

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4月10日（金）13:00～15:00

（会場）厚生労働省共用第8会議室（6階）

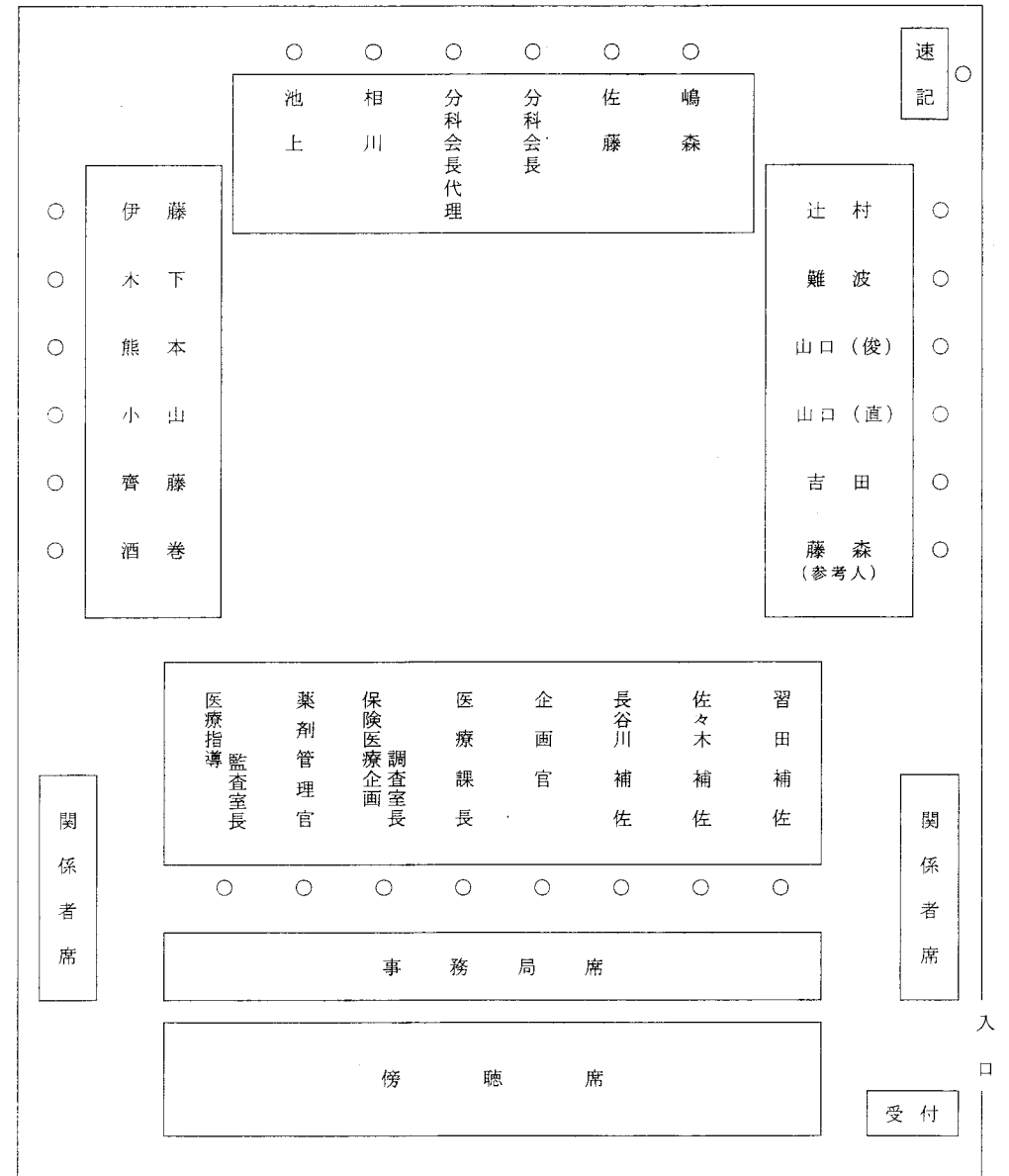
平成21年度 第1回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成21年4月10日（金）13:00～15:00

場所：共用第8会議室（6階）

議事次第

- 1 調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等の検討について
 - これまでに検討された項目の整理
- 2 DPCにおける今後の課題について
- 3 その他



診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

<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
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・医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
○ 原 正道	横浜市病院事業管理者病院経営局長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
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	赤穂市民病院長

DPC 評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告③(案)

I. 概要

DPCにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中医協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた(平成20年12月17日)。
- ② DPC評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。
- ③ 平成21年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がDPCの対象となることを踏まえ、DPC評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。
- ④ 中医協・基本問題小委員会(平成21年2月25日)の議論も踏まえ、以下の点を考慮して評価すべき項目の絞り込みを行った。
 - ア. 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ. 現行の「DPCの影響評価に関する調査」(以下、「DPCデータ」)の活用
 - ウ. 現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理等
- ⑤ 中医協・基本問題小委員会(平成21年3月25日)において、「4. 医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、又はDPCにおける急性期としての評価が困難であるもの」については、平成22年度改定に向けた議論では、検討を見送ることが決定された。

また、当分科会に対しては、論点のさらなる整理、及び各項目の評価方法の明確化を行い、必要に応じてデータを添えることが求められた。

II. これまでに提案された項目の整理(2)

これまで、各項目について、データの有無や既存の制度との整合性等を中心に議論を進めてきた。これらの項目について、更に以下の二つの観点から検討を行ってはどうか。

- A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目
 - i) 調整係数の廃止に伴い評価が必要と考えられる項目
 - ii) DPCで提出されているデータを用いなければ評価できない項目
- B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

DPC対象病院に限らず、出来高の病院においても課題となっている項目

A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの
 - ①DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
(正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等)
 - ②効率化に対する評価
(効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)
 - ③手術症例割合に応じた評価
 - ④複雑性指数による評価
 - ⑤診断群分類のカバー率による評価
 - ⑥高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)
 - ⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
 - ⑧患者の年齢構成による評価
2. DPCデータによって一部分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの
 - ①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
 - ②術後合併症の発生頻度による評価
 - ③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
 - ④医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価
 - ⑤医療の質に係るデータを公開していることの評価
3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの
 - (2)既に診断群分類の分岐として評価されているもの
 - ①標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
 - ②副傷病による評価
 - ③希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)
 - (3)出来高で評価されているもの
 - ③望ましい5基準に係る評価
 - ア. ICU入院患者の重症度による評価
 - イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価
 - エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価

B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

2. DPCデータによって一部分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの
 - (①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価)
 - (③医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価)
 - (④産科医療の実施状況の評価)
 - (⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価)
3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの
 - (1)既に機能評価係数として評価されているもの
 - ①特定機能病院または大学病院の評価
 - ②地域医療支援病院の評価
 - ③臨床研修に対する評価
 - ④医療安全の評価
 - (3)出来高で評価されているもの
 - ①退院支援の評価
 - ②地域連携(支援)に対する評価
 - ③望ましい5基準に係る評価
 - ・ 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
 - ウ. 病理医の数による評価
 - オ. 病理解剖数(割合)又はCPC開催状況による評価
※ CPCとは、臨床病理検討会(Clinicopathological Conference)のことをいう。
 - ④高度な設備による評価
 - ⑤がん診療連携拠点病院の評価
 - (4)その他
 - ①後発医薬品の使用状況による評価
 - ②治験、災害等の拠点病院の評価

各項目の評価指標について

診断組 D-1-2
21.4.10

A. DPCにおいてのみ評価を検討する項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

項目	評価指標の例
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 (正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等)	部位不明・詳細不明コード / 全DPC対象患者 様式1の非必須項目の入力患者数 / 非必須項目の入力の必要のある患者数
② 効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)	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
③ 手術症例割合に応じた評価	手術症例数 / 全DPC対象患者
④ 複雑性指数による評価	当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の、平均在院日数 / 全病院の平均在院日数
⑤ 診断群分類のカバー率による評価	当該医療機関で、一定数以上の出現した診断群分類の数 / 全診断群分類の数
⑥ 高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)	当該医療機関で、入院期間Ⅰ(又はⅡ)の診断群分類点数が、一定程度より高いものを算定した患者の数 / 全DPC対象患者
⑦ 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価	様式1で救急車ありの患者数 / 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の患者数 / 全DPC対象患者 様式1で救急車ありの小児の患者数 / 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の小児の患者数 / 全DPC対象患者 様式1で救急車ありの患者で、入院精神療法が算定されている患者数 / 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の患者で、入院精神療法が算定されている患者数 / 全DPC対象患者
⑧ 患者の年齢構成による評価	一定の年齢以上又は未満の患者数 / 全DPC対象患者

2. DPCデータによって一部分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能な

項目	評価指標の例
① 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	診療ガイドラインを明示して、患者へ治療方針の説明を行っている 診療ガイドラインから逸れた診療を行う場合、十分に検討をするための委員会等が設置されている 等の体制が取られていること
② 術後合併症の発生頻度による評価	術後合併症の入力患者数 / 全DPC対象患者
③ 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	各4疾病・5事業による入院患者数 / 当該地域のDPC病院における、各4疾病・5事業による総入院患者数
⑤ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価	各職種の職員数 / 全DPC対象患者 病棟に勤務している各職種の職員数 / 全DPC対象患者
⑥ 医療の質に係るデータを公開していることの評価	特定のデータ(医療の質の評価等につながる項目)の公表の実施の有無

3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの

(2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの

項目	評価指標の例
① 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価	標準レジメンによるがん化学療法を実施した患者数 / 全DPC対象患者、又は 全化学療法患者
② 副傷病による評価	副傷病ありの患者数 / 全DPC対象患者
③ 希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)	$-\log(\text{患者調査より求めたDPC傷病名分類毎の総受療患者数割合})$

(3) 出来高制度で評価されているもの

項目	評価指標の例
③ 望ましい5基準に係る評価	ア. 人工呼吸等を実施したICU入院患者 / 全DPC対象患者又は全ICU入院患者 イ. 全身麻酔を実施した患者(及び脊髄麻酔を実施した患者) / 全DPC対象患者又は全手術ありの患者 エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価 / 全DPC対象患者又は全悪性腫瘍で手術ありの患者

DPCにおける今後の課題についての検討

平成21年3月25日中医協基本問題小委員会（以下、「基本小委」）において、「DPCにおける今後の課題」について議論が行われ、以下の2点が合意された。

- (1) 「一定のルールの下に、自主的に」DPC対象病院から出来高病院へ退出することを可能とすること。
- (2) 調整係数の廃止に当たっては、激変緩和のために段階的な措置を講じること。

さらに、当分科会においては、以下の2点について検討することが、基本小委より付託された。

- (1) DPC対象病院への参加及び退出のルールの具体案の検討
- (2) 調整係数廃止後の包括評価点数の在り方についての検討

当分科会においては、上記2項目について検討を進め、随時基本小委に報告を行う。

1. DPC対象病院への参加及び退出のルールについて

現状：

- (1) DPC対象病院への参加のルール
DPC対象病院の基準を満たした病院で、DPCに参加の意思があること。
※ 平成20年度DPC対象病院の基準（別紙1）
※ DPC対象病院数及び病床規模（別紙2）

- (2) DPC対象病院からの退出のルール
平成20年度以降に入院基本料の基準を満たせ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か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。

- (3) その他
ア. 現在の診断群分類点数及び調整係数については、DPC対象病院から提出される2年間（10ヶ月分）のデータ（以下、「DPCデータ」）を用いて計算している。
イ. DPC対象病院については、厚生労働大臣告示において、病院名及び調整係数を示している。

論点：

- (1) DPC対象病院の条件を満たせなくなった場合の取り扱いについて、どのように考えるべきか。
- (2) 「一定のルールの下に、自主的に」DPC対象病院から出来高病院へ退出する場合、退出に際して、どのようなルールが適切か。
- (3) 一度退出した病院が、DPCへ再参加することについて、どのように考えるべきか。
- (4) その他

2. 調整係数廃止後の包括評価点数の在り方について

調整係数の廃止による課題については、これまで「新たな機能評価係数」にかかる議論を中心に、当分科会で実施してきたところ。

一方で、基本小委において、包括評価点数の設定方法等の課題についても、当分科会において検討を行うこととされた。

- (1) DPCでは、入院初期に手厚くなるように包括評価しているものの、救急疾患等においては入院初期の医療資源投入量が、包括評価点数を上回る場合があることが、以前から指摘されている。（別紙3）
- (2) その他

別紙1

DPC対象病院の基準について

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）

DPC病院数(準備病院を含む)

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	1	81	82
平成16年度DPC対象病院	2	12	13	17	5	13	62
平成18年度DPC対象病院	4	16	34	58	34	69	215
平成20年度DPC対象病院	35	75	84	61	45	57	357
平成21年度DPC対象病院	93	150	130	91	51	52	567
DPC対象病院小計	134	253	261	227	136	272	1,283
平成19年度準備病院	54	55	16	4	4	4	137
平成20年度準備病院	41	49	21	17	5	4	137
準備病院小計	95	104	37	21	9	8	274
計	229	357	298	248	145	280	1,557
(参考)全一般病院数 (平成19年医療施設調査)	3,391	2,725	1,150	763	360	473	8,862

全国病床規模別病院数とDPC病院数の割合

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	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.28%	17.12%	0.93%
平成16年度DPC対象病院	0.06%	0.44%	1.13%	2.23%	1.39%	2.75%	0.70%
平成18年度DPC対象病院	0.12%	0.59%	2.96%	7.60%	9.44%	14.59%	2.43%
平成20年度DPC対象病院	1.03%	2.75%	7.30%	7.99%	12.50%	12.05%	4.03%
平成21年度DPC対象病院	2.74%	5.50%	11.30%	11.93%	14.17%	10.99%	6.40%
DPC対象病院小計	3.95%	9.28%	22.70%	29.75%	37.78%	57.51%	14.48%
平成19年度準備病院	1.59%	2.02%	1.39%	0.52%	1.11%	0.85%	1.55%
平成20年度準備病院	1.21%	1.80%	1.83%	2.23%	1.39%	0.85%	1.55%
準備病院小計	2.80%	3.82%	3.22%	2.75%	2.50%	1.69%	3.09%
計	6.75%	13.10%	25.91%	32.50%	40.28%	59.20%	17.57%

DPC算定病床数(準備病院を含む)

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	495	66,254	66,749
平成16年度DPC対象病院	159	1,910	3,341	5,818	2,216	9,630	23,074
平成18年度DPC対象病院	252	2,488	8,536	19,992	15,068	40,818	87,154
平成20年度DPC対象病院	2,539	11,473	20,308	20,882	19,701	35,984	110,887
平成21年度DPC対象病院	6,309	22,317	32,350	30,985	22,475	31,931	146,367
DPC対象病院小計	9,259	38,188	64,535	77,677	59,955	184,617	434,231
平成19年度準備病院	3,225	7,867	3,928	1,406	1,683	2,467	20,576
平成20年度準備病院	2,428	6,645	5,180	6,192	2,610	2,610	25,244
準備病院小計	5,651	14,512	9,108	7,598	3,874	5,077	45,820
計	14,910	52,700	73,643	85,275	63,829	189,694	480,051
(参考)全一般病床数 (平成19年医療施設調査)	120,349	188,621	115,993	145,809	98,932	243,530	913,234

全国病床規模別一般病床数とDPC算定病床数割合

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	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.50%	27.21%	7.31%
平成16年度DPC対象病院	0.13%	1.01%	2.88%	3.99%	2.24%	3.95%	2.53%
平成18年度DPC対象病院	0.21%	1.32%	7.36%	13.71%	15.23%	16.76%	9.54%
平成20年度DPC対象病院	2.11%	6.08%	17.51%	14.32%	19.91%	14.78%	12.14%
平成21年度DPC対象病院	5.24%	11.83%	27.89%	21.25%	22.72%	13.11%	16.03%
DPC対象病院小計	7.69%	20.25%	55.64%	53.27%	60.60%	75.81%	47.55%
平成19年度準備病院	2.68%	4.17%	3.39%	0.96%	1.70%	1.01%	2.25%
平成20年度準備病院	2.02%	3.52%	4.47%	4.25%	2.21%	1.07%	2.76%
準備病院小計	4.70%	7.69%	7.85%	5.21%	3.92%	2.08%	5.02%
計	12.39%	27.94%	63.49%	58.48%	64.52%	77.89%	52.57%

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

※全病院の病床数区分は、総病床数による。

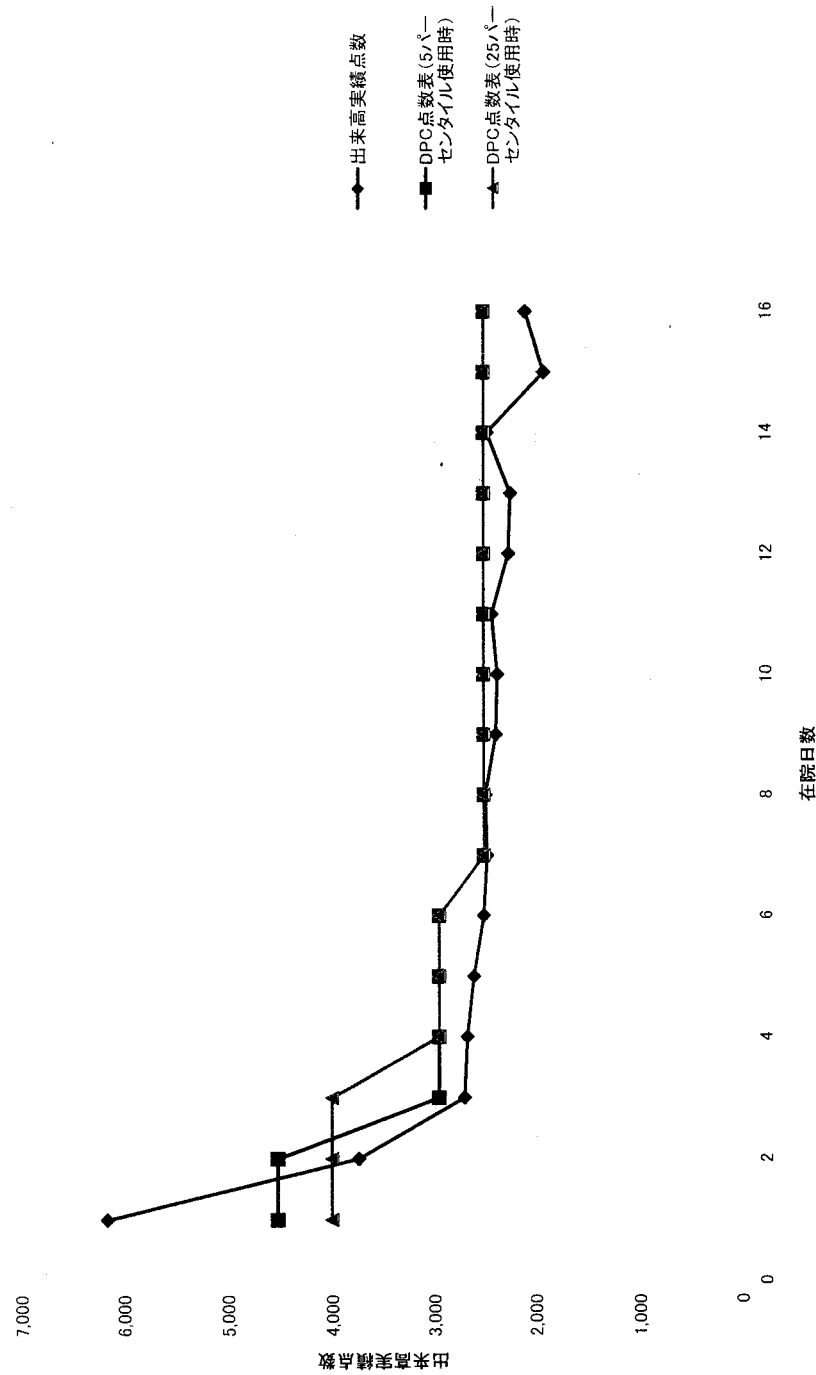
※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成20年12月分DPC調査データより集計

※平成21年度DPC対象病院には、平成21年7月DPC対象病院(予定)を含む。

※平成19年度準備病院には、平成20、21年度対象病院に参加しなかった平成18年度準備病院12病院を含む。

※平成18年度対象病院は、病院の合併により昨年度より1病院減少している

※平成20年度対象病院は、病院の廃院により昨年度より1病院減少している



参考資料 1
21. 4. 10

中医協 診-1-1
21. 3. 25

DPC 評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告②

I. 概要

DPCにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中医協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた（平成20年12月17日）。（別紙）
- ② DPC評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。
- ③ 平成21年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がDPCの対象となることを踏まえ、DPC評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。
- ④ 中医協・基本問題小委員会（平成21年2月25日）の議論も踏まえ、以下の点を考慮して評価すべき項目の絞り込みを行った。
 - ア. 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ. 現行の「DPCの影響評価に関する調査」（以下、「DPCデータ」）の活用
 - ウ. 現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理等

II. 具体的な項目の提案等

上記Iの④を踏まえて、DPC評価分科会としてこれまでに提案された具体的な項目について検討し、今後は具体的なデータ分析を行うことから、DPCデータ利用の可能性から整理を行った。

なお、新たな「機能評価係数」として直ちに評価は困難であっても、医療の質等に関して重要な項目については、病院毎に当該データを入力及び公開すること等による評価が可能かどうか検討してはどうかという提案もあった。

以下を参考に中医協基本問題小委員会において、ご検討頂くことをお願いする。

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

- 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
（正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等）
- ② 効率化に対する評価
（効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等）
- ③ 手術症例割合に応じた評価
※ 一部の手術については、施設基準として一定数以上の症例数が算定条件となっ

ており、出来高で評価されている。

- ④複雑性指数による評価
- ⑤診断群分類のカバー率による評価
- ⑥高度医療指数（診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合）
- ⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
- ⑧患者の年齢構成による評価

2. DPCデータによって一部分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの

- ①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
- ②術後合併症の発生頻度による評価
- ③医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価
- ④産科医療の実施状況の評価
- ⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価

3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの

(1) 既に機能評価係数として評価されているもの

- ①特定機能病院または大学病院の評価
- ②地域医療支援病院の評価
- ③臨床研修に対する評価
- ④医療安全の評価

(2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの

- ①標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
- ②副傷病による評価
- ③希少性指数による評価（難病や特殊な疾患等への対応状況の評価）

(3) 出来高で評価されているもの

- ①退院支援の評価
- ②地域連携（支援）に対する評価
- ③望ましい5基準に係る評価

- ・ 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

- ア. ICU入院患者の重症度による評価
- イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価
- ウ. 病理医の数による評価

エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価
オ. 病理解剖数（割合）又はCPC開催状況による評価

※ CPCとは、臨床病理検討会（Clinicopathological Conference）のことをいう。

- ④高度な設備による評価
- ⑤がん診療連携拠点病院の評価

(4) その他

- ①後発医薬品の使用状況による評価
- ②治験、災害等の拠点病院の評価

4. 医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、又はDPCにおける急性期としての評価が困難であるもの

- ①重症度・看護必要度による改善率
- ②合併症予防の評価
- ③再入院の予防の評価
- ④救急医療における患者の選択機能（トリアージ）の評価
- ⑤全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価
- ⑥地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価
- ⑦在宅医療への評価
- ⑧新規がん登録患者数による評価
- ⑨高齢患者数の割合による看護ケアの評価
- ⑩第三者による外部評価を受けていることに関する評価

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

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。
- 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。

DPCにおける今後の課題(案)

I. DPC対象病院への参加及び退出について

1. 背景

DPCの対象拡大においては、中医協基本問題小委員会で平成21年度DPC対象病院の基準等について取りまとめたところ。

一方、DPC対象病院が拡大されてきた中で、「DPC準備病院、DPC対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的にDPCを辞退する」ことについて論点の提案があった。

2. 現状

(1) DPC対象病院への参加のルール

DPC対象病院の基準※を満たした病院で、DPCに参加の意思があること。

※ 平成20年度DPC対象病院の基準(別紙1)

(2) DPC対象病院からの退出のルール

平成20年度以降に入院基本料の基準を満たせ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か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。

(3) その他

ア. 現在の診断群分類点数及び調整係数については、DPC対象病院から提出される2年間(10ヶ月分)のデータ(以下、「DPCデータ」)を用いて計算している。

イ. DPC対象病院については、厚生労働大臣告示において、病院名及び調整係数を示している。

3. 論点

(1) DPC対象病院の条件を満たせなくなった場合の取り扱いについてどのように考えるべきか。

(2) 「一定のルールの下に、自主的に」DPC対象病院から出来高病院へ退出することについてどのように考えるべきか。

(3) 「一定のルールの下に、自主的に」退出を可能とした場合

ア. 退出に際して、どのようなルールが適切か。

イ. 一度退出した病院が、DPCへ再参加することについてどのように考えるべきか。

ウ. その他

II. その他

(1) 平成 21 年度 DPC 準備病院の募集について

平成 21 年度に DPC 準備病院を募集すべきかどうか検討が必要ではないか。

※ DPC 対象病院数等については別紙 2 参照

(2) 調整係数廃止後の包括評価点数の在り方について

診断群分類毎に平均在院期間及び平均点数を用いて、入院初期に手厚くなるように包括評価しているものの、救急疾患等においては入院初期の医療資源投入量が包括評価点数を上回ってしまう状況等も指摘されている。

調整係数によって病院毎の医療資源投入量に応じた調整を行っているが、調整係数廃止後の包括評価点数の在り方について検討が必要ではないか。

※ 現行の包括評価点数の設定方法については別紙 3 参照

(3) 経過措置について

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どのように考えるのか。

(4) その他

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）

DPC対象病院・準備病院における病床規模

DPC病院数(準備病院を含む)

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18年度DPC対象病院	4	18	34	57	36	67	216
平成20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	106	56	56	710
準備病院小計	145	207	140	106	56	56	710
計	186	314	264	245	141	278	1,428
(参考)全病院数 (平成18年医療施設調査)	3,482	2,709	1,153	758	362	479	8,943

DPC算定病床数(準備病院を含む)

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	66,910	66,910
平成16年度DPC対象病院	160	1,906	2,478	5,519	2,994	10,109	23,166
平成18年度DPC対象病院	252	2,822	8,536	19,646	15,965	39,809	87,030
平成20年度DPC対象病院	2,566	11,795	19,507	22,317	18,496	36,823	111,504
DPC対象病院小計	2,978	16,523	30,521	47,482	37,455	153,651	288,610
平成19年度準備病院	9,027	30,122	34,488	36,094	24,627	34,333	168,691
準備病院小計	9,027	30,122	34,488	36,094	24,627	34,333	168,691
計	12,005	46,645	65,009	83,576	62,082	187,984	457,301
(参考)全一般病床数 (平成18年医療施設調査)	121,445	185,292	116,010	143,577	98,465	246,225	911,014

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

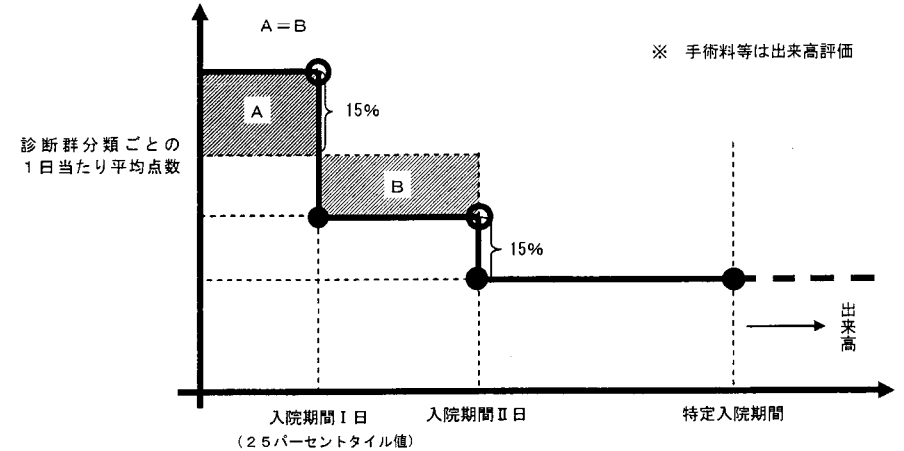
※全病院数の病床数区分は、総病床数による。

※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

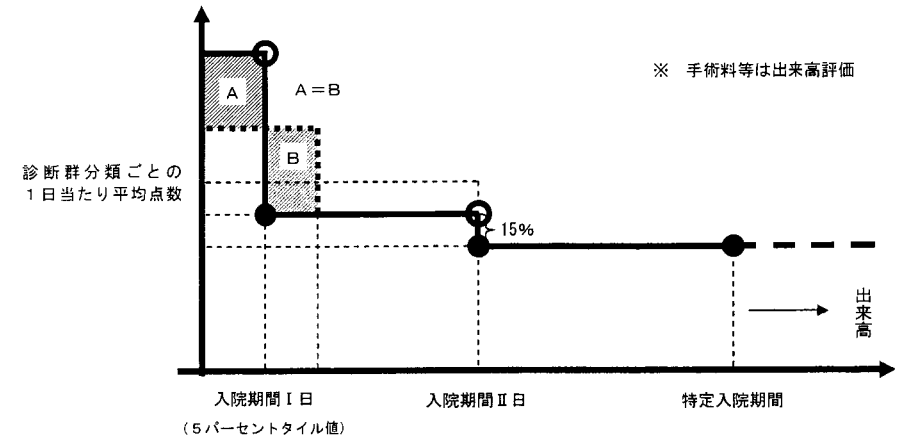
* 平成19年度準備病院には、平成20年度対象病院に参加しなかった平成18年度準備病院13病院を含む。

包括評価点数の設定方法について

(1) 通常の設定方法



(2) 悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る設定方法



医療・介護サービスの質の向上に向けた包括化プログラム(平成19年5月)

策定趣旨・目標期間

必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を、計画的に推進するため、可能な限り定量的な指標を盛り込んだプログラムを策定。目標期間は、基本的に平成20年度から平成24年度までの5年間

診療報酬の包括支払の推進

主な目標・指標	政策手段
平成24年度までに、病院の機能分化为推進する中で、DPC支払い対象病院数360(平成18年度)を当面1000(現状から3倍増)に	○ DPC(急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度)制度の精緻化や対象病院の着実な拡大 ○ 診療報酬の包括化対象の拡大