

平成28年度診療報酬改定の概要 (DPC制度関連部分)

厚生労働省保険局医療課

1

Ⅲ 平成28年度診療報酬改定について

1 医療機関別係数の見直し

2 診断群分類点数表の見直し

3 算定ルールの見直し

4 DPC対象病院としての要件の見直し

5 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

2

調整係数見直し(1)

(1)調整係数の見直しに係る対応

- ① DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、**調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。**

〔医療機関Aの暫定調整係数〕

$$= ([\text{医療機関Aの調整係数}(\ast)] - [\text{医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数}]) \times 0.25$$

※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく

(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

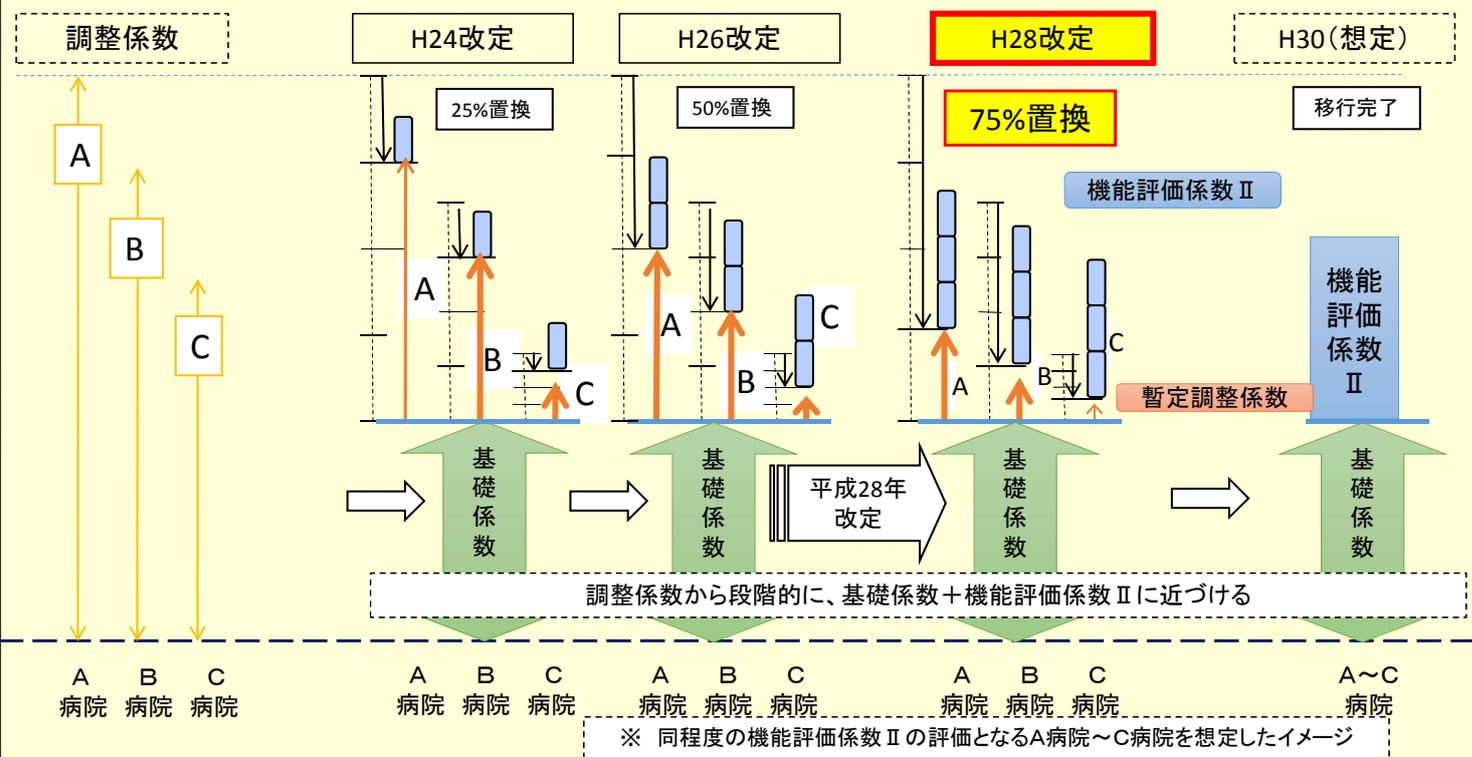
- 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整する措置を講じた。
- 今回の「暫定調整係数」の置き換への対応(調整分の「50%」→「75%」の置き換え)等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が**2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。**

3

調整係数見直し(2)

調整係数の置き換え

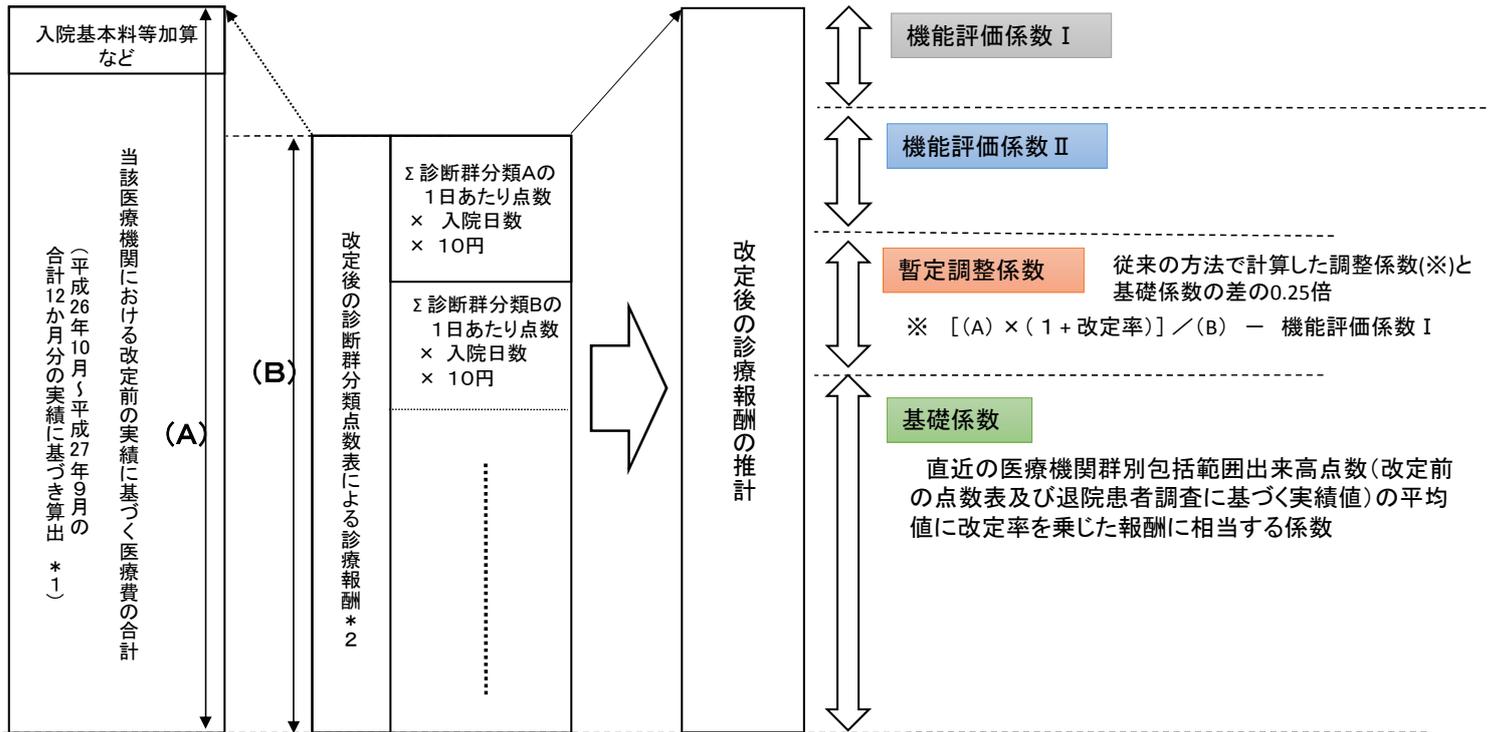
- DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへ置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへ置換えを進める。



4

医療機関別係数の設定方法等(平成28年改定)

$$\text{医療機関別係数} = \text{「機能評価係数Ⅰ」} + \text{「機能評価係数Ⅱ」} + \text{「暫定調整係数」} + \text{「基礎係数」}$$

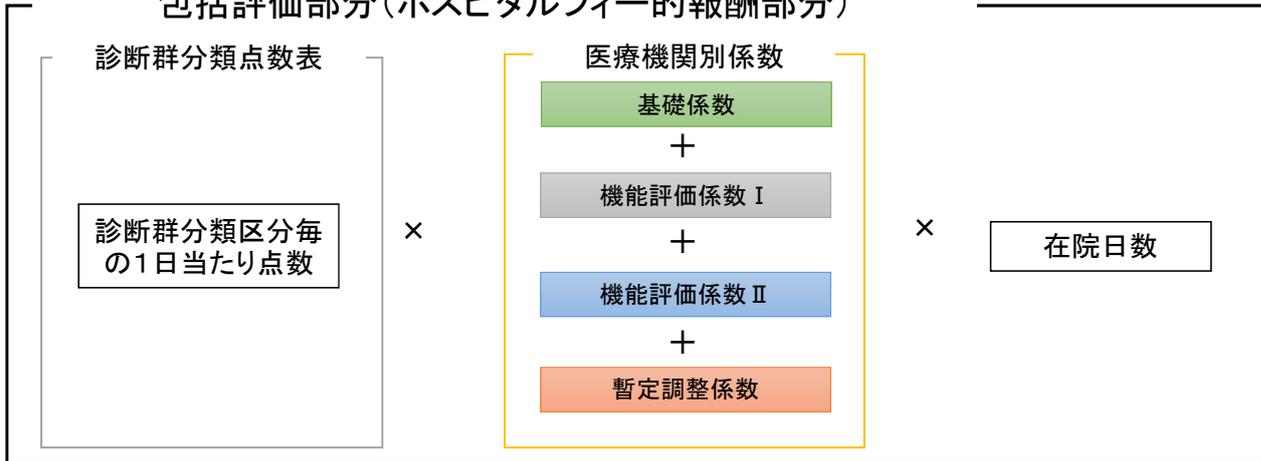


*1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成26年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映している。
*2 改定後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成26年10月から平成27年9月の入院実績に基づき算出している。

平成28年度診療報酬改定

DPC制度における診療報酬の算定方法

包括評価部分(ホスピタルフィー的報酬部分)



出来高評価部分(ドクターフィー的報酬部分、包括対象外等)



医療機関群の見直し

Ⅱ 群病院の選定要件

➤ Ⅱ 群病院(高機能な病院群)の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加する。

- 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	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)	
【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)	
【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
		(3b)：DPC算定病床当たりの同指数
		(3c)：手術実施症例件数
	特定内科診療	(3A)：症例割合
		(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
		(3C)：対象症例件数
【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)	

7

医療機関群の見直し

特定内科疾患

疾患No.	疾患名
1	重症脳卒中(JCS30以上)
2	髄膜炎・脳炎
3	重症筋無力症クリーゼ
4	てんかん重積状態
5	気管支喘息重症発作
6	間質性肺炎
7	COPD急性増悪
8	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS
9	急性心筋梗塞
10	急性心不全
11	解離性大動脈瘤
12	肺塞栓症

疾患No.	疾患名
13	劇症肝炎
14	重症急性膵炎
16	糖尿病性ケトアシドーシス
17	甲状腺クリーゼ
18	副腎クリーゼ
19	難治性ネフローゼ症候群
21	急速進行性糸球体腎炎
22	急性白血病
23	悪性リンパ腫
24	再生不良性貧血
26	頸椎頸髄損傷
27	薬物中毒
28	敗血症性ショック

- 合計で25疾患あり、それぞれ対象となるDPCコードと条件が設定されている。
- DPC評価分科会における検討を踏まえ、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。

8

医療機関群・基礎係数の見直し

[各病院群の基礎係数(平成28年度)]

$$= \{ [各病院群の包括範囲出来高点数^{*1}の平均値^{*2}] \times [改定率^{*3}] \} / [各病院群のDPC点数表^{*4}に基づく包括点数^{*5}の平均値^{*2}]$$

*1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(退院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。

*2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。

*3 平成28年度改定では(1-0.0103)となる。特例市場拡大再算定分は点数表へ別途反映。

*4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。

*5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院Ⅰ群(大学病院本院)	81	1.1354
DPC病院Ⅱ群(高機能な病院)	140	1.0646
DPC病院Ⅲ群	1,446	1.0296
合計	1,667	1.0499

機能評価係数Ⅰの見直し(1)

機能評価係数Ⅰとは

➤ 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」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。

1. 「入院基本料の差額」を評価

診断群分類点数表は、「**一般病棟10対1入院基本料**」を基本として作成されており、それぞれの入院基本料について、「一般病棟入院基本料10対1」との差額に係る評価を行う。

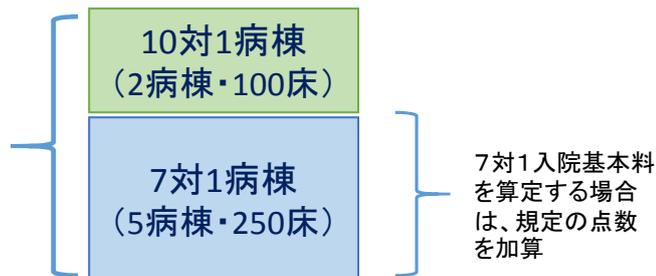
(例)

一般病棟7対1入院基本料
専門病院7対1入院基本料
専門病院10対1入院基本料
特定機能病院7対1入院基本料
特定機能病院10対1入院基本料

病棟群単位の届出における算定方法

※ DPC対象病院において病棟群単位による届出を行う場合は、10対1入院基本料に係る係数を算定し、7対1入院基本料を算定する患者においては、算定告示に規定する点数を加算。

機能評価係数Ⅰは10対1を算定



2. 「入院基本料等加算」等

「当該医療機関においてDPC包括算定をする**全入院患者が算定**する加算」等について評価する。

(例)

総合入院体制加算
医師事務作業補助体制加算
診療録管理体制加算
検体検査判断料

		主な変更点(概要)		
医療機関の評価	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	⇒ 特定機能病院に追加
		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		
	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	⇒ 夜間25対1から30対1への変更、夜間看護体制加算の新設
		A207-4	看護職員夜間配置加算	⇒ 12対1加算1・2、16対1加算への細分化
		A214	看護補助加算	⇒ 夜間75対1看護補助加算加算、夜間看護体制加算の新設
	地域特性の評価	A218	地域加算	⇒ 7級地の新設
		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	HIV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			

平成28年度診療報酬改定

機能評価係数Ⅱの見直し(1)

機能評価係数Ⅱの新項目

➤ 重症度指数を追加した8指数により評価を行う。

✓ 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

現行		平成28年改定	
① 保険診療指数	→見直し	① 保険診療指数	
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数	
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数	
④ カバー率指数	→見直し	④ カバー率指数	
⑤ 救急医療指数	現行通り	⑤ 救急医療指数	
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数	
⑦ 後発医薬品指数	→見直し	⑦ 後発医薬品指数	
	新設	⑧ 重症度指数	

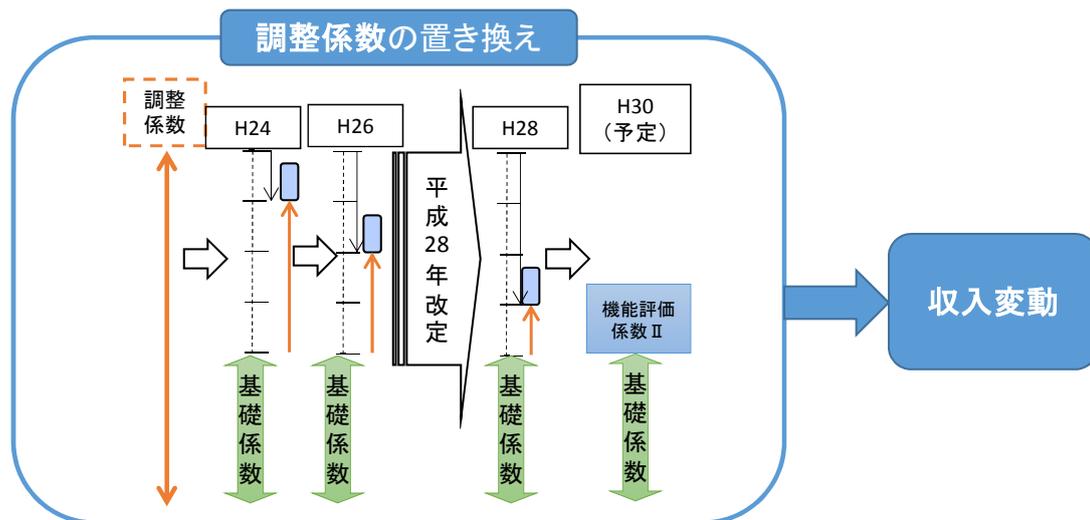
評価指標(指数)の計算方法

当該医療機関における〔包括範囲出来高点数〕／〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。
(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)

重症度係数について

- 暫定調整係数は、平成24年度～平成30年度の4回の改定で、段階的に、機能評価係数Ⅱに置換する予定。
- 但し、推計報酬変動率が±2.0%を超える場合には、激変緩和措置として±2.0%を超えないよう暫定調整係数を調整する措置を実施している。
- 暫定調整係数には、施設間の診療の傾向を調整する機能だけではなく、診断群分類点数表では表現しきれない重症度の違いを調整する機能等がある。

暫定調整係数の廃止に向けて、重症者の診療に悪影響が出ないような配慮が必要。



13

重症度係数について

- 平成28年度診療報酬改定では、『重症患者への対応機能(重症者対応)』の観点から、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行う。

重症度係数の目的

- 診断群分類点数表は、副傷病や手術の有無等に基づいて、患者に必要な医療資源の投入量を報酬に反映することを目指して設定されている。
 - CCPマトリックスの導入等により、重症度をよりきめ細かく反映する努力が続けられている。
- しかし、診断群分類上同じ分類であっても、より濃密な医療を必要とする重症患者が一定程度発生することから、調整係数の廃止に向けて、そのような患者の診療に対して一定程度の配慮を行う目的で、「重症度係数」を設定することとした。

※ 出来高実績点数が高い方が係数は高くなるが、医療機関の診療傾向のばらつきを埋め合わせることを目指すものではない。(重症度係数により調整が行われるのは、医療機関ごとの出来高実績点数の差の一部分に過ぎない。)

14

機能評価係数Ⅱの見直し(2)

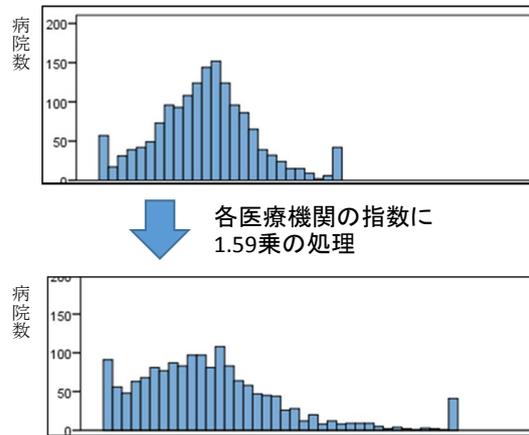
機能評価係数Ⅱの重み付け

- 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値			
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) (体制)	1.0 1.0	0 0	0 0	群ごとに評価	×
後発医薬品 (※3)	97.5%tile 値	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・最小値を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(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

標準化のイメージ



対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

機能評価係数Ⅱの見直し(3)

機能評価係数Ⅱの各項目の見直し

- 保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、後発医薬品指数について必要な見直しを行う。

①保険診療指数(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点・減点を行う。)

0.05点加点	<ul style="list-style-type: none"> 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価(Ⅰ群のみ) 病院情報の公表(平成29年度より)
0.05点減点	<ul style="list-style-type: none"> 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 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(Ⅰ群のみ) ※ 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 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(Ⅰ群のみ) 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(Ⅰ群・Ⅱ群)

④カバー率指数

- Ⅲ群においては、最低値・最小値を30%tile値とする。
- ✓ 専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥地域医療指数

- 地域がん登録に関する評価を廃止(平成29年度より)
- 高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加(平成29年度より)

⑦後発医薬品指数

- 評価上限を70%とする。
- ✓ 政府目標である70%へ評価上限を引き上げ。

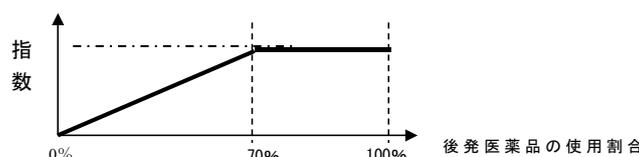
<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(平成28年度)>

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、医療機関群(Ⅰ群・Ⅱ群)における総合的な機能を評価。	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出(「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価) 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 i 様式1の親様式・子様式 : データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)の矛盾 ii 様式1とEFファイル : 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾 iii 様式4とEFファイル : 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾 iv 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> <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価(Ⅰ群のみ) Ⅰ群病院(大学病院本院)において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。</p> <p>⑤ それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価 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)、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群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点減算する。</p> <p>⑥ 病院情報の公表への取組の評価 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29年度以降の評価導入を検討)。</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<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。 ※ 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>

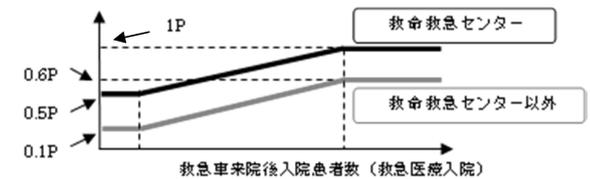
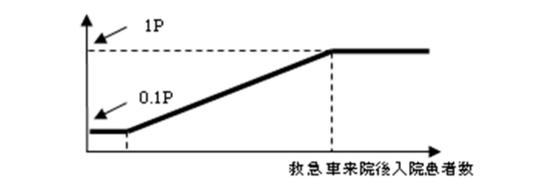
17

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)											
3) 複雑性指数	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	<p>[当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院当たり)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> <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。 ※ 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>											
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評価	<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> <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。 ※ 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>											
5) 救急医療指数	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>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】 「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> <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>											
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価(中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="544 1933 1409 2136"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="544 1933 1177 1966">地域医療指数(内訳)</th> <th data-bbox="1185 1933 1409 1966">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 1966 858 2067">① 体制評価指数</td> <td data-bbox="866 1966 1177 2067">計12項目(各1ポイント) Ⅰ・Ⅱ群は評価上限10ポイント Ⅲ群は評価上限8ポイント</td> <td data-bbox="1185 1966 1409 2067">1/2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 2067 858 2136" rowspan="2">② 定量評価指数</td> <td data-bbox="866 2067 1177 2101">1) 小児(15歳未満)</td> <td data-bbox="1185 2067 1409 2101">1/4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="866 2101 1177 2136">1) 上記以外(15歳以上)</td> <td data-bbox="1185 2101 1409 2136">1/4</td> </tr> </tbody> </table>	地域医療指数(内訳)		評価に占めるシェア	① 体制評価指数	計12項目(各1ポイント) Ⅰ・Ⅱ群は評価上限10ポイント Ⅲ群は評価上限8ポイント	1/2	② 定量評価指数	1) 小児(15歳未満)	1/4	1) 上記以外(15歳以上)	1/4
地域医療指数(内訳)		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数	計12項目(各1ポイント) Ⅰ・Ⅱ群は評価上限10ポイント Ⅲ群は評価上限8ポイント	1/2											
② 定量評価指数	1) 小児(15歳未満)	1/4											
	1) 上記以外(15歳以上)	1/4											

18

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)	(続き) ① 体制評価指数(評価に占めるシェアは1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価(計12項目、詳細は次ページの別表3参照)。一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値をⅠ・Ⅱ群は10ポイント、Ⅲ群は8ポイントとする。 ② 定量評価指数(評価に占めるシェアは1)2)それぞれ1/4ずつ) [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。 【評価対象地域の考え方】 DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3次医療圏とし、DPC病院Ⅲ群については2次医療圏とする。 【集計対象とする患者数の考え方】 DPC対象病院に入院した患者とする。
7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア(=[後発医薬品の数量]÷[後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])により評価。 ※数量とは薬価基準告示上の規格単位ごとに、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう。 ※数量ベースで70%を評価上限とする。 
8) 重症度指数	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	当該医療機関における[包括範囲出来高点数]÷[診断群分類点数表に基づく包括点数]を評価する。 (ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)

<地域医療指数・体制評価指数>

評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
① 脳卒中地域連携 (DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味)	脳卒中を対象とした場合に限って評価。当該医療機関を退院した患者について、「[B005-2地域連携診療計画管理料]を算定した患者数」÷[医療資源病名が脳卒中に関連する病名(例:脳梗塞等)である患者数]で評価(実績に応じて0~1P)	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)」のいずれかの施設基準を取得していることを評価(1P)
② がん地域連携 (DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味)	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]で評価(実績に応じて0~1P)	「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」のいずれかの施設基準を取得していることを評価(1P)
③ 地域がん登録 (実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、「医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数(当該都道府県内の患者分に限る)」÷[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)である医療機関所在都道府県内の初発の患者数(同一患者の複数回受診は除いて計算)]で評価(実績に応じて0~1P) (平成29年度以降は評価を廃止予定。)	
④ 救急医療 (実績評価を加味)	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価(0.5P)、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価(0.1P)。	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)
実績評価	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)(0.5P) 	救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P) 

評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関(※)の指定」と「DMATの指定」をそれぞれ評価(0.5Pずつ) (※)平成29年度以降に導入を検討する	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関(※)の指定」又は「DMATの指定」の有無を評価(いずれかで1P) (※)平成29年度以降に導入を検討する
⑥へき地の医療	「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)	
⑦周産期医療	・「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	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価(いずれかで1P)
⑧がん拠点病院	・「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」の指定を重点的に評価(1P) ・「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.5P) ・「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」としての指定は評価対象外(0P)	「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」及び「特定領域がん診療連携拠点病院」の指定を受けていることを評価(いずれかで1P)
⑨24時間tPA体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価(1P)	
⑩EMIS(広域災害・救急医療情報システム)	EMIS(広域災害・救急医療情報システム)への参加の有無を評価(1P)	
⑪急性心筋梗塞の24時間診療体制	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(実績に応じて0~1P)	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「A230-3精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価(1P)	
⑬高度・先進的な医療の提供	各項目の実施症例数を評価(平成29年度より評価)。 ・ 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) (※)協力施設としての治験の実施を含む。	

Ⅲ 平成28年度診療報酬改定について

1 医療機関別係数の見直し

2 診断群分類点数表の見直し

3 算定ルールの見直し

4 DPC対象病院としての要件の見直し

5 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

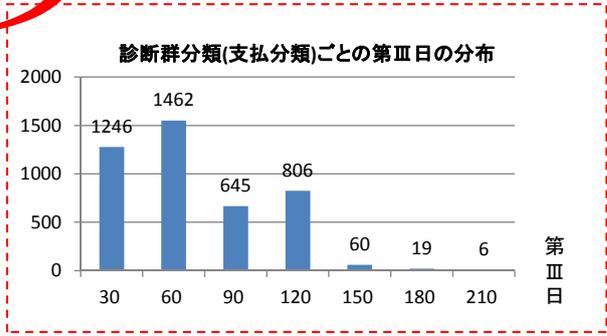
算定ルールの見直し(1)

点数設定方法の見直し

➤ 第Ⅲ日(包括算定の終了日)を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行う。

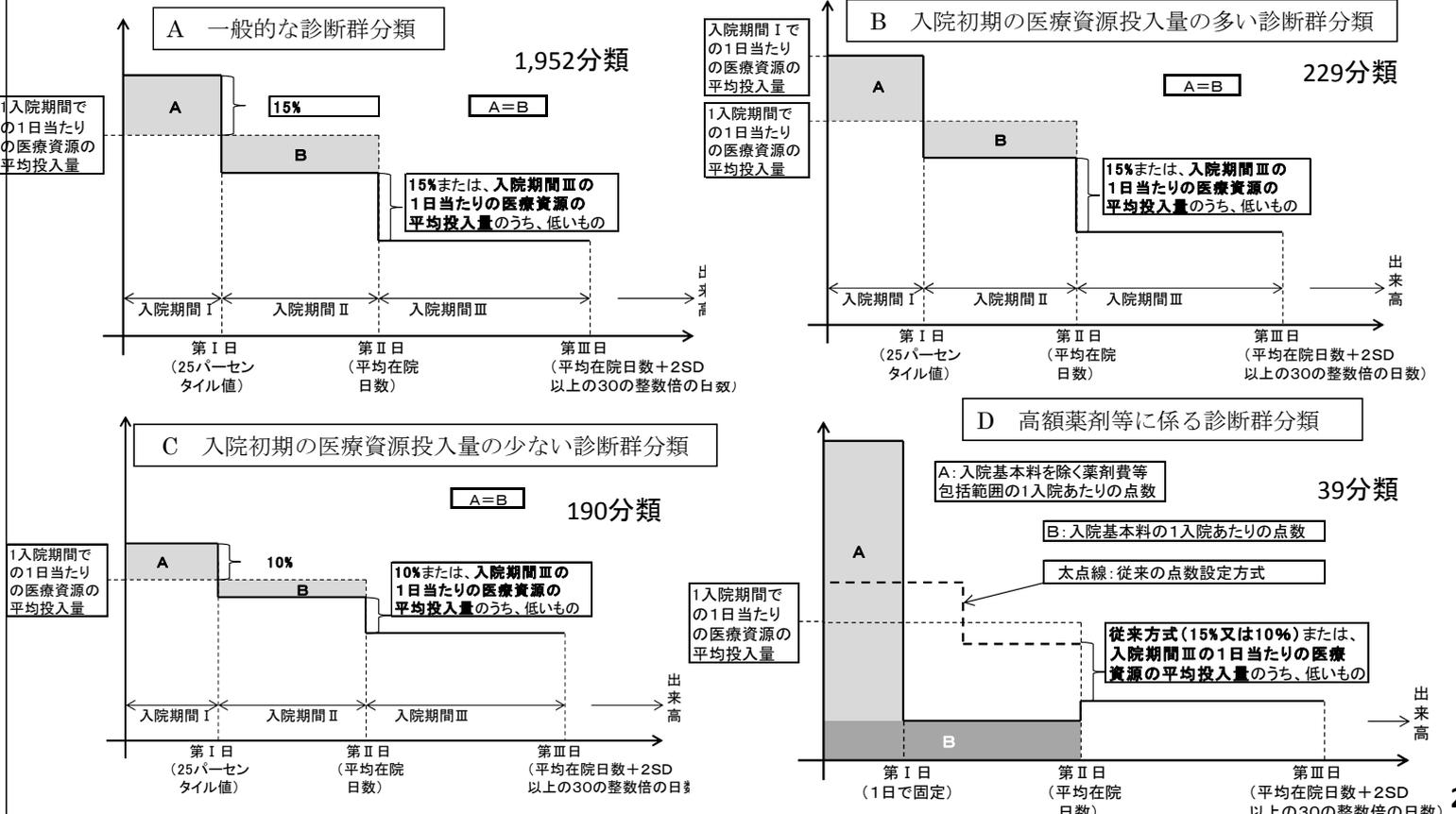


2,410種類の支払分類のうち、426種類の支払分類において、調整が行われた。



算定ルールの見直し(2)

点数設定方法の見直し



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

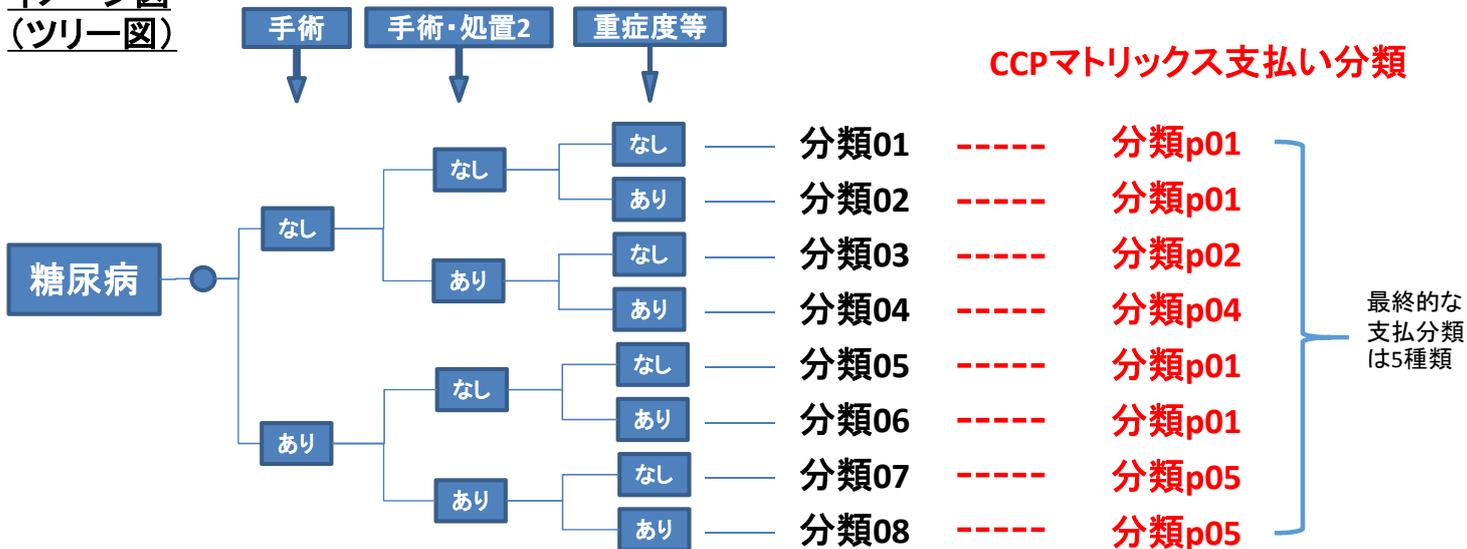
H28DPC (副傷病分岐なし)	内容	平均在 院日数
060020xx99x7xx	胃の悪性腫瘍 ラムシルマブ	5.7
080005xx99x2xx	黒色腫 ニボルマブ	3.7
010070xx9910xx	脳血管障害 E003造影剤注入手技	2.6
100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍 I131内用療法	6.0
010030xx9910xx	未破裂脳動脈瘤 E003造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	2.6
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 D206心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等	2.9

算定ルールの見直し(4)

点数設定方式の見直し

➤ 診断群分類点数表の一部に重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)を導入

イメージ図 (ツリー図)



Comorbidity
Complication
Procedure

診断群分類	診断群分類数	支払い分類
010060 脳梗塞	1584分類	7分類
040080 肺炎等	1104分類	16分類
100060 ~100081 糖尿病	144分類	27分類

最終的な
支払分類
は5種類

算定ルールの見直し(5)

診断群分類点数表の見直し

➤ 診断群分類の見直しを行い平成28年度改定においては以下の通りの分類となった。

改定時期	MDC数 (※1)	傷病名数	DPCコード (ツリー総数)	うち包括対象 DPC数(※2)	支払い分類 (※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	4,244	2,410

※1 MDC: Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 改定時点で包括対象となっているDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類においては、複数の診断群分類番号が同一の支払い分類となっている。

27

Ⅲ 平成28年度診療報酬改定について

1 医療機関別係数の見直し

2 診断群分類点数表の見直し

3 算定ルールの見直し

4 DPC対象病院としての要件の見直し

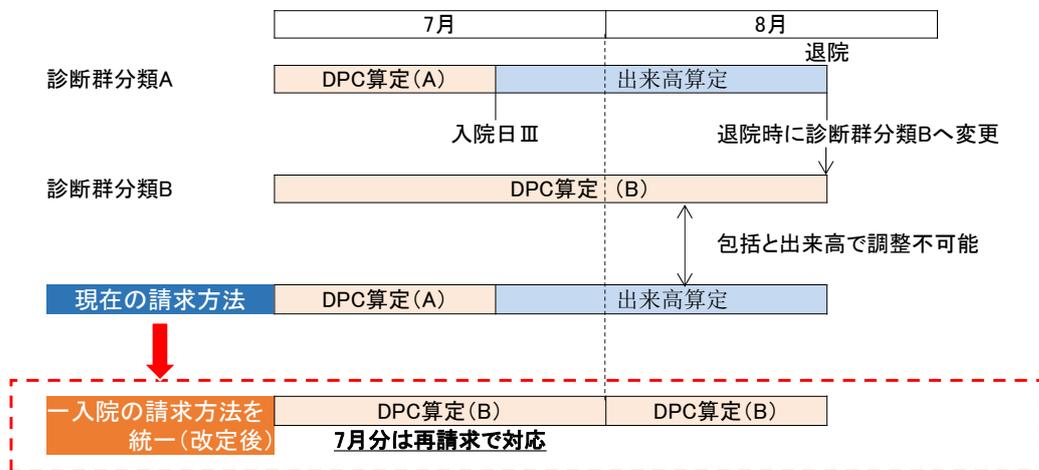
5 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

28

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。

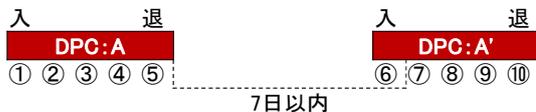


- ・病院ごとにDPCコードが一入院期間で変更される割合が異なることがわかった。
- ・医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、再請求に該当する症例を減らすことが可能ではないかと考えられる。

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

Ⅲ 平成28年度診療報酬改定について

1 医療機関別係数の見直し

2 診断群分類点数表の見直し

3 算定ルールの見直し

4 DPC対象病院としての要件の見直し

5 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

31

平成28年度診療報酬改定

DPC対象病院としての要件の見直し

DPC対象病院としての要件

- 適切なコーディングを行う為の体制の強化を図る為、コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から4回へ引き上げる。

要件:年2回

(毎月開催することが望ましい)



要件:年4回

(毎月開催することが望ましい)



- ・多職種の参加
- ・DPC制度への理解を深め、適切なコーディングを推進する。
- ・実症例をもって議論をする際には、担当医等が出席し、診療報酬の多寡の議論を行わない旨を周知。

(参考)DPC対象病院の要件について

- 一 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出
- 二 A207診療録管理体制加算に係る届出
- 三 「退院患者調査」、「特別調査」への参加
- 四 データ病床比1月あたりの値が0.875以上
- 五 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。適切なコーディング委員会の年4回の開催等

32

Ⅲ 平成28年度診療報酬改定について

1 医療機関別係数の見直し

2 診断群分類点数表の見直し

3 算定ルールの見直し

4 DPC対象病院としての要件の見直し

5 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)の見直し

➤ 調査項目の見直しを行う。

様式1 【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	退院時転帰として「治癒・軽快」を入力	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	DPC対象病棟より、「計画的・計画外」再入院の場合入力	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、急性細菌性気管支炎」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。

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)の見直し

様式1

【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・精緻化を行った項目】

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。

35

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)の見直し

EF統合ファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
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）

Dファイル

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

Hファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
重症度、医療・看護必要度	7対1、10対1、地域包括ケア（評価票により評価を行うことが必要な病棟）への入院患者	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の確か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）

36

退院患者調査の見直し: 持参薬関連

EF統合ファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
持参薬	DPC対象病院・DPC準備病院のDPC対象病棟に入院する患者	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。

【前提】

DPC制度における診断群分類点数表には、入院中に使用される薬剤費も含まれた点数を設定している。

DPC留意事項通知

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。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である(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は、当該特別な理由を診療録に記載すること。)

【論点】

持参薬を使用した場合には、二重に点数を計上する事になるのではないかと指摘があり、実態を把握し議論をする必要がある。



平成28年10月より、入院中に持参薬を使用した場合は、薬剤名・使用量等をEFファイルに出力する。

※当該入院期間中の日であれば、薬剤を使用した日でなくてもよい(退院日に一括出力も可とする。)

※つまり、全く持参薬を使用しない場合には出力の必要はない。

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)に関する経過措置まとめ

➤ それぞれの項目に適切な経過措置を設ける。

項目	病院種別	対象病棟	内容	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	全病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行くことが必要な病棟)	・医療看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	全病院	精神病棟グループ・その他病棟グループ(療養病棟、地域包括ケア病棟など)	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
持参薬を出力 (EFファイル)	DPC対象病院・準備病院	7対1、10対1 (DPC対象病棟)	・持参薬を使用した場合に、薬剤名・使用料を出力	平成28年9月末まで (6ヶ月)
14桁コードを出力 (Dファイル・レセプト)	DPC対象病院	7対1、10対1 (DPC対象病棟)	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	平成28年9月末まで (6ヶ月)
(参考)データ提出加算	10対1 (200床以上)の病院	全病棟	-	平成29年3月末まで (1年間)