

平成26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

本日の説明内容

I DPC制度の概要

1. DPC制度に関するこれまでの経緯
2. 制度概要
3. 「診断群分類点数表」について
4. 「医療機関別係数」について

II 平成26年度診療報酬改定について

1. 基本方針(改定全体の方針を踏まえた対応)
2. 「医療機関別係数」の見直し
3. 「診断群分類点数表」の見直し
4. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し
6. その他

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

- DPC制度(DPC/PDPS)は、平成15年4月より、閣議決定に基づき、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日あたり包括払い制度**である。

(参考) 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。

[平成23年1月21日中医協総会 総-3-1(抜粋)]

- ・ DPC/PDPSの導入に先立って、平成10年11月から国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行が実施された(平成16年3月まで)。
- ・ 制度導入前に実施された包括払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた**1日あたり**定額報酬を算定する、という現行のDPC/PDPSが導入された。

※ 「DPC/PDPS」について

「DPC; Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」

Diagnosis 診断

Procedure 処置(手術、検査等)

Combination 組み合わせ

「PDPS; Per-Diem Payment System 1日当たり包括支払い制度」

Per-Diem 1日当たり

Payment System 支払い制度

※ 「DPC」という呼称については、

① 診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度

② 患者分類としての診断群分類

本来DPC (Diagnosis Procedure Combination)は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

DPC／PDPS参加病院数・病床数

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成26年4月1日見込みで1,585病院・約49万床となり、**全一般病床の約55%**を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	1,585	492,206
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	7,493	898,116

平成15年

82病院

66,497床

平成26年

1,585病院

492,206床
(約55%)

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

(参考) D P C 対象病院数の変遷

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院 (H15年4月)	0	0	0	0	1	81	82
平成16年度対象病院 (H16年4月)	2	14	12	15	8	93	144
平成18年度対象病院 (H18年4月)	6	30	47	71	46	159	359
平成20年度対象病院 (H20年7月)	39	103	133	138	85	215	713
平成21年度対象病院 (H21年7月)	130	259	261	231	135	262	1,278
平成22年度対象病院 (H22年7月)	151	295	282	249	144	267	1,388
平成23年度対象病院 (H23年4月)	163	313	295	257	148	271	1,447
平成24年度対象病院 (H24年4月)	181	335	301	265	149	274	1,505
平成25年度対象病院 (H25年4月)	179	338	304	252	153	270	1,496
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	200	373	318	262	155	277	1,585
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	3,090	2,345	779	560	309	410	7,493

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

(参考) D P C 算定病床数の変遷

【DPC算定病床数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院 (H15年4月)	0	0	0	0	424	66,073	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	177	2,261	3,152	5,088	3,507	75,145	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	429	4,701	11,892	24,479	20,343	114,551	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	2,820	15,839	33,027	47,505	37,363	149,534	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	8,915	39,127	64,908	79,136	59,544	178,594	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	10,099	44,196	69,983	85,612	63,548	181,710	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	10,869	46,708	73,212	88,320	65,189	184,064	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	11,994	50,078	74,571	91,071	65,606	186,219	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	11,924	50,581	75,291	86,277	67,459	183,449	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	13,418	55,494	78,491	89,558	68,331	186,914	492,206
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	116,262	193,237	111,703	139,231	102,341	236,611	899,385

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

(参考) D P C 準備病院の変遷

【DPC準備病院数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成18年度準備病院（H18年7月）	38	88	75	62	49	59	371
平成19年度準備病院（H19年7月）	182	282	222	170	100	115	1,071
平成20年度準備病院（H20年7月）	185	259	165	114	61	59	843
平成21年度準備病院（H21年7月）	111	116	48	32	13	11	331
平成22年度準備病院（H22年7月）	112	88	31	21	6	8	266
平成23年度準備病院（H23年4月）	95	70	17	13	2	4	201
平成24年度準備病院（H24年4月）	103	93	31	17	1	3	248
平成25年度準備病院（H25年4月）	96	98	31	15	0	4	244
平成26年度準備病院 見込み	123	107	32	13	2	1	278

【DPC準備病院病床数の変遷（調査開始時の病床数で表示）】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成18年度準備病院（H18年7月）	2,670	13,472	18,403	21,080	21,523	36,909	114,057
平成19年度準備病院（H19年7月）	11,684	41,494	54,760	58,004	44,004	71,363	281,309
平成20年度準備病院（H20年7月）	11,563	37,366	40,793	39,151	26,940	36,429	192,242
平成21年度準備病院（H21年7月）	6,674	16,104	11,537	11,223	5,533	6,894	57,965
平成22年度準備病院（H22年7月）	6,904	12,473	7,265	7,018	2,498	5,249	41,407
平成23年度準備病院（H23年4月）	5,835	10,003	3,893	4,369	838	2,813	27,751
平成24年度準備病院（H24年4月）	6,265	13,173	7,330	5,628	400	1,706	34,502
平成25年度準備病院（H25年4月）	5,917	13,869	7,529	4,980	0	2,206	34,501
平成26年度準備病院 （見込み）	7,665	15,398	7,565	4,409	901	520	36,458

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要**
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

包括評価の基本的考え方①

(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、現実の医療の中では、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라이어(外れ値)処理として除外等の対応を行う(後述)。

包括評価の基本的考え方②

前提② 包括評価(定額点数)の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出

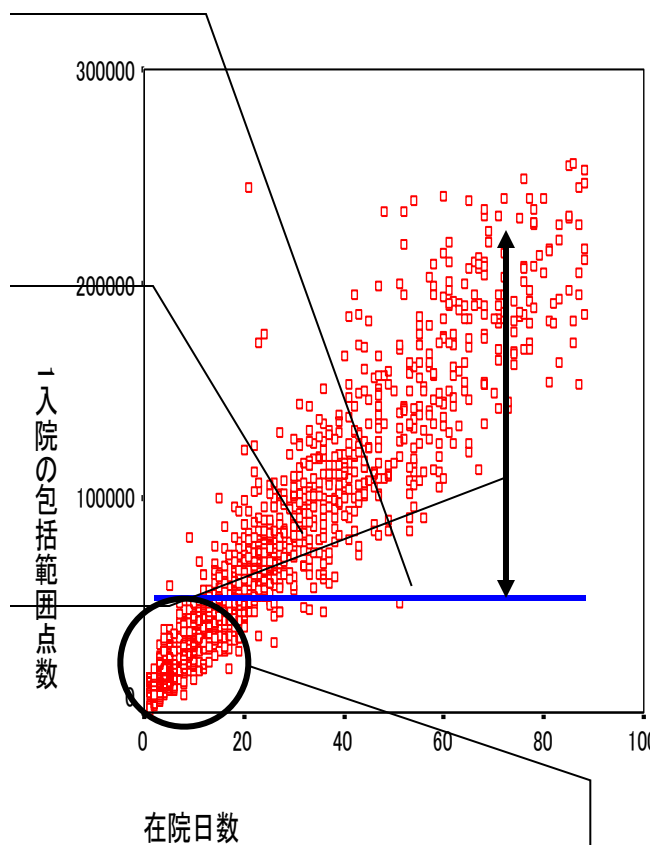
- 制度設計に際し、包括評価(定額点数)のあり方や具体的な手法については様々な議論や検討がなされたが、
 1. 既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたこと、
 2. 既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難なこと(データや評価体制が不十分)、等から、包括評価(定額点数)の範囲に相当する出来高点数体系での評価(点数)を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

(※ 包括評価の設定は医療資源投入量を評価して設定すべき、という考え方から逆に見れば、出来高報酬制度における点数を医療資源投入量の近似値として使用(準用)している、と見ることもできるが、制度設計としては、出来高見合いの報酬(点数)設定が基本となっている。)
- 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。

1 入院当たり包括評価と1日当たり包括評価の比較

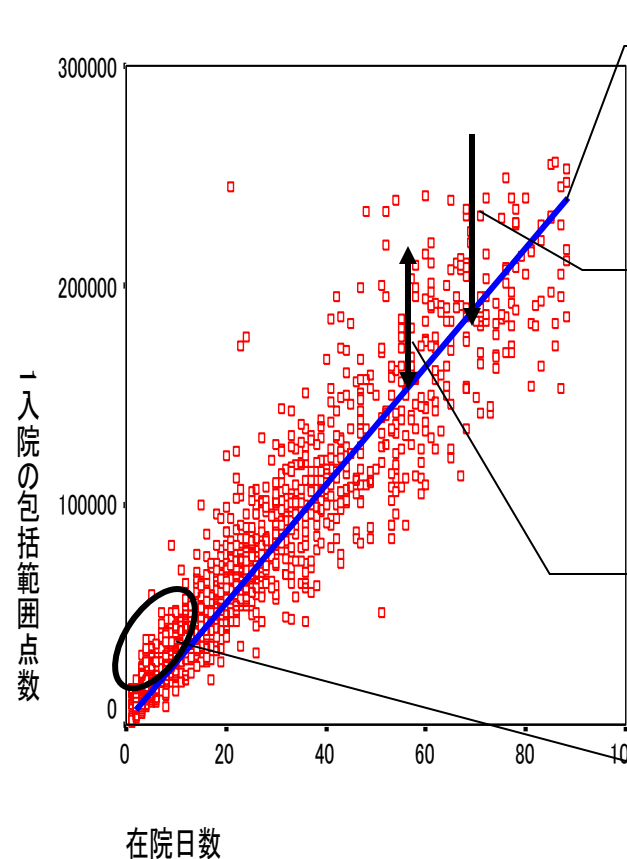
「肺がん→手術なし→副傷病なし」の場合

1 入院当たり包括評価



在院日数が短ければ、黒字

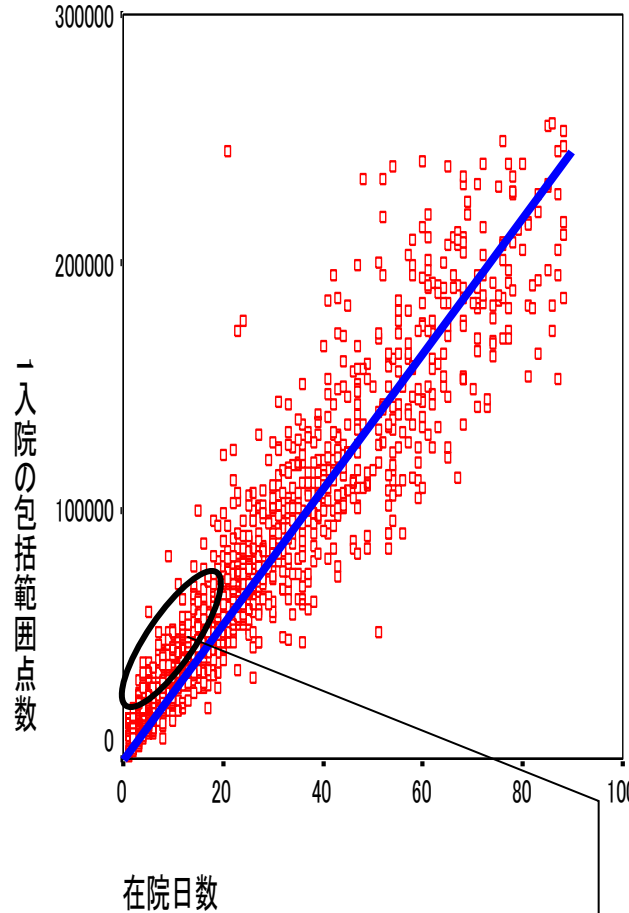
1日当たり包括評価



在院日数が短くても、1日単価が高ければ赤字

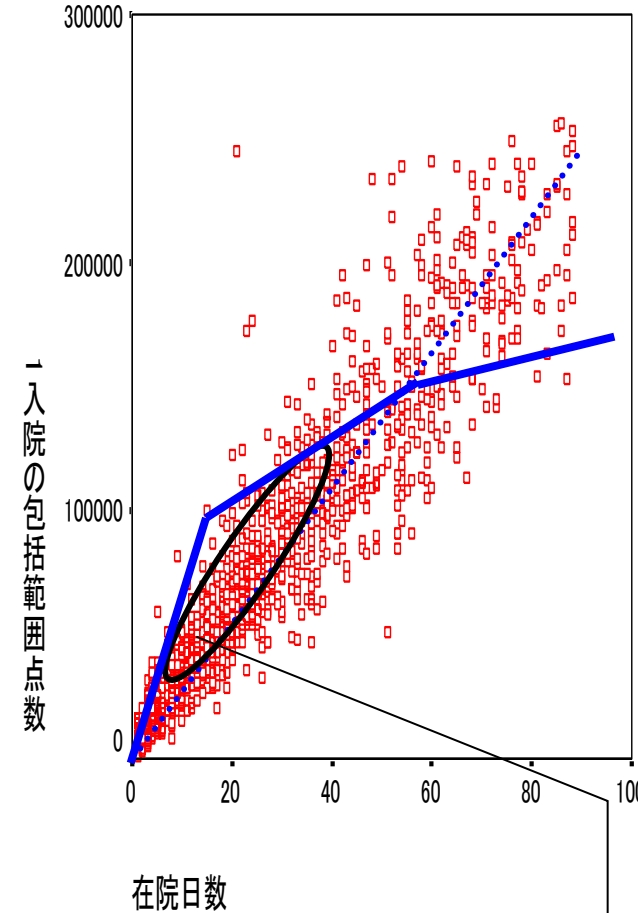
1日当たり包括評価の方法

【基本形】



在院日数が短くても、1日単価が高ければ赤字

【在院日数を加味した形】



在院日数が短く1日単価が高くても黒字

DPC制度の対象

平成26年度 DPC対象病院の要件について(1/2)

- 一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げる区分番号のうちいずれかの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。
 - イ A100 一般病棟入院基本料
 - ロ A104 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)
 - ハ A105 専門病院入院基本料
- 二 医科点数表に掲げる区分番号A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。
- 三 厚生労働大臣が実施する次の調査に適切に参加すること。
 - イ 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」)
 - ロ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、イの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」)

DPC制度の対象

平成26年度 DPC対象病院の要件について(2/2)

四 三のイの調査期間中において、退院した患者(第1項第一号から第五号までのいずれかに該当するものを除く。)数を、当該病院の一般病棟(次のイからトまでの医科点数表に掲げる区分番号いずれかを算定する病棟を除く。)の病床数で除した**1月あたりの値が0.875以上**であること。

イ A106 障害者施設等入院基本料

ロ A306 特殊疾患入院医療管理料

ハ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料

ホ A309 特殊疾患病棟入院料

ヘ A310 緩和ケア病棟入院料

ト A400 短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料3を除く。)

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2回の開催等

【※ DPC対象病院として望ましい基準】

・ 救急医療管理加算

・ 診療録管理体制加算1

・ 適切なコーディングに関する委員会の毎月の開催

DPC算定病床の考え方

DPC対象病院

一般病棟

- ・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 脳卒中ハイ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 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・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
- ・A400 短期滞在手術等基本料3

DPC包括算定

いわゆる
「DPC算定病床」

以下の区分番号を算定する患者は出来高算定とする。

- 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
- A400 短期滞在手術等基本料(1、2)

出来高算定

精神病棟

- ・A103 精神病棟入院基本料
- ・・・等

療養病棟

- ・A101 療養病棟入院基本料 等

結核病棟

- ・A102 結核病棟入院基本料 等

DPC包括算定の対象患者

【DPC包括算定となる患者の考え方】

⇒DPC対象病院として告示されている医療機関において「一般病棟」に入院する患者（療養病棟、精神病棟等の入院患者は対象外）

出来高算定となる患者

A 出来高算定する診断群分類に該当した場合

B 特殊な病態の患者

- －入院後24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
- －評価療養を受ける患者 等

C 一般病棟のうち、DPC算定とならない特定入院料等の算定患者

- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A306-3 地域包括ケア病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料 等

D 厚生労働大臣が定める者（告示に規定）

- ① 診療報酬改定で新たに保険収載された手術等が実施された患者
- ② 「高額薬剤」として別に定める薬剤を定められた診断群分類において使用した患者
- ③ 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者（新設）

D 厚生労働大臣が定める者 (① 新規保険収載技術が実施された患者)

既存収載技術と類似性のない手術等について、包括評価が可能となるデータが集まるまでの期間、包括対象外とする趣旨で設定されるものであり、下記の診療行為が実施される症例については、次回改定までの間、出来高算定とする。

K190-6	仙骨神経刺激装置植込術
K190-7	仙骨神経刺激装置交換術
K260-2	羊膜移植術
K281-2	網膜再建術
K328-2	植込型骨導補聴器移植術
K328-3	植込型骨導補聴器交換術
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)
K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)
K509-4	気管支瘻孔閉鎖術
K555-2	経皮的動脈弁置換術
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
K699-2	体外衝撃波膀胱石破碎術(一連につき)
K699-2 注	内視鏡的膀胱石除去加算
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術(一連につき)

※ 当該リストは暫定であり、変更がありうる。

D 厚生労働大臣が定める者 (②「高額薬剤」が使用された患者)

平成25年12月25日
中医協総会 総-3

- 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。

D 厚生労働大臣が定める者 (③「短期滞在手術等入院基本料3」を算定する患者)

短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者については、DPC包括算定の対象外とする。

K008	(新)	腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術
K093-2	(新)	関節鏡下手根管開放手術
K196-2	(新)	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
K282	(新)	水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの
K282	(新)	水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合
K474	(新)	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満
K617	(新)	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617	(新)	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法
K617	(新)	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K633		ヘルニア手術 5㎖径ヘルニア(15歳未満)
K633	(新)	ヘルニア手術 5㎖径ヘルニア(15歳以上)
K634	(新)	腹腔鏡下単径ヘルニア手術
K721	(新)	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1長径2cm未満
K721	(新)	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2長径2cm以上
K743	(新)	痔核手術 2 硬化療法(四段階注射法)
K867	(新)	子宮頸部(腔部)切除術
K873	(新)	子宮鏡下子宮筋腫摘出術
D237	(新)	終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合
D237	(新)	終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
D237	(新)	終夜睡眠ポリグラフィー31及び2以外の場合
D291-2	(新)	小児アレルギー負荷検査
D413	(新)	前立腺針生検法

DPC制度における診療報酬の算定方法

(1) 概要

【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

ホスピタルフィー的報酬部分

【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

+

ドクターフィー的報酬部分等

【包括評価部分】

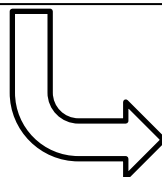
D P C 毎 の
1 日 当 たり 点 数

×

在 院 日 数

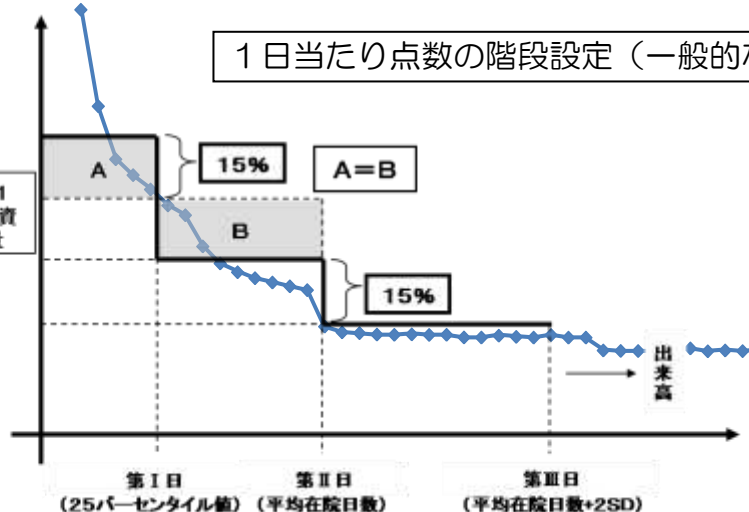
×

医 療 機 関 別 係 数



1日当たり点数の階段設定（一般的な診断群分類）

1入院期間での1
日当たりの医療資
源の平均投入量



DPC制度における包括範囲

「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 (機能評価係数Ⅰとして評価)	患者ごとに算定される加算
	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
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

1. 経緯

- 高額な投薬や処置等を長期継続的に実施する疾患の患者が、その疾患とは直接関連のない他疾患の治療のためDPC病院に入院し、当該疾患を主病とした場合には、高額な薬剤費等が包括点数に十分に反映されていないとの指摘があった。このため、**HIV治療薬、血液凝固因子製剤(血友病等)、人工腎臓及び腹膜灌流(慢性腎不全)**については**出来高で算定**することとなった。
- 一方で、**抗がん剤**についても**同様の取扱いとするべき**ではないか、との意見があり、このことについてDPC評価分科会において検討を行った。

2. DPC評価分科会(平成21年12月24日)における検討

(1) 分科会の議論において指摘された論点

①DPC病院における抗がん剤使用の実態

抗がん剤には多数の種類があり、また、注射薬、経口薬の違いもあることから、取扱いについては現場の使用実態も踏まえた慎重な検討が必要。

②他の薬剤との整合性

抗がん剤以外にも生物製剤等、高額な薬剤があることから、DPCにおける高額薬剤の取扱いに関する整理が必要。

③高額薬剤に関する対応の考え方

DPCにおいては、従来から抗がん剤などの高額薬剤の取扱いについて、診断群分類の精緻化などで対応しているが、その考え方が整理されていない。

(2) 結論

この問題は、整理が必要であり、DPC制度の在り方そのものに関わることから、時間をかけて検討すべきとの結論になった。

DPC／PDPS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）

診断群分類点数表

診断群分類毎の
1日当たり点数

×

医療機関別係数

機能評価係数Ⅱ

+

機能評価係数Ⅰ

+

暫定調整係数

+

基礎係数

×

在院日数

+

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）

手術

麻酔

1000点以上の処置 等

患者ごとに算定される入院
基本料等加算

包括対象外となる薬剤・材
料の費用

退院時処方 等

I . DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

診断群分類(DPC)の基本構造

○ 日本における診断群分類は、

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」

の順に分類されている。

○ 「傷病名」は、「ICD-10: 国際疾病分類(※)」により定義されており、
「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)」で定義されている。

※ ICD-10 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 国際疾病分類第10版(2003年改訂)]

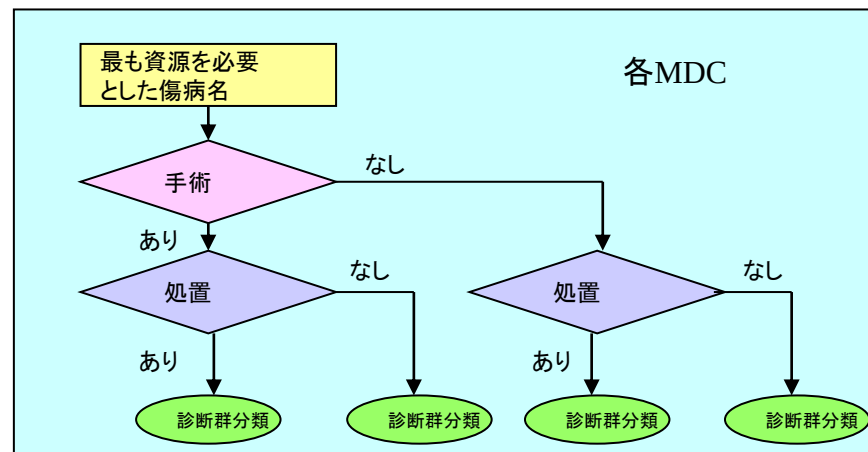
MDC 18種※

ツリー 2,873分類

(うち包括 2,309分類)※

※ 平成26年度改定における数

わが国の診断群分類
開発では、臨床家の
思考方法に近い形で
判断樹を作成していく
ことを基本的理念と
している



診断群分類番号（14桁）の構成

傷病名 (Diagnosis)

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

②傷病名の細分類

⑧副傷病
0: なし
1: あり

⑨重症度等
【手術等】
0: 片眼
1: 両眼 等

01 0010 x x 99 x 0 x x

手術・処置 (Procedure)

③入院目的
x: (今回は使用しない)

④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

⑦手術・処置等2

0: なし

1: あり(2以降がある場合は定義テーブルによる手術・処置等あり)

2~8: 定義テーブルによる手術・処置等あり

⑥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

⑤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

診断群分類点数表の算定方法①

040100 喘息

手術・処置等2

なし

副傷病

なし

040100xxxx00x

あり

040100xxxx01x

あり

1

副傷病

なし

040100xxxx10x

あり

040100xxxx11x

2

040100xxxx2xx

平成24年10月から平成25年9月までの12か月間のデータを用いて点数設定

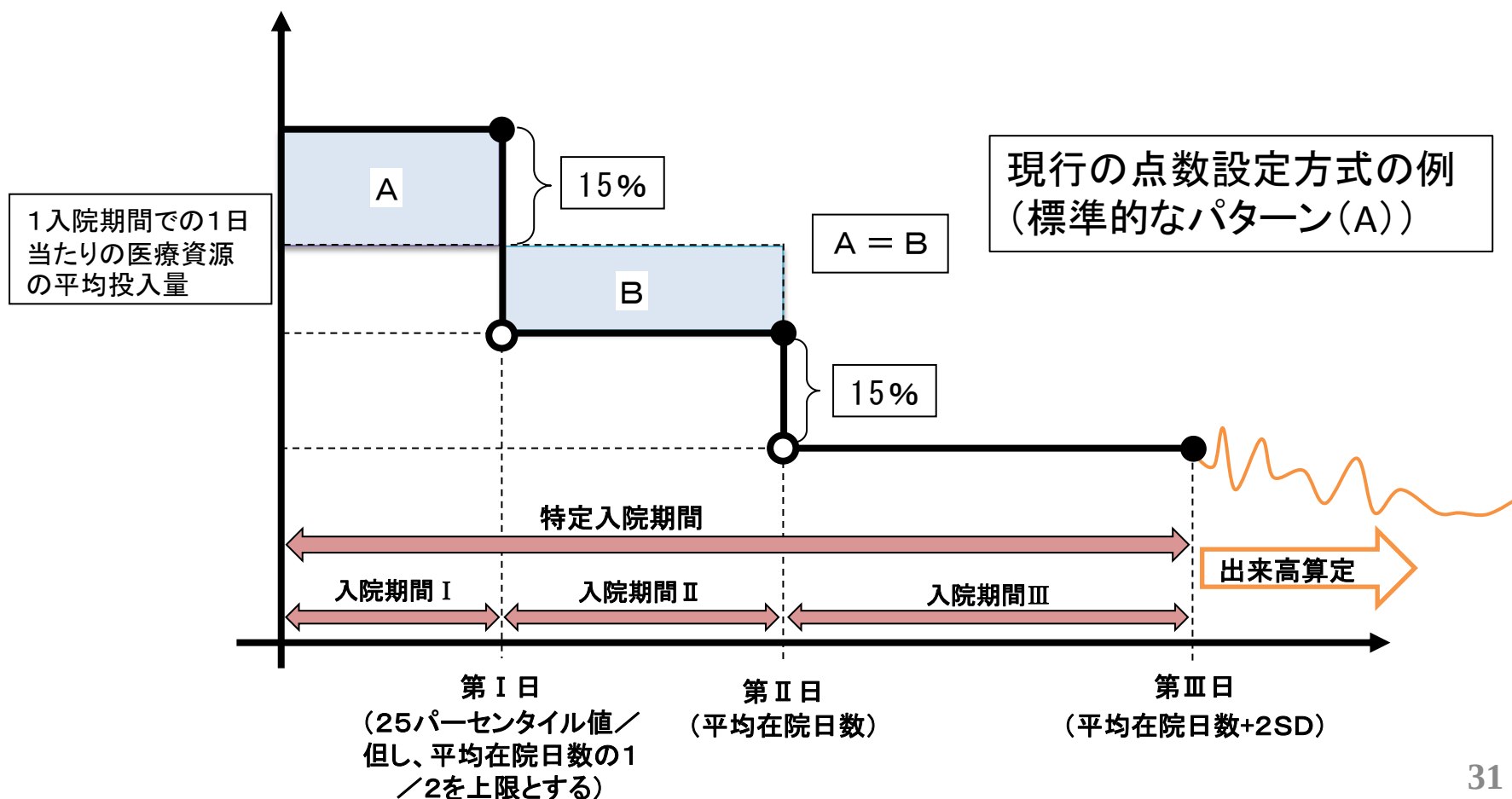
手術・処置等2
1；人工呼吸
2；オマリズマブ

診断群分類番号	入院日(日)			点数(点)		
	I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
040100xxxx00x	3	6	10	2,375	1,754	1,491
040100xxxx01x	6	11	23	2,704	1,927	1,638
040100xxxx10x	6	12	27	3,242	2,396	2,036
040100xxxx11x	9	18	44	3,373	2,493	2,119

診断群分類(DPC)点数表における1日当たり点数の設定方法

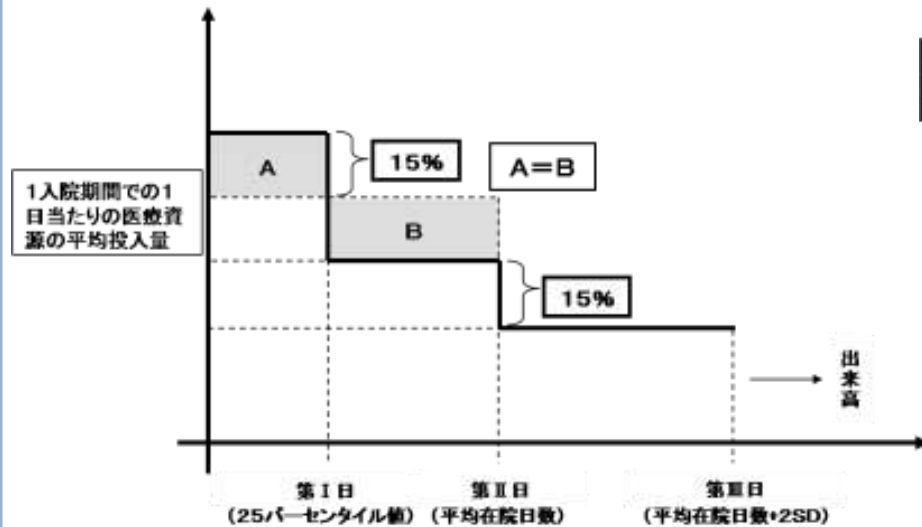
<1日当たり定額点数・設定方式のポイント>

- 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(アウトライヤー)については平均在院日数+2SDを超えた部分について出来高算定
- 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

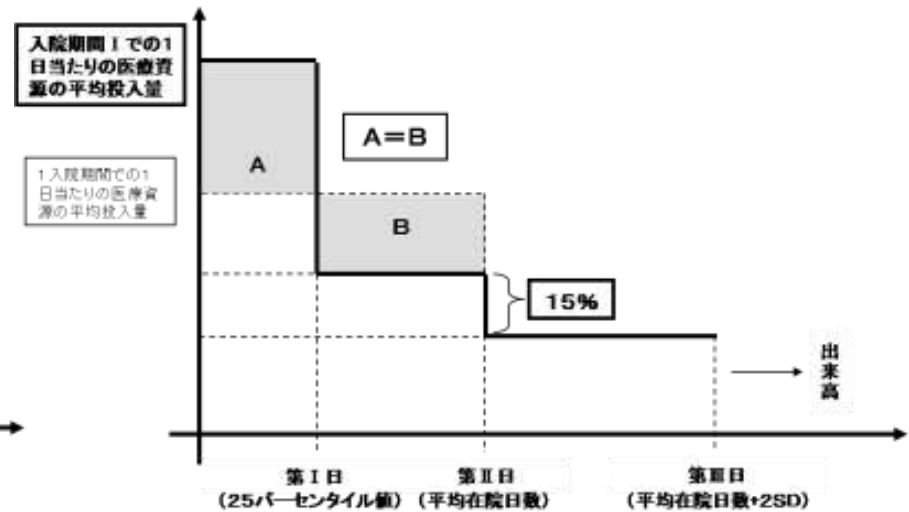


DPC点数表の点数設定方法(4種)

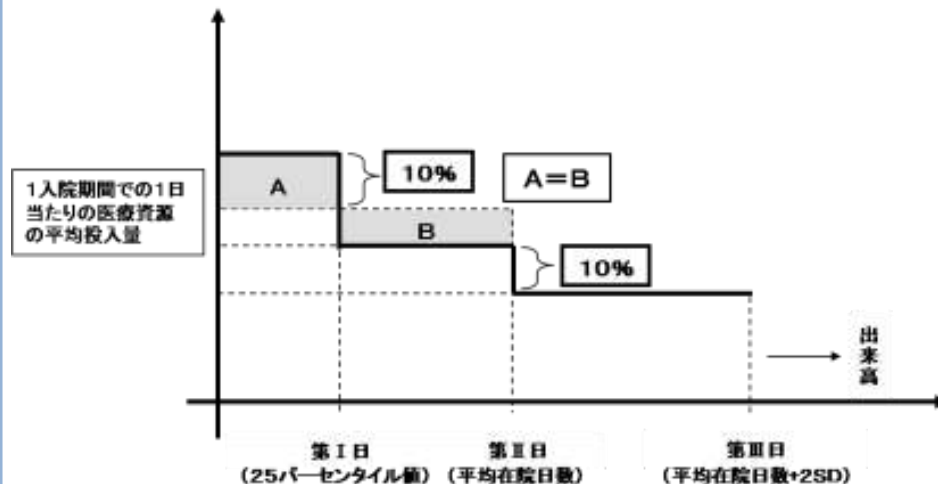
A 一般的な診断群分類



B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

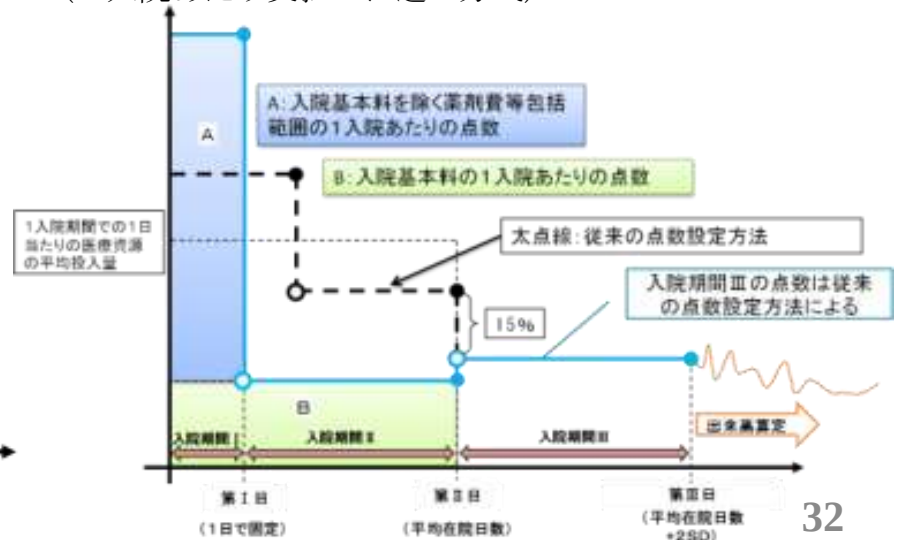


C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤等に係る診断群分類

(I 入院あたり支払いに近い方式)



(参考) 実際の診断群分類(DPC)点数表(例示)



(参考) 診断群分類の総数の変遷

改定時期	MDC数(※1)	傷病名数	DPC総数	うち包括対象 DPC数(※2)
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	<u>18</u>	<u>504</u>	<u>2,873</u>	<u>2,309</u>

※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

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

医療機関別係数について

各医療機関の医療機関別係数は、以下の4つを合算したものとする。

基礎係数（医療機関群別）

医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価したもの。

機能評価係数Ⅰ

包括範囲における、「入院基本料の差額」、「入院基本料等加算」等々を評価したもの。

機能評価係数Ⅱ

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インセンティブ（医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ）を評価したもの。

暫定調整係数

従来の調整係数の段階的廃止過程において暫定的に設定される係数。

基礎係数の具体的な算出方法

[各病院群の基礎係数(平成26年度)]

= { [各病院群の包括範囲出来高点数^{*1}の平均値^{*2}] × [改定率^{*3}] + [消費税増税にかかる対応分] } ÷ [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26年度改定では(1-0.0126)となる。

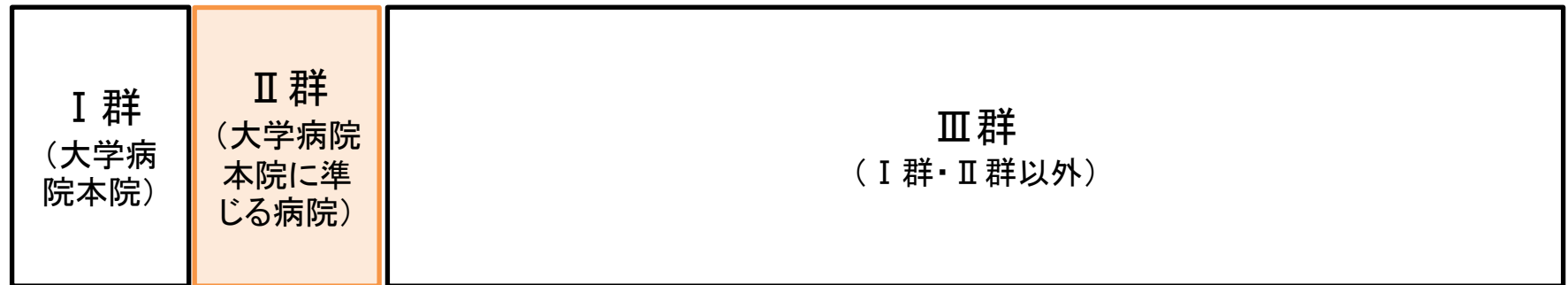
*4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。

*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)		※ 集計中
DPC病院Ⅱ群		
DPC病院Ⅲ群		
合計		

基礎係数(医療機関群Ⅰ群～Ⅲ群)について

- 医療機関の基本的な診療機能を評価する係数であり、診療機能(施設特性)を反映させるため、医療機関群(Ⅰ群～Ⅲ群)に分類して評価している。



※ 病院数・病床数は現在集計中

Ⅱ群病院の選定にかかる実績要件(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)
・以下の4つの実績要件について、**「Ⅰ群の最低値(外れ値を除く)」をすべて満たす病院**をⅡ群とする。

【実績要件1】 診療密度
【実績要件2】 医師研修の実施
【実績要件3】 高度な医療技術の実施
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

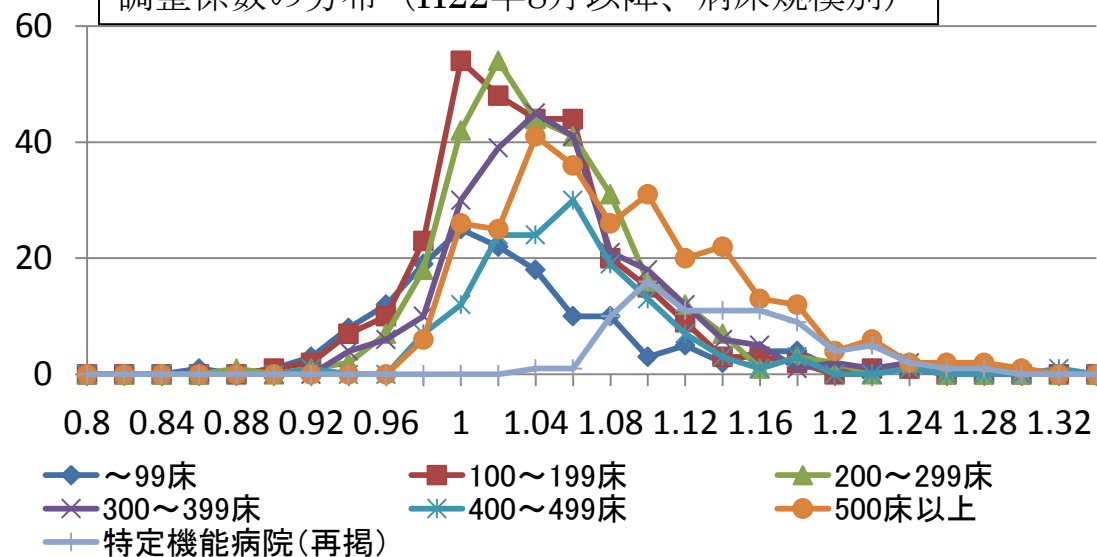
(参考) 調整係数の役割

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-2

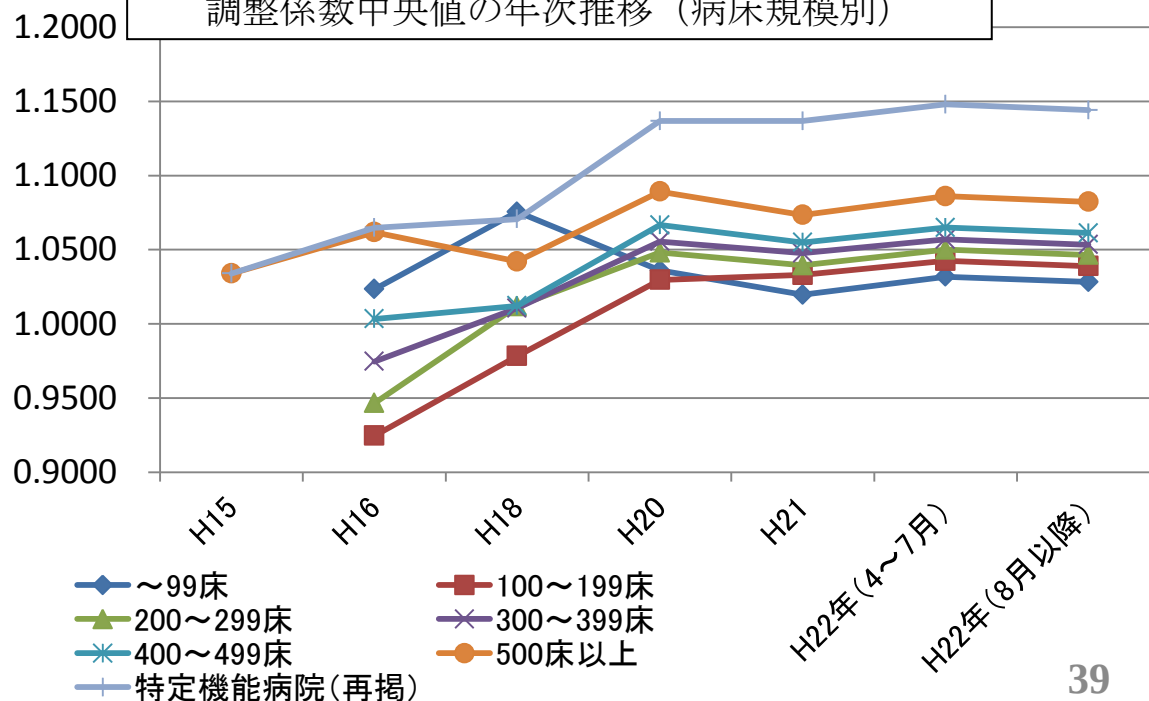
施設特性の反映

- 診療内容のバラつきが、施設の規模や施設の持つ診療特性との間で、一定の関連のあることが示唆されている。
例えば、特定機能病院は他の病院との比較で施設ごと調整係数が高い傾向にあり、これは概ね、平均的な診療密度（＝包括範囲に該当する出来高相当の平均診療報酬点数）の多寡に相当すると考えられる。
- 同様に、施設の病床規模に応じて調整係数の大きさが影響を受けていることから、施設のもつ体制や診療特性がこれらに何らかの形で反映されていることが示唆されている。

調整係数の分布（H22年8月以降、病床規模別）

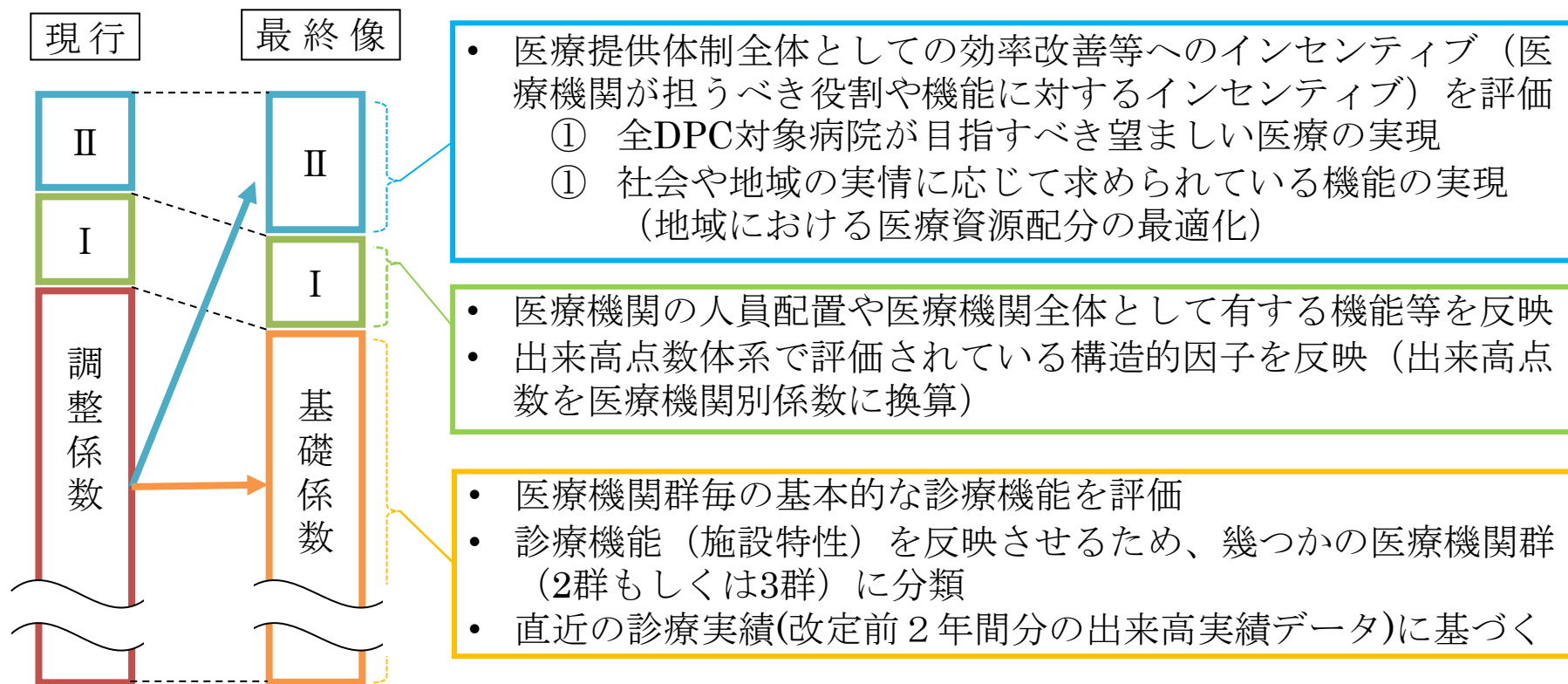


調整係数中央値の年次推移（病床規模別）



DPC/PDPSの定額報酬の算定における現行の調整係数について、今後の段階的な経過措置を経て、最終的に基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換える。この場合の基礎係数は、基本的な診療機能を評価した係数部分であり、直近の診療実績に基づき、1件当たりの平均出来高相当点数を算出評価する。

<最終像のイメージ>



基礎係数の設定については、DPC/PDPS参加病院の診療機能（施設特性）を適切に反映させるため、幾つかの医療機関群別に算出する定数値（当該医療機関群全体に係る1件あたり平均出来高点数に相当）とする。

(参考) 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

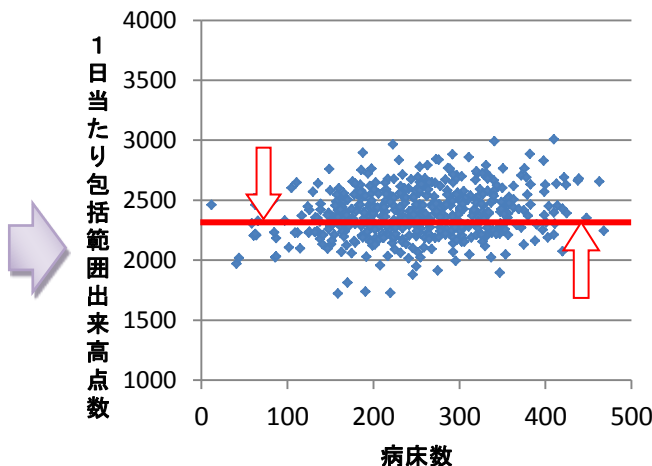
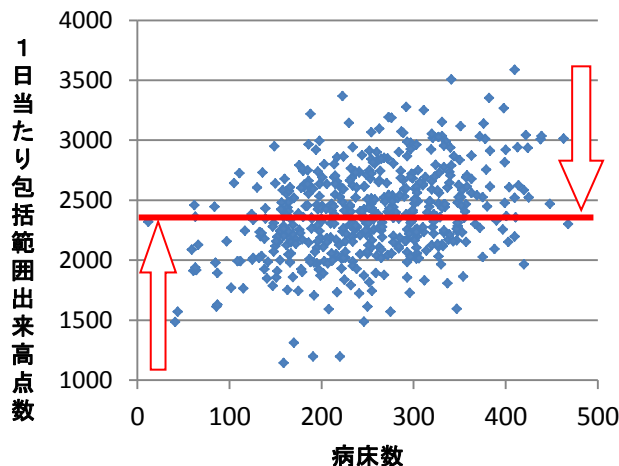
平成23年11月18日
中医協総会 総-2-2

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

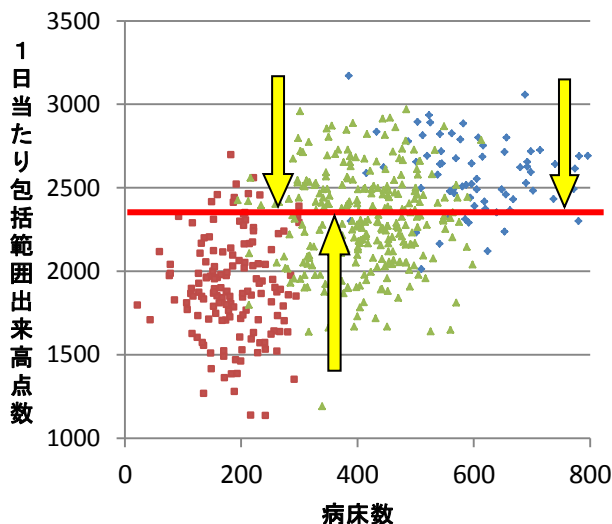
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

<効率化・標準化の進展のイメージ>

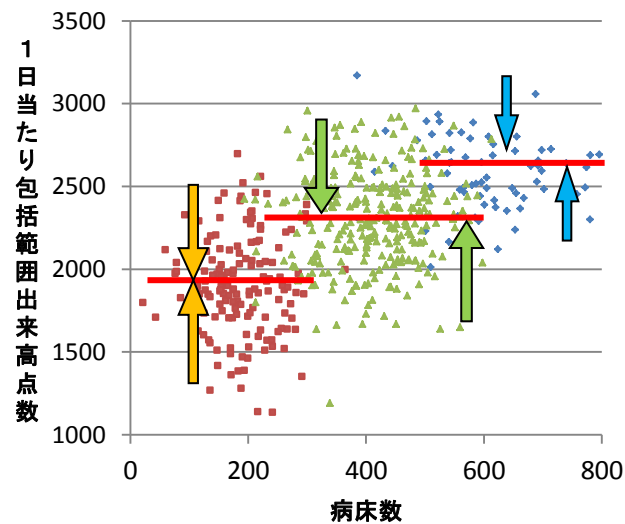


<基礎係数設定のイメージ>

【単一医療機関群】



【医療機関群ごと】



● 医療機関タイプA ● 医療機関タイプB ● 医療機関タイプC

● 医療機関タイプA ● 医療機関タイプB ● 医療機関タイプC

現 行

機能評価係数Ⅱ

機能評価係数Ⅰ

DPC/PDPS 参加へのインセンティブ

調整係数

医療機関のバラツキの吸収

最終的な見直し後

(新)機能評価係数Ⅱ
診療実績や医療の質的向上等を評価

機能評価係数Ⅰ
医療機関単位での構造的因子(人員配置等)への評価
(出来高の入院基本料等加算等を係数化して反映)

基礎係数
(医療機関群別)
基本的な診療機能に対する評価

医療機関のバラツキの吸収

直近の診療実績(出来高)に依拠

4

機能評価係数 I

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

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

医師事務補助体制加算

診療録管理体制加算

検体検査判断料