

平成20年度 第6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1日（月） 13:00～15:30

場所：厚生労働省専用第21会議室（17階）

議 事 次 第

1. 医療機関へのヒアリングについて
2. 基本問題小委員会での議論の報告及び整理すべき課題について
3. その他

診調組 D-1

20. 12. 1

診調組 D-1

20. 11. 12

診調組 D-2

20. 7. 30

平成20年度DPC評価分科会における特別調査（ヒアリング）（案）について

本年5月21日の中医協基本問題小委員会において、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、平成19年度と同様にDPC評価分科会において、調査内容に基づいた意見交換（ヒアリング）を行うこととした。

第1 再入院について

昨年度のヒアリングの結果をふまえて、本年度より、同一疾患での3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行ったところ。

ただし、4～7日以内の再入院や本来であれば外来で実施できる治療を入院医療で実施している例については、本年度も引き続き調査することとされた。

【調査方法】

平成20年度調査により得られたデータから、以下に該当する医療機関に調査票を配布する。

なお、ヒアリング対象医療機関は、調査票を取りまとめた結果等もふまえて、以下の区分に応じて、数医療機関を当該分科会に招集することとする。

ア 3日以内の再入院について

本年度より同一疾患による3日以内の再入院については、1入院として取り扱うこととしたが、その影響等について検証するために、3日以内再入院率が高い医療機関を対象とする。その際には、がん化学療法・放射線療法の場合とそれ以外の場合に区別して考慮する。

イ 4～7日以内の再入院について

4～7日以内の再入院については、今後の算定ルールの見直しに向けて、4～7日以内再入院率が高い医療機関を対象とする。その際には、上記と同様に、がん化学療法・放射線療法の場合とそれ以外の場合に区別して考慮する。

第2 適切な診療報酬の請求について

DPCにおいては、医療資源を最も投入した傷病名から、実施した手術や処置、また副傷病や重症度によって1つの診断群分類を決定して診療報酬の請求を行うが、診断群分類の決定が正しく行われるために、本年度より以下のとおり、算定ルールの見直しを行っている。

- ・ DPCにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加えること
- ・ 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

【調査方法】

平成20年度調査により得られたデータから、以下に該当する医療機関に調査票を配布する。

なお、ヒアリング対象医療機関は、調査票を取りまとめた結果等もふまえて、以下の区分に応じて、数医療機関を当該分科会に招集することとする。

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

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長い又は短い医療機関

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

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- β 7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医療機関

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

第3 その他

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、ヒアリングを実施してはどうか。

平成20年度 DPC 評価分科会における特別調査②について

概 要

1 目的

中医協・基本問題小委員会においては、DPC 導入による医療の質等について継続的に注視することが必要であると指摘がなされてきたところ、中医協・診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会において意見交換（ヒアリング）の機会を設けることとした。事前に実態を把握するため実施したアンケート調査の内容についてとりまとめた。

2 調査方法等

(1) アンケート調査について

平成20年度 DPC 調査データ（平成20年7月1日から8月31日までの退院患者調査）より該当する医療機関（合計90件）に対してアンケート調査を実施した。（別紙1）

(2) ヒアリング対象医療機関について

アンケート調査に回答した医療機関（回答率100%）のうち、アンケート調査結果等により、合計8医療機関をヒアリング対象として選出した。（別紙2）

3 アンケート調査結果

(1) 再入院率について

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

ア 化学療法を外来へ移行した。

イ 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。

ウ 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。

エ 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。

※ 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（以下②③も同様）

- 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
- ア 化学療法の患者が増加したため。
 - イ 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。
 - ウ 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
- ア 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。
 - イ 病状の急変により再入院となる症例があるため。
 - ウ 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。
 - エ 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
- ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 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
- ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 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。

(2) 1日当たりの包括範囲出来高点数の平均について

※ 包括範囲出来高点数：診断群分類点数表において包括される診療行為、

薬剤、材料を出来高で換算したもの。

- ① 「診断群分類 050050xx9910xx (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)」における、1日当たりの包括点数に対する、包括範囲出来高点数の割合

〔高い理由〕

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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〕

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ スワンガンツ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。
- オ 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 「診断群分類 070470xx99x3xx (関節リウマチ 手術なし インフリキシマブあり)」の1日当たりの包括点数に対する、包括範囲出来高点数の割合

※ インフリキシマブは、体重1kg当たり3mgを、初回、2週、6週に投与し、以後8週間の間隔で投与するのが、一般的投与方法である。

〔高い理由〕

- ア 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うため。
- イ 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。

- ウ 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。
- エ 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〕

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。

(3) 平均在院日数について

「診断群分類 120020xx99x40x(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)」の平均在院日数が非常に短い理由

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。

アンケート調査票について

	アンケート調査票の配布の流れ	調査対象 医療機関数	回答数	回答率
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医療機関	10	10	100%
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医療機関	10	10	100%
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 い医療機関	10	10	100%
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医療機関	10	10	100%
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医療機関	10	10	100%
6	「診断群分類 050050xx9910xx(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)」における、1日当たりの包 括点数に対する、包括範囲出来高点数の割合が高い(低い) 医療機関	10	10	100%
7	「診断群分類 070470xx99x3xx(関節リウマチ 手術なし インフ リキシマブあり)」の1日当たりの包括点数に対する、包括範囲 出来高点数の割合が高い(低い)医療機関	20	20	100%
8	「診断群分類 120020xx99x40x(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)」の平均在院日数 が非常に短い医療機関	10	10	100%
	合 計	90	90	100%

※ 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。

ヒアリング対象医療機関について

	医療機関名	病床種別・数
1	佐賀県立病院好生館	一般 526床 緩和ケア 15床
2	医療法人社団平成会 藤枝平成記念病院	一般 124床 療養 86床
3	医療法人蒼龍会井上病院	一般 127床
4	独立行政法人 労働者健康福祉機構 熊本労災病院	一般 410床
5	山梨大学医学部附属病院	一般 566床 精神 40床
6	総合病院岡山市立市民病院	一般 375床 結核 12床 亜急性期 18床
7	総合病院 福島赤十字病院	一般 309床 精神 40床
8	京都第二赤十字病院	一般 639床

出典：平成20年度DPC導入の影響評価に係る調査データより作成

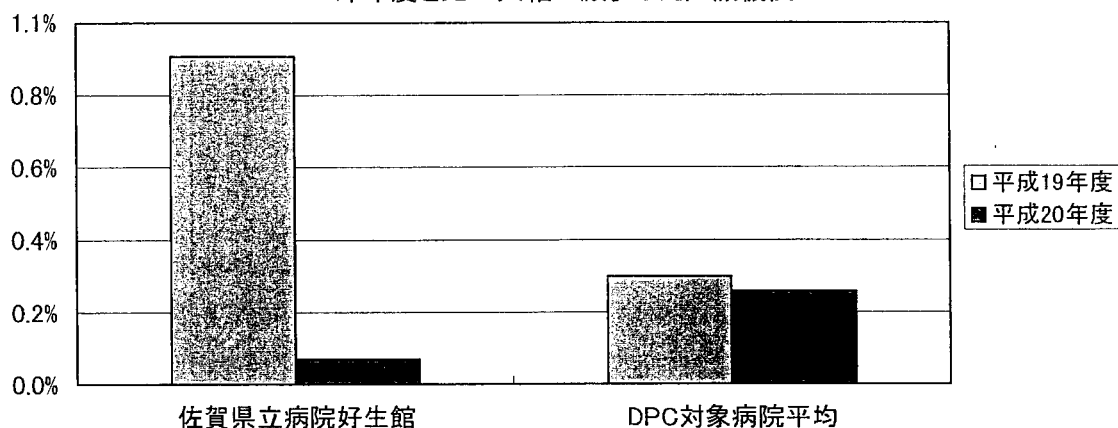
1.佐賀県立病院好生館(平成18年度DPC対象病院)

①前回入院と同一傷病(※1)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医療機関

施設類型	施設名	平成19年度 3日以内 6桁同一 再入院率 (A)	平成20年度 3日以内 6桁同一 再入院率 (B)	年度差 3日以内 6桁同一 再入院率 (B-A)
平成18年度DPC対象病院	佐賀県立病院好生館	0.95%	0.07%	-0.88%
DPC対象病院平均(※2)		0.32%	0.27%	-0.04%

※1 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。
 ※2 DPC対象病院平均とは平成15～20年度DPC対象病院の平均値である。

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医療機関

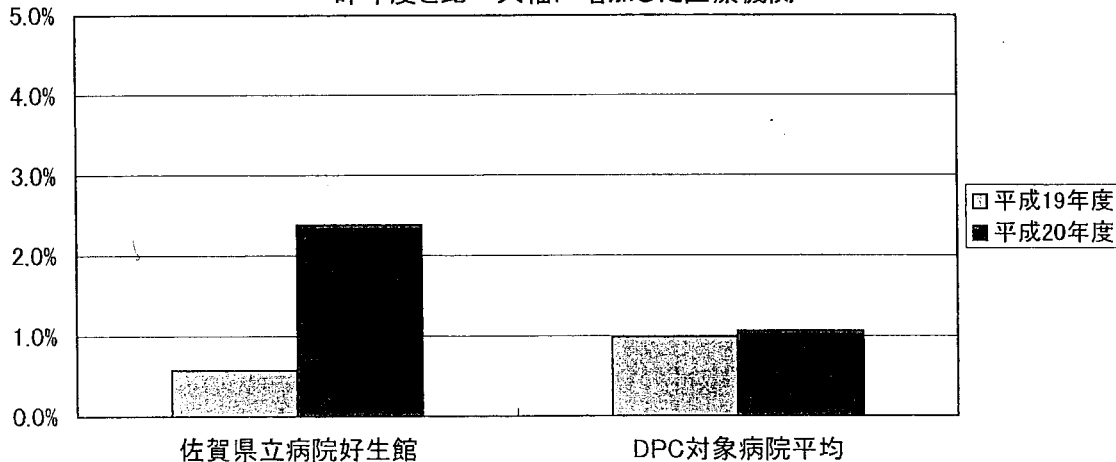


②前回入院と同一傷病(※1)による4～7日以内の再入院の割合が、昨年度と比べ大幅に増加した医療機関

施設類型	施設名	平成19年度 4～7日以内 6桁同一 再入院率 (A)	平成20年度 4～7日以内 6桁同一 再入院率 (B)	年度差 4～7日以内 6桁同一 再入院率 (B-A)
平成18年度DPC対象病院	佐賀県立病院好生館	0.57%	2.38%	1.81%
DPC対象病院平均(※2)		0.98%	1.06%	0.08%

※1 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。
 ※2 DPC対象病院平均とは平成15～20年度DPC対象病院の平均値である。

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医療機関



2.医療法人社団平成会藤枝平成記念病院(平成20年度DPC対象病院)

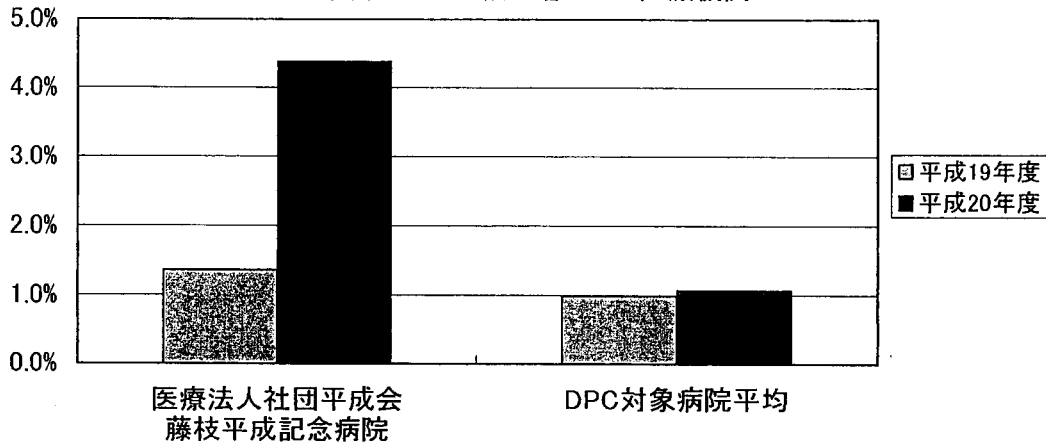
①前回入院と同一傷病(※1)による4~7日以内の再入院の割合が、昨年度と比べ大幅に増加した医療機関

施設類型	施設名	平成19年度 4~7日以内 6桁同一 再入院率 (A)	平成20年度 4~7日以内 6桁同一 再入院率 (B)	年度差 4~7日以内 6桁同一 再入院率 (B-A)
平成20年度DPC対象病院	医療法人社団平成会藤枝平成記念病院	1.36%	4.37%	3.01%
DPC対象病院平均(※2)		0.98%	1.06%	0.08%

※1 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。

※2 DPC対象病院平均とは平成15~20年度DPC対象病院の平均値である。

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医療機関



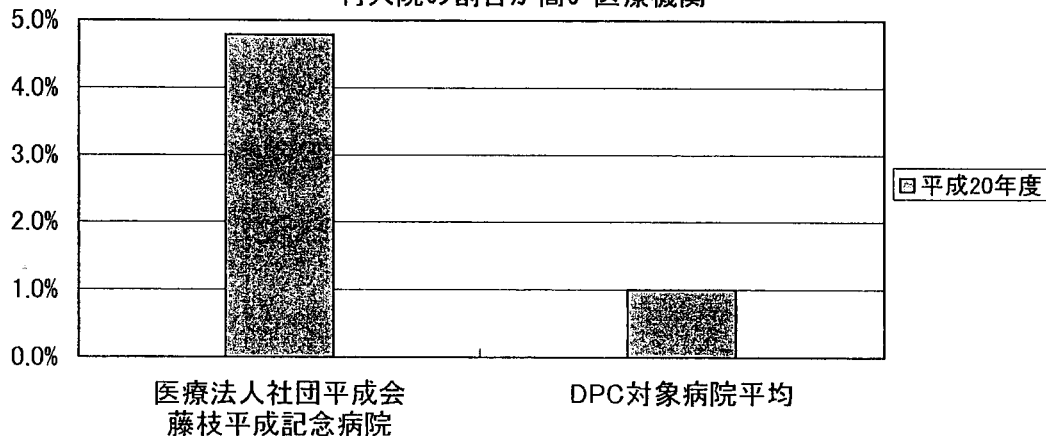
②化学療法及び放射線療法を実施していない患者(※3)の4~7日以内の再入院の割合が高い医療機関

施設類型	施設名	平成20年度 6週間以内 再入院率	平成20年度 4~7日以内 化学療法・放 射線療法なし 再入院率
平成20年度DPC対象病院	医療法人社団平成会藤枝平成記念病院	7.29%	4.79%
DPC対象病院平均(※4)		7.50%	1.00%

※3 化学療法及び放射線療法を実施していない患者とは前回入院、今回入院いずれにおいても化学療法及び放射線療法を行っていない患者である

※4 DPC対象病院平均とは平成15~20年度DPC対象病院の平均値である。

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医療機関



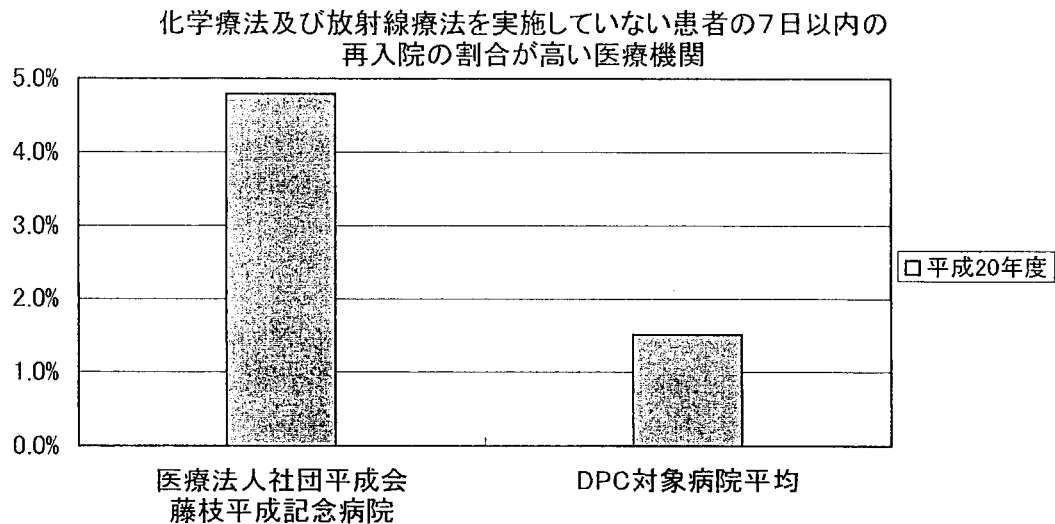
③化学療法及び放射線療法を実施していない患者(※1)の7日以内の再入院の割合が高い医療機関

施設類型	施設名	平成20年度 6週間以内 再入院率	平成20年度 7日以内化学 療法・放射線 療法なし 再入院率
平成20年度DPC対象病院	医療法人社団平成会藤枝平成記念病院	7.29%	4.79%

DPC対象病院平均(※2)	7.50%	1.51%
---------------	-------	-------

※1 化学療法及び放射線療法を実施していない患者とは前回入院、今回入院いずれにおいても化学療法及び放射線療法を行っていない患者である

※2 DPC対象病院平均とは平成15～20年度DPC対象病院の平均値である。



資料:平成20年度DPC導入の影響評価に係る調査データより作成

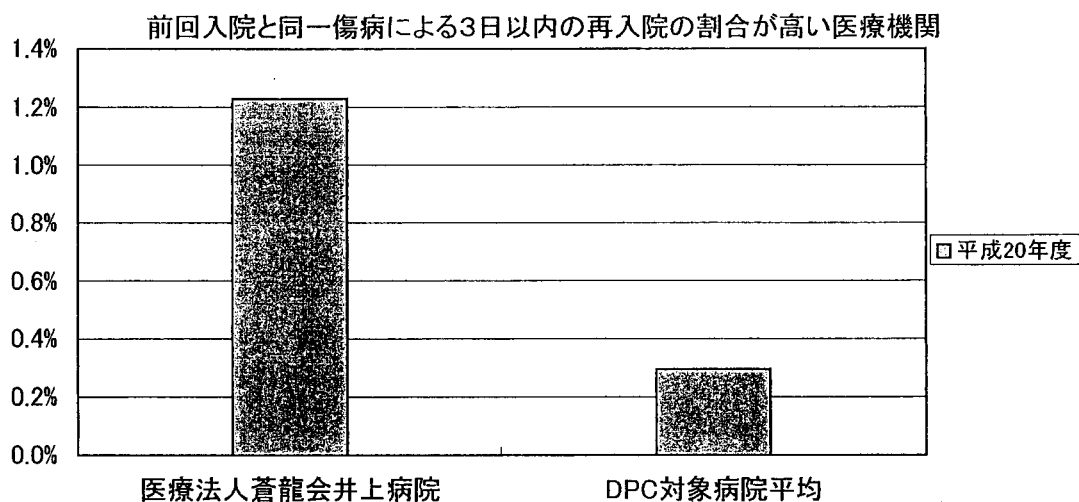
3.医療法人蒼龍会井上病院(平成16年度DPC対象病院)

①前回入院と同一傷病(※1)による3日以内の再入院の割合が高い医療機関

施設類型	施設名	平成20年度 6週間以内 再入院率	平成20年度 3日以内 DPC6桁同一 再入院率
平成16年度DPC対象病院	医療法人蒼龍会井上病院	7.69%	1.23%
DPC対象病院平均(※2)		7.50%	0.29%

※1 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。

※2 DPC対象病院平均とは平成15~20年度DPC対象病院の平均値である。

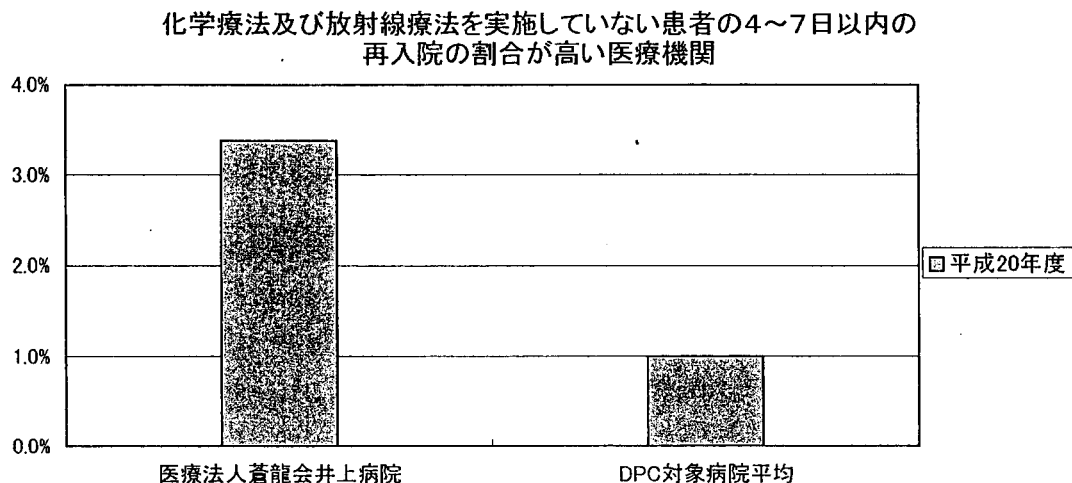


②化学療法及び放射線療法を実施していない患者(※3)の4~7日以内の再入院の割合が高い医療機関

施設類型	施設名	平成20年度 6週間以内 再入院率	平成20年度 4~7日以内 化学療法・放射線療法なし 再入院率
平成16年度DPC対象病院	医療法人蒼龍会井上病院	7.69%	3.38%
DPC対象病院平均(※4)		7.50%	1.00%

※3 化学療法及び放射線療法を実施していない患者とは前回入院、今回入院いずれにおいても化学療法及び放射線療法を行っていない患者である

※4 DPC対象病院平均とは平成15~20年度DPC対象病院の平均値である。



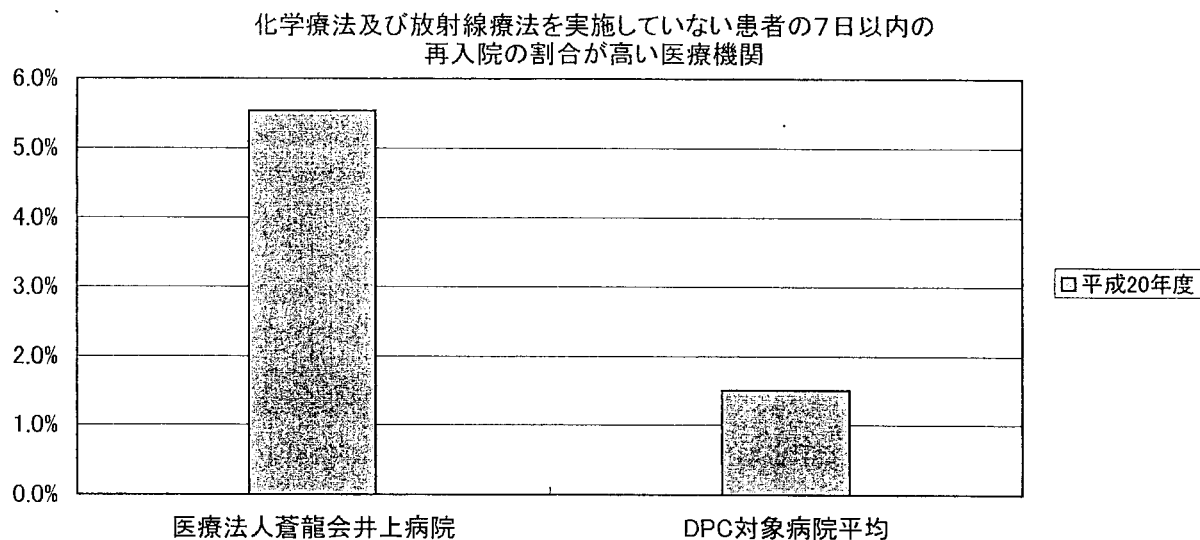
資料:平成20年度DPC導入の影響評価に係わる調査データより作成

③化学療法及び放射線療法を実施していない患者(※1)の7日以内の再入院の割合が高い医療機関

施設類型	施設名	平成20年度 6週間以内 再入院率	平成20年度 7日以内 化学療法・放射 線療法なし 再入院率
平成16年度DPC対象病院	医療法人蒼龍会井上病院	7.69%	5.54%
DPC対象病院平均(※2)		7.50%	1.51%

※1 化学療法及び放射線療法を実施していない患者とは前回入院、今回入院いずれにおいても化学療法及び放射線療法を行っていない患者である

※2 DPC対象病院平均とは平成15～20年度DPC対象病院の平均値である。



資料:平成20年度DPC導入の影響評価に係る調査データより作成

4. 独立行政法人 労働者健康福祉機構 熊本労災病院

5. 山梨大学医学部附属病院

「診断群分類050050xx9910xx(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)」における、1日当たりの包括点数に対する、包括範囲出来高点数の割合が高い(低い)医療機関

(狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 心カテ検査あり)

施設類型	施設名	症例数	出来高 包括 ※1
平成20年度DPC対象病院	独立行政法人 労働者健康福祉機構 熊本労災病院	62	73.35%
平成15年度DPC対象病院	山梨大学医学部附属病院	24	210.60%
DPC対象病院 ※2		20,217	98.82%

6. 総合病院岡山市立市民病院

7. 総合病院 福島赤十字病院

「診断群分類070470xx99x3xx(関節リウマチ 手術なし インフリキシマブあり)」の1日当たりの包括点数に対する、包括範囲出来高点数の割合が高い医療機関

(関節リウマチ 手術なし インフリキシマブあり)

施設類型	施設名	症例数	出来高 包括 ※3
平成20年度DPC準備病院	総合病院岡山市立市民病院	37	188.98%
平成19年度DPC準備病院	総合病院 福島赤十字病院	39	171.77%
DPC対象病院 ※2		1,581	100.60%

8. 京都第二赤十字病院

「診断群分類 120020xx99x40x(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)」の平均在院日数が非常に短い医療機関

(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)

施設類型	施設名	症例数	平均在院日数
平成18年度DPC対象病院	京都第二赤十字病院	11	1.27
DPC対象病院 ※2		3,045	6.22

※1 診断群分類点数表において包括される診療行為、薬剤、材料を出来高で換算したものを診断群分類点数表による点数で除したもの

※2 DPC対象病院とは、平成15～20年度DPC対象病院の症例を対象に集計したものである

※3 診断群分類点数表において包括される診療行為、薬剤、材料の出来高実績を診断群分類点数表の換算点数で除したもの

資料:平成20年度DPC導入の影響評価に係る調査データより作成

基本問題小委員会での議論の報告及び整理すべき課題について

DPCの在り方については、基本問題小委員会において、本年7月16日から3回にわたり議論が行われた。以下に、これまでの議論の概要を報告するとともに、平成21年度にDPC対象病院を拡大した場合に整理すべき課題をあげた。

第1 これまでの基本問題小委員会での議論の概要

【論点1】

これまでのDPC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日基本問題小委員会）

- ア DPC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 DPC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 DPC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 DPCによる医療の標準化については、DPC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

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。

【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日基本問題小委員会）

- 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。

第2 平成21年度にDPC対象病院を拡大した場合の（データ／病床）比と調整係数について

11月19日基本問題小委員会における【論点2】に係る議論の結果を踏まえ、平成19年度DPC準備病院を平成21年度対象病院の候補とすることとした場合、（データ／病床）比と調整係数については以下のようにしてはどうか。

(1) (データ／病床) 比について

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。

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。

平成20年度DPC対象病院の基準との整合を図るため、改定後であっても、それと同一の方法でデータ数をカウントしてはどうか。

※（データ／病床）比とは、対象期間において「退院した患者の全データ数」／「DPC算定病床数」のこと。

(2) 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。

<参考>



平成21年度DPC対象病院の調整係数の算出方法については、以下の2案のいずれかにしてはどうか。

【案1】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計算し、均等に相加平均を計算する。

メリット：改定前後の診療動向について均等に扱うことができる。
デメリット：DPCデータの提出期間に応じた評価とならない。

【案2】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計算し、データ提出期間（6ヶ月、4ヶ月）に応じた加重平均を計算する。

メリット：DPCデータの提出期間に応じた評価となる。
デメリット：改定前のDPCデータの提出期間が改訂後のDPCデータの提出期間に比べて長い為、結果として改定前の診療動向の影響が反映されやすい。

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の在り方について

(これまでの資料一覧)

- 1 DPCの在り方について (平成20年7月16日基本小委資料)
..... P 1
- 2 DPCの評価について (平成20年10月22日基本小委資料)
..... P 6
- 3 DPCの適用がふさわしい病院について (平成20年11月
19日基本小委資料) P 20
- 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
での議論の整理 (平成20年11月7日DPC評価分科会資
料) P 38

DPCの在り方について

第1 DPCについて

(1) DPCの対象及び導入に係る経緯等について（別紙1）

DPC制度（1日当たりの包括評価制度）とは、平成15年閣議決定された急性期入院医療を対象とした包括評価のことである。

（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。

DPCの導入に先立って、平成10年11月から10国立病院等において1入院当たりの包括評価制度の試行を実施した。

その後の検討において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等があった。

各医療機関の特性を守りつつ、良質な医療を効率的に提供していく観点から、DPC制度として実施することとした。（別紙2）

よって、平成15年度より急性期入院医療を実施している病院を対象とするものとして特定機能病院等の82病院にDPCが導入され、平成16年度は、DPC調査協力病院におけるDPCの試行的適用として新たに62病院が参加し、平成18年度は、DPC対象病院として更に216病院が参加することとなった。

なお、平成20年度にはDPC対象病院として、新たに358病院が参加することにより、DPC対象病院として718病院、平成19年度DPC準備病院も含めると1,428病院となり、全一般病床（約91万床）の約50.2%（約46万床）を占めるに至っている。（別紙3）

※平成20年度DPC準備病院については集計中。

(2) 平成19年度のDPC対象病院の基準に係る検討の概要

平成19年度の中医協におけるDPC対象病院の拡大に係る議論において、「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」とした。なお、DPCの対象の範囲としては、ある程度以上の重症な急性期に限定せず、全ての急性期を対象とすべきとされた。

また、DPC対象病院において、急性期入院医療における入院から退院までの1入院に係る適切なデータを提出できること等、データの質を確保することが重要であるとされ、2年間の適切なデータの提出及び（データ/病床）比として10ヶ月で8.75以上であることとした。

第2 平成19年度中医協の取りまとめ事項

平成19年度の中医協では、

(1) 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

(2) 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ことについて取りまとめられたところであり、平成20年度以降速やかにDPCの在り方を含めて検討する必要がある。（別紙4）

<出典：平成20年2月13日中医協総会資料>

第3 今後の検討課題について

(1) DPCの評価等について（別紙5）

DPC導入の影響評価を行うために、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するため、平成15年度より、DPC対象病院・準備病院で行われる診療に係る詳細なデータの集積・解析を行ってきた。これまでの結果からは、平均在院日数の短縮や後発医薬品への置換え等の医療の効率化が進んでおり、救急車による搬送、緊急入院及び他院からの紹介の患者数は増加傾向であったことから、重症度の高い患者を避けるような患者選別の傾向が見られておらず、診療内容に悪影響は認められないものと考えられる。

また、退院時転帰の状況においては、治癒及び軽快を合計した割合が一定であるものの、治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えら

れる。また、退院時転帰の状況においては、治癒及び軽快を合計した割合が一定であるものの、治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えら

1

2

れる。

なお、DPC対象病院は再入院率が増加する傾向にあるが、主な原因は計画的再入院の増加であり、特に化学療法・放射線療法による再入院の増加が原因と考えられる。

以上のことから、DPCにより、質の確保はされつつ医療の効率化が進んでいるものと考えられるが、治癒・軽快のうち、軽快の割合が増えていることや、再入院率が増加していることについては、患者に十分な療養が提供されていないのではないかとの懸念や、不適切なコーディング等の懸念も指摘されている。

(参考1)

治癒…退院時に、退院後に外来通院治療の必要性がまったくない、または、それに準ずると判断されたもの。

軽快…疾患に対して治療を行い改善がみられたもの。原則として、退院時点では外来などで継続的な治療を必要とするが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない。

<出典：平成20年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料>

(参考2) 指導監査で明らかとなった適切でない請求例

- 1) 包括評価部分を最大化する
 - A 不適切なコーディング（いわゆるアップ・コーディングによって、診療報酬点数が高くなるものを選択する）
 - 「医療資源を最も投入した」とはいえない傷病名でコーディングしている。
 - 特定入院期間超過後の手術による「手術あり」コーディングしている。
 - B 入院期間のリセット（より点数の高い入院期間）の入院に戻す
 - 退院後、極めて短期間で予定入院としている。
 - 包括評価対象外の病床との間で転床を繰り返している。
 - 医療機関と関連病院、本院と分院との間で転床を繰り返している。
- 2) 包括評価されている項目の出来高請求
 - C 一連の入院中に他医療機関で実施
 - DPC入院当日に他院でMRI、PETを実施している。
 - 入院中の他院受診を対診扱いせず、他院から出来高請求している。
 - D 出来高評価される算定項目として取り扱う
 - 術後に病棟で行った点滴等、手術にあたって使用された薬剤以外の薬剤を手術で使用した薬剤として出来高請求する。

<出典：平成19年8月8日中医協基本小委員会資料より抜粋>

【論点1】

これまでのDPCの評価についてどのように考えるべきか。

(2) DPCの対象病院について

急性期入院医療を対象としてDPC対象病院の拡大がなされてきてお

り、今後も拡大が見込まれている。

平成19年度中医協の議論では、「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」とし、DPCの対象の範囲としては、ある程度以上の重症な急性期に限定せず、全ての急性期を対象とすべきとされた。

その検討を踏まえて、今年度からDPCに参加した平成20年度DPC対象病院、及び平成19年度DPC準備病院は、他年度のDPC対象病院と比較して病床規模が小さい病院の割合が高く、その中には専門病院だけでなく、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る。（別紙6）

【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。

(3) DPC制度の運用に係る見直しについて

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。

【論点3-1】 新たな機能評価係数の設定について

○ 新たな機能評価係数について、どのような観点から評価するべきものかと考えるか。

例) 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

○ 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。

DPCの評価について

【論点3-2】調整係数の廃止について

- 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、具体的に廃止する時期についてどのように考えるべきか。
- 廃止するに当たり、段階的に廃止する等の経過措置の必要性についてどのように考えるべきか。

- 1 平均在院日数について
- 2 再入院率について
- 3 転帰(治癒・軽快)について
4. DPC対象病院での診療状況について

1 平均在院日数について

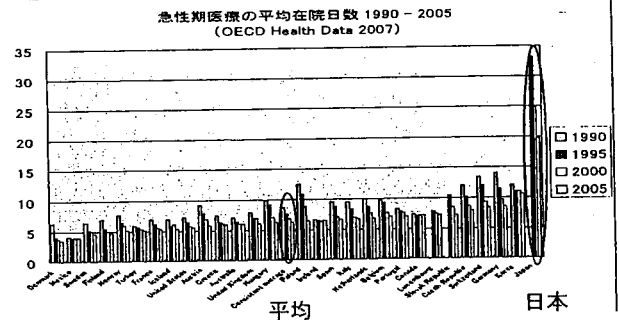
DPCにおける平均在院日数の年次推移

病院類型	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC対象病院	19.13	18.31	17.35	16.70
平成16年度DPC対象病院	15.54	15.15	14.74	14.58
平成18年度DPC対象病院	.	15.48	14.52	14.48
平成18年度DPC準備病院	.	.	15.36	14.97
平成19年度DPC準備病院	.	.	.	15.40

出典 平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中経協 DPC評価分科会)

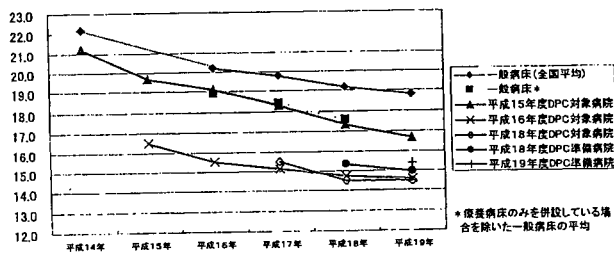
諸外国の平均在院日数の推移

- 90年代以降、急性期医療における平均在院日数は諸外国で減少傾向にある。



DPCにおける平均在院日数の推移

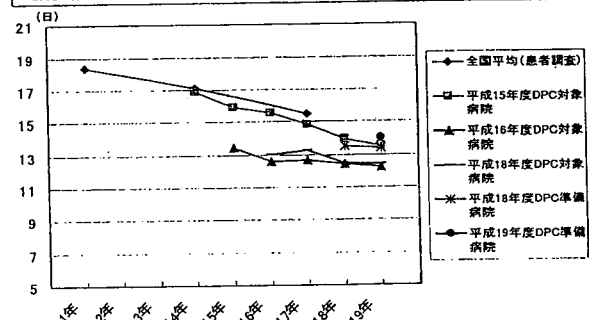
- 一般病床における平均在院日数(全国平均)は減少傾向である。
- DPC対象病院及び準備病院の平均在院日数も全国平均と同じく減少傾向である。



出典 病院報告(厚生労働省大臣官庁統計情報部) 平成18年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中経協 DPC評価分科会) 平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中経協 DPC評価分科会)

手術後在院日数の推移

- 手術後の在院日数は、全国で減少傾向にある。
- DPC対象病院及び準備病院の手術後の在院日数も全国平均と同じく減少傾向である。

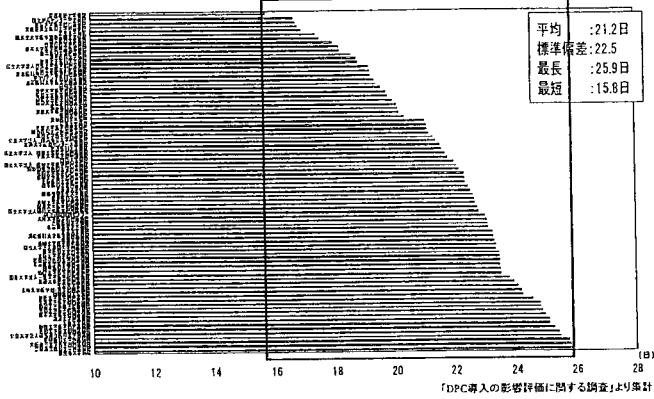


全国平均の推移は、患者調査(厚生労働省大臣官庁統計情報部) DPC対象及び準備病院の推移は、「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

DPCにおける平均在院日数の変化

(平成15年度DPC対象病院の例)

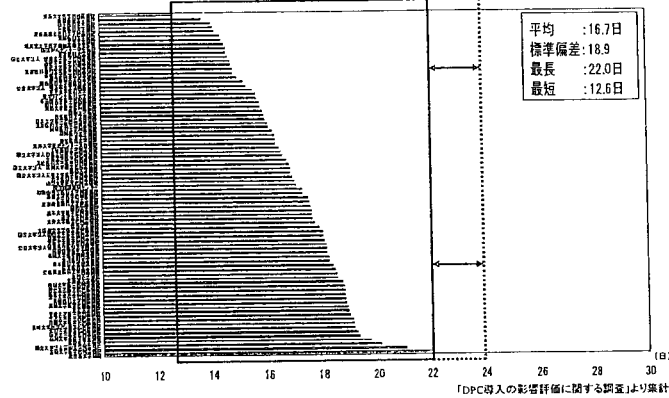
平成14年



DPCにおける平均在院日数の変化

(平成15年度DPC対象病院の例)

平成19年

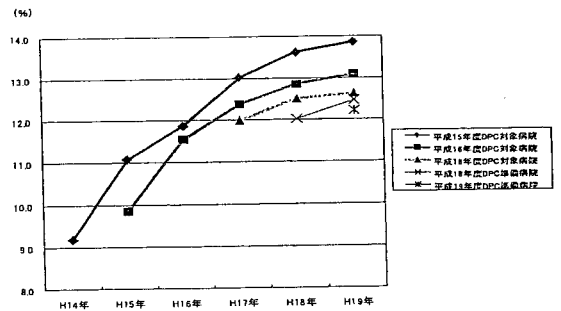


9

2 再入院率について

DPCにおける再入院率の推移

○ DPCにおける再入院率は増加傾向にある。

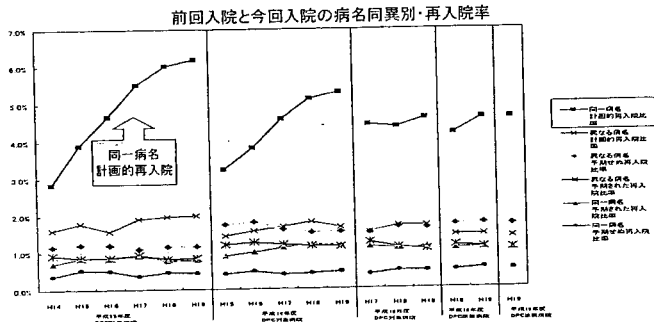


出典 平成18年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医協 DPC評価分科会)
平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医協 DPC評価分科会)

10

DPCにおける再入院率の内訳①

○ 「同一病名」による「計画的再入院」が増加傾向にある。

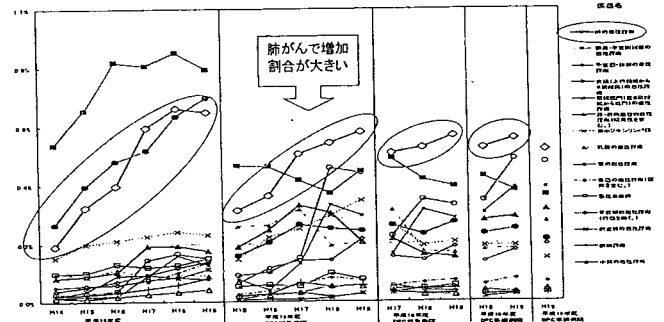


出典 平成18年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医協 DPC評価分科会)
平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医協 DPC評価分科会)

DPCにおける再入院率の内訳③

○ 肺がん等において、「化学療法又は放射線療法」による治療の為の再入院率の増加割合が大きい。

計画的 化学療法・放射線療法の上位15疾患再入院率

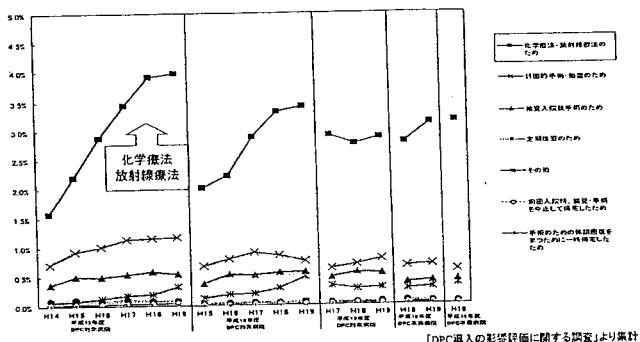


出典 平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」(中医協 DPC評価分科会)

DPCにおける再入院率の内訳②

○ 「同一病名による計画的再入院」のうち、「化学療法・放射線療法」の増加割合が大きい

同一病名による計画的再入院の理由別・再入院率



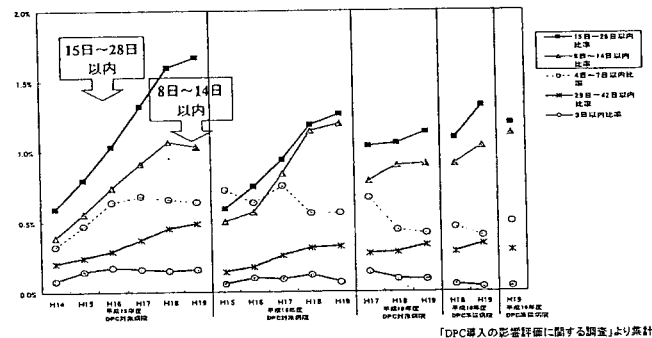
「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

11

DPCにおける再入院率の内訳④

○ 期間別では、「8日～14日以内」及び「15日～28日以内」の再入院率の増加割合が特に大きい。

同一病名による計画的 化学療法・放射線療法の期間別・再入院率



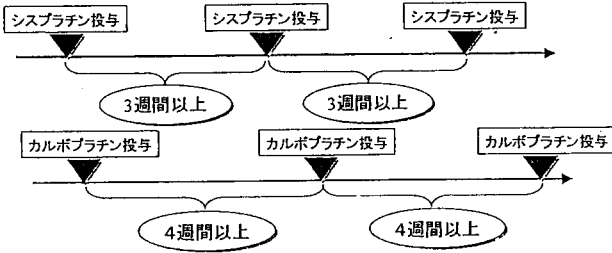
「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

12

化学療法による治療の一例(肺がんの場合)

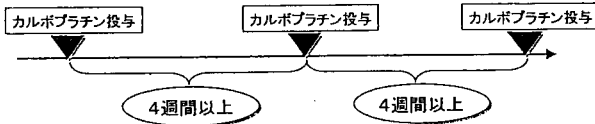
- 肺がん診療ガイドライン(日本肺癌学会/編(2005年版))において、肺がん(非小細胞肺がん)の化学療法では、シスプラチンを含む抗がん剤併用療法を推奨されている。
※臨床では、シスプラチンの代わりに、同じ白金製剤であるカルボプラチンが用いられることも多い。
- 薬剤の添付文書において、シスプラチンは3週間以上、カルボプラチンは4週間以上の間隔で投与することとされている。

＜肺がんに対する抗がん剤の投与の例＞



化学療法による治療の一例(卵巣がん)

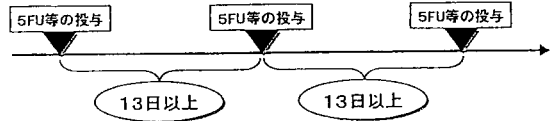
- 卵巣がん治療ガイドライン(日本婦人科腫瘍学会/編(2004年版))において、卵巣がん(上皮性卵巣腫瘍)の化学療法では、TJ療法(カルボプラチン及びパクリタキセルの併用療法)が、第一選択とされている。
- 薬剤の添付文書において、カルボプラチンは4週間以上の間隔で投与することとされている。



13

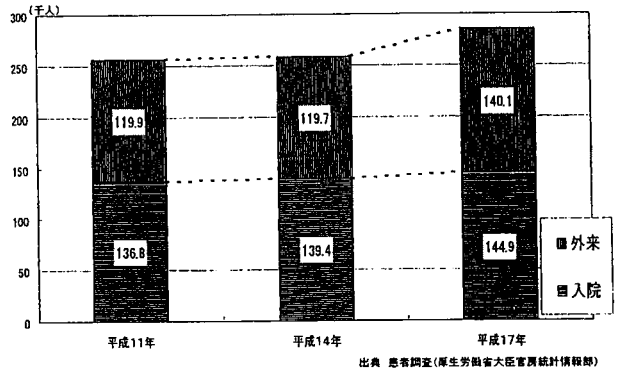
化学療法による治療の一例(大腸がんの場合)

- 大腸がん診療ガイドライン(大腸癌研究会/編(2005年版))において、5つのレジメンが示されているが、その中でも、入院では、FOLFOX療法(フルオロウラシル(5FU)・レボホリナートカルシウム・オキサリプラチンの3剤を併用)が行われることが多い。
- 薬剤の添付文書において、5FUとオキサリプラチンを併用する場合は少なくとも13日間投与間隔をあげることをしている。



(参考)入院・外来別 悪性新生物患者数

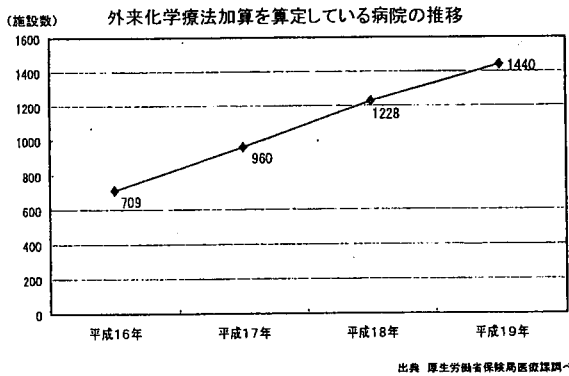
- 悪性新生物に対する治療については、外来の比重が大きくなっている。



14

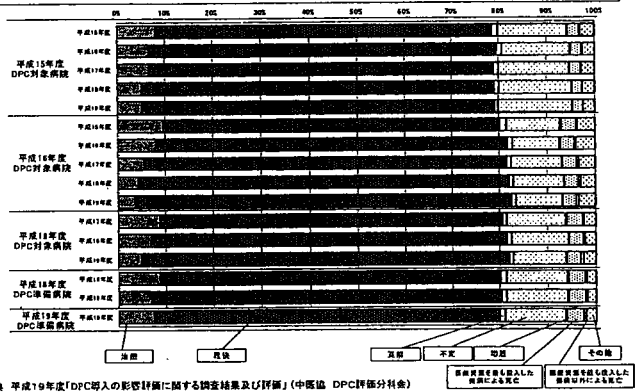
(参考)外来化学療法の推移

- 近年は、外来化学療法加算を算定している病院が増加傾向にある。



DPCによる転帰の推移①

- 治癒及び軽快を合計した割合は全ての病院類型においてほぼ横ばい傾向
- 治癒の割合は全ての病院類型で減少傾向であり、軽快の割合は全ての病院類型で増加傾向



DPCによる転帰の推移②

病院類型		平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC対象病院(割合)	治癒	8.08%	6.52%	6.56%	5.05%	5.00%
	軽快	70.65%	73.08%	72.45%	74.07%	74.17%
平成16年度DPC対象病院(割合)	治癒+軽快	78.73%	79.60%	79.01%	79.12%	79.17%
	治癒	9.62%	8.03%	5.47%	4.26%	3.63%
平成18年度DPC対象病院(割合)	軽快	70.57%	73.70%	76.14%	77.85%	78.92%
	治癒+軽快	80.19%	81.73%	81.61%	82.12%	82.55%
平成18年度DPC準備病院(割合)	治癒	-	-	8.85%	6.88%	4.80%
	軽快	-	-	71.72%	74.67%	77.24%
平成19年度DPC準備病院(割合)	治癒+軽快	-	-	80.57%	81.55%	82.04%
	治癒	-	-	-	8.70%	6.99%
平成19年度DPC対象病院(割合)	軽快	-	-	-	71.50%	73.40%
	治癒+軽快	-	-	-	80.20%	80.39%
平成19年度DPC対象病院(割合)	治癒	-	-	-	-	7.48%
	軽快	-	-	-	-	72.55%
平成19年度DPC対象病院(割合)	治癒+軽快	-	-	-	-	80.04%

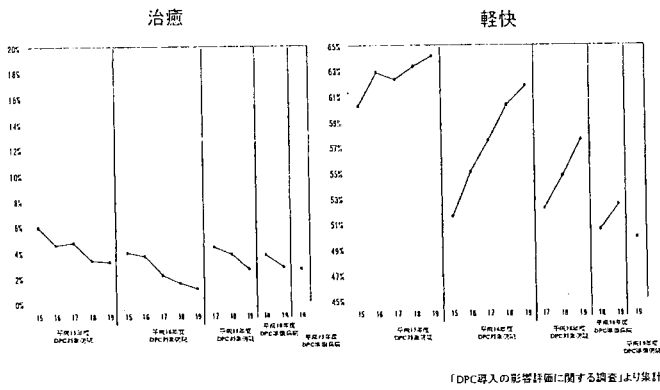
出典 平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」(中蔵編 DPC評価分科会)

3 転帰(治癒・軽快)について

15

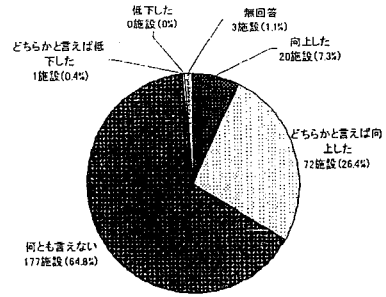
16

がんの治癒・軽快の推移



DPC対象病院での医療の質について

問 DPCの導入で患者に提供する医療の質は全体としてどう変化したと思いますか。



出典：平成20年10月 日本病院会調べ
 ※ 調査の概要
 平成20年6月、日本病院会加盟のDPC対象病院400施設の全てにアンケートを実施。回答273施設（回答率68.3%）

4. DPC対象病院での診療状況について

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18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」

まとめ

- 急性期医療における平均在院日数は、DPCに限らず、諸外国を含めて減少傾向である。
- DPCにおける再入院率の増加については、近年のがんに対する化学療法拡大に伴う影響も考慮する必要があるのではないか。
- DPCにおいて治癒が減少傾向であり、軽快が増加傾向であることも、近年のがん治療や急性期医療に対する考え方も考慮する必要があるのではないか。
- DPC対象病院では、医療の質が低下したと考えている割合はほとんどなく（日本病院会のアンケート）、一方で、後発医薬品の使用が促進されている。

【論点2】
DPCの適用がふさわしい
病院について

中 原 謙 一
 20.11.19

○ DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする

- 看護配置基準 10対1以上であること
- 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
- 標準レセ電算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
- 2年間(合計で10ヶ月分)のデータを適切に提出していること
- (データ/病床)比が8.75以上であること

※ 下線部は平成20年度より導入

○ DPC対象病院において、急性期入院医療における入院から退院までの1入院に係る適切なデータを提出できること等、データの質を確保することが重要であるとされ、2年間の適切なデータの提出及び(データ/病床)比として10ヶ月で8.75以上であることとした。

(参考)

- ・ 対象期間=7月~10月(123日)
- ・ 一般病床の病床利用率=79.4%(平成17年医療施設調査)
- ・ 平均在院日数=28日(10:1入院基本料における特定機能病院の基準在院日数)とした場合

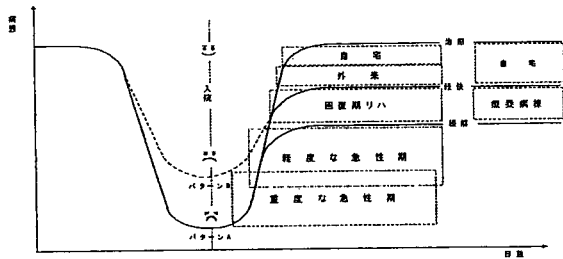
$$\text{データ/病床比} = (\text{対象期間}123\text{日} \times \text{病床利用率}79.4\%) / \text{平均在院日数}28\text{日} \approx 3.5 \text{ (平成16年度DPC対象病院の基準)}$$

※ 4ヶ月の(データ/病床)比の基準である3.5を10ヶ月に換算すると $3.5 \times 10/4 = 8.75$

平成19年度の議論の結果1

○ 平成19年度中医協の議論では、「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」とし、DPCの対象の範囲としては、ある程度以上の重症な急性期に限定せず、全ての急性期を対象とするべきとされた。

患者の病態に応じた医療の内容



出典 平成19年11月21日 中医協基本問題小委員会資料
平成19年10月22日 DPC評価分科会資料

平成21年度DPC対象病院の基準に係る検討の経緯

○ 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。

出典 平成20年2月13日 中医協総会資料

【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。

出典 平成20年7月16日 中医協基本小委資料

DPC対象病院の傾向について1-(1)

○ 平成19年度DPC準備病院は、DPC算定病床数が少ない傾向がある。(DPC算定病床が200床未満が約半数)

DPC病院数

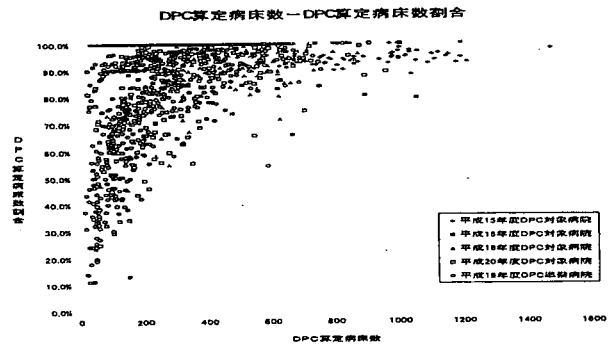
病院類型	100床未満	100床以上200床未満	200床以上300床未満	300床以上400床未満	400床以上500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	82	82
平成16年度DPC対象病院	2	12	10	17	7	14	82
平成18年度DPC対象病院	4	18	24	57	38	67	216
平成20年度DPC対象病院	35	77	80	65	42	59	358
DPC対象病院小計	41	107	124	139	85	222	718
平成19年度準備病院	145	207	140	106	58	56	710
準備病院小計	145	207	140	106	58	56	710
計	186	314	264	245	141	278	1,428

※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

出典 平成20年7月16日 中医協基本小委資料

DPC対象病院の傾向について2-(1)

○ DPC算定病床数が少なければ、DPC算定病床割合も小さい傾向にある。

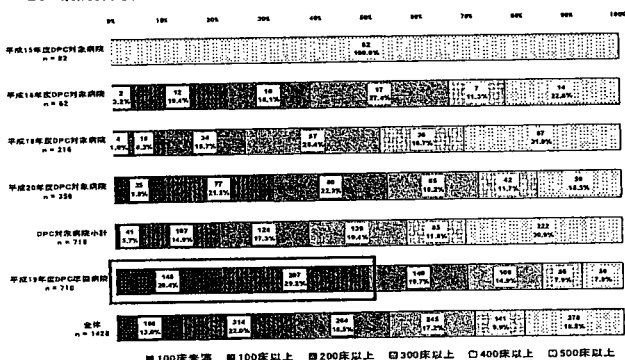


DPC算定病床割合: DPC算定床数÷(100-一般病棟入院基本料、A300数を含む入院料等の病床数を医療機関病床数で除したものの、例:A100一般病棟入院基本料を算定する病床数180床、A101重症療養入院基本料190床の場合、 $180 \div (180+20) \times 100 = 90\%$

出典 平成20年7月16日 中医協基本小委資料

DPC対象病院の傾向について1-(2)

DPC病院算定病床数規模別病院数(1-(1)の再掲)



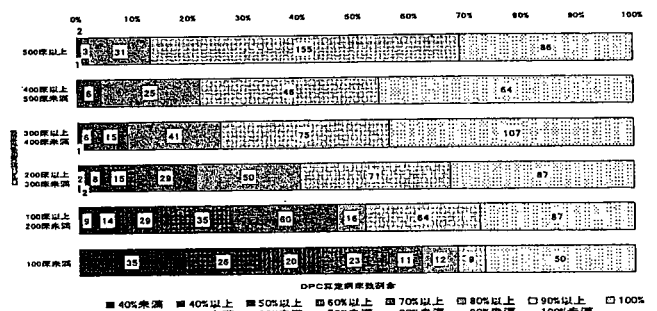
※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成19年12月分DPC調査データより集計

出典 平成20年7月16日 中医協基本小委資料

DPC対象病院の傾向について2-(2)

○ DPC算定病床数が少なければ、DPC算定病床割合も小さい傾向にある。(DPC算定病床数が100床未満の医療機関のうち、DPC算定病床割合が50%未満の医療機関が約30%である。)

DPC算定病床数-DPC算定病床割合(2-(1)の再掲)



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

いわゆる「ケアミックス型病院」とは

○ DPC算定病床以外の病床を併設している病院をいわゆる「ケアミックス型病院」とする。

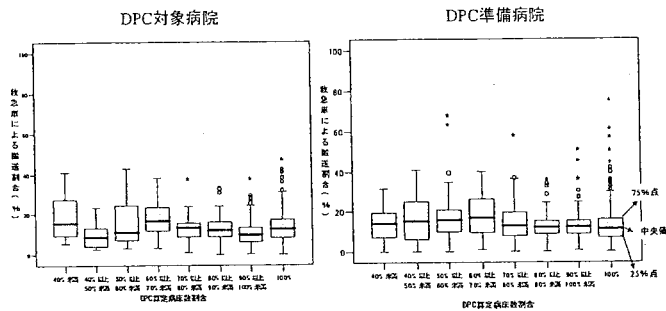
	DPC対象病院 (718病院)	DPC準備病院 (706病院)
1 療養病棟(障害者・特殊疾患病棟を含む)のある病院	89 (12.4%)	201 (28.5%)
2 回復期リハビリテーション病棟のある病院	111 (15.5%)	138 (19.5%)
3 精神病棟のある病院	142 (19.8%)	54 (7.6%)
4 その他(結核・緩和ケア・亜急性期等)のDPC算定病床以外の病床のある病院	270 (37.6%)	316 (44.8%)
1~4のいずれかの病棟又は病床のある病院	452 (63%)	476 (67.4%)

(重複計上)

平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

救急車搬送割合

○ 救急車による搬送により入院となった患者の割合は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

DPC算定病床数割合と医療機関数

DPC算定病床数割合	DPC対象病院	平成19年度DPC準備病院	計
100%	266 (37.0%)	230 (32.6%)	496 (34.8%)
100%未満 90%以上	252 (35.1%)	150 (21.2%)	402 (28.2%)
90%未満 80%以上	100 (13.9%)	80 (11.3%)	180 (12.6%)
80%未満 70%以上	41 (5.7%)	80 (11.3%)	121 (8.5%)
70%未満 60%以上	29 (4.0%)	51 (7.2%)	80 (5.6%)
60%未満 50%以上	14 (1.9%)	50 (7.1%)	64 (4.5%)
50%未満 40%以上	6 (0.8%)	31 (4.4%)	37 (2.6%)
40%未満	10 (1.4%)	34 (4.8%)	44 (3.1%)
計	718 (100.0%)	706 (100.0%)	1,424 (100.0%)

平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

25

(参考)救急車搬送割合

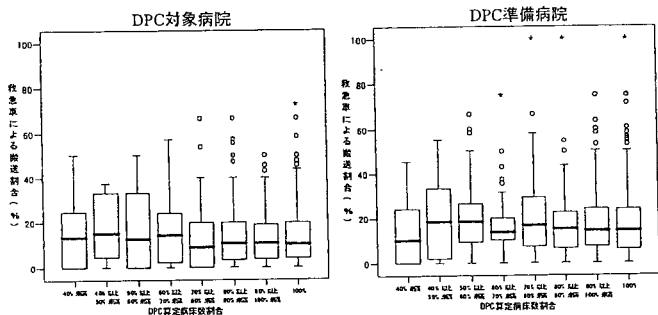
【表2】救急車による搬送の率・患者数

病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC対象病院(割合)	7.9%	8.3%	7.5%	7.4%	7.4%
(1施設当たり患者数)	71.7	78.8	74.3	79.2	79.2
平成16年度DPC対象病院(割合)	11.8%	12.7%	12.2%	12.4%	12.7%
(1施設当たり患者数)	60.5	70.5	67.0	69.6	71.2
平成18年度DPC対象病院(割合)	-	-	13.3%	13.7%	14.1%
(1施設当たり患者数)	-	-	78.4	85.5	88.9
平成18年度DPC準備病院(割合)	-	-	-	13.3%	13.1%
(1施設当たり患者数)	-	-	-	57.8	57.5
平成19年度DPC準備病院(割合)	-	-	-	-	13.3%
(1施設当たり患者数)	-	-	-	-	41.6

出典:平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

26

(参考)救急車搬送割合(肺炎の例)



※ 診断群分類040080xx99x00x(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし)について集計

平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

15

(参考)緊急入院割合

【表3】緊急入院の率・患者数

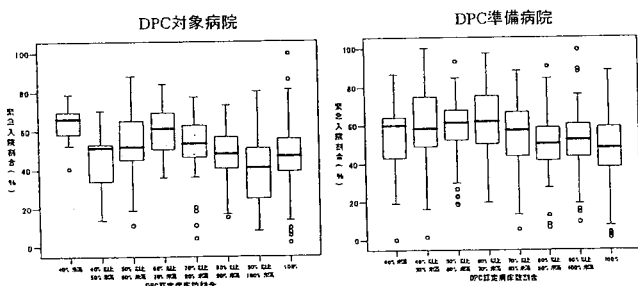
病院類型	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC対象病院(割合)	27.5%	27.3%	25.8%	25.2%	25.5%
(1施設当たり患者数)	250.1	259.8	253.7	265.9	273.8
平成16年度DPC対象病院(割合)	46.9%	46.2%	46.0%	47.6%	47.3%
(1施設当たり患者数)	243.5	256.2	252.9	268.2	264.2
平成18年度DPC対象病院(割合)	-	-	45.8%	46.4%	46.7%
(1施設当たり患者数)	-	-	268.9	289.2	293.7
平成18年度DPC準備病院(割合)	-	-	-	48.8%	48.6%
(1施設当たり患者数)	-	-	-	213.0	213.1
平成19年度DPC準備病院(割合)	-	-	-	-	49.6%
(1施設当たり患者数)	-	-	-	-	155.5

出典:平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

17

緊急入院割合

○ 緊急入院割合は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。

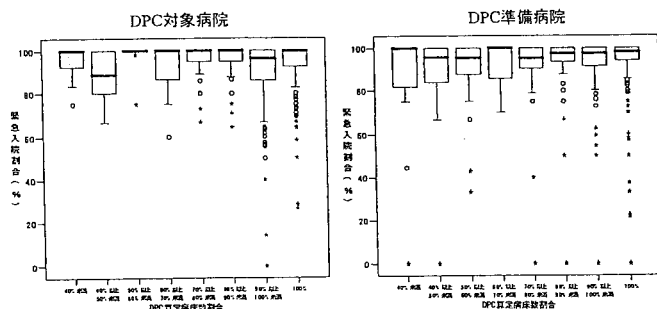


※「緊急入院」とは「予定入院」以外の入院をいう。

平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

16

(参考)緊急入院割合(肺炎の例)



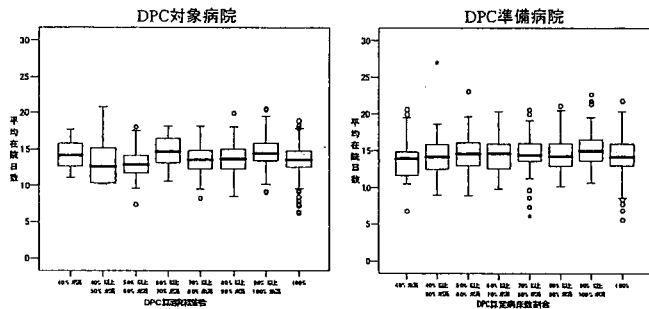
※ 診断群分類040080xx99x00x(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし)について集計

平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

18

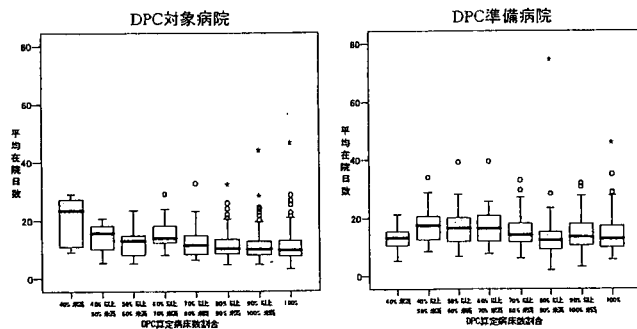
平均在院日数

○ 平均在院日数は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

(参考)平均在院日数(肺炎の例)



※ 診断群分類04000x99x00x(肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副病なし)について集計
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

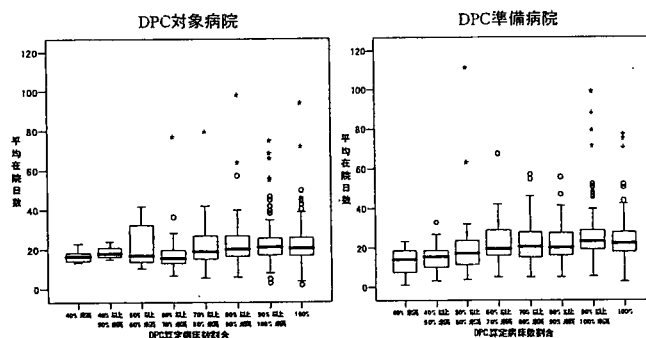
(参考)平均在院日数

【表1】在院日数の平均の年次推移

病院類型	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度 DPC対象病院	19.13	18.31	17.35	16.70
平成16年度 DPC対象病院	15.54	15.15	14.74	14.58
平成18年度 DPC対象病院	.	15.48	14.52	14.48
平成18年度 DPC準備病院	.	.	15.36	14.97
平成19年度 DPC準備病院	.	.	.	15.40

出典：平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

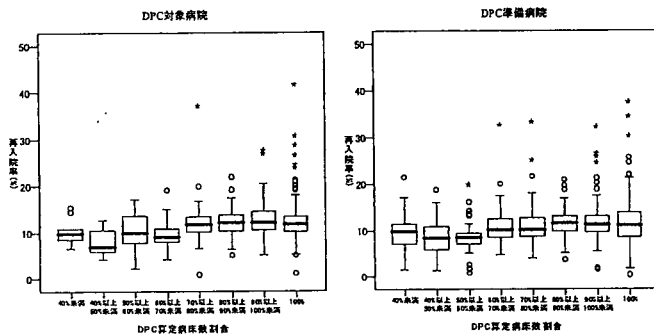
(参考)平均在院日数(脳梗塞の例)



※ 診断群分類010060x099x3xx(脳梗塞、JCS3未満、手術なし、手術・処置等2あり、エダラボン位等)について集計
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

再入院率について

○ 再入院率は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



平成19年度再入院に係る調査より、平成20年度8月現在のDPC対象病院、DPC準備病院に分類し集計

(参考)再入院率について

【表8】再入院率「再入院の割合」

病院類型	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平成15年度DPC 対象病院(割合)	11.87%	13.03%	13.62%	13.86%
平成16年度DPC 対象病院(割合)	11.55%	12.38%	12.87%	13.09%
平成18年度DPC 対象病院(割合)	.	11.98%	12.51%	12.63%
平成18年度DPC 準備病院(割合)	.	.	12.02%	12.46%
平成19年度DPC 準備病院(割合)	.	.	.	12.22%

出典：平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」

入院経路について

○ 入院経路は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、一般入院が大半を占める。

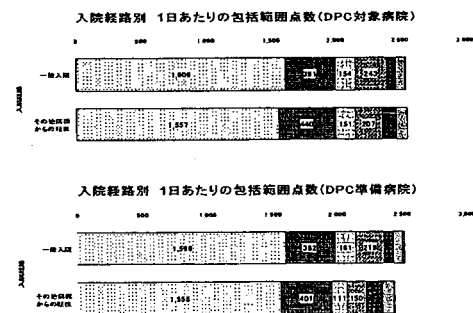
入院経路	対象病院							
	40%未済	50%未済 40%以上	60%未済 50%以上	70%未済 60%以上	80%未済 70%以上	90%未済 80%以上	100%未済 90%以上	100%
一般入院(件数) (構成比)	1,770 99.2%	2,179 99.6%	5,850 97.9%	14,454 98.9%	27,127 98.5%	102,442 98.7%	388,079 98.6%	317,205 98.9%
院内出生(件数) (構成比)	0 0%	111 0%	129 0%	358 0%	1,238 0%	4,979 0%	3,390 0%	0 0%
その他病棟からの転棟(件数) (構成比)	15 0.8%	9 0.4%	15 0.3%	36 0.2%	48 0.2%	121 0.1%	376 0.1%	0 0%

入院経路	準備病院							
	40%未済	50%未済 40%以上	60%未済 50%以上	70%未済 60%以上	80%未済 70%以上	90%未済 80%以上	100%未済 90%以上	100%
一般入院(件数) (構成比)	5,068 98.8%	5,910 98.9%	14,193 98.7%	17,928 98.1%	37,007 98.9%	87,737 98.8%	120,900 99.0%	185,083 98.7%
院内出生(件数) (構成比)	15 0.3%	30 0.5%	58 0.4%	127 0.7%	259 0.7%	735 1.1%	1,122 0.9%	2,417 1.3%
その他病棟からの転棟(件数) (構成比)	45 0.9%	37 0.6%	120 0.9%	49 0.3%	142 0.4%	111 0.2%	117 0.1%	0 0%

※「一般入院」とは「院内出生」及び「その他病棟からの転棟」以外による入院をいう
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

入院経路別の医療内容

○ 入院経路毎の1日あたりの包括範囲点数は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、明らかな傾向は認められない。



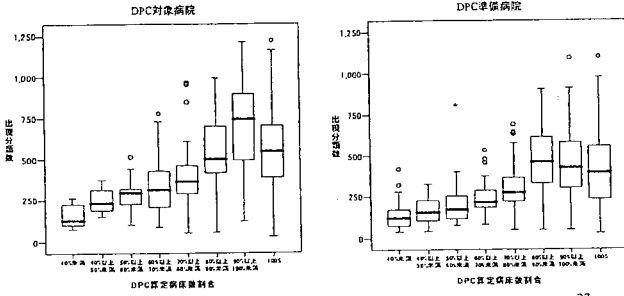
○入院基本料等 ■注射 □画像 検査 ■処置 ■投薬 □医学管理科 □その他

※ 包括範囲内の診療行為について、出来高換算し集計
平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

症例の多様性について

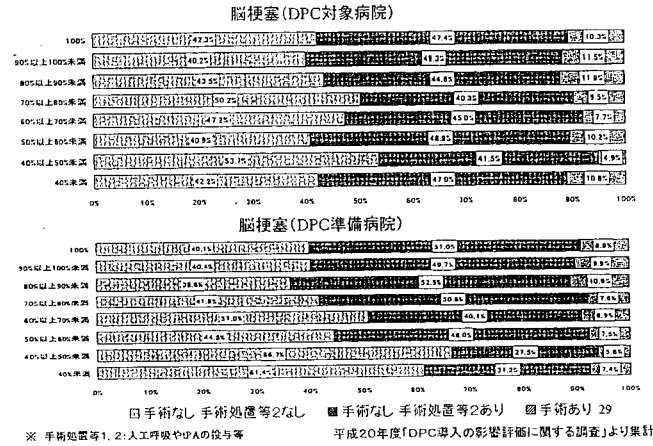
○ DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合が小さい医療機関では、診療している傷病や治療法の種類(算定されている診断群分類の数)は少ない傾向がある。

※調査期間中に各医療機関において算定された診断群分類の種類を集計



平成19年度DPC導入の影響評価に係る調査より、
平成20年度8月現在のDPC対象病院、DPC準備病院に分類し集計

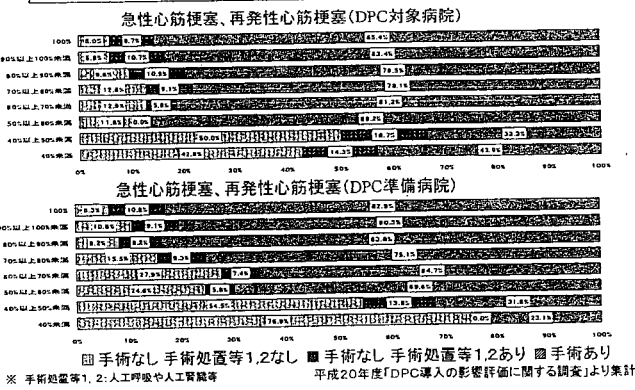
(参考)症例の多様性について(脳梗塞の例)



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

(参考)症例の多様性について(急性心筋梗塞の例)

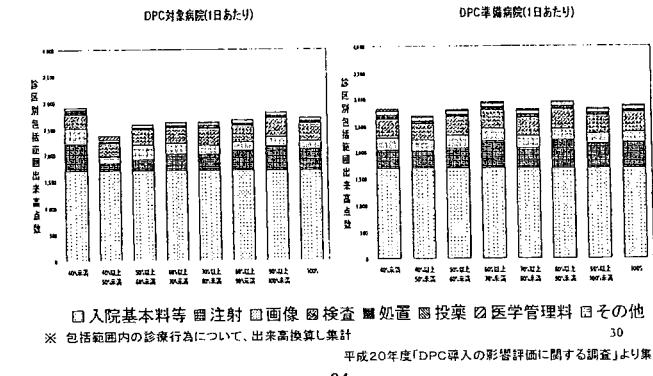
○ DPC算定病床割合が少ない医療機関では、疾患によっては、手術等を伴わない治療が多く行われている。(なお、DPCでは、これら治療は別々の診断群分類で分けて評価されている。)



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

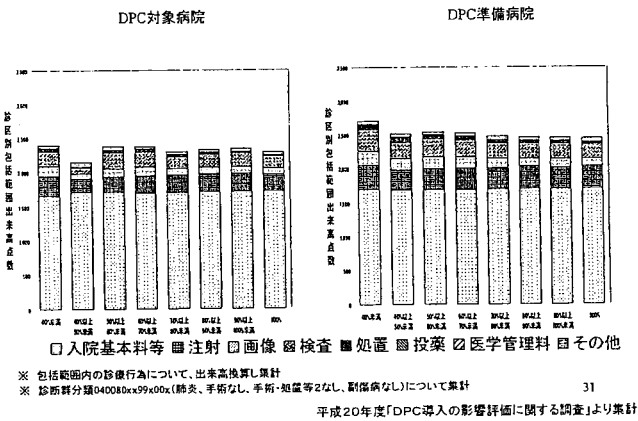
医療内容について

○ 診療行為の出来高換算の内訳(1日あたり)は、DPC対象病院、DPC準備病院のいずれにおいても、DPC算定病床割合による明らかな傾向は認められない。



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

(参考)医療内容について(肺炎の例)



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

DPC評価分科会による特別調査の概要1

アンケートに対するケアミックス型病院からの主な回答

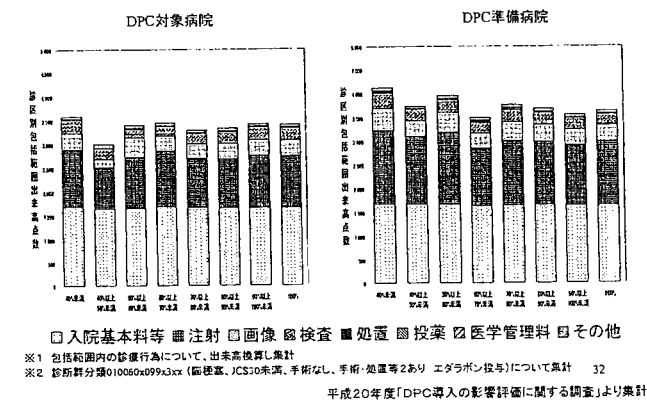
- 1 脳・神経疾患の急性期からリハビリ、在宅まで一貫した医療を提供するため、施設完結型で医療を提供している。
- 2 DPC算定病床は少ないが、一般病床は整形外科のみを対象としており、常勤医も6名いる。近隣の総合病院と比べても、整形外科としては地域で最大手。
- 3 医療費の効率的運用、医療の透明化、コスト効率化というDPCの理念に共鳴したため。
- 4 経営効率が悪くなり、地域の要望に応える事が出来なくなると考え、DPCは不可避と判断したから。

出典:平成20年11月12日 DPC評価分科会資料

(参考)医療内容について(脳梗塞の例)

DPC評価分科会による特別調査の概要2ー(1)

ヒアリングにおけるケアミックス型病院から出された主な意見等



平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

- ① DPCとしてのふさわしさ
 - ・ 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。(他方、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。)
 - ・ 地域に他に医療機関がなく、多様な患者を受入れている。
 - ・ スタッフ数や病床数に比べ、手術数が少なく効率的ではないと思われる。
- ② ケアミックスの利点
 - ・ 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。
 - ・ 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うことができる。
 - ・ 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、積極的に受入れることができる。

③ DPC導入のメリット・デメリット

- ・ 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。
- ・ レセプト請求が簡便になった。
- ・ 設備投資やDPCデータの入力にコストがかかる。
- ・ 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。

④ 要望

- ・ 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。

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

まとめ

- 1 今回の集計では、DPC対象病院とDPC準備病院の間で、明らかな差異や傾向は見られていない。
- 2 DPC算定病床割合、平均在院日数、救急車搬送割合、緊急入院割合及び再入院率に明らかな傾向は見られていない。
- 3 DPC算定病床割合に関わらず、DPC以外の病棟からDPCを算定する病床へ転棟する患者の割合は極めて小さく、他の入院患者と比べて、1日当たりの医療内容に明らかな違いは見られていない。
- 4 DPC算定病床割合が小さい医療機関では、診療している症例の多様性は少ない。
- 5 DPC算定病床割合が小さい医療機関では、一部の疾患については、手術や特殊な処置等を行う患者の割合が少ない傾向にあるが、これらは治療内容に応じた別の診断群分類となっており、DPC算定病床割合の大きい医療機関で実施される手術等の伴う症例の点数設定には影響しない。
- 6 特別調査(ヒアリング)では、ケアミックス型病院のメリットを活かしながら、地域の急性期医療を担い、DPCにより、医療の効率化や透明化等が進んでいる例が見られた。一方で、急性期医療を必ずしも効率的に提供できているとは思われない例も見られた。

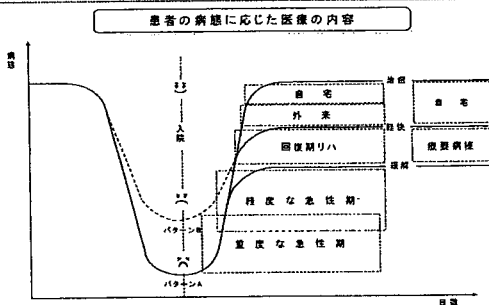
DPC対象病院とは

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。



出典 平成19年11月21日 中医協基本問題小委員会資料
平成19年10月22日 DPC評価分科会資料

(参考) 現行のDPC制度について

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】

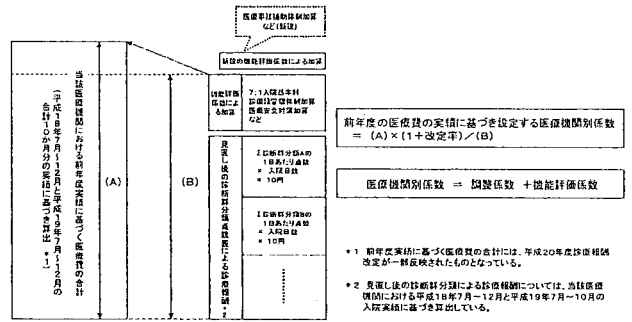
平成20年度以降、速やかに以下のことを検討することとする。
○ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

【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)

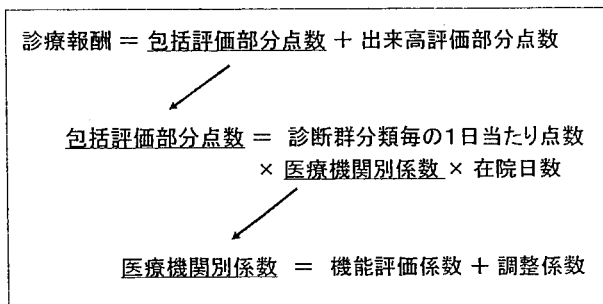
1 現在の「医療機関別係数」の概要



7

9

DPCにおける診療報酬の算定方法



8

41

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

42

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>

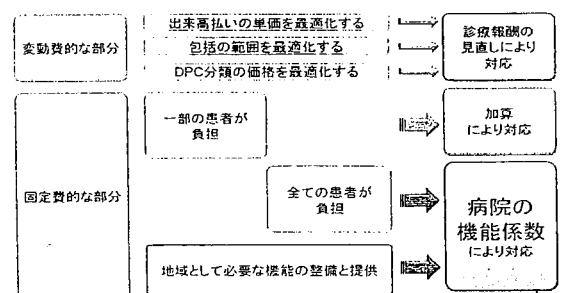
- ・ 救急、産科、小児科等については、すでに出来高で評価されていることから、不採算であるならば、出来高での評価を引上げるべきではないか。
- ・ 例えば、救急医療では、患者が来ない場合でも常に受け入れ体制を確保しており、こうした病院機能全体を評価する観点から、新たな「機能評価係数」として評価しても良いのではないかと。

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 松田研究室提出資料より抜粋

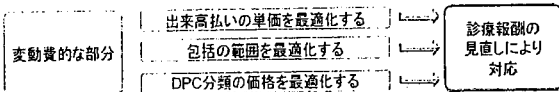
12

14

43

44

平成20年度における議論の整理(2)



【論点】

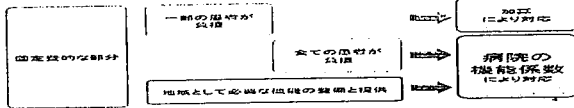
○変動費的な部分については、診療報酬の見直しにより対応できるのではないか。

<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、包括範囲の精緻化に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。

45

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性があるのではないか。

17

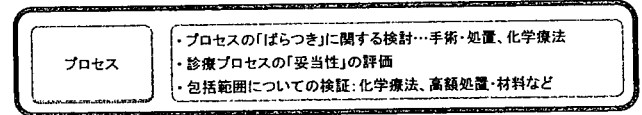
新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方(案)

○ 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させぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 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

3 DPC評価分科会での議論(各論)



ケースミックスとパフォーマンス	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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5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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 松田研究室提出資料より抜粋

21

新たな「機能評価係数」の検討項目の整理

プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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5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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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

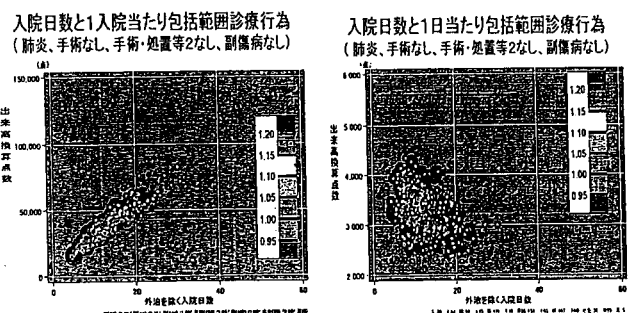
出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究室提出資料より抜粋 20

47

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。



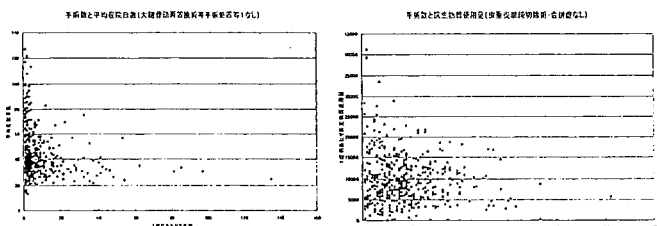
出典 平成20年10月3日 DPC評価分科会 松田研究室提出資料より抜粋

48

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>

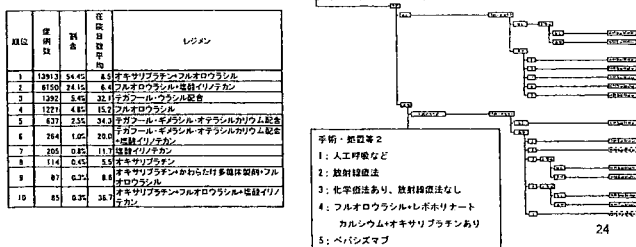
- ・ 症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか。
- ・ 症例数とアウトカムの関係についての検証が必要ではないか。
- ・ 評価することにより、不必要な医療を助長する恐れがあるのではないか。

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が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。



49

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」

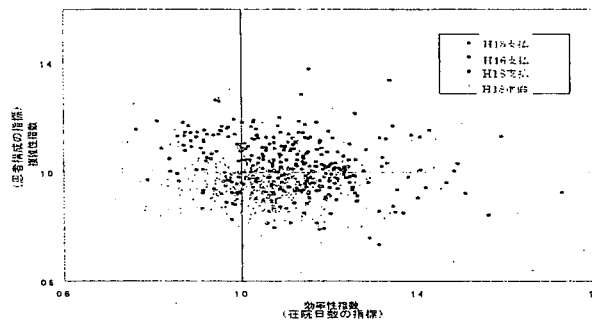
(参考) 医薬品全体の市場シェアにおける後発医薬品の占める割合	平成17年9月	平成19年9月
金額ベース	5.9%	6.4%
数量ベース	(16.8%)	(19.7%)

出典:平成20年7月9日薬価専門部会

27

ケースミックスとパフォーマンスについて1

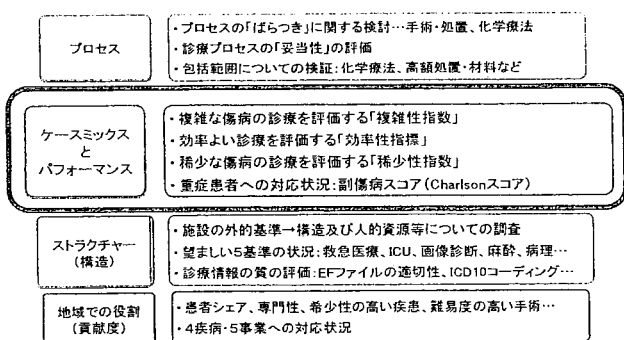
DPCを用いた病院機能の評価の例



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

29

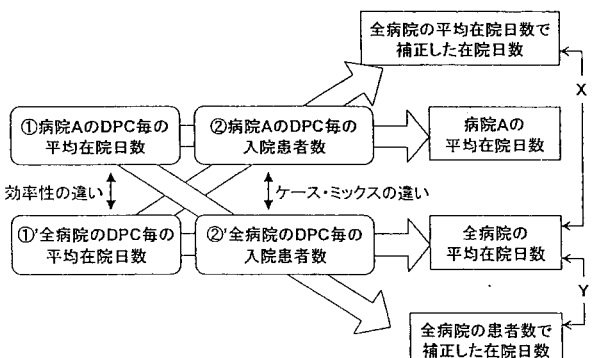
ケースミックスとパフォーマンスについて



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

28

(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

30

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と。

<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と。

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と。

<課題>

- ・ いわゆる専門病院が評価されにくいのではないかと。
- ・ 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と。

32

53

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>

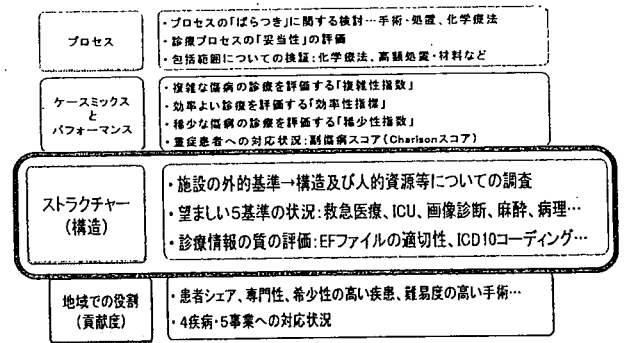
- ・ 重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できるのではないかと。

<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と。
- ・ 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と。

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 松田研究室提出資料より抜粋

34

54

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、係数として評価するべきものではないかと。

【平成20年度の議論】

○ 望ましい5要件が、全体の病院機能を評価できるものなのか検討が必要ではないかと。

○ 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と。

35

(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

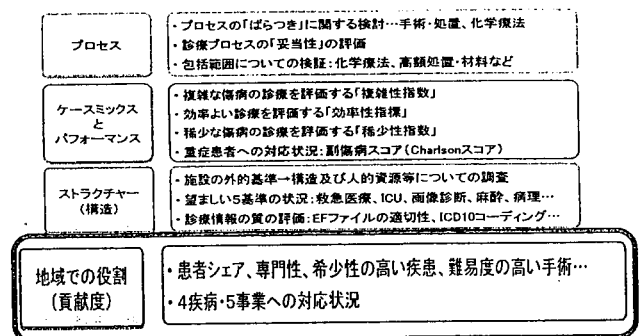
55

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と。
- 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にくい評価の方法について検討できないかと。
- 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室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

地域における病院の役割



出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究室提出資料より抜粋

38

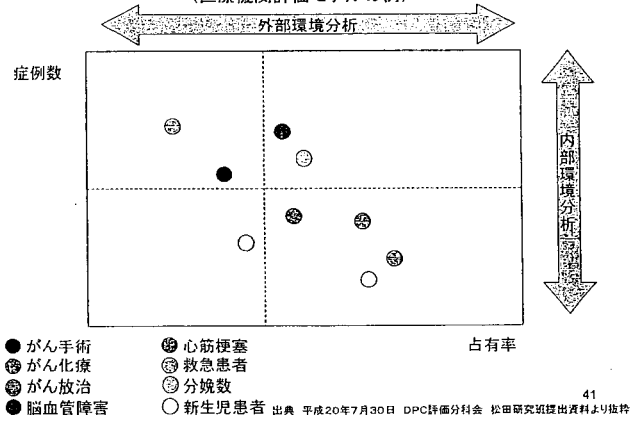
56

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 39

4疾病5事業の評価 (医療機関評価モデルの例)



地域における病院の役割2-①

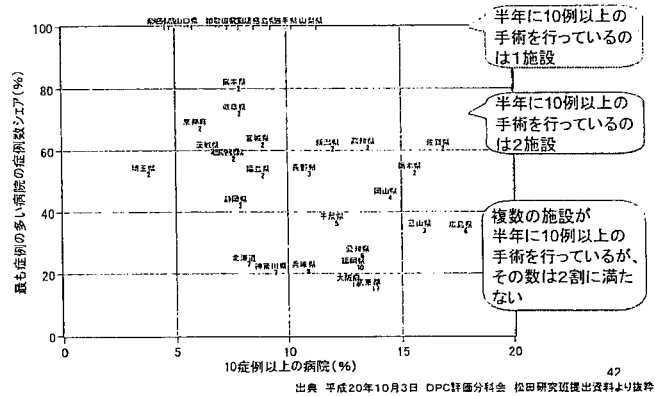
○ 医療計画で定める事業(※)において、症例数や医療圏における割合(シェア)に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

- <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。

57

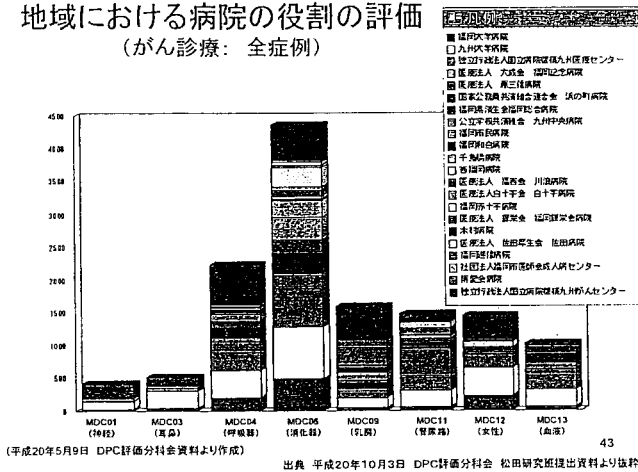
地域における病院の役割の評価

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 47

地域における病院の役割の評価 (がん診療: 全症例)



43

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。
- <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。
- <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

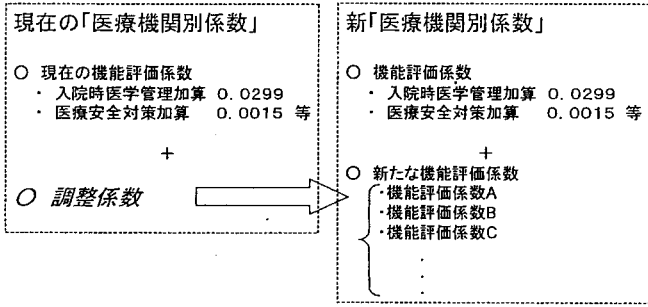
4 新たな「機能評価係数」等の検討に係る基本的な考え方

59

60

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

