

図表6 医療機関別再転床率

施設類型	施設名	H21 再転床率
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人 麻生整形外科病院	0.27%
平成21年度新規DPC準備病院	特定医療法人 白石脳神経外科病院	0.28%
平成21年度新規DPC準備病院	総合病院 浦河赤十字病院	0.11%
平成21年度新規DPC準備病院	栗原市立栗原中央病院	0.19%
平成21年度新規DPC準備病院	北村山公立病院	0.42%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人 恒貴会 協和中央病院	0.12%
平成21年度新規DPC準備病院	(医)社団善仁会 小山記念病院	0.22%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人社団 創造会 平和台病院	0.22%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人社団千葉県勤労者医療協会船橋三和病院	0.52%
平成21年度新規DPC準備病院	社会福祉法人聖ヨハネ会 総合病院桜町病院	0.16%
平成21年度新規DPC準備病院	大船中央病院	0.05%
平成21年度新規DPC準備病院	川崎市立井田病院	0.13%
平成21年度新規DPC準備病院	独立行政法人 国立病院機構 神奈川病院	0.15%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人西能病院	0.79%
平成21年度新規DPC準備病院	公立南砺中央病院	0.28%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人徳洲会 大垣徳洲会病院	0.52%
平成21年度新規DPC準備病院	公立森町病院	0.16%
平成21年度新規DPC準備病院	津島市民病院	0.17%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人生尊会 寺元記念病院	0.37%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人 野上病院	1.39%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人 菁心会 郡山青葉病院	0.64%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人 十字会 野島病院	0.75%
平成21年度新規DPC準備病院	医療法人回村一心堂病院	2.35%
平成21年度新規DPC準備病院	さぬき市民病院	0.21%

診 調 組 D - 3  
2 2 . 0 6 . 3 0

## DPC対象病院・準備病院の現況について

### 1 DPC対象病院について

平成22年度にDPCへ参加を希望する110病院を対象にした説明会を平成22年3月1日に実施

- 4月新規参加済み：53病院
- 7月新規参加予定：57病院（6月25日告示）

※平成22年7月1日現在1,391病院がDPC対象病院となる予定

(参考)

- 8月1日に1病院がDPC対象病院より退出する予定（健康保険岡谷塩嶺病院）  
（DPC対象病院の参加基準である7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を平成22年4月1日に満たさなくなり、また、その後の3ヶ月の猶予期間においても満たす見込みがないため）

※平成22年8月1日より1,390病院がDPC対象病院となる見込み。

### 2 DPC準備病院について

平成22年度にDPCに不参加のDPC準備病院（平成18年度・平成19年度・平成20年度新規DPC準備病院）は151病院となった。

※平成22年度も引き続き準備病院として調査に参加している。

DPC対象病院・準備病院の規模(平成22年7月1日見込)

DPC対象病院数の変遷

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	1	13	14	15	7	94	144
平成18年度DPC対象病院	5	30	47	71	44	162	359
平成20年度DPC対象病院	39	103	134	134	88	217	715
平成21年度DPC対象病院	133	254	261	227	137	269	1,281
平成22年度DPC対象病院	154	288	284	244	148	275	1,391
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	3,278	2,335	795	585	294	426	7,714

平成22年度DPC準備病院数

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22年度準備病院 計	119	93	31	22	6	8	279
平成18年度新規準備病院	3	6	2				11
平成19年度新規準備病院	45	29	8	3		1	86
平成20年度新規準備病院	25	22	5	1		1	54
平成21年度新規準備病院	17	19	10	11	4	3	64
平成22年度新規準備病院	29	17	6	7	2	3	64

DPC算定病床数の変遷

病院類型	100床未満	100床以上	200床以上	300床以上	400床以上	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	66,983	66,983
平成16年度DPC対象病院	74	2,024	3,596	5,107	3,081	76,099	89,981
平成18年度DPC対象病院	326	4,676	11,839	24,268	19,466	116,613	177,188
平成20年度DPC対象病院	2,806	15,821	32,803	45,876	38,892	151,377	287,575
平成21年度DPC対象病院	9,206	38,442	64,160	77,574	60,534	183,330	433,246
平成22年度DPC対象病院	10,384	43,188	69,745	83,781	84,474	187,127	458,707
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	119,939	190,838	113,436	141,738	100,876	242,710	809,437

平成22年度DPC準備病院病床数

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22年度準備病院 計	7,342	13,084	7,228	7,365	2,580	5,288	42,885
平成18年度新規準備病院	93	890	421				1,404
平成19年度新規準備病院	2,729	4,013	1,949	973		658	10,322
平成20年度新規準備病院	1,608	2,826	1,177	320		552	6,483
平成21年度新規準備病院	1,127	2,773	2,353	3,622	1,637	1,819	13,331
平成22年度新規準備病院(速報値)	1,785	2,582	1,328	2,450	943	2,237	11,325

<用語の定義>

- 平成●●年度対象病院:当該年度において、診断群分類点数表により算定している病院
- 平成●●年度参加病院:当該年度において、初めて対象病院となった病院
- 平成●●年度準備病院:当該年度において、対象病院ではなく、DPC調査に参加している病院

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

※全一般病院の病床数区分は、一般病床数による。

※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成21年12月分DPC調査データより集計(平成22年度新規準備病院のみ自己申告)

※平成22年度DPC対象病院には、平成22年7月DPC参加病院を含む。

※平成20年度参加病院は、病院の廃院により昨年度より1病院(社会保険浜松病院)減少している

診調組 D-4  
22.06.30

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

- 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。
- 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。

※ 平成20年12月17日 中医協・基本問題小委員会において承認

機能評価係数について

- 平成20年12月17日  
基本問題小委員会

評価軸の提案

(松田研究班)

係数の候補

(DPC評価分科会)

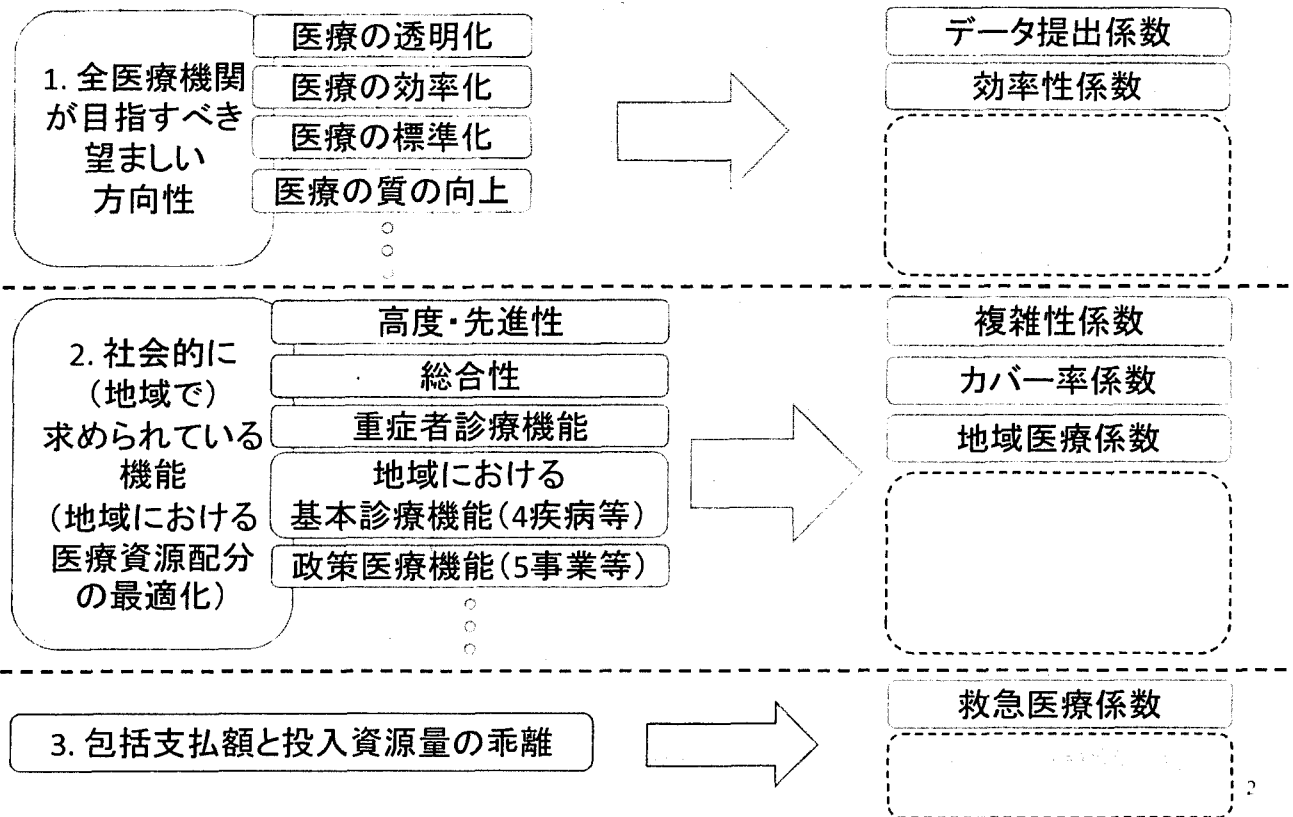
平成21年特別調査

機能評価係数Ⅱ

# 機能評価係数Ⅱの考え方の整理

<評価すべき方向性>

<平成22年度改定で対応した項目>



## 機能評価係数に関する今後の検討の方向性

1. 医療全体の質の向上(透明化・効率化・標準化・質の向上)
  - ・ 全てのDPC対象病院が各施設が基本的に対応すべき方向性
    - 診療内容の透明化に資するようなデータ提供の努力を評価
    - 主体的なベンチマーキング及び目標設定による医療の質的改善努力を評価
    - ガイドライン等を参考とした標準化への努力を評価
2. 社会的に(地域で)求められている機能の評価
  - ・ それぞれの地域において実現が求められる医療の方向性
    - それぞれの地域において各急性期病院が担うべき機能を評価
    - 地域単位での医療資源配分最適化
    - 4疾病・5事業等における病院の実績を評価
3. 包括支払額と投入資源量の乖離の補正

# 【論点】

## ＜基本的な考え方の整理＞

平成22年改定での対応(検討経過と具体的な改定項目)を踏まえ、平成24年度改定に向けて、機能評価係数の考え方と具体的な項目設定のあり方をどう考えるか。

(4)

DPC評価分科会における  
新たな機能評価係数に係る  
これまで議論の整理

(参考) 現行のDPC制度について

総務組 D-4 参考  
22.06.30

中區組 診-4  
20.11.19

総務組 D-1  
20.11.7

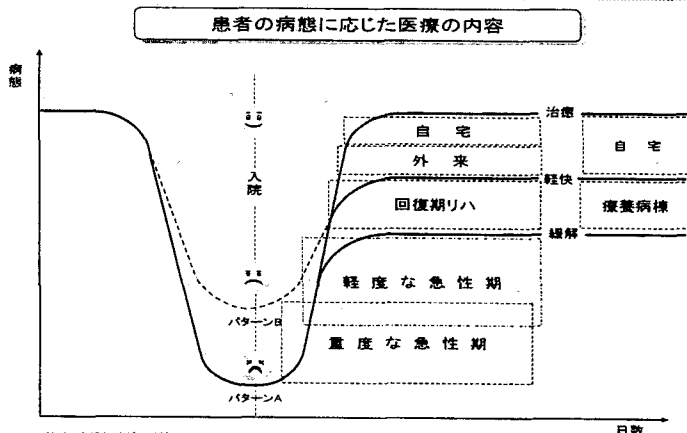
# DPC対象病院とは

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。

## 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。



治療: 病状やけなどがなおること。  
 軽快: 病状が軽くなること。  
 緩解: 病状の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態。

## 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。

【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

## 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。

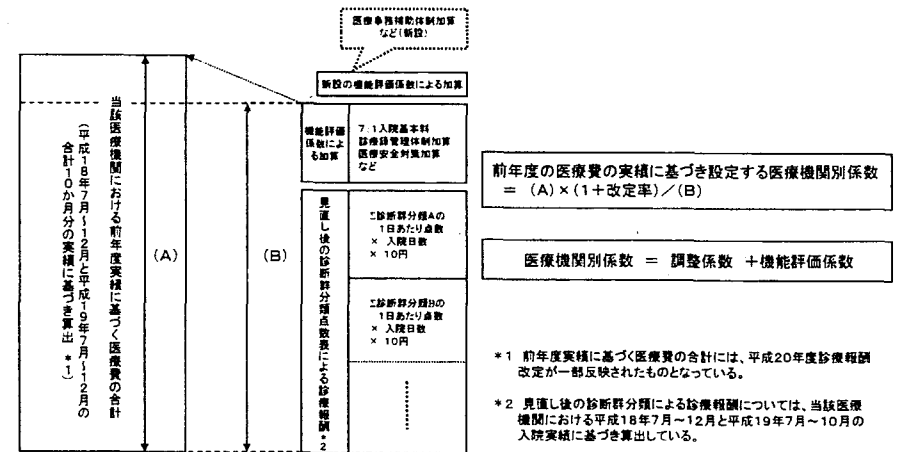
○ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

【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。

# 医療機関別係数について(1)

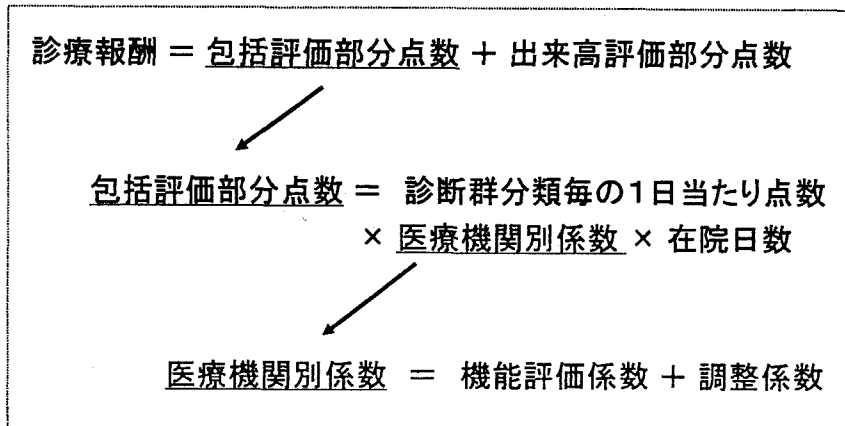
## 1 現在の「医療機関別係数」の概要



7

9

## DPCにおける診療報酬の算定方法



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、入院基本料等加算のうち、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。

10

## 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

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＞

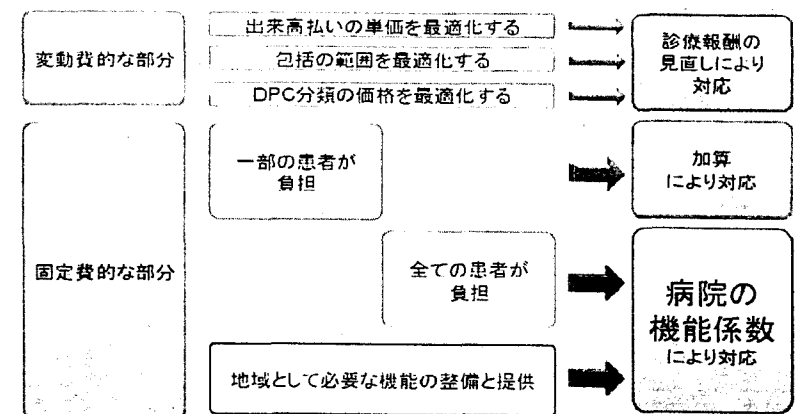
- ・救急、産科、小児科等については、すでに出来高で評価されていることから、不採算であるならば、出来高での評価を上げるべきではないか。
- ・例えば、救急医療では、患者が来ない場合でも常に受け入れ体制を確保しており、こうした病院機能全体を評価する観点から、新たな「機能評価係数」として評価しても良いのではないか。

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

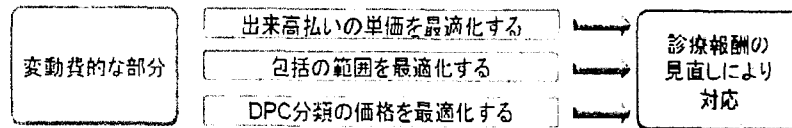


出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

12

14

## 平成20年度における議論の整理(2)



### 【論点】

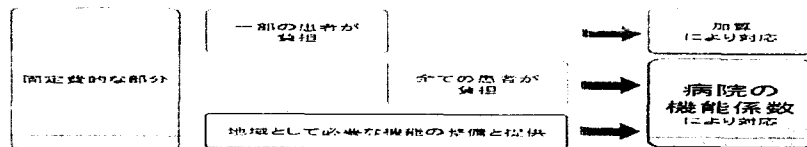
○変動費的な部分については、診療報酬の見直しにより対応できるのではないか。

<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。
- ・ 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。

15

## 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。
- ・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
- ・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があるのではないか。

16

## 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。
- 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。
- 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。

17

## 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たさめ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 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



# プロセスについて

## 3 DPC評価分科会での議論 (各論)

**プロセス**

- 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**

- 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)**

- 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)**

- 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

## 新たな「機能評価係数」の検討項目の整理

**プロセス**

- 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**

- 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)**

- 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)**

- 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

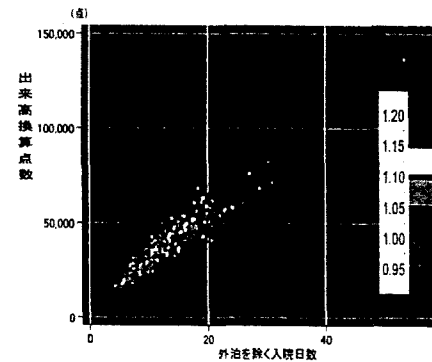
出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

## プロセスについて1-①

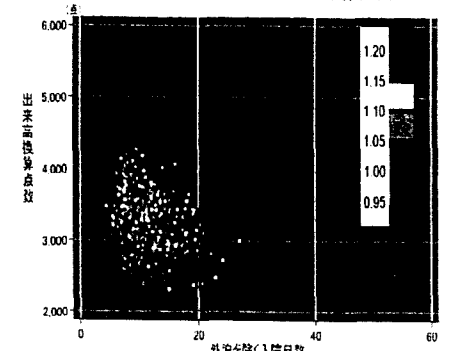
**【これまでの検討】**

○ 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。

入院日数と1入院当たり包括範囲診療行為  
(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし)



入院日数と1日当たり包括範囲診療行為  
(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし)

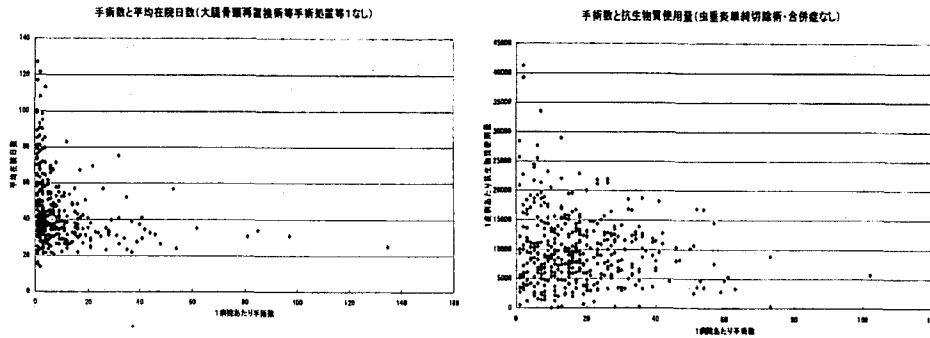


出典 平成20年10月3日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

## 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 松田研究班提出資料より抜粋

23

## 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。

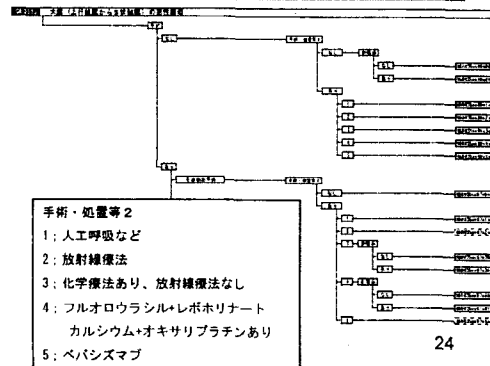
25

## 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。

順位	症例数	割合	在院日数平均	レジメン
1	13913	54.4%	8.5	オキサリプラチン・フルオロウラシル
2	6150	24.1%	6.4	フルオロウラシル・塩酸イリノテカン
3	1392	5.4%	32.1	テガフル・ウラシル配合
4	1221	4.8%	15.2	フルオロウラシル
5	637	2.5%	34.3	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合
6	284	1.0%	20.0	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合と塩酸イリノテカン
7	205	0.8%	11.7	塩酸イリノテカン
8	114	0.4%	5.5	オキサリプラチン
9	87	0.3%	8.6	オキサリプラチン・かわらただけ多剤併用剤・フルオロウラシル
10	85	0.3%	36.7	オキサリプラチン・フルオロウラシル・塩酸イリノテカン



24

## 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。

26

# 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)	2.6%	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%

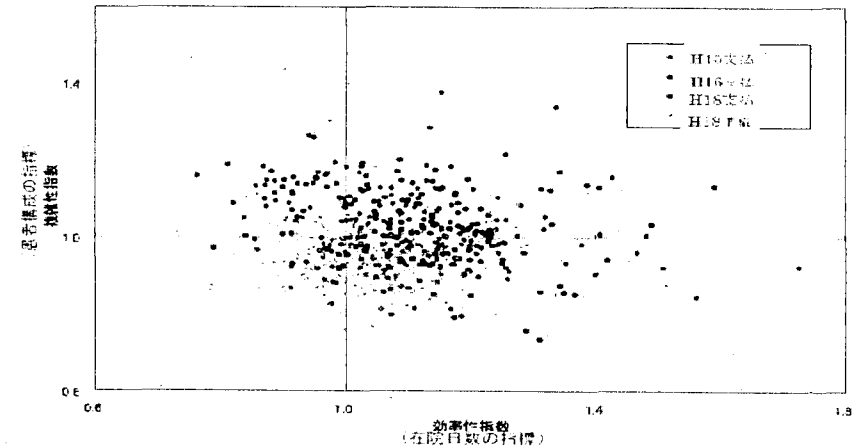
出典:平成19年6月22日DPC評価分科会「DPC対象病院及び準備病院における後発医薬品の使用状況について」

(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

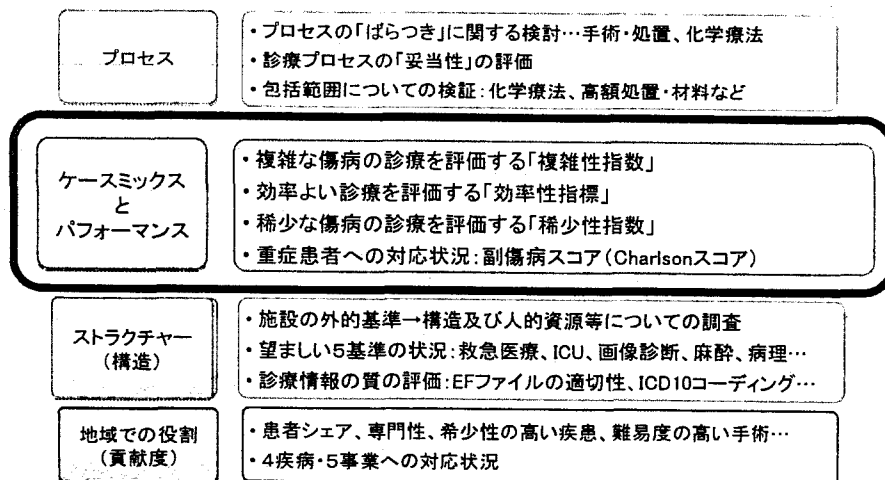
# ケースミックスとパフォーマンスについて1

DPCを用いた病院機能の評価の例



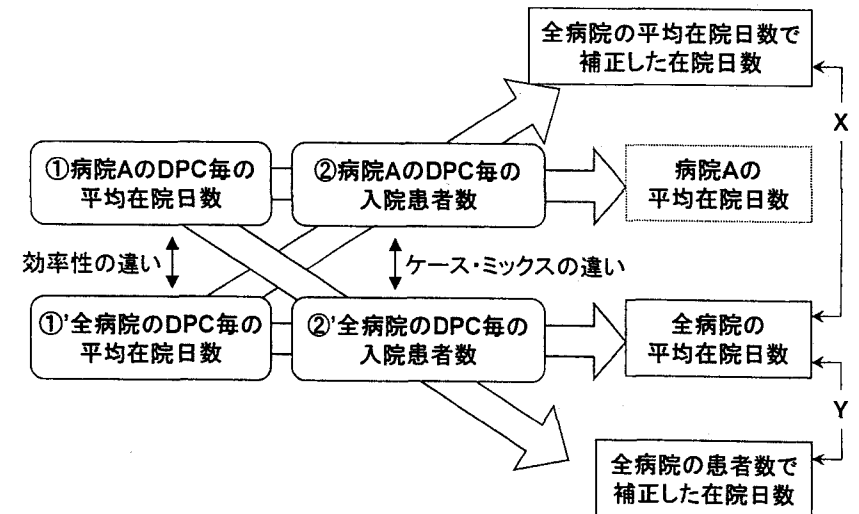
出典:平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

# ケースミックスとパフォーマンスについて



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

(参考)複雑性指数及び効率性指数とは



X:複雑性指数(患者構成の指標), Y:効率性指数(在院日数の指標)

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

## 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な。

### <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な。

31

## 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「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な。

### <課題>

- ・いわゆる専門病院が評価されにくいのではないかな。
- ・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な。

32

## 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>

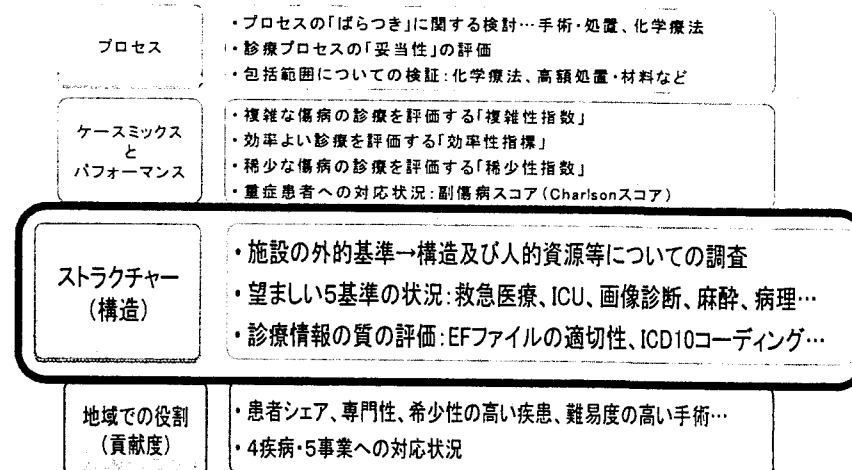
- ・重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できるのではないかな。

### <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な。
- ・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な。

33

## ストラクチャー(構造)について



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

34

## 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班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。

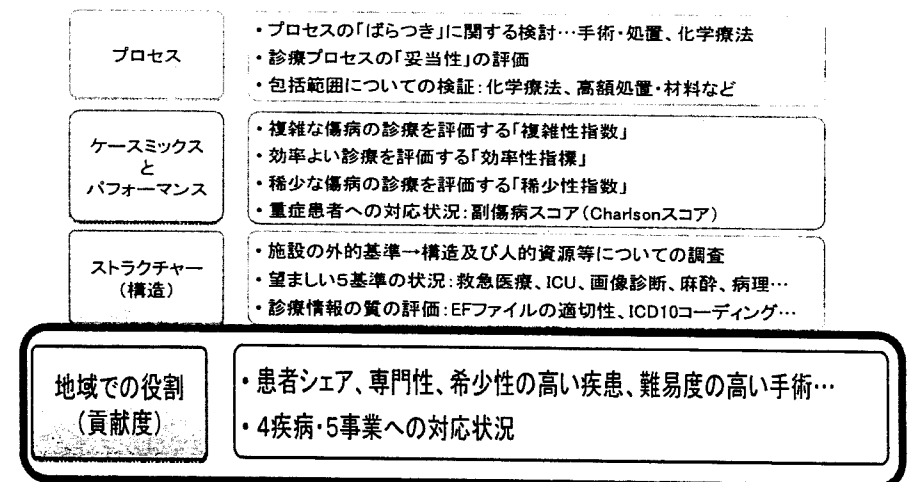
37

## (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



38

# 地域における病院の役割1-①

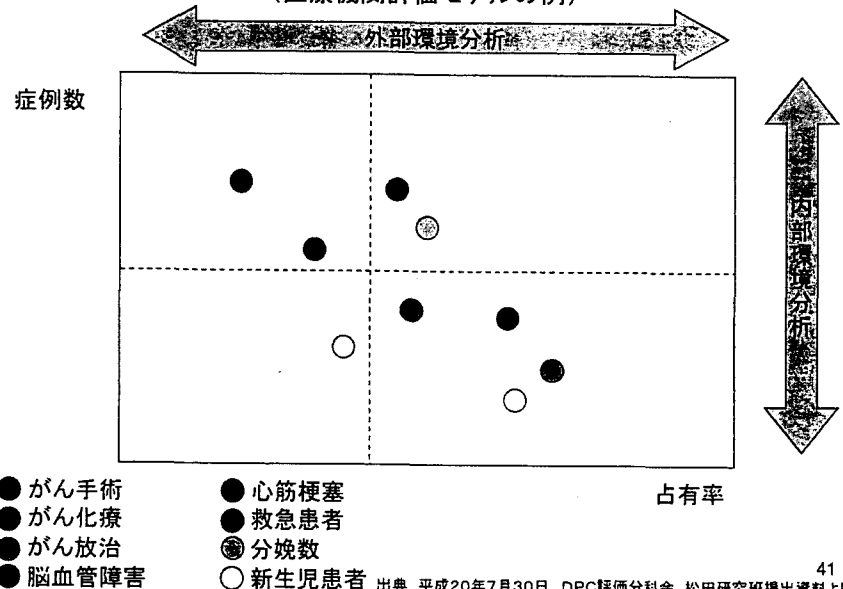
## 【平成20年度の議論】

○ 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 中基協基本問題小委員会資料

# 4疾病5事業の評価

(医療機関評価モデルの例)



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

# 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。

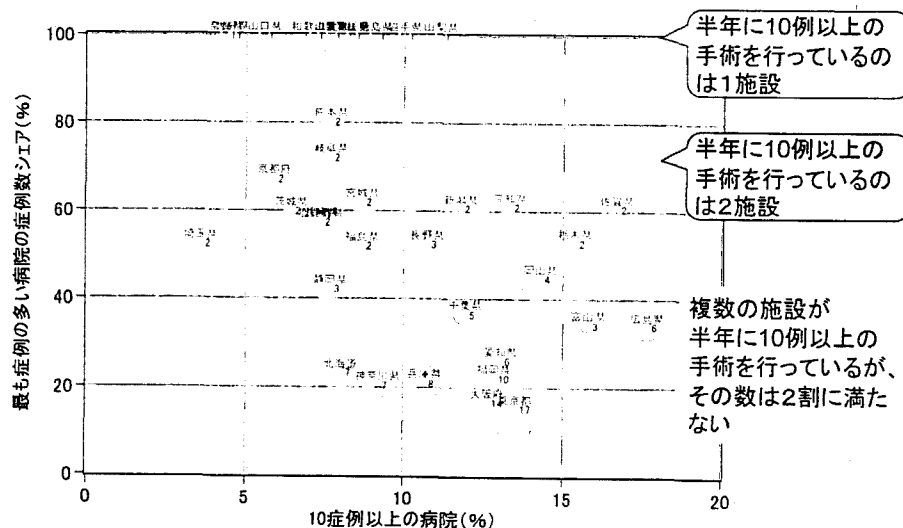
## <課題>

- ・ 医療計画に定める事業のうち、どの分野をどのよう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。

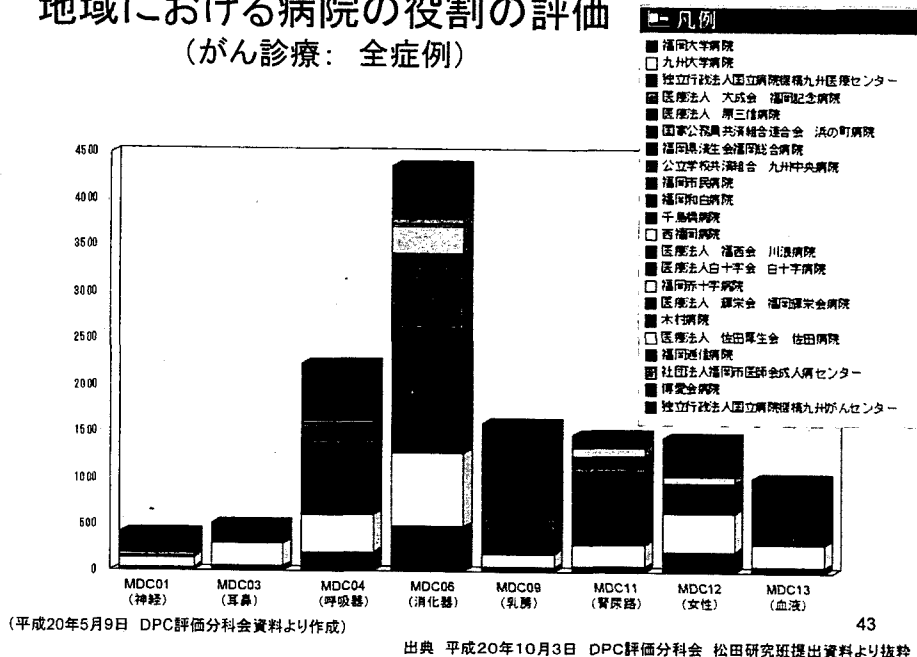
# 地域における病院の役割の評価

060050(肝臓がん)/手術03(肝切除術 部分切除等)



出典 平成20年10月3日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

## 地域における病院の役割の評価 (がん診療：全症例)



## 地域における病院の役割2-③

○ 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な。

<課題>

- ・ 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。
- ・ 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。

45

## 地域における病院の役割2-②

○ 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な。

<課題>

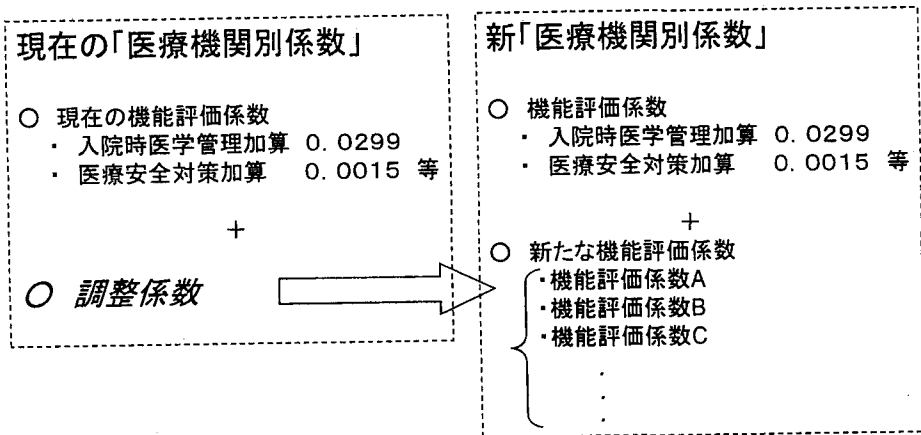
- ・ 重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要があるか。

44

## 4 新たな「機能評価係数」等の検討に係る基本的な考え方

46

# 新たな「医療機関別係数」のイメージ

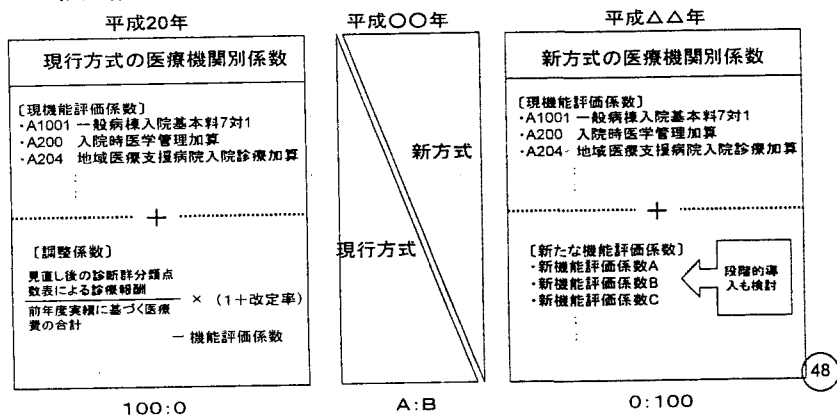


47

## 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

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



48