

DPC 制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について 検討結果（中間とりまとめ） （案）

平成 26 年●月●日
診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会
分科会長 小山 信彌

I. 概要

平成 28 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 26 年 5 月 28 日の中医協総会において了承された検討事項とスケジュールに基づき、DPC 評価分科会（平成 26 年 6 月 23 日、同年 7 月 28 日、同年 9 月 5 日の計 3 回）において引き続き検討を行った。

今回、以下の検討について一定の結果を取りまとめ、中医協総会に報告する。

1. 「診断群分類点数表」に係る検討課題
2. 「医療機関別係数」に係る検討課題

II. 検討結果の概要

1. 「診断群分類点数表」に係る検討課題

① ICD-10(2013 年度版)に係る対応について

- 現時点でのスケジュール上、H28 年度改定での対応は課題が多いため、次々回改定以降の対応とすることも含め検討してはどうか。

【考え方】

- ・ ICD-10(2003 年度版)は死因統計、疾病統計(医療機関における診療録管理)、DPC/PDPS において活用されており、今後の ICD-10(2013 年度版)にかかるスケジュールとしては、平成 27 年 1 月告示(予定)平成 27 年 4 月頃最終修正版、平成 28 年 1 月もしくは平成 29 年 1 月より人口動態統計での施行(予定)となっている。
- ・ DPC/PDPS への ICD-10(2013 年度版)の導入に向けての課題としては
 - (ア) ICD-10(2013 年度版)により定義表に基づく診断群分類について、包括点数設定が可能であること
 - (イ) 医療機関の ICD コーディングの実施において混乱が生じないことが挙げられ、これらの課題を解決することが必須である。
- ・ 課題(ア)に関する現状とその対応案
 - 統計情報部において円滑運用に向けて ICD-10(2003 年度版)と ICD-10(2013 年度版)の対応表の作成が検討されているが対応表の完成に関しては現時点では未定である。対応表が完成した上で、それ

を踏まえ、DPC の定義表と対応表との整合をとりながら DPC の見直しをすべき。

- ICD-10 (2013 年度版) コードの DPC コード再割振りに係る作業量は現時点では不明であり、また、少なくとも変更のあるコード (約 900 程度) に関しては一つずつ吟味し、各 MDC 作業班での作業が必要である。
- DPC 検討 WG において国際疾病分類の専門家を新たに任命することとされており、ICD-10 コードと DPC コードの割振りに関しては、今後 MDC 作業班の国際疾病分類の専門家の意見を踏まえつつ取り組むべき。
- ・ 課題(イ)に関する現状とその対応案
 - 医療機関における ICD コーディングのシステムの多くは標準病名マスター((財) 医療情報システム開発センター (MEDIS-DC)) が搭載されているため、標準病名マスターの整備状況を勘案しつつ検討をすべき。

追加の検討結果を反映

② 重症度を考慮した評価手法 (CCP マトリックス) について

- 導入を検討する MDC は症例数が多く、一定の研究成果が報告されていることを踏まえ、MDC01 (脳血管疾患など)、04 (肺炎など)、05 (心不全、虚血性心疾患など)、06 (結腸、直腸の悪性腫瘍など)、07 (リウマチなど)、10 (糖尿病など)、12 (卵巣、子宮の悪性腫瘍など) としてはどうか。
- 14 桁コードの上 10 桁に関しては従前と同様、ツリー図による構造を維持し、原則として下 4 桁に対応する範囲に関して CCP マトリックスによる精緻化を検討することとしてはどうか。
- MDC 作業班において、臨床家の観点を加味しつつ、CCP マトリックス導入の検討を進める事としてはどうか。

【考え方】

- ・ GCP マトリックスの手法を用いることにより、副傷病や重症度分類等の変数を導入することにより、重症度に応じてより診療実態に即した包括評価を行うことができると考えられる。

追加の検討結果を反映

2. 「医療機関別係数」に係る検討課題

① 適切な医療機関群のあり方に関する検討

➤ I 群のあり方について

- I 群を大学病院本院として評価することを維持してはどうか。
- 以下の病院に特別調査（ヒアリング）を実施し、今後の取り扱いを検討することとしてはどうか。
 - ・ I 群の中で分院に機能を移している病院
 - ・ 総合的な機能の一部（精神科病床など）を備えていない病院

【考え方】

- ・ 大学病院ではその他の病院と異なり、高度な医療技術や先進的な医療技術の開発、学部教育を行っていることから、大学病院はその他の病院とは分けて考えるべき。
- ・ 分院に機能を移している大学病院や、総合的な機能の一部（精神科病床など）を備えていない大学病院に関して実態を把握し、大学病院として望まれている適切な機能を果たしているのか検討する必要がある。

➤ II 群のあり方について

- II 群の病院は地域における機能を要件として、それを満たす病院としてはどうか。
- そのための絶対値による基準値の選定については引き続き検討することとしてはどうか。

【考え方】

- ・ 絶対値を基準値にした場合に、それを目指して診療行為がゆがめられる可能性があるため、基準値の策定にあたっては慎重な検討を要するのではないか。
- ・ 今後は、地域における医療機関の機能の観点も、要件として考慮していく必要があるのではないか。

➤ Ⅲ群のあり方について

- Ⅲ群の細分化は行わないこととしてはどうか。

【考え方】

- ・ Ⅲ群の中には規模が小さくても、専門性の高い高度な医療レベル、医療の質を持った医療機関があり、必ずしも診療の科目数が多ければレベルが高いというわけではないことを踏まえ、見直しをしていくべきではないかという指摘があったが、専門性の高い高度な医療レベル、医療の質を持った医療機関であっても、それぞれの機能評価係数Ⅱの項目において評価はされているのではないか。

② 調整係数の置き換え完了に向けた枠組み

➤ 医療機関群および基礎係数・機能評価係数Ⅱの基本的な考え方の整理

- 基礎係数・機能評価係数Ⅱの重み付けを見直しを検討することとしてはどうか。

【考え方】

- ・ 医療レベル、医療の質を上げたとしても基礎係数により画一化されており、現状、機能評価係数Ⅱでは十分に評価されていないのではないかという指摘があるが、機能評価係数Ⅱの重み付けを拡大することで、さらに医療機関の医療の質向上に対する努力を評価することができるのではないか。

③ 激変緩和措置のあり方

➤ 激変緩和措置のあり方について

- 実態を把握するためにも特別調査（アンケート）を行ってはどうか。
- 特別調査（アンケート）を踏まえた上で、激変緩和措置の方向性を決めることとしてはどうか。

【考え方】

- ・ 平成24年改定および平成26年改定において、出来高部分も含めた推計報酬変動率が±2%を超える場合には激変緩和措置として±2%を超えないよう暫定調整係数を調整する措置を行ったが、引き続き当該措置を継続した場合、変動の猶予分が蓄積していく可能性があり、調整係数が廃止となる時点において収入の変動が集中する可能性がある。

- ・ 平成 24 年改定および平成 26 年改定において、出来高部分も含めた推計報酬変動率が± 2 %を超える場合には激変緩和措置として± 2 %を超えないよう暫定調整係数を調整する措置を行ったが、引き続き当該措置を継続した場合、変動の猶予分が蓄積していく可能性があり、調整係数が廃止となる時点において収入の変動が集中する可能性がある。
- ・ 激変緩和措置対象病院については、激変緩和措置対象となった理由が不明確である。激変緩和措置対象病院の実態を把握することによって激変緩和措置の今後の対応を検討することができるのではないか。

追加の検討結果を反映