

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	慶應義塾大学名誉教授
池田 俊也	国際医療福祉大学薬学部薬学科教授
伊藤 澄信	独立行政法人国立病院機構 総合研究センター 臨床研究統括部長
井原 裕宣	社会保険診療報酬支払基金 医科専門役
緒方 裕光	国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター長
檉村 暢一	医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院副院長
香月 進	福岡県保健医療介護部医監
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
川上 純一	日本病院薬剤師会常務理事／浜松医科大学医学部附属病院教授・薬剤部長
工藤 翔二	公益財団法人結核予防会 複十字病院長
河野 陽一	独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院長
◎ 小山 信彌	東邦大学医学部特任教授
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長
瀬戸 泰之	東京大学大学院医学系研究科消化管外科学教授
竹井 和浩	保健医療福祉情報システム工業会 医事コンピュータ部会DPC委員長
藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
○ 松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
三上 裕司	日本医師会／特定医療法人三上会 総合病院東香里病院理事長
美原 盤	公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院
渡辺 明良	聖路加看護大学事務局長

◎：分科会長

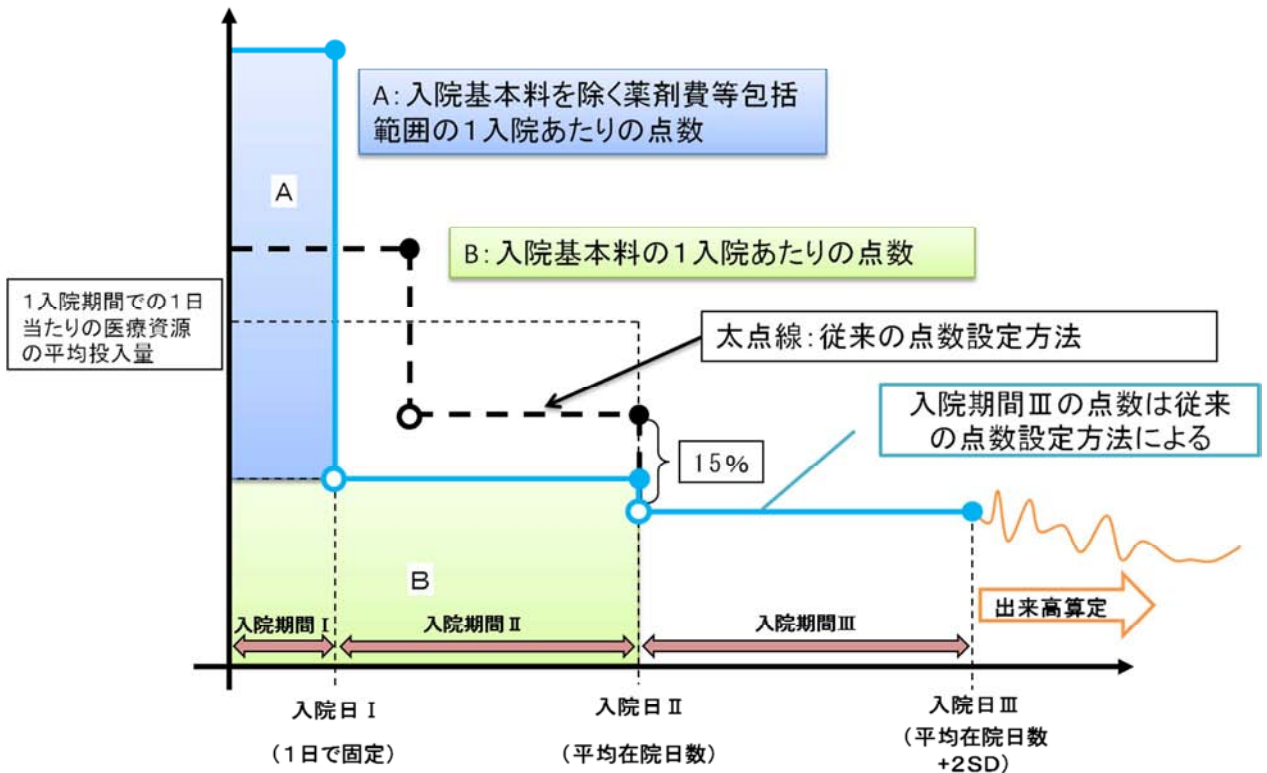
○：分科会長代理

算定ルール等の見直しについて

1. 平成 24 年度改定において見直した算定ルールについて 高額薬剤に対応するために導入された点数設定方式について

- 特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、平成 24 年度改定において、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間 I の点数に組込む設定（下図）を 22 の診断群分類において試行的に導入した。

（参考）平成 24 年度改定で導入した新たな点数設定方式



※ 対象となる診断群分類は、定期的に投与するタイプの薬剤（週 1 回、3 週に 1 回等）を使用すること、平均在院日数がある程度短いこと等の観点から選定。

- 試行的に導入した結果、22 の診断群分類のうち、20 の診断群分類において平均在院日数の短縮が認められている。

（参考）新たな点数設定方式を導入した 22 の診断群分類における、平成 23 年度と 24 年度で比較した平均在院日数の変化について

H24 年診断群分類	分類名等	H23 年	H24 年	差
020200xx99x3xx	黄斑、後極変性 バガブタニブあり	2.28	2.13	-0.15
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性 ラニズマブあり	2.52	2.44	-0.08
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	15.05	13.83	-1.22

040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍 ペバシズマブあり	12.95	12.46	-0.49
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸腺腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	14.71	14.01	-0.70
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルあり	9.21	8.89	-0.32
060035xx99x4xx	大腸の悪性腫瘍 FOLFILI 療法あり	4.38	4.31	-0.06
060035xx99x50x	大腸の悪性腫瘍 ペバシズマブなどあり	4.56	4.47	-0.09
060040xx99x5xx	直腸肛門の悪性腫瘍 FOLFOX 療法あり	4.32	4.32	0.01
060040xx99x60x	直腸肛門の悪性腫瘍 ペバシズマブなどあり	4.43	4.29	-0.15
070470xx99x3xx	関節リウマチ エタネルセプトあり	17.38	18.43	1.04
070470xx99x4xx	関節リウマチ アダリムマブ、ゴリムマブあり	14.95	13.46	-1.49
070470xx99x5xx	関節リウマチ アバタセプト、トシリズマブあり	4.69	4.56	-0.14
070470xx99x6xx	関節リウマチ インフリキシマブあり	3.27	2.97	-0.29
070470xx99x7xx	関節リウマチ インフリキシマブ(強直性脊椎炎の場合)あり	4.90	3.98	-0.91
080140xxxxx2xx	炎症性角化症 インフリキシマブあり	2.93	2.66	-0.27
090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルありなど	6.10	5.63	-0.47
090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍 トラスツズマブあり	4.78	4.67	-0.11
090010xx99x60x	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセル(アルブミン懸濁型)あり	6.30	4.94	-1.37
120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 カルボプラチン+パクリタキセルありなど	5.57	5.24	-0.33
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 ドキシソルビシン塩酸塩リボソーム製剤あり	5.29	4.86	-0.43
130030xx99x5xx	非ホジキンリンパ腫 イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウムあり	13.35	11.86	-1.49

※平成 23 年度は平成 23 年 4～9 月分、平成 24 年度は平成 24 年 4～9 月分のデータを使用

(論点)

- 試行的に導入した 22 の診断群分類については、通年データも検証した上で、平均在院日数の短縮の効果が認められる診断群分類について、引き続き当該点数設定方法を継続することについてどのように考えるか。
- 試行的に導入した 22 の診断群分類以外の高額な薬剤を使用する診断群分類についても、当該点数設定方式を適用することについてどのように考えるか。
- 高額な薬剤を使用する診断群分類だけでなく、高額な材料を用いる検査(心臓カテーテル検査)等についても当該点数設定方式を適用することについてどのように考えるか。

2. その他算定ルール等の見直しに係る検討課題（案）

① 亜急性期入院基本料

- DPC 算定病床から亜急性期病床への転床時期（算定開始時期）は、患者像の相違ではなく、主として診療報酬算定上のメリットにより転床が実施されている可能性があり、適切な病床の機能分化の推進という観点から、何らかの対応が必要ではないかと考えられる。

（論点）DPC 算定病床に入院した後、亜急性期入院基本料を算定する病室に転床した患者にかかる算定ルールについてどのように考えるか。

（参考）DPC 病院における亜急性期入院医療管理料

（平成 23 年 11 月 25 日 中医協総会 総-1）

DPC病院における亜急性期入院医療管理料算定病

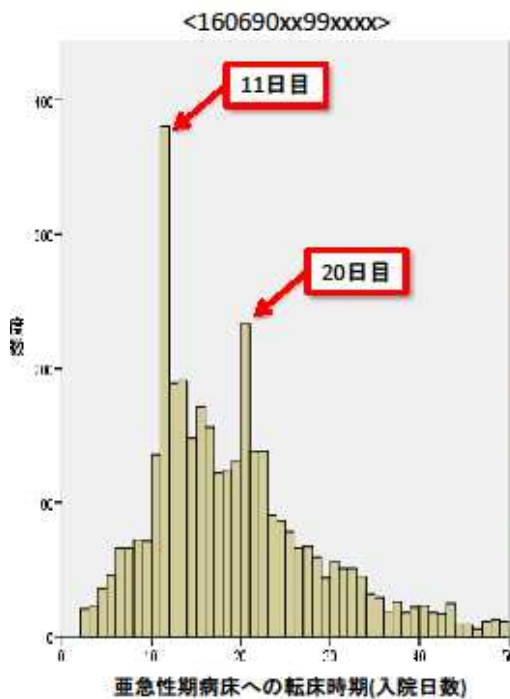
(改) 中医協 総-1
23. 11. 25

胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含む) 手術なし

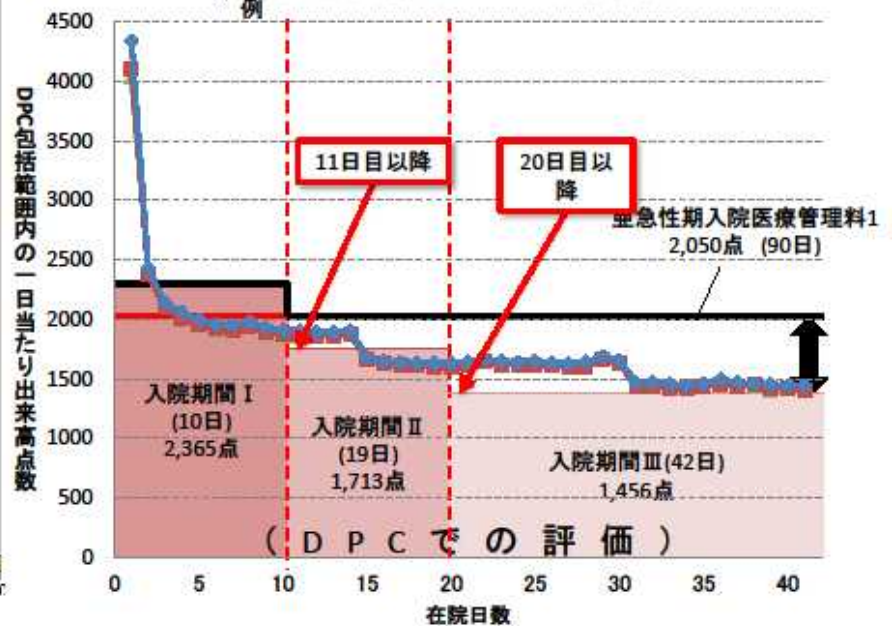
<亜急性期病床の利用の有無による診療密度の違い>

- 亜急性期病床を利用した症例 ……A群
- 亜急性期病床を利用しなかった症例 ……B群
- 亜急性期病床を併設していない医療機関の症例 ……C群

<亜急性期病床への転床時期>



出典：平成23年度DPCデータ



— A群 — B群 — C群

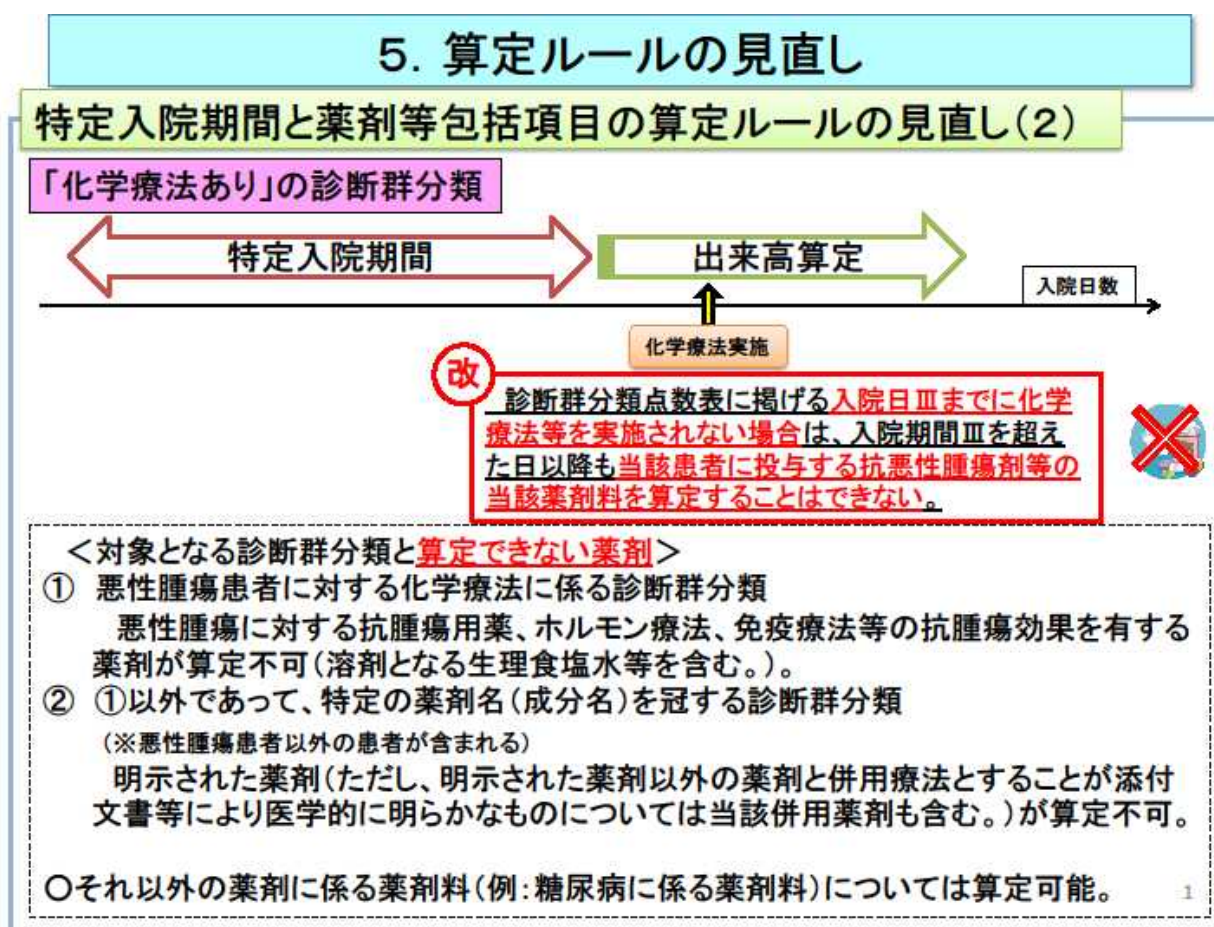
② 特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて

- 高額な薬剤・材料を用いる検査（心臓カテーテル検査、内分泌負荷検査等）が行われる診断群分類について、現行の算定ルールにおいては、入院期間Ⅲまでに検査が実施されず出来高算定期間に検査が実施された場合、検査に係る材料料・薬材料が別途出来高算定可能となるため、入院期間Ⅲを過ぎるまで入院を延長し、出来高算定期間に入ってから検査を実施する事例があるという指摘がある。

（論点）

- 心臓カテーテル検査・内分泌負荷検査等高額な材料・薬剤を用いる検査に係る診断群分類については、「入院日Ⅲまでに当該検査が実施されなかった場合、入院期間Ⅲを超えた日以降に実施された当該検査に用いる薬剤費、材料費は算定できない」という算定ルールを導入することについてどのように考えるか。
（悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類においては同様のルールを適用済み）

（参考）悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類に適用される算定ルール
（平成 24 年度改定で導入）



③ 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

- 3日以内に再入院となった症例については、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の契機となった傷病名の診断群分類番号上6桁コードが同一である場合、前回入院と一連の入院であるものとみなし、入院期間の起算日は初回入院の入院日として算定することとされている。

(論点)

- 一連の入院とみなすか否かについて、再入院時は「入院の契機となった傷病名」によって評価しているが、再入院時についても「医療資源を最も投入した傷病名」によって評価することについてどのように考えるか。
- 「3日」という日数の設定についてどのように考えるか。

(※参考①～③は平成24年4月1日以降入院で7月1日～7月31日に退院した症例を追跡)

参考①

前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の一致しない症例の件数とその率（再入院までの日数別）

再入院までの期間(日)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
件数	1,072	1,307	1,436	1,515	1,534	1,626	1,638	1,401	1,347	1,336
比率	56.7%	57.0%	55.8%	39.7%	31.4%	29.1%	35.5%	42.6%	40.1%	35.2%

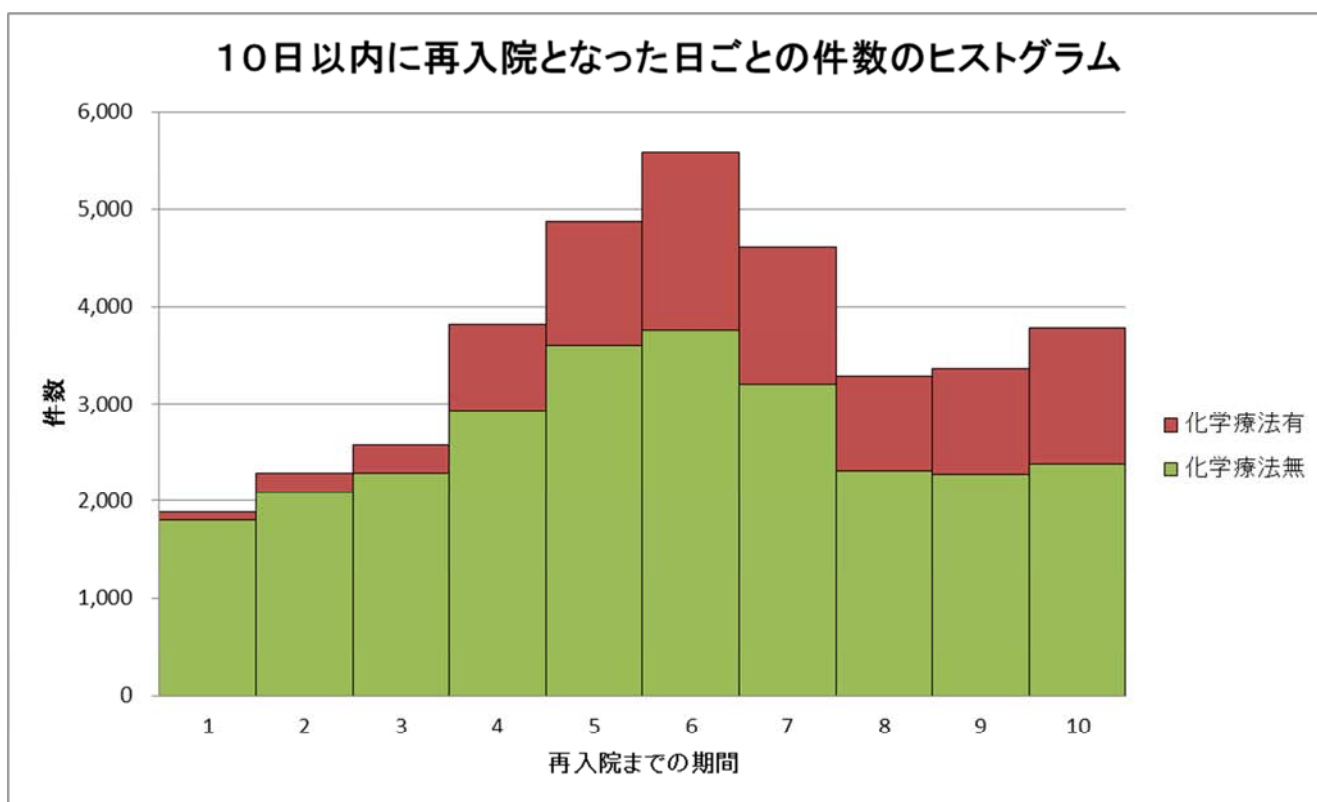
参考②

前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の一致しない症例のうち、前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の一致する症例の件数とその率（再入院までの日数別）

再入院までの期間(日)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
件数(※)	84	134	142	149	142	169	154	118	121	115
比率(※)	7.8%	10.3%	9.9%	9.8%	9.3%	10.4%	9.4%	8.4%	9.0%	8.6%

参考③

10日以内に再入院となった日ごとの件数のヒストグラム（再入院時の化学療法あり・なし別）



④ 持参薬について

- 入院前に自院または他院の外来において、入院時に使用する薬剤を大量に処方し患者に持参させることを系統的に行っている医療機関があるという指摘があるが、このような事例についてどのように考えるか。

⑤ その他

- その他算定ルール等に関連して検討すべき項目はあるか。

退院患者調査にかかる技術的事項等について

退院患者調査の見直しにかかる検討課題のうち、システム改修等を伴う技術的事項については、導入に時間を要することから、次回診療報酬改定において対応するか否かについて、なるべく早く方針を確定する必要がある。

1. 次回改定での導入に向けて議論する項目（案）

(1) 様式1のデータ記録方式について

① 概要

- 現行の様式1は、患者1名につき1行のデータ記録方式（以下「横持ち」という。）により厚生労働省に提出することとなっている。
- 一方、より拡張性の高い、項目名も同時に記録するデータ記録方式（以下「縦持ち」という。）に変更すべきという指摘がある。
- 平成23年12月14日のDPC分科会において、平成24年度改定以降、必要性やメリット・デメリットを検討した上で導入の是非を検討することとされた。

<フォーマット変更のイメージ>

（横持ち）

ID	入院日	退院日	...	ICD10
〇〇	11/1	11/18	...	C187
△△	11/3	11/7	...	K805

（縦持ち）

ID	項目名	値
〇〇	入院日	11/1
〇〇	退院日	11/18
〇〇	ICD10	C187
△△	入院日	11/3
△△	退院日	11/8
△△	ICD10	K805

<考えられるメリット・デメリット>

横持ち	
メリット	デメリット
目視しやすい	調査項目数に制限をかける必要がある
データの種類によっては横持ちの方が扱いやすい	様式1の項目を変更した場合、変更前のデータとの突合に手間がかかる

縦持ち	
メリット	デメリット
調査項目数の制限をなくすことが可能	目視しにくい
様式1の項目を変更しても、変更前のデータとの突合が容易	

② 対応案

- 平成 24 年 4 月 1 日以降、様式 1 は「縦持ち」の記録方式で厚生労働省に提出することとしてはどうか。
- 「入院時併存症名」については、記録方式を縦持ちに変更することで記録可能な個数の制限（現行では 4 個）をなくすことが可能となるが、個数を無制限とした場合大幅なシステム改修が必要となるため、仮に記録方式を縦持ちに変更する場合であっても、次回改定においては「入院時併存症名」等の記録可能な個数については制限を設けることとしてはどうか。

2. 次回改定以降での導入に向けて議論する項目について（案）

（1） DPC データ・レセプト一本化について

① 背景

- 現行の仕組みにおいては、各医療機関は DPC データとレセプトをそれぞれ作成し、DPC データは厚生労働省に提出し、DPC レセプトは各保険者に提出することとされている。
- DPC 分科会において、DPC データとレセプトを一本化して保険者に提出する仕組みを作るべきなのではないかという指摘があった。

② 一本化により考えられるメリット

- 医療機関における負担軽減（DPC データとレセプトを別々に作成する負担が軽減され、DPC データのオンライン提出が可能となる）
- レセプトの返戻が行われた際の DPC データへの反映を確実に行うことによる DPC データの質の向上

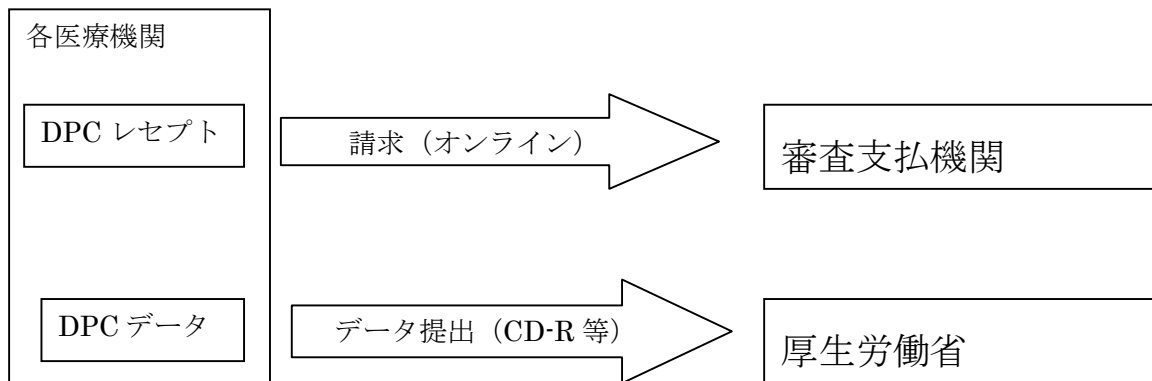
③ 検討が必要と考えられる課題等

- 法的に検討すべき課題の整理（社会保険診療報酬支払基金法等による審査支払機関の業務規定、DPC データの法的位置づけ、個人情報保護法との関連等）
- 審査支払機関等においてオンラインでの DPC データ受け取りを可能とするためのシステム等の整備

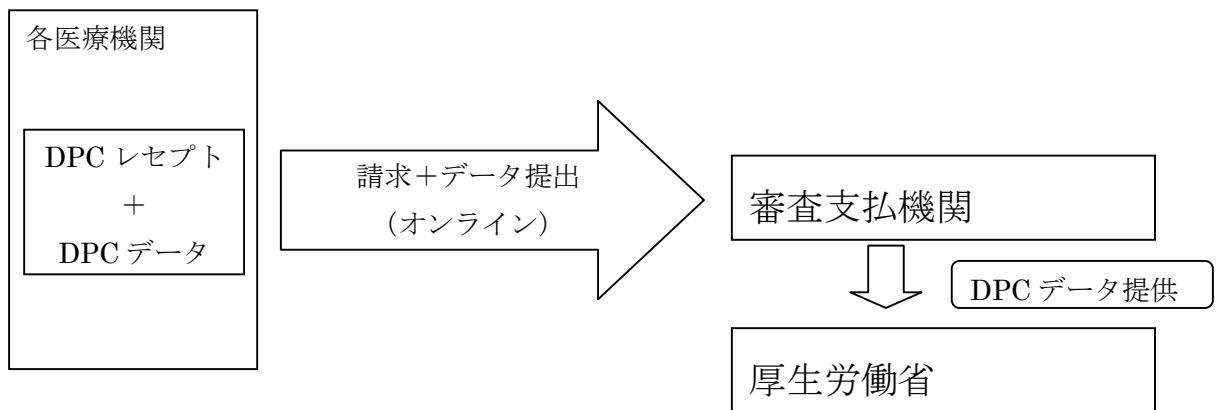
④ 論点

- DPC データ・レセプトの一本化の是非については、DPC 分科会のみならず、中医協総会や医療保険部会等においても議論が必要であるものと考えられるが、DPC 分科会として DPC データ・レセプトを一本化することについてどのように考えるか。

(現行のイメージ)



(DPC データ・レセプト一本化の粗いイメージ)



(2) 匿名化方式について

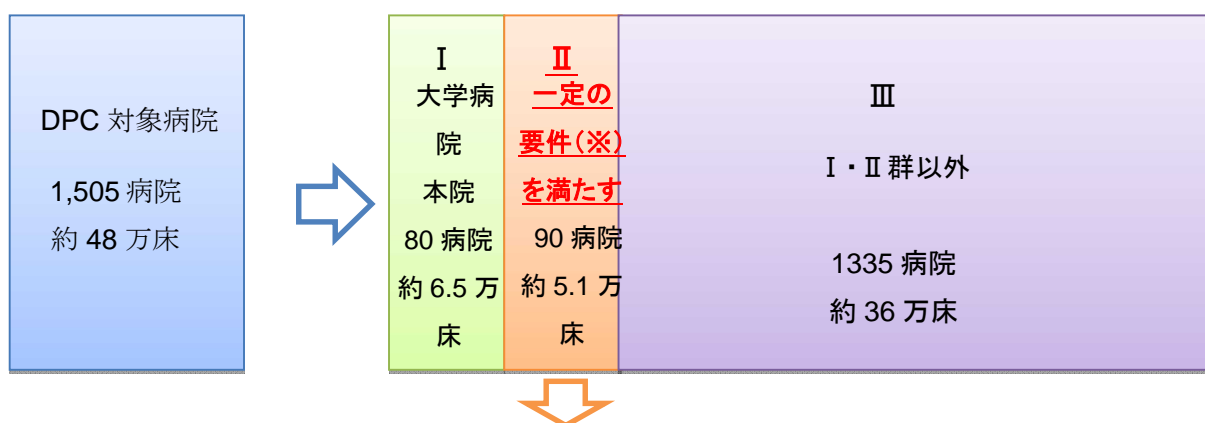
- DPC データの提出に際しては、各医療機関が独自の匿名化方式を用いて各患者データの匿名化を行った上で、厚生労働省に提出することとされている。
- 平成 22 年度に退院患者調査を通年化する以前には、各医療機関は DPC データを提出しない期間に匿名化方式を変更することが可能であったが、平成 22 年度より退院患者調査が通年化したため、同一の匿名化方式によって DPC データを提出し続ける必要が生じた。
- そのため、システムベンダーの変更等によって匿名化方式を変更する必要が生じた場合、過去に提出した DPC データを新しい匿名化方式を用いて再度匿名化を行って再提出する等の対応が必要となるため、システムベンダーの変更等の際の医療機関の負担が増えているという指摘がある。
- また、各医療機関が個別の方式で匿名化を行うため、医療機関が異なれば同一の患者であっても各医療機関同士の DPC データの結びつけを行うことはできない。
- こういった現状を踏まえ、2. (1) の DPC データ・レセプト一本化の検討状況を踏まえつつ、匿名化方式の統一化等を検討することとしてはどうか。

医療機関群Ⅱ群の要件の見直し等について

1. 医療機関群の設定の背景

- 平成24年度診療報酬改定において、「調整係数」の見直しに伴い「基礎係数」が新たに設定され、「基礎係数」は医療機関群に分けて設定されることとなった。
- 大学病院本院は、包括範囲の1日当たりの出来高点数（診療密度）が他施設と比較し明らかに異なっており、役割や機能が明らかに他施設と異なることから別群（Ⅰ群）とされた。
- 大学病院本院以外の施設については、「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」及び「重症患者に対する診療の実施」といった観点から、大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有すると考えられる医療機関について別群（Ⅱ群）とされた。

<平成24年度改定における医療機関群の設定（DPC病院Ⅰ群～Ⅲ群）>



<DPC病院Ⅱ群の要件（以下の【実績要件1～4】を全て満たす病院）>

Ⅱ群病院の考え方：大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院

実績要件（特定機能病院は実績要件2を満たしたものとして取扱う）	
	各要件の具体的指標
【実績要件1】診療密度	○ 1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正）
【実績要件2】医師研修の実施	○ 届出病床当たりの医師数（免許取得後2年目まで）
【実績要件3】 高度な医療技術の実施 ※右3つを全て満たす	○ 手術1件あたりの外保連手術指数（協力医師数及び手術時間補正後） ○ DPC 算定病床当たりの外保連手術指数（協力医師数及び手術時間補正後） ○ 手術実施件数
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	○ 複雑性指数（重症DPC補正後）

2. 医療機関群Ⅱ群の要件に関するこれまでの検討状況

(1) 平成24年8月22日中医協総会において決定された事項

- 現行のⅡ群の要件である、「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術」、「重症患者に対する診療」について全てⅠ群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）をクリアする、という考え方については、引き続き維持することとされた。
- それぞれの要件の具体的な評価手法については、現行の評価手法を基本としつつ、今後の実績を踏まえた必要な見直しについて、引き続き検討することとされた。
- 「【実績要件3】医療資源必要度の高い技術」については、現行の外保連手術指数による評価を基本としつつ、以下の通り対応することとされた。
 - ・ 実施された手術のうち、外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術については、下表の通り、全体に占める割合が少なく殆ど影響がないと考えられることから、評価の対象外とする（現行の考え方）。

全手術件数*	外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術件数	割合
5,052,786	102,843	2.04 %

*様式1に記載されていた全ての手術のうち、輸血等を除いたもの

- ・ 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

3. 医療機関群Ⅱ群の実績要件の検討について

【実績要件1】：診療密度

(ア) 現行の評価方法

診療密度 = [1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）]

当該医療機関において症例数が一定以上の（1症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出。

(イ) 考え方

- 大学病院本院（Ⅰ群）に相当するような診療密度の施設を前提。

(ウ) 論点

現行の評価方法を継続すべきか。

【実績要件2】：医師研修の実施

(ア) 現行の評価方法

医師研修の実施 = [届出病床1床あたりの臨床研修医師数（免許取得後2年目まで；基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正）]

基幹型臨床研修指定病院については、各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医数（※）と地方厚生（支）局へ届け出ている病床数（様式3の「医療保険」総数（届出病床総数））により算出。

協力型臨床研修指定病院については、平成23年11月に調査した臨床研修医数（年度単位の常勤換算値）により算出。

特定機能病院は実績を満たしたものとして取り扱う。

(イ) 考え方

「届出病床1床あたりの臨床研修医師数（免許取得後2年目まで）」

- 単一指標で医師研修機能を表現しつつ、過剰な医師獲得競争を抑制するため、施設単独の判断では採用できない臨床研修医に限定（マッチングシステムによる適正制御）。
- DPC算定病床の入院診療だけに従事する医師の特定は困難。
※ なお、臨床研修医師数は、入院医療に従事する臨床研修医について常勤換算で調査

「基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正」

- 基幹型臨床研修指定病院の「採用数」に加えて協力型臨床研修指定病院での研修実績にも配慮。

(ウ) 論点

- 協力型臨床研修指定病院の臨床研修医数については、実際のⅡ群の医療機関の決定にあまり影響を与えないこと、および正確な状況を継続的に把握することが難しいことから、評価対象から除外することについてどのように考えるか。

【実績要件3】：高度な医療技術の実施

(ア) 現行の評価方法

高度な医療技術の実施

= [次の3つ(3a~3c)がそれぞれ一定の基準を満たす]

(3a)：手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)

(3b)：DPC算定病床当たりの同指数(協力医師数及び手術時間補正後)

(3c)：手術実施件数

「(3a)：手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数(※)を「(3c)：手術件数」で除して算出。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出。

「(3c)：手術件数」については、外保連試案第8版において技術難易度が設定されている手術を集計対象手術とした。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とした。

(※) 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数は、外保連試案(第8版)に記載されている、協力医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値(下表参照。難易度B、協力医師数0人を1としてそれぞれ相対化)に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出。

【例】難易度D、協力医師数2、手術時間数3の手術は $7.43 \times 3 = 22.29$

協力医師数	0	1	2	3	4	5	6
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.36	3.36	3.63	3.90	4.17		
D	4.07	6.43	7.43	7.70	7.97	8.24	
E	6.11	10.18	12.54	13.54	13.81	14.08	14.35

難易度、協力医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード(医科点数表の手術コード)の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与。それ以外のものについては集計の対象外。
- 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、協力医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り混んで対応関係を作成。(協力医師数を最優先)。

- ①協力医師数 降順
- ②技術度 降順
- ③時間 降順

【具体例】

診療報酬コード	8 版試案手術名	技術度	協力医師数	時間数
K3432	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（広汎全摘、頭蓋底郭清）	D	3	5
K3432	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（単純全摘）	D	2	3
K3432	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（広汎全摘）	D	2	4

→協力医師数の多い 「技術度 D、協力医師数 3、時間数 5」とする。

(イ) 考え方

「外保連手術指数（協力医師数及び手術時間補正後）(3a)」

- 協力医師数及び手術時間を加味することで、より多くの医師配置が必要な手術を高く評価（実質的な医師配置の代替）。

「DPC 算定病床当たりの同指数（補正後）(3b)」

- 手術 1 件あたりの指数は当該施設の平均的な手術難易度が反映されるものの、当該施設における実施頻度の要素が反映できない（少数の高難易度手術を実施すれば高い評価となる恐れ）ことから、「病床当たり」の実施頻度を併せて評価。（※手術内容のデータは DPC 算定病床に係るものしか把握できないため、DPC 算定病床当たりとする）

「手術実施件数(3c)」

- 適切な手術難易度の評価とするため、一定数以上の手術件数の実施を前提（手術件数が少ないと、一部の極端な事例が過大に反映される恐れがある）。

(ウ) 論点

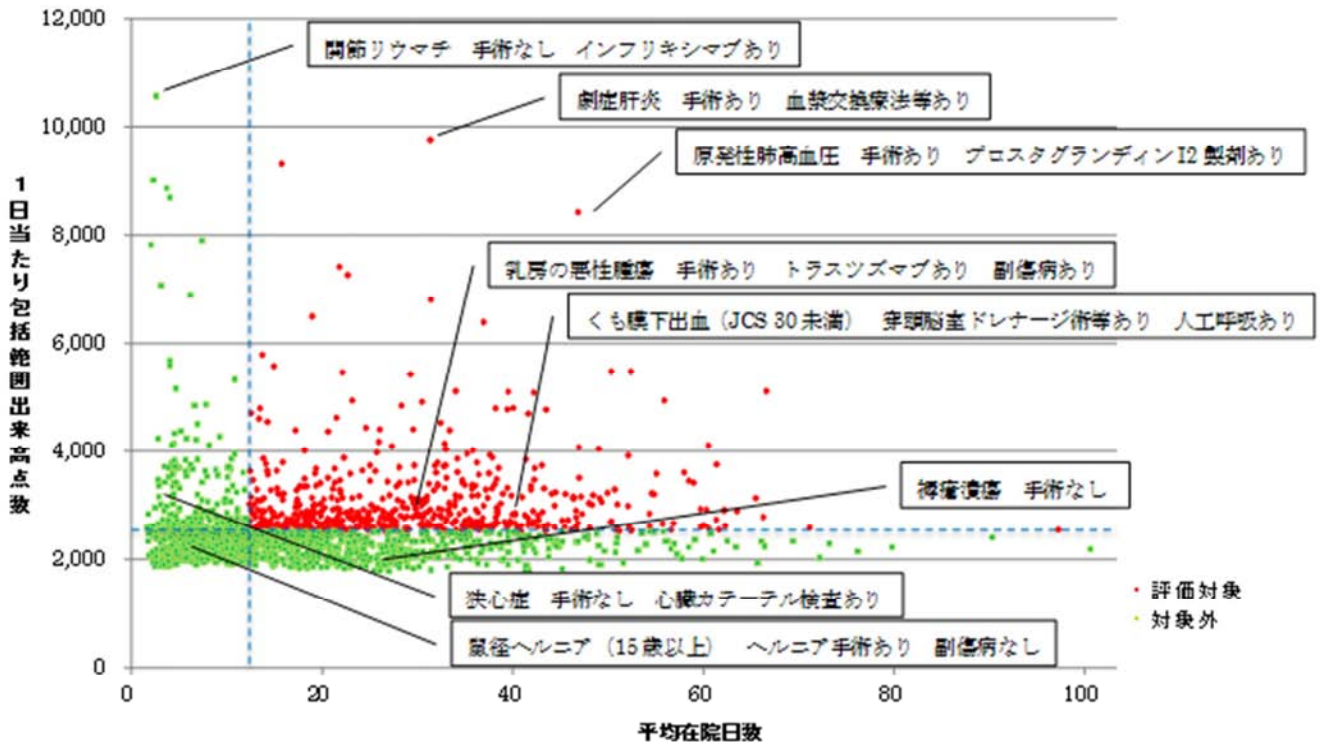
- 現行の評価方法を継続すべきか。

【実績要件4】：重症患者に対する診療の実施

(ア) 現行の評価方法

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数（重症DPC補正後）]
全DPC参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出。

重症補正対象DPC



(イ) 考え方

医師配置を前提とするような重症患者を重点的に評価するため、検査や薬剤等の診療密度（1日当たり出来高点数）がより高く、かつ、より長期に及ぶ加療（在院日数が長い）が必要な患者（DPC）を重点的に評価するよう複雑性指数（DPC 毎の1入院あたり包括範囲出来高平均点数の多寡を反映する指標）を補正。

(ウ) 論点

- 現行の評価手法を継続すべきか。

4. 医療機関群のあり方に関し、中長期的(次回改定以降)な視点から検討する論点(案)

① 医師派遣機能の評価について

- II群病院(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する医療機関)は大学病院本院に準じた医師派遣機能を有すべきではないかとの観点から、医師派遣の実績をII群の要件に加えるべきではないかという提案があった。
- 一方で、医師派遣の定義を厳密に行うことが難しいことから、実績要件として定量的に評価するのは難しいのではないかという意見があった。
- これらを踏まえ、医師派遣の実績をII群要件に加えることについてどのように考えるか。

② 外科系以外の高度な医療技術の評価について

- 次回診療報酬改定においては、【実施要件3】「高度な医療技術」は外保連手術指数による評価を基本として見直しをすることとされているが、内科技術等の外科系以外の技術を実績要件に加えることについてどのように考えるか。

③ 急性期病床の医療機能の分化との整合性について

- 急性期病床の医療機能の分化の推進等の議論を踏まえ、病床機能分化と医療機関群のあり方との整合性についてどのように考えるか。

基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定対応に係る基本方針と 今後の検討課題について (案)

1. 基本方針(案)

(1) 背景

- 平成30年度での調整係数の置換えに向けた計画的な移行を推進するためには、DPC 対象病院の制度に対する理解と可能な限りの予見性の確保が不可欠である。
- このため、特に次期改定(平成26年度)での診療実績評価の対象期間(平成24年10月から)を踏まえ、基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定対応に係る基本方針について可能な限り早期にDPC 対象病院に対して提示することとする。

なお、最終的な次回改定での具体的な対応案については、今後の診療実績を踏まえた検討結果に基づき、平成25年秋頃までにとりまとめる。

「DPC 制度に関する今後の検討方針について」(平成24年6月20日・分科会)

(2) 具体的な内容

【考え方】

- 基礎係数と機能評価係数Ⅱの組み合わせは機能分化を推進しつつ、調整係数を廃止するための基本的な枠組みとして重要(診療密度が高い施設について、多角的な観点から一定の役割を求める仕組みが不可欠)
- 見直しについては、一定の実績を踏まえた必要性に応じて、今後、更に検討すべき課題

【平成26年度改定対応に係る基本方針の具体案】

① 基礎係数・機能評価係数Ⅱによる評価体系の基本骨格

- 平成24年度改定の経緯も踏まえ、医療機関群別の基礎係数と各施設の実績に基づく機能評価係数Ⅱ(一部病院群別)という評価体系の基本骨格は維持することとしてはどうか。

② 医療機関群の設定

- 現行のⅠ群(大学病院本院)及びⅡ群(Ⅰ群に準じる病院)は、引き続き維持することとしてはどうか。また、Ⅰ群及びⅡ群以外の病院(Ⅲ群)に関する医療機関群設定のあり方については、今後の実績を踏まえて、平成26年度改定の対応において検討することとしてはどうか。

- 現行のⅡ群の要件である、「診療密度」、「医師研修」、「高度な医療技術」、「重症患者に対する診療」について全てⅠ群(大学病院本院)の最低値(但し、外れ値を除く)をクリアする、という考え方については、引き続き維持することとしてはどうか。なお、「高度な医療技術」については、もともとの概念が必要とされる医療資源量の大きい技術を念頭においたものであり、必ずしも技術の難易度が反映されたものではなく、誤解も招きやすいとの指摘を踏まえ、今後、名称については「医療資源必要度の高い技術」と改めてはどうか(評価の考え方は変更なし)。

また、それぞれの要件の具体的な評価手法については、現行の評価手法を基本としつつ、今後の実績を踏まえた必要な見直しについて、平成26年度改定の対応において検討することとしてはどうか。

- なお、「医療資源必要度の高い技術」については、現行の外保連手術指数による評価を基本としつつ、以下の点については、予め明確化してはどうか。

- ① 実施された手術のうち、外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術については、下表の通り、全体に占める割合が少なく殆ど影響がないと考えられることから、評価の対象外とする(現行の考え方)。

全手術件数*	外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術件数	割合
5,052,786	102,843	2.04 %

*様式1に記載されていた全ての手術のうち、輸血等を除いたもの

- ② 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

③ 機能評価係数Ⅱの評価体系

- 現行の6項目による評価(うちカバー率、複雑性、地域医療は群別の評価)の体系自体は原則維持することとし、新規評価項目の追加については今後、引き続き検討することとしてはどうか。

- 各項目の具体的な評価手法(指数から係数への変換等)については、今後の実

績や医療機関の機能分担・連携の進展状況等も踏まえながら、必要に応じて見直すこととしてはどうか。

2. 基礎係数・機能評価係数Ⅱに係る今後の検討課題(案)

(1) 平成26年度改定に向けた課題(今後の診療実績等を踏まえた必要な見直しは除く)

○ DPC 病院Ⅲ群のあり方

DPC 病院Ⅰ群及びⅡ群以外の病院(Ⅲ群)については、病床規模や診療特性などの医療提供体制において、非常に多様な施設が含まれていると考えられる。これらのⅢ群に該当する施設についての基礎係数設定のあり方に関して、機能評価係数Ⅱによる評価との組み合わせも含めて、どのように考えるか、検討する必要がある。

(2) 平成30年度目途の調整係数置換え完了に向けた中長期的な課題

○ DPC/PDPS 対象病院のあり方(小規模病院、専門病院などの評価のあり方を含む)

DPC 制度(DPC/PDPS)は、平成 15 年に特定機能病院82病院を対象に導入され、その後順次対象病院を拡大してきた(平成24年7月現在1503病院)。このため、病床規模の大きな特定機能病院から、小規模病院やいわゆる単科専門病院等、制度導入時には念頭になかったような幅広い診療形態の病院が参加している。

DPC/PDPS は、診療科や疾患などのケースミックスが異なる病院について、DPC を活用したケースミックスの補正により、病院全体としての診療内容の評価体系を構築することが重要な意義と考えられ、このようなケースミックスの補正や病院全体としての評価を可能とするためには、一定数の症例や一定の診療分野の広がりを前提とせざるを得ないものと考えられる。

このような観点も踏まえつつ、今後の調整係数の置換え完了に向け、特に小規模病院や特定の診療科に特化した専門病院などの取扱いも含めた、DPC/PDPS 対象病院のあり方について、どのように考えるか検討する必要がある。

○ 医療機関における診療内容等の変動(バラつき)と基礎係数・機能評価係数Ⅱによる調整分の推移(個別医療機関におけるバラつきに対する評価のあり方)

調整係数による個別施設単位での調整の廃止と、医療機関の機能を評価した機能評価係数Ⅱと基礎係数への置き換えを、今後段階的に進める中で、個別医療機関ごとの診療内容のバラつきについて、一定程度、収斂していくことが期待される。これらのバラつきについて、今後の経過とともに、機能評価係数Ⅱによる調整幅の中で吸収できる程度に収束していくか注視しつつ、必要に応じた最終的な対応について検討する必要がある。

○ 激変緩和措置のあり方

平成 24 年診療報酬改定では、調整係数の基礎係数・機能評価係数Ⅱへの置換えに伴う個別の医療機関別係数の変動について、激変緩和の観点から、医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)に基づき、2.0%を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整した。

これらの激変緩和の対象となった施設については、引き続き段階的に実施される置換えについてどのように対処するか、各施設が今後の運営の中でそれぞれの施設の特性に応じて検討する必要があるが、平成30年を目途とする最終的な完全移行の段階において、それまでの改定で猶予された変動分が集積している可能性もある。この場合、減額変動を緩和して猶予した施設については、最終的に出来高算定を選択する余地があるものの、増額変動を緩和して猶予した施設については、施設が希望しない場合 DPC 制度に残留することとなり、結果的に大幅な変動が最終段階で集中する可能性がある。

上記のような状況も含め、今後の段階的な暫定調整係数の廃止(基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換え)に伴う、最終的な置換え完了を見据えながら、改定時の激変緩和措置について、どのように考えるか、今後、引き続き検討する必要がある。