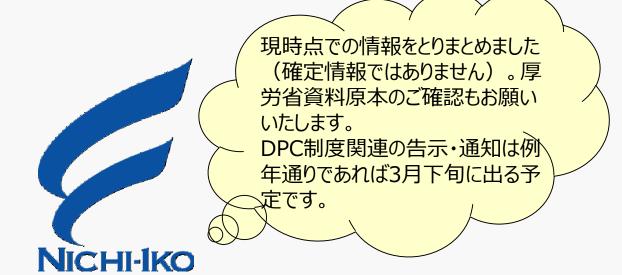
日医工MPI行政情報

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

平成28年度改定における DPC制度(DPC/PDPS)の見直しについて

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI)

(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号 寺坂裕美



資料No.20160219-425

株式会社日医工医業経営研究所

資料概要

- ○平成28年度診療報酬改定におけるDPC制度の見直しについて現時点での状況を下記3資料をもとにとりまとめました。(確定情報ではないことにご注意ください。)
- ・2015年12月16日中医協総会資料 『平成28年度改定に向けたDPC制度(DPC/PDPS)の対応について検討結果』
- ・2016年1月27日中医協総会資料 『平成28年度改定におけるDPC制度(DPC/PDPS)の見直しについて』
- ・2016年2月10日中医協総会資料 『答申について(DPC本文、別表)』
- ○記載された対応案については下記のように掲載資料ごとに色分けをしています。

平成28年1月27日中医協総会資料記載事項

平成27年12月16日中医協総会資料記載事項

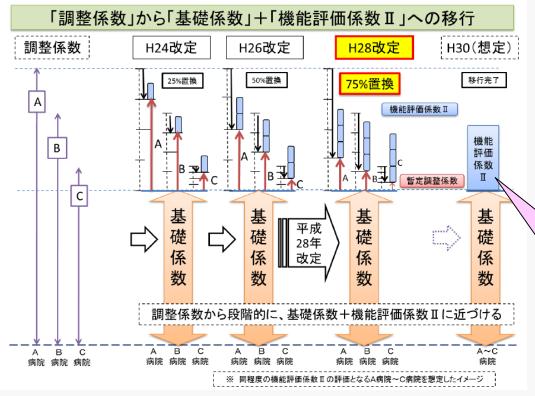
目次

ページ	内容	ページ	内容
3	調整係数の置き換えについて	30	算定ルール等の見直し
4	基礎係数(医療機関群)について	37	退院患者調査の見直し
8	機能評価係数Iについて	40	その他
9	機能評価係数Ⅱについて	41	答申
20	診断群分類点数表について		

調整係数の置き換えについて

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

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



今回の「暫定調整係数」の置き換えの対応(調整分の「50%」→「75%」の置き換え)等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。

激変緩和対策の一環として、今回改定で診断群 分類点数設定にCCPマトリックスの一部導入や機 能評価係数 Ⅱ に「重症度係数」を導入(後述)

H30改定で暫定調整係数はなくなり、 全て機能評価係数 II に置き換わる予定

基礎係数(医療機関群)について

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

<基準値設定の考え方>

- (i)原則として大学病院本院の最低値とする。──基準値を絶対値とする提案もなされたが見送られた
- (ii)但し、外れ値がある場合については、外れ値を除外した最低値を用いる。

【Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の基準値】

	実績要件	平成 26 年度基準値	平成 28 年度基準値 (※)	
【実績要件 1】	】: <u>診療</u> 密度			
1日当た	り包括範囲出来高平均点数(全	I 群の最低値	I 群の最低値	
病院患者	構成で補正;外的要因補正)			
	】: 医師研修の実施			
	: 1 床あたりの臨床研修医師数	外れ値を除外した最低値 外れ値を除外した最低値		
	臨床研修病院における免許取得	(I群の下から2番目の値)	(I群の下から2番目の値)	基準値の変更
後2年目	まで)			□ 基
【実績要件3】	】: 高度な医療技術の実施(6 項目	目のうち5項目以上を満たす)] 7 / /
	(3a):手術実施症例1件あた	外れ値を除外した最低値	外れ値を除外した最低値	
	りの外保連手術指数	(I群の下から2番目の値)	(I群の下から2番目の値)	
外保連試案	(3b): DPC 算定病床当たりの	外れ値を除外した最低値	外れ値を除外した最低値	
71休建武朱	同指数	(I群の下から2番目の値)	(I群の下から2番目の値)	」//│ │実績要件3については6項 │
	(3c):手術実施症例件数	年間約 2, 680 件以上	外れ値を除外した最低値	目中5項目満たせば良い
	(30):于例吴旭征例件数	(全国平均值)	(Ⅰ群の下から2番目の値)	<u> </u>
	(3A):症例割合		外れ値を除外した最低値	(現行は3項目中3項目と
	(5人):延門司日		(I群の下から2番目の値)	┛┃ ┃も満たさなければならない) ┃
特定内科診	(3B) : DPC 算定病床当たりの		外れ値を除外した最低値	
療	症例件数		(I群の下から2番目の値)	
	(30):対象症例件数		外れ値を除外した最低値	
	(50):对象症例什致		(Ⅰ群の下から2番目の値)	
【実績要件 4】: 重症患者に対する診療の実施		I 群の最低値	 I 群の最低値	
	数(重症 DPC 補正後)			今回新規追加
(※)平成2	28年度より新規に大学病院本	「院となる予定の DPC 対象病	i院のデータは除外した。	/ LI/171/90X=/JH

2016年1月27日中医協総会資料

東北薬科大学病院

特定内科診療 1/3

疾患 No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$\$x(入院時JCS30以上) 010060x199x\$\$x(入院時JCS30以上)DPC対象外コー ド含	出血と梗塞 JCS30以上
2	髓膜炎·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)
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x\$xx(処置2 あり/なし)(ICD G700のみ) (DPC 外含)	診断名(ICD10)で判断
4	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
5	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)
6	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(人工呼吸あり)
7	COPD急性増悪	040120xx99\$1xx(処置2 あり)(DPC外含)	処置2(人工呼吸)
8	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(人工呼吸あり)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x(処置15あり)(ICDI21\$のみ)	Kコードあり

特定内科診療 2/3

	•		
疾患 No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
10	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
11	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)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx(処置1 5 あり) 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
13	劇症肝炎	060270xx\$\$x\$xx (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)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$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)
16	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
17	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$x(処置2 あり/なし)(ICD E055のみ)	診断名、手術なし
18	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
19	難治性ネフローゼ症候 群	110260xx99x\$xx(処置2 あり/なし)(腎生検D412必 須)	診断名と腎生検
21	急速進行性糸球体腎 炎	110270xx99x\$xx(処置2 あり/なし)(腎生検D412必須)(DPC外含)	診断名と腎生検

6

特定内科診療 3/3

疾患 No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
22	急性白血病	130010xx99x\$xx(化学療法あり) 130010xx97x\$xx(化学療法あり)(ICD C910、C920、 C950のみ)(DPC外含)	化学療法、実症例数
23	悪性リンパ腫	.30020xx\$\$x3xx (DPC外含) .30030xx99x\$\$x (化学療法あり) .30030xx97x\$\$x (化学療法あり) (ICD絞りなし) (DPC外含)	
24	再生不良性貧血	130080 (DPC6桁全て) (ICD絞りなし)	実症例数
26	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
27	薬物中毒	161070 (DPC6桁全て) (処置2 あり中心静脈注射のみ除 処置2 (人工呼吸・PMX等外) (ICD絞りなし) (DPC外含) あり	
28	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

2013年度版では28疾患あったが2014年度版では15、20、25が削除され、現時点では表の25疾患が特定内科診療と定義され、II 群要件基準の一つとなる。

機能評価係数Iについて

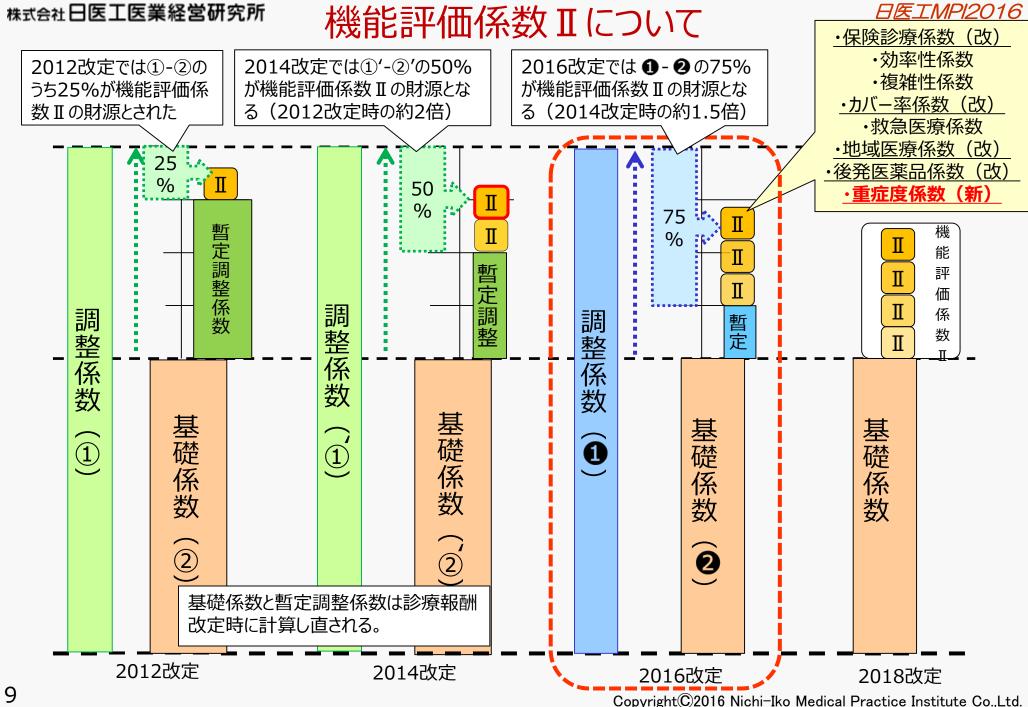
○機能評価係数 I については、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される 加算」や「入院基本料の補正値」等を評価しており、出来高評価体系の改定に応じて、必要な見直しを行う。

現行の機能評価係数 I

①入院基本料の補正値

「10対1一般病棟入院基本料」を基準として、看護配置や病院類型が異なる入院基本料の差額について、機能評価係数 I の加算・減算により対応。

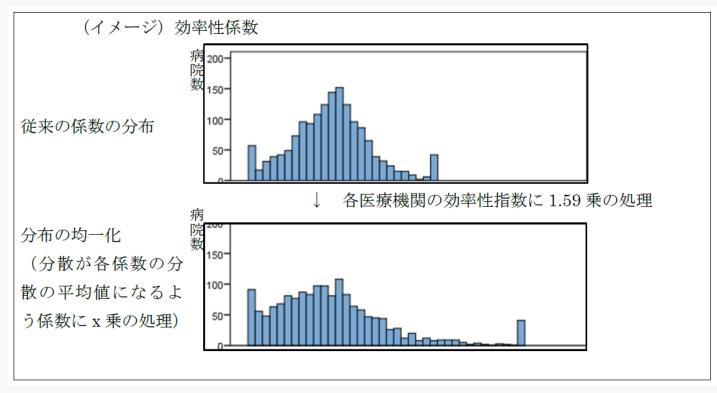
- ②入院患者全員に算定できる入院基本料等加算
- ·総合入院体制加算 ·地域医療支援病院入院診療加算 ·臨床研修病院入院診療加算
- ・診療録管理体制加算 ・医師事務作業補助体制加算 ・急性期看護補助体制加算
- ·看護職員夜間配置加算 ·看護補助加算 ·医療安全対策加算 ·感染防止対策加算 ·地域加算
- ・離島加算 ・病棟薬剤業務実施加算 ・データ提出加算
- ③その他 (医療機関毎の機能の違いを評価)
- ・検体検査管理加算(該当する施設では検査を実施する患者全員に算定)



機能評価係数Ⅱについて

機能評価係数Ⅱを構成する各係数への配分(重み付け)について

- 【○ それぞれの係数ごとの重みをできるかぎり標準化してはどうか。
 - ○各係数の重み付けの手法に関しては、それぞれが独立した概念で設定されており、項目間相互で評価の軽 重を設定することが困難であることから、各係数項目の評価への配分は等分とする考え方を継続する。
 - ○ただし、各係数に関して医療機関の努力を反映する観点から、「効率性指数」、「複雑性指数」及び「後発 医薬品指数」の「分散」が均等になる様に指数の調整を行う。



2015年12月16日中医協総会資料抜粋

機能評価係数Ⅱについて

【具体的な設定方法】

指数		係数	証価の考え去	標準化
上限値	下限値	最小値	計画の考え方	(※4)
(固定の係数値のた	め設定なし。)		群ごとに評価	×
97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価	0
97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価	0
1. 0	0 (※1)	0	群ごとに評価	×
97.5%tile 値	0 (※2)	0	全群共通で評価	×
1. 0	0	0	## プレルシ/エ	×
1. 0	0	0	一群にと1~計1個	^
97.5%tile値(※3)	2.5%tile 値	0	全群共通で評価	0
90%tile 値	10%tile 値	0	群ごとに評価	×
	上限値 (固定の係数値のた 97.5%tile値 1.0 97.5%tile値 1.0 1.0 1.0 97.5%tile値 2.0	上限値 下限値 (固定の係数値のため設定なし。) 97.5%tile値 2.5%tile値 2.5%tile値 1.0 0(※1) 97.5%tile値 0 (※2) 1.0 0 1.0 0 97.5%tile値(※3) 2.5%tile値	上限値 下限値 最小値 (固定の係数値のため設定なし。) 97.5%tile値 2.5%tile値 0 97.5%tile値 2.5%tile値 0 1.0 0 (※1) 0 97.5%tile値 0 (※2) 0 1.0 0 0 0 97.5%tile値 0 0 0	上限値下限値最小値(固定の係数値のため設定なし。)群ごとに評価97.5%tile値2.5%tile値0 全群共通で評価97.5%tile値2.5%tile値0 群ごとに評価1.00 (※1)0 群ごとに評価97.5%tile値0 (※2)0 全群共通で評価1.0001.00097.5%tile値(※3)2.5%tile値0 全群共通で評価

- ※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値を 30%tile 値とする
- ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3 上限値は70%とする。
- ※4 分散が均等となるように標準化を行う。

2016年1月27日中医協総会資料

機能評価係数Ⅱについて(保険診療指数)

○保険診療指数において、新たに導入される項目の加算幅・減算幅を0.05点とする。

保険診療指数に係る具体的な設定

・保険診療指数における、

Ⅱ 群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合

『本院よりも機能が高い分院(DPC対象病院)を持つ大学病院本院』、

『Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院』、

『精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院』 にかかる評価方法における指数の増点・減点幅については、現行のその他の項目の減算幅と同様、0.05点とする。

・また、病院情報を公表した場合の加算幅を0.05点とする。

平成29年度から

参考:現在提唱されている項目(7項目)

- 1)年齡階級別退院患者数
- 2)診療科別症例数の多いものから3つ
- 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
- 6)診療科別主要手術の術前、術後日数症例数の多いものから3つ
- 7) その他(DICの請求率等)

機能評価係数Ⅱについて(カバー率指数)

○専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように調整を行ってはどうか。

現行のカバー率指数

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

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	〔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
て評価	象とする。
	※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群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 (*1)	各医療機関群で評価

2015年4月27日DPC評価分科会

*1専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の1/2とする

Ⅲ群は50%の底上げがあり、最低値は0.00538、最大値は0.01053 II 群の最低値は0.00350、I 群の最低値は0.00421

今回改定でⅢ群における係数50%の底上げはなくなり、指数の下限値が30パーセンタイル値となる

現行の設定ではⅢ群のDPC算定病床数が 少ない病院も一定の係数が担保されている

機能評価係数Ⅱについて(地域医療指数)

○ 高度・先進的な医療の提供として平成29年度より以下の項目を評価する。

体制評価項目

- ・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。

当初、臨床研究中核病院の指定を評価する方向だったが、臨床研修中核病院でなくとも要件を満たせば、評価されることとなった

ただし、1P要件の『患者申出療養に係る意見書の作成』をクリアできるのは臨床研究中核病院のみ

体制評価項目

指定難病の診療実績の評価について

○評価を見送ることとしてはどうか。

地域がん登録について

○法律で義務化されるために評価を廃止してはどうか。

新型インフルエンザについて

○平成28年度においては医療機関単位での指定が行われていないため、評価を見送ることとしてはどうか。

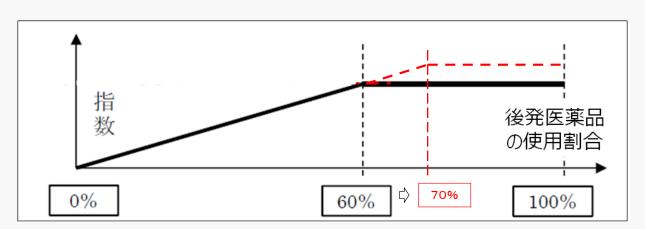
平成29年度から

機能評価係数Ⅱについて(後発医薬品指数)

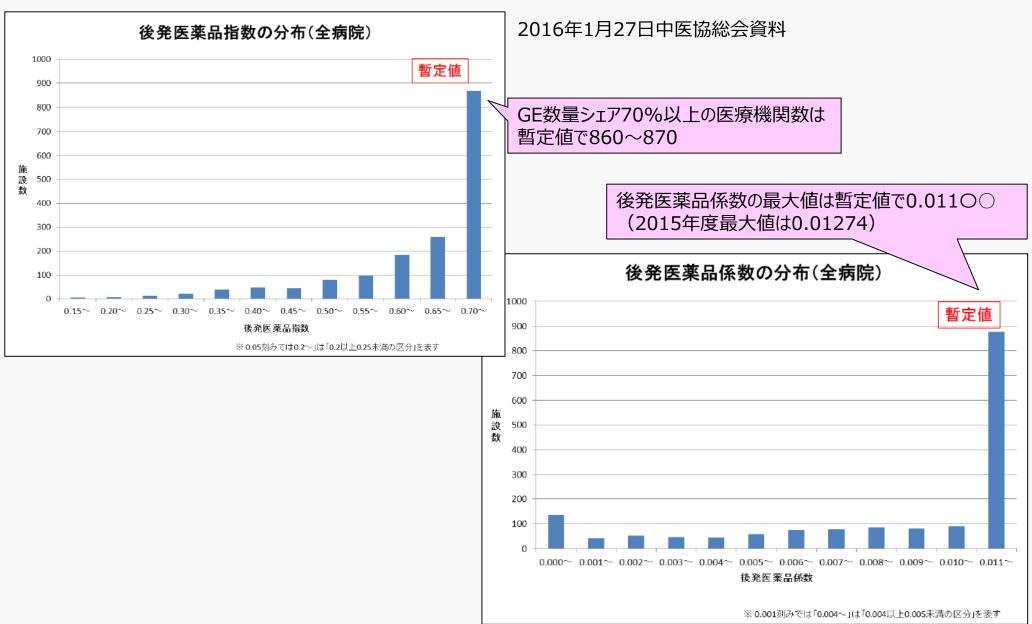
- ○70%を評価上限とすることとしてはどうか。
- ○指数の計算においては厚生労働省のマスターを使用することとしてはどうか。

議論の流れ

- ○骨太の方針2015(平成27年6月閣議決定)の中で、後発医薬品の使用割合の平成29年度の目標値が70%以上とされているところ。
- ○現状の後発医薬品係数においては、60%を評価上限として、設定されているところ。また、計算には社会保険診療報酬支払基金の医薬品マスターが使用されている。
- ○後発医薬品の使用割合の目標値が見直された場合には、適宜評価方法の検討を行う。 限となることが予想される
- ○厚生労働省ホームページにおいて、平成25年4月1日からの後発医薬品情報等を含む詳細なマスターが公開されたことから、今後は厚生労働省のマスターを使用する。

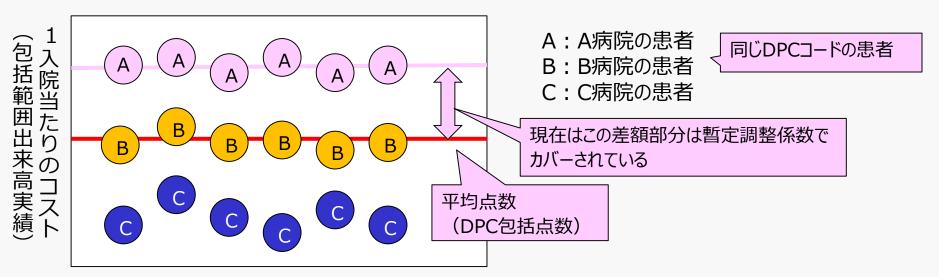


機能評価係数Ⅱについて(後発医薬品指数)



機能評価係数Ⅱについて(重症度指数)

○新たな係数として『重症患者への対応機能』といった観点から、包括範囲出来高実績点数と診断群分類点 数表との比を表現する係数の試行導入を行う。



議論の流れ

- ○平成24年改定および平成26年改定において、出来高部分も含めた推計報酬変動率が±2.0%を超える場合には、激変緩和措置として暫定調整係数を調整する措置が行われていたが、暫定調整係数が廃止となる平成30年度時点において、収入の変動が集中する可能性があり、調整係数の機能評価係数 II への置き換えに関して慎重に検討する必要があった。
- ○従来、調整係数が表現していたと考えられる、『診断群分類点数表の点数とは乖離してしまう患者への対応 分』が、現在の機能評価係数Ⅱの評価軸において、十分に表現されていないのではないかとの指摘があった。
- ○また、CCPマトリックスの様に、点数表において重症度を細かく分けることによって診断群分類の点数の精緻化を行っても、CCPマトリックスの対象疾患は限定的(次期改定では3疾患)であるため、『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』を完全に表現はできない。

機能評価係数Ⅱについて(重症度指数)

└ ○重症度指数については、上限値を90%tile値、下限値を10%tile値に設定する。

施行的導入

重症度指数に係る具体的な設定

- ・「重症度指数」は診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価するものとして新たに導入 される指数である。
- ・「重症度指数」については、導入による急激な変化を緩和する観点から上限値を90%tile値、下限値を10%tile値として、標準化の対象外とする。

〈項目〉	評価の考え方	評価指標(指数)
8) 重症度指数	診断群分類点数表で 表現しきれない、患者の 重症度の乖離率を評価	〔包括範囲出来高点数〕/〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。 (ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)

指数の計算式は調整係数の計算式と同じ

ただし、全額を補償するような係数になると、 調整係数廃止の意味がなくなるので、係数 の上限値を設定するなどで対応する予定 調整係数はDPC制度参加前年度の実績が担保され続けていたのに対し、重症度指数は毎年評価を見直すため、この指数の設定を以て調整係数を復活させることにはならない

機能評価係数Ⅱについて(重症度指数)

○当該評価は、医療機関群別評価とする。



指数の下限値が10パーセンタイル値に設定されたことから、I 群の場合は病院数が81病院なので、指数が低い8病院は重症度係数が0になると予想される。

 $81 \times 10\% = 8.1$

2015年12月16日中医協総会資料抜粋

診断群分類点数表について

○点数設定方式Dの対象については、新たに6分類を追加する。

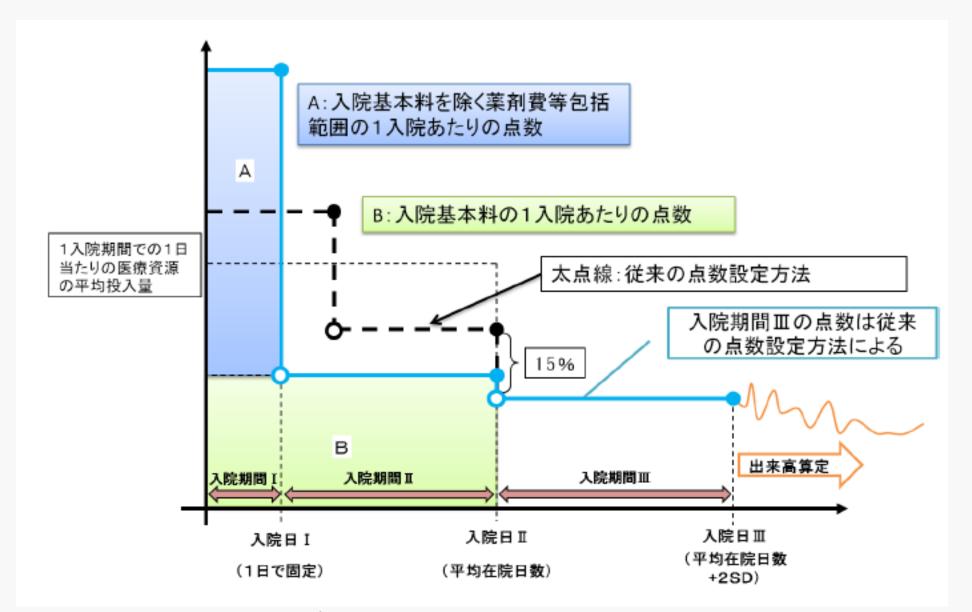
点数設定方式Dの対象に関しては以下の観点から検討を行った。

- ・十分に普及している(全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる)
- ・7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
- ・1 入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
- ・入院中に複数回実施されるものは除外
- ※化学療法については、レジメン(入院単位で使用されたがん化学療法薬剤の組み合わせ)別に分析を行った。
- ※検査等については、平成26年度診断群分類点数表で定義されている検査を対象として検討を行った。

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

※現在、診断群分類の最終的な見直し作業を行っており上記は暫定

診断群分類点数表について(点数設定方式D)



診断群分類点数表について(診断群分類の見直し)

○平成26年度改定と同様の作業を進めることとしてはどうか。

基本的な考え方

- ○以下の4項目の基本方針に基づき診断群分類の妥当性の検証および見直し案の作成を実施。
 - ①医療資源同等性が担保されている (医療資源の投入量が適切にグルーピングされている(在院日数、包括範囲点数))。
 - ②臨床的類似性が担保されている(臨床的な観点から問題・違和感が少ない)。
 - ③分類は可能な限り簡素であり、分類のコーディングに際して、臨床現場の負担が少ない。
 - ④その他制度運用上の問題が生じない。
- ○DPC(診断群分類)見直し作業は、平成26年7月~平成26年12月(6カ月分)の退院患者調査に基づいて実施している。平成28年度改定は平成26年10月から平成27年9月(12か月分)のデータを用いて集計を行う為、データセットが完成した後に、当該データを活用して最終的な調整を行うこととしている。

診断群分類点数表について(診断群分類の見直し)

【見直しの具体例: ICD-10コードと傷病名の精緻化】

○ICD-10コードと傷病名(DPC上6桁)の対応を整理。

030	03001x				
	030019 頭頸部悪性腫瘍(その他)				
	口唇の悪性黒色腫	C430	→080005 黒色腫		
頭	眼瞼の悪性黒色腫、眼角を含む	C431	→080005 黒色腫		
頭頸部悪性腫瘍	耳および外耳道の悪性黒色腫	C432	→080005 黒色腫		
悪	その他および部位不明の顔面の悪性黒色腫	C433	→080005 黒色腫		
性 腫	頭皮および頚部の悪性黒色腫	C434	→080005 黒色腫		
場	口唇の皮膚の悪性新生物	C440	→080006 皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		
	その他および部位不明の顔面の皮膚の悪性新生物	C443	→080006 皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		
	頭皮および頚部の皮膚の悪性新生物	C444	→080006 皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		

【見直しの具体例:手術・処置等2の整理】

○レジメン別分岐を増やすのではなく、主となる薬剤で対応することでの薬剤分岐整理。

code	flg	手術·処置等 2
4	9	FOLFOX
3	8	FOLFIRI

 \Longrightarrow

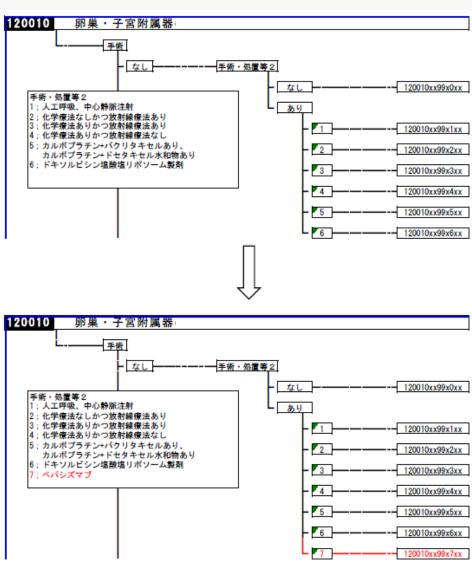
XEROX療法のレジメン追加ではなく、 主となる薬剤のオキサリプラチンによる 分岐へ変更

code	flg	手術・処置等2
4	9	オキサリプラチン
3	8	FOLFIRI

診断群分類点数表について(診断群分類の見直し)

【見直しの具体例:既存高額薬剤の手術・処置等2への反映】

○出来高算定対象診断群分類が設定されていた高額薬剤を手術・処置等2へ追加し分岐を新設。



○平成28年度改定に活用するデータの期間が平成26年10月から平成27年9月であることを踏まえ、平成26年10月以降に中医協総会において高額薬剤とされたものについては、当該薬剤の使用実績に関するデータが十分ではないことから、原則として引き続き高額薬剤として取り扱うこととするが、一部の使用実績が十分にある高額薬剤に関しては、平成28年度改定の診断群分類点数表の見直しに合わせて、検討を行う。

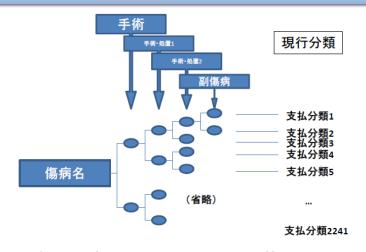
診断群分類点数表について(CCPマトリックス)

○次回診療報酬改定よりMDC01,04,10 に関してCCPマトリックスを導入することとしてはどうか。

議論の流れ

- ○平成26年10月8日に中医協基本問題小委員会において了承された内容に基づき、CCPマトリックス導入に関して、MDC作業班において臨床家の意見を取り入れつつ検討を進めてきた。
- ○MDC01 (脳血管疾患)、MDC04(肺炎)、MDC10(糖尿病)についてCCPマトリックスの導入に関して MDC作業班において検討が終了した。

樹形図で表された現行のDPC分類の課題



- ・分岐条件が枝わかれのどの階層、位置にある かで分類の作成方法が制限
- 支払分類数の制限から条件設定が見送られる

診断群分類点数表について(CCPマトリックス)

CCPマトリックスの考え方(1)

アメリカの1入院1定額支払い方式 (DRG/PPS)の点数設定にも用いられている

- 手術処置と副傷病等の組み合わせに基づく医療資源必要度分類である。
- 枝分かれの構造にとらわれずに医療資源必要 度が類似したグループをまとめることができる。

	副傷病等			
		なし	糖尿病	敗血症
	なし	低	低	中
手術・処置等2	中心静脈栄養	中	中	高
	化学療法	中	高	高

- ・この例では9区分を3段階に圧縮して分類数を減らすことが可能
- ・このような2次元の組み合わせに限らず、多次元で集約が可能となる

診断群分類点数表について(CCPマトリックス)

CCPマトリックス分類の考え方(2)

 CCPマトリックスは、分岐条件に基づいて全ての分類を樹 形図に書き下した樹形図分類と、医療資源必要度に応じ た支払分類との対応表を作成することと同じ意味である。



診断群分類点数表について

○診断群分類点数表の現時点版は以下の通り。

[診断群分類点数表の見直しの概要(暫定値)]

空白はH28診断群分類数と同じ

MDC(主要診断群)	傷病名数	(上6桁)	診断群分類数		士+/
MDC (主安診的研)	H26	H28	H26	H28	支払分類数
MDC01(神経系疾患)※1	37	37	232	1922	201
MDC02(眼科系疾患)	31	31	81	85	
MDC03(耳鼻咽喉科系疾患)	34	34	80	84	
MDC04(呼吸器系疾患)※2	28	28	149	1266	162
MDC05(循環器系疾患)	22	22	248	248	
MDC06(消化器系疾患)	46	46	462	501	
MDC07(筋骨格系疾患)	52	51	230	242	
MDC08(皮膚・皮下組織の疾患)	29	29	69	69	
MDC09(乳房の疾患)	4	4	53	53	

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

^{※2} MDC04 (肺炎) でのCCPマトリックス導入分類については、診断群分類1120分類、支払分類16分類となる。

診断群分類点数表について

○診断群分類点数表の現時点版は以下の通り。

MDC (主西号会座CHY)	傷病名数(上6桁)		診断群分類数		 +/ /*舌*&
MDC(主要診断群)	H26	H28	H26	H28	支払分類数
MDC10 (内分泌・栄養・代謝に関する疾患) ※3	39	42	108	251	134
MDC11(腎・尿路系疾患及び男性生殖器系 疾患)	21	21	160	167	
MDC12(女性生殖器系疾患及び産褥期疾 患・異常妊娠分娩)	33	34	152	161	
MDC13 (血液・造血・免疫臓器の疾患)	18	18	116	123	
MDC14(新生児疾患·先天性奇形)	34	34	168	172	
MDC15(小児疾患)	9	8	20	21	
MDC16(外傷・熱傷・中毒)	54	54	200	200	
MDC17(精神疾患)	5	5	5	5	
MDC18 (その他)	8	8	24	30	
合計	504	506	2557	5600	2658

※3 MDC10(糖尿病)でのCCPマトリックス導入分類については、診断群分類144分類、支払分類27分類となる。

CCPマトリックス構築のために定義テーブルや樹形図にレイアウト(対応コード、フラグ)も含めた変更がある場合、システム改修に配 29 慮しつつ適宜偏光を行う。

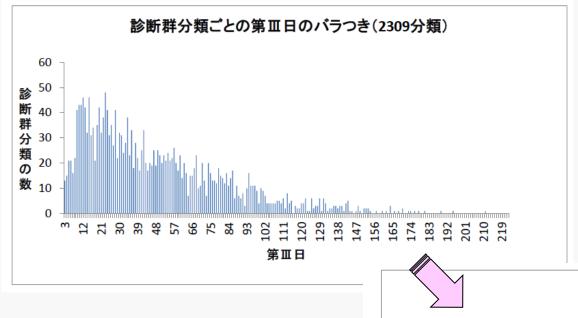
算定ルール等の見直し(特定入院期間)

断群分類

数

- ○請求業務簡素化のため、第Ⅲ日(包括算定の終了日)を入院日から30の整数倍としてはどうか。
- ○これにより報酬水準が高くならないよう入院期間Ⅲの点数を調整してはどうか。

(参考) 第Ⅲ日の分布について (平成26年度診断群分類)



2015年12月16日中医協総会資料

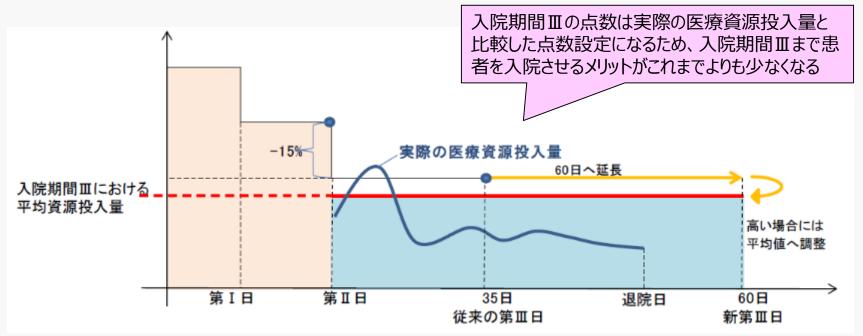
新しい第Ⅲ日

第皿日

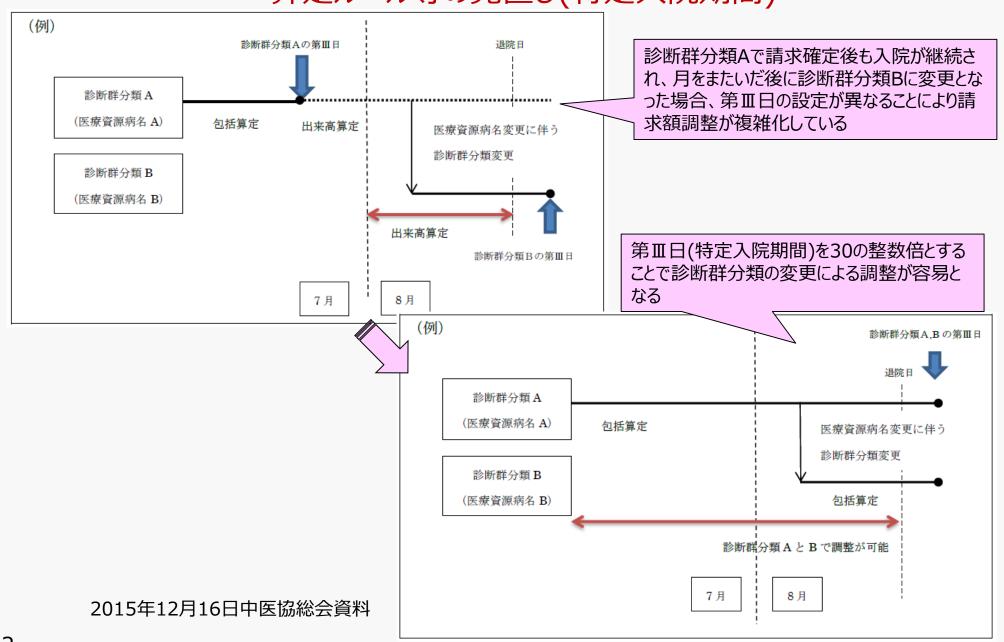
算定ルール等の見直し(特定入院期間)

議論の流れ(入院期間Ⅲの点数設定について)

- ○現状の入院期間Ⅲの点数設定方式では、一律に入院期間Ⅱの点数から15%(点数設定方式Cは10%)引いた点数が設定されるために、入院期間Ⅲにおいて実際に投入した医療資源投入量と乖離が生じる場合がある。
- ○また、入院期間Ⅲの点数が実際の医療資源投入量よりも高い場合には、早期退院のインセンティブが少ない。
- ○診断群分類の精緻化の観点から、入院期間Ⅲの点数に関して、以下の通り改める。
 - ⇒基本的には現行の『入院期間Ⅱの点数から15%(点数設定方式Cは10%)引いたもの』とする。
- ⇒ただし、入院日Ⅲが延長することに伴い、『現行の入院期間Ⅲの点数設定』と『平均在院日数を超えた期間の一日あたり医療資源投入量の平均値』を比較し『現行の入院期間Ⅲの点数設定』の方が高い場合には、『平均在院日数を超えた期間の一日あたり医療資源投入量の平均値』を採用する。

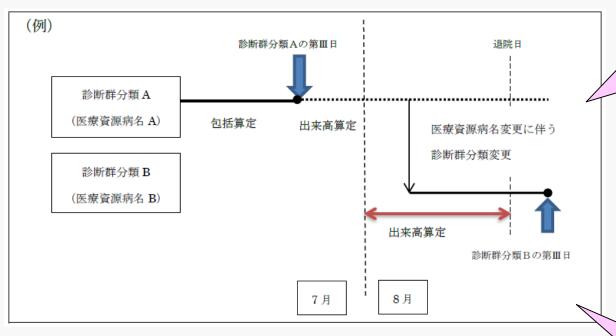


算定ルール等の見直し(特定入院期間)



算定ルール等の見直し(差額調整)

- ○DPC対象病棟に入院中にDPC制度に基づく請求と出来高請求による請求方法が混在しないよう、一入院で統一することとしてはどうか。
- ○月をまたいで請求方法が変更になった場合は、医療機関の取下げ依頼に基づくレセプト返戻による再請求を行うこととしてはどうか。



本来であれば、7月分の入院も診断群分類B の点数となり、差額を調整しなければならない が、月をまたいだ変更のため差額の調整を行う 仕組みが現在存在しない

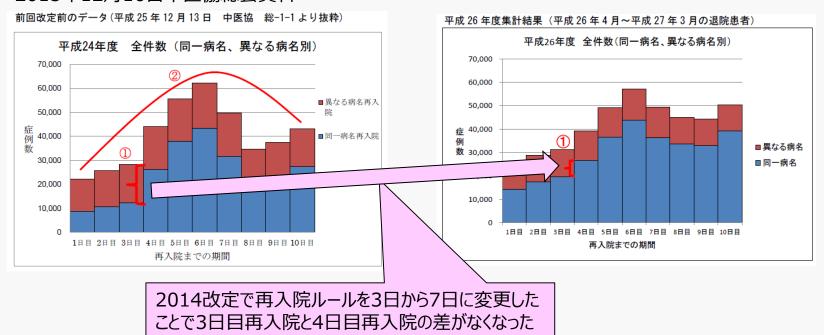
2015年12月16日中医協総会資料

今後このような事例が発生した場合は7月分の 請求を取り下げた後に再請求を行い、8月分 は8月分として請求を行う

算定ルール等の見直し(再入院ルール)

○再入院ルールは現状維持とする。ただし、再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院と取り扱うことで適正化を図ってはどうか。

2015年12月16日中医協総会資料



○再入院時の「入院の契機となった傷病名」について、いわゆる「分類不能コード」を用いられた場合、一連の入院とは判定されていないが、「分類不能コード」を再入院時の「入院の契機となった傷病名」として使用した場合は全国平均1.61%であり正確なコーディングにより更に減少する可能性があることから、一連の入院として取り扱うこととしても差し支えないのではないか。

現在は、再入院時の契機傷病名に「分類不能コード」を使用した場合は異なる病名再入院として扱われているが、今後は一連の入院として扱われる予定

○持参薬に係るルールは現行を継続するが、やむを得ない理由がある場合に限る事を明確化する。 また、データを提出頂いて今後更に検討することとしてはどうか。

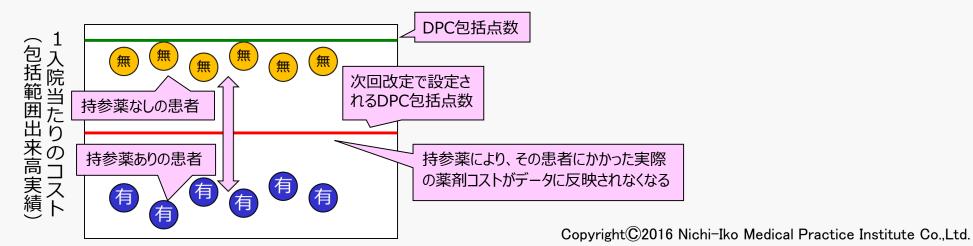
議論の流れ(一部要約)

○持参薬は平成26年度診療報酬改定において特別な理由がない限り使用不可とされた。

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(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。)。

(「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に伴う実施上の留意事項について」(平成26年3月19日付け保医発0319第4号) 第3の3(2)より)

- ○『原則』に対しては一定の理解が示されている一方で現場運用上は全面的に持参薬を院内処方へ切り替えることは困難であるとのの主張が見受けられた。ただし、持参薬の使用割合に関しては医療機関によってバラッキが存在し、医療機関の間で負担に差が生じている現状も明らかとなった。
- ○担当医や病院側の方針により持参薬を使用した場合に、診断群分類点数表の基礎となる医療資源投入 量のデータが歪められる構造は望ましくないと考えられる。



算定ルール等の見直し(持参薬について)

- ○次回改定以降の持参薬の取扱いとして、入院の契機となる傷病の治療に係る薬剤を持参させることは、引き 続き原則禁止とする(特別な理由がある場合には別途記載を求める)。
- ○また、特別な理由として『臨時採用薬が使用可能となるまでの入院初期(2日程度)の持参薬使用』や『退院後不要となる薬剤の使用』等は了解可能であるが、『病院の方針』や『医師の方針』などの、本来望ましくない理由を特別な理由としての持参薬使用は認められないこととする。
- ○加えて、持参薬を使用した場合には使用量も含めたデータ入力を求めることとしてはどうか。また、次々回以降 診療報酬改定においては当該データを元に議論を行う。

(参考) 包括範囲における薬剤の使用実態について

平成26年4月~平成27年3月のDPC対象病院のDPCデータの集計を行った。

①持参楽あり・なし による集計			一日当たり包括範囲薬剤点数					
	持参薬使用の有無 件数		平均	標準偏差	25%TILE	50%TILE	75%TILE	
	有	2,590,681	655	2,043	43	109	361	
	無	1,586,407	647	3,680	34	76	239	

②化学療法あり症例における 持参薬あり・なしによる集計

一日当たり包括範囲薬剤点数 持参薬使用の有無 件数 平均 **25%TILE 50%TILE 75%TILE** 標準偏差 有 438,581 2,518 3,282 656 1,330 3,052 無 201,398 2,682 3,674 3,222 693 1,429

2015年10月14日DPC評価分科会資料よりMPI作成

1日170点、もし入院日数が10日 であれば1700点 = 1万7千円の差

退院患者調査の見直し(様式1)

○一部の項目を見直してはどうか。

(1)様式1(簡易診療録情報)の見直しについて

【既存項目の見直し】

項目名	対象患者	内容	考え方
退院情報	全患者	退院時転帰として「治癒・軽快」を入力	調査項目の入力精度向上の為。
再入院調查·再 転棟調査	全患者	DPC対象病棟より、「計画的・計画外」 再入院の場合入力	調査項目の入力精度向上の為。
CAN0040 がん 患者/化学療法 の有無	化学療法ありの患者	「化学療法の有無」の項目に経皮下を 追加。	現状の項目が 0. 無 1. 有(経口) 2. 有(経静脈又は経動脈) 3. 有(その他) であるが、経皮下で投与される薬 剤も存在するため。
M040020 肺 炎患者/重症度	15歳以上で、医療資源病名 が「040070 インフルエンザ、ウ イルス性肺炎」、「040080 肺 炎、急性気管支炎、急性細気 管支炎」の場合	現状の「市中肺炎」か「院内肺炎」かの分類の別に、「医療介護関連肺炎」を追加。	現在の調査では、医療介護関連 肺炎は市中肺炎(入院時病名 が肺炎)に含まれてしまうが、市 中肺炎よりも院内肺炎に近く、治 療介入が難しく長期になる。

株式会社 **日医工医業経営研究所** 【新規項目】

退院患者調査の見直し(様式1)

項目名	対象患者	内容	考え方
入院情報	全患者	「自傷行為・自殺企図の 有無」を追加	うつ病への入院加療として、緩やかな休養入院とは医療資源投入量 (精神療法・薬物療法等) が大きく異なることが推測されるため。
M050010 心不全患 者/NYHA	主傷病・医療資源・医療資源・医療資源 2 のいずれかが、心 不全の場合	心不全患者の場合は、 入院・来院直後の①体 血圧、②心拍数、③心 調律を追加	急性心不全のレジストリー研究によると体血圧・心拍数・心調律が 重症度に関係する。NYHA 分類では医療資源投入量との関係性 を示すことができなかったため、既存のNYHA 分類との置き換えを行い重症度の精緻な評価がきないかを検討する必要があるため。

【その他簡素化・精緻化を検討すべきと考えられる項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
患者プロファイル/褥瘡	全患者	現状の褥瘡スコアの調査が必須となる入院基本料や加算等を算定している患者のみ記載必須とする。	現状、入院時と退院時に調査に記載必須とされているが、調査項目の簡素化をするため、医科点数表において求められている病棟の入退棟時にのみ対象を限定してはどうか。
診断情報	全患者	レセプト電算処理用の傷病名マスターによる傷病名コードの記載。	レセプト請求の際には、レセプト電算処理用の傷病名マスターによる請求が行われているため。
診断情報	全患者	指定難病(医療費助成の対象患者)の有無、病名(告示番号 等)の記載。	平成27年1月1日より「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、医療費助成の対象疾病が306疾病に拡大した。 医療機関ごとの取り組み状況を把握する必要があるため。
診断情報	全患者	予定入院の場合は入院日に「入院 の契機となった病名」を確定させるこ と。	より正確な病名の記載を求めるために、予定入院の場合は、入院日に「入院の契機となった病名」を確定させる。また、予定外入院の場合であっても3日以内に病名を確定させることが望ましい。
診断情報	全患者	併存症・続発症の記入可能数の上 限を10に変更する。	記入可能な傷病名の個数が制限されていること(現行では「入院時併存傷病名(4つ)」「入院後発症傷病名(4つ)」が適切な副傷病名の記載を妨げている可能性があるため。また、様式 1 を縦持ち化したことにより拡張性が高まったため。

株式会社日医工医業経営研究所 退院患者調査の見直し(EF統合ファイル)

EF統合ファイルの見直しについて

【新規項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
重症度、医療· 看護必要度	現状の「重症度、医療 看護必要度」の各項 目の調査が必須となる 入院基本料や加算等 を算定している患者	重症度、医療看護 必要度の各項目の 記載。	7対1病棟等においてデータ提出加算の届出が要件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたより的確な分析が可能になると考えられる。(診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより)
持参薬	EFファイルを出力する	持参薬を使用した場	持参薬の検討のため、EFファイルに点数情報を含めて記載を
	患者	合は薬剤ごとに出力。	求める。
医療区分	療養病棟に入院する	医療区分・ADL区	データ提出加算の対象が療養病棟にも拡大された。また、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。
·ADL区分	患者	分の記載。	(診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより)

Dファイルの見直しについて

【既存の項目の見直し】

I	頁目名	対象患者	内容	考え方
診断	群分類番号	一部の包括評価 対象外の患者	DPCコード (14 桁) の記載対象 の拡大と出来高 請求理由の記載	包括評価の対象外の患者についても、以下の場合はDPCコードを記載 ①出来高請求のDPCコードに該当する場合 ②高額薬剤において、告示されているDPCコードに該当する場合 ③算定しているDPCコードの入院日Ⅲを超えた場合

その他について

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

(1)コーディング委員会の開催回数について

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

(2)定数超過入院の際の算定方法

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

(3)DPC制度からの退出ルール

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

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

現行

改定案

【本文1】

1 診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五 十九号)第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する 病院の病棟に入院している患者であって、別表17の診断群分類 点数表に掲げる区分(以下「診断群分類区分という。)に該 当するもの(次のいずれかに該当するものを除く。)に係る療養 (健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第 一項第五号に掲げる療養(同条第二項第一号に規定する食事 療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定す る評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。)及び その療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養 並びに高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律 第八十号)第六十四条第一項第五号に掲げる療養(同条第 二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活 療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定 する選定療養を除く。)及びその療養に伴う同条第一項第一号 から第三号までに掲げる療養に限る。)に要する費用の額は、別 表により算定するものとする。

- 一 (略)
- 二 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第一条各号に規定する評価療養を受ける患者

三 (略)

DPC包括範囲対象外の療養 として患者申出療養の追加

【本文1】

1 診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五 十九号)第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する 病院の病棟に入院している患者であって、別表20の診断群分類 点数表に掲げる区分(以下「診断群分類区分」という。)に該 当するもの(次のいずれかに該当するものを除く。)に係る療養 (健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第 一項第五号に掲げる療養(同条第二項第一号に規定する食事 療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定す る評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第 **五号に規定する**選定療養を除く。) 及びその療養に伴う同条第 一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の 確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第六十四 条第一項第五号に掲げる療養(同条第二項第一号に規定する 食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規 定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同 項第五号に規定する選定療養を除く。) 及びその療養に伴う同 条第一項第一号から第三号までに掲げる療養に限る。)に要す る費用の額は、別表により算定するものとする。

- 一 (略)
- 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第一条各号に規定する評価療養**又は第一条の二に規定する患者申出療養**を受ける患者
- 三 (略)

現行

四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者

イ~八(略)

ニA 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料

(1) (略)

(2)地域包括ケア入院医療管理料 1・2 (当該区分番号を 算定する前に当該病院の一般病棟(同イから八まで、二の(1) 及びホからトまでを算定していた患者を除く。)に入院していた患 者を除く。)

ホ~ト (略)

五(略)

【本文4】

4 第1項の規定により療養に要する費用の額の算定を行う病院において医師又は歯科医師の員数が医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しなければならないこととされている員数に百分の七十を乗じて得た数以下である場合には、第1項に規定する患者に係る療養に要する費用の額の算定については、同項の規定は適用しない。

定数超過入院の際の算定 方法について明記(P40)

改定案

四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者

イ~ハ (略)

二A308-3 地域包括ケア病棟入院料

(1) (略)

(2)地域包括ケア入院医療管理料1・2(当該入院医療管理料2年)を算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く。)

ホ〜ト (略) 五 (略)

【本文4】

4 第1項の規定により療養に要する費用の額の算定を行う病院において、次のいずれかに該当する場合は、同項に規定する患者に係る療養に要する費用の額の算定については、同項の規定は適用しない。

- 一 月平均の入院患者数が、医療法(昭和二十三年法律第 二百五号)の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又 は承認を受けた病床数に百分の百五を乗じて得た数以上であ る場合
- 二 医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第 一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しなければな らないこととされている員数に百分の七十を乗じて得た数以下で ある場合

現 行	改定案
【本文5】 一~三(略) 四 三のイの調査期間において、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日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ホA309特殊疾患病棟入院料へ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。) 「データ数要件の計算について除外病床から対象病床の記載に変更	【本文5】 一~三(略) 四 三のイの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるものに係る届出を行っている病床から退院等した患者(第1項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。)数を、当該病院のこれらの病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。イA100一般病棟入院基本料 ロA104特定機能病院入院基本料 ロA104特定機能病院入院基本料 コム105専門病院入院基本料 ニム300救命救急入院料ホム301特定集中治療室管理料 へム301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 トム301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 トム301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 リム302新生児特定集中治療室管理料 リム302新生児特定集中治療室管理料 リム302新生児特定集中治療室管理料 リム303元2新生児治療回復室入院医療管理料 リム303-2新生児治療回復室入院医療管理料 リム305一類感染症患者入院医療管理料 フム307小児入院医療管理料 コ、6略)

現行

改定案

【別表2】

イ (略)

□ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

(1) (略)

(2)入院基本料等加算のうち、区分番号A 205からA 206まで、A 208からA 213まで、A 219からA 233-2まで、A 234 - 3及びA 236からA 243までに掲げる費用

(3)~(5)(略)

(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる 画像診断管理加算1並びに通則第5号及び第7号に掲げる 画像診断管理加算2並びに区分番号E003(3のイ(注 を含む。)に規定する費用に限る。) に掲げる費用

(7)(略)

【別表2】

2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロに掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。

イ (略)

□ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

(1) (略)

(2)入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3、A236からA243まで、A244(2に限る。)及びA246からA250までに掲げる費用

(3)~(5)(略)

(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1並びに通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003(3のイ(注**1及び2**を含む。)に規定する費用に限る。)に掲げる費用(7)(略)

(2)

A244の2 (病棟薬剤業務実施加算2)

A246(退院支援加算)

A247 (認知症ケア加算)

A248(精神疾患診療体制加算)

A249(精神科急性期医師配置加算)

A250 (薬剤総合評価調整加算)

(6)

E003注1(血流予備能測定検査加算)※現行の注と同じ E002注2(頚動脈閉塞試験加算)※2016改定新設項目

現行

(8)処置の費用のうち、区分番号 J 0 0 1 (5 に限る。)、 J 0 0 3 \ J 0 1 0 - 2 \ \ J 0 1 7 \ \ J 0 1 7 - 2 \ \ J 0 27(1に限る。)、1038から1042まで、1045 J 0 5 4 − 2、J 0 6 2、J 1 2 2 (5及び6に限り、既装 着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除 く。)、J123からJ128まで(既装着のギプス包帯をギブ スシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129(4に 限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場 合を除く。) 並びに J 1 2 9 - 2 (2 に限る。) に掲げる処置 料並びにJ038(1及び2に限る。)に掲げる人工腎臓に 当たって使用した保険医療材料(特定保険医療材料及びその 材料価格(材料価格基準) (平成20年厚生労働省告示第 61号。以下「材料価格基準」という。)別表Ⅱ区分040(1) 及び(5)に掲げる材料に限る。) 並びにJ042に掲げる腹膜 灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限 る。) 及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051 から区分053までに掲げる材料に限る。)に係る費用

改定案

(8)処置の費用のうち、区分番号 J 0 0 1 (5 に限る。)、 J 0 0 3 \ J 0 1 0 - 2 \ J 0 1 7 \ J 0 1 7 - 2 \ J 0 2 7 (1に限る。)、1038から1042まで**、1043-6**、 J 0 4 5 - 2 \ J 0 4 7 \ J 0 4 7 - 2 \ J 0 4 9 \ J 0 5 2-2、J054-2、J062、J122(5及び6に**限** る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用し た場合を除く。)、J123からJ128まで(既装着のギプス 包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、112 9 (4に**限る。ただし、**既装着のギプス包 帯をギプスシャーレとし て切割使用した場合を除く。) 並びにJ129-2(2に限る。 ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用し た場合を除く。) に掲げる処置料並びにJ038(1及び2に 限る。)に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料 (特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準) (平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」 という。) 別表 II 区分 0 4 0 (1)及び(5)に掲げる材料に限 る。) 並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。) に当 たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料 (材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げ る材料に限る。)に係る費用 (9)~(10)(略)

(8) J043-6 (人工膵臓療法)

 $(9) \sim (10)$

現 行	改定案
(11) 血友病等の患者に使用する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VII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IX因子製剤及び乾燥人血液凝固第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。)に係る費用	(11) 血友病等の患者に使用する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VII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。) 及び乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII 因子に係る費用

特定機能病院の特定入院料加算点数

現行	改定案
【別表4】 A301-4 小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間)13,708点 (8日以上14日以内の期間)11,676点	【別表4】 A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) 13,708点 (8日以上14日以内の期間) 11,676点 (15日以上30日以内の期間) 12,181点 (31日以上35日以内の期間) 12,388点
A305 一類感染症患者入院医療管理料 (7日以内の期間) 7,002点 (8日以上14日以内の期間) 5,782点	A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料 <u>(14日以内の期間)</u> 7,002点 <u>(15日以上30日以内の期間)</u> 6,287点 <u>(31日以上の期間)</u> 6,494点
A307小児入院医療管理料 (追加) (追加)	A 3 0 7 小児入院医療管理料 注2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。 注3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者(小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。)について、重症児受入体制加算として、1日につき所重症児受入体制加算として、1日につき所重症児受入体制加算として、1日につき所重症児受入体制加算として、1日につき所重症児受入体制加算として、1日につき所定点数に200点を加算する。

専門病棟入院基本料算定病棟の 特定入院料加算点数

符定人阮科川昇只致	
現行	改定案
【別表5】 A301-4 小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間)13,908点 (8日以上14日以内の期間)11,876点	【別表5】 A301-4 小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) 13,908点 (8日以上14日以内の期間) 11,876点 (15日以上30日以内の期間) 12,181点 (31日以上35日以内の期間) 12,388点
A305 一類感染症患者入院医療管理料 (7日以内の期間) 7,202点 (8日以上14日以内の期間) 5,982点	A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料 <u>(14日以内の期間)</u> 7,202点 <u>(15日以上30日以内の期間)</u> 6,287点 <u>(31日以上の期間)</u> 6,494点
A307小児入院医療管理料 (追加) (追加)	A 3 0 7 小児入院医療管理料 注2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。 注3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者(小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。)について、重症児受入体制加算として、1日につき所重症児受入体制加算として、1日につき所重症児受入体制加算として、1日につき所定点数に200点を加算する。

一般病棟入院基本料算定病 棟の特定入院量加算点数

「水の内足へ内心室が中無数	
現行	改定案
【 別表 6 】 A 3 0 1 – 4 小児特定集中治療室管理料	【 別表 6 】 A 3 0 1 – 4 小児特定集中治療室管理料
(7日以内の期間) 13,970点	(7日以内の期間)13,970点
(8日以上14日以内の期間) 11,938点	(8日以上14日以内の期間) 11,938点
	<u>(15日以上30日以内の期間) 12,196点</u> (31日以上35日以内の期間) 12,388点
A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料 (7日以内の期間) 7,264点	A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料 (14日以内の期間) 7,264点
(8日以上14日以内の期間) 6,044点	<u>(15日以上30日以内の期間) 6,302点</u>
	(31日以上の期間) 6,494点
 A 3 0 7 小児入院医療管理料	A 3 0 7 小児入院医療管理料
(追加)	注2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用してい
(追加)	る場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。 注3基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定する基
	<u>準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に</u>
	入院している患者(小児入院医療管理料3、小児入院医療
	管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。)について、重症児受入体制加算として、1日につき所重症
	児受入体制加算として、1日につき所定点数に200点を加算
	<u>する。</u>

午前退院割合が多い場合の退院日減算

_ 十削延院刮口が多い場口の延院口減昇	
現行	改定案
【別表9】	【別表9】
区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料
7対1入院基本料127点	7対1入院基本料127点
7対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)102点	7対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算) 108点
	7対1入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)89点
10対1入院基本料107点	10対1入院基本料107点
10対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)85点	10対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)91点
	10対1入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)75点
13対 1 入院基本料90点	13対1入院基本料90点
13対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)72点	13対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算) 76点
	13対1入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)63点
15対1入院基本料77点	15対1入院基本料77点
15対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)61点	15対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)65点
金曜入院・月曜退院が多い場合の土日減算	15対1入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)54点
	【別表12】
区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料
7 対 1 入院基本料127点	7 対 1 入院基本料 127点
7対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)102点	7対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)108点
10社17原	7 対 1 入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)89点 10対 1 入院基本料107点
10対1入院基本料107点 10対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)85点	10対 1 入院基本科107点 10対 1 入院基本料(月平均夜勤時間超過減算) 91点
10对 1 八阮圣平符(月千均仪到时间起炮/吸昇)65点 	10对1入院基本科(月平均後動時间起過減异) <u>91点</u> 10对1入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)75点
 13対1入院基本料90点	13対1入院基本科(役動時間特別人院基本科)/5点
13対1入院基本科90点 13対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)72点	13対1入院基本科90点 13対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算) 76点
1971 1 八匹全个付(万十岁仪到时间但则成异)/2点	13对1入院基本科(万十均恢動時間趋過减异)/0点
	13/11 八阮圣中代(汉到时间行列八阮圣中代)03点

現 行	改定案
15対1入院基本料77点 15対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)61点	15対1入院基本料77点 15対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算) <u>65点</u> 15対1入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)54点
(追加) 特定機能病院が7対1病棟と10対 1病棟を併設させる場合の取扱い	【別表13】 13 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、7対1入院基本料の届出を行っている病棟の一部を10対1入院基本料に段階的に変更するものとして届出を行ったものにおいては、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。) 7対1入院基本料260点

現 行		改定案
(追加)	専門病棟入院基本料算定病院が7対1病棟と10対1病棟を併設させる場合の取扱い	14 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、7対1 入院基本料の届出を行っている病棟の一部を10対1入院基本料に段階的に変更するものとして届出を行ったものにおいては、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。 区分番号 A 1 0 5 に掲げる専門病院入院基本料 7対1入院基本料259点
(追加)	一般病棟入院基本料算定病院が7対1病棟と10対1病棟を併設させる場合の取扱い	【別表15】 15 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、7対1入院基本料の届出を行っている病棟の一部を10対1入院基本料に段階的に変更するものとして届出を行ったものにおいては、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料7対1入院基本料259点7対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)220点7対1入院基本料(夜勤時間特別入院基本料)181点

現 行 改定案

【別表14】

14 退院の日又は一般病棟以外の病棟への転棟等の前日(以下「退院の日等」という。)における療養に適用する診断群分類区分と退院の日等の前日までにおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日等の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について退院の日等における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、退院の日等の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。

【別表17】

17 退院の日又は本文第5項第四号のイからりまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟等若しくは地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病室において本表により療養に要する費用の額を算定していた患者がこれら以外の病棟等に転棟した日の前日(以下「退院の日等」という。)における療養に適用する診断群分類区分と退院の日等の前日までにおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日等の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について退院の日等における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、退院の日等の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。

DPC包括点数を算定していた患者がDPC対象外病棟に転棟し、月をまたいで退院した場合で、退院時に決まるDPCコードがDPC 包括点数算定時と変わった場合における差額調整の取扱いについて、地域包括ケア入院医療管理料算定病室においてDPC包括点数を算定していた患者もこの取扱いの対象となることを明記