

DPC



係数の見直し

項目	改定後
基礎係数	I 群：大学病院本院群
	II 群：DPC特定病院群
	III 群：DPC標準病院群
機能評価係数 II	後発医薬品係数：廃止 (後発医薬品使用体制加算の対象に)
	重症度係数：廃止
調整係数	廃止 (「激変緩和係数」として、診療報酬改定年度に限り設定)

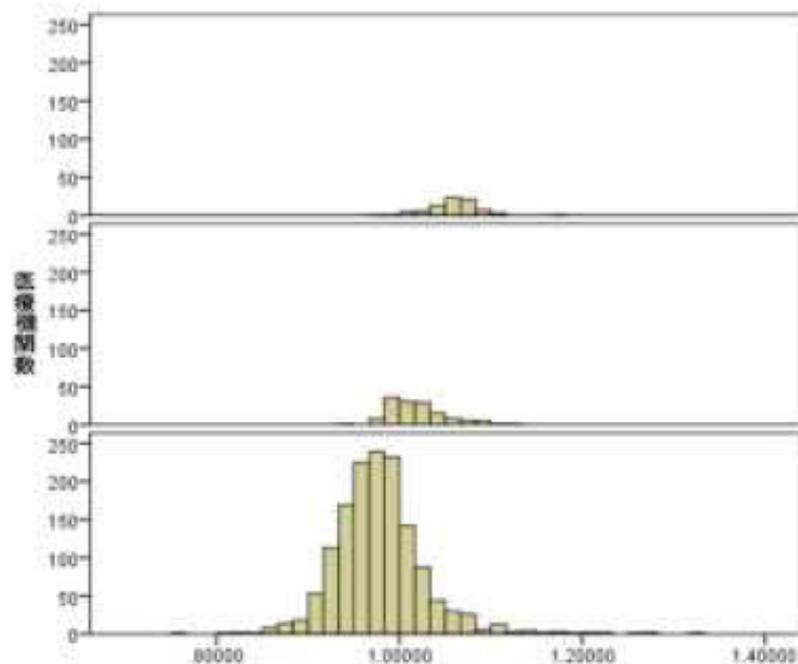
基礎係数(医療機関群)の整理

医療機関群の設定：現行の3つの医療機関群を維持

医療機関群の名称：Ⅲ群-DPC標準病院群 I群-大学病院本院群、Ⅱ群-DPC特定病院群、

医療機関群の決定手順：医療機関が自ら群を選択できる仕組みの導入を見送り

各医療機関群の実際の診療密度に対する
包括点数の比のばらつき（上から大学病院本院
群、DPC特定病院群、DPC標準病院群）



(横軸：診療密度に対する包括点数の比、縦軸：病院数)

大学病院本院群（Ⅰ群）

大学病院本院

DPC特定病院群（Ⅱ群）

大学病院本院群以外で、
特定の要件を満たす病院

DPC標準病院群（Ⅲ群）

病院数が最も多く、DPC/PDPSの
基本となる医療機関群。

機能評価係数Ⅱ

評価項目のあり方：6つの係数を基本軸とし、後発医薬品係数は機能評価係数Ⅰで評価、重症度係数は廃止。

評価の重み付け：機能評価係数Ⅱの重み付けは行わない。

係数化の方法：指数の分散の処理は行わない。

評価項目の考え方

保険診療係数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価
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
救急医療係数	救急診療において発生する診療と診断群分類点数表との乖離を評価
カバー率係数	さまざまな疾患に対応できる総合的な体制について評価
地域医療係数	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 定量評価指数： 地域における医療機関の患者数のシェアを評価
複雑性係数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価
後発医薬品係数	各医療機関における後発医薬品使用の取組を評価
重症度係数	診断群分類点数表と実際の診療内容との乖離を評価

重み付け

以下の理由により行わないこととする。

Ⅲ群：

いくつかの重み付けを行うグループ分けによる重み付けは、個々の病院の特性が反映されにくい

Ⅰ群・Ⅱ群：

クリームスキミングへの懸念や制度の複雑化

基本的評価項目

係数化の方法



機能評価係数Ⅰへ



効率性、複雑性、後発医薬品指数に行っていた分散を均一にする処置は行わない

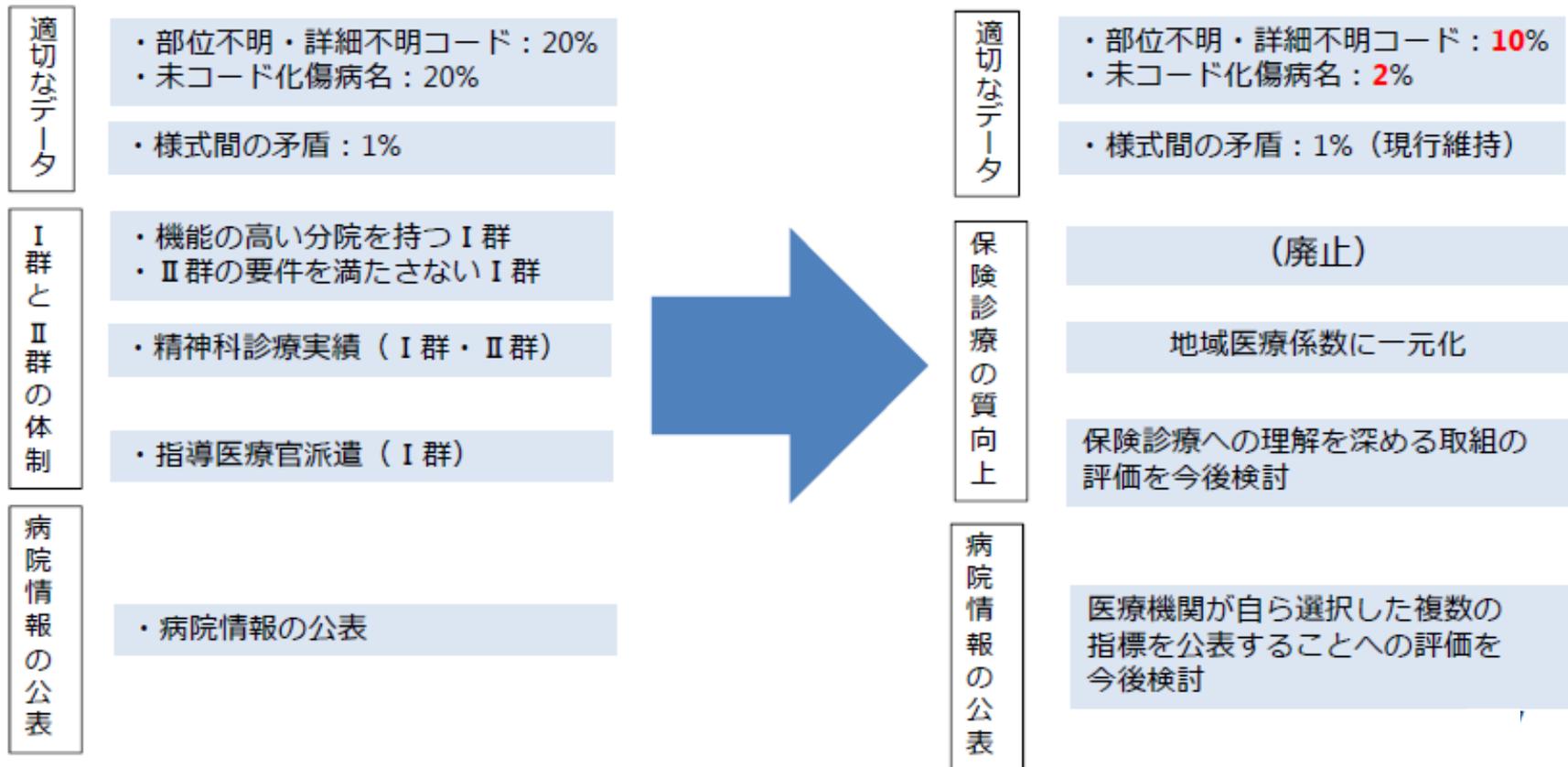
廃止

保険診療係数

適切なデータ：部位不明・詳細不明コードは**10%**、未コード化傷病名は**2%**

病院情報の公表：具体的な評価手法を平成30年度以降検討

I群・II群の体制：廃止。保険診療への理解を深める取組は平成30年度以降検討

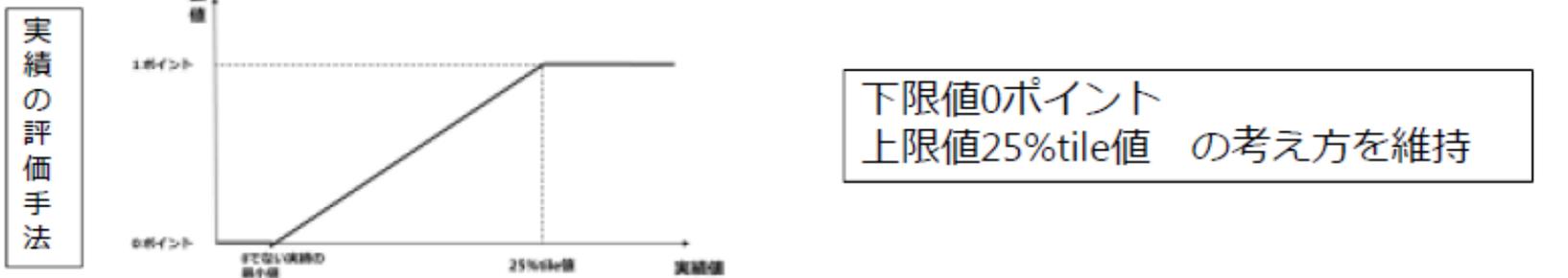
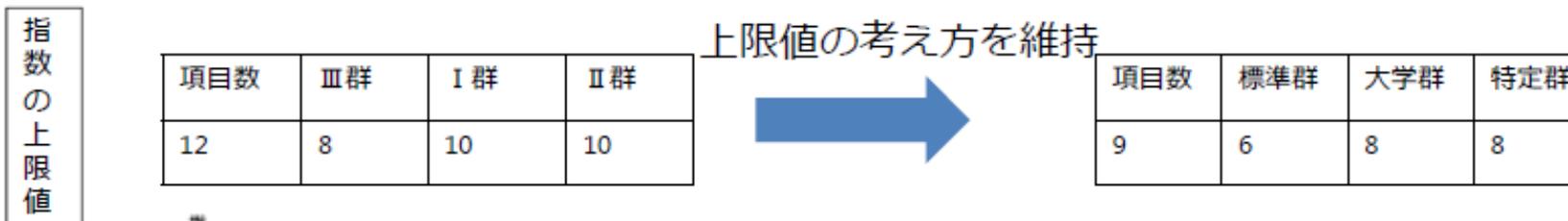
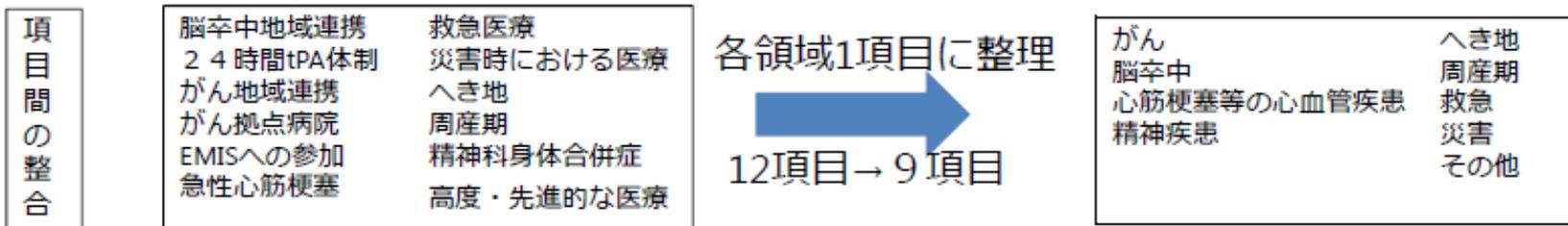


平成29年11月29日平成29年度第7回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料を編集

地域医療係数

体制評価指数について以下のように再整理

- ・項目間の整合：各領域ごと1項目に整理
- ・指数の上限値：上限値はⅢ群6点、Ⅰ群・Ⅱ群8点
- ・実績値の評価手法：従来通り



機能評価係数Ⅱ

(現行) 20%

<項目>	評価の考え方	評価指標 (指数)
保険診療指数	提出するデータの質や提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	<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10%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。 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） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%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） ・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） ・（保険診療への取組：平成31年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成	<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〕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（1:1）。 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>

(現行) 20%

評価対象：平成28年10月1日～平成29年9月30日データ

平成30年2月7日第389回中央社会保険医療協議会総会資料を編集

機能評価係数Ⅱ

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。</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>
複雑性指数	1 入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	<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。</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	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。</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	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〕 <u>※救急医療管理加算 2 相当の指数値は 1/2</u></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】</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」の施設基準を取得していない施設】：「救急医療入院」の患者</p>

追加

機能評価係数Ⅱ

■ 地域医療指数・体制評価指数

(現行)

DPC 標準病院群(Ⅲ群):「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)

地域医療計画等における一定の役割を9項目で評価(1項目1P、上限は大学病院本院群、DPC 特定病院群:8P、DPC 標準病院群:6P)

評価項目	概要	DPC 標準病院群	大学病院本院群	DPC 特定病院群
がん	がんの地域連携体制への評価(0.5P)	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」		
	医療機関群毎にがん診療連携拠点病院等の体制への評価(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	脳卒中の急性期の診療実績への評価	<ul style="list-style-type: none"> ・t-PA療法(イ)の実施を評価(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)又は血管内治療の実施実績(ハ)を評価(0.5P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)及び血管内治療の実施実績(ハ)を評価(1P) (血管内治療の実施:医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞であり、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) <p>※ ・評価イを満たす場合、0.25ポイント ・評価ロもしくは評価ハを満たす場合、0.5ポイント ・評価ロかつ評価ハを満たす場合、1ポイント いずれかの最大値がポイントとなる。</p>		

(現行)「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)

平成30年2月7日第389回中央社会保険医療協議会総会資料を編集

機能評価係数Ⅱ

■ 地域医療指数・体制評価指数

評価項目	概要	DPC 標準病院群	大学病院本院群	DPC 特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績 (0.5P)	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		
(現行) 0~1P	急性大動脈解離に対する手術実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が大動脈解離であり入院中に 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	精神科入院医療への評価	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)		(現行)「A230-3」又は「A311-3」施設基準の届出 (1P)
災害	災害時における医療への体制を評価	<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）災害拠点病院の指定 (0.5P) ・ DMAT の指定 (0.25P) ・ EMIS への参加 (0.25P) 		
周産期	周産期医療への体制を評価	「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 	
へき地	へき地の医療への体制を評価	「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)		

平成30年2月7日第389回中央社会保険医療協議会総会資料を編集

機能評価係数Ⅱ

■ 地域医療指数・体制評価指数

評価項目	概要	DPC 標準病院群	大学病院本院群	DPC 特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	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)	
		救急車で来院し、入院となった患者数 (最大 0.9P)	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	その他重要な分野への貢献	右記のいずれか 1 項目を満たした場合 1P	① 治験等の実施 ・ 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 ・ 新型インフルエンザ等対策行動計画に関係する医療機関 (平成 31 年以降の評価導入を検討)	(現行)0.25P

➡ (現行)脳卒中地域連携は削除

平成30年2月7日第389回中央社会保険医療協議会総会資料を編集

機能評価係数Ⅱ

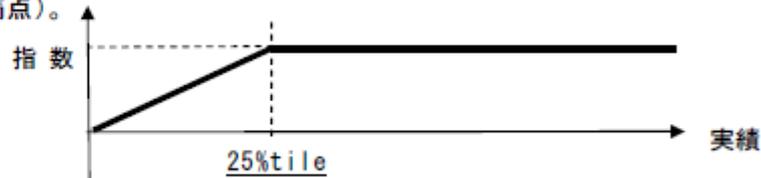
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	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	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0 (※)	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	

※ 報酬差額の評価という趣旨から設定する

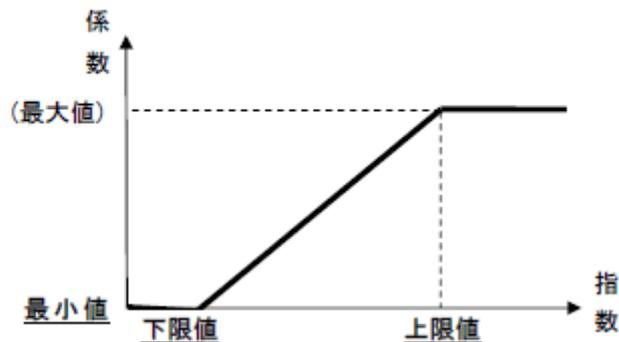
<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績
- ・特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点）。



○脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

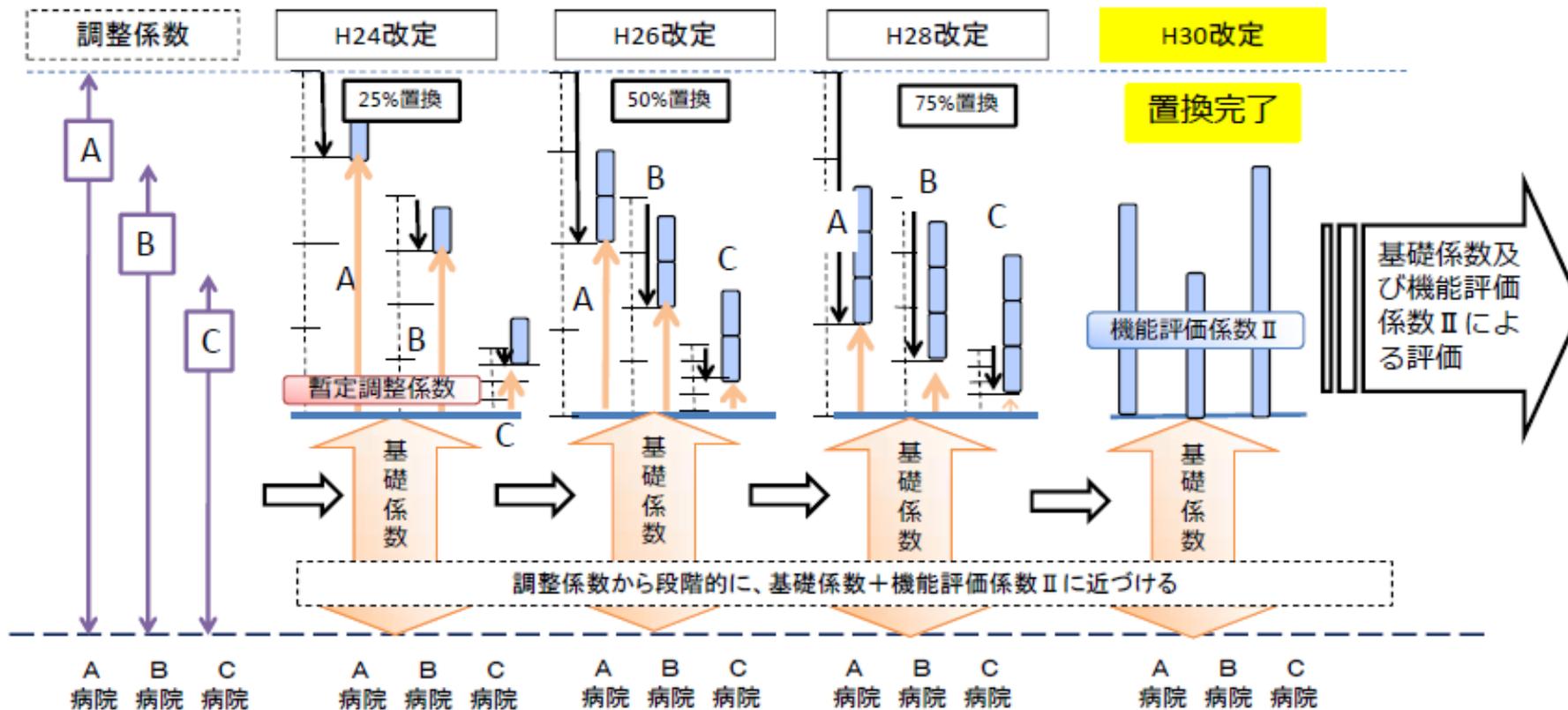
- ・実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25パーセンタイル値に満たない場合は、0ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。



(現行)脳卒中地域連携

調整係数

□ 調整係数は、平成30年度改定において基礎係数と機能評価係数IIへ置換えを完了する



平成29年11月29日平成29年度第7回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料を編集

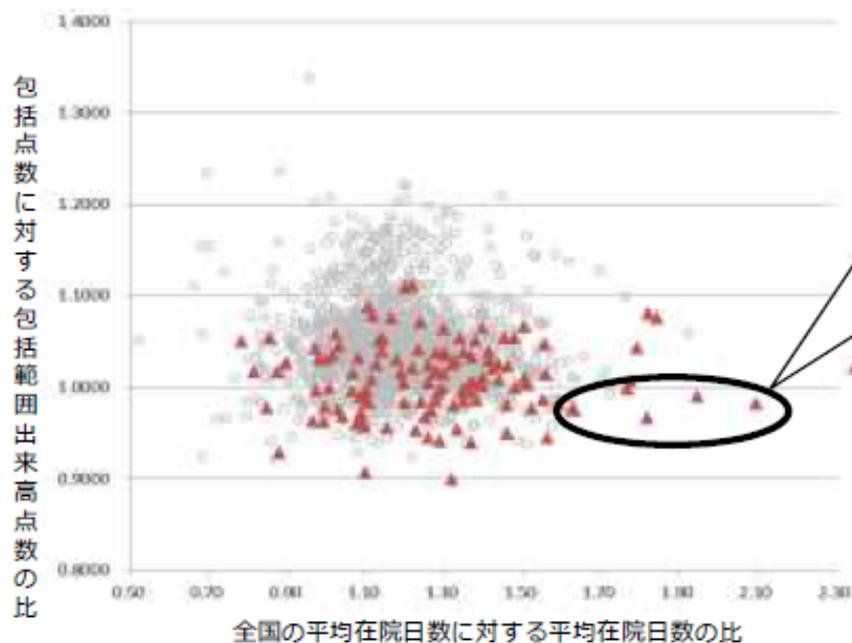
激変緩和措置

激変緩和措置の具体的な方法

- ・診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定（推計診療報酬変動 $\pm 2\%$ まで）
- ・新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のマイナス緩和は、所属医療機関群の平均値を用いる。

平均的な診療実態から外れる医療機関

- ・平成30年度診療報酬改定以降も取扱いについて検討する。



DPC/PDPSは、参加医療機関の実績から診断群分類として平均的な医療資源投入や在院日数を設定しており、平均から大きく外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い、等の診療実態がある医療機関は、制度になじまない可能性がある。

その他要件

項目	改定後
短期滞在手術等基本料2、3	DPC／PDPSによる包括評価を優先し、短期滞在手術等基本料2、3算定不可×
平均在院日数の計算対象外	<p>①短期滞在手術等基本料2が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(1泊2日に限る)</p> <p>②短期滞在手術等基本料3が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(4泊5日までに限る)</p>
「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」 評価の対象外	DPC算定病床を有する医療機関において、 ①短期滞在手術等基本料2が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(1泊2日に限る) ②短期滞在手術等基本料3が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(4泊5日までに限る)

出来高算定項目

現行	改定後
看護必要度加算1	削除
一般病棟看護必要度評価加算	削除
後発医薬品使用体制加算	機能評価係数 I
短期滞在手術等基本料1、2	短期滞在手術等基本料1
新設	がん拠点病院加算 (ゲノム情報を用いたがん医療加算 250点)
新設	入退院支援加算 (小児加算 200点)
新設	入退院支援加算 (入院時支援加算 200点)
新設	小児科療養指導料 (人工呼吸器導入時相談支援加算 500点)
新設	難病外来指導管理料 (人工呼吸器導入時相談支援加算 500点)
新設	慢性維持透析患者外来医学管理料 (腎代替療法実績加算 100点)

➡ 次ページへ続く

出来高算定項目

現行	改定後
新設	小児運動器疾患指導管理料 250点
新設	乳腺炎重症化予防ケア・指導料 (イ 初回 500点 ロ 2回目から4回目まで 150点)
新設	小児科外来診療料 (小児抗菌薬適正使用支援加算 80点)
新設	夜間休日救急搬送医学管理料 (救急搬送看護体制加算 200点)
新設	認知症サポート指導料 450点
新設	ハイリスク妊産婦連携指導料 1 1,000点
新設	ハイリスク妊産婦連携指導料 2 750点
新設	診療情報提供料(Ⅰ)(療養情報提供加算 50点)
新設	診療情報連携共有料 120点
新設	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査 320点
新設	経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの) 5,500点

➡ 次ページへ続く

出来高算定項目

現行	改定後
新設	組織試験採取、切採法（筋肉（心筋を除く。）） 1500点
新設	画像診断管理加算3 300点
高気圧酸素治療 1 救急的なもの イ 1人用高圧酸素治療 5,000点 ロ 多人数用高圧酸素治療 6,000点 2 非救急的なもの 200点	1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点 （長時間加算 30分ごとに500点、3,000点限度） 2 その他のもの 3,000点
新設	内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき） 5,360点
新設	人工腎臓（長時間加算 150点） （慢性維持透析濾過加算 50点）
追加	酵素注射療法
追加	四肢ギプス包帯 （4 内反足矯正ギプス包帯（片側））

A300 救命救急入院料

項目	現行	改定後
A300 救命救急入院料	追加	救急体制充実加算1 1,500点
	充実段階A加算	救急体制充実加算2 1,000点
	充実段階B加算	救急体制充実加算3 500点
	経過措置:平成30年 3月31日において充実段階A、B加算の届出病院は、平成31年3月 31日まで、従前の例による。	

退院患者調査(見直し案)

【様式1(急性期)】

(【簡】: 入力 of 簡素化、【新】: 新規追加項目、無印: 既存項目の変更、その他)

項目名	対象/内容
【新】SOFAスコア	医療資源病名、副傷病、入院の契機となった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。

平成29年11月29日平成29年度第7回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料を編集

退院患者調査(見直し案)

【その他ファイル】

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取集するため。

【その他】

介護医療院の設立等、制度改革に伴う項目の修正を行う。

DPC対象病院の要件として「その他病棟グループ」の様式1の提出を必須とする。

慢性期の病棟におけるデータ提出項目(案)

中医協 総-3
29.11.17

DPCデータ様式1の既存の項目のうち、慢性期の病棟において提出を求める主な項目

- 患者の基本情報
- 入院年月日、退院年月日、退院時転帰、退院後の在宅医療の有無
- ADL(入院時、退院時)
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 主傷病等のICDコード 等

DPCデータ様式1の中で、慢性期の病棟において新たに提出を求める項目(入退院時に入力)

- 慢性期の患者に特徴的な症状・状態のうち、医療区分・ADL区分情報に含まれない項目
＜項目案＞
 - ・ 摂食・嚥下機能障害の有無
 - ・ 低栄養の有無
- 要介護度 (認定のある場合のみ入力)
- 認知症高齢者の日常生活自立度(現状の3段階入力を6段階入力とする)