

急性期病院（DPC対象）における社会福祉士の役割

もくじ

- 1 日本の医療制度（概要）
- 2 DPCの基礎知識
- 3（社会福祉士に関する診療報酬評価）

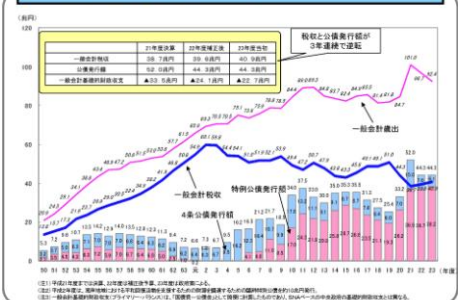


2011年3月19日(土)
大田市立病院
社会福祉士 北嶋 晴彦

※DPCに関する参考資料提供：大田市立病院 医事情報課 診療情報管理士 廣瀬 直

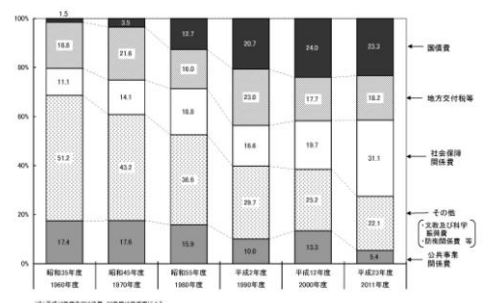
参考資料：DPCはわかりマニユアル2010年度版 田辺三安製薬

財政規律（５）税収と国債発行額



平成23年度予算のポイント 総務省ホームページ(アクセス日:2011年3月13日)

(7) 一般会計歳出に占める主要経費の割合の推移



我が国の財政事情(平成23年度予算政府案)総務省主計局ホームページ(アクセス日:2011年3月13日)

平成21年度 医療費の推移(医療費の動向 厚生省 2010年3月18日アクセス)

	総計	70歳未満	医療保険適用				70歳以上(再掲)	公費
			被用者保険	本人・家族	国民健康保険	国民健康保険		
平成16年度	31.4	17.3	9.3	4.8	4.5	8.0	12.8	1.4
平成17年度	32.4	17.5	9.4	4.9	4.5	8.1	13.5	1.4
平成18年度	32.4	17.2	9.4	4.9	4.5	7.9	13.8	1.4
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9	14.5	1.5
平成20年度①	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	14.8	1.6
(構成割合)	(100%)	(51.9%)	(28.7%)	(13.3%)	(23.2%)	(43.3%)	(33.3%)	(4.6%)
平成21年度②	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	15.5	1.7
(構成割合)	(100%)	(51.2%)	(28.3%)	(14.9%)	(13.3%)	(23.0%)	(44.0%)	(34.2%)
②-①	1.19	0.38	0.19	0.10	0.10	0.19	0.68	0.12

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険給付金委員会における審査分の医療費(基本ベース)である。
 注2. 医療保険適用者70歳以上には、後期高齢者医療の対象(平成19年度以前は老人医療受給対象)となる65歳以上70歳未満の
 障害認定を受けた者を含む。
 医療保険適用70歳以上は、後期高齢者医療の対象となる者に係る数値である。
 注3. 「公費」欄には、医療保険との費用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。

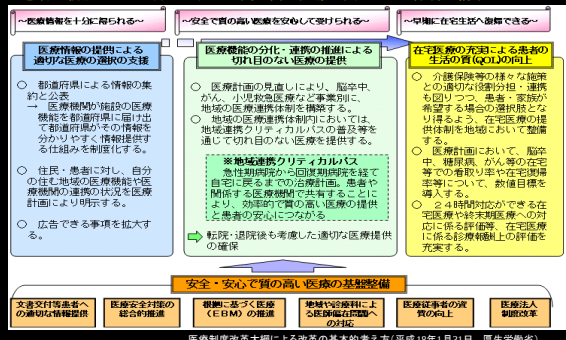
医療提供体制の各国比較(2007年)

国名	平均病院 日数	人口千人当 たり病床数	病床1床当たり 医師数	人口千人当 たり医師数	病床1床当たり 看護職員数	人口千人当 たり看護職員数
日本	36.4	14.3	13.7 (2002)	2.0 (2002)	54.0 (2002)	7.8 (2002)
ドイツ	10.9 (2002)	8.9 (2002)	37.6 (2002)	3.4	108.6 (2002)	9.7
フランス	13.4	7.7	42.5 (2002)	3.4	91.1 (2002)	7.3
イギリス	7.6	4.2	49.7 (2002)	2.2	224.0 (2002)	9.7
アメリカ	6.5	3.3	66.8 (2002)	2.3 (2002)	233.0 (2002)	7.9 (2002)

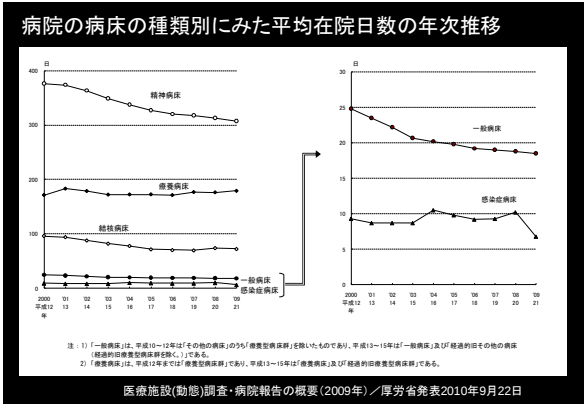
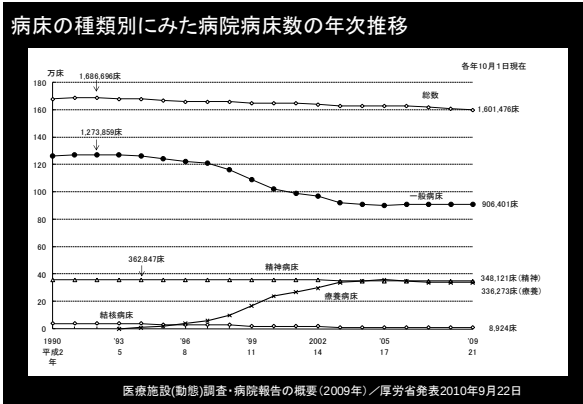
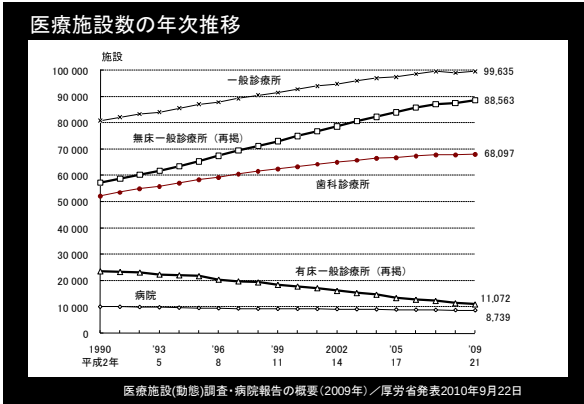
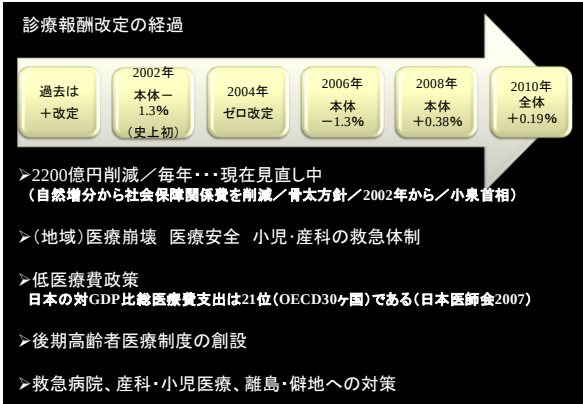
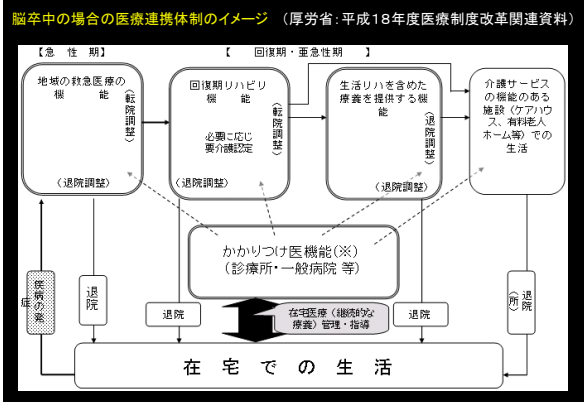
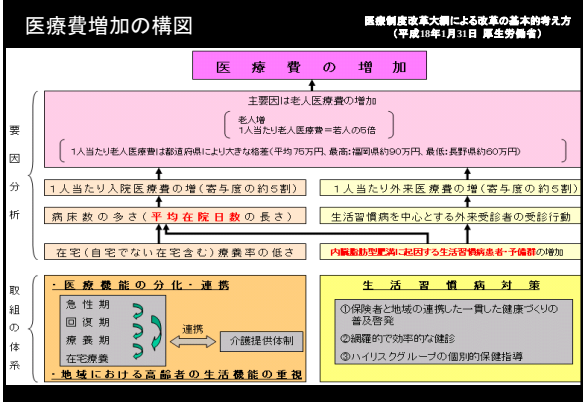
(出典):「OECD Health Data 2005」

医療制度改革大綱による改革の基本的考え方(平成18年)

患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築



医療制度改革大綱による改革の基本的考え方(平成18年1月31日 厚生労働省)



DPCとは？

DPC (Diagnosis Procedure Combination)
「急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価」

日本版「診断群分類」

- ◎医師の診断 (Diagnosis)
- ◎診療行為 (Procedure)
- ◎組み合わせ (Combination)

傷病名と入院中の主要な医療手技の組み合わせにより、入院医療を受けた患者を区分するための方法。

疾患数507 診断群分類数2658 包括評価分類数1880

※2010年4月1日現在

当院は平成21年7月から導入

なぜDPCが必要なの？

- ✓ 疾患別に医療資源投入量の医療機関の格差を客観的に評価できる
- ✓ DPCという共通のモノサシによって、各医療機関の情報を透明化し、医療の質の向上、効率化を図ることができる
- ✓ 国の医療費の予算の把握に役立ち、包括支払い制度により過剰な医療資源の投入を防ぐ。
(医療費の伸び抑制)

DPC制度の歴史

- 1998年11月
「急性期入院医療の定額払い方式の試行事業」が国立病院等10病院でスタート。
日本版DRG/PPSという1入院当たりの定額払い制度

(DRGとは1983年にアメリカが導入した「診断群別包括支払い」のことで、DPCはこの考えを取り入れ日本流にアレンジしたものです。)

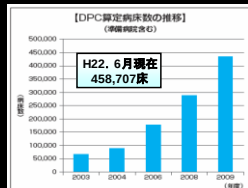
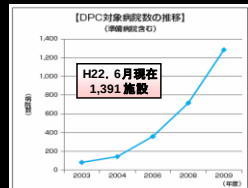
- 2003年4月
DPC包括支払い開始・・・1日当たりの包括評価
全国82の特定機能病院(大学病院、国立がんセンター等)の一般病床から開始

- 2004年4月
国立、社会保険病院、民間病院など62施設が開始

現在のDPCの導入状況と参加要件

DPC対象病院・準備病院の基準

	対象病院	準備病院
①	下記7対1、10対1入院基本料の届出 ・一般病棟入院基本料 ・特定機能病院入院基本料(一般病棟) ・専門病院入院基本料	左記の基準を満たしている又は基準を満たすための計画を策定
②	診療録管理体制加算の届出	左記の基準を満たしている又は同等の診療録管理体制を有し、左記の基準を満たすための計画を策定
③	標準化セプト電算処理マスターに対応したデータの届出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に適切に参加	
④	「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上委員会を開催*	
⑤	上記③の調査で、適切なデータを届出し、2年間(10ヵ月)の調査期間の(データ/病床)比が9.75以上	



DPCの対象となる急性期病院の定義

「急性期とは、患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」

中央社会医療保険協議会(中医協)DPC評価分科会

DPCにおける支払い方法

DPC導入前は・・・「出来高払い方式」

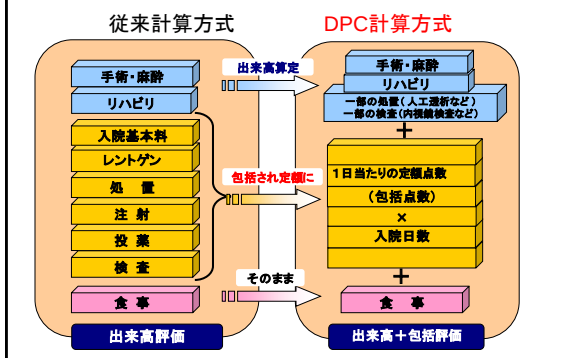
DPC病院は・・・「包括払い」を基本とし「出来高払い」と併用

DPCでは、入院患者の病気の種類、手術・処置の有無、合併症の有無などに応じて病気を分類し、厚生労働省が定めた1日当たりの包括(定額)の点数を基本に医療費を計算します。

本来、DPCは診断群分類方法のことで、包括支払いを意味するものではありません。しかし、現在では、支払い方式も含めた制度名として「DPC」と呼ばれることが多い。



算定方法の仕組み



DPCにおける傷病名の選択

「1疾患1入院」が原則

- ✓DPCはひとつの病気（診断群分類）に対して入院加療を行う制度
- ✓傷病名ごとに、包括（定額）の点数がまっている

DPCでの傷病名の決定は、
**1入院当たり人的・物的に
医療資源を最も投入した傷病名**

主治医が**一つだけ**選択する



DPCにおける傷病名の選択

したがって・・・

- 主傷病名
- 入院の契機となった傷病名
- 入院後に発症した合併症

全て異なった場合であっても
**1回の入院において、
一つの傷病名しか
選ぶことができません**

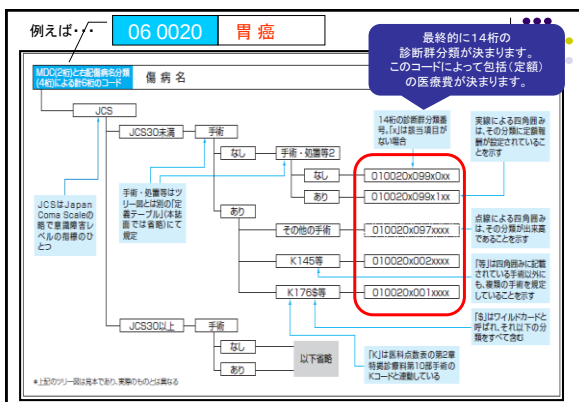
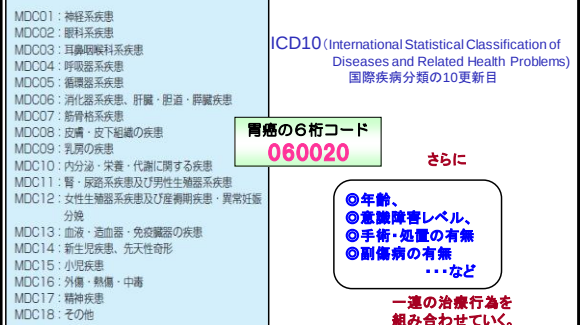


例えば・・・

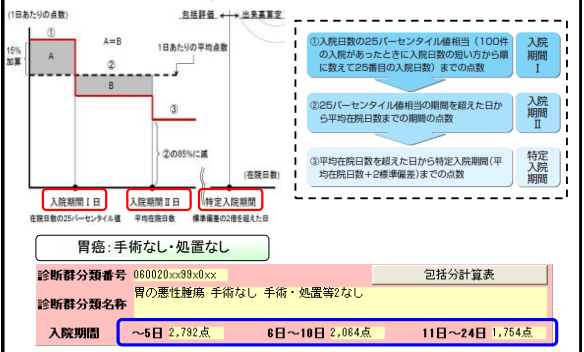
「胃がん」全摘で入院した患者が術後**敗血症**になった場合、
敗血症が医療資源を最も投入した傷病名であれば、診断群分類は
「**敗血症**」となります。

診断群分類の選択（コーディング）により包括点数が大きく変わる
→ 重要なポイント

病気を分類する方法(MDC18の分類)



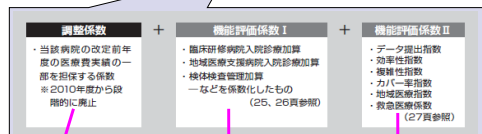
DPCにおける入院期間



算定の仕組みと医療機関別係数

<DPC制度における入院費の算定方法>

診断群分類の1日あたりの点数
× 在院日数 × 医療機関別係数 + 特定入院料の
病床への加算 + 出来高点数



①前年度並の収入の確保、
②重症患者への対応能力・高
度医療の提供能力など機能評
価係数Ⅰでは対応できていな
い病院機能の評価

臨床研修病院入院診療加算、
地域医療支援病院入院診療加
算など、病院の機能・体制を評
価した点数を係数化したもの

調整係数の段階的廃止に伴い、
調整係数の②の役割を代替す
るために2010年度から新設
された係数

DPC対象外(出来高払い算定)

DPC分類:1880分類(平成22年4月1日現在)

- ✓ 労災、公災 適用
- ✓ 自賠責や正常分娩等
- ✓ 結核病棟入院基本料を算定する場合
- ✓ 入院後24時間以内に死亡した患者
- ✓ 生後7日以内に死亡した新生児
- ✓ 薬事法上の治験の対象
- ✓ 定められた臓器移植患者
- ✓ 評価療養、選定療養に定める先進医療の患者
- ✓ 厚生労働大臣が定める手術を算定する場合
- ✓ 診療報酬改定後に新規薬価収載された薬剤を使用され、かつ、厚生労働大臣が定めた場合
- ✓ その他厚生労働大臣が定める処置・手術を算定する場合

DPCの留意点

- ✓ 同一傷病での再入院(3日以内)は「前回入院と一連」扱い
→ 4日目以降は再入院扱い(中3日)
- ✓ 退院時処方
在宅は出来高算定
転院は包括評価・・・当院は7日を基本に処方
- ✓ 入院患者の対診・他医療機関受診は出来高算定不可。
医療機関同士の合議により清算。
対診は初診・再診のみ算定可。
- ✓ 外泊は入院基本料の15%計算
例) 7対1看護「1555点 × 15%」

	包括の費用	包括外の費用
DPC対象病院		算定可
他の医療機関	別途出来高 算定不可	算定不可 (対診の組合せ、 初・再診料、往診 料は算定可)

まとめ

- ✓ 医療機能分化(役割分担)が求められています。
4疾病:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病
5事業: 救急医療、災害時における医療、へき地の医療、
周産期医療、小児救急医療を含む小児医療、その他
※平成19年医療法改正
 - ✓ 在院日数の短縮は、今後も続くでしょう。
 - ✓ 地域連携パスも導入されてゆきます。
大腿骨頸部骨折・脳卒中 5大がん(肺・胃・大腸・肝・乳)
※がん拠点病院には導入が義務(平成24年4月)
- 保健・医療・福祉分野での連携が不可欠→生活支援が出来ない

本日はありがとうございました。

私たち社会福祉士が使命感をもって、生活者の支援をすることが大切に思います。そのためにも、社会福祉士同士の連携や自己研鑽が不可欠だと思います。

今後とも一緒にがんばりましょう。



(社会福祉士に関する診療報酬評価／一部)

大牟田市立病院の患者実績

項 目	平成21年度実績	平成22年度4月～9月
外来患者(日)	606.0人	602.4人
入院患者(日)	298.3人	307.7人
新規入院患者(月)	602.0人	601.3人
退院患者(月)	602.5人	602.2人
平均在院日数	13.4日	13.0日
救急車搬送患者(月)	165人	152.6人
紹介率	50.2%	52.3%
逆紹介率	57.0%	57.3%

社会福祉士に関する診療報酬上の評価(一部)

※2010年診療報酬改定

加算項目	保険点数	備 考
急性期病棟等退院調整加算1 急性期病棟等退院調整加算2	140点 100点	入院中1回
慢性期病棟等退院調整加算1(2) 退院支援計画作成加算 退院加算 障害者施設病棟からの退院	100点(100点) 140点(100点) 340点(300点)	(入院中1回) (退院時1回)
新生児特定集中治療室 退院調整加算	300点	退院時1回
栄養サポートチーム加算	200点／週1回	社会福祉士の配置が望ましい
介護支援連携指導料	300点	入院中2回 ケアマネと連携

退院支援に関する評価

退院時共同指導料

名 称	診療報酬	条 件
退院時共同指導料1 (在宅を担う医療機関)	1000点	在宅療養支援診療所 末期がんの場合2回可
	600点	上記以外
退院時共同指導料2 (入院中の医療機関)	300点(+300点※1)	入院中の医療機関 末期がんの場合2回可
	+2000点	3職種以上の参加 ※2

※1 在宅医療を担う医師が参加した場合 +300点

※2 在宅医師、看護師、保険薬剤師、訪問ST看護師、ケアマネ、他

その他、地域連携の評価(一部)

項 目	平成22年	備 考
退院時 リハビリテーション指導料	300点	自宅退院時1回 リハスタッフ、看護師、社会福祉士等でも可
開放病院共同指導料Ⅰ (在宅医療を担う医療機関)	350点	患者1人1日につき1回算定
開放病院共同指導料Ⅱ (入院中の医療機関)	220点	患者1人1日につき1回算定
地域連携診療計画管理料	900点	計画管理病院
地域連携診療計画 退院時指導料	600点	紹介先の医療機関
がん治療連携計画策定料	750点	がんの治療目的の初回入院のみ
がん治療連携指導料	300点	連携先の医療機関。1回／月

チーム医療の目的に
SWが特に貢献できることは青字の部分

資料11-2

- 近代の医療は専門分化が進む一方、**患者の望む医療**も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を**患者の「生活」につなげる**ことが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。
- 専門分化した医療を背景として、チーム医療の形態は多岐にわたっているのが実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは情報を共有する。
- その結果、患者自身の**最良の医療の選択が促進**される。

2

厚生労働省チーム医療方策検討WG(2010年10月～) 初台リハビリテーション病院 MSW 取出涼子 提出資料

チーム医療のプロセスに
SWが特に貢献できることは青字の部分

□ 方法

- ①ひとり一人、**さまざまな背景をもつ患者から、治療に当たっての要望を十分に聞き取る**
- ②医学の進歩:膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④**患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択**する
- ⑤**治療自体を生活につなげていく**
- ⑥**家族のサポートやケアも忘れない**

3

厚生労働省チーム医療方策検討WG(2010年10月～) 初台リハビリテーション病院 MSW 取出涼子 提出資料

まとめ

＜地域連携に必要な3つの視点＞

- ① 施設内・外の有機的ネットワーク構築
- ② ネットワークの可視化(言語化)・システム化
- ③ ネットワークの企画・提案・開発(援助の声をカタチにする)

