

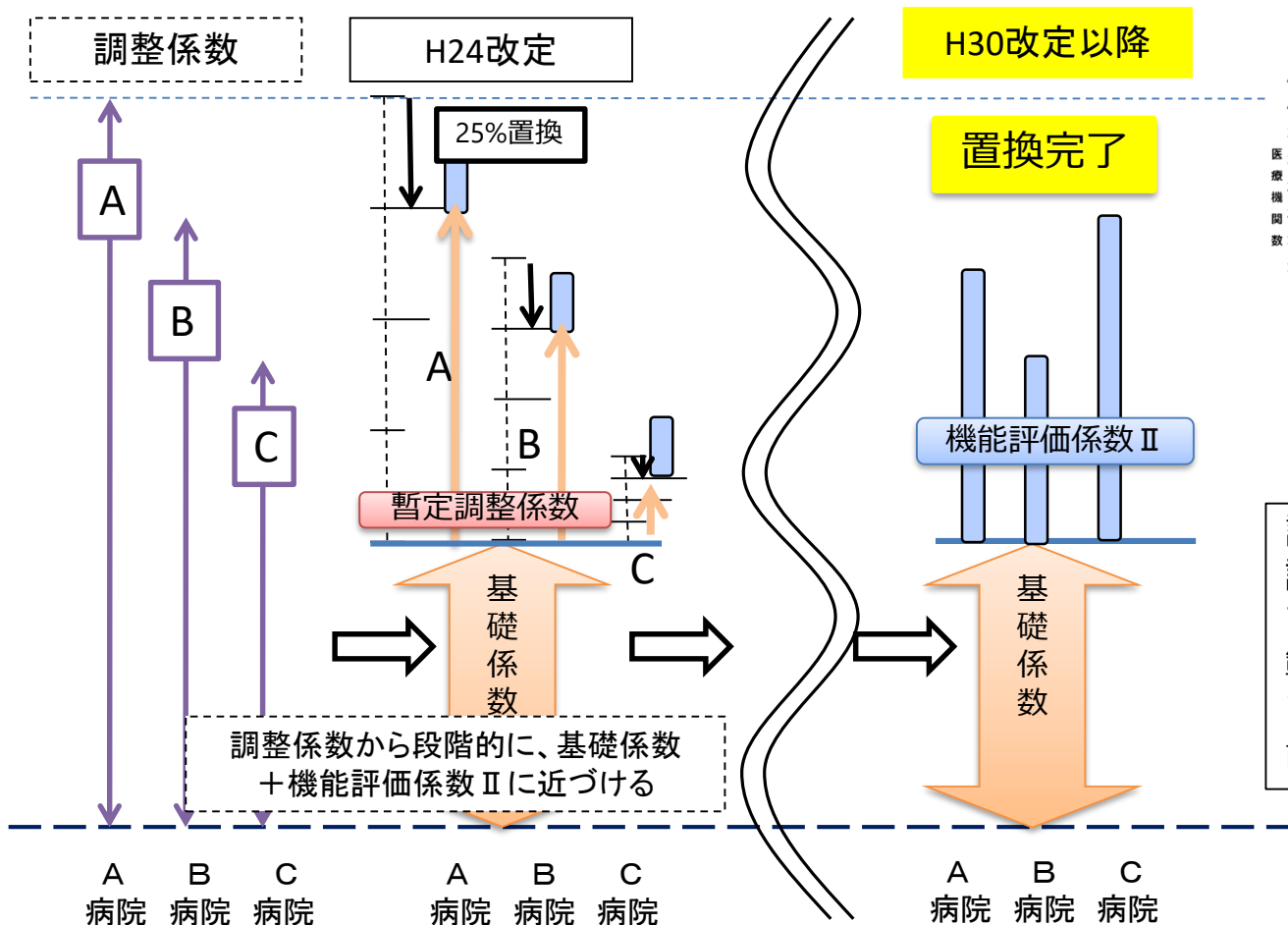
当面の作業に関する参考資料

DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす

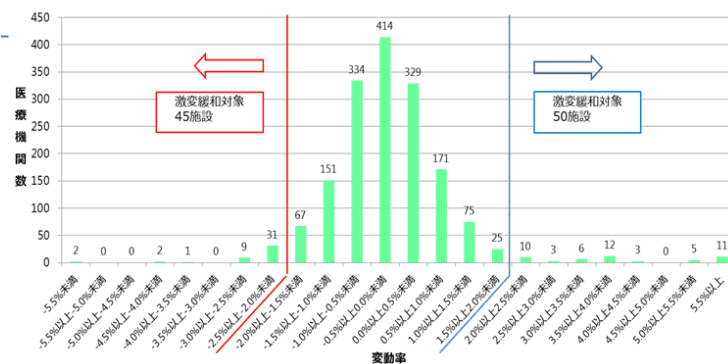
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
 - ※データ病床比：調査期間中の診断群分類点数表による算定の対象となる病床に入院していた患者（出来高患者は除く）に係る提出データ数/DPC対象となる病棟の届出病床数
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

調整係数の置き換え①（平成30年度における対応）

- 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了し、今後は基礎係数+機能評価係数Ⅱによる評価となる。
- 診療報酬改定等に伴う激変に対応する激変緩和係数を設定（改定年のみ）



報酬改定時の推計診療報酬変動の分布



調整係数置き換え完了後も、一定程度推計診療報酬変動が大きい医療機関が存在すると考えられ、医療機関別係数は包括範囲の診療報酬全体に影響する特性を踏まえると、報酬改定等に伴う激変緩和措置が必要と考えられた。

機能評価係数Ⅱの見直し（総論）

- 調整係数から機能評価係数Ⅱへの置き換え完了に伴い、機能評価係数Ⅱを中心とした評価体系に移行するため、制度の安定的な運用を確保する観点から機能評価係数Ⅱのあり方を再整理。
- 導入時より評価されている6つの係数（保険診療、効率性、カバー、複雑性、救急医療、地域医療）については、基本的評価軸として位置付け、追加された後発医薬品(※)、重症度については廃止。（※機能評価係数Ⅰにおいて評価）
- 項目間で評価の重みづけ（※※）や、係数間での分散を均等とする処理は廃止。

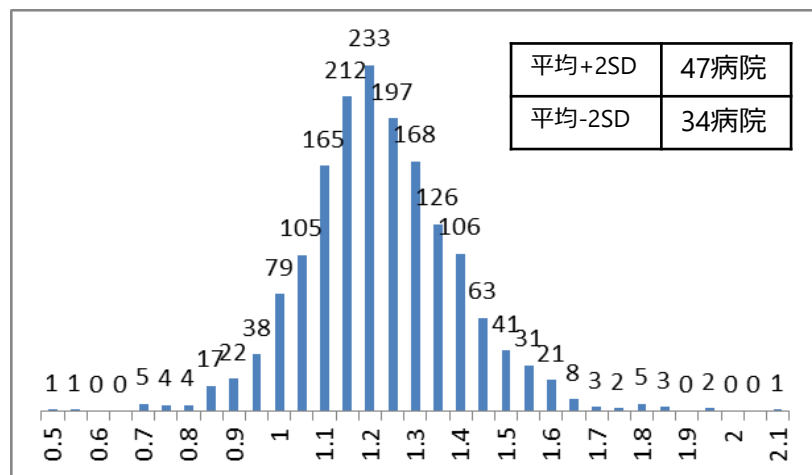
現行	改定後
保険診療係数	<u>データ作成基準の見直し、Ⅰ群Ⅱ群の評価の廃止</u>
効率性係数	(現行評価の継続)
複雑性係数	(現行評価の継続)
カバー率係数	<u>Ⅲ群での係数底上げ処理を廃止</u>
救急医療係数	<u>救急医療管理加算の評価に応じた指数の見直し</u>
地域医療係数・体制評価指数	<u>医療計画の見直しを踏まえた見直し</u>
地域医療係数・定量評価指数	(現行評価の継続)
後発医薬品係数	<u>廃止し、機能評価係数Ⅰにおいて評価</u>
重症度係数	<u>(評価を廃止)</u>

※※ 多様な医療機関が含まれ、項目間相互での評価の軽重を設定することが特に困難なDPC標準病院群だけでなく、制度の複雑化等の指摘等を踏まえ大学病院本院群、DPC特定病院群においても行わない。

調整係数の置き換え②（今後の課題）

- 平均的な診療実態から外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い等の医療機関については、退出等の対応を今後検討する。

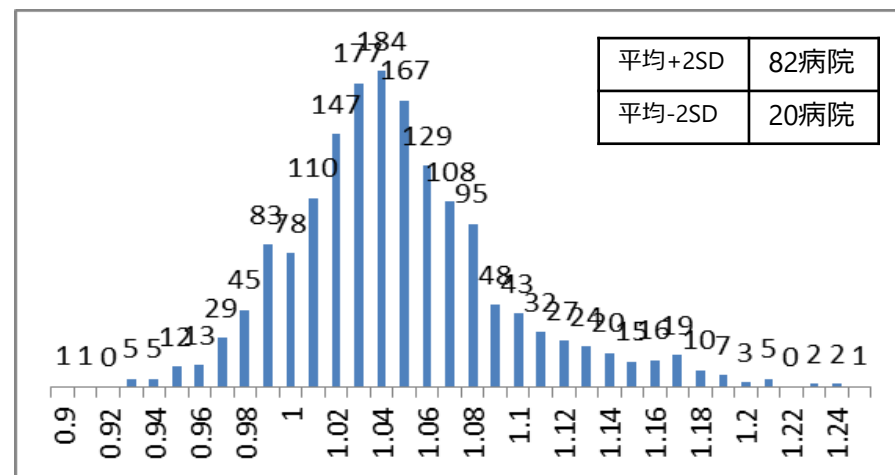
平均在院日数の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、平均在院日数の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを超える（平均在院日数が長い）医療機関が47存在する。これら医療機関は、DPC/PDPSにおいて期待される効率化などが不十分な可能性があり、このような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

診療密度の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、診療密度の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均-2SDを下回る医療機関が20存在する。このような医療機関は、診断群分類において平均的な病態とは異なる疾患を対象としている可能性や粗診粗療の懸念があり、さらにこのような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

DPC/PDPSに関連して、病院の診療内容に関する公開について以下の取り組みがなされている。

DPC導入影響評価

- 2003年にDPC/PDPS（急性期入院医療の1日あたり包括支払い）の導入にあたり、包括報酬の支払いによる診療内容への影響を評価するため、退院患者調査（いわゆるDPCデータの作成・収集）を開始。
- 退院患者調査の調査結果として、データを提出する約3400病院について医療機関毎にDPC対象病棟の平均在院日数等の診療に関するデータを厚生労働省ホームページ上で公開。

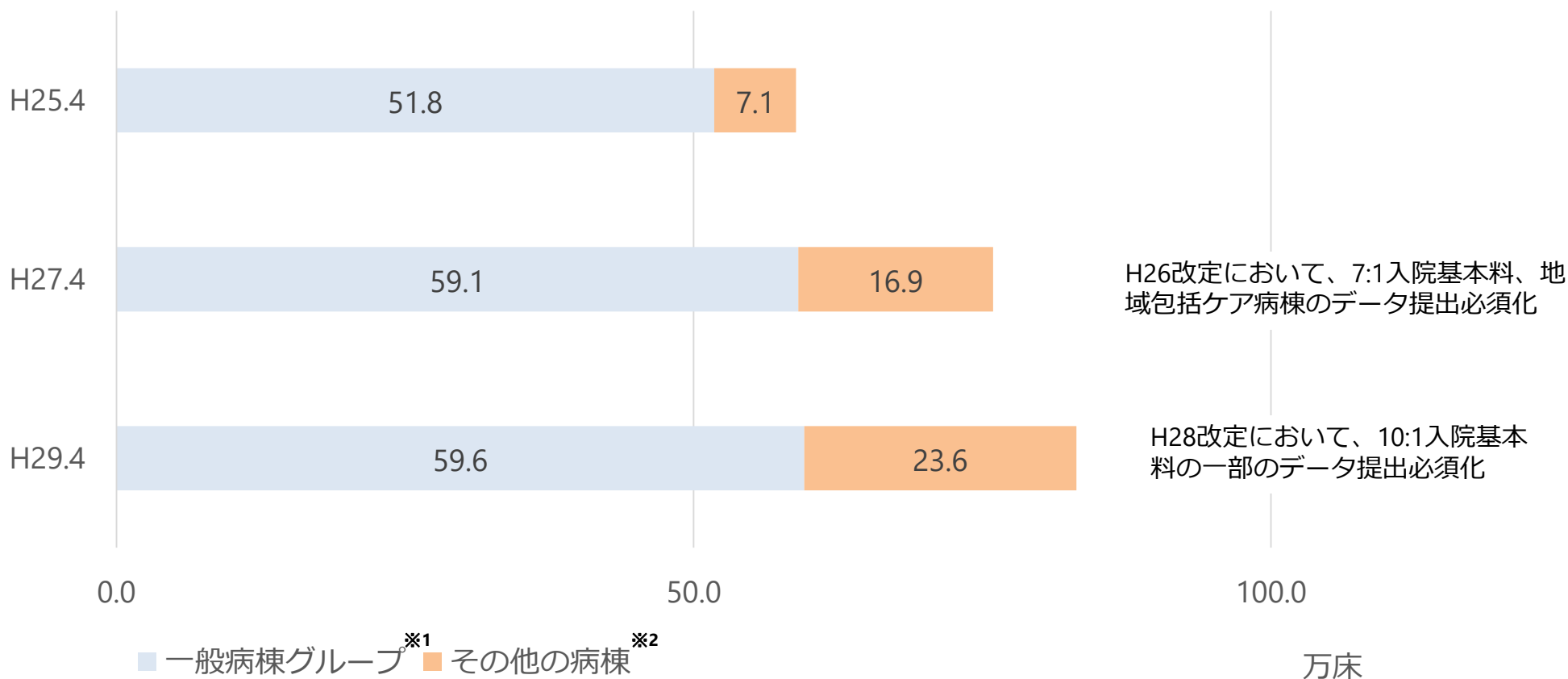
病院情報の公表

- 医療機関自らがDPCデータ等を活用し、患者や住民に対して積極的に自施設の診療に関する情報を提供することにより、診療内容の透明化や改善の促進を目指し、医療機関ごとにDPCデータ（主に様式1）を用いた情報の公表の取り組みを保険診療係数において評価している。
- 平成30年度診療報酬改定に向けた検討において、医療の質を示す指標等についての公開のあり方について、具体的な方法は引き続き検討することとされている。

DPCデータを提出する病床

H30年度改定において、急性期入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料の一部のデータ提出必須化

データを提出する病床の推移



※1 急性期一般病棟入院基本料や特定集中治療室管理料等、DPC/PDPS算定の対象となりうる入院料を算定する病棟

※2 精神病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等の上記以外の病棟

平成29年度より以下の項目について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加算している。

平成29年度の機能評価係数Ⅱの評価時点では、1664病院中1629病院が公表を行っている。

【集計項目】

- 1) 年齢階級別退院患者数
- 2) 診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位3位まで）
- 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 別患者数等
- 6) 診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位3位まで）
- 7) その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）

DPCデータの見直し（様式1の見直し）

- 様式1の簡素化、項目の追加を行う。

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退室時に測定
【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

- Eファイル、Fファイル等について以下の見直しを行う。
- DPC対象病院は「その他病棟グループ」の様式1の提出を必須化
- その他制度改正に伴う必要な見直し（退院先に介護医療院を追加、等）を行う。

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収集するため。

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

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。

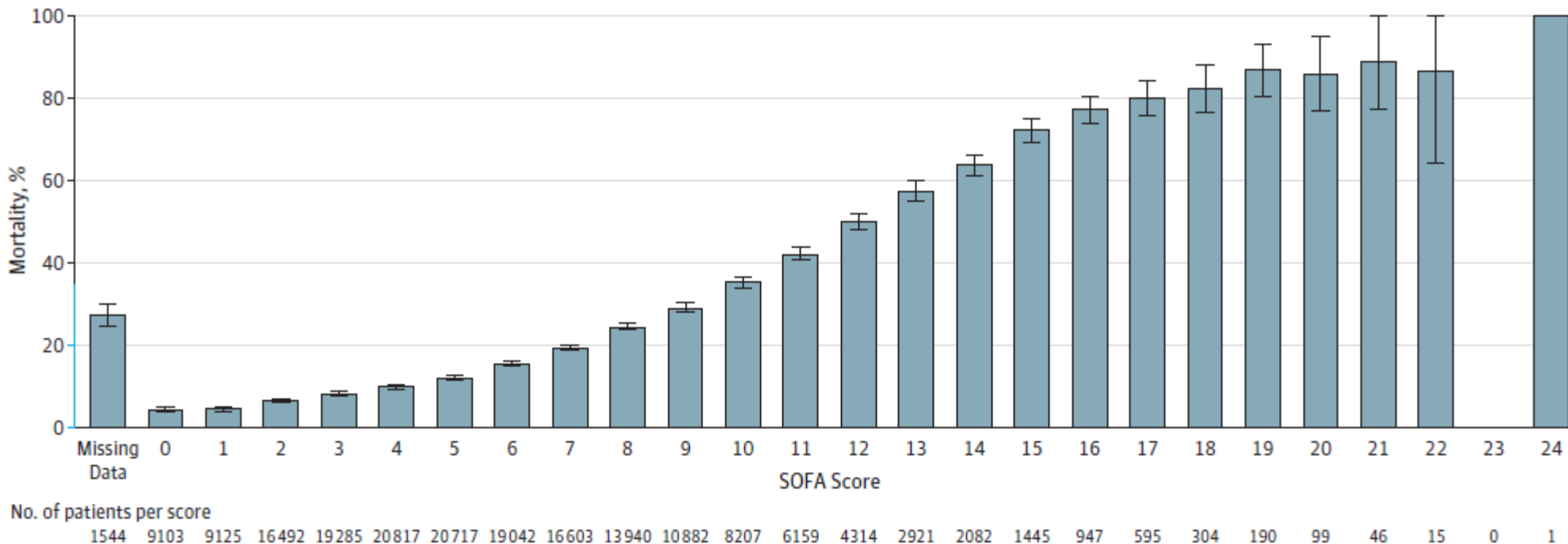
(参考)SOFAスコア

	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 ²]	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 ≤ 5γ あるいはドパミン 投与 (投与量を問わない)	ドパミン > 5γ あるいはエピネフリン ≤ 0.1γ あるいはノルエピネフリン ≤ 0.1γ	ドパミン > 15γ あるいはエピネフリン > 0.1γ あるいはノルエピネフリン > 0.1γ
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

(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

○ 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)

重症度、医療・看護必要度の見直し③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

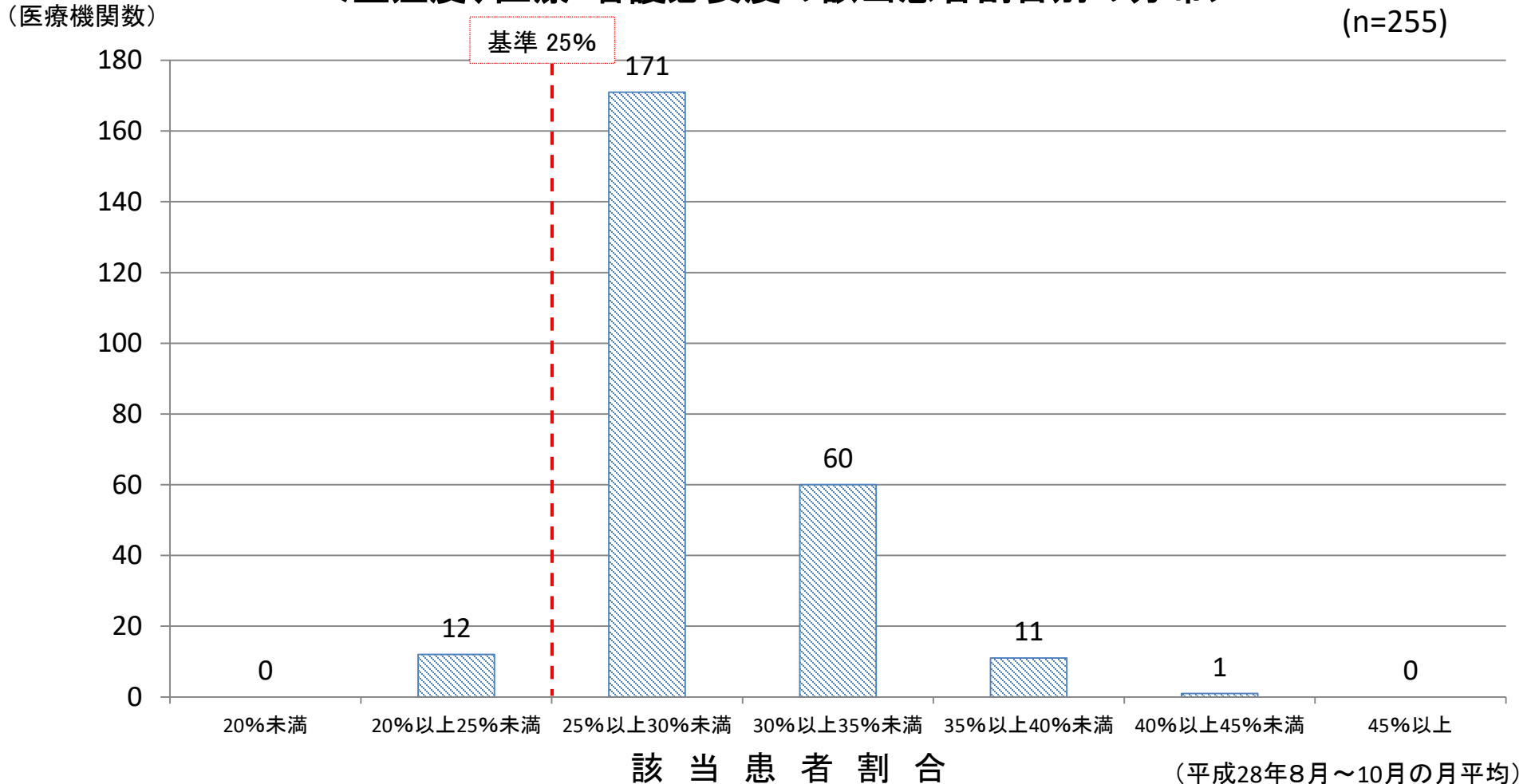
[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

参考

○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞



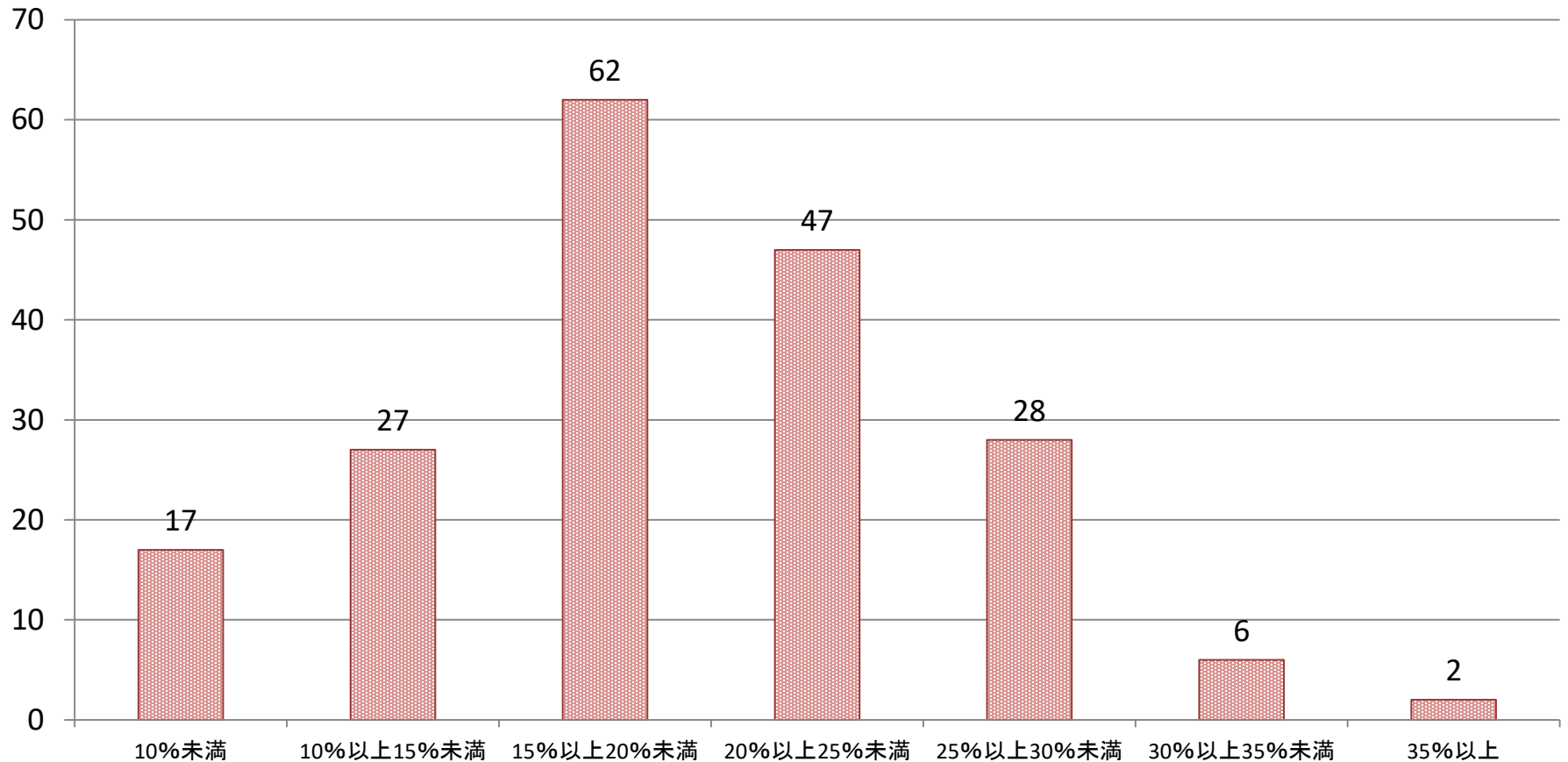
参考

○ 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が15%~20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

(医療機関数)

(n=189)

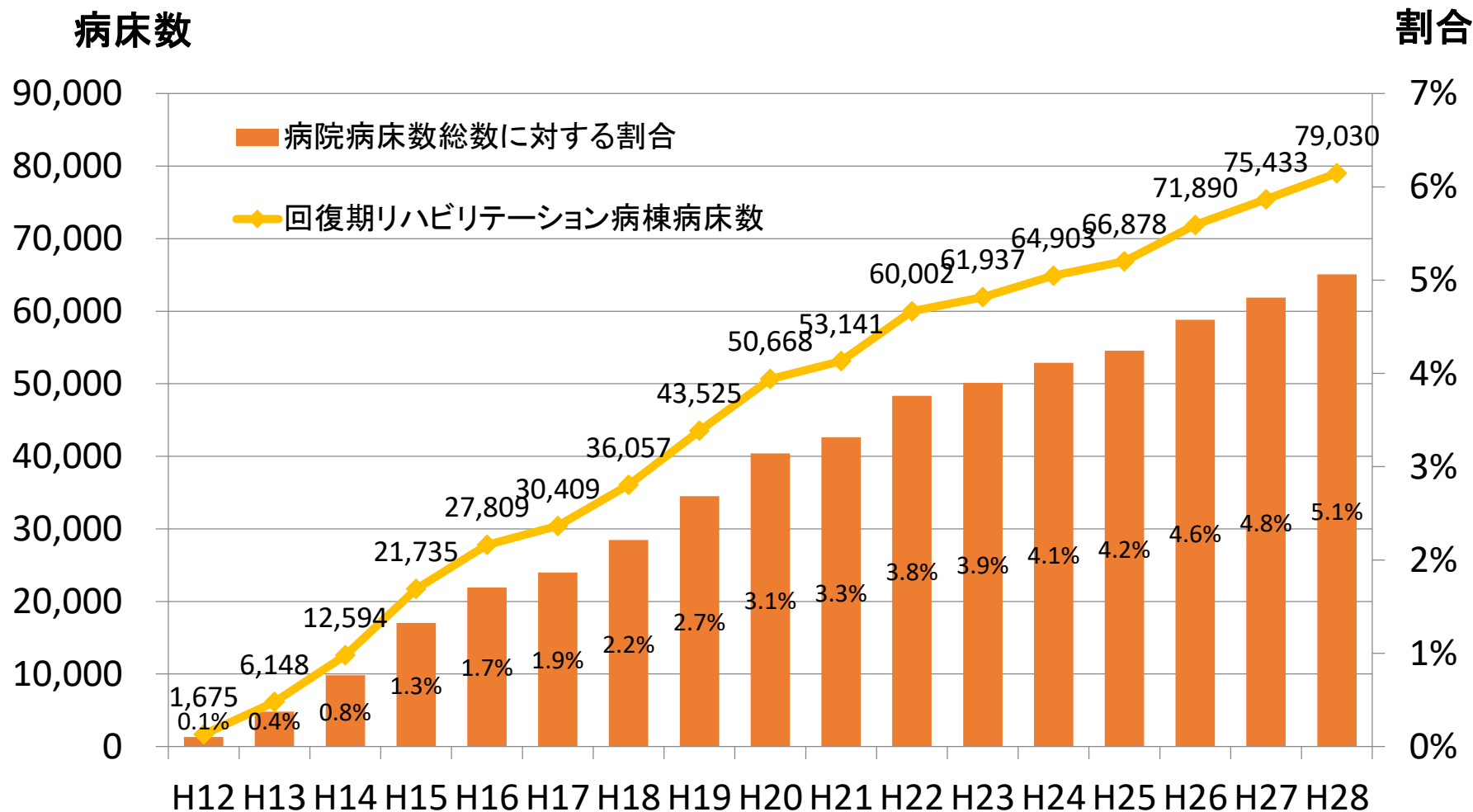


該当患者割合

(平成28年8月~10月の月平均)

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数の推移

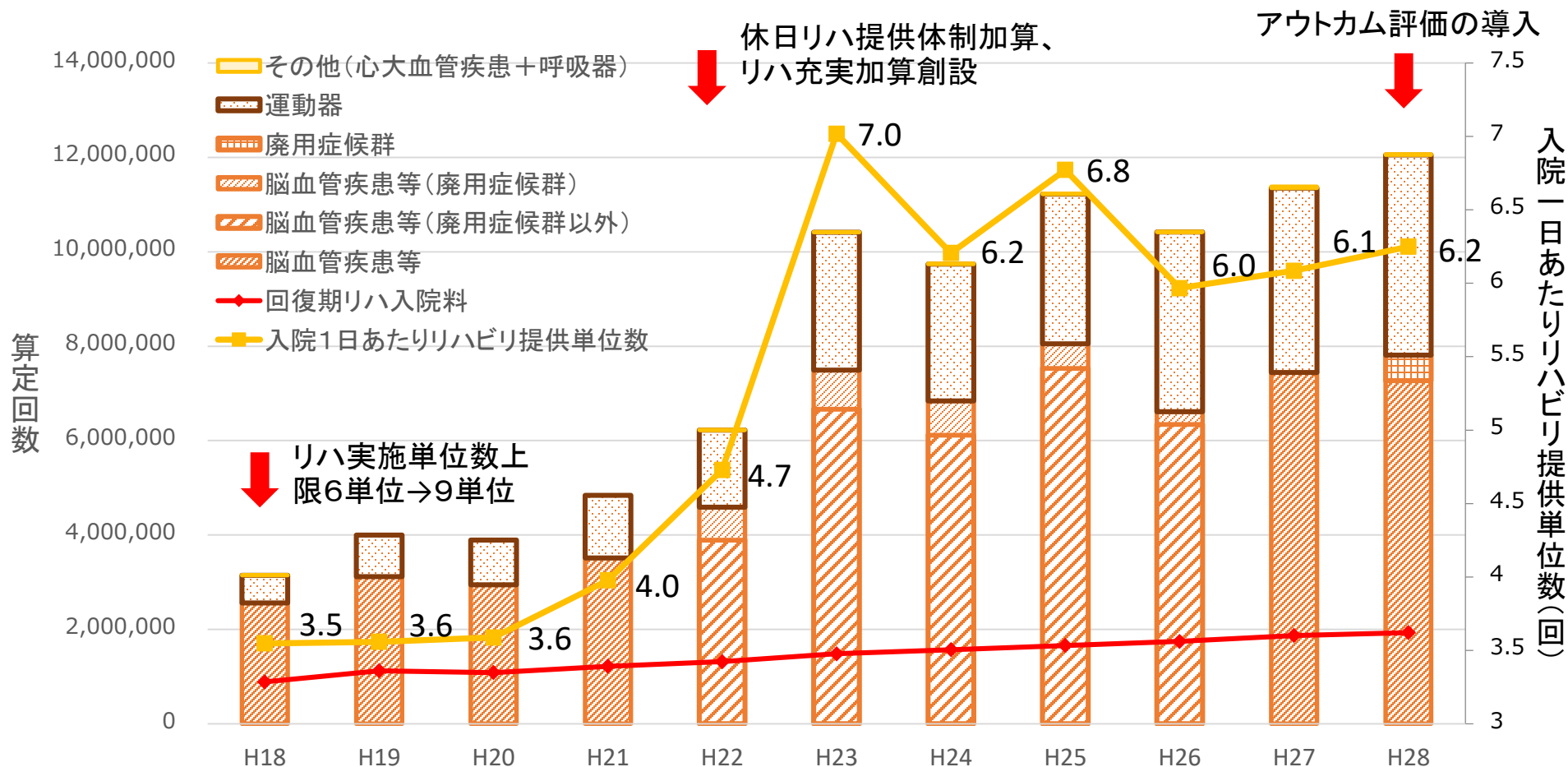
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は、約8万床で直近10年でおよそ2.2倍に増加している。



出典：回復期リハビリテーション病棟の病床数は保険局医療課調べ
 総病床数は平成12-28年医療施設（動態）調査・病院報告（毎年6月末 病院病床数）

疾患別リハビリテーションの提供単位数

○ 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は、入院患者1日あたり約6.2単位であり、近年やや増加している。



※便宜上、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している入院レセプトで算定されている疾患別リハビリテーションは、すべて回復期リハビリテーション病棟で実施されたものとして扱った。平成21年以前の脳血管疾患等リハビリテーション料に廃用症候群とそれ以外の区別はない。

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと(1月、4月、7月、10月)の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から**退棟した患者数(実績指数の対象となるものに限る)が10名以上**

②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟の**リハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上**

$$\text{1日平均提供単位数} = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「**実績指数**」が**2回連続して27未満**の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差) の総和}}{\text{各患者の} \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{ の総和}}$$

<実績指数の計算対象>

○報告月の前月までの6か月間に退棟した患者 (平成28年4月以降に入棟した患者のみ)

○ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

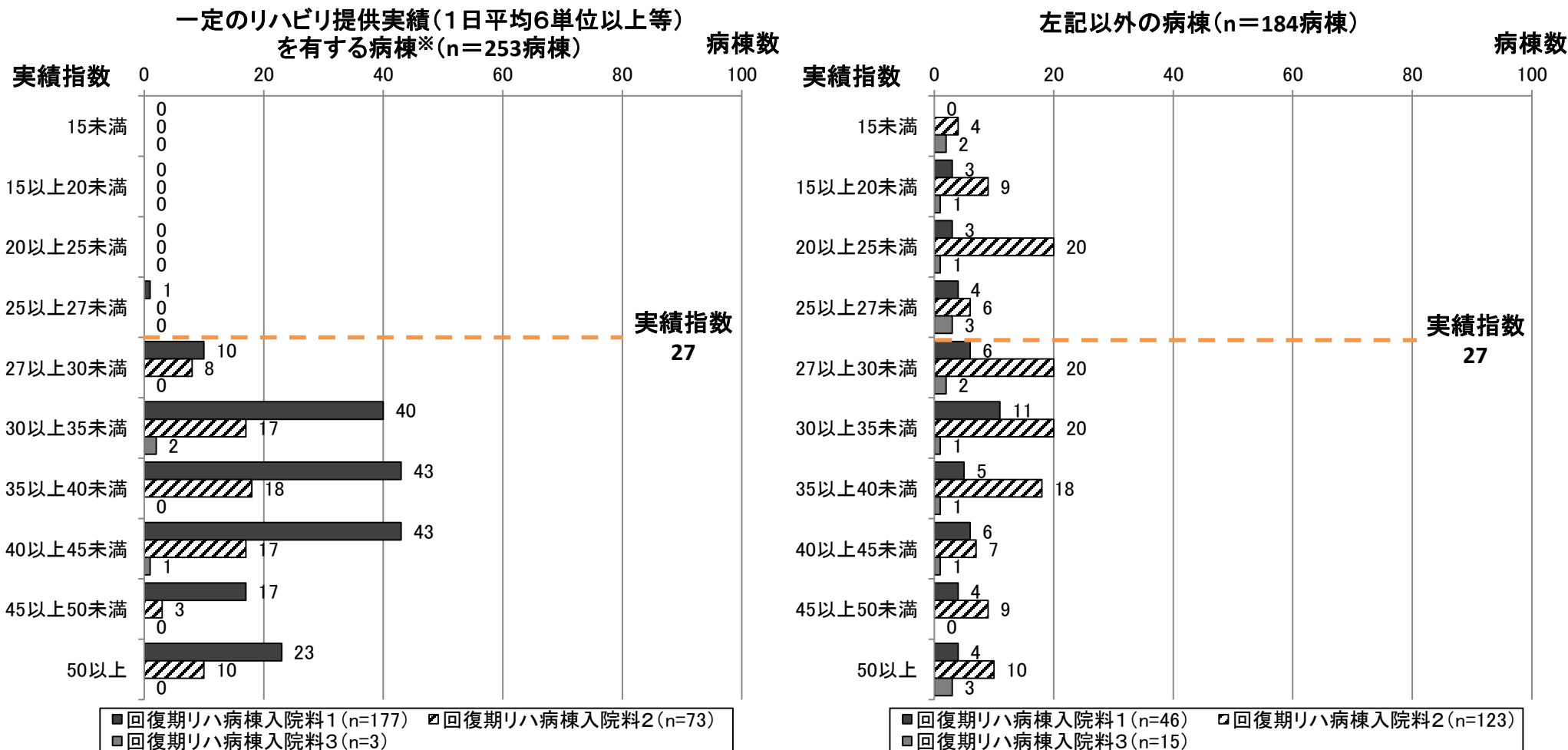
- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

実績指数別の分布②

○ 回復期リハビリテーション病棟で、一定のリハビリ提供実績(1日平均6単位以上等)を有する病棟※については、ほぼ全てが実績指数が27以上であった一方で、それ以外の病棟については、実績指数は幅広く分布していた。



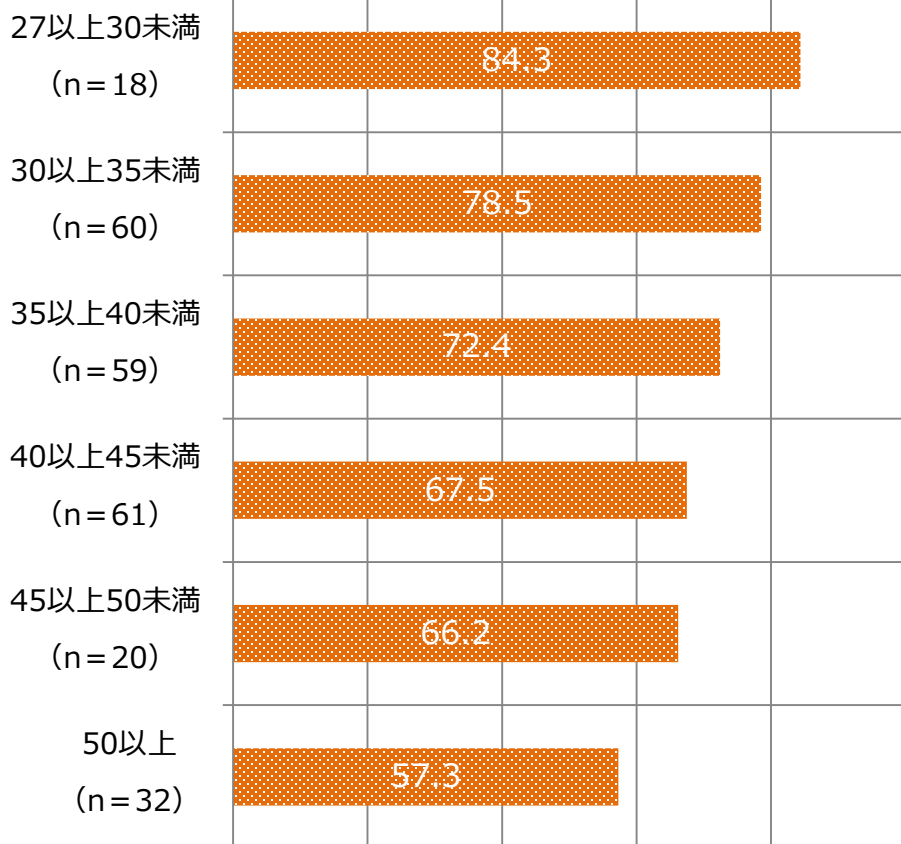
回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。

平均在院日数 (n=250施設)

0 20 40 60 80 100 (日)

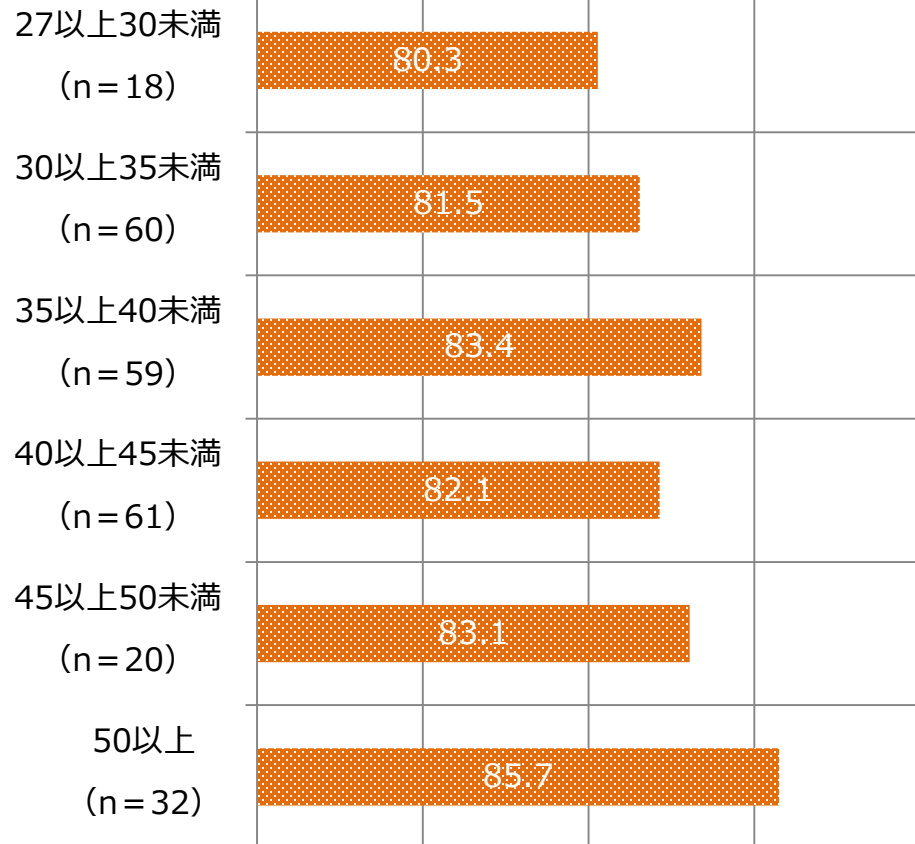
実績指数



在宅復帰率 (n=250施設)

70 75 80 85 90 (%)

実績指数



※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL 区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL 区分1	1,468点	1,230点	814点

※特別入院基本料 576点(生活療養を受ける場合 562点)

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者 21

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

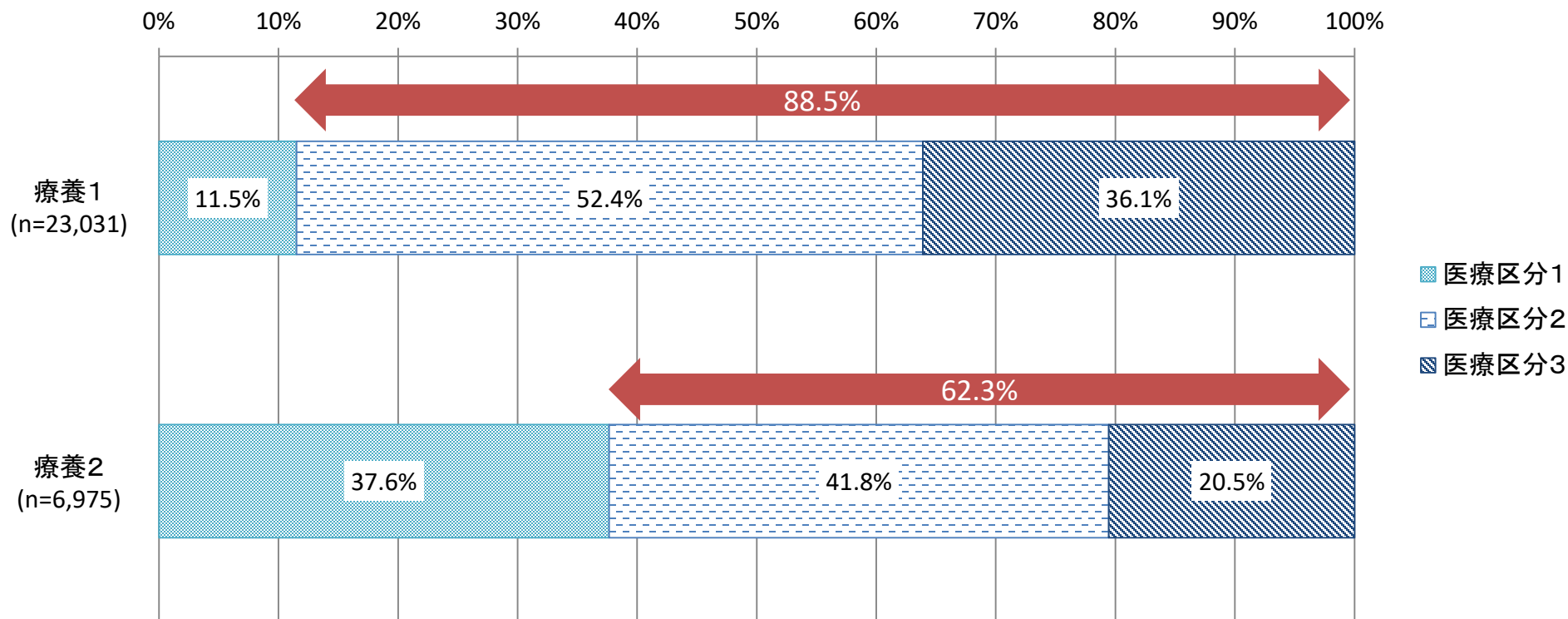
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

療養病棟入院患者の医療区分

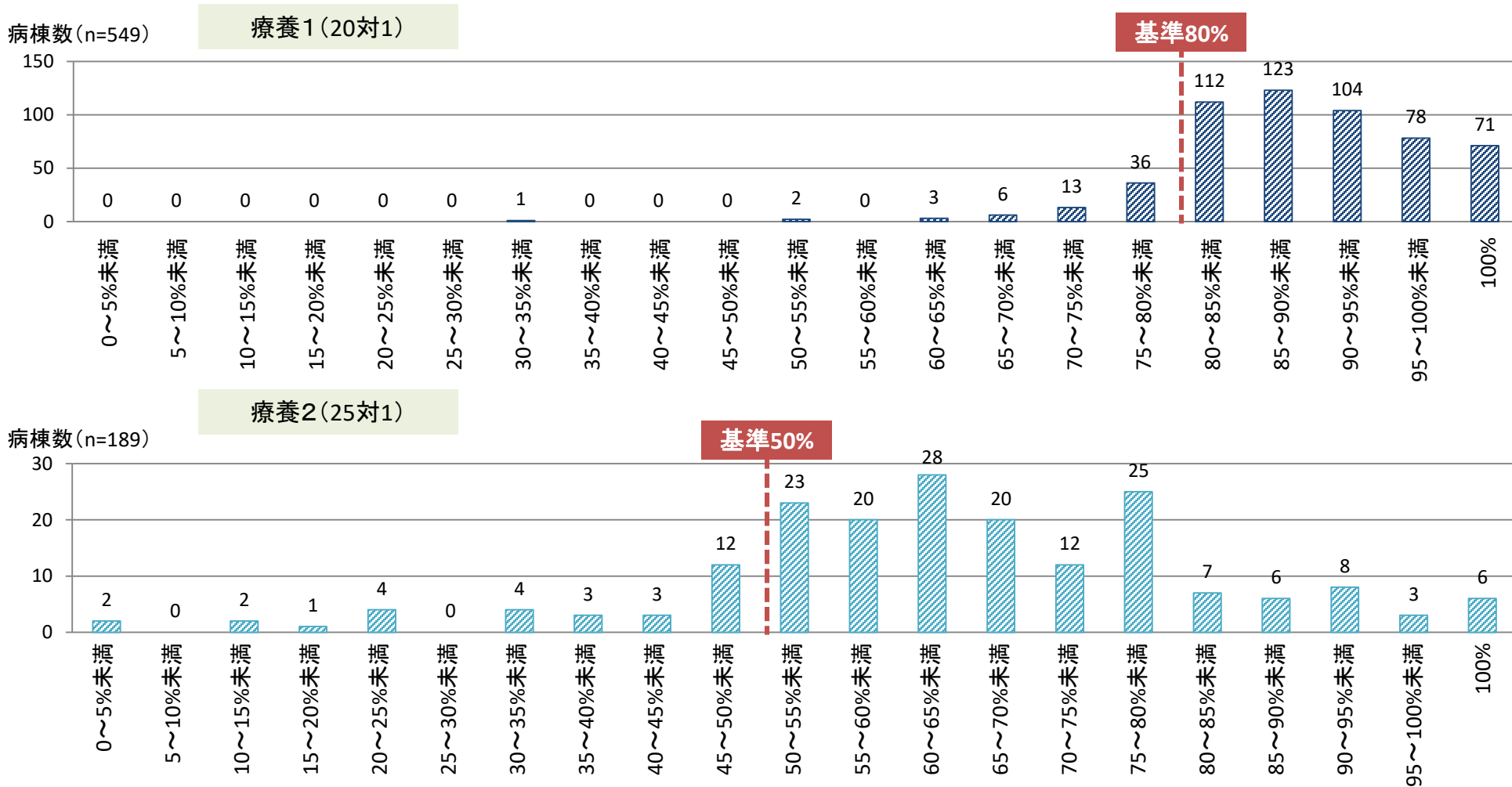
- 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

療養病棟入院患者の医療区分の割合



- 療養1(20対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、施設基準の80%を超える医療機関は全体の9割弱であった
- 療養2(25対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、施設基準の50%を超える医療機関は全体の8割強であった。

＜各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布＞



DPC/PDPSの参考資料

平成30年度診療報酬改定の概要

DPC/PDPS

本日の説明内容

- I DPC/PDPSの概要
- II 診療報酬の算定方法
- III 平成30年度診療報酬改定の内容

本日の説明内容

I DPC/PDPSの概要

- DPC/PDPSの概要
- DPC対象病院の要件
- DPC/PDPSの算定を行う病棟
- DPC/PDPSの算定対象とならない患者
- DPC対象病院が参加する調査

II 診療報酬の算定方法

III 平成30年度診療報酬改定の内容

DPC/PDPSの概要

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い方式である。

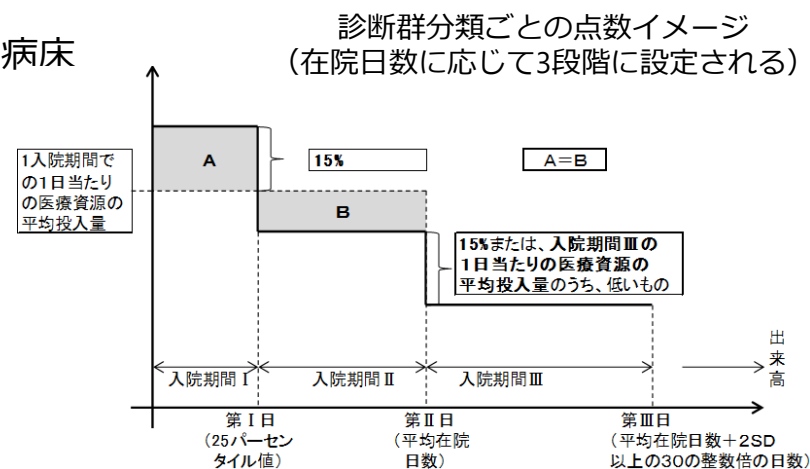
※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払方式を意味するものではない。

※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定方式を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成30年4月1日見込みで**1,730**病院・約**49**万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約**83**%を占める。

※ 平成28年7月時点で7対1または10対1入院基本料を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。



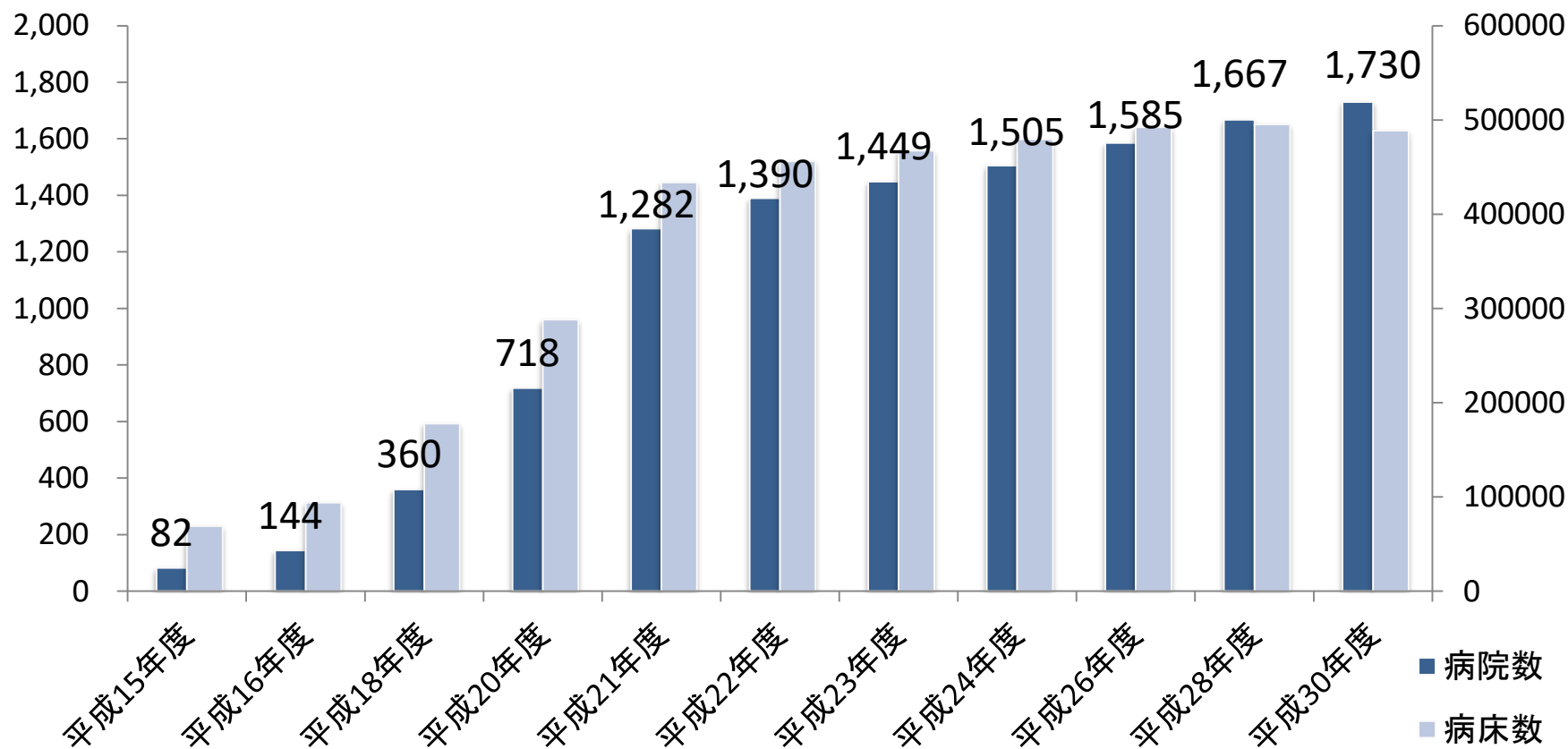
DPC/PDPSに係るこれまでの経緯

1998年	10病院	1 入院あたり定額払い方式の試行	診断群分類の見直し
2003年	82病院	閣議決定に基づき、特定機能病院にDPC/PDPS導入	
		【健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（平成15年3月28日閣議決定）】より抜粋 急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。	
2004年	82+62病院	62のDPC調査協力病院にDPC/PDPS試行的適用	
2006年	360病院	DPC対象病院となる基準の設定	
2008年	718病院	再入院ルール導入	
2009年	1,283病院		
2010年	1,334病院	6の機能評価係数Ⅱ導入	
2011年	1,449病院	調査の通年化	
2012年	1,505病院	調整係数の段階的置換え 基礎係数導入（医療機関群設定）	
2014年	1,585病院	後発医薬品係数導入	
2016年	1,667病院	重症度係数導入	
2018年	1,730病院	調整係数の置き換え完了 基礎係数・機能評価係数Ⅱの再整理、激変緩和係数導入	

DPC対象病院数

DPC対象病院は、平成30年度に68病院が参加、1病院が退出し、平成30年度4月1日時点では、1,730病院となった。（退出した病院は、独立行政法人国立病院機構高松医療センター、退出理由は一般病棟入院基本料を算定する病棟がなくなったため。）

DPC準備病院は、平成30年度に64病院が新たに参加し、平成30年度4月1日時点では、262病院となった。



DPC対象病院の要件

DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる
「DPC算定病床」

- ・ A100 一般病棟入院基本料
- ・ A104 特定機能病院入院基本料
- ・ A105 専門病院入院基本料
- ・ A300 救命救急入院料
- ・ A301 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
- ・ A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ A301-4 小児特定集中治療室管理料
- ・ A302 新生児特定集中治療室管理料
- ・ A303 総合周産期特定集中治療室管理料
- ・ A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・ A305 一類感染症患者入院医療管理料
- ・ A307 小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定

- ・ 出来高算定の診断群分類に該当する患者
- ・ 特殊な病態の患者
 - － 入院後 2 4 時間以内に死亡した患者
 - － 生後 7 日以内の新生児の死亡
 - － 臓器移植患者の一部
 - － 評価療養/患者申出療養を受ける患者 等
- ・ 新たに保険収載された手術等を受ける患者
- ・ 診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

- A106 障害者施設等入院基本料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-3 地域包括ケア病棟入院料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料 等

出来高算定

精神病棟

結核病棟

療養病棟

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

K 0 4 6 - 3	一時的創外固定骨折治療術
K 0 6 0 - 2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 2 関節鏡下で行うもの
K 0 7 6 - 2	関節鏡下関節授動術
K 0 8 2 - 4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
K 1 3 3 - 2	後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
K 1 4 2 - 5	内視鏡下椎弓形成術
K 1 8 8 - 2	硬膜外腔癒着剥離術
K 2 6 8	緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K 3 2 0 - 2	人工中耳植込術
K 4 0 0	喉頭形成手術 3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの
K 4 6 3 - 2	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
K 4 7 4 - 3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき） 2 M R I によるもの
K 5 2 0	食道縫合術（穿孔、損傷） 4 内視鏡によるもの
K 5 2 3 - 2	硬性内視鏡下食道異物摘出術
K 5 2 4 - 3	腹腔鏡下食道憩室切除術
K 5 2 9 - 3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
K 5 5 4 - 2	胸腔鏡下弁形成術
K 5 5 5 - 3	胸腔鏡下弁置換術
K 5 5 9 - 3	経皮的僧帽弁クリップ術
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術 1 血管損傷の場合
K 5 9 4 - 2	肺静脈隔離術
K 5 9 7	ペースメーカー移植術 3 リードレスペースメーカーの場合
K 6 0 2 - 2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）
K 6 1 2	末梢動静脈瘻造設術 1 静脈転位を伴うもの

K 6 4 7 - 3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
K 6 6 4 - 3	薬剤投与用胃瘻造設術
K 6 6 5	胃瘻閉鎖術 2 内視鏡によるもの
K 6 6 8 - 2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
K 6 8 4 - 2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
K 6 8 9 - 2	経皮経肝バルーン拡張術
K 7 0 0 - 3	腹腔鏡下脾腫瘍摘出術
K 7 3 0	小腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K 7 3 1	結腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K 7 3 5 - 5	腸管延長術
K 7 4 1 - 2	直腸瘤手術
K 7 4 3	痔核手術（脱肛を含む。） 5 根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの）
K 7 7 7	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 7 9 2	尿管腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 8 0 5 - 2	膀胱皮膚瘻造設術
K 8 0 5 - 3	導尿路造設術
K 8 0 8	膀胱腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 8 3 4 - 3	顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 8 4 1 - 5	経尿道的前立腺核出術
K 8 5 8	腔腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 9 0 9	流産手術 1 妊娠11週までの場合 イ 手動真空吸引法によるもの
K 9 2 4 - 2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（高額薬剤）

- 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集されDPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。
- 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

1. 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済公知申請
2. 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
3. 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

- 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

・退院患者調査

診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

・特別調査

中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式 1	簡易診療録情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式 4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	DPCレセプト
EF統合ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	出来高レセプト
外来EF統合 ファイル	外来患者の医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	外来の出来高レセプト
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式 3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

1. 概要

- 機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、DPC対象病院及びDPC準備病院からの年1回の厚生局への別途様式による届出（「定例報告」）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

2. 報告内容（案）

（1）施設基準の届出状況

（2）都道府県が行う事業への参加状況

- ① 救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
- ② 災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
- ③ へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
- ④ 周産期医療（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認定）
- ⑤ がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）

（3）その他

- ① 病床数（DPC算定病床数）等

本日の説明内容

I DPC/PDPSの概要

II 診療報酬の算定方法

- ・ DPCの基本構造
- ・ DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法
- ・ 1日あたり点数の設定方法
- ・ 包括評価の考え方
- ・ 医療機関別係数

III 平成30年度診療報酬改定の内容

DPCの基本構造

○ 日本における診断群分類は、以下の順に**14桁**の英数字で構成される。

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「**組合せ (Combination)**」

※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度を意味する。

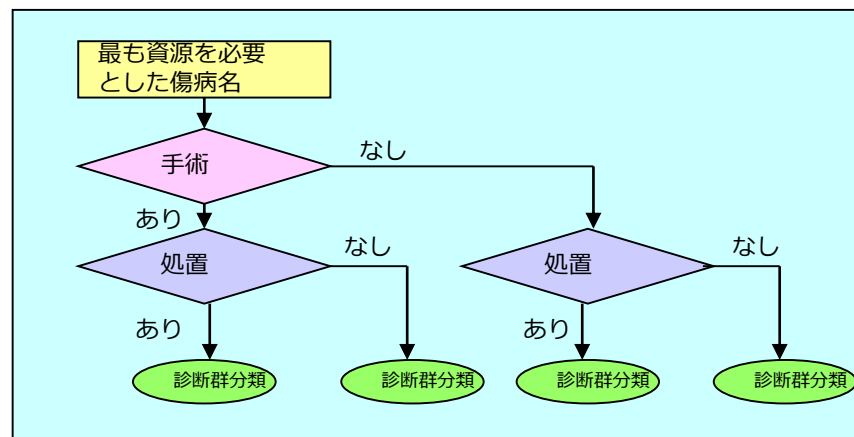
米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC (Major Diagnostic Categories) 18種

DPCコード 4,955分類

(うち支払分類 2,462分類)

※ 平成30年度改定時



○ 「診断 (傷病名)」は、「ICD-10」により定義され、

「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)」で定義される。

※ ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略

DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

DPCの基本構造（診断群分類のイメージ）

傷病名（Diagnosis）

①MDC（Major Diagnostic Category
主要診断群）：18種類

②傷病名の細分類

01 0010 x x 99 x 0 x x

⑦副傷病
0: なし
1: あり

⑧重症度等
A-DROPスコア等

手術・処置（Procedure）

③年齢・出生時体重等

【年齢・月齢】

- 0: n歳以上 (nか月以上)
- 1: n歳未満 (nか月未満)

【出生児体重】

- 1: 2,500g以上
- 2: 1,500g以上2,500g未満
- 3: 1,000g以上1,500g未満
- 4: 500g以上1,000g未満
- 5: 500g未満

【JCS】

- 0: 10未満
- 1: 10以上

【Burn Index】

- 1: 10未満
- 2: 10以上

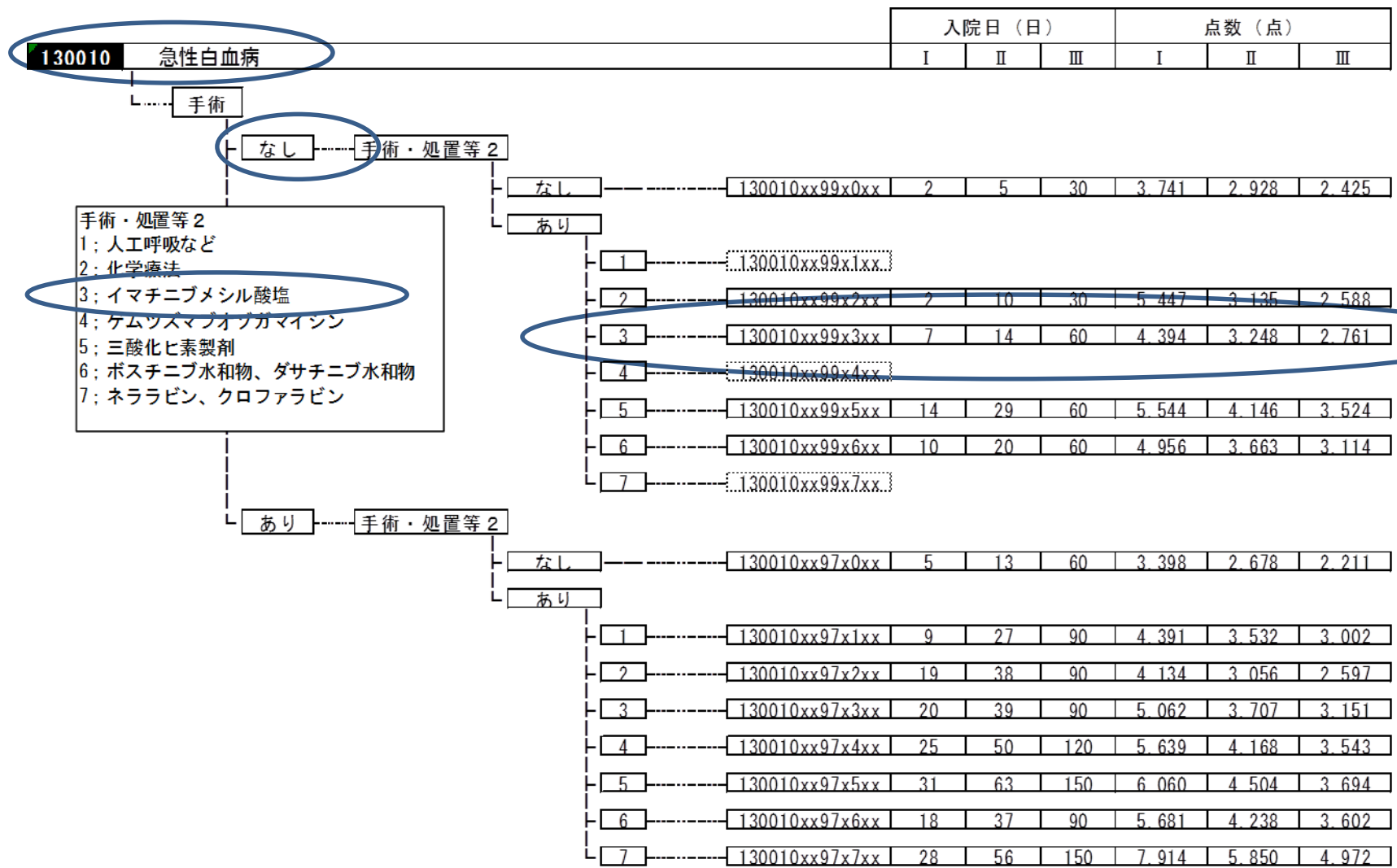
⑥手術・処置等 2
0: なし
1: あり
2~A: 定義テーブルによる手術・処置等あり

⑤手術・処置等 1
0: なし
1: あり
2~5: 定義テーブルによる手術・処置等あり

④手術
01~06: 定義テーブルによる手術あり
97: その他手術あり（手術あり・なしでしか分岐していない場合は「手術あり」）
99: 手術なし

DPCの基本構造 (ツリー図)

急性白血病に対し、手術を行わず、イマチニブメシル酸塩を使用した場合
 急性白血病(上6桁130010を選択)⇒手術なし(9,10桁目99を選択)⇒イマチニブメシル酸塩(12桁目3を選択)
 ⇒130010xx99x3xxが決定



DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

- 【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

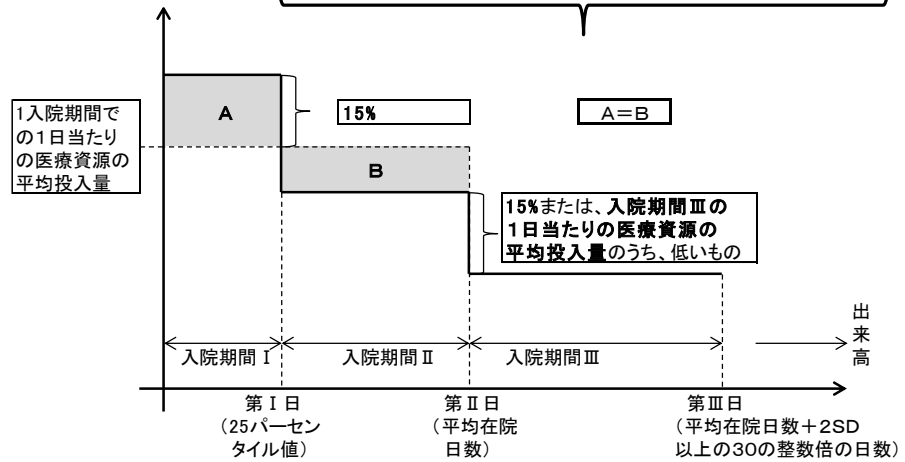
ドクターフィー的報酬部分等

- 【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

+

【包括評価部分】

$$\text{DPC 毎の 1日あたり点数} \times \text{在院日数} \times \text{医療機関別係数}$$



基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数 (該当医療機関のみ設定)

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（包括範囲となる項目）

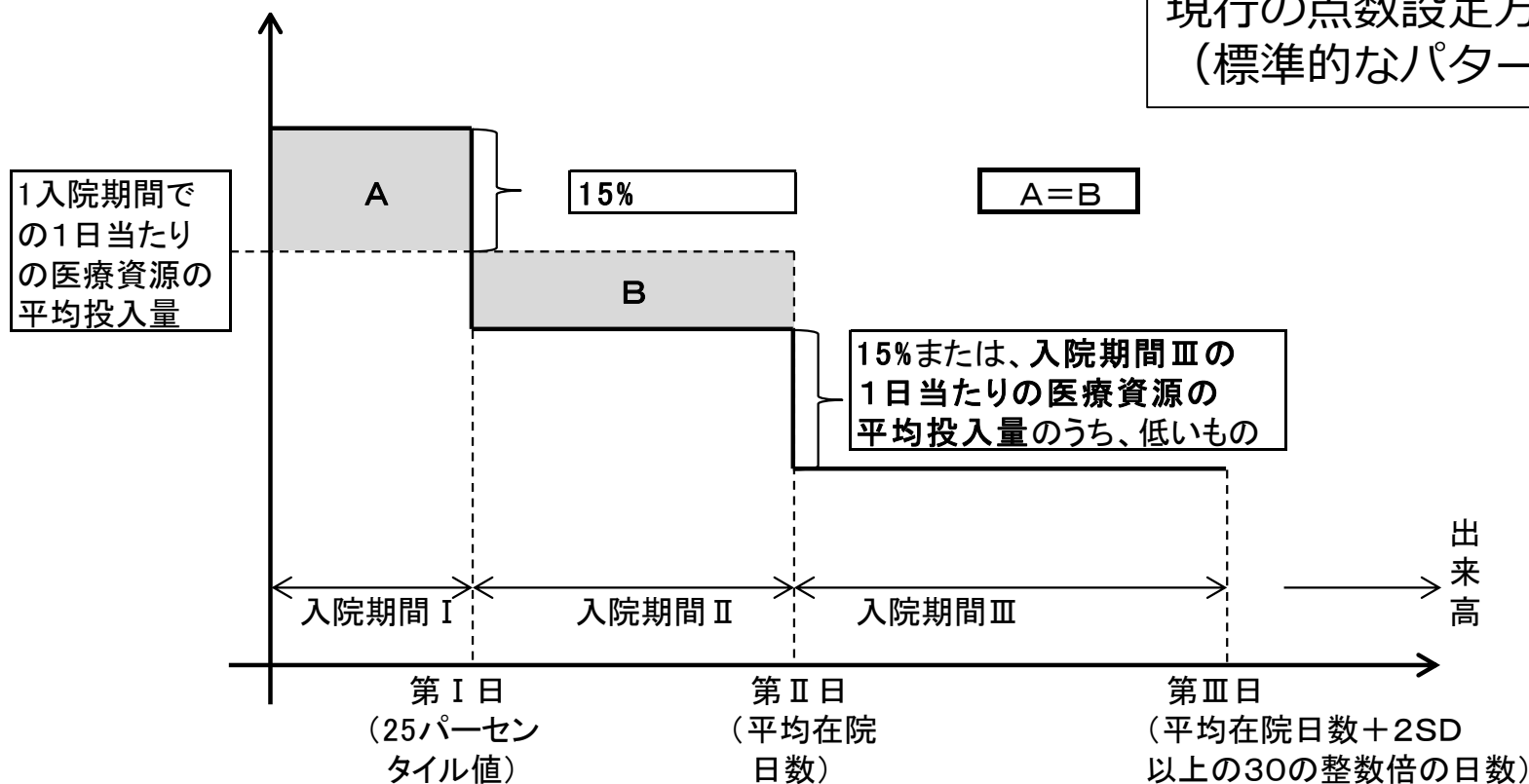
「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 （機能評価係数Ⅰとして評価）	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て（DPC包括対象外）
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1000点未満処置）	1000点以上処置 慢性腎不全で定期的にも実施する人工腎臓及 び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	H I V治療薬 血液凝固因子製剤（血友病等に対する） ⁴²

1日あたり点数の設定方法（概要）

< 1日あたり定額点数・設定方式のポイント >

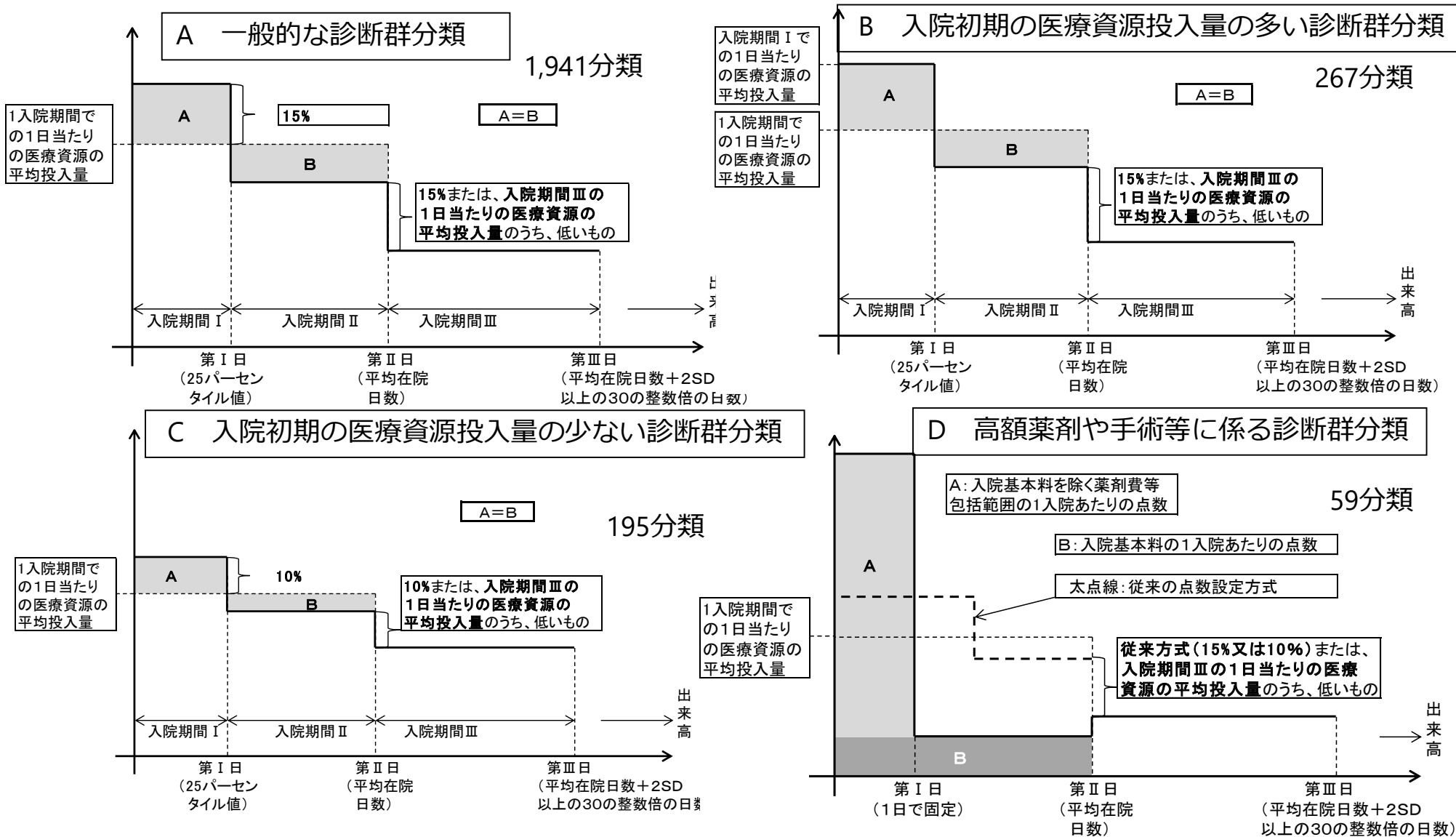
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数+2SD以上の30の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応

現行の点数設定方式の例
（標準的なパターンA）



1日あたり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。



包括評価の考え方（基本原則）

（包括評価の基本原則）

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群とする。

前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが個別的には許容する必要がある（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウトライヤー（外れ値）処理として除外等の対応を行う。

前提② 包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
- このことから、包括評価（定額点数）の水準の是非についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

包括評価の考え方（1入院当たりと1日当たり定額包括評価の比較）

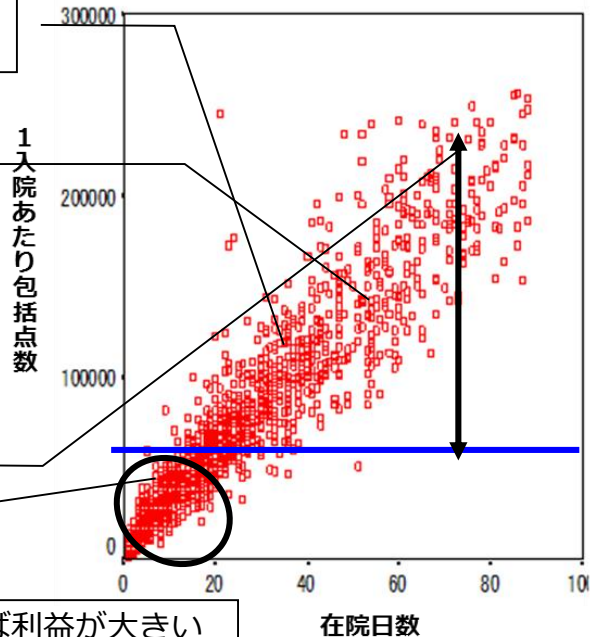
支払額は、在院日数に関係なく一定

在院日数を短くする強いインセンティブ

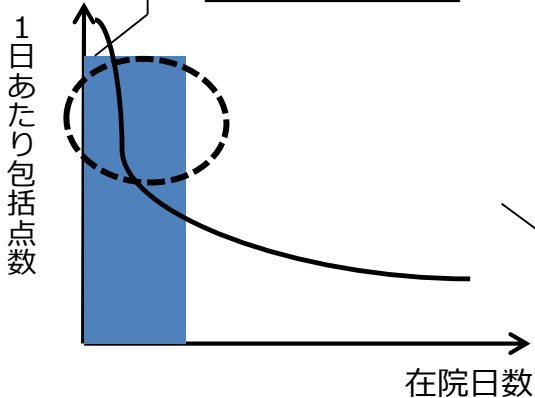
在院日数がばらついている現状では大きな差額が発生

在院日数が短ければ利益が大きい

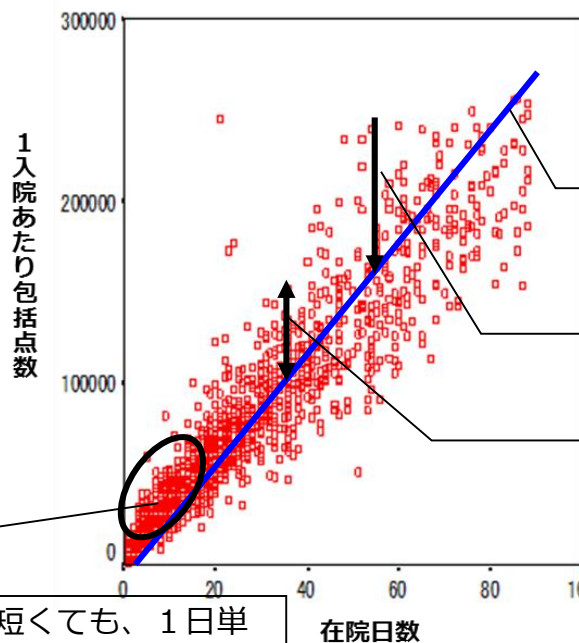
1 入院当たり包括評価



支払イメージ



1 日当たり定額包括評価



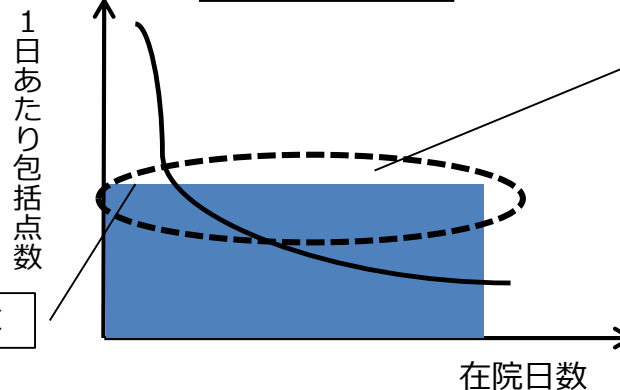
支払額は在院日数に比例

1日単価を下げる強いインセンティブ

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日単価が高ければ利益は小さい

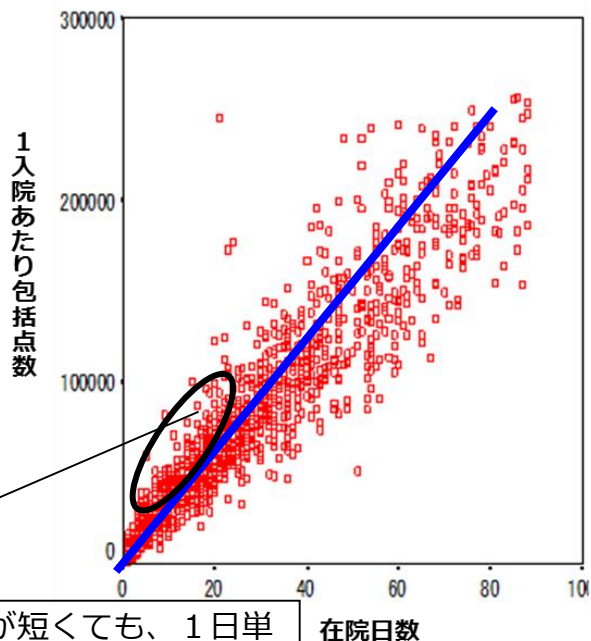
支払イメージ



出来高の点数

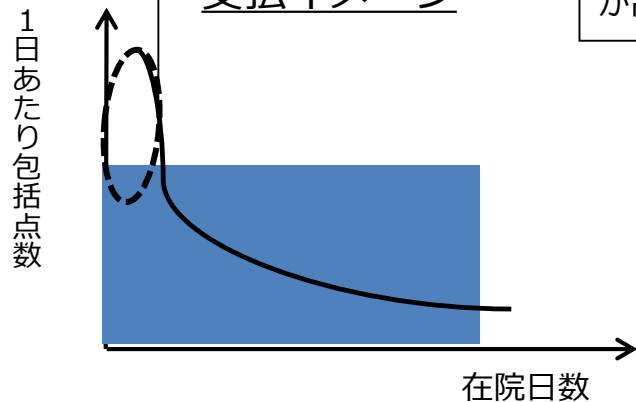
包括評価の考え方（1日当たり包括評価の手法の検討）

【基本形】



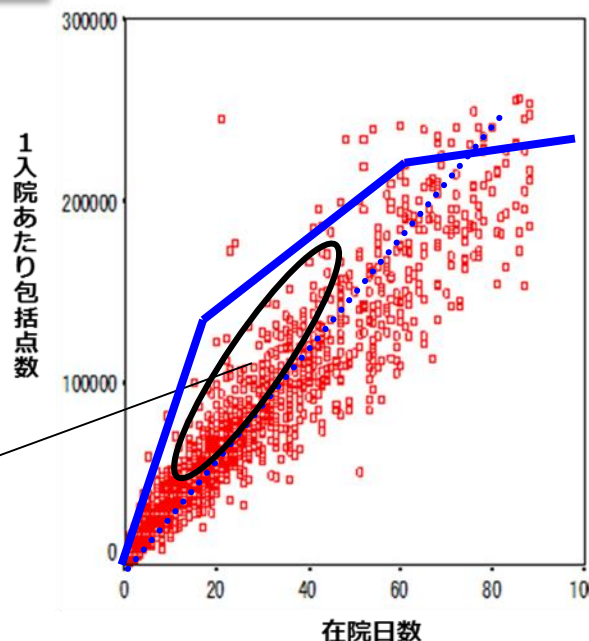
在院日数が短くても、1日単価が高ければ利益は小さい

支払イメージ



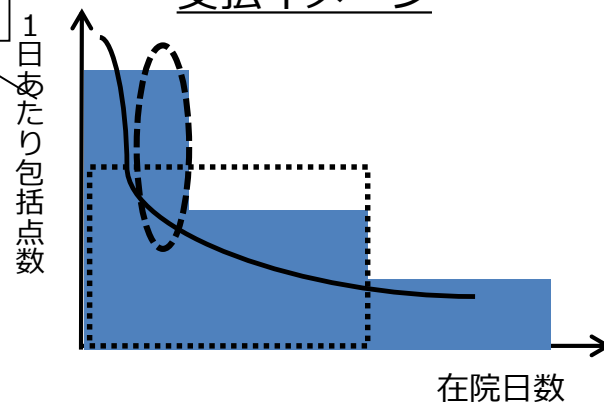
DPC/PDPS

【在院日数を加味した形】



在院日数が短く1日単価が高くても利益は大きい

支払イメージ



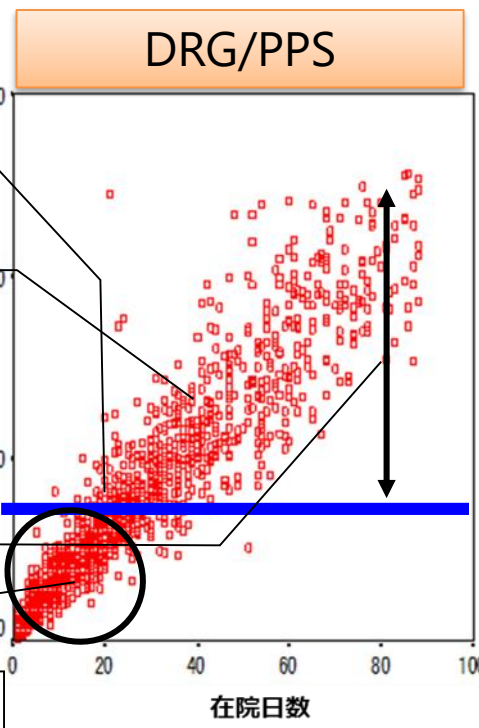
参考：DRG/PPSとDPC/PDPSの比較

支払額は、在院日数に関係なく一定

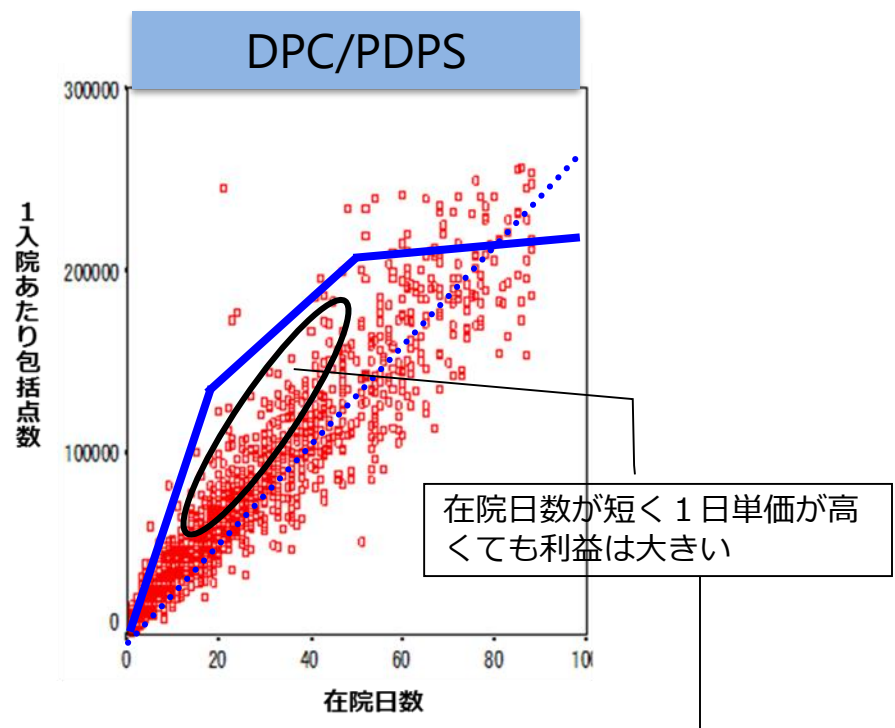
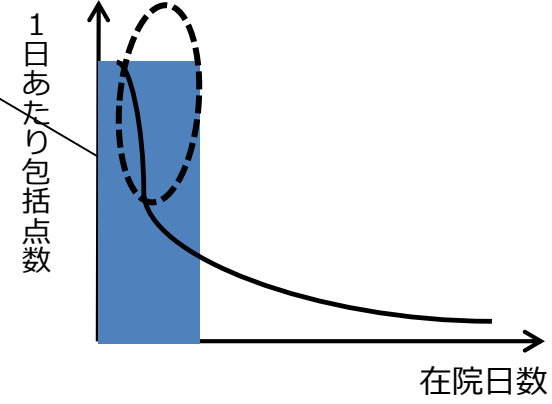
在院日数を短くする強いインセンティブ

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

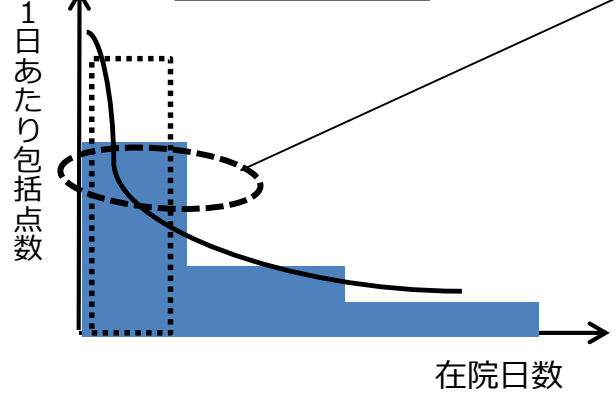
在院日数が短ければ利益は大きい



支払イメージ



支払イメージ

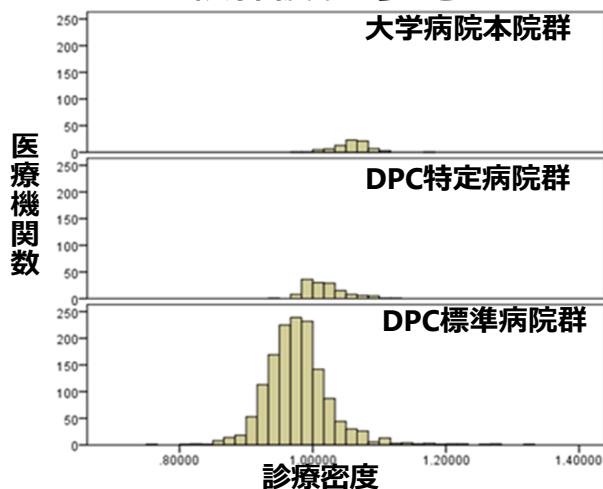


医療機関別係数（基礎係数）

基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの

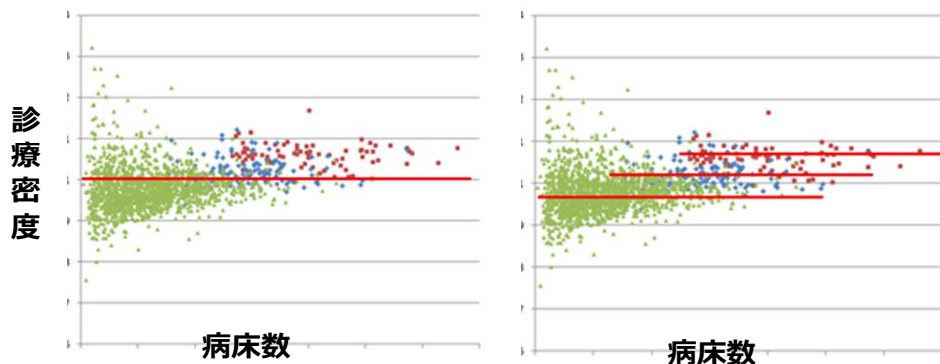
$$[\text{基礎係数}] = [\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}] \div [\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]$$

診療密度のばらつき



[基礎係数の基本的な考え方]

- 全病院一律に基礎係数を設定することは、大学病院本院のようにほかの施設と異なる機能や役割を担う医療機関も含めた全ての医療機関について同一の平均値を設定することは、その役割を担うインセンティブを阻害する懸念があるため、いくつかの医療機関群を設定している。
- 医療機関群として、大学病院本院で構成される大学病院本院群、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成されるDPC特定病院群、その他をDPC標準病院群として設定している。
- 医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつき（左図）は、群ごとに比較的少なく、医療機関群の設定手法は合理性が確認されている。



左図のように一律の基礎係数を設定すると、機能が異なる全医療機関に同程度の効率化等を求めることとなるため、3つの群を設定している。

DPC特定病院群の設定要件

- 4つの実績要件の全て（実績要件3は5/6）で基準値を満たす
 1. 診療密度
 2. 医師研修の実施
 3. 特定の医療技術の実施
 4. 補正複雑性指数

医療機関別係数（機能評価係数Ⅰ）

機能評価係数Ⅰは当該医療機関の全入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算）について係数化したもの。

病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算
	A204	地域医療支援病院入院診療加算
	A204-2	臨床研修病院入院診療加算
	A207	診療録管理体制加算
	A207-2	医師事務作業補助体制加算
	A234	医療安全対策加算
	A234-2	感染防止対策加算
	A244	病棟薬剤業務実施加算
	A245	データ提出加算
	A230	精神病棟入院時医学管理加算
	A230-2	精神科地域移行実施加算
	A243	後発医薬品使用体制加算
	D026	検体検査管理加算
看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算
	A207-4	看護職員夜間配置加算
	A213	看護配置加算
	A214	看護補助加算
地域特性の評価	A218	地域加算
	A218-2	離島加算

特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算
	A225	放射線治療病室管理加算
	A229	精神科隔離室管理加算
療養環境の評価	A219	療養環境加算
	A220	H I V感染者療養環境特別加算
	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算
	A221	重症者等療養環境特別加算
	A221-2	小児療養環境特別加算
	A222	療養病棟療養環境加算
	A222-2	療養病棟療養環境改善加算
	A223	診療所療養病床療養環境加算
	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算

 評価対象

医療機関別係数（機能評価係数Ⅱ）

- 機能評価係数Ⅱは、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取組を評価したものであり、**6**つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的評価軸として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに指数を算出し、変換処理を行って実際に用いる係数を設定。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組み（検討中）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
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療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
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

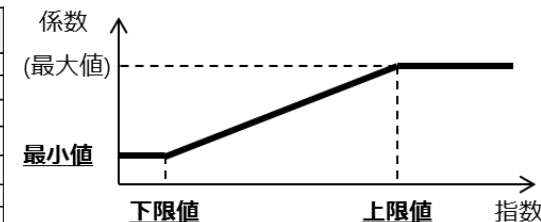
係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

上限値下限値の設定

	指数		係数 最小値
	上限値	下限値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)		
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
カバー率	1.0	0	0
救急医療	97.5%tile値	0	0
地域医療（定量）	1.0	0	0
（林制）	1.0	0	0

指数と係数の関係



項目ごとに上限値下限値を設定

上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

本日の説明内容

I DPC/PDPSの概要

II 診療報酬の算定方法

III 平成30年度診療報酬改定の内容

- ・基礎係数の見直し
- ・機能評価係数 I の対応
- ・機能評価係数 II の見直し／評価内容
- ・調整係数の置き換え
- ・診断群分類点数表の見直し
- ・算定ルールの見直し
- ・DPCデータの見直し
- ・その他

DPC/ PDPSの見直し

調整係数の廃止(置き換え完了)に対応した医療機関別係数の整備

平成24年度改定から実施した調整係数置き換えを完了し、今後の安定した制度運用を確保する観点から医療機関別係数の再整理を行う。

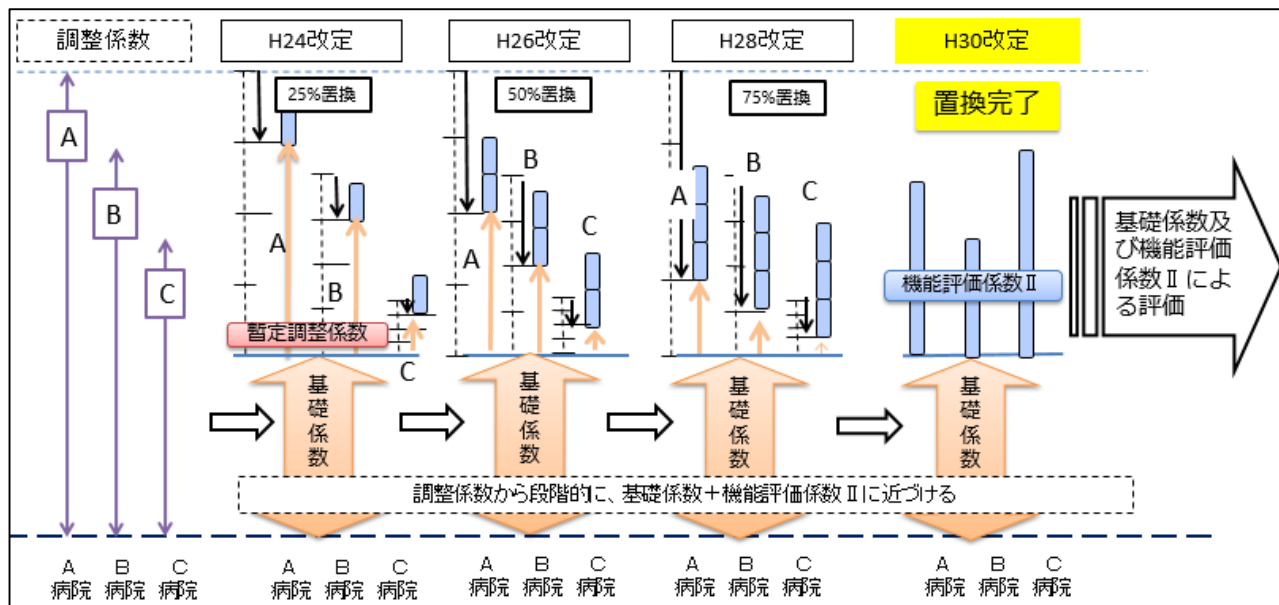
- 基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続
※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
- 機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続
- 機能評価係数Ⅱ**: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
- 激変緩和係数**: 調整係数の廃止と診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度のみ)

診療報酬改定の反映

直近の診療実績データ等を用いた診断群分類点数表の見直しや改定率の反映等、通常の報酬改定に伴う所要の対応を実施

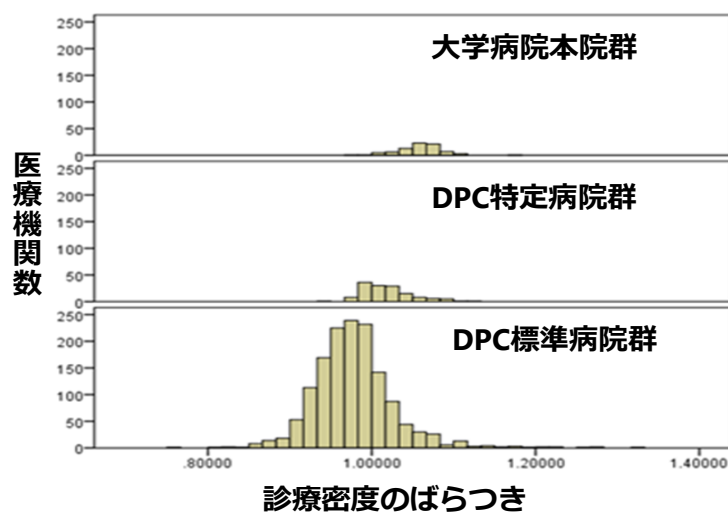
算定ルールの見直し

- DPC病院で短期滞在手術等基本料に該当する患者の報酬算定についてDPC/PDPS・点数設定方式Dにより算定
- 一連の入院として取り扱う再入院の傷病名を整理(前入院の傷病名・合併症と再入院病名との関係についての見直し)



基礎係数（医療機関群）の見直し

- 各医療機関群の診療密度のばらつき等の分析から、一定の範囲で分析しており、医療機関群の設定手法については、合理性があるため維持する。
- 医療機関群の名称は、DPC標準病院群（現行のⅢ群）、大学病院本院群（現行のⅠ群）、DPC特定病院群（現行のⅡ群）に見直す。
- 複数の医療機関群の要件を満たす場合に選択する仕組みの導入は行わない。



医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,493	1.0314
大学病院本院群	82	1.1293
DPC特定病院群	155	1.0648
計	1,730	

【医療機関群の設定手法】

- 医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつき（左図）は、群ごとに比較的少なく、**医療機関群の設定手法は合理性が確認**されている。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
 - ※ 診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
 - ※ 外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

【医療機関群の名称】

- 医療機関群の名称は、Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群であったが、群毎の序列を想起させるなどの指摘を踏まえ、特性を表すようそれぞれ大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群に見直す。

【医療機関群の決定手法】

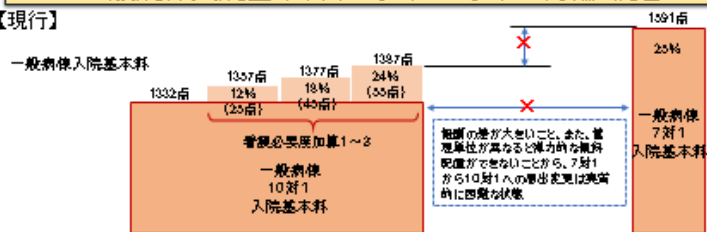
- 複数の医療機関群の要件を満たす医療機関が所属する医療機関群を選択できる仕組みが検討されたが、医療機関の意思決定の複雑さや手続きの煩雑化から困難と考えられた。

機能評価係数 I の対応

- 現行の評価手法を踏まえながら、医科点数表の改定に応じて機能評価係数 I に反映する。
 - 一般病棟入院基本料の見直しへの対応
 - 提出データ評価加算などの入院基本料等加算の新設への対応
 - 後発医薬品使用体制加算については、DPC対象患者にも算定可能となることへの対応 等

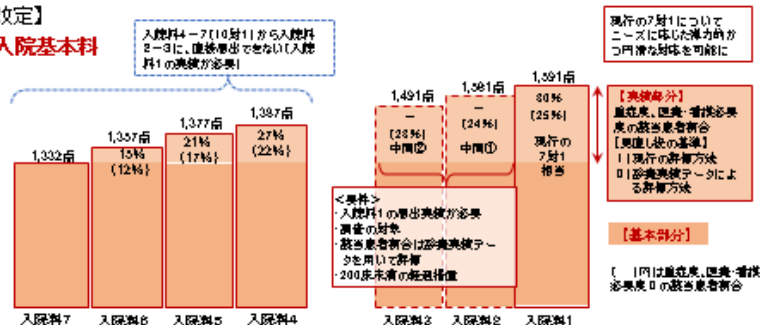
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



- 一般病棟入院基本料（7対1、10対1入院基本料）が急性期一般入院基本料に再編されることを踏まえ、機能評価係数 I を設定する。
 - 一般病棟入院基本料の見直しへの対応

- 新設される入院基本料等加算（提出データ評価加算、抗菌薬適正使用支援加算）等への対応を行う。
- DPC対象病棟入院患者にも後発医薬品使用体制加算が算定可能となることを踏まえ、機能評価係数 I を設定する。

機能評価係数Ⅱの見直し（総論）

- 調整係数から機能評価係数Ⅱへの置き換え完了に伴い、機能評価係数Ⅱを中心とした評価体系に移行するため、制度の安定的な運用を確保する観点から機能評価係数Ⅱのあり方を再整理。
- 導入時より評価されている6つの係数（保険診療、効率性、カバー、複雑性、救急医療、地域医療）については、基本的評価軸として位置付け、追加された後発医薬品(※)、重症度については廃止。（※機能評価係数Ⅰにおいて評価）
- 項目間で評価の重みづけや、係数間での分散を均等とする処理は廃止。

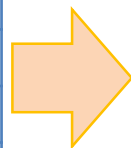
現行	改定後
保険診療係数	<u>データ作成基準の見直し、Ⅰ群Ⅱ群の評価の廃止</u>
効率性係数	(現行評価の継続)
複雑性係数	(現行評価の継続)
カバー率係数	<u>Ⅲ群での係数底上げ処理を廃止</u>
救急医療係数	<u>救急医療管理加算の評価に応じた指数の見直し</u>
地域医療係数・体制評価指数	<u>医療計画の見直しを踏まえた見直し</u>
地域医療係数・定量評価指数	(現行評価の継続)
後発医薬品係数	<u>廃止し、機能評価係数Ⅰにおいて評価</u>
重症度係数	<u>(評価を廃止)</u>

※ 多様な医療機関が含まれ、項目間相互での評価の軽重を設定することが特に困難なDPC標準病院群だけでなく、制度の複雑化等の指摘等を踏まえ大学病院本院群、DPC特定病院群においても行わない。

機能評価係数Ⅱの見直し（保険診療係数）

- 適切なDPCデータ作成のための評価の基準値を見直す。
- 病院情報を公表する取組みについては評価を継続する。
- I群とⅡ群の医療機関の体制への評価を行っていたが、医療機関別係数全体の再整理を踏まえ、評価を整理する。

現行	
未コード化傷病名	20%以上を減点
部位不明・詳細不明コード(ICD-10)	20%以上を減点
DPCデータの様式間の矛盾	1%以上を減点
病院情報を公表する取組みを評価	
機能の高い分院を有する大学病院本院を減点	
Ⅱ郡の要件を満たさない大学病院本院を減点	
精神科の診療実績を有さない大学病院本院を減点	
精神科の診療実績を有さないDPC特定病院群を減点	
指導医療官の派遣	



改定後	
未コード化傷病名	2%以上を減点（※1）
部位不明・詳細不明コード(ICD-10)	10%以上を減点 （現行評価の継続）
	（現行評価の継続）（※2）
	<u>（評価を廃止）</u>
	<u>（評価を廃止）</u>
	<u>地域医療係数において評価</u>
	<u>地域医療係数において評価</u>
	<u>（保険診療の質的改善に向けた取組みの評価を検討）（※3）</u>

※1 平成31年度以降は様式1の全ての病名から評価（現在はレセプトデータを使用）

※2 評価手法については今後見直しを行う。

※3 保険診療の質的改善に向けた評価の考え方を今後検討。

大学病院本院群で指導医療官の派遣実績があったものは経過措置として平成30年度のみ評価

機能評価係数Ⅱの見直し（地域医療係数）

- 各領域の整合性の観点から、領域ごとに複数ある項目（がん、脳卒中、災害）は1項目に整理する。
- 指数値の上限値はDPC標準病院群は6点、大学病院本院群・DPC特定病院群は8点とする。
- 医療計画の見直しの方向性に沿って、各領域で診療実績に応じた評価となるよう見直す。

領域	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

【地域医療係数・体制評価指数の指数設定】

- 実績を有する（0以外）のデータの25%tile値を上限として、それ以下のものは上限値に対する割合を指数化する。
- 脳卒中、急性大動脈解離の実績については、実績を有するデータの25%tile値を満たす場合に実績あり、満たさない場合は指数値はゼロとなる。

機能評価係数Ⅱの見直し（カバー/救急/効率/複雑/係数設定）

- カバー率係数については、これまでDPC標準病院群において指数値が低い医療機関に一定の係数値の設定（底上げ）対応を行ってきたが、廃止する。その他の係数の上限下限値の設定は現行の評価手法を維持する。
- 救急医療係数については、以下点数表の評価体系も踏まえ、救急医療管理加算2に該当する患者については指数値を1/2とする。
- 効率性係数、複雑性係数については現行の評価手法を維持する。

各係数の上限値下限値の設定

	指数		係数	評価対象
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごと
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全医療機関
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごと
カバー率	1.0	0 (※)	0	群ごと
救急医療	97.5%tile値	0	0	全医療機関
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごと
(体制)	1.0	0	0	

※ カバー率については、これまで行っていたDPC標準病院群について指数値を底上げする処理は平成30年度において廃止

機能評価係数Ⅱの評価内容①（見直し後）

係数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が<u>10%</u>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。 <p>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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が<u>2%</u>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>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。（平成31年度からの評価の見直しは引き続き検討）</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：平成31年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>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</p> <p>定量評価指数：〔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〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</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>
効率性指数	<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> <p>※ 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。</p> <p>※ 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>

機能評価係数Ⅱの評価内容②（見直し後）

係数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、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> <p>※ 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。</p> <p>※ 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>〔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〕／〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>
救急医療指数	<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と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容③（見直し後・地域医療係数）

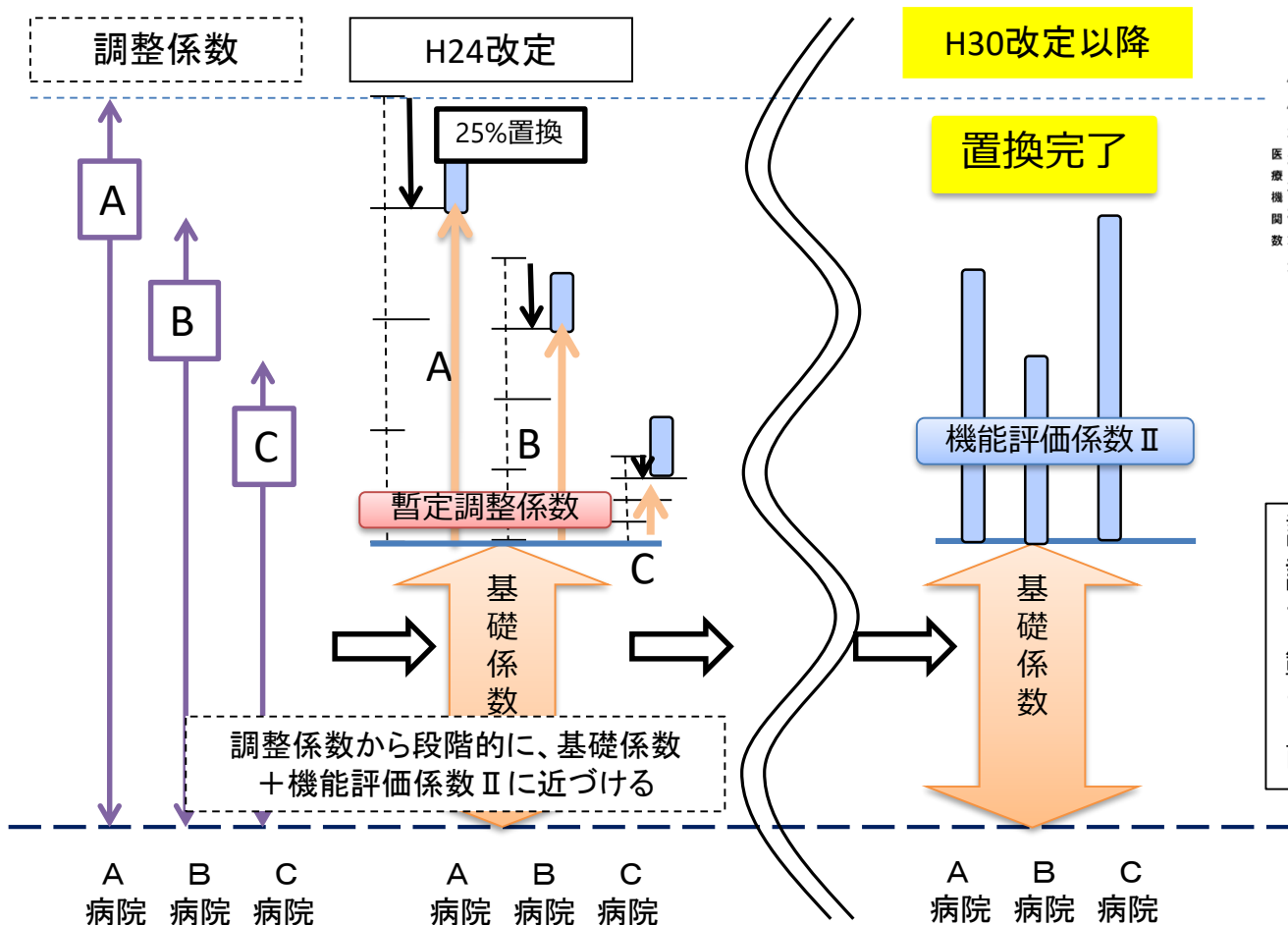
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2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） <u>（血管内治療の実施：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）</u> <u>※ いずれか最大値で評価。</u>		
心血管疾患	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(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（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	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)		
へき地	「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）		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（見直し後・地域医療係数）

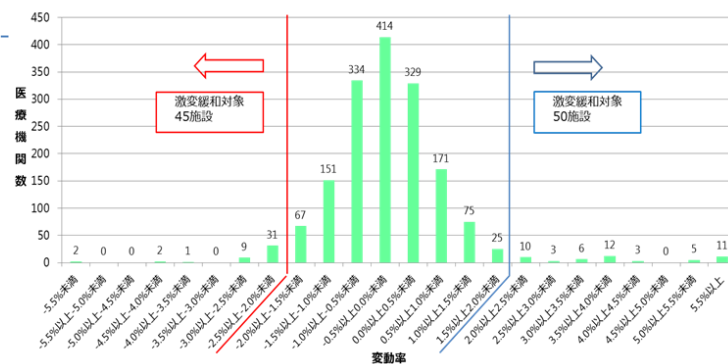
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	<ul style="list-style-type: none"> ・ BCPの策定実績有無別（平成31年以降の評価導入を検討） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P） 	災害拠点病院の指定（0.5P）	
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
救急	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)	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）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、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	右記のいずれか1項目を満たした場合 1 P	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①（平成30年度における対応）

- 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了し、今後は基礎係数+機能評価係数Ⅱによる評価となる。
- 診療報酬改定等に伴う激変に対応する激変緩和係数を設定（改定年のみ）



報酬改定時の推計診療報酬変動の分布

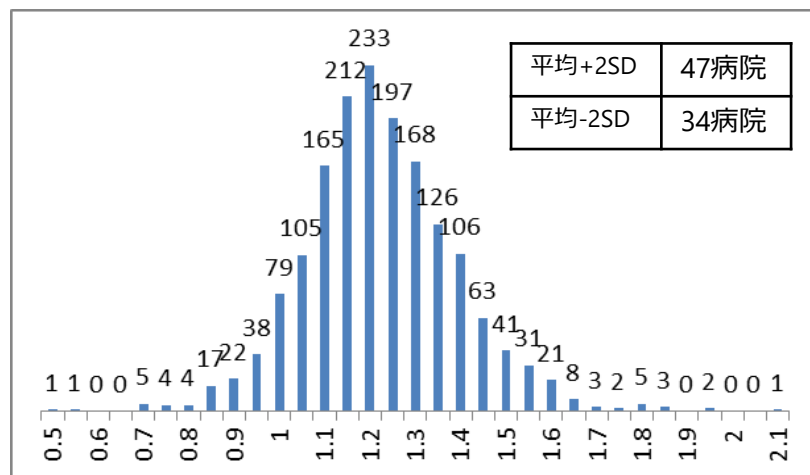


調整係数置き換え完了後も、一定程度推計診療報酬変動が大きい医療機関が存在すると考えられ、医療機関別係数は包括範囲の診療報酬全体に影響する特性を踏まえると、報酬改定等に伴う激変緩和措置が必要と考えられた。

調整係数の置き換え②（今後の課題）

- 平均的な診療実態から外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い等の医療機関については、退出等の対応を今後検討する。

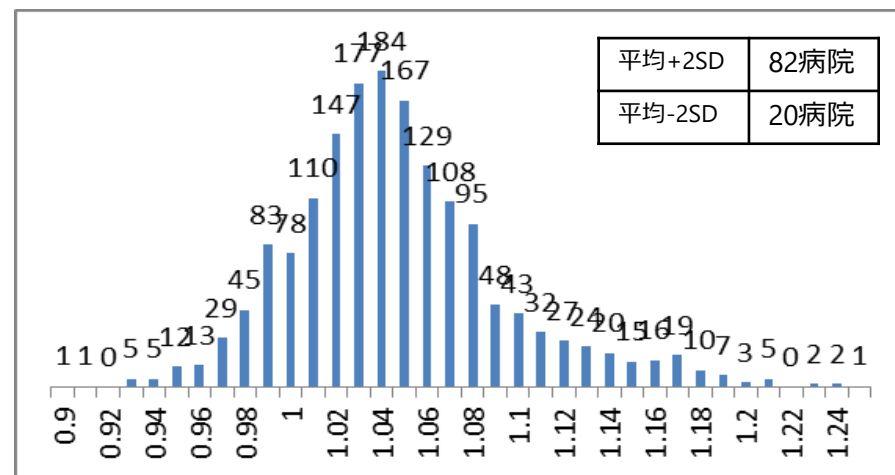
平均在院日数の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、平均在院日数の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを超える（平均在院日数が長い）医療機関が47存在する。これら医療機関は、DPC/PDPSにおいて期待される効率化などが不十分な可能性があり、このような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

診療密度の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、診療密度の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均-2SDを下回る医療機関が20存在する。このような医療機関は、診断群分類において平均的な病態とは異なる疾患を対象としている可能性や粗診粗療の懸念があり、さらにこのような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

診断群分類点数表

- 直近のデータを踏まえた診断群分類数の変更は次の通り。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	支払い分類※2	包括対象※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	18	506	4,918	3,071	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	3,108	2,462

※1 MDC : Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 CCPマトリックスを導入した分類において同一支払い分類を1とカウントした診断群分類数

※3 包括対象となる診断群分類数

算定ルールの見直し（短期滞在との整理/再入院ルール）

● 短期滞入手術等基本料の見直しへの対応

DPC対象病院において、短期滞入手術等基本料2及び3が算定不可となることを踏まえ、短期滞入手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他手術に係る診断群分類について、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dを設定する。

- 短期滞入手術
- その他手術

診断群分類	診断群分類名称	手術分岐名称
050070xx01x0xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術
060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
060150xx03xxxx	虫垂炎	虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等
060335xx02000x	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等
090010xx01x0xx	乳房の悪性腫瘍	乳腺悪性腫瘍手術 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））等
110070xx0200xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術
11012xxx020x0x	上部尿路疾患	経尿道的尿路結石除去術

● 再入院ルールの見直し

7日以内に再入院（入棟）する以下のケースについては新たに一連の入院として取り扱う。

- 再入院の契機となる傷病名が、手術・処置等の合併症に係るDPCのICDコードである場合
- 再入院の医療資源を最も投入した傷病名が前回の入院と同一の場合

診断群分類点数表

・新たに点数設定方式Dを設定したものは次の通り。
 (※点数設定方式D:入院初日に多くの報酬が設定される点数設定方式)

診断群分類	名称	診断群分類	名称
010010xx9906xx	脳腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 6あり	060160x001xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等
010040x0991xxx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS10未満) 手術なし 手術・処置等 1あり	060335xx02000x	胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術等 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	080240xx97xxxx	多汗症 手術あり
020110xx97xxx1	白内障、水晶体の疾患 手術あり 両眼	080270xxxx1xxx	食物アレルギー 手術・処置等 1 あり
050070xx01x0xx	頻脈性不整脈 経皮的カテーテル心筋焼灼術 手術・処置等 2 なし	090010xx01x0xx	乳房の悪性腫瘍 乳腺悪性腫瘍手術 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))等 手術・処置等 2 なし
060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 手術・処置等 2 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
060035xx04xx0x	結腸(虫垂を含む。)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 なし	110080xx991x1x	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 あり 定義副傷病 あり
060040xx05xxxx	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	11012xxx020x0x	上部尿路疾患 経尿道的尿路結石除去術 手術・処置等 1 なし 定義副傷病 なし
060100xx01xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 定義副傷病 なし	11012xxx040x0x	上部尿路疾患 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき) 手術・処置等 1 なし 定義副傷病 なし
060100xx01xx1x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 定義副傷病 あり	12002xxx02x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍 子宮頸部(腔部)切除術等 手術・処置等 2 なし
060150xx03xxxx	虫垂炎 虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等		

DPCデータの見直し（様式1の見直し）

- 様式1の簡素化、項目の追加を行う。

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退室時に測定
【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

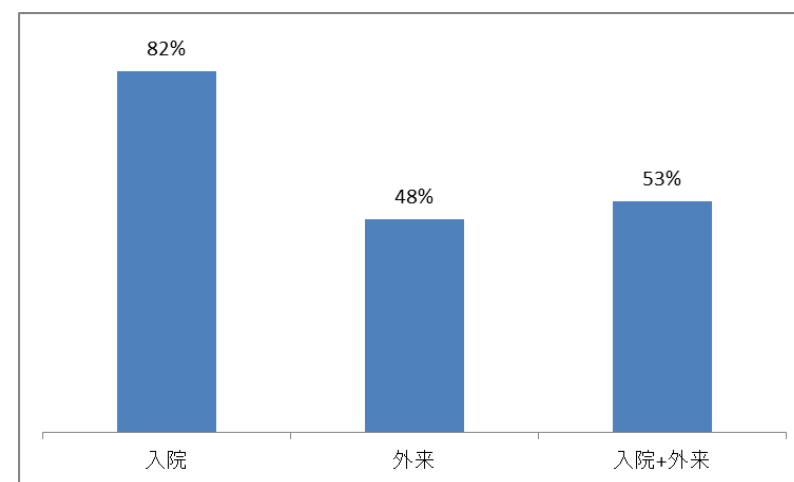
- Eファイル、Fファイル等について以下の見直しを行う。
- DPC対象病院は「その他病棟グループ」の様式1の提出を必須化
- その他制度改正に伴う必要な見直し（退院先に介護医療院を追加、等）を行う。

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収集するため。

DPC/PDPSにおける後発医薬品使用促進の取組

- DPC対象病院においては、機能評価係数Ⅱによる後発医薬品使用促進の効果から、入院医療における後発医薬品の使用割合は高い。一方、後発医薬品使用体制加算により評価される外来も含めた医療機関の後発医薬品使用については、入院と比較すると取組が十分ではない（外来48%、参考;非DPC対象病院は38%）と考えられた。
- このため、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、DPC対象病院においても、当該加算は機能評価係数Ⅰによる評価対象とすることとし、DPC対象病院における外来の後発医薬品使用の取組をさらに推進する。

入院、外来別のDPC対象病院における後発品使用状況
(医療機関の中央値)



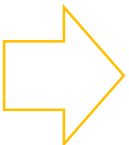
平成28年度DPCデータ

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		120点
ロ 200床未満の病院の場合		170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		130点
ロ 200床未満の病院の場合		180点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

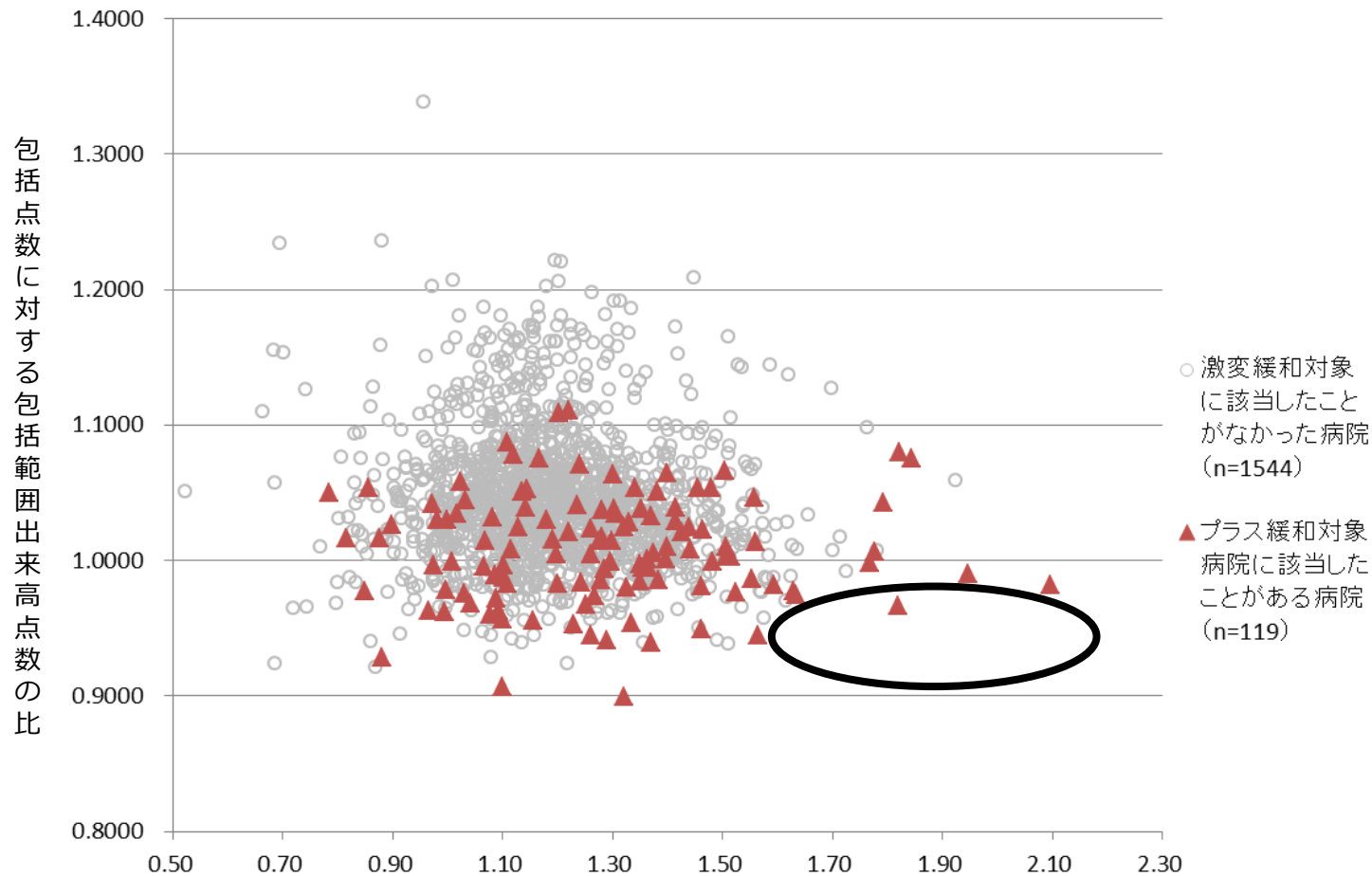
(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

参考

- ・ プラス緩和対象病院は診療密度が小さく平均在院日数が長い傾向がある。
- ・ プラス緩和対象病院以外でも、診療密度、平均在院日数が大きく外れる医療機関が存在。

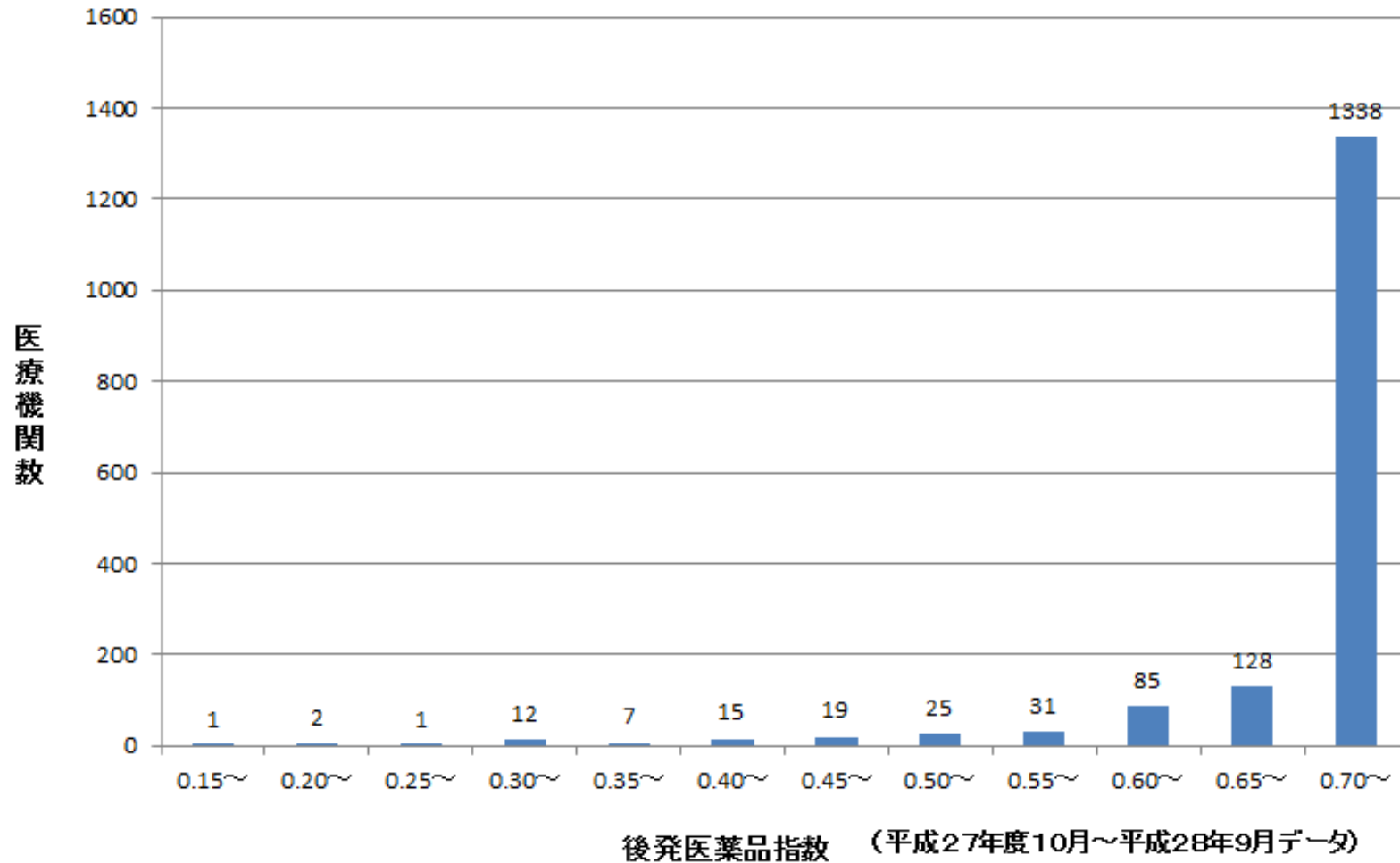


全国の平均在院日数に対する平均在院日数の比

平成29年度 後発医薬品指数の分布(速報値)

(N=1664)

※0.80を越える病院は737



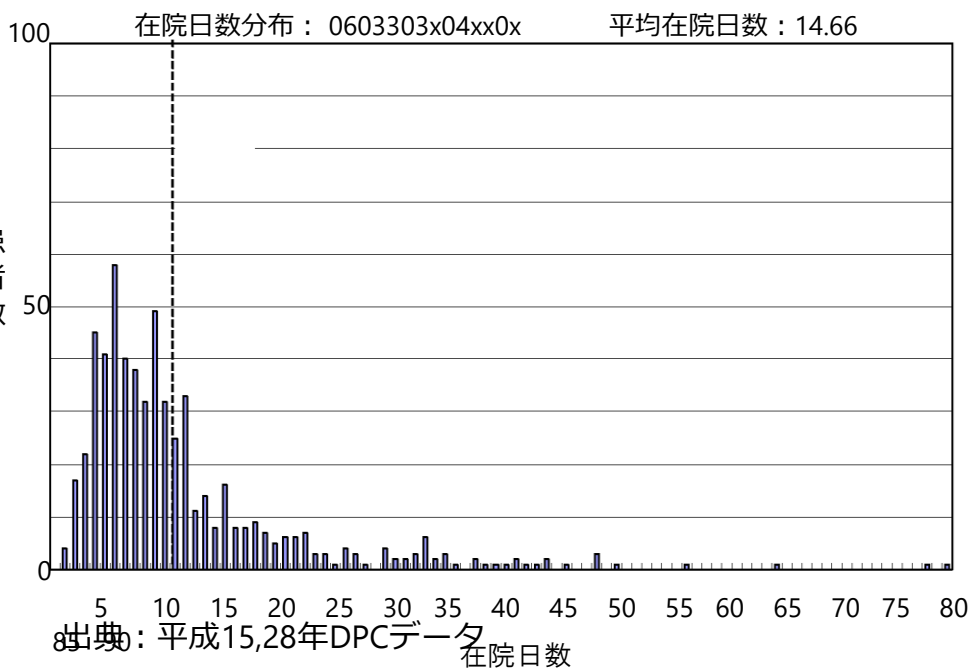
※0.05刻みで「0.2~」は「0.20以上0.25未満の区分」を表す

制度導入後からの在院日数の変化 (胆のう結石・手術あり)

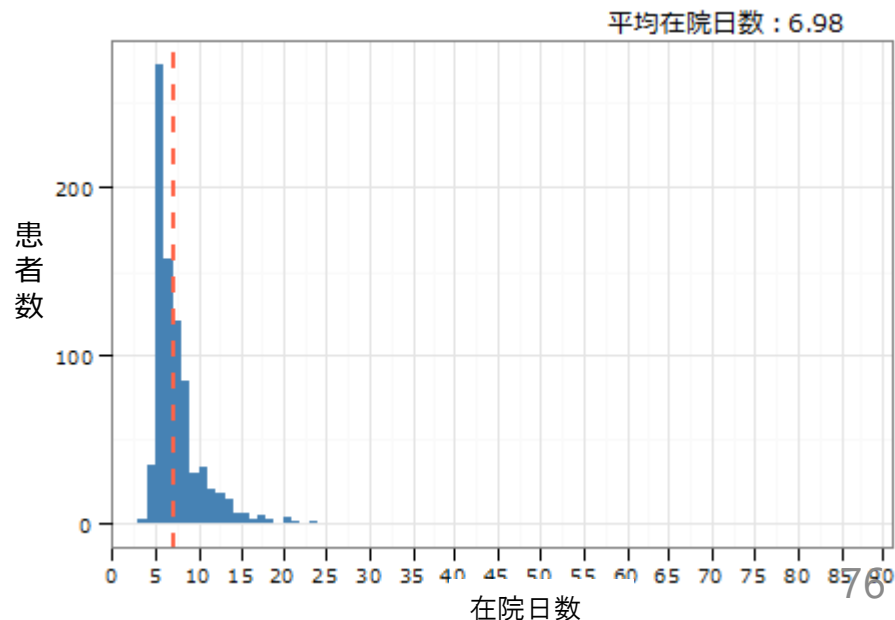
診調組 D-1参考
29.9.1

- 平成15年度と平成28年度における、同一の23大学病院での胆のう結石への手術（0603303x04xx0x 胆嚢結石 腹腔鏡下胆嚢摘出術 副傷病なし）症例の在院日数の分布。
- 在院日数は14.66日から6.98日と短縮し、在院日数のばらつきも少なくなっている。
- 平成28年度の全DPC対象病院の平均在院日数は6.54日、Ⅱ群は5.67日

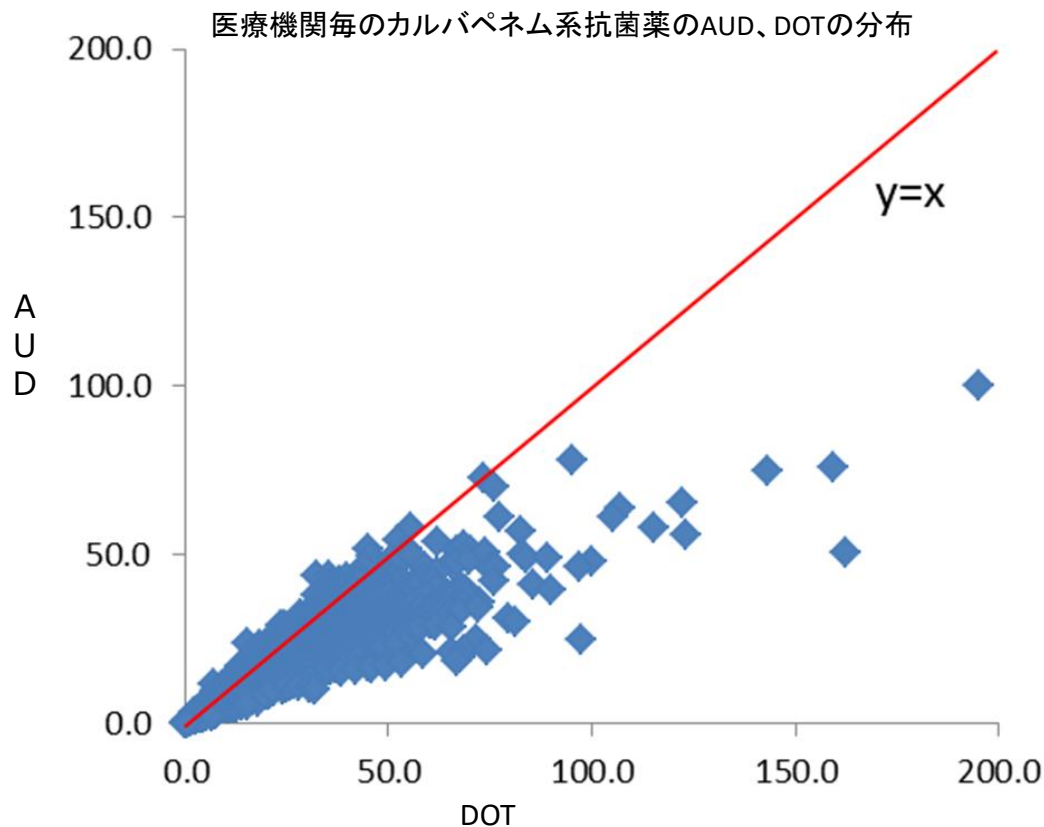
平成15年度



平成28年度

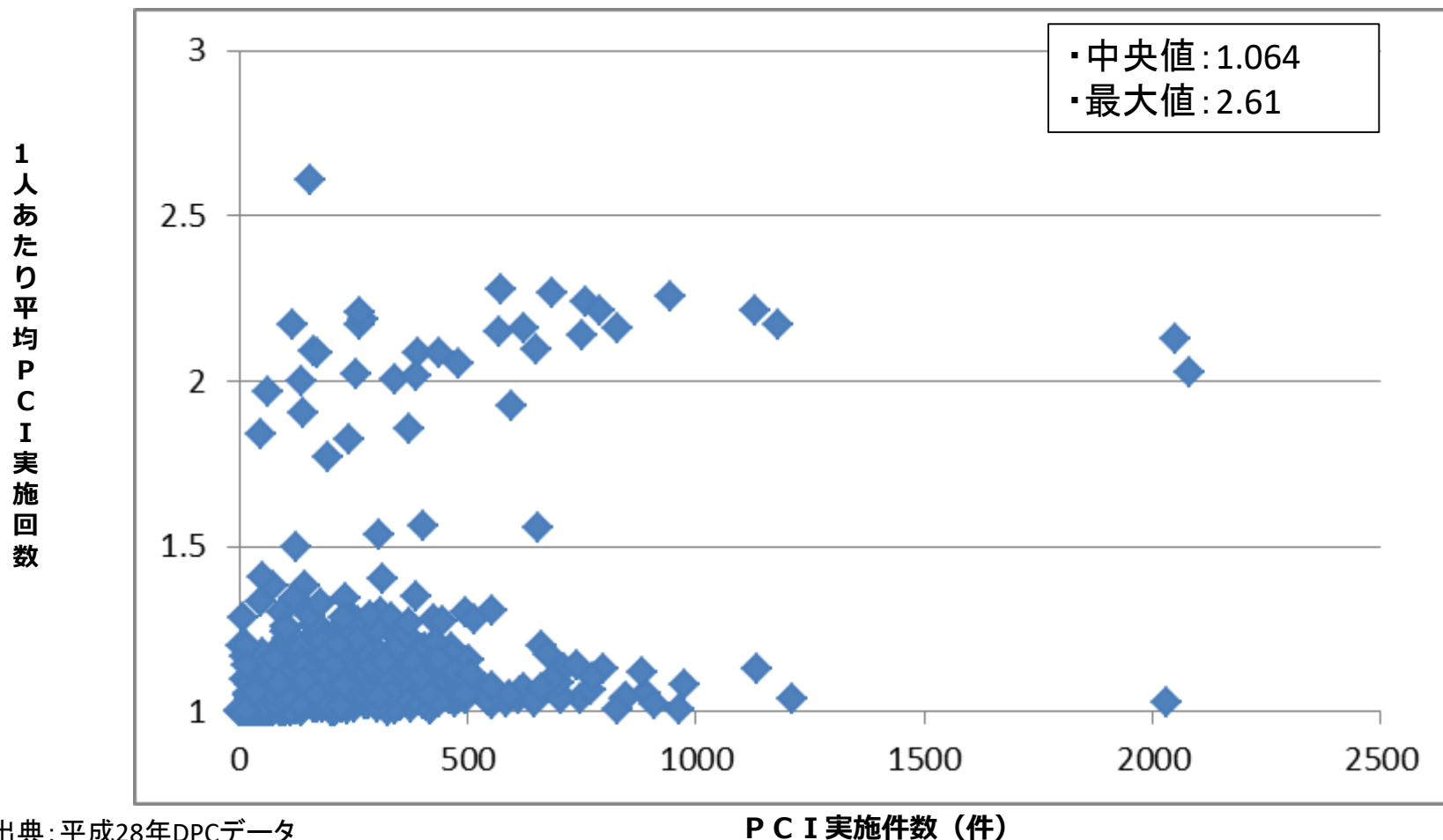


- ・DPC対象病院における平成28年度DPCデータからカルバペネム系抗菌薬(メロペネム、イミペネム、ドリペネム、ビアペネム、パニペネム)のAUD(抗菌薬使用密度)、DOT(抗菌薬治療日数)を分析。
- ・AUDは医療機関の診療規模を補正する指標であり、DOTと併せて他施設との使用量の比較が可能となる。このような指標を医療機関毎に把握し、他施設との比較や自施設の診療内容を把握することは抗菌薬の適正使用に資する。



- ・AUD=H28.4~H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の総使用量(g)×1000/DDD×当該期間の総入院患者延べ入院日数
- ・DOT=H28.4~H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の延べ投与日数×1000/当該期間の総入院患者延べ入院日数
- ・DDD=抗菌薬ごとに定められた1日投与量
- ・カルバペネム系薬剤のうち、オラペネムについてはDDDが把握不能だったため集計対象外とした。
- ・腎機能の悪い患者が多い施設や小児科病院ではAUDが低くなる等、単純に数値の大小で評価出来るものではないことに留意する必要がある。

- PCI件数が0の医療機関を除いた1145のDPC病院について、医療機関ごとの総PCI件数及び1人当たりPCI回数(総件数/PCIを受けた患者数)を集計。
- 年間で1人当たり平均2回以上PCIを行う医療機関が34存在する。
- 日本心血管インターベンション治療学会の2016年のPCIレジストリデータ(986施設、243,436例)によると、入院時の冠動脈病変枝数は1枝:60%、2枝:24%、3枝:12%、LMT:4%(CVIT年次報告書より引用)



- FEC(エピルビシン塩酸塩+シクロホスファミド水和物+フルオロウラシル)施行症例数が0の医療機関を除いた743のDPC病院について、医療機関ごとの入院・外来あわせたFECの施行症例数及び入院で実施された割合を集計。
- 医療機関によってはほとんどの症例を入院で実施する医療機関、外来で実施する医療機関が存在し、医療機関毎に実施状況が異なる。

