

平成22年度診療報酬改定関係資料 (DPC)

この資料は、関係者の準備に資することを目的として、現段階の案を掲載したものです。今後、変更があり得るので、官報及び通知の内容を改めてご確認ください。

平成 22 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

目 次

第1部 急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）の概要

第2部 告示（案）

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

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
額の算定方法第一項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定
める者

厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名

厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める
病院、調整係数及び機能評価係数

第3部 通知（案）

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1部

急性期医療に係る 診断群分類別包括評価（DPC）の概要

急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）について

（下線部は、見直し項目）

1. 対象病院

○ DPC対象病院としての基準

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できること。
- ④ 上記③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、2年間（10ヶ月）の調査期間の（データ／病床）比が8.75以上であること。

2. 対象患者

- 一般病棟の入院患者であって、傷病名等が診断群分類【別紙1】に該当するもの。ただし、以下のものを除く。

入院後24時間以内の死亡患者、生後7日以内の新生児の死亡、治験の対象者、臓器移植患者、先進医療の対象患者、回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定対象患者、その他厚生労働大臣が定める者

3. 診療報酬の額

診療報酬の額は、以下に掲げる額の合計額とする。【図1】

（1）診断群分類による包括評価

- 診断群分類毎の1日当たり点数×医療機関別係数×入院日数×10円

（2）出来高評価

- 入院基本料等加算（総合評価体制加算等を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。）、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療、画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技、カテーテル法による諸検査の一部、内視鏡検査、診断穿刺、処置（基本点数1,000点以上のもの）、病理診断・判断料、術中迅速病理組織標本作製、無菌製剤処理料、HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）、血友病等に使用する血液凝固因子製剤、慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流について、出来高により算定した額

4. 診断群分類による包括評価の算定方法

(1) 診断群分類毎の1日当たり点数【図2】

- 診断群分類毎の1日当たり点数は入院日数に応じて3段階の点数を設定。(診断群分類の入院日数の25パーセンタイル値まで(入院期間Ⅰ)は、平均点数に15%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。ただし、入院期間Ⅰの医療資源の投入量が、非常に大きい又は小さい場合には、この限りではない。

(2) 医療機関別係数【図3】【図4】

- 医療機関別係数は次の①と②を合算したもの。

① 機能評価係数

- ・ 機能評価係数Ⅰ

入院基本料等加算(医療安全対策加算、臨床研修病院入院診療加算等)等の医科点数表の項目を置き換えて設定した係数

- ・ 機能評価係数Ⅱ

今回導入する新たな機能評価係数【図5】

② 調整係数

- ・ 従来の計算方法による調整係数を一定割合で減じた係数

※ 一定割合により減じられる診療報酬は、DPC対象病院全体の従来の調整係数による“上積み相当部分”の25%と等しくなるように設定。

(3) その他

① 特定入院料の取り扱い

- ・ 救命救急入院料等の急性期の特定入院料の算定対象の患者については、診断群分類による包括評価の対象とし、所定点数の加算を行う。

② 入院期間が著しく長い場合の取扱い

- ・ 入院期間が診断群分類毎の特定入院期間(平均在院日数から標準偏差の2倍を超えた場合、その超えた日以降は、出来高により算定する。

③ 3日以内に再入院した場合の取扱い

- ・ 診断群分類番号の上6桁が同一の傷病名で3日以内に再入院した場合については、前回入院と一連の入院とみなす。

5. 診療報酬の請求

- 退院時の診断群分類が入院中のものとは異なる場合には、退院時に診療報酬の差額を調整する。
- 診療報酬明細書については、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も記載する(特定入院料を算定する期間も含む)。

6. 実施時期等

平成22年4月1日

診断群分類について

（診断群分類について）

- 本包括評価制度の基礎となる診断群分類（Diagnosis Procedure Combination）は、専門家による臨床的観点からの検討と調査参加病院から収集したデータとに基づき開発された、日本独自の分類。
- 日本における診断群分類は、まず、傷病名（「医療資源を最も投入した傷病名（※）」）により分類し、次に診療行為（手術・処置等）等により分類。
 - ※ 「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みて、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名であり、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名」は1つに限って決定。
- 傷病名は、国際疾病分類（ICD：International Classification of Disease）に基づいて定義。また、手術、処置等は、診療報酬点数表上の区分であるKコード、Jコード等に基づいて定義。

（診断群分類の見直しについて）

- 臨床専門家により構成される診断群分類調査研究班における見直し案の報告及び平成20年7月から12月と平成21年7月から12月の退院患者に係る調査のうち合計10か月分のデータに基づき診断群分類の見直しを実施。
 - ・ がん化学療法の主要な標準レジメンによる分岐の追加
 - ・ 副傷病による分岐の精緻化 等

（見直し前）

506疾患

1, 572診断群分類（告示）

（見直し後）

→ 507疾患

→ 1, 880診断群分類（告示）

（診断群分類ごとの包括評価について）

- 見直し後の診断群分類のうち1, 880の診断群分類について、1日当たりの包括評価の診療報酬点数を設定。

急性期入院医療の包括評価の算定について

< 出来高での積算内訳 >

入院基本料
検査（内視鏡検査等を除く）
画像診断（画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く）
投薬
注射（無菌製剤処理料を除く）
処置（基本点数1,000点以上を除く）
病理診断（判断料等を除く）

手術・麻酔
放射線治療
医学管理（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
基本点数1,000点以上の処置
リハビリテーション（薬剤料を除く）
精神科専門療法（薬剤料を除く）
内視鏡検査等



包括評価

診断群分類毎の1日当たり点数×医療機関別係数×入院日数

- 診断群分類毎の1日当たり点数：診断群毎の入院日数に応じて3段階で設定。
 - ・ 入院期間 I は平均点数に15%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
 - ・ 特に、入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合は、入院期間 I は、その間での平均点数とし、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
 - ・ 入院初期の医療資源の投入量が小さい場合は、入院期間 I は平均点数に10%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の90%で算定。
 - ・ 入院期間が著しく長期になる場合（平均在院日数+2標準偏差）には、出来高により算定。
- 医療機関別係数：機能評価係数（I及びII）と調整係数を合算したもの

+

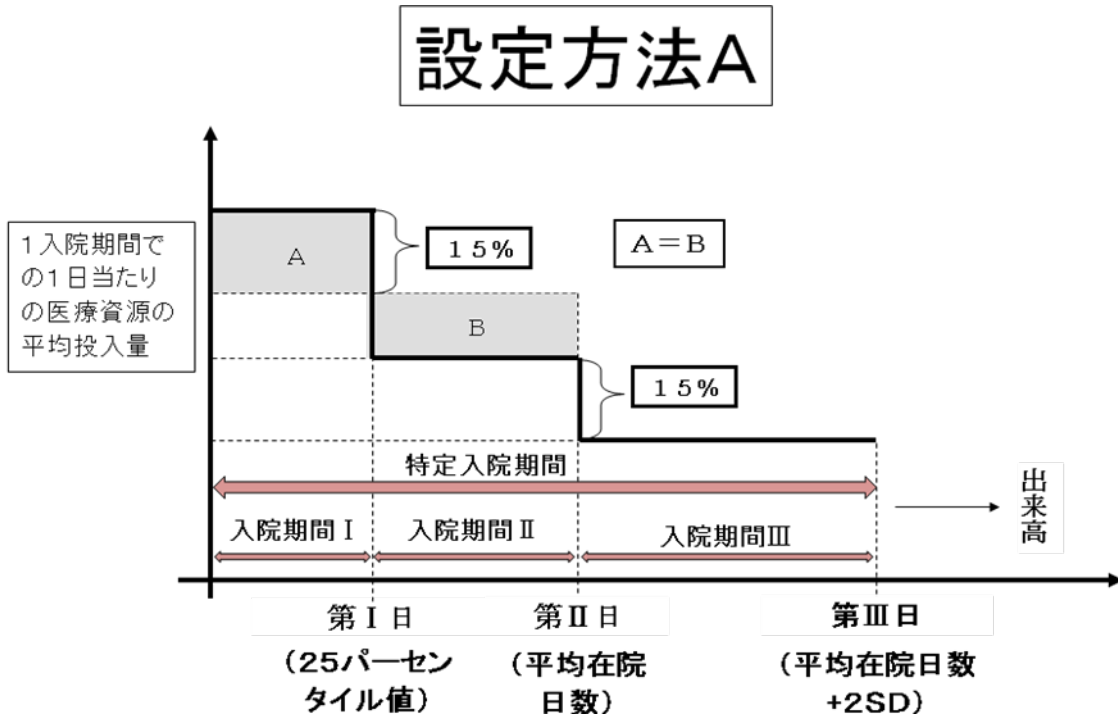
出来高評価

- 出来高により算定

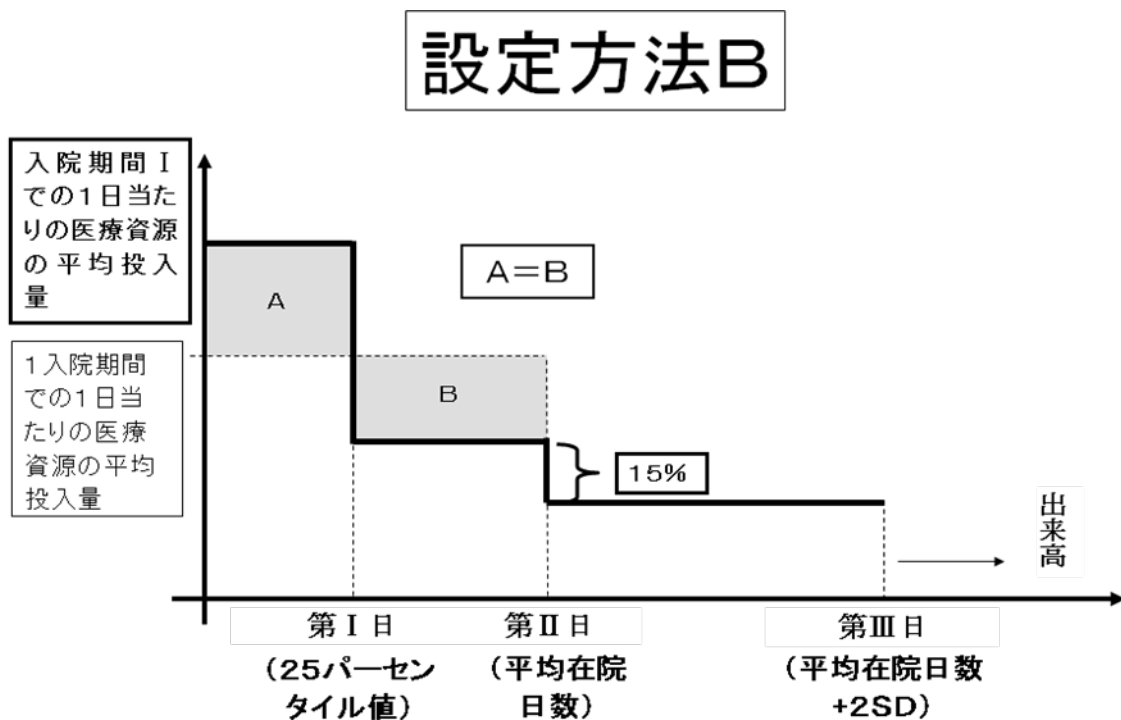
※ 24時間以内の死亡者、臓器移植患者、生後7日以内の新生児の死亡、治験対象者、先進医療の対象者等については、診断群分類による包括評価の対象外とし、従来どおり出来高で算定。

1日当たり点数の設定について

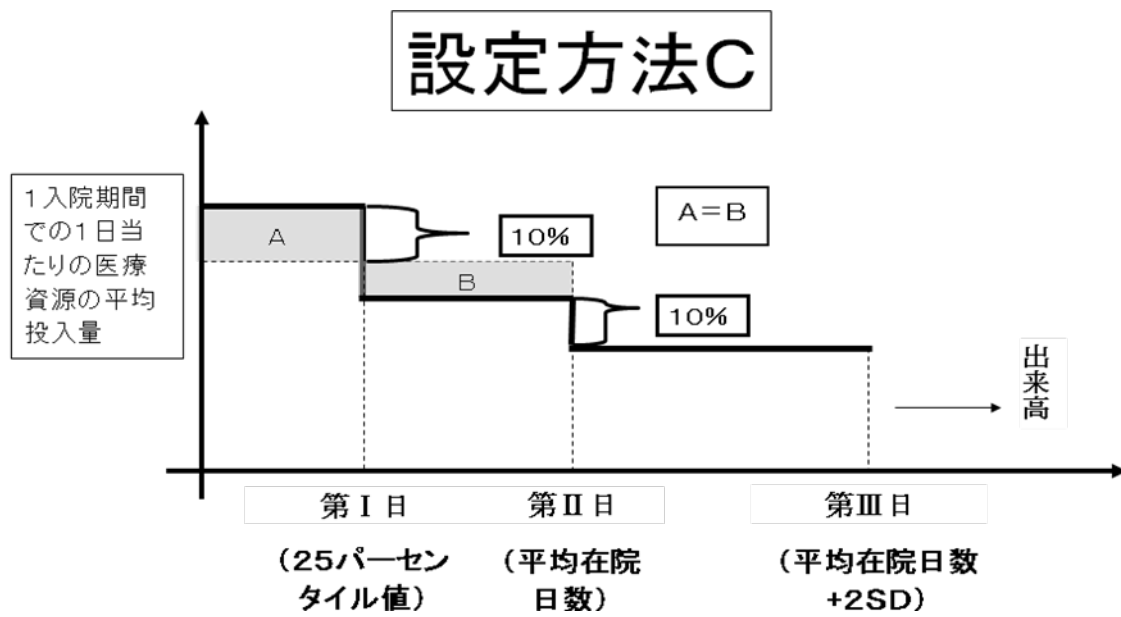
(従来と同じ設定方法)



(入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合の設定方法)

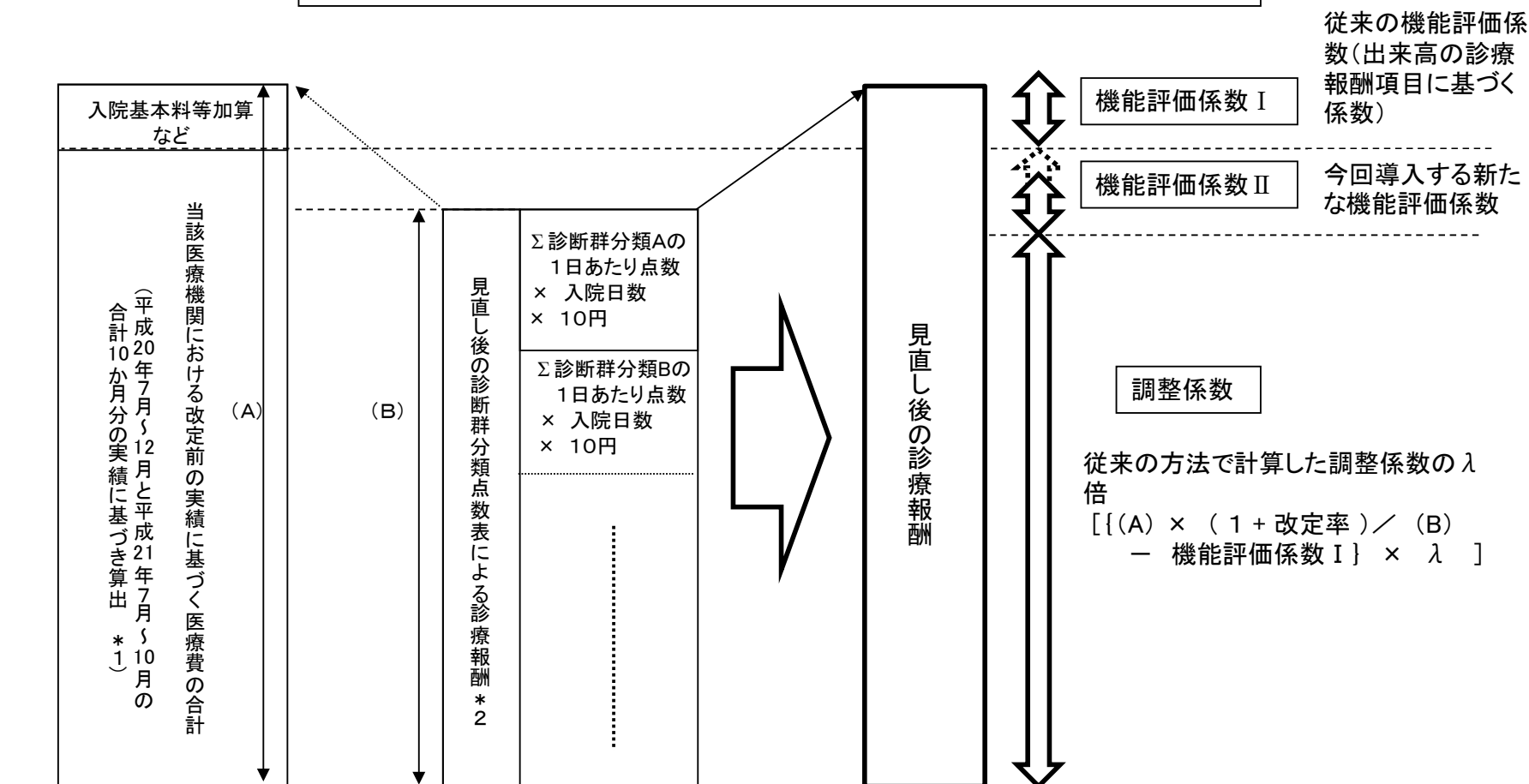


(入院初期の医療資源の投入量が小さい場合の設定方法)



【平成22年度診療報酬改定における医療機関別係数】

$$\text{医療機関別係数} = \text{調整係数} + \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II}$$



*1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成22年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映したものの。

*2 見直し後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成20年7月～12月と平成21年7月～10月の入院実績に基づき算出している。

DPCにおける係数

調整係数

医療機関別係数

機能評価係数Ⅱ

- データ提出指数
- 効率性指数
- 複雑性指数
- カバー率指数
- 地域医療指数
- 救急医療係数

今回導入する
新たな機能評価係数

従来の機能評価係数

今回導入する新たな機能評価係数（機能評価係数Ⅱ）

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	〔指数〕 ①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。 ②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。（平成23年4月より評価） ※ 非必須項目の入力状況による評価は行わない。
2	効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	〔指数〕 ＝ $\frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例（10か月）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。
3	複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価	〔指数〕 ＝ $\frac{\text{当該医療機関の包括点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数}}{\text{全病院の平均一入院あたり包括点数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例（10か月）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。
4	カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり（種類の多さ）により評価	〔指数〕 ＝ $\frac{\text{当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数}}{\text{全診断群分類数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例（10か月）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）の診断群分類を計算対象とする。
5	地域医療指数	地域医療への貢献による評価	〔指数〕 ＝ 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数（0～7ポイント）（平成22年8月より評価） ①「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(II)」を算定している医療機関を評価 ②「がん」について、「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価 ③「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価 ④「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価 ⑤「災害時における医療」について、DMAT（災害派遣医療チーム）指定の有無を評価 ⑥「へき地の医療」について、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 ⑦「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価
6	救急医療係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価	〔指数〕 ＝ 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価

※ なお、「5 地域医療指数」については、今後速やかに調査を行い、その結果に基づき8月より評価を行う。

急性期入院医療の包括評価制度の見直しに係る 4月1日以前から入院している患者の取り扱いについて

【原則】

- 3月までの診断群分類点数表による算定は「見直し前の診断群分類点数表」により行い、4月からの算定は「見直し後の診断群分類点数表」により行う。

【具体例】

診断群分類の見直しに伴う変更の取り扱い。(医療資源を最も投入した傷病名の変更や診療内容の見直しによる算定の変更については従来どおりの取り扱いとする。)

(包括→包括の場合)

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

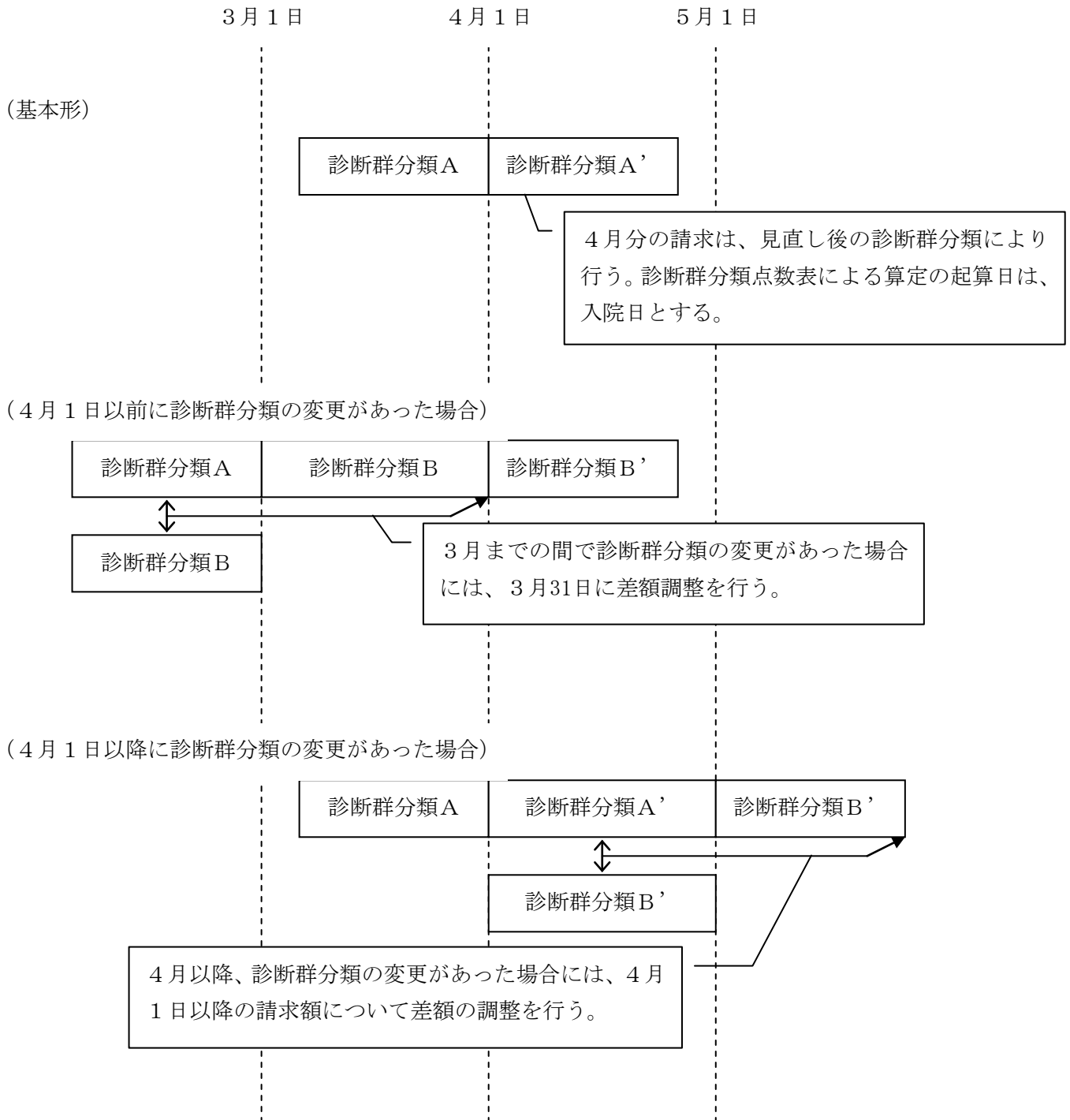
(包括→出来高の場合)

- 4月分の請求は、出来高で行う。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。

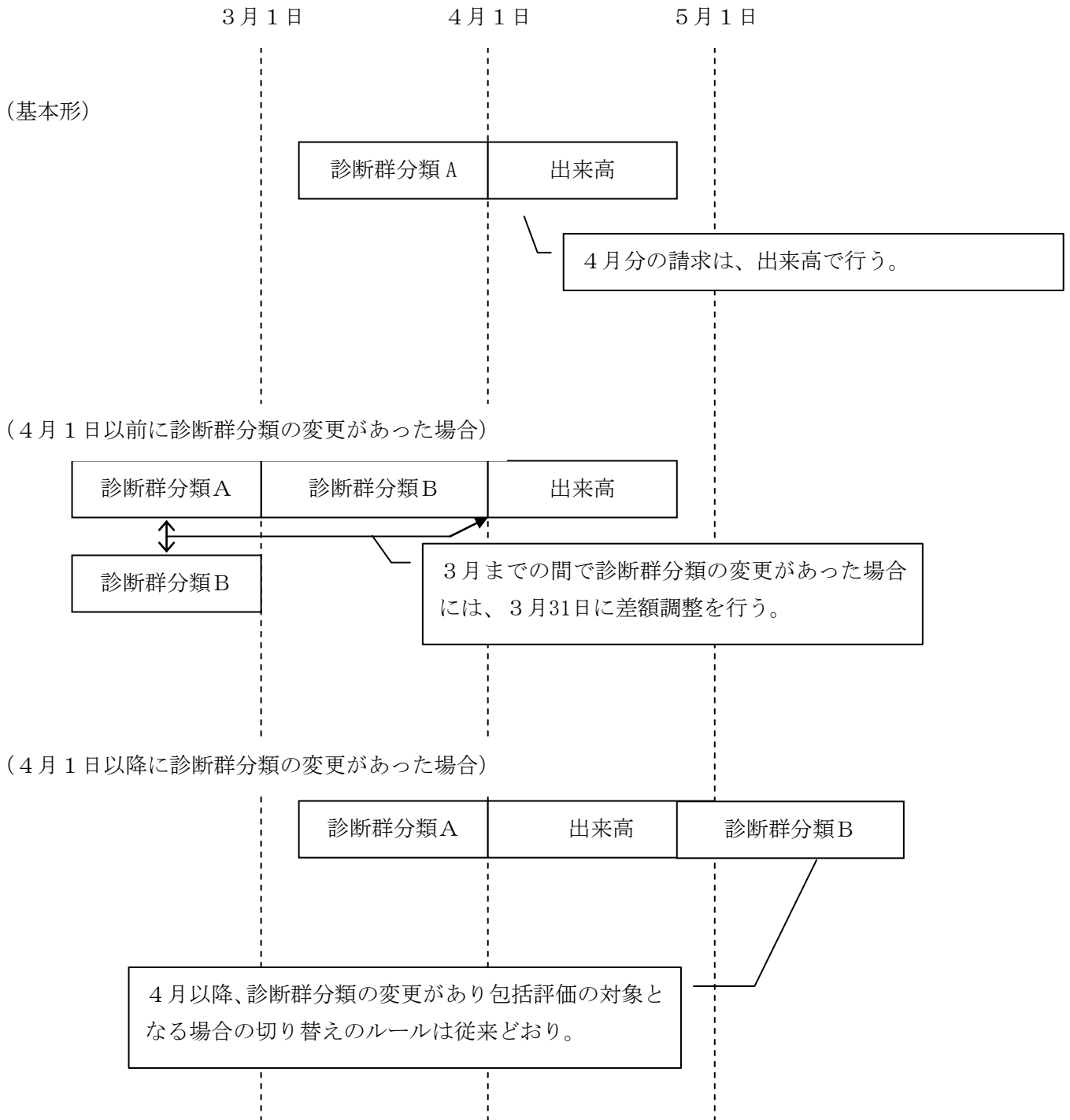
(出来高→包括の場合)

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

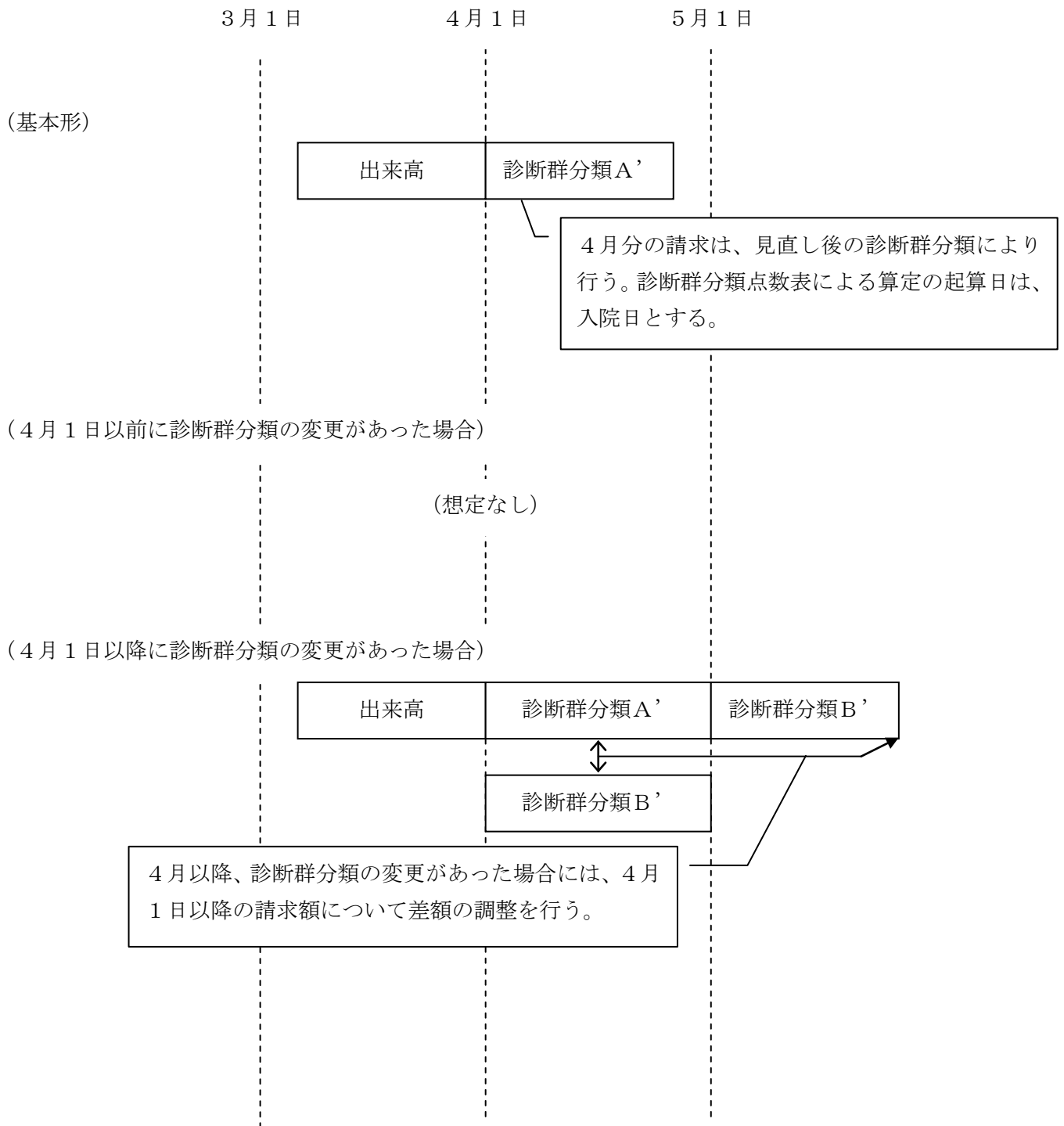
1. 包括→包括の場合



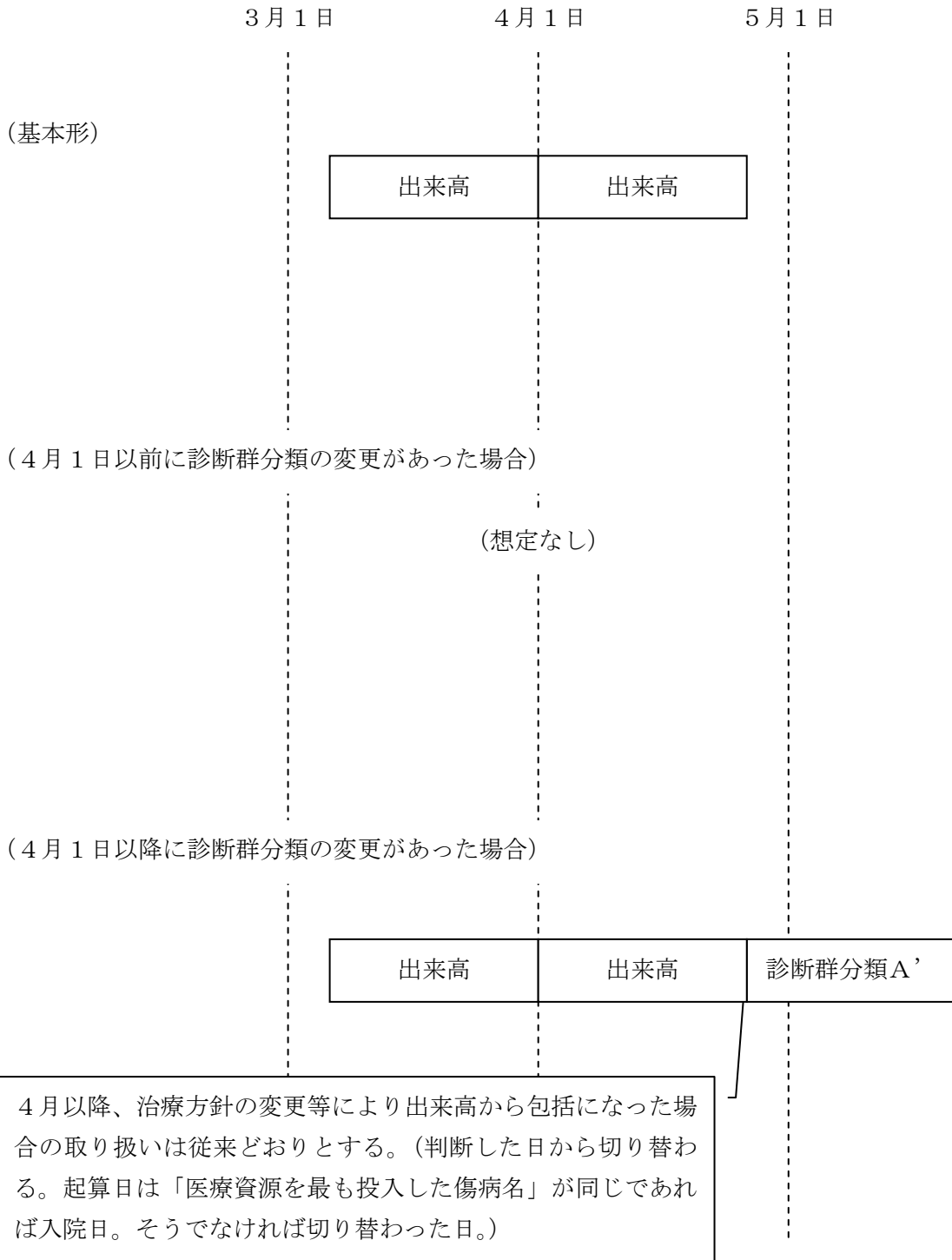
2. 包括→出来高の場合



3. 出来高→包括の場合



(参考) 出来高→出来高の場合



請求方法について

- 包括評価の対象患者に関する診療報酬の請求については、包括評価用の診療報酬明細書を使用する。包括評価用の診療報酬明細書は出来高の診療報酬明細書と異なり、診断群分類を決定するために必要な情報等を記載するための患者基礎情報を記載する欄がある。
- 平成22年4月からは、特定入院料等を算定する場合であっても、コーディングの確認に必要な情報は、コーディングデータに入力しなければならない。

(記載のイメージ)

診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)		都道府県番号	医療機関コード	1 社・国 3 老人 1 単独 1 本入 7 高入 9 2 公費 4 退職 3 併 3 三入 1 医科 5 家入 9 高入 8										
平成 年 月 分										保険者番号		10 9 8 7 ()		
市町村											被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号			
番号														
公費負担者番号①														
公費負担者番号②														
氏名	「x」の代わりに定義テーブルに基づき数字で差し支えない。							特記事項						
性別	1男 2女	1明 2大 3昭 4平	生								保険医療機関の所在地及び名称			
職務上の事件	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害													
分類番号	0100103002010x		診断群分類区分		脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等 処置等1なし 処置等2あり 副傷病なし									
傷病名			ICD	傷病名				診療日		診療日		診療日		
副傷病名			10	副傷病名				診療日		診療日		診療日		
傷病情報	「傷病名」欄には、診断群分類に該当する根拠となった「医療資源を最も投与した傷病名」(「医療資源を最も投与した傷病名」が確定していない場合には、「入院の契機となった傷病名」とその対応しているICD-10コードを記載すること。													
入退院情報	「副傷病名」欄には、「副傷病あり」の診断群分類に該当している場合に、副傷病ありと判断した根拠となった傷病名及びその対応しているICD-10コードを記載すること。													
患者基礎情報	例2:「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 あり 処置1あり 処置2なし」から「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等あり 処置1あり 処置2あり」に変更の場合 (5月診療分)4月16日入院、5月診断群分類変更、5月8日退院の場合 入I未済 4,215×12=小計…①' 入II未済 3,158×3=小計…②' 4月請求分4月医療機関別係数×(①'+②')=合計…A 入II未済 5,672×8=小計…③' 5月分 5月医療機関別係数×③'=合計…B 4月調整分 入I未済 6,918×8=小計…④' 入II未済 5,672×7=小計…⑤' (4月医療機関別係数×(④'+⑤')×)-A=小計…⑥' 1 93 5月請求分 B+⑥'=合計													
診療関連情報	例1:脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等あり 処置1なし 処置2あり 副傷病なし (6月診療分)4月3日入院、6月10日退院の場合 入I未済 3,113×20=小計…① 入II未済 2,320×8=小計…② 4月請求分4月医療機関別係数×(①+②)=合計 入II未済 2,320×13=小計…③ 入II以上 1,972×18=小計…④ 5月請求分5月医療機関別係数×(③+④)=合計 入II以上 1,972×10=小計…⑤ 6月請求分 6月医療機関別係数×(⑤)=合計													
診療行為別コード	出来高部分の記載方法は、従来の記載方法と同様。													
高額療養費	※高額療養費 円 基準 円× 日間 円× 日間 円× 日間 円× 日間 円× 日間 円× 日間													
食費	減・免・猶・I・II・3月超													
請求点	※ 決定点		負担金額 円		請求日		※ 決定点		請求日		※ 決定点		請求日	
療養費の給付	点		点		円		円		円		円		円	
療養費①	点		点		円		円		円		円		円	
療養費②	点		点		円		円		円		円		円	

様式第九(第二条関係)