

## 平成20年度 第7回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成20年12月12日（金） 14:00～16:00

場所：厚生労働省共用第7会議室（5階）

### 議 事 次 第

1. 平成20年度DPC評価分科会における特別調査結果について
2. DPCの在り方について
3. 調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定について
4. 平成20年度特別調査「再入院に係る調査について」（案）
5. その他

## 平成20年度DPC評価分科会における 特別調査結果について

本年5月21日の中医協基本問題小委員会の決定に基づき、DPCに関する調査を補完し、適切な算定ルールの構築等について検討するため、DPC評価分科会において特別調査を実施したところ、その結果等について以下にまとめました。

### 第1 再入院について

- ア 3日以内の再入院について
- イ 4～7日以内の再入院について

#### 【ヒアリング】

##### 〔対象医療機関〕

- ・佐賀県立病院好生館
- ・医療法人社団平成会 藤枝平成記念病院
- ・医療法人蒼龍会 井上病院

同一傷病名による4～7日以内の再入院や、同一傷病名による3日以内の再入院が依然として多い医療機関があった。

また、同一傷病名による3日以内の再入院が減少する一方で、同一傷病名による4～7日以内再入院が増加している医療機関もあった。

※ 同一傷病とは診断群分類番号の上6桁が同一である傷病をいう。

##### 〔医療機関の主な意見〕

- i 化学療法を繰り返している患者について、退院して自宅で過ごせる期間を少しでも長くする努力してきた結果、3日以内の再入院が減って、4～7日の再入院が増えた。
- ii 術前に侵襲的な検査を行うために入院する場合、必要のない入院を減らすためには検査と手術の間に一度退院する必要があり、短期間での再入院となる。
- iii 慢性腎不全等の基礎疾患がある患者では、合併症等により再入院が多くなる。

〔ヒアリングでの主な指摘事項〕

- i 入院期間の短縮により、必要な入院医療が提供されず早期に退院したために再入院となることが多いのであれば問題である。
- ii 検査日又は手術日を調整し、術前検査から手術までを1入院で行うべきではないか。
- iii 検査のみを目的とした入院と治療を目的とした入院が、同一の診断群分類で評価されることは適切ではないのではないか。
- iv 入院の目的が他の疾病であっても、人工腎臓を実施すると、最も医療資源を投入した傷病名が慢性腎不全となることについて、違和感がある。

【アンケート調査の結果】（平成20年12月1日DPC評価分科会資料 再掲）

- ① 前回入院と同一傷病による3日以内の再入院の割合が、昨年度と比べ大幅に減少した理由
  - i 化学療法を外来へ移行した。
  - ii 両眼の白内障手術を行う場合に、片眼ずつ2度に分けて手術を行っており、各手術毎に入退院を行っているが、これまでは手術日が月・木曜日の週2回あったため、3日以内の再入院となることがあったが、本年から、手術日が月曜日のみとなり、3日以内の再入院となることが少なくなった。
  - iii 入院診療の効率化のため、手術予定患者等の術前検査をなるべく外来で行うこととし、検査目的の入院が減少したため。
  - iv これまで、化学療法・放射線療法中の短期一時帰宅をすべて退院として取り扱っていたが、考え方を改め、QOL向上のための一時退院については外泊として取り扱うこととしたため。
  
- ② 前回入院と同一傷病による4～7日以内の再入院の割合が、昨年度と比べ大幅に増加した理由
  - i 化学療法の患者が増加したため。
  - ii 両眼の白内障手術を行う場合に、片眼ずつ2度に分けて手術を行っているが、以前は2度の手術が行われるまで入院していたが、今年度より片眼の手術が行われる毎に一度退院することとしたため。
  - iii 膀胱癌に対するBCG膀胱内注入療法（通常週1回8週間のBCG投与）を行う患者が増えたため。

- ③ 前回入院と同一傷病による3日以内の再入院の割合が高い理由
- i 血液悪性腫瘍等の長期間化学療法を行う患者について、気分転換・精神的安定確保のため、一時的にであっても帰宅するようにしているため。
  - ii 病状の急変により再入院となる症例があるため。
  - iii 両眼の白内障手術を行う場合に、片眼ずつ2度に分けて手術を行っており、各手術毎に入退院を行うため。
  - iv 退院後てんかん発作が再発し、救急入院となった事例が多くあったため。
- ④ 化学療法及び放射線療法を実施していない患者の4～7日以内の再入院の割合が高い理由
- i 脊椎関連疾患の患者について、術前に侵襲性の高い検査を入院で行った後、一度退院し、検査結果から手術適応と判断された患者については、再度入院し手術を行うため。
  - ii 両眼の白内障手術を行うにあたり、片眼ずつ施行しており、各手術毎に入退院となるため。2次救急指定病院でありベッドの確保をする観点から、このように短期間でも退院としている。
  - iii 肝細胞癌に対し経皮的エタノール注入療法を多く実施しているが、この治療法は安全性は高いが、複数の肝細胞癌を治療するためには頻回に繰り返す必要があり、治療毎に入退院を繰り返すため。
- ⑤ 化学療法及び放射線療法を実施していない患者の7日以内の再入院の割合が高い理由
- i 入院患者の60%超が透析を実施している患者であるが、このような患者では様々な合併症を有しており、再入院を繰り返すことも多いため。
  - ii 白内障の手術を両眼に行う場合に、1泊2日で片眼を手術した後一旦退院し、後日、再度入院し残りの片眼の手術を行うため。
  - iii 高齢者及び施設入所者の肺炎では、治療終了後の急性増悪や続発症の発症が多いため。

## 第2 適切な診療報酬の請求等について

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

①「狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 心臓カテーテル検査あり」

【ヒアリング】

〔対象医療機関〕

山梨大学医学部附属病院、  
独立行政法人 労働者健康福祉機構 熊本労災病院

〔医療機関の主な意見〕

- i 後発医薬品は使用しておらず、情報量が多いほど患者のメリットになると考え、高価な検査材料（超音波プローブ等）を用いて詳細な検査を実施している。
- ii 後発医薬品を積極的に使用しており、他の検査（体表からの超音波検査等）で代用可能な場合はその検査を実施することで、必要な検査情報は得られている。

〔ヒアリングでの主な指摘事項〕

- i 医療資源の投入量が多い医療機関では、過剰な検査等が行われているのではないかと。
- ii 医療資源の投入量が少ない医療機関では必要な検査が行われていないのではないかと。

【アンケート調査の結果】（平成20年12月1日DPC評価分科会資料 再掲）

〔高い理由〕

- i 心不全を疑う症例に対して診断・治療のため積極的に左右両心カテーテル検査を行っており、材料費等が多くかかるため。また、入院期間が1泊2日の短期間で実施する症例が多いことも影響している。
- ii 冠動脈造影検査で有意な動脈硬化性狭窄が無い場合に、冠攣縮性狭心症の診断目的にアセチルコリン負荷試験を施行することが多いが、それに係る材料費等が大きいため。

- iii 必要に応じて造影検査だけでなく、血管内超音波プローブを用いた血管内超音波検査を行ない、その治療の妥当性を判断しているが、それに係る材料費等が大きいため。
- iv 冠微小血管狭心症又は冠攣縮性狭心症の診断を積極的に行っており、冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤーを使用することが多く、これらにより材料代が高額となってしまうため。

[低い理由]

- i 最新の心臓カテーテル機器を導入し、造影剤の使用量を軽減させたため。
- ii 熟練した循環器専門医を増員し、カテーテルの使用量を減らしたため。
- iii 胸部 X 線撮影、心電図検査、血液検査といった外来でも可能な検査は、外来で実施しているため、入院中に行う検査が少ないため。
- iv スワングantzカテーテルを必要とする右心カテーテルの症例が非常に少ないため、材料費等が大きくなる症例が少ない。
- v クリニカルパスの導入により標準的な治療が行えているため。

②「関節リウマチ 手術なし インフリキシマブあり」

【ヒアリング】

[対象医療機関]

総合病院 岡山市立市民病院  
総合病院 福島赤十字病院

[医療機関の主な意見]

現在は外来で当該治療を行う体制が十分ではないため入院で実施しているが、今後は外来の体制を整備し、可能な場合は外来で治療を行う予定である。

[ヒアリングでの主な指摘事項]

- i 当該治療は外来で実施可能ではないか。
- ii 包括範囲出来高点数が非常に大きく、DPCによる入院医療では不採算となるのではないか。

【アンケート調査の結果】（平成20年12月1日DPC評価分科会資料 再掲）

〔高い理由〕

- i 患者様のニーズと安全性の観点から、日帰り入院で高額な薬剤であるインフリキシマブを投与しており、1日当たり包括範囲出来高点数が高くなってしまったため。
- ii クリティカルパスを導入し改良を重ねてきており、平均在院日数が短縮しているため。
- iii 体重が大きく、インフリキシマブの投与量が多い症例が多くあったため。
- iv まだ準備病院であり、診療報酬は出来高で支払われており、患者さんの利便性を考え、検査は入院時に行っているため。

〔低い理由〕

- i インフリキシマブ投与の可否を判断するための検査について、外来で実施することが多いため。
- ii 入院時併存症の影響により、入院期間が長い症例が多かったため。
- iii 入院並みの監視体制が可能な外来治療センターがあり、比較的风险の低い症例については外来で行っており、原則として1日から2日の短期入院でのインフリキシマブ投与は行っていない。従って、入院に至るものでは、比較的风险が高い症例が多く、在院日数が長くなるため。

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

①「子宮頸・体部の悪性腫瘍 手術なし 化学療法あり 放射線療法なし」

【ヒアリング】

〔対象医療機関〕

京都第二赤十字病院

〔医療機関の主な意見〕

- i 在院期間が短いことによる治療上の問題は起きていない。
- ii 入院期間が非常に短い場合、DPCによる診療報酬では高額な薬剤のコストが十分反映されず、医療機関の大幅な持ち出しとなる場合がある。

[ヒアリングでの主な指摘事項]

外来で実施することが可能な化学療法のレジメンもあるが、外来で実施することが難しいレジメンもある。

【アンケート調査の結果】（平成20年12月1日DPC評価分科会資料 再掲）

- i 1日入院（日帰り入院）か1泊2日の入院で行うケースがほとんどを占めているためだが、全身状態のよい症例では、入院管理はこれで十分と考えている。
- ii 外来で実施可能な症例については外来で化学療法を実施しているが、外来化学療法室のベッド数に比して患者数が多く、1日入院（日帰り入院）で実施している。
- iii ほとんどの症例が、観察を含めて2日間の入院で化学療法を実施している。外来での日帰り化学療法も検討しているが、患者の希望、安全性や外来スペースの限界などで、まだ少数例にとどまっている。

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

【ヒアリング】

[対象医療機関]

医療法人社団木下会 千葉西総合病院  
株式会社日立製作所 多賀総合病院

[医療機関の主な意見]

- i 急性心筋梗塞について、急性前壁心筋梗塞等の詳細な分類を行わず、部位不明とするコードを入力していた。病名の入力について、担当医の理解が十分ではなかった。
- ii DPC対象病院の要件である「適切なコーディングに関する委員会」をまだ実施していない。

[ヒアリングでの主な指摘事項]

医療の質に関わる問題であり、正確なコーディングをしていただきたい。



【アンケート調査の結果】（平成20年11月12日DPC評価分科会資料 再掲）

- i 狭心症、閉塞性動脈硬化症、急性心筋梗塞が突出して多いため。
- ii がんや感染症等で入院中に診断が確定しない症例が多い。
- iii ICD10コーディングについての認識不足。
- iv システム上の不備。

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

①「上行結腸からS状結腸の悪性腫瘍 化学療法あり」  
【ヒアリング】

〔対象医療機関〕

東海大学医学部附属病院  
東京大学医学部附属病院

〔医療機関の主な意見〕

- i 標準レジメンとして分類されているもの以外に、医学的に妥当なレジメンがあり、それを採用している。
- ii 化学療法のレジメンについては、中央のキャンサーボード（腫瘍の治療法を議論する会議）で検討している。
- iii エビデンスがなく標準的でないレジメンが排除されることは良いが、複数の標準的レジメンがある場合に1つだけ評価することは避けるべきである。

〔ヒアリングでの主な指摘事項〕

ガイドラインが作成され標準化が進むことで、新しい治療が進まないのではないかという意見もあるが、むしろ標準的な治療法が定まった方が、それと対比することで新しい治療法の研究を進めやすいのではないか。

【アンケート調査の結果】（平成20年11月12日DPC評価分科会資料 再掲）

〔多い理由〕

- i 化学療法委員会により、EBMに基づいた化学療法レジメンの標準化を厳密に進めており、患者の全身状態に問題のない限り、標準レジメンを積極的に使用する事としている。
- ii エビデンスに基づき治療を行っているため。

〔少ない理由〕

- i 大腸癌治療ガイドラインでは、FOLFOX、FOLFIRIのいずれもレジメンとして示されており、いずれを選択するかは主治医の判断。
- ii 奏効率を考慮し、ベバシズマブを投与する症例が増えてきたため。

オ その他、必要に応じてデータの質が適切ではないと考えられる医療機関

①「治癒+軽快のうち治癒の割合が非常に高い医療機関」

【ヒアリング】

〔対象医療機関〕

- ・ 武蔵野赤十字病院
- ・ 医療法人医仁会武田総合病院

〔医療機関の主な意見〕

- i システム上の不備により、実態とは大きく異なるデータとなっていた。
- ii 治癒・軽快の考え方が明確でないため院内で考え方を整理し、①退院後自院への受診予定のない患者、②退院後1回は受診するが検査や治療を全く行っていない患者、③脳出血や骨折では症状は残っていても社会復帰が可能で退院した患者等について、治癒とすることとして入力したところ、他の医療機関に比べ著しく高い結果となった。
- iii そもそも治癒や軽快の定義が不明確である。

〔ヒアリングでの主な指摘事項〕

- i 一般的な治癒・軽快の医学的な判断基準からすれば、当該医療機関の基準は、それと大きく異なるのではないか。
- ii 治癒・軽快についての解釈の問題だと考えられるので、ルールを徹底すれば良いのではないか。

【アンケート調査の結果】（平成20年11月12日DPC評価分科会資料 再掲）

- i システムの不具合であった。
- ii 医師、診療録管理士への説明不足であった。
- iii 白内障、急性アルコール中毒、急性胃腸炎等の入院患者が多いため。
- iv 急性肺炎や急性虫垂炎等の急性期疾患については、退院後外来通院の必要性がないもの、白内障は眼内レンズ挿入術を施行した時点、胆石症は石を除去した時点を治癒と考えている。

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

【ヒアリングの概要】

〔対象医療機関〕

財団法人脳血管研究所附属 美原記念病院  
株式会社日立製作所 多賀総合病院  
社団法人慈恵会 青森慈恵会病院  
医療法人社団永生会永生病院

〔概要〕

- ① DPCとしてのふさわしさ
  - i 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との説明があった。他方で、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。
  - ii 地域に他に医療機関がなく、多様な患者を受入れている。
  - iii スタッフ数や病床数に比べ手術数が少なく、効率的でないとする指摘があった。
- ② ケアミックスの利点
  - i 患者の病態変化に合わせ、リハビリ、療養、在宅と一貫した治療が可能で、患者にとっても安心ではないかとの説明があった。

- ii 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っているとの説明があった。
  - iii 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、積極的に受け入れることができるとの説明があった。
- ③ DPC導入のメリット・デメリット
- i 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との説明があった。
  - ii レセプト請求が簡便になったとの説明があった。
  - iii 設備投資やDPCデータの入力にコストがかかるとの意見もあった。
  - iv 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との説明もあった。
- ④ 要望
- i 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との要望があった。

【アンケート調査の結果】（平成20年11月12日DPC評価分科会資料 再掲）

- i 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している。施設完結型で医療を提供している。
- ii 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。
- iii 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。
- iv 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。

### 第3 まとめ

ア 今回の調査では、前回入院と同一傷病による3日以内の再入院の割合が大幅に減少する医療機関が認められたが、患者の不利益となるような事例は認められなかった。しかしながら、3日以内の再入院が減少する一方で、4～7日以内の再入院が増加した病院もあった。

再入院調査の結果も踏まえつつ、今後も再入院の動向について注視していくこととしてはどうか。

イ 検査を目的とした入院の事例や、入院の目的が他の疾病であっても、人工腎臓を実施すると、最も医療資源を投入した傷病名を慢性腎不全とする事例があった。医療の実態に沿った評価を行うため、診断群分類の設定方法を見直すこと等も含めて、MDC毎作業班で検討をお願いし、その結果を踏まえて再度DPC評価分科会で検討してはどうか。

ウ 同じ診断群分類であっても医療資源の投入量が大きく異なることについて指摘があった。

現在、MDC毎作業班においてDPCにおける化学療法のレジメン別分岐の在り方について検討しているので、その結果を含めてガイドラインに沿った標準的医療の評価の在り方について検討してはどうか。

エ 一部の医療機関においては、病名の入力についての理解が不十分である等の理由により、多くの症例で詳細不明・部位不明とされるICDを入力していた事例があった。

院内に設置することがDPCにおける診療報酬算定上の必要条件である「適切なコーディングに関する委員会」で改善の取組みを促すための方策について検討することとしてはどうか。

また、例えば「前腕の骨折、部位不明」等、明らかに医学的に妥当ではないICD分類については、選択してはならない傷病名とすることを検討してはどうか。

※ 現在、以下の傷病名（ICD10コード）については、選択してはならないとしている。

- ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
- ・ ICD10において、他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌（B95）からその他および詳細不明の感染症（B99）に分類されるもの

- ・ ICD10において、心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確および原因不明の死亡（R99）に分類されるもの（ただし、鼻出血（R040）、咯血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）及びブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く。）
- ・ 独立した多部位の悪性腫瘍（C97）  
（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（通知）を参考）

オ 入院期間が非常に短い場合、DPCによる診療報酬では高額な薬剤のコストが十分反映されず、医療機関の大幅な持ち出しとなる場合があった。

現在、MDC毎作業班において、DPCにおける高額薬剤の取り扱いを検討していることから、その結果を含めて、DPCにおける高額薬剤の在り方について検討してはどうか。

カ システム上の不備等により、データの内容が不適切なものがあった。

DPCでは、調査のデータに基づき診断群分類の決定を行うこと等、データの質が非常に重要であることから、データが不適切であると考えられる場合には、何らかの措置を講じるようなルール作りの可能性も含めて、引き続き調査を実施することとしてはどうか。

また、該当する医療機関で使用しているシステムに関する調査を行うことを検討してはどうか。

【第1 再入院について】

- ア 3日以内の再入院について  
イ 4～7日以内の再入院について

佐賀県立病院好生館	一般病床 526床
医療法人社団平成会 藤枝平成記念病院	一般病床 124床
医療法人蒼龍会井上病院	一般病床 127床

【第2 適切な診療報酬の請求等について】

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

①「狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 心臓カテーテル検査あり」

山梨大学医学部附属病院	一般病床 566床
独立行政法人 労働者健康福祉機構 熊本労災病院	一般病床 410床

②「関節リウマチ 手術なし インフリキシマブあり」

総合病院岡山市立市民病院	一般病床 375床
総合病院 福島赤十字病院	一般病床 309床

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

①「子宮頸・体部の悪性腫瘍 手術なし 化学療法あり 放射線療法なし」

京都第二赤十字病院	一般病床 639床
-----------	-----------

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

医療法人社団木下会 千葉西総合病院	一般病床 408床
株式会社日立製作所 多賀総合病院	一般病床 36床

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

①「上行結腸からS状結腸の悪性腫瘍 化学療法あり」

東京大学医学部附属病院	一般病床 1150床
東海大学医学部附属病院	一般病床 804床

オ その他、必要に応じてデータの質が適切ではないと考えられる医療機関

①「治癒+軽快のうち治癒の割合が非常に高い医療機関」

武蔵野赤十字病院	一般病床 611床
医療法人医仁会武田総合病院	一般病床 500床

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

財団法人脳血管研究所附属 美原記念病院	医療保険病床数 189床 一般 45床 (23.8%) 障害者施設等 45床 (23.8%) 回復期リハビリテーション 99床 (52.4%)
株式会社日立製作所 多賀総合病院	医療保険病床数 148床 一般 36床 (24.3%) 障害者施設等 36床 (24.3%) 回復期リハビリテーション 76床 (51.4%)
社団法人慈恵会 青森慈恵会病院	医療保険病床数 332床 一般 32床 (9.6%) 療養 36床 (10.8%) 精神 82床 (24.7%) 回復期リハビリテーション 144床 (43.4%) 亜急性期 8床 (2.4%) 緩和ケア 30床 (9.0%)
医療法人社団永生会永生病院	医療保険病床数 370床 一般 42床 (11.4%) 療養 54床 (14.6%) 精神 70床 (18.9%) 障害者施設等 104床 (28.1%) 回復期リハビリテーション 100床 (27.0%) 介護保険病床数 258床



## D P Cの在り方について (これまでの議論の整理等について)

D P C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D P C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D P C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 D P C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 D P C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 D P C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 D P Cによる医療の標準化については、D P C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

D P C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で、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。

※ DPC対象病院とは、DPCによる支払い対象となる急性期の病棟を有する病院のことである。

## 第2 平成21年度DPC対象病院の拡大について

### (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か月間の猶予期間を設け、3か月を超えてもなお、要件を満たせない場合には、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。

## (2) (データ/病床) 比 (※1) と調整係数について

### ア (データ/病床) 比について

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(※2)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(※3)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。

#### (データ/病床) 比の計算方法：

平成20年度DPC対象病院の基準との整合を図るため、データ数については、改定前と同一の方法でカウントすることとする。

- ※1 (データ/病床) 比とは、「対象期間のデータ数」/「DPC算定病床数」(すなわち1DPC算定病床当たりの退院患者数) のこと。
- ※2 同一疾病による3日以内の再入院患者については、平成19年度の算定ルールではデータ数は2となるが、平成20年度の算定ルールではデータ数1となる。
- ※3 改定前においては、DPC算定病棟に入院した患者のうち、当該医療機関から退院した患者のみのデータを提出することとされていたが、改定後は、DPC算定病棟から療養病棟等へ転棟し入院を継続している患者のデータについても提出することとなった。したがって、平成20年度の方がデータ数が多くなる。

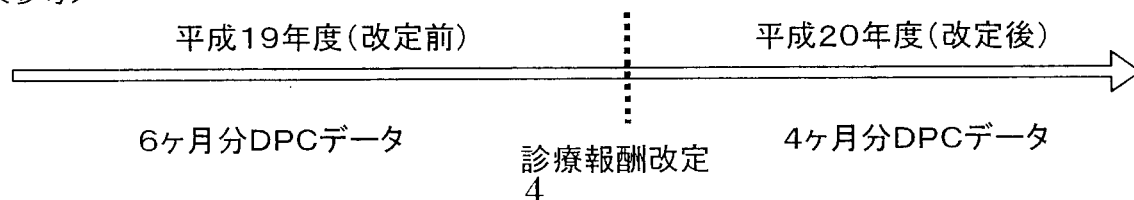
### (イ) 調整係数について

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。

#### 調整係数の計算方法：

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算出し、これらの相加平均を計算する。

<参考>



# 調整係数の廃止と 新たな機能評価係数の設定 について

# 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。

3

# 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。

4

# 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。

5

## 新たな「機能評価係数」の検討に当たって(案)

### 基本方針

- 1 調整係数が果たしていた役割のうち、前記「(1)前年度並の収入確保」については廃止することとし、「(2)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」については、新たな「機能評価係数」として評価できるものを検討する。
- 2 既にDPCで評価されている項目全体を整理し、既存の評価のあり方の見直しも含めて、新たな「機能評価係数」について検討する。
- 3 調整係数の廃止に際しては、新たな「機能評価係数」の検討結果を踏まえて、激変緩和を目的とした段階的廃止の有無やその方法について検討する。

6

## 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性があるのではないか。

7

- 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。  
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。
- 6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
- 7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。



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。

### <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。」

平成19年度12月7日 中医協基本小委

「軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする。」

9

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。

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。

平成20年12月3日 中医協 診療報酬基本問題小委員会  
「DPCの在り方について(これまでの議論の整理等について)」より

10

(参考) 具体的評価の例2－(1)

○ 効率的医療を評価するため、「効率性指数」を用い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>

- ・ 効率的な医療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。

$$\text{※ 効率性指数} = \frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と同じ患者構成であったと仮定した場合の平均在院日数}}$$

11

(参考) 具体的評価の例2－(2)

○ 症例数に応じて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。

12

(参考) 具体的評価の例2- (3)

○ 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。

13

(参考) 具体的評価の例2- (4)

○ 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

14

### 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。

高度な急性期医療や希少な疾病に係る医療の提供等の、地域に限定されず、社会全体として必要とする医療機関の機能や役割について評価する必要があるのではないか。

15

(参考) 具体的評価の例3-(1)

○ 複雑な症例を多く治療していることを評価するため、「複雑性指数」を用い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」を用いることで、複雑な症例を多く受け入れている高度な医療機関を評価できるのではないか。

<課題>

- ア 患者選別につながることはないか。
- イ 入院期間による評価だけで、疾患の複雑性を表せるのか。

※ 複雑性指数 = 
$$\frac{\text{当該医療機関が、全DPC対象病院と各疾患毎の在院日数が同じと仮定した場合の平均在院日数}}{\text{全病院の平均在院日数}}$$

16

(参考) 具体的評価の例3- (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。

17

(参考) 具体的評価の例3- (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。

18

#### 4 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。

地域医療の確保のため、医療機関の効率性や高度な機能等を評価するばかりではなく、地域で果たす役割や貢献度に応じた評価を行うことも必要なのではないか。

また、この際には、都道府県が医療を提供する体制を確保するために定めている医療計画を考慮する必要があるのではないか。

19

#### (参考) 具体的評価の例4-1

○ 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、どの分野をどの様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る必要があるか。

※ 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。

(参考) 具体的評価の例4-(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と。

<課題>

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

21

(参考) 具体的評価の例4-(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と。

<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る必要があるかと。

22

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。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。

### 連続的評価の例

例えば、救急患者の受入状況を、連続的係数で評価するとした場合

機能評価係数 (Y) =

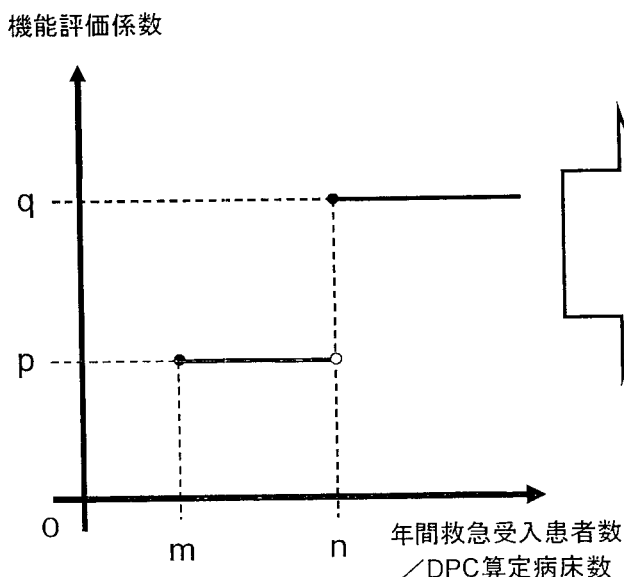
$$a \times \frac{\text{年間救急受入患者数}}{\text{DPC算定病床数}}$$

(aは、機能評価係数を適切な数値にするための定数)

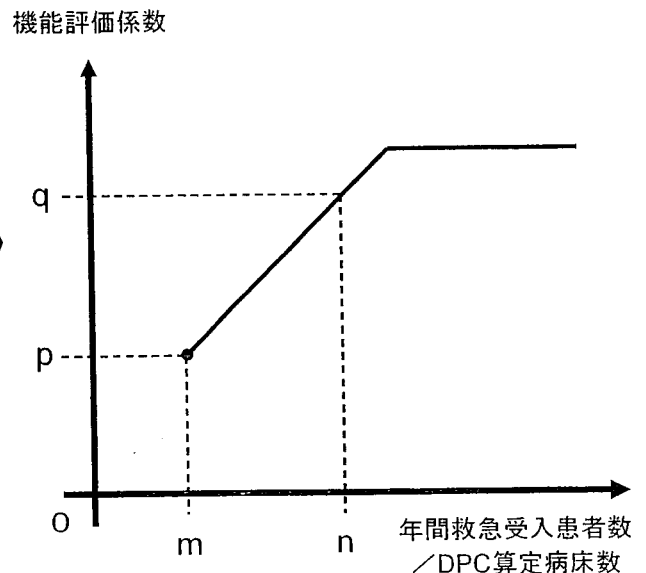
## 連続的な評価のイメージ

(年間救急受入患者数/DPC算定病床数)が、mであれば係数をp、nであれば係数をqとして評価を行う場合の、連続的な評価と段階的な評価の例

従来の段階的な評価



連続的な評価



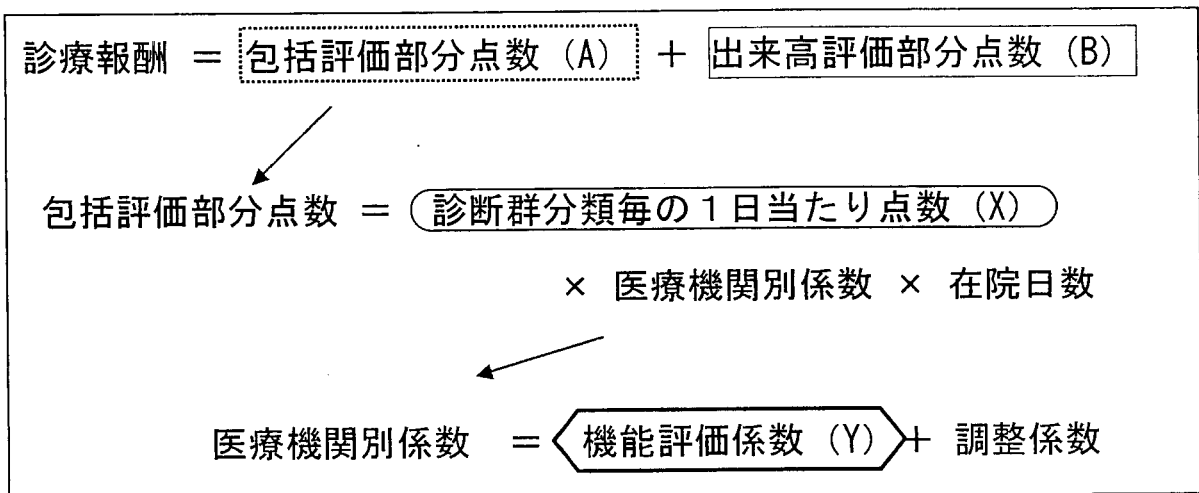


**6 急性期としてふさわしい機能を評価する観点から、プラスの係数を原則としてはどうか。**

- (1) DPC対象病院は、10対1入院基本料や診療録管理体制加算等の要件を満たしていることが要件とされており、既に急性期の医療機関として一定の基準を満たしている。
- (2) 機能評価係数は、さらに高い機能を有している医療機関を評価するものであり、プラスの係数が適当なのではないか。
- (3) マイナスの係数とすれば、関係者の理解を得ることが難しい可能性がある

# 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2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、膵臓）、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の。

### イ 具体的項目（各番号は、別紙2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2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  
〔カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、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

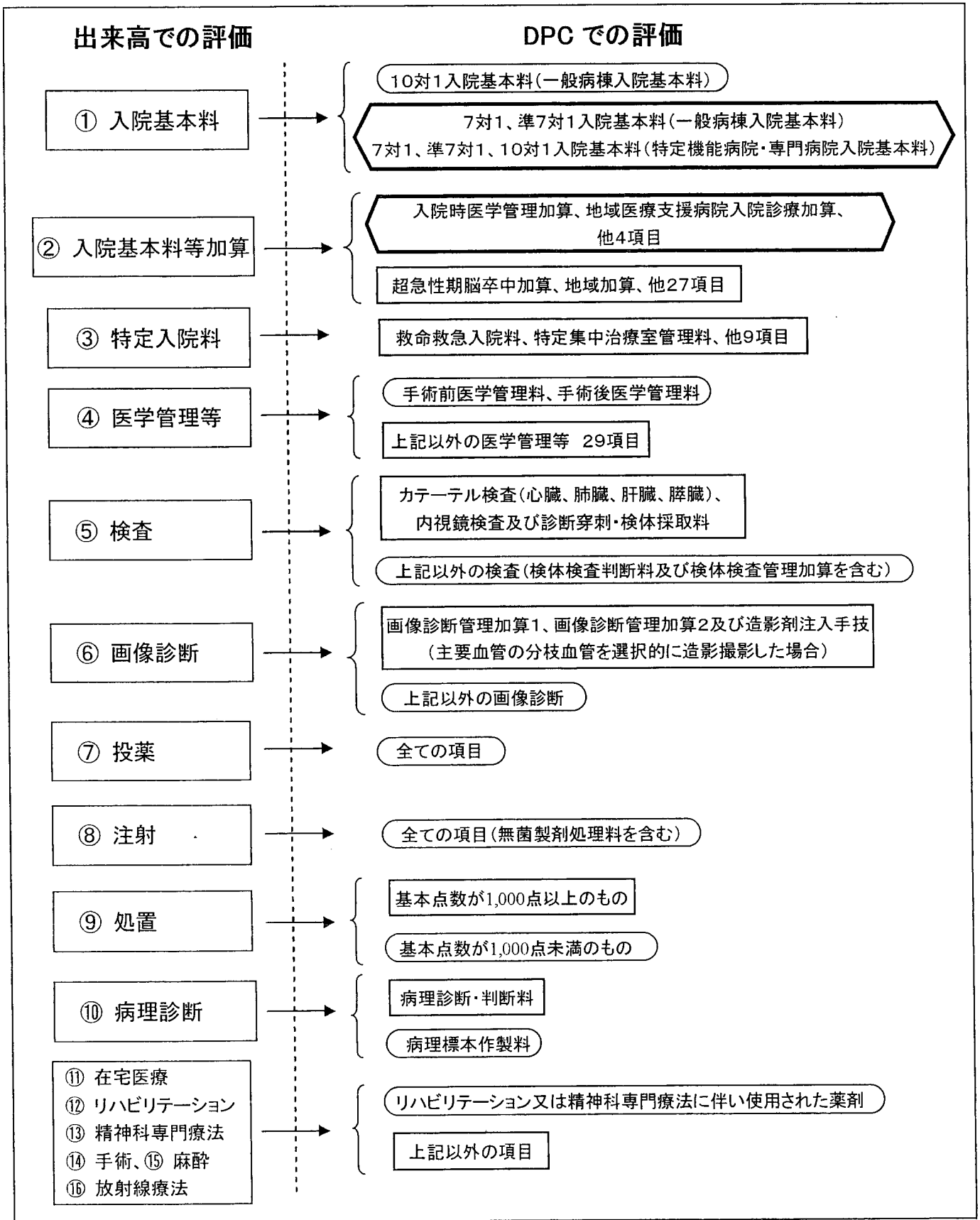
# 医科診療報酬の例

基本診療料	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	
		診療所	71点	
	入院料	基本料	○病棟等の類型別に9種類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) ○同一種類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 10:1入院基本料(1日につき)	1300点
			○入院時間に応じて初期加算 (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
		入院基本料等加算	○医療機関の機能に応じて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)	120点
特定入院料		○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(1日につき)(3日以内) (4日以上7日以内)	9700点 8775点	

特掲診療料	医学管理等	(例)特定疾患療養管理料	225点
	在宅医療	(例)往診料	650点
	検査	(例)尿中一般物質定性半定量検査	26点
		(注)フィルム、造影剤等の費用は別途算定	
	画像診断	(例)写真診断(単純、胸部)	85点
		(注)フィルム、造影剤等の費用は別途算定	
	投薬	(例)薬剤料 別途薬価基準による 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)	42点
		処方せん料(6種類以下の内服薬の投薬)	68点
		調剤技術基本料(入院中の患者以外の場合(月1回))	8点
	注射	(例)注射料(皮内、皮下、筋肉内注射)	18点
		薬剤料 別途薬価基準による	
	リハビリテーション	(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)脊椎麻酔	850点	
放射線治療	(例)体外照射(エックス線表在治療(1回目))	110点	
入院時食事療養	入院時食事療養費(1食につき)	640円	
	標準負担額(一般の患者負担金)	260円	

(注)1点の単価は10円。

# DPCによる診療報酬の内訳(概要)



診断群分類毎の1日当たり点数で包括評価

機能評価係数で評価

出来高で評価

## 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	——

## 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。

診調組 D-3-3  
20. 12. 12

中医協 診-3  
20. 12. 3

## 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

## 平成20年度特別調査 再入院に係る調査について(案)

- 1 平均在院日数の短縮が図られているなか、提供されている医療サービスが低下していないかどうかを再入院の頻度やその理由を指標として検証することを目的として、平成16年度より特別調査として再入院に係る調査を継続して実施している。
- 2 平成20年度においても、再入院の状況について特別調査を実施することとし、その調査内容については、原則として昨年度と同様とする。(別添)
- 3 なお、平成20年度改定において、3日以内の再入院(病棟間の転棟に伴う再転棟も含む)は1入院として取り扱うという算定ルールの見直しを行っているが、その影響を検証するため3日以内に再入院(病棟間の転棟に伴う再転棟も含む)した場合も調査対象に含める。

## 「平成20年度特別調査 再入院に係る調査」について（案）

## 1 調査の目的

医療効率化の一つの指標としての平均在院日数が用いられるが、DPC 包括評価の実施に伴いこの短縮が図られているなかで、提供されている医療サービスが低下していないかどうかを再入院の頻度やその理由を指標として検証する。

## 2 調査対象医療機関

DPC 対象病院、DPC 準備病院の全医療機関のうち再入院症例のある医療機関を対象とする。

## 3 調査対象患者

平成20年度に実施された「7月から12月までの退院患者に係る調査」に基づき把握された患者であって、前回退院から6週間以内に同一医療機関へ再入院した患者とする。

再入院かどうかは、データ識別番号の重複により判断する。

集計対象データは

- ・ 4月1日以降に入院し、7月1日～10月31日に退院した患者であること
- ・ 6週間以内に再入院ありと判断したもの

とする。

※ 平成20年度診療報酬改定により、3日以内の再入院（再転棟も含む）を1入院として取り扱うこととしたが、その影響を検証するために、再入院症例として調査対象に含める。

## 4 調査方法

DPC 本体調査のデータより再入院ありと特定された患者のデータ識別番号等に基づき、各医療機関はその患者について再入院の理由を調査する。

## 5 調査スケジュール

平成20年12月中	医療機関へ調査票の発送
平成20年 1月中	医療機関から調査票回収
～平成21年3月中	データの集計・分析