

DPCとは何か？

- 「DPC(Diagnosis Procedure Combination)」とは、
 - 平成15年4月に特定機能病院に導入された
 - 急性期入院医療の
 - 診断群分類に基づく
 - 1日当りの包括評価制度
- ✓ もともとは、「わが国独自の診断群分類」を意味する英語の固有名詞として使用



診療報酬体系見直しの必要性の高まり(1)

- 現行の診療報酬体系は、昭和33年に新医療費体系として構築。基本的特徴は、診療行為ごとの出来高払い方式。その後、40年以上が経過し、累次の改定を経る中で、点数項目は大幅に増加、複雑化し、国民に分かりにくいものとなっている。



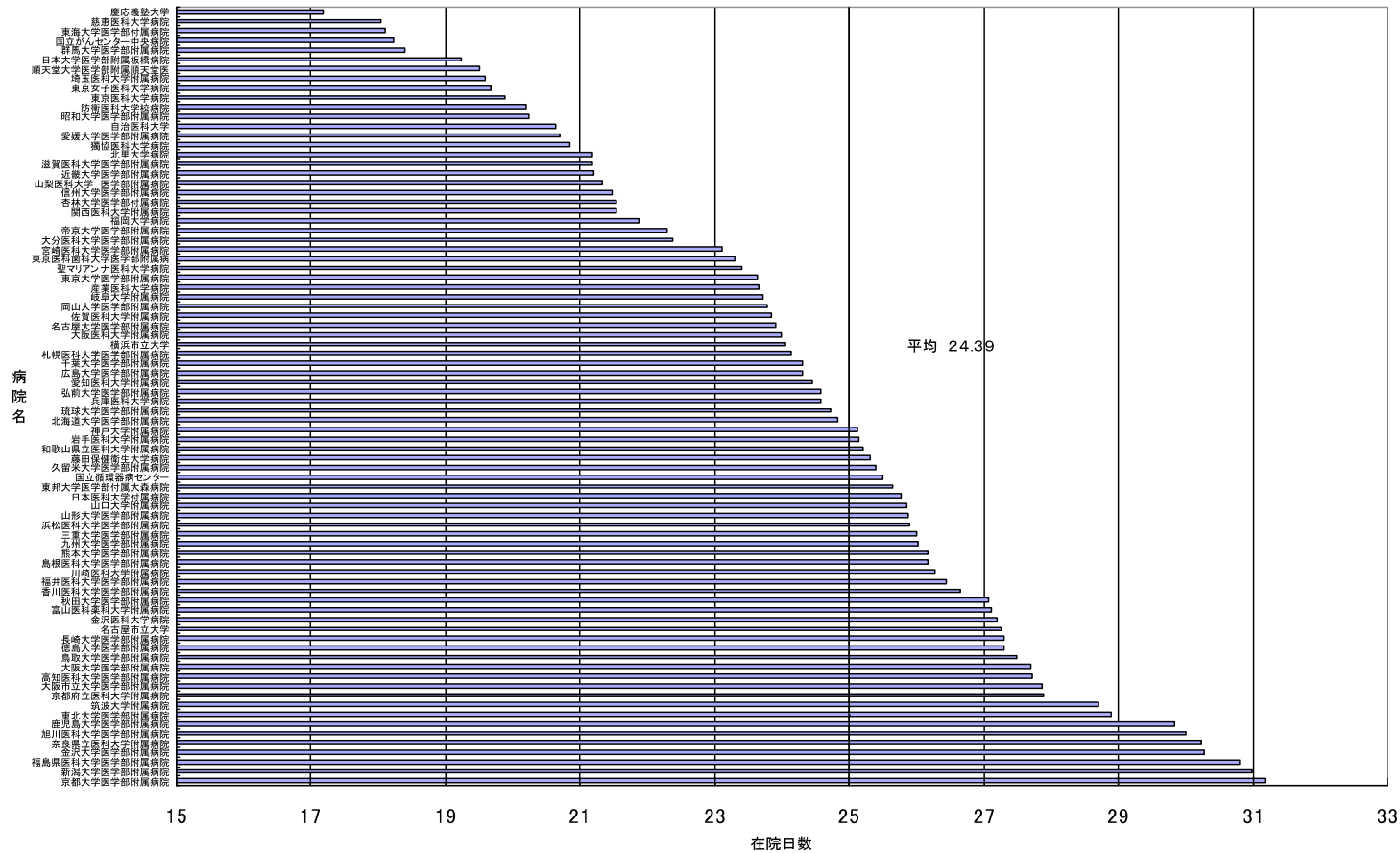
診療報酬体系見直しの必要性の高まり(2)

- 現在の診療報酬体系には、以下のような課題が存在。
 - 出来高払いは個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、検査、投薬等の量的拡大のインセンティブが働く。
 - 医療技術の評価や医療機関の運営コスト等の適切な反映が必ずしも十分でない。
 - 医療の質や効率性の向上についての評価が必ずしも十分でない。
 - ▶ 平均在院日数の長さ、医療機関の機能分化の不十分さ等の医療提供体制の課題とも密接に関係。

診療報酬体系見直しの必要性の高まり

— 病院間のばらつきの例(1)

病院別在院日数平均値



平成14年7月～平成14年8月に退院した患者にかかるデータ



包括評価制度について

- 包括評価制度には、効率化を図る強いインセンティブが存在。
- しかし、あまりに大雑把な包括では、医療の質に問題が生じる恐れ。
 - 包括評価の単位（効率化を図る単位）を適切に設定することが重要。

→ 診断群分類に基づく包括評価制度



DPC導入の目的

- 医療の標準化・透明化の促進

(期待される効果)

- 患者にとって

- 客観的なデータで標準的な治療や価格情報を参照できる。

- 医療機関の管理者にとって

- それぞれの病院の長所、短所の把握ができる。自院の位置づけを把握し、今後の経営戦略を立てることができる。
- 診療に従事している者に、客観的なデータに基づいた改善点を示すことができる。

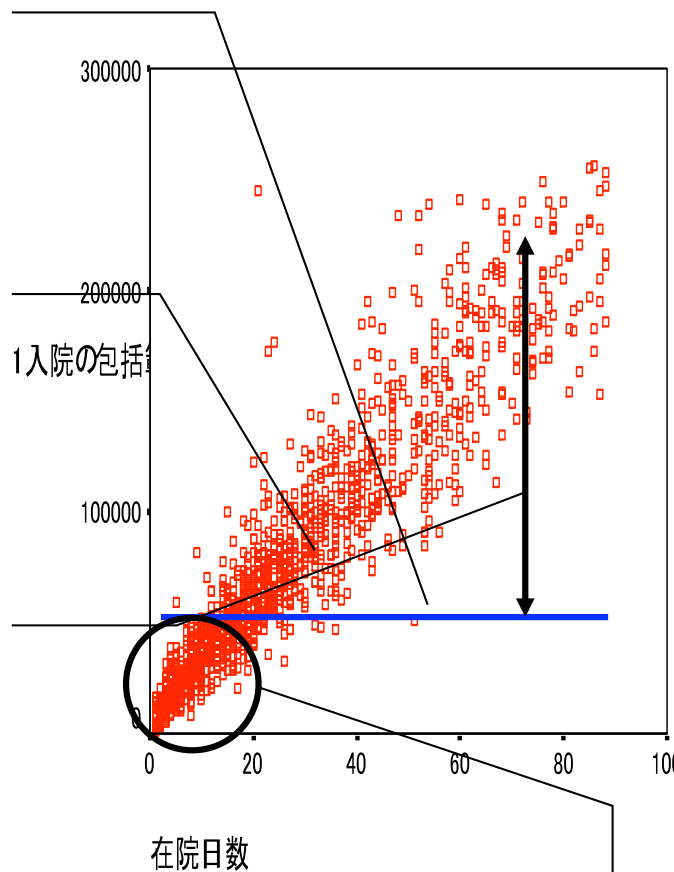
- 診療に従事している者にとって

- 自分たちが行っている医療の改善すべき点が見える。
- 自分たちの行っている医療の成果を主張できる。

1入院当たり包括評価と1日当たり包括評価の比較

「肺がん→手術なし→副傷病なし」の場合

1入院当たり包括評価



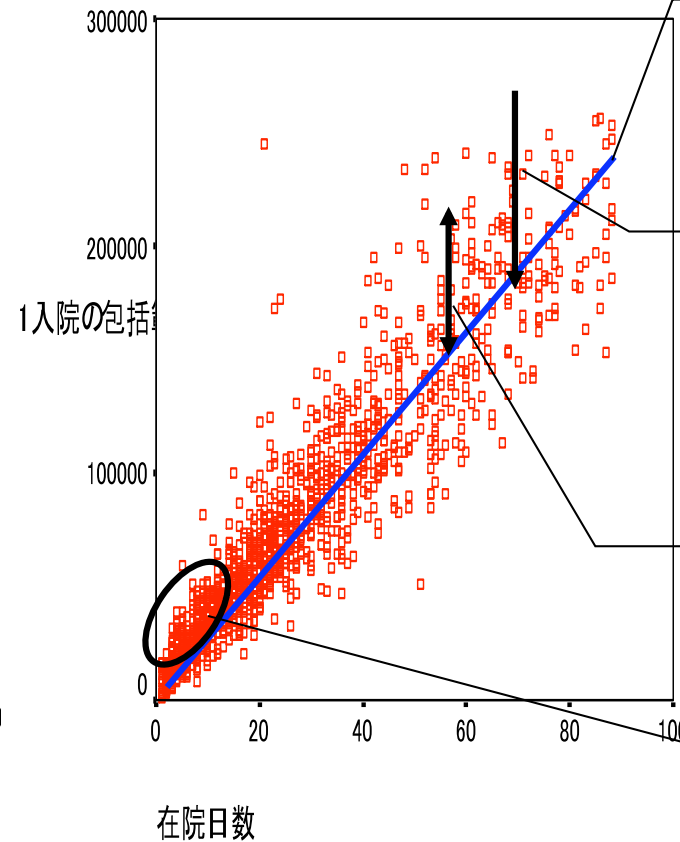
支払額は、
在院日数
に関係なく
一定。

在院日数
を短くする
強いインセ
ンティブが
存在。

在院日数
がばらつ
いている
現状では、
非常に大
きな差額
が発生。

在院日数が短ければ、
黒字

1日当たり包括評価



支払額は、
在院日数に
比例。

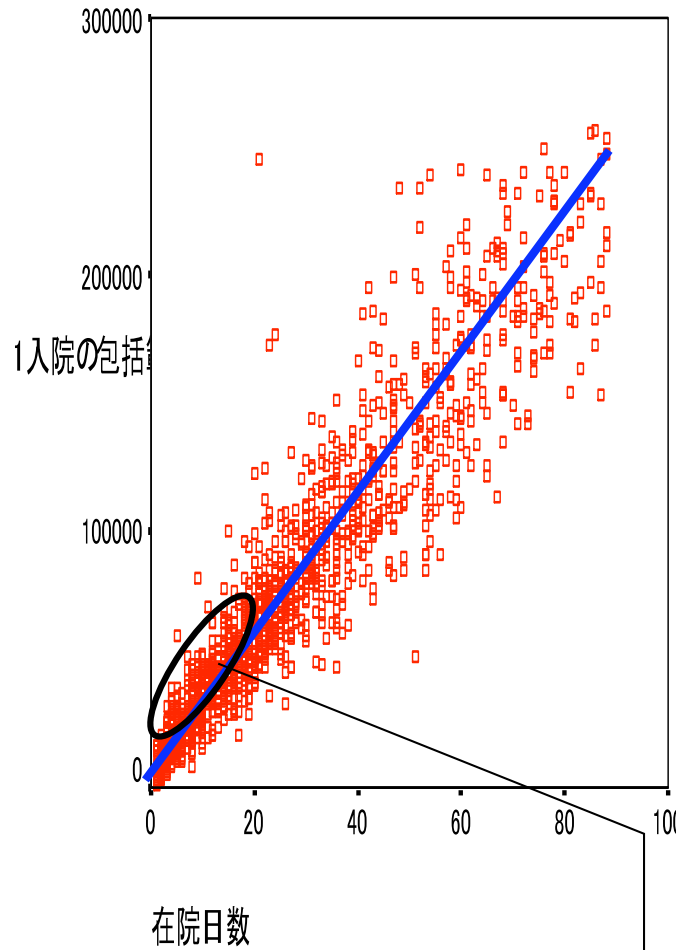
1日単価を
下げる強い
インセンテ
ィブが存在。

在院日数が
ばらついて
いても、差額
は比較的小
さい。

在院日数が短くても、1
日単価が高ければ赤字

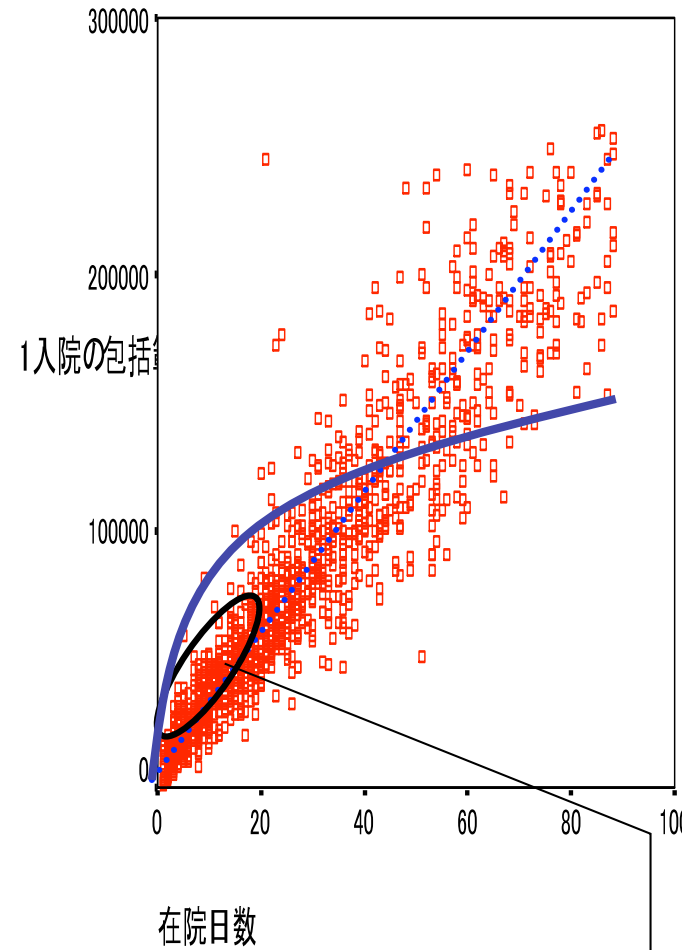
1日当たり包括評価の方法

【基本形】



在院日数が短くても、1日単価が高ければ赤字

【在院日数を加味した形】



在院日数が短く1日単価が高くて黒字



DPCに係るこれまでの経過

- 平成14年3月 特定機能病院へのDPC導入決定
- 平成15年4月 特定機能病院におけるDPCの導入
- 平成15年7月 診療報酬調査専門組織DPC評価分科会の設置、DPCの評価の開始
- 平成16年4月 分類・点数の見直し、特定機能病院の包括評価制度の見直し、「DPC調査協力病院におけるDPCの試行的適用」の実施
- 平成18年4月 分類・点数の見直し、支払対象病院及び調査対象病院の拡大
- 平成20年4月 分類・点数の見直し、支払対象病院及び調査対象病院の拡大

DPC制度の対象病院

- DPC対象病院(DPCによる支払の対象)

- 平成15年 ~ 82病院

- 平成16年 ~ 62病院

- 平成18年 ~ 216病院

- 平成20年 ~ 358病院

計 718病院

- DPC準備病院(DPCによる支払の対象外)

710病院



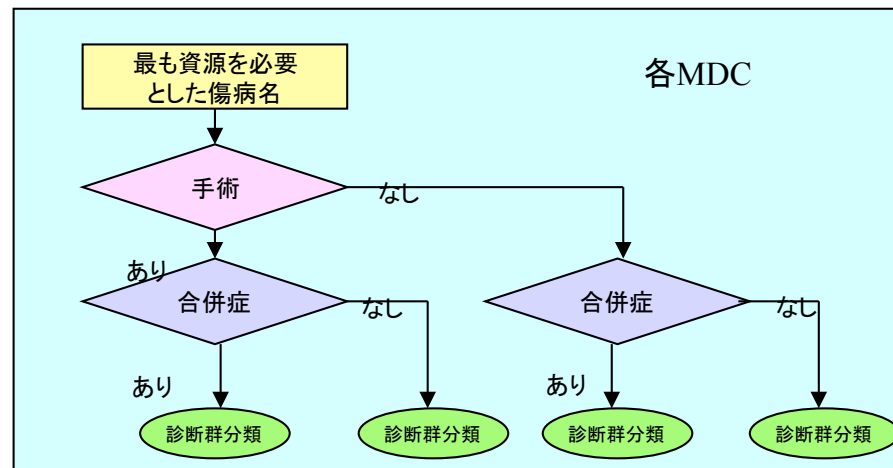
DPC対象病院となる病院の基準

- DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする
 - 看護配置基準 10対1以上であること。
 - 現在、10対1を満たしていない病院については、満たすべく計画を策定すること。
 - 診療録管理体制加算を算定している、又は同等の診療録管理体制を有すること
 - 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること

診断群分類とは？(1)

- 診断群分類の基本構造
 - 日本における診断群分類は、まず、**傷病**により分類。次に、診療行為(手術、処置等)等により分類
 - 傷病名は、ICD10により定義
 - ✓ 診療行為等については、診療報酬上の区分で定義

わが国の診断群分類開発では、臨床家の思考方法に近い形で判断樹を作成していくことを基本的理念としている



診断群分類とは？（2）

- 診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」により決定される。
 - 医療資源を最も投入した傷病名とは、入院患者の入院期間全体を通して見て、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病。
 - 1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限る。
- 「医療資源を最も投入した傷病」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病」に基づいて診断群分類を決定する。

診断群分類とは？（3）

- 特定機能病院の入院医療の包括評価制度の基礎となる診断群分類は、専門家による臨床的観点からの検討、特定機能病院から収集した平成14年7月～10月の退院患者に係る調査に基づき開発されたもの。
 - 当時の包括評価対象診断群分類は、1,860分類
- 臨床専門家等により構成される1～16のMDC毎作業班における検討結果を踏まえ、平成16年4月、平成18年4月、平成20年4月の3度にわたり診断群分類及び点数の見直しを実施。
 - 包括評価の対象診断群分類数は、1,860分類から1,572分類に。
 - 1,572分類に該当しない患者は、従来通りの出来高算定。
 - 平成20年4月よりMDC分類数を16分類から18分類に。
 - 診断群分類の分岐について、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を実施

診断群分類とは？（4）

- 診断群分類の決定方法
 - ①「医療資源を最も投入した傷病名」をICD10コードとして決定
 - ②「医療資源を最も投入した傷病名」が分類されている診断群分類の検索
 - ③診断群分類を決定するために必要な診療行為等に基づく診断群分類の決定

包括評価の対象患者

- 一般病棟の入院患者
- 包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者
- ただし、以下の者を除く
 - 入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
 - 治験の対象患者
 - 臓器移植患者の一部
 - 皮膚移植術、同種死体肺移植、同種心移植、生体部分肝移植、同種死体肝移植、同種死体膵移植、同種死体膵腎移植、同種腎移植術、骨髄移植、臍帯血移植
 - 先進医療の対象患者
 - 一部の特定入院料等の算定対象患者
 - 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、短期滞在手術基本料(3を除く)
 - 平成20年改定で新たに保険適用となった技術を受けた者

診療報酬の算定方法(1)

- 包括評価制度における診療報酬の額

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高評価部分

- 包括評価部分

- ✓ 「診断群分類」毎の1日当たりの包括評価
- ✓ 医療機関別係数による評価・調整

包括範囲点数

= 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数

- 出来高評価部分

- ✓ 「医科点数表」に基づいた評価

診療報酬の算定方法(2)

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高評価部分

- 包括評価の範囲 — ホスピタルフィー的要素
 - ✓ 入院基本料、検査(内視鏡検査等の技術料を除く)、画像診断(選択的動脈造影カテーテル手技を除く)、投薬、注射、1000点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料
- 出来高評価の範囲 — ドクターフィー的要素
 - ✓ 手術料、麻酔料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料、1000点以上の処置料、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取、病理診断・判断料、選択的動脈造影カテーテル手技、医学管理等、リハビリテーション、精神科専門療法等

診療報酬の算定方法(3)

包括範囲点数 = 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数

診断群分類毎の1日当たり点数

- 在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類毎の1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減。
 - ✓ 診断群分類毎に3段階の点数を設定
 - 入院日数の25パーセンタイル値までは平均点数に15%加算
 - 25パーセンタイル値から平均在院日数までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日当たり点数の平均点数が、1日当たり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。
 - 平均在院日数を超えた日から前日の点数の85パーセントで算定
 - ✓ 悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値までに繰り上げて設定。
- 入院期間が著しく長い場合(診断群分類毎にみて平均在院日数から標準偏差の2倍以上入院した場合)には、在院日数から標準偏差の2倍を超えて入院した日から出来高により算定。

診療報酬の算定方法(4)

包括範囲点数＝診断群分類毎の1日当たり点数×医療機関別係数×在院日数

医療機関別係数＝機能評価係数＋調整係数

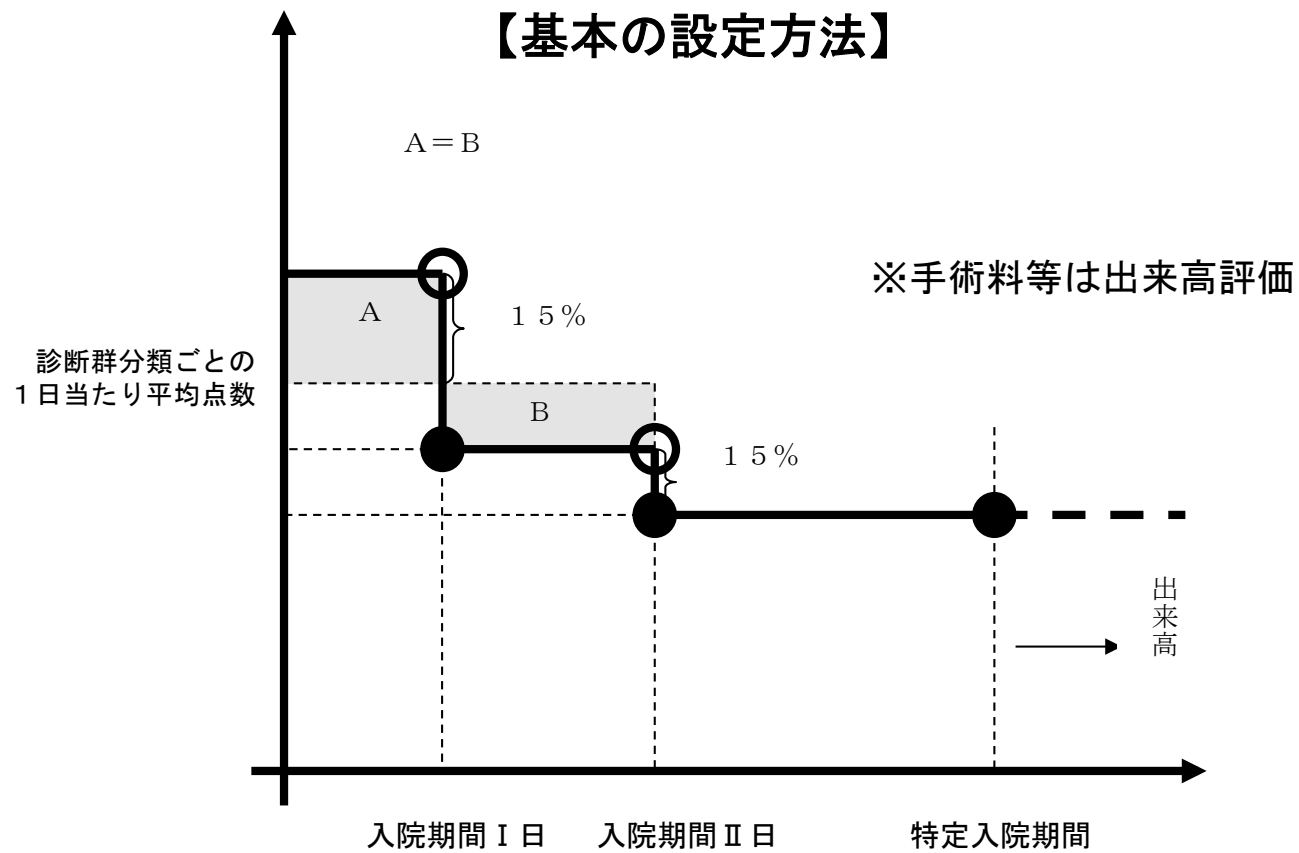
- 機能評価係数

- ✓ 医療機関の機能を評価するための係数
- ✓ 入院基本料等加算を係数にしたもの
 - 入院時医学管理加算 0.0299
 - 診療録管理体制加算 0.0009
 - 医療安全対策加算 0.0015 等

- 調整係数

- ✓ 医療機関の前年度収入実績を担保するための調整係数
→DPC制度の円滑導入の観点から設定
DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとされている。
- ✓ 診断群分類による包括評価に係る医療費が改定前年の医療費の実績に等しくなるように、各医療機関ごとに設定

在院日数に応じた評価のイメージ





DPCの課題

(1) 適切な算定ルール等の構築

- 再入院率の上昇、アップコーディング等に対する対策

(2) DPC対象病院のあり方

- 拡大の方向性と望ましい基準

(3) 調整係数の見直し

- 調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定



(1)適切な算定ルール等の構築①

DPCにおける適切でない請求例

- ☆ 包括評価部分を最大化する
 - ★ 不適切なコーディング
 - ★ 再入院による入院期間のリセット
- ☆ 包括評価されている項目の出来高請求
 - ★ 一連の入院中に他医療機関で実施
 - ★ 出来高評価される算定項目での請求



- ☆ DPC評価分科会による特別調査(ヒヤリング調査)
 - ★ 再入院率の高い医療機関に対する調査(平成19年9月12日)
 - 6医療機関に対し実施
 - ★ 診断群分類の決定方法のあり方に関する調査(平成19年9月27日)
 - 8医療機関に対し実施

(1) 適切な算定ルール等の構築②

(平成20年度より実施)

- 1 同一疾患での再入院に係る取り扱い
 - 3日以内の再入院は1入院として取り扱う
 - 4～7日以内の再入院は引き続き調査・検討を継続
 - 本来外来で実施できると思われる治療は、今後、調査・検討
- 2 診断群分類の決定方法
 - DPCの診療報酬明細書提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容がわかる情報も加える
 - 院内で標準的な診断・治療方法を周知徹底し、適切なコーディングにつながる体制を確保

(2) DPC対象病院のあり方②

1 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とする

2 DPC対象病院の基準

(1) 平成18年度の基準は、平成20年度以降についても継続

(2) データの質の確保

○ 本来通年でデータを取るべきだが、現行では2年間(10ヶ月分)とする

○ 提出期限の厳守、データの正確性等の確保。

※ データの質に重大な疑問があれば、分科会で調査、改善要求

○ (データ/病床)比は8.75以上

(3) 対象病院の基準

○ 軽症の急性期入院医療も含める

3 DPC対象病院の在り方について

DPC対象病院の在り方については、平成20年度に中央社会保険医療協議会において議論を行うこととする。



(3) 調整係数の見直し

☆ 調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定

- 「望ましい要件」については、要件としてではなく、むしろ係数として評価することを検討すべきではないか
- 医療機関の機能を反映することのできる係数について、例えば、社会的に重要であるが不採算となりやすい科について評価できる係数等を含めて検討すべきではないか