

平成 26 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS） の対応について（参考資料）

1. 平成 26 年改定に向けた DPC 制度に係る今後の対応について（中間報告）

〔平成 25 年 10 月 16 日中医協総会 総-1-1（一部抜粋）〕・・・P 2

2. 機能評価係数 I について

〔平成 25 年 12 月 9 日 DPC 評価分科会 D-1（一部抜粋）〕・・・P 4

3. 機能評価係数 II について

〔平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-1（一部修正）〕・・・P 6

- ① 地域医療指数に関する都道府県アンケートの結果について
- ② 参考集計等

4. 算定ルール等について

〔平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-2（一部追加）〕・・・P 27

5. 退院患者調査の見直しについて

〔平成 25 年 10 月 30 日 DPC 評価分科会 D-2（一部修正）〕・・・P 35

- ① 退院患者調査の様式集
- ② その他の参考資料

DPC制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について

（中間報告）

4. 今後の検討事項とスケジュール

- 今回の中間報告の結果を踏まえ、次回改定に向けた下記の検討課題について引き続きDPC評価分科会において具体的整理・検討を進め、平成25年12月を目途に検討結果を中医協総会へ報告することとしてはどうか（整理・検討を進める中で、中医協総会に諮るべき事項等が生じた場合は、適宜中医協総会へ中間報告する）。
- 激変緩和措置等、改定全体の影響を考慮する必要性がある事項については、改定全体の方針が定まってから中医協総会で議論することとしてはどうか。

・ 次回改定（平成26年度）に向けて中医協総会及びDPC評価分科会において検討を要する事項について

- (1) 基礎係数（医療機関群のあり方）について
 - II群要件の具体的な算出方法について 等
- (2) 機能評価係数IIについて
 - 現行の6項目の評価方法について
 - 医療機関別群別評価のあり方について
 - 指数から係数への変換方法 等
 - 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方 等
- (3) 診断群分類の見直し
 - 新たな技術に対応した見直し
 - 副傷病の見直し 等
- (4) 算定ルール等の見直し
 - 3日以内再入院ルールの見直しについて
 - 点数設定方法D（高額薬剤に対応するために導入した点数設定方式）の適用のあり方について
 - 特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて 等
- (5) その他
 - 暫定調整係数の計画的な置き換えのための検証について
 - 激変緩和措置のあり方
 - DPC導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の見直しについて
様式1の見直し 等
 - 適切なコーディングの推進について 等

< 現行の機能評価係数 I 一覧 >

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566 点/日
	入院基本料(7対1 特別)			▲ 0.0689	1,244 点/日
	入院基本料(10対1)	0.0701	0.0175		1,311 点/日
	入院基本料(10対1 特別)			▲ 0.1494	1,040 点/日
入院基本料等加算	総合入院体制加算			0.0291	120 点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)	0.0012			40 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)	0.0006			20 点(入院初日)
	診療録管理体制加算	0.0008			30 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0253		810 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0190		610 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0153		490 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0080		255 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0056		180 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0043		138 点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1	0.0387			160 点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2	0.0339			140 点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0404		109 点/日
	看護補助加算2		0.0311		84 点/日
	看護補助加算3		0.0207		56 点/日
	医療安全対策加算1	0.0027			85 点(入院初日)
	医療安全対策加算2	0.0011			35 点(入院初日)
感染防止対策加算1	0.0125			400 点(入院初日)	
感染防止対策加算2	0.0031			100 点(入院初日)	
検査	検体検査管理加算(I)	0.0010			40 点/月
	検体検査管理加算(II)	0.0024			100 点/月
	検体検査管理加算(III)	0.0071			300 点/月
	検体検査管理加算(IV)	0.0119			500 点/月
経過措置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

＜機能評価係数 I の整理＞

		機能評価係数 I として評価されているもの		DPC 病棟では算定しないと考えられるもの		
		患者ごとに条件を満たせば算定可能	(無色)			
		入院基本料等加算				
①医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算	A230	精神病棟入院時医学管理加算	入院患者全員に 加算
		A204	地域医療支援病院入院診療加算	A230-2	精神科地域移行実施加算	
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A243	後発医薬品使用体制加算	
		A207	診療録管理体制加算			
		A207-2	医師事務作業補助体制加算			
		A234	医療安全対策加算			
		A234-2	感染防止対策加算			
		A234-3	患者サポート体制充実加算			
		A244	病棟薬剤業務実施加算			
		A245	データ提出加算			
①医療機関の評価	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	A213	看護配置加算	条件を満たす患者 個
		A214	看護補助加算			
①医療機関の評価	地域特性の評価	A218	地域加算			
		A218-2	離島加算			
①医療機関の評価	特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算	A229	精神科隔離室管理加算	
		A225	放射線治療病室管理加算			
①医療機関の評価	療養環境の評価	A219	療養環境加算	A222	療養病棟療養環境加算	
		A220	HIV感染者療養環境特別加算	A222-2	療養病棟療養環境改善加算	
		A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	A223	診療所療養病床療養環境加算	
		A221	重症者等療養環境特別加算	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	
		A221-2	小児療養環境特別加算			
②医療連携の評価	紹介・受入の評価	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	A227	精神科措置入院診療加算	
		A206	在宅患者緊急入院診療加算	A228	精神科応急入院施設管理加算	
		A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	A236-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	
		A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	A236-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	
				A236-8	地域連携認知症支援加算	

			A238-9 地域連携認知症集中治療加算	人 毎 に 加 算
	退院調整の評価	A238 退院調整加算 A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算		
③特定の疾患や病態に対する特殊診療の評価等	脳卒中	A205-2 超急性期脳卒中加算		
	救急	A205 救急医療管理加算		
	小児	A208 乳幼児・幼児加算		
		A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算		
	産科	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算		
		A237 ハイリスク分娩管理加算		
	精神科	A231-2 強度行動障害入院医療管理加算		
		A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算		
		A231-4 摂食障害入院医療管理加算		
	精神疾患と身体疾患の合併		A230-3 精神科身体合併症管理加算 A230-4 精神科リエゾンチーム加算	
	褥瘡・重症皮膚潰瘍	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	A226 重症皮膚潰瘍管理加算	
	栄養管理	A233-2 栄養サポートチーム加算		
	人工呼吸器離脱	A242 呼吸ケアチーム加算		
介護連携	A240 総合評価加算			
がん	A226-2 緩和ケア診療加算	A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算		
	A232 がん診療連携拠点病院加算			
難病等	A210 難病等特別入院診療加算	A211 特殊疾患入院施設管理加算		

機能評価係数Ⅱ（地域医療指数）に関する 各都道府県へのアンケート調査結果について

1. アンケート調査の概要

地域医療指数の評価項目のうち、各都道府県の医療計画（5疾病・5事業＋在宅医療）に基づく取り組みについて、各都道府県の事業推進への貢献や、当該評価項目の今後のあり方について、47都道府県に対してアンケート調査を実施した。

2. アンケート調査結果

(1) 回収状況

評価項目		照会内容	当該事業が評価されたことで当該事業の推進に貢献していると考えますか。				機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。				
			貢献している	貢献していない	どちらともいえない	回答数	継続すべき	廃止すべき	見直しが必要	その他	回答数
がん	がん地域連携		38	0	5	43	39	0	1	4	44
	地域がん登録		39	0	5	44	38	0	2	4	44
	がん拠点病院		39	0	5	44	39	0	2	3	44
脳卒中	脳卒中地域連携		39	0	4	43	39	0	0	4	43
	24時間t-PA体制		34	0	9	43	36	0	0	7	43
救急医療	救命救急センター		39	1	4	44	41	0	0	3	44
	病院群輪番制		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	共同利用型施設		16	1	25	42	22	0	1	20	43
	救急車で来院し入院となった患者		36	1	7	44	37	0	0	7	44
へき地医療	へき地医療拠点病院		35	0	7	42	37	0	0	5	42
	社会医療法人認可におけるへき地医療の要件		23	0	19	42	30	0	0	12	42
災害医療	災害拠点病院		38	1	5	44	41	0	0	3	44
	DMATの指定		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	EMISへの参加		35	1	8	44	37	0	4	3	44
周産期医療	総合周産期母子医療センター		39	0	5	44	40	0	1	3	44
	地域周産期母子医療センター		36	0	8	44	39	0	1	4	44

(2) 都道府県からの主な意見

①【現行の評価方法の見直しについて】

がん（がん地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・総体的にがん医療の推進に寄与していると思われるが、地域連携事業推進について明確な効果は確認できない。 ・評価されることで医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・地域連携の推進に寄与している。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援においては、「がん治療連携計画策定料」の対象とならない在宅緩和ケアのがん地域連携クリティカルパスに対する取組みの評価。
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携の運用実態について詳細について把握していない。 ・医療計画策定の際に参考としていない。

がん（地域がん登録）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・地域がん登録参加医療機関の増加につながっているため。 ・届出数の増加が、がんの罹患数等、がんの実態把握に貢献しているため。 ・近年その精度が向上しており、各種施策への活用が期待される。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・地域医療指数として評価されることは、医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべき	継続すべき	38	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・がん対策に関する必要なデータ集積に重要な事業であり継続すべきである。 ・地域医療を確保していくための診療報酬上の評価が必要なため。

べきと考え ますか。			・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む
	廃止 すべき	0	
	見直し が必要	2	・がんと診断する医療機関が初回の治療を行うと考えられるが、必ずしもそうだとは限らないため。 ・数量的な判断は必要ない（①がん登録を行うのは診断された医療機関であり、実際に治療している医療機関ではない場合がある。②病院の規模・専門性により登録数の違いは出る。）。
その他	4	・医療計画策定の際に参考としていない。 ・今後がん登録の法制化により、全ての病院へのがん登録届出の義務化が見込まれていることから、むしろ院内がん登録の導入を評価することについて検討すべきと考える。 ・評価は必要であるが、登録件数について、良性・悪性、疑診、転院、再発等の届出の要否など、取扱が各都道府県で異なり、数値の客観性には疑問がある。	

がん（がん拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・がん治療の均てん化に貢献している。 ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・がん医療水準の向上のための中心施設として機能するために評価することは妥当であると考えられる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・「がん拠点病院等」のポイント加算は納得できるが、医療計画に係る事業の推進に寄与しているかどうか分からない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・がんの集学的治療や緩和ケアの提供、地域のがん医療に係る人材の育成、相談支援、がん登録など、がん拠点病院やこれに準じる病院を中心とした質の高いがん医療提供体制を整備していくために継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	2	・現行制度は、がん診療連携拠点病院の指定の有無で評価に差がつく仕組みになっていること、また、拠点病院の指定期間が4年間であることも合わせて、各病院が地域医療において果たしている役割を一層きめ細やかに評価する必要がある。

	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。
--	-----	---	---------------------

脳卒中（脳卒中地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・県が推進する地域医療連携体制の構築上、急性期対応医療機関等の有する機能の例示として「地域連携診療計画管理料」等を掲げているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	4	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考え。 ・脳卒中の治療、再発予防にあたっては、多職種協働による医療連携体制の確立が不可欠であるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・長年にわたる治療・予後対策が重要となり、その連携状況を把握するためには重要な指標となるため。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	4	・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（24時間t-PA体制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	34	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・当該評価項目による事業推進の効果の個別検証はしていないが、当該項目は地域医療体制強化へのインセンティブを有するものと思料される。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	9	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・脳卒中に係る地域医療連携体制において、超急性期対応医療機関の位置付けはないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。

			・体制を整備している医療機関数を把握していないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	36	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であるとする。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療機関にとって大きな経費負担となることから評価の継続が必要である。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・t-PA の指標は採用後間もないため判定が困難であり、引き続き指標として扱い経過を見るべき。

救急医療（救命救急センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・項目があることが指定の動機づけになっている。 ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・救命救急センターによる三次救急医療の推進との関連性の評価は困難。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	41	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・救急搬送患者の最終的な受け皿として救急医療体制に貢献しており継続すべき。 ・救急医療の推進のためのインセンティブとして、地域における医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが	0	

	必要		
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（病院群輪番制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・評価項目となっていることで制度の継続的運用に寄与していると考え。 ・三次救急医療施設への患者集中を防ぐため、二次救急患者を受け入れる体制として貢献している ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直が必要	1	・前年度より該当する医療機関が減少しており貢献しているとは言えないため。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（共同利用型施設）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	16	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	25	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・救急医療への貢献が不明なため。 ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。

機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	22	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。
	廃すべき	0	
	見直しが必要	1	・県側で把握していないため。
	その他	20	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・該当医療機関が無いため判断できない。

救急医療（救命車で来院し入院となった患者）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・入院を要する患者の受入を評価することで救急患者受入拒否の抑制につながると考えられるから。
	貢献していない	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらともいえない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・救急搬送件数は近年増加しており、二次救急医療機関の役割を評価するため必要。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤患者の受入に寄与するよう期待。 ・実績評価は必要だが患者数とポイントとの関連が不明。

へき地医療（へき地医療拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業	貢献している	35	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・代診や情報ネットワークを利用した診療のサポート等へき地診療所の支援

業の推進に貢献していると考えますか。	貢献していない	0	につながっているため。
	どちらでもない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃すべき	0	
	見直が必要	0	
	その他	5	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

へき地医療（社会医療法人認可におけるへき地医療の要件）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	23	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	0	
業の推進に貢献していると考えますか。	どちらでもない	19	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
	どちらでもない	0	
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	30	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃すべき	0	

	き		
	見直しが 必要	0	
	その他	12	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

災害医療（災害拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	41	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害拠点病院の機能維持のためには相当の経費を要するため。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけでないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため評価は継続すべき。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが 必要	0	
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（DMATの指定）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・不採算部門である災害医療を担う病院のインセンティブになりうると考える。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらとも	4	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画

	も え い な い		に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	
	見 直 し が 必 要	1	・評価項目がDMATの能力強化に結びついていないかは不明。訓練や研修への参加実績等を踏まえた見直しが必要。
	そ の 他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（EMISへの参加）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	35	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢 献 し て い な い	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	ど ち ら も い え な い	8	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・EMISの参加登録だけでは災害時の医療体制における貢献が不明のため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	

	見直しが 必要	4	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院の場合、EMISへの参加はとしては当然のことであり評価する必要はない。 ・定期的に操作研修をしている等の災害時の実効性を加味してはどうか。 ・EMISへの参加についてはすでに一定の水準が達成されており、参加を既定のものとして取り扱うことが望ましいこと、また、参加に当たって多くの費用負担が発生しているものではないことから、診療報酬面にあつては、機能評価係数による加算でなく、減算対象として取り扱うべき。
	その他	3	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。

周産期医療（総合周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・周産期の乳児等の死亡率低下に貢献している。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考ええる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考ええる。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考ええる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが 必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・他病院で診られない症例の患者などの入院受入を積極的に行っており、限られた病床と人員の中取り組んでいることについて評価が必要。
	その他	3	<ul style="list-style-type: none"> ・総合周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

周産期医療（地域周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・病院のインセンティブにつながると考えられるため。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを

貢献している と考えますか。	貢献 してい ない	0	目標としているため、貢献していると考える。
	どち らとも いえ ない	8	<ul style="list-style-type: none"> ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・当県では設置していないため、どちらともいえない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係 数における 評価につい て、今後、ど のようにす べきと考え ますか。	継 続 す べ き	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	
	見 直 し が 必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・県内における地域周産期母子医療センター間において、整備状況や運営体制には差があるため。
	そ の 他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

② 5 疾病・5 事業＋在宅医療の評価方法】

各疾病・事業において現在の評価方法に加え、新たに「地域医療指数」によって評価すべき事項

がん

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・拠点病院以外の地域連携クリティカルパスの中核病院・今度、導入が予定されている「地域がん診療病院（仮称）」（がん拠点病院の無い2次医療圏において地域連携のがん医療を担う）指定の評価の検討・緩和ケアの評価 （がんに関する相談体制（がんサロン等）の整備及び相談実績、「緩和ケア病棟」、「緩和ケアセンター」、「がん相談支援センター」の整備、緩和ケアパスの導入実績、緩和ケア研修者を有する緩和ケアチーム体制の有無と稼働実績）・院内がん登録の導入実績・病院内外のがん医療に従事者を対象とした研修会等の開催及び市民公開講座等の情報発信に関する取組み・「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出・在宅医療との連携

脳卒中

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・365日24時間の脳卒中に対応する体制を整備している病院の評価

急性心筋梗塞

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・多職種や地域間の連携が不可欠な疾病であり、脳卒中と同等の評価が行われるべき・365日24時間の急性心筋梗塞に対応する体制を整備している病院の評価・24時間心臓カテーテル法による検査体制の評価・地域連携パスへの参加

糖尿病

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・一般社団法人日本糖尿病学会認定教育施設、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医数、日本糖尿病療養指導士会認定の糖尿病療養指導士数、公益社団法人日本看護協会認定看護師（糖尿病）、専門看護師数・初期・安定期治療を担う地域のかかりつけ医と専門治療や慢性合併症治療を担う医療機関との連携・糖尿病合併症管理料・糖尿病透析予防指導管理料の届出・地域連携パスへの参加・急性増悪時患者の受入れ数

精神疾患

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・精神科病床を併設する（総合）病院・精神科救急医療体制への参加（夜間休日精神科救急対応（精神科救急情報センター）等）・認知症疾患医療センターの指定・身体疾患を合併する精神疾患患者への対応（精神科身体合併症管理加算）・災害派遣精神医療チーム（DPAT）の指定・精神科リエゾンチーム体制・措置入院患者の受入れ数・精神科急性期治療病棟・救命救急入院料加算（自殺企図等に対する）

救急医療

都道府県からの主な回答

- ・ドクターヘリ基地病院、配備病院（ヘリポートの設置等）
- ・輪番時の救急患者受入件数
- ・診療所等の要請に応じて病院所有の救急車等により患者受入・搬送等を行う病院に対する評価
- ・救急医療対策事業実施要綱「受入困難事案患者受入医療機関支援事業」への参加・受入実績
- ・救急車で来院し入院となった患者の新入院に対する割合
- ・救急車で来院し入院となった患者以外の評価

へき地医療

都道府県からの主な回答

- ・過疎地域自立促進特別措置法対象市町村所在病院への派遣
- ・緊急時（災害時、常勤の急病時など）の代診医派遣の可否

災害医療

都道府県からの主な回答

- ・基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院の評価に差をつける
- ・原子力災害時に重要な役割を担う「被ばく医療機関」の評価
- ・災害訓練等の評価
（災害訓練・研修への参加、地域の防災訓練への救護班としての参加）
- ・DMATの評価
（実災害への出動件数、訓練への参加実績の評価）
（保有数による評価）
- ・EMISへの入力状況や研修実施状況の有無を評価する。

周産期医療

都道府県からの主な回答

- ・周産期母子医療センターを除く休日全夜間入院診療体制の整備
- ・在宅移行支援病床を有する病院、小児中核病院、地域小児医療センター
- ・指定の有無にかかわらず、MFICU・NICUの稼働病床を有していること
- ・指定の有無のみの評価ではなくハイリスク妊産婦、ハイリスク児の受入等の実績も評価すべき

小児医療

都道府県からの主な回答

- ・小児救急病院群輪番制
- ・小児救命救急センター、小児救急医療拠点病院の指定、小児がん拠点病院
- ・小児集中治療室（PICU）
- ・「地域小児科センター」登録病院（日本小児科学会事業）
- ・児童虐待予防に係る「妊娠・出産・育児期の養育支援依頼書」の市町への提供件数
- ・小児救急患者の受け入れ実績を加味した、小児救急医療拠点病院及び小児救急医療支援事業への参加医療機関

在宅医療

都道府県からの主な回答

- ・在宅医療連携拠点事業実施病院、在宅療養支援病院
- ・入院患者の在宅移行を行うために退院調整を行う体制の整備
- ・在宅療養支援診療所への逆紹介率、在宅療養支援診療所からの急変患者の受入件数
- ・「在宅患者緊急入院診療加算」、「在宅療養指導料」の施設基準の届出
- ・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携及び後方支援

・へき地への対応（特に24時間対応）の有無

③DPC制度へのその他の意見

都道府県からの主な回答

- ・5疾病5事業及び在宅医療はすべて評価すべき。
- ・事業の推進を一層図るため、制度の見直しにあたっては、DPC制度における診療報酬を増額するなどの検討を図られたい。
- ・急性心筋梗塞及び糖尿病について地域連携の評価を追加していただきたい。
- ・電子カルテ情報の共有化事業への参画について評価する。
- ・看護学生の実習の受入れ人数を評価する。
- ・臓器移植院内コーディネーターの配置を評価。
- ・精神疾患についてはDPCを採用している施設が少ないので、DPC制度による評価が医療計画の推進に結びつきにくいのではないかと感じる。
- ・地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき。
- ・評価項目が診療報酬にどのような影響を与えているかが不明。
- ・評価項目を同列に扱うことに疑問を感じる。
- ・体制評価指数の評価指標は10項目あるが、7ポイントが上限であるため8ポイント以上該当しても正当に評価されていない。そのため、各項目の診療報酬への影響度合いが分からない。
- ・都道府県による参加状況の確認が必要かどうか再度議論していただきたい。
- ・地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき

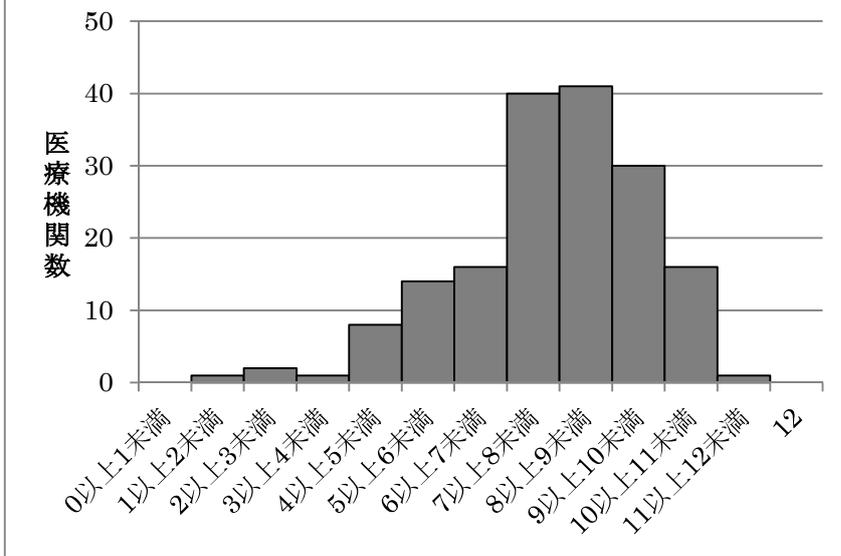
機能評価係数Ⅱの見直しのための参考集計

【地域医療指数体制評価指数の取得件数の一覧】

		DPC 病院Ⅰ群	DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群	DPC 準備病院
医療機関数		80	90	1,326	244
脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理料（脳卒中に限る）	59	84	577	23
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（脳卒中に限る）	4	7	311	79
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）（脳卒中に限る）	0	4	33	8
がん地域連携	がん治療連携計画策定料	79	74	440	7
がん地域連携	がん治療連携指導料	4	5	480	104
救急医療	① 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	30	56	1,054	160
救急医療	② 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	5	10	161	21
救急医療	③ 救命救急センターである。	51	58	145	1
災害時における医療	①災害拠点病院の指定を受けている。	65	69	409	28
災害時における医療	②災害派遣医療チーム（DMAT）にかかる指定を受けている。	72	59	366	13
へき地の医療	①へき地医療拠点病院の指定を受けている。	4	12	136	16
へき地の医療	②社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	3	0	36	5
周産期医療	①総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	32	20	37	4
周産期医療	②地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	37	32	199	8
がん診療連携拠点病院	①都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	29	9	40	2
がん診療連携拠点病院	②地域がん診療連携病院の指定を受けている。	51	57	252	4
がん診療連携拠点病院	③都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	6	14	218	4
24時間 tPA 体制	超急性期脳卒中加算	73	84	536	17
EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）へ参加している。	76	80	899	52

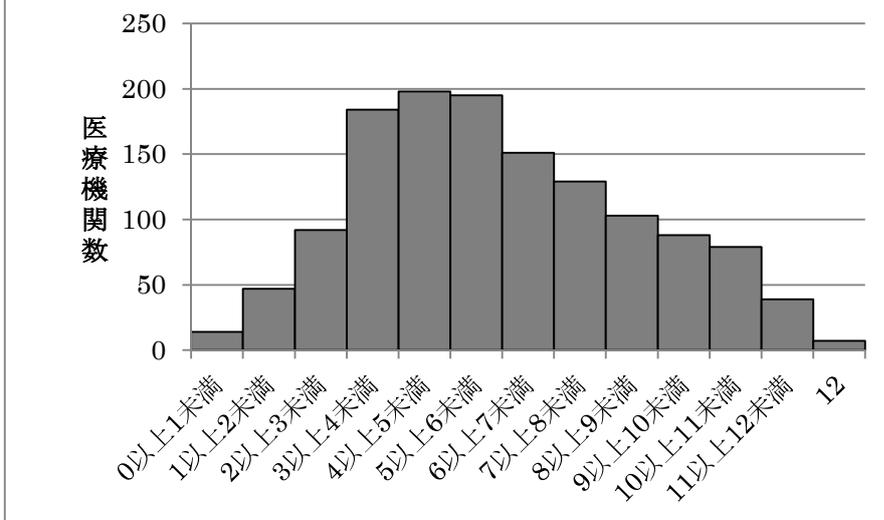
【平成25年度の体制評価指数ポイントシミュレーション（上限12ポイント）】

I + II 群の体制評価指数ポイント



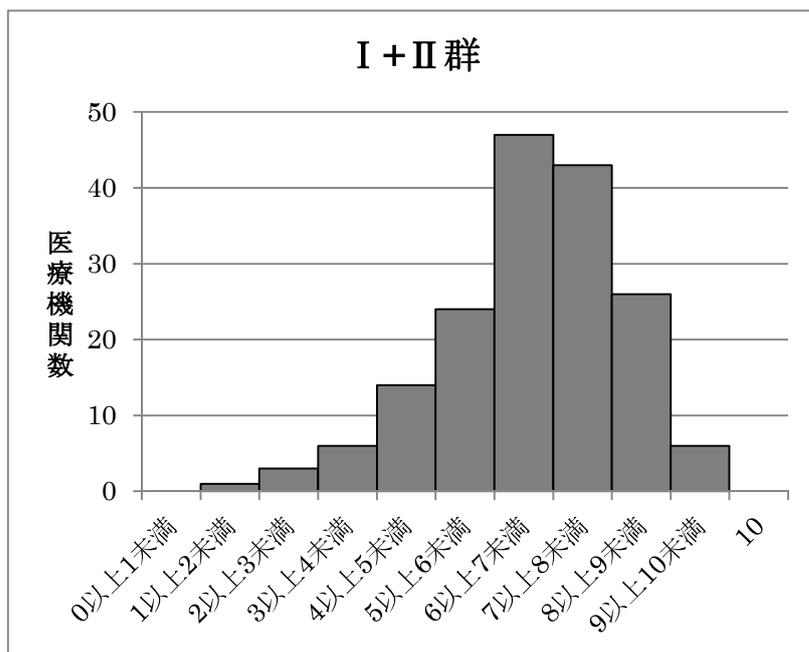
	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00

III群の体制評価指数ポイント

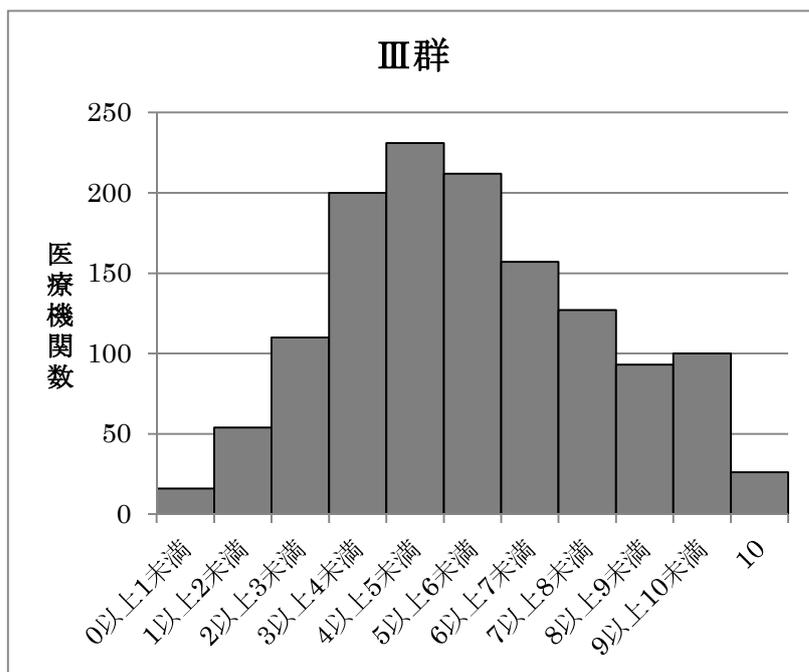


	III 群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

【平成 25 年度の体制評価指数ポイント（上限 10 ポイント）】



	I + II 群
75%tile 値	7.53
90%tile 値	8.50



	III 群
75%tile 値	7.00
90%tile 値	8.30

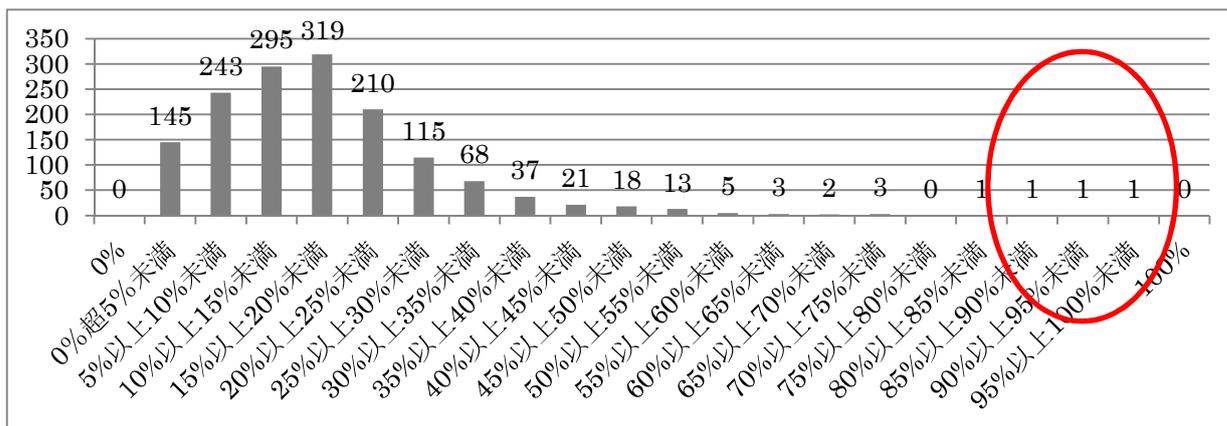
【DPC 調査様式 1（簡易診療録情報）の入力要領】

調査項目	留意事項
主傷病名	退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。
入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名を入力する。
医療資源を最も投入した傷病名	入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。
医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
入院時併存症名（最大 4 つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>慢性腎不全</u> 3. <u>血友病・HIV 感染症</u> 4. <u>併存精神疾患</u>
入院後発症疾患名（最大 4 つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>術後合併症</u>

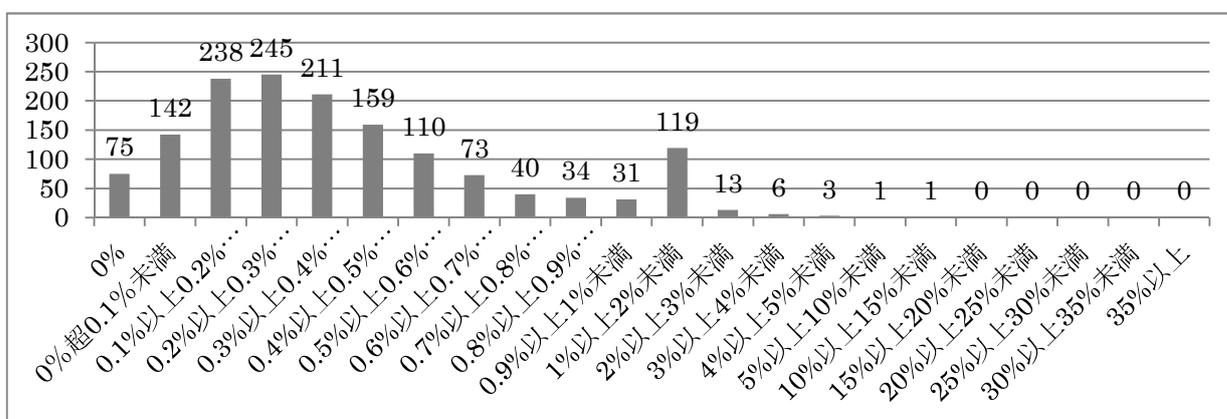
【DPC レセプトの記載要領】

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	医療資源を最も投入した傷病名を記載する。
②「副傷病名」欄	（診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。）
③「傷病情報」欄	・退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。
・主傷病名	医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として 1 つ記載する。
・入院の契機となった傷病名	今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を 1 つ記載する。
・医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名を 1 つ記載する。
・入院時併存傷病名（最大 4 つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大 4 つまで記載する。
・入院後発症傷病名（最大 4 つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大 4 つまで記載する。

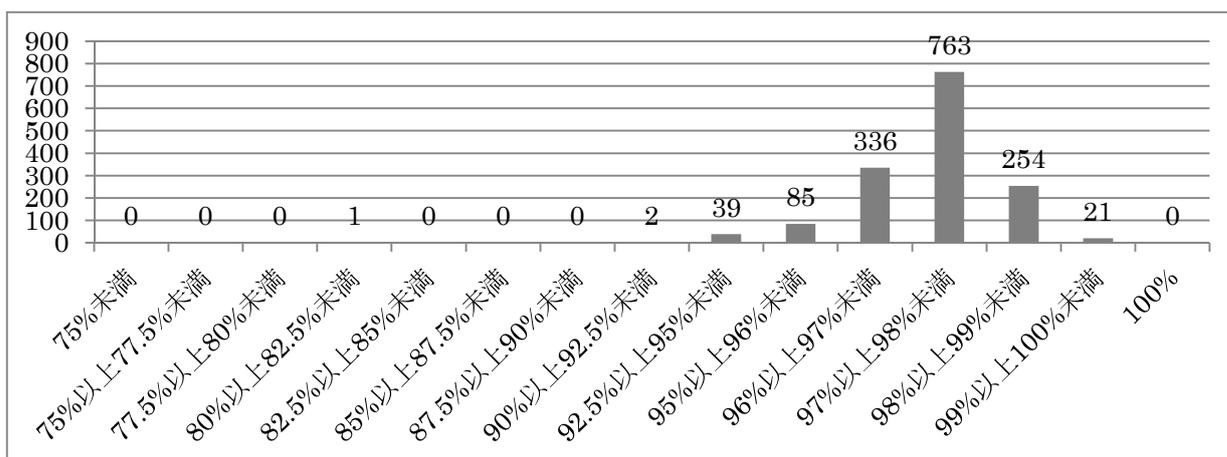
副傷病名の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



② 支払いに関係ない副傷病の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



③ 支払いに関係のない副傷病名/(支払いに関係のある副傷病名+支払いに関係のない副傷病名)の医療機関ヒストグラム



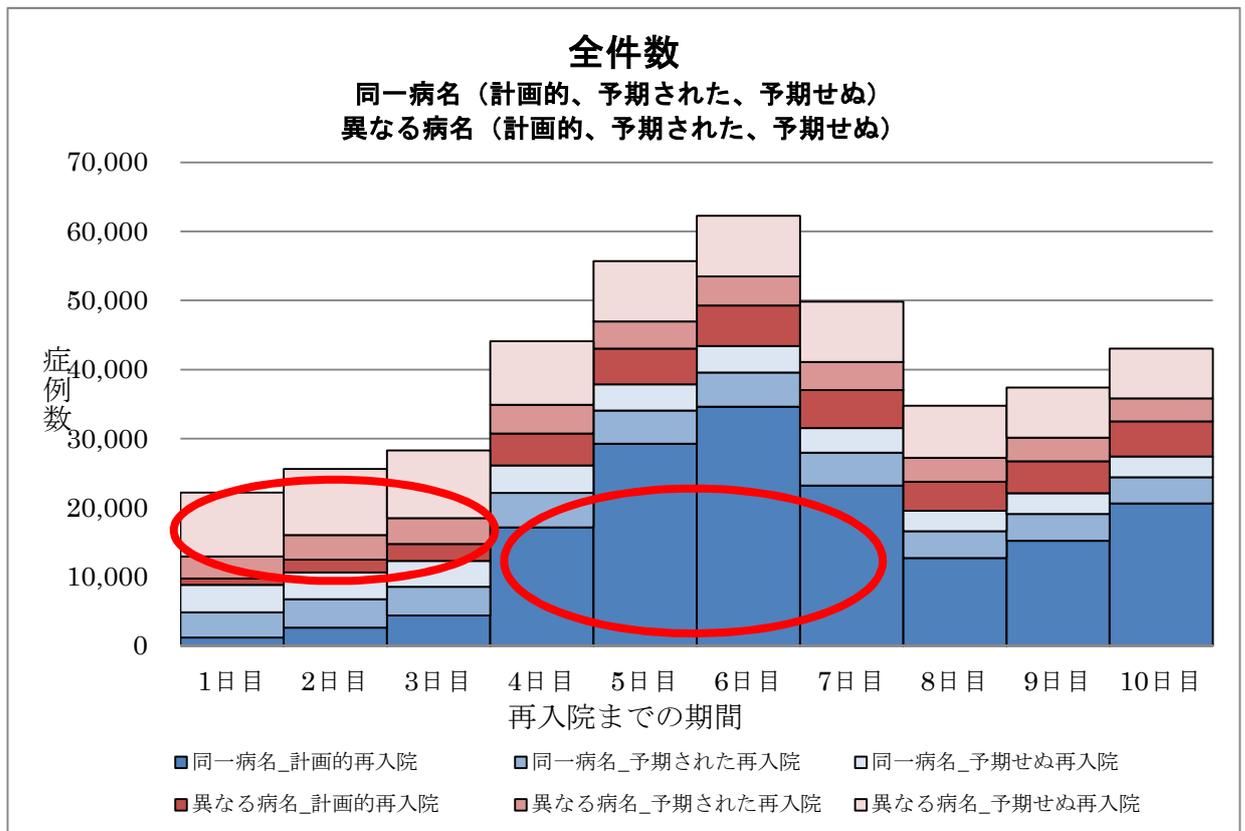
救急医療にかかる入院料等	救急医療入院 の全症例に占 める算定割合	施設基準取得 医療機関数 (全 1496 病院)
A205 救急医療管理加算	84.28%	1424
A300 救命救急入院料	6.18%	233
A301 特定集中治療室管理料	4.20%	587
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	2.44%	260
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0.94%	87
A301-4 小児特定集中治療室管理料	0.00%	1
A302 新生児特定集中治療室管理料	0.58%	192
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	1.38%	96

算定ルール等の見直しのための参考資料

【平成 20～24 年度において再入院において前回入院と異なる病名の割合】

再入院 までの日数	H20	H21	H22	H23	H24
1	58.76%	58.42%	58.08%	59.08%	61.10%
2	55.22%	54.41%	56.13%	56.32%	58.33%
3	52.22%	53.55%	53.82%	54.28%	56.65%
4	40.41%	40.54%	41.20%	40.67%	41.14%
5	33.40%	32.17%	31.95%	32.04%	31.74%
6	29.74%	28.17%	30.09%	28.97%	29.81%
7	33.55%	34.07%	35.76%	35.39%	36.39%
8	40.34%	40.75%	41.27%	41.82%	44.01%
9	38.45%	38.65%	39.47%	38.99%	41.02%
10	34.48%	33.48%	34.90%	34.82%	36.22%
11 日以上	91.77%	91.66%	91.66%	91.57%	91.66%

【様式 1 「再入院調査」における理由の内訳】



【再入院となった症例の内訳】

	1 同一病名_計画的再入院	2 同一病名_予期された再入院	3 同一病名_予期せぬ再入院	4 異なる病名_計画的再入院	5 異なる病名_予期された再入院	6 異なる病名_予期せぬ再入院
1～3日目	10.8%	15.6%	15.4%	6.8%	13.8%	37.6%
4～7日目	49.2%	9.2%	7.2%	10.0%	7.8%	16.7%
8～14日目	52.0%	8.2%	6.3%	11.3%	7.0%	15.2%

【様式1「再入院調査」の集計結果】

1 同一病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
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	19.56%	16.18%	15.63%
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	5.85%	4.15%	3.45%
3	計画的な化学療法のため	29.13%	45.60%	65.68%
4	計画的な放射線療法のため	3.82%	1.64%	1.19%
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	5.04%	1.98%	1.51%
6	その他	36.60%	30.45%	12.55%

2 同一病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	80.85%	77.74%	80.56%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	6.93%	7.18%	6.77%
3	予期された併存症の悪化のため	3.01%	3.49%	3.44%
4	患者のQOL向上のため一時帰宅したため	3.78%	5.35%	2.85%
5	その他	5.43%	6.23%	6.38%

3 同一病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	77.37%	73.51%	74.62%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	6.65%	7.89%	6.89%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	4.12%	4.41%	4.35%
4	新たな他疾患発症のため	8.57%	11.11%	10.74%
5	その他	3.29%	3.08%	3.41%

4 異なる病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
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	27.58%	29.04%	27.90%
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	6.90%	7.06%	8.38%
3	計画的な化学療法のため	16.50%	25.03%	27.83%
4	計画的な放射線療法のため	1.51%	1.66%	1.54%
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	5.78%	5.37%	4.70%
6	その他	41.73%	31.84%	29.65%

5 異なる病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	30.56%	33.59%	34.73%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	33.18%	31.29%	27.69%
3	予期された併存症の悪化のため	22.80%	23.56%	25.84%
4	患者の QOL 向上のため一時帰宅したため	2.72%	2.84%	2.24%
5	その他	10.73%	8.73%	9.49%

6 異なる病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	12.01%	13.84%	13.34%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	13.70%	13.37%	11.43%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	10.54%	10.59%	10.87%

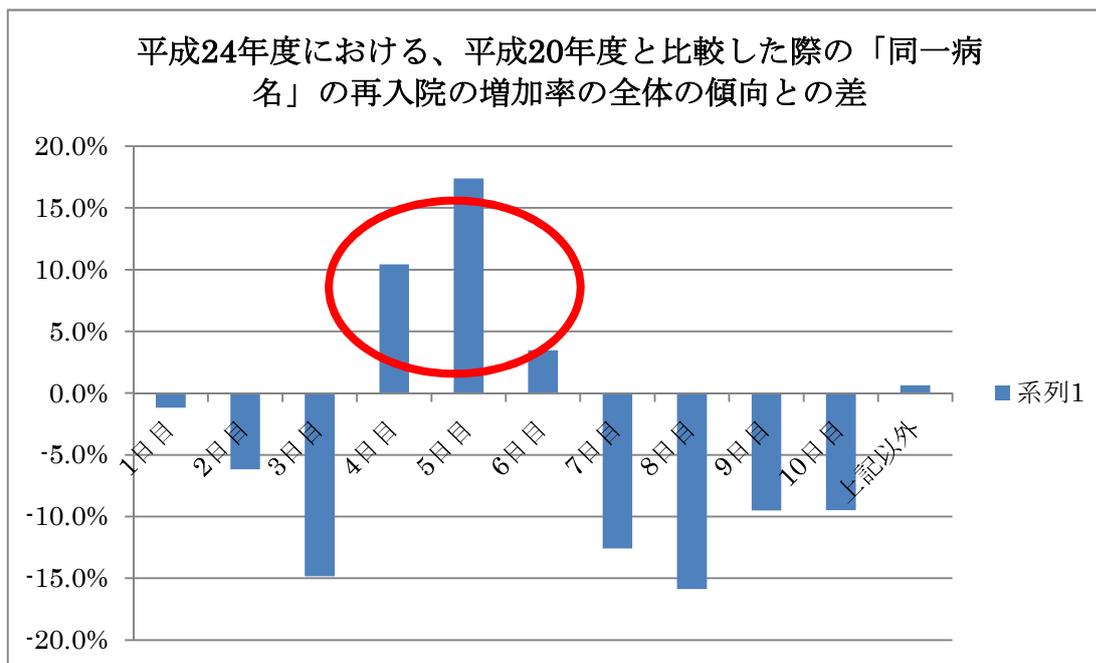
4	新たな他疾患発症のため	61.68%	60.19%	62.30%
5	その他	2.07%	2.01%	2.06%

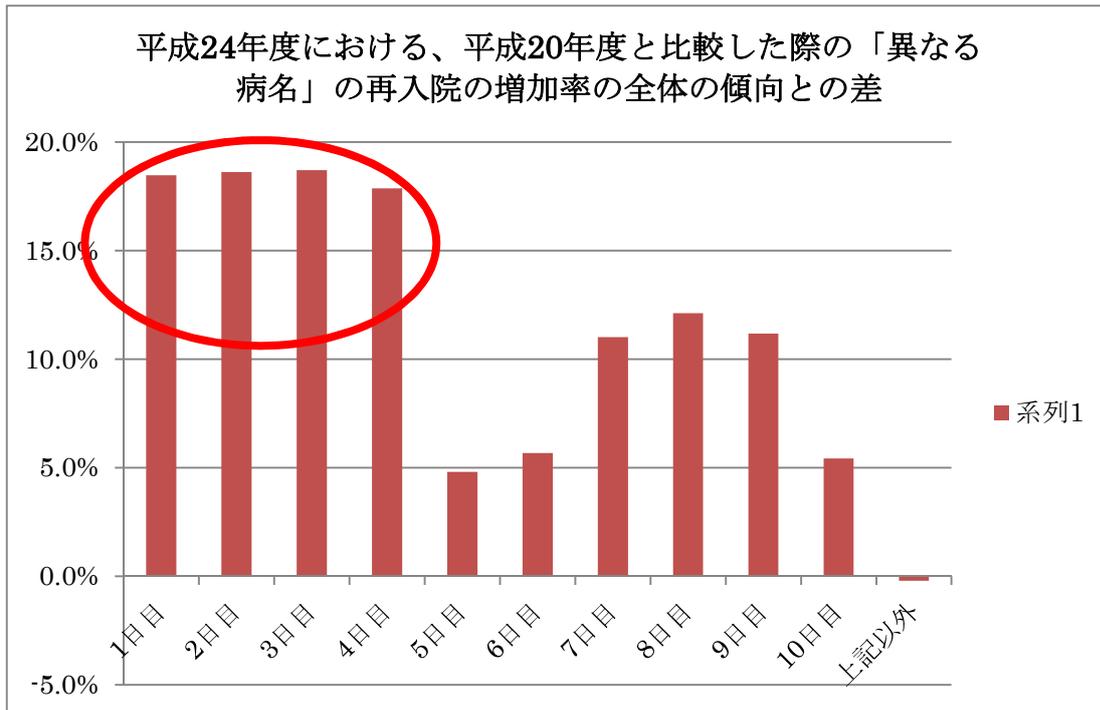
【前回入院時「医療資源病名 6 桁」と今回入院時「入院契機病名 6 桁」の一致しない症例のうち、MDC が同一（DPC 上 2 桁のコードが同一）の割合】

	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
件数	3,991	4,468	4,836	5,806	5,843	6,216	6,228
割合	2.3%	2.6%	2.8%	3.3%	3.4%	3.6%	3.6%

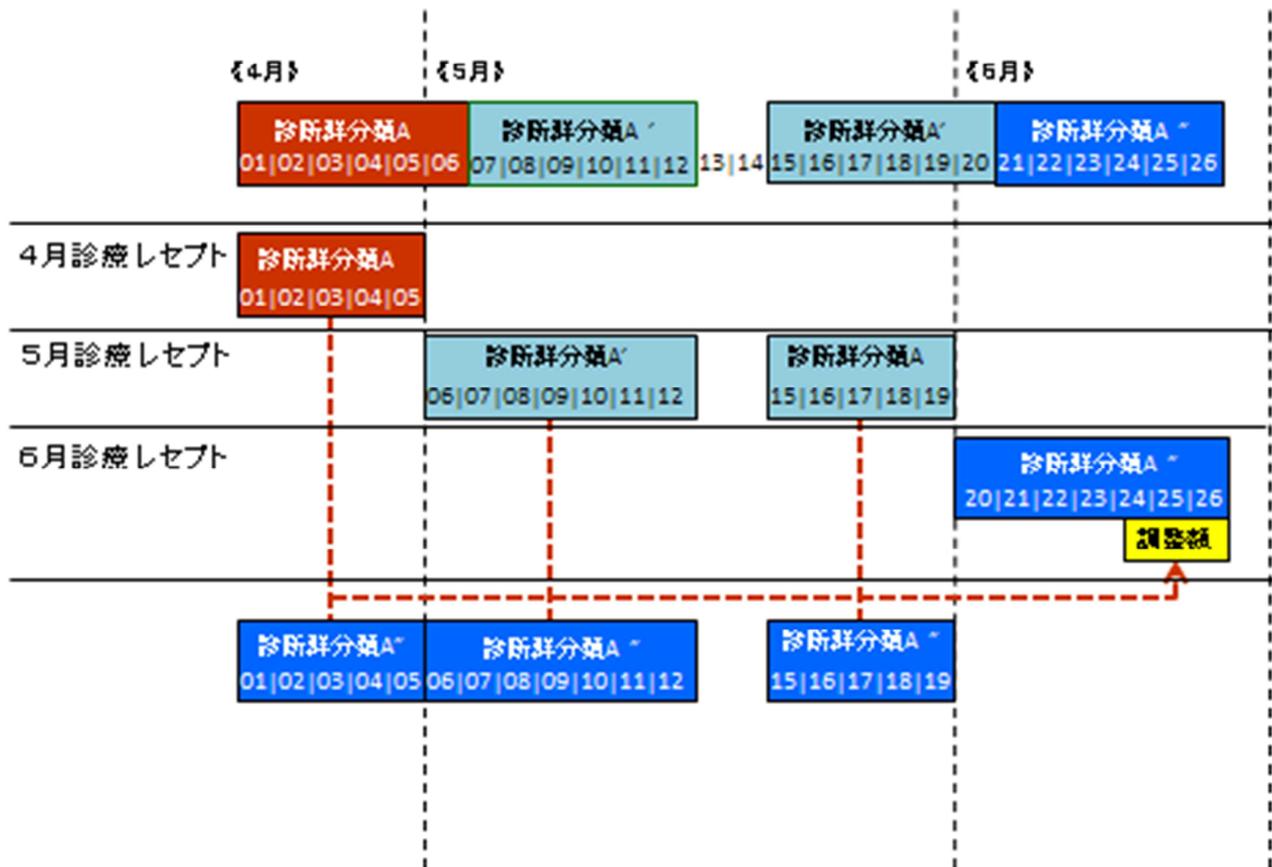
8 日目	9 日目	10 日目	11 日目	12 日目	13 日目	14 日目	15 日目以上
5,234	5,216	5,381	5,530	5,831	5,495	5,006	98,378
3.0%	3.0%	3.1%	3.2%	3.4%	3.2%	2.9%	56.7%

【平成 20 年度と比較した日数別の再入院の傾向】





【3日以内再入院ルールにおける差額調整（複数月に及ぶ入院の場合）】



【4～7日再入院件数上位DPC上6桁別】

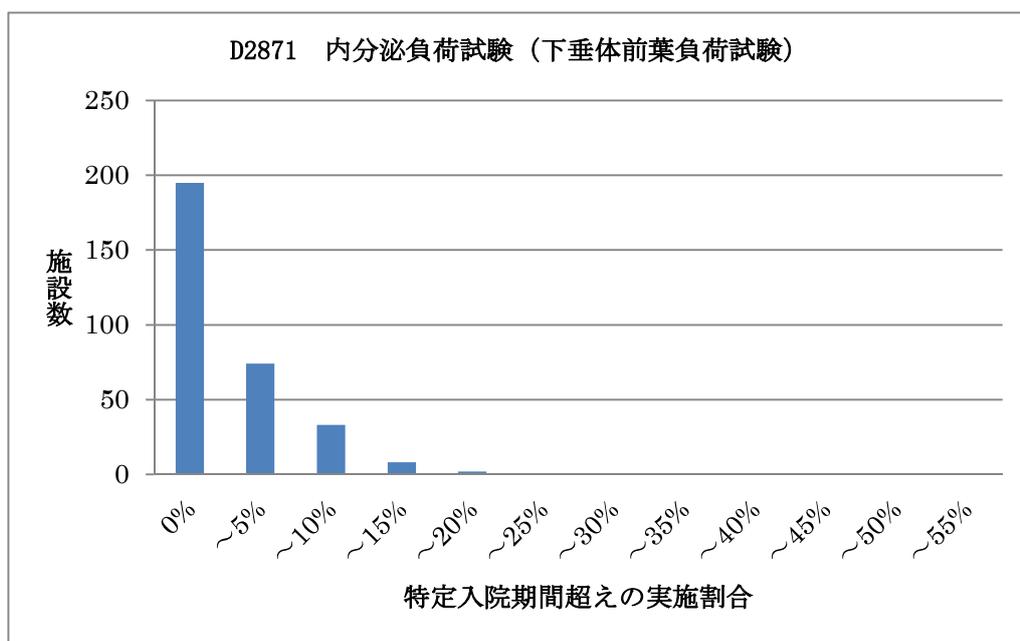
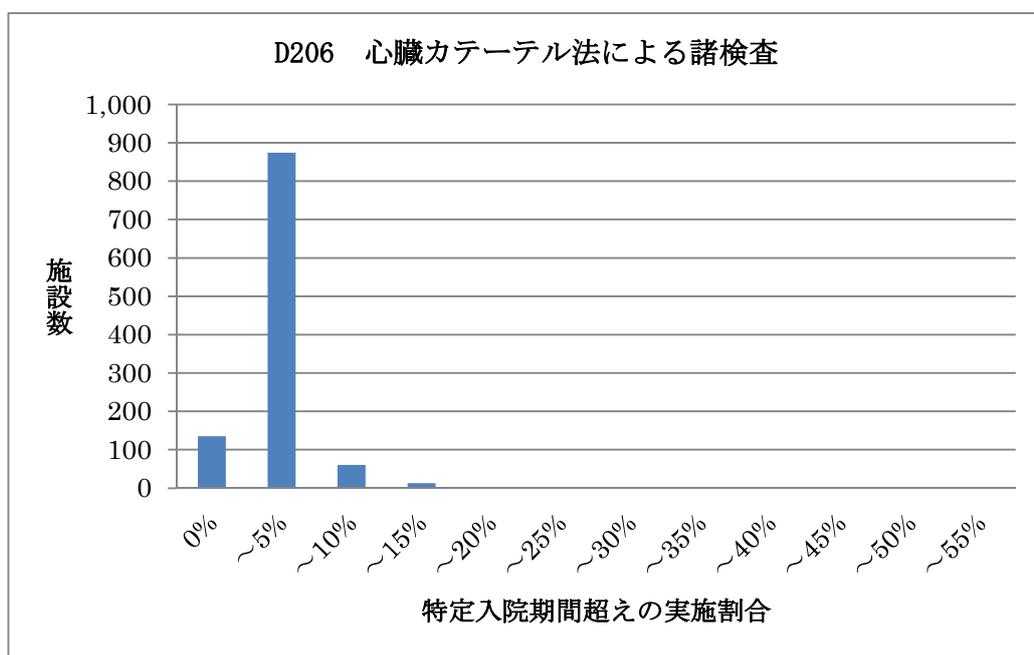
DPC6 桁	DPC6 桁名称	退院期間			(参考)
		1～3日	4～7日	8～14日	総件数
020110	白内障、水晶体の疾患	1,010	23,570	8,058	43,653
040040	肺の悪性腫瘍	2,524	15,297	31,797	118,312
120010	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	857	9,040	8,866	45,247
130030	非ホジキンリンパ腫	760	8,072	9,653	31,240
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	1,173	7,443	12,439	53,028
060020	胃の悪性腫瘍	1,714	6,602	12,010	65,339
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	1,245	5,732	29,051	70,827
12002x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	799	5,582	6,664	40,191
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	3,324	4,328	6,055	29,245
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	884	4,018	22,794	54,181
060050	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	983	3,673	7,114	31,624
130010	急性白血病	562	3,418	3,403	11,131
040081	誤嚥性肺炎	3,355	3,394	4,288	21,027
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	1,010	3,354	5,190	18,464
180040	手術・処置等の合併症	2,836	3,181	3,561	16,294
050130	心不全	1,643	3,084	5,570	26,256
090010	乳房の悪性腫瘍	457	3,032	3,918	21,455
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	2,569	2,966	3,474	16,785
110280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	1,529	2,698	4,174	19,965
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	675	2,576	4,028	13,589
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	1,589	2,522	4,041	18,639
130070	白血球疾患(その他)	652	2,251	2,493	8,788
110070	膀胱腫瘍	374	2,249	3,755	19,159
010060	脳梗塞	1,724	2,199	3,157	16,115
060010	食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)	571	2,018	4,482	24,387
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	835	1,941	2,912	13,223
110310	腎臓または尿路の感染症	1,514	1,938	2,697	12,185
03001x	頭頸部悪性腫瘍	340	1,873	3,599	13,039

【1～3日以内の再入院で病名が異なる症例のうち、上2桁コードに変更することによって新たに一連と見なされる病名の組み合わせのTOP20】

前回医療資源		今回入院契機		件数
DPC6 桁	DPC6 桁名称	DPC6 桁	DPC6 桁名称	
060100	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	356
120170	早産、切迫早産	120180	胎児及び胎児付属物の異常	331
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040081	誤嚥性肺炎	324
120170	早産、切迫早産	120260	分娩の異常	305
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	276
040040	肺の悪性腫瘍	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	189
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	177
110080	前立腺の悪性腫瘍	11022x	男性生殖器疾患	168
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	167
040081	誤嚥性肺炎	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	146
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	144
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	131
040100	喘息	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	130
060020	胃の悪性腫瘍	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	123
060020	胃の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	111
120180	胎児及び胎児付属物の異常	120260	分娩の異常	111
040081	誤嚥性肺炎	040130	呼吸不全(その他)	110
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	106
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040130	呼吸不全(その他)	101
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040100	喘息	98

【特定入院期間内に実施されず、特定入院期間を超えてから初めて実施される症例に関する集計】

点数表コード	検査種別	特定入院期間を超えてから初めて検査が実施される症例のうち、当該検査が実施される症例に占める割合
D206	心臓カテーテル検査	1.3%
D287	内分泌負荷試験 全体	2.0%



出典：平成 25 年度調査実施説明資料より

様式 1

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
1. 病院属性等	○	(1) 施設コード	都道府県番号（2 桁）＋医療機関コード（7 桁） 例 011234567 ※前ゼロ必須
	○	(2) 診療科コード	「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入 ※前ゼロ必須
	○	(3) 統括診療情報番号	1 入院サマリは 0。転棟の度に 1、2、3 とする、同一疾患での 3 日以内の再入院は A とする。
2. データ属性等	○	(1) データ識別番号	0～9 からなる 10 桁の数字 例 0123456789 ※前ゼロ必須
	○	(2) 性別	1. 男 2. 女
	○	(3) 生年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 1970 年 5 月 1 日→19700501
	○	(4) 患者住所地域の郵便番号	0～9 からなる 7 桁の数字 例 〒100-8916→1008916 ※前ゼロ必須
3. 入退院情報	○	(1) 入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の繰り返し（化学療法、放射線療法、抜釘） 4. その他の加療
	○	(2) 治験実施の有無	0. 無 1. 有
	○	(3) 入院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(4) 退院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(5) 転科の有無	0. 無 1. 有
	○	(6) 入院経路	1. 院内出生 2. 一般入院 3. その他病棟からの転棟
	※1	(7) 他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有
	※1	(8) 自院の外来からの入院	0. 無 1. 有
	※1	(9) 予定・救急医療入院	入力要領を参照
	※1	(10) 救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有

○：必須 ▲：ある場合必須

※1：3(6)入院経路が 2. 一般入院の場合のみ入力する

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
3. 入退院情報	○	(11) 退院先	1. 外来（自院） 2. 外来（他院） 4. 転院 5. 終了 6. その他病棟への転棟 7. 介護施設 9. その他 0. 不明
	○	(12) 退院時転帰	入力要領を参照

	○	(13) 24 時間以内の死亡の有無	0. 入院後 24 時間以内の死亡無し 1. 入院後 24 時間以内の死亡有り 2. 救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り
	○	(14) 前回退院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(15) 前回同一疾病で自院入院の有無	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(16) 調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(17) 調査対象となる精神病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(18) その他の病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(19) 様式 1 開始日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(20) 様式 1 終了日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
4. 診断情報	○	(1) 主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名
	○	(2) ICD10 コード	4(1)主傷病に対する ICD10
	○	(3) 入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名
	○	(4) ICD10 コード	4(3)入院の契機となった傷病名に対する ICD10
	○	(5) 医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名
	○	(6) ICD10 コード	4(5)医療資源を最も投入した傷病名に対する ICD10
	▲	(7) 医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名
	▲	(8) ICD10 コード	4(7)医療資源を 2 番目に投入した傷病名に対する ICD10
	▲	(9) 入院時併存症名 1	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(10) ICD10 コード	4(9)入院時併存症名 1 に対する ICD10
	▲	(11) 入院時併存症名 2	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(12) ICD10 コード	4(11)入院時併存症名 2 に対する ICD10
	▲	(13) 入院時併存症名 3	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(14) ICD10 コード	4(13)入院時併存症名 3 に対する ICD10

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

4. 診断情報	▲	(15) 入院時併存症名 4	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(16) ICD10 コード	4(15)入院時併存症名 4 に対する ICD10
	▲	(17) 入院後発症疾患名 1	入院中に発生した傷病名

	▲	(18) ICD10 コード	4(17)入院後発症疾患名 1 に対する ICD10
	▲	(19) 入院後発症疾患 2	入院中に発生した傷病名
	▲	(20) ICD10 コード	4(19)入院後発症疾患名 2 に対する ICD10
	▲	(21) 入院後発症疾患名 3	入院中に発生した傷病名
	▲	(22) ICD10 コード	4(21)入院後発症疾患名 3 に対する ICD10
	▲	(23) 入院後発症疾患名 4	入院中に発生した傷病名
	▲	(24) ICD10 コード	4(23)入院後発症疾患名 4 に対する ICD10
5. 手術情報	▲	(1) 手術名 1	名称
	▲	(2) 空欄	空欄
	▲	(3) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(4) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(5) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(6) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701
	▲	(7) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(8) 手術名 2	名称
	▲	(9) 空欄	空欄
	▲	(10) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(11) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(12) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(13) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701
	▲	(14) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(15) 手術名 3	名称
	▲	(16) 空欄	空欄
	▲	(17) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(18) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(19) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(20) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701
	▲	(21) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(22) 手術名 4	名称
	▲	(23) 空欄	空欄

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

5. 手術情報	▲	(24) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(25) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(26) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(27) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701

	▲	(28) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無
	▲	(29) 手術名 5	名称
	▲	(30) 空欄	空欄
	▲	(31) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(32) 手術回数	1.初回 2.再手術
	▲	(33) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右
	▲	(34) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701
	▲	(35) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無
6. 診療情報	○	(1) 現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明
	※2	(2) 出生時体重	グラム単位入力 例 3000
	※2	(3) 出生時妊娠週数	0~9 からなる 2 桁の数字
	○	(4) 身長	センチメートル単位入力 例 156
	○	(5) 体重	キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例 52.5, 53.0
	○	(6) 喫煙指数	喫煙指数=1 日の喫煙本数×喫煙年数
	○	(7) 入院時意識障害がある場合の JCS	0.無 1.有（1~300）R.不穏 I.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
	※3	(8) 退院時意識障害がある場合の JCS	0.無 1.有（1~300）R.不穏 I.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
	○	(9) 入院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
	※3	(10) 退院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
	※4	(11) がんの初発、再発	0.初発 1.再発
	※5	(12) UICC 病期分類(T)	入力要領を参照
	※5	(13) UICC 病期分類(N)	入力要領を参照
	※5	(14) UICC 病期分類(M)	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合は必須

※2：新生児疾患の場合は入力する

※3：死亡退院以外の場合は入力する

※4：医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合は入力する

※5：(11)が初発で有る場合は入力する。但し造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍を除く

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

6. 診療情報	※6	(15) 癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類	入力要領を参照
	※7	(16) 発症前 Rankin Scale	入力要領を参照
	※7	(17) 退院時 modified Rankin Scale	入力要領を参照
	※8	(18) 脳卒中中の発症時期	入力要領を参照
	※9	(19) Hugh-Jones 分類	入力要領を参照
	※10	(20) 心不全のNYHA心機能分類	1. レベルⅠ 2. レベルⅡ 3. レベルⅢ 4. レベルⅣ
	※11	(21) 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類 入院時における重症度	入力要領を参照
	※12	(22) 急性心筋梗塞（050030、050040）における入院時の重症度：Killip分類入院時における重症度	入力要領を参照
	※13	(23) 肺炎の重症度分類	入力要領を参照
	※14	(24) 肝硬変のChild-Pugh分類	Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合は”12132”と記入
※15	(25) 急性膵炎の重症度分類	入力要領を参照	

○：必須 ▲：ある場合は必須

※6：(11)が初発で有る場合は入力する。但し消化器系癌*、骨腫瘍、悪性リンパ腫、副腎に限る。*食道癌、大腸癌、肝癌、胆道癌、膵臓癌を指す

※7：入院契機病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※8：医療資源を最も投入した傷病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※9：医療資源を最も投入した傷病名がMDC04に定義される傷病名の場合（6歳未満の小児で分類不能な場合は除く）は入力する

※10：主傷病名あるいは医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名のいずれかが心不全に関係するICD10を入力した場合に入力する

※11：医療資源を最も投入した傷病名が050050に定義される傷病名の場合は入力する

※12：医療資源を最も投入した傷病名が050030、050040に定義される傷病名の場合は入力する

※13：15歳以上で、医療資源を最も投入した傷病名が040070、040080に定義される傷病名の場合は入力する

※14：4.診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に定義される傷病名の場合は入力する

※15：医療資源を最も投入した傷病名が060350に定義される傷病名の場合は入力する

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

6. 診療情報	※16	(26) Burn index	0～100の数字
	▲	(27) その他の重症度分類・名称	空欄
	▲	(28) その他の重症度分類・分類番号または記号	空欄
	※17	(29) 入院時の妊娠週数	2桁の数字
	※18	(30) 精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院
	※18	(31) 精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入（単位 日）
	※18	(32) 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入（単位 日）
	※18	(33) 入院時 GAF 尺度	入力要領を参照
	※19	(34) 病名付加コード	入力要領を参照
	○	(35) 化学療法の有無	0. 無 1. 有（経口） 2. 有（経静脈又は経動脈） 3. 有（その他）
	※20	(36) テモゾロミド（初回治療）の有無	0. 無 1. 有
	※21	(37) 入院周辺の分娩の有無	1. 入院前1週間以内に分娩あり 2. 入院中に分娩あり 3. その他
	※22	(38) 分娩時出血量	分娩時出血量をミリリットル単位で記入
	※5	(39) UICC 病期分類(版)	6. 第6版 7. 第7版
7. 再入院調査	※23	(1)再入院種別	1. 計画的再入院 2. 予期された再入院 3. 予期せぬ再入院
	※23	(2)理由の種別	入力要領を参照
	※24	(3)自由記載欄	
8. 再転棟調査	※25	(1)再転棟種別	1. 計画的再転棟 2. 予期された再転棟 3. 予期せぬ再転棟
	※25	(2)理由の種別	入力要領を参照
	※26	(3)自由記載欄	

○：必須 ▲：ある場合は必須

※16：4. 診断情報で入力した傷病名のいずれかが161000に定義される場合入力。ない場合は空欄(Null)とする

※17：6. (1)現在の妊娠の有無が有の場合必須

※18：医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに定義される傷病名の場合又は精神病床への入院がある場合は入力する

※19：医療資源を最も投入した傷病名が、C340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C73、C783、C788、C792、C795、C798、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、I50、S364、S368、S378に定義される傷病名の場合は入力する

※20：医療資源を最も投入した傷病名が010010に定義される傷病名の場合は入力する

※21：医療資源を最も投入した傷病名が120130、120140、120160、120170、120180、120200、120210、120260、120270に定義される傷病名の場合は入力する

※22：(37)入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合入力する

※23：前回退院年月日より6週間以内の再入院の場合に入力する

※24：7. (2)理由の種別が“その他”の場合に入力する（全角100文字以内）

※25：1 入院内でDPC算定病棟からDPC算定病棟以外へ転棟しており、その後DPC算定病棟へ再転棟した場合に入力する

※26：8. (2)理由の種別が“その他”の場合に入力する（全角100文字以内）

様式 3

様式3は「施設調査票」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等加算の算定状況等・地域医療指数における指定状況等を把握するために必要なデータである。

1. 入力方法

- * 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイルを後日厚生労働省から配布する。
- * 様式3は電子媒体での提出を基本とするので、「記憶媒体」、「ファイル」についても、要領に従って提出すること。

(1) 届出病床数

各月1日における「届出病床数」及び「入院基本料等加算」の算定状況を、エクセルの記載要領に従って記載。「届出病床数」は、保険診療として**地方厚生（支）局**に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。

- ※1 病床総数：医療保険届出病床数＋介護保険届出病床数＋その他病床数の合計
- ※2 医療保険総数：医療保険届出病床数の総計
- ※3 介護保険総数：届出病床数のうち、老人性痴呆疾患療養病棟を除いたもの
- ※4 その他病床数：健診ベッド等※2、※3に含まれない病床数

(2) 入院基本料加算

算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。

(3) 開設者コード

該当するコードを入力する。

コード	類型	説明
1	国立（独立行政法人含む）	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人及び独立行政法人労働者健康福祉機構が開設する病院、国立病院（ナショナルセンター）、通信病院、その他の独立行政法人
2	公立	都道府県立、市町村立病院
3	公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
4	社会保険関係	社会保険関係、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合
5	医療法人	医療法人
6	個人	個人
7	その他の法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協会社、1～6に該当しない法人

様式3-1 =入力必要箇所

施設コード:

施設名:

調査年月:

25年	26年	26年	26年									
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1日												

届出病床数を記入して下さい。

届出入院料 種別	届出病床数											
病床総数 ※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療保険 総数 ※2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護保険 総数 ※3												
うち老人性認知症疾患療養病床を除く介護療養(再掲)												
その他病床数 ※4												

A100 一般病棟入院基本料												
1 7対1入院基本料												
7対1入院基本料(経過措置)												
7対1特別入院基本料												
2 10対1入院基本料												
10対1特別入院基本料												
3 13対1入院基本料												
4 15対1入院基本料												

A101 療養病棟入院基本料												
1 療養病棟入院基本料1												
2 療養病棟入院基本料2												

A102 結核病棟入院基本料												
1 7対1入院基本料												
7対1特別入院基本料												
2 10対1入院基本料												
10対1特別入院基本料												
3 13対1入院基本料												
4 15対1入院基本料												
5 18対1入院基本料												
6 20対1入院基本料												

A103 精神病棟入院基本料												
1 10対1入院基本料												
10対1特別入院基本料												
2 13対1入院基本料												
3 15対1入院基本料												
4 18対1入院基本料												
5 20対1入院基本料												

A104 特定機能病院入院基本料												
1 一般病棟の場合												
イ 7対1入院基本料												
7対1入院基本料(経過措置)												
ロ 10対1入院基本料												
2 結核病棟の場合												
イ 7対1入院基本料												
ロ 10対1入院基本料												
ハ 13対1入院基本料												
ニ 15対1入院基本料												
3 精神病棟の場合												
イ 7対1入院基本料												
ロ 10対1入院基本料												
ハ 13対1入院基本料												
ニ 15対1入院基本料												

A105 専門病院入院基本料												
1 7対1入院基本料												
7対1入院基本料(経過措置)												
2 10対1入院基本料												
3 13対1入院基本料												

A106 障害者施設等入院基本料												
1 7対1入院基本料												
2 10対1入院基本料												
3 13対1入院基本料												
4 15対1入院基本料												

A300 救命救急入院料												
1 救命救急入院料1												
2 救命救急入院料2												
3 救命救急入院料3												
4 救命救急入院料4												
充実段階A加算												
充実段階B加算												
高度医療体制加算												
小児加算(救命救急入院料)												

A300救命救急入院料の加算は「○」か「×」を入力のこと。

様式3-2

=入力必要箇所

施設コード:

開業コード:

施設名:

調査年月:

25年	26年	26年	26年									
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1日												

算定している入院基本料加算等に該当する場合は「○」を該当しない場合は「×」を選択して下さい。

入院基本料加算等		算定状況																					
A200	総合入院体制加算(1日につき)																						
A204	地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)																						
A204-2	臨床研修病院入院診療加算(入院初日)																						
	1 基幹型																						
	2 協力型																						
A205	救急医療管理加算(1日につき)																						
A205-2	超急性期脳卒中加算(入院初日)																						
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)																						
A206	在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)																						
	1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所(区分番号B004に掲げる退院時共同指導科1に規定する在宅療養支援診療所をいう。)又は在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる住診科の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。)(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合																						
	2 連携医療機関である場合(1の場合を除く。)																						
	3 1及び2以外の場合																						
A207	診療録管理体制加算(入院初日)																						
A207-2	医師事務作業補助体制加算(入院初日)																						
	1 15対1補助体制加算																						
	2 20対1補助体制加算																						
	3 25対1補助体制加算																						
	4 30対1補助体制加算																						
	5 40対1補助体制加算																						
	6 50対1補助体制加算																						
	7 75対1補助体制加算																						
	8 100対1補助体制加算																						
A207-3	急性期看護補助体制加算(1日につき)																						
	1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)																						
	2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)																						
	3 50対1急性期看護補助体制加算																						
	4 75対1急性期看護補助体制加算																						
	夜間50対1急性期看護補助体制加算																						
	夜間100対1急性期看護補助体制加算																						
	看護職員夜間配置加算																						
A208	乳幼児加算・幼児加算(1日につき)																						
	1 乳幼児加算																						
	イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)																						
	ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)																						
	2 幼児加算																						
	イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)																						
	ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)																						
A210	難病等特別入院診療加算(1日につき)																						
	1 難病患者等入院診療加算																						
	2 二類感染症患者入院診療加算																						
A211	特殊疾患入院施設管理加算(1日につき)																						
A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)																						
	1 超重症児(者)入院診療加算																						
	イ 6歳未満の場合																						
	ロ 6歳以上の場合																						
	2 準超重症児(者)入院診療加算																						
	イ 6歳未満の場合																						
	ロ 6歳以上の場合																						
A213	看護配置加算(1日につき)																						
	注:A213は一般病棟入院基本料15対1を算定している場合に限る。																						
A214	看護補助加算(1日につき)																						
	1 看護補助加算1																						
	2 看護補助加算2																						
	3 看護補助加算3																						
A218	地域加算(1日につき)																						
	1 1級地																						
	2 2級地																						
	3 3級地																						
	4 4級地																						
	5 5級地																						
	6 6級地																						
A218-2	離島加算(1日につき)																						
A219	療養環境加算(1日につき)																						
A220	HIV感染者療養環境特別加算(1日につき)																						
	1 個室の場合																						
	2 2人部屋の場合																						

様式3-3

□ =入力必要箇所

施設コード: □
施設名: □

「地域医療への貢献に係る評価」

評価項目	評価要件	施設基準取得日
1 脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理科(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導科Ⅰ(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導科Ⅱ(脳卒中に限る)	
2 がん地域連携	がん治療連携計画策定科	
	がん治療連携指導科	
4 救急医療	① 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	
	② 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	
	③ 救命救急センターである。	
5 災害時における医療	① 災害拠点病院の指定を受けている。	
	② 災害派遣医療チーム(DMAT)にかかる指定を受けている。	
	日本DMATの研修終了日	
6 へき地の医療	① へき地医療拠点病院の指定を受けている。	
	② 社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	
7 周産期医療	① 総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	
	② 地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	
8 がん診療連携拠点病院	① 都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	
	② 地域がん診療連携病院の指定を受けている。	
	③ 都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	
9 24時間PA体制	超急性期脳卒中加算	
10 EMIS(広域災害・救急医療情報システム)	EMIS(広域災害・救急医療情報システム)へ参加している。	

入力方法

(1)施設コード

「様式3-1」シートに入力のこと。

(2)黄色の欄を入力のこと。該当しない場合は必ず「×」を入力のこと。空白(Null)不可。

(3)1. 脳卒中地域連携

(4)2. がん地域連携

(5)9. 24時間PA体制

施設基準の算定開始時期を記載すること。

施設基準を取得していない場合、又は、施設基準を取得後辞退している場合は、「×」を記載すること。

(6)4. 救急医療

①②のいずれも、「救急医療対策実施要綱」(昭和52年7月6日医政第692号)の要件を満たす病院に限る。

(7)5. 災害時における医療

①については、「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)の別添「災害拠点病院の指定要件」を満たす病院に限る。

②については、医療計画における5 疾病・5 事業及び在宅医療の体制構築に係る指針「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成24年3月30日厚生労働省医政局指導課長通知)の要件を満たす病院に限る。

③に該当する場合は、都道府県にDMAT指定医療機関として指定された日及び、日本DMATの研修終了日を記載すること。

(8)6. へき地の医療

①については、「へき地保健医療対策実施要綱」(平成13年5月16日医政発第529号)に基づき、都道府県により指定された病院に限る。

②については、「社会医療法人の認定について」(平成20年9月31日医政発第031008号)の別添1の規定される要件を満たす病院に限る。

(9)7. 周産期医療

①②のいずれも、「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知医政発0126第1号)別添2「周産期医療体制整備指針」に基づき、都道府県により指定又は認定された病院に限る。

(10)8. がん診療連携拠点病院

①②については、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年8月1日健発第0301001号)に基づき、厚生労働大臣が指定した病院に限る。

③については、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に限る。

(11)10. EMIS(広域災害・救急医療情報システム)

厚生労働省が運営する広域災害救急医療情報システム(<http://www.wds.emis.go.jp>)へ参加している病院に限る。

*都道府県が運営する救急医療情報システムのみに参加している場合は、「×」を記載すること。

(注)医療計画上の位置付けが不明な医療機関は、各都道府県の医療計画担当部局へ確認すること。

(注)提出するデータに関しては、不備を最小限にするとともに、事務局等からの照会に対応する体制を整えておくこと。

様式 4

分娩など他の支払方法に基づいた診療との併用や、歯科診療との組み合わせ等がある入院症例の場合に、在院日数や診療報酬などが特異値となってしまうことが考えられる。

様式4としてこのような症例を識別するデータを収集することにより、より精度の高いデータ収集を図り、分析精度を高めることを目的とする。

なお、様式4は、下記要領に従って提出すること。

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	退院年月日	医療保険外との組合せ
010000001	0000001256	20130405	20130706	1
010000001	0000005438	20130412	20130704	2
010000001	0000004524	20130507	20130714	1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

1. 調査対象

すべての退院症例（自費のみの症例を含む。）が原則として対象となる。

入院を通してどのような支払いがなされたのかの実績について、退院時点での確定情報で、データを作成する。

2. 入力方法

すべて半角数字でデータを入力すること。

施設コード	9桁の半角数字（都道府県番号＋医療機関コード）		
データ識別番号	10桁の半角数字（満たない場合は前ゼロ追加）		
入院年月日	yyyymmdd		
退院年月日	yyyymmdd		
医療保険外との組合せ	該当するものを下記のコードにより入力		
	コード	区 分	内 容
	1	医科レセプトのみ	医科レセプトのみの場合、市販後調査、保険優先公費と医科レセプトの併用
	2	歯科レセプトあり	歯科レセプトのみ、医科レセプトと歯科レセプトの併用
	3	保険請求なし	100%企業負担の治験、学用100%、他制度（公害レセ、労災レセ、自賠責）のみ。正常分娩、人間ドック等の自費のみ
	4	保険と他制度の併用	公害レセ、労災レセ、自賠責と医科レセプトの組み合わせ療養費のうち、治験、先進医療
	5	その他	臓器提供者等、上記"1"～"4"以外の症例

Dファイル

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
D-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
D-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
D-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101。未確定時は00000000
D-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
D-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
D-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
D-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
D-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		レセプト電算処理システム用コード無い場合、材料777770000とする。
D-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
D-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
D-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計
D-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。
D-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。
D-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
D-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
D-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
D-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
D-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
D-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
D-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。厚生労働省様式のコードを使用。
D-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
D-22	△	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
D-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
D-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
D-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不用。タブでフィールドのみ作成。
D-26	◎	算定開始日	8	410		DPC適用開始日
D-27	◎	算定終了日	8	418		DPC適用終了日
D-28	◎	算定起算日	8	426		算定起算日
D-29	◎	分類番号	14	440		DPCコード(14桁)
D-30	◎	医療機関係数	6	446		診療年月に対応する医療機関調整係数(例)1.1234(小数点も1桁として設定)

○: 必須 △: 出来高の時必須 ◎: DPC 包括算定期間のみ必須 ▲: 必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 93, 94, 97のいずれかが入る

EF統合ファイル

EF統合ファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	E ファイル	F ファイル	備 考
EF-1	○	施設コード	9	9	必須	E1 施設コード	F1 施設コード	
EF-2	○	データ識別番号	10	19	必須	E2 データ識別番号	F2 データ識別番号	
EF-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		E3 退院年月日	F3 退院年月日	
EF-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		E4 入院年月日	F4 入院年月日	
EF-5	○	データ区分	2	37	必須	E5 データ区分	F5 データ区分	
EF-6	○	順序番号	4	41	必須	E6 順序番号	F6 順序番号	
EF-7	○	行為明細番号	3	44	必須		F7 行為明細番号	
EF-8	○	病院点数マスタコード	12	56		(E7 病院点数マスタ コード)	F8 病院点数マスタ コード	
EF-9	○	レセプト電算処理シス テム用コード	9	65		(E8 レセプト電算コ ード)	F9 レセプト電算コード	
EF-10	▲	解釈番号	8	73		(E9 解釈番号)	F10 解釈番号	
EF-11	○	診療明細名称	254	327		(E10 診療行為名称)	F11 診療明細名称	
EF-12	○	使用量	11	338	必須		F12 使用量	
EF-13	○	基準単位	3	341			F13 基準単位	
EF-14	○	明細点数	8	349	必須	}	F14 行為明細点数 F15 行為明細薬剤料 F16 行為明細材料料	
EF-15	○	円・点区分	1	350			(E14 円点区分)	F17 円点区分
EF-16	○	出来高実績点数	8	358	必須		F18 出来高実績点数	
EF-17	○	出来高・包括フラグ	1	359	必須		F19 出来高包括フラグ	
EF-18	○	行為点数	8	367	必須	E11 行為点数		
EF-19	○	行為薬剤料	8	375	必須	E12 行為薬剤料		
EF-20	○	行為材料料	8	383	必須	E13 行為材料料		
EF-21	○	行為回数	3	386	必須	E15 行為回数		全レコード
EF-22	○	保険者番号	8	394		E16 保険者番号		
EF-23	△	レセプト種別コード	4	398		E17 レセプト種別コ ード		
EF-24	○	実施年月日	8	406		E18 実施年月日		全レコード
EF-25	○	レセプト科区分	2	408	必須	E19 レセプト科区分		
EF-26	○	診療科区分	3	411	必須	E20 診療科区分		全レコード
EF-27	△	医師コード	10	421		E21 医師コード		全レコード
EF-28	△	病棟コード	10	431		E22 病棟コード		全レコード
EF-29	○	病棟区分	1	432		E23 病棟区分		全レコード
EF-30	○	入外区分	1	433		E24 入外区分		
EF-31	○	施設タイプ	3	436		E25 施設タイプ		

○：必須 △：出来高の時必須 ◎：DPC 包括算定期間のみ必須 ▲：必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

【統計情報部「患者調査」の仕様】

入院前の場所

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院していたものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院していたものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けていたものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院していたものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院していたものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院していたものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所していたものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所していたものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所していたものをいう。
- 11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

退院後の行き先

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院するものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院するものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けるものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院するものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院するものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院するものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所するものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所するものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所するものをいう。
- 11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

【「患者調査」における在宅医療】

以下の①～③に該当するものを指す。

①往診

患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。

②訪問診療

医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。

③医師・歯科医師以外の訪問

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者が訪問して実施されるものをいう。

【患者調査と DPC 調査の対応一覧】

[入院経路]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟からの転棟
1 当院に通院	1 家庭からの入院
2 他の病院・診療所に通院	1 家庭からの入院
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	1 家庭からの入院
4 その他：上記「1～3」以外の場合	1 家庭からの入院
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
9 介護老人福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
10 社会福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 院内で出生 9 その他

[退院先]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟への転棟
1 当院に通院	1 家庭への退院（当院に通院）
2 他の病院・診療所に通院	2 家庭への退院（他の病院・診療所に通院）
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	3 家庭への退院（その他）
4 その他：上記「1～3」以外の場合	3 家庭への退院（その他）
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟への転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護老人保健施設に入所
9 介護老人福祉施設に入所	6 介護老人福祉施設に入所
10 社会福祉施設に入所	7 社会福祉施設に入所
11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 終了（死亡等） 9 その他

【介護保険にかかる主治医意見書に活用されている「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」】

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

事 務 連 絡
平成24年3月26日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

傷病名コードの統一の推進について

診療報酬明細書に記載する傷病名については、原則として「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成22年4月27日付保発0427第1号）別添3に規定する傷病名を用いることとされているところであるが、定められた傷病名コードにならない名称が使われていることが多い状況にあることから、「傷病名コードの統一の推進について」（平成22年3月26日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）を取りまとめたところである。

今般、傷病名コードの整備を行ったことに伴い、同義語の追加・変更があることから、傷病名コードで規定する傷病名と同一の傷病でありながら、異なる傷病名を用いて請求がなされているケースについて改めて取りまとめたので、傷病名の記載及び傷病名コードの記録の際にはこれを参照の上、原則として傷病名コードに記載されたものを用いるよう関係者に周知願いたい。

事 務 連 絡
平成 22 年 3 月 26 日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

傷病名コードの統一の推進について

診療報酬明細書に記載する傷病名については、原則として「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日付保発0730第8号）別添3に規定する傷病名を用いることとされているところであるが、「規制改革推進のための3カ年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定。別添1参照。）でも指摘されているように、定められた傷病名コードにない名称が使われていることが多い状況にある。

このような状況を踏まえ、今般、傷病名コードで規定する傷病名と同一の傷病でありながら、異なる傷病名を用いて請求がなされているケースについて、別添2のとおり取りまとめたので、傷病名の記載及び傷病名コードの記録の際にはこれを参照の上、原則として傷病名コードに記載されたものを用いるよう関係者に周知願いたい。

後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ

平成25年4月5日
厚生労働省

I. さらなる使用促進の必要性

- 後発医薬品（ジェネリック医薬品とも言う。）は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品である。
- 一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっており、後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであるが、後発医薬品を普及させることの本来的意義は、こうした医療費の効率化を通じて限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることにある。
- したがって、平成19年に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づいて、平成24年度までに後発医薬品の数量シェア30%以上にすることを目標に、後発医薬品の普及を図ってきた。
- しかし、後発医薬品の数量シェアについては、平成23年9月の薬価調査では22.8%と低い水準にあったが、平成25年3月末の後発医薬品の数量シェアについて、薬価調査の実績ベース（低位推計）、調剤メディアス（「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）の実績ベース（高位推計）、及び両者の按分（中位推計）により試算すると、低位推計で24.8%、中位推計で25.6%であり、高位推計でも26.3%にとどまり、いずれも目標には到達していない。

* 推計方法の詳細については、別添参考資料を参照。

- こうした状況もあり、社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）の中においても、「後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る」ことが盛り込まれたところである。
- 以上のことから、後発医薬品のさらなる使用を促進するため、現在の使用促進策に係る課題を明らかにするとともに、新たな目標を設定して、今後、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取り組む施策として「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定する。

Ⅱ 新たな目標の設定の考え方とモニタリングの強化

<新たな目標の設定について>

- 新たな目標の設定にあたっては、国際的な比較が容易にできることも踏まえ、後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアとすることとする。
 - * 後発医薬品の数量シェア（＝ $\frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])}$ ）
 - * 以下、数量シェアについては上記の方法に用いた数値を用いることとし、アクションプログラムにおけるすべての医薬品をベースとした数量シェアの数値については旧指標と言う。
- 欧米諸国は我が国に比べて後発医薬品の使用が遥かに進んでいるが、相対的に我が国に近い水準であるフランスやスペイン並みの数量シェアである60%について、前述の平成25年3月末の数量シェアを試算した手法で到達時点を推計すると、低位推計では平成25年4月から約7年3ヶ月後、中位推計で同じく約5年後、高位推計で同じく約4年1ヶ月後となる。

- また、アクションプログラムにおいては、平成 17 年 9 月時点における数量シェアである 16.8%（旧指標）を平成 25 年 3 月末までに 30%（旧指標）にすることを目標として掲げていたが、この伸び率を前提に 60%に到達する時期を推計すると、平成 25 年 4 月から約 5 年後となる（推計の出発点は、平成 23 年 9 月の薬価調査における後発医薬品の数量シェア）。
- 上記を踏まえ、後発医薬品の数量シェアの新たな目標については、平成 30 年 3 月末までに 60%以上とする。

<モニタリングの強化>

- ロードマップについては、適宜、モニタリングを行い、使用促進策に係る現状と課題を把握し、その課題を解決することにより効果的・効率的な実施を図ることとする。
- 後発医薬品の品質の信頼性を確保するための施策、医療保険制度におけるインセンティブ方策など今後の更なる促進策については、モニタリングの結果等を踏まえ、適宜追加し、実施する。また、新たな目標についても同様にモニタリングするとともに、その結果や参考としたフランスを始めとする諸外国の動向をもとに、例えば新たな促進策の効果や薬価調査の結果などを踏まえ、見直しを行う。
- なお、これまでのアクションプログラムでの取組も継続するとともに、当該取組のモニタリングも引き続き行う。

精神科救急医療体制に関する検討会

報告書

平成23年9月30日

はじめに

精神疾患患者数は、患者調査によると、平成11年に約204万人であったものが、平成20年には約323万人に増加しており、疾患別にみると、うつ病を含む気分障害や認知症が増加している。

精神科救急医療体制の整備については、精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するため、平成7年度に「精神科救急システム整備事業」を創設し、精神科救急情報センター機能の整備等を行ってきたが、さらに、幻覚・妄想・興奮など激しい症状を有する精神疾患患者を24時間365日の診療体制で受け入れることができるよう、平成17年度には「精神科救急医療センター事業」を創設し、初期から三次までの精神科救急医療体制の整備を図ってきた。

平成20年度からは、身体疾患を合併する精神疾患患者等の受け入れ体制について、未整備の地域があることや、夜間・休日の相談対応等について、地域による差が大きいこと等から、身体疾患を合併する精神疾患患者を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設等の地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化するため、前述の二つの事業を再編し、「精神科救急医療体制整備事業」を創設して精神科救急医療体制の一層の整備を進めてきた。

診療報酬では、平成8年度に精神科急性期入院料が、精神科救急医療に関する入院料として創設され、さらに近年では、平成14年度に精神科救急入院料が、手厚い人員配置を有する常時対応の精神科救急医療施設を対象とした入院料として創設され、平成20年度には精神科救急・合併症入院料が、身体疾患を合併した精神疾患患者を受け入れる精神科救急病棟の入院料として創設されるなど、精神科救急医療体制の充実が進められた。

精神科救急医療体制では、緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず患者本人が入院の必要性を理解できないために、結果的に入院

が遅れるといったことが想定され、そのような患者を医療機関に搬送する手段の確保も重要となる。措置入院等の場合に、患者を医療機関へ搬送する（移送）制度については、平成11年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）の一部改正において、医療保護入院のための移送の規定が新設されるとともに、措置入院に付随して行われる移送についても法律上明記され、制度化された。しかし、医療保護入院の場合に行われる移送（第34条移送）については、搬送まで事前調査等の手続きが必要であること等から、実際の救急事例への対応には適していない等が指摘されている。

精神科救急医療体制の状況については、平成22年度で、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069施設（常時対応、輪番対応及び外来対応を含む。）となっている。

夜間・休日における精神科救急情報センターへの電話相談件数は、平成17年度約8万件であったが、平成22年度（暫定値）は約15万件であり、約2倍弱に増加している。また、夜間・休日の受診件数、入院件数については、平成17年度はそれぞれ約3万件、約1万2千件であったが、平成22年度（暫定値）はそれぞれ約3万6千件、約1万5千件で、いずれも増加しており、精神科救急医療体制の充実・強化が課題となっている。

以上のような課題を踏まえ、平成22年、精神保健福祉法の一部改正により、都道府県による精神科救急医療体制の努力義務（精神保健福祉法第19条の11）が法律上位置づけられ、平成24年4月から施行されることとなっている。

法律の施行にあたっては、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の具体的な内容や、自治体、精神科医療機関、精神保健指定医のそれぞれの役割等について、一定の方針を示す必要があることや、近年、うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加しており、その受入体制を確保する必要があること等から、本年5月に、精神科救急医療の有識者や自治体関係者からなる本検討会が設置された。

本検討会では、精神科救急医療の内容について、以下の二つに分けて、必要となる医療体制の具体的内容や、自治体や精神保健指定医の役割等について、有識者からのヒアリングを踏まえながら議論を行った。

- (1) 精神障害者の緊急時における精神保健福祉法に基づく公的機能としての精神科救急医療体制
- (2) 身体疾患を合併している精神疾患患者に対する一般医療との連携を踏まえた医療機能としての精神科救急医療体制

これまで計4回の議論を重ね、今後整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等について、以下にまとめたので報告する。

1. 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

(1) 基本的考え方

○ 精神科救急医療体制は、

- 1) 重症の救急患者に良質な医療を提供する
- 2) 精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止する
- 3) 在宅患者の地域生活維持を支援する (※)

ことを目標に、各都道府県において、これらが達成できるような精神科救急医療体制を整備する必要がある。

※外来や相談・訪問による対応など、症状の再燃による重症化を防止し早期に医療に繋げる取り組み等が含まれる

○ 精神科救急医療体制を継続的・安定的に提供していくためには、行政機関、病院・診療所を含む精神科医療機関、一般医療機関、患者、家族、地域住民等の関係者が、協力・連携していく必要がある。このため、精神科救急医療に関する連絡調整委員会を、全県的又は精神科救急医療圏ごとに開催し、地域の精神科医療機関の医療機能や搬送受入の判断基準、具体的な事例に関する情報共有を図る必要がある。

○ また併せて、精神科の救急患者、精神科救急医療機関、身体疾患の合併等の認識が、関係者の立場によって異なるとの指摘があることから、精神科救急医療に関する連絡調整委員会等において、それらの定義を明確化し、共有していく必要がある。

(2) 各論

1) 精神科救急医療システムの確保・維持

精神科救急医療システムは、地域において、幻覚・妄想・興奮などの激しい精神症状を有する患者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するためのシステムであり、都道府県は、24時間365日、搬送や入院が可能な体制を確保する必要がある。

当該システムを確保・維持するため、一部の精神科医療機関だけでなく、常時対応、輪番対応、後方支援、外来対応、自院の患者への夜間・休日の対応等のそれぞれの立場で、すべての精神科医療機関が参加・協力すべきである。

また、外来対応については、大都市圏のように夜間・休日の患者数が多い地域では、常時型外来対応施設を設置すべきである。

なお、精神科救急医療システムへの精神科医療機関の参加・協力に関しては、輪番への参加頻度などの対応状況について評価を行う必要があると考えられる（関連：3.（2）3））。

2）精神医療相談窓口、精神科救急情報センターの整備

精神科救急医療システムを、継続的・安定的に維持するためには、できるだけシステムに負担をかけないように、患者の緊急性に応じて適切なサービスにつなげることが重要である。

このため、夜間・休日の相談窓口を設置し、必要な対処法や救急受診の要否等について助言することや、救急情報センターを設置し、患者の状態に応じて対応可能な機関（医療機関、保健所等）につなぐこと等が有用と考えられることから、都道府県は、24時間365日（夜間・休日に）対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置する必要がある（平成22年度の実施都道府県数：相談窓口34カ所、情報センター37カ所、両方設置29カ所、両方未設置5カ所）。

また、精神医療相談窓口と精神科救急情報センターとは機能が異なるため、同一の組織で対応する場合には、相談窓口の機能が一般の精神疾患患者からの医療相談を受けるものであることを明確にした上で、相談窓口の開設時間等の情報について、関係機関だけではなく、幅広く周知を図り、一般の精神疾患患者が安心して相談できるような体制の構築を目指すべきである。

都道府県は、精神医療相談窓口や精神科救急情報センターが必要な機能を果たせるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置、対応マニュアルの整備、相談員の質の向上のための研修等の取り組みを推進すべきである。

精神科の医師は、精神医療相談の中で、医師の判断が必要になった場合に、速やかに対応できるよう、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの対応体制（オンコール体制を含む。）に積極的に協力すべきである。また、都道府県等の要請に応じて行うこれらの業務は、精神保健福祉法に定める業務の一環（改正後の法第19条の11第2項）としてみなされるものと考えられる。（関連：1.（2）4）

3）精神科医療機関の役割

長期間・継続的に診療が必要となる精神疾患患者については、日常診療においてはもとより、救急患者においては、より患者の経過や治療に関する情報が必要であり、主治医の役割が重要となる。

このため、各精神科病院は、継続して診療している自院の患者やその関係者等からの相談等について、夜間・休日においても対応できる体制を確保し、必要に応じ、診療できる体制を確保すべきである（ミクログル救急体制の確保）。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携

医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

各精神科診療所については、継続して診療している自院の患者やその関係者からの相談等について、少なくとも準夜帯に関しては、精神科医やスタッフ等によるオンコール体制等により対応できる体制を、地域の実情に応じて、可能な限り確保することが望まれるが、少なくとも、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携（※）しつつ、継続して診療している自院の患者に関する情報センター等からの問合せについては、夜間・休日においても対応できる体制を確保すべきである。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

※ 連携の取組事例：あらかじめ情報センターに連絡先を登録しておき、自院の患者から情報センターに連絡が来た場合には主治医に連絡できるようにしておく取組（静岡県）、夜間・休日急患センターの外来診療に協力する取組（大阪市）等が考えられる。

その他、救急受診の際に役立てるため、救急受診に必要な診療情報を患者本人や主治医等が記載したノートを普段から患者や家族に保持してもらう取組（東京都のメンタルケア協議会によるオレンジノート）なども行われている。

常時対応、輪番対応及び外来対応を行う精神科救急医療機関は、自院の患者に加え、初診の精神疾患患者にも、適切に対応する必要がある。また、救急医療体制の継続的な確保のため、その他の精神科医療機関は、後方支援医療機関として精神科救急医療機関と連携し、急性期後の精神疾患患者の受け入れに協力する必要がある（精神科医療機関間の縦列モデル）。

4）精神保健指定医の役割

精神保健指定医は、平成22年度13,374名いるが、そのうち、常勤の病院勤務医である指定医は、6,300名余りとなっている。

精神科救急医療体制の確保にあたり、精神保健指定医の果たすべき役割として、病院勤務医については措置入院等の業務に、診療所の医師については措置診察等のオンコール体制等の業務に、公務員としての職務(法第19条の4第2項)として積極的に協力すべきである。

加えて、精神保健指定医である診療所の医師については、地域の精神科救急医療システムにも参画し、精神科救急医療体制の確保に協力すべきである。具体的には、地域の精神科救急病院の当直体制への協力、精神医療相談窓口への協力、夜間・休日における外来対応施設への協力、精神科のない救急医療機関への協力等が考えられ、都道府県等の要請に応じて、これらの業務を行う場合については、精神保健指定医の業務の一環(改正後の法第19条の11第2項)としてみなされるところと考えられる。

2. 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

(1) 基本的考え方

- 身体疾患を合併する精神疾患患者については、医療機関への受け入れまでに、通常の場合に比べて長時間を要している状況にあり、この要因としては、精神科救急医療機関では身体疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであること、一般救急医療機関では精神疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであることや、昏睡状態など意識障害が顕著で身体症状が重症の場合は受入先の選択は比較的容易であるが、どちらも中程度である場合などはどちらを優先するかルールがないため受入先の選択が困難となること等が指摘されている。

- 身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とが考えられる。

- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、それぞれのモデルの機能の違いおよび地域性を勘案しながら、実現可能な連携体制を整備することによって、各都道府県において身体疾患を合併する精神疾患患者にも対応できる体制を全医療圏で確保する必要がある。

なお、どちらかの連携モデルを選択するということではなく、両者の併存で体制を整備する方法も選択し得るものであることに留意して、各医療圏での整備を進める。また、連携モデルは確保すべき精神科救急医療体制についての概念であり、個々の事例において必ず適用すべきものではない。

- なお、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保は、精神科救急医療体制の充実だけでなく、一般の救急医療体制の後方支援として、精神疾患患者を受け入れる役割を果たす上でも重要である。

- **縦列モデル**：精神疾患患者については、長期的・継続的な診療が必要となる。そのため、すでに精神科医療機関を受診している患者については、当該精神科医療機関が、主治医として支援することを前提に、身体疾患の治療が必要になった場合には、精神症状及び身体症状の程度に応じて、連携医療機関と調整を行い、受入先の確保等を行う必要がある。

また、身体疾患で救急医療機関を受診した患者が、精神科医療が必要と考えられる場合には、救急医療機関での身体疾患の治療後に患者を円滑に受け入れられるよう、精神科医療機関は、日頃から、地域の救急医療機関との情報共有や連携を図る必要がある。

- **並列モデル**：精神症状及び身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患患者、特殊な疾患により専門医療が必要な精神疾患患者については、精神科を有する救急対応可能な総合病院（救急病棟の患者に対する精神科の診療協力が可能な総合病院）において受け入れることを原則とすべきである。

なお、総合病院精神科については、地域の実情に応じて、救急医療機関から急性期後の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる後方支援医療機関としての役割を担う必要がある。

（２）各論

１）精神科医療機関と一般医療機関の連携強化

身体疾患を合併する精神疾患患者への救急対応については、身体症状及び精神症状の状態を評価した上で、治療を優先すべき症状に対応できる一般又は精神科の救急医療機関が患者を受け入れるとともに、他方（精神科又は一般）の医療機関がその診療を支援する体制を構築する必要がある。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体疾患の治療を優先させる必要がある患者（入院医療が必要な患者等）の場合は、身体疾患の状態に応じて対応可能な救急医療機関が受け入れを行い、精神症状の状態に応じて精神科医療機関が診療支援を行うことや、精神科の入院医療が必要な場合には、後方支援医療機関として、身体疾患の治療後の患者を受け入れることを原則とすべきである。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体症状が軽症であり、精神症状の治療を優先させる必要が有る患者は、必要に応じて一般医療機関が

診療支援を行いつつ、精神科医療機関が対応することを原則とすべきである。

このため、精神科医療機関は、地域の救急医療機関と連携体制を構築し、連携先の医療機関との間では、転院の判断基準や患者情報の共有、必要な手続き等についてあらかじめ調整しておく必要がある。

しかし、精神科医療機関と一般医療機関では、医療機関が有する診療体制が異なるため、受け入れ可能な患者の状態の判断等についても、現状では異なる場合が多いと考えられる。

したがって、連携体制の構築にあたっては、身体疾患の治療後の精神疾患患者の受入れや転院の判断基準について、各地域において、精神科医療機関と一般医療機関間でそれぞれの診療体制や医療機能を確認し合いながら事例を積み重ねていくことが重要である。

また併せて、精神科医療機関は、必要に応じて連携先の救急医療機関への診療支援を行う（精神科医の訪問等による診療協力）とともに、身体疾患の治療後は精神疾患患者を円滑に受け入れる必要がある。

なお、精神科医療機関での受け入れ後に、身体症状が再び重症化する可能性がある場合には、精神科医療機関と一般医療機関は診療連携を一層強化して、個々の事例に応じた最適な医療環境を提供できるよう努めるべきである。

以上のような、精神科医療機関と一般医療機関との間で、患者紹介、診療支援、転院等が円滑に行われるための対応策を検討すべきである。

都道府県は、医療機関間での有機的な連携体制構築のため、地域又は連携医療機関間において、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取り組み（GP連携事業等）、事例検討会等の従事者の研修、精神科と身体科との連携のためのクリティカルパス作成等の取り組みを推進すべきである。

※ GP連携事業とは、一般診療医と精神科医との間での情報交換等や、紹介・相談・連絡の仕組みを作り患者紹介を円滑にする取組（大阪府）、精神医療の情報センターを設置し、一般診療科等からの相談に応じて、精神科の専門医を紹介する取組（神戸市）などの取組を指す。

地域の連絡調整委員会等においては、「精神科救急患者」、「身体疾患の合併」、身体症状や精神症状の「重症度」等に関する定義を明確にしつつ、受入れや転院の判断基準について、精神科医療機関だけでなく、一般医療機関、警察、消防、保健所等の救急医療関係者と認識を共有する取り組みが必要である。

なお現在でも、都道府県は、消防法第35条の5第1項による「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」において、地域の実情に応じて、精神疾患の基準を策定できる取り扱いとなっている。（平成23年9月現在の各都道府県の策定状況：基準策定済45カ所、うち、精神疾患の基準有り32カ所）。

2) 総合病院精神科の役割の明確化

総合病院精神科が徐々に減少しているという状況を踏まえ、総合病院精神科がその役割を十分発揮できるよう、精神科を有する救急対応可能な総合病院で受け入れる救急患者は、精神症状と身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者や、複合的な専門治療等が必要な患者等が優先されることを明確にする必要がある。また、総合病院精神科での治療後は、地域の精神科医療機関がその後方支援医療機関として円滑に患者を受け入れ、長期的・継続的な視点から患者の診療を担うべきである。なおその際、身体疾患の状態によっては、必要な診療を継続できるよう調整する必要がある。

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、精神疾患患者の退院調整等を円滑に行えるよう救急病棟等に精神保健福祉士等の配置を推進し、また、精神科病棟以外の精神疾患患者への診療について、精神症状の評

価や治療、退院調整等で積極的に協力できるよう精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等からなる精神科専門チームの配置についても検討すべきである。

総合病院精神科である大学病院等は、重症の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる精神科救急医療機関として、地域の精神科救急医療システムに協力し、一定の役割を担うべきであり、そのための対応策を検討すべきである。

3) 従事者の対応力向上

身体疾患を合併した精神疾患患者の受け入れを促進するためには、精神科と身体科の両方の従事者の対応力の向上が求められる。このため、精神科の医療従事者向けの身体疾患への対応力向上の取り組み、及び身体科の医療従事者向けの精神疾患への対応力向上の取り組みを推進する必要がある。

例えば、すでに救命救急センター等における自殺未遂者への対応マニュアルが作成されているが、その他の領域についても、研究等を通じてマニュアルや研修カリキュラム等の作成を検討すべきである。

3. 評価指標の導入

(1) 基本的考え方

- 精神科救急医療は、地域の実情に応じて、ニーズは様々であり、求められる医療機能も多様であるが、どの地域においても、患者・家族や地域住民が安心して生活を送れるような体制を整備する必要がある。そのため、一定の目安となる指標を開発・導入し、各地域において指

個別事項 (その1:がん対策等について)

平成25年11月15日

1

がん診療提供体制に関する課題と論点

【課題】

- がん診療連携拠点病院は、がん医療の均てん化を図るため、2次医療圏に原則1つ整備することを目指し、平成14年から整備を開始した。現在、その数は397であるが、拠点病院の無い2次医療圏は減少傾向であるものの下げ止まっていることや(現在107医療圏)、拠点病院間に大きな診療実績等の格差が存在しているなどの課題がある。
- これらの課題の解決のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」では、拠点病院の要件を厳格化するとともに、拠点病院のない2次医療圏でもがん医療の均てん化(特に高度な技術を要さない手術、化学療法、緩和ケア、相談支援等)を進めるため、「地域がん診療病院」を整備すること、さらに、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有する医療機関を「特定領域がん診療病院」として指定する方向性がとりまとめられた。
- 今後、報告書をもとに指針を改正し、平成26年度早期に新制度を運用する予定としている。
- また、小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないことが懸念される。

このため、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化するため、平成25年2月に全国15カ所の「小児がん拠点病院」が指定された。

【論点】

- がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における高度な診療機能を有する医療機関の評価のため、今後整備が予定されている「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。
- 小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件に加えて、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。

2

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

3

がん診療連携拠点病院のあゆみ

- 平成13年8月 地域がん診療拠点病院の整備に関する指針
- 平成14年3月 地域がん診療拠点病院の指定開始(5施設)
- 平成17年4月 がん医療水準均てん化に関する検討会報告書
拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。
- 平成18年2月 がん診療連携拠点病院の整備について(旧指針)
- 平成18年6月 がん対策基本法 成立
- 平成19年4月 がん対策基本法施行
- 平成19年6月 がん対策推進基本計画の閣議決定
- 平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について(現在の指針)
- 平成24年6月 (新)がん対策推進基本計画の閣議決定
- 平成24年12月～ がん診療提供体制のあり方に関する検討会
平成25年11月現在 397施設が指定

4

②がん診療連携拠点病院の見直し

5

基本計画における「地域の医療・介護サービス提供体制の構築」に関する記載

拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等）について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

6

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

【現状】

全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目指し、がん診療連携拠点病院を2次医療圏(344箇所)に原則1つを目指して整備した結果、現在397箇所(都道府県拠点51箇所、地域拠点344箇所、国立がんセンター2箇所)の医療機関が指定されている(一部医療圏では人口や医療機関の配置等を加味して複数指定)。

【課題】

拠点病院間の格差が大きいこと、未だに107の医療圏で拠点病院が整備されていないこと、特定の領域に高度な診療機能を持つ医療機関をどう位置づけるかといった課題がある。

【構成員】

伊藤 朋子	声を聴きあう患者たち&ネットワーク「VOL-Net」代表	田村 和夫	学校法人福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
今村 聡	社団法人日本医師会副会長	中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
緒方 真子	神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」世話人代表	西山 正彦	国立大学法人群馬大学医学系研究科医科学専攻病態腫瘍制御学講座病態腫瘍薬理学分野教授
神野 正博	社団法人全日本病院協会副会長	平岡 真寛	国立大学法人京都大学放射線腫瘍学・画像応用治療学教授
○北島 政樹	学校法人国際医療福祉大学学長	堀田 知光	独立行政法人国立がん研究センター理事長
佐々木 淳	宮城県健康福祉部次長	松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
篠 道弘	静岡県立がんセンター薬剤部長	横山 晶	新潟県立がんセンター新潟病院院長
		吉川 幸伸	独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター外科系診療部長

【設置】平成24年12月

(五十音順・敬称略 ○は座長)

【報告書】

平成25年7月がん診療提供体制に関するワーキンググループ報告書を受け、最終報告書を平成25年9月にまとめた。

7

新たながん診療提供体制の概要 (平成25年7月がん診療提供体制に関するWG報告書概要)

【課題と対応案】

①拠点病院間の格差の存在

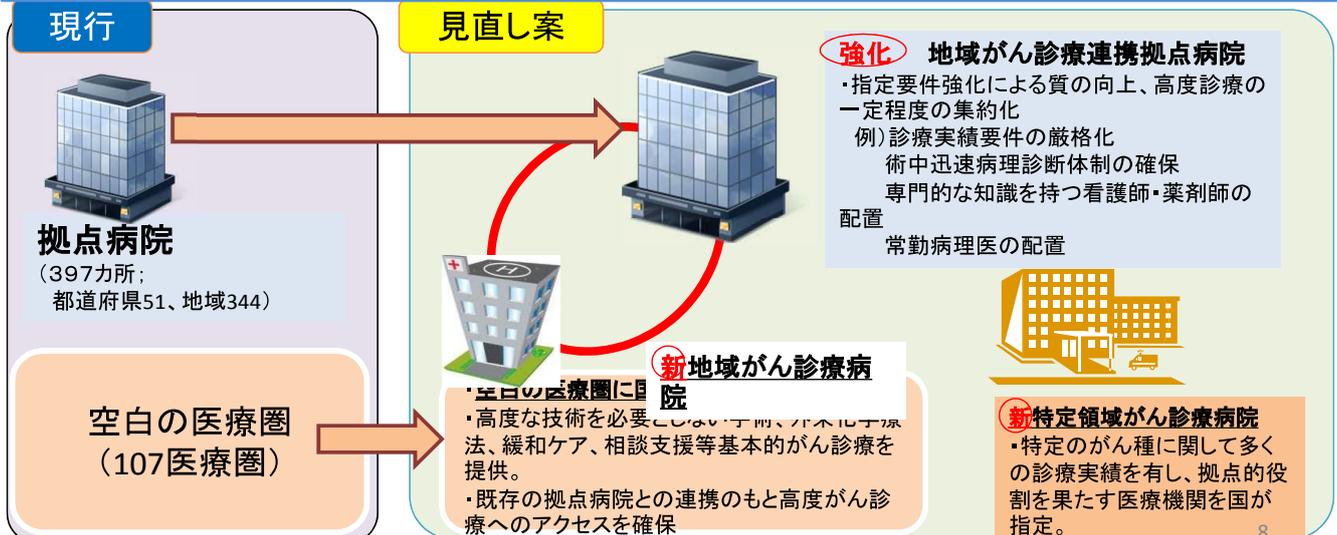
→人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化

②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在

→緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「**地域がん診療病院(仮称)**」の新設。

③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在

→特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的役割を果たす「**特定領域がん診療病院(仮称)**」の新設。



8

がん診療連携拠点病院の要件案概要(変更点を中心に)

要件		
集学的治療	がん診療連携	<ul style="list-style-type: none"> ・その実施主体を明らかにし、月1回以上の開催を求める。 ・構成員は放射線診断、放射線治療、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師の参加を必須化。
	手術療法	・必要な手術については 術中迅速病理診断が可能な体制を確保 することを求める。(当該体制は遠隔病理診断でも可)
	化学療法	・グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援する体制を確保することを求める。
	放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・高度な技術と設備等による放射線治療を必要とする患者を当該設備を有する施設との連携により提供できることを求める。 ・放射線治療装置から出力される線量の適切な管理を求める。
	緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・インフォームドコンセントやセカンドオピニオンの提供体制等意思決定環境の整備 ・苦痛のスクリーニングの徹底 ・院内クリティカルパスや服薬指導等基本的緩和ケア提供体制の整備 ・緩和ケアチームへの紹介手順の明確化等専門的緩和ケアへのアクセスの改善 ・病棟ラウンド、カンファレンス、外来診療等緩和ケアチームの診療の充実 ・地域連携パスや連携マップ、退院時カンファレンスの開催等地域連携の充実 ・緩和ケアに関するPDCAサイクルの確保 等を求める。
診療実績	・年間入院がん患者数による評価を廃し、「 院内がん登録数500件以上 」、「 悪性腫瘍の手術件数400件以上 」、「 化学療法のべ患者数1000人以上 」、「 放射線治療のべ患者数200人以上 」等による 絶対数の評価 と、地域の2次医療圏等におけるがん患者の診療割合等による 相対数の評価 を導入。	
医療施設	・術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である 病理診断室の設置 を求める。	
医師	手術療法	・ 常勤の医師の配置 を求める。
	放射線治療	・ 専従の医師の配置 を求める。
	化学療法	・ 専任で常勤の医師の配置 を求める。
	病理診断	・ 専任で常勤の医師の配置 を求める。
医師以外	<ul style="list-style-type: none"> ・外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求める。 ・がん看護専門看護師や認定看護師をはじめとするがん看護に関する一定の教育を受けた看護師の専従配置を求める。 	
相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ・相談員のうち少なくとも2名が国立がん研究センターの「相談支援センターの相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了していることを求める。 ・「就労相談」、「患者活動の支援」、「相談支援センターの広報・周知活動/地域連携の強化」、「相談員教育と支援サービス向上に向けた取り組み」を追加。 	
がん登録	・登録実務者には、常勤かつ専従を求める。	

1

地域がん診療病院の要件案概要

要件		
集学的治療	がん診療連携	がん診療連携拠点を設置し、定期的に開催。
	手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・提供が困難である手術や術中迅速病理診断が必要な手術についてはグループとなる拠点病院と連携し提供できる体制を確保。 ・当該体制は遠隔病理診断でも可とする。
	化学療法	・グループとなる拠点病院との連携のもとレジメンを審査し、標準的な化学療法を施行できる体制を確保。
	放射線治療	設備や人材配置の点から自施設で放射線治療の提供が困難である場合にはグループ指定となる拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を確保。
	緩和ケア	・ がん診療連携拠点病院と同等の緩和ケアの提供 を求める。
診療実績	当該2次医療圏のがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、指定に当たり個別に判断。	
医療施設	<ul style="list-style-type: none"> ・外来化学療法室、集中治療室(※)、白血病を専門とする分野に掲げる場合は無菌病室、がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場(※)に加え、下記の要件を求める。(※)必須ではない。 ・放射線治療を行う場合には、放射線治療機器を設置すること。 ・術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。 	
医師	手術療法	医師の配置 を求める。
	放射線治療	放射線治療を行う場合には、専従の医師の配置を求める。
	化学療法	常勤かつ原則専任の医師の配置 を求める。
	病理診断	専任の医師を配置することが望ましい。
医師以外の従事者	診療放射線技師	放射線治療を行う場合は、専従かつ常勤の診療放射線技師の配置を求める。
	放射線治療に携わる看護師	放射線治療を行う場合は、放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置することが望ましい。
	化学療法に携わる看護師	外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置 を求める。
	化学療法に携わる薬剤師	専任かつ常勤の薬剤師を1人以上配置することが望ましい。
	細胞診断	細胞診断に係る業務に携わる者の配置 を求める。
相談支援	国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置 すること	
院内がん登録	国立がん研究センターによる研修を受講した専従かつ常勤の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置 。	

2

特定領域がん診療病院の要件案概要

- ① 特定のがん種について、当該都道府県内の多くの患者を診療し、所属する都道府県が推薦。
- ② 診療機能や人材配置等については拠点病院の要件を課すこととする。ただし、がん種に応じて 治療法が異なるため、指定にあたっては個別に判断することとする。
- ③ 圏域を超えて都道府県内全体での実績が求められることから、患者の状態(緊急性や合併症の有無)により、拠点病院等と連携した適切ながん医療の提供を求める。
- ④ 特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、拠点病院等との人材交流、技術提携、合同のカンファレンス、相談支援センター間の情報共有等を行うことが望ましい。

拠点病院単独でがん医療を完結するのではなく、一定の要件を満たす「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」を指定し、拠点病院との役割分担や連携を進めることにより、がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における診療機能の集約化の推進が期待される。

11

がん診療提供体制に関するWG報告書の概要 (機能・実績・施設)

参考	機能	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院 (案)	地域がん診療病院 (新設)
		集学的治療	<p>・がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がん診療連携拠点病院を設置し、定期的に開催すること。</p> <p>新 手術療法</p> <p>ア 急変時等の緊急時に外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。 イ 化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、がん診療連携拠点病院と連携協力すること。</p> <p>新 放射線治療</p>	<p>・その実施主体を明らかにし、月1回以上の開催を求め、構成員には放射線診断、放射線治療及び病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の参加を必須化する。</p> <p>新 ・必要な手術については術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。</p> <p>・現行の要件に加え、グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援する体制を確保することを求める。</p> <p>新 ・高度な技術と設備等による放射線治療を必要とする患者を当該設備を有する施設との連携により提供できることを求める。 ・放射線治療装置から出力される線量の適切な管理を求める。</p>
診療実績	<p>・年間入院がん患者数が1200人以上であることが望ましい。</p>	<p>下記1または2を満たすことが望ましい。</p> <p>1. 絶対数での評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内がん登録数 500件以上 ・悪性腫瘍の手術件数の総数 400件以上 ・がんに係る化学療法のべ患者数 1000人以上 ・放射線治療のべ患者数 200人以上 <p>以上の数値をそれぞれ満たすことが望ましい。</p> <p>2. 相対的な評価</p> <p>患者数が少ない地域の2次医療圏において、当該2次医療圏、場合によっては隣接する医療圏に居住するがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、実績を考慮する。</p>	<p>・当該2次医療圏のがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、指定に当たり個別に判断することとする。</p>	
医療施設	<p>ア 放射線治療機器を設置すること。 イ 外来化学療法室を設置すること ウ 集中治療室を設置することが望ましい。 エ 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。 オ がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。</p>	<p>現行の要件から下記の様に要件を厳格化、追加する。</p> <p>ウ 原則として集中治療室を設置することとする。</p> <p>新 術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。</p>	<p>現行の要件イ〜オに加え、下記の要件を求める。</p> <p>ア 放射線治療を行う場合には、放射線治療機器を設置すること。</p> <p>術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。</p>	

がん診療提供体制に関するWG報告書の概要（診療従事者）

参考	診療従事者 知識及び技能 を有する者	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院(案)	地域がん診療病院(新設)
		<p>医師</p> <p>手術療法</p> <p>放射線治療</p> <p>放射線診断</p> <p>化学療法</p> <p>病理診断</p>	<p>専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。</p> <p>専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。</p> <p>専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。</p> <p>専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。</p>	<p>専任から専従へ厳格化。</p> <p>専任の医師の配置を求め、原則として常勤とする。</p> <p>常勤を必須とし、原則として専従を求める。</p> <p>常勤を必須とし、専任とする。当該医師は専従であることが望ましいとする。</p>
<p>医師以外の従事者</p> <p>診療放射線技師</p> <p>放射線治療に携わる技術者</p> <p>放射線治療に携わる看護師</p> <p>化学療法に携わる看護師</p> <p>化学療法に携わる薬剤師</p> <p>細胞診断</p>	<p>専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を1人以上配置すること。</p> <p>専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を1人以上配置すること。</p> <p>外来化学療法室に専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。当該看護師は専従であることが望ましい。</p> <p>専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。</p> <p>細胞診断に係る業務に携わる者を1人以上配置することが望ましい。</p>	<p>現行の要件に加え、以下を追記する。当該技師は放射線治療専門放射線技師であることが望ましい。</p> <p>現行の要件に加え、以下を追記する。当該技術者は医学物理士であることが望ましい。</p> <p>放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置すること。</p> <p>原則として専従を求め、以下を追記する。当該看護師はがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師であることが望ましい。</p> <p>現行の要件に加え、以下を追記する。当該薬剤師はがん薬物療法認定薬剤師、またはがん専門薬剤師であることが望ましい。</p> <p>専任かつ配置することを求め、以下を追記する。当該者は細胞検査士であることが望ましい。</p>	<p>放射線治療を行う場合は、専従かつ常勤の診療放射線技師の配置を求め、当該技師は放射線治療専門放射線技師であることが望ましいとする。</p> <p>放射線治療を行う場合は、放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置することが望ましいとする。</p> <p>外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求め、専従であることが望ましいとし、当該看護師はがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師であることが望ましいとする。</p> <p>専任かつ常勤の薬剤師を1人以上配置することが望ましいとする。</p> <p>細胞診断に係る業務に携わる者の配置を求め、当該者は細胞検査士であることが望ましいとする。</p>	

がん診療提供体制に関するWG報告書案の概要（相談支援等）

参考	支援	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院(案)	地域がん診療病院(新設)
		<p>名称</p> <p>相談員</p> <p>業務</p> <p>院内がん登録</p> <p>登録実務者</p> <p>その他</p> <p>情報の可視化等</p>	<p>国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること。</p> <p>がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供</p> <p>診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供</p> <p>セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介</p> <p>がん患者の療養上の相談</p> <p>地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供</p> <p>アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談</p> <p>HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談</p> <p>その他相談支援に関すること</p>	<p>病院固有の名称との併記を認めた上で、「がん相談支援センター」との表記を求める。</p> <p>現行の要件に相談員のうち少なくとも2名が国立がん研究センターの「相談支援センターの相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了していることを求めることを追加。</p> <p>「がん患者の療養上の相談」の内容の具体例として、就労に関する相談を追加。</p> <p>また、以下を追加</p> <p>①患者活動の支援(患者会への支援、患者サロン、ピアサポートなど)</p> <p>②相談支援センターの広報・周知活動/地域連携の強化</p> <p>③相談員教育と支援サービス向上に向けた取り組み</p> <p>※業務内容については相談支援センターと別部門で実施されることもあることから、その場合は明示すること。</p>
	<p>国立がん研究センターによる研修を受講した専任の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置すること。</p>	<p>常勤かつ専従を求める。</p>	<p>新しい拠点病院の要件と同様。</p>	
		<p>自施設で提供するがん種別の医療の情報を病院ホームページ等でわかりやすく公表することを求める。</p>	<p>自施設で提供可能な医療及び自施設で提供困難であるものの拠点病院との連携により提供される医療についてわかりやすく明示することを求める。</p>	
		<p>拠点病院と自治体指定のがん診療施設等との区別を容易にするため、例えば看板の形状や同一のマークの掲示等を求める。</p>		

③小児がん拠点病院の整備

15

小児がん拠点病院の整備の背景

・日本においてがんは小児の病死原因の第1位。小児がん患者は治療後の経過が成人に比べて長いことに加えて、晩期合併症や、患者の発育・教育に関する問題等、成人のがん患者とは異なる問題を抱えている。

・小児がんの年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され(※)、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。 ※平成23年8月25日がん対策推進協議会小児がん専門委員会「今後の小児がん対策のあり方について」参考資料

・平成24年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」で、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの全国の中核的な機関の整備を開始することが目標に定められた。

・小児がん拠点病院等について「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」で検討し、検討結果を踏まえ、拠点病院の要件等を定める「小児がん拠点病院の整備について」(平成24年9月7日健康局長通知)を策定した。

(参考) <子どもの年齢階級別死因順位(カッコは死亡率(人口10万対))>

	1-4歳	5-9歳	10-14歳
1位	先天奇形、変形及び染色体異常(4.3)	不慮の事故(1.9)	悪性新生物(1.9)
2位	不慮の事故(2.9)	悪性新生物(1.6)	不慮の事故(1.6)
3位	悪性新生物(2.4)	先天奇形、変形及び染色体異常(0.7)	自殺(1.3)

16

出典：平成24年人口動態調査

小児がん拠点病院の指定

小児がん拠点病院の指定:

「小児がん拠点病院の指定に関する検討会」の議論の結果を踏まえ、**小児がんの診療機能を集約化**するため、平成25年2月に、**応募のあった37医療機関から、厚生労働大臣が以下15医療機関を小児がん拠点病院として指定。**

ブロック	都道府県名	医療機関名	ブロック	都道府県名	医療機関名
北海道	北海道	北海道大学病院	近畿	京都	京都大学医学部附属病院
東北	宮城	東北大学病院		京都	京都府立医科大学附属病院
関東	埼玉	埼玉県立小児医療センター		大阪	大阪府立母子保健総合医療センター
	東京	国立成育医療研究センター		大阪	大阪市立総合医療センター
	東京	東京都立小児総合医療センター	兵庫	兵庫県立こども病院	
	神奈川	神奈川県立こども医療センター	中国・四国	広島	広島大学病院
東海・北	愛知	名古屋大学医学部附属病院			

小児がん拠点病院の今後の予定:

各小児がん拠点病院は、地域の小児がん医療提供体制に関する計画を平成25年8月に厚生労働省に提出。平成26年2-3月目途に、その進捗状況等を把握するための検討会を開催する予定。また、小児がんの全国の中核的な機関も平成25年度中に整備する予定。

17

小児がん拠点病院の要件概要

(1) 拠点病院の役割

地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、地域全体の小児がん医療及び支援の質の向上に資すること、地域医療機関との連携、長期フォローアップの体制整備等の役割を担う。

(2) 拠点病院の要件

- ①診療機能（集学的治療の提供、カンサーボードの開催、**長期フォローアップ体制(※1)**、緩和ケアチームの整備、地域医療機関との連携、セカンドオピニオンの実施等）
- ②診療従事者（放射線治療医師・診療放射線技師・薬剤師・認定看護師等の配置等）
- ③医療施設（放射線治療機器の設置、集中治療室の設置※等）
- ④診療実績（**造血器腫瘍年間10例程度以上、固形腫瘍年間10例程度以上(うち脳・脊髄腫瘍が2例程度以上)**）
- ⑤**日本小児血液・がん学会の「研修施設」及び日本小児外科学会の「認定施設」であること。**
- ⑥相談支援センターの設置
- ⑦院内がん登録の実施
- ⑧**臨床研究（臨床研究専門部署の設置※2、CRCの配置※2等）**
- ⑨**療育環境の整備（保育士の配置、教育支援、プレイルームの整備、長期滞在施設の整備等(※3)）**

※1 小児がん患者の場合、成長期の治療により、治療後も発達障害、内分泌障害、二次がん等の晩期合併症の問題があり、治療後も、長期フォローアップ外来等で健康管理、晩期合併症の予防、早期発見、早期治療が必要とされている。

※2 必須要件ではない。

※3 患者の発育及び教育等に関して必要な環境整備として、(1)保育士を配置していること、(2)病弱の特別支援学校又は小中学校の病弱・身体虚弱の特別支援学級による教育支援(特別支援学校による訪問教育を含む。)が行われていること、(3)退院時の復園及び復学支援が行われていること、(4)子どもの発達段階に応じた遊戯室等を設置していること、(5)家族等が利用できる長期滞在施設又はこれに準じる施設が整備されていること、(6)家族等の希望により、24時間面会又は患者の付き添いができる体制を構築していること等が要件となっている。

小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件を基本に、小児がん医療の診療実績と必要な機能・体制(長期フォローアップ体制、臨床研究、療育環境等)を追加した要件を策定。

18

【課題】

- がん診療連携拠点病院は、がん医療の均てん化を図るため、2次医療圏に原則1つ整備することを目指し、平成14年から整備を開始した。現在、その数は397であるが、拠点病院の無い2次医療圏は減少傾向であるものの下げ止まっていることや（現在107医療圏）、拠点病院間に大きな診療実績等の格差が存在しているなどの課題がある。
 - これらの課題の解決のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」では、拠点病院の要件を厳格化するとともに、拠点病院のない2次医療圏でもがん医療の均てん化（特に高度な技術を要さない手術、化学療法、緩和ケア、相談支援等）を進めるため、「地域がん診療病院」を整備すること、さらに、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有する医療機関を「特定領域がん診療病院」として指定する方向性がとりまとめられた。
 - 今後、報告書をもとに指針を改正し、平成26年度早期に新制度を運用する予定としている。
 - また、小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないことが懸念される。
- このため、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化するため、平成25年2月に全国15カ所の「小児がん拠点病院」が指定された。

【論点】

- がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における高度な診療機能を有する医療機関の評価のため、今後整備が予定されている「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。
- 小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件に加えて、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。

3

新型インフルエンザ等対策特別措置法案について

診調組 D-2(参考)

25.12.9

～危機管理としての新型インフルエンザ及び全国かつ急速なまん延のおそれのある新感染症対策のために～

新型インフルエンザ及び全国かつ急速なまん延のおそれのある新感染症に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにする。

1. 体制整備等

- 行動計画等の作成
 - 国、地方公共団体の行動計画の作成
 - 指定公共機関（医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人）の指定・業務計画の作成
- 権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとすること
- 発生時に国、都道府県の対策本部を設置、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置
- 発生時における特定接種（医療関係者、社会機能維持事業者の従業員等に対する先行的予防接種）の実施
- 海外発生時の水際対策の的確な実施

「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」

新型インフルエンザ等（国民の生命・健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものに限る）が国内で発生し、全国かつ急速なまん延により、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあると認められるとき

2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」発生の際の措置

- 外出自粛要請、興行場、催物等の制限等の要請・指示（潜伏期間、治癒するまでの期間等を考慮）
- 住民に対する予防接種の実施（国による必要な財政負担）
- 医療提供体制の確保（臨時的医療施設等）
- 緊急物資の運送の要請・指示
- 政令で定める特定物資の売渡しの要請・取用
- 埋葬・火葬の特例
- 生活関連物資等の価格の安定（国民生活安定緊急措置法等の的確な運用）
- 行政上の申請期限の延長等
- 政府関係金融機関等による融資



79等

- 施行日：平成25年4月13日

指定(地方)公共機関について

行政機関だけでは新型インフルエンザ等対策の確かな実施は困難



指定(地方)公共機関による協力が必要

指定公共機関・指定地方公共機関とは

- **指定公共機関** (法第2条第6号)
独立行政法人等の公共的機関及び医療、医薬品又は医療機器の製造又は販売、電気等の供給、輸送その他の公益的事業を営む法人で、政令で定めるもの
- **指定地方公共機関** (法第2条第7号)
都道府県の区域において医療、医薬品又は医療機器の製造又は販売、電気等の供給、輸送その他の公益的事業を営む法人、地方道路会社等の公共的施設を管理する法人及び地方独立行政法人のうち、指定公共機関以外のもので、あらかじめ当該法人の意見を聴いて都道府県知事が指定するもの
- **義務等**
 - ① **責務** (法第3条第5項、6項)
 - ・ 新型インフルエンザ等が発生したときは、その業務について対策を実施する責務を有する。
 - ・ 国、地方公共団体並びに指定公共機関及び指定地方公共機関は、**新型インフルエンザ等対策を実施するに当たり、相互に連携協力し、その的確かつ迅速な実施に万全を期さなければならない。**
 - ② 業務計画の作成及び国(都道府県)への報告、関係地方公共団体への通知、要旨の公表 (法第9条)
 - ③ 業務に係る対策の実施に必要な物資・資材の備蓄・整備・点検、施設・設備の整備・点検 (法第10条)
 - ④ 政府対策本部長による総合調整、指示(指定公共機関のみ) (法第20条第1項、法第33条第1項)
都道府県対策本部長による総合調整、指示 (法第24条第1項、法第33条第2項)
※ 「総合調整」とは、指定(地方)公共機関の新型インフルエンザ等対策に関する業務が、その目的、手段、手続等の見地から相互に調和して行われるように、助言、要請、勧告等により調整を行うもの。
「指示」とは、方針、基準、手続等を示して一定の行為を実施させるものであり、「総合調整」に基づく所要の措置が実施されない場合で特に必要があるときに行う。
 - ⑤ 国(都道府県)に対し、労務、施設、設備、物資の確保について応援を求めることができる (法第27条)

21

○ 指定地方公共機関の指定に係る留意事項について(平成25年5月20日付け閣副第277号内閣審議官通知)

- ① 感染症対応に専門的な知見及び施設をもつ感染症指定医療機関(特定、第一種、第二種)
- ② 重症患者の治療が特に重要であるという観点から、相当数の入院病床があり、救命対応が可能な医療機器等が整備されている医療機関
 - ※ 感染症指定医療機関以外の医療機関であっても、飛沫及び飛沫接触による感染が中心となると推測される場合には、陰圧装置付きの感染症専用ベッドを不可欠とするものではないから、当該地域における新型インフルエンザ等医療における重要性の程度を踏まえ、指定地方公共機関として指定することが適当。
 - ※ 指定(地方)公共機関は、国、地方公共団体以外の法人を指定するものであり、国又は地方公共団体の開設する医療機関は対象外である。また、国において指定公共機関に指定している独立行政法人、日本赤十字社の地方病院は指定地方公共機関の対象外である。

指定公共機関・指定地方公共機関の指定状況

- **指定公共機関(医療機関)**
 - ・ 独立行政法人労働者健康福祉機構
 - ・ 独立行政法人国立病院機構
 - ・ 独立行政法人国立国際医療研究センター
 - ・ 日本赤十字社
- **指定地方公共機関**
 - ・ 随時、都道府県知事が指定する予定

褥瘡の評価: DESIGN-R®

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 6

Depth 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する			
d	0	皮膚損傷・発赤なし	3 皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤	4 皮下組織を越える損傷
	2	真皮までの損傷	5 関節腔、体腔に至る損傷
			U 深さ判定が不能の場合
Exudate 滲出液			
e	0	なし	6 多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない	
	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)]			
s	0	皮膚損傷なし	15 100以上
	3	4未満	
	6	4以上 16未満	
	8	16以上 36未満	
	9	36以上 64未満	
	12	64以上 100未満	
Inflammation/Infection 炎症/感染			
i	0	局所の炎症徴候なし	3 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	9 全身的影響あり(発熱など)
Granulation 肉芽組織			
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	4 良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める	5 良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	6 良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する			
n	0	壊死組織なし	3 柔らかい壊死組織あり
			6 硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)[長径(cm)×短径(cm)]から潰瘍の大きさを差し引いたもの			
p	0	ポケットなし	6 4未満
			9 4以上16未満
			12 16以上36未満
			24 36以上
部位(仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他 ())			合 計

滲出液多量



感染+黄色壊死



肉芽+ポケット



黒色壊死



出典: 日本褥瘡学会