

中医協「2009年度第2回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」 2009/4/27 9月末までに退出の意志表示、2010年3月末に自主的退出も

DPC 対象病院から自主的に退出できるルールを設定を決めた3月25日の中医協・基本小委で退出ルールの原案策定を指示された診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会（会長：西岡清・横浜市立みなと赤十字病院長）は4月27日、DPC からの自主的退出ルールを大筋でまとめた。



自主退出する場合は、退出理由を分科会に報告する

事務局が同日、たたき台として提示したルール案は、退出する場合には、その理由等について事務局に届け出を行い、その内容は事務局から DPC 評価分科会に報告する、退出後の影響についても評価するため、次期改定までの間は引き続きデータを提出するの2点。退出理由の審査は行わない。

自主的退出の時期は原則として改定が行われる年度の前年度末のみとし、6カ月以上前までに退出の意志を示す必要がある。退出した病院が再参加を希望する場合は、基準を満たし、再度2年間の準備期間を経過することを要件とする。

病院の機能が変化した場合を想定

現行では、DPC 対象病院から退出するルールは、7対1入院基本料または10対1入院基本料の基準を満たせなくなった病院が、猶予期間を経過しても要件をクリアできない場合の“強制退出ルール”しかない。委員からは、収益面で DPC と出来高を選択する病院が出ることへの懸念から自主的退出ルールの設定に反対する意見も出たが、齊藤壽一委員（社会保険中央総合病院名誉院長）は「地域に新たな急性期病院ができたこと等により、病院の役割が急性期から慢性期に変わる場合もある」と述べ、自主的退出ルールを設ける必要性を認めた。ただ、安易に入退出を繰り返すことはデータ集積にも影響し「DPC の構造そのものを歪める」ことから、自主的退出ルールを参入時（準備病院の募集時）に提示し、容易に退出できないと周知徹底を図るべきとした。また、木下勝之委員（医療法人九折会成城木下病院理事長）も「調整係数を廃止後、DPC では経営が成り立たない病院が出てくることが考えられる」とし、地域医療に混乱を生じさせないためのセーフティネットとして、出来高を選択できる仕組みを設ける必要があるとした。

退出後も、診療への影響の評価や出来高の点数設定の参考にするため、次期改定までの2年間はデータ提出を求める。事務局では、自主的に退出した病院が希望すれば、準備病院として DPC への継続参加（データ提出）を認める方針を示している。

委員からは、出来高に戻った病院が DPC への再参加を希望する場合は「次の改定では戻れないようにすべき」「退出時の理由を勘案する必要がある」などの意見が上がった。

診療録管理体制加算の算定を必須要件化

現行の対象病院の基準も見直す。「診療録管理体制加算を算定している、または、同等の診療録管理体制を有すること」について、正確なデータを提出する必要性が高まっていることから「診療録管理体制加算を算定していること」に要件を強化する。一定の猶予期間を設け、猶予期間経過後も要件を満たせない場合には、DPC 対象病院から除外する。事務局によると、2008 年 12 月時点で対象病院のうち 10 病院程度が同加算を算定していない。

同加算の算定義務化により、同加算を評価した機能評価係数 [0.0009] は廃止し、それを上乘せした状態を基準にして点数設定する。未算定の病院に対する猶予期間中は「現在の 10 対 1 入院基本料を満たせなくなった場合と同様」(事務局)に、同加算の評価に該当する係数を差し引いた「マイナスの機能評価係数を設定する」と提案した。ルール自体は了承されたが、“マイナス”を別の表現に見直すよう求める意見が出たため、基本小委には文言修正して報告することになった。なお、DPC による支払いが法制化されている特定機能病院は DPC から除外できないため、猶予期間を継続させる。

同加算の算定は準備病院にも適用する。さらに、現行では対象病院のみの要件である「適切なコーディングに関する委員会」の設置と年 2 回以上の開催を準備病院にも義務付ける。

参加ルールに関連して、事務局はデータ提出を通年化する方向で 2010 年度予算を要求していると報告。予算が認められた場合は、参加ルールの(データ/病床)比を算出する対象期間が延びるため、基準等の見直しが必要になる。予算が認められない場合は現行基準のままとする。データ提出期間については、2007 年度準備病院から 2 年間(10 カ月分:1 年目の 7~12 月までと翌年の 7 月~10 月まで)に拡大したが、データ量の確保や質の向上、安定性の観点から、通年でデータを提出する必要性が指摘されていた。

これらのルールは、5 月に開催予定の基本小委に報告。基本小委での議論によるが、早ければ 2010 年 3 月末には自主的に DPC から退出する病院が出る可能性がある。分科会終了後、宇都宮啓企画官は記者団に対して、DPC 導入にあたって院内システムを構築していることから「それほど多くの病院が退出するとは考えられない」との見方を示した。

次回以降、具体的データで新係数化の可否を議論

2010 年度から導入する新たな機能評価係数について、4 月 15 日の基本小委で「A.DPC 対象病院において評価を検討するべき項目」については分科会がメインとなって議論を進めることとされたことから、事務局は「A」の各項目に対して想定される評価の指標を提示した(下表)。次回以降は、これらの評価指標の具体的データを用いて、係数化の可能性や妥当性に関する議論を進める。

【A.DPC においてのみ評価を検討する項目】

| 1. DPC データを用いて分析が可能であるもの | | |
|--------------------------|---|---|
| | 項目 | 評価指標の例 |
| | DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価 (正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式 1 の非必須項目の入力割合 等) | 部位不明・詳細不明コード / 全 DPC 対象患者 様式 1 の非必須項目の入力患者数 / 非必須項目の対象となる患者数 DPC 調査において、データ提出の遅滞があった回数等 |
| | 効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価 等) | 全 DPC 対象病院の平均在院日数 / 当該医療機関の患者構成が、全 DPC 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 (再入院調査の結果と合わせて評価) |
| | 複雑性指数による評価 | 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が、全 DPC 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 / 全病院の平均在院日数 |
| | 診断群分類のカバー率による評価 | 当該医療機関で(一定数以上の)出現した診断群分類の数 / 全診断群分類の数 |
| | 高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合) | 入院期間(または)の診断群分類点数が、一定程度より高いものを算定した患者の数 / 全 DPC 対象患者 |
| | 救急・小児救急医療の実施状況および救急における精神科医療への対応状況による評価 | 救急車で搬送され入院した患者数 / 全 DPC 対象患者 緊急入院の患者数 / 全 DPC 対象患者 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者数 / 全 DPC 対象患者 救急車で搬送され入院した小児の患者数 / DPC 対象患者 緊急入院の小児の患者数 / 全 DPC 対象患者 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した小児の患者数 / 全 DPC 対象患者 救急車で搬送され入院した患者で、入院精神療法または救命救急入院料において精神保健指定医が診療した場合の加算が算定されている患者数 / 全 DPC 対象患者 緊急入院の患者で、入院精神療法または救命救急入院料において精神保健指定医が診療した場合の加算が算定されている患者数 / 全 DPC 対象患者 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者で、入院精神療法または救命救急入院料において精神保健指定医が診療した場合の加算が算定されている患者数 / 全 DPC 対象患者 |
| | 患者の年齢構成による評価 | 一定の年齢以上または未満の患者数 / 全 DPC 対象患者 |

| 2. DPC データによって一部分分析が可能なもの、または医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの | | |
|--|------------------------|--|
| | 項目 | 評価指標の例 |
| | 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価 | 診療ガイドラインを明示して、患者へ治療方針の説明を行っているか否か 診療ガイドラインから逸れた診療を行う場合、十分に検討をするための委員会等が設置されているか否か 患者および職員が、診療ガイドラインを閲覧できる体制・設備が整備されているか否か等 |

| | |
|-------------------------------|--|
| 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価 | 各 4 疾病・5 事業による入院患者数 各 4 疾病・5 事業による入院患者数 / 全 DPC 対象患者 各 4 疾病・5 事業による入院患者数 / 当該地域の DPC 病院における、各 4 疾病・5 事業による総入院患者数 地域連携診療計画管理料の算定している患者数 / 全 DPC 対象患者 医療計画に、当該医療機関の地域での役割が明記されているか否か 4 疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)および 5 事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)) 災害医療、へき地医療、周産期医療に係るデータは、DPC データでは不十分 |
| 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価 | 病院に勤務している各職種の職員数 / 全 DPC 対象患者 病棟に勤務している各職種の職員数 / 全 DPC 対象患者 |
| 医療の質に係るデータを公開していることの評価 | 特定のデータ(医療の質の評価等につながる項目)の公表を行っているか否か |

| 3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの | |
|------------------------------|---|
| (2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの | |
| 項目 | 評価指標の例 |
| 副傷病による評価 | 副傷病ありの患者数 / 全 DPC 対象患者 特定の副傷病ありの患者数 / 全 DPC 対象患者 |
| (3) 出来高制度で評価されているもの | |
| がん診療連携拠点病院の評価 | 医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の患者数 / 全 DPC 対象患者 |

: DPC データで集計が可能な指標

: 特別調査を行う等で医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能と考えられる指標

中医協の資料をもとに作成

委員からは、救急医療の評価について、「救急車で搬送された患者だけが救急患者ではない」「小児の場合は親が自家用車で連れてくるケースが多い」「時間外・深夜・休日の搬送だけが救急ではなく、日中の大事故に対応できる体制の評価も必要」などの意見が上がった。また、「4 疾病 5 事業による評価指標の具体的なイメージがつかめない」との意見に対して事務局は、「評価指標の例として挙げたものがすべて示せるとは限らない」とし、4 疾病 5 事業による評価指標を示せない可能性もあるとした。医療の質の評価については、手術を評価する指標として、手術時間や出血量、術後在院日数などが提案されたが、DPC データには手術時間がないため、麻酔時間など代替可能なデータを示すことになった。

その他、精神科の救急について「他の疾患とはかなり違い、設備や人手がかかる」ことから、十分にペイする係数を設定するよう要望が上がり、西岡分科会長も「DPC でもっとも不採算になる分野。うまく係数化したい」と理解を示した。