

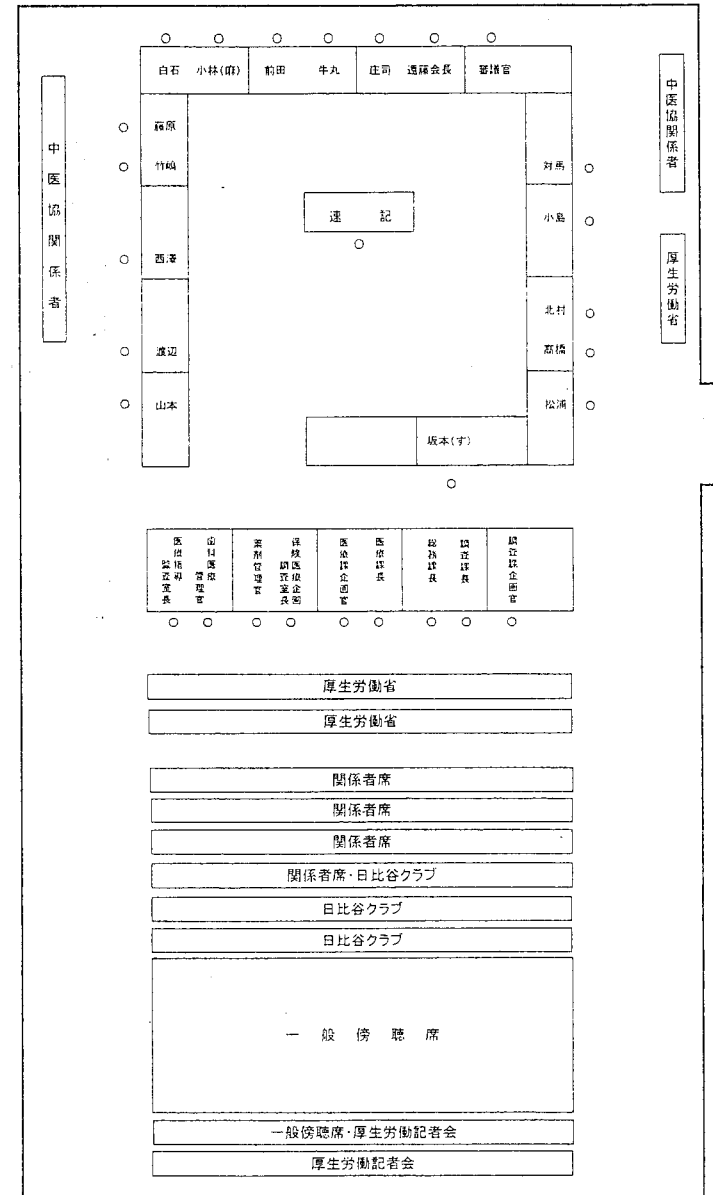
日時:平成20年12月3日(水) 10:30(目途)~12:00
 会場:はあといん乃木坂 フルール (B1F)

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第126回)
 議事次第

平成20年12月3日(水)
 於 はあといん乃木坂フルール

議 題

- DPCの在り方について
- その他



DPCの在り方について (これまでの議論の整理等について)

DPCの在り方については、本小委員会において、本年7月16日から3回にわたり議論を行った。以下に、これまでの議論の整理及び平成21年度DPC対象病院の拡大について整理を行った。

第1 これまでの議論の整理

【論点1】

これまでのDPCの評価についてどのように考えるべきか。

(1) 主な意見(10月22日基本小委)

- ア DPCによって平均在院日数が減少すれば、貴重な医療資源の有効活用という点でプラスに評価できるのではないか。
- イ DPC対象病院間で平均在院日数等の医療内容がデータとして見られるようになったということは、医療の透明化が前進したという事ではないか。
- ウ DPCによる医療の質については、勤務医等の医療従事者の視点や患者の視点からの評価も重要ではないか。
- エ DPCによる医療の標準化については、DPC以外の病床で実施された医療内容と比較して評価する必要があるのではないか。

(2) 議論のまとめ

DPCの導入によって、医療の効率化・透明化については一定の効果が認められたと考えられる。今後は、医療の標準化や医療の質の向上など、より総合的な視点からの検証・分析が必要であるということで概ねの意見の一致が得られた。

【論点2】

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

(1) 主な意見(11月19日基本小委)

- ア ケアミックス型病院であっても、急性期を担う病床と慢性期を担う病床を区別し、役割を明確にしているの、急性期についてはDPCの適用が可能ではないか。
- イ ケアミックス型病院を含めて、現在のDPC対象病院とDPC準備病院のデータにほとんど差が無いのであれば、基準を満たす平成19年度準備病院もDPC対象病院として良いのではないか。
- ウ 今後は、医療提供体制に係る施策に沿った急性期医療の在り方も念頭に置いて議論を進めていくべきではないか。

(2) 議論のまとめ

ケアミックス型病院も含めて、現在のDPC対象病院とDPC準備病院間で、例えば救急搬送割合や平均在院日数などに明らかな傾向は見られていないことから、基準を満たせばDPC対象病院として認めることで意見の一致が得られた。

第2 平成21年度DPC対象病院の拡大について（案）

(2)（データ／病床）比と調整係数について

(1) 平成21年度DPC対象病院の基準について

平成20年2月13日中医協総会において「平成19年度DPC準備病院については、平成21年度にDPCの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるDPC対象病院に適用される基準と同じものとする」としていることから、平成21年度DPC対象病院の基準については、平成20年度DPC対象病院と同一の基準とする。

第1 対象病院及び対象患者

1 対象病院

(1) (略)

(2) 対象病院は、以下の基準を満たす病院とする。

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
ただし、平成20年4月1日以降に新たに当該入院基本料の基準を満たさなくなった病院については、再び要件を満たすことができるかどうかについて判断するため、3か月の猶予期間を設け、3か月を超えてもなお、要件を満たさない場合には、DPC対象病院から除外する。
- ② 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。
- ④ 上記③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、2年間（10ヶ月）の調査期間の（データ／病床）比が8.75以上であること。
ただし、平成20年3月31日時点において、既に対象病院となっている病院については、当分の間、なお従前の例による。

第2～第3 (略)

第4 その他

1～2 (略)

3 適切なコーディングに関する委員会の設置

対象病院においては、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディング（適切な診断を含めた診断群分類の決定をいう。）を行う体制を確保するため、責任者を定めるとともに、診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び診療記録管理者等から構成される委員会を設置し、少なくとも年に2回は当該委員会を開催すること。

出典：「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月19日保医発第0319002号）

なお、DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。

ア（データ／病床）比について

平成20年2月13日中医協総会において「平成19年度DPC準備病院については、平成21年度にDPCの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるDPC対象病院に適用される基準と同じものとする」としている。

平成20年度改定においては、同一疾病による3日以内再入院は一入院とする算定ルールの見直しや、退院時だけでなくDPC算定病棟から療養病棟等へ転棟した場合もデータを提出するという変更を行った事に伴い、改定前後においてデータの提出方法が異なっている。

平成20年度DPC対象病院の基準との整合を図るため、改定後であっても、それと同一の方法でデータ数をカウントする。

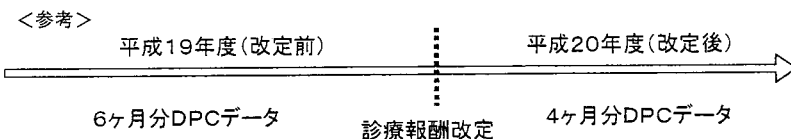
※（データ／病床）比とは、対象期間において「退院した患者の全データ数」／「DPC算定病床数」のこと。

(イ) 調整係数について

平成19年度DPC準備病院については、これまでに提出されているDPCデータが診療報酬改定の前後2年間に渡っており、改定によって一部の項目や点数が変更されたことにより、改定前と改定後のDPCデータが異なっている。

12月1日に開催されたDPC評価分科会においては、案1と案2の両論併記で提案することとなった。

なお、DPC評価分科会においては、案2では提出期間に応じたデータを適切に反映でき良いとする意見もあったが、19年度と20年度のデータは期間の長短に関わらず、それぞれの年度を代表するデータであるので、案1の方がデータを均等に取扱っており良いとする意見が多かった。



平成21年度DPC対象病院の調整係数の算出方法については、以下の2案のいずれかにしてはどうか。

【案1】平成19年度DPCデータ及び平成20年度DPCデータのそれぞれについて調整係数を計算し、均等に相加平均を計算する。

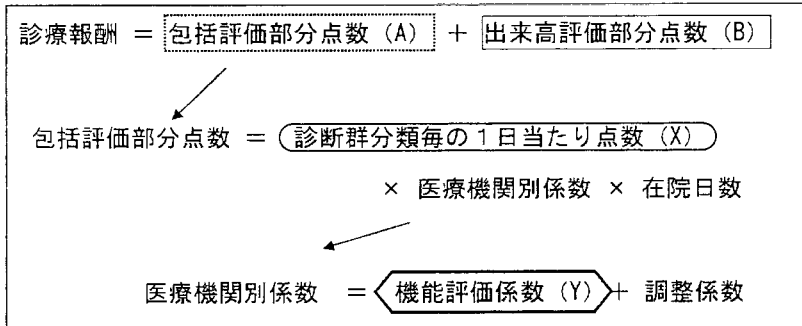
メリット：改定前後の診療動向について均等に取り扱うことができる。
デメリット：DPCデータの提出期間に応じた評価とならない。

【案2】平成19年度DPCデータ及び平成20年度DPCデータのそれぞれについて調整係数を計算し、データ提出期間（6ヶ月、4ヶ月）に応じた加重平均を計算する。

メリット：DPCデータの提出期間に応じた評価となる。
デメリット：改定前のDPCデータの提出期間が改訂後のDPCデータの提出期間に比べて長い為、結果として改定前の診療動向の影響が反映されやすい。

DPCによる診療報酬について

第1 DPCによる算定方法の概要



第2 DPCによる診療報酬の内訳（急性期入院医療に限る）

1 包括評価部分点数 (A)

(1) 診断群分類毎の1日当たり点数 (X)

ア 考え方

原則として、いわゆるホスピタルフィー的要素（主に医療機関の運営コストで、固定費用部分を反映）であって、医療機関の機能等を評価しているもの以外を包括的に評価したもの。

イ 具体的項目（各番号は、別紙1の項目番号に対応）

- ① 入院基本料〔10対1入院基本料（一般病棟入院基本料）〕
- ④ 医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料に限る）
- ⑤ 検査
〔カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、脾臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料を除く〕
- ⑥ 画像診断
〔画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）を除く〕

- ⑦ 投薬（退院時処方を除く）
- ⑧ 注射
- ⑨ 処置（基本点数が1,000点未満のもの）
- ⑩ 病理診断（病理標本作製料に限る）
- ⑫ リハビリテーションに伴い使用された薬剤
- ⑬ 精神科専門療法に伴い使用された薬剤

(2) 機能評価係数 (Y)

ア 考え方

原則として、当該医療機関に入院する全ての入院患者に提供される医療で、医療機関の機能に係るものを係数として評価したもの。

イ 具体的項目（各番号は、別紙1の項目番号に対応）

① 入院基本料

看護配置や病院類型の違いによる評価

- ・ 7対1、準7対1入院基本料（一般病棟入院基本料）
- ・ 7対1、準7対1、10対1入院基本料（特定機能病院・専門病院入院基本料）

※ なお、一時的に13対1、15対1入院基本料を算定する病棟については、減算係数が設定されている。

② 入院基本料等加算

医療機関単位の機能に着目した入院基本料等加算の評価

- ・ 入院時医学管理加算
- ・ 地域医療支援病院入院診療加算
- ・ 臨床研修病院入院診療加算
- ・ 診療録管理体制加算
- ・ 医師事務作業補助体制加算
- ・ 看護補助加算
- ・ 医療安全対策加算

2 出来高評価部分点数 (B)

ア 考え方

出来高評価部分では、原則として、いわゆるドクターフィー的要素（医師等の技術費用部分を反映）の他、いわゆるホスピタルフィー的要素のうち、特定の患者又は病棟毎に評価される項目や病院の立地する地域による調整のための項目が評価されている。

イ 具体的項目（各番号は、別紙1の項目番号に対応）

(1) いわゆるドクターフィー的要素の具体的項目

- ④ 医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
- ⑤ 検査
〔カテーター検査（心臓、肺臓、肝臓、脾臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料に限る〕
- ⑥ 画像診断
〔画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）に限る〕
- ⑨ 処置（基本点数が1,000点以上のものに限る）
- ⑩ 病理診断（病理診断・判断料に限る）
- ⑪ 在宅医療
- ⑫ リハビリテーション（薬剤を除く）
- ⑬ 精神科専門療法（薬剤を除く）
- ⑭ 手術
- ⑮ 麻酔
- ⑯ 放射線療法

(2) いわゆるホスピタルフィー的要素の具体的項目

- ② 入院基本料等加算
 - ・ 超急性期脳卒中加算
 - ・ 療養環境加算
 - ・ 地域加算
 - 他26項目
- ③ 特定入院料（加算点数として評価）
 - ・ 救命救急入院料
 - ・ 特定集中治療室管理料
 - ・ ハイケアユニット入院医療管理料
 - ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 - ・ 新生児特定集中治療室管理料
 - ・ 総合周産期特定集中治療室管理料
 - ・ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
 - ・ 一類感染症患者入院医療管理料
 - ・ 小児入院医療管理料

医科診療報酬の例

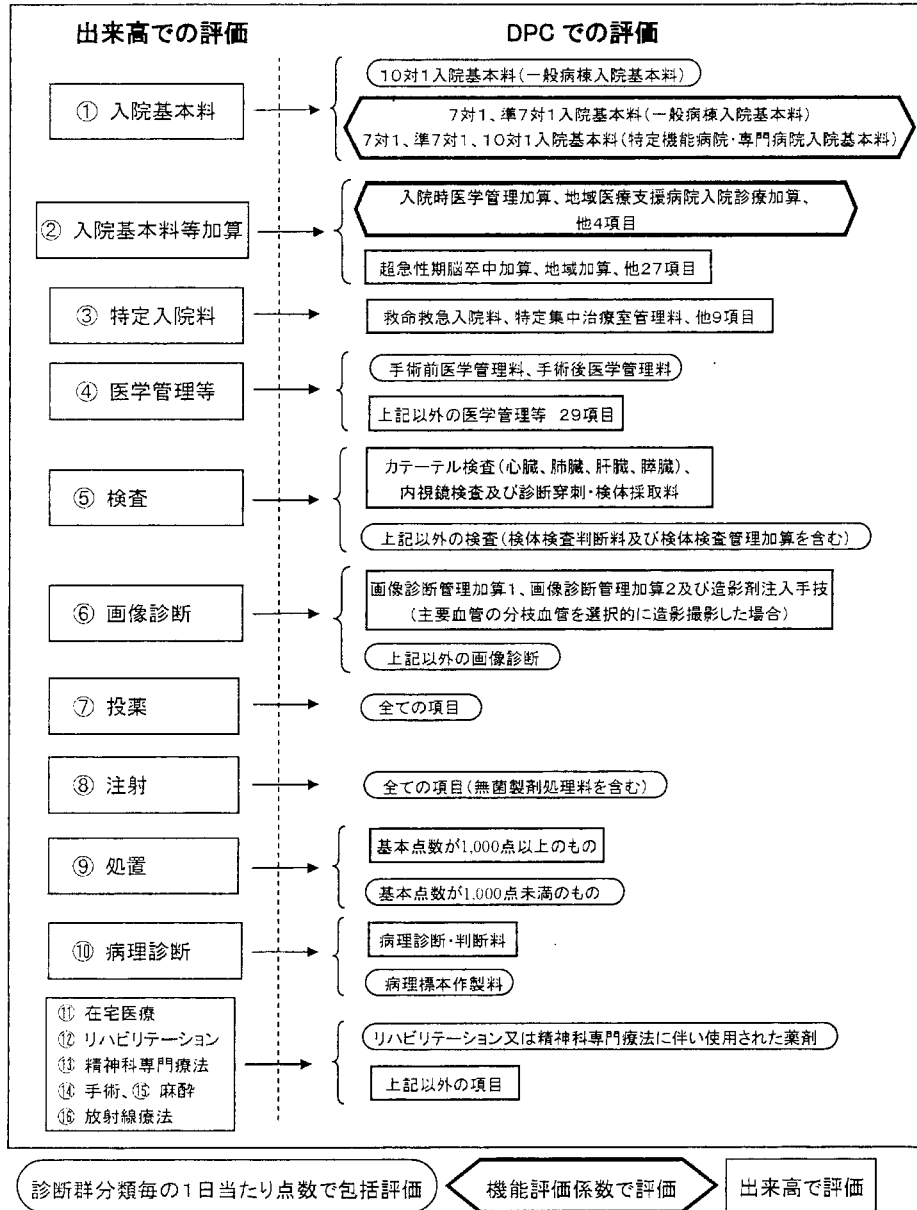
初診料	病院診療所	270点
再診料	再診料(200床未満の病院)	60点
	外来診療料(200床以上の病院)	70点
基本料	診療所	71点
	〇病棟等の類型別に種類別の入院基本料を規定 （一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料等） 〇同一類型の入院基本料は看護配置基準、平均在院日数等により （例）一般病棟入院基本料 10：入院基本料(日につき) 1300点	1300点
入院基本料等加算	〇入院時間に応じて初診加算 （例）一般病棟入院基本料の場合 ・入院後～14日以内 ・15日以上～30日以内	428点/日 192点/日
	〇医療従事者の確保に応じて47種類の加算項目を規定 （例）入院時医学管理加算(1日につき) 〇包括払いを原則とする20の入院料を規定 （例）救命救急入院料(1日につき)(3日以内) (4日以上7日以内)	120点 9700点 8775点

基本診療料

医学管理等	(例)特定疾患療養管理料	225点
在宅医療	(例)住診料	650点
	(例)尿中一般物質定性半定量検査 (注)フアルム、造影剤等の費用は別途算定	26点
検査	(例)写真診断(単純、胸部)	85点
	(注)フアルム、造影剤等の費用は別途算定	
画像診断	(例)造影剤 調剤料(外来)(内服薬・頓服薬)	9点
	処方料(6種類以下の内服薬の投薬の場合) 処方せん料(6種類以下の内服薬の投薬)	42点 68点
特 殊 診 療 料	調剤技術基本料(入院中の患者以外の場合(月1回))	8点
	(例)注射料(皮下、筋肉内注射)	18点
リハビリテーション	薬剤料 (例)心大血管疾患リハビリテーション料(I)	200点
	精神科専門療法 (例)標準型精神分析療法	390点
処置	(例)創傷処置(100平方センチメートル未満)	45点
	(注)薬剤料、材料費等は別途算定	
手術	(例)虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	6210点
	(注)薬剤料、材料費等は別途算定	
麻酔	(例)看護麻酔	850点
	(例)体外照射(エックス線表在治療(回日))	110点
放射線治療	入院時食事療養標準負担額(一般の患者負担金)	640円
入院時食事療養		260円

(注)1点の単価は10円。

DPCによる診療報酬の内訳(概要)



機能評価係数

	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)	0.1736	0.1244	0.1005	1555点/日
	入院基本料(準7対1離島・へき地以外)	—	0.1009	0.0769	1495点/日
	入院基本料(準7対1離島・へき地)	—	0.1127	0.0887	1525点/日
	入院基本料(10対1)	0.0730	0.0239	—	1300点/日
入院基本料等加算	入院時医学管理加算	—	—	0.0299	120点/日(入院から14日間)
	地域医療支援病院入院診療加算	—	—	0.0321	1000点/日(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(単独型・管理型)	—	0.0012	—	40点/日(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)	—	0.0006	—	20点/日(入院初日)
	診療録管理体制加算	—	0.0009	—	30点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)	—	0.0113	—	355点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)	—	0.0059	—	185点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)	—	0.0042	—	130点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)	—	0.0034	—	105点/日(入院初日)
	看護補助加算1	—	0.0430	—	109点/日
	看護補助加算2	—	0.0331	—	84点/日
	看護補助加算3	—	0.0221	—	56点/日
	医療安全対策加算	—	0.0015	—	50点/日(入院初日)
経過措置	入院基本料(13対1)	—	▲0.0581	▲0.0820	—
	入院基本料(15対1)	—	—	▲0.1364	—

別紙4

DPCによる入院基本料等加算、特定入院料及び医学管理等の取り扱い

項目	DPCでの評価
(入院基本料等加算)	
入院時医学管理加算(1日につき)	機能評価係数
地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)	機能評価係数
臨床研修病院入院診療加算(入院初日)	機能評価係数
診療録管理体制加算(入院初日)	機能評価係数
医師事務作業補助体制加算(入院初日)	機能評価係数
看護補助加算(1日につき)	機能評価係数
医療安全対策加算(入院初日)	機能評価係数
救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算(1日につき)	出来高
超急性期脳卒中加算(入院初日)	出来高
妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)	出来高
在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)	出来高
乳幼児加算・幼児加算(1日につき)	出来高
難病等特別入院診療加算(1日につき)	出来高
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)	出来高
新生児入院医療管理加算(1日につき)	出来高
看護配置加算(1日につき)	出来高
地域加算(1日につき)	出来高
離島加算(1日につき)	出来高
療養環境加算(1日につき)	出来高
HIV感染者療養環境特別加算(1日につき)	出来高
二類感染症患者療養環境特別加算(1日につき)	出来高
重症者等療養環境特別加算(1日につき)	出来高
小児療養環境特別加算(1日につき)	出来高
無菌治療室管理加算(1日につき)	出来高
放射線治療病室管理加算(1日につき)	出来高

項目	DPCでの評価
緩和ケア診療加算(1日につき)	出来高
がん診療連携拠点病院加算(入院初日)	出来高
栄養管理実施加算(1日につき)	出来高
褥瘡患者管理加算(入院中1回)	出来高
褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院中1回)	出来高
ハイリスク妊娠管理加算(1日につき)	出来高
ハイリスク分娩管理加算(1日につき)	出来高
後期高齢者外来患者緊急入院診療加算(入院初日)	出来高
後期高齢者総合評価加算(入院中1回)	出来高
後期高齢者退院調整加算(退院時1回)	出来高
(特定入院料)	
救命救急入院料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
特定集中治療室管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
ハイケアユニット入院医療管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
脳卒中ケアユニット入院医療管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
新生児特定集中治療室管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
総合周産期特定集中治療室管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
広範囲熱傷特定集中治療室管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
一類感染症患者入院医療管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
小児入院医療管理料(1日につき)	加算点数として、出来高で評価
(医学管理等)	
特定疾患治療管理料	出来高
ウイルス疾患指導料	出来高
特定薬剤治療管理料	出来高
悪性腫瘍特異物質治療管理料	出来高
入院栄養食事指導料	出来高
集団栄養食事指導料	出来高
高度難聴指導管理料	出来高
がん性疼痛緩和指導管理料	出来高

項目	DPCでの評価
手術前医学管理料	包括評価
手術後医学管理料(1日につき)	包括評価
リンパ浮腫指導管理料	出来高
開放型病院共同指導料(I)	出来高
開放型病院共同指導料(II)	出来高
退院時共同指導料1	出来高
退院時共同指導料2	出来高
地域連携診療計画管理料	出来高
地域連携診療計画退院時指導料	出来高
ハイリスク妊産婦共同管理料(I)	出来高
ハイリスク妊産婦共同管理料(II)	出来高
救急救命管理料	出来高
退院時リハビリテーション指導料	出来高
退院前訪問指導料	出来高
薬剤管理指導料	出来高
診療情報提供料(I)	出来高
診療情報提供料(II)	出来高
医療機器安全管理料	出来高
傷病手当金意見書交付料	出来高
療養費同意書交付料	出来高
後期高齢者退院時薬剤情報提供料	出来高
後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	出来高

※ 看護配置加算についても、医療機関単位の機能に着目した入院基本料等加算ではあるが、DPC算定病床では、15対1入院基本料(一般病院)を算定する場合しか算定できない。

医療法で定める医療機関の例

第1 特定機能病院

(1) 役割

- 高度医療の提供 ○ 高度医療技術の開発・評価 ○ 高度医療に関する研修

(2) 承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率30%以上の維持）
- 病床数……400床以上の病床を有することが必要。
- 人員配置
 - ・ 医師……通常の病院の2倍程度の配置が最低基準。
 - ・ 薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
 - ・ 看護師等……入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
[外来については、患者数÷30で一般病院と同じ]
 - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要。等

第2 地域医療支援病院

(1) 役割

- 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む） ○ 医療機器の共同利用の実施 ○ 救急医療の提供 ○ 地域の医療従事者に対する研修の実施

(2) 承認要件

- 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、特別医療法人、公的医療機関、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること
 - ① 紹介率80%を上回っていること（紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合を含む。）
 - ② 紹介率が60%を超え、かつ、逆紹介率が30%を超えること
 - ③ 紹介率が40%を超え、かつ、逆紹介率が60%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する教育を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること

出典：第9回「医療施設体系の在り方に関する検討会」

厚生労働省医政局総務課（平成19年7月18日）参考資料より抜粋

調整係数について

1

調整係数に係る議論の経緯(1)

【平成17年11月16日 中医協・基本小委】

調整係数については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成22年度改定時に医療機関の機能を評価する係数として組み替える等の措置を講じて廃止することを検討してはどうか。

【平成18年2月15日 中医協・総会 承認】

医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年改定においては、他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

【平成18年2月15日 中医協 答申附帯意見】

DPCについては、円滑導入への配慮から制度の安定的な運営への配慮に重点を移す観点も踏まえ、調整係数の取扱いなど、適切な算定ルールの構築について検討を行うこと。

【平成19年5月16日 中医協 基本小委】

平成18年度診療報酬改定における答申及び附帯意見を踏まえ、平成20年度以降の医療機関係数の在り方について、各医療機関を適切に評価するために、調整係数の廃止や新たな機能評価係数の設定等について検討する必要がある。

2

調整係数に係る議論の経緯(2)

【平成19年8月8日 中医協 基本小委】

新たな係数の導入について検討するとともに、DPC制度の円滑導入のため設定された調整係数については、廃止することとしてはどうか

【平成19年11月21日 中医協 基本小委】

調整係数の廃止及び新たな機能評価係数の設定について

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

【平成19年12月7日 中医協 基本小委】

平成20年度以降、速やかに以下のことを検討することとする。

○ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

【平成20年2月13日 中医協・総会 承認】

DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

3

調整係数の役割について

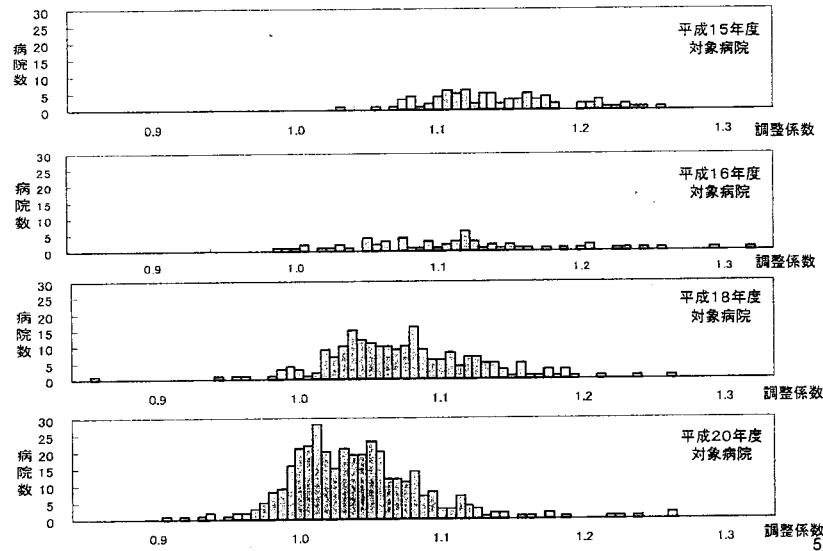
調整係数の役割に係るこれまでの議論の中で、調整係数はDPC制度の円滑導入という観点から設定されたものであり、

- (1) 前年度並の収入確保
- (2) 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価

という役割を含んでいると考えられる。

4

(参考) 病院類型と調整係数(1)



※ 平成20年度における調整係数の数値である

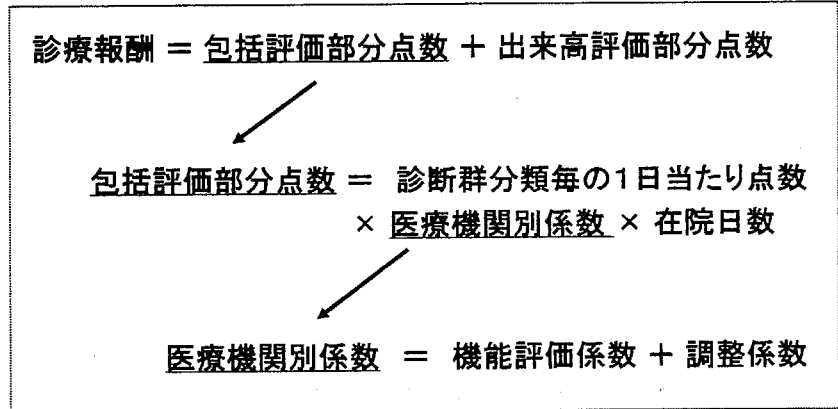
(参考) 病院類型と調整係数(2)

病院類型	病院数	調整係数			
		最小値	最大値	平均値	標準偏差
平成15年度DPC対象病院	82	1.0372	1.2579	1.144345	0.048094
平成16年度DPC対象病院	62	0.9897	1.3242	1.113250	0.072854
平成18年度DPC対象病院	216	0.8597	1.2679	1.077188	0.053694
平成20年度DPC対象病院	358	0.9102	1.2681	1.043656	0.049125

※ 平成20年度における調整係数の数値である

DPCにおける診療報酬の算定方法

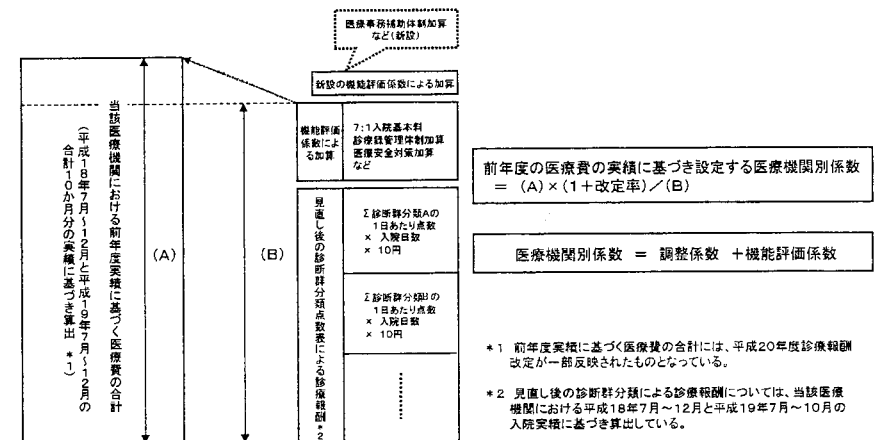
1 現在の「医療機関別係数」の概要



5

7

医療機関別係数について



6

8

機能評価係数について(1)

○ 現在の機能評価係数の考え方

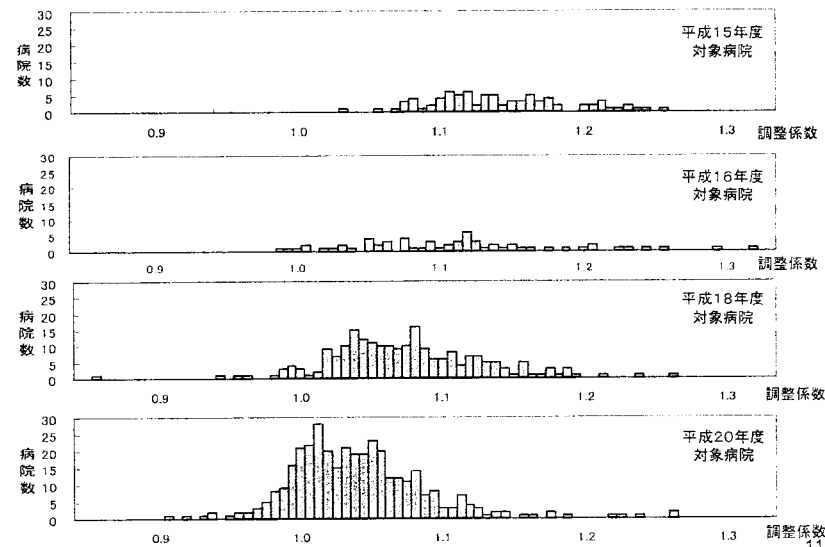
機能評価係数では、入院基本料等のうち、当該医療機関に入院する全ての入院患者に提供される医療で、病院機能に係るものを係数として評価している。

例：7対1入院基本料、入院時医学管理加算 等

※ 入院基本料等加算でも、超急性期脳卒中加算や妊産婦緊急搬送入院加算等の、一部の入院患者に係るものや、地域加算等のように病院機能に係るものではないものについては、出来高で別途算定する。

9

(参考)病院類型と調整係数(1)



※ 平成20年度における調整係数の数値である

機能評価係数について(2)

○ 現在の機能評価係数の項目

- ・ 7対1入院基本料 準7対1入院基本料
- ・ 13対1入院基本料 15対1入院基本料(減算)
- ・ 特定機能病院及び専門病院の10対1入院基本料
- ・ 入院時医学管理加算
- ・ 地域医療支援病院入院診療加算
- ・ 臨床研修病院入院診療加算
- ・ 診療録管理体制加算
- ・ 医師事務作業補助体制加算
- ・ 看護補助加算
- ・ 医療安全対策加算

10

(参考)病院類型と調整係数(2)

病院類型	病院数	調整係数			
		最小値	最大値	平均値	標準偏差
平成15年度DPC対象病院	82	1.0372	1.2579	1.144345	0.048094
平成16年度DPC対象病院	62	0.9897	1.3242	1.113250	0.072854
平成18年度DPC対象病院	216	0.8597	1.2679	1.077188	0.053694
平成20年度DPC対象病院	358	0.9102	1.2681	1.043656	0.049125

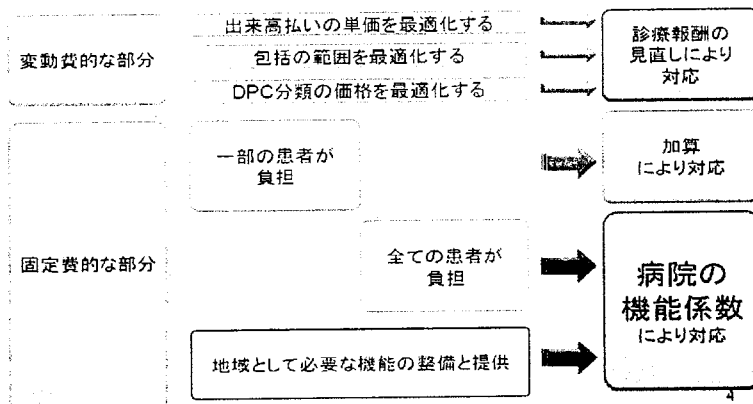
※ 平成20年度における調整係数の数値である

12

2 DPC評価分科会での議論 (総論)

13

平成20年度における議論の整理 支払いを最適化するための方策



出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

14

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方 (案)

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- 2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
- 3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 4 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。

15

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方 (案)

- 5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
- 6 その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 7 急性期としてふさわしい機能を評価する観点から、プラスの係数を原則としてはどうか。

16

3 DPC評価分科会での議論 (各論)

17

新たな「機能評価係数」の検討項目の整理

プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・プロセスの「ばらつき」に関する検討…手術・処置、化学療法 ・診療プロセスの「妥当性」の評価 ・包括範囲についての検証：化学療法、高額処置・材料など
ケースミックスとパフォーマンス	<ul style="list-style-type: none"> ・複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」 ・効率よい診療を評価する「効率性指標」 ・稀少な傷病の診療を評価する「稀少性指数」 ・重症患者への対応状況：副傷病スコア (Charlsonスコア)
ストラクチャー(構造)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の外的基準→構造及び人的資源等についての調査 ・望ましい基準の状況：救急医療、ICU、画像診断、麻酔、病理… ・診療情報の質の評価：EFファイルの適切性、ICD10コーディング…
地域での役割(貢献度)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者シェア、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術… ・4疾病・5事業への対応状況

出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

18

プロセスについて1-①

○ 標準化や効率化が認められる場合、症例数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 標準的・効率的な医療を評価できるのではないか。

<課題>

- ア 症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか。
- イ 症例数とアウトカムの関係についての検証が必要ではないか。
- ウ 評価することにより、不必要な医療を助長する恐れがあるのではないか。

19

プロセスについて1-②

○ 標準レジメンや診療ガイドライン等に沿った標準的医療が提供される患者の割合に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 標準レジメンや診療ガイドライン等により、治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待されるのではないか。

<課題>

- ・ 評価の対象とするべき標準レジメンや診療ガイドライン等の基準についてどのように考えるのか。

20

プロセスについて2

- 平成20年度より療養担当規則において、後発医薬品の利用に努めることとしているが、DPC対象病院における後発医薬品の使用促進についてどのように考えるか。

(参考)DPCにおける後発医薬品の使用状況

薬剤費における後発医薬品の占める割合(金額ベース)

施設類型	平成16年度	平成17年度	平成18年度
平成15年度DPC対象病院 (82病院)	2.6%	3.4%	4.1%
平成16年度DPC対象病院 (62病院)	5.1%	7.4%	8.8%
平成18年度DPC対象病院 (216病院)	—	4.1%	7.1%
DPC準備病院 (371病院)	—	—	4.7%
総計 (731病院)	3.4%	4.1%	5.4%

出典:平成19年6月22日DPC評価分科会「DPC対象病院及び準備病院における後発医薬品の使用状況について」

(参考)		平成17年9月	平成19年9月
医薬品全体の市場シェアにおける後発医薬品の占める割合	金額ベース	5.9%	6.4%
	数量ベース	(16.8%)	(18.7%)

出典:平成20年7月9日薬価専門部会

21

ケースミックスとパフォーマンスについて1-①

- 「複雑性指数」及び「効率性指数」に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・「複雑性指数」及び「効率性指数」については、病院の総合的な能力及び効率性を評価できるのではないか。

<課題>

- ・「効率性指数」については、患者を早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と合わせて検証が必要ではないか。

22

ケースミックスとパフォーマンスについて1-②

- 難病や特殊な疾患等に対応できる専門性を反映した「希少性指数」に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できるのではないか。

<課題>

- ア いわゆる専門病院が評価されにくいのではないか。
- イ 難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではないのではないか。

23

ケースミックスとパフォーマンスについて1-③

- 「副傷病」の程度に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できるのではないか。

<課題>

- ア 診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価しているのではないか。
- イ 副傷病の重症度に応じた重み付けの方法論が確立しているのか。
- ウ 副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になるのではないか。

24

ストラクチャー(構造)に係る評価の考え方(案)

- 1 望ましい5要件は、出来高での評価項目であり、これを単純に新たな「機能評価係数」として評価することは二重に評価することになるのではないか。
- 2 5要件にある救命救急入院料については、社会的必要性や地域医療の確保の観点から、単に出来高で算定していることを基準としない評価の方法について検討できないか。
- 3 施設の構造及び人的資源等と医療機能との関連性については松田研究班での調査結果等も踏まえて検討してはどうか。
- 4 質の高い診療情報の提供に当たっては、病院側のコストを反映した評価をするべきとの意見もあるが、診療情報の透明化を図りつつ、患者の医療に還元できる方法等を検討し、その後に評価のあり方について検討してはどうか。
- 5 高度な施設・設備を評価することは必要であるが、一方、地域として効率的に医療を提供していく視点も必要であることから、医療計画等と連動して、地域として適切な施設・設備整備の在り方を考慮することについて検討してはどうか。

25

地域における病院の役割1-①

○ 医療計画で定める事業(※)において、症例数や医療圏における割合(シェア)に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。

<課題>

- ア 医療計画に定める事業のうち、どの分野をどのような指標で評価すべきか。
- イ 医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、どのように考えるか。
- ウ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案すべきでないか。

※ 医療計画に定める事業とは、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))をいふ。

地域における病院の役割1-②

○ 地域の救急・小児救急患者及び妊産婦の受入数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。

<課題>

- ・ 重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要があるか。

27

地域における病院の役割1-③

○ 各都道府県が定める医療計画において、一定の機能を担う医療機関として定められていることを評価すべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。

<課題>

- ア 一定の機能を担う医療機関は、各都道府県の実情に応じて定められるものであるが、一律に評価することができるのか。
- イ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案すべきでないか。

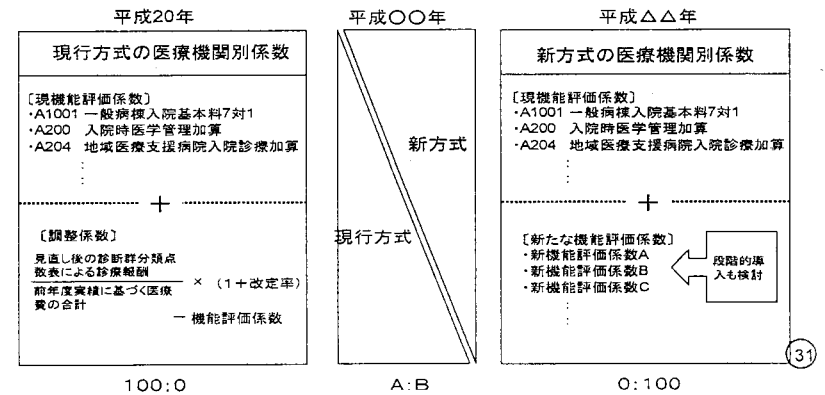
28

経過措置の考え方

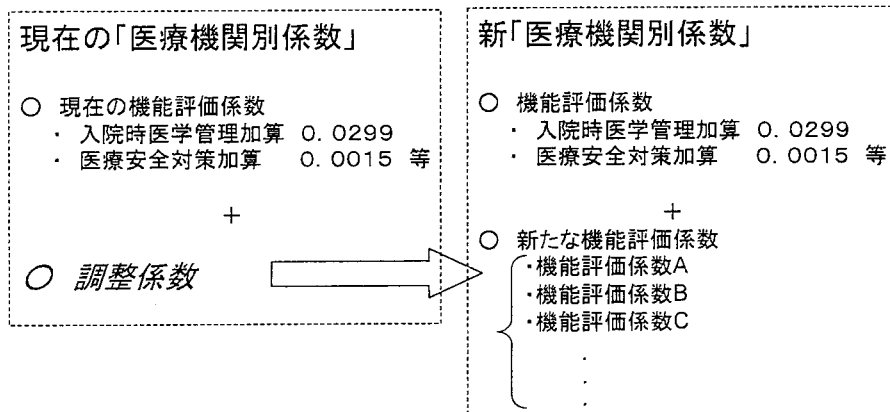
○ 経過措置を置くべきか。仮に置くのであれば、どのような方法が考えられるか

4 新たな「機能評価係数」等の検討に係る基本的な考え方

経過措置を設ける場合の対応方法として考えられる方策の一例



新たな「医療機関別係数」のイメージ



DPCの在り方について

(これまでの資料一覧)

- 1 DPCの在り方について(平成20年7月16日基本小委資料)
..... P1
- 2 DPCの評価について(平成20年10月22日基本小委資料)
..... P6
- 3 DPCの適用がふさわしい病院について(平成20年11月
19日基本小委資料)..... P20
- 4 DPC評価分科会における新たな機能評価係数に係る
これまでの議論の整理(平成20年11月7日DPC評価
分科会資料)..... P38

中医協 診-3 20.11.19	中医協 診-1 20.10.22	中医協 診-2 20.7.16
---------------------	---------------------	--------------------

DPCの在り方について

第1 DPCについて

(1) DPCの対象及び導入に係る経緯等について(別紙1)

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

(参考)平成15年3月28日閣議決定

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

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

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

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

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

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

※平成20年度DPC準備病院については集計中。

(2) 平成19年度のDPC対象病院の基準に係る検討の概要

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

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

第2 平成19年度中医協の取りまとめ事項

平成19年度の中医協では、

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

<出典：平成20年2月13日中医協総会資料>

第3 今後の検討課題について

(1) DPCの評価について(別紙5)

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

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

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

れる。

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

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

(参考1)

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

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

＜出典：平成20年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料＞

(参考2) 指導監査で明らかとなった適切でない請求例

- 1) 包括評価部分を最大化する
 - A 不適切なコーディング（いわゆるアップ・コーディングによって、診療報酬点数が高くなるものを選択する）
 - 「医療資源を盡も投入した」とはいえない償病名でコーディングしている。
 - 特定入院期間超過後の手術による「手術あり」コーディングしている。
 - B 入院期間のリセット（より点数の高い入院期間1の入院に換す）
 - 退院後、極めて短期間で予定入院としている。
 - 包括評価対象外の病床との間で転院を繰り返している。
 - 医療機関と関連病院、本院と分院との間で転院を繰り返している。
- 2) 包括評価されている項目の出来高請求
 - C 一定の入院中に他室療養費で実施
 - 前日入院当日に他室でMRI、PETを実施している。
 - 入院中の他室受診を対診扱いせず、他室から出来高請求している。
 - D 出来高請求される算定項目として取り扱う
 - 病後に療養で行った点滴等、手術にあたって使用された薬剤以外の薬剤を手術で使用した薬剤として出来高請求する。

＜出典：平成19年8月8日中医学協基本小委員資料より抜粋＞

【論点1】

これまでのDPCの評価についてどのように考えるべきか。

(2) DPCの対象病院について

急性期入院医療を対象としてDPC対象病院の拡大がなされてきてお

り、今後も拡大が見込まれている。

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

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

【論点2】

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

(3) DPC制度の運用に係る見直しについて

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

【論点3-1】新たな機能評価係数の設定について

○ 新たな機能評価係数について、どのような観点から評価するべきものと考えるか。

例) 平成19年度の論点

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

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

中医学協 第3
2010.2.22

DPCの評価について

- 1 平均在院日数について
- 2 再入院率について
- 3 転帰(治癒・軽快)について
4. DPC対象病院での診療状況について

1 平均在院日数について

【論点3-2】調整係数の廃止について

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

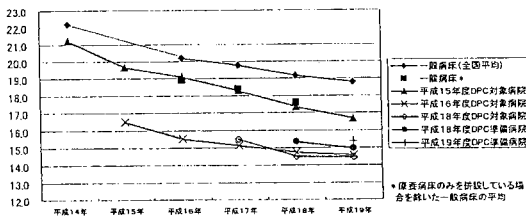
DPCIにおける平均在院日数の年次推移

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

出典 平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医編 DPC評価分科会)

DPCIにおける平均在院日数の推移

- 一般病床における平均在院日数(全国平均)は減少傾向である。
- DPC対象病院及び準備病院の平均在院日数も全国平均と同じく減少傾向である。

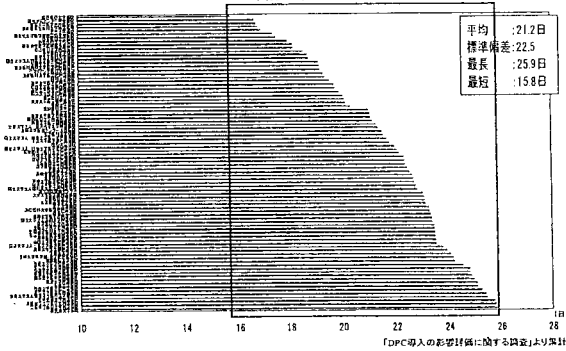


出典 病院経営(厚生労働省大臣官房統計情報部)
平成18年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医編 DPC評価分科会)
平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医編 DPC評価分科会)

7

DPCIにおける平均在院日数の変化 (平成15年度DPC対象病院の例)

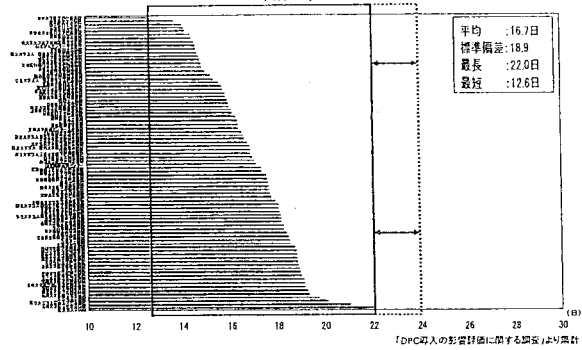
平成14年



「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

DPCIにおける平均在院日数の変化 (平成15年度DPC対象病院の例)

平成19年

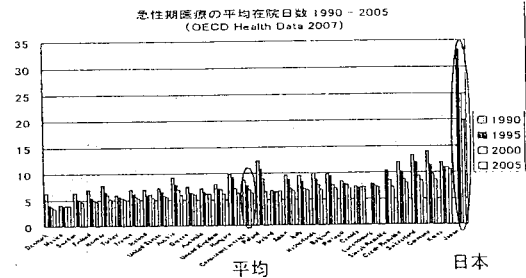


「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

9

諸外国の平均在院日数の推移

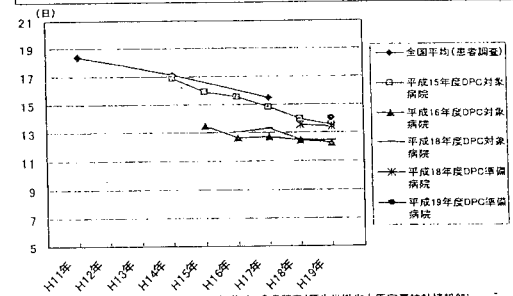
- 90年代以降、急性期医療における平均在院日数は諸外国で減少傾向にある。



5

手術後在院日数の推移

- 手術後の在院日数は、全国で減少傾向にある。
- DPC対象病院及び準備病院の手術後の在院日数も全国平均と同じく減少傾向である。



全国平均の推移は、患者調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)
DPC対象及び準備病院の推移は、「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

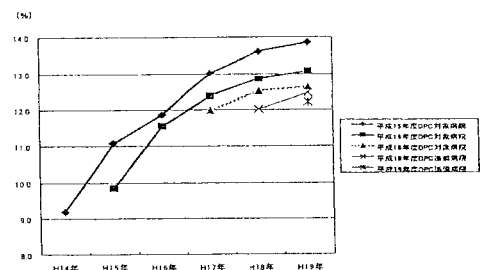
8

2 再入院率について

9

DPCIにおける再入院率の推移

- DPCIにおける再入院率は増加傾向にある。

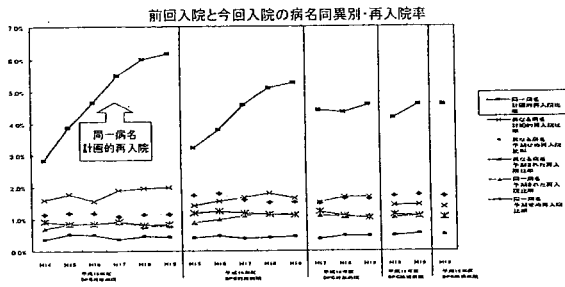


出典 平成18年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医編 DPC評価分科会)
平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医編 DPC評価分科会)

10

DPCIにおける再入院率の内訳①

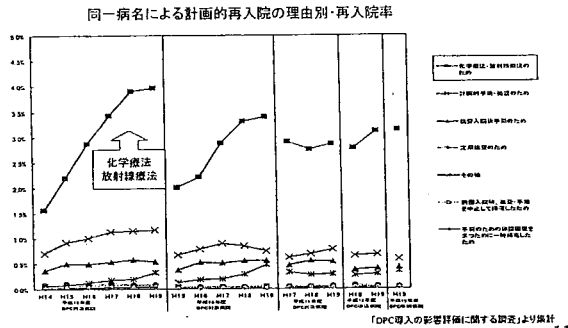
○ 「同一病名」による「計画的再入院」が増加傾向にある。



出典 平成19年度「DPCI導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医学 DPCI評価分科会)
平成19年度「DPCI導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医学 DPCI評価分科会)

DPCIにおける再入院率の内訳②

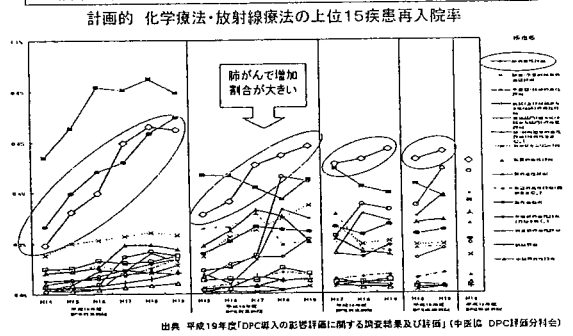
○ 「同一病名による計画的再入院」のうち、「化学療法・放射線療法」の増加割合が大きい



「DPCI導入の影響評価に関する調査」より集計

DPCIにおける再入院率の内訳③

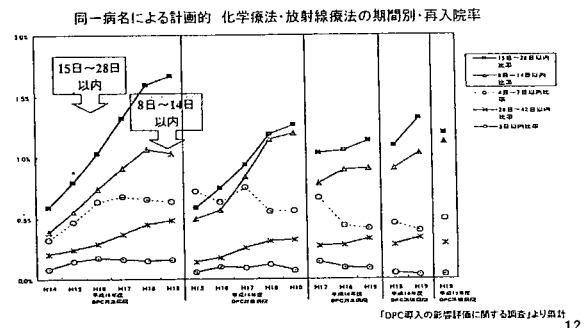
○ 肺がん等において、「化学療法又は放射線療法」による治療の再入院率の増加割合が大きい。



出典 平成19年度「DPCI導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医学 DPCI評価分科会)

DPCIにおける再入院率の内訳④

○ 期間別では、「8日～14日以内」及び「15日～28日以内」の再入院率の増加割合が特に大きい。

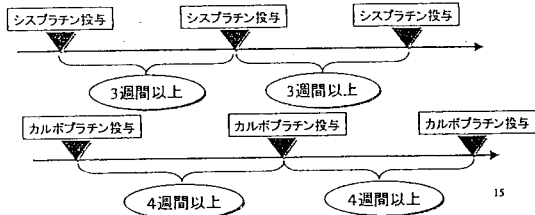


「DPCI導入の影響評価に関する調査」より集計

化学療法による治療の一例(肺がんの場合)

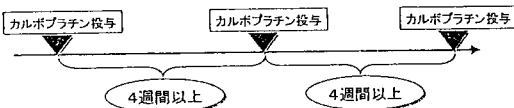
○ 肺がん診療ガイドライン(日本肺癌学会/編(2005年版))において、肺がん(非小細胞肺癌)の化学療法では、シスプラチンを含む抗がん剤併用療法を推奨されている。
※臨床では、シスプラチンの代わりに、同じ白金製剤であるカルボプラチンが用いられることも多い。
○ 薬剤の添付文書において、シスプラチンは3週間以上、カルボプラチンは4週間以上の間隔で投与することとされている。

<肺がんに対する抗がん剤の投与の例>



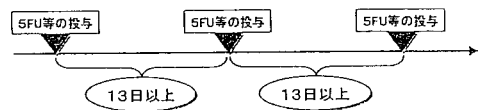
化学療法による治療の一例(卵巣がん)

○ 卵巣がん治療ガイドライン(日本婦人科腫瘍学会/編(2004年版))において、卵巣がん(上皮性卵巣腫瘍)の化学療法では、TJ療法(カルボプラチン及びパクリタキセルの併用療法)が、第一選択とされている。
○ 薬剤の添付文書において、カルボプラチンは4週間以上の間隔で投与することとされている。



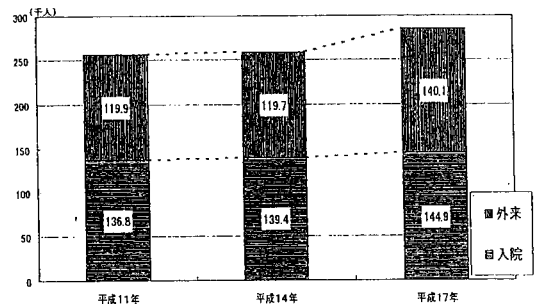
化学療法による治療の一例(大腸がんの場合)

○ 大腸がん診療ガイドライン(大腸癌研究会/編(2005年版))において、5つのレジメンが示されているが、その中でも、入院では、FOLFOX療法(フルオロウラシル(5FU)・レボホリナートカルシウム・オキサリプラチンの3剤を併用)が行われることが多い。
○ 薬剤の添付文書において、5FUとオキサリプラチンを併用する場合は少なくとも13日間投与間隔をあけることとされている。



(参考)入院・外来別 悪性新生物患者数

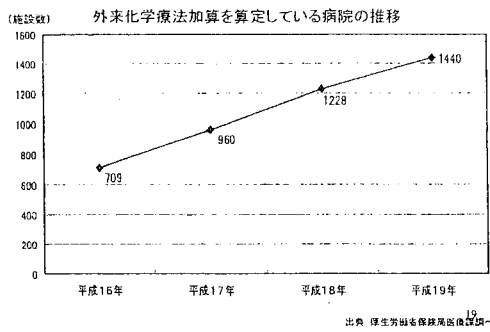
○ 悪性新生物に対する治療については、外来の比重が大きくなっている。



出典 厚生労働省(厚生労働省各大学医療統計情報部)

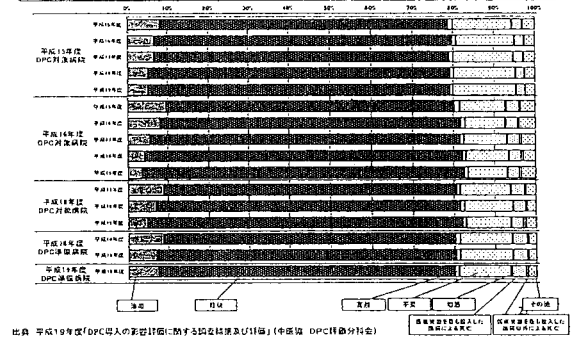
(参考) 外来化学療法への推移

○ 近年は、外来化学療法加算を算定する病院が増加傾向にある。



DPCによる転帰の推移①

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



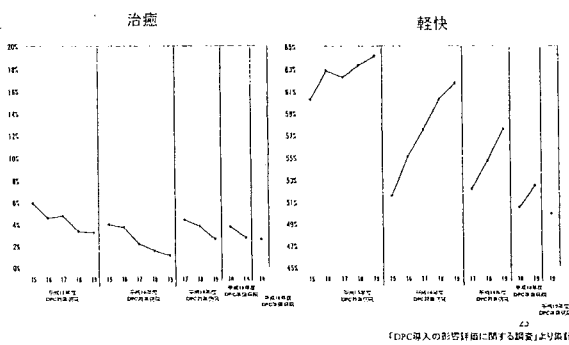
DPCによる転帰の推移②

病院類型	年度	治癒	軽快	治癒+軽快
平成15年度DPC対象病院 (割合)	平成15年	8.08%	70.65%	78.73%
	平成16年	6.52%	73.08%	79.60%
	平成17年	6.56%	72.45%	79.01%
平成16年度DPC対象病院 (割合)	平成16年	9.82%	70.57%	80.39%
	平成17年	8.03%	73.70%	81.73%
	平成18年	5.41%	76.14%	81.55%
平成18年度DPC対象病院 (割合)	平成18年	8.85%	71.72%	80.57%
	平成19年	6.88%	74.61%	81.49%
	平成19年度DPC対象病院 (割合)	平成19年	7.49%	72.55%

出典 平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」(中医療 DPC評価分科会)

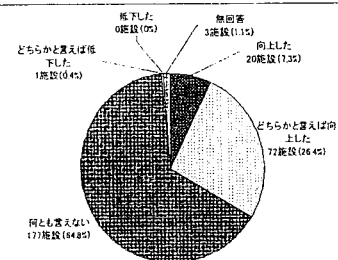
3 転帰(治癒・軽快)について

がんの治癒・軽快の推移



DPC対象病院での医療の質について

問 DPCの導入で患者に提供する医療の質は全体としてどう変化了吗と思えますか。



4. DPC対象病院での診療状況について

DPCにおける後発医薬品の使用状況

薬剤費における後発医薬品の占める割合(金額ベース)

施設類型	平成16年度	平成17年度	平成18年度
平成15年度DPC対象病院 (82病院)	2.6%	3.4%	4.1%
平成18年度DPC対象病院 (62病院)	5.1%	7.4%	8.8%
平成18年度DPC対象病院 (216病院)	—	4.1%	7.1%
DPC準拠病院 (371病院)	—	—	4.7%
総計 (731病院)	3.4%	4.1%	5.4%

出典 平成19年6月22日DPC評価分科会「DPC対象病院及び準拠病院における後発医薬品の使用状況について」

まとめ

- 1 急性期医療における平均在院日数は、DPCに限らず、諸外国を含めて減少傾向である。
- 2 DPCにおける再入院率の増加については、近年のがんに対する化学療法拡大に伴う影響も考慮する必要があるのではないか。
- 3 DPCにおいて治癒が減少傾向であり、軽快が増加傾向であることも、近年のがん治療や急性期医療に対する考え方も考慮する必要があるのではないか。
- 4 DPC対象病院では、医療の質が低下したと考えている割合はほとんどなく(日本病院会のアンケート)、一方で、後発薬品の使用が促進されている。

27

【論点2】 DPCの適用がふさわしい 病院について

1

19

20

DPC対象病院となる病院の基準

- DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする
 - 看護配置基準 10対1以上であること
 - 診療録管理体制加算を算定している、又は同等の診療録管理体制を有すること
 - 標準しせ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
 - 2年間(合計で10ヶ月分)のデータを適切に提出していること
 - (データ/病床)比が8.75以上であること

※ 下線部は平成20年度より導入

平成19年度の議論の結果2

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

(参考)

- ・ 対象期間=7月~10月(123日)
- ・ 一般病床の病床利用率=79.4%(平成17年医療施設調査)
- ・ 平均在院日数=28日(10:1入院基本料における特定機能病院の基準在院日数)とした場合

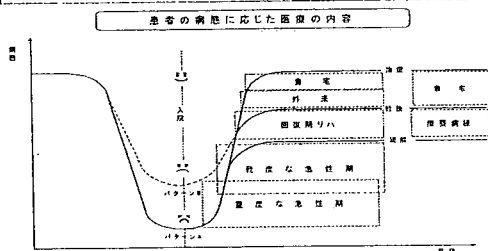
データ/病床比=(対象期間123日×病床利用率79.4%)÷平均在院日数28日
= 3.5 (平成16年度DPC対象病院の基準)

※ 4ヶ月の(データ/病床)比の基準である3.5を10ヶ月に換算すると
 $3.5 \times 10/4 = 8.75$

5

平成19年度の議論の結果1

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



出典 平成19年11月21日 中医協基本問題小委員会資料
平成19年10月22日 DPC評価分科会資料

21

平成21年度DPC対象病院の基準に係る検討の経緯

- 平成19年度DPC準備病院については、平成21年度にDPCの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるDPC対象病院に適用される基準と同じものとする。

出典 平成20年2月13日 中医協総会資料

【論点2】

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

出典 平成20年7月16日 中医協基本小委員会資料

22

DPC対象病院の傾向について1-(1)

○ 平成19年度DPC準備病院は、DPC算定病床数が少ない傾向がある。(DPC算定病床が200床未満が約半数)

DPC病院数

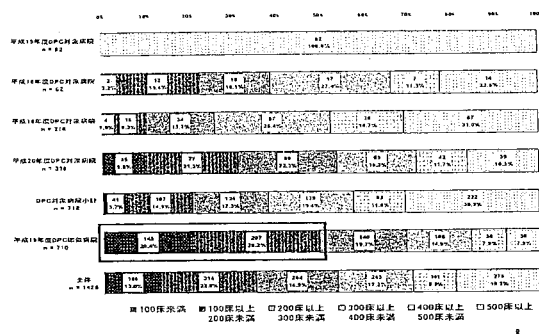
病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	82	82
平成16年度DPC対象病院	2	12	10	17	7	14	62
平成17年度DPC対象病院	4	18	34	51	36	67	216
平成18年度DPC対象病院	35	77	80	65	42	59	358
DPC対象病院小計	41	107	124	139	85	222	718
平成19年度準備病院	145	207	140	108	56	56	710
準備病院小計	145	207	140	108	56	56	710
計	186	314	264	245	141	278	1,428

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

出典 平成20年7月16日 中協基本小委資料

DPC対象病院の傾向について1-(2)

DPC病院算定病床数規模別病院数(1-(1)の再掲)



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

出典 平成20年7月16日 中協基本小委資料

いわゆる「ケアミックス型病院」とは

○ DPC算定病床以外の病床を併設している病院をいわゆる「ケアミックス型病院」とする。

	DPC対象病院 (718病院)	DPC準備病院 (706病院)
1 療養病床(障害者・特殊疾患病床を含む)のある病院	89 (12.4%)	201 (28.5%)
2 回復期リハビリテーション病床のある病院	111 (15.5%)	138 (19.5%)
3 精神病床のある病院	142 (19.8%)	54 (7.6%)
4 その他(結核・緩和ケア・亜急性期等)のDPC算定病床以外の病床のある病院	270 (37.6%)	316 (44.8%)
1~4のいずれかの病床又は病床のある病院	452 (63%)	476 (67.4%)

(重複計上)

平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

DPC算定病床数割合と医療機関数

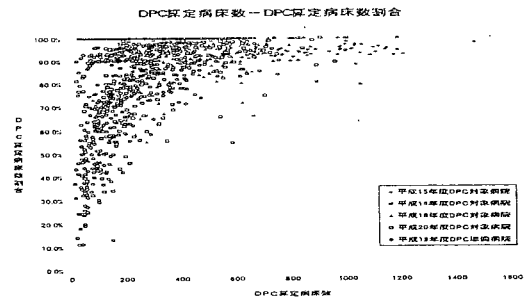
DPC算定 病床数割合	DPC 対象病院	平成19年度 DPC準備病院	計
100%	266 (37.0%)	230 (32.6%)	496 (34.8%)
100%未満 90%以上	252 (35.1%)	150 (21.2%)	402 (28.2%)
90%未満 80%以上	100 (13.9%)	80 (11.3%)	180 (12.6%)
80%未満 70%以上	41 (5.7%)	80 (11.3%)	121 (8.5%)
70%未満 60%以上	29 (4.0%)	51 (7.2%)	80 (5.6%)
60%未満 50%以上	14 (1.9%)	50 (7.1%)	64 (4.5%)
50%未満 40%以上	6 (0.8%)	31 (4.4%)	37 (2.6%)
40%未満	10 (1.4%)	34 (4.8%)	44 (3.1%)
計	718 (100.0%)	706 (100.0%)	1,424 (100.0%)

平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

25

DPC対象病院の傾向について2-(1)

○ DPC算定病床数が少なければ、DPC算定病床割合も小さい傾向にある。



DPC算定病床割合: DPC算定する100一般病床入り病棟平均、A300算定割合入院病棟のDPC算定病床数を算定して算出したL0。

例: A100一般病床入り病棟を算定する算定割合40%、A100算定病床入り病棟を算定した場合、

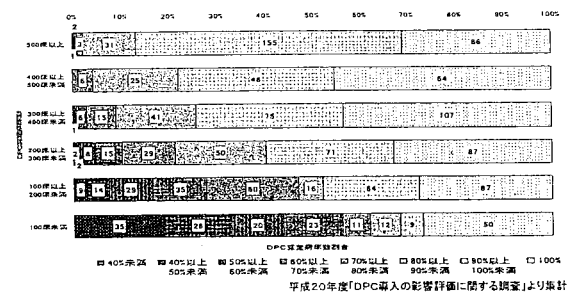
100 = (100 × 30) + 100 × 30%

出典 平成20年7月16日 中協基本小委資料

DPC対象病院の傾向について2-(2)

○ DPC算定病床数が少なければ、DPC算定病床割合も小さい傾向にある。(DPC算定病床数が100床未満の医療機関のうち、DPC算定病床割合が50%未満の医療機関が約30%である。)

DPC算定病床数-DPC算定病床数割合(2-(1)の再掲)

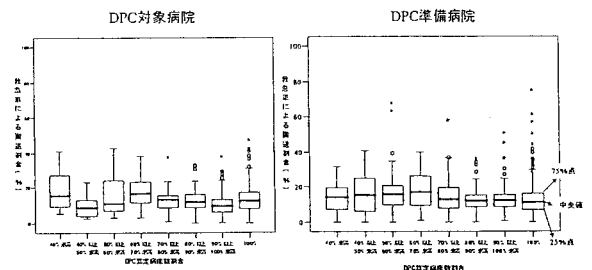


平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

24

救急車搬送割合

○ 救急車による搬送により入院となった患者の割合は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

(参考)救急車搬送割合

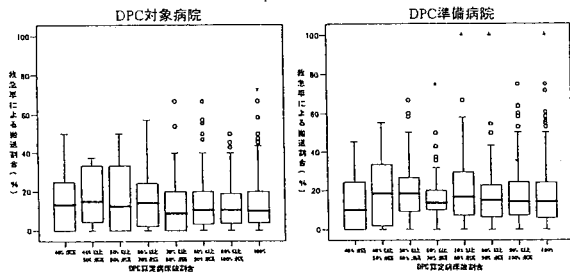
【表2】救急車による搬送の率・患者数

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

出典:平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

26

(参考)救急車搬送割合(肺炎の例)



※ 診療科分類040000x99x00x(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし)について集計
15
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

(参考)緊急入院割合

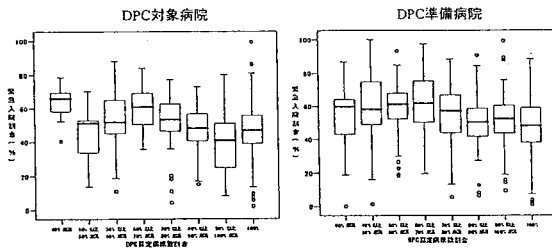
【表3】緊急入院の年・患者数

病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC対象病院(割合)	27.5%	27.3%	25.8%	25.2%	25.5%
(1施設当たり患者数)	250.1	259.8	253.7	265.9	273.8
平成16年度DPC対象病院(割合)	46.9%	46.2%	46.0%	47.6%	47.3%
(1施設当たり患者数)	243.5	256.2	252.9	268.2	264.2
平成18年度DPC対象病院(割合)	-	-	45.8%	46.4%	46.7%
(1施設当たり患者数)	-	-	268.9	289.2	293.7
平成18年度DPC準備病院(割合)	-	-	-	48.8%	48.6%
(1施設当たり患者数)	-	-	-	213.0	213.1
平成19年度DPC準備病院(割合)	-	-	-	-	49.6%
(1施設当たり患者数)	-	-	-	-	155.5

17
出典:平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

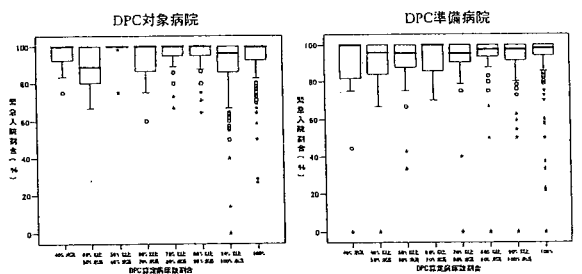
緊急入院割合

○ 緊急入院割合は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



※「緊急入院」とは「予定入院」以外の入院をいう。
16
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計
27

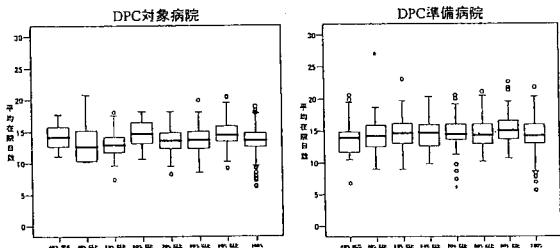
(参考)緊急入院割合(肺炎の例)



※ 診療科分類040000x99x00x(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし)について集計
18
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計
28

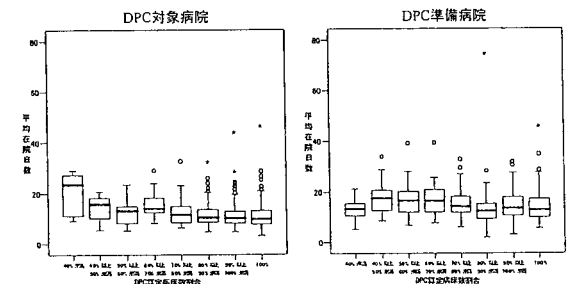
平均在院日数

○ 平均在院日数は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



19
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

(参考)平均在院日数(肺炎の例)



※ 診療科分類040000x99x00x(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし)について集計
21
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

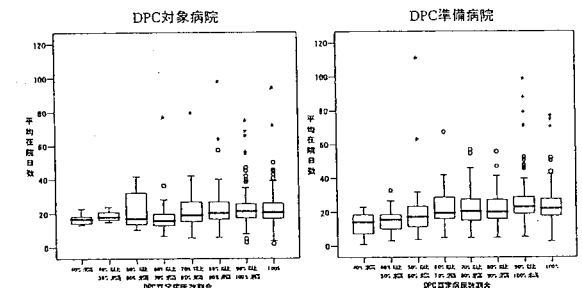
(参考)平均在院日数

【表1】在院日数の平均の年次推移

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

出典:平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

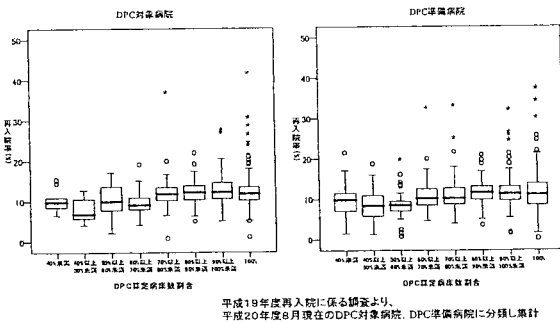
(参考)平均在院日数(脳梗塞の例)



※ 診療科分類010000x099x3xx(脳梗塞、JCS3未満、手術なし、手術・処置等2あり、エグザン(後等))について集計
22
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計
30

再入院率について

○ 再入院率は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



(参考)再入院率について

【表8】再入院率「再入院の割合」

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

出典：平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

入院経路について

○ 入院経路は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、一般入院が大半を占める。

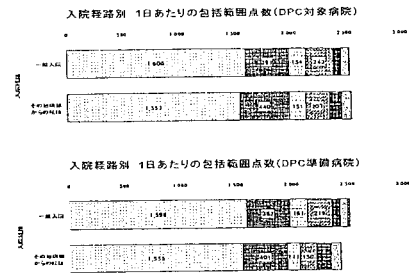
入院経路	対象病院							
	40%未満	50%未満 40%以上	60%未満 50%以上	70%未満 60%以上	80%未満 70%以上	90%未満 80%以上	90%以上	100%
一般入院(件数) (構成比)	1,770 99.2%	2,119 99.5%	5,850 97.9%	14,454 98.3%	27,127 98.5%	102,442 98.7%	386,079 98.8%	317,203 98.9%
院内出生(件数) (構成比)	0 0%	0 0%	111 1.8%	129 0.9%	358 1.3%	1,239 1.2%	4,978 1.3%	3,330 1.1%
その他病棟からの転移(件数) (構成比)	0 0%	3 0%	13 0.2%	24 0.2%	49 0.2%	121 0.1%	376 0.1%	0 0%

入院経路	準備病院							
	40%未満	50%未満 40%以上	60%未満 50%以上	70%未満 60%以上	80%未満 70%以上	90%未満 80%以上	90%以上	100%
一般入院(件数) (構成比)	5,069 98.8%	5,910 98.9%	14,193 98.7%	17,928 99.1%	31,007 98.9%	67,727 98.8%	120,900 99.0%	185,063 98.7%
院内出生(件数) (構成比)	15 0.3%	30 0.5%	58 0.4%	127 0.7%	259 0.7%	735 1.1%	1,127 0.9%	2,417 1.3%
その他病棟からの転移(件数) (構成比)	45 0.9%	37 0.6%	128 0.9%	49 0.3%	142 0.4%	111 0.2%	117 0.1%	0 0%

※「一般入院」とは「院内出生」及び「その他病棟からの転移」以外による入院をいう

入院経路別の医療内容

○ 入院経路毎の1日あたりの包括範囲点数は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、明らかな傾向は認められない。

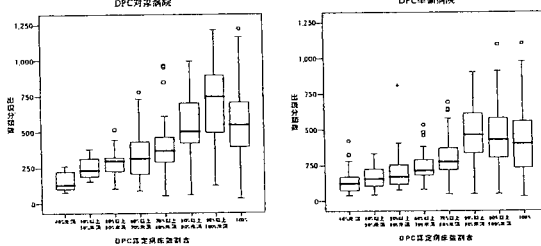


○ 入院基本科等 自注射 画像 検査 処置 投薬 医学管理科 回その他
※ 包括範囲内の診療行為について、出典：高換算集計

症例の多様性について

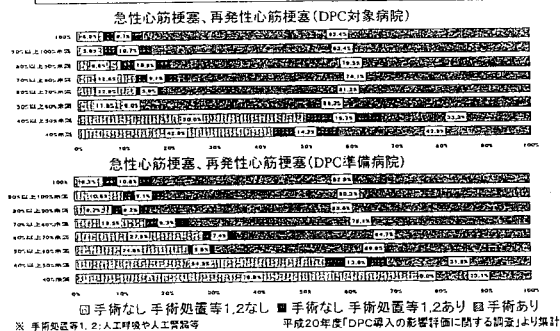
○ DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合が小さい医療機関では、診療している傷病や治療法の種類(算定されている診断群分類の数)は少ない傾向がある。

※ 調査期間中に各医療機関において算定された診断群分類の種類を集計

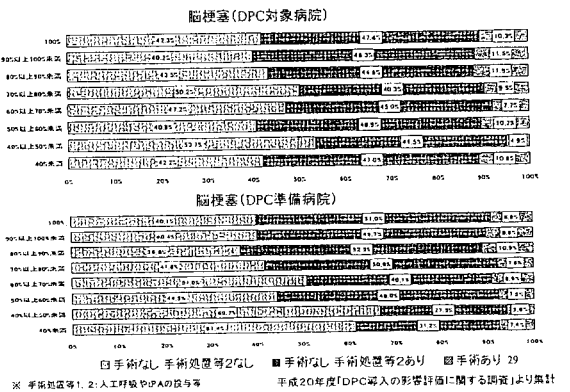


(参考)症例の多様性について(急性心筋梗塞の例)

○ DPC算定病床割合が少ない医療機関では、疾患によっては、手術等を伴わない治療が多く行われている。(なお、DPCでは、これら治療は別々の診断群分類で分けて評価されている。)

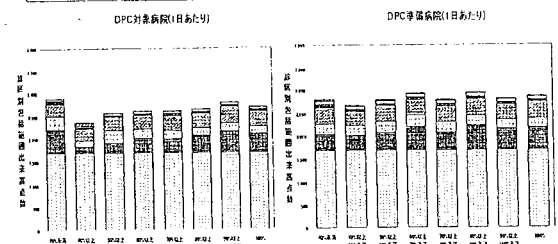


(参考)症例の多様性について(脳梗塞の例)



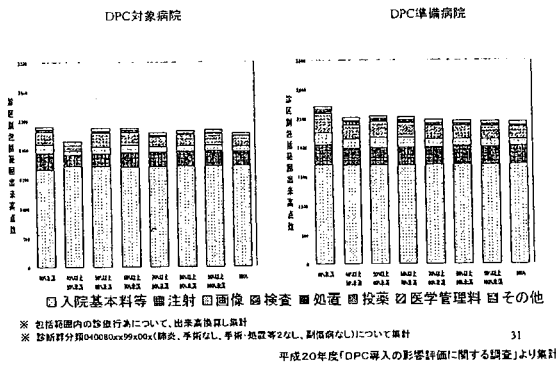
医療内容について

○ 診療行為の出来高換算の内訳(1日当たり)は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



○ 入院基本科等 自注射 画像 検査 処置 投薬 医学管理科 回その他
※ 包括範囲内の診療行為について、出典：高換算集計

(参考)医療内容について(肺炎の例)



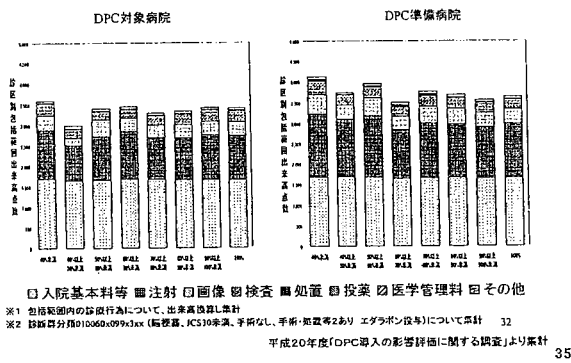
出典:平成20年11月12日 DPC評価分科会資料 33

DPC評価分科会による特別調査の概要1

アンケートに対するケアミックス型病院からの主な回答

- 1 脳・神経疾患の急性期からリハビリ、在宅まで一貫した医療を提供するため、施設完結型で医療を提供している。
- 2 DPC算定病床は少ないが、一般病床は整形外科のみを対象としており、常勤医も6名いる。近隣の総合病院と比べても、整形外科としては地域で最大手。
- 3 医療費の効率的運用、医療の透明化、コスト効率化というDPCの理念に共鳴したため。
- 4 経営効率が悪くなり、地域の要望に応える事が出来なくなると考え、DPCは不可避と判断したから。

(参考)医療内容について(脳梗塞の例)



DPC評価分科会による特別調査の概要2-1(1)

ヒアリングにおけるケアミックス型病院から出された主な意見等

- ① DPCとしてのふさわしさ
 - ・ ケアミックス型病院であっても、救急車の受入れを積極的に行っており、急性期病床(DPC算定病床)では、十分な急性期医療を提供している。(他方、救急車の受入れをほとんど行っていない医療機関もあった。)
 - ・ 地域に他に医療機関がなく、多様な患者を受入れている。
 - ・ スタッフ数や病床数に比べ、手術数が少なく効率的ではないと思われる。
- ② ケアミックスの利点
 - ・ 患者の病態変化に合わせ、リハビリ、療養、在宅で一貫した治療が可能で、患者にとっても安心ではないか。
 - ・ 精神病床を有しており、受入れ医療機関の少ない認知症患者の手術等を積極的に行うことができる。
 - ・ 急性期治療後の受け皿となる慢性期病床を有しているため、高齢者等の入院が長期となる可能性が高い患者についても、積極的に受入れることができる。

DPC評価分科会による特別調査の概要2-1(2)

- ③ DPC導入のメリット・デメリット
 - ・ DPCデータを用いて、医療機関内・医療機関間で医療内容等の比較を行うことで、医療の効率化や透明化等が進んだだけでなく、職員のモチベーションアップにもつながっている。
 - ・ レセプト請求が簡便になった。
 - ・ 設備投資やDPCデータの入力にコストがかかる。
 - ・ 救急医療等では、DPCで請求するより、出来高で請求した方が、診療報酬は高くなる例もある。
- ④ 要望
 - ・ 新たな機能評価係数では、中小規模であるが専門的に高度な医療を提供している医療機関も評価されるよう留意して欲しい。

中央編 20.11.19 診療部 D-1 20.11.7

DPC評価分科会における
新たな機能評価係数に係る
これまで議論の整理

まとめ

- 1 今回の集計では、DPC対象病院とDPC準備病院の間で、明らかな差異や傾向は見られていない。
- 2 DPC算定病床割合と、平均在院日数、救急車搬送割合、緊急入院割合及び再入院率に明らかな傾向は見られていない。
- 3 DPC算定病床割合に関わらず、DPC以外の病棟からDPCを算定する病床へ転棟する患者の割合は極めて小さく、他の入院患者と比べて、1日当たりの医療内容に明らかな違いは見られていない。
- 4 DPC算定病床割合が小さい医療機関では、診療している症例の多様性は少ない。
- 5 DPC算定病床割合が小さい医療機関では、一部の疾患については、手術や特殊な処置等を行う患者の割合が少ない傾向にあるが、これらは治療内容に応じた別の診断群分類となっており、DPC算定病床割合の大きい医療機関で実施される手術等の併発症例の点数設定には影響しない。
- 6 特別調査(ヒアリング)では、ケアミックス型病院のメリットを活かしながら、地域の急性期医療を担い、DPCにより、医療の効率化や透明化等が進んでいる例が見られた。一方で、急性期医療を必ずしも効率的に提供できているとは思われない例も見られた。

(参考)現行のDPC制度について

DPC対象病院とは

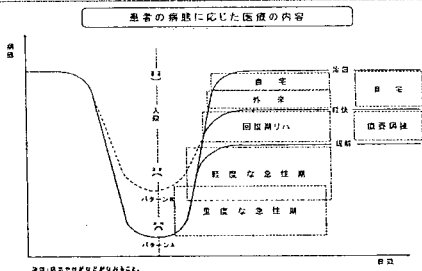
平成15年3月28日閣議決定

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

3

急性期の定義

「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とする。



出典 平成19年11月21日 中医協基本診療小委員会資料
平成19年10月22日 DPC評価分科委員会資料

39

DPCにおける調整係数の議論の経緯①

【平成18年2月15日 中医協・総会 承認】

医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年度以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年度改定においては、他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

【平成18年2月15日 中医協 答申附帯意見】

DPCについては、円滑導入への配慮から制度の安定的な運営への配慮に重点を移す観点も踏まえ、調整係数の取扱いなど、適切な算定ルールの構築について検討を行うこと。

【平成19年5月16日 中医協 基本小委】

平成18年度診療報酬改定における答申及び附帯意見を踏まえ、平成20年度以降の医療機関係数の在り方について、各医療機関を適切に評価するために、調整係数の廃止や新たな機能評価係数の設定等について検討する必要がある。

【平成19年8月8日 中医協 基本小委】

新たな係数の導入について検討するとともに、DPC制度の円滑導入のため設定された調整係数については、廃止することとしてはどうか

5

DPCにおける調整係数の議論の経緯②

【平成19年11月21日 中医協 基本小委】

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

【平成19年12月7日 中医協 基本小委】

平成20年度以降、速やかに以下のことを検討することとする。
○ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

【平成20年2月13日 中医協・総会 承認】

DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

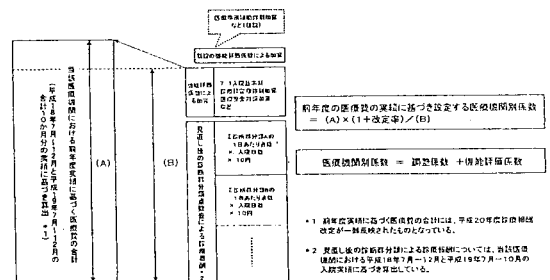
6

40

1 現在の「医療機関別係数」の概要

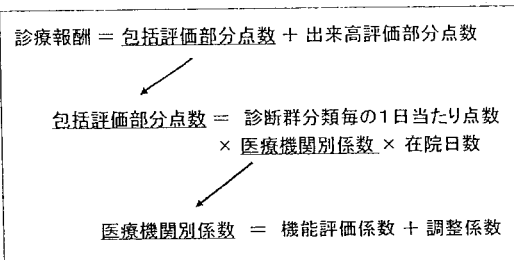
7

医療機関別係数について(1)



9

DPCにおける診療報酬の算定方法



8

41

機能評価係数について(1)

○ 現在の機能評価係数の考え方

機能評価係数では、入院基本料等のうち、当該医療機関に入院する全ての入院患者に提供される医療、病院機能に係るものを係数として評価している。

例：7対1入院基本料、入院時医学管理加算等

※ 入院基本料等加算でも、超急性期脳卒中加算や妊産婦緊急搬送入院加算等の、一部の入院患者に係るものや、地域加算等のように病院機能に係るものではないものについては、出来高で別途算定する。

10

42

機能評価係数について(2)

- 現在の機能評価係数の項目
 - ・ 7対1入院基本料 準7対1入院基本料
 - ・ 13対1入院基本料 15対1入院基本料(減算)
 - ・ 特定機能病院及び専門病院の10対1入院基本料
 - ・ 入院時医学管理加算
 - ・ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ・ 臨床研修病院入院診療加算
 - ・ 診療録管理体制加算
 - ・ 医師事務作業補助体制加算
 - ・ 看護補助加算
 - ・ 医療安全対策加算

11

平成19年度までの議論の整理

【平成19年度の論点】

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

出典 平成19年11月21日 中基協基本問題小委員会資料

<これまでの主な意見>

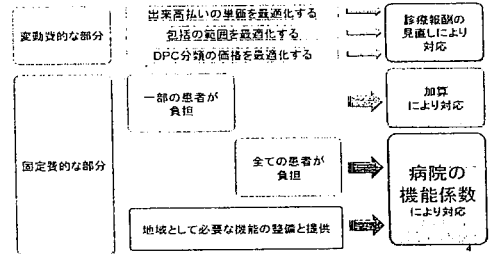
- ・ 救急、産科、小児科等については、すでに出来高で評価されていることから、不採算であるならば、出来高での評価を引上げるべきではないか。
- ・ 例えば、救急医療では、患者が来ない場合でも常に受け入れ体制を確保しており、こうした病院機能全体を評価する観点から、新たな「機能評価係数」として評価しても良いのではないかと。

13

2 DPC評価分科会での議論 (総論)

平成20年度における議論の整理(1)

支払いを最適化するための方策



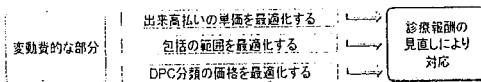
出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 協同研究協議会資料より抜粋

12

43

44

平成20年度における議論の整理(2)



【論点】

- 変動費的な部分については、診療報酬の見直しにより対応できるのではないかと。

<これまでの主な意見>

- ・ 出来高の評価が不十分であるものは、出来高の評価を最適化すべきではないかと。
- ・ 1つの診断群分類において、患者の状態等により診療行為の「ばらつき」が生じているものについては、包括範囲の精緻化で対応できるものもあるのではないかと。

15

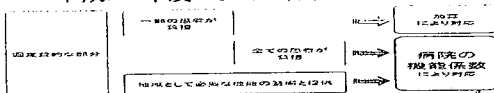
新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方 (案)

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないかと。
- DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないかと。
- DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないかと。
- 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないかと。

17

平成20年度における議論の整理(3)



【論点】

- 固定費的な部分のうち、「全ての患者が負担すべき病院機能」や「地域医療への貢献度」を新たな「機能評価係数」で評価してはどうか。

<これまでの主な意見>

- ・ その病院の特定の機能を利用するなど、一部の患者のみが負担することが適切なものは加算点数として出来高で評価することが妥当ではないかと。
- ・ その病院を利用する患者すべてが等しく負担することが適切なものは係数で評価するのが妥当ではないかと。
- ・ その病院が地域で果たしている機能を評価するという視点も検討する必要性があるのではないかと。

16

45

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方 (案)

- DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。

- その場合、診療内容に過度の変容を来さぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないかと。
- 急性期としてふさわしい機能を評価する観点から、プラスの係数を原則としてはどうか。

18

46

3 DPC評価分科会での議論 (各論)

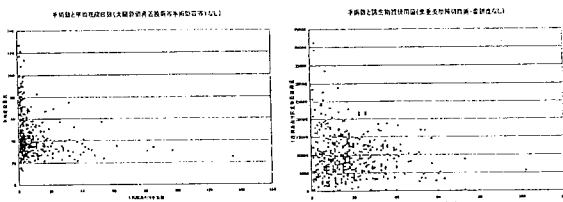
新たな「機能評価係数」の検討項目の整理

プロセス	<ul style="list-style-type: none"> プロセスの「ばらつき」に関する検討…手術・処置、化学療法 診療プロセスの「妥当性」の評価 包括範囲についての検証: 化学療法、高額処置、材料など
ケースミックスとパフォーマンス	<ul style="list-style-type: none"> 複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」 効率よい診療を評価する「効率性指標」 稀少な傷病の診療を評価する「稀少性指数」 重症患者への対応状況: 副傷病スコア(Charlsonスコア)
ストラクチャー(構造)	<ul style="list-style-type: none"> 施設の外的基準—構造及び人的資源等についての調査 望ましい5基準の状況: 救急医療、ICU、画像診断、麻酔、病理… 診療情報の質の評価: EFファイルの適切性、ICD10コーディング…
地域での役割(貢献度)	<ul style="list-style-type: none"> 患者シェア、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術… 4疾病・5事業への対応状況

出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究開発出資料より抜粋 20

プロセスについて1-②

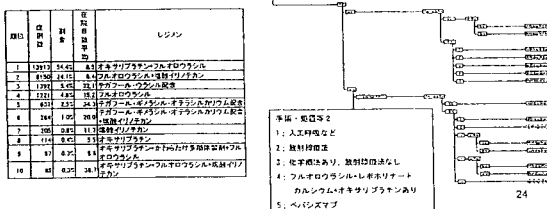
【これまでの検討】
○ 例えば、手術症例数が多い場合に平均在院日数や抗生剤使用量が一定に集約する(標準化・効率化)傾向が見られている。症例数に応じて標準化・効率化が進んでいるのではないか。



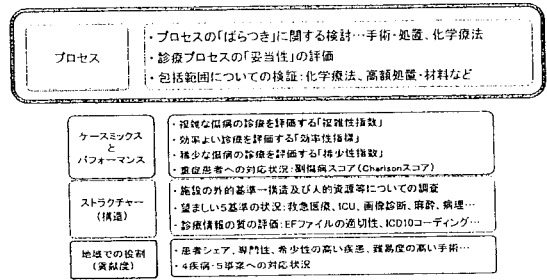
出典 平成20年10月3日 DPC評価分科会 松田研究開発出資料より抜粋

プロセスについて1-③

【これまでの検討】
○ 平成20年度より関係学会等が認めている主要な標準レジメンのうち、特に点数のばらつきの大きい短期間の入院に関して点数の違いが明らかなレジメンについては新たに分岐を設定していることを踏まえ、標準レジメンや診療ガイドラインに基づく診療に対する評価について検討できないか。



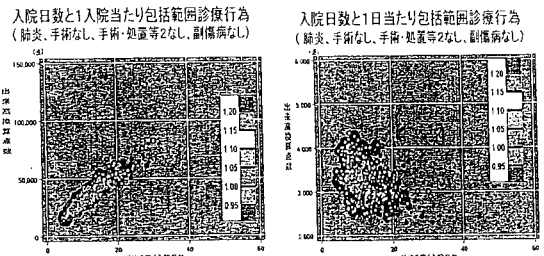
プロセスについて



出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究開発出資料より抜粋

プロセスについて1-①

【これまでの検討】
○ 同じ診断群分類であっても、医療資源の投入量や入院期間に「ばらつき」が大きいことが示されている。



出典 平成20年10月3日 DPC評価分科会 松田研究開発出資料より抜粋

プロセスについて2-①

○ 標準化や効率化が認められる場合、症例数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- 標準的・効率的な医療を評価できるのではないか。

<課題>

- 症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか。
- 症例数とアウトカムの関係についての検証が必要ではないか。
- 評価することにより、不必要な医療を助長する恐れがあるのではないか。

プロセスについて2-②

○ 標準レジメンや診療ガイドライン等に沿った標準的医療が提供される患者の割合に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- 標準レジメンや診療ガイドライン等により、治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待されるのではないか。

<課題>

- 評価の対象とするべき標準レジメンや診療ガイドライン等の基準についてどのように考えるのか。

プロセスについて3

○平成20年度より療養担当規則において、後発医薬品の利用に努めることとしているが、DPC対象病院における後発医薬品の使用促進についてどのように考えるか。

(参考)DPCにおける後発医薬品の使用状況
薬剤費における後発医薬品の占める割合(金額ベース)

施設類型	平成16年度	平成17年度	平成18年度
平成15年度DPC対象病院 (82病院)	2.8%	3.4%	4.1%
平成16年度DPC対象病院 (62病院)	5.1%	7.4%	8.8%
平成18年度DPC対象病院 (216病院)	-	4.1%	7.1%
DPC準拠病院 (371病院)	-	-	4.7%
総計 (731病院)	3.4%	4.1%	5.4%

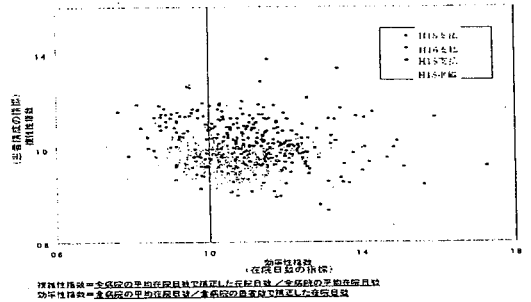
出典:平成19年6月22日DPC評価分科会「DPC対象病院及び準拠病院における後発医薬品の使用状況について」

(参考) 医薬品全体の市場シェアにおける後発医薬品の占める割合	平成17年9月		平成19年9月	
	金額ベース	(16.8%)	5.9%	6.4%
	数量ベース	(18.9%)	(18.7%)	

出典:平成20年7月9日薬務専門委員会

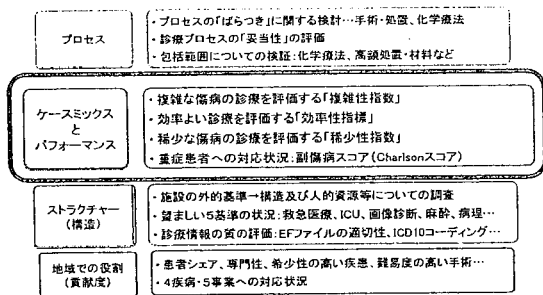
ケースミックスとパフォーマンスについて1

DPCを用いた病院機能の評価の例

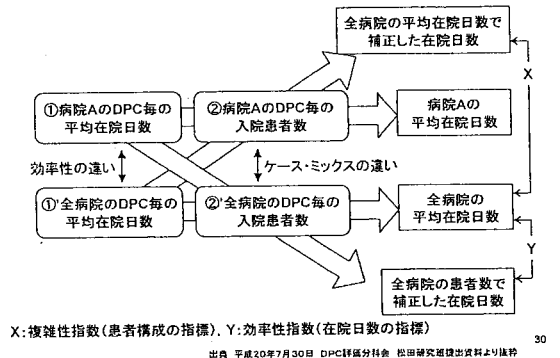


出典:平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究施設提出資料より抜粋

ケースミックスとパフォーマンスについて



(参考)複雑性指数及び効率性指数とは



ケースミックスとパフォーマンスについて2-①

○「複雑性指数」及び「効率性指数」に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

- <メリット>
- 「複雑性指数」及び「効率性指数」については、病院の総合的な能力及び効率性を評価できるのではないかと。
- <課題>
- 「効率性指数」については、患者を早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と合わせて検証が必要ではないかと。

ケースミックスとパフォーマンスについて2-③

○「副傷病」の程度に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

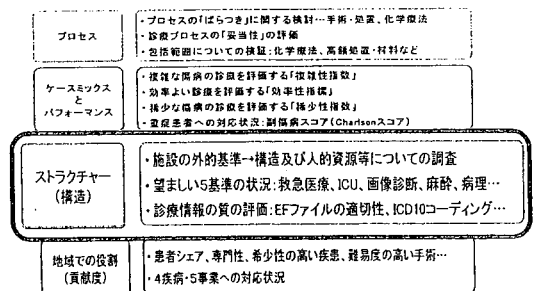
- <メリット>
- 重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できるのではないかと。
- <課題>
- 診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価しているのではないかと。
 - 副傷病の重症度に応じた重み付けの方法論が確立しているのか。
 - 副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になるのではないかと。

ケースミックスとパフォーマンスについて2-②

○難病や特殊な疾患等に対応できる専門性を反映した「稀少性指数」に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

- <メリット>
- 難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できるのではないかと。
- <課題>
- いわゆる専門病院が評価されにくいのではないかと。
 - 難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではないのではないかと。

ストラクチャー(構造)について



望ましい5要件に係る検討の経緯

【平成19年度の議論】

- 望ましい5要件については、DPC対象病院の基準としてではなく、係数として評価すべきものではないか。

【平成20年度の議論】

- 望ましい5要件が、全体の病院機能の評価できるものなのか検討が必要ではないか。
- 望ましい5要件は、既に出来高で評価されている事項であり、病院機能として評価すれば二重評価になるのではないか。

35

ストラクチャー(構造)に係る評価の考え方(案)

- 望ましい5要件は、出来高での評価項目であり、これを単純に新たな「機能評価係数」として評価することは二重に評価することになるのではないか。
- 5要件にある救命救急入院料については、社会的必要性や地域医療の確保の観点から、単に出来高で算定していることを基準としない評価の方法について検討できないか。
- 施設の構造及び人的資源等と医療機能との関連性については松田研究室での調査結果等も踏まえて検討してはどうか。
- 質の高い診療情報の提供に当たっては、病院側のコストを反映した評価をするべきとの意見もあるが、診療情報の透明化を図りつつ、患者の医療に還元できる方法等を検討し、その後評価のあり方について検討してはどうか。
- 高度な施設・設備を評価することは必要であるが、一方、地域として効率的に医療を提供していく視点も必要であることから、医療計画等と連動して、地域として適切な施設・設備整備の在り方を考慮することについて検討してはどうか。

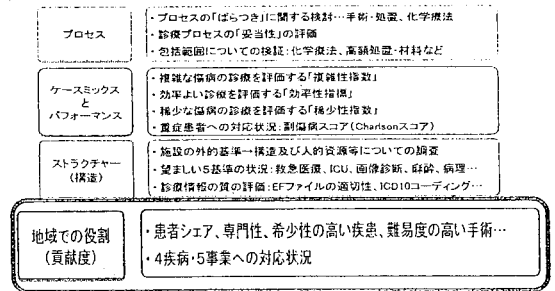
37

(参考)望ましい5要件

- ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
- ・ 救命救急入院料を算定していること
- ・ 病理診断料を算定していること
- ・ 麻酔管理料を算定していること
- ・ 画像診断管理加算を算定していること

36

地域における病院の役割



出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究室提出資料より抜粋

38

55

56

地域における病院の役割1-①

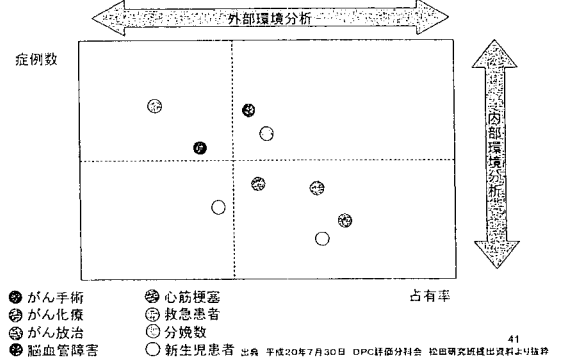
【平成20年度の議論】

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

出典 平成20年7月16日 中基固基本問題中委員会資料

39

4疾病5事業の評価 (医療機関評価モデルの例)



41

地域における病院の役割2-①

- 医療計画で定める事業(※)において、症例数や医療圏における割合(シェア)に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。

<課題>

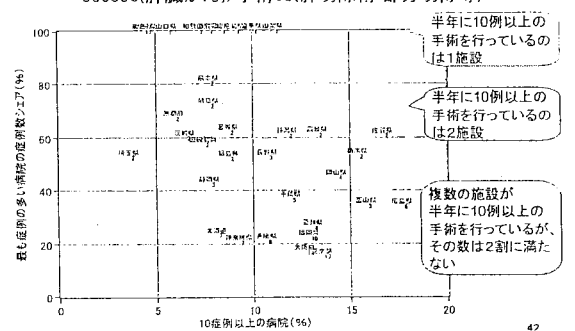
- ・ 医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価すべきか。
- ・ 医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、どのように考えるか。
- ・ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案すべきでないか。

※ 医療計画に定める事業とは、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))をいう。

40

地域における病院の役割の評価

060050(肝臓がん)/手術03(肝切除術 部分切除等)



42

57

58

