

平成 22 年度 DPC 導入影響の評価に係る特別調査について

1. 検討の経緯

平成 22 年度の DPC 導入影響の評価に係る特別調査については、これまで以下のとおり、検討を行ってきたところ。

平成 22 年 4 月 22 日 分科会	特別調査の基本的な考え方、個別の調査項目、対象医療機関の案を提示
平成 22 年 5 月 26 日 総会	分科会での検討状況を報告
平成 22 年 7 月 14 日 総会	これまでの議論を踏まえ、当面の課題等を整理
平成 22 年 7 月 16 日 分科会	平成 21 年度調査報告や DPC 制度導入当初の検討状況を踏まえ、調査の内容を整理
平成 22 年 7 月 28 日 総会	具体的な調査項目について概ね意見集約
平成 22 年 8 月 3 日 分科会	評価の視点や具体的な評価手法等について検討
平成 22 年 8 月 25 日 総会	分科会での検討状況を報告

2. 積み残しの主な論点と最終的な対応案

(1) 再入院(再転棟)に係る調査

- 同一医療機関内に療養病棟がないことにより、他院に転院していた患者が再入院していたものと再転棟は同一の取扱いとするべきではないか。

⇒ 再入院にあたり、いずれからの入院か、調査項目に追加

- 「合併症」の定義等わかりやすくすべきではないか。

⇒ 調査票に定義を記載するとともに、調査項目を明確化

- 再転棟の理由について、「その他」を選択した場合の自由記載欄を設けるべきではないか。

⇒ 自由記載欄を追加

(2) 化学療法等の外来、入院別実施状況調査

- 化学療法のプロトコルについて 1 年以上過去に遡ってレセプトの統計機能を用いるのは困難ではないか。
- 病名とのクロス集計は相当の事務負担となるのではないか。

⇒ 今回の調査票からは削除

(3) 医師あたりの患者数等の動向調査

- 救急に従事する医師等の範囲は不明確で、バラつきが大きいのではないか。
- 現状の調査では解釈に窮するデータが多く出るのでないか。

⇒ 通常調査のデータから実施件数等が特定可能な診療項目とし、さらに、それに実際に従事する医師数が比較的明確に特定しやすい診療科に絞り込んだ調査に修正

診調組 D-1-2
22.10.26

中医協 総-2-2
22.10.15

平成 22 年度特別調査

「化学療法等の外来、入院別実施状況調査」、「医師あたりの患者数等の動向調査」
調査票(案)

施設コード								施設機関名

1 貴院に勤務している医師数(外来専属の医師を除く)についてお伺いします。

問1-1 平成22年〇月、貴院に勤務している医師数(但し外来業務のみに従事している医師を除く)を常勤換算でご記入ください。平成20年〇月、平成21年〇月についても同様に記入ください。			
	平成20年〇月	平成21年〇月	平成22年〇月
医師数(常勤換算)	人	人	人

<注1> 外来業務のみに従事している(入院業務に全く従事していない)医師は数えないでください。
例) 週1回、他院より外来診療を行う為に来ている医師 → 数に含めない。
病棟業務を行いつつ、週2回(月・木)外来診療を担当している医師 → 数に含める。

<注2> 平成22年〇月中の平均的な1週間を選び(どの週を選ぶかは任意)、その勤務実績を踏まえ、計算してください。平成21年、平成20年も同様です。

<注3> 非常勤職員の常勤換算の計算方法について
貴院の1週間の通常勤務時間を基準として、下記のような計算を行ってください。全て足し合わせた後、小数点第二位を四捨五入し、ご記入ください。
例) 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週3日(各日5時間)勤務の医師数が4人いる場合
$$\frac{3 \text{ 日} \times 5 \text{ 時間} \times 4 \text{ 人}}{40 \text{ 時間}} = 1.5 \text{ 人}$$

問1-2 平成 22 年〇月、貴院に勤務している医師数(但し外来業務のみに従事している医師を除く)を各診療科別に常勤換算でご記入ください。平成 20 年〇月、平成 21 年〇月についても同様にご記入ください。

ただし、ここでいう「各診療科」は、特に規定のない限り、「DPC 導入の影響評価に係る調査」の様式1における「診療科コード」(1 病院属性等 の (2))に従って分類するものとします。

診療科目	コード番号	平成 20 年〇月	平成 21 年〇月	平成 22 年〇月
小児科	100	人	人	人
心臓血管外科	170	人	人	人
放射線科のうち 放射線治療に携わる医師	270 の 一部	人	人	人
麻酔科	490	人	人	人

※ なお、病院で独自にコードを規定している場合は、上2桁が合致する診療科に医師数を振り分けてください。

【参考】診療科コードについて(「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料より)

(2) 診療科コード

医療資源を最も投入した傷病の診療を担当した医師の所属する診療科のコード番号を入力する。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。

また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。(例えば、胸部外科を外科“110”に加えて“111”とする等)

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	耳鼻咽喉科	240	血液科	470
心療内科	020	気管食道科	250	血液内科	480
精神科	030	リハビリテーション科	260	麻酔科	490
神経科	040	放射線科	270	消化器内科	500
呼吸器科	050	神経内科	280	消化器外科	510
消化器科	060	胃腸科	290	肝胆膵外科	520
循環器科	070	皮膚科	300	糖尿内科	530
アレルギー科	080	泌尿器科	310	大腸肛門科	540
リウマチ科	090	産科	320	眼形成眼窩外科	550
小児科	100	婦人科	330	不妊内分泌科	560
外科	110	呼吸器内科	340	膠原病リウマチ内科	570
整形外科	120	循環器内科	350	脳卒中科	580
形成外科	130	歯科	360	腫瘍治療科	590
美容外科	140	歯科矯正科	370	総合診療科	600
脳神経外科	150	小児歯科	380	乳腺甲状腺外科	610
呼吸器外科	160	歯科口腔外科	390	新生児科	620
心臓血管外科	170	糖尿病科	400	小児循環器科	630
小児外科	180	腎臓内科	410	緩和ケア科	640
皮膚泌尿器科	190	腎移植科	420	内分泌リウマチ科	650
性病科	200	血液透析科	430	血液腫瘍内科	660
肛門科	210	代謝内科	440	腎不全科	670
産婦人科	220	内分泌内科	450	精神神経科	680
眼科	230	救急医学科	460	内分泌代謝科	690

2 以下の診療報酬項目について貴院の「外来での算定状況」についておたずねします。

問2 以下の診療報酬について、貴院の平成 20 年〇月、平成 21 年〇月、平成 22 年〇月における外来での べ算定件数をご記入ください。			
	平成 20 年〇月	平成 21 年〇月	平成 22 年〇月
＜外来でのべ算定件数をご記入ください。＞			
外来化学療法加算1 （「注射」通則6 イ）	件	件	件
外来化学療法加算2 （「注射」通則6 ロ）	件	件	件
高エネルギー放射線治療 1回目(M001 体外照射 3 イ)			
(1) 1門照射又は対向2門照射	件	件	件
(2) 非対向2門照射又は3門照射	件	件	件
(3) 4門以上の照射、運動照射又は 現体照射	件	件	件
強度変調放射線治療 1回目 （M001 体外照射 4 イ）	件	件	件
ガンマナイフによる定位放射線治療 （M001-2）	件	件	件
直線加速器による定位放射線治療 （M001-3）	件	件	件
痔核手術(脱肛を含む。)(K743)			
1 硬化療法	件	件	件
2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	件	件	件
3 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	件	件	件
4 根治手術	件	件	件
5 PPH	件	件	件
ヘルニア手術 鼠径ヘルニア （K633 5）	件	件	件

体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (K768)	件	件	件
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する 場合(K282 1)	件	件	件
後発白内障手術 (K282-2)	件	件	件
心臓カテーテル法による諸検査 (D206)	件	件	件
胃・十二指腸ファイバースコープ (D308)	件	件	件
大腸ファイバースコープ(D313)			
1 S状結腸	件	件	件
2 下行結腸及び横行結腸	件	件	件
3 上行結腸及び盲腸	件	件	件
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ、粘 膜切除術(K653)			
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	件	件	件
2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	件	件	件
3 早期悪性腫瘍ポリープ切除術	件	件	件
4 その他のポリープ・粘膜切除術	件	件	件
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 (K721 全区分の合計※)	件	件	件
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 (K721-2 全区分の合計※)	件	件	件
※ K721 及び K721-2 は平成22年度診療報酬改定において点数体系が変更となっているため、該当する区分 全ての合計件数をお書きください。			

3 貴院で導入されているレセプトコンピューターの統計機能等についてお伺いします。

問3-1 貴院で導入されているレセプトコンピューターの会社名、導入時期等についてお教えてください。		
ソフトメーカー名(自主開発の場合はその旨御記載下さい)	ソフト名及びバージョン等	
販売代理店	導入時期	次回更新予定時期
	年 月	年 月
問3-2 今回の特別調査について、該当するものに○をお付けください。		
<input type="checkbox"/> 事務系の職員等のみで対応可能な内容であった。 <input type="checkbox"/> 院内の情報処理系の専門職員で対応可能な内容であった。 <input type="checkbox"/> 院内の医療従事者(医師、看護師等)に聞かないとわからない内容であった。 <input type="checkbox"/> レセプトコンピューターの開発元(販売元)に依頼しないと対応できない内容であった。		
問3-3 貴院のレセプトコンピューターの統計機能を使用するに当たり、どの程度過去のデータをさかのぼることが可能でしょうか。	過去	か月分まで可能
問3-4 貴院のレセプトコンピューターの統計機能を活用し、以下の集計のうち 実行困難なもの について○をお付けください。 集計は外来レセプトを対象として行うもの とお考えください。		
<input type="checkbox"/> 薬剤の使用状況の集計。 例) 先月の外来患者のうち「パクリタキセル」を使用した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 複数の薬剤の併算定状況の集計。 例) 先月の外来患者のうち「パクリタキセル」及び「カルボプラチン」を使用した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 複数の診療行為の併算定状況の集計。 例) 先月の外来患者のうち「CT 撮影」及び「MRI 撮影」を算定した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 病名と診療行為のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち病名に「子宮がん」があり、「CT 撮影」を算定した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 薬剤と診療行為のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち「尿素呼気試験」を算定し「ランソプラゾール」を処方した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 病名と薬剤のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち病名に「胃潰瘍」があり、「ランソプラゾール」を処方した患者の人数。 <input type="checkbox"/> 病名と複数薬剤のクロス集計 例) 先月の外来患者のうち病名に「胃潰瘍」があり、「ランソプラゾール」「アモキシシリン」「クラリスロマイシン」の3剤(ピロリ菌除菌の3剤)を処方した患者の人数。		
<p><補足>本問は今後の特別調査にあたり、調査を引き受けていただいている皆さまの病院にとって、調査内容が過剰な負担とならないようにするために、現状把握をする目的で記載をお願いさせていただくものです。本来の調査(設問1, 2)に対して付加的なものですが、ご協力のほどよろしくおねがいいたします。</p>		

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

「平成 22 年度特別調査 再入院に係る調査」調査票

診調組 D-1-3
22.10.26

中医協 総-2-3
22.10.15

- ◇ 医療機関名：
 ◇ 患者データ識別番号： 生年月日（西暦）：
 ◇ 診療科コード（前回退院時）：
 診断群分類（前回退院時）：
 最医資病名（前回退院時）：
 入院日： ICD-10：
 退院日： 退院時転帰：
 入院目的：
 ◇ 診療科コード（今回退院時）：
 診断群分類（今回退院時）：
 最医資病名（今回退院時）：
 入院日： ICD-10：
 退院日： 退院時転帰：
 入院目的：

◇ 今回の入院直前の、患者の居所を選択してください。

1. 自宅 2. 医療機関 3. 介護施設等 4. その他（ ）

◇ 再入院の理由：

「計画的再入院」か、「予期された再入院」か、「予期せぬ再入院」かをまず判断し、その具体的理由の欄に「○」を記入してください。

「あり得る」合併症の発症や疾患の再発があつて再入院した場合でも、それが患者に対して十分な説明がなされておらず、予期されていなかった場合には「予期せぬ再入院」としてください。項目を選択するに当たっては、参考資料の例を参照してください。

◎計画的再入院

- () ① 前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため
 () ② 前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため
 () ③ 計画的な化学療法のため
 () ④ 計画的な放射線療法のため
 () ⑤ 前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため
 () ⑥ その他（ ）

◎予期された再入院

- () ① 予期された原疾患（※1）の悪化、再発のため
 () ② 予期された原疾患（※1）の合併症発症のため
 () ③ 予期された併存症（※2）の悪化のため
 () ④ 患者の QOL 向上のため一時帰宅したため
 () ⑤ その他（ ）

◎予期せぬ再入院

- () ① 予期せぬ原疾患（※1）の悪化、再発のため
 () ② 予期せぬ原疾患（※1）の合併症発症のため
 () ③ 予期せぬ併存症（※2）の悪化のため
 () ④ 新たな他疾患発症のため
 () ⑤ その他（ ）

※1：前回入院時に医療資源を最も投入した傷病を指す

※2：前回入院時の入院時併存傷病及び入院後発症傷病を指す

再入院理由の具体例

	項目	具体例
* 計画的再入院	① 前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	小児の先天性心室中隔欠損症で前回カテーテル検査のため入院、今回はパッチ閉鎖手術のため入院。
	② 前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	前回、骨折で入院して観血的整復術をうけた。今回、抜釘手術のため入院。 前回、急性心筋梗塞で大動脈バイパス手術を受けた。今回、術後のカテーテル検査のため入院。
	③ 計画的な化学療法のため	前回、急性骨髄性白血病に対する化学療法のため入院、今回も化学療法を受けるため入院。
	④ 計画的な放射線療法のため	前回、肺がんに対する化学療法のため入院、今回は放射線療法を受けるため入院。
	⑤ 前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	小児で斜視手術のため入院したが、前日夕に咽頭部の発赤と発熱があったので手術を中止して退院、軽快したので2週間後に手術のため入院。
	⑥ その他	
* 予期された再入院	① 予期された原疾患の悪化、再発のため	前回、胃がん再発で入院し治療をうけて退院、自宅療養中であったが腹水貯留が著しく、嘔吐を繰り返すようになり入院。
	② 予期された原疾患の合併症発症のため	前回、食道がん治療のため入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、退院時誤嚥性肺炎がおこることもあるとの説明を受けていた。退院1週間後誤嚥性肺炎が発症したので入院。
	③ 予期された併存症の悪化のため	前回、腸閉塞のため入院、併存症として閉塞性肺疾患があり、呼吸状態の悪化の可能性について説明を受けていた。退院2週間後呼吸状態の悪化のため、入院。
	④ 患者のQOL向上のため一時帰宅したため	前回、肺小細胞癌で入院したが、ターミナルであるが小康をえていたので、患者のQOLの向上を図るため退院、今回、疼痛や呼吸困難が強くなり入院。

	⑤ その他	
* 予 期 せ ぬ 再 入 院	① 予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	前回、虚血性心疾患で入院、治療をうけて軽快退院、退院時風邪をひかないようにとの注意を受けていたが、心不全になるとの説明はうけていなかった。退院1ヶ月後風邪をひき、心不全になったので入院。
	② 予期せぬ原疾患の合併症発症のため	前回、食道がん治療のため入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、今後誤嚥性肺炎がおりうるとの説明はなかった。退院1週間後誤嚥性肺炎のため入院。
	③ 予期せぬ併存症の悪化のため	前回、腸閉塞のため入院、併存症として閉塞性肺疾患があったが、呼吸状態は良好で、悪化の可能性は低いと判断されていた。しかしながら退院2週間後の外来受診で労作時の呼吸困難の訴えが強く、入院。
	④ 新たな他疾患発症のため	前回、白内障のため眼内レンズ挿入術をうけて退院、その5日後急性心筋梗塞を発症して入院。
	⑤ その他	

再転棟理由の具体例

	項目	具体例
* 計画的再転棟	① 術前検査等で DPC 算定病棟へ入院後手術のため	狭心症で前回カテーテル検査のため DPC 算定病棟へ入院、今回は冠動脈形成術のため DPC 算定病棟へ転棟。
	② 計画的手術・処置・検査のため	前回、骨折で DPC 算定病棟へ入院して観血的整復術を受けた。今回、抜釘手術のため DPC 算定病棟へ転棟。前回、急性心筋梗塞で大動脈バイパス手術を受けた。今回、術後のカテーテル検査のため DPC 算定病棟へ転棟。
	③ 計画的化学療法のため	前回、急性骨髄性白血病に対する化学療法のため DPC 算定病棟へ入院、今回も化学療法を受けるため DPC 算定病棟へ転棟。
	④ 計画的放射線療法のため	前回、肺がんに対する化学療法のため DPC 算定病棟へ入院、今回は放射線療法を受けるため DPC 算定病棟へ転棟。
	⑤ 前回 DPC 算定病棟での入院時、予定された手術・検査等を中止して一時転棟したため	白内障手術のため DPC 算定病棟へ入院したが、前日夕に咽頭部の発赤と発熱があったので手術を中止して転棟、軽快したので2週間後に手術のため DPC 算定病棟へ転棟。
	⑥ その他	
* 予期された再転棟	① 予期された原疾患の悪化、再発のため	胃癌再発で DPC 算定病棟へ入院し、治療を受けて転棟、療養中であったが腹水貯留が著しく、嘔吐を繰り返すようになり DPC 算定病棟へ転棟。
	② 予期された原疾患の合併症発症のため	食道癌治療のため DPC 算定病棟へ入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、転棟時に誤嚥性肺炎が起きることもあるとの説明を受けていた。転棟一週間後誤嚥性肺炎が発症したため DPC 算定病棟へ転棟。
	③ 予期された併存症の悪化のため	腸閉塞のため DPC 算定病棟へ入院、併存症として閉塞性肺疾患があり、呼吸状態の悪化の可能性について説明を受けていたが、治療終了のため転棟、療養中であった。転棟後 2 週間で呼吸状態の悪化のため、DPC 算定病棟へ転院。

	④ 患者の QOL 向上のため一時転棟したため。	肺小細胞癌で DPC 算定病棟へ入院したが、ターミナルであるが小康をえていたので、患者の QOL の向上を図るため転棟、今回、疼痛や呼吸困難が強くなり DPC 算定病棟へ転棟。
	⑤ その他	
* 予 期 せ ぬ 再 転 棟	① 予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	虚血性心疾患で DPC 算定病棟へ入院、治療をうけて軽快転棟、転棟時風邪をひかないようにとの注意を受けていたが、心不全になるとの説明はうけていなかった。転棟 1 ヶ月後風邪をひき、心不全になったので DPC 算定病棟へ転棟。
	② 予期せぬ原疾患の合併症発症のため	食道癌治療のため DPC 算定病棟へ入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、今後誤嚥性肺炎が起きるとの説明はなかった。転棟 1 週間後誤嚥性肺炎のため DPC 算定病棟へ転棟。
	③ 予期せぬ併存症の悪化のため	腸閉塞のため DPC 算定病棟へ入院、併存症として閉塞性肺疾患があったが、呼吸状態は良好で、悪化の可能性は低いと判断されていたこともあり、治療終了後転棟し、療養中であった。 しかしながら転棟 1 か月後、労作時の呼吸困難の訴えが強くなり、加療のため DPC 算定病棟へ転棟。
	④ 新たな他疾患発症のため	前回、白内障のため眼内レンズ挿入術をうけて転棟、その 5 日後急性心筋梗塞を発症して DPC 算定病棟へ転棟。
	⑤ その他	

※DPC 算定病棟とは、以下の入院基本料等を届出ている病棟をいう。

- ・一般病棟入院基本料
- ・特定機能病院入院基本料（一般）
- ・専門病院入院基本料
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中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
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料

機能評価係数Ⅱの運用について

1. 概 要

平成22年度改定で導入された機能評価係数Ⅱについては、医療機関の診療実績等を適切に反映させる観点から、基本的に一年毎に見直し（改定）を行うこととされている。

機能評価係数Ⅱ改定の根拠となるDPC退院患者調査（DPC導入の影響評価に関する調査）が本年7月以降、通年化されたことも踏まえ、今回、来年度以降の機能評価係数Ⅱの改定に向け、調査結果の運用等に関する基本的な考え方を整理する。

2. 検討を要する事項

【 評価の視点 】

- (1) 診療実績を評価するもの（評価期間を定める）
- (2) 医療機関の体制を評価するもの（評価基準日を定める）

【 データ処理に係る制約条件 】

- (1) 退院患者調査
 - ① 診療報酬改定前後（改定年4月）で診断群分類や包括点数の条件が異なる。
 - ② 医療機関からデータ提出を得て、データ・クリーニングや統計処理、その後の係数告示事務手続き等に一定の処理期間を要する。
[例：4月1日から新たな係数を設定するには前年10月分までの退院患者調査データの利用が限界]
- (2) 医療機関からの届け出（体制評価）
 - ① 医療機関の届け出から確認及び統計処理、その後の係数告示事務手続き等に一定の処理期間を要する。

【 機能評価係数Ⅱ改定の時期 】

- ① 医療機関の事務負担等を考慮すれば、改定年については診療報酬改定と同時期に実施するべきと考えられる。
- ② 従って、改定年の間の年度については、その中間の年度当初（4月1日）改定が最も自然と考えられる。

3. 今後の機能評価係数Ⅱの評価及び改定の考え方（案）

- (1) 機能評価係数Ⅱの改定実施時期は毎年4月1日とする。
- (2) 診療実績を評価するもの【データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数及び救急医療係数】については、毎年4月～10月の7カ月分の診療実績データで評価（※但し、平成23年度については平成22年7月から10月までの4か月分）。
- (3) 医療機関の体制を評価するもの【地域医療指数】については、届け出に係る事務処理期間等を勘案し、4月1日実施に向けて可能な限り近い評価基準日として10月1日とする。

4. データ提出指数の「部位不明・詳細不明コード」について

データ提出指数については、次の2項目での評価が決められている。

- ① 「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。
- ② 「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。

このうち、②の「部位不明・詳細不明コード」について以下のように定義・運用してはどうか。

- 分類名に「●●不明」「●●不詳」（例：部位不明、性状不詳）の単語が記載されているものであって、4桁以上のICDコードで判定する。
- 評価対象は、「医療資源病名」とする。

※ 平成21年11月18日のDPC評価分科会にて集計した結果は3桁コードレベルでの判定をした結果であり、比率は多少過大評価されていると考えられる。

（注）「部位不明・詳細不明コード」は使用を控える（又は使用してはならない）コードではなく、臨床上一定程度発生することが見込まれるコードであることに留意が必要。

【参考】ICDコードの実例

ICDコード	名称	判定基準	
		今回(案)	昨年
C57	C57 その他および <u>部位不明</u> の女性生殖器の悪性新生物	X	○
C570	C57.0 卵管の悪性新生物	×	
C571	C57.1 子宮広間膜<靱帯>の悪性新生物	×	
C572	C57.2 子宮円索<靱帯>の悪性新生物	×	
C573	C57.3 子宮傍(結合)組織の悪性新生物	×	
C574	C57.4 子宮付属器の悪性新生物, <u>部位不明</u>	○	
C577	C57.7 その他の明示された女性生殖器の悪性新生物	×	
C578	C57.8 女性生殖器の境界部病巣	×	
C579	C57.9 女性生殖器の悪性新生物, <u>部位不明</u>	○	

今回は、4桁以上のコードでより正確な判定を行ってはどうか。

平成21年11月18日集計分は、C57（3桁）のレベルで要件に該当していたため、下位のコードを全て集計対象としていた。

DPC 制度の概要と基本的な考え方

1. DPC 制度の概要

(1) これまでの経緯

DPC 制度（1 日当たりの包括評価制度）は、閣議決定に基づき平成 15 年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。

（参考）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。

- DPC 制度の導入に先立って、平成 10 年 11 月から国立病院等 10 病院における 1 入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行が実施された（平成 16 年 3 月まで）。
- 試行開始後の検討で、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1 入院当たりの包括評価制度と比較して 1 日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1 日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示された。（別紙 1）
- これらを踏まえ、平成 15 年度から、特定機能病院を対象に、定額算定方式として在院日数に応じた 1 日あたり定額報酬を算定する、という現行の DPC 制度が導入された。（別紙 2）
- 以降、DPC 制度の対象病院は段階的に拡大され、平成 22 年 7 月 1 日現在で 1,391 病院となり、全一般病床（約 91 万床）の約 50.4%（約 46 万床）を占めるに至っている。（別紙 3）

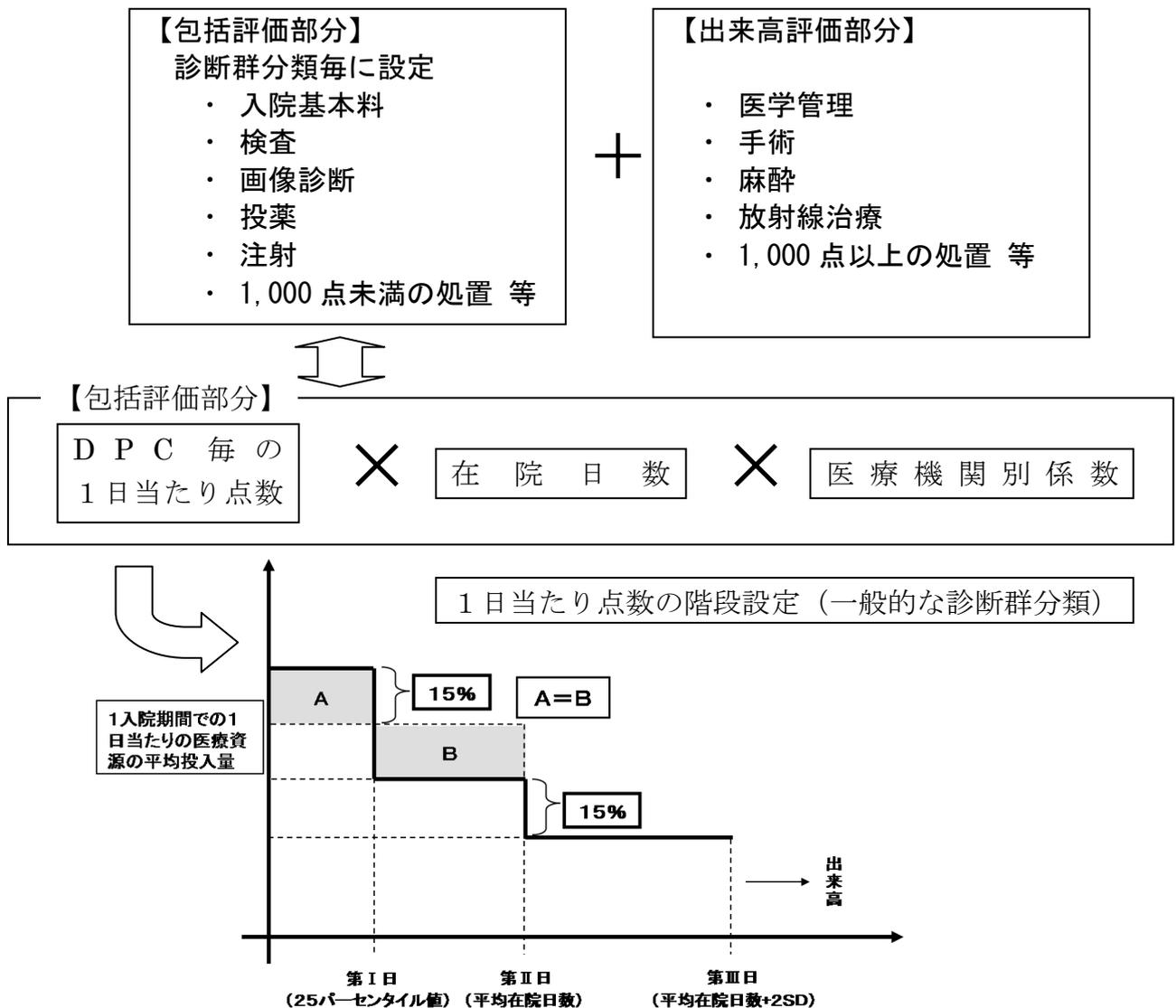
(2) DPC 包括評価の概要

① DPC（診断群分類）の導入

入院期間中に医療資源を最も投入した「傷病名」と、入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより分類された患者群である。現在 2,658 の診断群分類が設定されており、このうち、1,875 分類について、均質性が担保されていると考えられたことから、1 日当たりの包括点数が設定されている。

② 包括点数の設定方法

診療報酬の額は、DPC（診断群分類）毎に設定される包括評価部分と出来高評価部分の合計額となる。包括評価部分は、1 日当たり点数（3 段階の階段設定）に在院日数と医療機関ごとに設定された係数（医療機関別係数）を乗じて算出される。



2. DPC 制度の基本的な考え方

(1) 包括評価に係る前提条件

(包括評価の基本原則)

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群とする。

前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが、個別的には許容する必要がある（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療の中では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウトライヤー（外れ値）処理として除外等の対応を行う（後述）。

前提② 包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出

- 制度設計に際し、包括評価（定額点数）のあり方や具体的な手法については様々な議論や検討がなされたが、
 1. 既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行として DPC 制度を発足させたこと、
 2. 既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難なこと（データや評価体制が不十分）、等から、包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

(※ 包括評価の設定は医療資源投入量を評価して設定すべき、という考え方から逆に見れば、出来高報酬制度における点数を医療資源投入量の近似値として使用（準用）している、と見ることもできるが、制度設計としては、出来高見合いの報酬（点数）設定が基本となっている。)

- このことから、包括評価（定額点数）の水準の是非についての議論は、DPC 制度単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

(2) 包括評価の実際

① 包括評価の対象患者

- 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基本としつつ、一部修正をして DPC 制度として導入している。（別紙 4）

イ 対象病棟

一般病棟入院患者

ロ DPC（診断群分類）の設定

- ・ 医療資源を最も投入した「傷病名」
- ・ 入院期間中に提供される手術、処置、化学療法等の「診療行為」
- ・ 併存症の有無を表す「副傷病」等

により臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある患者群を臨床家の思考方法に近い形で分類し、DPC ごとに定額点数を設定する。

臨床的な観点から一つの DPC としての診療行為の評価が不適切な場合（代替性がない場合）、当該 DPC を包括評価から除外又は分岐により細分化することにより対応する。

ハ 包括評価からの除外

(ア) 急性期以外の患者に係る特定入院料を算定する患者

- ・ 緩和ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の急性期以外の患者に係る特定入院料（基本全包括）の算定対象となる患者
- ・ 医師数が医療法標準の 100 分の 70 以下の病院に入院する患者

(イ) データ上均質性の担保できない患者群（一部再掲）

- ・ 報酬設定の根拠となるデータ（出来高点数の実績データ）から見て一つの DPC として均質性が確保できていない（件数不足又はデータ変動大きい）患者群
- ・ 特定の手術・処置（原則直近の診療報酬改定に新しく保険導入されたもの）を算定した患者
- ・ 新規の高額薬剤（当該薬剤を使用した場合の標準的薬剤費が、分類されうる診断群分類における薬剤費の平均 + 1 SD を超える薬剤）を使用した患者

(ウ) 例外的に高額な費用を要する特殊な患者等（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対象を一部修正）

- ・ 24時間以内の死亡患者（新生児は生後1週間以内）
- ・ 臓器移植患者
- ・ 治験対象患者
- ・ 先進医療対象患者

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。（別紙5）
- 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。（別紙6）

【参考】

支払い方式	長所	短所
出来高払い	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の状態に応じた医療サービスの提供が容易（過少診療の予防） ○ 新しい医療を保険診療に取り入れることが容易 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過剰診療を誘発する恐れ ○ 請求、審査支払い事務の複雑化
包括払い	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過剰診療の防止 ○ 請求、審査支払い事務の簡素化 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過少診療の恐れ ○ 診療内容の不透明化

③ 包括評価（1日あたり定額点数）の設定方式

- 急性期入院医療における平均在院日数等の診療のバラツキの実態（制度導入当時）を踏まえ、診療の効率化推進と早期退院インセンティブの度合のバランスから、一件あたり定額ではなく、一日あたり定額を採用した。（再掲別紙2）
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定する方式となっている。（別紙7）
- また、例外的に在院日数が長期化する患者（アウトライヤー）については、平均在院日数+2SD（標準偏差）を超えた部分について、出来高診療報酬を算定することで対応している。

④ 医療機関別係数の設定方式

- 対象病院の施設特性や診療機能等、個別の医療機関に着目した評価を反映させる方法として、包括点数に乗じる係数を設定している。

イ 調整係数

特定機能病院における診療内容の実態（平成15年DPC制度導入に向けた検討時点で指摘された平均在院日数等のバラツキの存在）を踏まえた制度導入時の経過措置として、医療機関ごとの診療特性等の違いによる影響を補正するため、前年度の診療報酬算定実績を反映（補正）する係数として導入された。導入の経緯から、平成22年度診療報酬改定以降、段階的に置き換えを進めていくこととされている。

（参考）平成17年11月16日基本小委

調整係数については、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22年度改定時に医療機関の機能を評価する係数として組み替える等の措置を講じて廃止することを検討してはどうか。

ロ 機能評価係数Ⅰ

入院基本料における看護配置の差、入院基本料等加算のうち医療機関単位でその機能に着目して算定するもの等を係数として評価している。（別紙8）

ハ 機能評価係数Ⅱ

調整係数の役割に代替するものとして、医療機関ごとの診療特性等を評価する係数として平成22年度から導入されている。

DPC 制度の基本的な考え方に関連する論点

機能評価係数の見直し、抗がん剤を含む高額薬剤等の取扱い（包括範囲のあり方）等、今後の具体的な検討を進める上で、DPC 制度の基本的な考え方に関連した以下のような事項や論点についてどう考えるか。

① 包括評価の対象患者

- 現行 DPC 制度の対象患者・除外患者の整理について課題はあるか。あるとすればどのような課題か。（基本的考え方に照らして見直すべき点はあるか）
- 精神病棟への DPC 制度適用についてどう考えるか。

② 包括評価の対象とする診療報酬項目（包括範囲）

- 包括範囲については、今後、抗がん剤を含む高額薬剤等の取扱い等に関する検討の中で改めて議論し整理する予定。
- その前提で、現行包括範囲の設定の基本的考え方について、課題があるか。あるとすればどのような課題か。

③ 包括評価の算定方式（1日当たり定額報酬算定）

- 包括評価の算定方式として、現行 DPC 制度では、制度導入時の様々な検討の結果として、1日当たりの定額報酬算定方式が採用されている。
- 現時点でこの算定方式について課題があるか。課題があるとしたら、どのような課題か。
- 1日あたり定額報酬の具体的な設定方法として、平均在院日数を勘案した3段階の設定方式（入院期間Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）としているが、この評価手法について課題はあるか。あるとすればどのような課題か。

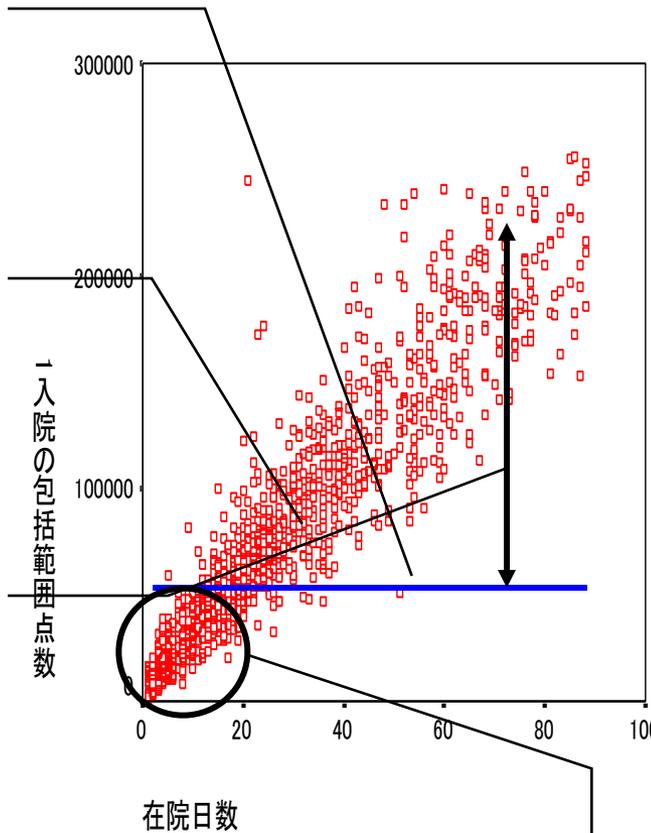
④ 医療機関別係数による評価

- 医療機関別係数のあり方については、次回以降、更に具体的な論点を整理して検討する予定。
- その前提で、現行の医療機関別係数の設定による評価（定額報酬に対する乗数設定）という基本的な考え方について、課題があるか。あるとすれば、どのような課題か。

1 入院当たり包括評価と1日当たり包括評価の比較

「肺がん→手術なし→副傷病なし」の場合

1 入院当たり包括評価



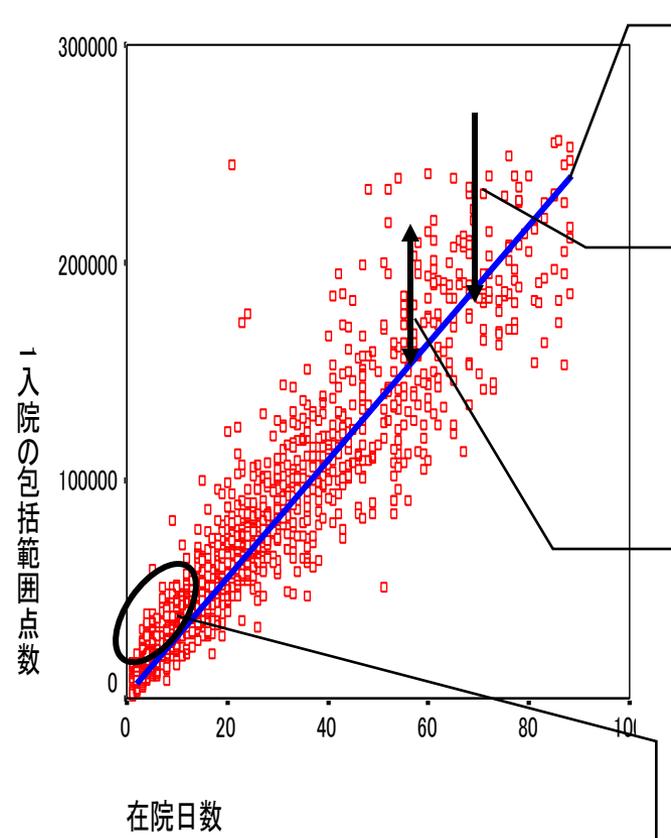
支払額は、
在院日数
に関係なく
一定。

在院日数
を短くする
強いイン
センティブ
が存在。

在院日数
がばらつ
いている
現状では、
非常に大
きな差額
が発生。

在院日数が短ければ、
黒字

1日当たり包括評価



支払額は、
在院日数に
比例。

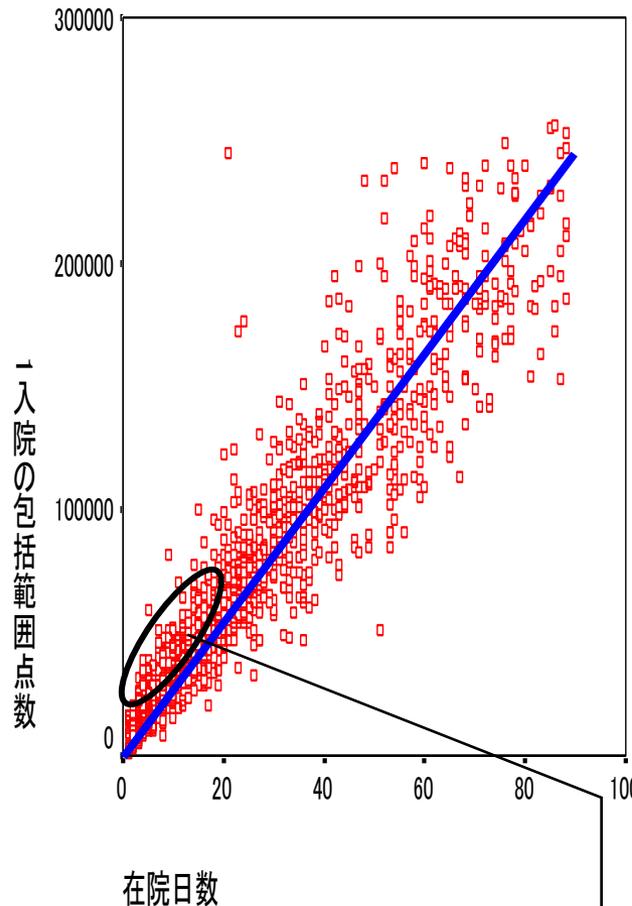
1日単価を
下げる強い
インセンティ
ブが存在。

在院日数が
ばらついて
いても、差額
は比較的小
さい。

在院日数が短くても、1
日単価が高ければ赤字

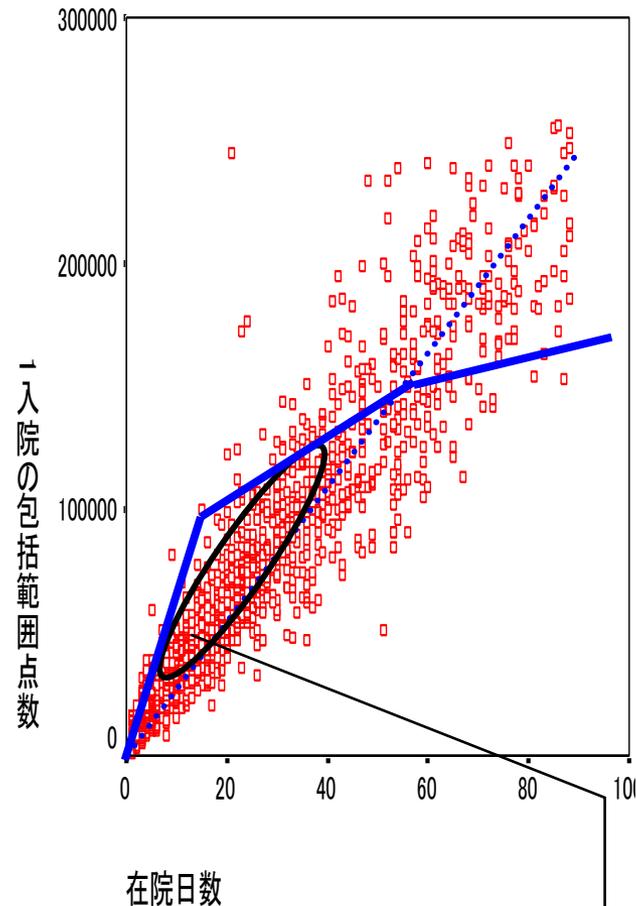
1日当たり包括評価の方法

【基本形】



在院日数が短くても、1日単価が高ければ赤字

【在院日数を加味した形】

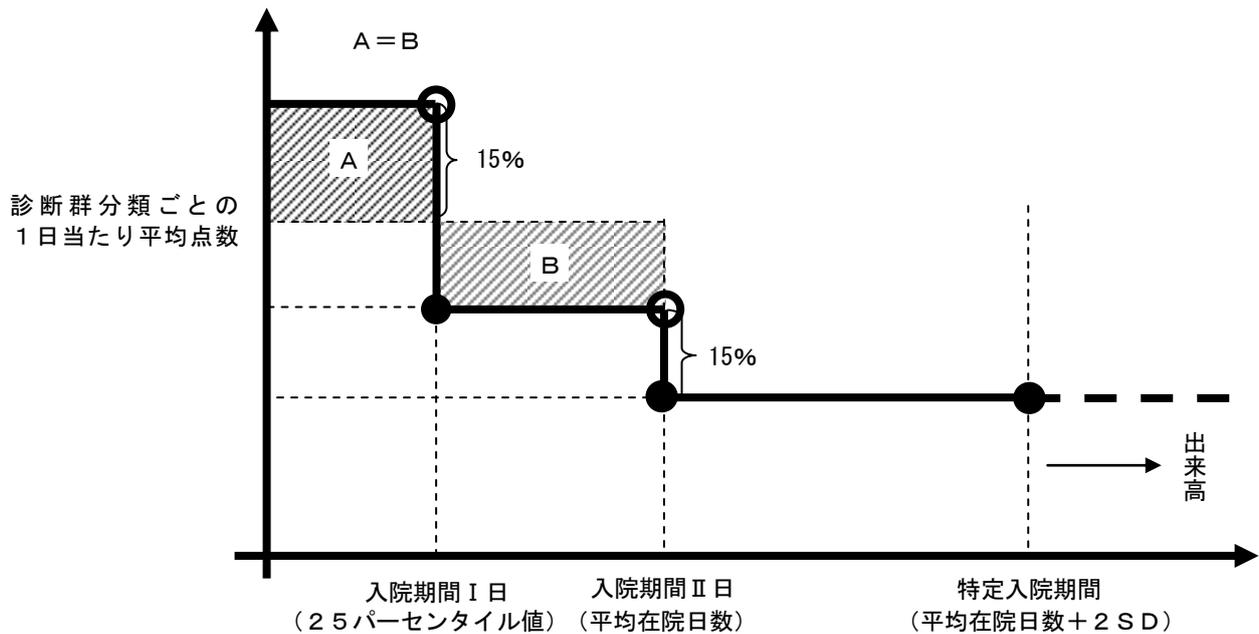


在院日数が短く1日単価が高くて黒字

入院期間に応じた点数の設定方法

包括評価部分は、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価するという観点から、基本的に3段階の入院期間に応じた点数が、診断群分類区分ごとに設定されています。

【点数設定のイメージ】



- ① 手術料等は出来高評価。
- ② 平均在院日数は、診断群分類区分ごとのもの。
- ③ 入院日数の25パーセンタイル値までは平均点数に15%加算。
「入院日数の25パーセンタイル値」とは、診断群分類区分ごとの入院日数の短い患者上位25%までが含まれるという意味。
- ④ 25パーセンタイル値から平均在院日数までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日あたり点数の平均点数が、1日あたり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。
- ⑤ 平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
- ⑥ 入院期間が著しく長期になる場合(平均在院日数+2標準偏差)は、出来高により算定。
- ⑦ 悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類および短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷などの分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値までに繰り上げて設定されている。

DPC対象病院・準備病院の規模(平成22年7月1日見込)

DPC対象病院数の変遷

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	82	82
平成16年度DPC対象病院	1	13	14	15	7	94	144
平成18年度DPC対象病院	5	30	47	71	44	162	359
平成20年度DPC対象病院	39	103	134	134	88	217	715
平成21年度DPC対象病院	133	254	261	227	137	269	1,281
平成22年度DPC対象病院	154	288	284	244	146	275	1,391
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	3,279	2,335	795	585	294	426	7,714

平成22年度DPC準備病院数

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成22年度準備病院 計	119	93	31	22	6	8	279
平成18年度新規準備病院	3	6	2				11
平成19年度新規準備病院	45	29	8	3		1	86
平成20年度新規準備病院	25	22	5	1		1	54
平成21年度新規準備病院	17	19	10	11	4	3	64
平成22年度新規準備病院	29	17	6	7	2	3	64

DPC算定病床数の変遷

病院類型	100床未満	100床以上	200床以上	300床以上	400床以上	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	66,983	66,983
平成16年度DPC対象病院	74	2,024	3,596	5,107	3,081	76,099	89,981
平成18年度DPC対象病院	326	4,676	11,839	24,268	19,466	116,613	177,188
平成20年度DPC対象病院	2,806	15,821	32,803	45,876	38,892	151,377	287,575
平成21年度DPC対象病院	9,206	38,442	64,160	77,574	60,534	183,330	433,246
平成22年度DPC対象病院	10,384	43,196	69,745	83,781	64,474	187,127	458,707
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	119,939	190,638	113,436	141,738	100,976	242,710	909,437

平成22年度DPC準備病院病床数

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成22年度準備病院 計	7,342	13,084	7,228	7,365	2,580	5,266	42,865
平成18年度新規準備病院	93	890	421				1,404
平成19年度新規準備病院	2,729	4,013	1,949	973		658	10,322
平成20年度新規準備病院	1,608	2,826	1,177	320		552	6,483
平成21年度新規準備病院	1,127	2,773	2,353	3,622	1,637	1,819	13,331
平成22年度新規準備病院(速報値)	1,785	2,582	1,328	2,450	943	2,237	11,325

<用語の定義>

- 平成●●年度対象病院: 当該年度において、診断群分類点数表により算定している病院
- 平成●●年度参加病院: 当該年度において、初めて対象病院となった病院
- 平成●●年度準備病院: 当該年度において、対象病院ではなく、DPC調査に参加している病院

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

※全一般病院の病床数区分は、一般病床数による。

※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成21年12月分DPC調査データより集計(平成22年度新規準備病院のみ自己申告)

※平成22年度DPC対象病院には、平成22年7月DPC参加病院を含む。

※平成20年度参加病院は、病院の廃院により昨年度より1病院(社会保険浜松病院)減少している

急性期入院医療における包括評価制度の対象患者の変遷について

【対象患者】

一般病棟の入院患者であって、傷病名等が診断群分類に該当する者。
ただし、以下の者を除く。

【対象外患者】（※印は除外される患者）	定額払い方式	DPC 制度	
	試行時	開始時	現在
年齢 15 歳未満の患者	※		
一連の入院治療が完結しないうちに、他医療機関に転院した患者、他医療機関より転院してきた患者	※		
治験の対象となっている患者	※	※	※
検査入院の患者	※		
入院後 24 時間以内の死亡患者		※	※
生後 1 週間以内に死亡した新生児			※
臓器移植患者		※	※
先進医療の対象患者		※	※
急性期以外の患者に係る特定入院料（緩和ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等）を算定する患者		※	※
医師数が医療法標準の 100 分の 70 以下の病院に入院する患者			※
件数が少ない又はデータ変動の大きい診断群分類		※	※
特定の手術・処置を算定した患者		※	※
新規の高額薬剤を使用した患者			※

DPC 制度における包括評価の範囲

項 目		包括評価	出来高評価
入院料等	入院基本料	DPC 制度の対象となる入院基本料全て	
	入院基本料等加算	総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算等 (8 項目、機能評価係数 I として評価)	超急性期脳卒中加算、地域加算、 呼吸ケアチーム加算等
	特定入院料	※一定額を 1 日当たり点数に加算	
医学管理等		手術前医学管理料、手術後医学管理料	左記以外
在宅医療			全て
検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料 (血液採取を除く)
画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法 (主要血管)
投薬		全て	
注射		右記以外	無菌製剤処理料
リハビリテーション・ 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
処置		右記以外 (1000 点未満処置)	1000 点以上処置 慢性腎不全で定期的に行う人工腎臓及び腹 膜灌流に係る費用
手術・麻酔・放射線治療			全て
病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料

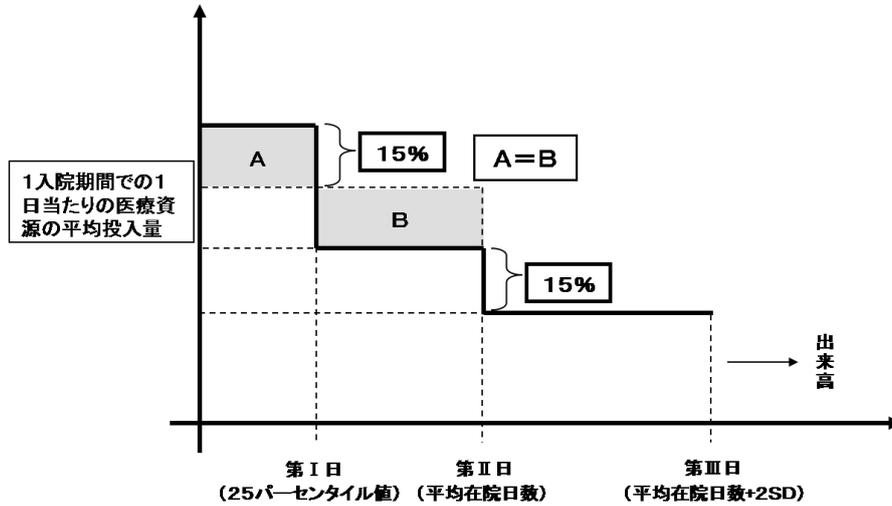
包括評価の範囲の変遷について

項 目		定額払い方式 試行時	DPC 制度 開始時	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		◎	◎	○

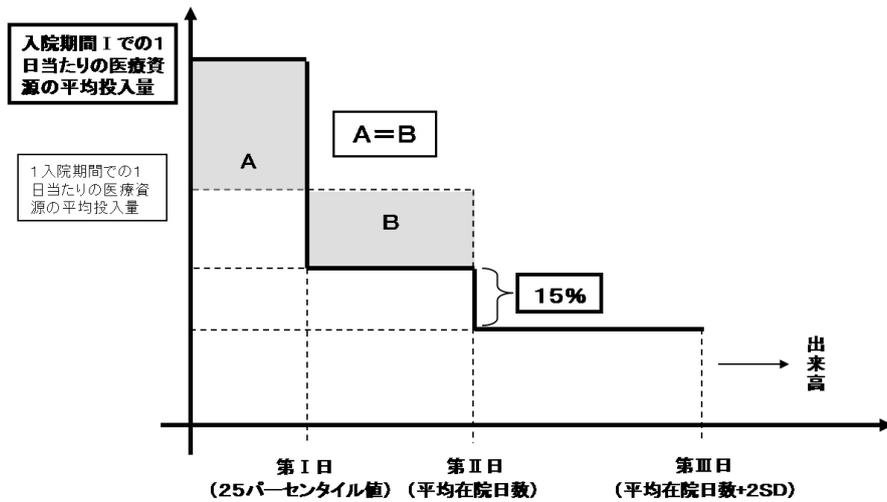
- 凡例： ◎ 例外なく全て包括
○ 一部の例外を除き包括
▲ ごく特定の点数のみ包括

1日当たりの包括点数の設定方法（3種類）について

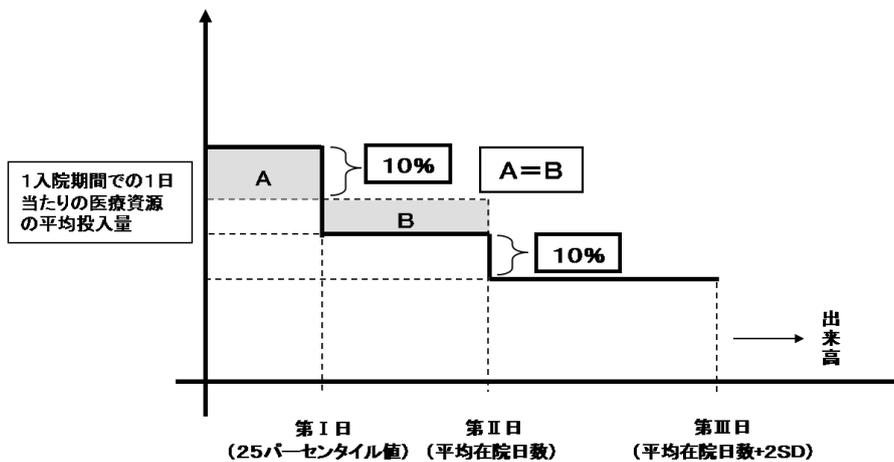
A 一般的な診断群分類



B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



機能評価係数 I

	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)
	検体検査管理加算(Ⅰ)		0.0011		40点/月
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	-