

# 平成28年度診療報酬改定の概要 (DPC制度関連部分)

厚生労働省保険局医療課

# 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

# 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日当たり包括支払い制度」

Per-Diem 1日当たり

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日当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

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)。

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

## 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]

= ([医療機関Aの調整係数(※)] - [医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数]) × 0.25

※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく

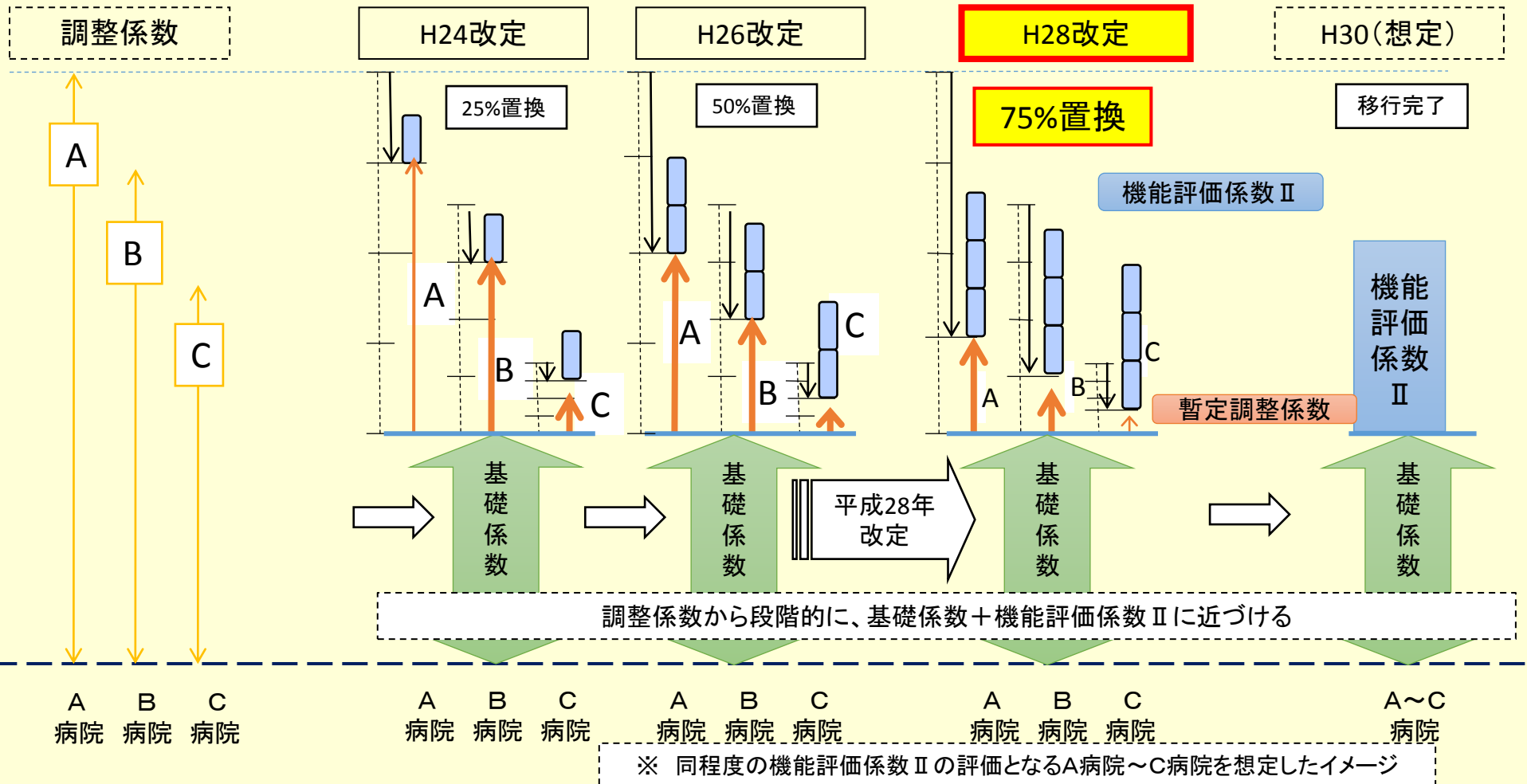
### (2) 個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置(激変緩和)について

- 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へ置き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に基礎係数と機能評価係数IIへ置き換えを進める。





# DPC制度における診療報酬の算定方法

## 包括評価部分(ホスピタルフィー的報酬部分)

診断群分類点数表

診断群分類毎の1  
日当たり点数

×

医療機関別係数

基礎係数

+

機能評価係数Ⅰ

+

機能評価係数Ⅱ

+

暫定調整係数

×

在院日数

## 出来高評価部分(ドクターフィー的報酬部分、包括対象外等)

+

手術  
麻酔  
1000点以上の処置 等

患者ごとに算定される入院  
基本料等加算  
包括対象外となる薬剤・材  
料の費用  
退院時処方 等

## 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)]

= {[各病院群の包括範囲出来高点数\*1の平均値\*2]} × [改定率\*3]

／ [各病院群のDPC点数表\*4に基づく包括点数\*5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

医師事務作業補助体制加算

診療録管理体制加算

検体検査判断料

				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			

# 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
	<b>新設</b>	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。)

# 機能評価係数Ⅱの見直し(2)

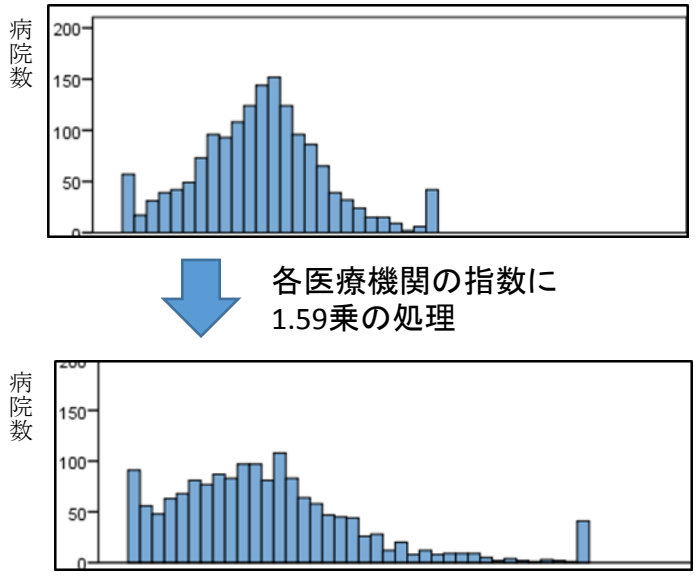
## 機能評価係数Ⅱの重み付け

➤ 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	0	0	群ごとに評価	×
	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)。

## 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"> <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><u>病院情報の公表(平成29年度より)</u></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><u>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)</u> ※ 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><u>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)</u></li> <li><u>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)</u></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。



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

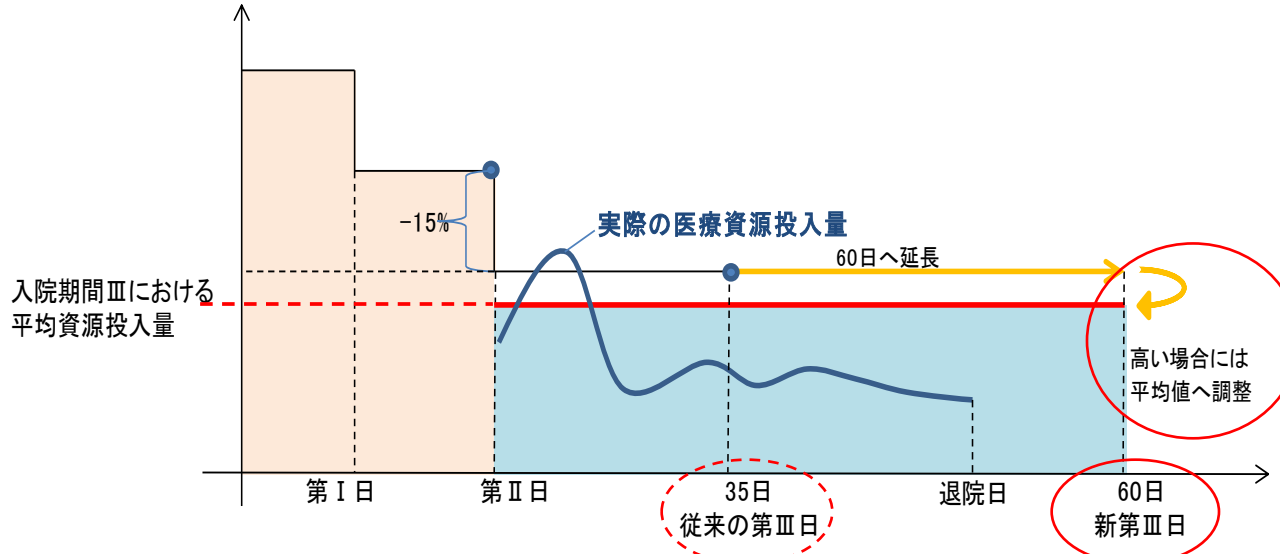
5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

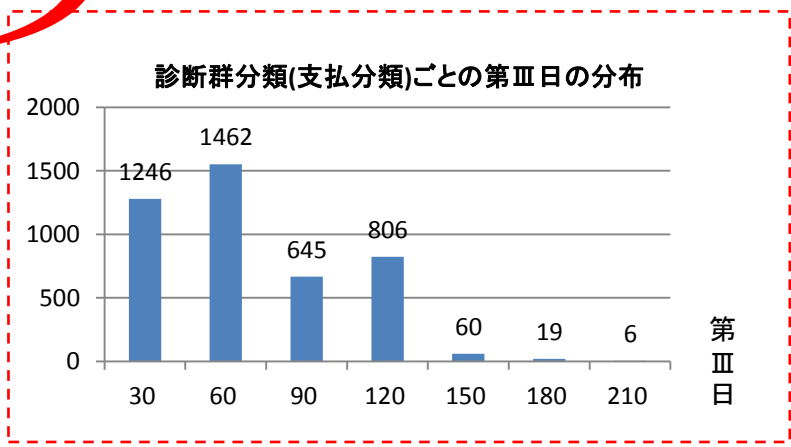
# 算定ルールの見直し(1)

## 点数設定方法の見直し

➤ 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の点数の調整を行う。

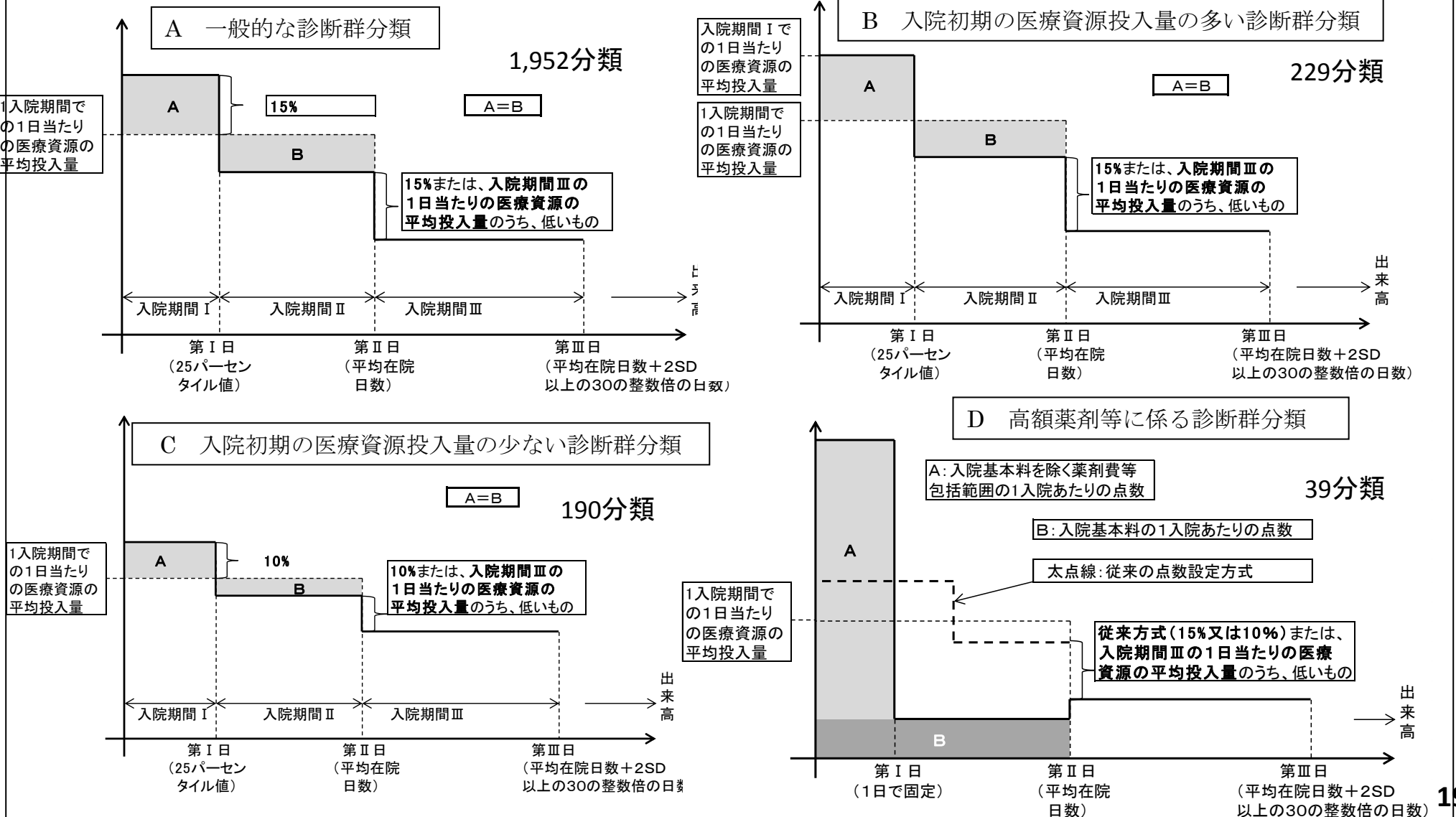


2,410種類の支払分類のうち、426種類の支払分類において、調整が行われた。



# 算定ルールの見直し(2)

## 点数設定方法の見直し



## 算定ルールの見直し(3)

## 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

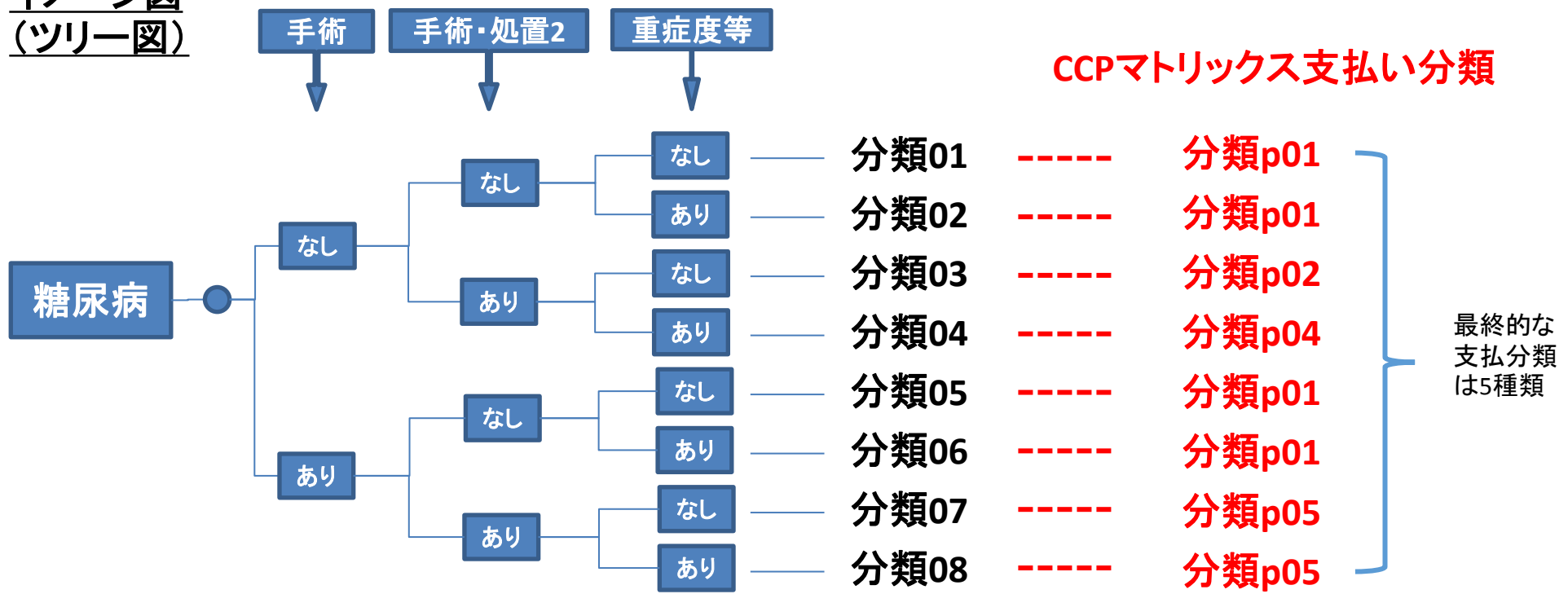
H28DPC (副傷病分岐なし)	内容	平均在 院日数
060020xx99x7xx	胃の悪性腫瘍 ラムシルマブ	5.7
080005xx99x2xx	黒色腫 ニボルマブ	3.7
010070xx9910xx	脳血管障害 E003造影剤注入手技	2.6
100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍 I131内用療法	6.0
010030xx9910xx	未破裂脳動脈瘤 E003造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	2.6
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 D206心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等	2.9

# 算定ルールの見直し(4)

## 点数設定方式の見直し

➤ 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

## 算定ルールの見直し(5)

## 診断群分類点数表の見直し

➤ 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通りの分類となった。

改定時期	MDC数 (※1)	傷病名数	DPCコード (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。

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

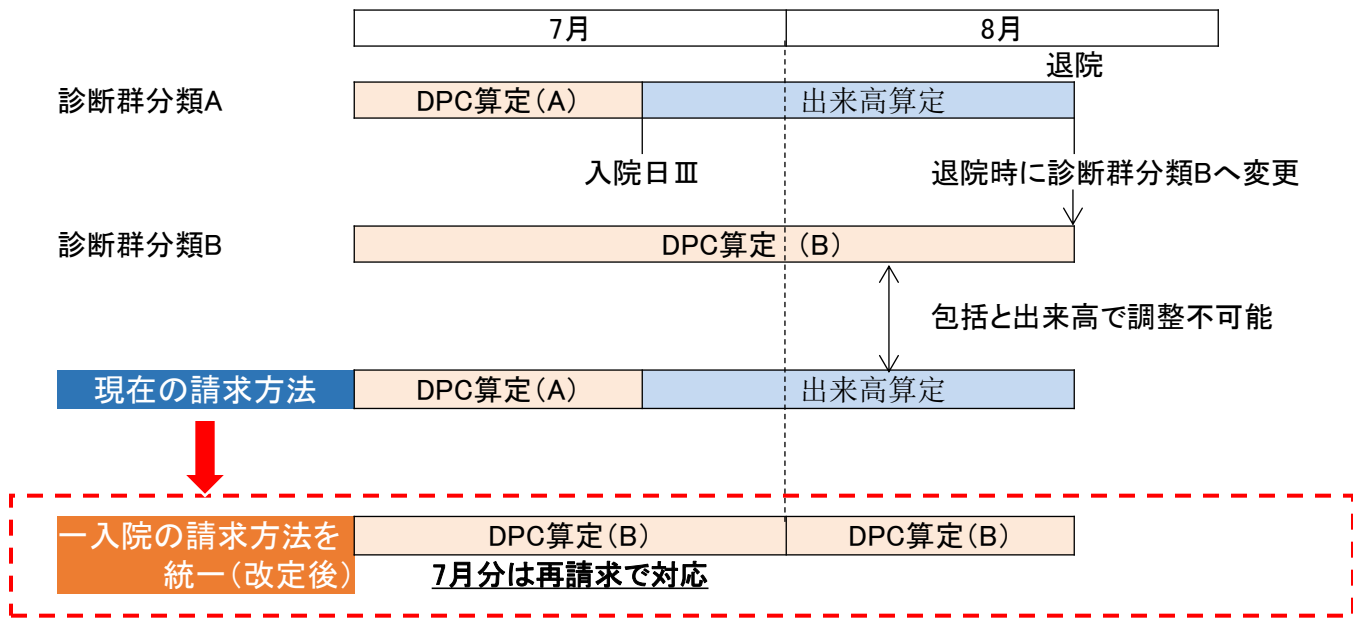
5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

# 算定ルールの見直し(6)

## 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。



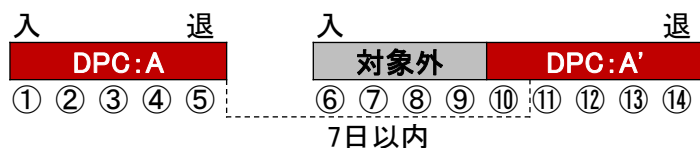
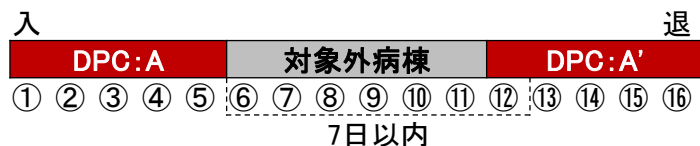
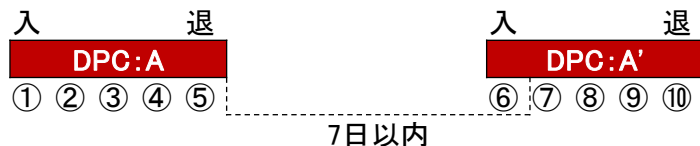
- ・病院ごとにDPCコードが一入院期間で変更される割合が異なることがわかった。
- ・医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、再請求に該当する症例を減らすことが可能ではないかと考えられる。



## 算定ルールの見直し(7)

## 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

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

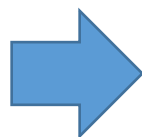
## DPC対象病院としての要件の見直し

### DPC対象病院としての要件

- 適切なコーディングを行う為の体制の強化を図る為に、コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から4回へ引き上げる。

要件：年2回

(毎月開催することが望ましい)



要件：年4回

(毎月開催することが望ましい)



- ・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。

(参考)DPC対象病院の要件について

- 一 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出
- 二 A207診療録管理体制加算に係る届出
- 三 「退院患者調査」、「特別調査」への参加
- 四 データ病床比1月あたりの値が0.875以上
- 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

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

# 退院患者調査の見直し

## 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

➤ 調査項目の見直しを行う。

### 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、急性細菌性気管支炎」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。

# 退院患者調査の見直し

## 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

### 様式1

### 【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。

### 【その他簡素化・精緻化を行った項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
患者プロフィール/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院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。

# 退院患者調査の見直し

## 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

### 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

### 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)

# 退院患者調査の見直し

## 退院患者調査(DPCデータ)に関する経過措置まとめ

➤ それぞれの項目に適切な経過措置を設ける。

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)