

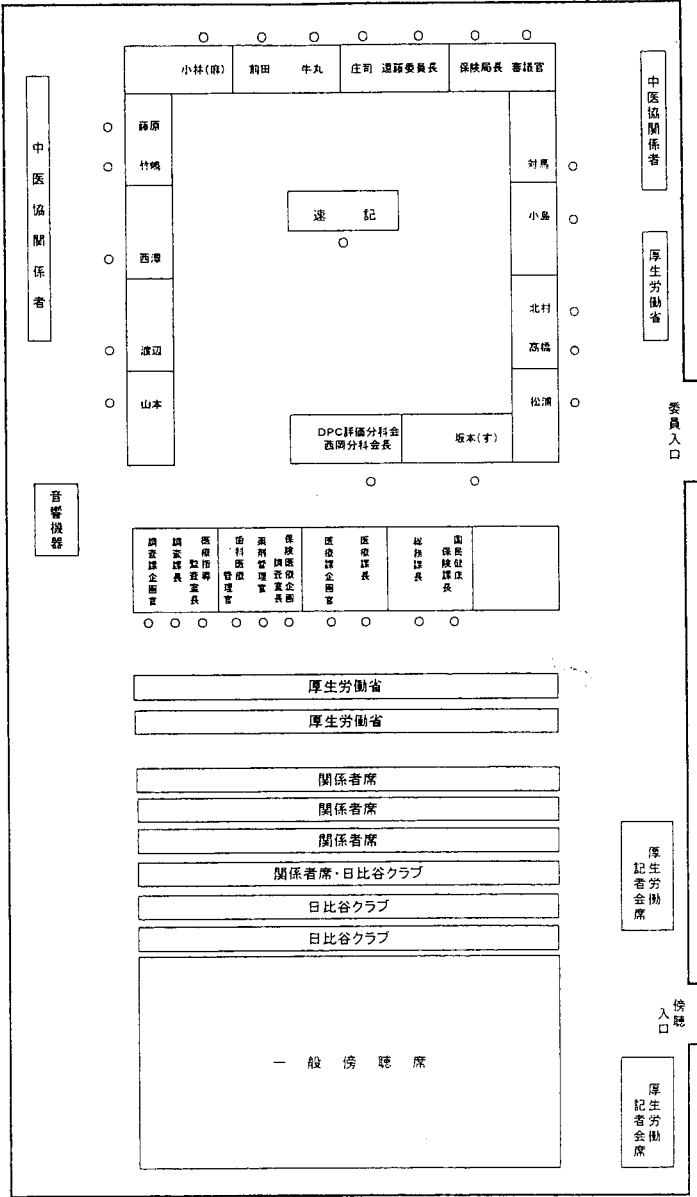
日時:平成20年12月17日(水)11:00(目途)~12:00
 会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第127回)
 議事次第

平成20年12月17日(水)
 於 厚生労働省
 専用第18~20会議室

議 題

- DPCの在り方について
- その他



DPCの在り方について (これまでの議論の整理等について)

DPCの在り方については、本小委員会において、本年7月16日から3回にわたり議論を行った。以下に、これまでの議論の整理及び平成21年度DPC対象病院の拡大について整理を行った。

第1 これまでの議論の整理

【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日基本小委)

- 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日基本小委)

- 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。

※ DPC対象病院とは、DPCによる支払い対象となる急性期の病棟を有する病院のことである。

第2 平成21年度DPC対象病院の拡大について

(1) 平成21年度DPC対象病院の基準について

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」としていることから、平成21年度DPC対象病院の基準については、平成20年度DPC対象病院と同一の基準とする。

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）

なお、DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。

(2) (データ/病床)比(※1)と調整係数について

ア (データ/病床)比について

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(※2)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(※3)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。

(データ/病床)比の計算方法：

平成20年度DPC対象病院の基準との整合を図るため、データ数については、改定前と同一の方法でカウントすることとする。

※1 (データ/病床)比とは、「対象期間のデータ数」/「DPC算定病床数」(すなわち1DPC算定病床当たりの退院患者数)のこと。

※2 同一疾病による3日以内の再入院患者については、平成19年度の算定ルールではデータ数は2となるが、平成20年度の算定ルールではデータ数1となる。

※3 改定前においては、DPC算定病棟に入院した患者のうち、当該医療機関から退院した患者のみのデータを提出することとされていたが、改定後は、DPC算定病棟から療養病棟等へ転棟し入院を継続している患者のデータについても提出することとなった。したがって、平成20年度の方がデータ数が多くなる。

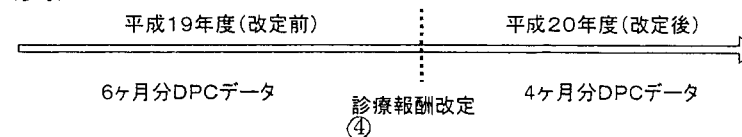
(イ) 調整係数について

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。

調整係数の計算方法：

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算出し、その単純平均を計算する。

<参考>



調整係数の廃止と 新たな機能評価係数の設定 について

1

2

調整係数に係る議論の経緯(1)

【平成17年11月16日 中医協・基本小委】

調整係数については、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22年度改定時に医療機関の機能を評価する係数として組み替える等の措置を講じて廃止することを検討してはどうか。

【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 答申附带意見】

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、適切な算定ルールの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带意見を踏まえ、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。

3

調整係数に係る議論の経緯(2)

【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

【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。

4

調整係数の役割について

調整係数の役割に係るこれまでの議論の中で、調整係数はDPC制度の円滑導入という観点から設定されたものであり、

- (1) 前年度並の収入確保
- (2) 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価

という役割を含んでいると考えられる。

5

新たな「機能評価係数」の検討に当たって(案)

基本方針

- 1 調整係数が果たしていた役割のうち、前記「(1)前年度並の収入確保」については廃止することとし、「(2)現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価」については、新たな「機能評価係数」として評価できるものを検討する。
- 2 既にDPCで評価されている項目全体を整理し、既存の評価のあり方の見直しも含めて、新たな「機能評価係数」について検討する。
- 3 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検討する。

6

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。

- 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。

7

- 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。

8

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。

<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。」

平成19年度12月7日 中医協基本小委

「軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする。」

9

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。

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。

平成20年12月3日 中医協 診療報酬基本問題小委員会
「DPCの在り方について(これまでの議論の整理等について)」より

10

(参考)具体的評価の例2-(1)

○ 効率的医療を評価するため、「効率性指数」を用い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>

- ・ 効率的な医療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。

$$\text{※ 効率性指数} = \frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と同じ患者構成であったと仮定した場合の平均在院日数}}$$

11

(参考)具体的評価の例2-(2)

○ 症例数に応じて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と。

<課題>

- ア 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。
- イ 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と。
- ウ 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と。

12

(参考) 具体的評価の例2-(3)

○ 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。

13

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。

高度な急性期医療や希少な疾病に係る医療の提供等の、地域に限定されず、社会全体として必要とする医療機関の機能や役割について評価する必要があるのではないか。

15

(参考) 具体的評価の例2-(4)

○ 平成20年度より療養担当規則において、後発医薬品の利用に努めることとしているが、DPC対象病院における後発医薬品の使用促進についてどのように考えるか。

(参考) DPCにおける後発医薬品の使用状況

薬剤費における後発医薬品の占める割合(金額ベース)

施設類型	平成16年度	平成17年度	平成18年度
平成15年度DPC対象病院 (82病院)	2.6%	3.4%	4.1%
平成16年度DPC対象病院 (62病院)	5.1%	7.4%	8.8%
平成18年度DPC対象病院 (216病院)	—	4.1%	7.1%
DPC準備病院 (371病院)	—	—	4.7%
総計 (731病院)	3.4%	4.1%	5.4%

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

(参考)	平成17年9月	平成19年9月
医薬品全体の市場シェアにおける後発医薬品の占める割合	金額ベース 5.9%	6.4%
	(数量ベース) (16.8%)	(18.7%)

出典: 平成20年7月9日薬価専門部会

14

(参考) 具体的評価の例3-(1)

○ 複雑な症例を多く治療していることを評価するため、「複雑性指数」を用い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」を用いることで、複雑な症例を多く受け入れている高度な医療機関を評価できるのではないか。

<課題>

- ア 患者選別につながることはないか。
- イ 入院期間による評価だけで、疾患の複雑性を表せるのか。

$$\text{※ 複雑性指数} = \frac{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と各疾患毎の在院日数が同じと仮定した場合の平均在院日数}}{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}$$

16

(参考) 具体的評価の例3-(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。

<課題>

- ア いわゆる専門病院が評価されにくいのではないか。
- イ 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。

17

(参考) 具体的評価の例3-(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。

<課題>

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。

18

4 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。

地域医療の確保のため、医療機関の効率性や高度な機能等を評価するばかりではなく、地域で果たす役割や貢献度に応じた評価を行うことも必要なのではないか。

また、この際には、都道府県が医療を提供する体制を確保するために定めている医療計画を考慮する必要があるのではないか。

19

(参考) 具体的評価の例4-(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>

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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る必要があるか。

※ 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。

20

(参考) 具体的評価の例4- (2)

○ 地域の救急・小児救急患者及び妊産婦の受入数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないかな。

<課題>

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

21

(参考) 具体的評価の例4- (3)

○ 各都道府県が定める医療計画において、一定の機能を担う医療機関として定められていることを評価すべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないかな。

<課題>

- ア 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か。
- イ 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る必要があるか。

22

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。

連続的な評価の例

例えば、救急患者の受入状況を、連続的な係数で評価とした場合
機能評価係数 (Y) =

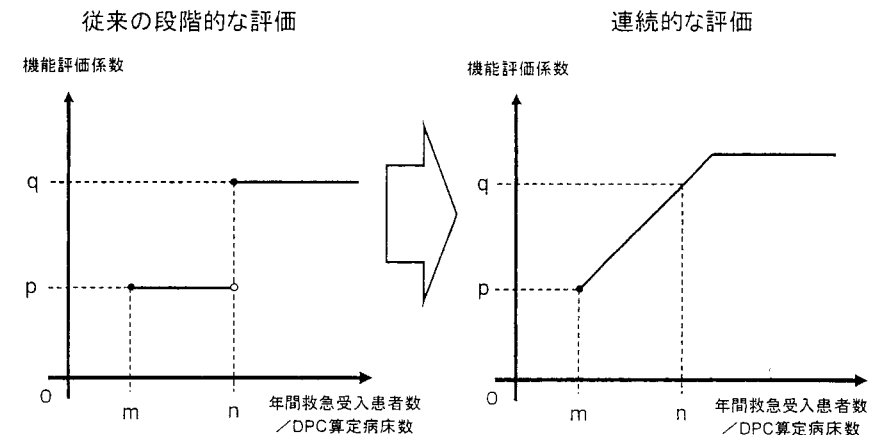
$$a \times \frac{\text{年間救急受入患者数}}{\text{DPC算定病床数}} + b$$

(a、bは、機能評価係数を適切な数値にするための定数)

23

連続的な評価のイメージ

(年間救急受入患者数/DPC算定病床数)が、mであれば係数をp、nであれば係数をqとして評価を行う場合の、連続的な評価と段階的な評価の例



22

6 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。

- (1) DPC対象病院は、10対1入院基本料や診療録管理体制加算等の要件を満たしていることが要件とされており、既に急性期の医療機関として一定の基準を満たしている。
- (2) 機能評価係数は、さらに高い機能を有している医療機関を評価するものであり、プラスの係数が適当なのではないか。
- (3) マイナスの係数とすれば、関係者の理解を得ることが難しい可能性がある。