

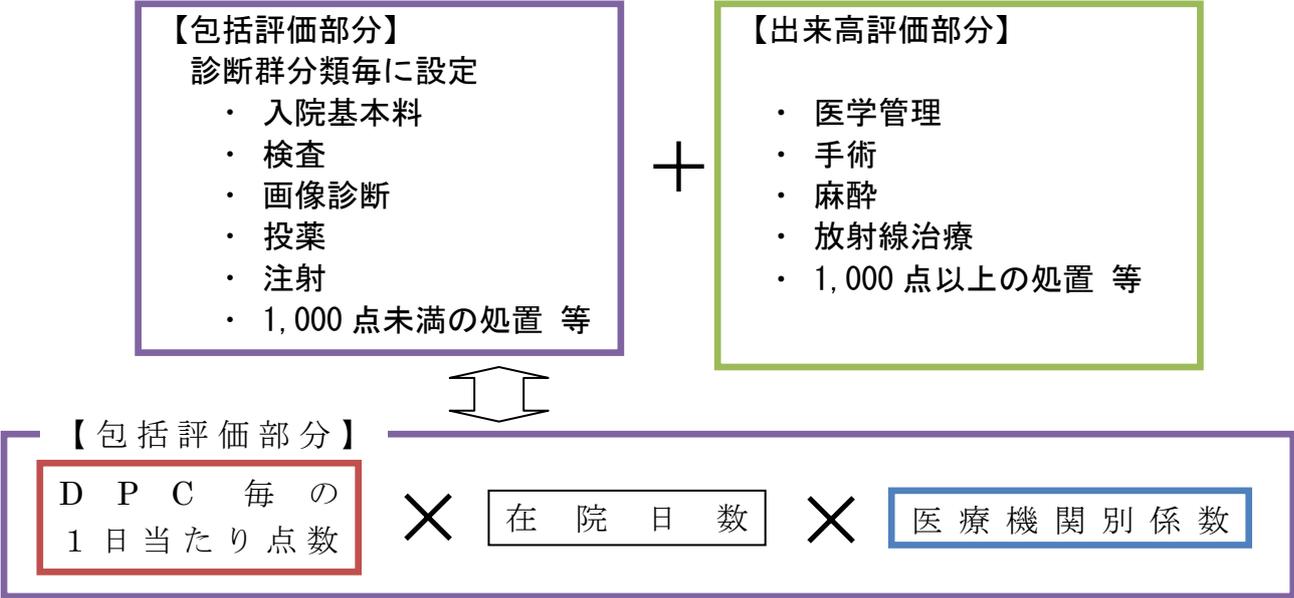
DPC/PDPS の包括範囲について

1. 包括評価の基本的考え方

(DPC 制度(DPC/PDPS)の概要と基本的な考え方より抜粋)

② 包括評価の対象とする診療報酬項目 (包括範囲)

- 包括評価の対象として設定されている出来高診療報酬項目は、入院基本料等、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション・精神科専門療法における薬剤料、処置 (1,000 点未満)、病理標本作製料等である。
- これらは、DPC 制度に先行して実施された国立病院等 10 病院における急性期入院医療の定額払い方式の試行において採用された包括範囲を修正したものであり、当時の検討を踏まえ、実施の有無によって報酬が大きく異なる手術料をはじめとする技術料的な色彩の強い診療報酬項目を除外するとともに、薬剤等のいわゆるモノ代や入院基本料等の施設管理運営の範疇に入るような項目を中心に評価する、という方向に沿って設定されたものであった。



【参考】 包括評価の範囲の変遷について

項 目		定額払い方式 試行時	DPC/PDPS 創設時	現在
入院料 等	入院基本料	◎	◎	◎
	入院基本料等加算	◎	▲ (係数評価)	▲ (係数評価)
	特定入院料	◎	○ (加算評価)	○ (加算評価)
医学管理等				▲
在宅医療				
検査		◎	○	○
画像診断		◎	◎	○
投薬		◎	◎	◎
注射		◎	◎	○
リハビリテーション・ 精神科専門療法				
	薬剤料		◎	◎
処置		○ (1000点未満)	○ (1000点未満)	○ (1000点未満)
手術・麻酔				
	薬剤料・ 特定保険医療材料料	◎		
放射線治療				
病理診断		◎	◎	○

- 凡例： ◎ 例外なく全て包括
 ○ 一部の例外を除き包括
 ▲ ごく特定の点数のみ包括

2. DPC/PDPS 創設時の包括評価

(1) 原則として包括評価にされているもの（凡例の◎と○）

① 入院基本料

「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基本とし、看護配置や病院類型が異なるもの（下記）については、機能評価係数 I の加算・減算により評価している。

〔 7 対 1（一般病棟・特定機能病院・専門病院）、7 対 1 特別（一般病棟）、
10 対 1（特定機能病院・専門病院）、10 対 1 特別（一般病棟） 〕

② 特定入院料

急性期の患者に係る特定入院料（下記）については、包括評価の対象としている。実際の算定にあたっては、「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基本とし、差額加算を算定する。

〔 ・救命救急入院料
・ハイケアユニット入院医療管理料
・新生児特定集中治療室管理料
・新生児治療回復室入院医療管理料
・小児入院医療管理料
・特定集中治療室管理料
・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
・総合周産期特定集中治療室管理料
・一類感染症患者入院医療管理料 〕

③ 検査・病理診断

侵襲度が高く高度な技術を要する検査（下記）については包括評価の対象外とされた。なお、病理診断は制度創設時では検査の一部とされていた。

〔 ・カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、脾臓）
・内視鏡検査
・診断穿刺・検体採取料 〕

④ 画像診断・注射

DPC/PDPS 開始創設時は全て包括評価である。

⑤ 投薬

DPC/PDPS 開始創設時は全て包括評価である。ただし、自宅退院患者の退院時処方（薬剤料のみ）に限り、別途算定できる。

⑥ 処置

DPC/PDPS 創設時は、定額払い方式試行時の考え方を踏襲し、1,000 点以上の処置について出来高評価とし、それ以外を全て包括評価としている。なお、1,000 点の線引きは平成 11 年から実施された。

⑦ 薬剤料・特定保険医療材料料（再掲）

手術・麻酔で使用する薬剤料及び特定保険医療材料料（以下「薬剤等」とする。）は、手術日に算定が集中することから、包括評価の対象外として、出来高で算定している。それ以外の薬剤等については、包括評価の対象とする。

(2) 特定の点数のみ包括評価となっているもの（凡例の▲）

○ 入院基本料等加算

医療機関単位でその機能に着目して算定する入院基本料等加算（下記）については、医療機関別係数の形で評価をしている。それ以外の患者や病棟、地域差に着目した加算については出来高で算定できる。

・総合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	

(3) 全て出来高評価となっているもの

DPC/PDPS 創設時に技術料的な色彩の強い診療報酬項目（下記）については、すべて出来高評価となっている。

- | | |
|--------------------|--------|
| ・医学管理 | ・在宅医療 |
| ・リハビリテーション（薬剤料を除く） | |
| ・精神科専門療法（薬剤料を除く） | ・手術 |
| ・麻酔 | ・放射線治療 |

3. 包括範囲・評価手法の変遷

制度創設後の診療報酬改定において、包括評価の取扱いについては別紙のような見直しが行われてきている。

包 括 範 囲 ・ 評 価 手 法 の 変 遷

年度	技術料的な色彩の強い項目の除外	診療報酬項目の特性に応じた評価の見直し	高額薬剤等に係る見直し（詳細は本文参照）		
			包括範囲からの除外	包括点数設定方法の見直し	新規技術への対応
平成16	<ul style="list-style-type: none"> ● 造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合） ● 病理診断・判断料 			悪性腫瘍の化学療法・短期入院などに係る新しい設定方法の導入	診療報酬改定において新規に導入された手術等について包括評価の対象から除外（全て出来高）
平成18	<ul style="list-style-type: none"> ● 画像診断管理加算 	出来高→包括 <ul style="list-style-type: none"> ● 手術前医学管理料 ● 手術後医学管理料 【検査が包括されている項目】			高額薬剤への対応ルール承認（運用は平成19年7月から）
平成22		1日あたり点数→機能評価係数Ⅰ <ul style="list-style-type: none"> ● 検体検査管理加算 【医療機関毎の機能の違いを反映】 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 包括→出来高 <ul style="list-style-type: none"> ● 無菌製剤処理料 ● 術中迅速病理組織標本作製 【患者により実施状況が大きく異なる】	①HIV感染症に使用する抗ウイルス薬、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に係る薬剤等 【高額な費用のかかる処置等を長期継続的に実施する疾患の治療】	実際の医療資源の投入量により近似させるため、3通りの設定方法を導入	

4. 高額薬剤等の取扱いについて

(1) 背景

- 高額薬剤等の使用の有無による包括範囲の資源投入のバラつき等、包括点数設定の妥当性については、改定時の包括点数設定の際に検証し、DPC（診断群分類）の精緻化、または、バラつきの大きいものについてはDPC/PDPSの対象からの除外、により対応することを基本としている。
- 上記の運用原則を前提に、これでは対応できない幾つかの指摘や課題については、これまで次のような対応がなされてきた。

(2) 具体的対応（改定時のDPC精緻化以外）

① 包括点数設定方法の見直し

- 平成16年改定の、包括評価（1日あたり定額点数）の設定方式において、悪性腫瘍の化学療法の短期入院などについて、包括点数と実際の資源投入量との乖離を縮小する観点から、入院初期に医療資源投入量の多いDPCについて新しい設定方法を採用した。
- 平成22年改定において、診断群分類点数表を、実際の医療資源の投入量により近似させるため、包括評価（1日あたり定額点数）の設定方式を2通りから3通りへの変更を行った。

② 新規技術への対応

- 平成16年改定より、診療報酬改定において新規に導入された手術等について包括評価の対象外（全て出来高）とすることとした。
- 平成18年改定において、改定後（正確には改定で使用した退院患者調査終了以降に）新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者について、包括評価の対象とせず、出来高算定とすることとした（運用は、新規に保険収載された医薬品、医療機器に関する対応ルールの設定後の平成19年7月から）。

DPCにおける高額な薬剤等への対応ルール
(平成19年7月11日中医協基本小委承認)

- (1) 平成17年11月以降に保険導入又は効能追加の承認がなされた医薬品、医療機器のうち、以下の要件に該当するものを使用した患者は包括評価の対象外とし、出来高算定とする。
- 当該医薬品等を使用した場合における包括範囲内の薬剤費が当該医薬品等を使用しない場合の算定額と比較して以下の基準を超えていること。
 - ① 既に平成18年度に使用実績のある医薬品等については、DPC本体調査より得られたデータを用いて、当該医薬品等を使用した症例の薬剤費が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD
 - ② 平成18年度に使用実績のない医薬品等については、当該医薬品等の標準的な使用における薬剤費(併用する医薬品も含む)の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD
- (2) 出来高算定とする医薬品等については、次期診療報酬改定において使用実績等を踏まえ検討し、原則として包括評価にすることとする。
- (3) 今後、新規に保険収載される医薬品等で上記の要件に該当するものについては、保険収載の決定と同時に包括評価の対象外とするかどうかを決定すること。

③ 包括範囲からの除外

- 平成22年改定の検討において、高額な投薬や処置等を長期継続的に実施する疾患の患者が、その疾患とは直接関連のない他疾患の治療のため入院し、当該疾患を主病とする診断群分類点数表で包括点数を算定した場合には、高額な薬剤費等が十分に反映されていない、との指摘があった。
- この指摘を踏まえ、平成22年改定では、高額療養費制度における取扱(長期高額疾病)等も参考に、①HIV感染症に使用する抗ウイルス薬、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に係る薬剤等、については出来高で算定することが妥当との結論に至った。

- また、上記検討において、抗がん剤についても同様の取扱いとするべきではないか、との指摘があり、DPC 病院における抗がん剤使用の実態、他の薬剤との整合性、高額薬剤に関する対応の考え方等を整理しつつ、今後検討することとされている。

④ その他

- 平成 16 年改定で策定した診断群分類について、幾つかの高額な検査や薬剤については、包括評価と出来高評価の乖離が大きいことから、これらについて出来高評価とし、その後の平成 18 年改定において当該 DPC の設定を見直した（平成 17 年 6 月 8 日中医協総会答申、同年 7 月 1 日より出来高評価へ変更）。
- 平成 22 年改定で高額薬剤に該当するとして一旦出来高扱いとされたドキソルビシン（リボソーム製剤）が投与される DPC について、薬剤の使用の有無による医療資源の投入量の変動が明らかに大きいことから、当該薬剤に係る DPC を出来高評価とし、平成 24 年改定において当該 DPC の設定を見直す事となった（平成 22 年 5 月 26 日中医協総会承認、同年 6 月 1 日より出来高評価へ変更）。

5. 論点

(1) 包括範囲・評価手法の原則について

包括評価をより適切なものにするために、診療報酬改定において、診断群分類（DPC）の精緻化を行い、バラつきの大きいDPCについては包括対象外とする原則で対応するとともに、これに対応出来ないものについては、以下の原則による見直しを行ってきた。

- ① 技術的な色彩の強い項目の除外
- ② 診療報酬項目の特性に応じた評価の見直し
- ③ 包括範囲からの除外
- ④ 包括点数設定方式の見直し
- ⑤ 新規技術に係る取扱いルールの設定

○ これらの原則は妥当か。また、不足している観点は無いか。

(2) 高額薬剤等の取扱いについて

抗がん剤を含めた高額薬剤等の問題は、以下の2つの論点が存在していると考えられる。これについてどう考えるか。

- ① 高額な費用のかかる副傷病に対する治療として生じる問題
例) 経口抗がん剤を服用するがん患者が骨折で入院した場合
- ② がんの化学療法等で入院する場合に、在院日数が短いと十分な包括報酬が得られない問題

○ これらについてどう考えるか。