

## 【参考資料】 DPC / PDPS

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、**全一般病院の約55%**を占める

【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

平成15年

82病院

66,497床

平成28年

1,667病院

495,227床  
(約55%)

※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)。

## 診断群分類の見直しを行い平成28年度改定においては以下の分類となった

改定時期	MDC数 (※1)	傷病名数	DPCコード (ツリー総数)	うち包括対象 DPC数(※2)	支払い分類 (※3)
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
<b>平成28年4月</b>	<b><u>18</u></b>	<b><u>506</u></b>	<b><u>4,918</u></b>	<b><u>4,244</u></b>	<b><u>2,410</u></b>

※1 MDC: Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 改定時点で包括対象となっているDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類においては、複数の診断群分類番号が同一の支払い分類となっている。

## DPC対象病院の要件について

一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げる区分番号のうちいずれかの7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。

- イ A100 一般病棟入院基本料
- ロ A104 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)
- ハ A105 専門病院入院基本料

二 医科点数表に掲げる区分番号A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。

三 厚生労働大臣が実施する次の調査に適切に参加すること。

- イ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査 (※「退院患者調査」)
- ロ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、イの調査を補完することを目的として随時実施される調査 (※「特別調査」)

四 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のいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者(算定告示第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、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した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             | チ A301-4 小児特定集中治療室管理料    |
| ロ A104 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。) | リ A302 新生児特定集中治療室管理料     |
| ハ A105 専門病院入院基本料             | ヌ A303 総合周産期特定集中治療室管理料   |
| ニ A300 救命救急入院料               | ル A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料 |
| ホ A301 特定集中治療室管理料            | ロ A305 一類感染症患者入院医療管理料    |
| ヘ A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料     | ワ A307 小児入院医療管理料         |
| ト A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料    |                          |

五 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。

適切なコーディング委員会の年4回の開催等

- ・多職種の参加
- ・DPC制度への理解を深め、適切なコーディングを推進する。
- ・実症例をもって議論をする際には、担当医等が出席し、診療報酬の多寡の議論を行わない旨を周知。

【※ DPC対象病院として望ましい基準】

救急医療管理加算・診療録管理体制加算1・適切なコーディングに関する委員会の毎月の開催

## 各医療機関の医療機関別係数は、以下の4つを合算したものとする

### 基礎係数（医療機関群別）

医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価したもの。

### 機能評価係数Ⅰ

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

### 機能評価係数Ⅱ

DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ及び地域において医療機関が担うべき役割や機能等を評価したもの。

### 暫定調整係数

従来の調整係数の段階的廃止過程において暫定的に設定される係数。

H28年度改定において機能評価係数Ⅱへの置換割合は75%で設定

[各病院群の基礎係数(平成28年度)]

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

\*1 改定前の出来高点数表に基づく(退院患者調査)。ただし、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라이어)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。

## ● 基礎係数（医療機関群）の見直し

### 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

#### II 群病院の選定にかかる実績要件(高機能な病院)

・以下の4つの実績要件について、「**I 群の最低値(外れ値を除く)**」をすべて満たす病院を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）	

H28年  
新設

## ● 機能評価係数 I の見直し

病棟群単位における届出を行う場合は、10対1入院基本料に係る係数を算定し、7対1入院基本料を算定する患者においては規定点数を加算する

### 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

### 病棟群単位の届出における算定方法

※ DPC対象病院において病棟群単位による届出を行う場合は、10対1入院基本料に係る係数を算定し、7対1入院基本料を算定する患者においては、算定告示に規定する点数を加算。

機能評価係数 I は10対1を算定



### 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
医師事務作業補助体制加算
診療録管理体制加算
検体検査判断料

## ● 機能評価係数IIの見直し

### 重症度指数を追加した8指数により評価を行う

名称	評価の考え方	
1) 保険診療係数	質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価	→見直し
2) 効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	現行通り
3) 複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	現行通り
4) カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	→見直し
5) 救急医療係数	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	現行通り
6) 地域医療係数	地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)	→見直し
7) 後発医薬品係数	入院医療における後発医薬品の使用を評価。	→見直し
8) 重症度係数	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。	

H28年  
新設

#### 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。)

## ①保険診療指数、④カバー率指数、⑥地域医療指数、⑦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"> <li>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)</li> <li>病院情報の公表(平成29年度より)</li> </ul>
0.05点減点	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価)</li> <li>適切な傷病名コードによるレセプトの請求</li> <li>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</li> <li>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)</li> <li>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)</li> </ul>

### 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。

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

	指数		係数	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。)		0	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	○
カバー性	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)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
(体制)	1.0	0	0		
後発医薬品	97.5%tile 値 (※3)	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)。

## ● 出来高算定となる患者

### A 出来高算定する診断群分類に該当した場合

### B 特殊な病態の患者

- 入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
- 臓器移植患者の一部
- 評価療養を受ける患者 等

### C 一般病棟のうち、DPC算定とならない特定入院料等の算定患者

- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A306-3 地域包括ケア病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料 等

### D 厚生労働大臣が定める者(告示に規定)

- ① 診療報酬改定で新たに保険収載された手術等が実施された患者
- ② 「高額薬剤」として別に定める薬剤を定められた診断群分類において使用した患者
- ③ 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者

### 【追加項目】

- K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
- K768 体外衝撃波腎・尿管破碎術
- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

イ	J007-2	硬膜外自家血注入
ロ	J118-4	歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)(1日につき)
ハ	K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)3同種骨移植(非生体)・1同種骨移植(特殊なもの)
ニ	K080-6	関節鏡下股関節唇形成術
ホ	K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術2頭蓋底脳腫瘍(下垂体腫瘍を除く。)
ヘ	K461-2	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術
ト	K462-2	内視鏡下パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)
チ	K464-2	内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術
リ	K508-3	気管支熱形成術
ヌ	K514	肺悪性腫瘍手術10壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)
ル	K526-4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力療法
ヲ	K528-3	胸腔(くう)鏡下先天性食道閉鎖症根治手術
ワ	K530-3	内視鏡下筋層切開術
カ	K560-2	オープン型ステントグラフト内挿術
ヨ	K603-2	小児補助人工心臓(1日につき)
タ	K605-5	骨格筋由来細胞シート心表面移植術
レ	K674-2	腹腔(くう)鏡下総胆管拡張症手術
ソ	K677	胆管悪性腫瘍手術1隣(すい)頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの
ツ	K695-2	腹腔(くう)鏡下肝切除術(1部分切除及び2外側区域切除を除く。)
ネ	K703-2	腹腔(くう)鏡下隣(すい)頭十二指腸切除術
ナ	K715-2	腹腔(くう)鏡下腸重積症整復術
ラ	K726-2	腹腔(くう)鏡下人工肛(こう)門造設術
ム	K773-5	腹腔(くう)鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
ウ	K865-2	腹腔(くう)鏡下仙骨腔(ちつ)固定術
ク	M001-4	粒子線治療(一連につき)

## ● DPC制度における包括範囲

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 (機能評価係数Iとして評価)	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て(DPC包括対象外)
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料(血液採取を除く)
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法(主要血管)
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
Hリハビリテーション・ I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外(1000点未満処置)	1000点以上処置 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び 腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬材料		右記以外	HIV治療薬 血液凝固因子製剤(血友病等に対する)

### 【追加項目】

- A244 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

### 【追加項目】

- 小児入院医療管理料
- ①人工呼吸器使用  
→1日につき600点加算
- ②重症児受入体制加算  
→1日につき200点加算  
(小児入院医療管理料3・4・5に限る)

### 【追加項目】

- E003 頸動脈閉塞試験(マタス試験)

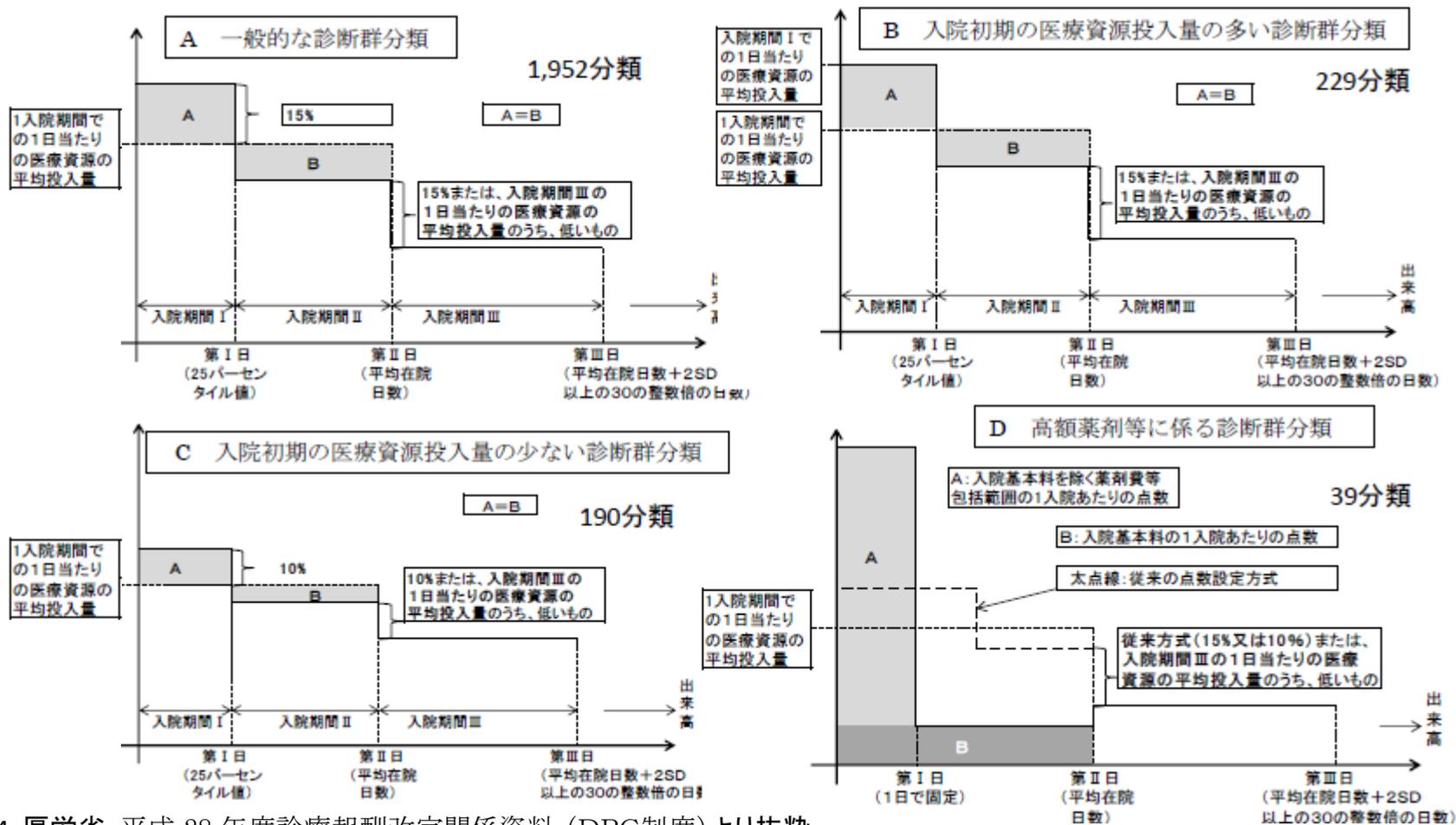
### 【追加項目】

- J043-6 人工臓器療法

## ● 点数設定方法の見直し

<1日当たり定額点数・設定方式のポイント>

- 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
- 例外的に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以上の30の整数倍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



## 点数設定方式Dの見直し

## 点数設定方式Dの対象選定に係る観点

- 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

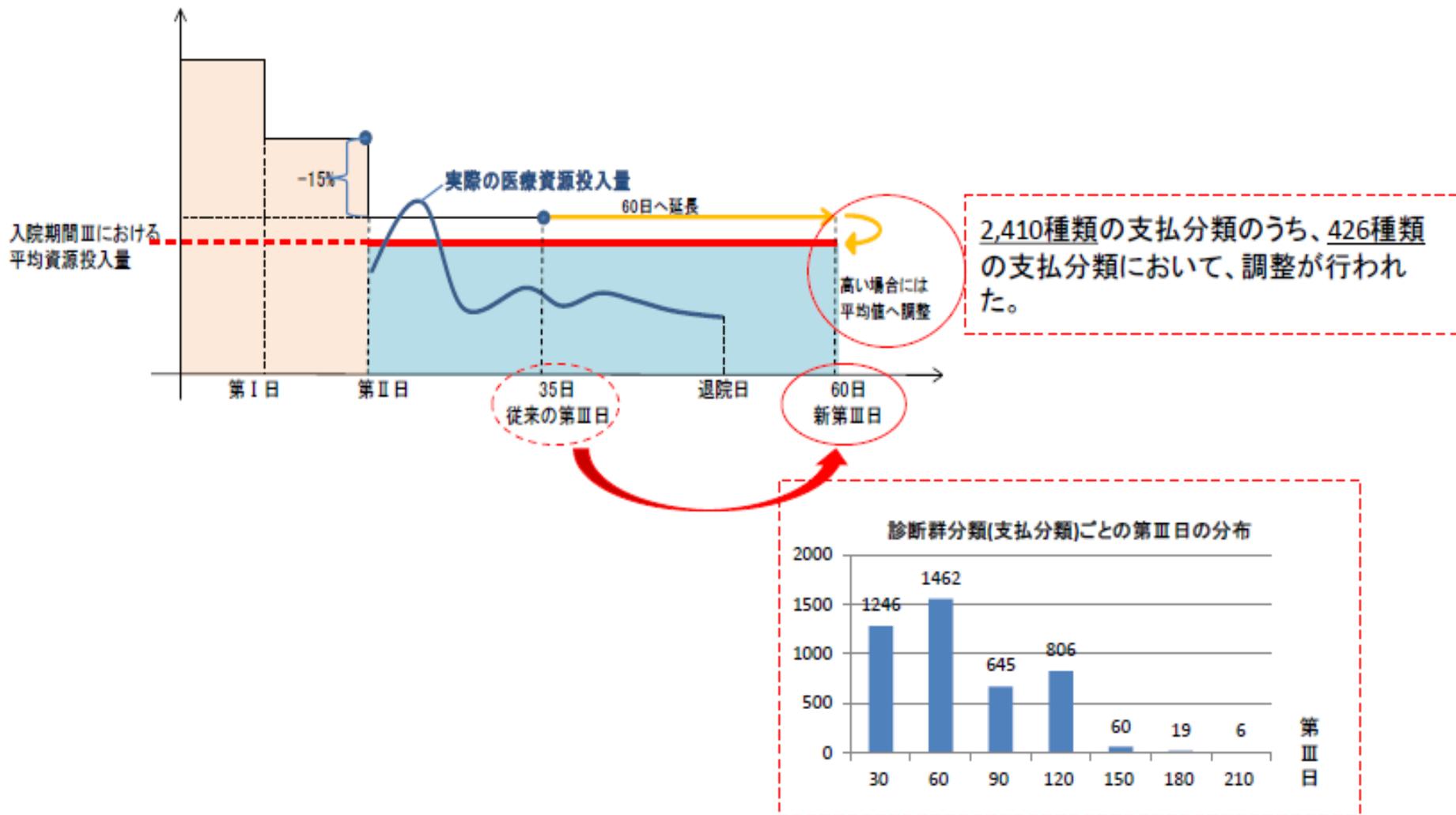
※化学療法については、レジメン(入院単位で使用されたがん化学療法薬剤の組み合わせ)別に分析を行った。

※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。

以下の6項目を新たに点数設定方式Dの対象として加える

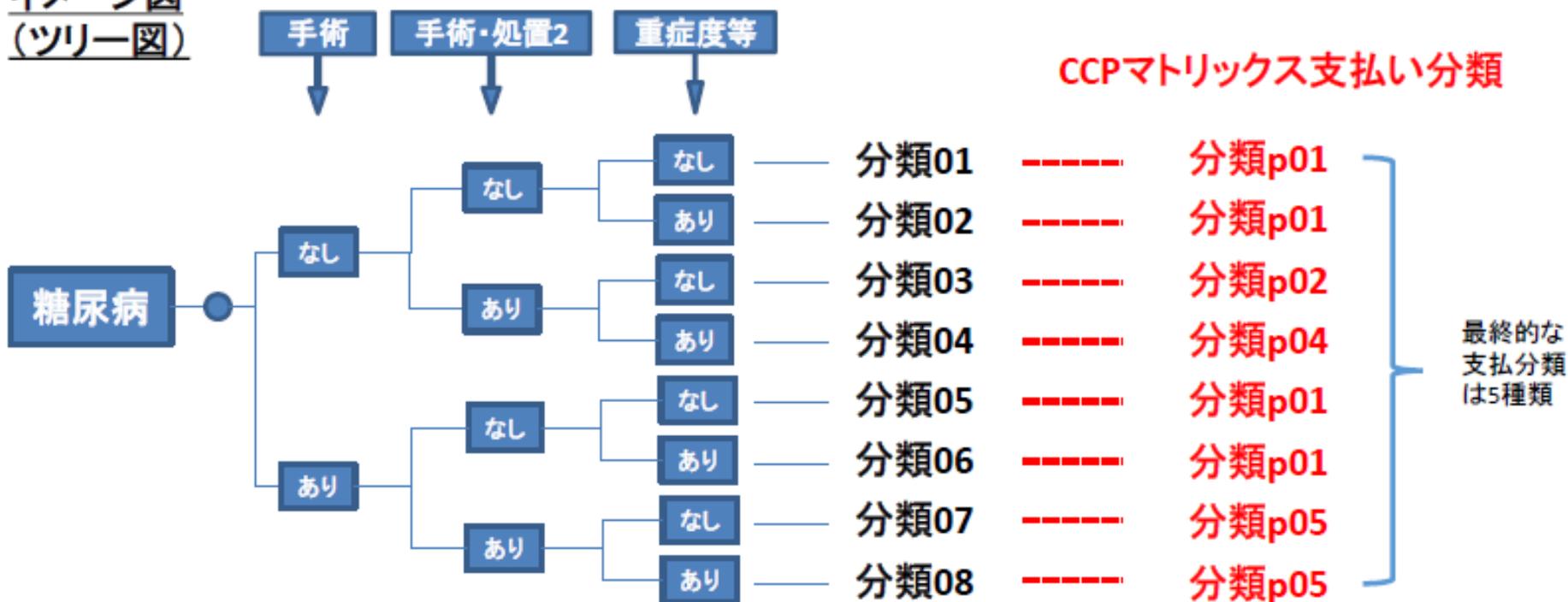
H28DPC (副傷病分岐なし)	内容	平均在 院日数
060020xx99x7xx	胃の悪性腫瘍 ラムシルマブ	5.7
080005xx99x2xx	黒色腫 ニボルマブ	3.7
010070xx9910xx	脳血管障害 E003造影剤注入手技	2.6
100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍 I131内用療法	6.0
010030xx9910xx	未破裂脳動脈瘤 E003造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	2.6
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 D206心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等	2.9

## 第Ⅲ日(包括算定の終了日)を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数調整を行う



## 診断群分類点数表の一部に重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)を導入

イメージ図  
(ツリー図)

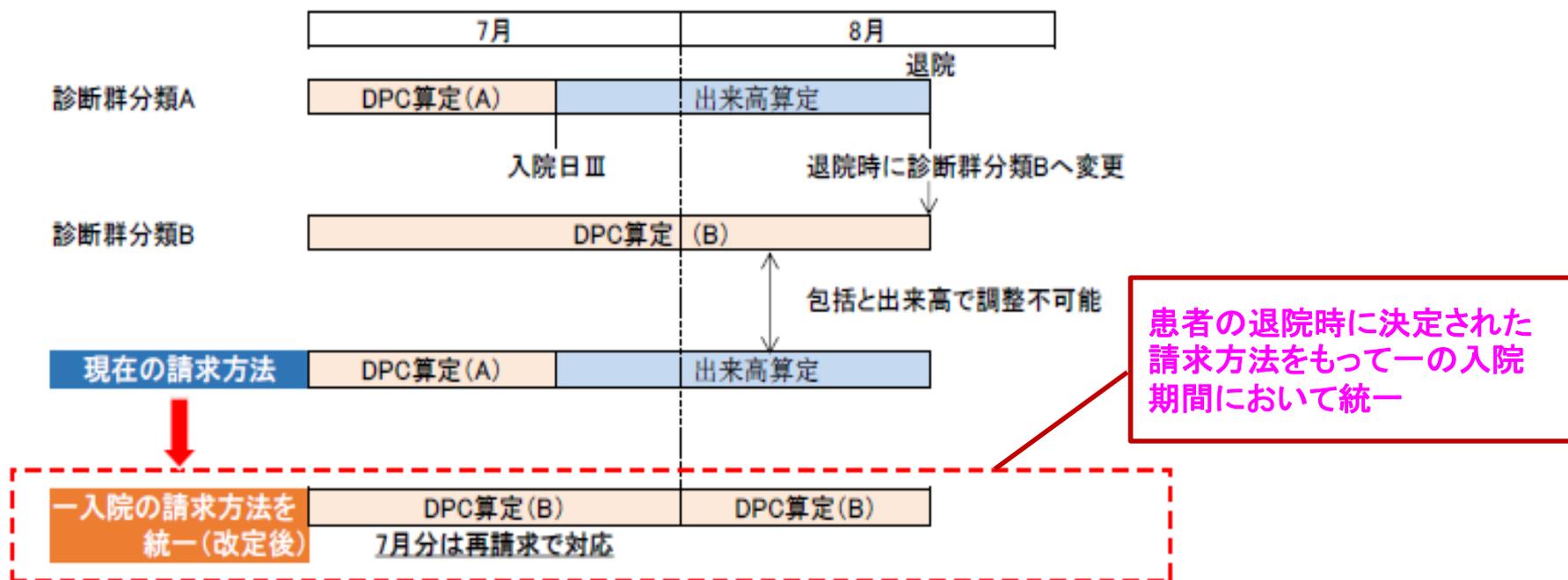


Comorbidity  
Complication  
Procedure

診断群分類	診断群分類数	支払い分類
010060 脳梗塞	1584分類	7分類
040080 肺炎等	1104分類	16分類
100060 ~100081 糖尿病	144分類	27分類

## ● 請求方法の見直し

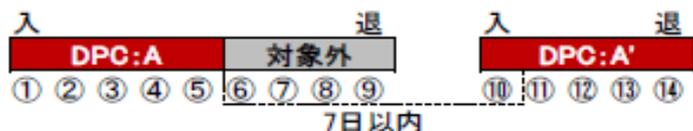
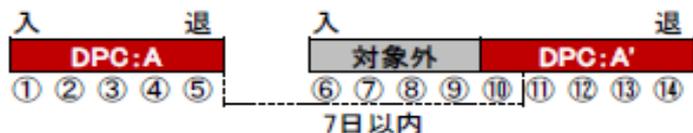
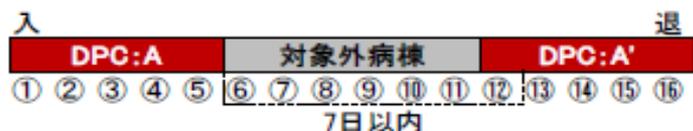
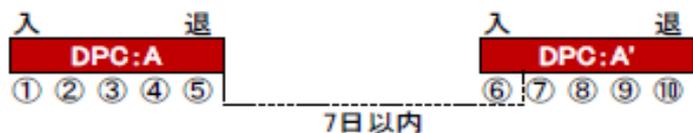
DPC対象病棟に入院中は、診断群分類点数表に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する



- ・病院ごとにDPCコードが一入院期間で変更される割合が異なることがわかった。
- ・医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、再請求に該当する症例を減らすことが可能ではないかと考えられる。

## ● 7日以内再入院の取扱いの見直し

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して取扱う



### 【「7日以内」に係る日数の考え方】

- 直近のDPC算定病床を退院した日
- DPC算定病床へ再入院した日

### 【「同一傷病」の考え方】

- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって、DPC上2桁コード(MDC)が同一である場合、一連とする。
- 再入院時の「入院の契機となった傷病名」病名に「分類不能コード」を用いた場合には、一連の入院として扱う。

### 【入院期間への日数算入の考え方】

- 退院期間は入院期間に算入せず、転棟期間は入院期間に算入する。

### 【「分類不能コード」の例】

- R00.2 動悸
- R05 咳
- R06.0 呼吸困難
- R63.0 食欲不振
- 等

## ● 特定入院料等の点数の見直し

### 【特定機能病院】

区分	項目	算定単位	点数		
			現行	改定	
A301-4	小児特定集中治療室管理料				
	7日以内の期間	1日につき	13,708	13,708	
	8日以上14日以内の期間		11,676	11,676	
	15日以上30日以内の期間 【新設】		—	12,181	
	31日以上35日以内の期間 【新設】		—	12,388	
A305	一類感染症患者入院医療管理料				
	7日以内の期間	1日につき	7,002	—	
	8日以上14日以内の期間		5,782	—	
	14日以内の期間		—	7,002	
	15日以上30日以内の期間 【新設】		—	6,287	
	31日以上の期間 【新設】		—	6,494	
A307	小児入院医療管理料				
	人工呼吸器を使用している場合 【新設】	1日につき	—	600	
	重症児受入体制加算 【新設】 ※3・4・5に限る		—	200	
A104	7対1入院基本料（一般病棟に限る）【新設】※病棟群単位届出		患者ごと	—	260

## ● 特定入院料等の点数の見直し

【専門病院】

区分	項目	算定単位	点数	
			現行	改定
A301-4	小児特定集中治療室管理料			
	7日以内の期間	1日につき	13,908	13,908
	8日以上14日以内の期間		11,876	11,876
	15日以上30日以内の期間 【新設】		—	12,181
	31日以上35日以内の期間 【新設】		—	12,388
A305	一類感染症患者入院医療管理料			
	7日以内の期間	1日につき	7,202	—
	8日以上14日以内の期間		5,982	—
	14日以内の期間		—	7,202
	15日以上30日以内の期間 【新設】		—	6,287
	31日以上の期間 【新設】		—	6,494
A307	小児入院医療管理料			
	人工呼吸器を使用している場合 【新設】	1日につき	—	600
	重症児受入体制加算 【新設】 ※3・4・5に限る		—	200
A105	7対1入院基本料 【新設】 ※病棟群単位届出	患者ごと	—	259

## ● 特定入院料等の点数の見直し

【特定機能病院・専門病院以外の一般病棟を有する病院】

区分	項目	算定単位	点数	
			現行	改定
A301-4	小児特定集中治療室管理料			
	7日以内の期間	1日につき	13,970	13,970
	8日以上14日以内の期間		11,938	11,938
	15日以上30日以内の期間 【新設】		—	12,196
	31日以上35日以内の期間 【新設】		—	12,388
A305	一類感染症患者入院医療管理料			
	7日以内の期間	1日につき	7,264	—
	8日以上14日以内の期間		6,044	—
	14日以内の期間		—	7,264
	15日以上30日以内の期間 【新設】		—	6,302
	31日以上の期間 【新設】		—	6,494
A307	小児入院医療管理料			
	人工呼吸器を使用している場合 【新設】	1日につき	—	600
	重症児受入体制加算 【新設】 ※3・4・5に限る		—	200
A100	7対1入院基本料 【新設】 ※病棟群単位届出	患者ごと	—	259
	7対1入院基本料（月平均夜勤時間超過減算） 【新設】		—	220
	7対1入院基本料（夜勤時間特別入院基本料） 【新設】		—	181

## ● 退院患者調査（DPCデータ）の見直し

### 様式1

#### 【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つたため、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。

## EF統合ファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
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）

## Dファイル

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

H28年  
新設

## Hファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
重症度、医療・看護必要度	7対1、10対1、地域包括ケア（評価票により評価を行くことが必要な病棟）への入院患者	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の確か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）

## 退院患者調査(DPCデータ)に関する経過措置まとめ

項目	病院種別	対象病棟	内容	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	全病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行うことが 必要な病棟)	・医療看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	全病院	精神病棟グループ・その他病 棟グループ(療養病棟、地域包 括ケア病棟など)	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院 料を算定している場合についても、実施された 診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていな かったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の 特定入院料等を含め、全ての入院料が対象と なる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
持参薬を出力 (EFファイル)	DPC対象病院・ 準備病院	7対1、10対1(DPC対象病棟)	・持参薬を使用した場合に、薬剤名・使用料を 出力	平成28年9月末まで (6ヶ月)
14桁コードを出力 (Dファイル・レセプト)	DPC対象病院	7対1、10対1(DPC対象病棟)	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	平成28年9月末まで (6ヶ月)
(参考)データ提出加算	10対1(200床 以上)の病院	全病棟	-	平成29年3月末まで (1年間)

## 退院患者調査の見直し:持参薬関連

### 【前提】

DPC制度における診断群分類点数表には、入院中に使用される薬剤費も含まれた点数を設定している。

#### DPC留意事項通知

入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合には、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

### 【論点】

持参薬を使用した場合には、二重に点数を計上する事になるのではないかとの指摘があり、実態を把握し議論をする必要がある。



平成28年10月より、入院中に持参薬を使用した場合は、薬剤名・使用量等をEFファイルに出力する。

※当該入院期間中の日であれば、薬剤を使用した日でなくてもよい（退院日に一括出力も可とする。）。

※つまり、全く持参薬を使用しない場合には出力の必要はない。