

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。

具体的な項目の提案等について

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
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)	<ul style="list-style-type: none"> ○正確なデータ提出のためにかなりのコストがかかっているので評価すべき。 ○調査データのうち、非必須項目への入力や情報公開を行っていること等を評価すべき。 ○医療機関に対するヒアリングの中で、データが不適切であった事例が見られている。しかし、そのような特殊な事例をもってルールを作成した場合に、適切に実施している医療機関へ被害が生じ得ることも考慮する必要がある。 ○医療の透明化をポジティブに評価する項目があるべき。 ○DPC連携病院もデータ提出を行っているが、DPC対象病院のみを評価することになる。 ○データ提出にかかる費用を診療報酬で評価することになる。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			
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)	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の効率性を評価できる。 ○患者が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併せて検証が必要である。 ○平均在院日数が一定日数以下で、併せて再入院率および再転院率が一定割合以下であることを評価することで、治療効果を担保しながら効率化を評価できる。 ○平均在院日数は、地域性による疾病構造の違いや後方医療施設の有無等の影響を受けることから、評価は慎重にすべき。 ○地方では交通機関の悪さや後方病院が無いなど、都会の視点だけで評価するべきではない。 ○在院日数は既に大幅に短縮しており、さらに短縮することを評価すれば、医療の質が低下することが懸念される。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
③ 手術症例割合に応じた評価	<ul style="list-style-type: none"> ○手術によって医療の質を評価することについては、エビデンスが乏しく慎重に評価すべき。 ○手術症例数による評価よりも手術症例割合の方がより適切な評価が可能ではないか。 ○標準的・効率的な医療を評価できる。 ○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が不明である。 ○症例数とアウトカムの関係についての検証が必要である。 ○評価することにより、不必要な医療(手術)を助長する恐れがある。 ○手術症例数の割合で評価する場合、医療の質が高まるというエビデンスがあるものだけを評価すべき。 ○疾患によって内科的治療と外科的治療のどちらが有効かという評価が定まっていない場合もあり、手術で評価した場合に、医療内容に過度の変容を来す恐れがある。 ○症例数で評価すると、症例数が少ない地域では評価されにくい。 ○医療の質の観点からは、病院全体の手術症例数ではなく、医師が経験した症例数の方が重要である。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			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	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の総合的な能力を評価できる。 ○この指数は平均在院日数が相対的に長いことに影響されるため、点数の高い診断群分類を多く算定していることを評価する方が直接的に高度な医療を評価できる。 	社会的に求められている機能・役割の評価			
⑤ 診断群分類のカバー率による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○診断群分類のカバー率によって、病院機能を評価できるか検証が必要である。 ○専門病院は評価されにくい、他の評価項目で、専門病院の機能が評価されればよいのではないか。 	社会的に求められている機能・役割の評価			
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)	<ul style="list-style-type: none"> ○高度な医療を提供している医療機関を評価できる。 ○診断群分類点数が高い割合をもって、高度な医療の評価となるのか。 	社会的に求められている機能・役割の評価			

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致 地域医療への貢献の評 価	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
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	<p>○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。</p> <p>○救急率による搬入数や救急入院患者数(即日入院患者数)により評価すべき。</p> <p>○軽症から重症患者まで、全ての患者を受け入れる体制(空床確保、手術室確保)を評価すべき。</p> <p>○単に受け入れた救急患者に対して評価することは異なり、常に受入要請に対応できる病院機能(救急応答機能)を評価することができる。</p> <p>○同一疾患でも、救急入院では、予定入院(検査は外来で実施可能)と異なり、確定診断等を目的として入院初期に検査等を多く必要とし、DPCでは不採算となりやすいことも考慮すべき。</p> <p>○DPC対象病院以外の病院と公平性を図る必要がある。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性も指摘されているが、症例数や重症度等による詳細な評価は行われておらず、これらによる評価は、二重評価には当たらない。</p> <p>○地域の実情により2次・3次救急や高度な専門医療に特化することが難しい場合もあり、1次から3次まですべての救急医療に対応していることを評価すべき。</p> <p>○救急は確定診断が付くまでの間、最初の2日間等は出来高が高いなど検討が必要である。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p> <p>○精神科診療の対応を評価することができる。</p> <p>○精神疾患を合併し、急性期医療を必要とする患者は増加傾向にあり、その様な医療に対応することは社会的に必要である。</p> <p>○DPC病院の精神科については、DPCの対象とすることについて検討すべき。</p> <p>○精神科による診療は、例えば精神疾患と身体疾患の治療計画について既に出来高(例:A230-2精神科身体合併症管理加算)で評価されており、二重評価となる可能性がある。</p>	その他	救急車による搬送の有無、予定・緊急入院区分、手術等の時間外加算等の状況のデータはある。	A300救命救急入院料、A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。 救急医療対策専門家により評価されている。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
⑧ 患者の年齢構成による評価	<p>○単に年齢による評価ではなく、例えばせん妄の有無やADLの程度に応じて評価すべき。</p> <p>○都会に比べて、地方では高齢者が多く、コストが掛かる医療が行われている。また、データには現れないが、看護必要度が高齢者で高くなることから、年齢に応じて評価すべき。</p> <p>○高齢者をどのように定義すべきか、単独に年齢だけで評価してよいか議論が必要である。</p> <p>○パーセルインデックスや要介護度を用いた評価を今後検討すべき。</p>	地域医療への貢献の評 価	せん妄の有無は、入院時併存・入院後発症傷病名に記載があれば把握可能 ADLに係るデータはない。		

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

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致 地域医療への貢献の評 価	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	<p>○診療ガイドラインに沿った診療の実施割合で評価することは適切ではないが、院内で診療内容を評価する体制確保を評価するのであれば検討は可能ではないか。</p> <p>○診療ガイドラインと異なる診療であっても、一概に不適切であるとは言えないが、少なくとも診療ガイドラインを利用できる環境にあることなど何らかの評価があっても良い。</p> <p>○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。</p> <p>○評価の対象とすべき質が担保された診療ガイドラインを特定することが困難である。また、診療ガイドラインでも患者の病態に応じた治療を行うことが前提であることから、単に診療ガイドラインの適用割合で評価することは、必ずしも質の高い医療を反映しない。</p> <p>○診療ガイドラインに当てはまらない高度な医療を実施した場合に、評価されない恐れがある。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の 評価			
② 術後合併症の発生頻度による評価	<p>○高度な医療を実施した場合には、合併症が増える確率が高い。評価を導入することにより、合併症を避けるためにあえて積極的な治療を実施しないことになりかねない。</p> <p>○併存症を有する患者を多く受け入れれば、術後合併症の発生率も高くなるため、術後合併症が少ない病院を評価すれば逆のインセンティブとなる。</p> <p>○合併症が多いほど病院の負担が大きく、逆に評価しなければならぬことも検討する必要がある。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の 評価	入院後発症傷病名は最大4つまでしか記載できず、傷病名の発症日は入力されていない。		
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	<p>○地域医療への貢献度を評価することができる。</p> <p>○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できるのか検討が必要である。</p> <p>○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検討が必要である。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、検討が必要である。</p> <p>○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、医療機関間及び病診の連携状況についても勘案すべき。</p> <p>○地域の実情に応じた評価を希望する医療機関は多く、そういった評価もあり得る。</p> <p>○地域での役割を評価するためには、症例数だけではなく、地域内のシェア等を総合的に評価することも考えるべき。</p> <p>○地域単位での貢献度は、その地域内で判断すべき事項であり、全国一律の診療報酬体系で評価することは困難である。</p> <p>○医療計画で位置付けられている事業の中でも、どこに重点を置いて評価するのか検討すべき。</p>	地域医療への貢献の評 価	・症例数 評価可能 ・シェア: DPC対象病院のデータに照って評価するのであれば可能 ・医療計画での位置づけ: 不可		

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
④ 産科医療の実施状況の評価	<p>○産科医療の不足が社会問題となっており、産科医療を積極的に提供している病院を評価すべき。</p> <p>○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。</p>	<p>地域医療への貢献の評価について</p>	<p>保険診療の対象に限られる。</p>		<p>病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。</p>
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	<p>○単に病院に配置しているだけでなく、病棟に配置されていることを評価すべき。</p> <p>○手厚い人員配置を行うことで、短い入院期間で提供される密度の高い医療を評価することができる。</p> <p>○コメディカルを評価することでチーム医療の評価につながる。</p> <p>○麻酔科、放射線科、病理の医師は、医療の質を上げるために必要である。</p> <p>○医師や看護師以外のコメディカル及び事務職員の配置を評価すべき。</p> <p>○病棟規模に比した一定数以上のコメディカルスタッフ(薬剤師、リハビリ士、MSW)の配置を評価することで、効率化や医療密度の充足、直接看護時間の増加等の医療の質の向上が期待できる。</p> <p>○NST(栄養サポートチーム)は合併症を予防し、労働生産性を向上することから、NSTを構成するコメディカルの病棟配置や介入患者数、コメディカルが作成する紹介状を評価すべき。</p> <p>○転院や退院後支援のためMSW(医療ソーシャルワーカー)の役割は重要である。</p> <p>○人員配置ではなく、服薬指導や栄養指導等の行為細に出来高で評価すべき。</p> <p>○薬剤部における薬剤師の役割を評価すべき。</p> <p>○急性期病棟の多くはチーム医療を実施しているので、ここから更に何を評価するのか検討が必要である。</p> <p>○既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性がある。</p> <p>○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。</p> <p>○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。</p>	<p>医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p> <p>その他</p>	<p>医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要</p>	<p>入院基本料において、看護配置に応じて評価されている。</p> <p>A233栄養管理実施加算、BOB薬剤管理指導料等で評価されている。</p>	

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

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 特定機能病院または大学病院の評価	<p>○特定機能病院は医療法で定める承認条件を満たしており、地域の最終的な病院として機能していることから、特定機能病院を一律に評価すべき。</p> <p>○医師や看護師の卒後教育を充実することで質の高い医療を提供することは、患者の恩恵にもなり、評価すべき。</p> <p>○特定機能病院の中でも調整係数が異なり、医療内容や地域での役割も多様であると考えられるため、一律に評価すべきではない。</p> <p>○研究や教育に係る財源は、保険財源ではなく別途の財源で対応すべき。</p> <p>○小児入院医療管理料や医師事務作業補助体制加算等の算定が認められておらず、特定機能病院入院基本料で、特定機能病院が高く評価しているとは言えず、二重評価には当たらないのではないか。</p> <p>○民間医療機関が特定機能病院と同等或いはそれ以上の機能を有している場合には、同等に評価すべき。</p>	<p>社会的に求められている機能・役割の評価</p>	<p>一律に評価すべき。</p>		
② 地域医療支援病院の評価	<p>○地域医療支援病院について、紹介率、逆紹介率を用いて、よりきめ細かく評価すべき。</p> <p>○すでに、機能評価係数で評価されている。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p>	<p>地域医療への貢献の評価</p>	<p>A204地域医療支援病院入院診療加算の算定状況のデータはある。</p>	<p>A204地域医療支援病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。</p> <p>共同利用施設整備事業により評価されている。</p>	
③ 臨床研修に対する評価	<p>○研修医数や研修プログラムの完成度等に応じて評価すべき。</p> <p>○研修にかかる費用を、診療報酬で評価することになる。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p>	<p>その他</p>			<p>A204-2臨床研修病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。</p> <p>医師臨床研修費補助事業で評価されている。</p>
④ 医療安全の評価	<p>○医療の安全に対する取組みが進み、医療の質の向上が図られる。</p> <p>○既に診療報酬の中で評価している加算との整合性が問題となる。</p> <p>○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき。</p> <p>○現行の医療安全対策加算では評価が低いので、二重になっても評価すべき。</p>	<p>医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p>	<p>A234医療安全対策加算の算定状況のデータはある。</p>	<p>入院基本料の施設基準では、医療安全管理体制の整備を要件としている。</p> <p>A234医療安全対策加算で既に機能評価係数として評価されている。</p>	

(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	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
①標準レジメンによるがん化学療法割合による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○治療効果等のエビデンスのある標準的治療の促進が期待される。 ○標準化を進めるという点では大変重要であるが、既に一定の標準化が進んでいる医療機関において、まだ標準レジメンとはなっていない高度な医療を実施した場合に評価されない。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価		平成20年度改定よりレジメン別分岐の評価を導入。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
②副傷病による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○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。 ○副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うか、評価が複雑になる恐れがある。 ○副傷病に応じた重症度の重み付けの方法論については、諸外国での事例を参考に今後の検討が必要である。 	社会的に求められている機能・役割の評価		現行の診断群分類で副傷病による分岐として評価されている。	術後合併症等も含まれることについて、どう考えるか。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○いわゆる専門病院が評価されにくい。 ○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。 ○既に診断群分類の中で評価されており、改めて評価の必要はない。 ○神経難病等に対応するにはスタッフの確保や医療施設の整備が必要であり、診療にコストがかかることから、希少性に着目するには意味がある。 	社会的に求められている機能・役割の評価		現行の診断群分類で難病名による分岐として評価されている。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。

(3)出来高制度で評価されているもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
①遠隔支援の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅復帰率等を指標とすることで、質の高い医療を評価できる。 ○既に診療報酬の中で評価している項目との整合性の問題や及び二重評価の可能性がある。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価 地域医療への貢献の評価		A241後期高齢者選院調整加算で評価している。	
②地域連携(支援)に対する評価	<ul style="list-style-type: none"> ○地域連携は複雑・多様化しており、現行の紹介率だけでなく、よりきめ細やかな評価を行うべき。 ○地域連携における小児・周産期医療について評価するべき。 ○地域連携における在宅医療、家庭医療を評価するべき。 ○登録医による検査・治療件数や在宅復帰率を用いることで、地域医療連携を評価するべき。 ○電子カルテによる専用回線を用いた情報提供や情報共有、電子地域連携バスの利用等を行い、ITを活用して地域医療連携を行うことについて評価するべき。 ○MSWIについて、在宅復帰率等の指標で質を担保しながら、評価するべき。 ○在宅医療については、当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○地域連携の状況などは、現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困しい場合もある。 	地域医療への貢献の評価	B005-2 地域医療連携計画管理料の算定状況のデータはある。	B005-2 地域医療連携計画管理料で評価されている。	
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. 病理解剖数又は病理解剖割合による評価)	<ul style="list-style-type: none"> ○連続的評価が可能か検討が必要である。 ○既に出来高で評価されている項目であることから、二重評価とならないように留意すべき。 ○全身麻酔の割合により評価するべきとの意見もある一方、医療内容の変容につながる可能性もあるとの意見もあった。 ○病理解剖、剖検は、医師の教育上も重要であり、医療の質の向上にも資するものなので評価するべき。 ○病理解剖、剖検は、疾病の治療とは直接は関係しないことを診療報酬で評価することになる。 ○CPC(Clinicopathological Conference: 臨床病理検討会)は医療の質の向上に資すると思われるので評価するべき。 	その他	各診療報酬の算定状況のデータはある。 全身麻酔の割合等のデータはある。	A301特定集中治療室管理料、L009麻酔管理料等で評価されている。 臨床研修病院は、「CPCを適切に開催すること」が指定基準となっている。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。 出来高で評価されている項目であり、重複評価について、どう考えるか。

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
④ 高度な設備による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○高度な設備を有し、高度な医療を提供している病院を評価できる。 ○病院が過剰な設備投資を行うインセンティブとなる可能性がある。 ○高度な機器の有無のみで評価するべきではない。 	<ul style="list-style-type: none"> 社会的に求められている機能・役割の評価 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価 	<ul style="list-style-type: none"> マルチスライスCTや高磁場MRIの有無等は、医療施設調査の項目にあり、各病院では把握しているが、追加調査が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 重複評価等の可能性 E202磁気共鳴コンピュター断層撮影(MRI撮影) 1、1.5テスラ以上の機器による場合で評価されている。 	
⑤ がん診療連携拠点病院の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○がん患者であっても、がん診療連携拠点病院加算の対象とならない患者が多く、がん患者全体について評価すべき。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 社会的に求められている機能・役割の評価 地域医療への貢献の評価 	<ul style="list-style-type: none"> がん対策推進基本計画等により、各病院が指定を受けており、病院名の確認は可能 	<ul style="list-style-type: none"> A232がん診療連携拠点病院加算で評価されている。 がん対策推進基本計画等で評価されている。 	

(4) その他

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 後発医薬品の使用状況による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○特定機能病院等で後発医薬品の使用が普及していないことを考えると、DPCで評価すべき。 ○DPCでは薬剤費は包括されるので、制度の趣旨からすると後発医薬品の使用が促進されるはずであり、これを評価すれば二重評価となる。 ○後発医薬品の使用が進めば、さらに医療費削減が可能で、医療資源の有効活用という観点からも、評価すべき。 ○後発医薬品が普及するまでの経過措置として評価するべき。 ○後発医薬品の使用状況等のデータを公開することを評価するべき。 ○後発医薬品の使用状況を公開することによって患者の受診行動に影響を及ぼす可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価 		<ul style="list-style-type: none"> 重複評価等の可能性 DPC制度では後発医薬品の使用が促進される。 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用状況を評価すれば、患者の負担が増えることになり、「患者の利点」という観点からどのように考えるか。
② 治験、災害等の拠点病院の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○治験を実施していることについて評価するべき。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 社会的に求められている機能・役割の評価 		<ul style="list-style-type: none"> 臨床研究基盤整備推進研究事業、「災害発生時における初期救急医療体制の充実強化について」等で評価されている。 	

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(急性期入院医療)としての評価が困難であるもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方の含致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 重症度・看護必要度による改善率	○効果的な治療・ケアの評価が可能である。 ○看護必要度を用いて1入院単位で評価する方法について検討する必要がある。 ○看護必要度は毎日測定するものであり、1入院単位での評価方法が確立していない。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	7対1入院基本料を算定する病棟では、重症度・看護必要度に係る評価表が作成されており、各病院では把握しているが、10対1入院基本料を算定する病棟等では作成されていない。	7対1入院基本料の施設基準では、一定割合の重症患者数を要件としている。	
② 合併症予防の評価	○合併症の予防が進み、医療の質の向上が図られる。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	合併症予防の状況のデータはない。		
③ 再入院の予防の評価	○再入院の予防について評価すべき。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	退院先や、再入院率のデータはあるが、再入院予防の取り組みについてのデータはない。		
④ 救急医療における患者の選択機能(トリアージ)の評価	○トリアージ体制等を評価することで、患者に適切な医療を提供されることを評価できる。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。	地域医療への貢献の評価について			
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	○患者の有無に関わらず、常に受け入れ体制を整備していることを評価すべき。	地域医療への貢献の評価			
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	○地域医療を守るために、近隣医療機関へ医師を派遣していることを評価すべき。 ○当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	地域医療への貢献の評価			当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。
⑦ 在宅医療への評価	○地方では必要にせまられて病院で在宅医療を担う必要があり、在宅医療への取組みを更に評価すべき。 ○当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	地域医療への貢献の評価			当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。
⑧ 新規がん登録患者数による評価	○院内がん登録体制を整備していることを評価すべき ○新規がん患者の診療に応じた評価ができる。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	その他			病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
⑨ 高齢患者数の割合による看護ケアの評価	○高齢患者に対するケアを評価することができる。 ○要介護度により評価することを検討すべき。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	その他			病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
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	○第三者による外部評価を受けていることの評価を検討すべき ○第三者による外部評価で指摘された事項等を公開していることの評価を検討すべき	その他			

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

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。

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

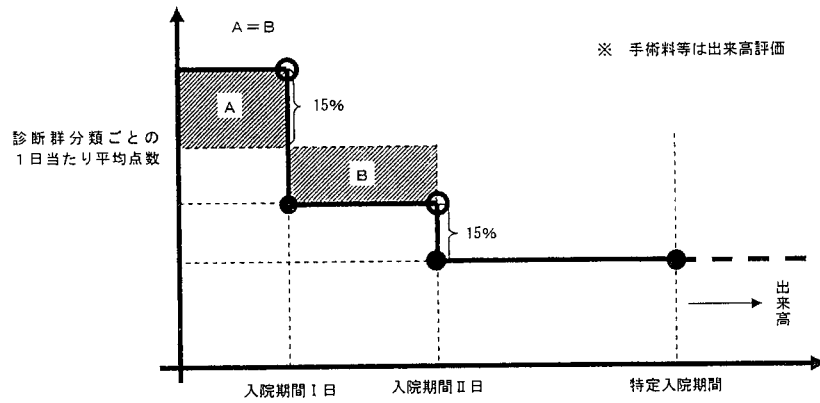
必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を、計画的に推進するため、可能な限り定量的な指標を盛り込んだプログラムを策定。目標期間は、基本的に平成20年度から平成24年度までの5年間

診療報酬の包括支払の推進

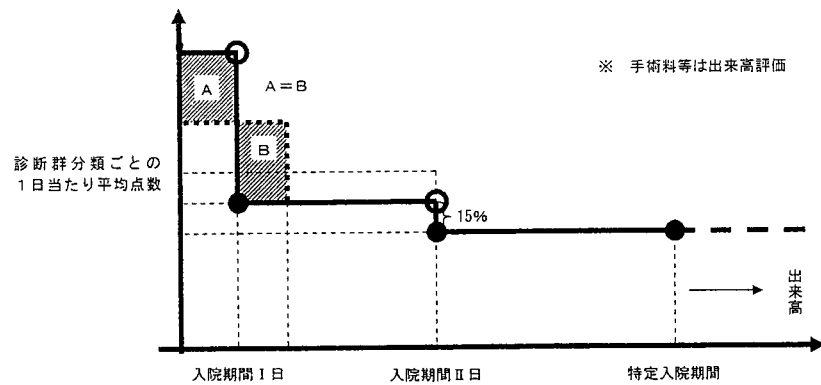
主な目標・指標	政策手段
平成24年度までに、病院の機能分化を推進する中で、DPC支払い対象病院数360(平成18年度)を当面1000(現状から3倍増)に	○ DPC(急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度)制度の精緻化や対象病院の着実な拡大 ○ 診療報酬の包括化対象の拡大

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



平成20年10月22日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤久夫 殿

中央社会保険医療協議会委員
藤原 淳
竹嶋 康弘
中川 俊男
西澤 寛俊
邊見 公雄
渡辺 三雄
山本 信夫

DPCに関する方向性について

平成15年3月28日の閣議決定において、「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。」とされた。

これを踏まえ、DPC対象病院は拡大されてきた。

診療側として、DPCにおける包括評価に関し、出来高払いとの適切な組合せについて検討してきた結果、下記のとおり提案する。

記

1. 急性期病院に対する診療報酬上の評価は、DPC、出来高払いの二本の柱である。
2. 急性期病院に対するコストを適切に反映した診療報酬のあり方について、検討する。
3. DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していく。
4. 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を辞退することができるようにする。

以上