

平成 30 年度診療報酬改定に向けた DPC 制度(DPC/PDPS)の対応について (案)

平成 29 年 12 月 6 日
診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会
分科会長 山本 修一

<概要>

平成 30 年度診療報酬改定に向けた DPC 制度(DPC/PDPS)の対応について、平成 29 年 7 月 5 日の中医協基本問題小委員会では承された検討方針に基づき、DPC 評価分科会において引き続き検討を行った。今回、これまでの検討を踏まえ、以下の内容について一定の意見を取りまとめたので報告する。

1. 医療機関別係数
 - 1-1. 基礎係数
 - 1-2. 機能評価係数Ⅱ
 - 1-3. 調整係数
2. 算定ルール
 - 2-1. 短期滞在手術の取扱い
 - 2-2. 再入院の取扱い
3. 退院患者調査の見直し
 - 3-1. データ様式の見直し
 - 3-2. 公開データの拡充

1 医療機関別係数

概要

DPC/PDPS 導入当初設定された調整係数は、包括払い制度の円滑導入のため、医療機関毎に前年度の診療実績に基づく報酬水準が維持されるよう設定された。その後、この調整係数については、医療機関の機能を評価する係数に組み替えることとされ、これまで基礎係数及び一連の機能評価係数Ⅱへの置き換えを診療報酬改定毎に段階的に行ってきた。

平成30年度診療報酬改定においては、一連の置き換えが完了することを踏まえ、今後の安定的なDPC/PDPSの運用に資するための基礎係数及び機能評価係数Ⅱの設定のあり方についての再整理も含めた今後の取扱いについて検討を行った。

1-1 基礎係数

<概要>

調整係数の置き換えにおいては、包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数設定（基礎係数）することが必要と考えられた。その際、例えば大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関も含めた全ての医療機関について同一の平均値を設定することは適切ではないと考えられた。このため、いくつかの医療機関群を設定し、医療機関群毎の基礎係数を設定する必要があり、大学病院本院をⅠ群、一定以上の医師研修の実施や診療密度を有する医療機関のグループをⅡ群、その他の医療機関をⅢ群として群別の係数を設定している。

平成30年度診療報酬改定に向けた検討においては、(1)医療機関群の設定方法、(2)医療機関群の名称、(3)各医療機関における医療機関群の決定手順、の3つの視点から再検討を行った。

① 医療機関群の設定方法

- 各群の包括範囲に係る診療密度のばらつき(1日当たり包括点数に対する包括範囲出来高点数の割合のばらつき)を分析し検証したところ、ばらつきは比較的少なく一定の範囲で分布していた。このことから、基礎係数設定の趣旨を踏まえると、現行の3つの医療機関群の設定には一定の合理性があると考えられ、現行の3つの群別設定手法については維持することとされた(参考P2)。
- なお、Ⅲ群については、対象となる医療機関数が多いこと等から、個々の医療機関単位で見ると異なる機能の医療機関が含まれていると考えられるため、機能評価係数Ⅱの設定により適切な評価が可能かを検討することとされた。(後述 P4-6.1-2-1 機能評価係数Ⅱのあり方(総論))

② 医療機関群の名称

- 現行の医療機関群は、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲと数値で表記されているが、群毎の序列を想起させるなどの弊害も指摘されることから、それぞれの群の特性を反映させた名称を検討すべきと考えられた。
- 最も多くの医療機関が所属するⅢ群については、DPC/PDPSの基本となることを表現した「DPC標準病院群」、大学病院本院から構成されるⅠ群については「大学病院本院群」とし、Ⅱ群については大学病院本院を除く医療機関のうち、特定の要件を満たす医療機関であることから「DPC特

定病院群」とすることが適当と考えられた。

③ 各医療機関における医療機関群の決定手順

- 各医療機関が所属する医療機関群は、Ⅰ群又はⅡ群の要件を満たした場合は医療機関の意向によらず設定されることとなっている。このことから、Ⅱ群の要件に該当する医療機関であっても、Ⅲ群を選択できるような仕組みについて検討がなされた。
- しかし、実務的な視点から、医療機関別係数設定全体のプロセスを踏まえれば、医療機関別係数設定作業よりも前の段階で個々の医療機関がその意向を示す必要があり、さらに、診療報酬改定に係る対応内容が確定する前に医療機関が意向を決定することは、不確定要素が多く実質的には困難と考えられた。

基礎係数の再整理(案) (参考 P2)

① 医療機関群の設定方法

- 医療機関群については、現行の3つの医療機関群の設定方法を維持する。

| Ⅱ群の実績要件 | |
|--|---------------------|
| 【実績要件 1】 1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正） | |
| 【実績要件 2】 許可病床1床あたりの臨床研修医指数 （基幹型臨床研修病院、免許取得後2年目まで） | |
| 【実績要件 3】 | |
| 外保連試案 | 手術実施症例1件当たりの外保連手術指数 |
| | DPC算定病床当たりの同指数 |
| | 手術実施症例件数 |
| 特定内科診療 | 症例割合 |
| | DPC算定病床あたりの症例件数 |
| | 対象症例件数 |
| 【実績要件 4】 重症 DPC 補正複雑性指数 | |

※ 外保連試案、特定内科診療については、外保連、内保連の意見を踏まえて最新版に修正

※ 各要件の基準値はⅠ群の最低値等により設定（実際に使用するデータが確定した後の分析・検討により算出）

② 医療機関群の名称

- 医療機関群の名称は、Ⅲ群を「DPC 標準病院群」、Ⅰ群を「大学病院本院群」、Ⅱ群を「DPC 特定病院群」に変更する。

③ 各医療機関における医療機関群の決定手順

- 各医療機関が所属する医療機関群の決定において、自らが所属医療機関群を選択できる仕組みは導入しない。

1-2 機能評価係数Ⅱ

<概要>

機能評価係数Ⅱは調整係数の置き換えに伴い、医療機関の診療実績等を踏まえた機能に基づく評価を行うため、平成22年に6項目の係数（データ提出係数、効率性係数、地域医療係数、複雑性係数、救急医療係数、カバー率係数）として導入された。

その後、導入時の6項目に加え平成26年には後発医薬品係数、平成28年には重症度係数が追加され、また、導入時のデータ提出係数は、適切な保険診療の実施・取組を評価する保険診療係数として見直された。

平成30年度診療報酬改定に向けた検討においては、(1)機能評価係数Ⅱのあり方（総論）、(2)機能評価係数Ⅱの具体的な見直し（各論）、といった視点で検討を行った。

1-2-1 機能評価係数Ⅱのあり方（総論）

調整係数から機能評価係数Ⅱへの置き換えの完了により、今後は機能評価係数Ⅱの医療機関別係数を中心とした評価体系に移行するため、制度の安定的な運用を確保する観点から機能評価係数Ⅱの項目構成のあり方等について再整理することが必要と考えられた。

このため、①評価項目のあり方、②評価の重み付け、③係数化の方法、といった視点で検討を行った。

① 評価項目のあり方

- ・ 導入時の6つの係数については、これまでの評価実績を踏まえた検討の結果、各係数導入時の基本的な考え方を維持しつつ、必要に応じた評価手法の見直し等を行うことを前提として、引き続き機能評価係数Ⅱの基本的評価軸として位置づけることができると考えられた。
- ・ 一方、導入後に追加された2つの係数（後発医薬品係数、重症度係数）は、出来高報酬の評価との整合性の観点や導入時に検討した評価の考え方とは評価実態が異なっている等の指摘もあること等から、再整理が必要と考えられた。

後発医薬品係数

- ・ 当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェアを評価している。（外来については評価対象となっていない）
- ・ 後発医薬品係数を導入した結果、後発医薬品の使用促進に有効であったと考えられたが、すでに多くの施設で係数が上限値となっており、一定の役割を果たしたと考えられること、出来高報酬において、後発医薬品使用を評価した加算（A243 後発医薬品使用体制加算）が導入されていること、さらに従来の後発医薬品係数では対象となっていなかった外来における後発医薬品の使用促進につながること、等からDPC対象病院においても後発医薬品使用については機能評価係数Ⅰにおいて評価すべきと考えられた。

重症度係数

- 重症度係数については、調整係数の置き換えを念頭に、重症者の診療に対して一定程度の配慮を行うことを目的として試行導入されたが、重症者の診療を評価するという名称と評価の実態が一致しておらず、効率化が不十分な診療実態も評価される等、係数を設定した趣旨にあった評価になっていないとの指摘があった。
- また、DPC/PDPSにおいては、重症者の診療という視点では診断群分類点数表において、各診療分野の有識者による検討を踏まえた患者分類(DPC分類)の精緻化や複雑性指数による評価等でも対応しており、機能評価係数Ⅱの重症度係数において改めて評価することは適切ではないと考えられた。

※機能評価係数Ⅱ各項目の評価の考え方(平成28年度診療報酬改定後)

| | |
|---------|--|
| 保険診療係数 | 提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価 |
| 効率性係数 | 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 |
| 救急医療係数 | 救急診療において発生する診療と診断群分類点数表との乖離を評価 |
| カバー率係数 | さまざまな疾患に対応できる総合的な体制について評価 |
| 地域医療係数 | 体制評価指数:5 疾病5事業等における急性期入院医療への評価 定量評価指数:地域における医療機関の患者数のシェアを評価 |
| 複雑性係数 | 1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価 |
| 後発医薬品係数 | 各医療機関の入院医療における後発医薬品使用の取組を評価 |
| 重症度係数 | 診断群分類点数表と実際の診療内容との乖離を評価 |

② 評価の重み付け

- 過去の検討においても、項目間相互での評価の軽重を設定することは困難であるとされ、各項目に割り当てる報酬額(財源)は等分となっている。
- また、カバー率指数が引き上がると、複雑性指数は低下する傾向があるなど、すべての指数について高い評価を目指すことは困難であり、個々の医療機関の機能や特性に応じて高い評価を目指すべき指数は異なると考えられた。
- 特に、多様な機能を有する医療機関が含まれているⅢ群について、いくつかの特性に着目したグループに分け、それぞれのグループ内で係数を設定したとしても、同じグループの相対評価では個々の医療機関の特性が逆に反映されにくい可能性があると考えられた。
- このようなことから、各項目の重み付けを変えること(例えば、複雑性係数に配分する財源を他の係数の2倍にする等)は過去の検討結果と同様に困難と考えられた。
- 一方、Ⅰ群とⅡ群は、一定の機能を有する医療機関として群分けされていることから、これらの機能を評価している係数への配分について重み付けを変えることで、これらの医療機関の特性をより反映させた評価につながる可能性もあると考えられた。
- Ⅰ群、Ⅱ群について、機能評価係数Ⅱの評価の重み付けを検討するとすれば、それぞれの医療機関群に求められる機能等と重み付けを行う係数の組合せについて検討する必要があると考えられ、求められる機能等については、①当該医療機関群の特徴からみて、その特徴をよ

り強化する視点、②一定の機能を前提としてその他の機能への取組を促す視点、といった2つの視点が考えられた。

- ・ また、重み付けを行う係数については、機能評価係数Ⅱの個別の係数の中には、地域の事情等の外部要因に影響される要素がより強い係数があり、その係数を重み付けることは、各医療機関の取組の範囲を超えた地域事情が反映された評価となる恐れがあると考えられ、これらのことから、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数の3つの係数を検討対象とすることが考えられた。
- ・ この3つの係数について、求められる機能の組合せとして医療機関群の実績データを踏まえ、Ⅰ群については、在院日数短縮の努力を促すために効率性係数を重み付けること、Ⅱ群については、総合的な体制をより評価するためにカバー率係数を重み付けすることが考えられた。
- ・ しかし最終的には、具体的な検討において、効率性係数に重みを付けて評価を行うことにより重症な患者の診療を避ける等への懸念や制度が複雑化する、あるいは重み付けの値について理由付けが困難、といった指摘から、それぞれの係数に重み付けを行うのではなく、現行の各項目等分の評価が適切であると考えられた。

③ 係数化の方法

- ・ 平成28年度診療報酬改定において、機能評価係数Ⅱの重み付けを行わない代わりに、効率性指数、複雑性指数、後発医薬品指数については、医療機関の取組が同等となるよう指数の分散が均等となるような処理がされている。
- ・ 各指数は医療機関間の相対評価で決定されるものであり、医療機関群ごとに均一な分布が期待されるわけではないことから、分散の均一化を機械的に行うことは、必ずしも適切な評価とされない可能性があると考えられ、この対応については見直すこととされた。

機能評価係数Ⅱのあり方の再整理(総論)(案)(参考 P3)

① 評価項目のあり方

- ・ 導入時の6つの係数については、引き続き機能評価係数Ⅱの基本的評価項目として位置づける。
- ・ 後発医薬品係数は機能評価係数Ⅰで評価し、重症度係数の評価は行わない。

② 評価の重み付け

- ・ 機能評価係数Ⅱの重み付けは行わない。

③ 係数化の方法

- ・ 一部の指数について行っていた、指数の分散の処理は行わない。

1-2-2 機能評価係数Ⅱの具体的な見直し(各論)

個別の項目について、現在の評価項目を踏まえながら、以下のような整理を行った。

保険診療係数

保険診療係数は、「提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価」する係数と考えられ、(1)適切なDPCデータの作成、(2)病院情報の公表、(3)Ⅰ群とⅡ群の医療機関の体制、の3区分で評価されている。

① 適切なDPCデータの作成

- ・ 部位不明・詳細不明コードの使用割合(適切なICDコードの選択)、様式間の記載矛盾(整合性のあるDPCデータの作成)、未コード化傷病名の使用割合(適切な傷病名コードの選択)の3項目の評価を行っている。
- ・ 平成30年度診療報酬改定においては、部位不明・詳細不明コードの使用割合及び未コード化傷病名の使用割合について、評価の実態を踏まえ基準を見直すことが必要との観点から、減点となる基準値をそれぞれ、10%、2%とし、未コード化傷病名の使用割合については、今後は様式1の全ての病名について評価対象とすることが適当と考えられた。

② 病院情報の公表

- ・ 病院情報の公表は、医療機関自らがDPCデータ等を活用し、患者や住民に対して積極的に自施設の診療に関する追加的な情報も含めて情報を提供する取組であり、診療内容の透明化や改善の促進が期待される。
- ・ 評価を導入した平成28年度診療報酬改定時には7項目の評価を行い、平成30年度診療報酬改定においては、医療の質を示す指標測定や公表の取組を評価することが検討された。
- ・ 医療の質を示す指標測定や公表の取組への評価に当たり、本評価が医療機関の自主的な取組を促していること、医療の質を示す指標については、全ての医療機関に関係する指標や、特定の疾患領域における診療体制の指標等一部の医療機関にとって有用な指標等、様々な指標があることから、医療機関毎にどのような指標を公開するかについては一定の弾力性が必要であり、自主的な取組の評価であることを踏まえると、公表する指標を医療機関が自ら選択することが適当であると考えられた。
- ・ また、公表する項目については、公表することによる弊害への懸念(例えば、インシデントアクシデントレポートのレポート数を公表することにより医療過誤の多い医療機関と誤解される、等)があるため、公表項目については慎重に検討する必要があると考えられた。
- ・ 公表の方法として、医療機関のホームページだけでなく、全医療機関の一覧を作成・公表することや、取組有無に関わらず、薬剤耐性(AMR)対策の状況、DPCデータの活用による抗菌薬の適正使用に資する指標などについては公開データとして公表することも考えられた。
- ・ 以上から病院情報の公表については、平成31年度の機能評価係数における評価について、医療機関が自ら選択した複数の指標を公表することを評価するよう、具体的な評価手法について平成30年度診療報酬改定後に継続して検討することが適当と考えられた。(平成30年度は現行の評価を継続)

③ I群とII群の医療機関の体制

- ・ I群とII群の医療機関の体制として、本院よりも機能が高い分院を持つI群、II群の要件を満たさないI群、精神科の診療実績を有さないI群及びII群において、減点を行っている。また、指導医療官を派遣したI群については加点を行っている。
- ・ 減点項目について、精神科の診療実績については、同様の評価内容が地域医療係数で評価されていることから、同係数に評価を一元化することが適切と考えられた。
- ・ また、その他の減点項目についても、保険診療係数は、「提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価」であること、I群の設定方法については、一定の合理性が確認されていること等から、保険診療係数において改めて大学病院本院機能への評価を行うことは適切ではないと考えられた。
- ・ 加点項目であるI群の指導医療官の派遣については、I群の医療機関は、保険診療への教育機能として一定の評価を行う必要はある一方、派遣実績のある医療機関が少ないこと、実績のある医療機関に明らかな保険診療への理解についての効果が見られるわけではないことから、評価を継続することは適切ではないと考えられ、代わりに保険診療への理解を深める評価の取組を評価することが適切と考えられた。
- ・ なお、保険診療への理解を深める取組の評価にあたり、I群だけでなく、その他の医療機関群でも評価を行うことが望ましいとの指摘もあった。今後は、I群について保険診療への理解に係る取組事例や保険診療の質的改善に向けた評価の考え方を検討し、平成31年度の評価で反映することを目指して、平成30年度診療報酬改定後に継続して検討することとされた。

保険診療係数の再整理(案)(参考 P4,6)

① 適切なデータの作成

- ・ 部位不明・詳細不明コードの使用割合及び未コード化傷病名の使用割合について、減点となる基準値をそれぞれ、10%以上、2%以上とする。
- ・ 未コード化傷病名の使用割合については、平成31年度以降は様式1の全ての病名を評価。

② 病院情報の公表

- ・ 平成30年度は現行の評価を継続し、平成31年度の評価については、医療機関が自ら選択した複数の指標を公表することを評価するよう、具体的な評価手法について平成30年度診療報酬改定後に継続して検討する。

③ I群とII群の医療機関の体制

- ・ 精神科の診療実績については、保険診療係数での評価は整理(廃止)し、地域医療係数での評価に一元化する。
- ・ 本院よりも機能が高い分院を持つI群、II群の要件を満たさないI群への減点は廃止。
- ・ 指導医療官の派遣への評価については、評価を整理(廃止)し、平成31年度以降の評価を目指して、平成30年度診療報酬改定後に、保険診療への理解に係る取組として大学病院本院が行っている取組事例や保険診療の質的改善に向けた評価の考え方について検討する。

地域医療係数

<総論>

- ・ 地域医療係数は、「医療計画 5 疾病 5 事業等における急性期入院医療への評価」である【体制評価指数】と、「地域における医療機関の患者数のシェアを評価」する【定量評価指数】の 2 つの指数の合算で評価しているが、平成 30 年度診療報酬改定に向けた検討においては、医療計画の見直しの方向性も踏まえて、体制評価指数について検討した。
- ・ 5 疾病 5 事業のうち、がんや脳卒中は 2 項目で評価される一方で、救急医療、へき地などについてはそれぞれ 1 項目で評価されるなど、疾病・事業間で評価の程度に不整合があるため、領域毎に 1 項目と整理することが適当と考えられた。
- ・ 後述の項目見直しを踏まえると、現行の 12 項目から、5 疾病 5 事業の 10 項目から定量評価で評価される小児及び糖尿病の 2 項目を除き、その他の 1 項目を追加した 9 項目となる。
- ・ これまでは 12 項目について、全ての項目を満たすことを目指すものではないことから、Ⅰ群・Ⅱ群については 10 点、Ⅲ群については 8 点を上限値として設定していた。
- ・ 項目の再整理後も、一定の上限値は必要と考えられることから、これまでの上限値の設定内容を踏まえて、大学病院本院群（Ⅰ群）、DPC 特定病院群（Ⅱ群）については 8 点、DPC 標準病院群（Ⅲ群）については 6 点を上限とすることが考えられた。
- ・ 個別項目の評価手法についてはこれまで、下限値は 0 ポイントとし、実績を有する項目（救急医療、急性心筋梗塞の 24 時間診療体制、等）の 25%tile 値を上限値としており、実績の評価にあたっては、原則、これまでと同様の評価手法を継続することが適当と考えられた。

地域医療係数の再整理（総論）（案）（参考 P5,7）

- ・ 各領域の整合性の観点から、領域毎に複数ある項目は整理し、1 項目として評価する。
- ・ 指数の上限値はⅢ群を 6 点、Ⅰ群・Ⅱ群を 8 点とする。
- ・ 実績データの評価はこれまでと同様の手法を継続する。

<具体的な見直し>

- ・ 各項目について、医療計画 5 疾病 5 事業等における急性期入院医療への評価であることを踏まえながら、各領域で医療機関の診療実績に応じた評価となるよう見直しを行った。（参考 P8,9）

地域医療係数の具体的な見直し(各論)(案)（参考 P8,9）

がん

- ・ がん治療連携計画策定料の算定割合を評価する
- ・ がん拠点病院等の体制については、これまでと同様の評価を継続する。

脳卒中

- ・ t-PA 療法の実績、A205-2 超急性期脳卒中加算、血管内治療の算定実績（K178-31,K178-32,K178-4）に応じて評価する。

心筋梗塞等の心血管疾患

- ・ 緊急の心筋梗塞に対する PCI や外科治療の算定実績及び急性大動脈解離の一定以上の算定実績を評価する。また、大動脈解離については、一定の症例数の集積が求められるため、実績値の 25%tile 値以上を 0.5 ポイント、その他は 0 ポイントとして評価する。

精神疾患

- ・ A230-3 及び A311-3 を用いて評価することとし、より重篤な診療実態のある A311-3 をより高く評価する。また、A311-3 については、現在の算定状況も踏まえて、1 以上の算定実績がある場合を評価する。

災害時における医療

- ・ 災害拠点病院については、これまでの評価に加え、BCP の策定の有無を評価する。また、DMAT の指定、EMIS への評価は引き続き同様に評価する。

その他

- ・ 新型インフルエンザ等対策に係る評価については、平成 31 年度以降、新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき、病床が確保された医療機関について、その指定・公表状況を踏まえながら、引き続き評価を検討する。

救急医療係数

- ・ 救急医療係数は、救急医療（緊急入院）の対象となる患者の治療では、診断が確定していない等、救命処置や鑑別診断等のために通常の診療より資源投入量が一定程度大きくなることを勘案し、「入院初期の実際の診療と診断群分類点数表との乖離を評価」するものである。
- ・ 評価対象となる救急医療入院症例の判定方法が、係数設定前年の10月1日時点での「A205救急医療管理加算」の施設基準の有無により異なること、救急車で来院した入院患者の全てに救急医療管理加算を算定している医療機関が存在すること、評価対象の中に早期退院患者が多いこと等、評価対象が医療機関毎で一定になっていない可能性が考えられた。
- ・ 一方で、救急医療管理加算に準じた評価とすることについては一定の課題があるものの、早期退院患者が多いことについては、救急医療係数は入院後2日目までの評価であることも踏まえると、救急医療管理加算を算定する早期退院患者について特別な措置（係数の評価対象から外す等）を行うことは適切ではなく、また、その他の客観的評価手法の設定が困難であることから、現在の評価手法を維持することが考えられた。
- ・ また、現状の救急医療管理加算2については、加算1の要件に準ずるものとして加算1よりも低い点数が設定されており、加算1と同様の疾患であるが加算1の患者に比べ重症度や救急医療の必要性がより低い症例も含まれることが想定された。救急医療指数は、実際の診療と診断群分類点数表の乖離を評価するものであり、指数の算出においても、加算2の症例については、出来高報酬の水準の違いを一定程度反映させることが適切であり、指数の計算においては、加算1に対して1/2の値として計算することが妥当であると考えられた。
- ・ なお、係数設定の際には、10月1日時点での救急医療管理加算の施設基準の有無ではなく、月毎に加算の算定状況等に応じた指数を設定することが妥当と考えられた。

救急医療係数(各論)の見直し(案)

- ・ 救急医療係数については、これまでの評価手法を維持する。
- ・ 救急医療管理加算2に該当する患者については、医科点数表の評価体系も踏まえて指数値を減算（1/2）として計算する。
- ・ 指数の算出にあたっては、月ごとの救急医療管理加算の算定状況等に応じて設定する。

カバー率係数

- ・ カバー率係数は、「さまざまな疾患に対応できる総合的な体制について評価」する係数であり、一定の症例数以上を算定した診断群分類の分類数を評価している。
- ・ 現行のⅢ群のカバー率指数については、専門病院・専門診療機能に配慮し、下限値・最小値が30%tile値となるように処理され、指数が30%tile値より低い医療機関についても一定の係数値となるよう配慮されている。
- ・ 一方で、平成30年度診療報酬改定に向けた機能評価係数Ⅱのあり方に関する検討（P4-P6. 1-2-1 機能評価係数Ⅱのあり方（総論））において、機能評価係数Ⅱは、全ての指数・係数で高い値を目指すものではなく、医療機関の特性に応じて高い値となる場合もあれば、低い値となる場合もあるもの、と改めて整理された。
- ・ このような機能評価係数Ⅱのあり方の整理も踏まえ、Ⅲ群のカバー率についても、カバー率指数（係数）の高い医療機関もあれば、専門病院のようにカバー率指数（係数）は低い、その他の指数（係数）は高い医療機関もあるという多様性が反映されているものと考えられる。
- ・ このため、Ⅲ群における、専門病院・専門診療機能に配慮したカバー率指数・係数の下限値・最小値の設定については、機能評価係数Ⅱ各指数・係数の関係についての考え方、カバー率係数以外の機能評価係数Ⅱによる評価との整合性の観点から、他の医療機関群と同様の評価とすることが考えられた。

カバー率係数の見直し（案）

- ・ Ⅲ群のカバー率係数について行っている医療機関への評価については、指数が30%tile値より低い医療機関に一定の係数値を設定する（底上げする）対応は行わない。

複雑性係数/効率性係数

- ・ 複雑性係数は、「各医療機関における患者構成の評価」であり、1入院当たりの包括範囲出来高点数の観点から評価を行っている。
- ・ 効率性係数は、「各医療機関における在院日数短縮の努力への評価」であり、診断群分類毎の当該医療機関の在院日数について評価を行っている。
- ・ これらについては、特段の見直しを行わない。

複雑性率係数/効率性係数の対応方針（案）

- ・ 複雑性係数、効率性係数についてはこれまでの評価を継続する。

1-3 調整係数

<概要>

調整係数については、平成 24 年度改定以降、診療実績に基づく評価を中心とした機能評価係数Ⅱに段階的に置き換えられており、置き換えが完了するまでの間、暫定調整係数が設定されている。

DPC/PDPS では、診療報酬改定において、個々の診療内容を評価する出来高報酬の改定による報酬水準の変動だけでなく、診断群分類の見直し、医療機関別係数の見直し、算定ルールの見直し等 DPC/PDPS の制度改正(以下、これらをまとめて「報酬改定等」という)に伴う報酬水準の変動がある。特に、医療機関別係数は当該医療機関の包括範囲入院診療報酬全体に影響するという特性がある。このため、調整係数の置き換え等に伴う激変を緩和する観点から、出来高部分も含む推計診療報酬変動率が±2%を超える医療機関については、その値が±2%となるような調整が措置されている(激変緩和措置)。

調整係数の置き換え完了後(参考 P10)も、DPC/PDPS では報酬改定等に伴う医療機関別係数の変動がより大きな影響を与えるという特性を踏まえ、安定的な医療機関の運営に資するよう、報酬改定等に伴い生じる激変について何らかの対応が平成 30 年度以降も必要と考えられた。

これらの対応については、(1)変動の要因、(2)激変緩和措置の具体的な手法、(3)平均的な診療実態から外れる医療機関、について整理を行った。

1-3-1 変動の要因

<背景>

報酬改定等

- ・ 報酬改定等に伴い推計診療報酬変動率に影響を与える要因には、1)医療機関群の変更による基礎係数の変化、2)機能評価係数Ⅱの改定、3)調整係数の置き換え、4)診断群分類点数表の改定がある。医療機関別係数が変動する要因の影響の大きさを比較すると、調整係数の置き換えによる影響が、その他に比べて大きく、激変が起こる主な要因になっていると考えられた。
- ・ また、調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換え完了後に発生する変動のシミュレーションによれば、推計診療報酬変動率が一定程度の規模である医療機関が少なからず存在し、報酬改定等に伴う変動は、平成 32 年度以降も、個々の医療機関でその影響の程度に大きなバラつきがあり、それらの診療特性によりその影響の程度が大きく異なると考えられた。
- ・ 以上から、DPC 対象病院にとっては、調整係数の置き換えによる影響が報酬改定等に伴う変動要因として大きいと考えられる一方、調整係数の置き換え以外の変動要因についても、個々の医療機関の診療特性によっては一定の影響が生じる可能性があると考えられるため、調整係数の置き換え完了後も、報酬改定などに伴う変動に対して一定の対応を行う必要があると考えられた。

調整係数

調整係数の設定

- ・ 調整係数は、医療機関の前年度の診療報酬算定実績を反映することを目的に、制度導入時に設定され、平成 24 年度までは、前年度の診療実績に基づき調整係数が設定されてきた。
- ・ 言い換えると、平成 24 年度改定時に設定された暫定調整係数には、DPC 制度参加時の診療報酬算定実績と同等の水準を維持するよう、設定された調整係数を反映していることになり、平成 24 年度改定時に暫定調整係数が高い医療機関は、平成 24 年度の診療特性ではなく、DPC 制度参加時の診療特性に基づいて高くなっていると考えられた。

<マイナス緩和措置>

これまでの激変緩和手法の課題

- ・ 平成 24 年度以降の毎回の診療報酬改定において、推計診療報酬変動率が 2%を超えて変動しないよう暫定調整係数を加点する「マイナス緩和措置」が実施されてきた。
- ・ マイナス緩和措置の対象となった医療機関はすなわち、調整係数置き換えの過程において、暫定調整係数が高いことやその他報酬改定等に伴う要因により、推計診療報酬変動率が－2%となった医療機関であり、事実、平成 24 年度以降にマイナス緩和措置の対象となった医療機関について、平成 24 年度改定時の暫定調整係数を見ると、措置の対象外となった医療機関に比べ、暫定調整係数が高い。
- ・ しかし、マイナス緩和措置で嵩上げされた医療機関も、近年の調整係数置き換えを進める改定では、次の改定で更に追加の暫定調整係数分が機能評価係数Ⅱに置き換わり、そもそものマイナス要因が解消されるどころか、更にマイナス幅が増強され、マイナス緩和の対象から抜け出すことが困難になる。実際、これまで多くの医療機関が繰り返しマイナス緩和の対象となってきた。
- ・ 以上から、マイナス緩和措置の対象になった医療機関については、マイナス緩和措置に係る暫定調整係数を診療報酬改定のない年度においても継続する、という手法が、次の改定時に再び激変を起こす“循環”を形成する主な要因になっていると考えられた。

平成 30 年度における調整係数置き換え完了に伴う対応

- ・ 調整係数は制度参加時の診療特性を反映するもので、激変緩和措置対象となる時点での診療特性を反映しているものではなく、激変緩和措置の内容は、次の診療報酬改定時にも継続されており、このため複数回激変緩和措置の対象となった(暫定調整係数が高いまま残存している)医療機関もある。
- ・ このことから、現に暫定調整係数が高い医療機関について、平成 30 年度に報酬水準の変動が大きいとしても、特別に配慮すべき実情があるとは考え難く、DPC/PDPS において、調整係数置き換えに係る特別な措置が必要であるとは考えにくい。

平成 32 年度以降の診療報酬改定における変動への対応

- ・ 報酬改定等に伴う激変については、医療機関の種別が様々で、激変が起こる要因は様々であり、医療機関個別の要因を特定することは困難であると考えられるため、一定の激変緩和は必要と考えられた。
- ・ ただし、新たに DPC/PDPS に参加する医療機関に対して、出来高報酬水準をベースとし

た激変緩和措置を継続的に行うことは、調整係数廃止後も制度参加直前の出来高報酬実績を維持することになるため、新たな対応が必要と考えられた。このため、新たにDPC/PDPSに参加する医療機関については、推計診療報酬変動率がマイナスに大きくなり、マイナス緩和措置の対象となった場合については、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率を測定し、その結果、マイナス緩和措置の対象となった場合についてのみ、措置することが適当と考えられた。

<プラス緩和措置>

- ・ プラス緩和措置についても、マイナス緩和措置と同様医療機関群の変更による基礎係数の変化や、医療機関の取組や報酬改定による機能評価係数Ⅱの変化等により、推計診療報酬変動率が増加することが考えられる。
- ・ これまでプラス緩和措置の対象となった医療機関の暫定調整係数は、DPC/PDPS参加時の診療密度が低いことを要因として低くなる傾向があり、負の値をとることもある。低い暫定調整係数が機能評価係数Ⅱに置き換わるため、その差が大きい場合、プラス緩和の対象となる可能性が高くなる。
- ・ 医療機関の取組により、機能評価係数Ⅱが高くなったケースについて、これまでと同じプラス緩和措置を行うことは、適切な評価とはならない可能性がある。一方、プラス緩和措置の対象となる医療機関について分析すると、病床数が少ないなどの一定の傾向は見られるものの、400床以上の医療機関も存在するなど病床規模も様々で、これらの要因を特定することは困難と考えられた。

1-3-2 激変緩和措置の具体的な手法

- ・ 激変緩和措置の具体的な方法として、診療報酬改定のある年度についてのみ、医療機関別係数の設定の際に基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱに追加して、係数として激変緩和措置に係る差分の補正することが考えられた(「激変緩和係数」)。
- ・ 診療報酬改定時における推計診療報酬変動について、医療機関個別の要因を特定することは困難であり、個別医療機関によらず一定の対応が必要と考えられる。その対応水準については、これまで±2%として運用してきた実績に鑑み、引き続き±2%とすることが適当であると考えられた。
- ・ また、これまで診療報酬改定のない年度について、前年度と同じ暫定調整係数が設定されていたことが、次の診療報酬改定時にも激変緩和措置の対象となることにつながるため、診療報酬改定のない年度については、激変緩和措置を行わないことが適当であると考えられた。
- ・ なお既述のとおり、新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、マイナス緩和措置の対象となった場合については、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率を測定し、その結果、マイナス緩和措置の対象となった場合についてのみ、措置を行うこ

とが適当と考えられた。

1-3-3 平均的な診療実態から外れる医療機関

- ・ 激変緩和に係る一連の検討過程において、プラス緩和措置対象病院も含め、一部の医療機関については、診療密度、平均在院日数ともに一般的な DPC 対象病院と比較して大きく外れる DPC 対象病院の存在が明らかとなった。
- ・ 一般に、包括報酬が適用される医療機関について、診療密度(包括点数に対する包括範囲出来高点数の比)が相対的に著しく低い場合、診療内容の適切性について検討が必要である(粗診粗療の懸念がある)。
- ・ 現行の DPC/PDPS は、参加医療機関の実績から診断群分類の平均的な医療資源投入量や在院日数を設定することにより包括報酬を支払うシステムであり、平均から大きく外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い、等の診療実態がある医療機関が DPC/PDPS の対象施設としては適切ではないと考えられることから、今後、何らかの対応を検討する必要性が示唆された(制度になじまない可能性がある)。

調整係数の置き換えに係る対応(案)(参考 P11)

激変緩和措置の具体的な方法

- ・ 激変緩和措置の具体的な方法として、診療報酬改定のある年度についてのみ、係数として激変緩和措置に係る差分の補正を激変緩和係数として設定する。(診療報酬改定のない年度は激変緩和係数は設定しない)
- ・ 具体的には、これまでと同様、推計診療報酬変動率が±2%を超えて変動する場合に、±2%となるように係数を調整する。
- ・ 新たに DPC/PDPS に参加する医療機関について、マイナス緩和措置の対象となった場合については、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率を測定し、その結果、マイナス緩和措置の対象となった場合についてのみ措置を行う。

平均的な診療実態から外れる医療機関

- ・ 平均から大きく外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い、等の診療実態がある医療機関については、平成 30 年度診療報酬改定以降、その取扱いについて検討する。

2 算定ルール

2-1 短期滞在手術の取扱い

DPC 対象病院においては短期滞在手術等基本料の対象となる手術・検査を実施する場合は、現行制度では短期滞在手術等基本料の算定を優先することになっている(参考 P13)。しかし、平成 29 年 11 月 17 日に基本問題小委員会に報告され了承された「入院医療等の調査・評価分科会における検討結果報告」において、DPC 分類での評価を優先すべきとの方針が示されたため、DPC/PDPS における短期滞在手術等基本料に関連する診断群分類の取扱いについて検討した。1 入院当たりの点数設定である短期滞在手術等基本料は、基本的な報酬設定の考え方は DPC/PDPS における点数設定方式 D(参考 P14,15)と同じであることから、これらに対応する点数設定方式 D を設定することが適切と考えられた。

一方、短期滞在手術等基本料は、DPC/PDPS と異なる経緯で設定されており(参考 P16)、これまで短期滞在手術等基本料を算定されていた対象患者について、診断群分類を設定する際には、従前の短期滞在手術等基本料の算定に該当しなかった症例が多い場合は、バラツキが多くなり、点数設定方式 D の設定がなじまない可能性があると考えられた。

また、短期滞在手術等基本料においては、手術等出来高部分も含めた包括点数により設定してきたが、包括範囲のみに着目すると同様の取扱いとして適当な診断群分類があるとも考えられた。(短期滞在手術等基本料で想定される手術等以外にも拡大可能)

このため、短期滞在手術等基本料に該当する手術等に係る診断群分類については、当該診断群分類の全てのデータを踏まえた上で、一定の要件(期間 I の日数が 5 日以内、手術の分類(DPC9 桁目が 9 以外)、MDC01-17、一定程度の症例数が存在する)を満たす診断群分類について、点数設定方式 D で設定することが適切と考えられた(参考 P17)。

また、短期滞在手術等基本料と関連する診断群分類であっても、上記の要件を満たさない、特定の診断群分類の設定が困難なものについては、点数設定方式 D 以外の通常の方法で点数を設定することが適切と考えられた。

短期滞在手術の取扱い(案)(参考 P17)

- 短期滞在手術等基本料に該当する手術等に係る診断群分類については、当該診断群分類の全てのデータを踏まえた上で、一定の要件(期間 I の日数が 5 日以内、手術の分類(DPC9 桁目が 9 以外)、MDC01-17、一定程度の症例数が存在する)を満たす診断群分類について、点数設定方式 D で設定する(要件に合わないものは、点数設定方式 A-C とする)。

2-2 再入院の取扱い

DPC/PDPS では、在院日数に応じて3段階の包括報酬を設定しており、入院初期の段階に対して相対的に高い報酬水準が設定されている。このため、一連の診療内容について短期間に入退院を繰り返した場合の報酬算定については、退院（転棟）後7日以内に再度入院（転棟）し、一定の要件に該当する場合、2つの入院を入院期間が継続しているものとみなし、1つの診断群分類で算定することとしている（参考 P19）。

平成28年度のDPCデータを使用し、現在の再入院の状況を分析したところ、7日以内に再入院（再転棟）した事例は275,328例（全症例の3.0%）、うち、再入院のルールに該当せず、化学療法に係る入院でないものは75,205例（27%）であった（参考 P20）。

平成28年度診療報酬改定において、「入院の契機となった傷病名」に定義テーブルに定義されないICDコードを使用した場合も一連の入院となり、当該ICDコードの使用は減少した。一方で、定義テーブルに定義されているものの、同一の入院とみなすべきICDコード（T80-T88：外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの、平成28年時の該当診断群分類番号180040）の記入は増加していた（参考 P21）。

このため、再入院の際の「入院の契機となった傷病名」を、合併症にかかる診断群分類（平成28年時の診断群分類上6桁180040）に定義されるICDコードとした場合、再入院の「医療資源を最も投入した傷病名」に対応する診断群分類番号の上6桁が前回の入院と同一の場合は一連の入院とすることが適切と考えられた（参考 P20）。

なお、平成26年度診療報酬改定において同様な検討を行い、当時の算定ルール上対応が煩雑になることが懸念されたため対応を見送られたが、平成28年度診療報酬改定で対応した差額調整ルールの明確化により、手続きの煩雑化への懸念は軽減されたと考えられた（参考 P22）。

再入院の取扱い(案)(参考 P20)

- 再入院の際の「入院の契機となった傷病名」を、合併症にかかる診断群分類（平成28年時の診断群分類上6桁180040）に定義されるICDコードとした場合、再入院の「医療資源を最も投入した傷病名」に対応する診断群分類番号の上6桁が前回の入院と同一の場合は一連の入院とする。

3 退院患者調査の見直し

概要

DPC/PDPS においては、診断群分類の妥当性の検証、診療内容の変化等及び医療機関の機能の変化等を評価するため退院患者毎の診療情報及び診療報酬請求情報からなる DPC データに基づく分析調査(退院患者調査)を実施しており、当該調査について(1)データ様式の見直し、(2)公開データの拡充、の2点について検討を行った。

3-1 データ様式の見直し

これまでの中医協等における指摘や検討結果を踏まえ、以下の対応が考えられた。

① データ様式の変更(参考 P24-33)

【様式 1(急性期)】

(【簡】: 入力 of 簡素化、【新】: 新規追加項目、無印: 既存項目の変更、その他)

| 項目名 | 対象/内容 | 検討の経緯 |
|-------------------------------|--|--|
| 【新】 SOFA スコア | 最も医療資源を投入した傷病名、併存症、続発症、入院契機病名として敗血症のコーディングを行う患者について SOFA スコア(小児は pSOFA スコア)を診断時に測定 | DPC 検討ワーキンググループにおいて、敗血症のガイドライン改訂を踏まえ、次回の診断群分類の検討に必要と考えられた。 |
| | 特定集中治療室管理料 1,2 を算定する患者の入室時に測定 | 中医協において、生理学的指標に基づく重症度スコアの測定が検討された。 |
| 【新】 手術基幹コード | 手術を行った患者については、Kコードと対応する STEM7 コードを入力 | 中医協において、手術項目の再編の基礎データとするため追加を検討された。 |
| 【簡】 自殺企図の有無 | 一般病棟/その他病棟グループに入院する患者について必須入力であったが、任意入力とする。 | DPC 検討ワーキンググループにおいて、診断群分類の設定には不要と判断された。 |
| 【簡】 癌取扱い規約に基づくがんの Stage 分類 | 食道癌の患者は入力不要とする。 | DPC 検討ワーキンググループにおいて、TNM 分類と情報が重複する等のため不要と判断された。 |
| 【簡】心不全患者/ 血行動態的特徴 | 心不全の患者で入力必須であった、心不全の発症時期、心拍数、心調律は入力不要とする。 | DPC 検討ワーキンググループにおいて、診断群分類の設定には不要と判断された。 |

【様式 1(その他)】

| 項目名 | 対象/内容 | 検討の経緯 |
|------------------|--|--|
| 【新】要介護度 | 療養病棟に入院する患者については、要介護度を追加する。 | 中医協において、慢性期に係るデータの収集を検討された。 |
| 【新】要介護情報 | 療養病棟に入院する患者については、低栄養情報、摂食嚥下機能障害を追加 | 中医協において、慢性期に係るデータの収集を検討された。 |
| 【簡】がん患者/UICC TNM | 療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。 | 中医協において、慢性期に係るデータ提出項目の整理が必要と考えられた。 |
| 【簡】がん患者/Stage | 療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。 | 中医協において、慢性期に係るデータ提出項目の整理が必要と考えられた。 |
| 高齢者情報 | 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を、現在 5 段階のものを 3 区分に分類しているため、5 段階で収集する。 | 中医協において、慢性期の病棟におけるデータ提出項目として検討された。 |
| FIM | 回復期リハビリテーション入院料を算定する患者については、現在入力が任意であるが必須項目とする。 | 中医協において、リハビリのアウトカム評価の推進が検討されており、基礎データとして収集が必要と考えられる。 |

【その他ファイル】

| ファイル | 項目 | 対象/内容 | 検討の経緯 |
|-------|-----------------|-----------------------------------|--|
| E/F | 病棟コード | 全患者 | 医療機関の独自コードを入力されており、データの解析が困難であったため定義を変更する。 |
| 外来 EF | 患者基本情報 | 全患者について、性別、生年月日、レセプトに記載する病名の情報を入力 | 現在は請求情報しか収集しておらず、解析が困難であったため、項目を追加する。 |
| H | 【簡】重症度、医療・看護必要度 | 判定に必要な項目に修正 | 必要度の判定対象とは一部異なる情報を収集(退院日の情報など)していたものをデータ作成不要とする。 |
| 様式 3 | 【新】病棟情報 | 病棟情報を反映させるため各病棟の主な入院基本料情報を入力 | 急性期病棟以外についてもデータ分析が求められており、各病棟についての基本的な情報を収集するため。 |

② その他

- ・ 制度改正に伴うデータ項目の修正(介護医療院が設立されることを踏まえ、入院経路や退院先の項目として追加等)が必要と考えられた。
- ・ 現行の DPC 対象病院のデータ提出要件は、一部データ(その他病棟グループの様式 1)の提出を不要としており、データ提出加算の算定要件(当該データの提出が必要)とずれが生じている。DPC 対象病院は全病院がデータ提出加算を算定していることを踏まえ、DPC 対象病院・準備病院のデータ提出要件をデータ提出加算の要件に揃えることが適切と考えられた。

3-2 公開データの拡充

現在 DPC の公開データは DPC 対象病棟等で入退院を行うデータに限定し集計結果を公表している。DPC ごとに在院日数等が広く公開されており、公開されたデータは広く利活用されているが、公開するデータの範囲が限定されていることから、診療実績をより適切に示すためその他の病棟（地域包括ケア病棟や療養病棟）に転棟した症例についてのデータも公開することが適切と考えられた。

また、データの利活用の観点から、後発医薬品の使用状況や、薬剤耐性対策に係る指標（特定抗菌薬の使用状況）等、診療プロセスについてのデータの公開も重要と考えられた。このため、平成 28 年度分の集計として公開するデータについては、その他病棟グループに転棟する患者に係る集計、後発医薬品の使用状況、特定の抗菌薬の使用状況等を公開することが適切と考えられた。

退院患者調査の見直し(案)(参考 P32-34)

① データ様式の見直し

- ・ 上記表のように項目の追加・削除等を行う。
- ・ その他制度改正に伴う(介護医療院を選択項目に追加するなど)修正を行う。
- ・ DPC 対象病院・準備病院はその他病棟グループの様式 1 の提出を必須とする。

② 公開データの拡充

- ・ 平成 28 年度分の集計として公開するデータについては、その他病棟グループに転棟する患者に係る集計、後発医薬品の使用状況、特定の抗菌薬の使用状況等を公開する。