

診調組 D-4参考
22.06.30

中医協 診-4
20.11.19

診調組 D-1
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

(参考) 現行のDPC制度について

DPC対象病院とは

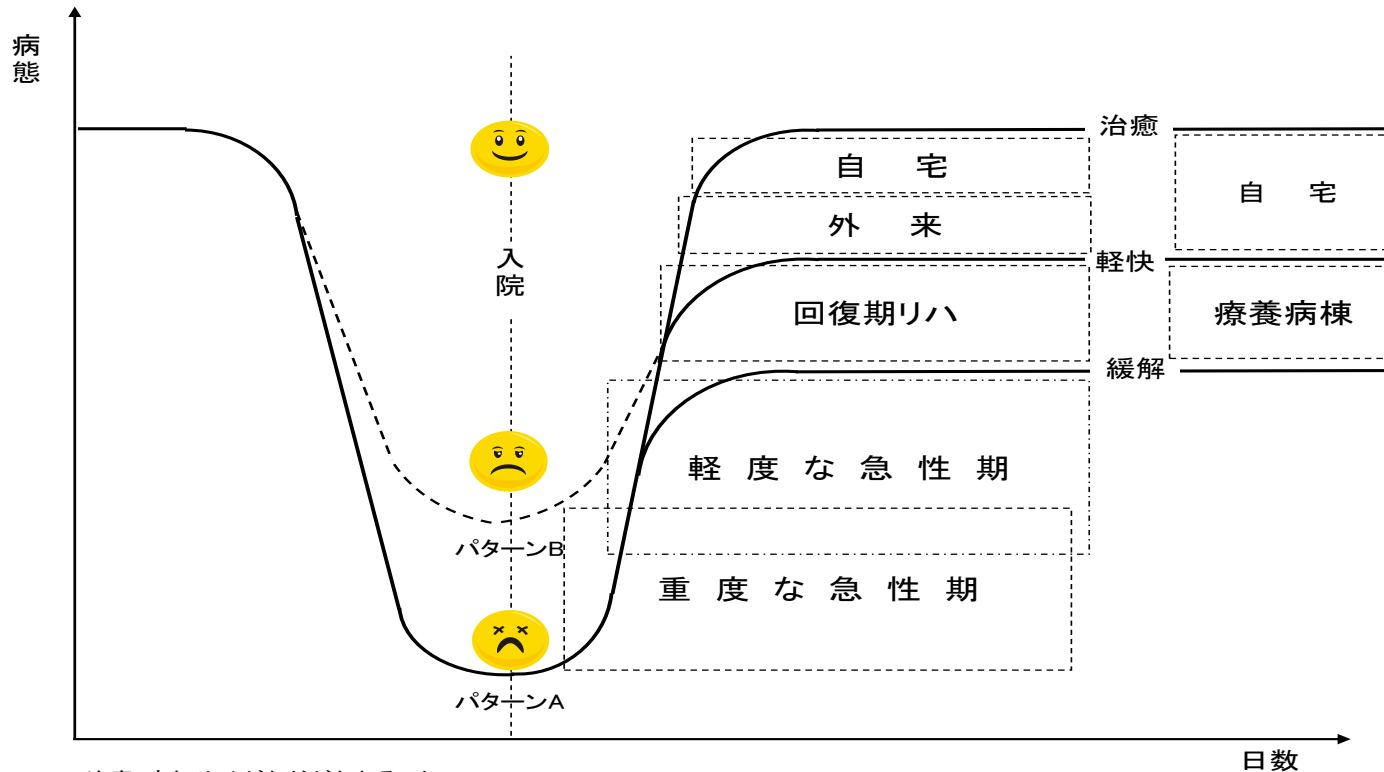
平成15年3月28日閣議決定

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。

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。

患者の病態に応じた医療の内容



治癒: 病気やけがなどがなおること。

軽快: 症状が軽くなること。

緩解: 病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態。

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

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

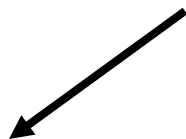
【平成20年2月13日 中医協・総会 承認】

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。

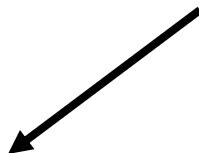
1 現在の「医療機関別係数」の概要

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

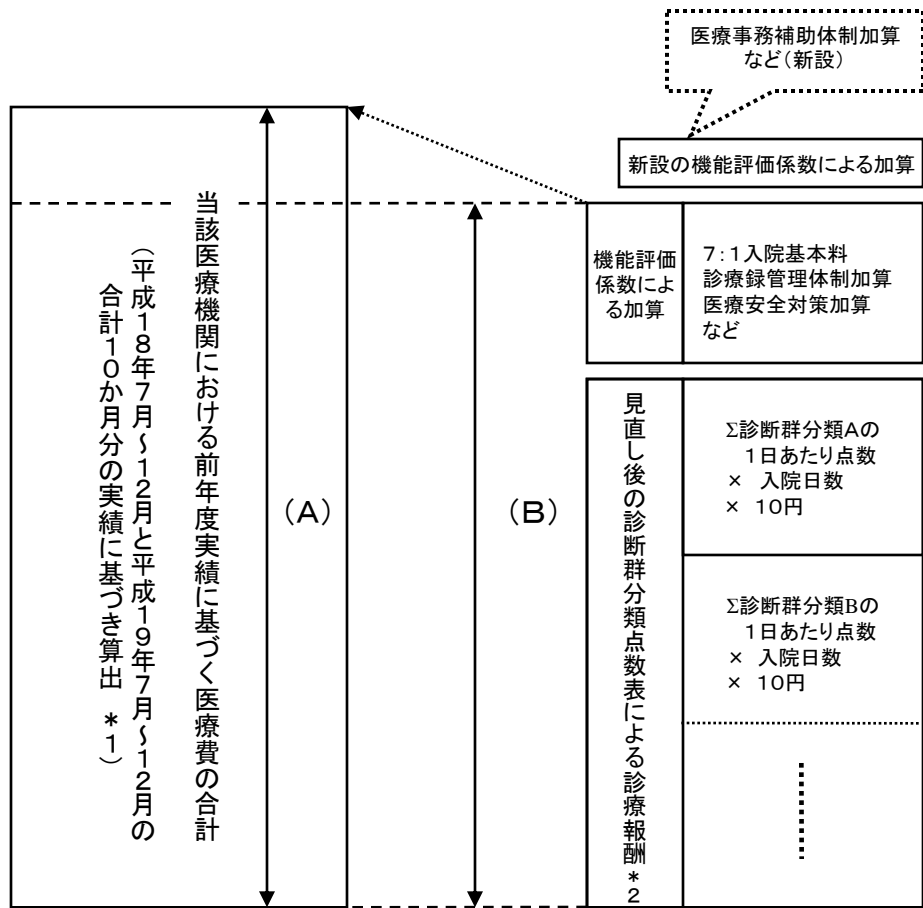


包括評価部分点数 = 診断群分類毎の1日当たり点数
× 医療機関別係数 × 在院日数



医療機関別係数 = 機能評価係数 + 調整係数

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

$$= (A) \times (1 + \text{改定率}) / (B)$$

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。

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、入院基本料等加算のうち、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。

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

2 DPC評価分科会での議論 (総論)

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

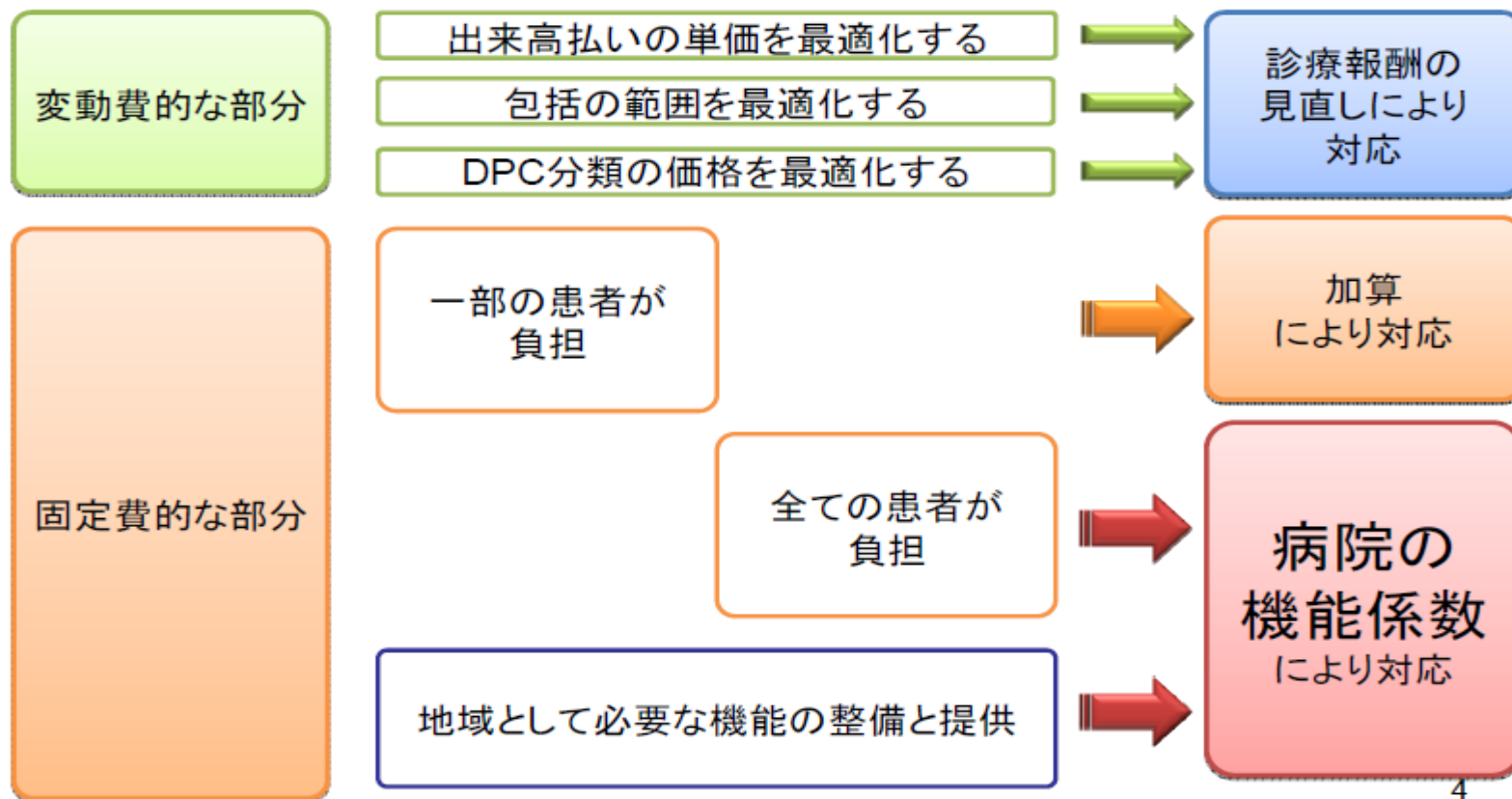
出典 平成19年11月21日 中基協基本問題小委員会資料

＜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。

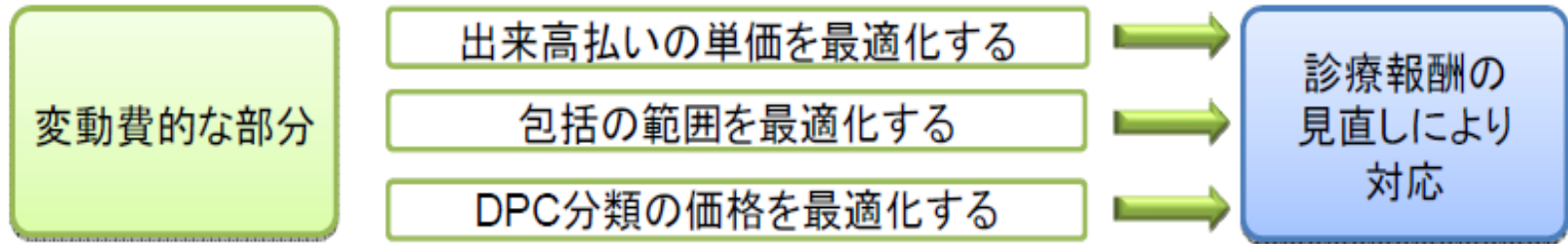
平成20年度における議論の整理(1)

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

平成20年度における議論の整理(2)



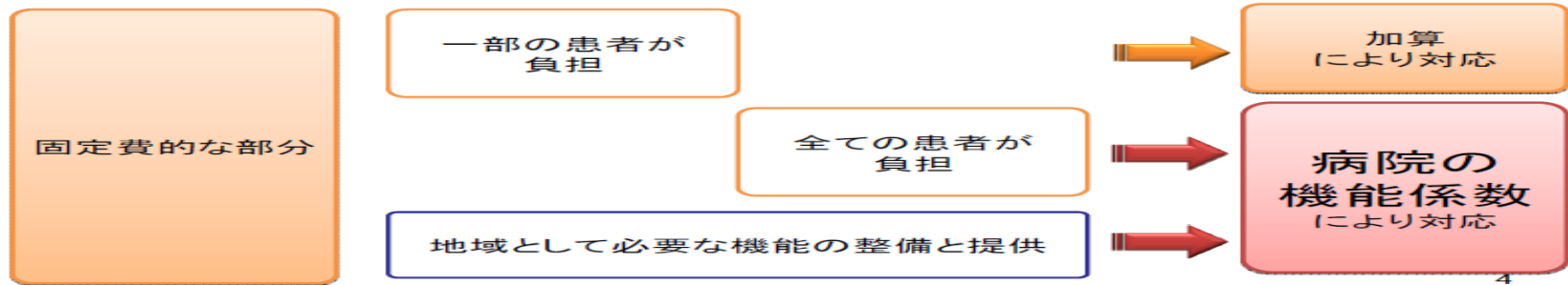
【論点】

○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。

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。

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。

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。

3 DPC評価分科会での議論 (各論)

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

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

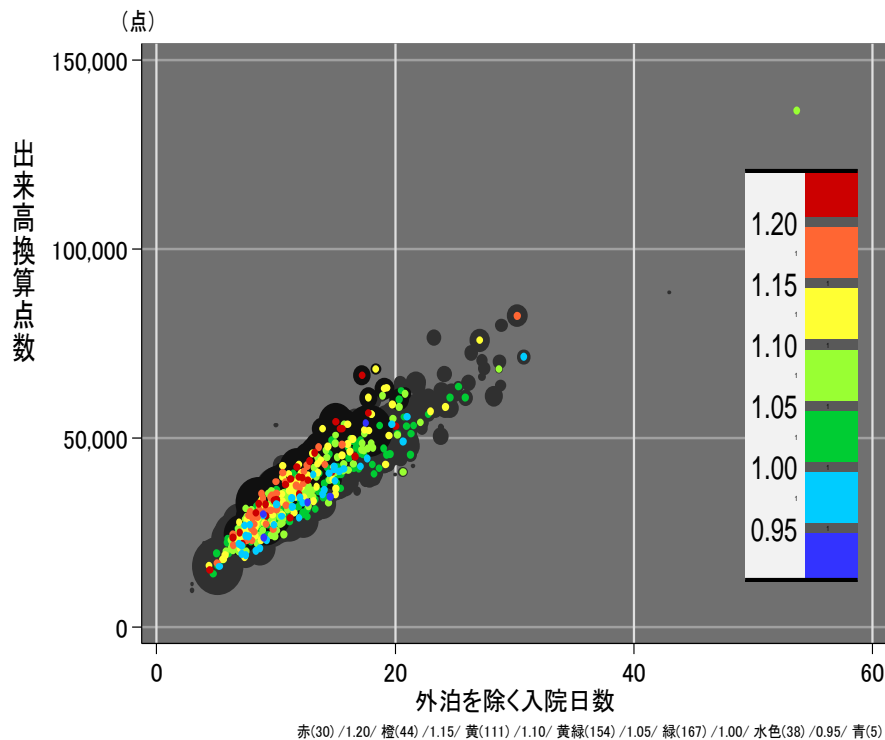
出典 平成20年7月30日 DPC評価分科会 松田研究班提出資料より抜粋

プロセスについて1-①

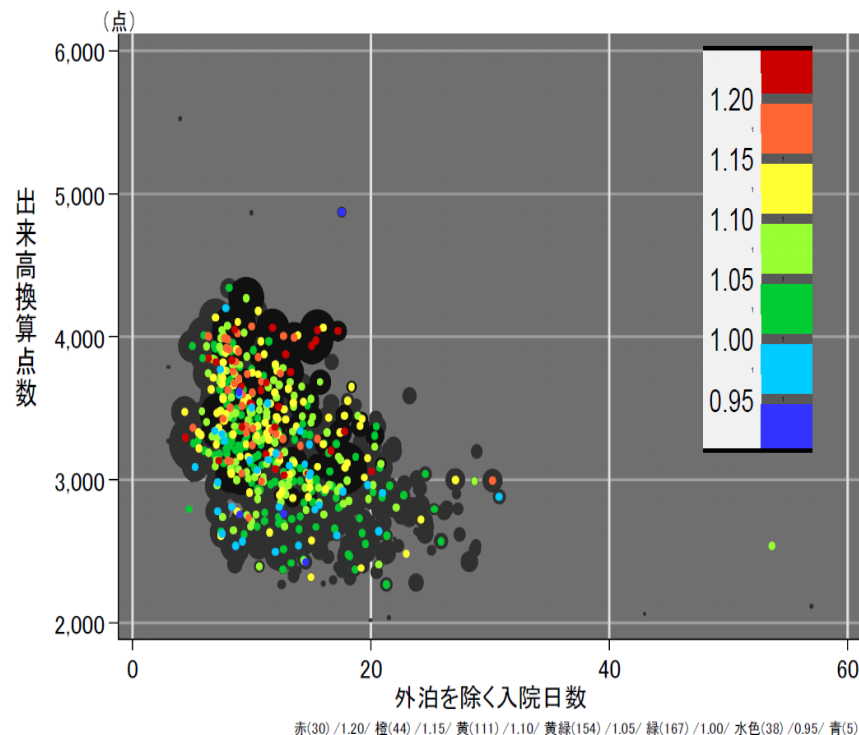
【これまでの検討】

- 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)

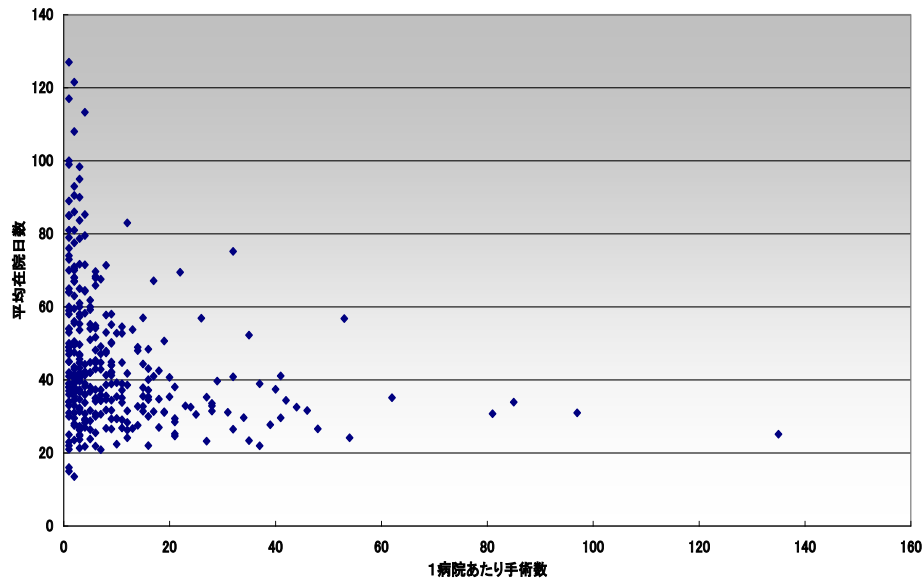


プロセスについて1-②

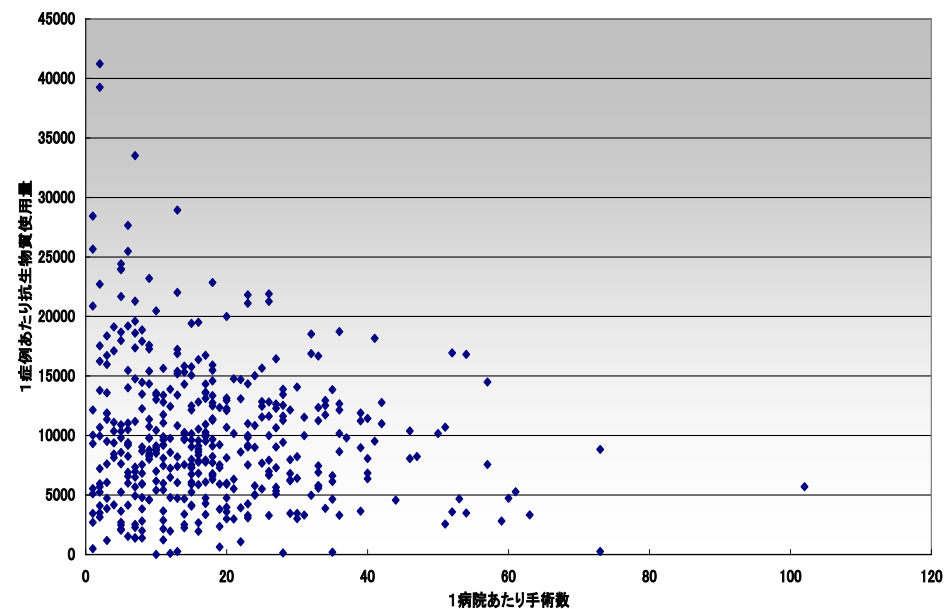
【これまでの検討】

- 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はいか。

手術数と平均在院日数(大腿骨頭再置換術等手術処置等1なし)



手術数と抗生物質使用量(虫垂炎単純切除術・合併症なし)

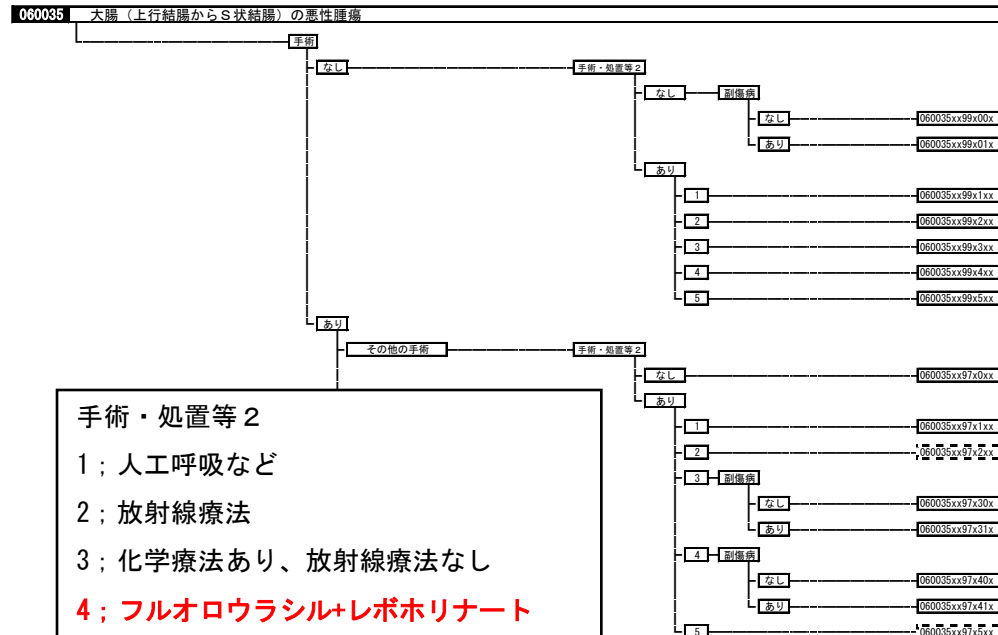


プロセスについて1-③

【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	13913	54.4%	8.5	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%	8.6	オキサリプラチン+かわらたけ多糖体制剤+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



手術・処置等 2

- 1; 人工呼吸など
- 2; 放射線療法
- 3; 化学療法あり、放射線療法なし
- 4; フルオロウラシル+レボホリナート
カルシウム+オキサリプラチンあり**
- 5; ペバシズマブ