

「医療機関別係数」等に係る検討課題について（案）

平成26年10月8日中医協基本問題小委員会において、次回診療報酬改定（平成28年度を予定）に向けて、より適切な見直しを行うためのヒアリングを行うことが了承されたことを受け、平成26年11月26日DPC評価分科会において、平成26年度特別調査（ヒアリング）が実施された。

平成27年1月26日DPC評価分科会において、ヒアリング結果（案）の報告を行い、今後の見直しに向けて更なる議論が行われたことを受け、以下の通り論点を整理することとする。

1. 大学病院本院と分院の機能の違いについて

[挙げた意見]

- ・ 分院の機能が高く、大学病院本院の機能が低い病院があっても、基礎係数で画一化されてしまう仕組みのため、大学病院本院の機能（多様な診療科など）を維持している他の大学病院本院に不公平感が生じるのではないか。
- ・ 分院との機能分化は合理的であり、DPC制度の医療機関群分けに当てはめた場合に問題視されているだけなので、診療報酬による誘導が必要とは考えられないのではないか。
- ・ 分院を持たないI群の中でも、バラツキは多いので、特別に対応するのではなく、機能評価係数Ⅱと基礎係数の配分を見直すことで対応してはどうか。

【対応方針（案）】

- I群は大学病院本院という定義は維持することとしてはどうか。
- ただし、分院よりも機能の低い本院に関しては機能評価係数Ⅱにおいて何らかの対応をしてはどうか。

考え方

- ・ 機能の異なる大学病院本院の間で、基礎係数により画一化されている不公平感はなくすべきではないか。

2. 大学病院本院が精神病床を備えていないことについて

[挙げた意見]

- ・ 大学病院本院は学生教育のみでなく、専門医教育も担う総合的な医療機関であり、精神疾患を包括的に経験できることが必要ではないか。

- ・ 精神病床の有無を機能評価係数Ⅱにおいて評価する場合は、その特性（総合的な診療体制・教育的側面）から、Ⅰ群のみを評価の対象としてはどうか。
- ・ 精神科の医師がいるにも関わらず、精神病床を有しないことから夜間・休日対応を行っていない大学病院本院については、精神病床を有し、受け入れ体制、入院機能を夜間・休日も維持している大学病院本院と同様の評価で良いのか。
- ・ Ⅰ群以外の病院において評価をする際には、精神病床を備えているというよりは、リエゾン診療等を行う精神科常勤医の有無を評価すれば良いのではないか。

【対応方針（案）】

- 機能評価係数Ⅱにおいて、精神病床の有無を評価に加えてはどうか。
- Ⅰ群のみでなく、Ⅰ群に準じた総合的な機能を求められているⅡ群病院においても同様の評価を行うかを今後検討する必要があるのではないか。

考え方

- ・ 医療計画における5疾病・5事業の一項目である精神疾患に係る医療の機能を担うことも、大学病院本院においては期待されているのではないか。

3. 手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて

[挙げた意見]

- ・ 下8桁（手術・処置等）のコーディングについてもルールを明確化し、現場においてコーディングに際し、混乱が起らないようにするべきではないか。
- ・ コーディングに関わる事務職員だけでなく、「適切なコーディングに関する委員会」を通して院内全体にコーディングルールを周知する必要があるのではないか。
- ・ ミスコーディング割合の高い医療機関に対して、ミスコーディングの割合を通知する必要があるのではないか。またミスコーディング率に関してはモニタリングを行い、DPCデータの質向上をはかってはどうか。

【対応方針（案）】

- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度を増やすこと（現行は年2回）をDPC対象病院の要件として求めることとしてはどうか。
- また、コーディングの質を求めるために、DPC請求に関わる全ての医師・看護師等へ「適切なコーディングに関する委員会」を通してコーディングルールの周知を行うことを求めてはどうか。

- データの質向上のために、ミスコーディング率の定期的なモニタリングを行うこととしてはどうか。
- また、今後、DPC 算定病床の入院患者については、様式 1・D ファイル・レセプト等にコーディングの根拠となった DPC14 桁コードと包括対象外となった理由の記載を求めることとしてはどうか。
- 様式 1 と様式 4 の統合は、引き続き検討することとしてはどうか。

考え方

- ・ ミスコーディング割合の高い医療機関と低い医療機関では、「適切なコーディングに関する委員会」への参加職種・開催頻度・内容について違いが見られたため、ミスコーディング割合の高い医療機関にはコーディングの質向上の為の努力を促してはどうか。
- ・ 「適切なコーディングに関する委員会」で実例を検討する場合には、担当医師など当該事例に関わった職種の参加が望ましいのではないか。
- ・ 「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度に関しては、ミスコーディング割合の低い医療機関の平均が年 8.5 回(割合の低い方から 10 医療機関で計算)であったことから、開催頻度を増やすことを求めることとしてはどうか。
- ・ DPC 算定病床に入院した患者については、医療機関において 14 桁コードが付与されている一方で、診断群分類区分に該当せず出来高支払いとなった場合には、様式 1、D ファイル、レセプト等に 14 桁コードの記載が不要とされていたが、今後コーディングの精度を把握するために対処が必要ではないか。
- ・ 様式 1 と様式 4 の統合には以下の課題が存在することから、DPC データ等への 14 桁コードの記載を求めるシステム改修を伴う対応を同時に行うことは医療機関への負担となるため、『様式 1 と様式 4 の統合』に関しては引き続き検討することとしてはどうか。
 - 様式 1 と様式 4 を作成するシステムが異なる。
 - 様式 1 と様式 4 の作成対象症例が異なる。
 - 様式 1 は転棟及び退院時作成であるのに対し、様式 4 は退院時作成である。