

平成 28 年度改定における DPC 制度（DPC/PDPS）の見直しについて

I. 概要

○ 平成 27 年 12 月 16 日の中医協総会において取りまとめられた「平成 28 年度改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応について」及び平成 28 年度診療報酬改定・改定率等に基づき、関連する事項を下記のように整理した上で、平成 28 年度改定における DPC 制度（DPC/PDPS）の見直しに対応することとしてはどうか。

1. 調整係数の置き換えについて
2. 基礎係数（医療機関群の要件等）
3. 機能評価係数Ⅰについて
4. 機能評価係数Ⅱについて
5. 診断群分類点数表について
6. その他

II. 具体的な対応案

1. 調整係数の置き換えについて

○ 調整係数の 75%を基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換え、前回改定と同様に激変緩和措置を行う。

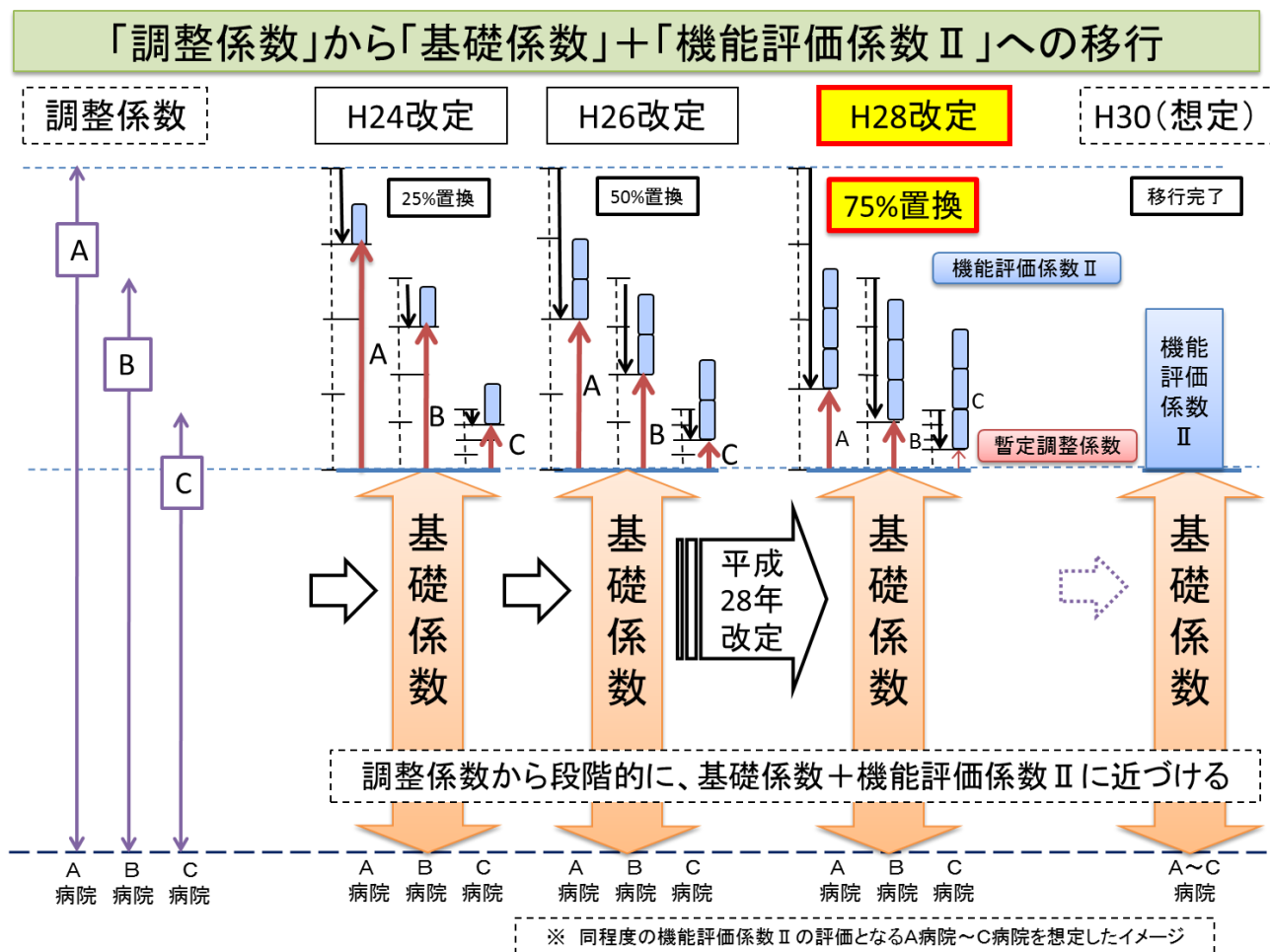
(1) 調整係数の置き換えに係る平成 28 年改定における対応について

○ 制度創設時に導入した「調整係数」を「基礎係数」及び「機能評価係数Ⅱ」に完全移行した後の「医療機関別係数」は、「基礎係数」、「機能評価係数Ⅰ」及び「機能評価係数Ⅱ」を合算して算出した係数とされている。

基礎係数 (医療機関群別)	直近の医療機関群別包括範囲出来高点数（改定前の点数表及び退院患者調査に基づく実績値）の平均値に改定率を乗じた報酬に相当する係数
機能評価係数Ⅰ	改定後の出来高点数体系に基づく加算点数等に相当する係数（出来高点数の改定を反映）
機能評価係数Ⅱ	改定前の機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（制度完全移行前にあつては暫定調整係数による調整部分からの移行部分も含む）に改定率を乗じた報酬に相当する係数

○ 調整係数の置き換えについては、今回の改定（平成 28 年度）を含め、今後 2 回の診療報酬改定を目途に置き換えを完了することとされている。

〔調整係数の置き換えのイメージ〕



(2) 個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置（激変緩和）について

- 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整する措置を講じた。
- 今回の「暫定調整係数」の置き換えの対応（調整分の「50%」→「75%」の置き換え）等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。

2. 基礎係数（医療機関群）について

- II 群の選定に係る要件については、外れ値を除外した最低値を用いることとし、特定内科診療が導入される実績要件 3 については、6 項目のうち 5 項目以上を満たすことを要件とする。

(1) 基礎係数（医療機関群の要件等）

① 医療機関群 II 群の選定に係る実績要件の基準値の設定について

- 医療機関群 II 群の選定に係る実績要件の基準値の設定については、I 群（大学病院本院）80 施設における各要件の実績値に基づき、以下の考え方により次のように設定することとする。

<基準値設定の考え方>

- (i) 原則として大学病院本院の最低値とする。
 (ii) 但し、外れ値がある場合については、外れ値を除外した最低値を用いる。

【II 群病院の選定にかかる各実績要件の基準値】

実績要件		平成 26 年度基準値	平成 28 年度基準値 (※)
【実績要件 1】：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）		I 群の最低値	I 群の最低値
【実績要件 2】：医師研修の実施 許可病床 1 床あたりの臨床研修医師数（基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）		外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
【実績要件 3】：高度な医療技術の実施（6 項目のうち 5 項目以上を満たす）			
外保連試案	(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3c)：手術実施症例件数	年間約 2,680 件以上（全国平均値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
特定内科診療	(3A)：症例割合	/	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3B)：DPC 算定病床当たりの症例件数		外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3C)：対象症例件数		外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施 複雑性指数（重症 DPC 補正後）		I 群の最低値	I 群の最低値

(※)平成 28 年度より新規に大学病院本院となる予定の DPC 対象病院のデータは除外した。

3. 機能評価係数 I について

- 機能評価係数 I については、出来高評価体系における「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」等を評価しており、出来高評価体系の改定に応じて、必要な見直しを行う。

4. 機能評価係数Ⅱについて

- 保険診療指数において、新たに導入される項目の加算幅・減算幅を0.05点とする。
- カバー率指数においては、支払い分類を計算対象とする。
- 重症度指数については、上限値を90%tile値、下限値を10%tile値に設定する。
- 地域医療指数においては、高度・先進的な医療の提供の評価を行う。

(1) 各指数の詳細な見直し

① 保険診療指数に係る具体的な設定

- 保険診療指数における、『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群の実績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』にかかる評価方法における指数の増点・減点幅については、現行のその他の項目の減算幅と同様、0.05点とする。また、病院情報を公表した場合の加算幅を0.05点とする。

（※保険診療指数は、全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加算・減算を行う。）

- また、『本院よりも機能が高い分院（DPC対象病院）』の定義を、「Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合」と定義する。

② カバー率指数に係る具体的な設定

- CCPマトリックスに該当する傷病名（脳血管疾患、肺炎、糖尿病）においては、診断群分類番号の大幅な増加が見込まれるため、CCPマトリックス対象の傷病におけるカバー率は支払い分類を計算対象とする。

③ 重症度指数に係る具体的な設定

- 「重症度指数」は診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価するものとして新たに導入される指数である。

- 「重症度指数」については、導入による急激な変化を緩和する観点から上限値を90%tile値、下限値を10%tile値として、標準化の対象外とする。

【具体的な設定方法】

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方	標準化 (※4)
	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。)			群ごとに評価	×
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0 (※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療(定量)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
(体制)	1.0	0	0		
後発医薬品	97.5%tile 値(※3)	2.5%tile 値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile 値	10%tile 値	0	群ごとに評価	×

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値を30%tile 値とする

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3 上限値は70%とする。

※4 分散が均等となるように標準化を行う。

④ 地域医療指数に係る具体的な設定

○ 高度・先進的な医療の提供として平成29年度より以下の項目を評価する。

- | |
|--|
| <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 (0.25P) <p>(※) 協力施設としての治験の実施を含む。</p> |
|--|

5. 診断群分類点数表について

- 診断群分類点数表の現時点版は以下の通り。また、点数設定方式Dの対象については、新たに6分類を追加する。

(1) 診断群分類点数表の見直しの概要

① 診断群分類点数表の見直しに係る現時点での概要

[診断群分類点数表の見直しの概要(暫定値)]

MDC(主要診断群) (上6桁コードで定義)	傷病名数 (上6桁コードで定義)		診断群分類数 (定義副傷病なし)		(参考) 支払い分類数
	平成 26年	平成 28年	平成 26年	平成 28年	
MDC01 ※1 (神経系疾患)	37	37	232	1922	201
MDC02 (眼科系疾患)	31	31	81	85	
MDC03 (耳鼻咽喉科系疾患)	34	34	80	84	
MDC04 ※2 (呼吸器系疾患)	28	28	149	1266	162
MDC05 (循環器系疾患)	22	22	248	248	
MDC06 (消化器系疾患)	46	46	462	501	
MDC07 (筋骨格系疾患)	52	51	230	242	
MDC08 (皮膚・皮下組織の疾患)	29	29	69	69	
MDC09 (乳房の疾患)	4	4	53	53	
MDC10 ※3 (内分泌・栄養・代謝に関する疾患)	39	42	108	251	134
MDC11 (腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患)	21	21	160	167	
MDC12 (女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩)	33	34	152	161	
MDC13 (血液・造血・免疫臓器の疾患)	18	18	116	123	
MDC14 (新生児疾患・先天性奇形)	34	34	168	172	
MDC15 (小児疾患)	9	8	20	21	
MDC16 (外傷・熱傷・中毒)	54	54	200	200	
MDC17 (精神疾患)	5	5	5	5	
MDC18 (その他)	8	8	24	30	
合計	504	506	2557	5600	2658

※1 MDC01(脳血管疾患)でのCCPマトリックス導入分類については、診断群分類1728分類、支払分類7分類となる。

- ※2 MDC04（肺炎）での CCP マトリックス導入分類については、診断群分類 1120 分類、支払分類 16 分類となる。
- ※3 MDC10（糖尿病）での CCP マトリックス導入分類については、診断群分類 144 分類、支払分類 27 分類となる。
- ※ 現在、診断群分類の最終的な見直し作業を行っており上記分類数は暫定値となる。

② 点数設定方式 D に係る見直し結果

○ 点数設定方式 D の対象に関し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 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 分類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

- ※ 現在、診断群分類の最終的な見直し作業を行っており上記は暫定となる。

6. その他について

- コーディング委員会の質を向上し、開催回数を変更する。
- 定数超過入院の際の算定方法を明確化する。
- DPC 制度からの退出ルールを明確化する。

(1) コーディング委員会の開催回数について

- 適切なコーディングを行うための体制の強化を図る為にコーディング委員会の開催回数を増やすことが中医協において了承された。

(参考)

- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度を増やすこと（現行は年2回）をDPC対象病院の要件として求めることとしてはどうか。
(平成27年5月27日 中医協 DPC制度(DPC/PDPS)に係るこれまでの検討状況について検討結果(中間とりまとめ)より抜粋)

- DPC対象病院としての要件であるコーディング委員会の開催回数を現行の年2回から4回へ変更する。また、その議事内容に関しても、あくまで正確なコーディングに関する内容を議題として取扱い、診療報酬の多寡に関する内容を議論する場ではないことを明示すると共に、実症例を取り扱う場合には、その症例の担当医の参加を求めるものとする。

(2) 定数超過入院の際の算定方法

- 月平均入院患者数が医療法上の許可病床の1.05倍以上となった場合には、当該月の翌月から医科点数表により算定することを明確化する。

(3) DPC制度からの退出ルール

- DPC対象病院の基準(DPC調査への適切な参加、コーディング委員会の開催)を満たさなくなった場合の退出ルールが現状では不明確であるため、明確化する。