

## 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

### 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、DPC評価分科会に対しては、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、更に以下の三つの観点から検討を行った。

- 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
- C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目

### 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
  - 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)
  - 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等について、地域での実施状況による評価
  - 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
  - ⑥ 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
    - ② 副傷病による評価
  - (3) 出来高で評価されているもの
    - ⑤ がん診療連携拠点病院の評価

### 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

C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの
  - ③手術症例割合に応じた評価
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
  - ②術後合併症の発生頻度による評価
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
  - (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
    - 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
      - ・ 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。

※ ア～オについては、望ましい5基準に係る項目であるが、これらの項目について出来高で評価されているものではない。

  - ④高度な設備による評価

- (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

### 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
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
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
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) 出来高制度で評価されているもの

項目	評価指標の例
⑤ がん診療連携拠点病院の評価	がん患者の患者数 / 全DPC対象患者

## 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との割合による評価
  - 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

## 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。

- 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

- 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。

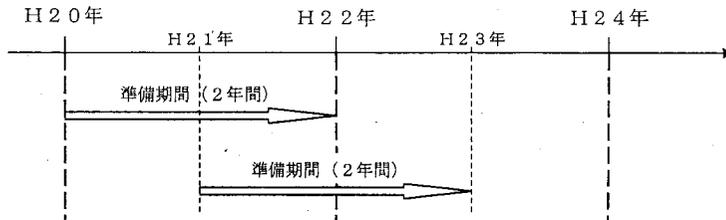
- 5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。  
その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
- 7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

## DPC準備病院の募集について

### 1. 現状

- (1) 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」においては、平成24年度までにDPC対象病院を1000病院にすることを目標としていたが、今年度中には1200余りに達する見込みである(別紙1)。
- (2) 調整係数は、平成22年度より段階的に廃止される。

### 2. 課題



- (1) DPC対象病院になるためには、2年間の準備期間を必要としており(別紙2)、平成21年度に準備病院を募集すると、最短で平成23年度からDPC対象病院となることになる。
- (2) 調整係数は、過去2年間のデータを用いて計算するため、改定時以外にDPCへの参加を認めることになると、改定前後の一部の項目や点数の異なるデータを用いて、計算しなければならない。
- (3) DPCの診断群分類点数表は、全DPC対象病院のデータを元に計算しているため、新たに参加する医療機関が多くあった場合、この元となるデータが大幅に変化する可能性がある。

### 3. 論点

- (1) 今年度もDPC準備病院の募集を行うべきか。
- (2) 診療報酬改定のない年度にDPC対象病院が追加されることについて、どのように考えるか。

## 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(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、病院の機能分を推進する中で、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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 診療報酬の包括化対象の拡大</li> </ul>

## 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	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	81	45	57	367
平成21年度DPC対象病院	93	180	130	91	51	52	567
<b>DPC対象病院小計</b>	<b>134</b>	<b>253</b>	<b>281</b>	<b>227</b>	<b>136</b>	<b>272</b>	<b>1,283</b>
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
<b>準備病院小計</b>	<b>95</b>	<b>104</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>274</b>
<b>計</b>	<b>229</b>	<b>357</b>	<b>298</b>	<b>248</b>	<b>145</b>	<b>280</b>	<b>1,557</b>
(参考)全一般病院数 (平成19年度医療施設調査)	3,391	2,725	1,150	763	360	473	8,862

### 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
<b>DPC対象病院小計</b>	<b>9,250</b>	<b>38,188</b>	<b>64,535</b>	<b>77,877</b>	<b>59,955</b>	<b>184,617</b>	<b>434,231</b>
平成19年度準備病院	3,225	7,867	3,928	1,408	1,683	2,487	20,576
平成20年度準備病院	2,426	6,645	5,180	6,192	2,191	2,810	25,244
<b>準備病院小計</b>	<b>5,651</b>	<b>14,512</b>	<b>9,108</b>	<b>7,588</b>	<b>3,874</b>	<b>5,077</b>	<b>45,820</b>
<b>計</b>	<b>14,901</b>	<b>52,700</b>	<b>73,643</b>	<b>85,275</b>	<b>63,829</b>	<b>189,694</b>	<b>480,051</b>
(参考)全一般病床数 (平成19年度医療施設調査)	120,349	188,621	115,993	145,809	98,932	243,530	913,234

※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

## 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）