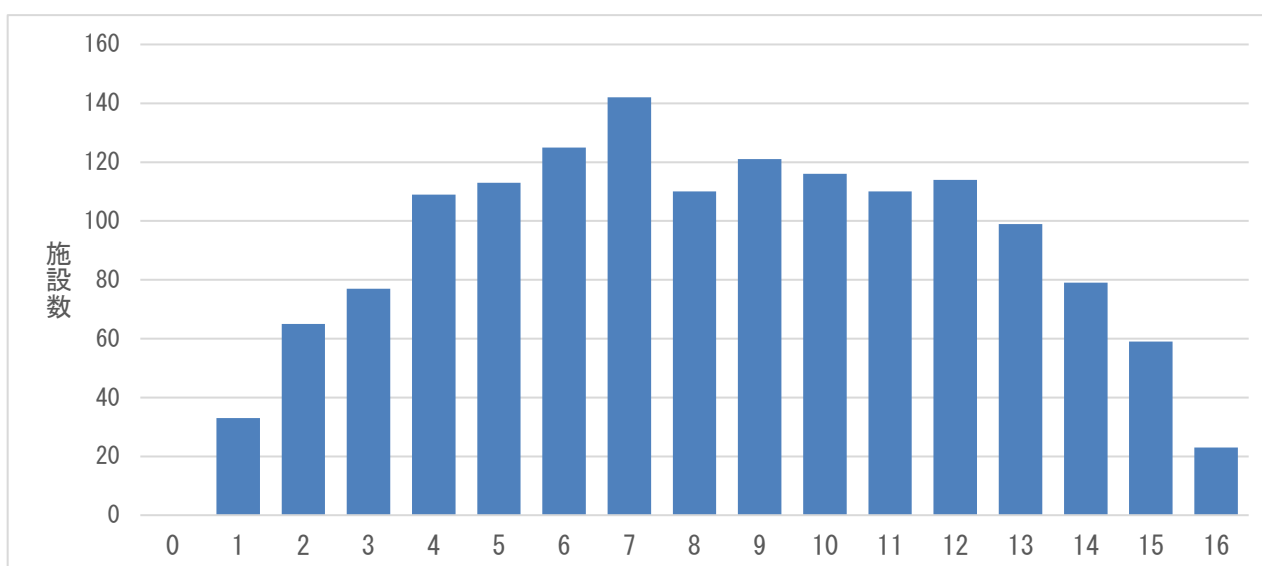
#### (4) DPC 算定病床における入院診療の状況について

##### 【DPC 算定病床における入院診療に携わる医師数（常勤換算）】



- ・医師数（常勤換算）の最小は2人、最大は261人であった。

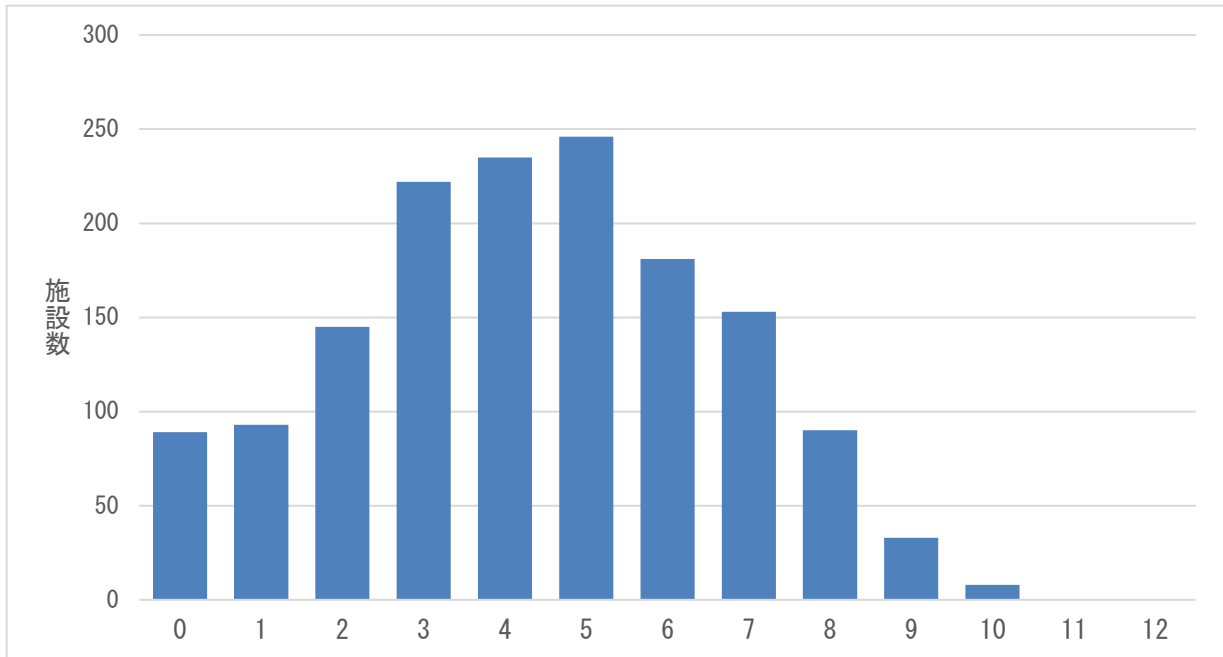
##### 【DPC 算定病床における診療科数】



※16診療科（内科、小児科、皮膚科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、救急科、形成外科、リハビリテーション科、総合診療科）から回答

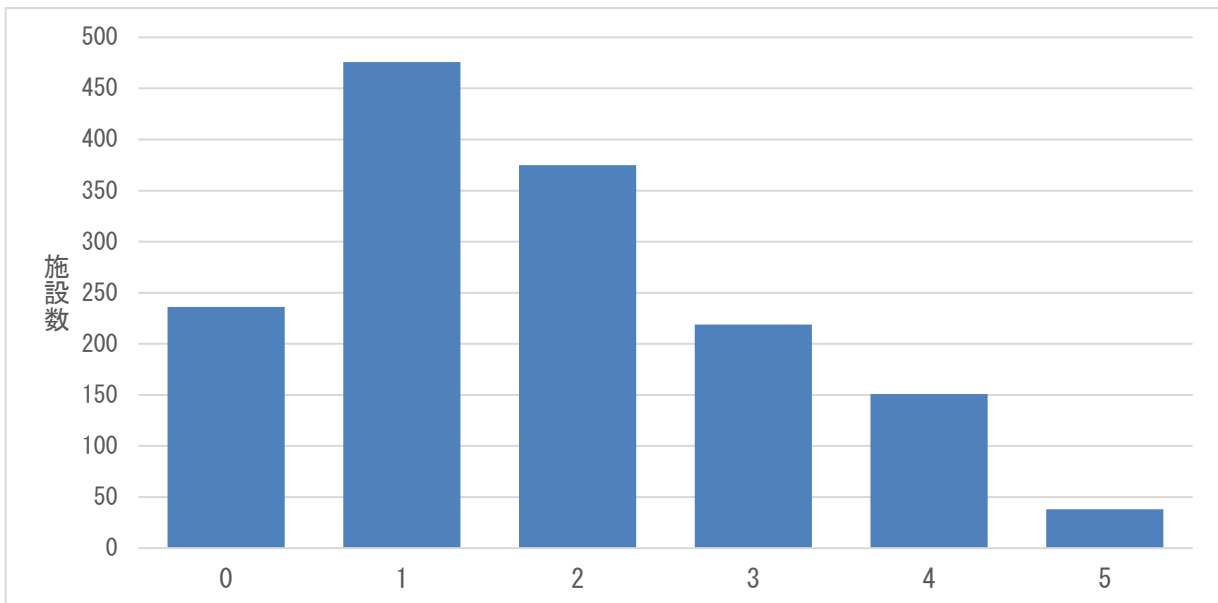
- ・DPC 算定病床における診療科数の最小は1、最大は16であった。

### 【DPC 算定病床における内科の診療科数】



※12 診療科（呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、内分泌代謝・糖尿病内科、血液内科、膠原病・リウマチ内科、アレルギー内科、感染症内科、老年内科）から回答  
・内科の診療科数の最小は0、最大は12であった。

### 【DPC 算定病床における外科の診療科数】



※5 診療科（消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺外科）から回答  
・外科の診療科数の最小は0、最大は5であった。

(5) 救急医療の実施状況とその背景について

【緊急の診療のための設備や体制について】

項目	平日		夜間・休日	
	施設数	施設割合	施設数	施設割合
緊急に CT を撮像する体制	1487	99.5%	1473	98.6%
緊急に MRI を撮像する体制	1431	95.8%	1381	92.4%
緊急に手術を実施する体制	1408	94.2%	1278	85.5%
緊急に血管造影検査を実施する体制	1184	79.3%	1062	71.1%

【救急外来における受入方針について】

- ・原則救急車の受け入れを断らず、24 時間体制で受け入れを行っている。
- ・人員体制の許す限り受け入れているが、当院で対応できない症例は、他医療機関への転送を行う。
- ・輪番群輪番制事業に参加し応需体制をとっている。
- ・新型コロナウイルス感染症の疑い患者以外は受け入れを行っている。
- ・かかりつけ患者や他院からの紹介患者については、受け入れを行っている。
- ・自院の専門の疾患・診療科の患者については、受け入れを行っている。
- ・地域の病院と役割を分担して受け入れている。
- ・一次救急及び手術を必要としない症例を中心に受け入れている。
- ・救急外来は行っていない。

(6) 地域医療において果たしている役割とその背景について

- ・地域の基幹病院として救急医療を提供している。
- ・災害時の医療の提供を行っている。
- ・隣接する区域への医療提供を期待されている。
- ・急性期から回復期、維持期まで切れ間なく医療提供を行っている。
- ・急性期病院と慢性期病院をつなぐ亜急性期的な役割を担っている。
- ・近隣の医療機関から急性期患者の受入を行っている。
- ・近隣の急性期病院の後方支援を担っている。
- ・在宅療養支援病院としての役割を担っている。
- ・子育てしやすい街づくりのために産婦人科・小児科を充実させるよう求められている。
- ・被ばく者医療を担っている。

(7) 急性期入院医療の質向上の観点から評価されるに値する病院独自の取組について

- ・病院指標の公開、検討
- ・院内研修や委員会の実施
- ・事業への参加（例：医療の質の評価・公表等推進事業、医療の質可視化プロジェクト）

- ・ 1次脳卒中センターコア施設の認定
- ・ ISO 認証の取得
- ・ 救急隊や地域医療関係者にむけた講習会の開催
- ・ TQM (Total Quality Management) の推進
- ・ 地域の根幹病院と連携した相互評価
- ・ グループ病院とのベンチマーク比較

## II 機能評価係数Ⅱの取得状況に着目した調査項目

### (A) 保険診療係数

#### <部位不明・詳細不明コードについて>

##### ● コーディングに係る認識・確認不足

- ・ 部位不明・詳細不明コードの認識が薄い医師が登録した病名のままでコーディングしていた。
- ・ 担当者がDPC（ICDコーディング）の知識の習得ができていなかった。
- ・ 新型コロナウイルスのICDコードをずっとB342で提出していた。

##### ● 患者背景・診療内容の影響

- ・ 詳細不明コードに該当する疾患の患者の入院の増加。（例：細菌検査を実施しても菌の断定ができない老人の肺炎、尿路感染症）
- ・ 高齢者の「心不全」入院が比較的多く、DPCコーディングテキストで推奨されている原疾患でのコーディングに結びつかない場合もある。
- ・ 当院の患者層は高齢者が多いため、判定の根拠となる詳細な検査を実施しない、または希望されない方が多くなっている。
- ・ DPC病名の詳細を把握するために、患者の身体的、経済的負担を強いることになる。

#### 【ヒアリングでの聴取内容】

- 部位不明・詳細不明コードのうち、廃用症候群（ICD-10：M6249、DPC：160650 コンパートメント症候群）の使用割合が高くなっている。廃用症候群リハビリテーションを行う症例が多く、廃用症候群のコーディングをせざるを得ない。脳梗塞等含むコーディングについては、定期的なコーディング委員会で分析、検討の対象としている。

#### <様式間の矛盾について>

- ・ 医事会計システムのEFファイルの形式の理解をしていなかったため。
- ・ データの質向上に取り組めていない。
- ・ 提出の際に十分な確認を行えていない。

#### <未コード化傷病名について>

- ・ 医療安全の観点から部位の取り間違い等を防止するため、カルテ上の左右の標記をひらがな標記にしていたが、電子カルテから医事側へのデータ変換に設定ミスがあり未コード化傷病名となってしまった。
- ・ 電子カルテに登録された病名コードをレセプト電算コードに変換するマスターの更新漏れがあった。
- ・ 「COVID-19」の傷病名コードが通知される前に当院で作成した独自コードの病名をそのまま使用していた。

#### 【ヒアリング概要】



- 新型コロナウイルス感染症について未コード化病名を使用してしまっていた。それ以前は特に未コード化傷病名の割合が多かったわけではなく、現在はコード化したものを使用している。コーディング委員会は毎月開催しているが、未コード化傷病名の内容までは確認できていなかった。

#### <病院情報の公表について>

- ・「病院情報の公表」に対応できる体制がなかった。
- ・「病院情報の公表」の作業、手続きに漏れがあった。
- ・「病院情報の公表」のウェブページ URL の記載漏れがあった。

### (B) 効率性係数

#### <効率性係数が高い値を取る背景>

##### ● 症例構成の影響

- ・ 専門病院であるため、受診される患者の疾患・病態等が限定されており、平均在院日数が全国平均より短い疾患や手術の症例数が多い。
- ・ こども病院という特性から、糖尿病などの在院日数に影響する併存症をもつ患者が少ない。

##### ● 早期の転棟・転退院

- ・ 急性期治療終了後および病状安定となった患者様を、院内地域包括ケア病棟へ転棟させ、ベッドの空いた急性期病棟へ他の急性期患者の入院を受け入れている
- ・ 後方支援を強化し、退院調整を進めている。
- ・ 自院の専門以外の分野の疾患と判断された場合には早期に専門病院に転院している。
- ・ 高度な治療が必要な場合には高次機能病院へ紹介し転院している。

##### ● 在院日数短縮に向けた工夫・努力

- ・ クリニカルパスを適切に使用している。
- ・ 術後せん妄予防の積極的な運用、疼痛管理に関する積極的な取り組みを行っている。
- ・ 在院日数短縮の対する職員の意識の高さが浸透している。

#### 【ヒアリング概要】

- 急性期医療と回復期医療の中心を担う医療機関として位置づけられており、重症患者の受け入れには制限があるが、急性期病床の規模に比較し多くの予定外入院を受け入れている。常に急性期病床を空けておく必要があり、早期の地域ケア病棟への転棟、退院を目指した結果、在院日数が短くなっている。パスでの管理も行っているが、個別の患者に合わせて対応している。
- 消化器疾患や透析治療を中心に扱う亜急性期病院であり、地域包括ケア病棟もあ

わせて運用している。ヘルニアや虫垂炎等、在院日数が比較的短い疾患を多く診療しており、院内での転棟は多くない。

#### <効率性係数が低い値を取る背景>

##### ● 症例構成の影響

・整形外科単科病院であり院内転棟ができず、また専門性の高い医療を提供しているため、他の医療機関への転院も難しい状況である。

##### ● 退院調整が困難

・患者の高齢化により退院調整が難しい。  
・時期によって院内転棟待ちになり、入院が長期化することがある。  
・広域での転院調整をせざるを得ず苦慮することがある。  
・退院後に継続してリハビリテーションを行える病院が限られており、退院が難しい。

##### ● 患者の状態に合わせた対応

・手術から自宅（在宅）まで担っている患者が多い。  
・在宅復帰に至るまでの治療を視野に入れた治療を目指しているため、意図的な在院日数減少策は採用していない。  
・平均在院日数を短くすることに力を入れているわけではなく、患者の状態に合わせて、転棟・退院としている。

#### 【ヒアリング概要】

○ 地域唯一の救急告示病院として、急性期医療から慢性期医療まで幅広く患者の受入れを行っている。地域包括ケアシステムにおける拠点として近隣の高齢者施設の協力施設にもなっている。医師の方針もあり、内科疾患、外科疾患ともに在院日数が長くなっている。地ケア病棟も保有しているが、病院全体として、積極的な転棟は行ってこなかったが、退院調整にはそれほど困っていない。今後、急性期病床を減らし、地ケア病床を増やす予定。

#### (C) 複雑性係数

#### <複雑性係数が高い値を取る背景>

##### ● 症例構成の影響

・医療資源投入量の大きい手術や治療を積極的に行う診療科を有する（例：整形外科、脳神経外科等）。  
・主たる診療科が血液内科と呼吸器内科で、地域との連携も活発であることから、症例が多い。  
・脳卒中・脳神経外科的治療疑いの患者のみを受け入れているため。  
・呼吸器疾患の中でも肺癌治療を中心としている。  
・整形外科基幹病院として認知されており、近隣の医療機関や施設からの紹介が多

い。

- ・ 12 症例以上のある DPC が少なく、その DPC の包括範囲出来高点数が高い。

### ● 積極的な患者の受け入れ

- ・ 24 時間 365 日救急・時間外患者を受け入れる体制を整えている。
- ・ 多施設で治療困難となる症例、移植を必要とする症例、緩和ケアを含めた治療を要する症例など多岐に渡り、専門的な医療を提供している。
- ・ 地域の中核病院であり、救急患者、基礎疾患のある高齢者、周囲の高齢者施設からの診療依頼を多く受け入れている。

### ● 自院他病棟との役割分担

- ・ 地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を有するケアミックス体制となっており、DPC 病棟の入院患者が侵襲性の高い手術が必要な患者等、医療必要度の高い患者に集約している。
- ・ コロナ禍の影響と医師不足により病床運用の見直しに迫られ、地域包括ケア病棟を有効活用した結果、専門病院化したような診療実態となったため。

### 【ヒアリング概要】

- 高齢化が進む地域に所在しており、併設する複数の高齢者施設からの入院も受け入れている。その結果、誤嚥性肺炎や脳梗塞、骨折といった疾患に症例構成が偏る。早期のリハビリには力を入れている。コロナを受け入れられる病床がなく、発熱患者や呼吸器症状のある患者は近隣の急性期医療機関へ搬送されるため、病床利用率が低く出てしまっている。

### <複雑性係数が低い値を取る背景>

#### ● 症例構成の影響

- ・ 医療資源投入量の大きい診療科や疾患の入院がない（例：脳神経外科、心臓血管外科、循環器内科、呼吸器内科、整形外科等）。
- ・ 小児領域では、成人主体の医療機関に比べ、診療報酬に表れる医療資源投入量が少なくなる。
- ・ 専門病院であるため、受診される患者の疾患・病態等が限定されている（胃腸科、肛門科等）。
- ・ 12 症例未満や包括評価にならないなど、複雑性係数の計算対象とならない症例が相当数ある。

#### ● 入院患者の受け入れ状況

- ・ 短期の入院患者の比率が高い（眼科の入院治療等）。
- ・ 定期入院が多く、在院日数が短いため。
- ・ 全国の包括範囲出来高点数が 10000 未満の症例を地域から多く受け入れており、需要も高いため。

- ・ 医師の退職に伴い診療規模が縮小し、複雑性係数に影響がある重症な循環器内科疾患が従来に比べて受け入れ困難となった。

#### 【ヒアリング概要】

- 小児科診療の中核を担っており、小児のコロナ患者を多く受け入れている。一方で、外科医師が減少しており、消化器がん手術等手術件数が減っており、疾患構成が変化してきている。
- ケアミックス型の医療機関として運用している。内視鏡検査やがんの化学療法等、外来でも診療可能な症例を入院で診療していた。今後可能な範囲で外来での実施に移行する予定。

#### (D) 救急医療係数

##### ＜救急医療係数が高い値を取る背景＞

###### ● 救急患者の積極的受け入れ

- ・ 救急外来患者の受け入れ体制を常備し、様々な領域の患者を広く受け入れている。
- ・ 地域に夜間休日の救急診療を行っている医療機関が少なく、救急搬送の受入率や救急搬送からの入院率が高くなっている。
- ・ 医師、看護師の増員及び ICU、HCU、一般病床増床による重症患者受け入れ体制の強化に伴い、緊急手術の実施件数が増加している。

###### ● 積極的な医療資源の投入

- ・ 脳神経外科を主体として救急を行っているため、救急医療管理加算の算定対象となる状態の脳卒中や手術を伴う外傷の患者が多いと思われ、それにより医療資源投入量の多い患者の割合が多い。
- ・ 造影 CT 検査等、重篤な疾患が想定される患者に対する早期の医療資源投入が大きい。
- ・ 早期退院を目標としているため、入院後すぐの検査・治療・手術を行う運用をしている。

#### 【ヒアリング概要】

- 多くの救急車を受け入れており、一定の重症度の患者が搬送されるため、救急入院率も高い。入院時から速やかに退院調整を開始し、回転率を上げるよう努力している。

##### ＜救急医療係数が低い値を取る背景＞

###### ● 救急患者の受け入れが困難

- ・ 予定入院が多い為、救急患者を受け入れる空床が少ない。
- ・ 設備の老朽化や人員の問題から手術対応が難しく救急患者の受け入れが困難である。

- ・ 医師の働き方改革により救急体制の充実が難しい。
- ・ 救急告示を受けておらず、かかりつけ患者のみの救急受診対応によるため。
- ・ 専門病院のため救急患者を受け入れていない。

#### ● 入院症例の特徴

- ・ 受け入れる患者像が救急医療入院に該当しないため。
- ・ 二次救急医療機関のため、救急医療管理加算の対象となる患者は搬送されるものの、早期・短期に集中的治療が必要な患者が少ない。
- ・ 患者の多くが高齢者であり、機能や生命予後を優先した患者の身体的負担が少ない検査や治療を提案していることもある。
- ・ 小児専門病院のため、救急時に使用する薬剤量等の医療資源が成人と比較して少ないと思われる。

#### ● 救急医療加算について

- ・ 救急医療管理加算の算定の対象となる患者が増えにくい。
- ・ 主に通院中の患者が急変等で緊急に入院を必要とする重症と判断した場合に救急医療管理加算を算定している。

#### 【ヒアリング概要】

- 近隣に急性期病院が多く、救急患者受入れについての競合が激しい。また、緊急の手術やカテーテル検査・治療等、入院後に医療資源を十分に投入できる疾患の受け入れができておらず、救急医療管理加算が算定できていない。

### (E) 地域医療係数

#### <地域医療係数が高い値を取る背景>

- ・ 公的病院としての役割が多岐に渡る。
- ・ 地域の中核病院として、5疾病5事業等における急性期入院の役割を担っている。
- ・ 医療圏で最大規模の医療機関であるため。
- ・ 2次医療圏における唯一の総合病院であるため。
- ・ 2次医療圏を担う小児急患センターを併設していることもあって、患者が集中する。
- ・ 地域に小児を入院で診られる病院が他にないため。

#### 【ヒアリング概要】

- 救急、災害医療、周産期医療等、地域における中核病院としての役割を担っており、他の医療圏までカバーしている分野もある。一方で、地域事情から急性期機能以外に、回復期や外来機能も持つ必要がある。

#### <地域医療係数が低い値を取る背景>

- ・ 専門病院、単科病院のため、評価項目に該当しづらい。

- ・ 同じ二次医療圏内に、急性期病院が多数あるため。
- ・ 近隣に公的医療機関の急性期病院があり、急性期的な診療に関しては連携しながら対応を行なっている。
- ・ 病院規模と地域の役割上専門特化した部分があり、他疾患については他病院と連携・紹介を行っている。

【ヒアリング概要】

- 近隣に急性期病院が複数あり、24時間365日体制での救急医療を行いつつ、高次医療が必要な場合には関連の高次医療機関への転送も行っている。地域においては、血液疾患や整形外科疾患を中心とする急性期医療とともに、急性期病院と慢性期病院をつなぐ亜急性期的な役割も担っていると考えている。