中医協 総－１	中医協 診－１
２７．１２．１６	２７．１２．９

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

平成27年12月９日
診療報酬調査専門組織　DPC評価分科会
分科会長　小山　信彌

Ⅰ．概要

平成28年度改定に向けたDPC制度（DPC/PDPS）の対応については、平成26年５月28日の中医協において了承された検討方針とスケジュールに基づき、DPC評価分科会において引き続き検討を行った。

今回、以下の検討について一定の結果を取りまとめ、中医協基本問題小委員会に報告する。

１．基礎係数(医療機関群に関連する事項)の見直し
２．機能評価係数Ⅰ・Ⅱの見直し
３．算定ルール等の見直し
４．退院患者調査の見直し
５．診断群分類の見直し

Ⅱ．検討結果の概要

１．基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し

【論点】

１－１．医療機関群について

①　地域における機能の評価と絶対値要件について

②　高度な医療技術の評価について

１－２．基礎係数について

１－１．医療機関群について

【経緯】

○　平成 24 年度診療報酬改定において、「調整係数」の廃止に向けて「基礎係数」が新たに設定され、「基礎係数」は医療機関群に分けて設定されることとなった。

○　大学病院本院は、包括範囲の１日当たりの出来高点数（診療密度）が他施設と比較し明らかに異なっており、役割や機能が他施設と異なると考えられることから別群（Ⅰ群）とされた。

○　大学病院本院以外の施設のうち、「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」及び「重症患者に対する診療の実施」といった観点から、一定の機能を有すると考えられる高機能な医療機関については別群（Ⅱ群）とされた。

○　平成 26 年 10 月 8 日中医協基本問題小委員会において、Ⅰ群は引き続き大学病院本院とすること及びⅢ群は細分化を行わないことが了承されたが、Ⅱ群の選定要件に関しては、「地域における機能を要件」とした「絶対値による基準値」の設定を検討することとされた。

① 地域における機能の評価と絶対値要件について

対応方針（案）

○ 見送り（現状維持）としてはどうか。

○ 将来的な病床機能の分化を見据えた基準値の設定が必要となるが、地域における医療機能を客観的に評価する為のデータが存在しないことから、現時点では機能の評価と絶対値の設定は困難である。

○ 「地域における機能」を要件とすることについては、平成 28 年度診療報酬改定以降引き続き検討を行うこととする。

- 今後の医療圏ごとの医療計画の見直しも踏まえた上で「地域における医療機関の機能」によった選定要件の設定ができないか引き続き検討を行う。

② 高度な医療技術の評価について

対応方針（案）

○ Ⅱ群病院の「実績要件３：高度な医療技術の実施要件」に外科系だけでなく以下の通り内科系の技術も求めてはどうか。

○ 【実績要件 3】「高度な医療技術」としては外科系学会社会保険連合によって取りまとめられた「外保連試案（第 8.2 版）」を用いて評価していたが、内科系の診療機能については評価が行われていないとの意見があった。

○ 平成 25 年 12 月に内科系学会社会保険連合によって、各内科系学会合意の上で、重篤な急性疾患・病態が高度の熟練を要する技術（「特定内科診療」）が取りまとめられた。

○ より正確に医療機関を評価するために、【実績要件 3】「高度な医療技術」に「特定内科診療（2014 年度版）」（2014 年度版で 25 疾患）の診療実績を加える。

○ また、その実績の評価方法としては、外保連手術指数の項目数と同じく、
『３Ａ　症例割合（対象症例数を総入院症例数で除した割合）』
『３Ｂ　DPC 算定病床当たりの症例件数（対象症例数を DPC 算定病床数で除した値）』
『３Ｃ　対象症例件数』の 3 項目とする。

○ 従って【実績要件 3】「高度な医療技術」については従来の外保連手術指数に上の 3 項目を加えた 6 項目に基づいて評価を行う。

○ なお、「外保連試案（第 8.2 版）」「特定内科診療（2014 年度版）」が平成 28 年度診療報酬改定までに最新版に更新された場合は、事務処理期間も勘案した上で可能な限り最新版を使用する。

１－２．基礎係数について

対応方針（案）
○　以下の通り、見送り（現状維持）としてはどうか。

【経緯】

○　医療機関群ごとに設定される基礎係数は、平成 24 年度診療報酬改定において、調整係数の廃止に向けて新たに設定された。

○　中長期的には、医療機関群ごとに、一定の診療機能や診療密度に収斂していくことが期待されている。

（参考：平成 23 年 11 月 18 日　中医協　総－２－２より）
２．医療機関群別に基礎係数を設定する理由
同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

○　一方で、Ⅰ群病院の中でも分院の方が高機能な病院が存在するなど機能にバラツキが存在していることが明らかになった。

○　また、Ⅲ群病院の中でも基礎係数により画一化されることで、機能評価係数Ⅱでは十分に評価されていないのではないかとの意見があり、基礎係数と機能評価係数Ⅱの重み付けの見直しを検討することが平成 26 年 10 月 8 日の中医協基本問題小委員会で了承された。ただし、重み付けの見直しは客観的に納得できる方法で行うこととされた。

○　「基礎係数」と「機能評価係数Ⅱ」の重み付けの見直しに際して、客観的に納得のいく方法として、Ⅲ群の基礎係数を以下のパターンで置き換えた場合についてシミュレーションを行った。

①　医療機関ごとに算出した基礎係数（包括範囲出来高点数/DPC 点数表に基づく包括点数）の 50%tile 値
②　1.0000
③　医療機関ごとに算出した基礎係数の最低値

平成 26 年度の基礎係数

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC 病院Ⅰ群（大学病院本院）	80	1.1351
DPC 病院Ⅱ群（高機能な病院）	99	1.0629
DPC 病院Ⅲ群	1406	1.0276
合計	1585	1.0464

⇒ ①1.0301 ②1.0000 ③0.9066

集計結果：平成 26 年度データを用いて、調整係数の置き換えを 75%へ進めた場合

	マイナス緩和対象	プラス緩和対象
調整係数 75%置き換えのみ	41	50
調整係数 75%置き換え　＋　①	42	48
調整係数 75%置き換え　＋　②	55	38
調整係数 75%置き換え　＋　③	225	54

※マイナス緩和対象：　診療報酬改定前後において、推計診療報酬変化率が－2.0%を超える医療機関

○　配分（重み付け）の見直しによる問題点は以下の通り

- 基礎係数の一部を機能評価係数Ⅱに置き換えた場合のシミュレーションでは、マイナス緩和措置対象病院が増加する傾向にある。

- Ⅲ群の基礎係数の財源を、機能評価係数Ⅱの財源へ置き換えた場合に、医療機関群をまたいで設定されている係数（効率性係数、後発医薬品係数、及び救急医療係数）をⅢ群のみへ分配することが現行では困難。

○　基礎係数の配分（重み付け）の見直しは平成 28 年度診療報酬改定では対応せず、医療機関群の更なる精緻化などでの対応を引き続き検討する。

１．基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直しに係る対応方針（案）

【対応方針（案）】

１－１．医療機関群について

①　地域における機能の評価と絶対値要件について

○　見送り（現状維持）としてはどうか。

②　高度な医療技術の評価について

○　Ⅱ群病院の「実績要件３：高度な医療技術の実施要件」に外科系だけでなく以下の通り内科系の技術も求めてはどうか。

１－２．基礎係数について

○　見送り（現状維持）としてはどうか。

２．機能評価係数Ⅰ・Ⅱの見直し

【論点】

２－１．機能評価係数Ⅰ

２－２．機能評価係数Ⅱ

（１）総論

①機能評価係数Ⅱの考え方について

②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

（２）各論（個別項目）

①Ⅰ群病院・Ⅱ群病院における機能の差について

②病院情報の公表について

③カバー率指数について

④指定難病の診療実績の評価について

⑤地域がん登録について

⑥新型インフルエンザについて

⑦臨床研究中核病院について

⑧後発医薬品指数について

⑨『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』について

２－１．機能評価係数Ⅰ

対応方針（案）

○　現行の評価方法を継続することとしてはどうか。（改定全体の方針を踏まえた対応については、今後中医協総会において議論する）

○　機能評価係数Ⅰは、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を主として係数として評価している（別紙)。

○　具体的には、出来高評価体系において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係数として設定したものであり、対象となる出来高報酬項目は以下の通り。

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)

２－２．機能評価係数Ⅱ

（１）　総論

①機能評価係数Ⅱの考え方

対応方針（案）
○　現状維持としてはどうか。

○　機能評価係数Ⅱの考え方については以下の通りである。

○　DPC 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）を評価する。
○　係数は、当該医療機関に入院する全 DPC 対象患者が負担することが妥当なものとする。
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
①医療の透明化（透明化）
②医療の質的向上（質的向上）
③医療の効率化（効率化）
④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
①高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
②総合的な医療の提供機能（総合性）
③重症患者への対応機能（重症者対応）
④地域で広範・継続的に求められている機能（５疾病等）
⑤地域の医療確保に必要な機能（５事業等）
（平成 25 年 10 月 16 日　中医協　総-1-1 より）

○　新たな項目を検討するにあたって、平成 28 年度診療報酬改定においても、現行の考え方を基本的には継続する。

②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

対応方針（案）

○　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。

○　機能評価係数Ⅱの 7 項目間での相対配分については､7 項目がそれぞれ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こととされている。

○　一方で、平成 27 年 6 月 17 日 DPC 評価分科会における議論において、各係数の評価に関する重みが異なっているために、各係数で医療機関の努力が適切に反映されていないとの指摘があった。

（参考）平成 26 年度改定時の機能評価係数Ⅱの各係数の、合計値に対する影響度を比較
（全 DPC 対象病院　1584 病院）

関連	機能評価係数Ⅱ	標準化係数	有意確率	分散
大	後発医薬品係数	0.509	p ＜ 0.001	0.000023
↑	救急医療係数	0.439	p ＜ 0.001	0.000017
↕	地域医療係数	0.438	p ＜ 0.001	0.000017
↕	複雑性係数	0.398	p ＜ 0.001	0.000014
↕	効率性係数	0.355	p ＜ 0.001	0.000011
↓	カバー率係数	0.114	p ＜ 0.001	0.000001
小	保険診療係数	0.008	p ＜ 0.001	0.000000

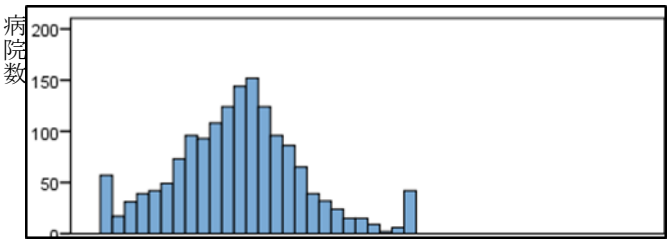
○　各係数の重み付けの手法に関しては、それぞれが独立した概念で設定されており、項目間相互で評価の軽重を設定することが困難であることから、各係数項目の評価への配分は等分とする考え方を継続する。

○　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。

○　新しく導入が検討されている係数に関しては、実際に改定に用いるデータを参考に標準化の対象とするか検討を行う。

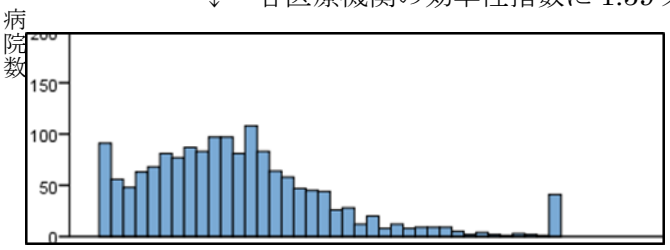
（イメージ）効率性係数

従来の係数の分布



↓　各医療機関の効率性指数に 1.59 乗の処理

分布の均一化
（分散が各係数の分散の平均値になるよう係数に x 乗の処理）



（２）　各論（個別項目）

○　現行、機能評価係数Ⅱにおいて評価されている項目については別紙の通り。

見直しの概要

○　現行７項目によって評価されている機能評価係数Ⅱについては、下記のとおり見直すこととする。

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

※重症度指数の標準化を行うかは今後、実際に改定に用いるデータで検討

① Ⅰ群病院・Ⅱ群病院における機能の差について

対応方針（案）

○ 保険診療指数において以下の項目に該当する場合はそれぞれ減算することとしてはどうか

- **Ⅱ群の実績要件4項目のうち、一定項目が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群の選定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**

○ 平成27年5月27日中医協基本問題小委において、以下の項目を評価することが決定しており、DPC評価分科会において、更に具体的な検討を行った。

○ 他の大学病院本院と比較して機能の低い医療機関に関しては、機能評価係数Ⅱにおいて対応

- 分院よりも機能の低い本院
- 精神病床の有無（Ⅱ群においても同様の評価行うか検討）

等

② 病院情報の公表について

対応方針（案）

○ 平成 29 年度より機能評価係数Ⅱにおける保険診療指数の中で「病院情報の公表」の評価を行うことを検討してはどうか。

○ 病院指標の作成と公開については、平成 24 年度診療報酬改定に向けた検討の中で、機能評価係数Ⅱにおける追加導入を検討すべき項目（診療情報の提供及び活用等並びに診療の透明化及び改善の努力を評価）として検討が行われ、公表する項目及び様式等について平成 24 年度改定以降引き続き検討することとされた。

○ 平成 25 年 5 月 22 日に開催された DPC 評価分科会において「病院指標の作成と公開」に関する議論が行われ、実行可能性や効果等について検証するため、病院指標の作成と公開に関する特別調査を実施し、機能評価係数Ⅱの評価項目として導入するか否かについては、特別調査の結果を踏まえ検討することとされた。

○ 平成 25 年 9 月 25 日に開催された中医協総会において、病院指標の作成と公開に係る平成 25 年度特別調査の実施が了承され、同年、調査対象医療機関に対し、特別調査（アンケート形式）が実施された。

○ 平成 26 年 5 月 14 日 DPC 評価分科会において、「病院指標の作成と公開」についての特別調査結果が報告された。大多数の医療機関がデータの公表に関しては賛成しており、DPC データの質向上に一定の効果が期待できるものと考えられた。

参考：現在提唱されている項目（７項目）

１）年齢階級別退院患者数

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）

引き続き検討が必要となる項目は以下の通り

- 自院で指標を解説する際に遵守されるべき指針について
- 各病院で公表された指標及びその解説の妥当性をチェックする仕組みについて
- 病床規模又は専門性等によって不平等が生じないような指標の作成・公開方法のあり方について（実施する主体等）
- 集計結果に誤りが生じないようにするための各指標の詳細な算出方法の公開について
- わかりやすい指標とするため、全体の中の位置づけが明確となるような公開方法について（比較対象の明確化等）
- 病院指標の作成と公開に向けたインセンティブのあり方について（機能評価係数Ⅱによる評価等）

③ カバー率指数について

対応方針（案）

○ 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。

○ カバー率指数に関しては、Ⅲ群においては「専門病院・専門診療機能」に配慮した評価となっている。一方で、他の係数と比較して分散が小さいことによって、他の係数と同等の評価となっていないとの意見があった。

○ 病院の申告に基づく種別（総合病院又は専門病院）に基づいて、「カバー率指数の配慮のあり方」について検討を行ったところ、専門病院であっても、「がん専門病院」と「小児専門病院」においては、「総合病院」と大きく差がなかった。

○ 「がん専門病院」と「小児専門病院」を除いた、「専門病院」の種別に配慮した形で、DPC データによるシミュレーションを行い、下限値の検討を行った。

（参考）平成 26 年度改定時の機能評価係数Ⅱの各係数の、合計値に対する影響度を比較
（Ⅲ群病院のみ　1405 病院）

関連	機能評価係数Ⅱ	標準化係数	有意確率	分散
大	後発医薬品係数	0.495	p ＜ 0.001	0.000023
↑	救急医療係数	0.435	p ＜ 0.001	0.000017
	地域医療係数	0.431	p ＜ 0.001	0.000017
	複雑性係数	0.388	p ＜ 0.001	0.000014
	効率性係数	0.352	p ＜ 0.001	0.000012
↓	カバー率係数	0.101	p ＜ 0.001	0.000001
小	保険診療係数	0.008	p ＜ 0.001	0.000000

○ Ⅲ群のカバー率指数については、専門病院に配慮した下限値として 30%tile 値を採用する。

④ 指定難病の診療実績の評価について

対応方針（案）
○ 評価を見送ることとしてはどうか。

○ 指定難病の診療実績を機能評価係数Ⅱにおいて評価するべきとの意見があった。
○ 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。一方で、現時点では DPC データからは、指定難病に対する診療実績を把握することができない。
○ 医療機関ごとの取り組み実績を把握する必要があるため、指定難病の有無の記載を退院患者調査に含める。

⑤ 地域がん登録について

対応方針（案）
○ 法律で義務化されるために評価を廃止してはどうか。

○ 現在、地域医療指数の一項目として医療機関における「地域がん登録」の件数の実績を評価している（「地域がん登録」は健康増進法に基づく努力義務）。

○ 平成 25 年 12 月「がん登録推進法」が成立し、「がん登録」が医療機関において義務化され、平成 28 年 1 月より施行される。

> 病院の管理者は、原発性のがんについて、当該病院等における初回の診断が行われたとき（転移又は再発の段階で当該病院等における初回の診断が行われた場合を含む。）は、厚生労働省令で定める期間内に、その診療の過程で得られた当該原発性のがんに関する次に掲げる情報を当該病院等の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。
>
> （がん登録等の推進に関する法律　第六条より抜粋）

○ 平成 28 年度においては、過去の実績に配慮して評価を継続する（平成 28 年度機能評価係数Ⅱは平成 26 年 10 月～平成 27 年 9 月の実績で評価を行う。）。
○ ただし、「がん登録」が義務化された後の実績により、評価が行われる、平成 29 年度の機能評価係数Ⅱにおいては、「がん登録」の地域医療指数における評価を廃止する。

⑥ 新型インフルエンザについて

対応方針（案）

○ 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。

○ 新型インフルエンザ等対策特別措置法第２条第７号に基づき、各都道府県において指定地方公共機関の指定が進んでいるところである。

○ 平成 26 年度診療報酬改定において、新たに「新型インフルエンザ等対策にかかる地方公共機関の指定」を受けた医療機関の評価を検討することとなった。

○ 一方で以下の問題点があったために平成27年度においては評価が見送られ、平成 28 年度以降の導入を検討することとされた。

> ○ 地域における役割を明確化された場合には、その動向を踏まえ次回改定以降の導入を検討してはどうか。
>
> 【考え方】
>
> ○ 法人単位で指定を受ける場合もあるため、実際に個別の医療機関が機能を持つか把握することができない。
>
> ○ 指定公共機関、指定地方公共機関、地方公共団体の医療機関のうち、都道府県対策本部長の総合調整の下、当該都道府県の区域に係る新型インフルエンザ等対策を実施する医療機関を、別途「都道府県知事の認定を受ける」等の方法にて決定することが検討される見込みである。
>
> （平成 26 年９月 10 日中医協　総-４より抜粋）

○ 現在は指定公共機関、指定地方公共機関、地方公共団体の医療機関の決定に関し、特措法に定める要件や個別の事業ごとに期待される具体的な措置との関連性、危機時においても当該措置を継続することができるための事業規模など国民保護法等も参考に、通則的な指定基準に基づき、各都道府県において法人単位での選定が進んでいるところである。

○ 一方で、法人単位での選定が完了していないことから、医療機関単位での選定方針及び方法については、引き続き検討中である。

⑦ 臨床研究中核病院について

対応方針（案）

○ 臨床研究中核病院としての承認を受けることを、『高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）』という観点から評価を行ってはどうか。

○ 「臨床研究中核病院」とは、日本発の革新的医薬品・医療機器等の開発を推進するため、国際水準の臨床研究等の中心的役割を担う病院として、医療法上に位置づけられたもの（平成 27 年 4 月施行）。平成 27 年 10 月時点で、4 病院（DPC 対象病院）が指定を受けている。

○ 臨床研究中核病院の承認を受けることは、以下の点において、高機能であることが担保されており、保険診療を受ける入院患者や地域における機能においてもメリットがあると考えられる。

① 病院長を中心とした強力な管理体制が構築されていることにより、革新的な医薬品・医療機器を安全に使用できる体制が整備されている点。

② 医薬品・医療機器の最新の知見を有した医療従事者（医師・薬剤師・看護師等）が配置されていること、及び薬事承認審査機関経験者等の専門的人材が配置されていることから、革新的医薬品・医療機器を安全に導入することができる点。

③ 診療ガイドラインの根拠となるような質の高い臨床研究論文が発表されており、日常診療においてもエビデンスに基づいた診療が行われる点。

④ 患者相談にあたっての窓口の明確化や、相談業務を行うにあたっての規約の整備がされている等、革新的な医薬品・医療機器の使用を伴う医療を患者が安心して受けられるような、患者相談窓口が設置されている点

○ 『高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）』という観点から『機能評価係数Ⅱ』の考え方に合致するため、『臨床研究中核病院』の指定を機能評価係数Ⅱにおいて評価を行うこととする。

○　また、平成 27 年の医療法改正を踏まえ、現行の「地域医療指数」の「体制評価指数」の考え方を以下の通り改めた上で、「体制評価指数」において評価することとしてはどうか。

「体制評価指数」の考え方	
現行	修正案
5 疾病・5 事業＋在宅医療に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。	医療法に特段の能力を有するものとして定めのある病院、又は 5 疾病・5 事業＋在宅医療に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。

＜地域医療指数　見直しのイメージ＞

現行	
体制評価指数	・計 12 項目 ・一部実績を加味 ・群別に評価上限値を設定
定量評価指数	１）小児
	２）上記以外

平成 28 年改定	
体制評価指数	・計 13 項目 ・一部実績を加味 ・群別に評価上限値を設定
定量評価指数	１）小児
	２）上記以外

＜地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ（項目の位置づけ）＞

【考え方】医療法に定められた病院、もしくは 5 疾病・5 事業＋在宅医療に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。

			⑬臨床研究中核病院
医療法	●5疾病	がん	②がん地域連携 ③地域がん登録（平成 29 年度で廃止） ⑧がん拠点病院
		脳卒中	①脳卒中地域連携 ⑨24 時間 t-PA 体制
		急性心筋梗塞	⑪24 時間診療体制
		糖尿病	―
		精神疾患	⑫精神身体合併症の受入体制
	●5事業	救急医療	④救急医療
		災害時における医療	⑤災害時における医療（＋災害拠点病院） ⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）
		へき地の医療	⑥へき地の医療
		周産期医療	⑦周産期医療
		小児医療	―
	在宅医療		―

太字（下線）：新規項目

灰色：実績評価の要素を加味する項目

⑧ 後発医薬品指数について

対応方針（案）

○ 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。

○ 経済財政運営と改革の基本方針 2015（平成 27 年 6 月閣議決定）の中で、以下の通り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。

> （薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革）
> 後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017 年（平成 29 年）央に 70%以上とするとともに、2018 年度（平成 30 年度）から 2020 年度（平成 32 年度）末までの間のなるべく早い時期に 80%以上とする。2017 年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する。
> 経済財政運営と改革の基本方針 2015（平成 27 年 6 月閣議決定）より抜粋

○ 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。

○ 80%の具体的な達成時期が決定されていないため、平成 28 年度診療報酬改定においては、70%を評価上限とする。

○ 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。

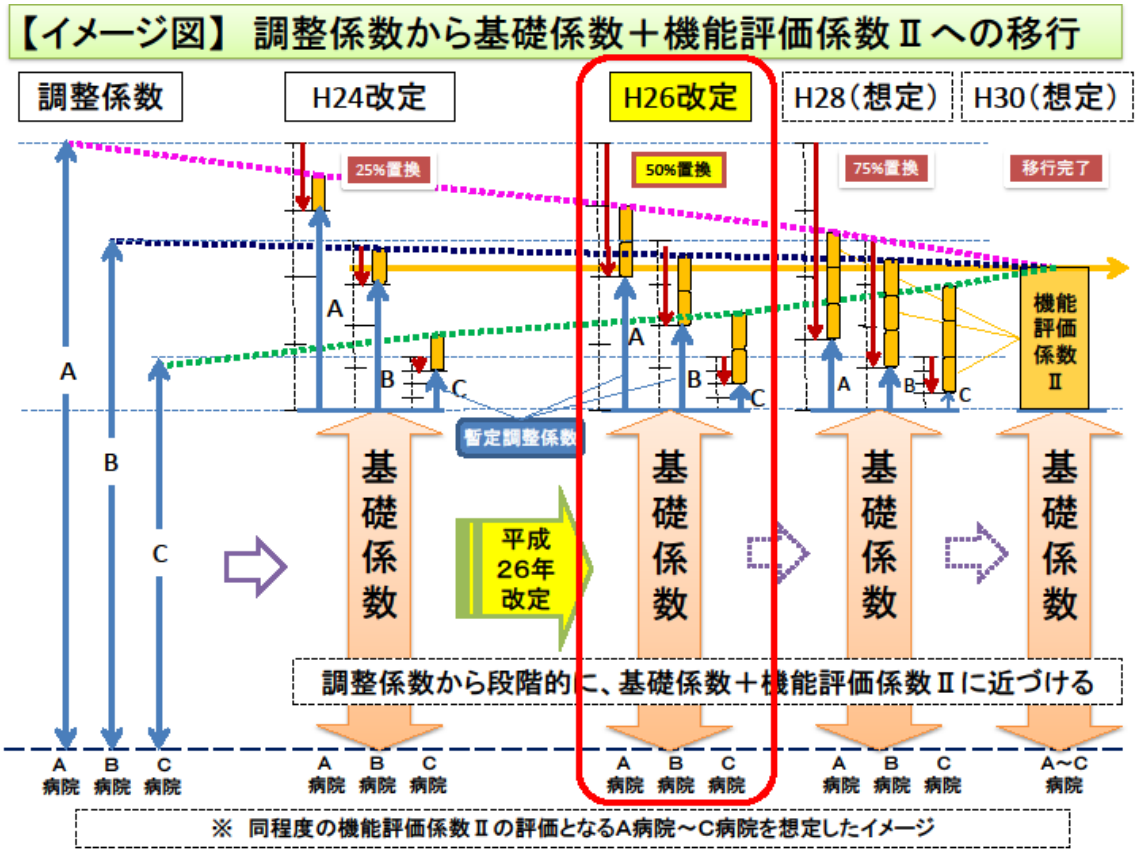
○ 厚生労働省ホームページにおいて、平成 25 年 4 月 1 日からの後発医薬品情報等を含む詳細なマスターが公開されたことから、今後は厚生労働省のマスターを使用する。

⑨ 『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』について

対応方針（案）

○ 診断群分類では十分評価されない重症度の高い患者の入院を評価する係数を設けてはどうか。

○ 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±2.0%を超えないよう暫定調整係数を調整する措置が行われていた。



○ ただし、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ため、平成 27 年 6 月 17 日 DPC 評価分科会において、激変緩和対象病院の分析と今後の DPC 制度における医療機関の評価のあり方の検討を行った。

○　検討の結果、診療報酬改定ごとの『調整係数の置き換え』が医療機関ごとの『推計診療報酬変化率』に大きく影響していることがわかった。更に分析を行ったところ、医療機関の『推計診療報酬変化率』と『包括範囲内出来高実績点数』に逆相関関係があることが明らかとなった。

○　上記の分析結果から、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（アウトライヤー）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。

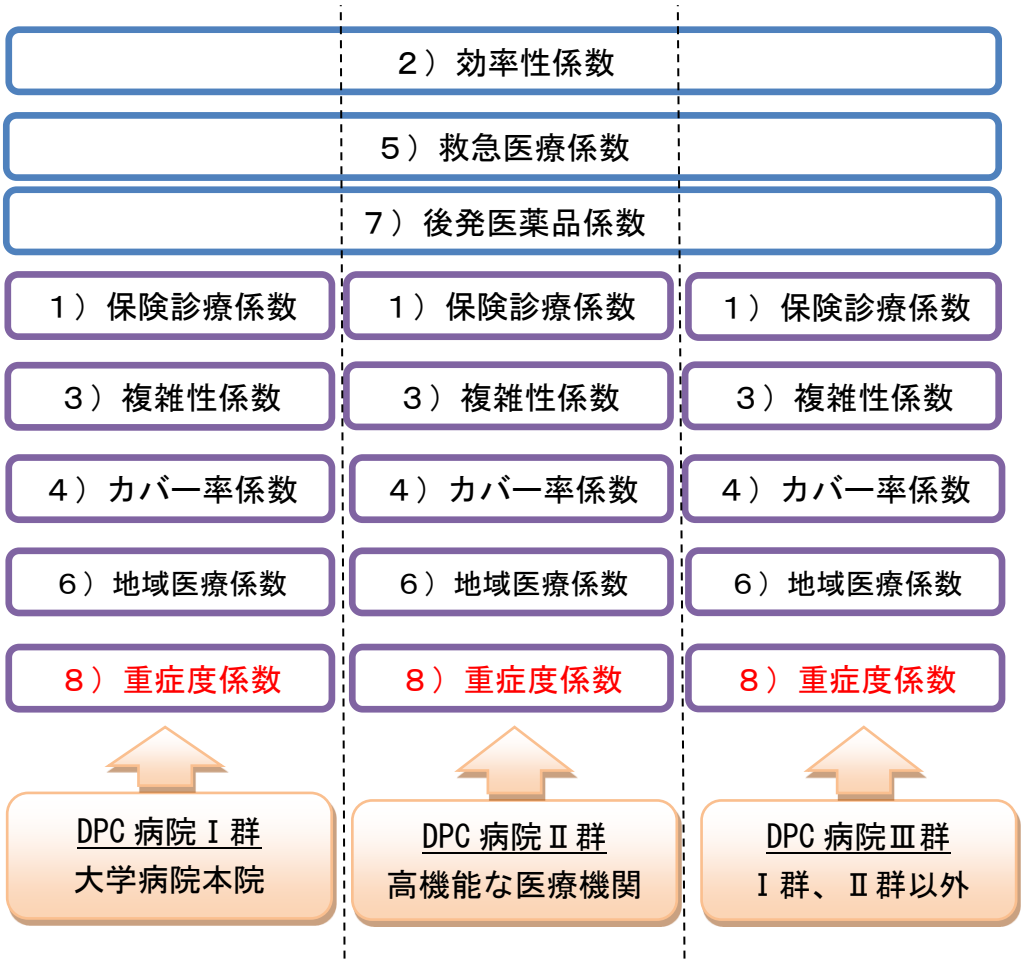
○　また、ＣＣＰマトリックスの様に、点数表において重症度を細かく分けることによって診断群分類の点数の精緻化を行っても、ＣＣＰマトリックスの対象疾患は限定的（次期改定では３疾患を予定）であるため、『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』を完全に表現はできない。

○　新たな係数として『重症患者への対応機能（重症者対応）』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。

○　医療機関ごとの重症度指数の計算式は以下の通り

〈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。）

○　当該評価は、医療機関群別評価とする。



２．機能評価係数Ⅰ・Ⅱの見直しに係る対応方針（案）

【対応方針（案）】

２－１．機能評価係数Ⅰ

○ 現行の評価方法を継続することとしてはどうか。（改定全体の方針を踏まえた対応については、今後中医協総会において議論する）

２－２．機能評価係数Ⅱ

（１）総論

①機能評価係数Ⅱの考え方について

○ 現状維持としてはどうか。

②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。

（２）各論（個別項目）

①Ⅰ群病院・Ⅱ群病院における機能の差について

○ 保険診療指数において以下の項目に該当する場合はそれぞれ減算することとしてはどうか

- Ⅱ群の実績要件 4 項目のうち、一定項目が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群の選定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

②病院情報の公表について

○ 平成 29 年度より機能評価係数Ⅱにおける保険診療指数の中で「病院情報の公表」の評価を行うことを検討してはどうか。

③カバー率指数について

○ 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。

④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。

⑤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。

⑥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。

⑦臨床研究中核病院について

○　臨床研究中核病院としての承認を受けることを、『高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）』という観点から評価を行ってはどうか。

⑧後発医薬品指数について

○　70%を評価上限とすることとしてはどうか。また、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。

⑨『診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差』について

○　診断群分類では十分評価されない重症度の高い患者の入院を評価する係数を設けてはどうか。

３．算定ルール等の見直し

【論点】

３－１．請求の仕組みについて

（１）特定入院期間超えの出来高算定ルールについて

（２）差額調整の仕組みについて

３－２．平成 26 年度診療報酬改定の影響の評価

（１）DIC でコーディングする際の症状詳記の添付

（２）再入院ルールの変更

（３）点数設定方式 D について

（４）持参薬について

３－３．重症度を考慮した評価手法（CCP マトリックス）について

３－１．請求の仕組みについて

○ DPC 制度（DPC/PDPS）は、閣議決定に基づき平成 15 年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。

○ DPC 制度が精緻化されていく中で、高額薬剤や HIV 薬などの DPC 制度における取扱いが変更されてきた。一方で、DPC 制度開始から 12 年程経過しているが、請求そのものの仕組みについては開始当初のルールが継続して使用されてきた。

○ 請求の仕組みを以下の通り精緻化・簡素化することとしてはどうか。

（１）特定入院期間超えの出来高算定ルールについて

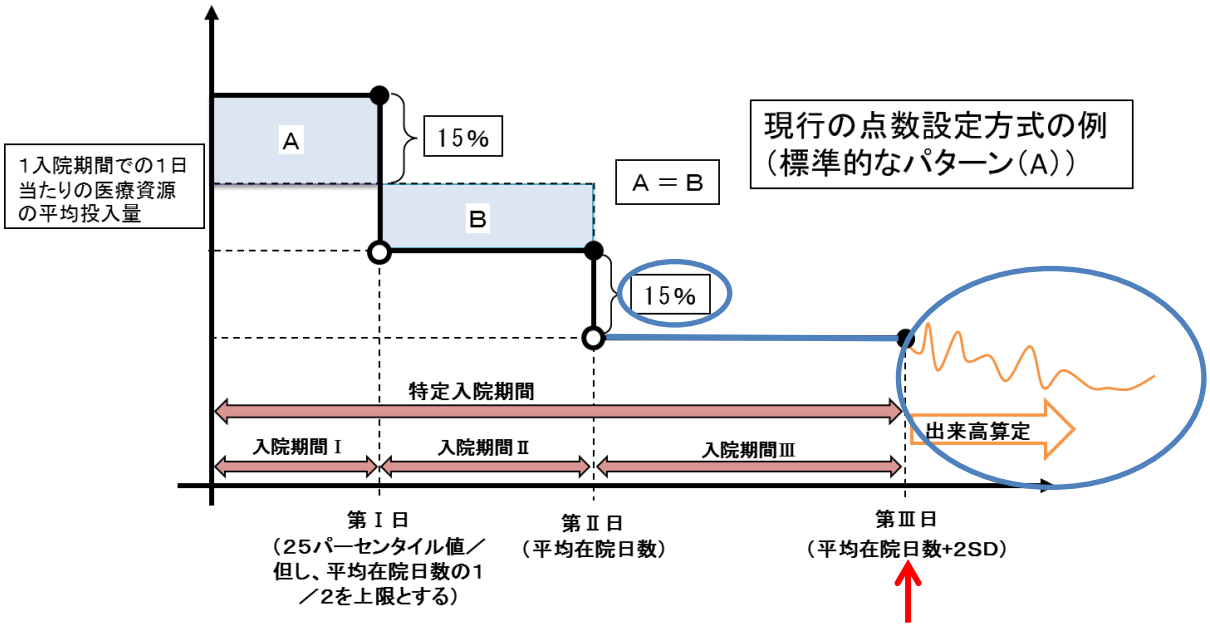
対応方針（案）

○ 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。

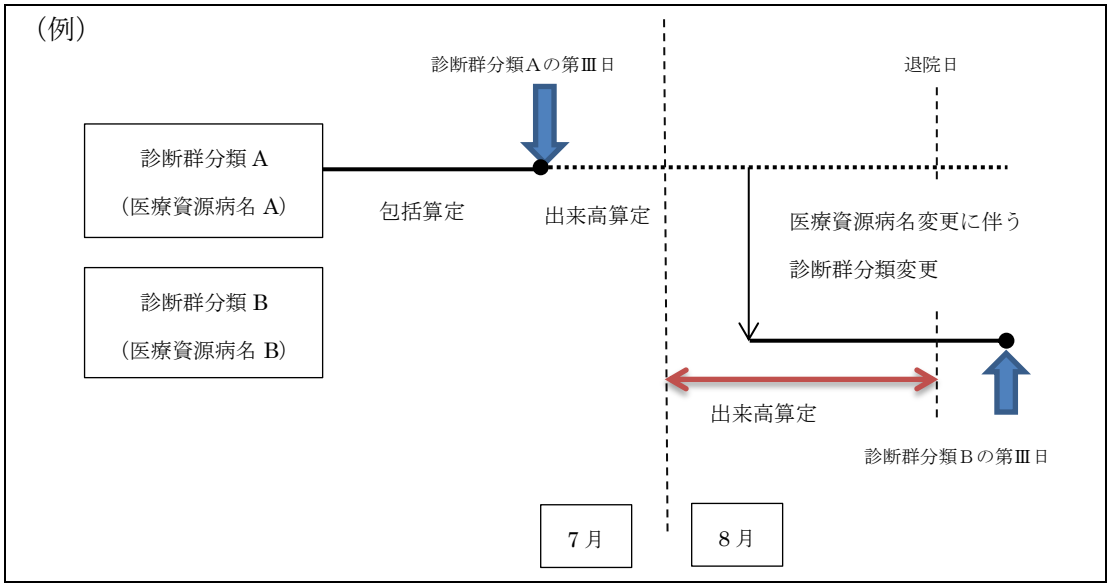
○ 現行の診断群分類点数表の点数設定方法は以下の通り

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた３段階の定額報酬を設定
- 入院が長期化する患者（アウトライヤー）については平均在院日数＋2SD を超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、４種類の点数設定パターンで対応

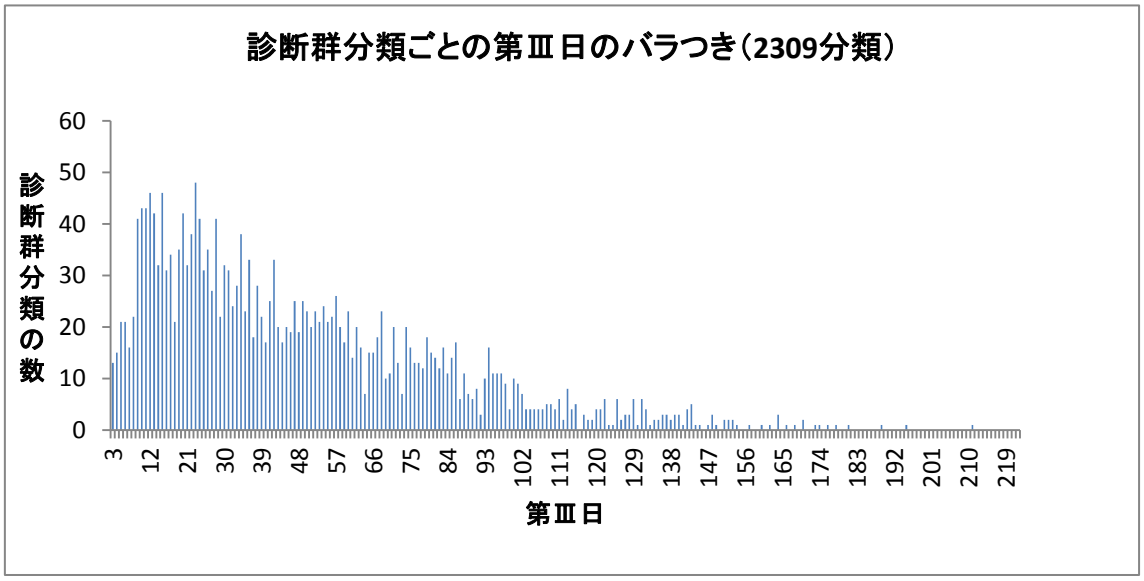


① 第Ⅲ日について

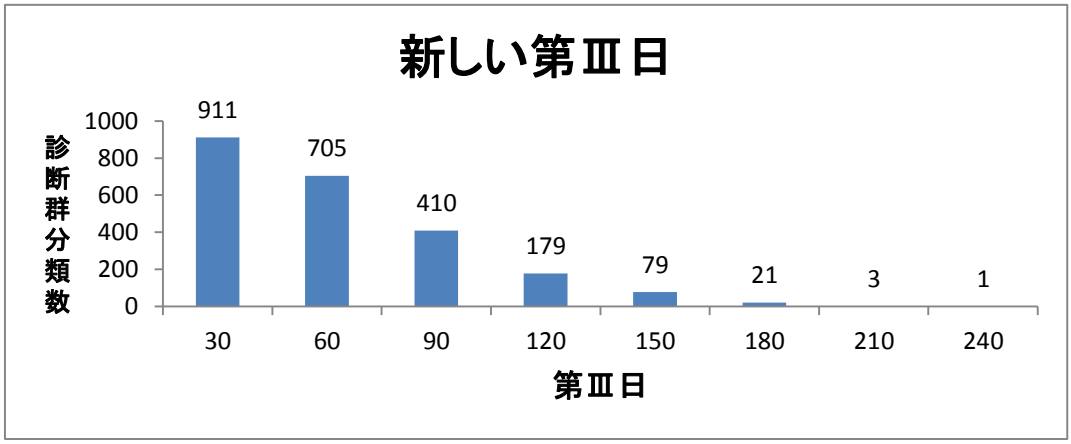
○ 第Ⅲ日が診断群分類区分ごとに異なるため、入院初期の診断群分類区分が変更になった場合に請求ルールが複雑化する。例えば、第Ⅲ日を超えた出来高算定期間に、医療資源病名の変更が行われた場合には、第Ⅲ日が診断群分類ごとで異なることにより請求方法が複雑化している。



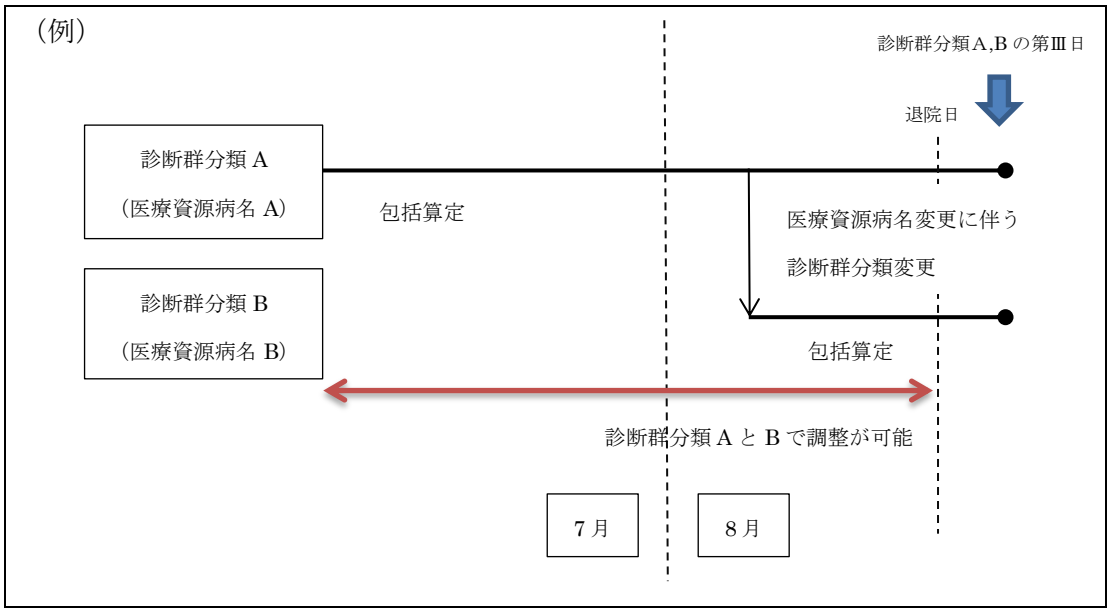
（参考）第Ⅲ日の分布について（平成 26 年度診断群分類）



○　診断群分類及び請求業務の簡素化の観点から、入院期間Ⅲの日数に関して、従来の入院日Ⅲ（平均在院日数+２ＳＤ）以上の、最も近い 30 の整数倍とする。



○　当該対応方針とした場合、全診断群分類のうち、約 40%の診断群分類が 30 日で統一され、約 70%の診断群分類が 30 日又は 60 日に集約化される。



○　現在まで調整が行うことが出来なかった診断群分類同士の請求の調整を行うことが可能となる。

○　多くの診断群分類が同一の包括算定期間とされ、出来高算定期間との差が明確になることによって、請求ルールの簡素化が図られる。

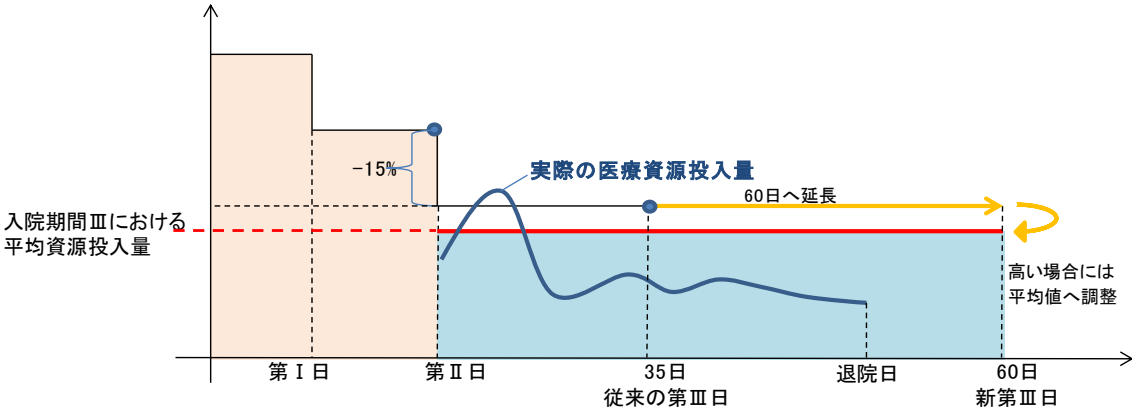
② 入院期間Ⅲの点数設定に関して

○ 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。



（新点数設定方式による影響）

○ 影響を受ける症例は、包括請求の診断群分類に該当する入院症例のうち約 10.9%である。

（２）差額調整の仕組みについて

対応方針（案）

○ 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。

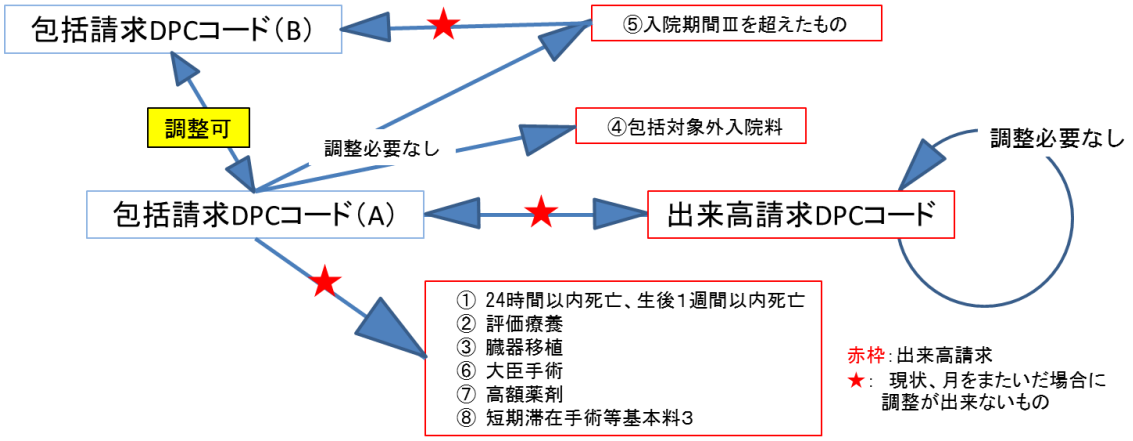
○ 月をまたいで請求方法が変更になった場合は、医療機関の取下げ依頼に基づくレセプト返戻による再請求を行うこととしてはどうか。

○ DPC 制度においては、DPC 対象病棟に入院中の患者であって入院中に DPC コードに変更があったものについては、退院時の DPC コードに基づき再計算を行い調整する必要がある。

> Ⅱ診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領
> ２明細書の記載要領に関する事項
> (11) 「包括評価部分」欄について
> ③退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「○月請求分」として記載すること。
> （「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」より抜粋）

○ DPC 対象病棟に入院中の患者であっても、包括請求（DPC 制度に基づく診断群分類区分に該当する患者の請求）と出来高請求（出来高請求 DPC コードに該当する場合、高額薬剤を使用した場合、臓器移植を行う場合又は入院期間Ⅲを超えた場合などの医科点数表に基づく請求）で請求方法に変更があった場合には、差額の調整を行う仕組みが存在しない。

（参考）入院初月に包括請求 DPC コード（A）で請求したが、翌月に「①～⑧又は出来高請求 DPC コード変更」へ変更になった場合。



○　一方で、以下の通り、退院時に決定された診断群分類によって請求を行うことが DPC 制度における理念であるため、一入院で請求方法を統一することとする。

第２診断群分類区分等について （4）一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定すること。 （「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等に伴う実施上の留意事項について」より抜粋）

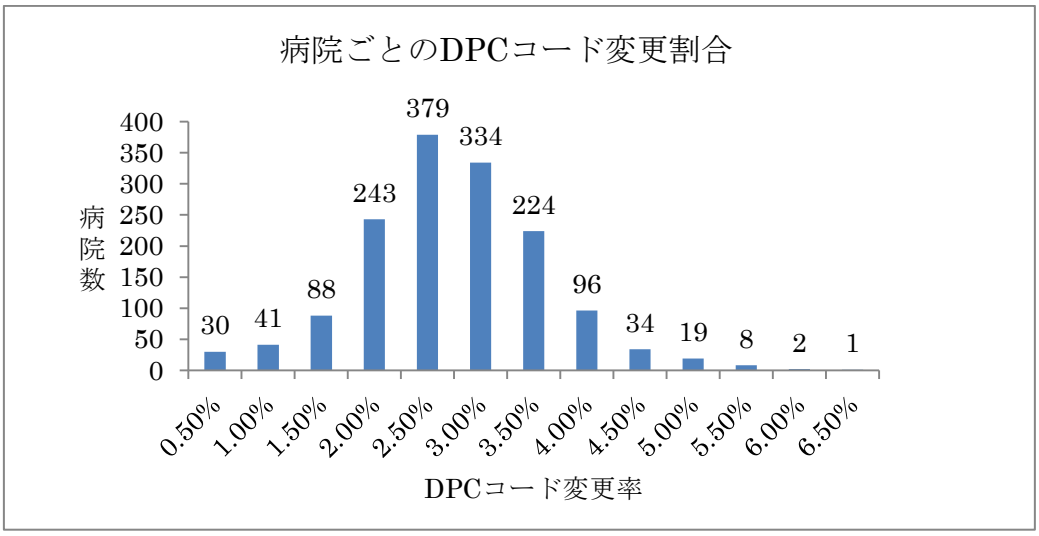
○　請求方法を統一した場合に、DPC 対象病棟におけるレセプト返戻の対象となる症例は最大で 2.6%であり、外来レセプトや、DPC 対象病棟以外の入院レセプトを含めると、医療機関全体としては更に低い割合となる。

○　今後、医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、請求方法が変更となる割合は更に減少すると考えられる。

（参考）平成 25 年度の DPC データを集計　　対象：1499 施設

DPC 対象病棟入院レセプト枚数	12,865,802	
上のもののうち、月跨ぎ入院数	2,919,483	22.7%
上のもののうち、請求方法変更数（※）	336,337	2.6%

（※）　返戻の対象外となる、「包括請求の DPC コードから包括請求の DPC コード」への変更も含む。



３－２．平成 26 年度診療報酬改定の影響の評価

○　平成 26 年度診療報酬改定において、DIC コーディング・再入院ルール等の算定ルールが見直されたところである。
○　今般、平成 26 年度の DPC データを用いて改定の影響を検証する。

（1）DIC でコーディングする際の症状詳記の添付

対応方針（案）
○　適正化が見られたために、現状維持としてはどうか。

○　いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）の事例が存在するのではないかと指摘されている診断群分類（「130100 播種性血管内凝固症候群」）については、適切な傷病名コーディングの推進に向けて、以下の通りルールが改定された。

> 診断群分類番号 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、一連の入院の中で医療資源を最も投入したＤＩＣであるか否かについて、より的確な診療報酬明細書審査を行うため、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
> （保医発０３１９第４号　平成２６年３月１９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　第３費用の算定方法　１診療報酬の算定（14）より）

【集計結果】

年度	件数	平均在院日数	一日あたり平均医療資源投入量	全入院件数から見た件数割合
H22	2057	37.6	5,714	0.05%
H23	4579	37.0	5,238	0.11%
H24	6362	35.1	4,943	0.14%
H25	7582	35.3	4,735	0.17%
H26	**6141**	**32.3**	**4,805**	**0.14%**

○　平成 26 年度改定によって、一日あたり医療資源投入量や件数の適正化が見られた。

○　また、同様の事例が他にもないか引き続き検討する。

（2）再入院ルールの変更

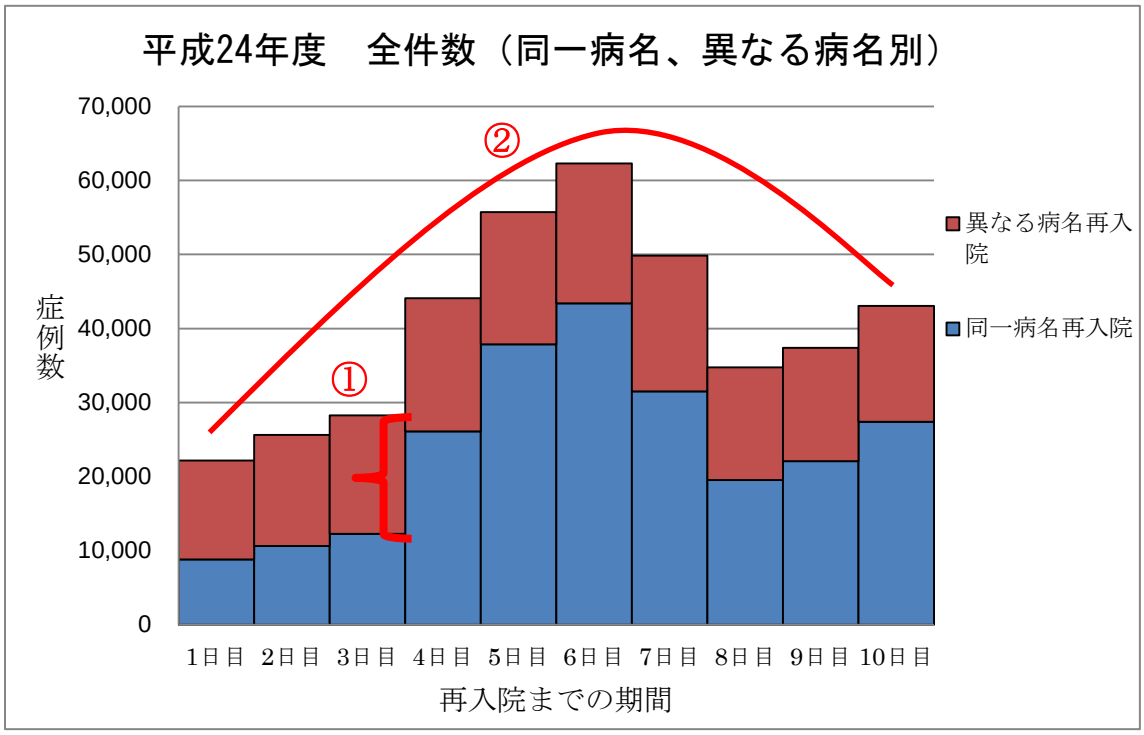
対応方針（案）

○　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。

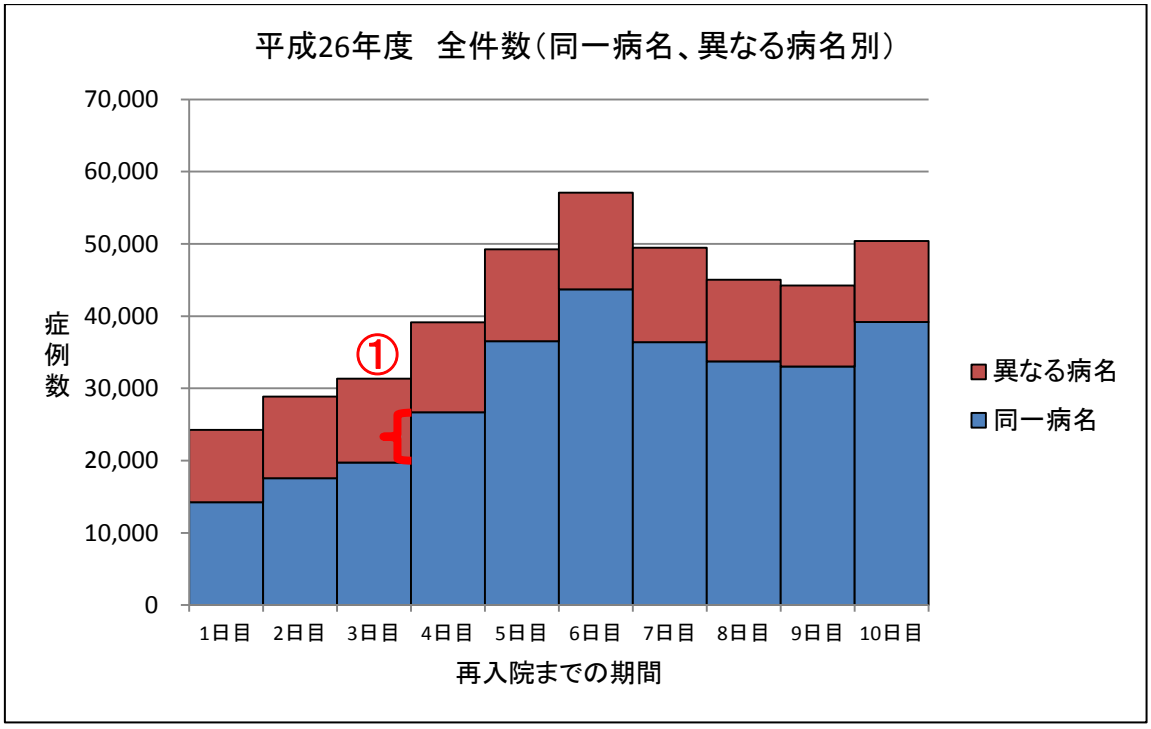
○　再入院の時期や傷病名コードを意図的に操作することによって、入院期間を不適切にリセットする事例があると考えられることから、いわゆる「3日以内再入院ルール」の見直しが行われた。

【集計結果】

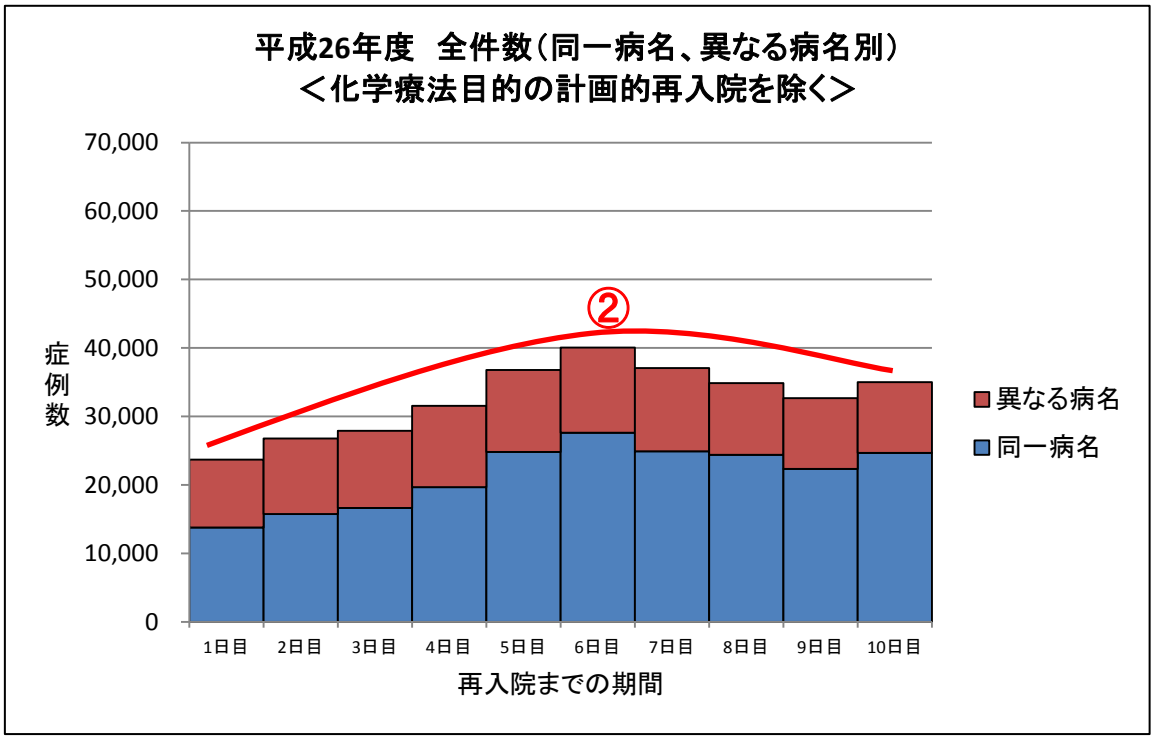
前回改定前のデータ（平成 25 年 12 月 13 日　中医協　総-1-1 より抜粋）



平成 26 年度集計結果（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の退院患者）



平成 26 年度集計結果（化学療法目的の計画的再入院を除く）



○　平成 26 年度のルール改定により、4 日目の再入院件数は減少し、3 日目再入院との差が減少した（①参照）。また、化学療法目的の計画的再入院を「一連の入院」から除外したことにより、再入院までの日数による再入院数のバラツキは減少した（②参照）。

○　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。

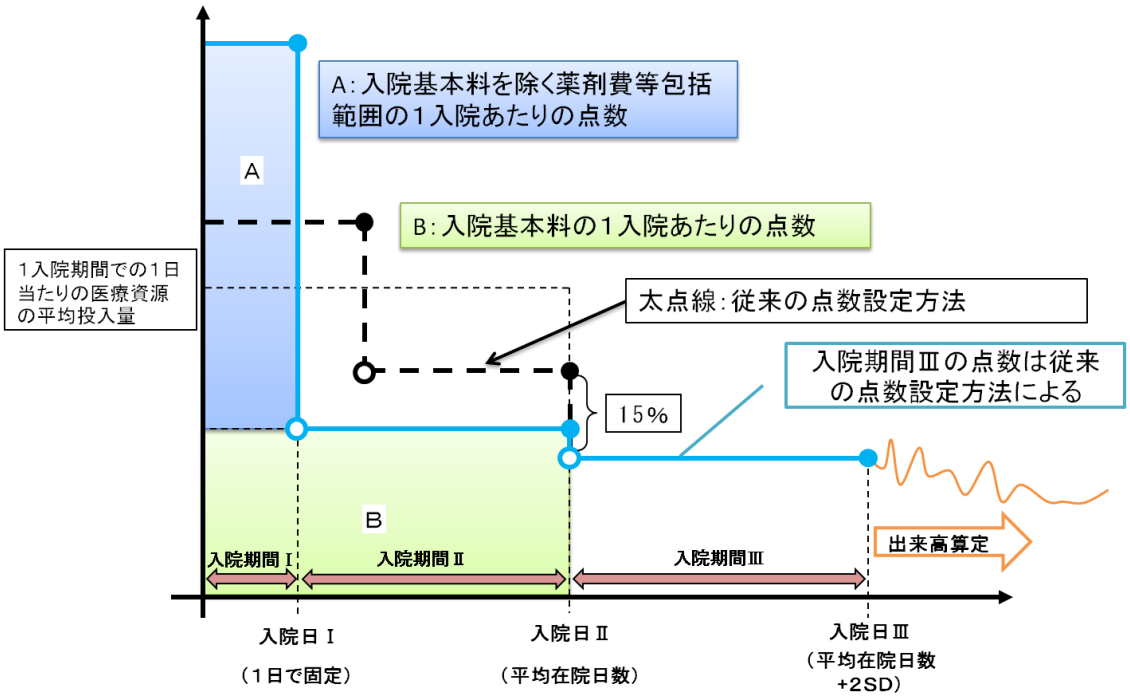
（３）点数設定方式Ｄについて

対応方針（案）

○　新しい対象に関しては、さらに検討し中医協へ提案してはどうか

○　入院初日に医療資源投入量を多く投入する診断群分類に関しては、平成 24 年度診療報酬改定から点数設定方式Ｄが導入された。

（参考）



○　また、平成 26 年度診療報酬改定においては、点数設定方式Ｄ対象となる診断群分類については、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 24 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。

○　現状導入されている点数設定方式D対象の診断群分類については、平均在院日数の適正化が見られている。

○　現行の他にも点数設定方式Dがふさわしい分類があるか、平成26年度と同様に、平成28年度の点数表の見直しが確定してから、上記の考え方に基づき、点数設定方式Dの適用について検討する。

（4）持参薬について

対応方針（案）

○　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。

○　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）

○　平成 28 年度診療報酬改定に向けて、DPC 対象病院における持参薬の取扱いに関する今後の方向性の検討を行うため、アンケート調査を実施することが平成 27 年 7 月 22 日中医協基本問題小委員会にて了承され、調査結果に基づき平成 27 年 10 月 14 日 DPC 評価分科会において議論を行った。

○　平成 26 年度診療報酬改定において、『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』であることが明確化された。持参薬に関する平成 27 年度特別調査（アンケート）を実施したところ、『原則』に対しては一定の理解が示されている一方で、現場の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ツキが存在し、医療機関の間で負担に差が生じている現状も明らかになった。

○　持参薬は、多職種の介入により薬の種類や服用方法の確認が行われた上で入院中の服薬計画の立案まで行われていることが明らかになった。また、多くの病院でなんらかの方法で持参薬の内容は記録が行われていた。

○　医療機関側で、現行の持参薬の取扱いに特に意見のある医療機関は３分の１程度であり、その内容として多かったものは、持参薬の使用による『服薬コンプライアンスの低下』や『臨時採用した薬剤のデッドストック増加』であったが、いずれも入院中に持参薬が終了した場合にも起こりうる問題である。また、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。

○　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。

３－３．重症度を考慮した評価手法（CCP マトリックス）について

対応方針（案）

○　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。

○　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。

３．算定ルール等の見直しに係る対応方針（案）

【対応方針（案）】

３－１．請求の仕組みについて

（１）特定入院期間超えの出来高算定ルールについて

○ 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。

（２）差額調整の仕組みについて

○ 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。

３－２．平成26年度診療報酬改定の影響の評価

（１）DICでコーディングする際の症状詳記の添付

○ 適正化が見られたために、現状維持としてはどうか。

（２）再入院ルールの変更

○ 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。

（３）点数設定方式Dについて

○ 新しい対象に関しては、さらに検討し中医協へ提案してはどうか

（４）持参薬について

○ 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。

３－３．重症度を考慮した評価手法（CCPマトリックス）について

○ 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。

４．退院患者調査の見直し

【論点】

（１）様式１（簡易診療録情報）の見直しについて

（２）EF 統合ファイルの見直しについて

（３）D ファイルの見直しについて

（４）その他

対応方針（案）

○　一部の項目を見直してはどうか。

○　DPC 制度（DPC/PDPS）導入に際して、DPC/PDPS 導入の評価・影響の検証等を行うためにDPC評価分科会が設置され、(1) 診断群分類の妥当性の検証、(2) 診療内容の変化等及び(3) 医療機関の機能の変化を評価するため、退院患者毎の診療情報及び診療報酬請求情報からなる退院患者提出データに基づく分析調査（いわゆる「退院患者調査」）を実施しており、退院患者調査では把握が困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。

【参考】「DPC 導入の影響評価に係る調査」について

	調査内容	実施時期
「退院患者調査」	退院患者毎の情報 ・簡易診療録情報（様式１） ・診療報酬請求情報（D ファイル）等	毎年
「特別調査」	「退院患者調査」で把握が困難なもの	随時

○　退院患者調査は、以下の様式により構成されている。

【参考】退院患者調査の様式

様式名	内容
様式１	簡易診療録情報
様式３	施設情報
様式４	医科保険診療以外の診療情報
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
EF 統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報
外来 EF 統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報

（※「D ファイル」、「EF 統合ファイル」、「外来 EF 統合ファイル」は、レセプトデータダウンロード方式のファイルである）

（１）様式１（簡易診療録情報）の見直しについて

○　平成 25 年 12 月 25 日中医協総会において、様式１の調査項目に関しては以下の様な考え方に基づき検討することが了承された。

【様式１の基本的な考え方】
① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報（生年月日、性別等）に関する調査項目であること
② 急性期医療を担う病院（DPC 対象病院）の機能や役割の分析のための調査項目であること
③ 手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名（DPC 上 6 桁）の診断群分類を検討するための調査項目であること

○　平成 26 年度診療報酬改定より医科診療報酬点数表における「A245 データ提出加算」の届出対象が拡大し、急性期以外の病棟からもデータ提出が行われるようになった。

（参考）データの提出状況（平成 26 年 11 月時点の状況。『入院医療等の調査・評価分科会』の調査、資料より抜粋）

	データ提出届出病床数割合
7 対1入院基本料（n=313）	96.5%
10 対1入院基本料（n=280）	43.9%
地域包括ケア病棟基本料（n=106）	72.4%
回復期リハビリテーション病棟入院基本料（n=203）	33.7%
療養病棟入院基本料（n=542）	10.7%

○　現状を鑑みて、【様式１の基本的な考え方】を以下の通り改めることとしてはどうか。

【様式１の基本的な考え方】
① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報（生年月日、性別等）に関する調査項目であること
② DPC データを提出している病院・病棟の機能や役割の分析のための調査項目であること
③ 診断群分類点数表を作成するに当たっては、手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名（DPC 上 6 桁）の診断群分類を検討するための調査項目であること
④ 医療機関別係数での評価を検討するに当たっては、病院の機能を評価するための調査項目であること

【既存項目の見直し】

項目名	対象患者	内容	考え方
退院情報	全患者	退院時転帰として「治癒・軽快」を入力	調査項目の入力精度向上の為。
再入院調査･再転棟調査	全患者	DPC 対象病棟より、「計画的・計画外」再入院の場合入力	調査項目の入力精度向上の為。
CAN0040 がん患者/化学療法の有無	化学療法ありの患者	「化学療法の有無」の項目に経皮下を追加。	現状の項目が 0. 無 1. 有（経口） 2. 有（経静脈又は経動脈） 3. 有（その他） であるが、経皮下で投与される薬剤も存在するため。

M040020 肺炎患者/重症度	15 歳以上で、医療資源病名が「040070 インフルエンザ、ウイルス性肺炎」、「040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」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。

【新規項目】

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

【その他簡素化・精緻化を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。

（参考）
平成 25 年 12 月 25 日中医協総会において、副傷病名の記入可能な個数を増やすことについて検討することとされている。

【副傷病名の適切な記載について】
○　様式１において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り、記載可能な傷病名の個数を増やすことについても検討する必要があると考えられる。

（２）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患者	持参薬を使用した場合は薬剤ごとに出力。	持参薬の検討のため、EF ファイルに点数情報を含めて記載を求める。
医療区分・ＡＤＬ区分	療養病棟に入院する患者	医療区分・ＡＤＬ区分の記載。	データ提出加算の対象が療養病棟にも拡大された。また、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。（診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより）

（３）Ｄファイルの見直しについて

【既存の項目の見直し】

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

（参考）平成 27 年 5 月 27 日　中医協基本問題小委　診-1 より抜粋

「DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」に係る検討課題

【対応方針】

○ DPC 対象病棟に入院した患者については、様式１・D ファイル・レセプト等にコーディングの根拠となった DPC14 桁コードを記載することとし、包括対象外となった場合はその理由の記載を求めることとしてはどうか。

【考え方】

・ DPC 算定病床に入院した患者については、医療機関において 14 桁コードが付与されている一方で、診断群分類区分に該当せず出来高支払いとなった場合には、様式１・D ファイル・レセプト等に 14 桁コードの記載が不要とされていたが、今後コーディングの精度を把握するために対処が必要ではないか。

（４）その他

○ その他の様式は、現行の様式のまま継続する。

○ 全体的な医療機関におけるシステム改修の負担も考慮しつつ、調査項目の様式に関しては柔軟に対応する。

○ 各調査項目の内容について、医科点数表やガイドライン等で見直しが行われた場合には、適宜調査内容へ反映する。

４．退院患者調査の見直しに係る対応方針（案）

【対応方針（案）】

（１）様式１（簡易診療録情報）の見直しについて
（２）EF 統合ファイルの見直しについて
（３）D ファイルの見直しについて
（４）その他

○　一部の項目を見直してはどうか。

５．診断群分類の見直し

【論点】

１．平成 28 年度改定に向けた DPC（診断群分類）見直し作業概要

２．平成 28 年度改定に向けた今後の検討作業方針

対応方針（案）

○　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。

１．平成 28 年度改定に向けた DPC（診断群分類）見直し作業概要

（１）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しているところ。

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。

（２）これまでの検討概要

○　MDC（Major Diagnostic Category：主要診断群）毎の臨床の専門家 32 人および総括（DPC 評価分科会委員）2 人により構成される DPC 検討 WG において、配布・回収した調査票に基づき、下記の見直しを行っており現在も複数班で作業を並行して行っているところ。

①　ICD-10 コードと傷病名（DPC 上 6 桁）の適切な関係の検討
②　重症度、手術、手術・処置等１および手術・処置等２の見直し
③　定義テーブルの精緻化（順位等の見直し）
④　CCP マトリックスの試行的導入に向けての検討

○ 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。

【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。

03001x	頭頸部悪性腫瘍	030019　頭頸部悪性腫瘍（その他）			
		口唇の悪性黒色腫	C430	→	080005 黒色腫
		眼瞼の悪性黒色腫，眼角を含む	C431	→	080005 黒色腫
		耳および外耳道の悪性黒色腫	C432	→	080005 黒色腫
		その他および部位不明の顔面の悪性黒色腫	C433	→	080005 黒色腫
		頭皮および頚部の悪性黒色腫	C434	→	080005 黒色腫
		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

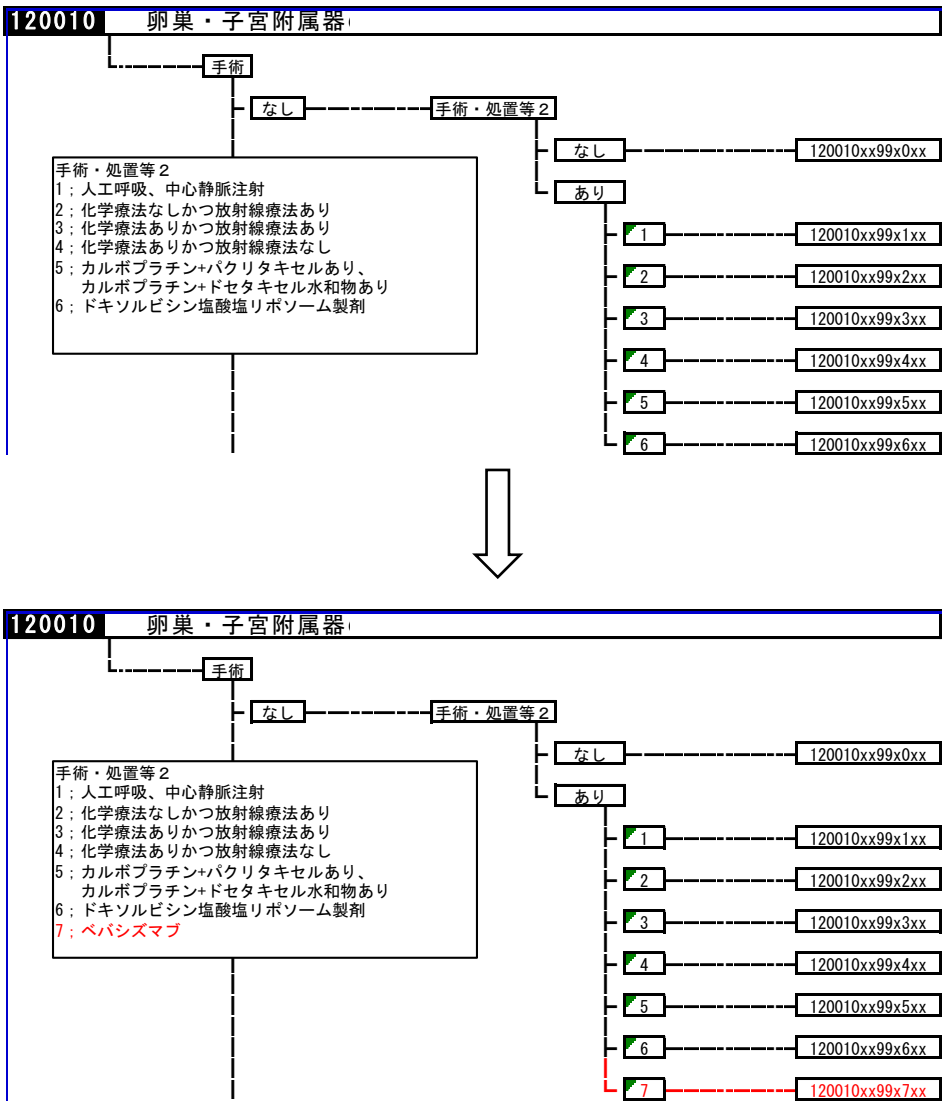
⇒

XELOX 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

【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。



【見直しの検討事例：CCP マトリックスの試行的導入】

○　MDC01(脳梗塞)、MDC04（肺炎)、MDC10（糖尿病）への CCP マトリックスの試行的導入を予定している。

○　その際、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、システム改修に配慮しつつ適宜変更を行う。

２．平成 28 年度改定に向けた今後の検討作業方針

（１）点数設定方式 D の適用について

○　平成 27 年 11 月 20 日中医協基本問題小委員会の議論に基づき、点数設定方式 D の適用を継続することとし、平成 26 年度と同様に、平成 28 年度診断群分類の見直しが確定した後、点数設定方式 D の適用および追加を検討。

（２）定義副傷病の検討

○　DPC／PDPS は医療資源病名 1 つに基づいて診療報酬を請求する支払い方式であるが、入院時併存症および入院後発症疾患との組み合わせによって在院日数が当該医療病名の全体平均より伸びる場合があり、このような傷病名のうち、一定程度症例数が多く診断群分類点数表に定義される副傷病は「定義副傷病」として定義しているところ。

○　平成 28 年度改定においては、平成 26 年度改定と同様に診断群分類の手術あり・なしの分類ごとに対象とする「定義副傷病」の設定にかかわる検討を行う。

（３）新たな技術等の保険収載（平成 28 年度における医科点数表改定）に伴う定義テーブルの修正

○　医療技術評価分科会・先進医療専門家会議からの報告を受けて、中医協総会において既収載技術の再評価等が行われた際には、それに対応するために定義テーブルを含めた診断群分類の修正を行う。

（４）新規に保険収載・効能追加され出来高算定の取り扱いになっている薬剤（いわゆる「高額薬剤」）への対応について

○　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。

５．診断群分類の見直しに係る対応方針（案）

【対応方針（案）】

１．平成 28 年度改定に向けた DPC（診断群分類）見直し作業概要
２．平成 28 年度改定に向けた今後の検討作業方針

○　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。