

診療報酬調査専門組織 (DPC評価分科会) 座席表

(日時) 平成21年11月30日 (月) 15:00~17:00

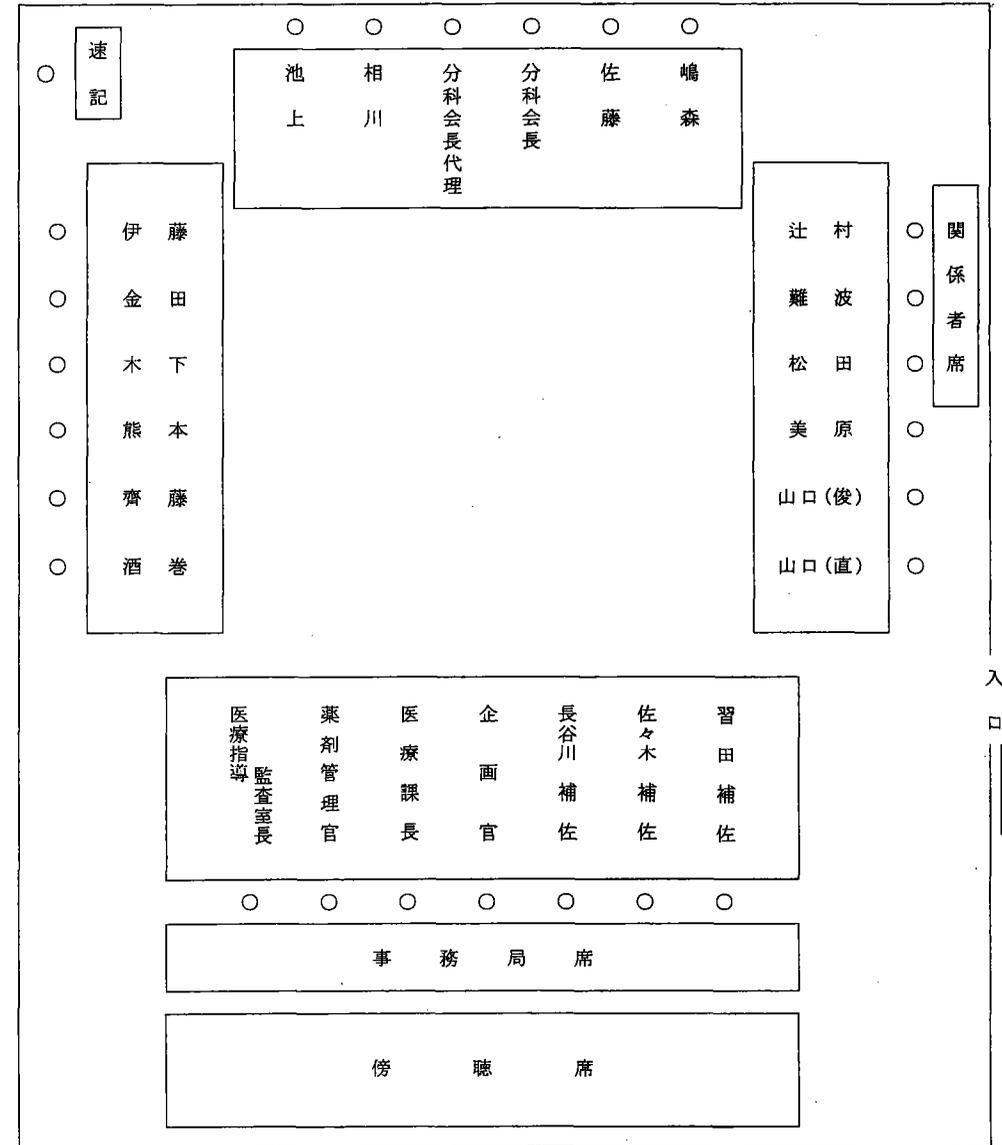
(会場) はあといん乃木坂 フルール (地下1階)

平成21年度 第14回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成21年11月30日 (月) 15:00~17:00
 場所：はあといん乃木坂 フルール (地下1階)

議事次第

- 1 新たな機能評価係数の導入に係る対応について
 - (1) 機能評価係数の設定
 - (2) 包括対象からの除外
- 2 調整係数の段階的廃止について
- 3 その他



診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

<委員>

氏名	所属等
相川 直樹	財団法人国際医学情報センター理事長
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 澄信	独立行政法人 国立病院機構本部医療部研究課長
金田 道弘	特定医療法人緑社会理事長兼金田病院長
木下 勝之	医療法人社団九折会 成城木下病院理事長
熊本 一郎	鹿児島大学医療情報管理学教授
小山 信彌	東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長
齊藤 壽一	社会保険中央総合病院名誉院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
佐藤 博	新潟大学教授・医歯学総合病院薬剤部長
嶋森 好子	慶應義塾大学看護医療学部教授
辻村 信正	国立保健医療科学院次長
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院院長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
美原 盤	財団法人美原記念病院院長
山口 俊晴	癌研究会 有明病院消化器外科部長
山口 直人	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授
吉田 英機	昭和大学医学部名誉教授

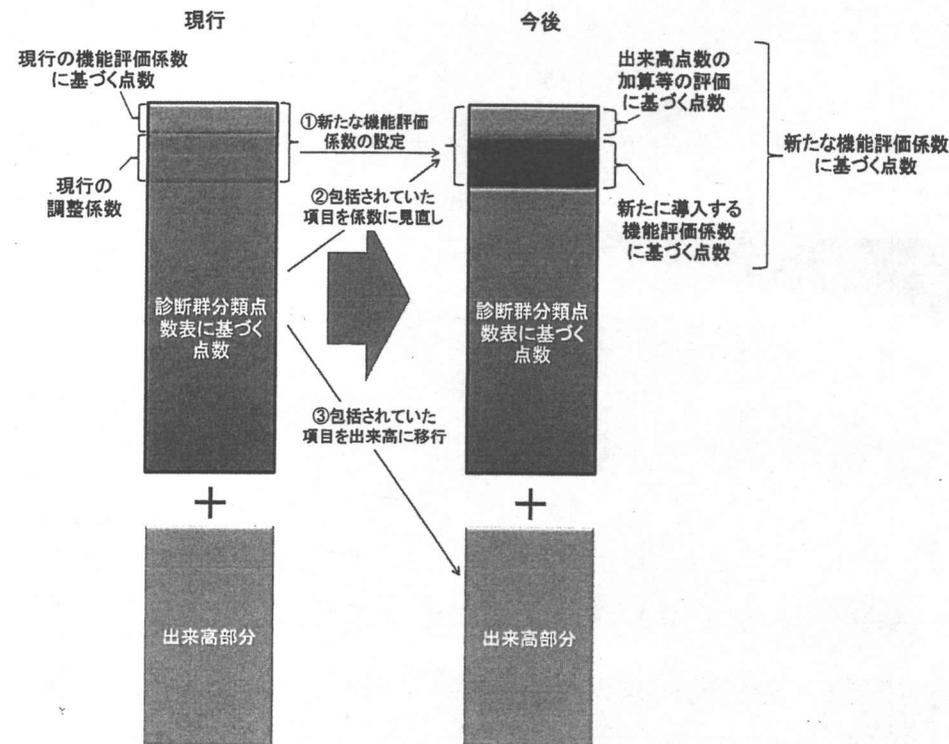
◎ 分科会長

○ 分科会長代理

新たな機能評価係数の導入にかかる対応について

- これまで、DPC制度においては、診断群分類点数表による点数を基本として、調整係数及び既存の機能評価係数により、各医療機関の診療報酬を設定してきた。
- 今後、現行の調整係数を新たな機能評価係数に移行するとともに、従来の包括点数では十分に評価出来ていなかった医療機関の機能差等については、包括する項目を見直すことで対応する。

(概念図)



機能評価係数の設定

① 新たに導入する機能評価係数(事務局案)

項目	名称	考え方	設定方法
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 ・医療の質に係るデータを公開していることの評価	○データ提出・公開指数	DPC対象病院において、十分な体制が整備され、詳細なデータが作成・提出され、そのデータが公開されることで、医療の標準化や透明化等が推進されることを評価	①データ提出の遅滞 ②部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合が40%以上の場合に応じた定数で評価
2 効率化に対する評価	○効率性指数 ○相対平均在院日数指数	平均在院日数の変動に伴い、病棟業務量が増えることから、患者の疾病構成の違いを補正した上で、相対的な在院日数を評価	[指数] = 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 ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3 複雑性指数による評価	○高度医療指数 ○複雑性指数 ○患者構成指数	全DPC対象病院の平均で補正した1入院あたり包括点数を用いて評価	[指数] = 当該医療機関の各診断群分類の1入院あたり包括点数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均1入院あたり包括点数 / 全病院の平均1入院あたり包括点数 ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4 診断群分類のカバー率による評価	○カバー率指数 ○総合性指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制を評価	[指数] = 当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数 / 全診断群分類数 ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべての診断群分類を計算対象とする。 ※ 専門病院への対応 (案1)特設の配慮を行わない (案2)専門病院の定義を適切に行った上で評価

1

項目	名称	考え方	設定方法
5 救急医療の入院初期診療に係る評価	○救急医療指数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等を評価	(案1) [指数] = 救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数 / DPC対象患者数 (案2) 新たな機能評価係数では評価せず、緊急入院の患者については、入院初日に〇〇点を加算 ※具体的方法については、今後更に検討
6 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	○地域医療指数	医療計画(4疾病・5事業)において、地域で一定の役割を担っていることを評価 ※4疾病:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病 5事業:救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療 救急患者の受け入れ体制の評価 周産期患者の受け入れ状況による評価 小児救急患者の受け入れ状況による評価	(評価のイメージ) 都道府県が策定する医療計画において、一定の役割が位置づけられている施設に対して、一定の指数による評価 医療機関毎の救急医療の提供実績及び体制に応じて、段階的に評価(評価のイメージ) 1:救急患者数(又は割合)が〇以上 ・医師、看護師が救急部門に専任配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が専任で配置 2:救急患者数(又は割合)が△以上 ・医師、看護師が専任で配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師がオンコール 3:救急患者数(又は割合)が□以上 職員の要件なし ※ 救急患者:救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数 特別調査では、これらの体制にかかるデータは集めていないので、今後、関係者と相談の上検討する。
7 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価	○チーム医療指数	チーム医療の取り組みによる ・医療安全 ・勤務医負担軽減 ・医療の質等を評価	具体的方法については、今後更に検討

〈次期診療報酬改定では導入を見送る項目〉

項目	名称	考え方	設定方法
8	患者の年齢構成による評価		
9	診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価		

② 出来高点数の加算等に基づく機能評価係数

(i) 既存項目

項目	係数			(参考) 出来高の点数		
	特定機能病院	専門病院	一般病院			
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1736	0.1244	0.1005	1555点/日	
	入院基本料(準7対1離島・へき地以外)	—	0.1009	0.0769	1495点/日	
	入院基本料(準7対1離島・へき地)	—	0.1127	0.0887	1525点/日	
	入院基本料(10対1)	0.0730	0.0239	—	1300点/日	
入院基本料等加算	入院時医学管理加算	—	—	0.0299	120点/日 (入院から14日間)	
	地域医療支援病院入院診療加算	—	—	0.0321	1000点/日 (入院初日)	
	臨床研修病院入院診療加算(単独型)	—	0.0012	—	40点/日 (入院初日)	
	臨床研修病院入院診療加算(管理型)	—	0.0006	—	20点/日 (入院初日)	
	診療録管理体制加算	—	0.0009	—	30点/日 (入院初日)	
	医師事務作業補助体制加算(25対1)	—	0.0113	—	355点/日 (入院初日)	
	医師事務作業補助体制加算(50対1)	—	0.0059	—	185点/日 (入院初日)	
	医師事務作業補助体制加算(75対1)	—	0.0042	—	130点/日 (入院初日)	
	医師事務作業補助体制加算(100対1)	—	0.0034	—	105点/日 (入院初日)	
	看護補助加算1	—	0.0430	—	109点/日	
	看護補助加算2	—	0.0331	—	84点/日	
	看護補助加算3	—	0.0221	—	56点/日	
	医療安全対策加算	—	0.0015	—	50点/日 (入院初日)	
	措置	入院基本料(13対1)	—	▲0.0581	▲0.0820	—
	置換	入院基本料(15対1)	—	—	▲0.1364	—

(ii) 今回新たに追加

考え方: 現行の各診断群分類の点数において包括評価されているが、医療機関毎の機能の違いを反映すると考えられる項目のうち、特に次の項目については機能評価係数として評価することとしてはどうか。

項目	趣旨等	(参考) 出来高の点数
検査	検体検査管理加算(1)	40点/月
	検体検査管理加算(2)	100点/月
	検体検査管理加算(3)	300点/月

③ 包括対象からの除外について

1 現在、各診断群分類の点数において包括評価されているが、医療機関毎の医療提供体制等によって個別患者への実施状況が大きく異なる項目のうち、特に次の2つについては、出来高にて評価することとしてはどうか。

- (1) 無菌製剤処理料
- (2) 術中迅速病理組織標本作製

2 現行の診断群分類の適用は、医療資源を最も投入した傷病名とその治療内容等により決定している。そのため、当該診断群の治療とは直接関係はないが、高額な費用のかかる慢性疾患の治療については、包括評価に反映させることは困難である。

このため、以下の診療に係る薬剤等については、出来高評価することとしてはどうか。

- (1) HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）
- (2) 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- (3) 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓

なお、(3)については、診断群分類点数表を出来高の項目を元に点数の設定や分類の決定を行っていることから、出来高での「人工腎臓」の項目において、慢性腎不全で定期的実施した場合と急性腎不全等の場合を分けなければ評価が困難であり、出来高での対応が必要である。

調整係数の段階的廃止について

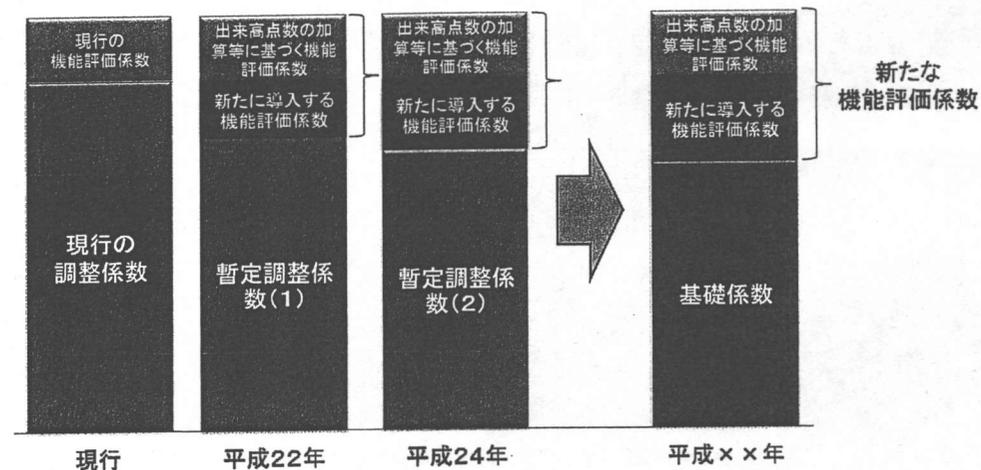
1 経緯等

調整係数の廃止については、激変緩和を目的として段階的廃止とすることが、中央社会保険医療協議会基本問題小委員会（平成21年3月25日）において合意されており、その具体的方法については当分科会で検討することとされている。

2 段階的廃止についての事務局案

調整係数を診療報酬の改定毎に一定割合ずつ減じ、新たな機能評価係数に置き換えてはどうか。この際、ある程度の最低水準を保証する基礎係数を設定してはどうか。

(イメージ図)



※ これはあくまでイメージ図であり、医療機関毎に設定される医療機関別係数が一定に保たれることを表しているのではない。