

平成30年度診療報酬改定に向けたDPC/PDPSの対応について(案)

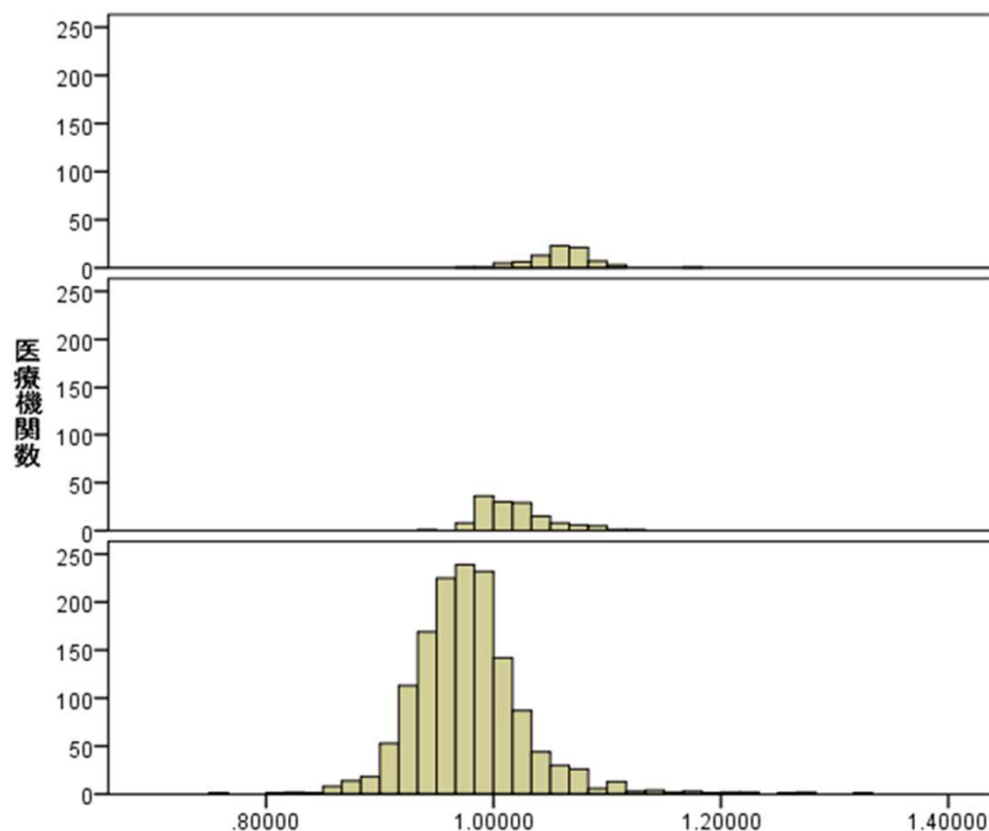
基礎係数（医療機関群）の再整理

医療機関群の設定：現行の3つの医療機関群を維持

医療機関群の名称：Ⅲ群-DPC標準病院群、Ⅰ群-大学病院本院群、Ⅱ群-DPC特定病院群、

医療機関群の決定手順：医療機関が自ら群を選択できる仕組みの導入を見送り

各医療機関群の実際の診療密度に対する
包括点数の比のばらつき（上から大学病院本院群、
DPC特定病院群、DPC標準病院群）



（横軸：診療密度に対する包括点数の比、縦軸：病院数）

大学病院本院群（Ⅰ群）

大学病院本院

DPC特定病院群（Ⅱ群）

大学病院本院群以外で、
特定の要件を満たす病院

DPC標準病院群（Ⅲ群）

病院数が最も多く、DPC/PDPSの
基本となる医療機関群

機能評価係数Ⅱのあり方の再整理（総論）

評価項目のあり方：6つの係数を基本軸とし、後発医薬品係数は機能評価係数Ⅰで評価、重症度係数は廃止。

評価の重み付け：機能評価係数Ⅱの重み付けは行わない。

係数化の方法：指数の分散の処理は行わない。

評価項目の考え方

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を評価 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

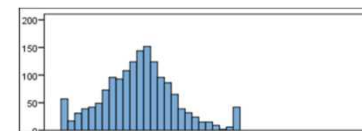
基本的評価項目

重み付け

以下の理由により行わないこととする。

- Ⅲ群：
いくつかの重み付けを行うグループ分けによる重み付けは、個々の病院の特性が反映されにくい
- Ⅰ群・Ⅱ群：
クリームスキミングへの懸念や制度の複雑化

係数化の方法

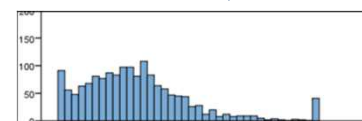


機能評価係数Ⅰへ



効率性、複雑性、後発医薬品指数に行っていた分散を均一にする処置は行わない

廃止



保険診療係数の見直し

適切なデータ：部位不明・詳細不明コードは**10%**、未コード化傷病名は**2%**

病院情報の公表：具体的な評価手法を平成30年度以降検討

I群・II群の体制：廃止。保険診療への理解を深める取組は平成30年度以降検討

適切なデータ

- ・ 部位不明・詳細不明コード：20%
- ・ 未コード化傷病名：20%

- ・ 様式間の矛盾：1%

I群とII群の体制

- ・ 機能の高い分院を持つI群
- ・ II群の要件を満たさないI群

- ・ 精神科診療実績（I群・II群）

- ・ 指導医療官派遣（I群）

病院情報の公表

- ・ 病院情報の公表

適切なデータ

- ・ 部位不明・詳細不明コード：**10%**
- ・ 未コード化傷病名：**2%**

- ・ 様式間の矛盾：1%（現行維持）

（廃止）

地域医療係数に一元化

保険診療への理解を深める取組の評価を今後検討

保険診療の質向上

病院情報の公表

医療機関が自ら選択した複数の指標を公表することへの評価を今後検討

地域医療係数の再整理（総論）

体制評価指数について以下のように再整理

- ・ 項目間の整合：各領域ごと1項目に整理
- ・ 指数の上限値：上限値はⅢ群6点、Ⅰ群・Ⅱ群8点
- ・ 実績値の評価手法：従来通り

項目間の整合

脳卒中地域連携 24時間tPA体制 がん地域連携 がん拠点病院 EMISへの参加 急性心筋梗塞	救急医療 災害時における医療 へき地 周産期 精神科身体合併症 高度・先進的な医療
--	--

各領域1項目に整理

12項目→9項目

がん 脳卒中 心筋梗塞等の心血管疾患 精神疾患	へき地 周産期 救急 災害 その他
----------------------------------	-------------------------------

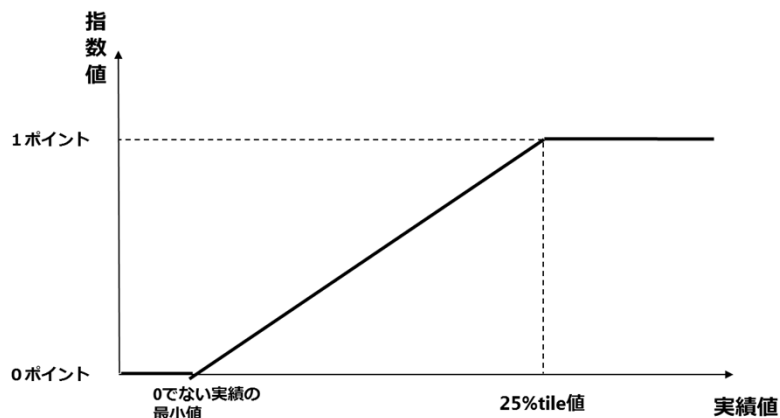
指数の上限値

項目数	Ⅲ群	Ⅰ群	Ⅱ群
12	8	10	10

上限値の考え方を維持

項目数	標準群	大学群	特定群
9	6	8	8

実績の評価手法



下限値0ポイント
上限値25%tile値 の考え方を維持

機能評価係数Ⅱの具体的な見直し（各論）

<項目>	評価指標（指数）
<p>保険診療指数</p> <p>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</p> <p>原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算</p>	<p><u>適切なDPCデータの作成</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。 （平成31年度評価からは様式1で評価） <p><u>病院情報の公表</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に0.05点加算する。 （平成31年度評価からは医療の質を示す指標の公表を検討） <p><u>保険診療への取組</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成31年度評価からの評価導入（0.05点加点）を検討
<p>効率性指数</p> <p>各医療機関における在院日数短縮の努力を評価</p>	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
<p>カバー率指数</p> <p>様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価</p>	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕 / 〔全DPC数〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。

機能評価係数Ⅱの具体的な見直し（各論）

<項目>	評価指標（指数）
<p>救急医療指数</p> <p>救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価</p>	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕</p> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <p>「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」、「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】：「救急医療入院」の患者</p>
<p>地域医療指数</p> <p>体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成</p>	<p>体制評価指数：</p> <p>5疾病5事業等における急性期入院医療を評価（詳細別紙）</p> <p>指数の上限はなし</p> <p>定量評価指数：</p> <p>〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
<p>複雑性指数</p> <p>1入院あたり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価</p>	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

地域医療係数の具体的な見直し（体制評価指数）

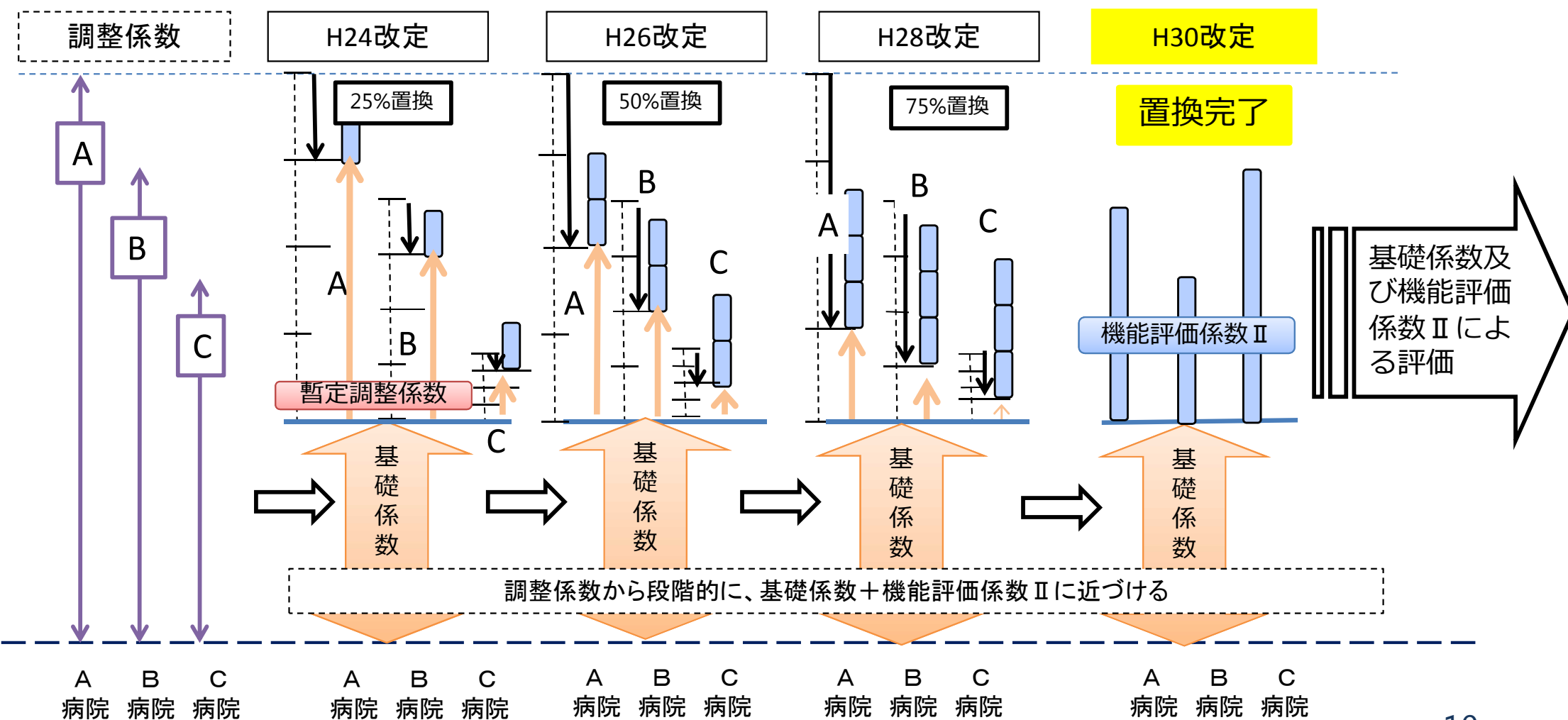
評価項目	概要	Ⅲ群	I群	Ⅱ群
がん	がんの地域連携体制への評価（0.5P）	当該医療機関を退院した患者について、「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕		
	医療機関群毎にがん診療連携拠点病院等の体制への評価（0.5P）	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価（1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法の実施を評価(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞であり、入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） 		
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離に対する手術実績（0.5P）	医療資源を最も投入した傷病名が大動脈解離であり入院中にK5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5611のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	精神科入院医療への評価（1P）	<ul style="list-style-type: none"> A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P) 		

地域医療係数の具体的な見直し（体制評価指数）

評価項目	概要	Ⅲ群	I 群	Ⅱ群
災害	災害時における医療への体制を評価（1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPの策定実績有無別（平成31年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） 		
周産期	周産期医療への体制を評価（1P）	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
へき地	へき地の医療への体制を評価（1P）	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価（1P）	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
		救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
その他	その他重要な分野への貢献（1P）	右記のいずれか1項目を満たせば1P	①治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ等対策 <ul style="list-style-type: none"> ・新型インフルエンザ等対策行動計画に係る医療機関（平成31年以降の評価導入を検討） 	

調整係数の置き換え完了

調整係数は、平成30年度改定において基礎係数と機能評価係数IIへ置換えを完了する



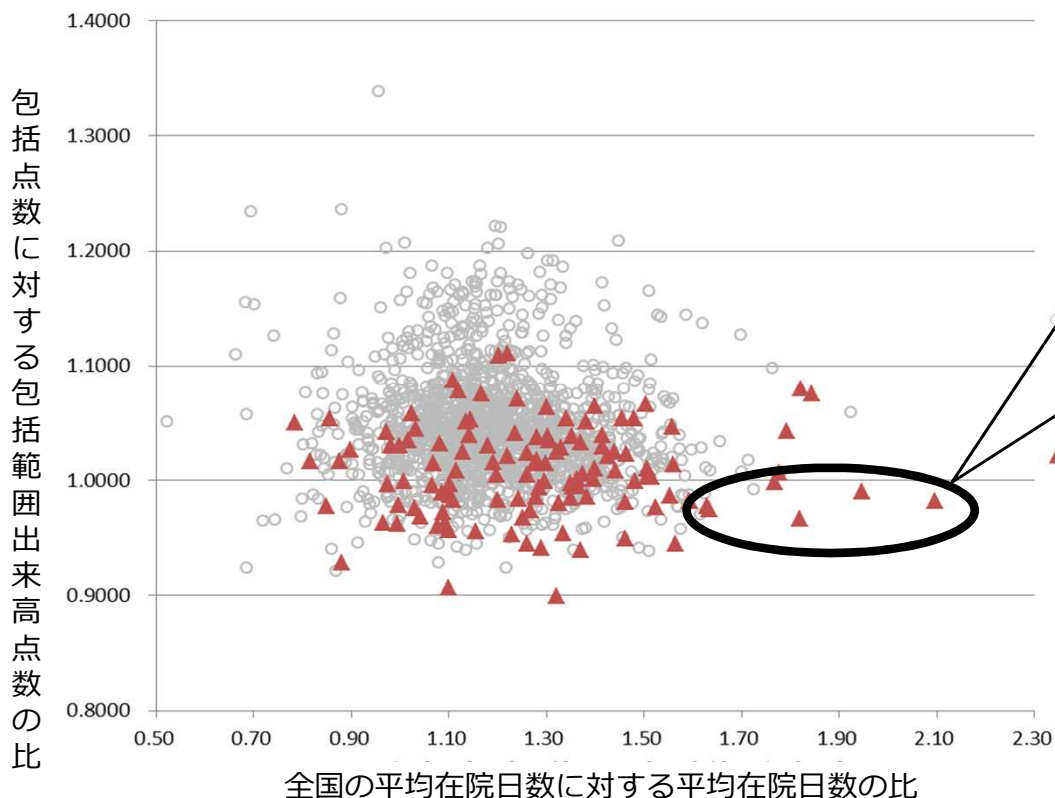
調整係数置換え完了に係る対応

激変緩和措置の具体的な方法

- ・ 診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定（推計診療報酬変動±2%まで）
- ・ 新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のマイナス緩和は、所属医療機関群の平均値を用いる。

平均的な診療実態から外れる医療機関

- ・ 平成30年度診療報酬改定以降も取扱いについて検討する。

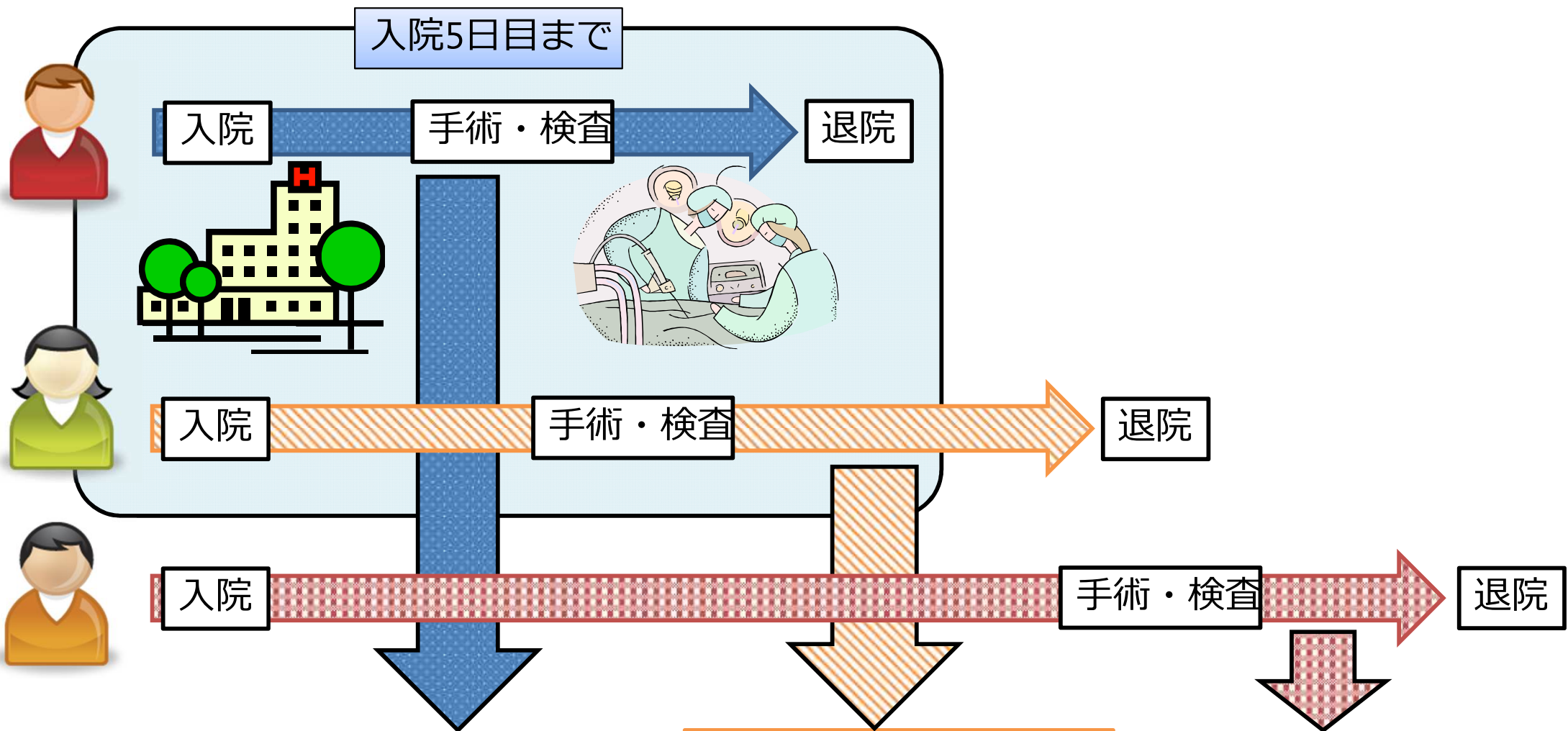


DPC/PDPSは、参加医療機関の実績から診断群分類として平均的な医療資源投入や在院日数を設定しており、平均から大きく外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い、等の診療実態がある医療機関は、制度になじまない可能性がある。

短期滞在手術の取扱い

短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ

診調組 入-1
29.11.2

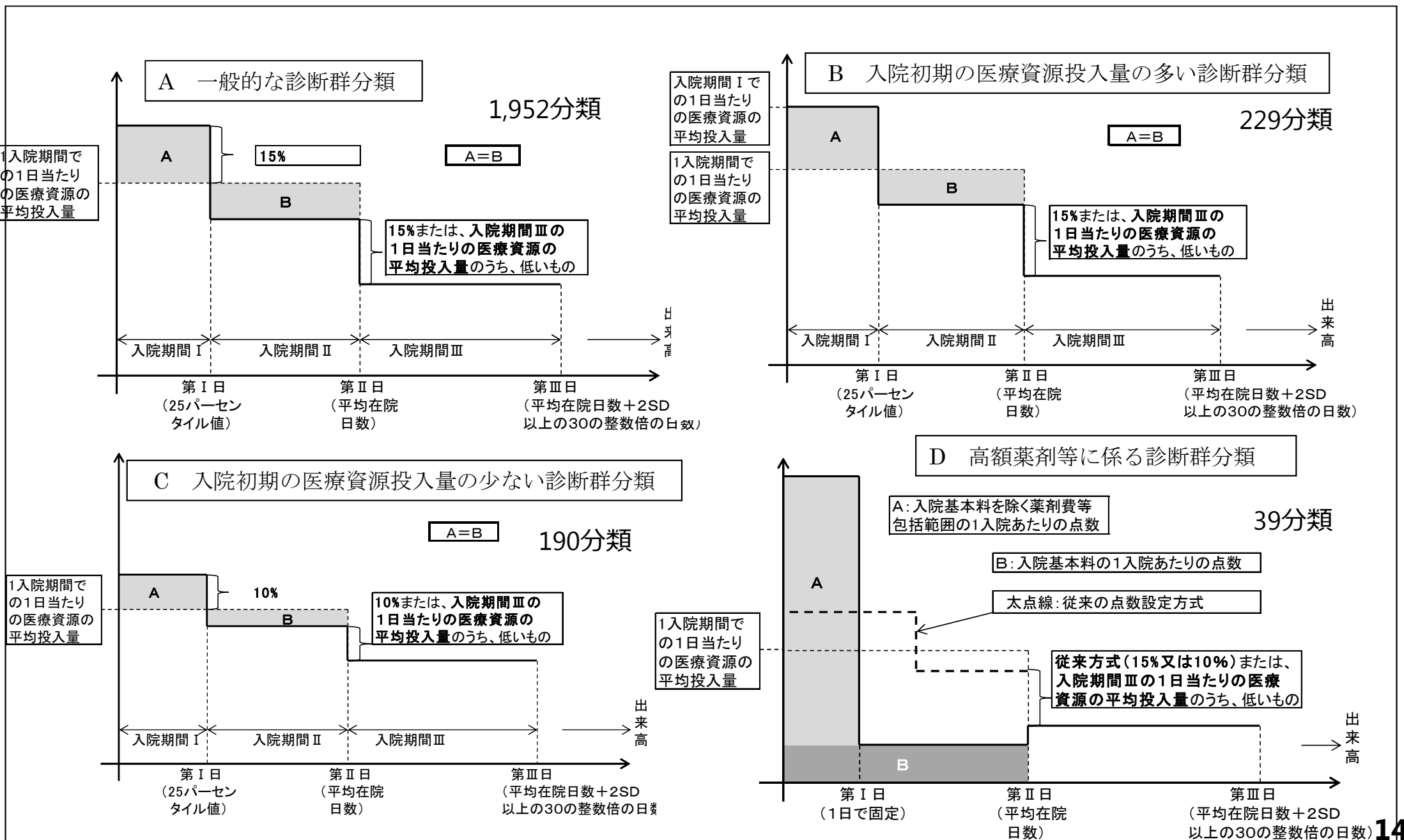


入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術基本料を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高(DPC病院であっても出来高点数表)で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高(DPC病院の場合はDPC点数表)で算定。

現行の点数設定方法



算定ルールの見直し(3)

点数設定方式Dの見直し

点数設定方式Dの対象選定に係る観点

- 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26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。

以下の6項目を新たに点数設定方式Dの対象として加える

H28DPC (副傷病分岐なし)	内容	平均在 院日数
060020xx99x7xx	胃の悪性腫瘍 ラムシルマブ	5.7
080005xx99x2xx	黒色腫 ニボルマブ	3.7
010070xx9910xx	脳血管障害 E003造影剤注入手技	2.6
100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍 I131内用療法	6.0
010030xx9910xx	未破裂脳動脈瘤 E003造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	2.6
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 D206心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等	2.9

短期滞在手術等基本料 3 と D P C 診断群分類の比較

診調組 入-1
29.11.2

- 短期滞在手術等基本料 3 は特定の手術・検査に係る5日目までの入院について、入院する病棟の種別にかかわらず一定の報酬水準が設定されている。DPC/PDPSは診断、手術・処置、副傷病有無に応じて包括報酬が設定され、入院基本料部分の差分は別に算定する。
- 短期滞在手術等基本料 3 を算定する場合は、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算から除外されるが、DPC/PDPSで算定される患者について、このような対応は行われない。

短期滞在手術等基本料 3 とDPCの相違点

	短期滞在 3	D P C / P D P S
包括範囲	全ての診療行為 (一部の薬剤等は除く)	入院基本料、検査、注射など
報酬水準	5日目まで同一の包括点数 (+6日目以降は出来高点数)	1日毎の包括点数
分類の設定方法	特定の1つの手術・検査による分類	診断/手術・処置/副傷病によって分類
算定できる病棟	全ての病棟 (特別入院基本料、診療所は除く)	7:1、10:1入院基本料を算定する病棟
その他	平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算から除外される	

点数設定方式の検討（案）

- ・短期滞在手術等基本料やその他手術に係る診断群分類については、一定の要件を満たすものは点数設定方式Dで設定
- ・一定の要件を満たさないもの等は従来通りの点数設定方式(A-C)で設定

短期滞在手術以外で一定の要件を満たすもの（例）

診断群分類番号	診断群分類名称
060340xx03x00x	胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等 2 なし 定義副傷病なし
110070xx0200xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし
160620xx01xxxx	肘、膝の外傷（スポーツ障害等を含む。） 腱縫合術等
060150xx03xxxx	虫垂炎 虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等

短期滞在手術以外の症例が一定数あり、点数設定方式Dの設定がなじまないもの（例）

	短期滞在 3	DPC
支払い分類	K721 \$	060035xx04xx1x 結腸の悪性腫瘍 内視鏡的 大腸ポリープ・粘膜切除術 定義副傷病 あり
総件数	9 9 件	1 2 5 件
平均在院日数	5 日までに手術	1 8 日

一定の要件を満たすため、点数設定方式Dで設定

※要件

- ・ 期間 I の日数が5日以内
- ・ 一定程度の症例数が存在
- ・ 手術の分類（DPC9桁目が0）
- ・ MDC01-17

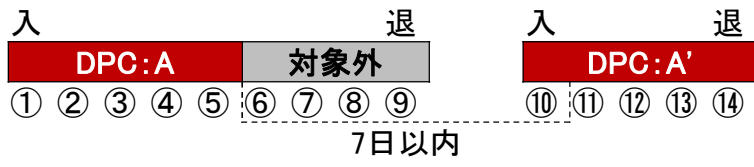
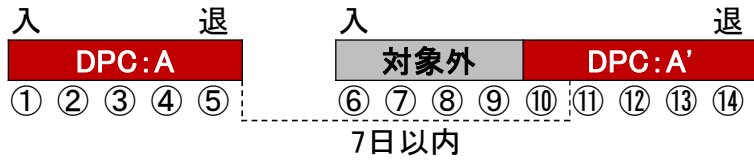
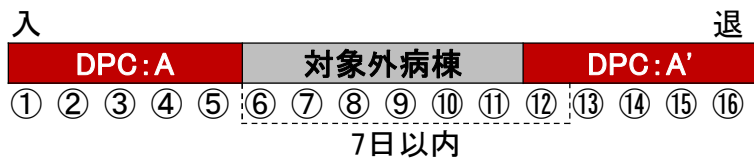
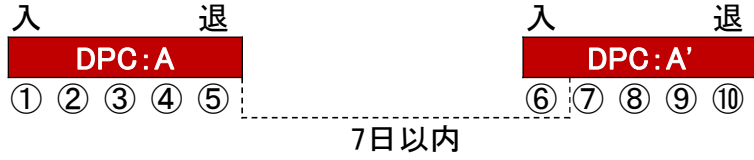
症例数が少なく、平均在院日数も異なるため、従来の点数設定方式で設定

再入院の取扱い

算定ルールの見直し(7)

7日以内再入院の取扱いの見直し

➤ 再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取扱う。



- 【「7日以内」に係る日数の考え方】
- 直近のDPC算定病床を退院した日
 - DPC算定病床へ再入院した日
- 【「同一傷病」の考え方】
- 前回入院時の「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」によって、DPC上2桁コード(MDC)が同一である場合、一連とする。
 - 再入院時の「入院の契機となった傷病名」病名に「分類不能コード」を用いた場合には、一連の入院として扱う。
- 【入院期間への日数算入の考え方】
- 退院期間は入院期間に算入せず、転棟期間は入院期間に算入する。

- 「分類不能コード」の例
- R00.2 動悸
 - R05 咳
 - R06.0 呼吸困難
 - R63.0 食欲不振
 - 等

再入院ルールの検討

二度目の入院契機が合併症に関連する病名や前回入院と同一の病名であるケースは同一病名での入院と考えられる。

7日以内入院の内訳

7日以内再入院 (再転棟)	再入院ルールに該当する		139,747	
	該当なし	化学療法目的の入院	60,376	
		それ以外	入院契機が180040(1)	6,698
			医療資源病名が前回と同じ(2)	6,218
			(1),(2)の重複	455
それ以外	62,744			
計			275,328	

7日以内の外傷(MDC16)のため再入院と判定されるもののうち、異なる病名(DPC6桁)であるものは748例(0.5%)

2回の入院が同一の病態と考えられるため、以下の場合は一連の入院としてはどうか。

- ・「入院の契機となった傷病名」が180040に定義されるICDコードの場合
- ・「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桁が前回入院時と同一の場合

その他一連の入院と考えられるケース

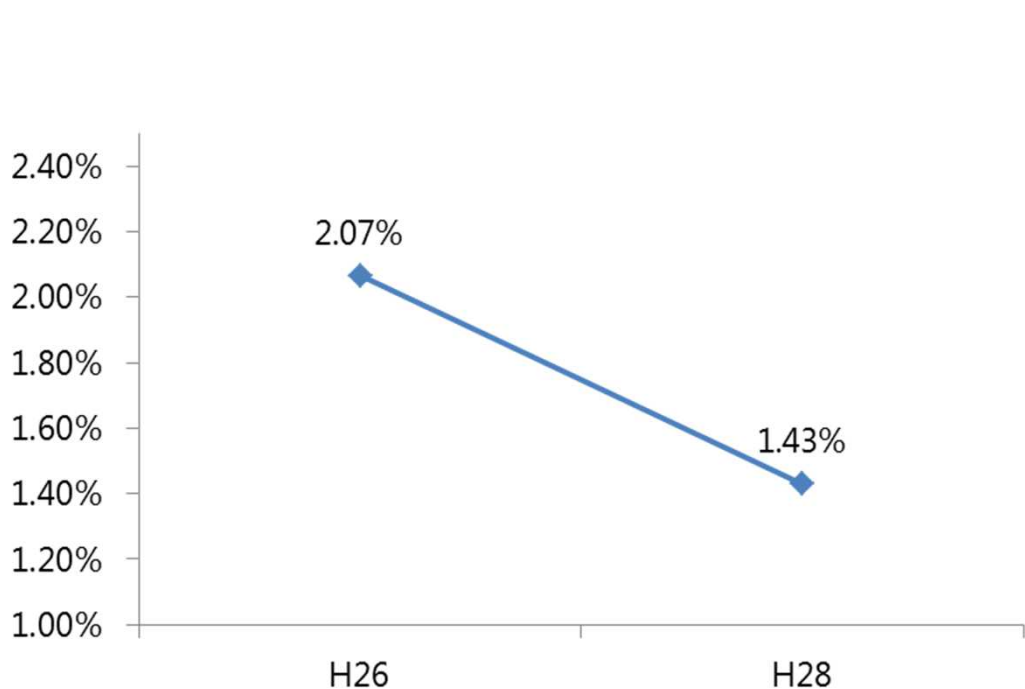
前回病名	入院契機	今回病名
誤嚥性肺炎	気分障害	脊髄炎
肺の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍
心不全	呼吸不全(その他)	呼吸不全(その他)
ウイルス性腸炎	体液量減少症	体液量減少症

現在のルールでは、一連の入院とならないが、同一病態の可能性はある。

再入院での「入院の契機となった傷病名」

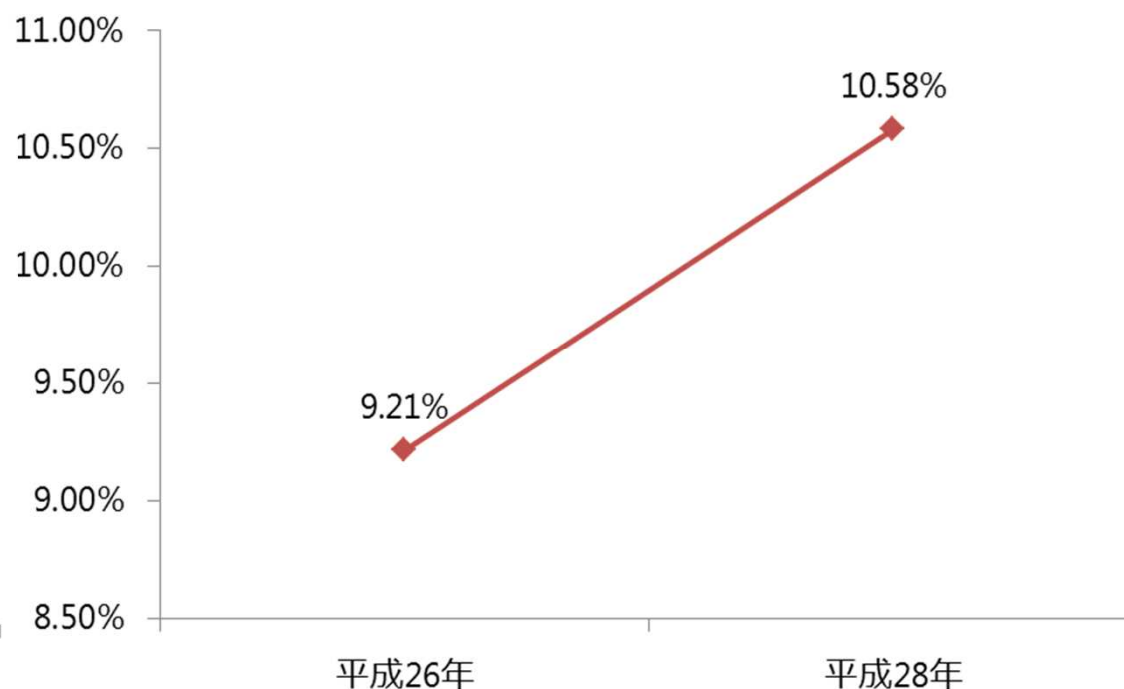
平成28年度診療報酬改定における対応を踏まえ、定義テーブルに定義されないICDコードの割合は減少し、合併症にかかるICDコードの割合は増加した。

定義テーブルに定義されないICDコードの割合



定義されないICDコードの数/7日以内再入院（化学療法除く）

T80-T88コードの割合

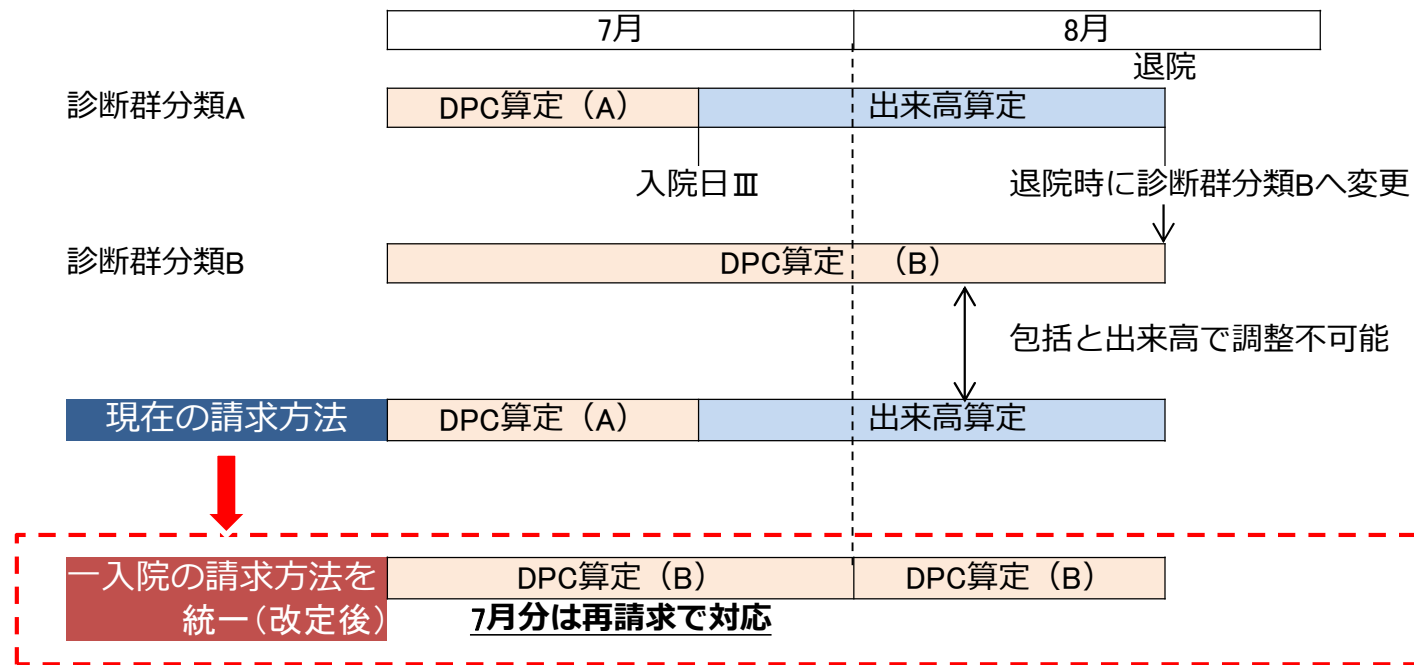


T80-T88コードの数/7日以内再入院で再入院とならないもの

算定ルールの見直し（6）

請求方法の見直し

- DPC 対象病棟に入院中は、診断群分類点数表に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する。



- ・ 病院ごとにDPCコードが一入院期間で変更される割合が異なることがわかった。
- ・ 医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、再請求に該当する症例を減らすことが可能ではないかと考えられる。

退院患者調査の見直し

敗血症:ガイドラインの改訂 (新診断基準Sepsis-3)

1. 定義

- 敗血症: 「感染症に対する制御不能な宿主反応に起因した生命を脅かす臓器障害」
- Quick(迅速) SOFAスコアにより致死率の高い患者群を評価する。
- **qSOFA陽性→SOFAスコアが2点以上の上昇→敗血症の診断**
- 敗血症の中で、輸液蘇生(概ね2000mlの急速輸液)を行っても平均血圧65mmHg以上を保つために循環作動薬を要し、かつ高乳酸血症(2mmol/L)を呈する病態を、“敗血症性ショック”とする。

2. 疫学

- 旧定義による分類では、死亡率は敗血症で20%、敗血症性ショックで40%と高く、重篤な病態である(日本救急医学会データ)。
- qSOFA,あるいはSOFAが高いほど死亡率が高くなる

3. SOFAスコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られるtotal maximum SOFA score(TMS)は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

日本版敗血症診療ガイドライン 2016 作成特別委員会.日本版敗血症診療ガイドライン. 日救急医学会誌. 2017;28: S1-S232, 日集中医誌.201;24:suppl2
日本救急医学会Sepsis Registry特別委員会報告. Severe sepsis 疫学データ解析結果. 日本救急医学会雑誌2013;24:70-7.

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考) SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO ₂ /FiO ₂ [mmHg]	x > 400	400 ≥ x > 300	300 ≥ x > 200	200 ≥ x > 100 呼吸補助下	100 ≥ x 呼吸補助下
凝固機能 血小板数 [×10 ³ /mm ³]	x > 150	150 ≥ x > 100	100 ≥ x > 50	50 ≥ x > 20	20 ≥ x
肝機能 ビリルビン値 [mg/dL]	< 1.2	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 5.9	6.0 ~ 11.9	> 12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧 < 70 mmHg	ドパミン ≤ 5μg あるいはドブタミン 投与 (投与量を問わない)	ドパミン > 5μg あるいはエピネフリン ≤ 0.1μg あるいはノルエピネフリン ≤ 0.1μg	ドパミン > 15μg あるいはエピネフリン > 0.1μg あるいはノルエピネフリン > 0.1μg
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14 ~ 13	12 ~ 10	9 ~ 6	6未満
腎機能 クレアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 3.4	3.5 ~ 4.9 あるいは尿量が500mL/日未満	> 5.0 あるいは尿量が200mL/日未満

※Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 199

小児用SOFAスコア (pSOFA)

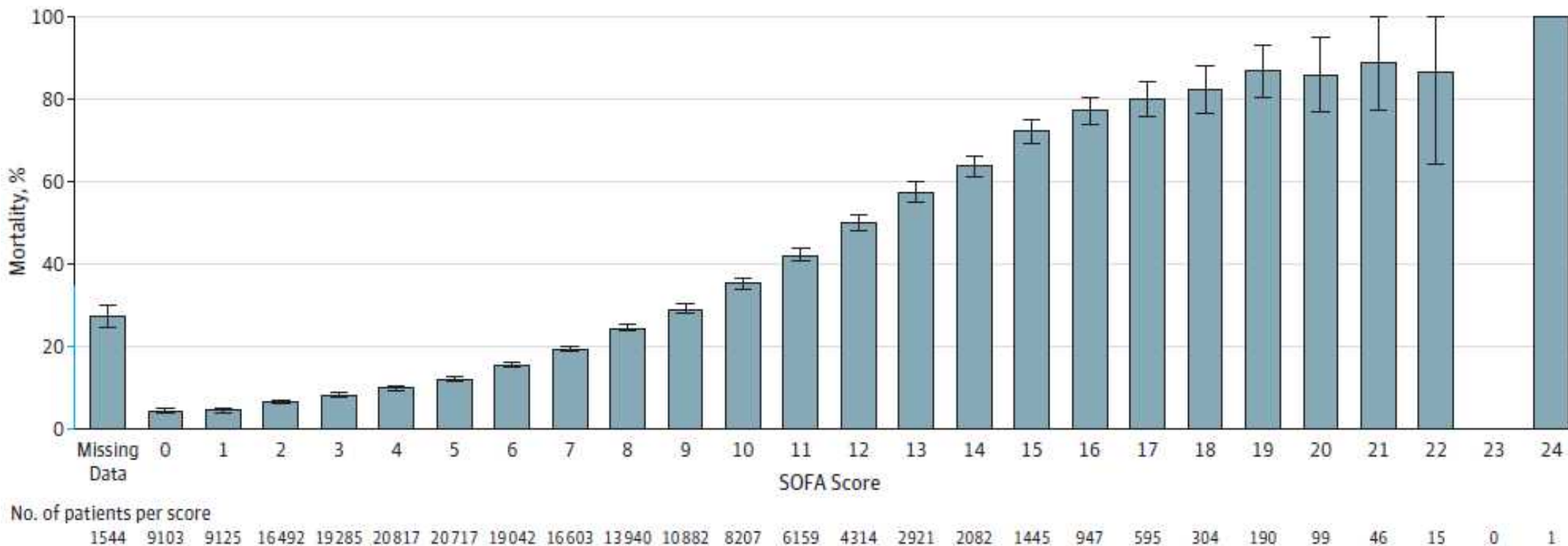
臓器	項目	0	1	2	3	4
呼吸器	PaO ₂ /F _I O ₂	≥400	300-399	200-299	100-199	<100
	SaO ₂ /F _I O ₂	≥292	264-291	221-263 呼吸補助下	148-220 呼吸補助下	<220 呼吸補助下
凝固	血小板数 (x10 ³ /mm ³)	≥150	100-149	50-99	20-49	<20
肝臓	ビリルビン (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
心血管	低血圧 心血管系サポート	平均血圧	平均血圧	ドパミン	ドパミン	ドパミン>15
	<1ヶ月	≥46	<46	≤5μg/kg/min	>5μg/kg/min	μg/kg/min
	1-11ヶ月	≥55	<55	またはドブタミ	またはアドレナリ	またはアドレナリ
	1歳-2歳未満	≥60	<60	ン(容量を問わ	ン/ノルアドレ	/ノルアドレ
	2歳-5歳未満	≥62	<62	ない)	ナリン≤0.1	リン>0.1
	5歳-12歳未満	≥65	<65		μg/kg/min	μg/kg/min
	12歳-18歳未満	≥67	<67			
18歳以上	≥70	<70				
中枢神経	GCS	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎臓	クレアチニン (mg/dL)					
	<1ヶ月	<0.8	0.8-0.9	1.0-1.1	1.2-1.5	≥1.6
	1-11ヶ月	<0.3	0.3-0.4	0.5-0.7	0.8-1.1	≥1.2
	1歳-2歳未満	<0.4	0.4-0.5	0.6-1.0	1.1-1.4	≥1.5
	2歳-5歳未満	<0.6	0.6-0.8	0.9-1.5	1.6-2.2	≥2.3
	5歳-12歳未満	<0.7	0.7-1.0	1.1-1.7	1.8-2.5	≥2.6
12歳-18歳未満	<1.0	1.0-1.6	1.7-2.8	2.9-4.1	≥4.2	
18歳以上	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	≥5.0	

(参考) ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率の関係

中医協 総 - 3
29.11.24

○ ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率には、一定の相関関係があると考えられる。

(死亡率)



(SOFAスコア)

Raith et al: JAMA 2017:317: 290

慢性期の病棟におけるデータ提出項目(案)

中医協 総 - 3
29. 11. 17

DPCデータ様式1の既存の項目のうち、慢性期の病棟において提出を求める主な項目

- 患者の基本情報
- 入院年月日、退院年月日、退院時転帰、退院後の在宅医療の有無
- ADL(入院時、退院時)
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 主傷病等のICDコード 等

DPCデータ様式1の中で、慢性期の病棟において新たに提出を求める項目(入退院時に入力)

- 慢性期の患者に特徴的な症状・状態のうち、医療区分・ADL区分情報に含まれない項目
＜項目案＞
 - ・ 摂食・嚥下機能障害の有無
 - ・ 低栄養の有無
- 要介護度 (認定のある場合のみ入力)
- 認知症高齢者の日常生活自立度(現状の3段階入力を6段階入力とする)

摂食・嚥下機能障害の考え方を示す例

○ 診療報酬における摂食機能療法の対象患者

(抜粋)摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

○ 介護報酬における経口維持加算の対象患者

(抜粋)現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害(食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。)を有し、水飲みテスト(「氷碎片飲み込み検査」「食物テスト(food test)」「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。)、頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用検査」をいう。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。)ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。

低栄養の定義について

低栄養の考え方を示す例

○ 診療報酬における栄養サポートチーム加算の対象患者

(抜粋) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のア～エまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

○ 介護報酬における栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)の低栄養状態のリスクの判断

(抜粋) 全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清Alb値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法・静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

【課題】

【アウトカム評価】

- 平成28年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価が導入された。入院料1算定病棟の約8割が一定のリハビリ提供実績(1日平均6単位以上等)を有していた。また、一定のリハビリ提供実績を有する病棟のほぼすべてが実績指数が27以上であった。
- 平成29年の回復期リハビリテーション病棟の平均在院日数、在宅復帰率、日常生活機能評価の改善割合などの指標はいずれも平成27年より改善していた。
- 実績指数が大きいほど、平均在院日数は短く、在宅復帰率は高くなる傾向が認められた。また、実績指数の値と、患者の平均年齢及び入棟時のFIM得点の平均値とには相関関係が認められないことから、実績指数は、患者の年齢や入棟時のFIM得点では影響を受けにくいと考えられた。

【栄養管理】

- 回復期リハビリテーション病棟では患者の65%が何らかの栄養障害を有しており、BMI18.5未満(やせ)の患者の割合は約2割みられる。
- 病棟配置された管理栄養士がリハビリテーション計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて患者へ個別の栄養管理を行うことで、約9割の患者で栄養状態の改善がみられ、栄養状態改善群では不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。

【退院後のリハビリテーションの実施状況】

- 回復期リハビリテーション病棟を退院後も、何らかのリハビリ又は機能訓練を必要とする患者が約65%を占めたが、退棟月のADLが高くない患者であっても、退棟後にリハビリテーションを実施しているのは約3割であった。
- 退院後に通所リハビリテーションを開始した者のうち、18%の患者はリハビリテーションの開始まで14日以上経過していた。14日以上要した理由をみると、「引き継ぎ先が決まらなかった」が最も多く、次いで「利用者・家族の理解が進まなかった」との回答であった。
- 自施設で通所リハビリテーションを実施していない理由として、「人員配置について要件が満たせない」が最も多かった。一方で、多くの回復期リハビリテーション病棟で、施設基準で定める数よりも多く、病棟専従のリハビリテーションの専門職を配置していた。
- 要介護被保険者の入院患者のうち、退院後に通所リハビリテーションへの移行が困難な理由として、医学的リスクや専門性の観点から必要なリハビリテーションに対応できないから、との理由が約5割と最も多かった。

【論点(案)】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、アウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーションの提供、栄養管理等の取組状況も踏まえつつ、実績指数に基づく評価の在り方について、どのように考えるか。
- 退院後早期のリハビリテーションを充実する観点から、退院後早期の患者については、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の上限の除外対象としてはどうか。また、そのような患者にも対応できるよう、病棟に専従で配置されている理学療法士等が退院後のリハビリテーションを提供できるよう専従の取扱いの見直しを検討してはどうか。

DPCデータの見直し

様式1の見直し

項目名	対象/内容
【新】SOFAスコア	医療資源病名、併存症、続発症、入院契機傷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
【新】SOFAスコア	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
【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
【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は、必須入力である当該項目の入力を任意とする。
【簡】癌取り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。
【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。
【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。
【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
【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。
【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。
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。
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。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

DPCデータの見直し

データ様式の見直し

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	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	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取集するため。

その他

介護医療院の設立等、制度改正に伴う項目の修正を行う
DPC対象病院の要件として「その他病棟グループ」の様式1の提出を必須とする

退院患者調査の見直し（データの活用）

医療機関の診療実績をより適切に示すよう、その他病棟グループに転棟する患者のデータや、特定抗菌薬の使用状況、後発医薬品の使用実態を公開してはどうか。

○参考資料2（6）診断群分類毎の集計 その2

診断群分類番号	診断群分類名称	平均値	最小値	最大値	変動係数	25パーセン タイル値	50パーセン タイル値	75パーセン タイル値	90パーセン タイル値

一般病棟以外の入院を含む在院日数を追加

○抗菌薬（カルバペネム系）の使用状況

告示 番号	施設名	15歳未満		15歳以上 65歳未満		65歳以上	
		AUD	DOT	AUD	DOT	AUD	DOT

追加

○後発医薬品の使用状況（入院（一般）のみ）

告示 番号	施設名	後発医薬品の使用割合(%)

追加