

DPC制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について

（中間報告）

平成 25 年 10 月 16 日

診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会

分科会長 小山 信彌

[概要]

- DPC 制度（DPC/PDPS）については、平成 24 年度診療報酬改定答申書附帯意見において、今後 3 回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置き換えを引き続き計画的に実施することとされている。

（参考）平成 24 年度診療報酬改定 答申書附帯意見（DPC/PDPS 関連部分 抜粋）
 10 DPC 制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後 3 回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置き換えを引き続き計画的に実施すること。（以下略）

- 平成 24 年 8 月 22 日の中医協総会において、基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定（平成 26 年度）対応に係る基本方針と今後の検討課題について了承され、今後の検討課題について引き続き DPC 評価分科会で検討を進めることとされた。

<平成 24 年 8 月 22 日中医協総会での了承された事項（概要）>

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。

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。
- 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。

（次ページにつづく）

- なお、「高度な医療技術の実施」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、予め明確化する。
 - 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、評価の対象外とする（現行の考え方を維持）。
 - 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。

<平成 24 年 8 月 22 日中医協総会での了承された次回改定（平成 26 年度）に向けた検討課題（概要）>

② 医療機関群の設定

- 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検討する。
- 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検討することとする。

③ 機能評価係数Ⅱの評価体系

- 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する。
- 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する。

- 以降、計 9 回の DPC 評価分科会での検討を経て、以下の事項に関する一定の検討結果および今後の検討事項・スケジュールについてとりまとめ、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項を含む）について
2. 機能評価係数Ⅱについて
3. その他
4. 今後の検討事項・スケジュール

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項を含む）について

（1）Ⅲ群のあり方について

- Ⅲ群の細分化は行わないこととしてはどうか。

<考え方>

- Ⅲ群に含まれている病院には、専門病院や地域の中核病院等、役割や効率性・複雑性等の観点から非常に大きなバリエーションがあり、それらを平均的に評価することは問題があるのではないかという意見があった。
- 一方、効率性や複雑性が低い小さな病院であっても、地域に密着して果たしている役割があり、そういった役割を担う病院が基礎係数で評価されるという観点から現行のⅢ群の評価方法のままでも良いのではないかという意見があった。
- また、例えば「専門病院」という枠組みで見た場合であっても、専門病院の中に脳疾患専門病院や整形外科専門病院等多様な機能を持った病院が含まれており、一定の基準を設定することは難しいのではないかという意見があった。
- 加えて、そもそも医療機関群そのものを変更することではバラつきを補正することにはならず、さまざまなバリエーションについては、機能評価係数によって評価していくべきではないかという意見があった。

（2）Ⅱ群の要件について

① 【実績要件2】医師研修の実施について

（ア）臨床研修制度への影響評価を踏まえた対応について

- 現行の臨床研修医数を用いる評価方法については、引き続き継続することとしてはどうか。

<考え方>

- 平成24年度診療報酬改定の中医協附帯意見において、「臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。」とされている。
- 平成22年度から25年度までの4年間にわたり臨床研修医数の分布について集計を行ったが、基礎係数（医療機関群別による評価）の考え方が導入された平成24年度以降についても、医療機関群別に見た臨床研修医の分布の傾向について現時点では大きな変化は認められていない。

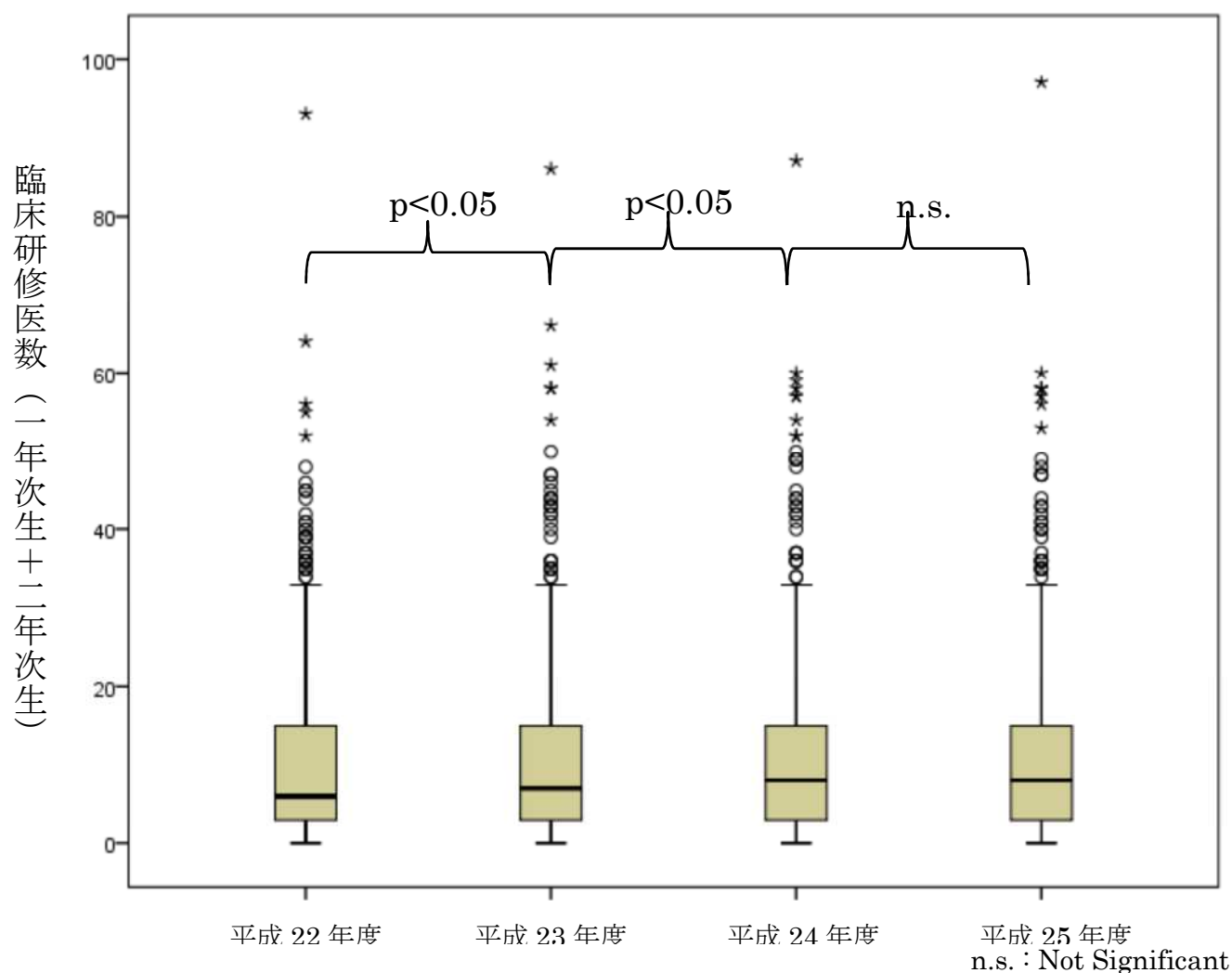
(参考：臨床研修制度への影響のための集計結果)

【図表 1】臨床研修医数全体からみた DPC 病院群別のシェア

H22 年から H25 年の間に参加している臨床研修指定病院の占める年度別割合	合計			
	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度
①DPC 病院 I 群(大学病院本院)	42.0%	41.0%	39.6%	38.9%
②DPC 病院 II 群(I 群に準ずる病院)	13.3%	13.4%	13.4%	13.5%
③DPC 病院 III 群(その他)	39.6%	40.6%	41.8%	42.4%
④DPC 病院(II + III) 群(②+③)	52.9%	53.9%	55.2%	55.9%
⑤DPC 対象病院全体(①+②+③)	94.9%	94.9%	94.9%	94.8%

【図表 2】DPC II 群 + III 群の臨床研修医数の中央値有意差検定

II 群 + III 群病院の臨床研修医数



仕様

・ DPC 対象病院：H22 年から H25 年の間 DPC 対象病院かつ H22 年 H25 年臨床研修指定病院

(イ) 臨床研修実績の評価方法について

- 臨床研修実績の評価方法については、協力型臨床研修病院の研修実績を含めず、基幹型臨床研修指定病院の採用数の実績のみによって算出することとしてはどうか。

<考え方>

- 基幹型臨床研修病院の採用数の実績に加え、協力型臨床研修病院の研修実績も加味して評価している。
- 基幹型臨床研修病院としての研修医の採用実績については、正確に把握することが可能であるが、協力型臨床研修病院としての研修医の受け入れ数については、(時期による受け入れ人数の増減等により) 正確な状況を継続的に把握することが難しい。

2. 機能評価係数Ⅱについて

(1) 基本的な考え方

○ 機能評価係数Ⅱの基本的な考え方については、平成 24 年度改定における考え方を引き続き維持することとしてはどうか。

平成 24 年度改定における機能評価係数Ⅱの基本的な考え方について
(平成 23 年 9 月 21 日 DPC 評価分科会 D-1-3 抜粋・一部改変)

○DPC 参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ
(医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ) を評価する。

○係数は、当該医療機関に入院する全 DPC 対象患者が負担することが妥当なものとする。

1. 全 DPC 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

○主な視点

- ①医療の透明化 (透明化)
- ②医療の質的向上 (質的向上)
- ③医療の効率化 (効率化)
- ④医療の標準化 (標準化)

2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

○主な視点

- ①高度・先進的な医療の提供機能 (高度・先進性)
- ②総合的な医療の提供機能 (総合性)
- ③重症患者への対応機能 (重症者対応)
- ④地域で広範・継続的に求められている機能 (5 疾病等)
- ⑤地域の医療確保に必要な機能 (5 事業等)

【(参考) 現行の機能評価係数Ⅱの 6 項目の考え方】

診調組 D-2-1 (一部改変)
23. 10. 14

①	データ提出指数
②	効率性指数
③	複雑性指数
④	カバー率指数
⑤	救急医療指数
⑥	地域医療指数

1. 全 DPC 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

(2) 現行6項目の見直し

- 現行6項目の見直しについては、各指数について、以下のような観点から見直しの検討を進めて行くこととしてはどうか。
- 平成24年度通年のDPCデータによる検証を踏まえ検討を進めることとしてはどうか。

① データ提出指数

- データの質を評価する新たな方法等について検討することとしてはどうか。

<考え方>

- 現行の「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価方法については、ほとんどの医療機関が基準（20%未満）をクリアしている。
- DPCデータの質に関連して、質が低く分析対象とはならないデータを多数提出している医療機関があるという指摘、支払いに関係のない副傷病はほとんど記載されていないという指摘、様式1の記載内容はレセプトとの記載内容との整合性によって評価すべきという指摘等がある。
- これらの指摘を踏まえ、適切な副傷病の記載や、各様式間の矛盾のない記載等について、データ提出指数の評価対象とすることについて検討を進めることとしてはどうか。

② 効率性指数

- 後発医薬品の使用割合による評価の導入について検討することとしてはどうか。

<考え方>

- DPC/PDPSにおいては、包括範囲の使用薬剤は後発医薬品に置き換えるインセンティブがあるものと考えられるが、退院時処方や手術中に用いる薬剤等、別途出来高算定が可能となっている薬剤についても後発医薬品の使用を評価すべきという視点がある。
- 社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）に基づいて作成されている「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」において、後発品の数量シェア60%以上が目標値として設定されている。

(参考) 後発医薬品の数量シェア

$$= \frac{\text{[後発医薬品の数量]}}{\text{[後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量]}}$$

- 包括部分は二重インセンティブとなるため出来高部分の使用薬剤割合に評価対象をしぼるべきという意見、また後発医薬品の使用割合による評価を導入する場合であっても現行の効率性指数の中に入れるべきではないという意見等、引き続き議論すべき論点が提示された。
- また、後発医薬品の使用については、DPC 対象病院だけでなく全医療機関で進めるべきであり、医科点数表による評価体系との整合性に配慮すべきという意見があった。

③ 地域医療指数

- 体制評価指数については、従来の「4 疾病・5 事業」に加え、「精神疾患」を加えた「5 疾病・5 事業」について、評価項目の導入を検討することとしてはどうか。

<考え方>

- 平成 24 年 4 月 1 日より、新たな厚生労働省告示が適用され、都道府県は従前の「4 疾病・5 事業」に加え、新たに「精神疾患」および「居宅等における医療（在宅医療）」（「5 疾病・5 事業および在宅医療」）について医療計画を定めるものとされたことを踏まえ、従前の「4 疾病・5 事業」に加え、「精神疾患」および「在宅医療」を評価対象とすることについて議論を行った。
- 「精神疾患」については、高齢化が進んで認知症の患者が増えていること、また救急で精神疾患をベースに持っている患者が増えていること等を踏まえ、DPC 病院における精神科の役割を評価すべきではないかという意見があった。
- 一方、「在宅医療」については、医療機能の分化・連携に向けた取り組みが進んでいる中で、急性期の位置づけである DPC 対象病院が在宅医療で評価されることが果たして望ましいのかについて疑問があるという意見、「在宅療養支援病院」が 200 床未満の医療機関が対象であること等から現時点では DPC 対象病院を在宅医療の観点から評価する指標を作るのは難しいのではないかという意見があった。

④ その他の指数（複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数）

- 現行の評価方法を基本としつつ、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

3. その他

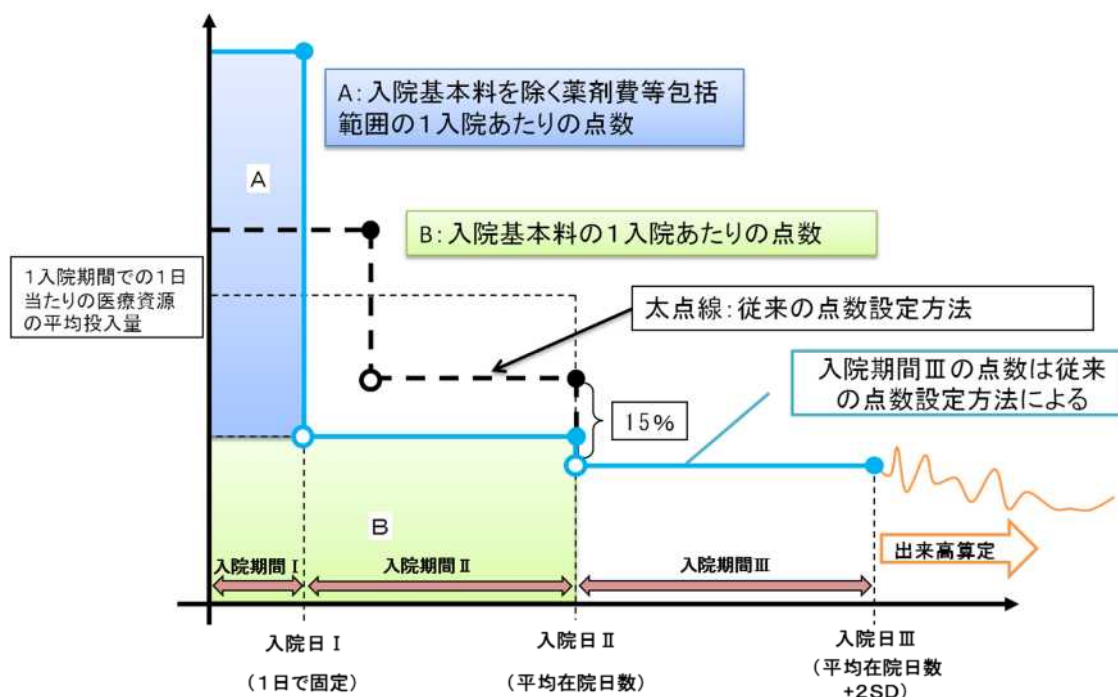
基礎係数、機能評価係数Ⅱ以外の事項についても、一定の検討結果をとりまとめたので報告する。

(1) 算定ルール等について

① 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

- 前回改定で試行的に導入した高額薬剤に対応するための点数設定方式について、当該点数設定方式を導入した22の診断群分類については、平成24年度通年のDPCデータによる検証を踏まえ、次回改定以降も当該点数設定方式を引き続き適用することについて検討することとしてはどうか。
- 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）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検討することとしてはどうか。

(参考) 平成24年度改定で高額薬剤に対応するため導入された新たな点数設定方式



<考え方>

- 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を22の診断群分類において試行的に導入した。
- 試行的に導入した22の診断群分類のうち、20の診断群分類で平均在院日数の短縮を認めている。

- (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 ベガブタニブナトリウムあり	2.28	2.13	-0.15
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性 ラニビズマブあり	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 ベバシズマブあり	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 ベ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 ベ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

② 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

- 一連と見なされる3日以内の再入院を1入院として取り扱うルールについては、平成24年度通年DPCデータによる検証等を踏まえ、適切な見直しに向けて引き続き検討することとしてはどうか。

<考え方>

- 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」と再入院の際の「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。
- 一連と見なすか否かの判断において再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に基づいて判断することの妥当性、また「3日」という日数設定の妥当性等について検討を行った。
- 当該ルールを見直す場合は、医科点数表の入院基本料の起算日のルールとの整合性にも配慮すべきではないかという意見があった。

(※参考①、②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%

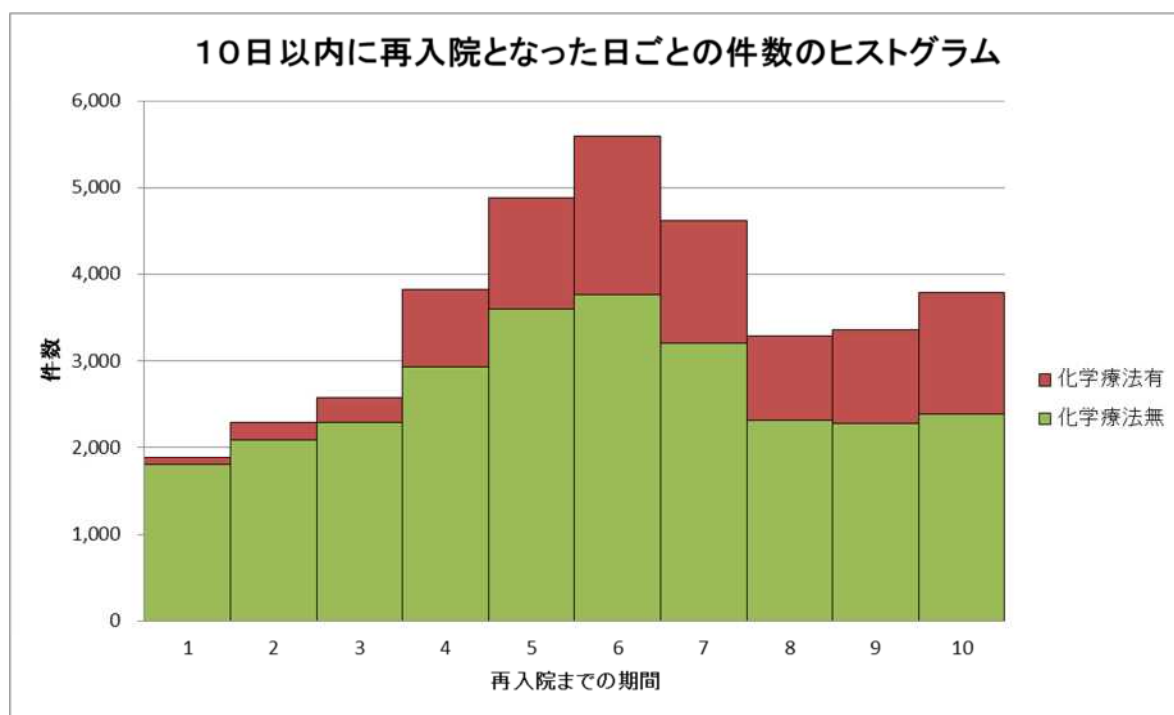
参考②

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）



(2) 退院患者調査の様式1の記録方式の見直し

○ 次回改定以降は、退院患者調査の様式1はより拡張性の高い記録方式によって提出することとしてはどうか。

<考え方>

- 退院患者調査の見直しのうち、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、早期に方針を確定させる必要がある。
- 現行の様式1は、患者1名につき1行のデータ記録方式により厚生労働省に提出することとされているが、調査項目数に制限をかける必要があること、調査項目の変更を行った際に変更前のデータと突合がしにくいといった問題点が指摘されており、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に変更すべきという意見があった。

4. 今後の検討事項とスケジュール

- 今回の中間報告の結果を踏まえ、次回改定に向けた下記の検討課題について引き続き DPC 評価分科会において具体的整理・検討を進め、平成 25 年 12 月を目途に検討結果を中医協総会へ報告することとしてはどうか（整理・検討を進める中で、中医協総会に諮るべき事項等が生じた場合は、適宜中医協総会へ中間報告する）。
- 激変緩和措置等、改定全体の影響を考慮する必要性がある事項については、改定全体の方針が定まってから中医協総会で議論することとしてはどうか。

・ 次回改定（平成 26 年度）に向けて中医協総会及び DPC 評価分科会において検討を要する事項について

(1) 基礎係数（医療機関群のあり方）について

- II 群要件の具体的な算出方法について 等

(2) 機能評価係数 II について

- 現行の 6 項目の評価方法について
- 医療機関別群別評価のあり方について
- 指数から係数への変換方法 等
- 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方 等

(3) 診断群分類の見直し

- 新たな技術に対応した見直し
- 副傷病の見直し 等

(4) 算定ルール等の見直し

- 3 日以内再入院ルールの見直しについて
- 点数設定方法 D（高額薬剤に対応するために導入した点数設定方式）の適用のあり方について
- 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 等

(5) その他

- 暫定調整係数の計画的な置き換えのための検証について
- 激変緩和措置のあり方
- DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の見直しについて
様式 1 の見直し 等
- 適切なコーディングの推進について 等