

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

「DPC/PDPS」2018

日医工株式会社 学術部

作成：（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345 寺坂裕美

日医工医業経営研究所（日医工MPI）

監修：（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4463 菊地祐男

訂正（2018年11月27日）

①P14（参照ページ訂正）

②P40（青枠範囲の訂正）

③P62（入院日を30の整数倍に変更 等）

資料No.20180906-510-2



日医工株式会社

DPC制度のフルセット解説版（全99ページ）です。印刷にご注意ください・日医工MPIでは、直接のお問い合わせはお受けしていません。ご質問等は日医工MRにお尋ねください

目次

P3-P17	DPC/PDPSの概要
P18-P86	DPC/PDPSの報酬について ・包括項目と出来高項目 ・1日当たり包括点数設定方法 ・診断群分類点数表 ・DPCコード(診断群分類番号) ・医療機関別係数 (基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ) ・算定ルール
P87-P97	DPCデータについて
P98-P99	DPC/PDPSの今後の検討課題

DPC/PDPSの概要

- ・DPC/PDPS(DPC制度)とは
- ・なぜDPC/PDPSが誕生したか
- ・DPC対象病院に求められること
- ・DPC/PDPS参加ルール
- ・DPC対象病院及びDPC準備病院の基準
- ・DPC/PDPS退出ルール
- ・DPC包括点数算定病床の考え方
- ・DPC包括評価対象患者、包括評価対象外患者

DPC/PDPS(DPC制度)とは

Diagnosis = 診断
Procedure = 処置(手術、検査等)
Combination = 組み合わせ

元々DPCという単語には“診断群分類”という意味しかなかったが、DPC = 包括支払制度と認識する人が多かったことから区別するため支払制度に呼称をつけることになり、DPC/PDPSという呼び名が採用された

DPC
= 診断群分類

患者を疾患などによりグループ化したもの

Per - **D**iem = 1日当たり
Payment = 支払
System = 方式、制度

【正式名称】
厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

「DPC制度」と呼ばれることもある

DPC/PDPS = DPCを用いた1日当たり包括支払制度

診療報酬における出来高と包括

出来高

各診療行為(投薬・検査等)に単価を設定し、行った診療行為単価の合計で費用を計算

○メリット

行った診療が直接報酬として反映される

●デメリット

病院の利益のために不必要に高い医薬品を用いたり、過剰な投薬や検査を行うことによって、患者に負担がかかる

包括(マルメ)

実際に行った診療行為にかかわらず、一定の診断名や状態に対するひとまとまりの診療行為に、一定の費用が支払われる

○メリット

過剰な治療行為を省くことができ、患者にかかる負担が一定

●デメリット

コストを抑えるほど医療機関の利益になるため、必要な医療提供が阻害される可能性がある

出来高 = ファミレス

メニュー

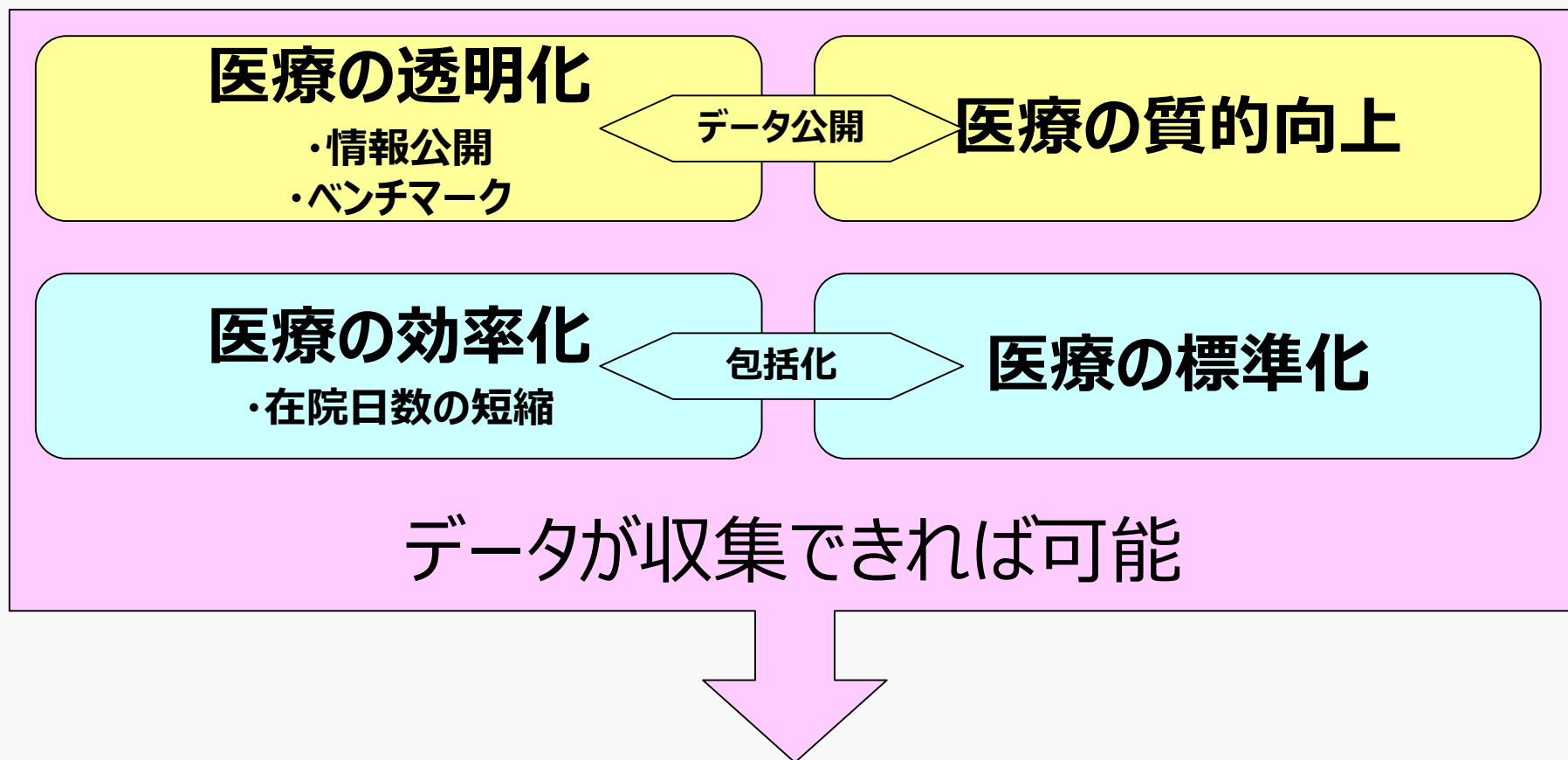
オムライス…◎円	スープ…◆円
カレーライス…☆円	ドリンク…○円
サンドイッチ…■円	デザート…♪円
サラダ…△円	

包括 = バイキング



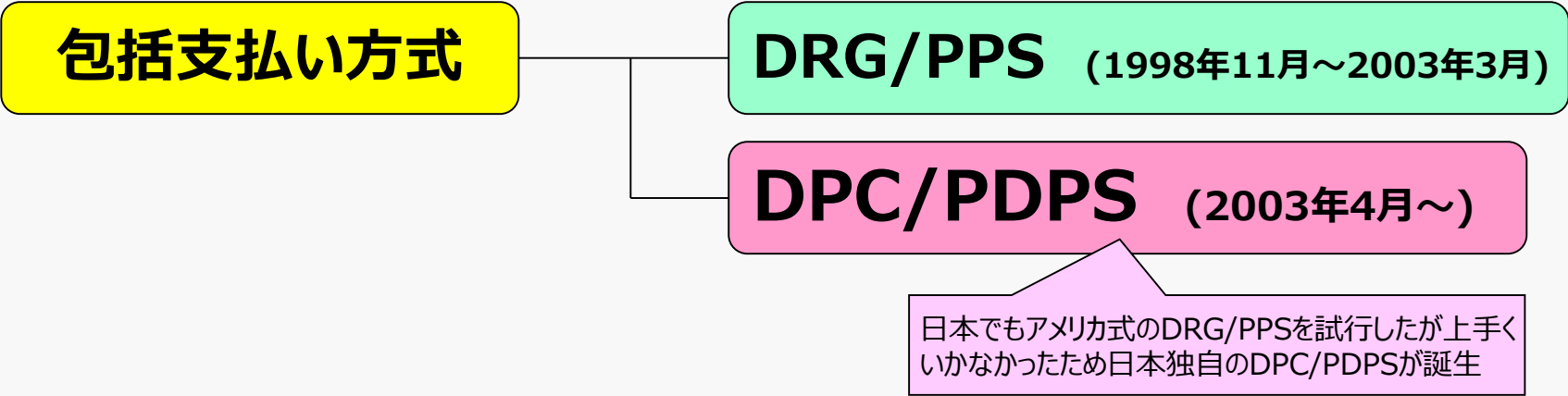
●円食べ放題

なぜDPC/PDPSが誕生したか



データ提出を義務づける急性期医療の**包括評価**を導入

急性期入院医療における包括支払い方式



	DRG/PPS Diagnosis Related Group/ Prospective Payment System	DPC/PDPS Diagnosis Procedure Combination Per-Diem Payment System
方式	疾患ごとの1入院定額	疾患ごとの1日定額
特徴	入院日数が短いほど収益性が高い	入院日数が伸びても収入は確保
	アメリカで考えられた方式	日本が考えた独自方式

DPC対象病院に求められること

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

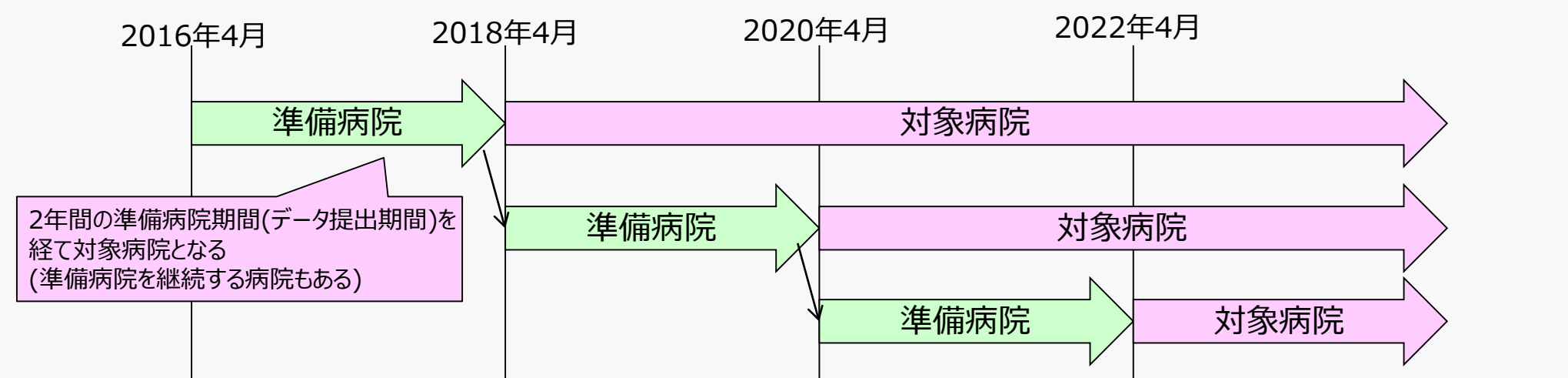
<主な視点>

- 医療の透明化(透明化)
- 医療の質的向上(質的向上)
- 医療の効率化(効率化)
- 医療の標準化(標準化)

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)
- 総合的な医療の提供機能(総合性)
- 重症者への対応機能(重症者対応)
- 地域で広範・継続的に求められている機能(5疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)



2018年3月26日厚労省保険局医療課長通知「DPC制度への参加等の手続きについて」

対象病院	準備病院
(1)DPC制度への参加時期は診療報酬改定時とする。 DPC準備病院であって、届出を行う時点においてDPC対象病院の基準を全て満たしている病院とする。 (データ/病床)比0.875以上の基準についてはDPC制度に参加する前々年度の10月から前年度の9月までのデータにより厚労省が判断する。 (2)直近に予定している診療報酬改定の6か月前までに、「DPC制度への参加に係る届出書」を提出。	(1)DPC制度に参加することを希望している病院であって、DPC準備病院の基準をすべて満たしていること (2)DPC準備病院となることを希望する病院は、「DPC準備病院希望届出書」及び「DPC準備病院届出書(別紙)」を提出。 (3)募集期間等は中医協の了承を得た上で厚労省HPで周知を行う。

概ね診療報酬改定前年の9月頃に募集が行われる

DPC対象病院、準備病院の基準

赤文字は2018改定による変更点

	対象病院	準備病院
①	一般病棟入院基本料について、 急性期一般入院基本料に係る届出を行っていること 、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)又は専門病院入院基本料について、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。 A205救急医療管理加算の届出を行っていることが望ましい。	(又は当該基準を満たすべく計画を作成していること)
②	診療録管理体制加算(1の届出が望ましい。)にかかる届出を行っていること。	(又は当該基準を満たすべく計画を策定していること)
③	「DPC導入の影響評価に係る調査(退院患者調査、特別調査)」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出すること。(準備病院は外来データは必須ではないが望ましいとされている。)	
④	上記③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、調査期間1か月当たりの(データ/病床)比が0.875以上であること。	データ数：DPC対象病床に入院していた患者に係る提出データ数(厚生労働大臣が告示でDPC包括評価対象外とする患者※に係るデータ等は除外)※P16-17参照
⑤	「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年4回以上(開催月と同月内に2回以上開催した場合、2回目以降の開催は当該基準である4回には含めない。)当該委員会を開催しなければならない。 なお、当該委員会は毎月開催することが望ましい。「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト(厚生労働省保険局医療課)」を活用することが望ましい。	

コーディング委員会とは、適切なコーディングを行う体制を確保することを目的として設置するものであって、診療報酬の多寡に関する議論を行う場ではないことに留意すること

委員会の開催に当たっては、コーディングに関する責任者の他に少なくとも医師、薬剤師及び診療記録管理者を構成員とし、実症例を扱う際には当該症例に携わった医師等の参加を求めるものとする

2018年3月26日厚労省保険局医療課長通知「DPC制度への参加等の手続きについて」

①自主退出の場合

DPC退出後、次回診療報酬改定までの間
DPC調査に適切に参加しなければならない

・直近に予定している診療報酬改定の6か月前までに退出届出書を提出し、診療報酬改定の時期に合わせて退出

【診療報酬の取扱い】

・通常診療報酬改定年の4月1日退出となるので、

(1) 1月31日以前に入院した患者は、3月31日までは診断群分類点数表により算定し、4月1日以降は医科点数表にて算定

(2) その年の2月1日以降新たに入院した患者は医科点数表にて算定

②DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合

DPC退出後、厚労省が定める期間、DPC
調査に適切に参加しなければならない

○入院基本料の施設基準又は診療録管理体制加算の基準を満たさなくなった場合

・対象病院の基準に係る届出書を提出し、基準を満たさなくなった日から3ヶ月経過した日を期限として猶予期間が設けられる。

・期限までに基準を満たせなかった場合は、速やかに退出届出書を提出し、期限の日から3ヶ月を経過した月の翌月初日に退出

【診療報酬の取扱い】

(1) 期限が到来した月の末日以前に入院した患者は、退出日の前日までは診断群分類点数表により算定し、退出日以降は医科点数表にて算定

(2) 期限が到来した月の翌月初日以降新たに入院する患者は医科点数表にて算定

○データ提出要件又はコーディング委員会要件を満たさなくなった場合

・中医協で審査、決定

・決定された月に4か月後の初日に退出

決定に不服がある場合、1回のみ不服意見書を提出可

【診療報酬の取扱い】

(1) 決定月の翌月末日以前に入院した患者は、退出日の前日までは診断群分類点数表により算定し、退出日以降は医科点数表にて算定

(2) 決定月の翌々月初日以降新たに入院する患者は医科点数表にて算定

○提出データ数の要件を満たさなくなった場合

・各年10月から翌年9月までのデータにより、厚労省が判定し、基準を満たしていない病院に結果を通知

・速やかに退出届出書を提出し、判定後の直近の4月1日に退出

【診療報酬の取扱い】

(1) 判定後の直近の1月31日以前に入院した患者は、3月31日までは診断群分類点数表により算定し、4月1日以降は医科点数表にて算定

(2) 判定後の直近の2月1日以降新たに入院した患者は医科点数表にて算定

③ 特別の理由により緊急に退出する場合

例：DPC調査に適切に参加できなくなった場合

DPC隊支出後、厚労省が定める期間、DPC調査に適切に参加しなければならない

- ・特別の理由がある場合の退出申請書を提出
- ・厚労省が退出の可否について審査、決定(必要に応じて中医協において審査、決定)
- ・退出が認められた場合は、認められた月の4か月後の初日に退出

決定に不服がある場合、1回のみ不服意見書を提出可

【診療報酬の取扱い】

- (1) 認定月の翌月末日以前に入院した患者は、退出日の前日までは診断群分類点数表により算定し、退出日以降は医科点数表にて算定
- (2) 認定月の翌々月初日以降新たに入院する患者は医科点数表にて算定

④ 保険医療機関を廃止する場合

至近距離に移転し、同日付で新旧保険医療機関を開設、廃止する場合を除く

- ・保険医療機関廃止に伴う退出届を提出
- ・厚労省が退出の可否について審査、決定(必要に応じて中医協において審査、決定)
- ・退出が認められた場合は、認められた月の4か月後の初日に退出

【診療報酬の取扱い】

- (1) 認定月の翌月末日以前に入院した患者は、退出日の前日までは診断群分類点数表により算定し、退出日以降は医科点数表にて算定
- (2) 認定月の翌々月初日以降新たに入院する患者は医科点数表にて算定

【2018年度改定以降の検討事項】

- ・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については、平成30年度診療報酬改定以降、その取扱いについて検討する。

このような医療機関に対してDPC/PDPSからの退出を促すようなルールが策定される可能性あり

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

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

いわゆる
「DPC算定病床」

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/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

赤文字は2018改定による変更点

【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

P15①～③参照

DPC留意事項通知に規定

P15④参照

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日以内に死亡した新生児
- ・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の算定患者

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
A310緩和ケア病棟入院料
A400短期滞在手術等基本料 (1に限る。3を除く。) 等

五号規定(P15⑤、P16-17参照)

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短期滞在手術等基本料3を算定する患者~~

平成30年度から短期滞在手術等基本料2・3対象患者も診断群分類点数表による算定をすることとなった

DPC包括評価対象外の患者

赤文字は2018改定による変更点

患者の診断群分類が包括算定対象であっても以下に該当する患者は包括評価対象外とし、医科点数表により算定

- ①入院後24時間以内の死亡患者又は生後1週間以内に死亡した新生児
- ②評価療養、選定療養に規定する先進医療の患者、患者申出療養を受ける患者
- ③臓器移植を受ける患者で、下記の区分番号の点数を算定する患者

・K014皮膚移植術(生体・培養) ・K014-2皮膚移植術(死体) ・K514-4同種死体肺移植術 ・K514-6生体部分肺移植術
・K605-2 同種心移植術 ・K605-4同種心配移植術 ・K697-5生体部分肝移植術 ・K697-7同種死体肝移植術
・K709-3同種死体脾移植術 ・K709-5同種死体脾腎移植術 **・K716-4生体部分小腸移植術**
・K716-6同種死体部分小腸移植術 ・K780同種死体腎移植術 ・K780-2生体腎移植術 ・K922造血幹細胞移植

- ④急性期系以外の下記の特定入院料等の算定患者

・障害者施設等入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料
・地域包括ケア病棟入院料(**地域包括ケア入院医療管理料1から4まで**を算定する直前に療養に要する費用の額を算定告示別表により算定していた患者を除く。)
・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料 ・短期滞在手術等基本料(**1に限る。3を除く**)

転室(床)前にDPC包括点数を算定していた場合は引き続きDPC包括点数を算定

五号規定(P14-15参照)

- ⑤算定告示第1項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者
(新たに保険収載された手術等を実施する患者、包括評価対象外薬剤使用患者、~~短期滞在手術等基本料3算定患者~~)

- ⑥下記のいずれかに該当する病院の病棟に入院する患者

当該月の翌月から医科点数表により算定

- ・月平均の入院患者数が許可病床数の100分の105以上
- ・医師数が医療法の人員標準に対して100分の70以下

算定告示第1項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者①

平成30年度診療報酬改定

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。

K046-3	一時的創外固定骨折治療術
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 2 関節鏡下で行うもの
K076-2	関節鏡下関節授動術
K082-4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
K133-2	後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
K142-5	内視鏡下椎弓形成術
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術
K268	緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K320-2	人工中耳植込術
K400	喉頭形成手術 3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの
K463-2	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
K474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき） 2 MRIによるもの
K520	食道縫合術（穿孔、損傷） 4 内視鏡によるもの
K523-2	硬性内視鏡下食道異物摘出術
K524-3	腹腔鏡下食道憩室切除術
K529-3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
K554-2	胸腔鏡下弁形成術
K555-3	胸腔鏡下弁置換術
K559-3	経皮的僧帽弁クリップ術
K561	ステントグラフト内挿術 1 血管損傷の場合
K594-2	肺静脈隔離術
K597	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
K602-2	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）
K612	末梢動静脈瘻造設術 1 静脈転位を伴うもの

K647-3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
K664-3	薬剤投与用胃瘻造設術
K665	胃瘻閉鎖術 2 内視鏡によるもの
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
K684-2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
K689-2	経皮経肝バルーン拡張術
K700-3	腹腔鏡下脾腫瘍摘出術
K730	小腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K731	結腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K735-5	腸管延長術
K741-2	直腸瘤手術
K743	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）
K777	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K792	尿管腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K805-2	膀胱皮膚瘻造設術
K805-3	導尿路造設術
K808	膀胱腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K834-3	顕微鏡下精索静脈瘤手術
K841-5	経尿道的前立腺核出術
K858	腔腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K909	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
K924-2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）

33

算定告示第1項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者②

○包括評価対象外薬剤使用患者(日医工MPI作成『DPC/PDPS包括評価対象外薬剤一覧』参照)

基本的に年4回更新(新薬の薬価収載に併せて審議される)

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤 & 新規収載医薬品で既存の分岐が設定される薬剤

(C) 日医工MPI 平成30年5月22日作成

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

解説:DPC包括対象コード(14桁)【白地】に該当する患者に下記薬剤【赤地】を表中の効能効果、用法用量【黄地】で使用した場合、その患者は包括評価対象外となる。

製品名【一般名】						
効能・効果【用法・用量】		包括評価対象外となるDPCコード(14桁)			6桁コード疾患名	
アブラキサン点滴静注用100mg【バクリタキセル】						
用法用量追加						
胃癌 『D法: 通常、成人にはバクリタキセルとして、1日1回100mg/m ² (体表面積)を30分かけて点滴静注し、少なくとも6日間休薬する。週1回投与を3週間連続し、4週目は休薬する。これを1コースとして、投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』		060020xx99x40x	060020xx99x41x	060020xx97x40x	060020xx03x4xx	060020 胃の悪性腫瘍
アラクリオ顆粒剤分包装1.5g【アミノレブリン酸塩酸塩】						
新規収載						
経尿道的膀胱腫瘍切除術時における筋層非浸潤性膀胱癌の可視化 『通常、成人には、アミノレブリン酸塩酸塩として20mg/kgを、膀胱鏡挿入3時間前(範囲:2~4時間前)に、水に溶解して経口投与する。』		110070xx0200xx	110070xx02010x	110070xx02020x	110070xx02100x	110070 膀胱腫瘍
イブランスカプセル25mg、125mg【バルボキシリブ】						
新規収載						
手術不能又は再発乳癌 『内分泌療法剤との併用において、通常、成人にはバルボキシリブとして1日1回125mgを3週間連続して食後に経口投与し、その後1週間休薬する。これを1サイクルとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』		090010xx99x2xx	090010xx99x30x	090010xx99x31x	090010xx97x2xx	090010 乳房の悪性腫瘍
		090010xx97x30x	090010xx97x31x	090010xx02x2xx	090010xx02x3xx	
		090010xx01x3xx				
イブリーフ静注20mg【イブプロフェン L-リシン】						
新規収載						
4/18適用	未熟児動脈管開存症で保存療法(水分制限、利尿剤投与等)が無効の場合 『通常3回、イブプロフェンとして初回は10mg/kg、2回目及び3回目は5mg/kgを15分以上かけて24時間間隔で静脈内投与する。』	14029xxx9900xx	14029xxx97x0xx	14029xxx97x0xx	14029xxx97x0xx	14029x 動脈管開存症、心房中隔欠損症
オブジーボ点滴静注20mg、100mg【ニボルマブ(遺伝子組換えモノクローナル抗体)】						
根治切除不能な悪性黒色腫(化学療法未治療の根治切除不能な悪性黒色腫) 『通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換えモノクローナル抗体)として、1回3mg/kg(体重1kgあたり3mg)を14日ごとに点滴静注する。』						

診療報酬改定時にリセット(見直し)が行われる。改定時にリストから外れた薬剤(※)は、

①定義テーブルに追加される

⇒その薬剤を使用した場合のDPCコードが設定される

設定されたDPCコードは包括対象コードもあれば、医科点数表算定コードもある

②定義テーブルに追加されず他の一般薬剤と同様の扱い(薬剤を使用した場合のコードは設定されない)のいずれかとなる。

Stu-GEに掲載

Stu-GEに掲載

診療報酬改定時にリセット(見直し)が行われる。改定時にリストから外れた薬剤(※)は、
①定義テーブルに追加される
⇒その薬剤を使用した場合のDPCコードが設定される
設定されたDPCコードは包括対象コードもあれば、医科点数表算定コードもある
②定義テーブルに追加されず他の一般薬剤と同様の扱い(薬剤を使用した場合のコードは設定されない)のいずれかとなる。

※リストから外れた薬剤の一覧は日医工MPI作成『DPC包括評価対象外薬剤から外れた薬剤(2018年度改定版)』参照

DPC/PDPSの報酬について

- ・包括項目と出来高項目
- ・どのように1日当たり包括点数が決まるのか
- ・診断群分類点数表
- ・DPCコード(診断群分類番号)
- ・医療機関別係数（基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ）
- ・特定入院料
- ・入院基本料等の減額
- ・算定ルール

該当患者のみ

診療報酬額 =

包括評価部分

+

出来高部分

(

+

特定入院料

)

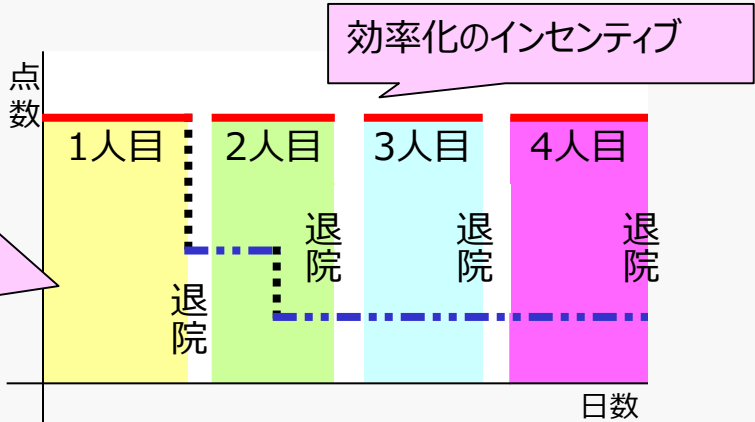
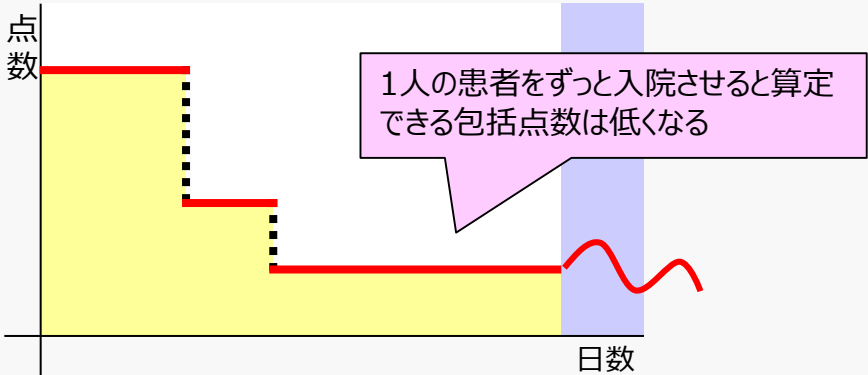
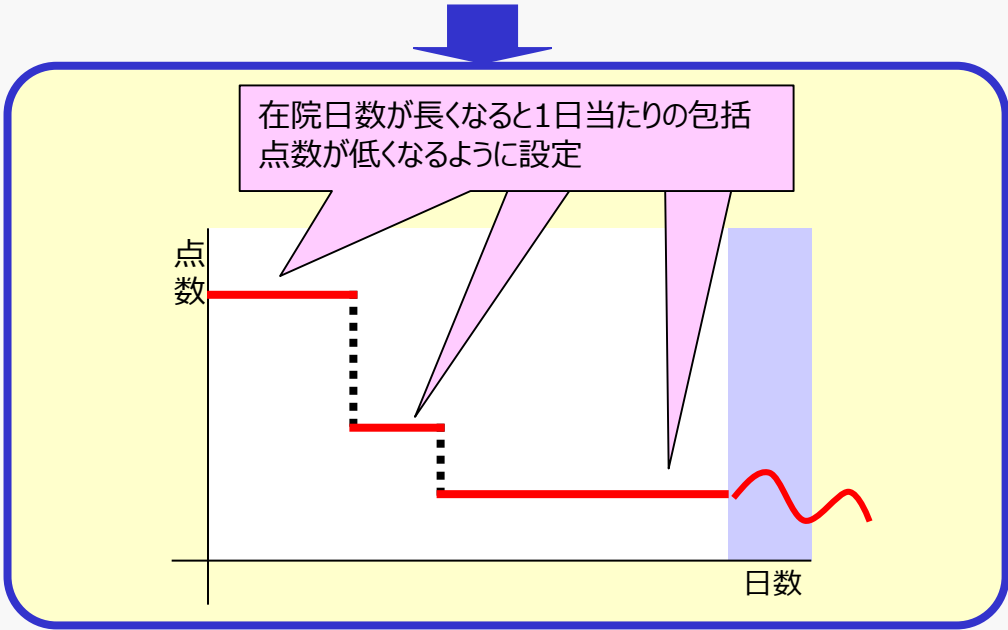
赤文字は2018改定による変更点

	包括項目	出来高項目(医科点数表により算定)
入院基本料	【機能評価係数 I】右記以外(P48参照)	【一般】重症児(者)受入連携加算、救急・在宅等支援病床初期加算、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、ADL維持向上等体制加算 【特定】看護必要度加算、ADL維持向上等体制加算 【専門】看護必要度過酸、一般病棟看護必要度評価加算、ADL維持向上等体制加算
入院基本料等加算	【機能評価係数 I】右記以外(P49-51参照)	救急医療管理加算(A205)から在宅患者緊急入院診療加算(A206)、乳幼児加算・幼児加算(A208)から看護配置加算(A213)まで、療養環境加算(A219)から栄養サポートチーム加算(A233-2)まで、患者サポート体制充実加算(A234-3)、褥瘡ハイリスク患者ケア加算(A236)から後発医薬品使用体制加算(A243)A242呼吸ケアチーム加算まで、病棟薬剤業務実施加算2(A244 2)、入退院支援加算(A246)から薬剤総合評価調整加算(A250)まで
医学管理等	手術前医学管理料、手術後医学管理料	左記以外出来高
検査	右記以外包括 【機能評価係数 I】検体検査管理加算(D026注3)、国際標準検査管理加算(D026注4)	心臓カテーテル法による諸検査(D206)、関節鏡検査(D295)から肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法(D325)まで、脳室穿刺(D401)からその他の検体採取(D419)D419-2眼内液(前房水・硝子体液)検査まで
画像診断	右記以外包括	画像診断管理加算 1・2・3、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)(E003 3のイ(注1及び注2を含む。))
投薬	右記以外包括	退院時処方、抗HIV薬、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤(活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。)、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤
注射	右記以外包括	無菌製剤処理料
リハビリテーション	薬剤料	左記以外出来高
精神科専門療法	薬剤料	左記以外出来高
処置	右記以外包括	1,000点以上の処置、人工腎臓(1及び2のみ)に当たって使用した保険医療材料(ダイアライザー、ヘモダイアフィルター)、腹膜還流(1のみ)に当たって使用した薬剤(腹膜還流液のみ)・保険医療材料(腹膜透析用接続チューブ、腹膜透析用カテーテル、腹膜透析液交換キット)
手術・麻酔・放射線療法		全て出来高
病理診断	病理標本作成料(術中迅速病理組織標本作成を除く)	術中迅速病理組織標本作成、病理診断料、病理判断料

該当患者のみ

診療報酬額 = **包括評価部分** + **出来高部分** [+ **特定入院料**]

診断群分類ごとの1日当たり包括点数 × **入院日数** × **医療機関別係数**

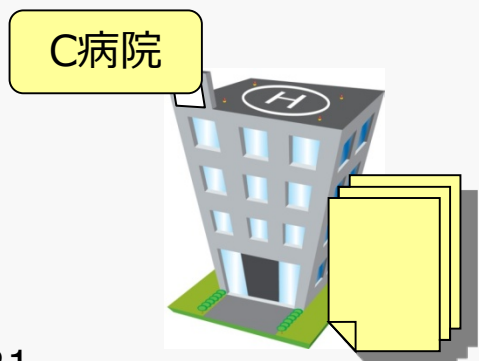


在院日数を短くする(早く退院させる)
⇒ベッドが空く
⇒新規患者の受入れ可能
⇒常に高い包括点数を算定できる
(ただし常に新規患者がいないと稼働率が下がる)

どのように1日当たり包括点数が決まるのか

医療の標準化

包括点数はDPC対象病院から収集した患者データ(診療内容、在院日数など)をもとに設定



2018改定では2016年10月から2017年9月までのデータが活用されている

脳梗塞データ
A病院 ○
B病院 △
C病院 ★
:
急性心筋梗塞データ
A病院 ■点
B病院 ※点
C病院 ▼点
:
虫垂炎データ
A病院 ■点 ☆日
B病院 ※点 ◎日
C病院 ▼点 ▽日
:
各病院のデータをDPCコードごとに集約する

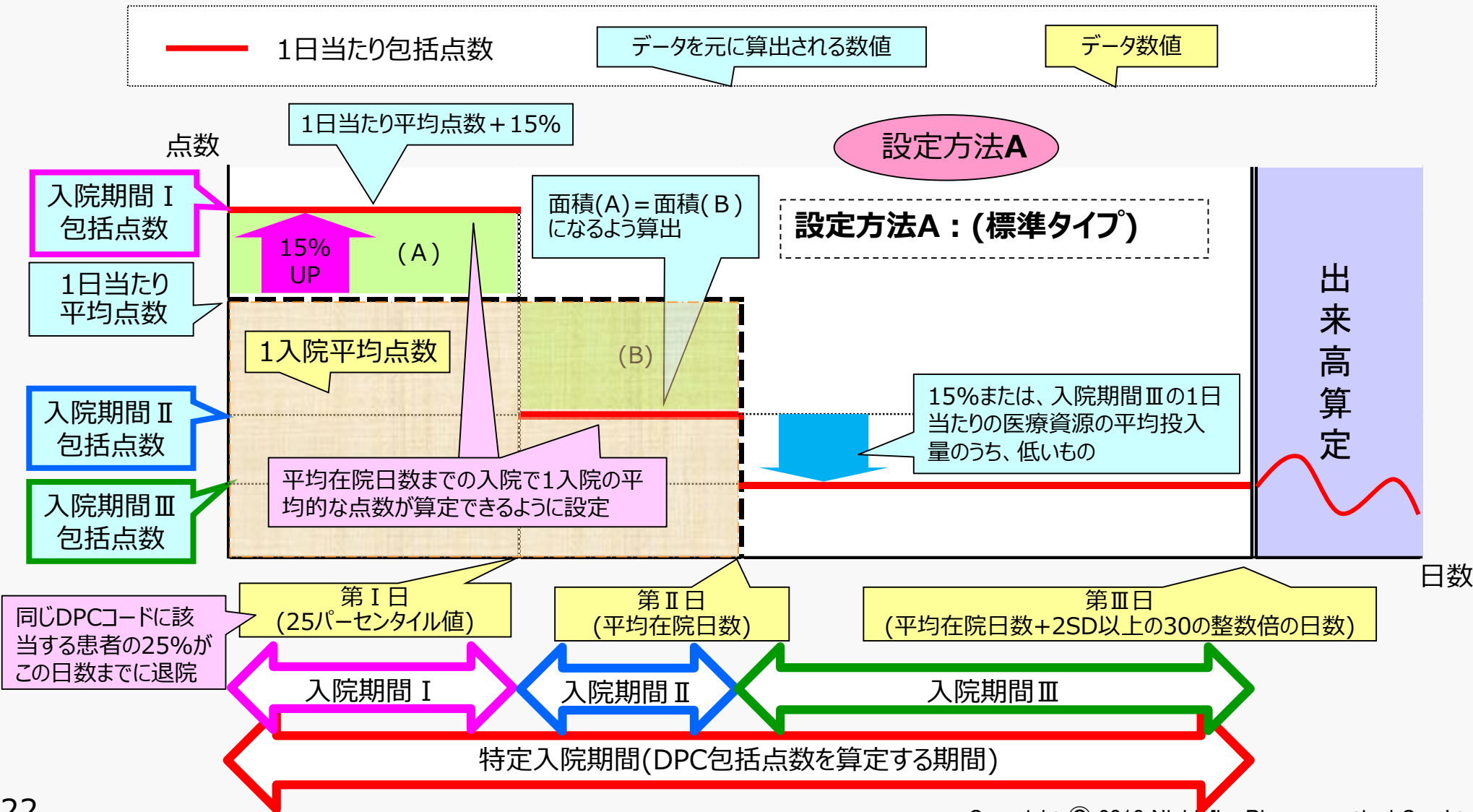


厚労省がDPC関連病院から退院患者に係るデータを収集しそのデータをもとに診断群分類や包括点数を設定

1日当たり包括点数設定方法 1/3

DPC包括点数は各病院から集まったデータをもとに設定される

包括点数は前回改定年の10月から今回改定前年9月までの12ヶ月間のデータを用いて設定



入院期間 I の決め方～25パーセンタイル値～

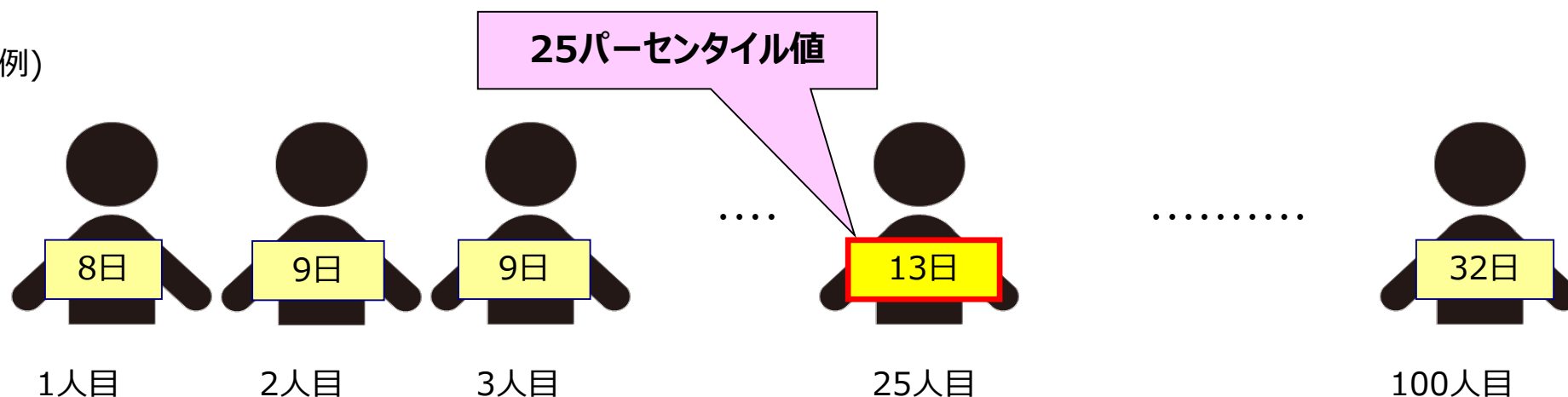
各病院から収集した患者データをもとに

- ・平均より高い包括点数を設定する期間(入院期間 I ・25パーセンタイル値)
 - ・平均在院日数(入院期間 II)
 - ・包括点数を算定する期間(特定入院期間)
- が設定される。

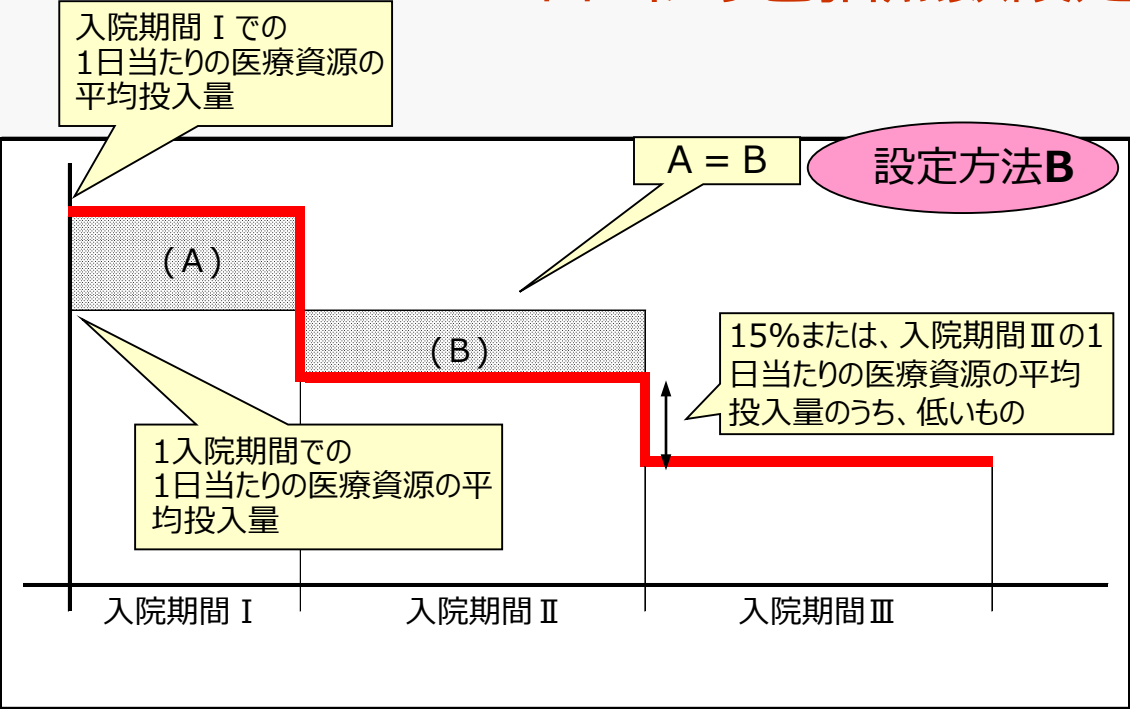
25パーセンタイル値とは

100人の同じDPCコードの患者がいたとして、それぞれの入院日数を少ない順に並べて25人目の患者の入院日数

(例)



1日当たり包括点数設定方法 2/3

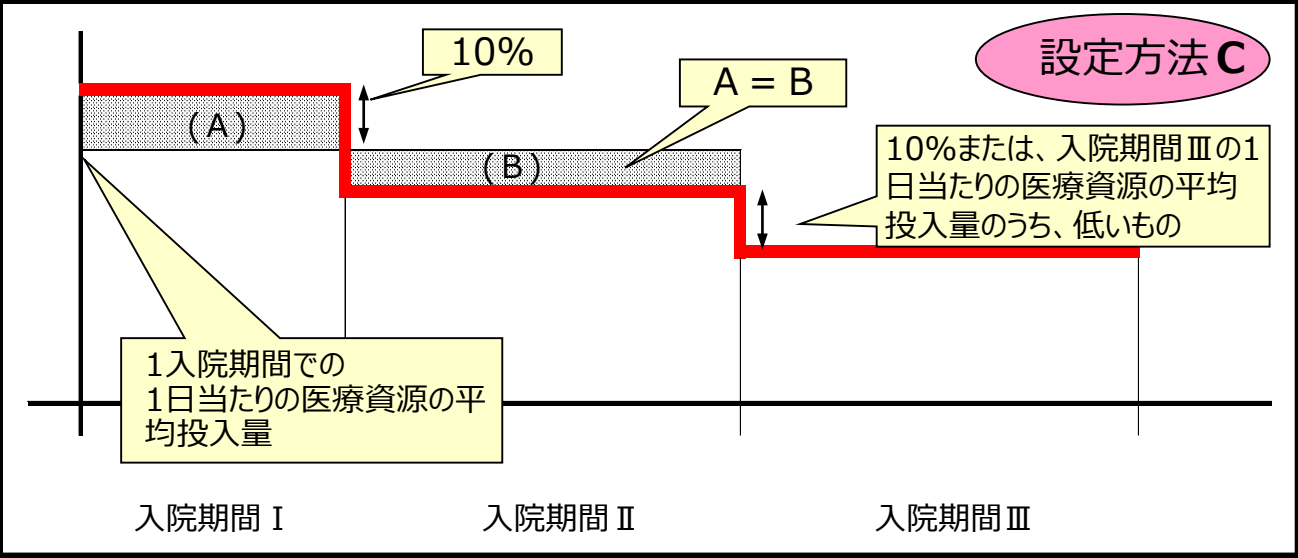


設定方法B：(早期集中タイプ)
「入院期間Ⅰでの1日当たり包括範囲点数／1入院期間での1日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差(SD)が、平均＋1SD以上の場合

初期の医療資源投入量が比較的高い分類に適用

設定方法C：(後期維持タイプ)
「入院期間Ⅰでの1日当たり包括範囲点数／1入院期間での1日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差(SD)が、平均－1SD以下の場合

1入院期間を通して医療資源投入量の差があまりない分類に適用



設定方法D

A: 入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の1入院あたりの点数

B: 入院基本料の1入院あたりの点数

太点線：従来の点数設定方法

設定方法D：(高額薬剤等対応タイプ)

高額薬剤使用等による在院日数延長を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組み込む設定を2012改定から試行的に導入し、現在も継続されている。

入院期間Ⅰが1日で点数が1万点を超えるような分類は設定方式Dが多い

従来方式(15%または10%)または、入院期間Ⅲの1日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低いもの

1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量

赤線：設定点数

第Ⅰ日
(1日で固定)

第Ⅱ日
(平均在院日数)

第Ⅲ日
(平均在院日数 + 2SD以上の30の整数倍の日数)

厚生労働省告示第六十八号

包括評価となる各診断群分類に1日当たり包括点数が設定されている

診断群分類点数表																
番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	定義副傷病	重症度等	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			
1	010010xx99000x	脳腫瘍	なし	なし	なし	なし		2	8	30	3,593	2,212	1,880			
2	010010xx99001x	脳腫瘍	なし	なし	あり			10	23	60	2,642	2,033	1,728			
3	010010xx99010x	脳腫瘍	なし	1あり	なし			8	21	60	2,992	2,361	2,007			
4	010010xx99011x	脳腫瘍	なし	1あり	あり			14	36	120	2,903	2,283	1,941			
5	010010xx9902xx	脳腫瘍	なし	2あり				4	11	60	4,886	2,560	2,133			
6	010010xx99030x	脳腫瘍	なし	3あり	なし			6	16	60	2,368	1,874	1,593			
7	010010xx99031x	脳腫瘍	なし	3あり	あり			14	29	90	2,638	1,973	1,677			
8	010010xx9904xx	脳腫瘍	なし	4あり				14	27	60	2,938	2,142	1,821			
9	010010xx9905xx	脳腫瘍	なし	5あり				5	12	60	4,387	2,226	1,892			
10	010010xx9906xx	脳腫瘍	なし	6あり				1	3	30	3,231	1,671	1,723			
11	010010xx9907xx	脳腫瘍	なし	7あり				5	17	60	4,649	2,471	2,101			
12	010010xx9908xx	脳腫瘍	なし	8あり				15	32	90	4,217	3,182	2,705			
13	010010xx9910xx	脳腫瘍	なし	あり	なし			2	4	30	3,964	2,930	2,490			
14	010010xx9912xx	脳腫瘍	なし	あり	2あり			4	8	30	5,124	3,787	2,791			
15	010010xx97x00x	脳腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		7	15	60	2,875	2,172	1,846			
16	010010xx97x01x	脳腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		17	35	90	2,736	2,042	1,736			
17	010010xx97x1xx	脳腫瘍	その他の手術あり		1あり			23	48	120	3,055	2,290	1,946			
18	010010xx97x3xx	脳腫瘍	その他の手術あり		3あり			18	36	90	2,628	1,943	1,651			
19	010010xx97x4xx	脳腫瘍	その他の手術あり		4あり			25	50	120	2,949	2,180	1,853			
20	010010xx97x5xx	脳腫瘍	その他の手術あり		5あり			18	35	90	3,077	2,251	1,913			
21	010010xx97x6xx	脳腫瘍	その他の手術あり		6あり			9	18	60	2,795	2,066	1,756			
22	010010xx97x7xx	脳腫瘍	その他の手術あり		7あり			22	45	120	3,289	2,449	2,082			
23	010010xx97x8xx	脳腫瘍	その他の手術あり		8あり			32	64	120	3,432	2,808	2,191			
24	010010xx97x9xx	脳腫瘍	その他の手術あり		9あり			33	65	150	4,092	3,336	3,002			
25	010010xx01xx	内臓腫瘍				なし						2,228				
	010010xx02xx	内臓腫瘍				い										

包括評価となる診断群分類(DPC)数は4,296分類

2018年度改定における見直し(診断群分類)

● 短期滞在手術等基本料の見直しへの対応

DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料 2 及び 3 が算定不可となることを踏まえ、短期滞在手術等基本料 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。

- 短期滞在手術
- その他手術

短期滞在手術等基本料からDPC包括点数算定に移行した症例に該当する患者は平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算に含めない

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

2018年度改定における見直し(診断群分類)

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		

診断群分類数等の変遷

推移 (分類数)	主要診断群（MDC）数				
	DPC傷病名数				
	診断群分類(DPC)数【支払分類数*1】				
	包括対象診断群分類数【包括対象支払分類数*1】				
1998年11月	13		270	183	日本版DRG/PPSの施行時に 設定されたもの
2001年4月	15		532	267	
2003年4月	16	575	2,552	1,860	診断群分類のうちコストや入院 日数等のバラツキが少ない分類が 「包括評価対象」となり1日当たり 包括点数が設定される
2004年4月	16	591	3,074	1,726	
2006年4月	16	516	2,347	1,438	
2008年4月	18	506	2,451	1,572	
2010年4月	18	507	2,658	1,880	
2012年4月	18	516	2,927	2,241	
2014年4月	18	504	2,873	2,309	
2016年4月	18	506	4,918【3,071】	4,244【2,410】	
2018年4月	18	505	4,955【3,108】	4,296【2,462】	

*1 CCPマトリックスを導入した分類において同一支払分類を1とカウント

MDC18分類

例
010060
脳梗塞

MDC01 神経系疾患	MDC02 眼科系疾患	MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	MDC04 呼吸器系疾患	MDC05 循環器系疾患	MDC06 消化器系疾患、 肝臓・胆道・膵臓疾患
MDC07 筋骨格系疾患	MDC08 皮膚・皮下組織の疾患	MDC09 乳房の疾患	MDC10 内分泌・栄養・ 代謝に関する疾患	MDC11 腎・尿路系疾患及び 男性生殖器系疾患	MDC12 女性生殖器系疾患 及び産褥期疾患・ 異常妊娠分娩
MDC13 血液・造血器・ 免疫臓器の疾患	MDC14 新生児疾患	MDC15 小児疾患	MDC16 外傷・熱傷・中毒	MDC17 精神疾患	MDC18 その他の疾患

DPCコード(診断群分類番号)

診断群分類に対して、14桁の英数字で構成される「DPCコード」が割り振られている

01 0010 x 0 99 0 0 0 x
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

①主要診断群(MDC)

Major Diagnostic Category の略称で、診断群分類を疾患分野ごとに大別した主要診断群(18分類)

②医療資源を最も投入した傷病名

それぞれのMDC内で独自に定められた4桁の数字

① + ② : 010010(脳腫瘍)

③病態等分類

平成18年度改定から使用されていなかったが、平成28年度改定から「040080肺炎等」の分類に使用されている

④年齢・出生時体重等

【年齢】【出生時体重】【JCS】【脳卒中の発症時期+JCS】【GAF】【Burn Index】がある

いずれによる分岐も設定されていない診断群分類においては「x」で表されている

⑤手術、⑥手術・処置等1、⑦手術・処置等2

診療行為は、「定義テーブル」により医科診療報酬点数表上の区分番号等で定義されている

⑧定義副傷病

定義副傷病名は「定義テーブル」により「疾患コード」(①と②の6桁コード)で定義されている

⑨重傷度等

重傷度等の条件として「リハビリあり・なし」、「片側(眼)・両側(眼)」などがある

DPCコードの決定(コーディング)

赤文字は2018改定による変更点

①傷病名の決定

主治医が判断する

【①傷病名の決定】

入院期間を通じて治療の対象となった傷病のうち、**医療資源を最も投入した傷病名**を
ICD10*1(**2013年版**)に規定されている傷病名
により決定

医療資源 = 人的コスト・物的コスト

*1疾病及び関連保健問題の国際統計分類
第10回修正

世界保健機関(WHO)が死因や疾病の国際的な統計
基準として公表した分類

ただし、次のコードは選択できない。

- ・ 詳細不明の寄生虫症(B89)
 - ・ 他章に分類される疾患の原因である連鎖球菌及びブドウ球菌(B95)からその他及び詳細不明の感染症(B99)
 - ・ 心拍の異常(R00)からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡(R99)まで
- ※独立した(原発性)多部位の悪性新生物〈腫瘍〉(C97)、部位不明の表在損傷(T14.0)から損傷、詳細不明(T14.9)までについては選択せず、主たる部位のICD-10を選択すること。

②DPCコードの決定

【②DPCコード(診断群分類)の決定】

①で決定した傷病名が分類されているDPC疾患名
(6桁コード)を検索し、
全診断群分類が示されている「ツリー図」とその分岐
(医療行為や定義副傷病等)を定義している「定義
テーブル」を活用し、DPCコードを決定

2018年度改定版のツリー図と定義テー
ブルは厚生労働省HPからダウンロード可能

R00からR99のうち下記のコードは選択可

- ・ 鼻出血(R04.0)
- ・ 喀血(R04.2)
- ・ 気道のその他の部位からの出血(R04.8)
- ・ 気道からの出血、詳細不明(R04.9)
- ・ 熱性けいれん〈痙攣〉(R56.0)
- ・ 限局性発汗過多〈多汗〉(症)(R61.0)
- ・ 全身性発汗過多〈多汗〉(症)(R61.1)
- ・ 発汗過多〈多汗〉(症)、詳細不明(R61.9)
- ・ ブドウ糖負荷試験異常(R73.0)

定義テーブル

01

0010

x

0

99

0

0

0

x

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

診断分類			医療資源を最も投入した傷病名		病態等分類		年齢、出生時体重等		手術		手術・処置等1		手術・処置等2		定義		重症度等									
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	対応コード	病態区分	コード	年齢、出生時体重	手術分類	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患コードまたはICDコード	対応コード	フラグ	重症度等			
01	0010	脳腫瘍	髄膜の悪性新生物<腫瘍>、脳髄膜	C700			00 0	15歳以上	手術なし	99 99	手術なし			1 1		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	E0033	A 14		テモゾロミド(注射薬に限る。)	1 1		肺炎等	040080	3 0	リハビリなし
			髄膜の悪性新生物<腫瘍>、髄膜、部位不明	C709			15 1	15歳未満	その他の手術あり	97 04		⑤手術	K145					9 13		ペバシマブ	1 1		脳膿瘍性肺炎	040081	1 1	リハビリあり
			①②DPC傷病名	C715						97 09			K181-2					8 12		テモゾロミド(内服薬による初発の初回治療に限る。)	1 2		白血球疾患(その他)	130070		
			④年齢、出生時体重等	C722						97 13			K1745					8 11		エペロリムス	1 3		脳脊髄の感染	010080		
			③病態等分類 (040080肺炎等で使用)	C723						97 14			K1801					7 10		メトレキセート(注射薬に限る。)	1 3		腎の			⑨重症度等
			⑥手術・処置等1	C724						97 14			K1802					6 9		ガンイフによる定	M001-2					
			⑦手術・処置等2 (使用薬剤等)	C793						97 14			K1803					5 8		化学療法						
			⑧手術・処置等2 (使用薬剤等)	C794						97 17			K179													
			⑨重症度等	C795						97 18			K154-3													
			⑩重症度等	C796						97 97			その他のKコード													
			⑪重症度等	C797						01 01			K1695						2 4		PET	E101-25				
			⑫重症度等	C798						01 01			K151-2						1 2		中心静脈注射	G005				
			⑬重症度等	C799						01 01			K167						1 1		人工呼吸	J0455				
			⑭重症度等	C800						01 01			K170													
			⑮重症度等	C801						01 01			K171													
			⑯重症度等	C802						01 01			K171-25													
			⑰重症度等	C803						01 02			K1545													
			⑱重症度等	C804						01 03			K0115													
			⑲重症度等	C805						01 05			K1492													
			⑳重症度等	C806						01 06			K168													

患者の医療資源を最も投入した傷病名から定義テーブルをもとにDPC傷病名(DPCコードの上6桁)を決定し、手術や処置などの対応コードも定義テーブルで確認できる。

①②DPC傷病名

④年齢、出生時体重等

⑤手術

⑥手術・処置等1

⑦手術・処置等2
(使用薬剤等)

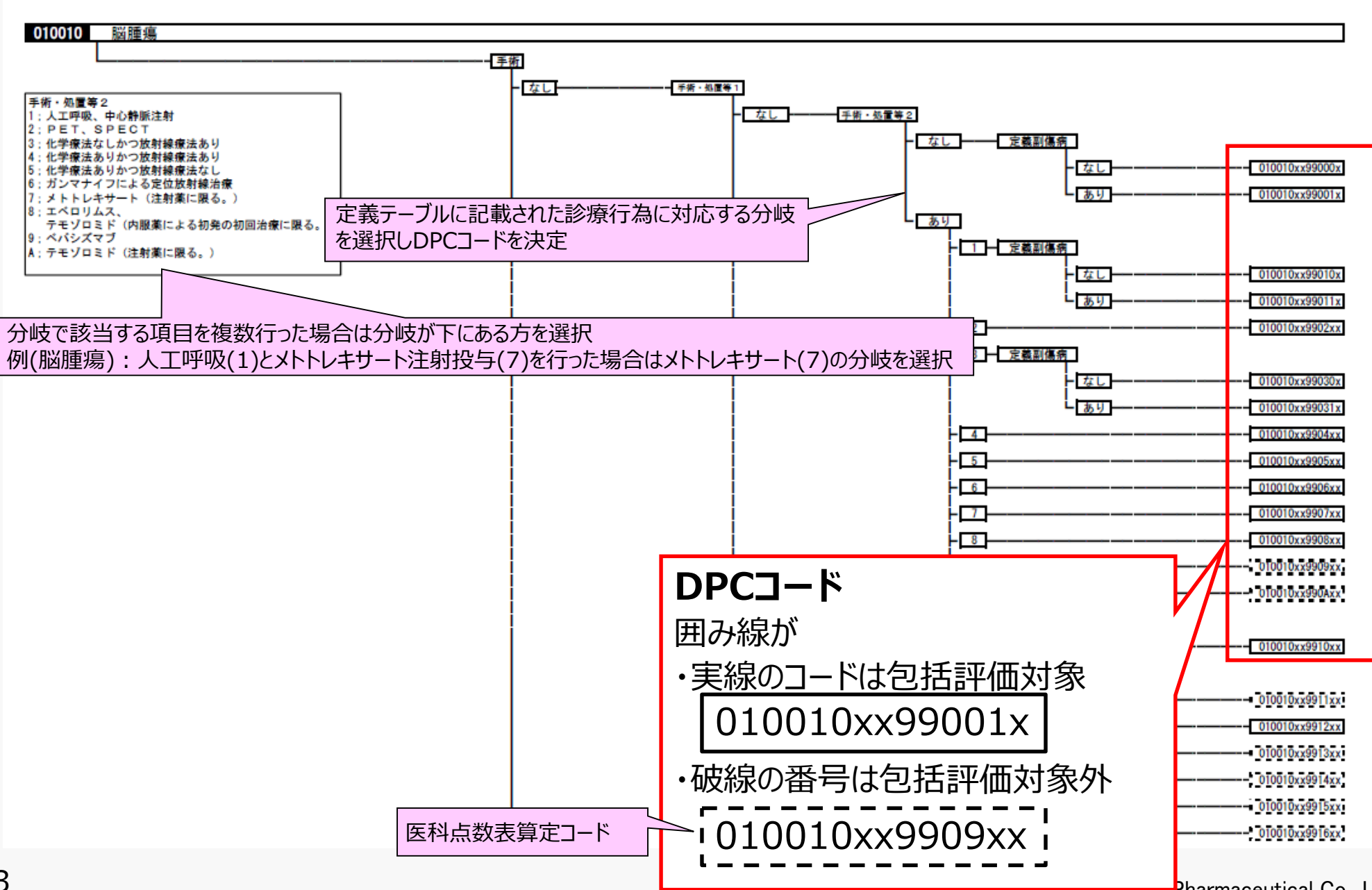
⑧定義副傷病

⑨重症度等

③病態等分類
(040080肺炎等で使用)

医療資源を最も投入した傷病名

患者の医療資源を最も投入した傷病名から定義テーブルをもとにDPC傷病名(DPCコードの上6桁)を決定し、手術や処置などの対応コードも定義テーブルで確認できる。



脳腫瘍の例(010010xx99001x)

「脳腫瘍で、手術なし、手術・処置等1なし、手術・処置等2 あり、定義副傷病あり」

- ・入院初日から10日目まで〔入院期間Ⅰ〕 ① 2,642点/日
- ・11日目から23日目(平均在院日数)まで〔入院期間Ⅱ〕 ② 2,033点/日
- ・24日目から60日目まで〔入院期間Ⅲ〕 ③ 1,728点/日
- ・61日目からは全て出来高算定(医科点数表により算定)となる

例：11日入院の場合
2,642×10+2,033×1=28,453(点)

- ① 入院期間Ⅰ：入院日Ⅰ以下の期間
- ② 入院期間Ⅱ：入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下の期間
- ③ 入院期間Ⅲ：入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下の期間

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等		定義副傷病	重症度等	入院日（日）			点数（点）		
				1	2			Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	①	②	③
1	010010xx99000x	脳腫瘍	なし	なし	なし	なし		2	8	30	3,593	2,212	1,880
2	010010xx99001x	脳腫瘍	なし	なし	なし	あり		10	23	60	2,642	2,033	1,728
3	010010xx99010x	脳腫瘍	なし	なし	1あり	なし		8	21	60	2,992	2,361	2,007
4	010010xx99011x	脳腫瘍	なし	なし	1あり	あり		14	36	120	2,903	2,283	1,941
⋮	⋮												

DPC/PDPSの報酬(医療機関別係数)

該当患者のみ

$$\text{診療報酬額} = \text{包括評価部分} + \text{出来高部分} \left[+ \text{特定入院料} \right]$$

$$\text{診断群分類ごとの1日当たり包括点数} \times \text{入院日数} \times \text{医療機関別係数}$$

医療機関別係数(① + ② + ③ + ④)

① 基礎係数

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。

② 機能評価係数Ⅰ

出来高報酬体系における、「入院基本料の差額」、「入院基本料等加算」等を係数化したもの。

③ 機能評価係数Ⅱ

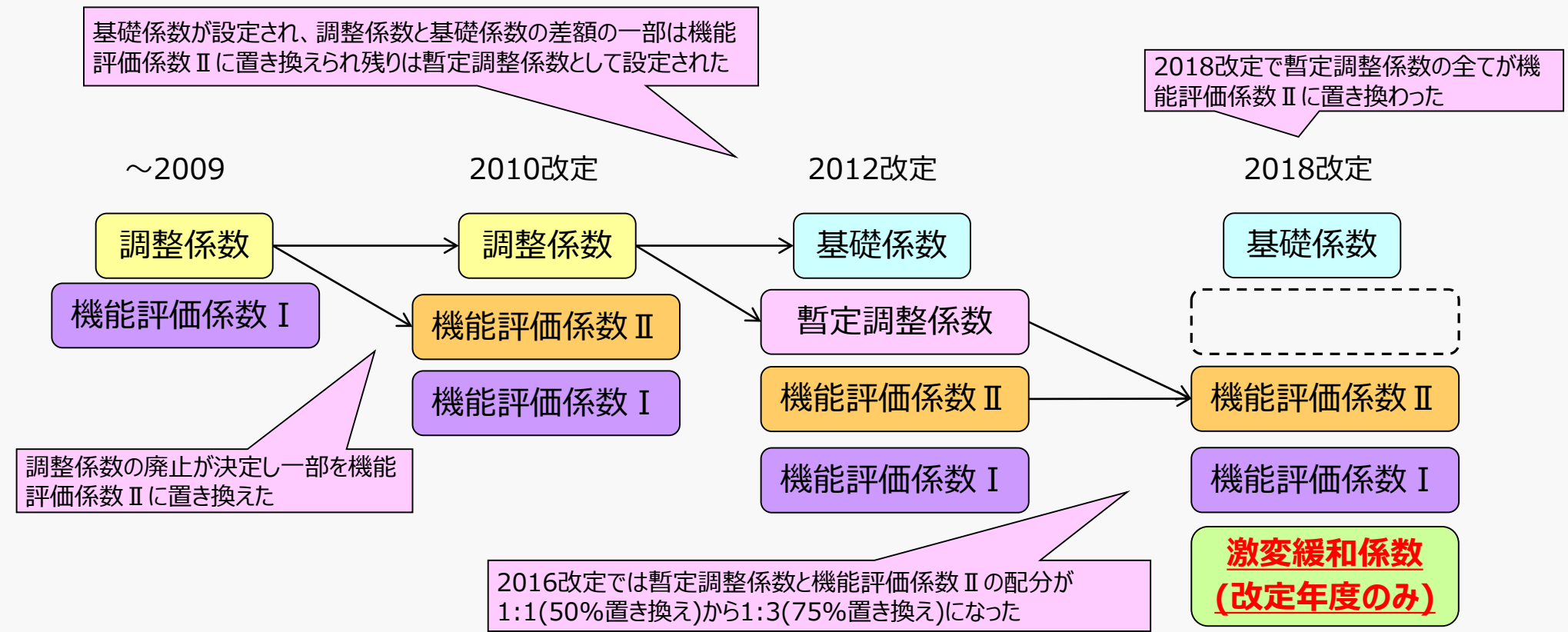
DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ(医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ)を評価したもの

④ 激変緩和係数(診療報酬改定年度のみ)

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)

(暫定)調整係数の置き換えは完了した

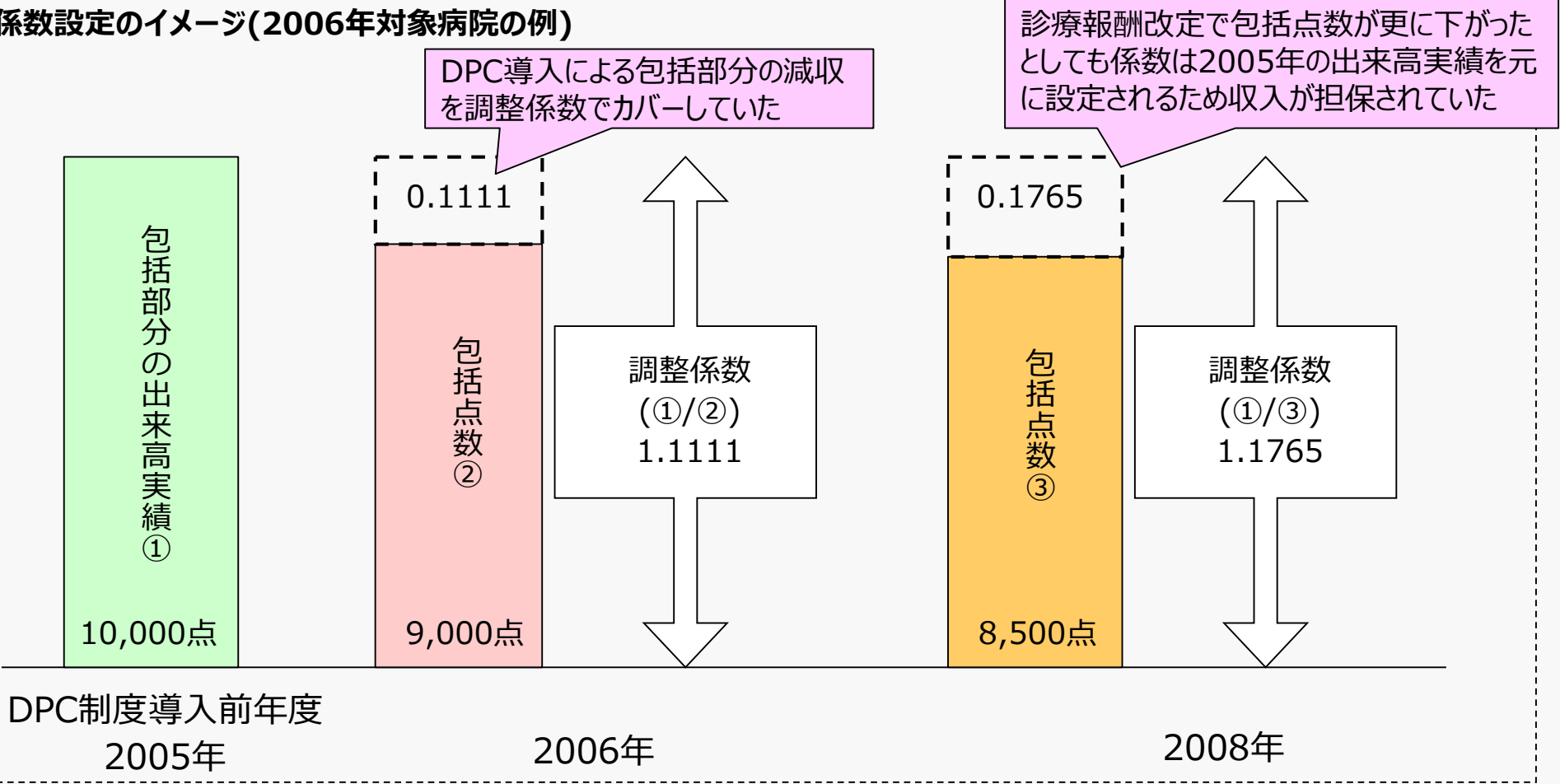
医療機関別係数の変遷

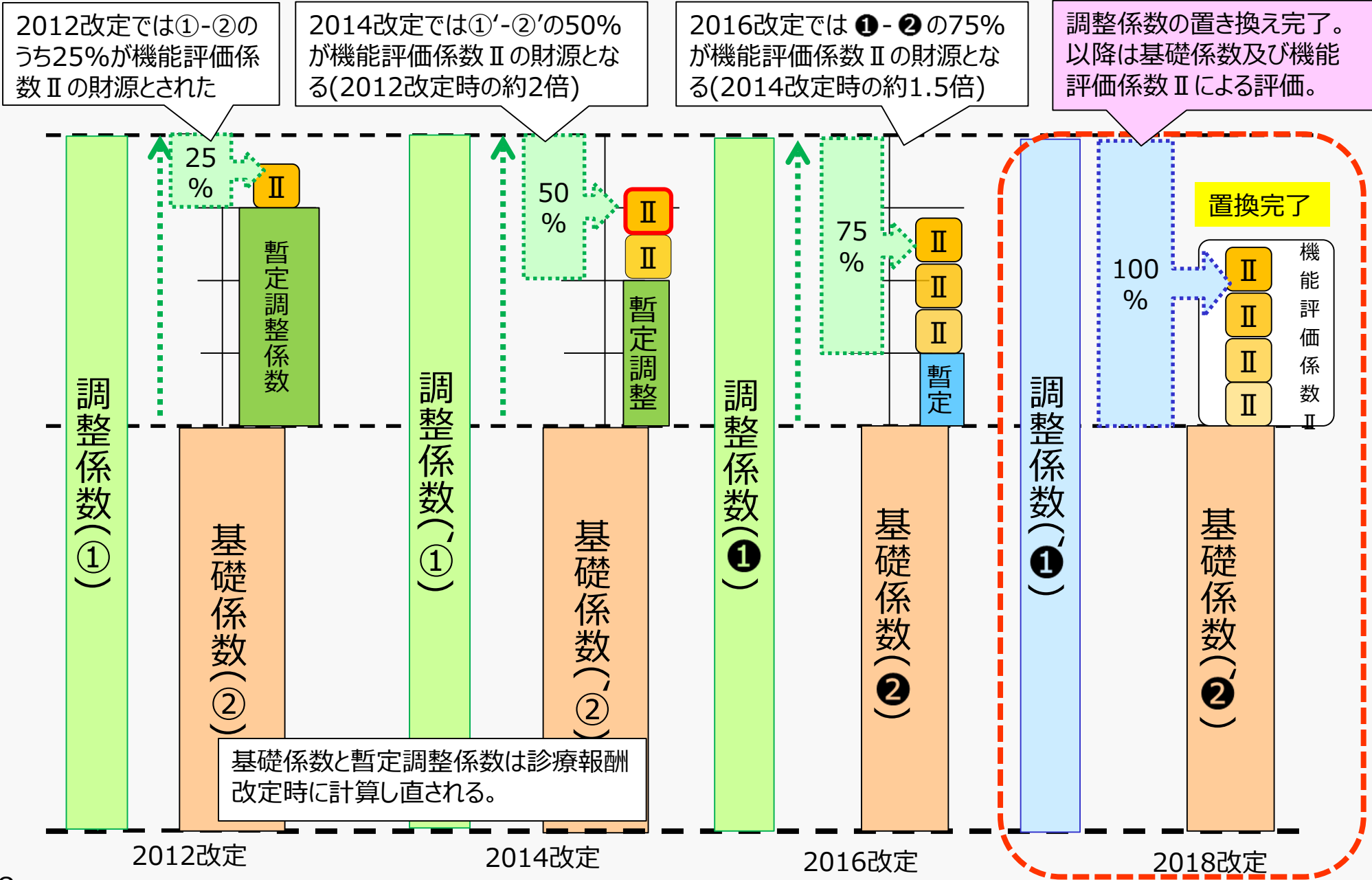


【参考】調整係数(2018年廃止)

- ・各医療機関のDPC制度導入前年度の出来高実績(収入)を担保する係数
- ・DPC制度導入を円滑に行うため、またDPC制度導入のインセンティブのために設定されていたが、導入前の実績が永続的に担保されることの問題点が指摘され廃止が決定
- ・調整係数は段階的な廃止が2018年度改定で完了し、現在基礎係数、機能評価係数Ⅱに分けられている。

調整係数設定のイメージ(2006年対象病院の例)





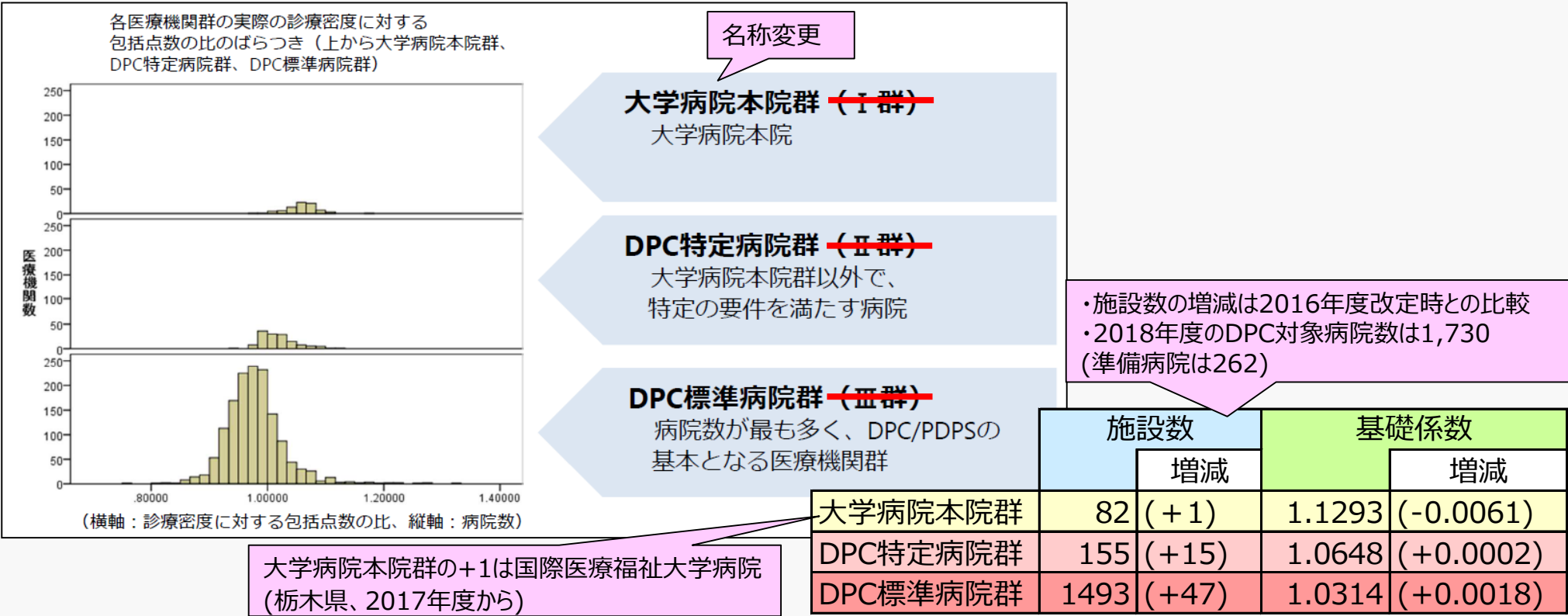
- 基礎係数とは、
- ・医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価しバラツキを吸収する係数(2012改定から導入)
 - ・DPC対象病院を診療機能に応じて3つの群に分け、群毎に設定

[各医療機関群の基礎係数]

[各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]

=

[各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]



DPC特定病院群の要件

赤文字は2018改定による変更点

- DPC特定病院群は以下の要件を満たした医療機関
 - ・ 実績要件1~4の全て（実績要件3は6つのうち5つ）を満たす。
 - ・ 各要件の基準値は大学病院の最低値（外れ値は除く）とする。
 - ・ 各病院の基準値は診療報酬改定に使用する実績（平成28年10月～平成29年9月の診療内容、診断群分類）に基づき設定する。
 - ・ **診療密度要件については、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（のうち最も安価なもの）に置き換えて算出する。**

要件の詳細はP41-P44

要件		基準値
【実績要件 1】 診療密度		2413.38
【実績要件 2】 医師研修の実施		0.0180
【実績要件 3】 医療技術の実施(6 項目のうち 5 項目以上)		
外保連試算	(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数 (外科医師数及び手術時間補正後)	14.08
	(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数 (外科医師数及び手術時間補正後)	119.18
	(3c)：手術実施症例件数	4,837
特定内科診療	(3A)：症例割合	0.0095
	(3B)：DPC 算定病床当たりの症例件数	0.2020
	(3C)：対象症例件数	124
【実績要件 4】 補正複雑性指数		0.0954

ジェネリックの使用で診療密度が下がることはなくなった

実績要件3は6項目中5項目クリアすればよい

2018年6月20日中医協総会資料

複数の医療機関群(標準群と特定病院群)の要件を満たす場合に医療機関群を選択できるような仕組みの導入が検討されたが行わないこととなった

DPC特定病院群要件

赤字は2018改定による変更点

【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、後発品補正）

・当該医療機関において症例数が一定以上の（1症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

・当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報※1」（平成29年8月30日～平成29年9月30日）に掲載された「2：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「3：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

ジェネリックの使用で診療密度が
下がることはなくなった

【実績要件2】：医師研修の実施

届出病床1床あたり臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで）

- ・各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- ・特定機能病院は当該実績要件を満たしたものと取り扱う。

【実績要件3】：医療技術の実施

高度な医療技術の実施＝〔次の6つ（3a～3C）がそれぞれ一定の基準を満たす〕

外科系（外保連試案9.1版）

（3a）：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）

（3b）：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

（3c）：手術実施症例件数

内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表））

（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

6項目のうち5項目以上を満たすこと
（要件詳細は次ページ）

【実績要件4】：補正複雑性指数（DPC補正後）

○ 全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

【実績要件3】：高度な医療技術の実施

「(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数(※)を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」については、外保連試案(第9.1版)において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

「(3A)：症例割合」は特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C)：対象症例件数」は特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

(※)外保連手術指数の算出方法

・外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価外保連手術指数は、外保連試案(第9.1版)に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値(下表参照。難易度B、外科医師数0人を1としてそれぞれ相対化)に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は $7.10 \times 3 = 21.3$ 難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.59	13.32	13.05	12.78	11.78	9.46	5.68
D	8.19	7.92	7.64	7.37	7.10	6.10	3.79
C			4.13	3.86	3.59	3.32	2.32
B				1.81	1.54	1.27	1.00

外保連試案：術式ごとに「技術難易度(A～E)」「必要スタッフ数」「所要時間」を精査して「人件費」を算出したもの

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

※ 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。

※ 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

特定内科診療 1/2

赤文字は2018改定による変更点

疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
重症脳卒中 (JCS30以上)	010040xx99x\$\$x(入院時JCS30以上) 010060xx99x\$\$x(入院時JCS30以上) 010060x399\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) DPC対象外コード含	出血と梗塞 JCS30以上
髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x(入院時JCS100 以上、もしくは処置2 ありのうち人工呼吸あり) 150050(該当DPC6 桁全て)(入院時JCS10 以上、もしくは人工呼吸あり)	処置2(人工呼吸)
重症筋無力症クレーゼ	010130xx99x\$xx(処置2 あり/なし)(ICD G700のみ)(DPC 外含)	診断名(ICD10)で判断
てんかん重積状態	010230xx99x\$\$x(処置2・副傷病あり/なし)(ICD G41\$のみ)	診断名(ICD10)で判断
気管支喘息重症発作	040100xxxxx\$\$x(処置2 あり)(J045 人工呼吸)(ICD J46\$, J45\$のみ)	処置2(人工呼吸)
間質性肺炎	040110xxxxx1xx(処置2 あり)(ICD 絞りなし) 040110xxxxx2xx(処置2 あり)(ICD 絞りなし) のうちJ045 人工呼吸あり	処置2(人工呼吸)
COPD急性増悪	040120xx99\$1xx(処置2 あり)(DPC外含)	処置2(人工呼吸)
急性呼吸窮 <促> 迫症候群、ARDS	040250xx99x\$xx(処置2 あり)(J045人工呼吸あれば可 PGI2のみは除く)	処置2(人工呼吸)
急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x(処置1 5 あり) (ICDI21\$のみ)	Kコードあり
急性心不全	050130xx99\$\$\$\$x(処置2 あり SPECT・シンチ・中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx(処置1 5 あり)	人工呼吸or 緊急透析 Kコードあり
解離性大動脈瘤	050161xx99\$\$\$\$xx(処置2 あり中心静脈注射 のみ除く)(DPC外含)	処置2(人工呼吸・緊急透析)
肺塞栓症	050190xx975xxx(処置1 5 あり) (ICD I822を除く) 050190xx99x\$xx(処置2 あり中心静脈注射のみ除外)(ICD I822を除く)	処置2(人工呼吸・緊急透析) Kコードあり

特定内科診療 2/2

赤文字は2018改定による変更点

疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
劇症肝炎	060270xx\$ \$x\$xx 060270xx97x40x 060270xx97x41x (手術あり/なし、処置2 あり中心静脈注射 のみ除外)(ICD 絞りなし)	処置2(人工呼吸、PMX等)
重症急性膵炎	060350xx\$ \$x\$1x\$(手術あり/なし、処置2 あり中心静脈注射のみ除外)(ICD K85のみ)(DPC外含)	処置2(人工呼吸、CHDF等)
糖尿病性ケトアシドーシス	100040(DPC6桁全て)	診断名あればすべて
甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$ \$x\$(処置2 あり/なし)(ICD E055のみ)	診断名と手術なし
副腎クリーゼ	100202xxxxxxxxx(処置2 あり/なし)(ICD E272のみ)	診断名あればすべて
難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$ \$x\$(処置2 あり/なし)(腎生検D412必須)	診断名と腎生検
急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$ \$x\$(処置2 あり/なし)(腎生検D412必須) (DPC外含)	診断名と腎生検
急性白血病	130010xx99x\$ \$x\$(化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ) 130010xx97x\$ \$x\$(化学療法あり)(ICD C910、C920、C950のみ)(DPC外含)	化学療法、実症例数
悪性リンパ腫	130020xx\$ \$x\$3xx(DPC外含) 130020xx\$ \$x\$4xx (DPC 外含) 130030xx99x\$ \$x\$(化学療法あり) 130030xx97x\$ \$x\$(化学療法あり)(ICD絞りなし)(DPC外含)	化学療法、実症例数
再生不良性貧血	130080(DPC6桁全て)(ICD絞りなし)	実症例数
頸椎頸髄損傷	160870(DPC6桁全て)(ICD絞りなし)(リハビリ実施必須)	リハビリ
薬物中毒	161070(DPC6桁全て)(処置2 あり中心静脈注射のみ除外)(ICD絞りなし)(DPC 外含)	処置2(人工呼吸・PMX等)あり
敗血症性ショック	180010x\$ xxx3xx(処置2 3 あり)(ICD絞りなし)(DPC外含)	処置2 3(PMX・CHDF)あり

2018年度DPC特定病院群 1/2

2017年度Ⅲ群

都道府県	病院名	都道府県	病院名	都道府県	病院名
北海道	市立札幌病院	埼玉	さいたま赤十字病院	神奈川	横浜市東部病院
北海道	医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院	千葉	千葉県がんセンター	神奈川	横浜市立大学附属市民総合医療センター
北海道	手稲溪仁会病院	千葉	東京女子医科大学附属八千代医療センター	神奈川	横浜南共済病院
北海道	旭川赤十字病院	千葉	君津中央病院	神奈川	横須賀共済病院
北海道	製鉄記念室蘭病院	千葉	国保旭中央病院	神奈川	湘南鎌倉総合病院
北海道	帯広厚生病院	千葉	順天堂大学医学部附属浦安病院	神奈川	横浜市南部病院
北海道	国立病院機構北海道医療センター	千葉	東京ベイ・浦安市川医療センター	神奈川	昭和大学藤が丘病院
青森	青森県立中央病院	千葉	東京慈恵会医科大学附属柏病院	神奈川	川崎幸病院
岩手	岩手県立中央病院	千葉	千葉西総合病院	神奈川	横浜国立市市民病院
宮城	石巻赤十字病院	千葉	船橋市立医療センター	神奈川	横浜市みなと赤十字病院
宮城	大崎市民病院	千葉	亀田総合病院	新潟	新潟市民病院
宮城	国立病院機構仙台医療センター	千葉	日本医科大学千葉北総病院	新潟	長岡中央総合病院
山形	山形県立中央病院	千葉	国立がん研究センター東病院	新潟	新潟県立新発田病院
山形	日本海総合病院	東京	三井記念病院	富山	富山県立中央病院
福島	福島県立医科大学会津医療センター附属病院	東京	聖路加国際病院	石川	石川県立中央病院
福島	脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	東京	虎の門病院	福井	福井県立病院
茨城	日立総合病院	東京	東京都立駒込病院	山梨	山梨県立中央病院
茨城	総合病院土浦協同病院	東京	東京都立墨東病院	長野	長野赤十字病院
茨城	茨城県立中央病院	東京	がん研究会有明病院	長野	諏訪赤十字病院
茨城	筑波メディカルセンター病院	東京	N T T 東日本関東病院	長野	佐久総合病院佐久医療センター
栃木	済生会宇都宮病院	東京	日本赤十字社医療センター	岐阜	岐阜市民病院
群馬	前橋赤十字病院	東京	東京女子医科大学東医療センター	岐阜	岐阜県総合医療センター
群馬	太田記念病院	東京	板橋中央総合病院	岐阜	大垣市民病院
群馬	国立病院機構高崎総合医療センター	東京	東京医科大学八王子医療センター	静岡	順天堂大学医学部附属静岡病院
埼玉	自治医科大学附属さいたま医療センター	東京	武蔵野赤十字病院	静岡	静岡県立静岡がんセンター
埼玉	埼玉医科大学総合医療センター	東京	東京都立多摩総合医療センター	静岡	静岡県立総合病院
埼玉	獨協医科大学埼玉医療センター	東京	公立昭和病院	静岡	静岡市立静岡病院
埼玉	埼玉石心会病院	東京	国立病院機構東京医療センター	静岡	聖隷浜松病院
埼玉	埼玉医科大学国際医療センター	東京	国立がん研究センター中央病院	静岡	聖隷三方原病院

2018年度DPC特定病院群 2/2

2017年度Ⅲ群

都道府県	病院名	都道府県	病院名	都道府県	病院名
愛知	名古屋第一赤十字病院	兵庫	兵庫県立尼崎総合医療センター	福岡	地域医療機能推進機構九州病院
愛知	名古屋第二赤十字病院	兵庫	姫路赤十字病院	福岡	国立病院機構九州医療センター
愛知	豊橋市民病院	兵庫	神鋼記念病院	佐賀	佐賀県医療センター好生館
愛知	一宮西病院	兵庫	神戸市立医療センター中央市民病院	長崎	国立病院機構長崎医療センター
愛知	刈谷豊田総合病院	奈良	天理よろづ相談所病院	熊本	国立病院機構熊本医療センター
愛知	豊田厚生病院	和歌山	日本赤十字社和歌山医療センター	熊本	熊本赤十字病院
愛知	安城更生病院	鳥取	鳥取県立中央病院	熊本	済生会熊本病院
愛知	江南厚生病院	岡山	倉敷中央病院	鹿児島	鹿児島市立病院
愛知	小牧市民病院	岡山	津山中央病院	鹿児島	国立病院機構鹿児島医療センター
三重	市立四日市病院	岡山	国立病院機構岡山医療センター	沖縄	浦添総合病院
京都	宇治徳洲会病院	広島	県立広島病院		
京都	洛和会音羽病院	広島	広島市立広島市民病院		
京都	京都第二赤十字病院	広島	福山市民病院		
京都	京都第一赤十字病院	広島	国立病院機構呉医療センター		
大阪	関西電力病院	山口	済生会山口総合病院		
大阪	岸和田徳洲会病院	山口	国立病院機構岩国医療センター		
大阪	大阪赤十字病院	徳島	徳島県立中央病院		
大阪	大阪警察病院	徳島	徳島赤十字病院		
大阪	大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター	香川	高松赤十字病院		
大阪	淀川キリスト教病院	香川	香川県立中央病院		
大阪	医学研究所北野病院	愛媛	愛媛県立中央病院		
大阪	りんくう総合医療センター	高知	近森病院		
大阪	大阪市立総合医療センター	高知	高知赤十字病院		
大阪	ベルランド総合病院	高知	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター		
大阪	堺市立総合医療センター	福岡	福岡和白病院		
大阪	大阪府立病院機構大阪国際がんセンター	福岡	福岡総合病院		
大阪	大阪府済生会中津病院	福岡	福岡赤十字病院		
大阪	国立循環器病研究センター	福岡	新古賀病院		
兵庫	労働者健康安全機構関西労災病院	福岡	飯塚病院		

機能評価係数 I

医科点数表の入院に係る加算などを係数化したもの

- ・係数値は診療報酬改定時に設定される
- ・機能評価係数 I では主に医療スタッフの配置に関わる点数(加算)を係数化
例：病棟薬剤業務実施加算1(薬剤師)
医師事務作業補助体制加算(医療クーク) 等
- ・係数値の設定は診療報酬改定ごと(2年毎)だが、各医療機関の届出状況に応じて適用できるため、各医療機関の機能評価係数 I の合計値は毎月変わりうる

機能評価係数 I の算定については地方厚生(支)局に届出を行い、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から合算する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から合算する。

各厚生局により届出受理に係る取扱いが異なる場合があるので要確認

【適用日の取扱いが異なる機能評価係数 I】

- ・地域医療支援病院入院診療加算
月の初日に承認を受けた場合は同日から、月の途中で承認を受けた場合は翌月1日より加算できる。
- ・臨床研修病院入院診療加算
実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる。
- ・データ提出加算
当該加算が算定可能な月に限り加算できる。

機能評価係数 I (入院基本料)

区分番号	医科点数表に規定する診療料	出来高点数	急性期一般入院料						
			1	2	3	4	5	6	7
A100 1のイ等	入院基本料		0.1000	0.0884	0.0614	0.0212	0.0174	0.0096	0.0000
A100注2ただし書き	月平均夜勤時間超過減算	所定点数の85%	0.0077	-0.0019	-0.0251	-0.0590	-0.0625	-0.0691	-0.0772
A100注7	夜勤時間特別入院基本料	所定点数の70%	-0.0841	-0.0922	-0.1111	-0.1393	-0.1420	-0.1474	-0.1544
A100注2	特別入院基本料	584点/日	-0.3328						
通則	栄養管理体制減算	-40点/日	-0.0154						

区分番号	医科点数表に規定する診療料	出来高点数	地域一般入院料		
			1	2	3
A100 2のイ等	入院基本料		-0.0795	-0.1463	-0.1991
A100注2ただし書き等	月平均夜勤時間超過減算	所定点数の85%	-0.1447	-0.2111	-0.2547
A100注7等	夜勤時間特別入院基本料	所定点数の70%	-0.2099	-0.1436	-0.3328
A100注2	特別入院基本料	584点/日	-0.3328		
通則	栄養管理体制減算	-40点/日	-0.0154		

区分番号	医科点数表に規定する診療料	出来高点数	専門			特定機能	
			7対1	10対1	13対1	7対1	10対1
A104等	入院基本料		0.1182	0.0182	-0.0632	0.1764	0.0760
通則	栄養管理体制減算	-40点/日	-0.0154			-0.0154	

機能評価係数 I (入院基本料等加算)1/3

赤字は2018改定による変更点

区分番号	医科点数表に規定する診療料	出来高点数	一般	専門	特定機能
A200	総合入院体制加算 1	240点/日	0.0605	—	—
A200	総合入院体制加算 2	180点/日	0.0454	—	—
A200	総合入院体制加算 3	120点/日	0.0303	—	—
A204	地域医療支援病院入院診療加算	1,000点(初日)	0.0304	—	—
A204-2	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)	40点(初日)	0.0014	0.0014	0.0014
A204-2	臨床研修病院入院診療加算(協力型)	20点(初日)	0.0007	0.0007	0.0007
A207	診療録管理体制加算 1	100点(初日)	0.0030	0.0030	0.0030
A207	診療録管理体制加算 2	30点(初日)	0.0009	0.0009	0.0009
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (15対 1)	920点(初日)	0.0318	0.0318	0.0318
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (20対 1)	708点(初日)	0.0244	0.0244	0.0244
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (25対 1)	580点(初日)	0.0200	0.0200	0.0200
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (30対 1)	495点(初日)	0.0171	0.0171	0.0171
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (40対 1)	405点(初日)	0.0140	0.0140	0.0140
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (50対 1)	325点(初日)	0.0112	0.0112	0.0112
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (75対 1)	245点(初日)	0.0085	0.0085	0.0085
A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (100対 1)	198点(初日)	0.0068	0.0068	0.0068
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (15対 1)	860点(初日)	0.0297	0.0297	—
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (20対 1)	660点(初日)	0.0228	0.0228	—
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (25対 1)	540点(初日)	0.0186	0.0186	—
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (30対 1)	460点(初日)	0.0159	0.0159	—
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (40対 1)	380点(初日)	0.0131	0.0131	—
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (50対 1)	305点(初日)	0.0105	0.0105	—
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (75対 1)	230点(初日)	0.0079	0.0079	—
A207-2	医師事務作業補助体制加算 2 (100対 1)	188点(初日)	0.0065	0.0065	—
A207-3	25対 1 急性期看護補助体制加算(看護補助者 5 割以上)	210点/日	0.0530	0.0530	0.0530
A207-3	25対 1 急性期看護補助体制加算(看護補助者 5 割未満)	190点/日	0.0479	0.0479	0.0479
A207-3	50対 1 急性期看護補助体制加算	170点/日	0.0429	0.0429	0.0429
A207-3	75対 1 急性期看護補助体制加算	130点/日	0.0328	0.0328	0.0328

機能評価係数 I (入院基本料等加算)2/3

区分番号は新設項目

赤文字は2018改定による変更点

区分番号	医科点数表に規定する診療料	出来高点数	一般	専門	特定機能
A207-3注2	夜間30対1 急性期看護補助体制加算	90点/日	0.0227	0.0227	0.0227
A207-3注2	夜間50対1 急性期看護補助体制加算	85点/日	0.0214	0.0214	0.0214
A207-3注2	夜間100対1 急性期看護補助体制加算	70点/日	0.0177	0.0177	0.0177
A207-3注3	夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)	60点/日	0.0151	0.0151	0.0151
A207-4	看護職員夜間12対1配置加算 1	95点/日	0.0240	0.0240	0.0240
A207-4	看護職員夜間12対1配置加算 2	75点/日	0.0189	0.0189	0.0189
A207-4	看護職員夜間16対1配置加算 1	55点/日	0.0139	0.0139	0.0139
A207-4	看護職員夜間16対1配置加算 2	30点/日	0.0076	—	—
A214	看護補助加算 1	129点/日	0.0463	0.0463	—
A214	看護補助加算 2	104点/日	0.0373	0.0373	—
A214	看護補助加算 3	76点/日	0.0273	0.0273	—
A214注2	夜間75対1看護補助加算	40点/日	0.0117	0.0117	—
A214注3	夜間看護体制加算(看護補助加算)	165点/日	0.0050	0.0050	—
A218	地域加算(1 級地)	18点/日	0.0069	0.0069	0.0069
A218	地域加算(2 級地)	15点/日	0.0058	0.0058	0.0058
A218	地域加算(3 級地)	14点/日	0.0054	0.0054	0.0054
A218	地域加算(4 級地)	11点/日	0.0042	0.0042	0.0042
A218	地域加算(5 級地)	9点/日	0.0035	0.0035	0.0035
A218	地域加算(6 級地)	5点/日	0.0019	0.0019	0.0019
A218	地域加算(7 級地)	3点/日	0.0012	0.0012	0.0012
A218-2	離島加算	18点/日	0.0069	0.0069	0.0069
A234	医療安全対策加算 1	85点(初日)	0.0029	0.0029	0.0029
A234	医療安全対策加算 2	30点(初日)	0.0010	0.0010	0.0010
A234注2	医療安全対策地域連携加算 1	50点(初日)	0.0017	0.0017	—
A234注2	医療安全対策地域連携加算 2	20点(初日)	0.0007	0.0007	—
A234-2	感染防止対策加算 1	390点(初日)	0.0135	0.0135	0.0135
A234-2	感染防止対策加算 2	90点(初日)	0.0031	0.0031	0.0031
A234-2注2	感染防止対策地域連携加算	100点(初日)	0.0035	0.0035	0.0035
A234-2注3	抗菌薬適正使用加算	100点(初日)	0.0035	0.0035	0.0035

機能評価係数 I (入院基本料等加算)3/3

赤文字は2018改定による変更点

区分番号は新設項目

A243後発医薬品使用体制加算は2018改定から機能評価係数 I となった

区分番号	医科点数表に規定する診療料	出来高点数	一般	専門	特定機能
A243	後発医薬品使用体制加算1	45点(初日)	0.0014	0.0014	0.0014
A243	後発医薬品使用体制加算 2	40点(初日)	0.0012	0.0012	0.0012
A243	後発医薬品使用体制加算 3	35点(初日)	0.0011	0.0011	0.0011
A243	後発医薬品使用体制加算 4	22点(初日)	0.0007	0.0007	0.0007
A244 1	病棟薬剤業務実施加算 1	100点/週	0.0065	0.0065	0.0065
A245	データ提出加算(200床以上・入院)	150点 (入院中1回)	0.0052	0.0052	0.0052
A245	データ提出加算(200床未満・入院)	200点 (入院中1回)	0.0069	0.0069	0.0069
A245	データ提出加算(200床以上・入院+外来)	160点 (入院中1回)	0.0055	0.0055	0.0055
A245	データ提出加算(200床未満・入院+外来)	210点 (入院中1回)	0.0072	0.0072	0.0072
A245注2	提出データ評価加算	20点(入院中1回)	0.0007	0.0007	0.0007
D026注3	検体検査管理加算(Ⅰ)	40点/月	0.0010	0.0010	0.0010
D026注3	検体検査管理加算(Ⅱ)	100点/月	0.0026	0.0026	0.0026
D026注3	検体検査管理加算(Ⅲ)	300点/月	0.0077	0.0077	0.0077
D026注3	検体検査管理加算(Ⅳ)	500点/月	0.0129	0.0129	0.0129
D026注4	国際標準検査管理加算	40点/月	0.0010	0.0010	0.0010

機能評価係数Ⅱ

- ・DPC/PDPS参加による効率改善等へのインセンティブを評価
- ・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として項目を設定
- ・**毎年度係数の設定が行われる**
- ・『係数』とは請求点数算定の際に用いる「包括点数に掛ける数値」であり、係数を付与するための相対評価を点数(ポイント)化したもの『指数』と言う

機能評価係数Ⅱの評価指標

社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現(地域における医療資源配分の最適化)
→医療機関群毎に評価

名称	評価の考え方
保険診療	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
複雑性	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	様々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	地域医療への貢献を評価

全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現
→全医療機関共通で評価

名称	評価の考え方
効率性	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	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

【2018年度改定での対応】

- ・後発医薬品係数は機能評価係数Ⅰで評価し、重症度係数の評価は行わない。
- ・機能評価係数Ⅱの重み付けは行わない。

2018年度機能評価係数Ⅱの分布

係数		最小値	～	最大値	25%tile値	中央値	75%tile値
効率性		0.00000	～	0.03282	0.01139	0.01538	0.01893
救急医療		0.00000	～	0.04886	0.00861	0.01467	0.02114
保険診療	DPC標準病院群	0.01386	～	0.01617	0.01617	0.01617	0.01617
	大学病院本院群	0.01545	～	0.01694	0.01545	0.01622	0.01622
	DPC特定病院群	0.01465	～	0.01619	0.01619	0.01619	0.01619
	合計	0.01386	～	0.01694	0.01617	0.01617	0.01617
複雑性	DPC標準病院群	0.00000	～	0.03688	0.01114	0.01594	0.02150
	大学病院本院群	0.00000	～	0.02648	0.01112	0.01624	0.01932
	DPC特定病院群	0.00000	～	0.03791	0.00979	0.01512	0.02124
	合計	0.00000	～	0.03791	0.01103	0.01590	0.02132
カバー率	DPC標準病院群	0.00026	～	0.03776	0.00498	0.00905	0.01586
	大学病院本院群	0.00750	～	0.02259	0.01216	0.01489	0.01780
	DPC特定病院群	0.00612	～	0.02810	0.01270	0.01528	0.01747
	合計	0.00026	～	0.03776	0.00538	0.01062	0.01639
地域医療	DPC標準病院群	0.00004	～	0.05390	0.00487	0.00853	0.01549
	大学病院本院群	0.00566	～	0.03554	0.01105	0.01513	0.02044
	DPC特定病院群	0.00220	～	0.06425	0.00958	0.01346	0.01947
	合計	0.00004	～	0.06425	0.00525	0.00944	0.01653
合計値	DPC標準病院群	0.0269	～	0.1527	0.07000	0.0850	0.10030
	大学病院本院群	0.0614	～	0.1157	0.08155	0.0888	0.09330
	DPC特定病院群	0.0627	～	0.1422	0.08890	0.0986	0.10830
	合計	0.0269	～	0.1527	0.07190	0.0873	0.10083

各病院の係数内訳も2018年6月20日中医協総会資料として公開されている

【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

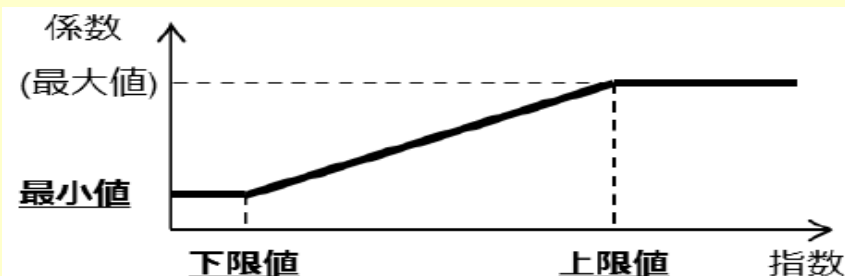
【上限値下限値の設定】

- ・項目ごとに上限値下限値を設定

	指数		係数	評価対象
	上限度値	下限度値	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	

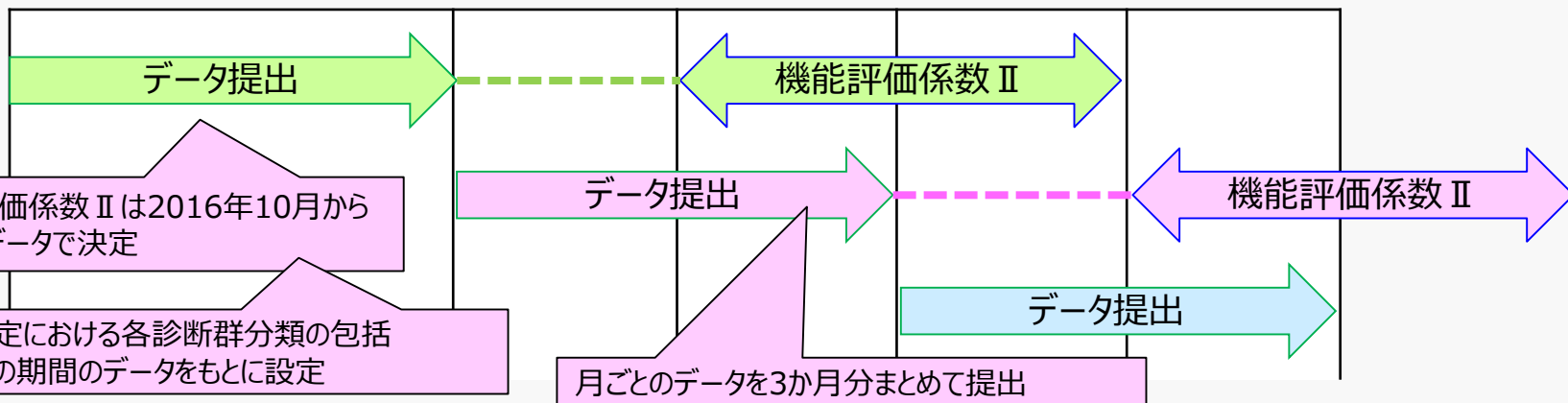
【指数と係数の関係】

- ・上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる



2018年3月5日平成30年度診療報酬改定の概要(DPC/PDPS)、2018年7月12日中医協総会資料

2016年10月 2017年10月 2018年4月 2018年10月 2019年4月 2019年10月



保険診療指数

提出データの質や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

原則指数は1点

下記に該当する場合、指数に加点・減点される



【加点評価】
・病院情報の公表

「保険診療の質的改善に向けた取り組み」
については平成31年度からの評価を検討

平成29年度の機能評価係数Ⅱ
の評価時点では、1,664病院中
1,629病院が公表している

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

- 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）



【減点評価】

- ・適切なDPCデータの提出
- ・適切な傷病名によるレセプト請求

保険診療指数の見直しと具体的な評価内容

評価対象データは※平成28年10月1日～平成29年9月30日(12ヶ月間)のデータ

赤文字は2018改定による変更点

評価の考え方	評価指標(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	適切なDPCデータの作成 「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）

指数：上限値	指数：下限値	係数	評価の考え方
(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価

【2018年度改定での対応】

- 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合20%以上⇒10%以上
- 未コード化傷病名の割合20%以上⇒2%以上
- 未コード化傷病名の割合の算出はレセプトデータを使用しているが、平成31年度以降は様式1の全ての病名から評価
- 機能の高い分院を有する大学病院本院の減点評価を廃止
- DPC特定病院群の要件を満たさない大学病院本院の減点評価を廃止
- 精神科の診療実績を有さない大学病院本院の減点評価を廃止し、地域医療係数での評価に移行
- 精神科の診療実績を有さないDPC特定病院群の減点評価を廃止し、地域医療係数での評価に移行
- 大学病院本院群で指導医療官の派遣実績評価は平成30年度までの評価とし、平成31年度からは保険診療の質的改善に向けた取り組みの評価を検討

評価対象となるコードは「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料にて一覧が掲載されている

在院日数をより短くし効率化を図っているか



うちの病院は平均在院
日数が7日だから効率性
は高いよ

病院の平均在院日数の短さを評価しているわけではない



各疾患に対して疾患ごとの平均的な在院日数よりも短い在院日数であるか

【例1】虫垂炎(虫垂切除術) 平均在院日数13日



虫垂炎(虫垂切除術)
患者の在院日数10日

効率性高い

虫垂炎(虫垂切除術)
患者の在院日数16日



【例2】脳梗塞(エダラボン投与) 平均在院日数18日



脳梗塞(エダラボン投与)
患者の在院日数20日

効率性高い

脳梗塞(エダラボン投与)
患者の在院日数16日



効率性指数の具体的な評価内容とポイント ©日医工MPI2018

評価対象データは※平成28年10月1日～平成29年9月30日(12ヶ月間)のデータ 赤文字は2018改定による変更点

評価の考え方	評価指標(指数)
各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔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〕 ※ 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。

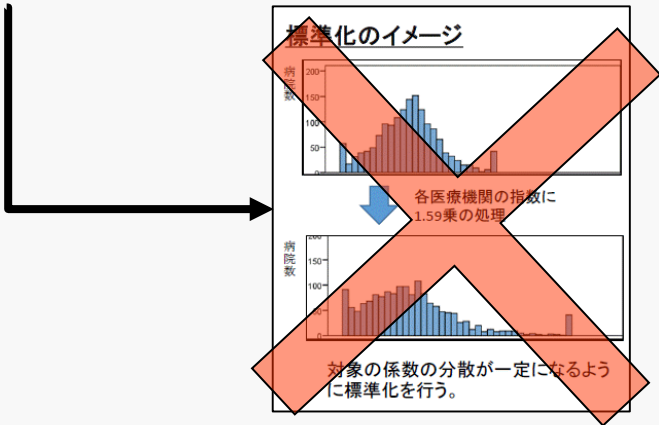
指数：上限値	指数：下限値	係数(最小値)	評価の考え方
97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価

上位2.5%の医療機関が最大係数値を付与される

指数の低い方から数えて(DPC対象病院数の)2.5%の医療機関の係数が0となる

【各年度の2.5%に該当する医療機関数】
2016年度：1,667×2.5%＝41.675
2017年度：1,664×2.5%＝41.6
2018年度：1,730×2.5%＝43.25

【2018年度改定での対応】
・係数間での分散を均等とする処理については廃止

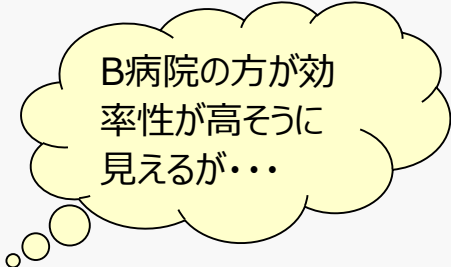


- 【効率性指数のポイント】
- ・小児科系病院もしくは単科専門病院が比較的係数を高く取る
 - ・ただし、単科専門病院でも専門外領域の患者数が年間12症例を超えるとその影響を受け、指数が低くなる可能性大 (特に、肺炎などの呼吸器系や消化器系疾患はDPC病院全体の症例数が多いため、該当患者の在院日数が長くなると指数への影響も大きくなる)
 - ・年度単位であれば診断群分類毎の在院日数や各病院の「在院日数の指標」が公開されている

<効率性指数>

当該病院が全DPC対象病院と全く同じ患者構成と仮定した場合の平均在院日数を指数化したもの。

DPC分類 (14桁コード)	A病院		B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
a	10.0	100	13.0	30	12.0	5000
b	5.0	50	4.0	150	8.0	10000
c	19.0	20	21.0	20	19.0	50000
d	15.0	60	14.0	60	14.0	20000
e	16.0	70	19.0	40	20.0	15000
平均在院日数	12.2		10.0		16.7	



当該病院の患者構成(数)が、全DPC対象病院と同じだった場合の平均在院日数に換算する。

影響が大きく出るのは全DPC対象病院の合計症例数が多い疾患の在院日数

DPC分類 (14桁コード)	A病院		B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
a	10.0	5000	13.0	5000	12.0	5000
b	5.0	10000	4.0	10000	8.0	10000
c	19.0	50000	21.0	50000	19.0	50000
d	15.0	20000	14.0	20000	14.0	20000
e	16.0	15000	19.0	15000	20.0	15000
平均在院日数	15.9		17.2		16.7	
効率性指数	16.7/15.9 = 1.05		16.7/17.2 = 0.97			

在院日数を診断群分類毎に平均(入院期間Ⅱ)よりも短縮できれば効率性指数はアップする
故意に在院日数を延ばしていた病院は指数が低くなる

DPC対象病院の患者数上位15疾患

平成27年度	診断群分類番号	診断群分類名称	件数
	020110xx97xx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	330,484
	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	256,930
	050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等 1 1あり 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	188,119
	050050xx02000x	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等 1 なし、1,2あり 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	136,967
	040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	120,518
	110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 あり	101,891
	050130xx99000x	心不全 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	99,054
	110310xx99xx0x	腎臓または尿路の感染症 手術なし 定義副傷病 なし	92,671
	160800xx01xxxx	股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	90,953
	150010xxxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等 2 なし	87,581
	060340xx03x00x	胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	82,764
	140010x199x00x	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害（出生時体重2500g以上） 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	79,354
	040090xxxxxx0x	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症（その他） 定義副傷病 なし	77,044
	040100xxxxx00x	喘息 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	75,398
	060160x001xxxx	鼠径ヘルニア（15歳以上） ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	63,055
平成28年度	診断群分類番号	診断群分類名称	件数
	020110xx97xx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	304,432
	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	257,983
	050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等 1 1あり 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	186,804
	050050xx02000x	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等 1 なし、1,2あり 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	140,318
	040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	119,336
	050130xx99000x	心不全 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	101,865
	110310xx99xx0x	腎臓または尿路の感染症 手術なし 定義副傷病 なし	98,758
	110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 あり	96,630
	160800xx01xxxx	股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	89,732
	060340xx03x00x	胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	89,467
	150010xxxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等 2 なし	89,026
	140010x199x00x	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害（出生時体重2500g以上） 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	79,562
	040090xxxxxx0x	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症（その他） 定義副傷病 なし	68,750
	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	63,539
	040040xx9910xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 あり 手術・処置等 2 なし	62,884

上位5疾患は2年連続で同じ

複雑性指数

医療資源投入量を多く必要とする患者を見ているか

A病院

複雑性高い



脳腫瘍
脳梗塞
くも膜下出血

1入院の平均包括点数が高い疾患の患者割合が高い

B病院

緑内障
網膜剥離
白内障



1入院の平均包括点数が少ない疾患の患者割合が高い

評価対象データは※平成28年10月1日～平成29年9月30日(12ヶ月間)のデータ 赤字は2018改定による変更点

評価の考え方	評価指標(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	〔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〕 ※ 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。

指数：上限値	指数：下限値	係数	評価の考え方
97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	各医療機関群で評価

群ごとに指数の高い方から数えて2.5%の医療機関が最大係数値(群ごとに異なる)を付与される

群ごとに指数の低い方から数えて2.5%の医療機関の係数が0となる

2018年度(大学病院本院群)：82×2.5%＝2.05
2018年度(特定病院群)：155×2.5%＝3.875
2018年度(標準病院群)：1,493×2.5%＝37.325

【2018年度改定での対応】・係数間での分散を均等とする処理については廃止

DPC (14桁)	入院日 (日)			点数 (点)			1入院 平均点数	a病院 症例数	b病院 症例数
	I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III			
a	28	56	120	3,023	2,235	1,890	147,224	400	20
b	9	25	90	3,069	2,443	2,045	66,709	400	30
c	19	38	90	3,205	2,268	1,899	103,987	500	150
d	17	34	90	3,136	2,187	1,844	90,491	300	50
e	13	26	60	2,835	2,107	1,761	64,246	200	150
f	3	9	30	3,433	2,308	1,948	24,147	100	650
g	1	3	30	2,845	1,845	1,650	6,535	100	950
合計								2,000	2,000

実際は全病院の平均包括範囲出来高点数を用いるが、公開データではないので、各分類で設定されている包括点数を基に試算

指数高い⇒複雑性高い

	症例数	全国平均値を用いた 1入院当たり点数		指数
a病院	2,000	90315.7	$90,316 / 36,014 =$	2.50779
b病院	2,000	28304.525	$28,305 / 36,014 =$	0.78593

※レセプト1件当たり「診断群分類による包括評価等」の平均点数は36,013.8点
(平成29年社会医療診療行為別調査の概況)

【複雑性指数のポイント】

- ・血液内科や脳神経外科などの入院1件当たり点数が高い患者が多い病院は高い傾向
- ・小児科、眼科、内視鏡や心カテの多い病院は低い傾向
- ・設定されている包括点数がより高い分類の患者が多く入院すれば指数は上がるが、意識して上げることは難しい

カバー率指数

様々な疾患の患者を見ているか

- 脳梗塞
- 脳腫瘍
- 急性心筋梗塞
- 狭心症
- 肺炎
- 胃がん
- 食道がん
- 白内障
- 精神疾患
- 関節リウマチ
- 白血病

A病院
カバー率高い



診療科を多く持ついわゆる総合病院が有利

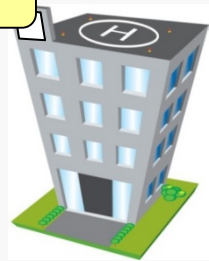
股関節症
関節リウマチ
椎間板ヘルニア

B病院



各病院が診療した患者の診断群分類数(DPCコード種類数)で評価

C病院



脳腫瘍
くも膜下出血
脳梗塞

評価対象データは※平成28年10月1日～平成29年9月30日(12ヶ月間)のデータ 赤字は2018改定による変更点

評価の考え方	評価指標(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	〔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〕 ※ 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。

指数：上限値	指数：下限値	係数	評価の考え方
1.0	0	0	各医療機関群で評価

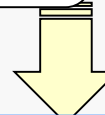
【2018年度改定での対応】
・これまで行っていたDPC標準病院群について指数値を底上げする処理は廃止

病床数の少ない専門病院などではカバー率指数を上げることは難しいが、効率性を上げる、複雑性を上げるなど、他の指数を上げる取り組みが重要となる



うちの病院は救急車で運ばれてくる患者割合が90%を超えているから救急医療指数が高いよ

救急車搬送数や、救急車搬送割合を評価しているものではない



入院初期に、よりコストのかかる(重症な)救急患者を多く受け入れているか

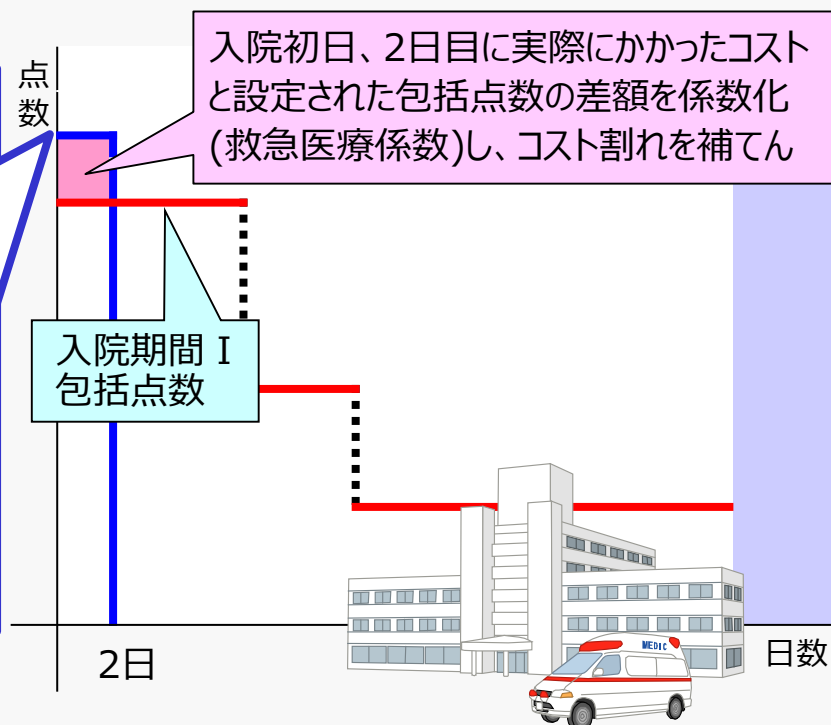
【「A205 救急医療管理加算」施設基準取得施設】

「救急医療入院」かつ以下の点数を入院初日から算定している患者

- ・「A205 救急医療管理加算」
- ・「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」

【施設基準非取得施設】

「救急医療入院」の患者



救急医療指数の見直しと具体的な評価内容

評価対象データは※平成28年10月1日～平成29年9月30日(12ヶ月間)のデータ

赤文字は2018改定による変更点

評価の考え方	評価指標(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	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〕※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【「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」・「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」 【「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

指数：上限値	指数：下限値	係数	評価の考え方
97.5%tile値	0	0	全群共通で評価

- 救急医療管理加算1対象患者
- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
- 救急医療管理加算2対象患者
- アからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

加算2算定患者は加算1算定患者と比較して重症度などがより低い症例も含まれることが想定され、出来高点数の違いを指数の算出にも反映させることが適切であるとされた

【2018年度改定での対応】

- ・ 救急医療管理加算2に該当する患者については、医科点数表の評価体系も踏まえて指数値を減算（1/2）として計算
- ・ 指数の算出にあたっては、月ごとの救急医療管理加算の算定状況等に応じて設定

これまでは10月1日時点での施設基準の有無により指数の算出が異なっていたが、暦月毎の算定状況を考慮することで、より実績に則した指数設定になると考えられる

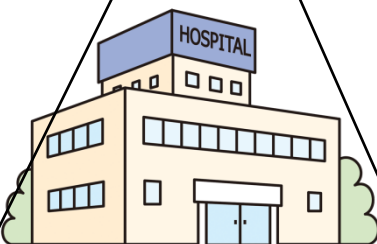
地域医療指数

地域で必要とされる医療を提供しているか

どれだけ地域の患者を見ているか

体制評価(一部実績評価)

5疾病5事業



【5疾病】

- ・がん
- ・急性心筋梗塞
- ・脳卒中
- ・精神疾患

糖尿病は慢性疾患のため評価なし

【5事業】

- ・救急
- ・災害
- ・へき地
- ・小児
- ・周産期

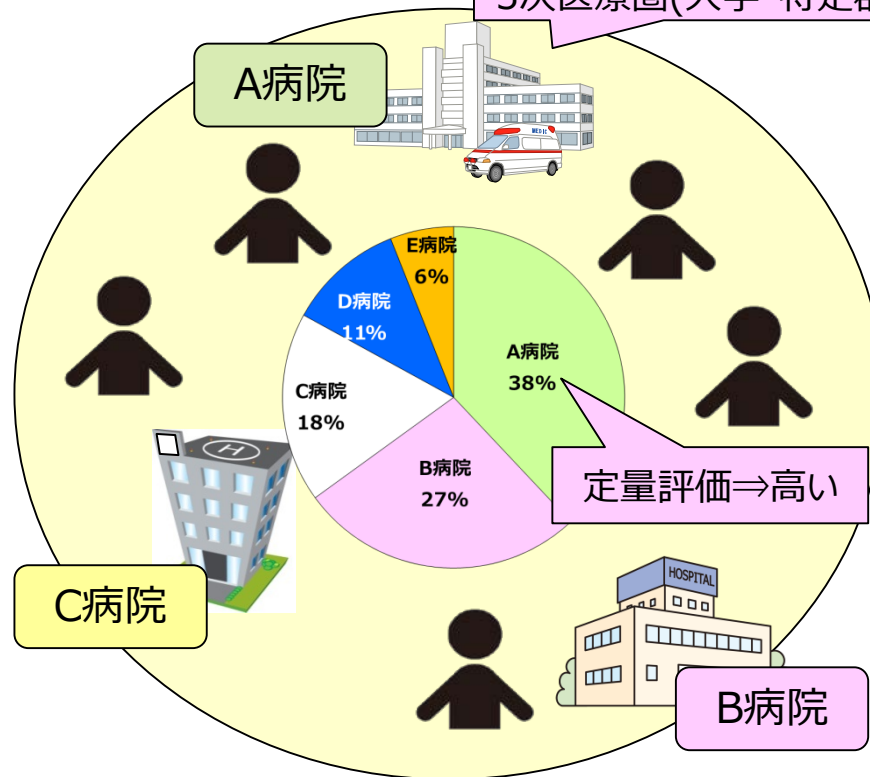
平成29年度より評価を導入

+

高度・先進的な医療の提供

定量評価

2次医療圏(標準群)
又は
3次医療圏(大学・特定群)



地域医療指数の見直しと具体的な評価内容

評価対象データは※平成28年10月1日～平成29年9月30日(12ヶ月間)のデータ 赤文字は2018改定による変更点

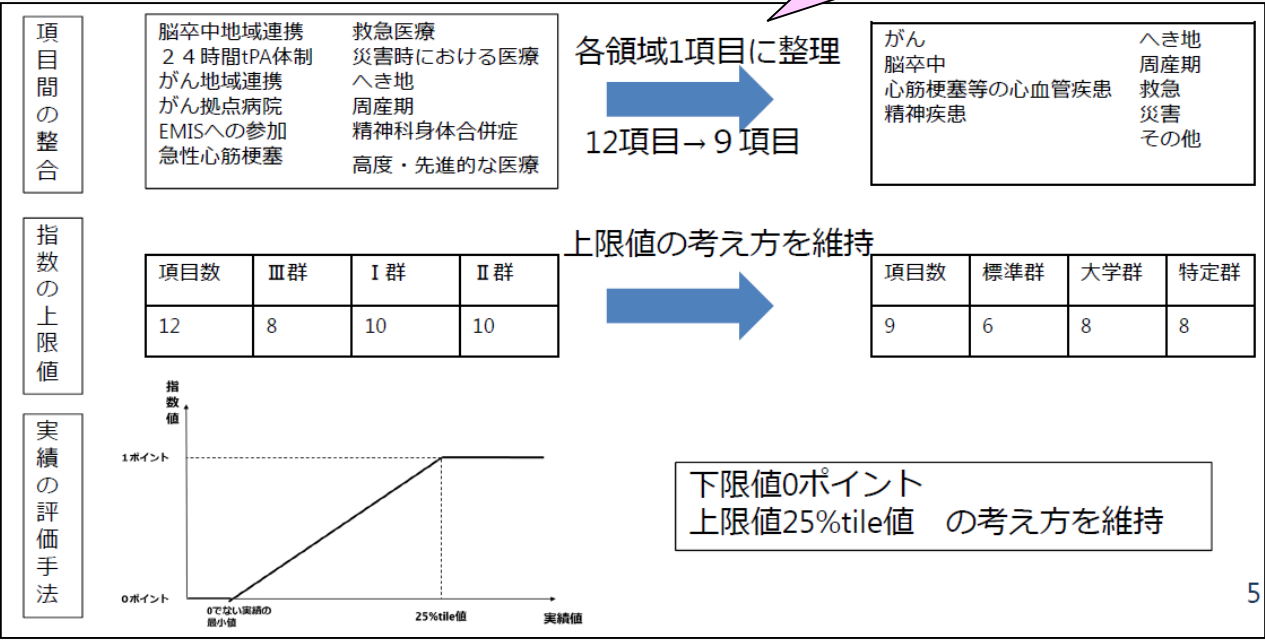
評価の考え方	評価指標(指数)
体制評価指数と定量評価指数で(評価シェアは1:1)構成	体制評価指数： 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数： 〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕を1) 小児(15歳未満)と2) それ以外(15歳以上)に分けてそれぞれ評価(1:1)。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院入院患者を対象

	指数：上限値	指数：下限値	係数	評価の考え方
定量評価	1.0	0	0	群ごとに評価
体制評価	1.0	0	0	

疾病・事業間で評価の程度に不整合があるため、領域ごとに1項目として整理することとなった

【2018年度改定での対応】

- 各領域の整合性の観点から、領域毎に複数ある項目は整理し、1項目として評価する。
- 指数の上限値はⅢ群を6点、Ⅰ群・Ⅱ群を8点とする。



地域医療指数・体制評価指数(一覧)

赤文字は2018改定による変更点

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	・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(□) 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(□) 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） ※・評価イを満たす場合、0.25P ・評価□もしくは評価ハを満たす場合、0.5P ・評価□かつ評価ハを満たす場合、1P いずれかの最大値がポイントとなる。		
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		
	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)		

地域医療指数・体制評価指数(一覧)

赤文字は2018改定による変更点

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：**8**P、DPC標準病院群：**6**P）

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
災害	災害時における医療への体制を評価	・ 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） BCP(Buisness Continuity Plan)とは被災しても重要業務が中断しないこと、又は中断したとしてもできるだけ短い期間で再開できるような事業継続計画のこと		
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）	・「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）		
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 1 P 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係る医療機関 (平成31年以降の評価導入を検討) 「災害」での評価が検討されていた『新型インフルエンザ対策』は「その他」に移行		

地域医療指数・体制評価指数(標準病院群)

©日医IMPI2018

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DPC標準病院群：6P）

赤字は2018改定による変更点

改定前		改定後		
評価項目(各1P)	DPC病院Ⅲ群	評価項目	概要	DPC標準病院群
②がん地域連携 (Ⅰ・Ⅱ群において実績評価を加味)	「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)	がん ②⑦統合	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〕
⑦がん拠点病院	「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)		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)
①脳卒中地域連携	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)	脳卒中 ①⑧統合	脳卒中の急性期の診療実績への評価	・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(□) 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(□) 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) ※・評価イを満たす場合、0.25P ・評価ロもしくは評価ハを満たす場合、0.5P ・評価ロかつ評価ハを満たす場合、1P いずれかの最大値がポイントとなる。
⑧24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)			

がん関連評価は届出評価から届出＋実績評価へ

脳卒中関連評価は届出＋実績評価から実績評価へ

地域医療指数・体制評価指数(標準病院群)

©日医工MPI2018

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DPC標準病院群：6P）

赤文字は2018改定による変更点

改定前		改定後		
評価項目(各1P)	DPC病院Ⅲ群	評価項目	概要	DPC標準病院群
⑩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)	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
			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%ile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)
		外科的治療を行う施設の評価		
保険診療指数の精神科の診療実績評価を地域医療指数評価に一元化した				
⑪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)	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)
④災害時における医療	「災害拠点病院」又は「DMATの指定」の有無を評価(いずれかで1P)	災害	災害時における医療への体制を評価	・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)
⑨EMIS(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)			

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DPC標準病院群：6P）

赤字は2018改定による変更点

改定前		改定後		
評価項目(各1P)	DPC病院Ⅲ群	評価項目	概要	DPC標準病院群
⑥周産期医療	「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)	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）
⑤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)	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）
③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。	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)
	前提となる体制			救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）
	実績評価			
⑫高度・先進的な医療の提供	各項目の実施症例数を評価。 ・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。	その他	その他重要な分野への貢献	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 ・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(※)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係る医療機関 （平成31年以降の評価導入を検討）

周産期医療、へき地の医療、救急医療の評価については変更なし

④災害での評価が検討されていた『新型インフルエンザ対策』は「その他」に移行

地域医療指数・体制評価指数(大学・特定群)

©日医IMPI2018

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DPC特定病院群・大学病院本院群：**8P**）
赤字は2018改定による変更点

改定前		改定後		
評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ・Ⅱ群	評価項目	概要	DPC特定病院群・大学病院本院群
②がん地域連携 (Ⅰ・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)	がん ②⑦統合	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〕
⑦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))		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)	「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)
①脳卒中地域連携	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、 〔「A246 地域連携診療計画加算（退院支援加算注4）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 ①⑧統合	脳卒中中の急性期の診療実績への評価	・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(□) 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(□) 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） ※・評価イを満たす場合、0.25P ・評価ロもしくは評価ハを満たす場合、0.5P ・評価ロかつ評価ハを満たす場合、1P いずれかの最大値がポイントとなる。
⑧24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)			

地域医療指数・体制評価指数(大学・特定群)

©日医IMPI2018

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DPC特定病院群・大学病院本院群：**8P**）
赤字は2018改定による変更点

改定前		改定後		
評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ・Ⅱ群	評価項目	概要	DPC特定病院群・大学病院本院群
⑩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)	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
			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%ile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)
保険診療指数の精神科の診療実績評価を地域医療指数評価に一元化した		外科的治療を行う施設の評価		
⑪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)	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)
		届出から実績に		
④災害時における医療	「災害拠点病院」と「DMATの指定」をそれぞれ評価(0.5Pずつ)	災害	災害時における医療への体制を評価	・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)
		④⑨統合		
⑨EMIS(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)			

地域医療指数・体制評価指数(大学・特定群)

©日医IMPI2018

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DPC特定病院群・大学病院本院群：**8P**）
赤字は2018改定による変更点

改定前		改定後		
評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ・Ⅱ群	評価項目	概要	DPC特定病院群・大学病院本院群
⑥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	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」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
⑤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)	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）
③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。	救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	・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）
前提となる体制	・救命救急センターの指定(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（救急医療入院に限る） （最大0.5P）
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)			
⑫高度・先進的な医療の提供	各項目の実施症例数を評価。 ・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。	その他	その他重要な分野への貢献	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（※）協力施設としての治験の実施を含む。 (0.5P) 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係る医療機関 (平成31年以降の評価導入を検討)

④災害での評価が検討されていた『新型インフルエンザ対策』は「その他」に移行

周産期医療、へき地の医療、救急医療の評価については変更なし

DPC/PDPSの報酬(特定入院料 1/4)

該当患者のみ

診療報酬額 = 包括評価部分 + 出来高部分 (+ 特定入院料)

特定入院料		算定日数等	一般	専門	特定機能	
救命救急入院料 1	入院基本料との差額を加算	3日以内	8,087点	8,025点	7,825点	
		4日以上7日以内	7,147点	7,085点	6,885点	
		8日以上14日以内	5,841点	5,779点	5,579点	
救命救急入院料 2		3日以内	9,611点	9,549点	9,349点	
		4日以上7日以内	8,534点	8,472点	8,272点	
		8日以上14日以内	7,264点	7,202点	7,002点	
救命救急入院料 3						
	イ救命救急入院料	3日以内	8,087点	8,025点	7,825点	
		4日以上7日以内	7,147点	7,085点	6,885点	
		8日以上14日以内	5,841点	5,779点	5,579点	
	ロ広範囲熱傷特定集中治療管理料	3日以内	8,087点	8,025点	7,825点	
		4日以上7日以内	7,147点	7,085点	6,885点	
		8日以上14日以内	6,248点	6,186点	5,986点	
		15日以上30日以内	6,506点	6,491点	6,491点	
		31日以上60日以内	6,698点	6,698点	6,698点	
	救命救急入院料 4					
		イ救命救急入院料	3日以内	9,611点	9,549点	9,349点
4日以上7日以内			8,534点	8,472点	8,272点	
8日以上14日以内			7,264点	7,202点	7,002点	
ロ広範囲熱傷特定集中治療管理料		3日以内	9,611点	9,549点	9,349点	
		4日以上7日以内	8,534点	8,472点	8,272点	
		8日以上14日以内	7,264点	7,202点	7,002点	
		15日以上30日以内	6,506点	6,491点	6,491点	
		31日以上60日以内	6,698点	6,698点	6,698点	

DPC/PDPSの報酬(特定入院料 2/4)

特定入院料		算定日数等	一般	専門	特定機能
救命救急入院料加算					
精神疾患診断治療		最初の診療時に限り	3,000点	3,000点	3,000点
救急体制充実加算1		1日につき	1,500点	1,500点	1,500点
救急体制充実加算2		1日につき	1,000点	1,000点	1,000点
救急体制充実加算3		1日につき	500点	500点	500点
高度救命救急センター加算		1日につき	100点	100点	100点
急性薬物中毒加算1(機器分析)		入院初日に限り	5,000点	5,000点	5,000点
急性薬物中毒加算2(その他のもの)		入院初日に限り	350点	350点	350点
小児加算		入院初日に限り	5,000点	5,000点	5,000点
特定集中治療室管理料 1		7日以内	11,868点	11,806点	11,606点
		8日以上14日以内	10,344点	10,282点	10,082点
特定集中治療室管理料 2					
イ特定集中治療室管理料		7日以内	11,868点	11,806点	11,606点
		8日以上14日以内	10,344点	10,282点	10,082点
ロ広範囲熱傷特定集中治療室管理料		7日以内	11,868点	11,806点	11,606点
		8日以上14日以内	10,537点	10,475点	10,275点
		15日以上30日以内	10,795点	10,780点	10,780点
		31日以上60日以内	10,987点	10,987点	10,987点
特定集中治療室管理料 3		7日以内	7,579点	7,517点	7,317点
		8日以上14日以内	6,055点	5,993点	5,793点
特定集中治療室管理料 4					
イ特定集中治療室管理料		7日以内	7,579点	7,517点	7,317点
		8日以上14日以内	6,055点	5,993点	5,793点
ロ広範囲熱傷特定集中治療室管理料		7日以内	7,579点	7,517点	7,317点
		8日以上14日以内	6,248点	6,186点	5,986点
		15日以上30日以内	6,506点	6,491点	6,491点
		31日以上60日以内	6,698点	6,698点	6,698点

特定入院料		算定日数等	一般	専門	特定機能
特定集中治療室管理料加算					
	小児加算	7日以内	2,000点	2,000点	2,000点
		8日以上14日以内	1,500点	1,500点	1,500点
ハイケアユニット入院医療管理料 1		14日以内	4,802点	4,740点	4,540点
		15日以上21日以内	5,060点	5,045点	5,045点
ハイケアユニット入院医療管理料 2		14日以内	2,302点	2,240点	2,040点
		15日以上21日以内	2,560点	2,545点	2,545点
脳卒中ケアユニット入院医療管理料		14日以内	4,022点	3,960点	3,760点
小児特定集中治療室管理料		7日以内	13,970点	13,908点	13,708点
		8日以上14日以内	11,938点	11,876点	11,676点
		15日以上30日以内	12,196点	12,181点	12,181点
		31日以上35日以内	12,388点	12,388点	12,388点
新生児特定集中治療室管理料 1		14日以内	8,392点	8,330点	8,130点
		15日以上30日以内	8,650点	8,635点	8,635点
		31日以上90日以内	8,842点	8,842点	8,842点
新生児特定集中治療室管理料 2		14日以内	6,327点	6,265点	6,065点
		15日以上30日以内	6,585点	6,570点	6,570点
		31日以上90日以内	6,777点	6,777点	6,777点
総合周産期特定集中治療室管理料					
	母体・胎児集中治療室管理料	14日以内	5,343点	5,281点	5,081点
	新生児集中治療室管理料	14日以内	8,392点	8,330点	8,130点
		15日以上30日以内	8,650点	8,635点	8,635点
		31日以上90日以内	8,842点	8,842点	8,842点

特定入院料	算定日数等	一般	専門	特定機能
新生児治療回復室入院医療管理料	14日以内	3,717点	3,655点	3,455点
	15日以上30日以内	3,975点	3,960点	3,960点
	31日以上120日以内	4,167点	4,167点	4,167点
一類感染症患者入院医療管理料	14日以内	7,264点	7,202点	7,002点
	15日以上30日以内	6,302点	6,287点	6,287点
	31日以上	6,494点	6,494点	6,494点
小児入院医療管理料 1	14日以内	2,802点	2,740点	2,540点
	15日以上30日以内	3,060点	3,045点	3,045点
	31日以上	3,252点	3,252点	3,252点
小児入院医療管理料 2	14日以内	2,294点	2,232点	2,032点
	15日以上30日以内	2,552点	2,537点	2,537点
	31日以上	2,744点	2,744点	2,744点
小児入院医療管理料 3	14日以内	1,888点	1,826点	1,626点
	15日以上30日以内	2,146点	2,131点	2,131点
	31日以上	2,338点	2,338点	2,338点
小児入院医療管理料 4	14日以内	1,278点	1,216点	1,016点
	15日以上30日以内	1,536点	1,521点	1,521点
	31日以上	1,728点	1,728点	1,728点
小児入院医療管理料 5	14日以内	363点	301点	101点
	15日以上30日以内	621点	606点	606点
	31日以上	813点	813点	813点
小児入院医療管理料加算				
病棟保育士配置加算	1日につき	100点	100点	100点
人工呼吸器使用加算	1日につき	600点	600点	600点
(3、4、5 のみ) 重症児受入体制加算	1日につき	200点	200点	200点

入院基本料の減額等
(午前中退院、金曜入院・月曜退院、夜間看護体制)

赤文字は2018改定による変更点

	急性期一般入院料							地域一般入院料			特別
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	
午前中退院減算											
一般入院料・特別入院基本料	-127	-125	-119	-111	-110	-109	-107	-90	-90	-77	-47
月平均夜勤時間超過減算	-108	-106	-101	-94	-94	-92	-91	-77	-76	-65	
夜勤時間特別入院基本料	-89	-87	-83	-78	-77	-76	-75	-63	-63	-54	
金曜入院月曜退院減算											
一般入院料・特別入院基本料	-127	-125	-119	-111	-110	-109	-107	-90	-90	-77	-47
月平均夜勤時間超過減算	-108	-106	-101	-94	-94	-92	-91	-77	-76	-65	
夜勤時間特別入院基本料	-89	-87	-83	-78	-77	-76	-75	-63	-63	-54	
夜間看護体制特定日減算											
一般入院料・特別入院基本料	-80	-78	-75	-69	-69	-68	-67	-56	-56	-48	-29
月平均夜勤時間超過減算	-68	-66	-63	-59	-59	-58	-57	-48	-48	-41	
夜勤時間特別入院基本料	-56	-55	-52	-49	-48	-47	-47	-39	-39	-34	

許可病床100床未満病院で、夜間救急外来対応のために夜勤看護職員が一時的に病棟外に勤務したことで、夜勤看護職員数が2未満となった日は表の通り減額

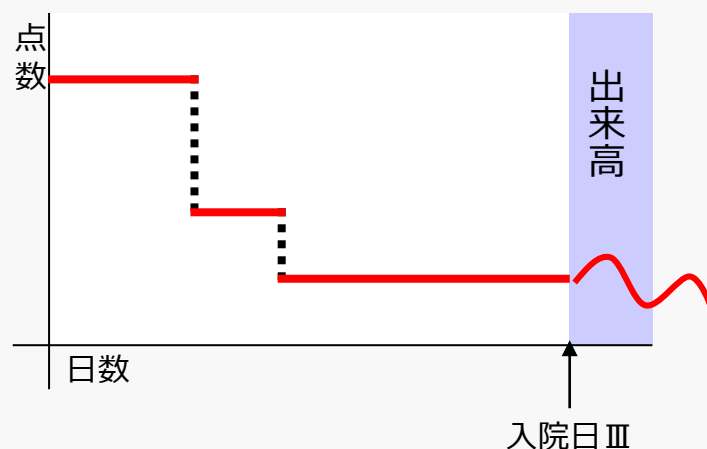
	特定機能		専門		
	7対1	10対1	7対1	10対1	13対1
午前中退院減算	-128	-107	-127	-107	-90
金曜入院月曜退院減算	-128	-107	-127	-107	-90
夜間看護体制特定日減算			-80	-67	-56

退院が午前中に集中している(9割以上の)医療機関の入院基本料(退院日)は表の通り減額

金曜入院・月曜退院が集中している(4割以上の)医療機関の入院基本料(土日)は表の通り減額

算定ルール(入院日Ⅲを超えた場合の取扱い)

入院期間が診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲを超えた日以降の診療報酬は医科点数表により算定



①ただし、次のいずれかの分類に該当する患者に対して、入院日Ⅲまでに化学療法もしくは特定の薬剤の投与が実施されない場合は、入院日Ⅲを超えた日数以降も抗悪性腫瘍剤等の薬剤料や当該薬剤に関する費用は算定することはできない。(無菌製剤処理料は算定可)

ア 悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類
 (「化学療法あり」の診断群分類を含む)

イ 特定の薬剤名を含む診断群分類

算定できない薬剤料

アの場合：悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等
 の抗腫瘍効果を有する薬剤

イの場合：明示された薬剤(添付文書に併用療法について記載があるな
 ど医学的に明らかな薬剤については併用薬剤も含む。)

②入院日Ⅲを超えた日以降に手術を実施した場合は、「手術あり」の分岐を選択

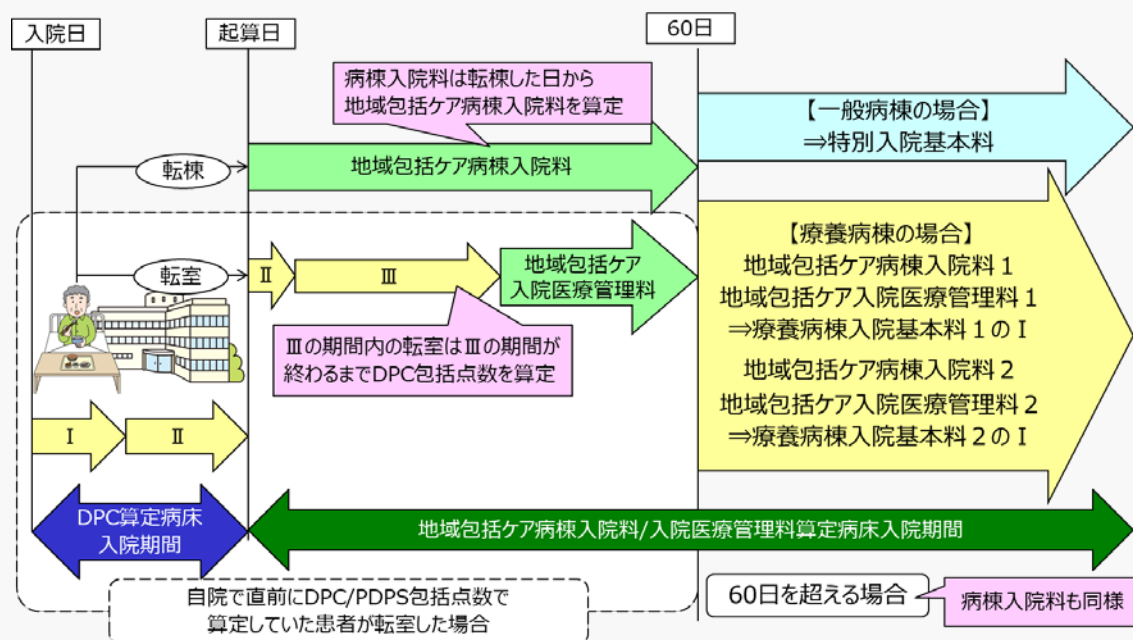
算定ルール(外泊、地域包括ケア入院医療管理料算定病室転室の取扱い)

【外泊の取扱い】

- ①外泊期間は患者が入院している病棟について届け出ている入院基本料の基本点数15%又は特定入院料の15%を算定(精神及び行動の障害の患者について治療のための外泊時は30%を算定※) ※連続して3日以内かつ月(同一暦月)6日以内
- ②在宅医療に備えた外泊で在宅医療に関する指導管理が行われた場合には、①の点数に加えC100退院前在宅療養指導管理料を外泊初日1回に限り算定可
- ③外泊期間は入院期間として参入

【地域包括ケア入院医療管理料算定病室に転室する場合の取扱い】

- ・入院日Ⅲまでは、転室後もDPC包括点数を算定(地域包括ケア入院医療管理料は入院日Ⅲを超えるまで算定不可)
- ・DPC算定病棟に入院していた患者が退院の翌日から7日以内に地域包括ケア入院医療管理料算定病室に再入院する場合は、「入院の契機となった傷病名」によるDPCを決定し、一連の入院として扱われる場合は直近の診断群分類により引き続き算定



(退院時処方、持参薬、対診・他医療機関受診の取扱い)

【退院時処方の取扱い】

退院後に在宅で使用するための薬剤を退院時処方した場合は、その薬剤料は出来高点数として算定できるが、投入した医療資源には含めない。

【持参薬の取扱い】

持参薬を使用した場合は、EFファイルに入力が必要

- ・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。
- ・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。
- ・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（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ついては、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

《平成30年3月20日「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」》P15-16抜粋

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ついては、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

【入院中の患者に係る対診・他医療機関受診の取扱い】

- ・入院中の患者に対し、他の保険医療機関の保険医の対診が実施された場合又は入院中の患者が他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取扱い、当該保険医療機関において算定。
- ・医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議による。

一連の入院の中で医療資源を最も投入したのがDICであるか否かについて、よりの確な診療報酬明細書審査を行うため

【DICによる請求】

診断群分類120290産科播種性血管内凝固症候群及び130100播種性血管内凝固症候群(以下「DIC」という。)によって請求する際は、以下の内容が記載された症状詳記を添付すること。

- ・DICの原因と考えられる基礎疾患
- ・厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準(日本救急医学会DIC特別委員会)によるDICスコア
- ・入院期間中に実施された治療内容(DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。)及び検査値等の推移

次ページ参照

【転棟した場合等の取扱い】※同一傷病等による再転棟の場合を除く。

- ・DPC算定対象外病棟に転棟した場合には、転棟した日の診療報酬の算定は医科点数表によるものとする。
(DPC算定対象外病棟における入院料等の算定に当たっては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。)
- ・DPC算定対象外病棟からDPC算定対象病棟に転棟し、DPC包括点数を算定する場合には、DPC算定対象病棟に転棟した日を診断群分類点数表等による入院期間の算定の起算日とする。
(DPC算定対象病棟からDPC算定対象外の病棟に転棟し、その後、DPC算定対象病棟に再転棟した場合についても同様。)

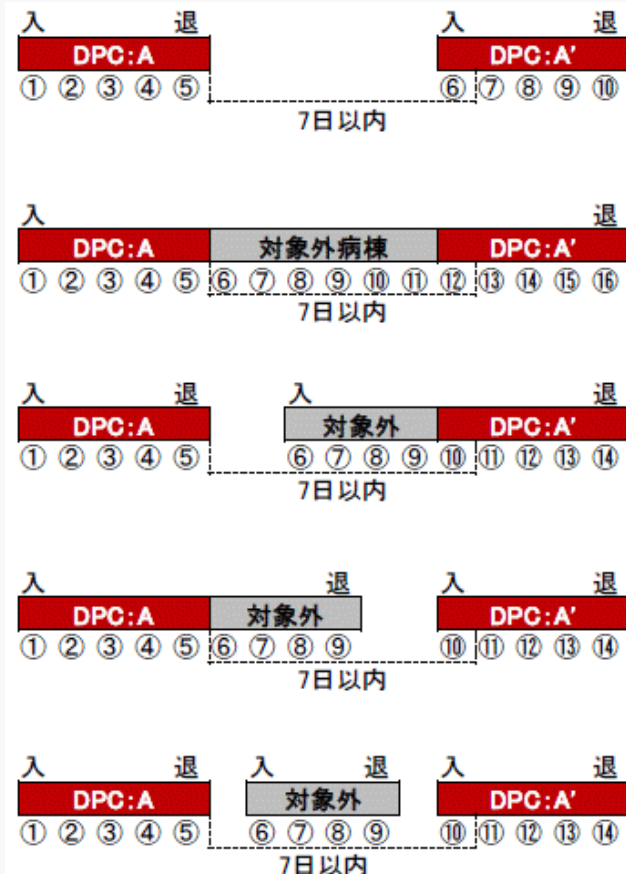
・DPC算定病棟に入院していた患者が、退院した日の翌日又は転棟した日から7日以内に再入院した場合、次に該当する場合は一連の入院とみなす。(予め再入院することが決まっており、再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍であり、かつ化学療法に係る診断群分類区分医該当する場合は一連の入院とはみなさない。※再転棟の場合は適用されない)

①前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が同一

②前回入院と再入院での「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上6桁が同一(同一傷病)

③再入院時の「入院の契機となった傷病名」に分類不能コードを選択

④再入院時の「入院の契機となった傷病名」に「180040手術・処置等の合併症」に定義されるICDコードを選択



特定入院料の加算は前回入院と一連の入院とみなした日数を限度日数とする

【「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の翌日又は転棟した日からDPC算定病床へ再入院(再転棟)した日までの日数

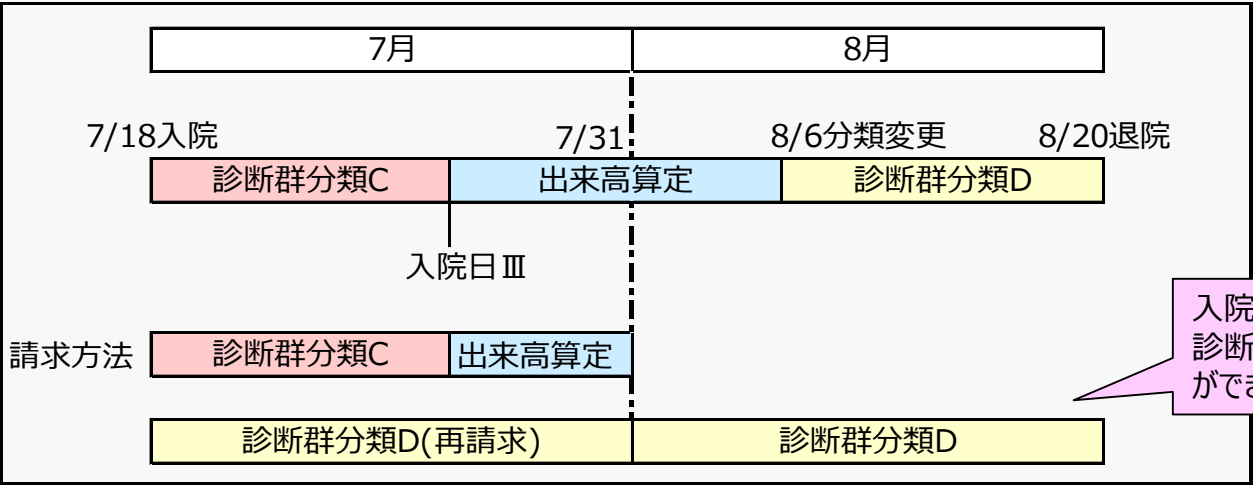
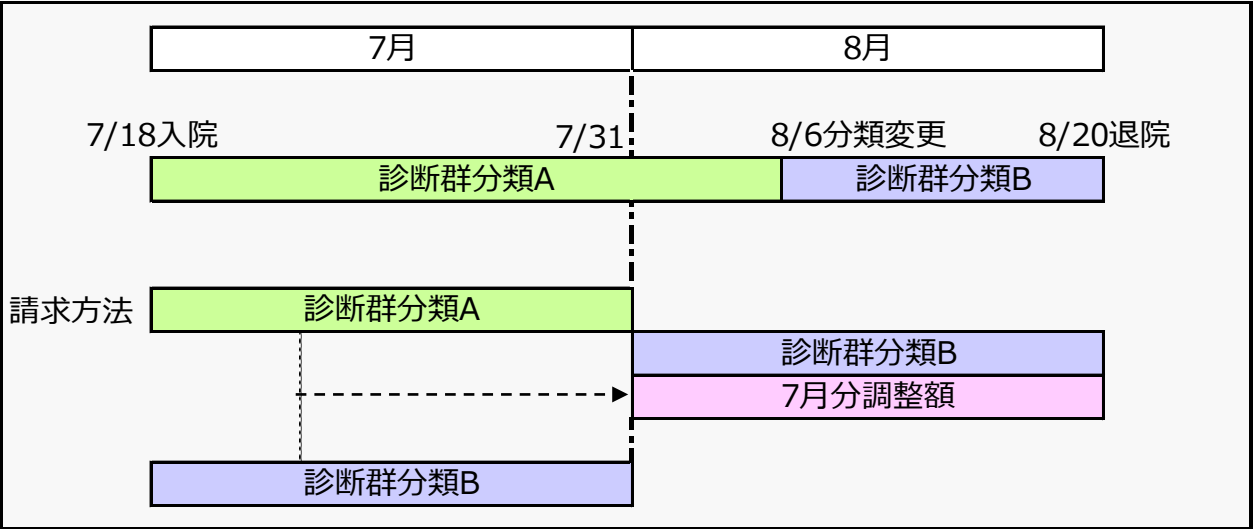
【入院期間への日数算入の考え方】

○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

- 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一つの入院期間において統一する。
- 入院期間中に診断群分類区分が変更された場合は、退院月に差額を調整する。
- 入院期間内において診療報酬の請求方法が複数存在する場合は、退院(DPC算定対象外の病棟に転棟する場合を含む。)時に決定された請求方法により必要な請求を行う。



DPCデータについて

- ・様式1
- ・様式3
- ・様式4
- ・EF統合ファイル
- ・Dファイル
- ・Hファイル
- ・公開データの拡充

DPCデータ

退院患者調査におけるDPCデータ	
様式の名称	内容
様式1	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)
様式3	施設情報(月1回提出)(届出されている入院基本料等に関する情報)
様式4	医科保険診療以外の診療情報(保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報)
入院EF統合ファイル	入院患者の医科点数表に基づく出来高点数情報(出来高レセプト情報)
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく出来高点数情報(外来の出来高レセプト情報)
Dファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報(包括レセプト情報)
Hファイル	日ごとの患者情報(重症度、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)

DPCデータに関する具体的な内容については厚労省HPで公開されている各種資料でご確認ください
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

様式1

簡易診療録(カルテ)情報

カルテ情報を匿名化

【対象範囲】調査対象期間中に1日でも医科保険で入院料を算定したものについて作成	
対象となる患者	対象外となる患者
・平成30年4月1日から平成31年3月31日の間に退院又は転棟した患者(入院年月日は問わない) ・医科保険で入院料を1日でも算定した患者(入院料を算定した期間は問わない) ・包括の診断群分類に該当しない症例も対象 ・治験や先進医療の対象患者 ・調査対象となる疾病は限っていない(「移植」、「HIV」、「多発外傷」及び「救急患者」等も対象) ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの(死亡時の1日分の入院料等を算定するもの)	・自費診療のみまたは医科以外の他保険のみの患者 ・医科保険で入院料を算定せず一部の投薬・注射のみ保険適用した患者 ・医科レセプトを使う場合でも、支払基金等に歯科分として請求する場合(歯科の入院等)は対象外 ・移植術の場合の臓器提供者 ※対象外となる患者データを提出しても差し支えない

- 様式1の簡素化、項目の追加を行う。

敗血症のガイドライン改定を踏まえ次回の診断群分類の検討に必要と考えられた

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。TNM分類と情報が重複する等のため不要と判断された
【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

42

中医協総会において慢性期にかかるデータの収集・項目の整理が検討された

中医協総会においてリハビリのアウトカム評価の推進が検討されており、基礎データとして収集が必要とされた

『施設調査票』(医療機関別の病床数、入院基本料等加算の算定状況及び各病棟の主たる算定入院料状況

項目	小項目	月ごとの病床数や指定状況を報告
届出病床数	・許可病床数(一般、精神、感染症、結核、療養) ・届出病床数(病床総数、医療保険届出病床数、介護保険病床総数、その他病床数、休止病床数) ・医療保険届出病床のうち非稼働病床数 ・一般病棟入院基本料(急性期一般入院料、地域一般入院料) ・療養病棟入院基本料 ・結核病棟入院基本料 ・精神病棟入院基本料 ・特定機能病院入院基本料(一般、結核、精神) ・専門病棟入院基本料 ・障害者施設等入院基本料 ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・小児入院医療管理料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・地域包括ケア病棟入院料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料 ・精神科救急入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・精神科救急・合併症入院料 ・自動・思春期精神科入院医療管理料 ・精神療養病棟入院料 ・認知症治療病棟入院料 ・特定一般病棟入院料 ・地域移行機能強化病棟入院料 ・短期滞在手術等基本料	
入院基本料等 加算	・総合入院体制加算 ・地域医療支援病院入院診療加算 ・臨床研修病院入院診療加算 ・救急医療管理加算 ・超急性期脳卒中加算 ・妊産婦緊急搬送入院加算 ・在宅患者緊急入院診療加算 ・診療録管理体制加算 ・医師事務作業補助体制加算 ・急性期看護補助体制加算 ・看護職員夜間配置加算 ・乳幼児加算・幼児加算 ・難病等特別入院診療加算 ・特殊疾患入院施設管理加算 ・超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 ・看護配置加算 ・看護補助加算 ・地域加算 ・離島加算 ・療養環境加算 ・重傷者等療養環境特別加算 ・小児療養環境特別加算 ・療養病棟療養環境加算 ・療養病棟療養環境改善加算 ・無菌治療室管理加算 ・重症皮膚潰瘍管理加算 ・緩和ケア診療加算 ・精神科応急入院施設管理加算 ・精神病棟入院時医学管理加算 ・精神科地域移行実施加算 ・精神科身体合併症管理加算 ・精神科リエゾンチーム加算 ・強度行動障害入院医療管理加算 ・重度アルコール依存症入院医療管理加算 ・摂食障害入院医療管理加算 ・がん拠点病院加算 ・栄養サポートチーム加算 ・医療安全対策加算 ・感染防止対策加算 ・患者サポート体制充実加算 ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ・ハイリスク妊娠管理加算 ・ハイリスク分娩管理加算 ・精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 ・精神科救急搬送患者地域受入加算 ・総合評価加算 ・呼吸ケアチーム加算 ・後発医薬品使用体制加算 ・病棟薬剤業務実施加算 ・データ提出加算 ・入退院支援加算 ・認知症ケア加算 ・精神疾患診療体制加算 ・精神科急性期医師配置加算 ・がん治療連携計画策定料 ・検体検査管理加算	

【2018年度改定での対応】

・急性期病棟以外についての基本的な情報を収集するため、各病棟の主な入院基本料情報を入力することとなった

『医科保険診療以外のある症例調査票』
提出されたEFファイル等が医が保険診療のみの診療であるかを識別するデータ
(自費のみの症例を含むすべての退院症例が原則として対象)

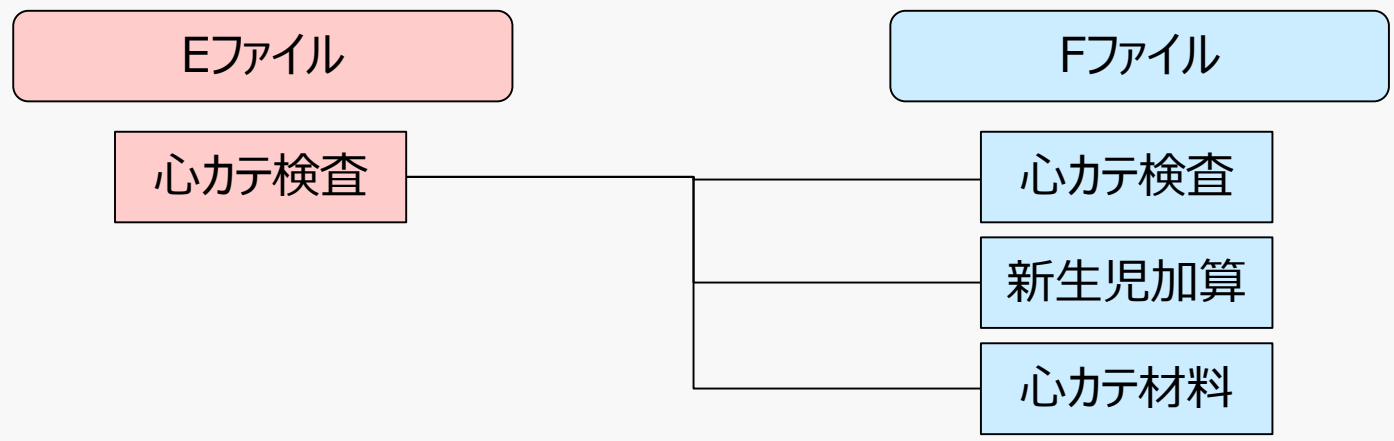
施設コード	9桁の半角数字(都道府県番号 + 医療機関コード)		
データ識別番号	10桁の半角数字(満たない場合は前ゼロ追加)		
入院年月日	8桁の半角数字(yyyymmdd)		
退院年月日	8桁の半角数字(yyyymmdd)		
医療保険外との 組み合わせ	該当するものを下記のコードにより入力		
	コード	区分	内容
	1	医科レセプトのみ	・医科レセプトのみの場合 ・市販後調査 ・保険優先公費と医科レセプトの併用
	2	歯科レセプトあり	・歯科レセプトのみ ・医科レセプトと歯科レセプトの併用
	3	保険請求なし	・100%企業負担の治験 ・学用100% ・他制度(公害レセ、労災レセ、自賠責)のみ ・正常分娩 ・人間ドック等の自費のみ
	4	保険と他制度の併用	・公害レセ、労災レセ、自賠責と医科レセプトの組み合わせ ・療養費のうち、治験、先進医療、患者申出療養
	5	その他	・臓器提供者等 ・上記1～4以外の症例

医科保険単独とそれ以外の
診療データを区別する

EF統合ファイル(出来高レセプト情報)

EF統合ファイル=『診療明細情報(Eファイル)』+『行為明細情報(Fファイル)』
 診療明細情報(Eファイル)= 医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定情報
 (出来高病院であったとしたらどのような請求になるか)
 行為明細情報(Fファイル)= 診療明細情報をさらに細分化したもの
 (処置料に包括されている薬剤の使用量なども全て入力)

EF統合ファイル	・施設コード ・データ識別番号 ・退院年月日 ・入院年月日 ・データ区分 ・順序番号 ・行為明細番号 ・病衣音点数マスタコード ・レセプト電算処理システム用コード ・解釈番号 ・診療明細名称 ・使用量 ・基準単位 ・明細点数、金額 ・円点区分 ・出来高実績点数 ・行為明細区分情報 ・行為点数 ・行為薬剤料 ・行為材料料 ・行為回数 ・保険者番号 ・レセプト種別コード ・実施年月日 ・レセプト科区分 ・診療科区分 ・医師コード ・病棟コード ・病棟区分 ・入外区分 ・施設タイプ
----------	--



EF統合ファイル(出来高レセプト情報)

入院EF統合ファイル (対象範囲：入院患者の医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定範囲、入院料の包括診療項目、及び持参薬等。)	
対象となる患者	対象外となる患者
・ 入院医科保険の対象の全患者 ・ 労災・公害・その他の除外分と保険分との混在の場合は医科保険部分のみ対象 ・ 治験や高度先進の対象患者も医科保険部分のみ調査の対象	・ 自費診療のみの患者 ・ 労災・公害・その他保険のみの患者 ・ 移植術(例えば腎移植)の場合の臓器提供者はレシピエントに総括する作成時期に間に合わない場合には不要 ※対象外となるデータを提出した場合、エラーとして取り扱い修正・再提出を求める

外来EF統合ファイル (対象範囲：外来患者の医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定範囲及び病名情報。DPC対象病院及びデータ提出加算2に係る届出を行っている医療機関のみ作成。)	
対象となる患者	対象外となる患者
・ 入院医科保険の対象の全患者 ・ 労災・公害・その他の除外分と保険分との混在の場合は医科保険部分のみ対象 ・ 治験や高度先進の対象患者も医科保険部分のみ調査の対象	・ 自費診療のみの患者 ・ 労災・公害・その他保険のみの患者 ※対象外となるデータを提出した場合、エラーとして取り扱い修正・再提出を求める

様式1は対象外のデータを提出しても問題ないが、EF統合ファイルは不可

【2018年度改定での対応】

- ・Eファイル/Fファイル:病棟コードについて定義を変更
- ・外来EF統合ファイル：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

医療機関の独自コードが入力され、解析が困難であったため

従来の請求情報のみでは解析が困難であったため

Dファイル(包括レセプト情報)

『包括診療明細情報』

診断群分類点数表により算定する患者の包括評価点数、医療機関別係数等に関する請求情報

対象範囲：DPC対象病院のみ作成。

包括範囲の診療報酬請求情報及び出来高による診療報酬の算定範囲。出来高理由コードに係るレコードも出力。

- ・施設コード ・データ識別番号 ・退院年月日 ・入院年月日 ・データ区分 ・順序番号 ・病院点数マスタコード
- ・レセプト電算処理システム用コード ・解釈番号 ・診療行為名称 ・行為点数 ・行為薬剤料 ・行為材料料 ・円点区分
- ・行為回数 ・レセ電算保険者番号 ・レセプト種別コード ・実施年月日 ・レセプト科区分 ・診療科区分 ・医師コード
- ・病棟コード ・病棟区分 ・入外区分 ・施設タイプ ・算定開始日 ・算定終了日 ・算定起算日 ・診断群分類番号
- ・医療機関係数

Hファイル(カルテからの日別の匿名化情報)

重症度、医療・看護必要度に係る評価票の各評価項目の点数

対象範囲：下記の入院料の施設基準において、重症度、医療・看護必要度の評価の対象とされている患者

【Hファイル作成対象入院料】

- ・一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料のみ）
- ・7対1特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）
- ・10対1特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）
- ・7対1専門病院入院基本料
- ・10対1専門病院入院基本料
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・地域包括ケア病棟入院料（医療管理料も含む）

評価票の手引きにおいて評価対象外とされている産科等の患者についても、「重症度、医療・看護必要度に係る評価票の判定対象」レコードを作成する必要があることに注意。

【2018年度改定での対応】

- ・必要度の判定対象とは一部異なる情報を収集していたものをデータ作成不要とする。

退院日の情報など

【2018年度改定での対応】

平成28年度分の集計として公開するデータについては、その他病棟グループに転棟する患者に係る集計、後発医薬品の使用状況、特定の抗菌薬の使用状況等を公開する。

以前の公開データはDPC対象病棟等で入退院を行うデータに限定し集計結果を公表していた

平成28年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について
・参考資料2(6)診断群分類毎の集計 抜粋

診断群分類番号	診断群分類名称	在院日数								在院日数 (その他病棟の入院含む)							
		平均値	最小値	最大値	変動係数	25パーセント タイル値	50パーセント タイル値	75パーセント タイル値	90パーセント タイル値	平均値	最小値	最大値	変動係数	25パーセント タイル値	50パーセント タイル値	75パーセント タイル値	90パーセント タイル値
010010xx99000x	脳腫瘍 手術なし 手術-処置等 1 なし 手術-処置等 2 なし 定義副傷病 なし	11.94	1	199	1.23	3.00	7.00	15.00	28.00	17.41	1	351	1.39	4.00	9.00	21.00	44.00
010010xx99001x	脳腫瘍 手術なし 手術-処置等 1 なし 手術-処置等 2 なし 定義副傷病 なし	25.29	2	165	0.88	9.00	20.00	35.00	52.20	30.61	2	214	0.96	10.00	23.00	41.00	64.60
010010xx9901xx	脳腫瘍 手術なし 手術-処置等 1 なし 手術-処置等 2 1あり	31.76	2	174	1.00	9.75	21.00	42.25	75.30	40.37	2	257	0.97	11.00	26.00	55.50	98.20
010010xx9902xx	脳腫瘍 手術なし 手術-処置等 1 なし 手術-処置等 2 2あり	12.90	2	115	1.18	4.00	8.00	15.00	30.90	14.05	2	127	1.26	4.00	8.00	16.00	34.40
010010xx99030x	脳腫瘍 手術なし 手術-処置等 1 なし 手術-処置等 2 3あり 定義副傷病 なし	9.15	2	227	1.29	3.00	3.00	12.00	23.00	9.48	2	227	1.33	3.00	3.00	13.00	24.00
010010xx99031x	脳腫瘍 手術なし 手術-処置等 1 なし 手術-処置等 2 3あり 定義副傷病 あり	28.49	2	135	0.71	15.00	24.00	38.00	57.80	29.86	2	158	0.75	15.00	24.00	40.00	60.00

・参考資料3(3)後発医薬品の使用状況 抜粋

告示番号	通番	施設名	平成28年度
			後発医薬品の使用割合 (一般病棟のみ) (%)
10001	10001	札幌医科大学附属病院	82.41%
10002	10002	北海道大学病院	75.33%
10003	10003	旭川医科大学病院	92.37%
10004	10004	弘前大学医学部附属病院	61.05%
10005	10005	岩手医科大学附属病院	80.55%
10006	30121	東北医科薬科大学病院	83.90%

一般病棟期間で使用された薬剤について後発医薬品の数量割合を算出(一般病棟に症例が存在しないもしくは後発医薬品の使用がない医療機関は公表の対象外)

・参考資料3(4)特定抗菌薬のの使用状況 抜粋

告示番号	通番	施設名	平成28年度											
			一般病棟のみ入院						その他病棟のみ入院					
			15歳未満		15歳以上65歳未満		65歳以上		15歳未満		15歳以上65歳未満		65歳以上	
			AUD	DOT	AUD	DOT	AUD	DOT	AUD	DOT	AUD	DOT	AUD	DOT
10007	10006	東北大学病院	1.00	1.63	10.91	10.52	9.01	10.28	-	-	-	-	1.00	1.63
10008	10007	秋田大学医学部附属病院	1.00	1.29	7.10	9.09	14.73	17.44	-	-	-	-	1.00	1.29
10009	10008	国立大学法人山形大学医学部附属病院	0.73	0.84	8.20	6.80	12.45	11.54	-	-	-	-	0.73	0.84
10010	10009	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	1.71	2.04	8.66	7.97	8.62	10.64	-	-	-	-	1.71	2.04
10011	10010	筑波大学附属病院	2.87	3.30	12.81	11.00	13.24	13.50	-	-	-	-	2.87	3.30

入院期間中に使用されたカルバペネム系抗菌薬について、各年齢区分でのAUD(抗菌薬使用密度)及びDOT(抗菌薬治療日数)を算出(各年齢区分で症例数が10症例未満の医療機関は公表の対象外)

DPC/PDPSの今後の検討課題

- ・平成30年度改定附帯意見及び分科会の統合

平成30年度改定附帯意見及び分科会の統合

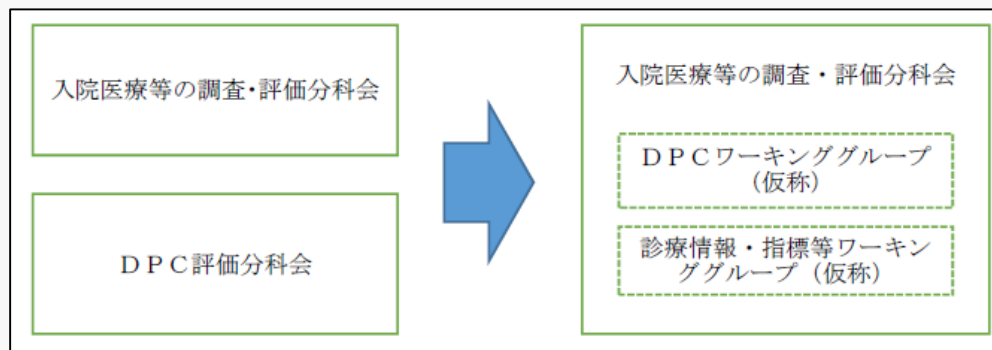
平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(DPC制度)

調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

分科会の統合

○入院医療に関する診療報酬の検討の場として、二つの分科会(「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」)があったが、両方に密接に関連する検討事項が多数存在しているとの考えから、二つの分科会を統合し、技術的な検討課題を分科会の下に設置するワーキンググループにて行うこととなった。



DPC/PDPS等作業グループの当面の作業

1) DPC/PDPSの運用に関する事項

- ・医療機関別係数のフォローアップについて
- ・DPC/PDPSの対象病院の要件について（平均的な診療実態から外れている医療機関の取扱い等） 等

2) DPC退院患者調査に関する事項

- ・DPC退院患者調査における報告内容について
- ・病院情報の公表の取組について 等

3) その他DPC/PDPSに関する事項