

2013年度DPC評価分科会 中間とりまとめ

資料作成：株式会社日医工医業経営研究所（日医MPI）
医業経営コンサルタント登録番号第6345 飯田裕美



Nikky

DPC評価分科会の中間とりまとめは2013年10月16日の中医協総会で報告され、承認されました。今後分科会ではとりまとめの内容について引き続き詳細な議論が続けられます。

資料No.20131021-336



株式会社日医工医業経営研究所

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群の在り方について

○Ⅲ群の細分化は行わないこととしてはどうか。

当初分科会ではⅢ群を『専門病院群』『地域中核病院群』『その他群』に分けてはという意見もあった。

〈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(差)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。

次回改定ではⅢ群の細分化は行われませんが将来的には未定。
中長期的な課題として今後も取り上げられる。

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) 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

○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。

II 群の要件は大きく変わらず、この医師研修の実績要件のみ変更の見込み。

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。

〈機能評価係数Ⅱの基本的な考え方〉

○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)

2. 機能評価係数Ⅱについて（データ提出指数）

（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。

『副傷病名の記載を評価する』という案が示されているが、反対意見も出ている。

2. 機能評価係数Ⅱについて（効率性指数）

[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。

データでは包括範囲内薬剤と包括範囲外薬剤（手術で使用される薬剤等）のGE使用率に差があるとのこと。

〈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

= [後発医薬品の数量] / ([後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量])

○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。

○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。

○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。

○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。

2. 機能評価係数Ⅱについて（地域医療指数、その他の指数）

[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、「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。

DPC対象病院＝急性期の観点から在宅医療への評価の可能性は低い。

[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）

（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

一部の抗がん剤や関節リウマチ用製剤などにこの点数設定が適用された。

○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の診断群分類のうち、平成24年度の通年のDPCデータで平均在院日数の短縮が認められる診断群分類については、次回改定以降も当該点数設定方式の適用を引き続き継続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）等についても適用について検討することとしてはどうか。

〈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。

次回改定後も一部の高額な薬剤については同様の点数設定となる見込み。
高額な材料についても同様の点数設定となる可能性が浮上。

3. その他（基礎係数、機能評価係数Ⅱ以外の事項）

[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。

再入院時の傷病名に意図的な操作が行われている可能性が示唆されている。
ただし、DPC/PDPSでは『最も医療資源を投入した傷病名』は退院時でないことと決定しないことから、再入院時傷病名の設定については今後の詳細な議論が注目される。

3. その他（基礎係数、機能評価係数Ⅱ以外の事項）

(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。

データの精緻化がしやすいようシステム(記録方式)が改訂される見込み。