

DPC制度の現状と課題

厚生労働省 保険局医療課

「DPC」という呼称は、

① 診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度

② 患者分類としての診断群分類

本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称については DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

「DPC/PDPS」について

「DPC; Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」

Diagnosis 診断

Procedure 処置(手術、検査等)

Combination 組み合わせ

「PDPS; Per-Diem Payment System 1日当たり包括支払い制度」

Per-Diem 1日当たり

Payment System 支払い制度

○ 日本における診断群分類は、

① 「**診断(Diagnosis)** (医療資源を最も投入した傷病名)」

② 「**診療行為(Procedure)** (手術、処置等)等」

の順に分類されている。

○ 「傷病名」は、「**ICD-10:国際疾病分類(※)**」により定義されており、

「診療行為等」は、「**診療報酬上の医科点数表上の区分(Kコード等)**」で定義されている。

※ ICD-10[International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems国際疾病分類第10版(2003年改訂)]

※DPC制度においては平成30年度診療報酬改定以降にICD-10(2013年度版)への対応を検討。

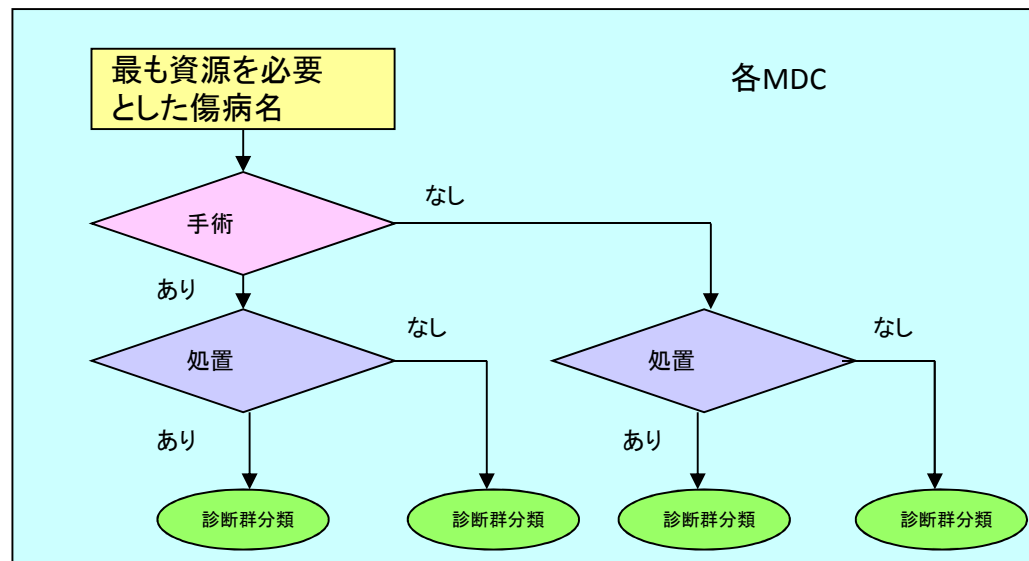
MDC 18種※

DPCコード 4,918分類(ツリー総数)

(うち包括 4,244分類)※

※ 平成28年度改定における数

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



1日当たり点数の設定方法(1)

概要

- 【包括評価部分】
診断群分類毎に設定
- 入院基本料
 - 検査
 - 画像診断
 - 投薬
 - 注射
 - 1000点未満の処置 等

+

- 【出来高評価部分】
- 医学管理
 - 手術
 - 麻酔
 - 放射線治療
 - 1000点以上の処置 等

ホスピタルフィー的報酬部分

ドクターフィー的報酬部分等

【包括評価部分】

D P C 毎の
1日当たり点数

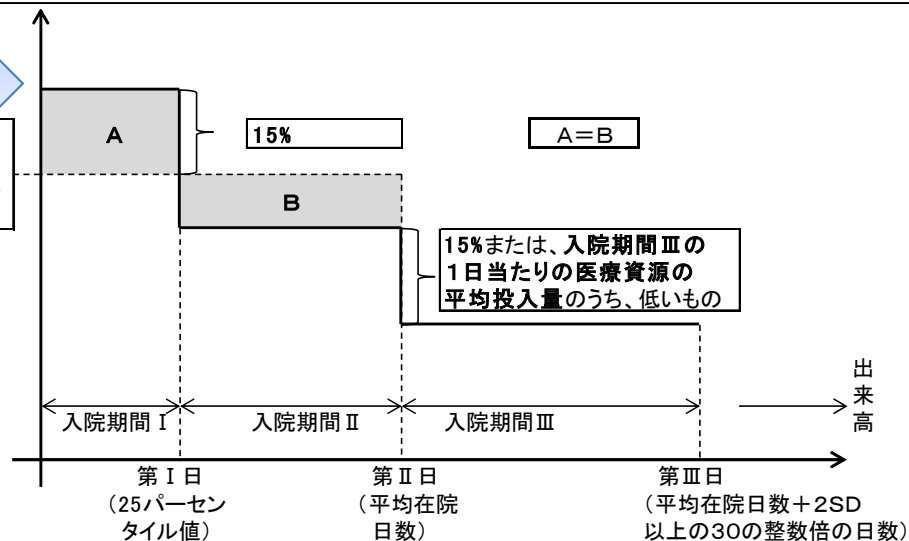
×

在 院 日 数

×

医 療 機 関 別 係 数

1入院期間での
1日当たりの
医療資源の
平均投入量



各医療機関の医療機関別係数は、以下の4つを合算したものとする。

基礎係数（医療機関群別）

医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価したもの。

機能評価係数Ⅰ

出来高報酬体系における、「入院基本料の差額」、「入院基本料等加算」等を係数化したもの。

機能評価係数Ⅱ

DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ及び地域において医療機関が担うべき役割や機能等を評価したもの。

暫定調整係数

従来の調整係数の段階的廃止過程において暫定的に設定される係数。

DPC対象病院の変遷

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成28年4月1日見込みで1,667病院・約49万床となり、全一般病床の約55%を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
平成28年度対象病院 (H28年4月)	1,667	495,227
(参考)全一般病院(※) (平成26年医療施設調査)	7,426	894,216

平成15年

82病院

66,497床

平成28年

1,667病院

495,227床
(約55%)

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

医療機関群・基礎係数

[各病院群の基礎係数(平成28年度)]

$$= \{ [各病院群の包括範囲出来高点数^{*1}の平均値^{*2}] \times [改定率^{*3}] \} / [各病院群のDPC点数表^{*4}に基づく包括点数^{*5}の平均値^{*2}]$$

- *1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(退院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。
- *2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。
- *3 平成28年度改定では(1-0.0103)となる。特例市場拡大再算定分は点数表へ別途反映。
- *4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。

*5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院Ⅰ群(大学病院本院)	81	1.1354
DPC病院Ⅱ群(高機能な病院)	140	1.0646
DPC病院Ⅲ群	1,446	1.0296
合計	1,667	

機能評価係数Ⅱの基本的な考え方

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-1(改)

(3) 機能評価係数Ⅱ

① 基本的考え方

- DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価
- 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化(透明化)
- 医療の質的向上(質的向上)
- 医療の効率化(効率化)
- 医療の標準化(標準化)

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)
- 総合的な医療の提供機能(総合性)
- 重症者への対応機能(重症者対応)
- 地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

② 具体的方法

- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。
- DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

診断群分類の総数の変遷

診断群分類点数表の見直し

➤ 診断群分類の見直しを行い平成28年度改定においては以下の通りの分類となった。

改定時期	MDC数 (※1)	傷病名数	DPCコード (ツリー総数)	うち包括対象 DPC数(※2)	支払い分類 (※3)
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	<u>18</u>	<u>506</u>	<u>4,918</u>	<u>4,244</u>	<u>2,410</u>

※1 MDC: Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 改定時点で包括対象となっているDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類においては、複数の診断群分類番号が同一の支払い分類となっている。

今後の課題①

平成28年度診療報酬改定(答申)の附帯意見

DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。

Ⅱ 主な検討課題

平成28年9月12日
診調組 D-4(抜粋)

基本的な考え方を踏まえた上で検討する主な課題を、以下の通り再整理した。

(1) 次期改定に向けた検討課題

① 基礎係数(医療機関群)のあり方

- ・Ⅱ群の選定要件について 等

② 調整係数のあり方

- ・平成30年度に置き換えが完了する予定である調整係数のあり方について
- ・激変緩和措置のあり方について 等

③ 機能評価係数Ⅱについて

- ・病院情報の公表について
- ・後発医薬品係数について
- ・各係数の重みづけについて
- ・医科点数表改定の影響の反映について
- ・機能評価係数Ⅱとして評価すべき新規項目について 等

今後の課題②

平成28年9月12日
診調組 D-4(抜粋)

Ⅱ 主な検討課題

(1) 次期改定に向けた検討課題

④ 診療群分類点数表について

- ・CCPマトリックスについて
- ・適切な傷病名コーディングの推進について
- ・**ICD-10(2013年度版)への対応**時期について 等

⑤ 請求に関するルールについて

- ・持参薬のあり方について 等

⑥ その他

- ・DPCデータの収集方法について
- ・DPC制度における手続き遺漏の際の対応について 等

(2) DPC検討WGにおける検討課題について

① MDC毎作業班

(ア) 診断群分類点数表の見直しについて

- ・最新のDPCデータを活用した、診療実態に即した診断群分類の見直し

(イ) 様式1(簡易診療録情報)の調査項目の見直しについて

- ・診断群分類の分岐に必要な診療情報等について見直し

② DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト作業班

- 各医療機関における「適切なコーディング委員会」における参考資料としてのDPC/PDPS傷病名コーディングテキストの見直し

- 平成29年度調査では、ICD-10(2003年版)準拠コードを使用した調査となるが、平成30年度以降の調査については、ICD-10(2013年版)準拠コードを使用することに留意すること。

【ICD-10(2013年版)の変更事例】

ICD-10(2003)		ICD-10(2013)	
コード	名称	コード	名称
I48	心房細動及び粗動	I480	発作性心房細動
		I481	持続性心房細動
		I482	慢性心房細動
		I483	定型心房粗動
		I484	非定型心房粗動
		I489	心房細動及び心房粗動, 詳細不明

基礎係数の検討① 医療機関群の設定方法

診 調 組 D - 2
29. 5. 24 (抜粋)

① 検討の概要

- 各群の基本的な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)を分析したところ、比較的少なく、一定の範囲で分布していた。このことから、現行の3つの群分けについては、一定の合理性を認めると考えられた。
- 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おり、機能評価係数Ⅱにより、一定の機能や役割を有し、かつ、合理性のある視点で医療機関を評価することが可能かを検討すべきと考えられた。

② 対応方針(案)

- 現行の医療機関群の設定方法については、一定の合理性があると考えられるため、現行の3つの医療機関群を維持する。
- Ⅲ群については、現行の医療機関群の設定方法とは別に、個々の医療機関単位で評価されるべき機能について、機能評価係数Ⅱの検討の中で、適切な評価が可能かを検討する

① 検討の概要

- 現行の医療機関群は、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲと数値で表記されているが、Ⅱ群は「高機能な病院」と説明されていることもあり、Ⅲ群は高機能では無い病院と受け止められる可能性がある等、それぞれの群の役割や機能がわかりにくくなっていると考えられた。
- DPC制度においては、最も多くの医療機関が含まれるⅢ群が標準であり、Ⅰ群とⅡ群は標準とは異なる医療機関群であると考えられることから、それぞれの群について適切な理解に資するよう、名称の変更を検討すべきと考えられた。
- 名称の変更案としては、対象となる医療機関数が多いⅢ群は、DPC/PDPSの基本となることを表現した「標準群」、標準から異なる機能を有する医療機関を一定の要件のもとに異なったグループとして現行のⅠ群、Ⅱ群をそれぞれ「特定病院Ⅰ」、「特定病院Ⅱ」とすることや、Ⅰ群を「大学病院本院群」とすることなどが考えられた。

② 対応方針(案)

- 現行のⅢ群がDPC/PDPSの基本であり、Ⅰ群、Ⅱ群は、それらと異なる機能を有する医療機関であることが、より明確に表現されるような名称・順序とする。
- 具体的な医療機関群の名称については、それぞれの群について適切な理解に資するような名称について引き続き検討する。

① 検討の概要

- 現在、DPC対象病院が各医療機関群の要件を満たした場合は、該当する医療機関群が自動的に設定されることとなっている。しかし、機能評価係数Ⅱの評価基準が各群で異なることから、特にⅡ群については、医療機関別係数全体で見ると、Ⅱ群の要件を満たす医療機関であっても、Ⅲ群を選択した方が有利な場合が考えられる。
- このような場合において、Ⅱ群の要件を満たす病院が自らⅢ群を選択することを可能にする方式を検討すべきと考えられた。
- ただし、現実の医療機関別係数設定のプロセスを踏まえれば、一度係数を設定した後に医療機関群を選択することは、すべての医療機関の係数を再度設定し直す必要があるため困難であり、仮に医療機関の意向を踏まえた医療機関群を設定することとした場合でも、医療機関別係数設定作業よりも前の段階でその意向を示す必要があると考えられた。

② 対応方針(案)

- － 機能評価係数Ⅱの議論等も踏まえながら、複数の医療機関群の要件を満たす病院については、診療報酬改定の前年までにその意向を示し、現行のⅢ群を選択することができるような仕組みについて、引き続き検討する。
- － 仮に自ら選択できるような仕組みにするとしても、実際に、医療機関が、医療機関別係数を計算する前に、短期間で適切に選択できる方法となるよう考慮する。

① 検討の概要

- 調整係数の置き換えの完了により機能評価係数Ⅱの医療機関別係数に占める割合が大きくなることを踏まえると、診療報酬改定ごとに新たな評価軸(係数)の追加等を行うことは、医療機関別係数の大きな変動につながる可能性があり、制度の安定的な運用にはそぐわないと考えられた。
- 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あり方とは観点が異なっていること等から、再整理が必要と考えられた。

② 対応方針(案)

- 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、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、機能評価係数Ⅱの基本的評価軸として位置づける。
- 導入後に追加された2つの係数については、それぞれの係数の目的や趣旨を踏まえて再整理する。

① 検討の概要

- 後発医薬品係数は、導入した結果、包括報酬が適用されているDPC対象病院においても、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てきたと考えられることに加え、入院基本料等加算の中に、同様の基準の出来高点数が設定されていることから、機能評価係数Ⅰで評価すべきと考えられた。
- 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自体も評価される等、係数を設定した趣旨にあった評価になっていないと考えられた。
- 保険診療係数については、導入時のデータ提出に係る評価指標に加えて、指導医療官の派遣など、導入後に様々な評価指標が追加されたことから、評価の趣旨や目的がわかりにくくなっており、医療の質を示す指標の測定や公表等の、本来の趣旨である医療の質的向上等を目指す取組への評価として再整理すべきと考えられた。
- 地域医療指数の評価項目は複雑になっており、医療計画の見直しの検討内容等を踏まえた対応を検討し、項目を整理すべきと考えられた。
- 複雑性係数、カバー率係数、効率性係数、救急医療係数については、基本的な考え方について、特に異論はなかった。

② 対応方針(案)

- 後発医薬品係数については、出来高報酬の中に後発医薬品の使用について同様の基準で評価した加算があることから、機能評価係数Ⅰに置き換える。
- 重症度係数については、設定の目的や趣旨を踏まえ、激変緩和措置の見直しと併せて、機能評価係数Ⅱとは別の手法による対応を検討する。
- 保険診療係数については、導入時の係数設定の趣旨や目的を踏まえ、評価指標等を再整理し、医療の質を示す指標の測定や公表等、本来の趣旨に見合った評価を検討する。
- 地域医療係数については、今後の医療計画の見直しの方向性に沿って見直す。
- このほか、各係数について、前述以外の事項も含めて必要な見直しを行う。

機能評価係数Ⅱの検討② 機能評価係数Ⅱの重み付け

診 調 組 D - 2
29. 5. 24 (抜粋)

① 検討の概要

- 機能評価係数Ⅱについては、過去の検討で項目間相互での評価の軽重を設定することが困難であることから、各項目に割り当てる報酬額(財源)は等分とされており、この点について、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。
- 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。
- また、多様な機能を有する病院が含まれているⅢ群において、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、病院の特性をより反映させた評価につながらない可能性があると考えられた。
- ただし、Ⅰ群とⅡ群は、一定の機能を有する病院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、これらの病院の特性をより反映させた評価につながる可能性があると考えられた。

② 対応方針(案)

- 現行のⅠ群・Ⅱ群については、医療機関群ごとに、求められる機能や評価の現状を踏まえ、各項目への配分についての重み付けの是非について引き続き検討する。
- 多様な機能や特性を有する病院が含まれているⅢ群については、重み付けは行わないこととする。

調整係数の検討① 調整係数の置き換え

診調組 D - 2
29. 5. 24 (抜粋)

① 検討の概要

- 現行の調整係数を、平成30年度に、機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了するとの方向性に対して、特に異論はなかった。
- 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自体も評価される等、係数を設定した趣旨にあった評価になっていないと考えられた。(再掲)
- 調整係数の置き換えについては、基礎係数、機能評価係数Ⅱ及び診断群分類の精緻化で対応することを基本とするが、調整係数がこれまで、改定により大きく影響を受けてしまう場合の医療機関の安定的な運営に効用があった点についても留意し、何らかの対応を検討すべきと考えられた。

② 対応方針(案)

- 調整係数は、平成30年度に、機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了する。
- 重症度係数については、設定の目的や趣旨を踏まえ、激変緩和措置の見直しと併せて、機能評価係数Ⅱとは別の手法による対応を検討する。(再掲)

調整係数の検討② 激変緩和措置の取扱い

診 調 組 D - 2
29. 5. 24 (抜粋)

① 検討の概要

－ 激変緩和の対象となる病院については、診療内容や医療機関の特性といった具体的な要因について詳細に分析したところ、

1) 激変緩和の対象となる理由が過去の激変緩和措置の残存によるものである場合は、継続して激変緩和措置を行うことは適切ではない。

2) 複数回マイナス緩和措置(暫定調整係数を引き上げる)の対象になった病院を分析すると、現行の激変緩和措置が、実質的に調整部分が大きく残存させる要因と考えられ、現行の激変緩和措置を繰り返すことは、これらの病院について根本的な調整部分の解消にはならない。

3) プラス緩和措置の対象となった病院については、病床数の少ない病院が多く、また、その他の病院と比べて診療密度が低い傾向がみられた。

と考えられた。

② 対応方針(案)

- 診療報酬改定により医療機関別係数が大きく変動すると見込まれる病院について、これまでと同じ激変緩和措置の継続では、同様な対応を反復する可能性があることから、その要因に応じた新たな対応を検討する。