

平成 24 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS)

の対応について (参考資料)

1. 平成 24 年改定に向けた DPC 制度に係る今後の対応について (検討事項とスケジュール) (平成 23 年 9 月 7 日中医協総会 総－3－1 抜粋) … P 2
2. 医療機関群の具体的な要件について (3) (平成 23 年 11 月 30 日 DPC 評価分科会 D－3) … P 4
3. 機能評価係数 I の整理・機能評価係数 II に関する追加検討 (平成 23 年 12 月 14 日 DPC 評価分科会 D－1－3) … P 7
4. 地域医療指数に関する各都道府県へのアンケート調査結果について (平成 23 年 12 月 14 日 DPC 評価分科会 D－1－4) … P 1 2
5. 地域医療指数に関する各都道府県へのアンケート調査結果 (概要) (平成 23 年 12 月 14 日 DPC 評価分科会 D－1－4 (参考)) … P 1 5
6. 平成 24 年改定に向けた DPC/PDPS 算定ルール等の見直し (平成 23 年 12 月 14 日 DPC 評価分科会 D－1－5) … P 2 1
7. 平成 24 年改定に向けた DPC (診断群分類) の見直しについて (平成 23 年 12 月 14 日 DPC 評価分科会 D－2) … P 2 3
8. DPC/PDPS 導入影響評価のための調査 (退院患者調査) の概要 (平成 23 年 12 月 14 日 DPC 評価分科会 D－3－2) … P 2 8

平成24年改定に向けたDPC制度に係る 今後の対応について（検討事項とスケジュール）

1. 次回改定での対応について検討を要する事項

これまでの検討状況を踏まえ、次回改定でのDPC制度に係る対応等について必要とされる検討事項は次の通り。

(1) 調整係数の見直しに係る対応

① 係数・評価項目の確定

- ・ 基礎係数設定のための医療機関群の具体化【総－3－1の報告を踏まえて引き続き検討】
- ・ 機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化（見直しや追加を含む）

② 改定に対応した具体的な報酬設定

- ・ 経過措置の具体化（後述のイメージ図参照）
- ・ 平成24年改定における各係数項目の具体的な算定式の設定（機能評価係数Ⅱ各項目の重み付けを含む）

(2) 診断群分類の見直し

① 新たな技術・レジメンに対応した見直し

② 副傷病の見直し 等

(3) 算定ルール等の見直し

① 小児入院医療管理料・亜急性期入院医療管理料等の取扱い（評価のあり方）

② 在院時期に応じた薬剤料等包括項目の適切な評価のあり方

③ 高額薬剤等に係る対応【総－3－1の報告を踏まえて引き続き検討】 （一部前倒しで実施）

(4) その他

① 退院患者調査（DPC/PDPS導入の影響評価に係る調査）に関する報告

② 平成24年度以降に導入を検討する新規調査の具体化

- ・ 外来診療に関する調査
- ・ 医療の質に関連する調査

2. 今後の対応

- (1) 1.(1)②以外の事項については、総-3-1の報告を踏まえ、下記スケジュール（案）と別紙の基本方針に基づき、引き続きDPC評価分科会において具体的整理・検討を進め、その結果を踏まえて中医協総会で議論してはどうか。
- (2) 1.(1)②については、改定全体の影響を考慮する必要性があることから、改定の全体方針が定まってから中医協総会で議論してはどうか。

<スケジュール（案）>

			平成23年				平成24年
			9月	10月	11月	12月	1月～
(1) 調整 係数 の見 直し に係 る対 応	①係数 ・評価 項目の 確定	・医療機関群 の具体化	DPC分科会		総 会	総 会	総 会
		・機能評価係 数Ⅰ・Ⅱの 具体化	DPC分科会				
	②改定 に対応 した具 体的な 報酬設 定	・経過措置の 具体化 ・各係数項目 の具体的 算定式設定					
(2)診断群分類の見直し			DPC分科会		DPC分科会		
(3)算定ルール等の見直し					DPC分科会		
(4) その 他	①退院患者調査に関する報告				DPC分科会		
	②新規調査の具体化				DPC分科会		

医療機関群の具体的な要件について（3）

1. 中医協総会（平成 23 年 11 月 18 日）での検討概要

- 大学病院本院群、（仮）高診療密度病院群、それ以外の病院群の 3 群案（A 案）で検討作業を進めることについて基本的に了承された。
- 年末（12 月）の最終報告に向けて以下の点を踏まえながら、引き続き DPC 評価分科会において検討作業を進める。
 - ① 大学病院本院以外の特定機能病院に対する（仮）高診療密度病院群の要件適用について、医師に対する研修実績の取扱いを含めて配慮する。
 - ② 「医師研修の実施」の要件の設定に伴う他の制度（特に卒後臨床研修制度）への影響についても十分考慮する。
 - ③ 「高度な医療技術の実施」の要件設定（外保連手術試案の活用）において、手術時間も考慮する。

2. 高診療密度病院群（仮称）の要件における特定機能病院の取扱い

(1) 特定機能病院の要件（医療法）

特定機能病院は、医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に基づいて厚生労働大臣が個別に承認するものである。

医療法 第四条の二

病院であつて、次に掲げる要件に該当するものは、厚生労働大臣の承認を得て特定機能病院と称することができる。

- 一 高度の医療を提供する能力を有すること。
- 二 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること。
- 三 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること。

(2) 特定機能病院における（仮）高診療密度病院群・実績要件の取扱い

① 医師研修の実施(C-2)

（仮）高診療密度病院群での要件		特定機能病院での取扱い
(C-2)医師研修の実施	● 届出病床1床あたりの臨床研修医師数（施設類型で補正）	● 高度な医療に関する研修（臨床研修を修了した医師に対する年間一定数以上の研修）

- 特定機能病院に求められる「高度な医療に関する研修」は、臨床研修を修了した医師に対する研修であり（医療法施行規則 第九条の二十第三項）、年間一定数以上の医師に対する研修の実施及び報告の義務が課されている。
- 更に特定機能病院の中には臨床研修医を全く採用しない施設もあり、このような施設は、（仮）高診療密度病院群の要件原案によれば、最初から対象から除外されることとなる。

② その他の3要件(C-1,C-3,C-4)

- 「診療密度(C-1)」、「高度な医療技術の実施(C-3)」、「重症患者に対する診療の実施(C-4)」については、特定機能病院の承認等において直接的な制約要件となるものではない。

（仮）高診療密度病院群での要件		特定機能病院での取扱い
(C-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）	（規定なし）
(C-3)高度な医療技術の実施	● 外保連手術試案手術指数（協力医師数及び難易度、手術件数等による補正）	● 先進医療の実施 ● 特定疾患治療研究対象疾患の診療 ● 高度な医療技術の開発及び評価を行う能力を有する
(C-4)重症患者に対する診療の実施	● 複雑性指数（重症患者補正）	（規定なし）

(3) 検討

- 以上の整理を踏まえ、特定機能病院（この場合は大学病院本院以外の特定機能病院）については、医療法上の規程により、（仮）高診療密度病院群の「医師研修の実施(C-2)」に関する実績要件については、一定水準を満たしている、として取扱ってはどうか。

- それ以外の3要件（「診療密度(C-1)」、「高度な医療技術の実施(C-3)」、「重症患者に対する診療の実施(C-4)」）については、特定機能病院の承認要件では担保されないことから、他の施設と同様の取扱いとしてはどうか。（すなわち、大学病院本院以外の特定機能病院については、これらの3要件を満たした場合、（仮）高診療密度病院群とする）

大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の要件

【修正最終案】以下の C-1～C-4 の全ての実績要件を満たす病院（但し、特定機能病院にあつては C-2 を除く C-1, C-3, C-4 の 3 要件を満たす病院）

- | | | |
|---|-----|--------------------|
| { | C-1 | 一定以上の診療密度 |
| | C-2 | 一定以上の医師研修の実施 |
| | C-3 | 一定以上の高度な医療技術の実施 |
| | C-4 | 一定以上の重症患者に対する診療の実施 |

機能評価係数Ⅰの整理・機能評価係数Ⅱに関する追加検討

I 機能評価係数Ⅰ

1. 現行評価の考え方

- 機能評価係数Ⅰは、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を係数として評価している。

- 具体的には、出来高評価体系において当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を係数として設定したものであり、対象となる出来高報酬項目は以下の通り。
 - ① 入院基本料の補正值
「10対1一般病棟入院基本料」を基準として、看護配置や病院類型が異なる入院基本料の差額について、機能評価係数Ⅰの加算・減算により対応。
 - ② 入院患者全員に算定できる入院基本料等加算
 - ・ 総合入院体制加算
 - ・ 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
 - ・ 急性期看護補助体制加算
 - ・ 看護補助加算
 - ・ 医療安全対策加算、感染防止対策加算
 - ③ その他（医療機関毎の機能の違いを評価）
 - ・ 検体検査管理加算（該当する施設では検査を実施する患者全員に算定）

2. 検討

- 上記の考え方に基づき、現行の診療報酬項目を整理すれば、以下のk加算についても、入院患者全員に算定できる入院基本料等加算に該当することから、今後は機能評価係数Ⅰとして評価してはどうか。
 - ・ 地域加算
 - ・ 離島加算

II 機能評価係数IIに関する追加検討

1. 都道府県からの意見を踏まえた対応

- 地域医療指数・体制評価指数について、47 都道府県に対して、都道府県の事業推進への貢献や、当該評価項目の今後のあり方についてアンケート調査を実施（詳細は D-1-4）。
- 多くの都道府県から、DPC の機能評価係数 II における評価について「貢献している」との回答があり（特に「地域がん登録」「災害時における医療」「周産期医療」）また、半数以上の都道府県は「継続すべき」と回答。
- 一方で、一部「見直しが必要」との指摘（D-1-4 の 3 ページ）があり、これらの多くは今回の見直しにおいて今後対応する方向で整理がなされている（例：実績の加味、総合周産期母子医療センターの重点評価）。
- しかし、「救急医療」の体制評価のうち、「二次救急医療機関・拠点型」については位置づけが不明確であり見直すべきとの指摘がある。これについては以下の通り見直してはどうか。

【地域医療指数・体制評価指数「救急医療」修正案】

評価項目	大学病院本院群及び (仮) 高診療密度病院群	その他の急性期病院群
④救急医療 (実績評価を加味)	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる 体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価 (0.5P)、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価 (0.1P)。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、 拠点型若しくは 共同利用型の施設又は救命救急センターを評価 (0.1P)
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数 (救急医療入院に限る) (0.5P)	救急車で来院し、入院となった患者数 (0.9P)

2. 外来データ提出に係るデータ提出係数での評価

- 外来診療における EF ファイル (出来高点数情報) の提出に関して、前回 (平成 23 年 12 月 9 日) の DPC 評価分科会においては、大学病院本院と (仮) 高診療密度病院群の施設について提出必須、その他急性期病院群の施設については任意とされた。

- その他急性期病院群のうち、任意で提出に対応する施設については一定のインセンティブ（指数の上乗せ）を検討してはどうかとの指摘があり、これについては今後の中医協での機能評価係数Ⅱに関する検討の中で「データ提出係数」において対応する方向で整理するよう提案してはどうか。

【データ提出指数 修正案】

<項目>	評価指標（指数）
1) データ提出指数	<p>原則として満点（1点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① 手順の遵守 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を 0.5 点・1 ヶ月の間、減じる。</p> <p>② データの質の評価</p> <p>A <u>新たな精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が●●%以上</u>の場合に当該評価を 0.05 点・1 年の間、減じる。<u>（新たな減算基準の●●%はこれまでの実績から改めて設定）</u></p> <p>B <u>今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成 25 年度から、評価対象とする方向で検討</u></p> <p>【例】・ <u>郵便番号</u> ・ <u>がんの UICC 分類</u> ・ その他疾患特異的な重症度分類</p> <p><u>なお、その他急性期病院群について、外来診療に係る EF ファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05 点を目安に今後検討）を加算する。</u></p>

現行の機能評価係数 I 一覧

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院 基本 料	入院基本料(7対1)	0.1705	0.1190	0.1008	1,555点/日
	入院基本料(7対1特別)	 	 	▲ 0.0221	1,244点/日
	入院基本料(10対1)	0.0697	0.0182	 	1,300点/日
	入院基本料(10対1特別)	 	 	▲ 0.1028	1,040点/日
入院 基本 料等 加算	総合入院体制加算	 	 	0.0297	120点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算	 	 	0.0327	1,000点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0013		40点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0007		20点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0010		30点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)	 	0.0267		810点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)	 	0.0201		610点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)	 	0.0161		490点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)	 	0.0084		255点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)	 	0.0059		180点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)	 	0.0045		138点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0305		120点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0203		80点/日(14日まで)
	看護補助加算1	 	0.0431		109点/日
	看護補助加算2	 	0.0332		84点/日
	看護補助加算3	 	0.0221		56点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35点(入院初日)
	感染防止対策加算		0.0032		100点(入院初日)
	検 査	検体検査管理加算(Ⅰ)		0.0011	
検体検査管理加算(Ⅱ)			0.0027		100点/月
検体検査管理加算(Ⅲ)			0.0081		300点/月
検体検査管理加算(Ⅳ)			0.0135		500点/月
経 過 措 置	入院基本料(13対1)	 	▲ 0.0640	▲ 0.0822	-
	入院基本料(15対1)	 	 	▲ 0.1447	-
	上記に該当しないもの	 	 	▲ 0.2866	-

入院基本料等加算と機能評価係数 I の関係

機能評価係数 I として評価されているもの

条件を満たせば算定可能
(無色) DPC病棟では算定しないと考えられるもの

機能評価係数 I

入院基本料等加算		入院患者全員に加算		条件を満たす患者個人毎に加算	
①医療機関の評価	病院の体制の評価 看護配置の評価 地域特性の評価 特殊病室の評価 療養環境の評価	A200 総合入院体制加算	A204-2 臨床研修病院入院診療加算	A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算	A205-2 超急性期脳卒中加算
		A204 地域医療支援病院入院診療加算	A207-2 医師事務作業補助体制加算	A227 精神科措置入院診療加算	A212 超重症児(者)入院診療加算・ 超重症児(者)入院診療加算
		A207 診療録管理体制加算	A243 後発医薬品使用体制加算	A228 精神科応急入院施設管理加算	A231-2 強度行動障害入院医療管理加算
		A243 後発医薬品使用体制加算	A207-3 急性期看護補助体制加算	A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算	A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算
		A207-3 急性期看護補助体制加算	A213 看護配置加算	A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算	A231-4 摂食障害入院医療管理加算
		A214 看護補助加算	A218 地域加算	A238 慢性病棟等退院調整加算	A230-3 精神科身体合併症管理加算
		A214 看護補助加算	A218-2 離島加算	A238-2 急性期病棟等退院調整加算	A231 児童・思春期精神科入院医療管理加算
		A214 看護補助加算	A229 精神科隔離室管理加算	A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算	A235 褥瘡患者管理加算
		A214 看護補助加算	A224 無菌治療室管理加算	A205-2 超急性期脳卒中加算	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
		A214 看護補助加算	A225 放射線治療病室管理加算	A212 超重症児(者)入院診療加算	A233 栄養管理実施加算
②医療連携の評価	紹介・受入の評価 退院調整の評価	A219 療養環境加算	A224 無菌治療室管理加算	A208 乳幼児・幼児加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算
		A220 HIV感染者療養環境特別加算	A225 放射線治療病室管理加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算	A219 療養環境加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A221 重症者等療養環境特別加算	A220 HIV感染者療養環境特別加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A222 療養病棟療養環境加算	A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A223 診療所療養病棟療養環境加算	A221 重症者等療養環境特別加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A206 在宅患者緊急入院診療加算	A222 療養病棟療養環境加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A206 在宅患者緊急入院診療加算	A223 診療所療養病棟療養環境加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A206 在宅患者緊急入院診療加算	A206 在宅患者緊急入院診療加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
		A206 在宅患者緊急入院診療加算	A206 在宅患者緊急入院診療加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A237 ハイリスク分娩管理加算
③特定の疾患や病態に対する特殊診療の評価等	精神疾患と身体疾患の合併 小児精神 褥瘡・重症皮膚潰瘍 栄養管理 人工呼吸器離脱 介護連携 がん 難病等	A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	A224 無菌治療室管理加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A231-2 強度行動障害入院医療管理加算
		A208 乳幼児・幼児加算	A225 放射線治療病室管理加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A219 療養環境加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A231-4 摂食障害入院医療管理加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A220 HIV感染者療養環境特別加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A230-3 精神科身体合併症管理加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A231 児童・思春期精神科入院医療管理加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A221 重症者等療養環境特別加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A235 褥瘡患者管理加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A222 療養病棟療養環境加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A223 診療所療養病棟療養環境加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A233 栄養管理実施加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A206 在宅患者緊急入院診療加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A240 総合評価加算
		A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A206 在宅患者緊急入院診療加算	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	A232 がん診療連携拠点病院加算

地域医療指数に関する各都道府県へのアンケート調査結果について

1. アンケート調査の概要

地域医療指数の評価項目のうち、各都道府県の医療計画等に基づく取り組みについて、各都道府県の事業推進への貢献や、当該評価項目の今後のあり方について、47 都道府県に対してアンケート調査を実施した。

2. 主な結果

(1) 回答状況

評価項目	照会内容 DPC の機能評価係数Ⅱで当該事業が評価されたことで当該事業の推進に貢献していると考えますか。				DPC の機能評価係数Ⅱにおける評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。				
	貢献している	貢献していない	どちらともいえない	回答数	継続すべき	廃止すべき	見直しが必要	その他	回答数
地域がん登録	33	0	10	43	37	0	8	0	45
救急医療	24	0	20	44	35	0	4	5	44
災害時における医療	32	0	12	44	32	0	7	5	44
へき地の医療	20	1	23	44	34	0	2	8	44
周産期医療	31	0	13	44	35	0	4	5	44

評価項目	照会内容 DPC 制度参加病院のうち、都道府県が策定する医療計画等において、一定の役割が位置付けられている病院について、「機能評価係数Ⅱ・地域医療指数」として診療報酬で評価する制度が平成 22 年度から導入されていますが、この診療報酬上の評価が、貴都道府県策定の医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。				DPC の機能評価係数Ⅱにおける「地域医療指数」の評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。				
	貢献している	貢献していない	どちらともいえない	回答数	継続すべき	廃止すべき	見直しが必要	その他	回答数
医療計画	27	0	14	41	30	0	5	6	41

(2) 都道府県からの主な意見

①事業の推進に貢献している、評価を継続すべきと回答した理由（主なもの）

【地域がん登録】

- 当県においては、地域がん登録を実施していなかったが、DPC 対象病院から事業実施の要望があったことが、事業開始のきっかけの一つとなっているため。
- 病院内でがん登録体制を整え、継続的に一定件数の届出ができるようになるまでには、数年の期間を要するため、現在、がん登録を準備している病院のために、少なくとも当面は継続することが妥当と考えられる。

【救急医療】

- 本県の救急医療体制については、軽症患者の二次、三次救急医療機関への受診が多いことや、救急勤務医の不足等から、大変厳しい状況に置かれており、地域の実情を踏まえた一定の役割を評価する地域医療指数の導入については、診療報酬の面でメリットがあり、本県の救急医療体制の維持に貢献していると考えられる。

【災害時における医療】

- 「災害時における医療」については、これまで各病院に平時から負担を強いることが多かったが、評価されたことで病院経営に貢献するとともに、その役割の再認識に繋がっているものと考えられる。
- 東日本大震災を踏まえ、災害時における医療体制の充実が改めて要請されており、引き続き地域医療指数における評価が必要であると思われる。

【へき地の医療】

- へき地医療が DPC の地域医療指数で評価されていることが、社会医療法人の認可申請に向けてのインセンティブの一つとなり、へき地医療を確保する上で大きく貢献していると考えられる。
- 人口規模等により偏った評価となりがちな機能評価係数において、人口や資本が集中する都市部とは環境が大きく異なる中山間地域やへき地において必要な医療提供の機能を果たしている施設を適切に評価するという趣旨は、今後も尊重すべきである。

【周産期医療】

- 周産期医療は、現医療計画において重点的に推進する 4 疾病 5 事業の一つとして位置付けられており、整合性が担保されている点、周産期医療の中核になる周産期母子医療センターの設置増とその機能強化は課題であり、設置増に向けたインセンティブになり得る点から、医療計画の推進に貢献していると考えられる。
- 周産期医療に取り組んでいる医療機関では、医師、看護師の手厚い配置や施設の整備など、多大な医療資源の投入を行っていることから、機能評価係数というかたちで、今後も継続して評価すべきと考える。

②今後見直しが必要と回答した理由（主なもの）

【地域がん登録】

- 現行の方式で一定の効果は認められるものの、届出件数や届出内容（精度）に関する評価がない。実際の診断数を正確に測ることは困難であるが、少なくとも病床数に比例した最低ラインを設けるべきと考える。
- 届出件数は増えたが、届出数が1件でも100件でも点数が変わらないというのは若干の不公平感を感じる。

【救急医療】

- 二次救急医療機関のうち、病院群輪番制及び共同利用型病院については、厚生労働省が定める救急医療対策事業実施要綱に規定されているが、拠点型については位置付けが不明確である。
- 基準の明確性という観点からは、「拠点型」という基準は適切ではないと思われるため、「救命救急センター」や「病院群輪番制病院」、「救急告示病院」などの明確な基準に限定すべきと思われる。
- 病院群輪番制の参加病院であっても、輪番制に参加していない救急告示病院よりも救急患者の受入数が少ない病院もある。輪番制の参加のみで評価するのではなく、受入患者数による評価も必要ではないかと考える。

【災害時における医療】

- 災害時の医療提供体制整備を更に促進するため、複数の DMAT を保有する病院に対して評価ポイントを加算すべきである。
- DMAT 指定医療機関であることだけで評価されるのではなく、前年度における実際の出勤、訓練参加状況等についても評価できるような仕組みにして頂きたい。

【へき地の医療】

- へき地医療支援の実態がないにも関わらず、へき地医療拠点病院の指定を受けている病院が全国的に多々あると聞くため、指定を受けていることをもって評価を受けるのではなく、支援の実態に応じた評価にすべき。

【周産期医療】

- 三次医療圏の中核施設として、MFICU や NICU を有している総合周産期母子医療センターと、地域周産期母子医療センターでは、加算するポイントに差があっても良いのではないかと考える。

地域医療指数に関する各都道府県へのアンケート調査結果 (概要)

地域がん登録 (45 都道府県から回答)

照会内容		都道府県からの主な回答	
「地域がん登録」事業を実施していますか	実施している	43	
DPC の機能評価係数 II が「地域がん登録」が評価されたことで、当該事業の推進に貢献していると考えますか。	実施していない 貢献している	2 33	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療を行っている病院の地域がん登録担当者に確認したところ、地域がん登録が診療報酬の対象となったことにより、院内において、当該事業の影響が増したと感じているとのことであった。 ・当県においては、地域がん登録を実施してはなかったが、DPC 対象病院から事業実施の要望があったことが、事業開始のきっかけの一つとなっているため。 ・医療機関から「地域がん登録」事業を開始していないために、DPC の機能評価係数 II に計上できず、早く事業を開始して欲しいという要望があり、開始に当たって、事業の協力がスムーズに得られた。
※ <u>地域がん登録を実施している 43 都道府県から回答</u>	貢献していない	0	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療指数導入前から、既に殆どの医療機関が協力していることから、特に変化を感じられない。
DPC の機能評価係数 II における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	どちらともいえない 継続すべき	10 37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関にとって診療報酬でプラスになることは大きい。DPC による評価が廃止となると、医療機関ががん登録の届出をしなくなることとも考えられるため、がん患者の情報を継続的に得るためにも DPC 制度の機能評価係数 II における評価を継続すべきと考ええる。 ・がん登録の精度向上のために、制度的な推進策が必要である。 ・病院内でがん登録体制を整え、継続的に一定件数の届出ができるようになるまでには、数年の期間を要するため、現在、がん登録を準備している病院のために、少なくとも当面は継続することが妥当と考えられる。 ・地域がん登録の協力には、法的義務がないため、現在のところ DPC 制度の機能評価係数のみが、拠点病院以外の医療機関にとつての協力のメリットとなっている。 ・当該評価による診療報酬上の利益が大きく、病院の協力が得られやすい。なお、がん診療連携拠点病院など、登録件数の多い病院からは、提出件数の多寡を評価する仕組みも必要ではないかとの声もある。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	8	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC 対象病院のほとんどが地域がん登録事業に協力しているが、協力の内容に差がある。例えば、届出票を正確に記載して提出する病院もあれば、氏名や住所、病名など一部の情報しか記載されておらず、不完全な状態で届出票が提出される事例も多々あり、地域がん登録の制度に影響を与える恐れがある。機能評価係数に「地域がん登録への参画」は継続すべきだが、地域がん登録への協力の内容をきちんと定義し、ルールに基づいた協力が必要と考える。 ・現行の方式で一定の効果は認められるものの、届出件数や届出内容 (精度) に関する評価がない。実際の診断数を正確に測ることは困難であるが、少なくとも病床数に比例した最低ラインを設けるべきと考える。また、地域がん登録への貢献に関しては、必須項目 (標準項目) を満たして以内のものやデータに不明が多いものは、評価対象としないような制限も必要と考える。 ・実際に届出件数は増えたが、届出数が 1 件でも 100 件でも点数が変わらないというのは若干の不公平感を感じる。
	その他	0	

救急医療（44 都道府県より回答）

照会内容		都道府県からの主な回答	
DPC の機能評価係数Ⅱで「救急医療」が評価されたことで、当該事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	24	<ul style="list-style-type: none"> ・本県の救急医療体制については、軽症患者の二次、三次救急医療機関への受診が多いことや、救急勤務医の不足等から、大変厳しい状況に置かれており、地域の実情を踏まえ一定の役割を評価する地域医療指数の導入については、診療報酬の面でメリットがあり、本県の救急医療体制の維持に貢献していると考えられる。
	貢献していない	0	
DPC の機能評価係数Ⅱにおける評価について、今後、どのようすべきと考えますか。	どちらともいえない	20	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療の推進に対し、どの程度のインセンティブを与えられるものなのか評価することは困難であり、貢献の有無を判断することはできない。 ・DPC 制度を導入している医療機関のうち、一定規模以上の病院の多くは、地域医療指数導入時に既に救急医療に係る体制が整備され要件を満たしていると考えられることもあり、DPC 制度で「救急医療」が評価されていることで、各医療機関が救急医療を推進するに当たり、どの程度のインセンティブとなっているかは不明である。
	継続すべき	35	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療指数が導入されたことにより評価対象医療機関数が増加している訳ではないため、輪番参加等の誘因になつているとはいえない。しかし、廃止することにより既存対象医療機関が輪番等を辞退する可能性もあるため、継続すべきと考える。また、本県においては、三次救急医療機関に軽傷を含め患者が集中している状況であり、三次救急医療機関の疲弊が指摘されているところである。積極的に患者受入を行う二次救急医療機関を確保するためにも、輪番等だけでなく、救急患者受入実績の評価をお願いしたい。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	4	<ul style="list-style-type: none"> ・二次救急医療機関のうち、病院群輪番制及び共同利用型病院については、厚生労働省が定める救急医療対策事業実施要綱に規定されているが、拠点型については位置付けが不明確である。 ・病院群輪番制の参加病院であっても、輪番制に参加していない救急告示病院よりも救急患者の受入数が少ない病院もある。輪番制の参加のみで評価するのではなく、「拠点型」という基準による評価も必要ではないかと考える。 ・基準の明確性という観点からは、「拠点型」という基準は適切ではないと思われるため、「救命救急センター」や「病院群輪番制病院」、「救急告示病院」などの明確な基準に限定すべきと思われる。 ・政策医療の誘導に貢献しているかが不明であり、判断できない。
	その他	5	

災害時における医療（44 都道府県より回答）

照会内容		都道府県からの主な回答	
DPC の機能評価係数Ⅱで「災害時における医療」が評価されたことで、当該事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している 32	<ul style="list-style-type: none"> ・「災害時における医療」については、これまで各病院に平時から負担を強いることが多かったが、評価されたことで病院経営に貢献するとともに、その役割の再認識に繋がっているものと考えられる。 ・東日本大震災以前から、DMAT 指定を希望する病院が増えており、DPC 制度による加算が一つのきっかけになっていると考えている。今年度と来年度には、新規病院を中心に国の DMAT 研修を受講することとなり、これにより、県内の災害拠点病院全てに DMAT が備えられる見込みである。 ・病院が災害時に備えて、災害医療体制を整備し、DMAT を保有するためにかかる費用に見合うだけの補助金等制度がない中で、DPC 制度により診療報酬が算定されることは効果があると考える。 	
	貢献していない 0		
	どちらともいえない 12	<ul style="list-style-type: none"> ・災害医療の推進に対し、どの程度のインセンティブを与えようとするかは、評価することは困難であり、貢献の有無を判断することはできない。 	
DPC の機能評価係数Ⅱにおける評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき 32	<ul style="list-style-type: none"> ・DMAT を保有することは、災害時において迅速な対応ができる体制を確保することになると考えられるため、これを評価し、病院にとってメリットがあるようにすることは適当と考えられる。 ・東日本大震災のように、災害救助法が適用されるような大災害の場合には、被災地自治体に対して DMAT 出動経費を求償できるが、近隣の局地災害の場合には、ボランティア的な出動となってしまう。また、研修や訓練など、普段の備えにも相当の経費がかかっており、十分な支援が必要である。 ・東日本大震災を踏まえ、災害時における医療体制の充実が改めて要請されており、引き続き地域医療指数における評価が必要であると思われる。 	
	廃止すべき 0		
	見直しが必要 7	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働省が実施する DMAT 養成研修の枠が限られており、チームを保有したくても養成研修を受講できない病院が出てきており、不公平感が否めない状況になりつつある。病院側の努力のみで取得できない評価の基準については、DMAT 養成研修の受講の機会を増やすなどの見直しが必要であると考える。 ・災害時の医療提供体制整備を更に促進するため、複数の DMAT を保有する病院に対して評価ポイントを加算すべきである。 ・DMAT 指定医療機関であることだけで評価されるのではなく、前年度における実際の出動、訓練参加状況等についても評価できるような仕組みにして頂きたい。 ・東日本大震災を踏まえて開催された災害医療等のあり方に関する検討会報告書において、災害拠点病院には DMAT の保有を、基幹災害拠点病院には複数の DMAT の保有を求められている。また、災害拠点病院には、救命救急センター又は二次救命救急医療機関としての機能も求められている。救急医療機関に災害医療も担わせるという負担を踏まえた上で、計数を加算するなど、救急・災害を担う医療機関への配慮が必要。 ・診療報酬による経費的裏付けがあることによるインセンティブがどの程度、参加病院の取り組みに貢献したかについての検証が必要であり、当方はその情報を持ち合わせていないため回答できない。 	
その他	その他 5	<ul style="list-style-type: none"> DMAT 指定医療機関でない医療機関からは、救急医療等と異なり、DMAT の指定を受けられる医療機関は限られているといった意見や、当該評価をその病院の入院患者全ての医療費に反映させる点について疑問の声もある。また、独自の医療チームにより活動している機関からは、そのチームを DMAT と同様に評価対象として欲しいという要望もある。 	

へき地の医療（44 都道府県より回答）

照会内容		都道府県からの主な回答	
DPC の機能評価係数Ⅱで「へき地の医療」が評価されたことで、当該事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	20	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体病院を中心とするへき地拠点病院においては、極めて厳しい医師不足や不採算医療を多く担っていることから、へき地等への巡回診療や医師派遣がますます困難になってきている。こうした中、へき地医療が DPC の地域医療指数で評価されていることが、社会医療法人の認可申請に向けてのインセンティブの一つとなり、へき地医療を確保する上で大きく貢献していると考ええる。 ・本県においては、へき地拠点病院の必要数を既に確保している。
	貢献していない	1	
	どちらともいえない	23	<ul style="list-style-type: none"> ・当県においては、従前からへき地医療拠点病院において、無医村地区等への巡回診療やへき地診療所への代診医派遣を担っている。DPC の地域医療指数で評価されて以降も巡回診療等の実施回数と同水準で推移しているため、貢献しているかどうかは不明。
DPC の機能評価係数Ⅱにおける評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	34	<ul style="list-style-type: none"> ・人口規模等により偏った評価となりがちで必要な機能評価係数において、人口や資本が集中する都市部とは環境が大きく異なる中山間地域やへき地において必要な医療提供の機能を果たしている施設を適切に評価するという趣旨は、今後も尊重すべきである。 ・従来までの制度では、へき地医療拠点病院の指定を受けるとしては、施設整備費補助金や無医地区巡回診療所等の運営費補助金くらいしかなかったが、診療報酬上で DPC の機能評価係数Ⅱへの加算が得られることは、政策医療に尽力しているへき地拠点病院にとって大きな財政的支援につながり、今後とも継続的な運用をお願いしたいと考えている。
	廃止すべき	0	<ul style="list-style-type: none"> ・本県は多くの離島、へき地を有しているが、一般的に医療提供体制の整備が遅れており、更に交通基盤の立ち後れも加わって、医療機関の利用が困難な地域が存在している。また、全国的な医師不足、地域や診療科目による偏在の状況の中で、へき地診療所等の医師確保が困難となっている。このような中で、DPC の機能評価があることで、新たに関心を示す医療機関が増えたり、同制度の継続により離島、へき地医療の充実を図る必要があると考ええる。なお、厳しい現状から考えると、診療所支援のみではなく、地域の小規模病院への支援体制についても評価して頂くことをお願いしたい。
	見直しが必要	2	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療支援の実態がないにも関わらず、へき地医療拠点病院の指定を受けている病院が全国的に多々あると聞くため、指定を受けていることをもって評価を受けるのではなく、支援の実態に応じた評価にすべき。
	その他	8	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC 制度の機能評価係数Ⅱの効果についての検証をしていく必要があると考ええる。

周産期医療（44 都道府県より回答）

照会内容		都道府県からの主な回答	
DPC の機能評価係数Ⅱで「周産期医療」が評価されたことで、当該事業の推進に貢献していると考えますか。	31	貢献している	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療計画で定めている安心安全な妊娠、出産ができる医療提供体制の整備に、高度な周産期医療を担っている周産期母子医療センターの存在は欠かせないものであり、地域への医療貢献度は高い。DPC における評価は、現在の周産期医療提供体制を維持するために貢献しているものと考える。 周産期医療は、現医療計画において重点的に推進する 4 疾病 5 事業の一つとして位置付けられており、整合性が担保されている点、周産期医療の中核になる周産期母子医療センターの設置増とその機能強化は課題であり、設置増に向けたインセンティブになり得る点から、医療計画の推進に貢献していると考ええる。
	0	貢献していない	<ul style="list-style-type: none"> DPC 制度の機能評価係数Ⅱで「周産期医療」が評価されたことが、事業推進に貢献しているかどうか、測るデータを持っていない。 制度導入後間もないため、周産期医療の推進に貢献しているか判断できない。
DPC の機能評価係数Ⅱにおける評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	35	継続すべき	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク妊娠等に対する医療の需要は一層高まってきていることから、本県においては、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターとが、機能分担と連携のもとに、患者の状況に応じて全県で対応していく体制を強化していくこととしている。このことから、周産期母子医療センターが DPC 制度の機能評価係数Ⅱの地域医療指数として位置付けられたことは妥当と考えられており、今後も継続が必要である。 ハイリスク妊婦の増加や分娩取扱い医療機関の減少等により、医療機関が担う役割は増加する一方、産科医不足等により各医療機関がその機能を維持することは厳しい状況である。このような中、地域において重要な役割を果たす医療機関を評価すべきであり、診療報酬上の評価による収益の確保は医療機関の機能維持、充実に直結し、更には本県の周産期医療体制の維持、確保に繋がると考えられるため、継続すべきである。 周産期医療に取り組んでいる医療機関では、医師、看護師の厚い配置や施設の整備など、多大な医療資源の投入を行っていることから、機能評価係数というかたちで、今後も継続して評価すべきと考ええる。 周産期母子医療センターは、地域周産期医療の中核となる医療機関であり、地域医療指数が地域への貢献を評価する目的であることから、客観的な指標として最も適しているため、今後も継続すべきである。
	0	廃止すべき	
	4	見直しが必要	<ul style="list-style-type: none"> 三次医療圏の中核施設として、MFICU や NICU を有している総合周産期母子医療センターと、地域周産期母子医療センターでは、加算するポイントに差があっても良いのではないかと考える。 運営費等の補助金と DPC 制度の機能評価係数の導入によっても、周産期母子医療センターは運営面で未だ厳しく、必要な病床数が整備できていないことから、DPC 制度での評価については、定性的な評価ではなく、定量的な評価を導入する等の工夫が必要と考ええる。
	5	その他	<ul style="list-style-type: none"> 周産期医療体制の充実のため継続すべきと考えますが、評価視点については、「センター指定」のみではなく、運営に係る項目を追加する等、変更を要するものと考ええる。 現行のように周産期母子医療センターの指定（認定）を受ければ評価されるようにすべきか、周産期母子医療センターとしての活動内容を評価基準に盛り込むべきか、検討の余地はあると考ええる。

医療計画（41 都道府県より回答）

照会内容		都道府県からの主な回答	
DPC 制度参加病院のうち、都道府県が策定する医療計画等において、一定の役割を位置付けられている病院について、「機能評価係数Ⅱ・地域医療指数」として、診療報酬で評価する制度が平成22年度から導入されていますが、この診療報酬上の評価が、貴都道府県策定の医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	27	・ 県内の DPC 制度参加病院は、いずれも医療計画上、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療において、必要な医療機能を担う病院として位置付けられており、それぞれの分野の事業推進に貢献している医療機関である。診療報酬で評価する制度は、医療計画に係る事業の推進（又は維持）に当然効果があると考えられる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	14	・ 地域医療に貢献している病院が診療報酬上で評価されることは、意味があると考えるが、地域医療指数が導入されたから対象となる救急医療等へ新たに参画したという話は聞かないので、誘導策として有効かどうか、判断できない。
	継続すべき	30	・ 「地域医療指数」の加算が可能であることのみをもって、当該指数に係る医療計画（政策医療）の達成が推進されるものではない。しかし、政策医療には不採算部門が多い実態からすると、診療報酬制度の中で、政策医療を実施している医療機関をその他の医療機関よりも有利な扱いをすることは、一定の意義がある。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	5	・ 地域医療指数の全ての項目を DPC 制度で評価することが、直接的に医療計画の推進に寄与しているとは思えない。真に政策誘導が必要な項目に絞るとか、定性的な評価ではなく、定量的な評価を導入するなどの工夫が必要ではないか。（例えば、へき地医療の場合、どの程度へき地診療を実施しているのか、へき地への医師派遣を積極的に行っているのか、などを評価してはどうか）
その他	6	・ 診療報酬による経費的裏付けがあることによるインセンティブがどの程度、参加病院の取組みに貢献したかについての検証が必要であり、当方はその情報を持ち合わせていないため、回答できない。 ・ 医師確保等の問題解決には、診療報酬改定が何よりも重要と考えますが、評価には未だ期間が不十分であり、地域医療指数による評価が抜本的な解決策となるのか現時点では不明であるため。	

平成 24 年改定に向けた DPC/PDPS 算定ルール等の見直し

1. 概要

平成 24 年改定に向けて、これまで分科会等で指摘された、現行 DPC/PDPS の算定ルール等に係る課題や論点等については、以下の通り。

- ① 小児入院医療管理料・亜急性期入院医療管理料等の特定入院料の取扱い（評価のあり方）
 - 平成 23 年 8 月 1 日 DPC 評価分科会の医療機関群（基礎係数）に係る議論において、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た。
 - 亜急性期の入院医療の評価のあり方については、現在中医協総会において議論されているところであり、DPC/PDPS における亜急性期入院医療管理料の取扱いについても、これらの議論も踏まえながら引き続き検討する必要がある。
- ② 在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方
 - 平成 23 年 6 月 13 日 DPC 評価分科会（高額薬剤に係るヒアリング）において、現在の診断群分類を決定するルール（「主治医による診断群分類区分の適用の決定は請求時に行うものとする」）では、特定入院期間以降に化学療法を実施した場合も、「化学療法あり」の診断群分類となり、化学療法に係る薬剤費が既に包括点数において評価されているにもかかわらず、更に出来高で当該薬剤費が請求される事例が指摘された。
 - 本来包括点数において評価されている薬剤費が特定入院期間を超える事により、出来高算定できる状況について更に検討する必要がある。
- ③ 高額薬剤等に係る対応
 - 高額のがん剤等、包括評価されている薬剤使用において、費用償還の観点から在院日数が逆に遷延するという不適切なインセンティブ

が働いているとの指摘がある。

- 高額薬剤に係る在院日数遷延のための点数設定方法等、具体的な対応について、引き続き検討する必要がある。(→診断群分類の見直しと関連)

④ DPC を変更する際の算定方法

- 現行制度では月ごとにレセプト請求を行っていることから、患者の状態等に応じて、適用（請求）する診断群分類が月単位で異なる場合があり、現行では以下のルールに従い、算定調整を行っている。

＜診断群分類が変更となった場合の請求ルール（概要）＞

- A) 「包括 DPC」同士の変更の場合は、退院月においてその差額を調整する。
- B) 「包括 DPC」から「出来高 DPC」へ変更、若しくはその逆の場合は、診断群分類の変更が判断された日より算定方法を変更する。
- C) 最終的に決定された診断群分類において、特定入院期間（入院期間Ⅲ）を超えた場合は出来高算定に移行し、それ以降診断群分類点数表で算定はできない。

〔 「包括 DPC」：包括点数の設定されている診断群分類
「出来高 DPC」：出来高で算定することとされている診断群分類

- しかし、請求に係る診療情報の適切な整理・記載という観点から、本来は月単位ではなく、入院から退院までの一連の1入院単位での請求とすれば明快に理解できるのではないかと、との指摘がある。
- 一方で、このような対応は、請求方法の大幅な変更を伴うものであり、様々な観点から整理すべき課題があることから、引き続き中長期的な視点から検討すべきではないか。

2. 検討と今後の対応

- 上記の課題と論点等についてどう考えるか。
- これらの課題や論点に関する今後の対応について、引き続き中医協又はDPC 評価分科会において検討してはどうか。

平成 24 年改定に向けた DPC（診断群分類）の見直しについて

1. 診療報酬改定時に実施する基本的な見直し

(1) 基本的な DPC の再検討

以下の指針に基づき、診断群分類全体の妥当性の検証及び見直し案の作成を実施。

- 1) 医療資源同等性が担保されている（医療資源の投入量が適切にグルーピングされている（在院日数、包括範囲点数））。
- 2) 臨床的類似性が担保されている（臨床的な観点から問題・違和感が少ない）。
- 3) 分類は可能な限り簡素であり、分類のコーディングに際して、臨床現場の負担が少ない。
- 4) その他制度運用上の問題が生じない。

(2) 改定で収載する新たな技術等への対応

医療技術評価分科会・先進医療専門家会議の評価を踏まえて、中医協で新規に収載される技術等に対応した診断群分類の修正を行う。

(3) 高額薬剤に係る見直し

前回改定以降、中医協において高額薬剤として出来高算定（※）が認められた薬剤等について、その後の使用実績に関する分析・検討により、当該薬剤等の DPC（診断群分類）における取扱いについて検討する。

〔※ 当該薬剤を使用した患者は診断群分類点数表（DPC/PDPS 点数表）の対象外患者となる（入院料を含め全て出来高で算定）。〕

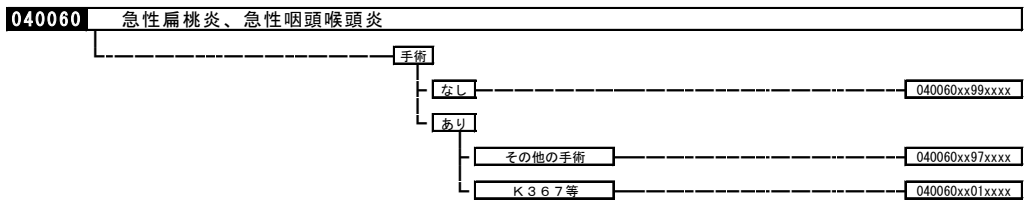
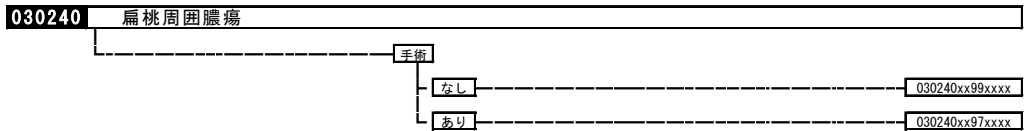
2. 平成 24 年改定において更に対応を検討する事項

(1) 化学療法関連 DPC における在院日数遷延防止のための対応

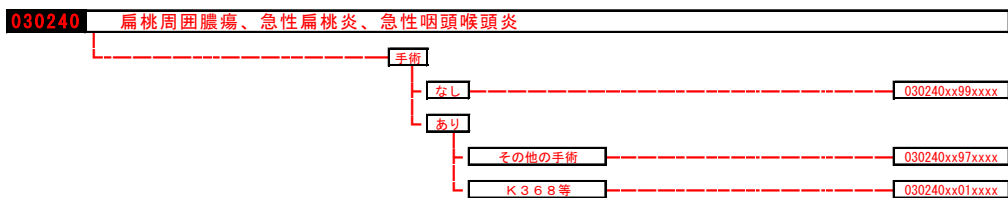
包括評価されている薬剤使用において、費用償還の観点から在院日数が逆に遷延するという不適切なインセンティブを解消するため、診断群分類点数表の点数設定方法の調整による対応について検討する。

〔参考1〕見直しの具体例

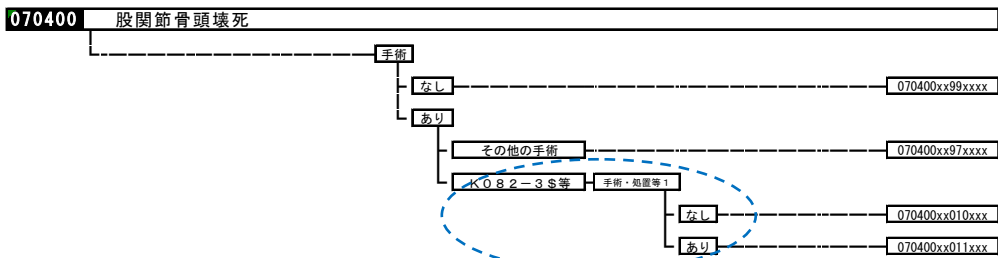
(1) ICD-10 コードと傷病名の適切な関係の検討 (急性扁桃炎の例)



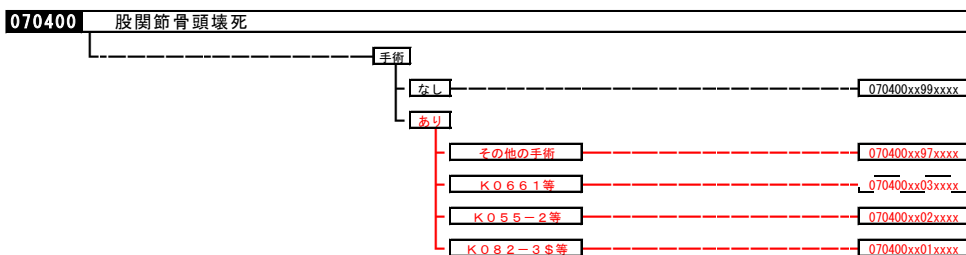
臨床的類似性・医療資源同等性から「扁桃周囲膿瘍」と「急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎」を統合



(2) 手術分岐、手術・処置等1分岐の見直し (股関節骨頭壊死の例)



手術による医療資源同等性を再度分析し、分析結果から手術による分岐を見直した。これに伴い、不要となった手術・処置等1による分岐を廃止。



(3) DPC 構造上の整理 (定義テーブル内の位置づけの見直し) (循環器班の例)

診断群分類			手術				手術・処置等1				手術・処置等2				
MDC	コード	分類名	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等
05	0070	頻脈性不整脈	手術なし	99	99	手術なし		2	3	心臓電気生理学的検査		4	5	体外ペースメーカー	K596
			その他の手術あり	97	02	不整脈手術	K594\$	1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$
				97	03	ペースメーカー移植術	K597\$					4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$
				97	03	ペースメーカー交換術	K597-2					4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$
				97	03	埋込型除細動器移植術	K599					4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$
				97	03	埋込型除細動器交換術	K599-2					4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$
				97	97	その他のOKコード	その他のOKコード					1	5	人工腎臓 その他の場合	J0382
			経皮的カテーテル心筋焼灼術	01	01	経皮的カテーテル心筋焼灼術	K595\$								



MDC 内で「手術」「手術・処置等1」「手術・処置等2」の階層構造を可能な限り統一。

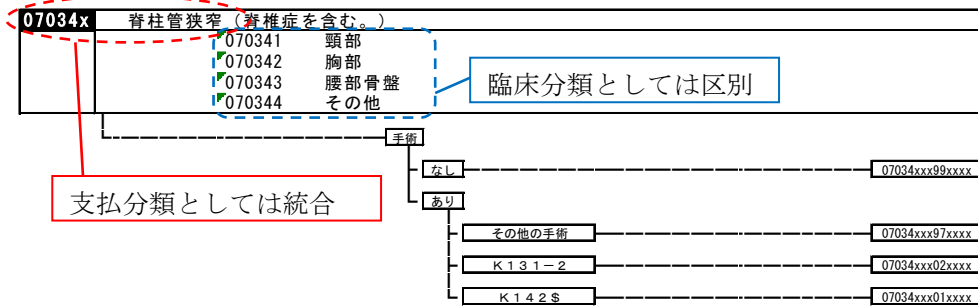
一部「処置1」へ移動

診断群分類			手術				手術・処置等1				手術・処置等2				
MDC	コード	分類名	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等
05	0070	頻脈性不整脈	手術なし	99	99	手術なし		5	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600	4	5	体外ペースメーカー	K596
			その他の手術あり	97	02	不整脈手術	K594\$	5	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$	4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$
				97	03	ペースメーカー移植術	K597\$	5	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$	4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$
				97	03	ペースメーカー交換術	K597-2	3	3	心臓電気生理学的検査		4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$
				97	03	埋込型除細動器移植術	K599	1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$
				97	03	埋込型除細動器交換術	K599-2					4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$
				97	97	その他のOKコード	その他のOKコード					1	4	持続経徐式血液濾過	J038-2
			経皮的カテーテル心筋焼灼術	01	01	経皮的カテーテル心筋焼灼術	K595\$					1	4	人工腎臓 その他の場合	J0382
												1	3	中心静脈注射	G005
												1	2	人工呼吸	J045\$

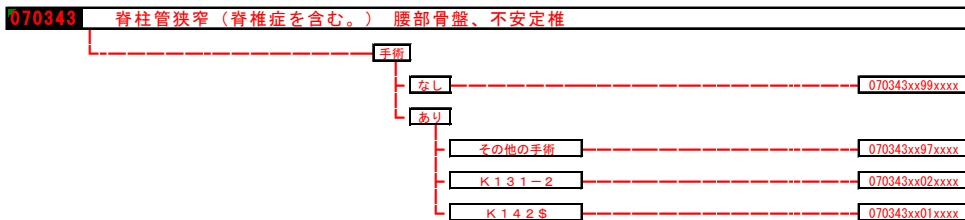
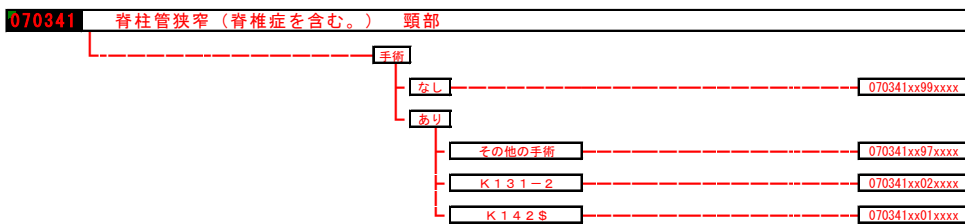
削除

(4) 支払・臨床分類の明確化（統合及び分離）

<分離の例>（脊柱管狭窄の例）



過去に医療資源同等性から支払分類として統合したが（臨床分類としては分けて考えるため傷病名は別々に記載）、今回の解析で一定程度の差が見られたことから、傷病名により支払分類を分離。



<統合の例>（子宮頸部・体部の悪性腫瘍）

修正前

120020	子宮頸・体部の悪性腫瘍
---------------	-------------



臨床的な観点から分類を傷病名で分けることとしたが、医療資源同等性から支払分類としては統合した。

修正後

12002x	子宮頸・体部の悪性腫瘍
	120020 子宮頸部の悪性腫瘍
	120021 子宮体部の悪性腫瘍
	120022 子宮の悪性腫瘍（その他）

〔参考2〕 これまでの検討結果

	平成 22 年分類	平成 22 年分類 (副傷病なし)	見直し案(暫定値) (副傷病なし)
傷病名数	507		514
診断群分類数	2658	2494	2572

2. 今後の対応

引き続き診断群分類見直し作業を実施し、平成 24 年で改定する診断群分類点数表に反映してはどうか。

DPC/PDPS導入影響評価のための調査 (退院患者調査)の概要

退院患者調査の全体像

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	簡易診療録情報	様式1	
	診療報酬請求情報	医科点数表に基づく出来高点数情報	EF統合ファイル
	診療報酬請求情報	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル
	診療報酬請求情報	医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3	

様式1

概要

一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料等を算定する病棟・病室への入院患者について各病棟単位で作成する簡易診療録情報。

調査項目

- 日付情報(入院日、退院日等)
- 患者情報(生年月日、性別、住所地域の郵便番号)
- 入院経路(救急搬送の有無、紹介有無、退院時転帰等)
- 診断情報(傷病名、ICD-10コード)
- 手術情報(手術名、Kコード、麻酔方法)
- 診療情報(身長、体重、ADLスコア、がんのTNM分類、肺炎の重症度、JCS、化学療法の有無等)

様式1(イメージ)

データ 識別番号	入院 年月日	退院 年月日	医療資源 病名	ICD10	テモゾロミド の有無
0100000001	20110701	20110710	左腎盂癌	C65	1
0100000002	20110701	20110715	卵巣癌	C56	1
0100000003	20110702	20110709	子宮肉腫	C542	0
0100000004	20110702	20110710	C型慢性肝炎	B182	0
0100000005	20110702	20110720	S状結腸癌	C187	1
0100000006	20110703	20110711	総胆管結石	K805	0
0100000007	20110704	20110712	C型慢性肝炎	B182	0
0100000008	20110706	20110716	肝細胞癌	C220	1
:	:	:	:	:	:

様式3（施設情報）

病院の病床数や算定可能な入院基本料等加算について、月単位で入力する施設に関する情報。

様式3-1（病床数を入力）

各入院基本料及び特定入院料毎の病床数を入力する。

- 一般病棟入院基本料 340床
- 救命救急入院料 5床
- 等

様式3-2（入院基本料等加算の算定状況を入力）

- 入院時医学管理加算 ○
- 超急性期脳卒中加算 ×
- 等

様式3-3（地域医療への貢献に係る評価を入力）

- 地域連携診療計画管理料（脳卒中に限る） ×
- がん治療連携計画策定料 平成23年4月1日
- 等

様式3（イメージ）

様式3-1										
入力必須箇所										
施設コード:										
施設名:										
請求年月:		23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日
算定病床数	一般	0	0	0	0	0	0	0	0	0
算定病床数	救急	0	0	0	0	0	0	0	0	0
算定病床数	介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0
※介護保険施設とは、介護保険施設を除く介護療養型医療施設等										
※この欄は算定対象外										

様式3-2										
入力必須箇所										
施設コード:										
施設名:										
請求年月:		23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日
A100	一般病棟入院基本料	1. 711) 入院基本料								
A101	救急病棟入院基本料	1. 救急病棟入院基本料								
A102	介護病棟入院基本料	1. 711) 入院基本料								
A103	精神科入院基本料	1. 1021) 入院基本料								
A200	一般病棟入院基本料加算	1. 算定している入院基本料加算に紐着した算定項目(○)を選択し、(×)を選択して入力								
A201	一般病棟入院基本料加算(1日につき)									
A202	一般病棟入院基本料加算(1日につき)									
A203	一般病棟入院基本料加算(1日につき)									
A204	急性期脳卒中加算(入院日)									
A205	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A206	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A207	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A208	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A209	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A210	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A211	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A212	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A213	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A214	救急病棟入院基本料加算(入院日)									
A215	救急病棟入院基本料加算(入院日)									

様式3-3										
入力必須箇所										
施設コード:										
施設名:										
請求年月:		23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年	23年
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日
1	地域連携診療計画管理料	地域連携診療計画管理料(脳卒中に限る)								
2	がん治療連携計画策定料	がん治療連携計画策定料								
3	地域がん登録料	地域がん登録料(令和8年1月)								
4	救急医療	救急医療 ① 医療計画上認められている二次救急医療施設として、消防団等への参加施設である。 ② 医療計画上認められている二次救急医療施設として、拠点型又は月間併発の施設である。 ③ 救急センターである。								
5	災害時における医療	災害時医療チーム(CMAT)にかき指定を受けている。 日本DMATの研修終了日								
6	へき地の医療	へき地医療拠点病院の指定を受けている。 社会医療法人等が実施するへき地医療の要件を満たしている。								
7	産科医療	産科医療 ① 産科医療母子医療センターの指定を受けている。 ② 地域産科母子医療センターの認定を受けている。								

様式4(医科保険診療以外の診療情報)

概要

診療報酬請求情報が、医科の保険診療実績データに限られるため、他の支払いが併用される場合の関連情報の調査票。

調査項目

- 1 医科レセプトのみ
 - 2 歯科レセプトあり
 - 3 保険請求なし(自費等)
 - 4 保険と他制度との併用
 - 5 その他(臓器提供者等)
- 1~5を選択する

様式4(イメージ)

データ 識別番号	入院 年月日	退院 年月日	医科保険外との 組み合わせ
0100000001	20110701	20110710	1
0100000002	20110701	20110715	1
0100000003	20110702	20110709	1
0100000004	20110702	20110710	1
0100000005	20110702	20110720	1
0100000006	20110703	20110711	4
0100000007	20110704	20110712	1
0100000008	20110706	20110716	3

医科保険と他保険の併用 自費

EF統合ファイル(出来高点数情報)

概要

医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定情報が
入力されたもの。(仮に出来高病院であったとしたらどのよ
うな請求になるか、データとして入力されたもの)

※ (自費診療のみ、労災・公害・その他保険のみの患者等は対象外)

調査項目

- ・ 入退院年月日
- ・ 一連の診療行為
- ・ 一連の診療行為で使用された医薬品等の名称や使用量

等

EF統合ファイル(イメージ)

EF-5	EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	EF-11	EF-12	EF-13	EF-14	EF-15	EF-24	EF-25	EF-26	EF-27	EF-28
データ区分	順序番号	行為明細番号	病院点数マスタコード	レセプト電算コード	診療明細名称	使用量	基準単位	明細点数	円点区分	実施年月日	レセプト科区分	診療科区分	医師コード	病棟コード
50	0001	000	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)	0	000	0	0	20110624	26	230	603808	N07
50	0001	001	788005	810000000	右	0	000	0	0	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	002	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)	0	000	12100	0	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	003	431709	620003739	セファメジンα点滴用キット1g(生理食塩液100mL付)	1	051	876	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	004	356530	661310031	エコリシン眼軟膏	0.5	033	18.35	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	005	359169	620006397	オペガンハイO. 85眼粘弾剤1% O. 85mL	1	047	9351.6	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	006	384267	660462011	ヒーロンV0. 6 2. 3%0. 6mL	1	047	11750.5	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	007	431536	643310183	生理食塩液 100mL	2	019	194	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	008	441020	642450055	デカドロン注射液 3. 3mg	1	022	203	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	009	422094	620003210	ゲンタシン注40 40mg	1	022	358	1	20110624	NULL	230	603808	N07

Dファイル(診療報酬請求情報)

概要

包括評価点数、医療機関別係数等に関する請求情報を入力する。(実際に請求した点数を用いて作成され、DPC対象病院のみ提出する。)

調査項目

- ・ 入退院年月日
- ・ 診断群分類番号
- ・ 医療機関係数
- ・ 診療行為名称及び点数
等

Dファイル(イメージ)

包括レセプト

Dファイル

<包括評価部分>

(4月請求分)

入 I 3414 X 2 = 6828

合計 6828 X 1.1234 = 7671

(5月診療分)

外泊日 7日 8日

入 I 2941 X 8 = 23528

合計 23528 X 1.1234 = 26431

(4月調整分)

入 I 2941 X 2 = 5882

合計 5882 X 1.1234 = 6608

調整 6608 - 7671 = △1063

(5月請求分)

合計 26431 - 1063 = 25368

データ区分	行為点数	実施年月日	医療機関係数
93	2941	20110501	1.1234
93	2941	20110502	1.1234
93	2941	20110503	1.1234
93	2941	20110504	1.1234
93	2941	20110505	1.1234
93	2941	20110506	1.1234
93	2941	20110507	1.1234
93	2941	20110508	1.1234
94	-1063	20110508	1.1234