

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

平成22年度第1回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成22年4月22日（木）14:00～16:00

場所：全国都市会館3階第二会議室

議事次第

- 1 平成22年度診療報酬改定について（DPC部分）
- 2 平成22年度調査に向けた様式1の見直し（案）について
- 3 DPCにおける高額薬剤の取り扱いについて
- 4 DPC準備病院の募集について
- 5 平成22年度におけるDPCに関する調査（案）について

<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 総合研究センター 臨床研究統括部長
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	社団法人東京都看護協会会長
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名誉院長
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

平成22年度診療報酬改定について（DPC部分）

第1 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料の引上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. DPCの円滑導入のために設定されていた調整係数については、今回の改定を含め今後段階的に、新たな機能評価係数への置換えを実施する。
3. DPCにおける包括点数の設定方法及び包括範囲等について、診療実態に即した所要の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の引上げ及び改定率の反映

急性期医療の更なる評価に伴う入院基本料等の引上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。

入院基本料等加算の引上げ等については、機能評価係数に反映させる。改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

(1) 今回導入する新たな機能評価係数

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

新 [項目1]「データ提出指数」(正確なデータ提出に係る評価)

以下の場合において、当該係数を減算する。

- ① データ提出の遅滞
- ② 部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上

新 [項目2]「効率性指数」(効率化に対する評価)

新 [項目3]「複雑性指数」(複雑性指数による評価)

新 [項目4]「カバー率指数」(診断群分類のカバー率による評価)

新 [項目5]「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)

以下の各項目の総ポイント数(0~7ポイント)で評価

- ①脳卒中地域連携
- ②がん地域連携
- ③地域がん登録
- ④医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター
- ⑤DMAT(災害派遣医療チーム)指定
- ⑥へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
- ⑦総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

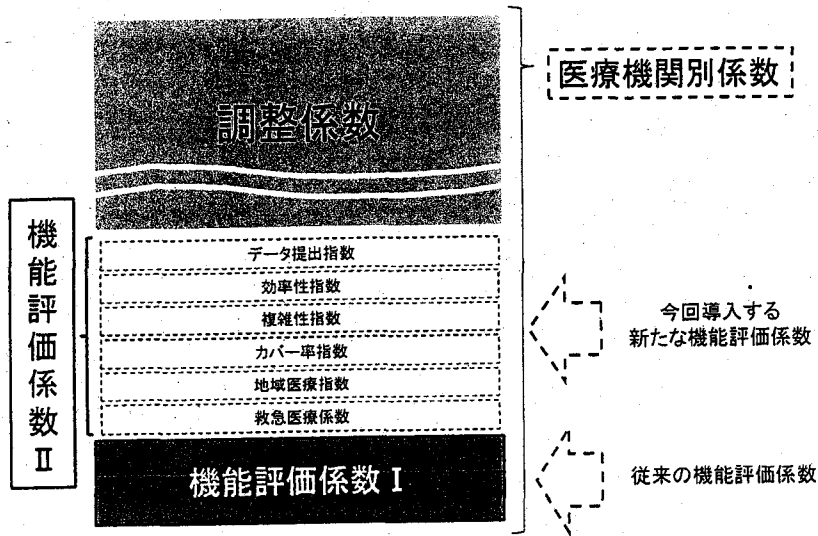
新 [項目6]「救急医療係数」(救急医療の入院初期診療に係る評価)

(2) 設定方法

①調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。

②各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。

DPCにおける係数



3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

改 (1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。

- ① 高額薬剤による分岐の追加
- ② 化学療法レジメによる分岐の追加
- ③ 副傷病による分岐の精緻化
- ④ 手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し

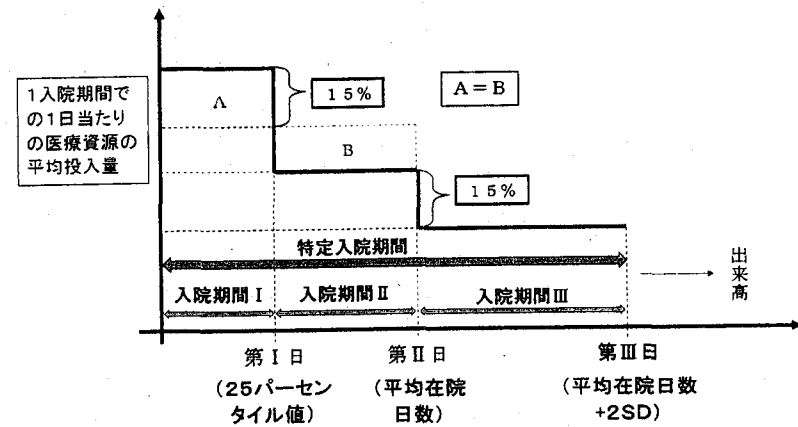
改 (2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

(基準)

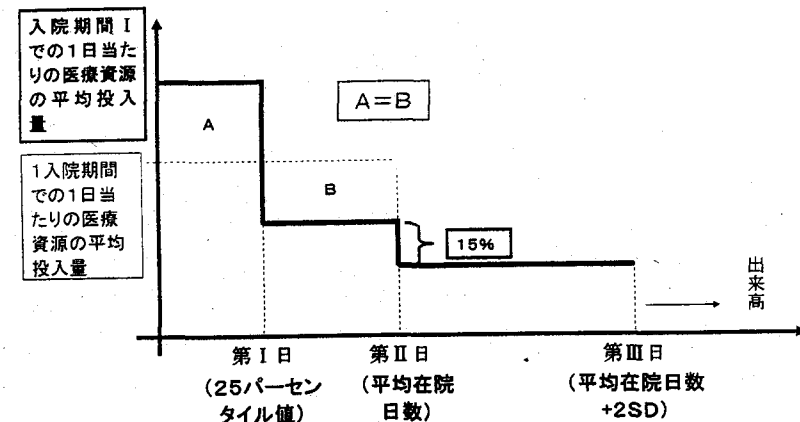
「入院期間 I での1日当たり包括範囲点数 / 1入院期間での1日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差 (SD) が

- ① 平均 - 1SD から平均 + 1SD の間の場合 : 設定 A
- ② 平均 + 1SD 以上の場合 : 設定 B
- ③ 平均 - 1SD 以下の場合 : 設定 C

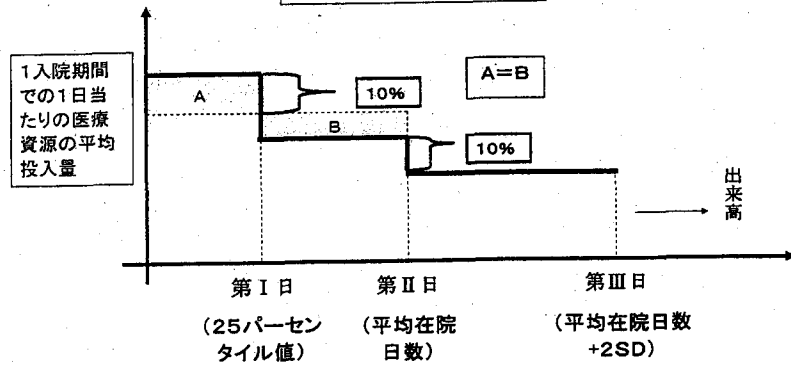
設定方法 A



設定方法 B



設定方法C



4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

改 (1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流

改 (2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

5. その他

- (1) 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- (2) 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- (3) 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。

平成22年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1

1. 平成22年度診療報酬改定における基本的な考え方 (DPC制度)

- (1) 今回の診療報酬改定における入院基本料の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPC制度においても、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
- (2) DPC制度の円滑導入のために設定されていた調整係数については、今回の改定を含め今後段階的に、新たな機能評価係数への置換えを実施する。
- (3) DPCにおける包括点数の設定方法及び包括範囲等について、診療実態に即した所要の見直しを行う。

2

2. 入院基本料等の引き上げ及び改定率の反映

- (1) 急性期医療に対する更なる評価に伴う入院基本料等の引き上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。
- (2) 入院基本料等加算の引き上げ等については、機能評価係数に反映させる。
- (3) 改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

3

3. DPC制度における調整係数の段階的廃止・ 新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

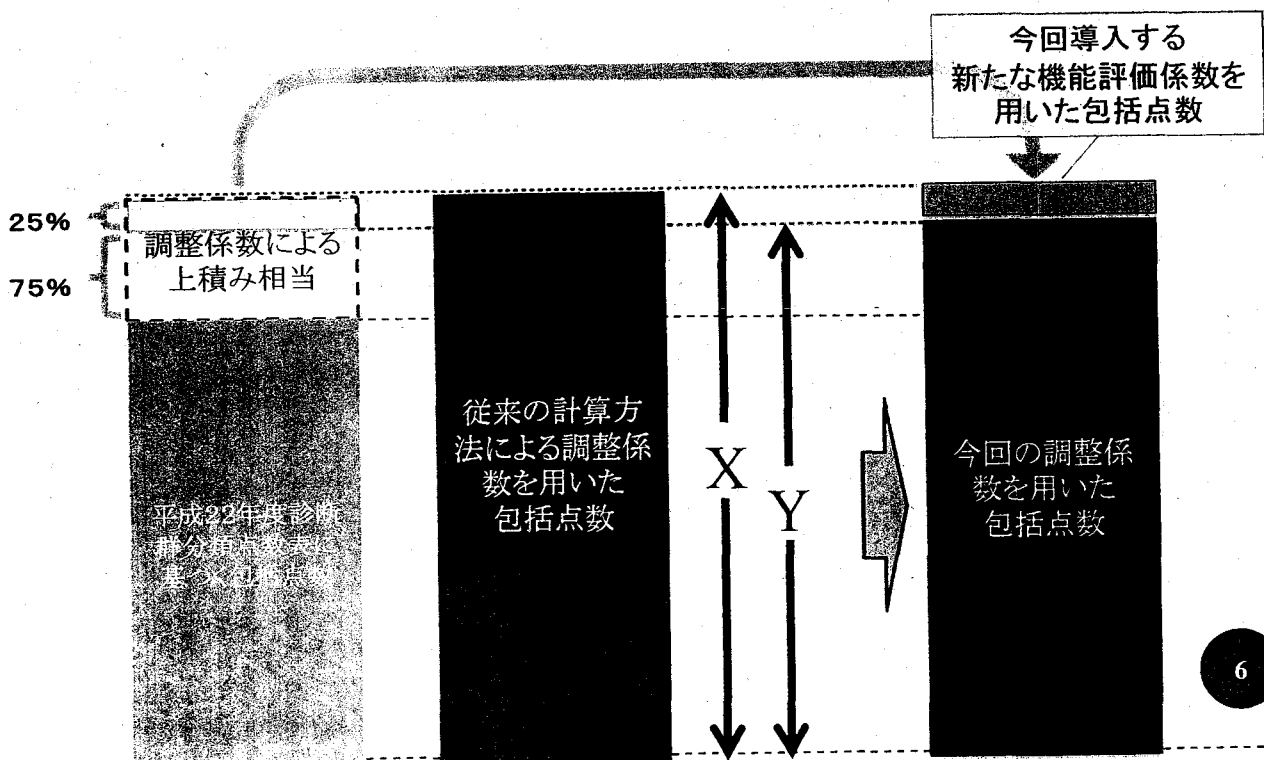
4

3-1. 調整係数及び新たな機能評価係数の設定方法

- (1) 調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。
- (2) 各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。

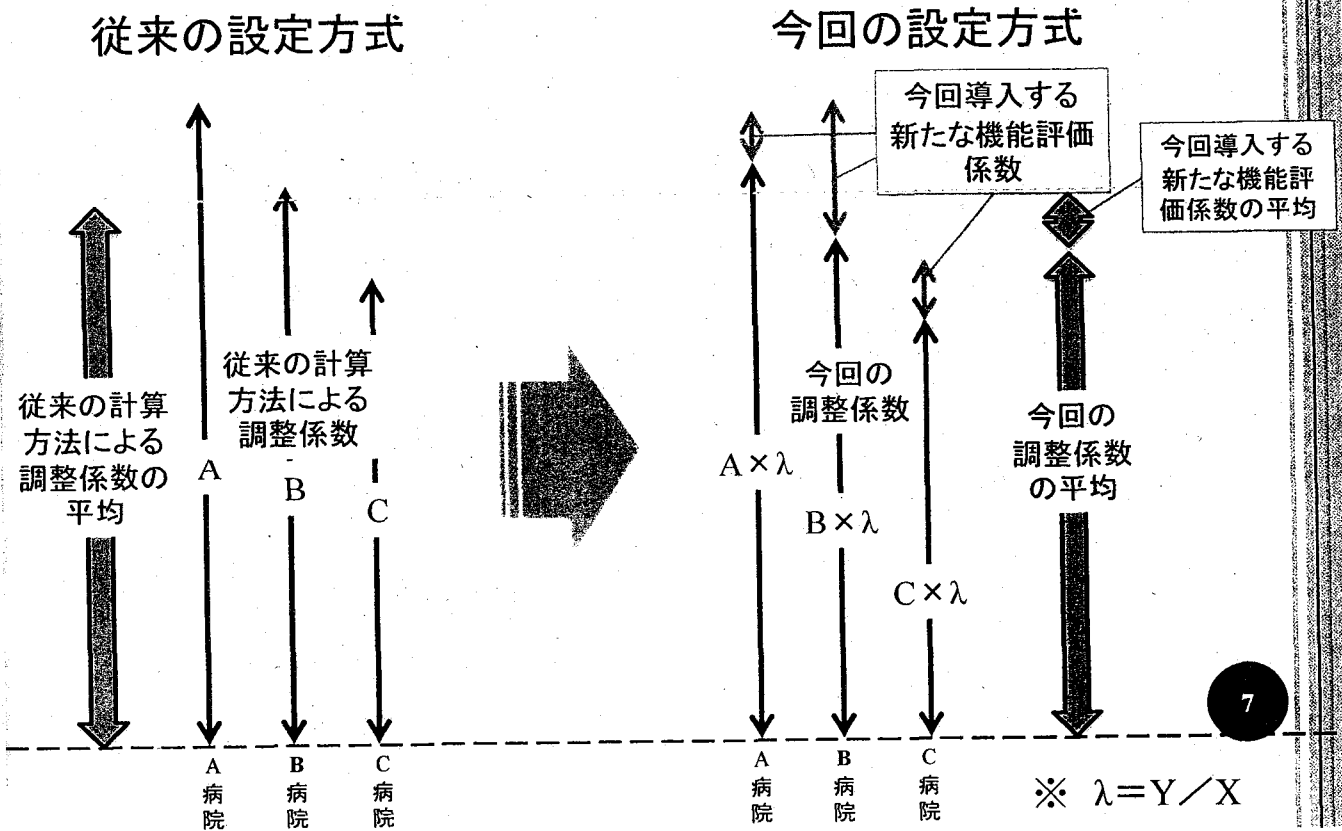
5

調整係数の段階的廃止と 新たな機能評価係数の設定(1)



6

調整係数の段階的廃止と 新たな機能評価係数の設定(2)



3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(1)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	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〕 ①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。 ②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。(平成23年4月より評価) ※ 非必須項目の入力状況による評価は行わない。
2	効率性指数	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在院日数の相対値により評価	〔指数〕 = [全DPC対象病院の平均在院日数] / [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。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3	複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価	〔指数〕 = [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点数] / [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。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4	カバー率指数	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〕 = [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] / [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。 ※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。

3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(2)

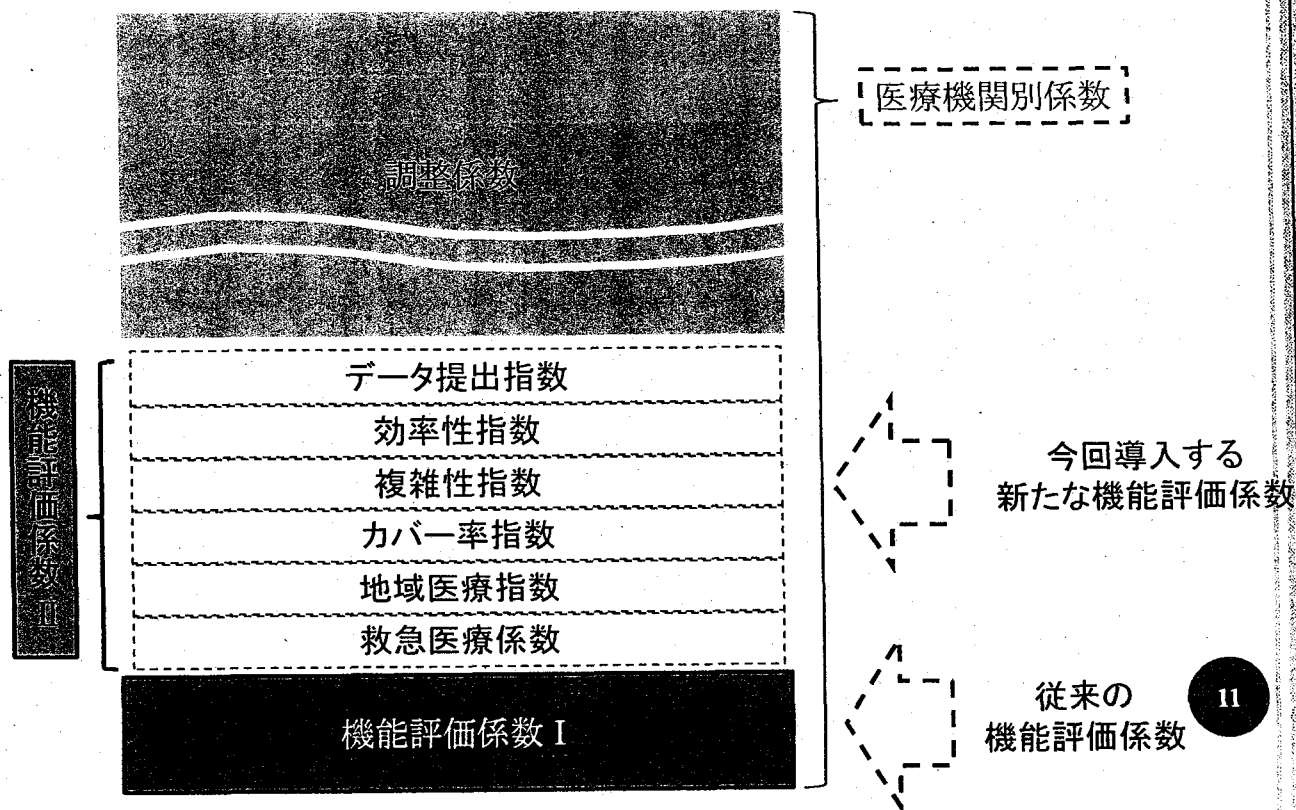
項目	名称	評価の考え方	評価方法
5	地域医療指数	地域医療への貢献による評価	<p>〔指数〕 = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント)(平成22年8月より評価)</p> <p>①「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)」を算定している医療機関を評価</p> <p>②「がん」について、「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価</p> <p>③「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価</p> <p>④「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価</p> <p>⑤「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価</p> <p>⑥「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価</p> <p>⑦「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価</p>
6	救急医療係数	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	<p>〔指数〕 = 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p>

3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(3)

〔項目5〕「地域医療指数」の取り扱いについて

- DPC対象病院に対し、平成22年4月1日時点の状況の報告を求める。(様式及び時期等については、今後DPC調査事務局より連絡)
- 届け出の結果に基づき平成22年8月より機能評価係数に反映する。

3-3. 医療機関別係数の概念図



3-4. 従来の機能評価係数(機能評価係数 I)

<例示>

A100	一般病棟入院基本料
A200	総合入院体制加算
A204	地域医療支援病院入院診療加算
A204-2	臨床研修病院入院診療加算
A207	診療録管理体制加算
A207-2	医師事務作業補助体制加算
A207-3	急性期看護補助体制加算
A214	看護補助加算
A234	医療安全対策加算
A234	感染防止対策加算
D026の注3 検体検査管理加算(I)~(IV)	

3-5. 医療機関別係数の設定方法等

$$\text{医療機関別係数} = \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II} + \text{調整係数}$$

従来の機能評価係数(出来高の診療報酬項目に基づく係数)

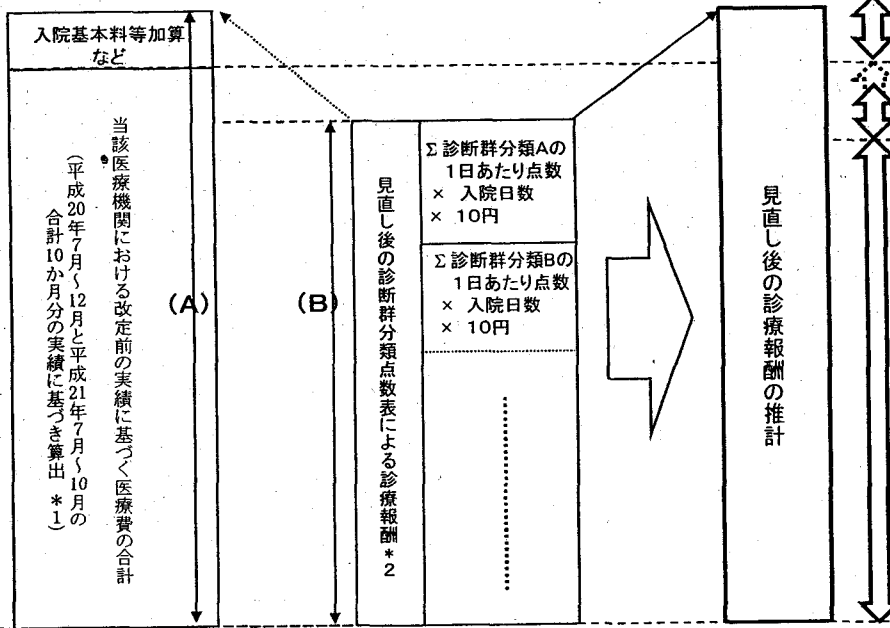
今回導入する新たな機能評価係数

調整係数

従来の方法で計算した調整係数のλ倍

$$[(A) \times (1 + \text{改定率}) / (B) - \text{機能評価係数 I}] \times \lambda$$

13



*1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成22年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映したもの。

*2 見直し後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成20年7月～12月と平成21年7月～10月の入院実績に基づき算出している。

(参考) 8月以降の医療機関別係数

【4～7月】

医療機関別係数

$$= \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II} + \text{調整係数(4～7月)}$$

(項目1～4, 6)

【8月以降】

医療機関別係数

$$= \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II} + \text{調整係数(8月以降)}$$

(項目1～6) 8月以降の調整係数
項目5を反映 に変更

14

4. 診断群分類点数表の設定方法について

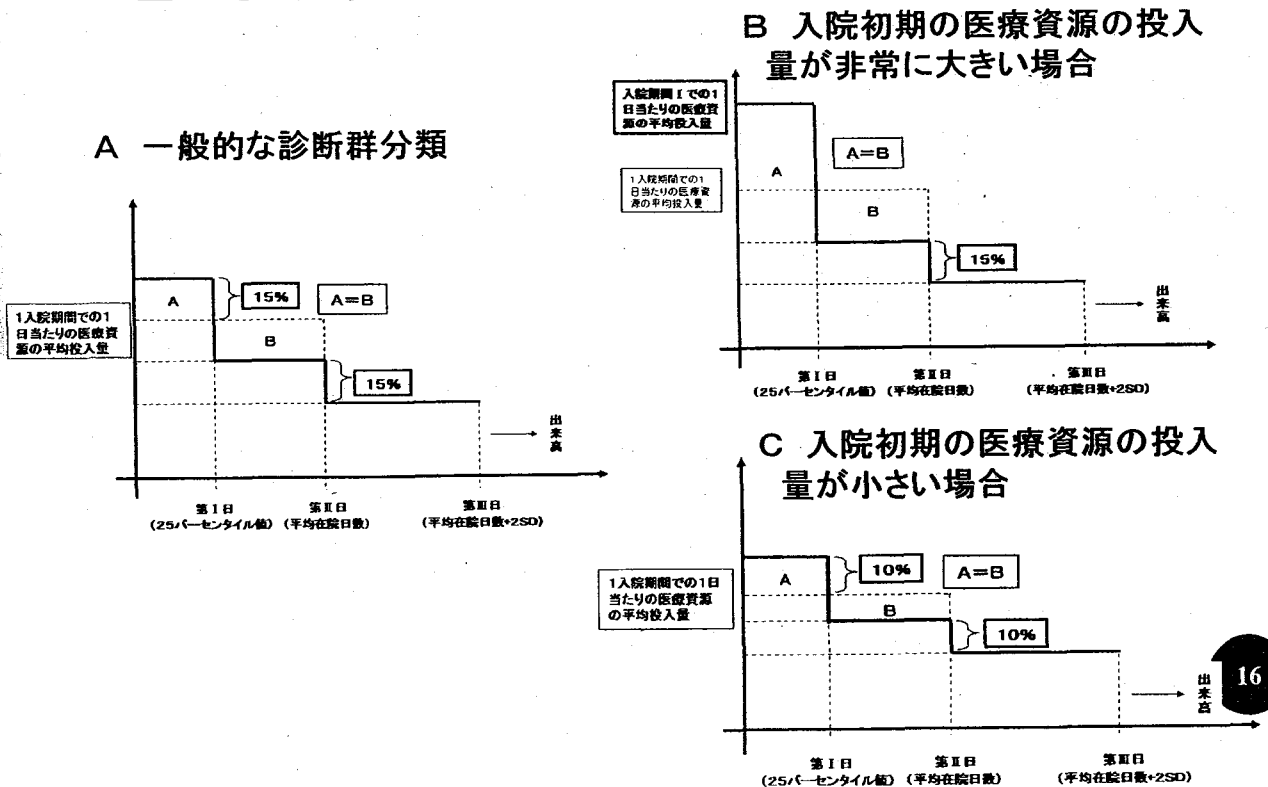
診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

(1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。

- ①高額薬剤による分岐の追加
- ②化学療法レジメによる分岐の追加
- ③副傷病による分岐の精緻化

診断群分類の数	(見直し前)	(見直し後)
	2451	→ 2658
うち包括評価の分類	(見直し前)	(見直し後)
	1572	→ 1880

(2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。



5. DPC制度における包括範囲の見直し

(1) 以下については、出来高での評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的に行う人工腎臓及び腹膜灌流

(2) 以下については、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

17

6. その他の変更点等

(1) 医師等の員数が医療法により有しなければならないこととされている医師等の員数に100分の70を乗じて得た数以下の場合には出来高を算定する。

(2) 転棟日は、転棟先の入院基本料を算定。

(3) 入院中に他医療機関を受診した場合の費用

出来高部分 : 入院中の医療機関で出来高算定し、合議で精算

包括部分 : 出来高算定は出来ず、合議で精算なお、他医療機関で実施した診療行為を含め、診断群分類を決定する。

18

DPC 調査様式 1 の見直し (案) について

1 現状

「DPC 導入の影響評価に係る調査」は、三つに大別されるデータの提出を求めている。

- (1) 患者単位で把握する診療録情報 …様式 1
- (2) 患者単位で把握する診療報酬請求関連情報
…様式 4、D ファイル、EF ファイル (統合予定※)
- (3) 医療機関単位で把握する情報 …様式 3

※ EF ファイルの統合については、平成 21 年 12 月 24 日当分科会にて了承済。

これらの中で様式 1 については、従来、主として診断群分類の妥当性の検証に用いられてきたが、平成 22 年度以降実施している調整係数の新たな機能評価係数の置換えにも対応するため、様式 1 の見直しを検討する必要がある。また、既存の入力項目の一部には「必須ではない」とされる項目があり、現場の入力負担がある中で、十分に役立てられていないという指摘もある。検討に際しては、これらの取扱いについても合わせて検討する。

平成 22 年度調査に向けて、MDC 班会議及び松田研究班に項目原案を御議論いただいたところである。これらの提案を踏まえて、以下の点に留意しつつ、様式 1 の調査項目について、検討してはどうか。

2 様式 1 の見直しに係る論点

(1) 項目の追加 (参考 1)

MDC 班会議、松田研究班からの提案を踏まえて、以下の点に留意しつつ、新規項目の追加を検討してはどうか。

<検討に当たっての視点>

- 平成 22 年度以降実施している段階的な、調整係数の新機能評価係数への置換えにおいて、医療の質的評価に基づく機能評価にも対応できるような調査項目 (一例: 脳卒中の入院時重症度と退院時 ADL、介護保険等級等とのクロス集計) も必要。
- 入力する医療施設関係者の作業負担も考慮し、負担に見合う妥当性が必要。

(2) 必須項目/非必須項目などの条件付き項目の整理

- ① 現在の項目の中には、入力が必要とされる項目と、必須でないとされる項目 (非必須) が混在しているが、必須とされていない項目はデータの信頼性等の評価が困難であり、原則として全て必須とすべきである。

- ② その際、一律に全ての施設や患者に対して入力を求める必要性の乏しいものについては、対象を限定して必須とする項目も設定するべきではないか。

※ 現在でも採用されている、場面を限定した必須の例

- a 対象疾患を限定する …心不全に限る、MDC01に限る 等
- b 施設類型を限定する …精神病棟に入院した場合に限る

(3) 不必要と考えられる項目の削除

- (2) で非必須とされたもの見直しを中心に、必要性の低い項目については、削除することも検討する。

整理番号	項目	現状	MDC班長会議意見	松田研究班意見
8	待機手術、緊急手術の別	なし	新規 手術の緊急性は病態の安定性に大きく依存するため、一般的に、緊急手術を必要とする患者の病態は不安定であり、待機手術に比べると術後合併症の発生率は高く、予後も不良であることが知られている。	
9	身長、体重	なし	化学療法に限定し必須	全患者必須 BMIが分かり、肥満と疾病リスクや医療費の関連が分析可能となる。体重当たりの薬剤投与量等が推計可能となる。
10	喫煙指数	非必須		全患者必須 喫煙と疾病リスクや医療費の関連が分析可能となる。
11	喫煙歴並びに飲酒歴	喫煙歴 →喫煙指数 (非必須) 飲酒歴 なし	新規 頭頸部悪性腫瘍の多くは喫煙歴と飲酒歴に依存することが報告されている、進行度、治療計画やその完遂にこれらの発症因子がどう影響しているかは重要である。医療費増加の予防策につながる。	
12	がんの初発、再発	非必須 (悪性腫瘍の場合のみ)		手術・化学療法・放射線療法患者は必須 癌ステージ別の治療内容、早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
13	UICC病期分類(T,N,M)	非必須 (悪性腫瘍の場合のみ)		手術・化学療法・放射線療法患者は必須(初発患者のみ) 癌ステージ別の治療内容、早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
14	病理診断、バイオマーカー(ホルモン感受性 HER2)	なし	一部の疾患で必須 白血病、リンパ腫など造血器腫瘍では病理組織別・分子生物学的に治療法、医療資源の投入などが大きく異なる。乳がんにおいてもバイオマーカー(ホルモン感受性、HER2)などの状況により大きく治療法や薬剤が変わる可能性がある。	
15	入院時および退院時 modified Rankin Scale (mRS)	なし	新規 脳神経疾患の診療において、患者のADLの状態を評価するためのfunctional scaleの中で、国際的に最もよく使われている。mRSは他のfunctional scaleより比較的簡便であり、信頼性・再現性、妥当性に優れている。	MDC01は必須 脳神経疾患の診療において国際的にもよく利用されている。比較的簡便であり、妥当性、信頼性も実証されている。この指標を用いることにより脳神経疾患の機能分類別の治療内容、早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
16	脳卒中の発症時期	なし		010020-010070は必須 発症直後の急性期診療の入院か、その後の診療の入院かを区分する必要があるため。

見直し項目 2/4

整理番号	項目	現状	MDC班長会議意見	松田研究班意見
17	NIH Stroke Scale	なし	新規 現在、脳卒中急性期の患者の神経学的重症度評価の中で、国際的に最もよく使われているスケールである。NIHSSは比較的簡便であり、信頼性、再現性、妥当性に優れている。	010020-010070は必須 脳卒中の診療において国際的にもよく利用されており、比較的簡便であり、妥当性、信頼性も実証されている。同疾患の重症度別の治療内容、早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
18	救急脳血管障害患者の入院が発症3時間未満か否か。 tPA登録医の診察があったか否か。		新規 tPA適応症例か否かによって、医療資源の量に違いが出る。	
19	FDP、血小板数、PT-INR、AtⅢを追加。	なし	新規 DIC(播種性血管内凝固症候群)の指標として、これらの検査結果が重要である。	
20	肺炎の重症度分類	なし	MDC040080のみ 医療の質を評価する際に、肺炎の治療プロセス、アウトカムの評価が代表的な使用となる。これを評価するにあたり、重症度の調査はあらかじめ必要と考えられる。 日本呼吸器学会が出している「成人市中肺炎診療ガイドライン」および「成人院内肺炎診療ガイドライン」に重症度分類と治療の場、検査、治療が検討され、明確に記載されている。	040070、040080は必須 左は最も簡便な重症度判定であり、妥当性、信頼性も実証されている。肺炎の重症度別の治療内容、早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
21	退院時・入院時心拍数 退院時・入院時SpO2 動脈血酸素飽和度	なし	心疾患・呼吸器疾患は必須 呼吸循環器系患者の重症度を示す独立した指標となる。 予後とも関連があり、酸素療法の適応を判断する材料ともなる。	
22	入院時のKillip分類	050030,050040は入力(非必須)	心不全(050130)を入力対象に追加 NYHA分類のみを用いた解析では、心不全の重症度における医療資源の使用度の違いが明らかとはならなかった。医学的妥当性のあるKillip分類とNYHA分類をクロスすることで、重症度によってH ANP等の医療資源の使用に差が出てくるのではないかと考える。既に入力項目として存在しているため、入力対象者を拡大するだけでよい。	
23	入院時収縮期血圧	非必須 (160100~161060に限る)	外傷患者で必須化 救急患者である外傷患者のバイタルサイン測定は常識である。必須項目であれば機能評価の対象を絞り込むのに活用できる。非必須のままにするのであれば、記入率を診療機能評価の対象項目にする。	
24	急性肺炎の重症度分類	非必須	必須化 肺炎の重症度に応じて、医療資源の投入量が変わると考えられる。	

見直し項目 3/4

整理番号	項目	現状	MDC班長会議意見	松田研究班意見
25	長管骨開放骨折におけるGustiloの分類	なし	新規 診療の機能評価として「長管骨開放骨折即時内固定率」が重要であり、この評価のためにはGustiloの分類を記載する必要がある。	
26	入院時における破水の有無	なし	新規 破水の有無により医療資源の投入量が変わると考えられる。	
27	入院時FBS(空腹時血糖値) HbA1c	なし		10040と100100の全症例で手術患者 HbA1cは糖尿病の診断等に必須かつ有用であり、本指標を用いることにより糖尿病の病態別の治療内容・早期アウトカムや医療費が分析可能となる。
28	入院時併存精神疾患	なし	入院時併存症と区別する。 精神疾患の合併を評価するべき。	
29	入院後発症精神疾患	なし	入院後発症疾患と区別する。 精神疾患の合併を評価するべき。	
30	精神保健福祉法における入院形態	非必須 (精神病床入院がある場合のみ)	①内容の追加「5.その他」 1~4以外の入院がある	
31	精神保健福祉法における入院形態・ 精神保健福祉法に基づく隔離日数・ 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	非必須 (精神病床入院がある場合のみ)	MDC17に該当する場合と精神病床への入院がある場合に必ず変更 入力条件を入院時GAFR度と揃え、分析を可能にする。	

見直し項目 4/4

様式1 削除項目(案)

下線付文字は「削除」以外で入力条件の変更
2行目以降は付随するコメント
脚注に記すことあるものは標準度が高いものとして提案されたもの

整理番号	項目名	MDC班長会議からの意見(※松田研究班からは削除意見なし)
1	入院時のADLスコア、退院時のADLスコア	主に看護師が記入している項目であるが、少なくとも入院時のADLは内因性疾患であれ外因性疾患であれ、看護士が低下していることであり、治療によりADLは改善するだけのことであり、この点数は患者背景の情報にはなりえないので削除を提案する。
2	入院時併存症名、入院後発症疾患名	重複している一方で、まとめて記載する方向ではないか。
3	退院先	外来は他院と自院と双方にかかる場合が多い。
4	24時間以内の死亡の有無	緊急以外で24時間以内の死亡は少なく、意味が無いと考える。
5	がんの初発、再発	悪性腫瘍の初発、再発による診療の質の違いは一般的にはないと考えられ、診断分類の見直しや制 度導入の影響評価には不必要と思われる。 初回入院と加療のための計画された再入院では診療の質が大きく異なるが、入院退院情報の(1)入院中 の主な診療目的、で把握可能と考えられる。
6	緊急脳血管障害検査実施時間(外来 受診-CT、MRI開始までの時間(実 数))	緊急性の度合いから診断分類の分類を判断するのであれば、緊急患者を初発に「E」で示す に「E」が「A」以上のCT、MRI検査を2日以内(日帰り)に実施したか否かで判断する方が現実化した後の実態評 価が明確に行えると考ええる。基本的に必須でない項目は削除すべきで、機能評価無効の診断項目にすべ きではない。
7	救急カテ受診時間(外来受診-カテ開 始までの時間(実数))	緊急性の度合いから診断分類の分類を判断するのであれば、緊急入院患者を初発に「E」が「A」以上の 心臓カテ受診検査を2日以内(日帰り)に実施したか否かで判断する方が現実化した後の実態評価が明確 に行えると考ええる。
8	受診回数	DPCの評価に患者の受診回数が必要とは思えない。
9	がんのStage分類	TNM分類と悪性腫瘍のStage分類が重複している。大半はがん進行程度を把握するための目的であれば TNMのみで十分対応可能である。Stage分類は、がんの種類とTNM分類を記入すれば自然に決定される 項目なので、そのようなプログラムを組み込む。

削除項目 1/2

整理番号	項目名	MDC班長会議からの意見(※松田研究班からは削除意見なし)
10	UICC病期分類(T)、UICC病期分類 (N)、UICC病期分類(M)	実態上はTNMそれぞれの病期を必要とするが、これ以外の臨床情報(バイオマーカー、腫瘍径、患者情報 等(併発病・後)など)と併せて治療方針が決定される。ここでは大きな枠組みであるStage分類だけを取り 扱うのが臨床の現場の労力からみても適切と考える。
11	多発性骨髄腫の病期分類、赤血球血 球の病期分類(T、A/B分類)、非ホジキン リンパ腫の病期分類	造血器腫瘍における病理診断や病期であるが、CML、CLL、ホジキンリンパ腫などは併せて記載されている疾患もある。 がんのStage分類と診断情報(1)~(4)までの組み合わせで把握できると考え、すべてがんのstage分 類としてはどうか。
12	外傷の受傷機転	DPCの評価に直接関連はないと思われる。
13	がん患者のPerformance Status	入院時および退院時ADLで代用できる。
14	外傷の受傷機転、入院時Glasgow Coma Scale、入院時延命期血圧、入 院時呼吸回数、顔面顔部重大AIS、胸 面重大AIS、胸部重大AIS、腹部重大 AIS、四肢重大AIS、体委重大AIS	「160100-1610060」にて入力する「160100-160099」に修正する。 AISの診断基準は外傷のみであるため、気道閉塞、創傷、体温異常、後遺症などを対象から除外する。ま た、部位などの詳細不明ではAISの入力ができないため、これも除外する。

削除項目 2/2

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件
1 病院属性等	(1) 施設コード	都道府県番号 (2桁) + 医療機関コード (7桁) 例 011234567	必須
	(2) 診療科コード	「医療資源を最も投入した病名」を診療した科のコードを記入	必須
	(3) 統括診療情報番号	1.入院サマリは0、転院の度に1、2、3とする、同一疾患での3日以内の再入院は4とする。	必須
2 データ属性等	(1) データ識別番号	0-9からなる10桁の数字 例 0123456789	必須
	(2) 性別	1.男 2.女	必須
	(3) 生年月日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 1970年5月1日→19700501	必須
3 入院情報	(1) 入院中の主な診療目的	1.診断、検査のみ 2.教育入院 3.計画された長期入院の繰り返し (化学療法、放射線療法、透析) 4.その他の加療	必須
	(2) 治療実施の有無	0.無 1.有	必須
	(3) 入院年月日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年7月1日→20090701	必須
	(4) 退院年月日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年7月1日→20090701 入院中の場合は 00000000	必須
	(5) 転科の有無	0.無 1.有	必須
	(6) 入院経路	1.院内出生 2.一般入院 3.その他病棟からの転科	必須
	(7) 他院よりの紹介の有無	0.無 1.有	3(6)入院経路が2、一般入院の場合のみ必須
	(8) 自院の外来からの入院	0.無 1.有	3(6)入院経路が2、一般入院の場合のみ必須
	(9) 予室・緊急入院区分	1.予定入院 2.緊急入院	3(6)入院経路が2、一般入院の場合のみ必須
	(10) 救急車による搬送の有無	0.無 1.有	3(6)入院経路が2、一般入院の場合のみ必須
	(11) 退院先	1.外来 (自院) 2.外来 (他院) 4.転院 5.特7 6.その他病棟への転科 9.その他	必須
	(12) 退院時転科	入力要項を参照	必須
	(13) 24時間以内の死亡の有無	0.入院後24時間以内の死亡無し 1.入院後24時間以内の死亡有り 2.救急車として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り	必須
	(14) 前回退院年月日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年5月1日→20090501	必須ではない
(15) 前回同一疾患で自院入院の有無	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年5月1日→20090501	必須ではない	
(16) 調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要項を参照	必須	
(17) 調査対象となる精神科病棟への入院の有無	入力要項を参照	必須	
(18) その他の病棟への入院の有無	入力要項を参照	必須	
(19) 様式1開始日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年5月1日→20090501	必須	
(20) 様式1終了日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年5月1日→20090501	必須	
4 診断情報	(1) 主病名	退院サマリの主病名欄に記入された病名	必須
	(2) ICD10コード	4(1)主病名に対するICD10	必須
	(3) 入院の契機となった病名	入院の契機となった病名	必須
	(4) ICD10コード	4(3)入院の契機となった病名に対するICD10	必須
	(5) 医療資源を最も投入した病名	医療資源を最も投入した病名でセプトと請求した手術等の診療行為と一致する病名	必須
	(6) ICD10コード	4(5)医療資源を最も投入した病名に対するICD10	必須
	(7) 医療資源を2番目に投入した病名	医療資源を2番目に投入した病名	ある場合は必須
	(8) ICD10コード	4(7)医療資源を2番目に投入した病名に対するICD10	ある場合は必須
	(9) 入院時併存症名1	入院時点で既に存在していた病名	ある場合は必須
	(10) ICD10コード	4(9)入院時併存症名1に対するICD10	ある場合は必須
	(11) 入院時併存症名2	入院時点で既に存在していた病名	ある場合は必須
	(12) ICD10コード	4(11)入院時併存症名2に対するICD10	ある場合は必須
	(13) 入院時併存症名3	入院時点で既に存在していた病名	ある場合は必須
	(14) ICD10コード	4(13)入院時併存症名3に対するICD10	ある場合は必須
	(15) 入院時併存症名4	入院時点で既に存在していた病名	ある場合は必須
	(16) ICD10コード	4(15)入院時併存症名4に対するICD10	ある場合は必須
	(17) 入院後発症疾患名1	入院中に発生した病名	ある場合は必須
	(18) ICD10コード	4(17)入院後発症疾患名1に対するICD10	ある場合は必須
	(19) 入院後発症疾患名2	入院中に発生した病名	ある場合は必須
	(20) ICD10コード	4(19)入院後発症疾患名2に対するICD10	ある場合は必須
	(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した病名	ある場合は必須
	(22) ICD10コード	4(21)入院後発症疾患名3に対するICD10	ある場合は必須
	(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した病名	ある場合は必須
(24) ICD10コード	4(23)入院後発症疾患名4に対するICD10	ある場合は必須	
5 手術情報	(1) 手術名	名称	必須ではない
	(2) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
	(3) 点数コード	医科診療報酬点数表における手術料に關わるコード	手術名1がある場合は必須

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件
6 診療情報	(4) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名1がある場合は必須
	(5) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右	手術名1があり、眼科等の場合は必須
	(6) 手術日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年7月1日→20090701	手術名1がある場合は必須
	(7) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全身+硬膜外 7.その他 9.無	手術名1がある場合は必須 ある場合は必須
	(8) 手術名2	名称	必須ではない
	(9) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
	(10) 点数コード	医科診療報酬点数表における手術料に關わるコード	手術名2がある場合は必須
	(11) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名2がある場合は必須
	(12) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右	手術名2があり、眼科等の場合は必須
	(13) 手術日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年7月1日→20090701	手術名2がある場合は必須
	(14) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全身+硬膜外 7.その他 9.無	手術名2がある場合は必須 ある場合は必須
	(15) 手術名3	名称	必須ではない
	(16) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
	(17) 点数コード	医科診療報酬点数表における手術料に關わるコード	手術名3がある場合は必須
	(18) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名3がある場合は必須
	(19) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右	手術名3があり、眼科等の場合は必須
	(20) 手術日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年7月1日→20090701	手術名3がある場合は必須
	(21) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全身+硬膜外 7.その他 9.無	手術名3がある場合は必須 ある場合は必須
	(22) 手術名4	名称	必須ではない
	(23) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
	(24) 点数コード	医科診療報酬点数表における手術料に關わるコード	手術名4がある場合は必須
	(25) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名4がある場合は必須
	(26) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右	手術名4があり、眼科等の場合は必須
	(27) 手術日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年7月1日→20090701	手術名4がある場合は必須
	(28) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全身+硬膜外 7.その他 9.無	手術名4がある場合は必須 ある場合は必須
	(29) 手術名5	名称	必須ではない
	(30) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
	(31) 点数コード	医科診療報酬点数表における手術料に關わるコード	手術名5がある場合は必須
	(32) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名5がある場合は必須
	(33) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右	手術名5があり、眼科等の場合は必須
	(34) 手術日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2009年7月1日→20090701	手術名5がある場合は必須
	(35) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全身+硬膜外 7.その他 9.無	手術名5がある場合は必須 ある場合は必須
	(1) 現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明	必須
	(2) 出生時体重	グラム単位入力 例 3000	新生児疾患の発生必須
(3) 出生時経緯	0-9からなる2桁の数字	新生児疾患の発生必須	
(4) 喫煙指数	喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数	必須ではない	
(5) 入院時意識障害がある場合のJCS	0.無 1.有 (1-300) R.不語 1.意識消失 A.自覚性消失 例 意識レベル3で自覚性消失の場合は「3A」と記す	必須	
(6) 退院時意識障害がある場合のJCS	0.無 1.有 (1-300) R.不語 1.意識消失 A.自覚性消失 例 意識レベル3で自覚性消失の場合は「3A」と記す	必須ではない (入力する場合は死亡退院以外の場合)	
(7) 入院時のADLスコア	10項目の評価値について数字10桁で記入 例 1211111100	必須ではない	
(8) 退院時のADLスコア	10項目の評価値について数字10桁で記入 例 1211111100	必須ではない	
(9) 手術ステージ NPUAP分類	入力要項を参照	必須ではない	
(10) がんの初発、再発	0.初発 1.再発	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ) 必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	
(11) UICC病期分類 (T)	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	
(12) UICC病期分類 (N)	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	
(13) UICC病期分類 (M)	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	
(14) がんのStage分類	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	
(15) がん患者のPerformance Status	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	
(16) 悪性腫瘍患者の入院時の重症度	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ) 070300, 070304, 070350, 070360, 070370, 070410, 160990, 160870, 160990に該当する場合のみ)	
(17) Hugh-Jones分類	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ) (5歳未満の小児で分類不能な場合は除く) (1)のみ)	
(18) 心不全のNYHA心機能分類	1.レベルI 2.レベルII 3.レベルIII 4.レベルIV	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	
(19) 狭心症、慢性虚血性心疾患 (I05000) における入院時の重症度: CC99分入院料における重症度	入力要項を参照	必須ではない (入力する場合は悪性腫瘍を最も投入した病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ)	

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件
	(20) 急性心筋梗塞 (050030、050040) における入院時の重症度: Killip分類入院時における重症度	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が050030、050040に該当する場合のみ)
	(21) 肝硬変のChild-Pugh分類	B1=1、A1=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合は "12132" と記入	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が060300に該当する場合のみ)
	(22) 急性肺炎の重症度分類	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が060350に該当する場合のみ)
	(23) 多発性骨髄腫の病期分類	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が130040に該当する場合のみ)
	(24) 急性白血球の病期分類 (FAB分類)	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が130010に該当する場合のみ)
	(25) 非ホジキン癌の病期分類	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が130030に該当する場合のみ)
	(26) Burn index	0-100の数字	賠償がある場合必須
	(27) その他の重症度分類・名称	その他使用できる重症度分類の名称を記入	必須ではない
	(28) その他の重症度分類・分類番号または記号	その他使用できる重症度分類の分類番号 (または記号) を記入	必須ではない
	(29) 救急力子到着時間 (外来受診-力子開始までの時間 (実数))	時間を記入 (単位: 分) 例 1時間30分 → 1.5	必須ではない
	(30) 救急脳血管障害到着時間 (外来受診-C.T. MRI 開始までの時間 (実数))	時間を記入 (単位: 分) 例 1時間30分 → 1.5	必須ではない
	(31) ASA米国麻酔学会 (American Society Anesthesiologists) による分類	入力要領を参照	必須ではない
	(32) 予定しない手術 (48時間以内)	0. 無 1. 有	必須ではない
	(33) 予定しない外来処置後の入院	0. 無 1. 有	必須ではない
	(34) 2日以内のICUへの再入室 (48時間以内)	0. 無 1. 有	必須ではない
	(35) ICUへの緊急入室	0. 無 1. 有	必須ではない
	(36) 入院時の妊娠週数	2桁の数字	(1) 現在の妊娠の有無が有の場合必須
	(37) 精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院	必須ではない (入力する場合は精神科への入院がある場合のみ)
	(38) 精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入 (単位: 日)	必須ではない (入力する場合は精神科への入院がある場合のみ)
	(39) 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入 (単位: 日)	必須ではない (入力する場合は精神科への入院がある場合のみ)
	(40) 入院時GAF尺度	入力要領を参照	医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に該当する場合と精神科への入院がある場合必須
	(41) 退院時GAF尺度	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に該当する場合と精神科への入院がある場合のみ)
	(42) 病名付加コード	入力要領を参照	医療資源を最も投入した傷病名が、C340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C73、C783、C788、C792、C795、C798、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、I50、S364、S368、S378の場合必須
	(43) 外傷の受傷機転	1. 鈍的 2. 鋭的 3. 不明	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(44) 入院時Glasgow Coma Scale	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(45) 入院時収縮期血圧	(単位: mmHg)	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(46) 入院時呼吸回数	(単位: 回/分)	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(47) 顔面部最大AIS	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(48) 顔面最大AIS	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(49) 胸部最大AIS	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(50) 腹部最大AIS	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(51) 四肢最大AIS	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(52) 体表最大AIS	入力要領を参照	必須ではない (入力する場合は160100-161060に該当する場合のみ)
	(53) 化学療法の有無	0. 無 1. 有 (経口) 2. 有 (経静脈又は経動脈) 3. 有 (その他)	必須
	(54) テモゾロミド (初発の初回治療に限る) の有無	0. 無 1. 有	必須

DPCにおける高額薬剤の取り扱いについて

1. 経緯

(1) DPCにおける薬剤の評価

- DPCにおいて薬剤は診断群分類に基づく包括点数の中で評価される。
- 但し、HIV治療薬、血友病等に対する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難という課題を踏まえ、平成22年改定において出来高で算定するよう見直された。
- この検討過程で、抗がん剤等其他の高額薬剤についても適切な包括評価となっていない等の指摘があり、平成22年度のDPC評価分科会において、高額薬剤の評価の在り方について検討することとされた（平成21年1月27日総会）。

(2) 新規に保険収載された高額薬剤の取扱い

- 新規に保険収載された一定の高額薬剤を使用する患者については、DPCにおいて直ちに包括評価とはせず（出来高算定扱い）、その後の診療報酬改定において、原則としてDPCによる包括評価に移行することとされ（平成19年6月22日基本小委）、以降、このような運用により対応している。
- 一方、このような新規収載時に出来高とされた高額薬剤が改定時に包括評価へ移行する際の実際の取扱いについて、十分に評価されていないのではないか、との指摘とともに現状の精査と対応案の検討が求められた（平成22年4月21日総会）。

2. 高額薬剤評価の現状

(1) HIV治療薬及び血友病等に対する血液凝固因子製剤

- 診断群分類点数表により包括点数が設定されている場合でも、以下の薬剤については包括範囲から除外し、出来高で算定する。（平成22年改定からの対応）
 - ① HIV感染症の患者に使用する抗ウイルス薬に係る費用
 - ② 血友病等の患者に使用する血液凝固因子製剤に係る費用

(2) 新規に保険収載される高額薬剤

- ① 対象薬剤
標準的な使用における薬剤費（併用する医薬品も含む）の見込み額が、使用しない場合の薬剤費の平均+1SDを超えたもの。
- ② 保険収載時の対応
当該薬剤を使用した患者については、薬剤を含むすべての診療報酬について出来高算定とする。
- ③ 診療報酬改定時の対応
次のような考え方にもとづき、以下の3つのパターンで評価される。
 - 原則として診断群分類にもとづく包括評価とする。この場合、診断群分類研究班での検討を経て、次のような対応を行う。
 - イ) 新たな診断群分類を設定して包括評価【パターンⅠ】
 - ロ) 既存の診断群分類の中で包括評価【パターンⅡ】
 - 但し、改定時点で十分なデータが集積されない場合には、引き続き次期改定まで出来高算定とする。【パターンⅢ】

3. 論点と対応の考え方（案）

(1) 高額薬剤全般の取扱い（平成21年12月24日DPC評価分科会）

- ① 分科会の議論において指摘された主な論点
 - 抗がん剤には多数の種類があり、注射薬、経口薬の違いもあることから、取扱いについては現場の使用実態も踏まえた慎重な検討が必要。
 - 抗がん剤以外にも生物製剤等の高額な薬剤があることから、DPCにおける高額薬剤の取扱いに関する整理が必要。
 - DPCにおいては、従来から抗がん剤等の高額薬剤の取扱いについて、診断群分類の精緻化等で対応しているが、その考え方が整理されていない。
- ② 今後の対応（案）

現場における様々な使用実態や課題を整理しつつ、これまでの評価分科会及び基本問題小委の方針通り、今後、現場のヒアリングも含めた検討を継続する。

(2) 出来高算定とされていた高額薬剤の取扱い

① 平成22年4月21日中医協総会において指摘された論点

新規保険収載時に高額薬剤（出来高算定）とされた薬剤について、診療報酬改定時の取扱いが議論され、新規の包括評価（パターンⅠ）、既存の包括評価（パターンⅡ）、出来高評価（パターンⅢ）をどのような考え方で振り分けているのか、その考え方も含め精査すべき、との指摘があった。

特に該当する薬剤の中に、現在の診断群分類にもとづく評価では薬剤費が十分反映されていないのではないか、という意見もあり、これらについて再度確認すると共に、早急な対応が求められた。

【参考】平成22年度改定における対応（剤形別に整理）

保険収載時に高額薬剤の取扱いに該当した薬剤 … 23 薬剤

○ 診断群分類にもとづく包括評価

ハ) 新たな診断群分類を設定して包括評価【パターンⅠ】 … 16 薬剤

ニ) 既存の診断群分類の中で包括評価【パターンⅡ】 … 3 薬剤

○ 十分なデータが得られず、引き続き出来高算定【パターンⅢ】 … 4 薬剤

② 対応（案）

平成22年度診療報酬改定において対応した上記23薬剤について再度、精査を行い、その結果に基づき、次回DPC評価分科会において必要な対応を検討する。

DPCにおける高額な薬剤等への対応について

平成19年6月22日

1 趣旨

(1) DPCにおいては、制度の対象医療機関における医療提供の実態調査の結果に基づいて包括評価を行っている。そのため、調査実施後に新たに医薬品又は医療機器が保険導入された場合においては、再度調査及び評価を実施するまでの間、DPCにおける包括範囲点数には反映されていない。

(2) これまで、医薬品及び医療機器については年度の途中においても保険導入が行われてきており、DPCの対象医療機関においても必要に応じてこれらの保険導入に適切に対応できるようにする必要がある。

(3) 中医協の平成18年度診療報酬改定の議論においては、調査終了以降に新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者について、包括評価の対象とせず出来高算定とすることについて合意が得られている。

平成18年2月15日 中央社会保険医療協議会了承

○ 以下の患者については、DPCによる包括評価の対象とせず、出来高算定とする。
・ 平成17年度「7月から10月までの退院患者に係る調査」終了以降に、新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者

(4) 改定後1年を経過し、その間に新規の医薬品、医療機器も多数収載されたことから、新規に保険収載された医薬品、医療機器について、その使用データを分析し、以下のように対応してはどうか。

2. 対応ルール案

(1) 平成17年11月以降に保険導入又は効能追加の承認がなされた医薬品、医療機器のうち、以下の要件に該当するものを使用した患者は包括評価の対象外とし、出来高算定とする。

○ 当該医薬品等を使用した場合における包括範囲内の薬剤費が当該医薬品等を使用しない場合の算定額と比較して以下の基準を超えていること。

- ① 既に平成18年度に使用実績のある医薬品等については、DPC本体調査より得られたデータを用いて、当該医薬品等を使用した症例の薬剤費が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD
 - ② 平成18年度に使用実績のない医薬品等については、当該医薬品等の標準的な使用における薬剤費（併用する医薬品も含む）の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD
- (2) 出来高算定とする医薬品等については、次期診療報酬改定において使用実績等を踏まえ検討し、原則として包括評価にすることとする。
- (3) 今後、新規に保険収載される医薬品等で上記の要件に該当するものについては、保険収載の決定と同時に包括評価の対象外とするかどうかを決定すること。

(以下省略)

D P C 準備病院の募集について

D P C 対象病院への参加及び退出のルールについては、平成 21 年 6 月 3 日に開催された中医協・基本問題小委員会において審議され、D P C 対象病院への参加は、診療報酬改定時とすることとされたところである (※)。

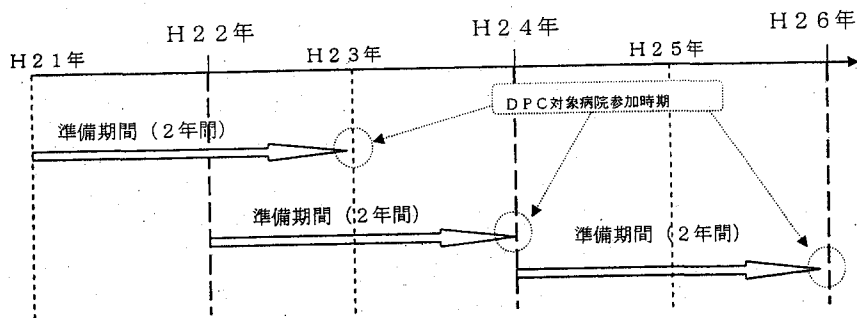
なお、D P C 対象病院に参加するためには、2 年間の準備期間を必要とすることを踏まえ、準備病院の募集は 2 年毎に行うこととし、平成 22 年度以降の募集は、以下のとおりとする。

- ①平成 22 年度 : 平成 24 年度診療報酬改定において D P C に参加する病院のための準備病院の募集を行う。
- ②平成 23 年度 : 募集は行わない。
- ③平成 24 年度 : 平成 26 年度診療報酬改定において D P C に参加する病院のための準備病院の募集を行う。

(※) 平成 21 年度準備病院 (平成 21 年度以前からの準備病院を含む) については、経過措置として、平成 23 年度に D P C 対象病院となることができる。

但し、平成 23 年度以降は診療報酬改定時でなければ、これらの病院についても D P C 対象病院になることはできない。

D P C 準備病院募集スケジュール



平成22年度におけるDPCに関する 調査(案)について

平成22年度については、以下の内容等を踏まえた調査を実施する。

- (1) 診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等、DPC導入の影響を評価すること
- (2) DPC制度の在り方や調整係数の新たな機能評価係数等への置換えを検討すること

なお、当該調査データは、診療報酬を評価する上で基本となるデータであり、DPC制度の根幹に関わるものであることから、一層のデータの質的向上を図る。

ア 具体的な調査内容等

- ① DPC導入の影響評価
DPC導入の影響評価のための基礎的な調査として、平成22年7月から平成23年3月までの9か月間の退院及び転棟患者の調査を実施する。
- ② 包括医療の影響に関する調査
包括評価の実施に伴い提供されている医療サービスが低下していないか等を一定の指標により検証するための調査を実施する。
- ③ 診療報酬請求に関する調査
包括評価導入に伴う適切な診療報酬の請求について、診断群分類の選択、ICD10コードの適切な判定、退院時転帰(治癒)等の状況に関する調査を実施する。
- ④ 調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数に関する調査
調整係数の新たな機能評価係数等への置換えの検討に資するための特別調査を実施する。
- ⑤ DPCの医療の質の評価に関する調査
DPCによる医療の質的評価などについて、医療従事者や患者などの総合的な視点からの評価分析を行うために必要な調査を実施する。

イ 調査対象の医療機関

DPC対象病院及びDPC準備病院(平成22年度に募集する病院を含む)を調査対象とする。

当調査へ参加することができる病院(DPC準備病院)の基準

- ① 急性期入院医療を提供する病院として、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)又は専門病院入院基本料について、7対1又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。

※10対1以上の基準を満たしていない病院は、当該基準を満たすべく計画を策定していること。

- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。
- ③ 基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厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に適切に参加できること。
- ④ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。