

D P C 関連

平成28年度診療報酬改定の概要 (DPC制度関連部分)

1

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

2

DPC/PDPS導入の経緯(1)

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-1(抜粋)

- DPC制度(DPC/PDPS)は、平成15年4月より、閣議決定に基づき、**特定機能病院を対象に導入された、急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度**である。

(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(平成15年3月28日閣議決定)より抜粋

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

[平成23年1月21日中医協総会 総-3-1(抜粋)]

- ・ DPC/PDPSの導入に先立って、平成10年11月から国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行が実施された(平成16年3月まで)。
- ・ 制度導入前に実施された包括払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた1日あたり定額報酬を算定する、という現行のDPC/PDPSが導入された。

DPC/PDPS導入の経緯(2)

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-1(抜粋)

※ 「DPC/PDPS」について

「DPC; Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」

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

「PDPS; Per-Diem Payment System 1日あたり包括支払い制度」

Per-Diem 1日あたり
Payment System 支払い制度

※ 「DPC」という呼称については、

- ① 診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度
- ② 患者分類としての診断群分類

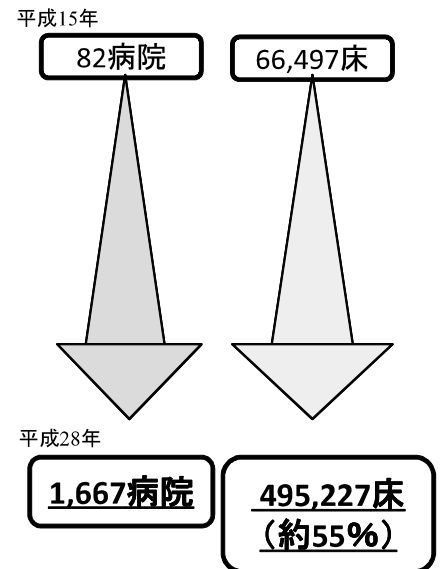
本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称については DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

DPC対象病院の変遷

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成28年4月1日見込みで1,667病院・約49万床となり、全一般病床の約55%を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
平成28年度対象病院 (H28年4月) (見込み)	1,667	495,227
(参考)全一般病院(※) (平成26年医療施設調査)	7,426	894,216



※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

5

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

6

調整係数見直し(1)

(1)調整係数の見直しに係る対応

- ① DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を
 目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定におい
 ては、**調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定
 する。**

[医療機関Aの暫定調整係数]

$$= ([\text{医療機関Aの調整係数}(\ast)] - [\text{医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数}]) \times 0.25$$

※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく

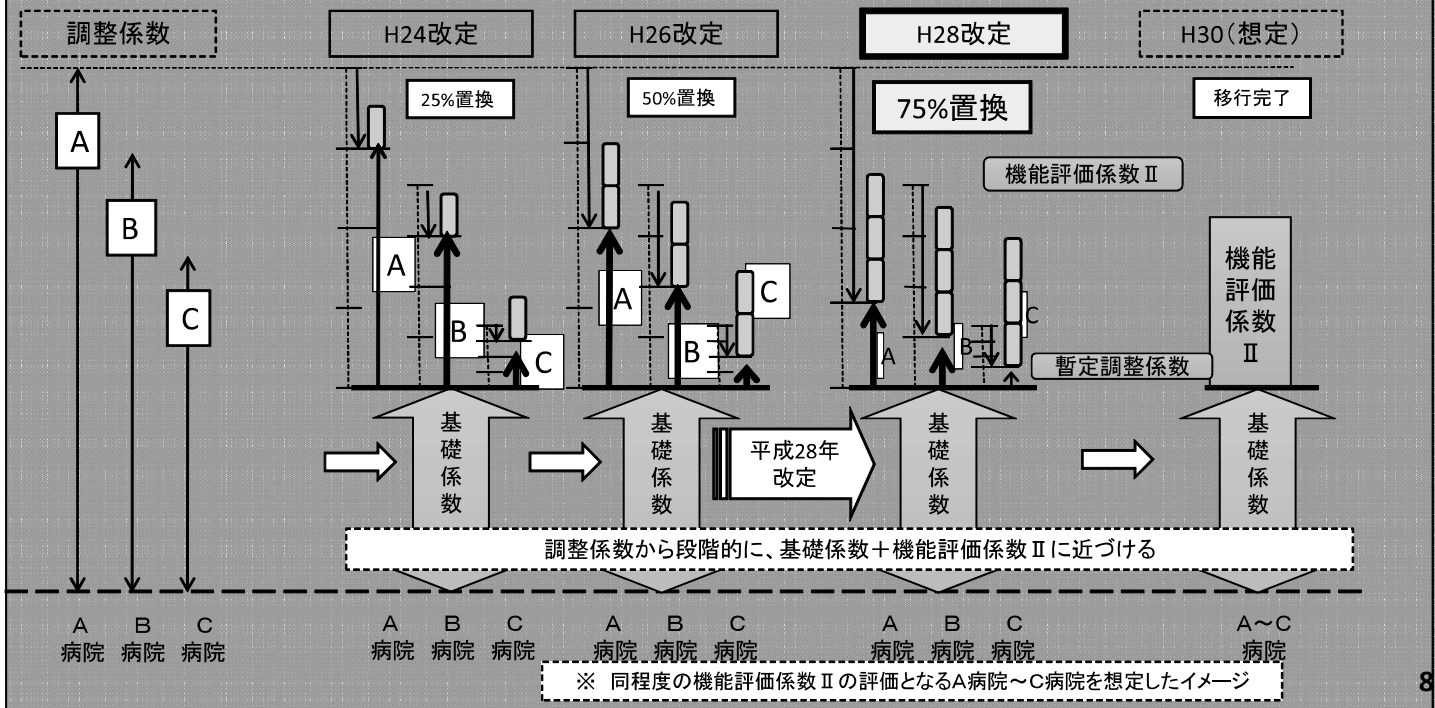
(2)個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置(激変緩和)について

- 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激
 変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関別係数の変動の影響による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を調整する措置を講じた。
- 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。**

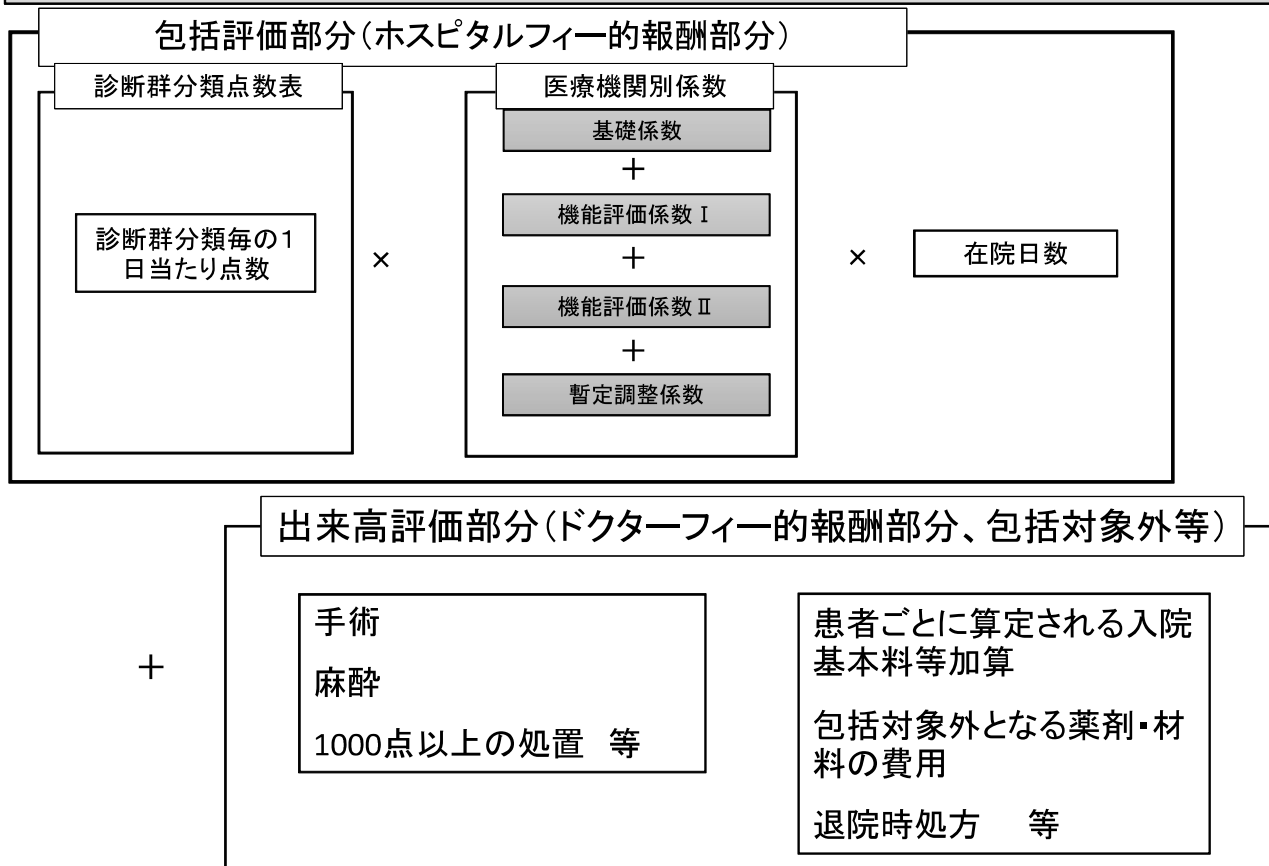
調整係数見直し(2)

調整係数の置き換え

- DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を
 目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへ置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段
 階的な基礎係数と機能評価係数Ⅱへ置換えを進める。



DPC制度における診療報酬の算定方法



医療機関群の見直し

Ⅱ群病院の選定要件

➤ Ⅱ群病院(高機能な病院群)の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加する。

- 下記の【実績要件1】～【実績要件4】のそれぞれについて、Ⅰ群(大学病院本院)の最低値(但し、外れ値を除く)より高い医療機関をⅡ群とする。

【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；外的要因補正)	
【実績要件2】：医師研修の実施	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】：高度な医療技術の実施 (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
		(3b)：DPC算定病床当たりの同指数
		(3c)：手術実施症例件数
	特定内科診療	(3A)：症例割合
		(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
		(3C)：対象症例件数
【実績要件4】：重症患者に対する診療の実施	複雑性指数(重症DPC補正後)	

医療機関群・基礎係数の見直し

[各病院群の基礎係数(平成28年度)]

$$= \{ [\text{各病院群の包括範囲出来高点数}^{*1} \text{の平均値}^{*2}] \times [\text{改定率}^{*3}] \} / [\text{各病院群のDPC点数表}^{*4} \text{に基づく包括点数}^{*5} \text{の平均値}^{*2}]$$

- *1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(退院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。
- *2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。
- *3 平成28年度改定では(1-0.0103)となる。特例市場拡大再算定分は点数表へ別途反映。
- *4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。

*5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院Ⅰ群(大学病院本院)	集計中	
DPC病院Ⅱ群(高機能な病院)		
DPC病院Ⅲ群		
合計		

機能評価係数Ⅰの見直し(1)

機能評価係数Ⅰとは

- ▶ 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」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。

1. 「入院基本料の差額」を評価

診断群分類点数表は、「一般病棟10対1入院基本料」を基本として作成されており、それぞれの入院基本料について、「一般病棟入院基本料10対1」との差額に係る評価を行う。

(例)

一般病棟7対1入院基本料
専門病院7対1入院基本料
専門病院10対1入院基本料
特定機能病院7対1入院基本料
特定機能病院10対1入院基本料

2. 「入院基本料等加算」等

「当該医療機関においてDPC包括算定をする全入院患者が算定する加算」等について評価する。

(例)

総合入院体制加算
医師事務補助体制加算
診療録管理体制加算
検体検査判断料

「入院基本料等加算」

機能評価係数Ⅰとして評価

		主な変更点(概要)		
医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算	
		A204	地域医療支援病院入院診療加算	
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算	
		A207	診療録管理体制加算	
		A207-2	医師事務作業補助体制加算	⇒ 特定機能病院に追加
		A234	医療安全対策加算	
		A234-2	感染防止対策加算	
		A244	病棟薬剤業務実施加算	⇒ 病棟薬剤業務実施加算2の新設
		A245	データ提出加算	
		A230	精神病棟入院時医学管理加算	
		A230-2	精神科地域移行実施加算	
	A243	後発医薬品使用体制加算		
	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	⇒ 夜間25対1から30対1への変更、夜間看護体制加算の新設
		A207-4	看護職員夜間配置加算	⇒ 12対1加算1・2、16対1加算への細分化
		A213	看護配置加算	
		A214	看護補助加算	⇒ 夜間75対1看護補助加算加算、夜間看護体制加算の新設
	地域特性の評価	A218	地域加算	⇒ 7級地の新設
		A218-2	離島加算	
	特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算	
		A225	放射線治療病室管理加算	
		A229	精神科隔離室管理加算	
	療養環境の評価	A219	療養環境加算	
		A220	HIV感染者療養環境特別加算	
		A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	
		A221	重症者等療養環境特別加算	
		A221-2	小児療養環境特別加算	
		A222	療養病棟療養環境加算	
		A222-2	療養病棟療養環境改善加算	
A223		診療所療養病床療養環境加算		
A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算			

13

平成28年度診療報酬改定

機能評価係数Ⅱの見直し(1)

機能評価係数Ⅱの新項目

➤ 重症度指数を追加した8指数により評価を行う。

✓ 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

現行		平成28年改定	
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	

評価指標(指数)の計算方法

当該医療機関における[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。)

14

機能評価係数Ⅱの見直し(2)

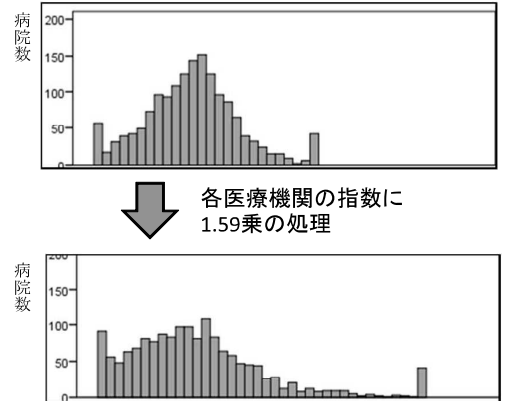
機能評価係数Ⅱの重み付け

➤ 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値			
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(※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile値	0(※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療(定量) (体制)	1.0 1.0	0 0	0 0	群ごとに評価	×
後発医薬品 (※3)	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile値	10%tile値	0	群ごとに評価	×

- ※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を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(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

標準化のイメージ



対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

機能評価係数Ⅱの見直し(3)

機能評価係数Ⅱの各項目の見直し

➤ 保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、後発医薬品指数について必要な見直しを行う。

① 保険診療指数(全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加点・減点を行う。)

0.05点加点	<ul style="list-style-type: none"> 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価(Ⅰ群のみ) 病院情報の公表(平成29年度より)
0.05点減点	<ul style="list-style-type: none"> 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 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(Ⅰ群のみ) ※ 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 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(Ⅰ群のみ) 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(Ⅰ群・Ⅱ群)

④ カバー率指数

- Ⅲ群においては、最低値・最小値を30%tile値とする。
 - ✓ 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評価方法を変更する。

⑥ 地域医療指数

- 地域がん登録に関する評価を廃止(平成29年度より)
- 高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加(平成29年度より)

⑦ 後発医薬品指数

- 評価上限を70%とする。
 - ✓ 政府目標である70%へ評価上限を引き上げ。