

平成19年度DPC評価分科会での特別調査及び
ヒアリングを踏まえた対応について（案）

中医協診療報酬基本問題小委員会においては、DPC導入による医療の質等について継続的に注視することが必要であると指摘がなされてきたところ、中医協診療報酬調査専門組織DPC評価分科会において、再入院率及び診断群分類の決定方法について特別調査及び関係医療機関との意見交換（ヒアリング）を実施したが、その結果を踏まえ以下の事項に係る考え方について検討してはどうか。

第1 同一疾患での再入院に係る取扱いについて

1 課題

再入院に係る理由については、治療に関するものとして、化学療法等の予期されたもの、検査入院後に一旦退院し手術を行うもの、前回入院時の病態が急変したものなど、その多くのものが計画的又は前回の入院時の病態から予期される再入院であった。

なお、それ以外には、週末の救急搬送用の為の空床確保や患者のQOL向上を目的とした再入院もあった。

2 対応案

- (1) 特に、3日以内の再入院（病棟間の転棟に伴う再々転病棟も含む）については、臨床現場の実態として、実質的に一連の療養として支障がないものと考えられることから、平成20年度改定において、別紙2のとおり取扱う事としてはどうか。
- (2) 4～7日以内の再入院については、今後引き続き調査・検討を継続することとしてはどうか。
- (3) 本来であれば外来で実施できると思われる治療でも、入院医療で行われている例については、今後実態の調査・検討をしていくこととしてはどうか。

第2 診断群分類の決定方法について

1 課題

- (1) DPCにおいては、主治医が最も医療資源を投入したものを「傷病名」として決定し、実施した手術、処置、副傷病及び重症度等によって1つの診断群分類を決定し、診療報酬の請求を行う。しかしながら、現行のDPCにおける診療報酬明細書（以下、「DPCレセプト」という。）では、当該「傷病名」を選択した根拠となる情報を記載する部分がなく、診断群分類の決定について疑問が生じた場合にそれを確認する方法がない。
- (2) 診断群分類の決定方法についてヒアリングを行ったところ、主治医が診断群分類の決定方法を熟知していない場合や必要な検査を実施せずに不十分な科学的根拠に基づき、不適切と考えられる診断群分類が決定されていた例も見られた。
- (3) また、院内での正しい診断群分類の決定方法に係る情報共有及びチェック体制の不備が不適切な診断群分類の決定の原因の一つと考えられる例もあった。

2 対応案

- (1) 平成20年度改定において、DPCレセプトの様式の中に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を記載することとしてはどうか。
- (2) 適切な診断及び治療を行うために、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディングにつながるような体制を確保することについて検討してはどうか。

第3 その他

1 課題

再入院に係る理由の中で、自院で行うことができない治療（例えば γ ナイフ等の放射線治療等）を他院で行うために、入退院を行っている場合があった。

2 対応案

現状の制度では、自院に入院中の当該患者が他院で治療を行う必要が生じた場合は、原則転医となっているが、効率的な医療の提供を促進するため、他院で行った治療の算定方法について検討してはどうか。

同一疾患での3日以内再入院の取扱いについて (案)

1. 同一疾患の考え方

初回と2回目の入院で、傷病名の分類番号の上6桁が同一の場合は、同一疾患として取扱う。

〈例〉初 回：胃癌検査入院 (060020xx99x0xx)

2 回目：胃癌手術入院 (060020xx0200xx)

2. 算定方法の考え方について

(1) 算定ルールについて

3日以内の同一疾患の再入院については、入院期間を初回の入院日からの起算とする。

(2) 具体例を用いたシミュレーション

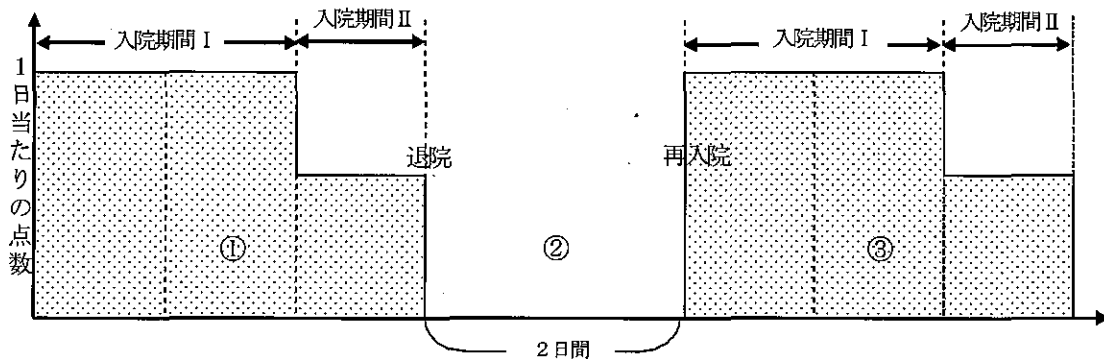
胃癌(060020)の化学療法で再入院した場合

入院期間 I		入院期間 II		入院期間 III	
2日以下	4,971点	13日以下	2,973点	35日以下	2,527点

- ① 初回の入院期間 3日
- ② 退院していた期間 2日
- ③ 2回目の入院期間 3日

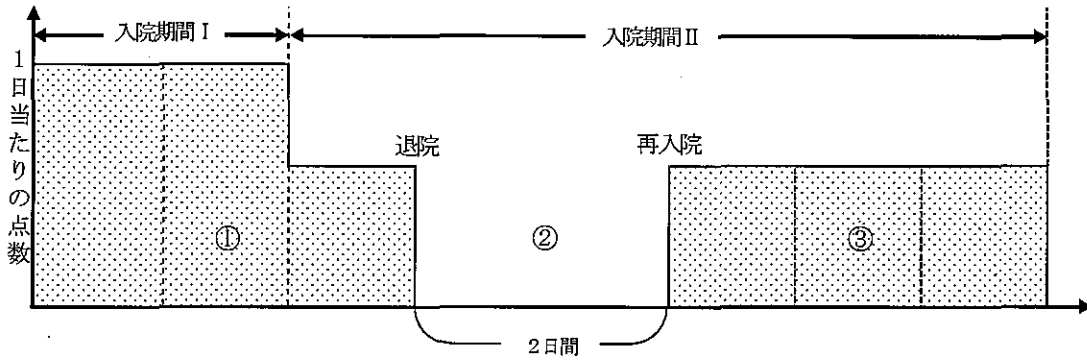
〔現 行〕 初回と2回目の入院をそれぞれ別の入院として取り扱う。

- ① 初回 { 入院期間 I 4,971 × 2日 = 9,942
 入院期間 II 2,973 × 1日 = 2,973
 - ③ 2回目 { 入院期間 I 4,971 × 2日 = 9,942
 入院期間 II 2,973 × 1日 = 2,973
- 計 25,830



〔改正後〕入院期間を初回の入院日からの起算として、一連の入院として取扱う。

①+②+③	入院期間Ⅰ	4,971 × 2日 =	9,942
	入院期間Ⅱ	2,973 × 4日 =	11,892
			計 21,834



この期間は報酬の算定ができない。

3. 診療報酬の請求方法について

(1) 初回と2回目の入院で、傷病名の分類番号の全14桁が同一である場合。

○ 初回入院での診療報酬額の調整の必要はない。

(2) 初回と2回目の入院で、傷病名の分類番号の上6桁が同一であるが、それ以降の番号が異なる場合。(例：初回は手術予定がなかったが、検査結果等により2回目の入院で手術を行う場合)

○ 初回の診療報酬額の調整の必要があり、2回目の入院の退院日に差額を調整する。