

## 平成 28 年度改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応について

### 検討結果（中間とりまとめ）

平成 27 年 11 月 20 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 年度改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 26 年 5 月 28 日の中医協において了承された検討方針とスケジュールに基づき、DPC 評価分科会において引き続き検討を行った。

今回、以下の検討について一定の結果を取りまとめ、中医協基本問題小委員会に報告する。

1. 基礎係数(医療機関群に関連する事項)の見直し
2. 機能評価係数 I・II の見直し
3. 算定ルール等の見直し
4. 退院患者調査の見直し

## Ⅱ. 検討結果の概要

### 1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し

#### 1-1. 医療機関群について

- 平成 24 年度診療報酬改定において、「調整係数」の廃止に向けて「基礎係数」が新たに設定され、「基礎係数」は医療機関群に分けて設定されることとなった。
- 大学病院本院は、包括範囲の 1 日当たりの出来高点数（診療密度）が他施設と比較し明らかに異なっており、役割や機能が他施設と異なることから別群（Ⅰ群）とされた。
- 大学病院本院以外の施設のうち、「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」及び「重症患者に対する診療の実施」といった観点から、一定の機能を有すると考えられる高機能な医療機関については別群（Ⅱ群）とされた。
- 平成 26 年 10 月 8 日中医協基本問題小委員会において、Ⅰ群は引き続き大学病院本院とすること及びⅢ群は細分化を行わないことが了承されたが、Ⅱ群の選定要件に関しては、「地域における機能を要件」とした「絶対値による基準値」の設定を検討することとされた。

- 平成 26 年度診療報酬改定におけるⅡ群の選定に係る実績要件は以下の通り。

(参考) 下記の【実績要件 1】～【実績要件 4】のそれぞれについて、Ⅰ群(大学病院本院)の最低値(但し、外れ値を除く)より高い医療機関をⅡ群とする。

**【実績要件 1】：診療密度**

診療密度 = [ 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 ; 外的要因補正) ]

- 当該医療機関において症例数が一定以上の ( 1 症例/月 ; 極端な個別事例を除外するため) 診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の 1 日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

**【実績要件 2】：医師研修の実施**

医師研修の実施 = [ 届出病床 1 床あたりの臨床研修医師の採用数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで) ]

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

**【実績要件 3】：高度な医療技術の実施**

高度な医療技術の実施 = [ 次の 3 つ (3a~3c) がそれぞれ一定の基準を満たす ]

- (3a) : 手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数 (外科医師数及び手術時間補正後)
- (3b) : DPC 算定病床当たりの同指数 (外科医師数及び手術時間補正後)
- (3c) : 手術実施症例件数

「(3a) : 手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数 (外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数 (※) を「(3c) : 手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b) : DPC 算定病床当たりの同指数 (外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数を DPC 算定病床数で除して算出する。

「(3c) : 手術実施症例件数」については、外保連試案 (第 8.2 版) において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

(※) 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数の集計においては、様式 1 に記載された手術のうち、複数の記載が

ある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価外保連手術指数は、外保連試案（第 8.2 版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度 B、外科医師数 0 人を 1 としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度 D、外科医師数 3、手術時間数 3 の手術は  $7.01 \times 3 = 21.03$

外科医師数	1	2	3	4	5	6	7
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.25	3.25	3.52	3.79	4.06		
D	3.76	6.01	7.01	7.28	7.55	7.82	
E	5.64	9.41	11.66	12.66	12.93	13.20	13.46

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

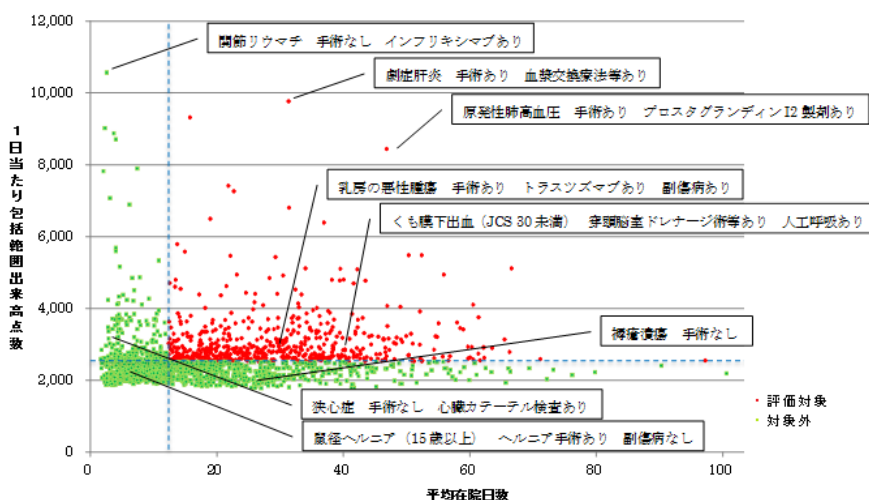
- 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

#### 【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数（重症 DPC 補正後）]

- 全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出する。

重症補正対象 DPC



### ① 地域における機能の評価と絶対値要件について

- 将来的な病床機能の分化を見据えた基準値の設定が必要となるが、地域における医療機能を客観的に評価する為のデータが存在しないことから、現時点では機能の評価と絶対値の設定は困難である。

#### 対応方針（案）

- 「地域における機能」を要件とすることについては、平成 28 年度診療報酬改定以降引き続き検討を行うこととしてはどうか。
  - 今後の医療圏ごとの医療計画の見直しも踏まえた上で「地域における医療機関の機能」によった選定要件の設定ができないか引き続き検討を行う。

### ② 高度な医療技術の評価について

- 【実績要件 3】「高度な医療技術」としては外科系学会社会保険連合によって取りまとめられた「外保連試案（第 8.2 版）」を用いて評価していたが、内科系の診療機能については評価が行われていないとの意見があった。
- 平成 25 年 12 月に内科系学会社会保険連合によって、各内科系学会合意の上で、重篤な急性疾患・病態が高度の熟練を要する技術（「特定内科診療」）が取りまとめられた。

#### 対応方針（案）

- より正確に医療機関を評価するために、【実績要件 3】「高度な医療技術」に「特定内科診療（2014 年度版）」（2014 年度版で 25 疾患）の診療実績を加えることとしてはどうか。
- また、その実績の評価方法としては、外保連手術指数の項目数と同じく、『3 A 症例割合（対象症例数を総入院症例数で除した割合）』、『3 B DPC 算定病床当たりの症例件数（対象症例数を DPC 算定病床数で除した値）』、『3 C 対象症例件数』の 3 項目としてはどうか。
- 従って【実績要件 3】「高度な医療技術」については従来の外保連手術指数に上の 3 項目を加えた 6 項目に基づいて評価を行うこととしてはどうか。
- なお、「外保連試案（第 8.2 版）」「特定内科診療（2014 年度版）」が平成 28 年度診療報酬改定までに最新版に更新された場合は、事務処理期間も勘案した上で可能な限り最新版を使用することとしてはどうか。

(参考) 特定内科診療 25 疾患 (※DPC 分科会において検討が行われ、内科系学会社会保険連合提案からは一部改変されている。)

疾患 No.	疾患名	対象 DPC コードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30 以上)	010040x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上) 010060x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上) DPC 対象 外コード含	出血と梗塞 JCS30 以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x (入院時 JCS100 以上、もしくは処置 2 ありの うち人工呼吸あり) 150050 (該当 DPC6 桁全て) (入院時 JCS10 以上、もしくは人工呼吸あり)	処置 2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症 クリーゼ	010130xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (ICD G700 のみ) (DPC 外含)	診断名 (ICD10) で 判断
4	てんかん重積 状態	010230xx99x\$\$x (処置 2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10) で 判断
5	気管支喘息重 症発作	040100xxxxx\$\$x (処置 2 あり) (J045 人工呼吸) (ICD J46\$, J45\$のみ)	処置 2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx1xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) 040110xxxxx2xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) のうち J045 人工呼吸あり	処置 2 (人工呼吸あ り)
7	COPD 急性増悪	040120xx99\$1xx (処置 2 あり) (DPC 外含)	処置 2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮< 促>迫症候群、 ARDS	040250xx99x\$xx (処置 2 あり) (J045 人工呼 吸あれば可 PGI2 のみは除く)	処置 2 (人工呼吸あ り)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置 15 あり) (ICD I21\$の み)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$x (処置 2 あり SPECT・シンチ・ 中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置 15 あり)	人工呼吸 or 緊急透 析 Kコードあり
11	解離性大動脈 瘤	050161xx99\$\$\$xx (処置 2 あり中心静脈注射 の み除く) (DPC 外含)	処置 2 (人工呼吸・ 緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置 15 あり) 050190xx99x\$xx (処置 2 あり中心静脈注射の	処置 2 (人工呼吸・ 緊急透析)

		み除外) (ICD I822 を除く)	Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$\$xx (手術あり/なし、処置2あり 中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし)	処置2 (人工呼吸、 PMX等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり/なし、処置2あり 中心静脈注射のみ除外) (ICD K85のみ) (DPC 外含)	処置2 (人工呼吸、 CHDF等)
16	糖尿病性ケト アシドーシス	100040 (DPC6 桁全て)	診断名あればすべ て
17	甲状腺クリー ゼ	100140xx99x\$\$x (処置2あり/なし) (ICD E055 のみ)	診断名、手術なし
18	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx (処置2あり/なし) (ICD E272 のみ)	診断名あればすべ て
19	難治性ネフロ ーゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置2あり/なし) (腎生検 D412 必須)	診断名と腎生検
21	急速進行性糸 球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置2あり/なし) (腎生検 D412 必須) (DPC 外含)	診断名と腎生検
22	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、 C920、C950のみ) (DPC 外含)	化学療法、実症例数
23	悪性リンパ腫	130020xx\$\$\$3xx (DPC 外含) 130030xx99x\$\$x (化学療法あり) 130030xx97x\$\$x (化学療法あり) (ICD 絞りなし) (DPC 外含)	化学療法、実症例数
24	再生不良性貧 血	130080 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし)	実症例数
26	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし) (リハ ビリ実施必須)	リハビリ
27	薬物中毒	161070 (DPC6 桁全て) (処置2あり中心静脈注 射のみ除外) (ICD 絞りなし) (DPC 外含)	処置2 (人工呼吸・ PMX等) あり
28	敗血症性ショ ック	180010x\$xxx3xx (処置2 3あり) (ICD 絞りな し) (DPC 外含)	処置2 3 (PMX・CHDF) あり

## 1-2. 基礎係数について

- 医療機関群ごとに設定される基礎係数は、平成 24 年度診療報酬改定において、調整係数の廃止に向けて新たに設定された。
- 中長期的には、医療機関群ごとに、一定の診療機能や診療密度に収斂していくことが期待されている。

(参考：平成 23 年 11 月 18 日 中医協 総-2-2 より)

### 2. 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

- 一方で、I 群病院の中でも分院の方が高機能な病院が存在するなど機能にバラツキが存在していることが明らかになった。
- また、III 群病院の中でも基礎係数により画一化されることで、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の意見があり、基礎係数と機能評価係数 II の重み付けの見直しを検討することが平成 26 年 10 月 8 日の中医協基本問題小委員会です承された。ただし、重み付けの見直しは客観的に納得できる方法で行うこととされた。
- 「基礎係数」と「機能評価係数 II」の重み付けの見直しに際して、客観的に納得のいく方法として、III 群の基礎係数を以下のパターンで置き換えた場合についてシミュレーションを行った。
  - ① 医療機関ごとに算出した基礎係数（包括範囲出来高点数/DPC 点数表に基づく包括点数）の 50%tile 値
  - ② 1.0000
  - ③ 医療機関ごとに算出した基礎係数の最低値



平成 26 年度の基礎係数

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC 病院 I 群(大学病院本院)	80	1.1351
DPC 病院 II 群(高機能な病院)	99	1.0629
DPC 病院 III 群	1406	1.0276
合計	1585	1.0464

⇒

①1.0301
②1.0000
③0.9066

集計結果：平成 26 年度データを用いて、調整係数の置き換えを 75%へ進めた場合

	マイナス緩和対象	プラス緩和対象
調整係数 75%置き換えのみ	41	50
調整係数 75%置き換え + ①	42	48
調整係数 75%置き換え + ②	55	38
調整係数 75%置き換え + ③	225	54

※マイナス緩和対象： 診療報酬改定前後において、推計診療報酬変化率が  
-2.0%を超える医療機関

○ 配分（重み付け）の見直しによる問題点は以下の通り

- 基礎係数の一部を機能評価係数Ⅱに置き換えた場合のシミュレーションでは、マイナス緩和措置対象病院が増加する傾向にある。
- Ⅲ群の基礎係数の財源を、機能評価係数Ⅱの財源へ置き換えた場合に、医療機関群をまたいで設定されている係数（効率性係数、後発医薬品係数、及び救急医療係数）をⅢ群のみへ分配することが現行では困難。

対応方針（案）

- 基礎係数の配分（重み付け）の見直しは平成 28 年度診療報酬改定では対応せず、医療機関群の更なる精緻化などでの対応を引き続き検討することとしてはどうか。

## 2. 機能評価係数 I・II の見直し

### 2-1. 機能評価係数 I

- 機能評価係数 I は、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子 (Structure) を主として係数として評価している (別紙)。
- 具体的には、出来高評価体系において当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を係数として設定したものであり、対象となる出来高報酬項目は以下の通り。
  - ① 入院基本料の補正值  
「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基準として、看護配置や病院類型が異なる入院基本料の差額について、機能評価係数 I の加算・減算により対応。
  - ② 入院患者全員に算定できる入院基本料等加算
    - ・ 総合入院体制加算
    - ・ 地域医療支援病院入院診療加算
    - ・ 臨床研修病院入院診療加算
    - ・ 診療録管理体制加算
    - ・ 医師事務作業補助体制加算
    - ・ 急性期看護補助体制加算
    - ・ 看護職員夜間配置加算
    - ・ 看護補助加算
    - ・ 医療安全対策加算、感染防止対策加算
    - ・ 地域加算
    - ・ 離島加算
    - ・ 病棟薬剤業務実施加算
    - ・ データ提出加算
  - ③ その他 (医療機関毎の機能の違いを評価)
    - ・ 検体検査管理加算 (該当する施設では検査を実施する患者全員に算定)

#### 対応方針 (案)

- 機能評価係数 I については、現行の評価方法を継続することとしてはどうか。(改定全体の方針を踏まえた対応については、今後中医協総会において議論する)

## 2-2. 機能評価係数Ⅱ

### (1) 総論

#### ①機能評価係数Ⅱの考え方

○ 機能評価係数Ⅱの考え方については以下の通りである。

- DPC 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（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）を評価する。
- 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

- ①医療の透明化（透明化）
- ②医療の質的向上（質的向上）
- ③医療の効率化（効率化）
- ④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

- ①高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
- ②総合的な医療の提供機能（総合性）
- ③重症患者への対応機能（重症者対応）
- ④地域で広範・継続的に求められている機能（5 疾病等）
- ⑤地域の医療確保に必要な機能（5 事業等）

（平成 25 年 10 月 16 日 中医協 総-1-1 より）

#### 対応方針（案）

- 新たな項目を検討するにあたって、平成 28 年度診療報酬改定においても、現行の考え方を基本的には継続することとしてはどうか。

## ②機能評価係数Ⅱを構成する各係数への配分（重み付け）について

- 機能評価係数Ⅱの7項目間での相対配分については、7項目がそれぞれ独立した概念で設定されており、項目間相互で評価の軽重を設定することが困難であることから、各係数項目の評価への配分は等分とすることとされている。
- 一方で、平成27年6月17日DPC評価分科会における議論において、各係数の評価に関する重みが異なっているために、各係数で医療機関の努力が適切に反映されていないとの指摘があった。

（参考）平成26年度改定時の機能評価係数Ⅱの各係数の、合計値に対する影響度を比較  
（全DPC対象病院 1584病院）

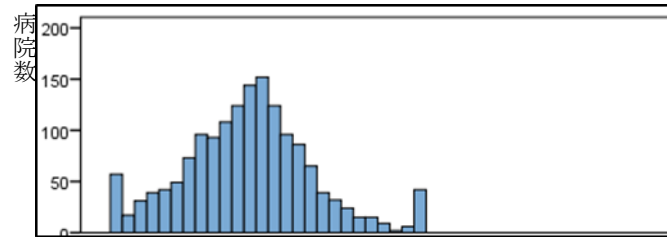
関連	機能評価係数Ⅱ	標準化係数	有意確率	分散
大 ↑ ↓ 小	後発医薬品係数	0.509	p < 0.001	0.000023
	救急医療係数	0.439	p < 0.001	0.000017
	地域医療係数	0.438	p < 0.001	0.000017
	複雑性係数	0.398	p < 0.001	0.000014
	効率性係数	0.355	p < 0.001	0.000011
	カバー率係数	0.114	p < 0.001	0.000001
	保険診療係数	0.008	p < 0.001	0.000000

### 対応方針（案）

- 各係数の重み付けの手法に関しては、7項目がそれぞれ独立した概念で設定されており、項目間相互で評価の軽重を設定することが困難であることから、各係数項目の評価への配分は等分とする考え方を継続することとしてはどうか。
- ただし、各係数に関して医療機関の努力が反映されるために、「分散」が均等になる様に指数の調整を行ってはどうか（既に均質化が進んでいる保険診療係数、一部「患者治療に要する資源投入量」の評価を行っている救急医療係数及び「専門病院・専門診療機能」に配慮した評価を行っているカバー率係数については調整を行わない）。

(イメージ) 効率性係数

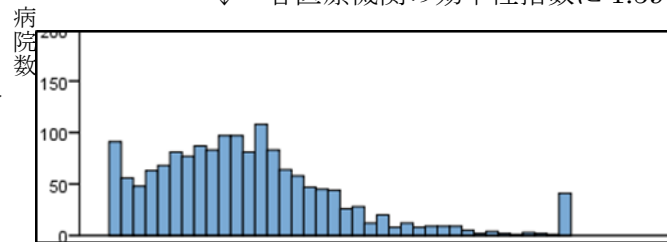
従来の係数の分布



↓ 各医療機関の効率性指数に 1.59 乗の処理

分布の均一化

(分散が各係数の分散の平均値になるよう係数に  $x$  乗の処理)



(2) 各論 (個別項目)

○ 現行、機能評価係数Ⅱにおいて評価されている項目については別紙の通り。

① I群病院・II群病院における機能の差について

○ 平成27年5月27日中医協基本問題小委において、以下の項目を評価することが決定している。

- 他の大学病院本院と比較して機能の低い医療機関に関しては、機能評価係数Ⅱにおいて対応
  - 分院よりも機能の低い本院
  - 精神病床の有無 (II群においても同様の評価行うか検討)等

○ DPC評価分科会において、更に具体的な検討を行った。検討結果は以下の通り。

対応方針 (案)

- 保険診療指数において以下の項目に該当する場合はそれぞれ減算することとしてはどうか
  - II群の実績要件4項目のうち、一定項目が本院よりも機能が高い分院 (DPC対象病院) を持つ大学病院本院
  - II群の選定要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院
  - 精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びII群病院

## ② 病院情報の公表について

- 病院指標の作成と公開については、平成 24 年度診療報酬改定に向けた検討の中で、機能評価係数Ⅱにおける追加導入を検討すべき項目（診療情報の提供及び活用等並びに診療の透明化及び改善の努力を評価）として検討が行われ、公表する項目及び様式等について平成 24 年度改定以降引き続き検討することとされた。
- 平成 25 年 5 月 22 日に開催された DPC 評価分科会において「病院指標の作成と公開」に関する議論が行われ、実行可能性や効果等について検証するため、病院指標の作成と公開に関する特別調査を実施し、機能評価係数Ⅱの評価項目として導入するか否かについては、特別調査の結果を踏まえ検討することとされた。
- 平成 25 年 9 月 25 日に開催された中医協総会において、病院指標の作成と公開に係る平成 25 年度特別調査の実施が了承され、同年、調査対象医療機関に対し、特別調査（アンケート形式）が実施された。
- 平成 26 年 5 月 14 日 DPC 評価分科会において、「病院指標の作成と公開」についての特別調査結果が報告された。大多数の医療機関がデータの公表に関しては賛成しており、DPC データの質向上に一定の効果が期待できるものと考えられた。

#### 対応方針（案）

- 引き続き検討を行い、平成 29 年度より機能評価係数Ⅱにおける保険診療指数の中で「病院情報の公表」の評価を行うことを検討してはどうか。

参考：現在提唱されている項目（7 項目）

- 1) 年齢階級別退院患者数
- 2) 診療科別症例数の多いものから 3 つ
- 3) 初発の 5 大癌の UICC 病期分類別ならびに再発患者数
- 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5) 脳梗塞の ICD10 別患者数
- 6) 診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数の多いものから 3 つ
- 7) その他（D I C の請求率等）

引き続き検討が必要となる項目は以下の通り

- ・ 自院で指標を解説する際に遵守されるべき指針について
- ・ 各病院で公表された指標及びその解説の妥当性をチェックする仕組みについて
- ・ 病床規模又は専門性等によって不平等が生じないような指標の作成・公開方法のあり方について（実施する主体等）
- ・ 集計結果に誤りが生じないようにするための各指標の詳細な算出方法の公開について
- ・ わかりやすい指標とするため、全体の中の位置づけが明確となるような公開方法について（比較対象の明確化等）
- ・ 病院指標の作成と公開に向けたインセンティブのあり方について（機能評価係数Ⅱによる評価等）



③ カバー率指数について

- カバー率指数に関しては、Ⅲ群においては「専門病院・専門診療機能」に配慮した評価となっている。一方で、他の係数と比較して分散が小さいことによって、他の係数と同等の評価となっていないとの意見があった。
- 病院の申告に基づく種別（総合病院又は専門病院）に基づいて、「カバー率指数の配慮のあり方」について検討を行ったところ、専門病院であっても、「がん専門病院」と「小児専門病院」においては、「総合病院」と大きく差がなかった。
- 「がん専門病院」と「小児専門病院」を除いた、「専門病院」の種別に配慮した形で、DPCデータによるシミュレーションを行い、下限値の検討を行った。

(参考) 平成 26 年度改定時の機能評価係数Ⅱの各係数の、合計値に対する影響度を比較  
(Ⅲ群病院のみ 1405 病院)

関連	機能評価係数Ⅱ	標準化係数	有意確率	分散
大 ↑ ↓ 小	後発医薬品係数	0.495	p < 0.001	0.004778
	救急医療係数	0.435	p < 0.001	0.004198
	地域医療係数	0.431	p < 0.001	0.004160
	複雑性係数	0.388	p < 0.001	0.003754
	効率性係数	0.352	p < 0.001	0.003395
	カバー率係数	0.101	p < 0.001	0.000981
	保険診療係数	0.008	p < 0.001	0.000076

対応方針 (案)

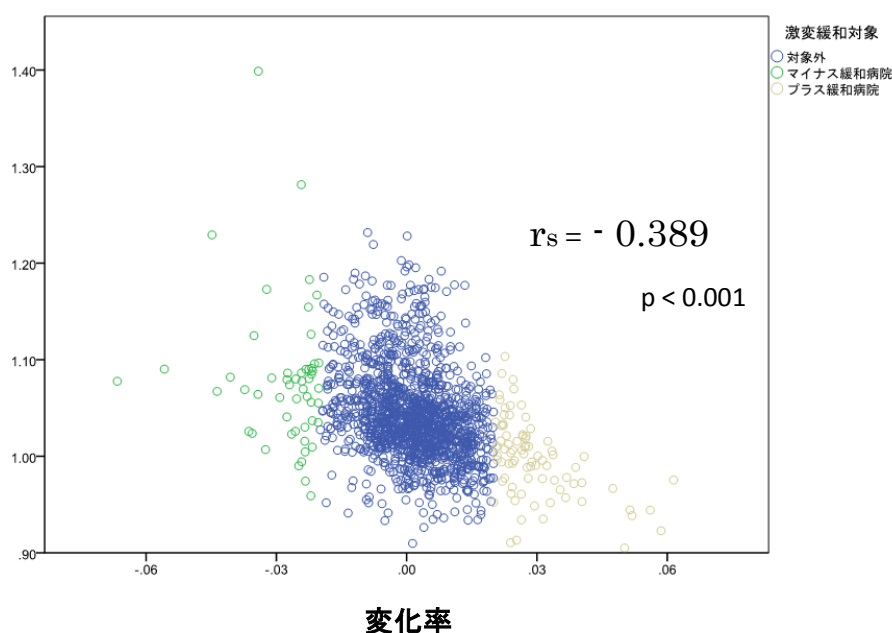
- Ⅲ群のカバー率指数については、専門病院に配慮した下限値として 30%tile 値を採用することとしてはどうか。

④ 『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』について

- 平成 27 年 6 月 17 日 DPC 評価分科会において、平成 30 年度診療報酬改定において予定されている調整係数の廃止に向けて、激変緩和措置対象病院についての分析と評価のあり方の検討を行った。
- 特別調査（アンケート）の結果を利用した分析からは、「財務状況」及び「5 疾病 5 事業及び在宅事業の取組状況」における、「プラス緩和病院グループ」と「マイナス緩和病院グループ」の大きな違いは見られなかった。
- 更に他の観点からの分析を行ったところ、調整係数が表現していた、『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』が、現在の機能評価係数Ⅱへの置き換えでは吸収しきれていないのではないかとの指摘があった。
- また、CCPマトリックスによる重症度の表現は、対象疾患も限定的であるため、『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』を完全に表現はできない。

(参考)

包括範囲出来高実績点数/点数表に基づく点数



対応方針（案）

- 新たな係数として『重症患者への対応機能（重症者対応）』といった観点から、包括範囲出来高実績点数と診断群分類点数表との比を表現する係数の試行導入をしてはどうか。

⑤ 後発医薬品指数について

- 経済財政運営と改革の基本方針 2015（平成 27 年 6 月閣議決定）の中で、以下の通り後発医薬品の使用割合の平成 29 年度の目標値が 70%以上とされているところ。

（薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革）

後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017 年(平成 29 年) 中に **70%以上**とするとともに、2018 年度（平成 30 年度）から 2020 年度（平成 32 年度）末までの間のなるべく早い時期に **80%以上**とする。2017 年 4 月 1 日において、その時点の進捗評価を踏まえて、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する。

経済財政運営と改革の基本方針 2015（平成 27 年 6 月閣議決定）より抜粋

- 現状の後発医薬品係数においては、60%を評価上限として、設定されているところ。また、計算には社会保険診療報酬支払基金の医薬品マスターが使用されている。

対応方針（案）

- 80%の具体的な達成時期が決定されていないため、平成 28 年度診療報酬改定においては、70%を評価上限とすることとしてはどうか。
- 後発医薬品の使用割合の目標値が見直された場合には、適宜評価方法の検討を行うこととしてはどうか。
- 厚生労働省ホームページにおいて、平成 25 年 4 月 1 日からの後発医薬品情報等を含む詳細なマスターが公開されたことから、今後は厚生労働省のマスターを使用することとしてはどうか。

⑥ 指定難病の診療実績の評価について

- 指定難病の診療実績を機能評価係数Ⅱにおいて評価するべきとの意見があった。
- 平成 27 年 1 月 1 日より「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、医療費助成の対象疾病が 306 疾病に拡大した。一方で、現時点では DPC データからは、指定難病に対する診療実績を把握することができない。

対応方針（案）

- 医療機関ごとの取り組み実績を把握する必要があるため、指定難病の有無の記載を退院患者調査に含めることとしてはどうか。

⑦ 地域がん登録について

- 現在、地域医療指数の一項目として医療機関における「地域がん登録」の件数の実績を評価している（「地域がん登録」は健康増進法に基づく努力義務）。
- 平成 25 年 12 月「がん登録推進法」が成立し、「がん登録」が医療機関において義務化され、平成 28 年 1 月より施行される。

病院の管理者は、原発性のがんについて、当該病院等における初回の診断が行われたとき（転移又は再発の段階で当該病院等における初回の診断が行われた場合を含む。）は、厚生労働省令で定める期間内に、その診療の過程で得られた当該原発性のがんに関する次に掲げる情報を当該病院等の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。

（がん登録等の推進に関する法律 第六条より抜粋）

対応方針（案）

- 平成 28 年度においては、過去の実績に配慮して評価を継続してはどうか(平成 28 年度機能評価係数Ⅱは平成 26 年 10 月～平成 27 年 9 月の実績で評価を行う。)
- ただし、「がん登録」が義務化された後の実績により、評価が行われる、平成 29 年度の機能評価係数Ⅱにおいては、「がん登録」の地域医療指数における評価を廃止することとしてはどうか。

⑧ 新型インフルエンザについて

- 新型インフルエンザ等対策特別措置法第 2 条第 7 号に基づき、各都道府県において指定地方公共機関の指定が進んでいるところである。
- 平成 26 年度診療報酬改定において、新たに「新型インフルエンザ等対策にかかる地方公共機関の指定」を受けた医療機関の評価を検討することとなった。
- 一方で以下の問題点があったために平成 27 年度においては評価が見送られ、平成 28 年度以降の導入を検討することとされた。

- 地域における役割を明確化された場合には、その動向を踏まえ次回改定以降の導入を検討してはどうか。

【考え方】

- 法人単位で指定を受ける場合もあるため、実際に個別の医療機関が機能を持つか把握することができない。
- 指定公共機関、指定地方公共機関、地方公共団体の医療機関のうち、都道府県対策本部長の総合調整の下、当該都道府県の区域に係る新型インフルエンザ等対策を実施する医療機関を、別途「都道府県知事の認定を受ける」等の方法にて決定することが検討される見込みである。

(平成 26 年 9 月 10 日中医協 総-4 より抜粋)

- 現在は指定公共機関、指定地方公共機関、地方公共団体の医療機関の決定に関し、特措法に定める要件や個別の事業ごとに期待される具体的な措置との関連性、危機時においても当該措置を継続することができるための事業規模など国民保護法等も参考に、通則的な指定基準に基づき、各都道府県において法人単位での選定が進んでいるところである。

- 一方で、法人単位での選定が完了していないことから、医療機関単位での選定方針及び方法については、引き続き検討中である。

対応方針（案）

- 平成 28 年度においては医療機関単位での指定が行われていないため、評価を見送ることとしてはどうか。

⑨ その他

- 平成 29 年度機能評価係数Ⅱの設定の際には、平成 28 年度医科点数表に基づく項目により集計を行う必要があるため、平成 28 年度改定を踏まえた検討が必要。  
（「地域医療指数」において「A230-3 精神科身体合併症管理加算」について評価を行っているが、当該評価が平成 28 年度で見直された場合など）

対応方針（案）

- 改定全体を踏まえた対応については、平成 29 年度機能評価係数Ⅱの設定までに適宜議論を行うこととしてはどうか。
- その他に評価項目がないか、引き続き DPC 評価分科会において検討することとしてはどうか。

### 3. 算定ルール等の見直し

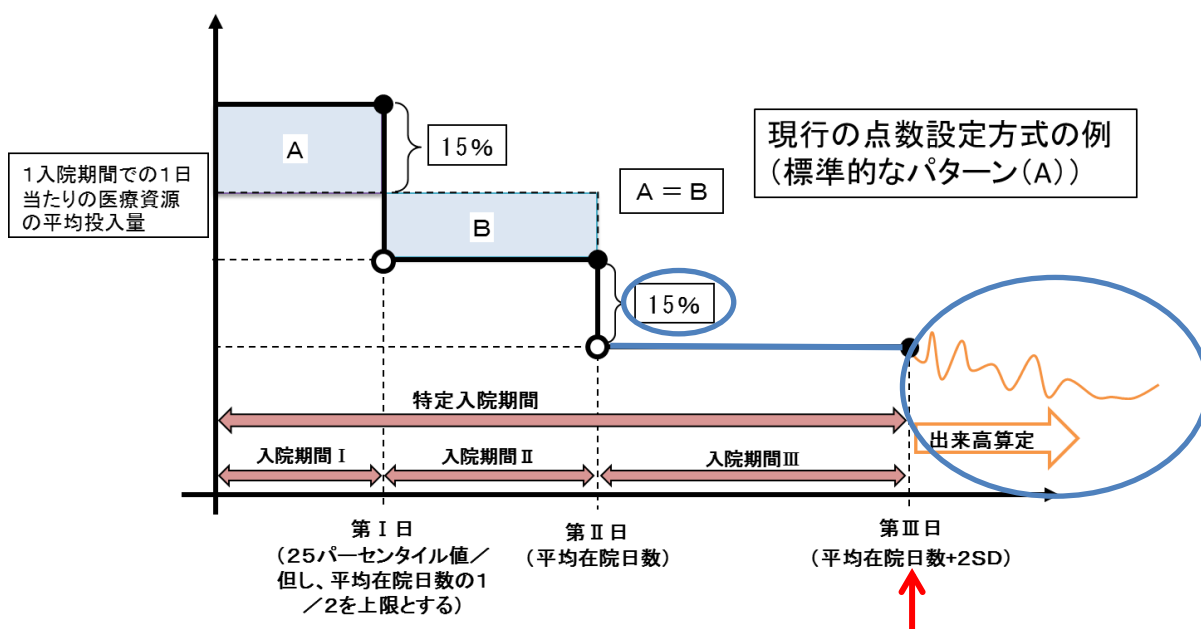
#### 3-1. 請求の仕組みについて

- DPC 制度（DPC/PDPS）は、閣議決定に基づき平成 15 年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。
- DPC 制度が精緻化されていく中で、高額薬剤や HIV 薬などの DPC 制度における取扱いが変更されてきた。一方で、DPC 制度開始から 12 年程経過しているが、請求そのものの仕組みについては開始当初のルールが継続して使用されてきた。
- 請求の仕組みを以下の通り精緻化・簡素化することとしてはどうか。

(1) 特定入院期間越えの出来高算定ルールについて

○ 現行の診断群分類点数表の点数設定方法は以下の通り

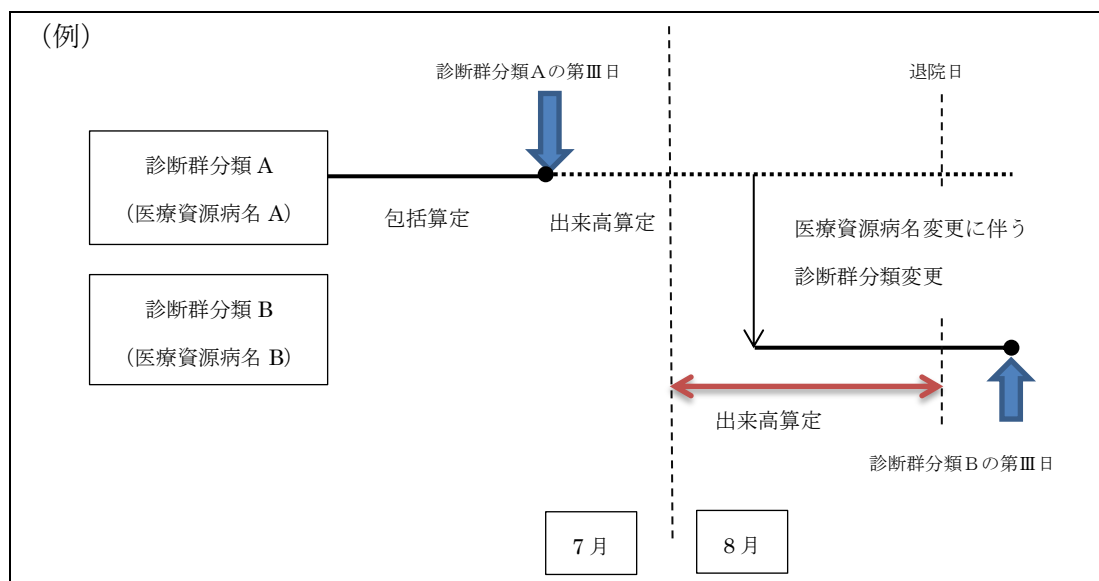
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 入院が長期化する患者（アウトライヤー）については平均在院日数+2SDを超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応



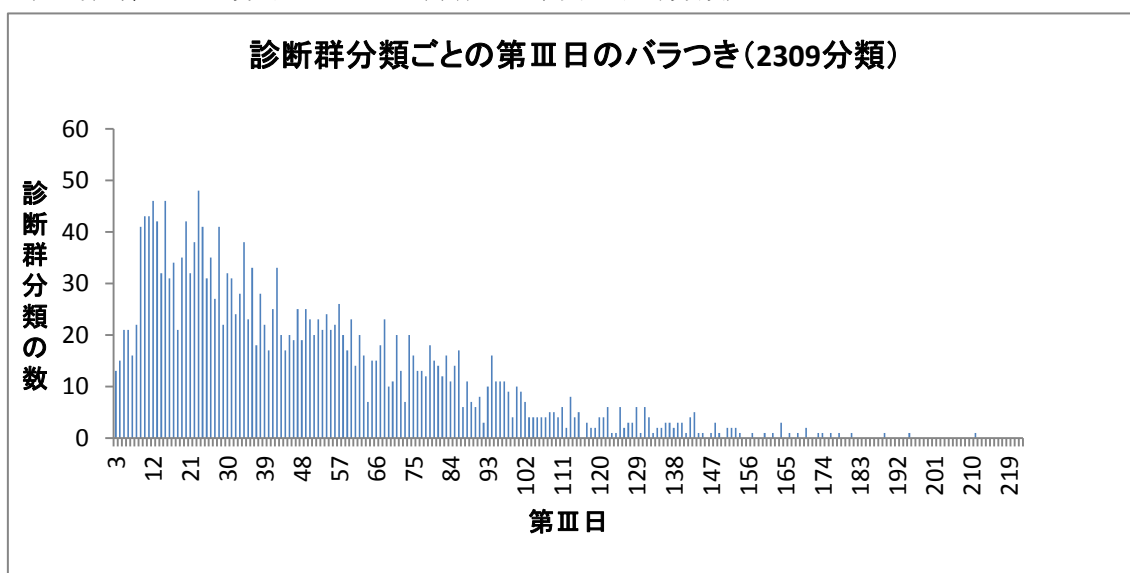


① 第Ⅲ日について

- 第Ⅲ日が診断群分類区分ごとに異なるため、入院初期の診断群分類区分が変更になった場合に請求ルールが複雑化する。例えば、第Ⅲ日を超えた出来高算定期間に、医療資源病名の変更が行われた場合には、第Ⅲ日が診断群分類ごとで異なることにより請求方法が複雑化している。

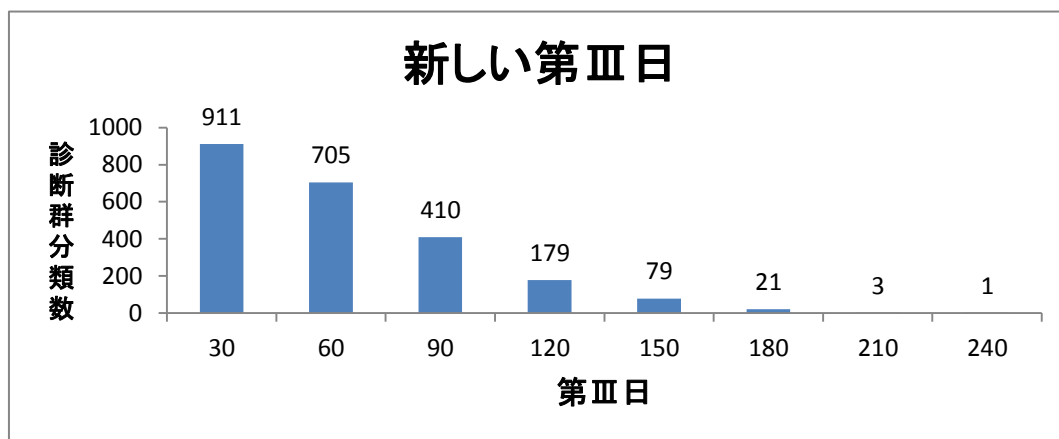


(参考) 第Ⅲ日の分布について (平成 26 年度診断群分類)

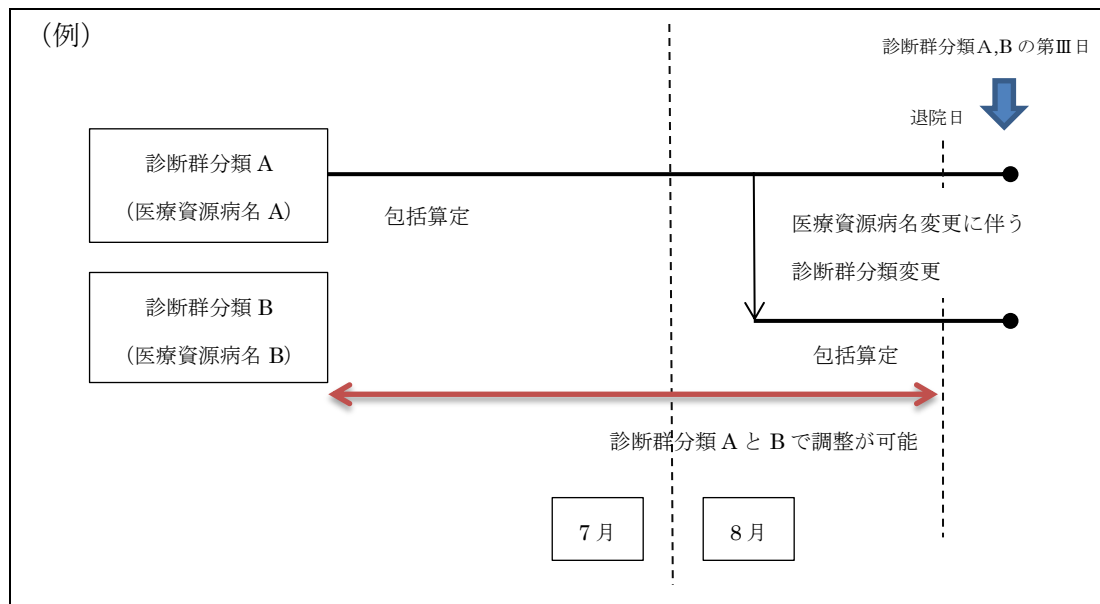


対応方針（案）

- 診断群分類及び請求業務の簡素化の観点から、入院期間Ⅲの日数に関して、従来の入院日Ⅲ（平均在院日数+2SD）以上の、最も近い30の整数倍としてどうか。



- 当該対応方針とした場合、全診断群分類のうち、約40%の診断群分類が30日で統一され、約70%の診断群分類が30日又は60日に集約化される。



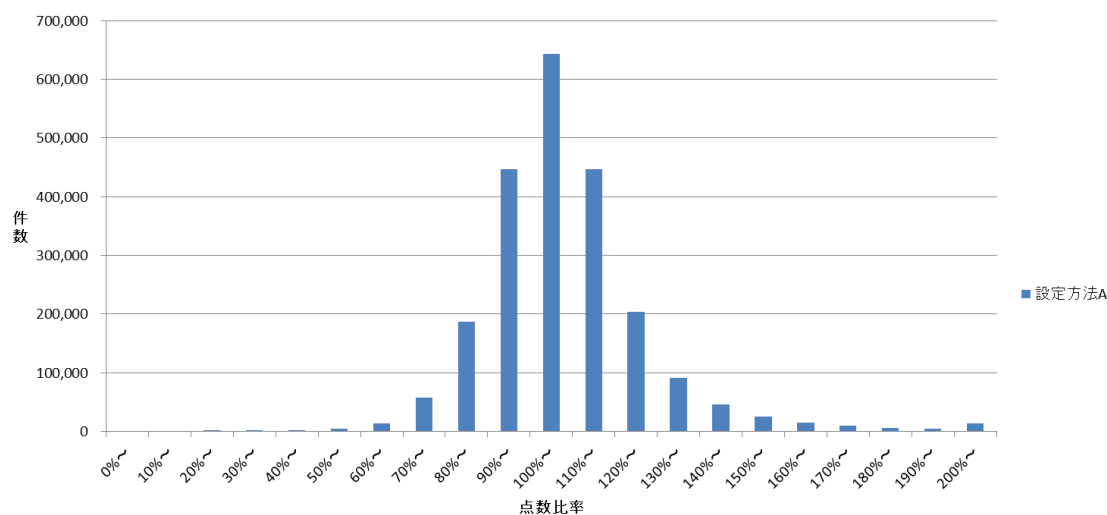
- 現在まで調整が行うことが出来なかった診断群分類同士の請求の調整を行うことが可能となる。
- 多くの診断群分類が同一の包括算定期間とされ、出来高算定期間との差が明確になることによって、請求ルールの簡素化が図られる。

② 入院期間Ⅲの点数設定に関して

- 現状の入院期間Ⅲの点数設定方式では、一律に入院期間Ⅱの点数から15%（点数設定方式Cは10%）引いた点数が設定されるために、入院期間Ⅲにおいて実際に投入した医療資源投入量と乖離が生じる場合がある。
- また、入院期間Ⅲの点数が実際の医療資源投入量よりも高い場合には、早期退院のインセンティブが少ない。

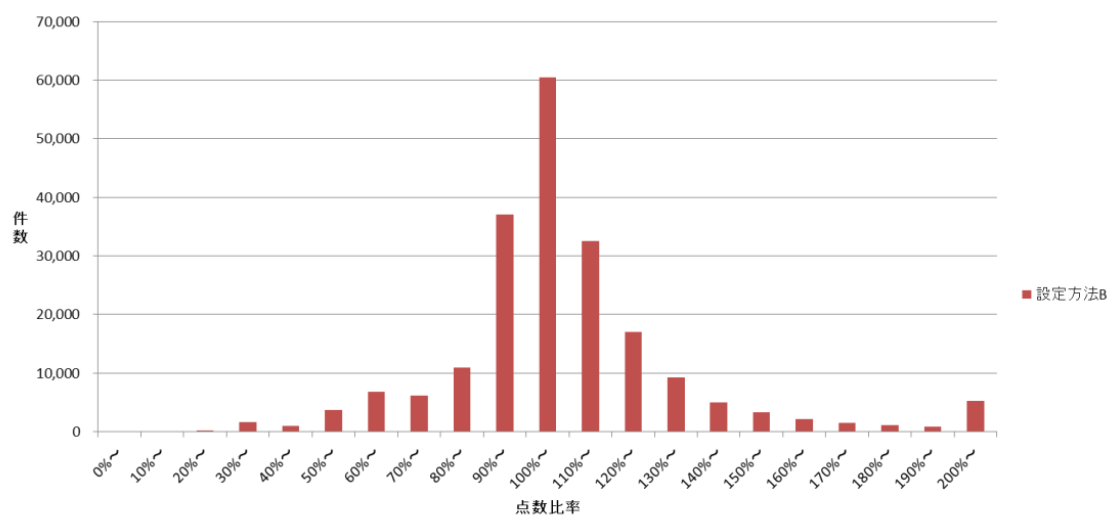
(参考) 入院期間Ⅲにおける『実際の医療資源投入量』と『設定されている点数』との比較

入院期間Ⅲの点数比率の分布  
設定方法A



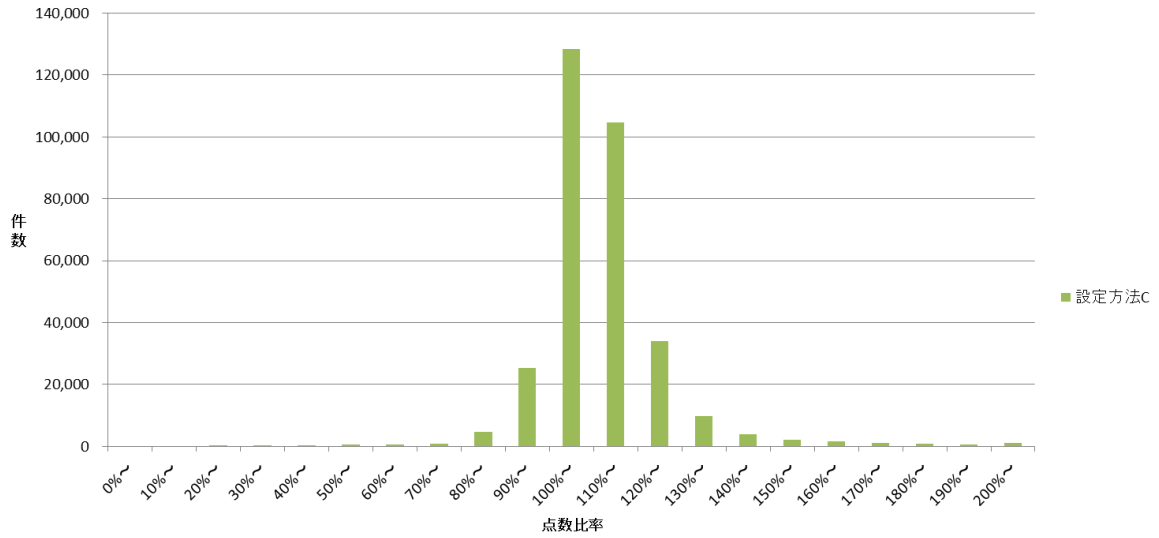
※点数比率：入院期間Ⅲ内における包括範囲出来高実績点数／DPC点数表の点数Ⅲの比率

入院期間Ⅲの点数比率の分布  
設定方法B



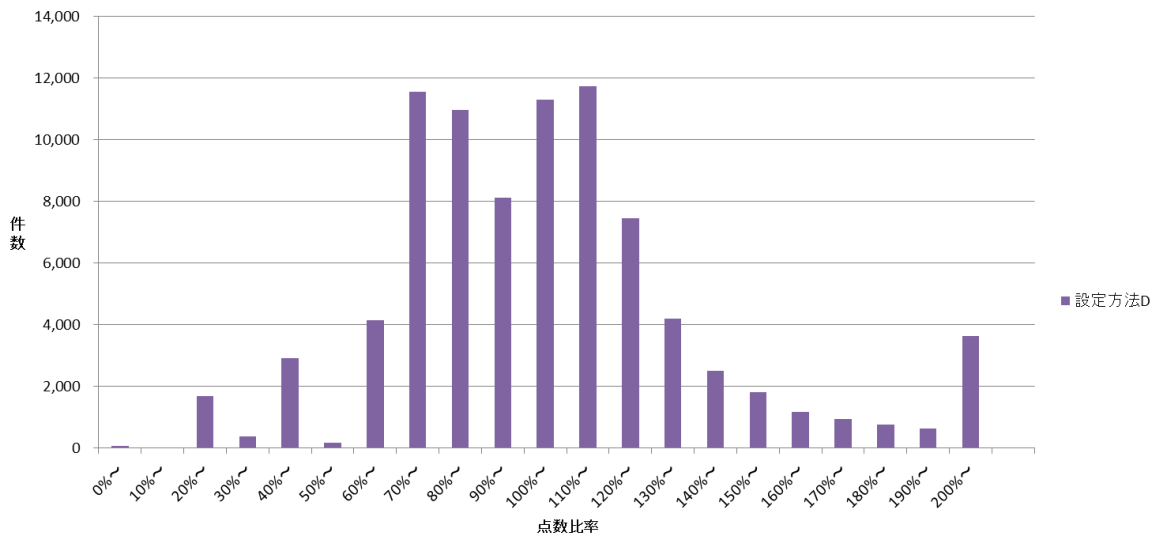
※点数比率：入院期間Ⅲ内における包括範囲出来高実績点数／DPC点数表の点数Ⅲの比率

### 入院期間Ⅲの点数比率の分布 設定方法C



※点数比率：入院期間Ⅲ内における包括範囲出来高実績点数/DPC点数表の点数Ⅲの比率

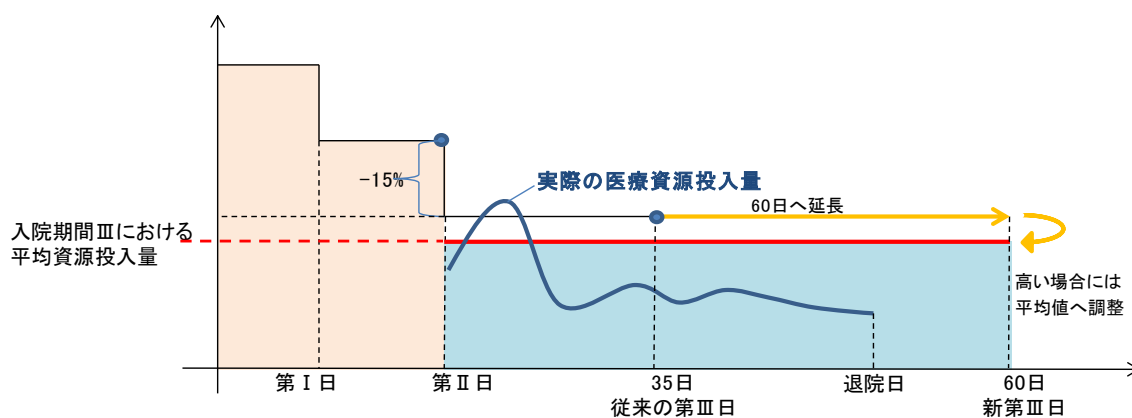
### 入院期間Ⅲの点数比率の分布 設定方法D



※点数比率：入院期間Ⅲ内における包括範囲出来高実績点数/DPC点数表の点数Ⅲの比率

### 対応方針（案）

- 診断群分類の精緻化の観点から、入院期間Ⅲの点数に関して、以下の通り改めようか。
  - 基本的には現行の『入院期間Ⅱの点数から 15%（点数設定方式Cは 10%）引いたもの』とする
  - ただし、入院日Ⅲが延長することに伴い、『現行の入院期間Ⅲの点数設定』と『平均在院日数を超えた期間の一日あたり医療資源投入量の平均値』を比較し、『現行の入院期間Ⅲの点数設定』の方が高い場合には、『平均在院日数を超えた期間の一日あたり医療資源投入量の平均値』を採用する。



### （新点数設定方式による影響）

- 影響を受ける症例は、包括請求の診断群分類に該当する入院症例のうち約 10.9%である。

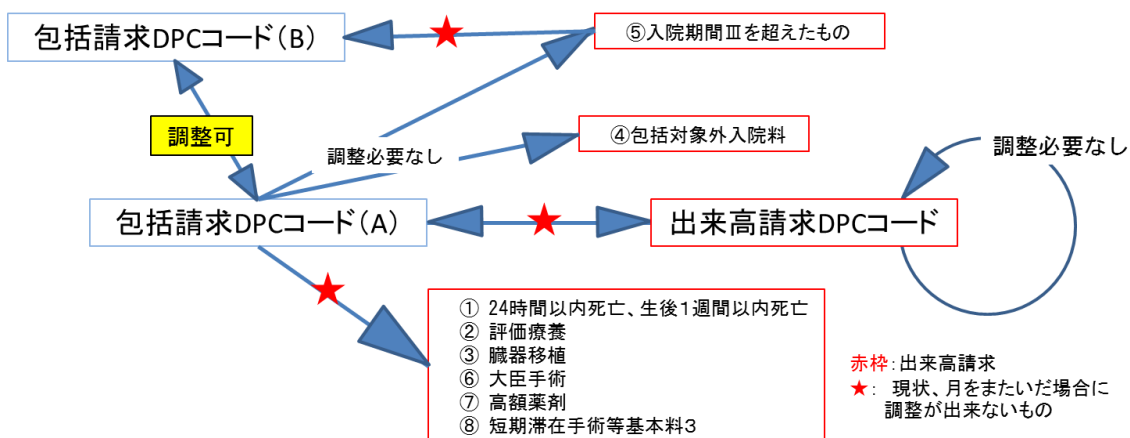
(2) 差額調整の仕組みについて

- DPC 制度においては、DPC 対象病棟に入院中の患者であって入院中に DPC コードに変更があったものについては、退院時の DPC コードに基づき再計算を行い調整する必要がある。

II 診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領  
 2 明細書の記載要領に関する事項  
 (11) 「包括評価部分」欄について  
 ③退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。  
 （「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」より抜粋）

- DPC 対象病棟に入院中の患者であっても、包括請求（DPC 制度に基づく診断群分類区分に該当する患者の請求）と出来高請求（出来高請求 DPC コードに該当する場合、高額薬剤を使用した場合、臓器移植を行う場合又は入院期間Ⅲを超えた場合などの医科点数表に基づく請求）で請求方法に変更があった場合には、差額の調整を行う仕組みが存在しない。

(参考) 入院初月に包括請求 DPC コード (A) で請求したが、翌月に「①～⑧又は出来高請求 DPC コード変更」へ変更になった場合。



- 一方で、以下の通り、退院時に決定された診断群分類によって請求を行うことが DPC 制度における理念である。

第 2 診断群分類区分等について

- (4) 一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定すること。

(「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」より抜粋)

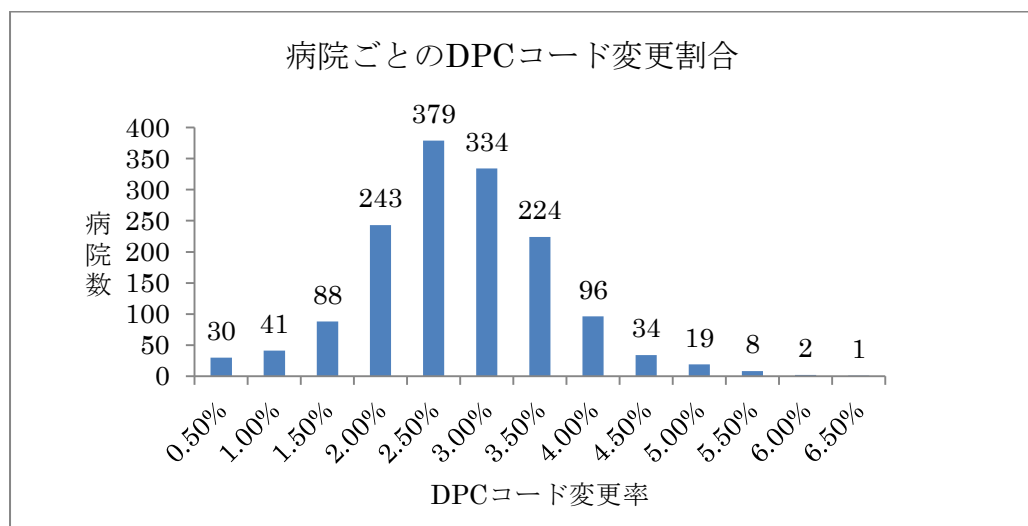
対応方針 (案)

- DPC 対象病棟における請求方法は一入院で統一することとしてはどうか。
- 月をまたいで請求方法が変更になった場合は、医療機関の取下げ依頼に基づくレセプト返戻による再請求を行うこととしてはどうか。

(参考) 平成 25 年度の DPC データを集計 対象：1499 施設

DPC 対象病棟入院レセプト枚数	12,865,802	
上のもののうち、月跨ぎ入院数	2,919,483	22.7%
上のもののうち、請求方法変更数 (※)	336,337	<b>2.6%</b>

(※) 返戻の対象外となる、「包括請求の DPC コードから包括請求の DPC コード」への変更も含む。



- DPC 対象病棟におけるレセプト返戻の対象となる症例は最大で 2.6% であり、外来レセプトや、DPC 対象病棟以外の入院レセプトを含めると、医療機関全体としては更に低い割合となる。
- 今後、医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、請求方法が変更となる割合は更に減少すると考えられる。



### 3-2. 平成26年度診療報酬改定の影響の評価

- 平成26年度診療報酬改定において、DIC コーディング・再入院ルール等の算定ルールが見直されたところである。
- 今般、平成26年度のDPCデータを用いて改定の影響を検証する。

#### (1) DICでコーディングする際の症状詳記の添付

- いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）の事例が存在するのではないかと指摘されている診断群分類（「130100 播種性血管内凝固症候群」）については、適切な傷病名コーディングの推進に向けて、以下の通りルールが改定された。

診断群分類番号 130100 播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）によって請求する際は、一連の入院の中で医療資源を最も投入したDICであるか否かについて、より確かな診療報酬明細書審査を行うため、以下の内容が記載された症状詳記を添付すること。

- ・ DICの原因と考えられる基礎疾患
- ・ 厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア
- ・ 入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

（保医発0319第4号 平成26年3月19日「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について 第3費用の算定方法 1 診療報酬の算定（14）より）

#### 【集計結果】

年度	件数	平均在院日数	一日あたり平均医療資源投入量	全入院件数から見た件数割合
H22	2057	37.6	5,714	0.05%
H23	4579	37.0	5,238	0.11%
H24	6362	35.1	4,943	0.14%
H25	7582	35.3	4,735	0.17%
<b>H26</b>	<b>6141</b>	<b>32.3</b>	<b>4,805</b>	<b>0.14%</b>

- 平成26年度改定によって、一日あたり医療資源投入量や件数の適正化が見られた。

#### 対応方針（案）

- 適切な傷病名コーディングを推進するために、当該ルールを継続することとしてはどうか。
- また、同様の事例が他にもないか引き続き検討することとしてはどうか。

#### （２）再入院ルールの変更

- 再入院の時期や傷病名コードを意図的に操作することによって、入院期間を不適切にリセットする事例があると考えられることから、いわゆる「3日以内再入院ルール」の見直しが行われた。

#### （８）同一傷病での再入院に係る取扱い

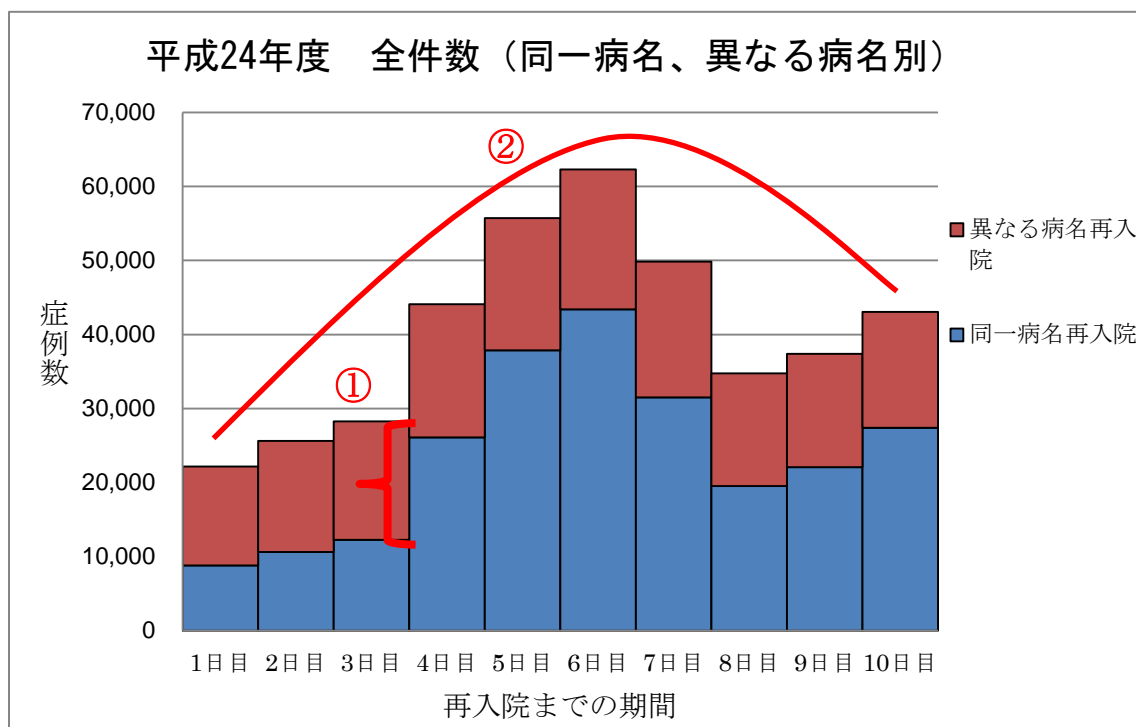
①D P C算定対象となる病床に入院していた患者（地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床において診断群分類点数表によって算定する患者を含む）が、当該病床より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して7日以内にD P C算定対象となる病床（地域包括ケア入院医療管理料を算定する一般病棟の病床を含む。）に再入院（D P C算定対象とならない病床へ転棟した後の再転棟及び当該保険医療機関と特別な関係にある保険医療機関に再入院した場合も含む。以下、「再入院」という。）した場合について、直近のD P C算定対象となる病床に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上2桁が同一である場合（以下、「同一傷病」という。）、当該再入院は前回入院と一連の入院とみなすこととし、当該再入院の入院期間の起算日は初回の入院日とする。なお、退院期間は入院期間として算入しない（D P C算定対象とならない病床への転棟期間は入院期間として算入する）。

また、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上2桁コードが異なり同一傷病の一連の入院に該当しないにも関わらず、直近の入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類番号上2桁が同一である場合は、再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

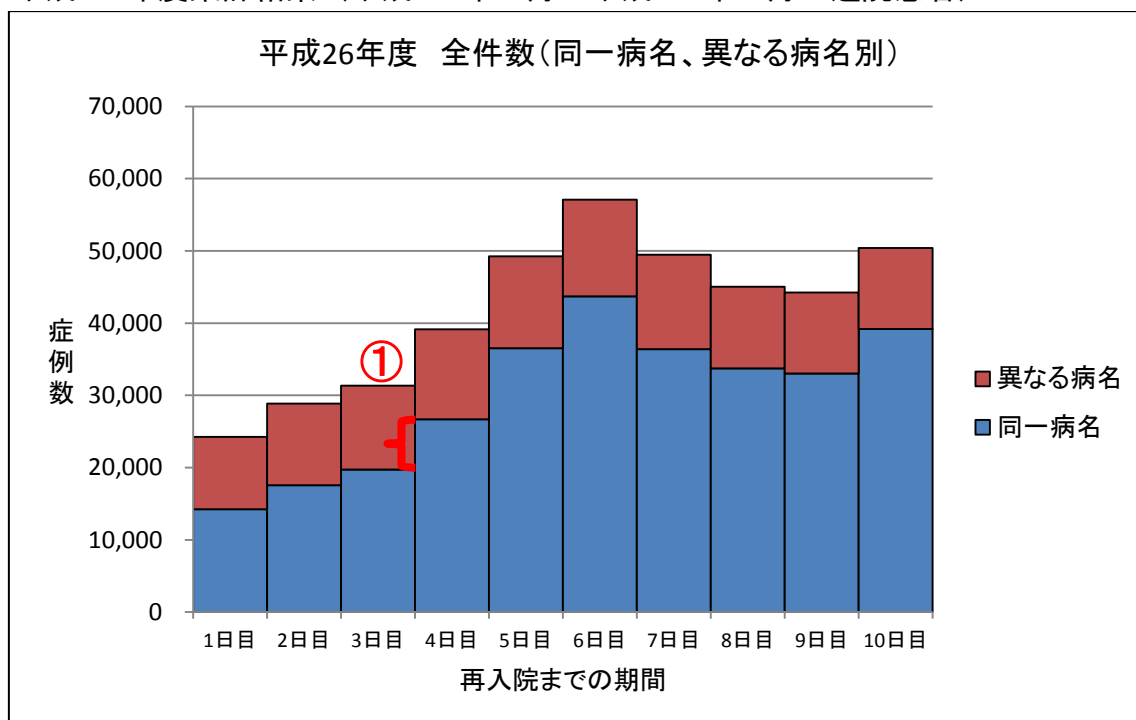
（保医発0319第4号 平成26年3月19日「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について 第3費用の算定方法 1診療報酬の算定 より）

【集計結果】

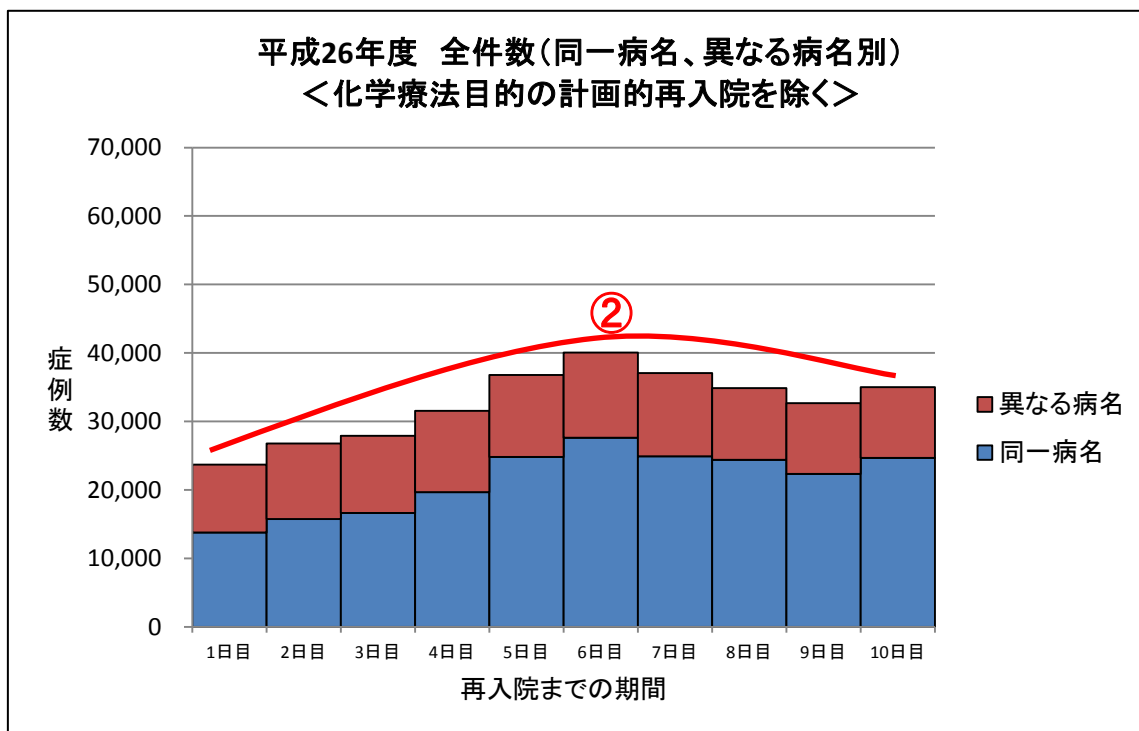
前回改定前のデータ（平成 25 年 12 月 13 日 中医協 総-1-1 より抜粋）



平成 26 年度集計結果（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の退院患者）



平成 26 年度集計結果（化学療法目的の計画的再入院を除く）



- 平成 26 年度のルール改定により、4 日目の再入院件数は減少し、3 日目再入院との差が減少した (①参照)。また、化学療法目的の計画的再入院を「一連の入院」から除外したことにより、再入院までの日数による再入院数のバラツキは減少した (②参照)。

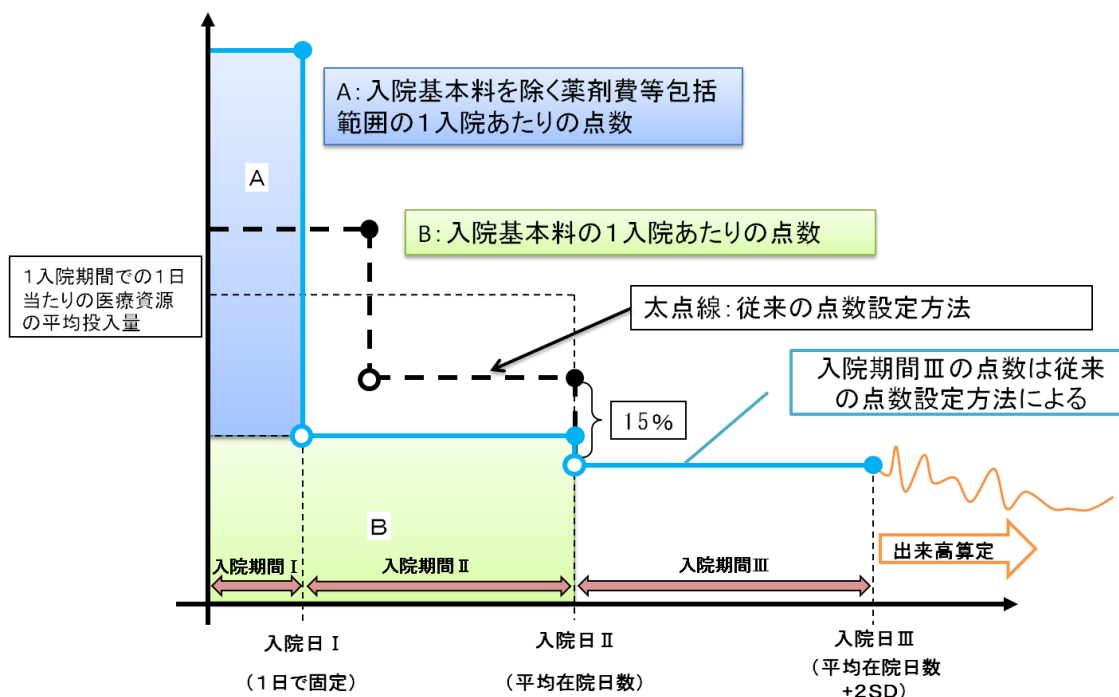
対応方針（案）

- 現状の評価方法を継続することとしてはどうか。
- また、再入院時の「入院の契機となった傷病名」について、いわゆる「分類不能コード」を用いられた場合、一連の入院とは判定されていないが、「分類不能コード」を再入院時の「入院の契機となった傷病名」として使用した場合は全国平均 1.61%であり正確なコーディングにより更に減少する可能性があることから、一連の入院として取り扱うこととしても差し支えないのではないか。

### (3) 点数設定方式 D について

- 入院初日に医療資源投入量を多く投入する診断群分類に関しては、平成 24 年度診療報酬改定から点数設定方式 D が導入された。

(参考)



- また、平成 26 年度診療報酬改定においては、点数設定方式 D 対象となる診断群分類については、以下の観点から検討を行った。

- ・ 十分に普及している（全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる）
  - ・ 7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
  - ・ 1入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
  - ・ 入院中に複数回実施されるものは除外
- ※化学療法については、レジメン（入院単位で使用されたがん化学療法薬剤の組み合わせ）別に分析を行った。
- ※検査等については、平成 24 年度診断群分類点数表で定義されている検査を対象として検討を行った。

【集計結果】平成26年度における点数設定方式Dの診断群分類

平成26年度 診断群分類番号	分類名等	H25 在院日数	H26 在院日数	差	H25からH26の それぞれの%tile値の変化		
					25%TILE	50%TILE	75%TILE
020200xx99x3xx	黄斑、後極変性 ベガブタニブナトリウムあり	2.15	2.08	-0.08	0	0	0
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性 ラニビズマブあり、アフリベルセプトあり	2.57	2.54	-0.03	0	0	0
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	13.78	13.17	-0.61	0	-1	0
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍 ペバシズマブあり	12.15	11.72	-0.43	0	-1	0
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	13.00	13.05	+0.05	0	0	+1
050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患 心臓カテーテル法による諸検査あり	3.13	3.08	-0.04	0	0	0
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍 ドセタキセル水和物あり、パクリタキセルあり	8.39	8.33	-0.06	0	0	0
060020xx99x5xx	胃の悪性腫瘍 トラスツズマブあり	6.99	6.64	-0.34	-1	0	-1
060030xx99x4xx	小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍 カルボプラチン+パクリタキセルあり、 カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり	7.67	7.18	-0.50	0	-1	-1
060035xx99x30x	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 化学療法ありかつ放射線療法なし、FOLFILIあり	5.61	5.66	+0.05	0	0	+1
060035xx99x4xx	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 FOLFOXあり	4.33	4.27	-0.07	0	0	0
060035xx99x50x	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 レゴラフェニブ水和物などあり	4.65	4.61	-0.04	0	0	0
060040xx99x40x	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍 化学療法ありかつ放射線療法なし、FOLFILIあり	5.53	5.80	+0.28	0	0	+1
060040xx99x5xx	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍 FOLFOXあり	4.26	4.24	-0.02	0	0	0
060040xx99x60x	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍 レゴラフェニブ水和物などあり	4.56	4.50	-0.06	0	0	0
070470xx99x5xx	関節リウマチ アバセプトあり、トシリズマブあり	4.74	5.81	+1.07	0	0	0
070470xx99x6xx	関節リウマチ インフリキシマブあり	2.90	2.69	-0.21	0	0	0
070470xx99x7xx	関節リウマチ インフリキシマブ(強直性脊椎炎の場合)あり	3.96	4.11	+0.15	0	0	0
080140xxxxx2xx	炎症性角化症 インフリキシマブあり	2.84	2.79	-0.05	0	0	0
090010xx99x40x	乳房の悪性腫瘍 ドセタキセル水和物などあり	5.36	4.94	-0.42	0	0	0
090010xx99x6xx	乳房の悪性腫瘍 ペルツズマブあり、トラスツズマブあり	5.18	4.82	-0.36	0	0	0
090010xx99x7xx	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセル(アルブミン懸濁型)あり	5.72	4.98	-0.75	0	0	0
100250xx99100x	下垂体機能低下症 下垂体前葉負荷試験あり	3.70	3.76	+0.06	0	0	0
110200xx99xxxx	前立腺肥大症等 手術なし	4.70	5.70	+1.00	0	0	+2
120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 カルボプラチン+パクリタキセルあり、 カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり	5.40	5.25	-0.15	0	0	0
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 ドキシソルビシン塩酸塩リポソーム製剤あり	5.25	5.05	-0.20	0	0	-1
12002xxx99x40x	子宮頸・体部の悪性腫瘍 化学療法ありかつ放射線療法なし	5.69	5.51	-0.18	0	0	0
130030xx99x7xx	非ホジキンリンパ腫 イブリツモマブチウキセタン塩化インジウムあり、 イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウムあり	13.27	13.14	-0.13	0	-1	0

- 現状導入されている点数設定方式D対象の診断群分類については、平均在院日数の適正化が見られている。
- また、一部平均在院日数が延長している診断群分類は、アウトライヤー的な症例の影響によって平均在院日数が延長していると考えられる。

対応方針（案）

- 現状の点数設定方式 D は一定の効果が見られているため、継続することとしてはどうか。
- 現行の他にも点数設定方式 D がふさわしい分類があるか、平成 26 年度と同様に、平成 28 年度の点数表の見直しが確定してから、上記の考え方にに基づき、点数設定方式 D の適用について検討することとしてはどうか。

#### (4) 持参薬について

- 持参薬は平成 26 年度診療報酬改定において、特別な理由がない限り使用不可とされた。

入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

（「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 26 年 3 月 19 日付け保医発 0319 第 4 号） 第 3 の 3 (2) より）

- 平成 28 年度診療報酬改定に向けて、DPC 対象病院における持参薬の取扱いに関する今後の方向性の検討を行うため、アンケート調査を実施することが平成 27 年 7 月 22 日中医協基本問題小委員会にて了承され、調査結果に基づき平成 27 年 10 月 14 日 DPC 評価分科会において議論を行った。
- 平成 26 年度診療報酬改定において、『入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則』であることが明確化された。持参薬に関する平成 27 年度特別調査（アンケート）を実施したところ、『原則』に対しては一定の理解が示されている一方で、現場の運用上は全面的に持参薬を院内処方へ切り替えることは困難であるとの主張が見受けられた。ただし、持参薬の使用割合に関しては医療機関によってバラツキが存在し、医療機関の間で負担に差が生じている現状も明らかになった。
- 持参薬は、多職種介入により薬の種類や服用方法の確認が行われた上で入院中の服薬計画の立案まで行われていることが明らかになった。また、多くの病院でなんらかの方法で持参薬の内容は記録が行われていた。



- 医療機関側で、現行の持参薬の取扱いに特に意見のある医療機関は3分の1程度であり、その内容として多かったものは、持参薬の使用による『服薬コンプライアンスの低下』や『臨時採用した薬剤のデッドストック増加』であったが、いずれも入院中に持参薬が終了した場合にも起こりうる問題である。また、担当医や病院側の方針により持参薬を使用した場合に、診断群分類点数表の基礎となる医療資源投入量のデータが歪められる構造は望ましくないと考えられる。

#### 対応方針（案）

- 次回改定以降の持参薬の取扱いとして、入院の契機となる傷病の治療に係る薬剤を持参させることは、引き続き原則禁止とすることとしてはどうか（特別な理由がある場合には別途記載を求める）。
- また、特別な理由として『臨時採用薬が使用可能となるまでの入院初期（2日程度）の持参薬使用』や『退院後不要となる薬剤の使用』等は了解可能であるが、『病院の方針』や『医師の方針』などの、本来望ましくない理由を特別な理由としての持参薬使用は認められないこととしてはどうか。
- 加えて、持参薬を使用した場合には使用量も含めたデータ入力を求めることとしてはどうか。また、次々回以降診療報酬改定においては当該データを元に議論を行うこととしてはどうか。

### 3-3. 重症度を考慮した評価手法（CCPマトリックス）について

- 平成26年10月8日に中医協基本問題小委員会において了承された内容に基づき、CCPマトリックス導入に関して、MDC作業班において臨床家の意見を取り入れつつ検討を進めてきた。
- MDC04(肺炎)、MDC10(糖尿病)について CCPマトリックスの導入に関して検討結果を報告する。
- MDC01（脳血管疾患）に関して、更に検討が行われているところ。

#### 対応方針（案）

- 次回診療報酬改定よりMDC04,10に関してCCPマトリックスを導入することとしてはどうか。
- MDC01（脳血管疾患）に関しては、引きつづき検討を行い、その結果に基づき次回改定で導入を検討してはどうか。

#### 4. 退院患者調査の見直し

- DPC 制度（DPC/PDPS）導入に際して、DPC/PDPS 導入の評価・影響の検証等を行うためにDPC評価分科会が設置され、(1) 診断群分類の妥当性の検証、(2) 診療内容の変化等及び(3) 医療機関の機能の変化を評価するため、退院患者毎の診療情報及び診療報酬請求情報からなる退院患者提出データに基づく分析調査（いわゆる「退院患者調査」）を実施しており、退院患者調査では把握が困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。

【参考】「DPC 導入の影響評価に係る調査」について

	調査内容	実施時期
「退院患者調査」	退院患者毎の情報 ・簡易診療録情報（様式1） ・診療報酬請求情報（Dファイル）等	毎年
「特別調査」	「退院患者調査」で把握が困難なもの	随時

- 退院患者調査は、以下の様式により構成されている。

【参考】退院患者調査の様式

様式名	内容
様式1	簡易診療録情報
様式3	施設情報
様式4	医科保険診療以外の診療情報
Dファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報
EF 統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報
外来 EF 統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報

（※ 「Dファイル」、「EF 統合ファイル」、「外来 EF 統合ファイル」は、レセプトデータダウンロード方式のファイルである）

(1) 様式1 (簡易診療録情報) の見直しについて

- 平成25年12月25日中医協総会において、様式1の調査項目に関しては以下の様な考え方にに基づき検討することが了承された。

**【様式1の基本的な考え方】**

- ① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報(生年月日、性別等)に関する調査項目であること
- ② 急性期医療を担う病院(DPC対象病院)の機能や役割の分析のための調査項目であること
- ③ 手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名(DPC上6桁)の診断群分類を検討するための調査項目であること

- 平成26年度診療報酬改定より医科診療報酬点数表における「A245データ提出加算」の届出対象が拡大し、急性期以外の病棟からもデータ提出が行われるようになった。

(参考) データの提出状況(平成26年11月時点の状況。『入院医療等の調査・評価分科会』の調査、資料より抜粋)

	データ提出届出 病床数割合
7対1入院基本料 (n=313)	96.5%
10対1入院基本料 (n=280)	43.9%
地域包括ケア病棟基本料 (n=106)	72.4%
回復期リハビリテーション病棟入院基本料 (n=203)	33.7%
療養病棟入院基本料 (n=542)	10.7%

- 現状を鑑みて、【様式1の基本的な考え方】を以下の通り改めることとしてはどうか。

**【様式1の基本的な考え方】**

- ① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報（生年月日、性別等）に関する調査項目であること
- ② DPCデータを提出している病院・病棟の機能や役割の分析のための調査項目であること
- ③ 診断群分類点数表を作成するに当たっては、手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名（DPC上6桁）の診断群分類を検討するための調査項目であること
- ④ 医療機関別係数での評価を検討するに当たっては、病院の機能の評価するための調査項目であること

**【既存項目の見直し】**

項目名	対象患者	内容	考え方
退院情報	全患者	退院時転帰の見直し	調査項目の入力精度向上の為。
再入院調査・再転棟調査	全患者	定義の見直し、対象範囲の見直し	調査項目の入力精度向上の為。
CAN0040 がん患者/化学療法の有無	化学療法ありの患者	「化学療法の有無」の項目に経皮下を追加。	現状の項目が 0. 無 1. 有（経口） 2. 有（経静脈又は経動脈） 3. 有（その他） であるが、経皮下で投与される薬剤も存在するため。

M040020 肺炎患者/重症 度	15歳以上で、医療資源病名が「040070 インフルエンザ、ウイルス性肺炎」、 「040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の場合	現状の「市中肺炎」か「院内肺炎」かの分類の別に、「医療介護関連肺炎」を追加。	現在の調査では、医療介護関連肺炎は市中肺炎（入院時病名が肺炎）に含まれてしまうが、市中肺炎よりも院内肺炎に近く、治療介入が難しく長期になる。
----------------------	--	--	--

【新規項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
入院情報	全患者	「自傷行為・自殺企図の有無」を追加	うつ病への入院加療として、緩やかな休養入院とは医療資源投入量（精神療法・薬物療法等）が大きく異なることが推測されるため。
M050010 心不全患者/NYHA	主傷病・医療資源・医療資源2のいずれかが、心不全の場合	心不全患者の場合は、入院・来院直後の①体血圧、②心拍数、③心調律を追加	急性心不全のレジストリー研究によると体血圧・心拍数・心調律が重症度に関係する。NYHA分類では医療資源投入量との関係性を示すことができなかったため、既存のNYHA分類との置き換えを行い重症度の精緻な評価ができないかを検討する必要があるため。

【その他簡素化・精緻化を検討すべきと考えられる項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
患者プロフィール/褥瘡	全患者	現状の褥瘡スコアの調査が必須となる入院基本料や加算等を算定している患者のみ記載必須とする。	現状、入院時と退院時に調査に記載必須とされているが、調査項目の簡素化をするため、医科点数表において求められている病棟の入退棟時にのみ対象を限定してはどうか。
診断情報	全患者	レセプト電算処理用の傷病名マスターによる傷病名コードの記載。	レセプト請求の際には、レセプト電算処理用の傷病名マスターによる請求が行われているため。
診断情報	全患者	指定難病（医療費助成の対象患者）の有無、病名（告示番号等）の記載。	平成27年1月1日より「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、医療費助成の対象疾病が306疾病に拡大した。医療機関ごとの取り組み状況を把握する必要があるため。
診断情報	全患者	予定入院の場合は入院日に「入院の契機となった病名」を確定させること。	より正確な病名の記載を求めるために、予定入院の場合は、入院日に「入院の契機となった病名」を確定させる。また、予定外入院の場合であっても3日以内に病名を確定させることが望ましい。
診断情報	全患者	併存症・続発症の記入可能数の上限を10に変更する。	記入可能な傷病名の個数が制限されていること（現行では「入院時併存傷病名（4つ）」「入院後発症傷病名（4つ）」が適切な副傷病名の記載を妨げている可能性があるため。 また、様式1を縦持ち化したことにより拡張性が高まったため。

(参考)

平成 25 年 12 月 25 日中医協総会において、副傷病名の記入可能な個数を増やすことについて検討することとされている。

【副傷病名の適切な記載について】

- 様式 1 において記入可能な傷病名の個数が制限されていること（現行では「入院時併存傷病名（4つ）」「入院後発症傷病名（4つ）」が適切な副傷病名の記載を妨げている可能性があり、記載可能な傷病名の個数を増やすことについても検討する必要があると考えられる。

(2) EF 統合ファイルの見直しについて

【新規項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
重症度、医療・看護必要度	現状の「重症度、医療看護必要度」の各項目の調査が必須となる入院基本料や加算等を算定している患者	重症度、医療看護必要度の各項目の記載。	7 対 1 病棟等においてデータ提出加算の届出が要件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたより的確な分析が可能になると考えられる。（診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより）
持参薬	EF ファイルを出力する患者	持参薬を使用した場合は薬剤ごとに出力。	持参薬の検討のため、EF ファイルに点数情報を含めて記載を求める。
医療区分・ADL 区分	療養病棟に入院する患者	医療区分・ADL 区分の記載。	データ提出加算の対象が療養病棟にも拡大された。また、「次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。（診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより）



(3) Dファイルの見直しについて

【既存の項目の見直し】

項目名	対象患者	内容	考え方
診断群分類 番号	一部の包括評価 対象外の患者	DPCコード（14桁） の記載対象の拡大 と出来高請求理由 の記載	包括評価の対象外の患者についても、 以下の場合にはDPCコードを記載 ①出来高請求のDPCコードに該当する 場合 ②高額薬剤において、告示されている DPCコードに該当する場合 ③算定しているDPCコードの入院日Ⅲ を超えた場合

(参考) 平成27年5月27日 中医協基本問題小委 診-1 より抜粋

「DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」に係る検討課題

【対応方針】

- DPC対象病棟に入院した患者については、様式1・Dファイル・レセプト等にコーディングの根拠となったDPC14桁コードを記載することとし、包括対象外となった場合はその理由の記載を求めることとしてはどうか。

【考え方】

- ・ DPC算定病床に入院した患者については、医療機関において14桁コードが付与されている一方で、診断群分類区分に該当せず出来高支払いとなった場合には、様式1・Dファイル・レセプト等に14桁コードの記載が不要とされていたが、今後コーディングの精度を把握するために対処が必要ではないか。

(4) その他

対応方針（案）

- その他の様式は、現行の様式のまま継続することとしてはどうか。
- 全体的な医療機関におけるシステム改修の負担も考慮しつつ、調査項目の様式に関しては柔軟に対応することとしてはどうか。
- 各調査項目の内容について、医科点数表やガイドライン等で見直しが行われた場合には、適宜調査内容へ反映することとしてはどうか