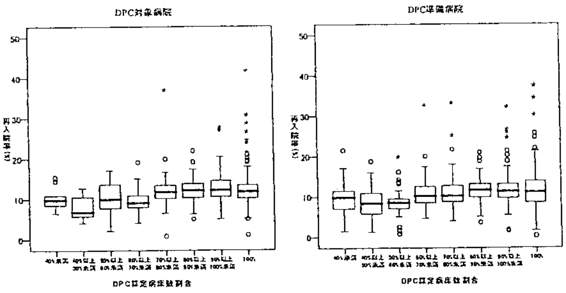
再入院率について

○ 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

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。

DPC対象病院

入院経路	対象病院							
	40%未満	50%未満 40%以上	60%未満 50%以上	70%未満 60%以上	80%未満 70%以上	90%未満 80%以上	100%未満 90%以上	100%
一般入院(件数)	1,770	2,179	5,850	14,454	27,127	102,442	386,079	317,305
(構成比)	99.2%	99.6%	97.9%	98.9%	98.5%	98.7%	98.6%	98.9%
院内出生(件数)	0	0	111	129	358	1,238	4,978	3,390
(構成比)	0.0%	0.0%	1.9%	0.9%	1.3%	1.2%	1.3%	1.1%
その他病棟からの転棟(件数)	15	9	15	36	48	121	376	0
(構成比)	0.8%	0.4%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%

DPC準備病院

入院経路	準備病院							
	40%未満	50%未満 40%以上	60%未満 50%以上	70%未満 60%以上	80%未満 70%以上	90%未満 80%以上	100%未満 90%以上	100%
一般入院(件数)	5,068	5,910	14,193	17,928	37,007	67,737	120,900	185,083
(構成比)	98.8%	98.9%	98.7%	99.1%	98.9%	98.8%	99.0%	98.7%
院内出生(件数)	15	30	58	122	259	735	1,122	2,417
(構成比)	0.3%	0.5%	0.4%	0.7%	0.7%	1.1%	0.9%	1.3%
その他病棟からの転棟(件数)	45	37	128	49	142	111	117	0
(構成比)	0.9%	0.6%	0.9%	0.3%	0.4%	0.2%	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

25

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)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%

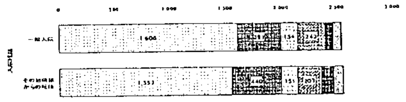
24

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

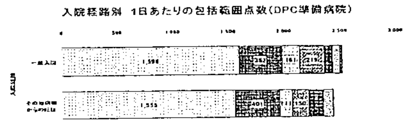
入院経路別の医療内容

○ 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。

入院経路別 1日あたりの包括範囲点数(DPC対象病院)



入院経路別 1日あたりの包括範囲点数(DPC準備病院)



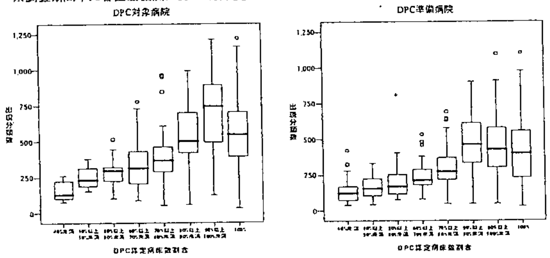
□入院基本料等 ▨注射 □画像 ▨検査 ■処置 ▨投薬 ▨医学管理料 ▨その他

※ 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

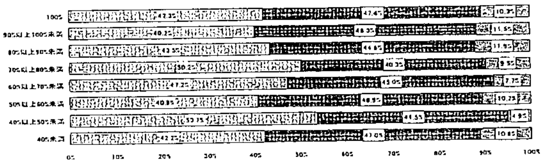


平成19年度DPC導入の影響評価に係る調査より、
平成20年度8月現在のDPC対象病院、DPC準備病院に分類し集計

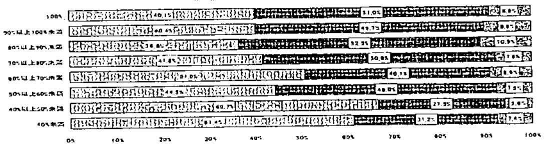
27

(参考)症例の多様性について(脳梗塞の例)

脳梗塞(DPC対象病院)



脳梗塞(DPC準備病院)



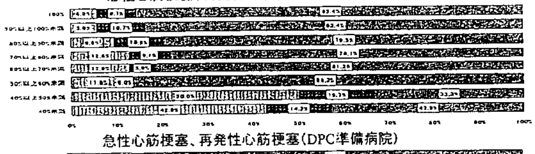
▨手術なし 手術処置等2なし ■手術なし 手術処置等2あり ▨手術あり 29

※ 手術処置等1, 2:人工呼吸やtPAの投与等　平成20年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

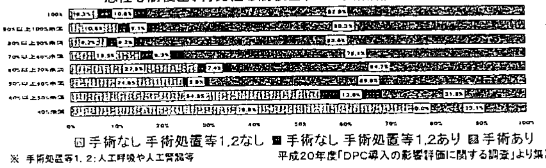
(参考)症例の多様性について(急性心筋梗塞の例)

○ 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。)

急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞(DPC対象病院)



急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞(DPC準備病院)

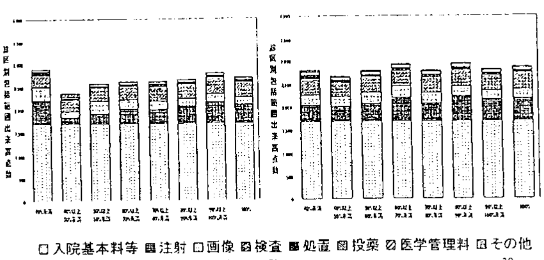


▨手術なし 手術処置等1,2なし ■手術なし 手術処置等1,2あり ▨手術あり

※ 手術処置等1, 2:人工呼吸や人工腎臓等　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日当たり)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。



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

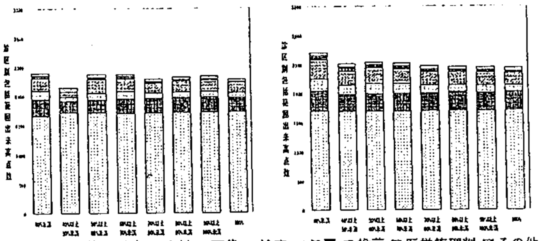
※ 包括範囲内の診療行為について、出来高換算し集計

30

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)

DPC対象病院　　DPC準備病院



□入院基本料等 ▦注射 □画像 ▨検査 ■処置 ▧投薬 ▨医学管理料 ▤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
※ 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

31

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

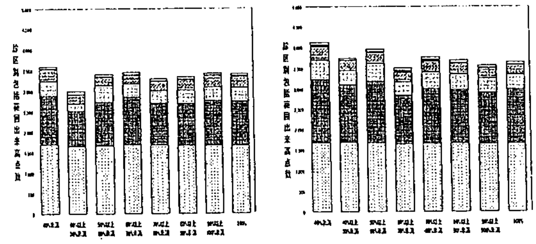
1 脳・神経疾患の急性期からリハビリ、在宅まで一貫した医療を提供するため。施設完結型で医療を提供している。
2 DPC算定病床は少ないが、一般病床は整形外科のみを対象としており、常勤医も6名いる。近隣の総合病院と比べても、整形外科としては地域で最大手。
3 医療費の効率的運用、医療の透明化、コスト効率化というDPCの理念に共鳴したため。
4 経営効率が悪くなり、地域の要望に応える事が出来なくなると考え、DPCは不可避と判断したから。

出典:平成20年11月12日 DPC評価分科会資料

33

(参考)医療内容について(脳梗塞の例)

DPC対象病院　　DPC準備病院



□入院基本料等 ▦注射 □画像 ▨検査 ■処置 ▧投薬 ▨医学管理料 ▤その他

※1 包括範囲内の診療行為について、出来高換算し集計
※2 診断群分類010060x099x3xx (脳梗塞、JCS30未満、手術なし、手術・処置等2あり エダラボン投与)について集計 32

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2－(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

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ので、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。

34

DPC評価分科会による特別調査の概要2－(2)

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。

35

中医協 診－4	診調組 D－1
20.11.19	20.11.7

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

1

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算定病床割合と、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。

36

(参考)現行のDPC制度について

2

DPC対象病院とは

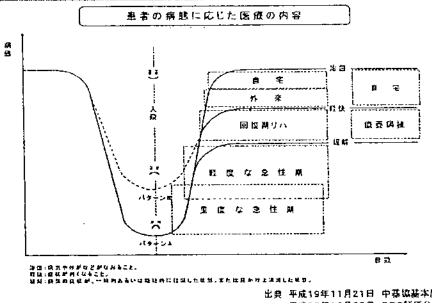
平成15年3月28日閣議決定

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。

3

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

4

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

5

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。

6

1 現在の「医療機関別係数」の概要

7

DPCにおける診療報酬の算定方法

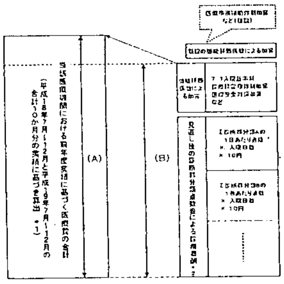
診療報酬 ＝ 包括評価部分点数 ＋ 出来高評価部分点数

包括評価部分点数 ＝ 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数

医療機関別係数 ＝ 機能評価係数 ＋ 調整係数

8

医療機関別係数について(1)



前年度の医療費の実績に基づき設定する医療機関別係数 ＝ (A)×(1＋改定率)／(B)

医療機関別係数 ＝ 調整係数 ＋機能評価係数

*1 前年度実績に基づく医療費の合計には、平成20年度診療報酬改定が一部反映されたものとなっている。

*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18年7月～12月と平成19年7月～10月の入院実績に基づき算出している。

9

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、地域加算等のように病院機能に係るものではないものについては、出来高で別途算定する。

10

機能評価係数について(2)

○ 現在の機能評価係数の項目

- 7対1入院基本料　準7対1入院基本料
- 13対1入院基本料　15対1入院基本料(減算)
- 特定機能病院及び専門病院の10対1入院基本料
- 入院時医学管理加算
- 地域医療支援病院入院診療加算
- 臨床研修病院入院診療加算
- 診療録管理体制加算
- 医師事務作業補助体制加算
- 看護補助加算
- 医療安全対策加算

11

2 DPC評価分科会での議論
(総論)

12

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 中医協基本問題小委員会資料

<これまでの主な意見>

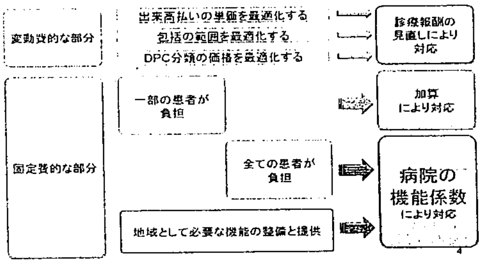
・救急、産科、小児科等については、すでに出来高で評価されていることから、不採算であるならば、出来高での評価を引上げるべきではないか。

・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。

13

平成20年度における議論の整理(1)

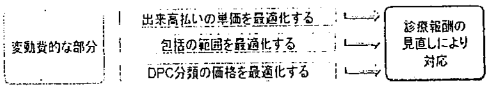
支払いを最適化するための方策



出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

14

平成20年度における議論の整理(2)



【論点】

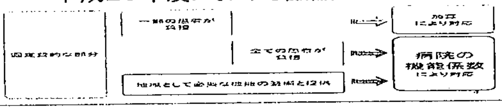
○変動費的な部分については、診療報酬の見直しにより対応できるのではないか。

<これまでの主な意見>

- 出来高の評価が不十分であるものは、出来高の評価を最適化すべきではないか。
- 1つの診断群分類において、患者の状態等により診療行為の「ばらつき」が生じているものについては、包括範囲の精緻化で対応できるものもあるのではないか。

15

平成20年度における議論の整理(3)



【論点】

○固定費的な部分のうち、「全ての患者が負担すべき病院機能」や「地域医療への貢献度」を新たな「機能評価係数」で評価してはどうか。

<これまでの主な意見>

・その病院の特定の機能を利用するなど、一部の患者のみが負担することが適切なものは加算点数として出来高で評価することが妥当ではないか。

・その病院を利用する患者すべてが等しく負担することが適切なものは係数で評価するのが妥当ではないか

・その病院が地域で果たしている機能を評価するという視点も検討する必要性があるのではないか。

15

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。
- ○ 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）

19

新たな「機能評価係数」の検討項目の整理

プロセス	・プロセスの「ばらつき」に関する検討…手術・処置、化学療法 ・診療プロセスの「妥当性」の評価 ・包括範囲についての検証：化学療法、高額処置・材料など
ケースミックスとパフォーマンス	・複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」 ・効率よい診療を評価する「効率性指標」 ・稀少な傷病の診療を評価する「稀少性指数」 ・重症患者への対応状況：副傷病スコア（Charlsonスコア）
ストラクチャー（構造）	・施設の外的基準→構造及び人的資源等についての調査 ・望ましい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）	・患者シェア、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術… ・4疾病・5事業への対応状況

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

プロセスについて

プロセス	・プロセスの「ばらつき」に関する検討…手術・処置、化学療法 ・診療プロセスの「妥当性」の評価 ・包括範囲についての検証：化学療法、高額処置・材料など
ケースミックスとパフォーマンス	・複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」 ・効率よい診療を評価する「効率性指標」 ・稀少な傷病の診療を評価する「稀少性指数」 ・重症患者への対応状況：副傷病スコア（Charlsonスコア）
ストラクチャー（構造）	・施設の外的基準→構造及び人的資源等についての調査 ・望ましい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）	・患者シェア、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術… ・4疾病・5事業への対応状況

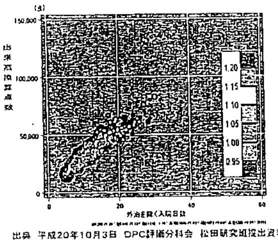
出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

21

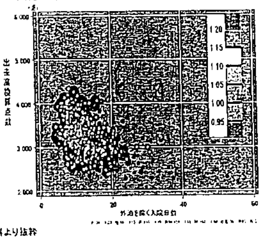
プロセスについて1-①

【これまでの検討】
○ 同じ診断群分類であっても、医療資源の投入量や入院期間に「ばらつき」が大きいことが示されている。

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



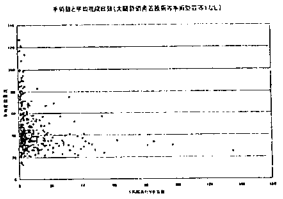
入院日数と1日当たり包括範囲診療行為
（肺炎、手術なし、手術・処置等2なし、副傷病なし）

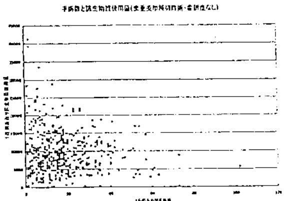


出典 平成20年10月3日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

プロセスについて1-②

【これまでの検討】
○ 例えば、手術症例数が多い場合に平均在院日数や抗生剤使用量が一定に集約する（標準化・効率化）傾向が見られている。症例数に応じて標準化・効率化が進んでいるのではないか。



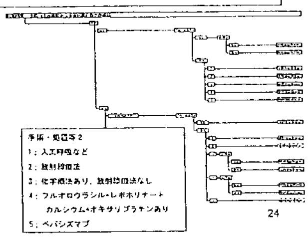


出典 平成20年10月3日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋　23

プロセスについて1-③

【これまでの検討】
○ 平成20年度より関係学会等が認めている主要な標準レジメンのうち、特に点数のばらつきの大きい短期間の入院に関して点数の違いが明らかなレジメンについては新たに分岐を設定していることを踏まえ、標準レジメンや診療ガイドラインに基づく診療に対する評価について検討できないか。

順位	症例数	割合	在院日数平均	レジメン
1	13917	54.4%	6.9	オキサリプラチン+フルオロウラシル
2	6150	24.1%	6.4	フルオロウラシル+塩酸イリノテカン
3	1392	5.4%	32.1	テガフール・ウラシル配合
4	1221	4.8%	15.2	フルオロウラシル
5	637	2.5%	34.3	テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合
6	264	1.0%	20.0	テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合+塩酸イリノテカン
7	205	0.8%	11.7	塩酸イリノテカン
8	114	0.4%	5.5	オキサリプラチン
9	87	0.3%	9.6	オキサリプラチン+かわらたけ多糖体製剤+フルオロウラシル
10	85	0.3%	36.7	オキサリプラチン+フルオロウラシル+塩酸イリノテカン



24

プロセスについて2-①

○ 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%)	(18.7%)

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

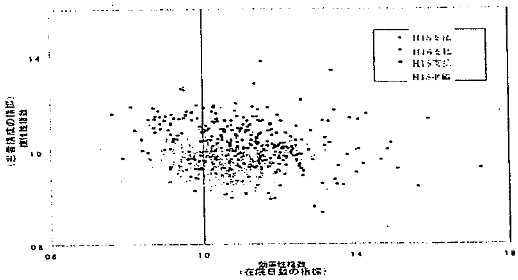
プロセス	・プロセスの「ばらつき」に関する検討…手術・処置、化学療法 ・診療プロセスの「妥当性」の評価 ・包括範囲についての検証:化学療法、高額処置・材料など
ケースミックス と パフォーマンス	・複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」 ・効率よい診療を評価する「効率性指標」 ・稀少な傷病の診療を評価する「稀少性指数」 ・重症患者への対応状況:副傷病スコア(Charlsonスコア)
ストラクチャー(構造)	・施設の外的基準→構造及び人的資源等についての調査 ・望ましい5基準の状況:救急医療、ICU、画像診断、麻酔、病理… ・診療情報の質の評価:EFファイルの適切性、ICD10コーディング…
地域での役割(貢献度)	・患者シェア、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術… ・4疾病・5事業への対応状況

出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

28

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

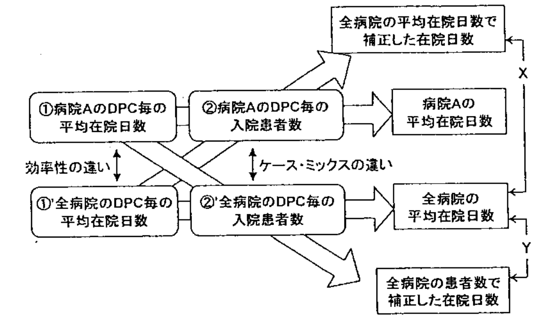


複雑性指数＝全病院の平均在院日数で補正した在院日数／全病院の平均在院日数
効率性指数＝全病院の平均在院日数／当該病院の患者数で補正した在院日数

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

(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)

30

出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

ケースミックスとパフォーマンスについて2-①

○「複雑性指数」及び「効率性指数」に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>
- 「複雑性指数」及び「効率性指数」については、病院の総合的な能力及び効率性を評価できるのではないか。

<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。

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。

<課題>
- いわゆる専門病院が評価されにくいのではないか。
- 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。

32

ケースミックスとパフォーマンスについて2-③

○「副傷病」の程度に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

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

<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。
- 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。

33

ストラクチャー(構造)について

プロセス	・プロセスの「ばらつき」に関する検討…手術・処置、化学療法 ・診療プロセスの「妥当性」の評価 ・包括範囲についての検証:化学療法、高額処置・材料など
ケースミックス と パフォーマンス	・複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」 ・効率よい診療を評価する「効率性指標」 ・稀少な傷病の診療を評価する「稀少性指数」 ・重症患者への対応状況:副傷病スコア(Charlsonスコア)
ストラクチャー(構造)	・施設の外的基準→構造及び人的資源等についての調査 ・望ましい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)	・患者シェア、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術… ・4疾病・5事業への対応状況

出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

34

望ましい5要件に係る検討の経緯

【平成19年度の議論】

○望ましい5要件については、DPC対象病院の基準としてではなく、係数として評価するべきものではないか。

【平成20年度の議論】

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

○望ましい5要件は、既に出来高で評価されている事項であり、病院機能として評価すれば二重評価になるのではないか。

35

(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

ストラクチャー(構造)に係る評価の考え方(案)

○ 望ましい5要件は、出来高での評価項目であり、これを単純に新たな「機能評価係数」として評価することは二重に評価することになるのではないか。

○ 5要件にある救命救急入院料については、社会的必要性や地域医療の確保の観点から、単に出来高で算定していることを基準としない評価の方法について検討できないか。

○ 施設の構造及び人的資源等と医療機能との関連性については松田研究班での調査結果等も踏まえて検討してはどうか。

○ 質の高い診療情報の提供に当たっては、病院側のコストを反映した評価をするべきとの意見もあるが、診療情報の透明化を図りつつ、患者の医療に還元できる方法等を検討し、その後に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

プロセス	・プロセスの「ばらつき」に関する検討…手術・処置、化学療法 ・診療プロセスの「妥当性」の評価 ・包括範囲についての検証：化学療法、高額処置・材料など
ケースミックスとパフォーマンス	・複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」 ・効率よい診療を評価する「効率性指標」 ・稀少な傷病の診療を評価する「稀少性指数」 ・重症患者への対応状況：副傷病スコア(Charlsonスコア)
ストラクチャー(構造)	・施設の外的基準→構造及び人的資源等についての調査 ・望ましい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)	・患者シェア、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術… ・4疾病・5事業への対応状況

出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

38

地域における病院の役割1-①

【平成20年度の議論】

○ 例えば、医療計画で定めているように、その地域における医療の必要性を踏まえた病院機能の役割を評価することについてどのように考えるべきか。

出典 平成20年7月16日 中医協基本問題小委員会資料

39

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>

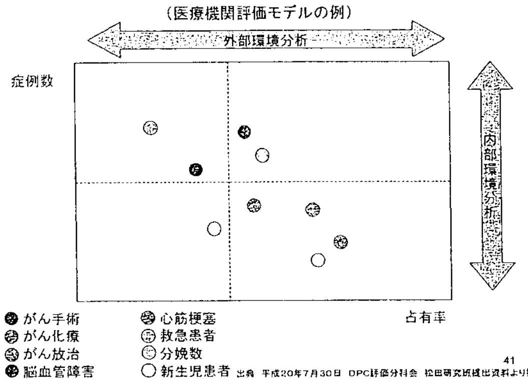
- 医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価すべきか。
- 医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、どのように考えるか。
- 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案すべきでないか。

※ 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。

40

4疾病5事業の評価

(医療機関評価モデルの例)

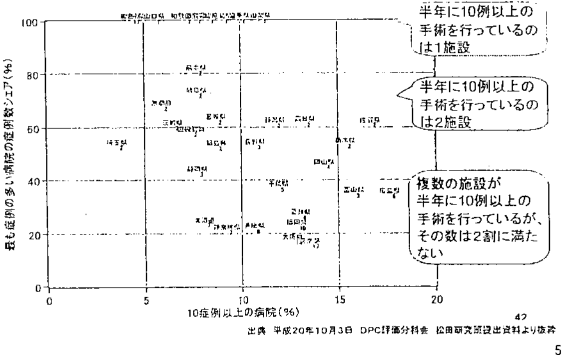


出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

41

地域における病院の役割の評価

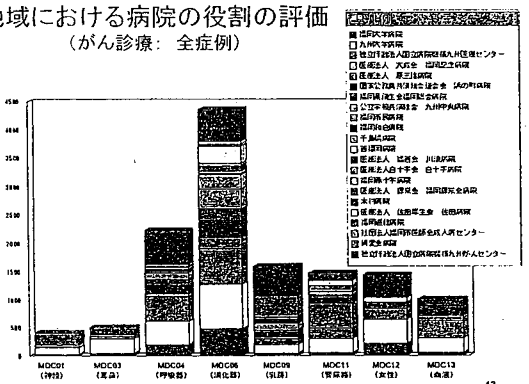
060050(肝臓がん)/手術03(肝切除術 部分切除等)



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

42

地域における病院の役割の評価
（がん診療： 全症例）



(平成20年5月9日 DPC評価分科会資料より作成)

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2-②

○ 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

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

4 新たな「機能評価係数」等の検討に係る基本的な考え方

46

新たな「医療機関別係数」のイメージ

現在の「医療機関別係数」

○ 現在の機能評価係数
- 入院時医学管理加算 0.0299
- 医療安全対策加算 0.0015 等

＋

○ *調整係数* ⇒

新「医療機関別係数」

○ 機能評価係数
- 入院時医学管理加算 0.0299
- 医療安全対策加算 0.0015 等

＋

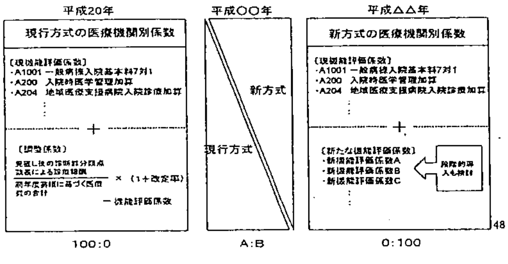
○ 新たな機能評価係数
- ・機能評価係数A
- ・機能評価係数B
- ・機能評価係数C
- ：

47

経過措置の考え方

○ 経過措置を置くべきか。仮に置くのであれば、どのような方法が考えられるか

経過措置を設ける場合の対応方法として考えられる方策の一例



48