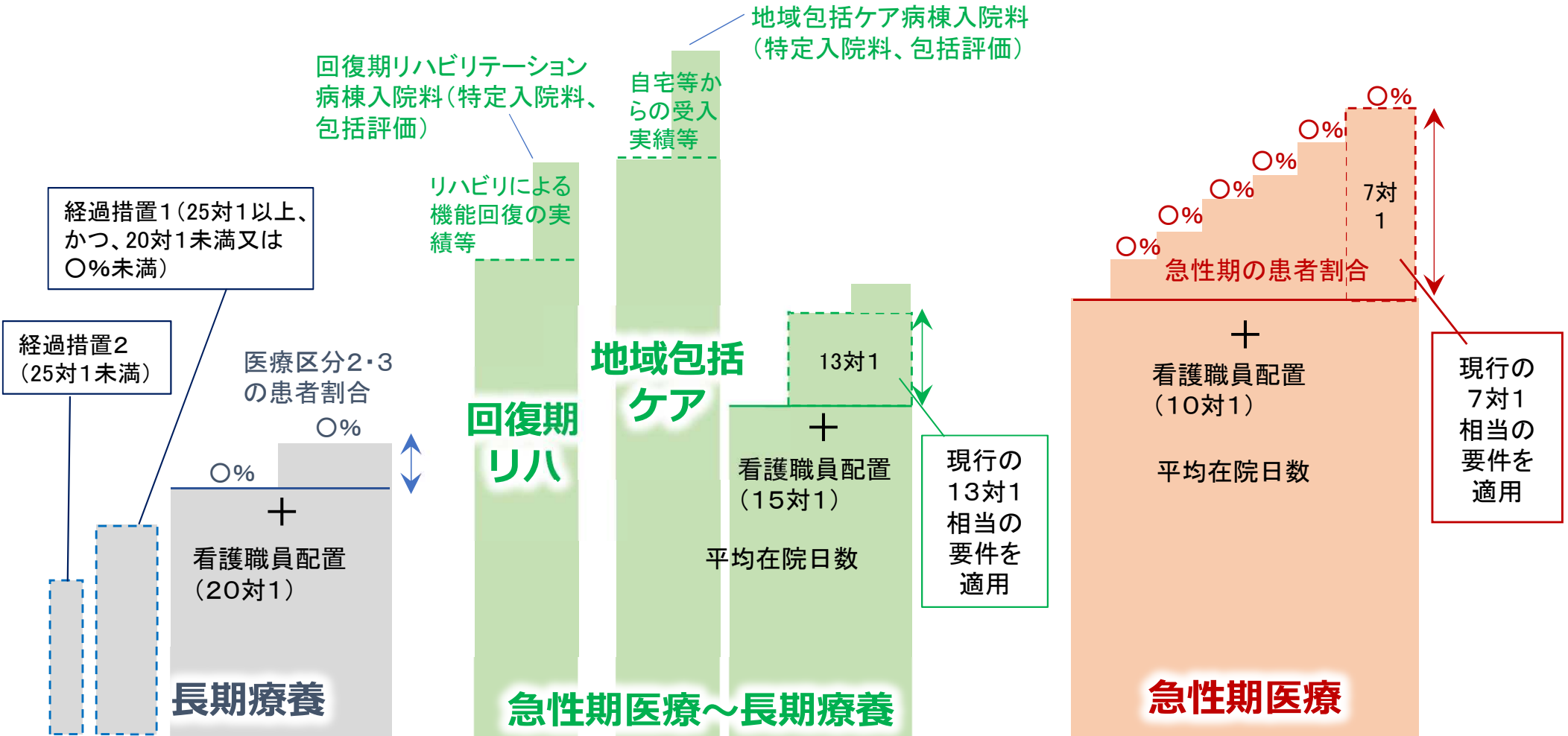


個別改定項目について 参考資料

平成30年1月24日

新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。

入院医療評価手法の基本的な考え方

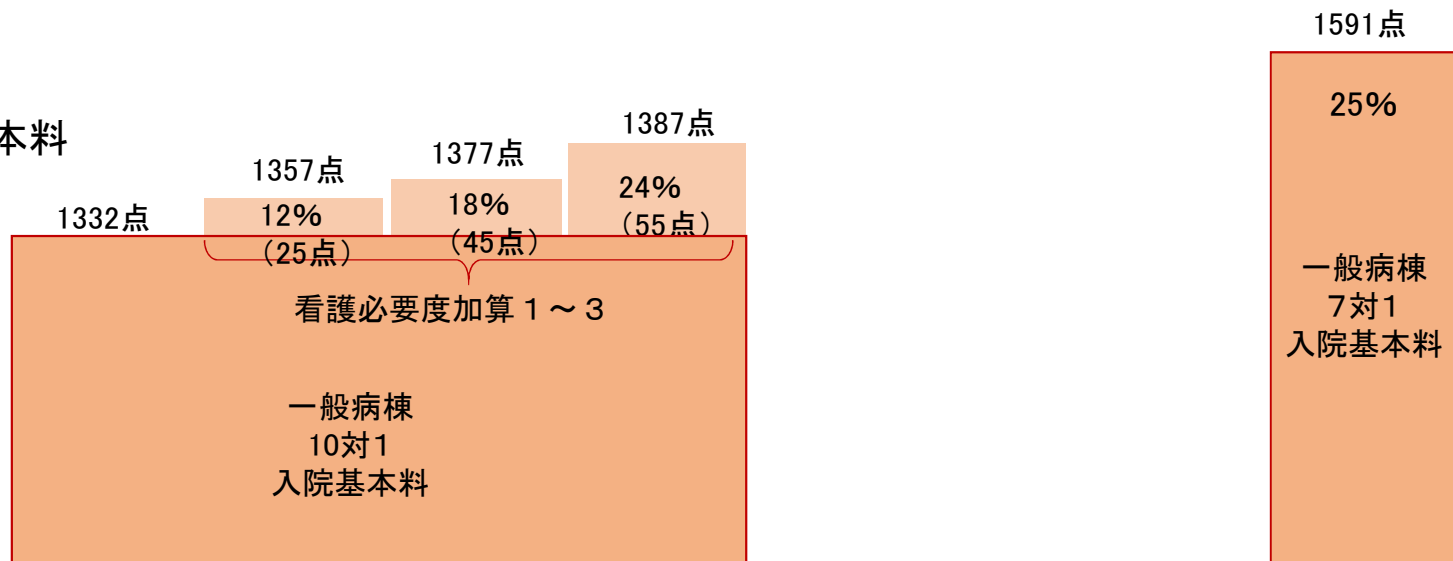
【平成30年度改定での評価(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療		急性期医療
実績に応じた段階的な評価の要件	【療養病棟入院料】 ◆実績による評価部分 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ◆リハビリテーションの実績 【地域包括ケア病棟入院料・管理料】 ◆自宅等から緊急入院の受入実績、在宅医療の提供実績等	【地域一般入院基本料】 ◆実績による評価部分 ・重症度、医療・看護必要度の測定 ◆13対1相当の評価部分(現行13対1相当) ・看護配置13対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数24日	【急性期一般入院基本料】 ◆最も高い評価部分(現行7対1相当) ・看護配置7対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数18日 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇% ◆中間的な評価部分 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%～〇%
基本部分の評価の要件	(現行20対1相当) ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・現行の基準 【地域包括ケア病棟入院料・管理料】 ・現行の基準	【地域一般入院基本料】 (現行15対1相当) ・看護配置15対1 ・看護師比率4割 ・平均在院日数60日	【急性期一般入院基本料】 (現行10対1相当) ・看護配置10対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数21日
備考	・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。	・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等から緊急入院の受入実績、在宅医療の提供実績等を踏まえた評価体系に再編・統合。		・実績による評価部分は、診療実績データを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。 ・中間的な評価部分(新たな評価)については、診療実績データによる判定を要件とする。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】

一般病棟入院基本料

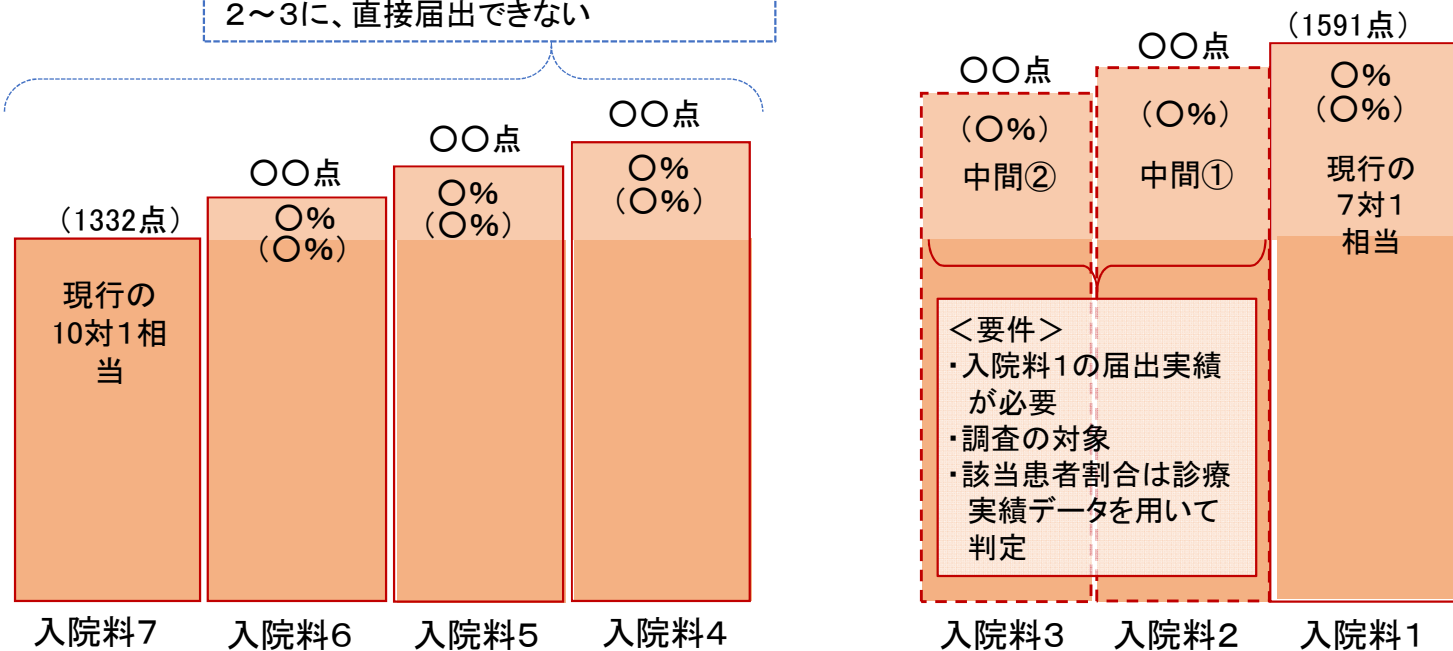


【平成30年度改定の見直し（案）】

急性期一般入院基本料

入院料1(7対1)の届出実績が必要であり、入院料4~7(10対1)から入院料2~3に、直接届出できない

現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に



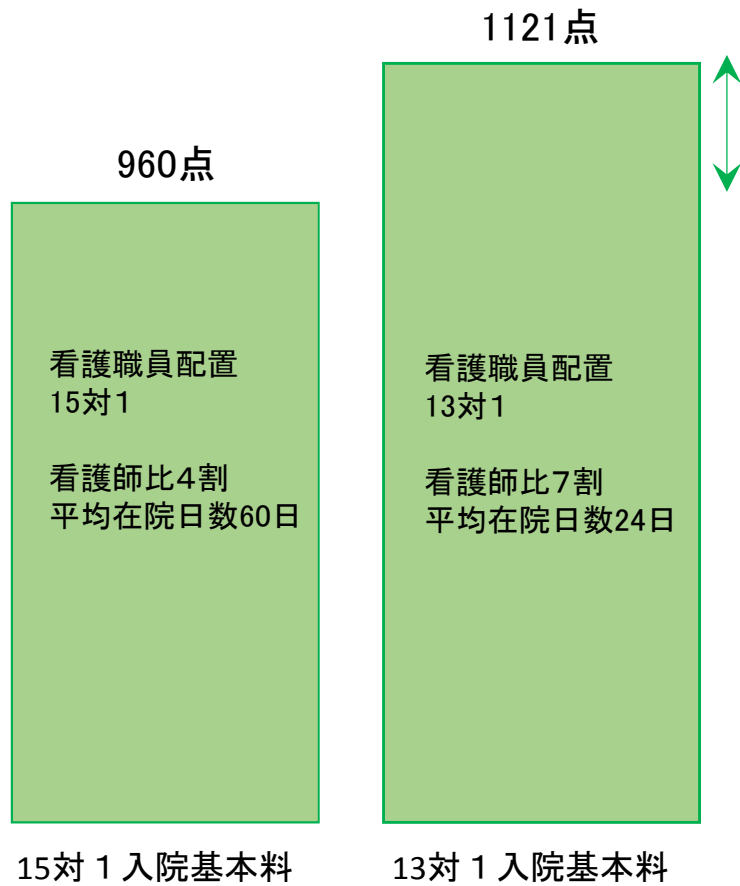
【実績部分】
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
(※括弧内は、診療実績データを用いた場合の基準値)

【基本部分】

<要件>
・入院料1の届出実績が必要
・調査の対象
・該当患者割合は診療実績データを用いて判定

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

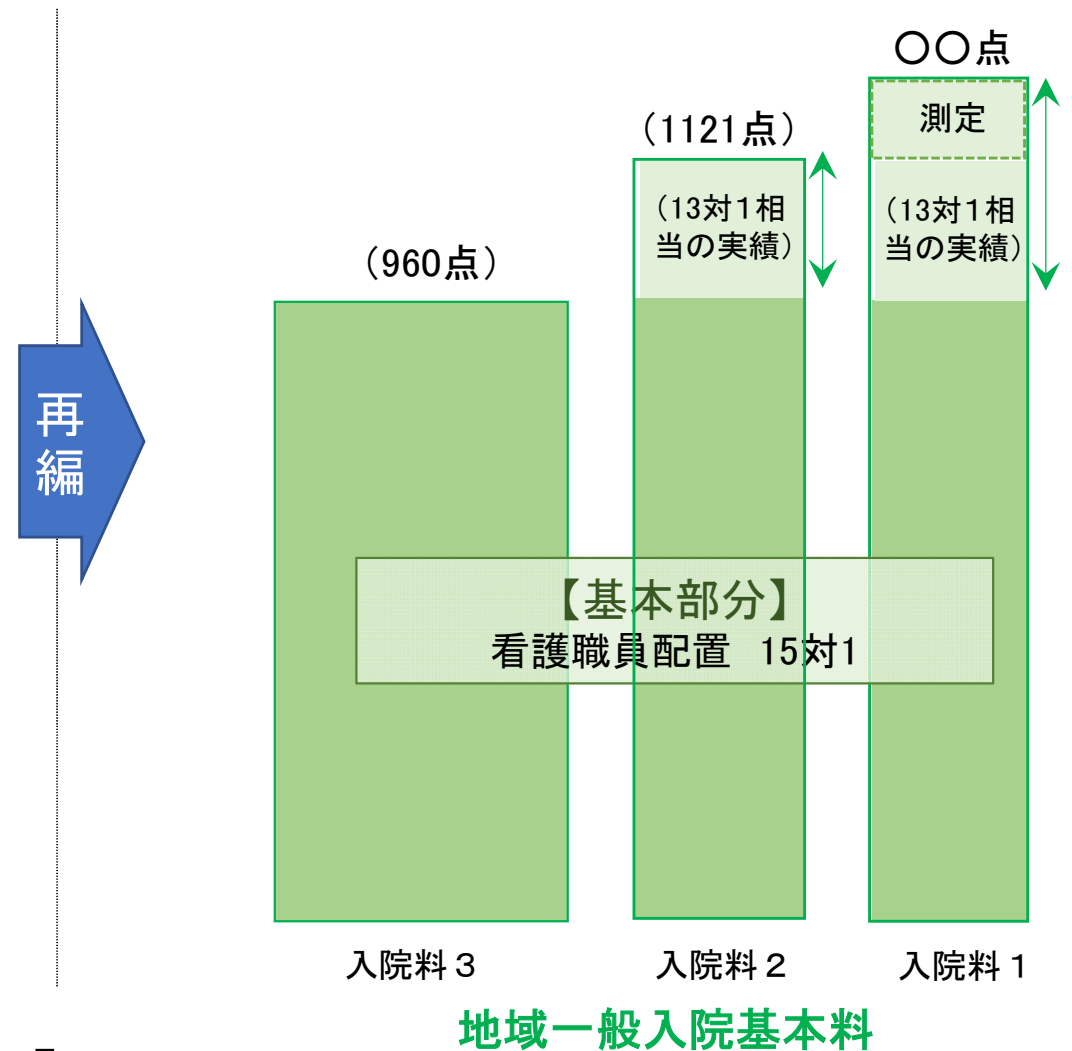
【現行】



【平成30年度改定の見直し(案)】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

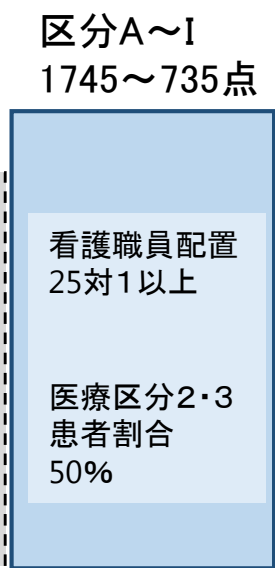
【現行】

【平成30年度改定の見直し（案）】

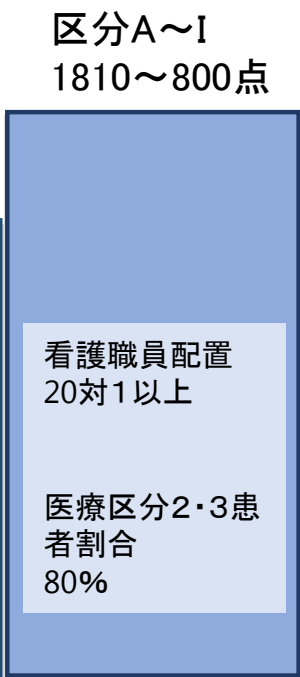
【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合

経過措置
療養2の95/100
を算定

(25対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合50%を満たさない)



療養2



療養1

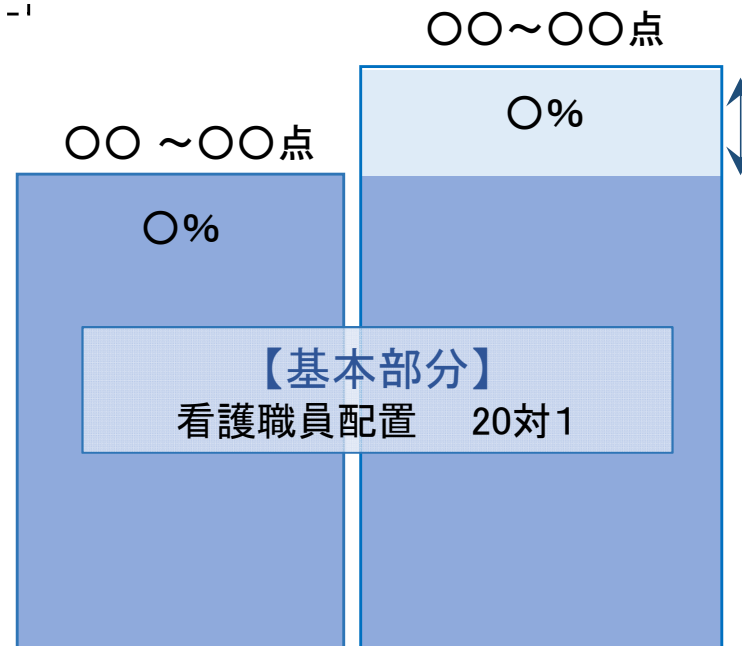
再編

経過措置2
〇〇入院料の▲
/100を算定

経過措置1
〇〇入院料の●
/100を算定

看護職員配置
30対1以上
(25対1を満たさない)

看護職員配置
25対1以上
(20対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合0%を満たさない)



療養病棟入院料2

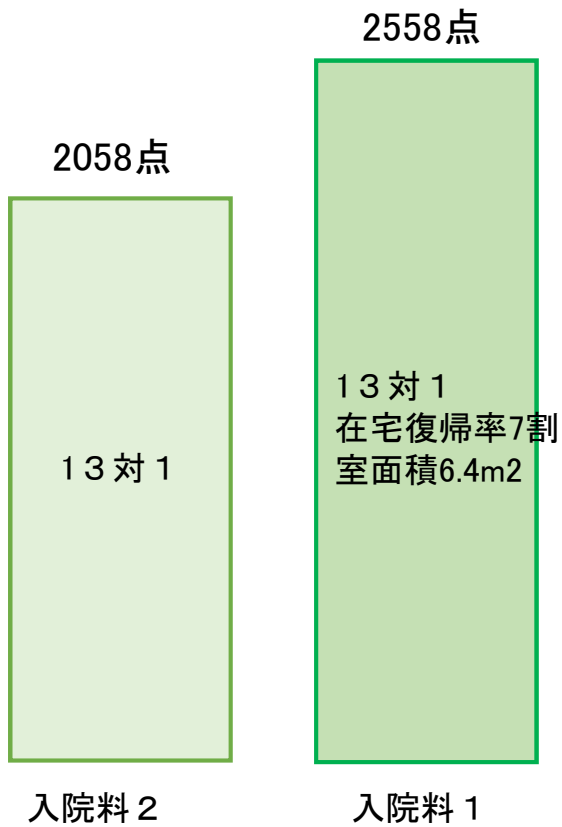
療養病棟入院料1

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



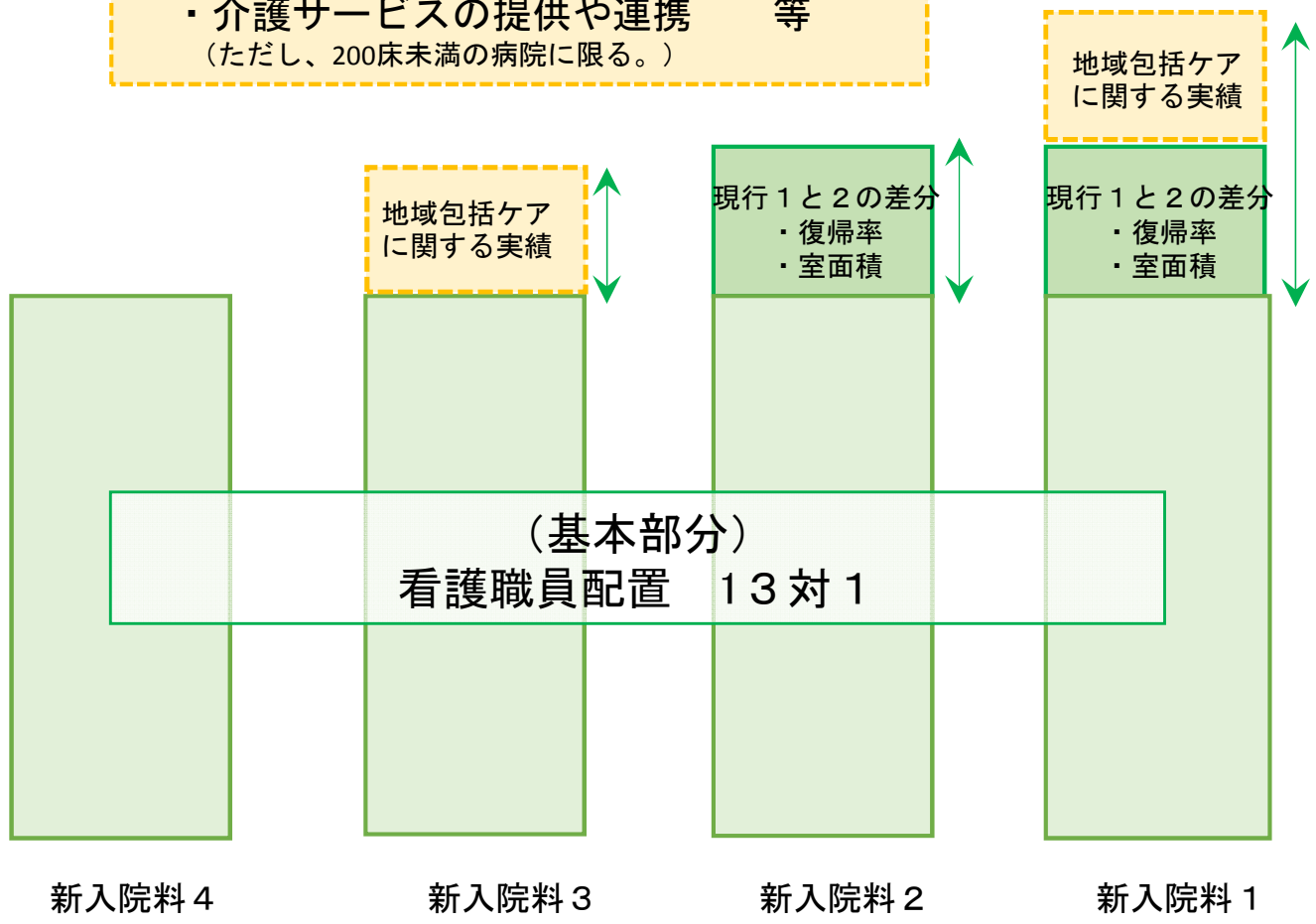
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

再編



(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し(案)】

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーションの実績指数を用いる
(1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 ○割以上

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 ○割以上

実績指数
○○

入院料1
相当の実績
と体制

【入院料1相当の体制】

- ・看護職員13対1
- ・社会福祉士1名
- ・PT3名、OT2名、ST1名

実績指数
○○

入院料2
相当の実績

- 【基本部分】
- ・看護職員配置 15対1
 - ・PT2名、OT1名

再編

2065点

充実加算

40点

1851点

充実加算

40点

1697点

充実加算

40点

- (基本部分)
看護職員
13対1
PT3名
OT2名
ST1名
SW1名

2,025点

1,811点

- (基本部分)
看護職員
15対1
PT2名
OT1名

1,657点

- (基本部分)
看護職員
15対1
PT2名
OT1名

新入院料6

新入院料5

新入院料4

新入院料3

新入院料2

新入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料

8

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料

在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ(現行)

【現行】

在宅復帰率

7対1一般病棟入院基本料

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・地域包括ケア病棟
- ・回リハ病棟
- ・療養病棟(加算+)
- ・有床診療所(加算+)
- ・介護老人保健施設(加算+)

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

地域包括ケア病棟入院料

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・療養病棟(加算+)
- ・有床診療所(加算+)
- ・介護老人保健施設(加算+)

※死亡退院・再入院患者を除く

回復期リハビリテーション病棟入院料

- ・自宅
- ・居住系介護施設等

※死亡退院・再入院患者を除く

(分子)

- ・7対1一般病棟から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

- ・地域包括ケア病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者除く

(分母)

在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ(見直し案)

【平成30年度改定の見直し(案)】

在宅復帰・病床機能連携率

急性期一般入院料1

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・地域包括ケア病棟
- ・回りハ病棟
- ・療養病棟
- ・有床診療所
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

- ・急性期一般入院料1から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

在宅復帰率

地域包括ケア病棟入院料

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・有床診療所(介護サービスを提供している医療機関に限る)
- ・介護医療院

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・地域包括ケア病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

回復期リハビリテーション病棟入院料

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・有床診療所(介護サービスを提供している医療機関に限る)
- ・介護医療院

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・一般病棟への転棟・転院患者・再入院患者を除く

平成 30 年度改定における DPC/PDPS の見直しについて

I. 概要

- 平成 28 年 12 月 6 日の中医協総会において了承された「平成 30 年度改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応について検討結果」及び平成 30 年度診療報酬改定・改定率等に基づき、関連する事項を下記のように整理した上で、平成 30 年度改定における DPC 制度 (DPC/PDPS) の見直しに対応することとしてはどうか。

- 1 診療報酬改定に関連した見直し
- 2 基礎係数 (医療機関群)
- 3 機能評価係数 I
- 4 機能評価係数 II
- 5 調整係数
- 6 診断群分類点数表
- 7 その他

II. 具体的な対応方針

- 1 診療報酬改定に関連した見直し
 - 急性期入院医療の評価の見直しに伴う必要な見直しを行う。
 - 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準 (但し、機能評価係数 I を除く) については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。
- 2 基礎係数 (医療機関群)
 - (1) 医療機関群の名称
 - これまでの I 群を大学病院本院群、II 群を DPC 特定病院群、III 群を DPC 標準病院群とする。
 - (2) DPC 特定病院群の設定
 - ① 設定要件
 - DPC 特定病院群 (これまでの II 群) は以下の要件を満たした医療機関とする。
 - ・ 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。

【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。

【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して取り扱う。

【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

「(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 $7.10 \times 3 = 21.3$

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

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）。

【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。

② 基準値

○ 各要件の基準値は、大学病院の実績値（別表）を踏まえて以下の通りとする。

実績要件		平成 30 年度基準値（※）
【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、後発医薬品補正；外的要因補正）		外れ値を除外した最低値を設定 （具体的な数値は最終データの確定により設定）
【実績要件 2】：許可病床 1 床あたりの臨床研修医師数 （基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）		
【実績要件 3】：医療技術の実施（6 項目のうち 5 項目以上を満たす）		
外保連試案	(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数	外れ値を除外した最低値を設定 （具体的な数値は最終データの確定により設定）
	(3b)：DPC 算定病床あたりの同指数	
	(3c)：手術実施症例件数	
特定内科診療	(3A)：症例割合	
	(3B)：DPC 算定病床あたりの症例件数	
	(3C)：対象症例件数	
【実績要件 4】：複雑性指数（重症 DPC 補正後）		

3 機能評価係数 I

- 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「入院基本料の補正值」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。
- 後発医薬品使用体制加算を機能評価係数 I で評価することとし、機能評価係数 II での後発医薬品係数は廃止する。

4 機能評価係数 II

- 後発医薬品係数、重症度係数による評価は廃止する。
- 既存の 6 つの係数項目については、必要な見直しを行う。（別表）

5 調整係数

(1) 調整係数の置き換え

- 調整係数の機能評価係数 II への置き換えを完了する。

(2) 個別医療機関の激変緩和について

- 診療報酬改定のある年度については、診療報酬改定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激変緩和係数を設定する。（診療報酬改定のない年度の当該係数は 0）

- 新たに DPC/PDPS に参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて 2% を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が 2% を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス 2% となるように措置を行う。

6 診断群分類点数表

(1) 診断群分類点数表の見直しの概要

- 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類毎の評価を見直す。
- 平成 30 年度に診断群分類数は以下の通り（暫定値）

MDC(主要診断群) (上 2 桁コードで定義)	傷病名数 (上 6 桁コードで定義)		診断群分類数 (CCP マトリックス以外 は定義副傷病なし)		支払い分類数 (参考)	
	平成 28 年	平成 30 年	平成 28 年	平成 30 年	平成 28 年	平成 30 年
MDC01 ※1 (神経系疾患)	37	36	1,783	1,790	206	213
MDC02 (眼科系疾患)	31	31	90	88		
MDC03 (耳鼻咽喉科系疾患)	34	34	88	88		
MDC04 ※2 (呼吸器系疾患)	28	28	314	315	161	162
MDC05 (循環器系疾患)	22	22	248	245		
MDC06 (消化器系疾患)	46	48	542	541		
MDC07 (筋骨格系疾患)	51	52	242	242		
MDC08 (皮膚・皮下組織の疾患)	29	28	74	77		
MDC09 (乳房の疾患)	4	4	59	49		
MDC10 ※3 (内分泌・栄養・代謝に関する疾患)	42	42	259	242	142	125
MDC11 (腎・尿路系疾患 及び男性生殖器系疾患)	21	21	175	169		

MDC12 (女性生殖器系疾患及び産褥期疾患 ・異常妊娠分娩)	34	34	168	173		
MDC13 (血液・造血器・免疫臓器の疾患)	18	18	125	134		
MDC14 (新生児疾患, 先天性奇形)	34	34	174	174		
MDC15 (小児疾患)	8	5	22	18		
MDC16 (外傷・熱傷・中毒)	54	54	193	200		
MDC17 (精神疾患)	5	6	5	6		
MDC18 (その他)	8	8	28	22		
合計※4	506	505	4,589	4,573	2,742	2,726

※1 MDC01でのCCPマトリックス導入分類(脳梗塞)については、診断群分類1584分類、支払分類7分類となる。

※2 MDC04でのCCPマトリックス導入分類(肺炎)については、診断群分類168分類、支払分類15分類となる。

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

※4 診断群分類に使用するICD-10を2003年版から2013年版に変更している。

(2) 短期滞在手術等基本料の見直しに係る対応

- 短期滞在手術等基本料に該当する診断群分類等の手術等に係る診断群分類について、短期滞在手術等基本料に該当するデータも踏まえて、適切な点数設定方式を設定する。

① 短期滞在手術等基本料に関する診断群分類に係る対応

以下の要件に該当する短期滞在手術基本料に対応する診断群分類について、点数設定方式 D を設定する。

- ・ 短期滞在手術等基本料に該当する手術等に関する診断群分類
- ・ 期間 I の日数が5日以下
- ・ 当該診断群分類に占める短期滞在手術等基本料3の症例割合が一定以上

診断群分類番号	分類名	該当手術等
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	K2821 口, K2822
020110xx97xxx1	白内障、水晶体の疾患 手術あり 両眼	K2821 口, K2822
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	K721\$
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	K721\$
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	K721\$
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	K721\$
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	K6335
060160x002xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	K634
060160x101xxxx	鼠径ヘルニア(15歳未満) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	K6335
060160x102xxxx	鼠径ヘルニア(15歳未満) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	K634
080270xxxx1xxx	食物アレルギー 手術・処置等1 あり	D291-2
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	K768
12002xxx02x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍 子宮筋腫摘出(核出)術 腔式等 手術・処置等2 なし	K867

※最終的には今回改定での診断群分類の見直しにより対象項目が確定

② 手術に関する診断群分類に係る対応

以下の要件に該当する手術に関する診断群分類について、点数設定方式 D を設定する。

- ・ 手術あり（その他手術は除く）
- ・ 処置 1 及び処置 2 がなし
- ・ 一定程度の症例数を有する
- ・ 現行の点数設定方式と期間 I の点数が大きく乖離しない。

診断群分類	分類名
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
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
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 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 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
120060xx01xxxx	子宮の良性腫瘍 子宮全摘術等
160620xx01xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。) 腱縫合術等

※最終的には今回改定での診断群分類の見直しにより対象項目が確定する。

7 その他

- 再入院の契機となった傷病名に合併症に係る診断群分類（診断群分類上 6 桁 180040（手術・処置等の合併症）に定義される ICD コード）とした場合、再入院の際の医療資源を最も投入した傷病名が、前回の入院と同一の場合は一連の入院とする。
- 退院患者調査の調査項目については簡素化も含めた必要な見直しを行う。

平成30年度改定におけるDPC/PDPS の見直しについて

<DPC特定病院群要件・特定内科診療>

疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$\$x (入院時JCS30 以上) 010060x199\$\$\$\$ (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)	処置2 (人工呼吸)
重症筋無力症ク リーゼ	010130xx99x\$xx (処置2 あり/なし) (ICDG700 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) (ICDG41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判断
気管支喘息重症発 作	040100xxxx\$\$x (処置2 あり) (J045 人工呼吸) (ICDJ46\$、J45\$のみ)	処置2 (人工呼吸)
間質性肺炎	040110xxxx1xx (処置2 あり) (ICD絞りなし) 040110xxxx2xx (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\$\$\$\$x (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) (ICDI822 を除く) 050190xx99x\$xx (処置2 あり中心静脈注射のみ除 外) (ICDI822 を除く)	処置2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり

<DPC特定病院群要件・特定内科診療>

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\$\$\$1x\$ (手術あり/なし、処置2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICDK85 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) (ICDE055 のみ)	診断名と手術なし
副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx (処置2 あり/なし) (ICDE272 のみ)	診断名あればすべて
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
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
急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) (ICDC910、C920、C950 のみ) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICDC910、C920、C950 のみ) (DPC 外含)	化学療法、実症例数
悪性リンパ腫	130020xx\$\$x3xx (DPC 外含) 130020xx\$\$x4xx (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 (人工呼吸器・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23 (PMX・CHDF) あり

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成30年度）>

評価対象：平成28年10月1日～平成29年9月30日データ

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	<p><u>適切なDPCデータの作成</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。 （平成31年度評価からは様式1で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。（平成31年度からの評価の見直しは引き続き検討） ・（保険診療への取組：平成31年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成	<p>体制評価指数： 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1)小児（15歳未満）と2)それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。</p> <p>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</p>

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
効率性指数	各医療機関における 在院日数短縮の努力 を評価	〔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。
複雑性指数	1入院当たり医療資源 投入の観点から見た 患者構成への評価	〔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。
カバー率指数	様々な疾患に対応で きる総合的な体制に ついて評価	〔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。
救急医療指数	救急医療（緊急入 院）の対象となる患 者治療に要する資源 投入量の乖離を評価	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」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急 入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新 生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期 特定集中治療室管理料」 【「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

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

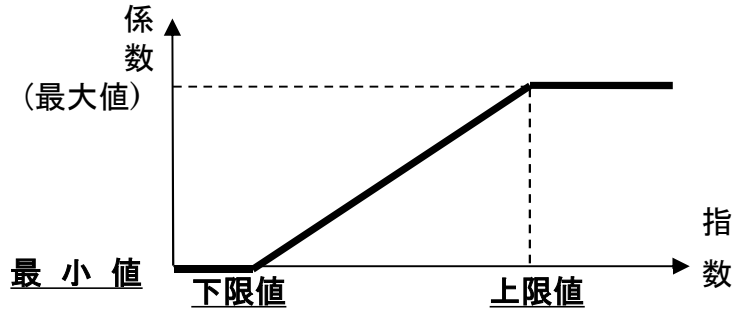
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	がんの地域連携体制への評価 (0.5P)	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／ 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕		
	医療機関群毎にがん診療連携拠点病院等の体制への評価 (0.5P)	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」 (いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法(イ)の実施を評価(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)又は血管内治療の実施実績(ハ)を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)及び血管内治療の実施実績(ハ)を評価 (1P) (血管内治療の実施：医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞であり、入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ ・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。		

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	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)		
災害	災害時における医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ BCPの策定実績有無別（平成31年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P） 		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
へき地	へき地の医療への体制を評価	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター (0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設 (0.1P)	
		救急車で来院し、入院となった患者数 (最大0.9P)	救急車で来院し、入院となった患者数 (救急医療入院に限る) (最大0.5P)	
その他	その他重要な分野への貢献	右記のいずれか1項目を満たした場合 1P	①治験等の実施 ・ 10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成 (1P) ・ 20例以上の治験 (※) の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) (※) 協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ等対策 ・ 新型インフルエンザ等対策行動計画に係る医療機関 (平成31年以降の評価導入を検討)	

<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0(※)	0	全群共通で評価
地域医療(定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	

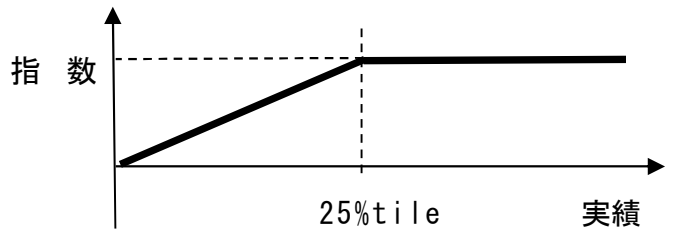


※ 報酬差額の評価という趣旨から設定する

<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

【がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績】

- ・特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を各項目の上限値



【脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績】

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

中医協 総－ 2

30 . 1 . 24

入院医療(その11)

平成30年1月24日

入院医療(その11) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)

【これまでの検討①】

(将来の医療ニーズの変化に対応した効果的・効率的な入院医療提供体制構築の考え方)

- 入院患者の疾患や年齢構成の将来推計では、悪性腫瘍は横ばいから減少し、肺炎、心疾患、脳血管疾患や骨折は増加から横ばいとなるなど、今後は、より高い医療資源投入が必要な医療需要の減少とともに、中程度の医療資源投入が必要な医療需要が増加するものと考えられる。
- このように、今後の入院医療ニーズは地域差を伴いながら大きく変化していくものと予想されることから、都道府県において地域医療構想を策定し、医療機能ごとの将来需要に応じた、限られた医療資源をより効果的・効率的に活用した医療提供体制構築の取組が進められている。
- 将来の入院医療ニーズの変化に対応した医療提供体制の確保を推進する観点から、弾力的で円滑な体制構築が可能となるよう、診療報酬においても、医療ニーズに応じて適切な医療資源が投入される体制を評価していくことが重要である。
- このような視点から、地域の医療ニーズ(変動要素)に応じてより適切な医療提供を進めるためには、入院料の基本的要素の報酬設定として、傾斜配置も加味した上で、必要となる平均的な資源投入となる水準としながら、診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせることが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられ、今後の入院医療の評価体系については、基礎的な報酬評価と診療実績に応じた段階的な評価とを組み合わせる形として、評価体系を再編・統合していくことを目指していくことが適切であると考えられた。

【これまでの検討②】

(7対1一般病棟の算定病床の現状と見直し)

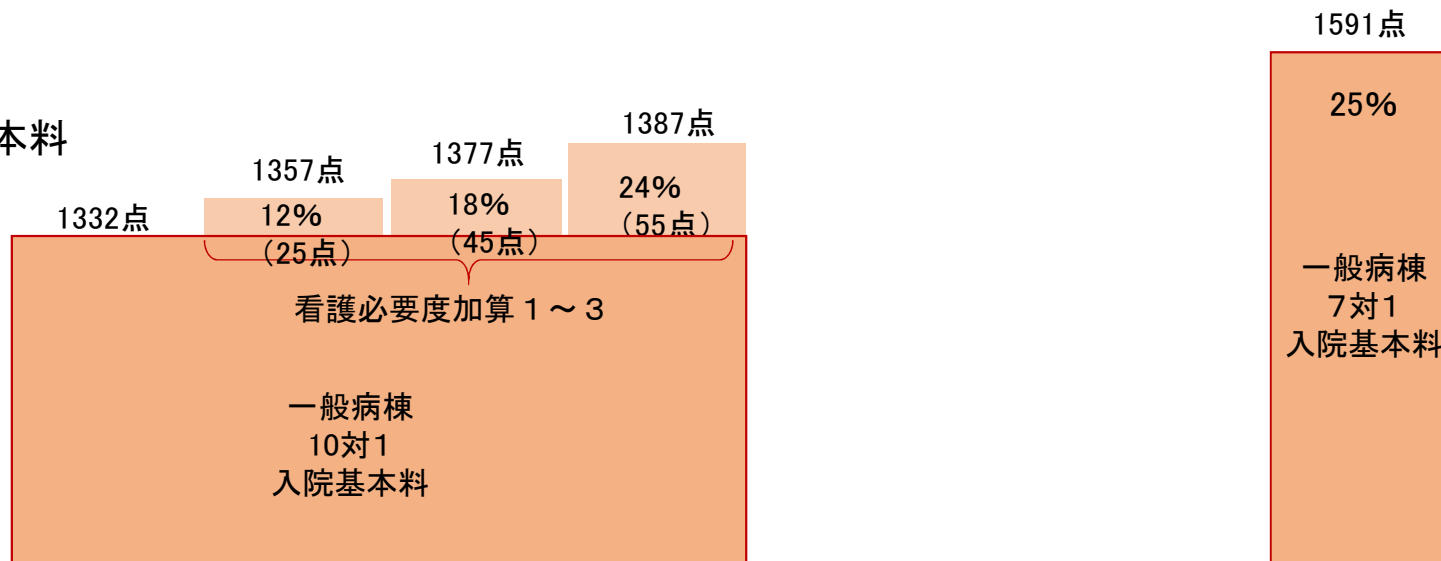
- 主として急性期の患者を受け入れる病棟として、平成18年度改定で創設された7対1一般病棟入院基本料(7対1一般病棟)は、その後の急速な病床数増加とともに、急性期入院患者をより適切に評価する指標として、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が要件として導入され、近年の診療報酬改定では、その基準値の引き上げとともに、入院医療体制の機能分化と連携を推進してきた。
- 現行の7対1一般病棟の届出病床数は、約38万床をピークに減少傾向にあり、近年、その病床利用率や算定回数も減少している。重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布をみると、25%~30%の医療機関が全体の7割を占めるが、30%を超える医療機関も3割弱存在するなど、7対1一般病棟の中でも一定のばらつきが見られる。
- このような現状を踏まえれば、現行の7対1一般病棟が将来の医療ニーズの変化に弾力的かつ円滑に対応できるよう、入院医療を評価する報酬体系もそれに相応しい体系にしていく必要がある。しかしながら、現行の報酬では、7対1一般病棟と10対1一般病棟(看護必要度加算1(24%、55点)との合計)との間に、非常に大きな報酬差(約200点)があり、7対1一般病棟から10対1一般病棟への体制転換が、極めて困難な状況となっている。
- このため、今回の診療報酬改定では、将来のあるべき入院医療の評価体系を見据えながら、7対1一般病棟について、10対1一般病棟との間に、両者の中間的な評価となる入院料を設定し、7対1一般病棟が将来の医療ニーズの変化に円滑かつ弾力的に対応していくことが可能となるような報酬設定とすることが検討されてきた。

参考(イメージ図)

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】

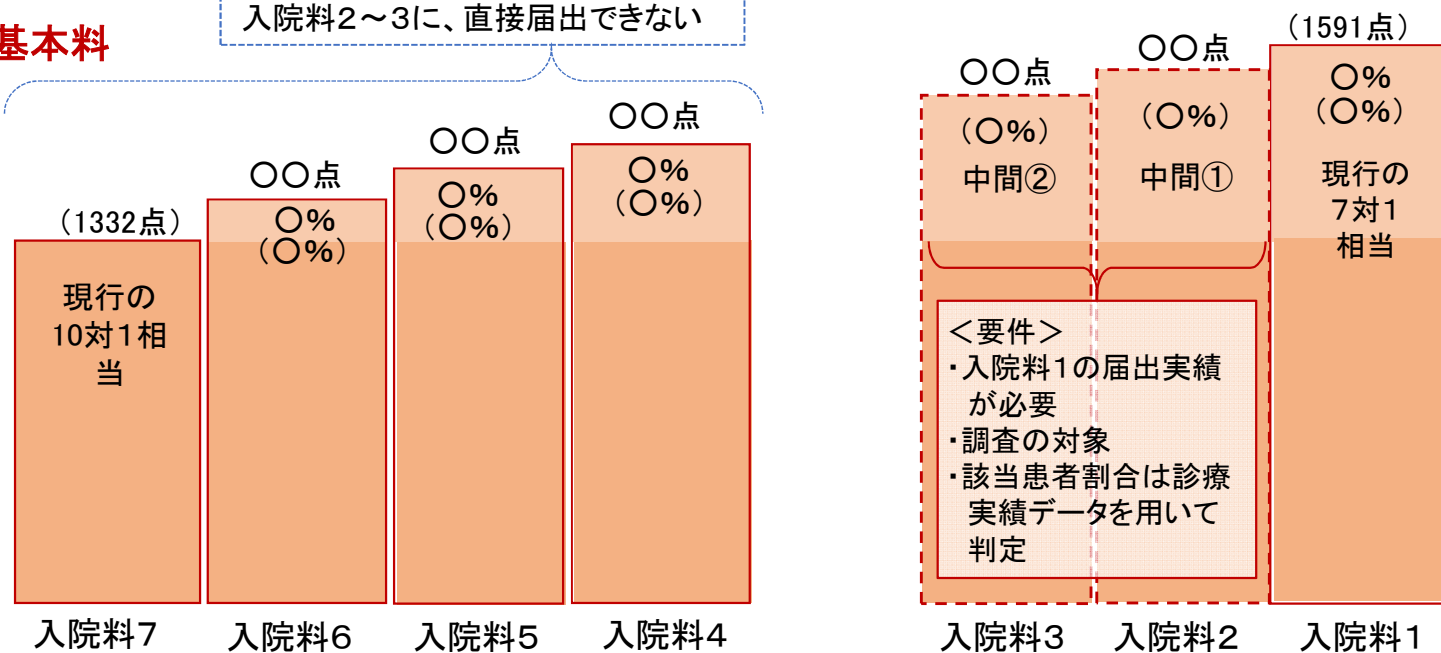
一般病棟入院基本料



【平成30年度改定の見直し（案）】

急性期一般入院基本料

入院料1(7対1)の届出実績が必要なため、入院料4~7(10対1)から入院料2~3に、直接届出できない



現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に

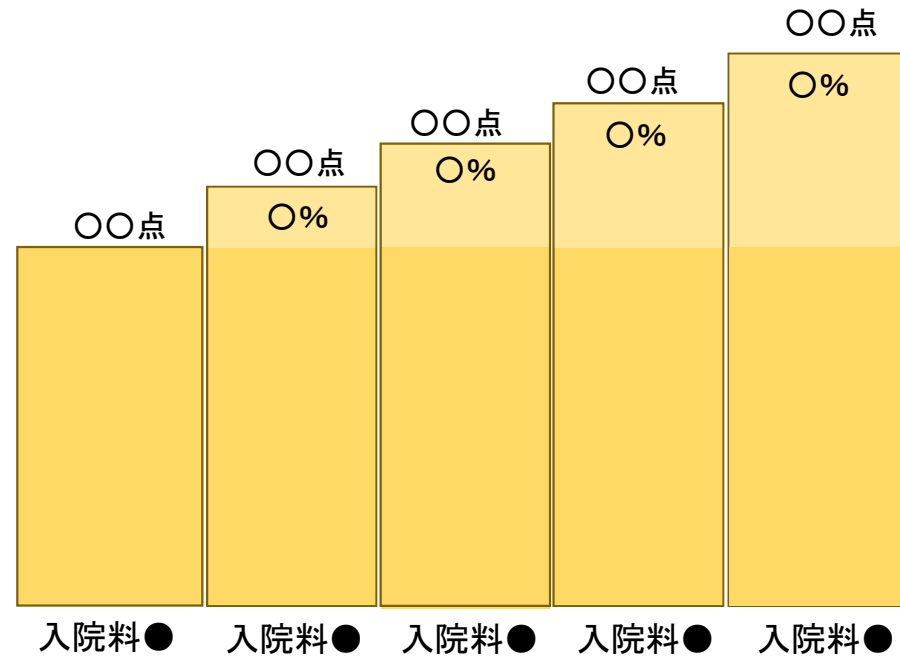
<要件>
 ・入院料1の届出実績が必要
 ・調査の対象
 ・該当患者割合は診療実績データを用いて判定

【実績部分】
 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
 (※括弧内は、診療実績データを用いた場合の基準値)

【基本部分】

【将来のイメージ】

急性期一般入院基本料



医療ニーズと、それに応じた医療資源を適切に投入する体制に応じて、適切な入院料を柔軟に選択できる

入院医療(その11) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)

【課題】

(重症度、医療・看護必要度の定義・判定基準の見直しの影響)

- 前述のような議論を経て、平成30年1月10日の入院医療(その10)では、重症度、医療・看護必要度について、認知症及びせん妄の項目に係る該当患者の判定基準、及び開腹手術の定義の見直しについて検討し、見直す方向で了承された。
- 基準値の検討に関しては、重症度、医療・看護必要度の定義の見直しにともなう該当患者割合の変化について、分布を示し検討した。

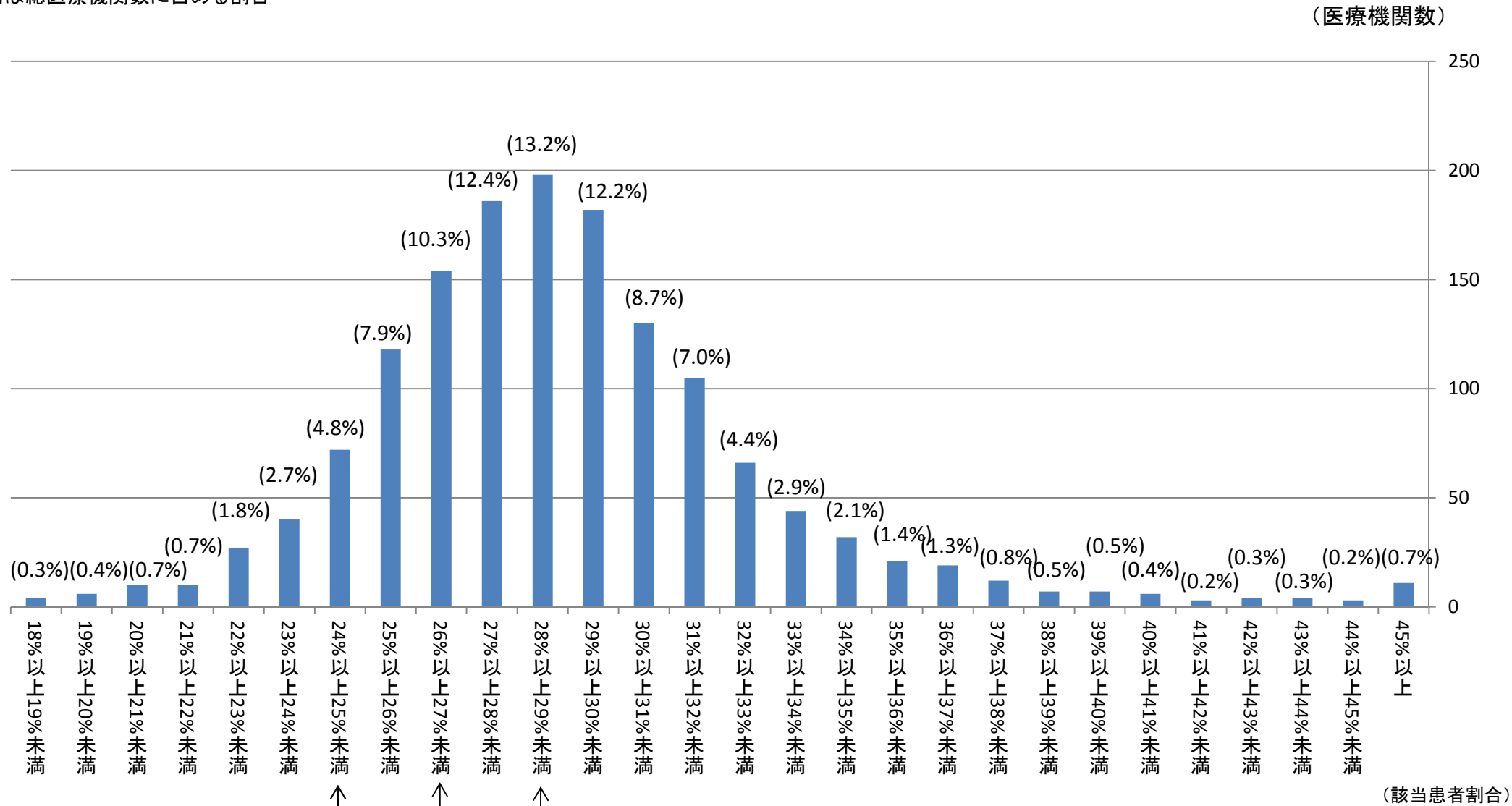
(急性期一般入院基本料の評価)

- 報酬改定に向けた今後の検討事項としては、急性期一般入院基本料における入院料1の基準値の設定が必要である。今回、この検討に際して、上記の見直しの影響や、診療実績データ(EF統合ファイル)の活用についても考慮する必要があるため、これらについて、該当患者割合の基準値や医療機関分布について、以下のような3つのシミュレーションを提示した。
 - 1)「現行の定義・基準」及び「従来の判定方法」による該当患者割合の分布
 - 2)「見直し後の定義・基準」及び「従来の判定方法」による該当患者割合の分布
 - 3)「見直し後の定義・基準」及び「診療実績データを用いた判定方法」による該当患者割合の分布

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析① (現行の定義・基準 & 従来の判定方法)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>

※()内は総医療機関数に占める割合



出典: DPCデータ

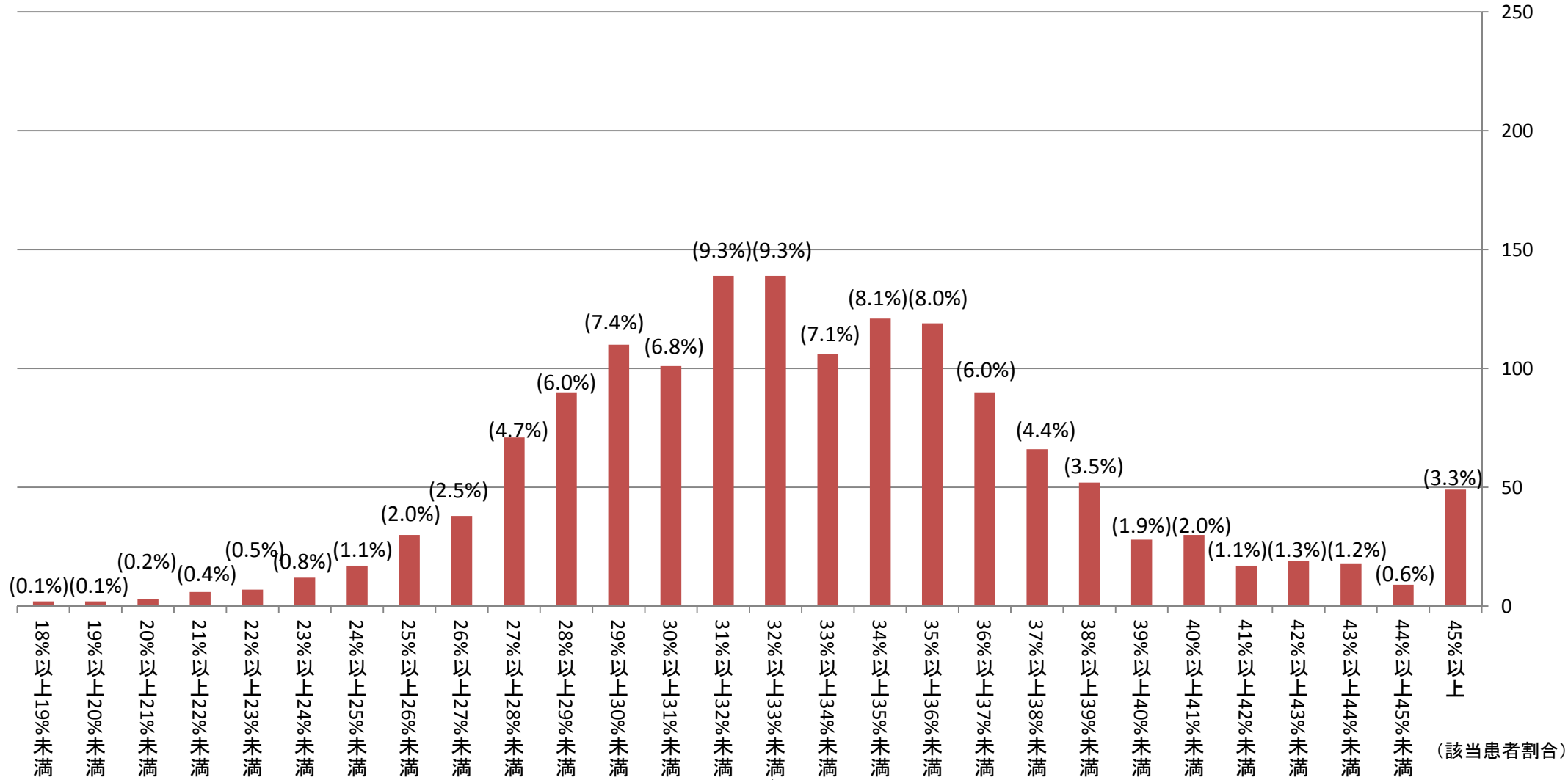
10%tile 25%tile 50%tile

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析② (見直し後の定義・基準 & 従来の判定方法)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>

※()内は総医療機関数に占める割合

(医療機関数)



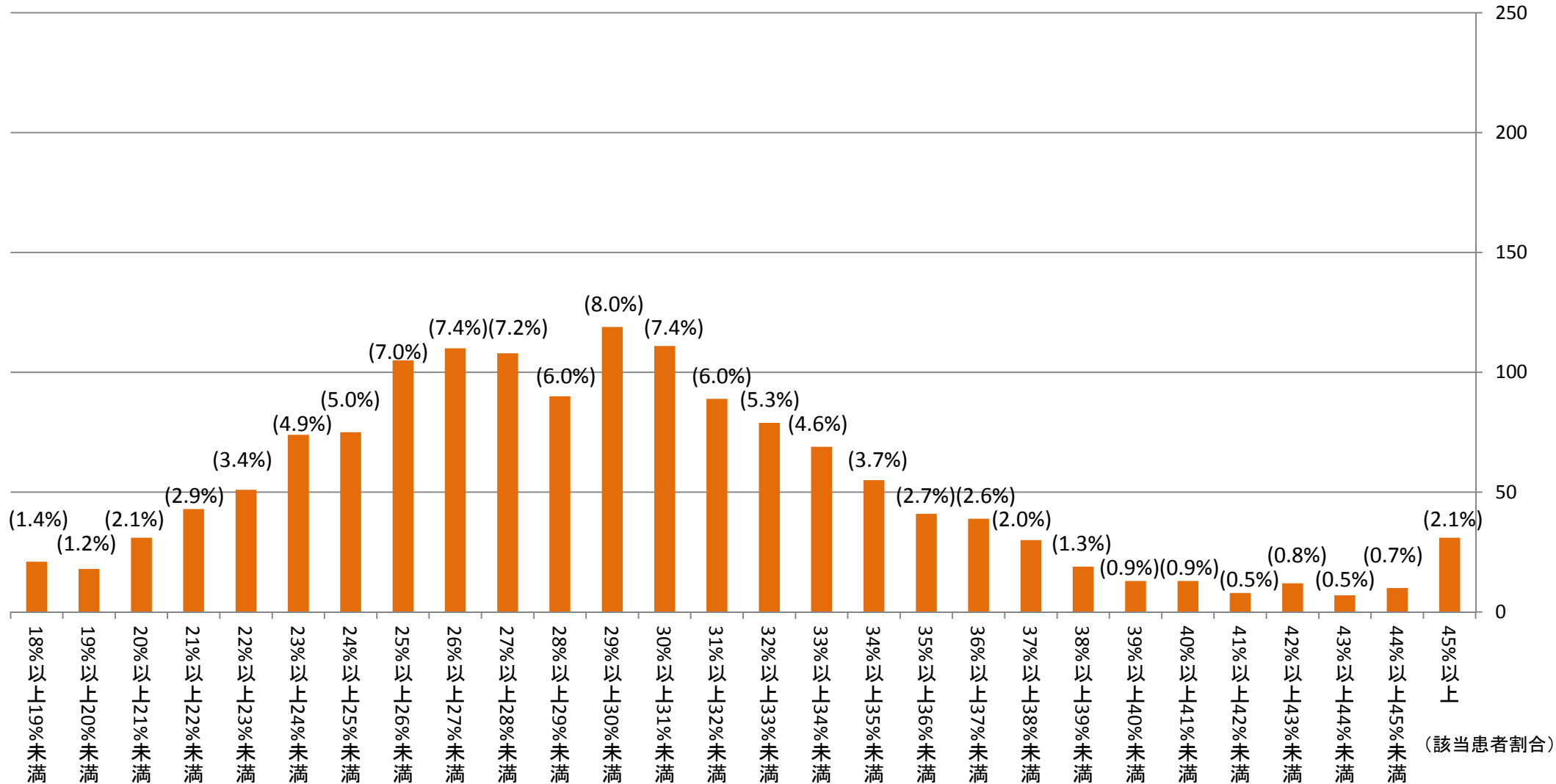
10%tile 25%tile 50%tile

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析③ (見直し後の定義・基準 & 診療実績データを用いた判定方法)

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)＞

※()内は総医療機関数に占める割合

(医療機関数)



出典: DPCデータ

10%tile

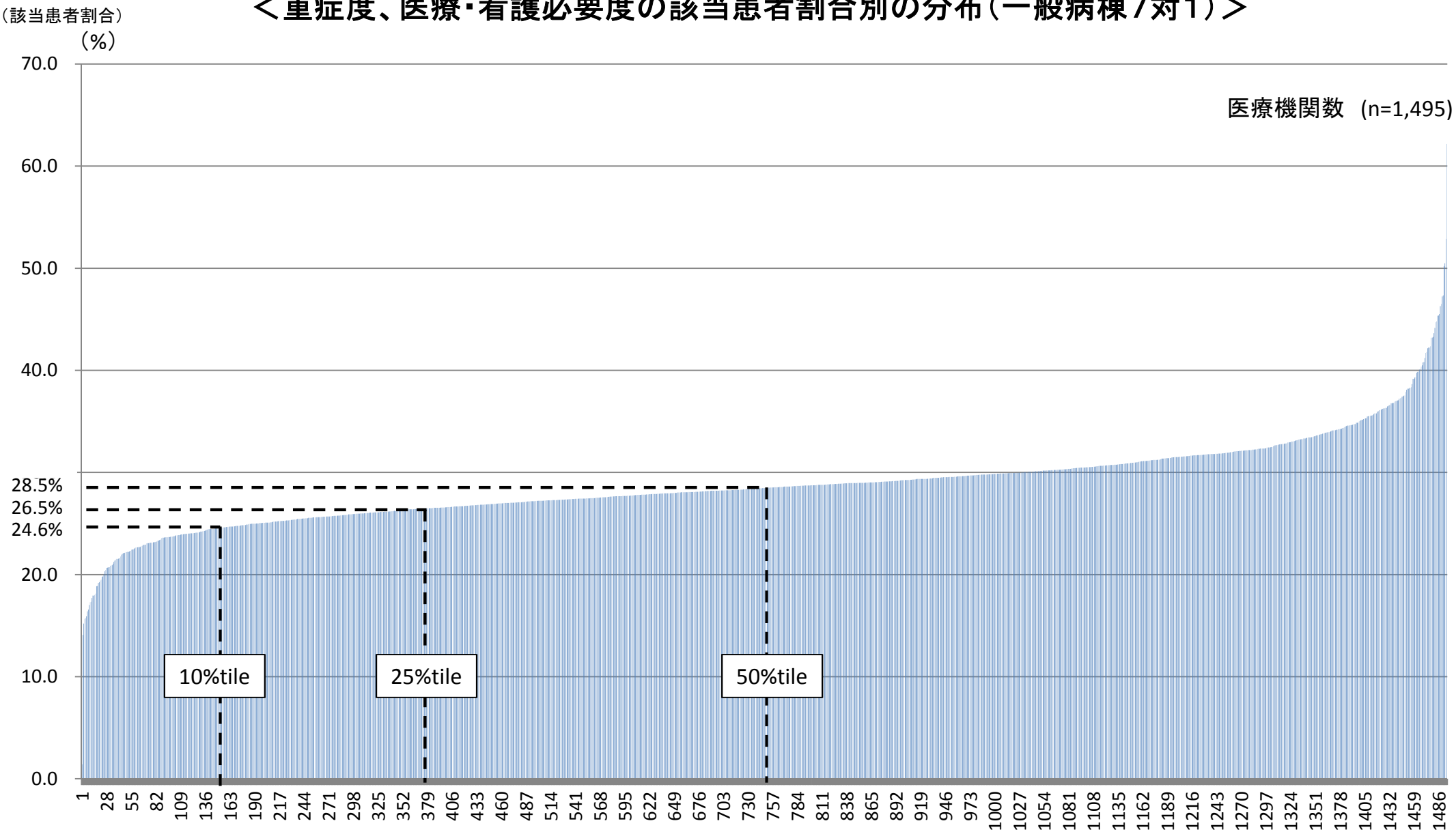
25%tile

50%tile

参考(パーセントイル)

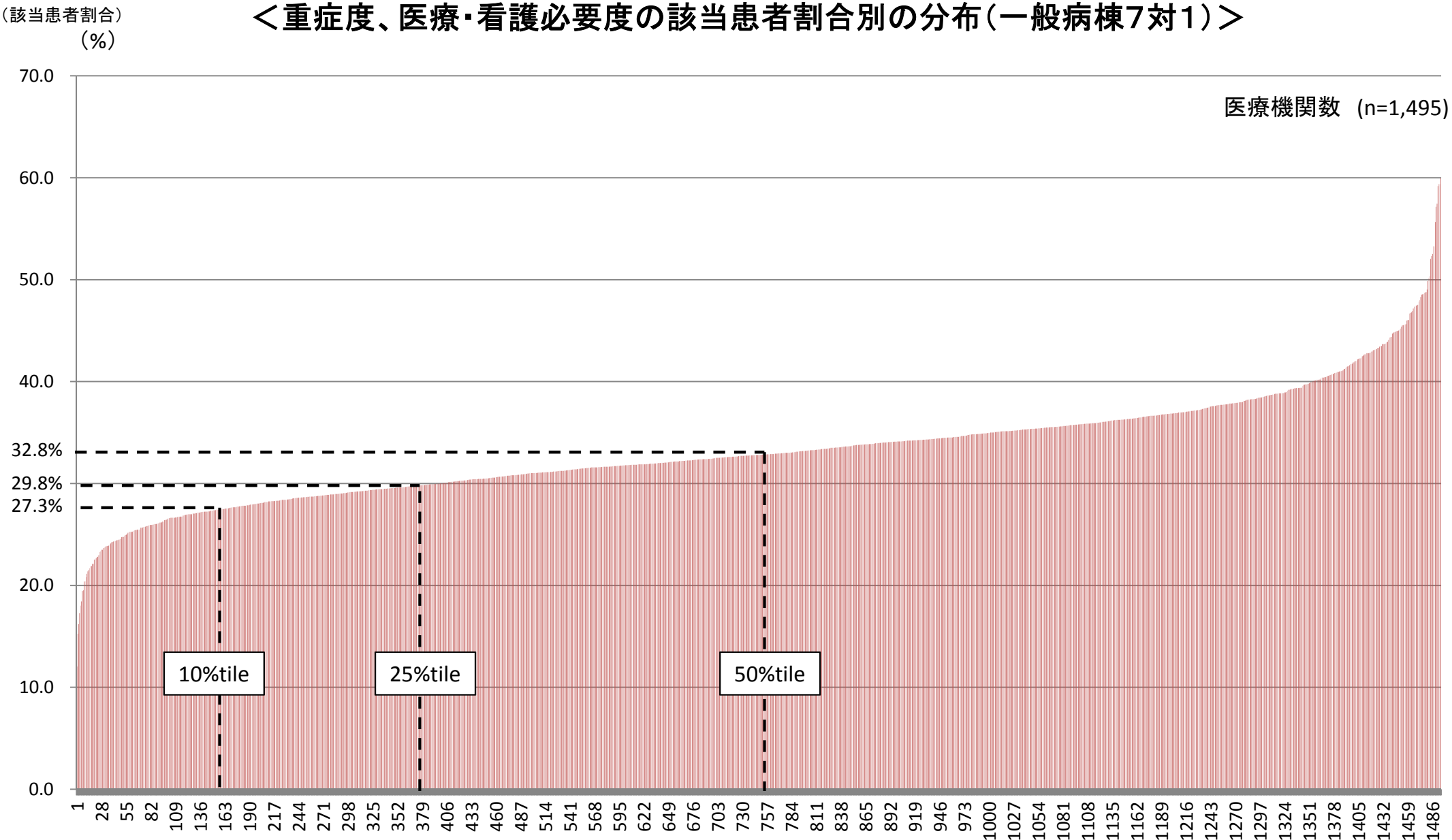
重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル)① (現行の定義・基準 & 従来の判定方法)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>



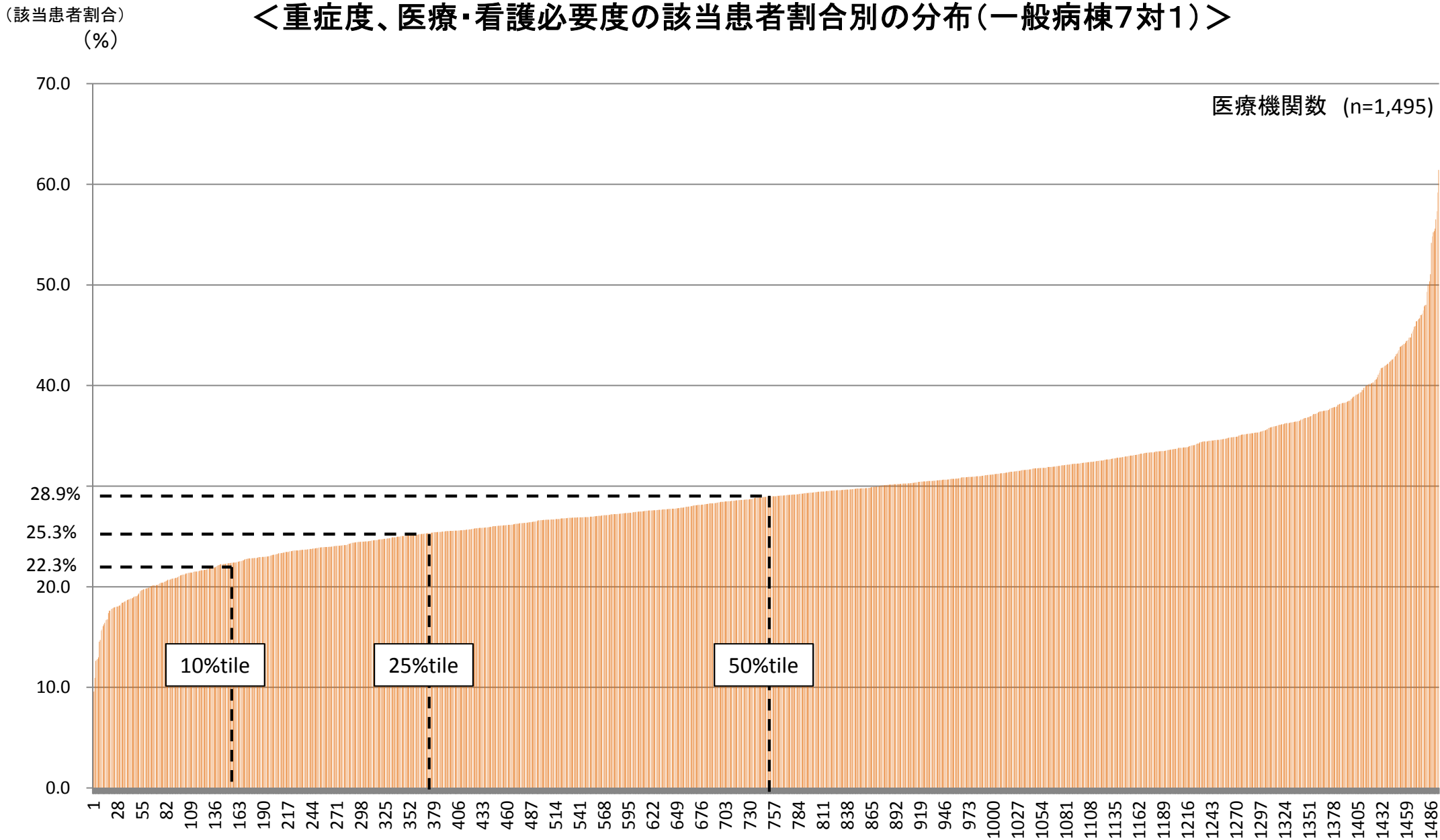
重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル)② (見直し後の定義・基準 & 従来の判定方法)

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)＞



重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル)③ (見直し後の定義・基準 & 診療実績データを用いた判定方法)

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)＞



重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（パーセンタイル値との関係）

現行の定義による該当患者割合（従来の判定方法）（%）	パーセンタイル値(%tile)	見直し後の定義による該当患者割合	
		従来の判定方法（%）	実績データによる判定方法（%）
32.0	84.3	37.8	34.8
31.5	80.1	36.8	33.6
31.0	77.3	36.3	33.1
30.5	73.6	35.8	32.3
30.0	68.8	35.2	31.5
29.5	62.9	34.4	30.6
29.0	57.4	33.8	29.8
28.5	50.2	32.8	29.0
28.0	43.5	32.1	27.8
27.5	37.5	31.5	27.0
27.0	30.9	30.6	26.2
26.5	25.6	29.9	25.4
26.0	20.6	29.2	24.5
25.5	16.1	28.6	23.7
25.0	12.8	27.9	23.0
24.5	9.6	27.3	22.2
24.0	7.7	26.8	21.5
23.5	5.7	26.0	20.7
23.0	4.7	25.7	20.2
22.5	3.7	25.1	19.7
22.0	2.9	24.4	18.8

急性期一般入院基本料に関する論点（案）

【論点（案）】

- 急性期一般入院基本料の各入院料の基準値について、まずは、急性期一般入院料 1（現行の 7 対 1 一般病棟に相当）の基準値について、どのように考えるか検討してはどうか。
 - ※ 基準値に係る議論では、必要度の項目の定義や判定方法によって該当患者割合の数値が異なることから、現行の 7 対 1 一般病棟で用いている必要度の定義・基準と従来の判定方法（診療実績データによる判定ではない方法）に基づく該当患者割合やグラフ（分布）で議論してはどうか。
 - ※ 診療実績データを用いた判定方法を選択した場合の基準値は、従来の判定方法での該当患者割合別の分布と診療実績データを用いた判定での該当患者割合別の分布とで、パーセンタイル値が相同となるような値を設定することとしてはどうか。
- 急性期一般入院料 1 の基準値の設定を踏まえ、急性期一般入院料 2～3 及び急性期一般入院料 4～7（現行の 10 対 1 一般病棟の看護必要度加算部分）の基準値や評価について、どのように考えるか検討してはどうか。

(参考資料)

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近1ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

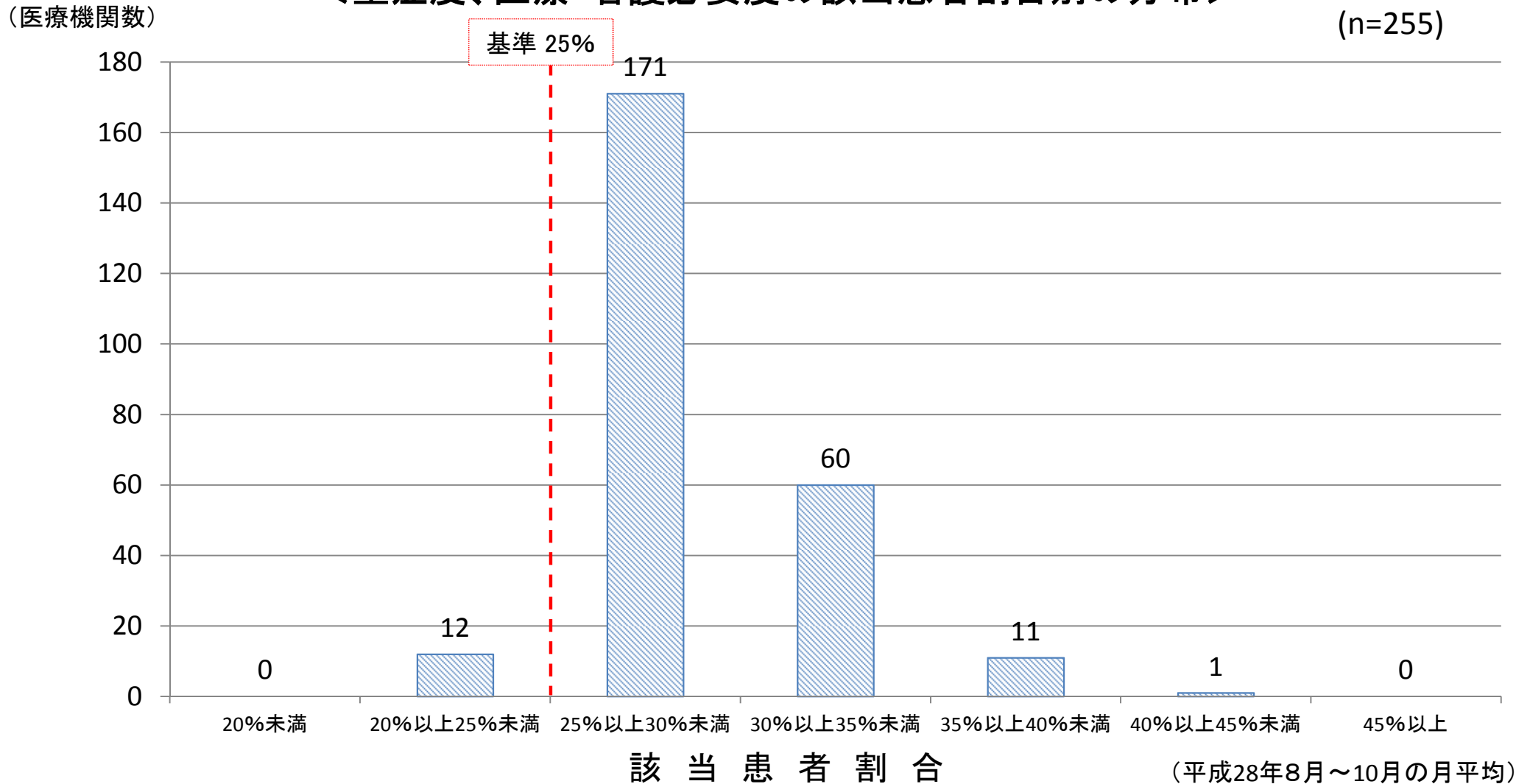
該当患者の基準

以下のいずれかを満たすこと

- 1) A得点2点以上かつB得点3点以上
- 2) A得点3点以上
- 3) C得点1点以上

○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

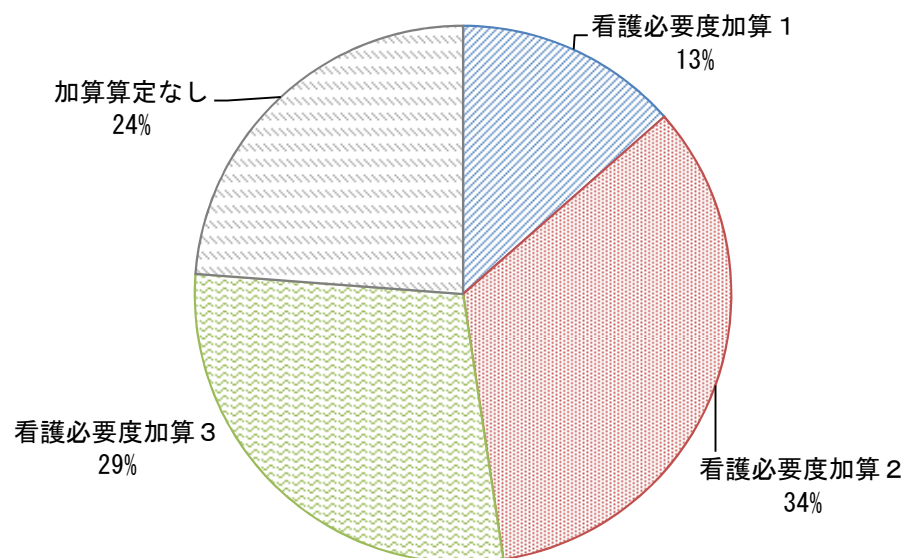


一般病棟(10対1)の加算による評価について

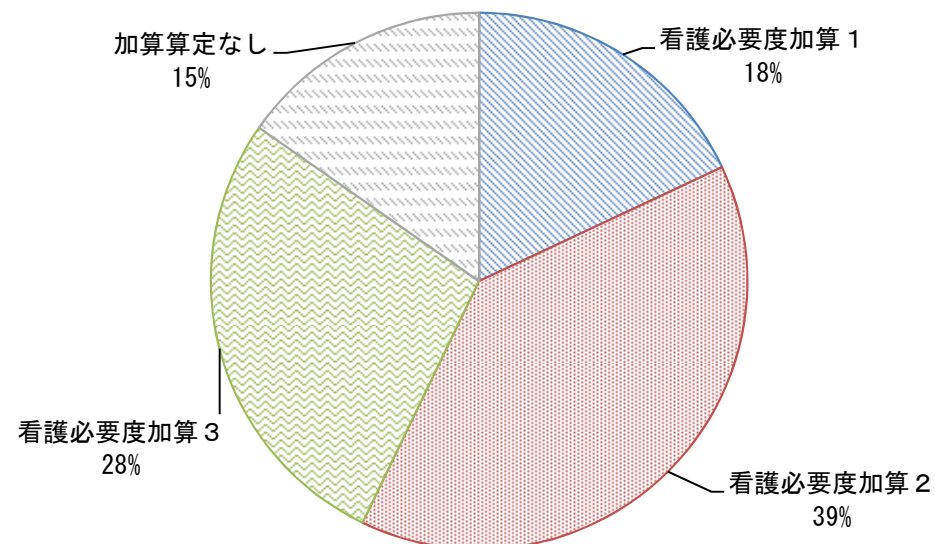
【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	施設基準
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

届出医療機関数(n=2,216)



届出病床数(n=169,733)

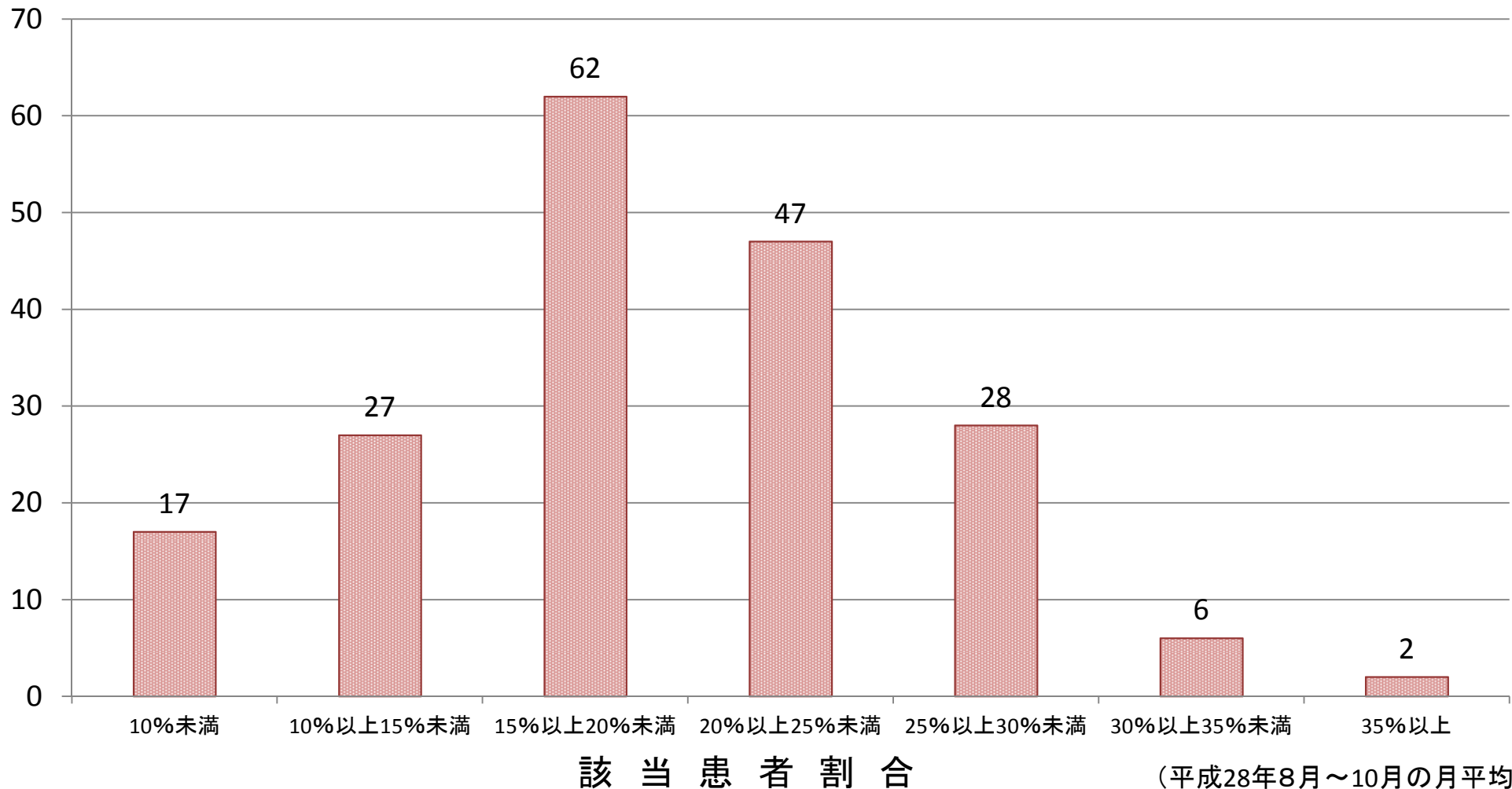


○ 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が15%~20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。

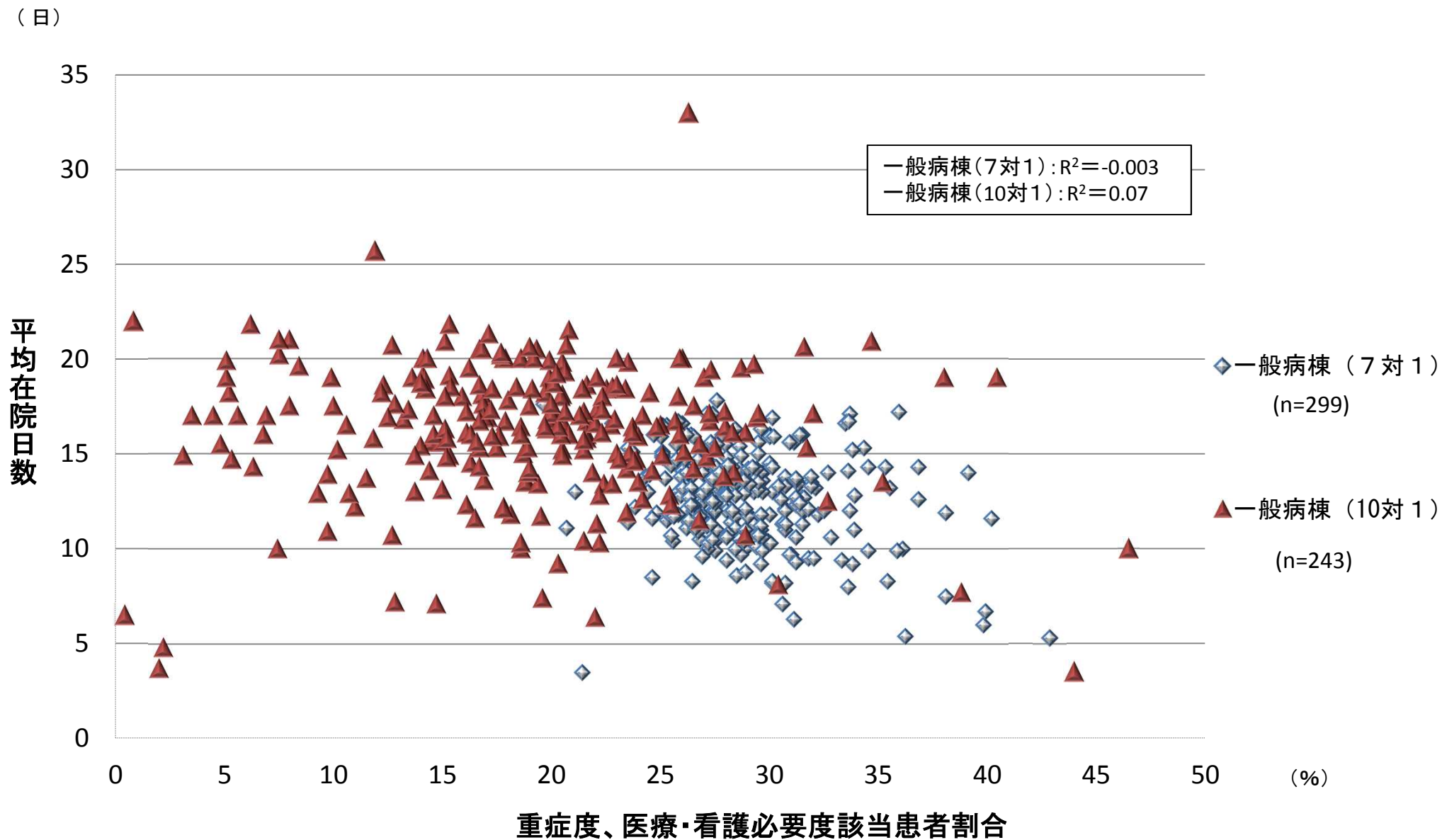
＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

(医療機関数)

(n=189)



平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



診療実績データを用いた判定について

○ 使用したデータ

平成28年12月に提出されたDPCデータ(一般病棟7対1)

○ 各項目の評価方法

➤ A項目・C項目

事務局で作成したマスタ(平成29年11月2日第11回入院医療等の調査・評価分科会で公表)に変更点を追加したマスタに沿って、重症度、医療・看護必要度に対応する報酬区分がEFファイルで報告されていた場合、当該項目に該当すると設定

(11月2日公表マスタからの変更点)

- ・ 「A3 点滴ライン同時3本以上の管理」のマスタから、「G004 点滴注射」に関連する項目を削除
- ・ 項目から「A8 救急搬送後の入院」を削除
- ・ 「A7⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」のマスタから、静脈内留置ルート内の血液凝固の防止に関連する薬剤を削除
- ・ 「C21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の集計方法の見直し(C項目の重複を削除)

➤ B項目

Hファイルを用いて、現行の重症度、医療・看護必要度の該当判定をそのまま使用

○ 医療機関ごとの該当患者の計算方法

現行の計算方法と同様に、

(「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」、「A項目3点以上の患者」、又は「C項目1点以上の患者」) / のべ入院患者
で計算を行った

診療実績データを用いた場合の重症度、医療・看護必要度の定義・判定基準の変更の影響②

[見直し案2(再掲)]

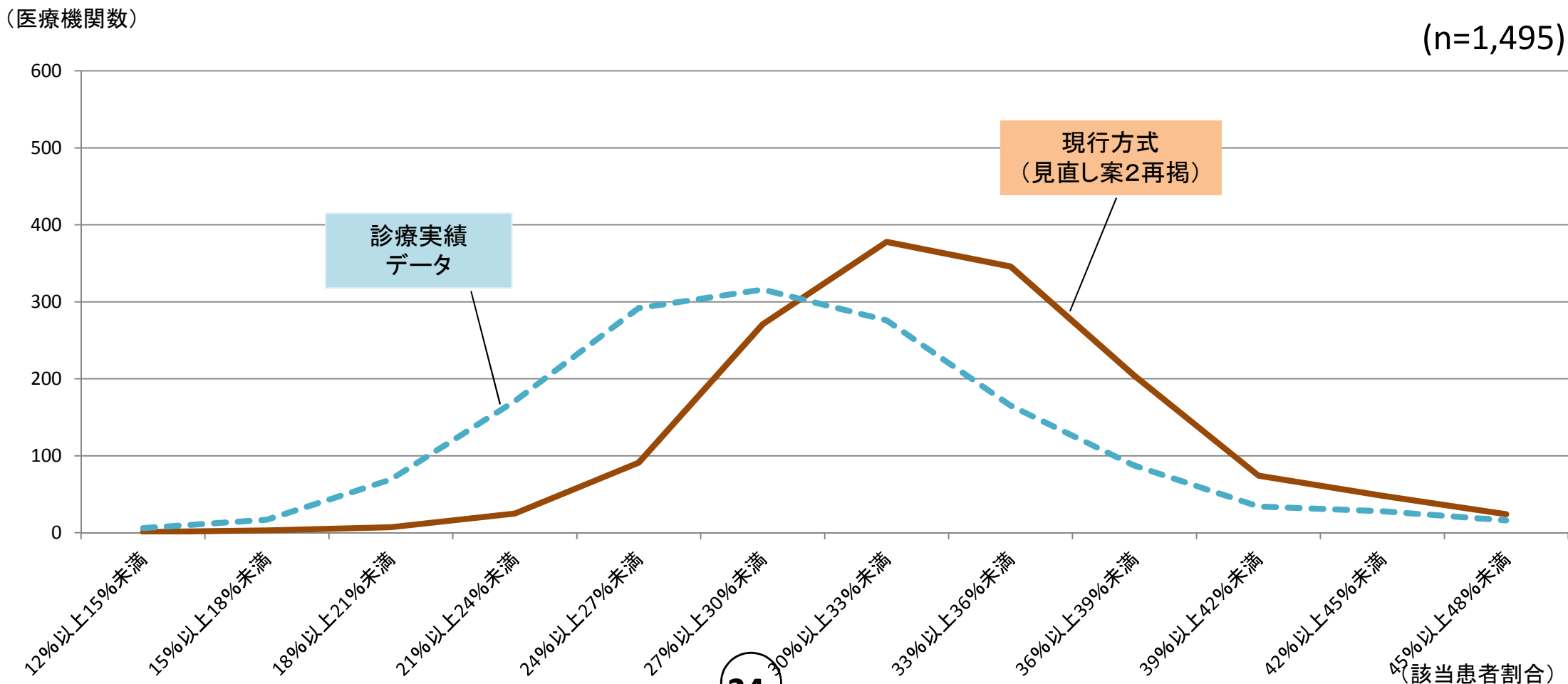
- 『「A得点1点以上かつB得点3点以上」かつ「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を追加
- 「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更



[診療実績データの各項目の評価方法]

- 7頁に示したマスタを使用

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞(一般病棟7対1)



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（案）

<概要>

- 平成 28 年度に実施された DPC 導入の影響評価に関する調査「退院患者調査」について、平成 25 年 12 月 13 日中医協総会での報告に基づき、下記の観点で集計を行った。

「定例報告に係る集計方法」

1. 集計の際の施設類型の考え方
 - ・「DPC 対象病院（Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群別）・DPC 準備病院・その他の病院別」
2. 集計項目
 - ・在院日数
 - ・病床利用率
 - ・救急車による搬送（率・1施設あたり患者数）
 - ・予定・救急医療入院（率・患者数）
 - ・他院からの紹介
 - ・退院時転帰
 - ・入院経路
 - ・退院先の状況
 - ・再入院種別
 - ・再転棟種別

※ 上記の集計報告の他、集計に使用した期間の DPC データに係る診断群分類毎・医療機関毎の集計表を例年公表しており、平成 28 年度分のデータを年度内に公表予定。

1. 背景

- DPC 導入の影響評価等を行うことを目的として、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するための基礎資料を収集するため、平成 28 年 4 月から平成 29 年 3 月までの退院患者について、「診療録情報（診療録に基づく情報）」及び「レセプト情報（診療報酬請求明細書に基づく情報）」等を収集した。

2. 各集計の集計方法・結果

○ 目的と方法

- 平成 25 年 12 月 13 日中医協総会への報告に基づき、集計の視点についてはモニタリング項目（定例報告）について集計をした。
- 平成 28 年度（平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月）の退院患者に係るデータ（約 1300 万件）のうち、包括払いの対象とならない病棟への移動があった患者等を除外したデータ（約 1100 万件）を分析の対象とした。
- 経年比較のため平成 24 年度から平成 28 年度の集計を行った。

○ 調査対象施設数

病床規模（右） 施設類型（下）	100 床未満	100 床以上 200 床未満	200 床以上 300 床未満	300 床以上 400 床未満	400 床以上 500 床未満	500 床以上	合計
DPC 対象病院Ⅰ群	-	-	-	-	1	80	81
DPC 対象病院Ⅱ群	-	1	1	16	27	95	140
DPC 対象病院Ⅲ群	265	438	307	231	119	85	1445
対象病院合計値	265	439	308	247	147	260	1666
DPC 準備病院	154	104	13	5	-	-	276
出来高算定病院	1361	172	23	3	-	-	1559

※ 当該年度中において退院患者調査より辞退した医療機関については、集計より除外している

モニタリング項目（定例報告）

モニタリングの集計項目として「平均在院日数」、「病床利用率」、「入院経路」、「退院時転帰」、「退院先の状況」、「再入院種別」、「再転棟種別」とし、【表1】～【表7】まで経年的な推移を集計した。

【表1】在院日数の平均の年次推移

施設類型	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
DPC対象病院Ⅰ群	14.29	13.99	13.67	13.36	13.12
DPC対象病院Ⅱ群	12.69	12.46	12.22	11.90	11.80
DPC対象病院Ⅲ群	13.50	13.35	12.99	12.59	12.24
DPC準備病院	15.07	14.96	13.82	13.26	13.13
出来高算定病院	13.71	13.68	12.94	13.78	13.71

【表2】病床利用率

施設類型	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
DPC対象病院Ⅰ群	81.3%	81.2%	81.7%	82.4%	82.2%
DPC対象病院Ⅱ群	85.9%	85.5%	85.3%	85.3%	85.5%
DPC対象病院Ⅲ群	80.2%	79.9%	80.3%	80.4%	81.1%
DPC準備病院	77.6%	76.7%	76.1%	76.3%	78.2%
出来高算定病院	75.8%	76.4%	78.3%	77.1%	76.0%

※統合分割病院など年間データでの欠損が存在する医療機関は除く

【表 3 - 1】 救急車による搬送の率・患者数

施設類型	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群 (1 施設当たり患者数)	8.2% 94.0	8.4% 98.4	8.4% 100.4	8.6% 106.1	8.8% 112.3
DPC 対象病院 II 群 (1 施設当たり患者数)	14.4% 145.1	14.9% 152.7	15.3% 160.9	15.7% 168.8	16.4% 180.2
DPC 対象病院 III 群 (1 施設当たり患者数)	15.3% 56.4	15.9% 59.2	16.4% 61.2	16.7% 63.1	17.5% 66.1
DPC 準備病院 (1 施設当たり患者数)	14.3% 16.6	14.6% 17.0	15.0% 19.1	14.6% 19.5	15.4% 20.6
出来高算定病院 (1 施設当たり患者数)	9.3% 9.5	9.1% 9.1	13.0% 7.3	12.8% 7.0	13.4% 7.2

【表 3 - 2】 救急医療入院の率・患者数（救急医療入院の率・患者数）

施設類型	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群 (1 施設当たり患者数)	11.4% 131.2	12.3% 144.5	11.5% 138.4	12.2% 150.5	12.3% 156.7
DPC 対象病院 II 群 (1 施設当たり患者数)	25.4% 256.5	25.9% 265.1	24.3% 255.3	25.1% 270.1	25.9% 284.0
DPC 対象病院 III 群 (1 施設当たり患者数)	29.3% 107.9	30.0% 111.4	27.2% 101.4	27.1% 102.6	27.2% 103.1
DPC 準備病院 (1 施設当たり患者数)	23.5% 27.2	25.3% 29.4	23.3% 29.6	21.9% 29.3	22.5% 30.1
出来高算定病院 (1 施設当たり患者数)	18.1% 18.6	20.7% 20.9	20.6% 11.5	20.1% 11.1	20.5% 11.0

【表 3 - 3】 他院より紹介有りの率・患者数

施設類型	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群	63.8%	67.5%	70.8%	72.5%	74.5%
(1 施設当たり患者数)	734.6	792.5	851.4	891.6	947.0
DPC 対象病院 II 群	56.1%	58.3%	61.7%	64.1%	65.4%
(1 施設当たり患者数)	565.5	595.7	648.0	690.6	718.3
DPC 対象病院 III 群	44.7%	46.4%	48.8%	50.5%	52.0%
(1 施設当たり患者数)	164.7	172.6	181.8	191.0	196.8
DPC 準備病院	31.9%	31.6%	34.5%	37.6%	39.6%
(1 施設当たり患者数)	37.0	36.7	43.8	50.2	52.9
出来高算定病院	40.3%	39.9%	31.5%	30.9%	31.7%
(1 施設当たり患者数)	41.3	40.1	17.6	17.0	17.0

【表 4】 退院時転帰の状況「治癒・軽快」

施設類型		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群	治癒＋軽快	77.2%	77.3%	77.6%	78.0%	77.8%
DPC 対象病院 II 群	治癒＋軽快	79.8%	79.8%	80.0%	80.5%	80.2%
DPC 対象病院 III 群	治癒＋軽快	81.1%	81.3%	81.6%	81.9%	81.8%
DPC 準備病院	治癒＋軽快	78.0%	78.9%	79.9%	79.8%	79.5%
出来高算定病院	治癒＋軽快	74.3%	71.0%	76.9%	77.6%	77.1%

【表 5 - 1】 退院先の状況「自院の外来」

施設類型	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群	83.9%	83.9%	82.7%	83.0%	82.9%
DPC 対象病院 II 群	75.7%	75.6%	73.8%	74.2%	74.4%
DPC 対象病院 III 群	72.3%	72.3%	70.3%	70.2%	69.9%
DPC 準備病院	69.9%	70.0%	67.3%	67.8%	67.8%
出来高算定病院	72.2%	69.6%	61.4%	61.6%	62.4%

【表 5 - 2】 退院先の状況「転院」

施設類型	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群	4.9%	4.9%	5.4%	5.6%	5.8%
DPC 対象病院 II 群	6.3%	6.5%	6.9%	7.2%	7.5%
DPC 対象病院 III 群	5.3%	5.6%	5.9%	6.0%	6.3%
DPC 準備病院	5.9%	6.4%	6.1%	5.9%	6.0%
出来高算定病院	4.3%	4.3%	5.9%	6.1%	6.3%

【表 6】再入院種別

施設類型		平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群	計画的	10.0%
	計画外	3.3%
DPC 対象病院 II 群	計画的	8.4%
	計画外	4.2%
DPC 対象病院 III 群	計画的	6.9%
	計画外	4.5%
DPC 準備病院	計画的	6.1%
	計画外	4.2%
出来高算定病院	計画的	4.8%
	計画外	4.3%

※平成 28 年度診療報酬改定より調査内容が変更されたため、平成 27 年度までのデータが存在しない。

(参考)

施設類型		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
DPC 対象病院 I 群	計画的	12.0%	12.0%	12.5%	12.9%
	予期された	2.2%	1.9%	1.7%	1.7%
	予期せぬ	2.6%	2.8%	3.0%	3.0%
DPC 対象病院 II 群	計画的	10.3%	10.2%	10.6%	10.8%
	予期された	2.3%	2.2%	2.1%	2.1%
	予期せぬ	3.3%	3.4%	3.6%	3.6%
DPC 対象病院 III 群	計画的	7.9%	7.8%	8.3%	8.4%
	予期された	2.5%	2.3%	2.1%	2.1%
	予期せぬ	3.9%	4.2%	4.3%	4.3%
DPC 準備病院	計画的	6.1%	6.0%	6.5%	7.1%
	予期された	2.4%	2.2%	2.1%	2.2%
	予期せぬ	4.3%	4.5%	4.3%	4.4%
出来高算定病院	計画的	9.2%	9.0%	5.3%	5.1%
	予期された	1.9%	1.6%	1.8%	2.3%
	予期せぬ	5.0%	4.7%	4.8%	5.8%

【表 7】再転棟種別

施設類型		平成 28 年度
DPC 対象病院 I 群	計画的	0.01%
	計画外	0.00%
DPC 対象病院 II 群	計画的	0.01%
	計画外	0.01%
DPC 対象病院 III 群	計画的	0.02%
	計画外	0.08%
DPC 準備病院	計画的	0.05%
	計画外	0.19%
出来高算定病院	計画的	0.07%
	計画外	0.30%

※平成 28 年度診療報酬改定より調査内容が変更されたため、平成 27 年度までのデータが存在しない。

(参考)

施設類型		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
DPC 対象病院 I 群	計画的	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
	予期された	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%
	予期せぬ	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
DPC 対象病院 II 群	計画的	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%
	予期された	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	予期せぬ	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
DPC 対象病院 III 群	計画的	0.03%	0.03%	0.04%	0.03%
	予期された	0.03%	0.02%	0.03%	0.02%
	予期せぬ	0.09%	0.09%	0.09%	0.09%
DPC 準備病院	計画的	0.05%	0.04%	0.08%	0.06%
	予期された	0.10%	0.08%	0.07%	0.08%
	予期せぬ	0.35%	0.38%	0.27%	0.30%
出来高算定病院	計画的	0.07%	0.04%	0.15%	0.13%
	予期された	0.07%	0.07%	0.12%	0.13%
	予期せぬ	0.43%	0.33%	0.43%	0.65%