

診療報酬調査専門組織（DPC評価分科会）座席表

（日時）平成21年12月24日（木）15:00～17:00

（会場）厚生労働省共用第7会議室（5階）

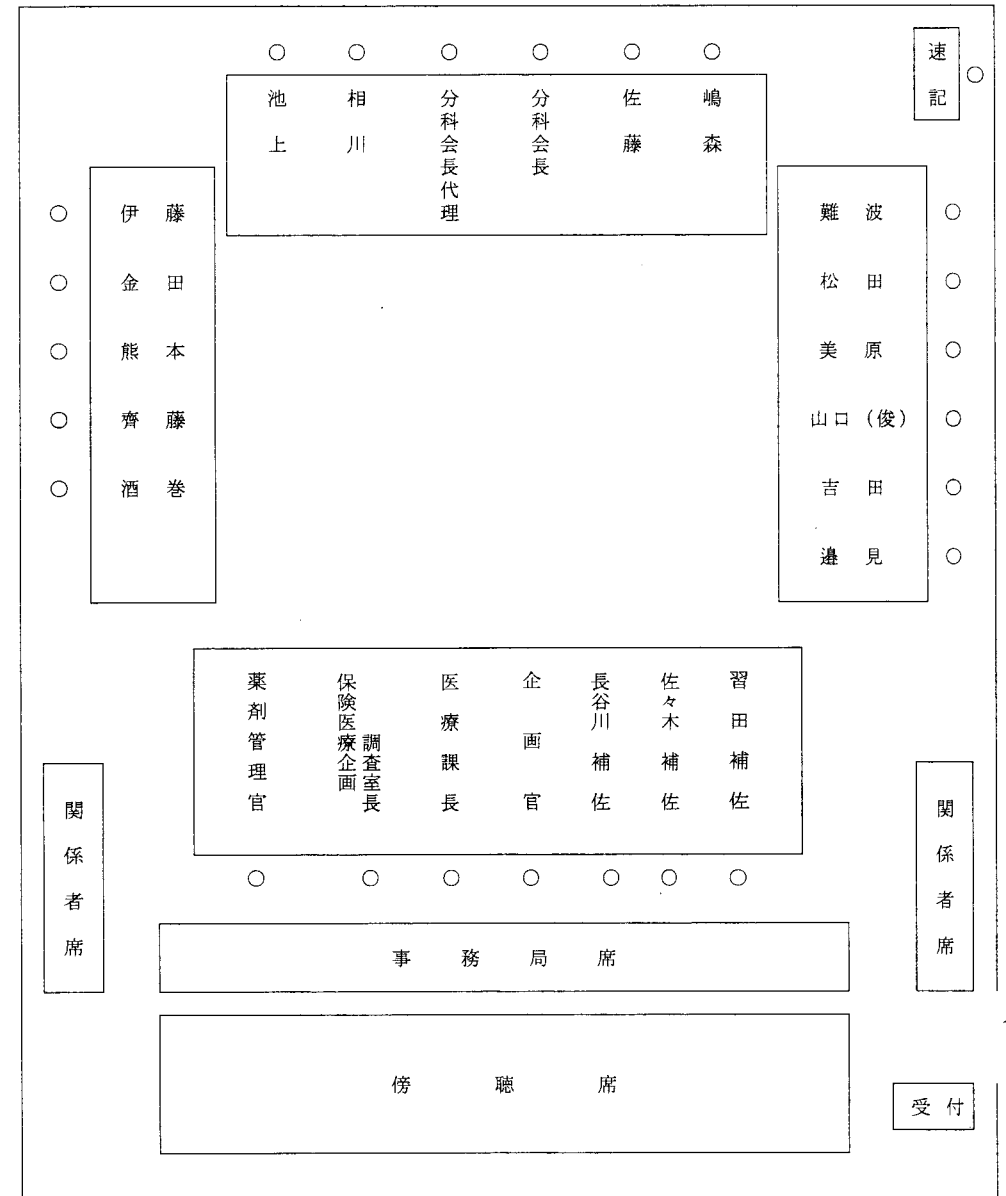
平成21年度 第15回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成21年12月24日（木）15:00～17:00

場所：厚生労働省共用第7会議室（5階）

議事次第

- 1 MDC毎作業班からの報告について
- 2 E・Fファイルの様式の見直しについて
- 3 基本問題小委員会の報告について
- 4 その他



<委員>

氏 名	所 属 等
相川 直樹	財団法人国際医学情報センター理事長
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 澄信	独立行政法人 国立病院機構本部医療部研究課長
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
木下 勝之	医療法人社団九折会 成城木下病院理事長
熊本 一朗	鹿児島大学医療情報管理学教授
○ 小山 信彌	東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長
齊藤 壽一	社会保険中央総合病院名誉院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
佐藤 博	新潟大学教授・歯学総合病院薬剤部長
嶋森 好子	慶應義塾大学看護医療学部教授
辻村 信正	国立保健医療科学院次長
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
◎ 西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院院長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
美原 盤	財団法人美原記念病院院長
山口 俊晴	癌研究会有明病院消化器外科部長
山口 直人	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授
吉田 英機	昭和大学医学部名誉教授

◎ 分科会長 ○ 分科会長代理

<オブザーバー>

氏 名	所 属 等
邊見 公雄	赤穂市民病院名誉院長

平成 21 年度 MDC 毎作業班における 検討について

はじめに

平成 22 年度診療報酬改定に向け、MDC 毎作業班において、以下の項目について検討を行ったので、DPC 評価分科会に報告する。

1. 診断群分類の見直しについて

(1) 見直しの考え方

診断群分類の見直しを行うため、以下の4つの項目を指針として、診断群分類の妥当性の検証及び見直し案の作成を行った。

- ① 医療資源同等性が担保されている（医療資源の投入量が適切にグルーピングされている（在院日数、包括範囲点数））。
- ② 臨床的類似性が担保されている（臨床的な観点から問題・違和感が少ない）。
- ③ 分類は可能な限り簡素であり、分類のコーディングに際して、臨床現場の負担が少ない。
- ④ 制度運用上の問題が少ない。

(2) 見直しの概要

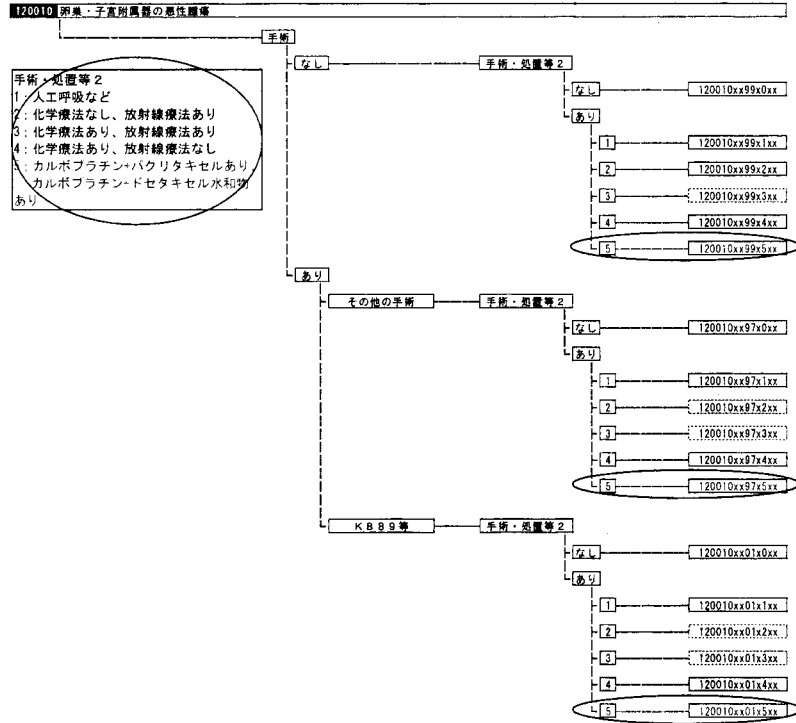
① 従前からの取組の継続

ア. 高額薬剤による分岐

前回の診療報酬改定以降、多数の生物学的製剤等の高額薬剤が新たに薬価収載されており、こうした薬剤による分岐を増やすことで対応する。これにより、高額薬剤による分類数は、129 分類から 202 分類に増加する。

イ. 化学療法レジメによる分岐の追加

前回の見直しにおいて一部の診断群分類に導入した化学療法の標準レジメによる分岐に関し、「120010 卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍」について、追加を行う。



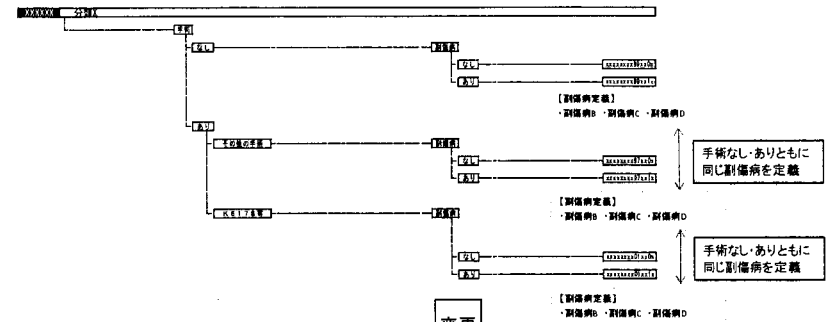
② 新たな視点による見直し

副傷病による分岐について

これまで、診断群（6桁分類）毎に分岐の対象となる副傷病を設定してきたが、手術を行う症例と行わない症例では、副傷病の構成が異なることがあり、診断群分類の手術あり・なしの分類ごとに、対象とする副傷病を設定する。

【従来の副傷病定義】

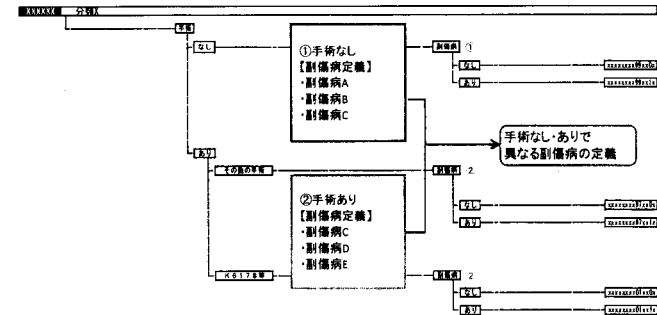
副傷病の定義は手術なしありに関わらず、同じ副傷病を定義。



変更

【今回の副傷病定義】

手術ありの場合となしの場合で副傷病の定義が変わります。



(3) 現時点での見直しの状況

12月10日時点での、分類数の状況については以下のとおりである。(現時点では副傷病の分岐が含まれていない。)

	平成20年分類	分類見直し案 (暫定案)
疾患数	506	507
診断群分類数	2357	2460

※ 最終的な調整により、数が増減する可能性がある。

(4) 平成22年度診療報酬改定に向けた今後の検討

① 平成21年12月16日中医協・基本問題小委員会において、包括評価対象を見直すことが認められたが、人工腎臓及び腹膜灌流の実施の有無は、一部の診断群分類において分岐の設定に用いられていることから、必要に応じて診断群分類の見直しを行う。

この他、出来高項目の改定内容が、診断群分類の設定に影響する場合には、速やかに対応する。

② これまでの検討は平成20年度DPCデータに基づき行ってきたが、平成21年度DPCデータも加え、最終案を策定する。

2. 様式1の見直しについて

DPC調査における様式1の見直しに関し、MDC毎作業班において検討を行った。現在、提案内容について整理を行っているところ。

3. 質の評価について

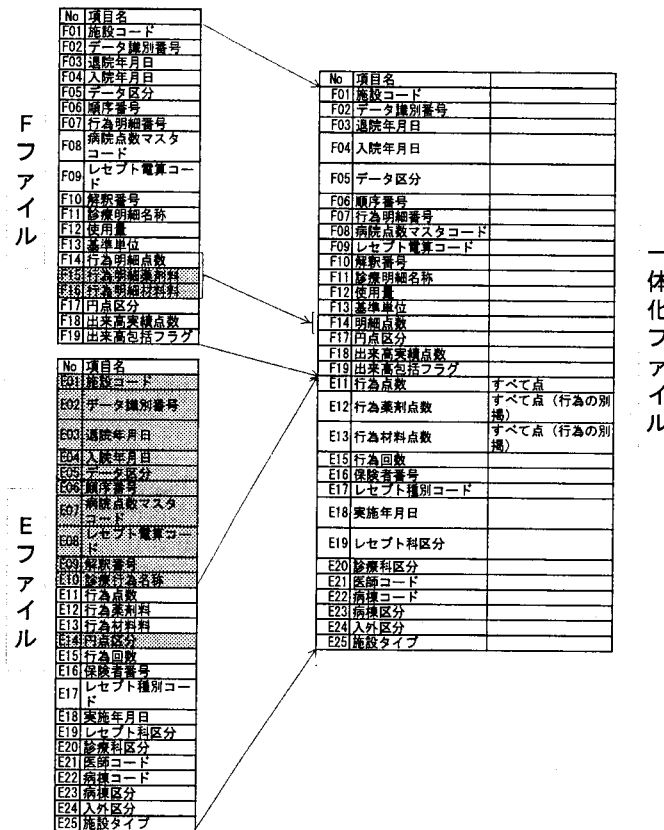
医療の質に係る指標となる項目に関し、MDC毎作業班において検討を行った。現在、提案内容について整理を行っているところ。

Eファイル、Fファイルの見直しについて

1. ファイルの統合について

○ 現行のEファイル、Fファイルについては、重複する項目も多く含まれており、平成22年度に実施するDPC調査から、これらを一体化したファイルで提出することとする。

○ なお、現行のEファイル、Fファイルから一体化したファイルを作成するプログラムについては、事務局で作成し、平成22年6月以降に各医療機関に配布する予定。



2. 入力項目の見直しについて

次期診療報酬改定の結果を受けて変更となる可能性はあるが、特定入院料等に包括評価されている診療行為が実施された場合について、Eファイル、Fファイルに出力することとする。

なお、ここで指す特定入院料等とは、急性期入院医療を対象としている以下の10項目とする。

- A 3 0 0 救命救急入院料
- A 3 0 1 特定集中治療室管理料
 - A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット入院医療管理料
 - A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料
- A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料
- A 3 0 4 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料
- A 3 0 7 小児入院医療管理料
- A 4 0 0 短期滞在手術基本料3

DPCにおける包括範囲の見直しについて

1. 経緯

(1) 基本問題小委員会における議論

- 平成21年12月16日の基本問題小委員会において、「包括払いの範囲の見直し」について検討を行ったところ、DPC評価分科会の提案内容についてはおおむね了解が得られた。
- しかし、内服の抗悪性腫瘍剤についても包括評価対象から除外すべきとの意見があり、その取扱についてDPC評価分科会で更に検討することとされた。

(2) DPC評価分科会におけるこれまでの検討

- 「包括払いの範囲の見直し」については、これまでDPC評価分科会において数次に渡り検討を行ってきた。(平成21年度第5、7、14回DPC評価分科会)
- 検討の中で、高額な投薬や処置等を長期継続的に実施する疾患の患者が、その疾患とは直接関連のない他疾患の治療のため入院し、当該疾患を主病とする診断群分類点数表で包括点数を算定した場合には、高額な薬剤費等が十分に反映されていない、との指摘があった。
- このような状況を踏まえ、高額療養費制度における取扱(長期高額疾病)等も参考に、以下の薬剤等については出来高で算定することが妥当との結論に至った。

<包括外とすべきとされた薬剤等>

- ・ HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV治療薬)
- ・ 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ・ 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流

2. 論点

(1) 包括評価対象外とする薬剤等について、どのように考えるか。

【議論の視点の例】

- ・ 包括支払い方式のあり方について
- ・ 調整係数の段階的廃止との関係

平成21年12月11日・16日

中央社会保険医療協議会

基本問題小委員会資料

(2) 抗がん剤の取扱について、どのように考えるか。

【議論の視点の例】

- ・ 注射薬と内服薬の違い
- ・ 他の薬剤、疾患の取扱との整合性

新たな機能評価係数の導入等に関する検討結果

平成21年12月11日
診療報酬調査専門組織
DPC評価分科会
分科会長 西岡 清

I. 新たな機能評価係数の導入に係る対応について

1 新たな機能評価係数の設定

(1) 次回の診療報酬改定において、以下の7項目を導入することが妥当と考えた(参考資料2)。

- ① DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
医療の質に係るデータを公開していることの評価
- ② 効率化に対する評価
- ③ 複雑性指数による評価
- ④ 診断群分類のカバー率による評価
- ⑤ 救急医療の入院初期診療に係る評価
- ⑥ 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
- ⑦ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価
なお、⑤～⑦については、具体的な評価の基準について、更なる検討が求められる。

(2) 「検体検査管理加算」について、各診断群分類点数における包括評価から除外し、出来高点数の加算等に基づく機能評価係数に追加することが妥当と考えた。

2 包括対象からの除外

現在、各診断群分類の点数において包括評価されているもののうち、以下については、包括から除外することが妥当と考えた(参考資料3)。

- ・無菌製剤処理料
- ・術中迅速病理組織標本作製
- ・HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)
- ・血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ・慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

II. 調整係数の段階的廃止について

調整係数の廃止については、暫定調整係数及び基礎係数を設定し、対応することとしてはどうか(参考資料4、5)。

なお、暫定調整係数及び基礎係数の設定方法については、今後検討が求められる。

平成22年改定における新たな機能評価係数の導入 (調整係数の段階的廃止)に関する対応(案)

第1 新たな機能評価係数の導入について

平成22年度診療報酬改定においては以下のような対応を行ってはどうか。

1. 導入する具体的な機能評価係数

(1) 項目(名称については要検討)(別紙1)

- ①以下の4項目については導入することとし、更なる作業に着手。
 - ・[項目1] 正確なデータ提出に係る評価
 - ・[項目2] 効率化に対する評価
 - ・[項目3] 複雑性指数による評価
 - ・[項目4] 診断群分類のカバー率による評価
- ②以下の2項目については、算出方法等の具体化作業に着手し、導入の可否も含めて速やかに検討。
 - ・[項目5] 救急医療の入院初期診療に係る評価
 - ・[項目6] 地域医療への貢献に係る評価
- ③「[項目7] チーム医療」については、診療報酬全体の議論と整合を図りながら、今回のDPCでの対応について引き続き検討。

(2) 各項目の重み付け

改定率等の決定を踏まえ、引き続き検討。

2. 新・機能評価係数を含む医療機関別係数の設定方法

(1) 今後の段階的対応を踏まえ(第2で後述)、DPC対象病院全体として、現行調整係数による「上積み相当部分」のうち25%相当を「新たな機能評価係数」の評価に置き換える(別紙2)。

(2) 上記2.(1)と合わせて、各DPC対象病院の暫定調整係数を次のように設定する。

- ①現行の調整係数設定方式に基づき算出した各病院の調整係数について、一律に一定の定数(別紙2・P2の「 λ (ラムダ)」)を乗じ、それを平成22年度診療報酬改定の暫定調整係数とする。

新たな機能評価係数の設定(案)

②上記①の定数(λ)は、今後改定する診断群分類点数表(平成22年版)に基づく包括点数と上記2.(1)に基づき新たな係数評価で置き換えられる総点数等から算出される(別紙2)。

(3)上記(1)、(2)を踏まえ、最終的な医療機関別係数を次のように算出する。

$$[\text{医療機関別係数}] = [\text{暫定調整係数}] + [\text{新・機能評価係数}] + [\text{現行の機能評価係数}(\ast)]$$

※ 出来高点数の加算等に基づく機能評価係数については、従来どおりの取扱で設定する。

3. その他の算定ルール等の見直し

改定時に通常実施する診断群分類見直しや、既に対応方針が決定された入院期間に応じた点数設定方式の見直しのほか、次のような事項についても整理する。

(1)以下については、現行の包括評価対象を見直し、出来高で算定可能とする。

- ・無菌製剤処理料
- ・術中迅速病理組織標本作製
- ・HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV治療薬)
- ・血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ・慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

(2)医療法標準による医師等員数の基準を満たさない場合や特別入院基本料を算定する場合の取扱等については、出来高と同様の規定を設ける。

第2 調整係数の廃止に向けた対応について

(1)現行の調整係数については、激変緩和の観点から、平成22年も含めて4回の診療報酬改定を経て廃止することとし、合わせて新たな機能評価係数に転換する。

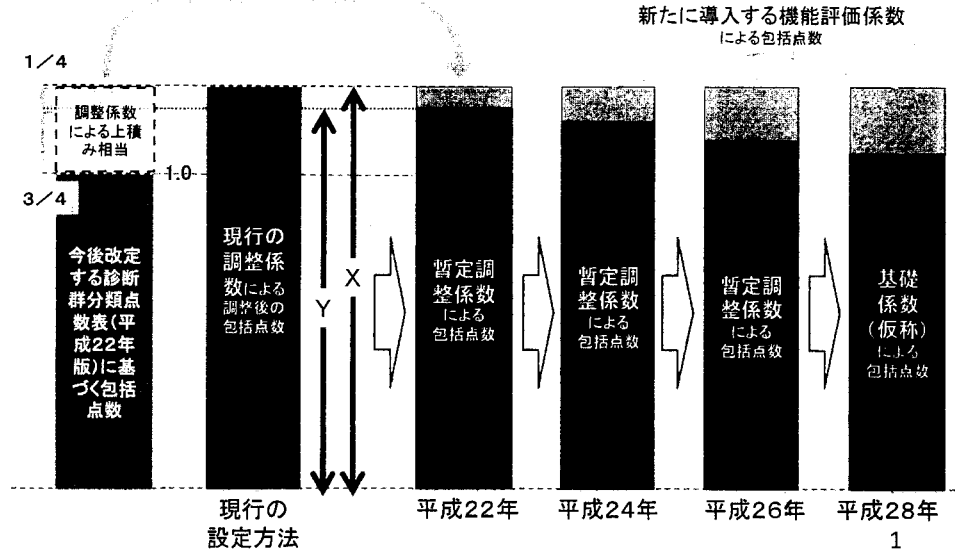
(2)平成22年度診療報酬改定も踏まえながら、新・機能評価係数と暫定調整係数の設定方法やそれに基づく診療報酬の評価方法(重み付け等)について引き続き検討し、平成24年度診療報酬改定を目途に医療機関別係数のあり方について整理する。

名称(案)	考え方	設定方法
○データ提出・公開指数 ○データ提出指数 ○データ提供指数 ○提出データの質指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	【指数】 $= \frac{\text{①データ提出の滞滞} + \text{②部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合が40\%以上の場合に} \times \text{定数}}{\text{※非必須項目の入力状況による評価は行わない。}}$
○効率性指数 ○相対平均在院日数指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した相対日数の相対値により評価	【指数】 $= \frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
○患者構成指数 ○複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における入院当たり包括点数の相対値により評価	【指数】 $= \frac{\text{当該医療機関の包括点数(一入院当たり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えたもの}}{\text{全病院の平均一入院あたり包括点数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
○カバー率指数 ○総合性指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	【指数】 $= \frac{\text{当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数}}{\text{全診断群分類数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。

名称(案)	考え方	設定方法
5 ○救急医療指数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価 地域医療への貢献について、2つの視点で評価	〔指数〕 救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数 /DPC対象患者数 (救急患者の受け入れ体制の評価のイメージ) 1. 救急患者数(又は割合)が○以上 ・救急部門に医師、看護師が常に専任で配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専任又は専任で配置 2. 救急患者数(又は割合)が△以上 ・医師、看護師が常に専任又は専任で配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専任、専任又はオンコールで配置 3. 救急患者数(又は割合)が□以上 ・職員の要件なし ※ 救急患者: 救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数
6 ○地域医療指数	〔視点1〕 配置人員や患者数等による体制の評価(全国共通の基準) 〔視点2〕 地域の実情を踏まえた一定の役割について評価(地域に応じた相対的な基準)	(評価のイメージ) 例えば、都道府県が策定する医療計画(4疾病・5事業)等において、一定の役割が位置づけられている施設に対して、一定の指数により評価 ※4疾病: がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病 5事業: 救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療

7 ○チーム医療指数	チーム医療の取り組みによる ・医療安全 ・勤務医負担軽減 ・医療の質 ・医療の効率化 ・医療の透明化 等を評価	今後の取り扱いについては更に検討
------------	---	------------------

新たな機能評価係数の導入及び調整係数の段階的廃止の概念図(案)
(全DPC対象病院の総点数の変化)



平成22年改定における暫定調整係数の概念図(案)
(個別病院ごとの変化)

